

始動する 外国人材による看護・介護 ——受け入れ国と送り出し国の対話



笹川平和財団

はじめに

2008年、笹川平和財団（SPF）は設立20周年を機に事業の見直しをおこない、今、取り組むべき具体的なテーマとして、人口の問題が最初に浮かびあがりました。

近年、グローバリゼーションの過程で急激な人口の移動が世界的に問題となっています。先進国の少子化と高齢化と途上国の送り出し政策の積極化により、外国人の受け入れが活発化し、新しい政策の策定が重要になってきました。日本では少子高齢化で1000万人以上の労働力が減ると予見されているながら、どのような対処をおこなうかについてはコンセンサスがなない状態です。そのようなことから、人の移動というものを取り上げて、人口構成の変化に伴う諸問題について考えるべきだという問題意識を持つに至り、昨年より「人口変動の新潮流への対処」という調査研究事業をはじめました。このプロジェクトにおいてリーダーシップをとっていただいている東京農業大学の石弘之教授からは多大なご指導、ご教示をいただいております。

そのプロジェクトの一環として、今般「始動する外国人材による看護・介護——受け入れ国と送り出し国の対話」を開催することになりました。

まず、昨年来日された東南アジアからの看護師・介護福祉士候補者に関するトピックを取り上げます。看護、介護分野の労働力移動というのは、人口変動に伴う諸問題が集中的に表れているところでもあります。また、東アジアにおいては我々より先に人口構成の変化に対応する取り組みがあるようですので、外国人材を受け入れた経験や、人の移動に関する認識について相互に理解が深まればと思います。

このワークショップは、いわば、スタート地点です。私達はさらに、「人口の移動」をめぐる様々な分野で研究を進め、フォーラムやセミナーを通じて意見交換を深め、二年後には、日本とアジアの諸地域が直面する諸問題について、マクロ、ミクロの双方にわたる提言をおこないたいと考えております。

さらには、将来的に「人口問題といえば笹川平和財団」と称されたいという希望があります。その意味は、「人口の移動」に関する問題を長期的にフォローし、データベースの構築や研究や情報交流のためのデータベース、ネットワークの構築やプラットフォームの提供を可能とする総合情報基地となることを目指したいのです。

今回のワークショップが開催できるのは、東アジア、東南アジア、太平洋地域、そして、日本の専門家の方々が、快く参加を引き受けてくださったご協力の賜物です。主催者を代表し厚く御礼申し上げます。

笹川平和財団 会長 羽生次郎

目 次

はじめに	
第1章 なぜ外国から受け入れる？——外国人看護師・介護福祉士の受け入れの制度と背景	3
報告1 外国人労働者の移動を生む世界人口の変動	石 弘之 4
報告2 少子高齢化時代における外国人労働者問題	後藤 純一 8
■コラム EPAにおける看護師・介護福祉士候補者の受け入れについて	安里 和晃 12
第2章 どんな国からやってくる？——送り出し国の動向	15
報告3 インドネシア・日本経済連携協定に向けて始動する看護師 ——求められる改革と看護師協会の役割	Achir Yani Syuhaimie Hamid 16
報告4 グローバルな医療人材の交流——互恵的関係の構築に向けて	Fely Marilyn E. Lorenzo 20
報告5 フィリピン人にとって移住労働とは	細田 尚美 26
■対 話 受け入れ国と送り出し国の対話	30
第3章 どんな受け入れ方がある？（1） 海外における外国人材の受け入れのあり方	35
報告6 多文化における介護スタッフのコミュニケーションとマネジメント	Ada C. H. Cheng 36
報告7 台湾の老人介護施設外国人ケアワーカー研修モデルの経験共有	崔 麟祥 40
報告8 台北市政府の外国人労働者受け入れ施策の経験——直面する課題と地方政府の役割	蔡 佩臻 44
報告9 エペックス・ハーモニー・ロッジの経験から	Letticia Chua 48
■コラム シンガポールの外国人看護師・介護士の実態	安里 和晃 52
第4章 どんな受け入れ方がある？（2） 日本の受け入れの経験	55
報告10 インドネシアEPA看護師・介護福祉士候補者受入研修のコンセプトと実際	春原 憲一郎 56
報告11 インドネシア人看護師の日本での就労——どのように職場に適應するか	Elsi Dwi Hapsari 60
報告12 定住フィリピン人受け入れの経験 外国人介護員との協働——福祉施設で働きたい	吉田 美香 62
報告13 外国人看護師との協働の可能性——ベトナム人看護師の受け入れ経験から	竹内 美佐子 66
■対 話 少子高齢化を迎える近隣国との対話	72
第5章 外国からの人材受け入れの論点	安里 和晃 78
ワークショッププログラム	84
おわりに	85
事業紹介	86

第1章

外国人看護師・介護福祉士の 受け入れの制度と背景

報告1 石 弘之
「外国人労働者の移動を生む世界人口の変動」

報告2 後藤 純一
「少子高齢化時代における外国人労働者問題」

外国人労働者の移動を生む世界人口の変動

笹川平和財団「人口変動の新潮流への対処」事業では、少子高齢化や外国人の受け入れの現状について調査研究し、人の移動にかかわる諸問題に対応する「社会のあり方」を提言します。

第1章

なぜ外国から受け入れる？

世界的な経済不況で外国人労働者の本国帰還が急増している。世界同時不況で、真っ先にリストラの矛先が向かうのが外国人労働者だ。帰国できる人はまだいい方で、今後国内でホームレス化する労働者が増えるという心配も高まっている。出稼ぎ外国人労働者の大量解雇で、労働者の送り出し国でも深刻な事態になっている。

1970年代の石油ショック、1997～98年のアジア通貨危機、2000～2003年のITバブルの崩壊などの経済危機のたびに、出稼ぎ労働者の大移動が起きる。今回も、日本や韓国や豪州からアジアへ、米国から中南米へ、欧州からアフリカや中東への労働者の逆流がつづいている。

あわただしい世界的な動きのなかで、日本ではインドネシアから受け入れた看護師・介護福祉士候補者の現場への配置がはじまった。今後はフィリピンからも同様の候補者が来日する。すでに外国人看護師・介護福祉士と受け入れ側とのさまざまな思惑の違いも表面化している。本日のワークショップは、とくに看護師・介護福祉士に焦点をあてて、送り出し国と受け入れ国との対話を試みたい。

外国人労働者受け入れの背景

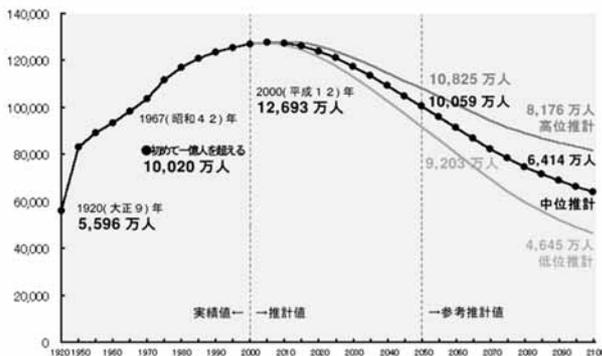
今回の外国人労働者の失業は、経済危機による一時的なものとする見方が強く、長期的にみれば、日本や韓国など先進地域の労働力不足は深刻化するとと思われる。この背景にあるのは、先進地域の少子高齢化に伴う人口や労働力の急激な減少である。

日本は、2005年から人口の減少時代に突入した。政府研究機関の中位推計によると、今後44年間で3260万人減る。これは、1年平均にすると約74万人、これからは毎年、東京・練馬区の規模の都市が一つずつ減っていく計算になる。

人口の減少は、世界第4位の人口密度の過密状態が緩和され、ゆとりのある社会が期待できるなどプラス面も大きい。環境面でもプラスに働くだろう。だが、労働力人口の減少は経済成長率にマイナスの影響を及ぼす。1人当たりの労働生産性が現状のままであれば、GDP(国内総生産)は確実に縮小していくことになる。

日本にかぎらず、人口問題は人類史上例をみない激変期に突入した。ひとことで集約すれば、「国際間、地域間、年齢間の人口バランスの急変」である。先進地域では、人口の増加が頭打ちになり減少もはじまっている。2005年段階で21カ国の国・地域で人口増加率がマイナスになった。2050年にはこの数字は74カ国に跳ね上がりそうだ。

日本の将来人口の推計



「日本の将来推計人口(平成14年1月推計)」国立社会保障・人口問題研究所 <http://www.ipss.go.jp>

一方で、サハラ以南アフリカや南アジアなど発展途上地域では、依然として人口急増がつづいている。1980年代に入って世界人口の増加率は下がりはじめたが、最新の国連推計では、2050年には92億人に達すると予測されている。現在の世界人口に中国とインドとインドネシアが加わった規模だ。

こうした人口のアンバランスは、経済格差の増大と相まって、発展途上地域から先進地域へ、農村から都市へと大規模な人口移動が起きている。19世紀はじめから20世紀にかけて、大量の移民がヨーロッパから新世界へわたったが、それをはるかにしのぐ規模だ。

延びる寿命、増える高齢者

同時に、世界的な人口高齢化が起きている。1950年当時47歳だった世界の平均寿命は、現在は67歳にまで延びた。発展途上地域だけでも41歳から63歳へと大きく延びた。世界の高齢者人口は、2050年には現在の3倍増になると見込まれている。今日、先進地域では人口の20%が高齢者だが、2050年には32%にまで増加する。このままでは、2050年には高齢人口と若年人口の比は2対1になる。

日本の老年人口の割合は現在の20%から2014年には25%台に達し、2050年には36%近くに達する。すなわち3人に1人以上が65歳を超える。家族による介護能力は、2005年にはこれまでの最低に落ち込んだ。高齢者1人にたいして、成人した娘や息子の配偶者らが何人いるか。日本大学人口研究所の調査では、1990年には約1.3人と高水準だったが、2005年には0.77人になった。つまり、多くの家庭で介護能力が半減したことになる。老人介護の公的施設も現状に追いつけない。

発展途上地域ではこれから高齢化が深刻な事態になる。現在、発展途上地域人口の8%が高齢者だが、2050年にはこれが20%になる。2050年には世界の80歳以上の8割までが発展途上地域に住むことになる。発展途上地域から先進地域への労働力の移動も、40~60年後には限界に達することになる。財政的基盤が弱く社会福祉の遅れている国の多い発展途上地域では、高齢者の増加は家族や社会の重い足かせになりかねない。

地球規模の過疎過密化

増加をつづける発展途上地域の「過密化」と、少子高齢化で人口が減りはじめた先進地域の「過疎化」との対照が、いよいよ鮮明になってきた。1950年当時、約25億人の世界人口のうち発展途上地域と先進地域の比は約2対1だった。それが現在では、ほぼ4対1にまで広がった。これが、2050年には6対1という大きな開きになる。

1平方キロあたりの人口密度は、現在、発展途上地域は63人、先進地域は23人と3倍近い開きがある。2050年の人口密度は、先進地域は今と変わらないが、発展途上地域は95人にまで増えて、先進地域とは4倍以上の差になると予測される。

人口増の激しい過密国では、農地の不足や貧困、経済の低迷に拍車がかかっている。他方、人口減少の過疎国では、急速な少子高齢化で産業の衰退や地域社会の崩壊がはじまっている。

世界銀行によると、世界人口の20%を占める豊かな国々の消費総額は世界の86%を占める一方で、もっとも貧しい20%の国々は1.3%にすぎない。先進地域の1人が生涯を通じて消費する資源と排出する汚染は、発展途上地域の50人分に相当する。途上国に住む53億人のうち6割は衛生設備がなく、3割は安全な水を使えず、2割は家もなく医療も受けられない。

急増する移民と人種・宗教的対立

年	国際移民の推計 (万人)	世界人口に占める 国際移民人口の 比率 (%)
1960	7,546	2.5
1965	7,844	2.4
1970	8,133	2.2
1975	8,678	2.1
1980	9,927	2.2
1985	11,101	2.3
1990	15,495	2.9
1995	16,508	2.9
2000	17,674	2.9
2005	19,063	3.0

国連経済社会局人口部 資料：http://esa.un.org/migration

人口過密の高い国から低い国へ、所得や雇用の少ない国から多い国へ、生活環境の悪い国から良い国へ、と人口が移動するのは当然の成り行きだ。誰でも、安定した収入がほしいし、少しでもよりよい生活をしたい。国連統計によると、他国に住む外国生まれの人口は30年前には8400万人だったのが、今日では2億人を超えた。

送り出した国からみれば本国への送金は重要な外貨源であり、インド、メキシコ、フィリピンなどのように国家財政を支えている国もある。2007年の世界銀行の推定ではそうした送金は、正式な手続きを経たものだけで年に3180億ドル（約30兆円）を超える。貧しい国の経済に大

きな波及効果を生んでいる。

外国人労働者にはさまざまな顔がある。受け入れ国の労働組合幹部にすれば、労働市場の秩序を破壊する不穏な存在だが、経営者からすれば安価で組織化されていない労働力であり、景気の調節弁としてこれほど重宝な存在はない。

この対立する意識は、外国人労働者を受け入れた国では、つねについて回る。外国人労働者とともに入ってくる異質な文化・習慣はさまざまな軋轢を生じていることも否定できない。1960年代以降、好景気で労働者が不足したヨーロッパ各国は、南ヨーロッパ、東ヨーロッパ、北アフリカから大量の労働者を受け入れた。外国人労働者の受け入れが拡大するにつれて、さまざまな社会的・経済的・政治的な対立が表面化してきた。

劣悪な環境のゲットーと呼ばれる外国人居住地域が生まれ、低賃金で労働条件を無視して働く労働者によって、国内の労働者の権利や社会保障が脅かされる不安が募ってきた。外国人労働者たちも自分たちの権利に目覚め、ストライキなど労働争議が起きるようになった。このために、各国は次々に労働者の受け入れを中止した。

この政策転換と同時に、欧州各国は不法入国者の取り締まりと、自国内に定住している移民・外国人に対する社会的統合を強化した。一方、移民社会も、その国で生まれて教育を受け、市民権を

もった二、三世が増えるのにつれて、国民としての権利を要求するようになった。親の国籍や人種や宗教による差別が激しくなり、この反感や不満が充満して各地で暴動やテロが相次いだ。

こうした、外国人労働者への嫌悪感が広まるなかで、かれらの存在がなければ、世界で最初に少子高齢化に突入したヨーロッパで、経済がこれほど発展も安定もしなかったという冷静な議論も強くなっている。

日本の労働者不足

今後女性や高齢者の働く割合が上昇するのにつれて、生産年齢人口の減少が加速する見通しだ。仮に現在の労働力を今後30年間維持するなら、2400万人の外国人を受け入れなければならないという試算もある。

急激な少子高齢化が進むなか、日本が活力を維持していくためには外国人労働者をもっと受け入れるべきだとする議論が、主として産業界側から起きている。きつい割には収入の低い仕事につく日本人は急減しており、現実に外国人労働者なしではやっていけない業種も多い。政府は、単純労働者については、日系人や日本人の配偶者などを除き、原則として門戸を閉ざしている。

他方、受け入れに反対する意見も強い。労働力補填のための移民政策が、ヨーロッパの人種対立などの先例から、受け入れ国にとって割に合わないという主張だ。「日本の食糧自給率、国土面積などを考えると人口は5000万人程度が適切であり、今後の世界人口の増加を考えると日本が身の丈にあった国になって何が悪いのか」という意見もある。

今回の経済危機までは、日本、韓国、台湾、シンガポールなどの受け入れ国の間で、労働力獲得の競争が起き始めていた。経済が回復すれば、再燃することになる。台湾やシンガポールのように、海外から高度な技能や専門知識を持つ人材を集めて、新たな技術開発や経済の起爆剤にする動きもある。米国が今日の繁栄を築いたのは、世界中から優秀な人材を集めたことも大きい。

今後の日本の人口構成の見通しを考えると、現在がその長期的な労働力政策を整備するための絶好のチャンスであろう。今でこそ、自動車や電気の製造業での外国人労働者解雇に注目が集まっているが、農業や水産業では外国人労働者なしにはやっていけないところまで来ている。まずは、現実を見据えることが現在もっとも求められ、私たちのプロジェクトもそこからスタートしている。

日本の労働力人口の見通し

(万人)

	2006年	2017年	
		労働市場への参加が進まないケース	労働市場への参加が進むケース
60歳以上	967	1,085	1,173
30~59歳	4,362	4,055	4,219
15~29歳	1,329	1,077	1,163
労働力人口	6,657	6,217	6,556
総人口	12,776	12,446	

	2030年	
	労働市場への参加が進まないケース	労働市場への参加が進むケース
60歳以上	1,037	1,274
30~59歳	3,619	3,887
15~29歳	928	1,019
労働力人口	5,584	6,180
総人口	11,522	

資料：厚生労働省職業安定局「雇用政策研究会報告書」（2007年）

(注1) 総人口については、2006年は総務省統計局「人口推計」、2017年、2030年は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」（2006年12月推計）による。
労働力人口については、2006年は総務省統計局「労働力調査」、2017年、2030年は独立行政法人雇用政策研究・研修機構「2007年度労働力需給推計研究会」における推計結果をもとに、雇用政策研究会において検討したもの。
(注2) 1 「労働市場への参加が進まないケース」とは、性・年齢別の労働力率が2006年実績と同じ水準で推移すると仮定したケース
2 「労働市場への参加が進むケース」とは、各種施策を講じることにより、若者、女性、高齢者等の方々の労働市場への参加が実現すると仮定したケース

厚労省ホームページ

<http://www-bm.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/08-3/x1NFhtml/hp08010201.html>

少子高齢化時代における外国人労働者問題

少子高齢化時代において外国人労働者問題をどう考えていくべきか、どのような政策が必要であるかということを中心にお話したいと思います。

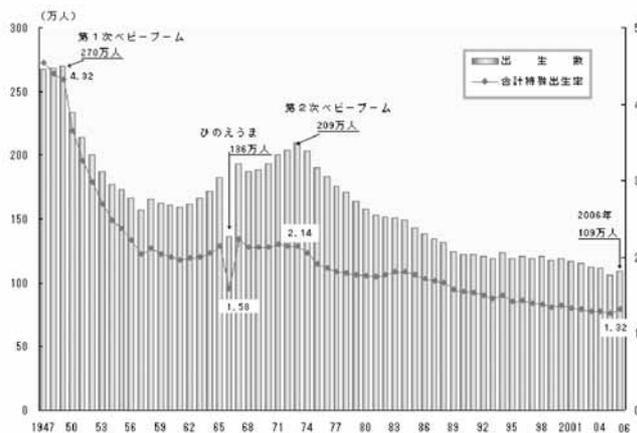
第1章

なぜ外国から受け入れる？

歯止めのかからない少子高齢化

まず、少子高齢化についてのさまざまなデータをご覧くださいと思います。まず第一に、出生率と出生数の推移を見てみましょう。

出生数及び合計特殊出生率の年次推移



参考：厚生労働省 <http://www.mhlw.go.jp>

棒グラフが出生数、折れ線グラフが合計特殊出生率を表しています。これを見ていただければ、一目瞭然ですが、戦後間もなくは、出生数は300万人くらい、合計特殊出生率は4くらいで今よりもずっと多いものでした。それが、ほぼ一貫して下がってきて、今では年間出生数は109万人、戦後のピーク時の3分の1くらいに落ちてきています。出生率も1.3と人口を維持するには遥かに及ばないところまで下がっています。アメリカ、フランス、スウェーデンなど欧米諸国の多くでは、出生率は下げ止まっており、アメリカでは2を超える水準まで回復しています。これに対して日本やお隣の韓国では一貫し

て減り続けており、歯止めのかかる様子はありません。このため、将来の年齢階層別人口の予測をみると、2005年から2030年までに、年少人口は650万人減り、生産年齢人口も1700万人減るのですが、65歳以上の高齢人口は1000万人以上増えていくことが予想されています。1990年ころまでは高齢者の割合は5%から10%にすぎなかったのですが、2006年に初めて20%を超え、2030年には28%まで上がっていく、つまり3人に一人くらいはお年寄りという時代が来ることが予想されています。

人口減少・高齢化に伴って、労働者も減り、高齢化が進んでいきます。2005年から2025年にかけて、約600万人くらい減ります。介護とか看護の分野においては特に深刻な人手不足が起ころうです。こうしたなかでインドネシアやフィリピンをはじめとする外国から看護・介護労働者を受け入れようとする動きが始まったわけですが、いうまでもなく200名程度の受け入れでは焼け石に水にすぎません。

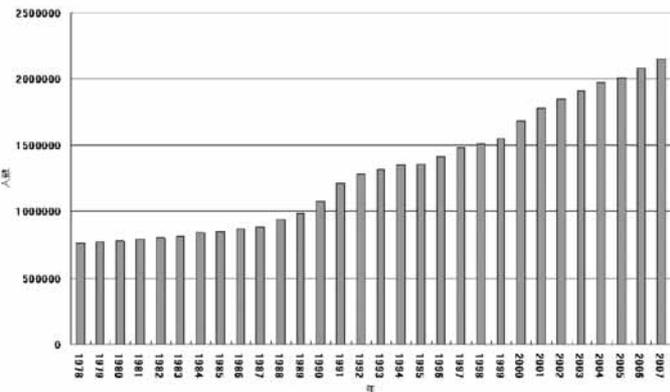
外国人労働者受け入れに関する諸議論

少子高齢化を伴う人手不足に対応するため、日本人だけで足りないのなら外国人を受け入れるべしという議論が出てきました。外国人労働者受け入れに関しましては1980年代の後半からいろいろ議論がなされています。しかし、それから20年経っても、コンセンサスには程遠い状況で、賛

成論と反対論が真っ二つに分かれている状況です。賛成論は、労働力が余っているところから足りないところに行くのだから、日本のような受け入れ国にとっても、フィリピン、インドネシアのような送り出し国にとってもプラスになると主張します。しかし、受け入れに慎重な立場からは、いろんな社会的コスト、経済的コストがあるという指摘がなされています。さらに、女性などの国内労働力を活用すれば外国人に頼る必要はないとする主張もあります。このように、コンセンサスが全然ないにもかかわらず、外国人の数はどんどん増えています。

右の図は、日本における外国人登録者数の推移をみたものです。1990年くらいまでは、100万人を下回っており、ほぼ横ばいでした。しかし、近年では倍増して200万人を超えています。

外国人登録者数の推移



参考：法務省 <http://www.moj.go.jp>

外国人労働者問題に関しては、昨今、政府や政党のなかでもいろんな議論がなされていますが、政府の基本方針は明確で、かなり前に策定された第9次雇用対策基本計画が今でも生きています。つまり、いわゆる専門的、技術的労働者、つまり、大学教授であるとか、エンジニアであるとかいった外国人労働者は積極的に受け入れるが、いわゆる単純労働者（非熟練労働者）については、十分慎重に対処することが不可欠、平たく言えば受け入れないとされています。

ただ、これには例外がいくつかあります。まず第一に、1990年の入管法改正によって、日系人（二世、三世）が自由に入れることになりましたので、ブラジルなどから日系人出稼ぎ労働者の方が、たくさん来ておられます。もうひとつの例外が技能実習生です。一定の座学を積みばトータルで3年間、日本で働くことが出来るという制度です。それと、三番目の例外が本ワークショップのテーマでありますEPAによる看護師、介護福祉士候補者です。

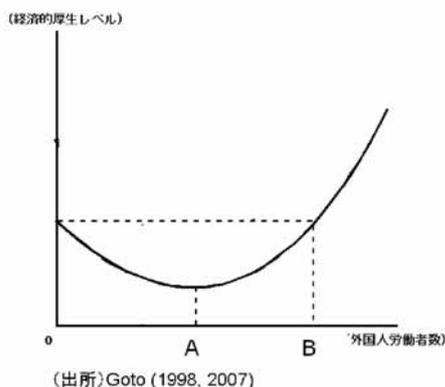
次に、日本に外国人労働者がどのくらいいるか、どういう人がいるかを見てみましょう。外国人労働者は主に三つのグループに分けられます。ひとつがいわゆる専門的・技術的労働者で、こういう人が日本には約19万人います。二番目、これが最大のグループなんですけれども、定住ビザを持っている日系人出稼ぎ労働者が27万人います。定住ビザを二、三度更新しますと、永住ビザがこの日系人出稼ぎ労働者の方々には簡単に出来ますので、永住権をもって住んでいらっしゃる方も相当おられます。それを足しますと、30万を遥かに超えるような状況です。三番目のグループがいわゆる不法就労者、不法に日本に滞在している人ですが、こういう人が約15万人いるようです。

外国人労働者受け入れのコスト・ベネフィット

続きまして、外国人労働者受け入れのコスト・ベネフィット、インパクトについて考えてみたいと思います。経済学者にとって、外国人労働者問題というのは大きな研究課題で、いろんな議論がなされてきました。従来一般的な見方は、やはり、労働力が豊富な国から労働力が希少な国に来るものであるから、受け入れ国、送り出し国、双方にとって利益であるというのが主流でした。もしかしたら、今でもこうした考え方が、マジョリティーかも知れませんが、次第に新しい見方が出てまいりました。外国人労働者受け入れのインパクトはそんなに簡単なものではないとする見方です。外国人労働者というのは、労働力だけが来るのではなく、全体として人間が来るのであるから、さまざまな複雑なインパクトを与えるものです。例えば、日本でそれまで蓄積した社会資本にただ乗りされるというようなマイナス要素もあります。逆に、人が来るのであるから、その工場で働くだけじゃなくて、日本の同僚の考え方を国際化したりというプラスの影響を与えることも可能です。経済学の言葉で言いますと外部経済（externality）ですが、そういうプラスとかマイナスとか、いろんな効果の複合として捉えることが重要です。そして、いろんな複合的な要素を足し上げてみますと、必ずしも、余っているところから足りないところに来るのだからプラスになるといった従来議論が当てはまるとは限らないようです。外国人労働者の受け入れがプラスかマイナスかは

受け入れ規模に依存するのではないかとというような議論がなされています。まだ経済学者の中でコンセンサスを得ている議論でもないのですが、たとえば私の研究によればこの図のようになるようです。

外国人労働者受け入れ規模と厚生
(すきま風 vs. ハリケーン)



この図は、横軸に受け入れた外国人労働者の数、縦軸に受け入れることによる経済的なベネフィット（経済学の用語では「効用」といいます）を取ったものですが、どうも少人数を受け入れた場合にはマイナスになるようです。直感的にみてもまあ、分かりますよね。外国人労働者受け入れのための環境整備も、ほんの少しの人を受け入れるのでは、一人あたりのコストが大きくなります。しかし、アメリカなどのように大幅にですね、それこそ、何百万人、何千万人といった規模で受け入れると、規模の利益が働いて一人あたりのコストが少なくてすみ、受け入れがプラスになるんじゃないかというようなことが分かってきたのです。従い

まして、外国人労働者を受け入れるのであれば、小規模の受け入れではなくて、大規模な受け入れをする必要があるのではないかと思います。

外国人受け入れに代替する方策

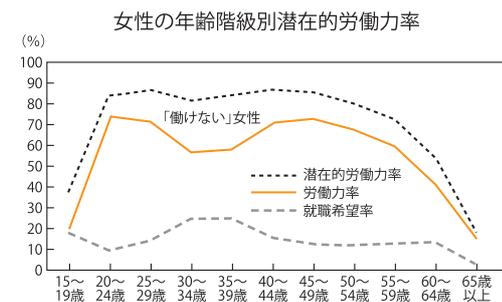
外国人労働者を受け入れるべきか否かを議論する際にはいろんな代替策があることも考えなければ

ばいけないと思います。大きく分けて、国際的な代替策と、国内的な代替策があると思います。つまり、ヒトを受け入れて日本でモノを作るだけが方策じゃなくて、フィリピンでフィリピンの人が作ったモノを輸入するというので、間接的にですね、外国人労働を輸入するという方策があるのです。つまり、ヒトを動かすんじゃなくて、モノを動かすことによって、日本の人手不足に対処する方法もあろうかと思っています。またさまざまな国内的な代替策があります。たとえば、労働生産性を引き上げることや女性・若年者・高齢者を活用することも考えなくてははいけないかと思っています。

特に女性の活用は有望です。わが国の女性労働力率を年齢別にみると、結婚・出産育児期の20歳台後半から30歳台前半にかけて大きく低下しその後また上昇するといういわゆるM字型カーブ現象はよく知られています。

つまり結婚や出産により退職を余儀なくされるケースが多いわけですが、こうしたM字型カーブは欧米主要国ではほとんど見られません。さらに、退職し非労働力化している女性に就業希望の有無を尋ねると条件が整えば働きに出たいとするものがほとんどで、こうしたいわゆる潜在的労働力率と現実の労働力率との乖離が大きいことが問題です。託児所の量質とも充実などにより、こうした結婚・出産育児による非労働力化を余儀なくされるという状況をなくすることがきわめて重要な課題と思われれます。

結婚・育児による退職(M字型カーブ)



受け入れるのなら大規模に

看護や介護に受け入れる外国人に留まらず、外国人労働者全般に関して、少子高齢化のなかでどうすべきかを議論するための材料を少し提供させていただきました。日本では急速に少子高齢化が進んで、看護とか、介護の労働者が非常に不足していきます。だから、インドネシアやフィリピンから受け入れようというわけですが、年間受け入れ数が200人、軌道に乗ってからも1国あたり500人というのはあまりにも少ないと思います。

