

EPAによる外国人看護師・介護福祉士の受入れ政策の問題点

——医療・介護サービス産業の人材育成と就業継続策——

下 野 恵 子

この論文では、2008年に開始されたEPAによる外国人看護師・介護福祉士候補の受入れ政策を取りあげる。なぜ日本人の税金で、しかも日本語で、外国人の看護師・介護福祉士を育成しなくてはならないのであろうか。

この政策には2つの大きな問題点がある。第1は、政策目的が不明確なことである。政府は「将来的に外国人看護師・介護福祉士の受入れを目標とするものではない」と述べているが、外国人看護師・介護福祉士を雇用したい施設は多い。第2として、看護師・介護福祉士育成策として非効率であることである。多額の税金を投入しながら、EPA看護師・介護福祉士候補の資格試験合格率は看護師候補10%程度、介護福祉士候補40%弱にとどまる。日本人看護師・介護福祉士を育成するほうがよほど効率的である。

さらにこの受入れ政策はマクロ面からも問題である。日本人で看護師・介護福祉士資格保有者で就業していない者は多く、人材が有効活用されていない。この論文では、就業を継続できない日本の医療・介護現場の状況を説明し、その改善策を提示する。

1. はじめに

日本の産業構造は、バブル崩壊以降、大きく変化している。国内経済の縮小、円高により、製造業の海外進出が進み、その結果、第2次産業の就業者はピーク時の1992年には約2,200万人であったものが、その後の20年間で700万人の雇用が失われ、2012年には約1,500万人、就業者全体の4分の1にまで低下した。一方、第3次産業就業者は順調に伸び続け、現在では就業者の7割を占める。今や日本は製造業ではなく、国内需要に依存する第3次産業中心のサービス産業国家である。その雇用吸収力の高い第3次産業のうち就業者が急激に増加しているのが、医療・福祉分野である。医療・介護サービスは高齢者の増加に伴って確実に需要が高まっており、政府の新成長戦略でも最も高い成長が見込まれている。

そして日本の看護・介護サービス分野の人材育成は国内の人材を活かす形で行われてきた。しかしEPA協定による看護師・介護福祉士候補の受入れプログラムにより、外国人看護師・介護福祉士の導入が実質的に開始された。まず2008年にインドネシア人看護師・介護

福祉士候補の受入れが開始され、2009年にはフィリピン、2014年からはベトナム人看護師・介護福祉士候補の受入れが始まる。政府は外国人看護師・介護福祉士を積極的に受け入れる計画はないと述べているが、なし崩し的に医療・介護サービスへの外国人労働者の導入が開始されている。

この論文では、EPA 協定による看護師・介護福祉士候補の受入れプログラムの問題点を指摘し、さらに外国人看護師・介護福祉士の受入れが、国内の医療・介護人材（特に女性）を活用しないことにつながり、結果的に国内需要を下げマクロ経済の停滞を招きかねないことを明らかにする。

まず最初に、マスコミは常識のように看護師・介護福祉士の不足を報道するが、日本人の看護師は年間5万人、介護福祉士は2万人が育成されており、有資格者は十分存在していることをはっきりさせておきたい。医療・介護分野において絶対数で不足しているのは、医師とホームヘルパーであり、看護師や介護福祉士が不足しているというのは大きな誤りである（2-2節、2-3節を参照）。政府やマスコミ報道により、看護師や介護福祉士が不足しているほとんどの日本人が思い込んでいることは大きな問題である。

不足してもいない看護師・介護福祉士へのEPA 看護師・介護福祉士候補の受入れ政策の実施という疑問を棚上げしても、この受入れプログラム自体に2つの大きな問題点がある。第1はこのプログラムの目的が不明確なことである。政府は「外国人看護師・介護福祉士の受入れを目標とするものではない」と繰り返し述べているが、EPA 看護師・介護福祉士候補の受入れ施設の7割以上は候補者が資格をとりそのまま就業することを望んでおり、多くのマスメディアがEPAにより外国人看護師・介護福祉士の導入が開始されると報じた。

第2は、費用対効果でみて、この受入れ政策が効率的でないことである。このプログラムでは、EPA 看護師・介護福祉士候補が日本の看護師・介護福祉士の資格取得を目指すので、当然日本語で意思疎通ができなくてはならないが、日本語の習得は容易ではない。そのため、多額の税金が、EPA 看護師・介護福祉士候補の技能向上ではなく、日本語能力の向上に費やされている。それでも日本語の壁は高く、EPA 看護師・介護福祉士候補の資格試験合格率は非常に低く、看護師候補10%程度、介護福祉士候補40%弱にとどまる（日本人なら90%）。

投入された税金は、準備段階の2006年度から2011年度までの間に、外務省、経済産業省、厚生労働省の3つの省庁で合計45億円である。この税金で1,500名の看護師・介護福祉士候補を受け入れながら、2012年までに資格を取得したのは看護師66名、介護福祉士36名にすぎず、外国人看護師・介護福祉士の養成に1人あたり4,000万円をかけていることになる。外国人受入れ政策として考えても税金が有効活用されているとはいえない。

もっとも2006年度から2011年度までの6年間にこのプログラムで費やされた45億円は、90

兆円を超える一般会計からみれば小さな額であるが、1,000兆円を超える財政赤字を抱える日本にとって無駄な税金を使う余裕はないはずである。問うべきは、投入された税金が日本国民全体の厚生水準の向上に貢献しているか否かである。

さらに、将来の日本経済・労働市場の観点からみると、より大きな問題点が存在する。このEPAによる外国人看護師・介護福祉士候補の受入れ政策は、国内の人的資本を活用してきた日本の医療・介護の現場の姿を変える可能性を持っている。一度外国人の導入を認めれば、賃金の安さから外国人雇用が増加し賃金が低下することは、日本の中小製造企業の例が示すとおりである。Kaestner and Kaushal (2012)は、アメリカの看護師を分析対象とし、外国人看護師の賃金が低いこと、外国人看護師が増加し国内看護師の増加がみられないことを明らかにしている。さらに外国人看護師・介護労働者を受け入れているイギリスでは、看護師や介護労働者の賃金が停滞し、看護師や介護労働者のうち外国人の割合が上昇していることが知られている。アメリカ、イギリスでは、外国人看護師や介護労働者の流入に法的な縛りを設け賃金差別を禁じているが、それでも外国人の賃金水準は低くなっている。

日本で今後成長が見込まれる産業である医療・健康分野において、国内の人材を活用することなく、外国人の受入れ政策を進めることは妥当であろうか。しかも看護師や介護福祉士は、国内で十分に育成されていることをデータによって示せる。そして賃金を含む労働条件の悪さから、日本人の看護師や介護福祉士の資格保有者で就業していない者も多い。労働条件の改善をしないままの外国人受入れは、成長産業であるはずの医療・介護サービス産業を低賃金産業にし、日本人を遠ざけることになる。それはとうてい将来の日本経済の望ましい姿ではないだろう。それゆえ、この論文では、看護師や介護労働者が置かれている労働環境を説明し、彼らの就業継続を可能とし潜在的な有資格者の再就職を可能とする労働条件の改善策を提案する。

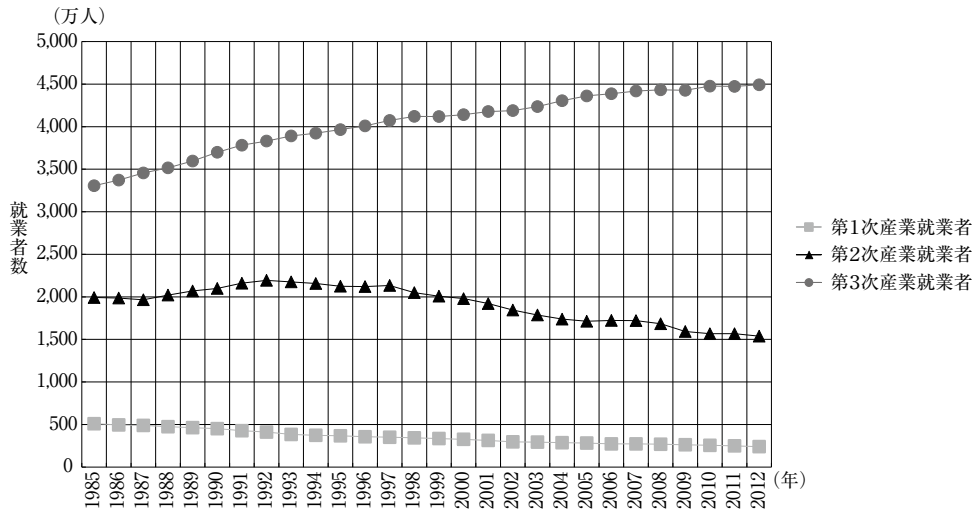
この論文の構成は以下のとおりである。2節では産業構造の変化と医療・介護分野の重要性を確認し、医療・介護サービス分野の就業者の需給についてまとめる。3節では、EPAによる外国人看護師・介護福祉士候補の受入れプログラムの内容を説明し、このプログラムの問題点を明らかにする。4節では日本人看護師を増やすために必要な労働条件の改善策を述べ、5節では介護福祉士の労働条件の改善策を述べる。6節ではまとめである。医療・介護サービス産業での女性の活用が日本経済の成長にとっていかに重要かを明らかにする。

2. 産業構造の変化と医療・健康分野の重要性

2-1 製造業の衰退と医療・介護サービス産業の拡大

日本の産業構造はバブル崩壊以後、大きく変化した。産業別就業者数で見ると、第2次産業の就業者のピークは1992年の2,194万人であったが、2012年までに700万人近く減少し、

図 2-1 産業別就業者の推移



(出所) 労働厚生省『労働力調査』を用いて作成。

2012年の就業者数は1,538万人となった（就業者全体の24.5%）。バブル崩壊以降の国内需要の縮小と円高による交易条件の悪化により、製造業の国外移転が進んだ結果である。一方、第3次産業就業者数は一貫して増加しており、2012年には第2次産業就業者の3倍近い4,431万人に達し、就業者全体の7割を超えた。今や日本は製造業が牽引する加工貿易国ではなく、国内需要に依存するサービス産業中心の国なのである。国内需要の中心は家計消費であり、家計消費増は家計所得増によって可能となる。日本の経済成長は、サービス産業の賃金水準に依存していることを認識する必要がある。

