

EUにおける医療従事者・介護労働者の養成と就業 ——労働者の自由移動の視点から——

岡 伸 一

はじめに

看護師や介護士の養成や就業は、本来的には各国政府が行うことである。通常は、国内の人材開発の一環となる。しかし、もう一つ別の方法もある。外国人の受け入れである。日本でもようやく着手されつつあるが、世界的には多少の差こそあれ、既にかなり前から行われてきたことである。本稿では、労働者の自由移動を展開しているEUを題材に、看護師や介護士の国際移動を検討していく。

職業資格とは、通常、国家資格であり、国内でのみ有効になる。国際的に認知され効力を発揮するような職業資格は例外的にしか存在しない。しかし、これに挑戦する試みが欧州で展開されている。資格を統合化させることで、労働者の自由移動を促進させようというものである。当然ながら、この動きは医療・福祉領域に限ったことではない。現在、介護士や看護師の受け入れを始めつつある日本にとって、格好の参考事例になるであろう。

I EU労働政策の基本構造

本稿はEUを中心に医師、看護師や介護士の養成や就業について概略の紹介を試みるものであるが、最初に3つのことを注意されたい。第1に、EUは国家連合体であり、例外を除いてEU自体が直接に看護師や介護士を養成しているわけではない。飽くまでもEUは加盟各国の関係政策の調整

を行う役割に限定される。第2に、EUの政策としては、本テーマはいくつかの部局にまたがるものである。社会保障政策よりも労働市場政策や教育・職業訓練政策、移民政策、労働・生活環境政策と広い分野に関係する。さらに、看護師と介護士は必ずしも同列で議論されていない。Health Workersの部門とCare Workersの部門であり、EUの政策の位置づけも異なる。政策分野によって、また、職業領域によって政策の進捗状況がかなり異なるため、統一的な評価が難しい。第3に、EUが議論する移民や自由移動は飽くまでも域内、つまり、加盟国間を想定している。ただし、一部加盟予定国、加盟候補国はすでに政策によっては政策対象に組み込まれている場合もある。しかし、その他多くのEU加盟国以外の国々との関係も当然ながら重要であるが、EUの主たるテーマではなく、基本的には各国政府の自治に委ねられる。

労働者が国境を越えて自由に移動でき、経済を活性化させることが、EEC設立当初からの目的であった。この目的を達成するために、EUは長年にわたり労働者の自由移動を阻害する要因を除去しようとして行動してきた。しかし、これには多くの障害があった。社会保障が移動する労働者に不利益をもたらすことや職業資格の認定が行われなくても大きな障害であった。そこで、社会保障に関しては各国の社会保障制度の「整合化」によって、職業資格に関しては相互認定等によって、国際移動の障害を除去しようとしてきた。

特に、教育や職業訓練、そして、職業資格については、各国とも長年の伝統があり、容易に欧州

レベルで統合できるものではなかった。教育部門はEUの政策の中でも最も統合が遅れた領域と言われてきた。だが、その教育部門でも遅ればせながら統合の機運が高まってきた。

EU加盟国も等しく人口が高齢化傾向にある。医療や介護領域での人材へのニーズは明らかに拡大しつつある。したがって、労働市場は供給不足である。他方、旧東欧諸国が一挙にEUに加盟したことは、この領域での労働市場に大きく影響を与えようとしている。これらの国々がこの領域の人材の供給国になりつつあるからである。

1 2000年ソーシャルアジェンダ

2000年にEUはリスボン会議を開き、新たな局面を迎えた。停滞していたEUが新たな政策を打ち出した。この時の戦略目標として、「より多くの、より良い仕事と、より大きな社会的統合を可能にし、維持できるように、世界中で最も競争力があり、ダイナミックな知識集約型の経済を構築すること¹⁾」と明言している。

社会的な側面においても、「ソーシャルアジェンダ」が発表され、新時代の社会政策の計画が示された。そのソーシャルアジェンダでは、雇用開発、職場環境の改善、貧困対策、社会保障の現代化、男女平等の推進、EU拡大と対外関係の側面からの社会政策の各政策課題が掲げられていた。その最初に「雇用開発」を掲げ、「欧州市民の移動を促進する」ことが強調され、具体的に5つの対策が盛り込まれていた。