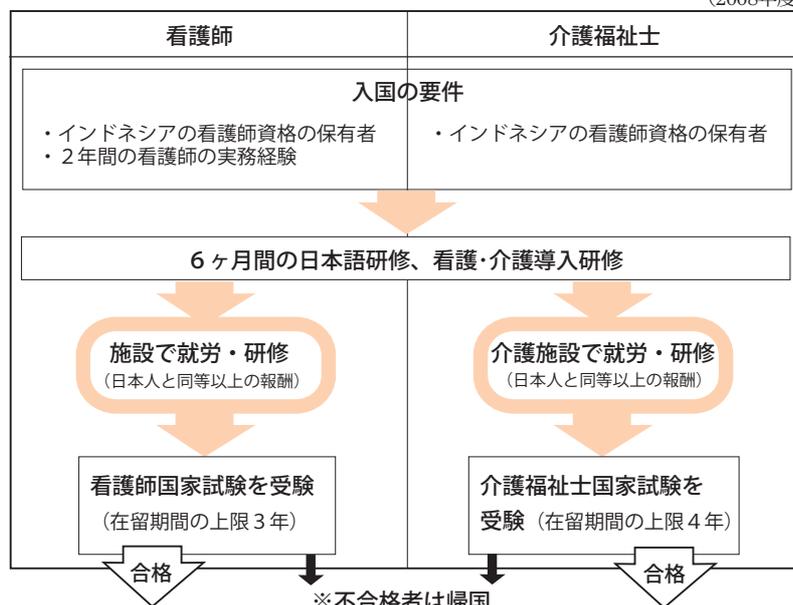
外国人労働者受け入れについては、十分にそもそもの論から議論する必要があります。私個人的には、女性などの国内労働力を活用していけば、総量的にはそんなに不足しないかも知れないとは思いますが、特定分野、たとえば看護、介護、それにIT分野に関しては、やはり不足するだろうと思います。従いまして、よく議論してコンセンサスを形成し、受け入れるのであれば、200人とか500人といったオーダーではなくて、何千人、何万人が受け入れられる体制を築くことが必要ではないかと思っています。そして外国人労働者の方々が日本で安心して暮らせるような体制を整備することが必要だと思っています。

EPAにおける看護師・介護福祉士候補者の受け入れについて

医療・福祉人材を日本はなぜ受け入れることになったのか。これは2002年に始まった対フィリピン自由貿易協定の交渉の中で、フィリピン政府が看護師や介護士の受け入れを求めてきたことに遡る。2004年11月、ラオスの首都ビエンチャンで小泉元首相とフィリピンのアロヨ大統領は日比自由貿易協定に大筋合意し、2006年に協定が署名された。同年インドネシアとの交渉も大筋合意したが、フィリピンはその後上院での批准が遅れた。その間2007年にインドネシアとの協定が署名され、インドネシアから先行して受け入れが始まることとなった。受け入れ枠組みはフィリピンの枠組みがインドネシア、タイ、ベトナムにも用いられた。

交渉の経緯からすると、今回の受け入れは厚生労働省や医療・福祉の現場から要請されていたからではなく、協定を成立させるため、相手国からの人材受け入れ要請を日本政府が受け入れたという形をとっている。その意味では政治的であり、推進する外務省や経済産業省が反対する厚生労働省を押し切った形になっている。とはいえ、医療・福祉分野では人材が不足しており、今後も増大する看護・介護需要に応えるのは困難とも予想されている。

日本・インドネシア経済連携協定に基づく看護師・介護福祉士候補者の受け入れの流れ (2008年度)

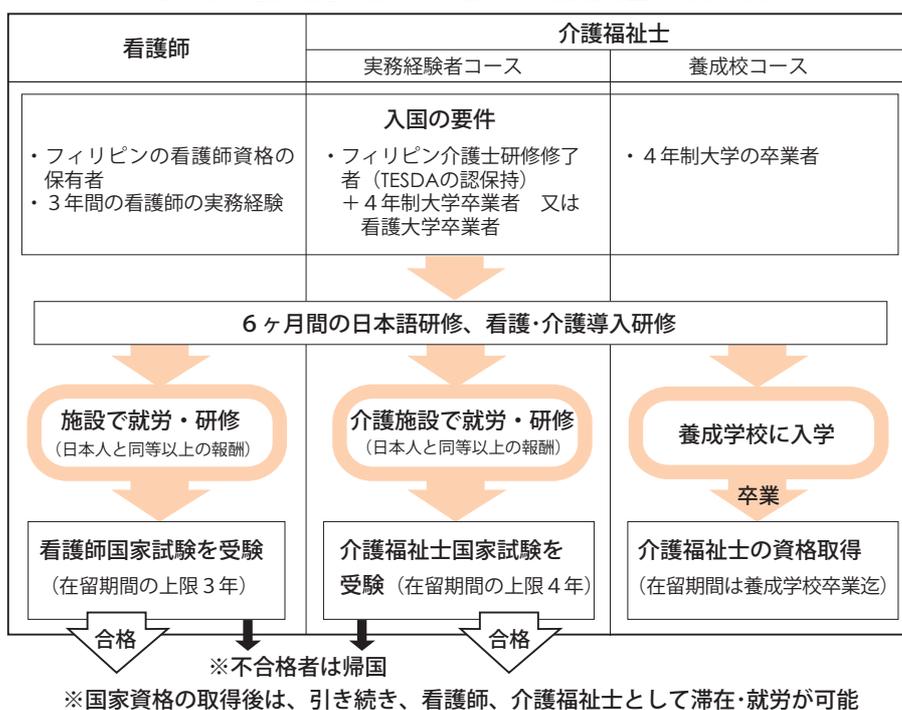


※国家資格の取得後は、引き続き、看護師、介護福祉士として滞在・就労が可能

今回の受け入れ枠組みでは、日本語教育は送り出し国ではなく日本で行うことが定められた。これは送り出し国における教育基盤が脆弱であること、また過去にフィリピンで日本語能力の認定に関し不正が指摘されたことも理由のひとつである。教育制度の違いもあり、フィリピンの場合には

看護師候補者の要件として3年以上の、またインドネシアの場合には2年以上の実務経験を有することが定められた。また介護福祉士候補者について、フィリピンの場合には4年制の大学を卒業し、かつケアギバーの資格を保持する者、あるいは看護師資格を有する者であり、インドネシアの場合には看護師資格を有することが求められた(2年目は変更有)。法務省は施行規則を改定し、資格を取得するまでの在留期間を看護師候補者については3年、介護福祉士候補者を4年と定め、資格取得のための研修という位置づけで業務に従事することとなった。国家資格を取得した場合にはビザを切り替えた上で、更新可能な3年間の滞在が新たに認められることになったが、国家試験に不合格になった場合、候補者は帰国することになる。

日本・フィリピン経済連携協定に基づく看護師・介護福祉士候補者の受け入れの流れ



今回の受け入れは初めての試みであることに加え、外交交渉の進展によって受け入れ予定が影響を受けたため、若干の混乱が生じた。インドネシアからの受け入れは募集期間が1週間程度であり、フィリピン政府海外雇用庁も十分な時間が取れなかったことを反省点としてあげている。また日本側の受け入れ機関となる病院、施設にとっては受け入れのための研修費用などの負担が大きいこと、看護・介護職員として定員とカウントされないことから応募を見合わせる機関も多かった。そのため実際の来日者数は与えられたクォータ(受け入れ上限数)を大きく下回ることとなった。両国合わ

せて950人のクォータのうち充足率は52%、国別にはインドネシアが42%、フィリピンは63%、看護・介護別には看護師候補者が49%、介護福祉士候補者が53%にとどまった。先ほどの理由に加え、マッチングの過程でキャンセルした者も多かった。インドネシアの場合には男性の候補者が多く、受け入れ機関がためらったことが指摘されている。またフィリピンの場合にはフィリピン側からのキャンセルが相次いだ。これは日本語の習得が必須であること、別の国に渡航が決まるなど、言語学習の負担感や他国との競合が主な原因であった。

なぜ日本で就労するのか。外国人労働者といえば私たちは経済的な側面に着目しがちだが、これは一面でしかない。インドネシアの場合、筆者やHapsari氏の調査によれば、看護師は看護業務に従事してきた経緯からスキルアップ、キャリア開発、あるいは日本の医療に貢献するといった非経済的な動機も強い。介護福祉士候補者についても看護師資格を保持していることから看護師の知識や経験を生かすことが期待できるであろう。しかし、インドネシアとの交渉の経緯を見ると、曖昧な地位が問題として表出する可能性がある。インドネシア政府は看護師候補者について、看護師並みの地位と処遇を求めてきたが、日本側はこれを拒否した。このことは目標と現実の就労が異なることを示すため、募集段階で十分な合意を得なければ契約違反ともなりかねないだけでなく、社会的な地位の下降という経験を通じて日本での就労、学習のモチベーションを下げてしまう。

日本では人材の受け入れが送り出し国の人材流出をもたらすのではないかと指摘されている。しかしインドネシア看護師協会の会長であるHamid氏やフィリピン大学のLorenzo氏は、今回のスキームには問題があることを指摘した上で、送り出し自体に反対するのではなく、相互互惠的な人の移動の可能性について言及している。相互互惠とは何かについて誤解を解きながら対話を続けることが大切であろう。

また人材の受け入れは、候補者が日本の看護・介護システムに同化することが求められると考えがちだが、Ada氏、日本でベトナム出身看護師の受け入れ経験を持つ竹内氏やフィリピン出身の介護士の受け入れ経験のある吉田氏の指摘は、受け入れが日本人スタッフの就労のあり方に影響を及ぼし、組織文化をプラスに変えるきっかけとなることを示している。このことは単に外国からの人材の受け入れが、安価だからとか人材不足だからというレベルに終始するのではない可能性を持つことを示している。

とはいえ、今回の受け入れは国家間協定の枠組みにおける初めての試みであり、受け入れ機関は試行錯誤を続けるであろう。日本は医療・福祉部門における外国からの人材受け入れの後発国である。日本の周りには台湾やシンガポールのようにすでに受け入れを行っている国や、オーストラリアのように多様な移民から構成されている国が存在する。これらの経験から学ぶことは有意義なものであるだろう。

第2章

送り出し国の動向

- 報告3 Achir Yani Syuhaimie Hamid
「インドネシア・日本経済連携協定に向けて始動する看護師
——求められる改革と看護師協会の役割」
- 報告4 Fely Marilyn E. Lorenzo
「グローバルな医療人材の交流——互恵的関係の構築に向けて」
- 報告5 細田 尚美
「フィリピン人にとって移住労働とは」

インドネシア・日本経済連携協定に向けて始動する 看護師——求められる改革と看護師協会の役割

インドネシア看護師協会(INNA)は国際看護師協会(ICN)、日本看護協会(JNA)と常に連携してきました。『どこに仕事場を求めるのか』、それは看護師一人一人に保障されている権利だと考えています。

インドネシアは1万7500の島々からなる世界最大の群島国家で、人口の85%がイスラム教徒、300の民族が暮らす多民族国家です。保健・医療従事者は約65万人、うち65%が看護師であり、過半数を占める看護師は医療従事者の声を代表する層であるといえるでしょう。1,319の国立・私立病院があり、8,000ヶ所の保健所が各地に点在しています。医療については日本とは差がありますが、恵まれない家庭のための健康保険制度や厚生省の「予防と健康村」プログラムなどを設け、インドネシアの人々の健康状態を向上させるため懸命に努力しています。サービスの質や医療従事者の労働条件、政策等については、まだまだ課題はありますが、長期的には発展に向かって改善をはかっています。

インドネシアの看護師教育制度と「看護法」

看護・介護教育

看護・介護教育機関の合計数(2008年)

● SPK	= 12
● D3(専門学校)	= 434
● S1/BN(学士)	= 226
● S2/MN/Specialist(マスター)	= 2
● S3 Doctor(博士)	= 1
Total	= 675

小学校+中学校の9年間の基礎教育の後、3年間の看護専攻コースを受けるとSPKという看護師になります。1992年以降教育制度が拡充され、SPKが高校卒業後、3年間のディプロマ(学士)相当の教育を受けるとD3となり、さらに、4年制大学の専攻課程と1年の実習を経るとS1(スペシャリスト)看護師と呼ばれます。今年から博士課程ができ、より高等な教育制度が始まりました。将来的には国家試験を実施し、コンサルティング能力を身につけた専門職看護師が登場することになります。現状はSPK、D3の看護師が大半ですが、方向性としては、より専門性の高いS1以上の看護師を増やしたいと考えています。

国家試験制度の実施には「看護法」の成立が必要ですが、成立するとS1以上の看護師については相互認証制度を設け、2010年1月から、東南アジア諸国連合(ASEAN)内で制度の整合性が保証されることとなります。つまり、インドネシアは外国の看護師を受け入れる体制が整うようになると同時に、インドネシアの看護師もASEANを構成する10ヶ国において、受け入れられるという制度的条件が整うのです。

現在、議会では「インドネシア看護審議会(INC)」という機関について審議がされています。INCは看護師の能力テストや登録業務を行い、看護師の能力を保証する機関として想定されており、看護師資格の相互認証を目指す私達にとって重要な意味のある機関です。また、外国からインドネシアにやって来る看護師が、インドネシアでトレーニングと国家試験を受けられる体制を実現することも考えています。つまり、国家間で規制が設けられる前に、この機関を利用して相互認証を担保しようという考えです。また、INCは医療過誤とみられるような問題があった場合の専門的な判

断も行うこととなります。インドネシアでは非常に多くの人口が遠隔地に在住していて、地方においては十分な医療、介護サービスが提供されていないのが現状です。対処法のひとつには、看護師がより医療上の権限を持つことだと考えていますが、それには医療の専門家達からも根強い抵抗があります。この点に関しては、目下、白熱した議論が展開されています。2010年1月までの「看護法」の成立に向けて、インドネシア看護師協会はあらゆる活動を展開しています。

インドネシア看護師協会の役割

インドネシア看護師協会 (INNA) は35年前に設立されました。2003年、日本看護協会 (JNA) の会長の力添えを得て国際看護師協会 (ICN) のメンバーとなりました。インドネシア看護師協会にはインドネシアの33の州に広がる全国ネットワークがあります。300以上の地区委員会、2,500以上の職場委員会をつうじて、私達のメッセージは看護師ひとりひとりのもとへ届きます。さらに、国外にいくつかの拠点を設けていて、クウェートにいる700人のインドネシア人看護師にも、カタールで仕事をしている800人にも、拠点を通じて連絡を取ることができます。看護師、そして介護士の声を聞き、しかるべき場所に届けることで、私達は影響力を行使します。何より、私達は看護師の能力を高めることで、インドネシアから世界へと開かれた扉を設け、私達の競争力が向上することに努めていきます。中央政府や地方政府と連携し、いつもすべての情報が私達に伝わってくるという状況ではありませんが、しかしながら、私達は常に対話の扉を開いて、あらゆる情報の収集に努めています。たとえば、インドネシア政府保健省の下部機関であるの看護局と連携していますし、さらに、WHOの会合には私達の代表を送り込んでいます。

災害時における看護活動については日本看護協会のご協力に敬意を表します。日本看護協会とカナダの看護協会が、災害が発生した際に即対応してくださいました。緊急時対応についての取り組みは推進しなければなりませんし、私達も応えていきたいと思えます。

海外で働くインドネシア看護師

インドネシア人看護師のニーズ予測について、保健省がまとめた2006年度の統計です。今後、グローバルマーケットでどれ程のインドネシア人看護師のニーズがでてくるかを表していますが、おそらく、右の図の数字よりもさらに増えていくだろうと考えています。

世界労働市場におけるインドネシア看護師へのニーズ予測 (保健省2006年)

国	D3 (専門学校)	BN (看護学士)	修士レベル	合計
アラブ首長国連邦	1,350	-	-	1,350
クウェート	5,000	-	-	5,000
サウジアラビア	3,000	-	-	3,000
マレーシア	600	400	-	1,000
日本	400 (2008年)		-	400
Belanda	990	1,980	330	3,300
米国	-	1,000	-	1,000

これ以外の国々においても多くの看護師が活躍しています。政策というものは現状を反映し、省庁間の連携がなければなりません。そして、法令を遵守しながら、状況に応じて対応する柔軟性が大事です。私達インドネシア看護師協会の考えは、国際看護師協会の見解や「看護師のリクルート倫理綱領」と、それから雇用維持と移動に関する憲章と一致しております。全ての看護師は能力に応じて平等公正な取り扱いが保障され、相互性が担保されなければなりません。

看護師についてインドネシアにもいろいろ課題はありますが、日本の課題は人材不足です。これは長期的な問題だからこそ、解決には国と国との間での協力というのが重要です。そこに漕ぎ着けるまでは、中・短期での課題解決策をまず描かなければなりません。インドネシアでは、もっとも優れた看護師から海外流出しているのではないかと、頭脳流出に危機感を持つ人もいますが、私はそうは思いません。確かに優秀な人材が国外へと出ていますが、国外でスキルをさらに向上させ、経験を積んで戻ってくるようになります。従って、これは頭脳流出ではなく頭脳の循環です。そうであれば、受け入れ側と送り出し側の双方にとってメリットがあります。そのためには、資格の相互認証や共通の評価方法が必要で、さらに人権、文化的習慣の違いが尊重されなければなりません。看護師の移動は、送り出し側、受け入れ側がともに発展するための投資であるという認識が双方に必要です。

インドネシア・日本EPAの緊急課題

ひとつ目の課題は試験に合格するための研修制度です。日本の方々にとって英語が難しいように、インドネシア人看護師にとって日本語の読み書きは何よりも障害となっています。受け入れ側にはこの言葉の問題について、より強く認識していただきたいと思います。二つ目に介護施設や病院に

において看護師として働く環境整備、プロとしてのスキルの維持とキャリア開発についても考えなければなりません。最初の6ヶ月間のトレーニングは言語の習得に特化しています。では、放置されるスキルの部分はどうなるのでしょうか。つまり、言語を習得しながら、スキルも維持する方法も見出していかねばなりません。三つ目に文化的、宗教上の習慣に対する理解について言えば、例えば、髪を覆うためのスカーフや祈りのスケジュールについての対応が挙げられるでしょう。日本の方には最初は非常に驚かれるようですが、徐々に慣れていただけるようです。昨日、日本看護協会の会長の方と、祈りの時間について議論させていた

IJEPAの緊急課題

- 正看護師としての免許取得に必要な資格試験合格に向けた訓練システムの確立
- 病院や看護・介護施設で働く際に、インドネシアの看護師にとって好ましい労働環境
- 看護師の地位の低下と専門キャリア開発の矛盾
- 文化、宗教上の習慣に対する理解
 - @髪を覆うためにスカーフを被る
 - @祈りの時間と回数
- 看護師が去ることによって生じる病院への影響

でしたが、これは勿論、対応することが出来るとおっしゃっていただきました。病院の管理者側だけではなく、医療従事者全員にもきちんと周知していただかなければなりません。トレーニングセンターについての取り組みも重要です。事業の継続性は重要ですから、十分時間をかけて、研修を半分はインドネシアで、残りの半分を日本で行い、同時に研修の専門家が相互交流するよう提案します。看護師が双方の国の大学または施設で訓練を積める可能性についても検討したいと思います。

労働環境について言えば、インドネシアの看護師だけでなく、どこの国の看護師・介護士にとっても適切な労働環境が保障されなければなりません。これらの問題が対応されなければ、インドネシア人看護師が日本の職場に留まることは難しくなります。なぜなら、インドネシアの看護師にとっては、あえて日本でなくても他の国で職を求める選択肢もあるからです。そうすると、日本の現場では看護師不足は解消されません。日本看護協会では、インドネシアの看護師が協会の準会員になるということをお認めいただきました。また、準会員にとどめず、正会員とする可能性も検討するとおっしゃっていただきました。そうすると、お互いに支部などを設けることを検討することになります。これに関しては、継続的に対話の場を設けて議論を進めていきたいと思っています。

インドネシアから看護師を送り出した場合、送り出す病院は当然影響を受けます。今のところ病院には十分にダメージを妨げる対策がないと聞いています。看護師の多くは、EPAの採用に応募して受け入れられた後、病院側に事後報告をします。在職の病院とのなんらかの契約がある場合を除き、病院を離れることは自由にできます。看護師が海外での研修を修了した暁にはインドネシア国内の病院は喜んで再度受け入れるでしょう。また、公務員としての資格を持っている看護師の場合には、インドネシアを離れて再び戻った際にも資格は維持できるということです。今のところ、インドネシアの看護師が現地の病院を離れたケースはわずかです。しかし、大量に現場を離れることになれば何がおこるだろうかと、インドネシアの病院管理者に対して尋ねてみました。「そうなれば、大問題である。対応する環境を整えていかなければならない」といわれました。

双方にとってメリットのある提言をします。日本とインドネシアの両国の利益を最大化する目的で日本看護協会とインドネシア看護師協会は密接な関係を続けていきます。覚書も何もなくても、双方の思いは同じです。専門性、看護職の知識のある人材が双方の国からトレーニングに関わること。それから、インドネシアに日本と同等の国際水準の訓練センターや臨床学習施設を共同で設立すること、インドネシアで日本の大学機関と共同プログラムを実施することも両国にとって有益でしょう。そのための日本からの支援も重視しています。そして、今回のEPAについて言えば、インドネシア看護師に対して3回以上の国家試験の受験機会を与えていただきたいと思います。より柔軟な姿勢を設けていただければ感謝いたします。

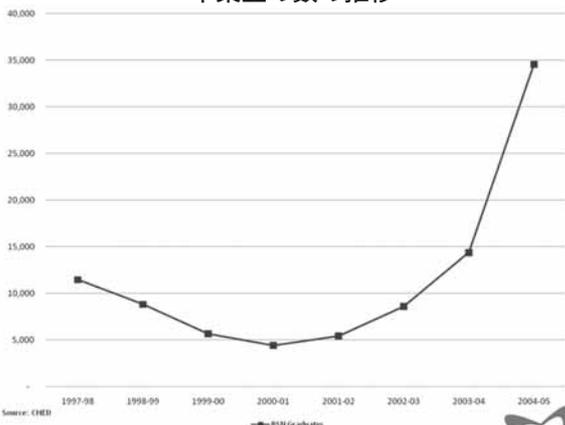
グローバルな医療人材の交流 —— 互恵的関係の構築に向けて

フィリピン大学でフィリピン人看護師・介護士移民の傾向と課題、政策について研究しています。送り出し国と受け入れ国の双方にとって有益となる政策を切望し、その政策に何が必要かということを考えていきます。

看護師・介護士移民政策の必要性

フィリピンにおいては、まず、看護師移民の現状をふまえた政策へのコンセンサスづくり、看護師に対する移民・在留者管理プログラムをつくる必要があります。看護師移民の管理ができていないという意味では、1950年以降今日まで、望ましくない状況のまま看護師が流出しています。むしろ悪化していると言っていかかもしれません。移民のあり方によって、その影響はフィリピンにおいても、受け入れ国においても、社会的な問題をひきおこしています。どのように解決するか対応が急がれ、そのために国際機関や政府機関、また、民間機関の役割を調整する必要が出てきています。どこに強調を置いて調整をおこなうのか、そして、送り出し国・受け入れ国の双方において有益な政策の策定が必要です。

卒業生の数の推移



Source: CHED
Policy on Migration of Nurses/Caregivers in the Philippines and Underlying Problems
Cross-Cultural Care in Globalization Tokyo, Japan January 15, 2009

1999-2007年 看護師免許試験合格者率

試験日	受験者	合格者	合格率
1999, MAY (5月)	6,847	3,513	51.31
1999, NOVEMBER (11月)	6,305	3,045	48.30
2000, APRIL (4月)	4,665	2,371	50.83
2000, DECEMBER (12月)	4,605	2,230	48.43
2001, JUNE (6月)	4,418	2,405	54.44
2001, DECEMBER (12月)	3,851	2,025	52.58
2002, JUNE (6月)	4,928	2,292	46.51
2002, DECEMBER (12月)	4,521	1,936	42.82
2003, JUNE (6月)	7,984	4,217	52.82
2003, DECEMBER (12月)	7,627	3,311	43.41
2004, JUNE (6月)	13,194	7,371	55.87
2004, DECEMBER (12月)	12,027	5,210	43.32
2005, JUNE (6月)	25,993	12,843	49.41
2005, DECEMBER (12月)	24,282	13,584	55.94
2006, JUNE (6月)	40,301	17,318	42.97
2006, DECEMBER (12月)	40,147	19,712	49.10
2007, JUNE (6月)	64,907	31,275	48.18
平均合格率			49.19

Policy on Migration of Nurses/Caregivers in the Philippines and Underlying Problems
Cross-Cultural Care in Globalization Tokyo, Japan January 15, 2009

私達は政策分析の他、受け入れ国の看護師の代表と電話会議などを試みてこの問題に関する話し合いをしています。米国、オーストラリアをはじめ、日本からも参加者がいます。中東からの出席者はありませんが、もし、対話が可能であれば、フィリピン人看護師にとっては大きなマーケットですので非常に歓迎します。

フィリピンでは看護師は過供給であるといっているでしょう。看護師は最も人気の高い職業のひとつで、特にこの数年は看護学校の入学者は飛躍的に増え、多数の看護師を輩出してきました。その一方で、医師の数は減ってきています。医師になるより看護師になったほうが安定した職に就け、そして、国際的に通用すると捉えられているからです。看護師の志望者が多いのは喜ばしいことですが、卒業生数は安定的に推移しています。これは看護学校において1年目、2年目の学生が非常に多く、学校も学費で潤うのですが、3年目、4年目で急激にその数が減ります。つまり、多くの看護学校では看護師養成プログラムの内容が十分でないといえます。1994年から2006年の間に、看護師免許試験の合格率が60%から46%まで下がっていることがそれを表しています。質の高い看護学校は、本当に質の高い看護師を養成

していますが、そうでない学校もあり、結果的にスタンダードに満たない看護師も輩出してしまっています。海外でフィリピンから看護師を雇い入れているところ、例えば、米国ではジョーンズ・ホップキンス病院がメリーランド州にあります。そういったところでは質の高い特定の看護学校を卒業した人のみ採用するという状況になっています。

看護師移民の傾向

移民には市民権をとって定住する移民と一時的に就労する移民の二種類あります。例えば米国で仕事に就きたいという場合、まず、一時的な就労移民となります。いわゆる就業許可を得て、決められた一定期間そのステータスで仕事をする事が出来ます。中東などでは2年間しかこの期間がありません。定住移民の数は2006年にピークとなっていますが、2007年になると、米国などがビザ規制を強化したことにより急激に下がります。十分な数のビザが提供されないで、看護師になりたい人は多くても、ビザが下りることが少なくなっている傾向が現れています。フィリピンの場合、移民の数と看護師移民の数を見ていくと、全移民に占める看護師の割合は非常に高く、移民を希望する人たちの多くは、米国やカナダに移民します。日本の受け入れ数は、定住という形では、非常に限られているという状況です。この移民の傾向にも毎年変化があって、一時的な就労移民の数は年々、減少傾向にあります。これは私達にとっては懸念材料です。なぜなら、一時的な就労移民こそ、送り出し国・受け入れ国の双方に利益をもたらしてくれると考えているからです。

看護師の受け入れ国には、まず、中東諸国が挙げられます。サウジアラビアを始め、アラブ首長国連邦、クウェート、それに次いで、アイルランド、米国、リビア、イギリス、カタール、シンガポール、トリニダード・トバゴです。2003年、2004年のデータによると、米国を上回る数の受け入れを行っている国が出てきています。また、政策的な判断によりフィリピンから看護師を採用する数を減らしている国もあります。

望ましい政策—交流による相互利益を

このような状況を踏まえて私達が行った分析の結果、何が起きてきたか。フィリピンはいわゆる移民管理政策の方向へ舵を切っています。その意味するところは、多くの国でそうであるように、人権の尊重や健康の維持です。まず、フィリピン国内で人材を保持することを目指します。そのために、移民として彼らを国内から押し出す要因を除いていくことをはじめています。例えば、低賃金や劣悪な就業環境は「押し出し要因」になります。一方、受け入れ

国名	派遣した年と人数			
	2003	2004	2005	2006
サウジアラビア	5,740	5,640	4,627	5,640
アラブ首長国連邦	452	218	670	768
クウェート	102	408	191	340
アイルランド	414	190	297	248
アメリカ合衆国	392	373	3,853	202
リビア	104	10	23	158
イギリス	3,088	800	546	145
カタール	484	318	133	140
シンガポール	652	166	129	73
トリニダード・トバゴ	-	-	113	68
総計	8,968	8,556	10,718	8,076

Policy on Migration of Nurses/Caregivers in the Philippines and Underlying Problems
Cross-Cultural Care in Globalization Tokyo, Japan January 15, 2009

国においては人材を自国で確保するという目標を持つことも重要です。また、送り出し国では単に海外で仕事をするというだけではなく、経験を通じてキャリアアップできる方法を考えたいです。人口動態の変化から、高齢化の進んだ多くの先進国が受け入れ国になっています。その中でも、国際交流を目的に「エクステンジ・プログラム」を導入しているところがあります。これは国レベルの政策で双方の国において看護師に対する教育プログラムを行い、交流から多くのことを学ぶことが求められます。保健機関やその関連部門が発展計画を持つことが、その政策の拠るところになります。

人材流出ではない人材の還流を

ここでは人材流出に注目するのではなく、再入国と人材の還流という視点で分析します。例えば、インドのIT分野では、多くの若い人達が自国を離れ、海外でITの経験を積みます。そして、母国は経験を積んだ人材が自国に戻って来るのを歓迎しています。インドではこの循環が非常にうまくいっています。つまり、私達は専門性を持った介護士、もしくは看護師・准看護師といった人達を

対象として、ヘルスケアの分野で同様の仕組みをフィリピンに導入したいと考えています。このような政策の立ち上げは、送り出し国・受け入れ国双方の発展性が重要になってきます。経済的、社会的な利益を二国間で考えていかなければなりません。専門性や知識の循環を通じて社会の貧困を減らす、そして、移民の当事者とその家族も利益を享受できるということが重要です。また、公平性や効率性にも配慮が必要ですし、一貫したプログラムという形で導入していくことが重要になってきます。

政策立案基準

1. Mutually beneficial 相互に有益であること

- a. 経済的観点（社会への還元）
- b. 発展状況（職業的、社会的）
- c. 財政（個人への還元）
- d. 文化
- e. 保健制度

2. Should achieve equity and efficiency

公平性と効率性を達成させること

3. Promote policy Coherence

政策の一貫性を保たせること

4. Protection and Safety of Health Outcomes

健康維持と衛生の安全性の確保

フィリピンでも地域を見ていくと状況は様々です。地域によっては海外へ移民した人達からの送金を頼りにしている、その一方で、医療分野では人材を国内に留めたいと考えています。共通の目標を掲げても、全ての領域で利害が一致するというわけにはいかない場合もあります。だからこそ、政策では公平性が重要です。フィリピンの南部から北部まで全域をみわたして、最大限多くの人達に対してうまく機能するものが必要で、ひいては、世界中の人にとって公正、そして、公平な政策が必要になってきます。