業種別にみると、就業者の減少が最も大きいのが製造業であり、逆に急増しているのが医療・福祉サービス（介護が中心）である。2002年から2012年の間に、製造業170万人、建設業160万人、卸売業・小売業100万人の就業機会が失われた一方で、医療・福祉サービスでは230万人という大幅な就業者の増加を記録した。2012年における医療・福祉サービスの就業者数は700万人強、就業者全体の10%を越えた。同時期に就業者が増加した産業として情報通信業も挙げられるが、その増加数は40万人にとどまり、改めて医療・福祉サービスの雇用吸収力の大きさを確認することができる。

さらに医療・福祉サービスは、“女性の活用”という意味でも大切な産業分野である。卸売業・小売業、製造業では、2002年から2012年の間にそれぞれ約80万人、100万人の女性が職を失ったが、医療・福祉サービスの女性就業者は150万人以上増加している。

このように医療・福祉サービスは女性を中心として、労働吸収力のある成長産業である。しかし日本政府は、医療・福祉サービスを戦略成長産業の1つとして挙げながら、2008年に

はEPA（経済連携協定）を通じて医療・介護サービス産業に外国人看護師・介護福祉士候補の受入れを開始した。これは国内の人的資本を活かす政策からの転換を意味する。

その背景には、メディアによる「看護師・介護労働者不足」報道が頻繁に流され、外国人受入れが必要であるという世論が形成されたことが大きく影響している。しかし、「看護師・介護労働者不足」は事実ではない。看護師についていえば、政府は看護師不足解消のために各県に1つずつ看護系大学を作るなど積極的な看護師増加策を採っており、現在では毎年5万人を超える新人看護師が誕生している。その結果、OECD Health データによれば、“人口1,000人あたり看護師数”は他の先進国並みとなっており、看護師は不足していない（詳しくは2-2節を参照）。介護福祉士に関しても、年間2万人の介護福祉士が誕生しており、需要に見合う供給数がほぼ確保されている（詳しくは2-3節を参照）。

もっとも総数で受給が一致したとしても、特定の地域、病院、介護施設では看護師や介護労働者の不足は発生しうる。看護師・介護労働者に限らず、潜在的労働者がいたとしても、賃金水準が低く労働環境が劣悪であれば、求職者はあられもない。しかし、それを「労働力不足」とは言わない。「労働力不足」を言う前に、求人側の労働条件の改善が必要であろう。実際、看護師の資格を持ちながら就業していない潜在的な看護師は65歳未満で約60万人と推定され、潜在的な介護福祉士は約20万人、ホームヘルパーにいたっては200万人もの有資格者が存在している。

単純に考えても、国内に活用可能な労働力が存在するにもかかわらず、外国人を受け入れるのは不合理な選択である。大きな雇用吸収力を持つ医療・介護サービス産業の育成のためにまず考えるべきは、日本人の看護師や介護分野労働者の有効活用であり、賃金の安い外国人看護師・介護福祉士で代替することではないはずである。

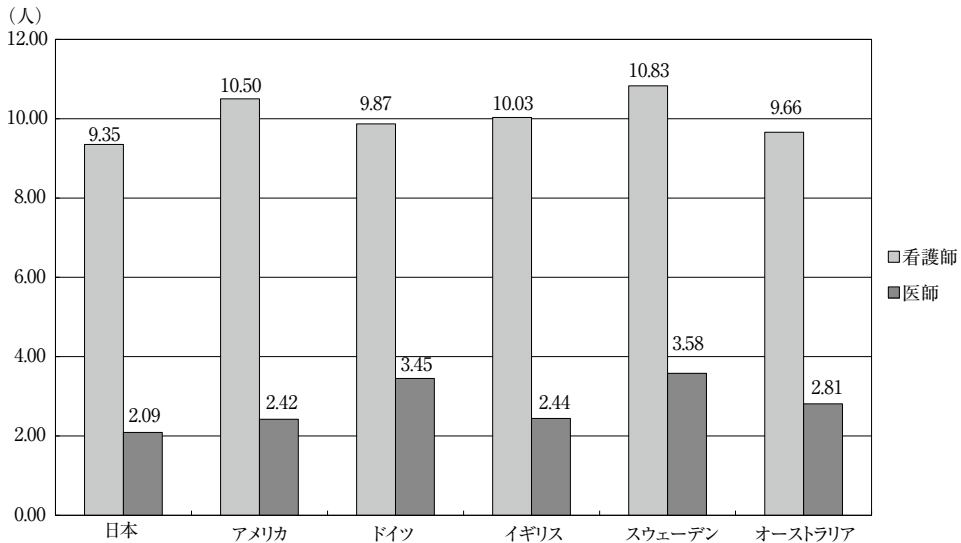
2-2 看護師は不足しているか

まず人口あたり看護師数を OECD Health データを用いてまとめた図2-2をみていただきたい。この図により、2006年時点の日本の“人口1,000人あたり看護師数”は他の先進国並みであることを確認できる。図2-2によって示されるのは、絶対数で不足しているのは看護師ではなく医師である。

看護師の育成は長い間、医療政策の重要な課題であった。戦後から1970年代までの日本の人口あたり看護師数は欧米に大きく見劣りしており、日本政府は看護師不足の解消のために看護師の育成機関を積極的に増やし、1990年代には各県に1校の看護大学を創設するなど積極的に看護師の増加を図った。その結果、現在では年間5万人以上の看護師が新たに誕生しており、看護師数は着実に増加している。

2006年における日本の“人口1,000人あたり看護師数”は9.35人で、ドイツ9.87人、イギ

図 2-2 人口1,000人あたりの看護師数と医師数（2006年）



(出所) OECD Health Data 2009. 数字のそろっている2006年を用いた。

リス10.03人、アメリカ10.50人に比べると若干少ないものの、オーストラリア、ドイツとほぼ同じ水準となっており、絶対的な看護師不足は脱したといえよう。最新の OECD データでは、日本の人口1,000人あたり看護師数は10.5人に上昇している（2012年）。

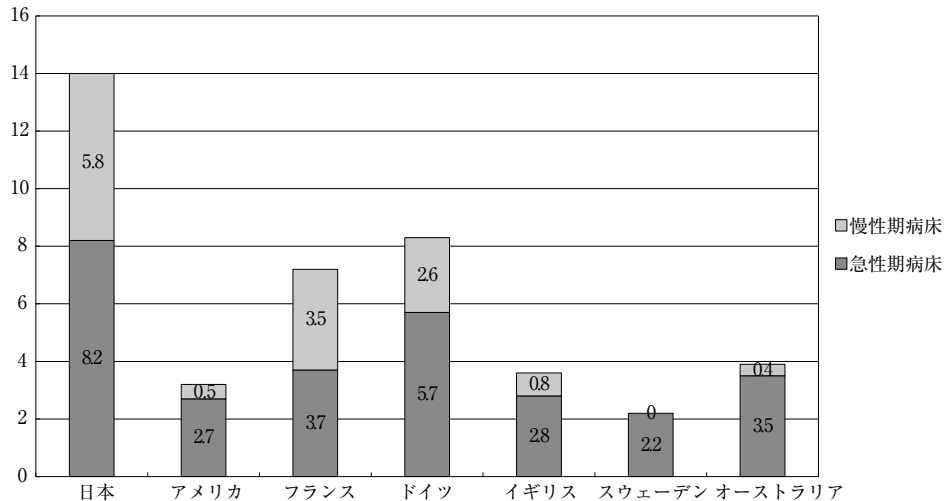
近年の日本が絶対的な看護師不足の状態にないことは、厚生労働省『第6次看護職員需給見通し』でも確認できる。例えば、2010年の需要見通し140万人に対して、供給見通しは139万人であり、受給ギャップは1万6,000人でしかない。さらに著者が毎年の実際の看護師の就業者数と需要見通しを比較したところ、2003年以降は需要見通しより多くの看護師が就業していることを確認できた。つまり需要数を上回る看護師が就業しており、2003年以降看護師不足は生じていない（下野・大津（2010）を参照）。

順調な看護師就業者数の増加を受けて、日本看護協会も現在では「看護師不足」とはっていない。2013年度に日本看護協会が提起している問題は、離職率の低下、就業継続の問題であり、看護師数の増加ではない。

しかし『福祉人材の求人・求職動向』をみると、看護師の求人数に対し求職者数は著しく少ない。例えば、2010年の看護師の有効求人倍率は16倍、つまり求人数16件に対して求職者1人となっており、この数字をみる限り、日本では深刻な看護師不足が起きているように思える。しかし日本で看護師の求人数が多いのは、病院が多すぎるのが原因である。

図 2-3 によって人口1,000人あたりの総病床数をみると、日本14.0に対して、アメリカ3.2、イギリス3.6、オーストラリア3.9、フランス7.2、ドイツ8.3であり、日本の病床数が

図 2-3 人口1,000人あたり病床数 (2006年)



(出所) 図2-2と同じ。

突出していることがわかる。なお日本、ドイツ、フランスの病床数が多いのは、慢性期、つまり治療が必要でなくなった患者も病院で引き受けているからである。アメリカ、イギリス、オーストラリア、北欧諸国において、病院とは治療が必要な急性期の患者を引き受ける施設をさす。慢性期の患者の多くは治療ではなく介護が必要な高齢者であり、アメリカ、イギリス、オーストラリア、北欧諸国では、その世話にはケア・ハウス、ナーシングホームなどの介護施設の役割とされる。フランスやドイツで高齢期の慢性疾患患者を病院に抱え込んでいるのは、日本と同様に開業医の力が相対的に強く、長らく自由開業制をとってきたため病院数(病床数)が多いためである。

