

外国人介護福祉士導入をめぐる論点：誤解から理解へ

小川, 全夫
山口県立大学大学院健康福祉学科教授 | 九州大学アジア総合政策センター協力教員

<https://doi.org/10.15017/14076>

出版情報：九州大学アジア総合政策センター紀要. 3, pp.67-76, 2009-03-31. Kyushu University Asia Center
バージョン：
権利関係：

外国人介護福祉士導入をめぐる論点 — 誤解から理解へ

The Points of Discussions over Accepting Foreign Care Workers in Japan:
From Misunderstanding to Understanding

小川 全夫

(山口県立大学大学院健康福祉学科教授、九州大学アジア総合政策センター協力教員)

OGAWA, Takeo

(Professor, Yamaguchi Prefectural University, Affiliated faculty member, Kyushu University Asia Center)

Abstract

Japan's market of care labor has begun to open, although it had been protected by the domestic measure for a long time. The acceptance of foreign care workers based on EPA (Economic Partnership Agreement) symbolizes that the internationalization of Japanese society has entered into a new stage. However, there are fundamental misunderstandings about; EPA Japanese qualification of licensed care workers Training and instructing for care workers in abroad Japanese image of foreigners. We need to recognize that transnational movement of care workers will cause cultural friction of caring not only in their destination society but also in their origin society. We have proposed an idea named "Fukuoka Aging Open Museum Plan" to the Fukuoka City government in order to promote mutual understanding of culture of caring between Japan and foreign countries, especially in East Asia. The government has discussed and developed this proposal as the "Platform Plan on Asian Aging in Fukuoka City". This is a useful plan for establishing a global community in Asia. In this connection, Kyushu University has responsibility to play a role as an academy of policy making for Asian aging and care.

Key words : EPA, Care Work, Culture of Caring

要約

長らく日本国内措置で守られてきた介護労働の市場が開放され始めた。2国間のEPA(経済連携協定)に基づく外国人介護労働者の導入は、日本社会が新しい国際化の段階に入ったことを象徴している。しかしながら、EPA、日本の介護福祉士資格、外国の介護労働者資格・教育、外国人のイメージ—の4点について基本的な誤解がある。介護労働分野を開放すれば、受け入れ国だけでなく送り出し国でも介護文化の摩擦が起きることについての認識も必要である。われわれは日本と外国、とりわけ東アジアとの間で介護文化の相互理解を促進するために、福岡市に対して「アジア・エイジング・オープンミュージアム」構想を提案した。それは福岡市でアジアの高齢化に対するプラットフォーム構想として論議されているが、アジアにおけるグローバルな共同体を構築するためにも有効な構想である。九州大学はアジアの高齢化やケアについての政策アカデミーとしての使命を果たさなければならないだろう。

キーワード：二国間経済連携協定、介護労働、介護文化

1. 少子高齢化の中でのグローバル化

日本の少子高齢化は、いよいよ人口減少段階に達した。そして盛んに少子化対策が論じられるようになった。しかし人口学者は「第2の人口転換」を論じて、少々の介入では人口増加傾

向に転換することはできないことを指摘する。少子高齢化という第一の人口転換は、多産多死型人口構造から少産少死型人口構造への転換を近代社会に普遍的だとする考えに基づいている。そしてその人口転換は、経済発展にも都合がよ

いという、いわゆる「人口ボーナス」論の根拠となつて、多くの発展途上国が採用する人口政策を方向づけてきた。

だが第2の人口転換の時には、高齢者が数多く生き残り、それを支える若い人口が減少し、子供の誕生が人口を維持する水準に戻らないという状態が続くことになる。そうなると、人口構造は生産年齢人口の絶対的な減少と、老年人口指数の増加によって、経済を担う労働力の不足と社会保障の負担増で、いわゆる「人口オナス」、つまり経済発展に都合の悪い人口構造が続くことになる。

人口再生産力を図る指標としては、合計特殊出生率（TFR）が有効である。この各国変化を比較してみると、先進国で唯一、「2」に近い数値を示すのはアメリカ合衆国だけである。TRFが2というのは、妊孕可能な女性が2人の子供を産むことを示す数値である。これは大人の男女2人で次世代2人をもうけることを意味し、人口の単純再生産を示すことになる。アメリカ合衆国がTFRを2に近い水準に戻せたのは、外国人移住者を受け入れているからである。マスメディア等を通じて少子化対策で効果が上がっているといわれるフランスやスウェーデンは、TFRでみる限り、人口再生産水準にまで戻すことはできないでいる。またTFRは妊孕可能な女性の人口を指標のためのデータとして使っているので、たとえこの数値が2近くであったとしても、増加し続ける高齢者を支えるのにふさわしい人口が確保できるということにはならない。