ミレニアム開発目標（MDGs）というひとつの指標もあります。人間の安全保障という観点からも、成果のあるものにしなければなりません。政策分析によって複数の目標を見出し、そして、政策提言へとつなげていきます。

公正な国際間調整を

フィリピンに必要な提言とは何か、そして、WHO等で国際的にどのような政策がとられるべきでしょうか。まず、フィリピンでは国内施策の実施が十分ではありません。例えば、看護師法という法律があります。看護師の最低賃金基準は、エンジニアや医師のインターンと同レベルと設定されています。これは4年前に法制化されたものですが、まだまだ、導入している所は限られていて、フィリピン全域に行き渡っているという状況ではありません。また、毎年、どれだけの数の看護師が海外へ流出しているかを知りたいと思っても、十分に数を把握しきれいていません。また米国へ向かうケースでは、看護師個人ではなく「ヘルスケアチーム」という単位で採用されることがあります。例えば、フィリピン総合病院では「開胸手術チーム」を丸ごと欲しい、と望まれたケースがありました。そのために、必ずしも、個々の報酬が明確だったり、スタンダードというものが適用されたりはしないのです。

資格の認証、移民者の再入国に関しては、ASEANで非常にいいモデルとなる資格に関する相互認証協定(MRA)があります。それがあって、受け入れ国における法による保障が導入されます。例えば、受け入れ側が採用をおこなう場合、海外からの看護師や介護士のクオリティーがわからないので、間に入る仲介者がスキルレベルを理解していなければならないということになります。その仲介者は、やはり、政府が保証しているというお墨付きがあって初めて信用されるものになります。また、賃金が極端に低ければ、こういった分野で仕事をしたいという人がいなくなってしまうことも予見されるので、それについての国際政策も必要です。現時点では、報酬の問題が明確にされていないというのも一つの課題です。これでは、社会において倫理的な公正さを欠くことにもなると思います。

政策のギャップと問題点

また、民間による人材募集においては搾取の問題も発生します。米国は受け入れ国として人気のある国ではありますが、それでも搾取されるというケースがあります。さらに、分野ごとに様々なギャップや課題が存在します。ひとつの大きなギャップとしては、フィリピンからみるとこのような人材の移動は受け入れ国にとってよりメリットが大きいように思えることです。受け入れ国は、とにかく人材が欲しいのだということを明確にしているところもあれば、外国からの看護師に対して高いハードルを設け、受け入れたがらないところもあります。残念ながら、日本もそのひとつで、

フィリピンとのEPAへの対応はそれを明示しているのではないかと思います。また、移民管理、ビザの発給などに関しても、受け入れ国によっては人材の循環を妨げる障害があります。例えば、米国では看護師がグリーンカードを取得してしまうと、自国に戻りにくくなります。また、深刻な問題なのは、受け入れ側が看護師を募集して、准看護師や介護士として雇うという非常に不公平な採用です。能力レベルの評価にも影響します。他の国々がフィリピンから看護師を採用するとき、3年間の業務経験、あるいは修士号取得者を希望することが多くあります。ところが、実際には准看護師や看護助手という形で雇われてしまう。経験を積んだ学力レベルの高い看護師達が、受け入れ国でないがしろにされ、自尊心を失ってしまうような環境で仕事をしなければいけないという事になります。もちろん、経済的な状況や労働条件、ビザの条件、就労許可等、いろんな条件によりますが、資格を相互認証しないことがある意味、問題の原因となっています。

送り出し国にも様々な課題があります。例えば、フィリピンでは何人くらいの看護師が国外に出たかということまでは把握していても、その内のどれくらいが再入国して戻ってきたかということまでは、きちんとモニタリングできていません。よりレベルの高い看護師を、どのように自分たちの国にもう一度惹きつけて、戻ってきてもらうかという事も考えていかなければならず、そのためにも人数を把握していくことが重要です。

移民の家族を対象にした研究によると、両親が仕事で海外に渡り、フィリピンに残された子供達が非行化してしまったり、薬に手をだしたりというようなことも少なくありません。また、妻、または夫が単身で海外に出向いた場合、行った先で新しい相手と恋に落ちるというケースもあります。しかし、その後に離婚してしまったり、フィリピンに残した家庭が立ち行かなくなってしまうと、移民が原因で社会的コストが発生し、最終的には国の負担になることがあります。フィリ

ピンのヘルスケアシステム、教育、経済をどのように良いものにしていくか、そして、移民とその家族たちがいかに平和裏に過ごせるか、ということも課題になってきているのです。

政策の齟齬と問題： 社会福祉と人材発展と人材保持

- フィリピン看護師協会が役割を果たしていないこと
- 発展途上国への悪影響を軽減するメカニズムが存在しないこと
- 外務省に看護師移民調整部署が存在しないこと
- 人材募集の公式、非公式ルートが存在するため自国の専門家の足どりを追跡する体制がフィリピンに存在しないこと

私達は様々な人材の開発と保持を考えています。これは送り出し国、受け入れ国、双方に共通する課題です。国内法を整備することで、若い人材が海外に出る前に少なくとも、2、3年国内で経験を積むことを促したいと考えています。いろいろな国で働きたいという志を持つ人も多いですが、移民によってフィリピンのヘルスシステムを脆弱化させてしまうことがあってはなりません。新卒の医師に関しては



フィリピン大学では、他の国で医師として働く前に、最低でも2年間は国内で経験を積まなければならないという契約を結ぶことになっています。このような契約を看護師にも導入してはどうかという話もあります。また、米国など幾つかの国とは、看護師の人材循環を前提とした教育プログラムの提携も始めています。ただ、現時点では、看護師の再入国は本人たちの自由意思に基づいています。受け入れ側が看護師を採用したい場合、例えば、奨学金制度を提供して、看護師を惹きつけるということをしている国もあります。そうすれば、看護師も外国で仕事をしながら学業にも励むことができます。

二国間協定の意味

政策提言としては、二国間協定では相互の理解のもと、業務範囲の明確化、共通資格というようなことの標準化が必要になってきます。この資格制度が質的にも受け入れられるものであれば、これを活用して、日本でも看護師を採用することができるようになると思います。まず、テストの内容は非常にシンプルにして、どのようなスキルを持っているかを証明するためのものにします。また、非常に大きなハードルとして言語の習得があります。EPA交渉では、フィリピン人看護師が日本に来るまでにきちんとマニラで日本語を勉強するという話も出ていましたが、それは実現しないと聞き、残念に思いました。まず、送り出し国でトレーニングをおこなうこと、そして、受け入れ側でもやはりトレーニングをおこなうことが必要だと考えています。つまり、人材をどのように保持するかという政策が両方に必要なのです。

また、送り出し国・受け入れ国の両方において、看護師の職場環境をよくすることが非常に重要だと考えています。日本の看護師不足は、仕事がつく、3Kと言われる仕事だからだと聞きます。苦しい思いをしても賃金は安いのであれば、他の仕事に行った方がいいと思う人もいるでしょう。米国でもやはり状況は同じで、看護師不足は非常に深刻です。国際的に共通する課題として、それぞれの国で看護師・介護士の職に魅力を持たせなければ、先進国の発展途上国に対する労働力の依存は進むでしょう。また、送り出し国でも努力しなければいけない社会政策上の課題がたくさんあります。いかにして移民を循環させていくか、また、どのように移民を社会の発展につなげていくかということが課題です。

フィリピン人にとって移住労働とは

今年の5月にはフィリピンからも看護師、介護士候補者の受け入れが始まります。そのフィリピン社会では、「海外で働く」ということがどのようにイメージされているのでしょうか。

フィリピンに限らず、現代の国際移動は「トランスナショナル」の時代と言われます。「トランスナショナル」な移民は、国外へ移動後も母国の家族や親族、友人たちと緊密な関係を維持することが特徴です。このような時代、私達は、国際移民の移動先の職場や生活環境に対して配慮する必要があると同時に、移民にとって日々とても大切な本国の家族やコミュニティとのつながりに対しても思いをはせることが不可欠ではないでしょうか。このような視点にたって、本報告では、フィリピン社会では海外就労が人々の間でどのようにイメージされているのかをお伝えしたいと思います。報告の中では、昨年フィリピンの看護師と介護士（ケアギバー）の養成現場で聞き取り調査した内容についてもご紹介します。

「海外出稼ぎ大国」フィリピン

現在、海外に在住しているフィリピン人は800万人以上いると推定されています。フィリピンの人口は今8900万人なので、10人に1人が海外に在住しているという計算になります。フィリピン政府によると在外フィリピン人は193の国・地域・信託統治領にいるそうです。ということは、ほと

んど、どこの国に行ってもフィリピン人が働いていると想定できます。フィリピンからの海外就労者の職種は多岐にわたっていますが、業種別にみると、左の表にあるとおりです。海外就労者を排出する発展途上国は年々増えていますが、その中でもフィリピンは、その規模、就労国と職種の多様さという意味で、世界で有数の「海外出稼ぎ大国」といえるでしょう。くわえて、海外就労者の間での女性の比率の高さもフィリピンからの海外就労の特徴とされます。このような大規模な海外出稼ぎの結果、海外からの個人送金はフィリピンに対する直接投資の3倍の金額であり、国の経済は海外個人送金によって大きく左右されるとみなされています。

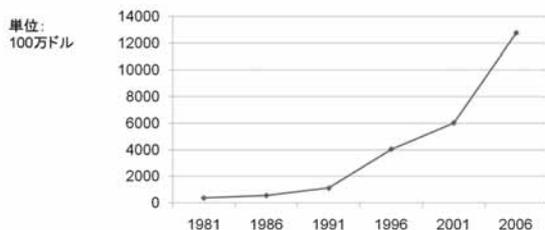
職種では家事労働が最多

新規雇用OFWの職業	%
家事労働者	15.6
製造業	8.5
介護士	4.7
サービス業	3.4
給仕	3.0
配管工	3.0
看護師	3.0

2007年の新規雇用者(30.6万人)の主な職業[フィリピン海外雇用庁 2008]

OFWからの送金: 128億ドル(2006年)

同年海外直接投資の4倍
同年輸出総額の1/3



[フィリピン中央銀行 2008; 佐藤 2006]

フィリピンで海外就労が盛んになった背景について、ポイントだけかいつまんで説明します。フィリピンにも地方差や階層さ、時代による違いはあることはご承知おきのうえ、お聞きください。第一に、焼畑農耕や漁撈といった、フィリピンでかつて盛んだった生業形態が、移動を組み込んだ生活様式をはぐくんでいました。それによって、社会関係の編成のされ方も土地よりも個人ネットワークを重視するものになっているわけです。第二に、20世紀の前半、フィリピンはアメリカの植民地となった結果、アメリカの教育や文化が浸透しました。英語教育も

この時代から広まりました。そういった歴史背景もあいまって、今でもアメリカに移住したいというフィリピン人はとても多いのです。第三に、フィリピンの階層構造をみると、しばしば10%のトップの人口が90%の土地を所有していると言われるように、東南アジアの中でも極めて極端な貧富の差がある国です。したがって、国内のみでの活動だけでは、経済的な向上を望むことが難しいという意識が強いように思われます。第四に、経済的低迷が始まった70年代後半から80年代にかけての時期、フィリピンではその経済危機を解決する策として海外出稼ぎを国家政策として打ち出し、国として海外出稼ぎを促進した点が挙げられます。

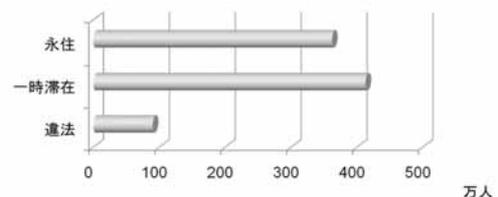
世界をまたにかける移動経路の数々

今やフィリピン人は世界中で働いているわけですが、フィリピンの人たちの中で各国はどのように色分けされていると考えられるでしょうか。下の棒グラフは、在外フィリピン人820万人を滞在資格によって分類したものです。ここから永住者と一時滞在が約半数くらいずついることがわかります。その下のグラフは、永住者と一時滞在それぞれが、地域的にどう分散しているのかを示しています。すると、永住者型の南北アメリカ（実際はアメリカ合衆国がほとんど）と、一時滞在者型の中東・アジアとはっきり分かれています。

他方、フィリピンの人たちが海外就労先を決める時に、考慮する事柄を次の三点にまとめました。まずは「経済的要素」です。月給がいくらか、とはっきりと値段を口にします。さらに渡航にかかわる斡旋費用がいくらか、斡旋費用は渡航後に給料から天引きできるかどうかという点も重要です。こうした情報は主として経験者からの口伝で広まっているようです。二番目に「社会的要素」と、まとめましたが、移動先の国が移住可能な国かどうか、それから社会生活がどれほど自由かを考慮しているようです。社会的、文化的な規制が多い国・地域は好まれません。そして三番目として「人的要素」、移動先に自分の身近な人がいるかどうかということです。これは非常に大切な要素です。たとえ遠い、ほとんど聞いたことのないような国であっても、そこに自分の身を助けてくれそうな家族や知人がいるとなれば、その場所は、ちょうど真っ暗なところに白い点がりだしたように、移動可能な場所に感じられるという具合です。

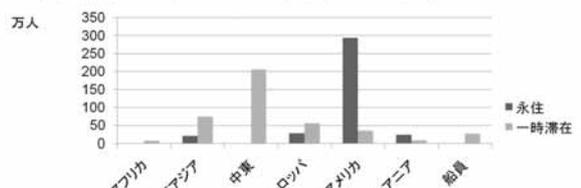
「海外」はどう色分けされているか？

● 滞在資格による内訳



[在外フィリピン人委員会HP]

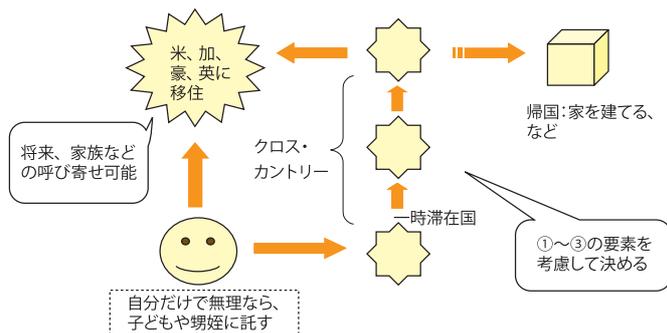
永住国アメリカと一時滞在の中東



- 南北アメリカ永住者の内訳: 米国252万人、カナダ41万人
- 中東一時滞在者の内訳: サウジアラビア105万人、アラブ首長国連邦49万人

[在外フィリピン人委員会HPより]

空間認識と海外就労戦略のモデル



永住可能国と一時滞在国の区別、移動するとき
に考慮する要素、その他の点を合わせて、フィリ
ピンの人たちは移動することと世界とをどのよう
に組み合わせて考えているのだろうか、というこ
とをお伝えするために、図式化してみました。そ
れが左の図です。海外就労にあこがれる人が希望
する一つの移住経路は、アメリカ、カナダ、オー
ストラリア、イギリスという、フィリピンで「移
住国」としてよく知られた国へ直接行くものです。
そのような国に行った際には、家族や親族をどん
どんと呼び寄せる——あるいは、呼び寄せを文化

的に期待されている——傾向がみられます。別の経路として、移住国へ直接行くことが難しい場合、
もっと行きやすい一時滞在国——取っ掛かりの外国とでもいいでしょうか——に行き、スキルアッ
プと経験を積みながら、次々と条件が良い国に移っていくという現象が現在によく見られます。海
外就労者のネットワークの中で、あるいは海外就職のインターネットのサイトで世界各国の就職情
報をチェックして、よりよい機会を探し続けます。その結果、もし機会に恵まれれば、どこかの移
住国に行くことになるかもしれません。もちろん移住国に移住するという選択ではなく、フィリ
ピン国内にとどまる選択をする人もいます。そのような人たちはフィリピンで家を建てる、子どもや
甥・姪を大学に出す、小規模ビジネスを始める、といったことをします。

看護師と介護士の養成現場

フィリピンでの看護師の養成は、アメリカの植民地統治と密接に関係しています。フィリピンに
おいて看護師になることは、アメリカに行くことという意味合いを持っているのです。そういった
歴史的な背景もあり、現在、フィリピンには看護学部が450校もあり、看護学部卒業者の多くがア
メリカの外国人用の看護師試験を受けています。私が昨年訪れた1校の例を紹介します。この看
護学部の学生数は3000人で、学部長は看護学部が非常に人気の高い学部だと喜び顔でした。学生
は女性が8割以上と多いです。学費は年間4万8千ペソ（約11万円）とのことでしたが、フィリピン
で大体ホワイトカラーの初任給が1万ペソ以下と言われていることを考えると、この学費は高めと
思われます。卒業後の進路としては、マニラの公立あるいは私立病院で働く、在宅看護師になる、
外国で働く、が中心とのことでした。国内の看護師の月給は、大体1万ペソか、それを超えるくら
いなのに対し、アメリカで働く場合は月給3000ドルにもなるそうですから、このギャップは卒業
生の進路を決めるうえで大きな要素になっていることは間違いありません。

長い歴史を持つ看護師職とは違い、フィリピンにおける介護士（ケアギバー）は、高齢化が進む
先進国などで介護士の需要が今後高まるという予測のもとに、新しく出現した職です。さらに、家

族介護が基本のフィリピンにおいて介護士は海外へ行くための資格です。介護士養成コースは、大学や職業訓練校に設けられています。その数は多い時には700ヶ所あったという報告があります。コースは6ヶ月間の授業と1ヶ月間の実習で構成され、その後の試験に合格すれば政府発行の認定書（National Certificate）が与えられます。昨年夏の調査時、介護士養成が抱える最大の問題は資格所有者が過剰になってしまっていることでした。政府は、これ以上資格取得者を増やしても職が増えなければ意味がないとして、養成コースの開講を一時的にやめるように指示しました。

介護士コースを開いている学校の例として、アジア科学技術短期大学の例を紹介します。ここでの介護士コースは2006年から始まりました。私が訪問した時には19人の受講生がおり、女性が13人、男性が6人と、およそ2：1の割合でした。日本語と日本文化の授業もありました。日本での就労を考えている受講生が多い状況を考慮し、日本語コースをオファーしていると学校側は言っていました。学費は1コースにつき1万9千ペソ（約4万円）でした。この額は、フィリピンの物価と比べると、結構高いように思いますが、学部などと違い、修了まで一回きりの支払いなので、その意味では負担は軽いとも言えます。受講生の学歴は高卒から大卒です。最も多かったのは大学を中退した人たちでした。年齢は30歳前後が多かったです。介護士は、大学卒業直後に就職する仕事というよりも、他の職業に就いた後に、次の仕事として候補に挙がる職ではないかという感じがします。さらに海外で働いた経験がある人の割合も多く、介護士は海外で働く際の第二の仕事ともみなされているようでした。介護士として海外で働いた場合の給与は、国によつての差が大きく、500ドルから1800ドルくらいの幅があります。看護師に比べると低い金額です。

海外出稼ぎ国の課題

海外出稼ぎのフィリピン社会への影響については、多くの側面を考えなくてはならず、一言で説明することは困難です。実際、海外就労で経済的利益を得た家族やコミュニティは存在しますが、問題は国全体という広い視点で見た場合です。急激な海外出稼ぎ現象は、フィリピンという国にとつてどんな結果をもたらしたのかも考慮しなくてはなりません。この点に関しては、はっきりと良い・悪いと判断することは難しく、個々のレベルで解決していかなくてはならないものなのでしょう。全般的に言えば、海外出稼ぎに対し無批判に賛成する意見は多くはありません。現在のフィリピンの状況下では仕方ない選択といった論調が強いです。

他方、多くの世帯が海外送金に依存している現在のフィリピン社会の現実という視点で考えると、海外就労を止めさせる方針をとることは不可能に近いです。海外就労に厳しい制限を加えるような政策を実施しようとしたならば、社会は大混乱に陥ってしまう、それはまた、政権崩壊にさえつながるような気がします。したがって、フィリピンではこの海外就労ということを組み込む国家のあり方というのを考えていく方が現実的ではないかと思えます。



受け入れ国と 送り出し国の対話

『日本は受け入れるからには、受け入れた後についてもしっかり考えてほしい』
という送り出し側からの声を受けて、それに向けて第一歩を踏み出す
——そのような思いで対話の場をもちました。(2009年1月15日)

日本で働いたその後は？

小川 フィリピン人看護師の人たちはクロスカンントリー（複数の国を移動）するというお話がありましたが、インドネシアでは「その後」についてはどのような見直しを考えておられますか。インドネシアから日本に来た看護師の人たちが、次は他の国に行き、いろいろ回った後に出身国に戻るといふ、そういう考え方はあるのでしょうか。

ヤニ 個人によってそれぞれです。また、選択はその人の権利だと思います。どの国に残っても、インドネシアに帰還しても、様々なステークホルダー（利害関係者）が看護師にとって働きやすい環境を設計する責任があります。帰りやすい環境を作ることはインドネシア政府の責任だと考えています。送り出す側の病院の中にも、そのような意見はありますし、看護師やその家族の選択を左右します。シンガポールやオーストラリアでは家族の呼び寄せが可能です。それができれば、看護師が家族を残してこなくてよい社会的な環境が整います。インドネシア日本EPAでは家族の呼び寄せは難しいということなので、是非、その点の考慮もお願いしたいと思います。

小川 すでに、現実にはかなりの数の人たちの移動がおこっていて、EPAの枠組みは多くの国際的な人口移動の枠組みのひとつでしかなく、日本の看護や介護の場面にもすでに外国から来られた方がたくさんいます。これらの人々をその地域社会の中でどう受け止めるかという問題もひとつありますが、それについては明日、論議しましょう。

ここまでの発表の中に、日本で経験を積んだ人たちに自分の国に戻ってきてその経験を生かしてもらいたいと

いう意向がありました。けれども、フィリピンもインドネシアも、まだ高齢化の段階が進んでおらず、介護に関してはインフラ整備が日本ほどではないという事情があって、せっかく日本で技術を学んで帰っても生かせないということが多いのではないのでしょうか。看護師の場合は異なるかも知れませんが、実際に日本で働いた経験のある人たちからは、水準が違いすぎて、帰国後フィリピンやインドネシアで思うようなところでは働く機会が得られない、という話を聞きます。送り出し側の国が、迎え入れるためのインフラの整備をどうするかという問題があると思うのですが。

ロレンゾ フィリピンのインフラを改善しなければいけない、そして、医療制度も水準を上げていかなければいけないということは痛いほど分かっています。日本人の平均寿命ほどフィリピン人の平均寿命は長くはないわけですが、現在、平均寿命は延び続けています。罹患率、罹病率や死亡率をみていくと、フィリピンの場合、ほとんどが循環器系か生活習慣病です。日本のような先進国で慢性病の医療について学習できれば、それは、フィリピンに持ち帰ると非常に有効に使えらると思います。フィリピンの富裕層は、米国の有名大学病院などへ治療を受けに行きますが、彼らを何とかフィリピンに引きとめようという戦略を持つ病院もあります。あるいは、米国や欧州では処置が非常に高価なため、フィリピンやインドネシアで治療を受けることを選ぶということがあります。そういった「医療移民」といった人たちを呼び込みたいと思っています。そのためには、日本のような国から学べば、そうした人たちによりよいサービスを提供できるという利点があると思います。

小川 医療ツーリズム、介護ツーリズムという新しいビジネスモデルですね。



司会 小川 全夫
山口県立大学大学院健康福祉学研究科 教授



アチル・ヤニ・シュハイミエ・ハミッド
インドネシア看護師協会会長



フェリィ・マリリン・E・ロレンツ
フィリピン大学公衆衛生学部教授・看護師



細田 尚美
京都大学東南アジア研究所研究員



後藤 純一
神戸大学経済経営研究所教授

ヤニ インドネシアでは、看護師、臨床看護師、あるいは看護研究臨床看護師に向けたトレーニングコースがあります。教育に段階を設け、色々な病院で今、実践しています。海外へ勉強しに行くという制度も、看護師にとってはひとつの報酬として、または勉強のチャンスとして、キャリアパスの一環に組み込まれています。ですから、EPAは全国レベルで展開する新しいキャリアパスを開いたということになります。また、一方で国内では、きちんと資格を取っている看護師は開業を認められており、その認定書がない看護師は、その認定書を持っている大学卒の看護師と共に働くことで教育が受けられるということもしています。現在、看護師のキャリアパスは政府の政策にも盛り込まれ、民間部門で働く看護師だけでなく、いわゆる公務員看護師にも適応されています。看護師たちがより高い評価を得られるためのトレーニングになります。

介護士育成の課題

小川 看護師という資格を巡っては、ある程度の国際的な基準があり、相互認証という動きもあって、条件的にはかなり調整を図れるような段階まで来たという印象を受けています。しかし、もうひとつのテーマである介護福祉士という極めて日本的な資格については、まだ課題が山積していると痛感しています。細田さんの報告に、介護士というのはフィリピンでもそんなに古くからあるものでもないし、日本のものとは違うという言及がありました。例えば、フィリピンからのEPAでの受け入れ条件は4年制大学卒となっていますが、この条件をクリア出来て、なおかつ、介護福祉士の候補者として来られるような人たちがおられるでしょうか。

細田 ご指摘いただいたように、介護士や介護福祉士に

は、ユニバーサルスタンダードがまだありません。フィリピンでは2002年から資格制度を開始していますが、当時、カナダでの介護士に対するニーズが高まったために、カナダの状況に合わせてフィリピン側で出来ることをやろうという経緯で始まりました。なので、私がそういう介護士コースの先生のところに行き、日本では介護福祉士になるには2年間は勉強しているのだと言うと「えー」という反応をされます。自分たちと日本の考えていることは何か随分違うのだな、ということを知り、ではどうしたらよいのかということが問題意識化しているように思います。日本語が必要だということと、日本では病院で働くことが多いのだということは知られているようでしたが、働き続けるには試験合格が必須であること、4年制大学卒でなければならないということに関しては、私が訪問した4、5件の介護コースを実施しているところでは、ほとんど知られていませんでした。そのため、今後、受け入れのマッチングが始まる際に、問題意識がどのようなかたちで公の場で議論されるようになるかは、まだわかりません。ただ、介護コースは色々な人が受講していて、4年制大学卒の人もいましたので、EPAに人がまったく来ないということはないと思います。フィリピンでは数年前に、日本に何万人もの介護労働者を送れるのではないかという噂が飛び交ったこともあるので、すでに介護士コースを受講した人も多いのです。日本に来る人数は充分におられると思います。

小川 そうですか。確かに、フィリピンにはケアギバーの職業訓練学校がたくさんできているので、そういうものと我々が日本で考えているような短大や、専門学校での育成の仕方とは少し違いがあるという感じはします。その辺りがこれからのフィリピンでの課題だと思うのですが、インドネシアでも、初回の募集の対象は看護学校の卒業生、及びその学生だけになってしまっていて、介護



福祉士の人たちも看護師から募集するというで始まりました。これから先はおそらく、学校に介護コースが作られて、そちらから送り込まれて来るようになるだろうと思いますが、そこでも、日本での訓練やカリキュラムとどれだけすり合わせていくのかということが大きな課題になると感じます。

受け入れ側としての日本の課題

小川 送り出し国側の様々な動きを聞いて、今回のEPAの研修プラス就労、という枠組みで出てくるであろう問題について、感想がありましたらお願いします。

宣 日本には外国人研修生・技能実習生制度がありますが、そのシステムの根幹部分は、いかに海外からの研修生を日本国内に逃がさないか、いかに本国へ帰すかということを何より重視しています。それを担保するために、受け入れ団体に過度に負荷を強いているシステムです。そのために、逃げださないようパスポートを取り上げたり、強制貯金をさせたり、というようなことが起こります。ただし、今回のEPAにおいては、関連資格の相互認証こそしていませんが、看護師の場合は国際的に標準化されている専門家の受け入れであることを考慮すると、研修生受け入れのときと同じような考え方ではとても通用しません。逃がさないために、外とのコミュニケーションを遮断したり、日本人と接するのを禁止するような歪んだ環境を作っては、絶対にいけないのですが、受け入れの制度やシステム以前に、どういう心構えで受け入れるのかが、とても大事です。そうでなければ、本当に研修生制度の「二の舞」になってしまうので、もし、この会場に、安価な労働力を逃がさないためにどう使おうかと考える施設の方がいらっしゃいましたら、その発想は最初から捨てていただきたいです。

後藤 看護・介護という業種はかなり特殊で、今後、日本の労働市場全体に比べても、人手不足が著しく顕在化するだろうと予想されています。だからこそ、日本人の供給も増やさなければならぬし、インドネシアやフィリピンからも来ていただかなければいけないのですが、ところが状況を見ると、労働条件が悪いがゆえに日本人の志望者が非常に少ないのが現状です。特に、看護よりも介護の方でその要因が大きいと思います。ちなみに、聞けば驚かれると思いますが、2008年1月のデータでは介護士を養成する学校の定員充足率は64%です。しかも、入学志望者は毎年減っています。その1年前の充足率は約72%でした。2008年は不況になり、むしろ学校で資格取得を目指す人が増えてもよい状況にもかかわらず、8%も下がっています。やはり、抜本的には、日本人でも、フィリピン人でも、インドネシア人でも、「働きたい」と思えるような職場環境にすることが、非常に重要です。加えて、介護福祉士はハードルの高い業種でもあり、介護福祉士の試験では、受験者14万人のうち合格者は7万人です。つまり、介護士の養成体制、介護の学校に人が集まるようにすることはもちろん、きちんと試験に受かるような養成システムを考えなければ駄目だと思います。そうでなければ、今後の高齢化には対応出来ないのではないのでしょうか。

小川 日本では介護福祉士という資格は社会福祉士という資格と同じ法律の下にありまして、あくまでも、社会福祉職です。ところが、海外では、このように「ケアギバー」という言葉で語られる分野は、「ナースエイド」とか、「アシスタントナース」といったような言葉で医療職の一部に置かれています。そういう国際的な考え方と日本のドメスティックな考え方の間に微妙な違いもあります。さらに、日本では、ヘルパーという資格を持っている人がいます。ヘルパーは民間資格ですが、国家資

格である介護福祉士もあり、その資格を持った人たちが同じ職場で働いていてどこが違うのか一見よくわからないという状態です。つまり、海外へ向けて職場を開放するというだけでなく、自分たちの制度の中にもいろいろ改革に取り組まなければならない課題があります。また、労働条件の改善という課題もあり、登壇者への質問の中にもそうしたご質問をたくさんいただいたのだと思います。

