

筑波大学「日本財団 中央アジア・日本人材育成プロジェクト(NipCA)」主催

公開講演会シリーズ

「中央ユーラシアと日本の未来」

第13回

アジアの人材育成 — 日本の外国人介護人材受入制度について—

沖縄国際大学経済学部経済学科准教授 鹿毛 理恵

筑波大学「日本財団 中央アジア・日本人材育成プロジェクト(NipCA)」主催

公開講演会シリーズ

「中央ユーラシアと日本の未来」

第13回

アジアの人材育成 ― 日本の外国人介護人材受入制度について―

沖縄国際大学経済学部経済学科准教授 鹿毛 理恵

講演会シリーズ「中央ユーラシアと日本の未来」の 講演会記録の刊行に寄せて

白山 利信

筑波大学人文社会系教授・NipCA プロジェクト実務責任者
グローバルコミュニケーション教育センター長

筑波大学「日本財団 中央アジア・日本人材育成プロジェクト (NipCA)」は、2019 年 1 月、文部科学省「大学の世界展開力強化事業 (ロシア)」の本学の採択事業「ロシア語圏諸国を対象とした産業界で活躍できるマルチリンガル人材育成プログラム」(2014-2019) の成果とノウハウを引き継ぎ、新たなミッションを担ってスタートしました。初年度を成功裏に締めくくべく残された事業案件を進めていた 2020 年春、新型コロナウイルスのパンデミックという事態に突然見舞われ、2月下旬の時点で初年度予定していた研修事業や国際学会は中止せざるを得ず、次年度の計画のすべてが変更を余儀なくされました。

新型コロナウイルスが収束しない中で始まった当プロジェクトの 2 年目ですが、活動形態をオンラインに切り替え、派遣・受入事業を除けば、前年度以上のプロジェクト活動を推進することができました。NipCA プロジェクト主催の公開講演会「中央ユーラシアと日本の未来」シリーズもそうした事業のひとつで、Zoom によるオンライン開催に切り替えて行いました。初年度は計 10 回開催しました。今年度は、初年度を上回る聴講者 (毎回平均して 50 名) に参加していただきました。聴講者から講演内容が素晴らしいので、冊子として読みたいとの多くの声を頂戴しました。そこで、本プロジェクトの社会貢献の一環として、講演会記録冊子として刊行することにしました。

本冊子に収められているのは、今年度の第 3 回目、通算では第 13 回目になる「中央ユーラシアと日本の未来」公開講演会「アジアの人材育成—日本の外国人介護人材受け入れ制度について—」の内容を収録したものです。講師を務めていただいた、沖縄国際大学経済学部経済学科准教授の鹿毛理恵先生に深く感謝申し上げます。今回のご講演では、外国人介護人材受け入れ制度とその展望について、特にインドネシアでの現地調査に基づいた EPA*介護福祉士の制度について、お話していただきました。日本だけでなく、アジア諸国でも現在少子高齢化が急速に進んでおり、介護事業の人材補給をアジア諸国に頼るというシナリオそのものが成り立たなくなってきました。日本とアジア諸国は、共通課題として少子高齢化社会を乗り越えるための協力関係を築くことが必要になっています。高齢者の介護は、私たち一人一人にとって身近な問題であり、超少子高齢化が進む日本社会の中で避けては通れない喫緊のテーマです。鹿毛先生のお話には、今後、大幅な不足が予想される日本の介護人材をどのように確保していくのか、またアジア全体の高齢化という事態に日本がどのように対処していくべきなのか等についてのヒントが隠されています。

今年度の講演会はすべて冊子化を予定しております。今後も NipCA プロジェクトの講演会シリーズ「中央ユーラシアと日本の未来」にどうぞご期待ください。

最後になりますが、日頃から筑波大学 NipCA プロジェクトを陰に陽に温かく支えて下さっている公益財団法人日本財団の森祐次常務理事、有川孝国際事業部長、ハフマン・ジェイムズ国際事業部課長、そして日本・中央アジア友好協会 (JACAFA) のヴルボスキ京子会長に対して、衷心より厚く御礼を申し上げます。

*Economic Partnership Agreement の頭文字を取った略称で、特定の国や地域同士で貿易や投資を促進する目的で締結された「経済連携協定」のこと。日本はインドネシア、フィリピン、ベトナムと EPA 協定を結んでいる。

梶山 本日は筑波大学 NipCA プロジェクト主催、第13回「中央ユーラシアと日本の未来」公開講演会にご参加いただき、ありがとうございます。本日、司会を務めます NipCA プロジェクトコーディネーターの梶山です。どうぞよろしくお願いいたします。

本日の講師の先生を紹介させていただく前に、本プロジェクト実務責任者の白山利信教授から、本講演会の趣旨を説明させていただきたいと思います。白山先生、よろしくお願いいたします。

白山 皆さん、こんにちは。本日はお忙しいところ、本講演会にご参加いただきまして、誠にありがとうございます。

筑波大学は日本財団さんから助成をいただきまして、筑波大学「日本財団 中央アジア・日本人材育成プロジェクト」という大型プロジェクトを展開しております。本講演会は、筑波大学「日本財団 中央アジア・日本人材育成プロジェクト」が主催組織となり、筑波大学のグローバル・コモンズ機構、SGU 事業推進室、グローバルコミュニケーション教育センター社会貢献委員会、地域研究イノベーション学位プログラム、人文・文化学群、社会・国際学群が協力組織となっております。

このプロジェクトでは、中央アジアと日本を自在に行き来し、当該社会の発展のために活躍できる人材を育成するという事で取り組んでおります。将来のキャリアパスに役立つテーマを選びまして、中央アジア出身の留学生、また日本人学生等が日本の国内事情、それから中央アジア社会の諸課題、そして世界の SDGs 達成に寄与する取り組み等をより深く理解する機会としての「中央ユーラシアと日本の未来」と題する公開講演会シリーズを実施しております。

今回は第13回目になりますが、本日は国際経済学の専門家であり国際労働移動に関する移民政策の分野でご活躍の沖縄国際大学の鹿毛理恵先生をお招きいたしました。日本の外国人介護受け入れ制度というテーマは恐らく SDGs 達成の17の目標のうちの第3番目「すべての人に健康と福祉を」、そして8番目「働きがいも経済成長も」というこの二つの目標に関わる非常に大切なテーマだと考えております。

日本の超少子高齢化社会において、外国人介護人材の受け入れというのは介護人材不足で悩んでいる日本国内の大きな社会的な課題と直接結び付いております。また、日本人の誰もが、あるいは少子高齢化社会である諸外国もそうだと思いますが、国民一人一人が直接、間接に関わる喫緊のテーマだと思います。今日は私も含めてしっ

かりと鹿毛先生から学んでいきたいというふうに考えております。

以上、簡単ではございますが、本日の講演の趣旨説明とさせていただきます。それでは司会のほうにバトンを返します。よろしくお願いいたします。

梶山 白山先生、ありがとうございます。では、私のほうから簡単に鹿毛先生のご紹介をさせていただきます。鹿毛先生はニューイングランド大学大学院経済学修士課程を修了されて、その後、佐賀大学大学院工学系研究科で博士課程を修了されました。非常に国際経験が豊富な方で、まず学部時代にタイで、現地で交換留学生として農村開発と農業経済を学ばれて、その後、大学院の修士課程ではオーストラリアに留学し、インドネシア、マレーシアでの現地調査で国際労働力の調査をされておりました。さらに博士課程進学後はスリランカで女性家事労働者の調査を行っておりました。本日の講演は2016年から2017年にかけてのインドネシアの現地調査に基づく報告と伺っております。

それでは鹿毛先生、1時間ほど講演をお願いしたいと思います。講演者の鹿毛先生以外の方はビデオをオフ、マイクをミュートをお願いいたします。鹿毛先生にホストをお譲りします。鹿毛先生、共有できるでしょうか。

鹿毛 はい。

梶山 大丈夫そうですね。では、よろしくお願いいたします。

鹿毛 白山先生、梶山先生、ご紹介をどうもありがとうございました。このたびは「中央ユーラシアと日本の未来」「日本財団 中央アジア・日本人材育成プロジェクト」より、このような機会を頂戴し、ありがとうございます。

それでは、早速、私より報告したいと思います。今回は「アジアの人材育成」と題しまして、日本の外国人介護人材受け入れ制度とその展望などについてお話をすすめていきたいと思っています。

私は団塊世代ジュニアでございまして、2040年、2060年は自分が高齢者になる年齢です。その将来の状況を想像してみたときに、また、現状の日本の介護や社会保障の状況等を踏まえて考えてみると、非常に強い危機感を抱くわけです。以前、同じテーマで研究していた時期があるのですが、その後しばらくこのテーマから離れていました。最近、あらためてきちんとこのテーマで研究を試みようかと思いはじめたときに、今回このような機会を頂きました。大変ありがたい機会にめぐり合えたと思っています。

では、早速、進めたいと思います。今日の報告のアウトラインとしましては、このような流れで考えています。最初に日本の介護人材不足の背景やその状況、取り組みなどについて、まずは外国人労働者の話を進める前に、日本の介護業界、そしてその介護業界の中での介護職員の確保や育成、介護職員の労働環境、そういったものをきちんと見た上で、次に日本の外国人介護人材受け入れ制度の変遷とその役割について話を展開していきたいと思っています。

一方、アジアについて、この報告では送り出し側として捉えています。介護人材や家事労働者も看護師もいわゆるケア人材という表現をする研究も多いですが、国際経済学分野では、「労働力の輸出」という経済的な表現を用いて、先進国やアジア域内の労働需要の高いエリアに輸出するということがあります。そうすると、この経済的な効果がどういうものかがみえてきます。今回は、なぜこのような状況が起こるのかということを少し考察するつもりです。

そして、先ほども紹介していただいたように、インドネシアのEPA介護福祉士候補者について、2016年から2017年まで助成金を頂いて研究する機会を頂きました。そこでどういう調査結果が得られたか。そして、そこで私がどのように感じたか。当時はまだ技能実習制度による介護人材の送り出しや、特定技能、在留資格「介護」が創設される前のまだそれらが青写真の段階でした。新しい在留資格の導入のうわさが介護業界内で流れている最中での調査だったので、その时期的な状況で見えてくるものには多少の影響があるかと思っています。