ともあれ、外国人移住者を受け入れているアメリカ合衆国の人口だけが、TFRを2近い水準で維持しているという事実は、少子高齢化社会における新しい人口政策として外国人移住者受け入れ論議を高める背景となる。日本は長い間移住者を送り出す社会としての歴史を歩んできたが、いよいよ外国人移住者を受け入れる政策に転換を図ることが必要な時代を迎えたようである。基本的には外国人移住者を受け入れることはせず、必要な人々の滞在を特別に許可するという仕組みで対応してきた日本政府であるが、いよいよ根本的な政策転換を図らなければならない時代を迎えたといえるだろう。

もちろん、日本の労働人口構造をみると、ま

だまだ経済発展に寄与できる労働力市場開発ができていない面があるという事実は否めない。日本では女性の労働市場参加が相変わらず低い状態にあり、年齢別労働力率をみても、いわゆるM字型といわれるような子育て中の労働力率の低下が顕著である。また男性に比べると全年齢で労働力率が低く、労働市場からの撤退も早いという統計的事実はある。したがって、こういう未開発の労働力を開発することで、現況を開閉する可能性は多少残されている。

また、一人当たり労働生産性を高めることができれば、人口減少を補ってあまりある経済状態を作り出すことができると考えることも論理的に正しい。日本ではとりわけサービス分野での労働生産性が低いといわれているので、徹底的に医療・福祉・教育などの分野の技術を開発して労働生産性を高めることが必要不可欠であろう。

それでもなお、日本の人口構造の変化は外国人移住者を拒否し続けることはできない段階に達しているといわざるを得ない。それは日本の経済のグローバル化が、多国間協定であるWTO（世界貿易機関）の枠組がたとえ頓挫したとしても、二国間協定のEPAが着々と締結されていくからである。そしてEPAは、単に商品や資本の出入り自由化だけでなく、「自然人」の出入り自由化、つまり労働力の移住可能性を開放する動きとなっている。世界経済システムの構築ができなければ経済発展がないという現実の前に、各国は国内法との調整を図りながら長期にわたって、単に外国人「労働力移動」だけではなく、国籍に関わらない人間の「移住」への門戸を徐々に開放しなければならなくなっている。

国際的な人間の移住が高まる動きは世界的な現象である。そして最近、少子高齢化と絡まり合った人間の移住現象としてにわかに「看護・介護」をめぐる動きに注目が集まっている。既に台湾では、「外籍看護工」とよばれる介護を担う外国人が、工場労働などを担う外国人よりも多くなった。高齢者の増加は、要介護高齢者の増加につながるが、これまで介護を担っていた家族は、共稼ぎ・共働きなどで雇用労働に組み込まれているために、これまでのように家族がシャドウワークとして介護を担うことができ

ない状況に立たされている。しかし介護労働は未だに労働市場として成熟はしていないので、国際的な賃金格差に目をつけて、安価な労働力を確保しようとする雇用者側と就業機会の少ない発展途上の地域からの求職者側との間で異常なブームを生み出しているといえる。

少子高齢化の早かった先進国のみならず、急速に先進国に追いつこうと経済発展に力を入れてきた中進国でも、こうした看護・介護というヒューマン・サービスのニーズが高まっている。今や、介護労働力確保をめぐる国際競争の時代に入っているといえる状況にある。だが、この看護・介護の分野はヒューマン・サービスとして、工場労働や建設労働のようにモノを扱う分野と違って、文化・社会・人間の要因が深く関わっているだけに単純労働への標準化が難しい。そのために看護・介護の担い手の受入れは、経済合理性からいえば非合理的な文化的要素を考慮しなければならないので、単に「労働力移動」とみるだけではすまされず、むしろ「移住」として発想する方がわかりやすい動きであるといえる。

2. 日本における外国人介護福祉士導入をめぐる誤解

さて、看護・介護をめぐる外国人の「労働力移動」ないし「移住」が、日本でもようやく2008年から実際に受け入れ始められている。それはEPAという二国間協定に基づいており、まずインドネシアから始まって、次にフィリピンとの協定が実現に動き出す。現在は、「看護師・介護福祉士」の受入れのミニマム・アクセスから取り組み始めた段階である。しかし、「看護師・介護福祉士」の受入れが、まるで看護・介護業務全ての分野で労働力受入れが始まったかのような誤解を生んでいる。それは、(1)EPAに対する誤解、(2)日本の介護福祉士資格に対する誤解、(3)相手国の介護人材養成制度に対する誤解、(4)外国人そのものに対する誤解——などが幾重にも重なっている。そこで、とりわけ日本でも一般の理解が乏しい「介護福祉士」について考えてみよう。