会場質疑

明石（第二部モデレーター） インドネシアでは介護や看護の職は比較的高いステータスの高い仕事として扱われています。しかし、日本では、これは見方によって様々だとは思いますが、介護や看護という職は、労働集約的な、きつい、辞めたい、賃金も低い、3K職といわれています。相対的には低い地位を享受している状況であり、そのような認識の差については、インドネシアから働きに来たいという方、実際に来ている方はどのように考えておられるのでしょうか。セッションでそのような質問が印象に残りましたので、ここで質問します。

ヤニ 日本の介護士のステータスは、インドネシアの看護師と違うわけですね。そういった意味では、インドネシアの看護師が日本で介護士として雇われるのは、ある意味、非常に残念なことなのです。私たちの国では、外国で介護士になるとはどのようなことなのかという情報を十分に提供しています。例えば、自国では非常に優秀な看護師でも、他の国に行くと看護師になるチャンスもなく、介護士になる場合もあるのです。こういう経験は、できれば繰り返したくないという思いもあります。インドネシアでは介護士は「スコラ・ペンディディカン・ク

ペラワタン」と呼ばれ、9年間の基礎教育（小学校＋中学校）の後、3年間の専門教育を受けることでなれますが、それだけでは、まだプロフェッショナルとはみなされませんし、看護師にはなれません。だからこそ、一番初めの人材募集の段階から、透明性のある情報提供が重要なのです。ひとりひとりが自分はどのような道に行きたいのかを決めるときに十分な情報を得ていること。私達の国の政府の場合、新聞などで候補者を公募するのですが、海外へ行きたいという意思のある看護師が応募してくるその段階で、たとえインドネシアでは看護師であっても他の国へ行くと、いわゆる助手になったり、正看護師でなくなる場合もあるということを知っておかなければいけないと思います。

もう一点、このたびEPA選抜試験にパスした人たち60名が施設には採用されないということがありました。その理由を追及すると、施設によっては男性ではなく女性の看護師を望んでいるところが多かったのです。つまり、男性であるために採用されなかったという事実があります。能力は十分あるにもかかわらず性別を理由に採用されない場合があるという状況も、やはり事前に提供されなければならない情報のひとつです。そして、それらの情報を知った上で、応募者が判断できるということが大切だと思います。

小川 論じられる時には、どうしても議会や政治面での話題が多く、また、経済的な面については非常に関心が寄せられるのですが、もう少し、両方の国の教育制度や資格制度がどうなっているとか、あるいは、その人たちの働き方など文化的な背景はどうなっているかということについての相互の理解が必要になると思います。

田村（第一部モデレーター） 二つ意見があります。EPAのような、日本とインドネシア、日本とフィリピン

という一対一の小さな話ではなく、アジア全体で介護人材が不足していくわけですから、アジア全体で議論するような枠組みが必要になると思います。

アジア全体で議論のプラットフォームを

日本はそれぞれの国と個別に交渉するような視野の狭いことをやるのではなく、アジア全体のキャパシティをどうやって作っていくのかという事をもっと積極的に議論すべきなのではないでしょうか。あるいは、このような場でもそういう議論があってよいのではないかと思います。現状ではフィリピンとインドネシア、ベトナムは「競争者」同士です。日本や韓国や台湾はそこから人材の奪い合いを行っている。送り出し側、受け入れ側の両方に競争関係ばかりあって、それが結果的にアジアにとってあまりいい方向に行っていないような気がします。そういう事を議論するような共通のプラットフォームを早く作らないと、送り出し、受け入れ両方にとって、あまりいい事にならないのではないのでしょうか。結果、カナダやアメリカや中東にだけ、人材が行ってしまって、アジアは空洞化してしまうんじゃないかなという不安があります。例えば、ASEAN+3のような、そのようなことを話し合える共通のテーブルを早く作らないといけないと思いました。

もう一つは日本国内の話ですが、今、日系ブラジルの人たちが製造の仕事がなくなり、介護にシフト出来ないかという議論がよくあります。これからの人材を考えるときに国外・国内を分けて議論するのは、あまり意味がないかもしれません。中国から来た人から聞いた話ですが、上海でも農村から働きにきた人に仕事はなくなって、その人たちに家事労働者として、働いてもらうトレーニングプログラムをやっている団体があるのだそう

です。その団体のトレーナーはフィリピン人だということです。中国国内の中国人労働者のトレーニングにフィリピン人が付いているというのは、ものすごくダイナミックです。上海の方が面白いことをやっていて、ひょっとすると、日本よりも進んでいる部分もあるのではないかと思います。あまり、国内と国外に労働者の枠を区切っている時代ではないのではないかと思います。今、日本国内にいる外国の人たちにどのようにこの分野で活躍してもらうかという議論も合わせて必要ではないかと思います。

第3章

海外における外国人材の 受け入れのあり方

報告6 Ada C. H. Cheng

「多文化における介護スタッフのコミュニケーションとマネジメント」

報告7 崔麟祥

「台湾の老人介護施設外国人ケアワーカー研修モデルの経験共有」

報告8 蔡佩臻

「台北市政府の外国人労働者受け入れ施策の経験

——直面する課題と地方政府の役割」

報告9 Letticia Chua

「エペックス・ハーモニー・ロッジの経験から」

多文化における介護スタッフの コミュニケーションとマネジメント

オーストラリアは多くの移民によって構成されている異文化社会であり、私自身20年前に香港から移住しました。そして、65歳以上人口が13%という高齢化社会でもあります。そこでの異文化間介護の経験をお話します。

「文化」の概念と「文化対応力（カルチュラル・コンピテンス）」

介護、ケアの仕事にも「文化対応力（カルチュラル・コンピテンス）」が欠かせない時代になりました。通常、コンピテンスという言葉は特定の職務を遂行するための能力や適性を意味しますが、このようにグローバル化の時代を迎え、どのような業務においても、文化的な配慮に基づいた文化対応力は必要といえるのではないのでしょうか。私は、文化対応力をもって、はじめて多文化における効果的なケアが実現すると考えています。病名の診断、病症の特定、助けの求め方、健康状態の正常か異常かの判断、全てに文化が影響を与えるからです。また、治療の専門家や患者が、お互い無意識に「期待すること」の違いの背景に、文化の違いがあります。人生の意義、倫理感、それから意識状態の認識についても然りです。ここで言う文化とは、生活様式であり、世界観でもあります。ある時代、ある集団に共通し、気候、地理、歴史、政治体制による影響を受けます。社会の規模や他文化との交流も、文化に変化を与えます。そして文化が、私たちの就寝パターン、入浴の方法、着る物、食べる物、生理感覚、善悪の判断、対人関係の持ち方、挨拶のし方、何を失礼と感じるか、悲しみの表現、愛情表現、そして、治療の方法を左右します。文化対応力とは、その文化の違いを認識し、その違いを前提にどのように対人関係を築いていくかを考え、行動する能力です。

異文化間コミュニケーション

効果的な異文化コミュニケーション

異文化間における意思疎通を効果的に行う簡単な方法

1. ゆっくり、かつはっきりと喋る
2. 文章は短く簡潔にする
3. 標準的な音量を保つ
4. 同じ考えを表すのに違う言葉を使う
5. 指図を出すのに優先順位をつけ順番を守る
6. 専門用語は避ける
7. 感情表現に応える
8. 表現の真意を考える。
ある文化では、嘘をついてでもいざこざを回避する。
9. 質問や説明には時間をかける
10. 必要に応じてコミュニケーション・エイド(補助器具)を使用する



一般的に私たちのコミュニケーションは、文化に深く根ざしています。私たちは、大人になると、何十年間と育ってきた文化の中で身につけた規範に従って、無意識に行動しています。だからこそ、異なる文化的背景の社会に入っていくと、時に、その社会のルールを破っていることに気づきます。文化は私たちの姿勢や価値観を形成し、対人関係の基本になります。そして、人に何を期待するのか、何が受け入れられるのか、その判断基準にもなります。オーストラリアでは母の日に、母親に花を送ります。しかし、香港では花は葬儀でしか用いられません。文化によって花の持つ意味合いも異なる例です。

異なる世界観、異なる文化の視点を理解すること、特に慎重にならなければいけないのが信仰です。信仰体系というのは非常に複雑なものですが、時にキリスト教徒はこうだとか、あるいは、仏教徒はこうであるという既存概念にとらわれ、非常にステレオ

タイプ化されることがあります。もちろん、それには縛られず、ひとりひとは非常に固有であるということを十分に理解しなければなりません。多文化な背景に配慮したケアを行う場合には、個人の習慣、信仰、嗜好のような要素に十分な配慮が必要とされます。時に信仰体系は、その人の考え方、行動、あるいは他人の行動に対する反応というものの原点となります。文化とは、医療・ケアのあり方、健康、病、障害、自由、治療、死へ向かうプロセス、または死後のあり方についての考え方の根底にあるということを理解しなければなりません。

文化的意識向上のトレーニング

オーストラリアでは、いわゆる多数派（マジョリティ）に属する医療機関の人材に「文化的意識向上トレーニング」又は「異文化間交流トレーニング」と呼ばれるトレーニングを徹底しています。オーストラリアで生まれたオーストラリア人でも、育ったのが農村地帯なのか都市部なのかで文化的背景は異なります。従って、すべての人材が、文化的意識向上トレーニングを受けることに意味があります。トレーニングを受けることでステレオタイプ化を避け、文化的な違いに対して慎重になり、様々な文化的ニーズに配慮することが出来るようになります。

利用者のニーズには、衣服、食事、生活様式、それぞれについて人間としての基本的なニーズと、様々なレベルのニーズがあります。基本的なニーズというのは、普遍的で全員に共通するものです。また、例えば私の場合、朝食には暖かいものを食べたいというような習慣に基づく文化的なニーズがあります。それから、ひとりひとり異なる個人的なニーズがあります。ケアのあり方にも好みがありますが、それらの違いは必ずしも文化の違いによって形成されるわけではなく、個人的嗜好や家庭での習慣が背景にあります。それぞれのニーズのレベルを理解するためには、多数派に対して多様な文化的背景を理解するトレーニングが必要です。日本であれば、日本人が日本以外の文化的背景をもつ利用者、隣人について学び、配慮することを意味します。

ケアの環境の中では、ニーズは継続的に存在するため、それが満たされないのは大変苦痛です。多文化に配慮した、ストレスのないケアを高齢者に対して提供できなければ、適切なケアを提供しているとはみなされません。ケアの現場で働く人間には、文化的意識向上トレーニングは不可欠だと思います。

文化対応力を実践するには(1)

- 利用者と多国籍の看護・介護士チームの中における避けられない文化的相違を予想
- 忠告や苦情に対する伝達経路、および公平で利用しやすい苦情解決のシステムの確立
 - ▶ 対立や苦情を解決する過程で、文化的な問題を特定し、解決できることを保証
 - ▶ 意見・提案を改善するための伝達経路の確立
 - ▶ 困難や適応問題を抱えている外国人看護・介護士に対するカウンセリングや支援の提供
- 文化対応力は個人レベル・組織レベルで求められる。管理側にも組織的な対応が必要
- 全ての組織が以下の状況を打破することが出来るような自己評価を下す能力を持つ必要がある
 - ▶ 多様化するクライアントの文化的、言語的ニーズや嗜好に対する効果的な対応の測定
 - ▶ 家族・入所者・スタッフ・および主要な出資者を有意義に取り込む協力関係の確立



では、コミュニケーションの必須要件とは何でしょうか。言語がつうじなければ、コミュニケーションは果せませんが、それだけに尽きるわけではありません。ある社会学者の示すデータによると、言語はコミュニケーションの要素の10%で、残りの90%はボディランゲージや声の質です。言葉を使うことが出来るなら、ゆっくり、はっきりと話すこと。短い文章で、簡潔に話すように努め、普段使っている専門用語は極力避けましょう。非常に重要なのは、伝えた後の相手の感情にも適切に対応することです。文化によっては、言われたことに対して直接的に否定するよりも、事実

と異なることを言うだけでもその場の摩擦を避けようとする行動もあります。そのようなことにも注意を向けてください。そして、十分に時間の余裕をもって質問を受けたり、あるいは説明を加える配慮が必要です。

介護の施設では、入れ歯やメガネの絵を描いたコミュニケーション・ボードを壁にかけています。利用者はそれを指し示すことによって、介護者とコミュニケーションが可能で、新しく言語を習得するのは非常に困難な事ですが、せめて「おはよう」とか、よく使われる物の名前だけでも相手の言語を学ぶということをお願いしてください。何より重要なのが、敬意を払って相手と接するという事です。違いのマイナスの面だけを追うのではなく、プラス面を認めていくこと。

ケアの現場においても、通常のビジネス環境においても、この文化対応力が問われる時代に私たちは身を置いています。相手の文化的背景を理解することは、つまり、自分自身が変容することが問われているということでもあります。また、文化対応力というのは常に発展させることができ、いかにその能力を身につけたとしても常に改善の余地があると、肝に銘じてください。

多様性のもたらす利益についても言及しておきます。全ての個人には価値があり、何らかの貢献が可能です。多様性のある組織ではひとりひとりが十分な機会さえ与えられれば、全員がそれぞれのやり方で貢献できるので、それこそが強みです。文化対応力は個人レベルでも、専門家にも、組織的にも、制

文化対応力を実践するには (2)

文化対応力の習得

- 組織としての戦略の明確化(例:明確、適時、かつ達成可能な期待や課題の設定)
 - スタッフや指導者に対する指導、サポート体制
 - 家族や入所者の受けるサービスに対する満足度の向上
 - 文化的、言語的に有効な方針、構造、実践の体系的結合

人材開発

- 文化的理解に関する人材と財源の割当
- 多文化に配慮した専門的ケア。コミュニケーション言語を網羅した訓練制度
- 多文化に配慮したメンター制度(プリセプター)
- 多文化に配慮した新基準の検討
- 正規の専門スタッフと外国人スタッフでペアを組む臨床指導など
- 個人やチームの発展可能な領域を決定

品質管理

- 文化対応力計画におけるニーズと品質管理活動との連動
 - 文化対応力の進捗度を測定するための定期的、組織的な自己査定の実施
 - 内部監査、業績向上計画、入所者およびスタッフの満足度査定、そして結果と文化的能力計画の関連付け
 - 組織の長所と短所の特定



度にも導入することができ、それぞれ役割を果たすことが出来ます。政府にもポジティブアクションや、雇用均等法などの法整備をすることで、文化対応力の向上に果たすべき役割があります。また、異文化な背景を持つ働き手は、利用者の文化的ニーズを理解できるという新しいスキルを手に入れ、より一層ケアの仕事に充実感を覚えることができます。また、異文化を理解できるということは個人の人生においても重要な側面です。

日本人スタッフにこそ異文化トレーニングを

文化対応力をどのように組織に導入すればいいのでしょうか。端的にいうと、個人から管理職、意思決定者にいたるまで、組織において多様性の尊重が認識されること、それから、組織が多様性をマネジメントできる能力を備えていることが重要です。そのためには、ひとりひとりの文化対応力を評価できるシステムを導入することが必要です。そして、苦情に対しては、適切に取り扱う仕組みを導入することで継続的に改善する手法を取り入れることです。また、常に参照できるデータベースのようなリソースがあれば非常に有効です。一定の介護業務の中で、日本という環境で必要とされるファクト・シート（詳細な事例）を備えておく必要があると思います。例えば、インドネシアの文化についてのファクト・シートがあると、インドネシアから介護士を受け入れる場合に予想されるコミュニケーションの過ちを回避することが出来るでしょう。新しく来る介護士だけでなく、日本人の介護士に対して、異なる文化的背景を持つ介護士と共に働くための準備が必要です。特に、スタッフに対する苦情と働き手の意見の両方を「聴く」仕組みを備えてください。文化対応力というのは、個人に帰属するものであると同様に、組織にも帰属するものです。マネジメント側がきちんとその仕組みを担保しなければなりません。

これから先、どれほど海外からの働き手を取り入れるのかの基準を設け、戦略を持つことが組織の強みになります。日本人の介護士と、海外からの介護士をペアにしてください。これから先、海外からたくさんの方々を受け入れることになると思いますが、その間に相互に学びましょう。

日本はいままで非常に均質な社会から、多様性の存在する社会へと移行しようとしています。日本に限らず世界各地で高齢化が進展するなかで、特に、医療・介護の分野は人材不足に直面していて、海外から働き手を受け入れなければならない傾向が顕著です。従って、日本及び世界各地で、文化対応力は非常に重要になってくるでしょう。ただ単に多言語を習得するということではなく、どのように異文化に配慮し順応していくのか、そして、どのように異文化を取り込み、無用な差別を排除していくのか、ということが問われてくると思います。

《偏見や差別を排除するための方策》

- 多文化で構成されたチームの形成
 - 仲間同士の学習
- 文化的意識を高める活動
 - スタッフ・ミーティングにおける分かち合い
 - 健康、家族の役割や価値、お互いの過ちから学ぶという姿勢
 - 多文化的な祭りや祝い
- 文化的に無神経な組織でないことの保証
- 文化的に配慮されたチームの意思決定
- 多文化を包含する環境の推進
 - ポスター、スローガン、方針、飾りつけ

台湾の老人介護施設外国人ケアワーカー 研修モデルの経験共有

社団法人台北市社区シルバーサービス協会は台北市の小規模老人ホームを会員とする組織です。台北市の老人ホームの約8割が会員であり、そのほとんどの施設で外国人ケアギバーを雇用しています。私達がどのように外国人ケアギバーを教育し、管理しているか、その経験をお話します。

台湾の高齢化と外国人ケアギバー

世界の多くの国が高齢化社会を迎えています。台湾でも急速に高齢化が進展しています。台湾は1993年に高齢化率が7%を超え高齢化社会に突入し、2011年には約10%、2031年に20%に達するという推計があります。少子高齢化は、女性の就業率が向上し、共働きが増えている現代の家庭に少なくない影響を及ぼしています。台湾の労働委員会職業訓練局の統計によると、現在、台湾で働いている外国人労働者は2007年現在37万人に達していて、業種別には製造業が最も多く19万5千人（52.32%）、次いで介護労働者16万人（43.98%）となっています。国籍別では、インドネシアが最も多く12万人、次に多いのはフィリピン人8万5千人、三番目はベトナム人で8万となっています。

介護労働者は、フィリピン、インドネシア、ベトナム、タイなど多国籍であり、そのために、言語、文化、医療技術、サービスの質、知識レベル、スキル、様々な側面において格差があり、施設にとって人事や仕事のマネジメントが非常に難しくなっています。一方、外国人ケアギバーも、施設で働きながら様々なストレスに直面しています。

外国人ケアギバーのストレス

身体が不自由な高齢者の介護は仕事の中身が多様であり、労働時間が長く、高齢者の感情の波に

外国人ケアギバーのストレスの原因

1. 仕事からのストレス

介護内容の多様化とニーズに合った基本的介護スキルの必要性。労働集約型の業種の長時間労働。

2. 対人関係からのストレス

施設雇用者、看護師、台湾籍ヘルパー、ボランティア、家族などの人間関係に対応しなければならない。

3. 組織環境

入所者の多様なケアニーズへの対応。食事、睡眠、生活介助、健康、疾病治療、療養、経済面、家族関係、カウンセリングなどに対応し、整合性のあるサービスを提供しなければならない。

4. 介護知識とスキル

コミュニケーション能力と日常生活のケアといった基本的知識と介護スキル。認知症高齢者の増大で介護もさまざまな課題に直面。ターミナルケア、正確な判断や処理ができない自分への不安。

左右され対応に複雑な配慮が必要です。台湾の法律では、ケアに関わる資格の有無にかかわらず、外国から来た労働者は専門家として介護職に従事することはできません。そのため外国人ケアギバーの仕事の内容は非専門的な雑務になります。介護労働は労働集約型の業種であると言ってよいでしょう。体力的に強い負荷がかかることはストレスの原因になっています。

外国人ケアギバーにとって次のストレスは、対人的なストレスです。外国からやってきて、言葉の問題、文化的な習慣の違いに直面し、それに加えて施設の中で雇用者や同僚、ソーシャルワーカー、被介護者の家族など、複雑な人間関係に直面しなければなりません。

三つ目のストレスは職場環境への適応です。まず、インドネシアやベトナムには老人ホームという施設がほとんど存在しないので、介護について基本的な

考え方がありません。介護の枠組み、治療、経済面のサポート、チームワークなど、介護の仕事を取りまく複雑な仕組みについて理解し、慣れなければならないし、それぞれに対応しながら整合性のあるサービスを提供しなければなりません。

そして四つ目に、介護の仕方について、知識やテクニックを学ばなければならないストレスをあげます。老人介護については、私たちが知識、新しい機材、スキルを試行錯誤しながら開発中です。台湾だけでなく世界中で模索が行われ、日々進歩していると思いますが、外国人ケアギバーは自国ではそのような職業訓練をほとんど受けていないので、台湾に来てから様々なチャレンジに直面することになります。

私たちは、施設で働く外国人ケアギバーを対象に、ケアの仕事において彼らがどのようなことを不安に思っているかを尋ねる調査を行いました。まず、入居者のターミナルケアが一番難しいと感じています。二番目に回復の見込みのない入居者に対するケア、三番目に、何か事態が起こったときに、正しい判断や処理ができるかどうかという不安がありました。例えば、高齢者が突然呼吸が出来なくなったり、顔色が悪くなったり、冷や汗が出たりという状況に、対応できるかどうかという不安です。

送り出し国での研修と求められるスキルのギャップ

一どのように埋めることができるか

私たちは、外国人ケアギバーに対してOJTなどの研修を提供しています。受け入れ施設からは、5、6年前から彼らに研修が必要であるとの要望があり、また、台湾人が介護に従事するためには専門の資格を取らなければならないのに、外国人ケアギバーは同じ仕事をするのに資格を必要としないのはなぜかという意見もあります。政府の説明によると外国人ケアギバーは、送り出し国との協定により送り出し国において一定期間の職業訓練を受け、その国の認証を受けてから台湾に派遣されることになっているとのことでした。しかし実際の台湾の現場では、彼らの介護に対する考え方、スキルなどは私たちの期待から大きく外れていることもあります。そこで、私たち協会は、試験的にベトナム国籍の外国人ケアギバーに対して集中管理、集中研修を行うことにしました。現場のニーズとケアレベルに合わせて一週間の研修プログラムを設定し研修を実施したところ、非常に成果があり雇用施設から高く評価されました。従来の訓練なしに受け入れた外国人ケアギバーに比べ、ずいぶんレベルが高いという評価を得ました。この集中研修は二回実施して終了し、それ以降は行っていません。なぜなら、非常にコストが高かったからです。

外国人ケアギバーの研修(1)

カリキュラムプランの原則

- 1.施設入居者の介護需要にあわせること
- 2.外国人介護ヘルパーの技能にあわせること

この集中研修はあらかじめでしたが、4年前に方法を変更し、政府から一定の費用の協力を得て「On the Job Training」を行いました。カリキュラムは、現場のニーズに合わせて、私たちが設定しました。この時、政府のプログラムは採用しませんでした。というのも政府のプログラムというものは、多くは学者が作ったもので、外国人が従事できない仕事についてのプログラムも入っています。現状に合わない部分については研修しても意味がないと考え、私たちの研修プログラムでは、介護器具を使用した実習、実技演習をメインにおきました。

研修のカリキュラム設計には四つの要素があります。ひとつは公平の原則です。台北市の外国人ケアギバーは、主に3カ国から来ていますが、現在、台北市の施設で就労する約800人のうち半数以上はベトナム人です。そのため研修プログラムは、ベトナム国籍の人を中心に対象としています。

二つ目は、カリキュラムの時間数や日数の設定についてです。研修期間は長いほうがいいのか、短い時間がいいのか。今まで研修を受けた外国人ケアギバーにヒアリングを行い、どのような形が

より効果的かの調査をふまえて設定しています。研修は仕事と両立しなければならないので、日数が長すぎるとストレスが溜まり、内容を十分消化できなくなります。

三つ目に、もうひとつ考慮しなければならないのは介護施設側の意向です。介護施設はケアギバーの人手不足や配置など、様々な課題を考えて、外国人ケアギバーを研修に参加させるかどうかを判断しています。また、施設側の懸念として、外国人ケアギバーが他の施設の外国人ケアギバーと一緒に研修を受けると、情報が交換され、比較されるということです。

最後に研修にかかるコストです。研修には、翻訳料、通訳料、会場費、そして、外国人ケアギバーの研修への送迎など、様々なコストがかかります。送迎まで必要な理由は、外国人ケアギバーは台湾での交通手段に慣れていない、一部の人は車に慣れておらず乗り物酔いをするなど、バスに乗れない人もいますので、私たちがこのような様々な要素に配慮しなければなりません。研修の事前準備で、私たちが一番、力を入れているのは、講師と担当通訳間のコミュニケーションです。なぜなら、通訳が介護現場や専門用語を理解していない場合、通訳の誤訳によっ

外国人ケアギバーの研修(2)

カリキュラムプランの考え方

1. 公平の原則

単一の国籍を対象とするのか、すべての国籍対象の研修を実施するのか？

2. カリキュラム時間数の設定

日数と時間数、カリキュラム内容の範囲と深さ

3. 介護施設雇用側の意向

他者との比較、既存の人員配置への影響

4. その他

経費、翻訳、通訳、場所、アクセス手段等の確保

外国人ケアギバーの研修(3)

1. 教材の翻訳と多文化への配慮
2. チャートのある説明本
3. ビデオテープの使用
4. 講師との綿密な打合せによる研修ニーズの伝達
5. 研修アシスタントを配置
6. 文化による文章理解の違い、問題の回答方式の差異等を含めた文化への配慮
7. 「満足度」調査やフォローアップの実施

て研修結果に影響が及ぼされます。そのため事前に講師と通訳の演習をやります。そして、私たち主催側も講師と事前コミュニケーションをとります。講師を担当するのは多くは大学の先生ですが、教える内容があまり学術的にならないよう、ケアギバーの人たちに理解しやすいものにしてもらえるよう申し入れています。そして研修修了時の筆記試験も、外国人ケアギバーに試験問題が読めるようにと工夫しています。

外国人ケアギバーの研修(4)

時間	課程内容	講師
08:30-09:00	受付	台北市社區シルバーサービス協会
09:05-11:00	認知症 (Dementia) 病因及び病状の進行と変化)	台湾省寧園安養院 督導
11:00-12:00	入居認知症患者への個別介護(一)	
12:00-13:00	昼食	
13:00-14:00	認知症患者の行動 (徘徊、躁動)	台北市私立聖若認知症高齢者介護センター 主任
14:10-15:00	認知症患者とコミュニケーション技術	
15:10-16:10	入居認知症患者への個別介護(二)	台北市私立常喜高齢者介護・長期介護センター 主任
16:10-17:00	認知症患者介護についてのQ & A	
17:00-17:30	筆記試験	台北市社區シルバーサービス協会 総幹事



研修プログラムの中では、特に認知症患者の介護について重点を置いています。例えば、フィリピンから来たケアギバーの人達は、認知症患者とはどのような状況なのか、ほとんど理解していません。高齢者に何か正常ではない行動がでると、どのように対応してよいのかわからないのです。

まとめになります。外国人ケアギバーの雇用に挑戦することは非常に意義のあることです。私たちは外国人ケアギバーが台湾の介護に貢献してくれていることを非常に高く評価しています。以下は、私達の実技演習の写真です。



台北市政府の外国人労働者受け入れ施策の経験 ——直面する課題と地方政府の役割

台湾は外国人労働者の受け入れを始めてから今年でちょうど20年になります。最初に背景、二番目に台北市政府の受け入れ政策とその関連組織と業務内容、三番目に発生する争議と台湾政府労工局としての処理体制、四番目に台北市が直面する外国人労働者を受け入れの課題と解決の方法、そして、五番目は外国人労働者を受け入れる時の中央政府と地方政府のそれぞれの役割について報告します。

高齢化と外国人ケアギバー

——台北市の外国人労働者の9割が介護に従事

2008年11月現在台北市外国人労働者数

単位：人

国籍	外国人労働者総数	家庭内ケアギバー	施設ケアギバー	家事労働者	製造業 建設業
インドネシア	21,648 (58%)	21,001	198	378	71
フィリピン	7,697 (21%)	6,918	136	546	97
タイ	2,555 (7%)	280	2	5	2,268
ベトナム	5,262 (14%)	4,582	520	29	131
モンゴル	1 (0.005%)	1	0	0	0
総計	37,163	32,782 (88%)	856 (2.3%)	958 (2.6%)	2,567 (7%)

まず、台湾政府が1989年から外国人労働者を受け入れ始めました。理由のひとつ目は、社会経済の発展のため公共工事など国家建設プロジェクトための労働力として、必要としているということ。二つ目は台湾社会も少子高齢化が進んで、教育の普及や価値観の変化があり、特に若者が3Kといわれる産業では就労しません。そして、家庭の中でお年寄りや子供の面倒を見る人がいないというような要因が外国人労働者を受け入れる背景となっています。

ただし、外国人労働者を受け入れるには二つの前提があります。ひとつは国内の労働者の補充に留めておくこと、つまり、外国人労働者を受け入れるこ

とによって国内の労働者が就労機会を失ったり、労働市場に影響を与えることがあってはいけないということです。二つ目は、そのためにも受け入れ業種や外国人労働者の人数、賃金を制限するということです。

台北市に限定すると外国人労働者数は約3万7千人、台湾の中では他県と比べると三番目に受け入れ人数の多い都市です。出身国別にみると、インドネシア人が最も多くて21,648人、そのほとんどは家庭内のケアギバーです。二番目はフィリピン人で7,6797人、三番目はベトナム人で5,262人です。ベトナム人の多くは家庭内のケアギバーです。タイ人は2,500人程いますが、その多くは製造業と建設業に従事しています。上図は各国籍の占める比率です。また、この図が示すとおり、台北市の外国人労働者の9割以上が家庭内のケアギバーと家事労働者で占められています。