さらに日本特有の状況もある。日本は他の先進国に比べて精神病棟が多い。そのため総病床数が多くなるだけでなく、入院日数も19.2日と他の先進国の5～8日の2～4倍と長くなっている。精神病棟の多さは介護施設の不足の反映である。他の先進国では高齢者の5～6%の介護施設が存在するが、日本では65歳以上人口の3%の公的介護施設しか存在しない。日本ではこのような介護施設の不足を背景に、精神病院が老人病院と名を変え、高齢期の慢性疾患、特に認知症患者の受入れ先になっている。医療保険支出を抑えるために、老人病院を医療から切り離し介護分野に移す試み(療養型介護施設への転換)も実施されたが、必ずしもうまくいっていない。

以上のように日本では慢性期の高齢者を抱える病院、精神病院の数(=病床数)は多く、患者数に応じた看護師を必要とするが、看護教育の前提となり看護師が職場として想定する急性期病院(治療の必要な患者のための病院)と比較して、これらの病院の求職者は必ずし

も多くない。さらに給与水準も相対的に低いという事実もある。つまり求人・求職データ上の「看護師不足」は、労働条件のよくない慢性期病床中心の病院が何度も求人を出しており、それでも必要な看護師数を確保できないという事実の反映でもある。

重要なことは、人口あたりでみれば看護師数は十分であり、決して不足していないことである。ただし慢性期の高齢者、精神病者を入院させる病院が多いことにより看護師需要が膨らみ、“看護師不足”の状況を作り出しているのである。看護師が不足しているのではなく、慢性期病棟、精神病棟を中心に多すぎる病院が看護師に対する過剰な求人を生み出していることを理解する必要がある。治療の必要のない慢性期の患者（高齢者が多い）に必要なのは介護で、病院に入院させるのは医療費の無駄であり、看護師も看護大学や看護専門学校で学んだ看護技術を活かせないので、積極的に慢性期病床中心の病院に就職しようとはしない。

2-3 介護福祉士は不足しているか

介護を仕事とするためには、介護福祉士かホームヘルパー、どちらかの資格をとる必要がある。介護福祉士は3年間の教育と実習を必要とするのに対し、ホームヘルパーは1級から3級まであり、より簡単に資格を取得できる。介護福祉士は主に介護施設に就業し、ホームヘルパーは訪問介護サービスの就業者となる。

ここでは介護福祉士の需給に注目する。介護施設で介護労働者が不足しているという報道をよく目にするが本当にそうなのであろうか。介護福祉士養成のための専門学校は2000年以降数多く作られ、資格保有者は毎年2万人程度増加している。それでも足りないほど、介護福祉士に対する需要が存在するのであろうか。

表2-1は毎年の『福祉人材の求人・求職動向』を用いて、2003年から2011年までの“ホームヘルパー以外の介護職”の求人数、求職者数を図示したものである。“ホームヘルパー以外の介護職”の大半は介護施設の求人であり、介護福祉士の求人なので、介護福祉士としてこの表から明らかになることは、介護福祉士の需要と供給数には変動があるがほぼつりあっていること、求人数の減少はみられないことである。介護福祉士と異なり、ホームヘルパーでは、求職者が減少しているだけでなく、求人数自体が急激に落ち込んでいる。

介護福祉士に対する求人数は1万1,000人から2万1,000人、求職者数は1万人から3万3,000人の間で、大きく変動している。有効求人倍率をみると、有効求人倍率1を上回る（求人数が求職者数を上回る＝人手不足）年は、2006年から2008年、2011年であり、人手不足の年は好景気の年でもある。つまり、景気がよくなると人手不足になり、不景気になると求職数が求人数を上回り雇用しやすくなる。

表2-1から明らかになることは以下の2点である。第1は、介護福祉士は現在の労働条件

表 2-1 介護福祉士の求人・求職動向

	有効求人数	有効求職数	有効求人倍率
2003	11,095	32,855	0.34
2004	13,822	27,705	0.50
2005	18,669	22,007	0.85
2006	21,124	16,417	1.29
2007	18,183	11,617	1.56
2008	18,650	10,655	1.75
2009	12,995	13,600	0.96
2010	15,200	15,375	0.99
2011	20,202	16,595	1.22

(注) “ヘルパー以外の介護職”の数値。大半が介護施設の求人。

(出所) 毎年の「福祉人材の求人・求職動向」から作成。

の下でも、ほぼ需要に見合う供給が存在する。つまりどんな介護施設も日本人の介護福祉士をなんとか雇用できる状況にある。第2として、好景気になると人手不足になるのは、他のサービス産業労働者に比べて、介護福祉士の賃金水準、労働環境が悪いことを意味している。

実際、介護福祉士は国家資格であるにもかかわらず、その賃金は低い。女性の多い産業なので、女性の賃金で比較すると、全産業平均350万円に対して、介護福祉士の平均年収は290万円です。全産業平均の8割、年間60万円も低い（『賃金構造基本調査』、2012年）。このような低賃金が今後も継続すれば、介護福祉士という資格の魅力は失われ、介護施設で就業者が不足するようになるかもしれない。

6節では、今後も介護福祉士として就業する人材を確保し続けるために必要となる介護福祉士の賃金水準、労働環境について論じる。

3. EPAを通じた外国人看護師・介護福祉士候補の受入れ政策

3-1 EPAプログラム実施により増加する外国人看護師・介護福祉士

EPA（経済連携協定）による看護師・介護福祉士の受入れが開始されたのは2008年であり、現在はインドネシア、フィリピンとの間で受入れプログラムが実施されており、2014年度からベトナムからの候補者の受入れが始まった。

厚生労働省はこの受入れ政策の目的を『これら3国からの受入れは、看護・介護分野の労働力不足への対応として行うものではなく、相手国からの強い要望に基づき交渉した結果、経済活動の連携の強化の観点から実施するもの』と述べているが、多くのメディアは「看護師・介護労働者不足」への対応策として報じている。もし厚生労働省の言葉どおりであれ

ば、なぜ看護師候補・介護福祉士候補を日本で就業させながら、日本語での資格取得を援助するのであろうか。もし母国の高齢化に備えるための看護師・介護福祉士の養成プログラムであるならば、母国で母国語での教育を行うべきであろう。

国民の多くはメディアの報道の影響もあり、このプログラム実施を実質的な外国人看護師・介護福祉士の受入れ開始とみなしている。さらに受入れ機関へのアンケート調査結果によれば、EPA 看護師・介護福祉士候補の受入れ病院の6割、介護施設の8割は候補者が資格を取得し就業することを期待しているとはっきり回答しており、厚生労働省の建前とは異なる（総務省（2013）の241ページ）。

2008年度から2012年度までのインドネシア、フィリピンからのEPA 看護師候補の受入れ数は630人、介護福祉士候補の受入れ数は930人を数える。受入れ総数は1,500人を超え、これは明らかに組織的な外国人受入れ政策である（ただし看護師や介護福祉士の資格試験の合格者は看護師66人、介護福祉士36人とどまっている）。

さらにこのEPAプログラムから派生した動きもある。2008年のEPAによる外国人看護師・介護福祉士候補の受入れ開始、2010年の医療資格の在留期間の3年から5年への延長をきっかけとして、医療現場で中国人看護師が増加している。中国人看護師の養成を行っているのは、日本の病院が設立したNPOである。日本での就業を目的とした中国人看護師の育成を目的とするNPOが2006年から2009年の間に3つ、それ以前に創設されたものが1つで、合計4つ存在する。各NPOは中国の大学と提携して日本語と医療の学習支援を行い、日本の看護師資格を取得させている。すでに中国人看護師217人を受け入れており、看護師試験の合格率は70～90%とEPAを通じた看護師候補の10%とは比べ物にならない高さである（朝日新聞2013年5月21日朝刊）。日本で就業している中国人看護師は183人を数え、EPA看護師96人の2倍近くとなっている。そのほかにも、韓国人4人、ベトナム人30人が、日本で看護師として就業している。

このようにEPAによる看護師候補の受入れをきっかけとして、外国人看護師の就業は現実のものとなっている。外国人看護師の受入れにより、看護師の労働条件の改善がおろそかにされることを、著者は深く危惧するものである。4節で詳しく述べるように、看護師をめぐる研究によれば、いずれの国においても外国人看護師の賃金は国内看護師に比べて低くなる傾向があり、外国人看護師の導入により国内看護師が減少する傾向がみられる。日本も例外ではないであろう。このまま、なし崩し的に外国人看護師の就業を認めていくのであろうか。年間5万人も育成される日本人看護師をどのように活用していくのであろうか。

3-2 EPAによる看護師・介護福祉士候補の受入れプログラムの内容

ここでEPAによる外国人看護師・介護福祉士候補の受入れプログラムの内容を説明する。

表 3-1 外国人看護師・介護福祉士候補の来日数

	看護師候補			介護福祉士候補		
	計	インドネシア	フィリピン	計	インドネシア	フィリピン
2008年	104	104		104	104	
2009年	266	173	93	406	189	217
2010年	85	39	46	159	77	82
2011年	117	47	70	119	58	61
2012年	57	29	28	145	72	73
計	629	392	237	933	500	433

(出所) 総務省(2013)『外国人の受入れ政策に関する行政評価・監視結果報告書』。

まず受入れ人数を確認しておこう。表3-1にまとめたように、2012年までに訪日したインドネシア人看護師候補は392人、介護福祉士候補は500人である。フィリピンからは看護師候補237人、介護福祉士候補433人が訪日している。EPAを通じて訪日した看護師・介護福祉士候補の合計は1,562人になる。そして、2014年からはベトナムからの受入れが開始された。

表3-1を一瞥して明らかなのは、訪日する候補者数が低迷していることである。2008年には日本とインドネシアのEPA締結により、看護師候補104人、介護福祉士候補104人が訪日した。しかし、2年目の2009年をピークとして候補者数は激減しており、2012年の訪日数は看護師候補29人、介護福祉士候補72人にまで低下している。フィリピンも同様で、2009年にEPAが締結され、そのときには看護師候補93人、介護福祉士候補217人が訪日したが、その後候補者数は低迷し、2012年の看護師候補数は28人、介護福祉士候補73人とどまる。このように、看護師・介護福祉士候補の訪日人数が低迷しているのはなぜであろうか。その理由を探るために、受入れプログラムの内容をみていこう。

