

## 介護サービス提供分野における外国人労働者活用の可能性に関する試論

### ホームヘルプサービスを中心にー

金 善英

宣 元錫

倉田良樹

#### 1. はじめに

厚生労働省社会保障審議会は2003年6月16日、『今後の社会保障改革の方向』で「医療・介護制度」と「年金制度」の財政構造改革を中心とした意見をまとめた。とくに、「介護保険制度」では、本格的な制度変更が平成2006年4月から実施される予定で、加齢に伴う様々な介護ニーズを包含しうる「要介護状態」という従来の制度の根幹をなしていた概念とは異なる「心身の障害に伴う介護ニーズ」<sup>1</sup>という概念を重視する方向が示されている。今回の改革には、財政破綻の危機意識の影響が大きく作用しており、「持続可能な制度」としての運用が志向されている。予防概念の重視、被保険者範囲の拡大、サービス体系の見直しという3点が今回の制度改革の基本方向である。

このような動きのなか、日常生活を維持するために必要なサービスとして在宅3本柱と言われてきたデイサービス、ホームヘルプサービス、ショートステイサービスは、その存続の基盤が大きく揺れ動くような状況に直面している。もともと現行介護保険制度においては、要介護者の5割は要支援、要介護度1・2に該当している。ホームヘルプサービスは、これらの要介護者から高い頻度で使われているサービスであった。ところが今回の見直しでは、不正なサービス提供を助長し、高齢者の様態を後退させる要因としてホームヘルプサービスやデイサービスのあり方が言及されており、高齢者自身が残存能力を高めるためのサービス提供という観点から、これ

---

<sup>1</sup> 2005年3月国会審議提出法案

らのサービスの内容に変更を加えていく方針が打ち出されている。ホームヘルプサービス提供者には介護福祉士資格を取得することが義務付けるなど、家政奉仕員を母体に出発したホームヘルパーにとっては、その就労の基盤と環境が抜本的に変化する状況が生まれている。外国人の介護サービス提供分野への導入の議論<sup>2</sup>は、ホームヘルプサービスの世界から見れば、介護保険制度の抜本改革という状況にさらに付加された今ひとつの不安定要因といえる。介護分野への外国人の導入は、受け入れ側である日本の就労システムの変革期において着手されようとしており、このことが先行きの不透明さをさらに増幅しているのである。

本論文のテーマは、ホームヘルプサービスという職種の事例を取り上げて、介護サービス提供分野における外国人労働者活用の可能性について考察することである。続く第2節では、従来の介護保険制度においてホームヘルプサービスが果たしてきた役割と今回の改正による変動の方向を概観する。第3節では、日比経済連携協定によって始めて具体的な形で着手されている、介護分野における外国人の受け入れの方針がどのようなものであるかを述べるとともに、この問題に関する政府や関連諸団体の対応についても明らかにする。第4節では、職場におけるホームヘルパーの就労実態に関して、PIEプロジェクトによって実施されたアンケート調査<sup>3</sup>の結果

---

<sup>2</sup> 『社会保険旬報』2004年5月1日の記事による。日本経団連による医療や介護の分野で外国人の受け入れを求める「外国人受け入れ問題に関する提言」では、日本の労働力が減少すると女性や高齢者を最大限活用したとしても、福祉分野を中心に日本人だけでは労働力不足を補いきれないとし、秩序ある外国人の受け入れが必要としている。介護については、現行の入管制度に該当する在留資格がなく介護を目的とする入国・就労は認められていない。提言は、介護福祉士の資格取得者や外国の隣接職種の資格者で、十分な日本語能力を有するものには就労を認める方向で検討すべきとしている。

また、『日本経済新聞』2004年12月1日によれば、「日本とフィリピンの首脳会談で合意したフィリピン人の看護師・介護士受け入れについて具体的な人数が盛り込まれず、なるべく小規模にとどめたい」との方向があり、「単純労働者の受け入れは慎重に考えるとの公式見解」に経団連は批判、積極的な取り組みを求めた。

<sup>3</sup> 「ホームヘルパーの皆様の仕事と働き方に関するアンケート調査」を元に、既存調査と対比しながら考察した。アンケート調査は、2004年11月～12月に東京都三鷹市の介護保険事業協議会登録事業者（全54事業者）のホームヘルパーを対象に行われた。アンケートは事業所を通して配布し、回答は個人郵送により回収された。協力を得ることのできた事業所で配布されたアンケートの総数は473部で回収され

を利用しながら考察を展開する。最後に第5節では、ホームヘルプサービスの事例をもとに、日本における介護労働分野への外国人活用の可能性についていくつかの示唆を述べる。

## 2. 介護保険制度におけるホームヘルプサービスの位置づけ

### (1) 保険給付としてのホームヘルプサービス

介護保険制度の給付サービスは、在宅介護サービス・施設介護サービスに大きく分けることができる。ホームヘルプサービスは在宅介護サービスの領域に属していて、身体介護と生活援助、身体生活援助という3分類のサービス体系をもっている。

それぞれのサービスは、30分単位で把握され、身体介護は1～9、生活援助は2～9（4時間30分以上は9）とカウントされる。また身体生活援助は身体介護時間と生活援助時間をそれぞれ明確にした上で利用されるものである。身体介護と生活援助の介護報酬でもわかるように、身体介護は生活援助より報酬が高く、それに従事する比重が高い人ほど、専門性が高いと考えられるが、実際にサービス提供の現場では、身体介護も生活援助も行う、という形で活用される場合も多い。

### (2) ホームヘルパーの資格制度

#### ホームヘルパー資格

家政奉仕員から始まったホームヘルパーは、平成元年高齢者保健福祉推進十カ年戦略（ゴールドプラン）により全国的な規模で資格取得を奨励され、介護保険制度のもとでのヘルパーとして活用される方向が定められた。資格は1級から3級まで

---

た有効回収は180部（回収率38.1%）である

に区分されている。資格取得には各都道府県及び政令指定都市、市区町村、専門学校、民間団体が実施している養成講座を受講し、介護保険法に基づいた研修の課程を修了しなければならない。ホームヘルパー養成講座の受講時間は1級 230 時間、2級 130 時間、3級 50 時間に規定されている。3級課程では、主に家事援助など介護の基礎的な技術と知識を取得し、2級課程では、より専門的な技術を要する介護技術やケアマネジメントについての技能を習得し、1年以上の実務経験がある人は1級の養成講習に参加できる。現在ホームヘルプの業務についている者の8割が2級である。