台北市の外国人労働者受け入れ政策

外国人を雇用する際、政府は雇用者側に二つの義務を課しています。外国人労働者を受け入れる前に、雇用者側は「労働就業サービス法」第47条に基づき、合理的な労働条件で台湾国内で求人し、その結果労働力が賅えない場合に不足分について外国人の雇用を申請することができます。公立の職業安定局は雇用者側に候補者を推薦しますが、雇用者は正当な理由なしに拒否することができます。また、国内での求人については、「外国人労働者雇用の許可と管理規則」という法律もあり、第12条から第15条に具体的な方法を定めています。第12条では、家庭におけるケアギバーを除いて、公立の就業仲介機構に求人を申請すること、指定される三紙の新聞の中からいずれか一紙に求人広告を3日間掲載し、掲載翌日から最低21日間は国内で人材を募集しなければならないと

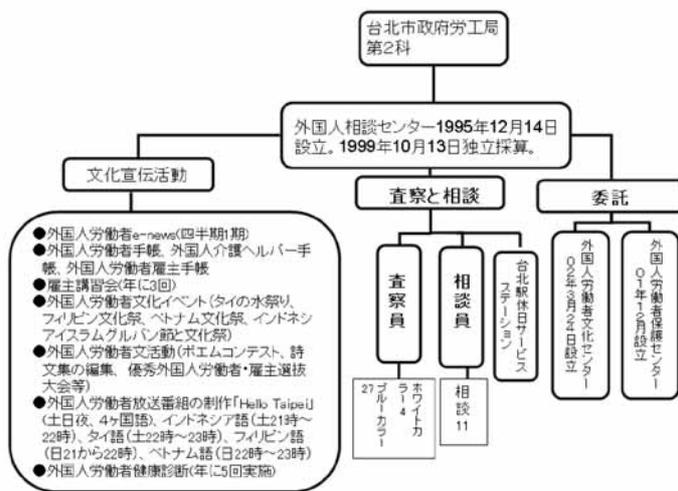
規定しています。また、家庭でケアギバーを雇う場合には、二段階の要件を満たす必要があります。最初に医療機関で要介護度の審査を受け、24時間介護が必要であると判断され、その後、長期介護センターから二度、合計6人の介護人材の推薦を受けます。その候補者達に対して雇用者は正当な理由がなければ拒否できないという条件があります。それらの条件を経て、はじめて外国人労働者の雇用を申請することができ、中央政府は雇用者側が申請資格を持っているか確認します。もし、資格を満たさない場合、政府はビザ発行を拒否することができます。

外国人労働者を雇用した雇用者には人道的な配慮と法的保障の徹底という義務があります。今、台北市にある家庭内や施設のケアギバーは台北市の外国人労働者の93.1%を占めていて、その大多数は女性です。台北市は合法的に働いている外国人ケアギバーに対しては、彼女達の權益保護を重視しています。「台北市市政建設白書」の「女性の権利」に関する部分にも、外国人労働者の権利保護について言及しています。

台北市外国人労働者相談サービスセンター

台北市外国人労働者相談サービスセンターの役割

台北市外国人労働者相談サービスセンターは台北市勞工局の第二科第三部に属しています。センターは1995年され、その3年後に実際の業務がスタートしました。私たちの業務は外国人労働者の査察と相談事業です。査察はホワイトカラー労働者とブルーカラー労働者を対象に行われ、ホワイトカラー労働者に対して4名、ブルーカラー労働者に対して27名の査察員を配置しています。相談センターの方では、外国語を介するスタッフを11名配置し、フィリピン語、インドネシア語、タイ語、ベトナム語に対応しています。その他に、休日には台北駅でサービスセンターを設け、スタッフが外国人労働者の相談に応じています。外国人労働者向けに「E通信」という機関紙を発行し、また、雇用者向けに「外国人労働者雇用主手帳」と「外国人ケアギバー手帳」と、それぞれの手帳を作っています。雇用者側へ法律知識を普及するために、年に3回法律講習会もおこなっています。さらに主要な4カ国の文化、例えば、タイの水掛祭り、フィリピンの文化祭、ベトナムの文化祭、インドネシアのイスラムグルバン祭りなどに合わせて、年に4回大きなイベントを開催しています。他にも、外国人労働者を対象とした文化活動、例えば、去年は3,588件応募者のあったポエムコンテストや優秀外国人労働者と優秀雇用主を表彰するコンテスト、台北のテレビ局やラジオ局で、「ハロー台北」という4カ国語に対応した番組の放送などを行っています。2004年から年に5回、外国人労働者を対象にした健康診断を実施し、5年間で7,000人が受診しました。料理大会、武道大会の開催、地域の外国人労働者文化センターにおけるレクリエーション活動や職業訓練などがあります。



2008年度外国人労働者相談サービスセンター事業計画

計画名称	概定総費	
1 加強違法外籍勞工查察計畫	12,027,914	違法外国人労働者査察強化
2 辦理外籍勞工諮詢服務中心業務	3,032,000	外国人労働者コンサルタントサービスセンター
3 外籍專家顧問計畫	1,177,000	専門アドバイザー
4 全國查察外國專業人員計畫	2,465,292	外国人専門家査察計画
5 臺北市外勞文化中心計畫	3,346,000	台北市外国人労働者文化センター
6 臺北市外籍勞工庇護中心計畫	2,386,212	台北外国籍労働者保護センター
7 雇主講習活動計畫	200,000	雇用主研修
8 外勞政策法令輯印計畫 (外勞E通ID)	765,700	外国人労働者政策法令発行計画(E通信)
9 外勞紛文比賽計畫	200,000	外国人労働者ポエムコンテスト
10 外勞紛文選集製作計畫	500,000	ポエムコンテスト文集作成
11 外勞動態查詢臨時人員計畫	1,137,000	外国人労働者同行調査アルバイト
12 外勞用教習書籍計畫	200,000	外国人労働者イスラム教ルバハン節計画

台北市外国人労働者相談サービスセンターのおこなう人道的な取り組みには、生活環境の指導、環境適応支援などがあります。そして、最も重要なのは労働争議、労働紛争を処理することです。外国人労働者のための保護センターを設けていて、元の就業場所で仕事できなくなった外国人労働者を一時保護する場所も提供しています。2008年度は53名を保護し、今現在も2名が元の仕事に戻れていませんが、私達は次の職場まで仲介します。私達の現状査察の件数は2万5千925件であります。またケアギバーが多い現状から、外国人労働者の指導のため、外国人ケアギバーの教本を作成しました。最初は4万部を

発行しましたが、足りなかったため、また5千冊を増刷しました。

台北市政府の外国人労働者に関する予算は、2006年と2007年それぞれ約4000万台湾ドル（1台湾ドル＝約2.9円）です。こうした予算は外国人労働者の雇用主が支払う就業安定費によって賄われます。外国人労働者の雇用者はひと月あたり最大1500台湾ドルを納める必要がありますが、これを管理する就業安定基金が台湾政府に外国人労働者関連予算として割り当てられています。就業安定基金は主に国内の失業者の職業訓練に対して使われますが、一部は外国人労働者の福祉のために使われます。

私たちが外国人労働者のために開催している事業は上の図のとおり12あります。最も予算を多く計上しているのは査察で、全体の4分の1以上を占めます。次いで、外国人労働者相談業務、外国人専門職従事者に関する査察と続きます。2007年から台北市政府が外国人労働者の不当な扱い

についての検挙を奨励しているため、査察件数は増加しています。また外国人労働者に対する宣伝効果もあがり、相談の件数も増えています。

労働争議の内訳

月	争議件数	争議人数	争議の種別										處理結果 (結果)	
			契約争議	工資争議	工時争議	管理争議	職災争議	侵害争議				其他 (含暴行、虐待、性騷擾)	成立	未成立
								性騷擾	性暴力	力・虐待・性	其他 (含暴行)			
1月	73	173	47	22	0	2	0	0	0	1	1	0	73	0
2月	44	118	30	14	0	0	0	0	0	0	0	0	44	0
3月	43	119	35	8	0	0	0	0	0	0	0	0	43	0
4月	38	94	28	6	0	4	0	0	0	0	0	0	38	0
5月	55	152	35	18	0	1	0	0	0	0	0	1	55	0
6月	56	131	44	11	0	0	0	0	1	0	0	1	56	0
7月	51	141	33	17	0	0	0	1	0	0	0	0	51	0
8月	57	172	38	19	0	0	0	0	0	0	0	0	57	0
9月	65	180	51	10	0	1	0	0	0	0	0	3	65	0
10月	56	143	36	20	0	0	0	0	0	0	0	0	56	0
11月	65	165	48	15	0	2	0	0	0	0	0	0	65	0
	603	1588	425	160	0	10	0	1	2	1	5	603	0	

外国人労働者に関して発生する労働争議

よく発生する争議の統計について紹介します。左図は労働者だけでなく、雇用主からの相談も含んでいます。最も多いのは雇用期間終了前の解約についてです。また税金に関する相談、所得税の扱い方に関する相談も多いです。また斡旋業者を通さない直接雇用に関する相談も着実に増えています。

左図は2008年度の統計ですが、603件の争議があ

り、係わった人数は1,588人です。うち契約期限前の解約が70.5%を占めています。その他に、賃金の争議も26.5%あります。セクシャルハラスメントも0.2%あります。その他暴力も0.2%あります。

労働争議については早く解決することが大変重要ですが、未成立の案件はなく速やかな処理ができています。気をつけなければならないのは、国内の労働者の権利と雇用者側の需要をどのようにバランスをとればよいのかという問題です。

台北市政府の外国人労働者業務における課題と解決方法

最も重要なことは、どのように国内労働者の就業権利を保障しつつ、雇用側の求人ニーズを満たすかというものです。ともすれば雇用者は国内労働者を先に解雇しがちですが、国内労働者の基本権利を保障する必要があります。

次に重要なこととして、雇用者と外国人労働者の問題は雇用主と仲介会社間の、あるいは外国人労働者と仲介会社間の関係にも大きな影響を受けます。雇用主と仲介会社間についてですが、行政院勞工委員会職業訓練局は仲介会社に対して評価システムを導入しています。外国人労働者を雇用しようとする者は、Aランクの会社を選定することによって労働争議の発生を未然に防ぐことができるでしょう。

外国人労働者と仲介会社間の争議については、「外国人入国手続き費用の給与に関する念書」を結んでいるか、不正はないかを確認することや、査察員が生活管理計画書と実際のそれと照らし合わせるといった審査を行います。こうした不正による罰則は厳しくなっています。また仲介費用の軽減は重要課題です。外国人労働者が余計な費用を徴収されることは、労働者の負担が増え逃亡を助長しますから、仲介業者を介さない直接雇用政策などを通して仲介料を減らし、弊害の発生を防ぐようにしています。

さらに外国人労働者は地域で生きていく上で、地域社会に溶け込まなければなりません。そこで、定期的に文化活動を実施し、コミュニティの住民と直接触れ合い、相互に打ち解けるイベントの開催をしています。外国人労働者がコミュニティで受け入れられるようにするためにも、長い目で見ると必要な活動です。

外国人労働者相談センター受理事件(非労働争議)
(2008年1-11月)

項目	受理月份											合計	備註
	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月		
賠償費	16	10	5	6	6	7	8	8	11	20	14	80	賠償
契約事項													
事前解約	-	-	-	70	175	239	326	312	344	352	331	2,149	事前解約
賃金	10	2	5	-	-	-	-	-	15	3	-	20	賃金
指徴許可以外工作	60	40	34	41	37	26	32	31	50	70	61	348	指徴許可以外工作
業務縮減争議	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	5	6	業務縮減争議
返還費用	9	8	4	8	5	5	3	7	9	6	15	58	返還費用
労働主	95	92	116	129	91	106	117	131	96	124	147	941	労働主
その他	432	109	133	-	22	3	10	42	16	18	21	132	その他
工賃事項													
前賃	123	96	87	72	52	51	60	61	75	60	69	520	前賃
加班費	86	62	71	92	159	69	76	91	106	100	123	816	加班費
借入金	30	78	82	79	87	96	112	85	92	77	83	711	借入金
借入金	21	10	15	4	10	6	3	2	5	17	6	53	借入金
其他	4	12	-	6	13	9	11	17	18	4	5	83	其他
工時事項													
正當工時	-	1	1	5	12	12	13	11	15	10	12	90	正當工時
延長工時	11	6	7	12	26	13	12	8	18	22	17	128	延長工時
假日工時	57	37	37	37	45	229	42	44	46	24	36	503	假日工時
休暇	12	46	43	99	114	112	139	103	113	103	121	904	休暇
其他	-	-	-	13	6	4	12	17	4	8	1	65	其他
管理事項													
職業訓練	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1	職業訓練
職務異動	-	-	-	-	-	-	-	-	13	15	2	30	職務異動
其他	-	-	-	-	-	-	-	-	6	1	1	8	其他
職災認定	-	-	-	-	-	-	-	-	5	-	-	5	職災認定
職災補償	-	-	-	-	4	3	6	2	5	2	1	23	職災補償
医療費用	-	-	-	1	121	-	-	4	12	-	2	140	医療費用
其他	-	2	63	1	2	1	4	3	5	-	-	16	其他
人身傷害	4	3	2	-	1	-	-	-	1	3	1	6	人身傷害
性騷擾	-	1	5	-	2	1	1	-	1	2	1	8	性騷擾
性侵害	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	性侵害
人口販運	-	-	-	2	-	-	3	3	-	2	1	11	人口販運
其他	-	-	-	-	-	-	8	17	9	12	4	50	其他
仲介事項													
仲介費	82	78	138	68	48	62	73	75	55	51	42	474	仲介費
仲介不當對待	-	-	-	2	1	-	3	36	4	2	3	51	仲介不當對待
拒收問題	-	-	-	42	48	48	38	36	46	53	42	353	拒收問題
其他	25	34	49	9	18	28	20	27	31	30	34	197	其他
居留問題	41	17	50	35	43	45	34	35	41	38	47	318	居留問題
労働保	-	-	-	1	5	17	20	16	24	20	11	114	労働保
健康検査	19	23	24	85	33	76	46	29	49	66	45	429	健康検査
税務	266	156	207	243	281	231	274	245	223	294	295	2,086	税務
直接特種	-	-	-	114	131	116	83	152	131	157	143	1,027	直接特種
入国通報	-	-	-	-	15	15	5	3	6	7	5	56	入国通報
扣留證件	-	-	-	3	12	13	2	3	14	2	13	62	扣留證件
其他	616	597	496	342	437	262	391	317	417	463	411	3,040	其他
合計	2,219	1,520	1,676	1,633	2,074	1,928	2,071	2,029	2,146	2,222	2,201	16,304	

エペックス・ハーモニー・ロッジの経験から

“エペックス・ハーモニー・ロッジ”は認知症の高齢者を受け入れる福祉施設です。約200名が入所し、100名のスタッフが交代で24時間体制で働いています。フィリピンやミャンマーから来た介護スタッフに支えられ、高齢者に質の高い生活を提供する私の自慢の“家”です。

国内・海外のスタッフの区別なく必要な基本原則



スタッフのマネジメントと教育に関しては、国内のスタッフでも、海外からのスタッフでも、基本的に必要なトレーニングは同じです。海外からのスタッフだけがトレーニングを受けて、国内のスタッフは受けないということでは現場は混乱します。私たちエペックスでは、「正しい行動をする」、「愛を持って接する」、そして「謙虚に歩む」、この三つを基本原則に据えています。

特に雇用・管理する側が、スタッフと接する際に、この基本原則を守ることが非常に重要です。正しく行動するとはどういうことか、また愛を持って接す

とはどのような振る舞いか、スタッフにはどんな行動をとってもらいたいのか、私達に明確なイメージがなければなりません。どのような場面でどのような行動をスタッフに取ってもらいたいのかという具体的なことを念頭におきましょう。そのためには、ケアのスタンダードが確立されていなければなりません。

また、スタッフの行動を評価する際には、何を基準に評価を行うのかをあらかじめ決めておかなければなりません。パフォーマンスだけが対象となるのか、もしくは、それ以外の部分も評価の対象になるのかという取り決めも必要です。つまり、スタッフに、どういった側面で何が評価されるのかということが、きちんと理解されなければなりません。例えば、求められるパフォーマンス以外にも、とってもらいたい行動や、どういった心を持って入居者に接して欲しいということがあれば、すべて、伝えることです。それが伝わってこそ、実現できた時にはきちんと褒めることができます。

明瞭な評価基準と報酬制度

海外からの労働者は、お金のために外国にまで来て仕事をしているのです。したがって、必然的に、そのお金のベースとなる評価が何によって行われるのかということは非常に重要な情報です。彼ら自身、多額のお金をかけてシンガポールに来ているのです。どういった報酬制度があるのか、福利厚生、また、パフォーマンスがよかった場合の褒賞についてなど、すべてが本人に明らかにされていなければなりません。組織の中でステップアップの機会があるかどうかとも伝えましょう。強調しておきたいのは、スタッフの報酬が何に基づいて決められているのか、スタッフだけでなくスーパーバイザーも把握していることが重要だということです。スタッフとスーパーバイザーの両方

が、雇用者もしくは組織が自分達のスタッフに対してどのような約束をしているかということを知っていなければなりません。この部分がはっきりしていない場合、それは約束も契約も無いに等しい状態です。基になるものが明瞭であれば、トップダウンで判断が行われた際にも、一番下のスタッフにまでそれが正しく伝わることにもつながります。

スタッフに「愛情」と「規律」を

スーパーバイザーは、何が規範であるのか、どのような行いが正しい行動なのかということをスタッフに伝える役割にあります。そして、規範や正しい行動には、文化的な背景が非常に大きく影響します。

文化的背景が違くと、「愛を持って接する」ということが、根本から異なってきます。そのためには、異なった文化的背景を持つスタッフを知ること、そして、愛と敬意を持つことです。まず、スーパーバイザーがスタッフのことを愛さなければ、スタッフが愛を持って入居者と接することが出来ません。スタッフも愛を必要としています。機会を捉えては、「おはよう」または「調子はどう」と声をかけるといったことでもいいので、スタッフに愛している、敬意を持って見守っているということを伝えてください。スタッフ自身がそのような待遇を受けていないことには、やはり愛や敬意を持って入居者に接することは出来ません。

さらに、規律も重要です。異なった文化的背景を持っている人たちの集まりでは、違いを認めあわなければなりません、組織において規律というものは避けられません。ミスは極力防がなければなりませんし、また、その過ちを見過ごしてもいけないからです。もし、ミスが起こった場合には問題の解決策や、回避方法を見いだすためにも規律は大切です。そして、誰でもミスは犯すものなので、過ちを犯した場合にはきちんと謝罪する態度がとれるということがスタッフにとって重要なのです。スタッフは周囲の人々と接するなかでいろいろ学んでいきます。また、スタッフによっては扱いにくい性質のスタッフもいるかと思いますが、問題が発生した場合、何がその原因となっていたのかを見ていかなければなりません。例えば、金銭的な問題であれば、なかなか解決できないこともあります。まず解決が可能な問題であるかどうかを見極めなければなりません。もちろん、このような問題解決には時間が必要になってきます。場合によっては、自分達の組織以外の第三者機関からカウンセラーや専門家のサポートを得て、問題とスタッフへの対応を行わなければならない場合もあります。時には、ソーシャルワーカーや医師の力を借りることも必要です。

シンガポール人と外国出身者の割合

国籍	看護師	看護助手	アシスタント	合計
シンガポール	49 (92%)	0	16 (22%)	65 (21%)
フィリピン	1 (2%)	142 (76%)	10 (14%)	153 (49%)
ミャンマー	2 (4%)	38 (20%)	16 (22%)	56 (18%)
スリランカ・インド	0	7 (4%)	31 (42%)	38 (12%)
マレーシア	1 (2%)	0	0	1 (0%)
合計	53 (100%)	187 (100%)	73 (100%)	313 (100%)

スーパーバイザーに必要なトレーニング

スーパーバイザーへのトレーニングも重要です。まずどのようにスタッフのモチベーションを高めるか、そして、スタッフの可能性はそれぞれに異なるので、その能力を最大限に引き出す方法のトレーニングが大切になります。スーパーバイザーがスタッフを管理するためには、人のモチベーションの原理原則を理解しなければなりません。愛を持って接し、そして、謙虚に歩む、このことをスーパーバイザー本人が理解していなければ、職場できちんとした判断をすることが出来なくなります。

認知症ケアについて(抜粋)

- 理解して支援すること
- 入居者の行動を受け入れること
- 情報をできるだけ提供すること
- 活動を簡素に保つこと
- 雑音・光などの刺激を小さくすること
- 居住環境では性急な態度を示さないこと
- 介護技術は訓練で磨けるが、より重要なのは態度や接し方などのソフトスキルである
- 注意散漫にならないこと
- 不必要な質問を避けること: 必要ならば1つにして答えの時間を十分設けること
- 話しに参加してもらうこと
- 入所者と自分をほめること
- 非言語コミュニケーションを多く使うこと
(抱擁、スキンシップ、髪すき、散歩、ネイルケア: 文化により異なる)
- 知識とスキルの活用
- 自分と同僚を知ること
- 過ちを認め修正を受け入れること
- 喜んでやり直すこと
- 他者の短所を受け入れること
- 食事、余暇、休息、睡眠を十分に取る
- 常にユーモアを忘れずに

例え、ターミナルケアでは利用者へのあるサービスを止めるというような、スタッフにとっては受け入れにくい指示をしなければいけないときがあります。その場合、なぜそのような判断になったのかという理由をスタッフに話し、スタッフに何を期待しているかを説明します。どのような条件に基づいて、気の進まない判断でも行わなければならないのかという理由を明確にしなければなりません。また、辛い事ですが、スタッフに対して退職してもらわなければならないことも、場合によってはあります。スタッフの理解を得るためには、日常から、正しく行動し、愛を持って接し、謙虚にという原理原則が、指導やモチベーション管理においても重要になってきます。

私達は教育をつうじて、私達の組織が何のために存在しているのかをスタッフに伝えます。どのような方法を持って、そのことをスタッフに理解してもらうかというマネジメントが必要です。また、スタッフの多くは、ひとりひとり不安や心配事を抱えています。もちろん、私達は皆そうですが、ここで重要なのはスタッフがどのような心配事を抱えているのか、雇用者やスーパーバイザーが理解しておくということです。まずはスタッフが自分達から悩みや不安を話せる環境を作ることが重要になってきます。また、入所者の行動や心身の健康状態について教え

ることも非常に大切です。認知症が問題のある行動につながるケースというのかなり多くあるからです。なかには非常に攻撃的な行動をとる人もいますし、怒りをあらわに表現する入所者もいます。スタッフはその対処方法も知らなければなりません。

介護に必要なのは言語でなくてソフトスキル

次に言語の問題ですが、日本では日本語が話せればよいのですが、シンガポールにおいてはマレー語、英語のみならず、三つの中国の言語など複数の言語を使用しなければなりません。そのためにも、ボディランゲージや笑顔が大事ですし、スタッフに対してはソフトスキルを求めます。実際のところ、業務(介護技術)に関するトレーニングは難しくはありません。では、スタッフの態度や、その質といったいわゆるソフトスキルの向上はどのようにすればいいのでしょうか。最も重要なのは、スタッフがそれぞれ自分自身の考え方や嗜好について理解しなければなりません。それから、ソフトスキルが必要とされる場面において、どのような対処法があるかということ、事例として知っておく必要があります。また、スタッフは「自分に責任を持つ」ということを自覚しなければなりません。もちろん、日々の業務の中でスタッフが手助けを必要としたり、また、不安になるようなことに対しては、雇用する側が十分な対処をすることが必要です。そして、スタッフが自分自身をケアすることが大切です。スタッフが休息をとり、十分な睡眠をとり、レクリエーションなどに参加して良い余暇を過ごし、そして、よい食事をとることが、ケアを提供する側として非常に重要になってきます。加えて、ユーモアのセンスがあれば、周りを和ませたりすることもできます。正しい行動をとるといふこと、愛を持って接すること、そして、謙虚さと、これらの原則はトップダウンで伝えていかなければなりません。そして、スタッフにそのような行動をとってもらうためには、組織のトップの人間がそれを実現しなければならぬと考えています。

教育研修後のフォロー

- 継続的な復習のための環境作り
- 定期的なミーティングの開催
- ロールモデルとなり歩み寄ること
- 情報を常に更新しておくこと



シンガポールの 外国人看護師・介護士の実態

シンガポールは高齢化率が約10%弱であり、日本と比べると高齢化は深刻ではない。しかし、日本以上に少子化が進展しているため、高齢化の速度は速い。そのため高齢化への対応は急を要する課題の一つである。シンガポール政府は欧米諸国や日本の経験から、福祉国家化の道を歩まないことを宣言している。この背景には財政問題や福祉国家化=「大きな政府」による国家競争力低下の懸念、あるいは福祉依存体質に対する警戒感がある。30代女性の就業率が日本より高く、また核家族化しており、介護を家族に依存することは困難である。そのために外国人家事労働者の雇用が進んでおり、16万人もの外国人家事労働者が家族介護を補強している側面が見られる。こうした傾向は台湾や香港でも類似している。

政府は施設介護を抑制したいと考えているが、要介護者の増大や病院における社会的入院の抑制から施設の役割は大きくなっている。また、施設介護においても外国人労働者の果たす役割は大きい。介護スタッフは主に、看護師、准看護師、看護助手、助手の4つの職種から構成されている。介護職は看護助手と助手から構成され、ほぼ100%が外国人労働者である。出身国はフィリピン、インド、ミャンマーなどである。助手は掃除やシーツ替えなど主に身体介護をしない職務に従事し、身体介護を行うのは看護助手である。看護助手は送り出し国で看護師の資格を持っているが、これは介護のスキルを確保するため看護師の有資格者を看護助手として雇用しているためである。そのため、雇用契約時には業務内容についての確認を十分に行わないと、後で労使紛争の原因となるという。多くの施設は在職訓練の認定を保健省から受けており、基準に応じた在職訓練が行われている。基準が明確であるということは介護の質を維持するためのボトムラインが維持されることになる。政府はすべての施設に在職訓練の整備を促しており、そのインセンティブとして、税の減免制度を導入している。

介護職従事者は2年契約で16年を上限として就労することができる。また看護助手は施設の必要に応じてシンガポールの国家試験を受けることができる。すでに送り出し国で看護師の資格を有しているため、就業しながら補足的な講義を受け受験に挑む。看護師の資格を取得すると、永住権を申請することが可能となるため、スキルが在留資格に影響を及ぼすことになる。また、送り出し国で資格を問われない助手がシンガポールで看護師になる道はない。ただ、在宅介護士の資格を取得することで在留期間が16年に延長できる。

施設で就労する外国人労働者はフィリピン、インド、ミャンマー、スリランカから構成されており、外国人労働者の雇用限度はスタッフ全体の85%と極めて高い。近年、90%から引き下げられ、シンガポール人労働者の雇用を増やさなければならないが、地元の介護労働者のリクルートは非常に困難であるという。これは賃金によるというよりも、むしろ就業内容によるという。またリクルートに成功しても、定着度が低く、むしろ外国人労働者のそれの方が非常に高い。したがって、雇用限度率の引き下げによってシンガポール人労働者が増大したのは厨房やドライバーなどの職種で

あり、介護士ではない。多くの施設は外国人労働者のリクルートを口コミに頼っている。信頼のおける外国人労働者に友人を紹介してもらう方が、斡旋業者を通すよりも適切な人材を確保することが容易であるとする施設は多い。

シンガポールで就労する看護師の3割は外国出身である。政府はできるだけ地元看護師の割合を増大させようとしているが、女性の社会進出が目覚ましいシンガポールでは、職業の選択肢が多様であり看護職をすべてシンガポール人で賄うことは困難である。看護師リクルートのルートは幾つかあって、1つは中国やインドの特定の看護学校との相互認証である。その際は相互のカリキュラムを認定した上で、シンガポールの看護師試験を現地で受験し、書類・面接試験も行われる。また、奨学金を得てシンガポールで看護を学び看護師として就労する場合もみられる。さらに、中国やインドとの相互協定にもとづきシンガポールで看護研修も頻繁に行われている。

シンガポールの中核的な病院であるシンガポール総合病院では、外国人看護師に対して「外国人看護師のための多文化トレーニングプログラム」の講義を提供し、さまざまな在職訓練を行っている。多文化から構成されるシンガポールでは文化的規範を押えておくことが、看護ケアを行うにあたって摩擦を防ぐ上で重要であると考えられている。新人看護師に対しては看護の質と教育水準を保つため、最初の半年はプリセプターを付けることになっている。また、プリセプターもプリセプターとしての訓練を受けている。

シンガポールは英語、中国語、マレー語、タミール語のほか、福建語、広東語など多様な言語が用いられている。外国人労働者はおろか、シンガポール人スタッフもすべての言語を解することは困難である。外国人労働者に対する言語教育も行われているが、それほど重視されているわけではない。むしろ一定の看護・介護スキルを確保することに主眼が置かれている。言語の問題はスタッフの配置を工夫し、助け合うことを前提に対応しているのである。外国人スタッフはコミュニケーションの問題があることを口にするが、むしろマネジメントの視点からはコミュニケーションが困難なときの対応を明確にすることが重要であるという。

参考文献

安里和晃・中江郁子(2008)「シンガポール」東京海上日動リスクコンサルティング株式会社編「アジア諸国における外国人材の活用等 に関する実態調査」経済産業省経済産業政策局産業人材政策担当参事官室。

安里和晃(2005)「移動の世紀の<再生産労働> 2. 外国人家事・介護労働力の現在/台湾、シンガポールの事例から」、オルタートレード・ジャパン/パラグラフ編『at』2号、106-123頁、太田出版。

また、Lim Swee Hia氏、Letticia Chua氏、からの聞き取りも参考にしている。

Cross-Cultural Care in Globalization: Management of Nursing/Carework in Multi-Cultural Settings