また、アジアも少子高齢化を迎えはじめています。日本はアジアに先行して少子高齢化が進んでいるわけですが、日本が果たすべき役割とはいったいどんなものが考えられるのかという視点から、私なりの考えをお話してみたいと思っています。

それでは本題に入りたいと思います。まず「はじめに」、これまでに医療技術の発展、ワクチン開発、生活環境の改善が起こり、健康と平均寿命が大幅に伸びて世界全体で高齢化が進んでいます。家族計画などによって、出生する子どもの数を制限したりなど、そうした取り組みが少子高齢化を招いています。

国連の推計によれば、2050年、世界の総人口の高齢者65歳以上が6人に1人になり、それは総人口の約16%に当たります。2017年にはこれが約11人に1人でしたので、わずか30年ほどで65歳以上の高齢者の人口割合というのが急速に拡大していくだろうといわれ

ています。

既にアジアは世界の総人口の中で50%以上を占めています。人口規模も大きいわけですから、2020年の段階で65歳以上の高齢者は4億人を超えているのです。2010年では高齢者数が2億8000万人だったので、急速な勢いで高齢化が進んでいるという状況がみえてきます。

日本ではよく2025年問題が指摘されます。2025年になると団塊世代が75歳以上になるのです。ですから、社会保障や社会福祉の整備がどれほど進んだかは分かりませんが、様々な改革がこの2025年問題の対策として行われているようです。団塊世代の次世代である団塊ジュニアが65歳以上になるのが2040年です。つまりその時には人口の約4割が高齢者になっているということです。

スライド1の表をみてください。これは日本とアジア諸国の2019年と2050年における65歳以上人口の割合を示したものです。例外として南米ペルーがこの表にあるのですが、日本は技能実習生で受け入れたことがあり、また日系人としても入ってきていますので図表に入れました。日系人などの定住者は介護人材として活躍しているという話もありますので、参考までにペルーも加えました。表では、韓国、台湾などのような高齢化率が高い国々と、日本がEPA経済連携協定で介護福祉士または看護師の候補者を受け入れている国、つまりベトナム、インドネシア、フィリピンですね。それから技能実習生として受け入れるための覚書や協定を結んだ国。現地で特定技能試験が受けられる国を主に挙げました。ほとんどがアジア諸国です。日本は2019年の段階ですでに28%以上が高齢者で、2050年には約4割の37.7%に増えるという事態なのです。

アジアの中でもっとも2050年に深刻な高齢化社会を迎えるのは韓国です。韓国の場合、2019年の段階ではまだ日本よりも高齢化率が低い15%程度なのですが、2050年になると日本よりも高齢化率が高くなることが

	2019年	2050年		2019年	2050年
日本	28.0	37.7	ペルー	8.4	18.9
韓国	15.1	38.1	インドネシア	6.1	15.9
台湾	15.1	35.0	バングラデシュ	5.2	15.8
香港	17.5	34.7	インド	6.4	13.8
シンガポール	12.4	33.3	ミャンマー	6.9	13.2
タイ	12.4	29.6	ネパール	5.8	12.8
マカオ	11.2	28.9	ウズベキスタン	4.6	12.2
中国	11.5	26.1	モンゴル	4.2	12.0
スリランカ	10.8	22.6	フィリピン	5.3	11.8
ベトナム	7.6	20.4	カンボジア	4.7	11.7

注: 高齢化率の高いアジア諸国、日本とEPA、技能実習または特定技能に関する協定/覚書を結ぶ国を抜粋している。

予想されています。

それから台湾、香港、シンガポールなどは既に積極的に東南アジア諸国からメイドさん、家事労働者を受け入れてきた実績があり、家庭内の育児や介護の役割を部分的に担っています。それでも2019年における高齢化率はこの程度と日本よりも低いのですが、2050年になるとやはり30%以上を超えてしまうと予測されています。

またタイでは、2019年で高齢化率12%程度ですが、2050年には30%に近づき、東南アジアの中ではシンガポールに次いでかなり高い高齢化率が予測されるという状況です。

中国の高齢化率はまだ現在11%程度ですが、2050年になると26%になります。2016年に一人っ子政策をやめて、子どもは二人が理想という政策転換をしているので、ある程度は中国の高齢化率は長期的に見れば、徐々に押さえられていくのではないかという印象です。

それから、私が調査に行くエリアはスリランカですが、スリランカも早くから社会福祉や社会開発等が進んでいて、医療アクセスも南アジアではかなり充実しているせいか、高齢化率が現在10%なのです。2050年でも南アジア諸国の中でもっとも高齢化率が進む国になるようです。

そして、ベトナムは2019年では7.6%とすでに高齢化社会に入った状況ではありますが、それが2050年になると20%台に突入するのです。

この表で取り上げたペルー、インドネシア、バングラデシュとその他の国々はすべて、2050年になると10%以上になることが予測され高齢化社会になるというアジア地域の現状と将来の人口動態です。

それでは日本の介護人材不足とその背景、現状と取り組みについてお話ししたいと思います。スライド2をみてください。日本の場合、やはり一つの大きな転換点になったのが介護保険制度かと思います。介護保険制度は40歳以上を対象とし、介護保険を払わなければならなくなりました。もともとは1980年代後半にゴールド

プラン策定があつて、そして1994年からいわゆる厚労省、当時は厚生省ですが、高齢者介護対策本部が設置され、本格的に介護保険制度の制度設計が90年代半ばからスタートします。

なぜこのようなことが起こったかといえば、1970年代後半では高齢者の子との同居率は高かったんです。これがその当時は「福祉における含み資産」というふうと呼ばれておりました。つまり、家族が介護を担うということで、特にお嫁さん、嫁の負担が大きかったのです。しかし高齢者はどんどん長生きするようになり、寝たきりの状態や認知症が発症した状態のまま長生きするので、家族介護に限界が見え始めてきたというのがその背景にあります。

スライド3をみてください。介護の問題というのがかなり深刻化していくのです。もちろん高齢者人口の拡大が原因ですが。日本の平均寿命は、戦後直後は大体50代でした。現在、80代後半まで寿命が延びています。そして平均寿命が延びたのは大変喜ばしいことですが、自分一人でも何でもできる健康寿命との差が男性で約十年、女性で約十数年、男女平均で約12年から13年と、健康寿命と平均寿命の差があるといわれています。

戦後すぐまでは50代で亡くなっていたのですが、平均寿命が延びるにつれて、人類初の問題に直面します。それは認知症であったり、介護の長期化であったりという問題です。そのために要介護認定者が増加し、それで2025年の団塊世代の高齢者と、2040年問題における団塊ジュニアが高齢者になるときの超高齢社会に対する危機感が出てきたわけです。

それでは社会保障はどうしていきべきか。他のアジア諸国とは異なり、日本は国が介入する姿勢があると思っています。社会保障と税の一体化改革などが90年代以降、行われてきたようですが、税金でそれを賄い、不足部分は借金を背負うかたちで高齢化対策が進められているというのが現状だと思います。

介護問題の深刻化には家族の変化が大きかったわけで

スライド2. 介護保険制度の変遷		・前制度である自治体による「措置制度」は財源少なく、サービス選択に制約があったため、高齢化にともなう制度設計が求められた。 ・制度の意図、介護の担い手を「家族」から「社会全体」へ ・1970年代後半、高齢者の子との同居率が高かった。「福祉における含み資産」といわれていた。 ・同居家族、特に嫁の負担(寝たきりや認知症になった高齢者介護に限界) ・家庭内介護の問題 ・介護保険制度 ・サービス内容充実化 ・設置基準 ・人員配置基準(⇒資金に影響) ・社会保障・税一体化改革など、改訂ごとに国民の負担増?
年	内容	
1989年	ゴールドプラン策定	
1994年	厚生省に高齢者介護対策本部設置	
1995年	老人保健福祉審議会が介護保険の議論開始	
1997年	介護保険法成立	
1999年	延期・見直し議論が起こる	
2000年	介護保険法施行	
2006年	介護予防重視へ	
2014年	社会保障・税一体化改革関連法律成立一基金創設、地域包括ケアシステム、医療・介護連携	
2015年	軽度者へのサービスの一部を市町村独自サービスに移行 高所得高齢者の利用者負担増(1割⇒2割)	
2018年	特に高所得な高齢者の利用者負担を3割に	
2019年	介護施設の食費・居住費値上げと負担額引き上げ(21年度4月第8期介護事業計画～)	

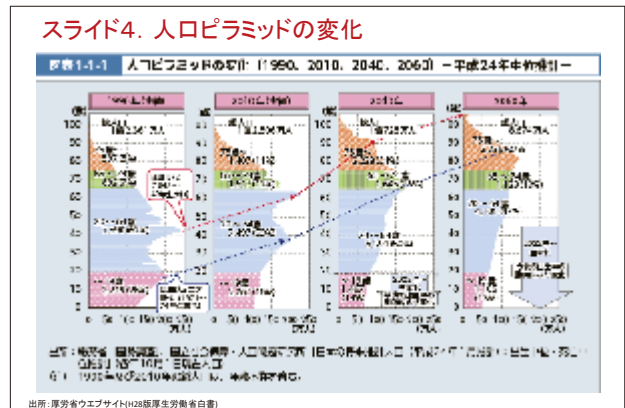
スライド3. 高齢化と家族構造と家庭内介護の変化	
・ 高齢化 ・ 平均寿命、戦後50代⇒現在80代後半 ・ 健康寿命と平均寿命に10数年の差 ・ 認知症 ・ 要介護認定者の増加 ・ 2025年問題(団塊)、2040年問題(団塊Jr.) ・ 社会保障財源の問題(税金と借金)	・ 家庭内介護の問題 ・ 施設難民 ・ 老老介護 ・ 認知介護 ・ 介護離職者年間10万人 ・ 虐待 ⇒家族の負担は依然として大きなまま
・ 家族の変化 ・ 未婚化、晩婚化、少子化 ・ 女性の社会進出 ・ 3世代同居の減少 ・ 高齢者の一人暮らし増加	

す。それまでは家族介護がメインでしたが、2000年に介護保険制度が導入されて変わりはじめました。介護保険制度が目指したものは介護を「家族から社会へ」、社会が介護の役割を担うという目標が立てられて進められました。介護保険が導入されて社会保障費の確保につなげようということなんですね。また、女性の社会進出で女性が外で働くようになる。それから3世代同居が急減していく。そして高齢者の1人暮らしが増加するというような問題です。