その第1が「教員、研究者、学生、職業訓練専門家等の移動の障害を除去することで、知識集約型の欧州をさらに発展させること」であった。さらに、第2に「加盟国内で取得した資格や技能の欧州レベルでの認定・評価を促進すること」とされていた²⁾。そして、第3に「2003年までに居住権に関する『指令』を改正し、労働者の自由移動に関する『規則』を改正することで、人の移動をさらに推し進めること」と記している。

ここで指摘されている多くの政策は実は以前から議論され、部分的に施行されてきたものであるが、十分な成果が残されてこなかったところも少

なくない。今回、EU加盟国の拡大を契機に新たな活動計画が打ち立てられていった。

2 2005年の新ソーシャルアジェンダ

リスボン会議で策定されたソーシャルアジェンダを継承し、さらに活動を盛り上げ強化するために、欧州委員会は新しいソーシャルアジェンダを2005年に発表した³⁾。そのテーマとして「グローバル経済におけるソーシャルヨーロッパ：すべての人のための仕事と機会」と謳った。新ソーシャルアジェンダでは、2つの優先分野として「完全雇用への移行」と「より統合的な社会」を掲げた。

「完全雇用への移行」に関しては、いろいろな提案の中で欧州労働市場の形成を強調し、域内の人的資源への投資拡大、欧州レベルでの職業紹介サービスのネットワーク化等に触れている。もう一つの優先分野である「より統合的な社会」に関しては、欧州社会基金を利用した「整合化」オープンメソッドを構築し、その対象として医療、介護サービスも加えられることになった。これにより、普遍的なアクセス、サービスの質の確保、財政の安定について、欧州レベルでの「整合化」の進展が期待される。さらに、各国社会保障の現代化を奨励し、男女間、各国間の差別を排除し、多様性を受容していく方向性が確認されている。

こうして、EU域内での熟練・技能の統合化は進められていった。ただし、その中心は「知識集約型産業」であり、実際には情報、通信等の新技術の領域であった。対象も主に若年者に置かれていた。介護士の領域は、大きな欧州労働市場の流れに乗った形で展開していったが、主役ではなかったように思われる。

介護労働とは、労働政策一般からすればかなり特別な領域であった。まず、女性が多数を占めること、必ずしも若年者に集中していないこと、賃金や労働条件はあまり良くないこと、伝統的な価値観が強いこと等の特徴を持つ。そのような介護労働にもいよいよ国際化の波が押し寄せている。

II 職業資格認定の統合化政策

1 欧州熟練と移動活動計画

2000年のリスボン会議における新たな雇用政策を受けて、労働者の自由移動をさらに推し進める対策が講じられた。2002年2月13日の欧州委員会から欧州理事会および欧州議会等に対して、「熟練と移動のための活動計画」を盛り込んだ「通知」が提示された。欧州レベルでの労働者の移動を活発化するために次の3つの基本政策を2005年までにとることを明記した。

1. 職業的な移動と熟練開発を拡大させること
2. 雇用機会に関する情報提供と透明性を改善すること
3. 地理的な移動を容易にさせること

それぞれの政策に関して、具体的に多様な対策が講じられた。まず、1の「職業的な移動と熟練開発の拡大」に関しては、すべての人が教育や職業訓練にアクセスできるように組織改革を提案している。より高等教育、生涯学習、職業訓練を進めることが、労働者の移動を背後から後押しすると理解している。2の「雇用機会に関する情報提供と透明性を改善する」施策としては、規定の職業に関して、欧州域内のインターネットサイトを立ち上げることが提案された。既存のオンライン求人システムの改善とEU内で統一的な職業分類の開発が掲げられた⁴⁾。

本稿のテーマと関連して、「地理的な移動を容易にさせる」政策としては、「欧州健康保険証」の創設、通算が認められる補足年金権の設定、職業資格認定の明確化と単純化、地域間移動の税制改革、外国語教育の徹底、労働協約における職業資格に関する地域限定や国籍制限の廃止等が挙げられていた。