第4章

日本の受け入れの経験

報告10 春原 憲一郎

「インドネシアEPA看護師・介護福祉士候補者受入研修のコンセプトと実際」

報告11 Elsi Dwi Hapsari

「インドネシア人看護師の日本での就労——どのように職場に適応するか」

報告12 吉田 美香

「定住フィリピン人受け入れの経験 外国人介護員との協働
——福祉施設で働きたい」

報告13 竹内 美佐子

「外国人看護師との協働の可能性——ベトナム人看護師の受け入れ経験から」

インドネシアEPA看護師・介護福祉士候補者 受入研修のコンセプトと実際

2008年8月に来日したインドネシア人看護師・介護福祉士候補者の6ヶ月間の日本語研修を振り返り、今後の課題を整理します。

インドネシアから候補者がやってきた！

2004年から昨年2008年の6月まで、ずっとEPAではフィリピンの方が来るとして準備をしていました。フィリピンですから英語で、かつ、キリスト教というのを前提として、カリキュラム、教材、辞書の用意も、教師養成もおこなってました。ところが、7月になって突然フィリピンからは来ない、インドネシアのイスラム教徒の人達が来ると言われたのです。準備期間は1ヶ月しかなく、今度は教材やカリキュラムを全部、インドネシア語版、イスラム教徒向けに自転車操業で作る変えるということをしてしながら受け入れて、今、研修を始めて5ヶ月目に入っています。AOTSでお預かりしているのが149名で、残りの56名の方は国際交流基金が研修を担当しています。あと3名

が導入研修免除者です。

左のグラフはあくまで今回AOTSが受け入れた人だけですが、ある傾向があると思います。この傾向が今年度だけなのか、来年度のフィリピンやインドネシアの人たちと共通する傾向なのかどうか、それによって海外から日本の医療福祉で働こうという人たちと求人側の双方の動向がわかってくるのではないかと思います。

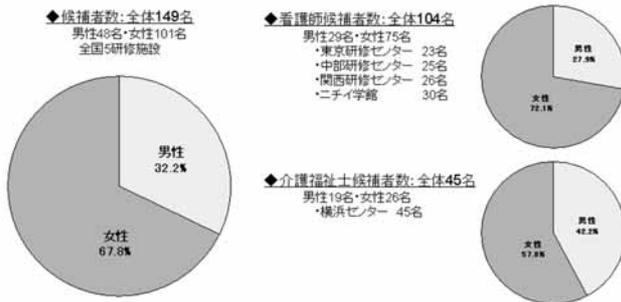
まず、この図では男女比があります。多くの論調では女性が多いだろうと言われていました。事実、多いのですが、全208名の性別比は女性6対男性4です。

従って決して女性が圧倒的というわけではなく、男性も4割いるということです。看護師候補者の方は7対3で女性が多い。介護の方は6対4というような傾向があります。このような男女比率が受け入れ施設側のニーズなのか、それとも、今回限りの偶然なのかということはこれから検証されていく必要があります。

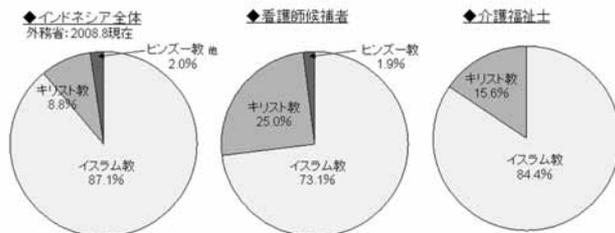
次に宗教です。今回インドネシアからの受け入れということで、イスラム教徒と考えがちなんですが、決めつけることは出来ないというのが現実です。一番左の円グラフはインドネシア全体のイスラム教の比率で、ほぼ9割です。しかし、実際に今回来日している人たちを見ると、5人に1人はイスラム教ではなく、キリスト教とかヒンズー教の人もいます。したがって、インドネシアの人、イコール、イスラム教と決めつけられないということです。

それから、一番下が平均年齢です。看護師候補者の方が20代後半、介護福祉士候補者の方が20代前

■ インドネシア人看護師・介護福祉士候補者概要



■ 宗教



■ 年齢

◆ 全体平均年齢 約26.3歳
看護師候補者約27.0歳・介護福祉士候補者約24.8歳

半という傾向がはっきり出ています。これは社会経験があるかどうかということが大きく影響しています。

具体的なカリキュラムについてご説明します。今回、設計したカリキュラムには大きく三つの目標があります。ひとつは地域社会で生きる力という意味で生活者としての能力、二つ目が6ヶ月の研修が終わるとすぐに就労現場に入りますから、就労現場に軟着陸できる力。就労できる力は6ヶ月では無理です。従って、なんとかソフトランディングしてもらうための最低限の力を身につけていただくということです。三つ目が学習者としての能力です。完璧な看護、介護の能力プラス日本語能力を持って就労現場に入るということは、おそらく今後もめったにないと思います。そうすると、現場に入ってから自力でキャッチアップしていく力が必要です。

三つの目標の中で、最も重要なのは自律的な学習能力ではないかと考えます。その理由のひとつ目は、教育研修期間というのはいくらやってもおそらく限界はあるだろうということ。二つ目は彼らは研修や留学じゃなくて就労現場に入るわけで、成果を求められる度合いが研修や留学よりも社会人として高いということです。三つ目は、国家試験がノルマとして課せられているということ。その三つから「自律的な学習能力」というのが必須ではないかと思えます。

675時間の日本語研修をおこなう研修カリキュラム

現在、午前3時間と午後3時間、それから、夜は自習用に一人一台コンピューターを貸与しているので、それを使ってEラーニング教材、WEB教材で予習復習をしています。従って、少ない人でも一日9時間、多い人だと10時間以上というような、すごくハードで集中した日本語学習と社会文化研修を実施しています。

この表を説明しますと、日本語学習というのが上にあり、右に時間数があります。上から四つ目に

675時間という小計がありますが、これが日本語学習の総時間数です。全研修時間数が800時間強ですから、8割強を日本語の研修が占めています。残りの研修が社会文化研修です。異文化適応であったり、日本の生活習慣であったり、法制度などを学びます。全体の構成は、6ヶ月が4期に分かれています。第1期が言ってみれば、入門サバイバル期間です。第2期が生活基礎編みたいところです。この1期と2期はオーラルが中心です。会話を中心として、「話す」、「聞く」を中心としています。第3期が仕事とか社会人の基礎コミュニケーション能力というのを身につける。最後に看護日本語入門、介護日本語入門を第4期に学びます。後半の3期から4期に入ってくると、「話す」、「聞く」に加えて、「読む」、「書く」ということに重心を置きます。

■ カリキュラム概要

(合計816時間)

分類	内容	時間
日本語学習	基礎日本語	336
	中級日本語	168
	専門日本語	171
	(合計)	675
講義・ワークショップ等	生活案内、日本紹介・生活習慣、異文化コミュニケーション、就労ガイダンス、日本の社会福祉・医療概要等	75
見学等	市役所、教育施設、防災センター、医療機関・福祉施設、企業等	42
会議		24

※上記以外に、看護・介護導入研修(専門研修42時間)が、厚生労働省により実施されます。(総時間数:858時間)

レベル的な目標ですけれども、この675時間というのは例えば日本語能力試験でいうと、2級に相当しますが、日本語学習者や日本語能力試験の受験者の8割を漢字圏が占めていることを考えれば、フィリピンやインドネシアの非漢字圏の人たちは1.5倍くらいの時間が充分かかると考えていいと思います。従って、この600時間強という時間の読み取り方は、日本語能力試験のシラバスにあてはめると、単語の数や漢字数などは、大体、「準2級」に相当すると考えていただいていいと思います。ところで、日本人でも、看護や介護関係者以外の方は次のような言葉を漢字ですく書けるでしょうか。例えば、「左半身片麻痺」と聞いて、「麻痺」と書けますか。それから「褥瘡」と聞いてぱっと漢字が書けますか。今、昨年8月に来て、まだ5ヶ月しか勉強していないインドネシア人たちはそういう漢字を勉強しているわけです。従って並の日本人が書けない漢字を知っていたり、書けたりするというのも是非日本人の方に知っていただきたいです。

重要なのは「自律学習能力」と「協働する力」

プロジェクトワーク「入院患者が病院で怒りを感じるのはどんなとき？」

先ほど、目標のうち自律学習能力が最も重要だと言いました。この自律学習の能力というのは、決して一人きりで勉強するという孤立学習ではありません。セルフスタディー、プラス、ピア・ラーニングといいますか、仲間や先輩と一緒に協働で学習をしていく力をつけてもらうということを目標にしています。カリキュラムで、淡々と教科書、教材をやっていく授業と同時に、プロジェクトワークという仲間と一緒に自分たちでテーマを見つけて学習していくというコマを設けています。たまたま、先週そのプロジェクトワークの発表会があり、例えばそのなかに、病院で入院している患者が怒りを覚える時というのはどういう時か、というテーマがありました。そういうテーマって、なかなか普通の日本人は思いつかないですね。まさに、彼ら自身が必要としていることが取り上げられています。

具体的にはアンケートとインタビューをして、その結果を分析考察して、パワーポイントを作って発表しました。入院患者が病院で怒りを覚える時って、どんな時だと思われますか。彼らの調査結果によると、日本人の入院患者の場合は、家族が来ない、家族が冷たい、家族が非協力的であるということで一番怒りを覚えるのだそうです。一方、インドネシアの入院患者が怒りを覚えるのは入院費用が高いということだそうです。さらに、どうしてその違いが出てくるのかということを彼らが分析しました。その結果、日本には保険制度があるということ、もう一つ、彼らの調査結果から出てきたのが、日本の方が遥かに入院期間が長いということです。入院が長いと、家族も飽きてくる、そして、病院に来ないので、冷たく感じる。一方、インドネシアでは保険制度が行き届いていないから、保険に入っていない人が多く、従って、入院期間も短く、かつ、費用が高額で頭に来る、という発表をしていました。そういうことを通じて、自分たちで一連の学習活動を運営管理していく力をつけていきます。

まもなく、介護福祉士候補者の導入研修は修了します。続いて看護師候補者の人たちは2009年2月12日で終わります。それから北は青森から南は九州までの病院施設に散らばっていきます。今後の課題です。この中の③から⑤は繰り返し触れられているので、ここでは①と②について触れます。①のコーパスというのは、現場でどのような日本語コミュニケーションが交わされているかということです。ある研究者の調査によると、介護の現場では普通体の「わかりますか」ではなく、「分かる？」と訊くような特徴があるということを言っています。また、津軽から熊本まで散らばっていきますので、当然、方言というのがあります。それから、介護現場では、常にノンバーバルな、身体接触と一緒に言葉が使われるというようなことがあります。語学の教材は音がものすごくクリアで、アナウンサーや声優が吹き込んだ音声ですが、しかし、現場ではテレビが付いていたり、機具の音がしていたりというような常にノイズの中で行われます。それから、おそらく同僚や利用者、患者さんと一緒に人間関係を作っていく時、いわゆる雑談やおしゃべりって言われるものがとても大切だと思います。「昨日、阪神負けたね」って言われて、それにどうやって参加できるか、それを教科書で学ぶのは難しい。まさに生身の人間同士の接触を通じて、身につけていく必要があります。

日本側も制度と連携で歩み寄りを

もうひとつは②の日本人側がどうやって歩み寄るか、努力するかということです。今、国立国語研究所が病院の言葉を分かりやすくする調査研究をして、具体的にいくつかの方策を出しています。つまり、ひとつ目は日本語そのものを変えていくということ、二つ目が国家試験、本当に配慮せずに日本人と同じでいいのかという問題ですね。今、外国籍児童生徒や障害者等には、特別措置受験というのがあります。そういった様々な措置であったり、多言語受験であったりという、国家試験に関する議論が必要だと思います。今回は、開講式やコースの途中に受け入れ病院・施設の方たちに来ていただき、インドネシアの看護師・介護士候補者の人たちと合同ワークショップを開いて、どうしたらお互いが理解できるのかという情報交換も含めたセッションをしました。それと同時に、日本語学習の一環として、定期的に病院・施設の人とメールでやり取りをしてきました。そのようなことを通じて、日本人側の意識とコミュニケーションスキルの向上というのが必要だと思います。

最後に一つだけ、この事業の成否というのは、努力だけでは駄目だと思います。当事者と病院・施設、それから地域、自治体、各省庁、医療福祉、日本語教育等、様々な関係者が連携、協働して支援体制を作っていないと絶対に成功しない、根性論では無理だということを訴えて、私の話を終わりにします。

今後の課題

- ① コーパス研究とコミュニケーション教育の変革
- ② マジョリティ側の変容 例 言語と試験制度
- ③ セーフティネットとしての医療、福祉制度の確立
- ④ 互恵的關係、循環型裨益關係の構築
- ⑤ 市場競争原理から市場倫理+人間の安全保障へ

インドネシア人看護師の日本での就労 ——どのように職場に適応するか

日本で勉強している留学生として、インドネシアの看護学生、看護師・介護士候補者がどのようにして日本の職場に馴染んでいくかについてお話しします。

日本文化はユニークで強いイメージ

最初の調査は2008年11月から12月にかけて、ジョグジャカルタのガジャマダ大学の看護学生を対象にデータを集めました。回答率96%以上、251人から回答を得ました。ほとんどが女性です。学生の受講しているプログラムは2種類あります。ひとつは高校から進学する人、もうひとつは大学を卒業後に副専攻として看護学を学ぶ人が受講します。地域的には、ジャワ島・バリ島地域の人たちが70%を占めています。日本への認識については、多くの学生がまず日本文化をあげています。日本文化はユニークで、とても強く、伝統がよく保持されているという認識を持っています。

次に、日本での就労については、半数以上(59.5%)の学生が、ぜひ日本で働いてみたいと答えています。質問では他の様々な国も選べるのですが、多くの学生が日本に行きたいと言ってくれました。二番目は中東でした。

日本での就労で考慮することという設問には、白紙回答も多かったのですが、例えば、日本ではイスラム教徒のコミュニティを見つけにくい、多くの日本人はイスラム教徒ではないのでイスラム教徒がそこで働くのは難しいかもしれない、という信仰に関する問題を困難としてとらえています。それから、よく聞く話ですが、インドネシアの文化と比べると日本人は非常に時間に厳格なので、適応することは難しいのではと答えています。日本で就労したい動機については、やはり高収入が一番多く、次がキャリア開発でした。外国語の習得に関しては、日本語は英語の次に人気が高い言語でした。EPAの締結後、日本語を学び始めた人も多かったようです。インドネシアの看護学生は日本についてとても良いイメージを持っているといえます。多くの看護学生が日本での就労に関心を寄せていて、将来に備えて日本語の勉強を始めています。

不安に思うことはひとりひとり異なる

二つめの調査研究では、EPAで来日するインドネシア人看護師が、日本での就労にあたって、どのような条件を期待しているかを調査しました。看護師・介護士候補として、日本で5ヶ月近く滞在している人の意見です。神戸大学健康保健学科の許可を得てデータを集め、回答があった69名の結果です。69名中44名が女性で、59名が看護師候補、10名が介護士候補です。69名全員が神戸、大阪、東京、横浜のいずれかで日本語を学習しています。75%がジャワ・バリ島地域の出身、全員が看護師の国家資格を持ち、日本に来る前はインドネシアの病院や保健所で働いた経験があります。8.7%の人は海外での就労経験があり、殆どが中東でした。

日本で就労する理由についてはキャリア開発が一番多く、先ほどの調査の現役の学生とは動機に相違がみられます。日本語の習得では何が一番大変かという設問には、文法やコミュニケーション力に悩みがあるとされました。次に、どのくらいその日本の医療制度について知識があるかを尋ねてみました。ほとんどの人が日本の医療制度については全く知らない・限定的にしか知らないと答えています。また、日常生活への悩みについては、言語、文化、食生活の違いが高い障壁であると、

多くの人が感じているようです。また、何らかの支援ネットワークから社会的なサポートが得られるかという問いについては、85%の人が何か問題が起きたときに相談できる相手がいると答えていて、それは日本に住んでいるインドネシア人とのことでした。同郷人同士で、お互いに団結して、支えあっているという印象も受けました。

外国人看護師は海外で長く働いているうちに、健康状態を悪くする可能性が高いといわれています。長期間日本に滞在することになる候補者達の健康状態にも気を配らなければなりません。今回5ヶ月の日本滞在の間、調査対象者のほとんどは非常に健康状態も精神状態も良好だったと答えています。また、今回の調査ではSTAI（状態-特性不安検査）を行って、不安が現在の状況によるものなのか、それともその人の資質によるものかを調べました。現在の不安の平均値は38.7、また資質による不安は39.2としました。女性と男性の値を比較すると、男性の方が資質による不安が高い値でした。これをさらに分析すると、男性の36%が「非常に高いレベルの不安」を感じていて、一方、女性は28.6%でした。やはり、不安レベルの高い人たちをマークして、サポートしていかねばならないと思います。どのような支援が必要とされるかについては、自由記述形式で書いてもらい、それを分析して私の方で分類しました。そこには、様々な分野でのサポートが必要で、でなければ、将来的に私たちは安心して働けないという課題が浮きぼりになりました。日本語指導、モチベーション支援、心理的な支援も強く求められています。他にもインドネシアからの支援を求める声もありました。これらの結果をまとめると、インドネシア人の看護師・介護士候補者には日常生活に様々な不安を抱えていること、また個人によって不安レベルに差があることがわかります。日本に5ヶ月滞在了看護師の間でも、不安のレベルは異なりました。今後は日本での就労条件、就労に関わる不安についても調査を続けていきたいと思っています。

お互いに少しずつ譲り合って

どうすればインドネシア人看護師が日本の職場へ馴染めるのでしょうか。上の二つの調査やこの国際ワークショップでお聞きした話からも、言語、文化、宗教など生活習慣についての不安が大きいようです。言語はやはり最大の障壁なので、最初のうちはインドネシア人看護師のために、英語またはインドネシア語を使うということも必要かもしれません。雇用する側や上司、同僚、利用者にも少しの我慢をお願いできないでしょうか。プリセプター期間は大変に重要であり、前述の調査では100%の看護師が、プリセプター制度や研修期間をととも必要だと考えていることがわかりました。雇う側と雇われる側の相互理解、オリエンテーションのプロセスも重要です。最初から職務内容を明確にし、職場ですべき事、しない事をきちんと伝えておくことが必要です。宗教については、お祈りの時間と被り物のベール（ジルバブ）の使用について柔軟な対応を望みます。そのような相互理解があつてこそ、インドネシア人も日本の習慣などを受け入れることができると思っています。

定住フィリピン人受け入れの経験 外国人介護員との協働——福祉施設で働きたい

清風園は開設44年目の東京都内で2番目に古い老人介護施設です。現在は、110床の特別養護老人ホームに3床のショートステイ、デイサービス、グループホーム、訪問看護ステーション、ヘルパーステーションが併設された複合施設です。

在日フィリピン人の採用面接に至るまで

特別養護老人ホームとは、寝たきりや認知症等で要介護の高齢者に対して、生活全般において介護サービスを提供する生活施設です。重労働とそれに見合わない低賃金の狭間で、日本の若者で高齢者福祉施設で働くことを選択する人は激減しています。どこの施設でも、何とか人材を確保しようとあの手この手で求人しているのですが、なかなか集まりません。離職率も高く、3年以内に退職する傾向は社会問題にもなっています。清風園でも、求人募集になかなか人が集まらず、介護職をどう採用するか悩んでいました。

今から4年前の2005年4月、在日フィリピン人を対象とする講座を受講してヘルパー2級の資格を取得した2名の在日フィリピン人を紹介されたことが外国人雇用の始まりでした。結論からいうと、この2人に出会わなかったら現在でも外国人介護員を雇用していなかったと思います。この3年間、採用面接にも携わってきましたが、清風園では採用において、日本人だからとかフィリピン人だからという区別はありません。賃金も日本人と同額です。もちろん資格取得者は優遇しますが、技術力や資格よりもまずはやる気と人柄を重視します。それから人間に対する想いや高齢者に対する想いを聞き、最後に、チームワークが組めるかどうかで判断します。この採用基準をクリアできれば、採用において日本人と外国人の違いはありません。

“個性を伸ばす”受け入れ体制の構築

2005年度はとにかく初めての外国人雇用だったので、万全なOJTをおこないました。外国人向けのOJTを構築し、先生役を固定してマンツーマンで、6ヶ月間指導をきっちり実施しました。日本人のOJTと比較すると内容は非常に多岐にわたっていて、日本語能力をカバーするためにマニュアルや普段使用するケアに必要な書類をこちらでローマ字に直して渡していました。また、メモ帳

を持参させ普段から徹底してメモをとるように指導しました。日本語を書けるようになるために、3ヶ月間は日記もつけさせました。

そのような試行錯誤を経て、2006年度からはOJT方法を大きく変更しました。マニュアルや書類はすべて日本語のまま渡し、本人たちが自分でローマ字に直すのです。また、業務もかなり限定した内容から始めました。毎日同じ仕事をして、それを習得したら、次のステップに進むようにしたのです。先生役は特定の職員に固定せずに、皆で関わるようにしました。福祉用語については専門学校の教科書から必要最低限の用語を教えました。現在



もこの方法でOJTをおこなっています。とにかく、本人たち自身に努力させ、あまりお膳立てしないほうが早く成長するように感じます。

清風園では、絶対してはいけない規則があります。それは、仕事に同じフィリピン人同士で日本語以外の言葉で会話をする事です。日本人スタッフや利用者にとっては、英語や母国語で話されると何を話しているか解らず、不快と覚めることもあります。また、このような些細なことが日本人との間のチームワークの亀裂になることもあるのです。何かトラブルに発展しそうなときは、早期に施設長が仲介に入ることもありますし、健康上の問題は看護師やドクターに相談窓口をお願いしています。介護課の職員のみで育成指導するのではなく、施設全体で育成していく為の役割分担をするのは非常に有効だと思います。

延べ9名のフィリピン人介護員と接してきて学んだことは、フィリピン人同士のライバル意識が高いということと、少しでも日本人スタッフとの差が出ないように働こうとする意識が高いということです。これらを上手に活用し、個性を伸ばすような機会を与えると飛躍的に成長します。また、フィリピン人介護員は常に自分の仕事の達成レベルを気にし、仕事に見合う報酬について非常にシビアです。業務をマスターし、レベルアップするたびに、賃金のベースアップの要求があります。正職員になりたい方は特にこの特徴が顕著です。これは、文化の違いかもしれません。納得のいくまで、とことん話し合うことが大切です。また普段から、何か習得したり達成した時は褒めると同時に、どのレベルでベースアップするのかをお互いに共通理解しておくことが必要です。

利用者とその家族の変化

受け入れ当初より一貫して男性利用者からの受けがとてよいのが特徴です。フィリピン人は比較的明るい色の服を着て化粧も上手なので、施設全体の雰囲気明るくなります。そして、いつも元気な挨拶と声かけがあり、笑顔とジェスチャーが大げさなのも特徴です。日本語が不慣れな分、ジェスチャーでカバーしているのです。男性の利用者の気持ちが若返るといって、とても大切な効果がありました。

一方で、清風園の利用者の平均年齢は85歳であり、戦争経験者で特に女性の利用者にフィリピン人によるケアの拒否が時々ありました。フィリピンが位置する南方で息子を亡くしたから、また、彼女たちが日本国籍ではないからという、一人ひとりのフィリピン人の性格ではなくて、あくまでも外国人だからという理由での拒否がありました。けれども、先日、施設でたった1名、ケアを拒否していた女性の利用者が私の所に来て、「外国人ととことん話してみたら、普通の人だった」と話してくれるという嬉しい出来事がありました。元旦のことだったので、大きなお年玉を頂いた気分になりました。

その他の女性の利用者からはとても好評です。フィリピン人介護員は高齢者を敬う気持ちが強く、また、女性は何歳になっても女性だと覚めています。そのために、利用者のおしゃれや身だしなみ

に非常に気をつかっていて、ハンドマッサージやネイルケアを清風園に普及させた功績は大きく、利用者からのリクエストも多いです。

利用者のご家族からは、今まで一度もクレームはありません。むしろ、とてもよく働いている、日本人よりも細かいところに気づくとの声さえいただきます。現在3名のフィリピン人がいますが、昼休みになると、皆、喫煙所に行きます。そこにはある利用者の家族が毎日必ず待機しています。一緒に喫煙しているのですが、その家族の方は英語が得意なので3人のフィリピン人と英語で会話しています。そのときに限り、日本語以外の言葉の使用を許可しています。楽しい会話の中で、英語と日本語を交えて日本語教育もしてくれています。このようにサポートしてくれるご家族もいるのです。

日本人スタッフの変化

4年前、突然外国人スタッフを雇用したことで職場に衝撃が走りました。「人材不足もついにここまでできたのか」と、皆が複雑な思いでした。受け入れてから最初の2ヶ月はとにかく戸惑いました。はっきりとモノを話すし明るいパワーに圧倒されていました。けれども、その個性や人なつこい性格のよさに気づき、逆に日本人スタッフがパワーをもらうようになりました。現在では、フィリピン人介護員は職場のムード作りにとっても重要な役割を果たしています。日本人介護員の成長にも非常に役に立ちます。日本語が不自由な職員を指導することで、自分に不足しているコミュニケーション力や普段の仕事を振り返ることにもなり、自分の不足部分を再認識する職員も多いのです。

今まで雇用したフィリピン人介護員は全員責任感が強く仕事に誇りを人一倍持っていました。働きはじめて3ヶ月経つ頃には、チームで働く協調性や自分の立場、役割について気づき始めます。命を預かる職業であるという自覚も持ち始めました。お国柄なのでしょうが、衣類のすべてにアイロンをかける習慣があるようで、清風園で生活している利用者の身だしなみにとても気を遣い、襟や袖口がきちんとしていなければすぐに直してくれます。細かいケアに気づいて率先して実施することにかけては、20代の介護員スタッフが逆に指導してもらっている状態です。利用者へのホスピタリティは私達の方が学ぶべきことが多いです。

マザーの存在——ストレスマネジメント

清風園ではフィリピン人介護員がストレスを溜めない働きやすい環境のためと、トラブルを発生させないために、マザーと呼ばれる職員が彼女たちの仕事と生活の全般に渡って関わっていきます。3年間一貫して私が担当してきたのですが、マザーとは、一人ひとりのフィリピン人のご家族ともコミュニケーションをとり、いつでも相談できる体制と役割を担います。

フィリピン人介護員は日本人スタッフ以上に問題や悩みを抱える時があります。フィリピンにいる家族の問題や日本の家庭での問題、子供の教育問題、そして、職場での不安や不満なども全部相

談にのります。日本語が不自由なため、日本人の夫が私に電話をかけてきてお願いごとをされることもあります。マザーはフィリピン人介護員を取り巻く環境のすべてを把握して、連絡を密に取りながらサポートします。

たとえば、健康診断を受けたあるフィリピン人介護員の日本人の夫から私の携帯電話に電話がありました。再検査が必要との結果なので妻のフィリピン人介護員が再検査を受けに行くよう説得して欲しいと言うのです。彼女は「職場で休んでいる人がいるので、その人が復帰してから病院に検査に行く。職場に穴をあけられないので今は行かない」と言うのです。

私はその責任感に感動しつつも夫の心配も理解でき、2人と共に話し合っただけで早速検査を受けさせました。結果は異常無しでしたが、このような対応をおこなうことは時々あり、日本人の夫からも差別が無い職場だと理解していただいています。

この、マザーの役割は外国人雇用をする場合、非常に重要だと経験から感じています。その他、清風園では、時々、バーベキュー大会や飲み会を開きます。このような計画は介護の現場の男性職員が中心となり企画してくれます。マザーという存在だけでなく、現場の職員が「ともに働こう」と相談のり、サポートしているから、フィリピン人介護員も安心できるのです。

現在働いている3名のフィリピン人介護員は能力が高いので嘱託採用しています。時差勤務もしており、一人は夜勤もできる実力があります。いま、一人の介護員が将来的には国家資格の介護福祉士の資格を取りたいと考えて、こつこつと日本語教室に通い、文章が書けることを目標にしています。将来的には、ぜひ受験をバックアップしたいと思います。現在、EPAでの受け入れが始まっていますが、働きながら勉強をすることは、強い信念と根性が必要です。けれども、日本の社会の中で介護の仕事に誇りと自覚を持っている外国人介護員こそ、是非、いろいろチャレンジして欲しいと願っています。介護の仕事は、国籍もスキルも問題ではないのです。高齢者に対する熱い思いが、全ての困難を乗り越えるパワーになります。

フィリピン人介護員は、「フィリピンには老人ホーム等で給料をもらって高齢者をケアする習慣が無い。家族や親族で協力して見守っていくのが普通の家庭だ。だから、日本人が高齢者を預けるとか、ビジネスになると言うのをきくのは、とても複雑な思いだし、この文化には慣れたくない」と言います。でも、いずれはフィリピンでもこのような施設やビジネスが発展するのでは、とも考えています。使命感に押しつぶされること無く、スキルを学び、母国の発展に第一線で働けるようがんばってもらえたら・・・と、個人的には思っています。おそらく、現場で外国人を受け入れた職員は、みな同じ思いではないでしょうか？



外国人看護師との協働の可能性 ——ベトナム人看護師の受け入れ経験から

袖ヶ浦さつき台病院では現在6名のベトナム人看護師が働いています。医療の職場で外国人が働いていることに関して、ベトナム人看護師、周りの日本人スタッフ、そして患者さんを対象にアンケート調査を行いました。

ベトナム人看護師養成支援事業とは

1994年からベトナム医療省とAHPネットワーク協同組合の提携によるベトナム人看護師養成支援事業が開始されました。袖ヶ浦さつき台病院は事業の最初から参加し、2000年から10名のベトナム人看護師を受け入れました。当初は孤独や不安を感じていたベトナム人看護師も徐々に仲間ができて、日本になじみ、質の良い看護を提供しています。最初は相互に日本人と比較して、何かと違いを見出して嘆くこともありますが、徐々に周囲の日本人はベトナム人看護師の努力に敬意を払うようになります。現在では様々な課題を克服し、外国人と働いていることを意識しない状態にたどり着いています。この間の課題やその克服プロセスをここに報告します。

ベトナム人看護師養成支援事業とは、ベトナムの高校卒業後現地で約1年半日本語2級と日本の看護学校の受験勉強を行い、合格した学生は、日本に留学し、国家試験合格後に各支援病院で4年の実務研修を受けます。（ただし、現在は7年間にびざが延長されました。）参加病院はこの間の経済的支援を行い、勤務後の待遇は日本人と全く同等です。母国での勤務経験は無く、勤務後は社会人としての苦勞と文化の違いを両方体験します。学歴主義のベトナムではこのプログラムに参加すれば、もう後には引けません。