(1) EPA についての誤解

ウィキペディアの定義によれば、「経済連携

協定 (Economic Partnership Agreement/EPA) とは自由貿易協定 (FTA) と異なり、ただ単に関税を撤廃するなど、通商上の障壁を取り除くだけでなく、締約国間で経済取引の円滑化、経済制度の調和並びに、サービス、投資、電子商取引等、さまざまな経済領域での連携強化・協力の促進等をも含めたものを言う」とある。EPAは、WTOなどの多国間協定ではなく、あくまでも二国間での協定であり、二国間で合意された経済項目で連携強化、協力の促進を図るものであり、「介護福祉士」の日本での受入を始めると言うことは、相手国との合意があって始めて成立するものである。したがって、外国から「介護福祉士を日本に迎え入れられるか?」といえ、EPAを取り結んで、そのことを明記した協定になった相手国からだけ認められるのである。現在ではインドネシアとフィリピンだけである。中国やメキシコからたとえそういう仕事を日本でしたいという声が上がっても、それが直ちに認められることはない。

では逆に「日本の介護福祉士はEPA相手国で仕事ができるか?」ということになれば、もちろんできる。しかし、EPAで相手国から迎える介護福祉士候補者に日本語能力検定を課すように、相手国は日本人介護福祉士にインドネシア語やフィリピン語習得を要求はするだろう。そういう意味で、EPAは双務的互恵的であることを原則としている。また現実としては、日本の介護福祉士がインドネシアやフィリピンの施設で働ける状況になってはいない。送り出し国側の施設数の乏しさ、労働条件の格差などから考えて、実質的に介護福祉士の移動は、送り出し国から日本へという一方的な流れになるといえる。その点が看護師以上に介護福祉士の問題は大きい。

「外国人介護福祉士はいずれ母国に帰るのか、それとも日本に定住するのか?」という問いに対する答えは、今のところ後者になる可能性が強い。日本での介護福祉士経験者が、送り出し国に帰国後、介護の仕事に就く可能性は低いと、彼らの日本への定住が強まるからである。もし彼らが帰国することを日本側が期待するなら、相手国の方に介護の社会的基盤整備を今後、重点的に進めさせる連携強化や協力促進が不可欠である。今のところ外国人介護福祉士経験者が

帰国する唯一の可能性は、「介護教育」の分野であろう。また、もしかすると日本での介護福祉士経験を生かして、さらに別の国に移住する事も考えられないわけではない。しかし、現在のところ日本の介護福祉士資格は国際的に認められた資格ではない上に、言語習得負担を考えると、このようなキャリア・パスの可能性は今のところ大きくはない。

(2) 日本の介護福祉士資格についての誤解

EPAの中で看護師・介護福祉士の受け入れが取り上げられた理由は、基本的には受け入れ国としての日本側の事情というよりは、送り出し国側の事情である。日本は基本的に外国人単純労働の受け入れを拒み続けているので、海外出稼ぎ機会を確保しようとする送り出し国では、なんとか労働機会を確保しようとする中で、見出したのがこの分野であった。フィリピンに関していえば、日本側はこれまで多数のエンターテイナーを受け入れてきたが、「一部の女性が人身売買の犠牲になっている」との米国政府の批判を受け、日本政府が興行ビザ発給時の審査を極めて厳格にしたため、2005年から日本への入国数が急減した。これは海外労働者からの本国送金に大きく依存するフィリピン経済にとっては、大きな痛手となり、その代替策を日本側に要求したという背景がある。フィリピン側は、日本だけでなく高齢化した先進国が看護や介護の分野で人材確保が難しくなっていることを知っている。そして新しい海外出稼ぎ先として看護・介護の労働分野が有望であるとして、すでに教育・訓練の分野で盛んに人材養成を図っている。

看護の分野は、資格の国際基準について比較的早くから取り組みもあって、相互認証の段階に達している国々が出てきているので、専門職として扱って、国際的な労働移動を自由化の条件が一步先んじて整備されているといえる。そこでフィリピンの看護師養成は、こうした国際基準に合うようにカリキュラムを整備しているところも多い。また世界的に介護人材の不足が見込まれることから、職業訓練の一部にケアギバー（介護士）養成をする職業訓練プログラムを推進している。こうしたことから、フィリピン側からいえば、新しい海外出稼ぎ機会として、看護や介護に分野に大きな期待を寄せているこ