当初のEPAによる看護師・介護福祉士候補の受入れプログラムの内容は日本語教育と実学、つまり就業しながら技術を身につけることからなる。著者が驚いたのは、看護師や介護福祉士には日本人であっても高いコミュニケーション能力が必要とされるにもかかわらず、インドネシア、フィリピンとの協定では日本語能力が候補選抜の条件とされなかったことである。それゆえ受入れ政策では日本語教育に割く予算額の比率が高くなった。訪日後に半年の日本語研修があり、その後は受入れ施設で就労しながら日本語を学び、看護師国家試験、介護福祉士国家試験の合格を目指すことになっていた。訪日前の日本語研修も半年間実施されたが、強制ではなかった(その後、訪日前の日本語研修は強制となり、期間も延長されている)。

看護師候補は3年間、介護福祉士候補は4年間の日本滞在中に、働きながら技術研修を受

け、もし国家資格が取れない場合には帰国することになる。看護師候補は毎年看護師試験に挑戦できるが、介護福祉士試験の受験要項には3年間の現場経験が必要とされるため、介護福祉士候補の資格試験挑戦は4年目に1回だけである。

またEPAによる受入れプログラムでは、受入れ機関と雇用契約を交わし、日本人と同等の賃金を保証することになっている。日本人と同等の賃金保証は、インドネシア人・フィリピン人看護師には魅力的であり、プログラム開始時において応募者が多かった大きな理由である。

しかし現実には日本語の壁が高く看護師資格試験の合格率は10%程度に低迷し、日本での看護師資格取得は難しいという情報が流れ、応募者数は急減した。表3-1をみてわかるように、インドネシアの看護師候補の訪日者数のピークは2年目の2009年の173人であったが、2012年に年はわずか29人となっている。介護福祉士候補も2年目の189人が2012年には72人まで減少した。インドネシアには存在しない介護福祉士の仕事の中身が介護施設での要介護高齢者の介護であることが理解され、ほとんどが母国では看護師をしていた介護福祉士候補の意欲をくじいたのである。フィリピンについても、訪日する看護師・介護福祉士候補数は激減しており、2012年における両者の合計数はプログラムが開始された2009年の3分の1の101人となっている。

フィリピン、インドネシアの両国において看護師・介護福祉士候補が激減している最も大きな理由は、日本語習得の難しさである。日本で働く限り当たり前のことであるが、仕事上では日本語でのコミュニケーションを求められ、看護師試験や介護福祉士の試験は日本語で出題される。日本語能力の低さが主要因となり、EPA看護師候補の合格率は10%程度と、日本人の合格率の9割に比べると驚くほど低い(表3-2を参照)。

そのためプログラム内容は年々変更されており、現在では訪日前の日本語研修の充実に加え、EPA看護師候補には看護師試験受験時に優遇措置がとられている。2010年度からは「難解な用語や表現は言い換える」、「難解と判断される漢字に振り仮名を振る」、「疾病名には英語を併記する」などの特別措置がとられ、2012年度には、さらに一般受験者の試験時間5時間20分に対し、EPA看護師候補だけは7時間に延長し、すべての漢字に振り仮名を振ると

表3-2 EPA看護師候補者の看護師国家試験の合格率

	2008年	2009年	2010年	2011年	2012年
受験者数	82	254	398	415	311
合格者	0	3	16	47	30
合格率	0.0%	1.2%	4.0%	11.3%	9.6%

(出所) 総務省(2013)『外国人の受入れ政策に関する行政評価・監視結果報告書』。

いう特別待遇を与えた。しかし表3-2に示されたように、2012年度のEPA看護師候補の受験者311人のうち合格者は30人とどまり、合格率は前年より低い10%以下となっている。この現実をみれば、EPAによる看護師候補受入れプログラムには無理があるとは考えられない。

しかしこの現状に対して、厚生労働省はプログラムの中止ではなく、一定以上の点数を取った不合格者の滞在期間の1年延長、さらに、EPA看護師候補が国家試験でない准看護師試験を受けることを許容した。准看護師試験は都道府県単位で出題されており看護師国家試験よりはるかに易しい。しかし、准看護師資格は戦後看護師の絶対数が不足したときに、医療機関が短期間で看護者を育成するために導入した資格であり、将来的には廃止される可能性が高い（日本における准看護師問題については下野・大津（2010）を参照）。もともとのプログラムの内容を変更してまで、EPA看護師候補を将来廃止される可能性の高い准看護師という資格で日本にとどめておく合理的な理由が存在するのであろうか。

また介護福祉士の資格試験は2011年度が最初となったが、受験者95人に対して合格者は36人とどまり、その合格率は看護師候補よりも高いものの40%以下である。EPA介護福祉士候補の合格率が低かったため、EPA看護師候補と同様に、厚生労働省は不合格でも一定の範囲であれば滞在期間の1年延長を認めることになった。

以上のように、EPAを通じた看護師・介護福祉士候補受入れプログラムは非常に場当たり的である。日本経済、日本人にとって、EPA看護師・介護福祉士候補に次々と優遇措置を与えながらこのプログラムを継続することにどのようなメリットがあるのであろうか。この受入れプログラムに投入されるのは、日本人の負担する税金である。これが税金の有効な使い方なのであろうか。

3-3 EPAの受入れプログラムの非効率性——合格者1人あたり4,000万円の税金投入

このEPAによる看護師・介護福祉士候補の受入れ事業には、外務省、経済産業省、厚生労働省が関わっており、多額の税金が投入されている。外務省と経済産業省は訪日前の日本語研修を中心に負担し、候補の訪日後は厚生労働省が国際厚生事業団に委託している。2006年度から2011年度まで6年間の事業費の合計は、外務省16億5,928万円、経済産業省12億7,959万円、厚生労働省14億1,949万円で、総額43億5,836万円である（総務省（2013）の125ページ）。

2012年までに合格した看護師は66人、介護福祉士は36人なので、資格取得者1人あたりで見ると4,000万円もの税金が投入されたことになる。費用対効果でみても、決して効率的とはいえない。

ここで、訪日後の看護師・介護福祉士候補に対する援助の内容を2012年度の厚生労働省関

係予算のEPAに関連する概算要求額でみてみよう。総額は3億8,000万円で、そのうち候補全体に関わる研修や巡回指導、相談窓口、国家試験の翻訳、受入れ担当者の研修などで1億6,000万円となっている。看護師候補受入れ関係は、施設に対する研修支援が1施設あたり46万円、施設が行う日本語学習支援として候補あたり12万円、日本語能力向上を含めた学習支援としてeラーニング費用1億円である。介護福祉士候補受入れに関しては、候補の学習支援1人あたり23万5,000円以内、日本語など介護分野など専門知識の習得に関する支援1億2,000万円となっている。このように訪日後も日本語研修に多額の費用をかけていることが確認できる。

上記のように、外国人看護師候補や介護福祉士候補の受入れのために多額の税金が投入されながら、その合格率は看護師で10%、介護福祉士で40%弱である。しかも合格した看護師や介護福祉士が、日本国内で就業することなく帰国するケースも少なくない。その理由は家庭の事情が多い。母語で語れる家族や知り合いもなく日本語が不自由なEPA看護師が、日本で生活し就業し続けることは易しいことではない。

なぜ日本人の税金を用いて、外国人看護師・介護福祉士候補の日本での資格取得を応援しなくてはならないのであろうか。日本では新規の看護師資格者が年間5万人、介護福祉士資格者が年間2万人生まれている。さらに日本人の潜在的な看護師は約60万人、介護福祉士は約20万人も存在しており、EPAプログラムに費やされる税金を看護師や介護福祉士の労働環境の改善、再就職支援に向ければ、日本人看護師や介護福祉士の就業継続や再就職を期待できよう。

さらに看護や介護の質を考えると、外国人看護師や介護福祉士の受入れは、看護・介護サービスの質の低下につながりかねない。看護師や介護福祉士はチームで働くため、看護技術や介護技術の中には十分なコミュニケーション能力が必要とされる。コミュニケーション能力とは、入院患者や同僚との話し言葉による意思疎通だけでなく、チームの確認事項として“記録をつける”ことも含まれる。看護師や介護職にとって、患者や居住者に関する情報をチームとして共有するために記録をつけることは非常に重要な技能である（下野・大津（2010）を参照）。しかし国際厚生事業団『EPA看護師に関する調査事業報告』（2013）によれば、合格した外国人看護師でさえ日本語能力は低く、半数は患者に対する説明や看護記録をつけることが十分にできない。コミュニケーション能力が不十分なため、合格しても外国人看護師を一人前の看護師として活用することは難しく、急性期病棟で働く場合には補助者が必要なケースも多く、慢性期の患者の多い療養病棟での勤務が多くなっている。つまり外国人看護師が主として働く病院は、治療の必要がほとんどない高齢者を中心とする慢性期の患者を抱える病院である。

なお外国人受け入れに際して、言語能力の重要性はいうまでもない。例えば、イギリスは

外国人看護師を積極的に受け入れている国の1つであり、3分の1が外国人看護師である。ただし受入れに際して外国人看護師に要求される英語能力はIELTS 7.0で、大学院入学で必要とされる6~6.5と比べても非常に高い。さらに出身国の家庭や個人の生き方、文化がイギリスと異なると意思疎通が難しくなる場合も多いため、医療制度、文化、家族関係などに関する教育を義務付けている。また外国人看護師とイギリス人看護師の賃金格差、差別待遇をなくすために、看護師資格の統一も行っている（日本では准看護師と看護師の2つの資格が並存する。下野・大津（2010）を参照）。

もしEPAを通じた看護師・介護福祉士候補の受入れ政策の目的が、厚生労働省の公式の声明とは異なり、将来の外国人看護師、外国人介護労働者の受入れの先鞭をつけることであるとしたり、外国人看護師・介護福祉士候補の日本語能力を問わなかった点だけでもこのプログラムは失敗している。