## 介護福祉士

介護福祉士は1987年「社会福祉士及び介護福祉士法」により社会福祉士とともに創設された資格である<sup>4</sup>。「介護」という言葉が高齢者福祉の領域で登場したことについては、1963年の特別養護老人ホームの設立時に看護婦が行う看護と区別し、「寮母」の職務を明らかにするために使用されるようになったという指摘<sup>5</sup>や、当時の特別養護老人ホームは欧米のナーシングホームをモデルとしたため「ケア(care)」を「介護」と翻訳したという解釈<sup>6</sup>などがある。こうして登場した介護という言葉は看護の意味を持ちながらも、当初から高齢者の日常生活全般にかかわる支援行為を含む広い概念であったといえるのではないだろうか。

その介護の概念が明確化されたものとしては、1974年『社会福祉辞典』があり、そこでは、「疾病や障害などで日常生活に支障がある場合、介助や身の回りの世話(炊事、買い物、洗濯、掃除などを含む)をすることを介護」と規定し、介助については、「寝たきり老人など、ひとりで動作ができない人に対する食事、排便、寝起きな

---

<sup>4</sup> 京極高宣編、『第2版現代福祉学レキシコン』、雄山閣、1998年10月、p.213

<sup>5</sup> 小笠原裕次・橋本泰子・浅野仁、『高齢者福祉』、有斐閣、1997、20-21頁

<sup>6</sup> 中島紀恵子、『老人の介護と福祉』、NHK学園、1988、64頁

ど、起居動作の手助けをいう」と定義づけている<sup>7</sup>。

介護福祉士は、介護を提供する専門家に与える国家資格として位置づけられている。だが、介護という概念自体が前述のような広範な領域に広がるものであることは、常に念頭に入れておく必要があるだろう。今回の介護保険制度の見直し<sup>8</sup>は、財政安定化を目標として掲げ、予防機能を充実化することや給付サービスの整備を行うことによって、給付増加を抑制することが狙われている。システムとしては、「予防ケアマネジメント」と「介護ケアマネジメント」に分け、要介護者を分類し直すことが大きな転換点になる。現在、要介護者の5割以上を占めている要支援、要介護度1、2に該当する軽要介護者の給付実態について、厚生労働省は、不正で非計画的なサービスの提供が大きな原因であり、給付増加が免れないとの指摘をしている。軽要介護者が主に使っているサービスとして 訪問介護（ホームヘルプサービス）、通所介護（デイサービス）、福祉用具、を取り上げ、今後これらについて計画的、合理的なサービス利用を促進するため、ケアマネジャーは更新制をホームヘルパーと介護員（特養等の施設寮母）には介護福祉士の資格取得を義務付けることになった。

### 3 介護分野での外国人受け入れ

外国人の入国及び在留管理に関する国の制度上、介護分野の外国人受け入れの仕組みは現時点では存在しない。政府は、1989年出入国管理及び難民認定法（以下、

---

<sup>7</sup> 古川孝順・佐藤豊道・奥田いさよ、『介護福祉』、有斐閣、1996、28-29頁

<sup>8</sup> 厚生労働省老建局、『全国介護保険担当課長会議資料』、2004年10月12日、pp.102-103、3-4 介護保険制度の見直しの抜粋

：厚生労働省の社会保障審議会介護保険部会では2004年7月に『介護保険制度の見直しに関する意見』で、介護保険法施行後5年目の制度見直しにむけて意見をまとめた。報告書では、予防重視型システムへと構造的に転換すべきであるとし、現在市町村事業として実施されている「老人保健事業」や「介護予防・地域支え合い事業」についても、サービス内容を介護予防に効果的なものに切り替えるとともに、介護保険制度と有機的な連携を保ちながら事業展開が可能となるようなものと一元化すべきであるとの指摘がなされている。

入管法)の改正以降、外国人の受け入れに関して、専門的・技術的分野の「高度人材」については積極的に受け入れる反面、いわゆる「単純労働者」については実質的に受け入れない基本方針を堅持してきた。1999年閣議決定された「第9次雇用対策基本計画」においても、この基本方針はそのまま確認され今日に至っている。介護分野は、就労が認められる「高度人材」にも含まれておらず、またほぼ唯一の「単純労働者」の受け入れ制度として機能している外国人研修・技能実習制度の対象職種でもない<sup>9</sup>。

介護分野の外国人受け入れについては、看護分野と並んで、官民間問わず多くの意見が出されてきた。1999年にまとめられた外務省の「アジア経済再生ミッション」報告書<sup>10</sup>では、急速に高齢化しつつある日本にとって、介護人や看護師を受け入れるために在留資格要件や入国審査基準を緩和すべきであると提案している。また日本経団連は、2004年4月発表した「外国人受け入れ問題に関する提言」において、介護・看護分野の外国人労働者を積極的に受け入れるべく、より円滑な資格・能力取得を支援するための就学・研修・実習体制を整備すべきであると提言している。

こうした中、2004年11月、日本政府はフィリピンとの経済連携協定(EPA)の交渉において、将来的にフィリピン人看護師・介護福祉士を受け入れることに合意したことを発表した。その主な内容は フィリピン看護師・介護福祉士の有資格者及び大卒者を対象にし、日本語の研修終了後、日本の国家資格の取得ための一定期間の就労を認め(滞在上限、3~4年)、国家資格取得後は引き続き就労が認められる、というものである(図1参照)。