とになる。

だが、「フィリピンで実施されている看護師教育やケアギバー教育は、日本で受け入れようとする看護師や介護福祉士という資格に必要な条件を見たしているといえるだろうか?」。答えは否である。まずフィリピンと日本の教育制度の違いがある。日本では大学や短大入学の資格は、小学校から高校まで12年の学歴を必要とするが、フィリピンではこれが10年である。したがって、短大卒業者にしても4年生大学卒業者にしても、日本の教育年数よりも2年ない。したがって、日本での学歴水準に合わせるためには、1年間の補完教育が必要になる。フィリピンの看護師教育やケアギバー職業訓練プログラムは、いずれも高卒の学歴を必要としているが、日本の看護師資格や介護福祉士教育に必要な高卒の学歴に即して言えば、2年間の教育不足ということになる。そこで、外国人で介護福祉士をめざして日本に来る人には、「4年制大学卒業」という要件を課している。この場合の大学は、日本の3年制短大以上と解すべきだろう。しかし実際に、フィリピンにあまた存在するケアギバー養成校の学生は、ほとんどがフィリピンの短大卒以下の学歴しか持たないものが大部分である。大学卒でケアギバー資格を持つものというのは、看護大学で看護師資格取得を目指しながら、その業務の一環として一時的には従事するかもしれない介護のためのケアギバーの職業訓練をプラスアルファで学ぶ学生しかないことになる。こういう人材はまず看護師として国際的に働くことを第一義的な希望としているので、最初から介護福祉士として日本に来たいという者は、看護師資格試験に不合格であったが、ケアギバー資格を持っている者ということになる。

この基礎学歴の日本とフィリピンのずれが、社会福祉士・介護福祉士法の改正に際して、日本側の介護コースを持っている高校から「基礎学力は中学校卒業を認めるべきだ」という論議が起こされ、結局、こうした要求と、国家試験に不合格となり再挑戦をめざすフィリピンからの介護福祉士候補者と同じように、「准介護福祉士」の資格を新設するという調整が行われたのである。

とりわけ日本の介護福祉士資格は、専門学校・

専修学校や短大卒業によって取得されることを原則とし、そのほかに経験年数と国家試験合格によって取得される複線的な教育訓練コースで養成されてきた。今後はどのようなコースを歩もうとも国家試験の受験を義務付けるように法律は改正されている。しかし、実際の介護現場では介護福祉士資格ではなく、ホームヘルパー資格で働いている人が多い。ヘルパー資格は、民間資格であり、職業訓練プログラムによるもので、基礎学歴は要求していない。だれでも一定時間の講習を受ければ取得できる資格である。いずれヘルパー資格取得者も介護福祉士資格を取得することが求められるようになるだろうが、今のところはまだヘルパー資格者に大きく依存した現場である。外国人介護福祉士が現場で、日本人ヘルパー資格者と一緒に働く場面で、名目的資格と実務経験の評価をめぐって、さまざまな葛藤を経験するだろうことは予想に難くない。

また、多くの国々では看護と介護を同じ医療分野での階層として認識しているのに対して、日本では、介護福祉士は社会福祉士とともに社会福祉職として位置付けており、看護師や療養士や医師などの医療職とは明確に区別している。この日本の制度の違いをEPAの相手国側に明確に伝えているかどうかは疑問である。インドネシアから最初に日本にやってきた介護福祉士候補者は、いずれも看護学校卒業者であり、医療職で勉強してきた人たちである。いずれは看護師になることも可能な看護助手あるいは准看護師に近い資格という認識で、日本の介護福祉士に期待をかけたとすると、介護福祉士から看護師になるキャリア・パスは実際には用意されていないため、「騙されたのではないか」という失望と批判を招きかねない。いずれ看護師と看護助手あるいは准看護師と介護福祉士の間の関係調整及びキャリア・パスについて検討が必要になるだろう。

(3) 相手国の介護人材の資格・教育についての誤解

看護や介護の労働力として国境を越えて移動する人々の存在は、きわめて普遍的に見られる時代になっている。アジアでは、台湾やシンガポールや香港などでは、かなり以前からフィリ

ピン、インドネシア、ベトナムから看護師、ケアギバー、メイドといった人々を受け入れている。カナダやアメリカやオーストラリア、ヨーロッパや中近東の諸国でもこうした動きがみられる。送り出し国のひとつであるフィリピンでは、フィリピン人海外出稼ぎの重要な就業機会であると考えている。そして、いまや完全に売り手市場であると考えている。世界の各国が求めるなら、その期待に応える人材の養成をしてみせるといふ気構えすら感じさせる。「ケアギバーは日本にとって買い手市場か？」という質問に対しては、否である。日本がいろいろと乗り越えるべき条件を課しているのに対して、他国はむしろ特典を与えて、ケアギバーとして来る者の配偶者の帯同を許可し、永住権を付与するといった積極的な誘致に踏み切っている国さえある。したがって、日本にとって、いまや労働力の買い手市場ではなくなっているのである。

しかし、日本の施設や居宅介護事業者が外国人労働力に期待をかけていることは間違いない。現在介護の現場で人材不足を嘆いている状況は、他の職種に比べて介護職が低賃金で、重労働で、燃え尽き症候群に陥りそうな職種として嫌われていることが問題である。このような日本人の嫌がる職種を、低賃金で重労働をいとわず、持続できるのは、ハングリー精神をもった外国人労働者ではないかという誤解が広がっているようである。しかし「外国人介護福祉士採用は人件費の節約になるか？」という質問には「否」と答えるしかない。なぜならば、EPA 枠組みの原則は互恵的であり、介護福祉士は専門職としての位置づけであり、国際労働機関 (ILO) のいう「ディーセント・ワーク」(立派な仕事)の対象職務として、強く意識されているので、日本人労働者との間の不当な労働差別があれば、国際労働運動の応援を求めて、国を動かすという戦略さえ想定できるからである。日本の福祉施設など、労働市場や組合運動の経験のない業界は、とてもこうした運動に抗しきれないだろう。