プログラム実施以降、年々受入れ希望施設数も候補数も大幅に減少していることを考慮すれば、候補者の資格取得を容易にするための小手先のプログラムの内容の変更ではなく、プログラムの中止も視野に入れてしかるべきであろう。

4. EPA 看護師・介護福祉士受入れ政策のマクロ経済への影響

ここでは、EPA 看護師・介護福祉士候補の受入れ政策がマクロ経済に与える影響を考えてみよう。2節で述べたように、医療・介護サービス産業は成長産業であり雇用吸収力が大きいだけでなく、就業率の低い高学歴女性の就業の受け皿になりうる専門性の高い職を提供しうる可能性を持つ。しかしEPAによる外国人看護師・介護福祉士候補の受入れは、将来的に医療・介護サービス産業から日本人を遠ざけ、外国人への依存を強くする可能性がある。

最初に外国人看護師の導入が国内の看護師に与える影響について論じた論文を紹介しよう。看護師の労働市場に関する研究はアメリカを中心に行われており、他の国での研究は限られる。アメリカ以外で看護師の賃金に関する研究の少ない理由は、アメリカ以外の先進国は公的な医療保険を持ち、大多数の医療機関は公的機関あるいは公的補助を受けており、大部分の医師や看護師が公務員であるケースも少なくないためである。

医療サービス供給に関して、アメリカは公的な医療保険を持たない特殊な国である。看護師不足も最も深刻であり、多くの外国人看護師を受け入れている国でもある。アメリカは公的医療保険を持たないために、医療サービスは民間病院が提供し、同じ治療でも費用は病院によって異なる。医師や看護師などの医療サービス労働者の雇用や賃金は、他の専門職と同様に、市場で決定される。病院は企業であり、経営状況がよければ高い給与で医師や看護師を雇用できるが、逆に経営状況が悪ければ低い賃金で医師や看護師を雇おうとする。医療サ

ービス労働者の賃金低下の圧力が常に存在するアメリカでは、医療サービス水準の低下への懸念から、看護師の賃金に関する研究も数多く存在する。

1970年から2003年までの看護師の賃金と労働供給に関する主な研究を取り上げた Shields (2004) によるサーベイ論文によれば、いくつかの例外はあるものの、①看護師の賃金の引上げは就業率や労働時間にほとんど影響しない、②配偶者の所得が高くなると就業率が低くなる、③チャイルド・ケアは就業率を大きく上げる、という3点に関しては多くの論文で同意されているとしている。

さらに外国人看護師導入が国内看護師の賃金に与える影響を研究した Kalist, Spurr and Wada (2010) は、外国人看護師の導入が国内看護師の賃金を上昇させると述べ、Kaestner and Kaushal (2012) は、逆に外国人看護師の導入が国内看護師の賃金を低下させると述べているが、その効果はどちらも小さい。McGregory and Peoples (2013) は、外国人看護師と国内看護師では明確な賃金格差があるがこの差は8年程度で解消すること、組合所属の場合と組合に入っていない場合の縮小スピードには差があることを明らかにしている。

アメリカの研究ではあるが、外国人看護師と国内看護師には明確な賃金格差があること、しかし外国人看護師の導入は国内看護師の賃金水準にほとんど影響を与えないこと、さらに組合に加入しない外国人看護師の賃金改善が遅れること、などは重要な知見であろう。

ただしアメリカと日本では外国人看護師の受入方法が全く異なる。アメリカは永住権を認めるヴィザの発行、つまり移民として外国人看護師を受け入れているが、日本では期間を限った受入れ（3年から10年間）であり、受入れ施設が決まっている。組合もなく外国人看護師の待遇改善を図る機関も制度もない状況で、外国人看護師を受け入れれば、外国人看護師は低賃金労働者として使い捨てられることになる。日本と送り出し国の関係を考えれば、将来的に友好関係を保つのが難しくなるかもしれない。

日本はアメリカと異なり、公的医療保険を持つ国である。看護師の賃金水準はほぼ一定水準となっており、看護師の供給も政府によって計画的に行われ、現在では看護師不足の状況にはない。国内看護師の労働条件の改善により、就業者の増加を図ることが求められる。

次に介護サービスに関する論文を紹介しよう。Simonazzi (2009) では、介護サービス供給を類型化した上で、外国人受入れの影響を明らかにしている。具体的にはヨーロッパ各国を介護サービス供給体制と担い手の2つの要素で分類し、外国人受入れの有無により将来の介護サービス供給体制とその担い手がどのような形になるのかを予想している。その分析結果によれば、自国の雇用者により公的に介護サービスが供給されているスウェーデン、フランスでは、将来も主に国内労働者が雇用されるが、現在は自国民と移民の両方で介護サービスを提供しているイギリスでは、将来的に介護サービス供給をより移民に依存するようになると予想している。実際、イギリスでは介護サービスへの移民の受入れを開始して以来、

徐々に介護労働者のなかで移民の比重が高くなっている。

ドイツやオーストリアは公的な介護サービス供給体制が存在するが、現金給付（家族介護給付）があることにより、将来的には介護サービス供給はより移民に依存するようになると結論付けている。つまり、家族介護に現金給付を認めると、公的な制度外で安価な介護サービスを求める需要を生じさせ、介護労働者は安い賃金で雇える移民に移行すると予想される。さらに家事労働を住み込みの外国人女性に依存しているスペイン・イタリアは公的な介護サービス供給制度を持たず、介護給付金として現金が給付される。その給付金で、雇用された外国人女性家事労働者が家事労働の一部として高齢者介護を担っている。

上述のように介護サービスの供給者は制度設計しだいで変わってくる。現在の日本は、スウェーデンやフランスと同様に、自国民が公的な制度内で介護サービスを提供しているが、外国人介護福祉士の受入れはこの枠組みを壊す可能性がある。2008年以降2012年までのEPA介護福祉士候補の受入れ数は900人を超えており、もし全員が資格を取得し日本で就業するならば、労働市場に与える影響は決して小さくない。今後も外国人受入れが進めば、イギリスと同じように介護労働者の賃金は低下し、より外国人に依存するようになるかもしれない。

ここで上記の論文や日本の現状を踏まえて、日本の外国人看護師・介護福祉士の受入れ政策とマクロ経済との関係を考えてみよう。医療・介護分野への外国人受入れ政策は、関係する産業の賃金水準、就業者数を変化させることにより、マクロ経済にも大きな影響を与える。看護師に関していえば、日本政府が進める外国人看護師の受入れ（EPAだけでなく中国人・ベトナム人看護師も増加）は、将来的に看護師全体の賃金低下をもたらす可能性がある。各県に1校の看護大学の設置などを通じて日本人看護師を年間5万人も育成しておきながら、絶対数の不足が無い状況で外国人看護師の受入れを拡大すれば、看護師は供給過剰になり必ず賃金は低下する。それが経済学の教えるところである。さらに低賃金でも働く看護師がいれば、看護師を取り巻く労働環境は改善されず、日本人看護師を看護という仕事から遠ざけることになる。このように日本における外国人看護師の受入れは、賃金水準の低下、夜勤などの過酷な労働現場の放置を招き、日本人看護師の就業数を減少させる可能性がある。マクロ経済からみれば、賃金の国外への流出、国内の家計消費の停滞＝経済停滞を意味する。それゆえ将来の日本の経済成長の維持という観点から、絶対数での不足がない外国人看護師の受入れは直ちに中止すべきであると、筆者は考える。

介護福祉士も年間2万人の有資格者が新しく誕生しており、全産業平均より10万円も低い月収や労働環境の改善を進めれば、決して人手不足にはならない。しかしこの目に余る低賃金は、男性を中心に資格を取得しながら介護職として就業しない者を増やしている一番の理由である。外国人介護福祉士の増加は低賃金、苛酷な労働環境の放置につながり、日本人が

介護職として就業しない状況を作り出すであろう。介護サービス産業は日本経済で最も成長している産業である。将来も確実な需要増加が見込める介護サービス産業を低賃金の外国人労働者に依存するのは、長い目でみて日本経済にとって得策ではない。日本人が就業して賃金を得ない限り、国内需要は盛り上がらない。外国人労働者は賃金の多くを母国に送金し、日本国内で消費することが少ないのである。日本は国内需要に依存するサービス産業で成り立っている国であり、介護サービス産業以外に成長産業を持たないという現実を直視しなくてはならない（2節を参照）。

国内の人的資本を最大限に活かすこと（有資格者の就業）が、経済成長につながるのである。看護師の労働環境と就業継続できる条件を次の5節で詳しく論じ、介護福祉士の待遇改善については6節で議論する。

ここで国内の人的資本を最大限に活かしている国を紹介しよう。例えば、北欧諸国では医療、介護サービス分野の就業者の大部分を公務員化しており、スウェーデンでは公務員が就業者全体の3分の1を占める。日本と違いパートタイムの公務員も多いが、公務員という安定した職に支えられ、女性の就業率は男性と同じ高い水準となっている。女性が男性と同様に勤労の義務を果たし、税金や社会保障負担をすることにより、国内消費を高い水準で維持することが可能となり、国内需要に支えられた経済成長を可能としている。

