

全世界

外国人介護人材受入に関する
情報収集・確認調査
ファイナル・レポート

2023年3月

独立行政法人
国際協力機構（JICA）

株式会社クニエ

人間
JR
23-001

為替レート

1米ドル (USD) =130.121 円

1ベトナムドン (VND) =0.005550 円

1フィリピンペソ (PHP) =2.386020 円

1インドネシアルピー (IDR) =0.008690 円

1インドルピー (INR) =1.595850 円

1ネパールルピー (NPR) =1.009650 円

1バングラデシュタカ (BDT) =1.246590 円

(2023年2月 JICA レート)

調査対象国地図



出所 : <https://n.freemap.jp/>

調査対象国（重点対象国）地図

略語表

略語	英名	和名
ASSC	The Global Alliance for Sustainable Supply Chain	一般社団法人ザ・グローバル・アライアンス・フォー・サステイナブル・サプライチェーン
BMWi	Federal Ministry for Economic Affairs and Energy	連邦経済エネルギー省
DOH	Department of Health	フィリピン保健省
EC	European Communities	欧州共同体
EPA	Economic Partnership Agreement	経済連携協定
EU	European Union	欧州連合
GIZ	German Agency for International Cooperation GmbH	ドイツ国際協力公社
IHME	Institute for Health Metrics and Evaluation	ワシントン大学保健指標評価研究所
IMF	International Monetary Fund	国際通貨基金
JETRO	The Japan External Trade Organization	独立行政法人 日本貿易振興機構
JICWEL S	Japan International Corporation of Welfare Services	公益社団法人国際厚生事業団
JITCO	Japanese Trainee & Skilled Worker Cooperation Organization	公益財団法人 国際人材協力機構
JP-MIRAI	Platform for Migrant Workers towards Responsible and Inclusive Society	責任ある外国人労働者受入れプラットフォーム
MoLISA	Ministry of Labour, Invalids and Social Affairs	ベトナム労働傷病兵社会省
OJT	On the Job Training	オンザジョブトレーニング
OTIT	Organization for Technical Intern Training	外国人技能実習機構
OWWA	Overseas Workers Welfare Administration	フィリピン海外労働者福祉庁事務所
POEA	Philippine Overseas Employment Administration	フィリピン海外雇用庁
UN	United Nations	国際連合
VAMAS	Vietnam Association of Manpower Supply	ベトナム海外労働者派遣協会
ZAV	Zentrale Auslands- und Fachvermittlung	連邦雇用庁インターナショナル・プレイスメント・サービス

目次

調査対象国地図.....	i
略語表.....	ii
目次.....	iii
図表目次.....	vi
第1章 調査概要.....	1
1.1. 本調査の背景・目的.....	1
1.2. 調査概要.....	1
1.2.1. 調査内容.....	1
1.2.2. 対象地域及び調査方法.....	2
1.2.3. 調査期間.....	2
第2章 日本の外国人介護人材受入れ.....	3
2.1. 外国人介護人材受入れルート概要.....	3
2.2. 外国人介護人材受入の沿革.....	4
2.3. 外国人介護人材受入れの動向.....	6
2.3.1. 在留外国人の動向.....	6
2.3.2. 外国人労働者の受入れ動向.....	7
2.3.3. 外国人介護人材の受入れ動向.....	7
2.4. 受入れルート別の制度概要と動向.....	9
2.4.1. EPA.....	9
2.4.2. 在留資格「介護」.....	15
2.4.3. 外国人技能実習制度.....	19
2.4.4. 特定技能.....	23
2.4.5. 留学.....	28
2.4.6. 外国人介護人材在留者数合計.....	31
2.4.7. 属性、保有資格.....	31
2.5. 国別、在留資格別動向.....	35
2.6. 受入れルート間の移行.....	39
2.6.1. 移行ルート整理.....	39
2.6.2. 受入れルート間移行.....	40
第3章 日本の外国人介護人材受入の実態.....	43

3.1. 入国前における外国人介護人材受入の実態	43
3.1.1. 人材募集	43
3.1.2. マッチング	46
3.1.3. 渡航準備	49
3.2. 来日後における外国人介護人材の活躍状況および支援ニーズの実態	52
3.2.1. 日本語能力	52
3.2.2. 介護技術の習得・業務の実施状況	54
3.2.3. 生活支援・定着支援	57
3.3. 外国人介護人材のキャリアパスの実態	64
3.3.1. 国内のキャリアパス	64
3.3.2. 帰国後のキャリア展開	70
3.4. 総論	75
第4章 介護労働者の国際移動整理	82
4.1. 介護労働者の国際移動の把握に関する制限	82
4.2. 介護労働者の国際移動に関連する情報	83
4.2.1. 本調査で確認された情報及び課題	83
4.2.1. その他関連する情報	83
4.3. 他国・他地域の介護労働者受入れ施策に関する調査結果	84
4.3.1. ドイツ・台湾の概要	84
4.3.2. 人口動態	85
4.3.3. 医療水準	89
4.3.4. 主要な死亡原因	91
4.4. ドイツ	92
4.4.1. 医療・介護概要	92
4.4.2. 外国人材の受入れ	100
4.5. 台湾	114
4.5.1. 医療・介護概要	114
4.5.2. 外国人材の受入れ	123
4.6. 日本・ドイツ・台湾の介護人材受入れ比較	136
第5章 重点対象国の介護及び介護人材関連の法制度、マーケット、介護人材輩出状況	140
5.1. インドネシア概要	141
5.2. ベトナム概要	143
5.3. フィリピン概要	144
5.4. インド概要	145

5.5. ネパール概要	146
5.6. バングラデシュ概要	147
第6章 日本国内の関係機関・団体に関する情報収集・整理及び連携可能性	148
6.1. 主要な関係機関の位置づけ	148
6.2. 来日前	149
6.2.1. 来日前の取組みの状況	149
6.2.2. 来日前の適切な分担や連携可能性に係る提言	149
6.3. 日本滞在中	150
6.3.1. 日本滞在中の取組みの状況	150
6.3.2. 日本滞在中の適切な分担や連携可能性に係る提言	151
6.4. 帰国後	152
6.4.1. 帰国後の取組みの状況	152
6.4.2. 帰国後の適切な分担や連携可能性に係る提言	152
第7章 JICAによる外国人介護人材受入支援の方向性の整理	154
7.1. 外国人介護人材受入に係る問題、課題、施策案の整理	154
7.2. JICA関連事業による支援の方向性の整理	157
7.2.1. 送り出し国の公的介護制度構築	157
7.2.2. 送り出し国の介護人材資格・教育制度整備	159
7.2.3. その他	163
7.2.4. 海外就労・実習の情報管理	164
7.3. 他機関との連携によるJICAによる協力可能性の整理	164
7.3.1. 相互の情報発信・共有	165
7.3.2. 外国人介護人材の日本語能力向上	167
7.3.3. 外国人介護人材のマネジメント能力向上	168
別添資料	169

図表目次

(図目次)

図 2.1.1：外国人介護人材受入れの仕組み	4
図 2.3.1：在留外国人数推移（2011～2020年）	6
図 2.3.2：就労を目的とした外国人受入れ推移（2007～2020年）	7
図 2.3.3：外国人介護人材のルート別受入れ推移（2008～2020年）	8
図 2.3.4：技能実習1号における認定件数割合比較（2018対2020年）	8
図 2.4.1：EPA受入れプロセス（入国前）	12
図 2.4.2：EPA受入れプロセス（入国後）	13
図 2.4.3：EPA介護国別受入れ実績人数（就労）（2008～2021年度）	14
図 2.4.4：EPA介護福祉士国家試験受験状況（2017～2021年度）	15
図 2.4.5：在留資格「介護」受入れプロセス	17
図 2.4.6：在留資格「介護」在留者数推移（2018年6月～2021年6月）	18
図 2.4.7：在留資格「介護」認定証明書交付人員推移（2017～2020年）	18
図 2.4.8 技能実習1号受入れプロセス（入国前）：団体監理型	20
図 2.4.9 技能実習1号受入れプロセス（入国前）：企業単独型	20
図 2.4.10：国別 在留資格「技能実習1号」認定証明書交付人員（介護従事者数、調査団推計） （2018～2020年）	23
図 2.4.11：特定技能受入れプロセス（入国前）	25
図 2.4.12：特定技能受入れプロセス	26
図 2.4.13：特定技能（介護）在留者数推移（2019年6月～2022年3月）	27
図 2.4.14：留学（介護）受入れプロセス（例）	29
図 2.4.15：介護福祉士養成施設への外国人留学生受入れ人数推移（2016～2020年）	30
図 2.4.16：出身国・地域（上位5か国）と在留資格の関係	32
図 2.4.17：母国の最終学歴	33
図 2.4.18：母国での取得資格/実務経験の有無	33
図 2.4.19：母国で働いた経験の有無	34
図 2.4.20：経験がある場合の仕事内容（複数回答）	35
図 2.5.1：国別在留資格別入国者動向（2008～2020年）	39
図 2.6.1：各受入れルート別及び移行のまとめ	40
図 2.6.2：在留資格「介護」への変更許可人員国別推移（2017～2020年）	41
図 2.6.3：在留資格「介護」入国者数と在留者数の推移（2018～2020年）	41
図 2.6.4：特定技能1号介護従事者 入国者数と在留者数の推移（2019年12月、2020年12月）	42
図 3.1.1：日本で介護の仕事をしたと思った理由	44
図 3.1.2：技能実習生の母国を訪問した目的（%）（n=384）	47
図 3.2.1：日本語学習支援（施設からの支援）（n=2472）	53
図 3.2.2：受入施設にて外国人介護人材向けの研修等を実施するのが困難なテーマ（n=593）	54
図 3.2.3：外国人介護人材の個別の業務に対する評価（n=1490）	55

図 3.2.4：夜勤業務への評価.....	55
図 3.2.5：受入事業所による外国人職員の就労環境や生活面の支援状況(n=593).....	58
図 3.2.6：日本人職員に対して実施している研修等のテーマ(n=1252).....	59
図 3.2.7：地域社会との関わりと今後も日本で介護の仕事をしたい割合の比較.....	60
図 3.2.8：事業所側の技能実習生の受入れに対する満足度(n=538).....	61
図 3.2.9：外国人介護人材側の働いている施設の満足度（%）(n=1437).....	61
図 3.2.10：地域の活動・イベントへの参加意向と参加状況(n=1437).....	63
図 3.3.1：今から5年後の自分の住む場所と希望する仕事内容の関係.....	65
図 3.3.2：在留資格別介護福祉士国家試験の今後の受験意向.....	65
図 3.3.3：将来、外国人介護人材に期待する職位や役割(n=897).....	66
図 3.3.4：外国人介護人材に期待する職位や役割と実態の比較.....	67
図 3.3.5：技能実習生とのキャリアのすり合わせを開始した時期(n=834).....	68
図 3.3.6：受入れ施設による「目標や希望の把握」と外国人介護人材本人の「5年後の日本でのキャリア形成意向」の関係.....	69
図 3.3.7：今から5年後の希望（自分が住む場所）(n=514).....	70
図 3.3.8：帰国後の就職状況(n=1858).....	71
図 3.3.9：帰国技能実習生の就職先の内訳（実習分野は問わない）.....	72
図 3.3.10：キャリア実現に向けて法人（技能実習生受入事業者）で行った取組(n=951).....	74
図 4.3.1：調査対象国・地域の選定基準・選定結果.....	85
図 4.3.2：2000-2050年3カ国の人口の推移（2022）(千人).....	86
図 4.3.3：2000-2050年3カ国の合計特殊出生率の推移（2022）.....	86
図 4.3.4：2000-2050年3カ国の高齢化率の推移（2022）(%).....	87
図 4.3.5：2000-2050年3カ国の高齢者人口の推移（2019）(千人).....	87
図 4.3.6：倍化年数とそのタイミング.....	88
図 4.3.7：2000-2050年高齢者扶養率の推移（2022）(%).....	89
図 4.3.8：平均寿命の推移（2020）(歳).....	91
図 4.3.9：1999~2019年2カ国の死亡原因（2019）(%).....	92
図 4.4.1：ドイツ公的介護保険受給者数の推移（1995-2021）.....	94
図 4.4.2：ドイツの介護サービス事業者数の推移（2009-2019）.....	97
図 4.4.3：教育・訓練、就労別滞在者割合（2020年）.....	104
図 4.4.4：介護関連人材受入れ状況.....	113
図 4.5.1：各介護サービスの利用者数の推移（2021年）.....	118
図 4.5.2：2015年から2021年の高齢者施設の数と定員数の推移.....	120
図 4.5.3：外国人受入れ数推移（2000年~2021年）.....	127
図 4.5.4：介護提供者の種類別割合.....	130
図 4.5.5：施設介護に従事する介護職の本国籍外国籍別人数・割合推移（2014~2020年）.....	131
図 4.5.6：産業別外国人労働者従事者数.....	131
図 4.5.7：外国人労働者の受け入れ状況_産業別・国籍別.....	132
図 4.5.8：福祉分野受入れ状況.....	132
図 4.5.9：福祉分野外国人労働者の勤務場所.....	133

図 4.5.10：最低賃金推移（2010年～2022年）	133
図 7.1.1：外国人介護人材受入に係る問題、課題、主な施策案	155
図 7.1.2：外国人介護人材受入の課題に対する施策案の整理	156

（表目次）

表 2.2.1：外国人介護人材受入れの沿革	6
表 2.3.1：外国人介護人材の国別受入れ推移	9
表 2.4.1：EPA制度の概要	10
表 2.4.2：在留資格「介護」制度の概要	16
表 2.4.3：技能実習（介護）制度の概要	20
表 2.4.4：特定技能（介護）制度の概要	24
表 2.4.5：特定技能介護試験受験者数と合格者数一覧	28
表 2.4.6：介護福祉士養成施設への外国人留学生の出身経路（単位：人）	29
表 2.4.7：入学者に占める留学生の割合	30
表 2.4.8：介護福祉士養成施設卒業生の国家試験受験状況	31
表 2.4.9：在留資格別在留者数（推計）	31
表 3.2.1：外国人介護人材が抱えるミスマッチ例	61
表 3.3.1：特定技能の介護分野において対応している支援内容（帰国後支援は支援内容に含まれない）	73
表 3.4.1：日本の外国人介護人材受入の実態の整理	75
表 4.3.1：ドイツ・台湾・日本の基本情報	85
表 4.3.2：3カ国医療水準指標	90
表 4.4.1：ドイツの公的介護保険制度の概要	93
表 4.4.2：2020年介護グレードごとサービス種ごとの介護保険受給者数（割合） 単位：千人	94
表 4.4.3：ドイツの介護保険でカバーされる主なサービス・物品・給付額等	95
表 4.4.4：運営者別の居宅サービス事業者数および介護施設数(2019年)	96
表 4.4.5：2019年職種別、サービス種別介護従事者数（職種の割合）（単位：千人）	97
表 4.4.6：介護・看護人材の専門職制度と教育内容	99
表 4.4.7：2018年フルタイム被雇用者の月額報酬(単位：ユーロ)	100
表 4.4.8：外国人労働者受入れの沿革	100
表 4.4.9：外国人労働者受入れに関する主だった法律	102
表 4.4.10：就労法令に基づくドイツ労働市場への参入分野	103
表 4.4.11：教育・訓練 国籍別の新規滞在許可発行者割合	104
表 4.4.12：就労 国籍別の新規滞在許可発行者割合	105
表 4.4.13：トリプルウィンプロジェクトの概要	107
表 4.4.14：トリプルウィン：フィリピン	108
表 4.4.15：トリプルウィン：インドネシア	109
表 4.4.16：トリプルウィン：ベトナム	109
表 4.4.17：トリプルウィン：インド（ケララ州）	110

表 4.4.18：ドイツで看護の訓練を受けるベトナム人労働者の募集パイロットプロジェクトの概要	111
表 4.4.19：ドイツ看護プロジェクト（Nursing in Germany）の概要	112
表 4.5.1：台湾の介護制度の概要.....	115
表 4.5.2：地域包括ケアモデル構想	115
表 4.5.3：台湾の長期介護十年計画 2.0 で提供される介護サービスとその費用	116
表 4.5.4：台湾の長期介護十年計画 2.0 外で提供されるその他手当とその費用	116
表 4.5.5：2021 年介護度ごと、利用サービスごとの人数.....	118
表 4.5.6：台湾の介護施設の種類の施設数・定員.....	119
表 4.5.7：介護事業所の設置数と設置目標数（2018）	120
表 4.5.8：居宅ケアでの介護提供者	121
表 4.5.9：施設における介護提供者	121
表 4.5.10：台湾における看護教育体制の概要.....	122
表 4.5.11：外国人労働者受入れの沿革.....	124
表 4.5.12：就業サービス法概要	124
表 4.5.13：移工留材久用方案概要.....	125
表 4.5.14：施設介護に従事する看護職の台湾国籍外国籍別人数推移（2014～2020 年）	130
表 4.5.15：雇用主が外国人住込み介護労働者に対して抱える課題（%）	134
表 4.5.16：外国人住込み介護労働者に研修に参加させる意志（%）	134
表 4.5.17：直近一年間外国人住込み介護労働者の失踪状況（%）	135
表 4.6.1：日本・ドイツ・台湾の介護人材の受入状況.....	137

第1章 調査概要

1.1. 本調査の背景・目的

日本国内において増加する外国人材の受け入れ環境整備を推進するため、日本政府は「外国人材の受入れ・共生のための総合的対応策」（2018年12月決定、4回目となる直近の改訂は2022年6月。）を策定し、関連施策を推進している。同対応策には、JICAに関連する取組みとして6施策が含まれている。JICAは、同対応策等を踏まえ、第5期中期目標¹でも外国人材受入・多文化共生への貢献を掲げ、開発途上地域と日本との人材還流を促進し、外国人材から「選ばれる日本」に向けて、日本国内における外国人材の適正な受入れ及び地域における多文化共生社会構築を支援することを目指している。

JICAでは、開発途上地域の開発への寄与や日本国内での人材不足の深刻度合いを踏まえ、優先協力対象分野を設定し、医療福祉（介護）分野もその1つである。介護分野の人手不足については、他産業と比較しても深刻な状況にある。こうした状況を背景に、日本政府は外国人介護人材の受け入れルートを順次拡大しており、2017年には在留資格「介護」の創設及び技能実習「介護」の追加、2019年には特定技能「介護」の受け入れを開始している他、技能実習から特定技能への転換をしやすくする等の施策を推進し、新型コロナウイルス感染症の流行があったにもかかわらず、外国人介護人材の人数は年々増加している。

開発途上国側の状況に目を向けると、多くの国で中長期的に人口の高齢化が進んでおり、特に東南アジア地域や中南米地域において、過去の日本よりも速いスピードで人口高齢化が進む国が散見される。それにも関わらず、介護サービスや介護人材に関する公的な制度は未整備である国が多く、日本の経験の共有や人材育成への貢献が求められていると言える。この点、前述のとおり今後も拡大が予想される日本における外国人介護人材の受け入れを契機として、民間企業との連携も視野に入れながら、今後のJICAの対応方針を検討することが急務である。なお、JICAは、「課題別事業戦略（グローバル・アジェンダ）：保健医療²」においても、日本における外国人介護士の受け入れ事業と、中長期的に高齢化が進展する途上国におけるこれらの帰国人材の活躍・活用について、JICA事業を通じた貢献を検討することを掲げている。

本調査は、以上の背景を踏まえ、近年受け入れ数が増加する外国人介護人材について、途上国の開発に資する観点からJICAがどのような貢献が可能か、情報収集及び分析検討を行うことを目的として実施された。

1.2. 調査概要

1.2.1. 調査内容

以上の背景・目的を踏まえ、本業務では以下の調査を実施した。

- (1) 日本の外国人介護人材受入に関するデータ収集・整理
- (2) 日本の外国人介護人材の受け入れの実態に関する情報収集・整理
- (3) 世界の介護労働者の国際移動に関するデータ収集・整理
- (4) ベトナム、フィリピン、インドネシア、インド、ネパール、バングラデシュ（以下、

¹ 独立行政法人国際協力機構中期目標 <https://www.mofa.go.jp/mofaj/files/000014487.pdf> (2023/2/27 参照)

² JICA グローバル・アジェンダ（課題別事業戦略）6. 保健医療 https://www.jica.go.jp/activities/issues/health/ku57pq00002cy8ad-att/health_text.pdf (2023/2/27 参照)

- 「重点対象国」という。) から日本以外の外国への介護人材輩出状況に関する調査
- (5) 重点対象国の介護及び介護人材関連の法制度、マーケット等に関する調査
 - (6) 他国・地域の介護労働者受け入れ施策に関する調査
 - (7) 日本国内の関係機関・団体との連携体制構築に関する調査
 - (8) JICA 関連事業による短期的な介入策の提案及びパイロット活動の企画・実施
 - (9) JICA 関連事業による長期的な外国人介護人材受入支援の方向性の整理

1.2.2. 対象地域及び調査方法

本調査は、日本への外国人介護人材受入に関する各種データ収集・整理に関しては、送り出し側の対象国を限定せず、全世界を対象とし、デスクトップリサーチ（文献調査および WEB に公開されている情報による調査）及び関係者へのヒアリングにて調査を実施した。

送出し国側の現地関連法制度等を含む具体的な現状調査に関しては、重点対象国としてベトナム、フィリピン、インドネシア、インド、ネパール、バングラデシュを対象として、現地調査を実施した。ベトナム、フィリピン、インドネシアについては、経済連携協定（Economic Partnership Agreement : EPA）にはじまり、これまで各種制度での受入れ実績が多く、今後も受入れが予想されること、インド、ネパール、バングラデシュについては、介護分野での受け入れはこれまで限定的であるが、今後増加の可能性があることから重点対象国としてとして選定した。また、現地調査結果の共有と関係者間の情報・意見交換のために、2023 年 1 月にインドネシアと日本をオンラインでつないだセミナーを実施した。

他国・地域の介護労働者受け入れ施策に関する調査に関しては、ドイツ、台湾を対象にデスクトップリサーチ（文献調査および WEB に公開されている情報による調査）を実施した。

1.2.3. 調査期間

2022 年 2 月 12 日から 2023 年 3 月 22 日

第2章 日本の外国人介護人材受入れ

2.1. 外国人介護人材受入れルートの概要

本件調査実施時点（2023年1月）において、日本に外国人介護人材を受け入れる枠組みとして、以下、背景の異なる4種類の制度が存在する³。

① EPA

インドネシア、フィリピン及びベトナムの3か国について、二国間の経済活動の連携強化のために行われる。看護師・介護福祉士の国家資格取得を目指す「候補者」として来日し、特例的に就労を認めるもの。

② 在留資格「介護」

専門的・技術的分野の外国人の在留資格の対象職種の一つ。介護福祉士の国家資格を取得し、介護又は介護の指導を行う業務に従事することを可能とする在留資格。

③ 技能実習制度

技術又は知識の移転を通じ開発途上地域等の経済発展を担う「人づくり」に寄与することを目的とする技能実習制度の対象職種の一つ。技能実習制度本体の要件に加えて、介護職種の要件を満たす必要がある。

④ 特定技能

深刻化する人手不足に対応するため、人材確保が困難な産業分野において、一定の専門性・技能を有する外国人材を受け入れる制度である在留資格「特定技能」の対象職種の一つ。

4つの制度の下での各受入れルートの全体像については、図 2.1.1 のとおり整理される。

³ 厚生労働省「外国人介護人材の受入れについて」https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_28131.html（2023年1月5日アクセス）

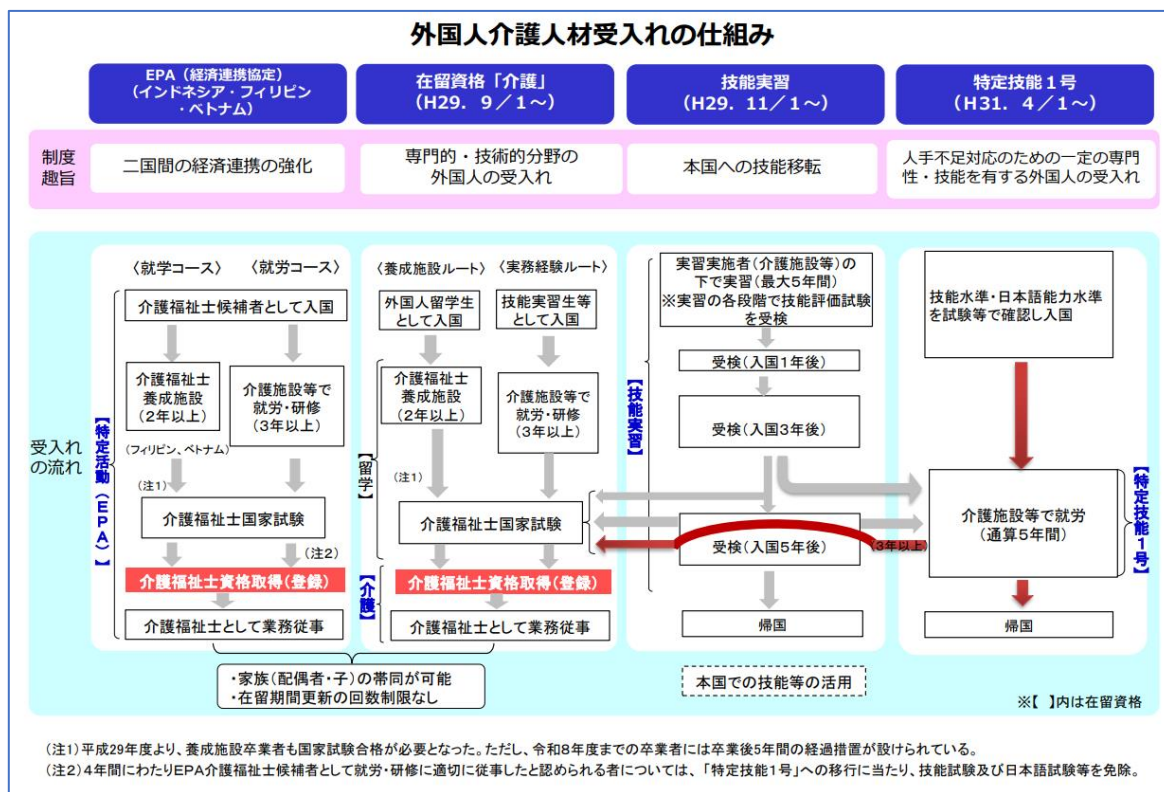


図 2.1.1：外国人介護人材受入れの仕組み

(出所) 厚生労働省 HP 「外国人介護人材受入れの仕組み」
<https://www.mhlw.go.jp/content/12000000/000994004.pdf> (2023年1月5日アクセス)

2.2. 外国人介護人材受入の沿革

日本における外国人の介護人材としての受入れは、2008年7月に発効したEPAに基づくインドネシアからの看護師・介護福祉士候補者の受入れが始まりである。EPAによる看護師・介護福祉士候補者の受入れは、看護・介護分野の労働力不足への対応という位置づけではなく、二国間の経済活動の連携強化の観点から公的な枠組で特例的に行うものとし、「我が国における看護師・介護福祉士の国家資格の取得のために必要な知識及び技術の修得⁴」を目的として開始された。フィリピンからは同年12月より受入れが開始され、ベトナムからの受入れについては、2009年10月EPA発効時に「受入れの可能性についての交渉を開始する⁵」と規定され、2014年6月より受入れが開始した。

⁴ 外務省「日インドネシア経済連携協定署名～2007年8月20日～」
https://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/fta/j_asean/indonesia/pdfs/gaiyo.pdf (2023年2月15日アクセス)

⁵ 外務省「看護師及び介護福祉士の入国及び一時的な滞在に関する日本国政府とベトナム社会主義共和国政府との間の書簡の交換」 2012年4月18日

その後、2017年9月には、介護福祉士の国家資格を取得した留学生の在留資格「介護」を創設する「出入国管理及び難民認定法の一部を改正する法律」が施行された⁶。その背景は主に二点あり、一点目は、高齢化の進展等に伴う質の高い介護に対する要請の高まりが挙げられる⁸。2000年の介護保険法施行以降、各地方自治体は3年毎の介護保険事業計画の策定が義務付けられているが、「第7期介護保険事業計画に基づく介護人材の必要数について」において、2020年時点にて200万人以上、2025年時点にて約250万人の介護人材必要数が生じる推計がなされており⁹、増える要介護者数に対する大幅な介護従事者不足が懸念されていた。また、二点目は、当時、介護福祉士養成施設の留学生が介護福祉士の資格を取得しても我が国で介護業務に就く制度がなかったことから、介護分野における留学生の活躍支援の目的が挙げられる。当初は養成施設に留学し資格を取得した外国人を想定したものであったが、2020年4月からは実務経験を経て介護福祉士国家資格を取得した場合にも在留資格「介護」への移行対象となった。

また、2017年11月に、外国人技能実習制度の対象職種に介護が追加された。技能実習制度は「我が国で培われた技能、技術又は知識の開発途上地域等への移転を図り、当該開発途上地域等の経済発展を担う『人づくり』に寄与することを目的として創設された制度」である¹⁰。そのため、介護人材不足の懸念という背景はあるが、介護職種の追加においては、「介護人材の確保を目的とするのではなく、技能移転という制度趣旨に沿って対応¹¹」するものとされている。

さらには、2019年4月より、在留資格「特定技能」が新たに創設され、介護分野も対象となっている。在留資格「特定技能」は、「深刻化する人手不足に対応するため、生産性向上や国内人材の確保のための取り組みを行ってもなお人材を確保することが困難な状況にある産業上の分野において、一定の専門性・技能を有する外国人材を受け入れる制度として¹²」施行された。特定技能は、EPAのように日本の介護福祉士国家資格取得を目指したり、在留資格「介護」のように介護福祉士の日本の国家資格を持つ人材がその資格を活かして日本で就労することを可能にしたり、技能実習制度のように渡航元国への技能移転を目指したりするものではなく、「特定技能」として入国する以外にも他の在留資格からの移行も可能であり、外国人介護人材受入の門戸が広がる制度となっている。

⁶ 出入国在留管理庁「平成28年入管法改正について」https://www.moj.go.jp/isa/laws/h28_kaisei.html (2023年2月15日アクセス)

⁷ 厚生労働省「2外国人介護人材の受入れについて」https://www.mhlw.go.jp/topics/2020/01/dl/9_shakaiengo-04.pdf (2023年2月15日アクセス)

⁸ 厚生労働省「在留資格「介護」の創設」<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12000000-Shakaiengokyoku-Shakai/0000151592.pdf> (2023年2月15日アクセス)

⁹ 厚生労働省「第7期介護保険事業計画に基づく介護人材の必要数について 2018年5月21日」<https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000207323.html> (2023年2月15日アクセス)

¹⁰ 外国人技能実習機構 (OTIT)「技能実習について」https://www.otit.go.jp/info_seido/ (2023年2月15日アクセス)

¹¹ 厚生労働省「介護職種の追加について」<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12000000-Shakaiengokyoku-Shakai/0000178226.pdf> (2023年2月15日アクセス)

¹² 厚生労働省「介護分野における特定技能外国人の受入について」https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_000117702.html (2023年2月15日アクセス)

表 2.2.1 に外国人介護人材受入れの沿革をまとめる。

表 2.2.1：外国人介護人材受入れの沿革

1993年 4月	外国人技能実習制度の創設
2008年 7月	インドネシアとのEPA発効：看護師・介護福祉士候補者の受入れが開始
2008年12月	フィリピンとのEPA発効：看護師・介護福祉士候補者の受入れが開始
2009年10月	ベトナムとのEPA発効
2010年 7月	在留資格「技能実習」の創設
2014年 6月	ベトナムとのEPAによる看護師・介護福祉士候補者の受入れが開始
2017年 9月	介護福祉士の国家資格を取得した留学生の在留資格「介護」を創設する「出入国管理及び難民認定法の一部を改正する法律」施行
2017年11月	外国人技能実習制度対象職種に「介護」が追加
2019年 4月	在留資格「特定技能」の施行

(出所) 外務省「我が国の経済連携協定(EPA/FTA)等の取組」(2023年1月10日)、外国人技能実習機構「技能実習制度の沿革」https://www.otit.go.jp/info_seido/ (2022年7月20日アクセス)、厚生労働省「外国人技能実習制度への介護職種の追加について」(2016年11月)、厚生労働省「介護分野における特定技能外国人の受入れについて」https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_000117702.html (2022年6月16日アクセス)

2.3. 外国人介護人材受入れの動向

2.3.1. 在留外国人の動向

我が国では、年間およそ200万人以上の在留外国人は短期滞在者を除く在留外国人数は2011年に約205万人であったが、2019年には約293万人に増えている。2020年はCOVID-19の影響で微減している(図 2.3.1)。

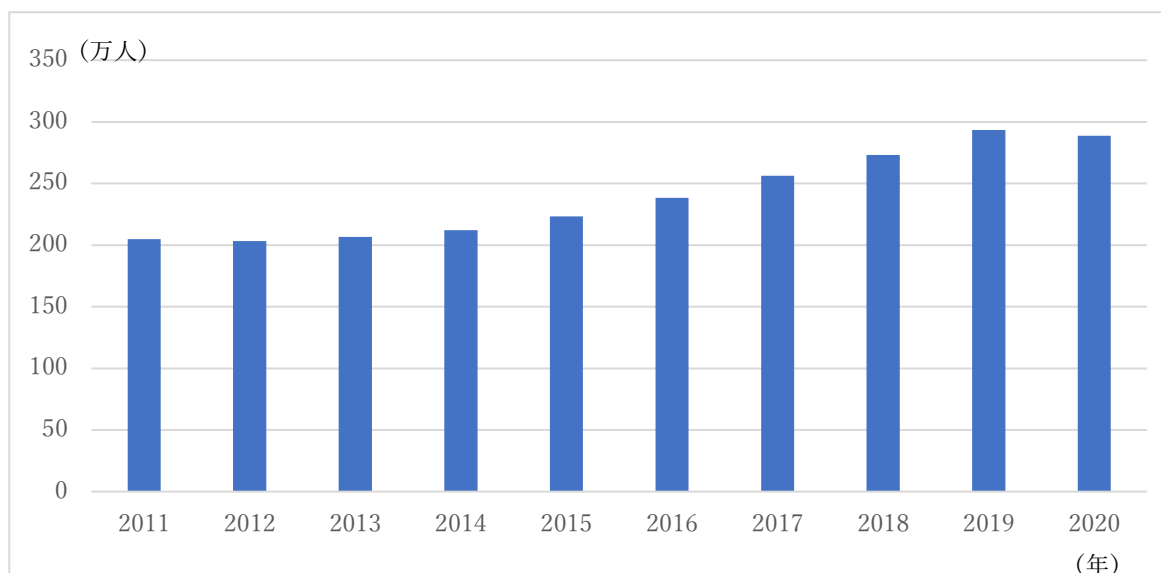


図 2.3.1：在留外国人数推移 (2011～2020年)

(出所) 出入国在留管理庁「国籍・地域別在留外国人数の推移」
<https://www.moj.go.jp/isa/content/001371139.pdf> (2023年2月15日アクセス)

2.3.2. 外国人労働者の受入れ動向

就労を目的¹³とした新規入国外国人は2008年に約11万人であったが、2019年には36万人と大きく増加している（図2.3.2）。在留資格別に内訳をみると、2010年に在留資格「技能実習」が創設されて以降、大幅に「技能実習」にて入国する外国人労働者数が増えており、2019年において、全体の約65%を占めている。2020年はCOVID-19の影響で入国者数全体が大きく減少している。

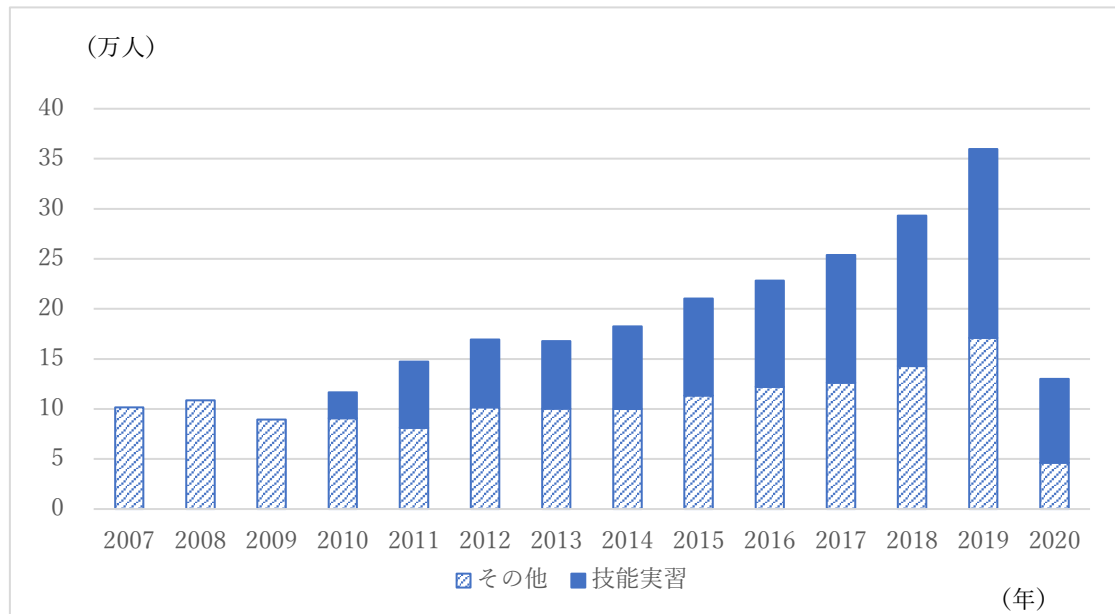


図 2.3.2：就労を目的とした外国人受入れ推移（2007～2020年）

※「その他」には上記在留資格の技能実習以外の全てを含む

（出所）出入国管理統計「国籍・地域別 新規入国外国人の在留資格」（2020年12月）

2.3.3. 外国人介護人材の受入れ動向

外国人介護人材の受入れ数は、技能実習生受入れが開始された2017年以降急激に増加している。COVID-19の影響で新規外国人入国者が激減した2020年においても、10,112名（年間入国者数、一部調査団推計値）が入国している。日本政府は、2019年から2024年までの5年間で6万人の外国人介護人材の受入れを目指しており¹⁴、図2.3.3に示されるように、当初はEPAによる受入れのみであったが、2017年に技能実習制度に介護が追加されると、技能実習制度での受入れが増加し、2020年では約9割が技能実習制度による受入れとなっている。

¹³ 就労を目的とした在留資格として以下を含む（調査団定義）。外交、公用、教授、芸術、宗教、報道、高度専門職、経営・管理、法律・会計業務、医療、研究、教育、技術・人文知識・国際業務、企業内転勤、介護、興行、技能、特定技能、技能実習。（出所）出入国管理統計「国籍・地域別 新規入国外国人の在留資格」（2020年12月）

¹⁴ 日本経済新聞「介護5年で最大6万人の外国人受け入れ 法務省が規模提示」2018年11月14日 13:26（2018年11月14日 17:42更新）

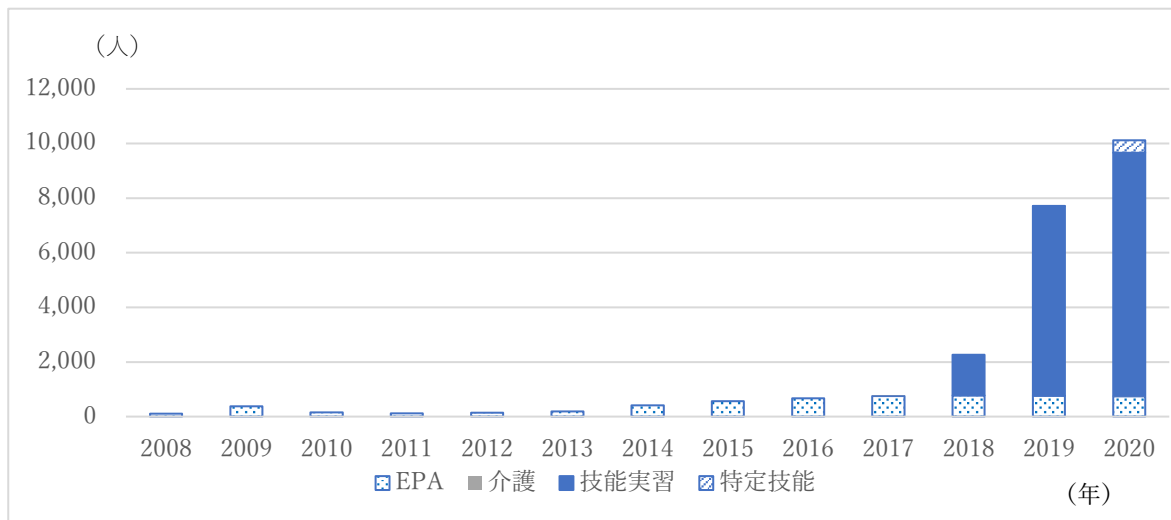


図 2.3.3：外国人介護人材のルート別受入れ推移 (2008～2020 年)

(出所) EPA:公益社団国際厚生事業団「2023 年度受入れ版 EPA に基づく外国人看護師・介護福祉士候補者受入れパンフレット」介護:出入国管理統計「入国審査・在留資格審査・退去強制手続等」技能実習:外国人技能実習機構「業務統計 国籍・地域別 職種別 技能実習計画認定件数 (構成比)」および出入国管理統計「入国審査・在留資格審査・退去強制手続等」から推計 特定技能:出入国在留管理庁「各四半期数の特定技能在留外国人数」(2021 年 12 月末)「在留資格別 在留資格認定証明書交付人員」これら複数の情報源を元に、調査団がグラフを作成

受入ルートの 9 割を占める技能実習において、業種別の技能実習 1 号認定件数割合を見ると 2018 年には介護は全体の 1%であったが、2020 年では 8%である。技能実習での受入れ総数が増える中、特に介護職種の伸びが著しい (図 2.3.4)。

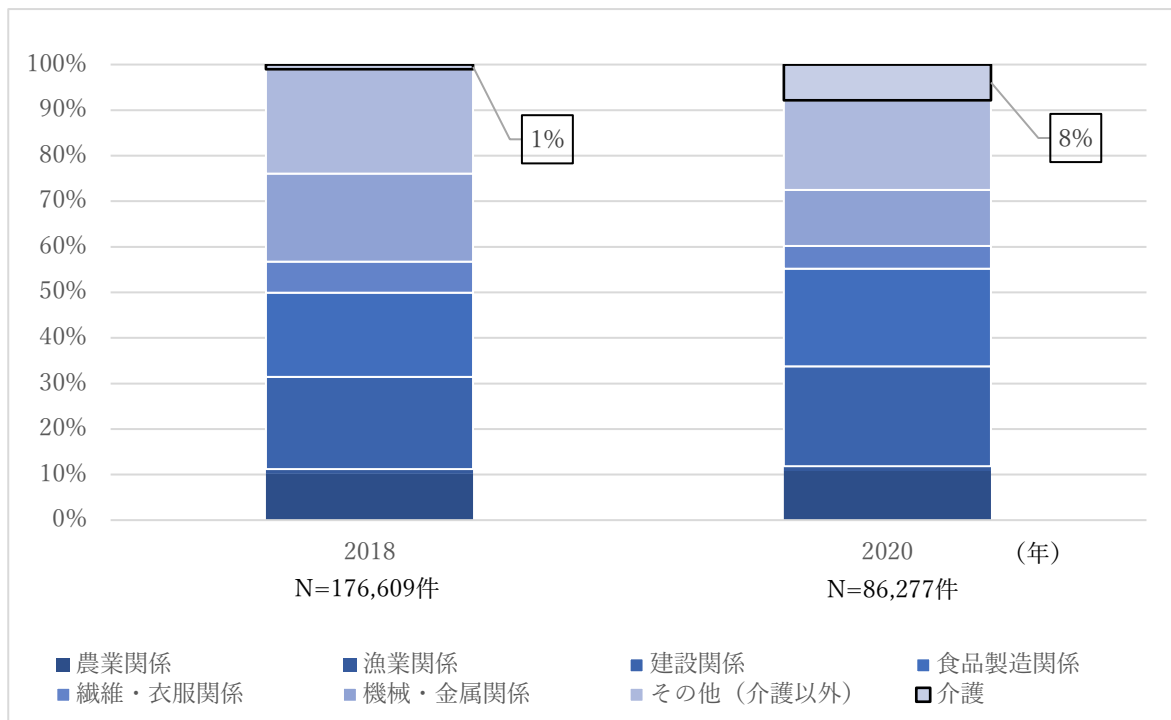


図 2.3.4：技能実習 1 号における認定件数割合比較 (2018 対 2020 年)

※介護以外は複数職種をまとめたもの

(出所) 外国人技能実習機構 業務統計「国籍・地域別 職種別 技能実習計画認定件数 (構成比)」
https://www.otit.go.jp/research_toukei/ (2022年7月10日アクセス)

外国人介護人材の受入れの上位国を表 2.2.1 に示す(調査団推計値含む)。2020年時点では、元々EPAを通じた受入れが行われていたベトナム、インドネシアに次いで、ミャンマーからの受入れが多い。さらにフィリピン、中国と続き、上位5か国とタイ以下の国とは大きく受入れ人数の規模が異なっていることが分かる。

表 2.3.1 : 外国人介護人材の国別受入れ推移

	ベトナム	インドネシア	ミャンマー	フィリピン	中国	タイ	カンボジア	ネパール	その他	合計
2008年度	0	104	0	0	0	0	0	0	0	104
2009年度	0	189	0	190	0	0	0	0	0	379
2010年度	0	77	0	72	0	0	0	0	0	149
2011年度	0	58	0	61	0	0	0	0	0	119
2012年度	0	72	0	73	0	0	0	0	0	145
2013年度	0	108	0	87	0	0	0	0	0	195
2014年度	117	146	0	147	0	0	0	0	0	410
2015年度	138	212	0	218	0	0	0	0	0	568
2016年度	162	233	0	276	0	0	0	0	0	671
2017年度	182	295	0	276	1	0	0	0	0	754
2018年度	723	554	205	292	287	21	79	0	105	2,265
2019年度	2,912	1,366	1,207	870	861	61	59	0	375	7,712
2020年度	4,247	1,983	1,570	944	790	92	81	13	391	10,112

(出所) EPA:公益社団国際厚生事業団「2023年度受入れ版 EPAに基づく外国人看護師・介護福祉士候補者受入れパンフレット」介護:出入国管理統計「入国審査・在留資格審査・退去強制手続等」技能実習:出入国管理統計「入国審査・在留資格審査・退去強制手続等」外国人技能実習機構「業務統計 国籍・地域別 職種別 技能実習計画認定件数 (構成比)」これら複数の情報源を元に、調査団がグラフを作成 特定技能:出入国在留管理庁「在留資格別 在留資格認定証明書交付人員」同「各四半期数の特定技能在留外国人人数」(2021年12月末)これら複数の情報源を元に、調査団がグラフを作成

2.4. 受入れルート別の制度概要と動向

2.4.1. EPA

2.4.1.1. 制度の概要

EPAに基づく外国人介護福祉候補者の受入れ概要は表 2.4.1 の通りである。本制度による受入れは、看護・介護分野の労働力不足への対応ではなく、二国間の経済活動の連携強化に主眼が置かれている点の特徴である。そのため、日本の労働市場への影響を鑑み、受入れ人数はインドネシア、フィリピン、ベトナムそれぞれ年間300人までの上限が設定されている。在留資格は「特定活動」である。受入れの目的は、日本の介護福祉士国家資格の取得であり、来日する人材には母国における一定の介護あるいは看護の学歴が必要とされる。日本語能力においても日本語能力試験N3~4程度(国により異なる)の水準が求められ、また入国前後の語学研修が課されている。介護福祉士の国家資格取得後は、家族の帯同が許可され、在留資格は制限なしで更新ができ、永住が可能となる。

表 2.4.1 : EPA 制度の概要

制度の目的	介護福祉士の国家資格取得を目的とした受入れ（国際連携の強化）。看護・介護分野の労働力不足への対応ではない
根拠法・制度等	経済連携協定
開始	インドネシア：2008年 フィリピン：2008年 ベトナム：2014年
送出し国	インドネシア、フィリピン、ベトナム
在留資格	「特定活動」
在留期間	介護福祉士の国家資格取得前：原則4年（一定の条件を満たせば5年） 介護福祉士の国家資格取得後：制限なしで更新可能
受入人数の計画	各国300人／年 （日本の労働市場に悪影響を及ぼさないようにする観点から上限を設定）
家族の帯同	介護福祉士の国家資格取得後：家族（配偶者、子ども）の帯同が可能
外国人介護職員に求められる日本語能力	○インドネシア・フィリピン 現地で6か月研修後、日本語能力試験N4程度以上で入国。入国後6か月の研修を受けてから介護事業所で就労 ○ベトナム 現地で12か月研修後、日本語能力試験N3以上の合格で入国。入国後2.5か月の研修を受けてから介護事業所で就労
外国人介護職員に求められる介護等の知識・経験等	○インドネシア 「インドネシアの看護学校（3年以上）卒業」又は「高等教育機関（3年以上）卒業＋インドネシア政府による介護士認定」 ○フィリピン 「フィリピンの看護学校（学士）（4年）卒業」又は「4年生大学卒業＋フィリピン政府による介護士認定」 ○ベトナム 3年制又は4年制の看護課程終了
介護福祉士の国家試験の受験義務	<ul style="list-style-type: none"> ・ 国家試験の受験が必須（最大2回まで受験可能） ・ 不合格でも一定点数以上を取得できていれば1年間に限り滞在延長後の再受験が特定として可能（※帰国後も在留資格「短期滞在」で再度入国し国家試験を受験することが可能） ・ 受入れ機関となる事業所は、国家資格取得のための研修とその支援体制を整えることが必須
受入調整機関等	公益社団法人国際厚生事業団（Japan International Corporation of Welfare Services、以下 JICWELS という）
勤務できるサービスの種類	以下、介護保険法に規定されるもののみ掲載 介護保険3施設、認知症グループホーム、特定施設、通所介護、通所リハ、認知症デイ、ショートステイ ※介護福祉士の資格取得後は、一定条件を満たした事業所の訪問系サービスも可能
配置基準に含まれるまでの期間	日本語能力試験 N2 以上の場合は、雇用してすぐに配置基準に含まれる。その他の場合は、雇用して6か経てば含まれる。

夜勤の可否	介護福祉士の国家資格取得前：雇用して 6 か月経過、もしくは日本語能力試験 N1 または N2 合格であれば可能 介護福祉士の国家資格取得後：可能
同一法人内の移動の可否	介護福祉士の国家資格取得前：原則不可 介護福祉士の国家資格取得後：可能
介護職種での転職の可否	介護福祉士の国家資格取得前：原則不可 介護福祉士の国家資格取得後：可能（ただし在留資格変更の許可が必要）
給与	日本人と同等

(出所) 厚生労働省「外国人介護職員の雇用に関する介護事業者向けガイドブック」、公益社団法人国際厚生事業団「2023 年度受入れ版 EPA に基づく介護福祉士候補者受入れの手引き」および同団ヒアリングより調査団作成

2.4.1.2. 受入れプロセス（入国前）

EPA の受入れは、受入れ調整機関である JICWELS が窓口となっている。まず、介護施設運営法人など受入れを希望する企業が JICWELS へ必要書類を整備の上、求人登録申請を行い、JICWELS は受入れ希望企業の要件確認を行う。求人登録申請が受理された受入れ希望企業は、JICWELS と各種契約を行い、その後、JICWELS が受入れ希望企業の求人情報を、インドネシア、フィリピン、ベトナム各国の人材送だし調整機関へ提供する。この求人情報の提供をもって、送だし機関による就労希望者の募集・審査・選考が開始される。第一回の選考は送だし調整機関によって行われ、次に JICWELS が面接を行う。受入れ希望企業が望む場合は、海外現地にて、就労希望者へ仕事内容や労働条件の説明を行う現地合同説明会に参加が可能である。JICWELS は受入れ希望機関と就労希望者の希望をとりまとめ、マッチングとなった場合、雇用契約が締結される。その後、送だし機関を通じ、査証の申請、発行となる。就労希望者は、日本への入国前に約 6～12 か月、また入国後に 2.5～6 か月（それぞれ国により異なる）の日本語研修を受講する。また入国後に、JICWELS による介護導入研修を受講し、受入れ施設に就労となる（図 2.4.1）。

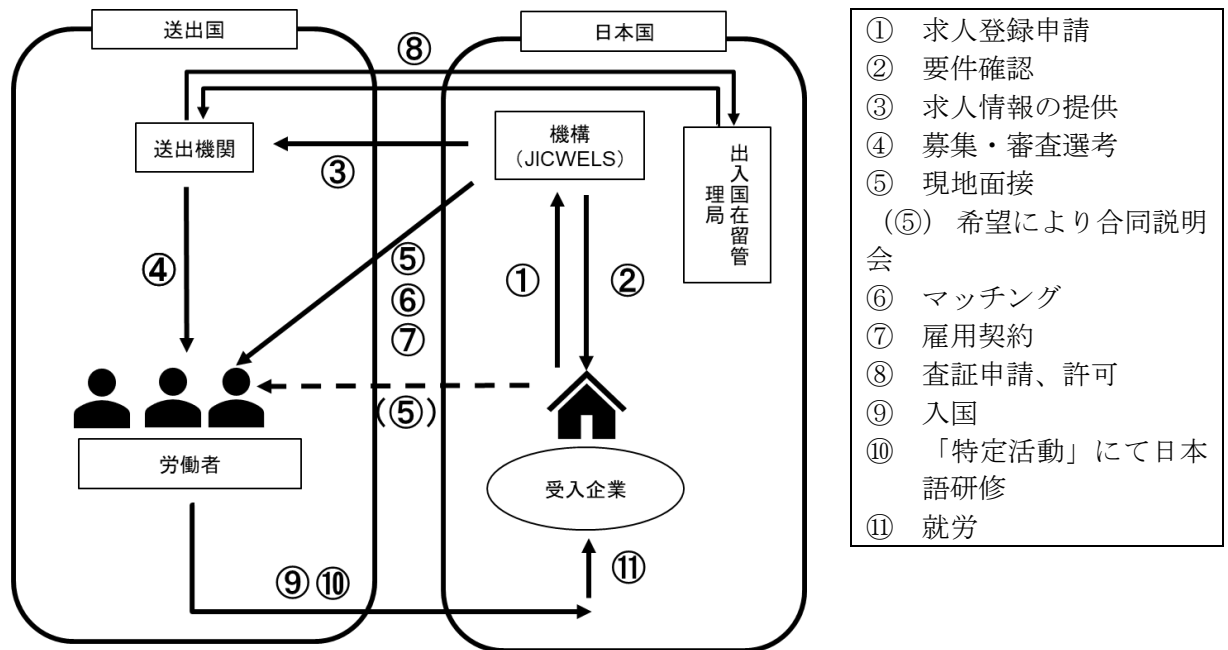


図 2.4.1 : EPA 受入れプロセス (入国前)

(出所) 厚生労働省「経済連携協定に基づく受入れの枠組」、厚生労働省「経済連携協定に基づく受入れの枠組 2023 年度版 EPA に基づく介護福祉士候補者受入れの手引き」より調査団作成

2.4.1.3. 受入れプロセス (入国後)

EPA では就学コースと就労コースがあるが、現ここでは 2022 年 12 月時点で、調査団が受け入れ実績を確認できている就労コースについて説明する。外国人材は、介護福祉士候補生（在留資格「特定活動」）として介護施設等にて 3 年以上の就労・研修を経て、介護福祉士国家試験の受験が可能となる。EPA による受入れでは国家試験の受験が必須である。介護福祉士の国家資格取得前の場合、滞在期間は原則 4 年間であるため、その間の国家試験の受験機会は一回に限られるが、不合格でも一定点数以上を取得できていれば 1 年間に限り滞在延長が認められ、再受験が可能となる（そのため最大 2 回の受験が可能である）。なお、不合格で帰国した場合でも在留資格「短期滞在」にて再度入国し、国家試験を受験することができる。国家試験に合格し、介護福祉資格取得後は、EPA 介護福祉士（在留資格「特定活動」）として、制限なしにて在留資格の更新が可能となり、また家族の帯同も可能となる(図 2.4.2)。

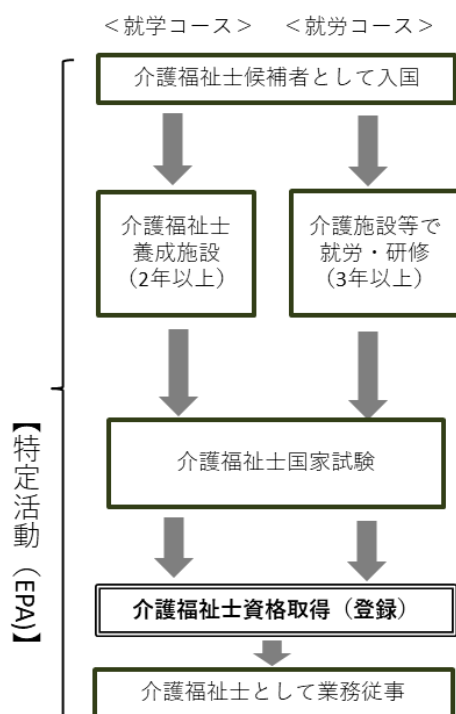


図 2.4.2 : EPA 受入れプロセス (入国後)

※ 【】内は「在留資格」の名称を記載

※2017年度より養成施設卒業者も国家試験合格が必要となった。ただし、2021年度までの卒業者には卒業後5年間の経過措置が設けられている

(出所) 厚生労働省「外国人介護人材受入れの仕組み」

<https://www.mhlw.go.jp/content/12000000/000994004.pdf> (2022年4月15日アクセス)

2.4.1.4. 受入れ動向

2008年にインドネシア、フィリピンからの受入れが開始されたのち、一時期受入れ人数が減少するも2011年からは継続的に受入れ人数を伸ばし、2017～2019年には上限である300名に近い人数にて推移している。ベトナムは2014年の受入れ開始以後、受入れ人数は増加傾向にあるが、近年では200名程度で推移している。ベトナムにおける直近の募集活動で提示されている人数は240名¹⁵となっており、これはベトナム国内における送出し機関のキャパシティ等の理由によるものである¹⁶(図2.4.3)。

2022年6月時点の在留者は介護福祉士候補者が2,447名(インドネシア907名、フィリピン832名、ベトナム708名)、介護福祉士合格者が705名(インドネシア284名、フィリピン302名、ベトナム119名)である。

¹⁵ VIETJO「EPA ベトナム人看護師・介護福祉士候補者の募集始まる、日本での月給は16～18万円」2022年7月5日配信記事, <https://www.viet-jo.com/news/social/220704134328.html> (2023年2月21日アクセス)

¹⁶ 2022年7月6日 JICWELS ヒアリング

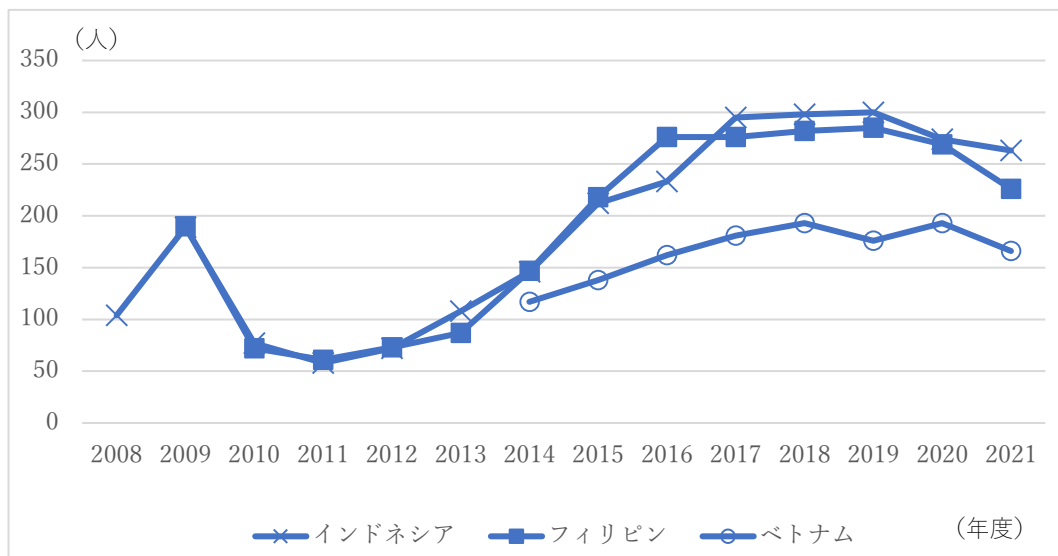


図 2.4.3 : EPA 介護国別受入れ実績人数 (就労) (2008~2021 年度)

(出所) 公益社団法人国際厚生事業団「2023 年度受入れ版 EPA に基づく外国人看護師・介護福祉士候補者受入れパンフレット」<https://jicwels.or.jp/wp-content/uploads/2022/03/2023%E5%B9%B4%E5%BA%A6%E7%89%88%E5%8F%97%E5%85%A5%E3%82%8C%E3%83%91%E3%83%B3%E3%83%95%E3%83%AC%E3%83%83%E3%83%88.pdf> (2022 年 6 月 20 日アクセス)

2.4.1.5. 介護福祉士国家試験合格者数および合格率

EPA 介護福祉士候補者の国家試験の合格率は、インドネシアとフィリピンにおいて、初受験者で 30~40%、再受験者で 20~30%程度であり、日本の全国平均の 70%と比較すると低い。一方、ベトナムにおいては、初受験での合格率が 80~90%で非常に高い (図 2.4.4)。

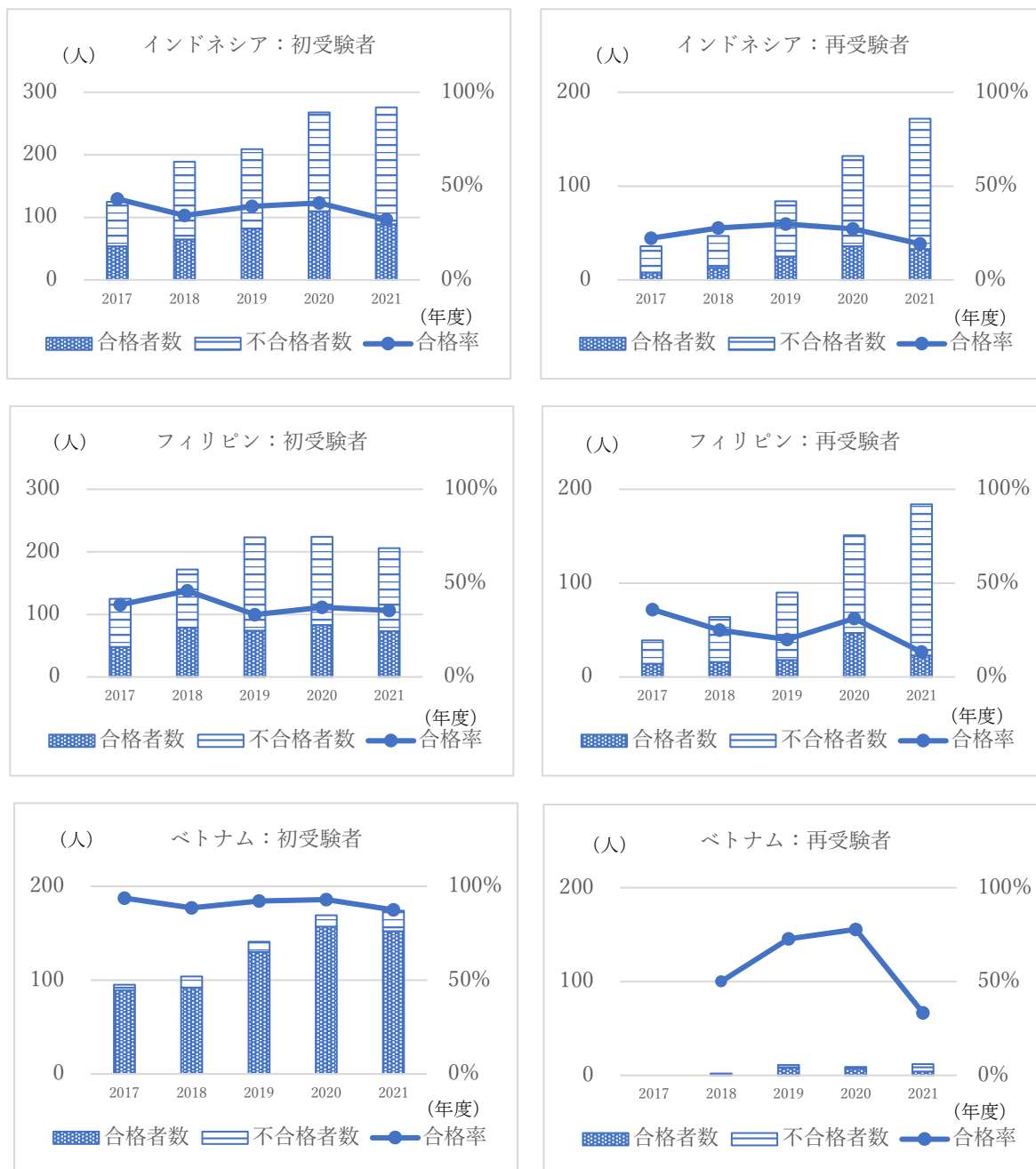


図 2.4.4 : EPA 介護福祉士国家試験受験状況 (2017~2021 年度)

(出所)厚生労働省「第 34 回介護福祉士国家試験における EPA 介護福祉士候補者の試験結果」より調査団作成

2.4.2. 在留資格「介護」

2.4.2.1. 制度の概要

在留資格「介護」は、2017 年 9 月に施行された。背景として、高齢化の進行に伴い、質の高い介護に対する要請が高まっていたこと、また、それまでは介護福祉士養成施設の留学生が介護福祉士の資格を取得しても、日本で介護業務に就けなかったが、在留資格の拡充をし、就労

を認めることで留学生の活躍を支援する動きがあったことがある¹⁷。在留資格「介護」は介護福祉士国家試験の合格が条件である。在留期間は制限なしで更新が可能となっており、家族の帯同も認められている。勤務形態等に関しても日本人と同じである（表 2.4.2）。

表 2.4.2：在留資格「介護」制度の概要

制度の目的	専門的・技術的分野への外国人労働者の受入れ
根拠法・制度等	出入国管理及び難民認定法の一部を改正する法律
開始	2017年9月
送出し国	制限なし
在留資格	「介護」
在留期間	制限なしで更新可能
家族の帯同	家族（配偶者・子ども）の帯同が可能
介護福祉士の国家試験の受験義務	国家試験合格者のみが申請可能
受入調整機関等	なし（介護事業所の自主的な採用活動）
勤務できるサービスの種類	制限なし
配置基準に含まれるまでの期間	雇用してすぐに、配置基準に含められる
夜勤の可否	可能
同一法人内の移動の可否	可能
介護職種での転職の可否	可能
給与	日本人と同等

（出所）厚生労働省「外国人介護職員の雇用に関する介護事業者向けガイドブック」
<https://www.mhlw.go.jp/content/12000000/000496822.pdf>（2023年2月15日アクセス）

2.4.2.2. 在留資格の獲得プロセス

在留資格「介護」は介護福祉士国家試験を受験し、合格すると得られる在留資格のため、在留資格の獲得プロセスは、技能実習や特定技能からの移行を含め、様々な方法がある。本来の目的のひとつとして、介護福祉士養成学校留学生が卒業後に介護福祉士として滞在することを可能にするために設けられた在留資格であり、介護福祉士国家資格の取得後は在留資格が「留学」から「介護」に変更となる（図 2.4.5）。

多くは日本に在留している者の留学等からの資格変更による取得であるが、「介護福祉士の資格を有する者が介護又は介護の指導を行う業務に従事する¹⁸」活動が認められる資格となっ

¹⁷ 厚生労働省 前掲註(5)

¹⁸ 出入国管理及び難民認定法「在留資格『介護』本邦において行うことができる活動」
<https://www.moj.go.jp/isa/applications/status/nursingcare.html>（2023年6月10日アクセス）

ており、介護福祉士の資格を保有していながら母国等へ帰国した者が改めて日本へ入国する際の受入れルートにもなっている。

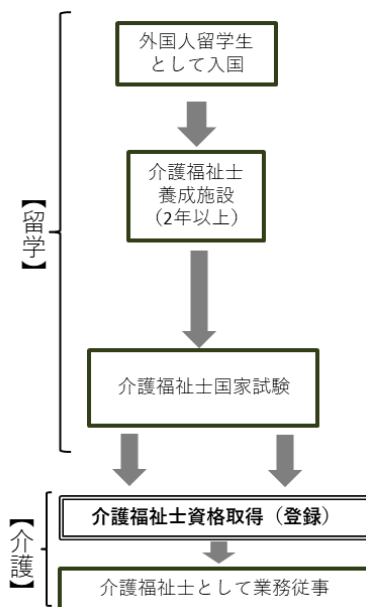


図 2.4.5 : 在留資格「介護」受入れプロセス

※ 【】内は「在留資格」の名称を記載

(出所) 厚生労働省「外国人介護人材受入れの仕組み」

<https://www.mhlw.go.jp/content/12000000/000994004.pdf> (2022年4月15日アクセス)

2.4.2.3. 受入れ動向

在留資格「介護」による在留者数は2018年6月時点で177名であったのが2021年6月時点で3,064名になり、大幅に増加している。2021年6月時点の上位5か国は、ベトナム、中国、フィリピン、インドネシア、ネパールとなっており、人数は図 2.4.6 の通りとなっている。

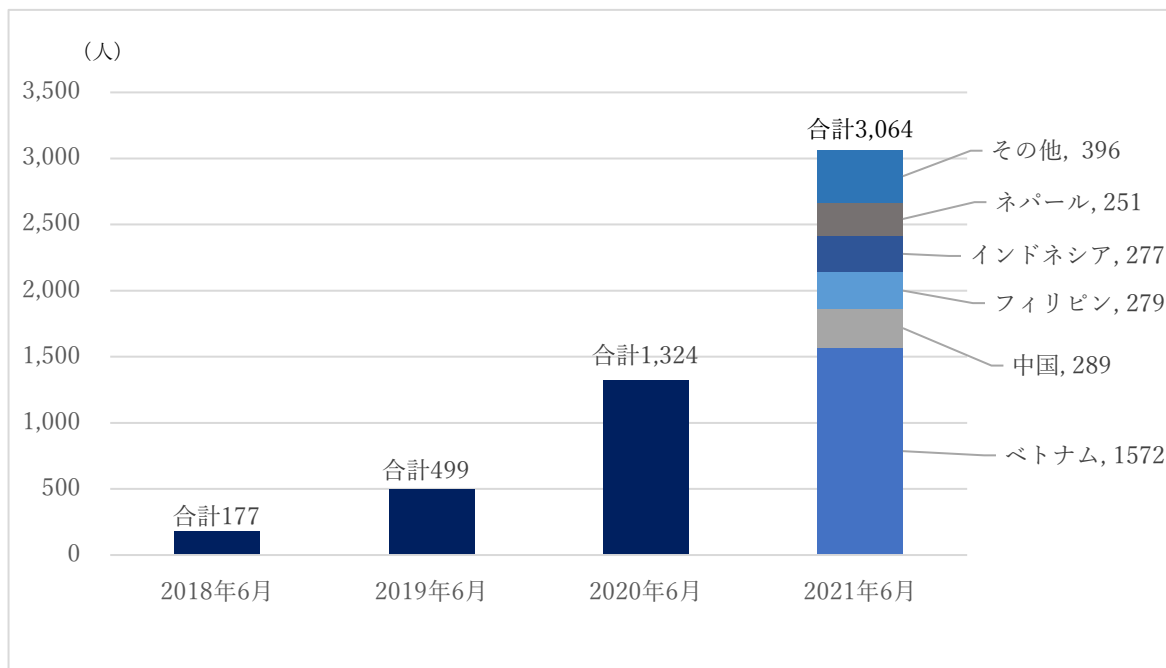


図 2.4.6：在留資格「介護」在留者数推移（2018年6月～2021年6月）
 （出所）出入国管理統計「国籍・地域別 在留資格（在留目的）別 在留外国人」（2021年6月）

在留資格「介護」としての入国者数は年々増加傾向であるが、2020年時点で32名と少数である。国籍別の傾向ではベトナムとインドネシアが多い（図 2.4.7）。

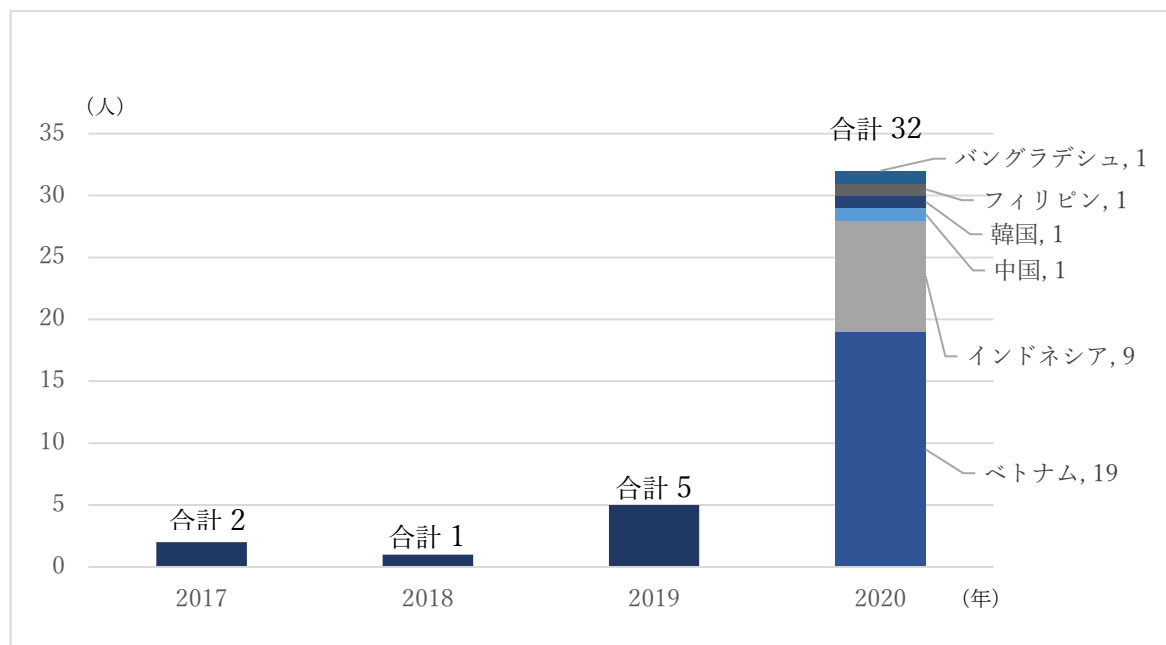


図 2.4.7：在留資格「介護」認定証明書交付人員推移（2017～2020年）
 （出所）出入国管理統計「入国審査・在留資格審査・退去強制手続等」（2020年12月）

2.4.3. 外国人技能実習制度

2.4.3.1. 制度の概要

外国人技能実習制度（以下、「技能実習制度」という。）は、2013年から開始され、日本から送出国へ技能を持ち帰り、送出国の発展に寄与する国際貢献が目的とされている。技能実習制度には2022年4月現在、86職種158作業が登録されている。多くは、農業、漁業、建築、製造等分野の職種区分であり、2017年の技能実習法の施行に合わせ追加された介護は対人サービスという点で特殊である。介護職種の追加に先立ち「外国人介護人材受入れの在り方に関する検討会」で検討が行われ、そこで提言された以下3つの要件に対応できるよう制度設計がなされている¹⁹。

1. 介護が「外国人が担う単純な仕事」というイメージにならないようにすること。
2. 外国人について、日本人と同様に適切な処遇を確保し、日本人労働者の処遇・労働環境の改善の努力が損なわれないようにすること。
3. 介護のサービスの質を担保するとともに、利用者の不安を招かないようにすること。

日本と送出国が、「技能実習を適正かつ円滑に行うために連携を図ることを目的²⁰」として以下の国と二国間取決め（協力覚書）を作成しており、署名国はベトナム、カンボジア、インド、フィリピン、ラオス、モンゴル、バングラデシュ、スリランカ、ミャンマー、ブータン、ウズベキスタン、パキスタン、タイ、インドネシアの14国である（2022年7月）。なお、制度上、送出国に制限はなく、覚書の有無に関わらず送出しは可能である。

2.4.3.2. 受入れプロセス（入国前）

技能実習の受入れは、団体監理型と企業単独型の2種がある。

団体監理型は非営利の監理団体が受入れ企業の窓口となり手続き等を行い、企業単独型は、企業が個別に海外現地法人等の職員と契約し受入れを行う。団体監理型は、監理団体が、受入れ企業からの技能実習生受入れ申込みに伴い、提携している送出し機関へ実習生派遣の依頼を行う。送出し機関は、海外現地において実習希望者を選考し、マッチングが叶った場合、実習希望者と受入れ企業が雇用契約を締結する。受入れ企業は、実習計画を作成し、監理団体を通じて外国人技能実習機構（Organization for Technical Intern Training, 以下 OTIT という）へ提出、計画の許可をもって査証の申請となる。査証許可後、実習生は入国し、監理団体にて原則2か月の講習を受け、その後、受入れ企業での就労が開始される（図 2.4.8）。

企業単独型は、監理団体が存在せず、直接、海外現地の法人や合弁企業、取引先企業の職員を受け入れて実習を行う。こちらにおいても、査証の申請前に、実習計画を作成し、外国人技能実習機構からの許可を受ける必要がある。企業単独型の場合、実習生入国後の講習は受入れ企業で行う（図 2.4.9）。技能実習（介護）制度の概要は表 2.4.3 に述べる。

¹⁹ 公益財団法人国際人材協力機構「外国人技能実習制度とは」<https://www.jitco.or.jp/ja/regulation/care.html> (2022年7月10日アクセス)

²⁰ 厚生労働省「技能実習に関する二国間取決め（協力覚書）」<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000180648.html> (2022年7月11日アクセス)

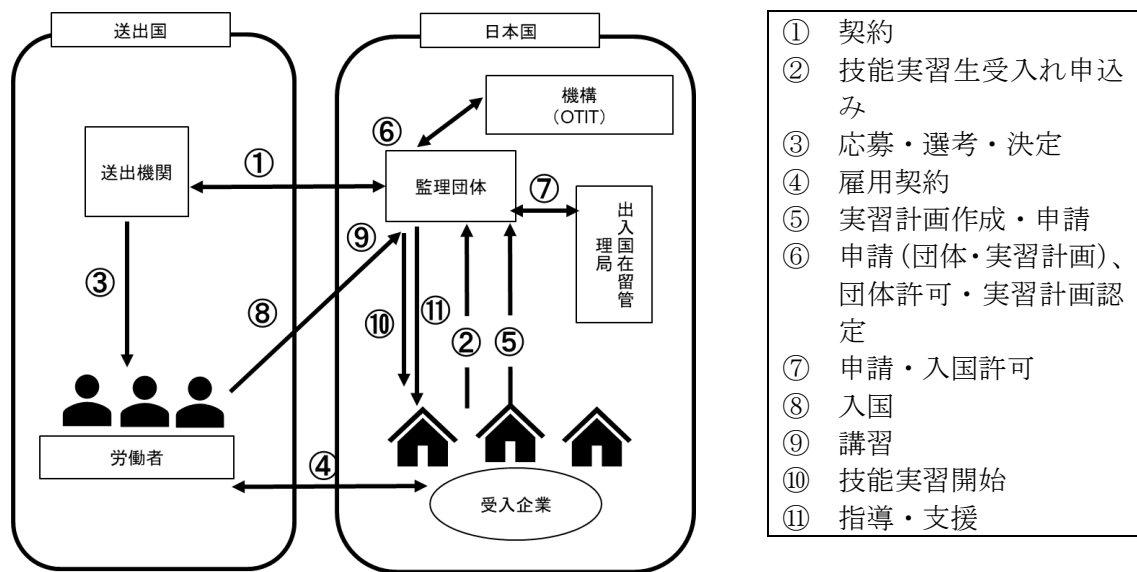


図 2.4.8 技能実習 1 号受入れプロセス（入国前）：団体監理型

（出所）厚生労働省「外国人介護人材の受入れについて」

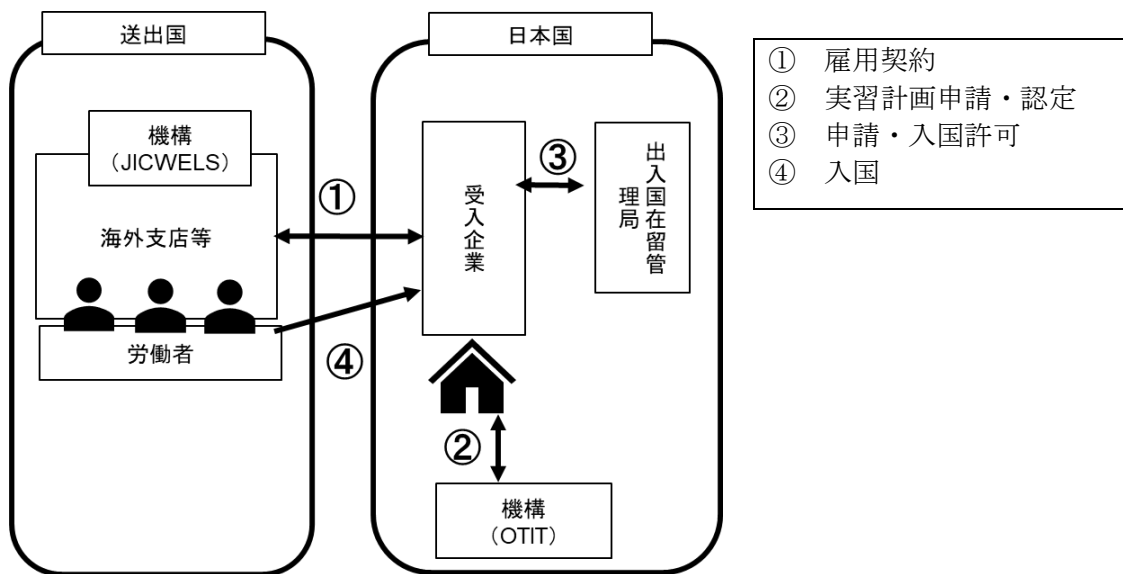


図 2.4.9：技能実習 1 号受入れプロセス（入国前）：企業単独型

（出所）厚生労働省「外国人介護人材の受入れについて」

表 2.4.3：技能実習（介護）制度の概要

制度の目的	日本から相手国への技能移転（国際貢献）
根拠法・制度等	外国人の技能実習の適正な実務及び技能実習生の保護に関する法律（技能実習法）
開始	2017 年 11 月（技能実習制度自体は 2013 年から）

送出国	制限なし
在留資格	1年目：[技能実習1号] 2～3年目：[技能実習2号] 4～5年目：[技能実習3号]
在留期間	技能実習1号：最長1年 技能実習2号（技能実習評価試験の合格後1号から移行）：最長2年 技能実習3号（技能実習評価試験の合格後2号から移行）：最長2年 合計 最長5年（優良な監理団体および実習実施者の場合） ※優良な監理団体とは、法令違反がなく、技能評価試験の合格率・指導・相談体制等について、一定の要件を満たしている監理団体のこと ²¹
家族の帯同	家族（配偶者・子ども）の帯同は不可
外国人介護職員に求められる日本語能力	入国時： 日本語能力試験 N3 程度が望ましい水準、N4 程度が要件 入国から1年後（2号移行時）： N3 程度が要件 ※1年後に N3 程度に満たない場合は、当面、雇用されている事業所で介護の技能の習熟のために必要な日本語を学ぶことなどを条件に、引き続き3年目まで在留することが可能
外国人介護職員に求められる介護等の知識・経験等	団体監理型の場合： 外国において「同等業務従事経験」※があること、又は技能実習に従事することを必要とする特別な事情があること 企業単独型の場合： 受け入れる事務所と密接な関係のある外国の機関の事務所の職員であること ※「同等業務従事経験」とは以下のいずれかに当てはまる者を指す ・ 外国における高齢者若しくは障害者の介護施設又は居宅等において、高齢者又は障害者の日常生活上の世話、機能訓練又は療養上の世話等に従事した経験を有する者 ・ 外国における看護課程を修了した者又は看護師資格を有する者 ・ 外国政府による介護士認定等を受けた者
在留資格期間中の介護福祉士国家試験の受験義務	なし（任意）
受入調整機関等	団体監理型：各監理団体 企業単独型：各企業
勤務できるサービスの種類	訪問系サービス以外
配置基準に含まれるまでの期間	日本語能力試験 N2 以上の場合は、雇用してすぐに配置基準に含まれる。その他の場合は、雇用して6ヵ月たてば、含まれる
夜勤の可否	条件付きで可能 ※技能実習生以外の介護職員を同時に配置することが求められるほか、業界ガイドラインにおいても技能実習生以外の介護職員と技能実習生の複数名で業務を行う旨を規定。また、夜勤業務等を行うのは2年目以降に限定する等の努力義務を業界ガイドラインに規定。

²¹ 国際ビジネス情報共同組合 <https://ibia.or.jp/about-association/excellent/> (2023年2月15日アクセス)

同一法人内の移動の可否	可能 ただし、技能実習計画上、技能等を習得するのに、その異動が必要と認められた場合に限る
介護職種での転職の可否	原則、不可
給与	日本人と同等

(出所) 厚生労働省「外国人介護職員の雇用に関する介護事業者向けガイドブック」
<https://www.mhlw.go.jp/content/12000000/000496822.pdf> (2023年2月15日アクセス)

2.4.3.3. 受入れプロセス（入国後）

技能実習生は、在留資格「技能実習1号」で入国し、監理団体にて、もしくは企業単独型の場合は受入れ企業にて、原則2か月の座学講習を受ける。その後、雇用関係の下、実習が開始される。入国後1年で実技試験及び学科試験の受検を行い、「技能実習2号」へ移行する。「技能実習2号」移行後、最長2年間に、実技試験の受検を行い、「技能実習3号」へ移行する。

「技能実習3号」では最長2年間の滞在が可能であり、以後、帰国となる。なお、「技能実習2号」及び「技能実習3号」が不合格の場合、即帰国となる。

2.4.3.4. 受入れ動向

介護職に従事する技能実習生の入国者数は増加しており、2020年で8,899名（推計値）²⁴である（図2.4.10）。出身国別上位5か国はベトナム、インドネシア、ミャンマー、中国、フィリピンとなっている。2020年は、COVID-19の世界的な感染拡大があったにもかかわらず、前年比でベトナム141%、インドネシア150%、フィリピン108%の増加となっている。2021年月時点で、技能実習1、2、3号で介護に従事する者の合計在留者数は14,034名（推計値）²²である。

²² 外国人技能実習機構 業務統計「国籍・地域別 職種別 技能実習計画認定件数（構成比）」および「出入国管理統計 入国審査・在留資格審査・退去強制手続等」これら複数の情報源を元に、調査団がグラフを作成

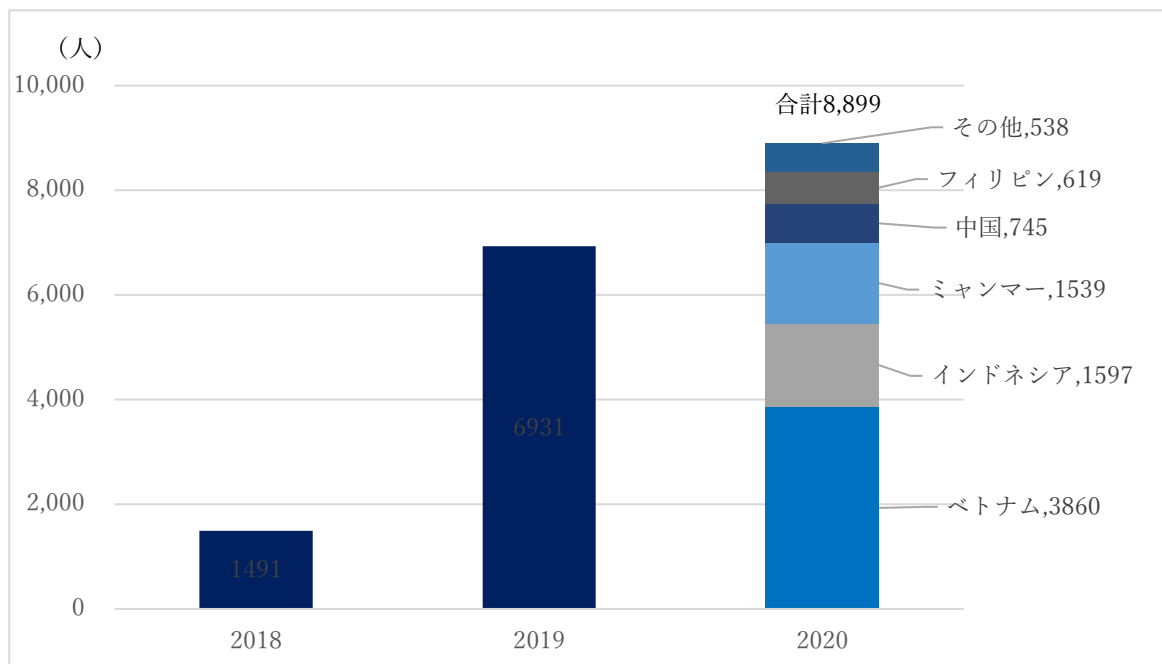


図 2.4.10：国別 在留資格「技能実習 1 号」認定証明書交付人員（介護従事者数、調査団推計）（2018～2020 年）

（出所）OTIT 業務統計 国籍・地域別 職種別 技能実習計画認定件数（構成比）、出入国管理統計 入国審査・在留資格審査・退去強制手続等 これら複数の情報源を元に、調査団がグラフを作成

2.4.4. 特定技能

2.4.4.1. 制度の概要

在留資格「特定技能」には、特定技能 1 号と特定技能 2 号がある。特定技能 1 号は「相当程度の知識又は経験を必要とする技能を要する業務に従事する外国人」、特定技能 2 号は「熟練した技能を要する業務に従事する外国人」を対象としており²³、労働市場の人手不足を背景に、一定の専門性・技能を有する外国人の受入れを目的とした在留資格となっている。特定技能 1 号では、最長在留期間が 5 年であり家族帯同が認められていないのに対し、特定技能 2 号は在留期間の上限設定がなく、家族帯同が認められている。特定技能にて活動できる産業分野は、14 分野が定められており、そのうち特定技能 2 号の受入れが可能なのは建設、造船・船用工業の 2 分野に限られている。よって、介護分野で受入れ可能なのは特定技能 1 号のみである。送出国の制限については特にない。

介護分野においては、一定の専門性および技能を有する外国人材の受入れという主旨から、入国前の日本語能力と介護等の知識・経験等の試験が必要である。なお、他在留資格からの移行も可能であり、その場合は基準に従い、これら試験は免除される。介護福祉士国家資格の受験は任意であるが、資格を取得すれば在留資格「介護」への移行が可能である。介護等業務においては、訪問系サービス以外は認められており、勤務先の変更が可能である。

²³厚生労働省「介護分野における特定技能外国人の受入れについて」

「特定技能外国人の円滑かつ適正な送出し・受入れの確保等のために」二国間協力覚書が作成されているのは、フィリピン、カンボジア、ネパール、ミャンマー、モンゴル、スリランカ、インドネシア、ベトナム、バングラデシュ、ウズベキスタン、パキスタン、タイ、インド、マレーシアの14か国である（2022年7月現在）²⁴。

表 2.4.4 に特定技能（介護）制度の概要をまとめる。

表 2.4.4：特定技能（介護）制度の概要

制度の目的	人手不足対応のための一定の専門性・技能を有する外国人の受入れ
開始	2019年4月
送出し国	制限なし
在留資格	「特定技能1号」
在留期間	最長5年
家族の帯同	家族（配偶者・子ども）の帯同は不可
外国人介護職員に求められる日本語能力	入国前の試験等で下記の日本語能力水準を確認 ・ある程度日常会話ができ、生活に支障がない程度の能力 ・介護の現場で働くうえで必要な日本語能力 ※技能実習3年を修了した者又は介護福祉士養成施設を修了した者等は、必要な日本語能力水準を満たしているものとし、試験などを免除
外国人介護職員に求められる介護等の知識・経験等	入国前の試験等で下記の技能水準を確認 ・受け入れ業種で適切に働くために必要な水準 ※技能実習3年を終了した者又は介護福祉士養成施設を修了した者等は、必要な技能水準を満たしているものとして、試験等を免除
在留資格期間中の介護福祉士国家試験の受験義務	なし（任意）
受入調整機関等	登録支援機関によるサポート ※登録支援機関とは、受入れ企業からの委託を受け、特定技能1号外国人が、その活動を安定的かつ円滑に行うための、在留期間における支援計画の作成、実施を行う機関 ²⁵
勤務できるサービスの種類	訪問系サービス以外
配置基準に含まれるまでの期間	雇用してすぐに、配置基準に含まれる （ただし、6か月間、受入れ施設におけるケアの安全性を確保するための体制が必要）
夜勤の可否	可能

²⁴ 出入国在留管理庁「特定技能に関する二国間の協力覚書」

²⁵ 特定技能 online 「『登録支援機関』とは？特定技能制度における登録支援機関の役割・選び方、取得条件や注意」<https://tokuteiginou-online.com/specials/registration-support-organization/#:~:text=%E7%99%BB%E9%8C%B2%E6%94%AF%E6%8F%B4%E6%A9%9F%E9%96%A2%E3%81%A8%E3%81%AF%E3%80%81%E7%89%B9%E5%AE%9A%E6%89%80%E5%B1%9E%E6%A9%9F%E9%96%A2%EF%BC%88%E5%8F%97%E5%85%A5%E3%82%8C%E4%BC%81%E6%A5%AD,%E6%A9%9F%E9%96%A2%E3%81%A8%E5%91%BC%E3%81%B0%E3%82%8C%E3%81%BE%E3%81%99%E3%80%82>（2023年2月15日アクセス）

同一法人内の移動の可否	可能
介護職種における勤務先変更の可否	可能
給与	日本人と同等

(出所) 厚生労働省「外国人介護職員の雇用に関する介護事業者向けガイドブック」
<https://www.mhlw.go.jp/content/12000000/000496822.pdf> (2023年2月15日アクセス)

2.4.4.2. 受入れプロセス (入国前)

在留資格「特定技能」の対象となる外国人材は、日本政府が日本国内外で実施する技能試験並びに日本語試験に合格している必要がある。介護職種の第2号技能実習を良好に修了した者、介護福祉士養成施設を修了した者、EPA介護福祉士候補者としての在留期間満了(4年間)の者については、技能試験と日本語試験が免除される。

受入れは、上記試験に合格している(あるいは免除されている)外国人材個人と受入れ機関との雇用契約から始まる。受入れ機関は、雇用契約を締結後、1号特定技能外国人支援計画の策定し、その他の必要書類と合わせ在留資格認定証明書の交付申請を行う。支援計画は、住居確保・生活に必要な契約支援、生活オリエンテーション、などといった生活支援や日本語学習機会の提供、行政との連携といった幅広い支援策を盛り込む必要があり、受入れ機関の希望により、登録支援機関へ委託を行うことができる。在留資格認定証明書が交付されたのち、受入れ機関は外国人材へ証明書を渡し、外国人材が自国の関連行政機関と手続きの上、入国となる。なお、日本在留者が他の在留資格から特定技能へ変更する場合も基本的なプロセスは同じである(図2.4.11)。

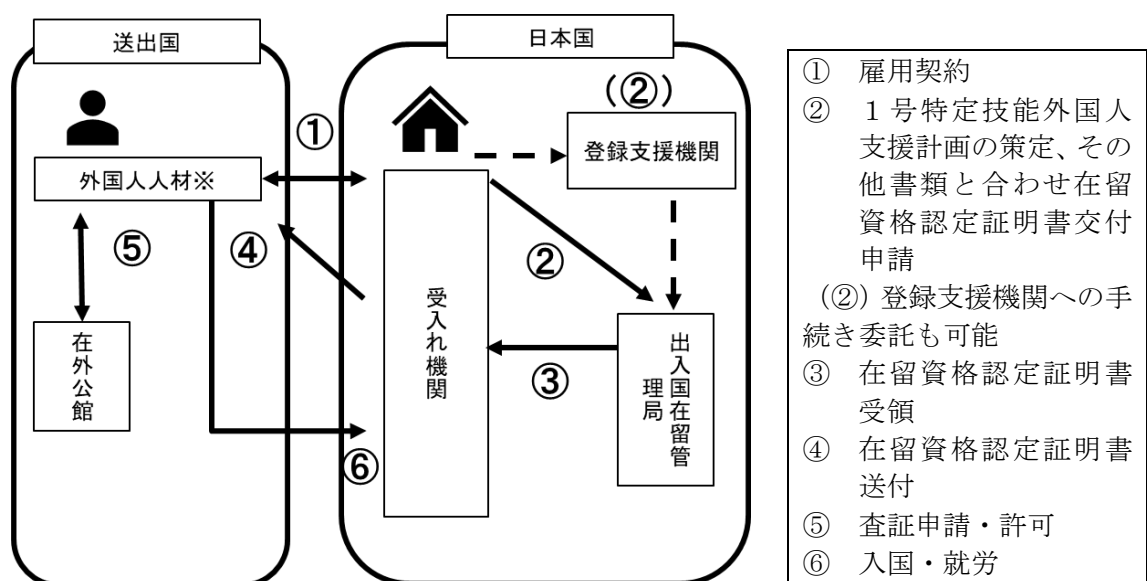


図 2.4.11 : 特定技能受入れプロセス (入国前)

※ 日本国内外で実施される技能試験並びに日本語試験の合格者 又は介護職種の第2号技能実習を良好に修了した者、又は介護福祉士養成施設を修了した者、又はEPA介護福祉士候補者としての在留期間満了（4年間）の者

（出所）全国社会福祉法人経営者協議会「外国人介護人材受入ガイドライン」、法務省「特定技能制度に関するQ&A」これら複数の情報源を元に、調査団がグラフを作成が作成

2.4.4.3. 受入れ後の就労についてなど

在留資格「特定技能1号」は、最長5年間の介護施設等での就労が認められる。介護関連の他の在留資格から変更した場合も、新たに最長5年の就労が認められる。そのため、EPAで入国したり、介護福祉士養成施設を卒業したりしたが介護福祉士国家試験に合格しなかった者の受け皿となったり、技能実習生として滞在後、さらに期間を延長して勤務を望む者の選択肢となる等、培った技能をより長く日本の介護分野にて生かすことが可能となっている。本在留資格を取得するためには、介護福祉士国家試験の受験が義務付けられていない(図 2.4.12)。

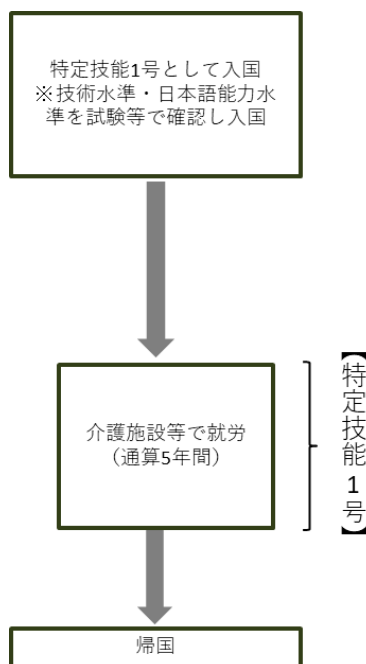


図 2.4.12：特定技能受入れプロセス

※ 【】内は「在留資格」の名称を記載

（出所）厚生労働省「外国人介護人材受入れの仕組み」

<https://www.mhlw.go.jp/content/12000000/000994004.pdf>（2022年4月15日アクセス）

2.4.4.4. 受入れ動向

介護分野の特定技能1号在留者数は、法律の施行が2019年4月で、その後現地での試験の実施等の準備が進められたが、2020年以降COVID-19の蔓延に伴う水際対策等の影響から本格的な来日の開始が遅れたと考えられる。2022年3月時点で在留者数の合計は7,019名である。

在留人数が多い上位 5 か国は図 2.4.13 の通り、ベトナム、インドネシア、フィリピン、ミャンマー、ネパールである。なお、インドとバングラデシュはその他に区分され、それぞれ 5 名、12 名である。

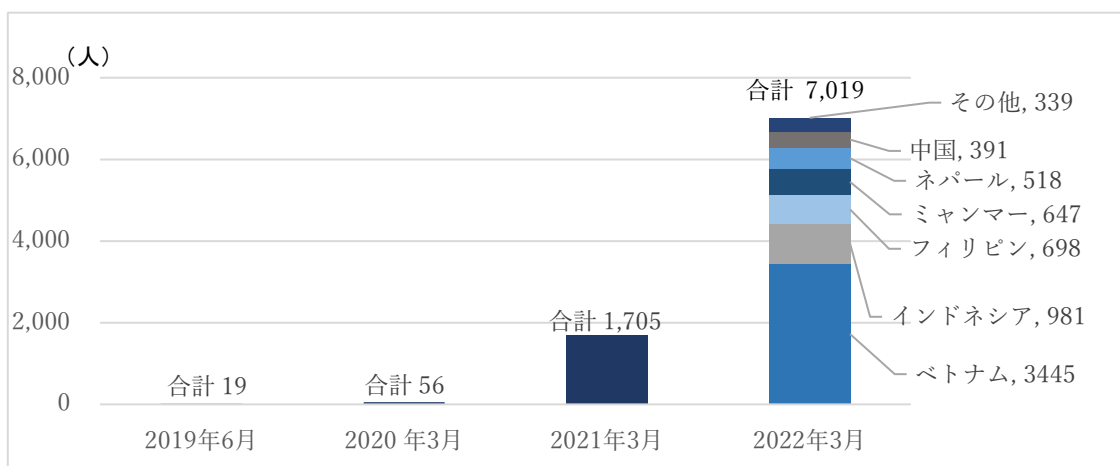


図 2.4.13：特定技能（介護）在留者数推移（2019年6月～2022年3月）

（出所）出入国管理統計「特定技能在留外国人数の公表」

https://www.moj.go.jp/isa/policies/ssw/nyuukokukanri07_00215.html（2022年6月10日アクセス）

2.4.4.5. 技能試験、日本語試験受験状況

介護分野における特定技能 1 号は、国内外にて日本政府が実施する介護技能評価試験と介護日本語評価試験の両試験を合格することが取得条件の一つである。国外では 2022 年 8 月時点でフィリピン、カンボジア、ネパール、インドネシア、モンゴル、ミャンマー、タイ、インド、スリランカ、ウズベキスタンの 10 か国にて現地受験が可能である。試験の開催頻度は国により異なる。技能実習制度において受入れ人数が最も多いベトナムでは、現地試験が開催されていない。重点対象国のうち、ベトナムとバングラデシュを除く 4 か国における受験状況は表 2.4.5 の通りである。

特定技能においては職種別の入国者数は公表されていない。両試験を合格した者は、その後、企業と雇用契約を締結し、査証申請というプロセスを踏むため、合格者全員が特定技能介護職として入国するわけではない。

表 2.4.5：特定技能介護試験受験者数と合格者数一覧

		インドネシア			フィリピン			ネパール			インド			国外計			国内		
		受験者数	合格者数	合格率	受験者数	合格者数	合格率	受験者数	合格者数	合格率	受験者数	合格者数	合格率	受験者数	合格者数	合格率	受験者数	合格者数	合格率
2019年 (4月～12月)	介護技能評価試験	240	100	41.7%	2,225	1,194	53.7%	100	21	21.0%	0	0	0%	2,952	1,405	47.6%	485	280	57.7%
	介護日本語評価試験	225	117	52.0%	2,212	1,140	51.5%	103	21	20.4%	0	0	0%	2,913	1,388	47.6%	458	355	77.5%
2020年 (1月～12月)	介護技能評価試験	1,799	1,192	66.3%	1,755	1,334	76.0%	661	383	57.9%	0	0	0%	5,401	3,765	69.7%	7,240	4,915	67.9%
	介護日本語評価試験	1,641	1,272	77.5%	1,611	1,169	72.6%	633	371	58.6%	0	0	0%	5,004	3,727	74.5%	6,538	5,548	84.9%
2021年 (1月～12月)	介護技能評価試験	3,964	2,960	74.7%	1,850	1,331	71.9%	936	775	82.8%	0	0	0%	7,341	5,522	75.2%	17,123	11,214	65.5%
	介護日本語評価試験	3,879	3,072	79.2%	1,618	1,188	73.4%	904	828	91.6%	0	0	0%	6,936	5,487	79.1%	14,599	12,182	83.4%
2022年 (1月～4月)	介護技能評価試験	1,276	948	74.3%	395	255	64.6%	475	323	68.0%	90	59	65.6%	2,610	1,861	71.3%	5,651	3,800	67.2%
	介護日本語評価試験	1,054	880	83.5%	348	260	74.7%	417	327	78.4%	78	73	93.6%	2,243	1,791	79.8%	4,691	3,792	80.8%
合計	介護技能評価試験	7,279	5,200	71.4%	6,225	4,114	66.1%	2,172	1,502	69.2%	90	59	65.6%	18,304	12,553	68.6%	30,499	20,209	66.3%
	介護日本語評価試験	6,799	5,341	78.6%	5,789	3,757	64.9%	2,057	1,547	75.2%	78	73	93.6%	17,096	12,393	72.5%	26,286	21,877	83.2%

(出所) 厚生労働省「介護分野における特定技能試験結果について」

https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_000117702_00009.html (2022年7月3日アクセス) より調査団が作成

2.4.5. 留学

2.4.5.1. 制度の概要と受入れプロセス

在留資格「介護」と特定技能1号へ進む前段階のルートとして介護福祉士養成施設への留学があるため、介護福祉士養成施設への留学動向について述べる。

介護福祉士養成施設への入学ルートは、図 2.4.14 の通り、大きく、出身国からの直接入学と日本国内外の日本語学校からの入学がある。入学要件においては、多くの介護福祉士養成施設が N3 以上としており²⁶、日本国内の日本語学校からの入学が約 8～9 割と高いことより(表 2.4.6)、母国だけでの日本語学習では十分でない状況が窺える。

なお、2022年4月時点の介護福祉士養成施設の留学生数は4,584名(調査団推計)である²⁷。また、留学では週28時間まで(夏季休暇中等は週40時間まで)のアルバイトが認められている。

²⁶ 公益社団法人 日本介護福祉士養成施設協会「介護福祉士を目指す外国人留学生等に対する相談支援等の体制整備事業アンケート調査 報告書」2019年3月

²⁷ 公益社団法人日本介護福祉士養成施設協会「外国人留学生受入数の推移等」から、2022年と2021年の留学生者入学者数を合計し調査団にて推計

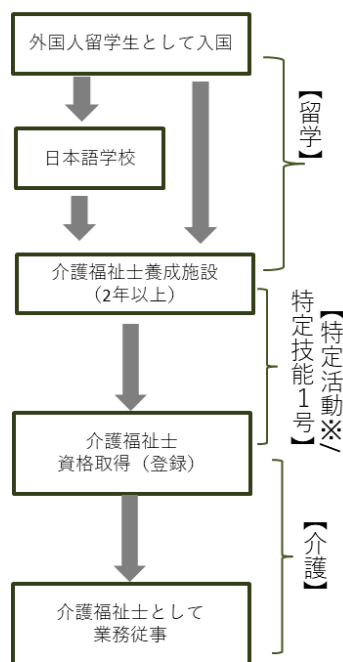


図 2.4.14 : 留学（介護）受入れプロセス（例）

※ 卒業前から引き続き行っている就職活動を行うことを目的として在留を希望する者は卒業後1年間「特定活動」にて在留が可能

※ 【】内は「在留資格」の名称を記載

（出所）各種情報より調査団作成

表 2.4.6 : 介護福祉士養成施設への外国人留学生の出身経路（単位：人）

出身経路	2019年	2020年	2021年
出身国からの直接入学	152	190	164
日本国内の日本語学校からの入学	1,714	2,002	1,834
日本国内の日本語学校を除く他校からの入学	153	187	141
その他	18	16	50
合計	2,037	2,395	2,189

（出所）公益社団法人日本介護福祉士養成施設協会「外国人留学生受入数の推移等」
https://kaiyokyo.net/news/r3_foreign_students.pdf（2022年7月1日アクセス）

2.4.5.2. 受入れの動向

介護福祉士養成施設への外国人留学生数は年々増加傾向で、2020年時点で2,395名であり、2016年と比較し約10倍となっている。出身国の上位5か国はベトナム、ネパール、中国、フィリピン、インドネシアである（図 2.4.15）。入学者に占める留学生の割合は上昇傾向であり、2020年には34%となっている（表 2.4.7）。介護人材への需要が高まっているものの、国内で介護士を目指す者の数は少なく、介護福祉士養成施設においても積極的に海外からの留学生を受

入れている状況が窺える。過去のアンケート調査²⁸では、6割以上の養成施設が、国内の日本語学校、国内の人材エージェント、国内の介護施設等と留学生受入れのための連携をしている。

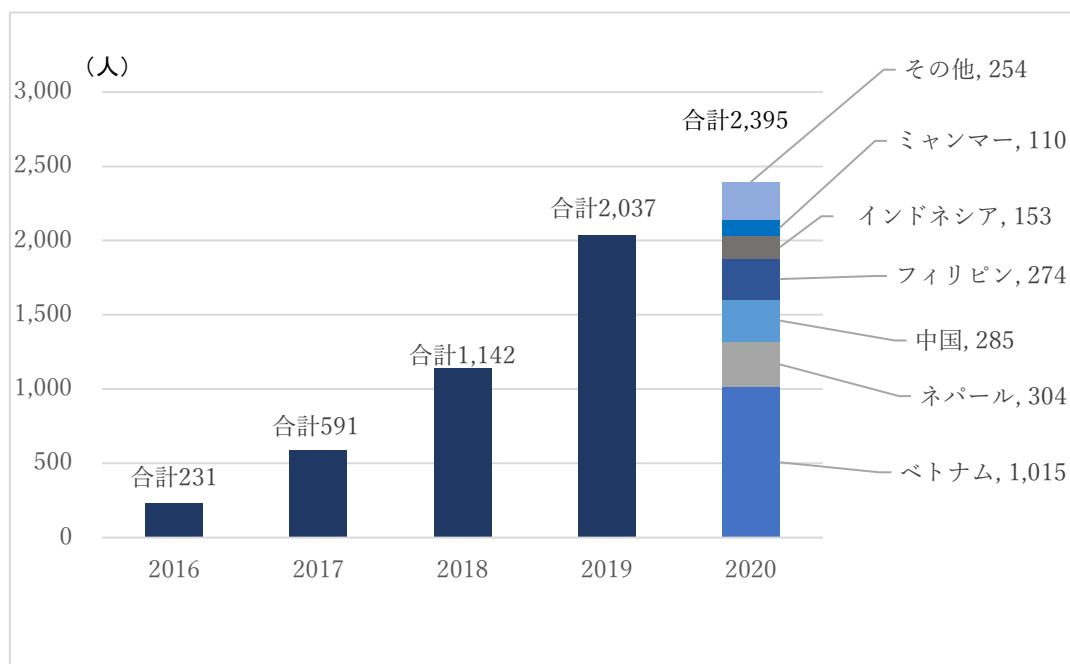


図 2.4.15 : 介護福祉士養成施設への外国人留学生受入れ人数推移 (2016～2020年)
 (出所) 日本介護福祉士養成施設協会「介護福祉士養成施設への入学者数と外国人留学生、介護福祉士を目指す外国人留学生の受入れ状況と課題」https://kaiyokyo.net/news/h28-r2_nyuugakusha_ryuugakusei.pdf (2022年7月3日アクセス)

表 2.4.7 : 入学者に占める留学生の割合

	2014年	2015年	2016年	2017年	2018年	2019年	2020年
養成施設数	406	379	401	396	386	375	347
入学定員 (人)	18,041	17,769	16,704	15,891	15,506	14,387	13,619
入学者数 (人)	10,392	8,884	7,752	7,258	6,856	6,982	7,042
留学生内数 (人)	17	94	257	591	1,142	2,037	2,395
入学者に占める留学生割合	0.2%	1.1%	3.3%	8.1%	16.7%	29.2%	34.0%

(出所) 日本介護福祉士養成施設協会「介護福祉士養成施設への入学者数と外国人留学生、介護福祉士を目指す外国人留学生の受入れ状況と課題」https://kaiyokyo.net/news/h28-r2_nyuugakusha_ryuugakusei.pdf (2022年7月3日アクセス)

2.4.5.3. 介護福祉士養成施設卒業生の国家試験合格率

介護福祉士養成施設の卒業生の国家試験合格率は79.8%である。しかし留学生に限ると38.0%で、「全体」である合格率79.8%の約5割にとどまる(表2.4.8)。

²⁸ 公益社団法人日本介護福祉士養成施設協会 前掲註(24)

表 2.4.8 : 介護福祉士養成施設卒業生の国家試験受験状況

	卒業生数	うち国家試験受験者数	うち国家試験合格者数	合格率
全体 (人)	5,561	5,273	4,209	79.8%
留学生 (人)	1,471	1,353	514	38.0%

(出所) 公益社団法人日本介護福祉士養成施設「令和3年3月卒業生 進路調査報告」
<https://kaiyokyo.net/news/4466fd19d5f15a060276a6a08b2750b25f680dd3.pdf> (2022年7月3日アクセス)

2.4.6. 外国人介護人材在留者数合計

表 2.4.9 に、各項で述べた外国人介護人材の在留者数をまとめる。2021 年および 2022 年時点のデータを用いた推計では、現在、技能実習、特定技能、EPA、「介護」の在留資格にて介護職に従事している者は合計 27,269 人である。日本で働く介護人材数は約 211 万人²⁹であるため、おおよそ 1.3%が外国人材ということになる。介護福祉士養成施設への留学者数は 4,584 人(調査団推計値)である。

表 2.4.9 : 在留資格別在留者数 (推計)

在留資格	在留人数 (介護分野のみ)
技能実習	14,034 人
特定技能	7,019 人
EPA (介護福祉士候補)	2,447 人
EPA (介護福祉士)	705 人
介護	3,064 人
介護職従事者合計	27,269 人
留学	4,584 人
合計	31,853 人

(出所) 技能実習：「出入国在留管理庁在留外国人統計および外国人技能実習機構推計 技能実習計画認定件数」2021年6月より調査団が推計、

特定技能：「出入国在留管理庁在留外国人統計」2022年3月時点、

EPA (介護福祉士候補) (介護福祉士)：公益社団法人国際厚生事業団から 2022年5月に調査団がヒアリング
 留学：日本介護福祉士養成施設協会「外国人留学生入学数」2022年4月より調査団が推計、

介護：出入国在留管理庁在留外国人統計 2022年3月時点

2.4.7. 属性、保有資格

外国人介護人材の受入ルートである EPA、在留資格「介護」、技能実習、特定技能における来日者の属性や保有資格につき、比較可能な形式にて述べる。なお、データは三菱 UFJ リサーチ & コンサルティングが実施した「令和2年度 老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業『介護分野に係る特定技能等の受入れの実態に関する調査研究事業【報告書】』令和3年3月」の、第3章外国人介護職員向けアンケート調査から抜粋している。本調査は、「外国

²⁹ 厚生労働省「第8期介護保険事業計画に基づく介護職員の必要数について」
https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000207323_00005.html (2022年7月5日アクセス)

人介護職員の 4 つの受入れルートで入国・在留している外国人介護職員本人に対して、従事する職務内容、介護知識・技能及び日本語能力の実態、育成や支援の取組み、今後の働き方やキャリア形成の考え等について定量的に実態を把握するため³⁰」のアンケート調査であり、合計 1,057 施設、2,472 人の有効回答となっている。

調査対象 2,472 人の出身国・地域と在留資格は図 2.4.16 の通りである。

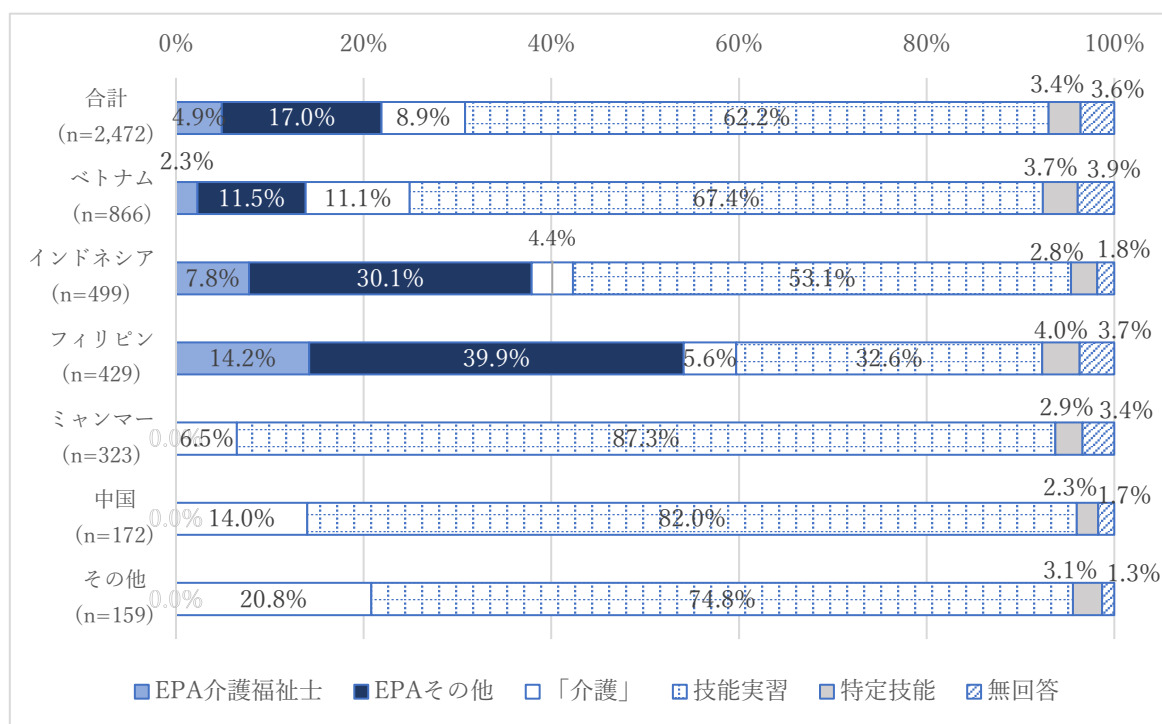


図 2.4.16 : 出身国・地域（上位 5 か国）と在留資格の関係

(出所) 三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング「令和 2 年度 老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業『介護分野に係る特定技能等の受入れの実態に関する調査研究事業【報告書】』 2021 年

以下に EPA、在留資格「介護」、技能実習、特定技能における来日者の母国の最終学歴、取得資格、就労経験につき述べる。「母国の」としているのは、出典元のアンケート記載項目に倣うものである。

2.4.7.1. 母国の最終学歴

図 2.4.17 に示した合計では、50.0%が大学・大学院卒で、高学歴者が多いことがわかる。EPA については、学士や高等教育機関卒などの学歴要件があるため、大学・大学院卒者が全体の 7 割以上を占めている。大学・大学院卒業者の割合は、続いて特定技能が 56.6%、技能実習が 43.2%、在留資格「介護」が 38.5%の順で多い。

³⁰ 三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング「令和 2 年度 老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業『介護分野に係る特定技能等の受入れの実態に関する調査研究事業【報告書】』 2021 年

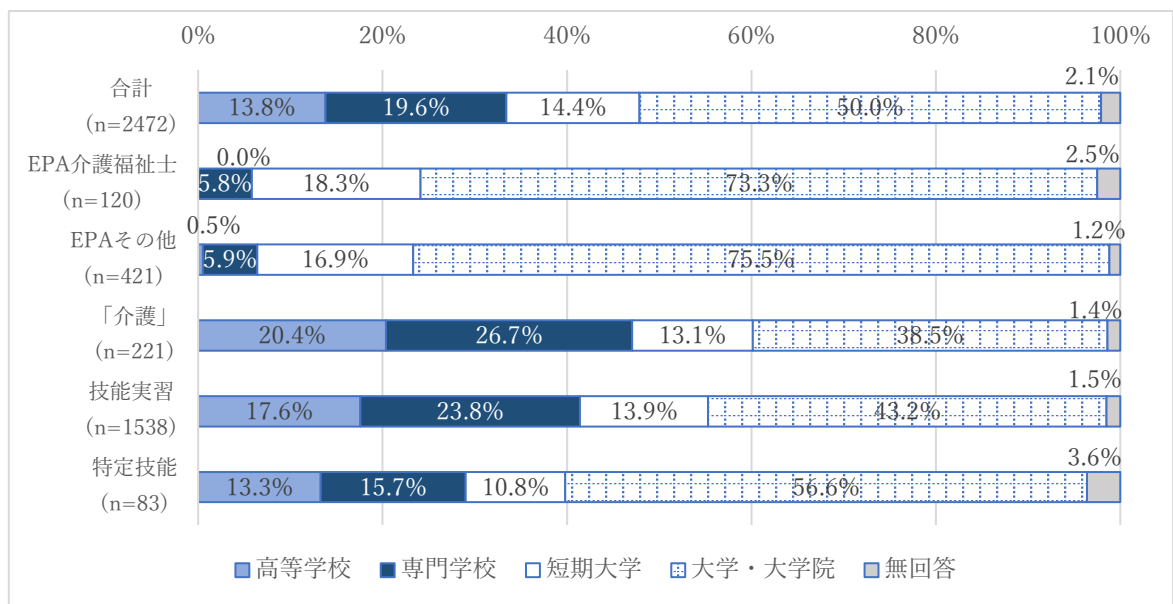


図 2.4.17：母国の最終学歴

(出所) 三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング「令和2年度 老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業『介護分野に係る特定技能等の受入れの実態に関する調査研究事業【報告書】』2021年

2.4.7.2. 母国での取得資格、実務経験の有無

図 2.4.18 に示した合計では、看護あるいは介護のいずれか、または両方の資格を取得している者あるいは、経験のある者の割合が約65%である。EPAは要件に学歴や国による認定があるため、資格取得者の割合は7~8割と高い。技能実習については、同等業務従事経験が要件として設定されており、母国で取得した資格等の他に実務経験なども認められるため、資格取得者の割合はやや下がるが、約6割はいずれかの資格取得者となっている。「介護」、特定技能においても、約6割はいずれかの資格を取得あるいは実務の経験をしている。

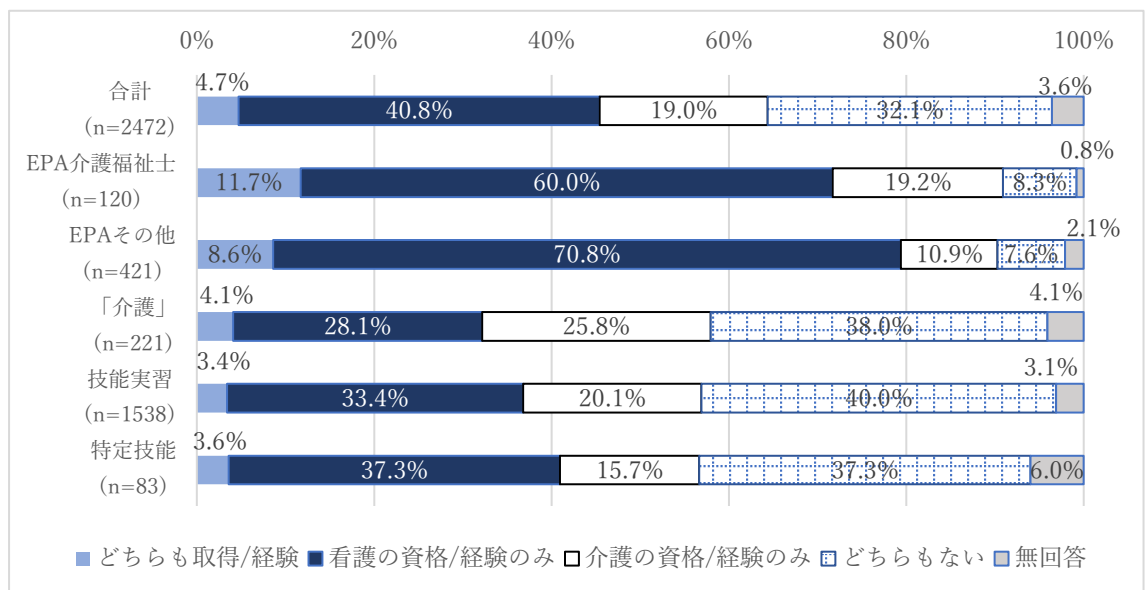


図 2.4.18：母国での取得資格/実務経験の有無

(出所) 三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング「令和2年度 老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業『介護分野に係る特定技能等の受入れの実態に関する調査研究事業【報告書】』」2021年