この合意については、看護・介護の関係団体から賛否両論のさまざまな意見が出されている。日本医師会は、外国人看護師の受け入れについては慎重に対応すべき

---

<sup>9</sup> 研修生から就労が可能な技能実習生への移行は、製造業を中心とする62職種113作業に限られている。

<sup>10</sup> アジア再生ミッション『21世紀アジアと共生する日本を目指して』日本経団連。ミッションの団長は奥田碩氏である。

図 1 日比 EPA(看護・介護分野での比人受入れ)に係る基本的な枠組み<sup>11</sup>



との意見をつけながらも、今度の合意が、日本語で日本の国家試験を受験し、合格した者を対象にするなど、ある程度の資質が担保されることから、基本的には受け

<sup>11</sup> 経済産業省「日・フィリピン経済連携協定の大筋合意について(共同プレス発表)」  
 2004年11月29日より作成。

入れに賛成している<sup>12</sup>。また日本看護協会は、看護師不足を解消するための外国人看護師受け入れには賛成できないとしながらも、今回の合意が、看護協会が主張してきた受け入れの四条件<sup>13</sup>に沿った形でまとまっていることから、概ね肯定的に評価している<sup>14</sup>。これに対して、日本医療労働組合連合会は、安易な受け入れ拡大は、賃金・労働条件の低下させる、送り出し国において看護師不足を発生させる、外国人受け入れよりもまず労働条件を改善すべきである、という理由から受け入れ反対を表明している<sup>15</sup>。

最近の動きとして、法務省は、2005年3月、今後の外国人の入国と在留管理の指針となる「第三次出入国管理基本計画」の中で、「介護労働者については、EPA（経済連携協定）に基づく受入れの状況を見極め、また、この分野が日本人の雇用創出分野と位置付けられていることも踏まえつつ、その受入れの可否、受け入れる場合の方策について検討していく」としており、現在専門的・技術的分野に限っている外国人労働者について、介護分野への拡大を検討することが明らかになった。このような動きは、1989年入管法の改正以来、外国人受け入れについて堅持してきた基本方針の転換として注目される。

以上のように、看護・介護分野の外国人受け入れに関する一連の動向を見る限り、受け入れの方向に進展していると評価できよう。また、介護分野の受け入れにおいて、介護福祉士と規定しているところは最近の介護サービス分野における資格制度の改正の動きと関連して注目される。前節で指摘したように、介護サービス分野の資格はホームヘルパー資格が介護福祉士に統一される流れにあって、今後具体的に

---

<sup>12</sup> 「日医NEWS」1042号（2005年2月5日）

<sup>13</sup> 日本人と同じ看護師国家試験を受験し、看護師免許を所得する 安全に看護ケアが提供できるだけの日本語能力を有する 日本人看護師と同等の条件以上で雇用される 免許の相互承認は認めない（「フィリピン看護師受け入れについて」2005年2月24日）

<sup>14</sup> 日本看護協会専務理事岡谷恵子氏のインタビュー「Business Labor Trend」（2004,12）

<sup>15</sup> 「外国人看護師・介護職の受け入れ問題について」（日本医療労働組合声明、2004年9月28日）日本医療労働組合中央執行委員井上久氏のインタビュー「Business Labor Trend」（2004,12）

受け入れが実施される段階を想定したものと推測できる。具体的な受け入れ枠組みや国内においての受け入れ態勢など、不透明な部分が多いものの、看護・介護分野の外国人受け入れが新しい転機を迎えていることは間違いない。

#### 4. ホームヘルプサービスの実態：意識調査から

##### (1) 介護サービス提供におけるホームヘルプサービスの役割

介護は歴史的、概念的に看護のなかに含まれており、その業務も大部分重複して、<sup>16</sup>「看護イコール介護」<sup>16</sup>だという見解まで存在する。医療領域以外の病人に対する世話で、日常生活に対応する業務はケアワークと呼ばれることもある。ケアワークの内容は身体的介助、家事介助、社会的援助、心理的援助などがあって、援助過程が専門的社会福祉援助技術の領域にある<sup>17</sup>場合、ケアワークは広義のソーシャルワークに含まれることにもなる。要するに介護というのは看護による世話に加えて、日常生活を営む上での世話をも含み、それが身体的な面から精神的な面に至るところに及ぶものである。

このような介護サービスを提供する場合、施設サービスでは寮母が、在宅サービスではホームヘルパーが各領域のサービスを提供してきたのが日本の介護である。介護は生理的生活の維持と継続を内容とする援助<sup>18</sup>で、身辺介助ともいえる。食事準備・食べさせる介助、排せつの介助、入浴・着替え、身体の清潔への介助のように、安定して清潔な生活を営めるように世話をすることも含まれる。精神的・情緒的安定を支える内容の援助<sup>19</sup>もあり、日々の会話、いたわりや配慮、楽しみの提供、遠慮や羞恥心から排せつや入浴、食事を拒否する人への心理的介護も欠かせない。

<sup>16</sup> 日本社会事業大学、『「社会福祉における介護」に関する研究』、学校法人日本社会事業大学、1993、148-150 頁

<sup>17</sup> 同上、150 頁

<sup>18</sup> 小笠原裕次・橋本泰子・浅野仁、前掲書、21 頁

<sup>19</sup> 同上、21 頁

介護サービスの柱として、社会福祉サービスに位置づけられてきたホームヘルプサービスは、2000年4月から介護保険制度の適用を受けようになり、保険給付サービスに切り替えられた。このことによってホームヘルプサービスが高齢化社会に重要な領域として新たな注目を集めるようになったのは大きな意味をもっている。だがその時点においても、隣接するサービス諸領域との関係において、その独自の位置を確立できていなかったことも事実であり、このことから制度改正のたびに資格認定等の点で大きな変動を余儀なくされる状況ができてしまったのである。

ホームヘルパーのサービス内容や労働実態については、現場で仕事に従事している人々の調査を通じて解明していく以外に適切な方法はない。そこで以下においては、筆者たちによる2004年調査を中心に、株式会社ヘルスケア総合政策研究所（旧民間病院問題研究所）が実施した2001年調査<sup>20</sup>と対比しながら、労働者の基本属性（性別、年齢、勤務先、保険加入状況、給与、取得資格）と職場実態について明らかにしていくことにしよう。

## （2）ホームヘルパーの基本的属性

### 性別及び年齢

先行調査では回答者の性別は、女性96.0%、男性4.0%<sup>21</sup>であり、今回行った調査とほぼ同じ傾向を見せている。但し、年齢に関しては若干の相違が見られる。制度導入初期であった先行調査では20代13.9%、60歳以上7.3%であったのに対し、本研究会の調査ではそれぞれ4.7%、25.7%となっており、若年層の比率が低い結