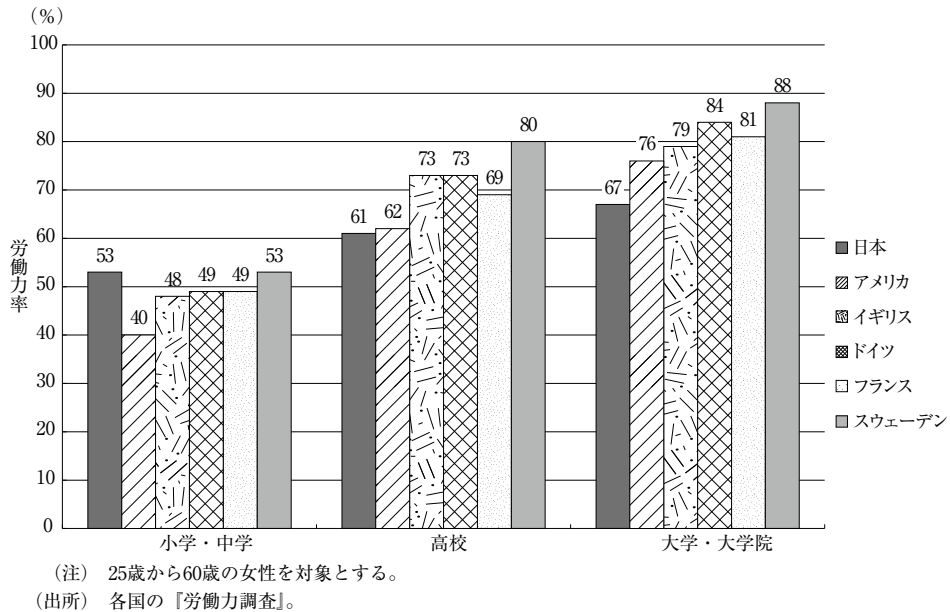
しかし現在の日本は北欧諸国と異なり、女性の就業率は50%を下回り、1,000万人近い女性が被扶養配偶者として保険料・税負担を免れている。しかし人口減少社会となった日本に無職の女性を養う余裕があるとは思えない。さらに日本では高学歴女性の労働力率が他の先進国に比べて著しく低く、女性の高い能力を活用していないという問題もある。高学歴の女性の活用が遅れているのは、経済成長にとっても大きなデメリットである。

図4-1は25歳以上60歳以下の学歴別の女性労働力率（2011年）である。義務教育卒業者の労働力率は53%と他国に比べて高いのに、高校卒の日本女性は6割しか働いていないし（ヨーロッパ諸国は7～8割）、大学・大学院卒の日本女性の労働力率は67%にとどまっておろ、スウェーデンの88%、ドイツ84%とは大差がある。高学歴者の就業率が低いことは、日本では女性の能力が活かされていないという国際的な評価を裏付けているだけでなく、大学や大学院に投資された税金が社会のために有効活用されていないことを意味する。

労働人口が減少し始めた日本において、財政の健全化・社会保障制度の維持のためには、女性が勤労の義務を果たし、税金や社会保険料の負担をすることが必要とされる。そして、女性就業者の拡大が見込まれるのは、資本集約的なIT産業やすでに生産拠点を海外に移している製造業ではなく、労働集約的で専門性の高い医療・福祉サービスである。

マクロの観点から将来の日本経済を考えれば、その大切な産業への外国人労働者の導入を簡単に認めるわけにはいかないはずである。

図4-1 学歴別の女性の労働力率(2011年)



5. 看護師の労働環境の改善と就業継続のための提案

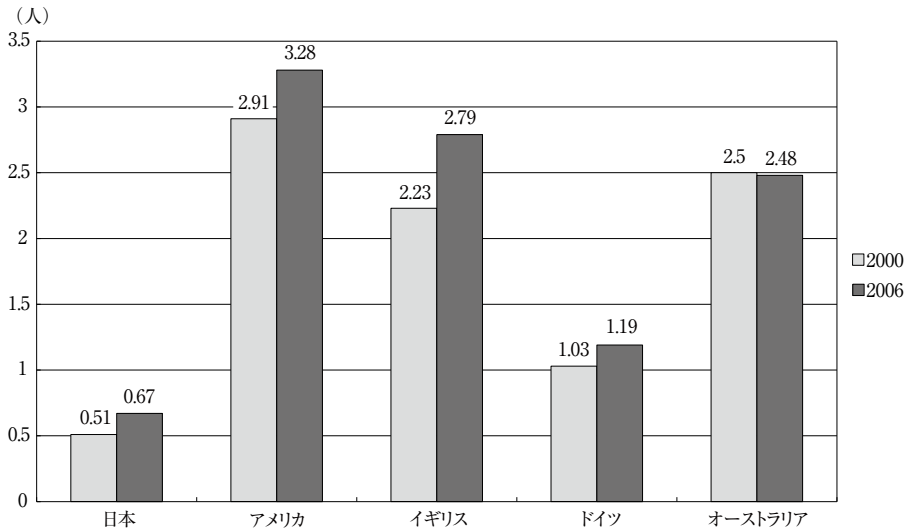
5-1 “病床あたり看護師数”の増加による病院数の削減

ここでは日本の看護師の就業継続を困難にしている看護師の忙しさを緩和する方法を提案する。なお看護師をめぐる労働条件や医療制度については、下野・大津(2010)で詳しく論じているので参照してほしい。

2-2節の図2-2で示されたように、日本は“人口1,000人あたり看護師数”でみれば他の先進国並みであり、看護師不足ではない。しかし図2-3で示されるように“人口1,000人あたり病床数”はとびぬけて多い。その結果、図2-2と図2-3を用いて“病床あたり看護師数”を計算すると、他の先進国の2分の1から4分の1になる。他国の半分から4分の1の看護師で患者の世話をしているのである。それが日本の看護師の忙しさの理由である。忙しさの緩和のためには、病院数(=病床数)を減少させるしかない。

まず日本の病床数の多さを再確認しておこう。2節の図2-3の“人口1,000人あたり病床数”をみると、アメリカ、イギリス、オーストラリアが3.2~3.9、フランス、ドイツが7.2~8.3であるのに対し、日本の病床数は14.0で突出している。アメリカ、イギリス、スウェーデンなど北欧諸国、オーストラリアなどでは、治療の必要な患者(急性期の患者)のための場所を病院といい、治療が必要でない患者(慢性期の患者)の世話はケア・ハウス、ナーシングホームなどの介護施設の役割とされる。一方、日本、フランス、ドイツでは治療が必

図 5-1 病床あたり看護師数（2000年と2006年）



(注) OECD Health Data の「人口1,000人あたり看護師数」を「人口1,000人あたり総病床数」で割って算出。

要でない慢性期の患者も入院しているために病床数が多くなる。フランスやドイツでも病院が高齢の慢性疾患患者を抱え込んでいるのは、日本と同様に開業医の力が相対的に強く、長らく自由開業制をとってきた結果である。

図 5-1 は、2 節の図 2-2（人口1,000人あたり看護師数）と図 2-3（人口1,000人あたり病床数）のデータを利用して、病床あたり看護師数を計算したものである。人口1,000人あたり病床数が飛びぬけて多いことにより、日本の“病床あたり看護師数”は他の先進国と比較して、驚くほど少なくなる。看護師や医師の長時間労働を緩和し就業継続を可能とするためには、病床数の削減を実施しなくてはならないという著者の主張は、図 5-1 の数字を踏まえている。

看護師が治療の必要な急性期の患者だけを扱うアメリカ、イギリス、オーストラリアの“病床あたり看護師数”は2.5人以上で、0.7人程度である日本の3倍以上の人員配置である（2006年）。日本と同様に病院に治療の必要のない慢性期患者を抱え込んでいるドイツさえ、病床あたり看護師数は1～1.2人と、日本の2倍の看護師数となっている。図 5-1 は日本の病院で看護師が忙しそうに走り回っている理由を説明する。病床あたり看護師数が少ないことは、看護師を忙しくさせるだけではなく、個々の患者に対する注意がおろそかになり、医療事故の原因にもなる。

次に病床数削減のための方策を述べる。他の先進国の2～4倍も存在する病床数の削減のための最も有効な手段は、看護師の基準配置の変更である。2006年には戦後長く続いた入院患者10人に対して看護師1人という10：1から7：1への基準配置の変更があり、その結果

病床数は確実に減少した。つまり、7：1基準配置を達成できなければ病院収入が大きく減少するので、病院は看護師を増やそうとするが、労働環境の悪い病院や病棟は必要な看護師を集められず、病棟の閉鎖、病院の倒産が起きたのである。つまり、病棟の閉鎖や病院の倒産により、病床数の減少が実現するのである。

メディアは病棟の閉鎖や病院の倒産を医療の崩壊として問題視したが、基準配置の10：1から7：1への変更は、看護師にとっては労働条件の改善であり、入院患者にとっては医療の安全性の向上を意味する。真の医療崩壊は、看護師や医師が忙しさに燃え尽きて病院から去っていくこと、忙しさを嫌って病院に就業しないことである。

さらに看護師の忙しさの原因となっているのは夜勤時の人員配置の少なさである。日本の主流である3交代制の場合、基準配置が適用されるのは日勤時（8時～16時）のみで、準夜勤帯（16時～0時）、夜勤帯（0時～8時）には入院患者50人に対して看護師2人である。この状態でも驚くが、1992年までは夜勤時には患者50人を看護師1人という離れ業のようなことが行われていたのである。せめて複数で担当したいという看護師の強い要求によって、1992年によく夜勤時2人で夜勤8回の場合に加算が付けられるようになったのが、日本の看護師の現状である。夜間の忙しさは容易に想像できよう。しかし、筆者には受け入れがたい事実であるが、昔に比べれば労働条件は改善されているとして、日本看護協会は看護師の労働環境の改善を強く求めている。そのため、現在も日本人看護師は現状の人員配置を受入れて忙しく働いており、3交代制での夜勤回数も月8回から減っていない。

しかしどう考えてもこのような状況での就業継続が可能とは思えない。実際、看護師は専門職であるにもかかわらず、12%と高い離職率となっている。日本看護協会は、離職率の高さを問題とし、看護師の技能向上や心理面のサポートを重視しているが、それは違う。いくら女性が我慢強くても、現在の看護師の忙しさ、夜勤などの労働環境が放置されるならば、看護師としての就業は結婚前の若くて体力のあるときに限られてしまう。看護師の離職理由の1位は出産・育児であり、子供を持って就業継続できる環境を整えない限り、看護師の離職率は下がらないであろう。

欧米の半分以下の人数で入院患者の世話をしている日本人看護師の現状を直視すれば、まず病床あたり看護師数を増やすことが必要である。もし日本看護協会が本気で離職率の低下を目指すのなら、患者対看護師の比率を示す“基準配置”を今の7：1から、できれば他の先進国並みの4：1、せめて5：1への変更を目標とすべきであろう。