介護の担い手を家族から社会へと転換させようと制度改革が進められたわけですが、だからといって、家庭内介護の問題は、あまり軽減されていないような印象がやはりあります。家庭内介護の問題に直面する人々からは、なかなか要介護3以上に認定されないから、特養に入れられないからなど、施設難民の状況を訴える声が出てきたり。高所得者であれば、有料老人ホームなどに入れるでしょうが、年金14万円などでは入所選択は厳しいかもしれません。施設難民で施設にも入れないし、同居していない独り身の年寄り世帯や、高齢者のみの老老世帯のために老老介護で苦労するとか。介護者が年老いた妻であったり、夫であったり、息子であったり、娘であったりというような事態が生まれています。また、認知症の高齢者を同じく認知症の家族が介護するという認認介護といった話も聞かれます。

認知症を思うと、次第に認知症高齢者は自分中心となり、同居の息子や娘に「仕事を辞めて、私の面倒を見て」といって、最終的には介護者による介護離職者が年平均で10万人はいると報告されています。ちょうど働き盛りの50代が介護を理由に仕事を辞めてしまうのです。職場ではまだまだ介護休暇取得に対する理解が弱く、社会的に認知されていないので、仕方なく職場を離れる。これにより貧困問題が生じ悪化していくようなことも起こるわけです。また、介護のストレスから、虐待や殺人事件などが時折ニュースで流れてきたりするわけです。社会保険制度が導入されてもなお、依然として家族の負担は大きいままであるというのが現状のように私は感じております。

スライド4をみてください。この図は厚労省のウェブサイトから拝借しました。2025年問題や2040年問題がありますが、1990年の状況は、団塊世代は働き盛りで団塊ジュニアはまだ十代後半ぐらいでした。高齢化社会の認識はそれほど大きく問題視されていなかったわけです。2010年になると、団塊世代が定年を迎えはじめ、人口動態の変化が深刻な状況だと認識されはじめてきま



した。そして2040年では団塊ジュニアが高齢者になります。団塊ジュニアは就職氷河期を経験し、晩婚化と未婚化が増え、またその子どもの数も少ない事態になりました。団塊ジュニアは次世代をあまり再生産していないのです。そういう状況で将来、団塊ジュニア以上の極端に多い高齢者人口をどのようなかたちで面倒を見るのがかなり大きな問題になるんじゃないかなとみています。だから、家族の負担は依然として今も、深刻な状態のままできているわけです。

また（スライド2に）戻りますと、それでは介護保険制度で一体、何が可能になったかということ、介護保険制度が実施される前は措置制度というものがあった、主に自治体の財源で高齢者の介護などをやっていた。けれども、サービスの選択等にちょっと制約があるなど、実情に応じた制度設計が必要だという認識が高まり、この介護保険制度が登場したわけです。

この介護保険制度によってサービス内容が充実化しましたし、いわゆる施設等の設置基準とか、人員配置基準がつくられました。このような話は専門家の方にお話しただくと一番良いのですが。私の理解の範囲で説明をすると、この人員配置基準は実はすごく介護分野では重要なキーワードになっているようで、1人の利用者に3人の職員を配置しなければならないという決まりでして。それを基に政府から給料、賃金に回せるお金が補助金とかそういったかたちで入ってくるという仕組みです。

その中で政府によって、将来的な高い高齢化率に備えて、社会保障と税を一体化させる改革が導入され、消費税増税は社会保障に使うということで毎回増税されてきました。しかしながら、これは統計データなどから確認したことではあるのですが、消費税が増える一方で法人税はずいぶん下げられ、税収自体はそれほど大きな変化をこれまで見せてきていないというデータもあるようです。そのような状況では、介護職員の賃金を上昇させることなど、なかなか非現実的な制度設計になっていると

というのが現状のようです。

また、このほかに何が行われているかという、軽度者サービスへの一部を市町村独自サービスに移行する。全てを国が行うのではなくて、市町村単位に任せる。それから、高所得高齢者の利用者の負担料を増やすとか、施設の食費や居住費の値上げ、負担額引き上げといったことが改正ごとに行われてきています。さらに最近では、介護保険を40歳から下げて20歳以上から導入しようかという議論が行われているようです。

それでは、スライド5をみてください。国内の介護業界における介護人材不足の背景です。厚生労働省の推計によれば、2025年に団塊世代全員が75歳以上になったときに、要介護認定者がかなり増えるわけですから、介護職員の需要が245万人になります。そのうち施設等で供給できるのは211万人。34万人の介護人材が不足するという推計でした。

家族介護の負担感がなかなか減らないというのはやはり公的な、または外部のサービスとして得られる介護職員の人材が不足しているからといえるのかなと思います。なぜこうなったかといえば……。 (大学構内の) チャイムの音が聞こえるかもしれませんが、すいません。

何回も先ほどもお話ししたとおり、年齢別人口構成が変化していて、少子高齢化に伴う労働力人口の減少と高齢者人口の増大というのが大きな理由です (スライド4参照)。

それから要介護認定者の増加。やはり高齢者が長生きして増えるということは要介護認定者も増える。主に増えているのは認知症の方だといわれています。この要介護認定者も2000年、ちょうど介護保険制度が導入された年は218万人でしたが、2018年には644万人で、2025年問題に向かって今後もさらに増えるだろうといわれています。

また、介護業界に関するさまざまな政策的、社会、メディアや教育、それから介護業界全体のさまざまな課題

も、現在の人材不足にも大なり小なり影響していると思います、スライド5に書き並べてみました。

介護業界は人類史上初というか新しい業界なわけです。介護施設等の多くは中小零細企業が多いようです。政策的に人員配置基準があって、人員配置基準が介護職員の賃金の上昇を抑え、且つ、人手不足の問題をつくっているといっても過言ないようです。そして、介護業界自体にある不透明なキャリアパスと昇給の仕組みという問題も改善すべき課題だと思います。

それから、ほとんどが中小零細企業の中で「経験と勘」の仕事・作業の内容です。一般化されていない、科学的に、理論的に……。介護技術がまだまだ経験と勘と度胸だけで行われているようなところがある。そして、労働組合があまり見られません。さらに慢性的な人手不足の状態がずっと続いている。そして、常に人手不足なので研修など人材育成の余裕が施設・事業所の中ではあまりない。さらに資格のない未経験者でも働ける業界。

そして、高い早期離職率というものも問題になっています (スライド6参照)。また、実際に働いてみると利用者やその家族、職場での人間関係などを苦に離職するほか、収入が低いからという離職理由があげられています。特に男性が30代ぐらいになって結婚を考えだしたときや、子どもが生まれると介護福祉士として働くことに未来を描けないということで辞めていったりするようです。また運営体制に対する不満などで離職する傾向も見られるということでした。何となく介護の仕事に対して高い志ややりがいを持ち続けることが入職してから描きにくくなるという印象も受けます。

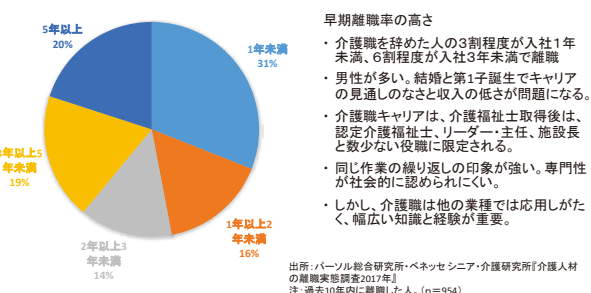
早期離職の高さですが、これは外国人の意見は入っていません。実態調査を基に実施されたものですが、介護職を辞めた人の3割程度が1年未満で辞めてしまっていた。これは過去10年で離職した人954人のアンケート調査で明らかになったデータです。やはり早期離職するのは男性が多いということですね。先ほども言いました結婚と第1子誕生でキャリアの見通しのなさ、収入

スライド5. 介護業界における介護人材不足の背景

2025年の介護人材の需要245万人のうち供給できるのは211万人で、34万人の介護人材が不足する(2018年厚労省推計)

- ・ **年齢別人口構成の変化**
 - ・ 少子高齢化にともなう労働力人口の減少と高齢者人口の増大
- ・ **要介護認定者の増加**
 - ・ 218万人(2000年)⇒644万人(2018年)⇒今後もさらに増える予測
- ・ **政策、社会(メディア)、教育と介護業界全体にある課題**
 - ・ 新しい業界 ・ 中小零細企業が多い ・ 人員配置基準の価格抑制機能(賃金上昇では人手不足解消されない)
 - ・ 不透明なキャリアアップや昇給の仕組み ・ 一般化されていない仕事「経験と勘」 ・ 労働組合等がない
 - ・ 慢性的な人手不足 ・ 研修など人材育成の余裕がない ・ 未経験者も働ける ・ 高い早期離職率
 - ・ 3K、5K、8K(きつい、汚い、危険、給与安い、臭い、休めない、暗い、婚期遅れる)のイメージ
 - ・ 利用者やその家族や職場の人間関係の問題、収入の低さ、運営体制に対する不満などで離職する傾向がある
 - ・ 介護の仕事に対して、やりがいをもち続けることが難しくなる

スライド6. 介護職員の離職までの在籍期間(%)



の低さで辞めていくというのが大きな理由のようです。

介護職キャリアとしては介護福祉士取得後、最近できた認定介護福祉士というのがありますが、基本的にはリーダー、主任、施設長と、そのキャリアパスのステップアップの対象となる役職の数が、他業種に比べ非常に少ないといえます。ですから、男性がなかなか主任にならない、リーダーにならない、施設長にならないとなると見通しが立たないということで辞めていくという傾向になるようです。

また同じ作業の繰り返しの印象が強い職種だと思われるやすいです。本当は認知症相手の仕事とか、また胃ろうとか、実は介護職員は高齢者の健康や介護、ある程度の医療に関することなど、大変重要な専門的な知識、認識、経験が必要なんです、やはり利用者の日頃の日常生活を支える、つまり入浴介助、排せつ介助、食事介助だとか、1日3回以上あるとなれば、どうしても同じ作業の繰り返しという認識は強くなり、やりがいを感じにくくなるのかもしれないと思います。