以後、この活動計画に沿って、さらに具体的な対策が講じられていった。さらに、新ソーシャルアジェンダと関連して、2006年を「欧州労働移動年」として、当該政策の大々的な普及宣伝活動が展開された。そして、新たに「欧州職業移動活動計画2007-2010」が策定された。

2 欧州労働移動ネットワーク (EURES)

2002年12月23日の欧州委員会「決定」により、EU域内における国家間、地域間の求人募集、求職活動を通して、職業資格の取得や生活環境に関する情報交換を可能にし、すべての欧州市民が欧州労働市場にアクセスできるようにするために「欧州労働移動ネットワーク」が構築された⁵⁾。

このEURESプログラムは以前から導入されていたものであるが、実際には十分機能してこなかった。今回の「決定」では、施行対象が加盟27カ国に、ノルウェー、アイスランド、リヒテンシュタインにスイスも加えて拡大された。さらに、このネットワークの運営をより地方分権的な構造にし、国や地域の雇用サービス関連組織のほかに、労使団体や各種専門機関も取り込んで組織拡大した。そして、広がったネットワークを「欧州HEURES事務所」が統合し、調整することになった。

雇用職業情報の統合、就職サービスの統合を目指して、2003年に「EURES憲章」⁶⁾が作成された。統一的なフォーマットをすべての加盟国の関連機関に周知徹底させるためであった。さらに、3カ年のEURESの活動計画が策定された。

3 移民支援サービス (EUROPASS)

2004年12月15日の欧州理事会および欧州議会の職業資格と職業能力の透明性のための単一枠組み (EUROPASS) に関する「決定」2241/2004号⁷⁾が採択された。これにより、特定の加盟国で取得した職業資格が、相応する欧州レベルで共通の資格として認識されることになり、ほかの加盟国での就業を後押しすることができるようになった。

こうして誕生したのがEUROPASSであり、すべての欧州市民が自分の技能・熟練や職業資格を欧州いずれの国においても明らかにできる統一的な証明書の役割を担ったのである。EUROPASSとは、具体的に次の5つの資料を含むものである。履歴書、移動歴、学位、職業歴証明、言語証明である。EUはインターネットポータルを利用してEUROPASSを支援している。

2005年9月7日の「指令」⁸⁾によって、欧州労働

市場をより弾力的にするために各国の職業資格の認定制度を導入した。まず、一般的な制度として、職歴を5つの段階に分類して、各国の職業訓練・教育がどのレベルに相当するか認識できるようにした。また、特定の職業資格に関しては相互に自動認定制度が構築された。ここで、自動的に職業資格が認定される対象は、医師、看護師、歯科医、獣医、助産婦、薬剤師、建築士、弁護士であった。

さらに、この移民支援サービスをより有効にするために、各国政府がEUROPASSセンターを国内に設置し、EUROPASSの普及、徹底を目指して事務体制の責任を負っている。また、EUの欧州雇用ネットワーク(HEURES)をはじめ、欧州評議会やUNESCOが実施している大学間移動や単位認定の情報センターや各国関連機関との連携を強化し、業務の統合化を進めている。2008年から4年ごとにEUROPASSの評価報告書が作成されることになった。

4 欧州資格フレームワーク(EQF)

これまで各国の職業資格を統合化させようとEUは努力してきた。さらに、次のステップとして、欧州レベルで統一的な職業資格を構築しようという方向に至った。欧州職業資格フレームワーク(EQF)は、教育と職業訓練の領域において、加盟国間で異なる基準に対して共通する枠組みを提供しようとするものである。これによって、各国で取得した資格をEU域内で共有化し、欧州労働市場での就労を促進させようとするものである。

こうして、2008年4月23日の「勧告」⁹⁾に従って欧州資格フレームワーク(EQF)が構築された。高等教育および職業資格に関して、各国の資格を欧州レベルで相互認定される枠組みが成立した。つまり、各国の職業資格が欧州資格フレームワークのどれに該当するか、対応表によって明確に示されることになった。このEQFは高等教育から職業教育まで広くカバーしている。EQFは養成にかかった期間や方法でなく、現在の技術、知識、能力等によって資格が位置づけられている。