---

<sup>20</sup> 株式会社ヘルスケア総合政策研究所、『ホームヘルパー消滅の危機』、日本医療企画、2001年5月20日、pp.13-14

調査対象：全国在宅介護に従事する者

対象者数：1000人

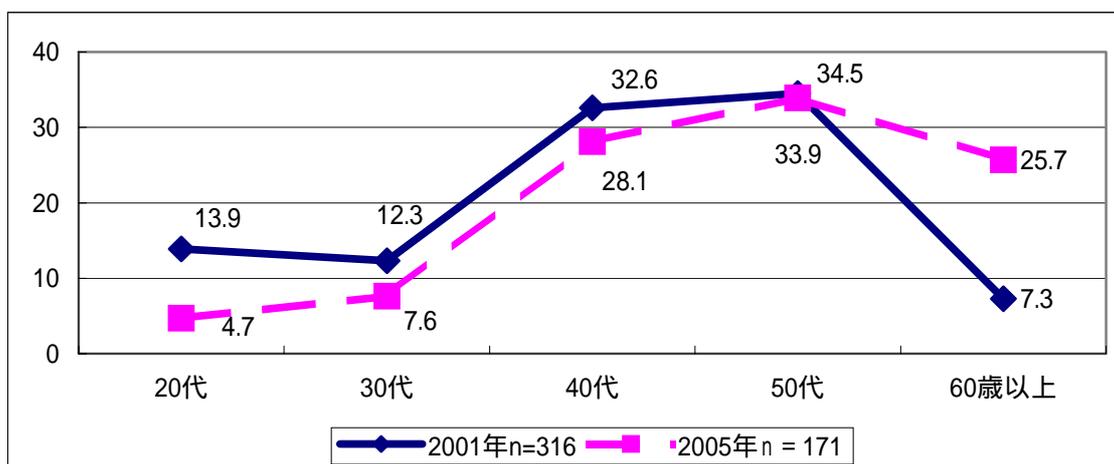
調査期間：2000年10月23日～2000年12月15日

回収率：32.9%（329名）

<sup>21</sup> 株式会社ヘルスケア総合政策研究所、『ホームヘルパー消滅の危機』、日本医療企画、2001年5月20日、p.17

果となっている。

図2 ヘルパーの年齢別分布比較【女性】



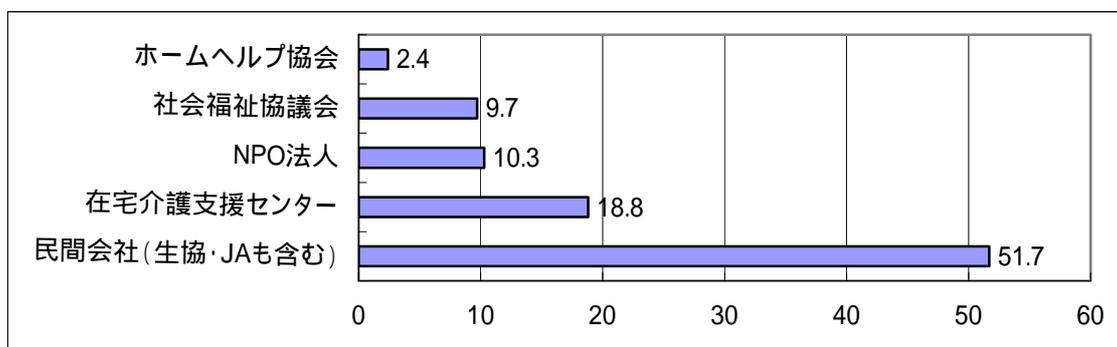
注：女性の占有率が90%を超えるため、女性の年齢分布比較とする。

2001年のデータは先行調査データから再作成

勤務先の事業形態（複数回答）

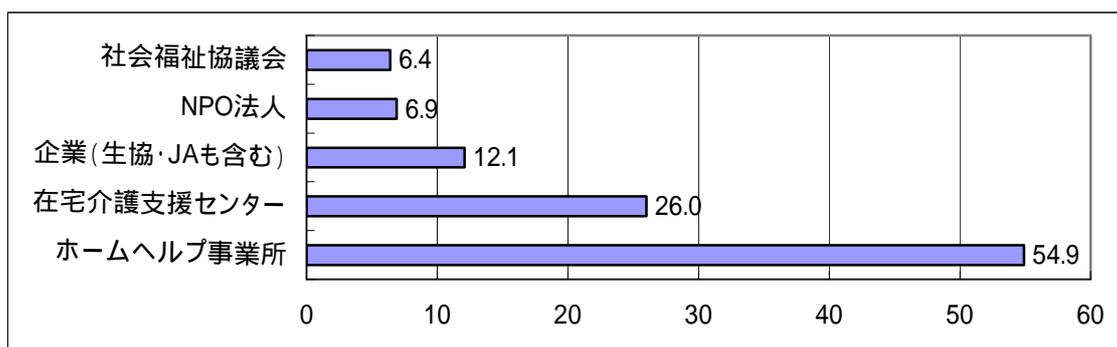
先行調査でも本研究会での調査でも、事業形態については民間会社（サービス事業所）が一番多く、引き続き在宅介護支援センターとなっている。