介護職というのは、実はかなりその業種でしか使えないような知識だったり、技術だったり、技能だったりがあるので、今まで介護職員として働いていた方が事務のパソコン作業などが必要な仕事に転職するのはなかなかハードルが高いようです。逆にこの介護職というのは利用者の生活を支えるという意味で、また利用者が医療的な問題、健康の問題があつて、それがどうなのか、認知症があつてどうなのかという幅広い知識、経験が重要なんです、そこが何かあまり自信を持って、専門職として働けないようなイメージをつくり出しているような印象を私は受けます。

それでは介護業界では介護人材不足に対する取り組みとして、実際に何が行われているかスライド7でみていきましょう。仕事をしていない女性の就労支援政策、シニア世代・高齢者の再雇用と就労支援策としてなどがあります。建設業界も深刻な人手不足として導入されたのですが、介護業界でも「助手」や「ケアサポーター」

をつくり、全くの未経験者でも働きながら仕事を学んでもらいましょうという仕組みです。それから東京都で行われた事業ですが、大学を卒業したけれども日本学生支援機構等のいわゆる教育ローン、奨学金と呼ばれていますが、介護業界に就職した新卒者には教育ローンの肩代わりをしますよといった事業を導入しています。また、失業者の職業訓練として、失業中に職業訓練の一環として養成校などで奨学金を受けながら介護福祉士の資格を目指すというものもあります。それから障害者の就労支援政策もあります。そして、2000年代後半ぐらいに急激に増えた人材派遣会社を活用するものもあります。政策的にも社会的に人材派遣会社による非正規雇用の状況もつくられたわけです。

少しまとめますと、雇用したい施設や事業所に補助金支援を行ったり、介護福祉士養成校での授業料免除を行ったり、日本学生支援機構の奨学金の返済支援をしたり、女性と高齢者の活躍を進める支援という形で介護業界の人手不足対策を行っているのです。

また経済状況から就職難に陥ると、結構、介護業界に就職する学生や自衛隊に入隊する学生も増えるように思います。ある種、この介護業界は、経済不況による就職難や就職氷河期に対するセーフティーネットの役割として機能してきたようにこれまでの状況から思われます。

それから未経験者であっても介護業界は介護人材として雇用するほど人手不足は深刻です。また最近では、人材派遣会社による中間搾取の問題についても業界から不満の声が聞かれます。1人当たり40万から50万の紹介手数料があると聞いたことがありますが、悪徳な人材派遣会社は、この紹介手数料で稼ぐために、例えば半年で人材を辞めさせ、よその介護業界に転売するというかたちで悪用しているということでした。ですから、1年未満で辞めさせるような仕組みをわざと作って、人材派遣会社が介護施設や事業所から中間搾取を得ているというような話もあると聞いています。これは人手不足問題を悪用した深刻な問題だと感じました。

外国人介護人材の受入れについてですが、政府は2010年代後半ぐらいからやっと在留資格「介護」を創設します。そしてやっと人手不足を理由に政府は特定技能1号を創設し、外国人労働者の受け入れを2019年からはじめることとなりました。それから養成校の留学生に対して奨学金支援が行われはじめます。これは自治体との共同で行われる事業です。今年は新型コロナウイルス感染症／COVID-19（以下、コロナ）で外国人の入国が難しくなり、在留資格を変更して帰国できない留学生

スライド7. 介護業界における介護人材不足に対する取り組みと対策

- ・ 無就業女性の就労支援政策
- ・ シニア世代の就労支援政策
- ・ 「助手」「ケアサポーター」の創設
- ・ 新卒者の奨学金返済肩代わり事業
- ・ 失業者の職業訓練
- ・ 障害者の就労支援政策
- ・ 人材派遣会社の活用
- ・ 在留資格「介護」の創設
- ・ 特定技能(外国人労働者受け入れ)の創設
- ・ 養成校の留学生への奨学金支援(自治体と協力)
- ・ コロナ禍の在留資格変更(留学生/技能実習生→特定技能1号)と技能実習生の転職支援
- ・ デジタル化、ロボット化、AIの導入

- ・ 雇用する施設・事業所に対し、補助金支援
- ・ 介護福祉士養成校での授業料免除
- ・ 日本学生支援機構奨学金の返済支援
- ・ 女性と高齢者の活躍支援
- ・ 就職難に対するセーフティネット
- ・ 未経験者の活用
- ・ 人材派遣会社の中間搾取(一人あたり40～50万円)

⇒いずれ介護人材の安定的確保と人材育成、長期的な定着に繋がると思われるが、コロナ禍で解雇された失業者の就労支援策になるか。

⇒デジタル化で新たな人材確保が必要。ロボットの導入コストや操作・維持費などに課題。介護作業負担の軽減には直結しない。

⇒比較的稳定して働く可能性の高い若い外国人労働者に期待されたが、コロナ禍で2020年4月に来日予定の外国人が大幅に減少。

や技能実習生を特定技能1号の「介護」分野へ転職支援というかたちで介護人材を確保する動きもみられました。またデジタル化、ロボット化、AIを活用していこうというようないきもみられます。

まず介護業界の人材不足の取り組みについて検討したいと思います。介護人材の安定的確保や人材育成は、高齢化が進む中においては、さきほど示した離職理由といった介護業界の負の側面を考えると、定着など、例えば5年以上働いてもらうという場合には色々と限界が来やすいのではないかと思います。しかしながら、今回、コロナでかなり解雇された失業者があり、結構、就職難に対するセーフティーネットの役割が介護業界にはあるのではないかと思いますので、もしかしたら就労支援策の一つとして介護業界というのが浮上ってきて、人手不足軽減になっているのではないかと思います。

また、デジタル化やロボット化、AI化なんかを進めようとしていますが、やはり特に中小零細な施設等においては人手不足の中、デジタル化とかそういった作業ができる新たな人材確保が必要になるのは負担でしょう。ロボット自体、結構、導入コストが高額ですし、それから操作や維持費、管理費などにやはり人手以外にも費用面での課題が出てくる。これも事業者側にとっては恐らく大きな負担になると思います。

ロボットなどは介護作業負担の軽減には直結できず、やはり人手が必要だということになるでしょう。人手不足の業界に外国人労働者を受け入れるという特定技能1号の創設がありました。日本がやっと人手不足を理由に外国人労働者の受け入れをはじめたといえるわけですが、そこに期待が寄せられるわけです。でも、今、コロナで入国できない技能実習生などが実際にいるのですが、10月からビジネス関連の外国人労働者、特にあまりコロナの感染率が高くない国からは受け入れを始めようというようなことでしたので、また状況は変わってくるのではないかと思います。

スライド8は、厚生労働省の作成した資料からとっ

たものです。厚労省も日本国内の介護分野におけるキャリアパスの不透明性については問題視していて、2014年あたりからキャリアパスをもっと明確化しようというような対策が組まれ始めました。よくダイバーシティといわれますが、いろんなタイプの人を社会参加させようという思惑があるんだろうと思いました。以前は専門性がかかなり不透明でしたので、介護職に対する理解やイメージが社会で不透明で不十分だったと思います。介護の仕事のイメージが湧かないという問題もあり、キャリアパスを明確化させようという取り組みが行われたわけです。

ピラミッドの最下層には就労支援の対象者がここに前提として検討され、全員がほぼ未経験者なのです。日本社会の日本人が介護分野のピラミッドを形成し、介護福祉士はこの辺で資格が取れる層にいて、外国人介護人材はこの階層の中でどの位置に置かれるのかなと考えるわけですね。そこには議論の余地があると思います。例えば、定住者、永住者とか日本人と結婚された方たちが社会進出するにあたって人手不足の介護業界に入る場合や、留学生のアルバイトで入るもの、それからEPAの介護福祉士候補者などが入るでしょう。定住者はどこの階層にも該当できるでしょうけれども、留学生のアルバイトはまさにこの未経験の若者として最下層に入るでしょう。EPA介護福祉士候補者はそもそもが介護福祉士、看護師の資格を持っている方が多く、現地でそれなりのトレーニングを受けた人たちですが、このあたり、潜在的な介護福祉士の階層に入るでしょう。技能実習生もEPAと同じ階層になるでしょう。在留資格「介護」は介護福祉士養成校を修了した方たちなので、上層あたりかなと思います。特定技能1号の場合は、技能実習生からの転用ケースもあるようなので、潜在介護福祉士と同じあたりだろうとある程度、イメージはできていると思います。

スライド9を見てください。日本の外国人介護人材の受け入れ制度の変遷、役割について見ていきたいと思います。

スライド8. 2025年に向けた介護人材の構造転換(イメージ)



スライド9. 介護業界における外国人介護人材の確保

- ・ 定住者(日系人、日本人等の配偶者、永住者など)
 - ・ 2009年のリーマンショック時に解雇された日系ブラジル人等の5割が介護職に就いたといわれる
 - ・ 日本人男性と結婚した外国籍女性などが介護施設等で雇用され、女性の出身国のEPA介護福祉士候補者、技能実習生を受け入れる際にリーダー・育成の役割を担わせるために施設が人材育成を行う
- ・ 留学生のアルバイト
 - EPA(経済連携協定)に基づく外国人介護福祉士候補生(在留資格「特定活動」)
 - 技能実習制度を活用した外国人介護人材
 - 在留資格「介護」
 - 在留資格「特定技能1号」をもつ外国人介護人材
- ・ コロナ禍で仕事を失い帰国できない技能実習生、留学生への介護職紹介
 - ⇒ 医療福祉の外国人労働者の割合は、1,265人に1人(2009年)から375人に1人(2017年)と3.4倍に増加(厚労省の統計をもとに三菱UFJリサーチが算出)
 - ⇒ 2018年において外国人介護人材が働く事業所は全体の5%程度
 - ⇒ 介護で就労できる在留資格の外国人介護人材は、日本の介護職員全体のわずか0.3%程度

います。先ほども少しお話ししましたが、介護業界における外国人介護人材の確保という点でいくと、やはり定住者が最初にこの業界に入ってきたようです。この定住者の方たちをいつまでも外国人呼ばわりするのはどうかという気もするんですけども、便宜上、外国人というくくりの中でお話しします。定住者は、日系人、日系ブラジル人、日系ペルー人、日本人の配偶者、永住者などが該当します。2008年のリーマンショック後の経済不況のときに大量解雇された日系ブラジル人などの5割が介護職に就いたという話がありました。

