

## 情報（所内研究報告：人口）

## 医療・介護人材の国際人口移動

林 玲子\*

## I はじめに

EPA（経済連携協定）による、インドネシア、フィリピン、ベトナムからの看護師・介護福祉士候補生の受け入れは2008年から始まり、2016年度までに合計3,100名が来日している。EPAによる受け入れは、「労働力不足への対応ではなく経済活動の連携強化の観点から特例的に行うものである」〔厚労省（2016）〕とされているものの、今後2025年までに介護人材は37.7万人不足という推計結果もあり〔厚労省（2015）〕、外国人材により不足を解消したらどうか、という声は根強い。折しも現在、介護分野の技能実習、在留資格の創設が審議されており、それらが決定されれば本格的な外国人介護人材の受け入れが始まることとなる。どのような、またどの程度の受け入れ方が日本にとって、また送り出し国にとって望ましい形なのだろうか。本稿では、現在社人研で行っている、厚生労働科学研究費補助金地球規模保健課題解決推進のための行政施策に関する研究事業「東アジア、ASEAN諸国の人口高齢化と人口移動に関する総合的研究」（研究代表者 鈴木透）および東アジア・アセアン経済研究センター（ERIA）委託研究「グローバル・エージング時代におけるケア人材の国際移動」研究プロジェクトの分析概要を簡単に紹介する。

## II OECD加盟国等の状況

そもそもOECD加盟国等の高所得国では医療・介護人材の外国人割合が非常に大きい。医師や看護師といった医療人材は、それぞれの国の国家試験や免状を得る必要があり、外国人にとって参入しにくいとはいえ、「高度人材」として受け入れ態勢が整っているといてもよい。OECD諸国では、外国生まれの医師や看護師が占める割合は、ポーランド、トルコ、スロバキアといった新興国を除けば医師・看護師の少なくとも5%は外国生まれであり、一番多いニュージーランドでは医師の54%、看護師の35%が外国生まれ、OECD平均では医師の21%、看護師の14%が外国生まれである。またこの割合は近年大きく上昇している〔OECD（2015）〕。

一方で介護人材は、その資格制度の有無、定義が国により異なり、さらに介護を施設で行うのか家で行うのか、それぞれの国の介護の在り方により人材の種類も異なるため、国際比較が難しいが、介護人材全体における外国人割合で見ると、イタリアで72%、イスラエル、オーストリア、韓国、フランスで50%といった水準、家庭介護者における外国人割合で見ると、イスラエル91.3%、イタリア89.0%、ギリシャ74.5%、スペイン67.4%、台湾62%という数値が挙げられており〔Colombo（2011）、Fujisawa（2009）、Song（2015）、OECD（2015）〕、きわめて高いといえる。つまり、OECD加盟国等において、医療・介護人材は外国

\* 国立社会保障・人口問題研究所 国際関係部長

人を抜きにしては成り立たない状態となっている、といっても過言ではないだろう。

### Ⅲ グローバルヘルスの観点から

一方で、中・低所得国において医療・介護人材は不足している。グローバルヘルスの文脈からは、いかに保健人材を確保するか、その教育、雇用の確保と流出防止は主要な施策の一つである。高所得国で多くの外国人が医療・介護人材として働いていることは、低所得国から見れば頭脳流出が生じている状態であり、さらに自国で看護師として養成された人材が、その教育に見合った技能を果たすことなく移動先でヘルパーとして働いている、といったような資格のミスマッチ（過大資格over qualification）状態は、すでに多く指摘されている〔Colombo（2011）〕。

このような状況を改善するために、WHO総会では2010年に「保健人材の国際雇用に関する行動規範」〔WHO（2010）〕を採択し、外国保健人材を多く受け入れている高所得国に対し、低所得国からの受け入れは節度をもって行い、自国民と同様の待遇を確保するよう求めている。また今年2016年のWHO総会で提案された「保健人材グローバル戦略:2030年人材」〔WHO（2016）〕では、受け入れ各国における外国保健人材数を2030年までに半分にすることが盛り込まれている。

送り出し国の頭脳流出を防ぐために国際移動を制限するルールをつくる、というこのような流れは、特に国際保健という各国政府の協働体制が比較的整っている分野であるからこそ可能であるのかもしれないが、国際人口移動が活発化する中、今後このような、送り出し国・受け入れ国双方の立場に立った、国際移動に関する国境を越えた施策が増えてくるのではないかと思われる。

### Ⅳ 日本の状況

外国保健人材数を2030年に半減する、という目標を日本に課するのは滑稽ですらある。日本における医療・介護分野の外国人材は、現状では著し

く少ないからである。2010年国勢調査によれば、15歳以上就業者数に占める外国人の割合は1.3%であるが、産業別にみると「医療・福祉」分野で就業している外国人数は23,780人、同分野における総就業人数に占める割合にしてわずかに0.4%であり、産業分野「電気・ガス・熱供給・水道業」「複合サービス事業」「公務」に次いで、低い。さらに職業別にみると、外国人割合は医師で0.8%、看護師で0.2% 介護職員で0.6%という状況であり〔林（2016）〕、前述したOECD諸国等の割合と比べると、例外的といえるほど低い。