2.4.7.3. 母国での就労経験

図 2.4.19 に示す通り、母国で働いた経験は、合計で約7割が「ある」と回答している。EPAがやや高いものの、全体的に大きな差異のない結果となっている。また図 2.4.20 の通り、就労経験の内容としては看護や介護の仕事が多く、合計で6割、EPAで7割～8割である。

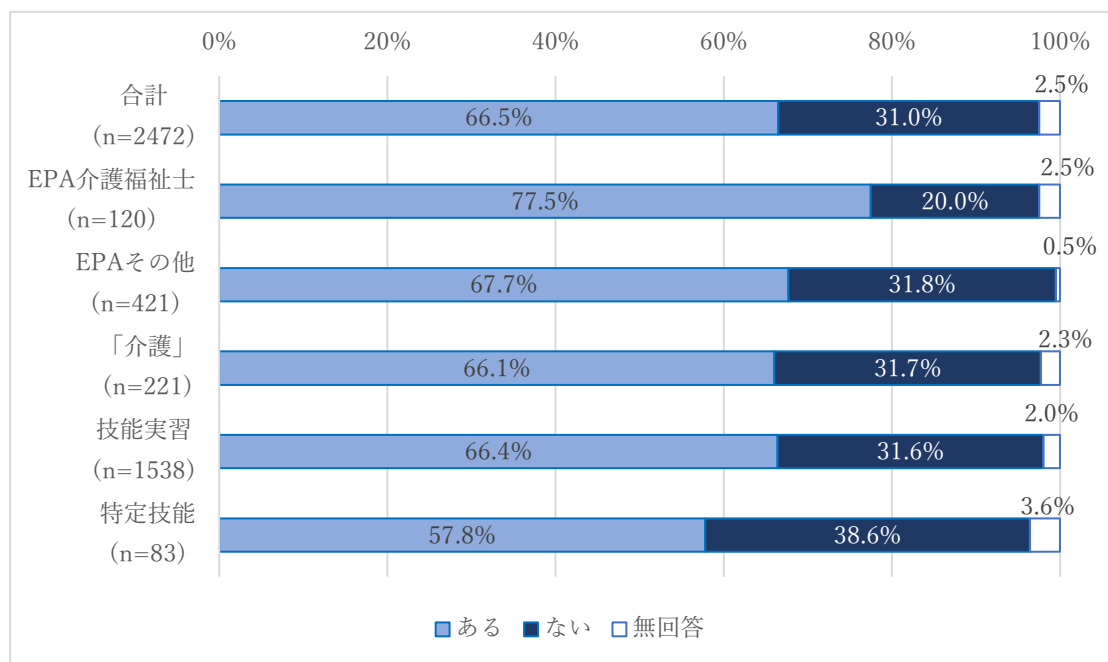


図 2.4.19 : 母国で働いた経験の有無

(出所) 三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング「令和2年度 老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業『介護分野に係る特定技能等の受入れの実態に関する調査研究事業【報告書】』」2021年

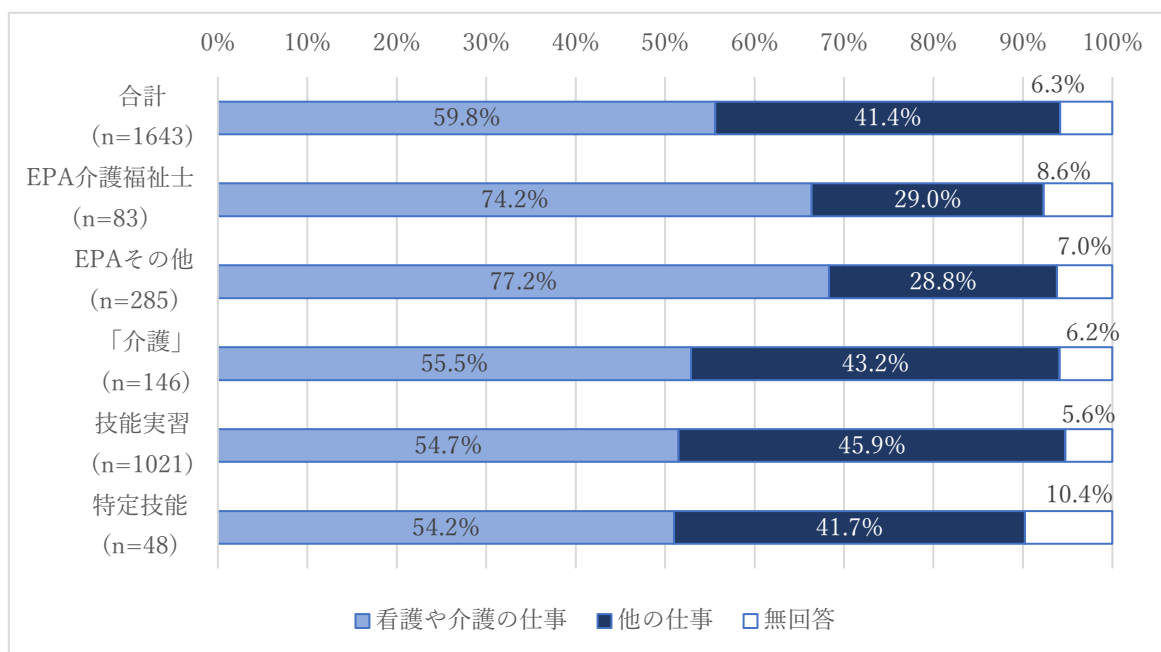
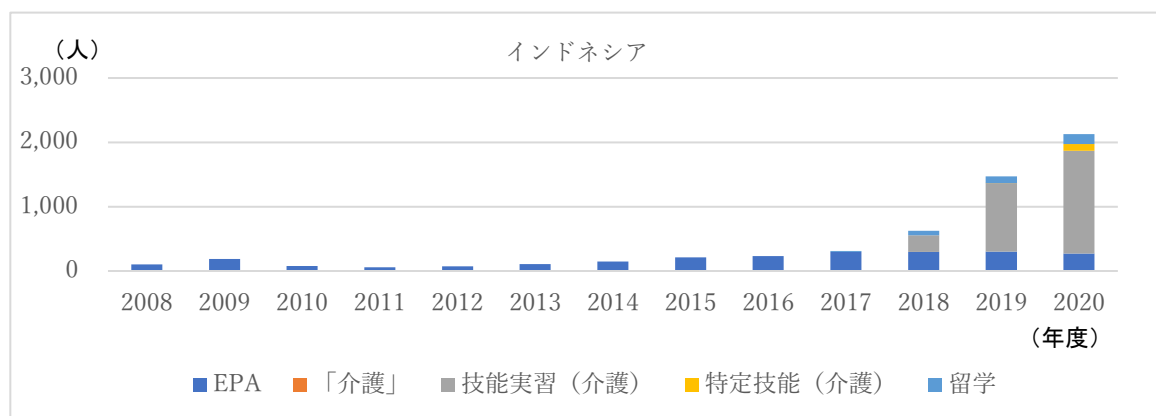


図 2.4.20：経験がある場合の仕事内容（複数回答）

（出所）三菱UFJリサーチ&コンサルティング「令和2年度 老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業『介護分野に係る特定技能等の受入れの実態に関する調査研究事業【報告書】』」2021年

2.5. 国別、在留資格別動向

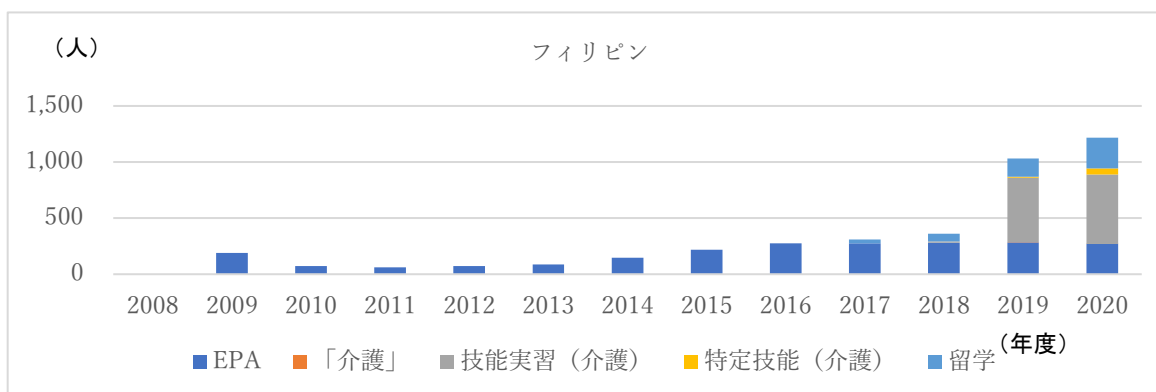
図 2.5.1 に、本調査の重点 6 か国ごとの、入国ルート別人数の推移を示す。EPA 介護対象国であるベトナム、インドネシア、フィリピンにおいては、技能実習が開始されたのち、大幅に技能実習ルートでの入国が増えている。ネパールは介護福祉士養成施設への留学者が 9 割以上であり、留学からの入国ルートが主であることがわかる。インドおよびバングラデシュは入国者数自体が他 4 か国と比較して少ない。



（インドネシア内訳）

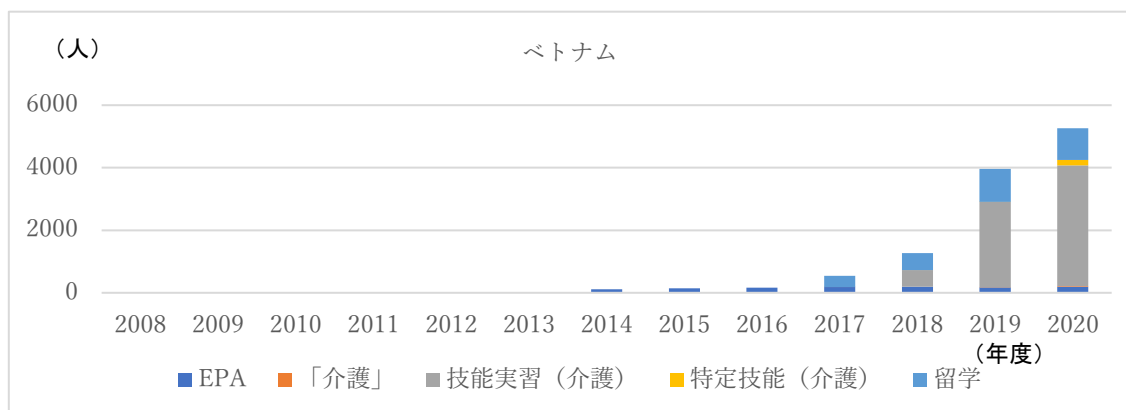
区分/年度	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
度													

EPA	104	189	77	58	72	108	146	212	233	295	298	300	274
介護	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
技能実習	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	256	1,064	1,597
特定技能	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	103
留学	-	-	-	-	-	-	-	-	-	17	70	106	153



(フィリピン内訳)

区分/年度	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
EPA	-	190	72	61	73	87	147	218	276	276	282	285	269
介護	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1
技能実習	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	10	574	619
特定技能	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	10	55
留学	-	-	-	-	-	-	-	-	-	35	68	163	274



(ベトナム内訳)

区分/年度	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
EPA	-	-	-	-	-	-	117	138	162	181	193	176	193
介護	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	19
技能実習	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	530	2,734	3,860
特定技能	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	175
留学	-	-	-	-	-	-	-	-	-	364	542	1,047	1,015



(インド内訳) ※特定技能での入国者数は推定不可

区分/年度	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
EPA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
介護	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-
技能実習	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	7	11
特定技能	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
留学	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	33	1	7



(ネパール内訳)

区分/年度	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
EPA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
介護	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
技能実習	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	9	21
特定技能	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	14
留学	-	-	-	-	-	-	-	-	-	40	95	203	304



(バングラデシュ内訳) ※特定技能での入国者数は推定不可

区分/年度	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
EPA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

介護	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
技能実習	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	5	9
特定技能	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
留学	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8	15	32

図 2.5.1：国別在留資格別入国者動向（2008～2020 年）

（出所）EPA：公益社団国際厚生事業団「2023 年度受入れ版 EPA に基づく外国人看護師・介護福祉士候補者受入れパンフレット」、介護：出入国管理統計「入国審査・在留資格審査・退去強制手続等」、技能実習：外国人技能実習機構 業務統計「国籍・地域別 職種別 技能実習計画認定件数（構成比）」および出入国管理統計「入国審査・在留資格審査・退去強制手続等」から推計、特定技能：出入国在留管理庁「各四半期数の特定技能在留外国人数」2021 年 12 月末、「在留資格別 在留資格認定証明書交付人員」留学：公益社団法人 日本介護福祉士養成施設協会「外国人留学生受入数の推移等」これら複数の情報源を元に、調査団がグラフを作成

2.6. 受入れルート間の移行

2.6.1. 移行ルート整理

EPA、在留資格「介護」、技能実習、特定技能は、それぞれ固有の要件を満たした外国人材が日本へ入国する際の受入れルートになっている。この 4 種の中で、在留資格「介護」と特定技能は、他の在留資格からの移行が可能となっている。

在留資格「介護」は介護福祉士国家資格を取得した者が移行できる在留資格である。創設時の目的である、介護福祉士養成施設等卒業者の国家資格合格後の取得のほか、技能実習や特定技能で 3 年以上の実務経験を積んだものは国家試験受験資格を得られるため、合格後に在留資格「介護」へ移行することが可能である。

特定技能は、技術水準・日本語能力水準の試験等に国内外で合格した者が取得できる在留資格である。4 年間にわたり EPA 介護福祉候補者として就労・研修に適切に従事したと認められる者、介護職種の第 2 号技能実習を良好に修了した者、介護福祉士養成施設を修了した者は試験が免除される。特定技能は、一定の技術と日本語能力をもった即戦力となりうる人材の受入れルートとなっているだけでなく、他のルートで介護に係る技術や日本語を培った者が、介護福祉士国家試験に不合格であったとしても、技術や能力を活かして介護業に従事しながら、再受験に挑戦できる在留資格となっている（図 2.6.1）。

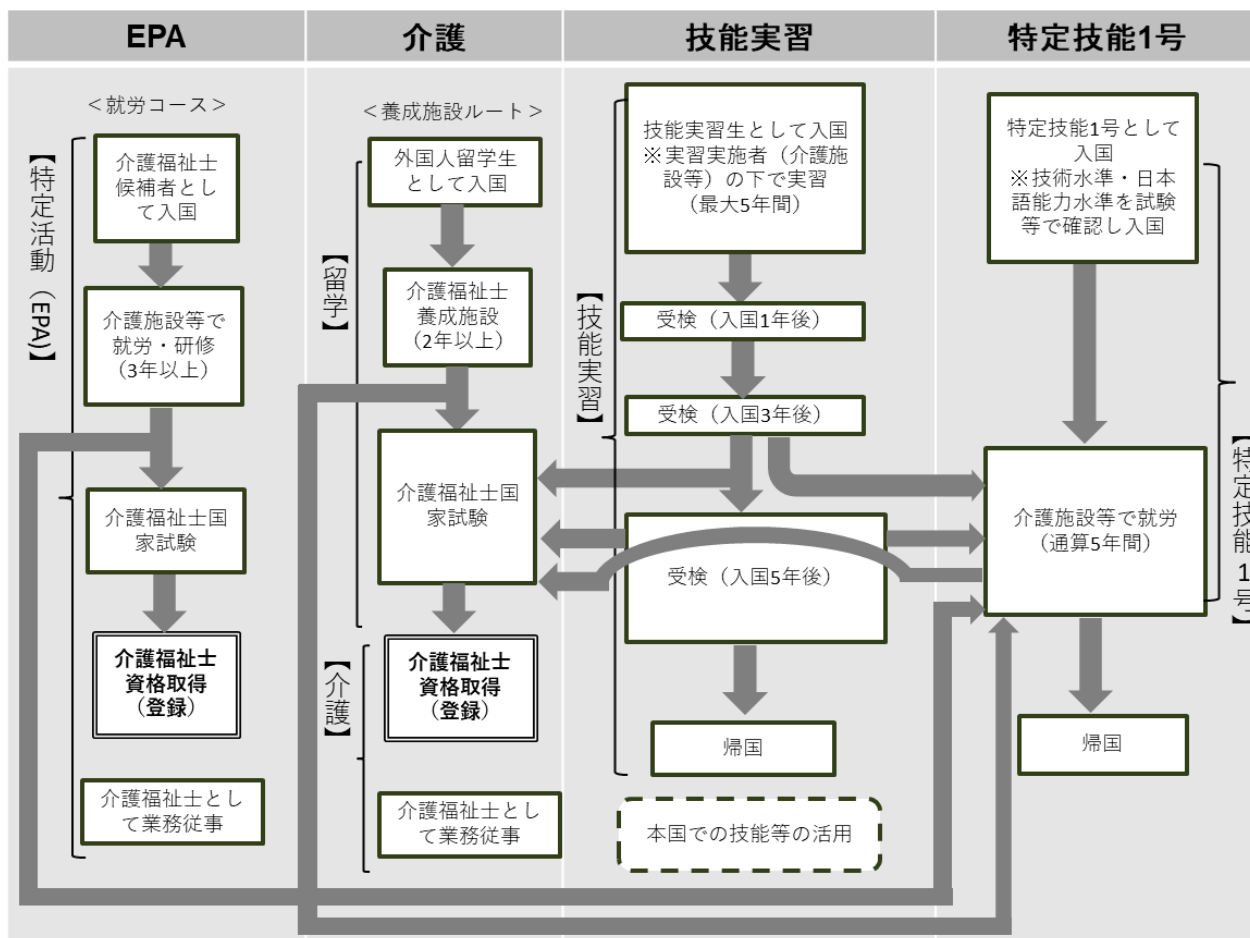


図 2.6.1：各受入れルート別及び移行のまとめ

(出所) 厚生労働省「外国人介護人材受入れの仕組み」
<https://www.mhlw.go.jp/content/12000000/000994004.pdf> (2022年4月15日アクセス) その他情報より調査団作成

2.6.2. 受入れルート間移行

2.6.2.1. 他在留資格から在留資格「介護」

出入国管理統計 在留資格変更許可人員によると、他在留資格から在留資格「介護」への変更許可数は年々増加しており、2020年時点にて1,139名である(図 2.6.2)。変更許可人員出身国の上位5か国はベトナム、インドネシア、中国、フィリピン、ネパールである。変更前の在留資格においては調査で情報が得られなかった。

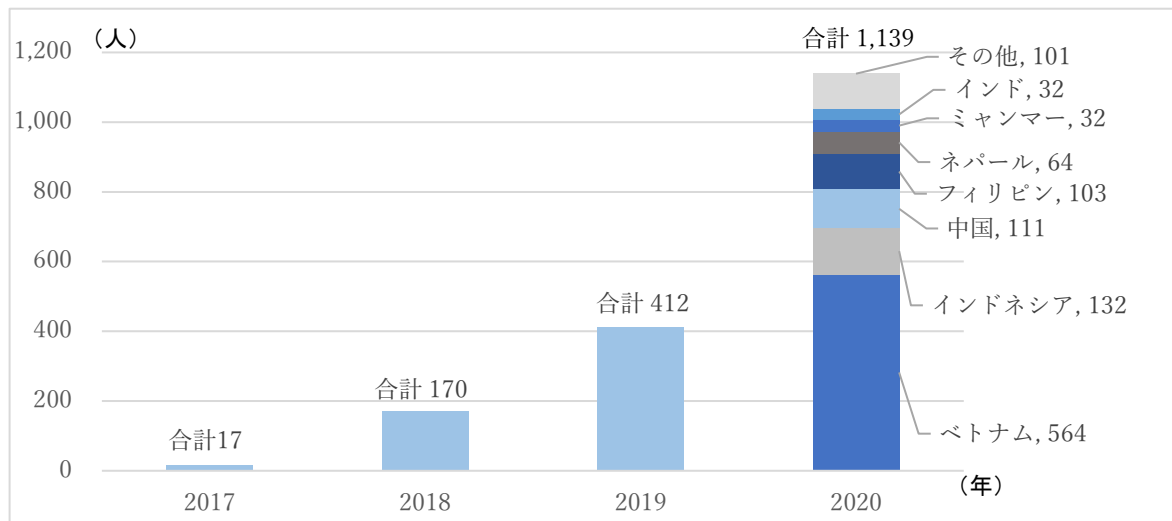


図 2.6.2 : 在留資格「介護」への変更許可人員国別推移 (2017~2020年)

(出所) 出入国管理統計「在留資格別 在留資格変更許可人員」<https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&toukei=00250011&tstat=000001012480&cycle=7&year=20200&month=0 &tclass1=000001012482&tclass2val=0>、「国籍・地域別分野別特定技能1号在留外国人数」<https://www.moj.go.jp/isa/content/001378809.pdf> (ともに 2022年6月23日アクセス)

図 2.6.3 在留資格「介護」入国者数と在留者数の推移で示す通り在留資格「介護」で入国する者は、わずかであるが、在留者数は毎年大幅に伸びている。このことより、本資格での在留者の伸びは、ほとんどが国内における在留資格変更による取得であることがわかる。なお、国内における在留資格の変更において、変更前の資格については公表されていない。

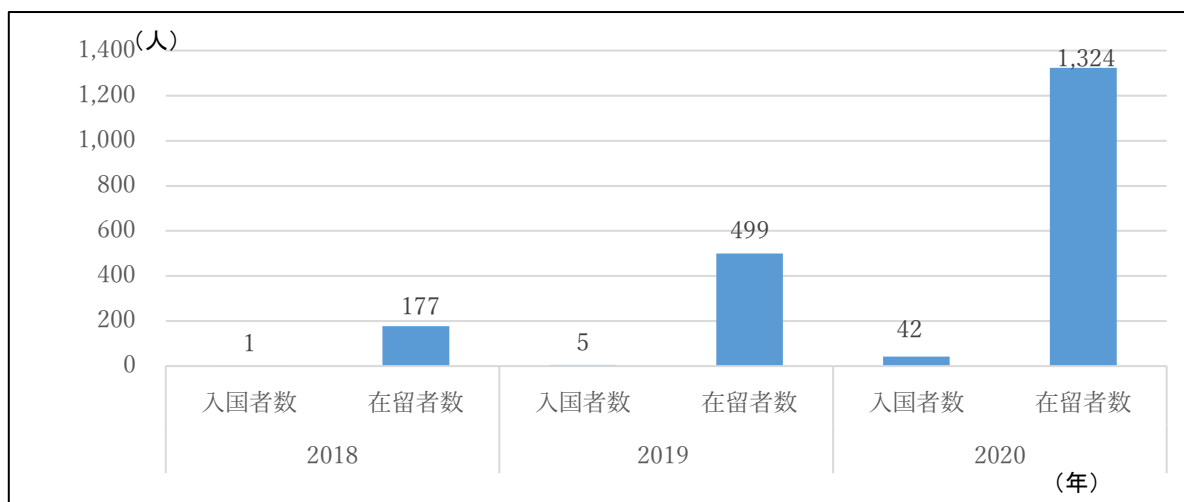


図 2.6.3 : 在留資格「介護」入国者数と在留者数の推移 (2018~2020年)

(出所) 出入国管理統計「入国審査・在留資格審査・退去強制手続等」https://www.moj.go.jp/isa/policies/statistics/toukei_ichiran_nyukan.html「国籍・地域別 在留資格(在留目的)別 在留外国人」https://www.moj.go.jp/isa/policies/statistics/toukei_ichiran_touroku.html (ともに 2022年6月23日アクセス)

2.6.2.2. 他在留資格から特定技能1号（介護職）

特定技能1号で介護に従事する者の入国数（調査団推計値）と在留者数の推移を図2.6.4に示す。在留者数は2020年に939名であり、前年の19名に比べ大幅に増えている。なお、2020年においては、入国者数に対し、在留者数はおよそ2倍である。変更前の在留資格については公表されていない。

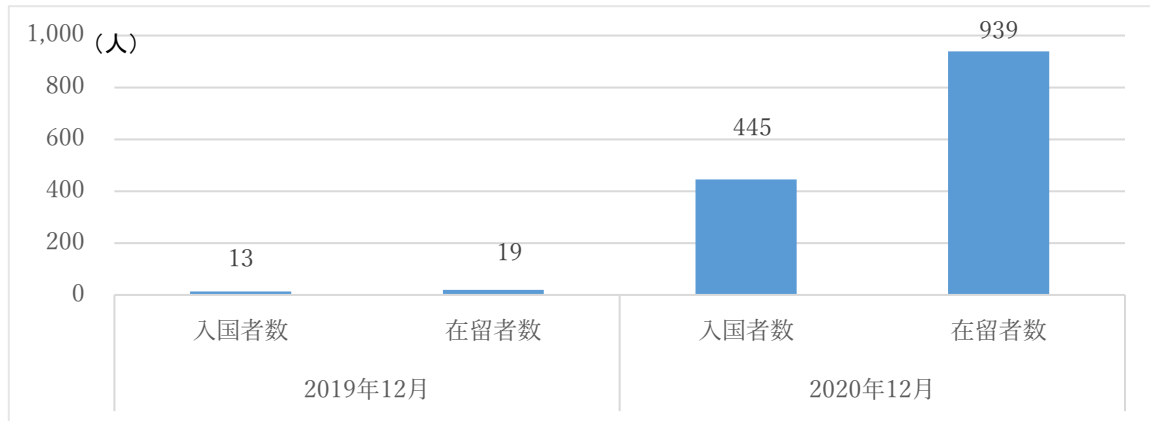
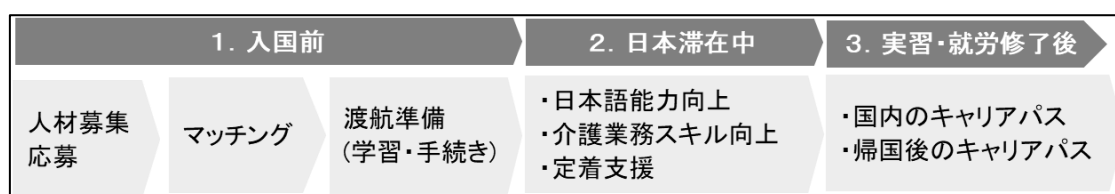


図 2.6.4：特定技能1号介護従事者 入国者数と在留者数の推移（2019年12月、2020年12月）

（出所）出入国在留管理庁「国籍・地域別 分野別 特定技能1号在留外国人数」、特定技能1号入国者数：出入国在留管理庁「各四半期数の特定技能在留外国人数、在留資格別 在留資格認定証明書交付人員」から調査団推計

第3章 日本の外国人介護人材受入の実態

外国人介護人材受入実態の把握には、介護事業者や送出機関の募集と外国人材側の応募に始まり、人材と施設のマッチングや入国準備、入国後の定着やスキル向上支援、また実習修了後や帰国後における就労支援に至るまで長期的視点で捉える必要がある。本項では、外国人介護人材の実態を大きく3つのフェーズに分類し、各項に対する現状把握と、課題の整理、また好事例の収集をおこなった。なお、外国人介護人材の受入実態については、多様な機関が既に複数の調査を行っている。そのため、本項では、先行・研究調査を参考としたうえで、追加的に本調査団によるヒアリング調査を実施した。



3.1. 入国前における外国人介護人材受入の実態

3.1.1. 人材募集

3.1.1.1. 現状

(1) 介護事業者の外国人介護人材を受入れる経路

厚生労働省の補助金事業の一環で実施された調査³¹によると、介護事業者が海外から外国人介護人材を受入れるルートとして最も多くを占めるのは、「監理団体・登録支援機関(64.5%)」を通じた方法であり、次いで「法人自らの取組み(13.4%)」による方法である。介護事業者は他の介護事業所や事業者団体、職能団体からの紹介によって監理団体や登録支援機関を選定している。

(2) 外国人介護人材候補者の応募経路と背景

外国人介護人材候補者側が日本での介護就労にかかる各制度を知る経路に関する具体的な調査はこれまで実施されていない。本調査団の各国送出機関へのヒアリング調査によると、特に出身国間に差はなく、送出機関による看護学校や日本語学校における説明会やポスター、あるいはWEBサイトやSNSでの友人や知人の投稿から情報を得ている傾向があった³²。

外国人介護人材が日本での介護の仕事を選じた理由には、「日本語を習得したい」「日本の介護を学びたい」「家族へ送金したい」「日本の介護福祉士資格を取得したい」といった理由が上位に位置する³³。(図 3.1.1)

³¹ 三菱UFJリサーチ&コンサルティング「介護分野に係る特定技能等の受入の実態に関する調査研究事業報告書」(2021)

³² 本調査団の各国送出機関へのヒアリングによる

³³ 三菱UFJリサーチ&コンサルティング「外国人介護人材の受入れ実態等に関する調査研究事業報告書」(2020)

また、公益社団法人日本介護福祉士養成施設協会³⁴によると、介護福祉士養成施設に通う外国人留学生の入学理由は「日本で働きたいから」が約5割を占める。「日本の介護技術を学びたいから」と回答した外国人留学生は約4割であり、全体の6割以上が入学を志した時期を「日本あるいは母国で日本語学校に通っていた時」と回答していることから、必ずしも初めから介護の技術獲得を志してはならず、日本語の習得や日本での就労機会獲得を検討するなかで各制度を知り、介護就労を検討するに至る傾向が窺える。

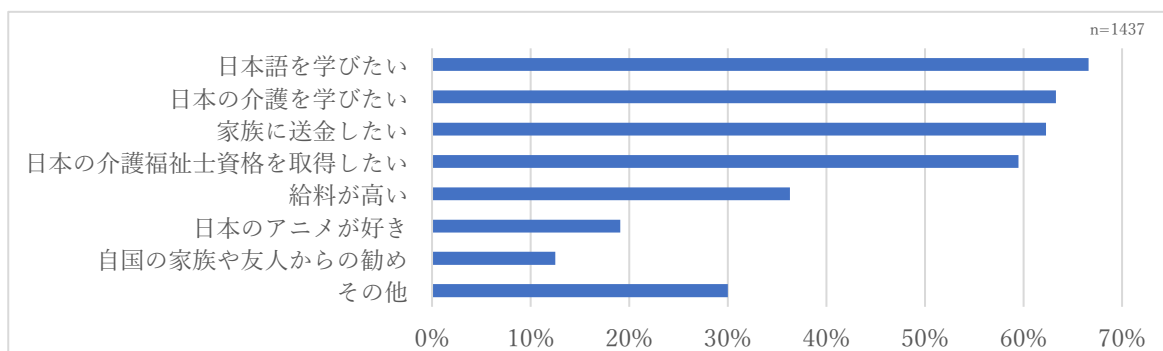


図 3.1.1：日本で介護の仕事をしたと思った理由

(出所) 三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング「外国人介護人材の受入れ実態等に関する調査研究事業報告書」(2020)より調査団作成

3.1.1.2. 課題の整理

(1) 監理団体や登録支援機関の選定に要する情報が限られている

監理団体や登録支援機関等の選定に際し、介護事業者が取得可能な情報は非常に限定的であり、前述のとおり、多くの介護事業者が他の事業者からの紹介により支援機関を選定していることから、単独の事業者で支援機関を選定することの難しさが窺える。特に技能実習制度の場合、団体監理型³⁵を利用する場合には、監理団体を介して送出機関が技能実習生の募集や研修、渡航手続きを進めるため、送出機関の質が外国人介護人材の制度や仕事内容に対する理解、日本語や介護技能の事前習得状況にも影響する。技能実習生に法外な手数料の支払を求める等の不正行為を行う送出機関は今なお存在しており³⁶、初めて技能実習生を受入れる介護事業者側にとって連携先の送出機関の信頼性を確認する必要度は高い。また、実習中の生活支援や教育支援等の役割を担う監理団体も、その支援内容やフォローの質、また監理費用にも大きなバ

³⁴ 公益社団法人日本介護福祉士養成施設協会「外国人介護人材を受け入れる介護施設職員のためのハンドブック」(2019)

³⁵ 2021年時点では、企業単独型の受入れが1.4%、団体監理型の受入れが98.6%である。(公益財団法人国際人材協力機構ホームページ (<https://www.jitco.or.jp/>) 2023年2月15日アクセス)

³⁶ 中嶋裕子「外国人技能実習制度の介護分野における監理団体の取り組み」日本社会事業大学社会福祉学会社会事業研究 = The study of social work 60 19-32, (2021)

ラつきがみられる。監理団体の認定制度として設けられている「優良な監理団体³⁷」は、技能実習 3 号の受入れを行うための必要要件にされており、特に長期での技能実習生の受入れを希望する事業所にとって監理団体を選定する基準となる。優良認定を受けていたとしても、監理団体が提供する受入前後の支援内容や実施体制が自施設の希望に沿うか、監理費用の妥当性等を考慮した判断が求められる。また、日本国内における登録支援機関や送出機関の評価制度は確認されていない。外国人介護人材のさらなる受入れの拡大が想定される中、利用する制度や支援機関を問わず、客観的な指標による評価や各機関に対する情報開示に係る日本としての制度化が求められる。

(2) 日本での介護就労への引き込み要因が他国と比較して弱い

近年、欧米諸国や東アジア諸国では、労働力確保を目的に積極的な外国人労働者受入施策を打ち出している。日本への最大の外国人介護人材輩出国であるベトナム(2020年時点³⁸)では、送出しに関わる事業者から、優秀な人材の獲得が難しくなってきたとの声が上がっており³⁹、世界的な人材獲得競争を背景に、日本がいかに優秀な人材を継続的に獲得できるかは重要な課題である。内閣官房の調査報告書⁴⁰では、看護師移民を引き込むプル要因は、移住先の国のポジティブな雇用状況(高い賃金、良い労働環境、最先端の医療技術やテクノロジー、多くの雇用機会、自国で得られないキャリアアップの機会など)であるとしている。また、他国では、中東諸国では海外での就労に際し追加の資格取得が不要であることによる就労のハードルの低さ、カナダやオーストラリアでは家族に対するビザ要件が寛容であることによる長期滞在のしやすさ等の特徴がみられる。近年、日本でも外国人介護人材受入に関する制度が順次見直され、長期就労や家族帯同の可能性も拡大しているが、後述のとおり海外就労を望む人材のニーズに即した広報をより広域的に行うことが望まれるとともに、送り出し側の視点で日本が就労先として魅力的な国となるよう、雇用条件や形態の見直しや入国要件の緩和など、継続的な検討の余地がある。

(3) 日本での介護就労に関する情報発信の不足

内閣官房のアジア健康構想では、介護分野の技能実習生候補に向け、日本で介護を学ぶことが魅力あるものになることの必要性が示されている⁴¹。また、本調査団によるヒアリング調査では、各国の送出機関等から日本における「介護」や「介護の仕事」に対する正しい情報の発

³⁷ 技能実習の実施状況の監査その他の業務を遂行する能力につき高い水準を満たすものとして主務省令で定める基準に適合していること(法第25条第1項第7号)とし、「優良な監理団体の要件」の基準を満たすことで認定がおりる。要件には、監査等の体制、技能検定の合格率等の実績、法令違反等の発生状況、相談・支援体制、地域社会との共生の5項目があげられている。

法務省/厚生労働省「外国人技能実習制度について」(<https://s3-ap-northeast-1.amazonaws.com/jitco-prd-nhp/wp-content/uploads/2022/02/15171959/seidonituite.pdf>) 2023年2月18日アクセス

³⁸ 各国別の送出し数については第2章を参照

³⁹ 本調査団ヒアリングによる

⁴⁰ 内閣官房「「アジア健康構想」実現に向けた介護等ヘルスケア産業のアジア国際展開等に関する調査報告書」2020

⁴¹ 内閣官房「アジア健康構想に向けた基本方針(平成30年7月25日改訂版)」(https://www.kantei.go.jp/jp/singi/kenkouiryousuisin/ketteisiryoudai22/siryoudai22_1.pdf) (最終閲覧日:2023年2月15日)

信の必要性に言及する声が多く聞かれた⁴²。一方、外国人材が日本での介護就労を志す目的は、前述のとおり、必ずしも介護技術獲得に因るわけではない。また、外国人材が、日本の介護が渡航先を決める上での要素にはなっていない実態も見受けられる⁴³。外国人材輩出国では、まだ介護のサービスや人材に関する制度基盤が形成されていない国も多い。高齢者ケア等に係る仕事は存在しても、その業務内容は自立支援に資する日本的介護とは異なり、医療ケアの延長線上、あるいは家庭内の家族に対する世話の一環として展開されるに過ぎない国も多い。介護に対する捉え方は、介護に従事する人材が置かれる状況にも影響を及ぼす。実際、介護士が専門職として位置づけられていない、あるいは介護士という職種があっても社会的地位が低くネガティブな印象が強い国や地域も多くみられる。さらに、海外就労における介護についても、住み込みの家事労働の一環のイメージで捉えられているケースもある日本での介護就労によって得られるメリットとして、日本語能力や、より高度な日本的の介護専門技術・知見の獲得が可能であることの情報と合わせ、積極的な情報発信を展開していく必要性がうかがえる⁴⁴。

3.1.1.3. 好事例

ベトナムでは、送出機関の約半数以上が加盟するベトナム海外労働者派遣協会（Vietnam Association of Manpower Supply : VAMAS）が、所属する送出機関のランキングを公表した（2018年5月）⁴⁵。このランキングはあくまで VAMAS が定める行動規範に基づいた基準により評価されたものであり、ベトナム全国の送出機関が網羅されているわけではない。それでも外部から取得可能な情報が非常に限られており、送出機関の信用性を判断することが著しく困難であった状況が改善され優良送出機関の把握を可能にした。介護事業者のみならず、日本での就労を目指す外国人材候補にとっても、自身が契約する教育機関を選定する際には重要な判断材料になりえる。

3.1.2. マッチング

3.1.2.1. 現状

各受入れルート別の人材マッチングの概要は第2章に記した通りである。技能実習制度の場合、技能実習候補者は、送出機関から提示された給与や勤務地等の条件をみて応募をする。受入事業所側は、技能実習候補者の選抜を書類選考や面談通して実施する。令和元年度の厚生労働省の調査⁴⁶によると、8割以上の介護事業者が直接技能実習候補者との面談を行っている。

⁴² 送出機関や教育機関（ベトナム、インド）への本調査団ヒアリングによる

⁴³ 内閣官房「「アジア健康構想」実現に向けた介護等ヘルスケア産業のアジア国際展開等に関する調査報告書」（2020）

⁴⁴ 内閣官房「「アジア健康構想」実現に向けた介護等ヘルスケア産業のアジア国際展開等に関する調査報告書」（2021）

⁴⁵ VAMAS ホームページ（http://www.vamas.com.vn/the-2017-vietnamese-recruitment-agency-rank-released_t221c682n44481）アクセス：2023年2月15日

⁴⁶ みずほ情報総研株式会社「外国人介護人材の受入れの実態等に関する調査研究事業報告書」（2020）

さらに約 6 割の介護事業者は技能実習生の母国を訪問しており、母国を訪問した目的として、事業所の約 9 割が技能実習候補者との面談を挙げている。(図 3.1.2)

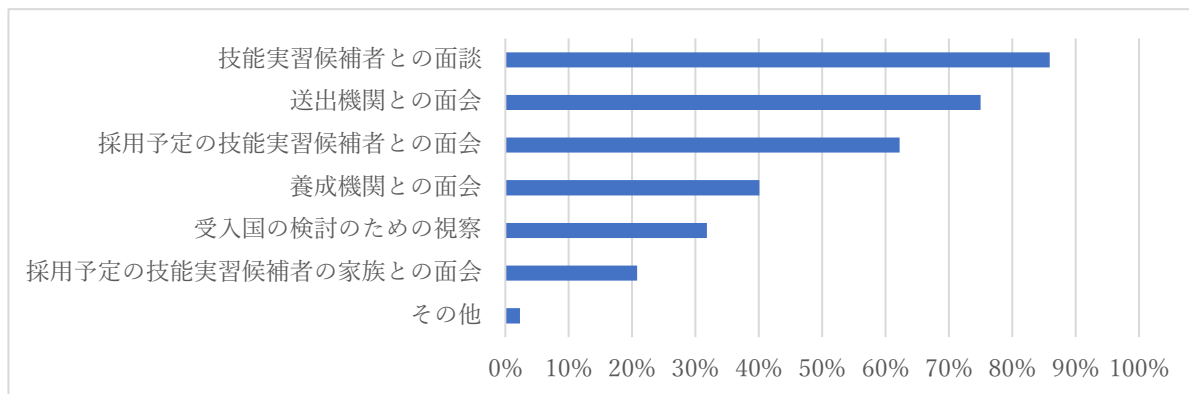


図 3.1.2 : 技能実習生の母国を訪問した目的 (%) (n=384)

(出所) みずほ情報総研株式会社「外国人介護人材の受入れの実態等に関する調査研究事業報告書」(2020)より調査団作成

こうした取り組みは、主に監理団体が推進しており、現地視察ツアーや、採用決定時の事業者側と技能実習候補生との対面面談を実施することで、双方のミスマッチを防ぐとともに、介護事業者側の実習生の文化や背景の理解促進を図っている⁴⁷。

一方で、特定技能では、技能実習制度のような送出機関を介在させた仕組みは設けられておらず、基本的に受入れを希望する事業者と就労を希望する外国人材間での直接雇用が可能である。実際には、人材募集や雇用に関する取り決め方針は国により異なり、フィリピンやカンボジア、ミャンマーでは、人材受入を希望する事業者が現地送出機関を通じて人材紹介を受けることを求めている一方、インドネシアやインドのように送出機関の介在が義務化されない国もある。義務化されない場合であっても、特定技能の試験に合格した人材と日本の受入事業者を繋ぐプラットフォームがまだ十分に整備されていないため、実際には送出機関や教育機関を介してマッチングが図られるケースが多い⁴⁸。

3.1.2.2. 課題の整理

(1) 外国人介護人材側で就労施設や地域が選べない

多くの外国人介護人材は、所属する送出機関によって就労可能な介護事業所が制限され、募集要項に示された限定的な情報から応募を決めるほかない。また、外国人介護人材候補者が日本の介護に対する関心度が高くても、どの施設であれば日本的介護の技術や知見が得られるのか、現状では判断する術も手段もないのが実態である。内閣官房では「アジアに紹介すべき日

⁴⁷ みずほリサーチ&テクノロジーズ株式会社「介護職種に係る技能実習生の受入れの実態に関する調査研究報告書」(2021)

⁴⁸ 本調査団のヒアリングによる

本的介護の整理に関する調査⁴⁹」を実施している。より意欲の高い外国人介護人材候補者と、日本式介護を実践する日本の事業者がマッチングできる仕組みの促進に向け、日本的介護の取り組み事例やそれを実践している事業者・施設の対外発信を行うもので、一部事例は日本語版、英語版ともに公開されている⁵⁰。

(2) マッチング機会の創出

今回の現地調査の結果、特に受入れの実績がまだ少ないインドやネパールの複数の送出国から、供給側の候補者数は多いものの需要側である日本の介護事業者からの募集が少ないことを課題視する声が聞かれた⁵¹。³⁹ これらの送出国からは、潜在的な外国人介護人材の人口は非常に多く、日本側の需要に応じて現状よりさらに多くの外国人介護人材の送出しが可能としており、日本事業者側に対し、まだ受入れ実績の少ない国にも日本での介護就労を希望する候補者が多くいる等の情報を共有し、各国の人材に対する理解を深めるとともに、現地送出国との連携の下で多くのマッチング機会が設けられることを求めている。同様に、前述のとおり、特定技能の試験に合格した人材と日本側の受入事業者を繋ぐマッチング機会は少ない。特定技能の試験実施国が増加する中、特定技能による受入数の拡大を図るには、より簡略的に採用活動が展開できるよう、多様なマッチング機会が創出されることが期待されている。

3.1.2.3. 好事例

厚生労働省では、留学希望者や特定技能による就労希望者の円滑な受入れ支援体制の構築を目的とした「外国人留学生及び特定技能1号外国人のマッチング支援事業⁵²」を展開している。都道府県から委託を受けたマッチング支援団体が送出国にて情報収集や合同説明会を開催する等の支援を行うもので、2020年度には16県が予算を計上している。他にも、同省は2020年度から3年間の計画で、北海道、群馬県、福井県、岐阜県、鹿児島県の5道県で「地域外国人材受入れ・定着モデル事業⁵³」を展開している。本事業では特定技能の外国人材と地方の中小企業間でのマッチングと受け入れた外国人材の定着支援が図られ、2020年度には介護、2021年度には介護に加えて食品加工や農業分野が対象業種となり、5道県で合わせて396名のマッチングがおこなわれた(2022年3月時点)。本事業を通し、外国人材の受入経験が乏しい中小規模の事業所や企業における人材募集やマッチング、また受け入れた人材が定着するための働きや

⁴⁹ 内閣官房「「アジア健康構想」実現に向けた介護等ヘルスケア産業のアジア国際展開等に関する調査報告書」(2021)

⁵⁰ 内閣官房 日本における介護の紹介資料(2022)

(https://www.kantei.go.jp/jp/singi/kenkouiryou/jp/pdf/nursing_care.pdf) (英語版：https://www.kantei.go.jp/jp/singi/kenkouiryou/en/pdf/nursing_care.pdf) アクセス：2023年2月15日

⁵¹ インド、ネパールの送出国や教育実施機関への本調査団ヒアリングによる

⁵² 厚生労働省介護分野における特定技能協議会運営委員会「令和2年度外国人介護人材関係予算の概要及び活用状況」(2022年3月)(<https://www.mhlw.go.jp/content/12000000/000931863.pdf>) アクセス：2023年2月15日

⁵³ 厚生労働省「地域外国人材受入れ・定着モデル事業」(<https://wiji.mhlw.go.jp/ja/>) アクセス：2023年2月15日

すい職場・住みやすい地域づくりに向けた知見やノウハウ等の蓄積とともに、こうした取組みを契機とした特定技能の受入れ機会の拡充が図られている。

3.1.3. 渡航準備

3.1.3.1. 現状

(1) 事前日本語教育

高齢者に対する対人援助サービスである介護の現場では、日本語によるコミュニケーションが不可欠である。技能実習制度の場合、他の業種が日本語能力試験（JLPT）⁵⁴でN5レベルでの入国が認められる中、「介護」ではN4レベル相当の要件が課されているように、介護就労を目指す人材には高い水準の日本語能力が求められる。当然、要件を満たすだけのレベルに到達するには、相応の学習期間が必要であり、日本語能力N3～4程度の水準が求められるEPAの場合、インドネシアとフィリピンは入国前に約半年、ベトナムは12カ月間の事前研修が義務付けられている⁵⁵。また、技能実習においては、送出機関により実態は異なるものの、3カ月から半年程度の事前学習時間が設けられている⁵⁶。一方、受入事業所側からは、外国人材が事前にそれだけの学習をしても、介護現場で通用する日本語コミュニケーションの取得には至らないとの声も多い。そのため、日常用語とは異なる語彙や表現が多用される介護現場に即した日本語力やコミュニケーション力の測定に重点を置いた日本語テスト「JF 日本語教育スタンダード参照『介護の日本語 Can-do ステートメント』⁵⁷」が開発され、「介護の日本語 Can-do ステートメント」を用いた日本語テストの開発が進められており、介護現場でのより実践的なコミュニケーションをとるための学習に繋がることが期待されている⁵⁸。

(2) 事前介護教育

外国人材に対する介護教育は、技能実習制度を除き、日本語教育のように事前学習が義務付けられているわけではない。EPAは看護系学校の卒業あるいは母国政府より介護士に認定していることが前提条件であり、一定の介護・看護の知識や経験を要していることが要件となっている。技能実習においても入国後の学習が48時間義務付けられているが、入国前講習を行うことでその時間短縮が可能である。業務内容の理解不足によるミスマッチを防ぐためにも、事前に介護に関する研修を行う必要性は高く、多くの送出機関では入国前の介護教育を実施している。特定技能の場合は、介護職種の第2号技能実習を良好に修了した者、介護福祉士養成施設を修了した者、EPA介護福祉士候補者としての在留期間満了（4年間）の者を除いて、介

⁵⁴ JLPT (Japanese-Language Proficiency Test)は独立行政法人国際交流基金と公益財団法人日本国際教育支援協会が実施している日本語能力試験である。

⁵⁵ EPA制度では国毎に日本語能力の水準が異なる。詳細は第2章を参照。

⁵⁶ 本調査団による各国の送出機関へのヒアリングによる

⁵⁷ 『介護の日本語 Can-do ステートメント (KCDS)』暫定版 (2019年5月)
(<http://nihongo.hum.tmu.ac.jp/KCDS/>) アクセス: 2023年2月15日

⁵⁸ 内閣官房「「アジア健康構想」実現に向けた介護等ヘルスケア産業の国際展開等に関する調査報告書」(2021)

護技能評価試験の合格が必要要件となる。試験自体は個人での受験も可能だが、本調査団による各国調査では現地送出機関が介護に関する研修を実施しているケースが複数確認された。

また、近年では、日本政府が日本の介護について簡潔明瞭にまとめた資料⁵⁹が公開されており、外国人材への日本的介護普及への活用が期待されている。

(3) 渡航までに要する時間や費用

技能実習の場合、渡航までに要した時間は、1年以上1年6か月未満が最多の約37%を占め、次いで、1年6か月以上が35.5%と、72%が1年以上の準備期間が発生している。⁶⁰また、技能実習生1人あたりの就労開始までの監理費用の総額平均は約34万円であり、内訳は「50万円以上」が23.8%と最も多く、次いで40万円以上50万円未満が18.9%、30万円以上40万円未満が17.6%であった⁶¹。

技能実習生が支払う費用に関しては、出入国在留管理庁による技能実習生の支払い費用に関する実態調査⁶²がある。それによると、来日前に母国の送出機関又は仲介者に支払った費用の総額の平均値は、54万2,311円であった。また、来日するために借金をしている技能実習生は約55%であり、その金額の平均値は54万7,788円である。

3.1.3.2. 課題の整理

(1) 出国までにかかる時間が長い・費用負担額が大きい

技能実習生の場合、およそ1年から1年半の準備期間が発生している。本調査団のヒアリング調査によると、そのうち学習期間が半年から1年程度、その後手続きに半年程度の期間を要す。この背景には、日本語試験の合格後でなければ入国手続きが進められないという事実上の制約がある。インドでは、中東諸国や欧米諸国では入国審査や手続きの簡略化が進められ3カ月程度での入国が可能な国もある⁶³。準備期間中、実習生らはほぼ無収入であり、その時間が長期化するほど実習生側の負担は大きく、送出機関や介護事業者の経営的負担も増す。そのため、送出機関等からは試験合格を待たずとも試験勉強と並行した手続きを可能にする等の制度上の改善が期待されている。なお、本調査では、インドやネパールの送出機関や監理団体から、

⁵⁹ 厚生労働省では介護を学ぶ外国人向けの学習素材や資料を作成している。以下参照

1) 厚生労働省ホームページ「外国人介護人材の受入について」

(https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_28131.html) 2023年2月15日アクセス

2) (公社)日本介護福祉士会「にほんごをまなぼう」(<https://aft.kaigo-nihongo.jp/rpv/>) 2023年2月15日アクセス

⁶⁰ みずほ情報総研株式会社令和元年度老人保健事業推進費等補助金「外国人介護人材の受入れ実態等に関する調査研究事業報告書」(2020)

⁶¹ みずほリサーチ&テクノロジーズ株式会社 令和2年度老人保健事業推進費等補助金「介護職種に係る技能実習生の受入れの実態に関する調査研究報告書」(2021)

⁶² 出入国管理庁「技能実習生の支払い費用に関する実態調査について」(2022年7月)
(<https://www.moj.go.jp/isa/content/001377366.pdf>) アクセス: 2023年2月15日

⁶³ 本調査団による送出機関(インド)へのヒアリングによる

技能実習と比べ、事前の準備期間や手続きがより簡略的である特定技能を好むとの声が聞かれた。

(2) 日本語教育の質の担保

内閣官房によるアジア諸国における日本語教育状況の調査結果⁶⁴によると、多くの現地教育機関で非日本語ネイティブ者の教員数が多い実態が明らかになった。内閣官房による同調査では、日本語ネイティブ者と比べ、非日本語ネイティブ者による学習は非効率に陥りやすく、そのことが学習期間の長期化や、介護現場で通用する日本語の習得に至らない事態をもたらしていることを指摘している。今回の重点調査国の中では、特にネパールにおいて質の高い日本語教師が不足しているため日本語教育の質に懸念を示す意見が送出機関より聞かれており、日本語ネイティブ者の各国への派遣等による、より精度の高い日本語学習が期待されている。

(3) 日本的介護に対する理解促進

母国での日本の介護についての勉強方法に関する調査⁶⁵によると、「日本から先生がきて教えてもらった」との回答は全体の 52.4%であり、「日本人以外の職員から教えてもらった」割合は 31.6%、「自分で勉強した」は 20.7%、「日本の介護を学ぶ経験はなかった」割合は 14.7%であった。現状は、日本側が定める外国人向け介護教育に関する標準的なプログラムはないために各送出機関が独自のカリキュラムを組んで実施している。ただし、介護に関する認識は国によって異なるために、介護の仕事に対する見方にも違いが生じるのが当然である。日本的介護や日本における介護職の仕事内容について、事前に適切に外国人介護人材候補生らに指導することは、来日後の業務に対するミスマッチを防止することにもつながる。多くの送出機関では、工夫しながら事前指導を実施しているが、前述のとおり、日本の介護を学ぶ経験がなかった者も約 15%いるのが実態である。

3.1.3.3. 好事例

外国人材が日本の介護施設への配属後にスムーズに業務に携われるよう、多様な取組みや工夫が送出機関や介護事業所によって実施されている。ミャンマーの送出機関では、1 か月間の座学と実技を含む集中講義を日本の介護福祉士が現地に渡航し実施しているほか、ベトナムやインドネシアにおいても日本の介護事業者が現地送出機関と連携し、日本人介護職員を派遣して介護教育を実施している⁶⁶。新型コロナウイルス (COVID-19) の感染拡大により日本人職員の派遣にも支障が出たが、オンライン教材を独自に作成して活用するなどの対応が取られた。また、ベトナムの送出機関では、医療短期大学と提携し、看護教育と並行した日本語教育を展

⁶⁴ 内閣官房 「「アジア健康構想」実現に向けた介護等ヘルスケア産業のアジア国際展開等に関する調査報告書」(2019)

⁶⁵ 三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング 令和2年度 老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業 「介護分野に係る特定技能等の受入れの実態に関する 調査研究事業報告書」(2021)

⁶⁶ 内閣官房 「「アジア健康構想」実現に向けた介護等ヘルスケア産業のアジア国際展開等に関する調査報告書」(2021)

開している。卒業後に日本語学習を行うケースと比較し日本渡航に向けた準備期間は短縮化が図れることから早期の日本渡航が可能となるなどメリットが大きい⁶⁷。

3.2. 来日後における外国人介護人材の活躍状況および支援ニーズの実態

3.2.1. 日本語能力

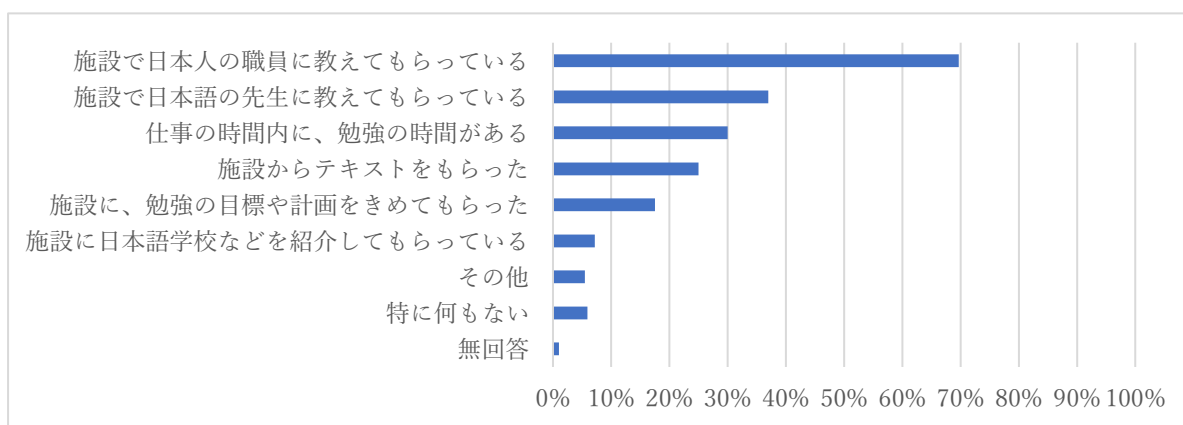
3.2.1.1. 現状

(1) 日本語能力の実態

令和2年度の介護分野に係る特定技能等の受入れの実態に関する調査⁶⁸によると、日本で就労中の在留資格別の外国人介護人材の日本語能力（ここでは「日本語能力試験（JLPT）」のレベルを参考とする）は、N1またはN2レベルを有す外国人介護人材が特定活動(EPA介護福祉士)では約7割、在留資格「介護」では約5割と、高い日本語能力を有する。特定活動(EPA介護福祉士候補者)、技能実習、特定技能はN3が最多を占めている。また、外国人介護人材自身の評価による業務上の介護に関わる場面別の日本語の理解度として、「よくわかる」「だいたいわかる」と回答した割合は、「いつもの生活での会話」では約93%、「引継ぎや申し送り」は約80%、「介護記録の読み」約74%、「介護記録の書き」は約62%である。「介護福祉士国家試験の勉強」は約37%である⁶⁹。

(2) 支援体制

日本語の学習において就労先の施設から支援を受けている内容として最も多いのは「施設で日本人の職員に教えてもらっている」で68.3%である(図3.2.1)。また、介護事業者が提供する日本語スキル向上に向けた研修等の受講支援としては、「日本語能力試験の受験」が最多の61.8%、次いで「日本語能力試験合格を目的とする研修等の受講」が53.9%である⁷⁰。



⁶⁷ 本調査団による人材派遣会社(ベトナム)への調査団ヒアリングによる

⁶⁸ 三菱UFJリサーチ&コンサルティング 令和2年度 老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業「介護分野に係る特定技能等の受入れの実態に関する調査研究事業報告書」(2021)

⁶⁹ 「介護福祉士国家試験の勉強」について、在留資格別では、「よくわかる」「だいたいわかる」と回答したのは技能実習生では23.6%、特定技能では45.8%、在留資格「介護」では57%、EPA(介護福祉士候補生)58.4%、EPA(介護福祉士)では89.2%である。

⁷⁰ みずほリサーチ&テクノロジーズ株式会社 令和3年度老人保健事業推進費等補助金「介護分野における技能実習制度の実態等に関する調査研究報告書」(2022)

図 3.2.1：日本語学習支援（施設からの支援）(n=2472)

(出所) 三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング「介護分野に係る特定技能等の受入れの実態に関する 調査研究事業報告書」(2021)より調査団作成

3.2.1.2. 課題の整理

(1) 業務遂行に適した日本語能力の向上

介護現場では、対人コミュニケーションや、記録を読む・書くという総合的で高い日本語能力が求められる。外国人介護人材側も、事前学習は概ね実施しているものの、授業で習った日本語と実際の介護現場で使われる日本語が異なることに対する戸惑いを受ける者も多い。神戸市が実施した技能実習生を受入れる事業所を対象とした調査⁷¹では、「業務に必要な日本語習得が十分ではない」と回答した事業者が約6割にのぼる。また、外国人介護人材の受入れを実施していない事業者は、受入れを考えていない理由として「利用者等との意思疎通に支障があると思うから」との回答が最も多く約半数を占めていた。特定技能の人材には、他業種の技能実習経験者も多い。一定期間の日本での就業経験があることから、日本語能力はすでに一定レベルに到達していることを期待するが、業種によっては仕事での会話があまりない場合もあり、受入事業所側の期待値を大きく下回るケースもみられる⁷²。

(2) 研修体制の維持・向上

令和元年度の外国人介護人材の受入れ等に関する調査⁷³によると、受入施設で外国人介護人材向けの研修等が困難なテーマとして、「介護福祉士国家試験に必要な日本語」が最多の34.6%を占める(図 3.2.2)。そこには施設や事業所内での指導や研修の実施が困難な背景がある。同調査からは、介護事業所側では、職員体制に余裕がなく学習時間が設けられない、指導・研修の実施自体が困難といった声が聞かれる。同様に内閣官房の調査⁷⁴でも、日本語教育を介護事業所が実施する際の課題点として、専門家の不在と教育コストを挙げている。ほとんどの介護事業者では法人内に日本語教育の専門家はいない。そのために、有効な学習方法を提示できず、現場業務と並行して独自に検討した学習方法を展開しており、教育の有効性に不安を抱く施設が多い。自施設での研修が困難な場合、外部の教育機関やプログラムを利用するが、自治体からの補助金が得られるのは一部にすぎず、施設が負担する場合が目立つ。長期間の支出増加は持続性にも影響するため、施設内で環境を整えることにより学習を実施する必要性を感じている施設も多い。

⁷¹ 神戸市「外国人介護人材等に関する調査」(2019)

⁷² 公益社団法人国際厚生事業団 令和3年度老人保健事業推進費等補助金「介護分野における特定技能制度の推進方策に関する調査研究報告書」(2022)

⁷³ 三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング令和元年度 老人保健事業推進費等補助金「外国人介護人材の受入れ等に関する調査研究事業報告書」(2020)

⁷⁴ 内閣官房「「アジア健康構想」実現に向けた介護等ヘルスケア産業のアジア国際展開等に関する調査報告書」(2020)

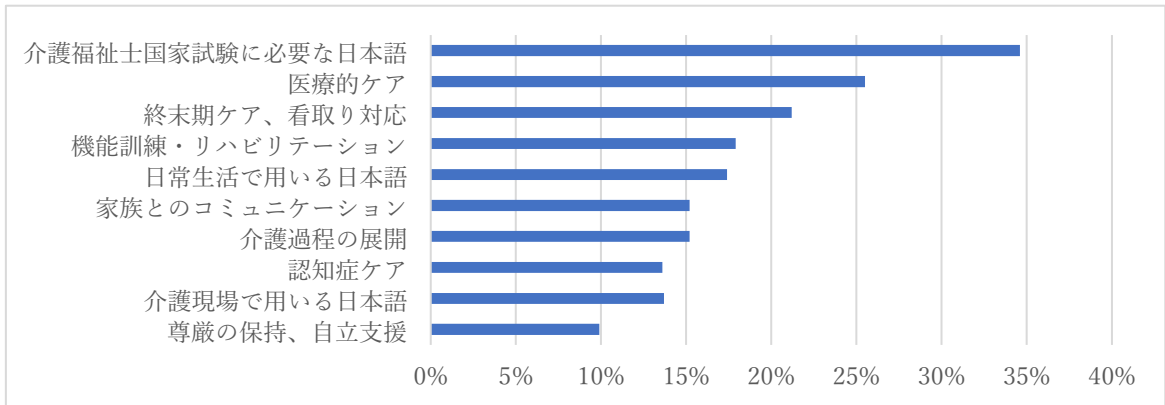


図 3.2.2 : 受入施設にて外国人介護人材向けの研修等を実施するのが困難なテーマ(n=593)
 (出所) 三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング「外国人介護人材の受入れ等に関する調査研究事業報告書」
 (2020) より調査団作成

3.2.1.3. 好事例

教材の工夫をする教育機関が多く、現場職員の負担軽減のため、Eラーニングを活用するケースも複数みられた。中には、日本語研修事業者と共同で介護職種向けの補助教材を制作している事業者もある⁷⁵。また、厚生労働省では、都道府県、指定都市、中核市等が技能実習生や特定技能外国人を対象に集合研修を実施するための外国人介護人材受入支援事業を展開、2020年度には 27 道府県が実施している⁷⁶。同事業は、受入事業所側で実施が困難として挙げられる日本語や介護福祉士資格取得に向けた学習支援体制整備を補完する目的で展開されており、自治体によるさらなる支援の強化が図られている。

また、介護現場に必要な日本語能力の獲得には、来日前から継続した学習支援がなされることが重要である。前述のとおり、一部の送出機関では、日本から介護福祉士を送出国に派遣し、外国人介護人材候補生の指導にあてるケースがみられる。そうした機関では、日本人講師による講義を通して日本人とのコミュニケーションに慣れることができる。特に配置予定の地域や法人から職員が派遣される場合には、その地の方言や施設独自の言い回しや表現に事前に触れることが可能になることに加え、双方に人となりを把握できるというメリットも多い。

3.2.2. 介護技術の習得・業務の実施状況

3.2.2.1. 現状

(1) 従事している介護業務

⁷⁵ 内閣官房「「アジア健康構想」実現に向けた介護等ヘルスケア産業のアジア国際展開等に関する調査報告書」(2021)

⁷⁶ 厚生労働省「令和 2 年度外国人の介護人材関係予算（特定技能関連）の概要及び活用状況」(<https://www.mhlw.go.jp/content/12000000/000931863.pdf>) 2023 年 2 月 15 日アクセス

受入事業所における外国人介護人材の介護業務への評価に対する介護業務に対する調査⁷⁷において、比較的評価が高い傾向にある業務は、生活援助と身体介護である。一方、介護計画策定、会議での発言、終末期ケアは評価が低い。(図 3.2.3)

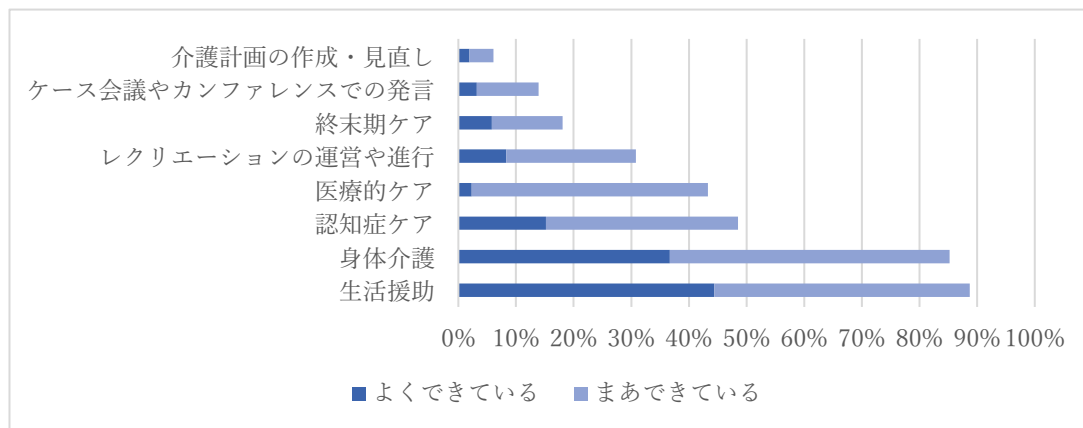


図 3.2.3 : 外国人介護人材の個別の業務に対する評価(n=1490)

(出所) 三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング「外国人介護人材の受入れ実態等に関する調査研究事業報告書」(2020)より調査団作成

夜勤業務をひとりで対応可能な割合は、全体では 27.1%であり、「日本人職員が付き添って指導すれば対応できる」が 10.2%、「実際には夜勤業務を行わせていない」は 13.0%である。在留資格別でみると、夜勤業務を実施していない技能実習生が 6 割を超えている(図 3.2.4)。

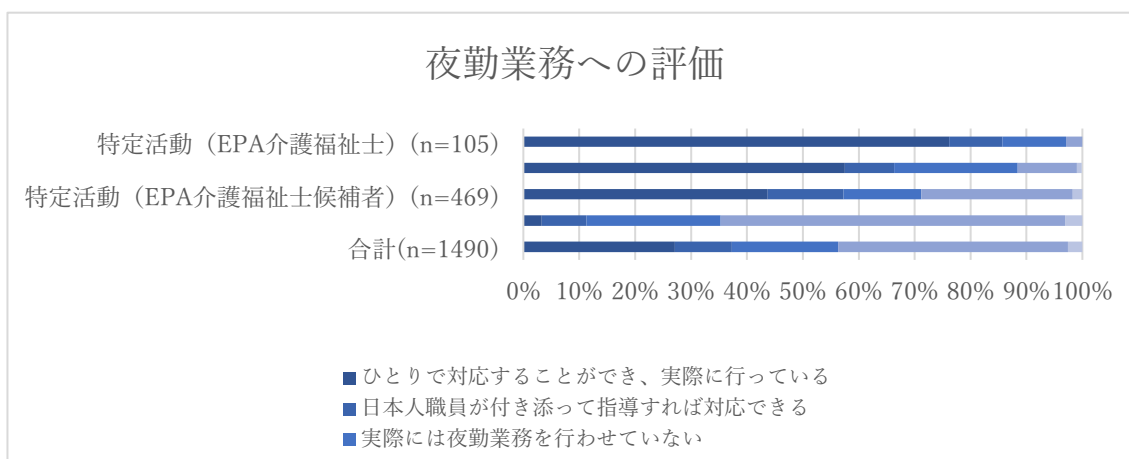


図 3.2.4 : 夜勤業務への評価

(出所) 三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング「外国人介護人材の受入れ実態等に関する調査研究事業報告書」(2020)より調査団作成

⁷⁷ 三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング 令和元年度 老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業「外国人介護人材の受入れ実態等に関する調査研究事業報告書」(2020)

技能実習生の日本語能力別・就業期間別の実施業務内容の比較を行った調査⁷⁸によると、「身支度」「移乗・移動」「食事」「入浴・清潔保持」「排泄」等の身体介護については違いがみられないが、「申し送り」「会議への参加」等は、就業期間が長い技能実習生の方が従事している割合が高かった。また、「掲示物等の管理」「申し送り」「介護記録」の業務は、日本語能力が高い技能実習生の方が実施している割合が高い結果であり、勤続年数や日本語力が介護業務内容にも影響を及ぼしていることがわかる。

(3) 支援体制

令和2年度の受入れ実態調査⁷⁹によると、介護知識・技能取得のための支援は8割の施設で実施されている。また、外国人介護人材の介護の知識・技能に関わる施設での学習方法は、オンザジョブトレーニング(On the Job Training: OJT)を通して教えてもらっている割合が38.1%と最も多く、日本人職員にテキストを使って教えてもらっている割合は36.7%、業務時間内に勉強の時間がある割合は35.8%であった。

3.2.2.2. 課題の整理

(1) 外国人介護人材の従事可能な業務範囲が限られる

前述のとおり、在職期間や日本語力によって実施可能な業務内容には差が生じている。特に高い専門性や知見を要する喀痰吸引や経管栄養といった医療的ケアや終末期ケア、また高い日本語能力を要する会議内での発言や介護計画策定等は十分に対応できておらず、従事可能な業務が限定的となっている。

(2) 受入事業所側の教育に対する現場の負担が大きい

内閣官房の調査報告⁸⁰では、入国前の介護に関する研修と実務で求められるレベルには乖離があるために就労後の研修が鍵となってくることを指摘している。また、外国人介護人材が経験を重ね、日本語力が向上するとともに対応可能な業務範囲や介護技術のスキル向上が図られるが、それには、外国人介護人材のモチベーションを維持・向上させ、受入事業所側も継続的に支援していく体制の構築が必要である。しかし、いずれの介護事業所においても余裕がない現場で持続的に指導する体制を維持構築するハードルは高く、特に小規模事業所の負担は大きい。

⁷⁸ 三菱UFJリサーチ&コンサルティング 令和元年度 老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業「外国人介護人材の受入れ実態等に関する調査研究事業報告書」(2020)

⁷⁹ 三菱UFJリサーチ&コンサルティング 令和2年度 老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業「介護分野に係る特定技能等の受入れの実態に関する調査研究事業報告書」(2021)

⁸⁰ 内閣官房「「アジア健康構想」実現に向けた介護等ヘルスケア産業の国際展開等に関する調査報告書」(2021)

3.2.2.3. 好事例

広島県のある施設⁸¹では、日本人職員と同等に新任育成マニュアルに沿って指導するが、技能実習生には日本語レベルに合わせたテキストを用意するなど工夫を施している。テキストは、例えば日本人向けマニュアルでは「顔」と書くところを、技能実習生向けには「目、鼻、口」とより具体的な呼び方に変える、ふり仮名を付けイラストを挿入する等の対応を取っている。教育は、日本人の場合は入職後3か月で完了するところ、技能実習生は独自の育成プログラムを作成し、6か月をかけて介護技能の習得を目指している。なお、この施設では、日本語学習は連携している監理団体による学習支援を活用しており、外国人介護人材はアプリを用いた日本語教材の利用や定期的開催される日本語教室に通って学習している⁸²。

3.2.3. 生活支援・定着支援

3.2.3.1. 現状

(1) 受入事業所による生活環境の支援状況

受入事業所は、外国人介護人材に対する定着支援の一環として、生活環境整備や職場環境に早く馴染むための支援、相談窓口設置など、多様な支援を提供している。特に、住居の確保、行政手続きや住まいの契約手続き等の支援が高い割合を占める。また、その支援を実施にするにあたり、監理団体・登録支援機関と連携している受入事業所が6割を超える⁸³。具体的な支援事例として、勤務地に近い場所に寮を提供し、家電や家具などの必要な生活用品を準備する、移動手段として自転車を支給する、バスの乗り方を教えるといった事例が多い。近くに買い物ができるような施設がない地域では、職員が街に出るタイミングに合わせて買い物に連れていく等のケースもみられる(図 3.2.5)。

⁸¹ 同施設の事例は、他施設の事例とともに、介護分野における技能実習制度の実態等に関する調査研究検討会「受入事業所のための介護技能実習生キャリア支援ガイド2022」(2022)に記載がある。

⁸² みずほリサーチ&テクノロジーズ株式会社「介護分野における技能実習制度の実態等に関する調査研究報告書」(2022)

⁸³ 三菱UFJリサーチ&コンサルティング 令和2年度 老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業「介護分野に係る特定技能等の受入れの実態に関する調査研究事業報告書」(2021)

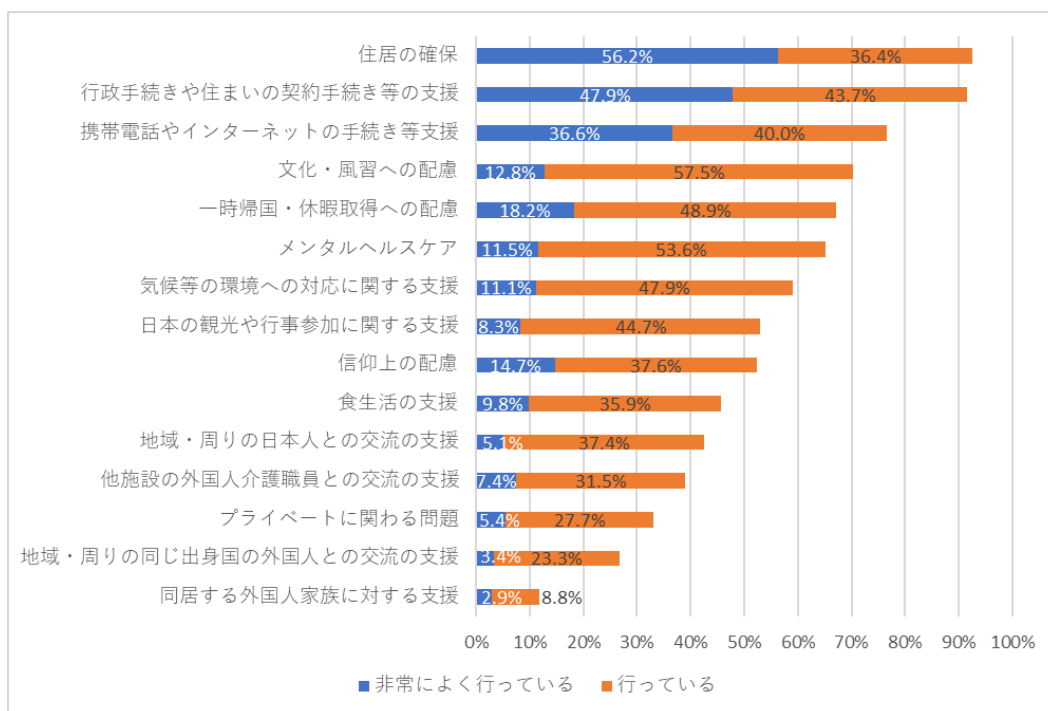


図 3.2.5 : 受入事業所による外国人職員の就労環境や生活面の支援状況(n=593)
 (出所) 三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング「外国人介護人材の受入れ実態等に関する調査研究事業報告書」(2020)より調査団作成

(2) 受入側の環境整備

定着支援において、職場環境の整備は必要度の高い項目であり、監理団体や受入事業所による支援が幅広くみられる。事前に施設としての方針や姿勢を示し、留意点に関する研修を実施した施設は6割を超える(図 3.2.6)。具体的には、現場スタッフの多くが初めて外国人と一緒に働くことになるため、制度の内容や目的、また文化の違いについても説明し、円滑に業務を進めるように積極的なコミュニケーションを取ることを推奨するとともに、外国人介護人材を単なる労働力ではなく日本人スタッフと平等に扱い尊重し合う、業務内容や使用言語の平準化を図る、孤立させないといった取組みがされている⁸⁴。また、大規模な法人では系列の日本語学校と連携し、非日本語ネイティブにも伝わりやすい話し方の研修を行っている事例もあった。

⁸⁴ 内閣官房「「アジア健康構想」実現に向けた介護等ヘルスケア産業の国際展開等に関する調査報告書」(2021)

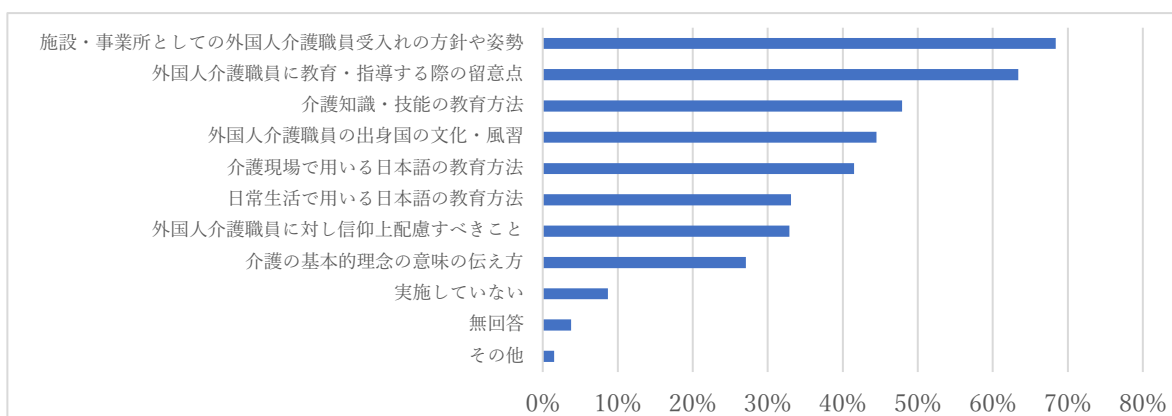


図 3.2.6：日本人職員に対して実施している研修等のテーマ(n=1252)
 (出所) 三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング「介護分野に係る特定技能等の受入れの実態に関する 調査研究事業報告書」(2021) より調査団作成

同様に、外国人介護人材と日本人職員間のコミュニケーション円滑化を目的として積極的に介護ロボット等の ICT 導入を活用する事業所も見受けられる。事例として、読み書きにかかる負担軽減のための記録システム導入や、業務中の意思疎通を円滑化するためにインターコミュニケーション（インカム）を活用している。こうした事業所では、単に機器やソフトウェアを導入するだけでなく、報告内容や使用する言葉の統一や、外国人介護人材に伝わりにくい日本人特有の曖昧な表現を避け、YES/NO 等の意思表示を明確化する等の職場ルールを設ける工夫もみられる⁸⁵。この他、外国人介護人材を孤立させない取組として、同国出身者を複数名配置する、外国人同士や日本人職員との交流の機会を設ける等が挙げられる。特に小規模事業所では、職場で唯一の外国人介護人材であることも少なくない。同じ法人において複数名の技能実習生を受け入れている場合には同じアパートに住居を用意する、外国人職員同士や外国人職員と日本人職員との交流の機会を用意するなど、技能実習生を孤立させないよう配慮した取組が行われている⁸⁶また施設内外に相談担当者を配置することも有効であり、約 85%の施設が実施しているほか、外国人材支援機関や各自治体においても、各言語に対応した電話相談窓口を設けるなど、多様な支援が提供されている⁸⁷。

(3) 外国人介護人材の地域社会との関わりの実態

外国人介護人材の定着を図るには、職場環境のみならず、生活の場となる地域に順応するための支援も重要である。外国人介護人材が日本文化を体験したり地域イベントに参加することは、日本文化に対し理解を深める場にもなれば、地域住民が外国人介護人材の存在やその文化

⁸⁵ みずほリサーチ&テクノロジーズ株式会社 令和3年度老人保健事業推進費等補助金「介護分野における技能実習制度の実態等に関する調査研究報告書」(2022)

⁸⁶ 内閣官房「「アジア健康構想」実現に向けた介護等ヘルスケア産業の国際展開等に関する調査報告書」(2020)

⁸⁷ 公益社団国際厚生事業団 (JICWELS) では無料相談サポートとして電話やメール等での相談が可能 (https://jicwels.or.jp/fcw/?page_id=85) (2023年2月17日アクセス)

を知る契機ともなる⁸⁸。また、地元の警察署に対して外国人が新しく暮らし始めることを伝えたり、技能実習生が賃貸住宅で暮らす場合には大家への挨拶に付き添ったりするなど、地域の側に働きかけることで円滑な受入れに向けた理解や支援を引き出すことにも繋がる⁸⁹。⁷⁰日本で働く外国人材の就業実態・意識調査⁹⁰によれば、外国人材が生活で困っていることとして、「地域社会とのかかわりがもてないこと」が上位にある。他にも、「差別や偏見をうけること」「病気やケガをした時の対応」「大災害が起きた場合の対応」「ゴミ出しなどの生活ルールの分かりにくさ」などの困り事は、地域住民との顔が見える関係性が築かれることである程度の緩和が可能である。

地域社会との関わりがあると、日本での介護就労意向が強まる調査結果も出ている⁹¹⁶⁰。地域社会との交わりをもち、地域での暮らしやすさが得られれば、外国人介護人材の定着のみならず、その人材の知人や家族を通してまた別の人材の受入れにも繋り得る。(図 3.2.7)

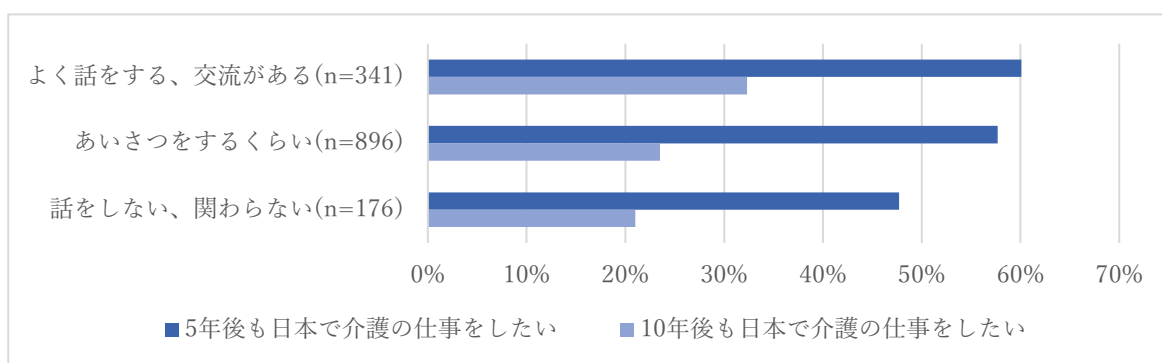


図 3.2.7：地域社会との関わりと今後も日本で介護の仕事をしたい割合の比較
(出所) 三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング「外国人介護人材の受入れ実態等に関する調査研究事業報告書」(2020) より調査団作成

3.2.3.2. 課題の整理

(1) 外国人介護人材側の介護業務や就労条件等に対する理解不足

「外国人介護人材の受入れの実態等に関する調査⁹²」によると、受入事業者側の技能実習生の受入れに関する評価は総じて高く、9割近い介護事業者が総合的に満足している。また、外国人介護人材の満足度調査においても、各項目ともに満足度は8割を超えており、両者ともに満足度は高い。(図 3.2.8、図 3.2.9)

⁸⁸ 内閣官房「『アジア健康構想』実現に向けた介護等ヘルスケア産業の国際展開等に関する調査報告書」(2021)

⁸⁹ みずほ情報総研株式会社 令和元年度老人保健事業推進費等補助金「外国人介護人材の受入れ実態等に関する調査研究事業報告書」(2020)

⁹⁰ パーソル総合研究所「日本で働く外国人材の就業実態・意識調査結果報告書」(2020)

⁹¹ 三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング 令和元年度 老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業「外国人介護人材の受入れ実態等に関する調査研究事業報告書」(2020)

⁹² みずほ情報総研株式会社「外国人介護人材の受入れ実態等に関する調査研究事業報告書」(2020)

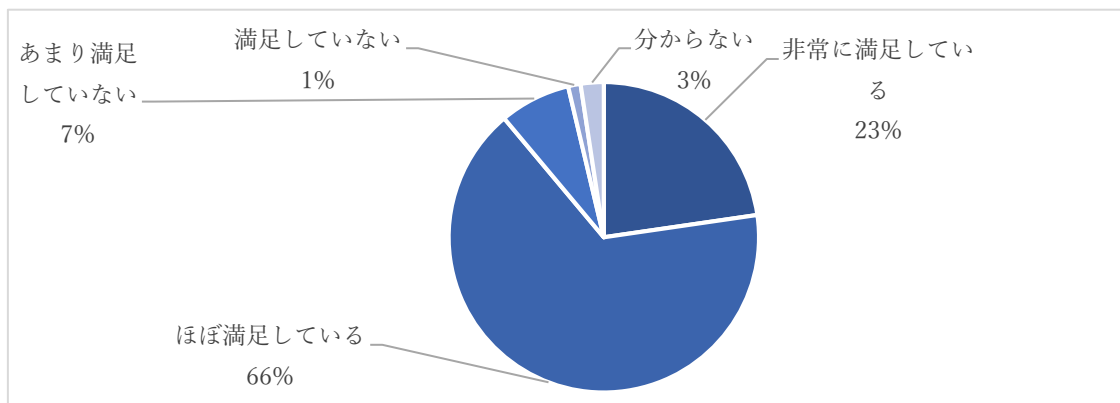


図 3.2.8 : 事業所側の技能実習生の受入れに対する満足度(n=538)

(出所) みずほ情報総研株式会社「外国人介護人材の受入れ実態等に関する調査研究事業報告書」(2020)より調査団作成

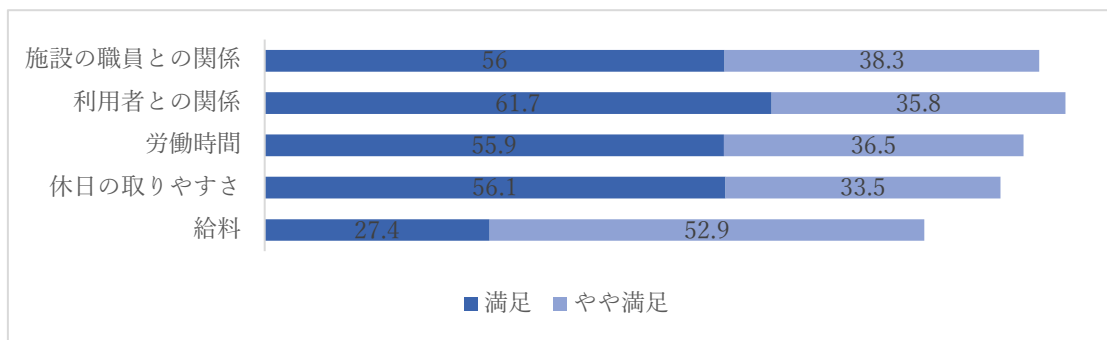


図 3.2.9 : 外国人介護人材側の働いている施設の満足度 (%) (n=1437)

(出所) みずほ情報総研株式会社「外国人介護人材の受入れ実態等に関する調査研究事業報告書」(2020)より調査団作成

外国人材、受入事業者ともに満足度は高い一方で、次のようなミスマッチ要素も発生している。こうしたミスマッチ要素は、就労中の不満やストレスを誘発し、退職や転職といった離職に繋がりがかねない。(表 3.2.1)

表 3.2.1 : 外国人介護人材が抱えるミスマッチ例

外国人材側	<ul style="list-style-type: none"> ・ 従事内容(看護等の医療ケアが含まれず、介護ケアのみだと思わなかった) ・ 手取りの給与額等の雇用条件に対する不満 ・ 他地域や他施設に就労した同郷出身者との処遇の差に対する不満
事業者側	<ul style="list-style-type: none"> ・ 日本語能力が想定より低い ・ (主にベトナム) 近年、優秀な人材の獲得が困難になってきた

(出所) 先行研究や調査団ヒアリングを基に調査団作成

これらの主な要因として、人材側には業務内容や就労条件に対する理解不足が挙げられる。特に、外国人介護人材の出身国では、介護に対する概念が未浸透であったり、介護職の地位が低い国も多い。外国人介護人材の中には、看護師資格を有している者も多く、渡航前からどのような業務に従事するのか、看護職と介護職の違いにも言及しながらより具体的なイメージが得られるよう配慮を要する。また、前項では、外国人介護人材が必ずしも介護技術習得を目的としてはおらず、高い賃金やよりよい労働環境を求めて来日している者も多い点に触れた。日本で働く外国人材の就業実態や意識を調査した報告書⁹³によると、外国人材が職場への不満として上位にあるのは「昇進・昇格が遅い」「給料が上がらない」「給料が安い」と処遇に対する不満である。同調査では、職場や給与への不満、またキャリアパスが不明瞭といった業務に対する不満や将来キャリアへの不安は、外国人材の継続就業意向と他者への推奨意向にマイナスの影響を与えている。外国人介護人材の受入れにおいては、「入国前に聞いていた給与等の就労条件と実態が異なる」「同じ仕事内容なのに（地域や事業所、あるいは受入れ経路によって）給与が違う」といった点から不満やトラブルがうまれやすくなる⁹⁴。実際、出入国在留管理庁による技能実習生を対象にした調査によると、就労後に実際に受け取った給料について、「期待より少ない」と回答したものは約2割おり、その理由として「日本での給料の支払方法（税金や保険）が差し引かれること」を知らなかった」との回答が約3割を占めている⁹⁵。

（2）介護事業者の職場環境・生活環境整備にかかる金銭的・人的負担が大きい

外国人介護人材を受入れるための職場環境や生活環境を整え、外国人介護人材が地域での生活に順応するまで細やかな生活上のフォローを実施するための事業者側の金銭的・人的負担は大きい。特に、小規模事業所はマンパワーも資源も限定的であり、その負担はさらに重くなる。一方で、外国人介護人材を受け入れるために体制を整えたことが、結果的に日本人介護職員にも効果的に働いている事例も多い。インカム等使用による情報共有の簡略化やケアの内容等業務の平準化は、日本人の未経験者が入っても働きやすい職場環境となっている⁹⁶。受入れには一定程度の費用負担と研修や教育時間が多く発生するが、こうした副次的効果もひとつの投資効果として捉えられる。また、外国人介護人材と言っても、出身国や地域、信仰や家族の状況によって個々に抱える課題は多様であり、そうした点に対する配慮も多くの受入れ事業所では実施されており、外国人介護人材を受入れるために整備する職場環境や生活環境の範囲は多岐にわたることが分かる。

（3）地域社会との連携促進

⁹³ パーソル総合研究所「日本で働く外国人材の就業実態・意識調査結果報告書」（2020）

⁹⁴ 内閣官房、「アジア健康構想」実現に向けた介護等ヘルスケア産業のアジア国際展開等に関する調査報告書（2021）

⁹⁵ 出入国管理庁「技能実習生の支払い費用に関する実態調査について」（2022）

⁹⁶ 介護分野における技能実習制度の実態等に関する調査研究検討会「受入事業所のための介護技能実習生キャリア支援ガイド2022」（2022）（<https://www.mhlw.go.jp/content/12000000/000933884.pdf>）2023年2月15日アクセス

地域社会とのつながりをもつことは定着支援においても重要であるが、十分な支援はできていないのが実態である。前項のとおり、外国人介護人材自身の地域活動や交流への参加意向は高い一方で、実際の参加状況は半数に留まる。(図 3.2.10)

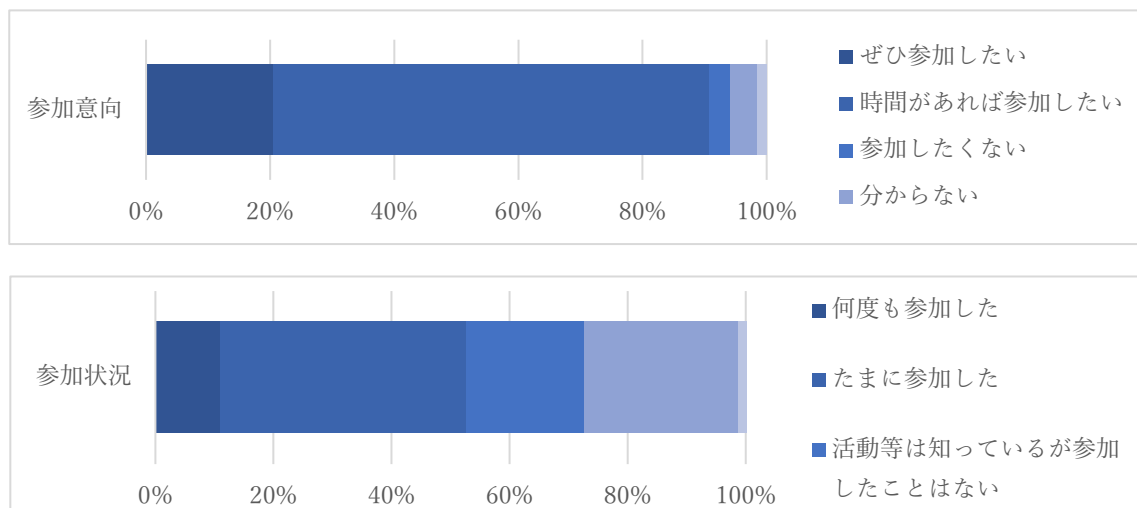


図 3.2.10：地域の活動・イベントへの参加意向と参加状況(n=1437)

(出所) 三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング「外国人介護人材の受入れ実態等に関する調査研究事業報告書」(2020年)より調査団作成

また、ごみの捨て方などの生活ルールに関する指導や教育は実施していても、地域を巻き込んで外国人介護人材を受入れる支援や、地域住民側に外国人介護人材について知ってもらう機会を創出するような取組みができていない地域や事業所、監理団体等の支援機関は限られる。

3.2.3.3. 好事例

愛知県のある監理団体では、介護は生活の延長であるとの考えのもと、技能実習生が日本で円滑に生活できることを目指し、地域住民がサポートを行う「バディシステム」を実践している⁹⁷。このシステムは、ベルギーの都市で移民を受け入れる取組みからヒントを得たもので、地域住民が外国人住民のバディ（相棒）になり、地域住民と外国人住民が交流を図る。バディ側は外国人材に日本の生活や文化、ルールを教え、地域住民もまた外国人材側の文化を教わるため、双方向、多方向の関係が築ける。友達のように買い物に行ったり、祖父母のように接しながら日本について教えるなど人によって関わり方は多様である。本取り組みは、地域の高齢者や子供など、世代を超えた交流も可能とし、希薄になりつつある地域社会のつながりを活性化させる役割もあると期待されている⁹⁸。なお、同監理団体は、2020年に愛知県高浜市と「多

⁹⁷ 介護分野における技能実習制度の実態等に関する調査研究検討会「受入事業所のための介護技能実習生キャリア支援ガイド2022」(2022)

⁹⁸ 厚生労働省、地域共生社会のポータルサイト (<https://www.mhlw.go.jp/kyouseisyakaiportal/jirei/07.html>) アクセス 2023年2月17日

文化共生社会の推進に向けた連携協力に関する協定」を締結し、多文化共生社会の推進に向けた連携関係を構築している。

また、ミスマッチ等のトラブル回避の好事例として、額面給与額のみならず、税金や社会保険料等を考慮した手取り額の目安や、残業時間や残業代の扱い、在留資格毎の給与額、またキャリアアップ制度や昇給の条件に関する情報についても的確に丁寧に説明をしている監理団体や受入事業所が見受けられる⁹⁹。また、外国人介護人材が SNS 等を通じて得られる他の地域や事業者での支援内容や待遇に関する情報から自身の配属先に対して不満を抱くケースもみられているが、こうしたストレスや不満の蓄積による離職を避けるため、監理団体や受入事業所が定期的な面談機会等で本人の希望や感じていることを把握しネガティブ要素を取り除く工夫を実施している。

3.3. 外国人介護人材のキャリアパスの実態

3.3.1. 国内のキャリアパス

3.3.1.1. 現状

(1) キャリアパスに関する外国人介護人材自身の希望および介護事業者側の期待

令和元年度の「介護分野に係る特定技能等の受入れの実態に関する調査研究事業¹⁰⁰」では、外国人介護人材のキャリアに関する考え方や希望について、外国人介護人材自身、介護事業者側それぞれの視点で調査を行い、次の調査結果を示している。

第一に、外国人介護人材自身のキャリア意向として、在留資格を問わず、日本で継続的に働きたいと考える者が多数を占める。5年後も日本で介護職に限って就労したい意向を示しているのは、全体では41.5%、在留資格別では、在留資格「介護」が52.9%、特定技能が47%、EPA

⁹⁹ みずほ情報総研株式会社「外国人介護人材の受入れの実態等に関する 調査研究事業 報告書」(2020)

¹⁰⁰ 三菱UFJリサーチ&コンサルティング「介護分野に係る特定技能等の受入れの実態に関する調査研究事業報告書」(2021)

(介護福祉士未資格者) 42.8%であり、技能実習生と EPA(介護福祉士)は 40%を下回る。(図 3.3.1)

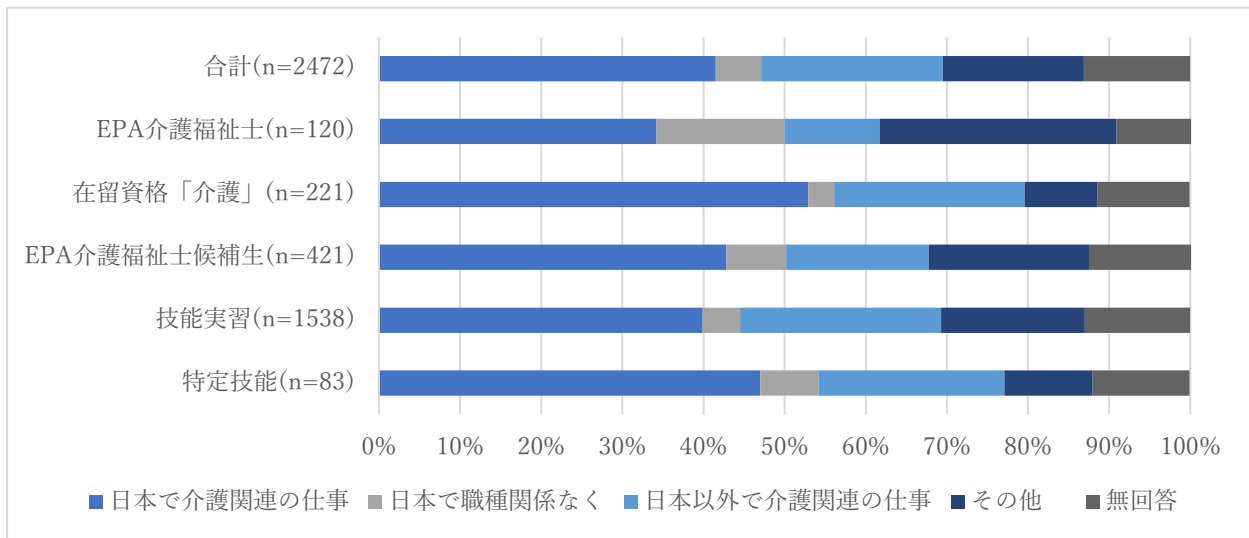


図 3.3.1：今から 5 年後の自分の住む場所と希望する仕事内容の関係
(出所) 三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング「介護分野に係る特定技能等の受入れの実態に関する調査研究事業報告書」(2021) より調査団作成

また、介護福祉士資格取得意向は全体の 7 割程度が有しており、資格を取ったうえで長く介護施設に勤めたいと考える外国人介護人材も一定数いることが窺える。帰国を前提としている技能実習制度の技能実習生でもその意向は 6 割を超えている。(図 3.3.2)

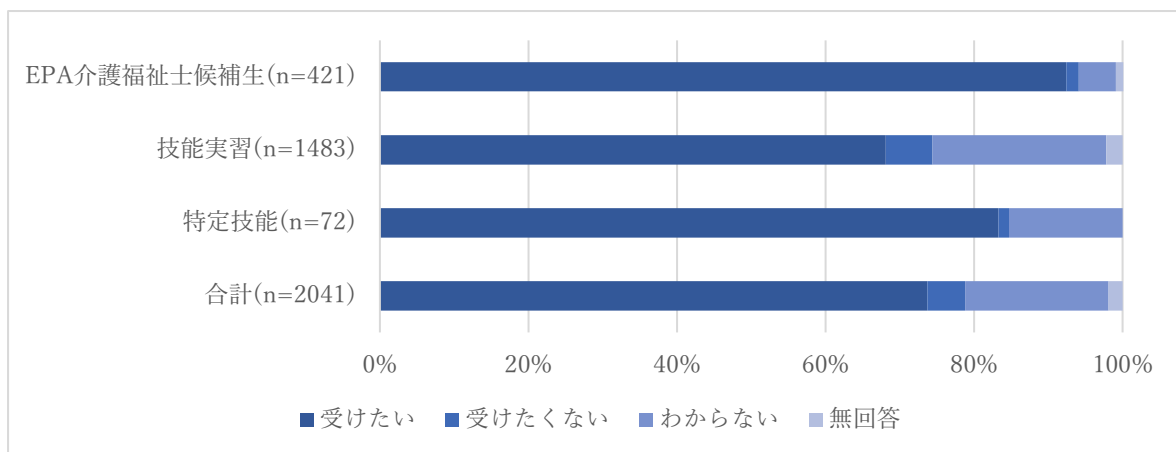


図 3.3.2：在留資格別介護福祉士国家試験の今後の受験意向
(出所) 三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング「介護分野に係る特定技能等の受入れの実態に関する調査研究事業報告書」(2021) より調査団作成

第二に、介護事業者側は、外国人介護人材のキャリアについて「なるべく長く働いてほしい」「3 年以上働いてほしい」と考える傾向が強い。また、将来、外国人介護人材に期待する職位

や役割は、「外国人介護人材を指導・助言する役割を担ってほしい」の割合が最も高く（75.7%）、次いで、「外国人介護人材として施設・事業所に定着するロールモデルになってほしい（71.8%）」、「介護職員として技術・経験を積み重ねてほしい（63.3%）」となっている。対して、外国人介護人材に対し管理業務を期待する声は少ない。（図 3.3.3）

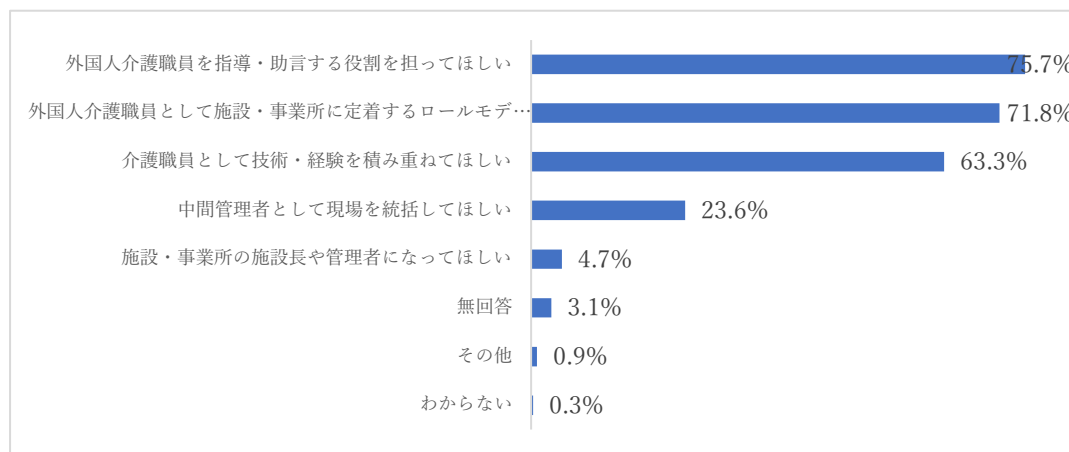


図 3.3.3：将来、外国人介護人材に期待する職位や役割(n=897)

（出所）三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング「介護分野に係る特定技能等の受入れの実態に関する調査研究事業報告書」（2021）より調査団作成

（2）キャリア支援の取組み状況

介護事業者側が実施しているキャリア支援の取組みとして上位を占めるのは、「外部の研修等の受講料の助成（68.6%）」、「上司・管理者にキャリア面談・相談等（60%）」、「自己評価シートを導入（59%）」、「外部研修や学会への受講を積極的に推奨（56.8%）」である¹⁰¹。

技能実習生の場合、事業者側がキャリア形成支援として実施していることとして、「定期的な面談機会の設定」や「定期的な評価とフィードバック」が6割を超える。約2割の事業所は介護福祉士国家資格取得を見据えた支援も実施しており、より専門性の高い介護の知識・技能を習得する環境を提供している事例もみられた¹⁰²。

3.3.1.2. 課題の整理

（1）リーダー人材が育成できていない

前述のとおり、介護事業者側は、外国人介護人材に、他の外国人介護人材の指導者やロールモデルになることを期待する声が多い。一方、実際に期待する役割を担うレベルに達している外国人介護人材は非常に少数である。外国人介護人材の対応可能な業務内容が限定的であることを踏まえると、事業所内でのキャリアアップへの課題はなお大きい。また、リーダー人材育

¹⁰¹ 三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング 令和元年度 老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業「外国人介護人材の受入れ実態等に関する調査研究事業報告書」（2020）

¹⁰² みずほ情報総研株式会社「外国人介護人材の受入れの実態等に関する 調査研究事業 報告書」（2020）

成にはそのための研修や指導が必要であるが、事業所側としても、外国人介護人材に期待する役割とそれに要するスキル向上を図る育成制度が確立されていない様子が見えてくる。(図 3.3.4)

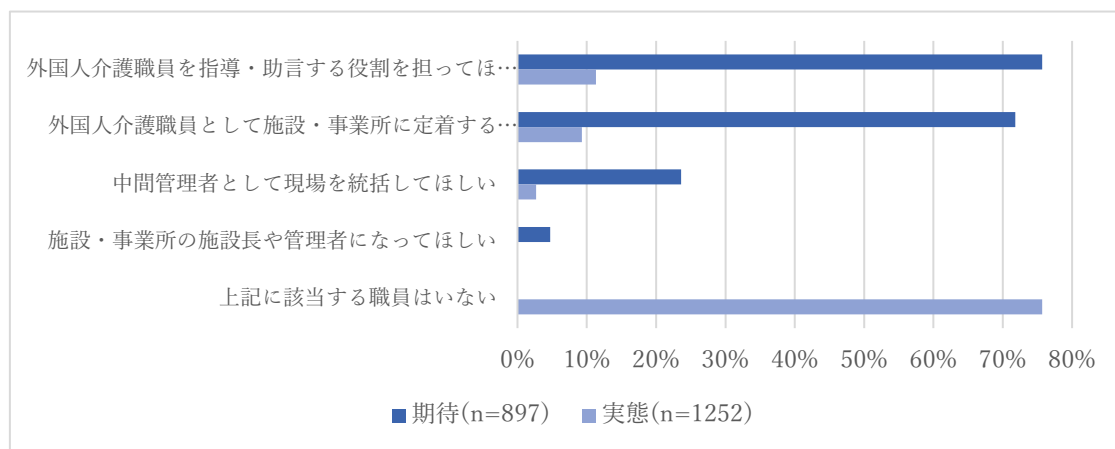


図 3.3.4：外国人介護人材に期待する職位や役割と実態の比較

(出所) 三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング「外国人介護人材の受入れ実態等に関する調査研究事業報告書」(2020) より調査団作成

(2) 国家試験の合格率が低い

第 2 章のとおり、国家試験の合格率は、日本人を含む全体の合格率が 80%前後である中、EPA 介護福祉士候補者で約 30~40%、日本国内の介護士養成校に通う留学生で 38%と非常に低い。介護福祉士国家試験の学習支援を受けている割合は、EPA 介護福祉士候補者では 5 割を超えるものの、その他は低く、特に技能実習生は国家試験受験意欲の高さに反して学習支援は 1 割程度である¹⁰³。技能実習生を受入れている介護事業者からは、「介護福祉士国家試験対策の指導上、介護保険制度や医療知識に関する専門用語を一つずつ教え、理解し覚えてもらうことは非常に難易度が高く、時間も多く要する。日本人職員が介護福祉士国家試験を受験する際には、試験前に集中した学習支援を行えばよいが、技能実習生に対しては法人内での指導のみで対応できるのかも含めて試行錯誤しながら検討している」といった声が聞かれる¹⁰⁴。

(3) キャリアアップのための支援が受入事業所側でできていない

外国人介護人材の受入れルートの追加や、受入れルート間の移行が認められたことにより、介護就労の選択肢は広がっている。キャリア意向は、本人のみならず家族の状況の影響も受けるため流動的であり、当初は帰国を考えていた者が介護福祉士国家資格取得を目指す方向に移

¹⁰³ 三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング 令和 2 年度 老人保健事業推進費等補助金「介護分野に係る特定技能等の受入れの実態に関する 調査研究事業報告書」(2021)

¹⁰⁴ みずほリサーチ&テクノロジーズ株式会社「介護分野における技能実習制度の 実態等に関する調査研究報告書」(2022)

行するケースもみられる。令和元年度の調査¹⁰⁵によると、キャリアパス制度を導入している施設は約 7 割、キャリア支援の内容として上司等とのキャリア面談を実施しているのは 6 割である。また、技能実習生とのキャリアのすり合わせを開始した時期についてアンケート調査をした結果¹⁰⁶によると、受入れ前から実施している施設は 16.5%に留まり、1 年以内の実施は 23.8%、開始した時期が受け入れ後 1 年以上経過してから実施した事業所は 40%を超える。(図 3.3.5)

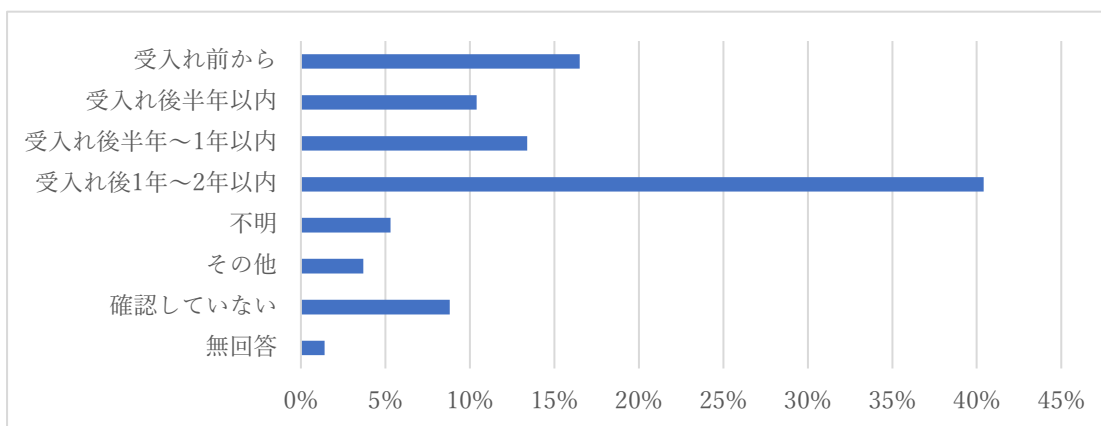


図 3.3.5 : 技能実習生とのキャリアのすり合わせを開始した時期(n=834)

(出所) みずほリサーチ&テクノロジーズ株式会社「介護分野における技能実習制度の 実態等に関する調査研究 報告書」(2022) より調査団作成

「外国人介護人材の受入れ実態等に関する調査研究」¹⁰⁷では、外国人介護人材の目標や希望の把握をしている受入れ施設では、そこで働く外国人介護人材の日本でのキャリア形成意向が強いとの調査結果が報告されている(図 3.3.6)。当然ながら、数年以内に帰国し起業を志す者と、介護福祉士国家試験に合格して長期間の日本での就労を目指す者とは、習得すべき知識やスキルは異なる。どのような育成をしていくのか計画を立てるにも、本人の希望を細やかに把握していく必要性は高い。外国人介護人材側の希望に耳を傾け、本人の意向に即したキャリアプランを立てたり指導内容に反映させることは、モチベーションの維持向上、引いては、同事業所内での継続就労意向にも直結する。そのために、各法人・事業所の昇格昇給制度や、評価基準、それに至るまでの期間や教育体制などを体系的に示すことの重要性は高い¹⁰⁸。これらは外国人介護人材のみならず日本人職員も含む各職員に対し、個々の目標と、それに対する

¹⁰⁵ 三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング 令和元年度 老人保健事業推進費等補助金「外国人介護人材の受入れ実態等に関する調査研究事業」(2020)

¹⁰⁶ みずほリサーチ&テクノロジーズ株式会社「介護分野における技能実習制度の 実態等に関する調査研究報告書」(2022)

¹⁰⁷ 三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング 令和元年度 老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業「外国人介護人材の受入れ実態等に関する調査研究事業報告書」(2020年)

¹⁰⁸ 厚生労働省「外国人介護人材の受入れと活躍支援に関するガイドブック」(2020) (<https://www.mhlw.go.jp/content/12000000/000678250.pdf>) 2023年2月18日アクセス

到達度について具体的にフィードバックを行うことで、よりやりがいを持って仕事に励むことにも直結する。

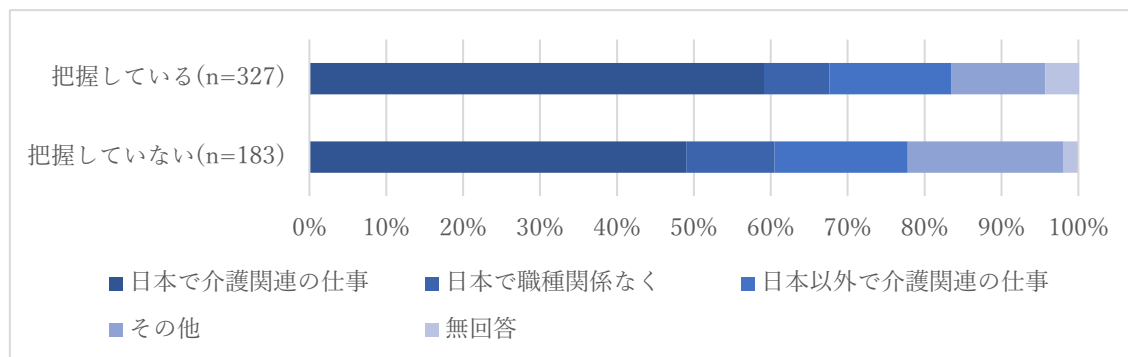


図 3.3.6：受入れ施設による「目標や希望の把握」と外国人介護人材本人の「5年後の日本でのキャリア形成意向」の関係

(出所) 三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング「外国人介護人材の受入れ実態等に関する調査研究事業報告書」(2020年)より調査団作成

(4) 人材側の制度理解不足によるトラブルの恐れ

技能実習から特定技能への在留資格の変更が認められるようになったことに加え、新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) の感染拡大により帰国困難となった介護以外の業種で実習を行っていた実習生が特定技能の介護分野に移行するケースが発生した。技能実習制度では、原則として転職は認められておらず、監理団体が技能実習修了までの間、技能実習生に対して支援や指導を行う責務を持つ。しかしながら、令和3年度の介護分野における技能実習制度の実態等に関する調査¹⁰⁹では、技能実習生自らが人材紹介会社に連絡をとり、転職先となる事業所を自分自身で探した後で監理団体に報告するケースがみられたことが報告された。特定技能への移行には、技能実習修了証明書が必要となり、適切な手順を踏むには事前協議が必要となる。中には、在留資格切り替えを望む技能実習生に対し、監理団体側が証明書を発行しないことによるトラブルも発生している。こうした事態は外国人介護人材自身が制度上のルールを正確に理解していない等の情報不足がひとつの要因とされる。

3.3.1.3. 好事例

令和3年度の介護分野における技能実習制度の実態等に関する調査¹¹⁰にて報告された2つの事例を示す。

¹⁰⁹ みずほリサーチ&テクノロジーズ株式会社 令和3年度老人保健事業推進費等補助金「介護分野における技能実習制度の実態等に関する調査研究 報告書」(2022)

¹¹⁰ みずほリサーチ&テクノロジーズ株式会社 令和3年度老人保健事業推進費等補助金「介護分野における技能実習制度の実態等に関する調査研究 報告書」(2022)

広島県の介護事業法人では、入職当初の本人へのヒアリングのほか、監理団体と技能実習生の採用面談時に法人の指導員も同席し意思を確認するなど、法人と監理団体、実習生の3者間で認識を共有している。法人としては特定技能制度への移行や介護福祉士資格取得により長期にわたって同法人で勤務することを希望しているものの、基本的には技能実習生の意思を尊重した支援を実施している。その後、技能実習制度で課される試験に向けた学習支援のほか、介護福祉士資格取得希望者に対しては、職員の可能な範囲で受験を見据えた学習や指導を行っている。

また、長野県の監理団体組合では、技能実習生、受入れ事業所それぞれに対するキャリア支援を早期から実施している。特に、技能実習終了後のキャリアの選択肢が多様化している現状を踏まえ、各受入れ事業所に対し、技能実習生の受入れ前から、どんな選択肢があるのかを説明し、検討を開始するよう促している。受入れ後には、入国後2年が経過した段階で技能実習生と個別面談を実施し、希望を聞いている。また、1か月に1～2回程度の頻度で組合員向けにメールマガジンを配信しており、2号終了後のキャリアの選択肢や、他の制度に移行する際に必要な情報を積極的に配信している。

3.3.2. 帰国後のキャリア展開

3.3.2.1. 現状

介護分野における特定技能制度の推進方策に関する調査研究によるキャリア意向調査¹¹¹をみると、日本国内での長期就労を求める傾向は強いものの、帰国希望者も一定数いる。特定技能を対象とした調査では、5年後の希望として自国への帰国を希望している者は2割である。(図 3.3.7)

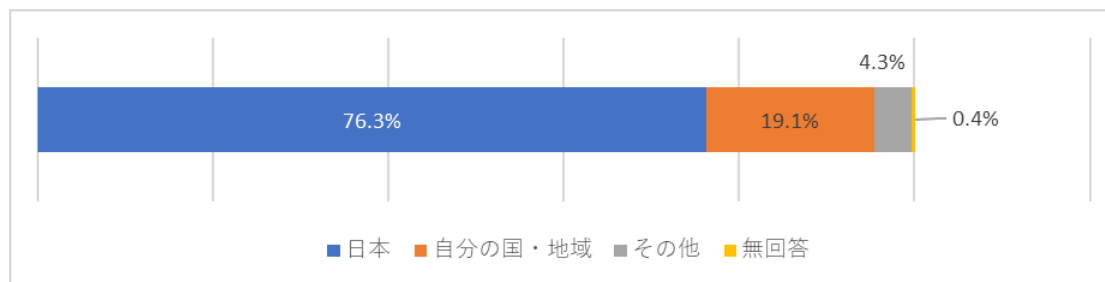


図 3.3.7：今から5年後の希望（自分が住む場所）(n=514)

(出所) 公益社団法人国際厚生事業団「介護分野における特定技能制度の推進方策に関する調査研究報告書」より調査団作成

¹¹¹ 公益社団法人国際厚生事業団「介護分野における特定技能制度の推進方策に関する調査研究報告書」(2022)

また、技能実習生に対する調査でも5年後に帰国を考えているのは2割のみと、長期就労の意向者が多い¹¹²。ただし、帰国後の外国人介護人材の帰国後の実態に関する報告書や調査は確認されておらず、どのようなキャリアを歩んでいるのか実態はつかめない。

介護以外の職種を含む技能実習生を対象とした令和2年度「帰国後技能実習生フォローアップ調査」¹¹³によると、既に雇用されて働いている、あるいは就職先が決定している帰国した技能実習生（以下、「帰国生」）は約33%であり、18%は起業している。そのうち実習時と同じ、あるいは同種の仕事に就いているのは62%である。（図 3.3.8）

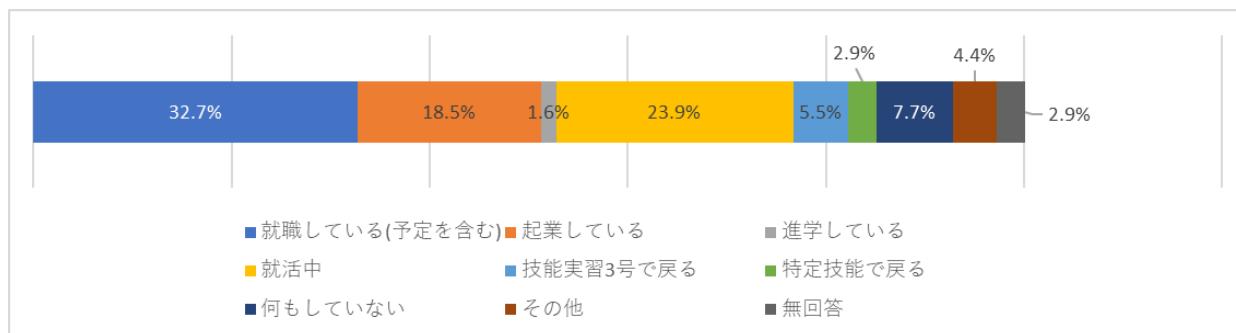


図 3.3.8 : 帰国後の就職状況(n=1858)

（出所）外国人技能実習機構「令和2年度技能実習制度に関する調査」より調査団作成

同じく介護以外の職種も含めた調査ではあるが、ベトナムにおける産業人材育成分野調査¹¹⁴によると、帰国した実習生の就労状況は国により差がみられる。技能実習生が帰国後就労したと回答した割合は、中国やタイ、フィリピンが50%を超えるのに対し、インドネシアは約39%、ベトナムは約27%と低い。さらに就労した帰国技能実習生が技能実習時と同じ職種に就労している割合はタイ、中国、フィリピン、ベトナムが60%を超えるなか、インドネシアは約51%に留まり、日本での実習で獲得したスキルを帰国後に必ずしも活かせていない実態が窺える。（図 3.3.9）

¹¹² みずほリサーチ&テクノロジーズ株式会社 令和3年度老人保健事業推進費等補助金「介護分野における技能実習制度の実態等に関する調査研究 報告書」（2022）

¹¹³ 認可法人外国人技能実習機構「帰国後技能実習生フォローアップ調査」（2021）

本調査は、技能実習を修了し、令和2年10月1日から令和3年1月31日までの間に帰国した国籍がベトナム、中国、インドネシア、フィリピン及びタイの者を調査対象としている