それから、日本人男性と結婚したような外国籍女性、フィリピン人女性やベトナム人女性などが、自宅から近い介護施設等にまず雇用されて、トレーニングを受けて、それで後々、EPA介護福祉士候補者や技能実習生を受け入れるからということで、この女性にリーダーや育成の役割を担わせるために人材育成が行われているという方法で、そういうかたちで活躍されている方がいらっしゃるようです。

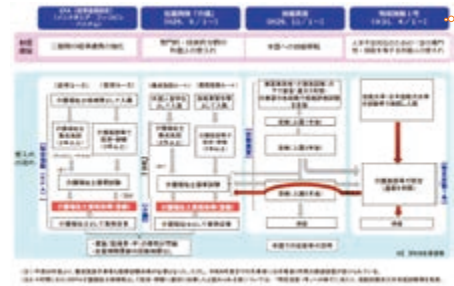
また、留学生でもアルバイトとして介護施設で働いているという学生は何人かいました。それから、EPA、経済連携協定に基づく外国人介護福祉士候補者、在留資格は「特定活動」の中のEPAになります。それから技能実習制度に在留資格「介護」、そして在留資格の「特定技能1号」を持つ外国人介護人材がいます。コロナで仕事を失って帰国できない技能実習生、留学生に介護職を紹介するとか、そういったかたちで業界としては介護人材の確保をしてきたようです。

三菱UFJリサーチが算出した統計によれば、医療福祉の分野で外国人労働者の割合はどの程度いるのかということなんですけど、リーマンショック以後の2009年、1265人に1人が外国人でした。それが2017年には375人に1人が外国人であったということで、このわずか10年足らずの間で3.4倍に増加しているということです。

それから2018年において、これはデータの出所を私がすっかり失くしてしまい分からないのですが、外国人介護人材が働く事業所は全体の5%を占めているといわれています。「まだまだ5%程度」と見るのか、「既に5%」と見るのか、人それぞれにとらえ方や印象があると思います。

ちなみにこの黄色い丸で囲んだ四つの制度は新規で来日する外国人が就労できる在留資格です。また、2018年のデータだったと記憶していますが、黄色い丸の在留資格で雇われる外国人介護人材は日本の介護職員全体の

スライド10. 外国人介護人材受入の仕組み



出所: 厚生労働省 https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_000117702.html#link1

スライド11. 外国人介護人材受け入れの仕組みと諸要件等

在留資格	資格条件	介護福祉士の資格	在留資格取得時の日本語能力	長期就労	受け入れ対応	受入調整機関等の支援
特定活動 EPA	母国の看護系学校卒業生/政府の介護士認定	資格なし/資格取得が求められる Off-JT+OJT	尼: N4程度 比: N5程度 越: N3程度	永続的就労可能 (特定技能移行可)	資格取得のための研修・支援整備が必要	JICWELSIによる受け入れ調整支援
介護	日本の介護福祉士養成校の卒業生 日本の他の在留資格からの移行者	資格あり	N2程度 個人差あり	永続的就労可能	日本語学校・介護福祉士養成校との連携が必要 「介護」に移行できる資格取得支援整備が必要	なし
技能実習	母国等で同種業務経験者	資格なし	N4程度(1年後N3程度が要求される)	最長5年(資格取得後「介護」変更可)	実習生5名につき1名以上の指導員配置。入国時講習。	管理団体による受け入れ調整支援
特定技能	国内外の評価試験合格者	資格なし	N4以上+介護現場で働ける日本語力	最長5年(資格取得後「介護」変更可)	特定技能協議会への入会手続き	登録支援機関によるサポート

スライド12. 外国人介護人材の受け入れと人員配置基準 介護報酬に影響

- ・EPA介護人材(N2取得者は施設就労から算定)
 - ・インドネシア人/フィリピン人…訪日前研修6ヶ月、入国、訪日後研修6ヶ月+就労6ヶ月以降、算定
 - ・ベトナム人…訪日前研修1年、入国、訪日後研修2.5ヶ月+就労6ヶ月以降、算定
- ・技能実習生「介護」(N2取得者は施設就労から算定)
 - N2がない場合…訪日後研修2ヶ月+実習6ヶ月以降、算定
- ・在留資格「介護」…即戦力、入職後すぐに算定可能
- ・特定技能1号…即戦力、入職後すぐに算定可能(技能実習3年修了の人材と介護技能が同等であるとみなすため)

わずかに0.3%を占める程度で、定住者がかなり大きなシェアを占めていることがわかります。

次にスライド10とスライド11、スライド12をみていきます。現在、外国人介護人材を受け入れる仕組みとして4制度あります。これは厚労省のサイトからコピー&ペーストさせてもらいましたが、このような状況です。ここでも書いてありますとおり、制度の趣旨というのが、EPAの場合は二国間の経済連携強化です。在留資格「介護」の場合は専門的、技術分野の外国人受け入れとして。技能実習の場合は本国への技能移転。特定技能の場合になって初めてここで人手不足に対応するためということで導入された四つの制度になります。

細かく仕組み等を見ていくと、EPAの場合は母国の看護系の卒業生で、入ってきた段階では介護福祉士の資格はない。しかし、資格取得を目指して頑張ってもらいたいというような制度です。インドネシア、フィリピン、ベトナムからの入国時、在留資格取得時に必要な日本語能力

が問われます。長期滞在は資格取得後に可能になります。受け入れ期間の支援なども細かく決められています。

在留資格「介護」の場合は、養成校ルートと実務家ルートと2パターンあります。この「介護」については介護福祉士の資格があるので、即戦力として雇用されます。この在留資格「介護」の下において永続的に就労ができます。養成校ルートだと日本語学校や養成校との連携が必要になってきますが、他の在留資格からの移行者等になれば、自分で何とか頑張って「介護」に移行できる資格取得、受け入れ先にかやってもらうというようなかたちで、割と個人プレー的な入職と在留資格獲得が可能なようです。しかし、支援などのあり方に違いがあります。

技能実習は、介護福祉士の資格はもっていない状態で受入れられるのですが、最長5年の滞在が可能です。資格取得後は在留資格「介護」に移行できます。ただし、技能実習の場合は、国際貢献という建前が以前叩かれてきましたが、日本の現状と制度上から、仕方のなかったことだったのではないかと思います。

それから、特定技能が初めて人手不足の解消のための労働者受け入れという制度設計なのですが、日本語と知識などの試験などがあるようですが、介護福祉士の資格がない状態で受け入れが可能です。以前、働いていた大学では、留学生によく「特定技能の試験を受けなさい」なんてことをよく言って指導していたことがありますが、留学生から特定技能への移行も可能でした。特定技能の場合は滞在が最長5年です。しかし、介護福祉士の資格を取得すれば、在留資格「介護」への移行ができて、施設や事業所で即戦力として働くことができるようになります。こうして四つの制度と受け入れの仕組みを整えているのが日本の外国人介護人材受入の現状です。

施設側、法人側、事業者側からすると一番の懸念材料が人員配置基準として外国人介護人材をどのように扱えるのかというのが非常に重要な課題になるようでした。このように日本語能力のN2があれば、すこし在留資格取得のルート少々異なるようなのです。EPAの場合は学び目的で資格取得目的という説明を受けて現地の希望者はそれを信じて来ているようでした。そのため、本人たちは入ってすぐのギャップを感じるようでした。EPA制度の下では、外国人介護人材は人員配置基準に算定できるのが、研修期間を終えてから算定されるようになるわけです。

技能実習生「介護」の場合も、N2がない場合は実習6カ月以降で初めて人員配置基準の1人として算定でき

るようになります。

在留資格「介護」にあたっては、介護福祉士を持っている場合と、または養成校を卒業後に経過措置の中で2022年までは介護福祉士を持っていると見なされて在留資格「介護」を持っているとみなされるので、入職後すぐに人員配置基準として算定されるそうです。介護職員1人としてカウントされるので、事業所や施設にとっては人員配置基準を満たせる人材として即戦力になります。

また特定技能1号も、技能実習3年修了の人材であれば、介護技能が同等であるということで、入職後すぐに算定可能だと見なすことができるかたちで制度設計がされているようです。

一つ一つ見ていくと、EPAは大体、インドネシアとフィリピン、ベトナムから受け入れられていますが、インドネシア、フィリピンの状況から見ると、1カ国300人程度、受け入れるのがマックスなようです。2019年までに968の施設で累計5063人を受け入れてきています。2020年1月現在では、EPAの介護人材は介護職員として804施設に3587人が雇用されているということでした。それぞれ日本語要件が、インドネシアがN4、フィリピンがN5、そしてベトナムがN3の段階で日本に入ってくるので、介護福祉士の合格率はベトナム人が圧倒的に高いというのが現状のようです。

次に在留資格「介護」と留学生ですが、2017年9月から介護福祉士養成校を卒業した留学生に在留資格「介護」が施行されるようになりました。これは2022年までの経過措置として、介護福祉士の国家資格をまだ取っていないとしても、外国人ですから、2022年までに介護福祉士の国家試験に合格すれば、在留を延長させますよというような、いろんな条件が今後出されるのか分かりませんが、在留資格「介護」が創設されたことによって、こういったかたちで介護福祉士養成校に入学する留学生数も急激に伸びています。このような変化が見られたわけです。

次に技能実習ですけれども、介護人材の受入れは2017年11月にできました。技能実習制度に関して、大きな見直しがあった年でもあります。やはりこの技能実習の段階でも、労働力不足を補うための手段として利用されるのではなくて、国際貢献や技術移転が前提となっています。だから、それほどたくさんは受け入れられないんじゃないかなとは思いますが、それでもこういう在留資格「介護」というものができたということで、それから技能実習で介護人材を受け入れられると

いうことで、申請件数が1万あるうち、認定されたのが8652です。2020年1月に認定されているので、コロナで来ているかどうかはちょっと不明ですが、こういうなかたちで順調に数を拡大していったということです。例えば私なんかはスリランカにはよく調査で行っているのですが、スリランカでもやはりこの技能実習制度を使って、技能実習生として介護人材を送り出す取り組みが行われておりました。