図3 先行調査（2000年）の勤務先事業形態



注：先行調査データの上位5を再作成

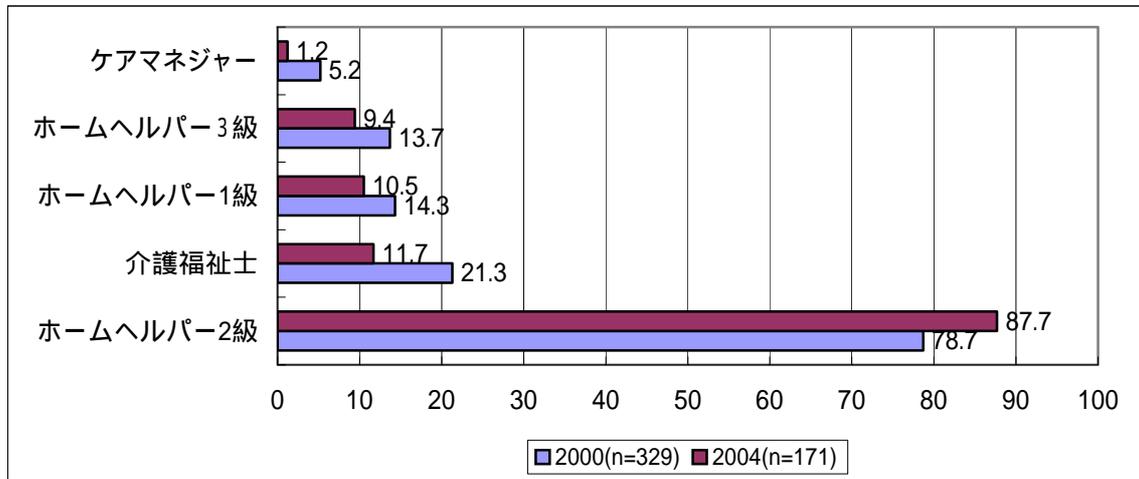
図4 本研究会の調査（2004年）の勤務先の事業形態



### 資格

ホームヘルプサービスを提供可能な資格としては、ヘルパー資格以外にも保健・福祉系の資格がある。両調査では共に、ホームヘルパー1級～3級、ケアマネジャー、介護福祉士が上位5位であり、これら5種の資格がヘルパーの主な資格として取得されていることが分かった。とくに、今回の調査では、ホームヘルパー2級資格保有者の比率が、先行調査を行った2000年当時より伸びていることが分かった。家事援助も身体介護も対応可能な資格としてヘルパー2級がヘルパーの中核的な資格として確立されたのではないだろうか。

図5 資格保有分布



注：先行調査データの上位5位までのデータを用いて再作成

### 収入

先行調査の平均月給8万5千未満者は年給103万円に該当する。従って両調査とも年収103万円未満の人がそれぞれ40.9%、50.0%で大部分を占めていることがわかった。その次が、先行調査では18万～24万未満平均月給者(年収約200万～300万)21.6%で、今回の調査では200万～400万と答えた人が23.4%となっている。ホームヘルパーの収入には大きな変化が無い。

図6 平均月給(2000年 n = 291)

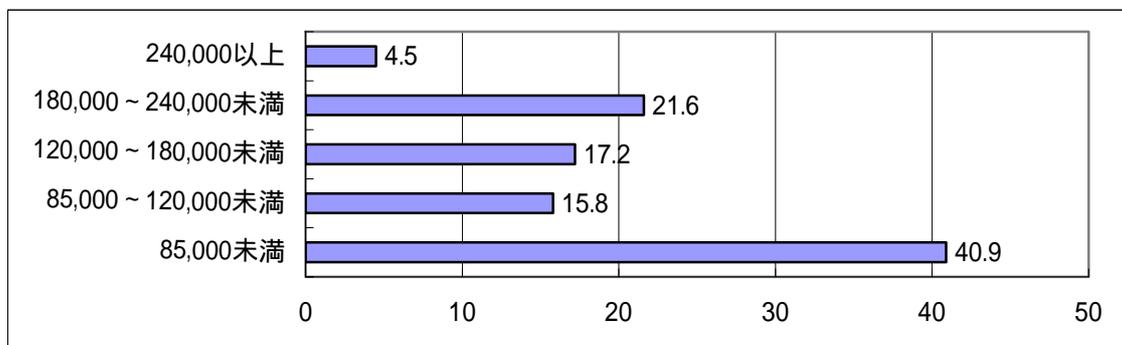
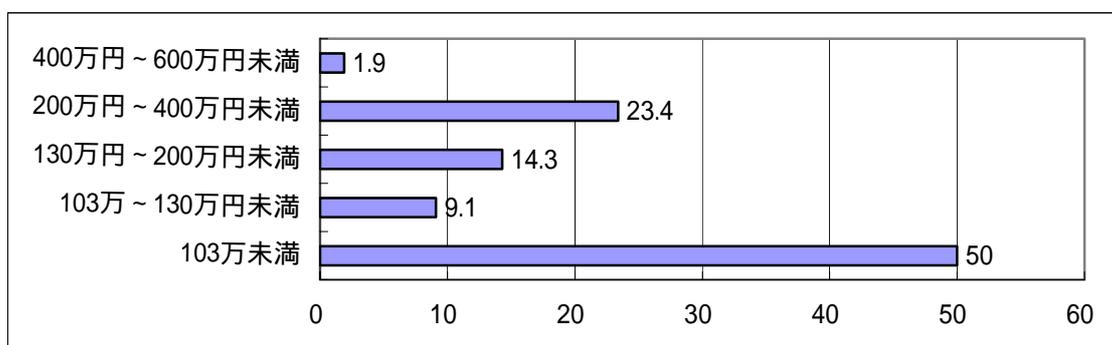


図7 昨年のヘルパーとしての収入（2004年 n = 154）



### (3) ホームヘルプサービスの業務の実態

個々のホームヘルパーが行うホームヘルプサービスは、ケアマネジャーが作成したケアプランに沿って行われる。実際に行われる具体的なサービスの内容は多岐にわたっているが、概ね「家事関連」と「身体関連」の二種類にくくることができる。今度の調査では、ホームヘルパーが実際に行っている仕事をこの二種類に分けた場合、それぞれの比率はどのくらいかを聞いた。また、ホームヘルパーの普段の仕事の中で、いくつかの起こり得る状況について、その発生頻度を聞いた。ここでは、これらの調査結果を通して、ホームヘルパーの業務の実態を分析することにしたい。

業務内容

図 8 ホームヘルパーの業務内容 (n=173)