¹¹⁴ JICA「ベトナム国産業人材育成分野における情報収集・確認調査」（2022）

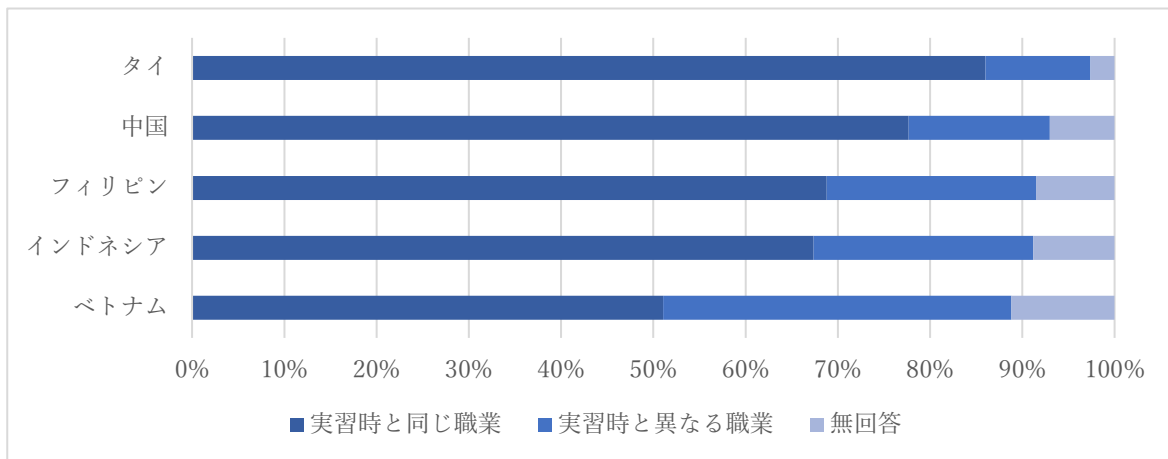


図 3.3.9：帰国技能実習生の就職先の内訳（実習分野は問わない）

（出所）JICA「ベトナム国産業人材育成分野における情報収集・確認調査」（2022）より調査団作成

介護技能実習生の帰国後状況を統計的にまとめた報告書等はみられない。先行調査や本調査団の調査を元に、介護分野の技能実習生の帰国後状況を以下に定性的にまとめる。

① 介護関連の仕事に就く

多くのアジア諸国では介護市場が未形成のため、帰国生が介護領域で活躍できる場はかなり限定的である。介護産業が成長している中国では、介護人材の不足が深刻化していることを背景に日本での実習・就労経験がある人材の評価は高く、日系の介護事業者や地元の介護事業者からの需要が大きい¹¹⁵。ただし、期待するレベルと本人のスキルのミスマッチも発生している。介護領域での日系企業の進出が複数みられるベトナムでは、介護事業者が日本からの帰国生に施設のマネジメント職としての役割を期待するものの、日本滞在中にマネジメントを学ぶ機会ほぼなく、マネジメント職に就くにはハードルは非常に高いのが実態である。対してマネジメント職以下の一般職の場合には給与水準が大幅に下がるため、帰国後の就労先としては選ばれない。

② 自ら介護の仕事をする

外国人介護人材の中には、日本での経験や知見を活かし、介護施設の運営事業や福祉用具・機器の販売事業を自ら興したいと考える者も多い¹¹⁶。しかしながら、本調査における現地調査では、日本からの帰国後に介護分野で実際に起業した事例は確認できなかった。

③ 医療機関に就労する

外国人介護人材の中には、バックグラウンドとして出身国で看護師資格を有する者もいる。多くの国や地域では、まだ介護の経験を活かせる場はあまりなく、介護士の社会的地位や賃

¹¹⁵ 内閣官房、「アジア健康構想」実現に向けた介護等ヘルスケア産業のアジア国際展開等に関する調査報告書（2021）

¹¹⁶ 本調査団の送出機関へのヒアリングによる

金等の就労条件も悪いため、よりよい条件を求めて看護師としての復職を検討する者も多い。ただし、本調査団の調査では、出身国の医療機関で看護師としての復職を希望したものの、日本での介護経験が評価されず、看護師としてのスキルが不十分として正職での就労が認められなかったケースがインドで確認された。同様に一般看護師としての復職が困難なケースは今後も発生する可能性がある。

④ 日本語能力を活かした仕事に就く

主に日系企業への就職や日本語学校の運営等に携わるケースが確認されている。比較的高待遇が期待できるほか、日系企業としても日本での就労経験で得た日本語能力や日本文化やビジネス的慣習への理解、また日本での実務経験を評価する声も多い。

介護以外を含む帰国技能実習生の事例として、日本人顧客とのコミュニケーションサポートや、日本人職員のサポート等の事務的業務への従事があげられる¹¹⁷。ただし、技能実習生が、帰国後に高い地位や給与を期待する一方で、技能実習期間を通して得られるスキルや経験が企業側の条件に合致していないことによるミスマッチも生じており、日本語能力を有していても、低学歴やITスキルの低さにより就労機会が得られないケースもみられる。

⑤ 日本または他国へ再度就労に出る

一度帰国した後、また日本へ就労に戻ることを選択する者もいる。本調査団の調査では、技能実習制度を終え、自国での仕事が日本と比較して就労条件が劣るため、特定技能として在留資格を変えて新たに入国するといったケースがベトナムやインドでみられた。また、日本以外の欧米や韓国等に就労先を変更するケースもみられる。日本以外を渡航先として選ぶ背景には、より高い賃金の獲得や、欧米への憧れが理由として挙げられている。

3.3.2.2. 課題の整理

(1) 帰国後の支援

現時点で、帰国後人材に対する現地での支援は限定的である。今回の調査からも一部の国では帰国した技能実習生に対する就労支援は見受けられたものの、特定技能の支援団体側に対する調査では対応している支援内容に帰国後支援は含まれておらず確認ができない。(表 3.3.1)

表 3.3.1：特定技能の介護分野において対応している支援内容（帰国後支援は支援内容に含まれない）

① 生活オリエンテーション	⑩ 出入国する際の送迎
② 事前ガイダンス	⑪ 転職支援
③ 公的手続き等への動向	⑫ 支援計画書作成支援
④ 日本語学習の機会の提供	⑬ 外国人材の生活支援

¹¹⁷ JICA「ベトナム国産業人材育成分野における情報収集・確認調査」(2022)

⑤ 相談・苦情への対応	⑭ 外国人材の紹介
⑥ 住居確保・生活に必要な契約支援	⑮ 介護知識・技能の学習機会の提供
⑦ 定期的な面談・行政機関への通報	⑯ 介護福祉士国家試験対策
⑧ 日本人との交流促進	⑰ その他
⑨ 在留資格申請支援	

(出所) 公益社団法人国際厚生事業団、介護分野における特定技能制度の推進方策に関する調査研究報告書(2022)より調査団作成

令和3年度の厚労省の調査でも、受入事業者側で技能実習生の帰国後の就労支援を行ったケースはわずか0.1%である。(図 3.2.10)

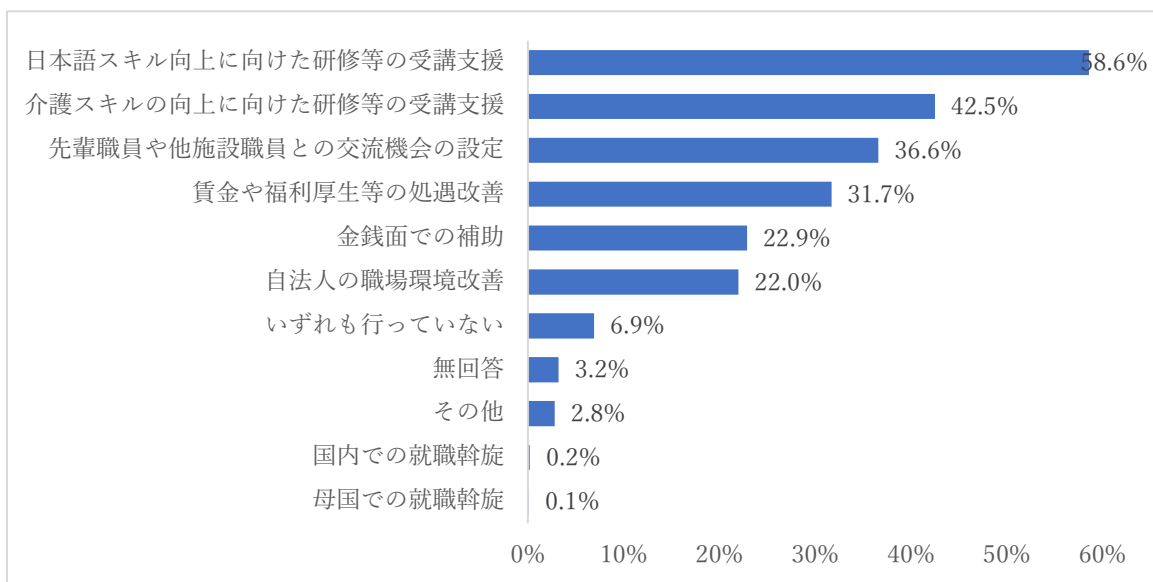


図 3.3.10 : キャリア実現に向けて法人(技能実習生受入事業者)で行った取組(n=951)

(出所) みずほリサーチ&テクノロジーズ株式会社「介護分野における技能実習制度の実態等に関する調査研究報告書」(2022)より調査団作成

ただし、一切帰国者に対する支援が実施されていないわけではない。ある監理団体では、インドネシア現地の老人ホームやデイサービスセンターを訪問し、技能実習生の帰国後の活躍の進路について情報収集を実施している¹¹⁸⁷⁰ほか、インドでは送出機関による帰国後の就労斡旋支援が行われている¹¹⁹。

(2) 介護関連の就業の難しさ

¹¹⁸ みずほリサーチ&テクノロジーズ株式会社 令和3年度老人保健事業推進費等補助金「介護分野における技能実習制度の実態等に関する調査研究報告書」(2022)

¹¹⁹ インドの送出機関への本調査団ヒアリングによる

外国人介護人材が帰国しても介護分野の就労に繋がらないケースが多いとみられる。介護関連の就職先自体が少ない、あるいは、就職先はあっても介護職の社会的地位が低い、給与等の就労条件が悪く、就労先に選ばれないことが背景要因としてある。送出国の介護市場の拡大により改善が期待される一方、市場自体が未形成の国も多く、公的な介護制度の構築等による高齢者福祉の基盤形成や介護人材に関する資格の制度化を通じた介護士の地位向上、また介護産業振興等による市場形成に対する期待の声が聞かれた。

また、現地の介護事業者等がマネジメント職としての採用を検討しても、外国人介護人材が求められるスキルに到達していない事例もベトナムの現地調査で聞かれた。実際、日本の介護事業者側で外国人介護人材にリーダー的役割は求めているも研修等を通じた育成は十分に実施されていない。内閣官房の調査¹²⁰では、技能実習生の介護技能にも差があるといった声が聞かれており、日本的介護を学ぶための統一カリキュラムを策定し、そのカリキュラムを修了した技能実習生に対して認証を与える仕組みを構築することも検討されている。

3.3.2.3. 好事例

ベトナムでは、送出国機関や地方自治体が、帰国後人材と地元企業や日本企業とのマッチングをしている例もみられる。同国ハイズオン省では、労働傷病兵社会局直轄の職業紹介センターと連携したり、労働傷病兵社会省海外労働センターと協同で帰国生を対象としたジョブフェアを開催し、帰国後の就労先を紹介している。また、帰国後に求められるスキルと技能実習生の経験やスキルにミスマッチが生じている点への解決策として、人材供給会社が、技能実習生が日本で働きながらPC技能や日本のビジネスモデル、管理・指導手法、経営評価手法等を学ぶ学べるオンライン学習プログラムを開発している事例も確認された¹²¹。

3.4. 総論

ここまで、1. 入国前、2. 日本滞在中、3. 実習・就労修了後の3フェーズについて、現状把握と、課題の整理、また好事例の収集をおこなってきた。現状を受けての課題と、それに対する想定される施策、また現時点での実施状況について下表にまとめる。(表 3.4.1)

表 3.4.1 : 日本の外国人介護人材受入の実態の整理

課題	想定される対策/施策と実施状況
1. 入国前	
人材募集、応募	

¹²⁰ 内閣官房「「アジア健康構想」実現に向けた介護等ヘルスケア産業の国際展開等に関する調査報告書」(2021)

¹²¹ ベトナムでの調査団ヒアリングによる

<p>1. 日本の受入事業所側や外国人介護人材候補者が信頼できる送出機関、監理団体や登録支援機関の情報が不足している</p>	<p>■想定される対策/施策 <国・自治体></p> <ul style="list-style-type: none"> ・送出機関や登録支援機関、監理団体を評価する認証制度の創設 ・各機関に対する情報開示の制度化 <p>■実施状況【△】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・監理団体の優良認定制度が設けられている ・その他機関の評価制度はない
<p>2. 他国と比較して日本での介護就労の魅力が乏しい</p>	<p>■想定される対策/施策</p> <ul style="list-style-type: none"> ・就労条件や手続きの簡略化等、各種制度の見直し <p>■実施状況【△】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・特定技能への追加等により一部改善が図られているが、雇用条件や形態の見直しや入国要件の緩和等、現地では、各種制度内容の改善を求める声が多数ある
<p>3. 日本での介護就労に対する認知度が低く、正確な情報が届いていない</p>	<p>■想定される対策/施策 <国・自治体></p> <ul style="list-style-type: none"> ・日本国としての介護就労に関する PR 力/機会の向上 ・日本の介護就労に対する正しい情報の普及 <p>■実施状況【△】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・他国が国を挙げて広範囲かつ大規模に PR 活動を行う中、日本では送出機関に一存しているのが実態 ・日本の介護を紹介する資料や映像ツールは制作が進められているものの、それらを活用した広報展開はされていない
マッチング	
<p>1. 外国人介護人材側が、高度な日本の介護習得が可能な事業所を判断する術がない。また、就労先や配属地域を選べない</p>	<p>■想定される対策/施策 <国・自治体></p> <ul style="list-style-type: none"> ・日本的介護の取組事例や実践する事業者/施設をリスト化・対外発信し、候補生と施設のマッチングに活かす <p>■実施状況【△】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・アジア健康構想協議会では、受入事業者のリスト化に向けた検討が進められており、一部資料が公開されているが、資料の活用事例は確認できていない

<p>2. 受入事業所と候補人材のマッチング機会が少ない</p>	<p>■想定される対策/施策 <国・自治体> ・各国の介護人材候補者と日本国内事業者に対する説明会と現地送出国機関を含むマッチング機会の創出</p> <p>■実施状況【△】 ・各都道府県で支援事業が展開され、マッチング促進事業も進行中であるが、実施状況は都道府県や送出国によっては不十分</p>
<p>渡航準備(学習・手続き)</p>	
<p>1. 出国までにかかる時間が長く必要な費用が大きいため、受入事業所・外国人介護人材ともに負担が大きい</p>	<p>■想定される対策/施策 <国・自治体> ・渡航手続きの簡略化を始めとする制度の見直し</p> <p>■実施状況【△】 ・制度によっては簡略化ができていますが、現地からは他国と比較して手続きにかかる時間や手間が甚大との不満が多数聞かれている</p>
<p>2. 現地での日本語教育が非効率であり、学習期間の長期化や現場で使える日本語習得ができていない</p>	<p>■想定される対策/施策 <現地教育機関・送出国機関> ・日本語講師の育成、研修の充実 ・介護現場に即した日本語習得</p> <p><国・自治体> ・日本人講師の育成・派遣の促進、現地人講師の育成 ・介護現場に即した日本語習得カリキュラムの見直し</p> <p>■実施状況【△】 ・日本語学校や送出国機関側の努力で人材の獲得をするに留まり、教師の質には差が生じている ・介護現場で使う日本語力を図る試験の開発は進められている</p>
<p>3. 外国人介護人材の日本的介護に対する理解が不十分であり、配属後の業務に対するミスマッチが起こる可能性がある</p>	<p>■想定される対策/施策 <受入事業所・支援機関> ・日本人介護職員の派遣による介護学習の充実 ・日本の介護に関する教材の活用</p> <p><国・自治体> ・日本人介護職員の派遣促進支援 ・日本の介護に関する教材開発</p> <p>■実施状況【△】 ・送出国機関や受入事業所において、現地に介護教育人材を派遣する取組みや、独自の介護教材作成事例がみられる</p>

2. 来日後

日本語能力向上

1. 業務遂行に適した日本語能力のさらなる向上	<p>■想定される対策/施策</p> <p><受入事業所・支援機関></p> <ul style="list-style-type: none"> ・業務と並行した効率的な日本語学習 <p>(業務上のコミュニケーションに要する日本語力と読み書きスキルの向上)</p>
2. 研修体制の維持・向上	<p><国・自治体></p> <ul style="list-style-type: none"> ・カリキュラムの策定や補助金の活用 ・好事例の横展開 <p>■実施状況【△】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・各事業所、監理団体等の支援機関や自治体で多様な取組みが実施されているが、地域差がみられる

介護業務スキル向上

1. 外国人介護人材の従事可能な介護業務に限られる	<p>■想定される対策/施策</p> <p><受入事業所・支援機関></p> <ul style="list-style-type: none"> ・外国人材のスキルやレベルに応じた育成計画立案 ・スキルの見える化と教育体制の促進
2. 受入事業所側の教育に対する現場の負担が大きい	<p><国・自治体></p> <ul style="list-style-type: none"> ・複数の事業所を監理団体等関連機関、あるいは自治体によりまとめて支援する取組み ・受入事業所や支援機関に対する対応の要請や好事例の横展開 <p>■実施状況【○】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・各事業所で多様な取組みが実施されている

定着支援

1. 外国人介護人材側の介護業務や就労条件等に対する理解が不十分であり、就労後のミスマッチによる不満やストレスを誘発する可能性がある	<p>■想定される対策/施策</p> <p><受入事業所・支援機関></p> <p>外国人介護人材に対する業務内容や就労条件に対する適切な情報の提供</p> <p>(来日前の事前説明、来日後のオリエンテーション、就労後の面談等での継続的な実施)</p> <p><国・自治体></p> <ul style="list-style-type: none"> ・外国人介護人材を受入れる全ての事業所に対する十分な説明の実施の要請や好事例の横展開 <p>■実施状況【○】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・受入事業所や支援機関による事前の情報提供が進められた結果、近年は業務のミスマッチが課題になるこ
--	---

	とは少ない。ただし実施状況にはばらつきがあるとみられる
2. 介護事業者の定着支援にかかる金銭的・人的負担が大きい	<p>■想定される対策/施策</p> <p><国・自治体></p> <ul style="list-style-type: none"> ・補助金の交付 ・複数の事業所を監理団体等関連機関、あるいは自治体によりまとめて支援する取組み <p>■実施状況【○】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・多くの都道府県や市区町村単位で金銭的支援や専門家派遣の支援が展開されている。ただし地域差があるとみられる
3. 地域社会との連携が不十分	<p>■想定される対策/施策</p> <p><受入事業所・支援機関></p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域活動への外国人介護人材の積極的な参加促進 <p><国・自治体></p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域全体で外国人介護人材を受入れる環境整備 ・地域活動に外国人介護人材が参加する機会促進 ・好事例の横展開 <p>■実施状況【△】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・受入事業所や監理団体等の支援機関による好事例がみられるが、多くでは十分に実施されていない
3. 実習・就労修了後	
国内のキャリアパス	
1. リーダー人材が育成できていない	<p>■想定される対策/施策</p> <p><受入事業所></p> <ul style="list-style-type: none"> ・外国人介護人材に対する期待する役割の表明とそれに要するスキルの明確化、研修制度の確立 <p><国・自治体></p> <ul style="list-style-type: none"> ・受入事業所に対する対応の要請や好事例の横展開 <p>■実施状況【△】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・一部好事例も見受けられるが、多くのケースでマネジメント人材が育っていない

<p>2. 国家試験合格率が低い</p>	<p>■想定される対策/施策 <受入事業所・支援機関> ・試験受験意向の早期確認と受験に向けた計画の策定 ・複数の事業所をまとめて支援する取組み <国・自治体> ・受入事業所や支援機関への対応要請や好事例の横展開 ・補助制度の確立 ■実施状況【△】 ・事業所や監理団体等の支援機関により手厚い支援が行われているケースもあるが稀である。</p>
<p>3. キャリアパス支援が事業所主体できていない</p>	<p>■想定される対策/施策 <受入事業所・支援機関> ・事業所側が外国人介護人材に対する期待する役割の表明とキャリアパスの提示 ・早期からのキャリアプランの策定と指導内容への反映、定期的な就労意向の確認 <国・自治体> ・受入事業所や支援機関への対応要請や好事例の横展開 ■実施状況【△】 ・事業所や監理団体等支援機関により実施状況は異なる</p>
<p>4. 人材側の制度理解不足によるトラブルが発生しえる</p>	<p>■想定される対策/施策 <受入事業所・支援機関> ・人材側に対する制度上のルールや条件に対する指導 <国・自治体> ・受入事業所や支援機関への対応要請や好事例の横展開 ■実施状況【△】 ・事業所や監理団体等の支援機関毎に実施状況は異なる</p>
<p>帰国後のキャリアパス</p>	
<p>1. 帰国後の実態が見えない、帰国後支援が実施されていない</p>	<p>■想定される対策/施策 <国> ・介護分野の帰国生の就職状況に関する調査や希望者に対する帰国後就労支援の実施に向けた実施体制の構築 ・帰国後支援の円滑化、人材活用のためのネットワーク</p>

		<p>ク形成</p> <p>■実施状況【×】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 独自に調査を実施する送出機関もあるが公的調査やデータは存在しない ・ 帰国後就労支援は実施している国・機関はあるが、全体ではまだ不十分
	<p>2. 外国人介護人材が帰国先で介護分野に就労できない</p>	<p>■想定される対策/施策</p> <p><国></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 各国における介護の公的制度構築、介護士資格化、介護産業振興等による介護市場形成 ・ 現地就労を想定したスキルや知識の向上支援 <p>■実施状況【×】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 介護ニーズがまだ低い国も多く、基盤醸成には至っていない

注：実施状況は、「まだ課題は残るが広く実施/浸透している」ものを【○】、「何らかの対応が取られ始めている」ものを【▲】、「議論や検討しかされていない」ものを【×】とした。

第4章 介護労働者の国際移動整理

4.1. 介護労働者の国際移動の把握に関する制限

本調査では世界の介護労働者の国際移動に関する包括的なデータは、以下の理由により収集することができなかった。

2019年にILOが介護関連労働者の国際移動に関して、ワーキングペーパー¹²²を発表している。しかしながら、介護労働者の国際移動に関する把握が難しい点として以下の点を挙げ、部分的な情報の分析に止まっている。

- 1 多くの国、特に開発途上地域では、統計情報が不足しているか、あるいは限定的であり、時には信頼性に欠けることがある。
- 2 移民統計の元となる利用可能な国別人口調査や労働力調査において、国際移民を特定するための統計的定義や基準が異なっている。
- 3 移民労働者について国際的に合意された定義がまだない。
- 4 非正規滞在の移民・労働者、つまり、入国、居住、経済活動に関して当該国が定めた条件や要件を十分に満たすことなく入国した人々は、人口調査、住民登録、世帯調査に記録されない可能性がある。
- 5 移民に関するデータには出身国や受入国での職業が記載されていることがまれである。

上記は、移民労働全般に当てはまることであるが、特に、介護労働者の国際移動の把握に関連し、次の点についても指摘をしている。

- 上記4関連：個人の家庭内での雇用は容易に隠蔽できるため、非正規移民は家庭内労働者に多く見られる。
- 上記5関連：医療従事者の移動を追跡している国は多いが、入手できる情報は一般に医師と看護師に限られる。薬剤師、作業療法士、その他多くの種類の医療従事者の移動に関するデータは、事実上存在しない。

同ワーキングペーパーでは、このような制限下において、在宅介護と限定された介護労働者の国際移動について、当該国の在宅介護労働者に占める外国出身者の割合という形で介護労働者の国際移動に関する推計を行っている。しかし、その限定された中でも次のとおり制限が多くなっている。まず対象国がOECD諸国のみとなっている。また、ギリシャ、スペイン、アイランド、イタリア、ポルトガルのデータは、当該家族に直接雇用されている者のみを含み、企業による雇用者を除外している。一方、カナダのデータは、医療サービスをサポートする他の補助的な職業を含んでいる。

¹²² ILO, “The Social Construction of Migrant Care Work”, 2019 https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---migrant/documents/publication/wcms_674622.pdf

4.2. 介護労働者の国際移動に関連する情報

上記のとおり、本調査では、介護労働者の国際移動に関するデータに関する包括的なデータを収集することはできなかったが、本調査で確認された事項及び関連情報について述べる。

4.2.1. 本調査で確認された情報及び課題

本調査の重点対象国調査において、「4.1 介護労働者の国際移動の把握に関する制限」で述べた課題に関連して以下のような状況が確認された。

ベトナム、インド、バングラデシュでは、出稼ぎ労働に行く人の職業情報を管理しておらず、介護労働者の動きを定量的に把握できない。インド、ネパール、バングラデシュでは、不法出稼ぎ労働者が一定程度いると推測され、データ上に表れない出稼ぎ労働者がいる。また、ネパールでは、ケアギバーと家事手伝いを同じカテゴリーで扱っており、その内訳は不明であり、他国との比較はできない。これらは限られた事例であるが、介護労働者の国際移動について把握することの課題を示している。

4.2.1. その他関連する情報

介護労働者の国際移動に関連するレポート並びに情報について紹介する。

特にアジア地域における介護人材について、東アジア・アセアン経済研究センター（Economic Research Institute for ASEAN and East Asia : ERIA）が複数のレポートを発表しており、外国人介護人材の国際移動に関する包括的なデータではないものの、部分的に国際移動に関連の深い情報も提供されている。

● ERIA, Demand and Supply of Long-term Care for Older Persons in Asia¹²³

概要：東アジア、東南アジア地域における高齢者介護の需要側と供給側の観点から状況をまとめている。需要側に関しては、東アジア、東南アジアの19の国・地域における高齢者介護のニーズ（主に介護が必要な高齢者の人数）の変化、供給側に関しては、日本、フィリピン、インドネシア、韓国、中国などにおける看護師、家事労働者などを含む介護人材の状況につきまとめている。

● Human Resources for the Health and Long-term Care of Older Persons in Asia¹²⁴

概要：日本、マレーシア、インドネシア、タイの事例を中心に、外国人介護労働者のキャリア等につき取り上げられている。日本については、外国人介護人材を留学制度の観点から取りまとめ、マレーシアについては、マレーシアに来る外国人看護師のキャリアについて、インドネシアについては、インドネシア人看護師の国際移動とその後のキャリアに影響を与える要因について、タイについては、タイの高齢者ケアに必要な人材ニーズ、供給側の状況などについてとりまとめている。

¹²³ Hayashi, Reiko, Demand and Supply for Long-term Care for Older Persons in Asia, ERIA, 2019, <https://www.eria.org/publications/demand-and-supply-of-long-term-care-for-older-persons-in-asia/>, (2023/03/01 参照)

¹²⁴ Yuko Tsujita, Osuke Komazawa, Human Resources for the Health and Long-term Care of Older Persons in Asia, ERIA, 2020, <https://www.eria.org/publications/human-resources-for-the-health-and-long-term-care-of-older-persons-in-asia/>, (2023/03/01 参照)

- Coping with Rapid Population Ageing in Asia -Discussions on Long-term Care Policy and Cross-border Circulation of Care Workers-¹²⁵

概要：アジア地域での介護に関する政策・制度と介護人材の国際移動についてとりまとめている。介護に関する政策・制度では、中国、日本、韓国、シンガポール、タイ、ベトナムの事例を取り上げている。アジア地域における国際移動については、インドネシア、フィリピン、ベトナムの各国の介護人材に関する国内での状況と日本への送り出しを中心に送り出し施策について分析がなされている。

医療従事者の国際移動については、WHO が、「WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel¹²⁶」を掲げ、その下で各国の対応状況につきモニタリングを行っている。これは、医療従事者の国際移動の増加に伴い、送り出し国、受け入れ国、移民労働者本人の権利・義務。期待を考慮した倫理的な形での国際的な人材確保が行われることを目的に、原則となる考え方や対応方法について示したものである。介護人材の中には看護師等の医療従事者の資格を持つ人材も一定程度含まれるため、こうした国際的な枠組みの存在にも留意が求められる。

4. 3. 他国・他地域の介護労働者受入れ施策に関する調査結果

4. 3. 1. ドイツ・台湾の概要

他国・他地域の介護労働者受入れ施策に関する調査対象として、ドイツと台湾を取り上げる。外国からの介護人材獲得という目的で、日本の競合、もしくは日本のロールモデルになり得る国・地域という視点から、①送出し国の視点「主要な行先」、②受け入れ国・地域の状況「専門職としての受入」、③介護人材の視点「言語的特異性」の3つの要素を満たす国・地域を調査対象として選定したものである。

¹²⁵ Osuke Komazawa, Yasuhiko Saito, Coping with Rapid Population Ageing in Asia, ERIA, 2021, <https://www.eria.org/research/coping-with-rapid-population-ageing-in-asia/> (2023/03/01 参照)

¹²⁶ WHO, WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel, <https://www.who.int/publications/i/item/wha68.32>, (2023/03/01 参照)

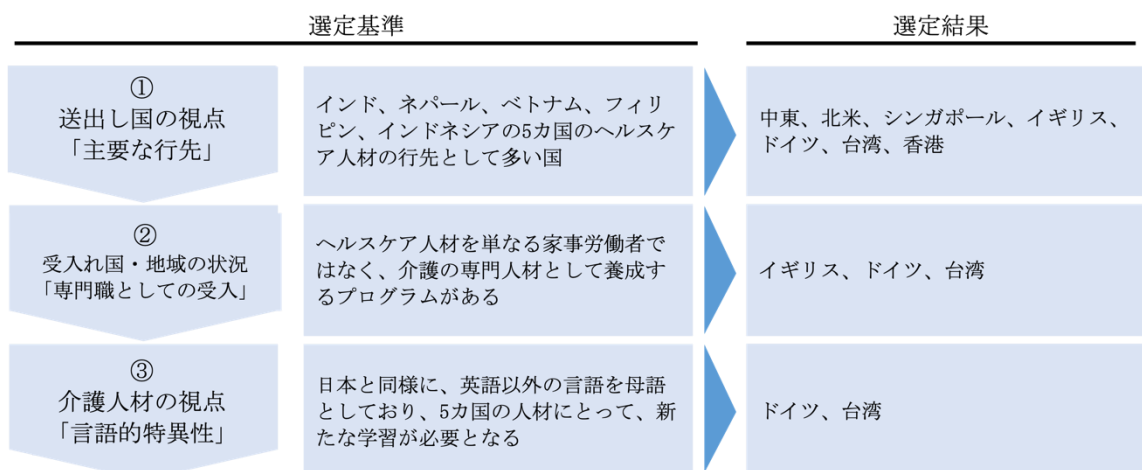


図 4.3.1：調査対象国・地域の選定基準・選定結果

表 4.3.1：ドイツ・台湾・日本の基本情報

区分	ドイツ	台湾	日本
首都	ベルリン	台北	東京
言語	ドイツ語	中国語、台湾語、客家語等	日本語
面積(km ²)	357,578	36,188	377,974
名目GDP (2020)	3兆8,433億USDドル	6693億USDドル	5兆401億USDドル
人口(千人) (2021)	83,408	23,860	125,585
65歳以上人口の割合(%) (2020)	22.0	15.2	29.6
倍化年数(年)	40	25	24

出所) 外務省ウェブサイト <https://www.mofa.go.jp/mofaj/area/index.html> (2022年8月29日アクセス)、国際通貨基金(International Monetary Fund: IMF), “World Economic Outlook Database2022” <https://www.imf.org/en/Publications/WEO/weo-database/2022/April/select-country-group> (2022年8月29日アクセス)、国際連合(United Nations: UN), “Department of Economic and Social Affairs, Population Division 2022” <https://population.un.org/wpp/publications/> (2022年9月20日アクセス)、国家発展委員会, “高齢者人口比率の推移” <https://pop-proj.ndc.gov.tw/chart.aspx?c=10&uid=66&pid=60> (2022年9月20日アクセス)、内閣府, “Annual Report on the Aging Society:2018 (Summary)” Chapter1 https://www8.cao.go.jp/kourei/english/annualreport/2018/2018pdf_e.html (2022年9月19日アクセス)、国家発展委員会, “高齢者人口比率の推移” <https://pop-proj.ndc.gov.tw/chart.aspx?c=10&uid=66&pid=60> (2022年9月20日アクセス) を基に調査団作成

4.3.2. 人口動態

ドイツの人口は2020年時点で8,333万人と世界第19位にあたり、欧州連合(European Union: EU) の中では最多である。ドイツは世界の中でもいち早く少子化・人口減少が始まった国だが、2000年からの推移を見ると最初の10年はほぼ横這いで、2010年以降わずかに増加している。今後はまた緩やかに減少していくと予想されている。台湾の人口は2020年時点で2,382

万人であった。これまで自然人口増加し続けていた台湾だが、出生率が低レベルで推移しており、2021年時点で初めて人口減少に転じ、今後も減少していくことが予想されている。(図 4.3.2)

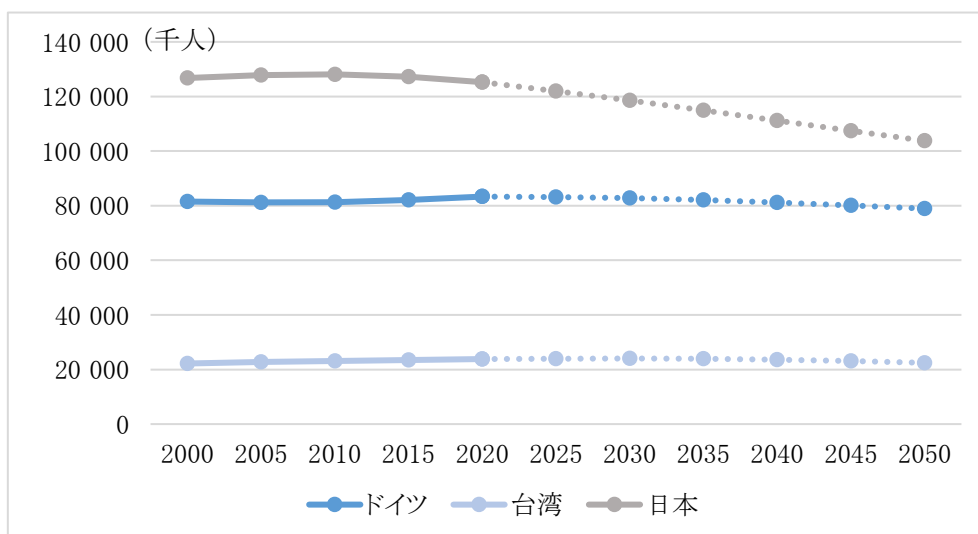


図 4.3.2 : 2000-2050 年 3 カ国の人口の推移 (2022) (千人)

出所) UN, “Department of Economic and Social Affairs, Population Division 2022”

<https://population.un.org/wpp/publications/> (2022年9月20日アクセス) を基に調査団作成

合計特殊出生率を見ると、ドイツは2000年の時点では1.38まで落ち込んでいたが、その後子育て支援制度を手厚くするなどによる少子化対策や移民受け入れに伴う出生率の増加により、2020年時点で1.52まで回復している。台湾では、2000年以降急激に出生率が下がり続け、2010年には過去最低の0.91になった。その後わずかに増加したが、2020年時点で1.10と長期の極低出生力の状態のままである。(図 4.3.3)

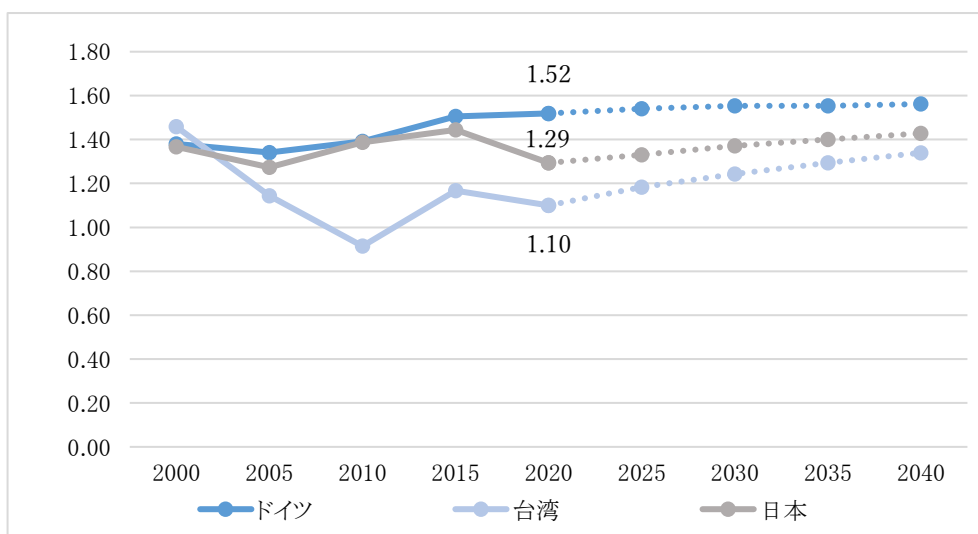


図 4.3.3 : 2000-2050 年 3 カ国の合計特殊出生率の推移 (2022)

出所) UN, “Department of Economic and Social Affairs, Population Division 2022”
<https://population.un.org/wpp/publications/> (2022年9月20日アクセス) を基に調査団作成

ドイツの高齢化率は 2000 年以降急速に上昇し、65 歳以上の人口が全人口に占める割合は 2000 年の 16.4%から 2010 年では 20.5%、2020 年には 22%となり、2022 年の高齢者人口は 1,830 万人に達している。台湾では、ドイツ以上に急速に高齢化が進んでおり、2000 年に 8.4%だった高齢化率が 2020 年には 15.2%と 2 倍近くに上昇し、現在約 2,382 万人となっている。今後も急速に高齢化が進むことが予想されており、2030 年には 26.0%となり、超高齢社会となる¹²⁷。(図 4.3.4、図 4.3.5)

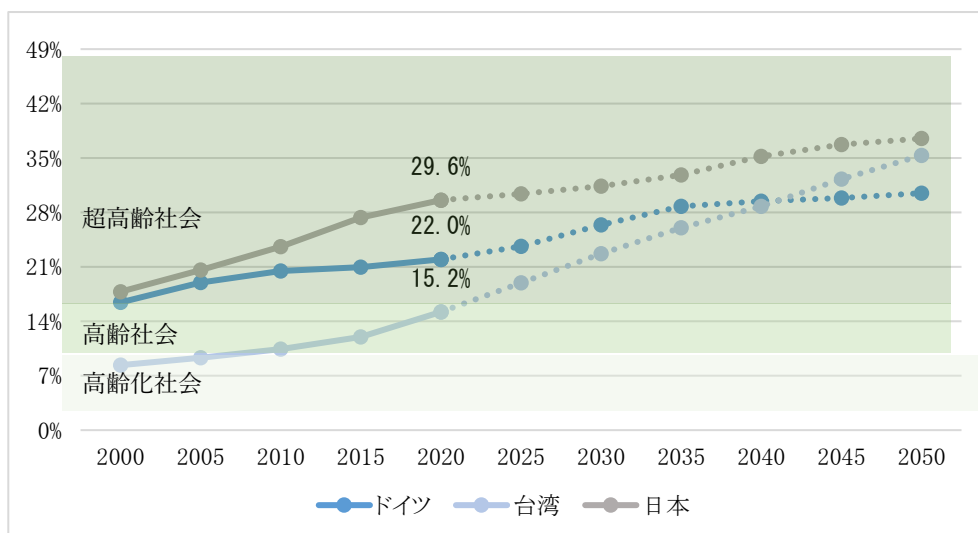


図 4.3.4 : 2000-2050 年 3 カ国の高齢化率の推移 (2022) (%)

出所) UN, “Department of Economic and Social Affairs, Population Division 2022”
<https://population.un.org/wpp/publications/> (2022年9月20日アクセス) を基に調査団作成

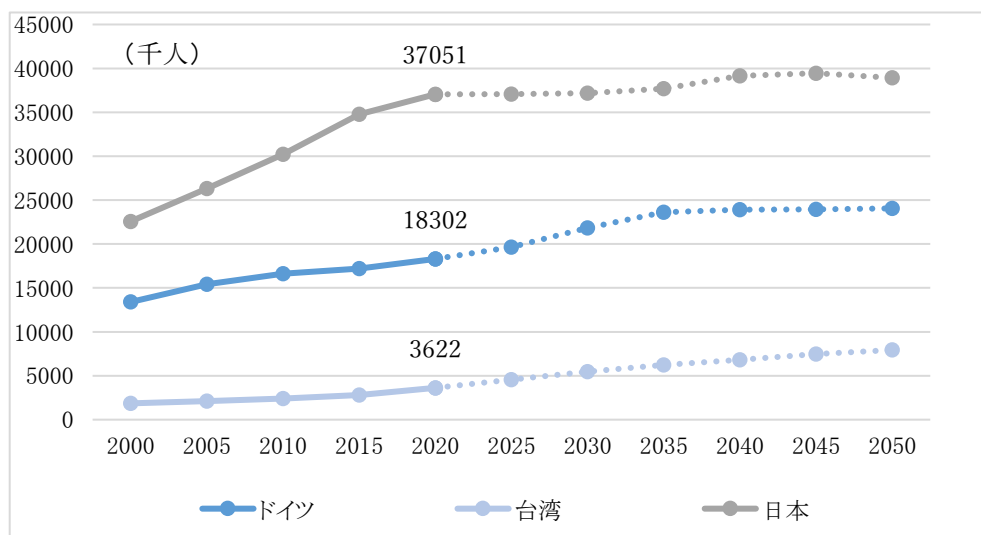


図 4.3.5 : 2000-2050 年 3 カ国の高齢者人口の推移 (2019) (千人)

出所) UN, “Department of Economic and Social Affairs, Population Division 2022”
<https://population.un.org/wpp/publications/> (2022年9月20日アクセス) を基に調査団作成

¹²⁷ UN, “Department of Economic and Social Affairs, Population Division 2022”
<https://population.un.org/wpp/publications/> (2022年9月20日アクセス)

ドイツでは、日本や台湾などアジアの国々と比べるとかなり早い1932年の段階で高齢化率7%の高齢化社会となり、1972年には高齢化率14%の高齢社会になっていた。その倍化年数は40年と他の欧米諸国と比較する短く、欧米諸国の中では比較的早いスピードで高齢化していることがわかる¹²⁸。台湾の高齢化率が7%になったのは1993年、14%になったのは2018年¹²⁹と最近のことであり、倍化年数で見ると25年とほぼ日本同様のスピードで高齢化が進んでいる。(図 4.3.6)

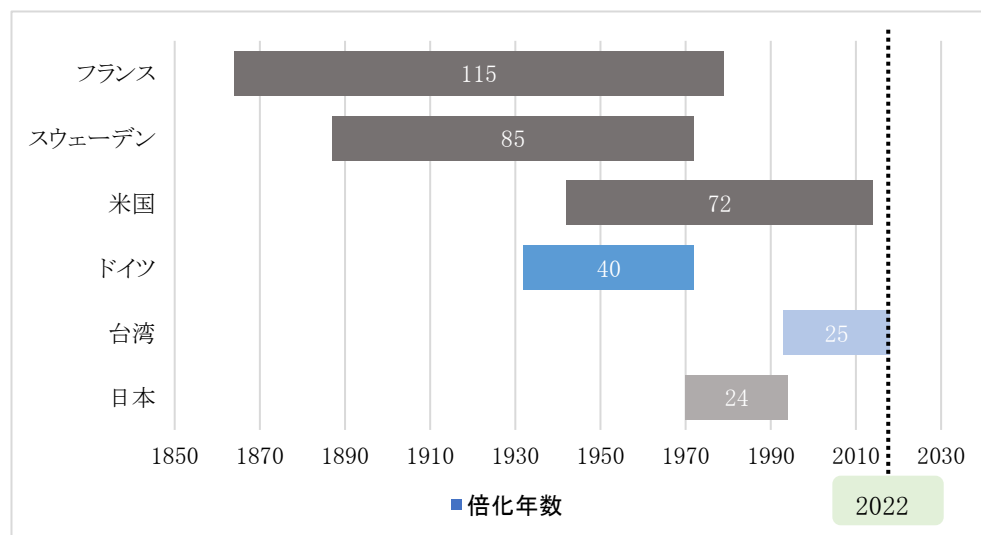


図 4.3.6 : 倍化年数とそのタイミング

出所) 内閣府, “Annual Report on the Aging Society:2018 (Summary)” Chapter1

https://www8.cao.go.jp/kourei/english/annualreport/2018/2018pdf_e.html (2022年9月19日アクセス)、AHWINウェブサイト <https://www.ahwin.org/data-on-aging/> (2022年8月1日)、台湾国家発展委員会ウェブサイト、<https://pop-proj.ndc.gov.tw/chart.aspx?c=10&uid=66&pid=60> (2022年9月20日アクセス) を基に調査団作成

65歳以上の人口に対する15歳以上64歳未満人口(高齢者扶養率)を見ると、2020年時点ではドイツ34.2%、台湾21.1%であった。日本の高齢者扶養率は50.6%と世界で最も低く2人に満たない現役世代が高齢者を支えている状況のため、ドイツ・台湾は日本ほどの状況ではないが、やはり現役世代の負担は年々大きくなっている。特に台湾は急激な少子高齢化に伴い、今後高齢者扶養率は急速に上昇し、2040年にはドイツを抜くことが予想されている。(図 4.3.7)

¹²⁸ 内閣府, “Annual Report on the Aging Society:2018 (Summary)” Chapter1

https://www8.cao.go.jp/kourei/english/annualreport/2018/2018pdf_e.html (2022年9月19日アクセス)

¹²⁹ 台湾国家発展委員会ウェブサイト、<https://pop-proj.ndc.gov.tw/chart.aspx?c=10&uid=66&pid=60> (2022年9月20日アクセス)

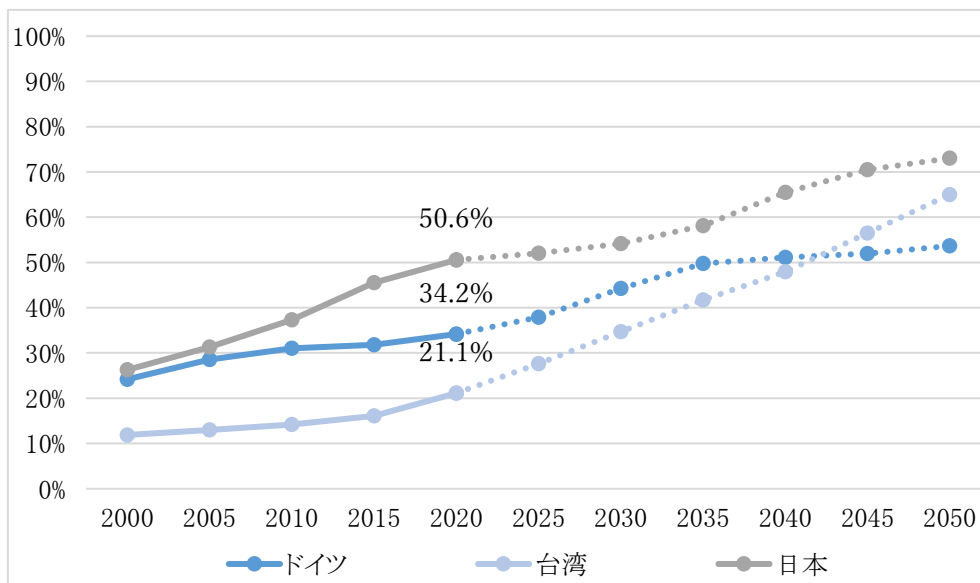


図 4.3.7 : 2000-2050 年高齢者扶養率の推移 (2022) (%)

出所) UN, “Department of Economic and Social Affairs, Population Division 2022”

<https://population.un.org/wpp/publications/> (2022年9月20日アクセス)を基に調査団作成

4.3.3. 医療水準

対象国の医療水準を比較する指標として、平均寿命、健康寿命、5歳未満児死亡率、妊産婦死亡率、病床数、医師数、看護師数を示す。(表 4.3.2)

表 4.3.2 : 3 カ国医療水準指標

区分	ドイツ	台湾	日本
平均寿命 (2020)	80.9	81.3	84.6
健康寿命 (2019)	70.9	72.4	74.1
5歳未満児死亡率 (出生1,000件あたり) (2021)	4	4	2.4
妊産婦死亡率 (出産10万件あたり) (2020)	7	12	5.0
病床数 (人口10,000人あたり)	43.1 (2022)	73 (2021)	129.8 (2022)
医師数 (人口10,000人あたり)	44.35 (2020)	22.3 (2019)	24.8 (2018)
看護師数 (人口10,000人あたり)	141.9 (2019)	79.2 (2021)	119.5 (2018)

出所) WHO, “Global Health Observatory data repository” <https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/gho-ghe-hale-healthy-life-expectancy-at-birth> (2022年9月20日アクセス)、世界銀行, “World Development Indicators” <https://databank.worldbank.org/reports.aspx?source=2&type=metadata&series=SP.DYN.LE00.IN> (2022年9月20日アクセス)、台湾衛生福利部ウェブサイト <https://dep.mohw.gov.tw/dos/cp-5113-45169-113.html> (2022年9月16日アクセス)、台湾衛生福利部ウェブサイト <https://dep.mohw.gov.tw/DOS/cp-5301-62356-113.html> (2022年9月16日アクセス)

ドイツの平均寿命の推移を見ると、1965年頃日本に抜かされた後3歳程度の差のまま5年ごとに約1歳ずつ平均寿命を伸ばしてきた¹³⁰。台湾のデータは衛生福利部統計処から入手した1995年から2020年までの情報のみだが、1995年から2015年の10年間で約6歳寿命を伸ばし、2020年には81.3歳とドイツを越す長寿となっている¹³¹。(図 4.3.8)

¹³⁰ 世界銀行, “Population Estimates And Projections” <https://databank.worldbank.org/source/population-estimates-and-projections> (2022年9月16日アクセス)

¹³¹ 台湾衛生福利部ウェブサイト <https://dep.mohw.gov.tw/DOS/lp-5083-113.html> (2022年9月16日アクセス)

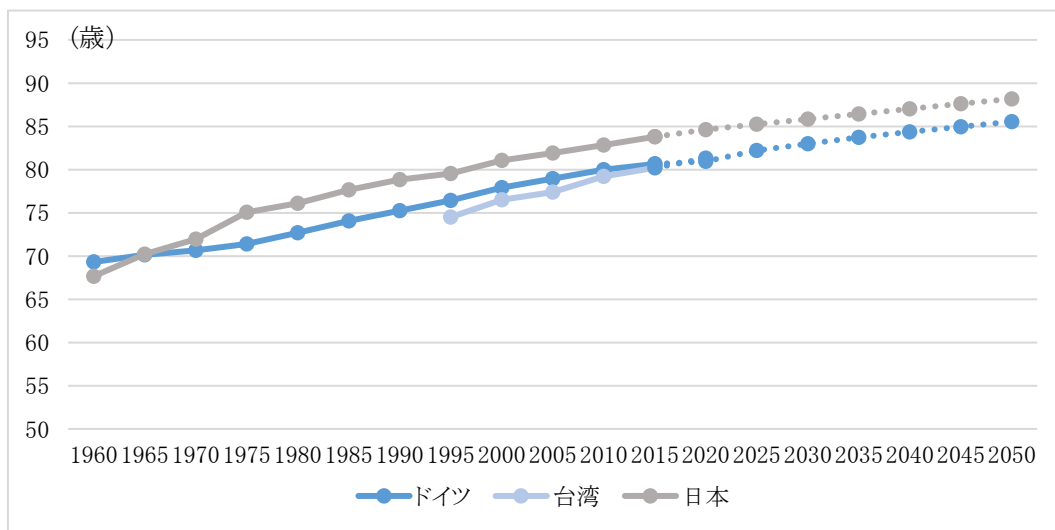


図 4.3.8 : 平均寿命の推移 (2020) (歳)

出所) 世界銀行, “Population Estimates And Projections” <https://databank.worldbank.org/source/population-estimates-and-projections> (2022年9月16日アクセス)、台湾衛生福利部ウェブサイト <https://dep.mohw.gov.tw/DOS/lp-5083-113.html> (2022年9月16日アクセス)

2019年時点での健康寿命を見ると、ドイツは70.9歳¹³²、台湾72.4歳¹³³と、台湾の方が1.5歳長い。ドイツは平均寿命が伸びるに従い平均寿命と健康寿命の差も伸長し、2019年には10.8歳となっている。その一方で、台湾の平均寿命と健康寿命の差は日本やドイツと比較した際に2歳程度短く、健康に過ごせる時期が長いと言える。

4.3.4. 主要な死亡原因

ドイツでは1999年では、感染症で亡くなる人の割合が2.8%、事故その他の割合が4.4%と著しく低く、死亡原因の9割以上が非感染症で亡くなっている。その状況は20年間で大きく変化していない。台湾も1999年時点では事故その他が14.2%であったが、2019年には6.8%と低下させ、85%の人が非感染症で亡くなっているという状況である¹³⁴。(図4.3.9)

¹³² WHO, “Global Health Observatory data repository” <https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/gho-ghe-hale-healthy-life-expectancy-at-birth> (2022年9月20日アクセス)

¹³³ 台湾衛生福利部ウェブサイト <https://dep.mohw.gov.tw/DOS/cp-5301-62356-113.html> (2022年9月16日アクセス)

¹³⁴ IHME, “Global Burden of Disease Study 2019” <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/> (2022年9月16日アクセス)

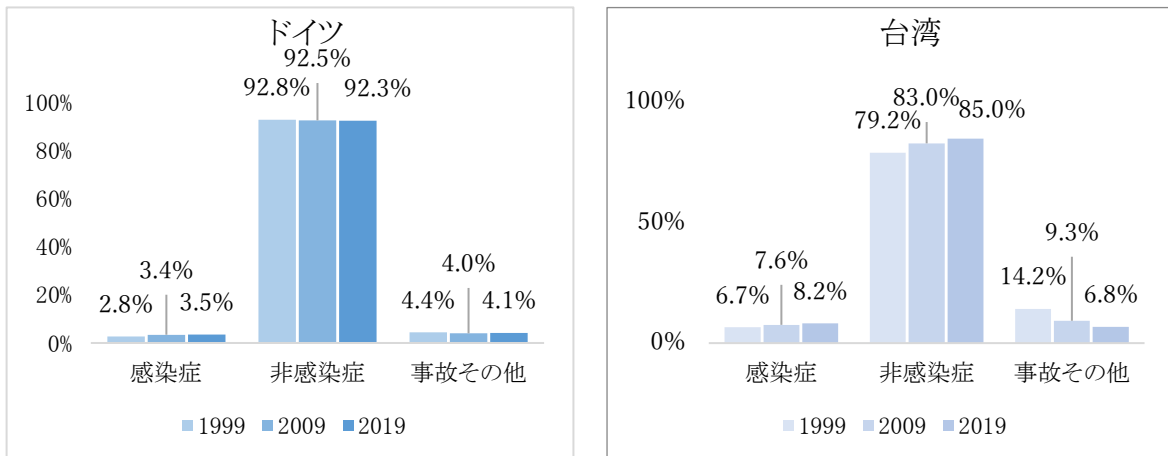


図 4.3.9 : 1999~2019 年 2 カ国の死亡原因 (2019) (%)

出所) IHME, "Global Burden of Disease Study 2019" <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/> (2022 年 9 月 16 日アクセス) を基に調査団作成

4.4. ドイツ

4.4.1. 医療・介護概要

4.4.1.1. 介護制度

(1) 介護制度導入の背景

ドイツでは、1970 年代から介護対策の議論が行われていた。1950 年には 9.7%であった高齢化率は 1980 年には 15.5%へと上昇し、高齢社会に突入したが、要介護者に対する既存の介護サービスの提供システムは不十分であった¹³⁵。また、介護を必要とする者が自分自身で介護費用を負担することができない場合、日本の生活保護にあたる社会扶助に頼らざるを得ず、その対象者が増加した結果、地方政府の財政が厳しい状況に陥った¹³⁶。そのような背景が、介護保険制度の創設の出発点であった。

ドイツにはもともと健康保険を管理する疾病金庫という、保険料の徴収や個人の給付の管理の経験を積んだ巨大な組織があったこともあり、高齢者ケアの制度として、保険料を財源とした社会保険制度による介護保険制度が導入された¹³⁷。

1994 年 5 月に「介護保険法 (Pflegeversicherungsgesetz)」が交付され、この法律に基づいた居宅介護サービスは 1995 年 4 月に、施設介護サービスは 1996 年 7 月から開始している¹³⁸。

(2) 介護制度の概要

¹³⁵ 宣賢奎 共栄大学研究論集 8 号「日本・ドイツ・韓国の介護保険制度の比較考察」2010 年

¹³⁶ 健康保険組合連合会「公的介護制度に関する国際比較調査報告書」2020 年

¹³⁷ ジョン・クレイトン・キャンベル「日本とドイツにおける介護保険制度成立の政策過程」2009 年

¹³⁸ 医療経済研究機構「諸外国における介護施設の機能分化等に関する調査報告書」2007 年 3 月

介護保険は、公的介護保険と民間介護保険に分かれているが、公的介護保険に加入していないものが民間介護保険への加入を義務付けられていることで、両者を併せて皆保険制度が成立している。介護保険は医療保険の下にあり、公的医療保険の保険者（疾病金庫）が公的介護保険の保険者（介護金庫）を兼ね、民間医療保険の被保険者は、民間介護保険への加入が義務付けられている。そのため、公的介護保険の対象者は公的医療保険の被保険者で、民間介護保険の対象者は主に民間介護保険に加入している労働者や自営業者である¹³⁹。公的介護保険の加入者は2018年時点でのそれぞれの加入者は、公的介護保険が約7281万人、民間介護保険が約929万人であり、9割近くが公的保険の加入者である。

介護保険の給付条件に年齢制限はなく、認定調査を経て介護グレード（Pflegegrad）の認定がされた場合に介護保険サービスを受給することができる。また、ドイツの公的介護保険は部分保険と呼ばれており、介護に必要とされる全ての費用をカバーしていない。不足する費用については介護が必要な本人やその家族が負担する¹⁴⁰。（表4.4.1）

表 4.4.1：ドイツの公的介護保険制度の概要

制度	社会保険方式（医療保険制度活用型）
保険者	介護金庫
財源	保険料収入のみ（公費負担なし）
保険料水準	子供あり：総所得額の1.52%（事業主負担1.525%） 子供なし：総所得額の1.77%（事業主負担1.525%）
被保険者	公的医療保険の加入者（被用者とその家族、農業従事者、芸術家、学生及び公的年金受給者等）
介護保険の受給者	全ての年齢層の要介護状態となった者
要介護区分	介護グレード1～5
給付内容	居宅サービス（現物給付、現金給付） 施設サービス
自己負担	定率負担なし（保険給付は定額制。それを超える部分は自己負担） ※施設介護の宿泊・食費は自己負担

（出所）健康保険組合連合会「公的介護制度に関する国際比較調査報告書」2020年、斎藤香里「ドイツの介護者支援」2013年を基に調査団作成

（3）介護保険受給者

介護給付を受けるためには、保険者が設置する認定機関に所属する医師等のチームが行う認定調査により、介護グレードの認定を受ける必要がある。認定調査では、日常生活の6分野において自立性、または能力の障害が調査される。6分野それぞれに点数が付与され、分野ごとの配分割合に従って点数を計算し、総合点が算出される。総合点に応じて、1～5の介護グレードが認定される。介護グレード1は、“自立性または能力の軽微な障害”と認定された人を対象としており、数字が大きくなるにつれ、介護度が重くなる¹⁴¹。表4.4.2にて、2020年時点で

¹³⁹ 土田武史「ドイツにおける民間介護保険の役割」（特集：福祉サービスにおける公私の役割分担）

¹⁴⁰ 健康保険組合連合会「公的介護制度に関する国際比較調査報告書」2020年

¹⁴¹ 渡辺富久子「ドイツにおける介護保険法の改正-認知症患者を考慮した要介護認定の基準の変更-」2016年

の介護グレードごとの介護保険受給者数を見ると、在宅サービスの受給者の中では、グレード2の人数が157万人（45.2%）と多く、施設サービスの受給者の中では、グレード3の人数が218万人（35.1%）と多かった。介護グレードが重度になるにつれ、在宅サービスよりも施設サービスを利用する要介護者が増えることがわかる¹⁴²。（表 4.4.2）

表 4.4.2：2020年介護グレードごとサービス種ごとの介護保険受給者数（割合） 単位：千人

介護グレード	在宅サービス	施設サービス
グレード1	537.3(15.4%)	4.0(0.6%)
グレード2	1,571.3(45.2%)	119.1(16.9%)
グレード3	936.3(26.9%)	247.1(35.1%)
グレード4	322.7(9.3%)	217.9(31.0%)
グレード5	110.9(3.2%)	115.2(16.4%)
合計	3,478.5(100%)	703.3(100%)

（出所）ドイツ連邦保健省,“Pflegeversicherung, Zahlen und Fakten（Nursing care insurance situation and figures）”, 2022を基に調査団作成

図 4.4.1 にて、公的介護保険の受給者の推移を見ると、居宅サービスが開始された1995年当時は106万人、施設サービスが開始された1996年には38.5万人だったが、2021年には居宅サービスは376万人と4倍近くまで、施設サービスは70.2万人と約2倍まで増加している。特に2017年からは、居宅サービスの受給者数が急増した。2017年の第二次介護強化法による介護保険法の改正により、介護認定において身体的機能の低下のみでなく、認知機能の低下も同等に評価されることになったため、認知症患者や自宅で生活を送る上でわずかな障害があるものも認定されるようになったからである。

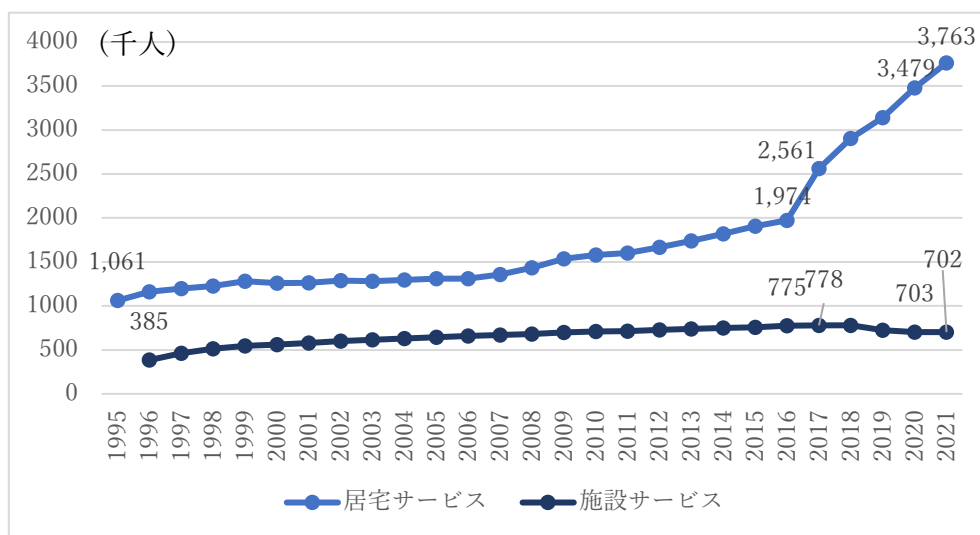


図 4.4.1：ドイツ公的介護保険受給者数の推移（1995-2021）

（出所）ドイツ連邦保健省,“Pflegeversicherung, Zahlen und Fakten（Nursing care insurance situation and figures）”, 2022を基に調査団作成

¹⁴² ドイツ連邦保健省,“Pflegeversicherung, Zahlen und Fakten（Nursing care insurance situation and figures）”, 2022

(4) 介護保険給付内容

ドイツの介護保険による在宅介護への介護給付は、日本の制度と同様に、要介護度によって支給額が決まっている。日本のように利用額の1割自己負担ではなく、給付額は満額で支給される¹⁴³。介護保険の給付には、居宅サービスと施設サービスがあり、居宅サービスの利用は施設サービスよりも優先されるという原則がある。居宅サービスの給付には現物給付と現金給付があり、組み合わせて受給することができる¹⁴⁴。介護される者への給付のみならず、家族等の介護者に対する介護手当として現金給付を選択できるなど、介護者の負担軽減等についての給付が手厚くなっている¹⁴⁵。現物給付では、専門職による介護サービスの提供に対して最大で月額上限金額が給付され、上限を超えると自己負担となる。ドイツの介護保険でカバーされる主なサービス・物品・給付額等を以下の表 4.4.3 にまとめる。

表 4.4.3：ドイツの介護保険でカバーされる主なサービス・物品・給付額等

区分	サービス名	内容・給付額
居宅サービス	介護手当 (現金給付)	家族等が介護している要介護者が現物給付の代わりに選択できる現金給付。介護手当は介護者へ直接支払われるのではなく、要介護者へ支払われる。 月額上限：316～901 ユーロ
	居宅訪問介護サービス(現物給付)	認定された居宅介護事業者、または介護金庫と契約を締結している個人が居宅を訪問して提供するサービス。看護サービス、身体介助、家事支援等が含まれる。 月額上限：689～1,995 ユーロ
	デイケア・ナイトケア (現物給付)	一時的に施設を利用する場合の現物給付で、給付範囲は介護サービスの費用のみで滞在費、食費等は含まれない。 月額上限：689～1,995 ユーロ
	ショートステイ (現物給付)	病院からの退院先としてや家族等の介護者に対する介護負担軽減のための短期入所。給付範囲は介護サービスの費用のみで滞在費、食費等は含まれない。 最大年 8 週間まで、年間上限 1,612 ユーロ
	レスパイトケア (現金給付)	家族等の通常の介護者が休暇を取得、または病気等の理由により一時的に介護ができない場合に利用可能。代替りの介護者が親、配偶者、兄弟、子供、彼らの配偶者などの近親者または近親者以外(他人)の場合で給付額が異なる。 近親者は介護手当の 1.5 倍相当の月額 474～1,351.5 ユーロ 近親者以外は月額 1,612 ユーロ。ただし、最大年 6 週間まで
	介護支援手当 (現金給付)	介護保険法に基づく手当で、介護等によって賃金が支払われない被用者は、総額で 10 日分まで収入補てんのための手当を受け取ることができる。 賃金の 90%相当(上限あり)
	住宅改修費用の償還	1 回当たり上限 4,000 ユーロ(複数の申請者が同居の場合は最大 4 回、合計 16,000 ユーロまで)。グループホー

¹⁴³ 齊藤香里「ドイツにおける介護保障の動向」(健保連海外医療情報 No. 107 2015 年 9 月)

¹⁴⁴ 齊藤香里「ドイツの介護者支援」2013 年

¹⁴⁵ 健康保険組合連合会「公的介護制度に関する国際比較調査報告書」2020 年

		ムも対象。
	介護関連消耗品 購入費用への給 付	月額上限 40 ユーロ
	専門的な介護器 具の提供	介護金庫が必要性を認めた場合、購入またはレンタル費 用の 90%が給付される。給付額上限は 25 ユーロ。
	家族等の介護者 への社会保険料 補てん (現金給付)	年金保険、失業保険、医療保険、介護保険の保険料相当 を介護金庫に請求することができる。ただし、少なくと も週に 10 時間以上、週に 2 日以上定期的に介護しているこ とが要件
ス 施 設 サ ー ビ	施設完全入所 (現 物給付)	滞在費、食費、その他費用は含まない。 月額 125~2,005 ユーロ

(出所) 健康保険組合連合会「公的介護制度に関する国際比較調査報告書」2020 年、斎藤香里「ドイツの介護者支援」2013 年を基に調査団作成

4.4.1.2. 介護資源

(1) 介護サービス事業者

表 4.4.4 の通り、2019 年の時点で居宅サービスを提供している事業者数は約 14,700 施設で、運営者の内訳は民間約 66.5%、非営利団体 32.2%、市町村等の公的運営者が約 1.3%であった。施設サービスを提供する介護施設数は約 1 万 5,400 施設あり、運営者の内訳は民間約 42.7%、非営利団体約 52.7%、公的運営者が約 4.5%であった¹⁴⁶。

表 4.4.4 : 運営者別の居宅サービス事業者数および介護施設数(2019 年)

運営者	居宅サービス事業所数 (割合)	介護施設数 (割合)
民間	9,770 (66.5%)	6,570 (42.7%)
非営利団体	4,730 (32.2%)	8,115 (52.8%)
公的運営者	198 (1.3%)	695 (4.5%)
計	14,688 (100.0%)	15,380 (100.0%)

(出所) ドイツ連邦保健省,“Pflegeversicherung, Zahlen und Fakten (Nursing care insurance situation and figures)”, 2022 を基に調査団作成

介護サービス事業者数の推移を図 6-2-2 で見ると、いずれも年々増加している。居宅サービスの事業者数は 2009 年の約 1 万 2,000 から 2017 年の約 1 万 4,700 へと約 2 割増加し、介護施設数は、2009 年の約 1 万 1,600 から 2019 年には約 1 万 5,400 へと約 3 割の増加していた。近年は、居宅サービス事業者数より介護施設数が増加していることがわかる。(表 4.4.2)

¹⁴⁶ ドイツ連邦保健省,“Pflegeversicherung, Zahlen und Fakten (Nursing care insurance situation and figures)”, 2022

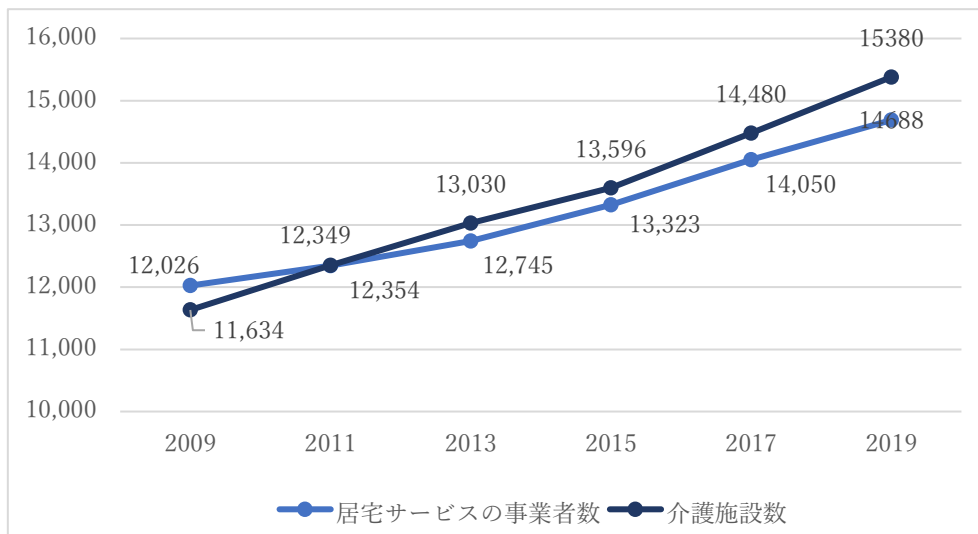


図 4.4.2 : ドイツの介護サービス事業者数の推移 (2009-2019)

(出所) ドイツ連邦保健省, “Pflegeversicherung, Zahlen und Fakten (Nursing care insurance situation and figures)”, 2022 を基に調査団作成

(2) 介護従事者数

表 4.4.5 に示す通り、2019 年時点での介護サービスの従事者は、国籍問わず全体で 121 万 8,000 人であり、その他の専門資格保有者が 40.1%を占める。次に多いのは、高齢者介護士の約 28 万 5000 人で 23.4%である。また、看護師も約 12 万 9,000 人従事している。サービスごとの従事者を見ると、居宅サービスの従事者数は、約 42 万 2000 人で、高齢者介護士が約 9 万 9000 人と全体の 23.5%、看護師が約 7 万 8,000 人と 18.5%である。施設サービスの従事者数は、居住サービスの従事者数より多い約 79 万 7,000 人で、うち認定高齢者介護士が約 18 万 6000 人と全体の 23.3%、看護師が約 5 万人の 6.6%である。高齢者介護士の割合は、居宅サービスと施設サービスで大差はないが、看護師の割合は居宅サービスの方が格段に高いことがわかる¹⁴⁷。

表 4.4.5 : 2019 年職種別、サービス種別介護従事者数 (職種の割合) (単位: 千人)

職種	居宅サービス	施設サービス	計
高齢者介護士	99.0(23.5%)	185.9(23.3%)	284.98(23.4%)
高齢者介護助手	21.8(5.2%)	52.5(6.6%)	74.3(6.1%)
看護師	78.1(18.5%)	51.0(6.1%)	129.2(10.6%)
看護助手	14.8(3.5%)	17.4(2.2%)	32.2(2.6%)
小児看護師	1.3(0.3%)	3.4(0.4%)	4.7(0.4%)
その他の専門資格保有者	155.5(36.9%)	333.4(41.9%)	488.9(40.1%)

¹⁴⁷ ドイツ連邦保健省, “Pflegeberichte Siebter Pflegebericht (Seventh Nursing Report) -2016-2019”

資格を持っていない、もしくは トレーニング中の者	51.0(12.1%)	152.9(19.2%)	203.9(16.7%)
計	421.6(100%)	796.5(100%)	1,218.0(100%)

出所：ドイツ連邦保健省，“Pflegerberichte Siebter Pflegebericht (Seventh Nursing Report) -2016-2019”を基に調査団作成

注) その他の専門資格保有者は、看護師及び介護士以外の介護専門職、介護専門職以外の有資格者、無資格者、教育中の従事者等を含む。

4.4.1.3. 介護・看護人材

(1) 専門職制度・教育

高齢者の介護・看護は、連邦国家資格である高齢者介護士が中心になり担っている。この資格は、高齢者を対象とした看護と介護2つの職務に従事できる医療職の位置付けであり、3年課程の養成教育を修了したのち国家試験に合格することで取得できる¹⁴⁸。

ドイツでは、1950年台の家族以外の高齢者介護は修道女らが担っていたが、1960年代より介護人材の需要が高まったことを受け、1969年にはノルトライン・ヴェストファーレン州にてドイツで最初に高齢者介護士の1年課程が制度化された。その後、2003年に施行された「老人介護法」に基づき、老人介護士は看護に関する専門職の資格である「看護師」及び病気の子供の看護に関する専門職の資格である「小児看護師」と同じく3年間の養成教育を経る連邦国家資格となった。

さらなる高齢化の進展とケア専門職の人手不足に対応するため、従来は老人介護法と看護法に分かれて規定されていたケア専門職の養成教育が2017年に制定されたケア職法に統合して規定されることになった。これにより2020年から新たな養成教育が開始されることになった。新たな養成教育では、施設または住宅での急性期あるいは継続的なケアが必要な状態において、全ての年齢階層の人に対して自立的、包括的かつプロセスを重視したケアを行える専門職の養成を目的としている。養成教育期間は基本的に3年間であり、養成教育は理論および実技の授業(2,100時間)ならびに実習(2,500時間)により構成される。最初の2年間は共通でジェネラリストとしてのケア養成教育を受ける。3年目では、ジェネラリストとしてのケア養成教育を引き続き受ける、高齢者のケアに関する養成教育を受ける、もしくは小児・青少年のケアに関する養成教育を選択することになる。それぞれの養成教育を修了し国家資格に合格するとケア専門師の資格、高齢者介護士の資格、小児看護師の資格を取得することができる。

これらの資格を有する者のみに許される任務については①個人のケアニーズを調査し、確定すること、②ケアのプロセスを企画し、組み立て、コントロールすること、③ケアの質を分析し、評価し、確保し、発展させることと定められており、これらの業務はケア専門職の資格を有するものに限定されることになった。また、在宅介護事業や入所介護施設において、医師の指示に基づく一定の医療行為についても委ねられている¹⁴⁹。

¹⁴⁸ 松本勝明「ドイツにおけるケア専門職養成教育制度の改革」(健保連海外医療保障2022年 No.129)

¹⁴⁹ 前川有希子「ドイツにおける高齢者介護人材教育からの示唆」(山梨県立大学, 2020年 Vol.15)

高齢者介護士の補完資格である高齢者介護助手は、各州の法律に基づく資格であるため、その養成機関、養成時間数、養成教育などは州によって若干異なるが、概ね 1 年間で理論教育 700 時間と実務教育 900 時間とされている。一部の州では、連邦政府が進めている看護職と介護職のケア職への統合の取り組みに連動し、補助職についても養成制度の再編が実施されている。例えば、ニーダーザクセン州では高齢者介護助手と看護助手を統合した資格を 2009 年に創設し、その養成教育時間は 2 年間で教養教育 480 時間、理論教育 1320 時間、実務教育 960 時間である¹⁵⁰。(表 4.4.6)

表 4.4.6：介護・看護人材の専門職制度と教育内容

法律	資格	養成期間	学習内容	任務
連邦法	ケア職 ケア専門士 高齢者介護士 小児看護師	3 年間（理論教育 2100 時間、実務教育 2500 時間）	1 年次、2 年次はジェネラリストとしてのケア養成教育 3 年次で進路を選択（ジェネラリストとしてのケア養成教育、高齢者のケアに関する養成教育、小児看護に関する養成教育）	個別ケアの計画・立案 医師の指示に基づく一定の医療行為
各州法	看護助手 高齢者介護助手	州によって異なる 概ね 1 年間（理論教育 700 時間と実務教育 900 時間）	州によって異なる	看護師・高齢者介護士の補助職としての基本ケア
	看護助手兼高齢者介護助手	ニーダーザクセン州では 2 年間（教養教育 480 時間、理論教育 1320 時間、実務教育 960 時間）	ドイツ、外国語、数学、人々のケア、選択科目、高齢者介護施設、病院などにおける実務等	食事、移動などの介護、血圧測定、服薬、応急処置などの基礎的な看護

(出所) 前川有希子「ドイツにおける高齢者介護人材教育からの示唆」(山梨県立大学, 2020 年 Vol.15)、保住芳美「ドイツの老人介護士養成教育およびその教育養成システムについて」(川崎医療福祉学会誌, 2009 年 Vol.18 No.2)、高木剛「人材養成と施設職員 ドイツにおける介護・看護分野の補助職(Helfer)養成制度の再編：ニーダーザクセン州の例を中心に」(社大福祉フォーラム 2015 年報告)を基に調査団作成

(2) 処遇、給与水準

¹⁵⁰ 保住芳美「ドイツの老人介護士養成教育およびその教育養成システムについて」(川崎医療福祉学会誌, 2009 年 Vol.18 No.2)

表 4.4.7 に示す通り、介護従事者の月額報酬はドイツ全土での中央値で 2,645 ユーロある (2018 年時点)。この金額は全ての分野の月額報酬の中央値である 3,304 ユーロと比較すると 2 割ほど低い水準である¹⁵¹。このように、ドイツでは、介護士の給与自体が低く、介護士の社会的なイメージが良くない一因となっている。また介護職の最低賃金は、西ドイツ地域が時給 11.05 ユーロ、東ドイツ地域が 10.55 ユーロであり、看護師よりも約 2 割、全産業平均よりも 3 割低くなっている。2021 年より、介護士と看護師の教育課程が統合され、介護士の社会的地位の高まりが期待される中、2021 年に政府は介護従事者の最低賃金を段階的に引き上げる施策を発表し、高齢者介護士の時給は 2023 年 6 月までに 18.75 ユーロ、週 39 時間の労働をした場合の月給は 3,180 ユーロとなる予定であり、高齢者介護助手、看護助手についても段階的な引き上げが予定されている。

表 4.4.7 : 2018 年フルタイム被雇用者の月額報酬(単位 : ユーロ)

職業	全レベル	助手*	プロフェッショナル*	スペシャリスト*	エキスパート*
全ての分野	3,304	2,259	3,052	4,321	5,425
介護従事者	2,645	2,041	2,879	2,947	5,100

*助手は特別な専門知識が不要な単純業務、プロフェッショナルは 2~3 年の職業訓練が必要とされる業務レベル。スペシャリストは専門的な知識と技能を持つ。エキスパートは研究開発や診察等の高度で複雑な業務に従事していて、4 年間以上の大学教育を受けていることが条件。

(出所) 健康保険組合連合会「公的介護制度に関する国際比較調査報告書」2020 年

4.4.2. 外国人材の受入れ

4.4.2.1. 外国人材受入れの概要

(1) 外国人労働者受入れの沿革

ドイツは少子高齢化による労働力の確保やそれまでの移民受入れによる諸問題を整備するため、2000 年代以降、多民族国家へと舵を切った。以下、表 6-2-8 にその沿革をまとめる¹⁵²。

(表 4.4.8)

表 4.4.8 : 外国人労働者受入れの沿革

<p>◆ 戦後「ゲストワーカー」の受入れ (1955 年～)</p> <ul style="list-style-type: none"> 戦後復興に伴う高成長下で人手不足を経験、1955 年以降、労働需要を賄うために外国人労働力の積極的な受入れを実施 受入れ分野は鉱工業部門が中心。1970 年時点にて多くが金属加工 (40%超)、建設 (12%)、繊維 (11%) で働き、サービスセクターは 15% 以下にとどまっていた 植民地を有しなかったため、新興国と労働者採用のための条約を締結 <p>◆ 抑制期 (1970 年代前半)</p>

¹⁵¹ 健康保険組合連合会「公的介護制度に関する国際比較調査報告書」2020 年

¹⁵² 山田久「第 7 章ドイツ・スウェーデンの外国人材政策—熟練労働者を市民として受け入れる—」(JRI レビュー 2019 Vol.10, No.71)

- ・ 石油危機の発生で、積極的な外国人労働者受入れ方針は転換を余儀なくされ、1973 年以降、非欧州共同体（European Communities : EC）諸国からの外国人労働者の受入れは停止
- ・ 当時、360 万人の外国人 がドイツに居住していたが、1980 年代を中心に、自主的に母国に帰国することを促進
- ・ しかし、その政策の効果は限定的で、「ゲストワーカー」の多くは永住的な移民となり、家族も加わった。最大グループはトルコ人で、ユーゴスラビア、イタリアが続いた
- ◆ **難民受入れ期（1970 年代末～1980 年代）**
- ・ 1970 年代末から 1980 年代にかけ、東欧諸国やソ連からのヨーロッパ難民を受入れ
- ・ 1980 年代終わり、とくにベルリンの壁崩壊後、東欧や旧ソ連からの移民の新たな波が到来
- ・ 1990 年代初めには、毎年人口の 1 %にあたる、100 万人の外国人がドイツに移住
- ◆ **移民受入れ方針への転換（1990 年代）**
- ・ 1990 年「外国人法」が制定。移民に対する法的な保障が強化され、初めて帰化に対する明文化されたルールと基準が制定
- ・ 23 歳以上の成人は、15 年以上の居住が市民権の条件とされ、16～22 歳の青年期は 8 年以上とした。原則、二重国籍の禁止、経済的な自立、ドイツ憲法の民主主義原則への忠誠が条件化
- ・ この時期、統合政策に関する記述はまだない
- ◆ **積極的受入れ（2000 年代～）**
- ・ 2000 年、ICT セクターの成長局面で人材面での制約を緩和するため、いわゆる「グリーンカード」を、外国人の ICT 技術者に与える制度を導入（「グリーンカード省令」）
- ・ 2004 年に「移住法」が成立し（外国人法は廃止）、ドイツに居住する 外国人と、海外からの労働者受け入れにかかわる基本方針が明確化
- ・ 移民の社会的統合促進原則が法律に明記（滞在法 43 条 1 項）

（出所）山田久「第 7 章ドイツ・スウェーデンの外国人材政策—熟練労働者を市民として受け入れる—」（JRI レビュー 2019 Vol.10, No.71）を基に調査団作成

（2）外国人労働者受入れ施策

ドイツの移民受入れ政策は、①難民、②EU 市民、③非 EU 市民、の三つのカテゴリーに分類される。①については、特に 1970 年代から、政治的に迫害を受けた多くの人々を受入れてきた。②は、EU 加盟国の市民への域内の自由な移動や就職の協定に沿ったものである。③は、①②以外のケースであり、本項で主に取り上げるカテゴリーとなる。

ドイツは過去の、想定外ともいえるゲストワーカーの永住や、多くの難民移民の受入れにより生じた混乱の反省から、移民の積極的な受入れを進めるにあたり、移民の社会統合に非常に力を入れている。2004 年に初めて「統合の推進」を掲げ、以後 2022 年 7 月まで 13 回の統合サミット（Integration summit）を開催しており、各種受入れ施策においても、移民へドイツ経済と社会への貢献を要求するとともに、国を挙げて必要な支援を実施するというスタンスである。

受入れに係る主だった政策を表 4.4.9 にまとめる。2005 年 1 月に制定された移住法（Immigration Act/Zuwanderungsgesetz）が移民に関する根拠法令となっており、EU 域外からの専門人材の積極的な受入れを基本方針として確立したものとなっている。また、統合促進のた

め、ドイツ語とドイツ社会を学ぶコースの導入を明記している。EUブルーカード法は高度な資格を有する外国人に対し、労働許可手続きを始めとした規制を緩和したものである。例えば、ドイツの大学もしくはこれに相当する外国の大学を卒業した EU 域外の外国人も一定の年収以上であれば最長4年のEUブルーカードが付与される。これは、ドイツの大学へ留学した外国人の、ドイツ内における就職のインセンティブとなっている。2015年にシリアからの大勢の難民受入れ等を背景に、ドイツに限らずヨーロッパでは反移民・反難民の運動が活発化した。しかしながら、ドイツ政府は移民難民の受入れに関して、基本的な路線変更は行っておらず、移民政策も続行している。2020年1月には、有資格者移住法（The Skilled Immigration Act）が施行され、これまでの専門人材の基準を保ちながらもその範囲を広げ、海外から幅広く優秀な人材の移住を促進させる内容となっている¹⁵³。

表 4.4.9：外国人労働者受入れに関する主だった法律

2005年1月	移住法 Zuwanderungsgesetz/ the Immigration Act	<ul style="list-style-type: none"> ・ それまでの外国人の受け入れに関する主な根拠法令であった、外国人法（AufenthG）、滞在法令（AufenthV）、就労法令（BeschV）等をまとめたもの ・ 労働移民の受入れに関わる規定と優遇措置の明確化。これによりEU域外（第三国）からの専門人材の積極的な受入れを基本方針として確立 ・ これまで複雑であった滞在の許可や権利につき、有期の「滞在許可」、および期限を定めない「居住許可」の二つに統合 ・ ドイツ語とドイツの法秩序・文化・歴史を学ぶ統合コース実施を制定
2012年8月	EUブルーカード法 (EU blue card)	<ul style="list-style-type: none"> ・ EU域外の外国人に対する労働許可の手続きの簡素化、および定住許可取得の期間短縮等の優遇措置 ・ (例) ドイツの大学またはこれに相当する外国の大学を卒業したEU域外の外国人は、2016年現在、従来の66,000ユーロ以上の年収より引き下げられ、49,600ユーロ以上の年収がある場合は、最長4年のEUブルーカードが付与され、就労にあたり連邦雇用エージェンシーの許可が不要となる ・ 家族の呼び寄せの規制緩和（年齢、語学学習歴等の要件を求めない、家族の労働市場への無制限の参入の許可など）など

¹⁵³ 李惠珍「第1章 ドイツにおける外国人専門人材の受け入れと統合政策の変容」（公益財団法人日本国際交流センター）2016年

2020年3月	有資格者移住法 (The Skilled Immigration Act)	・ 海外からの優秀な人材の移住を促進するため、これまでは、専門人材として、大学卒業相当の学位が想定されていたが、その規制を緩和し、職業資格の経歴のある者も積極的に受け入れるもの
---------	--	--

(出所) 公益財団法人日本国際交流センター「ドイツの移民・難民政策の新たな挑戦—2016 ドイツ現地調査報告—」、李惠珍「第1章 ドイツにおける外国人専門人材の受け入れと統合政策の変容」(公益財団法人日本国際交流センター) 2016年、独立行政法人労働政策研究・研修機構「外国人労働者受入政策ドイツの移民政策と新移民法」2004年11月、Federal Office for Migration and Refugees "Skilled Immigration Act for qualified professionals", 2021から調査団作成

短期滞在を除き、ドイツに滞在する外国人は、滞在法 (Aufenthaltsgesetz / Act on the Residence, Economic Activity and Integration of Foreigners in the Federal Territory Residence Act) に基づく滞在資格が必要である。さらに就労を目的とした滞在の場合、滞在法で就労資格を認め、就労令 (BeschV) に基づいた規定に沿う必要がある。職種は表 4.4.10 の通り区分され、それにより適用されるスキームが異なる。例えば、EU域外の外国人が、ドイツで看護師として働く場合は就労令上、「連邦雇用エージェンシーの許可を必要とする、職業教育を前提とする就労」に区分される¹⁵⁴。

表 4.4.10 : 就労法令に基づくドイツ労働市場への参入分野

一般区分	関連する職業および分野
連邦雇用エージェンシーの許可を必要としない就労	職業訓練、高資格者、管理職、科学者、研究者および技術者、企業幹部、特別な職業、ジャーナリスト、ボランティア、休暇就労、短期派遣者、国際スポーツ行事への参加者、国際輸送、海運・航空、サービス業、特別な短期活動
連邦雇用エージェンシーの許可を必要とする、職業教育を前提としない就労	季節労働、展示業者助手、オーペア雇用、家事手伝い、派遣者に同伴する家事手伝い、芸術家、教育実習
連邦雇用エージェンシーの許可を必要とする、職業教育を前提とする就労	外国語教師・郷土料理人の有期雇用、IT 専門家、外国人のための業務に従事するドイツ語の堪能な社会福祉労働者、介護労働者、国際人材交流・外国プロジェクト
その他の就労許可	ドイツ民族、特定の国籍保有者 (アンドラ、オーストラリア、イスラエル、モロッコ、カナダ、モナコ、ニュージーランド、サン・マリノ、米国等)、ツーバイ・フォー住宅の組立、長期派遣労働者、越境労働者

¹⁵⁴ 独立行政法人 労働政策研究・研修機構 「欧州諸国における介護分野に従事する外国人労働者—ドイツ、イタリア、スウェーデン、イギリス、フランス5か国調査」2014年5月

二国間協定に基づく就労	請負契約、研修のための外国人労働者の就労、その他の二国間協定
-------------	--------------------------------

(出所) 独立行政法人 労働政策研究・研修機構 「欧州諸国における介護分野に従事する外国人労働者—ドイツ、イタリア、スウェーデン、イギリス、フランス 5 か国調査」 2014 年 5 月を基に調査団作成

4.4.2.2. 外国人労働者の受入れ状況

2020 年 12 月 31 日時点で、教育・訓練、就労で滞在している EU 域外外国人数は図 4.4.3 の通りである。全 552,869 人のうち、雇用型の就労者が 50.5%であり、続いて、教育・訓練での滞在が 37.1%、高資格者・自営での就労者が 12.4%である¹⁵⁵。

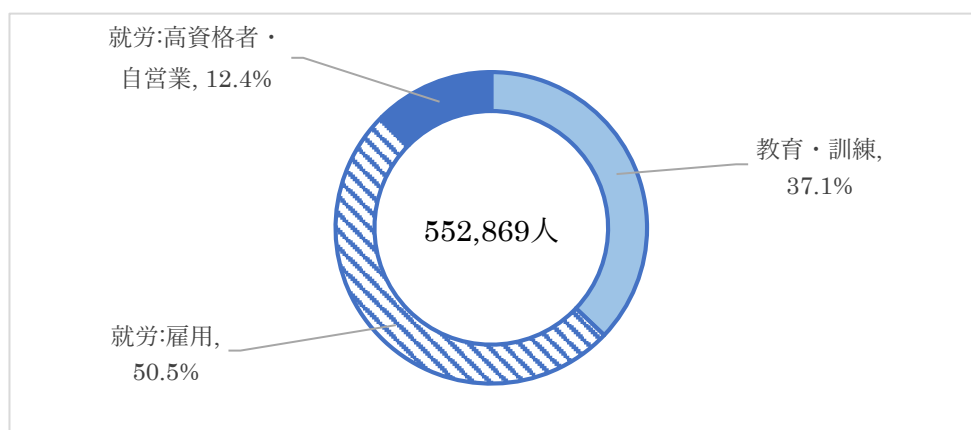


図 4.4.3 : 教育・訓練、就労別滞在外割合 (2020 年)

(出所) Federal Office for Migration and Refugees "Reports on Migration and Integration – Series 1 Migration Monitoring: Educational and Labour Migration to Germany, Annual Report 2020" Johannes Graf を基に調査団作成

教育・訓練の区分において、2020 年 3～12 月に新規に滞在許可を発行した外国人の国籍をみると、全 24,493 人のうち、インド 15.7%、中国 11.1%、ベトナム 7.0%の順で高い。(表 4.4.11)

表 4.4.11 : 教育・訓練 国籍別の新規滞在許可発行者割合

順位	国籍	割合
1	インド	15.7%
2	中国	11.1%
3	ベトナム	7.0%
4	トルコ	3.5%
5	韓国	3.3%

¹⁵⁵ Federal Office for Migration and Refugees "Reports on Migration and Integration – Series 1 Migration Monitoring: Educational and Labour Migration to Germany, Annual Report 2020" Johannes Graf

6	アメリカ	3.2%
7	ロシア	2.9%
8	ブラジル	2.8%
9	イラン	2.7%
10	モロッコ	2.7%
	その他 EU 外国	45.1%
	合計	24,493 人

(出所) Federal Office for Migration and Refugees "Reports on Migration and Integration – Series 1 Migration Monitoring: Educational and Labour Migration to Germany, Annual Report 2020" Johannes Graf を基に調査団作成

就労区分において、2020 年 3~12 月新規に滞在許可を発行した外国人の国籍をみると、全 28,334 人のうち、インド 9.6%、ボスニアヘルツェゴビナ 9.0%、セルビア 6.5%の順で高い。(表 4.4.12)

表 4.4.12 : 就労 国籍別の新規滞在許可発行者割合

順位	国籍	割合
1	インド	9.6%
2	ボスニアヘルツェゴビナ	9.0%
3	セルビア	6.5%
4	コソボ	6.2%
5	アルバニア	6.0%
6	アメリカ	5.7%
7	北マケドニア	5.6%
8	トルコ	4.4%
9	中国	4.1%
10	ロシア	3.2%
	その他 EU 外国	39.6%
	合計	28,334 人

(出所) Federal Office for Migration and Refugees "Reports on Migration and Integration – Series 1 Migration Monitoring: Educational and Labour Migration to Germany, Annual Report 2020" Johannes Graf を基に調査団作成

4.4.2.3. 介護人材の受入れの概要

(1) 背景

高齢化の進むドイツにおいて、日本と同様、介護職の労働環境や条件が他と比べて良くないことなどを理由に介護人材の不足は深刻であり、人材不足を補うため、外国人労働者の受入れに積極的な分野となっている。

ドイツの介護は、個人宅で家政婦として、高齢者のケアを行う形式と、高齢者施設等で介護職種等として高齢者ケアに携わる形式がある。前者は、しばしばインフォーマルな形な「グレーマーケット」として問題視されている分野であるが、これは、家庭内において介護業務に従事しても、その雇用名目が家政婦であるために介護職の最低賃金が適用されなかったり、またそもそもの雇用契約が、東欧などの労働者の出身国でされ、そこからドイツの個人宅へ派遣さ

れるような形式であったりするため、労働管理やサービスの品質担保が困難なためである。家庭内就業、施設就業ともに、これまでは EU 圏内、特に東欧諸国から自国よりも高い給与水準を魅力に人材が集まっていたが、彼らは EU 圏内を自由に行き来できるため、ドイツで介護職経験を積んだ後、より条件の良い国へ移動するなど、長期労働力としての貢献は限定的となっていた。また近年では EU 諸国で高齢化が進んでおり、介護人材自体の流出が制限される可能性が生じており、2010 年頃から EU 域外、主にフィリピンやベトナムなどのアジア人材への募集が盛んになっている。

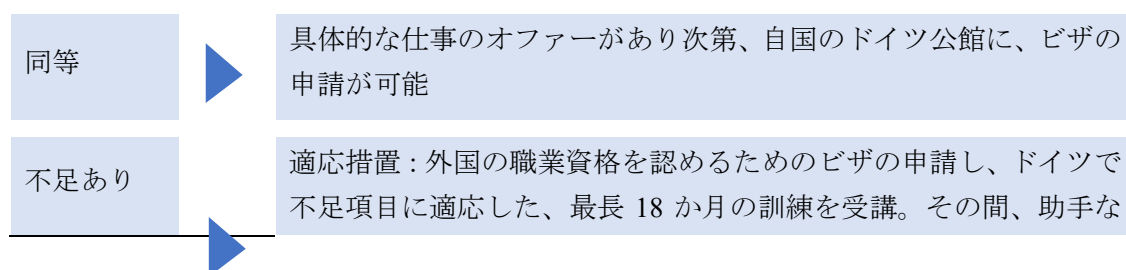
2019 年 1 月に看護介護人材強化法 (“Nurse Staff Strengthening” law) が施行された。病院の財源配分とともに介護施設に 1 万 3 千人の職員を増員する計画が盛り込まれており、外国人介護人材の介護施設への積極的な受け入れを後押しする形となっている。以下、施設や企業の受け入れを前提とした、EU 域外の国に対する介護人材受け入れの施策につき述べる。

(2) 介護人材受け入れ条件とルート

EU 域外外国人が看護介護の職種に応募する際の条件は以下の通りである。なお、看護介護職は、学問的内容以上に実践的内容に重きが置かれるため、EU ブルーカードの対象となっていない。

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ✓ 認定された母国での資格の有無の確認 ✓ ドイツ語 B1 もしくは B2 レベル (州により異なる) ✓ 健康適性 (ドイツ人医師による健康証明書) ✓ 母国での無犯罪証明書 |
|---|

このうち、「認定された資格の有無の確認」は、自国で取得した資格をドイツ内の資格レベルと照らし合わせて、同等性を確認するものである。同等と認められた場合、あるいは不足があった場合として、入国は 3 つのルートに区分される。ドイツにおける介護職は一部医療行為も行えるため、この受け入れルートを整備することにより即戦力の確保および資格レベルの担保がなされている¹⁵⁶。教育施設へ入学するルートにおいても、学費の負担はなく、また研修手当もであるため、外国人労働希望者の個人負担は軽減され、人材不足となっている看護介護分野へ人材を惹きつける要素となっている¹⁵⁷。



¹⁵⁶ 前川有希子「ドイツにおける高齢者介護人材教育からの示唆」(山梨県立大学 人間福祉学部 紀要 Vol.15) 2020 年

¹⁵⁷ Pflege-Deutschland.de ウェブサイト “For foreigners: geriatric care and nursing in Germany” <https://www.pflege-deutschland.de/nursing-elderly-care-in-germany/> (2022 年 7 月 26 日アクセス)

どの形式で働き収入を得ることが可能。認証プロセスが終了した後、看護介護職の仕事を見つけるまで、最長1年間の滞在が可能

職業訓練校：ドイツにおける養成施設（3年間）にて専門知識を習得する。外国人労働希望者は、学費を支払う必要がなく適切な研修手当が支払われる（生活費は希望者負担）。卒業後、介護士国家試験に合格の必要あり。看護介護職の仕事を見つけるまで、最長1年間の滞在が可能

（3）具体的施策

看護介護従事者雇用促進のための施策や二か国間協定について述べる。トリプルウィンプロジェクト（Triple Win nurses）は、ノウハウ移転による出身国発展への寄与を目的の一つに挙げており、日本の技能実習制度の本来の趣旨と似た性質を持っている。対象国は増加しており、介護における技能実習や特定技能で来日者数の多いフィリピン、インドネシア、ベトナムも対象となっている。特徴として、候補者の選定から就職まで、公的機関が主導しており、候補者は学費や就職先のあっせんなどサポートにかかる費用の負担がないことである。また、ドイツ社会へ溶け込むためのサポートが入国後も継続され、在留資格として中長期的に永住および家族帯同が可能となっている¹⁵⁸。（表 4.4.13）

表 4.4.13：トリプルウィンプロジェクトの概要

担当部門	ドイツ国際協力公社（German Agency for International Cooperation GmbH：GIZ）、連邦雇用庁インターナショナル・プレイスメント・サービス（Zentrale Auslands- und Fachvermittlung：ZAV）
パートナー国	ボスニアヘルツェゴビナ、フィリピン、チュニジア、インドネシア、インド（ケララ州）、ベトナム（2019-2023）
パートナー国 担当部門	対象国の雇用機関
期間	2013年～
目的	<ul style="list-style-type: none"> ・ ドイツ国内の看護介護従事者不足の解消 ・ 看護師の出身国の失業率低下 ・ 送金やノウハウの移転による出身国発展への寄与
手順	<ul style="list-style-type: none"> ・ GIZがパートナー国の人材派遣会社やZAVと協力して、看護師を選定 ・ GIZは看護師のドイツ語能力の促進、専門的な雇用準備、ドイツ到着後の統合の促進、ZAVは候補者の職業紹介を担当 ・ ドイツで資格査定後、資格に見合った仕事に就職 ・ 働きながら、ドイツと同等の資格として認められるための追加訓練等を実施

¹⁵⁸ ドイツ国際協力公社 GIZ ウェブサイト “Sustainable recruitment of nurses (Triple Win)”
<https://www.giz.de/en/worldwide/41533.html>（2022年8月22日アクセス）

	<ul style="list-style-type: none"> ・ 中期的には永住権の取得、家族帯同が可能 ・ パートナー国は、十分な訓練を受けた看護師が余っている国で高い教育水準がある国
結果	<ul style="list-style-type: none"> ・ 2022年まで、4,900人の看護師がドイツの雇用主のもとで、診療所、老人介護施設、外来患者サービスなどに配属されている ・ 看護師の間でも、雇用者の側でも、需要は増加傾向 ・ モニタリングにおいて、看護師が高いレベルの専門的な資格を持っていることが確認されている ・ 雇用主は、外国人看護師に対して高い満足度を示している ・ プログラムの最初の数年間の経験により、雇用者、看護師、出身国のニーズに、よりのを絞って対応することが可能になり、三者にとって有益な状況が生まれている

(出所) ドイツ国際協力公社 GIZ ウェブサイト “Sustainable recruitment of nurses (Triple Win)”
<https://www.giz.de/en/worldwide/41533.html> (2022年8月22日アクセス) を基に調査団作成

以下に、連邦雇用庁 (BA) がホームページに記載しているフィリピン、インドネシア、ベトナム、インド (ケララ州) を対象とした告知内容を記す(表 4.4.14~表 4.4.16)。応募条件が各国異なっており、例えばフィリピン、インドネシア、インド (ケララ州) においては、看護学校の卒業等が要件であるが、ベトナムは、医療関連の学校において1年間以上学んでいれば応募が可能である代わりに、ドイツで3年間の見習い実習を行う必要がある (月給あり)。どの国も、ドイツ語の習得は必須である。

表 4.4.14 : トリプルウィン : フィリピン

応募資格	<ul style="list-style-type: none"> ・ 看護師養成課程 (4年間の専門教育である Bachelor of Science in Nursing) の修了者 ・ 病院、リハビリテーションセンター、介護施設において、看護師として最低2年の実務経験を有していること ・ ドイツ語能力 (専門用語と日常会話-B1 レベルが理想だが、必須ではない)
手順	<p><u>採用 (GIZ オフィスにて)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ プロジェクト担当者による面接 ・ 雇用主による面接 <p><u>研修と認定</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ マニラ、セブ、バギオで実施される A1~B1 の語学コース (GIZ が委託しているトレーニングセンターで実施)。 ・ 看護師オリエンテーション (GIZ が実施) ・ 看護資格認定書類作成 (GIZ による) <p><u>配属前</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 出国前採用オリエンテーション・セミナー (フィリピン海外労働者福祉庁事務所 (Overseas Workers Welfare Administration : OWWA) にて) ・ 健康診断 (フィリピン保健省 (Department of Health : DOH) 公認施設にて)

	<ul style="list-style-type: none"> ・ 契約締結（フィリピン海外雇用庁（Philippine Overseas Employment Administration：POEA）事務所にて） ・ ビザの準備（GIZ 事務所にて） ・ 渡航前ブリーフィング（POEA にて）
--	--

（出所）連邦雇用庁（BA）ウェブサイト “Triple Win, Pilipinas” <https://www.arbeitsagentur.de/vor-ort/zav/triple-win/pilipinas>（2022 年 8 月 22 日アクセス）を基に調査団作成

表 4.4.15：トリプルウィン：インドネシア

応募資格	<ul style="list-style-type: none"> ・ 看護学校卒業 ・ 病院、リハビリテーションセンター、看護施設で看護師として1年以上の実務経験 ・ ドイツ語能力（専門用語と日常会話-B1 レベルが理想だが、必須ではない）
手順	<p><u>研修と認定</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 西ジャワ バンドンで実施される A1～B1 の語学コース（GIZ が委託しているトレーニングセンターで実施）。 ・ 看護師オリエンテーション（GIZ が実施） ・ 看護資格認定書類作成（GIZ による） <p><u>マッチングプロセス</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 雇用主の面接、雇用契約 ・ 健康診断 ・ 就労ビザ発行 ・ 出発前のオリエンテーション ・ 出発準備 ・ 選考面接からドイツへのお発までの期間は、候補者のドイツ語スキルにもよるが、約 12 か月から 14 か月
備考	<p><u>居住許可</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 就労ビザでの滞在は 1 年間有効 ・ ドイツでの専門性評価試験とドイツ語レベル B2 試験の合格後、居住許可に変更される ・ 5 年後、永住許可 <p><u>家族の帯同</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 十分な収入や適切な宿泊施設など、諸条件が満たされていれば、家族の帯同は可能

（出所）連邦雇用庁（BA）ウェブサイト “Triple Win, Indonesia” <https://www.arbeitsagentur.de/vor-ort/zav/triple-win/indonesia>（2022 年 8 月 22 日アクセス）を基に調査団作成

表 4.4.16：トリプルウィン：ベトナム

応募資格	<ul style="list-style-type: none"> ・ 専門学校や大学の看護学、医師、一般開業医、リハビリテーション理学療法士、助産師、薬剤師学部を卒業するか、少なくとも 1 年間そこで勉強した者 ・ ベトナムの高校卒業と優良な成績 ・ プロジェクト参加時の年齢が 19 歳から 35 歳
手順	1.ベトナムでの準備語学コース

	<ul style="list-style-type: none"> ・ ハノイでのドイツ語習得 (12 か月) : B2 レベル到達、専門言語と実践的コミュニケーションの習得 ・ 文化交流活動への参加 <p>2.ドイツでの3年間の見習い</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ ドイツの受入れ機関と専門学校での理論的および実践的なトレーニング (月給あり) ・ 見習い初年度は、集中的なオリエンテーションや居住許可手続きのサポートあり <p>3.ドイツでの職業コースの卒業と次の就職の機会</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 卒業後、学生はドイツでの労働および永住が認められる
待遇	<ul style="list-style-type: none"> ・ ハノイでの語学学習期間中の無料宿泊と 36 ユーロ/日の食事手当 ・ 言語学習の費用 ・ 初回 B1 および B2 試験料金 ・ 出発前のビザ申請と健康診断の料金 ・ ドイツ渡航および職業訓練の場所への旅費 ・ ドイツの見習い期間中の給与 ・ 職業訓練のための追加のドイツ語コース

(出所) 連邦雇用庁 (BA) ウェブサイト “Triple Win, Vietnam” <https://www.arbeitsagentur.de/vor-ort/zav/triple-win/vietnam-deutsch> (8月22日アクセス) を基に調査団作成

表 4.4.17 : トリプルウィン : インド (ケララ州)

応募資格	<ul style="list-style-type: none"> ・ インド国内の認定看護師教育機関を卒業し、以下のいずれかの資格を有すること。 <ul style="list-style-type: none"> ✓ 一般看護師・助産師のディプロマ ✓ 看護学学士 ✓ インドの看護師登録証明書 ・ 年齢 18 歳以上 ・ ビザ申請時にドイツ語レベルが B1 以上であることを証明するもの
手順	<p><u>採用情報</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ プログラム主催者によるインタビュー <p><u>研修と認定</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ ケララ州ティルヴァナンタプラムにて A1 から B1 までの語学コースを実施 (GIZ が委託するトレーニングセンターにて) ・ 専門看護師オリエンテーション ・ 承認書類の作成 <p><u>就職</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ マッチングプロセス ・ 雇用主面接、就労契約 ・ 健康診断・麻疹予防接種 ・ 就労ビザ発行 <p><u>渡航後</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ GIZ によるサポート、アドバイザーを通じた社会への溶け込み状況の確認 ・ 雇用初年度に特別な問題が発生した場合、ZAV とのカウンセリングを実施

備考	<u>居住許可</u>
	<ul style="list-style-type: none"> ・ 就労ビザの有効期限は 1 年間 ・ ドイツで看護師認定試験と B2 試験に合格すると、居住許可証へ変更可能 ・ 5 年後、永住許可証に変更可能
	<u>家族の帯同</u>
	<ul style="list-style-type: none"> ・ 十分な収入の存在や適切な住居などの必要条件がすべて満たされていれば可能
	<u>経費等</u>
	<ul style="list-style-type: none"> ・ 就職斡旋、語学・技術準備、統合支援は、無料 ・ 予防接種等は実費負担

(出所) 連邦雇用庁 (BA) ウェブサイト “Triple Win, India(Kerala)” <https://www.arbeitsagentur.de/vor-ort/zav/triple-win/kerala> を基に調査団作成

表 4.4.18 で示す「ドイツで看護の訓練を受けるベトナム人労働者の募集」パイロットプロジェクト (Attracting personnel from Viet Nam to train as nurses) は 2016 年から 2019 年までに実施されたプロジェクトである。ベトナムは 2019 年からトリプルウィンプロジェクトの対象となっているため (2023 年まで)、その前段階の位置づけである。各種条件等の参考のために記載する。

表 4.4.18 : ドイツで看護の訓練を受けるベトナム人労働者の募集パイロットプロジェクトの概要

担当部門	連邦経済エネルギー省 (Federal Ministry for Economic Affairs and Energy : BMWi) (主幹)、ZAV
パートナー国	ベトナム
パートナー国 担当部門	労働傷病兵社会省 (Ministry of Labour, Invalids and Social Affairs : MoLISA)
期間	2016 年～2019 年
目的	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医療・看護分野の企業やその他の機関による、公正かつ持続的な、熟練したベトナム看護スタッフの誘致 ・ スタッフ、出身国、派遣先、すべての人が利益を得られること
手順	<ul style="list-style-type: none"> ・ BMWi の委託を受け、GIZ は本プロジェクトの前 2013 年からベトナムからの介護研修生をドイツに派遣 ・ ドイツでの円滑な生活を実現させるため、ベトナム人研修生は、出発前にハノイのゲーテ・インスティテュート協力のもと、ドイツ国費で実施される 13 か月の研修プログラムに参加 ・ 参加者はドイツ語 (専門用語を含む) の習得、異文化理解の促進、ドイツで看護師として働くための実践的な準備セッションに参加 ・ 語学試験に合格した参加者は、ドイツでの職業研修とドイツに溶け込むためのサポートを受ける
結果	<ul style="list-style-type: none"> ・ ベトナムからの 300 人以上の看護師および高齢者ケア看護師の研修生がドイツで就職 ・ ベトナムを離れる前にドイツでの生活と仕事の準備をし、ドイツでの最初の 1 年間はマンツーマンのサポートを提供するなどの対策が、本プロジェクトの成功の要因と、GIZ では認識されている

(出所) ドイツ国際協力公社 GIZ ウェブサイト “Attracting personnel from Viet Nam to train as nurses”
<https://www.giz.de/en/worldwide/69851.html> (2022年8月23日アクセス) を基に調査団作成

近年は南米からの雇用も視野に入れており、メキシコとはドイツ看護プロジェクト (Nursing in Germany) を実施している。(表 4.4.19)

表 4.4.19 : ドイツ看護プロジェクト (Nursing in Germany) の概要

担当部門	連邦雇用庁 (BA)
パートナー国	メキシコ
パートナー国 担当部門	国立労働局 (National Labor Office)
目的	・ メキシコからの看護師の募集
内容	<ul style="list-style-type: none"> ・ ドイツ企業や団体による、メキシコでの求人情報の提示 ・ 希望者への要件は12ヶ月以内のドイツ語習得および、メキシコの大学の学位 ・ メキシコとドイツでの語学コースの資金援助、ビザの申請や専門家としての認定サポートなどの支援あり ・ 語学試験に合格した参加者は、ドイツでの職業研修とドイツに溶け込むためのサポートを受ける

(出所) Pflege-Deutschland.de ウェブサイト “For foreigners: geriatric care and nursing in Germany”
<https://www.pflege-deutschland.de/nursing-elderly-care-in-germany/> (2022年7月26日アクセス) を基に調査団作成

4.4.2.4. 介護人材の受入れ実態

(1) 受入れ規模と出身国

ドイツでは介護業務に、介護士のほか看護師が対応することもあるため、介護関連人材としてこれまでの入国者数を概算する。EU 域内、特に東欧からの介護関連人材が多いが、EU 域外からも 25,000 人の受入れが行われている (アジアは 2018 年時点、他は 2017 年時点)。うち、フィリピン、ベトナム、インドネシアは、トリプルウィンプロジェクトやその前段階のパイロットプロジェクトでの受入れが主となっている。(図 4.4.4)

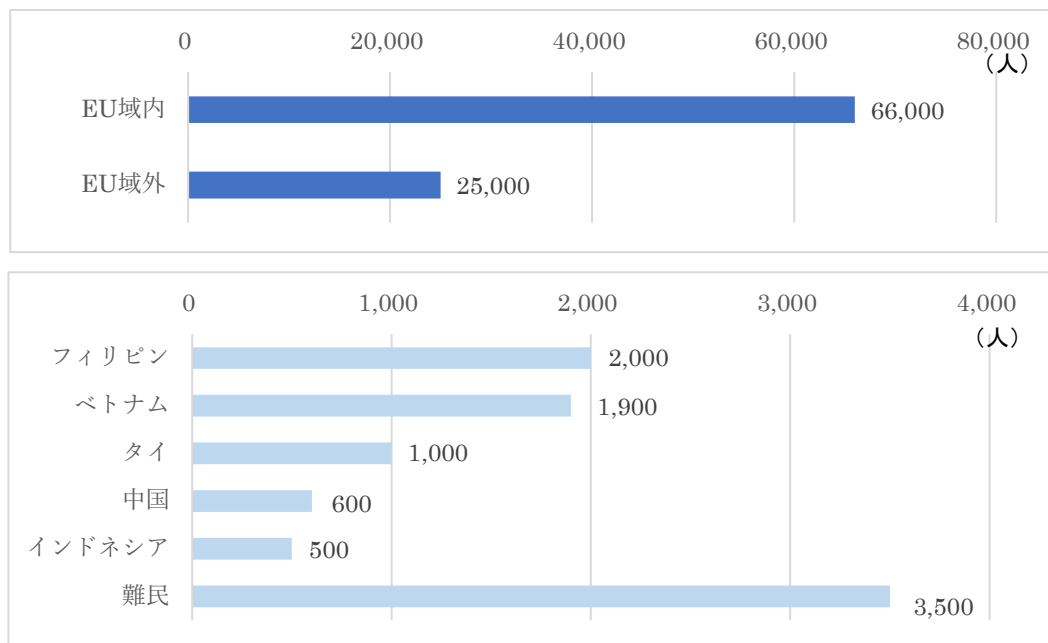


図 4.4.4 : 介護関連人材受入れ状況

(出所) 山本恭介「介護人材の不足、悩むドイツ アジアで募集、日本と競合」(朝日新聞 2019年4月22日)、連邦雇用庁(BA)と連邦保健省(BMG)のデータを基に調査団

注) アジアは2018年時点、他は17年、社会保険料を払っている人数として算出

(2) 給与、処遇など

介護職における主な就職場所は、入所型介護施設や在宅介護事業所などである。介護需要の伸びとともに、養老施設も増加、海外からの積極的な介護人材の受入れにより、老年介護士数や高齢者ケアを行う看護師数は増加しているものの、需要の高まりには追いついていない状況である。連邦雇用庁(BA)によると、介護専門職への求人に対する失業中求職者数は2018年で100対19であり、2013年の100対38から悪化、求人広告を行ってから雇用までにかかる期間はおおよそ半年とされており、他の職種と比べ長い時間が必要となっている。

労働の諸条件は、ドイツ人と同じである。積極的な外国人介護人材の受入れ施策により、2020年において外国籍の介護専門職者の割合は全体の12%となっており、都市部の施設では移民や移民系ドイツ人が職員の大多数となっている施設もある。¹⁵⁹トリプルウィンプロジェクトで渡独した人材も、管理職に就く等、外国人人材の積極的な登用が行われている。

外国人介護人材にとって、金銭的な負担がなく資格が取得できること、職場での支援や異文化理解のサポート、同国出身者のコミュニティの存在、キャリアアップの可能性などは魅力的な点となっている。また受入れ施設側も総じて、外国人介護人材のスキル面を評価し、受入れ

¹⁵⁹ 吉田恵子「ドイツでの外国からの介護専門職獲得における課題と対策」(地域ケアリング Vol.22 No.1, 2020)

に満足しているものの、手続きや法規の煩雑さや語学力への不安から EU 外から募集を行っているのは、一部の施設にとどまっている状況である¹⁶⁰。

4.5. 台湾

4.5.1. 医療・介護概要

4.5.1.1. 介護制度

(1) 介護制度導入の背景

台湾では2018年に高齢化率が14.05%に達し、高齢社会へ突入した。また、合計特殊出生率は、2020年時点で1.1と日本の1.29を下回る水準である。このように急速な少子高齢化により、長期介護を必要とする人口が増加する一方で、家族による介護機能は低下してきた。台湾では、親を施設に預けるのは親不孝だという固定概念が残り、介護施設の入居費用も高額である。そのため近年では、高齢者の在宅での介護を目的とした外籍看護工と呼ばれるインドネシアやフィリピンからの外国人介護労働者を雇用する家庭が増えてきている。

国の高齢者福祉の制度としては、1980年に「老人福利法」が制定され、1997年に改正されている。2006年には、“国の介護体系を整備拡充し、心身の機能に障害を持つ者が生活の自立性と質を向上させ、尊厳と自主性を維持できるよう適切なサービスを保証すること”を基本目標とする「長期介護十年計画 1.0」が策定され、税財源による介護制度が2007年から実施された。しかし、この計画に基づくサービス提供を行う中で、税金のみで介護にかかる費用を賄うことが難しいことが指摘されるようになった。また、提供しているサービスの対象範囲の拡大が必要なこと、介護人材の不足など改善すべき点も指摘されていた¹⁶¹。

そのような中、まずは介護サービス全体の枠組みの整備が必要とのことで、介護提供システムの統合化を目指した「長期介護サービス法」が2015年に公布された。また、2015年6月には、「介護保険法」の法案が立法院（議会）に送られた。しかし、2016年に政権が変わり、税財源で介護サービスを充実させるという民進党の蔡英文総統の方針の下、「長期介護十年計画 1.0」を拡充させた「長期介護十年計画 2.0」が2016年に策定、2017年1月より実施されている¹⁶²。

(2) 介護制度の概要

台湾の高齢者介護制度は、老人福利法や長期介護サービス法の政策プランとしての「長期介護十年計画 2.0」に基づいて実施されている。介護サービスの提供や整備計画は税財源と一部の自己負担にて運営されており、要介護認定やケアプランの作成を行なった上で、若年の障害者を含む対象者に様々な介護サービスを提供している¹⁶³。（表 4.5.1）

¹⁶⁰ 吉田恵子「ドイツでの外国からの介護専門職獲得における課題と対策」（地域ケアリング Vol.22 No.1, 2020）

¹⁶¹ 鳥羽美香「台湾の長期介護十年計画とケアマネジメント」（文京学院大学人間学部研究紀要 2020年 Vol.21）

¹⁶² 小島克久「東アジアにおける介護者支援をめぐる状況—台湾を例に—」（社会保障研 2021年 vol.6）

¹⁶³ 小島克久「アジア諸国の公的医療保険制度・公的介護保険制度について① アジアの公的医療及び介護制度—台湾—」（健保連海外医療保証 2019年 No.124）

表 4.5.1：台湾の介護制度の概要

制度	長期介護十年計画 2.0
財源	税金
運営者	県市政府
対象者	以下のいずれかに該当する者で介護が必要な者 1. 65 歳以上 2. 55~64 歳の原住民族 3. 64 歳までの障害者 4. 50~64 歳の認知症 など
要介護区分	第 1 級（自立）から第 8 級（最も重度）（第 2 級以上が給付対象）
給付内容	施設ケア 居宅ケア 地域ケア 移送サービス・福祉用具・住宅改修
自己負担	所得や利用するサービスに応じて、自己負担割合が 0%~30%で定められている。

（出所）小島克久「アジア諸国の公的医療保険制度・公的介護保険制度について① アジアの公的医療及び介護制度—台湾—」（健保連海外医療保証 2019 年 No.124）を基に調査団作成

また、「長期介護十年計画 2.0」には、地域（市区町村）の介護サービスの種類と量を増加させ、介護事業者間の連携を強化するために、「地域包括ケアモデルの構想」が盛り込まれている。地域内の介護サービス事業所は、機能別に A 型、B 型、C 型に分類され、連携を行う。A 型の介護事業所は地域で中心的な介護事業所として、介護サービス利用計画の作成や介護関係者の会議などの運営、居宅ケア、地域ケアといった複数の介護サービス提供を行う。B 型は日本の介護保険指定事業所に相当するような介護サービス事業所で、介護サービスの提供以外に A 型の介護事業所への協力と C 型の介護事業所への支援を行う。C 型の介護事業所は、介護予防、レスパイトケア、配食サービスなどを提供するより身近な介護拠点として位置付けられており、元気な高齢者の居場所としての役割も担う。A 型、B 型、C 型の介護事業所として指定を受けると、補助金を受け取ることができる。（表 4.5.2）

表 4.5.2：地域包括ケアモデル構想

地域包括ケアモデル	<p>目的：地域（市区町村レベルの範囲）での介護サービスの量と種類を増やし、介護事業者間の連携を図ること</p> <p>特徴：地域内の介護事業所を A,B,C 型に指定し、A 型を頂点としたピラミッド型のネットワークを構築</p> <p>A 型（旗艦店型）：ケアマネジメント、介護関係者の会議の運営など</p> <p>B 型（専門店型）：専門的な介護サービス</p> <p>C 型（街角型）：介護予防、レスパイトケア、配食サービスなど身近なサービス</p> <p>※A,B,C 型の指定は、事業者の申請を受けた審査結果に基づき、義務ではない。</p>
-----------	---

出所）小島克久「アジア諸国の公的医療保険制度・公的介護保険制度について① アジアの公的医療及び介護制度—台湾—」（健保連海外医療保証 2019 年 No.124）を基に調査団作成

(3) 介護サービス内容

長期介護十年計画 2.0 で提供される介護サービスは、施設ケア（長期入所サービス）、居宅ケア（訪問介護、訪問看護等）、地域（通所）ケア（デイサービス、レスパイトケア、配食サービス、小規模多機能、家族介護者支援）などがある。その他、移送サービス、福祉用具（レンタル・購入）・住宅改修への補助もある。地域ケアには、家族介護者支援も含まれ、介護に関する各種相談や家族への介護技術講習などが提供される。介護サービスを利用する際には、収入及び介護サービスの種類に基づき、0~30%の自己負担額を支払う。（表 4.5.3）

また、長期介護十年計画 2.0 の枠組み外の公的支援として、重度の要介護高齢者を同居の家族が介護している低所得世帯に対する、月 5000 台湾元（約 2 万円）の現金給付や税制手当がある。（表 4.5.4）

表 4.5.3：台湾の長期介護十年計画 2.0 で提供される介護サービスとその費用

区分	サービス名	自己負担割合費用
施設ケア	長期入所サービス	重度で低所得者の場合：0% (その他条件を満たす者へは、施設利用額の補助のみ)
居宅ケア	訪問介護サービス 訪問看護サービス 訪問リハビリテーションサービス	低所得者（生活保護対象者相当）：0% 中低所得者（その他の低所得者）：5% 一般（低所得者以外の者）：16%
地域ケア	デイサービス	
	レスパイトケア	
	配食サービス	
	小規模多機能	
	家族介護者支援	
その他	移送サービス	低所得者（生活保護対象者相当）：0% 中低所得者（その他の低所得者）：7~10% 一般（低所得者以外の者）：21~30%
	福祉用具（レンタル・購入）・住宅改修	低所得者（生活保護対象者相当）：0% 中低所得者（その他の低所得者）：10% 一般（低所得者以外の者）：30%

出所) 小島克久「アジア諸国の公的医療保険制度・公的介護保険制度について① アジアの公的医療及び介護制度—台湾—」(健保連海外医療保証 2019 年 No.124) を基に調査団作成

表 4.5.4：台湾の長期介護十年計画 2.0 外で提供されるその他手当とその費用

	サービス名	内容
その他 手当	家族介護手当	月 5,000 台湾元（約 2 万円）の給付 ※給付条件あり

外国人介護労働者を雇用している場合に、雇用主への手当	一部の介護サービスに限り利用限度額の30%まで利用可
税制手当 (2019年に制度化)	高齢の配偶者や親の会議費用として年間12万台湾元(約45万円)を所得から控除する制度