特定技能1号は深刻化する人手不足対応として正面から対応するために、外国人労働者を受け入れるということで初めて制度設計され、2019年4月から施行されたものです。転職はできることになっています。技能実習3年修了者の在留資格変更を想定したところがあります。介護人材としては5年で最大6万人の受け入れを見込んでいたわけです。

でも、問題があって、外国から直接、来日する場合、実務経験、実技経験がない場合があるため、特定技能に関しては、先ほど言いましたとおり、介護職員の1人として、受け入れてすぐから1人として算定することができるようですが、そういうふうに人員配置基準の制度設計がされていますが、実際のところ、外国から直接来日する側は本当に実務経験とか実技経験があるかどうか怪しいというところがちょっと問題だというふうには指摘されています。

また、2020年2月までには介護技能評価試験合格者が2300人、日本語評価試験合格者が2400人と、6万人を目指すと言っている割にはいろいろと準備不足等で数が増えていない状況ですし、さらにコロナということで、むしろ在留資格変更路線で動いているようなところが見受けられます。

続いてアジアのケア人材輸出と効果、外国人労働力を送り出す側からみて、メリットとしてどういうものがあるのか考えてみます。スライド13の図はもう少し検討を要しますが、おおよそこのような効果があると考えて

います。つまり、国際交流の役割、雇用機会創出、頭脳還流、そして海外送金と大きく四つの効果があると私は思います。

国際交流に関しては二国間とか、日本とインドネシア、日本とフィリピン、日本とベトナムといったように、政府間での交流が展開されます。また、こういったルートが開かれる、ゲートが開かれることによって、企業や個人、そういった民間での交流という国際交流が形成されるようになるわけです。それから、労働力の送出国の国内ではあまり経済活動に参加できていないような若者や主婦に雇用機会をもたらして、海外で働いて、お金を稼いでもらうことにつながる。

また頭脳還流についてですが。結局、日本の場合は技能実習にしても、一応、滞在期間に制限を設けているので、皆さん、期限がきたら帰っていくわけですけど、その結果、母国で技術移転や新規ビジネス誕生とか、そういったことの可能性が広がるでしょう。

また海外送金は目に見えるかたちで効果があるといえます。国際収支の貿易収支赤字の改善とか、その他、経済指標の改善にも効果があると思われますし、事業同士の企業利益にもなるでしょうし、また出稼ぎ、海外へ働きに出た人たちから送られる海外送金によって、母国の家計の消費、投資、貯蓄を拡大させることができるという大きなメリットがあるわけです。ですから、どこかにいい条件があれば、送り出し国としてはどこかへ送り出したいわけです。そして、友好な関係を築きたいというのが送出国側の意図なのです。

でも、やはり負の側面というものがあります。特にケア人材が被る直接的被害です。私は女性家事労働者の研究をやっていたので、こういうのはたくさん、実は社会的な問題として指摘できます。彼女たちは受入国の中で悪質で劣悪な労働環境に置かれやすい。これは行先にもよります。移住先の生活環境もいろんな制限が出てきますし、安い賃金、未払い賃金、不当解雇、虐待などが私がスリランカで実施した調査で明るみにになりました。海外では労働者の権利や人権が守られにくい状況に置かれやすいといったことが指摘できますし、受入国および送出国の双方の紹介・派遣業者による搾取といった問題もあります。

これは非経済的な問題ですが、残した家族との関係悪化も調査の中で明らかになりました。また、帰国後の再統合の難しさというのがあります。やはり一度、海外で高い賃金を得たり、面白い経験をしてから自分の田舎に戻ると、なかなかその国で仕事をしようという気持ちを

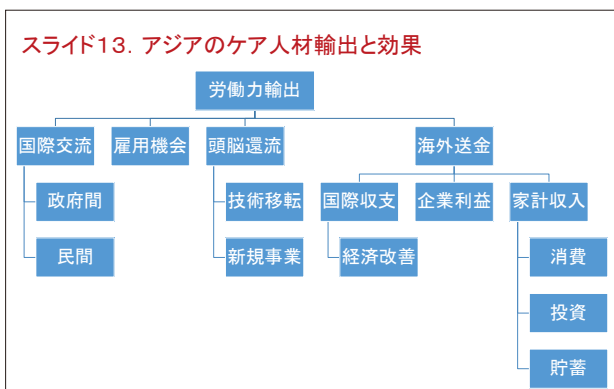




写真1. 帰国したEPA介護福祉士候補者への聞き取り調査

持ち続けることが難しくなる。母国や出身地域での再統合が難しくなるということがみられました。

それではここでインドネシアのEPA介護福祉士候補者の事例紹介をします。私は2017年2月から8月にかけて、EPA介護福祉士候補者に関する調査を行いました。それでは写真をお見せしながら、お話をしようかと思います。

彼らは帰国者です(写真1)。帰国後の活躍について、現地でアンケート調査をしました。EPAとして、日本で介護福祉士として働いていたインドネシアの女性と男性です。スカーフ姿の方たちはイスラム教徒で、何もされていない方はキリスト教徒でした。男性も一人参加してくれました。和やかなかたちでいろいろとお話を伺うことができました。

インドネシアで唯一の高齢者施設にも訪問しました。



写真2. インドネシアのメディストラ大学(看護学部)

高級有料老人ホームで、日本の業者がインドネシア政府との協働で建てた施設でした。当時の利用者は1人だけでした。

これはインドネシアのスマトラ島のメダンにあるメディストラ大学という医療系大学の看護学部の建物です(写真2)。とても立派な建物でした。大学が所有する病院も訪問しました。写真3をみてください。この2人は日本のEPA介護福祉士として施設で働いていました。女性の方は東北地方で働いていたそうです。彼女は1年で帰国したと言っていました。なぜなら雪深い地域ではすごく寒くて寂しい思いをしたと。外国人は2人だけだったので、とても寂しくて、ちょっと我慢できなくて帰ってきてしまったということでした。インドネシアは高温多湿な環境です。気候の違いも影響してしまうようです。

これらの写真は大学の皆さんに集まってもらいEPA介護福祉士の制度について勉強会を開いた際に、撮影したものです。私と共同研究者も日本の介護施設や養成校、EPA制度について講演会をしてくださると依頼を受けたのですが、そのときの写真撮影の様子です。看護学校の教員と看護師、そして200人以上の学生全員と、ずっとこうやって写真撮影をしなければなりませんでした。EPA説明会と講演会、写真撮影の後は大学内の施設を見学しました。そしてたいへんおいしいドリアンを頂きました。メディストラ大学の学長にもお目にかかるこ



写真4. 看護学部の教員



写真3. 帰国者EPA介護福祉士候補者による説明の様子



写真5. 看護学部の学生たち



写真6. EPA帰国者と日本企業とのジョブマッチ開催の様子



写真7. 現役EPA介護福祉士候補者への聞き取り調査

とができました。

インドネシアを訪問した際に、日本政府が企画して、在インドネシア日本大使館を通して、帰国したEPA介護福祉士候補者とEPA看護候補者を集めて、日本企業を対象にJob Fairを企画開催していたときの様子が写真6です。このJob Fairでは「日本で働きませんか。日本はこれから介護人材が不足するので、あなたが活躍できる場がありますよ」といったかたちで帰国者と日本の施設や事業所とのマッチングを行っていました。たくさんの企業と帰国者が参加していました。

写真7は、現役のEPA介護福祉士候補者たちへの聞き取り調査の模様です。九州北部にある病院と介護施設を運営する法人で働くEPA看護師候補生と介護福祉士候補生に声をかけて、食事をしながら、いろいろと話を聞いたときの写真です。彼女たちを受け入れるような施設の理事長は、国際貢献に強い関心がある場合や、またはその組織自体が非常に大きくて、十分に外国人を受け入れても研修、講習、人材育成ができる環境が、ある程度、整っているところに限られている印象を受けました。

インドネシアの場合、先ほど紹介したような看護大学を卒業したようなエリートが、EPA介護福祉士候補者になって来日してくるケースが多かったです。そのせいか、勉強の延長で来日したものの、施設に入るとなかなか勉強時間を与えてもらえなかったという意見や、施設内での人間関係が大変であったとか、インドネシアでは看護

スライド14. EPA介護福祉士候補者の帰国理由

- ・看護師の仕事がしかなかった。
- ・結婚適齢期を過ぎてしまうのが嫌だった。
- ・結婚するため。
- ・高齢になる親の面倒をみたかった。
- ・ある程度貯蓄ができたから。
- ・インドネシアに帰りたくなった。
- ・介護福祉士の試験に合格できなかった。
- ・気候が合わなかった。
- ・職場が嫌だった。

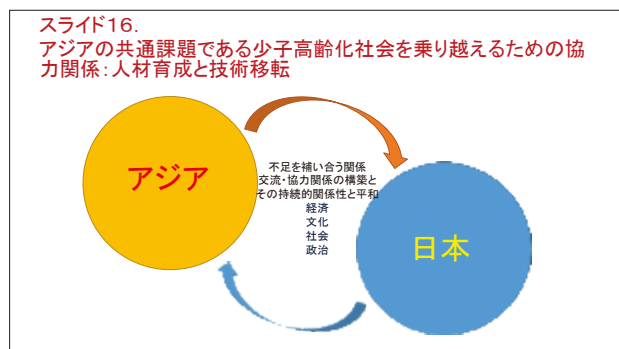
スライド15. EPA介護福祉士候補者の帰国後の状況

- ・日本人向けのクリニックの看護師
- ・インドネシア国内の一般病院等の看護師
- ・インドネシア国内の農村のクリニック
- ・日系企業の通訳(介護・看護のスキルは全く使っていない)
- ・日本向け技能実習の介護人材送り出し機関・研修機関のビジネス
- ・中東・東アジア諸国向けの家事労働者・ケア人材の送り出し機関・研修機関のビジネス
- ・産休・育児休暇中
- ・専業主婦(夫が働くことを許さない)

学校では病院研修などで注射を打っていたり、点滴をほどこした経験があるけれど、日本では介護福祉士候補者ということで、一切、医療行為にあたる経験を現場ではさせてもらえなかったことでもどかしい思いをしたという話が聞かれました。男性の場合は、仕事終わりに飲み会に参加したり、休日には旅行であちこち出かける自由があったけれども、女性の場合、特にイスラム教徒にはいろいろな制約があつて、少し寂しく思うこともあったという話を聞くことができました。