現在、外国人が医療・介護分野で就業するには、在留資格別に、①EPAに基づく「特定活動」、②外国の医師、看護師、薬剤師等の資格を持つ者の「医療」、③「日本人の配偶者」や日系ブラジル人など「定住者」といった国内での雇用制限がない外国人、の三種類があるが、①、②を合わせても2015年12月時点でわずか3,008人であり（法務省在留外国人統計による）、現状では多くの医療・介護従事者は③のカテゴリーであることが推察される。

EPAによる看護師・介護福祉士候補生の受け入れは、日本の病院・施設から提案された受け入れ希望に基づいて行われるが、その希望人数は看護師候補者に対しては228人であるところ、介護福祉士候補者に対しては825人となっており（2015年）、看護師よりも介護福祉士に対するニーズの方が高いことが伺われる。救急時の対応、行政報告書の作成等、高い日本語力が必要とされる場面は介護人材より看護師の方に多い事が想像され、それが希望人数の違いとなっていることも考えられる。また圧倒的に介護人材が不足している現状を反映しているのかもしれない。EPAによる受け入れは、受け入れ施設に取って安くつくものではないが〔Hirano and Tsubota（2016）〕、それでも特に介護人材については一定の受け入れニーズがある、ともいえよう。

介護福祉士候補生に対する希望数が2015年同様、毎年825名あり、それに見合う受け入れ数があると仮定すると、2025年までに8,250名の追加受け入れがあり、37.7万人の必要介護人材の2%を満たすこととなる。必ずしも多くはないが、無視

できる割合でもない。さらに今後、介護人材の技能実習や「介護」在留資格の創設により外国人が増えれば、その割合はさらに大きくなるだろう。一方、上限について考えた場合、諸外国を見れば青天井の状態であり、今後二国間協定で受け入れ定員を設定するにしても、介護の現場でどの程度の外国人材割合が望ましいと考えられるのか、それを元に自治体が他の要因も鑑みて判断・計画すべきで、「知らないうちにたくさんの外国人がいた」という状態は避けたいものである。

## V 還流移動を通じたアジア全体の医療・介護人材開発

これまでEPAで受け入れた人材の国家試験合格者割合は平成24年度入国者までの合計で看護23.7%、介護53.5%であり、合格しても個人の事情などで帰国する人もいることを考えれば、日本で研修を受けた人材が一定数帰国している事になる。ある程度国費を注入しているので受け入れた人材が帰国することに対し批判もあるが、しかし日本で研修を受けた人材が母国に戻ることで、技術移転が図られ、送り出し国の人材開発に寄与すると考える事もできる。

EPA受け入れ後、帰国者が生じる年次から、在インドネシア、在フィリピン日本大使館では、帰国者のための就職説明会を、現地の担当省庁と共同で毎年開催している。帰国者の連絡先が不明となるケースが多いという問題がありながらも、医療関係の日系企業や現地の民間医療機関に就職が決まるケースがあり、また現地の富裕層住宅地の介護ステーションが募集を考えるケースもあるという。現状では収入が低い、もしくは定員がない、という理由で、現地の公的医療機関への就職はないようだが、介護人材については現地で働ける介護施設が極めて少ない、という問題もある。

今年7月に政府は『アジア健康構想』基本方針を公表した。アジアで急激に進む高齢化を念頭に、地域包括ケアシステムや介護におけるICT、ロボット等の日本の技術・ノウハウをアジアに輸出し、社会的・経済的に活力ある健康長寿社会をア

ジア地域全体として実現することを目的としたもので、その中には人材の往来も含まれている。日本における介護人材は現状では不足しているが、人口減少が進む中、高齢者の割合は高まるが数は頭打ちとなる。一方、中国やASEAN諸国をはじめアジアの高齢者数は今後莫大に増加する。日本に受け入れた人材が、知識と経験を積み自国へ戻る時に、日本の医療・介護システム、また福祉器具やロボットといった技術を、いっしょに持ち帰り、アジア全体の医療・介護水準の向上を図ることは、今まさに日本が、そしてアジア地域が必要としていることではないだろうか。

### 参考文献

- Colombo, F. et al. (2011) *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing.
- Fujisawa, Rie and Francesca Colombo (2009) *The Long-Term Care Workforce: Overview and Strategies to Adapt Supply to a Growing Demand* OECD Health Working Papers, No.44, OECD Publishing.
- Hirano, Yuko O. and Kunio Tsubota (2016) "The Economic and Psychological Burden to Hospitals and Care Facilities of Accepting EPA Candidates in Japan" *International Journal of Japanese Sociology*, Vol.25, Issue 1 pp.40-53.
- OECD (2015) *International Migration Outlook 2015*, OECD Publishing.
- Song, Jiyeoun (2015) "Labour Markets, Care Regimes and Foreign Care Worker Policies in East Asia", *Social Policy & Administration*, Vol.49, No.3, pp.376-393.
- WHO (2010) *WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel*.
- (2016) *Health workforce and services - Draft global strategy on human resources for health: workforce 2030*, A69/38.
- 厚生労働省 (2015) 「2025年に向けた介護人材にかかる需給推計(確定値)について」。
- (2016) 「経済連携協定に基づく受入れの枠組」。
- 林玲子 (2016) 「東アジア・ASEAN諸国の人口高齢化とケア人材の国際移動」, 厚生労働科学研究費補助金地球規模保健課題解決推進のための行政施策に関する研究事業「東アジア、ASEAN諸国の人口高齢化と人口移動に関する総合的研究」平成27年度 総括研究報告書 (研究代表者 鈴木透), pp.60-72。

(はやし・れいこ)