出所) 小島克久「アジア諸国の公的医療保険制度・公的介護保険制度について① アジアの公的医療及び介護制度—台湾—」(健保連海外医療保証2019年 No.124)を基に調査団作成

(4) 介護制度受給者

対象者は1.65歳以上、2.55~64歳の原住民族、3.64歳までの障害者、4.50~64歳の認知症となっている。また、給付にあたっては、台北などの直轄市や県市政府の「介護管理センター」に要介護認定の申請をする必要がある。申請後は、介護管理センターの照顧管理専員(ケアマネジャー)が要介護認定の基準であるADLsやIADLsなどの喪失度に基づき、自立の第1級から最重度の第8級までの8段階に設定する。介護度の認定の際には、ケアプランが作成され、利用可能な介護サービスの種類や量が定められている。さらにA型の介護事業所では、そのケアプランに応じて具体的な介護サービスの利用スケジュールが作成される。

長期介護十年計画2.0が開始された2017年以降の介護サービスの提供状況の推移を見ると図4.5.1に示す通り、居宅ケアの利用者数は2017年の約5.6万人から2021年の約26万人と5倍近くまで増加している。またデイサービスや配食サービスも居宅ケアほどではないが、利用者数は2017年から2021年までに2倍近く増加している。移送サービスを見ると2020年の約3万人から2021年の14.4万人と1年間で飛躍的に増加している。一方施設ケアの利用者状況を見ると2017年時点で約4.8万人から2021年の5.2万人とわずか8%の増加となっている。これらより、長期介護十年計画2.0では居宅や地域ケアの普及が重視され、それが実現されてきたことがわかる¹⁶⁴。(図4.5.1)

¹⁶⁴ 台湾衛生福利部ウェブサイト <https://dep.mohw.gov.tw/dos/cp-5223-62358-113.html> (2022年8月22日アクセス)

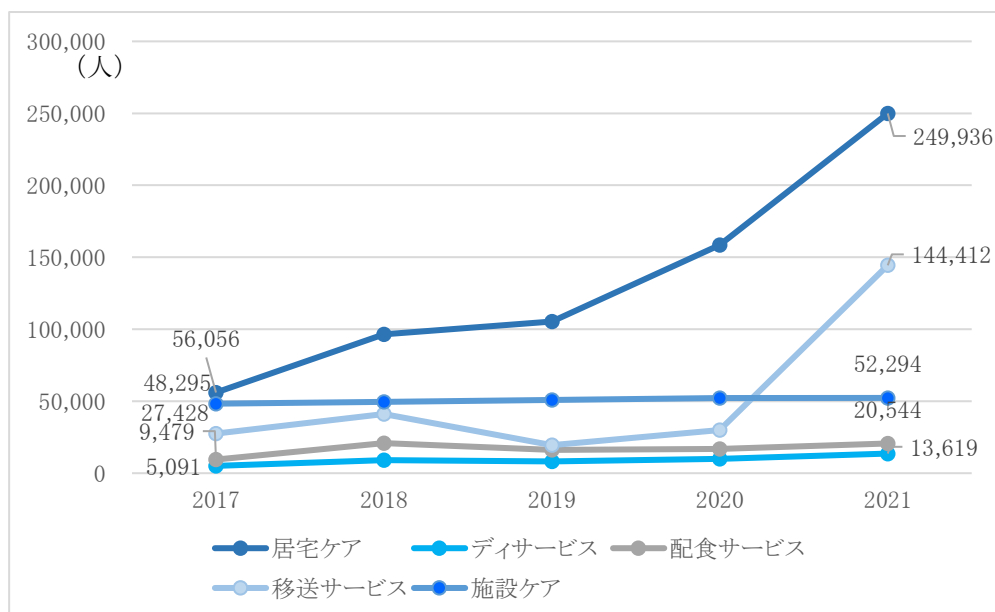


図 4.5.1 : 各介護サービスの利用者数の推移 (2021 年)

(出所) 台湾衛生福利部ウェブサイト <https://dep.mohw.gov.tw/dos/cp-5223-62358-113.html> (2022 年 8 月 22 日アクセス) を基に調査団作成

また、介護度別で訪問介護、ディサービス、配食サービス、送迎サービスの利用者数を見ると、訪問介護の利用者のうち、人数が一番多いのは第 4 級、次に第 3 級、第 2 級と続き、介護度が比較的軽い者の利用が多い。ディサービスの利用者を見ると、第 4 級の人数が多く、次に第 5 級、第 6 級と続き、介護度が中程度の者の利用が多いことが分かる。(表 4.5.5 : 2021 年介護度ごと、利用サービスごとの人数)

表 4.5.5 : 2021 年介護度ごと、利用サービスごとの人数

	訪問介護	ディサービス	配食サービス	送迎サービス
第 2 級	42,662(17.1%)	2,199(9.6%)	5,709(27.8%)	3,288(2.3%)
第 3 級	44,567(17.8%)	3,635(15.8%)	3,886(18.9%)	4,248(2.9%)
第 4 級	49,978(20.0%)	5,132(22.4%)	4,570(22.2%)	33,852(23.4%)
第 5 級	39,113(15.6%)	4,793(20.9%)	2,733(13.3%)	28,711(19.9%)
第 6 級	25,189(10.1%)	4,926(21.5%)	1,437(7.0%)	20,468(14.2%)
第 7 級	23,673(9.5%)	1,577(6.9%)	1,275(6.2%)	24,230(16.8%)
第 8 級	24,754(9.9%)	697(3.0%)	934(4.5%)	29,615(20.5%)
合計	249,936	22,959	20,544	144,412

(出所) 台湾衛生福利部ウェブサイト <https://dep.mohw.gov.tw/dos/cp-5223-62358-113.html> (2022 年 8 月 22 日アクセス) を基に調査団作成

また、家族介護手当の受給者は2021年時点でわずか7,640名、支給総額は3,823万円（約1億7000万円）であった¹⁶⁵。

台湾衛生福利部の推定では、2017年の台湾の要介護高齢者数は約90.6万人とされている。介護制度や介護資源が構築されている中ではあるが、介護需要を持つ家庭の多くは、要介護認定を受けず、家族や住み込みの外国人介護労働者の雇用によって対応している状況である¹⁶⁶。

4.5.1.2. 介護資源

(1) 介護サービス事業者

台湾の介護資源には、施設ケア、居宅ケア、地域ケアがある。表4.5.6で示す通り、施設ケアを提供する施設には長期介護施設（長期照護型機構）、養護型施設（養護型機構）、認知症ケア施設（失智照顧型機構）、有料老人施設（安養機構）があるが、施設数、定員数を見ると養護型施設が約9割を占めている。図4.5.2で施設全体の数、定員を見ると2021年時点で1081施設、定員は61,532名であり、2015年からの推移を見ると、施設数は2017年をピークに、定員数は2018年をピークにやや増加したが、その後はやや減少していることが分かる。

表 4.5.6：台湾の介護施設の種類の施設数・定員

高齢者介護施設の種類の	施設数	定員
長期介護施設	43 (4.0%)	2,355 (3.8%)
養護型施設	1,017 (94.1%)	54,958 (89.3%)
認知症ケア施設	2 (0.2%)	138 (0.2%)
有料老人施設	19 (1.8%)	4,081 (6.6%)
計	1,081	61,532

(出所) 台湾衛生福利部ウェブサイト <https://dep.mohw.gov.tw/dos/cp-5223-62358-113.html> (2022年8月22日アクセスを基に調査団作成)

¹⁶⁵ 台湾衛生福利部ウェブサイト <https://dep.mohw.gov.tw/dos/cp-5223-62358-113.html> (2022年8月22日アクセス)

¹⁶⁶ 鄭安君「台湾における外国人労働者増加の背景」(宇都宮大学国際学部研究論集, 2018年第46号)

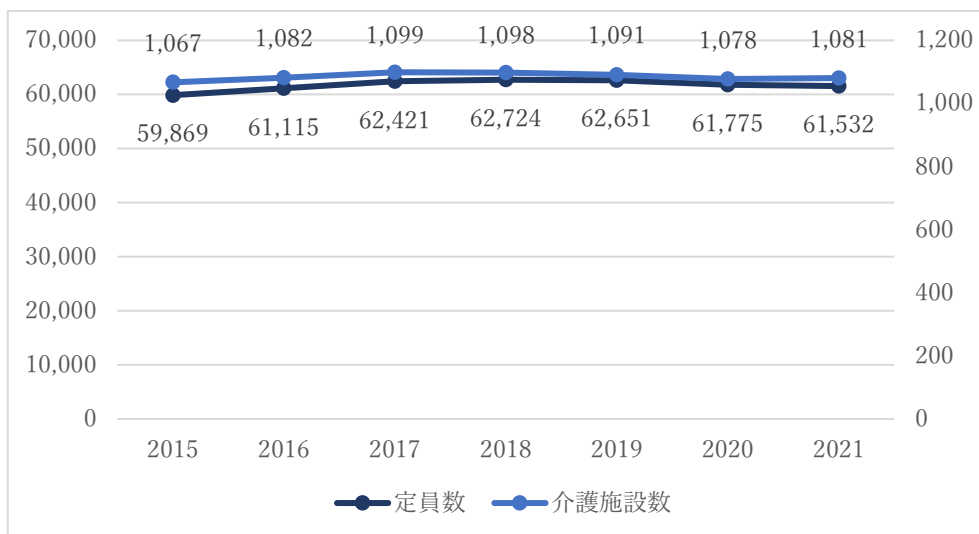


図 4.5.2 : 2015 年から 2021 年の高齢者施設の数と定員数の推移

(出所) 台湾衛生福利部ウェブサイト <https://dep.mohw.gov.tw/dos/cp-5223-62358-113.html> (2022 年 8 月 22 日アクセスを基に調査団作成)

居宅ケアのうち、訪問介護を提供する運営組織は、2017 年時点で 238 ヶ所、地域ケアのうちディサービスを提供する運営組織は 2017 年時点で 259 ヶ所あった。2017 年より実施された「長期介護十年計画 2.0」に盛り込まれた「地域包括ケアモデルの構想」により、地域内の介護サービス事業所は、機能別に A 型、B 型、C 型に分類されるようになった。表 4.5.7 で示す通り、2018 年の時点で A 型が 212 ヶ所、B 型が 731 ヶ所、C 型が 597 ヶ所設置されているが、これらの介護事業所は政府及び民間企業が 2026 年までの設置目標数を設けている。A 型の介護事業所は原則として郷鎮市単位ごとに 1 ヶ所を設置するとして、469 ヶ所設置する、B 型の介護事業所は原則として中学校通学区域範囲ごとに 1 ヶ所設置するとして、829 ヶ所設置する、C 月の介護事業所は原則として 3 つの村里区域範囲ごとに 1 ヶ所を設置するとして、2,529 ヶ所の設置を目指している¹⁶⁷。

表 4.5.7 : 介護事業所の設置数と設置目標数 (2018)

介護事業所の種類	2018 年 (設置数)	2026 年 (設置目標数)
A 型 (旗艦店型)	212	469
B 型 (専門店型)	731	829
C 型 (街角型)	597	2,529

出所) 鄭安君「台湾における外国人労働者増加の背景」(宇都宮大学国際学部研究論集, 2018 年第 46 号), 台湾衛生福利部統計「介護統計」を基に調査団作成

(1) 介護従事者数

¹⁶⁷ 莊秀美「台湾における地域包括ケアシステム構築に向けた課題分析」(西日本社会学会年報 2018 年 No.16)

台湾での介護士また、介護士丙級免許の取得者は 2004 ～ 2017 年末まで累計 40,706 人で、介護講座修了者は 2003 ～ 2017 年末に累計 12 万人近くがいるが、実際に介護市場で働いている台湾人は約 4.2 万人と言われている¹⁶⁸。また、2022 年時点での看護資格者の総数は約 31 万人だが、そのうち 60%の 18 万人のみが就業している状況である¹⁶⁹。

居宅ケアにおける介護従事者数は、2019 年時点で約 2.1 万人であった。そのうち、居家服務督導員と呼ばれる居宅ケアスーパーバイザーに相当する人材が全体の 1 割を占めている¹⁷⁰。

(表 4.5.8)

表 4.5.8 : 居宅ケアでの介護提供者

居宅ケアスーパーバイザー (居家服務督導員)	訪問介護士 (居家照顧服務人員)		計
	フルタイム	パートタイム	
2,175 (10.2%)	11,270 (52.8%)	7,861 (36.8%)	21,306

(出所) 台湾衛生福利部統計「介護統計」(2019)を基に調査団作成

表 4.5.9 で示す通り、長期介護ホームやナーシングホーム、有料老人ホームなど高齢者介護を担う施設における介護系人材の人数は、介護士が 9,420 名で全体の 38.1%を占めており、次に外国人介護士が 6,042 名で全体の 24.4%を占める。その次に看護師の約 5 千人、その他専門職者約 2,500 人、ソーシャルワーカー役 1,300 人、と続き合計約 2.5 万人であった。

表 4.5.9 : 施設における介護提供者

看護師	ソーシャルワーカー (社會工作人員)	介護士 (照顧服務員)	外国人介護士 (外籍看護工)	その他専門職者 (服務相關之專業人員)	計
5,559 (22.4%)	1,273 (5.1%)	9,420 (38.1%)	6,042 (24.4%)	2,438 (10%)	24,732

(出所) 台湾衛生福利部統計「介護統計」(2019)を基に調査団作成

台湾における 65 歳以上の高齢者の介護の主な担い手のうち、家族以外の者を見ると、施設と居宅の外国人介護労働者(外籍看護工)が全体の 17.06%、施設の介護職員(機構照顧服務員)が 5.8%、訪問ヘルパー(居家照顧服務員)が 1.02%、台湾国籍の介護職員(本國籍照顧

¹⁶⁸ 鄭安君「台湾における外国人介護労働者増加の背景」(宇都宮大学国際学部研究論集 2018 年 第 46 号)

¹⁶⁹ Taiwan Union of Nurses Association Web サイト <https://www.nurse.org.tw/publicUI/H/H102.aspx> (2022 年 8 月 24 日アクセス)

¹⁷⁰ 台湾衛生福利部統計「介護統計」(2019)

サービス(看護)が0.45%であった¹⁷¹。これらの割合からも分かるように、台湾の介護労働力は家庭で雇用される外国介護労働者に多く依存しており、その数は2009年の約16.4万人から2018年の約24.1万人と1.5倍近く増加している状況である。長期介護十年計画2.0実施による介護サービス対象者の拡大に伴う介護従事者を充実させる具体的な方法は明示されていない状況であり、今後さらなる看護人材不足が予想されている。

4.5.1.3. 介護・看護人材

(1) 専門職制度・教育

台湾における看護師は、1967年から政府機関による「護師」(看護専門学校程度)と「護理師」(大学卒業程度)の資格試験並びに正式免許の発給が始まり、専門職としての地位が確立した。「護師」は、高校卒業後2年制の看護専門学校を卒業、もしくは中学校卒業後5年間の看護専門学校を卒業することで資格試験を受けることができる。また、「護理師」は、大学の看護学部または4年制の技術学院の看護コースを卒業することで資格試験を受けることができる。看護専門学校の卒業者はその後2年制の技術学院に通うことでも「護理師」の資格試験を受けることができる。(表4.5.10)看護の大学は12校、看護専門学校は30校ある¹⁷²。また、看護師の免許の更新には、6年毎に継続のための講習を受ける必要がある¹⁷³。

表 4.5.10：台湾における看護教育体制の概要

大学院博士課程		
大学院修士課程		
大学看護学部(学科)または技術学院(4年生)看護コース	技術学院(2年制)看護コース	
	看護専門学校(2年制)	看護専門学校(5年制)
高校		
中学		

出所) 宮崎聖子「グローバル化のもとでの台湾における看護教育と看護師」(国際ジェンダー学会誌2010年)を基に調査団作成

次に、台湾の介護職における専門職制度や教育制度だが、2007年に交付された「老人福利サービス専門人員資格及訓練辦法」(高齢者福祉サービス従事者の資格及び訓練に関する規定)によって、介護に携われる台湾人の介護従事者を①介護訓練講習会の修了証明書を有する者、②「照顧服務員技術士證照試験(丙級のみ/以下、介護士丙級免許)」を有する者、③高校以上の学校の看護科または介護科を卒業した者、④認知症高齢者施設で働く場合は、認知症に関する訓練受講証明がなければならないと規定されるようになった。

¹⁷¹ 台湾衛生福利部「106年老人状況調査報告」2017年1

¹⁷² 宮崎聖子「グローバル化のもとでの台湾における看護教育と看護師」(国際ジェンダー学会誌2010年)

¹⁷³ 中華民国護理師護士公会全国連合会(2022年)

また、介護士丙級免許の受験資格は①16歳以上、②介護訓練講習会の修了証明書を有する者、あるいは関係学科に所属し、介護関連課程の単位取得及び40時間の介護実習に参加することである。照顧服務員技術士證照試験の受験に合格する者は、キャリアアップや処遇の改善につながると言われている¹⁶⁶。

2007年に県や市に設置された長期照顧管理中心（長期介護管理センター）には、照顧管理専員（ケアマネジャー）が在籍し、要介護度の認定を行うが、ケアマネジャーになるには、ソーシャルワーカー、看護師、理学療法士、作業療法士、医師、薬剤師、栄養士等の資格を保有しているか、または公衆衛生学の修士課程を修了後2年以上の介護関連領域での実務経験があることが前提となる¹⁷⁴。また、高齢者介護関連の大学課程を修了し、4年以上の実務経験がある者も該当する¹⁷⁵。

（2）処遇、給与水準

24時間家庭または病院付き添い（住み込み）の形で働く台湾人介護従事者の賃金は63,000~84,000円（約28万円~38万円）だが、介護施設で8~12時間働く場合は労働時間、資格または勤続年数にもよるが25,000~35,000円（約11万円~16万円）である。台湾人の介護従事者の賃金は他職業と比較した場合もかなり安価であり、かつ介護職の社会的地位は低く見られがちである。その背景として、台湾社会において外国人介護従事者が広く広まっており、介護労働は、賃金の安い外国人労働者の仕事という社会的認識が強く、介護職の専門性も低く見られているという実情がある。

2018年には、台湾政府は、在宅介護の専門性の向上並び賃金の引き上げのため、元々時間計算だった在宅介護の費用を項目計算に変更した。また、在宅介護者の最低賃金を、月給の場合32,000円以上（約14万円）、時給の場合は1時間200円（約900円）以上、要介護者宅間での移動時間も労働時間として計算し、1時間140円以上（約600円）と定め、各地方自治体に通達している。

4.5.2. 外国人材の受入れ

4.5.2.1. 外国人材受入れの概要

（1）外国人労働者受入れの沿革

台湾の外国人の受入れは、1980年代末に建設業や製造業で働く不法就労外国人の増加により、外国人の労働問題が顕在化したことから整備が開始された。1989年に公共事業における建設労働分野への受入れを皮切りに、雇用認可対象分野は繊維産業や電器産業へ拡大した。1992年に就業服務法が施行され、外国人労働者の受入れが本格的に制度化された。就業服務法については、滞在期間の最長12年までの延長など、一部改訂があるものの、リクルートシ

¹⁷⁴ 西下彰俊「台湾における2つの長期介護プランの展開—外国人介護労働者の過酷労働及び高齢者虐待との関連で—」（現代法学 = Tokyo Keizai Law Review 36, 2019年2月）

¹⁷⁵ 台湾衛生福利部「各县政府照顧管理人員資格条件一覧表」（2022年）

システムや「定住・永住を目的としない受け入れ」などは今日も維持されており、台湾における外国人労働者受け入れ制度の基盤となっている。(表 4.5.11)

表 4.5.11：外国人労働者受入れの沿革

<p>◆ 1970 年代後半から 80 年代</p> <ul style="list-style-type: none"> 高度経済成長期において、非専門職・非熟練労働分野における外国人労働者が滞在していたにもかかわらず、正式な雇用が認められていなかった 1980 年代半ばになって不法就労外国人の増加というかたちで外国人労働者問題が顕在化。10 万人以上が不法滞在していたと言われる。多くはインドネシア、フィリピン、タイ、マレーシアといった東南アジア諸国から「観光ビザ」で入国し、主に建設業や製造業といった労働力不足が深刻化する産業分野で雇用されていた <p>◆ 1980 年代末から 1990 年代</p> <ul style="list-style-type: none"> 1989 年 10 月、行政院勞工委員会 (Council of Labour Affairs) は、公共事業における建設労働者不足の深刻化から、14 の公共事業における建設労働分野への外国人労働者の就労を許可 1991 年に外国人労働者の雇用認可対象分野が繊維産業や電機産業といった製造業に拡大 1992 年 5 月に、外国人労働者雇用およびその手続きに関する規定を定めた「就業服務法」(Employment Service Act) が施行。台湾における外国人労働者の受入れが本格的に制度化

(出所) 中川雅貴「台湾における外国人受け入れの動向と影響」2020 年から調査団作成

(2) 外国人労働者受入れ施策

外国人の労働を制度化した、就業服務法の概要を表 4.5.12 に示す。介護業務は雇用許可対象分野である。外国人労働者の雇用は、労働力不足が深刻な状態であることが認められて許可されるものであり、台湾経済にとって負の影響があると判断された場合には即時の受入れ停止が行われる。雇用主や就労業務内容の変更は認められておらず、家族帯同も許可されていない。

表 4.5.12：就業服務法概要

<p>【雇用認可対象分野】</p> <ol style="list-style-type: none"> ① 専門的・技術的業務に従事する者 ② 台湾当局認可の下、華僑もしくは外国人によって投資・設立された事業の経営者 ③ 大学等の教員 ④ 外国語教師 ⑤ スポーツ監督、スポーツ選手 ⑥ 宗教、芸術及び演芸に従事する者 ⑦ 商船、業務船及びその他行政院交通部の許可を受けた船舶の船員 ⑧ 海洋漁業に従事する者 (漁船の船員) ⑨ 家政婦 (家事サービス労働者) ⑩ 台湾当局の重要建設プロジェクト、または経済発展の必要性に鑑み、中央主管機関 (行政院勞工委員会) が指定した業務に従事する者

※現在、具体的には製造業務、建設業務、介護業務等が指定されている。

⑪その他、業務の特殊な性質により地域において人材が欠乏し、業務上確実に外国人労働者の就労が必要と認められ、かつ中央主管機

【雇用条件】

- ・ 外国人労働者は、国内労働力供給を補完する目的においてのみ受け入れ、この原則を担保するために、就労部門・職種ごとの割り当て上限数を厳格に定めるとともに、個別の事業体にたいしては、全雇用者数の30%の規模を超えない範囲での外国人労働者の雇用を認可する
- ・ 外国人労働者の雇用認可を求める雇用主は、当該部門および職種において労働力不足が発生し、事業を維持・拡大および効率化するうえでの深刻な障害になっているという事実を当局にたいして明確に示す必要がある
- ・ 外国人労働者の最低賃金水準は、当局によって決定および監視される
- ・ 外国人労働者の雇用により台湾経済の産業構造高度化が遅延および阻害されていると判断された場合には、外国人労働者の受入れを直ちに停止する

【滞在条件】

- ・ 雇用主および就労業務内容の変更は、原則として認められない
- ・ 外国人労働者は合計12年まで台湾での労働が可能
- ・ 外国人労働者が本国から家族を呼び寄せることはできない

(出所) 国立社会保障・人口問題研究所 台湾における外国人受け入れの動向と影響 中川雅貴、労働政策研究・研修機構 (JILPT) 「外国人労働者受入後の管理の仕組みと実際」国際ワークショップ「アジアにおける人の移動と労働市場(2007年)」報告書、Workforce Development Agency, Ministry of Labor "Work Qualifications and Rules for Foreign Workers" などから調査団作成

外国人労働者の在留期間は合計12年以内とするが、2022年の「移工留材久用方案」により、条件を満たす外国人材は在留期間の制限が撤廃となった。背景には、台湾国内の人材不足、定着率の低下、そして日本とシンガポールなどとの人材競争などが挙げられている¹⁷⁶。

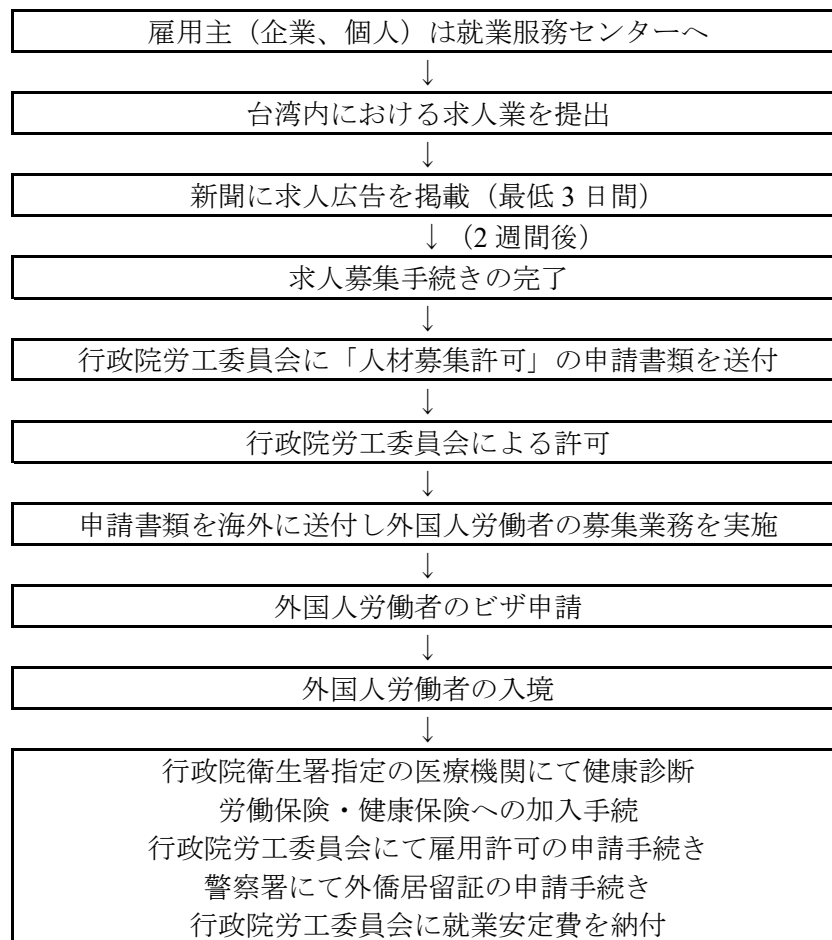
表 4.5.13 : 移工留材久用方案概要

- 受入時の年齢：16歳以上、家庭内介護などは20歳以上
- 在留期間：12年以内。
- 2022年公布の「移工留材久用方案」により、以下の要件がクリアしている外国人材は、在留期間の制限がなくなる
 - ・ 適用対象：台湾で勤務年数が6年以上、あるいは台湾で高等教育を受け、副学士以上の学位を取得する者
 - ・ 業種範囲：産業職種、介護・看護など
 - ・ 雇用主資格：現雇用主資格と同様
 - ・ 提供対象外国人資格：
 - ① 給与要件：
 - ・ 産業職種：毎月基本給与3.3万元、あるいは年俸50万元以上
 - ・ 看護、介護職：施設勤務の場合は基本給与2.9万元/月以上、家庭内の場合は2.4万元/月以上
 - ② 技術要件：

¹⁷⁶ 内政衛福勞動處、「移工留才久用方案」

- ・ 産業職種：労働部認定専門ライセンスや訓練プログラムや技術認定などのいずれの資格をもつもの
- ・ 看護、介護職：言語レベル TOCFL 会話基礎級の取得、ならびに台湾政府が指定する介護訓練プログラム 20 時間を受けたもの

雇用の流れは、まず台湾内にて求人募集を行う。台湾国籍の人材を採用できなかった場合に、行政院労工委員会に「人材募集許可」を申請、許可が下りたのちに、はじめて外国人労働者の募集となる¹⁷⁷。



雇用は、一般的に民間の仲介業者が担当することが多いが、台湾労働部も直接雇用連合服務中心という部門を立ち上げており、採用を支援している¹⁷⁸。

仲介業者

- ・ 許認可制。運営にあたり労働部からライセンスの発行が必要
- ・ ライセンスは 2 年更新で、毎年労働部により、法律順守状況についての監査が行われる

¹⁷⁷ 行政院労工委員会職業訓練局 外国人労働者雇用管理法令

¹⁷⁸ 労働政策研究・研修機構「アジアにおける外国人労働者受入れ制度と実態」2007 年

- ・ サービス内容は、雇用主に対し遵守すべき法律の確認、外国人介護労働者の入国申請手続きの代行を実施。外国人労働者に対し入国後のサポートを行う
- ・ 仲介料も労働部により規定されており、雇用主に対し①紹介料（外国人材給料の1ヶ月分以内）、②サービス料（年に2,000元まで）外国人材に対し、1年目に1,800元/月まで、2年目に1,700元/月まで、3年目に1,500元/月までとされている

直接雇用連合サービス中心

- ・ 仲介業者を介せず、直接、外国人材の採用が可能
- ・ 申請手続きの案内やサポート、外国人材とのマッチングを実施

(3) 外国人労働者受入れの状況

外国人労働者の受入れは、2000年以降、大幅に増加しており、COVID-19の影響が及ぶ前の2020年では709,123人となっている。2021年の受入れ人数は669,992人で、内訳はインドネシア237,168人、ベトナム234,054人、フィリピン141,808人、タイ56,954人で、この4か国で99%以上である¹⁷⁹。(図4.5.3)

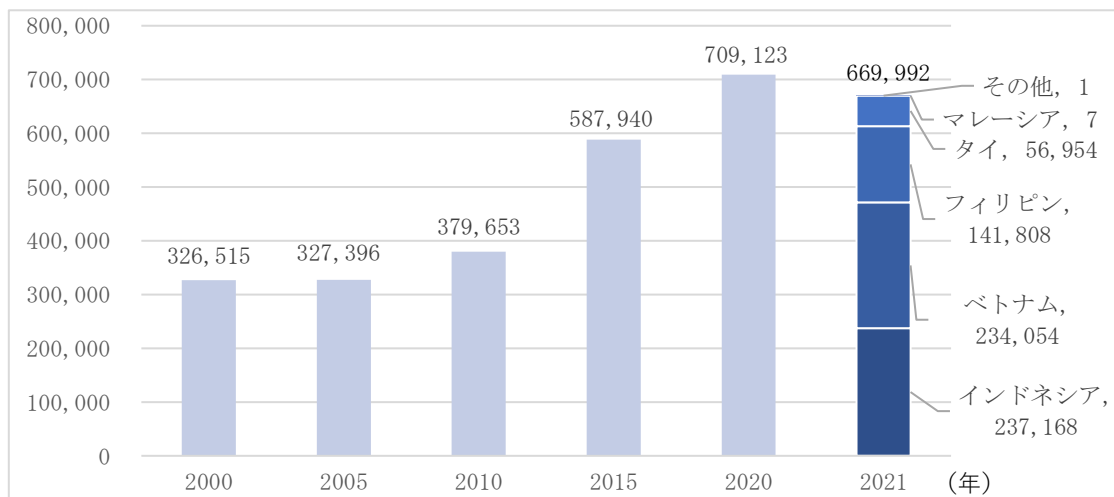


図 4.5.3 : 外国人受入れ数推移 (2000年~2021年)

(出所) 台湾労働統計検索サイト https://statfy.mol.gov.tw/statistic_DB.aspx (2022年7月14日アクセス) を基に調査団作成

4.5.2.2. 介護人材受入れの制度概要

(1) 背景

台湾における介護人材受入れの背景の一つとして、女性の社会進出がある。1992年に制定された就業服務法には産業の活性化のために、労働者の不足しているセクターに外国人労働者を登用する直接的なアプローチと、育児・介護など家事労働全般を担っている女性の負担を軽減し、就業を促進するために外国人家事・介護労働者を導入するという、間接的なアプローチ

¹⁷⁹ 台湾労働統計検索サイト https://statfy.mol.gov.tw/statistic_DB.aspx (2022年7月14日アクセス)

が盛り込まれており、家政婦や介護業務従事者が雇用許可対象職種として指定されているのもこのためである¹⁸⁰。

人材の受入れにおいては、台湾からの直接投資が多いタイ、フィリピン、インドネシア、ベトナムなどの国と協定を締結し、家政婦や介護人材もそれらの国からの受入れが多くなっている。これららの国との協定の他に、歴史的な背景も考察される。台湾においてインドネシア人コミュニティは最も大きなコミュニティの一つとなっているが、台湾では国際結婚が比較的盛んであり、特に中華系インドネシア人女性は、台湾人男性等との結婚を通じての移民が多かった。家事育児、介護といった、女性が主に負担している業務において、家庭内あるいは地域コミュニティ内においてインドネシアにルーツを持つ女性が多かったことが、現在においてインドネシアからの労働移民が多いことの一つの要因と推測される¹⁸¹。

(2) 介護人材受入れ条件とルート

介護に従事する外国人材の受入れは「家庭内住み込み」、「介護施設」、「訪問介護」の3種類がある。

種類	雇用	業務内容
家庭看護工 Family nursing	各家庭による個人雇用	家庭内住み込みにて家事や介護に従事
養護機構看護工 Institutional nursing	法人雇用	介護施設における業務
外展看護工 Outreach nursing	法人雇用	要介護者がいる家庭への訪問介護

受入れの側への要件は以下の通りである¹⁸²。

【個人雇用】

- ・ 雇用主の所得水準が一定以上であること
- ・ 在宅被介護者1名につき1名の外国人労働者を雇用することができる

【法人雇用】

- ・ 外国人労働者を雇用することができる施設は次の3つである
 - ① 「中度」以上の要介護者あるいは精神病患者を抱える長期介護施設、養護施設、あるいは療養施設
 - ② 植物状態、認知症、あるいは知的障害を扱う財団法人
 - ③ 高齢者介護施設、慢性病棟を持つ総合病院、病院、または専門医院

¹⁸⁰ 労働政策研究・研修機構（JILPT）「外国人労働者受入れ後の管理の仕組みと実際」国際ワークショップ「アジアにおける人の移動と労働市場(2007年)」報告書

¹⁸¹ 労働政策研究・研修機構（JILPT）「外国人労働者受入れ後の管理の仕組みと実際」国際ワークショップ「アジアにおける人の移動と労働市場(2007年)」報告書小池 誠 徐幼恩「台湾男性との結婚を選択したインドネシア女性結婚と行為主体性に関する人類学的試論」

¹⁸² Workforce Development Agency, Ministry of Labor ウェブサイト <https://www.wda.gov.tw/en/>（2022年7月18日アクセス）

- ・ 中度以上の身体障害者などを収容する長期介護施設や長期養護施設の場合は、収容者 3 名につき 1 名の割合で、慢性病患者などを収容する病院の場合は 5 病床につき 1 名の割合で外国人労働者を雇用することができる。なお、外国人労働者の合計数は、介護関連の業務にあたる台湾人労働者の人数を越えてはならない (1:1 ルール)。

外国人介護人材への入国要件は健康診断と、生活ケアの仕方など一般的な介護を学ぶ 100 時間の訓練の修了である¹⁸³。政府は台湾内にてさらに 90 時間の研修を推奨付けており、介護労働者の質の担保に努めている。しかし台湾での研修は言語や文化習慣の問題も存在し、実施には困難が伴う状況のため、台湾での研修について強制はされていないのが実際である。

言語については、学習達成度のためのテストでの合格基準はなく、入国前の教育時間のみが定められている。インドネシア 24 時間、フィリピン 50 時間、ベトナム 164 時間である。TOCFL によると基礎文法と 500～1000 の基礎語彙を備える入門者レベルの学習時間は 240～720 時間である。入国前の語学力が重要視されていないことがわかる。

雇用が決まった労働者に対しては労働保険と健康保険加入が義務付けられている。基本的に外国人労働者は保険に関して台湾人労働者と同等の権利を有しており、労働保険局の労働保険プログラム (労工保険) に加入することになっている¹⁸⁴。

介護人材が含まれる外国人単純労働者の受入れには 3 つのルートがある。最も一般的なのは①の国内仲介業者と海外仲介業者の連携による受入れである。台湾において、外国人単純労働者はあくまでも「管理の対象」であり、ホワイトカラー層のように積極的な受入れ推進の対象とはなっていない¹⁸⁵。

- ① **国内仲介業者と海外仲介業者の連携による受入れルート**
国内仲介業者に対しては 2007 年から評価制度が導入されており、法的問題があると許可取消しとなる可能性もある
- ② **企業の海外支店が受入れ窓口となるルート**
この場合は仲介にかかるトラブルが比較的避けやすいといわれている。数は少ない
- ③ **労工委員会職業訓練局が窓口となるルート**
2008 年 1 月開始。雇用主は仲介業者を通さず直接雇用することが可能。仲介業者のトラブルがあったために新たにつくられた制度であるが、雇用主にはあまり知られておらず、また手続きも煩雑なため定着していない

4.5.2.3. 介護人材受入れ実態

(1) 介護提供者の状況

65 歳以上要介護者に対する介護の提供は、2018 年時点で、7 割が家族によって行われている。家族以外の場合、その内訳は、外国人家庭内住込み介護人材が 62.7%となっており、家族

¹⁸³ 城本るみ「台湾における外国人介護労働者の雇用」(人文社会論叢. 社会科学篇. 24.) 2010 年

¹⁸⁴ 弘前大学人文学部 城本るみ「台湾における外国人介護労働者の雇用」2010 年

¹⁸⁵ 城本るみ「台湾における外国人介護労働者の雇用」(人文社会論叢. 社会科学篇. 24.) 2010 年

メンバーがケアできない場合の主たる介護者は外国人家庭内住込み介護人材となっていることがわかる。

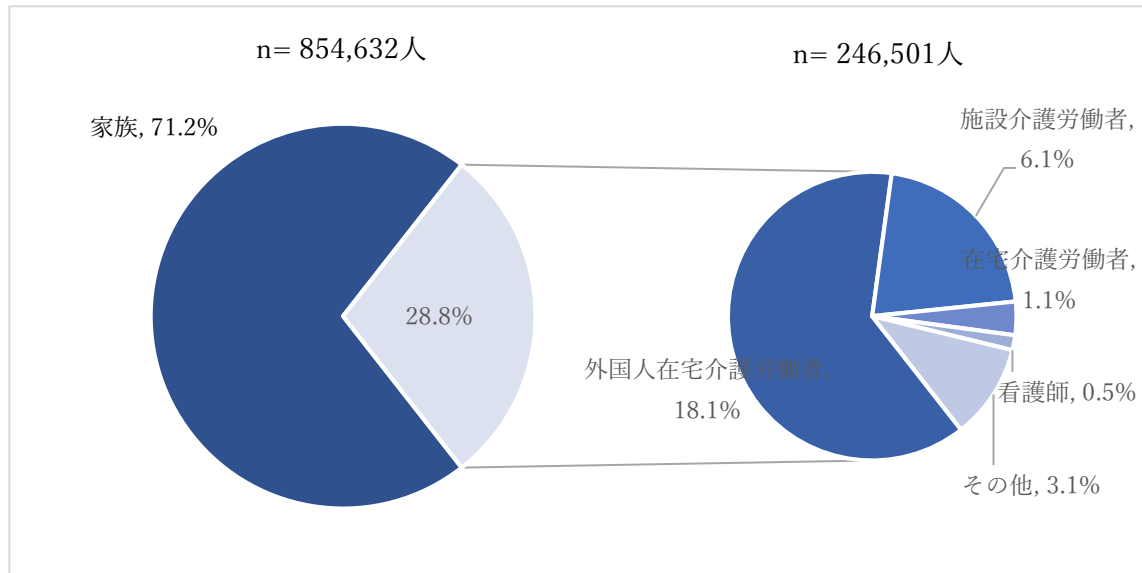


図 4.5.4 : 介護提供者の種類別割合
(出所) 福利衛生部「老人状況調査報告」2017年を基に調査団作成

施設における外国人人材の活用状況であるが、表 4.5.14 に示されるように看護職での活用はほぼなく、図 4.5.5 の通り介護職においては職員の40%が外国人人材である。施設における外国人人材数は職員数の50%を超えてはならないとされているが、職員に占める割合は増加傾向である。

表 4.5.14 : 施設介護に従事する看護職の台湾国籍外国籍別人数推移 (2014~2020年)

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
台湾国籍 (人)	4,532	4,638	4,976	5,209	5,285	5,398	5,399
外国籍 (人)	1	7	1	1	1	1	1

(出所) 行政院統計資料庫 施設介護人材から調査団作成 (2020年)

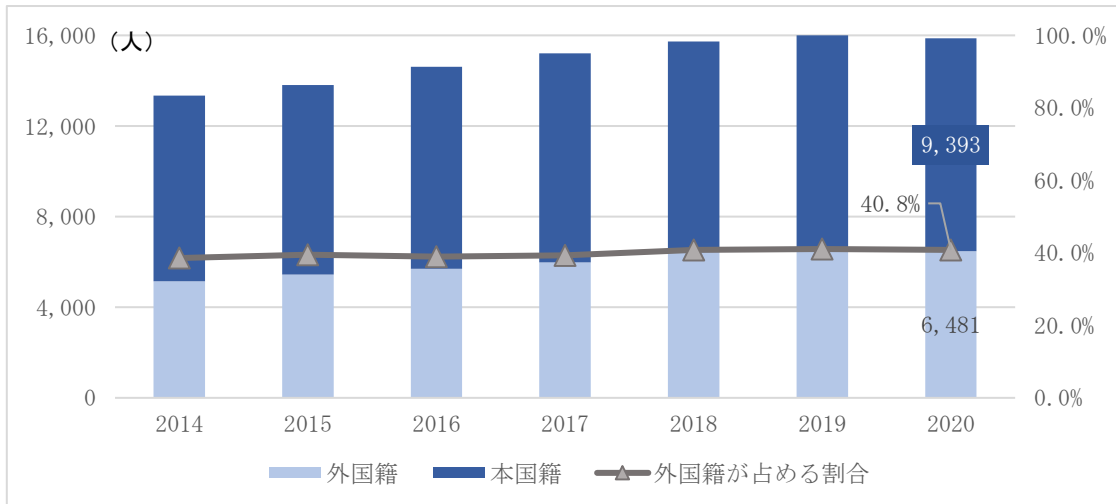


図 4.5.5：施設介護に従事する介護職の本国籍外国籍別人数・割合推移（2014～2020年）
（出所）行政院統計資料庫「施設介護人材」2020年を基に調査団作成

（2）受入れの状況

外国人労働者の産業分野と福祉分野の受入れ人数は、2020年において、それぞれ457,267人と251,856人であり、福祉分野は全体の35.5%を占めている¹⁸⁶。（図 4.5.6）

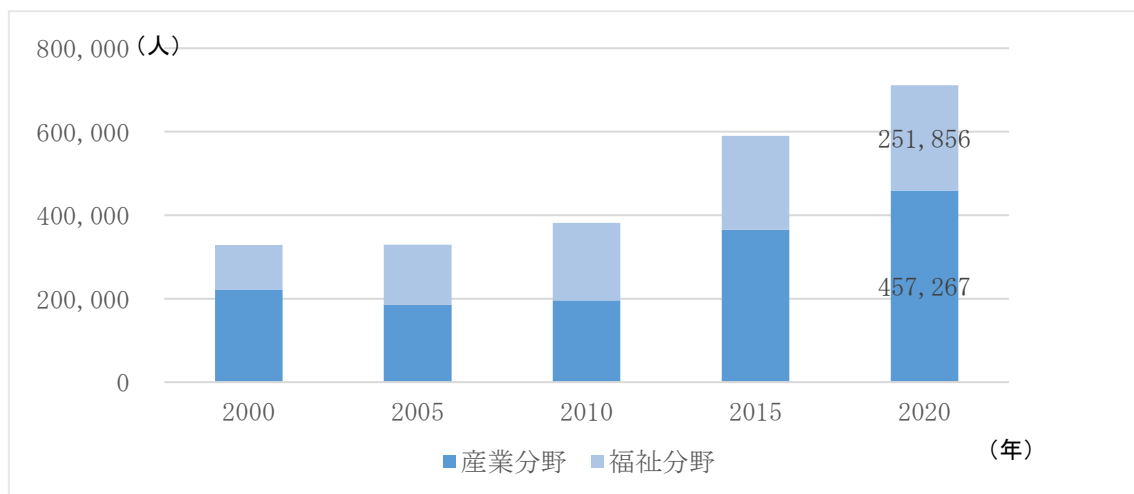


図 4.5.6：産業別外国人労働者従事者数
（出所）台湾労働統計ウェブサイト <https://www.mol.gov.tw/1607/2458/normalnodelist>（2022年7月20日アクセス）を基に調査団作成

台湾における受入れの人数が多いインドネシア、フィリピン、タイ、ベトナムにおいて、産業分野と福祉分野の従事者数推移を示したのが下図である。福祉分野においてはインドネシア

¹⁸⁶ 台湾労働統計ウェブサイト <https://www.mol.gov.tw/1607/2458/normalnodelist>（2022年7月20日アクセス）

からの受入れが 2020 年時点で 192,217 名と著しく多い。ベトナムからも受入者数は多いが、産業分野が主である。フィリピンからの受入れ人数は全体では増加傾向であるが、福祉分野においてはほぼ横ばいの推移である。(図 4.5.7)

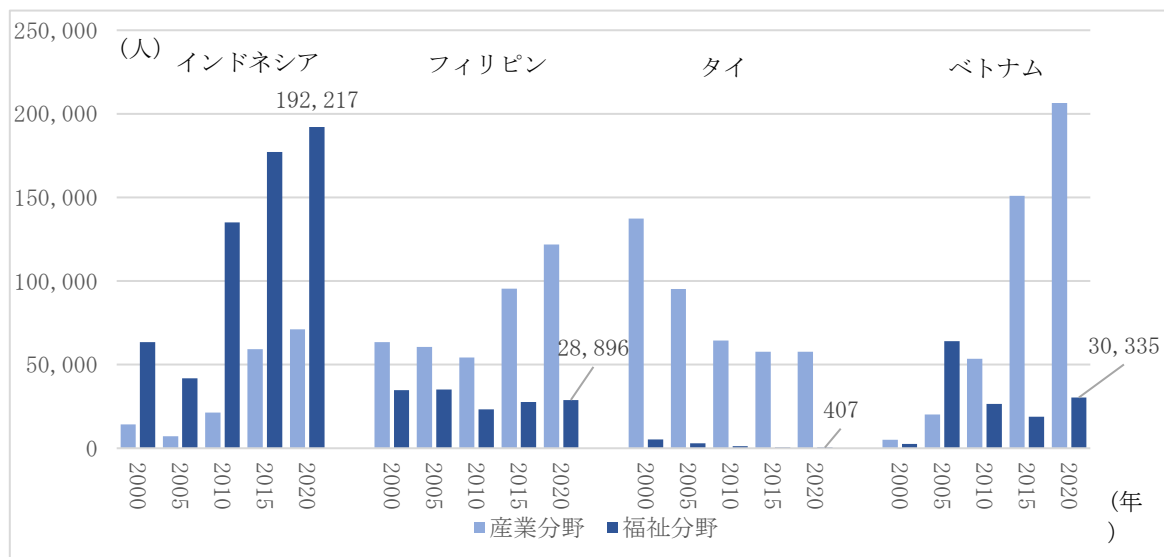


図 4.5.7：外国人労働者の受け入れ状況_産業別・国籍別

(出所) 台湾労働統計ウェブサイト <https://www.mol.gov.tw/1607/2458/normalnodelist> (2022 年 7 月 20 日アクセス) を基に調査団作成

福祉分野の内訳であるが、家政のみと、介護を伴うものに分類され、介護を伴うものが主となっている。勤務場所はほとんどが在宅であり、施設は全体の 1 割以下である。(図 4.5.8・図 4.5.9)

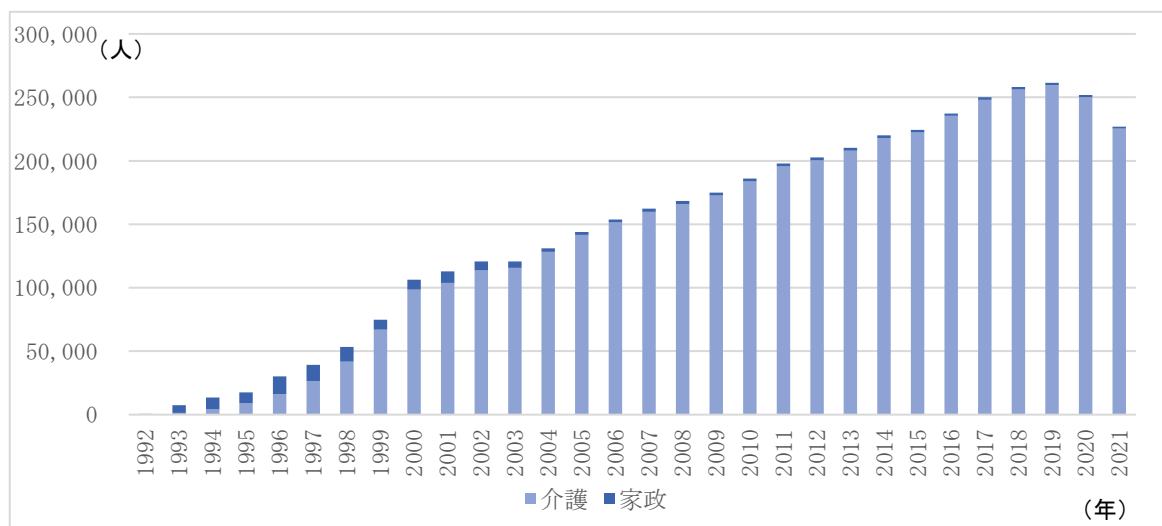


図 4.5.8：福祉分野受入れ状況

(出所) 台湾労働統計ウェブサイト <https://www.mol.gov.tw/1607/2458/normalnodelist> (2022 年 7 月 20 日アクセス) を基に調査団作成

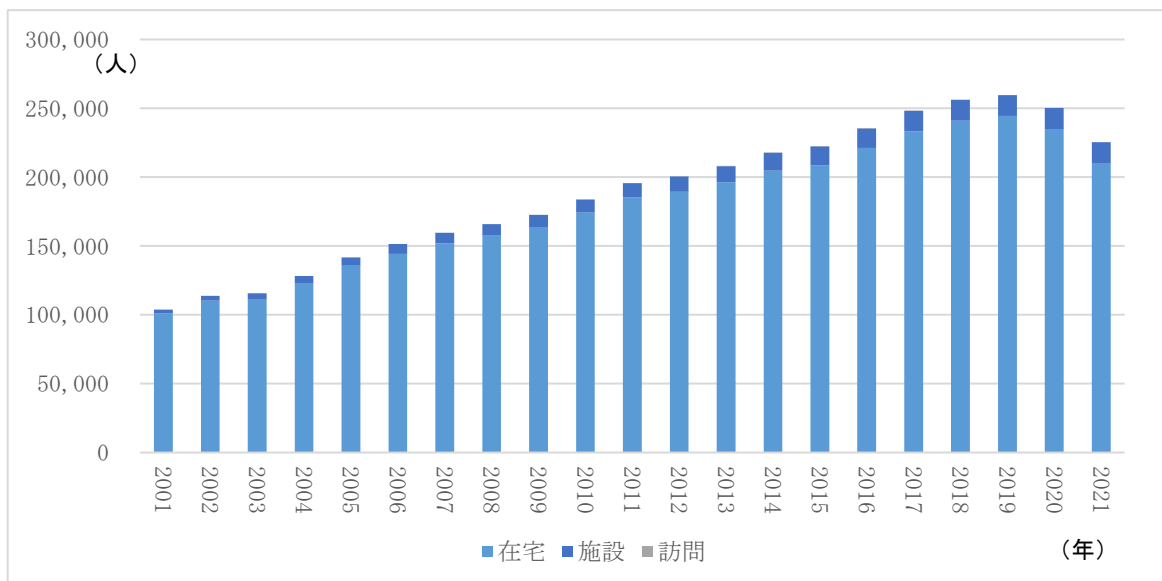


図 4.5.9：福祉分野外国人労働者の勤務場所

(出所) 台湾労働統計ウェブサイト <https://www.mol.gov.tw/1607/2458/normalnodelist> (2022年7月20日アクセス) を基に調査団作成

(3) 外国人住込み介護人材の待遇

台湾労働部により外国人家庭内住込み介護人材の給与は、最低賃金 1.7 万元/月を下限に、雇用主と労働者で協議の上、決めることとなっており、製造業等に適用となる労働基準法の範疇ではない。なお、労働基準法による最低賃金は 2021 年時点で 25,250 元/月である。同じ家庭内住込み介護職であっても、台湾籍介護者の平均給与は、32,000 元/月であり、待遇の差が課題となっている。

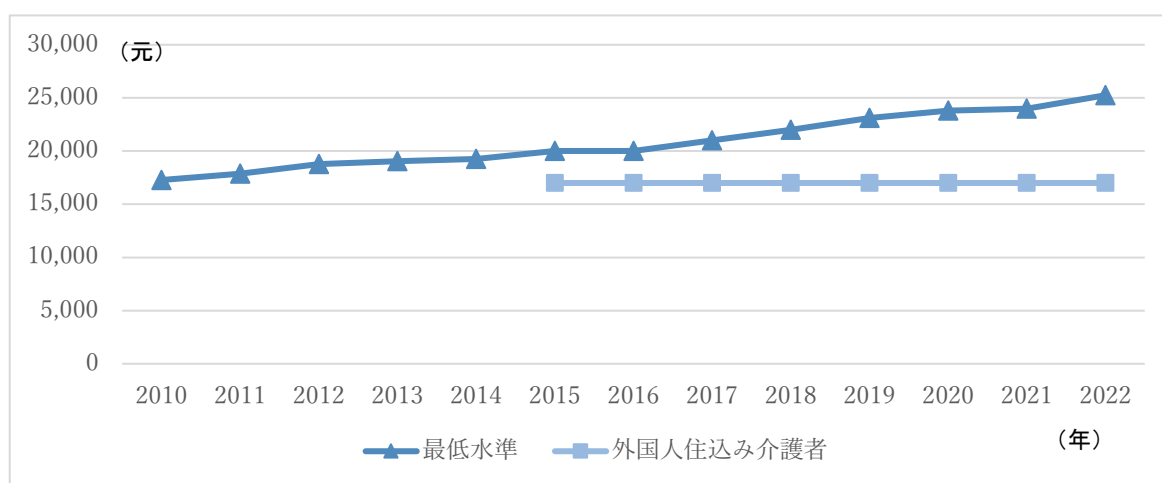


図 4.5.10：最低賃金推移 (2010 年～2022 年)

(出所) 台湾労働部ウェブページ <https://www.mol.gov.tw/1607/28162/28166/28180/28182/28184/29016/post> (2022年7月19日アクセス) を基に調査団作成 (2022年)

給与の他に、課題となっているのがコミュニケーションである。入国時の語学要件が緩いことから、雇用主の指示がうまく伝わらずトラブルの原因となっている現状がある。(表 4.5.15)

表 4.5.15：雇用主が外国人住込み介護労働者に対して抱える課題（％）

項目名	2018年6月	2019年6月	2020年6月
合計	100	100	100
困ってない	70.2	64.7	66.8
困ってる（複数選択）	29.8 (100)	35.3 (100)	33.2 (100)
言語が通じない	(71.4)	(72.1)	(71.9)
スマホサーフィン、チャット	(40)	(49.5)	(47.6)
仕事の態度が悪い	(-)	(22.2)	(20.8)
看護、介護スキルが低い	(18.3)	(17.9)	(17.9)
衛生習慣が悪い	(16)	(18.3)	(14.5)
生活環境に慣れない	(7.4)	(7.4)	(6.2)
盗窃行為があった	(3.8)	(6.3)	(5.2)
仕事環境に慣れない	(3.6)	(3.3)	(1.8)
その他	(12.7)	(1.5)	(1)
補足：1、「仕事の態度が悪い」の項目は2019年に追加した項目。 2、2019年に「電話、チャット」を「スマホサーフィン、チャット」に変更。			

(出所) 労働部 移工管理と運用調査から調査団作成 (2020年)

技術面において、入国後の介護技術等スキルアップ研修は、雇用主の裁量となる。研修に行かせる意思がある雇用主は 52.6%であるが、労働者の休暇や、就業時間においても年間 5～8 時間程度の時間を利用して参加することが望まれていることがわかる。(表 4.5.16)

表 4.5.16：外国人住込み介護労働者に研修に参加させる意志（％）

項目名	2018年6月	2019年6月	2020年6月
合計	100	100	100
意志なし	45.5	45.6	47.4
意志あり	54.5	54.4	52.6
希望研修時間	(100)	(100)	(100)
業務時間を使用	(17.5)	(17.3)	(16.6)
休日時間を使用	(73.9)	(75.5)	(72.8)
どちらでもいい	(-)	(-)	(7.2)

その他	(8.6)	(7.2)	(3.4)
希望研修時間数	(100)	(100)	(100)
毎年 5 時間以下	(30.4)	(22.6)	(24)
毎年 5-9 時間	(44)	(56.6)	(53.7)
毎年 10-19 時間	(17.1)	(13.3)	(13.6)
毎年 20 時間以上	(8.4)	(7.5)	(8.7)
負担可能金額	(100)	(100)	(100)
年間 1500 台湾ドル以下	(81.6)	(58.2)	(51.5)
年間 1500-4500 台湾ドル	(17.2)	(16.9)	(22.3)
年間 4500 台湾ドル以上	(1.2)	(1.2)	(1.3)
負担希望なし	(-)	(23.8)	(24.9)
希望研修内容（複数選択可能）			
介護技術	(68.5)	(74.7)	(78)
雇用主や被介護者との コミュニケーション技術	(56.3)	(60.3)	(64.4)
緊急時や災害時の対応	(60.2)	(60.3)	(63.2)
疾病発作時の対応	(56.2)	(54.7)	(59)
被介護者の日常活動への介助	(56.4)	(55.2)	(58.4)
中国語	(53.1)	(54.7)	(57.1)
被介護者の清潔介助	(56.1)	(51.1)	(54)
その他	(0.9)	(0.7)	(0.5)
補足：1、希望研修時間に 2020 年に「どちらでもよい」の選択肢を追加 2、負担可能金額は 2018 年追加項目、選択肢の「負担希望なし」は 2019 年追加。			

(出所) 台湾労働部「移工管理と運用調査」2020 年を基に調査団作成

台湾の外国人家庭内住込み介護人材の、就労 1 年以内における失踪や連絡不可となる割合は 2.4% (5,045 人) である。その理由に上位に上がっているのは、他の外国人労働者からの誘いである。(表 4.5.17)

表 4.5.17：直近一年間外国人住込み介護労働者の失踪状況 (%)

項目名	2018 年 6 月	2019 年 6 月	2020 年 6 月
合計	100	100	100
失踪してない	97.9	97.5	97.6
失踪した（複数選択可能）	2.1 (100)	2.5 (100)	2.4 (100)
他の外国人労働者の誘惑	(59.6)	(53.6)	(46.7)
コミュニケーション不足	(24.2)	(26.3)	(36.9)
仲介会社経由	(9.2)	(11.2)	(22.7)
雇用期限が切れそう	(12.8)	(16.8)	(21.2)
生活・生活環境に合わない	(18)	(13.8)	(19.1)

ホームシック	(11.1)	(10.1)	(13.4)
仲介手数料が高すぎ	(6.1)	(15.2)	(10.4)
待遇を改善してほしい	(4.8)	(11.9)	(10)
外国人配偶者経由	(1.5)	(7.7)	(9)
ギャンブルの借金、犯罪逃亡	(-)	(6.9)	(2.5)
給与トラブル	(-)	(-)	(-)
その他	(2.3)	(2.1)	(1.2)

補足：「ギャンブルの借金、犯罪逃亡」は 2019 年に追加。

(出所) 台湾労働部「移工管理と運用調査」2020 年を基に調査団作成

家庭内における労働は、閉鎖的であり、労働時間も雇用者並び本人ともに管理が困難である。給与に見られる処遇の差や、また表に出ない失踪理由等を背景に、「台湾国際勞工協會 (TIWA)」に代表されるように、外国人家庭内住込み介護者の権利擁護運動が活発化している。TIWA は移住労働者養護や台湾市民との統合を目的とした台湾初の NGO 団体で 1999 年 10 月に設立された。移住労働者の人権問題として、①仲介業者に高額な手数料を支払っていること②雇用主を変更する権利がないこと③同一労働に対する不同一賃金などを取り上げ、改善を目指している¹⁸⁷。

台湾においては、特にインドネシア人コミュニティが大きく、過去の親戚や近所の人成功例を見聞きし、渡航を決める人材が多い。しかし一方で住込みが多いため、家庭内同居によるストレスや、安い給与、入国時の語学要件の低さ故に生じるコミュニケーションのトラブルなどの問題があり、管理が制度化されている日本を含む他国への渡航を望む声も聞かれている。

4.6. 日本・ドイツ・台湾の介護人材受入れ比較

最後に、日本・ドイツ・台湾の外国人介護人材の受入状況について表 4.6.1 にまとめる。日本については、在留者数の多い技能実習並び在留資格「特定技能」による介護人材受入れを表に記載する。ドイツについては、ベトナム、インドネシア、フィリピンなどの東南アジア諸国が対象になっているトリプルウィンプログジェクトを記載する。台湾では就業服務法の下、タイ、フィリピン、インドネシア、ベトナム等の国との間の協定によって受け入れている人材が中心のため、そちらを記載する。

ドイツではドイツの専門性評価試験/看護師認定試験並びドイツ語レベル B2 試験の合格に掛かる教育費用は自己負担なく、かつ研修中に手当も出るなど金銭的な負担が少なくスキルアップできること、就職後の労働の諸条件はドイツ人と同等であり介護従事者の月額報酬の中央値は 2,645 ユーロ(38 万円程度)と、日本や台湾と比較した際に高い報酬であることが外国人介

¹⁸⁷ 村上雄一「台湾における移住労働者の権利擁護」、「日本の科学者」2021 年

護人材を惹きつける点として上げられる。その一方で、介護に関する知識・経験が求められること、専門試験並びドイツ語試験に合格する必要があるなど、求められる要件は多い。

台湾は入国に関する言語要件にテストによる要件がなく、言語・介護の研修時間もドイツ・日本と比べると短いこと、勤務年数や給与要件などの条件をクリアしている場合は12年以上の在留が可能であることより、福祉分野での受入れ人数が25万人と日本やドイツと比較しはるかに多い。その一方で、家庭内住み込み介護が中心となるため、家庭内同居によるストレスや、安い給与、入国時の語学要件の低さ故に生じるコミュニケーションのトラブルなどの問題が生じている。

日本では、介護福祉士の国家資格を取得することで長期滞在が可能だったり、介護従事者が働きやすい環境づくりがされていること、またインドネシアやベトナム、フィリピンでの現地調査では、日本を選択する要因として、生活の安全性、母国との物理的な距離、日本文化への関心などが候補者からの声として挙げられた。

それらのことから、調査団意見としては、潜在候補者に対して日本で介護職として働くことのこれらの魅力を丁寧に説明していくことが重要であり、世界的な人材獲得競争が起こっている中で、日本が優秀な人材を継続的に獲得するためには、出国までにかかる時間や本人の過剰な費用負担、入国前後の日本語教育・介護教育の不足等、挙げられた課題に対して、迅速に改善することが必要不可欠であると考えられる。

表 4.6.1：日本・ドイツ・台湾の介護人材の受入状況

	日本		ドイツ	台湾
制度・法律	技能実習	在留資格「特定技能」	トリプルウィンププロジェクト	就業服務法・他国との協定
送出国	制限なし	制限なし	ボスニアヘルツェゴビナ、フィリピン、チュニジア、インドネシア、インド（ケララ州）、ベトナム	他国との協定があるのはタイ、フィリピン、インドネシア、ベトナムなど
在留期間	1年目：[技能実習1号] 2～3年目：[技能実習2号] 4～5年目：[技能実習3号]	最長5年	就労ビザでの滞在は1年間有効、ドイツでの専門性評価試験/看護師認定試験とドイツ語レベルB2試験の合格後、居住許可に変更される。5年後、永住許可	合計12年まで台湾での労働が可能 ※2022年以降条件を満たす外国人材は在留期間の制限が撤廃となった。
家族の帯同	不可	不可	可能	不可

入国時に求められる 言語能力	日本語能力試験 N3 程度が望ましい水準、N4 程度が要件	介護日本語評価試験の合格	フィリピン、インドネシア：ドイツ語能力（専門用語と日常会話-B1 レベルが理想） ベトナム：B2 レベル	基準なし（語学教育時間の要件のみ）
外国人介護人材に求められる 介護の知識・経験等	団体管理型の場合：外国において「同等業務従事経験」があること、又は技能実習に従事することを必要とする特別な事情があること	介護技能評価試験の合格	フィリピン、インドネシア：看護学校の卒業＋臨床経験 ベトナム：医療関連の学校での 1 年以上学んだ経験 インド（ケララ州）：看護学校の卒業並び看護関連資格	なし
入国前後の語学研修	送り出し機関によるが、母国での 3 ヶ月から半年程度の事前日本語学習	—	フィリピン、インドネシア、インド：母国での A1～B1 の語学コース ベトナム：母国での B2 レベルのドイツ語の習得（12 ヶ月）	インドネシア 24 時間、フィリピン 50 時間、ベトナム 164 時間の語学教育
入国前後の介護に関する研修	日本での 48 時間の介護教育（入国前講習も可）並び管理団体による 2 ヶ月の講習	—	フィリピン、インドネシア、インド：母国での看護師オリエンテーション ベトナム：3 年間のドイツの受入れ機関と専門学校での理論的および実践的なトレーニング（月給あり）	母国での生活ケアの仕方など一般的な介護を学ぶ 100 時間の訓練の修了＋台湾での 90 時間の研修
介護資格に相当する国家試験の受験義務	なし（任意）	なし（任意）	専門性評価試験もしくはドイツでの看護師認定試験が必要	なし
受入調整機関・ルート	団体監理型：各監理団体 企業単独型：各企業	登録支援機関によるサポート	GIZ、ZAV	国内仲介業者と海外仲介業者の連携による受入れルートが一般的。
主な勤務先	訪問系サービス以外	訪問系サービス以外	入所型介護施設や在宅介護事業所	在宅（個人雇用による家庭内住み込み介護）が 9 割以上を占める

受入にかかる外国人材の費用負担	送り出し国や送り出し機関により異なり、日本政府として費用規定等の制限はない	送り出し国や送り出し機関により異なり、日本政府として費用規定等の制限はない	就職斡旋、語学・技術準備、統合支援は、無料	仲介業者に依頼する場合のサービス料1年目に1,800元/月まで、2年目に1,700元/月まで、3年目に1,500元/月までとされている
外国介護数	技能実習1、2、3号で介護に従事する者の在留者数：14,034名（推計値）	在留者数：7,019名	EU域外からの介護関連人材のこれまでの入国者数：25,000名（概算）	福祉分野の受入れ人数：251,856名
主な出身国と人数	入国者数 ベトナム：3,860名、インドネシア：1,597名、ミャンマー：1,539名、中国：745名、フィリピン：619名	在留者数 ベトナム：3,445名、インドネシア：981名、フィリピン698名、ミャンマー：647名、ネパール518名	EU域外からの介護関連人材のこれまでの入国者数（概算） フィリピン：2,000人 ベトナム：1,900名 タイ：1,000名 中国：600名 インドネシア：500名	福祉分野の受入れ人数 インドネシア：19,221名 ベトナム：30,335名 フィリピン：28,896名
給与	日本人と同等	日本人と同等	労働の諸条件は、ドイツ人と同等	家庭内住込み介護人材：最低賃金1.7万円/月

第5章 重点対象国の介護及び介護人材関連の法制度、マーケット、介護人材輩出状況

本章では、重点対象国（インドネシア、ベトナム、フィリピン、インド、ネパール、バングラデシュ）の介護及び介護人材関連の法制度、マーケット、介護人材輩出に関連する状況を取りまとめる。

ここでは、以下のとおり要約のみを記載する。この内容は添付資料「1 重点対象国の介護及び介護人材関連の法制度、マーケット、介護人材輩出状況」の要約となっている。

以下の項目のデータ出典に関しては、添付資料「1-1 重点対象国の基本情報」を、

高齢化率、倍加年数、高齢者扶養比率、平均寿命、健康寿命、都市部に住む高齢者の割合、農村部に住む高齢者の割合、一人暮らしの割合、年金受給者の割合

それ以外の項目に関しては、添付資料「1-2 インドネシア」から「1-7 バングラデシュ」を参照のこと。

5.1. インドネシア概要

	分類	項目	インドネシア	
1. 当該国の高齢者を取り巻く社会・経済状況の確	1) 高齢化のステージと速度	1 高齢化のステージはどのあたりにあるか	高齢化率（高齢者の割合）	
		2 高齢化の速度はどの程度か	倍加年数	
		3 経済的なリスクは大きい	生産年齢人口、潜在扶養指数	
	2) 高齢者の健康・介護ニーズ、経済ニーズ	1 保健医療・介護ケアが必要な期間がどの程度ありそうか	平均寿命、健康寿命	
		2 家族が高齢者の支援や介護を行うことは一般的か		
		3 高齢者の生活環境はどのようなものか：都市部に済む人が多いか、農村部に済む人が多いか同居人はいるか	都市部に住む高齢者の割合、農村部に住む高齢者の割合、一人暮らしの割合	
	2. 高齢社会対策、高齢者支援、アクティブ・エイジング、ヘルシー・エイジングの達成度	1) 全体	1 高齢化対策、高齢者支援についての政策、計画、戦略等はあるか	高齢化対策、高齢者支援についての各種国家政策、計画、戦略文書
			2 介護・福祉分野	1 介護人材育成や認証等についての制度はあるか、
		2) 介護・福祉分野	2 介護人材はどの程度いるか（公的、民間）	介護人材の数、介護人材育成についての国家政策、計画、戦略文書
			3 認知症や視覚障害、聴覚障害など問題を抱える高齢者本人、および家族に対する支援はあるか	
3) 保健医療分野			1 高齢者の保健医療ケア（老年医療、慢性疾患、認知症対策等）についての政策、制度やガイドライン等はあるか、	国家の高齢者の保健医療ケアについての制度やガイドライン文書
4) 年金・社会保障分野		2 公的医療法制度の有無、高齢者における公的医療保障制度のカバレッジ、	公的医療制度についての政策、制度、戦略文書、高齢者における公的医療保障制度のカバレッジ	
		1 年金制度の有無、カバレッジ	年金政策、制度についての国家文書 年金受給者の割合等	
5) アクティブ・エイジング（ヘルシーエイジング）		2 その他、高齢者が対象となる公的・民間社会保障制度の有無（障害年金、介護保険等）		
		1 高齢者の社会参加はどの程度か	高齢者の就労率	
3. 多職種連携		1) 高齢者支援分野のステークホルダー（アクター）の確認	高齢化対策、高齢者支援（保健医療、年金、介護、社会福祉等）に関わるフォーカルポイントはあるか、	

5.2. ベトナム概要

	分類	項目	ベトナム
1. 当該国の高齢者を取り巻く社会・経済状況の把握	1) 高齢化のステージと速度	1 高齢化のステージはどのあたりにあるか	高齢化率（高齢者の割合） 8.4%（2020）
		2 高齢化の速度はどの程度か	倍加年数 17年
		3 経済的なリスクは大きいのか	生産年齢人口、潜在扶養指数 高齢者扶養比率 12.2%（2020） 31.8%（2050）
	2) 高齢者の健康・介護ニーズ、経済ニーズ	1 保健医療・介護ケアが必要な期間がどの程度ありそうか	平均寿命、健康寿命 平均寿命 75歳（2020） 健康寿命 65歳（2019）
		2 家族が高齢者の支援や介護を行うことは一般的か	Yes
		3 高齢者の生活環境はどのようなものか：都市部に済む人が多いか、農村部に住む人が多いか、同居人はいるか	都市部に住む高齢者の割合、農村部に住む高齢者の割合、一人暮らしの割合 都市部：32% 農村部：68%（60歳以上、2015） 11.2%（65歳以上、2020）
2. 高齢社会対策、高齢者支援、アクティブ・エイジング、ヘルシー・エイジングの達成度	1) 全体	1 高齢化対策、高齢者支援についての政策、計画、戦略等はあるか	高齢化対策、高齢者支援についての各種国家政策、計画、戦略文書 有
	2) 介護・福祉分野	1 介護人材育成や認証等についての制度はあるか、	介護人材育成についての国家政策、計画、戦略文書 無
		2 介護人材はどの程度いるか（公的、民間）	介護人材の数、介護人材育成についての国家政策、計画、戦略文書 無
		3 認知症や視覚障害、聴覚障害など問題を抱える高齢者本人、および家族に対する支援はあるか	有
	3) 保健医療分野	1 高齢者の保健医療ケア（老年医療、慢性疾患、認知症対策等）についての政策、制度やガイドライン等はあるか、	国家の高齢者の保健医療ケアについての制度やガイドライン文書 有
		2 公的医療法制度の有無、高齢者における公的医療保障制度のカバレッジ、	公的医療制度についての政策、制度、戦略文書、高齢者における公的医療保障制度のカバレッジ 有 カバー率 NA
	4) 年金・社会保障分野	1 年金制度の有無、カバレッジ	年金政策、制度についての国家文書 年金受給者の割合等 有 割合：40.9%（2020）
		2 その他、高齢者が対象となる公的・民間社会保障制度の有無（障害年金、介護保険等）	有
	5) アクティブ・エイジング（ヘルシーエイジング）	1 高齢者の社会参加はどの程度か	高齢者の就労率 35%（2019）
	3. 多職種連携	1) 高齢者支援分野のステークホルダー（アクター）の確認	1 高齢化対策、高齢者支援（保健医療、年金、介護、社会福祉等）に関わるフォーカルポイントはありますか、

5.3. フィリピン概要

	分類	項目	フィリピン	
1. 当該国の高齢者を取り巻く社会・経済状況の確 認とニーズの把握	1) 高齢化の ステージと 速度	1 高齢化のステージはどのあたりにあるか	高齢化率（高齢者の割合） 5.2%（2020）	
		2 高齢化の速度はどの程度か	倍加年数 30年	
		3 経済的なリスクは大きいか	生産年齢人口、 潜在扶養指数 高齢者扶養比率 8.2%(2020) 16.3%(2050)	
	2) 高齢者の 健康・介護ニ ーズ、経済ニ ーズ	1 保健医療・介護ケアが必要な期間がどの程度あり そうか	平均寿命、 健康寿命 平均寿命 71 歳 (2020) 健康寿命 62 歳 (2019)	
		2 家族が高齢者の支援や介護を行うことは一般的か	Yes	
		3 高齢者の生活環境はどのようなものか： 都市部に済む人が多いか、農村部に済む人が多い か 同居人はいるか	都市部に住む高齢者の割合、 農村部に住む高齢者の割合、 一人暮らしの割合 都市部:42% 農村部:58% (60 歳以上、 2015) 9.8% (65 歳以上、 2017)	
	2. 高齢社会対策 の達成度 高齢者支援、 アクティブ・ エイジング、 ヘルシー・ エイジングの 達成度	1) 全体	1 高齢化対策、高齢者支援についての政策、計画、戦 略等はあるか	高齢化対策、高齢者支援についての各種国家政策、 計画、戦略文書 有
		2) 介護・ 福祉分野	1 介護人材育成や認証等についての制度はあるか、	介護人材育成についての国家政策、計画、戦略文書 有
			2 介護人材はどの程度いるか（公的、民間）	介護人材の数、介護人材育成についての国家政策、 計画、戦略文書 有
3 認知症や視覚障害、聴覚障害など問題を抱える高 齢者本人、および家族に対する支援はあるか			有	
3) 保健医療 分野		1 高齢者の保健医療ケア（老年医療、慢性疾患、認知 症対策等）についての政策、制度やガイドライン等 はあるか、	国家の高齢者の保健医療ケアについての制度やガ イドライン文書 有	
		2 公的医療法制度の有無、高齢者における公的医療 保障制度のカバレッジ、	公的医療制度についての政策、制度、戦略文書、高 齢者における公的医療保障制度のカバレッジ 有 カバー率:100%	
4) 年金・社 会保障分野		1 年金制度の有無、カバレッジ	年金政策、制度についての国家文書 年金受給者の割合等 有 割合 20.5%(2020) 合	
		2 その他、高齢者が対象となる公的・民間社会保障制 度の有無（障害年金、介護保険等）	有	
5) アクティ ブ・エイジ ング（ヘル シーエイジ ング）		1 高齢者の社会参加はどの程度か	高齢者の就労率 NA	
3. 多セク タ ー の 確 認		1) 高齢者支 援分野のス テークホル ダー（アク ター）の確 認	1 高齢化対策、高齢者支援（保健医療、年金、介護、 社会福祉等）に関わるフォーカルポイントはある か、	有

5.4. インド概要

	分類	項目	インド
確認とニーズの把握	1. 当該国の高齢者を取り巻く社会・経済状況の	1 高齢化のステージはどのあたりにあるか	高齢化率（高齢者の割合）
		2 高齢化の速度はどの程度か	倍加年数
		3 経済的なリスクは大きいのか	生産年齢人口、 潜在扶養指数
	2) 高齢者の健康・介護ニーズ、経済ニーズ	1 保健医療・介護ケアが必要な期間がどの程度ありそうか	平均寿命、 健康寿命
		2 家族が高齢者の支援や介護を行うことは一般的か	
		3 高齢者の生活環境はどのようなものか： 都市部に済む人が多いか、農村部に済む人が多いか 同居人はいるか	都市部に住む高齢者の割合、 農村部に住む高齢者の割合、 一人暮らしの割合
エイジングの達成度	1) 全体	1 高齢化対策、高齢者支援についての政策、計画、戦略等はあるか	高齢化対策、高齢者支援についての各種国家政策、計画、戦略文書
		2 介護人材育成や認証等についての制度はあるか、	介護人材育成についての国家政策、計画、戦略文書
	2) 介護・福祉分野	1 介護人材はどの程度いるか（公的、民間）	介護人材の数、介護人材育成についての国家政策、計画、戦略文書
		2 認知症や視覚障害、聴覚障害など問題を抱える高齢者本人、および家族に対する支援はあるか	
		3 認知症や視覚障害、聴覚障害など問題を抱える高齢者本人、および家族に対する支援はあるか	
	3) 保健医療分野	1 高齢者の保健医療ケア（老年医療、慢性疾患、認知症対策等）についての政策、制度やガイドライン等はあるか、	国家の高齢者の保健医療ケアについての制度やガイドライン文書
		2 公的医療法制度の有無、高齢者における公的医療保障制度のカバレッジ、	公的医療制度についての政策、制度、戦略文書、高齢者における公的医療保障制度のカバレッジ
	4) 年金・社会保障分野	1 年金制度の有無、カバレッジ	年金政策、制度についての国家文書 年金受給者の割合等
		2 その他、高齢者が対象となる公的・民間社会保障制度の有無（障害年金、介護保険等）	
	5) アクティブ・エイジング（ヘルシーエイジング）	1 高齢者の社会参加はどの程度か	高齢者の就労率
3. 多セクター	1) 高齢者支援分野のステークホルダー（アクター）の確認	1 高齢化対策、高齢者支援（保健医療、年金、介護、社会福祉等）に関わるフォーカルポイントはあるか、	

5.5. ネパール概要

	分類	項目	ネパール		
確認とニーズの把握	1. 当該国の高齢者を取り巻く社会・経済状況の	1) 高齢化のステージと速度	1 高齢化のステージはどのあたりにあるか 2 高齢化の速度はどの程度か 3 経済的なりiskは大きいのか	高齢化率（高齢者の割合） 倍加年数 生産年齢人口、潜在扶養指数	6.0%（2020） 26年 高齢者扶養比率 9%（2020） 15%（2050）
		2) 高齢者の健康・介護ニーズ、経済ニーズ	1 保健医療・介護ケアが必要な期間がどの程度ありそうか	平均寿命、健康寿命	平均寿命 71歳（2020） 健康寿命 61歳（2019）
			2 家族が高齢者の支援や介護を行うことは一般的か		Yes
	3) 高齢者の生活環境はどのようなものか：都市部に済む人が多いか、農村部に済む人が多いか、同居人はいるか		都市部に住む高齢者の割合、農村部に住む高齢者の割合、一人暮らしの割合	都市部：15.5% 農村部：84.5%（2015） 4.0%（65歳以上、2019）	
	エイジングの達成度	2. 高齢社会対策、高齢者支援、アクティブ・エイジング、ヘルシー・	1) 全体	1 高齢化対策、高齢者支援についての政策、計画、戦略等はあるか	高齢化対策、高齢者支援についての各種国家政策、計画、戦略文書
2) 介護・福祉分野			1 介護人材育成や認証等についての制度はあるか、	介護人材育成についての国家政策、計画、戦略文書	無
			2 介護人材はどの程度いるか（公的、民間）	介護人材の数、介護人材育成についての国家政策、計画、戦略文書	有
3) 保健医療分野		3 認知症や視覚障害、聴覚障害など問題を抱える高齢者本人、および家族に対する支援はあるか		有	
		1 高齢者の保健医療ケア（老年医療、慢性疾患、認知症対策等）についての政策、制度やガイドライン等はあるか、	国家の高齢者の保健医療ケアについての制度やガイドライン文書	有	
4) 年金・社会保障分野		2 公的医療法制度の有無、高齢者における公的医療保障制度のカバレッジ、	公的医療制度についての政策、制度、戦略文書、高齢者における公的医療保障制度のカバレッジ	有 カバー率 NA	
		1 年金制度の有無、カバレッジ	年金政策、制度についての国家文書 年金受給者の割合等	割合 84.2%（2020）	
5) アクティブ・エイジング（ヘルシーエイジング）		2 その他、高齢者が対象となる公的・民間社会保障制度の有無（障害年金、介護保険等）		有	
		1 高齢者の社会参加はどの程度か	高齢者の就労率	47.1%（65歳以上、2010）	
3. 多職種連携		1) 高齢者支援分野のステークホルダー（アクター）の確認	高齢化対策、高齢者支援（保健医療、年金、介護、社会福祉等）に関わるフォーカルポイントはあるか、		有

5.6. バングラデシュ概要

	分類	項目		バングラデシュ	
認 と ニ ー ズ の 把 握	1. 当該国の高齢者を取り巻く社会・経済状況の確	1) 高齢化のステージと速度	1 高齢化のステージはどのあたりにあるか	高齢化率（高齢者の割合）	5.6%（2020）
			2 高齢化の速度はどの程度か	倍加年数	20年
			3 経済的なりiskは大きい	生産年齢人口、 潜在扶養指数	高齢者扶養比率 8.4%(2020) 23.1%(2050)
	2) 高齢者の健康・介護ニーズ、経済ニーズ		1 保健医療・介護ケアが必要な期間がどの程度ありそうか	平均寿命、 健康寿命	平均寿命 73 歳 (2020) 健康寿命 64 歳 (2019)
			2 家族が高齢者の支援や介護を行うことは一般的か		Yes
			3 高齢者の生活環境はどのようなものか： 都市部に済む人が多いか、農村部に済む人が多いか 同居人はいるか	都市部に住む高齢者の割合、 農村部に住む高齢者の割合、 一人暮らしの割合	都市部:30% 農村部:70% (60 歳以上、 2015) 3.8% (65 歳以上、 2019)
	エイ ジ ン グ の 達 成 度	1) 全体	1 高齢化対策、高齢者支援についての政策、計画、戦略等はあるか	高齢化対策、高齢者支援についての各種国家政策、計画、戦略文書	有
		2) 介護・福祉分野	1 介護人材育成や認証等についての制度はあるか、	介護人材育成についての国家政策、計画、戦略文書	有
			2 介護人材はどの程度いるか（公的、民間）	介護人材の数、介護人材育成についての国家政策、計画、戦略文書	有
3 認知症や視覚障害、聴覚障害など問題を抱える高齢者本人、および家族に対する支援はあるか				有	
3) 保健医療分野		1 高齢者の保健医療ケア（老年医療、慢性疾患、認知症対策等）についての政策、制度やガイドライン等はあるか、	国家の高齢者の保健医療ケアについての制度やガイドライン文書	有	
		2 公的医療法制度の有無、高齢者における公的医療保障制度のカバレッジ、	公的医療制度についての政策、制度、戦略文書、高齢者における公的医療保障制度のカバレッジ	有 カバー率 NA	
4) 年金・社会保障分野		1 年金制度の有無、カバレッジ	年金政策、制度についての国家文書 年金受給者の割合等	有 割 合 39.0% (2020)	
		2 その他、高齢者が対象となる公的・民間社会保障制度の有無（障害年金、介護保険等）		有	
5) アクティブ・エイジング（ヘルシーエイジング）		1 高齢者の社会参加はどの程度か	高齢者の就労率	NA	
3. 多職種連		1) 高齢者支援分野のステークホルダー（アクター）の確認	高齢化対策、高齢者支援（保健医療、年金、介護、社会福祉等）に関わるフォーカルポイントはあるか、		有

第6章 日本国内の関係機関・団体に関する情報収集・整理及び連携可能性

日本で働く外国人材が急激に増加するとともに、今後国際的な人材獲得競争が激化する中で、日本が選ばれる国になるために、JICA では「1.開発途上国の経済発展と日本国内の地域活性化に貢献、2.外国人労働者のより適正な受入れを支援、3.日本国内の多文化共生社会構築を支援 4.帰国した外国人材の母国での活躍・貢献を応援」という4つの柱を軸に取組みを進めるとしている。¹⁸⁸

外国人介護人材に関しては、日本国内において、来日前、日本滞在中、そして帰国後のそれぞれの段階に関与する関係機関や団体が複数あることから、それらのアクターの概況を整理した上で、JICA の本分野における協力可能性の検討を行うことが適切である。

本章では、主に技能実習制度および特定技能制度で来日する介護分野の外国人材を対象に、既存の主要な機関や団体がどのような活動や支援を行なっているのかを整理し、JICA としての適切な分担および連携体制の構築の在り方を検討することを目的とする。

6.1. 主要な関係機関の位置づけ

まず、日本国内の主な関係機関と外国人介護人材受入に関連した役割を概観する。

(1) 健康・医療戦略推進本部

アジア健康構想を促進する。外国人介護人材分野では、官民連携のプラットフォームである「国際・アジア健康構想協議会」と連携し、介護分野の情報発信や、効率的な日本語教育環境への支援などを行っている。

(2) 厚生労働省

介護福祉士を含む介護人材の確保に関する政策・制度を所掌。また、技能実習制度を所掌。外国人介護人材受入に関連し、調査研究事業等を通じ、介護事業所や介護事業所を支援する管理団体に対して情報提供を行っている。

(3) 経済産業省

日本の介護関連事業者に対して、調査事業を通じた情報提供による国際展開支援や、補助事業を通じた直接的な海外進出支援を行っている。

(4) JICWELS

EPA を通じた看護師・介護福祉士候補者の受入に関し、募集・マッチング・来日後の相談を実施。外国人介護人材に関する相談窓口、特定技能の制度整備、特定技能協議会等の運営を担当。

(5) 公益財団法人 国際人材協力機構 (JITCO: Japanese Trainee & Skilled Worker Cooperation Organization)

技能実習制度および特定技能制度で来日する外国人に対して、日本語教育プログラムを提供。また、外国人労働者の受け入れ企業に対して、職場環境改善に向けた支援やアドバイスをを行う。

(6) OTIT

¹⁸⁸ JICA ウェブサイト <https://www.jica.go.jp/activities/schemes/multicultural/index.html> (2022年12月15日アクセス)

技能実習生の受け入れ企業に対して、労働環境の改善や、労働時間や労働条件の遵守などを求める指導や支援を通じ、技能実習生の安全管理を行う。また、実習生の生活支援にも取り組んでおり、住居や食事、医療費、保険などの支援を行っている。

(7) 独立行政法人 国際交流基金 (JF: Japan Foundation)

世界の全地域において、総合的に国際文化交流を実施する日本で唯一の専門機関であり、日本語教育活動においては各国の学習環境の整備を進めるとともに、各国・地域の政府や教育機関等と連携し、現地のそれぞれのニーズに応じた効果的な支援を行っている。介護分野においては、EPA に基づく介護福祉士候補者への日本語教育等を行っている。

(8) 独立行政法人 日本貿易振興機構 (JETRO: The Japan External Trade Organization)

介護関連事業者に対して、ダイレクトリの作成や商談会等のイベント開催などを通じて情報発信や現地企業とのマッチングなどの海外展開支援を行っている

6.2. 来日前

6.2.1. 来日前の取組みの状況

来日前における活動は、送出国での情報発信と候補人材の獲得、候補人材への教育、現地送出機関または本人と日本の事業者とのマッチング、渡航手続きというプロセスが存在する。

情報発信においては、JITCO 及び内閣官房健康・医療戦略室が取組みを行っている。JITCO は送出国や送出機関に対して制度に関する情報発信や資料提供を行なうとともに、日本側の事業者に対しても受入れを促進すべく、各種セミナーや新たな受入れに関する相談対応等を行っている。健康・医療戦略本部は国際・アジア健康構想協議会の活動を通じて、特に介護分野の情報発信を介護技能実習生候補や技能実習生の送出しの関係機関等に対して行っている。本取組みでは、日本の介護の特徴を国外向けに整理しており、アジア諸国の政府を主な対象として発信を始めている。

候補人材への教育に関連した取組みについても、上述の2者が行っている。JITCO は、現地の送出機関に対する日本語の学習教材の提供を行っている。健康・医療戦略本部は、新たな日本語テスト「介護のための日本語テスト」の創設に向けた活動に関して取組みを行っている。介護現場での活動に有用な日本語能力を測る日本語テストが創設されることで、来日前に効率的な学習が可能になるとともに、実践的な日本語能力の学習に繋がる取組みである。

その他、現地送出機関と日本の事業者とのマッチング機会の提供、各種手続き書類作成に関する相談やセミナーなどが JITCO によって行なわれている。なお、先述の国際・アジア健康構想協議会の活動を通じた情報発信¹⁸⁹においては、日本国内の介護事業者個別施設の取組み事例も掲載されている。

6.2.2. 来日前の適切な分担や連携可能性に係る提言

現地で人材募集をする際に、実務的に主要な役割を担うのは現地の送出機関である。政府間における制度情報や日本の特徴的な介護に関する情報発信が進められている一方で、本調査においては、それらの情報が現地の送出機関まで届いていないケースも多々見られた。その背景

¹⁸⁹ AHWIN ウェブサイト https://www.kantei.go.jp/jp/singi/kenkouiryou/jp/pdf/nursing_care.pdf (2022年12月15日アクセス)

として、政府間での合意内容が現地の送出機関に対して共有されていない場合があること、また共有されていたとしても、制度の複雑さのために全体像の理解が難しいことがある。

日本語であれば、詳細かつ具体的な情報を取得することが可能だが、全ての送り出し機関に日本語が理解できる職員がいるわけではない。日本としては、各種制度や政府間合意の詳細を現地語での説明資料に作成し直して配布することは効果的だと考えられる。

2022年12月時点では、実務的な業務を担う送出機関や教育機関等の関係者に対する情報発信や継続的なフォローアップを現地で組織的にしている機関はない。現地での活動拠点や活動経験の乏しい国際アジア健康構想・協議会等の情報発信に対して、現地の状況に詳しいJICAが、発信内容や発信方法についての支援を行うといった連携が考pれる。

また、いまだ日本への送出し事例が多くない国においては、まずは日本での就労という選択肢を候補者に伝える必要があるが、そのような国では日本向けの送出しを行っている機関は数少ない。そのため、今後新たな国からの人材獲得を目指すのであれば、日本への実績がない送出機関に対する制度説明や、潜在候補者本人向けの情報発信を行う必要があるが、現時点で人材獲得を目的とした、民間企業のみが存在する。民間企業はビジネスとして成立することを前提に活動を行うため、市場が未開拓な国においては民間企業が主導して活動することを期待するのは難しい事を考えると、初期の段階においては関係する公的機関が協力して送り出し国側の政府機関や関連団体への情報発信等を行う意義がある。

日本語教育においては、先述の通り教材の提供という形での支援は行われているが、現地でのネイティブ日本語教師や専門教育を受けた日本語教師といった、人的資源の支援はほとんど行われていない。民間の送出機関以外にも、バングラデシュでの事例では政府系の送出機関において日本語教育が行われていたり、インドネシアでの事例では国立の教育機関で日本語教育を行われていたり、人材送出しに関わる各機関から日本語教育支援に対する期待は大きい。海外における日本語教育環境の整備は国際交流基金が主に行なっているが、JICAでも海外協力隊を通じて世界各国で日本語教師を派遣しており、送出しを前提とした現地教育の仕組み構築などの協働による貢献もあり得る。また、日本語教育のみに留まらず、就労、生活をスムーズに始める為には日本の文化的背景への理解を深める必要があり、その研修機会や質の向上に向けた支援も合わせて行うことも考えられる。

6.3. 日本滞在中

6.3.1. 日本滞在中の取組みの状況

日本入国後における活動は、日本語能力の向上、介護業務のスキル向上という学習やスキルアップに関する取組み、外国人の生活環境、労働環境の整備に関する取組み、地域共生社会の実現に関する取組みなどが挙げられる。

日本語能力向上においては、JITCOが本人や受入事業者に対する日本語教育支援を行なっているとともに、特に介護分野においては、JICWELSがテキストの提供や紹介を行っている。また、公益社団法人日本介護福祉士会が日本の介護現場で働く外国人向けに、国際介護人材支援webサイト「¹⁹⁰にほんごをまなぼう」¹⁹⁰を運営している。

¹⁹⁰ にほんごをまなぼう ウェブサイト <https://aft.kaigo-nihongo.jp/rpv/> (2022年12月15日アクセス)

介護業務のスキル向上においては、多くの場合所属する受入事業者によって OJT や施設での研修によって行われている。受入事業者を支援する形で、JICWELS が技能向上研修の実施やテキストの紹介をしたり、日本介護福祉士会が介護現場の技能実習指導員の育成支援を行ったり、介護福祉士国家試験、特定技能評価試験等の試験対策としてテキストや指導方法に関するポイント等も提供している。

日本で活動する外国人の生活環境、労働環境を整備については、JITCO や OTIT が、外国人労働者の権利を守り、違法な労働条件や環境での活動を防ぐために、外国人向けに各種言語での相談窓口を設置したり、実習生の保護を行なっている。また、JICA が他団体とともに事務局を務める責任ある外国人労働者受入れプラットフォーム（JP-MIRAI: Japan Platform for Migrant Workers towards Responsible and Inclusive Society）では、JP-MIRAI の行動原則に賛同する 360 団体が加盟し（2022 年 11 月 28 時点）、受入事業者のプラットフォームを作る事で、国際水準を満たす外国人の受入れ体制を組織的に作り上げる活動が行われている。現会員の中には介護関連事業者も含まれている。

外国人材の地域共生社会の実現においては、幅広い支援の在り方に向けた検討が進んでおり、地方自治体等での JICA 海外協力隊経験者の活用や、日系人集住コミュニティへの研修員派遣等を通じた多文化共生への理解促進に加え、JP-MIRAI を通じたステークホルダーとの連携、多文化共生社会の構築に向けた地方自治体や NPO への支援などが行われている。¹⁹¹ また、介護分野では社会福祉法人が運営する介護施設への受入も多く、法人の特性から、もともと地域との共生を重要視している事業者も数多く存在している。¹⁹² そのため、法人の地域活動に外国人介護人材が参加する例も多数報告されている。¹⁹³

6.3.2. 日本滞在中の適切な分担や連携可能性に係る提言

介護分野においては、他分野に比べてこれまで外国人を受入れた経験が乏しく、また事業者も小規模な事業者が多いため、JP-MIRAI のようなプラットフォームの場を活用することで、事業者自身の情報取得や現状把握ができ、ひいては介護分野の外国人材が活動にあたっての健全な環境を得られる事が期待される。

日本語教育においては、日本語教育機会が地域によって大きく異なる事が報告されている。¹⁹³ 地方公共団体 1,896 のうち、地域における日本語教育が実施されていない市区町村は 877 に上る。その中には、外国人比率が全国平均よりも高い市区町村が約 1 割あり、外国人材に対する日本語教育のニーズに対し、教育機会を提供できていない地域が存在する事を示している。その要因として、日本語教育者の不在、自治体の課題認識と支援体制の不足が考えられる。また、仮に地域に日本語教育機関があったとしても、費用負担の問題で外国人材が利用していないケースもあり、日本語教育の費用負担を誰がするかという点も議論すべき課題である。先述のようにドイツなどの移民の受入れに長い歴史がある国では、無償もしくは非常に低い価格で

¹⁹¹ JICA 「中部 4 県における外国人材の現状・課題等に関する調査」 2021,P97-100

¹⁹² 内閣官房「アジア健康構想」実現に向けた介護等ヘルスケア産業のアジア国際展開等に関する調査報告書」 2021

¹⁹³ 文化庁「日本語教育実態調査報告書」令和 3 年度

現地の語学教育を受けることができる。JICA が日本国内で直接日本語教育の提供を行うことが想定されないが、JICA の海外協力隊による日本語教師経験者が指導者の資源の一部として活躍できる可能性はある。

6.4. 帰国後

6.4.1. 帰国後の取組みの状況

2022年12月時点で、日本で介護分野での活動を経験した人材が、帰国後に介護関連分野で活動する事例は数少ない。日本で介護を経験した人材が活躍する場を作るためには、現地において介護分野のビジネス市場が成立している事が重要であるが、多くの開発途上国においてそうした市場は未発達である。

日本の介護関連事業者の海外進出にあたっては、国際・アジア健康構想協議会において官民連携のプラットフォームを作り、国別の検討会を組織する等現地進出に向けた連携の場を構築している。

経済産業省では、介護を含むヘルスケア関連機器やサービスの国際展開支援として、各国のヘルスケア市場に関する調査や実証調査、官民ミッションの各国への派遣による認知度の向上や研究会開催など幅広くアウトバウンド支援を行なっている。また、JETRO を通じて、高齢者ケア関連製品・サービスの海外展開支援として、ダイレクトリーの作成や現地での商談会やイベントを開催して情報発信や現地企業とのマッチングを行なっている。

JICA においても、「普及・実証・ビジネス化事業」を通じて、途上国の課題解決に貢献し得るビジネスの事業化に向けて、技術・製品・ノウハウ等の実証活動を含むビジネスモデルの検証、提案製品等への理解の促進、ODA 事業での活用可能性の検討等を通じた事業計画案の策定を支援している。

帰国後人材が、自身の経験を活かして活躍するためには、介護関連市場の形成だけでなく、帰国人材と現地企業とのマッチングにおける活動も必要となるが、そのような機会は少ない。

現在、帰国後人材に対する現地での就職支援としては、送出機関が企業を紹介したり、現地の地域行政機関が日系企業を含む地域の企業とのマッチング機会を提供している例がある。ベトナムやインド等の一部の送出機関では、自社や連携企業で医療や介護事業を行っており、帰国後人材がそこで働くというケースも見られた。しかしながら、本調査でのヒアリングにおいては、送出機関や行政が積極的に現地での就職を支援するような事例は少なく、帰国人材に対する支援はほとんど行われていなかった。

6.4.2. 帰国後の適切な分担や連携可能性に係る提言

現在、日本からの帰国後人材に対して、日本の事業者や団体が直接的に支援をおこなっているケースはほとんどない。今後、日本が選ばれる国になるためには、日本滞在中の活動内容や条件だけでなく、日本での経験を基に帰国後も自国で活躍できる環境を創造することが重要となる。

帰国人材が活躍するためには、介護分野の市場形成が必要となるが、送出国の高齢化や家族観、経済成長状況等を踏まえると、まだ時間がかかる状況である。一部の富裕層向け介護サ

サービスが現れ始めている国もあるが（ネパール、ベトナム等）、そこで働く介護人材の給与は低く、日本で介護分野の活動を行なった帰国人材が自国でも介護分野で働くことは稀である。これは、介護市場が未成熟であることに加えて、日本で学んだ介護スキルや知識が、現地では事業者からもサービスを受ける側からも評価されていないことが要因と考える。日本からの帰国人材が現地で評価されるためには、日本的介護と現地の介護との違いやその効果を実感してもらう段階が必要だと考えられる。日本的介護の特徴をまとめた説明資料を発信する事が検討されているが、それだけでなくその技術を現地で広めていく事が重要である。そのための手段としては、介護の専門家の派遣による現地の病院や高齢者施設での案件化調査や草の根技術協力事業による技術協力や機材の提供など、より目に見える形で日本的介護の価値を伝えていく等の取組みが有効であると考えられる。日本の介護事業者の海外進出と連携する形で、現地にて日本の介護の価値を普及することが望ましい。

また、日本で学んだスキル面に関しても課題が聞かれた。海外で介護事業を行なっている日本の介護事業者は、帰国後人材が現地サービスのマネジメント層としての役割を果たすことを期待している。しかしながら、外国人介護人材は、数年で帰国する人材も多く、短期間での教育の負担を考えると、外国人材が責任あるポジションを任される事は少なく、リーダーシップやマネジメントを学ぶ機会が限られており、受入事業者の期待と本人のスキルとのミスマッチが生じている。例えば、JICA が支援し、管理職、実務担当者へのビジネスコースや経営塾を提供しているベトナムやウズベキスタン等の日本センターと連携あるいはノウハウを活用し、帰国（予定）人材向けのマネジメント研修やフォローアップ等の連携を検討することも一案である。

2022年12月時点では介護関連市場が形成されていないことが主要な課題となっているが、人材と市場とのマッチングの課題も将来的に生じ得る。帰国後人材はリスト化されておらず、送出機関がフォローアップをしていない限り、現地政府からも日本側からも連絡を取る手段がない。今後、活躍できる場が広がることを想定し、海外進出を予定する事業者らが活用できる形での帰国後人材のリスト化や、継続的なスキルアップの機会の提供、日本での就労情報や制度に関する発信など、日本で介護スキルを身につけた人材と継続的に繋がる仕組みは有用と考えられる。

第7章 JICA による外国人介護人材受入支援の方向性の整理

本章では本調査で確認された現状及び課題に基づき、JICA 関連事業による外国人介護人材受入支援の方向性の整理を行う。

7.1. 外国人介護人材受入に係る問題、課題、施策案の整理

本項では、本調査を通じて確認された問題点、その背景にあると分析された課題、それらに対する施策案の整理を行う。送り出し側、受け入れ側ともに多くのステークホルダーが存在し、必ずしも全ステークホルダーの利害が一致する訳ではないため、問題点や課題となる事項は立場によって異なる。ここでは、開発途上国からの外国人介護人材の日本における受け入れが双方の Win-Win になる形で実現し、中長期的に開発途上国の開発に資する形で人材還流が促進されることを目的とした場合に、主要な課題となる事項を挙げることにする。

また、当然ながら課題は対象国毎に異なり、課題に対する施策や協力可能性も異なるが、一定程度複数の対象国で共通的に見られたポイントを抽出し、方向性の整理を行った。

その整理にあたっては、外国人介護人材の来日前、日本滞在中、そして帰国後のそれぞれの段階に分けて、整理を行った（図 7.1.1）。

	調査で確認された 問題点	背景として 考えられる課題	主要な施策案
来日前	<ul style="list-style-type: none"> 潜在的候補者に日本の介護分野での就労・実習機会が十分に知られていない 他国・他職種より求められる要件(日本語、スキル)が高いため、日本が選ばれない 日本の受け入れ機関にとって、相手国の人材の評価が難しい 	<ul style="list-style-type: none"> 日本からの引き合いが少ない 日本語育成能力が十分でない 日本の外国人材受入制度が複雑である 送り出し国の介護関連トレーニング機関のカリキュラムがバラバラである。 候補者にとって介護が魅力的な仕事と理解されていない 	<ul style="list-style-type: none"> 日本と送り出し国相互の情報発信・マッチング機会の創出 日本語教育の拡充 外国人材受入制度(技能実習、特定技能などの)改善 介護資格制度整備
来日中	<ul style="list-style-type: none"> 日本に長期滞在したいと希望する外国人材は多いが、実現できている人が少ない リーダー層・マネジメント層が育たない 	<ul style="list-style-type: none"> 日本語能力が十分ではなく、介護福祉士に合格できない キャリアパスが描きづらい 受け入れ施設にとって、外国人材を育成するインセンティブが十分でない 	<ul style="list-style-type: none"> 日本語教育の拡充 キャリア意識の醸成 リーダー・マネージャーとしての能力強化
帰国後	<ul style="list-style-type: none"> 母国で日本で獲得したスキルを活用した職につかない 介護関連職があっても選ばない 政府機関などが、帰国人材の動きを把握できていない 帰国後の人材にアクセスできない 	<ul style="list-style-type: none"> 海外労働を希望する目的が賃金の獲得である 母国の介護関連で十分な待遇の仕事が少ない 母国で介護職の社会的評価が低い 介護のキャリアパスが描きづらい 日本での経験が十分に評価されない 情報が管理されていない 	<ul style="list-style-type: none"> 介護業界・市場の発展 介護資格制度整備 日本での経験を評価する仕組み 日本企業の進出促進 帰国人材情報整備

図 7.1.1 : 外国人介護人材受入に係る問題、課題、主な施策案

そして、各施策案を、下記①～③の観点から分類をし、①に関しては、JIAC 関連事業でどのような支援の可能性があるのか、②においては、JICA としてのどのような役割において協力の可能性があるのかの検討を行った(図 7.1.2)。

施策案

- 日本と送り出し国相互の情報発信・マッチング機会の創出
- 日本語教育の拡充
- 日本の外国人材受入関連制度改善
- 介護人材本人のキャリア意識醸成
- 介護人材本人のリーダー・マネージャーとしての能力強化
- 送り出し国の介護関連業界・市場の発展
- 送り出し国の介護資格制度整備
- 送り出し国において日本での経験を評価する仕組み
- 日本の介護関連企業の進出促進
- 送り出し国の帰国人材情報整備

- ① JICAが関連事業を通じて直接貢献できると考えられるもの
- ② JICAが主たる機関とはならないが、他機関との連携や、他機関の取組に対する補完を行うことにより貢献できる可能性があると考えられるもの
- ③ 基本的に他機関が取り組むべきと考えられるもの、外部環境と考えられるもの（検討対象外）

<p>① JICAによる 支援</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 送り出し国の公的介護制度構築 • 送り出し国の介護人材資格・教育制度整備 • 海外就労・実習の情報管理
<p>② 他機関との 連携、協力</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 日本と送り出し国、相互の情報発信・共有 • 外国人介護人材の日本語能力向上 • 外国介護人材のマネジメント能力強化

図 7.1.2 : 外国人介護人材受入の課題に対する施策案の整理

7.2. JICA 関連事業による支援の方向性の整理

上記で整理を行った 1) 送り出し国の公的介護制度構築、2) 送り出し国の介護人材資格・教育制度整備、3) 海外就労・実習の情報管理の 3 点に関して、JICA 支援の方向性の検討を行った。なお、2) の介護人材に関する制度も介護制度を構成する要素の 1 つであるものの、特に本調査においては、介護人材の資格や教育制度は重要なテーマなので、1) のサブテーマとして扱うのではなく、独立した 1 つのテーマとして取り扱っている。

7.2.1. 送り出し国の公的介護制度構築

本調査において、外国人介護人材が日本での介護業務の経験を活用し、母国に帰国した後に関連する職に就くというキャリアパスの事例はほとんど確認されなかった。その理由としては、日本で得られる賃金に比べ、母国の介護業務で得られる賃金が低く魅力的な仕事と考えられていないためである。

一方、重点調査対象のいずれの国も、中長期的には高齢化が進行し、家族のみで高齢者の介護を支えることが困難になり、介護サービスの需要が増大する可能性が高い。将来的に、それぞれの国において、介護に関する戦略や政策が整い、それらを基に介護サービス提供に関する制度整備が行われることは、その国の高齢者の福祉に資するとともに、介護サービス市場の拡大や介護人材の地位や待遇の向上につながることを期待される。日本においても、介護保険制度の導入が介護サービス市場の大幅な拡大につながったことは周知のとおりである。

こうした公的な介護制度構築を支援することは、間接的に、日本で働いた外国人介護人材が帰国後のキャリアパスとして母国にて介護関連職に就く可能性を高め、日本国内での介護施設における就労のインセンティブや帰国人材の活躍という好循環を生むことに貢献し得る。

以上の点から、送り出し国の公的介護制度構築として、政策策定及び介護サービス提供体制整備の観点から JICA 支援の方向性の検討を行った。

7.2.1.1. 政策策定支援

(1) 課題

本調査における重点対象国では、介護に関する包括的な戦略や政策が十分に整備されていない、あるいは、整備されていても関係省庁の連携体制も含めた実際にワークする仕組みが整えられていないケースが確認された。

保健医療を担当する省庁が高齢者医療についての方針を策定しているケースや、社会福祉を担当する省庁が身寄りのない貧困層等のある一部の困窮する高齢者に対する福祉サービスを規定しているケースなどがあるものの、予測される人口構造の転換に耐え得るような、高齢者介護の包括的な戦略や政策が十分に整備されていないことが確認された。

(2) JICA による支援の方向性

上記の課題に対して、下記のような支援の方向性が考えられる。

支援の概要	● 政策策定を行うにあたり基礎的な情報（高齢者、またその家族などが置かれている状況、課題、ニーズなど）の収集、整理、分析の支援
-------	---

	<ul style="list-style-type: none"> ● 日本の経験・教訓の共有や対話を通じた、戦略・政策の策定支援：例えば、以下のような内容が想定される。 <ul style="list-style-type: none"> ➤ 高齢者福祉や介護制度整備に関する基本的な考え方・ビジョン ➤ 関係機関とその役割 ➤ 介護人材育成にかかる方針・戦略 ➤ 介護サービスの質の担保に関する方針 ➤ 今後、準備すべきガイドラインなどの整理 ● 財源確保の仕組みの設計支援 ● 関係機関連携体制構築支援
支援スキーム例	<ul style="list-style-type: none"> ● 基礎情報収集・確認調査 ● 技術協力プロジェクト ● 技術協力個別案件（専門家派遣） ● 課題別研修
実施機関	保健医療担当省庁、社会福祉担当省庁、財政担当省庁 他
期待される成果	<ul style="list-style-type: none"> ● 高齢者、またその家族などが置かれている状況、課題、ニーズなどが把握される ● 介護に関する戦略・政策が整備される ● 戦略・政策に基づく施策やガイドラインが策定される ● 上記にかかる財源確保にかかり、仕組みの設計など仕組みの構築に向けた準備がされる ● 関係機関の役割が規定され、連携体制が整う
期待されるインパクト	<ul style="list-style-type: none"> ● 施策実施にかかる財源が確保され、当該国での介護関連制度整備、並びに施策実施が推進される ● 省庁横断的な施策の推進・連携の体制が構築される

7.2.1.2. 介護サービス提供体制整備支援

(1) 課題

本調査における重点対象国では、介護の定義や介護関連制度（介護サービス事業者の登録または許認可制度、サービス基準、各種ガイドラインなど）が十分に整備されていないケースが確認された。それら制度が未整備であるために、下記のような事象に繋がるリスクがあると推測される。

1. 登録または許認可制度がない場合、政府として介護サービス事業者数、提供サービス内容などの基本的な実態の把握ができない。
2. 許認可制度、サービス基準（施設基準、人員配置基準など）など、またそれらを確認、モニタリングする仕組みがない場合、質の悪いサービス事業者が存在する可能性がある。
3. 上記2の結果、利用者・その家族や社会全般からの介護サービスの質に対する不信感などにつながる。
4. 上記3により、当該国での介護サービスへの需要が十分に喚起されず、介護サービス市場が十分に大きくなる。
5. 上記3により、介護サービス業界における働き手の給与が低くなる。

6. 介護サービスの定義（看護と介護の区別、介護で提供可能なサービスなど）が未整備であると、事業の許認可や営業停止などについて、統一的な判断が実施されない。

これらの結果、当該国の介護サービス市場が利用者のみならず、働き手にとっても魅力的なものとならず、帰国後のキャリアとして母国の介護業界を選択しない要因の一つとなっていると推測される。

（２）JICAによる支援の方向性

上記の課題に対して、下記のような支援の方向性が考えられる。

支援の概要	<ul style="list-style-type: none"> ● 介護サービスの整備方針策定支援（サービス類型の整理、必要なサービス量の計画、官民の役割分担を含む整備推進方針、財政措置） ● 介護サービスの質確保のための施策支援（登録・許認可制度整備、人員配置や設備に関する基準、その他ガイドライン） ● 制度を運営する能力向上のための支援
支援スキーム例	<ul style="list-style-type: none"> ● 技術協力プロジェクト ● 技術協力個別案件（専門家派遣）
実施機関	保健医療担当省庁、社会福祉担当省庁、地方自治体
期待される成果	<ul style="list-style-type: none"> ● 当該国の状況に即した介護サービス提供体制が検討される。 ● 介護サービス提供に必要な関連制度が整備される ● 関連政府機関などの制度運営能力向上
期待されるインパクト	<ul style="list-style-type: none"> ● 介護サービスの質の向上 ● 介護サービス業界の社会的評価の向上 ● 介護サービス業界の働き手にとっての魅力向上（業界規模拡大、待遇改善など） ● 日本の介護関連事業者の当該国進出の促進、またそれに伴う帰国人材にとっての帰国後のキャリアの選択肢の充実

7.2.2. 送り出し国の介護人材資格・教育制度整備

日本と送り出し国の双方にとって Win-Win となる形での外国人介護人材の受け入れを促進するにあたって重要な点として、送り出し国における（各種受入れ制度の要件や受け入れ機関のニーズに合致する）介護人材の育成がある。調査を通じ、介護人材の育成にあたっては、国として統一したコンピテンシーの基準を整備し、それらに基づく資格制度のもと育成を行っている国とそうでない国があることが確認された。この資格制度の整備状況によってもたらされる課題と対応する支援の方向性を検討する。また、制度整備に加えて、教育・訓練プログラムの実施にかかる体制構築、または実施支援も検討する。

7.2.2.1. 介護人材の資格制度整備支援

（１）課題

本調査では、資格制度が未整備であることで、下記のような課題を確認した。

1. 統一された資格制度が整備されておらず、各トレーニング機関が統一されたコンピテンシーの基準に基づかない独自のカリキュラムにより介護人材の育成が行われる場合、日本の介護事業者などが、トレーニング機関ごとのカリキュラムなどを把握して、機関ごとに介護人材の質を評価することが難しい。
2. 当該国にて、介護サービスに関わる人材の質が統一的な基準で担保できない。
3. 当該国内において介護人材としての位置づけが整理されないことにもつながり、当該国内でのキャリアパスを描くことが難しくなる。
4. 当該国で、介護職が専門職として認識されず、社会的地位及び給与が低くなる。
5. 上記4により当該国において介護職を目指す人が少なく、また介護人材として来日する人材も少なくなる。また、帰国後のキャリアとして母国の介護業界を選択しない要因の一つとなる。
6. 上記2及び5により、当該国で質の高い介護人材が十分に確保できない可能性に繋がる。その場合、当該国へ介護事業で進出を検討する事業者にとって高い人材育成コストに繋がる懸念など阻害要因の一つとなり得る。

他方、既に資格制度がある国、これから整備する国での調査からは、日本における経験を当該国の資格の枠組みの中で評価できると日本での経験が帰国後の本人のキャリアパスにとってより意義のあるものになる可能性を確認した。次項目では、この点も課題として位置づけ、その対策を検討する。

(2) JICA による支援の方向性 1：資格制度整備

資格制度未整備の国における課題に対して、下記のような支援の方向性が考えられる。

支援の概要	<ul style="list-style-type: none"> ● 介護人材資格制度整備方針検討支援（介護関連サービスにおいて資格を必要とするポジションや業務内容の整理、看護等の資格における介護業務の位置づけ等） ● 介護人材のコンピテンシーの基準の設定支援 ● 資格認定の仕組みの整備支援
支援スキーム例	<ul style="list-style-type: none"> ● 技術協力プロジェクト ● 技術協力個別案件（専門家派遣）
実施機関	保健医療担当省庁、教育担当省庁、労働・職業訓練担当省庁
期待される成果	<ul style="list-style-type: none"> ● 当該国における介護資格の枠組みが設定される ● コンピテンシーの基準、資格認定の仕組みなどが整備される ● 上記資格制度に基づいた人材が育成される
期待されるインパクト	<ul style="list-style-type: none"> ● 当該国から輩出される介護人材に対する日本の介護関係者からの関心及び評価向上、受け入れ人数の増加 ● 当該国での介護人材の質の標準化。介護サービスの質の向上 ● 当該国での介護人材育成事業の発展（その結果、介護人材育成業界におけるトレーナーとしてのキャリアパスの可能性）

	<ul style="list-style-type: none"> ● 当該国における介護職に対する社会的評価の向上 ● 介護人材の当該国内でのキャリアパスの充実 ● 日本の介護関連事業者の当該国への進出促進
--	--

介護人材資格の枠組みの設定において、ある資格レベルを設定する場合、そのレベルの資格を取得する者のキャリアパス上のメリットについても整理し、そのメリットが実際に得られるような環境作り¹⁹⁴への取り組みなどが可能かどうかなども検討できると望ましいと考える。

(3) JICA による支援の方向性 2：日本における介護の実習・就労経験の評価

本支援案は、上記 JICA による支援の方向性 1「資格制度整備」の一部、あるいは、後述の教育・訓練制度への支援の一部として同時に行うことも一案である。また、日本に介護人材として来日する人材の中には、一定程度、看護の資格を有する人材がいること、さらに、看護人材が高齢者介護に果たす役割は大きいことから、介護資格のみならず看護の資格等制度への反映も検討の余地がある。

支援の概要	<ul style="list-style-type: none"> ● 当該国の介護・看護資格や教育・訓練制度の枠組みにおける日本での介護の就労・実習経験の位置づけの整理 ● 上記に基づき日本における介護の就労・実習経験を当該国の資格や教育・訓練の枠組みの中で評価する仕組み¹⁹⁵の整備支援
支援スキーム例	<ul style="list-style-type: none"> ● 技術協力プロジェクト ● 技術協力個別案件（専門家派遣）
実施機関	保健医療担当省庁、社会福祉担当省庁、教育担当省庁、労働・職業訓練担当省庁、介護・看護資格付与を管轄する機関
期待される成果	<ul style="list-style-type: none"> ● 日本における介護の就労・実習経験が当該国の介護・看護人材のキャリアパスの一部として整理される。 ● 日本における介護の就労・実習経験が当該国の介護・看護資格の枠組みで評価される仕組みが整備される。
期待されるインパクト	<ul style="list-style-type: none"> ● 日本における介護の就労・実習経験が、当該国の介護人材のキャリアパスの中で整理され、新たな資格取得に繋がることにより、日本の介護を選択するキャリアパス上のメリットが向上する。 ● 上記により、日本の介護を選択する介護・看護人材が増加する。 ● 帰国後のキャリアも念頭において日本側受け入れ機関での研修内容や業務分担が検討できる。

7.2.2.2. 介護人材の教育・訓練制度整備・実施支援

(1) 課題

¹⁹⁴ 例えば、マネージャー職などの上位レベルの資格を設定した場合、その具体的な役割を設定する、介護サービス業界団体などへその役割の重要性についての理解促進を図り、当該資格取得者がより適切な役割を担うポジションへの配置されるように促す、など。

¹⁹⁵ ここで、想定される仕組みとして、従前学習の認証（Recognition of Prior Learning：RPL）がある。これは、正規の教育・トレーニング機関での学習以外での学習（就労経験・インターン経験等）を正式に当該国の資格フレームワークの中で評価し、その後の雇用可能性を高めようとするものである。

質の高い介護人材が輩出されるためには、資格制度整備だけでなく、教育・訓練に関する制度も併せて整備されるとともに、教育・訓練機関が一定の質のトレーニングを提供できることが必要である。しかしながら、介護人材の育成方針や制度が未整備の国においては、教育・訓練もそれぞれの機関でバラバラに提供され、トレーナー、トレーニング教材、機材などの質の点で課題があるケースが確認された。また、既に資格制度を有している国において、一般的なケアギバーに加えて、高齢者ケアに特化したケアギバー資格を導入する動きがある一方、そのトレーニングの提供体制に関しては同様の課題が確認された。

さらに、日本への送り出しに直結する教育・訓練機関への支援を行う場合には、日本語教育に対する支援を組み合わせることも課題への対応として有効である。

(2) JICA による支援の方向性

支援の概要	<ul style="list-style-type: none"> ● 介護人材の資格制度やコンピテンシーに基づくカリキュラムや訓練プログラムの開発支援 ● 教育・訓練機関における介護技術及び日本語教育に関するトレーナー育成、教材開発支援 ● 必要に応じて、設備・機材の供与（介護サービスの質の向上、生産性向上に資すると考えられる機材など）
支援スキーム例	<ul style="list-style-type: none"> ● 技術協力プロジェクト ● 技術協力個別案件（専門家派遣） ● 海外協力隊派遣 ● 草の根技術協力事業
関係機関例	保健医療担当省庁、社会福祉担当省庁、教育担当省庁、労働・職業訓練担当省庁、教育・訓練機関、業界団体
期待される成果	<ul style="list-style-type: none"> ● 介護に関する統一的な教育・訓練制度の整備 ● 介護教育・訓練機関の能力強化
期待されるインパクト	<ul style="list-style-type: none"> ● 質の高い介護人材が輩出される ● 来日人材の日本語能力の向上 ● 日本からの帰国人材に対する評価及び需要が高まる ● 上記により、日本で介護分野での就労・実習を目指す人材が増加 ● 当該国における介護サービスの質の向上

現地介護人材訓練機関に対する技術協力を行い、訪日研修も組み合わせて人材育成を行い、帰国後の就職に繋げることに成功した事例をここに紹介する（Box 8.1）。

Box 8.1：草の根技術協力事業（草の根協力支援型）事例

事業名：陝西省における介護人材育成支援事業

団体名：特定非営利活動法人 日中介護事業交流協会

主な活動：

- 陝西工運学院（カウンターパート機関）に介護教育専門員を派遣し、陝西工運学院介護学部の指導者と学部生および介護施設の指導者に対し運営指導および実地教育を行う。
- 陝西工運学院介護学部の教育カリキュラムおよびテキストを整備する。
- 省内の介護事業施設と連携・提携しセミナーを行う。
- 選抜した一部の学部生に対して、介護職員初任者研修の資格取得と介護施設での実技研修を目的とした3か月の訪日研修を実施する。

インパクト：

- 訪日研修生修了生は帰国後、北京や上海など大都市の介護施設において施設長やマネージャー職などの役職に就いて活躍

7.2.3. その他

ここでは、上記「公的介護制度構築」、「介護人材資格・教育制度整備」とも関連するものとして、上記で見た課題に対して、日本の介護関連事業者の海外展開支援による貢献可能性について検討する。

7.2.3.1. 日本の介護関連事業者の海外展開支援

（1）JICAによる支援の方向性：日本の介護関連事業者の海外展開支援

支援の概要	● 日本の介護関連事業者の海外展開支援
支援スキーム例	● 民間連携事業 ● 草の根技術協力事業
関係機関例	日本の介護関連事業者
期待される成果	● 日本の介護関連事業者の海外展開が促進される
期待されるインパクト	● 現地介護サービスの質の向上 ● 日本の事業者の進出による帰国人材にとっての帰国後のキャリアの選択肢の充実

7.2.4. 海外就労・実習の情報管理

7.2.4.1. 海外就労・実習の情報管理

(1) 課題

外国人介護人材にかかる現状把握、課題の把握を行う上で、基礎情報となる送り出し国における日本を含めた介護人材の送り出しにかかるデータがなく、状況が十分に把握できないというケースが確認された。例えば、海外労働を行う人の学歴・資格情報が把握されていない、帰国後の情報が把握できていないなどが共通して見られた。こうした情報整備が十分でないことは、送り出し国にとっても現状把握、課題の分析が不十分となり、施策の検討、施策の効果の確認が難しくなる。

なお、本課題は介護だけではなく、他の職種にも当てはまる課題であるが、多くの国において、海外労働者に関する情報管理は限定的となっており、実態の把握が十分にできない。そのため、関連施策の立案、海外労働者本人とのコミュニケーション、施策の効果の把握などができない状況にある。