最初にベトナム人看護師のアンケート調査結果から報告します。協力が得られたのは5名で、全員女性、経験年数は2年～5年です。

「ありがとう」や「すみません」と言う言葉はベトナムの習慣では非常に重い言葉であって気軽に口にすべきではないと理解しています。最初は、日本人が挨拶のように使用しているのを聞いて、非常に抵抗感があるようです。「すみません」が気楽に口にできるようになるのに約半年かかったと言っていました。

ベトナム人が感じる日本の特徴

- ・ 報告・連絡・相談の原則。時間厳守、ルールを守る。親切。勤勉。
- ・ 個人よりも集団の意識が強い。よく周りを見て行動する。気付きが鋭い。細かい。
- ・ ほぼ100%の女性がやせたいと思っている。
- ・ 礼儀正しい姿勢と礼儀正しい言葉使い。
- ・ 「ありがとう」や「すみません」の気持ちを言葉で表出する。
- ・ 「でも」と自分の考えをいうと嫌われる。
- ・ 外国人の受け入れはまだ積極的ではないが、自ら積極的に日本人に接すると、逆にとても親切に、自分たちのことを可愛がってくれる。
- ・ 仕事上の問題でも直接言わず、裏で噂する。
- ・ 本音を余り言わない。あいまいでも良い。自分の感情で相手に不快感を与えない。

「でも」と言われると、先輩ナースは反発されているように感じるようです。日本人は相手に「教えてもらう」という気持ちを感じないと教える気にならないことがあります。次の「積極的に接するとかわいがられる」という指摘は非常に鋭く、日本人の良いところは距離がちまると情が移るところです。

日本人のコミュニケーションの取り方については、日本人は仕事上の注意であっても直接言わず、上司に話して上司から注意するということがあります。気を使っているのですが、ベトナム人には仕事上の注意をその場でしないというのは理解できず、却って不信につながりま

す。納得するまで話し合うというのがベトナムの習慣です。し、弁が立つ人が尊敬されるという文化の違いがあり、日本人には時に非常に感情的に映ります。しかし、表面的には感情的でも、その後それを引きずることはありません。日本人の方がむしろ感情的な反応を継続する傾向が感じられます。

日本の生活で辛かったことや困ったことについては、右の意見があげられました。

当院では日本人と同様にプリセプターを付けて、きめ細かい精神的・物理的サポートを心掛けましたが、日本人であっても相当辛い社会人1年目です。食べたいものがなかったり、家族がいない中で、よく頑張っていると思えます。日本人ばかりの中であって、涙ぐましい努力が感じられます。また以下のようなことも日本で働くにあたってのコツだと感じているようです。

後半の回答は社会人1年目の日本人と大差ないかもしれません。

外国人看護師であることが、患者との関係で問題が生じたことがあるかどうかについて聞いてみると、右のような答えが返ってきました。日本人でもお年寄りの滑舌の悪い方の方言は良く分からないことがあります。

また、「どのように乗り越えましたか？」という設問に対しては、次のような回答でした。マネジメントとして説明をして理解を得るという作業は繰り返し必要です。

どのように乗り越えましたか？

- ・ こういう時なら、先輩や日本人の看護師はどうやって対応するかを普段から常に意識し、先輩と日本人の対応方法をよく見て、真似ることがよくある。
- ・ 日本語はちゃんと分かることを伝える。どうしてもだめな場合は他の看護師に変わってもらう。
- ・ 就職の際、管理職の人が同行で病棟の患者さんに挨拶して回っていたお陰か、後から患者さんと対面時、外国人ナースであることにあまり驚かれなかったように思う。

日本の生活で辛かった事、困った事

- ・ コミュニケーションは最初うまく取れなく、自分は一人ぼっちだとよく感じていた。
- ・ 報告、連絡、相談。ベトナム人は比較的自己判断が多いようで、日本人から見れば勝手だと思われるかもしれない。
- ・ 食べ物。食べたい物が無い。
- ・ 寒い気候に適応するのが大変だった。
- ・ 2年目から花粉症にかかってしまい毎年辛い。
- ・ 自分の言いたいことをうまく伝えることが出来なかった。
- ・ 日本の常識を知らなかったことで人間関係に影響を与えた。

どのように乗り越えましたか？

- ・ ベトナム人同士の交流で元気をもらう。
- ・ 周りの日本人の言葉、話し方を真似たり、言いたい事を色々な手段を使って伝えようとした。
- ・ 他の日本人の仲間をたくさん増やすこと。常に積極的に人の仕事を手伝い、いつか自分が困ることがあれば周りの人の助けももらえる。
- ・ 理由を言う前に謝る。
- ・ 人の悪口を聞いても、聞くだけにして口を挟まないこと。他人にも言わないこと。我慢して、軽く考えるように努力する。
- ・ 積極的に適応しようと努力していた。
- ・ 先輩や友人に相談したりする。
- ・ 分からなかった事を後で聞いたり調べたりしていた。

外国人であることで对患者間で問題が生じたことがありますか？

- ・ 方言を使っている患者さんなどには会話が通じないときがある。
- ・ 精神疾患の患者さんに対応するときに時々本人の言いたいことをうまくつかめなくて、対応に困ることがある。
- ・ 外国人だから話したくない。話しても理解できないと思われる。

日本人職員の反応

日本人職員208名から意見を聞きました。最初は不安が強く、何かあると「外国人看護師だから」と結び付ける傾向がありました。しかし、徐々に頑張る姿に敬意と感謝が芽生え、外国人受け入れに対してポジティブな印象を持つようになりました。開放的な自院に対する見方も変化しています。

「コミュニケーション上、問題が生じることはありますか？」という設問に対しては、次のよう

コミュニケーション上、問題が生じることはありますか？

- ・ 言葉のニュアンスでスムーズに気持ちが伝わらなかつたりすることがある
- ・ 電話の上でのやりとりがうまくいかない場合がある
- ・ 言葉を濁さないところ 表現がストレート
- ・ 口調が強く聞こえる
- ・ 日本人より日本語を適切に使っていると思います。立派です
- ・ 何となくは通じない

文化の違いを感じることはありますか？

- ・ 日常的な面で当たり前のように感じていたことが、ベトナム人の方には分からないことが多々ある
- ・ 公私の区別、YES, NOがはっきりしている
- ・ 良い意味ではっきり自分の意志を伝えること
- ・ ナースでもドクターに気を使わず、あくまで同僚との意識で接している
- ・ 食文化、礼儀作法、価値観、習慣
- ・ 非言語的コミュニケーションの理解が難しい
- ・ 積極的で、「でも」とよく言い、自己主張が強い。

何らかの問題が生じた際の解決方法

- ・ 第三者や上司をまじえて話をしている。
- ・ 本人納得するまで何度も話す。あきらめない。
- ・ 言葉をいろいろ選んで伝える
- ・ 日本人は、ベトナム人は、と意識すると解決できない
- ・ ゆっくりよく聞く、同じことを繰り返して話す。問い返すことを多くする
- ・ ベトナム人ナースの個々がモチベーション高く、しっかりしている点に頼っていた。
- ・ チームに相談し他のスタッフの助言を活用、上司に相談している。

な回答がありました。「コミュニケーション上の問題がある」、「少しある」が37%、「余り無い」、「全くない」が63%です。問題を感じている職員は意外と多くはありません。問題点として指摘されたのは左のような事柄です。

また、文化の違いについては、「違いがある」、「少しある」が65%、「余りない」、「全くない」が35%です。文化の違いのほうがコミュニケーションより問題を感じています。ことばそのものよりも、その使用方法に文化が反映されていると感じます。受け入れ当初5年間に在籍していた職員はその後に就職した職員に比べて文化の違いを有意に感じています。日本人は日本の常識が世界共通ではないことを認識することも必要です。

問題が生じた際の解決方法については、「できている」、「まあまあできている」が83%、「少々問題は残る」、「解決できていない」は17%です。問題解決できていない職員の意見は、できないと思ってしまう、余り言えないということでした。マネジメントとして重要なことは、初期段階で速やかに積極的に介入することです。その内に解決方法が現場スタッフに定着していきます。

例えば、糖尿病で入院していた方が間食した場面に外国人看護師が遭遇したとします。外国人看護師は「何を食べているんですか、間食を做的是はいけません」と感情豊かに正義感を持って注意します。しかし、患者さんは頭ごなしに怒鳴られたと感じて感情的になります。その

場面を見た日本人看護師は患者さんと看護師が対等に喧嘩しているように見え、外国人看護師に注意することになります。日本人看護師の意見はプロなのに感情的になるなんてとか、我慢できないことを叱っても意味がないと考えます。外国人看護師は正しいことを言ったのに、先輩は守ってくれないとか、理不尽でも患者さんを怒らせたから叱られているのだと理解します。看護師の役割としては自己コントロールを促進することが重要で、その間食のカロリーを調べたり、そのカロリー消費のための運動量を考えることが求められますが、相互に感情的になっていると言語化して解説することが難しく、三者共外国人だから分かり合えないと判断してしまう危険があります。

そのような時にマネジメントが重要です。ポイントは熱意であって、怒っているわけではないということです。外国人看護師は日常会話が十分話せても、意思通りに言葉を選べているとは限りません。現場の中で誤解を受けないための日本語の使用法を具体的に説明する必要があります。特に間接的な言い方で相手が自分で考えるように促すというテクニックは外国人に対しては非常に難しく、例を多く出して具体的に教える方が効果があります。

例えば、外国で日本向けの介護士育成の為に、日本語の教師が服薬介助時に「この薬を飲まなければなりません」と教えていましたが、実際の現場でこのような高圧的と取られる言い方をされると、周囲にいる人達はびっくりします。「ハイ、お薬です」と言ってもだめで、「お薬のみませんか？」や「お薬飲んだほうが良いですよ」と言う方が望ましいです。日本語として教わっただけなのに、威張っているとか生意気とか、個人の性格として判断される危険がありますので、現場に即した言い方をきめ細かく教えてあげることが親切だと思います。

「ベトナム人看護師と働く上で心がけていることはありますか？」という設問に対しては、「協働上心がけていることがある」、「すこしある」が37%、「あまりない」、「全くない」が63%となっています。受け入れ当初5年間の職員は、その後に就職した職員よりも有意に心がけていることがありました。外国人看護師がすっかり定着してからは、その心がけが職場風土として定着していると考えられます。具体的に協働上心がけていることには、以下のことがあげられています。

高齢化と共に認知症の方や要介護の方が多くなり、現場はいくらでも人手がほしいのですが、高齢者ケアは非常にデリケートで、洞察力も必要ですし、食事介助一つとっても虚弱な高齢者には命がけです。潜在ナース、外国人看護師、若手、ベテラン様々な条件であっても優秀な人材を獲得したいのが実情です。その為には国籍に関わらず、このようなコミュニケーションを取り、職場の雰囲気を良くする必要があります。

ベトナム人看護師と働く上で心がけていることはありますか？

- ・ ゆっくり、明確な日本語で話す
- ・ 分かりやすく、納得するよう説明する
- ・ こちらの意見をはっきりと正確に伝えることにしている
あいまいな内容だと却って誤解を生じる。
- ・ 文化の違いがあるのでなるべく否定しないようにする
- ・ 日本人と同じように接する
- ・ 相手の考え思いを理解し、サポートする
- ・ 自分から心を開くようにしている
- ・ 普段から良く話しかけ、質問しやすくする

外国人看護師と働いてよかったこと

- ・ パワーを感じ自分も張り切る
- ・ 皆さん優秀なのでいろいろ勉強になる
- ・ お互いの文化を知り世界観が広がると思う
- ・ 他国の情報を聞いて面白い
- ・ 日本の価値観で間違ったこと もある
- ・ さまざまな考え方を知ることが出来る
- ・ がんばっている姿にこちらも鼓舞される
- ・ 笑顔が素敵だし、謙虚な姿勢はお手本にしたい
- ・ 向学心が強く、勉強家で刺激になる
- ・ 知らない事は恥ずかしい事ではないと教わった

今後も外国人職員の受け入れには賛成ですか？

- ・ 日本人でも外国人でも仕事を行う姿勢さえしっかりしていれば全く問題ない
- ・ 新しい風が入ってくるようで新鮮である
- ・ 国籍を問わず働ける職場はすばらしいと思う
- ・ 外国人が日本で働くのは並大抵の努力ではない
- ・ 日本の社会情勢より外国人の受け入れは必須となるよう考えられるから
- ・ 周りが外人ばかりになると結構きついと思う
- ・ その国の国情やレベル、職種によると思う

日本人看護師との違い

- ・ 「良くも悪くも言葉がきつい」「引かない」「親切」「感情が出る」「ドアを閉めない」
- ・ 「言葉も普通に通じる」「日本語が丁寧」
- ・ 「大変親切」「しっかりしている」「日本人と全く違う」
- ・ 「日本人と区別する必要は無い」

外国人看護師の良かった点

- ・ はきはきしていて要求が言いやすかった
- ・ 些細なことでも対応してくれる
- ・ 日本人より気を使ってくれる
- ・ 一生懸命でいつも笑顔
- ・ 優しく親切
- ・ 責任感が強い
- ・ 言葉が不安な分必ず確認してくれて安心
- ・ 日本人より優秀
- ・ 努力している姿に感銘を受けた
- ・ 外国に興味を湧いた
- ・ いつも日本人としか接していないので楽しかった
- ・ 外国人だからということは何も感じない
- ・ どなたも変わらず良い対応だった

外国人看護師と協働して良かったことという設問については、「ある」、「少しある」が71%、「あまりない」、「全くない」が29%となっています。高齢者は治療・ケアに当たっても結局ターミナル期を迎えるわけですので、そのケアに当たる看護・介護のモチベーション維持が大変です。その中で外国人看護師はエネルギーを与えてくれる存在です。

今後の外国人の受け入れについては、「賛成」、「まあ賛成」が80%、「やや不賛成」、「不賛成」が20%です。受け入れ当初は反対意見も多くありましたので、この結果には感慨深いものがあります。理由をみると、看護師以外についても想定した回答になっているようです。

患者さんの反応

病棟・外来の患者さん64名にご意見を伺いました。外来より病棟、若年者より高齢者で文化の違いを感じることがあります。しかし、ベトナム人に看護をされた患者さんはプラスメリットも感じています。両者に外国人看護師受け入れの賛否の違いはありません。

日本人看護師との違いについては、左のようなことが指摘されました。ある程度の年齢以上の日本人は、靴をそろえないとかドアを閉めないなどの点においても、日本人と比較することがあります。

外国人看護師に関して、良かった点については以下のような点が挙げられました。

外国人看護師の受け入れについては、「賛成」、「条件付き賛成」が97%、「どちらかといえば反対」が3%、「反対」はいませんでした。あげられた理由には、日本人と比較して問題ない、国際交流上のメリット、日本の人材不足の補完として有意との意見が寄せられています。

以上三つのアンケート結果から、外国人看護師との協働は文化の違いをコミュニケーションの促進で乗り越えることができ、またメリットも十分あるということが示唆されました。

日本人であっても大変な新卒の時期に、そばに家族や友人がいない外国人看護師にとって、職場でのきめ細かい物理的・精神的なサポートは非常に重要です。例えば、就職とともに転居した場合は、買い物や銀行、役所などの紹介や手続き代行、緊急連絡先の明示などの配慮が必要です。

また、お花見や花火大会などの季節行事と一緒にいたり、ベトナム料理の食事を企画したりして交流を促進します。更に、ベトナムでは親しくなったら家庭に招くというのが一般的であり、家族ぐるみで接するということはとても癒されることのようにです。交流方法の違いは大きな問題で、日本人は院内で親しくしていても、スーパーなどで出会うと照れて避けたり、家に招くことは少ないですが、それは必ずしも嫌がられているわけではなく、日本人同士でも一緒であることなど、些細なアドバイスが重要なことがあります。職場では記録の表現や漢字、TPOに合わせた言葉の使い方、電話でのやりとりの常識などが基礎編であり、その後日本文化を反映した看護内容を言語化し、納得するまで話し合うという作業が必要になります。

外国人看護師は孤独や不安を教師と友人にサポートされ、徐々に日本生活になじみ、職場では仕事を通し、患者対応や周囲の人間関係とのぶつかり合いの中で、学習し成長をしていきます。その経過の中で周囲の日本人はその弛まぬ努力に敬意を払うようになり、今まで気づかなかった日本文化の特徴やメリット・デメリットを内省し、国際交流の意義を見出すことになります。そして、最後には国籍の違いよりも、個々の信頼と協力が何より重要であり、その価値を教えてくれた双方に感謝の気持ちが芽生えます。このプロセスの中で現場のマネジメントの果たす役割は大きく、協働の価値の認識までたどり着けるかどうかの鍵を握っています。あきらめることなく、些細な場面での客観的な解説やアドバイス、外国人看護師、日本人看護師双方へのサポートをきめ細かく行うことが大切です。

インドネシアやフィリピンはまた別の文化があり、この経験が皆様のお役にたてるかどうかはわかりませんが、このような取り組みは決して外国人の受け入れに限らず、日本人の新人受け入れに応用されていると実感しています。

外国人看護師の受入について

- ・ 日本人と看護が同じに見えた
- ・ 良くして下さればどなたでも
- ・ 外国人と気付かなかった
- ・ 話題が増え新しい情報が得られる
- ・ 帰国後の医療技術発展に繋がるとよい
- ・ 国際交流の上で賛成
- ・ 海外で頑張る姿に患者が勇気をもらえた
- ・ 受け入れにより日本の人手不足が解消するなら
- ・ これからの人材不足には必須
- ・ 教育さえしっかり出来ていれば

少子高齢化を迎える 近隣国との対話



安里 2004年以降、経済連携協定を受け、看護師・介護福祉士の受け入れが社会の関心を集めるようになりました。私はたまたま早い時期にシンガポールや台湾、香港、アメリカやスウェーデンの移民調査で施設を訪問することがありましたので、講演などで海外の外国人労働者についてお話する機会がありました。私がそこで気づいたのは、外国人労働者の受け入れについて、現場の方は何が起きているのか知りたいと思っているし行動もおこしたいと思っている、でも、受け入れ経験がないので何をどうしたらいいかわからないという状況でした。そこで、現場の人に役に立つワークショップは出来ないものか、こうした思いが今日のワークショップの開催につながっています。たとえば今日はシンガポール、台湾の経験の話がありましたが、両国とも外国人看護師・介護労働者を受け入れています。制度は違うけれども、日本にとって何かヒントがあるのではないかと、つまり、すでに受け入れを行っている国々の経験は貴重だと思います。

「市場原理」だけでなく「市場倫理」が必要

安里 最後の総括討論ですが、私の方からいくつか、問いを投げたいと思います。まず、今回は政府間協定に基づいていますので、政府が出口と入口をしっかり管理しながらという形態です。民間の方は斡旋業務についてなかなかその中に入ることが出来ないわけですが、官から民への流れという中で、民間に徐々に移っていくのではないかと、役割が移っていくのではないかとというような期待もあります。ところが、アジアの移民政策を見ると人権問題への対処から民間だけに任せておくのはよくない、という認識になりつつあります。政府間の送り出しと受け入れもいろんな問題があるけれど、今後、民間だけに任せるのも問題があるのではないかとありますが、いかがでしょうか。

春原 恐らく民間だけではなくて、今は国家間でも市場原理で動いているところがあると思います。今、安里さんがおっしゃったのは、民間にゆだねた場合、いわゆる市場原理だけになってしまって、安価な労働力の使い捨てみたいなことが始まるのではないかという懸念だと思うのですが、その時に「市場原理」だけではなくて「市場倫理」に配慮した民間が生き残っていけるような制度を作るということが必要だと思います。ただ、確実に、安価な労働力を消費したいだけのところは出てくると思いますので、その時に法的な縛りというものが必要になってくるし、それを監視する第三者機関というものも設置する必要があると思います。強調したいのは、「市場原理」だけではなくて、「市場倫理」が必要だということです。

崔 日本のやり方と根本的に違い、台湾では仲介は全て民間に任せています。そこでは外国人労働者の職業訓練について大きな格差などいろいろな問題が生じています。その中でも一番困難なのは、施設のケアギバーに対する送り出し国での教育と現場の教育です。台湾政府は送り出し国に対して、送り出す前に一定期間の間、一定の条件でケアについての訓練を受けてから送り出すという条件を課しています。しかし、私たち現場の人間にとって、政府間の協定の内容は非常に不透明なものです。そして外国人ケアギバーが現場に入り、実際に働く様子を見ることで、はじめて私たちは派遣側がどのような取り決めに基づいてどのような訓練を行ってきたのか知ることになります。

私達の協会組織には、外国人のケアギバーの需要が一定数あります。ビジネス用語で言うと、私達は「買い手」で派遣側は「売り手」です。ここ数年間、何度もインドネシアやベトナムに向向いて、職業訓練センターで使われている教材、器具なども含めて、訓練の現場を何回も

看護・介護を担う人材の確保は、すでに、アジア各国で共通の課題です。外国からの看護・介護人材を受け入れてきた近隣国の経験、日本での先行事例を基に、今、私達にできることは何かを考えます。(2009年1月16日)

視察に行きました。これらのことを踏まえて、派遣する側と取り決めをおこなっています。まず第一に外国人ケアギバーが多額の仲介料を支払うと、台湾に到着してから逃げてしまう恐れがあるので、派遣側に搾取をしないよう要求しています。そして二番目は、送り出し国の職業訓練センターで使っている介護器具を、台湾の現場で使われている器具にあわせるよう要求しています。送り出し国の職業訓練センターは、私達の要求に応じて台湾から介護器具を購入したり、台湾で使っている器具にあわせるために器具を改造しなければいけません。そして、カリキュラムについても、台湾にあわせるよう要求しています。

私達は三つの方法で外国人ケアギバーを採用しています。まず、派遣側の職業訓練センターから候補者に関する背景資料を台湾に送ってもらい、その中から選択する方法があります。二つ目は、ウェブカメラを通じて面接を行う方法です。三つ目の方法は一番コストがかかりますが、私達が台湾の仲介会社と共に現地に出向き面接を行うことです。この市場は非常に競争が激しいので、海外の仲介会社は私達に安定的に質のいいケアギバーを提供しなければ競争に勝ち残っていくことができません。

来月も派遣国に出向きますが派遣側との契約書の中に、例えば搾取行為があったり、職業訓練のレベルが基準を満たしていなかったり、採用した人の質が充分でなかったりした場合は罰則を設けることを考えています。

安里 崔さんには民間レベルでの斡旋や職業訓練ではいろいろな問題があることを指摘してもらい、さらにどのように問題が解決するかどうかについて話していただきました。そこで、自治体の役割、NGOの役割についてですが、台北市の蔡さんのところでは、例えばNGOとの連携はあるのでしょうか。ある場合、NGOの役割とは何な

のでしょうか。

蔡 在宅のケアギバーについて言うと、台湾ではいわゆる非営利民間組織(NPO)も仲介をおこなっていて、彼らは雇い主側の家庭の依頼を受けて、ケアギバーを求人します。NPOは求人のほかに外国人労働者の健康診断などの仕事も行っています。台北には公立の職業仲介センターもありますが、それは民間とは区別され、目的が異なります。根本的な違いは公立機関を利用する場合、費用はかかりませんが、民間の場合は有料です。

いよいよはじまる

候補者たちの就労と学習と生活と

安里 これから2月に入ると、インドネシア人看護師・介護福祉士候補者は受け入れ機関で就労することになります。おそらく、就労初期はすごくストレスがかかるのではないかと考えられます。つまり、日本語も習得しなければならない、業務を覚えなければいけない、新しい住居に住み直さなければいけない、人間関係を構築しなければいけない、それから、仕送りをしなければいけないかもしれない、いろんなことが全て重なるんですね。その時に、どのように彼らをサポートできるのでしょうか。レティシアさんいかがでしょう。

レティシア 外国に出て仕事をする場合、確かにストレスはあります。そのためエペックスでは、外国へ出発する前に、自らが飛び込もうとしている環境について十分に認識しておいてもらうようにし、シンガポールに来て始めて知ったというショックを少なくする必要があると考えています。事前に知っていれば、いざという時でもある程度心の準備が出来ていることになります。また、施設に入れば同じコミュニティの誰かがフォローアップ

Day 2 少子高齢化を迎える近隣国との対話



崔 麟祥
台北市社区銀髮族服務
協会 理事長



蔡 佩臻
台北市政府勞工局外国人
労働者相談サービスセン
ター 主任



レティシア・チュア
エベックス・ハーモニー
ロッジ 施設管理者



リム・スイ・ハー
シンガポール総合病院
看護師長

も行ってくれます。例えば、フィリピンスタッフには新しくシンガポールに来たフィリピン人の人達を孤立させないような配慮をしたり、ミャンマーの人達が来ればシンガポールで既に仕事をしているミャンマー人と引き合わせたりしています。何かがあった時に頼れる人がいると思えることが重要です。エベックスのスーパーバイザーも言っていますが、やはり、新しい国に来るとストレスはかかります。そのストレスの解消方法は用意するべきです。相談だけでは解決できないことであれば、施設が介入することもあります。家族関係のことやホームシックであれば、同じ国から来た人達と引き合わせることで、それが少しでも緩和できたらと思っています。

また、採用試験の面接の際、応募者には職務内容をちゃんと明らかにし、どのような仕事に従事することになるのかを説明しています。また応募者は施設の環境やそこで働くことで得られるアドバンテージを十分に理解していることが望ましく、採用前にちゃんと理解してもらいます。シンガポールに渡れば受け入れプログラムやトレーニングプログラムによって速やかに職場になじむことができます。仮に問題が発生した場合には、現場リーダーが私達の所に状況を報告してくれるようになっていきます。つまり、新人看護師が新しい職場でびっくりしないようにするため透明性と情報提供をきちっとすることが重要です。

仲間として受け入れ、目標までともに歩く

安里 受け入れ機関で新人スタッフや入所者をどのようににアクセプトするかということは重要だと思いますが、どうやったらスムーズに受け入れられるのか、ヒントがありましたら教えてください。

竹内 かつて、安い人材を雇い入れた営利目的の病院であるというようなことを患者様から言われた事があります。それに対して、私達は何のために彼女達を受け入れているのか、ベトナムってどういう国かということの説明するポスターを作ったりしました。とにかく、彼女達は国ではエリートで、非常に努力してここまでたどり着いていて、私達は心からそれを支援したくて協力しているんだということを知っていただくように説明しました。彼女達が外国人だからという理由だけでクレームを受けているのか、個人的に何か落ち度があってトラブルが起きているのかということは、かなり客観的に、冷静に見極めないと非常にかわいそうな事態になってしまいます。やはり、ご本人達の思いを聞きながら、改めるところは改めてもらい、また、単に偏見やいわれのない中傷であればそういう事は極力排除するという、両方に対して防波堤になるようなことがマネジメントとして必要だったと思います。

吉田 最初に外国人のヘルパーを受け入れた時は、やはりご利用者さんがどう思われるかということが凄く心配でした。ですから、フィリピン人の方を受け入れる時には毎回、必ず私とフロアの主任とが一緒にご利用者さんの所を回って、「よろしくお願いします」と話をしていきます。フィリピン人の方は緊張しているといいながら、結構笑顔で、「お願いします」とか「オッケね」と言いながら回ってくれるので、ご利用者さんの方は、何名かの拒否はありましたけど、ほとんどの場合大丈夫でした。施設として一番心配していた事は、ご利用者さんよりも身元引受人であるご家族が、外国人の人がいることをどう思うのかということでした。でも、あえて、ご家族との話し合いや懇談会とかを開催してフィリピン人を雇用しているという話は一切してこなかったんです。評価を気にしていましたが、東京都の監査や外部のオンブズマ



春原 憲一郎
 (財)海外技術者研修協会
 (AOTS) EPA担当室
 EPA日本語担当室長



エルシ・ドウィ・ハブ
 サリ
 神戸大学大学院保健学研
 究科



竹内 美佐子
 袖ヶ浦さつき台病院
 看護部長



吉田 美香
 特別養護老人ホーム
 清風園 介護係長

ンによる満足度評価では、日本人の若い子よりもしっかりやっているとくださるご家族が多かったのがよかったなと思っています。

新しく来られるインドネシア人スタッフが施設に行かれる時は、本当に不安だと思います。私は「マザー」であると言いましたが、当初、マザーは、私ともうひとり男性の職員の二人で行おうと考えていました。ですが、男性より女性に話しやすいという事がありまして、私一人がマザーになったという経緯があります。日本人は特に私くらいの年齢になるとすごくおせっかいな程、人の面倒見がよくなります。そのような職員がそれぞれの施設にいらっしゃると思うんですが、そういう人たちに一言声をかけておくことが大切です。こんな人が来るんだけれども、きっといろんな事で悩むかもしれないから、〇〇さん、ちょっと面倒を見てよ、と。常勤職員でなくても、いいと思います。そしてもうひとつ、うちではフィリピンの人たちが職場に慣れるまで、施設長が週に一回ティータイムに施設長室に呼んで「どうだい、慣れたかい」という感じでフランクに話をしたことがよかったのかなと思っています。

安里 総括討論ですが、細かい質問が続きます。何故かという、受け入れが迫っているからです。私が気になっているのは宗教の受容についてです。例えば、一日5回のお祈りをどう確保するのか、あるいはしないのか。私達は来日した候補者をステレオタイプにイスラム教徒として見ているんですが、どのようにに受け入れてほしいと思っているのでしょうか。インドネシアの候補者から話を聞いたら、雇用主から「日本で働くんだから宗教か仕事かどっちか選択してくれ」と言われたらしいんですね。これは言うてはいけない事なんですが、受け入れる側も不安なわけです。エルシさんから今までの日本での経験から何か言えることがあったら、教えてください。

エルシ 個人的な経験としてしか言えないのですが、イスラム教徒の視点から言うと、毎日、1日5回お祈りが必要です。太陽の方向に向かってお祈りを捧げるのですが、四季ごとにその太陽の巡り方が異なるので、例えば、朝の4時50分から朝の5時半までの間にお祈りを捧げることになる場合もあります。時として業務時間中にお祈りを捧げることもあるので、インドネシア人のケアワーカーが日本の病院などで仕事をする場合、オリエンテーションの段階で1日5回、5分ないし10分くらいお祈りに捧げるための時間が欲しいということを理解してもらうことが重要だと思います。そして、宗教をより理解してもらうための説明書のようなものがあるといいのではないかと思います。