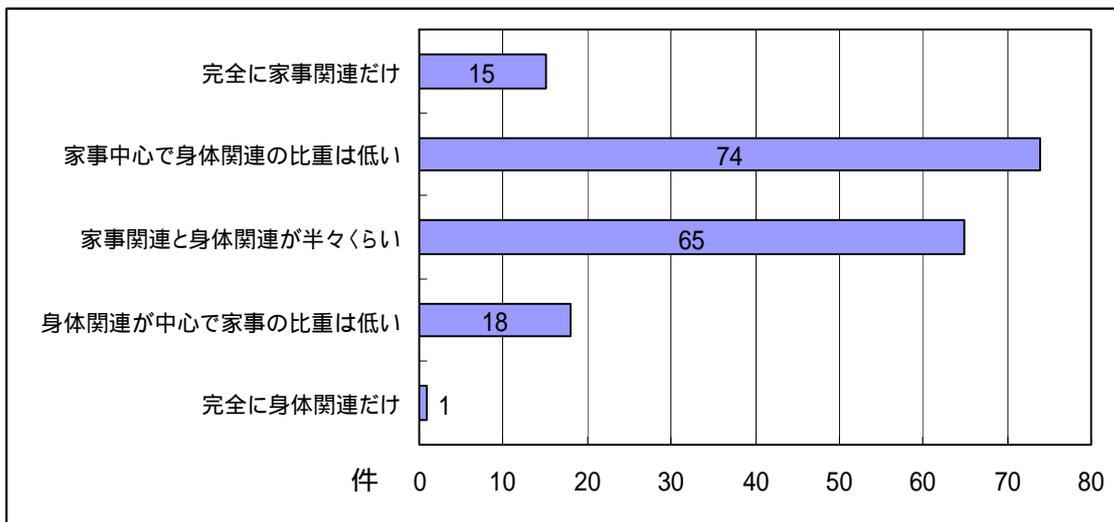
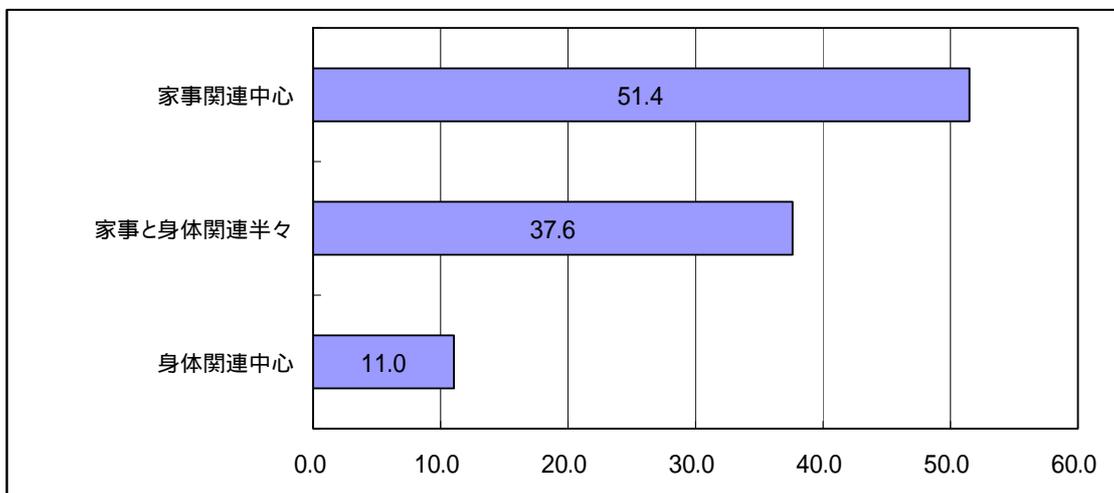


図 9 ホームヘルパーの業務内容 (三分類)(n=173)



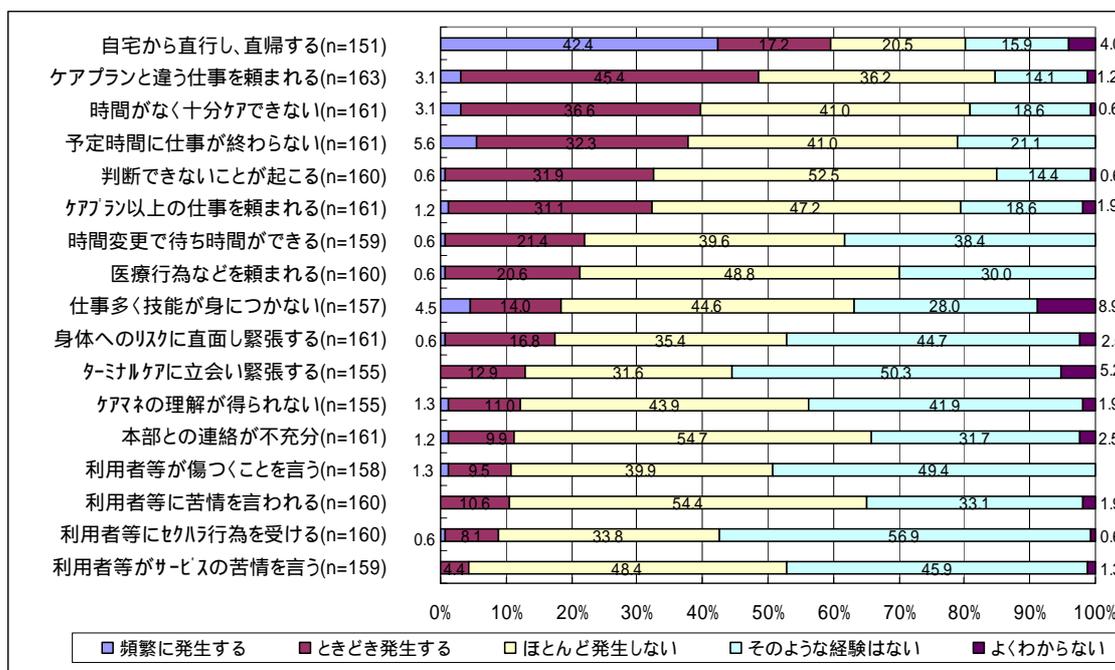
今回の調査では、「あなたが実際に行っている仕事を家事関連と身体関連に分けた場合、それぞれの比率はどのくらいですか」という質問に、「完全に家事関連だけ」、「家事関連が中心で身体関連の比重は低い」、「家事関連と身体関連が半々くらい」、「身体関連が中心で家事関連の比重は低い」、「完全に身体関連だけ」という五つの

パターンで回答を求めた。回答の結果、「家事中心で身体関連の比重が低い」の回答がもっとも多く、次いで「家事関連と身体関連が半々くらい」が続いており、この二つの回答が大半を占めている。他の三パターンの回答は少なく、特に「完全に身体関連だけ」は1ケースだけで例外的な回答になっている。

この回答結果を「身体関連中心」(「身体関連が中心で家事関連の比重は低い」と「完全に身体関連だけ」をあわせたもの)、「家事関連中心」(「完全に家事関連だけ」と「家事関連が中心で身体関連の比重は低い」をあわせたもの)、「家事関連と身体関連が半々」の三パターンに分け、回答の比率を示したのが、図9である。この結果を見る限り、半分以上のホームヘルパーが「家事関連中心」の業務を行い、「身体関連中心」のサービスを行っているヘルパー1割を少し超えるくらいの少数にとどまっていることがわかった。