(2) JICA による支援の方向性

支援の概要	<ul style="list-style-type: none">● 海外就労・実習に関する情報整備支援● 情報利活用に関する技術移転及び情報利活用のパイロット活動（課題の把握、施策案の検討、実施中施策の効果検証など）
支援スキーム例	<ul style="list-style-type: none">● 技術協力プロジェクト● 技術協力個別案件（専門家派遣）
関係機関例	海外就労・実習の情報管理を管轄する省庁、情報利活用を行う機関
期待される成果	<ul style="list-style-type: none">● 海外就労・実習に関して管理すべき情報が整理される。● 上記整理に基づき情報の収集、管理の方法が整理され、データ管理システムが構築される。● 海外就労・実習に関するデータの信頼性が向上する。● 担当省庁の情報利活用のスキルが向上する。
期待されるインパクト	<ul style="list-style-type: none">● 海外労働に関する課題が定量的に把握可能となる。● 情報の利活用により、海外就労・実習に関する課題の施策案が検討、作成される。● 情報の利活用により、施策の効果検証が可能となる。● 上記により、海外就労・実習に関する課題解決に貢献する

なお、本課題は、介護だけではなく他の職種にも当てはまるもので、介護人材の情報管理のためのみに行うことは想定されない。よって、基本的には、職種横断的な送り出し国の海外就労・実習の制度等の改善に取り組む協力事業の中で取り扱われることが想定される。

7.3. 他機関との連携による JICA による協力可能性の整理

ここまで詳述してきた JICA 事業として実施することが想定される支援案に加え、ここでは他機関との連携による協力可能性につき整理を行う。

なお、第 7 章において既に日本国内の関係機関の整理及び連携可能性についてまとめており、一部重複する内容も含むが、ここでは、1.1 で整理を行った 1) 相互の情報発信・共有、2) 外国人介護人材の日本語能力向上、3) 外国人介護人材のマネジメント能力向上の 3 点に関して、JICA による協力可能性を整理する。

7.3.1. 相互の情報発信・共有

7.3.1.1. 相互の情報発信・共有

(1) 課題

調査を通じ、送り出し国側の関係者に対し、技能実習、特定技能等の制度に係る情報や日本における介護業務内容に関する情報が十分に伝わっていないケースが確認された。例えば、既述のとおり、介護という概念や必要性自体が認識されていない国も多く、「ケアギバー」は住み込みの家事労働者のイメージで理解されがちであり、日本の介護施設での働き方が理解されればより日本での就労希望者が増えるであろうとの意見も一部の送り出し国側から聞かれている。

他方、日本側の関係者にとっては、特に日本での介護分野における受け入れ件数が少ない国に関し、送り出し国側の人材に関する情報を入手する機会や手段が限定的であることが確認された。送り出し国側からも、日本に対し介護人材を送り出したいという関心はあり、日本からの引き合いさえあればより多くの人材を送り出せるといった声も聞かれた。また、日本側の関係者は、必ずしも開発途上国側の教育・訓練及び資格制度や、現地の人材がどのような関心や期待を持って来日するのかについて深い理解を持ち合わせていない場合も多いと想定される。

(2) JICA による協力可能性

JICA は、多くの開発途上国に現地事務所を設置しており、本調査結果も含め、一定程度、送り出し国側の関連政策・制度と実情、関係機関の体制等につき情報を有するとともに、政府機関を中心とする現地のステークホルダーとのネットワークを有している場合もある。

同時に、日本国内の関係機関や自治体・事業者等とこれまでの民間連携事業その他 JICA 関連事業を通じて構築した一定のネットワークを有する他、関連の公的機関との連携により、例えば国際・アジア健康構想協議会等のプラットフォームにもアクセスが可能な状況がある。

こうした強みを生かし、日本と送り出し国側双方の、政策・制度、目指すべき方向や好事例の相互発信や対話の場の創出を通じ、双方の理解の促進に資する可能性があると言える。日本からの情報発信・共有にあたっては、現地側の文脈を理解した上で行うことが有効であり、ここでも現地に拠点を持つ強みを生かすことが可能である。既述の、アジア健康構想における「日本における介護について」¹⁹⁶の資料のような既に日本側で整備されている情報等について、伝達の橋渡しを行うことも一つのアイデアである。

¹⁹⁶ AHWIN ウェブサイト https://www.kantei.go.jp/jp/singi/kenkouiryou/jp/pdf/nursing_care.pdf (2022 年 12 月 15 日アクセス)

また、送り出し国側から日本側への情報発信としては、JICA が実施する各種調査、技術協力プロジェクト、または送り出し国側関係者との日々のコミュニケーションより得られた情報を提供するという協力が考えられる。

7.3.1.2. オンラインセミナー（パイロット活動）

上記「相互の情報発信・共有」関連し、本調査の一環のパイロット活動として、インドネシアを対象に、下記のオンラインセミナーを実施した。

【セミナー実施背景】

調査中において、下記の暫定的な調査結果があった。

- インドネシアには介護にかかるの統一的な人材育成の制度がなく、インドネシア人の介護人材の質を評価することが困難である。そのような中、インドネシア政府は、介護にかかる国家資格制度の確立に取り組んでおり、また、民間・公的機関ともに、日本への介護人材派遣を念頭においた研修プログラムの開発・実施を始めていることが確認された。
- インドネシアにおいて、日本での介護職の就労・実習機会、まだ知名度が低いのが現状である。インドネシアの送出機関など関係者にインドネシア人が介護現場でどのように受け入れられ、どのような業務をし、どのようなスキルを身につけることを知ってもらうことは重要であると考えられる。

【セミナー目的】

- インドネシアでどのような介護人材育成の取り組みが行われているか、日本の関係者に知ってもらい、インドネシアの介護人材への関心を高める。
- インドネシア人など外国人が受入機関にどのように受け入れられ、彼らはどのような業務を行っているのか。インドネシア関係者にその内容・実態について知ってもらい、インドネシア関係者の認識と関心を高める。

【セミナープログラム】

() 内：スピーカー

1. 開会挨拶（JICA）
2. セミナー概要（調査団）
3. 外国介護人材受け入れ事例（のぞみグループ：介護事業者）
4. インドネシアにおける介護人材の状況（AP2LN：送出機関）
5. 介護人材育成に係る取組（SMK N 8 Semarang：職業訓練高校）
6. 介護人材育成に係る取組（インドネシア保健省）
7. QAセッション
8. 閉会の挨拶（インドネシア労働省）

【開催日時】

2023年1月19日（木）15:00-17:00

【実施方法】

オンライン（Zoom）及びインドネシアジャカルタ会場

【参加申し込み実績】

日本側：83名、インドネシア側：106名

【QAセッションにおける主な質問】

質問者	質問内容
インドネシア送出機関	日本では介護士としてどのような就労機会があるか、介護人材にどのようなスキルが期待されているか？
インドネシア送出機関	介護現場でインドネシアの方を受けられていると思うが、インドネシアの人が抱えている課題についてお聞かせください。
インドネシア送出機関	介護人材の送り出しの手続きやルールなどに関して知りたい場合の問い合わせ先を教えてくださいませんか。
インドネシア送出機関	技能実習制度について、2023年の秋に制度の改正が行われるのではないかという話を聞いていますが、JICAとして同制度は将来的にどのように変わっていくとお考えでしょうか？また、日本の労働力受け入れの枠組みもどのように変わっていくか教えてくださいませんか。
日本側参加者	インドネシアよりEPAの制度を使って来日される方は今後増えると思われますか？
日本側参加者	日本の受け入れ事業者に期待することは何か？
インドネシア側の参加者	日本で介護士として働く際の給料や福利厚生について教えてください。
日本側のセミナー参加者	ベトナムなどでは近年技能実習生が減っているが、インドネシアからは今後技能実習生が増えていく見込みなのではないでしょうか？

7.3.2. 外国人介護人材の日本語能力向上

(1) 課題

日本語能力は、他職種と比較し、対人サービスである介護分野では特に重要な要素であり、来日に必要な日本語能力要件のクリア、日本滞在中の介護現場での活躍、介護福祉士試験合格を目指す場合に必要となる高い日本語能力等、各段階において能力強化の必要がある。

来日前に必要な日本語能力については、そのために要する期間の長さから外国人候補者が日本の介護を選ぶ際の阻害要因の一つとなっている。また、試験に必要な日本語は長期に日本に滞在して介護人材として働きたいと希望する外国人介護人材にとってのハードルとなっている。

(2) JICAによる協力可能性

7.2.2において述べたとおり、日本への送り出しを想定した教育・訓練機関と協力をする場合、予め日本語教育プログラムを組み込んだ形で人材育成を行うことが可能であるが、それ以外の場合において、日本語教育はJICA自身が海外協力隊による教師派遣等で直接的に支援を

行える数には限りがあるため、必要に応じて関係機関と連携の上で、送り出し国による日本語教育体制整備や仕組みづくりの側面支援を行うことが考えられる。

7.3.3. 外国人介護人材のマネジメント能力向上

(1) 課題

送り出し国の介護事業者及び海外で介護事業を行なっている日本の介護事業者から、帰国後人材がリーダーやマネジメント層としての役割を果たすことを期待しているという声が聞かれた。しかし、日本での活動においては、リーダーシップやマネジメントを身に着ける機会が限られているのが現状である。

(2) JICA による協力可能性

対象国は限られるが、JICA の支援する日本センターで、管理職向けのビジネスコース等を提供していることを活かし、日本センターと連携あるいはノウハウを活用する形で、関係機関と連携し、帰国（予定）人材のマネジメント研修やフォローアップ等の協力可能性も考えられる。

別添資料

- 1 重点対象国の介護及び介護人材関連の法制度、マーケット、介護人材輩出状況
- 2 調査結果概要
- 3 オンラインセミナー登壇資料

添付資料

1. 重点対象国の介護及び介護人材関連の法制度、マーケット、介護人材輩出状況

1.1. 重点対象国の基本情報

1.2. インドネシア

1.3. ベトナム

1.4. フィリピン

1.5. インド

1.6. ネパール

1.7. バングラデシュ

1. 重点対象国の介護及び介護人材関連の法制度、マーケット、介護人材輩出状況

略語表

略語	英名	和名
GDP	Gross Domestic Product	国内総生産
GNI	Gross National Income	国民総所得
IHME	Institute for Health Metrics and Evaluation	ワシントン大学保健指標評価研究所
IMF	International Monetary Fund	国際通貨基金
UN	United Nations	国際連合
WHO	World Health Organization	世界保健機関

1.1. 重点対象国の基本情報

1.1.1. 重点対象国 6 カ国と日本の概要

表 1.1.1 重点対象国 6 カ国と日本の基本情報

区分	ベトナム	フィリピン	インドネシア	インド	ネパール	バングラデシュ	日本
首都	ハノイ	マニラ	ジャカルタ	ニューデリー	カトマンズ	ダッカ	東京
言語	ベトナム語	フィリピン語、英語	インドネシア語	ヒンディー語、他21言語	ネパール語	ベンガル語	日本語
面積 (km ²)	331,212	299,764	1,904,569	3,287,263	147,181	147,570	377,974
名目GDP (2020)	3,429億USD	3,615億USD	1兆599億USD	2兆6,676億USD	340億USD	3,231億USD	5兆401億USD
人口 (千人) (2022)	98,954	112,509	279,135	1,406,632	30,226	171,186	125,585
65歳以上人口の割合 (%) (2020)	8.4	5.2	6.7	6.7	6.0	5.6	29.6
倍化年数 (年)	17	30	22	28	26	20	24

出所) 外務省ウェブサイト <https://www.mofa.go.jp/mofaj/area/index.html> (2022年6月24日アクセス)、国際通貨基金 (International Monetary Fund : IMF) , “World Economic Outlook Database2022” <https://www.imf.org/en/Publications/WEO/weo-database/2022/April/select-country-group> (2022年8月9日アクセス)、国際連合 (United Nations : UN) , UN, “Department of Economic and Social Affairs, Population Division 2022” <https://population.un.org/wpp/publications/> (2022年9月21日アクセス)、AHWIN ウェブサイト <https://www.ahwin.org/data-on-aging/> (2022年8月1日アクセス)、National Planning Commission, UNICEF, “Demographic Changes of Nepal Trends and Policy Implications”を基に調査団作成

1.1.2. 医療財源

世界銀行の所得グループの定義によると、重点対象国のうち、ネパールは低所得国 (一人当たり国民総生産 (Gross National Income : GNI) が 1,045US ドル以下) に属し、バングラデシュ、

インド、ベトナム、フィリピン、インドネシアは低・中所得国（一人当たりの GNI が 1,046-4,095US ドル）に属する¹。（図 1.1.1）

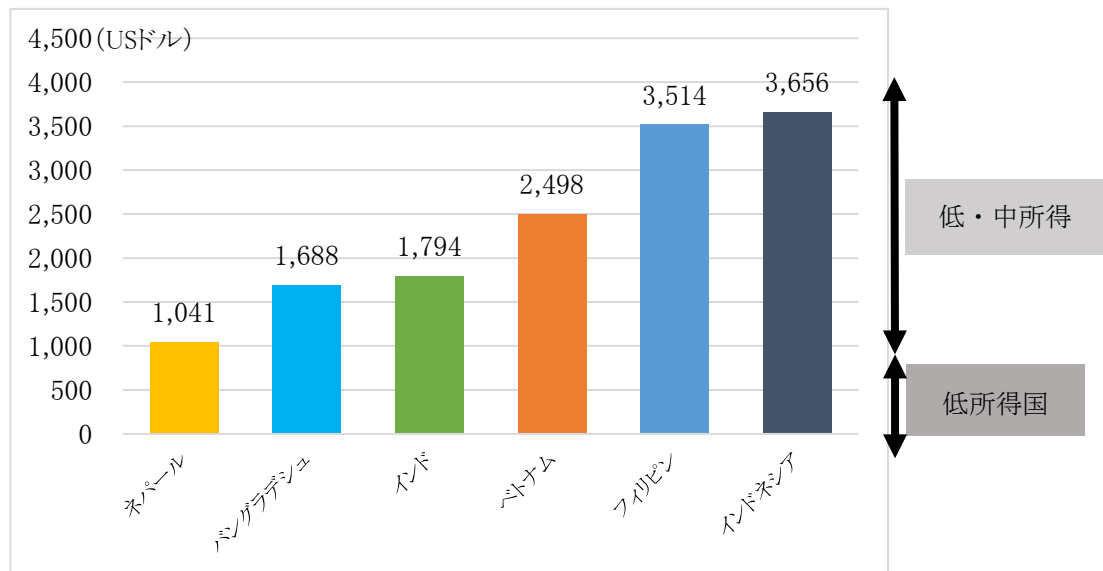


図 1.1.1 6カ国の所得グループ（2020）（USドル）

出所) 世界銀行 (World Bank) , "World Development Indicators" <https://databank.worldbank.org/source/world-development-indicators> (2022年8月8日アクセス) を基に調査団作成

各国の実質経済成長率の推移を見ると、COVID19 が流行する 2020 年以前のベトナム、フィリピン、インドネシア、インド、バングラデシュは約 5-8%前後と日本と比較して高い経済成長を示している。ネパールも 2015 年の地震の影響を受け 2016 年には 0.4%と下がっていたが、2017 年以降は 7%前後と回復を見せている。（図 1.1.2）

¹ 世界銀行 (World Bank) , "World Development Indicators" <https://databank.worldbank.org/source/world-development-indicators> (2022年8月8日アクセス)

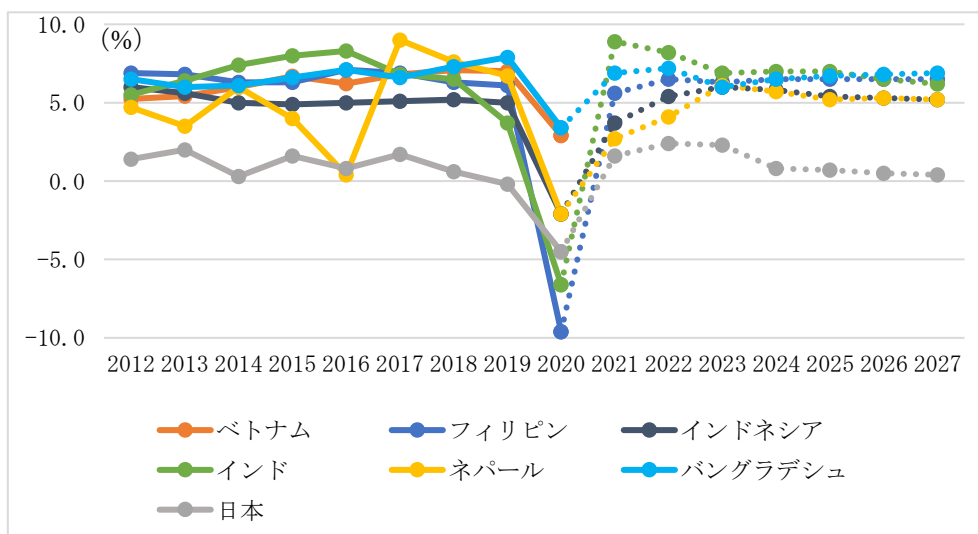


図 1.1.2 2012 年—2027 年 7 カ国の実質経済成長率の推移 (2020) (%)

出所) IMF, “World Economic Outlook Database 2022”

https://www.imf.org/external/datamapper/NGDP_RPCH@WEO/OEMDC/ADVEC/WEOWORLD (2022 年 8 月 8 日アクセス)、世界銀行, “World Development Indicators” <https://databank.worldbank.org/source/world-development-indicators> (2022 年 8 月 7 日アクセス) を基に調査団作成

注) ベトナムの値は 2020 年まで

次に、名目国内総生産 (Gross Domestic Product : GDP) を見ると、対象 6 カ国はいずれも右肩上がりに増加しており、今後も増加が続くことが予想される。金額を見ると 2020 年時点では、ネパールは 340 億 US ドル、バングラデシュは 3,231 億 US ドル、ベトナムは 3,429 億 US ドル、フィリピンは 3,615 億 US ドル、インドネシアは約 1.06 兆 US ドル、インドは 2.67 兆 US ドルと 6 カ国の中での差は大きい。(図 1.1.3)

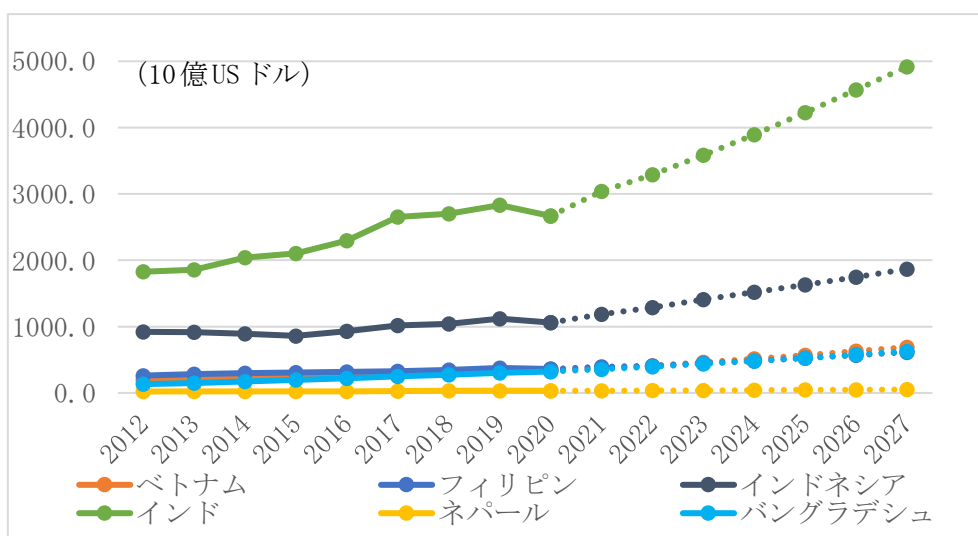


図 1.1.3 6 カ国の名目 GDP (2020) (10 億 US ドル)

出所) IMF, “World Economic Outlook Database 2022” <https://www.imf.org/en/Publications/WEO/weo-database/2022/April/select-country-group> (2022 年 8 月 9 日アクセス) を基に調査団作成

一人当たり名目 GDP（国内総生産）を見ると、高所得国グループに属する日本は、低所得国グループに属するネパールと比較し約 34 倍高く、低・中所得国グループに属するバングラデシュ、インド、フィリピン、ベトナム、インドネシアと比較し、約 20~10 倍高い。（図 1.1.4）

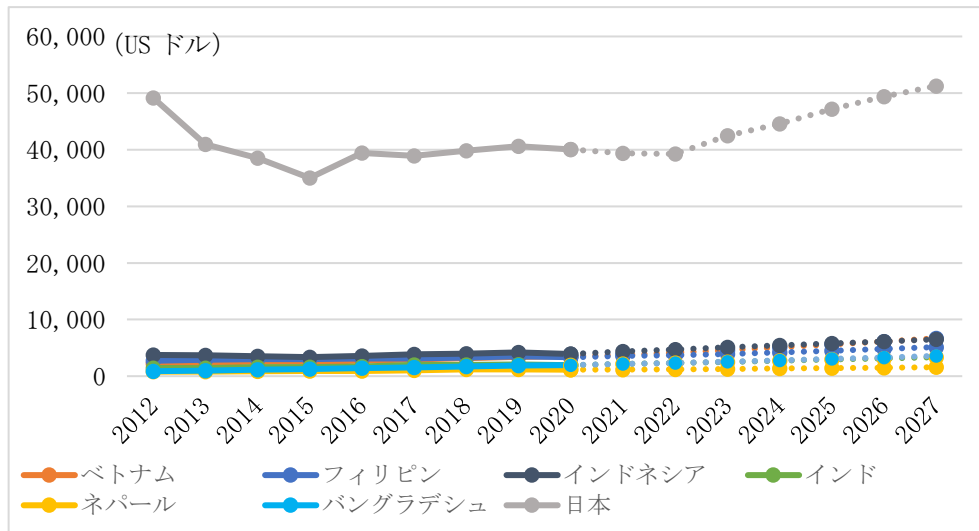


図 1.1.4 7カ国の一人当たり名目 GDP (2020) (US ドル)

出所) IMF, “World Economic Outlook Database2022” <https://www.imf.org/en/Publications/WEO/weo-database/2022/April/select-country-group> (2022年8月8日アクセス) を基に調査団作成

日本以外の一人当たり名目 GDP(国内総生産)を見ると、6カ国はいずれも増加傾向にあり、今後も増加すると予想される。2020年時点の金額を見ると、インドネシア 3,923USD、ベトナム 3,521USD、フィリピン 3,323USD、インド 1,935USD、バングラデシュ 1,962USD、ネパール 1,166USD の順に高いことがわかる。また、2020年以降では、6カ国の中でベトナムが一番高い上昇率が見込まれており、2027年には 6,682USD と 2020年の約 1.9 倍になることが予想されている²。（図 1.1.5）

² IMF, “World Economic Outlook Database2022” <https://www.imf.org/en/Publications/WEO/weo-database/2022/April/select-country-group> (2022年8月8日アクセス)

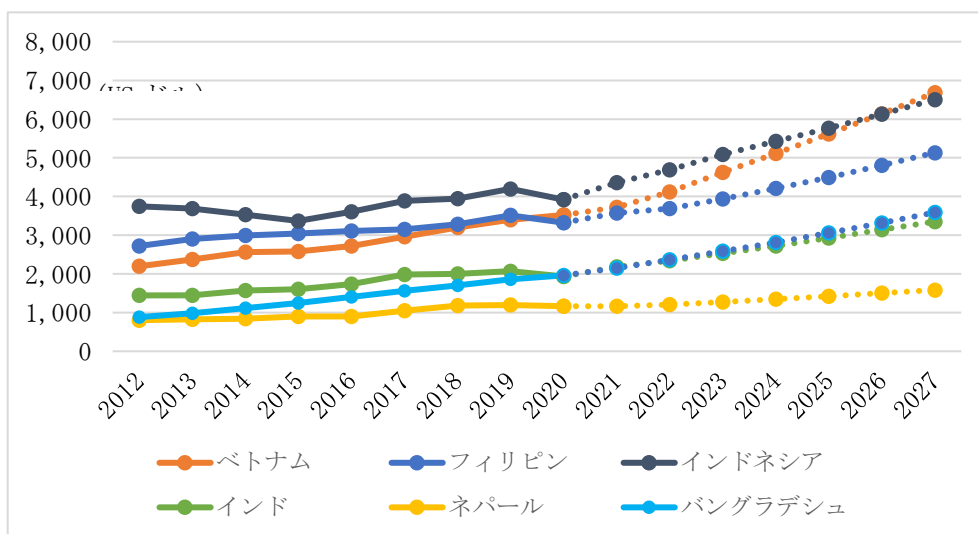


図 1.1.5 6カ国の一人当たり名目 GDP (2020) (US ドル)

出所) IMF, “World Economic Outlook Database2022” <https://www.imf.org/en/Publications/WEO/weo-database/2022/April/select-country-group> (2022年8月8日アクセス) を基に調査団作成

1.1.3. 人口動態

6カ国のうちインドの人口は2020年時点で13.9億人と世界2位で、今後も人口増加が続くことが予想される。インド以外の人口を見るとインドネシア2.7億人、バングラデシュ1.6億人、フィリピン1.1億人、ベトナム9,600万人そしてネパール3,000万人の順で多く、今後の人口予測を見るとインドネシア、バングラデシュ、フィリピンは今後も高い割合で増加、ベトナム、ネパールは微増することが予想されている。(図 1-1-6) (図 1-1-7)

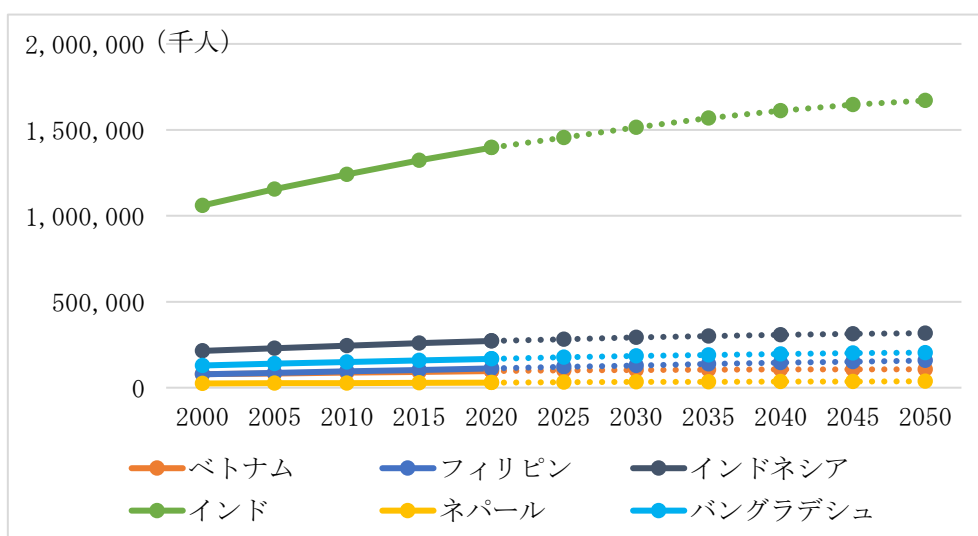


図 1-1-6 2000-2050年6カ国の人口の推移 (2022) (千人)

出所) UN, “Department of Economic and Social Affairs, Population Division 2022” <https://population.un.org/wpp/publications/> (2022年8月21日アクセス) を基に調査団作成

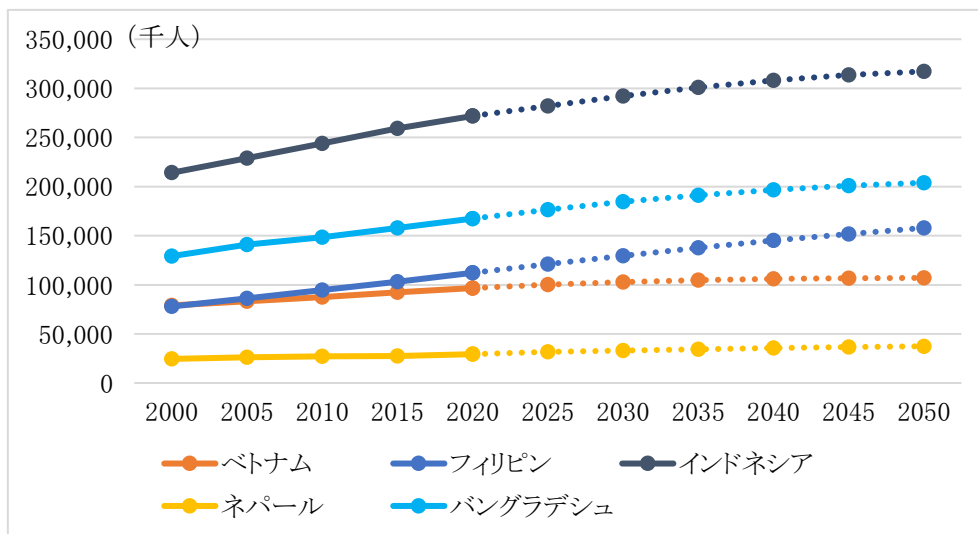


図 1-1-7 2000-2050 年 5 カ国 (インド以外) の人口の推移 (2022) (千人)

出所) UN, "Department of Economic and Social Affairs, Population Division 2022"

<https://population.un.org/wpp/publications/> (2022 年 8 月 21 日アクセス) を基に調査団作成

各国の合計特殊出生率を見ると、2020 年時点ではフィリピン 2.77、インドネシア 2.19 は人口置換水準 (2.07) を上回っているが、インドは 2.05、ネパール 2.05、バングラデシュは 2.0、ベトナムは 1.95 と人口置換水準を下回っている。今後は、6 カ国いずれの国も徐々に低下していくことが予想され、2025 年にはバングラデシュ、ネパール、インドが人口置換水準を切っていることが予想されている。(図 1-1-8)

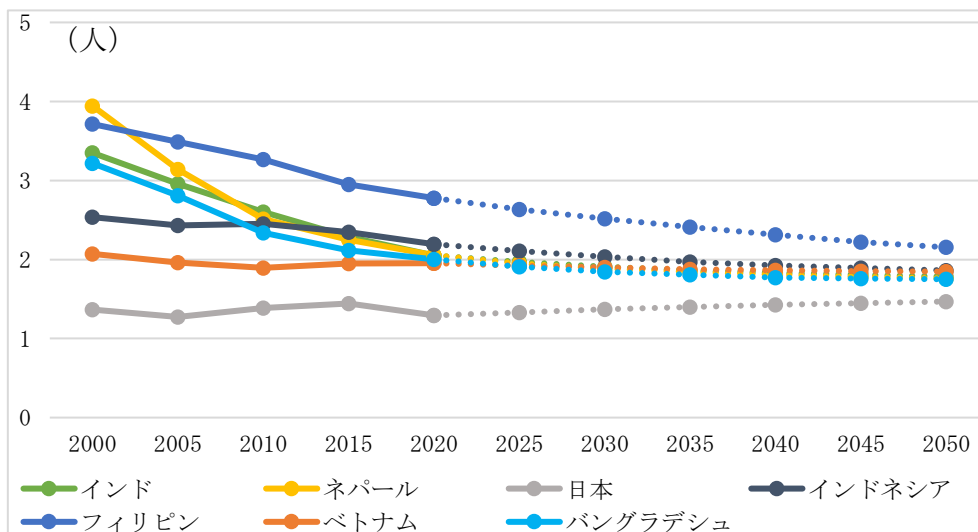


図 1-1-8 2000-2050 年 7 カ国の合計特殊出生率の推移 (2022)

出所) UN, "Department of Economic and Social Affairs, Population Division 2022"

<https://population.un.org/wpp/publications/> (2022 年 8 月 21 日アクセス) を基に調査団作成

次に高齢者人口（65歳以上人口）の推移を見ていく。高齢者人口は6か国全てで増加している。2020年時点でのインドの高齢化率は6.7%と高齢化社会には達していないものの、高齢者人口の実数に着目すると、約9,317万人と日本の約3,705万人と比べ約2.5倍と多い。また、その他の国を見ると、2020年時点ではネパール177.3万人、フィリピン585.9万人、ベトナム814.5万人、バングラデシュ943.1万人、インドネシアの1,824万人であったが、2050年までにネパール399.4万人、フィリピン1,702万人、ベトナム2,140万人、バングラデシュ3141万人、インドネシア4,747万人と約2~3倍まで増加することが予想されている。（図1-1-9）

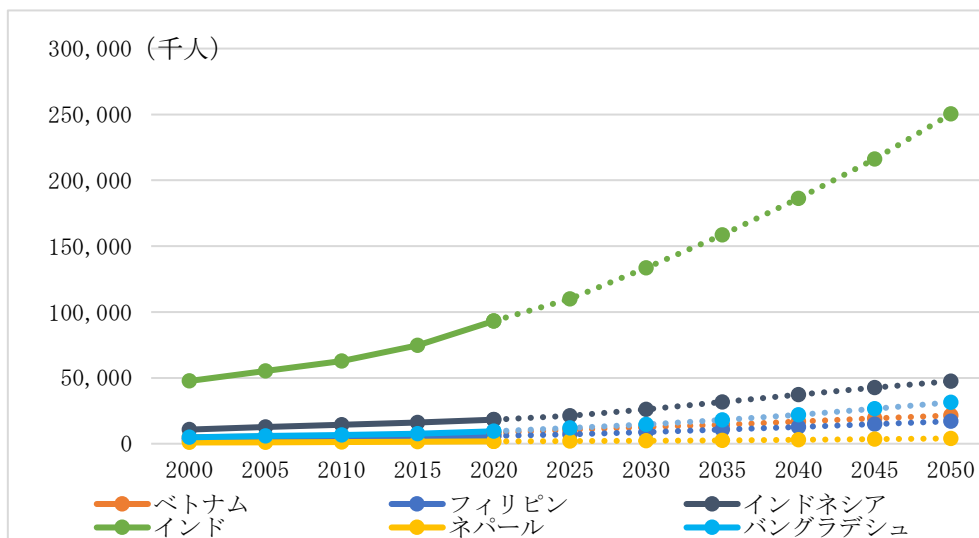


図 1-1-9 2000-2050年6カ国の高齢者人口の推移 (2022) (千人)

出所) UN, "Department of Economic and Social Affairs, Population Division 2022"

<https://population.un.org/wpp/publications/> (2022年8月21日アクセス) を基に調査団作成

高齢化率を見ると、6カ国いずれも増加傾向にある。高齢化社会に突入する時期はばらつきがあり、6か国中ではベトナムが最も早く超高齢化社会を迎えることが予想されている³。（図1-1-10）

³ UN, "Department of Economic and Social Affairs, Population Division 2022"
<https://population.un.org/wpp/publications/> (2022年8月21日アクセス)

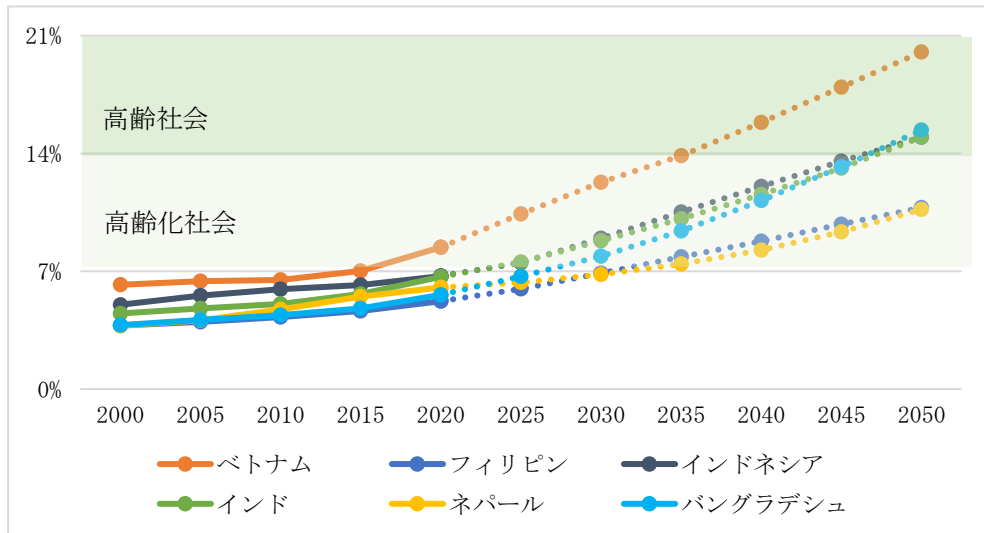


図 1-1-10 2000-2050 年 6 カ国の高齢化率の推移 (2022) (%)

出所) UN, "Department of Economic and Social Affairs, Population Division 2022"

<https://population.un.org/wpp/publications/> (2022年8月21日アクセス) を基に調査団作成

高齢化の速度について、高齢化率が 7%を超えてからその倍の 14%に達するまでの所要年数 (倍加年数) によって比較すると、フランスの 115 年、スウェーデンの 85 年、アメリカの 72 年に対し、対象 6 ヶ国は日本の 24 年と同等もしくはそれ以上のスピードで高齢化が進むことが見込まれている。特にベトナムの予想倍化速度は 17 年と短い⁴。(図 1-1-11)

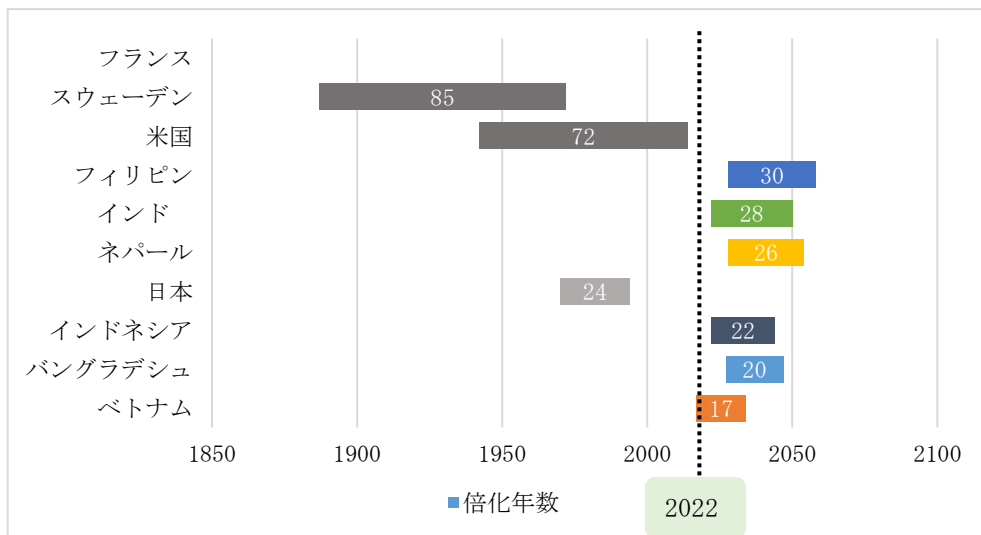


図 1-1-11 倍化年数とそのタイミング

出所) UN, "Department of Economic and Social Affairs, Population Division 2022"

<https://population.un.org/wpp/publications/> (2022年8月21日アクセス)、AHWIN ウェブサイト

<https://www.ahwin.org/data-on-aging/> (2022年8月1日)、National Planning Commission, UNICEF,

"Demographic Changes of Nepal Trends and Policy Implications" 2017, P6-7 を基に調査団作成

⁴ AHWIN ウェブサイト <https://www.ahwin.org/data-on-aging/> (2022年8月1日)

生産年齢人口（15歳～64歳）に対する65歳以上人口の比率である高齢者扶養比率を見ると、高齢者人口の増加に伴いいずれの国でも増加傾向にある。特にベトナムは2020年時点で12.2%、2040年には約25%となり、他5カ国と比較し高い割合で増加していくことが予想される⁵。（図1-1-12）

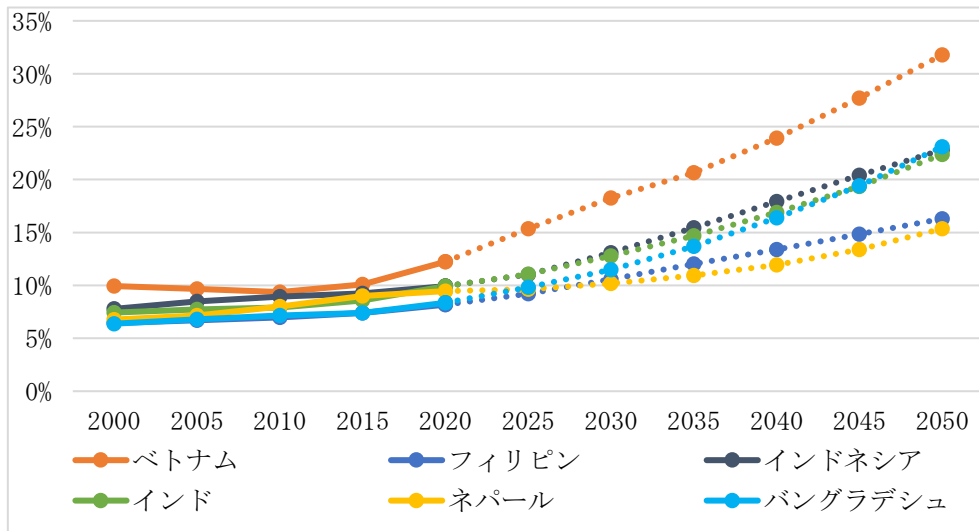


図1-1-12 2000-2050年6カ国高齢者扶養比率の推移 (2022) (%)

出所) UN, "Department of Economic and Social Affairs, Population Division 2022"

<https://population.un.org/wpp/publications/> (2022年8月21日アクセス) を基に調査団作成

高齢者(65歳以上)の単独世帯の割合を見ると、バングラディッシュ3.77%、ネパール4.03%、インド5.11%と比較し、フィリピン9.77%、インドネシア10.39%、ベトナム11.16%と高い割合であった⁶。また、農村部に住む高齢者の割合は、ネパール84.47%、インド29.2%、バングラディッシュ69.8%、ベトナム68.41%、フィリピン57.51%で、半数以上の高齢者が農村部に住んでおり、インドネシアのみ47.96%と半数を切る状況である。いずれの国も、日本の農村部に住む高齢者割合の7.39%より高い数値である⁷。定年退職以上の人が年金を受給する割合を見ると、ネパールが84.2%と突出して高く、インドの42.5%、ベトナムの40.9%、バングラディッシュの39%が続く。フィリピン、インドネシアの受給割合は20.5%、14.08%と他国と比べ下がる⁸。（表1-1-2）

⁵ UN, "Department of Economic and Social Affairs, Population Division 2022"
<https://population.un.org/wpp/publications/> (2022年8月21日アクセス)

⁶ UN, "Living Arrangements of Older Persons" <https://www.un.org/development/desa/pd/data/living-arrangements-older-persons> (2023年3月2日アクセス)

⁷ WHO, "Percentage of older people aged 60 or over living in rural and urban areas"
<https://platform.who.int/data/maternal-newborn-child-adolescent-ageing/indicator-explorer-new/mca/percentage-of-older-people-aged-60-or-over-living-in-rural-and-urban-areas> (2023年3月2日アクセス)

⁸ WHO, "Proportion of persons above retirement age receiving a pension" [https://platform.who.int/data/maternal-newborn-child-adolescent-ageing/indicator-explorer-new/MCA/proportion-of-persons-above-retirement-age-receiving-a-pension-\(sdg-1.3.1\)](https://platform.who.int/data/maternal-newborn-child-adolescent-ageing/indicator-explorer-new/MCA/proportion-of-persons-above-retirement-age-receiving-a-pension-(sdg-1.3.1)) (2023年3月2日アクセス)

表 1-1-2 重点対象国 6 カ国と日本の高齢者状況

区分	ベトナム	フィリピン	インドネシア	インド	ネパール	バングラデシュ	日本
高齢者（65歳以上）の単独世帯の割合（%）	11.16 (2020)	9.77 (2017)	10.39 (2017)	5.11 (2020)	4.03 (2019)	3.77 (2019)	18.05 (2015)
農村部に住む高齢者（60歳以上）の割合（%） (2015)	68.41	57.51	47.96	70.8	84.47	69.8	7.39
都市部に住む高齢者（60歳以上）の割合（%） (2015)	31.59%	42.49	52.04	29.2	15.53	30.2	92.61
定年退職以上の人が年金を受給する割合（%） (2020)	40.90%	20.5	14.08	42.5	84.2	39	100

出所) UN, "Living Arrangements of Older Persons" <https://www.un.org/development/desa/pd/data/living-arrangements-older-persons> (2023年3月2日アクセス)、WHO, "Percentage of older people aged 60 or over living in rural and urban areas" <https://platform.who.int/data/maternal-newborn-child-adolescent-ageing/indicator-explorer-new/mca/percentage-of-older-people-aged-60-or-over-living-in-rural-and-urban-areas> (2023年3月2日アクセス)、WHO, "Proportion of persons above retirement age receiving a pension" [https://platform.who.int/data/maternal-newborn-child-adolescent-ageing/indicator-explorer-new/MCA/proportion-of-persons-above-retirement-age-receiving-a-pension-\(sdg-1.3.1\)](https://platform.who.int/data/maternal-newborn-child-adolescent-ageing/indicator-explorer-new/MCA/proportion-of-persons-above-retirement-age-receiving-a-pension-(sdg-1.3.1)) (2023年3月2日アクセス) を基に調査団作成

1.1.4. 医療水準

対象国の医療水準を比較する指標として、平均寿命、健康寿命、5歳未満児死亡率、妊産婦死亡率、病床数、医師数、看護師数を示す。(表 1-1-3)

表 1-1-3 6 カ国医療水準指標

区分	ベトナム	フィリピン	インドネシア	インド	ネパール	バングラデシュ	日本
平均寿命 (2020)	75	71	72	70	71	73	84.6
健康寿命 (2019)	65	62	63	60	61	64	74.1
5歳未満児死亡率 (出生1,000件あたり) (2020)	21	26	23	33	28	29	2.3
妊産婦死亡率 (出産10万件あたり) (2017)	43	121	177	145	186	173	5.0
病床数 (人口10,000人あたり) (2022)	31.3	9.9	10.4	5.3	3	8	8.0
医師数 (人口10,000人あたり)	8.2 (2019)	7.7 (2016)	6.2 (2020)	7.4 (2020)	8.5 (2020)	6.7 (2020)	6.7 (2020)
看護師数 (人口10,000人あたり)	14.5 (2019)	54.4 (2016)	39.5 (2020)	17.5 (2020)	33.4 (2020)	4.9 (2020)	4.9 (2020)

出所) 世界保健機関 (World Health Organization : WHO) , "Global Health Observatory data repository" <https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/gho-ghe-hale-healthy-life-expectancy-at-birth> (2022年7月3日アクセス)、世界銀行, "World Development Indicators" <https://databank.worldbank.org/reports.aspx?source=2&type=metadata&series=SP.DYN.LE00.IN> (2022年7月3日アクセス) を基に調査団作成

平均寿命の推移を見ると、いずれの6ヶ国とも増加傾向にある。特にネパールは1960年には35.6歳に過ぎなかったのが、2020年には71歳にまで増加した。今後も増加傾向は続き、2050年には5カ国とも平均寿命が70歳代後半になると予想されている⁹。(図1-1-13)

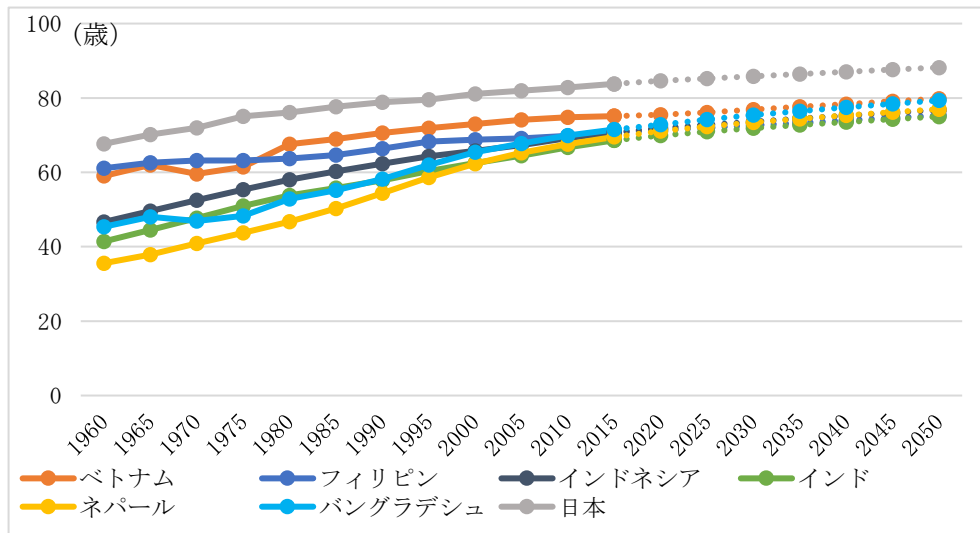


図1-1-13 1960-2050 7カ国平均寿命の推移 (2020) (歳)

出所) 世界銀行, "Population Estimates And Projections" <https://databank.worldbank.org/source/population-estimates-and-projections> (2022年6月17日アクセス) を基に調査団作成

2019年時点での健康寿命は、対象5カ国の中ではベトナムが65.3歳と一番高く、インド、ネパール、フィリピン、インドネシアは60歳代前半である。(図1-1-14)

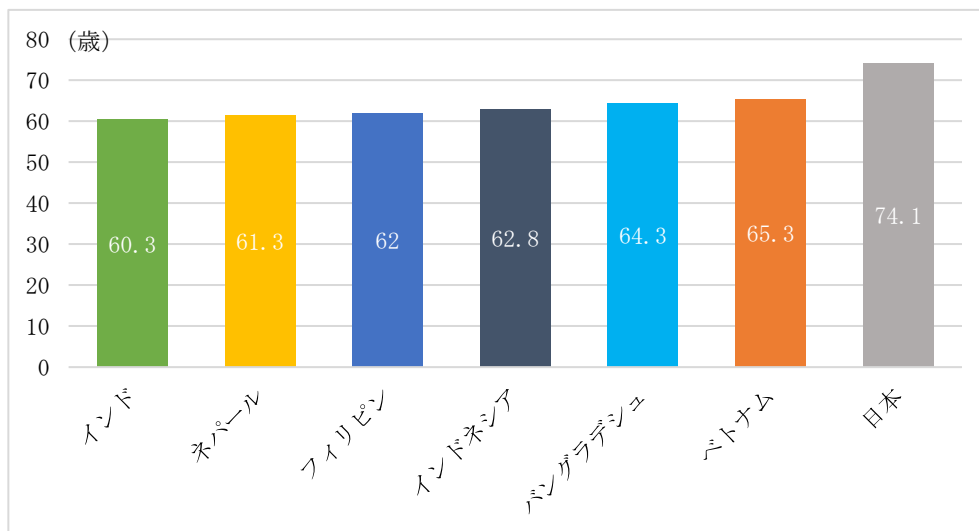


図1-1-14 7カ国の健康寿命 (2019) (歳)

出所) WHO, "Global Health Observatory data repository 2019" <https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/gho-ghe-hale-healthy-life-expectancy-at-birth> (2022年6月20日アクセス) を基に調査団作成

⁹ 世界銀行, "Population Estimates And Projections" <https://databank.worldbank.org/source/population-estimates-and-projections> (2022年6月17日アクセス)

健康寿命と平均寿命の差を見ると、インドでは2019年時点で10.5歳と5カ国の中で1番大きく、年々差が拡大してきたことが分かる。ネパール、バングラデシュは2019年時点で10歳前後、ベトナム、フィリピン、インドネシアでは2019年時点では8.5歳前後であった¹⁰。(図1-1-15)

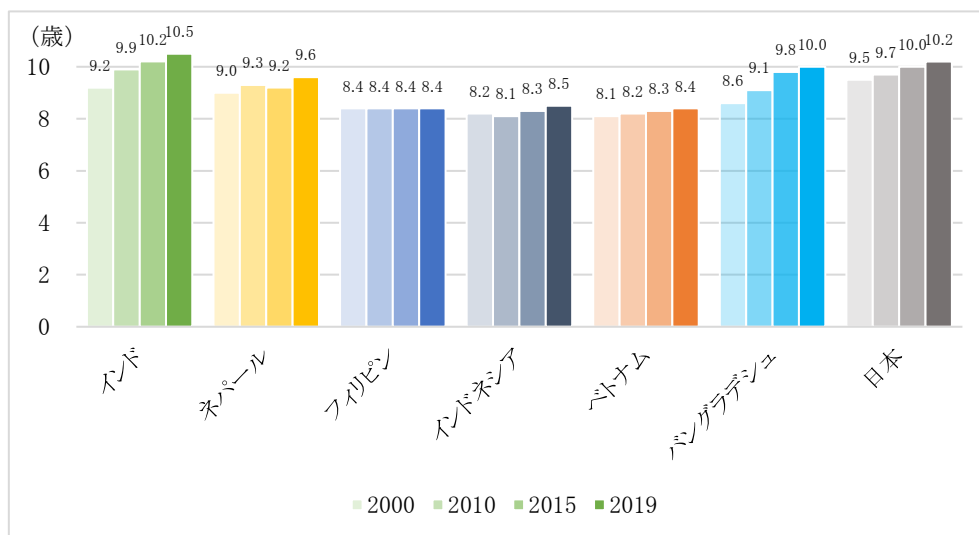


図 1-1-15 2000~2019年7カ国の平均寿命と健康寿命の差(2019)(歳)

出所) WHO, "Global Health Observatory data repository 2019"

<https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/gho-ghe-hale-healthy-life-expectancy-at-birth>
(2022年6月20日アクセス)を基に調査団作成

1.1.5. 主要な死亡原因

対象5カ国の死亡原因を見ると、いずれも過去20年間で感染症の割合が低下し、非感染症が増加するという疾病構造の変化が見られた。特にベトナムは非感染症の割合が日本と同様のレベルまで低下している。一方で、フィリピン、インド、ネパール、バングラデシュの感染症の割合は20%以上と依然として高い¹¹。(図1-1-16)

¹⁰ WHO, "Global Health Observatory data repository 2019" <https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/gho-ghe-hale-healthy-life-expectancy-at-birth> (2022年6月20日アクセス)

¹¹ ワシントン大学保健指標評価研究所 (IHME=Institute for Health Metrics and Evaluation), "Global Burden of Disease Study 2019" <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/> (2022年6月20日アクセス)

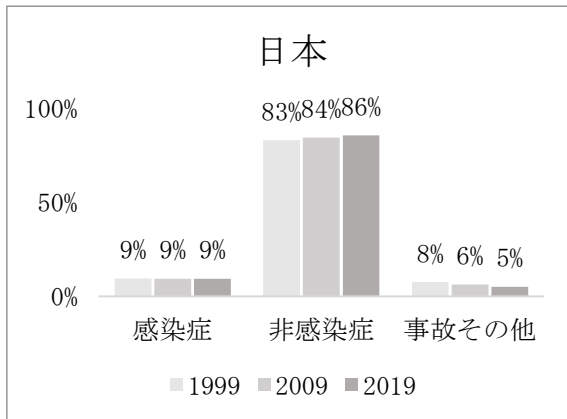
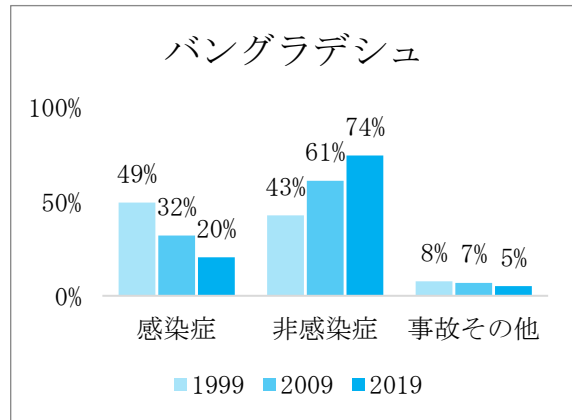
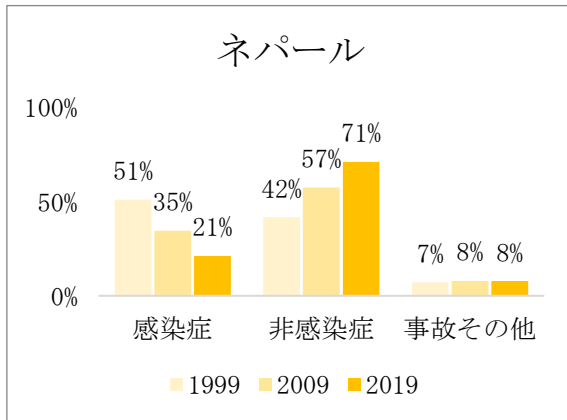
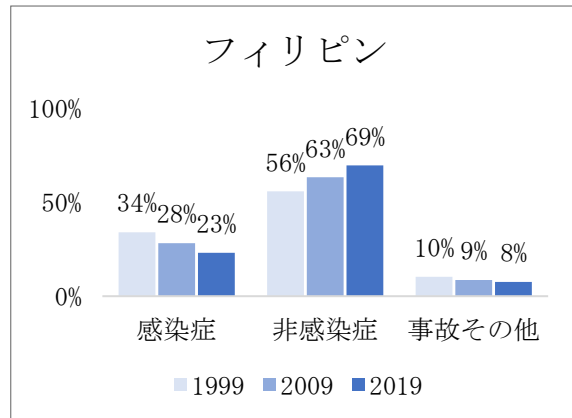
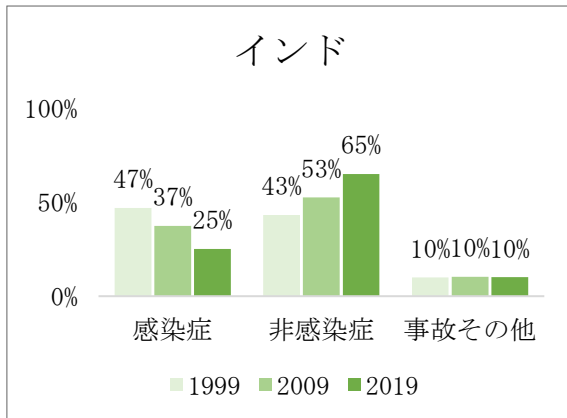
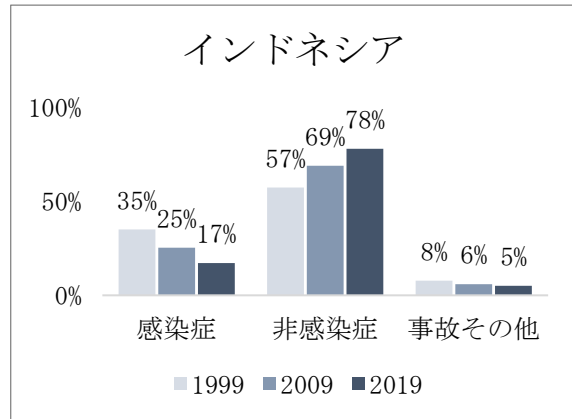
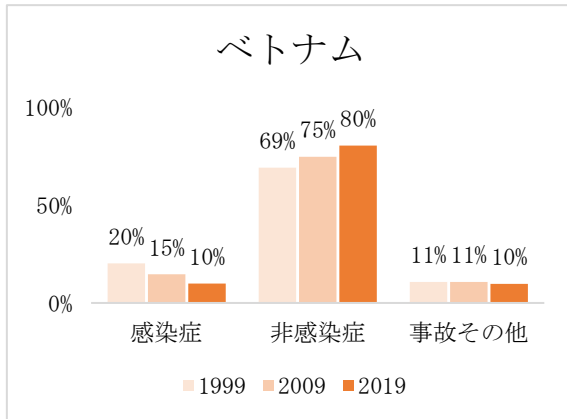


図 1-1-16 1999~2019 年 7 カ国の死亡原因 (2019) (%)

出所) ワシントン大学保健指標評価研究所 (IHME=Institute for Health Metrics and Evaluation), "Global Burden of Disease Study 2019" <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/> (2022 年 6 月 20 日アクセス) を基に調査団作成

1. 1. 6. 医療資源

1. 1. 6. 1. 病床数

人口 1 万人あたりの病床数は、日本の 129.8 床、ベトナムの 31.3 床と比較するとネパールは 3 床、インドは 5.3 床と人口に対して著しく病床数が少ないことが分かる。日本の病床数の多さは世界一位と特異であるが、OECD 諸国平均の 46 床、及びアジア太平洋諸国の低所得国平均の 27 床¹²比較した際にも、ネパール、インドは特に少ないと言える¹³。(図 1-1-17)

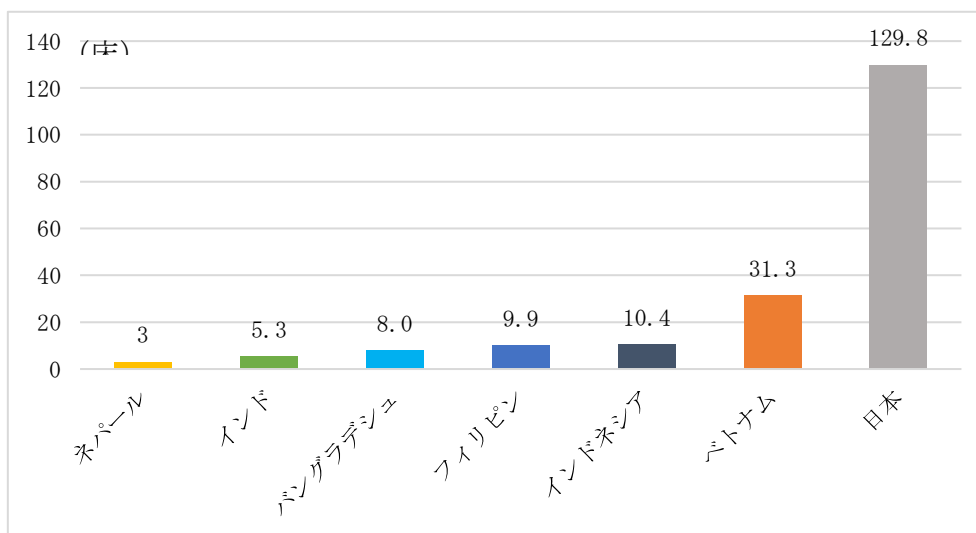


図 1-1-17 7 カ国の人口 1 万人あたりの病床数 (2022) (床)

出所) WHO, "Global Health Observatory data repository 2022"

[https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/hospital-beds-\(per-10-000-population\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/hospital-beds-(per-10-000-population)) (2022 年 6 月 24 日アクセス) を基に調査団作成

1. 1. 6. 2. 医師・介護系専門職の有資格者数

人口 1 万人あたりの医師数は、インドネシア 6.2 名、バングラデシュ 6.7 名、インド 7.4 名、フィリピン 7.7 名、ベトナム 8.3 名、ネパール 8.5 名といずれの 5 カ国も 9 名以下で、日本の 24.8 名と比べると 1/3 程度である¹⁴。これらの人数は、WHO が推奨する、国民の医療ニ-

¹² OECD and World Health Organization, "Health at a Glance: Asia/Pacific 2018", https://www.oecd-ilibrary.org/sites/health_glance_ap-2018-33-en/index.html?itemId=/content/component/health_glance_ap-2018-33-en (2022 年 9 月 29 日アクセス)

¹³ WHO, "Global Health Observatory data repository 2022" [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/hospital-beds-\(per-10-000-population\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/hospital-beds-(per-10-000-population)) (2022 年 6 月 24 日アクセス)

¹⁴ WHO, "Global Health Observatory data repository 2022" [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/medical-doctors-\(per-10-000-population\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/medical-doctors-(per-10-000-population)) (2022 年 6 月 24 日アクセス)

ズに効果的に対処するための医師と患者の推奨比率である 1:1000¹⁵に達しておらず、十分な数の医師が配置されていないことが分かる。(図 1-1-18)

人口 1 万人あたりの看護師・助産師の数を見ると、6 カ国の中ではバングラデシュが 4.9 名と特に少なく、同国の医師の数よりも少ない事態となっている。また、ベトナム 14.5 名、インド 17.5 名と東南アジア平均の 20.4 名と比較しても少なく、ネパール 33.4 名、インドネシア 39.5 名、フィリピンが 54.4 名も日本の 119.5 名に比べると半分以下と十分な人数の有資格者の育成がされていない¹⁶。(図 1-1-19)

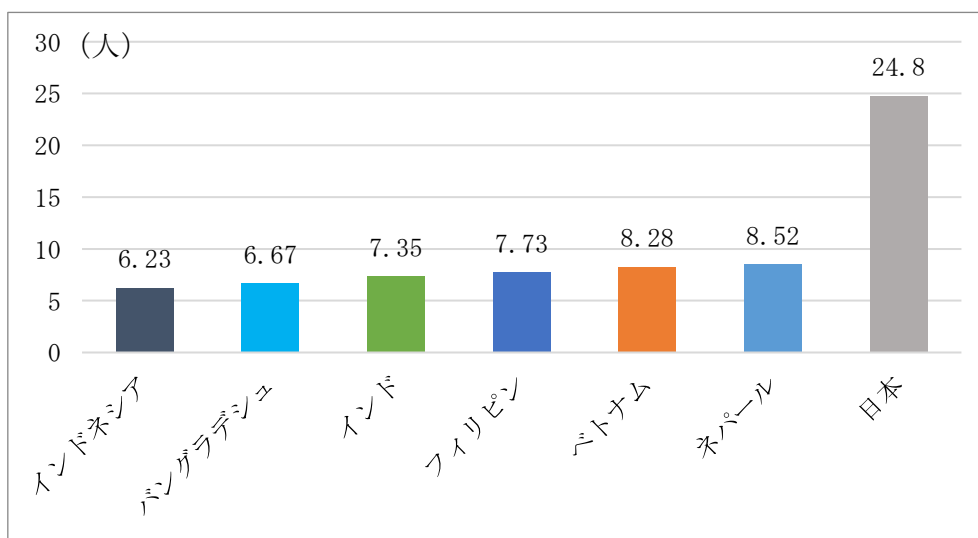


図 1-1-18 7 カ国人口 1 万人あたりの医師数 (2022) (人)

出所) WHO, "Global Health Observatory data repository 2022"

[https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/medical-doctors-\(per-10-000-population\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/medical-doctors-(per-10-000-population)) (2022 年 6 月 24 日アクセス) を基に調査団作成

¹⁵ Raman Kumar and Ranabir Pal, "India achieves WHO recommended doctor population ratio: A call for paradigm shift in public health discourse!", J Family Med Prim Care., 2018

¹⁶ WHO, "Global Health Observatory data repository 2022" [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/nursing-and-midwifery-personnel-\(per-10-000-population\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/nursing-and-midwifery-personnel-(per-10-000-population)) (2022 年 6 月 24 日アクセス)

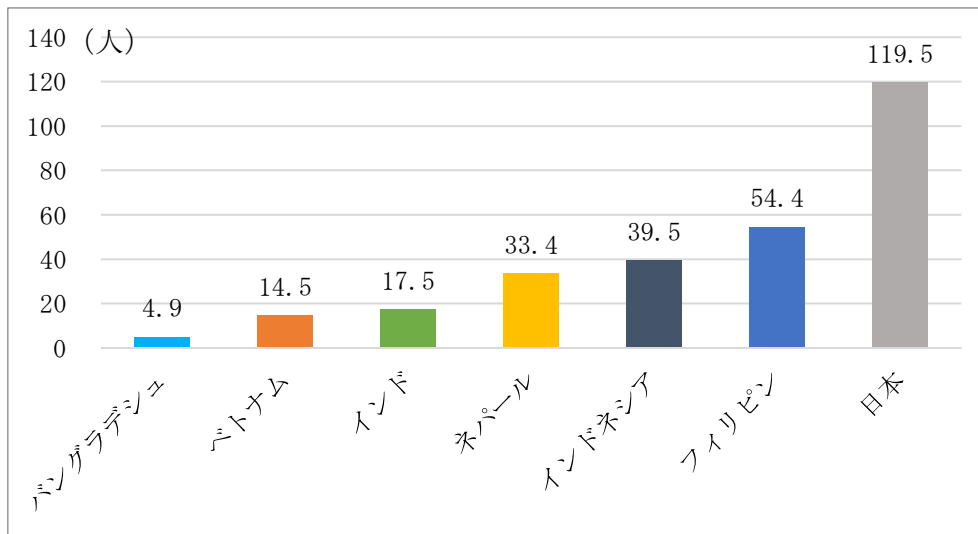


図 1-1-19 7カ国人口1万人あたりの看護師・助産師数 (2022) (人)

出所) WHO, "Global Health Observatory data repository 2022"

[https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/nursing-and-midwifery-personnel-\(per-10-000-population\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/nursing-and-midwifery-personnel-(per-10-000-population)) (2022年6月24日アクセス) を基に調査団作成

1.2. インドネシア

略語表

略語	英名	和名
BKKBN	The National Population and Family Planning Board	国家人口家族計画委員会
BNSP	Badan Nasional Sertifikasi Profesi	国家職業資格認定委員会
CS	Competency Standard	コンピテンシーの基準
KKNI	Kerangka Kualifikasi Nasional Indonesia	インドネシア国家資格枠組
LPK	Vocational Training Institution (Lembaga Pelatihan Kerja)	職業訓練機関
LSP	Lembaga Sertifikasi Profesi	職業資格認証機関
SKKNI	Standard Kompetensi Kerja Nasional Indonesia	インドネシア国家職業技能適正基準
SMK	Vocational high school	職業訓練高校
TVET	Technical and Vocational Education and Training	職業・技術教育訓練

1.2.1. 重点対象国の介護及び介護人材関連の法制度、マーケット等に関する調査

1.2.1.1. 高齢者の状況

インドネシアの高齢者の状況を概観¹⁷する。

インドネシアでは 60 歳以上を高齢者と定めている (Law No. 13/1998 on Elderly Welfare)。2020 年時点の高齢化率は 6.7%で、平均寿命は男性 66.75 歳、女性が 70.98 歳となっている¹⁸。

居住地を見ると、全人口では 50.2%が地方に住んでいるのに対して、60 歳以上の高齢者は 57.4%が地方に住んでいる。60 歳以上の高齢者を男女別に見ると、男性の 57.7%、女性の 57.2%が地方に住んでいる¹⁹。

経済的状況を見ると、60 歳以上の高齢者の収入源は男女で異なり、男性の収入は、60-69 歳、70-79 歳、80 歳以上の各年齢層で女性より 2 から 3 倍多く仕事から得ている。女性は、どの年代でも男性よりも家族（成人した子どもや孫など）からの送金に依存している。80 歳以上の女性では、この家族からの送金が収入の 8 割以上を占めている。2015 年のデータ²⁰によると、60 歳以上の男性の約 63%、女性の約 29%が働いている。年齢とともに労働参加率は低下するものの、80 歳以上の男性の 27%が働いている。これは、全人口をカバーする年金制度 (universal

¹⁷ ADB, “Country diagnostic study on long-term care in Indonesia”, 2021

¹⁸ The World Bank Data, <https://data.worldbank.org/>, (2023/2/24 参照)

¹⁹ UN Data, <https://data.un.org/>, (2023/2/24 参照)

²⁰ ADB, “Country diagnostic study on long-term care in Indonesia”, 2021 (原出所：Statistics Indonesia (BPS). 2016. SUPAS, 2015. <https://microdata.bps.go.id/mikrodata/index.php/catalog/715>)

pension coverage) があるタイ（男性 49%、女性 28%、2013 年）やベトナム（男性 45%、女性 32%、2014 年）など²¹と比較して高い。

生活状況を見ると、婚姻状況に関しては、高齢男性の 82.8%が結婚し、その内 16.4%が離婚・死別しているのに対し、高齢女性は 39.8%が結婚し、その内 58.8%が離婚・死別している。また、男性の 67.2%、女性の 64.8%が子どもや孫と同居している一方、独居の割合は、女性で 16.2%は、男性で 4.8%と女性の独居率が高くなっている。

健康状態を見ると、インドネシアで高齢者が抱える健康問題では、高血圧、脳卒中、関節炎が多くなっている（表 1.2.1）。日常生活に支障のある高齢者は、いずれの年齢層でも女性が人数、割合ともに多くなっている（図 1.2.1）。

表 1.2.1：高齢者の抱える健康問題：年齢層別（2013 年）

健康問題	年齢層別有疾病率 (%)		
	55-64 歳	65-74 歳	75 歳以上
慢性閉塞性肺疾患	5.6	8.6	9.4
癌	3.2	3.9	5.0
糖尿病	5.5	4.8	3.5
高血圧症	45.9	57.6	63.8
循環器系疾患	2.8	3.6	3.2
心不全	2.8	3.6	3.2
脳卒中	33.0	46.5	67.0
腎不全	0.5	0.5	0.6
腎臓結石	1.3	1.2	1.1
関節炎	45.0	51.9	54.8
口や歯のトラブル	28.3	19.2	19.2

（出所）ADB, “Country diagnostic study on long-term care in Indonesia”, 2021

²¹ HelpAge International, Work, Family and Social Protection: Old Age Income Security in Bangladesh, Nepal, the Philippines, Thailand and Vietnam, 2017

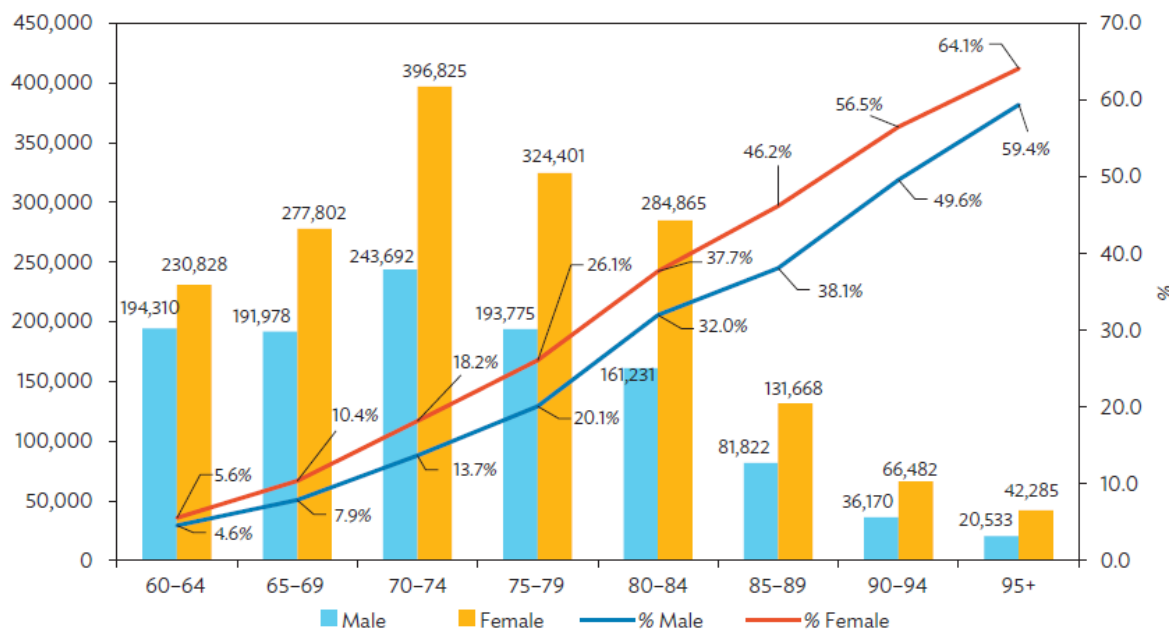


図 1.2.1：日常生活動作に制限のある割合：年齢・男女別
(出所) ADB, “Country diagnostic study on long-term care in Indonesia”, 2021

このように、女性は、収入、健康面でも男性よりも厳しい状況であり、かつ一人暮らしの割合が男性と比べて高いため特別な注意が必要であると考えられる。

1.2.1.2. 関連法・政策

インドネシアにおいて高齢者に関する最初の主要な法律は 1998 年の Law No. 13/1998 on Elderly Welfare であり、高齢者支援におけるコミュニティの役割を強調した。しかし、同法律の制定後 20 年以上が経過し、この法律は、平均寿命の急速な伸び、80 歳以上の高齢者の数、介護に対する需要の高まりといった問題を含む高齢者の社会的、経済的、健康的ニーズといった状況の変化を反映するために更新される必要があり、社会省が、国家人口家族計画委員会 (The National Population and Family Planning Board : BKKBN)、保健省、法・人権省、公共事業・住宅省、交通省、女性地位向上・児童保護省などの関連政府部門とともに、新しい法律とその制定を進めている。

その他、インドネシアの高齢者に関連する法・政策は下記のとおり。

表 1.2.2：高齢者に関連する法・政策の一覧

名称	内容等
Law No. 13/1998 on Elderly Welfare	60 歳以上の高齢者を「就労可能な高齢者」と「就労不可能な高齢者」の 2 つへ分類している。就労可能な高齢者には、雇用の機会や教育・訓練サービスを受ける権利を与え、就労不可能な高齢者は社会保護を受ける権利を与えると規定している。それにより、高齢者の福祉を向上させることを目的としており、国家委員会 (The National Commission for Older Persons) を通じて実施調整される。
Regulation No. 43/2004 on Efforts to	高齢者のための社会福祉サービスは、行政が地域と連携して実施・調整すべきものとしている。

名称	内容等
Improve Older Persons' Welfare	
Law No. 52/2009 on Population Dynamics and Family Development	高齢者が家族や社会にとって有用な存在であり続けるよう、家庭生活の中で役割を果たす機会を提供し、高齢者の生活の質を向上させることが必要であると規定している。
Regulation No. 79/2014 on Geriatric Services in Hospitals	1,659 の病院のうち、老年医療サービスを提供しているのは 12 州 78 カ所のみで、そのほとんどが大都市にある。9 つの病院（Bandung, Denpasar, Jakarta, Makassar, Medan, Semarang, Solo, Surabaya, Yogyakarta に各 1 つ）が統合的な老年医療サービスを提供している。
National Strategy toward Healthy and Productive Brains in Old Age (2015)	保健省により策定された戦略で、脳の健康状態を維持することは、健康的に年齢を重ねるライフスタイルアプローチの一部であるとしている。認知症サービスの向上と、認知症ケアを管理する人々の能力開発を目指している。
Regulation No. 25/2016 on National Plan of Action for Elderly Health, 2016–2019	中央政府と地方政府が、高齢者の健康に関する政策やプログラムを立案し実施することで、高齢者の健康を促進し、彼らがより豊かで健康的な生活を送ることを目標として策定されたもの。この計画には 6 つの戦略がある。 1. 高齢者の健康に関するサービス提供のための法的基盤強化 2. 長期介護サービスを含む一次レベル医療施設及び高次（二次、三次レベル）の医療施設の数・質の向上 3. プログラム間、セクター間、専門機関、教育機関、研究機関、市民社会組織、企業、マスメディア、その他の関係者を含む高齢者への健康サービス実施のためのパートナーシップ・ネットワークの設立・開発 4. 高齢者の健康に関するデータの可用性向上 5. 高齢者の健康増進における家族、地域、高齢者の参加・エンパワーメントの改善 6. 家族・地域社会の健康増進における高齢者の役割の増加
New (or Revised) Law on Older People (2017)	社会省と関連部門は、人口動態の変化や長期介護の必要性など発展途上の問題をカバーするために、高齢者に関する新しい法律を議論している。旧法の改定率が 50%以上であれば、改定ではなく新法となる予定。
National Strategy on Aging (2021)	2021 年 9 月に承認された。下記 5 つの戦略が含まれている。 ① 社会的保護 高齢者の社会的保護、生涯教育、高齢者のエンパワーメントなど。 ② 健康状態の改善 栄養状態や健康的なライフスタイル、罹患率の低下、長期介護など。 ③ 社会的意識の向上 高齢者に対する理解の向上、高齢者にやさしい施設やインフラなど。 ④ 制度・ケアギバー 高齢者のための品質基準の向上と施設認定、教育システムやケアギバー認定の開発など。

名称	内容等
	⑤ 高齢者の権利の実現 高齢者に関する法律の強化、高齢者の積極的な役割の増加、暴力行為からの保護など。

(出所) ADB, “Country diagnostic study on long-term care in Indonesia”, 2021 より調査団作成

1.2.1.3. 介護制度・社会保障制度

インドネシアで高齢者に関連する社会保障制度としては、医療保障、年金保障及び老齢保障制度がある。

(1) 医療保障

2014年に医療保険実施機関（以下、BPJS Health という）が設置され、同機関を主体とする医療保険制度（以下、SJSN Health という）が開始された。同制度では、全国民が対象とされ、加入者は原則無料で医療を受けることができる。国民皆保険制度を目指しているが、2020年時点では83%のカバー率となっている²²。一方、高齢者では、約34%はSJSN Healthを含めどの医療保険にも加入していない。

表 1.2.3：医療保険制度概要

名称	SJSN Health (Sistem Jaminan Sosial Nasional Program Jaminan Kesehatan)
運営主体	医療保険実施機関 (BPJS Health)
被保険者資格	全国民、6か月以上インドネシアで働く外国人
給付対象	本人、配偶者、21歳未満（公的な教育を受けている場合25歳未満）の家族
本人負担割合	原則無料、規定内容をオーバーした差額は自己負担
保険料	<ul style="list-style-type: none"> ● 公務員、軍人、警察官等：月給の5%分の保険料を雇用主側と被保険者が支払う（雇用主側：3%、被保険者：2%） ● その他の賃金労働者：月給の5%分の保険料を雇用主側と被保険者が支払う（雇用主側：4%、被保険者：1%） ● 年金受給者：受け取る基本年金と家族手当の5%分の保険料を政府と年金受給者が支払う（政府：3%、年金受給者：2%）

(出所) 厚生労働省海外情勢報告2019より作成

(2) 介護保険制度

インドネシアにおいて公的な介護保険制度はない（2022年7月時点）。

(3) 年金保障及び老齢保障制度

インドネシアにおいて、高齢者に対する所得保障の制度としては、年金保障制度（表 1.2.4）と一時金である老齢保障制度（表 1.2.5）の2つがある。公務員及び軍人、警察官等並びに民間労働者は両制度の対象（被保険者資格）となり、非賃金受給者（自営業者等）は一時金の老齢保障制度のみが対象となる。

²² ADB, “Country diagnostic study on long-term care in Indonesia”, 2021

表 1.2.4 : 年金保障制度概要

名称	労働社会保障制度 (Ketenagakerjaan)
運営主体	BPJS Employment
被保険者資格	公務員及び軍人、警察官等並びに民間労働者が対象
支給対象	老齢満期年齢 (57 歳) ※2019 年以降、満期年齢は 57 歳となり、65 歳に達するまで、以降 3 年ごとに 1 歳ずつ加算される
支給要件	老齢満期年齢に達し、180 か月相当、15 年以上の加入年数がある場合支給
年金給付限度額	最低月額 30 万インドネシアルピアから最高月額 360 万インドネシアルピア
保険料	1 か月の賃金の 3 % (事業主 2 %、被用者 1 %)

(出所) 厚生労働省海外情勢報告 2019 より作成

表 1.2.5 : 老齢保障制度概要

名称	労働社会保障制度 (Ketenagakerjaan)
運営主体	BPJS Employment
被保険者資格	公務員及び軍人、警察官等並びに民間労働者及び非賃金受給者 (自営業者等) が対象
支給対象	老齢満期年齢 (57 歳)、恒久的全身障害、死亡時に支給
支給要件	積立制であり、労働者は 57 歳に達した時点等に給付を受ける権利が発生
支給額	積立金額及びその運用益が一時金として支給される

(出所) 厚生労働省海外情勢報告 2019 より調査団作成

(4) その他高齢者福祉福祉プログラム

その他、高齢者に関する福祉プログラムとしては以下がある。

表 1.2.6 : 高齢者福祉サービスの一覧

サービス名	概要
PKH (Program Keluarga Harapan (Family Hope Program))	<ul style="list-style-type: none"> ● 対象：貧困や弱者世帯 ● サービス提供者：社会省 ● サービス内容：現金支給 ● サービス提供状況：2019 年、累計受給者数は 110 万人に達し、支援額は年間約 240 万インドネシアルピアに達している。
BANTU LU (Bantuan BerTujuan Lanjut Usia)	<ul style="list-style-type: none"> ● 対象：PKH の受給者ではない貧しい高齢者 ● サービス提供者：保健省運営 ● サービス内容：現金以外の社会扶助の形で支給される扶助。 ● サービス提供状況：2020 年 3 月 31 日時点、本サービスの支援を受けた高齢者は 3 万人。
Posyandu Lansia (health-care post for older people)	<ul style="list-style-type: none"> ● 対象：高齢者 ● サービス提供者：保健省所掌の県や市が運営する保健所が監督し、コミュニティやボランティア、市民社会組織、セクターを超えた民間団体、社会団体が連携して実施。 ● サービス内容：健康増進のアドバイス、運動グループ、簡単な健康管理サービス、交流の機会などを提供

サービス名	概要
	<ul style="list-style-type: none"> ● サービス提供状況：1994年から開始され、Posyandu Lansia は全ての州にある。2018年時点で、合計 83,422 の Posyandu Lansia が設置され、250万人の高齢者に利用されている。
Puskesmas santun lansia (age-friendly health center) ※Puskesmas は pusat kesehatan masyarakat (primary health-care center)	<ul style="list-style-type: none"> ● 対象：高齢者 ● サービス提供者：保健省がコンセプトを開発、Puskesmas に整備され、Posyandu Lansia を通してサービス提供される ● サービス内容：健康で活動的、自立して生産的な高齢者を実現するため、包括的、統合的、かつ持続可能な保健指導活動。①自立または軽度の依存、②中等度の依存、③重度の完全な依存へ3分類される。①の高齢者は、posyandu lansia や他のコミュニティグループが企画する Puskesmas santun lansia の活動に参加し、②③の高齢者は、在宅介護サービスによってケアされるか、病院へ紹介される。 ● サービス提供状況：Puskesmas santun lansia の整備は期待されたほど進んでおらず、2018年時点で全 9,993 Puskesmas のうち 4,348²³単位の記載（48.4%）にとどまっている。
PUSAKA	<ul style="list-style-type: none"> ● 対象：困窮する高齢者 ● サービス提供者：社会省から助成金を受けた本プログラムメンバーが市民社会組織と協力しサービス提供 ● サービス内容：在宅介護。尿吸収パッドやマットレスなどの物資や食事の配送の形をとることが多い。活動頻度は週に2~3回で、宗教活動、健康診断、運動なども行っている。 ● サービス提供状況：ジャカルタには 100²⁴の PUSAKA プログラムがあり地域に根ざしたケアを提供しているが、入浴や食事などの日常生活動作支援は家族によって行われている。
BKL (Bina Keluarga Lansia (Elderly Family Development Program))	<ul style="list-style-type: none"> ● 対象：高齢者の家族 ● サービス提供者：社会省管轄、Puskesmas や地区レベルのソーシャルオフィサーと協力して実施。 ● サービス内容：高齢の親や親戚を持つ家族のために、知識とスキルを高めることを目的としたグループ活動。介護の仕方、高齢者の福祉向上のためのエンパワーメントに重点を置いている。

(出所) ADB, “Country diagnostic study on long-term care in Indonesia”, 2021、外国人介護人材の適切な受入に資する海外での介護サービス等の実態等に関する調査研究事業（インテリジェンスバリューコーポレーション株式会社, 2018）より作成

1. 2. 1. 4. 介護人材に関する資格及び養成機関

(1) ケアギバー

本調査時点（2022年7月）において、高齢者介護に携わるケアギバー人材の統一的な国家資格認定制度は確立していない。

²³ 但し、ADB, “Country diagnostic study on long-term care in Indonesia”, 2021 ではこの数値に関して、4,835 (p35)と 4,348(p36)と異なった記載がされており、本調査ではどちらが正しい数値かの確認ができていない。

²⁴ 但し、この数値に関して、社会省社会リハビリテーション局スタッフへのインタビューにおいて 100 から 120 の間で異なる数値が報告されている。(ADB, “Country diagnostic study on long-term care in Indonesia”, 2021, p21)

なお、インドネシアにおいてケアギバーは、インフォーマルなケアギバーとフォーマルなケアギバーとに分類される。前者は、家族、友人、隣人などの関係にある者が介助を行う場合にその人物を指し、通常、報酬は受け取らない。後者は、身体的、精神的のいずれか、または両方の制限により、基本的な動作を部分的または完全にできない高齢者に対して介助を提供し、そのサービスの対価を受ける者を意味する。また、本項で述べるケアギバー資格は、フォーマルなケアギバーを想定したものとなる²⁵。

ここで、便宜上、国家資格を「政府機関または政府機関が認証した機関が、個人が特定の分野の知識または技能において、所定の基準または要件を満たしていることを証明するもの」とする。

国家資格認定制度を上記の証明を可能にする制度とする。より具体的には、政府機関または政府機関が認証した機関により、特定の分野の知識または技能についての基準または要件が定められ、個人がその基準または要件を満たしているかを認定する仕組み（認定試験および試験実施機関）とする。

なお、インドネシア政府による定義は本調査で確認ができていない。

官民教育機関及び民間介護事業者がそれぞれ介護人材のトレーニングを提供している。国としての標準カリキュラムは制定されていない。教育機関においては、教育省傘下の職業訓練高校（Vocational high school : SMK）などでケアギバーのトレーニングが行われている。教育課程修了後に各教育機関ではその機関としての証明書を発行している。ケアギバーにおいては、2022年7月時点においてケアギバーの国家資格認定制度は整備されていない²⁶。

しかし、海外市場における高齢者介護人材へのニーズの高まりや、インドネシアの高齢者や障害者の増加を踏まえ、介護人材の質の確保及び彼らのキャリアパス整備のため、保健省は労働省など関係省庁と協力し、ケアギバーの教育レベルの水準、カリキュラム策定、認定試験などの準備を進めている。

インドネシアでは、国家資格のフレームワークとして、インドネシア国家資格枠組（Kerangka Kualifikasi Nasional Indonesia : KKNI）が定められており、資格レベルが KKNI レベル 1～9 の 9 つのレベルに分けられている。ある特定の分野において、9 つのレベルが設定される必要はなく、ケアギバーにおいては、表 1.2.7 のとおり 5 つのレベルの資格のみが検討され、2017 年にガイドラインのドラフトが作成された。

²⁵ 保健省及び教育省ヒアリングより

²⁶ 但し、技能実習生として送り出す要件（外国政府による介護士認定）の観点からは、LKP、SMK などが提供するケアギバーコース修了者を介護士として認定している。本調査において、どの政府機関がどのように認定をしているかの確認はできていない。なお、特定技能には健康であるなど以外のインドネシアが定める技能要件は特にない。

表 1.2.7 : ケアギバーの教育レベル及び能力

教育レベル	認証	能力基準 (KKNI)	勤務地
ディプロマ (3年)	ケアギバー資格レベル 5 (国家)	5	在宅、病院、シニアリビング、レスパイトケア、ホスピス
ディプロマ (2年)	ケアギバー資格レベル 4 (国家)	4	在宅、病院、シニアリビング、レスパイトケア、ホスピス
ケアギバー、高等学校 (3年) ²⁷	ケアギバー資格レベル 3 (国家)	3	在宅、病院、シニアリビング
ケアギバー経験 3年	ケアギバー資格レベル 2 (国家)	2	在宅、病院、シニアリビング
ケアギバー、600時間のトレーニング	ケアギバー資格レベル 1 (国家)	1	コミュニティ、家庭
非公式なケアギバー (ボランティア)、50時間のトレーニング	トレーニング参加証明/ エントリーレベル (ローカル)	0	コミュニティ、家庭

(出所) ADB, “Country diagnostic study on long-term care in Indonesia”, 2021 (原出所 : Kemenkes. 2017. Guidelines for Caregivers for Older People. Jakarta. Draft.)

この資格レベルに基づき、その分野の職業に求められるコンピテンシーを、国家基準として示したインドネシア国家職業技能適正基準 (Standard Kompetensi Kerja Nasional Indonesia : SKKNI) が策定される。

ケアギバーにおいては、SKKNI の制定に関する労働大臣令第 28・2021 号が策定され表 1.2.7 の KKNI レベル 3 と 4 のコンピテンシーの基準 (Competency Standard : CS) が規定された。関連する進捗は以下の通りである。

- **KKNI 3** : カリキュラムは保健省によって 2019 年にドラフト作成済みであるが、保健省内で課題があり省内承認²⁸がされておらず、実施がされていない。本調査の現地調査で面談した保健省担当者の考えでは、KKNI 3 では、SMK の卒業生に対し、約 6 カ月のトレーニングと約 1 年間のインターンの提供を行う。また、同コースの提供はそれに限るものではないが、職業訓練機関²⁹ (Lembaga Pelatihan Kerja : LPK) を想定しているとのことであった。KKNI 3 の資格認定に必要なプロセスについては、保健省の Supervision and Control Department がリードし関係者と協議を行い、2022 年 7 月時点で認定試験のドラフトが作成済みとなっている。保健省の承認後、職業資格認証機関 (Lembaga Sertifikasi

²⁷ 本表の検討時点では、インドネシアでは高等学校が 4 年制であったため、元の資料では高等学校 (4 年) と記載されている。しかし、その後、高等学校は 3 年制となったため、当該箇所は高等学校 (4 年) ではなく高等学校 (3 年) と解釈するべきとの説明があった (保健省ヒアリングより)。

²⁸ 本調査での保健省ヒアリングによると、ケアギバー KKNI 3 のカリキュラムは保健省の承認のみが必要となるとのことであった。

²⁹ インドネシアにおいて技能実習生の認定送り出し機関として職業訓練機関がその候補のひとつとなり、LPK が送り出し機関となっているケースが多い。

Profesi : LSP)³⁰に同ドラフトを提出し、承認を受ける流れとなる見込みである。LSP の承認後、トレーニング修了者は、同 LSP にて国家資格用の試験を受け、合格すると KKNi3 の国家資格 (Certificate of Competence) を取得することとなる。

- KKNi4 : コンピテンシー基準の制定以外の大きな進展はなく、以下は 2022 年 7 月時点の保健省によるアイデアである。KKNi4 は、KKNi3 取得に加えて、一定期間 (期間は未定) の業務経験後、または、Diploma 2 レベルのトレーニング修了後、試験による国家資格の認定を検討している。

保健省は、例えば、日本で介護を経験した後の帰国者が KKNi4 の取得する。または、ケアギバーのトレーナーになるキャリアパスを用意したいと考えている。

- KKNi5 以上 : 保健省としては、ケアギバーのキャリアパスを整備するため、KKNi のより上位レベル、例えば KKNi5 についてもコンピテンシーの基準 (Competency Standard) 規定したいと考えている。保健省は KKNi5 として Diploma 3 によるトレーニングを行うことを教育省に提案したことがあるが、そのカリキュラム案が看護師用のカリキュラムと明確に整理されていないとの理由で却下されている。保健省はまた、Diploma 3 だけでなく、学士コースによるケアギバーのキャリアパスも検討したいとしている。

このように、労働大臣令第 28・2021 号により KKNi3 と KKNi4 のコンピテンシーの基準が規定されたが、保健省としては、インドネシアにおけるケアギバーの種類、各職種の業務範囲、キャリアパスの全体像を描き、対応するコンピテンシーの基準、資格認定のための試験など必要な準備をしたいと考えている。

³⁰ LSP は、資格認定に関わる業務 (受験者の募集、試験の実施と採点・認定等) を行う機関であり、ライセンスが必要となる。LSP のライセンスを付与する機関は、BNSP である。BNSP は、能力認定プロセスを通じてインドネシア人労働者の質の担保を図る政府機関であり、直接的には認定業務を行わず、LSP を通じて行う。主なタスクに、認定業務を行う機関 (LSP) に対するライセンス付与がある。ライセンスを付与されている LSP であっても、新たな資格認定スキームを追加する際は BNSP による審査が必要となる。

参考までにインドネシアの教育システムにおける職業・技術教育訓練（TVET：Technical and Vocational Education and Training）の位置づけを図 1.2.2 に示す。同図中の橙色で囲まれた部分が2022年7月時点で保健省が検討しているケアギバーの資格認定制度に関連する部分となる。

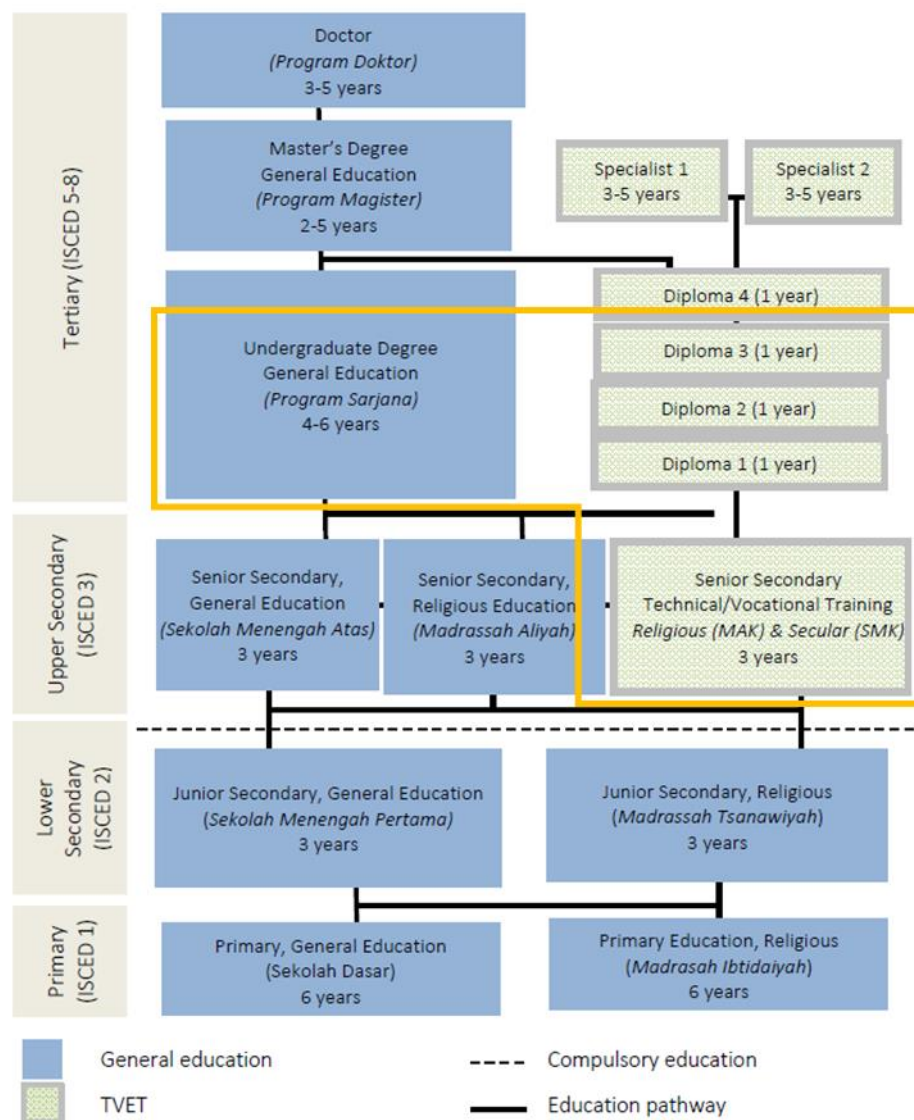


図 1.2.2 : インドネシア教育システムの中の技術教育・職業訓練
 (出所) UNESCO-UNEVOC, “TVET Country Profiles: Indonesia”, 2021

ケアギバー育成に関するその他の動き

介護業界団体である ASLI (Association of Senior Living Indonesia) では既存のケアギバーコースのカリキュラムを日本の基準³¹と整合させ作成した。ASLI は、LSP としてのライセンスを得

³¹ 但し、ASLI からのヒアリングでは具体的に日本のどの基準と整合させてたかは確認できなかった。

るため、国家職業資格認定委員会（Badan Nasional Sertifikasi Profesi : BNSP）へ申請中である³²。

また、SMKにおいて、ケアギバーコースを提供する動きがある。今のところ統一された動きではないが、下記はその一例である。

事例1：SMKN 8 Semarang（公立 SMK）

ソーシャルワーカーコース、ソフトウェアエンジニアリングコースなど5つのコースを提供する中部ジャワ州立の SMK。2022年11月時点で、教師71名、生徒1356名を擁する。

日本には介護の需要が多いことや、生徒のニーズを考慮し、当学校の方針で日本での就職を想定したケアギバーコース（3年制）を2019年に開設した。介護教育と並行して日本語教育も1年目より実施している。なお、同校では、ソーシャルワーカーコース（3年制）も提供しているが、3学年合計の生徒数は、ソーシャルワーカーコース216人に対し、ケアギバーコースは288人である。ケアギバーコースは上述のとおり日本市場向けであることを募集前に説明しており、学生も日本での介護職での勤務を希望する者のみが応募しているとのことである。本調査2022年7月時点では、まだ卒業生はいなく、就職の実績はない。なお、ソーシャルワーカーコースの卒業生の多くは日本での仕事を希望するが、日本語試験などのハードルがあり、断念して国内での就職となり、約7割は国内の老人ホームとのことである。

同校の課題として、同コースを指導できる講師及び機材（ベッドなど）の不足と実習機会の確保の難しさを挙げている。

その他、高齢者ケアに携わる人材へのトレーニング例は下記の通り。なお、それぞれの研修実施のタイミングについては確認できていない。

表 1.2.8：高齢者ケアの人材トレーニング例

担当機関	概要
保健省	Puskesmas（プライマリーヘルスケアセンター）スタッフに対して、1日の現場実習を含め、1週間にわたって高齢者の健康に関する研修を提供している。研修には、統合老年医学評価、老年症候群の管理、変性疾患、後期更年期、歯科口腔、メンタルヘルスと知能、栄養、医療リハビリ、身体運動、在宅ケアサービス、コミュニケーションと報告、学習への取り組みとフォローアップ計画の構築に関する政策とユニットについてのオリエンテーションが含まれている。

³² LSPのライセンスを得ることで、ASLI自身が試験の実施、資格の認定などを行うことができるようになる。LSPのライセンスを付与する機関がBNSPとなる。能力認定プロセスを通じて、インドネシア人労働者の質の担保を図る政府機関であるが、直接的には認定業務を行わず、主なタスクに、認定業務を行う機関（LSP）に対するライセンス付与がある。

	コミュニティレベルでは、Posyandu lansia のボランティアは、プライマリーヘルスケアセンタースタッフとトレーニングチームによる 2 日間の高齢者ケアに関するトレーニングを受ける。内容はバイタルサインの測定、肥満度の計算、健康教育の提供、紹介先の決定、社会における高齢者の重要性、記録と報告、活動計画と予算等の説明も含まれる。
社会省	PUSAKA メンバーやボランティア等を対象に、社会参加が難しいまたはネグレクトされた高齢者への対応、伴走者としての役割、指導技術や援助プロセス、在宅ケア、デイケアに関する研修を実施している。
Alzheimer's Disease International (アルツハイマー及び認知症に関する国際的な連盟)	2016 年から新たに 30 時間の認知症ケアスキルトレーナーへのトレーニングを実施している。2017 年には 100 人のケアギバーがこれらのトレーナーによる研修を受けており、この研修によってインドネシアで認知症ケアの研修を受ける介護者を増やし続ける計画。

(出所) ADB, “Country diagnostic study on long-term care in Indonesia”, 2021

(2) 看護師

介護人材ではないが、インドネシアからも看護師が介護職の実習生・労働者として送り出されるケースも多く、ここでインドネシアの看護師制度について取りまとめる。

インドネシアの看護師は正看護師 (Professional Nurse) 及び准看護師 (Vocational Nurse) と大きく 2 つに分けられ、その概要は下記表 1.2.9 のとおりである。准看護師が必ず医師や正看護師の指示の元に医療行為を行う事ができるのに対して、正看護師は、医師の指示がなくても自身の判断で医療行為を行うことができることが大きな違いである。

表 1.2.9 : インドネシアの正看護師と准看護師の比較

	正看護師	准看護師
医療行為における権限の有無	医師の指示がなくても自身の判断で特定の医療行為を行うことができる	必ず医師や正看護師の指示の元に特定の医療行為を行う必要がある。
コース	Upper secondary 修了後、D4 (4 年) または S1 (学士 4 年) の後、Professional Nurse コース (1 年)	Upper secondary 修了後、D3 (3 年間)
OJT の有無	有 (上記コース修了後、約 1 年間)	無
看護師試験の有無	有 (上記コース修了と OJT 修了が受験要件となる)	有 (上記コース修了が受験要件となる)

海外での経験が OJT として認められるか	介護、看護業務の経験が、上記 OJT の単位として認められる可能性がある（認められるか、または認められる単位数は、当該コース提供の学校と受け入れ機関との取り決めによって決定され、日本での経験も可能性がある） 例、STIKES IMC Bintaro では、OJT で必要な 36 単位中 10 単位の移行を認めている。	認められる
資格更新要件	5年ごとに一定のクレジットポイントを取得する必要がある。勤務内容と期間等で評価される。	更新の必要なし
その他	日本へ介護職で行くと、その期間での業務のうち認められるクレジットポイントが部分的となるため、5年間で更新に必要なポイントが取得できない可能性がある。	

(出所) 保健省、STIKES IMC Bintaro からのヒアリングに基づき調査団作成

また、正看護師を目指さずに准看護師のままそのキャリアを終えることも一般的であるとのことである。

なお、2022年7月の調査時点においては、インドネシア国内での看護師需要は非常に高く、卒業生が望めば国内での就職は非常に容易であるとのことである。ある看護学校(STIKES IMC Bintaro)のヒアリングにおいては、就職率が100%であることに加えて、国家試験未受験の状態。もしくは不合格者でも国内病院は採用をすすとしている。

保健省としては、正看護師が日本に介護職で渡航するのは望ましくないと考えている。老年看護と介護を理解しないまま渡航し、落胆する人もいる。介護職は看護師とは異なる仕事であると看護師自身に理解してもらわなければいけないとのことである。

看護人材の輩出状況を見てみると2018年の看護学校の卒業生人数は138,206人³³である。しかし、インドネシアには人材情報システムがなく、看護学校卒業生の総数に関する正確なデータは存在しない³⁴。例えば、2019年の保健省データと高等教育データベースデータの間には、

³³ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8976521/>, 2022/12/01 参照

³⁴ ERIA, Raharto, A. and M. Noveria, "Nurse Migration and Career Development: The Indonesian in Tsujita, Y. and O. Komazawa (ed s.), Human Resources for the Health and Long term Care of Older Persons in Asia Jakarta", 2020

看護師卒業生に約5万人の差があるなど、データの正確性は慢性的な課題となっている³⁵ことに留意する必要がある。

1.2.1.5. 介護サービス等に関する法制度・概況

(1) 介護サービスに関する法制度

インドネシアにおいて、介護サービスに関する法制度には以下のようなものがある。

表 1.2.10：介護サービスに関連する法制度の一覧

名称	内容等
Law No.13/1998 on Elderly Welfare	60歳以上の高齢者を「就労可能な高齢者」と「就労不可能な高齢者」の2つへ分類している。就労可能な高齢者には、雇用の機会や教育・訓練サービスを受ける権利を与え、就労不可能な高齢者は社会保護を受ける権利を与えると規定している。
Regulation No.4/2017 on Age-Friendly Areas (Kawasan)	国や地方自治体、社会、民間企業が高齢者にやさしい都市づくりをするためのガイダンス。この規則を実施する責任は、社会省の Directorate of Social Rehabilitation for Older Person にある。
Presidential Decree No.88/2021	自立、繁栄し、尊厳ある高齢者を実現する方法に関するビジョン、ミッション、戦略が記載されている。また、目標を達成するための各省庁の任務と責任が記載されている。
Regulation No. 7/2021 of the Minister of Social Affairs	高齢者の社会復帰支援に関する規則であり、住居、地域、家族に基づく高齢者への支援とサービスの実施方法に関する規則が規定されている。
Regulation No.5/2021 of the Director General of Social Rehabilitation	高齢者の社会復帰支援の実施に関するガイドライン。サービス基準、人材基準、施設基準に関する内容が記載されている。

(出所) 2022年7月調査団の質問に対する社会省からの回答、ADB, “Country diagnostic study on long-term care in Indonesia”, 2021より調査団作成

また、上記に加えて、2018年保健省は自宅や施設での高齢者向けサービスのあり方を規定したガイドラインのドラフト (Draft Long-term care guidelines、以下、「LCTガイドライン」という。)を作成している³⁶。そのLTCガイドライン案によると、高齢者向けの医療サービスは、Posyandu Lansia、診療所、Puskesmas、病院が提供すべきとされている。このLTCガイドライン案が承認されれば、Puskesmasは在宅看護プログラム (home nursing care programs) を運営することとなる。なお、複数疾患を抱える患者に対するサービスは、2,432のPuskesmas santun lansia、68の統合診療所、10の老年医療病院で提供される予定である。医療従事者は、患者の状態が家族によって管理できるようになるまで、患者の退院後の治療を監督する必要がある。家族が患者の世話をできない場合は、ケアギバー (有料)、隣人、地域社会、宗教団体などがサポートを提供する。

³⁵ <https://stratsea.com/the-surplus-shortage-paradox-of-nurses-in-indonesia/>, 2022/12/01 参照

³⁶ ADB, “Country diagnostic study on long-term care in Indonesia”, 2021

(2) 介護サービスの概況³⁷

【施設型サービス】

高齢者向け施設（Panti）はインドネシア全土で約 277 カ所で 18,100 床を収容することができ、そのうち、中央政府が運営するものが 3 カ所、地方政府が 71 カ所、民間が 189 カ所である。介護支援よりも住居の提供を目的としているが、入居者の高齢化に伴い介護支援が必要な人も出てくるため、介護支援が必要な人のために特定の部屋を割り当てているところが多い。介護支援を受けている人の正確な数は不明だが、18,100 床の 20%である約 3,620 人の高齢者がいると推定されている。

公的に管理されている Panti に入る資格はケアのニーズではなく、ネグレクトされている等の状況によって決定されている。Panti での入居者向けのサービスは、1 日 3 食以上の食事、衣類、相部屋、健康管理、生活の質を高めるための健康維持のためのアクティビティなどとなっている。

民間の Panti は通常、非営利の宗教団体によって運営されており、料金を徴収しないか低額の設定となっている。ごく一部の民間の Panti では、高所得者向けのサービスを提供している。

【在宅ケア】

在宅ケアサービスは政府プログラム、民間サービスなど様々な機関を通じて提供されている。政府によるサービスには食料など物資の支給も含まれる。調査時点（2022 年 7 月）においては、公的サービスで運営される在宅ケアサービスが 31 事業、民間サービスで運営される在宅ケアサービスが 1,100 事業の合計 1,041 の在宅ケアサービスがある³⁸。

【デイケア】

インドネシアでは一般的ではないが、デイケアサービスは地域社会や政府、民間の様々な機関を通じて提供されている。調査時点（2022 年 7 月）においては、公的サービスで運営される施設が 105 か所、民間サービスで運営される施設が 150 か所、合計 255 か所のデイケアセンターがある³⁸。

民間デイケアサービスの事例としては、軽度から中等度の認知症、うつ病の高齢者などに対して、身体および認知機能の刺激、美術・工芸活動、社会活動、入浴などのサービスを提供するものがある。

【高齢者向け医療を提供する施設】

高齢者向け医療サービスを提供する病院は 88 施設で、その多くが都市部にある。このうち、統合的な高齢者向け医療サービスを提供している病院は 10 施設のみである。サービスの種類としては、総合病院、外来診療施設、デイケアクリニック、急性期入院施設、慢性期入院施設、

³⁷ ADB, “Country diagnostic study on long-term care in Indonesia”, 2021 (原出所：Government of Indonesia, 社会省. 2016. Data of Panti/Yayasan. Jakarta., Government of Indonesia, 保健省. 2018. Pedoman LTC Kemenkes. Jakarta.)

³⁸ 2022 年 7 月社会省への質問回答より

老年精神科入院施設、デイケアセンター、在宅ケアサービス、ホスピスなどがある。スタッフは、内科専門医、老年病患者の病態に応じた専門医、老年精神科研修を受けた総合診療医、老年医学研修を受けた看護師、薬剤担当者、栄養士、簡単なリハビリテーションを行う者などがある。

【介護サービスに関する社会省が認識する課題】

社会省は、入浴、食事などの日常生活に支障をきたす家族のいない独居高齢者にサービスをどう拡充していくか、またその財源についても検討が必要な課題と認識している。地方自治体や地域が所有する高齢者施設は運営が厳しく、地域住民の寄付金に依存しているとしている³⁸。

(3) 介護用品・福祉用具に関する市場の概況

インドネシアでは、表 1.2.11 に示すとおり、必要な福祉用具を利用できていない人々がいる³⁹。

表 1.2.11：必要な福祉用具が利用できていない人の割合

健康障害	必要な福祉用具	利用できていない人の割合
視力	眼鏡	80%
	杖	28%
聴覚	補聴器	91%
腕や指の使用	義手	60%
足の使用（歩行）	義足	75%
	車椅子	24%
	歩行器	28%
肉体的奇形	義手・義足	90%
	車椅子	25%
	歩行器	33%
麻痺	車椅子	11%
	歩行器	63%

(出所) Monash University, "Disability in Indonesia: What Can We Learn from the Data?", 2017 (原出所: Kemenkes. 2017. Guidelines for Caregivers for Older People. Jakarta. Draft.)