これによって、就業機会を模索する特に若い人にとっては移住を決断しやすくすることが期待さ

れる。2010年までにすべてのEU加盟国で、各国の職業資格とEQFの対応が完成される予定である。

以上、EUでは2000年のリスボン会議以後、積極的な労働政策が展開されてきた。本稿のテーマである介護士や看護師だけでなく、労働市場一般において欧州労働市場の強化が進められている。特に、これまでの大きな障害であった伝統的な職業資格や教育制度にまで踏み込んで「統合化」からさらに統一化まで含めた措置である。このことは、介護士や看護師の労働市場にも大きな影響を及ぼすことは間違いない。

III 看護師・介護士に関する対策

医療サービスや社会サービスの部門は、欧州では全般的に拡大傾向にある。GDPに占める医療費支出の割合はほとんどのEU加盟国で増加している。介護サービス関係の支出も拡大が続いている。人口構成も等しく高齢化しており、今後もこの傾向は続くことが予想されている¹⁰⁾。

欧州で介護労働に関する共通する特徴として、次の点が挙げられる。第1に、離職率が高い。特に、より専門性の低い一般的な介護労働者の場合に離職率が高い。第2に、若年者からの入職が他の職種と比べて少ない。第3に、ストレスが大きく「燃え尽き」症候が顕著である。第4に、高齢労働者の比率が比較的高い。第5に、比較的低賃金で低い社会的地位である。第6に、労働条件がしばしば標準化されていない。第7に、キャリア形成が未発達な構造である¹¹⁾。

1 介護労働者の労働政策

介護労働は欧州においても特殊な分野である。賃金労働である部分とそうでない部分もある。ボランティアや家族が介護を担っている場合も少なくない。また、介護サービスの提供も公的部門と民間部門とにまたがっている。多様な組織が介護労働に携わっている。各国独自の伝統や文化、社会通念もあり、一様に雇用政策の対象に馴染まないところが指摘されている。施設介護が普及している国と依然として在宅介護が一般的な国もあ

る。従って、グローバル化には時間がかかるものと予想される。

介護労働は高齢化社会にあって益々大きな比重を占めつつある。デンマークでは全雇用のうち介護労働が10%を占める。スウェーデンは9%、オランダやイギリスでは8%、ハンガリーでは5%以下となっている。1995年から2001年の間に、EU加盟国において200万人以上の雇用が医療・介護部門で創出された。この数値は全雇用創出の18%を占める¹²⁾。現在のEU加盟国では、総じて介護労働の需要が供給を上回っている。今後加盟予定の国々では、介護労働の需要はあまり高くなく、供給も不足は見られない。

欧州諸国では、介護労働のニーズは高まる傾向にある。同時に、女性の労働力化もさらに進展しつつある。他方、介護労働の供給はEU加盟27カ国において等しく不足傾向にある。リスボン会議後、EUは雇用創出の強化を図ったが、介護労働分野での雇用拡大は最も顕著な動きであった。

一つの明らかな傾向として、居宅サービスから施設サービスへの流れが確認される¹³⁾。その理由は、費用負担の問題と利用者の希望が挙げられる。介護労働は特に新加盟国にあってはインフォーマルセクターにも多く、家族が重要な役割を果たしている。介護労働が登録外の活動であることも多い。介護労働者は地域分権化しており、比較的熟練が低く、高齢化しつつある。EU全体としても、介護労働者の熟練度を高め労働の質を確保することが重要と認識されている。EUは域内の労働者の自由移動を介護労働者にも普及させようとしてきた。他方、EU域外からの移民に関しても特定加盟国は独自に受け入れ政策を展開している。

EU加盟国はそれぞれ介護労働の不足を充足するために多様な養成対策を講じてきた。主な対策の内容を総括していこう。第1は、国内の失業対策と絡み、失業者を介護労働に誘導するものである。そのための短期の職業訓練もいくつかの国々でプログラム化されている（イギリス、ギリシャ、フィンランド、ルーマニア等）。