次に、スライド14で帰国理由をみていきます。看護師として仕事ができなかった。結婚するため。両親の面倒を見たかったから。ある程度、貯蓄がたまったから。インドネシアに帰りたくなったから。期限内に介護福祉士の国家試験に合格できなかったから。気候が合わなかった。職場が嫌だったといった、さまざまな理由でした。

その帰国後にどうなったかというところ、スライド15をみてください。日本人向けのクリニックや、また看護師として活躍したり、農村の……。インドネシアの場合は医者が不足しているので、看護師が医者の代わりとなって地方の農村では大活躍できるそうです。そういう農村の医療従事者として働いていたとか、また日系企業の通訳だったり、また逆に日本向けの技能実習の介護人材送り出し機関とか研修機関のビジネスをはじめていたり。その送り先が中東湾岸諸国であったり、家事労働者やケア人材の送り出し機関のビジネスを始めていたりしています。



また、ちょうど産休中で仕事を休んでいる時期であったり、育児休暇中だったり、または夫が働くことを許さないからということで専業主婦になっていたというような状況でした。

スライド16をみてください。今後、アジア全体が高齢化を迎えます。私としては、少子高齢化のために日本で介護人材が不足するからという理由だけで外国人介護人材を受け入れるのではなく、同時に日本の介護業界の労働環境や施設を整え、政策的な設備も行い、外国人だけでなく、日本人人材に対しても同じことですが、人材育成や専門性を高めることを意識しながら、日本の介護業界の発展をめざしてほしいです。そして、アジアや世界に先駆けて高齢化が加速する日本の役割として、日本が介護業界で得たノウハウをアジアに技術移転する意識で、アジアと日本との交流、協力関係を構築することを目標にしたいと思います。それは互いの不足を補う関係であり、関係性を持続的に発展させて平和構築をめざすかたちで進めていくことが望ましいと思っています。

日本はODA資金を使ってJICAなどが日本の中小企業支援対策等を通して、日本の介護をアジアに向けて輸出するといった介護ビジネスも近年活発化しているようです。介護福祉業界がさらに発展していき、働く人々もプライドと自信を持って、専門性を確立させて、発展していけるのが理想的だと考えています。

ご清聴、ありがとうございました。

梶山 鹿毛先生、ありがとうございます。鹿毛先生のお話は、前半は日本国内の問題について、介護保険制度や介護人材不足の背景といった観点から、詳細なデータに基づいて丁寧にお話ししていただき、後半は外国人介護人材受け入れのメリット、デメリットについて、またはその課題について分かりやすく整理していただいたと思います。今日、聴講している皆さんにとっても無関係ではないお話がたくさんありました。

それでは残りの時間で質疑応答に移りたいと思います。

ご質問がある方は、可能であれば、ビデオをオフにして、ミュートを解除してご質問をお願いします。また、チャットでも受け付けておりますので、ご自宅にいらっしゃるなどの環境で話すのが難しいという方はチャットにもご自由に書き込んでください。安蔵先生、どうぞ。

安蔵新子（ハノイ工科大学日本コンソーシアム担当日本語教員） はい、ありがとうございました。日本語教育の安蔵新子と申します。すぐにお聞きしたいことがたくさんあって、一番気になったのが、EPAが一カ国年間300人ぐらしか受け入れていないということでしたが、全体では……。

鹿毛 今現在、900人以上います。

安蔵 そうですね。その中で介護福祉士の試験を受けて。日本語で、日本人と全く同じ試験ですね。なので、合格率とかの問題もあると思うんですが、何回もチャレンジして、介護福祉士の試験に合格しなかった人というのはやっぱり日本にいられないわけで、その後、どうするのかなどというのをお聞きしたいです。

鹿毛 はい。不合格した場合は帰国して、大体4～5年でみんな、結婚適齢期を迎える女性が多かったです。女性の場合、必ず結婚してもらいたいようで、「早く帰ってきなさい」と親からよく言われていたそうです。本音はもう少し日本に居たいと思っていたそうですが、親には逆らえないのでしょう。合格していても結婚を理由に帰国した人もいました。逆に、「日本で4～5年働いたから、もう日本はいいかな」と思って帰国したという人も、聞き取り調査の中では割と多くいるという印象を受けました。

EPA介護福祉士・看護師候補者が国家試験で不合格になった場合は、2019年に導入された特定技能へ移行しても良いといった話も出てきているようです。

帰国した元EPA介護福祉士・看護師候補者も、先ほど写真で紹介したように、現地日本大使館が主催して、Job Fairを開催して日本企業とのマッチングを進めるようなことも行われています。帰国者に再度活躍してもらうことですね。

安蔵 ありがとうございます。もう一つお聞きしてもよろしいでしょうか。日本に来るに当たってのお金の問題なんですが、いわゆる技能実習生とか留学生というのは中間の派遣するところに借金をして、日本に留学しながら、働きながら返すという、返しきれないから帰国できないというジレンマみたいなものがあつたと思うんですが、EPAに限ってはそういう借金して来るということはないのでしょうか。

鹿毛 ないです。EPA は一切ない。どちらかという、もう恵まれた人たちです。1 人当たり 200～300 万ぐらい使われています。

安蔵 では、もう日本に来て、研修が終わって働き始めたら、すぐに一人前としてお金を稼げるようなシステムになっているのでしょうか。

鹿毛 はい。施設の話によれば、半年から 1 年ほどで一人前の働きをしてくれるそうです。給与は最初の年から受け取っているはずですよ。

安蔵 そういう点がやはり EPA で日本に行きたいという人が多い、人気の枠なんですね。

鹿毛 エリートに近いからでしょう。インドネシアの場合は、看護系の大学を出て、看護師の資格を持って日本に来ている人が多かったの。フィリピンとかベトナムはまたちょっと違うかもしれませんが。もともと実家もそんなに貧しいところではなかったという印象です。

安蔵 日本の先進技術の介護のスキルを学びたいという純粋な気持ちが強いということでしょうか。

鹿毛 いや、日本のパスポートはすごく恵まれて、海外へは自由に観光などで渡航しやすいのですが。多くのアジア諸国のパスポートでは、外国へ自由に渡航できるような国は非常に限られています。そのため世界を見てみたい、違う国での生活を経験してみたいという気持ちもあって来ている……。お金を稼ぎたいという意識よりも、海外での暮らしや仕事を経験してみたい、外の世界を見てみたいという思いの方が本音としては強いのではないかなという印象を受けます。

安蔵 なるほど。ありがとうございます。あと、ちょっとびっくりしたのが、65 歳以上の高齢化率がインドネシアはまだ 6.1%と書いてあったんですが、もともとやっぱり寿命が日本と 15 歳ぐらい違うので、彼らに対する介護する年齢というのが多分若いと思うので、既にインドネシアというのはもう介護しなくちゃいけないところなんじゃないかな。

鹿毛 いやいや、そんなことはないです。まだまだ日本のような深刻な状況ではないです。家族による介護がメインです。多分、子どもや孫が高齢者の世話など手伝っている家庭も多いと思います。日本とは違って、足腰が悪く弱くなったらそのまま老いを受入れ、高齢者に延命治療を積極的にしていないと思いますね。だから、日本ほど介護問題というのは、インドネシアの現段階ではほとんどない。

ただ、高齢者でも高額所得者などは、子どもたちが海

外に出たり、遠方の都市部で働いていたりで、高齢になった親の面倒を見ることができないケースもあるようです。高額所得者の中で少し介護施設や高級老人ホームなどを利用することが見られるようになってきているようです。それでも相当少ないと思います。

スリランカでも、優秀な人材や専門家がアメリカやオーストラリアに定住してしまい、親が高齢者となったときに、どこか有料老人ホームに入れるとか、24 時間体制の訪問ナースサービスを利用するといったことが一部で行われています。高齢化率 10% 台のスリランカでも、そこまで介護問題は深刻ではありません。

インドネシアやスリランカの病院では、排せつ介助や細かな世話などは看護師はやってくれません。家族の誰かが 1 人ずつついて、世話をするのです。看護師は一切、患者一人一人の生活の世話、介護はしない仕組みになっていました。

安蔵 ありがとうございます。大変参考になりました。

梶山 ありがとうございます。では、近藤先生。マイクのミュートを解除して、お願いします。

近藤高史（東京福祉大学留学生教育センター教授） 先生、どうもありがとうございました。近藤高史です。興味深く聞かせていただきました。先ほど結婚適齢期の話が出てきましたが、ちょっとお話を伺いたいまして、アジアから日本にやってくる人々の将来設計と日本の労働環境、あるいは各国のケア人材を送り出すときの意図というのがまだ十分に符合していないんだなということが感じられました。特に日本の今の制度というのが、日本にやってくる各国のケア人材の人々の将来設計とどれぐらい合っているのか、先生のお考えをお伺いしたいと思ったんですけど、いかがでしょうか。

鹿毛 はい。EPA の帰国者から聞いたところによると「よく施設では入浴介助をさせられて不満だった」という意見がありました。日本の入浴はインドネシアにはなくて、結局、そういう入浴介助の技能を身に付けても、インドネシアでは使えないというようなことが技術移転の問題として指摘されることもあります。技術移転の場合にはそこに課題があると思います。

日本に来る外国人介護士の将来設計は、やはり世界を見てみたい、結婚資金を貯めたい、ちょっと行ってみようかなとか、日本で働く経験を積めてお金も貯まるならいいなとか、その程度の感覚の人もいるような状況でした。インタビューしたときの帰国者たちから聞かれた言葉は、日本の介護施設で働いていたときにものすごく心身ともに消耗してしまって、これからどうしていいとか、

とゆっくり考え直していきたいという状態の人も少なくありませんでした。

日本で働いて、貯金を蓄えることができ、それで日本車を買った、家を建てたという話がありました。良い経験にはなっていると思いますね。だから、その後の将来というのは、私がインタビューした対象者の多くが、これからどうしようかな、というような心の状態だったので、ちょっと回答が難しいですね。

近藤 ありがとうございます。ついでに教えていただければと思うんですが、実際に例えばお金をためるという現実的な目的があったとして、それがうまくいかない場合とうまくいく場合があるわけなんですね。先生の調査から得た範囲内で結構ですので、実際にどれだけ彼らのもくろみといいましょうか、見通しがうまくいつているのか、あるいはいつていないのかというのをちょっと教えていただければと思うんですが、いかがでしょうか。