もし看護師の基準配置が4：1あるいは5：1になれば、看護師を雇用できない病床の閉鎖、病院の倒産という形で、病床数の減少が進む。社会主義国でない日本では、市場を活用して病床数の減少を進めるしかない。それを医療の崩壊と言ってはならない。労働環境を整えられない病院が淘汰されていくのは、資本主義社会では当然のことである。

医師や看護師が燃え尽き、日本の医療体制が抜け殻になってしまう前に、病床数の削減を図らなくてはならない。医療の崩壊とは、歩いて行ける病院がなくなるのではなく、病院で働く医師や看護師がいなくなってしまうことである。

5-2 夜勤体制——12時間ごとの2交代制の導入

次に看護師の就業継続を困難としている夜勤の問題を取り上げる。日本の病院では3交代制勤務が標準の時代が長く続き、現在でも日本の病院の半数は3交代制であり、看護師の7割は3交代制で働いている（2012年）。3交代制での夜勤回数は平均月8回を超えている。

一方、欧米では多くの病院が12時間ごとの2交代制をとっている。2交代制の場合、1週間の労働時間が40時間以内とすれば、引継ぎを含めば1日13時間労働となり週3日働けばよいことになる。週3日の就業で週4日休めるならば、家庭生活との両立も可能である。看護師は高度な専門職であり、欧米では家庭を持って就業継続することが当たり前となっている。12時間ごとの2交代制であれば、夜勤数は多くても月4回程度になる。さらに、夜勤専門の看護師の導入を進めれば、夜勤回数をさらに減少できる。欧米では、夜勤専門の場合には残業割り増しも付くので、夜勤専門看護師を選ぶ者も少なくない。

なお3交代制と2交代制を比較した欧米の研究では、2交代制は労働時間が長くなるが、時間が固定されるので体への負担が小さくなるという結果が多く出されている。3交代制は就業時間が固定せず体への負担の大きい働き方であることを日本人看護師も認識しており、2交代制勤務を希望する看護師が増え、看護師数確保のために2交代制の病院が3割近くまで増加している。

しかし日本の2交代制は世界基準の2交代制ではなく独自のもので、看護師に超長時間労働を強いる過酷な制度である。日本の2交代制は、欧米の12時間ごとの2交代制とは違い、3交代制（日勤8～16、準夜勤15～0、夜勤0～8）の変形で、準夜勤と夜勤を一緒にして16時間の夜勤（休憩1時間）と8時間の日勤を組み合わせた2交代制である。このような日本独自の2交代制は、3交代からの移行がし易かったことによる。もし欧米型の12時間ごとの2交代制にすると、人手を相対的に多くする日勤時間が8時間から12時間に延びるので、看護師数を増やさねばならなくなる。

日勤8時間、夜勤16時間という日本独自の2交代制は、病院にとって看護師数を増やすコストを避けたいと、看護師の望む2交代制を取り入れたうまい方法である。しかし、いくら36協定で労働時間を弾力化できるといっても、16時間も長時間労働を許容する日本の労働法規は看護師自身の健康を守っていない。患者の立場で考えても、夜間に十分な休憩も取らずに継続して働いている看護師に身をゆだねたくはない。患者の安全のためにも、16時間も長時間労働は禁止すべきである。このような日本の看護師の過酷な労働条件を知るなら

ば、看護師の医療ミスを責めることはできないし、看護師の資格を持ちながら就業をためらう看護師を責めることもできない。

看護師の肉体的・精神的な負担を減らすためにも、16時間の夜勤を含む日本独自の2交代制ではなく、他の先進国と同じように12時間ごとの2交代制の導入を誘導する政策を強く求めたい。なお欧米の12時間ごとの交代勤務では、10時間以上の継続労働は禁じられており、必ず休憩を取らなくてはならないことになっている。このことは、日本における夜勤帯の人員配置である入院患者50人に対して2～3人の看護師という日本よりも、欧米の夜勤時の看護師の人員配置がよほど多いことを意味する。

5-3 育児施設の充実と全般的な労働時間の短縮

看護師の就業継続を可能にするための方策として、5-1節では“病床あたり看護師数”が他の先進国の半分以下という日本の看護師配置を改善するために病院を減らすことを提案し、5-2節では平均で月8回もある夜勤回数を減らすために、他の先進国と同様の12時間ごとの2交代制の導入を提案した（日本独自の8時間と16時間の2交代制は医療事故増加につながりかねないので反対する）。

上記の2点に加えて、看護師の就業継続を可能とする政策として、育児期の支援を手厚くすることを提案する。育児期の支援が就業継続を可能とし女性の就業率を上げるのは、看護師だけでなく女性労働者全般にいえる。

日本は、女性の年齢別就業率でみたとき、育児期に就業率が大きく落ち込むM字型の就業曲線を持つ先進国の中で唯一の国である。女性労働者の育児期の負担を軽くするための制度として、日本でも育児休業制度、保育園・幼稚園などの育児施設の充実が不十分ながら図られてきた。育児休暇や育児施設の充実は女性の就業継続にプラスの効果を持つが、しかし最も重要なのは労働時間の短縮政策である。ヨーロッパ、オーストラリアなどではどの国でもすでに現実になっているのに、日本では、育児期の女性の労働時間の短縮制度（育児期をすぎると通常に戻る）、男性の育児休暇取得制度にはほとんど手がつけられていない。さらに男性を含めた労働者全般の労働時間の短縮が図られない限り、女性だけに家事・育児の負担がかかることになり、家庭を持つ女性の就業継続は困難になる。

看護師も長時間労働を制限する労働法を持たない日本の労働慣行に従い少ない人数で忙しく働いており、子供を持てば家庭生活との両立が困難となり、結果的に看護師という専門職から離職することになる。多額の税金を投入して育成した看護師が離職するのは、個人や家計としての経済的損失だけではなく、税金によって看護師の育成を援助してきた日本の経済的損失でもある。

それゆえ、男女を問わず労働時間を短縮することが女性一般の就業継続を可能とし、社会

の動きに従って看護師の就業継続も可能となり、看護師育成に費やされた社会的な投資を活かすことになる。労働時間の短縮は、36協定による残業時間の上限の引下げ、残業割増制度の変更によって可能となる。現在の残業割増は原則25%で、月60時間を越えた場合のみ割増が50%となる。それゆえ日本の月平均の残業時間はほぼ60時間である。これを所定労働時間を超える残業割増を50%にすれば、費用増大を嫌がる企業は必ず残業時間を短くする。ちなみに所定労働時間を超える残業割増が50%のアメリカにおける残業時間はわずか月20分程度である。

6. 介護福祉士の賃金引上げと労働環境の改善

介護施設で働く介護福祉士は、現在のところ不足しているわけではない（3節を参照）。しかし介護福祉士の賃金は低く、労働環境は厳しい。低賃金や過酷な労働環境を改善することなく放置すれば、3年間も学んで取得した介護福祉士の資格を活かすことなく、他の職種につく者も増えるであろう。現在でも就業していない有資格者は20万人以上いると推定されている。

国内の人材を活用せず安易に外国人介護労働者を導入するのは、将来の日本経済にとって決して望ましくない。何度も言っているように、介護サービス産業は今後も確実な需要の増加が見込めるほぼ唯一の成長産業であり、女性就業の受け皿となる産業である。それゆえ外国人労働者に依存することなく、国内の人材活用を考えたい。この節では介護福祉士の就業を妨げている低賃金や労働環境の改善策を具体的に提案する。

介護福祉士が職を求めるのは介護施設なので、求人側と求職者で希望する雇用形態には差がなく、就職時の問題は賃金水準だけである。『福祉人材の求人・求職動向』によってホームヘルパーとそれ以外の介護職の求人・求職者の意向をみると、ホームヘルパーの人手不足の深刻さがよく理解できる。ホームヘルパーの求人の8割が労働時間の定まらない「登録ヘルパー」であるのに対し、求職者で「登録ヘルパー」でもよいとするものは4割にすぎない。低い時間給だけでなく雇用形態に関するミスマッチが存在するため、ホームヘルパーの雇用は難しくなっている。一方、介護施設職員募集が大半を占める“ヘルパー以外の介護職”の求人の内訳は、正職員63%、常勤12%となっており、正職員中心となっている。求職者の7割が正職員を希望しており、求人と求職者の希望する雇用形態にはホームヘルパーのようなミスマッチは存在しない（ホームヘルパーについての議論は下野（2006）、（2009）を参照）。

介護福祉士を主とする介護施設職員の就業・就業継続を困難にしているのは、介護福祉士の低賃金である。『賃金構造基本統計調査』（厚生労働省）で常用雇用者の賃金データをみると、2009年の全労働者の平均年収は約470万円（男性530万円、女性350万円）に対して、福

祉施設介護職の男性330万円、女性290万円となっている。男性で介護福祉士の資格を取得し希望を持って就業したとしても、全労働者の平均よりも200万円も低く、しかも給料がほとんど上がらない職場にいつまで耐えられるであろうか。

介護福祉士の賃金水準が低いことは周知の事実であり、2009年の介護報酬の改定では賃金引上げを目的として3%の介護報酬の引上げが実施された。『介護従事者処遇等調査』（厚生労働省、2010）によれば、この介護報酬の引上げにより、大半の施設で介護職員の給与は引き上げられ、平均で年間10万円ほどの賃金上昇となった。それでも依然他産業に比べて低い賃金水準の解消には程遠いといわざるを得ない。

このような介護福祉士の低賃金を解消するためには、介護職員を準公務員化するか、あるいは介護報酬単価を医療報酬単価に近づけていくしかない。日本の医療・介護制度を前提とすれば、看護師なみの賃金水準になるように介護報酬単価の引上げを求めていくしかないであろう。医療も介護も公的な援助なしには成り立たないし、公的な援助は我々の税金である。バブル崩壊以降、GDP比でみて半分以下にまで低下した所得税をもとの水準にもどすことにより、医療や介護サービスへの税金投入を増加させる。そのことが介護職員の賃金引上げにつながる。上記のように3%の介護報酬の増加で年間10万円程度の賃金上昇となるのであれば、年間100万円の賃金上昇には30%の介護報酬の増加が必要となる。筆者は所得増税による税収増加分の一部を介護報酬の引上げに充てることを提案したい。介護職員の賃金の引上げによって優秀な介護福祉士が雇用され、介護サービスの質がよくなり、サービスが拡大されるならば、日本国民は将来の安心を買うことになる。