第2に、イギリスやギリシャのように大学レベ

ルの高等教育でソーシャルワークの資格を創設し、介護労働の社会的地位を向上させ、より魅力のある熟練職として位置づけた。高等教育に限らず、介護労働の職業訓練を普及・徹底させ、これまで伝統的に非公式であったり、ボランティアであった領域を市場化する傾向にある。ドイツでは高齢の介護労働者の再訓練も強調されている。

第3に、外国人を介護労働者として積極的に受け入れることで介護労働者を確保しようとしているのは、イタリアとギリシャで顕著であった。第4に、介護労働者の労働・生活環境の改善により魅力づける国も、フィンランド、ブルガリア、ルーマニア、ハンガリー等で見られた。以下、各国ごとに概観していこう。

〔イギリス〕

大学レベルでソーシャルワーカーの新たな学位を創設した。イギリスでは、大学と使用者の連携の下で3年間コースのプログラムを作った。介護労働者の地位向上に貢献し、より魅力のある職業とさせようとしている。

他方、失業対策として失業者に6週間の介護労働訓練プログラムを施し、その間通常の3分の2の報酬を払いながら、プログラム終了後に正規の職員に採用する制度を導入し、成功している。地域ごとに運営し、障害者や母子世帯や少数民族等の層も対象にして統合化させようとしている。

〔フィンランド〕

家族や親族、友人などが家族や友人のために介護サービスを提供している場合がある。フィンランドでは、この一般的には無償で、無登録の労働に脚光を当て、独立した組合組織を構築した。非公式の労働を公式化し、法定の給付を適用させることになった。現在、約23,000人の家庭介護者が法定給付を受給している。2002年の法律は、24時間つきっきりの家族介護者に、少なくとも月に2日以上以上の休日を提供することを自治体に義務付けた。つまり、その休暇分の費用を自治体が負担することになる。

家庭内介護クレジット制度が導入された。自宅

で家族等が要介護者を介護する場合、通常は報酬の対象とならない。掃除、補修、身体介護、洗濯等の介護労働を家庭内で行った場合、その分の労働を考慮し、税的控除の対象とする制度が導入されている。2004年では、すべての世帯の6.6%に当たる155,802世帯がこの制度を利用している。

また、欧州社会基金（ESF）を活用しつつ、若年の男性を社会介護・医療介護部門に採用を拡大していくプロジェクトを立ちあげた。新規学卒の男性を対象に、社会介護部門でのキャリアプログラムを提供している。さらに、キャリアカウンセラーを通じて若年者を雇用する企業に介護労働の職業訓練機会を提供するよう普及活動を展開している。

フィンランドでは、これまで介護労働に従事する期間が非常に短かった。燃え尽き症候が顕著で、約半数の介護労働者は就業開始から10年以内に離職していた。政府はより長期にわたって労働に従事できるような対策を講じた。職業病の防止、相談やメンタルヘルス対策、労働者間のネットワーク形成、再訓練等がプログラム化されていった。

〔イタリア〕

イタリアは介護に外国人を積極的に受け入れている事例である。イタリアは人口高齢化が急速に進行している。家族介護が一般的であったが、核家族化により担い手が減少し、しかも公的な介護サービスが未成熟であるため、個人で介護労働者を雇うことが一般的である。その際、正式な雇用契約に基づくものではなく、無申告の労働の場合が多く、外国人を雇うことが急激に増えている¹⁴⁾。

1991年にイタリア国内の家庭介護労働者の中で占める外国人比率は16.5%であったが、2003年には83.3%となった。つまり、588,701人の全家庭介護労働者の中で490,678人が外国人であった。しかも、これは当然ながら申告された正規雇用の場合のみであり、より多数の申告されていない外国人介護労働者が存在する。

2003年、北イタリアの特定都市では主に近隣諸国からの移民に技能訓練を施し、その結果に応じ

て移民受け入れを認める政策を採用した。現在の主な対象となっているのは、ルーマニア、チュニジア、ラテンアメリカ諸国である。実際に介護移民を受け入れるホストファミリーは、当初、外国人の介護に違和感を示していたが時間とともに解消され、おおむね評判が良い。特に出身国での事前の準備訓練が普及してきて、イタリアでの適合化を助けている。