おそらく、日本の介護サービス事業者が外国人介護労働者として期待をかけているのは、ヘルパー資格者と同等の資格を持った者でしかない。それも低賃金で雇用できるという可能性がなければならぬと考えているようである。お

そらく、フィリピンなどでケアギバー校に通って講習を受けている人々の中には、そんな日本の事情について知っており、機会があれば、それでも日本に来てみたいと考えている層がないわけではない。以前にエンターテイナーとして日本にきたことがあり、その時に受けた好印象から日本で働けるなら働いてみたいという人も多い。すでに中年になっている元エンターテイナーたちには地元においても仕事の機会はないので、介護の仕事があるならやってみてみたいと思っている者もいる。しかし今回のEPAはそうした人々の受け入れを開放するものではない。まだ日本は外国人単純労働の受け入れについては認めない方針であることに変わりはない。

そもそも、フィリピンのケアギバー資格とはどういうものなのか。そのカリキュラムをみると、日本でいうホームヘルパーや児童保育や救急救命などにまたがる身体介助の訓練をしているようである。そもそもケアギバー校の指導者で日本の現場を知っている者はほとんどいない。中にはアメリカの看護助手を想定して訓練しているというところもあるが、日本のような福祉職としての基礎訓練は全くといっていいほどなされてはいない。インドネシアにしても、看護師資格自体が国家資格になったのが、最近のことであり、まだ整備途上にあるとあってよいくらいであるから、介護福祉士という制度は、これから整備していくものでしかない。日本の介護の現場では、看護師と介護福祉士の間には業務の壁が歴然としてあり、また賃金の格差が顕著にある。さらにこれら専門職に比べて、ヘルパー資格しか持たない者の賃金はきわめて低く、勤務体制など労働条件も悪い。エンターテイナーに比べれば、勤務時間は酷ではないが、賃金水準ではずっと低くなることが予想される。こういう実態を改善することが先決であり、低廉な労働力を外国人に求めるという姿勢では、問題をこじらせるだけである。

介護の職域開発について、日本では医療との間で駆け引きが続いてきた。社会福祉サイドが、特別養護老人ホームの拡充やデイ・サービスセンターを提起すれば、医療サイドは老人病院を衣替えした療養型病床群や介護医療施設、老人保健施設（中間施設、介護保健施設）やデイ・ケアセンターなどで対抗してきた。今日、行政

側では、療養型病床群を新型老人保健施設などの新設も含めて医療保険から切り離して介護保険制度の適用を図ろうとしている。これに対しては医療側から激しい抵抗が示されている。こういう背景もあって、多くの人は、介護の職場といえば病院か特別養護老人ホームを思い浮かべる。日本政府の方針としては、医療と介護をいったん切り離して、介護の充実を図る方針であっても、一般住民は医療と介護の関係をはっきり理解しているとはいえない。居宅サービスとか在宅サービスという職場が開発されているにも関わらず、病院や施設に雇用される介護職というイメージは強固である。

まして、一般に、介護は被雇用者が担う業務であると考えられる傾向が強く、介護の自営業などという発想は全くない。しかしながら、ハワイ州などでは、「アダルト・フォスター・ケア」と呼ばれるプログラムがあり、自宅に要介護高齢者を預かって世話するというフィリピン家族がたくさんいる。また台湾では、ほとんどの外国人ケアギバー（現地では「caretaker」と英訳される）が要介護高齢者を抱えている家庭に住み込みで働いている。つまり介護の職場開発は多様な可能性を秘めている。現在は確かに病院や福祉施設で雇用されて働く介護福祉士という可能性しかないが、いずれは、さまざまなビジネス・モデルが提起されてくることだろう。介護福祉士が専門職であるとするならば、この専門職が自営する経営体、専門職たちが経営する法人活動もまた大きく展開する可能性がある。外国人による介護を単に雇用労働の枠内にとどめておくことはできないのである。

(4) 外国人そのものについての誤解

また、外国人と介護の仕事という組み合わせで生まれていくつかの誤解がある。「日本在住外国人は介護福祉士になれるのか？」という質問に対しては、是でもあり否でもある。まず外国人で介護という場合、日本では在日の外国人を想定する人が多い。在日韓国・朝鮮人、在日中国人、在日ブラジル人、在日フィリピン人などが、介護の仕事につけるのかといえば、その在留資格によるとしかいえない。国籍は外国人ではあるけれども、日系ブラジル人や日系フィリピン人ら日系二世・三世には定住者ビザを付