その一方でEPA介護福祉士候補向け支出は、2012年度の厚生労働省予算だけでも年間1億円を超えている（EPA看護師も含めると4億円近い）。介護職員の労働環境の改善よりも外国人介護福祉士の導入を優先しているのである。このような予算の使い方には疑問を感じずにはいられない。わずかな金額とはいえ、外国人介護福祉士候補の受入れに費やされている予算が、国内で現に働いている介護労働者の労働環境改善に向けられることを強く願う。

賃金以外にも介護施設職員の就業継続を困難にする要因がある。看護師と同様に、配置される人員の少なさ、夜勤の問題である。介護施設の基準配置は3：1、つまり入所者3人に対して職員1人となっている。しかし実際には、入居者2～1.8人に職員1人でないと必要な介護サービスを提供できないため、多くの介護施設の管理者は厚生労働省に対し、基準配置を3：1でなく2：1にするよう要望をだしている。しかし厚生労働省は介護保険からの支出が増加することを嫌い、基準配置を引き上げようとはしない。介護福祉士は、病院における看護師と同様に、少ない人数で入所者の介護を行うことを強いられていることを多くの人に理解してほしい。

夜勤の問題もある。介護施設は早番、遅番、準夜勤、夜勤の4交代制が一般的であり、看

護師と同様に、夜勤回数の多さが問題となっている。介護労働者の夜勤時の人数も少ない。例えば、認知症高齢者のためのグループホームは入居者9人に対し1人で夜勤をするのが一般的である。グループホームの火事のときに避難誘導ができなかったことが何度もニュースになる。施設固有の問題もあるかもしれないが、たった1人で避難誘導ができるであろうか。夜勤時の人員配置が少ないのが最大の問題点であり、防災設備を整えるだけでは入居者の命を守ることはできない。

表2-1で示されたように、現在のところ介護福祉士の需要と供給はほぼつりあっているが、今後も介護福祉士の需給がつりあうか否かは、賃金水準や労働環境の改善の進み方に依存する。もし賃金の引上げや労働環境の改善がなされないまま、経済状況がよくなれば「介護職員不足」に陥る可能性がある。外国人介護福祉士に期待しても、アジア諸国の経済成長率は高く、同時に急激な高齢化が起きており、母国を離れて日本語の壁が高い日本で働くインセンティブは決して高くない。さらにアジア諸国には介護職の資格はなく、EPA介護福祉士候補の多くが母国で看護師資格を持っていることを考慮すれば、母国での看護師資格を活かせない介護福祉士として日本で就業することを期待することは難しい。

マクロ経済の観点からみて、就業していない女性労働力を活かす職場として、介護サービスは非常に重要な産業である。現在の労働環境をそのままにして外国人の介護労働者を受け入れるのではなく、低賃金、劣悪な労働条件の改善のためにあらゆる政策、努力をすることにより、日本人の介護福祉士有資格者約20万人、ホームヘルパー有資格者約200万人以上の潜在労働者を掘り起こし介護労働者不足を解消することこそが、日本経済の内需に支えられた安定成長にとって必要なことであろう。

介護分野の労働者数の将来予測をいくつかみると、今後の介護需要は強く多数の労働者が必要になることがわかる。下野（2006）は、2003年時点の介護水準を維持することを前提とすると、2025年に必要となる介護職員数を142万人（居宅介護100万人、施設介護40万人）、総職員数209万人と推定している。川越（2009）は、2005年のデータをもとに2025年における介護サービス分野での介護職員数を132万人（居宅介護97万人、35万人）と推定している。みずほ総合研究所（2011）は、2008年のデータをもとに推計を行い、2025年に必要となる介護職員数を200万人としているが、この数字は若干大きめに出ているように思われる。2025年に必要となる介護職員数は150万人前後であり、ホームヘルパーを中心とした居宅介護サービスに105万人程度、介護福祉士を中心とした施設介護サービスに45万人程度であろう。この需要を満たす就業者を確保するためには、賃金・労働条件の改善のために必要な税制改革、訪問介護サービス供給を民間事業所中心から社会福祉協議会などの公的機関中心に移行するなどの制度改革も必要になると思われる（下野（2006）、（2009）を参照）。

7. ま と め

この論文では最初に、EPA 看護師・介護福祉士の受入れ政策の背景にある「看護師や介護福祉士は不足しており、外国人の受入れが必要である」という事実認識が誤りであることを明らかにした。OECD データでみると、2006年にはすでに“人口あたり看護師数”は他の先進国並みになっており、厚生労働省『看護師の受給見通し』における需要見通し数を上回る看護師が就業している。しかも就業していない60歳未満の看護師有資格者は約60万人と推定されている（厚生労働省推計）。看護師不足といわれるのは、看護師の求人倍率が16倍にもなるためであるが、看護師を雇用できないのは他の先進国の倍以上の病院のうち労働条件の悪い病院である。特に大半の看護師が就業を希望する急性期病棟（治療を必要とする患者のための病院）でなく、治療を必要としない高齢の慢性期患者の多い病院は看護師を集めにくい。

介護福祉士に関しても、2-2節でみたように、ほぼ毎年求人数に見合う求職者が存在し、不足は起きていない。就業していない介護福祉士有資格者は約20万人と推定されており、今後産業平均よりはるかに低い賃金の引上げが進めば、必要な就業者を国内で確保するのは決して困難なことではない。

さらにこの論文では、2008年に開始されたEPAによる外国人看護師・介護福祉士候補の受入れ政策の問題点を具体的なデータに基づいて指摘した。第1として、EPA 看護師・介護福祉士候補の受入れ政策の目的について、政府は将来的に外国人看護師・介護福祉士の受入れを目標とするものではないと述べているが、実際にはこれまで国内の人的資本を活用してきた医療・介護サービスに外国人の参入を許すきっかけとなった。つまり看護師という専門分野に、EPA 看護師だけでなく、中国人看護師を中心とした外国人看護師の参入が増加している。第2として、この受入れ政策の内容は毎年のように候補者に有利な変更がなされたが、EPA 看護師・介護福祉士候補の資格試験の合格率は低く、候補者数・受入れ施設数とも減少を続けている。このような現状をみれば、プログラムの廃止を含めてプログラムの今後を再考すべきである。

このようなEPA 看護師・介護福祉士候補の受入れ政策は、マクロの観点からも問題がある。今後成長が見込まれる産業である医療・健康分野において、国内で活用されていない多数の人的資源を活用することなく、外国人の受入れ政策を進めることは妥当であろうか。労働環境の厳しさから、看護師や介護福祉士の資格保有者で就業していないものは多い。

将来を見据えて、医療・介護サービス分野で日本政府・日本国民の選択すべき道は2つである。現在の労働条件を放置したまま母国より賃金が高いという理由で働くことを望む外国人を受け入れるのか、それとも、就業継続が可能な労働環境を整えることによって国内の看

護師・介護分野有資格者の就業を後押しするのか。

日本経済の将来を考えれば、この答えは明らかである。労働力人口が減少する時代において、女性も男性と共に働き、税金・社会保障負担をしない限り、財政赤字は解消されず社会保障制度の維持も難しくなる。高学歴の女性を中心に現在眠っている国内人材の活用こそが日本の経済成長を支える。それゆえ、筆者は将来も確実な需要の増加が見込め、雇用吸収力の大きい医療・介護サービス分野への外国人受入れに強く反対する。

謝辞 この論文は、名古屋学院大学経済学部セミナー、中央大学経済研究所セミナー、上河泰男教授メモリアルセミナーで報告された。上山仁恵准教授（名古屋学院大学）、安部正浩教授（中央大学）、小田正雄教授（神戸大学）をはじめ参加者からの有益なコメントに感謝する。なお、この論文で表明された意見は筆者のものであり、所属する機関とは関係ない。

参考文献

- 川越雅弘（2009）「看護師・介護職員の受給予測」（『季刊社会保障研究』vol. 45, no. 3）214-228ページ。
- 国際厚生事業団（2013）『EPA 看護師に関する調査事業報告書』2013年3月。
- 下野恵子・竹内滋子（2011）「遺族厚生年金の課税化による税・社会保険料収入増の試算：非課税所得と租税・社会保険料負担の公平性」（『日本経済研究』no. 65）23-42ページ。
- 下野恵子・大津廣子（2010）『看護師の熟練形成：看護技術の向上を阻むものは何か』名古屋大学出版会。
- 下野恵子（2009）「介護サービス産業と人材確保」（『季刊家計経済研究』no. 82）13-23ページ。
- 下野恵子（2006）「介護サービス産業における人材確保」（『国際地域経済研究』7号）25-44ページ。
- 総務省（2013）『外国人受入れ対策に関する行政評価・監視結果報告書』2013年4月19日。
- みずほ政策インサイト（2011）『期待される介護分野の雇用創出～必要な介護労働者数を確保するには～』みずほ総合研究所、2011年3月28日。
- Kaestner, R. and Kaushal, N. (2012), "Effect of immigrant nurses on labor market outcomes of US nurses", *Journal of Urban Economics*, 71, pp. 219-229.
- Kalist, D., Spurr, S. and Wada, T. (2010), "Immigration of Nurses", *Industrial Relation*, vol. 49, no. 3, pp. 406-428.
- McGregory, R. and Peoples, J. (2013), "Compensation of Foreign and Domestic Nurses in the US", *Journal of Labor Resources*, 34, pp. 203-223.
- OECD (2005), *Long-term Care for Older People*, OECD Publishing.
- Shields, M. A. (2004), "Addressing Nurse Shortages: What can policy Makers learn from the Econometric Evidence on Nurse Labour Supply?", *Economic Journal*, 114, F464-F498.
- Simonazzi, A. (2009), "Care Regimes and National Employment Models", *Cambridge Journal of Economics*, vol. 33, pp. 211-232.