#### ホームヘルプサービスの業務実態

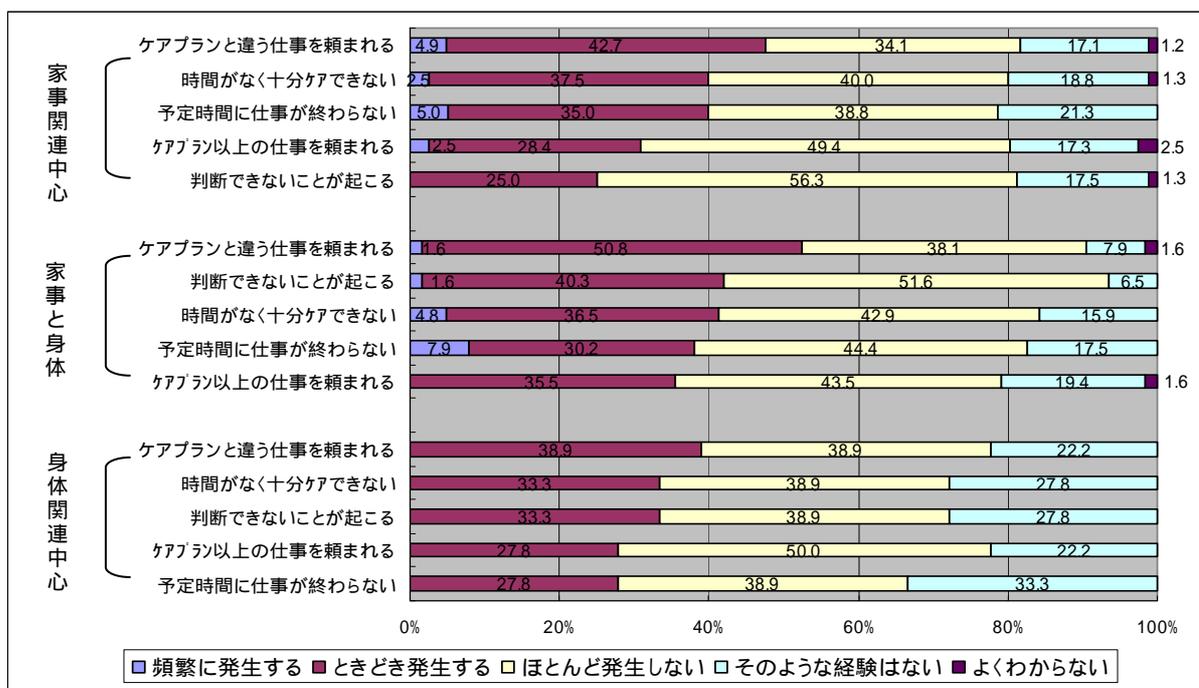
図10 ホームヘルプサービスの工作中に直面する状況



ホームヘルパーが普段の業務を行う中で、どのようなことが起こるかを、17 場面

の起こり得る状況を提示し、「頻繁に発生する」、「ときどき発生する」、「ほとんど発生しない」、「そのような経験はない」、「よくわからない」、で回答した結果をまとめたのが図10である。他と比べて、「自宅から利用者宅に直行し、終わるとそのまま帰宅する」がもっとも高い確率で発生することになっているが、これはアンケート回答者の大多数が登録型ヘルパーであることから起因するものと思われる。これを除き、ホームヘルプサービスを提供する中で、起こりうる状況について「頻繁に発生する」と「ときどき発生する」を合わせた比率が30%を超え、他より相対的に発生する可能性が高いと言える項目が5つある。比率の高い順に、「利用者・家族からケアプランと違う仕事を頼まれる」、「援助時間が足りず十分なケアができない」、「急いで仕事を進めても予定時間に仕事が終わらない」、「自分ひとりでは判断できないことが起こる」、「利用者・家族からケアプラン以上の量の仕事を頼まれる」となっている。

図11 ホームヘルプサービスの工作中に直面する状況  
ホームヘルパーの業務内容(三分類)との比較



ホームヘルパーの業務内容(三分類)別に、ホームヘルプサービスの仕事中に直面する状況をみると、まずヘルパーの業務内容と関係なく「利用者・家族からケアプランと違う仕事を頼まれる」が1位になっており、仕事中にそのような状況が発生する可能性が相対的に高くなっている。それ以外の状況の中では、「利用者・家族からケアプランと違う仕事を頼まれる」がいずれの業務内容において4番目か5番目に位置しており、そのような状況が発生する可能性は相対的に低くなっている。また「援助時間が足りず十分なケアができない」は、いずれの業務内容でも2番目か3番目に位置している。以上の3つの状況は、業務内容別に相対的な位置が同じ順番になっている。

ところが、「自分一人で判断できないことが起こる」状況は、ヘルパーの業務内容によって、順位が違うことになっている。業務内容が「家事と身体関連半々」と「身体関連中心」のヘルパーの場合は、それぞれ2位と同率2位になっている反面、「家事関連中心」のヘルパーは5位になっている。すなわち、業務内容が「家事関連中心」のヘルパーは、他のヘルパーより、仕事中に「自分一人で判断できないことが起こる」状況が発生する可能性が相対的に低いことが分かる。しかし、この結果をもって、「家事関連中心」の業務が、一人で判断できないことが起こる可能性が低い「単純業務」であると解するのは適切でない。この分析はそれぞれの業務内容別に起こる状況がどの程度異なるのかを検証するのが目的であり、その観点からすれば、業務内容（家事中心、身体中心、中間）の別なく、介護労働者の日々の仕事が一手に不確実環境下に営まれているということを確認しておくことが最も重要な点であると思われる。

## 5 介護サービス提供分野における外国人労働者活用の可能性

介護サービス提供分野での外国人労働者受け入れに関して、現実に導入すること

を前提に具体的な検討が進められたケースは、2004年から着手されている日比経済連携協定の9大領域の一つである、「人の移動」に関する交渉が初めてのケースである。この論文を執筆している2005年3月末時点で明らかになっている重要な合意事項として、以下の7点を挙げることができる。