もうひとつ、イスラム圏にはラマダンという断食期間があります。その期間は朝から夕方まで飲み食い一切しません。私は5年間日本に住んでいますが、断食には何の問題もありませんでした。断食の間も学校に行って勉強もしています。

安里 インドネシアの方はこれから受け入れ機関で就労が始まります。春原さんが継続的な学習という事をおっしゃったわけですが、受け入れ機関も教育ノウハウがあるとは限らないので、制度としてはどうも切り離されているような気がするんですね。それでは今後、どのように学んでもらうかという事について、アイデアはありますか。

春原 恐らく1機関や、1ヶ所の施設では出来ないと思います。病院の中に日本語教育機能があるところは恐らく皆無でしょう。これに関しては、難問なのですが、地域格差が相当あります。教育資源が豊かな所、地域の外国人支援が非常に活発な所とまったくない所ですね。地域に教育資源や外国人支援が豊かな川崎や大阪は、放って

おいてもそれまでの資源を使ってできるでしょう。ただ、福祉施設などは非常に辺鄙な所、山間部にある場合があって、そうすると地域にボランティアの日本語教室もないという場所があります。そのような教育資源が乏しいところで、一体、どうやって日本語教育機会やメンタルヘルスの課題を解決する機会を作っていくのか。これには、私も今、答えを持っていません。ただ、今回は幸い国策プロジェクトですので、まさに国を挙げて自治体や各民間の病院施設、地域のNPO・NGO、それから地域の住民による支援を行う必要があると思います。再来週にも職場研修が始まります。これは、昨今の世界不況により、外国人集住地域で外国人がハローワークに殺到していて、今まさにその人たちをどうしようかというのと同じ議論だと思うのですが。議論だけではなく、至急、何らかのアクションを起こしていく必要があります。

会場質疑

参加者 今度二人のインドネシア人に来てもらうことになっています。感じていることですが、今回の海外技術者研修協会での数ヶ月間の日本語教育は非常に素晴らしいと思っています。もうすでに、漢字交じりの手紙をくれました。果たして、数ヶ月でこんなにも日本語が上手になるのかと驚いています。去年の11月頃、フィリピンの教育機関や看護機関などを私的なグループで見学させていただきました。どうも見たところあまり熱意もなさそうで、生徒から日本語での挨拶もない。やはりちゃんとした所で教育してもらわないといけないと感じています。先ほど市場原理にだけは任せてはおけないということがありましたが、実にそのように感じています。やはり、しばらくは国の関与をある程度強くしておかないといけないと思います。

参加者 今回のパネルであまり取り上げられなかった問題で、今後取り上げていただきたいことなのですが、今度の制度では試験に合格すると実質上無期限に日本に住むことができるというところまで踏み込みました。移民受け入れなのか、研修なのか、過渡的な形態だと思えますけれども、移民受け入れに一歩足を突っ込んだ形だと思えます。ところが在日コリアンの置かれている法的ステータスを見れば分かるように、無期限にいられると言っても不自由さが残った状態で受け入れ政策と言えるのかどうか。やはり社会のメンバーとして受け入れていくのであれば、その人たちにちゃんと権利を付与しなければ、本人たちも社会の側も不幸になる可能性が高いと思います。

受け入れ施設が求める、他の受け入れ施設の情報と国家試験までの研修プログラム

参加者 今回、インドネシアから候補者を二名受け入れます。今、切実に必要としているのは、国家試験合格までの教育・研修プログラムのモデル、もうひとつは他の受け入れ施設での状況についての情報です。それらの点について、政府やAOTSでモデル作りやネットワーク作りは進めていないのでしょうか？また、海外ではどのように進んでいるのでしょうか？

春原 AOTSは今回の導入研修までが所轄で、その後は国際厚生事業団(JICWELS)の所轄になるという公式的なお答えしか出来ません。ただ、率直に申し上げるとニーズのある人間が始めるしかないと思っています。待っているのは始まらないという気がします。こういう状況なので、各現場で、出来る資源で始めるというのが、出来ることだと思います。

安里 そういう意味では、日本看護協会がインドネシア人看護師に対して、何らかのサポートを検討しているというのは重要な意味を持ちます。日本看護協会は受け入れに反対であったにもかかわらず、ここで踏み出したとすれば、私はそれはすごく嬉しいことだと思います。それでは、教育に関してレティシアさんからお願いします。

レティシア シンガポールの介護施設では、一般的に、技術教育機構(ITE)とタイアップして受け入れ行っています。そこでは職務に関する具体的な実務について集中的に教育が施されます。そして、介護施設であれば1年間に及ぶプログラムで、120時間の座学と880時間の実務があります。それだけではなく、試験と上司からの評価も受けます。1年を経て、技術教育機構はその結果を集約し、評価を本人にフィードバックします。

安里 来日したインドネシアの方、これから来るフィリピン、タイ、ベトナムの方々は日本の多様な社会の一部を構成するようになるかどうか、という問題提起をさせていただきました。つまり、500人という枠があるから仕方なく受け入れるのか、それとも、安い労働者が来たと思って、チープレーバーとして活用しようとしているのか。あるいは、今回、竹内さん、吉田さんからお話があったように、共に伸びるという原動力に変えるのか、外国人労働者に対する位置づけや私たちの期待は定まっていません。ただ、日本でもそういった共に伸びるという姿勢で受け入れが行われている例があるということを知ってすごく嬉しく思いました。私は相手に日本語を覚えてもらう、相手に国家資格を取ってもらう、というように相手に要求するだけではなく、一緒に組織文化を変えていくというお互いにとってプラスに作用するようなスキームになっていけばいいなと思っています。日本だけではなく、すでに受け入れが行われているアジアの経

験を共有しながら新しい制度、時代を作っていくことができればと思います。

今回のワークショップは二日間という大変長時間に渡って開催されましたが、この問題に関心を持っていただき、お越しになっていただいた会場の皆さんどうもありがとうございます。また、日本各地、台湾、フィリピン、シンガポール、オーストラリアなど遠くから来ていただいた登壇者の方々に対して是非、拍手をお願いします。また最後に今回のワークショップ開催を支えてくれた笹川平和財団の皆様、特に人口グループのみなさまにも心より感謝を申し上げたいと思います。

第5章

外国からの人材受け入れの論点

相互互恵的な人の国際移動は可能か

このワークショップを開催した理由は大きく二つあります。ひとつは送り出し国との対話を行うことで送り出し国と受け入れ国の考え方についてお互いの理解を深めることにあります。フィリピンからの看護師・介護福祉士候補者の受け入れが盛んに議論されていたころ、人材の受け入れはフィリピンから人材を収奪することにつながるのではないか、あるいは誰も日本には来ないのではないか、などの多くの意見が聞かれました。そこで当事者に直接話をしてもらう機会を設ける必要があると感じました。

ワークショップのもうひとつの目的は各国の経験を共有することです。すでに外国の人材を活用している国はシンガポールや台湾など近隣諸国にみられます。外国からの人材を雇用することは容易なことではありません。言語や文化の違いをどのように乗り越えるかといったことだけではなく、教育制度、生活習慣、経済水準の違い、あるいは国際移動に伴う斡旋費用負担の問題、出身国から離れることによるさまざまなストレスに対処しなければならないからです。外国からの人材の雇用は雇用管理に留まらないマネジメント能力が求められます。日本ではこうした人材を初めて受け入れるわけですから、受け入れ機関にも大きな負担となるでしょう。今回台湾、シンガポール、日本国内から来ていただいた病院や介護施設はすでに外国からの人材を長期間受け入れており、一定の経験を有しています。こうした経験に学ぶことはこれから初めて受け入れる機関にとっては有意義であるに違いありません。

さらに今回のワークショップは互恵的な人の国際移動についても考える契機となるかと思います。

今回のワークショップで提起された課題で注目すべき重要な課題は互恵的な人の国際移動を構築することの重要性でしょう。送り出し国は単に送り出しを奨励しているのではなく、人材のスキルが向上するような形で還流する人の国際移動を模索しているようです。日本はこれまで高度人材のみを受け入れの対象として、いわゆる単純労働者の受け入れを拒否してきましたが、実態をみると、特に研修・技能実習制度が実質的に単純労働者の受け入れ制度として機能し、人的資源の育成というよりもむしろ外国人労働者が低位に固定化される制度を作り上げてきました。今回のEPAによる受け入れで私達がどのような制度を構築しようとしているのかについて検討することも重要です。互恵性についてはここでは詳細に論じることができませんが、人の国際移動を容認するのであれば、その方向にむけて制度を構築する必要があると思います。

送り出し国の意向

現在、人の国際移動の主要な送り出し国は送り出しを国家開発の手段として積極的に活用しています。フィリピンやインドネシアも例外ではありません。Lorenzo氏、Hamid氏ともに看護師の供給は過剰であることを述べていました。フィリピンでは海外就労を前提とした看護師の養成が盛んです。10年間で10倍もの看護師試験の合格者を輩出しているという事実から、もはや人材育成の目的が国内の労働市場だけではなく国際労働市場を念頭に置いているといえます。インドネシアでは看護の国際化とか国際看護師という言葉を目にします。これはインドネシアの看護師養成制度のあり方を背景とした独特の表現方法で、制度改革として看護師国家試験の整備を行うことと、高校卒業後3年以上の専門教育を受けた看護師に水準を統一することを指します。つまり、国際化とは他国と資格の相互認証が行いやすいような制度作りを意味します。両国とも政府だけではなく概して看護師当事者ともに国外での就労を肯定的に捉えています。モノが国家を越えることと、人の国際移動は異なる側面を持ちますが、人の国際移動を支えるひとつの論理が「移動の自由」や「職業選択の自由」といった考え方です。Lorenzo氏はフィリピン国内で送り出しに多くの問題を抱えているという点を指摘しつつも、それらの課題をマネジメントしながら海外就労を制度化する点を強調しています。こうした見方は、日本で指摘されてきた人材の収奪とは違った見方が送り出し国にあるということを表します。

これらの国々の送り出しは高度人材の送り出しに積極的です。またそうせざるを得ない経済戦略上の事情もあります。アジアでは自由貿易協定をもとにした自由貿易体制が構築されていますが、製造業の比較優位を持つ国とそうでない国が二極化し、島嶼国であるフィリピンやインドネシアは後者に当てはまります。両国にとってASEANの自由貿易化による恩恵はタイやマレーシアなどの大陸部と比べて大きなものではありません。そうした中で海外からの安定した送金は、両国政府にとって大きな魅力となっています。かつてはODA(政府開発援助)や企業の国際投資といった海外直接投資が開発を支えるものでしたが、海外からの送金も国家開発に影響を持つようになりました。政府が送り出しに積極的となる背景にはグローバリゼーションに伴う構造変化があったわけです。

しかし、人の国際移動は単に経済的な動機によるものではありません。社会的な側面も見られます。Hapsari氏が言及した通り、看護師・介護福祉士候補者が今回来日した理由は、特に看護師候補者の場合、すでに2年以上の実務経験があることも影響して、キャリア開発や日本の医療から学ぶことが主要な目的となっています。逆に看護師としての実務経験の短い、あるいは全くない介護福祉士候補者は相対的に経済的動機が強いといえるようです。これは候補者が来日する前に私が行った調査と一致します。

EPAによる受け入れと二重労働市場形成の危険性

今回の枠組みでは多くの問題が指摘されています。第一は看護師・介護福祉士候補者の地位と賃金の曖昧さについてです。特に看護師候補者の地位について、日本側では看護助手となっていますが、インドネシア政府と見解が異なっています。このため看護師候補者の多くが予期していなかった「社会的地位の低下」を経験しています。実務経験を2年以上持つ看護師候補者はキャリア志向が強いのですが、業務内容が看護でないためスキルを磨くことができないという現実と直面しています。介護福祉士候補者と異なり、事前に業務内容について十分な説明を受けていないことが、この問題を大きなものにしていきます。看護師候補者の日本における同等の職位に関する問題は、両国で見解が分かれたままです。地位についての認識の相違は、賃金の違いとなり労使紛争の原因となる可能性があるため、明確にされる必要があります。

第二は春原氏も述べていましたが、継続学習の問題です。看護師と介護福祉士の国家試験を見てみると明らかですが、国家試験は基礎的な日本語とは異なる、専門医学用語が多用されています。褥瘡、僧帽弁、駆血帯、胸腔穿刺、腋高温といった基本的な医学用語(ジャーゴン)だけではなく、好発部位、着衣失行といった独特の表現方法は候補者の学習を困難にしています。こうした日本語の習得は、就労しながらの学習という自助努力では到底追いつかないどころか、日本語教師も対応に苦慮しています。また、受け入れ機関である病院や介護施設は教育機関ではなく、外国人を雇用した経験がありません。候補者は資格取得のために入国を許可されているのですが、こうした学習継続の困難を抱えた状況で国家資格取得という要件をクリアすることは容易ではありません。また、受け入れた後のマネジメントについても、研修者のための研修や外国からの看護・介護人材のマネジメントに関するガイドラインもありませんから、試行錯誤で進まざるを得ないでしょう。報告があったとおり、すでにシンガポール、台湾、日本には医療・福祉部門における外国からの人材の受け入れの経験が豊富にあります。こうした経験から学ぶことは受け入れ機関にとっても支えとなるに違いありません。

こうした日本語教育や待遇を初めとするマネジメントのあり方など、受け入れに必要な体制が整備されず、能力を発揮できない土壌のまま問題が放置されれば、外国人労働者の地位は低位固定化され階層化が進み、外国人労働者は「安かろう悪かろう」の人材となってしまいうでしょう。このことは介護職自体が生産性の停滞した職業となる可能性を示唆するため、日本人の賃金も低下させる

恐れがあります。これを二重労働市場化とよびますが、二重労働市場を作り出すような受け入れを行えば、今後の日本の外国人労働者の受け入れのあり方にも悪影響を及ぼすでしょう。

ダイバーシティ・マネジメント

さて、EPAという狭い範囲に留まらず、私達は外国からの人材の受け入れをどのように位置づけようとしているのでしょうか。これをダイバーシティ・マネジメントという視点で見てみたいと思います。

ダイバーシティ・マネジメントとは異なる属性を持つさまざまな職員から構成される組織で行われるマネジメントのことで、ジェンダーや年齢、国籍、エスニシティ、出身地、障害の有無、雇用形態の違いといった多様な人々を含みます。ダイバーシティ・マネジメントはそのあり方によっていくつかのタイプに分けることができるでしょう。ひとつ目は、外国人を雇用するのは法令順守だからという場合です。日本では外国人や移民に適用される法令はありませんが、まれに沖縄出身者、アイヌ出身者に適用される規則を持っている企業などがあります。また男女共同参画やポジティブアクションでは、数値目標を通して女性や障害者に対する機会や結果の平等が促進されることになります。

第二はマーケティングを有利に進めるビジネスモデルとしてのダイバーシティ・マネジメントです。例を挙げると、海外又は国内のマーケティングの戦略上、移民や留学生を雇用するといった例が見られます。例を挙げると、日本には200万人の外国人登録証の保持者に加え、観光客への医療の対応を考えると、日本語を第一言語としない患者・利用者のために外国からの人材を活用することも、日本の看護・介護の質を向上させる選択肢のひとつかもしれません。

第三は、コスト削減を意図して雇用する場合であり、いわばチープレイバーとして外国人労働者、障害者、あるいは女性を雇用するといった形態を挙げることができます。コスト削減を目的とした雇用は時として人権問題をはらむこともあります。日本では外国人労働者といえば、研修・技能実習制度に代表されますが、「安かろう悪かろう」のイメージを固定化させてしまいました。チープレイバーとしての雇用の問題点は、雇用者が安価な労働者に依存するあまり、生産の効率化や技術革新のインセンティブが働かず、いつまでたっても安価な労働者依存体質から脱却しないということが挙げられます。そのため産業の高度化が妨げられ、生産性が低く、雇用者は一層賃金を抑えようとする悪循環に陥ります。二重労働市場の原因となる典型的な雇用形態です。

第四は多様な人々から構成されるというメリットを生かして、人材の相乗効果を狙うといったマネジメントの形態もあります。この場合のダイバーシティは潜在能力を発揮するために、違いを尊重するという姿勢が前提とされています。多様性が肯定的に捉えられているという点において規範的なニュアンスをもちますが、これだけ人の移動が盛んになると一定の規範をもった組織マネジメントが必要になるかもしれません。竹内報告、吉田報告は日本の貴重な事例報告でした。両氏の報告の共通点として、外国人スタッフに対する理解のあり方が、当事者の置かれた文化的・社会的・

経済的な状況を考慮しているという点があり、日本の制度に対する同化の対象として捉えられているのではなく、潜在能力を発揮させるような制度に変更していくといった共通点があります。今回の候補者には海外就労経験者や国際病院に勤務していた者、看護部長経験者も含まれます。私たちが学ぶことのできる経験や知恵を多く持っているかもしれません。こうした「潜在性」を生かすことができるかどうかはマネジメントのあり方によります。したがって、候補者に要件を課すだけでなく、受け入れのあり方が同時に問われているといえるでしょう。

今まで受け入れた経験のない属性を持つスタッフと働くことは、初期においていろんな問題が発生することを意味します。EPAによる受け入れは忙しい医療・福祉の現場にさらに負担感を与えることでしょう。それは単に教育や研修・指導のレベルに留まらず、新しいシステムの構築をも要求するからです。台湾からの報告はそれを示します。日本の制度への同化を求めるならば、ある程度受け入れコストの低減を図ることができるかもしれません。しかしそれだけでは外国からの人材の潜在能力を生かすことは難しいでしょう。

少子高齢社会の人材活用と外国からの人材の受け入れ

今回の看護師・介護福祉士候補者の受け入れは、これまでの外国人労働者受け入れの枠組みからすると、小さな受け入れです。しかし、医療・福祉部門に定着するのか、それとも階層を作り出す制度となるのか、将来に向けての人材の受け入れのあり方を占う試金石となります。石報告や後藤報告にあったとおり、少子高齢社会を迎えた日本は大きな問題に直面しています。豊かな時代に負った800兆を超える借金返済に加え、高齢化率の上昇とともに増加する社会保障費用負担の問題は、社会を維持するため将来にわたって、ある程度経済規模を維持する必要があることを意味します。ところが、労働力人口は減少し社会を支えるべく経済規模を維持することは困難になっています。そこで生産性の向上の課題に直面することになります。そこでは機械化などによる生産性の向上、より付加価値の高い産業構造へのシフトだけではなく、人材の「活用」に直面せざるを得ません。人材の「活用」には女性や高齢者がよく取り上げられますが、障害者や外国からの人材も含まれるでしょう。ところが、多様な人材の「活用」には多様な違いに合わせたさまざまな就労支援も必要となります。潜在看護師の「活用」については、結婚・出産・育児期間に離職しないような環境整備や復職支援が求められますし、障害者雇用についてはジョブコーチを置くことが求められますし、さらに外国からの人材についても能力を伸ばす支援を通して初めて「活用」といえるでしょう。多様な人材を「活用」するにはそれぞれの属性に合わせた制度の再構築が必要となります。

看護・介護部門における人材の確保は大きな課題ですが、賃金の見直しをはじめ人材を活用できる制度の構築は必須です。外国からの人材は人材確保のひとつの選択肢です。ところが能力を十分生かすことができず、人材を低位固定化する階層化された二重労働市場を形成するような制度では、移動する側にも選択肢がありますので、いい人材も集まらないでしょう。フィリピンとインドネシアから提案がありましたが、人の国際移動には、送り出し側と受け入れ側のお互いが恩恵を受ける

安里 和晃 京都大学大学院文学研究科 特定准教授, 笹川平和財団 特別研究員

ASATO Wako, Associate Professor, Graduate School of Letters, Kyoto University
Senior Research Fellow, The Sasakawa Peace Foundation

ような制度設計が必要です。少子高齢化が抱える困難を解決するひとつの手段は人材をどのように生かすかです。看護師・介護福祉士を受け入れるにあたっては、その点を十分考慮しなければならないでしょう。

人材をどのように受け入れるかといった問題は、今後のアジア域内の社会の再生産（持続可能性）にも大きな影響を及ぼします。人材の確保は高齢社会を迎えた先進諸国間の重要な課題であり、人材獲得競争の激化を招きかねません。これでは送り出し国の社会の再生産に悪影響を及ぼすことにもつながるでしょう。田村氏から指摘がありましたが、送り出し国と受け入れ国が双方向の対話を重ねることによって、協調枠組みを形成する必要があるように思われます。

外国からの人材を受け入れ国がどう位置づけるか、「潜在能力」の活用を可能とするマネジメントシステムの構築、送り出し側と受け入れ側の「互恵性」は、少子高齢社会における人の国際移動を考える際、我々が直面する大きな課題であることを、今回のワークショップでは示しているといえます。



2009年1月15日 国際ワークショップ 第1日
問題提起「看護・介護のグローバル化と論点」

国際ワークショップ「始動する外国人材による看護・介護——受け入れ国と送り出し国の対話」
Cross-Cultural Care in Globalization: Management of Nursing/Carework in Multi-Cultural Settings
2009年1月15日(木)・16日(金)
日本財団ビル2階大会議室

《開催プログラム》

第1日

10:00-10:10 はじめに 羽生 次郎 (笹川平和財団 会長)
10:10-10:30 開催趣旨 石 弘之 (東京農業大学 教授, 事業委員会委員長)
10:30-10:50 問題提起 安里 和晃 (京都大学大学院文学研究科特定准教授, 笹川平和財団 特別研究員)
「看護・介護のグローバル化と論点」

10:50-12:50 第1部 外国人看護師・介護福祉士の受け入れ制度について考える

宣 元錫(中央大学総合政策学部 兼任講師)
「看護師・介護福祉士の労働市場開放ははじまったか——EPAにおける受け入れ制度の再検討」
後藤 純一(神戸大学経済経営研究所 教授)
「少子高齢化時代における外国人労働者問題」
Ada C. H. Cheng(Executive Officer, Australian Nursing Home Foundation Ltd.)
「多文化における介護スタッフのコミュニケーションとマネジメント」
モデレーター 田村 太郎 (ダイバーシティ研究所 代表)

14:00-16:00 第2部 送り出し国の動向

細田 尚美(京都大学東南アジア研究所 研究員)
「フィリピン人にとって移住労働とは」
Achir Yani Syuhaimie Hamid(President, Indonesian National Nurses Association)
「インドネシア・日本経済連携協定に向けて始動する看護師——求められる改革と看護師協会の役割」
Fely Marilyn E. Lorenzo(Professor, Health Policy and Administration, UP College of Public Health)
「グローバルな医療人材の交流——互恵的関係の構築に向けて」
モデレーター 明石 純一 (筑波大学大学院人文社会科学研究科 助教)

16:00-16:15 Coffee break

16:15-17:00 討 論 司会 小川 全夫 (山口県立大学大学院健康福祉学研究科 教授)

17:30-19:30 懇親会

第2日

10:00-12:00 第3部 海外における外国人材の受け入れのあり方

崔 麟祥(台北市社区銀髮族服務協会 理事長)
「台湾の老人介護施設外国人ケアワーカー研修モデルの経験共有」
Leticia Chua (Administrator, Apex Harmony Lodge)
「エペックス・ハーモニー・ロッジの経験から」
Lim Swee Hia (Director, Singapore General Hospital)
「多文化マネジメントに向け歩む——シンガポールの事例から」
モデレーター 池上 清子 (国連人口基金東京事務所 所長)

13:15-16:00 第4部 日本の受け入れの経験と自治体の役割

蔡 佩臻(台北市政府劳工局外国人労働者相談サービスセンター 主任)
「台北市政府の外国人労働者受け入れ施策の経験——直面する課題と地方政府の役割」
Elsi Dwi Hapsari (神戸大学大学院保健学研究科・インドネシア人看護師)
「インドネシア人看護師の日本での就労——どのように職場に適應するか」
春原 憲一郎(財団法人海外技術者研修協会(AOTS)EPA担当室 EPA日本語担当室長)
「インドネシアEPA看護師・介護福祉士候補者受入研修のコンセプトと実際」
吉田 美香(特別養護老人ホーム清風園 介護係長)
「定住フィリピン人受け入れの経験」
竹内 美佐子(袖ヶ浦さつき台病院 看護部長)
「外国人看護師との協働の可能性——ベトナム人看護師の受け入れ経験から」
モデレーター 小川 全夫

16:00-16:15 Coffee break

16:15-16:55 総括討論 司会 安里 和晃

16:55-17:00 おわりに 茶野 順子 (笹川平和財団 常務理事)

おわりに

二日間にわたる大変長い時間を、非常に熱心にこのワークショップに御参加いただきましてありがとうございました。心からお礼を申し上げます。インドネシア、フィリピン、シンガポール、台湾、そしてオーストラリアから様々なスピーカーの方がいらっしゃいましたし、ご登壇いただいた日本からの参加の皆さんもいろいろな知見や経験を私達に教えてくださいました。ありがとうございました。

ワークショップはこれで終了ですが、二日間の対話を通じて皆様からご指摘いただいたような、数々の問題点や解決しなければならない課題があることが明確になったと思います。この会場を一步踏み出すことが、私達にとってのはじまりであると考えています。笹川平和財団としても、これは新しい事業方針の中で始めた一番大きな事業であり、本年度だけでなく今後二年間にわたって色々な研究等を重ねていくことを考えております。そのような意味で、また皆さまとどこかでお会いできることを楽しみにしています。これからも、一緒に考えていける機会ができればと思いますので、ご協力お願いいたします。

笹川平和財団 常務理事 茶野順子

事業紹介 ———「人口変動の新潮流への対処」事業とは

世界の人口構造は、先進諸国の少子高齢化、発展途上地域から先進諸国へと労働者の移動、労働者の移動にともなう家族の移動、新しいコミュニティの形成などにより、ダイナミックに変化しています。そのただ中において、日本は世界でも少子高齢化が進行している国のひとつであり、実態として労働力不足を補うために、社会の中に外国人労働者が存在しています。

その可否をめぐっては、国内の女性や高齢者の活用や、外国人を受け入れている地域の課題と展望などが、十分に客観的に検証されないまま、さまざまな議論が展開されています。2030年までに労働力人口が1070万人も減少すると推計されている日本では、外国人労働者の導入は不可欠との見方もある一方で、アジアの各国で少子高齢化が進む中、いつまでも必要な労働力を海外から得られるとも限らない状況にあります。

このような現状を鑑みて、私達は今後の人口構成の変化にどのように対処すべきかを検討する2008年度～2010年度の3年間のプロジェクトを開始しました。政策形成の資料を提示し、最終的には日本の外国人労働者の受け入れはどうあるべきかという提言へつなげることを目的としています。2008年度は三つの分科会において以下の事業計画を実施しました。

第一分科会 「人口構成の変化と労働市場」

日本の少子高齢化による人口の減少が、労働市場に及ぼす影響を検証します。女性や高齢者の活用、海外へのアウトソーシング、労働生産性の向上などの代替策を検討すると同時に、外国人労働者に関する様々な議論を客観的に整理します。はたして新たな労働力を外国から導入する必要があるのか否かという抜本的問題を念頭に置きながら、日本の人口構成の変化と労働市場を捉えなおします。

第二分科会 「移民政策の国際比較」

多くの先進諸国では、経済力の維持向上を目的に外国人労働者の導入を図る入管政策と、あわせて定住者に対する社会統合政策を打ち出し始めています。一方で、送り出し国も積極的な戦略のもとで人材の育成と送り出しを始めるなど、移民政策の最新動向を追います。また、単に制度の国際比較にとどまらず、制度と実態の乖離に踏み込み、特に、近年、注目が集まっている看護・介護部門に言及します。

第三分科会 「多文化共生・社会統合」

移民政策を巡っては出入国管理に注目が集まりがちですが、ここでは移民の受け入れ後に焦点を絞り、外国人住民への自治体施策のあり方や、地域住民・NPOによる社会統合および多文化共生の取り組みについて、国内外での取り組みを分析します。外国人住民のニーズと提供されているサービスの現状から、地域マネジメントのモデルを構築し、地域のあり方のモデルを提示することを目的としています。

<事業委員会>

石 弘之	東京農業大学
池上 清子	国連人口基金
小川 全夫	山口県立大学大学院
後藤 純一	神戸大学
田村 太郎	ダイバーシティ研究所
安里 和晃	京都大学大学院、笹川平和財団
茶野 順子	笹川平和財団

<第一分科会>

後藤 純一	神戸大学
明石 純一	筑波大学大学院
宣 元錫	中央大学
張 銘今	神戸大学大学院
松下 奈美子	一橋大学大学院

<第二分科会>

安里 和晃	京都大学大学院、笹川平和財団
明石 純一	筑波大学大学院
宣 元錫	中央大学
細田 尚美	京都大学
岡室 美恵子	笹川平和財団

<第三分科会>

田村 太郎	ダイバーシティ研究所
石川 真作	大阪大学
河村 楨子	多文化共生リソースセンター東海
鈴木 暁子	ダイバーシティ研究所
土井 佳彦	多文化共生リソースセンター東海
堀西 雅亮	多文化共生センター大阪
山本 千恵	やまもと行政書士事務所

<事務局>

岡室 美恵子
窪田 新一
前川 典子
茂田 栄子
小成 文子

※各分科会の構成・所属は2008年度のものであります。

《編集後記》

2009年1月15・16日開催のワークショップには全国から260名の方が会場へ足をはこんでくださり、この問題へ寄せられる切実な関心に改めて気付かされました。それからいよいよインドネシア人看護師・介護福祉士候補者の就労研修が始まり、半年が過ぎようとしています。職場での経験、休日の過ごし方など生活の様子を聞く度に、彼らが理不尽に辛い思いをすることのないよう願いながら、本報告書の編集に携わりました。今度は看護・介護の現場で奮闘する日本人の職員・管理者の方に、この受け入れはどのような意味があったか、職場で「化学反応」はおこっていないか尋ねてみたいと思います。

始動する外国人材による看護・介護 ——受け入れ国と送り出し国の対話

発行 笹川平和財団
〒107-8523 東京都港区赤坂1-2-2 日本財団ビル4階
TEL 03-6229-5400 (代表)

編集者 安里 和晃 ・ 前川 典子

発行日 2009年7月
印刷所 中西印刷株式会社
〒602-8048 京都市上京区下立売通小川東入ル西大路町146番