与し、日本人と同じようにどのような職業にでも就職できるように特別な措置を講じている。ちなみに、日系人を日本人と同じような扱いにするという発想は、アメリカ合衆国では通用しない。フィリピンなどの日系人が日本人と同じ扱いを要求するという運動があるけれども、アメリカの日系人が日本人と同じ扱いを要求することはない。

特別措置を講じられた日系人以外の外国人は、今のところ介護の仕事に就くことはできない。一時的な研修や実習などの枠組みがあるけれども、それはあくまでも就労とは区別されている。みだりに研修の名で就労させることについては、現在批判が高まっている。介護の分野で問題になった例では、東京の老人福祉施設がフィリピン人の「ボランティア研修生」を受け入れた際、「日本人」として介護職員の中に数え入れる扱いをしたということが不正とされ、行政指導を受けたことがある。

国際結婚したフィリピン人妻などは、帰化すればもちろんであるが、帰化していなくても、どんな仕事にでも就職できる。しかし現実的には、こういう人々の多くは、資格取得のハードルが高いので、まずは介護福祉士資格ではなく、ヘルパー資格で働くのが精いっぱいである。

「外国人介護福祉士候補者は女性か？」という質問に対する答えは、統計的には女性が多いが、決して女性だけでないということになる。とかく介護を担う人材といえ、とかく女性を思い浮かべる人が多い。しかしながら海外で養成されている人材の中にはかなりたくさんの男性が含まれているのである。インドネシアから介護福祉士候補者として最初に日本に来ようとした人の中には男性が多く含まれていたが、日本の雇用しようとする施設側は、女性を求めたために来られなかったという。介護労働に関する多くの学術論文でも、女性問題に引き寄せて論じるものが多く、男性の介護労働に言及するものは少ない。たとえば高齢者介護の現場では、確かに圧倒的に女性の要介護高齢者が多く、彼女たちの多くは女性によって介護されることを望む傾向にある。しかし男性要介護高齢者もいることも事実であるし、介護の場面によっては男性の介護者を必要とすることも事実である。日本の受け入れ側でまず職務再設計を進めるこ

とが、労働者性比の偏りを改善する上で必要なのである。国内的な常識で国際的な課題に取り組むのはリスクが高いことである。

「外国人は日本語がわかるのか？」というよくある質問に対する答えは、外国人が日本語を聞いたり話したりする会話の面では是であり、漢字交じりの文章を読み書きする面ではかなり難しいということになる。しかし、同じ日本人でも、障害を持った人と方言交じりの日常会話をするのに苦労することが多いので、会話が分かるようになるのは、あくまでも個々人の関係次第ということによる。また介護の場面で読み書きという場合、介護記録や文書作成が問題となるが、これを自由記述にするのか、標準化したチェックリストにするのかで、実務上問題はなくなる場合もある。仕事の面では、最小限のマニュアル化が不可欠であるが、その上での人間的コミュニケーションは、単に会話や読み書きだけでなく、ノン・バーバル・コミュニケーションも含めて総合的に考えなければならないことは、日本人であれ、外国人であれ変わりはない課題であるといえる。

「外国人は、住民としての権利と義務は免除されるのか？」という質問に対する答えは否である。日本におけるさまざまな権利は、国籍により発生するものと、住民登録ないし外国人登録によって発生するものがあるが、基本的に外国人登録した外国人住民は日本人住民と同じような権利と義務が発生する。現在外国人登録制度についても改正が準備されている。在日外国人の住民投票権については、まだ認めていない自治体が多いが、健康保険、年金、介護保険などの社会保障や社会福祉などは、普遍主義的な日本の制度の下で守られているものが多いのである。したがって、税にしても社会保険料にしても負担を免れてはいないのである。

3. 国際人流開放と介護文化摩擦

国際的な人の移動（人流）が以上のような誤解をはらんだままに推移することは好ましいことではない。単に外国人労働力を受け入れるということにとどまらず、移住外国人とともに生きる地域社会をつくるという新しい課題を引き受ける覚悟が必要なのである。国際化は進む。外国人が日本国内で働くようになる。だが、隣