低所得者層に対してこれら福祉用具へより容易なアクセスを提供する制度が整いつある。

医療保障制度のもとでは、上限価格などの一定の条件のもとで、一部の補助器具を利用することができる。例えば、眼鏡は 15 万ルピアまたは 2 年ごとに 30 万ルピア、補聴器は 5 年ごとに 100 万ルピア、車椅子や杖などは 5 年ごとに 250 万ルピアを上限に補助の対象となる⁴⁰。

³⁹ 必要な福祉用具は本人の回答による

⁴⁰ ADB, "Country diagnostic study on long-term care in Indonesia", 2021, p39

一方、介護事業者によると車いすやベッドなどは中国製の安価なものを調達し使用しているとのことである。インドネシアにおいて福祉用具に対する一定程度のニーズはあるものの、安価な製品が求められている状況と推測される。

1.2.2. 日本を含む諸外国への介護人材輩出状況に関する調査

1.2.2.1. 介護人材の渡航先と輩出状況

(1) 海外への人材輩出状況

インドネシアから移民労働者の輩出状況⁴¹（2018年）を派遣先国・地域別で見ると、やや減少傾向であるもののマレーシアが最多人数の国となっており、移民労働者輩出総人数の中で32.0%を占める。インドネシアとマレーシアは、宗教、言語、文化が非常に近く歴史的にも非常に密接な関係にある。そのような関係から、マレーシアで仕事をすることが両国により奨励され促進されてきたことが背景にある⁴²。

顕著な変化がある国としては香港とサウジアラビアが挙げられる。香港への渡航は2014年から2018年にかけて2倍以上の増加を見せている。後述するが、これはメイドとしての渡航が増加しているためと考えられる。一方、2018年のサウジアラビアへの渡航人数は、2014年比で約87%減と大幅な減少を見せている。これは、メイドとして派遣されていたインドネシア人2名がサウジアラビアで殺害されたことを受け、インドネシア政府が2015年サウジアラビア含む主に中東諸国へのメイドの派遣を禁止したことが影響している。なお、2022年7月にサウジアラビアと二国間協定を締結してメイドの派遣を再開する予定とのことである⁴³。

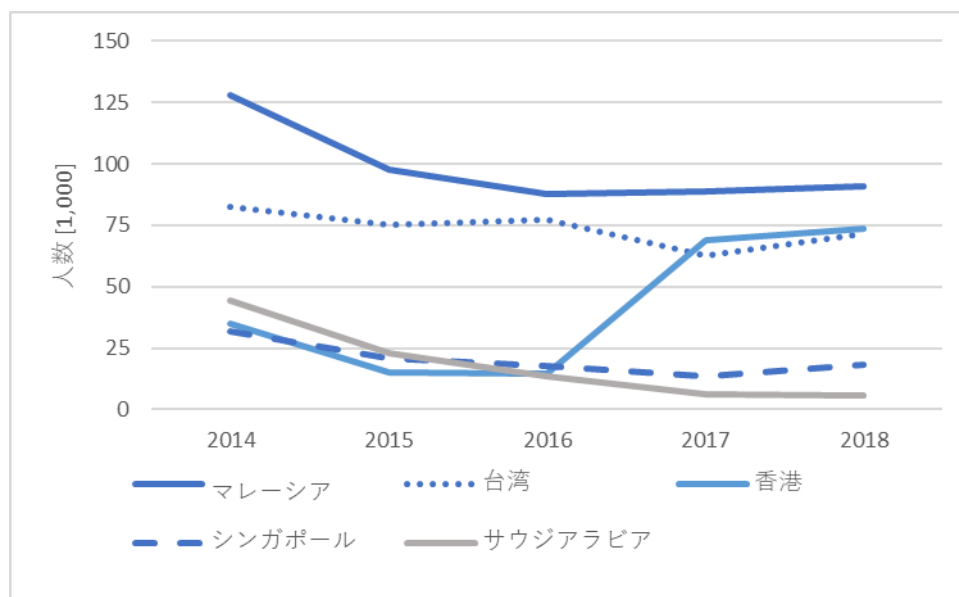


図 1.2.3：インドネシア移民労働者の派遣先国・地域別人数（2014-2018年）
 （出所）BNP2TKI 移民労働者データ, http://portal.bnp2tki.go.id/uploads/data/data_12-03-2019_094615_Laporan_Pengolahan_Data_BNP2TKI_2018.pdf,(2022/11/1 参照)より調査団作成

⁴¹ BNP2TKI 移民労働者データ, http://portal.bnp2tki.go.id/uploads/data/data_12-03-2019_094615_Laporan_Pengolahan_Data_BNP2TKI_2018.pdf,(2022/11/1 参照)

⁴² ILO, Labour Administration in Indonesia, 2006, p69

⁴³ 労働省ヒアリング

一方、移民労働者の状況を職種別に見てみると、一番人数が多い職種がメイドであり 2018 年では全体の 32.8%を占め、2 番目がケアギバーとなり、全体の 18.1%を占めている(図 1.2.4)。

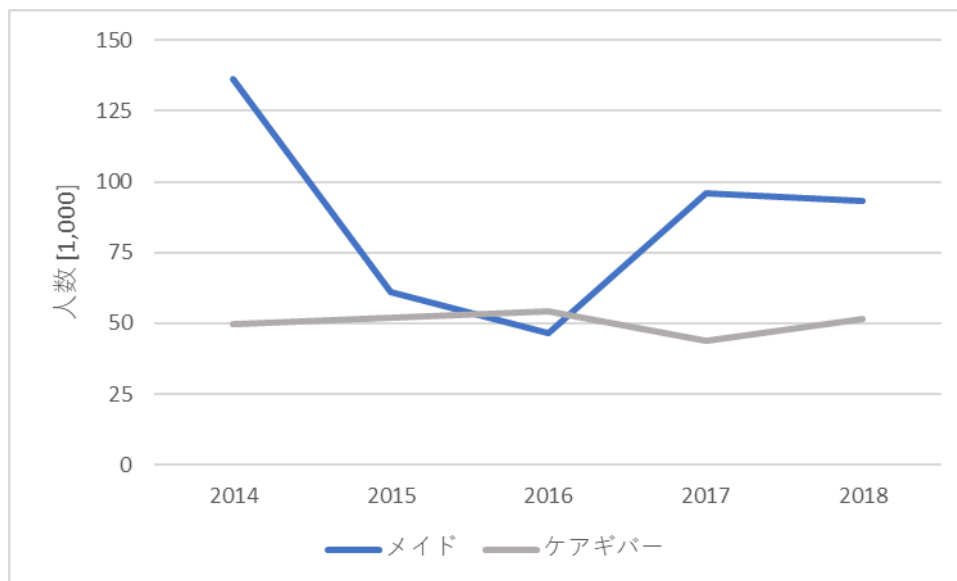


図 1.2.4 : インドネシア移民労働者（メイド・ケアギバー）の人数（2014-2018年）

(出所) BNP2TKI 移民労働者データ, http://portal.bnptki.go.id/uploads/data/data_12-03-2019_094615_Laporan_Pengolahan_Data_BNP2TKI_2018.pdf (2022/11/1 参照)より調査団作成

次に、ケアギバーとメイドについてそれぞれ派遣国別の人数を見ていく。

インドネシアからケアギバーとしての渡航先としては、表 1.2.12 が示す通り圧倒的に台湾が多い。例えば、2017年では、台湾が約4万2千人であったのに対し、2番目の香港でもその1%にも満たない300名程度となっている。

表 1.2.12 : ケアギバー派遣上位国・地域と人数推移（2017-2021年）（単位：人）

	2017年	2018年	2019年	2020年	2021年
台湾	42,363	50,200	54,787	23,309	5,309
香港	316	269	151	84	60
シンガポール	132	122	107	36	33
マレーシア	63	60	68	15	-

(出所) BP2MI データベースより調査団作成

メイドとしては香港への派遣が最も多く、次いでマレーシア、シンガポールが多い。公式データでは、これらの国よりも少ないものの中東諸国にはメイドとして多くのインドネシア人が渡航をしている。

表 1.2.13：メイド派遣上位国・地域と人数推移（2017-2021年）（単位：人）

	2017年	2018年	2019年	2020年	2021年
香港	68,282	73,418	71,401	53,006	104,410
マレーシア	7,273	7,649	7,404	1,584	-
シンガポール	8,811	4,080	2,036	444	227
サウジアラビア	1,390	567	302	33	50

（出所）BP2MI データベースより調査団作成

なお、労働省によると、中東諸国へのメイドでの渡航を禁じたものの、不法に渡航する人々が多いことが課題としている⁴⁴。

中東へは政府が禁止をしているにも関わらず、またリスクを承知して行く人が後を絶たない背景としては、本調査で面談した労働省職員は、彼らは教育レベルが総じて低く、他の国へ行くという選択肢がないという背景があると指摘している。

サウジアラビアにメイドで渡航した人々の学歴をみると、表 1.2.14 で示す通り、初等教育卒及び中学卒業で 90.7%と大多数を占めることがわかる。クウェート、オマーン、アラブ首長国連邦、カタールにおいても、同様の傾向が見られ、いずれの国も、メイドでの渡航者の学歴は、初等教育卒及び中学卒業で 90%以上を占めている（表 1.2.15 から表 1.2.18）。

日本への送り出しにおいては、EPA を除いて学歴要件はないものの、送り出し機関によると、日本の介護の場合は、実際には、学士、ディプロマ、高校卒業生を送り出すケースが多い⁴⁵ことから、学歴において顕著な違いがあることがわかる。

表 1.2.14：インドネシアからサウジアラビアへのメイドの派遣者の学歴（2017-2021年）（単位：人）

学歴	2017年	2018年	2019年	3年間合計	
				人数	割合 (%)
学士	2	0	0	2	0.1
ディプロマ	1	0	1	2	0.1
高校	131	39	29	199	8.8
中学	360	152	64	576	25.5
初等教育	895	370	207	1,472	65.2
その他	0	5	0	5	0.2
学歴なし	1	1	1	3	0.1
合計	1,390	567	302	2,259	100.0

（出所）BP2MI データベースより調査団作成

⁴⁴ なお、表 1.3.12 では、サウジアラビアへのメイド派遣人数が一定数いる。これら人数が、正規の渡航人数であるか、不法な渡航人数であるか等は、本調査では確認できていない

⁴⁵ 技能実習制度では学歴要件はないものの、本調査ヒアリングでは、監理団体や受け入れ機関から看護系学校卒業生を求められたり、送り出し機関が質の高い人材を送りたいという考えから自主的に看護系学校卒業生をリクルートしていることから、制度としてではなく、実態として学歴が要件になっているケースが確認されている。また、日本へは、看護系などによらず質の高い人材を送り出したいとのことから、最終学歴が初等教育、中学などの人材を送りたくないと考えているという声も聞かれた。

表 1.2.15 : インドネシアからクウェートへのメイドの派遣者の学歴 (2017-2021 年) (単位 : 人)

学歴	2017 年	2018 年	2019 年	3 年間合計	
				人数	割合 (%)
学士	1	0	0	1	0.0
ディプロマ	1	0	0	1	0.0
高校	22	5	14	41	1.9
中学	157	265	218	640	29.7
初等教育	779	566	126	1,471	68.2
その他	0	0	0	0	0.0
学歴なし	2	0	0	2	0.1
合計	962	836	358	2,156	100.0

(出所) BP2MI データベースより調査団作成

表 1.2.16 : インドネシアからオマーンへのメイドの派遣者の学歴 (2017-2021 年) (単位 : 人)

学歴	2017 年	2018 年	2019 年	3 年間合計	
				人数	割合 (%)
学士	0	4	0	4	0.3
ディプロマ	0	1	0	1	0.1
高校	49	36	20	105	7.0
中学	160	101	78	339	22.7
初等教育	478	361	205	1,044	69.9
その他	0	0	1	1	0.1
学歴なし	0	0	0	0	0.0
合計	687	503	304	1,494	100.0

(出所) BP2MI データベースより調査団作成

表 1.2.17 : インドネシアからアラブ首長国連邦へのメイドの派遣者の学歴 (2017-2021 年)
(単位 : 人)

学歴	2017 年	2018 年	2019 年	3 年間合計	
				人数	割合 (%)
学士	0	4	0	4	0.5
ディプロマ	2	0	0	2	0.2
高校	28	11	4	43	5.1
中学	146	30	19	195	23.1
初等教育	396	125	78	599	71.0
その他	0	0	0	0	0.0
学歴なし	0	1	0	1	0.1
合計	572	171	101	844	100.0

(出所) BP2MI データベースより調査団作成

表 1.2.18 : インドネシアからカタールへのメイドの派遣者の学歴 (2017-2021 年) (単位 : 人)

学歴	2017 年	2018 年	2019 年	3 年間合計	
				人数	割合 (%)
学士	0	0	0	0	0.0
ディプロマ	0	0	0	0	0.0
高校	6	6	2	14	4.8
中学	50	17	10	77	26.5
初等教育	111	56	32	199	68.4
その他	1	0	0	1	0.3
学歴なし	0	0	0	0	0.0
合計	168	79	44	291	100.0

(出所) BP2MI データベースより調査団作成

(2) 日本への特定技能への送り出しに関するインドネシアの制度及び日本とインドネシアの取り決め

介護分野に限らない日本への特定技能の送り出しに影響すると考えられるインドネシアの制度及び日本とインドネシア政府の特定技能に関する取り決めについて述べる。

2022 年 7 月時点において、インドネシアから日本への特定技能としての送り出しは行われているが、仲介事業者を介しての特定技能での派遣は認められていない。労働省によると、インドネシアと日本政府の間で、仲介事業者を介しての送り出しについての取り決めを協議中とのことであり、今後は仲介事業者を介しての特定技能での派遣が認められる可能性がある。

ここで、日本への特定技能の送り出しに影響し得る、海外への実習生・労働者の派遣に関するインドネシアの制度と現状について説明を行う。

インドネシアでは、実習生の送り出しと労働者の送り出しは異なる業務として扱われ、送り出し機関はそれぞれの許認可が必要となる。つまり、実習生の送り出しの許認可を得た送り出し機関は技能実習生の送り出しはできても、労働者となる特定技能での送り出しはできないこととなる。実習生を送る許認可を得た機関が、労働者の送り出しの許認可を得ることができれば同じ機関で、技能実習制度と特定技能制度の両方で送り出しをすることが可能であるが、労働者の送り出しの許認可を得るためには、資本金として 50 億ルピアに加えて、政府銀行口座へ 15 億ルピアのデポジットが求められる⁴⁶。労働者の派遣には訴訟などのリスクが伴うため、そのために必要な措置であるとしている⁴⁷。この措置（合計 65 億インドネシアのデポジット）は、日本円にして約 5 千 649 万円⁴⁸となる。実習生を送る許認可を得た送り出し機関が、特定技能の送り出し業務に関心を持ったとしても、財務状況により諦めないといけないという可能性が推測される⁴⁹。

（3） 送り出し機関

送り出しにおいて、重要な役割を担う送り出し機関の対応状況・課題を見る。

監理団体や受け入れ施設から送り出し機関への人材のニーズは、看護系学校卒業生が欲しい、日本語能力の高い人が欲しいなど、場合により違う。送り出し機関が、介護の技能実習生候補を募集する際に、それらニーズによって、看護系学校卒業生、職業訓練高校卒業生、または日本語学校からリクルートする場合と、日本側から看護系学校卒業生のニーズがなくても基本的に看護系学校卒業生をリクルートし日本へ送っている送り出し機関があることがわかった。後者の理由としては、より質の高い人材を送りたい、直接的なニーズが日本側から伝えられなくても実際に経歴書などを見せると日本側の反応が良い、最初から介護に興味を持っている人材をリクルートできる可能性が高いなどの点が挙げられた。一方、看護系学校卒業生、特に学士コースの看護系学校卒業生のリクルートには難しさがあるとの点が共通的に挙げられた。

現状ではどの送り出し機関も日本からのニーズに対して、十分な日本語能力を有する候補者を見つけることに難しさがあるとするが、十分な人数のインドネシア人材を用意することに難しさはないとしている。その理由としては日本からの求人が少ないためとしており、現状の課題はむしろ日本からのニーズを増やすことであるとしている。

（4） 情報管理システム

⁴⁶ Regulation of the Minister of Manpower Number 10 of 2019 on procedures for issuance of license of Indonesian migrant workers placement agency

⁴⁷ 労働省ヒアリングより

⁴⁸ 1 IDR = 0.008690 JPY として計算（2023年2月時点）

⁴⁹ 実際に本調査でヒアリングをした実習生を送る許認可を得ている送り出し機関は、財政の観点から労働者を送り出す許認可を申請することは選択できないと言っている。

インドネシア政府は移民労働者の情報管理のために情報システムを構築している。それにより、労働者の基本的な情報の把握が可能となっている。一方、保有資格、帰国後の状況などの把握はできるようにはなっていない。また、これら情報を積極的に活用している機関は本調査では見受けられず、その活用にもまだ課題があると言える。

1.2.2.2. 渡航先を選択する背景・理由

前節で述べた通り、インドネシアからケアギバー関連職で多い渡航先は台湾、香港、マレーシア、中東諸国などである。

これらの国・地域が候補者にどのように比較、検討されているのかを概観する(表 1.2.19)。日本を選択する理由としては、満足できるレベルの給与であり、日本に対する信頼があり、文化に親しみがあるという点が多い。一方、日本語能力への要件が高いことがハードルとなっている。介護職として比較対象となるのは台湾となる。言語要件が低いという点が長所として挙げられた一方、介護職でも家庭内住み込みが中心であり、労働環境が良くない点が短所として挙げられた。香港、マレーシア、中東諸国へはメイドの派遣との比較である。言語要件、業務のスキルが求められないが、その代わりに給与は低く、また虐待などの人権侵害の懸念があるとしている。

表 1.2.19：渡航検討における日本と他国の比較（主要な項目）

	長所	短所
日本（介護）	<ul style="list-style-type: none"> ● 満足できる給与レベルである ● 日本への信頼、親しみがある ● 施設での勤務であり、住み込みと比べて労働環境が良い ● 提示された条件が信用できる 	<ul style="list-style-type: none"> ● 日本語要件のハードルが高い（6カ月程度の学習が必要）
台湾（介護）	<ul style="list-style-type: none"> ● 言語要件が低い（24時間の事前学習のみ） 	<ul style="list-style-type: none"> ● 家庭内住み込み介護が中心であり、労働環境が良くない ● 給与は日本と比較して高くない
香港、マレーシア、中東諸国（メイド）	<ul style="list-style-type: none"> ● 特定の言語能力、スキルが求められない 	<ul style="list-style-type: none"> ● 家庭内住み込みで、虐待が懸念される ● 給与は低め

(出所) 送り出し機関へのヒアリングより調査団作成

以下で、上記についてより詳しく、また、国・地域の選択の際の主な要因とはならないが影響し得る点について見ていく。

日本を選んでいるインドネシア人はどのような理由で日本、そして介護を選んでいるだろうか。送り出し機関によると、下記の通り満足できる給与レベル、国・日本人への親しみ、制度への信頼などがその理由として挙げられる。

- 給与・手取りが金額として満足の行くレベルである。

- 日本での実習・就労の中で、日本語要件の高い介護を選ぶ理由としては、その給与の高さが指摘されている。例えば、他職種では手取り 12 万円／月が一般的なのが、介護は 13 万円／月くらいと 1 万円ほど高い。月額 1 万円の違いはインドネシア人にとって大きく、介護を選ぶ理由になり得るとのことであった。
- ケアギバーとして比較対象となる台湾の場合、家庭内住み込み介護が中心であり、職場環境として厳しく、施設で働く日本の職場環境の方が良い。
- 日本側から提示された条件が信用できる（例、雇用条件書に時給 950 円と書いてあったらその通り支払われる。社会保障、家賃補助、通勤手当などの条件もすべて日本の条件書には正しく書いてあるので手取り額が把握できて安心である、など）。対して、香港や台湾などでは、雇用条件書に提示の金額から仲介手数料などをさしひかれることがあり、実際の手取り額が雇用条件書と異なることが多いとのこと。
- 日本への信頼（治安の良さ）及び親しみ（アニメ、ドラマなどの文化、日本人など）がある。
- 技能実習制度は制度として優れている面があるとの認識がある。例、3 年間監理団体のフォローアップ体制があり、研修生が困ったときには助けてくれる。

その他、応募のインセンティブとなり得る事項として、日本での技能実習期間が看護学士コース修了後の OJT における 10 単位として移行が可能である点が挙げられる。実際に同制度を活用している機関は本調査では 1 機関（STIKES IMC Bintaro）のみでその認知度は低かった。同制度を利用していない機関からは同制度は、それだけで日本を選ぶほどではないが、インセンティブの一要素となり得るとの見解が示された。

ただし、このメリットを活用してインドネシア看護学部卒業生をより多く確保できるかは、以下の点で懸念がある。

- OJT が必要なのは正看護師を目指す場合である。一方、看護師の中でも正看護師は非医療職である介護を避ける傾向が高く、正看護師を目指すインドネシア人にとって同制度がインセンティブとして働くかは不確かである。

一方、日本の介護分野で働くことをより多く選択してもらうための課題も明らかになった。

一つには、海外就労を考えているインドネシア人の中の日本の介護の実習・就労機会の知名度の低さと日本からの引き合いの少なさである。中東諸国、台湾などと比べて日本の知名度は低い。送り出し機関は、知ってもらえれば、日本を選ぶ人が多いだろうと推測している。一方、日本からの引き合いが少ないため、候補者には日本が目立った存在となっていないと、送り出し機関にとっては力を入れるインセンティブが小さくなるとの指摘もある。

また、日本語要件のハードルの高さはインドネシアにおいても指摘されている。台湾のケアギバーの場合、求められる言語要件は 24 時間の事前学習のみである。渡航後にコミュニケーションの問題でトラブルとなるケースが多いとのことであり、言語のハードルを下げることはデメリットが大きい。応募時点では言語要件の低い国・地域と比較すると日本の言語要件の高さはハードルとして映ってしまう。その他には、看護師にとっては、インドネシアでは看護

より専門性が低い非医療職と位置づけられている介護での経験となること、関連して看護師のキャリアが中断されてしまうことは大きなデメリットである。送り出し機関によると、上記の日本語能力要件についても、看護学校卒業まで多大な学費がかかっているのに追加で日本語の学習に費用を払って勉強しないといけないのかという不満も出ているという。また、インドネシアでは近年国内での看護師のニーズが非常に高いことも、看護学校卒業生にとってはあえて日本の介護を選択する理由がないといった状況につながっている。

メイドとしての送り出しの多い香港、マレーシアにおいても、中東諸国同様、インドネシア人メイドへの虐待などが大きな問題となっている。これらの国々のメイドを選択する理由は受入要件として言語要件、特定のスキル要件が求められないためである。

台湾はケアギバーとしての就労であるが、家庭内住み込み介護が中心で職場環境としては好まれておらず給与は日本と比較して高くない。しかしながら、上述のとおり言語要件が24時間の事前学習のみのため、台湾を選択する人々がいる。

1.2.2.3. 帰国後のキャリアの状況

日本の介護分野での就労を目指すインドネシア人の主目的は、定量的なデータはないものの、日本で得られる賃金であり、多くは帰国後に介護関連職に就くことを考えていない。その背景としては、日本での賃金とインドネシアでの賃金の大きな差である。そのため、永住含め引き続き日本での就労を希望する、日本で蓄えた資金を元手に（介護以外の分野で）起業する、日本語の教師になる、帰国後は就労しないなどのケースが多いことを送り出し機関等へのインタビューで確認した。

一方、日本から帰国後、介護施設や病院に就職するケースもある。本調査でヒアリングを行った送り出し機関によると、その背景としては、日本より給与水準が低くても母国の故郷での暮らしを望むインドネシア人も一定数いて、かつ生活していくためには働く必要がある場合が考えられる。特に、地方では介護職に限らず給与は高くないため、介護職が給与の面で劣ることはないとのことである。本調査でヒアリングを行った介護業界団体では、帰国人材を受け入れたケースは把握してなく具体的なケースを聞くことはできなかった。なお、労働省も帰国者の帰国後の就労状況については把握していない。

帰国後のキャリアパス上の課題としてインドネシア関係者から挙げられた点は、看護師が介護職で渡航し、帰国後に看護師としてのキャリアパスを希望する場合である。例えば、帰国後に看護師として満足する仕事に就くことができない、就職できた場合も看護師としてのスキル、特に注射や点滴などの医療行為にブランクがあり、必要なスキルをあらためて習得する必要がある。インドネシアでは5年毎に看護師資格を更新する必要があるが、日本での介護分野での実習・就労経験では、更新資格要件を満たさず資格が失効する可能性がある⁵⁰。保健省によると、看護師資格をいったん失効した場合、多くの看護師が帰国後は看護師ではなく別の仕

⁵⁰ インドネシア人看護師が看護分野で就労した場合に、更新資格要件を満たせずに資格失効となる可能性があるかは本調査で確認が取れていない。本調査の現地調査の保健省担当者へのヒアリングでは、介護職での就労の場合に失効の可能性が生じるのは、医療行為を行わないためとしているため、看護分野での就労の場合は、失効の可能性がないか低いことが推察される。

事に就くこととなっているとのことである。また問題であるのは、看護師自身が日本への渡航前に看護師資格が失効する可能性を理解していないケースがあることであるとしている。

また、帰国者の帰国後の情報を政府として把握する体制はない。

次に、帰国後のキャリアに関する今後の期待に関して関係者の見解を紹介する。介護事業者業界団体からは、日本で働いた経験をインドネシアの介護事業に活かすことができれば、インドネシア国内の介護業界のレベルが上がるのではないかといったコメントがあった。また、必ずしも帰国時にマネジメント能力を獲得していることは求めないが、リーダーやマネジメント層として日本でのスキルや経験を還元してほしいとの声もあった。その上で、介護事業者としては、日本からの帰国人材を高待遇で迎えたいとコメントしている。同様に指導的な役割での期待は BAPPENAS からも聞かれた。現状ではインドネシアの介護ビジネスが未成熟であることがあるが、インドネシアの高齢化状況を鑑み将来的にはより介護ニーズとともに人材ニーズが高まるとの期待を労働省、BAPPENAS はしている。

インドネシアのケアギバー資格保有者⁵¹及び看護師にとって、インドネシアで獲得したスキル、資格が日本でも何らかの形により評価される、同様に日本で獲得したスキル、資格が何らかの形でインドネシアにおいて評価される等より良いキャリアパスにつなげるため、キャリアの中断を軽減するため、日本とインドネシアの資格の調和に対する期待が教育省から挙げられた。インドネシア政府はオーストラリア政府と学歴の調和について協議を始めたところであるとして、日本と介護資格の調和においても話し合いを開始できるとの立場を示している。なお、その場合には BNSP と協議する必要があるとしている⁵²。

1.2.3. 介護及び介護人材関連の法制度、マーケット、介護人材輩出状況等のまとめ

インドネシアにおいて、日本における介護の実習・就労機会（技能実習制度及び特定技能）が十分に認知されていないことがわかった。実際に他国への送り出し実績を見ると、介護分野では台湾へ年間数万人、メイドとして香港へは年間数万人規模で送り出しをしており、インドネシアからの視点では、年間 2,000 人に届かない（2000 年、介護人材）日本の存在感はまだ小さい。インドネシアでの調査において、どのようにしたらインドネシアからの介護人材の送り出しを増やせるかという視点で送り出し機関へのヒアリングを行ったが、日本からの引き合いの小ささが課題の一つであることが確認できた。

この他、看護師が送り出されるケースが多い一方、看護師の送り出しに関しては医療関係者中心にネガティブな反応が多く、また看護師本人にとってもデメリットがあることが確認できた。また、ケアギバーの人材育成に関する取組みが政府、民間共にあることも確認した。

インドネシアにてケアギバー人材育成へ取組む多くの機関から日本の知見・経験を共有して欲しい、人材育成の取組みに関わってほしいとの声が聞かれた。インドネシアでは官民ともに人材育成にかかる取組みが必要と認識しているが、取組みをよりよい方向に進めるためには外部からの支援がまだ必要であると考えた。ケアギバーの国家資格認定度に繋がるコンピテン

⁵¹ 上述の現在保健省などが取り組んでいるケアギバー資格が整備された想定での当該資格保有者

⁵² 教育省ヒアリングより

シーの基準については既にその一部が規定されたが、それは保健省が考える介護人材全体像や各職種により包括的なキャリアパスの作成とそれを実現する資格制度の一部分のみである。また、実際にトレーニングを提供する機関もトレーナーやトレーニングに必要な機材などで課題を抱えている。

介護人材の日本への送り出しについては、インドネシアにおいても、日本語習得のハードルが大きな課題となっていることがわかった。一つには、日本語能力の獲得が条件になっていることを理由に日本での介護分野での就労を目指すことを断念することに繋がっていること、もう一つには、日本での介護分野での就労を目指して日本語学習を始めた後においても学習の大変さから断念する人がいること、3点目として希望者及び送り出し機関など関係者双方にとって、日本語学習が負担となっていることである。

インドネシアではメイド移民労働者の就労先国での虐待などの人権侵害問題を抱えている。サウジアラビアでの事件をきっかけに2015年より中東諸国などへのメイド派遣が禁止されているが、その一方で政府が把握できない形での渡航も増えている。今後、例えば、1万人などの規模でケアギバー人材の就労を日本で受け入れる場合、現在メイドとして他国へ渡っている人々を、日本の介護分野での就労を選んでいただける可能性について考察を行った。

メイドで移民労働者となる人数が数万人規模と大きいこと、メイドは基本的に女性が多く、またメイドのようなスキルが求められない職から、スキルを獲得できる職への転換というのはインドネシア政府としても推奨をしており、実現すれば、インドネシア側にとってのインパクトも大きくなり、インドネシア、日本側の双方にメリットがある。

しかしながら、メイドを選択している人々はそのほとんどが中学卒業以下の学歴であり、日本へ介護として派遣できるようにするためには、大きなハードルがある。また、定量的なデータはないものの、彼らの多くは厳しい経済環境にいるため、費用負担があるトレーニングが必要な日本の介護を選ぶことは難しい状況と言える。一方、メイドを選ぶ人々の1割を日本の介護に向けることができるだけでも、日本の介護業界にとっては十分なインパクトがあると言えることから、今後もその可能性を探る価値はあると考える。

別添：調査日程

日にち		プログラム
1	2022/7/17	日 成田→ジャカルタ
2	2022/7/18	月
		ASLI Indonesia:介護事業者協会
		STIKES IMC Bintaro:教育機関 LPK Asta Karya:送出機関
3	2022/7/19	火
		PT Japan Indonesian Economic Center(JIEC):送出機関
		Ministry of Manpower:政府機関 LPK Bangkit Indonesia:送出機関
		Smkn8 semarang:教育機関
4	2022/7/20	水
		保健省(Productive and Elderly Age Health):政府機関 Yayasan Emong Lansia (Helpage Indonesia):NGO
		老年看護学会
5	2022/7/21	木
		PCR検査(9:00~)
		保健省(Health Workforce):政府機関 BAPPENAS:政府機関
		教育省:政府機関
6	2022/7/22	金
		BP2MI:政府機関 Nursing University of Indonesia:教育機関
7	2022/7/23	土 ジャカルタ(7/22)→成田(7/23)

別添：面談者リスト

カテゴリー	機関名	部署名	面談者氏名（敬称略）	職位
政府機関	労働省 (Ministry of Manpower)		Setiawan	Director for Placement and Protection of Indonesian Migrant Workers
			Iwan	Sub-coordinator of international cooperation
		Indonesian Migrant Workers Protection Agency (BP2MI)	Nafisa Arlia	Cooperation Analyst
政府機関	保健省	Productive and Elderly Age Health	Konhnir	Director
政府機関	教育省 (MoECRT)	Vocational Education	Sugiyanta	Director
政府機関	保健省	Health Workforce	Sugianto	書記官
政府機関	BAPPENAS		MUHAMMD IQBAL ABBAS	Expert Planner of the the Directorate of Manpower
送り出し機関	LPK Asta Karya		Muhammad	Manager
送り出し機関	PT Japan Indonesian Economic Center		Kawabata	Operation Firector
送り出し機関	LPK Bnagkit Indonesia		ヤニ シスワンダリ	理事長
教育機関(看護)	STIKES IMC Bintaro		Melinda	代表
教育機関(看護)	University of Indonesia	Nursing Faculty	Susanh	協力関係マネージャー
教育機関(ケアギバー)	Smkn8 semarang(専門学校)		Harti	校長
その他	老年看護学会		Shinta Silaswati	President of IPEGERI
教育機関(ケアギバー)	ASLI(シニアリビング協会)メンバー	PT GLOBAL ICHSAN MANDIRI	MELINDA ARISTYA KRISTIANTO	Director
		JABABEKA HOSPITALITY	MAMAT HIDAYAT	General Manager
		INDO CARE	LENNY WIDJAJA	Executive Director

1.3. ベトナム

略語表

略語	英名	和名
ASEAN	Association of Southeast Asian Nations	東南アジア諸国連合
VNCA	Vietnam National Committee on Aging	国家高齢化委員会
MOH	Ministry of Health	保健省
MOLISA	Ministry of Labour, Invalids and Social Affairs	労働・傷病兵・社会省
VAE	Vietnam Association of the Elderly	ベトナム高齢者協会
DOLISA	Department of Labour, Invalids and Social Affairs	労働・傷病兵・社会局
NGO	Non Governmental Organization	非政府組織
EPA	Economic Partnership Agreement	経済連携協定
DOLAB	Department of Overseas Labour	海外労働管理局
MOU	Memorandum of Understanding	基本合意書

1.3.1. 介護及び介護人材関連の法制度、マーケット等に関する調査

1.3.1.1. 高齢者の状況

ベトナムは2017年に高齢化社会（65歳以上の高齢者人口比率7%）へ突入し、2036年には高齢社会（同14%）になると予想されている。⁵³人口増加率は低下傾向にあり、1990年に2.00%を下回り、1999年に1.50%、2012年には1.06%となった。人口ピラミッドの形態も変化してきており、多産多死型から少産少死型へと変化してきている。¹高齢者の人口は、60歳-74歳の高齢者は2059年以降減少に転じることが予測されているが、75歳以上の高齢者は2059年以降も持続的に増加が予測されている。⁵⁴

高齢者の約70%は農村部、約30%が都市部に居住し、大多数は既婚か寡婦であり、その他の状態（別居、離婚、独身）の占める割合は少ない。約70%の高齢者が子供と同居をしており、独居や配偶者のみとの同居の割合は少ないが、過去10年間で独居や配偶者のみとの同居の割合は約18%（2009年）から約28%（2019年）と増加している。²

高齢者のいる世帯のほぼ100%が国の電力網を利用し、約50%が主な飲料水源として水道水を利用し、約90%が水洗トイレ（家の中または外）を使用している。しかし、居住地域や民族の点では大きな違いがあり、農村部や少数民族の高齢者は、都市部やキン族（キン族はベト

⁵³ 三木 博文、長井 圭子、「ベトナムの高齢化の現状と日本の支援の可能性」 こうえいフォーラム第23号/2015.3

⁵⁴ General Statics Office, THE POPULATION AND HOUSING CENSUS 2019: Population Ageing and Older Persons in Viet Nam, Hanoi July 2019

ナムで最も人口の多い民族)よりも生活環境が悪い世帯に住んでいる。約 35%の高齢者が就労しているが、そのうち約 80%は脆弱な労働者(自営業や家族労働者)であり、性別、年齢層、居住地域によって就労率に大きな差がある。高齢になるにつれ生活における困難さを有しており、60 歳代の約 22%、70 歳代の約 44%、80 歳以上の約 70%が困難さを有し、その内容は歩行、視力、記憶・思考に関する困難が多い傾向にある。⁵⁵

ベトナムの高齢化は地方において特に進行している。加齢に伴う身体機能の低下、有病率の増加、経済力の低下が課題となっており、高齢者を社会的にサポートする様々な保障制度を整えている。

1.3.1.2. 関連法・政策

ベトナムの高齢化は東南アジア諸国連合 (Association of Southeast Asian Nations : ASEAN) 諸国においてブルネイに次ぐ速度で進行すると予測されている。⁵⁶高齢化の進行に伴い、慢性疾患の増加や循環器疾患・がんなどの高度医療が必要になり、また治療も長期化する疾患が増加するため政府は医療制度や社会保障制度の整備が求められる。また、ベトナムでは一般的に高齢者の介護は家族が行うが、核家族化や労働者の都市部への流出等によってケアが難しく、社会的な課題となってきた。⁵⁷

政府は 2004 年に高齢化対策は分野横断的な課題であるとして、副首相が委員長となり、複数の関連省庁及び中央組織で構成された国家高齢化委員会 (Vietnam National Committee on Aging : VNCA) を設置した。高齢者の権利や義務、および高齢者ケアなどに関するガイドラインや計画などの政策策定に関する首相補佐機関である。定期的に各省・郡を訪問し、高齢者法や関連政策の実施状況をモニタリングし、その結果を取りまとめて首相に報告するとともに、年 1 回のセミナーを開催して関係者間での連携を図っている。高齢者対策にかかる主な組織体制は図 1-3-1 に示す通りで、保健省 (Ministry of Health : MOH)、労働・傷病兵・社会省 (Ministry of Labour, Invalids and Social Affairs : MOLISA)、ベトナム高齢者協会 (Vietnam Association of the Elderly : VAE) を中心に各政策が実行されている。各機関の主な役割を表に示す (表 1-3-1)。⁵⁸

⁵⁵ General Statics Office, 前掲註(2)

⁵⁶ 三木 博文、長井 圭子、前掲註(1)

⁵⁷ JICA ベトナム事務所 ベトナムの高齢化 社会保障の観点から 第 129 号 (2019 年 6 月号) p1-2

⁵⁸ JICA 「ベトナム国社会保障分野情報収集・確認調査ファイナル・レポート」

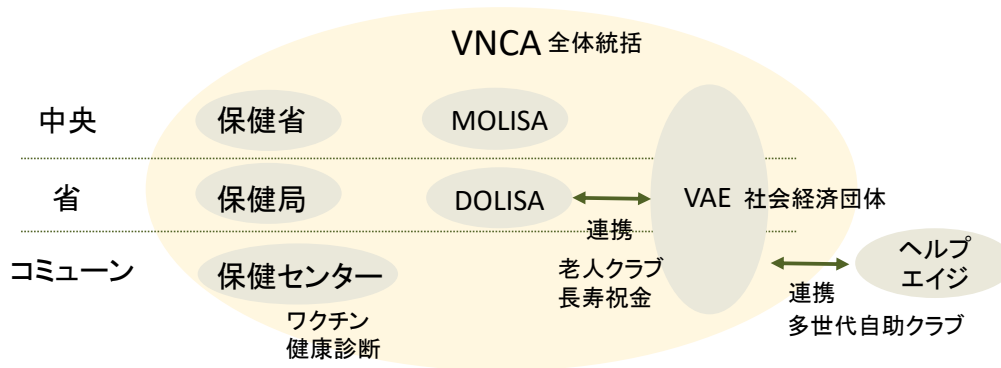


図 1-3-1 高齢者対策に係る主要機関の組織体制

(出所)調査団作成

表 1-3-1 高齢者対策に係る主要機関の役割

名称	役割
国家高齢化委員会 (VNCA)	高齢者の権利や義務、および高齢者ケアなどに関するガイドラインや計画などの政策策定に関する首相補佐機関 (2004年設置) である。定期的に各省・郡を訪問し、高齢者法や関連政策の実施状況をモニタリングし、その結果を取りまとめて首相に報告するとともに、年1回のセミナーを開催して関係者間での連携を図っている。
保健省 (MOH)	高齢者の保健医療を担う。疾病予防、診療サービスなどに関する政策を策定し、実施を監督、推進する。
労働・傷病兵・社会省 (MOLISA)	年金や高齢者の保護など、社会保障分野を担う。関連する政策や法制度を策定するとともに、関連省庁や地方機関、VAEなどと連携して、政策実施状況のモニタリングや調整などを行っている。
ベトナム高齢者協会 (VAE)	社会における高齢者の役割向上に対する活動のほか、高齢者の実態調査や高齢者ケアに関する支援などを行う社会経済団体 (1995年設置)。中央から全国コミューンに至る全ての行政組織に存在し、全国の高齢者の約90%が加入しているとされる。地方のVAEは省・市などの労働・傷病兵・社会局 (Department of Labour, Invalids and Social Affairs : DOLISA) と協力して高齢者の名簿を作成、長寿祝金の配布、老人クラブ (約6万) を運営したりするなど、現場レベルにおいて重要な役割を担っている。

(出所) JICA 「ベトナム国社会保障分野情報収集・確認調査ファイナル・レポート」より調査団作成

高齢者に関する法や政策を以下の表 1-3-2 にまとめる。高齢化対策に関する政策は経年的に整備が進んでおり、政府の高齢化に対する課題認識が窺える。しかし、それら政策の地方への普及が遅れていたり、具体的な実施方法などが示されていないことがあり、進捗が芳しくない場

合も少なくない。政策レベルにおいても、保険分野を担当する MOH と福祉分野を担当する MOLISA が分立しており、分野横断的な取り組みにおける円滑な連携が実施されているとは言い難い状況である。

表 1-3-2：高齢者に関連する主な法・政策

名称	内容等
高齢者法（2009）	高齢化対策を包括的に規定した法律で、全 6 章 31 条で構成され、高齢者の権利と義務、高齢者の世話に関する家族や国・社会の責務、高齢者の社会参加および VAE の役割などに関して規定
高齢化国家活動計画 2012-2020 に関する首相決定（2012）	高齢者法の実施に関する政令やガイドラインが制定されるとともに、高齢者の文化・社会・教育・経済・政治活動への参加促進や義務と権利の実行、心身の健康確保、生活の質の向上を目標に掲げる。関連各省庁の役割などが規定され、これを受けて各省庁が発布した省令などに基づき、具体的な高齢化対策が実施されている。
政府決議（137/NQ-CP）（2017）	各省庁の高齢化関連の課題の責任の明確化、高齢化対策の活動計画の策定（2021 年～）を指示。国際非政府組織（Non Governmental Organization：NGO）ヘルプエイジが VAE とともに展開するコミュニティの活動「世代間自助クラブ」を全国展開させることとした。
労働法改正草案（2019）	MOLISA が定年年齢の引き上げを盛り込んだ労働法改正草案を国会提出。男性は満 62 歳、女性は満 60 歳とした上で、女性は毎年 4 か月ずつ増加、男性は 3 か月ずつ増加させ、段階的に引き上げることとし、男性は 2028 年に満 62 歳、女性は 2035 年に満 60 歳に達する設計で議決され 2021 年 1 月 1 日より施行。
首相決定（1579/QD-TTg）（2020）	2030 年までの高齢者健康支援計画の承認。 2021-2025 年を第一フェーズ、2026-2030 年を第二フェーズとし、各フェーズにおいて健康診断受診率、高齢者クラブの全国展開数、介護サービス普及、各病院の老年化設置率の目標を設定。また関連省庁の役割に言及されている。
—	MOH は二人っ子政策の廃止の方針や現在作業中の健康保険法改正。各医療機関への老年科の設置を促進。

（出所）JICA「ベトナム国社会保障分野情報収集・確認調査ファイナル・レポート」、JICA ベトナム事務所ベトナムの高齢化 社会保障の観点から 第 129 号（2019 年 6 月号）、政府決議（137/NQ-CP、首相決定（1579/QD-TTg）より調査団作成

1.3.1.3. 介護制度・社会保障制度⁵⁹

ベトナムで高齢者に関連する社会保障制度としては、医療保険、年金及び老年福祉手当の制度がある。以下、各制度の高齢者に関する部分を抜粋する。

⁵⁹ 厚生労働省「2020 年海外情勢報告 第 2 章 東及び東南アジア地域にみる社会保障施策の概要と最近の動向 第 5 節 ベトナム社会主義共和国」

(1) 医療保険

国民皆保険を目標に政府は低所得者に対する保険料補助、世帯単位加入の導入、事業主に対する加入を徹底するなど働きかけ、2022年現在は約92.6%の加入率となっている⁶⁰。一部に任意加入とされている農村部の人々では依然未加入者も多い。80歳以上の高齢者や、貧困で身寄りのない単身高齢者は無料で医療保険に加入でき、基本的には無償あるいはごくわずかな自己負担で医療サービスが受けられる。また、高齢者法の定めにより、80歳以上の高齢患者は優先的に治療を受けることができる。予防サービスとしては、高齢者は年一回以上の健康診断を村レベルの診療所などで受けることになっている。

(2) 介護保険

2023年2月時点でベトナムには介護保険制度はない。政府は介護保険の重要性について言及することはあるものの、実際に介護保険の実施にあたっては大きな財源が必要になることから、制度導入に関しての見通しは立っていない。

(3) 年金、老年福祉手当

老齢年金は社会保険制度に組み込まれており、ベトナムの社会保険は強制加入と任意加入に分けられている。強制加入対象者は、1ヶ月以上の雇用契約を結んでいる労働者、公務員、軍・公安の職員、雇用契約に基づき海外で従事する労働者など。任意加入対象者は、自営業者および農業従事者などである。任意加入対象者における加入率は0.12%と低く、持続可能な財源確保と安定的な運営のために社会保険法を改定している。老齢年金の給付対象年齢は定年年齢と同じで、かつ20年以上社会保険料を納付している者が受給できる。

2000年3月に、老齢年金を受け取っていない90歳以上の高齢者を対象とした老齢福祉制度が設置され、2002年よりこれに基づく老齢福祉手当の支給が開始。対象は80歳以上の高齢者で社会保険の退職年金を受給していない者、60歳以上の高齢者で困難な個人的状況にある者である。個々人の状況に応じて月額270,000VND～1,080,000VNDが支給される。

老齢年金や老齢福祉手当など、なんらかの扶助を受けている高齢者は全体の半数以上いるが、住民登録やID管理の制度が整備されていないなどの理由で、地方では扶助対象者を正確に特定できていなかったり、地方間や機関間の連携が不十分であるために重複支給が発生していたりしている。また、サービスの受給資格などに関する広報や啓発が行き届いていないために、対象者が自身の受給資格を認識せず受給していないケースもある。こうした加入者管理における課題に対応するため、加入管理のIT化による一元管理に着手することも検討されている。⁶¹

1.3.1.4. 介護人材に関する資格及び養成機関

(1) 介護人材に関する公的制度

⁶⁰ 首相決定 546/QĐ-TTg (2022)

⁶¹ 三木 博文、長井 圭子、前掲註(1)

ベトナムには介護に関する専門資格制度はない。高齢者が入院する場合、医療行為以外のケアは家族が担うのが一般的であり、家庭においても、家族、中でも女性が介護の役割を担うことが多い。介護者は、仕事を辞めて親や配偶者の介護に専念することもあり、もともと貧困世帯だった家庭に要介護者ができると、さらなる貧困に陥る場合もある。

介護・福祉系施設では中級看護師が介護やケアを担い、日常生活の支援は Ho Ly と呼ばれる人材が行っている。Ho Ly は専門資格ではなく、中等教育修了程度の人材が多く、就職後の実地訓練以外には専門的な訓練などを受けていないことが多い。主な業務内容は、排せつ介助や排せつ物の処理、および身の回りの世話などとなっている。

看護師に関しては、制度化されており、表 1-3-3 の通り教育期間により分類される。2 年制の中級医療学校で学ぶ中級看護師には介護・福祉系施設にて従事する人もいるが、2025 年に看護師の高度教育化のため 2 年制の学校は廃止される予定。この他、3 年制の医療短期大学、4 年制の看護系大学もあるが、多くは医療機関にて看護業務に従事にする。

表 1-3-3 ベトナムの看護師制度

タイトル	教育期間	概要
中級看護師	2 年	<ul style="list-style-type: none"> ・中級医療学校にて学習（各省人民委員会所管） ・准看護師に相当 ・高度教育化のため 2025 年に廃止予定
高等看護師	3 年	<ul style="list-style-type: none"> ・医療系短期大学にて学習（各省人民委員会所管または MOH 所管） ・老年看護もカリキュラムに含まれる
学士看護師	4 年	<ul style="list-style-type: none"> ・看護系大学にて学習（MOH 所管） ・老年看護もカリキュラムに含まれる ・一般の臨床業務の他、看護管理職や学校教諭などのキャリアがある

（出所）ベトナム看護協会データより調査団作成

（2）介護人材に関する民間資格

ベトナムには介護人材の民間資格は存在していない。前述の Ho Ly という人材が病院や介護施設に従事しており、高齢者の介護や身の回りの世話を実施している。家族に代わって高齢者の介護をする Ho Ly に必要な知識や技能を習得させるための研修ガイドラインを従事先の医療機関が制定したり、介護を支援する人材を育成して活用するパイロット事業が NGO によって実施されたりするなど、専門性を備えた人材を育成する必要があるとの考え方は、徐々に広まりつつある。⁶²

（3）介護人材に関する養成機関の概況

⁶² 三木 博文、長井 圭子、前掲註(1)

介護人材に特化した養成機関は2023年2月時点では存在していない。高齢者の介護の一部を担っている看護師の養成機関の概況を以下に記載する。看護師養成校は前述の通り高度教育化を進めており、2年制学校の募集生徒数は減少、3年制及び4年制学校が増加傾向にある(図1-3-2)。また看護学生の数も増加傾向にある(図1-3-3)。ベトナムの養成課程の特徴は、全校統一的な基準がなく、養成機関や施設により内容や難易度に差があることである。養成機関における教育内容の全体的な枠組みは中央の保健省および技術教育省で定めるが、具体的なカリキュラムや卒業試験の内容は、各養成機関で定めている。看護カリキュラムには老年看護が組み込まれ高齢者ケアに関する教育もされているが、介護の内容とは一致していない。また、養成機関での主な教育人材は医師となっており、老年医学を学び臨床を経験している看護師の教育人材の不足も課題となっている。日本のような全国統一の看護師国家資格は存在せず、卒業後に医療機関での9ヶ月の実習を経ることで看護資格を取得することができる。しかし、この実習内容も施設により差があるのが現状である。

ベトナムの看護師数は2019年データで人口1万人あたり14人となっている⁶³。この数値はアジア太平洋地域の水準30人⁶⁴と比較し約半数と看護師不足が顕著であり、看護師養成に力を入れ、従事者数は増加傾向にある。卒業生数及び卒業後進路に関する正確な情報は不明だが、現地調査でヒアリングをおこなった看護大学では、4年制大学の卒業生の9割以上は医療機関に就職しているとのことであった。病院および看護系教育機関の意見としては、看護師は専門職であり、たとえ高給であっても看護師が介護を行うことには抵抗感があった。看護資格が条件の一つとなっている経済協力協定(Economic Partnership Agreement: EPA)制度での日本への介護福祉士候補生の送り出しも毎年定員には達しておらず、看護師の介護人材としての採用は容易ではないのが現状とみえる。

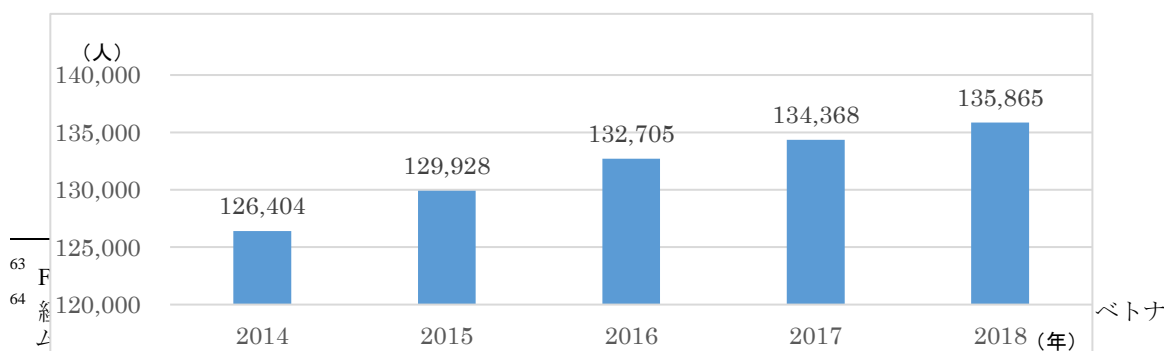
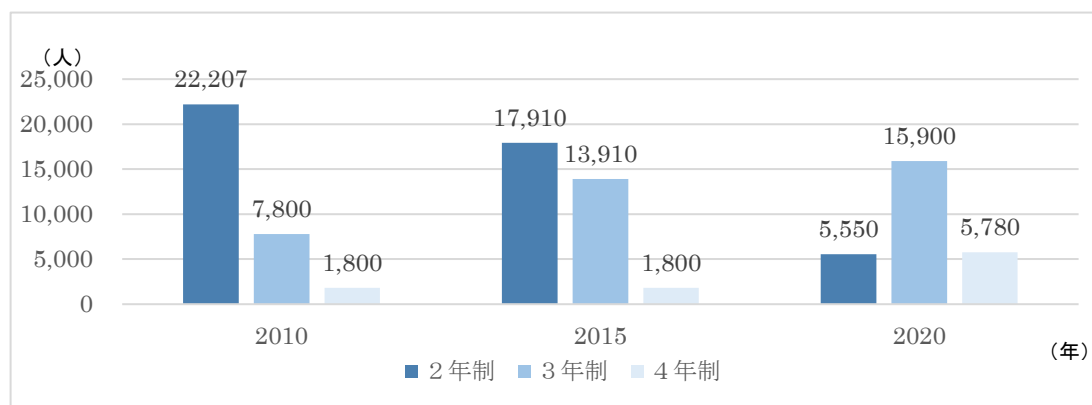


図 1-3-3 看護学生数の推移

(出所) ベトナム看護協会データより調査団作成

1.3.1.5. 介護サービス等に関する法制度・概況

(4) 介護サービスに関する法制度

ベトナムでは介護という概念は浸透しておらず、医療機関以外の在宅、施設、地域における体系的な介護サービスは整備されていない。高齢者のケアは自宅にて家族によってされるのが一般的である。必要時に医療従事者が自宅を訪問しケアを提供する場合もあるが、在宅医療という体制はないため、医療保険制度は利用できず費用は全て自己負担となる。

施設でのケアは社会保護施設と民間の有料老人ホームがあり、社会保護施設は各省の DOLISA が所管となっている。これらはまだ事業者数も少なく、明確な設立・運営基準が定められていない。このことは、ベトナムの高齢化対策の支援のため事業進出を検討している日本をはじめとした他国の介護事業者にとってハードルとなっている。

地域におけるケアでは国家プログラムで推進されている世代間自助クラブが役割を担っている。これは国際 NGO 団体ヘルプエイジが、世界銀行や日本政府などの支援を受け全国的に展開している。

(5) 介護サービスの概況

前述の通り、家族が生活支援、介護ケアを実施するものという文化が根強い。家族のケアには限界もあるため、入院期に治療していた医師や看護師、もしくは知り合いの医療従事者が個人的に患者の自宅を訪問し、医療ケアを提供しているケースも多い。

なんからの理由で自宅での生活が難しい人のためには、介護・福祉系の施設が増えてきており、社会保護施設と民間の有料老人ホームがその代表である。社会保護施設は全国に 432 施設設置されており、基本的には、障がい者や孤児など、社会的に保護を必要とする人を対象としている。その中には、高齢者のみを対象とした施設もある。身寄りのない高齢者や戦争功労者およびその家族は無料で入居でき、それ以外で入居を希望する者は利用料を支払う。医療棟がある場合は、一部の医療行為の実施が可能で医療サービスも提供されるが、重症化した場合は病院へ搬送し対応している。民間の有料老人ホームは、比較的裕福な高齢者を対象としており、ハノイ近郊を中心に 10 カ所程度設立されている。利用料は 250-650 ドル/月程度で、医

療行為は実施せず必要な場合は病院へ搬送するのが一般的である。施設の職員は中級看護師やHoLyとなっており、中級看護師が介護やケアを担い、HoLyは日常生活の支援を行う。⁶⁵

統一的な高齢者のケアの基準などは存在しないため、施設ごとに質が異なる上、それを管理する制度も存在していないことが課題となっている。また施設の数も絶対的に少なく、対象者は貧困高齢者か、民間老人ホームを利用する富裕層となっており、中間層の高齢者は利用ができない。本調査で調査団の訪問した民間老人ホーム及び高齢者に特化した医療機関の施設概略と高齢者ケアの状況を以下表 1-3-4、表 1-3-5 にそれぞれまとめる。民間老人ホームでは、ベトナム初のデイケアを開設するなど、高齢者介護にかかる新しい動きも見られ始めている。

表 1-3-4 民間老人ホーム事業者からのヒアリング結果要約

仁愛国際株式会社 仁愛老人ホーム (民間)	
設立経緯	台湾への介護人材送り出し機関であった同社が、2016年設立し老人ホーム運営、技能実習生派遣、介護人材教育の機能をもつ台湾にて介護を学んだベトナム人がマネジメント層にいる 2023年2月時点で日本人介護福祉士も1名在籍している ベトナム初のデイケアを2021年10月に開設した
定員 (床数)	100床 軽度介護 60床、重度介護 40床
料金	10,000,000VND/月程度 富裕層がメインターゲット
入居者の生活状況	<ul style="list-style-type: none"> 生活介護エリア 60床: 介護の必要性に関係なく環境的に在宅で生活することが困難な自立度の高い高齢者、もしくは慢性疾患にかかっているが健康で安定的な高齢者を対象。 特別養護エリア 40床: 特別養護エリアは、身体的または精神的に障害があり、回復する又は長生きするために介護を常に必要とする高齢者を対象。 リハビリテーションエリア: リハビリ専門職員が3名で対応。日本のリハビリテーションというよりは伝統医学の要素が大きい。 入居者は70歳代が31%、80歳代が39%を占める。一部介護が55%、全介護が26%、自立が13%、障害者が6%。 日本人介護福祉士により入居者個々の持つ機能を十分に活かす自立支援の考え方(日本の介護)を目標に勉強会や技術伝達、物品の購入を行い、一人一人に見合ったケアの提供ができるように努めている。 精神的ケアを兼ねて、文化的行事やピクニック、観光などの活動を積極的に行っている。
スタッフ構成	<ul style="list-style-type: none"> 医師、看護師常駐 介護職は看護学校卒業者を採用し、入職後に介護について研修を受けている
備考	<ul style="list-style-type: none"> 送出機関としても日本や台湾等へ人材派遣をしている 渡航前に介護について理解するため、初期に2週間老人ホームにて実際の介護現場を体験し、精神的肉体的な負担のある介護の職に適しているかを本人と共に判断している

(出所) 仁愛国際株式会社 仁愛老人ホームヒアリングより調査団作成

⁶⁵ 三木 博文、長井 圭子、前掲註(1)

表 1-3-5 高齢者専門病院からのヒアリング結果要約

国立中央老人病院 National Geriatric Hospital	
概要	<ul style="list-style-type: none"> ・ 病床数：約 300 床 ・ 診療科：一般診療からから専門科サービスまで幅広いサービスの提供 ・ 60 歳代を中心に、50-80 歳代を対象としている
高齢者ケアの状況	<ul style="list-style-type: none"> ・ 患者像は複数の疾患を抱えている人が多い。慢性的な疾患が中心で、慢性閉塞性肺疾患、パーキンソン病、糖尿病、精神疾患などがある。 ・ 入院中の治療以外のケアは看護師が家族に指導し、家族が行っている ・ 家族によるケアが難しい患者は、家族が雇用したフリーランスのお手伝いさんがケアをする ・ 退院後のケアは家族に任せており、病院は関与していない。ケア人材を紹介している業者やデイサービス事業所を利用する ・ 治療した医師や、看護師が患者や家族と個人的につながって支援しているケースもある ・ 病院で短期・長期の高齢者ケア人材を育成するコースがあり、短期は家族向け、長期は老人ホームで働くことを目指す人向けに実施している
高齢者専門病院としての役割及び課題	<ul style="list-style-type: none"> ・ 全国の省病院への教育的立場を担っている ・ 毎年各地方から 50-60 名の医師、看護師が教育研修を受けているが、一部の関心の高い省だけになっている課題がある ・ 高齢者ケア人材を育成するコースを持つ病院や教育機関は増えてきているがカリキュラムがバラバラで課題感を持っており、同院は標準的な教育資料が必要であると感じている。

(出所) 国立中央老人病院ヒアリングより調査団作成

地域において、高齢者の健康維持に関する活動として、世代間自助クラブという国家プログラムである高齢者クラブを NGO 団体ヘルプエイジが設立、運営しており、広く普及している。活動は全て無償のボランティアであり、50-70 名が一つのクラブを作り、高齢者を中心に若年層も参加して様々な役割分担し互いに助け合っている。地域の村レベルでも展開しており、高齢者が参加しやすい環境となっている。全てのクラブに最低 5 名のボランティアが属しており、中には引退した医師や看護師も所属している。活動の内容は在宅高齢者の訪問介護、高齢者との会話による精神的ケア、健康増進のためのセルフケア、健康チェック、疾病・介護予防、食事や家の改修などが行われている。精神的なケアのニーズが一番高く、日本同様に核家族化の進行による高齢者の孤独は課題となってきている。2023 年 2 月時点で全国に約 3500 のクラブが存在しており、2035 年までに倍の数を目指し、約 80% の地域をカバーすることが国の高齢者健康支援計画の中長期計画とされている。しかし、クラブの活動や高齢者の生活を支援する人材の育成、包括的な視点でケアを検討できる日本のケアマネジャーのような存在の育成が課題と認識されている。⁶⁶

(6) 介護用品・福祉用具に関する市場の概況

⁶⁶ 現地 NGO 団体への調査団ヒアリングより

人口増加、高齢化の進行に伴い介護福祉用具の需要は高まっている。医療機関、介護施設、一般家庭等の市場に流通している福祉用具の多くは安価な製品であり、中国、韓国製および自国の製品である。車椅子や介護用ベッド、杖などは多く流通している。医療機関周辺の薬局や、通販サイトで購入が可能となっており、製品へのアクセスはしやすい。農村部への貧困層へは世界銀行などの支援により無償で福祉用具が供給されている。日本や欧米の製品も流通はしているが、高価であり、ハイエンドの医療機関の購入が主な市場であり、個人購入市場はまだ小さい。⁶⁷

1.3.2. 日本を含む諸外国への介護人材輩出状況に関する調査

1.3.2.1. 介護人材の渡航先と輩出状況

ベトナム人の海外移民数は増加している。移民先としては北米が約半数を占め、ついでアジアが21%、欧州18%、オセアニア10%と続く。アジアの占める割合は2000年から2019年で12%から21%と約倍に増加している。国別では米国が圧倒的に多く、ついでオーストラリア、日本と続き、日本への移民数は2010年以降急速に増加している。⁶⁸

労働移民に関しても2020年2021年はCOVID-19の影響で減少しているが、それまでは増加していた(図1-3-4)。ベトナム人の海外労働者送出しはMOLISAの海外労働管理局(Department of Overseas Labour ; DOLAB)が中心的な役割を果たしている。海外労働者の送出しは、ベトナムにとって重要な経済政策と位置付けられている。DOLABによると、送出国の目的は、第1に国内の失業率を改善すること、第2に国民の所得を増やすこと、第3にベトナムを現代的な工業国家に発展させるための人材を育成することである。また、海外労働者送出国政策は、貧困対策としても重要な位置付けを与えられている。1986年のドイモイ政策導入後、ベトナムは経済的に大きく発展したが、地域間の格差拡大が問題となった。このため、貧困率の高い地域の海外労働を支援し貧困削減を目指すための事業が実施されている。

労働者の渡航先としては、2019年のデータでは半数以上が日本、次いで台湾、韓国が多い(図1-3-5)。職種別の人数内訳の詳細は不明だが、ヒアリングや過去文献より製造・建設・農業に従事するものが圧倒的に多いとのことであった。

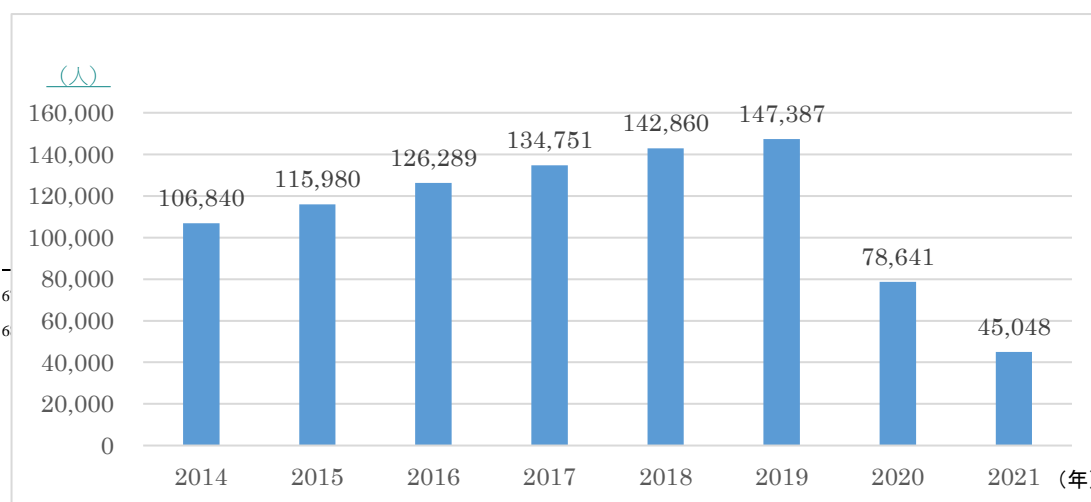


図 1-3-4 ベトナム人海外労働者数の推移

(出所) MOLISA 報告資料より調査団作成

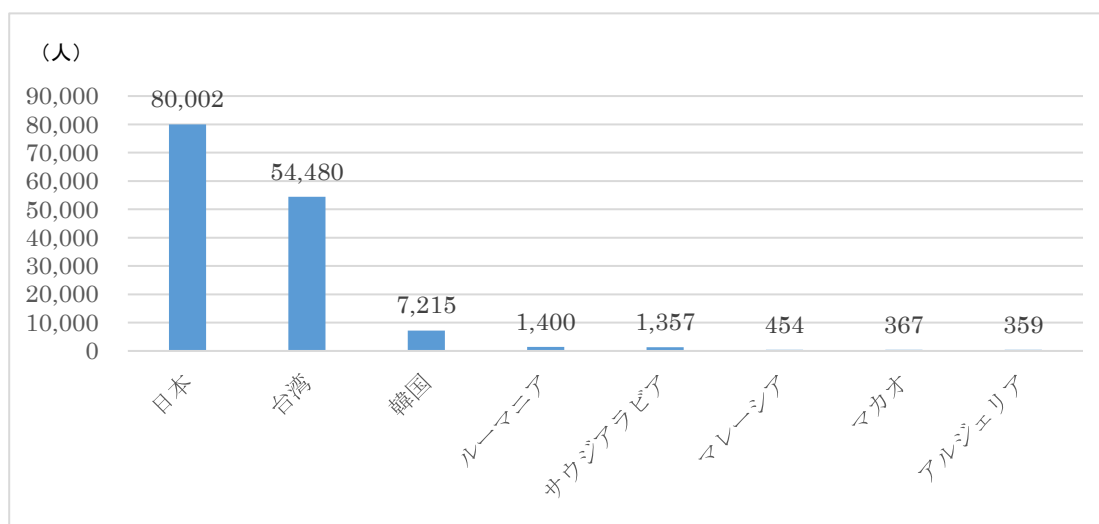


図 1-3-5 2019 年 海外労働者渡航先国別内訳

(出所) MOLISA 報告資料より調査団作成

介護人材に関しては、日本、台湾、ドイツへ行く労働者が多く、日本への渡航は年間約 4,000 人 (2020 年)、台湾へは約 2,000 人 (2019 年)、ドイツへは年間 100 名程度と報告されており日本が圧倒的に多い。⁶⁹日本との間では、2012 年の EPA 締結後、2014 年より介護人材を派遣、2017 年には在留資格介護および技能実習による派遣が開始されており、特に 2017 年以降介護人材としての渡航者数は増加傾向にある。2023 年 2 月時点で日本における外国人介護人材の割合はベトナム人が一番多く、今後も多くの人材派遣が期待されている。しかし、2019 年に開始となった特定技能制度による入国実績は未だなく、ベトナム側での技能試験、日本語試験が実施されていない状況と体制面での課題は残っている。

⁶⁹ 現地政府機関 MOLISA への調査団ヒアリングより

1.3.2.2. 渡航先を選択する背景・理由

ベトナム人海外労働者の渡航目的は、国内より高い賃金の獲得とそれによる家族への送金が主である。海外にいるベトナム人の母国への送金金額は2019年で16.68億USD（約1兆8348億円）、これはベトナムGDPの6.4%を占めており、ベトナム経済を支える柱の一つとなっている。2005年頃はマレーシアや中東へ渡航する人材も多かったが、給与の面でこれらの国への労働者は減少、代わって日本や台湾、韓国が増加している。特に日本は職場や生活環境が良いことが魅力となっており、介護を含めた日本への労働者数は2022年6月時点で一番多い。

70

しかし近年、ベトナムの経済発展に伴い都市部では職業選択の機会が増え、所得も向上し外国での就労を希望するものは減少傾向にある。また、海外労働者の増加状況と、介護職を選択する人材の増加状況も相関していないとされ、現地送出国のヒアリングでも、介護職での人材募集は苦慮しているとのことだった。背景としては、国内の給与水準の増加により、日本の給与水準が相対的に魅力に乏しくなっていること、介護という仕事が身体的に大変であること、また介護分野は日本語教育に時間がかかることが敬遠されるなどがあげられた。

EPAでの人材受入れは看護資格保有者という条件があるが、これ以外は看護資格の条件はなく、実際介護分野の候補者は、看護師資格を保有しているものは少数であり、近年は高校卒業レベルが最も多い。看護資格を有し医療的な知識を持つ人材にとって介護の仕事は親和性もあり、魅力も伝わりやすいが、高校卒業後の若い人材には人気は低い。⁷¹人材の募集は各送出国機関が独自に地方の学校で説明会を開いたり、各種広告を展開している。SNSや知人からの情報もあり、日本で働くという選択肢については広く知られている。介護の魅力を紹介するためのツールとして、過去に厚生労働省がWebサイトや動画を作成している。しかし、現地の送出国機関では実際には活用されておらず、効果的な発信に繋がっていないという声もあった。人材募集の段階から介護分野の人気は鈍化している今、こういった情報配信ツールは運用方法やメンテナンス体制を含めて効果的な配信につながる取り組みが現地の送出国機関からは求められている。現状では個々の送出国機関が独自で営業活動を行なっている状況であり、人材募集の段階から支援を求める声も送出国機関でのヒアリングより聞かれた。また、昨今日本の地方自治体と、ベトナムの送出国機関や教育機関が直接基本合意書(Memorandum of Understanding: MOU)を締結し、介護をはじめ各種職業の送出し強化を図っている。しかし、現地の機関からは日本からの要望が不明であるといった声も聞かれ、両者のコミュニケーションエラーも発生している状況が窺えた。

日本に次いで労働者渡航の多い台湾は、渡航のための手数料が低く、また語学力も求められないため、簡単に行くことができ、期間も12年間働けることが魅力となっている。しかし、語学要件がないことは、渡航後のトラブルにもつながっており課題も多い。給与面では、日本よりも給与が低いものの、手取りにするとそれほど変わらないという意見もある。職種は製造業や食品関係が人気であり、介護分野での労働派遣は、いわゆる施設介護ではなく、家庭内の

⁷⁰ 現地政府機関 MOLISA への調査団ヒアリングより

⁷¹ 現地送出国機関への調査団ヒアリングより

住み込みの介護人材となっている。このため日本のように標準化された介護の技術は習得されず一概に同じ介護人材として捉えることは難しい。⁷²

日本の介護に近い人材の受け入れ国としてはドイツが挙げられる。ドイツは求められる語学力も高く、留学という感覚で受け止められている。対象は看護を含む医療系学校の出身（卒業前でも1年以上の就学者が対象）で、ベトナム国内で1年間の語学研修の後に、ドイツに入国後も3年間教育を受けながら就労する。ドイツの方が日本より給与条件は高く、旅費、研修費用なども受入施設によって保障される。⁷³

2022年5月時点ではベトナムのヘルスケア人材の第一選択肢は日本になっている。⁷⁴しかし、EPA、在留資格介護、技能実習制度、特定技能と渡航にあたっての選択肢が多い分、それぞれの制度の違い、求められる条件、日本語能力、研修期間、費用、書類作成など送出機関や候補者が思慮すべき要件も多く、正しく整理された情報が候補者へ行き届いているとはいえない。実際に、各種報道にもある通り技能実習制度において、送出機関が本人から受け取れる金額にはベトナム国によって上限が設定されているものの、それ以上の金額を本人は国内で支払うなどの問題も依然として見られる。ドイツのように補助制度が充実し、現地での就労条件が良い受入国が、今後受け入れを拡大した場合、ヘルスケア人材はそちらに流れる可能性もある。

1.3.2.3. 帰国後のキャリアの状況

EPAでの渡航者は介護資格を取得し日本で長期間働くことを目的としているため、ベトナムへ帰国していない人材も多い。技能実習での渡航者はまだ帰国していない人材が大多数、かつ帰国後人材の再就職に関してはデータ化されておらず、どのようなキャリアを歩んでいるか政府は把握しきれていないのが現状である。⁷⁵

ベトナム国内でも高齢者ケアの問題は顕在化してきており、徐々に介護サービス事業者が出てきているものの一般化してはいない。送出機関自身が介護事業を運営していたり、将来的に計画をしているケースもあるが現状では数も少なく、また給与面や労働条件も低いため、帰国後人材にとって魅力的な労働環境ではなく、介護分野で継続してキャリアを築く者はほとんどいない。実際、過去2,000名以上を訓練し日本へ送り出した施設でも、帰国後に同施設へ戻り就職をしている人材はいないとのことであった。⁷⁶また、ベトナムの介護事業者においては、帰国後人材をマネジメント人材として期待して採用するが、日本での3年程度の就労では、リーダー的な役割は与えられておらず、求める能力と日本で習得可能な能力にミスマッチが起きている。⁷⁷

⁷² 現地政府機関への調査団ヒアリングより

⁷³ 現地政府機関への調査団ヒアリングより

⁷⁴ 現地政府機関 MOLISA への調査団ヒアリングより

⁷⁵ 現地政府機関への調査団ヒアリングより

⁷⁶ 現送出機関への調査団ヒアリングより

⁷⁷ 現送出機関への調査団ヒアリングより

家族による在宅でのケアの文化が根強いベトナムには、施設入所による介護よりは地域包括ケアのような体制が普及し高齢者ケアがなされることが親和性が高いと思われるが、現状は介護予防や在宅ケアに関して医師や看護師、住民がボランティアとして参加している。⁷⁸社会的な機能としては日本で介護を学んだ人材のスキルを活かせる可能性を持っているものの、ビジネス市場となっていないため帰国後就労の場所とはなりにくい。

あらゆる分野での帰国後人材に対して、送出機関や政府機関が国内の企業とのマッチング機会を提供したり、キャリア相談を実施している。しかし、日本で習得した介護スキルを活かし、かつ給与面や労働条件の良いキャリアを築くことが難しい現状では、介護とは全く関係のない分野や、日本語を生かした好条件の仕事に就く人材が多いのが現状である。介護に特化した資格や制度がなく、市場としても成熟していない状況では帰国後のキャリア選択肢も提示することが難しい。政府や JICA による介護やヘルスケア関連のセミナー等も開催されているが、このような機会の提供に留まらず、介護人材教育の標準化や、介護現場への技術的な支援なども期待する声が聞かれた。⁷⁹

1.3.3. 介護及び介護人材関連の法制度、マーケット、介護人材排出状況等のまとめ

1973 年に日本とベトナムの外交関係が樹立され、日本は 1992 年から貿易・投資・ODA によるいわゆる三位一体のアプローチで支援をしている。2019 年時点では対ベトナム経済協力実績で最大の援助国となっている。⁸⁰こういった歴史的背景や、文化的な共通点もありベトナム人の日本へ対する印象はよく、世界有数の親日国として捉えられている。日本の技術力の高さ、給与水準、社会保障制度や福利厚生制度といった労働環境の良さなども魅力となり、日本での就労を希望するベトナム人は多く、現在では国籍別外国人労働者数で中国を抜き 1 位となり、全体の約 30% がベトナム人となっている。ベトナム人労働者を在留資格別に見ると、技能実習が全体の約半数を占めており、次いで留学生、専門的・技術的分野の在留資格と続く。技能実習制度開始後、日本への渡航者は急速に増え、COVID-19 以前の 2019 年時点では約 22 万人となっていた。⁸¹

経済成長と共に医療技術も発展しているベトナムは急速な高齢化を迎えているが、介護制度は整備されておらず、高齢者の生活を支援する政策も少ないため、高齢者支援において多くの課題が浮き彫りになってきている。政府はこの課題に対応すべく、VNCA を設置し、関係省庁を横断的に統括する体制を構築し、各省庁は社会保障制度の拡充化といった中央レベルの政策から、ボランティアによる在宅支援、定期健康診断の実施といったコミュニケーションレベルの政策まで対応を進めている。しかし、予算や人員も不足しており、政策実施の進捗は順調とはいえない状況となっている。こういった中、日本への介護人材の派遣は、高齢先進国である日本の

⁷⁸ 現地国際 NGO 団体への調査団ヒアリングより

⁷⁹ 現地政府機関への調査団ヒアリングより

⁸⁰ 政府開発援助 (ODA) 国別データ集 2021 <https://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/files/100384974.pdf> p26

⁸¹ 出入国在留管理庁「国籍・地域別在留外国人数の推移」
<https://www.moj.go.jp/isa/content/001371139.pdf> (2023 年 2 月 15 日アクセス)

介護制度や介護技術を学ぶことができ、将来ベトナムへ帰国した際にはベトナムの高齢化対策に取り組むリーダー人材として期待されうる存在である。

本調査においてベトナム人介護人材は COVID-19 の影響を除けば年々増加傾向であるものの、他職種に比較して人気は低く、人材の募集には苦慮している状況であった。日本の介護人材不足およびベトナムの高齢化対策における介護人材の将来性、双方の面から今後も継続的な介護人材の派遣が望まれるが、現在の体制では人材募集、送出し手続き及びベトナムへの帰国後のキャリアに課題がある。人材募集や送出し手続きの段階においては、渡航・就労に必要な要件・諸費用の目安や日本での待遇・資格等、必要な情報が十分に本人に行き届いていない。また、内閣官房等では日本的介護の説明資料や、介護の魅力を発信するための情報も作成されているが、作成したツールの普及や、現地の反応を踏まえた更新を行う等のフォローアップ体制を整える声が現地送出国機関より聞かれた。

帰国後キャリアについては、帰国後人材のデータベース化に関する要望がいくつかの政府機関より聞かれた。また、受け皿となり得る好条件かつ学んだ技能を活かせる就労の場が少ないことも課題であった。現地の介護事業者としては、日本からの帰国人材は現地でのマネジメント人材として期待されている。しかしながら、現状日本での就労では、リーダー的な役割を担ったり、業務の中でマネジメントを経験する人材はほとんどおらず、習得する能力と、現地のニーズの間にミスマッチが起こっている状況であった。

別添：調査日程

日にち			プログラム
1	2022/5/15	日	移動
2	2022/5/16	月	Thien Duc Aged Care Centre for The Elderly (介護事業者)
3	2022/5/17	火	Department of Social Assistance, and Directorate of Vocational Education, Ministry of Labour, Invalids and Social Affairs (政府機関)
4	2022/5/18	水	ホアンロン人材派遣株式会社 (送り出し機関)
			HelpAge International (介護事業者)
			General Office for Population and Family Planning, Ministry of Health (政府機関)
			Viet Nam Association of Manpower Supply (送り出し機関)
			仁愛国際株式会社 (介護事業者&送り出し機関)
5	2022/5/19	木	Center of Overseas Labour (送り出し機関)
			Department of Overseas Labour, Ministry of Labour, Invalids and Social Affairs (政府機関)
6	2022/5/20	金	Department of Labour - Invalids and Social Affairs in Hai Duong Province (政府機関)
			Hai Duong Medical Technical University (教育機関)
7	2022/5/21	土	移動

別添：面談者リスト

カテゴリー	機関名		面談者氏名（敬称略）	職位
介護事業者	Thien Duc Aged Care Centre for The Elderly		Nguyen Tuan Ngoc	Director
			Tran Thi Thanh Hien	Staff
政府機関	Department of Social Assistance, and Directorate of Vocational Education, Ministry of Labour, Invalids and Social Affairs		Nauyen Ngoc Toan	Deputy Director
			Tran Thi Lan	Deputy Manager
介護事業者	HelpAge International		Chu Viet Nga	Project Manager
政府機関	General Office for Population and Family Planning, Ministry of Health		Nguyen Xuan Truong	Director
			Luong Quang Dang	Director
			Do Thi Quynh Huong	Deputy Director
送り出し機関	Viet Nam Association of Manpower Supply		Nguyen Ngoc Quynh	Vice Chairman
			Nguyen Tien San	Head of Association Office
介護事業者 & 送り出し機関	仁愛国際株式会社		グエン・ティ・フォン・ラン	副社長
			土橋壮之	日本事業部部长
			チャン・トゥ・フォン	
送り出し機関	Center of Overseas Labour		Pham Ngoc Lan	Deputy Director
			Can Van Long	Recruit Labour Department Deputy Manager
			Nguyen Van Anh	Recruit Labour Department Staff
政府機関	Department of Overseas Labour, Ministry of Labour, Invalids and Social Affairs		Pham Viet Huong	Deputy Director - General
			Nguyen Thi Anh Hang	Deputy Head of Japan and Southeast Asia Division
政府機関	Department of Labour - Invalids and Social Affairs in Hai Duong Province	Career Training Department	Bui Quoc Trinh	Career Training Department
		職業訓練部	Nguyen Duc Thai	Manager
		社会保障部	Nguyen Thi Thu Thuy	Social Assistant Department Manager
教育機関	Hai Duong Medical Technical University		Dinh Thi Dieu Hang	principal
			Pham Thi Cam Hung	deputy principal
			Le Duc Thuan	training management department, manager
			Do Thi Thu Hien	nursing dept, manager
			Dinh Thi Xuyen	Techincal management& international corporation dept, manager
			Pham Thi Hanh	nursing dept, teacher

1.4. フィリピン

略語表

略語	英名	和名
CS	Competency Standard	コンピテンシーの基準
DMW	Department of Migrant Workers	移住労働者省
DSWD	Department of Social Welfare and Development	社会福祉開発省
GSIS	Government Service Insurance System	公務員保険機構
JETRO	Japan External Trade Organization	独立行政法人日本貿易振興機構
OFW	Overseas Filipino Workers	国外で働くフィリピン人労働者
OJT	On-the-Job Training	実地訓練
SSS	Social Security System	社会保障機構
TESDA	Technical Education And Skills Development Authority	技術教育技能開発庁
TR	Training Regulation	トレーニング規則
TVET	Technical and Vocational Education and Training	職業・技術教育訓練

1.4.1. 重点対象国の介護及び介護人材関連の法制度、マーケット等に関する調査

1.4.1.1. 高齢者の状況

フィリピンでは 60 歳以上が高齢者と定義されている⁸²が、フィリピンの高齢者の状況を、経済面、生活面、健康面の観点から概観する。

フィリピン高齢者の収入源（表 1-4-1）を見ると、最も多いのが国内にいる子（58.4%）で、次いで年金（42.5%）となっている。また、14.8%が海外にいる子からの送金があり、移民労働の影響が見える。一方、仕事は農作業からの収入であり、年齢とともに仕事をすることが難しくなっている状況が見える。年金は女性のほうが受領割合が高く、また高齢になるにつれて受領割合が高くなっている。年金には、複数の項目により DSWD により支給要件を満たすと審査された困窮高齢者に対して毎月 500 ペソが支給される年金プログラム（表 1-4-1）も含まれている。女性が男性よりも長生きであり、寡婦となつてからは経済面での厳しさが増し、この困窮者向け年金プログラムを受領するというケースがあることを示している。最も重要な収入源（表 1-4-2）としては、仕事（28.9%）が最も割合が高い。年齢とともにその割合は下がるが、80 歳以上となつても仕事が主な収入源である高齢者が一定割合（7.3%）いる。

表 1-4-1：高齢者の収入源（複数回答）：性別、年齢別

収入源の有無 (%)	性別		年齢			合計
	男	女	60-69	70-79	80+	
仕事（農作業）	44.9	27.0	45.6	18.4	7.1	34.2
年金	40.6	43.9	35.9	50.8	60.5	42.5

⁸² Expanded Senior Citizens Act of 2010

家業	7.7	14.0	13.8	8.4	5.3	11.5
国内の子	54.8	60.7	54.7	62.7	68.5	58.4
国外の子	11.8	16.8	15.1	15.2	11.9	14.8

(出所) ERIA, “Ageing and Health in The Philippines”, 2019

表 1-4-2：高齢者の最も重要な収入源（複数回答）：性別、年齢別

収入源	性別		年齢			合計
	男	女	60-69	70-79	80+	
仕事（農作業）	37.2	23.3	36.6	15.9	7.3	28.9
年金	20.1	20.3	15.7	27.4	34.4	20.2
家業	4.0	5.4	5.7	3.6	1.9	4.8
国内の子	16.1	25.9	18.4	27.0	34.7	21.9
国外の子	2.9	9.5	6.7	7.9	5.0	6.9

(出所) ERIA, “Ageing and Health in The Philippines”, 2019

生活状況を見ると、婚姻状況には、大きな男女差があり、男性は既婚者（63.4%）、内縁の同居人あり（6.3%）であるのに対し、女性の場合は、それぞれ31.3%と3.0%であった。また、女性の多くは未亡人であり（55.9%）、80歳以上女性では87%と割合が高くなる⁸³。

また、男性の63.7%、女性の57.9%が少なくとも一人の子と同居している一方、独居の割合は、男性で11.3%、女性で15.0%と女性の独居率が高くなっている。全体では、13.5%の高齢者が一人暮らしをしているが、一人暮らし高齢者の61.5%に同じバランガイ⁸⁴に住んでいる子がいる。つまり、同じバランガイ内に子がいない独居高齢者はおよそ5.2%となる。

最後に、健康面を見ると、フィリピンの高齢者は、高血圧（45.5%）の有病率が最も高い。年齢による傾向は見られない一方、男女では差があり、女性（50.3%）がより多くなっている（表 1-4-3）。

表 1-4-3：高齢者の有病率（2018年）

疾患名	男女別		年齢層別			高齢者全体
	男	女	60-69	70-79	80+	
高血圧	38.4	50.3	43.4	49.5	47.7	45.5
関節炎、神経痛、 リュウマチ	13.9	20.3	16.6	20.1	18.8	17.7
白内障	12.8	19.5	12.4	24.7	23.2	16.8
糖尿病	11.9	13.1	12.7	14.0	9.1	12.6
狭心症・心筋梗	8.8	14.4	11.6	13.9	11.3	12.2

⁸³ ERIA, “Ageing and Health in The Philippines”, 2019

⁸⁴ フィリピンにおける最小の地方自治単位

塞など						
腎臓・尿路系疾患／腎臓	9.4	13.4	12.4	10.6	11.0	11.8
呼吸器系疾患	10.0	7.5	6.2	12.4	12.4	8.5
脳血管疾患	7.3	6.4	6.2	7.2	8.7	6.8

(出所) ERIA, “Ageing and Health in The Philippines”, 2019

また、入浴やシャワー、着替え、食事、ベッドや椅子からの立ち上がり、家の中での歩行、外出、トイレなどの日常生活における活動に困難の有無については、これらのうち少なくとも1つを行うことが困難と回答した高齢者の割合は全体で 21.7%であり、男女別に見ると女性(23.2%)が男性(19.5%)よりもその割合が高くなっている⁸³。

1.4.1.2. 関連法・政策

フィリピンにおける高齢者に関する重要は法律として、高齢者を社会の中での重要な存在と位置付けた高齢者法 (Senior Citizen Act、1992 年公布) がある。その後、関連高齢者の権利を促進する関連法、アクションプランなどが制定されている。これら関連法に基づいた施策の実施を行うために、国家高齢者委員会法が 2019 年に公布され国家高齢者委員会が 2022 年に設立された。しかしながら、2022 年 9 月時点においても、計画されている人員配置の半分程度が終了したのみとなっている⁸⁵。

国家高齢者委員会で注力を注いでいる取り組みとしては、高齢者の基本情報の収集及びデータベース化である。同居人有無などの生活状況、住居、教育レベル、経済状況、健康状況などの情報を集め管理し、高齢者関連政策・施策の策定及び実施に際しての基礎情報とすることが検討されている (データフォーマット: 図 1-4-1)。

表 1-4-4: 高齢者に関連する法・政策の一覧

名称	内容等
フィリピン共和国憲法 (Philippine Constitution)	1987 年公布 <ul style="list-style-type: none"> ● 政府は健康増進のための統合的かつ包括的アプローチを行わなければならないとしている。特に、貧困者、病人、高齢者、障害者、女性及び子供に対して優先的に取り組む旨規定している。 ● 政府は高齢者向けの社会保障プログラムを設計するものとする一方、家族は高齢者の面倒を見るのが義務であると定めている。
高齢者法 The Senior Citizens Act (Act to Maximize the Contribution of Senior Citizens to Nation Building, Grant Benefits and Special Privileges and	1992 年公布 <ul style="list-style-type: none"> ● 高齢者が国家に貢献することを促す仕組みを確立する旨が規定されている。 ● 高齢者とその家族に対する助成金等について規定している。例えば、高齢者は、国内交通機関の利用料、リクリエーション施設の利用料、医薬品などについて、20%の割引を受ける権利を有する。

⁸⁵ 国家高齢者委員会ヒアリング

名称	内容等
for Other Purposes, RA no. 7432)	
拡大高齢者法 Expanded Senior Citizen's Act of 2010 (An Act Granting Additional Benefits and Privileges to Senior Citizens, further amending RA no. 7432, as amended)	2010年公布 <ul style="list-style-type: none"> ● 高齢者法の改正で、高齢者の権利と、高齢者がより有意義な老後を過すため、家族、コミュニティ、政府の役割を明確にし、雇用、教育、保健、社会サービス、公共交通機関の利用、インセンティブといった分野における高齢者への政府支援の対象を拡大するもの。 ● 本法により、以下の権利が追加；(a) 月額 500 ペソの生活困窮高齢者向け社会年金、(b) フィルヘルスの強制適用、(c) 経済危機、災害の影響を軽減するための食料、医薬品、財政支援の形による社会安全保障。
高齢者のためのアクションプラン Philippines Plan of Action for Senior Citizens	DSWD2012年策定 <ul style="list-style-type: none"> ● 中央 政府、地方自治体、市民団体等のステークホルダーが高齢者の権利及び利益を守るための計画、政策立案、案件形成を行う上での指針を示す。
フィリピン健康保険の保険対象をすべての高齢者とする法 Act Providing for the Mandatory PhilHealth Coverage for All Senior Citizens	2014年公布 <ul style="list-style-type: none"> ● Expanded Senior Citizen's Act of 2010 では一部の高齢者が対象外となっていた国家健康保険医療制度（フィルヘルス）の対象範囲を、すべての高齢者とする旨規定した。
百歳法 the Centenarian Act of 2016	2016年公布 <ul style="list-style-type: none"> ● フィリピン国内外に住む施行日（2016年7月15日より前に100歳に達したフィリピン人、または施行日以降に100歳に達したフィリピン人に、大統領からの祝賀状と10万ペソ相当のギフトが1回贈られることが規定されている。
国家高齢者委員会法 National Commission of Senior Citizens Act	2019年公布 <ul style="list-style-type: none"> ● 大統領府の下に国家高齢者委員会（NCSC）を設置することを定めている。同委員会は、高齢者に関する政府の法律、政策、プログラムの実施を行い、関連調査を実施し、議会と大統領に政策を提言することを義務づけられている。

(出所) ESCAP, Voluntary National Survey on the Implementation of the Madrid International Plan of Action on Ageing (MIPAA) in Asia and the Pacific, 2021, 国家高齢者委員会ヒアリングなどより調査団作成

図 1-4-1：高齢者の基礎情報収集のデータフォーマット

1.4.1.3. 介護制度・社会保障制度

フィリピンで高齢者に関連する社会保障制度としては、医療保障、年金保障及び老齢保障制度がある。

(1) 医療保障

公的医療保険制度はフィリピン健康保険公社により運営され、一元的に国民健康保険プログラムを実施している。2019年2月に成立したユニバーサル・ヘルス・ケア法（共和国法 11223 号）により、全国民が自動的に公的医療制度によってカバーされることになっており、カバー率は 100%となっている⁸⁶。

表 1-4-5：医療保険制度概要

名称	フィルヘルス (Philhealth)
運営主体	フィリピン健康保険公社 (Philippine Health Insurance Corporation : PHIC)
被保険者資格	全国民
給付対象	本人及びその被扶養者 (配偶者、就業しておらず未婚の 21 歳未満の子、保険未加入の 60 歳以上の親)
本人負担割合	包括払いが規定されている疾患に関しては、規定額を超えた部分に関して自己負担となる。また、包括払いの対象とならない場合には、各医療行為毎の規定額を超えた部分に関して自己負担となる。
保険料	● 保険料は収入の 2.75% (労使折半) となっている。(2019 年 1 月時点)

⁸⁶ Philhealth, Stats and Chart 2022 (First Semester)

	<ul style="list-style-type: none"> ● 先住民族の保険料は政府負担、低所得者の保険料は地方自治体等が負担している。 ● 定常的な収入がない被扶養者ではない 60 歳以上の保険料は政府が負担している。
--	--

(出所) 厚生労働省海外情勢報告 2019、<https://www.philhealth.gov.ph/members/senior/> (2023/02/15 参照)、https://www.philhealth.gov.ph/circulars/2014/circ33_2014.pdf (2023/02/15 参照)より調査団作成

(2) 介護保険制度

フィリピンにおいて公的な介護保険制度はない (2022 年 9 月時点)。

(3) 年金制度：社会保険及び困窮高齢者向け制度

フィリピンにおいて、高齢者に対する収入保障の制度としては、主に社会保険制度である民間企業等で勤務する者を対象とした社会保障機構 (SSS : Social Security System) と公務員を対象とした年金制度である公務員保険機構 (GSIS : Government Service Insurance System) (表 1-4-6、表 1-4-7) の 2 つがある⁸⁷。加えて、年金などの収入源のない困窮高齢者に対し一定の給与を与える年金制度 (表 1-4-8) がある。

なお、60 歳以上のフィリピン人の 15.9% (2017 年) が SSS から、3.8% (2017 年) が GSIS から年金を受給している。また、その平均月額年金は SSS が 5,123 ペソ、GSIS が 18,525 ペソであった⁸⁸。

また困窮高齢者向け年金では、約 300 万人の高齢者に対する給付として年間総額 193 億ペソ (国家予算の約 0.5%) の予算が計上されている (2018 年)⁸⁹。

表 1-4-6：民間向け年金制度概要

名称	SSS
運営主体	SSS
被保険者資格	60 歳以下の全ての民間労働者及びその使用者、月 2,000 ペソ以上の収入を得ている家庭内使用人並びに自営業者等は加入が義務付けられている。また、外国で働くフィリピン人も強制加入となっている。なお、①離職した加入者、②加入者の配偶者は任意の加入となっている。
支給対象	鉱山労働者は 50 歳、それ以外は 60 歳で支給開始。ただし、退職し就業していないこと。(65 歳以上であれば就業の有無は問わない。)
支給要件	最低加入期間は 120 か月。ただし、120 か月以上支払っていない退職者については、使用者と被保険者自身が支払った保険料及びその利息分の合計と同額の一括給付金が支給される。
年金給付額	給付月額は、保険料支払い期間と引退前 60 か月の平均報酬月額により、以下の①又は②のうちより大きい額が支給される。 ① 300 ペソ + 平均報酬月額 × (0.2 + 0.02 × (支払い年数 - 10 年)) ② 平均報酬月額 × 0.4
保険料	標準報酬月額 (上限 20,000 ペソ) の 12.0% (使用者 8.0%、被用者 4.0%)

(出所) 厚生労働省海外情勢報告 2019 より作成

⁸⁷ その他に、軍人向けの軍人保険制度がある。

⁸⁸ Philippine Statistics Authority, Labstat Updates Vol. 23 No. 1, 2019

⁸⁹ Department of Budget and Management, People's Budget 2018

表 1-4-7：公務員向け年金制度概要

名称	GSIS
運営主体	GSIS
被保険者資格	全ての公務員（国、地方）
支給対象	15年以上政府に勤務した加入者が、60歳に達したとき
支給要件	最低加入期間は15年
年金給付額	給付月額： $0.025 \times (\text{平均報酬月額} + 700 \text{ ペソ}) \times \text{保険料支払期間}$ （ただし、この計算による額が平均報酬月額の90%を超えるときは、平均報酬月額の90%を給付月額とする。平均報酬月額は引退前36か月で算出。） 退職者は以下2つの支給方法から一方を選択する。 ⑥ 年金5年分の一括支給、5年経過後に月額支給開始 ⑦ 年金18か月分の現金支給、直後から月額支給開始
保険料	標準報酬月額の21%（使用者12%、被用者9%）

（出所）厚生労働省海外情勢報告2019より作成

表 1-4-8：困窮高齢者向け年金制度概要

名称	Social Pension
運営主体	DSWD
支給対象	困窮高齢者
支給要件	虚弱、病弱、または障害を持ち、年金または永続的な収入源、補償、または基本的ニーズを支える親族からの経済的援助を持たない60歳以上の高齢者で、DSWDが決定する。
年金給付額	月額500ペソ

（出所）Expanded Senior Citizens Act of 2010より調査団作成

(4) その他高齢者福祉サービス

その他、高齢者に関する福祉サービスとしては主なものとして以下がある。

表 1-4-9：高齢者に関する主な福祉サービス

<ul style="list-style-type: none"> ● 医療サービスにかかる付加価値税（Value Added Tax）の免除と公共および民間サービスに対する割引：公共交通機関、ホテルやレストランなどの娯楽施設、プールやフィットネスセンターなどのレクリエーション施設、特定の医療サービス（ワクチン接種など）・医療器具の購入等に対して付加価値税の免除並びに20%の割引が適用される。 ● 光熱費に対する割引：月の使用上限（電気100kWh、水道30m³）を超えない場合に限り、使用料が5%割引になる。使用量が上限値を超えた場合、割引は適用されない。 ● 低所得や身寄りのない高齢者に対しては、政府が運営する病院において無償の医療サービスやワクチン接種などを受けられる。 ● その他、高齢者の雇用、教育、社会サービス、住居、里親、公共交通機関の利用に対して政府は必要な支援を行う。
--

（出所）独立行政法人日本貿易振興機構（JETRO：Japan External Trade Organization）、ASEANのヘルスケア制度・政策調査、2018より調査団作成

1.4.1.4. 介護人材に関する資格及び養成機関

(3) ケアギバー

フィリピンではケアギバーを、フィリピン国家資格フレームワーク（PQF：Philippine Qualifications Framework）の中で国家資格（NC：National Certificate）の1つとして定めている。また、ケアギバートレーニングコースは高齢者ケアに特化したものではなく、乳幼児、子供、高齢者、特別なニーズを持つ人々のケアとサポートを行うための能力の獲得を目的としている。このケアギバー資格は、フィリピン国内のケアギバーニーズを賄うためではなく海外への送り出しを目的に整備されたものであるが、当時（2000年頃）ケアギバーの主な就労先であったカナダの規定を参考に、カナダの協力により作成された⁹⁰。なお、PQFは8つのレベルの資格から構成され、技術教育・技能開発のカテゴリーとしてNC IからDIPLOMAまでの5レベルを、高等教育委員会のカテゴリーでレベルBACCALAUREATEからDOCTORAL AND POST DOCTORALまでの3レベルをカバーしているが、ケアギバーはこのうちNC IIに該当する（図1-4-2）。また、PQFでは高等学校（Grade 12）をこの8つのレベルの基礎と位置づけて、高等学校卒業生には、レベル5までの資格取得の可能性があると提示している。

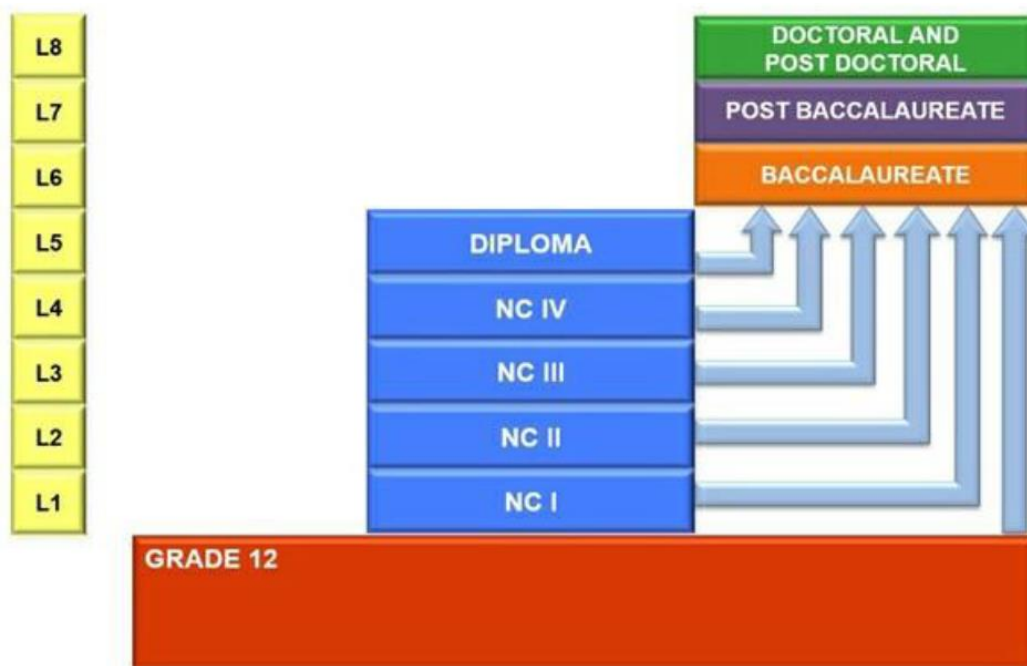


図 1-4-2 : フィリピン国家資格フレームワーク

(出所) UNESCO-UNEVOC, TVET Country Profile: Philippines, 2022

ケアギバーコースは、フィリピンにおける技術教育および技能開発の管理・監督を行う政府機関である TESDA の管理・監督のもと提供されており、2021年時点で、フィリピン全土で合計 356 機関により提供されており、15,127 人が受講をし、8,845 人が修了している。なお、修了後の進路については TESDA では情報を持っておらず、受講者の学歴については本調査中に確認ができなかった。

⁹⁰ 技術教育・技能開発庁（TESDA：Technical Education And Skills Development Authority）ヒアリングより

表 1-4-10：ケアギバーコース提供トレーニング機関数、受講者数、修了者数（地域別、2021年）

地域名	トレーニング機関数	受講者数	修了者数
National Capital Region (NCR)	76	1,589	1,065
Cordillera Administrative Region (CAR)	12	913	647
Region I – Ilocos	36	2,160	1,173
Region II - Cagayan Valley	12	820	299
Region III - Central Luzon	36	1,981	1,050
Region IVA – CALABARZON	54	2,139	784
Region IVB – MIMAROPA	4	269	98
Region V – Bicol	15	355	198
Region VI - Western Visayas	18	701	246
Region VII - Central Visayas	10	1,701	864
Region VIII - Eastern Visayas	14	635	545
Region IX - Zamboanga Peninsula	11	200	198
Region X - Northern Mindanao	22	789	676
Region XI – Davao	16	424	273
Region XII – SOCCSKSARGEN	14	243	233
Region XIII – CARAGA	6	208	96
合計	356	15,127	8,845

(出所) TESDA 提供データより調査団作成

ここで、本調査ではケアギバーコースを提供するトレーニング機関 2 施設からヒアリングを行い、各機関のトレーニング提供状況について概要をとりまとめる。ケアギバーのトレーニング規則 (TR : Training Regulation) では、最低時間数 (756 時間) だけが規定されているが、どちらの機関でも約 6 カ月の理論の習得や実技研修と実地訓練 (OJT : On-the-Job Training) を提供している。なお、TR とは TESDA が制定する文書で、コンピテンシーベースのカリキュラム、教材、コンピテンシー評価ツールを開発する際の基礎となるものである。同文書は、特定の国家資格を表していて、資格の能力基準、および資格をどのように取得し、評価し、認知させるかを規定するものとなっている。

また、規定されているコースを受講するための要件は高校卒業レベルであるが、どちらとも受講生の 3 割程度は学部卒であり、その理由としては受講者がケアギバーは海外で働くための手段となり得ると認識しているからとのことであった (表 1-4-11, 表 1-4-12)。

表 1-4-11 ケアギバートレーニング機関からのヒアリング結果要約 (1)

機関名	Global Care Training Center
トレーニング内容・期間	約 6 ヶ月間の理論・実技研修を実施。 その後、約 1~2 か月 (250 時間) の在宅介護の OJT を行う。
受講料	6 カ月で 28000 ペソ。 OJT は無給。当社が OJT 先の在宅介護施設に OJT 受け入れのための費用を支払っており、28000 ペソの授業料に含まれている。
受講者	年間 100 人ほど (25 人/バッチを 4 バッチ) 高卒：約 7 割、学位保持者：約 3 割 (看護師資格保有者もいる)

	受講要件以上の高学歴者が受講する理由としては、その後、海外働けるため。
受講理由	受講理由として最も多いのは海外で働くため。 データとしてはないが、恐らく約7割が海外希望で残り3割がフィリピンでの就職希望 海外で人気の国は、1番目が日本、2番目がカタール、3番目はクウェート
進路	機関では把握をしていないが、恐らく約半数が海外で働いている。行先は不明。国内では、病院でのケアギバーとしての採用か在宅介護での採用が半々。
その他	海外で培った知見が共有できるため、トレーナーは海外で働いたケアギバーをできる限り雇用している。

(出所) Global Care Training Center ヒアリングより調査団作成

表 1-4-12 ケアギバートレーニング機関からのヒアリング結果要約 (2)

機関名	Fine International Training Center
トレーニング内容・期間	約6ヶ月間の理論・実技研修を実施。また、オンラインでもトレーニングを実施 その後、赤十字施設や民間在宅介護でOJTを行う。
受講料	約20,000ペソ（オンラインでも同じ料金） ただし、一部は奨学金あり
受講者	年間200人ほど（25人/バッチを8バッチ） うち、50人ほどが奨学金有り 高卒：約7割、医学系の学部卒（看護、助産師など）：約3割
受講理由	海外で働くため
進路	殆どが海外に働きに行く 日本、カナダ、英国、イスラエルなどが人気。英国と日本は同じぐらいの割合
その他	TESDA ケアギバーコースのカリキュラムに加えて、高齢者向けマッサージのトレーニングを提供。ケアギバーの付加価値となっている。

(出所) Fine International Training Center ヒアリングより調査団作成

このようにケアギバー育成に取り組んでいるフィリピンであるが、近年アジア・中東・欧米など様々な国からのケアギバー需要がある中で、より現在の需要に即したトレーニング内容にするため、2020年9月、いずれもNC IIである以下の新しい4つのTRを新たに制定した⁹¹。これらTR作成にあたっては、フィリピン介護者協会（CPAI：the Caregivers of the Philippines Association, Inc.）、フィリピンサービス輸出協会（PASEI：Philippine Association of Service Exporters, Inc.）と協力・連携した。なお、既存のケアギバーコースはこれら新しいケアギバーコースに置き換わるものではなく、併存していくこととなる。

- ケアギバー（新生児から就学前まで）
- ケアギバー（小学生から青年まで：19歳まで）

⁹¹ TESDA ヒアリングより

- ケアギバー（高齢者）
- ケアギバー（特別なニーズを持つ顧客）

ケアギバー（高齢者）の TR では、ケアギバー（高齢者）が身につけるべき能力として、老化のプロセスを理解する能力、ケアプランの実施とモニタリングへの参加、介護技術の実行、専門的な介護手順の実行、服薬管理の支援などがあると規定されている。

2022年9月時点においては、これら TR に沿ったトレーニングの提供には至っていない。トレーニング機関が新たな TR に沿ったトレーニングを提供するためには、TR に記載されている OJT、使用機材、トレーナーの配置？要件などの各種要件を満たす必要がある。TESDA は、コストや煩雑さの面での負担から新 TR に抵抗感のあるトレーニング機関があることが予想されるとの懸念を持っている。実際、ケアギバーコースを提供しているあるトレーニング機関は、2023年にはケアギバー（高齢者）コースを開設したいと考えているものの、新たな教材や用具、スペースの準備等に必要な費用に関する先行投資への政府の補助金はなく、また新コースにどれだけの受講者が集まるかが不明であるとの懸念を示していた。

（4） 看護師

介護人材ではないが、フィリピンからも看護師が介護職の実習生・就労者として送り出されるケースも多く、ここでフィリピンの看護師制度について取りまとめる（表 1-4-13）。

フィリピンでは、日本のように正看護師、准看護師といった区別はない。看護師要件としては、看護学士取得後に国家試験に合格することである。

表 1-4-13：フィリピン看護師制度概要

看護学士コースにおける OJT	Related Learning Experience と呼ばれる OJT がカリキュラムにあり、2～4年目で実施する。
OJT 単位に海外での経験が認められるか	単位として認められるためには、フィリピンの看護カリキュラムに沿っていて、受け入れ企業と学生を送る大学で MOU が締結されている必要がある。 政府系の公立病院では海外でのケアギバーや看護助手の経験を看護コースの単位への編入を認めるが、私立では認められないケースが多い。同じカリキュラムをもとに運営されていても、経営者の見方や提携状況により単位の認定可否に差が出る。
看護師要件	大学（university または college）の看護学学士取得者であり、かつ看護師国家試験に合格すること
看護師資格更新要件	あり：3年ごと 3年間で15の継続的専門能力開発単位を取得する必要がある。 関連するトレーニング、ワークショップ、セミナーなどへの参加で単位の取得が可能であるが、職務経験は単位に換算できない。また、ケアギバー関連の研修は単位に換算されない。

（出所）Phillipine Nurses Assosiation ヒアリング、Phillipine Nursing Act of 2002, Continuing Professional Development Act of 2016 より調査団作成

ケアギバーの就労経験やケアギバー関連の研修は単位に換算されないが、海外に滞在中もウェビナーの参加などで単位を取得し、看護師資格の更新が可能である。例えば、4時間のウェビナー参加で2.5単位が取得できる⁹²。

2022年時点において、301の教育機関が看護学学士コースを提供している⁹³。入学者数や卒業生数のデータは確認できなかった。看護師国家試験は年に2回行われ、2022年の1回目試験の受験者数と合格者数は、それぞれ9,729名と6,616名で、合格率は68.0%となっている⁹⁴。

また、卒業後は、国内での就職の場合、フィリピンの病院の大半が私立病院のため、大部分は私立病院に就職するが、公立病院の給与の方が断然高いとのことである。なお、フィリピンでは看護師資格をもたない人々もnursing assistant、nursing aid、nurse associate、underboard nurseなどとして、医療機関で勤務している。給与は有資格看護師より低い⁹⁵。

1.4.1.5. 介護サービス等に関する法制度・概況

(1) 介護サービスに関する法制度

フィリピンにおいて、介護関連サービス実施機関はSWDA（Social Welfare and Development Agencies）と呼ばれ、DSWDの管轄のもと、登録やサービスに関する省令が定められている。SWDAは公的SWDAと民間SWDAに分類される。なお、ここで述べる介護関連サービスとは、高齢者に限らず子供、女性、障がい者など社会的弱者に対する公的及び民間の社会福祉サービスを指す。

DSWDは、SWDAの提供するサービスの質を担保するために以下の登録審査、ライセンス供与、そして認証にかかる制度を定めている。

SWDAとしての活動を希望する組織は、登録審査及びライセンス供与のプロセスを経る必要がある。登録審査（registration）では、当該組織の目的がSWDAとしての目的の範囲内であるかの審査が行われる。そして、登録審査の後、ライセンス供与のプロセスにおいて、SWDAとして活動するための資質を評価が行われ、活動の認可（ライセンス）を与えられる。この登録審査及びライセンス供与を経て、SWDAとしての活動が可能となる。

そして認証は当該SWDAのプログラムやサービスが、DSWDの定めた基準を満たしているかを評価するプロセスを指す。この認証は当該SWDAが質の高いサービスを提供していることが公式に認められた証明となる。

なお、公的SWDAは、登録審査・ライセンス供与のプロセスが免除されている。

サービスに関する法制度としては、主に2つ（表1-4-14）であり、施設型サービスに関するサービス基準、スタッフ基準、施設・設備基準など、またコミュニティベースサービスの基準が定められている。

⁹² 看護師協会ヒアリング

⁹³ 看護師協会ヒアリング

⁹⁴ 新型コロナの影響により2020年及び2021年は試験が実施されなかった

⁹⁵ Philippine Nurses Assosiation ヒアリング

表 1-4-14：介護サービス（SWDA）に関連する法制度の一覧

<p>Administrative Order No. 11, s.2007 Revised Standards on Residential Care Service</p>	<p>2007年、社会福祉開発省 (DSWD: Department of Social Welfare and Development) 発行 対象：DSWD、地方自治体、民間社会事業団体、NGO が運営するすべての施設型ケア施設 目的：施設入所者の利益と福祉を保護し促進する。施設のプログラムとサービスが、入所者の回復、社会復帰に寄与することを確かなものにするなど。</p>
<p>Amended Administrative Order No. 11, s.2007 Entitled Revised Standards on Residential Care Service</p>	<p>2012年、DSWD 発行 対象：DSWD、地方自治体、NGO が運営する子供、若者、女性、高齢者、障害者などのための施設型サービスを提供するすべての SWDA 目的：SWDA の提供するサービスの利用者の利益と福祉を保護し促進する。SWDA におけるプログラムおよびサービスの効率性、有効性、説明責任を向上する。SWDA が、基準に従ってプログラムやサービスを提供する権限を与えられ、その能力を発揮できるようにする、など。 規定内容：サービス基準、スタッフ配置基準、施設・設備基準、医療ケアに関する規定など</p>
<p>Revisions on Administrative Order No. 1 s.2010 (Amended Standards for Community Based Services)</p>	<p>2012年、DSWD 発行 対象：地方自治体と DSWD のコミュニティベースサービスおよび困窮な子供、若者、女性、障害者、高齢者、家族の問題、ニーズ、課題、懸念に対応する、家族やコミュニティを活用する予防的、リハビリ的、能力開発のためのプログラムおよびイニシアチブなど 目的：自立した個人、グループ、家族、コミュニティとなるための組織化された支援プロセスを実現するためのコミュニティベースサービスの基準を設定 規定内容：運営・組織に関する基準、例、組織・経営体制、人的資源管理・開発など。プログラムマネジメントに関する基準、例、プログラムマネジメント体制、プログラムマネジメントプロセスなど</p>

(出所) DSWD からの回答などより調査団作成

なお、民間 SWDA としての登録対象となるのは、基本的に NGO など非営利目的のサービスであり、営利目的の高齢者ケアサービス事業者が SWDA として DSWD の管轄となるのかは、DSWD においても不明確であるとのことであった⁹⁶。本調査における民間介護事業者によるヒアリングでも、介護事業者の登録やサービスに関する規制などが無いことが課題であるとの指摘が挙げられている。

(2) 介護サービスの概況

上述の SWDA は公的 SWDA と民間 SWDA に分類される。公的 SWDA は更に、施設型 (Residential) と非施設型 (Non-Residential) に分類される。施設型は、24 時間運営の施設となっており、DSWD が運営するものと、地方自治体が運営するものがある。また、非施設型は高

⁹⁶ 社会福祉開発省ヒアリング及び <https://fo1.dswd.gov.ph/registration-licensing-and-accreditation-of-swdas/> (最終アクセス 2022/12/13)

齢者センター（Senior citizen center）と呼ばれるデイケアセンターであり、2022年9月時点では地方自治体が運営するもののみとなっている。

民間 SWDA は社会福祉サービスを提供する SWA（Social Welfare Agency）とネットワークングやキャパシティビルディングなどの補助的サービスを行う Auxiliary SWDA に分類される。なお、本分類において在宅介護は Residential 型に分類される。

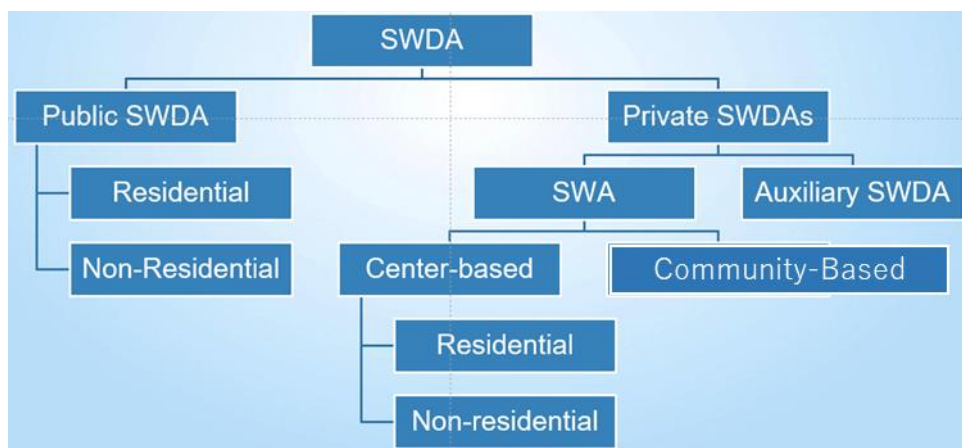


図 1-4-3：介護サービス実施機関（SWDA）の分類

（出所）DSWD

2022年10月3日時点では、公的 SWDA の数は表 1-4-15 の通りである。

表 1-4-15：公的 SWDA の数：分類・運営主体別（2022年10月）

分類	運営主体			合計
	中央省庁	地方自治体	高齢者センター	
施設型	3	3	0	6
非施設型	0	0	42	42
合計	3	3	42	48

（出所）DSWD 提供データより調査団作成

また、民間 SWDA の登録、ライセンス供与、認定状況は以下の通りである。

表 1-4-16：民間 SWDA の登録、ライセンス供与、認証数（2022年10月）

登録及びライセンス供与	42
認証	10

（出所）DSWD 提供データより調査団作成

上述のとおり、NGO などを除き民間の高齢者ケアサービスを行う事業者は SWDA に含まれず登録制度がないためその数など公式データはないが、介護業界団体によると高齢者ケアサービス事業者は約 100 企業あると言われている。

本調査では介護業界団体と介護事業者の 2 者へのヒアリングを行っているが、両者ともに介護業界における規制、基準などが無いことを課題として挙げており、規制や基準が設定されていないために、介護業界のサービスの質の低下、外部からの低評価につながると懸念していた。また、フィリピンにおいて、介護サービス及びケアギバー人材育成事業での進出を検討し

ている日本の介護事業者インフィック株式会社（所在地：静岡県静岡市）も、JICA 民間連携事業での調査⁹⁷などにおいて、フィリピンにおいては、介護サービスの管轄省庁がなく、サービス内容の規定がないなど関連制度が整備されていないことは事業者のリスクとなり得るため、関連制度が整備されることが重要であると指摘している。

表 1-4-17 高齢者ケアサービス業界団体からのヒアリング結果要約

Nursing Home Federation of the Philippines（介護業界団体）	
概要	<ul style="list-style-type: none"> ・ 介護業界団体、ただし政府の認可は得ていない ・ 介護に関する知見の共有、人材交流、介護事業のコロナ禍への対応、ケアギバー含むヘルスケアサービスについての情報共有などを行う ・ 会員数の公式データはない
介護事業者の状況	<ul style="list-style-type: none"> ・ フィリピンで介護事業者は 100 企業以上あるが、デイケア事業者はそのうち 5 件ほどしかいない。これら事業者とは別に、在宅ケアを行うサービスは施設型以上にあると思われる。 ・ デイケア事業者が少ない理由：コロナ禍で運営を休止した。施設型よりオペレーションコストが高い割に売上が少ない（1 人あたり 1,500-2,000 ペソ/日が相場とすると 35,000 ペソ/月の売上にもならないことも考えられる）。利用者の送迎が大変、などが主な理由。 ・ 介護事業者はメトロマニラ、セブ、ダバオなどの大都市に多く存在する。
ニーズ	<ul style="list-style-type: none"> ・ 平均寿命の延びに伴い認知症などの疾患が増えてきている。それら疾患に特化したケアサービスが必要になっている。 ・ 出稼ぎに行く人が増え、家族が高齢者の面倒を見れなくなり、施設への入居を希望する人が増えている。
料金	<ul style="list-style-type: none"> ・ 25,000 -100,000 ペソ/月が一般的な料金価格帯 ・ 18,000 ペソ /月が聞いた中では一番安く、高いレベルでは 100,000 ペソ /月以上もある ・ 寝たきりの場合はよりケアが必要なため、料金もあがる。 ・ 介護はフィリピン国民保険にはカバーされていない。病院に入院すれば 20%の保険が適用される。
スタッフ	<ul style="list-style-type: none"> ・ 大規模な事業者（ベッド数 60 床以上）では、国家資格保有者を要件にし、介護経験も考慮することが多い。 ・ 中小規模事業者（ベッド数 60 床未満）では国家資格の有無を要件にせず、自社が行う OJT トレーニングで育成する場合もある。
スタッフ給与	<ul style="list-style-type: none"> ・ 国で決められた最低賃金レベル 611 ペソ/日（約 15000 ペソ/月）ぐらいからスタートし、そこに残業代などがプラスされる。 ・ 看護師やケアギバーの国家資格や関連の学位、トレーナーや特定の疾患への専門性などを持っていれば、給与があがる可能性はある。
介護業界における課題	<ul style="list-style-type: none"> ・ 介護業界は規制されておらず、事業者が独自の方針のもと運営している。規制がないと、介護事業者がやりたいように運営でき、介護業界の品質、イメージ低下につながる。高齢者の福祉と安全のために、事業者が認可され、適切な運営ガイドラインが策定されるよう政府に提唱している。

⁹⁷ フィリピン国日本式介護システム導入事業基礎調査業務完了報告書（2017年3月）及びフィリピン国日本式介護システム導入事業案件化調査業務完了報告書（2018年11月）

	<ul style="list-style-type: none"> 日本の介護事業に関するガイドラインなどの知見の共有があると有難い。 設備・機器に関してもフィリピン国内の規制はないため、国際基準に準拠した製品を買うようにはしている。 ベッド、車椅子、リフター、吸引機、モニタリング機器、バイタルサイン測定器などが高齢者ケアに必要である。フィリピンで買えるものもあるが、リフターなど入手がむずかしいものもある。パートナー組織のある台湾や、欧州から購入している。
--	--

(出所) Nursing Home Federation of the Philippines ヒアリングより調査団作成

表 1-4-18 高齢者ケアサービス事業者からのヒアリング結果要約

Blessed Home Adult Daycare Assisted Living (民間)	
概要	2018年に開業、施設ケアとデイケアを行っていたが、新型コロナウイルス感染症流行後、デイケアは中断している
入居対象	対象は特に制限していないが、基本的には家族で介護できなくなった人
入居者	入居者 22人 <ul style="list-style-type: none"> 認知症やパーキンソン病など介助がより必要：13人 介助があまり必要でない：9人
料金	<ul style="list-style-type: none"> 施設型サービス：35,000-50,000 ペソ/月 デイサービス：850-1,000 ペソ/日 但し、デイサービスは中断中
スタッフ	<ul style="list-style-type: none"> 施設は2棟あり、各棟に看護師を1名配置 ケアギバーの配置は、介助がより必要な人に対してはケアギバー：利用者の割合は1：1～2、介助があまり必要でない人にはケアギバー：利用者の割合は1：3 ケアギバーは全員国家資格を保有している その他、医師（内科医、精神科医）と連携している
スタッフの採用	<ul style="list-style-type: none"> ケアギバーの採用は難しくない。 海外や病院で働きたい看護師が多く、介護施設で働きたい人は多くないため看護師の採用は少し難しい。 採用では経験を重視している（認知症の入居者を対応した事がある等）
給与	ケアギバー：600 ペソ /日 看護師：800 ペソ /日 その他に、食事、寮の提供、残業代などあり
介護業界における課題	<ul style="list-style-type: none"> 高齢者ケア施設における国のスタンダード（施設基準等）がない 高齢者ケア施設施設を運営するために政府の許可がもらえない 上記の結果、質の低い高齢者ケアサービスが多くなる

(出所) Blessed Home Adult Daycare Assisted Living ヒアリングより調査団作成

(3) 介護用品・福祉用具に関する市場の概況

フィリピンにおいて、介護サービスはまだ未成熟であり、使用されている介護用品・設備は安価で質が悪いものが多い。多くの介護施設でも、例えば、車椅子や介護用ベッドは部分

的に使われているが、電動ベッドはなく、手動式ベッドが数台ある程度で、また移動用リフトなど高齢者の移動を補助する移動用器具などは使われていない⁹⁸。

本調査による介護事業者からのヒアリングにおいて、ベッド、車椅子、吸引機、モニタリング機器、バイタルサイン測定器などの介護用品のうち、移動用器具に関して、フィリピンでの入手が難しく、台湾や、欧州から購入していることであった。本調査ではその価格帯は把握できなかったが、安価な製品が多い中国からのものでなく、台湾や、欧州から購入していることから、事業者にとって必要度が高い器具であることが推測できる。

本調査の介護事業者へのヒアリングにおいて、フィリピンにおいても、認知症が増えてきており、認知症に対応したケアサービスが必要になっているとのことであった。例えば、徘徊対応に IoT (Internet of Things) 含むセンサーなどの利用可能性が考えられる。

また、フィリピン介護事業者からは、家族からのクレームが多いというコメントがあった。特に、例えば入居者の体重が減っているなどの高齢者の健康状態などに関する事項が多く、また対応には家族とのコミュニケーションが重要であるとのことであった。高齢者の健康状況をモニタリング、レポート可能なツールが適用できる可能性がある。

1.4.2. 日本を含む諸外国への介護人材輩出状況に関する調査

1.4.2.1. 介護人材の渡航先と輩出状況

(1) 海外への人材輩出状況

フィリピンは、1970年代より積極的な海外での就労を推進してきた。1990年代からは、海外労働者における女性の台頭などを背景に、海外労働者の権利保護という課題が表面化してきた。1995年には「1995年移住労働者と海外フィリピン人法 (Migrant Workers and Overseas Filipinos Act of 1995)」が制定され、同法に基づき、労働者の送り出しに関する政策策定、フィリピン人移民労働者を支援する機能の強化などが行われた。その後も多くのフィリピン人が様々な国で働いているが、政府の推計では、2019年時点において、国外で働くフィリピン人労働者 (OFW : Overseas Filipino Workers) のおよそ半数が西アジア諸国にいる。女性に関してはその傾向がより顕著で 60.0%が中東地域にいる (表 1-4-19)。また、香港においては男女による違いが大きく、女性の 12.5%に対し、男性は 1.0%となっている。

⁹⁸ JICA, フィリピン国日本式介護システム導入事業基礎調査業務完了報告書, 2017

表 1-4-19 : OFW の分布 (推計) : 地域・国と男女別, 2019 年

地域・国	合計	男性	女性
	人数 (千人)		
	2,177.08	970.62	1,206.47
地域・国	構成割合 (%)		
	アフリカ	1.0	1.9
アジア	81.0	68.6	90.9
東アジア	21.7	21.2	22.2
香港	7.4	1.0	12.5
日本	3.9	5.9	2.3
台湾	6.8	8.3	5.6
その他	3.7	6.0	1.8
東南アジア、南・中央アジア	8.0	7.0	8.8
マレーシア	2.1	1.7	2.3
シンガポール	4.1	3.0	5.0
その他	1.8	2.3	1.4
西アジア	51.2	40.4	60.0
クウェート	6.1	2.0	9.4
カタール	5.6	5.6	5.7
サウジアラビア	22.3	22.0	22.6
アラブ首長国連邦	13.3	9.3	16.5
その他	3.9	1.5	5.8
オーストラリア	2.1	3.6	1.0
ヨーロッパ	7.7	12.7	3.6
南北アメリカ	8.2	13.1	4.2

(出所) Philippine Statistics Authority, 2020 Overseas Filipino Workers (Final Results)より調査団作成

介護に関連する職種の派遣実績を見てみると人数ではメイドが多く 2019 年の 1 年間で 264,714 人がメイドとして派遣されている。サウジアラビアを筆頭に中東諸国への派遣が多く、そのほとんどは女性である (表 1-4-20)。

表 1-4-20 : メイドとしての派遣実績 : 派遣先国別 (2019 年)

	男性	女性	合計	割合 (%)
全体	3,721	260,993	264,714	
サウジアラビア	2,526	110,799	113,325	42.8%
クウェート	220	50,591	50,811	19.2%
香港	622	43,460	44,082	16.7%
カタール	57	22,432	22,489	8.5%
シンガポール	5	12,591	12,596	4.8%

(出所) Department of Migrant Workers, Philippine Overseas Employment Administration OFW Deployment per Skill, Desination and Sex より調査団作成

看護師としての派遣は 16,711 人であり、その半数以上がサウジアラビアであり、またイギリスが次いで多く 20%程度を占めている（表 1-4-21）。

表 1-4-21：看護師としての派遣実績：派遣先国別（2019 年）

	男性	女性	合計	割合 (%)
全体	3,077	13,634	16,711	
サウジアラビア	1,209	8,279	9,488	56.8%
イギリス	958	2,457	3,415	20.4%
カタール	179	587	766	4.6%
アラブ首長国連邦	108	599	707	4.2%
シンガポール	140	424	564	3.4%

(出所) Department of Migrant Workers, Philippin Overseas Employment Administration OFW Deployment per Skill, Desination and Sex より調査団作成

在宅ケアワーカー（home-based personal care workers）としては、人数が少なくなり全体で 4,397 人に留まり、また、台湾だけで 98.0%を占めている。

表 1-4-22：在宅ケアワーカーとしての派遣実績：派遣先国別（2019 年）

	男性	女性	合計	割合 (%)
全体	109	4,288	4,397	
台湾	90	4,221	4,311	98.0%

(出所) Department of Migrant Workers, Philippin Overseas Employment Administration OFW Deployment per Skill, Desination and Sex より調査団作成

(2) 日本への送り出しに関する制度整備の状況

フィリピンでは、技能実習だけでなく、特定技能についてもフィリピン政府から認定を受けた現地の送出国機関（2022 年 11 月 17 日時点で 200 機関⁹⁹）を通じて人材の紹介を受け、採用活動を行うことが求められる。また、技能実習制度、特定技能ともに、受け入れ先やフィリピン人との契約内容が適正かどうかなどの確認がフィリピン政府（海外雇用庁）によって行われる。実際の審査、手続きは海外雇用庁の海外出先機関である POLO (Philippine Overseas Labor Office) が行う事になり、2022 年 9 月時点では、東京と大阪にある。このような制度としている背景として、フィリピン人海外労働者の権利保護の推進がある¹⁰⁰。

フィリピン人の権利保護の観点から、認定された送出国機関以外のブローカーの介入、渡航者から渡航にかかる費用（日本語トレーニング費用含む）を徴収することなどが禁止されている。しかしながら、渡航者本人から違法に費用を徴収する送出国機関、ブローカーがいるとのことである¹⁰¹。DMW は、日本は送り出しに関する制度が複数あり、かつ複雑であることが、ブロー

⁹⁹ <https://www.moj.go.jp/isa/content/930004710.pdf>, 2022/12/10 参照

¹⁰⁰ 移住労働者省（DMW：Department of Migrant Workers）ヒアリング

¹⁰¹ 送り出し機関、DWM ヒアリング

カーが入り込む余地を作っていると指摘している。技能実習制度と特定技能制度のもと、同じような雇用条件が提示されていることにも疑問を呈している。

技能実習制度のもとでは外国人人材は来日後、基本的に転職ができないのに対して、特定技能制度のもとでは転職が可能である。送り出し機関によると、そのため、特定技能においては、最初の受け入れ機関で一定期間就労した後に、当該外国人がより待遇の良い就労先を求めて転職する事例があるとのことである。このため、特に最初の受け入れ機関の中には、採用・教育に多くの費用をかけており短期間で転職をされることは経営上好ましくないとの声もある。また、技能実習制度では何か問題が生じたときなどは、監理団体が対応してくれるのに対して、そのような仕組みは特定技能にはないため、このことを特定技能の好ましくない点と捉える受け入れ機関もいるとのことである。2022年9月時点では、技能実習を選ぶ受け入れ機関もいれば、特定技能を選ぶ受け入れ機関もいるということであるが、転職の可否は受け入れ機関にとっては大きな違いであり、今後技能実習を選ぶ受け入れ機関の割合が増える可能性も指摘された。

(3) フィリピン政府の送り出し支援としての日本語教育

TESDA は日本に渡航するフィリピン人労働者向けに日本語の基礎コースを提供している¹⁰²。

- コース名：Basic Japanese language and culture
- トレーニング時間：150 時間
- 内容：日本に渡航する労働者向けに、日本で生活するのに必要な病院、通勤などに関連する日常生活に必要な日本語
- トレーナー：フィリピン人
- 費用：本調査では把握できていない。奨学金が得られる場合もあり、その場合は無料となる。

一方、上記の通り本コースは基礎レベルのみであり、介護の技能実習や特定技能に必要な日本語能力レベルには不十分である。

(4) 送出国機関

送出国機関によると、送り出しに際しての手続きに大きな問題があると指摘している。特に、POLO との手続きには時間を要する。

POLO が給与条件を厳しく確認し、日本人と同等以上の給与を設定するように求めるが、その基準が POLO 東京か POLO 大阪かによって異なる。必要な書式も POLO 東京と POLO 大阪で異なるなど、書類審査の基準も明確ではない。署名が必要なため、修正のたびに国際郵便で書類を送付しなければいけなく時間もコストもかかる。

¹⁰² TESDA ヒアリングより

フィリピン政府から、良い給与条件の提示が求められることに加えて、送り出しにかかる費用を本人から徴収できず、受け入れ機関の負担が増えることから、受け入れ機関にとってフィリピン人の採用が高コストとなっていると指摘している。

また、フィリピンは他の在留資格から特定技能へ移行する際でも、日本での切り替えができず、フィリピンに一度帰国して海外雇用庁に再申請し、送出機関を通す必要があるなど、他国に比べて手続きに時間、費用を要することが送り出す側の視点から見た課題として挙げられている。

(5) 情報管理システム

海外労働者の氏名、年齢、生年月日、住所、社会保障番号、人材紹介会社の連絡先、派遣先でのポジション、就労年数などの情報が取得され、データベース化されている。同データベースの情報は、移住労働者省が収集し、統計局へ提出され、個人情報などを除いた一部情報が統計局ウェブサイトにて公開されている。

1.4.2.2. 渡航先を選択する背景・理由

上述のとおりフィリピンからの移民労働の全体としては、中東、香港、台湾への渡航が多くなっている。また、ケアギバーに関連するメイドではそれらの国・地域に加えてシンガポール、看護師ではイギリス、シンガポールへの渡航が多い。

一方、実績としてでなく、フィリピン人に人気の国・地域はどうなっているだろうか。また、日本を選ぶ人はどのような理由で選び、どのようなハードルがあるのか。定量的なデータはないため、本調査での送出機関やケアギバー訓練機関でのヒアリング結果を基にとりまとめる。

まず、人気の国として多く機関に挙げられたのが、カナダ、中東、日本である。その他として、シンガポール、ドイツ、オーストラリア、イギリスなどが挙げられた。

選ぶ際の最も重要な基準としては給与が挙げられた。また、フィリピン人は永住希望が多く、カナダやオーストラリア、欧米は永住権を得やすい点も指摘された。また、カナダがフィリピン人にとって良い点として、フィリピンのケアギバー国家資格がカナダのケアギバー資格と同一として見なされることも挙げられた。一方、中東は給与が他国よりも高くないにもかかわらず人気である理由としては、申請手続き簡単であること、流暢な英語も不要で、また現地言語のトレーニングが不要、かつ現地からの需要が多いことが挙げられた。その他の国を選ぶ理由としては、家族や親せきがその国にいるという点も挙げられた。