鹿毛 そうですね。出稼ぎ先の国と地域、それと出稼ぎ先でどんな仕事をしたかによって、お金を十分に貯められたのかどうか、そうではないのかで、大きな差があります。

私がスリランカで行った調査によると、行った先が例えば中東湾岸諸国で、いわゆる家事労働者だった場合は……。ほぼ海外送金すると、母国の家族がほとんど生活費で使ったり、雇用者による賃金未払いなどの出稼ぎの失敗を経験する割合が全体4割程度を占めていたり。ケア人材でもいわゆる職階の低い場合、看護師とは違って社会的に専門性として認められていない仕事につく場合は、給料など非常に小さな額でした。

工業系の仕事や、行き先が韓国や日本のきちんとした中小企業の工場などの場合は、出稼ぎ期間中に200～300万円、技能実習生でも300万円ほどの貯蓄は可能なようで、貯蓄がそれほどできると割と満足していたように思います。

日本で働く場合、失敗ケースが一番多いのは日本語学校留学コースでしょう。技能実習生だと思って来日したら、実は日本語学校で2年間、日本語の勉強をしなければならず、その間はアルバイトで稼ぎ、卒業したら自力で就職先を探さなければならなかったような出稼ぎ留学生のケースではないかと思います。その失敗した割合がどれぐらいかと言われるとちょっと難しいですね。

近藤 ありがとうございます。

梶山 ありがとうございます。では、残り時間からして、あと、お1人ぐらいでしょうか。他に質問がある方はいらっしゃるでしょうか。

黄明淑（立正大学国際交流センター講師） すみません。黄明淑です。よろしいでしょうか。

梶山 はい、どうぞ。

黄 すみません。専門分野が日本語教育学で、全く研究フィールドも違いますし、本当に門外漢で、質問するのが大変恐縮ですが、本日の先生のご講演の中にも外国人人材というのをたくさん触れられましたので、外国人の立場から、幾つか質問をさせていただきたいと思います。

まずはお忙しい中、本当に内容が盛りだくさんのご講演をして頂きまして、本当に勉強になりました。ありがとうございます。

まず1点目の質問なんですけれども、自分も留学生であつたというのもありまして、まず研究手法について、ちょっとお伺いをしたいんですけれども、後半の部分に、確か外国人の人材の介護士のライフストーリーについて、日本でしばらく働いていたんですけど、結婚のため帰国してしまったとかさまざまな理由があつたかと思うんですけど、先生はその追跡調査を、ライフストーリーについて、どのように今まで観察調査をしてきたのか。その研究手法について、まず1点、教えていただければと思います。

鹿毛 黄先生、ありがとうございます。聞き取り調査です。

黄 それで、一人一人……。大体、そういうふうになったときに、1人の子の被験者に対して何年ぐらい観察していくんでしょうか。

鹿毛 長期的にですか。

黄 はい。

鹿毛 いや、ちょっとその予定はないですね。2017年に調査した時点までのライフヒストリー的なもののみだけから、今回、お話ししています。今後、追跡調査をするかどうかはちょっと未定です。

黄 かしこまりました。あと、先生のお話の中でも少し触れられたかと思うんですが、もしかしたら私が聞き逃した部分があつたかと思うんですけれども、外国人介護士が日本に残り続ける、あるいは帰国を選ぶとかこういう進路選択、あるいはライフスタイルのチェンジというのを選ぶときに、介護福祉士の意識変容があつたときに、その原因として考えられる背後にあるものというのは何か、もしご存じでしたら、先生の調査の中で明らかになった部分があれば、教えていただけますでしょうか。よろしくお願いします。

鹿毛 そうですね。すごくいい質問だと思います。

帰国か、残るか。先ほど報告の中でお話をしたと思い

ますが、介護福祉士の場合、日本人の介護職員でさえも、離職した人のデータによると、全体の80%が5年未満でその施設、職場を離職しているという実態があります。ですから、その理由として、その給料で生活できるのか、できないのか。自分が出世できるのか、できないのかというか、キャリアパスをうまくつなげられるのか。いつまでも一介護職員でしかないのかという、将来への不安や悩みが出てきたときに、そこで帰ろうかなという選択肢が外国人介護人材の気持ちのなかで出てくる可能性はあると思います。

残るという選択肢を選んだケースでは、ケアマネジャーの資格を取るとか、ユニットリーダーになるとか、〇〇リーダーに昇進するとか、そういうキャリアパスを描きやすい環境にある場合ではないかと思います。特に日本人と結婚されたような外国人の方だと、もう日本に完全に生活基盤があるので、そのまま日本に残りやすいと思います。

また、介護以外の仕事をしたいと思うようなときが来るかもしれませんので、そのときがもしかしらば帰国を選択する可能性はありますよね。どうでしょう。

黄 ありがとうございます。本当に勉強になりました。最後、もう1点、教えていただいてもよろしいでしょうか。

鹿毛 はい。

黄 すみません。やはり介護は体力も必要ですし、すごく大変な仕事だということを私もよく周りから伺っておりますが、その中でも、本当に介護士で良かったとか、介護士という職業にやりがいを持って、やり続けているケースというのはあるのでしょうか。それとも、本当に大変で、メンタル的に疲れてしまうというケースのほうが多いのか、現場で見えていますといかがでしょうか。

鹿毛 不満を漏らす人の方が多いなというのはありますね。私はそれほど現場に詳しいわけではないので、分からないのですが。やはり給料がなかなか上がらない、自分が結婚して子どもが生まれたときに経済的な面で不安

があり、続けるのが難しいと思われる介護業界の方は少なくないのかもしれないですね。

ボディーメカニクスなどさまざまな介護の高度な技術はあるようですね。また介護ロボットなどが将来的に多く導入されるようになれば、今後、もしかしたら可能性としては広がるでしょう。介護の仕事というのは本当はやりがいのある仕事だと思いますが、現実には何か様々な要因でうまく発展できていない印象があります。

よく介護士と看護師は何が違うのかといわれますが。介護士の場合は未経験者でも介護の現場で働くことができる。全く資格がなくても介護職員として雇用されることがある。けれども、看護師は養成校を卒業して、国家資格を取得しないと看護師として病院や施設などでは働くことができない。そして、労働組合がしっかり機能しています。介護業界には看護師のような組織化されたものがないようです。こうした差があるために、介護業界の方々はずらい思いをしているように思います。答えになっていますか。

黄 はい、ありがとうございます。大変勉強になりました。ありがとうございました。

梶山 ありがとうございます。大変アクチュアルなテーマの講演でまだまだ質問は尽きないようですが、もう時間になってしまいましたので、誠に残念ではありますが、ここで打ち切らせていただきたいと思います。

学内限定にはなりますが、本講演会はmanabaにて無料動画配信を予定しております。今回の講演を再度、聴きたい方や、今回、ライブで聴講できなかったお知り合いの方など、ぜひご利用いただければと思います。詳細は「中央アジア・日本人材育成プロジェクト」ウェブサイトをご覧ください。

鹿毛先生、本日はお忙しい中、ご講演いただきありがとうございます。また聴講された皆さまも、本日はご参加いただきどうもありがとうございました。

鹿毛 ありがとうございます。

第 13 回「中央ユーラシアと日本の未来」公開講演会

アジアの人材育成

-日本の外国人介護人材受け入れ制度について-



2020年

日時 **9月29日(火)**
14:00~15:30

会場 **Zoom Meeting**

対象 **本学学生・教職員、一般**



鹿毛 理恵氏
准教授
経済学部経済学科
沖縄国際大学

申込方法

本講演会は Zoom を使用します。下記申込フォームにて参加登録をしていただくと、どなたでも無料でご参加いただけます。ご登録後、講演会入室のための URL をお送りいたします。

Zoom 利用が初めての方：招待メールが届きましたら、URL をクリックしてアプリのダウンロードとインストールをお願いいたします。Zoom が繋がらないなどの相談は受けられませんので予めご了承ください。

＜申込フォーム＞ 〆切：9/29(火) 13:30

<https://forms.gle/deRLnaRaLMQw5z9BA>

※当日ライブ視聴できない本学学生・教職員の皆様のために、manaba にて無料の動画配信を予定しております。詳細は、講演会后、下記 NipCA プロジェクト Website にてお知らせいたします。

主 催：筑波大学「日本財団 中央アジア・日本人材育成プロジェクト (NipCA)」

協 力：筑波大学 グローバル・コモンズ機構、国際室、グローバルコミュニケーション教育センター社会貢献委員会、スーパーグローバル大学事業推進室、地域研究イノベーション学位プログラム、人文・文化学群、社会・国際学群

問合せ：NipCA プロジェクト担当事務室 Web: <https://centralasia.jinsha.tsukuba.ac.jp/>

TEL: 029-853-4251 / Email: info@genis.jinsha.tsukuba.ac.jp

Supported by  日本 THE NIPPON
財団 FOUNDATION

NipCA プロジェクト主催
第 13 回「中央ユーラシアと日本の未来」公開講演会
アジアの人材育成 ― 日本の外国人介護人材受入制度について―
沖縄国際大学経済学部経済学科准教授 鹿毛 理恵

2020 年 11 月 1 日発行

監 修 臼山 利信
編集・校正 梶山 祐治 (主担当)、山本 祐規子、谷越 祥子、笹山 啓
発 行 者 臼山 利信
発 行 所 筑波大学「日本財団 中央アジア・日本人材育成プロジェクト (NipCA)」
茨城県つくば市天王台 1-1-1
Tel: 029-853-4251
E-mail: info@genis.jinsha.tsukuba.ac.jp
Web: <https://centralasia.jinsha.tsukuba.ac.jp/>
印刷・製本 株式会社アイネクスト



筑波大学「日本財団 中央アジア・日本人材育成プロジェクト (NipCA)」

〒305-8571 茨城県つくば市天王台 1-1-1 筑波大学

Tel. 029-853-4251

E-mail: info@genis.jinsha.tsukuba.ac.jp

Web: <https://centralasia.jinsha.tsukuba.ac.jp/>



公開講演会シリーズ第13回のテーマカラーは、国連が定めた17の「持続可能な開発目標 (SDGs)」のうち、「目標13. 気候変動とその影響に立ち向かうため、緊急対策を取る」のアイコンの色を基調としています。