〔ギリシャ〕

ギリシャでも、介護労働に外国人を統合させていこうとしている。ギリシャ語という特殊な言語のため、外国人がギリシャに同化することは難しいとされている。ギリシャ政府は各種NGOの助言を受け、外国人にギリシャ語を教え、ギリシャで労働することを奨励している。その結果、今では多くの外国人の有能な介護労働者がギリシャ国内に受け入れられた。ギリシャの介護労働者は、多くの移民、難民、帰還者を抱えている。語学教育の正式な育成プロセスに乗せることで、介護労働者を闇市場から一掃し、正規の労働市場に位置づけようとしている。

今後、新たなEU加盟国からの介護労働力の供給が増え続けるであろう。既加盟国の介護労働市場は比較的充足に向かうであろうが、逆に、新加盟国に人出不足が顕在化する可能性が高い。

〔ドイツ〕

ドイツでは高齢者介護のための人材の確保のために、積極的な職業訓練を制度化していった。移民のための言語教育、育児サービス、交通費補助等を含んだ職業訓練制度を実施している。地方自治体がイニシアティブをとって進めている。また、失業者を対象にしている場合もある。つまり、広く失業者を対象に介護労働の職業能力の向上の機会を与え、介護労働の供給を増やそうとしている。

さらに、高齢者の雇用開発の一環として介護労働の再訓練を実施している。2000年から2003年までに、このプログラムを36,814人が受講した。最初の訓練は1年以内で、以後は3年以内で実施され

る。この対策は高齢者の失業予防と、介護労働の人出不足対策の2つの側面を持つ。

近年、高齢者が自発的に介護労働の協同組合を創設している。この組織を通じて高齢者自らが比較的元気な時代に介護労働を提供し、老後には場合によって介護サービスを受け入れたりしている。相互扶助組織の一環をなしている。特定の地域でこの活動が進展している。

2 医療従事者の労働政策

近年、熟練労働者の国際移動が活発化しており、医療関係従事者の国際移動もEU域内で増加傾向にある。医師や看護師の移民は、「頭脳流出」として出身国の国内問題を引き起こすとされてきたが、特定の労働力不足の国の人材確保に貢献し、また、供給過剰国の雇用均衡化にも貢献し、高度な医療技術の普及や高度熟練者の育成にも寄与している。特に、EU加盟国の拡大は、EUの労働市場に医療従事者の部門でも大きな影響を与えている。新加盟国の給与水準が低く、労働移動に拍車をかけている。以下では、WHOの報告書¹⁵⁾を基に、5カ国の状況を紹介する。

〔エストニア〕

エストニアでは医療従事者は不足気味である。医師については特定専門科において不足が見られる。看護師については、特定地域や特定科において著しい人手不足となっている。EU加盟後、医療従事者の急激な流出が懸念されていたが、実際の移住は少なかった。エストニアに入ってくる外国人医師は少なく、2001年で24人であった。他方、エストニアから出ていくのは、2004-5年に医師で182人、看護師で90人であった。移住先はフィンランド、イギリス、スウェーデン、ドイツ等であった。

エストニアでは、6%の医師と13%の看護師が仕事に恵まれていない。移住で流出することより国内の雇用機会不足の方が深刻な問題である。国外流出を防ぐために、賃金が上昇している。エストニアでは、医療従事者の人材開発のための新たな計画を作成した。医療施設を改善させ、従事者

を保持しようとしている。

2004年に国内で行われた調査では、移住希望者の4分の1が現在の賃金の3倍か4倍を期待していた。さらに、60%の移住希望者は賃金は移住後に現在の2倍から2.5倍程度になると信じていた。移住には多くの費用も必要であるし、家庭崩壊のリスクもある。賃金だけではなかなか決定できない難しさがあることも報告書の中で示唆されている。

〔リトアニア〕

特定地域、特定専門科で医療従事者の人材は不足気味である。特に若い医師の国外流出が著しい。医師416人(3.1%)、看護師129人(0.5%)が2004-5年に国外流出した。主な行先はドイツ、イギリス、北欧諸国であった。