日本を選択する理由としては、給与、フィリピン・日本間の物理的な距離の近さ、アニメなど日本文化への親しみ、テクノロジーの発展している点、治安の良さが挙げられた。また、欧米などで見られるアジア人蔑視といった人種差別が日本では少ない点も他国との比較として良い点として挙げられた。物理的な距離の近さは、航空賃が安いという具体的なメリットとなり、それが精神的な距離の近さに繋がっているとのことであった。

日本への渡航の中でも介護を選択する理由としては、他の職種より給与が1万円ほど高い点が挙げられた。また、上述のとおり永住権取得を目指すフィリピン人の場合、介護福祉士の国家資格取得という道がある介護が選択の理由になる場合がある。

一方、日本を選ばない、または日本に関心がありながらもハードルになる点としては、日本語要件が挙げられる。特に英語能力が高いフィリピン人にとって、日本語能力習得に必要な費用、労力と考慮すると、それに対する対価（日本での給与）が十分でないと感じることが多いということである。看護師など既に働いているフィリピン人にとっては日本語トレーニングに必要な時間を割くことが難しいという点も指摘された。ある送出機関は、フィリピン人にとって介護の日本語要件の壁が高すぎるためこれから希望者が減っていくのではないかと指摘している。

また、日本の受け入れ先からはほとんどの場合、30歳以下の女性を求められるが、フィリピン側供給側としては、30代以上の女性が多くミスマッチが起こっていることも大きな課題として多く指摘された。あるケアギバートレーニング機関では受講者の半数は35歳以上であり、彼らには年齢制限が45歳と緩いカタルなど中東を勧めるとしている。

また、フィリピンのケアギバー国家資格についても課題として挙げられた。技能実習制度においては、ケアギバー国家資格を取得することが要件となっている¹⁰³一方で、同資格が当該国のケアギバー資格同等と認められるカナダと違い、日本においては何らかの資格同等と認められないことがない、また受け入れ機関の採用プロセスにおいて同資格が重要視されていない点から、日本では同資格が評価されていないことが不満とする声もある。

1.4.2.3. 帰国後のキャリアの状況

送出機関など関係者のヒアリングによると、帰国人材の帰国後の動向の詳細は把握されていない。帰国後もまた海外での就労を希望するケースも多いが、中東から帰国した人は他の国に行きたがる一方、日本から帰国した人は、給与、技術、文化、距離などに満足していて、多くはまた日本に行きたいと考えているとのことであった。

日本の介護での実習・就労を目指す最大の理由は、滞在中に得られる賃金であり、帰国後にフィリピン国内で、賃金の安い介護職に就くことは、ほとんどのフィリピン人にとっては目指す姿ではない。

日本含め引き続き海外で就労することが帰国者の多くの希望であるが、フィリピン国内でのキャリアの一つの可能性として考えるものとして、トレーナーが挙げられた。既述のとおり、フィリピンではケアギバー国家資格制度があり、2022年9月時点でトレーニング機関数は全国で356ある。また、多くの国で高齢化が進んでおり、それらの国からのケアギバーの需要は今後も増えてくると推測される。そのような中、高齢者向けケアギバーの国家資格が新設され、今後は同資格のためのトレーニングコースが提供されるようになり、同コースのトレーナーが

¹⁰³ フィリピン側が介護関連業務の1年間以上の経験、ケアギバー国家資格、またはヘルスケア関連の4年制学士取得を要件として定めている。

必要になってくる。トレーナーの給与を見ると、公立 TESDA 機関の場合は月額 20,000-30,000 ペソ程度¹⁰⁴であり、ケアギバーの給与が日額 600 ペソ程度、月額 15,000 ペソ程度からスタートすることと比べると、公立 TESDA 機関のトレーナーは、帰国人材のキャリアの選択肢となる可能性が高いと考えられる。私立トレーニング機関の場合、本調査でのヒアリングでは、月額 40,000-60,000 ペソ程度¹⁰⁵から日額 1,000-1,500 ペソ程度¹⁰⁶と大きな開きがあったが、日額 1,000-1,500 ペソ程度はケアギバーの給与日額 600 ペソ程度と比べ高いことから、帰国人材のキャリアの選択肢となる可能性があると考えられる。

なお、ケアギバーのトレーナーの資格要件は、次の通りである。TESDA によると、22 日間のトレーナーの方法論のトレーニングは 22 日間であり、更に試験の合格が必要になる。

- ・ NC II¹⁰⁷を取得していること
- ・ トレーニングの方法論 II のトレーニングを受けていること
- ・ 身体的、精神的に健康であること
- ・ 少なくとも 2~3 年の監督・管理者レベルの職務・業界経験を持っていること（必須ではなく、採用機関が求めた場合のみ）

(出所) Training Regulation, Caregiving NC II

また、ケアギバー（高齢者）のトレーナー資格要件は以下の通りとなっている。なお、2 点目の要件に関しては、ケアギバー NCII がヘルス関連コースに該当する¹⁰⁸。

- ・ ケアギバー（高齢者）NCII における国家 TVET トレーナー資格レベル 1 の保持者であること
- ・ ヘルス関連コース修了または学士号を取得していること
- ・ コミュニケーション能力があること
- ・ 過去 5 年以内に 2 年以上の業界経験を有すること

(出所) Training Regulation, Caregiving (Elderly) NC II

また、介護施設でマネージャーなどのより高い立場での貢献を期待する声もあった。あるケアギバー訓練機関によると、施設による違いはあるが、同じマネージャー職でも学歴によって給与が異なり、学士号の場合で月額 35,000-40,000 ペソ、修士号の場合で月額 40,000-45,000 ペソほどでなるとしている。

高齢者医療に特化した国立医療機関からは、高齢者医療に特化した病院では高齢者ケアの経験が活かせると思うとのコメントがあった。しかし、相応の資格は必要であり、2 年制短期大学で学ぶ必要があるとのことであった。また、その場合でも給与は月額約 16,000 ペソであり、ケアギバーの給与とほぼ同レベルである。

¹⁰⁴ TESDA ヒアリング

¹⁰⁵ TESDA トレーニング機関（Fine International Training Center）ヒアリング

¹⁰⁶ TESDA トレーニング機関（Global Care Training Center）ヒアリング

¹⁰⁷ Training Regulation Caregiving NCII では NC III との記載がある。TESDA に確認したところ、ケアギバーは NC II までしかないため、NCII 保有が良いとの回答であった。

¹⁰⁸ TESDA ヒアリング

看護師が日本に介護職で渡航するケースを見てみる。既述のとおり、看護師資格の更新という点においては、介護職での渡航においても大きな課題は見られない。まず資格更新に必要な単位の取得は、就労経験ではなく研修が換算されること。介護施設では関連研修を受けることができない可能性があるが、ウェビナーの参加などで十分に必要な単位を取得できるためである。一方、フィリピンの公立病院の場合、海外でケアギバーや看護師として働いたあとに再就職しても、最低賃金レベルから再スタートすることになることが大きなデメリットとして指摘された。私立病院においては、このルールはないものの、そもそもフィリピンの私立病院の看護職は給与が低いため、魅力的なキャリアパスとはならない。

【政府による帰国後のキャリア支援】

海外での就労を促進するフィリピン政府は同時に、帰国した人々に対する国内での就職などの社会復帰支援（reintegration program）を行っている。

移住労働者省傘下のNCRO（National Reintegration Center for OFWs）は、主に以下のプログラムを実施している（表1-4-23）。

表 1-4-23：主な帰国人材への社会復帰支援プログラム

プログラム名	概要
Balik Pinay, Balik Hanapbuhay	任期途中で帰国 ¹⁰⁹ や、困窮している帰国女性を対象としたプログラム。支援パッケージには、1万ペソの助成金と研修が含まれる。
Livelihood Development Assistance Program	帰国した非正規 OFW ¹¹⁰ のための、1万ペソ相当の生計向上プログラム
Small Business Management Training	小規模ビジネス経営に関する事前オリエンテーション（半日から1日）

（出所）NCRO ヒアリングより調査団作成

このうち、特にBalik Pinay, Balik Hanapbuhayと Livelihood Development Assistance Programが中心的なプログラムになるが、プログラムの受益者の概要（表1-4-24）を見ると、女性、中東への渡航者、メイドのプログラム利用者が多い。この背景としては、次の点を挙げている。

- ・ フィリピンはメイドの送り出しが多い。
- ・ メイドとして行く人々は貧しい家庭出身者で、渡航先での稼ぎも比較的少なく、自活できるほどのスキルがなく帰国する人が多い。また、元々貧困な家族であるため、帰国後に家族や親せきを養わなければいけないため、すぐに社会復帰する必要がある。
- ・ 中東では労働問題に直面することが多い。

なお、日本からの帰国者も214人（総受益者の0.6%）とわずかながら対象となっているが、ほとんどが不法に滞在していた人々であり、技能実習制度や特定技能といった正規のプログラムでの渡航の場合、これらのプログラムの対象となることはあまり想定されないとのことであった。

表 1-4-24：Balik Pinay, Balik Hanapbuhay 及び Livelihood Development Assistance Program の受益

¹⁰⁹ 現地での不当な扱い、不当な解雇など

¹¹⁰ 正規の書類手続きを踏まず不法に渡航した人々などを指す

者概要 (2011～2022 年 9 月)

プログラム受益者数： 男女別	合計：33,729 人 女性：26,349 人 (78%) 男性：7,380 人 (22%)
プログラム受益者数： 上位渡航先 3 か国	UAE (23%)、サウジアラビア (20%)、クウェート (9%) なお、日本は 214 人 (女性 165 人、男性 49 人) で 0.6%程
プログラム受益者数： 上位 3 職業	メイド、農業・その他サービス業、建設業
生計向上活動状況	プログラムにより支援された生計向上活動 6,198 のうち、 768 (12%) が活動継続中と回答している。

プログラムにより支援された生計向上活動例



Jeverlyn Pelongo, Home Service Salon
Davao



Raquel Rosal, Carinderia
Camiguin



Gemma Delvo, Digital Marketing
Cebu

(出所) NCRO ヒアリング及び提供データより調査団作成

また、同じく移住労働者省傘下のOWWA (Overseas Workers Welfare Administration) は、以下の帰国後の就職支援のための研修プログラムを実施している。

- プログラム名：就職支援奨学金プログラム (The Skills for Employment Scholarship Program)
- プログラム概要：以下の対象コースのトレーニングの受講に際して、最大14,500ペソの補助 (6カ月コースの場合は最大7,250ペソ) を受けることができる
- 利用資格者：OWWA会員¹¹¹及びその扶養家族、かつディプロマまたは高校卒業者
- 対象トレーニング：TESDA、フィリピン海運産業局、その他政府系訓練機関により認定された学校での技術・職業訓練コース

渡航前は、OWWA会員資格保有の状態にはならないため、派遣先国または帰国後の利用が想定されている¹¹²。介護人材との関係では、対象トレーニングにTESDAが含まれており、ケアギバーやケアギバーのトレーナーになるためのトレーニングも対象となる。例えば、日本へ介護人材とし帰国後にトレーナーのトレーニングを受講する。メイドで中東に派遣され、帰国後

¹¹¹ 海外で就労するフィリピン人は全員 OWWA に加入することが義務付けられている。メンバーシップフィーは米 25 ドルで 2 年間有効。2 年経過後は任意更新となる。

¹¹² OWWA ヒアリング

にケアギバーのトレーニングを受講するなどのケースが考えられる。なお、本プログラムの利用者数は表1-4-25に示すとおりであり、新型コロナ前には年間7千名程度がこのプログラムを活用していたことがわかる。なお、どのようなトレーニングコースにおいて利用されているかなどの詳細なデータは本調査では回答が得られなかった。

表 1-4-25：就職支援奨学金プログラム利用者数推移（2016-2022）

年	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
利用者数	5,659	6,531	7,186	7,464	1,861	1,873	2,089

* 2022 は 1 月～9 月データ

(出所) OWWA ヒアリングより調査団作成

1.4.3. 介護及び介護人材関連の法制度、マーケット、介護人材輩出状況等のまとめ

介護人材の日本への送り出しにかかり、フィリピンにおいても、日本語習得のハードルが大きな課題となっている。フィリピンでは日本語教育費用は派遣されるフィリピン人からは徴収することができないため、受け入れ機関が負担することになる。そのため、直接的には、日本の受け入れ機関側の負担が増えることになる¹¹³。一方、多くの場合日本語トレーニングには6カ月程度を要するが、派遣されるフィリピン人にとって、6カ月の間、働くことができないことは大きな負担となる。

また、フィリピンにおいても、看護師が日本へ介護人材として派遣されているが、彼らにとってのデメリットが指摘されている。一つには、フィリピンは看護師となるためには、4年制学士コースのみであり、3年制教育にて看護師になることできるオプションがある国と比べると、より必要以上の教育となっている。また、介護人材に限らないが、海外で就労しフィリピンに戻った後に再就職しても、最低賃金レベルから再スタートすることになることは、キャリア上大きなデメリットとなる。このデメリットは公立病院の場合のみであるが、一般的に私立病院の給与は低いため、公立病院におけるこのデメリットは大きいものである。

フィリピンでは既にケアギバーの国家資格があり、トレーニング実施機関も多く、フィリピンで人気のコースとなっている。また、より高齢者ケアに特化したケアギバーの国家資格制度も整備されている。一方で、以下の2つの観点より課題がある。

高齢者ケアに特化したケアギバーコースの提供はまだなく、本調査でのヒアリングでも明らかになったとおり、各トレーニング機関の自己投資により必要な設備、機材の準備などを行う必要がある。また、トレーナーの育成も必要であり、今後どの程度の機関が、どのような質でトレーニングを提供できるのかは課題となる可能性がある。

また、送出国機関やトレーニング機関からのヒアリングにおいて指摘されているように、ケアギバーはフィリピンの国家資格であり、カナダでは同国のケアギバー資格同等であると評価さ

¹¹³ 本調査では、日本語トレーニング費用の一部を送り出し機関が負担している例も確認された。

れている一方、日本では何らかの資格同等と認められることがない、また採用において同資格が重要視されていない点から正当な評価がされていないとの不満がある。また、ケアギバーの資格レベルは2022年9月時点で、PQFの資格レベルで2に該当する1つのレベル（NC II）しか設定されていない。そのため、ケアギバーNC II 資格保有者が日本で数年間介護の経験を積んだのち帰国しても、フィリピンではその経験が資格として認証されないということになる。なお、インフィック株式会社もフィリピンのケアギバー資格が日本で認められるなど日本とフィリピンの資格が相互に認証される仕組みとなると、フィリピンから日本にむけた人材輩出や人材還流がより円滑に進むと考えられるとしている。

介護サービスに関する法制度で見た通り、フィリピンでは特に民間介護サービスに対する制度が未整備の状況である。現地介護事業者や進出を検討している日本の介護事業者が指摘するように、制度が未整備であるために、いくつかの懸念がある；①登録が義務化されておらず、政府としても実態の把握ができない、②認可制度、サービス基準などが無いため、質の悪いサービスが出てきてしまう、③②との結果、利用者・その家族や社会全般から、フィリピンの介護サービス全体に対しての悪評、不信感などを醸成する、④介護サービスの定義（提供可能なサービス）が未整備のため、事業者にとっては、事業の許認可や営業停止などにかかる判断を行政側に恣意的にされるリスクとなる。

2022年に設立された国家高齢者委員会は、これら民間介護サービスの制度を管轄する可能性があるが、まだ設立プロセスが道半ばであり、十分に機能しているとは言えない。なお、同委員会は、フィリピンは介護サービスや制度についての知見が不十分であり、日本からの知見共有を希望している。

別添：調査日程

日にち		プログラム
1	2022/9/11	日 羽田→マニラ
2	2022/9/12	月 Blessed Home Adult Daycare Assisted Living(介護事業者)
		Global Care Training Center(TESDA Care giver トレーニング提供機関)
		JP-Talk.Inc(送り出し機関)
3	2022/9/13	火 TESDA(政府機関)
		National Center for Geriatric Health(医療機関)
		リンクアジアマンパワーソリューションズ株式会社(送り出し機関)
4	2022/9/14	水 National Commission of Senior Citizens(政府機関)
		Nursing Home Federation of the Philippines(介護事業者)
		プロデンシャル エンプロイメント エージェンシー(送り出し機関)
5	2022/9/15	木 Fine International Training Center(TESDA Care giver トレーニング提供機関)
		Program Management Bureau(DSWD)(政府機関)
		株式会社ゴートフィリピンオフィス(送り出し機関)
		在フィリピン日本国大使館
		PCR検査
6	2022/9/16	金 National Reintegration Centre for Overseass Pilpino Workers(NRCO)(政府機関)
		Department of Migrant Workers(DMW)(政府機関)
		Overseas Workers Welafare Administration(OWWA)(政府機関)
7	2022/9/17	土 PHILIPPINE NURSES ASSOCIATION, INC(看護連盟)
		マニラ14:40発(NH0870)→羽田 20:20着

別添：面談者リスト

	機関名	部署名	面談者氏名（敬称略）	職位
政府機関	技術教育技能開発庁 (TESDA)	Qualification and standards office (QSO) National institute for technical education and skill development (NITESD)	Bernadette Noel J. Cuevas	Chief of QSO Chief NITESD Specialist of Learning Development Division
政府機関	National Commission of Senior Citizens		FRANKLIN M QUIJANO CESAR Y. YAMUTA	Chairperson and CEO Executive Assistant
政府機関	Department of Social Welfare and Development	Program Management Bureau	Anna Maria Alexa G. Ledesma Judy Ann. E. Moreno	OIC-Division Chief, Standards Bureau (SB) - Standard Development Division (SDD)) PDO III, SB-Standard Development Division
政府機関	NATIONAL REINTEGRATION CENTER FOR OFWs		Elizabeth Mark	Chief of Program Coordination and Monitoring Division Chief of Policy Division
政府機関	Department of Migrant Workers		Rosemarie G. Duquez Levinson C Avoawvana	Director of WEO Assistant Sec of PSO
TESDA認定 caregiver トレーニング提供機関	Global Care Training Center		Dinda Ramos	President
TESDA認定 caregiver トレーニング提供機関	Fine International Training Center		Ghail Abhie Rino Capispisan	Administrative Secretary Geriatric Massage/Hilot Wellness Massage Trainer
送り出し機関	P-Talk.Inc		加藤均	DIRECTOR
送り出し機関	Link Asia		Federico Eric V. Corpuz 須藤順平	President Marketing Manager
送り出し機関	プロデシヤル エンプロイメント エージェンシー		藤本哲児	Director
送り出し機関	GOAT		鈴木秀幸	CEO
介護事業者	Blessed Home Adult Daycare Assisted Living		Juan Carlos Bernabe Aloysius Louie V. Gonzales II	Marketing Director Operations Manager
介護事業者	Nursing Home Federation of the Philippines (介護事業者連盟)		Fr. Rodel, MI Madz Nazal	Officer Officer
医療機関	National Center for Geriatric Health		Mila Barzaga Jose Aurea	Designated Chief of Hospital Chief Training Officer of Geriatrics Chief admin
看護師協会	PHILIPPINE NURSES ASSOCIATION, INC		Eric Lewin	chairperson Nursing Research Department Nursing Research Department

1.5. インド

略語表

略語	英名	和名
NPOP	National Policy for Older Persons	全国高齢者政策
MWP	Maintenance and Welfare of Parents and Senior Citizens	親および高齢者の扶養と福祉法
NPHCE	National Programme for Health Care of the Elderly	高齢者保健福祉計画
NAPSRc	National Action Plan for Welfare of Senior Citizens	高齢者福祉全国行動計画
IPOP	Integrated Programme for Older Persons	高齢者総合計画
MOSJE	Ministry of Social Justice and Empowerment	社会正義・エンパワーメント省
MOHFW	Ministry of Health and Family Welfare	保健家族福祉省
SC	Scheduled Tribes	指定カースト
OBC	Other Backward Classes	後進階層
RRTC	Regional Resource & Training Centre	地域資源・訓練センター
RGC	Regional Geriatric Centres	地域老年医学センター
EPF	Employee Provident Fund	従業員退職準備基金制度
EPS	Employees' Pension Scheme	従業員年金制度
EDLI	Employees Deposit Linked Insurance Scheme	預託保険制度
NPS	National Pension System	国家年金制度
APY	Atal Pension Yojana	保証年金制度
NSDC	National Skill Development Corporation	全国技能開発公社
GNM	General Nursing and Midwifery	臨床専門看護師
BSc	Bachelor of Science in Nursing	看護学学士
MSc	Master of Science in Nursing	看護学修士
GDA	General Duty Assistant	看護助手
NISD	The National Institute of Social Defense	国立社会防衛研究所
GCC	Gulf Cooperation Council	湾岸協力会議加盟国地域

1.5.1. 介護及び介護人材関連の法制度、マーケット等に関する調査

1.5.1.1. 高齢者の状況

インドでは高齢者は60歳以上と定義される¹¹⁴。国連人口基金の報告書によると、60歳以上人口の割合は、2015年時点で8%であり、今後数十年間で高齢者割合は加速し、2050年には19%（約2.4億人）に達することが予測されている¹¹⁵。高齢者は主に子がみるものという考え方が根強いことから、高齢者の置かれる状況は家族の影響を大きく受ける。地域毎の人口比率をみると、インド南部の地域で高齢化の進行が速い（図1-5-1）。

また、インドにおける高齢者の特徴として、農村部に居住する人口が多い点が挙げられる。2011年の国勢調査¹¹⁶では、高齢者の約71%は農村部に住んでいる。国連人口基金の報告書¹¹⁷によると、近年、子世代の都市部や海外への労働移住が盛んであるため、農村部に高齢者が取り残され、1人暮らしまたは高齢者のみ世帯数は増加傾向にある。それにより、高齢者の社会的孤立や貧困が大きな課題となっており、特に、医療機関や介護施設等の資源が乏しい農村部に住む高齢者の支援の必要度は大きいとされる。また、国連人口基金の同報告書では、女性が男性より長寿化する傾向にある状況も踏まえ、高齢女性に対する政策の必要性にも言及している。女性は、多方面で社会的・経済的に不利を被る可能性が高く、その影響は高齢になり配偶者を失うことでさらに深刻化する恐れがある。

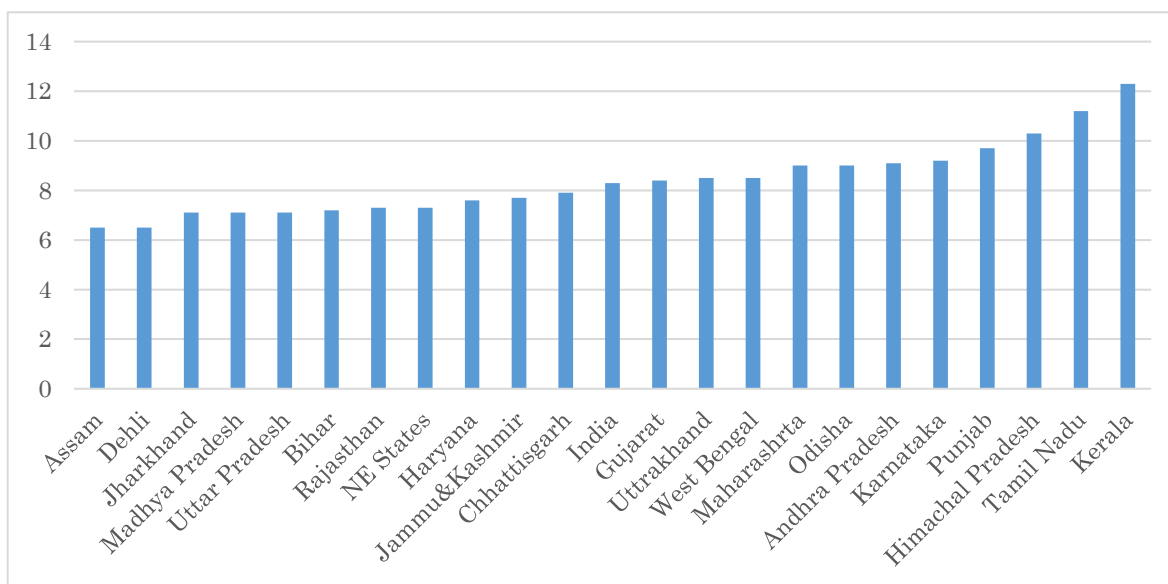


図1-5-1 インドにおける州別60歳以上人口割合(%) (2011)

(出所) 国連人口基金「India Ageing Report 2017」より調査団作成

¹¹⁴ 太田 仁志著 アジア経済研究所「新興諸国における高齢者の社会保障システム調査研究報告書 第5章 インドの高齢者と生活保障システム -政府の取り組みと公的年金を中心に-」(2009)

¹¹⁵ 国連人口基金「India Ageing Report」(2017) (<https://india.unfpa.org/sites/default/files/publication/India%20Ageing%20Report%20-%202017%20-%2028Final%20Version%29.pdf>) 2023年2月20日アクセス)

¹¹⁶ インド国データリソース (<https://censusindia.gov.in/census.website/>) 2023年2月20日アクセス

¹¹⁷ 国連人口基金「India Ageing Report」(2017) 脚注2参照

インドでは、2022年時点で在宅高齢者に向けた介護サービスは制度化されていない。州政府により高齢者向けの入居施設は設置が進められているものの、高齢者の介護は家族が担うことが期待されており、対象者は単身の高齢者や貧困等の事情により家族が面倒を見れない場合に限られる。高齢者自身も住み慣れた自宅や地域で暮らすことを好むため、ほとんどの高齢者は自宅で暮らす傾向にある。閉鎖的になりがちな家庭内では、家族による虐待やネグレクトも度々問題視されている¹¹⁸。

1.5.1.2. 関連法・政策

インドでは、かつてより高齢者は家族がみるものとする考え方が根強く、高齢者のケアは家庭の中で実施されることが期待されてきた。国の政策として高齢者が議論に上がったのは1980年代以降であり、高齢者政策が策定されたのは1999年である。この時打ち出された「全国高齢者政策 (National Policy for Older Persons : NPOP)」では、高齢者の生活の質改善を図ることを目的に、経済面や栄養、医療、住まい、また虐待や搾取の回避を含む支援に関する政府としての高齢者対策の基本指針が示されている。また、高齢者自身による老後の備えの自覚を促すとともに、家族による高齢者のケア促進やそれを補完する役目としてボランティア団体やNGOの活動サポートに対する政策が打ち出された¹¹⁹。2000年以降も高齢者の扶養は家族が担うべきとする風潮は変わらず、2007年には「親および高齢者の扶養と福祉法(Maintenance and Welfare of Parents and Senior Citizens : MWP)」により高齢者支援の法的枠組みが策定され、子どもや親族による親や高齢者の扶養を義務付けるなど、家族による高齢者ケアの責任が強調されている。

NPOP や MWP で規定された公約を具体化した高齢者保健福祉計画(National Programme for Health Care of the Elderly : NPHCE)では、州政府主導のもと、高齢者に適切な医療ケアを提供することを目指し、1次～3次レベルの医療施設で高齢者ケアを提供するための病棟や医療設備、訪問診療や予防医学、医療連携の促進などが図られた。また、適切な医療ケア提供を実現するための人材開発にも着目し、全国8カ所に設置された地域老年医学センター (Regional Geriatric Centre :RGC) への老年医学部の設置や、看護師を含む医療従事者育成カリキュラムに老年医学を追加する等の対策が取られている。2021年時点でもこの計画は継続実行されており、2020年には新たに高齢者福祉全国行動計画 (National Action Plan for Welfare of Senior Citizens : NAPSrC)が策定され、高齢者の well-being(ウェルビーイング)向上を目的とする実施目標が立てられている (表 1-5-1)。

主に高齢者施策を取りまとめる社会正義・エンパワーメント省(Ministry of Social Justice and Empowerment : MOSJE)は、不利な立場にある国民、例えば指定カースト (Scheduled Tribes : SC)、後進階層 (Other Backward Classes : OBC)、障がい者、高齢者、トランスジェンダー、麻薬使用者や物乞いで生計を立てる人々の福祉と社会正義、エンパワーメントを図ることを目的

¹¹⁸ 国連人口基金「India Ageing Report」(2017) 詳細は脚注2を参照

¹¹⁹ 太田 仁志著 アジア経済研究所「新興諸国における高齢者の社会保障システム調査研究報告書 第5章 インドの高齢者と生活保障システム -政府の取り組みと公的年金を中心に-」(2009)

としている。その中で各グループの優先順位を示しているが、高齢者は SC や OBC よりも低い位置にきており、高齢者対応が後手に回っている実態が窺える。

表 1-5-1 高齢者福祉に関する法・政策

名称	内容等
全国高齢者政策(1999) National Policy for Older Persons (NPOP)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 社会正義・エンパワーメント省策定 ・ 高齢者の生活の質改善を図るため、経済面や生活面の支援に関する政府としての高齢者対策の基本指針を示した。19 の政府省庁が実施機関として構成され、中でも 4 つの省庁が高齢者サービスの重要な役割を担う -社会正義・エンパワーメント省(Ministry of Social Justice and Empowerment) : 省庁間調整と高齢者の生活の質向上に向けた IPOP の実施責任を負う -保健家族福祉省(Ministry of Health and Family Welfare) : 高齢者向けの 1 次～3 次医療サービスを整備し高齢者保健福祉計画の実施責任を負う -農村開発省(Ministry of Rural Development) 全国社会扶助プログラムを運営し、貧困線以下世帯に老齢年金と家族手当を支給する -パンジャーヤティラージ省 (Ministry of Panchayati Raj)¹²⁰ : 農村部の高齢者支援のための実施責任を持つ
高齢者総合計画(1992 施行、2008, 2015 改定) Integrated Programme for Older Persons (IPOP)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 社会正義・エンパワーメント省策定 ・ 高齢者の生活の質向上を目指し、高齢者施設、移動診療、デイケア等を提供する計画。各地区に少なくとも 150 人分の老人ホームを提供する計画が記されている。他、地方公共団体、NGO、教育機関、慈善病院/老人ホーム等に対する資金援助や、コミュニティの能力開発を目指し、8 つの地域資源・訓練センター (Regional Resource & Training Centre :RRTC) (介護者の訓練、高齢者と介護者のセルフケア、予防医療等を実施する NGO) に対する支援を実施する計画
親および高齢者の扶養と福祉法(2007)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 社会正義・エンパワーメント省制定

¹²⁰ 州レベルより下位の地方制度のうち、農村部自治体 (パンチャーヤト) に関する事項を所管しており、2004 年に設置された

<p>Maintenance and Welfare of Parents and Senior Citizens 2007 (MWP)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 高齢者支援の法的枠組みを策定。子供や親族による親や高齢者の養育を義務付け、親族が高齢者を放置した場合、財産譲渡を取り消すことを法的に認めた。他にも、高齢者の遺棄に対する罰則規定、困窮する高齢者のための老人ホームの設立、高齢者のための十分な医療施設とセキュリティに関する規定を設けている。法の実施は州政府に委ねられており、実態には州毎にばらつきが見られる
<p>高齢者保健福祉計画(2010-) National Programme for Health Care of the Elderly (NPHCE)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 保健家族福祉省が 2010-2011 年にかけて策定 ・ 国連障害者権利条約や NPOP、MWP で規定された公約を具体化したもの ・ 高齢者に適切な医療・ケアの提供を提供するために、医療機関等の地域資源や省庁・自治体と連携を目指し、1次～3次医療システムを通じた高齢者への医療提供と人材育成等が全国規模で実施されている ・ 2020 年時点での成果は以下の通り <ul style="list-style-type: none"> ・ 1次、2次老年医療サービスの拡充計画は医療第11次計画(2007-2012)で100地区、第12次計画(2012-17)で421地区、2020年に713地区全てでサービスが認可された ・ 3次医療サービスは2016年に”Rashtriya Varisth Jan Swasthya Yojana”と名称が変更され、18州19の医科大学にRGCが設置されている
<p>高齢者福祉全国行動計画 (2020-) National Action Plan for Welfare of Senior Citizens (NAPSrC)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 社会正義・エンパワーメント省策定 ・ 高齢者の well-being(ウェルビーイング)向上を目的にインド政府のビジョンや行動計画をまとめ、10項目の開発目標を掲げている(経済保障、健康と栄養、住居等)。また、スタートアップ企業等による高齢者産業の活性化促進も方針に示された ・ 本計画では、各州に対し行動計画(5か年計画および年次計画)の策定を求め、高齢者福祉に係る省庁や州政府・自治体、関連機関等による実行と連携促進を求めている

(出所) 以下参照先を基に調査団作成

国連人口基金「India Ageing Report」(2017) (脚注2参照)

インド保健・家族福祉省ホームページ”Detailed Breif of NPHCE”

(<https://main.mohfw.gov.in/sites/default/files/Detailed%20Breif%20of%20NPHCE.pdf>) 2023年2月20日アクセス

1.5.1.3. 介護制度・社会保障制度

高齢者を対象とした社会保障制度は以下の通りである。

(1) 医療保険

インドにおける医療保険制度は国民皆保険ではなく、医療保険加入者は全国民に対し加入率が20%以下と低い。憲法では全ての国民への医療を保証し公的医療機関での無料診療が可能であるものの、外来の約80%、入院の約60%は民間医療機関が利用されており¹²¹、医療費の大半は自己負担により賄われている。2018年には国民が質の高い医療サービスにアクセスできることを目的としたアユシュマン・バラット（長寿化インド）計画が発表され、全国民への医療保険加入が目指されている。インド行政委員会（National Institution for Transforming India Aayog）は、アユシュマン・バラットの進展により何らかの医療保護を受けられる割合はインド全国民の7割に達しているとの見方を示す一方で、4億人を超える残る3割の層に対する対策として、公的保険の対象外である中間層への医療保険加入への機運醸成や高所得者向け商品が中心である民間保険会社への対象者拡大等の必要性を提言している¹²²。

(2) 介護保険

インドでは、現時点で介護保険制度は設けられていない。

(3) 年金、公的扶助

高齢者に関連する社会保障制度として、年金制度と公的扶助制度がある。各制度の概要を下表に示す（表1-5-2、1-5-3）。インドでは、憲法第41条にて、州政府に対し、失業や老齢、疾病等による困窮に対する公的扶助を受ける権利を確保するための対策を講じることを義務付けている。中央政府は、1995年に国家社会扶助プログラムを導入し、2000年には老齢年金を受給していない貧困の高齢者向けのスキームを新たに設けた¹²³。

なお、インドでは、社会保障は中央政府・州政府の共通管轄事項として州が独自に施策や取組みを展開することが可能であることから、実際の実施状況や充実度は地域差も大きい。中でも、インド南部に位置するケーララ州は社会保障の取組みが他州と比較して突出して充実しているとされる¹²⁴。

表 1-5-2 公的年金制度

¹²¹ 内閣官房「アジア健康構想」実現に向けた介護等ヘルスケア産業のアジア国際展開等に関する調査報告書（2019）

¹²² 厚生労働省「2021年海外情勢報告」（<https://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kaigai/22/>）2023年2月20日アクセス

¹²³ 厚生労働省「2019年海外情勢報告」（<https://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kaigai/20/>）2023年2月20日アクセス

¹²⁴ 太田 仁志著 アジア経済研究所「新興諸国における高齢者の社会保障システム調査研究報告書 第5章 インドの高齢者と生活保障システム -政府の取り組みと公的年金を中心に-」（2009）

従業員退職準備基金制度 (Employee Provident Fund : EPF) 従業員年金制度 (Employees' Pension Scheme : EPS) 預託保険制度 (Employees Deposit Linked Insurance Scheme : EDLI)	(対象)特定の産業に属する 20 人以上の労働者を有する事業者で、賃金月 15,000RPs 未満の従業員は強制加入、それ以上の従業員は任意加入 (拠出)労働者は賃金(基本給+各種手当)の 12% (給付)EPF は 55 歳、EPS は 58 歳から引き出しが可能。EDLI は被保険者の死亡により家族への一時金が支払われる。EPF は一時金、EPS は月払いの年金が給付
国家年金制度 (National Pension System: NPS)	(対象)労働者向けの任意加入(公共部門は強制加入 ¹²⁵)。確定拠出型の個人口座で管理される (拠出)公務員の場合、1 階部分は労働者は賃金+各種手当の 10%を拠出。公務員以外は全額自己負担。1 回あたり最低拠出額は 500RPs ¹²⁶ (年間最低拠出額は 1000RPs)。2 階部分の開設時最低拠出額は 1000RPs (給付)1 階部分は 60 歳で一時金として引き出す。2 階部分は任意に引き出しが可能
保証年金制度(Atal Pension Yojana: APY)	(対象)労働者向け。2015 年より導入。18 歳から 40 歳で銀行口座を持っている者が任意加入可能 (給付)20 年以上の加入で 60 歳以降に月額 1000~5000RPs のいずれかで被保険者が決めた金額が給付される
非組織労働者向け年金制度(PM-SYM)	(対象)EPF 等に参加していない非組織労働者向け ¹²⁷ 、2019 年より導入 (拠出)年齢により異なる。本人負担額は 18 歳加入は月 55RPs ~、40 歳加入は月 200RPs ~ (給付)20 年以上の加入で月額 3000RPs が給付される

(出所)厚生労働省「海外情勢報告 2019」、「海外情勢報告 2016 (https://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kaigai/17/)」より調査団作成

表 1-5-3 公的扶助制度

インディラ・ガンディ 国家老齢年金スキーム	<ul style="list-style-type: none"> ・ 貧困ライン¹²⁸以下の世帯の 60 歳以上の高齢者 ・ 月額 200RPs、80 歳以上は 500RPs
--------------------------	--

¹²⁵ 公共部門以外で 18 歳以上 65 歳未満のインド国民は任意加入可能。1 階部分の口座開設者は 2 階部分の開設が可能となる

¹²⁶ 年間の拠出回数は任意だが最低 1 回は必須となる

¹²⁷ 18 歳から 40 歳の者で EPF などに参加していない非組織部門に属し、月収入が 15,000RPs 以下かつ所得税が非課税の者が任意加入できる

¹²⁸ インド政府が定める貧困ラインは、1 か月の 1 人あたり消費支出に基づき、各州の物価指数を反映の上、算出される。2014 年時点では、Rangrajan 委員会により、月当たりの消費支出が農村部は 972RPs、都市部は 1407RPs と定義されている (インド農村開発省” POVERTY MEASUREMENT IN INDIA: A STATUS UPDATE” Working Paper No. 1/2020(https://rural.nic.in/sites/default/files/WorkingPaper_Poverty_DoRD_Sept_2020.pdf)2023 年 2 月 20 日アクセス)

	<ul style="list-style-type: none"> ・ 受給者数は 2496 万人 (2019)
インディラ・ガンディ 国家寡婦年金スキーム	<ul style="list-style-type: none"> ・ 貧困ライン以下の世帯の 40 歳以上の寡婦 ・ 月額 300RPs、80 歳以上は月額 500 RPs ・ 受給者数は 699 万人 (2019)
インディラ・ガンディ 国家障害年金スキーム	<ul style="list-style-type: none"> ・ 貧困ライン以下の世帯の 18 歳～79 歳までの重度または複数の障害保持者 ・ 月額 300RPs、80 歳以上は月額 500 RPs ・ 受給者数は 2 万 9 千人 (2019)
アナブルナ・スキーム	<ul style="list-style-type: none"> ・ インディラ・ガンディ国家老齢年金スキーム受給資格を満たしながら受給していない 60 歳以上の高齢者 ・ 毎月 10Kg の穀物(米・小麦)が無償支給

(出所) 厚生労働省「海外情勢報告 2019」より調査団作成

1.5.1.4. 介護人材に関する資格及び養成機関

(1) 介護人材に関する公的制度

主要なケアギバーは家族であり、その他の職種としては、医療ケアの延長線上としての看護師、介護士（ケアギバー）、あるいは家政婦が主である。職業としての介護士は一般的ではなく、日本の介護福祉士のような国家資格は制定されていない。ただし、近年、介護を担う人材育成の仕組みが保健家族福祉省の下で開始され、海外就労や地域ケア人材を想定した職業訓練としての介護教育プログラムが複数存在する。以下リストは、技能開発・起業省による国家技能資格枠組み(NSQF)で定められた基準に従い策定された教育プログラムである(表 1-5-4)。各プログラムともに実施機関は様々であり、海外就労を想定し欧米諸国や日本の介護士要件も参考に策定されたカリキュラムも存在するが、統一性は図られていない。本調査団が訪問した介護事業所 6 社のうち、こうしたプログラムにより認証を受けた人材を積極的に採用していた事業所は 1 か所のみでありインド国内でもあまり一般的ではない。

表 1-5-4 職業訓練プログラム例

Domestic Workers-Elderly Caretaker (Non-Clinical)	<p>(認定・認証機関/実施機関) Domestic Workers Sector Skill Council</p> <p>(概要) 技能開発・起業省と全国技能開発公社 (National Skill Development Corporation : NSDC¹²⁹) の下で ILO と労働雇用省の支援で設立。家庭内労働のスキル向上と認証を目的としたプログラムの一貫として高齢者ケアに特化したコース。高齢者の日常的なケア（歩行介助、食事介助、整容、排泄等）と調理等の家事全般を学ぶ</p> <p>(対象) 基礎的な読み書きと計算能力が可能な者</p>
---	---

¹²⁹ 職業訓練と技能開発の促進を目的に設立された非営利組織であり技能実習制度におけるインドの送出し政府窓口も担う

Geriatric Care Aide	<p>(認定機関/実施機関)National Accreditation Board for Hospitals and Healthcare(NABH) または National Accreditation Board for Certification Bodies (NABCB) の認定病院、National Board of Examination (NBE)の加盟病院 (認証機関)Indira Gandhi National Open University (概要)主に家庭や老人ホームとリハビリ施設や病院での高齢患者へのサポートや医療従事者の支援をおこなう。 学習期間は1000時間(360時間の実習と475時間のインターンシップを含む) (対象)18歳以上の中等教育修了者¹³⁰</p>
Geriatric Care Assistants	<p>(認定機関/実施機関)National Skill Development Corporation(NSDC)と Healthcare Sector Skill Council (認証機関)Healthcare Sector Skill Council (概要)一般家庭や病院、老人ホーム等への就労を想定。医師や看護師等の医療従事者との連携・監督のもとに高齢者ケアを担う。学習時間は最低700時間(360時間の実習と175時間のインターンを含む) (対象) 上級中等教育修了者と看護助産師補助者 (Auxiliary Nursing Midwifery,ANM)の資格保持者、あるいは、Home Health Aide か General Duty Assistant の認証資格を持ち1~2年の実務経験を有する者</p>

(出所) National Qualifications Register “Qualifications Listing” (<https://www.nqr.gov.in/>) (2022年8月30日アクセス)を基に調査団作成

(2) 看護人材

インドの看護師制度には、4種が存在している。看護師資格の概要を下表にまとめた(表1-5-5)。インドでは、正看護師として登録をすると看護師としての就労が可能となる。正看護師の登録は、臨床専門看護師(General Nursing and Midwifery: GNM)と看護学学士(Bachelor of Science in Nursing: BSc)、看護学修士(Master of Science in Nursing: MSc)の3種が対象である。看護助産師補助者(Auxiliary Nursing Midwifery: ANM)は助手であり、看護師の補助者として就労する。看護師が介護士の仕事を担うこともあるが、介護の仕事はより社会的地位の低い業務として認識されるため、介護従事を厭う看護師も多い¹³¹。

表 1-5-5 インドにおける看護資格

¹³⁰ インドにおける教育は中央政府と州政府が共同で実施しており、就学年数などは州により異なる。基本的には、5年(初等学校)・3年(上級初等学校)・2年(中等学校)・2年(上級中等学校)で構成される、このうち、義務教育は8年間である。

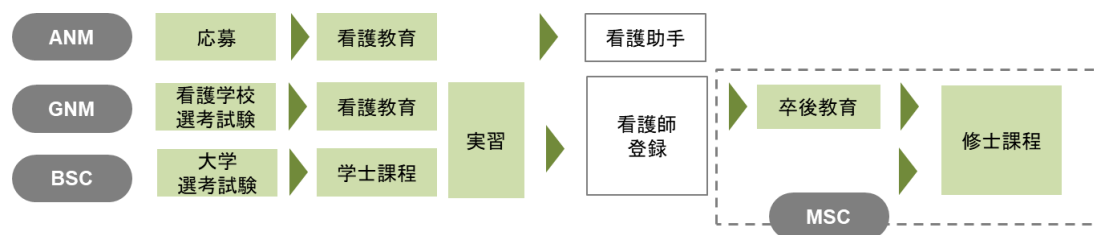
参照: 文部科学省資料「国別分科会資料 インド」(2016) (https://www.eduport.mext.go.jp/epsite/wp-content/uploads/2021/03/subcommittee-2016_india.pdf) 2023年2月20日アクセス

¹³¹ 本調査団ヒアリングによる

タイトル	教育 期間	概要
正看護師 1) 看護学修士 M. Sc. Nursing(Master of Science in Nursing)	2年	(入学要件) ・州の看護登録評議会にて看護師/助産師として登録 されていること ・BScを取得しよい成績を収めていること ・BSc取得後、最低1年の実務経験があること (資格・進路) ・正看護師(Registered Nurse) ・公的・民間セクターの教育職等 (その他) ・老年看護は看護学の一部として学ぶ(全州共通)
2) 看護学学士 B. Sc. Nursing (Bachelor of Science in Nursing)	4年	(入学要件) ・17歳以上 ・上級中等教育を良好な成績で修了していること (資格・進路) ・正看護師(Registered Nurse) ・民間セクターの医療機関等(海外移住する傾向が大 きい) (その他) 老年看護は看護学の一部として学ぶ(全州共通)
臨床専門看護師 GNM(General Nursing and Midwifery)	3年	(入学要件) ・17歳以上35歳以下またはANMの資格取得者 ・上級中等教育やANMを良好な成績で修了している こと (資格・進路) ・正看護師(Registered Nurse) ・公的セクターの医療機関等 (その他) 老年看護は看護学の一部として学ぶ(全州共通)
看護助産師補助者 ANM(Auxiliary Nursing Midwifery)	2年	(入学要件) ・17歳以上35歳以下 ・上級中等教育修了者こと (資格) ・看護助手

(出所) Indian Nursing Council ホームページ (<https://indiannursingcouncil.org/>) (2022年8月30日アクセス)
 を基に調査団作成

図 1-5-2 インドにおける看護師関連資格取得までの流れ



(出所) Indian Nursing Council ホームページ (<https://indiannursingcouncil.org/>) (2022年8月30日アクセス) を基に調査団作成

この他に、看護助手的な職種として、General Duty Assistant (GDA)¹³²と呼ばれる患者の世話を担うポジションがある。GDAは、3カ月間の職業訓練基礎コース受講により認定資格が得られ、介護施設や病院で看護助手として就労する。GDAになる人材は、主に貧困層が中心と言われる。インド南部に位置する日系病院においても、GDAのポジションの必要性は高く認識され調査時点で120名が働いており、今後さらに増員する計画にある。ANMも同様に看護補助としての立場である一方、患者の世話役というより准看護師的立場にあるため、院内での介護的業務は避ける傾向にあるとしている¹³³。

(3) 介護人材に関する民間資格

在宅医療や在宅介護サービスを展開する事業者を中心に、独自にケアギバーを募集し研修を行う事例が複数みられる。こうした事業者は都市部に集中しており、事業者側が「採用には一切困らない」とするほど応募数は非常に多い¹³⁴。ただし、こうした事業所は、何かしらの認定資格を授与しているわけではなく、各社が独自に策定した研修計画を基に数日間程度のトレーニングとOJTによる教育を実施しているに過ぎない。また、各家庭での高齢者ケアや、在宅介護、あるいは介護事業所への就労を想定した高齢者介護に関するオンライン講座等を開校するケースもみられるほか、HelpAge India等のNGOがボランティア活動の一環として地域コミュニティで住民に高齢者ケアの短期トレーニングを実施していた。こうした民間のトレーニングの受講者は、英語が話せず学歴も低い貧困層が大半を占める¹³³。

(4) 介護人材に関する養成機関の概況

前述のとおり、職業訓練の一環とした公的機関によるケアギバー育成プログラムはいくつか存在する。また、MOSJEの施策実行のための研究や教育を行い、政府に対する助言を行う国

¹³² National Skill Development Corporation (NSDC) “General Duty Assistant” (<https://www.nsdcindia.org/general-duty-assistant>)2022年8月13日アクセス

¹³³ 日系医療機関への調査団ヒアリングによる

¹³⁴ 在宅医療・介護事業者への調査団ヒアリングによる

立社会防衛研究所(The National Institute of Social Defense : NISD)が高齢者ケアに係る各種研修を実施している。トレーニングコースを以下に示す (表 1-5-5)。

表 1-5-5 NISD が実施する高齢者ケア研修

統合老年介護の 1 年ディプロマコース	(対象)大卒者 (目的)老年医療の第一線で活躍する熟練・訓練された人材育成、高齢者ケアに要する適性とスキルの向上等を目指す (カリキュラム)老年学、公共政策、心理学、マネジメント論等。進路先は政府機関や民間企業、医療機関、教育機関等を想定
介護アシスタントのための 3 カ月の基礎コース	(対象) 中等教育修了者 の基礎教育修了者 (目的)ベッド介助、緩和ケア等 (カリキュラム)高齢者ヘルスケアや基礎的ケアの手法。介護施設での短期実習を含む
老年介護の基礎的な 1 か月コース	(対象)NGO 等の高齢者ケアサービス提供事業者 (目的)高齢者介護の知識向上と介護施設でのカウンセリングやマネジメントスキルの向上等 (カリキュラム)社会・人口動態、公共政策、高齢者ケア、カウンセリング、マネジメント。介護施設での実習や病院への短期派遣を含む
老年カウンセリングや認知症ケア等のテーマ別の短期コース	(対象)NGO 等のサービス提供事業者 (目的)事業推進者の基本的スキル向上 (カリキュラム)高齢者ケアにおけるカウンセリングのアプローチ手法、認知症、ボランティアへの指導・教育等。トピック毎に座学と実技実習を含む

(出所)NISD ホームページ (<http://www.nisd.gov.in/>) 2022 年 8 月 30 日アクセス) より調査団作成

また、看護師の養成機関数は、近年の看護師の人気の高まりと国内の看護師不足を背景に MSc、BSc、GNM、ANM とともに近年大幅な増加傾向にあり、2004 年には 1,119 校であったのが 2019 年には 7,653 校とおおよそ 7 倍に増えた¹³⁵ (図 1-5-3)。インドでは、「血を扱う仕事」が低カーストの仕事とされてきたため看護師の社会的地位は低く、歴史的にカーストの影響を受けないキリスト教徒が従事してきたものの、近年では、インド国内での看護師の社会的地位も向上しつつあり、より高い収入が期待される海外就労機会の増加によりイスラム教徒やヒンドゥー教徒の看護師も増加している。一方、海外への人材流出を背景としたインド国内の看護師不足が近年大きな問題となっている。タミルナド州を対象とした調査¹³⁶によると、民間医療機関に勤務する看護師のうち 7 割に海外移住意向がある。その背景には民間医療機関では就労上の処遇条件が低いことにあり、公的医療機関の給与は初任給が約 6 万 5 千 RPs であるのに

¹³⁵ Indian Nursing Council ホームページ (<https://indiannursingcouncil.org/>) (2022 年 8 月 30 日アクセス)

¹³⁶ アジア経済研究所「看護師の国際労働移動—フィリピンとインドの比較」調査研究報告書(2018)

対し、民間医療機関は約1万5千～2万 RPs と3、4倍の開きがある。そのため、キャリアパスとしては公的医療機関を目指すか、民間医療機関での経験を積んだのちにより高い賃金が期待できる海外渡航するのが一般的である¹³⁷。

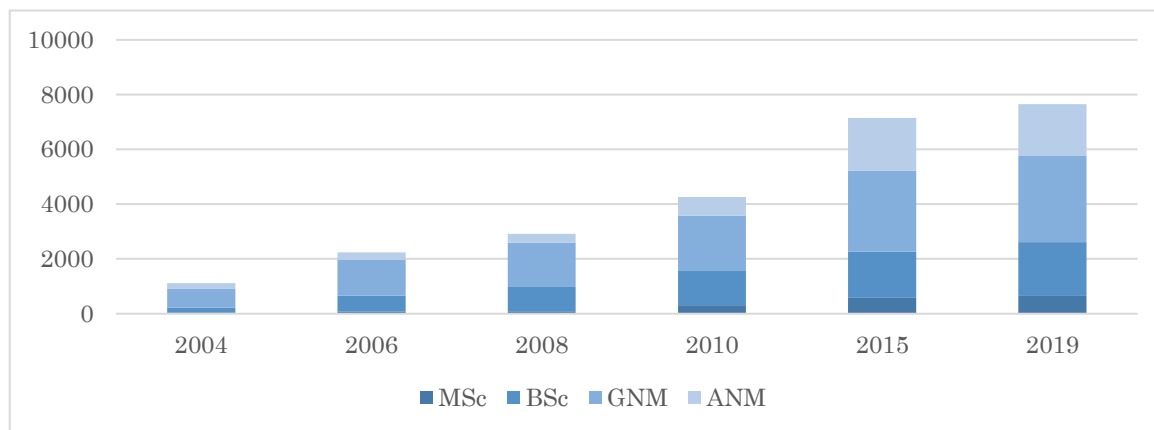


図 1-5-3 インド国内の看護学校数

(出所) Indian Nursing Council ホームページ (<https://indiannursingcouncil.org/>) (2022年8月30日アクセス) を基に調査団作成

1.5.1.5. 介護サービス等に関する法制度・概況

(1) 介護サービス等に関する法制度

インドにおける施設、在宅ケア、デイケア等の介護サービスは、公的・民間ともに提供されている。各市場規模ともに拡大傾向にある一方でサービス提供内容や施設設立に対する規制や基準は設けられておらず、各種ガイドライン等の策定が進められている段階にある。

高齢者施設に関しては、2007年に制定された「親および高齢者の扶養と福祉法」の中で、困窮する高齢者150人収容が可能な施設を各地区に設立することとする目標が明記された。実施は義務ではなく、州政府に委ねられている。2008年にIPOPが改定されたのを機に高齢者施設の設立が相次いだが、各施設の受入れ能力や住居の種類、スタッフの配置状況や財源・スキル等に大きなばらつきがみられことから、MOSJEの常任委員会は、高齢者施設の標準化を目指してガイドラインの作成を提言し、2014年に各州政府に対し勧告を出している¹³⁸。2022年の調査時点で国として明確に基準や規制は設けられておらず、実施は各州に委ねられているものの、実行しているのは2016年に高齢者施設の基準を定めたガイドラインを発行したタミルナド州など一部の州に限られる¹³⁹。また、住宅都市省(Ministry of Housing and Urban Affairs :

¹³⁷ 看護学校への本調査団ヒアリング

¹³⁸ インド法務省” The Maintenance and Welfare of Parents and Senior Citizens Act, 2007” (https://www.indiacode.nic.in/handle/123456789/2033?sam_handle=123456789/1362#:~:text=India%20Code%3A%20Maintenance%20and%20Welfare,and%20Senior%20Citizens%20Act%2C%202007&text=Long%20Title%3A,connected%20therewith%20or%20incidental%20thereto.) 2023年2月20日アクセス

¹³⁹ 調査団ヒアリングによる

MOHUA)は、リタイアメントホームの需要が向上している状況を踏まえ、「Development and Regulation of Retirement Homes」のモデルガイドラインを策定した。ここでは、設置すべき設備や部屋面積、バリアフリー機能等のハード面にかかることを中心に、不動産契約上のトラブル回避や高齢者が生活する上での安全面の確保に関する事項が記されている¹⁴⁰。さらに、Association of Senior Living India (ASLI) では、民間団体として高齢者ケアに対するガイドライン案を策定しロビー活動を展開している。ガイドラインは、介護事業者の組織要件や職種別配置人数等の人材要件と育成、安全面、設備、ケアマネジメント、利用者の人権等が含まれる¹⁴¹。

なお、本調査団のヒアリングでは、高齢者市場の拡大に対し、国が企業への積極的な高齢者事業への参入を促すとともに、規制の必要性を加味し、「親および高齢者の扶養と福祉法」の見直しを図る動きも見られ、新たな法律が議会で検討されているようである¹⁴²。

(2) 介護サービスの概況

インドでは高齢者の施設への入所は一般的ではなく、公共機関や NGO 等が提供する高齢者向けの施設は貧困層や身寄りがいない人を対象としている。近年では、所得水準の向上や高齢化や子世代の海外移住が増えていることを背景に介護サービスの利用や施設のニーズは増加傾向にある。特に都市部では在宅医療や介護専門事業者が増えており、政府も高齢者ビジネスのスタートアップを支援する等、インドにおける介護サービス市場は年々増加傾向にある。2017年時点の市場内訳¹⁴³は、在宅ケアが180.6億US\$と最も大きく、次いで施設ケアが77.2億US\$、デイケアが24.9億US\$である(図1-3-2)。特に、インドでは病院での入院時にかかる費用が非常に高額になりやすく患者側は早期退院を希望する傾向にあるため、在宅ケアのニーズは高く、高齢者人口の増加とともに在宅ケアを始めとする介護サービス市場は今後も拡大していくことが予想されている¹⁴⁴。ただし、介護保険が整備されていないためサービス料は全て自費であることから、利用は一部の高所得層に限られているのが実態である。

¹⁴⁰ Ministry of Housing and Urban Affairs, “Model Guidelines for Development and Regulation of Retirement Homes” (2019) (<https://mohua.gov.in/upload/uploadfiles/files/Retirement%20Model%20Guidelines%20Book.pdf>) 2023年8月30日アクセス

¹⁴¹ 調査団ヒアリングによる

¹⁴² 介護事業者に対するヒアリングによる

¹⁴³ 経済産業省「医療国際展開カントリーレポートインド編」(2021) (https://www.meti.go.jp/policy/mono_info_service/healthcare/iryuu/downloadfiles/pdf/countryreport_India.pdf) 2022年8月30日アクセス

¹⁴⁴ 調査団ヒアリングによる

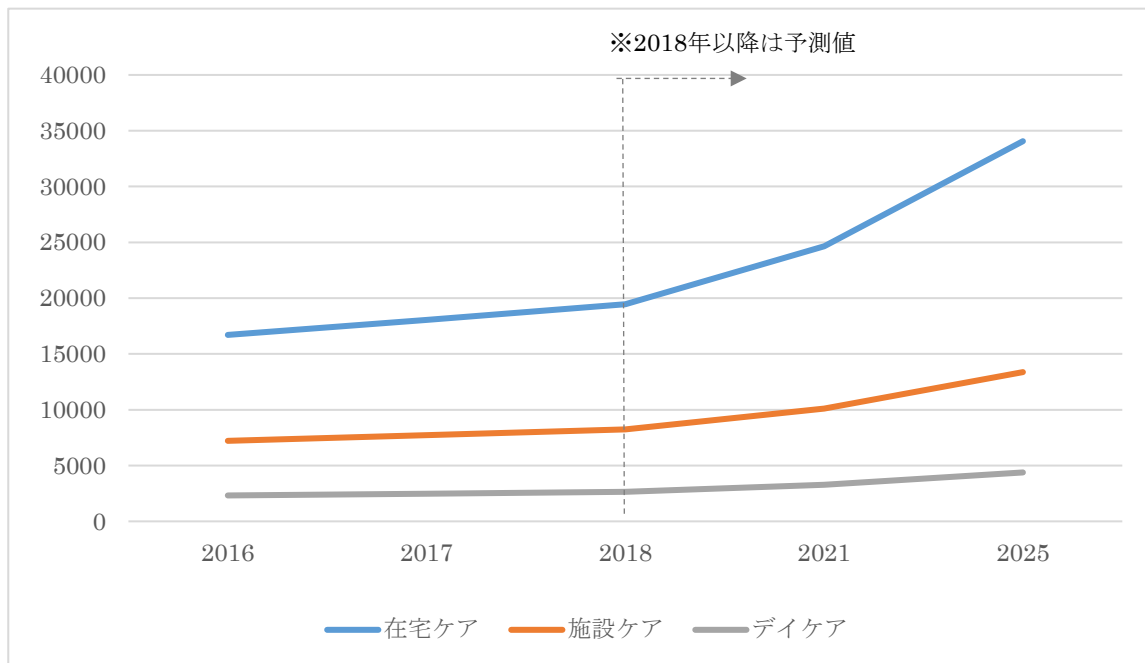


図 1-5-4 介護サービス市場規模(百万 US\$)

(出所) 経済産業省「医療国際展開カントリーレポートインド編」(2021)より調査団作成
https://www.meti.go.jp/policy/mono_info_service/healthcare/iryuu/downloadfiles/pdf/countryreport_India.pdf 2022 年 8 月 30 日アクセス

また、上図から、施設ケアの市場規模は在宅ケア市場規模の約半数に満たないことが分かる。法や政策にも反映されるように高齢者のケアには家族が重視される傾向はなお強く、高齢者自身も介護が必要となっても自宅に住み続ける意向が強い実態が窺える。それでも近年は、欧米型のリタイアメントホームや日本のサービス付き高齢者向け住宅に近い施設の設立が増えてきており、特に富裕層を中心に施設介護に対する認識は少しずつ変化がみられる。この先高齢化が加速し、施設介護ニーズも増加することが予測されるが、施設や介護サービスに対する規制や基準の整備が不十分であるために、利用者側が不正行為や搾取、虐待等の不利益を受ける可能性も危惧されており、早期の法整備や規制強化、また法整備やガイドライン策定における日本のノウハウ提供や協力に対する要望の声も聞かれている¹⁴⁵。

本調査で訪問した高齢者ケアサービス施設の概要を下表に記す(表 1-5-6)。インドの民間事業者が提供する入居型施設では、顧客がアパートの1室を購入したうえで、必要な医療・介護サービスを提供する形式が多い。いずれの施設も、ケアギバー等スタッフの確保には苦慮していない一方で顧客獲得には苦戦している。介護サービスは保険適用にならないため利用者側は

¹⁴⁵ 事業者や教育機関等に対する調査団ヒアリングによる

全て自費でサービスを受けるほかなく、潜在的なニーズはあっても継続的なサービス利用や新規の利用者獲得に課題を感じている事業者が多くみられた¹⁴⁶。

表 1-5-6 訪問先高齢者施設の概要

Vardaan Senior Citizen Centre (デリー)	
設立経緯・事業概要	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症や麻痺症状を有す患者をケアする中規模介護施設であり医療ケアも施す ・医療機関に併設。24時間/365日体制での医療ケア提供も可能 ・3カ月程度のLong-termケア、1か月程度のリハビリを中心としたShort-termケア、一時的に預かるUltra-Short-termケアがある
サービス利用経路例	<ul style="list-style-type: none"> ・家族が海外に住んでいる、共働きでケアができない患者が多い
主なスタッフ構成	<ul style="list-style-type: none"> ・看護師、ケアギバー
ケアギバーの採用	<ul style="list-style-type: none"> ・採用には困らないほどの応募がある ・近所に住む専業主婦等を採用。識字可能であれば学歴は問わない
ケアギバーの育成	<ul style="list-style-type: none"> ・OJTで育成
ケアギバーの給与	<ul style="list-style-type: none"> ・契約社員として採用し、20,000-35,000RPs/月 ※看護師免許保持者 70,000-80,000RPs/月
技能実習生等日本就労経験者の活用可能性	<p>日本で経験を積んだケアギバーの雇用を好む顧客はいる可能性があるが、ケアギバーに高い費用を払いたくないと考える顧客もいると思われる。インドは多層社会であり、特定の層には響く可能性がある</p>
日本への要望	<ul style="list-style-type: none"> ・高齢者介護に関する規制やガイドラインはない。日本の知見を共有してほしい

Covai Urbana Irene (バンガロール)	
設立経緯・事業概要	<ul style="list-style-type: none"> ・2004年以降、18年にわたり認知症や麻痺疾患を有す高齢者に対し、医療から日常生活支援まで一貫したサポートを提供 ・南インドで17以上のリタイヤメントコミュニティプロジェクトを展開
料金	約235USD/月（食事以外のサービス135USD/月、食事約100USD/月）
主なスタッフ構成	<ul style="list-style-type: none"> ・看護師、ケアギバー、医師
ケアギバーの採用	<ul style="list-style-type: none"> ・施設付近の地元住民を採用
ケアギバーの育成	<ul style="list-style-type: none"> ・採用後、自社で育成
ケアギバーの給与	<ul style="list-style-type: none"> ・約200~300USD/月 提供するケアのレベルに基づき決定される ※看護師免許保持者 300USD/月

¹⁴⁶ 介護事業者に対する調査団ヒアリングによる

Epoch Elder Care (グルガオン)	
設立経緯・事業概要	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症患者や麻痺等運動機能障害者をケアする介護付老人ホーム (Assisted living home) を経営。15～20 人/施設を 3 施設運営 ・自宅で生活できない高齢者を受け入れており、数年単位で入居
ケアギバーの採用	<ul style="list-style-type: none"> ・NSDC が実施する職業訓練コースのひとつである GDA の受講者を採用。ケアギバー志願者の中には十分な教育を受けていない農村出身者もいるため GDA を通して基礎的な介護教育を受けたうえで採用している
ケアギバーの育成	<ul style="list-style-type: none"> ・採用後、自社にて 3 カ月間のトレーニングを実施

Ashiana Housing (デリー)	
設立経緯・事業概要	<ul style="list-style-type: none"> ① 共同住宅型：自立している高齢者向け ② 介護施設型：認知症等を有す高齢者のケアを実施、ケアギバーや看護師が配置される
主なスタッフ構成	<ul style="list-style-type: none"> ②介護施設型 ・入居者 3 人につき 1 人のケアギバーを配置(個別対応も可) ・看護師 1 名
ケアギバーの採用	<ul style="list-style-type: none"> ・独自の試験を実施し、人間性や介護への興味を評価する。学歴不問
ケアギバーの育成	<ul style="list-style-type: none"> ・採用後、独自のシラバスをもとに研修と OJT を実施 ・教材は、アメリカやオーストラリア等海外の介護教材を活用
ケアギバーの給与	<ul style="list-style-type: none"> ・14,000～20,000RPs/月
顧客獲得について	<ul style="list-style-type: none"> ・施設の需要はあるが介護施設の認知度が低く、潜在顧客へのアプローチは容易ではない。地域コミュニティへのプロモーションやウェブマーケティングにより集客しているが十分ではない

(出所) 以上、4 施設について、現地調査時のヒアリングに基づき調査団作成

また、在宅介護・医療サービスを提供する事業者へのヒアリングも実施した。結果を以下にまとめる(表 1-5-7)。

表 1-5-7 訪問先在宅介護・医療サービス会社の概要

CARE24 (在宅介護・医療) (デリー)	
設立経緯・事業概要	<ul style="list-style-type: none"> ・デリー、ムンバイにて在宅医療・介護サービスのマッチングを行うオンラインのプラットフォームを提供 ・サービス提供者と利用者の平均マッチング数は 1 日あたり約 1000 組。2022 年に日本の在宅医療に係る民間事業者が Care24 を完全子会社化し、在宅医療サービスの拡充と全国展開を目指している
対象者	<ul style="list-style-type: none"> ・富裕層
料金	<ul style="list-style-type: none"> ・固定のメニューや料金設定はない。事業者側と顧客の間で交渉を行い、サービス内容や料金は決定される

サービス利用 経路例	<ul style="list-style-type: none"> ・子どもが仕事へ行っている間、トイレなどの日常サポートが必要となりサービス利用を開始 ・退院直後の医療的ケアのため利用を開始
主なスタッフ 構成	<ul style="list-style-type: none"> ・看護師、ケアギバー ・コールセンター（マッチング・契約）
ケアギバーの 採用	<ul style="list-style-type: none"> ・志願者が直接来社し応募。志願者は非常に多く、採用には一切苦慮しない ・志願者は学歴が低い貧困層が多い。文字の読み書きは可能だが英語は話せない者も多い
ケアギバーの 育成	<ul style="list-style-type: none"> ・3日間の介護研修(自社で実施)を受講
給与	<ul style="list-style-type: none"> ・ケアギバー：12時間シフトで18,000～26,000RPs/月。住み込みの場合は24,000～32,000 RPs/月 ・医師、看護師：30,000～35,000 RPs/月
高齢者ケアニ ーズ	<ul style="list-style-type: none"> ・病院での入院は非常に高額になるため、患者も早期退院を希望し、そのため在宅ケアのニーズは高い。富裕層では家政婦がいるのは一般的で、高齢者のケアも行っている ・ケア費用の負担は課題。高齢者自身が他者からの助けを受けたくないという感情や、子どもに経済的負荷がかかることを嫌がる傾向にある

(出所) 現地調査時のヒアリングに基づき調査団作成

(3) 介護用品・福祉用具に関する市場の概況

在宅医療の領域において介護福祉用具の需要があるが、全般的に低価格志向であり、中国製品の流通が多く、自国の製品も流通している。医療機関周辺の薬局では、ベッドやマットレス、杖などの小物が販売されている。日本や欧米の高価な製品の主な商流先は医療機関であり、中でもハイエンドの民間病院へ販売されており、電動ベッドのインド国内シェアは日本製品が上位に入っている¹⁴⁷。

¹⁴⁷ 現地日系企業への調査団ヒアリングより

1.5.2. 日本を含む諸外国への介護人材輩出状況に関する調査

1.5.2.1. 介護人材の渡航先と輩出状況

インドは、国際的な移民国家である。移民者数は過去30年でおよそ3倍に増え、2019年時点では1700万人を超える¹⁴⁸。渡航先は、アジア域内が最も多く約70%を占め、次いで北アメリカが19%、ヨーロッパが8%、オセアニアが2%である(図1-5-4)。オセアニア地域は全体に占める割合は少ないものの、2000年比でその数は約6倍と大幅に増加している。

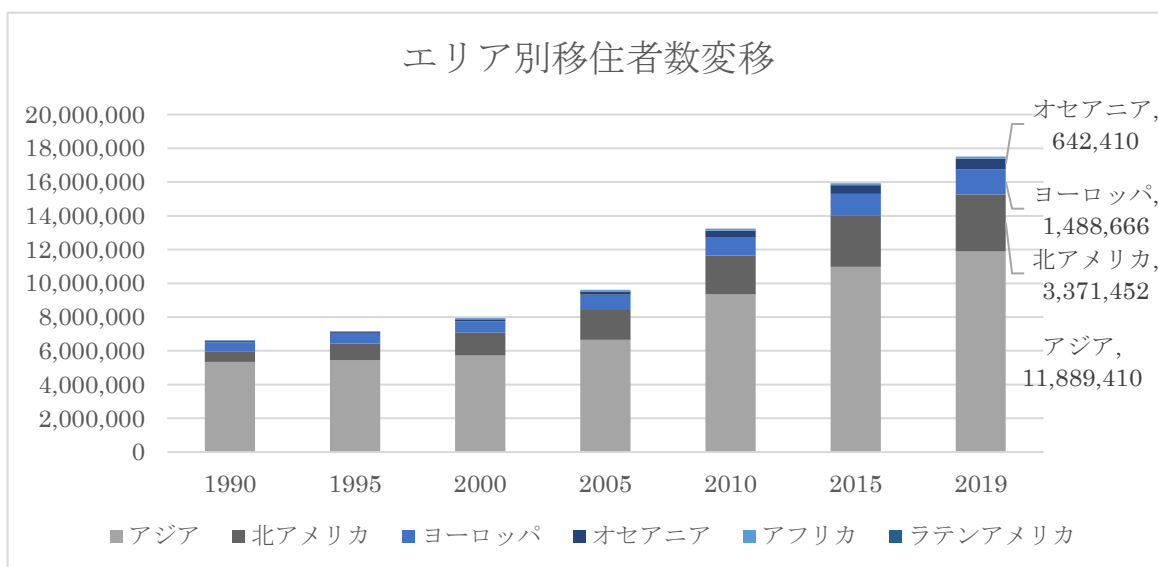


図 1-5-4 エリア別移住者数変移

(出所) 国際連合 Population Division, “International Migrant Stock 2019”

(<https://www.un.org/development/desa/pd/content/international-migrant-stock>) (2022年5月27日アクセス)を基に調査団作成

インドにおける労働移民の動向について公式に公開されるのは Emigration Check Required (ECR) パスポートを有す国民の動向に限られており、その他のパスポート所有者を含む正確な人数把握は困難である。ECR 対象者は、10年間の中等教育を修了していない者や特定の分野に雇用ビザで出国する者、湾岸協力会議加盟国地域 (Gulf Cooperation Council, GCC) やマレーシア等特定の10か国に初めて移住する者が対象となる。ECR パスポート保持者の移民許可数は2013年をピークに減少傾向にある¹⁴⁹(図1-5-5)。

インド出身者の労働移民が多い背景にはインド国内の高い失業率がある。特に、若年層ほど失業率が高く、国内での安定した就労が維持されないことを背景に、多くの若者が海外での就労を選択している。国際労働機関 (ILO) によると、労働移民のうち90%以上は低・半熟練労働

¹⁴⁸ 国際連合 Population Division, “International Migrant Stock 2019”

(<https://www.un.org/development/desa/pd/content/international-migrant-stock>) 2022年5月27日アクセス

¹⁴⁹ 友澤和夫「湾岸諸国へのインド人出稼ぎ移民送出システム」、広島大学現代インド研究:空間と社会(9)、p.15-27、2019

者である¹⁵⁰。こうした労働者は処遇面での悪待遇や搾取、劣悪な生活・労働環境に陥る危険性が高い。そのためインド政府では、近年、低・半熟練労働者に対し、出国前指導やスキル向上のための訓練や認証付与を目的とした職業訓練プログラム”Skill India¹⁵¹”を開始している。前述した、ケアギバーの職業訓練プログラムもこの制度に基づく。

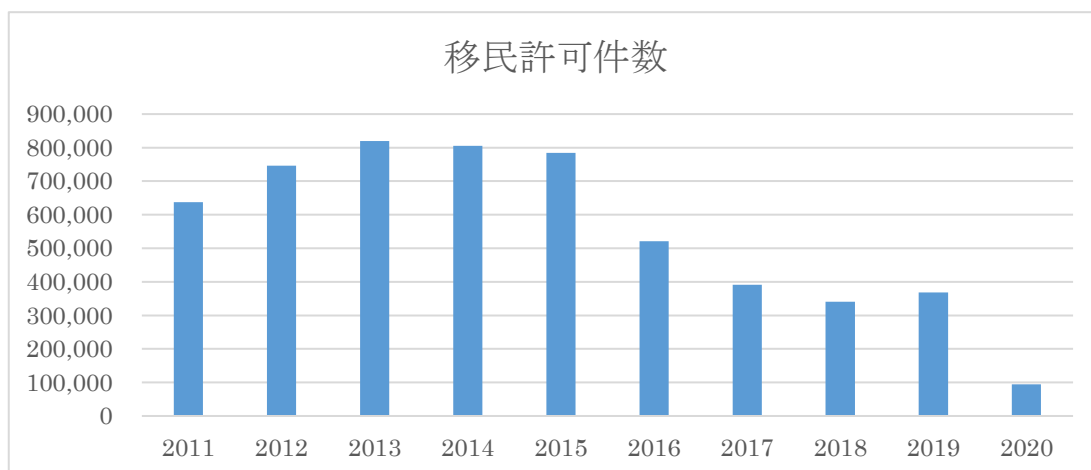


図 1-5-5 移民許可数の推移

(出所) ILO”India Labour Migration Update”(2018)

(https://www.ilo.org/newdelhi/whatwedo/publications/WCMS_631532/lang--en/index.htm) (2022年5月31日アクセス)を基に調査団作成

政府機関が公表する情報やデータには限りがあることから、インドから他国への労働移住の動向を把握するのは困難であり、他国で介護職に就く人材の数は不明である。

一方、インドはフィリピンに次ぐ看護師派遣国として知られている。2011年には64万人以上の看護師が海外で働いており¹⁵²、OECDの統計データ¹⁵³では、OECD諸国においてインドで教育を受けた看護師数は年々増加傾向にある。就労先として多いのは、イギリス、アメリカ、オーストラリア、カナダである(図 1-5-6)。WHOがケーララ州を対象に実施した調査¹⁵⁴によれば、2016年には20,633人の看護師が海外に移住している。その移住先の57%は湾岸協力会議(GCC)諸国のうちサウジアラビア、UAE、クウェートが占め、次いでイギリス(10.2%)、アメリカ(6.0%)、カナダ(5.5%)と続く。近年の動向として、渡航先の変化がみられ、GCC諸国やアメリカが減少している一方で、カナダやオーストラリアは増加傾向にある。

¹⁵⁰ ILO, India Labour Migration Update(2018)
(https://www.ilo.org/newdelhi/whatwedo/publications/WCMS_631532/lang--en/index.htm) 2022年5月31日アクセス

¹⁵¹ “Skill India” <https://www.skillindia.gov.in/>

¹⁵² 辻田祐子編、アジア経済研究所「看護師の国際労働移動-フィリピンとインドの比較」(2018)

¹⁵³ OECD Health Statistics2021 (<https://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>) (2022年8月31日アクセス)

¹⁵⁴ WHO, “Migration of Nursing and Midwifery Workforce in the State of Kerala”(2017)

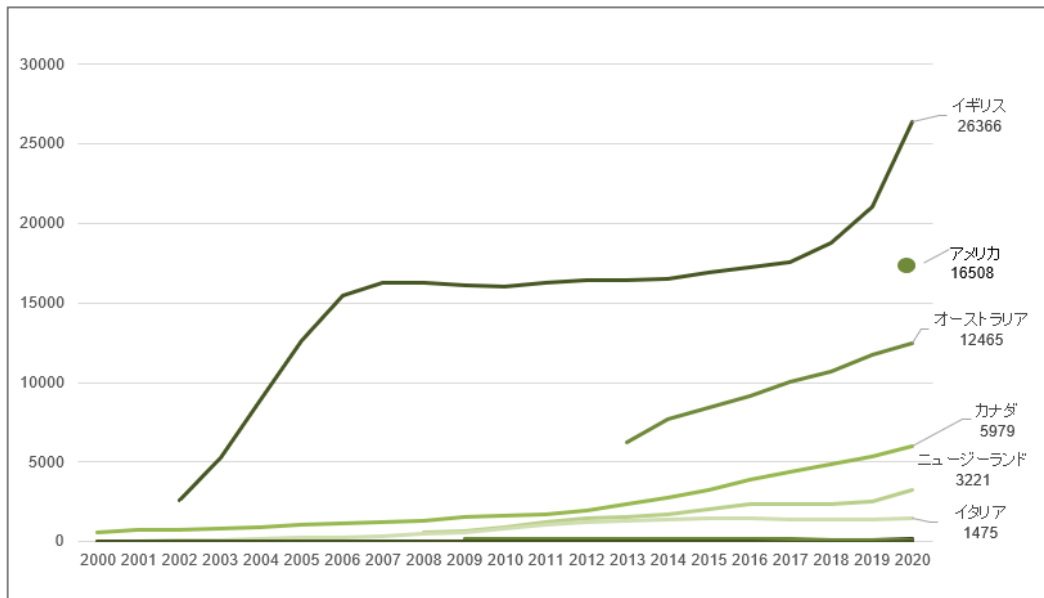


図 1-5-6 OECD 諸国におけるインドで教育を受けた看護師数

(出所) OECD Health Statistics 2021 (<https://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>) (2022 年 8 月 31 日アクセス) より調査団作成

高齢者ケアに従事する役割としての看護師やケアギバーの移住動向は確認されないが、中東や欧米諸国を中心に、一定の条件下で就労ビザが得られる制度がある。以下にカナダとイギリスを例に挙げる。

カナダは積極的に移民を受け入れてきた国のひとつである。「Home Support Worker Pilot」では、永住権の取得を望むケアギバーに向けたプログラムであり、要件を満たすまでの間、一時的に労働許可を申請することも可能である。(表 1-5-8)

表 1-5-8 カナダ Home Support Worker Pilot 概要 (2022 年 7 月時点)

名称	Home Support Worker Pilot
概要	<ul style="list-style-type: none"> 在宅ケアを必要とする高齢者や障害者などの身の回りの世話や付き添いを担う、下記要件を満たす外国人労働者に対し、家族を含む永住権を付与 受入数は年間最大 2750 人
要件	<ul style="list-style-type: none"> 申請提出前の 3 年間以内に 2 年以上のフルタイムでの業務経験があること (雇用主は一般家庭、在宅介護支援事業所、個人事業者を問わない) 語学テストの基準をクリアすること 最低 1 年間の高等教育機関修了者

(出所) カナダ 移民・難民・市民権省ホームページ “Pathways for Caregivers” (<https://www.canada.ca/en/immigration-refugees-citizenship/corporate/publications-manuals/operational-bulletins-manuals/permanent-residence/economic-classes/pathways-for-caregivers/child-care-provider-support-pilots/assessing-application-selection-criteria.html>) 2022 年 8 月 30 日アクセス) を基に調査団作成

イギリスでは介護を含むヘルスケア従事者向けの労働ビザ（A Health and Care Worker visa）がある。要件を満たせば、実質的にビザの更新が無条件に可能であり、永住権獲得のハードルも低い。（表 1-5-9）

表 1-5-9 イギリス A Health and Care Worker visa 概要（2022 年 7 月時点）

名称	A Health and Care Worker visa
概要	<ul style="list-style-type: none"> ・ ビザの延長は、資格要件を満たしている限り無条件に更新が可能 ・ 5 年経過すると無期限の残留資格が得られる ・ 扶養家族として認められれば家族帯同も可能 ・ 申請から 3 週間以内でのビザ取得が可能
要件	<ul style="list-style-type: none"> ・ 看護師や理学療法士等の医療資格、ソーシャルワーカー、介護士、ホームヘルパー等のヘルスケア従事者 ・ 英語能力の基準をクリアすること

（出所）イギリス “Visas and immigration” (<https://www.gov.uk/government/organisations/uk-visas-and-immigration>)(2022 年 8 月 30 日アクセス)を基に調査団作成

インド政府と日本政府との間では、2017 年 10 月に技能実習に関する協力覚書¹⁵⁵が、2021 年 1 月に特定技能に係る協力覚書¹⁵⁶が締結されている。また、2018 年には、「ヘルスケアと健康分野における協力覚書¹⁵⁷」が締結され、具体的な協力分野として介護技能実習の円滑な実施が挙げられた。インドにおける技能実習の実施・モニタリングは NSDC がその役割を担っており、特定技能は外務省（Ministry of External Affairs）が担当している。2020 年 12 月時点で日本に派遣された技能実習生は 220 名、そのうち介護分野に限ってみると技能実習生は 45 名であり、特定技能（介護）と合わせても総計 100 名程度と、外国人介護人材の全体数万人規模からみればインドの割合はかなり低い¹⁵⁸。

その中でも積極的にインド人の介護人材を受入れる事業所の事例もみられる。福井県の介護事業者¹⁵⁹では、長年の介護人材不足の影響を受け、入居者の受け入れができず閉鎖に追い込まれそうになったところ、インドの特定の送出国から 15 名のインド人介護人材を受入れ、事業継続を実現させた。市からも生活補助金が捻出されるなど、街ぐるみでインド人介護人材を受入れが行われている。

¹⁵⁵ 「日本国法務省・外務省・厚生労働省とインド技能開発・起業促進省との間の技能実習に関する協力覚書」（厚生労働省 (<https://www.mhlw.go.jp/photo/2017/10/ph1017-01.html>) 2023 年 2 月 20 日アクセス)

¹⁵⁶ 「特定技能」に係る制度の適正な運用のための連携の基本的枠組みに関する協力覚書」（厚生労働省 (https://www.mofa.go.jp/mofaj/press/release/press6_000732.html) 2023 年 2 月 20 日アクセス)

¹⁵⁷ 厚生労働省 (https://www.kantei.go.jp/jp/singi/kenkouiryou/pdf/h301029_india_hc.pdf) 2023 年 2 月 20 日アクセス)

¹⁵⁸ JICA “Report on Skill Development and Facilitating the Promotion of Technical Intern Training Program (TITP) in India” (2021)

¹⁵⁹ 本調査団によるインド送出国へのヒアリングによる

インド国内の各送出機関では、技能実習や特定技能の送出制度を問わず、インド人材に対する日本側の評価を高めるために、看護師資格を有す高学歴の人材を選出している傾向がみられる。対象は看護師資格のうち、4年制の看護学校修了者である BSc が中心である。看護師資格保持者の場合、職務上のミスマッチが懸念されるが、現地調査を実施した送出機関からは、BSc でも条件のいい仕事に就けず介護の仕事であろうと海外での就労を望む人材が多いこと、また事前に日本における介護の特徴や業務内容に関する説明を丁寧に実施しており、これまで特に業務上のミスマッチは発生していないことが聞かれた。将来的には、BSc 以外の GNM や ANM の看護資格保持者、あるいはそれ以外の NSDC 認定のケアギバー育成課程修了者の受入れが推進される可能性も考えられる。ただし、GNM や ANM は、BSc より教育期間が短く、高齢者介護に対する知見や経験も少ない傾向がある。また、ケアギバーは、先述のとおり、育成カリキュラムや教育時間にバラツキがみられる。

1.5.2.2. 渡航先を選択する背景・理由

インド人の海外就労の目的は、インド国内より高い賃金の獲得とそれによる家族への送金、先進国での永住権や市民権獲得であり、行先として湾岸諸国や欧米諸国の人気が高い。湾岸諸国への渡航者数の多さは、1970年代のオイルマネーを背景とした大規模な移民政策の影響を受けており、市民権獲得こそ困難であるものの、医療職を含む多くの労働力を、南アジアを中心とする他国に頼り、今も積極的な移民の受入れを行っている¹⁶⁰。欧米諸国では、近年に入り、高齢化や労働力不足を背景とした移民政策を打ち出しており、就労や学習ビザのみに留まらず、家族帯同を含む永住権の獲得の緩和化が図られている。

日本を就労先として選択する理由としては、日本文化への興味や、高い安全性、よい労働環境といった要素が挙げられる。特に、中東諸国との比較においては、生活や労働上のトラブルがなく安全であることがインセンティブになっている。一方、欧米諸国の場合は、賃金がより高く、英語が通じ、永住権獲得も比較的容易であるため日本は劣勢である。そのため、欧米諸国への就労が叶わなかった際の受け皿として日本が選ばれたり、日本での経験を踏み台に欧米諸国への就労を試みる側面もあるようである¹⁶¹。

インド人介護人材の育成や派遣者数は増加傾向にあるものの、ベトナムには到底及ばず、人口規模を勘案すると非常に少ないのが実態である。その背景として、日本への渡航機会の周知不足と語学習得がハードルである点が挙げられる。技能実習制度の認定送出機関は、インド全土で34件（2022年8月時点）と非常に少なく、現地におけるタッチポイントは明らかに不足している。本調査団による調査でも、日本で就労する選択肢があること自体の周知がされておらず、多くの送出機関にとって候補生の募集が大きな課題になっていることが指摘された。インドは前述のとおり、世界最大の人材送出し国である。中東や欧米諸国では、街頭で大規模なPRイベントを催したり、転職エージェントが海外移住希望の看護師を探しに学校や医療機関

¹⁶⁰ ILO “From India to the Gulf Region: Exploring Links Between Labour Markets, Skills and the Migration Cycle”(2015)

¹⁶¹ 送出機関への調査団ヒアリングによる

を訪問し、経済面や物資面での充実した支援提供を提示する等、積極的かつ戦略的にリクルーティングを実施しており¹⁶²、PR 機会が乏しい日本に対する知名度は非常に低い¹⁶³。現地調査にてヒアリングを行った送出機関からは、海外就労を望む若者が多いインドにおいては、適切な情報発信を都市部のみならず地方でも展開することで潜在的な人材へのアプローチが可能となり、より多くの人材獲得が得られる可能性が高いことを指摘していた。また、インドは英語が準公用語であり、新たな語学習得が求められる日本への就労のハードルは高い。多言語社会であるインドは、語学能力が比較的高く、他国と比較しても短期間で就労要件である語学レベルに到達できている¹⁶⁴。しかし、2021年に実施された調査¹⁶⁵によると、語学研修には平均して6~8カ月を要するうえに、インドでは日本語能力試験の頻度が年2回と少なく、試験会場も受験者数も限定されるため、一度で合格できないとさらに半年程度の待機期間が発生してしまう。また、渡航費用を含み1人あたり25~30万RPsが研修費用として発生する。日本就労を目指す候補者の多くは低所得者層であり、この費用の捻出は容易ではない。語学研修がインド政府の定める教育ローンに含まれないため、候補者は高金利の個人ローンを組まざるを得ず、大きな負担となっている。

本調査団によるヒアリング調査からは、インドからの介護人材が伸び悩む要因として、日本側のインド人材に対する理解不足や、制度上の手続きの煩雑さが挙げられた。インド人介護人材の受入れの歴史は浅く、日本側での受入れ事例もまだ少ない。実績の多い東南アジアからの受入れが優先され、インド人の受入れに積極的な事業者があまりみられないのが現状である。NSDCでは、日本国内の事業者を対象としたワークショップ等も開催しているものの、周知不足が際立つ¹⁶⁶。また、送出機関からは、日本事業者が日本人と容姿の近似性があるインド北東部マニプール州の人材を好む傾向にあるとの声も聞かれた。インド北東部における人材育成の一環として、北東部出身者の介護分野の技能実習生に対する日本語を含んだ技能訓練を促進することが両国政府の合意の下で進められたことも影響しているが、インド国からの受入れ拡大には、日本側のインド人に対する理解促進もまた必要不可欠である¹⁶⁷。¹²¹ また、制度面に関しては、送出機関を中心に、事前の渡航準備や手続きに対するネガティブな意見が聞かれている。日本渡航までには語学研修や試験の通過が必須であり、書類作成プロセスも含めると渡航までに約1年から1年半ほどの年月が必要となる。特定技能制度では、インドの場合、本来はインド政府認定の送出機関の利用は任意である一方、人材側と受入事業所間のマッチング機会が設けられていないことから、結果的に現地送出機関と日本国内の登録支援機関が仲介せざるを得ない状況にあり、渡航までの手続きの煩雑さや資金的負担が余計に発生する事態をもたらしている。対して、中東諸国では派遣プロセスを簡素化しており、応募から2~3カ月程度の準備

¹⁶² ILO “From India to the Gulf Region: Exploring Links Between Labour Markets, Skills and the Migration Cycle”(2015)

¹⁶³ 送出機関や教育機関への調査団ヒアリングによる

¹⁶⁴ 送出機関への調査団ヒアリングによる

¹⁶⁵ JICA “Report on Skill Development and Facilitating the Promotion of Technical Intern Training Program (TITP) in India” (2021)

¹⁶⁶ 送出機関への調査団ヒアリングによる

¹⁶⁷ 内閣官房「アジア健康構想」実現に向けた介護等ヘルスケア産業のアジア国際展開等に関する調査報告書(2019)

期間で渡航が可能である¹⁶⁸。準備期間中は当然のことながら給料は発生しないため、候補者らはその期間、無条件に無収入となる。研修や書類手続きを含む準備期間が長期化すればするほど候補者らの負担は大きく、メリットは少ない。また、日本への送出しに必要な書類が難解で、日本人が在籍していない事業者では対応が難しいことも課題に挙げた。

一方、日本においても永続的な在留資格の獲得や家族帯同等、多様な選択肢が設けられている。また制度が開始されたばかりの特定技能は、技能実習より研修を含む準備期間が短く、トータルでおよそ半年程度で渡航が可能となる。手続き自体も技能実習と比較すると簡略されており、日本側の受入れ事業者との直接連絡調整が可能である等のメリットも大きいことから送出機関・候補生ともに特定技能を好む傾向があるとの声が聞かれており、送出機関ではさらなる人材獲得と送増の増加を期待している。また、欧米諸国と比較すると日本で得られる給与は低いが、日本とインド間で社会保障協定が結ばれており、5年未満の派遣の場合には、日本で支払った年金保険料は返還される¹⁶⁹ため、トータルで見ると大差はない¹⁷⁰ことから、正しい情報の提供と積極的な発信が必要であることが送出機関より聞かれた。

1.5.2.3. 帰国後のキャリアの状況

インドからの介護人材の受入れは歴史も浅く実績も少ないため、帰国事例はまだ少数しかみられない。本項では、NSDC 認定の送出機関であり、インド人初の介護人材を輩出し、帰国支援も実施した送出機関の事例を挙げる。同送出機関では、2019 年に日本へ技能実習に送り出した2名の介護人材が3年間の技能実習を終えて帰国した。うち1名は、帰国後に技能実習から特定技能に資格を変更し、再度日本へ渡っている。もう1名は、送出機関の支援により、インド南部に位置する日系の総合病院に看護師インターンとして採用された。帰国者が日系病院に就職した点は、人材還流の視点からみれば好事例であるが、日本での介護就労がインド国内でスキルとして評価されないという課題も浮き彫りにしている。この帰国者は看護資格を保有しており、1年間のインドでの病院勤務を経て日本の老人保健施設で勤務していた経歴を持つ。しかし、病院側の人事部や看護部からは、日本での就労経験が介護である点から看護師としての評価は低く、通常の中途採用の看護師としての採用は認められなかった。日本人経営層からは、時間を守る等の日本文化に対する理解がある点を評価し歓迎を受けたものの、将来的なインド人職員と日本を繋ぐ役割を期待されており、日本で習得した介護スキルを評価し期待している訳ではない。同様のケースは今後継続的に発生する可能性があるかと危惧されている。特に、政府系の病院の場合、採用時に年齢制限が設けられているほか、2、3年職場を離れると同じ職に戻ることができないという¹⁷¹。私立系であれば経験値などを加味しての雇用が可能ではあるが、この事例のように、介護を経験した看護師が帰国後に医療機関で就労するのは難しいのが実態である。

¹⁶⁸ 送出機関への調査団ヒアリングによる

¹⁶⁹ 日本年金機構「脱退の一時金制度」(<https://www.nenkin.go.jp/service/jukyu/sonota-kyufu/dattai-ichiji/20150406.html>) 2023年2月20日アクセス

¹⁷⁰ 送出機関への調査団ヒアリングによる

¹⁷¹ 医療機関への本調査団ヒアリングによる

帰国後キャリアについて、送出機関や介護事業者から得られた情報を以下に記す。

まず、現地の介護事業者からは、日本での介護経験を評価する可能性はあるとの声が聞かれたが、利用者からその分の割り増し報酬を得るには、日本式の違いやメリットを説明し理解してもらう必要があり、実現は難しいであろうという反応が示された。同様に、送出機関側もインド国内に、日本で経験を積んだ介護人材がそのスキルを活かせる場がないことを認識しており、日本からの帰国人材をドイツ等の他の国に再度送出すことも検討がされている。実際、自己都合により日本からインドに帰国した人材が、自国で得られる給料と比較すると日本の方が良いと、再び日本に戻ったケースもあった。¹⁷⁰ ベトナムのように、帰国後に同じように日本への介護就労を目指す候補者への指導側に就くことも想定されるが、日本語学校も送出機関も少ないインドでは、その道もかなり限定的である。日本で働いているインド人介護人材からは、「将来は老人ホームを自分の国に作りたい」という声も聴かれており、今後さらに拡大されると想定されている介護市場の基盤を担う人材として活躍することが期待されている¹⁷²。

1.5.3. 介護及び介護人材関連の法制度、マーケット、介護人材輩出状況等のまとめ

インドでは、高齢化と若年層の都市部や海外への労働移住を背景に介護支援のニーズは増加しており、都市部では在宅医療や在宅介護を中心に介護事業者が増えるなど、市場の拡大が見込まれている。また、中央政府や州政府としても高齢者に対する支援の必要性を認識しており、家族が高齢者ケアに責任を持つことを主として展開してきた政策も変化の兆しをみせている。高齢者ケアサービスや施設入居のニーズが増大する一方で、運営に係る法的な整備はまだ確定されておらず、ケアの質や入居者の安全、従業員の待遇に至るまで多くの課題がある。

インド国内では安定した就労機会の確保が難しく、海外への労働移住は一般的である。特に、看護師はフィリピンに次ぐ移民輩出国であり、高収入や永住権獲得を目的として中東や欧米諸国を目指す傾向が強い。しかし日本への介護人材送出しは、2020年時点で約100人程度と非常に少ない。その要因として、受入れ開始が他国と比較して遅れたことに加え、日本での介護就労に関する現地の認知度の低さ、渡航準備期間や負担の大きさが挙げられる。欧米諸国や中東諸国が国を挙げて大規模な人材募集を展開するなか、日本は少数の送出機関が個別にプロモーション活動をするに留まり、情報発信の機会やチャンネルは圧倒的に少ない。また、新たな言語習得が必要な日本はハードルが高い。語学研修や試験受験を含む準備期間の長期化と手続きの手間も課題視され、他国が受入れ要件の緩和や手続きの簡略化により3カ月程度での渡航が可能であるなか、日本は、技能実習は1年～1年半、特定技能も半年程度の時間を要している。さらに、日本側も受入事業所等からのインド人介護人材のニーズは低いのが実態である。本調査からは、インドからの介護人材の受入れ実績がまだ少ないことに加えて、インド人材に対する文化的・人種的理解の乏しさも要因となっていることが示された。

介護市場が発展途上であるインドでは、介護のケアの在り方に変化の兆しはみえていても、今なお自宅での家族による介護がまだ一般的であり、介護を専門職として捉える傾向は低い。このことは、介護人材の候補者の確保を困難にするのみならず、帰国後の日本での経験を活か

¹⁷² 送出機関への本調査団ヒアリングによる

した就労機会が得られない事態も招いており、帰国後に再び日本や日本以外の国へ就労に出る傾向も見受けられる。

別添：調査日程

日にち			プログラム
1	2022/5/29	日	移動
2	2022/5/30	月	Care24 (介護事業者)
			HelpAge India (介護事業者)
			JETROデリー事務所 (政府機関)
			Vardaan Senior Citizen Centre (介護事業者)
3	2022/5/31	火	All India Institute of Medical Sciences (A.I.I.M.S.) (教育機関)
			Epoch Elder Care (介護事業者)
			Rajkumari Amri Kaur College of Nursing (教育機関)
4	2022/6/1	水	Learnnet Skills Limited (送出機関)
			Nightingales Elders Enrichment Centre (介護事業者)
5	2022/6/2	木	Covai Urbana Irene (介護事業者)
			JETROバンガロール事務所(政府機関)
			Sakra World Hospital (医療機関)
6	2022/6/3	金	Ashiana Housing(介護事業者)
			Dhanwantari Nursing College (教育機関)
			NAVIS (送出機関)
			Silver Peak Global Pvt. Ltd (送出機関)
7	2022/6/4	土	移動

別添：面談者リスト

カテゴリー	機関名	面談者氏名（敬称略）	職位
介護事業者	Care24	Jagjit Singh	V.P. Operations
		Divyank Shekhar Singh	City Head
介護事業者	HelpAge India	Anupama	
政府機関	JETROデリー事務所	広木拓	Director
		高際晃平	Deputy Director
介護事業者	Vardaan Senior Citizen Centre		Dr./マネージャー
教育機関	All India Institute of Medical Sciences (A.I.I.M.S.)	Ajay Gogia	腫瘍学准教授兼コンサルタント
		Sharma	看護学修士修了、外来看護師
		Zuali	GNM修了、15年勤続の看護師
介護事業者	Epoch Elder Care	Neha Sinha	CEO
教育機関	Rajkumari Amri Kaur College of Nursing		
送出機関	Learnet Skills Limited	Zoya	TITPの管理担当
介護事業者	Covai Urbana Irene		Managing Director
		Selva	
政府機関	JETROバンガロール事務所	夏見	Director
介護事業者	Nightingales Elders Enrichment Centre	Pavithra Dashmi Parthan	Assistant Director
医療機関	Sakra World Hospital	長野祐一	Mnnaging Director
介護事業者	Ashiana Housing	Muralidhara	
教育機関	Dhanwantari Nursing College	Arif Ahmed. J Chairma	
送出機関	NAVIS	鴛淵貴子	
送出機関	Silver Peak Global Pvt. Ltd	Vinay	
		Kumar	
		Sriraman	
送出機関	ヒューマンライフマネジメント社	堂山眞一	取締役
		川崎晋一郎	ディレクター
		外山光様	マネージャー
		早崎沙彩	
送出機関	日の出ファウンデーション	シャルマ	
送出機関	一般社団法人シルバーピーク	森伊作	

1.6. ネパール

略語表

略語	英名	和名
ANM	Auxiliary Nursing Midwife	助産師補助業務
CMA	Community Medicine Assistant	地域医療アシスタント
CTEVT	Council for Technical Education and Vocational Training	技術教育職業訓練評議会
DoFE	Department of Foreign Employment	外国人雇用部
FEIMS	Foreign Employment Information Management System	外国人雇用情報管理システム
ICOPE	Integrated care for older people	高齢者のための統合ケア
INIA	The International Institute on Ageing United Nations-Malta	マルタ共和国国際高齢化研究所
MoEST	Ministry of Education, Science and Technology	文部科学省
MoHP	Ministry of Health and Population	健康人口省
MoLESS	Ministry of Labour, Employment and Social Security	労働雇用社会保障省
NAIHS	Nepalese Army Institute of Health Sciences	ネパール陸軍健康科学研究所
PLC	Proficiency Certificate Level in Nursing	看護師資格取得レベル

ネパールではビクラム暦が用いられている。ビクラム暦は、西暦の4月が開始月となる暦で、年数は西暦に57か58を足したものとなっている。法令名に用いられる年号は、文献によりビクラム暦と西暦が混合するため、ご留意いただきたい。本文中は、法令名等固有名詞の一部として用いられている年号以外は西暦表記としている。

1.6.1. 介護及び介護人材関連の法制度、マーケット等に関する調査

1.6.1.1. 高齢者の状況

ネパールでは60歳以上が高齢者とされる¹⁷³。WWP (2022)¹⁷⁴によると、2021年に人口に占める65歳以上の人口は6%と推計されているが、2050年には10.7%まで上昇すると見込まれている。平均寿命においては、1950年に34歳¹⁷⁵であったのが、2019年には男性69歳、女性72歳で、大きく伸びている。

¹⁷³ Geriatric Center Nepal “Status Report on Elderly People (60+) in Nepal on Health, Nutrition and Social Focusing on Research Needs” 2010

¹⁷⁴ United Nations “World Population Prospects (2022)” <https://population.un.org/wpp/Download/Standard/Population/> (2023年3月6日アクセス)

¹⁷⁵ United Nations “World Population Prospects (2022)” <https://population.un.org/dataportal/data/indicators/61/locations/524/start/1990/end/2023/table/pivotbylocation> (2023年2月16日アクセス)

2010年に発行されたネパール高齢者のステータスレポートによると、高齢者の状況は表 1-6-1 の通りである¹⁷⁶。13年前のレポートのため数字は古いが、高齢者のおかれた状況について、調査実施時点でも当てはまる事項があるので掲載する。

表 1-6-1 ネパールの高齢者の状況

社会経済的状況	<ul style="list-style-type: none"> ・ ネパールの高齢者の大半は農村部に居住している（85%以上） ・ 一般的に育児、牧畜、手工芸など、さまざまなことに取り組んでおり、生産性があり活動的である ・ 65 歳以上の高齢者では 47.12%が経済活動を行っている（男性 59.7%、女性 34.3%） ・ 高齢者の多くは農業に従事している ・ 貧困、非識字、健康状態や栄養状態の悪さ、社会的地位の低さ、差別、移動の制限が課題である ・ 性別による不平等や差別により、特に高齢の未亡人が抱える問題が大きい（ネパールでは女性の再婚がタブー視されているため）^{※1}
生活環境	<ul style="list-style-type: none"> ・ ネパールの伝統では、息子が親の世話と支援をする道徳的な価値観がある ・ ネパールの高齢者の 80%以上が子供と同居していると推定され、このうち娘と同居しているのは 2.7%である（娘との同居は文化的にタブー視される）^{※2} ・ これまでのいくつかの調査では、長年にわたって確立されてきた年長者を敬う文化や伝統が失われつつあるという結果が出ている ・ 若い世代は雇用機会を求めて都市部や海外へ移住するため、高齢者のみの世帯が増え、孤独感やうつ病などの精神的な問題や多くの身体的な病気にかかりやすくなっている

※1、2 は調査団追記

（出所） Geriatric Center Nepal “Status Report on Elderly People (60+) in Nepal on Health, Nutrition and Social Focusing on Research Needs” 2010

近年、政府による高齢者施設の設立や、高齢者向け施策の予算および人材の確保は進んでいるものの、子世代の移住による世帯分離により、高齢者ケア者が不在といった家庭は増加傾向である。高齢者のみの家庭では、読み書きができないために騙されるといったトラブルや、孤独死の問題が顕著になって来ている。また、ネパールには子供が年老いた両親の世話をすることが民法 1963（Civil Code 1963）に示されている¹⁷⁷一方、家庭の状況は閉ざされがちとなるため、家族によるネグレクトや虐待といったことも問題となっている¹⁷⁸。

¹⁷⁶ Geriatric Center Nepal “Status Report on Elderly People (60+) in Nepal on Health, Nutrition and Social Focusing on Research Needs” 2010

¹⁷⁷ Geriatric Center Nepal “Status Report on Elderly People (60+) in Nepal on Health, Nutrition and Social Focusing on Research Needs” 2010

¹⁷⁸ HelpAge ヒアリング

1.6.1.2. 関連法・政策

ネパールでは、高齢者は家族がケアの主体となり地域がそれをサポートするという考え方が根強く、関連法における基盤となっている。しかし社会の変容や世界的な高齢者ケアへの動きを背景に、2002 年を皮切りに、高齢者に向けた政策が打ち出されており、女性子供高齢者省（Ministry of Women, Children and Senior Citizens, 以下 MoWCSC という）が主導にて、各種施策の実施を行っている。

前述の通り、ネパールの基本的な社会の在り方を定義する民法 1963 (Civil Code 1963) には、年老いた両親の世話は子供がするものであることが明記されている。また、連邦制で、多民族国家であるネパールは地域の自治を尊重しているが、村の開発委員会における義務、権利、責任を定めた地方自治法 1999 (Local Self Governance Act 1999) において、「孤児、無力な者、女性、高齢者、障害者の保護と支援」が定められており、ケアの主体が家族であり、地域においては、高齢者は庇護が必要な者として地域支援の対象となっている。しかし高齢化の進行や若者の都市部や海外への出稼ぎの増加等から、高齢者を取り巻く法制度や環境の改善が近年注力されている。

高齢者をターゲットとした初の政策として高齢者施策 2058 (Senior Citizen Policy 2058) が 2002 年に制定された。これを基盤とし、2006 年に高齢者法 2063 (Senior Citizen Act 2063) が制定、2008 年に実施ガイドラインとして高齢者規定 2065 (Senior Citizens Rules 2065) が施行されている (表 1-6-2)。

表 1-6-2 高齢者に係る主な関連法・政策

<p>高齢者施策 2058 (Senior Citizen Policy 2058)</p>	<p>ネパールにおける高齢者向けの初の政策。国連が発表している高齢者向けの方針とウィーン会議の内容に則したものの。高齢者のための、経済的利益、社会保障、ヘルスサービス設備、尊厳、社会参加、教育、娯楽等多面的なサポートにつき触れている。また、高齢者が自活できるような支援の可能性についても定めている。</p>
<p>高齢者法 2063 (Senior Citizen Act 2063) 高齢者規定 2065 (Senior Citizens Rules 2065)</p>	<p>高齢者の社会的、経済的、人的権利の確保のため施行。本法の目的は、高齢者の社会保障の提供と担保。高齢者の各種サービスにおける料金割引、中央・地方高齢者福祉委員会の設置、介護施設の設置などについても定めている。 高齢者規定 2065 は高齢者法 2063 の実施ガイドライン。</p>

(出所) World Bank Group, Pension Core Course 2017”Project work on Reforming Pension System in Nepal”, “Social Security System of Elderly Population in Nepal” Kamala Bhandari

高齢者規定 2065 (Senior Citizens Rules 2065) は 2013 年に改正版が發布されており、高齢者規定改正案 2069 (Senior Citizen Amendment 2069) として経済、社会保障、健康と栄養など 8 項目において 33 の具体的なプログラムを制定している。高齢者規定改正案 2069 (Senior Citizen Amendment 2069) のいくつかのプログラムを表 1-6-3 にまとめた。主担当部門は MoWCSC であり、副担当部門としてプログラム内容に応じた関連省庁や団体が関与している。

表 1-6-3 高齢者規定改正案 2069 (Senior Citizen Amendment 2069) (一部抜粋)

プログラム	主 担 当 部 門	副 担 当 部 門	モニタリング 指標	期間 () 内は西暦、 調査団追記
高齢者を尊重し、安全に世話をしている家族への報酬制度の制定	MoWCSC	全国高齢者連合会 地元団体	報酬提供数 基準制定	2070/71 (2013/14) から継続
レクリエーションのための高齢者デイケアセンターの設置・運営、障害者のためのモデルケアセンターの管理運営	MoWCSC	国家計画委員会 連邦総務省 財務省 地元団体ほか	設置数 サービス内容 サービス受給者の数	2071/72 (2014/15) から継続
公立・私立病院における老年病棟の設置および高齢者の健康サービスに係る医療従事者の訓練	MoWCSC	健康人口省 ネパール医師会	訓練数 病院数	2070/71 (2013/14) 開始 10年以内に 完了予定
高齢者の健康栄養改善のためのボランティアとヘルスワーカーの手配および全 75 地区における高齢者への意識向上を目的とした訓練とワークショップの開催	MoWCSC	健康人口省 全国高齢者連合会ほか	参加人数	2071/72 (2014/15) から継続
高齢者ケアに関して学ぶ老年学カレッジの設置	MoWCSC	文部科学省 大学ほか	入学生徒数	2071/72 (2014/15)
メガネ、車椅子の無償提供および全地区で健康移動キャンプの実施	MoWCSC	健康人口省 社会福祉協議会ほか	受領した寄付 物資の数	2070/71 (2013/14) から継続

全国高齢者連合会(National Senior Citizens Federation)、国家計画委員会(National Planning Commission)、連邦総務省(Ministry of Federal Affairs and Local Development)、財務省(Ministry of Finance)、健康人口省(Ministry of Health and Population、以下 MoHP)、ネパール医師会(Nepal Medical Association)、文部科学省(Ministry of Education, Science and Technology、以下 MoEST という)、社会福祉協議会(Social Welfare Council)

(出所) Government of Nepal, Ministry of Women, Children and Senior Citizens, Disability and Senior Citizen related Act, Law

1.6.1.3. 介護制度・社会保障制度

高齢者を対象とした社会保障制度は以下の通りである。

(1) 医療保険

ネパールには社会的健康保障プログラム (the Social Health Security Program) がある。これはネパール政府の社会保障プログラムであり、ネパール国民が経済的負担を負わずに質の高い医療

サービスを受けられるようにすること目的としている¹⁷⁹。この制度では、公的医療施設での医療サービスの他、救急、特定の入院、特設地の医薬品パッケージ等が給付対象となっている。保険料については、拠出者の貧富の差に応じネパール政府が割引を行っている。加入は任意である。2017年時点の加入率は、全国民のうち5%に留まる¹⁸⁰。

(2) 介護保険

ネパールでは介護保険制度はない。

(3) 年金

年金制度 (Pension scheme) は 1999 年に制定されたが、対象は公務員のみである¹⁸¹。

(4) 老年福祉手当

高齢者宛ての福祉手当として、高齢者給付金 (Old Age Allowance) 制度がある。これは 1994 年度に、高齢者に対する無拠出型の社会扶助として制定された¹⁸²。

1.6.1.4. 介護人材に関する資格及び養成機関

(1) 介護人材に関する公的制度

日本では外国人介護人材を受入れる際に、保有が期待される資格として看護資格がある。

ネパールで看護師になるためには、看護学士を取得する方法 (BSc Nursing) と、看護師資格取得レベル (Proficiency Certificate Level in Nursing, 以下 PLC という) と呼ばれる専門学校へ進学する方法の 2 種があり、就学期間はそれぞれ 4 年と 3 年である。ともに、卒業後に国家試験に合格をして看護師としてのキャリアがスタートできる。2022 年 7 月時点で、約 4 万人の学生が卒業し、看護資格を得ている。給与は 20,000~25,000NPR である¹⁸³。看護学士は大学のコースとなり、入学の対象は高等部教育 (11、12 年生) 修了者である。

ネパールの専門学校は、技術教育職業訓練評議会 (Council for Technical Education and Vocational Training、以下 CTEVT という) によって管理されている。CTEVT は、技術・職業教育訓練部門の国家機関であり、実質的な教育内容の管理および国家に必要な技術・技能人材の育成に取り組むため、ネパール政府への助言等を行っている。提供しているプログラムの形態はディプロマ、プレディプロマ、ショートコースの 3 種であり、非常に多岐にわたる職種に

¹⁷⁹ Sanjeeb Shah et al. "Utilization of social health security scheme among the households of Illam district, Nepal", published on May, 10 2022

¹⁸⁰ Dr. Guna Raj Lohani, "Social Health Security Program (Health Insurance)", Social Health Security Development Committee, Government of Nepal p14

¹⁸¹ Dhurba Bhattarai et al "Project work on Reforming Pension System in Nepal" World Bank Group Pension Core Course 2017

¹⁸² Dhurba Bhattarai et al "Project work on Reforming Pension System in Nepal" World Bank Group Pension Core Course 2017

¹⁸³ Edusanjal "Licensing Exam Notice 2077 from Nepal Nursing Council" <https://edusanjal.com/news/licensing-exam-notice-nepal-nursing-council/> (2022 年 6 月 8 日アクセス)

関連する教育をネパール国全土にて実施している。看護師育成の PLC コースも CTEVT の管轄となり、中等教育（9、10 年生）を卒業した者が入学対象である。

ネパールでは、不足する医療従事者を補うために、精力的に医学看護学校を設立していたが、近年看護師の質向上のため、育成施設数や入学者数を減らしている。一方、卒業生は海外での労働を好む傾向にある。理由は、欧米諸国からのニーズがあり給与水準が高いため、容易に就労のための渡航が許可されない中、留学にて渡航し、渡航先での就職を実現させている状況がある。特にオーストラリア、英国、カナダが人気であり、国内と国外の就職者数については、渡航情報管理が未発達なために正確な数値は不明だが、おおよそ半々といわれている¹⁸⁴。

国内の医療従事者数の充足が十分でない中、看護師を育成してもネパールに定着せず、政府としてはジレンマを抱えており、医療機関においても、看護師不足に課題を感じている¹⁸⁵。

ネパールでは、介護士資格や日本のようなカリキュラムをもった介護士養成校は存在しないが、CTEVT がケアギバーや社会福祉士といった内容のコースを提供している。いずれもショートコースに分類され、2、3 か月～6 か月の短いものとなっている。

コース名	期間/時間
ケアギバー (Care giver)	390 時間
地域ヘルスワーカー (Community Health Worker)	6 か月
地域リハビリテーション支援員 (Community Based Rehabilitation Facilitator)	590 時間

(出所) The Council for Technical Education and Vocational Training "Curriculum"

ネパールはイスラエルに介護人材を送り出している。イスラエルの募集要件として挙げられている選択肢のうち、一つが、12 年間の学校教育後、上記のケアギバーコースを修了することであり、もう一つが、10 年間の中等教育までの修了者に対する条件で、以下のプレディプロマコースを修了することである。助産師補助業務 (Auxiliary Nursing Midwife, 以下 ANM という)、地域医療アシスタント (Community Medicine Assistant, 以下 CMA という) コースともに、カリキュラムの主眼は、村のヘルスポスト等で指導の立場にあたるものの育成である。

コース名	期間
助産師補助業務 (ANM)	15 か月の講義と 3 か月の実習
地域医療アシスタント (CMA)	15 か月の講義と 3 か月の実習

(出所) The Council for Technical Education and Vocational Training "Curriculum"

(2) 介護人材に関する民間が実施する研修

ネパールでは NPO や教育機関の主導の元、いくつかの介護教育プログラムが実施されており、修了証が発行されている。NPO 団体の Ageing Nepal は積極的にプログラムを実施してお

¹⁸⁴ オクソングループ、Tiger Overseas 等送出機関ヒアリング

¹⁸⁵ International Labor Organization "Migration of Health Workers From Nepal" published in 2017

り、内容も高齢者に係る政策から心的状態まで幅広く、包括的な高齢者ケアの研修となっている。Ageing Nepal のヒアリングにおいては、老年医学の医師や看護師の不足、コースカリキュラムの内容不足、知識を活きた技術とする能力の不足などが課題であり、日本の介護や地域包括ケアの知見の共有や、介護士トレーナーの育成への期待が示された。マルタ共和国国際高齢化研究所（The International Institute on Ageing United Nations-Malta, 以下 INIA という）は 2018 年に一度開催されたのみであるが、インドやバングラデシュからの参加者も迎えたプログラムをネパールで開催している（表 1-6-4）。

表 1-6-4 民間の高齢者ケアトレーニングプログラムの一例

エイジングネパール
<p><2016 年開催> 主催： Ageing Nepal、Hope Hermitage Nepal、MoWCSC 協賛： Ageing Nepal Switzerland 内容： 高齢化に関する政策やプログラム、高齢者の権利、高齢者虐待の結果、高齢者の健康、アルツハイマー病と関連する認知症、日常生活の中で介護者として異なる性格の高齢者に対処する方法などに焦点を当てたもの 実施日：2016 年 2 月 15 日-27 日 参加者：26 名</p>
<p><2017 年開催> 主催： Ageing Nepal、ネパール看護協会（Nursing Association of Nepal） 協賛： Ageing Nepal Switzerland、ネルンボ財団(Nepalese Ultra Poor Marginalized and Biodiversity Organization Nepal) 内容： 老人医療に関する看護師のためのトレーニング 実施日：2017 年 11 月 5 日-12 日 場所： カトマンズのラジンプットにあるネパール看護協会のホールにて 参加者：看護師 36 名</p>
<p><2019 年開催> 主催： Ageing Nepal、Hope Hermitage Nepal、MoWCSC 協賛： Ageing Nepal Switzerland 内容： 高齢化に関する政策やプログラム、高齢者の権利、高齢者虐待の結果、高齢者の健康、アルツハイマー病と関連する認知症、日常生活の中で介護者として異なる性格の高齢者に対処する方法などに焦点を当てたもの 実施日・場所： ワークショップ研修は 2019 年 7 月 18 日-27 日、カトマンズのネパール警察病院（Nepal Police Hospital）にて。実務研修は 7 月 28 日-8 月 17 日カトマンズのホープハーミテージ老人介護施設にて（参加人数不明）</p>
社会的老年学における「In-Situ」トレーニングプログラム
<p>主催： INIA 協力： ネパール陸軍健康科学研究所（Nepalese Army Institute of Health Sciences、以下 NAIHS という）、全国高齢者連合会（National Senior Citizen Federation）、MoHP 内容： ネパールにおいて初の社会老年学プログラムの開催。講義のほかにサネパの老人ホームを訪問</p>

実施日：2018年11月20-23日
 場所：NAIHS 内施設
 参加者：インド、ネパール、バングラデシュから合計で50名が参加

(出所) Ageing Nepal、The International Institute on Ageing United Nations-Malta から調査団作成

(3) その他介護人材に関する養成機関など

ネパールでは、毎年、約2,200名の看護師が輩出されており、半数が海外で労働している。カリキュラムは、母子健康が中心であり、高齢者ケアの教育はわずかである。看護学士コースに比べ、PLCコースは実践が多い内容となっている。ケアギバーコースにおいては、広く家庭におけるケアといった教育内容で、実際はハウスキーパーとして海外労働を行う者の準備コースという位置づけである。ネパール国内における高齢者ケア人材のニーズは高まっており、MoHPは、すでに看護資格を保有している者への老年学の教育や、看護師資格を保有していないものの地域で活躍している医療関連スタッフへの教育に力を注いでいる。しかし人材は不足しており、特にネパールの文化慣習に根付く高齢者ケアの在り方については課題が感じられている。介護を知る人材だけでなく、現地で介護が実践できる人材や仕組みが必要とされている。

看護師の養成機関の概要は表1-6-5の通りで、看護学士とPLC看護学のコースを提供している学校数はそれぞれ50校と40校、入学の席数はそれぞれ1,100席と1,160席となっている。

表 1-6-5 看護師養成機関の概要 (2022年7月時点)

	看護学士	PLC 看護学
養成期間	4年	3年
学校数	50校	40校
入学席数	1,100席	1,160席
就職率	国内、国外での就職率は半々程度	

(出所) International Labor Organization "Migration of Health Workers From Nepal" published in 2017、CTEVT "Curriculum"、SHIKSHA SANJAL "List of Nursing Colleges in Nepal/ Course, Fees, Eligibility"、edusanjal "Licensing Exam Notice 2077 from Nepal Nursing Council"、CTEVT ヒアリングから調査団作成

ネパールにおいて高齢者のケアを学ぶコースとして、CTEVTが管轄するケアギバーショートコースがある。ケアギバーコースの紹介欄に想定就職先として老人ホームも挙げられているが、授業内容は高齢者ケアに特化したものではない¹⁸⁶。

ケアギバーコースを提供している教育施設数は約50であり、これまでの卒業生は約2,000名である。ケアギバーコースの生徒は女性が95%と多く、卒業生の多くは海外で労働している。

¹⁸⁶ CTEVT "Curriculum" <http://ctevt.org.np/curriculum/diplomapcl> (2022年6月8日アクセス)

MoHP は高齢者ケアのニーズの高まりから、看護師やメディカルスタッフ向けに世界保健機関（WHO）の高齢者のための統合ケア（Integrated care for older people、以下 ICOPE という）を用いた高齢者ケアトレーニングを実施している。自習型のトレーニングで、24 日間の講座ののち試験を受け、合格した者は6 日間にわたり病院や高齢者施設等にて実地訓練を行う。看護師養成課程では、高齢者ケアの学習が十分ではないため、本トレーニングを無償で提供することにより、高齢者ケアの知識や技術のある看護師、メディカルスタッフの育成を行っている。

MoHP はまた、地域コミュニティでの高齢者ケア活動を活発化させるため、草の根レベルのボランティアに対し、高齢者ケアのトレーニングを実施している。このトレーニングは、全国の各地区において、高齢者向けの栄養、簡単な運動、健康情報などの情報提供ワークショップを実施することができるようになるものである。医療行為は含まれないが、地域ケアの盛んなネパールにおいて、重要な活動となっている。2023 年より、地域を限定したパイロット活動として、上記に加え医療アドバイスも可能となるよう、地域の看護師による家庭訪問ケアが計画されている。MoHP ではこのように積極的な人材育成を行っているものの、老年学に精通した人材の不足に課題があるとのことであった¹⁸⁷。

高齢者人口の増加は、MoEST においても注視されている。大学院では現在約 150 名が老年学を専攻しており、中・高等学校（9 年生から 12 年生）における人口学の既存カリキュラムに老年学を組込むことも検討されている。しかし、老年学が発達した欧米とは、文化土壌の異なるネパールにおいて、どのように教育に取り入れていくかは課題と捉えられている。また、MoHP の取組みと足並みを揃えて人材育成を行う必要性が認識されており、高齢者ケア制度やサービスが作られていく中、高齢者ケアを知り、実践に落とし込める人材が求められている¹⁸⁸。

1.6.1.5. 介護サービスに関する法制度・概況

（1）介護サービスに関する法制度

ネパールでは、身寄りのない高齢者を集めて世話をするような宗教団体や慈善団体による高齢者施設の運用実績等があること、また過去に、高齢者施設の設立を推奨するための助成金の不正受給などがあったことも踏まえて、2022 年7 月時点では制度の見直しが行われていた¹⁸⁹。

政府は、高齢者規定改正案 2069（Senior Citizen Amendment 2069）の中で介護施設に関連して、下記を定めており、施設基準の改善と順守の促進に努めている。

- ・ 高齢者のレクリエーションのためのデイケアセンターの設置・運営、障害者のためのモデルケアセンターの管理運営
- ・ 基準に則した運営をしている民間のデイケアセンターや高齢者ケアセンターへの毎年の助成金

¹⁸⁷ MoHP ヒアリング

¹⁸⁸ MoEST ヒアリング

¹⁸⁹ オクソングループ、Tiger Overseas 等送出機関ヒアリング

- ・ 高齢者へサービス提供をしている施設やコミュニティに対し、業務モニタリングと評価を行い、報酬を与える
- ・ 高齢者のために働いている個人や施設への評価基準の設定