人として外国人が住むことには困惑するというのでは、真に事態に対応する姿勢とはいえない。その意味では、介護福祉士を迎え入れることは、いいきっかけとなる。人間同士が接する場面で、お互いの新しい関係を作り上げる経験となるからである。職場の仲間だけでなく、施設入所者およびその家族、地域住民などと接する機会が増えるので、さまざまな場面で社会文化の違いが表面化する。その経験が相互に理解されて初めて、EPA でうたわれるような調和や連携などが可能になる。しかし、現実には、葛藤を寛容に受けとめなければならぬ場面が多くなるだろう。介護という場面は、要介護状態に陥った人と介護労働の提供者が介護文化を共有してはじめて成立する。介護を受ける側が提供された介護を、介護として認めない限りは、それはいらぬお節介であったり、虐待であったりするだろう。逆に介護を提供する側が、要介護者の要求を正当な介護要求だと認識しない限りは、単なるわがままとして処理することになるだろう。経済的合理性では割り切れないのが文化（価値合理性）であるから、文化問題の処理を間違えると、経済的にますます非合理的なコストがかかることになる。日本のように、諸外国の制度や文化を翻訳してドメスティックに独自のシステムを発達させてきた国では、国際的な「文化的ガラパゴス」的特殊進化状態にあると揶揄されるような状況にある。とりわけ高齢者福祉に関しては、新しい制度設計に際してカタカナ用語を多用する状態にありながら、それさえも日本でしか通用しないものでしかない。そもそも「介護」という用語自体が、きわめて新しく作り出された用語である。それが時に「ケア」というカタカナ用語で語られながら、ナーシング・ケア（看護）やロングターム・ケア（長期介護）との異同が明らかにされず、特別養護老人ホームをカタカナのナーシング・ホームとして、それが米国などにおけるナーシング・ホームと同じであるかのような誤解を与える状況が続いている。デイケアを医療サービス、デイサービスを福祉サービスとして区別するといった日本流の考え方は、他の国では通用しない。共通言語を持たない限り、誤解は解かれまいだろう。日本の「介護」は、さしあたり「カイゴ (Kaigo)」として理解可能になることをめざして、海外の

関係者に説明を試みる必要がある。

また、これから国際的に通用する介護人材を育成することが必要になるのだとすれば、そのための教育者、訓練者、指導者自体を国際的な経験を持たせるように工夫すべきだろう。日本の介護の現場を全く知らないままに、学生を訓練するといった訓練校から出てくる卒業生は、誤解を抱える可能性が高いと言わざるを得ない。少なくとも、日本の介護現場の多くが、何らかの障害をもった高齢者介護の分野であり、摂食や排泄などの世話から認知症の世話まで、日本文化に根ざす身体接触の在り方とコミュニケーションの在り方に大きく依存する職務であることを理解するべきである。

同じ事は、日本側の施設経営者や現場の監督者たちについてもいえる。彼らもまた、まず送り出し国の介護教育の実態を理解する必要がある。今のように施設の中で介護師や療士や社会福祉士などと分業とチームワーク体制を組むことが当然と考えていては、さまざまなリスクを管理できない。お互いに教育者や訓練者や指導者や監督者の人的交流を深めて、できるだけ理解を深める努力をするべきである。

EU（欧州連合）では、欧州統合を図るための高等教育プログラムとして、「エラスムス計画」と呼ばれる調和化政策がとられている。学生流動化事業、教員流動化事業、共同カリキュラム開発、集中講座などからなるこの計画は、EU 中での人材共有化をめざす努力のひとつである。商品流通の関税撤廃、資本移動の制限撤廃、労働力移動の自由化、通貨統合などを進める過程で、労働資格の相互認証、学歴の調和化が課題になり、現在ではそれぞれの各国独自の初等・中等教育システムの中にも、「欧州人教育」をめざす学校教育システムを取り入れる動きになっている。このような EU に学ぶならば、専門職ないし高度の技能職として介護福祉士資格を位置づけるために、少なくとも EPA を取り結ぶアジアの国々との間で、何らかの教育・訓練調和化を推進するべきである。

また、ILO が推進する「ディーセント・ワーク」という考え方は、「働きがいのある人間らしい仕事」という日本語訳がつけられているが、なにかまだしっくりこない訳語である。「Decent」という言葉は、収入や服装や態度が

きちんとしていることを示すので、いい加減な状態に放置された労働であってはいけないという意味である。日本が介護の仕事に介護福祉士資格を与えて、労働の質を高めようとしているのであれば、それはディーセント・ワークの理念にかなっている。しかし、それを国際的な基準にする努力を怠っては、一人よがりになってしまう。単に名称だけでなく、収入や倫理や職務の標準化を国際的合意にまで高める努力が不可欠である。

フィリピンの看護教育に携わっている教授は、すでに他の ASEAN（東南アジア諸国連合）諸国との間でフィリピン看護師資格の相互認証は進んでいると話していた。そうした状況下で、日本側が日本の国内事情だけで、日本側にしか通用しないような基準を求めることに対しては、かなり批判的であった。各国が国家資格として基準を整備してきた看護師資格にくらべると、介護の分野はまだまだ基準が整備されていない。したがって、日本の介護福祉士資格をひとつの先駆的モデルとして、普遍化を図る良い機会であるかもしれない。しかしながら、実際の介護福祉士資格の基準を点検してみると、あまりにもドメスティックであり、国際的標準化に耐えられない点が多々ある。外国人に日本の基準を一方的に要求するだけでなく、日本の基準自体を国際的な基準にするために改善することが求められる。