2002年の調査によると、看護師の60.7%、及び医師の26.8%がほかのEU加盟国への移住を希望していた。ただし、恒久的な移住希望者は看護師で14.5%、医師で5.4%であった。そして、リトアニアのEU加盟後に実際に移住したのは、看護師の2.5%と医師の3.8%にすぎなかった。

〔ポーランド〕

特定地域、特定専門科において、医療従事者の失業が存在する。4,614人の看護師が2004年に失業していた。正確なデータではないが、ポーランドの看護師登録者の8%が外国人である。2004-5年に12,000人の看護師が流入した。同年に医師2,533人、看護師2,830人が流出した。潜在的にも流出傾向が強い。流入してくるのはインド、フィリピン、南アフリカ、オーストラリアからが多く、流出先はオーストラリア、アイルランド、アメリカが多かった。

〔ドイツ〕

ドイツでも特定地域、特定専門科で人材不足が見られる。医師では2003年で17,318人の外国人医師がいた。この数値はドイツの全医師数の6~7%に相当すると言われている。看護師のデータはない。外国人の流入のデータはないが、増加傾向にある。流出はより少ないと思われる。医師の

場合、流入してくるのはロシア、イラン、ギリシャ、オーストリア、ポーランド等が中心である。同じく医師の場合の流出はイギリスをはじめ、ノルウェー、スウェーデン等である。また、新しいEU加盟国からの流入が増えている。特に、隣国のポーランドからの医師の流入が顕著になってきている。

OECDの資料によれば、ドイツの外国人医師のうち、27%が他のEU加盟国出身で、37%はその他の欧州諸国出身者で、さらに、35.5%が欧州以外の出身者であったとされている¹⁶⁾。

〔イギリス〕

イギリスでは、特にロンドンで医療関係従事者は人材不足がある。外国人医療従事者の流入が欧州ではもっとも顕著であると言われている。2002年で、医師の約3分の1が外国人で占められていた。2003年のデータでは、1万人以上が流入した。2004-2005年に看護師8,000人が流出した。医師が流入してくるのは、インド、アイルランド、南アフリカ、オーストラリア、さらに、ドイツ、ギリシャ、ポーランド、スペイン等のEU加盟国からが多かった。

これは、自然の結果ではない。政府レベルで二国間協定を締結しつつ、イギリス政府は外国人の受け入れの合意を形成している。代表的なものが、イギリス-スペイン間の協定である。つまり、政府が国際的に（主に開発途上国で）求人活動を展開することで医療従事者の人材確保を進めている。イギリスは人材をEU域内に限らず、英語圏を中心に求人開発してきた。しかし、医師は多くがEU加盟国から招いている。他方、看護師は多くがイギリスから流出している。流出先はアイルランドが多く、もともとアイルランド人がイギリスで看護師資格を得て、その後アイルランドに帰ることが多いようである。

〔その他の国々〕

アイルランドは看護師を多くの国々から受け入れている。イギリス、スペイン、インド、フィリピンからの看護師が比較的多い。イスラエルは、

圧倒的多数の看護師を旧ソビエト連邦の諸国から受け入れている。オランダは、外国からの受け入れを制限し、国内の人材育成に集中している。アメリカは世界中の国々から積極的に医師や看護師の受け入れに積極的である。

以上、医療専門従事者の場合の国際的な移動を概観した。介護労働者に比べて、かなり進んでいる。国境を越えた人材移動に関しては、政府や自治体、関係機関の政策が影響を及ぼしている。移民送出国と移民受入れ国との間のいろいろな政策が反映されている。一方的に進むものではない。

まず、送出国の病院と受け入れ国の病院との間でスタッフの交流、支援を促進する合意が形成されている場合がある。さらに、キャリア開発、組織開発の一環として、一時的な人材の移動を合意する場合もある。また、教育支援の一環として、受け入れ国の教育スタッフを送り出し国に派遣する場合もある。

より積極的に政府間で人材移動に関して合意する場合もある。政府レベルに限らず、ドイツのように地方自治体レベルの合意も存在する。例えば、専門職の養成期間や特定訓練期間中に受け入れ国が送り出し国から人材を受け入れ、契約の期間終了後に送り出し国に有資格の人材を帰国させる契約である。つまり、職業教育活動を受け入れ国が担う形である。イギリス-スペイン間、オランダ-ポーランド間等で実施されている。