- (1) 日本での研修を経て就労を予定するフィリピン人の母国での資格要件について、看護師資格保有者、四年制大学卒業者など、明確な規定がなされた。
- (2) 日本への入国後必要とされる研修の概要と研修期間(6ヶ月)に関するルールが定められた。
- (3) 日本で就労する前提として必要とされる日本の資格要件(介護福祉士)が指定された。
- (4) 資格(介護福祉士)取得を目的として日本に滞在可能な期間の上限(4年または養成施設で定められた養成期間)が定められた。
- (5) 資格を取得して就労可能となった者が在留できる上限年限(3年)とその更新の可能性について規定が行われた。
- (6) 資格取得後に就労する場合の在留資格(特定活動)が定められた。
- (7) 受け入れ予定人数についての数値(100人まで)が初めて示された。

だがこの交渉においてもまだすべてにわたった細目合意が達成されているわけではなく、依然として先行き不透明なまま決着していないように思われる点も少なくない。二国間の外交交渉のプロセスで細部の決着が遅れている、という事情が発生しているのかもしれない。だが、より本質的な問題は、日本政府自身が介護労働の受け入れに関して国内的に未解決の問題を多く抱えていることから、先送りの課題が多く残されていることの方なのではないだろうか。国内的な合意形成の困難さは、本稿で考察してきた介護労働をめぐる制度変革や職場実態と重ね合わせることで鮮明に浮かび上がらせることができる。その点について以下3つの点を指摘し

て本稿のむすびとしよう。

第一には、本稿第2節では、介護保険制度改革によってホームヘルプサービス提供者の就労に基盤変化が起こっているが、こうした事実が代表されるように、日本では現在、介護保険制度の基本方向に重大な変更が加えられようとしている。介護労働を構成する様々な職種にもスクラップアンドビルドが行われそうな状況である。そうした状況のもとで、どの職種を切り出して外国人労働者に開放するのか、という点について、日本国内の事情がからんで一層見通しがつけにくい状態になっているのではないだろうか。

第二には、今回の介護労働分野への外国人労働者導入の議論は、日比経済連携協定という包括的な協定の一部として、フィリピン側主導による外在的な理由から対応を迫られたという側面が大きい。厚生労働省は日比経済連携協定における「医療、福祉領域の人の移動」に関連して5つの原則を示しているが、その内容は、介護労働全般についての労働市場開放をどのように行うのか（行わないのか）という点に関する独自の判断を示すものではない<sup>22</sup>。厚生労働省は規制改革・民間開放推進会議による第一次答申（追加答申）に対する省としての見解を公表し、その中で同答申が今後の課題として取り上げた「外国人介護福祉士の就労制限の緩和等」について、次の四点を挙げて反論を展開している。<sup>23</sup> 介護分野での外国人の受け入れが、国内の雇用政策とは全く関係のない外在的な要因によって進行している、というのが厚生労働省の見解であって、外務省、法務省、経済産業省などの姿勢とも一線を画する、といえるほど厳しい制限的な姿勢が堅持されている。

- (1) 現在、介護分野の労働力は不足している状況にはないが、EPAに基づく介護福祉士の受け入れは、国内で必要性があるためではなく、EPA締結

<sup>22</sup> 5原則とは以下のとおり。専門家の移動に限定。国家資格の取得を求める。労働市場への悪影響を避け、受け入れ枠を設定。送り出し及び受け入れの組織・枠組みを構築。ステップバイステップのアプローチ。

<sup>23</sup> 厚生労働省『規制改革・民間開放の推進に関する第1次答申（追加答申）に対する厚生労働省の考え方』2005年3月25日

によりもたらされる全体の経済的メリットを考慮し、相手国から要望がある場合に、特別の受け入れを検討しているものである。(以下略)

- ( 2 ) EPA に基づき、介護福祉士を受け入れる場合でも、不法就労、不法滞在、その他犯罪の防止や労働市場への悪影響が排除できる適切な仕組みや体制の整備が前提であり、相手国の送り出しのための体制や教育制度、資格制度などを精査した上で受け入れの検討を行っている。
- ( 3 ) 一方、介護分野は今後国内の重要な雇用機会の場合として期待されている分野でもあるところ、たとえ我が国の国家資格を取得したとしても、EPA のような限定的な扱いの範囲を超え、在留資格を認めることとした場合、国内労働市場に悪影響を及ぼす恐れが大きい。
- ( 4 ) さらに、未だ日比 EPA の下での枠組みを構築中の時点において、これがどのように機能するのか評価できない段階で EPA の範囲を超えて受け入れ拡大の方向性を示すのは我が国社会へ与える影響を無視したものであり、きわめて不適切である。

第三には、ホームヘルパーの就労実態や仕事意識にかんする調査結果分析の部分で示したように、日本では介護労働について、社会的に合意された職種的なアイデンティティが希薄なまま、フレキシブルな執務体制を取っている点が注目される。こうした状況は、介護分野のうちのどの部分において外国人を導入し、日本人労働者との協働体性をどのように組んでいくのか、という構想を立てるうえでの障害要因となりそうである。一口に介護労働といってもその裾野は広く、「介護」概念自体、様々な定義づけがありうることは本稿でも示したとおりである。職場での労働者アンケートから示唆されるように、例えばクライアントとの関係でも、ヘルパー固有の仕事領域についての相互理解を共有することができていないことから発生する、コミュニケーションギャップという問題がある。こうした状況は外国人労働者の活用にとっては好ましい状況とはいえず、たとえ日比経済連携協定で合意された日本

語教育の徹底がうまくいったとしても、それだけで解消することは難しい。日比経済連携協定に関する経済産業省の文書では、フィリピン・タイとの EPA 交渉における人の移動に関する交渉対象職種が具体的に例示されている<sup>24</sup>。その中では介護労働者は専門的・技術的労働者（看護師を例示）と単純労働者（家事補助者、ベビーシッターを例示）の中間の「グレーゾーン」労働者として例示されている<sup>25</sup>。このことは、日本の政策当局が、日本の労働市場において介護労働者をどのように位置付け、どのような領域で外国人を活用しようとするのかに関して苦慮している現状を表すものといえよう。

---

<sup>24</sup> 経済産業省 『経済連携の取り組み状況について』 2004 年 12 月 p.20

<sup>25</sup> その他のグレーゾーン労働者の例としては、タイとの EPA 交渉で考慮されているマッサージ師、保育士、調理師である。