4. もうひとつの方法としての「アジア介護文化交流拠点構想」の提起

このような現状を考えると、まずはお互いの介護文化がどのような介護をめぐる言語パラダイムを持っているのかを明らかにする必要がある。それもできるかぎり異文化側への伝達可能性を念頭に入れた丁寧な事典づくりから始めるべきである。直訳的な言語交換はかえってお互いの誤解を増す可能性が高いからである。ただ文字による伝達だけでなく、視聴覚メディアを使ったシミュレーションなどにも力をいれるべきだろう。また単に行動科学的・バイオメディカル・心理学的な介護だけでなく、社会科学的な介護についての伝達に力をいれるべきである。介護は社会福祉制度に組み込まれた業務であり、単なる身体介助や情感サービスにとどまらない

からである。

おそらく、介護文化の相互理解は、現場に即して経験を交換することが最も有効である。まずは外国人の介護教育指導者が、日本での介護実態を理解する機会を設けるべきである。そのためには、日本語と相手国側の通用言語でできるだけ丁寧に説明できるインストラクターを、育てることが必要である。最初に導入される介護福祉士にはそうした使命を担ってもらうことも考えるべきだろう。

また、日本側の施設等の経営者や管理者及び指導者が、介護福祉士候補者送り出し国の教育事情や社会文化的背景や人事管理上必要となることを学ぶために、相手国に研修に出かける機会を設けるべきである。その知見に基づいて、介護現場の職務再設計、ペーパーワークやマニュアルの整備など経営改善を行なう必要がある。

台湾などで、社会問題になっている「看護工（ケアテイカー）」の職場逃亡といった事態を避けるためには、罰則や監視だけでは有効ではなく、第三者機関としてカウンセリング・センターを設置するまでになっている。全国の拠点都市に設置されたカウンセリング・センターでは、看護工だけでなく、あらゆる外国人労働者からの相談窓口として機能している。こうした地域拠点を設けない限り、職場を離れた外国人は間に隠れてしまうことになる。日本でもこうした先駆例に学ぶべきである。

このような観点から、国際的な介護労働の移動に対処するもうひとつの方法としての「アジア介護文化交流拠点構想」を提起したい。これは、日本におけるこれまでの介護についての取り組み、とりわけ高齢者介護についての取り組みを中心に国際的に紹介できる体制を、調査研究、教育訓練プログラム開発、教材開発、ブリッジ人材養成、政策立案の観点から整備し、国内外の政策立案者や実務家やそれを旨とする学生の大学院修士課程レベルの国際教育を担うというものである。その中では、介護に関するアジア各地域の基層的な文化のみならず通文化的・同時的に進行する少子高齢化という社会変動をふまえて、経験的事実と照らし合わせた介護概念の共有化を推進し、「Kaigo」としてアジア国際標準を確立することを目標とするのである。

すでに韓国は、2008年7月から老人長期療養

保険制度を導入し、日本と同じように高齢者介護の新しい段階に入っている。中国においても、介護保険については着々と準備中であると聞く。台湾、シンガポール、香港、マレーシアなどは、これまで家庭住み込み型の外国人メイドや看護工などの雇用問題についての対策を強化している。フィリピン、インドネシア、タイ、ベトナムなどは、海外出稼ぎによる外貨獲得政策の一環として看護人材や介護人材の海外就業機会を確保する努力を続けている。そして、こうした東アジアを取り巻く中近東、オーストラリア、アメリカ、カナダ、EUなどの地域は、あの手この手で海外からの看護人材・介護人材の確保に力を入れている。日本が、世界一の高齢社会として、また世界で二番目に介護保険制度を確立し、普遍主義的な医療保険制度とともに他国がうらやむ制度を持つ国として、さらには平和なグローバル・コミュニティの構築に対して貢献する役割を果たすためにも、「アジア介護文化交流拠点構想」の確立を目指してはどうだろうか。できれば、九州大学の中に総合的に

東アジアのエイジング政策研究に取り組む「東アジア・エイジング政策共同研究拠点」を設置し、その一環としてこの構想を取り込んでみるというのも一案である。

平成16年度に九州大学の東アジアセンター・オン・エイジングとアジア総合政策センターからの政策提言を受けた福岡市は、これまで慎重に審議の結果、19年に「アジア高齢社会プラットフォーム構想」をまとめ、翌年の市議会で説明している。高齢化の先進国である日本の経験やノウハウを活かし、アジア諸国の課題に対応する各種の機能を市内の人工島、アイランド・シティに集積しようという構想である。その中で、研究機能、人材育成機能、ビジネス機能、情報発信・イベント機能を整備するとしている。この構想の推進組織として、20年3月に特定非営利法人「アジア・エイジング・ビジネスセンター」が設立された。九州大学がこの構想に基づいて国立大学法人として貢献できれば、新しい時代に一石を投じることができるのではないだろうか。