IV 総括と展望

WHOの総会でかつて開発途上国から先進国への頭脳流出は是か非か議論したことがあった。答えは単純に「正当化できない」というものであった。しかし、国家間の合意内容は多様であり、必ずしも開発途上国にすべて害であり、先進国が一方的に得をするものでもない。合意によって開発途上国にも人材育成や技術向上、外資獲得等のプラスの貢献をする場合もあり、一概には評価できなくなっている¹⁷⁾。

EUの事例を見る限り、労働者の自由移動には

際限がなく、聖域はない。介護職や医師、看護職は命にかかわることであり国内での養成が筋であるという考えもあるが、もはや少数派であろう。むしろ逆に、有資格労働者の各国間での奪い合いの様相を呈してきた。例えば、日本が外国人看護師や介護士の受け入れにハードルを高くして制限し続けている間に、世界の先進諸国は開発途上国の人材を根こそぎ受け入れてしまうかもしれない。

看護師や介護士については、外国人だからと言って、日本では言語や生活習慣の上でいろいろ問題視されている。欧州の事例を見る限り、少なくとも克服できる問題が多いと思われる。うまく社会に適合した事例も少なくない。対人サービスという極めて国内的な分野も、遅ればせながら門戸開放の時期が近づいているように思われる。受け入れ国、送り出し国の双方に有益な人材交流が真剣に検討されるべき時代であることは確かであろう。

注

- 1) Employment and Social Policy Council, "Adoption of the European Social Agenda", 2000, p.1.
- 2) Employment and Social Policy Council, "Adoption of the European Social Agenda", 2000. 拙稿「リスボン会議後のEU社会保障政策」『研究所年報』(明治学院大学社会学部付属研究所), 37号, 2008年, 34頁
- 3) European Commission, "The Social Agenda 2005-2010", 2005.
- 4) Official Journal C 162 of 06.07.2002.
- 5) 1993年に導入された。Decision 569/93/EEC.
- 6) Eures Charter, Official Jopurnal C 106 of 03.05.2003
- 7) Decision No 2241/2004EC of the European Parliament and of the Council of 15 December 2004 on a single Community framework for the transparency of qualifications and competences (EUROPASS).
- 8) Office Journal L 255/22,30.9.2005.
- 9) Official Journal C 111,6.5.2008.
- 10) European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, "The Future of Health and Social Services in Europe", Dublin,

2003.

- 11) European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, "The Future for the employment in social care in Europe", Helsinki, 2006.
- 12) European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, "Employment in Social Care in Europe", Helsinki, 2006, p.13.
- 13) Ibid., p.5.
- 14) Lamura, Giovanni., "Migrant Care Workers in Long-term Care: Lessons from the Italian Case", Helsinki,2006.
- 15) WHO, "Health Worker Migration in the European Region: country case study and policy implications", 2006.
- 16) Simoens, S. & Hurst, J., "The Supply of Physician Services in OECD Countries", Paris, OECD, 2006.
- 17) Ibid., p.15.

参考文献

- [1] European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, "The Future of Health and Social Services in Europe", 2003.
- [2] European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, "Employment in Social Care in Europe", 2006.
- [3] European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, "Mobility in Europe", 2006.
- [4] WHO, "Health Worker Migration in the European Region: country case study and policy implications", 2006.
- [5] CEDEFOP, "ECVET: from Principles to Practice", Paris, 2008.
- [6] CEDEFOP, "Social Mobility and VET", 2008.
- [7] CEDEFOP, "The Dynamics of Qualifications: defining and renewing occupational and educational standards", Luxembourg, 2009.
- [8] CEDEFOP, "Modernising Vocational Education and Training", 2009.
- [9] Commission of the European Communities, "Green Paper: Promoting the learning mobility of young people", Brussels, 2009.
- [10] Fujisawa, R., & Colombo, F., "The Long-term Care Workforce: Overview and Strategies to adapt to a Growing Demand", OECD, 2009.

(おか・しんいち 明治学院大学教授)