高齢者ケア施設に関する法制度は高齢者規定 2065 (Senior Citizens Rules 2065) に定められているが表 1-6-6 の通り、簡素な内容となっている。

表 1-6-6 ケアセンターとデイサービスセンターにおけるインフラと施設基準

<p>10 名以上の高齢者を有するケアセンターは、以下のインフラと設備を備えるものとする</p> <p>(a) 高齢者 1 人につき少なくとも 40 平方フィートの面積の部屋を用意すること</p> <p>(b) 高齢者友好会館があり、その建物の延床面積は、建物の敷地面積の少なくとも 2 倍以上でなければならない</p> <p>(c) 男女別の部屋を用意すること。但し、高齢者が夫婦として同居している場合は除く</p> <p>(d) 次の設備を有すること</p> <p>(1) 少なくとも 2 つのトイレ (男女別)</p> <p>(2) 少なくとも 2 つのバスルーム (男女別)</p> <p>(3) 厨房・書庫</p> <p>(4) 食堂</p> <p>(5) 自習室・T.V.ルーム</p> <p>(6) 応急処置室</p> <p>(7) 待合室</p> <p>(8) 図書室・読書室</p> <p>(9) 体育館、プール、広場のうちいずれか 1 カ所</p> <p>(e) 純粋な飲料水の確保</p>

(出所) Senior Citizens Rules, 2065, Schedule 2 (Relating to sub-rule (1) and (2) of Rule 12)

先に述べた通り、ネパールでは法律において、家族および地域コミュニティが高齢者ケアサービスの提供主体であることが明記されている。地域コミュニティ及び家族によるサービス提供については、自治体の管轄となっており、統一的な法制度は確認されていないが、米国合衆国国際開発庁 (U.S. Agency for International Development) が支援して MoHP が作成した地域・在宅ケア標準作業手順書 (Community and Home-Based Care Standard Operating Procedure Manual) がひとつの指針となっている¹⁹⁰。また、高齢者施設要件や人材要件についてもガイドラインレベルでは作成されているが、法的な制度化は成されていない状況である。

ネパールで日本語教育や介護人材の送出しを実施している日系企業の中には、帰国人材の活用を見据え、介護施設の設立を検討している事業者もいるが、法規制がわかりにくく、困惑するケースもあるとのことであった¹⁹¹。

¹⁹⁰ MoHP ヒアリング

¹⁹¹ 在ネパール送出機関ヒアリング

(2) 介護サービスの概況

2000年代に入ってから、高齢者ケアが政策として取り上げられるようになったネパールにおいて、高齢者ケアサービスの制度や体制は構築段階である。なかでも医療面での高齢者ケアは、優先度が高く、高齢者病棟の設立が進んでいる。医療的なケアが中心でない高齢者施設においては、施設数が増加しているものの、サービス内容には差がある。ネパールでは依然、親を施設に入れることにはネガティブなイメージが強いが、首都カトマンズを中心に、比較的富裕層を対象とした高齢者施設ができてはじめている（表 1-6-8、表 1-6-9）。海外在住の子供からの仕送り等による収入や資産がある高齢者が入居しており、これまでの価値観の変化が窺える一方、これら施設において提供されているサービスは医療的なケアか、身の世話であり、日本の介護における自立支援のようなコンセプトは見受けられない。また老年医療においてネパールでは先進的と認識されている大学病院においては、高齢者はなるべく早く退院させる方針とのことであった。退院後のケアは家族が中心であり、地域包括ケアのような、医療機関や行政、民間機関の連携網は構築されていない状況である。

ネパール政府は現在、病院における老年病棟の設置を推し進めている。2022年7月時点で全130の公立病院（うち中央政府管轄は90病院）のうち、49の公立病院に高齢者病棟を設置、今年度はさらに20病棟が追加設置される予定である。高齢者病院の設置も検討されているが、ガイドラインは政府の承認を得ているものの、予算の関係から建設に至っていない。高齢者病棟の設置が進んでいるものの、人材については課題となっている。高齢者ケアを専門とする医師が国内に数名と少なく、日々のケアを担う看護師の育成も急がれている状況である¹⁹²。

高齢者向けの施設として、長期療養センターがある。これは、民間が運営する、医療サービスを提供する施設であり、MoHPのガイドラインに沿って許認可がされるものである。医療サービスを提供しない高齢者施設においては、MoWCSCとなっており、管轄が分かれている。（これら施設においても、訪問医等による医療サービス提供は一部で行われている。）

医療的なサポートを中心としない高齢者ケア施設は一般的に **Old age home** と呼ばれている。家族が高齢者の世話をする文化の中、高齢者を施設に入居させることは、依然ネガティブな印象がある。本調査で実際に訪れた施設でも、考え方が少しずつ変わってきているものの、世間体が悪いことであると聞かれた¹⁹³。

政府運営による高齢者用施設は、予算がないために環境面で課題があると言われている。また、行き場のない高齢者に屋根を与えるといった、慈善団体や宗教団体による活動から派生した高齢者施設もあり、そこでは介護や高齢者ケアというより入居者の互助による共同生活が営

¹⁹² MoHP ヒアリング

¹⁹³ Panchawoti Old Age Home ヒアリング

われているとのことである¹⁹⁴。一方、都市部では、多様な高齢者施設ができ、認識は変わりつつある。例えば、欧米諸国等にて介護や老年医療を経験し帰国した者によって、環境の整った介護施設が開業、運営されている。欧米諸国で学んだ医師のサポートが受けられ、従業員によるケア水準も高く、富裕層や、労働移民として海外に居住するために親の面倒が見られない子世代に需要が高い¹⁹⁵。

日本では一時期、病院が主たる看取りの場となっていたが、ネパールでは老年医療を実施する病院も増えてきているものの、病院が最期の場所ではない。これは、最期に近い者に対して治療はせず、自宅で親戚や近隣の住民に看取られる方が好まれる文化的な理由もある。身寄りのない高齢者にとっては、高齢者ケア施設が看取りの場となる¹⁹⁶。

2000年代に高齢者への政策が明確に提示されて以降、政府運営の高齢者施設も増加している。ネパール政府に登録されている高齢者施設数および入居者数は表 1-6-7 の通りである。

表 1-6-7 施設数および施設入所者数

	州	施設数	入所者数		
			女性	男性	合計
1	第1州	18	123	64	187
2	マデシ州	8	64	62	126
3	バグマティ州	47	646	414	1,060
4	ガンダキ州	18	304	158	464
5	ルンビニ州	13	154	112	266
6	カルナリ州	6	33	28	61
7	スドゥパシュチム・プラデーシュ州	6	54	32	86
合計		166	1,380	870	2,250

(出所) ネパール政府提供資料

高齢者施設の実態を理解するため、本調査で訪れた 2 施設及び 1 病院の概要を以下にまとめる。パンチャウオティ高齢者施設 (Panchawoti Old Age Home) は、高齢者のより快適な生活を実現すべき設立された、医療ケア提供があるリタイアメントホームである。ネパールの平均月收入である 18,000NPR¹⁹⁷と比較し、一人部屋入居料金が月額 30,000NPR であることから、富裕層向けであることが窺える (表 1-6-8)。ヘルスホームケアネパール (Health Home Care Nepal) はオーストラリアへ留学していた女性医師が、ネパールの高齢者状況を改善すべく興した高齢

¹⁹⁴ 中村律子「ネパールにおける『Sewa の場』と老人ホームの位置」2011 年

¹⁹⁵ 現地調査より調査団まとめ

¹⁹⁶ オクソングループ (送出機関) ヒアリング

¹⁹⁷ 公益財団法人国際労働財団「2019 年ネパールの労働事情」

https://www.jilaf.or.jp/rodojijyo/asia/south_asia/nepal2019.html (2022 年 6 月 13 日アクセス)

者ケア施設である（表 1-6-9）。ネパールの高齢者施設は、医療ケアの有無や運営体制等が異なるため、下記 2 施設は、一例としての参照に留まるが、共に聞かれた意見としては介護人材の育成支援の必要性である。

表 1-6-8 訪問先高齢者施設の概要 1

パンチャウオティ高齢者施設（Panchawoti Old Age Home）（私立）	
設立経緯	2017年に6名の共同創業者により創設
部屋数	全25部屋。そのうち高齢者が暮らしているのが13部屋（1人または2人で居住）
入居対象	初期は政府退職者（60歳）を受け入れていたが、現在は60歳以上の一般の方も受け入れている
料金	<ul style="list-style-type: none"> 30,000NPR/月（1人部屋）、22,000NPR/月（2人部屋） ケアギバーの付き添い必要であればその費用、洗濯や食事などの費用が別途必要
期間	3年、1年半、半年、4カ月など、短期から長期まで、柔軟に対応
広告宣伝	<ul style="list-style-type: none"> 特にしてない 訪問や電話で問い合わせをもらうが、世間体を気にしてやめる人もいる
入居者の健康状態	<ul style="list-style-type: none"> 初期は自分たちで生活できる人を受け入れていたが、その後、要介護になった人もいる たいていは自分で生活できる（薬のサポートはする）が、歩行、食事、入浴などはサポート メディカルケアは公立や私立の病院と提携しており、必要な際は家族に連絡の上、病院へ連れて行く 様々な活動を行っており、外出の付き添いもしている
スタッフ構成	<ul style="list-style-type: none"> ケアギバー2人、パートタイム看護師1人、調理師1人、掃除人1人 医師がパートタイムで来訪 ケアギバーは顧客ニーズにあわせて雇用
ケアギバーの採用方法	<ul style="list-style-type: none"> カトマンズの職業紹介会社より紹介、面接 介護のバックグラウンドを重視（ケアギバーコースの終了、実務、家族を介護した経験など） 雇用したのち、自社にて短期（1～2週間）のトレーニングも提供している 試用期間でお互いに納得すれば正式に雇用 高齢者の世話は面倒と考える者が多く、また給与面で海外就労を目指す者も多いため、採用活動は難しい
給与	ケアギバー：15,000～25,000NPR/月（住込み） 医師、看護師：30,000～35,000NPR/月
事業の登録	<ul style="list-style-type: none"> 産業商務物資省（Ministry of Industry, Commerce and Supplies）のもとに民間企業として登録後、地方政府へ登録 地方政府による監査あり。毎年地方政府に報告が必要
備考	<ul style="list-style-type: none"> 将来的にメディカルケアも提供する可能性あり。その際は医師・看護師を雇用し、ケア用具も購入予定

	<ul style="list-style-type: none"> ・ 要介護の高齢者を受け入れたことはあるが、インフラを整えるのは大変でまだその準備はできていない ・ 民間事業者がトレーニング施設として使いたいという打診があったがコロナで難しくなった ・ 海外に渡航する人材も含め、ケアギバーの人材育成などで支援機関と連携したい ・ 日本の民間企業と連携して事業を拡大したい。そのために当社が持つ施設スペースなどの提供も可能
--	--

(出所) Panchawoti Old Age Home ヒアリングより調査団まとめ

内容はヒアリングを実施した 2022 年 7 月現在において

表 1-6-9 訪問先高齢者施設の概要 2

ヘルスホームケアネパール (Health Home Care Nepal) (私立)	
経緯	<ul style="list-style-type: none"> ・ 2012 年、15 床の借家から開始。現在は自社物件にて営業している ・ (創業者は) 高齢者介護をオーストラリアで習得。創業時はネパール国内では誰も介護を知らず理解もなかったが、国際カンファレンスでの発表等を通じ、社会的に認知されてきた
部屋数	40 床のうち 36 床が入居中
入居理由	家族が離れて暮らしているなどで面倒を見られない、介護の仕方が分からない (認知症など)、家族が介護に疲れてしまった、などの理由
入居者の健康状態	15%の入居者は健康、その他の入居者は介護が必要。約 10 人は車椅子の利用者
スタッフ構成	<ul style="list-style-type: none"> ・ 看護師 (10 人) : 給与は 15,000 NPR ~ 25,000 NPR ・ 看護助手兼ケアギバー (4 人) : 13,000 NPR ~ 18,000 NPR ・ 調理師 (2 人) : 交代制 ・ 清掃係 (2-3 人) : 3 日ごとシフト制 ・ 洗濯係 (1 人) ・ マネージャー (1 人) ・ ロジスティックス担当 (1 人) ・ 創業者夫婦が医師のため、メディカルケアは自社で実施 ・ ケアギバーは雇用しておらず、4 人の看護助手がケアギバーを兼ねる。医療行為も介護行為も両方できるため
採用方法	<ul style="list-style-type: none"> ・ 採用はリファラルがメインでトレーニング施設にもネットワークあり ・ 採用広告は効率が悪いので実施していない ・ 1 週間 ~ 1 か月の試用期間を経て採用
法規制関連	<ul style="list-style-type: none"> ・ 介護施設の登録は NGO か私立になる ・ 近年、政府の社会看護部 (Social Nursing Division) への登録が必要となった
備考	リーガルポリシー作成からアクションに関わる支援や介護ケアトレーナーへのトレーニング支援が望まれるとの意見が得られた

(出所) Health Home Care Nepal ヒアリングより調査団まとめ

内容はヒアリングを実施した 2022 年 7 月現在において

ネパールでは高齢者ケアを進めるにあたり、高齢者向け医療ケアの充実に注力している。本調査で訪れた病院における、高齢者受入れの流れ等の概要を以下にまとめる。モンモハン記念医学大学・教育病院（Monmohan Memorial Medical College and Teaching Hospital）は2006年に設立された半官半民の大学病院である。老年学のショートコースも実施する¹⁹⁸、調査実施時点で、ネパールにおいて先進的な高齢者医療ケアを実施している。提供している診療科は幅広く、外来高齢者数も多い。入院期間は一般的に4～5日と短期であり、高齢者の場合であっても退院後のケアは本人と付添人に説明し、終了となり、地域連携は特に見られない。日本へ渡航した介護人材の帰国後のキャリアについて質問をしたところ、介護業務に医療業務が含まれないため、病院への就職は難しいとの見解であった（表 1-6-10）。

表 1-6-10 訪問先高齢者受入れ病院の概要

モンモハン記念医学大学・教育病院（Manmohan Memorial Medical College and Teaching Hospital）	
概要	<ul style="list-style-type: none"> ・ 病床数：300 ・ 診療科：一般から専門サービスまで幅広いサービスの提供 ・ 医学、看護の教育活動
高齢者が入院した場合の基本的な流れ	<ul style="list-style-type: none"> ・ 外来：来院高齢者数は50～70人/日 ・ 家族や近所の人、老人ホームの職員等と来院（付添人の90%は家族、10%はそれ以外） ・ 高齢者医療サービスの内容：一般診察・治療、救急治療、手術 ・ 高齢者は関節や骨の痛み、心臓、糖尿病、腎臓疾患、糖尿病などで入院することが多い ・ 入院期間は4～5日が平均的で担当医師が退院を判断 ・ 患者が入院継続を希望しても基本的に自宅でケアするように促している（院内感染症防止のため） ・ 退院に備え、本人と付添人両方にコンサルテーションを実施し、リハビリ訓練、理学療法、薬の服用方法などを教えている（アフターケアは基本的に各自任せ） ・
備考	日本で介護職として働き、ネパールに帰国後、看護師として働くのは、これまでに例がなく、また実際に、医療業務から離れているために難しいであろう

（出所）Manmohan Memorial Medical College and Teaching Hospital ヒアリングより調査団まとめ

（3）介護用品・福祉用具に関する市場の概況

現地視察において、高齢者ケア施設で比較的普及している介護用品・福祉用具は車椅子やベッドであった。主にインド、パキスタン、バングラデシュ、中国から旧式モデルのものが輸入されおり、それら輸入品を、ネパール国内のローカルマーケットで購入しているとのことである。

¹⁹⁸ Manmohan Memorial Medical College and Teaching Hospital <https://mmth.edu.np/>（2022年6月14日アクセス）

った。価格帯は、シンプルなベッドで 13,000NPR、リクライニング機能付きのもので 25,000NPR 程度で、日常生活においては、質的には問題はないとのことであった¹⁹⁹。大人用オムツも購入可能である²⁰⁰。病院では、高齢者用の福祉用具や介護用品は少なく、数、質ともに充足はしていない状況である。特にストレッチャー、車椅子が不足し、その他にも、ベッド、松葉づえ、ポータブルトイレ、マットレス（床ずれ防止のため）などが不足している。公的病院においては、購入は入札プロセスにて実施し、要件（価格、予算など）の提示、入札、契約という流れで、比較的安価に調達できているとのことである。病院において、IoT 機器は普及しておらず、ICT が入っていたとしても病院管理システムが利用されている程度である。Wifi は、病院によっては患者に提供されていることがある²⁰¹。

高齢者規定改正案 2069（Senior Citizen Amendment 2069）に、「メガネ、車椅子の無償提供、全地区で健康移動キャンプの実施」がプランとして挙げられている。メガネや車椅子といった、生活補助用品も十分に行き渡っておらず、市場はまだ未発達であることが窺える。一方、ネパールの富裕層向けに高齢者施設が開業したり、海外からの送金による現金収入が見込めたりするなど、一定の層においては購買力があるといえよう。

1.6.2. 日本を含む諸外国への介護人材輩出状況に関する調査

1.6.2.1. 介護人材の渡航先と輩出状況

ネパールは世界でも有数の人材送出国である。国内産業の興隆等に向け、政府は海外労働許可証の発行を減らしているものの、海外からの個人送金はネパールにおける重要な収入源であり、個人においても海外労働は広く一般的な選択肢と認識されている。渡航先としては中東およびマレーシアが多く、職種は単純労働が多い。介護人材においては、イスラエルが 2021 年に 500 名の受入れを実施し、今後受入れ人数を増加していく見込みである。二か国間協定は、中東諸国やイスラエル、韓国、マレーシアと締結されている。日本とは技能実習での二か国間協定が締結されておらず、また特定技能においては締結済であるもののネパール政府の承認が滞っており、日本への人材送出しの大きなボトルネックとなっている。

ネパール政府は、1997 年以降、高い失業率と貧困を背景に、海外での労働を重要な選択肢として認識し、計画的に海外労働を支援してきた。国民にとっても、同様の理由により海外で労働することが長年にわたり、一般的な就労選択肢として受け入れられている。海外労働許可証の発行数は堅調に続伸し、2013 年度においては 519,638 件に達した。しかし 2013 年度から開始された 3 か年政策、第 13 次計画（the Thirteenth Plan）において、国内の産業創出が強調され、以後、海外労働許可証の発行数は減少している（図 1-4-1）。この点については、政府の国内産業創出政策は形骸化しており、実際は海外への労働力の流出は依然として継続しているとの意見もあった²⁰²。直近の政策である第 15 次計画（the Fifteenth Plan。2019 年～2024 年）におい

¹⁹⁹ Health Home Care Nepal ヒアリング

²⁰⁰ オクソングループ（送出機関）ヒアリング

²⁰¹ Monmohan Memorial Medical College and Teaching Hospital ヒアリング

²⁰² Tiger Overseas（送出機関）ヒアリング

でも、引き続き国内雇用創出の重要性があげられている一方、海外労働者からの送金による資金の有効活用や海外から帰国した労働者のスキルの活用も同政策において重要視されている。ネパールにおける、個人送金は2020年でGDPの約1/4に相当し、海外労働はネパールにおける重要な収入源のひとつである²⁰³。

海外労働許可証の発行件数を性別にみると男性が9割である。ネパール政府は女性の労働参加を推奨しているものの、不当な搾取の対象となりやすいといった課題が障壁となっており、2010年代半ばから、中東への女性家事労働者の派遣を中止している²⁰⁴。危険やリスクを伴う海外労働の規制を始めていることも、海外労働許可証発行数減少の一因であろう。これは一方、適切な安全の確保等の施策により、女性の労働移民の活躍可能性はあるということである。政府機関へのヒアリングにおいて、女性に限らず、海外労働者の劣悪な労働環境による事故や事件を憂慮する声が聞かれ、同時に、日本の労働環境の安全性や、介護業務における技術の習得には期待の声が聞かれた²⁰⁵。

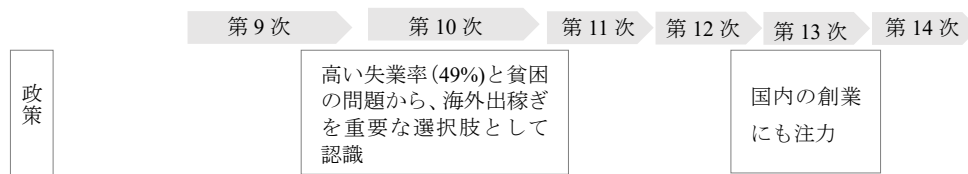
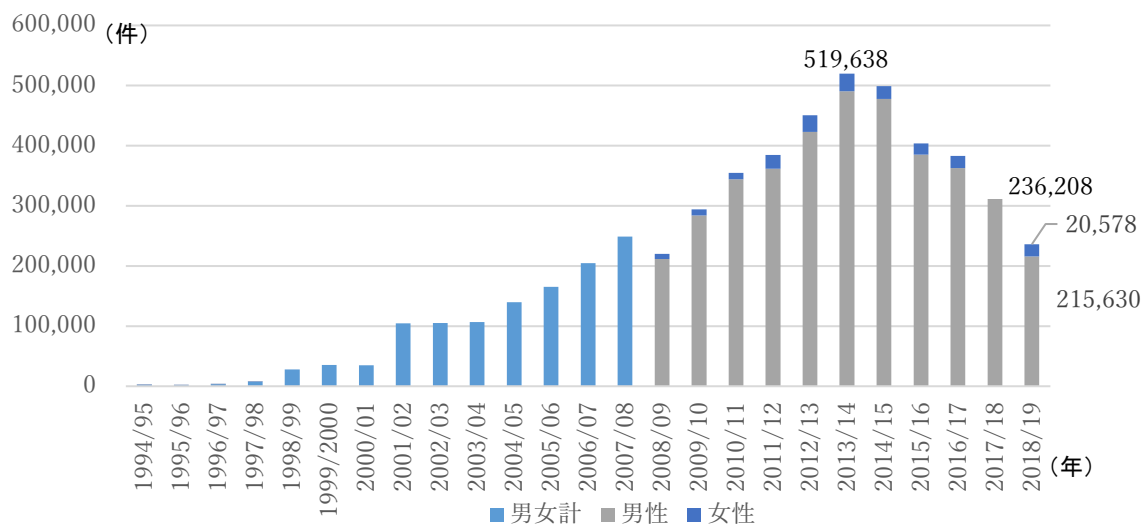


図 1-6-1 ネパール政府労働許可証発行件数推移（1994/95～2018/19年）

（出所）Ministry of Labour, Employment and Social Security "Nepal Labour Migration Report 2020"、Foreign Employment Policy 2068、第15次計画より調査団作成

²⁰³ World Bank "World Development Indicators" Last Updated: 04/08/2022

²⁰⁴ DoEF ヒアリング

²⁰⁵ MoLESS, Foreign Employment Management Section, DoEF ヒアリング

労働移民の渡航先国は、マレーシアやカタール、UAE、クウェート等中東諸国が多くなっている。なおインドにおいては、往来が管理されておらず、労働先として順位に入っていないが、非常に多くのネパール人が労働していると言われている²⁰⁶ (図 1-6-2)。

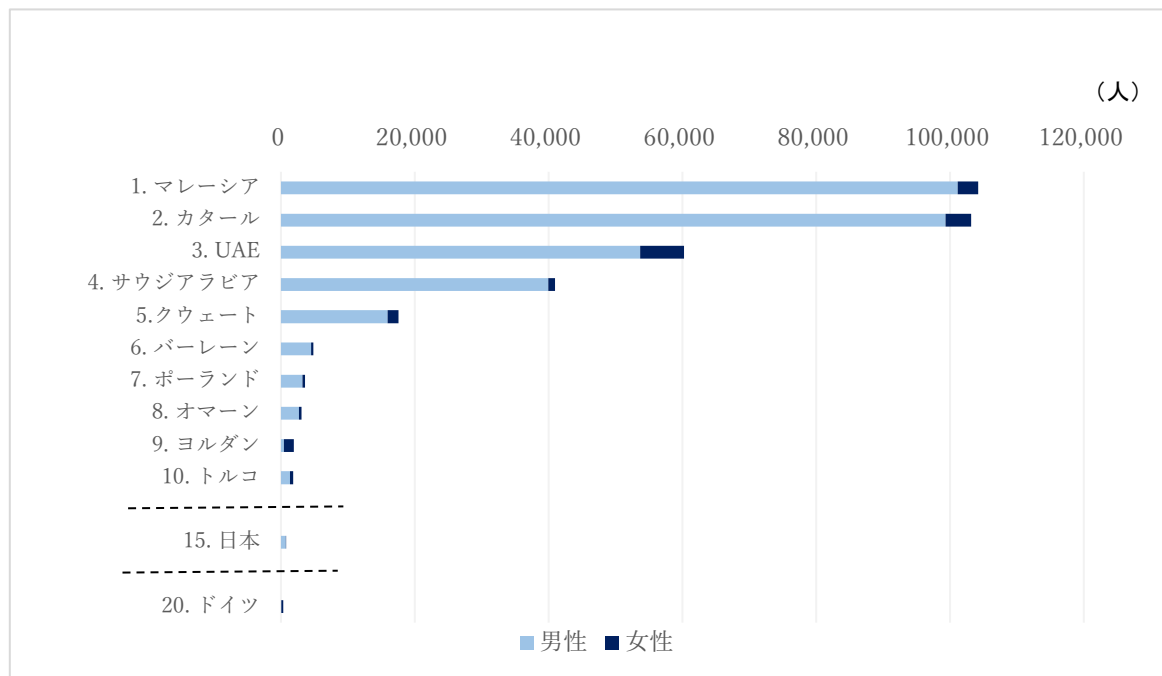


図 1-6-2 労働移民渡航先上位国 (2017/18 年)

(出所) Ministry of Labour, Employment and Social Security "Nepal Labour Migration Report 2020"

2017/18 年に発行された労働許可証からみた女性の主要渡航先は表 1-6-11 の通りである。第 16 位のイスラエルにおいては、2021 年に介護人材の送出しに関する協定に基づき実行されている。約 500 名が送り出されており (男女比 3:7)、それにより渡航人数が下記データ時よりも増加している。

表 1-6-11 女性に発行された労働許可証の渡航先上位国 (2017/18 年)

	国名	渡航人数 (人)	割合 (%)
1	UAE	6,564	29.3
2	カタール	3,864	17.2
3	マレーシア	3,037	13.5
4	クウェート	1,626	7.3
5	ヨルダン	1,501	6.7
6	キプロス	1,419	6.3
7	サウジアラビア	1,024	4.6
8	モルディブ	554	2.5

²⁰⁶ JICA EY 新日本有限責任監査法人「ネパール国日本還流人材を活用した産業人材育成事業に係る情報収集・確認調査」2022 年 2 月

9	トルコ	470	2.1
10	ポーランド	424	1.9
11	オマーン	367	1.6
12	バーレーン	332	1.5
13	ドイツ	254	1.1
14	マルタ	228	1.0
15	チェコ	88	0.4
16	イスラエル	83	0.4
17	USA	74	0.3
18	ニュージーランド	58	0.3
19	セーシェル	49	0.2
20	日本	45	0.2
—	その他	356	1.6

(出所) Ministry of Labour, Employment and Social Security "Nepal Labour Migration Report 2020"

2018 年度における労働移民の職業は、清掃や単純な労働力としての雇用を含む単純労働が 54.8%と最も多く、サービス・セールス (18.0%)、建築 (9.3%) が続く (表 1-6-12)。

表 1-6-12 労働移民の職業 (2018/19 年)

職種	人数 (人)	割合 (%)
単純労働	129,442	54.8
サービス・セールス	42,517	18.0
建築	21,967	9.3
ドライバー・機械操業	16,771	7.1
電気、機械技師	11,574	4.9
製造	4,960	2.1
オフィス事務、関連専門家	3,071	1.3
監督者、現場監督	2,126	0.9
航空、航海	1,181	0.5
専門家、マネージャー	1,181	0.5
農業、漁業、酪農、庭師	472	0.2
その他	945	0.4
合計	235,207	100.0

(出所) Ministry of Labour, Employment and Social Security "Nepal Labour Migration Report 2020"から算出

介護者が区分されるのはサービス・セールスセクターの「ケアギバー、家事手伝い、介助」と推測される。「ケアギバー、家事手伝い、介助」には 2,469 名 (全労働移民数の 1.0%) が従事しており、女性が 100%となっている (表 1-6-13)。

表 1-6-13 サービス・セールス区分の職種内訳（2018/19年）

サービス・セールス区分の職種	男性人数（人）	女性人数（人）	合計（人）
警備	14,878	473	15,354
ウェイター・ウェイトレス	4,959	1,338	6,378
小売り	4,097	1,152	5,433
ホスピタリティ	4,313	123	4,488
コック、シェフ	3,666	556	4,252
ケアギバー、家事手伝い、介助	0	2,469	2,598
美容、健康	431	761	1,181
ハウスキーピング	647	391	945
その他	2,056	206	2,262

（出所） Ministry of Labour, Employment and Social Security "Nepal Labour Migration Report 2020"から調査団作成

看護師の労働移民数について、ネパール政府は看護師やヘルスワーカーといった職種での分類を行っていないため、不明である。

ネパール政府が、労働者の送り出しに関する二か国間協定を締結している国は表 1-6-14 の通りである。

表 1-6-14 二か国間協定締結国（2022年7月時点）

提携国	提携年	提携内容
日本	2009 2019	JITCO 合意書、 特定技能に関する協力覚書
モーリシャス	2019	覚書
マレーシア	2018	覚書
ヨルダン	2017	一般協定
イスラエル	2015	共同パイロットプログラム
バーレーン	2008	覚書
UAE	2007、2019	覚書
韓国	2007	覚書
カタール	2005	一般協定

（出所） Department of Foreign Employment, Labor Approval Record

イスラエルと二か国間協定が締結されているが、イスラエルへの介護人材送出しの要件は表 1-6-15 の通りである。イスラエル政府主導の元、募集が大規模に行われており、広告も大々的に行われていたため、応募も多数となっている。しかし、資格、技術、語学力、雇用のメカニズムなどで問題が生じている。語学は選択式筆記試験のため、十分な語学力を測るものではな

く、実際には語学力に不足があると指摘されている。また技術面でも正規の技術テストを受けずに渡航している例が散見され、現地での技術不足が発生していることが確認されている²⁰⁷。

表 1-6-15 イスラエルとネパール間の介護人材に係る協定

経緯	<ul style="list-style-type: none"> イスラエルにおける高齢者ケアギバーのニーズの高まりを受け、2021年1月より新たな実施議定書に基づき政府間による正式なケアギバーの受入れ協定を締結 これにより、これまでは家庭のケアギバーとしての雇用であったが、病院やその他の公的な施設でもケアギバーとしての労働が可能となった
内容 (2021年締結 時点)	<p><要件></p> <ul style="list-style-type: none"> 25歳～45歳、体重45kg以上、身長1.5m以上、心身ともに健康 ”10+2 passed” (grade10卒業+2年の教育という意味で高等学校卒業と同程度)と3か月以上のケアギバー訓練、あるいは、中等教育後、職業訓練校コースのANMかCMAの合格 英語の知識があること、品行方正であることなど <p><労働条件> 給与 US\$1,600/月</p> <p><手続き> 書類提出、選択式筆記試験、面接、イスラエルによる選定</p> <p><任期> 5年、更新あり</p>
応募状況及び 備考	<ul style="list-style-type: none"> 初回募集500人(男女比3:7)に対し、5000人～20,000人の応募があったといわれており、今後は1,000人に増加が見込まれている 応募の状況については、一度に多くの募集があるのは稀なケースであり、ネパール人には良い機会と認識されること、また給与水準も高いことが、高い応募率の理由とKathmandu Postでは分析されている

(出所) Kathmandupost 紙、Collegenp “Eligibility Criteria for Caregiver Work in Israel - Nepal Govt Directive”などから調査団作成

日本への渡航においては、技能実習の二か国間協定が結ばれておらず、二国間協定を締結している特定技能においてもネパール側での内閣府の承認が滞っている。そのため制度への理解が広まっておらず、また送出しプロセスも適正化されていない。

技能実習について、ネパールはJITCOと協業の合意書を締結しており、JITCOには2022年10月時点で206のネパールの送出し機関が登録されている。²⁰⁸技能実習生送出しのステップは、外国人雇用情報管理システム(FEIMS)というシステムを用いている。日本企業が人材を雇用したい場合、日本側管理団体等を通じ、在日ネパール大使館に要請を実施する。必要書類を提出し、承認を得てFEIMSへの情報表示となる。次にネパール側で就労エージェントが、FEIMSに表示されている要件に適った人材を探し、日本側の管理団体等と確認の上、諸条件を満たす人材について、労働雇用社会保障省(Ministry of Labour, Employment and Social Security,

²⁰⁷ DoEF ヒアリング

²⁰⁸ JITCO「外国人技能実習制度とは」<https://www.jitco.or.jp/ja/regulation/> (2022年5月30日アクセス)

以下 MoLESS という) 傘下の外国人雇用部 (Department of Foreign Employment, 以下 DoFE という) から最終許可を取得する。その後、日本渡航のビザを申請し、発行されるという流れとなる。しかし日本から要望を出しているはずなのに、大使館側でプロセスが滞るケースが発生する等、送出しはスムーズではない²⁰⁹。

ネパール国内にある送出し機関は約 900 であり、そのうち日本への送出しを行っているのは 200~300 機関といわれている。送出しライセンスの取得には多額の費用 (約 2,000 万円) がかかる。日本への送出しは書類作成等含め日本語のやり取りが発生するため、日本語が話せる者がいない送出し機関においては、日本語話者の仲介が必要となり、仲介料が上がる一因となっている²¹⁰。

特定技能においては、ネパール政府側での承認が滞っており、雇用のプロトコルやシステム体制が整えられていない。承認が下りれば、関係機関の責任範囲や、コーディネートの調整が行われる予定である。具体的には、DoFE ジャパンデスクの運用開始、オンラインポータルの開設と両国間での共有、候補者の登録および資格適性の確認などが実施となる。これにより、就労エージェントを介さずに、ネパール側に設けられたジャパンデスクを通じた直接的な送出しが可能となる²¹¹。これは、送出しプロセスがスムーズになるだけでなく、就労エージェントや、日本語学校などへの仲介手数料支払いが、多額となることによる渡航への壁がある中、より多くのネパール人材へ門戸を開くモデルとなる可能性がある²¹²。

現在は、体制が整えられていないこともあり、介護就労希望人材が日本語テストや技術テストに合格しても、その後の流れが不明確であり、また介護事業者とのマッチング機会が限られているため、ネパール国内に合格者が滞留してしまっている²¹³。

1.6.2.2. 渡航先を選択する背景・理由

ネパール労働移民の渡航先国については、大きく 3 つに分類できる。中東諸国・マレーシア、欧米諸国、その他である。中東諸国・マレーシアは渡航が容易な反面労働条件は悪く、欧米諸国はその逆で渡航のハードルは高いが労働条件が良い。その他に分類される国々はその中間というのが、おおまかな把握となる。日本はその他に属する。

日本を選択する理由は、同じアジアであること、労働や生活環境が整っていること、在日のネパール出身者が多い (親戚・知人がいる) こと等が挙げられ、日本への渡航を希望する者は多い。一方、家族帯同が困難、渡航手続きが煩雑で時間を要すること、日本語やマナーの勉強が不可欠であることなどが、デメリットとして挙げられた²¹⁴。

²⁰⁹ 送出国等ヒアリング

²¹⁰ 送出国等ヒアリング

²¹¹ 独立行政法人国際協力機構 (JICA) EY 新日本有限責任監査法人 「ネパール国日本還流人材を活用した産業人材育成事業に係る情報収集・確認調査」 2022 年 2 月

²¹² MoLESS, Foreign Employment Management Section ヒアリング

²¹³ MoLESS, Foreign Employment Management Section ヒアリング

²¹⁴ 送出国ヒアリング

表 1-6-16 に主要渡航先国と条件をまとめる。中東諸国・マレーシアは給与が手取りで 3～5 万円程度である。学歴や語学力は問われないことが多く、中学校への進学率が 60%のネパールにおいて²¹⁵、多くの海外労働希望者の受け皿となっている。主な職種は、中東諸国では男性が建築業、女性が家事手伝い、マレーシアでは男女ともに製造業となっている。これらの国では、就労中の事故に対する不十分な保障や、相部屋での生活など快適とはいえない住環境が欠点ではあるものの、手取り額はネパールの月平均月給である約 18,000 円²¹⁶の 2～3 倍である。

対極となっているのが米国、カナダ、英国、オーストラリア、ニュージーランドなど欧米圏である。学歴だけでなく、学業の成績も求められる厳しい条件ではあるが、給与は看護・介護職においてネパール平均月収の約 20 倍であり、非常に人気が高い渡航先となっている。ネパールは高等教育に英語が用いられるため、高等教育を受けた者にとって言語障壁は低い。特にネパールのトップ校では欧米に人材を輩出することを目標としているところもあり、欧米渡航が大きな成功とみなされている。医療従事者の海外流出が課題となっているネパールにおいて、医療従事者となった後の渡航許可が下りづらいため²¹⁷、各国で提供されている奨学金などを利用して留学という形で入国し、現地にて就労するケースも多い²¹⁸。

中東・マレーシアと欧米諸国の中間に位置付けられるのがその他の国々であり、日本もこの区分に含まれる。海外就労を希望するも、欧米諸国の条件には満たず、中東諸国・マレーシアよりは良い労働環境を求める層が属する。

リクルーティングにおいては、地方では新聞等の比較的公的な媒体が行き届いておらず、知人友人からの情報が貴重な情報源となっている。情報入手の機会やチャンネル不足により、正しい情報が十分に伝達されないため、渡航先国や職種に対する強い希望を持ったり、複数の選択肢から選んだりというよりも、めぐってきたチャンスで渡航先を決めるといった側面もある²¹⁹。

なお、インドにおいては渡航人数が最も多いとされているが²²⁰、インドネパール間は国境自由往来となっており、統計対象になっていないため、本調査では海外労働渡航先国として対象としていない。

²¹⁵ Nepal Demographic Health Survey 2016

²¹⁶ 公益財団法人国際労働財団 前掲註「2019 年ネパールの労働事情」
https://www.jilaf.or.jp/rodojijyo/asia/south_asia/nepal2019.html (2022 年 6 月 13 日アクセス)

²¹⁷ International Labor Organization International Labor Organization "Migration of Health Workers From Nepal" published in 2017

²¹⁸ オクソングループ、Tiger Overseas 等送出機関ヒアリング

²¹⁹ Tiger Overseas (送出機関) ヒアリング

²²⁰ 独立行政法人国際協力機構 (JICA) EY 新日本有限責任監査法人 「ネパール国日本還流人材を活用した産業人材育成事業に係る情報収集・確認調査」2022 年 2 月

表 1-6-16 渡航先国と諸条件

	中東諸国・マレーシア	マルタ、日本、イスラエル他	欧米諸国
給与	安い ・ 手取りで3～5万円	・ 月給 20万円程度	高い ・ 看護、介護職は約 40万円
諸条件	緩い ・ 学歴・語学力不問	・ 高校卒業程度 ・ 渡航先により言語	厳しい ・ 大学卒業程度 ・ 英語 ・ 成績優秀
渡航人数	多い		少ない
備考	<ul style="list-style-type: none"> ・ 中東諸国は男性が建築業、女性が家事手伝い、マレーシアは製造業が主 ・ 事故が多い ・ 食事や住居付きだがプライベートがない住環境 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 欧米諸国へは行く条件には満たないが、中東・マレーシアへは行きたくない層が選ぶ 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 留学で入国しその後永住権を取得するケースが多い ・ オーストラリアは特に看護・介護で人気

(出所) オクソングループ、Tiger Overseas、ネパール人材育成日本事務局その他アリングや各種情報より調査団作成

海外労働が一般的なネパールにおいて、日本が選ばれる理由について述べる。前述の通り、人気が高いのは欧米諸国であるが、諸条件に満たない層が、その他のいわば中間層国の中で、同じアジア人の社会であること、またアジアの中で成功している国として日本を選んでいる。また、労務管理が整っておらず、“3D (difficult, dirty, dangerous)” と称される中東諸国等の仕事と比較し、日本は安全な労働および生活環境が見込め、その点も魅力となっている²²¹。在日ネパール人は、2021年12月時点における国籍・地域別在留外国人数において、第6位で97,000人と多く²²²、親戚や知人がいるからという理由で日本を選ぶ者もあり、渡航先での生活面での安心感も選択理由となっている²²³。

しかしながら、家族がいる者にとっては、家族帯同が許可されていない技能実習や特定技能1号は敬遠される傾向がある。介護においては、在留資格「介護」を取得すれば家族滞在が許されるものの、取得に年数がかかり、また介護福祉士国家試験に受かることが条件のため、合格しない限り、呼び寄せられない。また多く聞かれたマイナス要因として、渡航にかかる書類や要件が煩雑で、手続きに時間がかかること、また日本語能力試験や社会風習の勉強が不可欠

²²¹ DoEF ヒアリング

²²² 在留外国人統計 国籍・地域別在留資格(在留目的)別 在留外国人 2021年12月

²²³ (株)名北(送出機関)ヒアリング

であることがある。日本語教育施設では、日本語レベルがN3程度のネパール人であっても日本語講師として教育をしており、日本語教育の質が十分でなく、習得に時間がかかっているという声も聞かれた²²⁴。技能実習ルートの場合、日本語習得と手続きに9か月から1年の準備期間が目安となっている²²⁵。

例えば、介護職で大人数の募集を行っているイスラエルにおいては、渡航が決まるとヘブライ語の勉強を行うが、条件として求められているのは選択式ペーパーテストの合格である。渡航手続きも言語条件をクリアしてから開始されるのではなく、同時進行のため、3か月程度の準備期間で渡航となる。また、日本と同じく中間層国に位置づけられるマルタにおいては、介護職における手取り給与は日本と同程度であり、一定の英語レベルと海外労働の経験があれば良いとされており、そういった国々が、より選ばれやすくなっている²²⁶。韓国は家政婦として雇用され、家庭内にて介護を行うことが多いが、日本よりも給与が高く、また送出しの手続きや制度運用が明確になっているため、人気となっている²²⁷。給与水準、生活の安全面、家族帯同条件等とともに、入国のしやすさもポイントとなっている。

1.6.2.3. 日本への渡航について

ネパール人は、日本への入国ルートで留学が多いことが特徴としてある。(第2章5節6項 国別、在留資格別動向参照) これは、技能実習制度等が開始される以前は、留学が最も容易に入国できるルートであり、留学生にも週28時間(長期休暇中は週40時間まで)の労働が認められていることから、実質的な労働渡航となっていた側面がある。技能実習や特定技能による渡航が認められている現在においても、友人知人からの伝聞が貴重な情報収集手段となっているネパールにおいて、留学による日本入国は人気が高くなっている。留学生として就学した後、就職し、結婚による永住権を得て家族を呼び寄せる、というのが成功例として認識されており、このパターンを目指す人が多いという声もあった²²⁸。留学は、渡航までの仲介手数料等に加え、渡航後にも学費等にて費用が発生し、違法労働や途中帰国等のトラブルにもつながり、安易な労働を目的とするには、当然のことながら不適切な手段である。しかし、学費の工面など一定の見込みが立てば、日本語や文化生活の習得や、その後の労働の選択肢の幅などの利点もあり、自由度の高い選択肢となっている。

日本側の受入れ企業においては、日本にすでに留学で滞在しているネパール人は、日本語コミュニケーション能力や日本文化への溶け込みという点で不安が少なく、また雇用にかかる手数料もネパール現地の送出国機関を介するよりも安価なため、好まれる実態がある。一方、技能

²²⁴ ネパール人材育成日本事務局(送出国機関)他ヒアリング

²²⁵ (株)名北等送出国機関ヒアリング

²²⁶ オクソングループ等送出国機関ヒアリング

²²⁷ Tiger Overseas等送出国機関ヒアリング

²²⁸ オクソングループ(送出国機関)ヒアリング

実習や特定技能での受入れにおいて、ネパールはフィリピンやベトナムと比較し、受入れ実績が少なく、またネパールに関する情報や知識も乏しいため、日本側からの求人数が少ない²²⁹。

ネパールでは一般的に、職業訓練校への就学や、そこで学んだ技術を生かした海外労働が盛んである。民間の在ネパール日系送出機関では、ネパールの大学と提携し、課外授業として日本語教育を実施しているところもある²³⁰。日本からのカリキュラム支援や日本での労働を前提としたスキル（ICT、言語、文化等）を教えるブリッジコースの設立、政府間覚書締結による海外労働の活性化などを望む声が聞かれた²³¹。

1.6.2.4. 帰国後のキャリアの状況

政府は、海外から帰国した労働者のスキルの活用を掲げており、首相雇用プログラム（Prime Minister Employment Programme）や若年者雇用変革支援プロジェクト（Youth Employment Transformation Initiative Project）といった国内産業創出や就職支援等の政策を打ち出しているものの、多くの者は、海外労働を出稼ぎとみなし、送金によって家族の生活が賄え、一定の貯蓄が達成されればよいという考え方で、帰国後のキャリアについての関心は浅い。あるいは、欧米諸国や日本等で永住権を取得し、ネパールと永住先国を行き来することがひとつの成功例とされている²³²。一方、少数ではあるが、例えば介護職種において述べると、イスラエル等の国で介護を経験した者が、帰国後に富裕層向けの介護施設を開業するといったケースもある。日本については、ネパールからの介護人材の受入れ実績は、また年数が浅く、十分な経験を積んだ人材の帰国例は、本調査では確認できなかった。

1.6.3. 介護及び介護人材関連の法制度、マーケット、介護人材輩出状況等のまとめ

ネパールは、高齢者ケアの担い手は家族であり、地域がそれをサポートするという文化である。しかし、進む高齢化や家族の在り方の変化から、これまでの生活スタイルは変容しつつある。政府は、2002年にネパール初の高齢者向け政策といわれる高齢者施策 2058（Senior Citizen Policy 2058）を施行、続いて高齢者の社会保障の制度等を設け、高齢者の支援プログラムを立案、実施しているが、利用者への周知や医療へのアクセス、手当を受け取るために銀行へ行く等の手続きにハードル²³³があり、恩恵を受けられている高齢者は限られている²³⁴。

高齢者への医療ケアにおいては、病院での老年病棟設立が進められており、看護師への教育も実施されている。地域草の根レベルにおいても看護師やボランティアへの教育を通じて、地域の高齢者への健康やケアの啓発活動が段階的にはあるが展開されている。しかし、人材育成は課題となっており、特に知識として得たものを、ネパールの文化や人々、既存のシステム

²²⁹ フロンティア養育グループ、オクソングループ等送出機関ヒアリング

²³⁰ フロンティア教育グループ（送出機関）ヒアリング

²³¹ CTNET 他ヒアリング

²³² オクソングループ等送出機関ヒアリング

²³³ HelpAge ヒアリング

²³⁴ Kamala Bhandari "Social Security System of Elderly Population in Nepal"

にどう統合し、実施していくかという点に難しさが生じている。ネパールにおいて、高齢者施設への入居は文化的にネガティブな印象があり、またそこで働くこと自体も、待遇を含め社会的地位が低いと認識されている。施設への法的な整備が確立されておらず、提供サービス基準もばらつきがある状況である。施設に入居すること、施設で働くこと、また施設を運営することのいずれにおいても課題があり、多方面への支援が求められている。

ネパールは海外労働人材輩出国であり、海外労働者数が減ってきているとはいえ、年間 20 万人以上が労働目的にて海外渡航しており、海外での就労は一般的なキャリアの選択肢となっている。目的は出稼ぎであり、将来的なキャリア構築を目指すというよりも、ネパール国内における就労条件の悪さから、より良い条件を求めての渡航であり、職種にはこだわらない傾向が強い。渡航先としてはオーストラリア、英国、カナダ等が人気であるが、就労条件が良い反面、狭き門となっており、学歴や語学力のない者にとっては選択肢とならない。そのような中、日本は同じアジアであり、労働環境も整っていることから、マルタや韓国等競合国はあるものの渡航を希望する者は多い。

しかし、日本での受入れに関する課題は多い。出稼ぎが目的となっているため、技能実習や特定技能などの渡航制度や介護職種などの就労内容への興味よりも、日本で職を得られればよいという気持ちが強いこと、そもそもの情報が人伝てのために限定的で正確性に欠けること、などである²³⁵。これは結果的に仲介者への支払いや仲介者数が多くなる一因となっており、渡航後もミスマッチが生じる原因となっている。ネパール側で政府によるジャパンデスクの運用等、情報発信を含めた公的な制度整備が検討されているが、2022 年 7 月時点で実施には至っていない

情報に係る課題は、受入れ側の日本においても見受けられる。ネパール人で日本渡航を望むものは多いが、受入れ企業側からは、ネパールのことを良く知らない、受入れ実績がないから不安といった理由で、募集が少ない。特定技能においては、ネパールで特定技能試験に合格しても、日本での就職先が見つからないというマッチングの問題が生じている。ネパールと日本、両国における情報発信やチャネルの整備が急がれる。

渡航準備のフェーズにおいては、日本語習得および、その後の渡航手続きに時間がかかっており、他国と比較して、マイナス要因となっている。日本側での書類基準や審査なども時間を要する原因ではあるが、ネパール側での日本語教育の質にばらつきがあり、習得スピードが遅れてしまうケースもある。日本語教育の質の向上が求められている。

²³⁵ 送出機関等ヒアリング

別添：調査日程

日にち		プログラム	
1	2022/7/3	日	移動
2	2022/7/4	月	Manmohan Memorial Medical College & Teaching Hospital (医療機関)
			Council for Technical Education and Vocational Training (政府機関)
3	2022/7/5	火	Frontier Group (送出機関)
			Department of Foreign Employment (政府機関)
			Department of Foreign Employment (政府機関)
			Health Home Care Nepal (介護事業者)
			ネパール日本語学校 (教育機関)
			名北トレーニング (教育機関)
4	2022/7/6	水	Ministry of Education, Science and Technology (政府機関)
			Siddhi Memorial Hospital (医療機関)
5	2022/7/7	木	Ageing Nepal (NGO) (その他)
			Ministry of Labour, Employment and Social Security (Foreign Employment Management Section) (政府機関)
			Nursing and Social Security Division, Ministry of Health and Population (政府機関)
6	2022/7/8	金	Panchawoti Old Age Home (介護事業者)
7	2022/7/9	土	移動

別添：面談者リスト

カテゴリー	機関名	部署名など	面談者氏名（敬称略）	職位
医療機関	Manmohan Memorial Medical College & Teaching Hospital			院長
				看護師
				IT担当
政府機関	Council for Technical Education and Vocational Training（政府機関）		Vinod	Director
			Anil	Deputy Director
送出機関	Frontier Group		宮村	代表
政府機関	Ministry of Labour, Employment and Social Security (Department of Foreign Employment)		Shesh	Director General
政府機関	Department of Foreign Employment		Dambar Bahadur Sunuwar	Director
介護事業者	Health Home Care Nepal		Prof. Dr. Lochana Shrestha	
教育機関	ネパール日本語学校		イスオル プダサイニ	理事長
教育機関	名北トレーニング		足立昇吾	CEO
政府機関	Ministry of Education, Science and Technology（政府機関）			Director
医療機関	Siddhi Memorial Hospital		Anil Rajbhandari	Operational Director
その他	Ageing Nepal (NGO)			Chaiman
				Director
				Chief Exective officer
				Program director
政府機関	Ministry of Labour, Employment and Social Security	Foreign Employment Management Section	Bhusal	Under Secretary
医療機関	Nursing and Social Security Division, Ministry of Health and Population		Goma Devi Niraula	Chief Hospital Nursing Administrator Director
介護事業者	Panchawoti Old Age Home		Charman	
			他4名	

1.7. バングラデシュ

略語表

略語	英名	和名
BNQF	Bangladesh National Qualifications Framework	バングラデシュ国家資格フレームワーク
BTEB	Bangladesh Technical Education Board	バングラデシュ技術教育委員会
CS	Competency Standard	コンピテンシーの基準
ILO	International Labour Organization	国際労働機関
NSDA	National Skills Development Authority	国家技能開発局
RPL	Recognition of Prior Learning	従前学習の認証
TVET	Technical and Vocational Education and Training	職業・技術教育訓練

1.7.1. 重点対象国の介護及び介護人材関連の法制度、マーケット等に関する調査

1.7.1.1. 高齢者の状況

バングラデシュでは60歳以上が高齢者と定義されている²³⁶。バングラデシュの高齢者の状況について生活面、経済面、健康面の観点から概観する。

居住地（2011年）を見ると、全人口では76.7%が地方に住んでいるのに対して、60歳以上の高齢者は82.1%が地方に住んでいる。60歳以上の高齢者を男女別に見ると、男性の81.6%、女性の82.7%が地方に住んでいる²³⁷。高齢者は地方で暮らすことを希望する一方、その子たちは、教育、就職、生活のため高齢の親元を離れて都市で暮らすこともある²³⁸。

また、高齢者の63%が無職で、14～15%が農作業や日雇い労働に従事している。高齢者の44.3%が貧困の中で暮らしており、生活費等のために物乞いをすることもある。なお、50%以上の高齢者が未亡人や独身となっているが、特に未亡人や息子のいない高齢の女性は、経済的脆弱性の問題や健康問題に直面している²³⁸。

一方、バングラデシュの高齢者の健康面を見ると、ダッカのある病院におけるデータでは、通院高齢者がかかえていた疾患の多い順に、糖尿病（21.1%）、関節リウマチ（17.6%）、喘息（12.5%）、白内障（11.2%）、耳鼻科疾患（6.6%）、悪性腫瘍（5.9%）および前立腺肥大症（5.3%）となっている²³⁹。

²³⁶ National Policy on Older Persons 2013

²³⁷ UN Data, <https://data.un.org/>, (2023/2/25 参照)

²³⁸ Antoni Barikdar et al, The Situation of the Elderly in Bangladesh, Bangladesh Journal of Bioethics, 2016

²³⁹ Islam MA et al, Health Problems of Elderly People in Bangladesh, JAFMC Bangladesh. Vol 13, No 1 (June) 2017

また、健康関連の課題を抱える高齢者の割合（表 1-7-1）は、移動、セルフケア²⁴⁰、普段の生活において、高齢になるほどその割合が高くなり、81 歳以上では、移動及び普段の生活で課題を抱える高齢者はそれぞれ 88.1%と 90.5%になる。また、移動、セルフケア、普段の生活、不安や憂鬱のすべてのカテゴリーにおいて女性の方が課題を抱える割合が高くなっている。

表 1-7-1：健康関連の課題を抱える高齢者の割合（年代、性別）

		移動	セルフケア	普段の生活	不安や憂鬱
年代	60–65	33.5%	16.5%	39.9%	80.1%
	66–70	47.6%	26.2%	53.2%	83.3%
	71–80	59.4%	43.6%	69.3%	83.2%
	81 以上	88.1%	71.4%	90.5%	81.0%
性別	男性	39.8%	20.5%	43.5%	79.8%
	女性	52.8%	37.3%	63.5%	83.7%

出所) Abdur Razzaque Sarker, Health-related quality of life among older citizens in Bangladesh, 2021 より調査団作成

1.7.1.2. 関連法・政策

バングラデシュの憲法は高齢者のための社会保障プログラムの導入を宣言している。高齢者向けの政策・法制度の主なものが高齢者に関する国家政策 2013 と親権維持法である（表 1-7-2）。

国家政策 2013 実行のためのアクションプランが作成されているが、その実施を担う全国高齢者委員会の前委員の任期は既に終了している。新たな委員が任命されれば、高齢者に関する国家政策に関する新たなアクションプランの策定、またその実施についてのステークホルダー会議が開催されるとのことである²⁴¹。

また、今後増加する高齢者のために衣食住、治療などを提供する施設を確保することを目的とした法律（高齢者育成財団法）のドラフトが社会福祉省により策定されている。

²⁴⁰ セルフケアとは、健康促進、病気や怪我の予防のための様々な行動を指す。例えば、十分な睡眠をとる、健康的な食生活を送るなどがある。

²⁴¹ 社会福祉省ヒアリング

表 1-7-2：高齢者に関連する法・政策の一覧

名称	内容等
<p>高齢者に関する国家 政策 2013 National Policy on Older Persons 2013</p>	<p>社会福祉省 2013 年策定</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 高齢化に関するマドリッド国際行動計画を採択し、本政策を策定した。主な目的は以下の通り： <ul style="list-style-type: none"> ・ 社会における高齢者の尊厳を確保すること。 ・ 高齢者が抱える問題を明らかにすること。 ・ 高齢者に対する国民の態度を変えさせること。 ・ 高齢者のニーズに対応するための新たなプログラムを策定すること ● 本政策により 60 歳以上が高齢者であると宣言されている
<p>高齢者に関する国家 政策 2013 に対する アクションプラン Action Plan to implement the National Policy on Older Persons 2013</p>	<p>社会福祉省 2013 年策定</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 上記高齢者に関する国家政策 2013 を実行に移すためのアクションプランである。主な計画は以下の通り（計画実施の目標年は定められていない）： ● 社会福祉省、NGO、個人からなる監視委員会を設立する。この委員会は、国家政策の実施、見直し、監視を行う。 ● 社会福祉省の下に独立した部門を設置し、高齢者の権利、開発、福祉のためのプログラムを実施、評価、監視するために必要な人員を任命する。高齢者と市民社会は、監視プロセスに関与する。 ● 政府は、高齢者の権利、発展、福祉のための様々な計画を採択し、計画実施のための効果的なイニシアチブをとる。 ● 高齢者の生活の質および福祉の向上に関するアクションプランの実施のために、優先的に予算配分を行う。 ● 社会福祉省は、高齢者の権利、発展、福祉に関する研究、情報・データの収集を行う。研究および会議、セミナー、ワークショップなどの提言に基づく実践的な活動を行う。 ● 保健省の既存のヘルスケア計画中の高齢者のヘルスケアの問題を明記し、社会福祉省は計画に従って高齢者のヘルスケアの提供体制確保に必要な調整と行政的イニシアチブを実施する。 ● 社会福祉省は、高齢者をネグレクトや虐待から守るために、必要に応じて適切な法律を制定する。 ● 教育訓練機関、国営放送センター、マスメディアは、活動に高齢化と高齢者福祉の問題を取り入れ、国民の意識を高める。 ● 実施関連機関：社会福祉省など政府機関、NGO、全国高齢者委員会、地区高齢者福祉委員会、郡高齢者福祉委員会、連合高齢者福祉委員会
<p>親権維持法 Maintenance of Parents Act</p>	<p>2013 年公布</p> <p>高齢者の社会保障の確保、子どもたちに両親の面倒をよく見ることを義務づけることを目的に以下を規定している。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 子どもたちは親の世話をし、衣食住を提供するために必要な措置を講じなければならない。親と同居していない場合、子どもたちはそれぞれ自分の総収入のうち妥当な額を定期的に親に支払わなければならない。また、子どもたちは定期的に親に会わな

名称	内容等
	<p>ればならない。いかなる場合でも、子どもは親の意思に反して老人ホームに入れることは許されない。</p> <ul style="list-style-type: none"> 子どもが親の扶養を拒否した場合、親は子どもに対して訴訟を起こすことができる。違反した場合の罰金は100万タカである。

出所) 社会福祉省ヒアリングなどより調査団作成

1.7.1.3. 介護制度・社会保障制度

バングラデシュでは、高齢者に関連する社会保障制度としては、年金及び高齢者給付金プログラムがある。

(1) 医療保障

バングラデシュでは公的医療機関での診療は原則無料となっている。

国民皆保険は2022年11月時点で実現されていない。制度としては2012年に貧困層(5,000万人)を対象とした医療保険の検討に始まり、2032年までに国民皆保険の実現を目指して取り組んでいる。

(2) 介護保険制度

バングラデシュにおいて介護保険制度はない。

(3) 年金制度：公務員向け制度

バングラデシュにおいて、高齢者に対する収入保障の制度としては年金制度

と貧困高齢者向け給付金プログラムがある。年金制度としては、2022年11月時点で公務員向け(表1-7-3)のみである。

なお、バングラデシュ政府は、バングラデシュ国家社会保障政策(2015)の中で、高齢者向け年金として、国家社会保険制度の設立の可能性の検討及び職業や雇用形態に関係なく全ての国民に開かれた民間任意年金の開発促進の検討を行うとしている。また、既存の公務員向け年金と高齢者給付金は国家予算で賄われる一方、国家社会保険制度と民間任意年金は雇用者と被雇用者の拠出金による社会保険の仕組みが想定されている。

表 1-7-3：公務員向け年金制度概要

運営主体	財務省財務局
財源	国家予算
被保険者資格	公務員(国、地方)
支給対象	25年以上政府に勤務した加入者が、59歳に達したとき。
支給要件	最低勤務期間は25年
年金給付額	公務員勤務期間と最終月給に基づき支給額が決定される。

(出所) World Bank, Bangladesh: Improving the Administration of Civil Service Pensions, 2018より作成

表 1-7-4：高齢者給付金プログラム概要

名称	Old Age Allowance
財源	国家予算
運営主体	社会福祉省社会福祉事業局 (Department of Social Services)

支給対象	困窮高齢者
支給要件	年齢：男性 65 歳以上、女性 62 歳以上 年間所得が 3,000 タカ以下 健康状態や社会経済的な指標により、優先順位がつけられる。他の政府補助金や、コミュニティや NGO からの定期的な援助を受けている人は除外される。 1 世帯につき 1 人のみ受給可能。
年金給付額	月額 500 タカ

(出所) 世界銀行、Program Brief: Old Age Allowance, 2019、社会福祉省ヒアリングより調査団作成

高齢者給付金プログラムは、図 1 に示す通り、2019 年度²⁴²時点において受益者は約 400 万人であり高齢者人口のおよそ 3 分の 1 をカバーするものである。なおこの月額 500 タカの給付は、年間支出五分位階級で支出の最も少な

い階級の一人当たり月平均消費額の約 30%に相当している²⁴³。

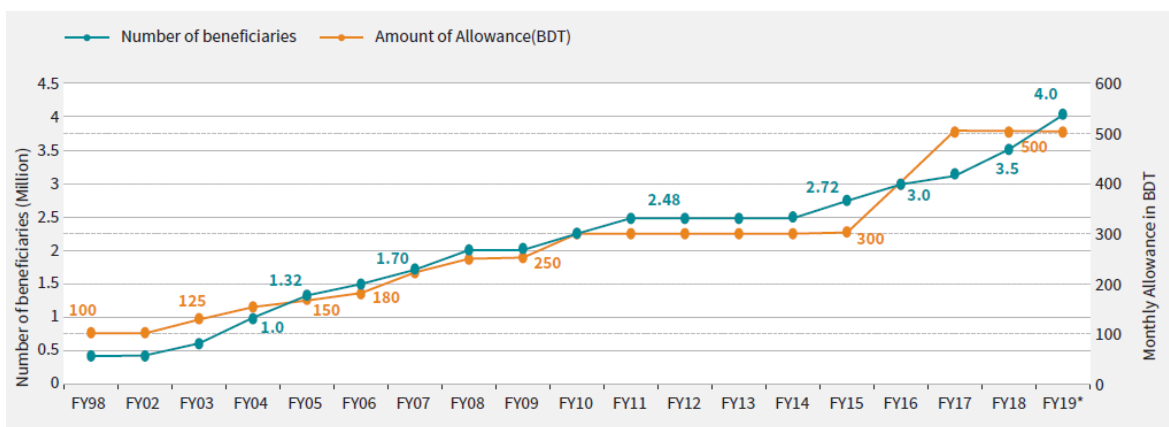


図 1-7-1：高齢者給付金制度受益者と給付額推移（1998-2019 年年度）

(出所) 世界銀行、Program Brief: Old Age Allowance, 2019

1.7.1.4. 介護人材に関する資格及び養成機関

(1) ケアギバー

バングラデシュではケアギバーを、バングラデシュ国家資格フレームワーク（Bangladesh National Qualifications Framework : BNQF）（図 1-7-2）の中で国家資格の 1 つとして定めている。この BNQF は、2021 年に新たな国家資格のフレームワークとして更新がされたものであり、10 のレベルから構成され、レベル 1～6 が技術教育および技能開発、レベル 7～10 が高等教育に該当する構成となっている。

²⁴² バングラデシュの会計年度は 7 月～翌年 6 月末であり、2019 年度は 2018 年 7 月～2019 年 6 月末となる。

²⁴³ 世界銀行、Program Brief: Old Age Allowance, 2019

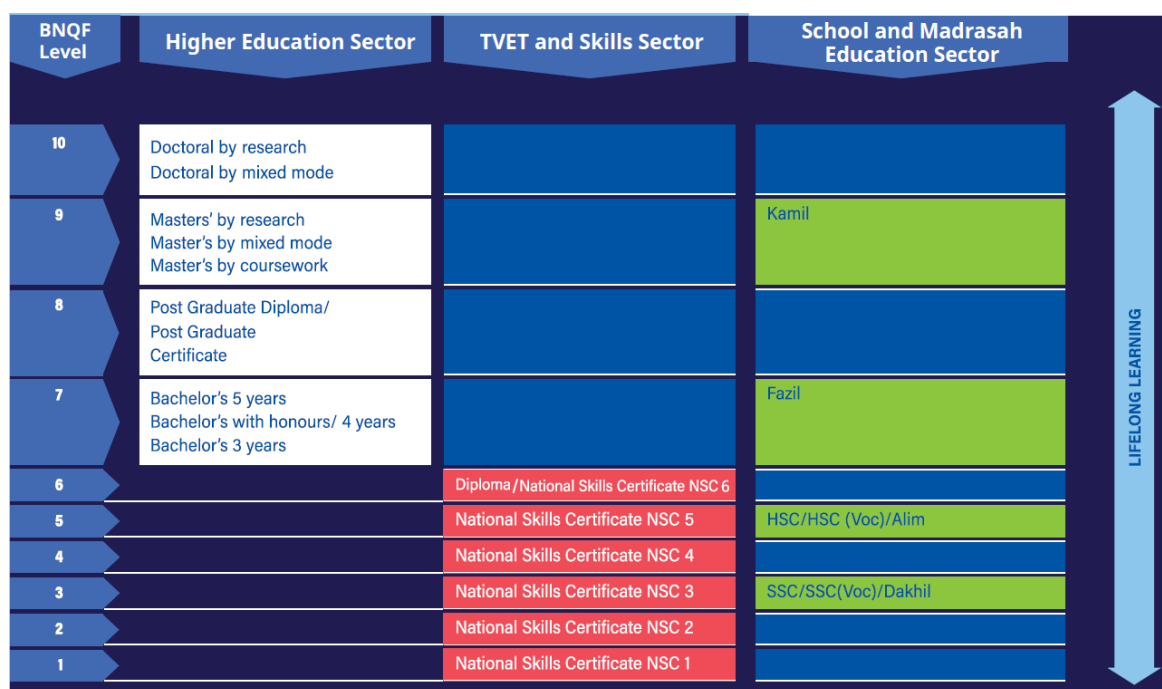


図 1-7-2 : バングラデシュ国家資格フレームワーク

(出所) UNESCO-UNEVOC, TVET Country Pfile: Bangladesh, 2022

ケアギバーの資格制度は以下の4種が整備されている。

- ・ ケアギバー (一般)
- ・ ケアギバー (高齢者向け)
- ・ ケアギバー (幼児向け)
- ・ ケアギバー (特別なニーズを持つ人向け)

これら資格において、コンピテンシーの基準 (Competency Standard : CS) やカリキュラムは、国家技能開発局 (National Skills Development Authority : NSDA) とバングラデシュ技術教育委員会 (Bangladesh Technical Education Board : BTEB) の2つの機関でそれぞれによって策定されており、2022年11月時点においてどちらも有効な国家資格であるが、今後NSDAのケアギバー資格に統一される見込みである。

資格の取得には、トレーニング²⁴⁴修了、従前学習の認証 (Recognition of Prior Learning : RPL)²⁴⁵、またはこれら2つの組み合わせの3つの方法が用意されており、いずれの方法でもCSに基づき審査が行われ、当該コンピテンシーを有していると判断された場合に資格が与えられる²⁴⁶。

²⁴⁴ BTEB 資格の場合、BTEB により認可された機関が提供する BTEB に認可されたトレーニング、NSDA 資格の場合は NSDA により認可された機関が提供する NSDA に認可されたトレーニング

²⁴⁵ RPL は帰国後のキャリアと関連が深い制度であるため「6.1.2.3. 帰国後のキャリアの状況」にて説明を行う、

²⁴⁶ Technical and Vocational Education and Training Reform Project, National Skills Development System in Bangladesh 2015

CSに基づく審査の方法は資格ごとにその方法が決められる。BTEBのケアギバー（一般）の場合には、筆記試験、実技、口頭質疑、またはその他の方法のいずれか、またはその組み合わせで行われると規定されている²⁴⁷。

2022年11月時点において、ケアギバー（一般）はBNQFの中で技術教育および技能開発に該当するレベル2～4、ケアギバー（高齢者向け）はレベル3～4の資格制度が整備されている。ただし、ケアギバー（高齢者向け）は現状の需要に鑑み、人材育成の実施はレベル3のみで行われている。また、BTEBは需要があれば管理者レベルなどより高レベルのケアギバー（高齢者向け）資格を整備するとしている。なお、高齢者向けケアギバーレベル3のカリキュラムはカナダのケアギバー資格のカリキュラムを参考に作られている。

BNQFのレベルごとに想定される職層と知識、スキル、責任の3つの領域について求められるレベルの規定が職種横断的に規定されている（表1-7-5）。想定される職層は、レベル2から4にあがるにつれて、半練技能労働者、熟練労働者、高度熟練労働者となり、管理者のもとより自主性をもった業務遂行が求められるようになる。なお、レベル5及び6の想定職層は、それぞれ責任者、中級マネージャー/サブアシスタント技術者であり、より管理者としての責任が求められるレベルとなっている。

表 1-7-5 : BNQF レベル別想定職位と求められるレベル（レベル2、3、及び4）

BNPF レベル及び 想定職層	領域	記載
レベル2 半練技能労働者	知識	特定の分野の基礎知識を理解し、一般的な職業用語や指示を理解して適用することができる。
	スキル	職場で簡易なタスクを行い、チームとコミュニケーションをとり、成果を必要な明瞭さで説明し、議論することができる。
	責任	管理者のもと、体系化された状況の中、限定された範囲内で、仕事や研究をする責任を負っている。
レベル3 熟練労働者	知識	特定の仕事または研究分野における中程度に幅広い知識を有し、職場の要件に従って図面や設計からアイデアや抽象的なものを見出すことができる。
	スキル	基本的な認識力と実践力を持ち、単純なルールや ツールを用いて日常的な問題を解決し、タスクを実行するために関連情報を利用することができる。職場の価値観、性質、文化を尊重し、自分のチームや 限定された外部パートナーとのコミュニケーションを図ることができる。
	責任	管理者のもとで、自主性を持って仕事や研究をする。チームに参加し、チームの調整に責任を持つ。
レベル4 高度熟練労働者	知識	特定の仕事または学習分野における基本的な概念、原理、およびプロセスに関する幅広い知識を有し、新たな状況において習得した知識を照らし合わせながら問題を解決することができる。

²⁴⁷ BTEB, National Technical and Vocational Qualifications Framework Competency Standards for Care Giving NTVQF Level – II, III & IV

スキル	さまざまな方法、ツール、材料、情報を選択し適用することで、タスクを遂行し、問題を解決するために必要な認知的、実践的スキルを有している。
責任	職場の状況に応じ、特定の状況下において最小限の監督下で業務を遂行する責任を持つ。また、技術的な問題を解決し、チームやグループをリード/指示する責任を持つ。

(出所) Level Descriptor of BNQF

ここで、本調査でヒアリングを行ったケアギバーコースを提供する 2 つのトレーニング機関から、トレーニング提供状況の概要をとりまとめる。2 機関ともに、NSDA 及び BTEB のケアギバーコースの提供を行っている。今後、NSDA に統一される見込みであるが、2 つのコースは内容が類似しているため、トレーニング機関側としては特に問題がないとのことである。

表 1-7-6 ケアギバートレーニング機関からのヒアリング結果要約 (1)

機関名	Care Training Institute of Sir William Beveridge Foundation (私立)
所在地	ダッカ
概要	BTEB と NSDA の両機関の CS・カリキュラムをもとにトレーニングの提供を行っている。どちらのコースを提供するかは受講生のニーズによる。
受講要件	<ul style="list-style-type: none"> ・ BNQF レベル 2：中等教育修了証または同等の資格試験合格 ・ BNQF レベル 3：ケアギバーレベル 2 取得 ・ 年齢 18-45 歳
トレーニング内容・期間	<ul style="list-style-type: none"> ・ BNQF レベル 2：360 時間 (6 日/週で約 3 カ月) ・ BNQF レベル 3：270 時間 (6 日/週で約 3 カ月)
受講料	<ul style="list-style-type: none"> ・ BNQF レベル 2：10,000 タカ (NSDA・BTEB とも同額) ・ BNQF レベル 3：10,000 タカ (NSDA・BTEB とも同額)
受講者	年間 100 人ほど。 受講要件ではないが、大学卒の人が多い。
受講理由	<ul style="list-style-type: none"> ・ 海外で介護の仕事をするため (一番多い理由)。 ・ バングラデシュで介護の仕事をするため。 ・ 介護トレーナーや評価者として働くため。 ・ ホームケアまたはケアホームを運営するため。
進路	<ul style="list-style-type: none"> ・ 本機関は高齢者ケアサービス事業の運営を行っており、多くが同事業のケアギバーとなっている。 ・ 海外に行く例もあり、10 人 (カナダ 2 人、英国 2 人、米国 2 人など) がケアギバーとして海外へ渡航しており、また、6 人が日本語のコースを受講している。 ・ 他には、国内の高齢者ケアサービス事業者、病院、クリニック、理学療法センター、医療・福祉関連組織など。
在学生の海外就労希望について	<ul style="list-style-type: none"> ・ 日本、英国、カナダ、オーストラリア、米国が希望国としてあげられた。 ・ 給与水準、生活水準、社会保障、治安の良さなどで選ぶとの意見があげられた。 <p>日本を選ぶ理由</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 東南アジアや南米などの地域と比較すると、日本は相対的に給与が高い傾向にある。 ・ 日本は社会福祉制度が充実している。

	<ul style="list-style-type: none"> 日本の文化は豊かで伝統的であり、自分たちの文化に近いと考えている。 日本の労働制度は、より良い自己啓発の機会とキャリアアップを提供している。
--	---

(出所) Care Training Institute of Sir William Beveridge Foundation ヒアリングより調査団作成

表 1-7-7 ケアギバートレーニング機関からのヒアリング結果要約 (2)

機関名	Caregivers Institutes of Bangladesh (私立)
所在地	ダッカ
概要	BTEB と NSDA の両機関の CS・カリキュラムをもとにトレーニングの提供を行っている。
受講要件	<ul style="list-style-type: none"> 年齢が 18 歳以上であること。 中等教育修了証または同等の資格試験合格。 健康であり、高い規律を守ることができること。 貧困層または中産階級の出身であること。
トレーニング内容・期間	<ul style="list-style-type: none"> 総授業時間 1,420 時間 (全部で約 6 カ月のトレーニング) レクチャー及び実習 - 1,260 時間 病院や介護施設でのハンズオントレーニング - 160 時間
受講料	<ul style="list-style-type: none"> コース料金の合計 - 91,200 タカ/食事と宿泊費込み
受講者	<ul style="list-style-type: none"> 年間 1,200 人ほど
受講理由	<ul style="list-style-type: none"> 職を得るため。 人々の役に立つため。 高潔な人生を送るため。
進路	<ul style="list-style-type: none"> ケアギバーコースは同機関では新しいコースで、新型コロナウイルス感染症流行により、若者を大規模に訓練することができなかつたため、まだケアギバーの資格を持っている人は多くない。 病院、老人ホーム、デイケアセンター、在宅介護など、国内のさまざまな場所で、多くのケアギバーが活躍している。病院は人手不足もあり、医療行為以外の患者の身の回りの世話まではしない。患者や家族に雇用され、患者が入院する病院の病室でお世話をするパターンが多い。 ごくわずかではあるが、海外、特に英国やカナダに行った人はいた (正確な数は不明)。 香港から 200 人ほどのケアギバーの送り出しの話が来たが、給与が 60,000 タカと低く (英国での給与は 200,000 タカほど)、まだ 1 人も行っていない。安全面も含めて反対している保護者も多く (虐待されるのではないかと不安)、希望者は集まっていない状況。
在学生の海外就労希望について	<ul style="list-style-type: none"> 日本、中近東、オーストラリア、欧州、米国、カナダが希望国としてあげられた。 上記渡航先を選ぶ際の背景として、自分や家族のための資金稼ぎ、豊かな未来、名誉と尊厳のある人生を歩むためなどが挙げられた。 <p>日本を選ぶ理由</p> <ul style="list-style-type: none"> 日本は豊かな先進国であるため。 規律正しい国での生活を望んでいるため。 雇用が安定している。 給料が良い。 人としての尊厳と名誉を持つことができる。

その他	<ul style="list-style-type: none"> 海外への出稼ぎを希望する受講者にむけて、アラビア語、日本語教育を6カ月のトレーニング期間内で併せて提供したい（200ドルほどの受講料を想定）が教師の確保などが難しくまだ実現できていない。英語は教えている。 受講者の99%は貧しい家庭出身である。同校は、ケアギバーは大変な忍耐のいる仕事であり、裕福な家庭出身より貧しい家庭出身の方がケアギバーに向いているとの見解を示している。
-----	--

(出所) Caregivers Institutes of Bangladesh ヒアリングより調査団作成

(2) 看護師

バングラデシュから日本への介護人材の送り出しは始まったばかりであり、看護師の介護人材としての送り出しがどうなるかは未知数であるが、他国同様に看護系学校卒業生含む看護人材が介護人材の候補となることが十分に考えられるため、バングラデシュの看護師制度を概観する（表 1-7-8）。

バングラデシュでは、正看護師、准看護師のような区別はない。看護師になるためのルートは、ディプロマ3年コース、学士4年コースの2パターンがあるが、看護師資格としての違いはない。一方、学士コース卒の看護師は、より昇進が早く管理職まで昇進されることが見込まれているといった違いがある²⁴⁸。

表 1-7-8：バングラデシュ看護師制度概要

看護師要件	ディプロマ3年、学士4年の看護師コース卒業後、インターンを終えて、看護師国家試験に合格すること。 ディプロマコースと学士コースによる看護師資格の差はない。
インターン	インターン期間は6か月間 通常は関連する医療機関で行う。また、インターンは実務を行う訓練に位置するものであり、特に臨床現場での実務は先進国とは異なるため、バングラデシュ国内で行う必要がある。
看護師資格更新要件	あり：5年ごと 事務的な手続きが求められるだけで、勤務、トレーニングなどに関する要件はない。例えば、5年間無職であったとしても更新が可能である。

(出所) Medical Education and Family Welfare Division, Ministry of Health and Family Welfare, Bangladesh Nursing & Midwifery Council, Directorate General of Nursing and Midwifery ヒアリングより調査団作成

2022年時点の看護教育機関数は2014年時と比較して、学士コースディプロマコース共に大きな伸びを示している（表 1-7-9）。特に公立機関に比べて、私立機関の伸びが大きい。教育機関数の伸びに応じて、年間に輩出可能な看護人材が29,325人と2014年時と比べて、4倍以上多くなっている（表 1-7-10）。

表 1-7-9：看護教育機関数（2014年、2022年）

		2014年	2022年
看護大学 (4年間で学士号取得)	公立	9	32
	私立	17	148
	小計	26	180

²⁴⁸ Bangladesh Nursing & Midwifery Council ヒアリング

看護学校 (3年間でディプロマ取得)	公立	44	46
	私立	54	345
	小計	98	391

(出所) Medical Education and Family Welfare Division, Ministry of Health and Family Welfare, Bangladesh Nursing & Midwifery Council, Directorate General of Nursing and Midwifery ヒアリング, JICA, バングラデシュ人民共和国 バングラデシュ人民共和国看護サービスの質向上のための 看護サービスの質向上のための看護師育成強化にかかる 看護師育成強化にかかる基礎情報収集・確認調査報告書, 2015 より調査団作成

表 1-7-10：看護人材輩出数（キャパシティ）（2014年、2022年）

		2014年	2022年
看護大学卒業生	公立	785	2,100
	私立	760	7,180
	小計	1,545	9,280
看護学校修了者	公立	2,630	2,730
	私立	2,435	17,315
	小計	5,065	20,045
合計		6,610	29,325

(出所) Medical Education and Family Welfare Division, Ministry of Health and Family Welfare, Bangladesh Nursing & Midwifery Council, Directorate General of Nursing and Midwifery ヒアリング, JICA, バングラデシュ人民共和国 バングラデシュ人民共和国看護サービスの質向上のための 看護サービスの質向上のための看護師育成強化にかかる 看護師育成強化にかかる基礎情報収集・確認調査報告書, 2015 より調査団作成

また、バングラデシュでは、上記のほか6つの専門看護コース1年コースを提供している。今後、新たな専門コースとして、老年看護学1年コースを導入する予定である。

本調査で面談を行ったバングラデシュ政府職員によると、バングラデシュは若い人材が豊富である一方、海外に需要があること、外貨を稼ぐため、海外の技能を取り入れるためなど複数の理由により、国内だけでなく海外へ看護人材を送り出したいとの意向を持っている²⁴⁹。

同職員は、その背景のひとつとして、バングラデシュにおける看護人材育成体制が整備されつつあり、2022年時点でバングラデシュ国内の看護師は約83,000人（約55%が政府系医療機関勤務、約45%が民間医療機関勤務）であるが、2025年には100,000人以上となり、今後数年間のうちに国内看護師不足の課題は基本的に解消されるとの見込みがあることを説明している。一方、バングラデシュ国内の看護師/助産師不足が深刻であること、不足にも関わらず卒業生の多くは仕事を得ることができていない点などが指摘がある²⁵⁰。本調査では、上記政府職員の見込みがどの程度確からしいものかについては確認ができていない。

ここで、本調査でヒアリングを行った看護コースを提供する2つの教育機関の概要をとりまとめる。看護師はバングラデシュ国内での就職が容易なこと、海外での就職可能性があることから志望をする人が多い。また、看護師として働くことを希望するものの、日本を含め給与が高い海外においては介護人材として働くことはあり得る選択肢であるとの声があった。

²⁴⁹ Medical Education and Family Welfare Division, Ministry of Health and Family Welfare ヒアリングより。看護人材の海外送り出しの意向については同省の方針と述べる一方、政策文書などへの記載はないとのことであった。

²⁵⁰ JICA, バングラデシュ国保健セクター情報収集・確認調査ファイナル・レポート, 2022, p77-78

表 1-7-11 看護教育機関からのヒアリング結果要約 (1)

機関名	Japan Bangladesh Friendship Nursing College (私立)
所在地	ダッカ
提供コース	ディプロマ3年制のカリキュラムで、毎年 695 名が卒業している。
学生のコース 志望動機	<ul style="list-style-type: none"> ・ バングラデシュの看護師は国内での就職が容易である。 ・ 海外で働きたい。
卒業後	<ul style="list-style-type: none"> ・ 公立医療機関の場合の給与は月額 35,000 タカ以上。 ・ 私立医療機関の場合の給与は機関によるが月額 20,000 タカ以上。 ・ NGO などでは求人が多く、ロヒンギャ難民キャンプなどでの仕事は給与も高い。
介護職について	<p>介護職として日本で働くことに関して</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 介護職より看護職の方が職位が高いと思われている。しかし、介護職であれば日本で仕事を得ることができると思えば、介護職の人気がある可能性がある。 <p>バングラデシュ人看護師が日本へ行く際の長所と短所</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 公立病院で働いている場合、日本への渡航許可が下りない可能性がある。 ・ 看護師のライセンス更新は書類上の手続きが求められるだけであるため問題はない。 <p>バングラデシュへ帰国後に期待される役割</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 看護師として働くことが求められる。日本での経験を基に、高齢者医療に関するサービスや、教職につくことが期待できる。
その他	日本語教育も開始しており、日本へ既に2名の介護人材を派遣している。

(出所) Japan Bangladesh Friendship Nursing College ヒアリングより調査団作成

表 1-7-12 看護教育機関からのヒアリング結果要約 (2)

機関名	Grameen Caledonian College of Nursing (私立)
所在地	ダッカ
提供コース	ディプロマ、学部、マスターコース
学生のコース 希望動機	国内で就職がしやすく、また給料の高い海外に行くチャンスもあるから看護師を目指す人が多い。
卒業後	<ul style="list-style-type: none"> ・ まだ国内で働く人がマジョリティである。 ・ 海外に行く場合、仕事を見つけやすいという理由から中東を選択する人が多い。米国や欧州に行きたい人は多いが、語学など条件が高く仕事を見つける事が困難である。
介護職について	<p>介護人材として働くことについて</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 給与は看護師の方が高い。一方、ケアギバーとして働くには、ケアギバーとしての勉強を追加でしなくてはいけないことはデメリットである。 <p>介護人材として日本で働くことに関して</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 2019年、日本企業から介護人材としての採用に関する問い合わせがあった。その後、日本語教育を始めて、30人ぐらいの生徒がN5を取得した。その後、N4取得を目指していたが、新型コロナウイルス感染症流行がきて中断となった。 ・ 当時は2つのバッチがあり、それぞれ約20人、ディプロマ、学部コース両方の生徒が受講していた。日本語教育を受ける生徒は、授業が終わった後、追加で日本語勉強をする。費用は生徒自身が費用を払う。6ヶ月コースで月額2,500タカである。

	<p>その他の国への渡航状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 欧米で働く人の中には、簡単に看護師で働く資格が得られない理由から、まずはケアギバーとして働き始める人もいる。その場合、現地で看護師として働く資格取得を目指し、資格取得後看護師になる人もいる。 ・ サウジアラビアでは就労者が家族も連れていく事ができるなど、その他の国も就労の条件を改善している。今後看護師人材の取り合いはより激しくなると予想される。 <p>バングラデシュへ帰国後に期待される役割</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ たとえケアギバーであっても、海外で高い技術を習得してバングラデシュに帰れるのはメリットにはなる。経験を活かして、バングラデシュの人により良い看護/介護が提供できることを期待している
その他	2019年から日本人の先生を雇って日本語教育も実施していたが、現在は新型コロナウイルス感染症流行の影響で日本語教育は中断している。

(出所) Japan Bangladesh Friendship Nursing College ヒアリングより調査団作成

1.7.1.5. 介護サービス等に関する法制度・概況

(1) 介護サービスに関する法制度

2022年11月時点、バングラデシュには、介護関連サービスを提供するための登録規定や、サービス提供に関する基準などはない²⁵¹。

(2) 介護サービスの概況

政府の社会福祉サービスとして、困窮高齢者向け施設（Shanti Nibas）があり、社会福祉省社会事業局により6つの施設が運営されている。しかし、2022年11月時点で、高齢者をケアしている施設は1つだけとなっている。これとは別に、Government Child Family と呼ばれる政府運営の85施設で、1施設ごとに高齢者10人を対象とするよう社会事業局の指示が出ている。

本調査では高齢者ケアサービス事業者の2業者へのヒアリングを行っている。ケアギバーの採用においては、経験などよりも社会的に弱い立場にいる人々を優先している。

表 1-7-13 高齢者ケアサービス事業者からのヒアリング結果要約 (1)

Care Training Institute of Sir William Beveridge Foundation (私立)	
所在地	ダッカ
概要	・ 在宅ケアサービスにて脳卒中リハビリテーション、理学療法サービスなど。
対象者	・ 60歳以上の高齢者層がメインだが、若年層の障がい者も対象としている。
利用者	<ul style="list-style-type: none"> ・ 自立高齢者、介護者や補助器具（補聴器、車いす、杖など）が必要な高齢者、寝たきりや、認知症など様々である。 ・ 2008年以來1,378人の利用者。
ニーズ	・ 2020年、COVID-19の流行により、サービスの需要は減少した。現在では、高齢者人口の増加、経済状況の改善、専門家が提供するサービス

²⁵¹ 社会福祉省ヒアリング

	の成果に関する一般的な認識など、さまざまな要因によって需要が増加している。
料金	・ 利用者の経済力、また1日のサービス利用時間（1時間～24時間）に応じて、月額15,000～65,000タカ。
スタッフ	・ 看護師（ディプロマ/学士）：有給10名、ボランティア10名 ・ ケアギバー：125名中75名が資格取得者、残りは資格取得中
スタッフの採用	・ 介護スタッフの採用にあたっては、年齢、学歴、経験だけでなく、家庭環境、社会的・経済的背景も考慮している。男性も女性も採用している。 ・ 社会的に不利な立場にある人たちを選んでいる。高い学歴と恵まれた経済的背景を持つ人々は、ケアギバーとして働くことに興味を示さないからである。
スタッフ給与	・ ケアギバー（関連トレーニング修了者）：月給25,000タカ～
介護業界における課題	・ バングラデシュには介護サービスの品質を定める委員会、特定のガイドラインや制度はない。そのため、組織によって、適用している制度やガイドライン、基準が異なる場合がある。当財団では、英国のケアの品質委員会（Care Quality Commission）が定める基準（National Minimum Standard）を遵守している。

（出所） Care Training Institute of Sir William Beveridge Foundation ヒアリングより調査団作成

表 1-7-14 高齢者ケアサービス事業者からのヒアリング結果要約（2）

Caregivers Institutes of Bangladesh Foundation（私立）	
所在地	ダッカ
概要	Caregivers healthcare を2019年に設立し、在宅ケアを中心にデイケア、地域ケアなども提供。
対象	下記のとおり高齢者だけでなく、様々な層を対象としている。 ・ 寝たきり ・ 高齢者、特に認知症、てんかん、アルツハイマー病の方など。 ・ 糖尿病、腎臓病、癌、脳卒中、交通事故などによる身体障害者。 ・ 新生児、幼児、児童、自閉症の方
利用者	・ 病院での入院患者（病院で身の回りの世話をする人を患者が雇用する） ・ 自立している人の在宅ケア ・ 自宅や病院にいる半身不随や障がい者のケア ・ 緩和ケア
料金	・ 1時間あたり15タカ程度
スタッフ	・ 医師：1人 ・ 看護師（ディプロマ）：1人 ・ ケアギバー：4人
スタッフの採用	・ 学歴が低い、貧乏または中流以下の家庭、寡婦、離婚者、孤児、失業中などを優先して採用。 ケアギバーは募集すれば以下の理由により十分な人数が集まる： ・ 何千人もの国民が失業している。 ・ 特に農村部では、高等教育を受けるための施設が十分でない。 ・ チャンスが少なく競争の激しい雇用市場。 日本で高齢者介護の仕事をした経験のある人がいれば、当施設ではトレーナーとして、都市部ではケアギバーとして、経験豊富な人材を採用したい

給与	・ 看護師（ディプロマ）：25,000 タカ ・ ケアギバー（資格の有無に関わらず）：20,000 タカ
福祉用具	・ 低価格で入手しやすいため、中国製が多いが、耐久性や信頼性では劣る。

(出所) Caregivers Institutes of Bangladesh Foundation ヒアリングより調査団作成

(3) 介護用品・福祉用具に関する市場の概況

バングラデシュにおいて、介護サービスはまだ未成熟であり、本調査において、介護用品・福祉用具における市場やポテンシャルについての把握はできていない。

なお、経済産業省 2021 年のレポート²⁵²においても、そのバングラデシュの介護の市場規模データ及び進出している日本の福祉用具事業者は確認されていない。

1.7.2. 日本を含む諸外国への介護人材輩出状況に関する調査

1.7.2.1. 介護人材の渡航先と輩出状況

(1) 海外への人材輩出状況

バングラデシュは、1976 年に海外雇用の推進を国策とし担当省庁の設置や法の整備を進め、余剰労働力の輸出を積極的に行っており²⁵³、1976 年から 2019 年まで合計 12,899,283 人のバングラデシュ人が就労のために海外移住している²⁵⁴。

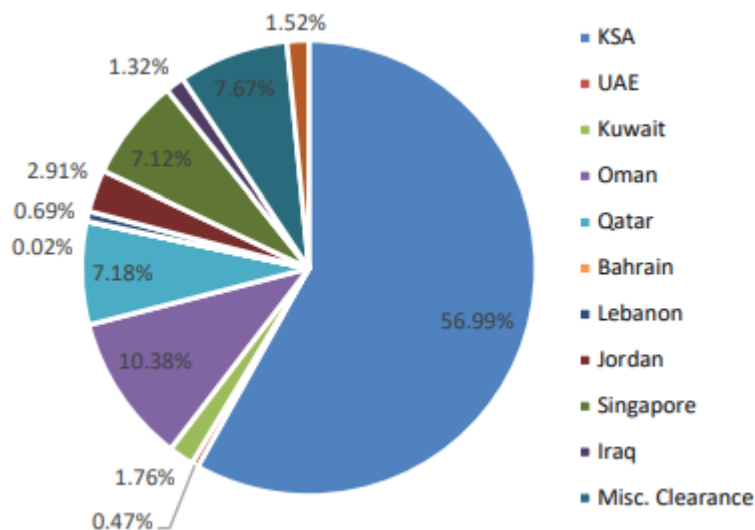


図 1-7-3 : バングラデシュ移民労働者：派遣先国別 (2018 年)

(出所) RMMRU, Labour Migration from Bangladesh 2019

²⁵² 経済産業省、医療国際展開カントリーレポート バングラデシュ編、2021

²⁵³ 北原玲子、その他、バングラデシュから日本への出稼ぎ労働者の居住環境に関する研究、2011

²⁵⁴ RMMRU, Labour Migration from Bangladesh 2019

バングラデシュ移民労働者のフロー（2018年）を国別で見ると、39万9,000人で57.0%を占めるサウジアラビアを筆頭に、シンガポールの4位49,829人（7.12%）以外は、中東諸国が多くを占めている（図1-7-3）。中東諸国へ集中しているこの現状をバングラデシュ政府としては好ましい状況としては捉えておらず、新しい派遣先国を増やしていく必要があるとしている²⁵⁵。

介護に関連する職種の派遣実績を見るとメイドが多く、新型コロナウイルス感染症流行の影響による減少があるものの、それ以前は10万人規模となっており、その主な派遣先国は中東諸国と香港となっている²⁵⁵。

表1-7-15：バングラデシュ移民労働者（メイド）派遣人数（2017-2021年）

	2017	2018	2019	2020	2021
人数	121,925	101,695	104,786	21,984	80,143

（出所）Ministry of Expatriates' Welfare and Overseas Employment ヒアリング

なお、看護師の派遣は過去5年間で534名と少なく、主な海外派遣先としては、クウェート、マレーシア、英国となっている。海外で働く看護師の候補者人数のデータはないものの、2,000人程度と推測されており、その人数は少ないが増加傾向にある。バングラデシュ政府機関は、その背景として、国内で看護系教育機関が増え、看護師の数が増え、海外で稼ぐことに対する興味を持つ人が増えたことを挙げている。なお、その給与は中東諸国では1,500-2,000タカ、英国は英国国内の給与水準と同程度である²⁵⁴。

介護人材としての送り出しはほとんどない状況であるが、送出機関によると、欧州（マルタ、スロバキア、イタリア）から介護人材派遣要請が日本より多数来ており、これらの国へは簡単な英語能力で行くことが可能ということで、今後増加する可能性がある。

（2）送り出しの課題

国際労働機関（International Labour Organization：ILO）によると、バングラデシュの移民労働者が抱える課題として、海外に出稼ぎに行くための費用がかかり送出機関にそれを返済しなければならない実態があるとしている。また帰国者の約30%は帰国後に貯金がない、または負債があることも指摘している。人身売買などの問題に発展してしまう。このような状況を防ぐため、ルールの整備と独立機関からのモニタリングが必要と指摘している。

（3）政府の送り出し支援

【トレーニング提供】

バングラデシュ政府は職業訓練トレーニング、語学トレーニングの提供を通して送り出し支援を行っている。

職業訓練トレーニング

労働者雇用訓練局は55の職業訓練コースを提供しており、その一つにケアギバーがある。

²⁵⁵ Ministry of Expatriates' Welfare and Overseas Employment ヒアリング

語学トレーニング

労働者雇用訓練局管轄の語学トレーニング機関があり、日本語のトレーニング機関が 25 機関で最も多く、2 番目に韓国語の 17 機関、3 番目が英語で 8 機関となっている。日本語トレーニング提供機関は、2023 年に 25 機関が追加され計 50 機関になる計画となっている。

日本語トレーニング期間は 6 か月間で、受講料は 1,000 タカとなっている。民間トレーニング機関では 30,000 タカ以上であるところ、政府の補助があり低価格での提供が可能となっている。

この日本語トレーニングは年間 2,000 人に提供しているが、定員の 5 倍以上の 10,000～12,000 人の応募があり、トレーニング提供が必要に供給が追いついていない。そのため、労働者雇用訓練局は、2023 年に年間 8,000 人へのトレーニング提供ができる体制にしたいと考えている。一方、日本人の講師がおらず高い品質が確保できていないのが課題としている。

【日本の監理団体・登録支援機関との連携】

バングラデシュ政府は日本の監理団体・登録支援機関との連携し、介護人材を含めたバングラデシュ人材の日本への送り出しにより直接的に関与している。

- 海外居住者福利厚生・海外雇用省と IM Japan は 2017 年にバングラデシュからの介護人材を含む技能実習生を雇用するための協定を締結した。同協定に基づき、これまでに 268 人のバングラデシュ人が技能実習生として日本へ渡っている。建設や自動車を含む様々な分野で雇用され、介護分野は 13 人である。
- 労働者雇用訓練局（BMET）と Whita Japan は 2022 年 3 月に介護人材に関する覚書を締結した。同覚書のもとパイロット的に 20 人が BMET でトレーニングされている。通常は BMET が管轄の送出機関が送り出しを行うが、本覚書のような特別なケースでは BMET 自らが送り出しを行う。

【他国の事例：韓国】

BTEB は韓国政府と連携をして韓国への人材送り出しを行っており、以下がその概要である。

- 韓国へは 2008 年から送り出しを開始、韓国は毎年 5-6,000 人規模の募集・受け入れを行っている。送り出しをしている職種は主に製造業、農業である。
- 約 5,000 人の募集枠に対して約 100,000 人の応募がある。なお、給与は 150,000～300,000 タカ程度である。5,000 人と規模が大きいため、募集広告を新聞、SNS 等に掲載することが可能で、それも多数の応募に繋がっている。
- 希望者の情報をデータベースに載せ、韓国の受け入れ企業がデータベースで確認して採用するという効率的なプロセスである。採用プロセスとして、語学テスト、職種にかかるスキルテストを実施する。
- 韓国政府が HR decree という機関をバングラデシュに駐在させ、バングラデシュ側との調整も含め一連のプロセスを行っている。

なお、韓国のように当該国からの駐在者がいるのは韓国だけである。例えば、数多く送り出しているヨルダン、語学力の要求などもなく、簡単に送りだせるため常駐させる必要がないとのことである。

1.7.2.2. 渡航先を選択する背景・理由

上述のとおりバングラデシュからの移民労働の全体としては、中東諸国への渡航が多くなっている。また、介護に関連するメイドでは中東諸国に加えて香港への渡航が多い。

日本への介護人材の送り出しはまだ始まったばかりで日本と他国の比較は難しいが、ケアギバー訓練機関、送出機関を中心にバングラデシュの人々がどのように渡航先を選択しているかをまとめる。

ケアギバートレーニング受講生が希望する国としては、日本、カナダ、オーストラリア、米国、欧州が挙げられた。また、その理由としては、給与水準、生活水準、社会保障の充実度、治安の良さなどが挙げられた。

特に日本に関しては、相対的に給与が良い、安全で清潔である、社会福祉制度が充実している、文化が伝統的であり自分たちの文化に近い、豊かな先進国、規律正しいなどの点が挙げられた。また、技能実習制度の仕組みに関する安心感も挙げられた。

なお、介護という業務に関しては、バングラデシュでは家族の中に高齢者がいて面倒を見ているので介護に抵抗がないという意見も挙がった。

一方、日本語を習得するハードルが高いことが難点であるという声は多く、その大変さ、また介護業務の大変さを考えると給与は高くないという声もあった。そのため、技能実習生としてでなく、留学を選択するケースがあるとのことであった。

また、送出機関からは、日本からの募集がまだ少なく力を入れづらいという声も聞かれた。

1.7.2.3. 帰国後のキャリアの状況

バングラデシュは日本への介護人材の送り出しを始めたばかりであり、帰国後のキャリアについて論ずることは難しい。また、バングラデシュでは介護関連サービス産業はまだ未成熟であり、帰国後にバングラデシュ国内で介護関連職に就くことが主要なキャリアとなることは難しいと考えられる。

そのような状況であるが、日本からの帰国人材のキャリアについての今後の可能性について、本調査におけるヒアリングよりまとめる。

介護と直接的な関連がないキャリアでは、日本での稼ぎを元手に自分でビジネスをする、日本語教師になるなどの可能性が挙げられた。

介護と関連性のあるキャリアとしては、バングラデシュでケアギバーまたは高齢者介護サービスのマネージャーとして働くほか、ケアギバーのトレーナーとして働く可能性が指摘された。特にトレーナーに関しては、現在、多くの民間企業やバングラデシュ政府が、様々な分野で人材育成の取組を行っており、質の高いトレーナーを必要としているとして、可能性がある

と指摘している。また、海外から帰国した経験豊富なケアギバーは、月額3万5千～4万タカ程度の給与を得ることができるとしている。

その他、帰国後のキャリアパスに関連する2つの制度について、概要を説明する。

【従前学習の認証（Recognition of Prior Learning：RPL）】

帰国後のキャリア支援の一つとして、従前学習の認証と呼ばれる仕組みがある。これは、正規の教育・トレーニング機関での学習以外での学習（従前学習）を正式に国家資格フレームワークの中で評価し、その後の雇用可能性を高めようとするものである。この従前学習には就労経験・インターン経験等が該当する。これは、バングラデシュ職業・技術教育訓練（Technical and Vocational Education and Training：TVET）政策の一つである²⁵⁶。

以下が、RPLの大まかなプロセスとなる²⁵⁷。

- (1) 申請者は、必要な費用を支払い、申請書/自己評価書に記入する。
- (2) 認定審査センター（Accredited Assessment Centre：AAC）は使用できる証拠の種類を申請者に助言する。
- (3) 申請者は必要な提出書類を準備し審査員に提出する
- (4) 提出書類の正当性を確認のため、審査員による面接、スキルテストの両方またはいずれか一方が実施される。
- (5) 評価結果により、あるレベルの資格が認証される。または不足分があると判断された場合には、希望すれば不足部分に関するトレーニング受講と評価のプロセスに進む事ができる。

このRPLと日本の外国介護人材との関連で言えば、次のようなケースがRPLの適用例として想定される。

バングラデシュ国家資格のケアギバーレベル3を取得後、日本に行き技能実習生または特定技能介護で数年経験を積む。帰国時にRPLにて、その経験を評価してもらい、ケアギバーレベル4の資格を取得する。レベル4の資格によりバングラデシュ国内または他国にて、ケアギバーや高齢者ケアサービスにおけるマネージャー職などでの雇用可能性を高める。

なお、このRPLのプロセスをオンラインで可能にする仕組みE-RPLの準備として、ILO支援のもとBTEBが主体となりパイロット活動として実施している（3つの分野でパイロットを実施しており、その一つがケアギバーである）。実現すると海外で働くバングラデシュ人がE-RPLにより資格を取得することで、その後のキャリアの準備をより円滑に行う事ができるようになると期待される。

【看護師の海外就労に関する制度】

²⁵⁶ Ministry of Education, NATIONAL SKILLS DEVELOPMENT POLICY, 2011

²⁵⁷ ILO, Recognition of Prior Learning (RPL) in Bangladesh Fact Sheet

他国のようにバングラデシュからも看護師が介護人材として日本に行くケースもあると考えられるが、バングラデシュには、公的機関で働く看護師や医師に対し5年間に限り、海外で働くことを許可し、帰国後、所属ポジションに戻る事ができる仕組みがある。また、同仕組みのもと海外で働く場合、職種を限定しない。

1.7.3. 介護及び介護人材関連の法制度、マーケット、介護人材輩出状況等のまとめ

バングラデシュにおいて、介護人材の日本への送り出しはまだ始まったばかりであり、特に特定技能に関しては、2022年11月時点でバングラデシュ国内において日本語能力試験、技能試験が実施されていない。そのような状況のため、まだ送出機関、政府機関などにおいて日本における介護の実習・就労機会については知名度が十分でなく、またその制度についての理解も十分とは言えない状況である。

バングラデシュにおいても、日本語習得のハードルが日本への送り出しに際してハードルとなることが想定される。BTEBによると、民間トレーニング機関では受講料が30,000タカ以上となるところ、BTEB提供の日本語トレーニングは受講料が1,000タカと30分の1程度と、渡航者への負担が大きく減る。一方、BTEBは日本語ネイティブのトレーナーがいないなど質に関して課題があるとしている。

介護人材となり得る看護師については、看護師人材を輩出する教育機関数が増えつつあり、また、看護師が海外に看護師人材や介護人材として海外で就労するケースが増えつつあることが確認された。

ケアギバーについては、バングラデシュでは既にケアギバーの国家資格制度があり、今後、ケアギバー人材の輩出が進むと考えられる。また、実習や就労経験をBNQFの枠組みにおいて評価する仕組み、RPLがあることが確認された。このRPLを活用し、日本の介護での実習・就労経験を評価し、上位資格の取得を促すことができれば、帰国人材のキャリア形成の一助となることが期待できる。

本調査において、高齢者ケアサービス業者がどの程度あるのかなど定量的な把握はできていないが、関係者へのヒアリングからも、その数はまだ多くないことが推測される。そのような状況もあり、高齢者ケアサービス関連の規制・ガイドラインが未整備である。まず、登録に関するルールもなく、政府として高齢者ケアサービス事業者の数も把握できていない。また、開業要件や、サービス基準など業者が満たすべき要件についてなどが整備されていなく、一定の質を担保した高齢者ケア業界の発展は難しい状態と言える。ケアギバーを育成する側の取組が見られたが、そのケアギバーが活躍する場である業界の制度整備が求められる。

別添：調査日程

日にち		プログラム
1	2022/11/5 土	成田→シンガポール→ダッカ
2	2022/11/6 日	JICA/ Bangladesh事務所(安全ブリーフィング)
		UNFPA(国際機関)
		Greenland Overseas(送出機関)
		Bangladesh Nursing & Midwifery Council(政府機関)
		Directorate General of Nursing and Midwifery(政府機関)
3	2022/11/7 月	Bangladesh Technical Education Board(政府機関)
		SEIPプロジェクト(政府機関)
		Japan Bangladesh Friendship Nursing College(看護学校)
		Senior Citizens Hospital(病院)
4	2022/11/8 火	ILO(国際機関)
		Bangladesh association for the aged and institute of geriatric medicine(NGO)
		Ministry of Social Welfare(Department of Social Services)(政府機関)
		Global Recruiting Agency(送出機関)
5	2022/11/9 水	Medical Education and Family Welfare Division, MOHFW(政府機関)
		PCR検査
		Grameen Caledonian College of Nursing(看護学校)
6	2022/11/10 木	Caregivers Institute of Bangladesh(高齢者ケア事業者及びケアギバートレーニング機関)
		Care Training Institute of Sir William Beveridge Foundation(高齢者ケア事業者及びケアギバートレーニング機関)
		BOESL(Bangladesh Overseas Employment and Services Limited)(政府系送出機関)
		Bureau of Manpower Employment and Training(政府機関)
7	2022/11/11 金	ダッカ(11/10) →シンガポール→成田(11/11)

別添：面談者リスト

カテゴリー	機関名	部署名など	面談者氏名（敬称略）	職位
政府機関	Ministry of Expatriates' Welfare and Overseas Employment		Salah Uddin	Director, Training Operation
政府機関	Bureau of Manpower Employment and Training		Nilufer Jesmin Khan	Deputy Secretary, Training Unit
政府機関	Bangladesh Technical Education Board		Ali Akbar Khan	Chairman
			S.M Shahjahan	Deputy Director
政府機関	Ministry of Health and Family Welfare	Medical Education and Family Welfare Division	Rashidul Mannat	Director General, Directorate General of Nursing and Midwifery
			Saiful Islam	Joint Secretary, Nursing Education of Medical Education and Family Welfare Division
政府機関	Bangladesh Nursing & Midwifery Council		Rashida Akhter	Registrar
政府機関			Murad Sikder	Assistant programmer
政府機関	Directorate General of Nursing and Midwifery		Latif	Program Manager
政府機関	Ministry of Social Welfare	Department of Social Services	Abu Saleh Mostafa Kamal	Director general
			Kamrul Islam Chowdhury	Additional Secretary
送出機関	Greenland Overseas		Neamat Ullah	Manager, Operation
送出機関	Global Recruiting Agency		Abdullah Al-Mamun	Managing director
送出機関	Global Recruiting Agency	東京事務所	岡崎 透	
介護事業者&ケアギバートレーニング機関	Care Training Institute of Sir William Beveridge Foundation		Jiban Kanai Das	Representative of Bangladesh Office
			Global project coordinator	Global project coordinator
介護事業者&ケアギバートレーニング機関	Caregivers Institutes of Bangladesh Foundation		Bashidul Islam	Representative
教育機関(看護)	Japan Bangladesh Friendship Nursing College		Ashik	
教育機関(看護)	Grameen Caledonian College of Nursing		Niru Shamsun Nahar	Principal
その他	Bangladesh association for the aged and institute of geriatric medicine (NGO)		Nazrul Islam	Executive Member
			Abu Altaf Hossain	Director Hospital
医療機関	Senior Citizens Hospital		Taha	Director
その他	SEIP(プロジェクト事務局)		Sayedra Afroz	AEPD
			Rownak Jahan	AEPD
			Mahbuzul Alom Khan	DEPD
その他	ILO(国際機関)		Lotte Kejser	Chief Technical Advisor, Skills 21
			Rahman	Program Officer, Skills 21
その他	UNFPA(国際機関)		Menny Chowcenuny	project officer
			Alok Das	DGNM Nursing officer

添付資料

2 ファイナル・レポート概要

独立行政法人国際協力機構
外国人介護人材受入に関する
情報収集・確認調査
ファイナル・レポート
概要

QUNIE

目次

QUNIE

- 第1章 調査概要
- 第2章 日本の外国人介護人材受入れ
- 第3章 日本の外国人介護人材受入の実態
- 第4章 介護労働者の国際移動
- 第5章 重点対象国の介護及び介護人材関連の法制度、マーケット、介護人材輩出状況
- 第6章 日本国内の関係機関・団体に関する情報収集・整理及び連携可能性
- 第7章 JICA関連事業による外国人介護人材受入支援の方向性の整理

第1章 調査概要



本調査は介護分野における適正な外国人の受け入れと、介護分野での途上国への貢献に関して、JICAがどのような貢献が可能かを整理することを目的として行った

外国人材の受け入れ

- 日本国内において増加する外国人材の受け入れ環境整備を推進するため、日本政府は「外国人材の受け入れ・共生のための総合的対応策」を策定した。
- JICAは、同対応策等を踏まえ第5期中期目標でも外国人材受入・多文化共生への貢献を掲げ、開発途上地域と日本との人材還流を促進し、外国人材から「選ばれる日本」に向けて、日本国内における外国人材の適正な受け入れ及び地域における多文化共生社会構築を支援することを目指している。

開発途上国側の状況

- 多くの国で中長期的に人口の高齢化が進んでおり、特に東南アジア地域や中南米地域において、過去の日本よりも速いスピードで人口高齢化が進む国が散見される。それにも関わらず、介護サービスや介護人材に関する公的な制度は未整備である国が多い。
- 日本の経験の共有や人材育成への貢献が求められていると言える。

調査の目的

近年受け入れ数が増加する外国人介護人材について、途上国の開発に資する観点からJICAがどのような貢献が可能か、情報収集及び分析検討を行う

調査期間

2022年3月～2023年3月

調査対象国

全世界
重点対象国(ベトナム、フィリピン、インドネシア、インド、ネパール、バングラデシュ)

パイロット活動
インドネシア

第2章 日本の外国人介護人材受け入れ

外国人介護人材受け入れルートの概要



- 本件調査実施時点(2023年1月)において、日本に外国人介護人材を受け入れる枠組みとして、以下、背景の異なる4種類の制度が存在する。

経済連携協定(Economic Partnership Agreement, 以下EPAという)

インドネシア、フィリピン及びベトナムの3か国について、二国間の経済活動の連携強化のために行われる。看護師・介護福祉士の国家資格取得を目指す「候補者」として来日し、特例的に就労を認めるもの

在留資格「介護」

専門的・技術的分野の外国人の在留資格の対象職種の一つ。介護福祉士の国家資格を取得し、介護分野での業務に従事する場合に該当。

技能実習制度

技術又は知識の移転を通じ開発途上地域等の経済発展を担う「人づくり」に寄与することを目的とする技能実習制度の対象職種の一つ。

特定技能

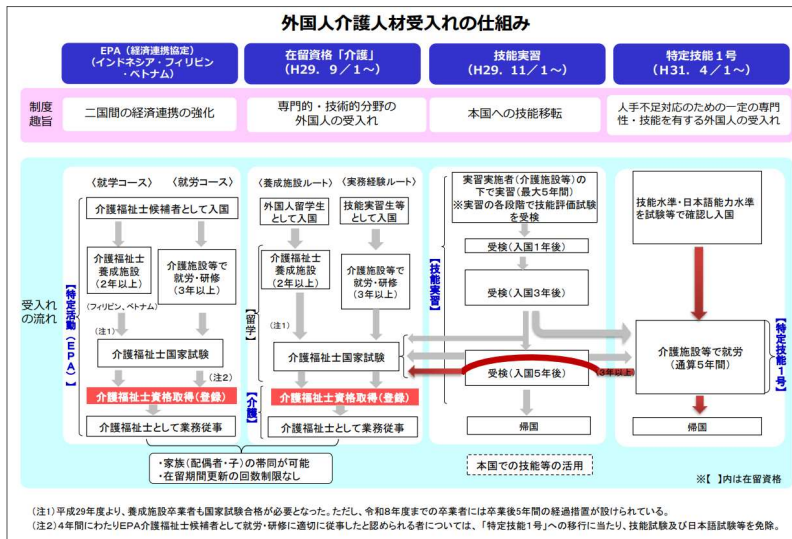
深刻化する人手不足に対応するため、人材確保が困難な産業分野において、一定の専門性・技能を有する外国人材を受け入れる制度である在留資格「特定技能」の対象職種の一つ。

第2章 日本の外国人介護人材受入れ

外国人介護人材受入れの仕組み



- 前述した4つの制度の下での各受入れルートの全体像については、下図のとおり整理される。

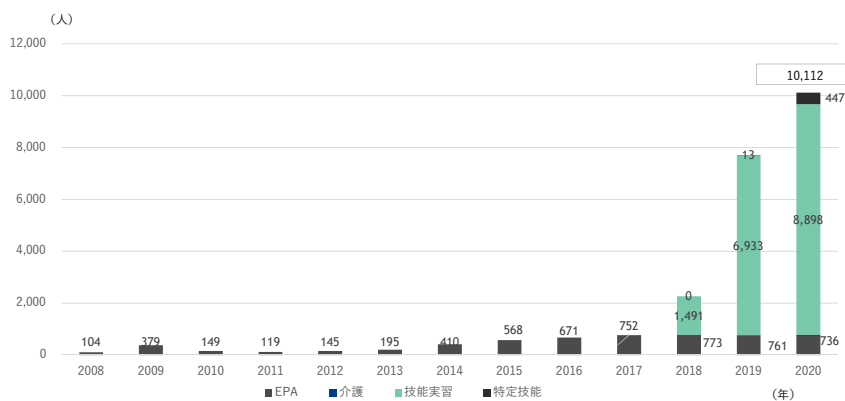


第2章 日本の外国人介護人材受入れ

外国人介護人材の受入れ推移



- 外国人介護人材の受入れ数は、技能実習生受入れが開始された2017年以降急激に増加している。
- 2020年は、10,112名が入国している。(年間入国者数、一部調査団推計値)
- 当初はEPAによる受入れのみであったが、2017年に技能実習制度に介護が追加されると、技能実習制度での受入れが増加し、2020年では約9割が技能実習制度による受入れとなっている。



第2章 日本の外国人介護人材受入れ

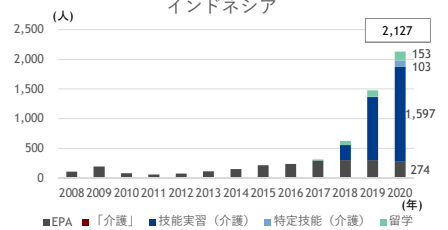


本調査対象6か国の国別外国人介護人材入国数推移

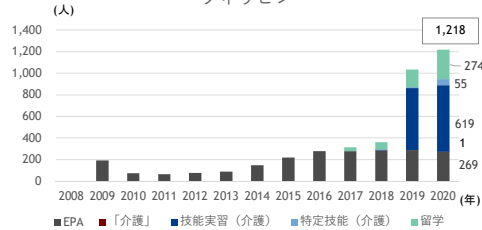
- 各国からの入国資格別の入国者数は以下の通りである(推計値、インドとバングラデシュの特定技能資格での入国者数は不明)

- なお、留学は、介護福祉士養成施設への留学のための入国者数を示す

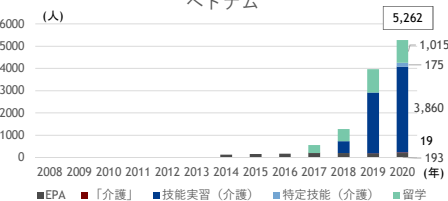
インドネシア



フィリピン



ベトナム



ネパール



第2章 日本の外国人介護人材受入れ



本調査対象6か国の国別外国人介護人材入国数推移

- 各国からの入国資格別の入国者数は以下の通りである(推計値、インドとバングラデシュの特定技能資格での入国者数は不明)

- なお、留学は、介護福祉士養成施設への留学のための入国者数を示す

インド



バングラデシュ



第2章 日本の外国人介護人材受入れ



外国人介護人材在留者数合計

- 2021年および2022年時点のデータを用いた推計では、技能実習、特定技能、EPA、「介護」の在留資格にて介護職に従事している者は合計27,269人である

在留資格	在留人数(介護分野のみ)
技能実習	14,034人
特定技能	7,019人
EPA(介護福祉士候補)	2,447人
EPA(介護福祉士)	705人
介護	3,064人
介護職従事者合計	27,269人
留学	4,584人
合計	31,853人

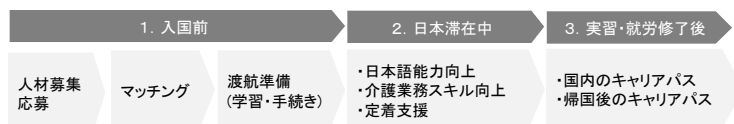
第3章 日本の外国人介護人材受入の実態



外国人介護人材受入実態の把握には、介護事業者や送出機関の募集と外国人材側の応募に始まり、人材と施設のマッチングや入国準備、入国後の定着やスキル向上支援、また実習修了後や帰国後における就労支援に至るまで長期的視点で捉える必要がある。

本章では、1. 入国前、2. 日本滞在中、3. 実習・就労修了後の3フェーズについて、現状の課題と、想定される施策、また現時点での施策の実施状況についてまとめた。

各フェーズにおける外国人介護人材受入の事態



第3章 日本の外国人介護人材受入の実態(1. 入国前)



フェーズ	課題	想定される施策/対策	実施状況	
入国前	人材募集/応募	<ul style="list-style-type: none"> 日本の受入事業所側や外国人介護人材候補者が信頼できる送出機関、監理団体や登録支援機関の情報が不足している 	<ul style="list-style-type: none"> 国 自治体 送出機関や登録支援機関、監理団体を評価する認証制度の創設 各機関に対する情報開示の制度化 	<ul style="list-style-type: none"> 監理団体の優良認定制度が設けられている △ その他機関の評価制度はない
		<ul style="list-style-type: none"> 他国と比較して日本での介護就労の魅力が乏しい 	<ul style="list-style-type: none"> 国 自治体 就労条件や手続きの簡略化等、各種制度の見直し 	<ul style="list-style-type: none"> 特定技能への追加等により一部改善が図られているが、雇用条件や形態の見直しや入国要件の緩和等、現地では、各種制度内容の改善を求める声が多数ある △
		<ul style="list-style-type: none"> 日本での介護就労に対する認知度が低く、正確な情報が届いていない 	<ul style="list-style-type: none"> 国 自治体 日本国としての介護就労に関するPR力/機会の向上 日本の介護就労に対する正しい情報の普及 	<ul style="list-style-type: none"> 他国が国を挙げて広範囲かつ大規模にPR活動を行う中、日本では送出機関に一存している △ 日本の介護を紹介する資料や映像ツールは制作が進められているものそれらを活用した広報展開はされていない
マッチング	<ul style="list-style-type: none"> 外国人介護人材側が、高度な日本式介護習得が可能な事業所を判断する術がない。また、就労先や配属地域を選べない 	<ul style="list-style-type: none"> 国 自治体 日本式介護の取組事例や実践する事業者/施設をリスト化・対外発信し、候補生と施設のマッチングに活かす 	<ul style="list-style-type: none"> △ アジア健康構想協議会では、受入事業者のリスト化に向けた検討が進められており、一部資料が公開されているが、資料の活用事例は確認できていない 	
	<ul style="list-style-type: none"> 受入事業所と候補人材のマッチング機会が少ない 	<ul style="list-style-type: none"> 国 自治体 各国の介護人材候補者と日本国内事業者に対する説明会と現地送出機関を含むマッチング機会の創出 	<ul style="list-style-type: none"> △ 各都道府県で支援事業が展開され、マッチング促進事業も進行中であるが、実施状況は都道府県や送出国によっては不十分 	

第3章 日本の外国人介護人材受入の実態(1. 入国前)



フェーズ	課題	想定される施策/対策	実施状況	
入国前	渡航準備	<ul style="list-style-type: none"> 出国までにかかる時間が長く必要な費用が大きいため、受入事業所・外国人介護人材ともに負担が大きい 	<ul style="list-style-type: none"> 国 自治体 渡航手続きの簡略化を始めとする制度の見直し 	<ul style="list-style-type: none"> △ 制度によっては簡略化ができていますが、現地からは他国と比較して手続きにかかる時間や手間が甚大との意見が多数聞かれている
		<ul style="list-style-type: none"> 現地での日本語教育が非効率であり、学習期間の長期化や現場で使える日本語習得ができていない 	<ul style="list-style-type: none"> 受入事業所 支援機関 日本語講師の育成、研修の充実 介護現場に即した日本語習得 	<ul style="list-style-type: none"> △ 日本語学校や送出機関側の努力で人材の獲得をするに留まり、教師の質には差が生じている
		<ul style="list-style-type: none"> 日本人講師の育成・派遣の促進、現地人講師の育成 介護現場に即した日本語習得カリキュラムの見直し 	<ul style="list-style-type: none"> 国 自治体 	<ul style="list-style-type: none"> △ 介護現場で使う日本語を図る試験の開発は進められている
<ul style="list-style-type: none"> 外国人介護人材の日本式介護に対する理解が不十分であり、配属後の業務に対するミスマッチが起こる可能性がある 	<ul style="list-style-type: none"> 受入事業所 支援機関 日本人介護職員の派遣による介護学習の充実 日本の介護に関する教材の活用 	<ul style="list-style-type: none"> △ 送出機関や受入事業所において、現地に介護教育人材を派遣する取組みや、独自の介護教材作成事例がみられる 		
<ul style="list-style-type: none"> 国 自治体 日本人介護職員の派遣促進支援 日本の介護に関する教材開発 	<ul style="list-style-type: none"> △ 			

第3章 日本の外国人介護人材受入の実態(2. 来日後)



フェーズ	課題	想定される施策/対策	実施状況
来日後	日本語能力 ・業務遂行に適した日本語能力のさらなる向上 ・研修体制の維持・向上	受入事業所支援機関 国 自治体 ・業務と並行した効率的な日本語学習(業務上のコミュニケーションに要する日本語力と読み書きスキルの向上) ・カリキュラムの策定や補助金の活用 ・好事例の横展開	△ ・各事業所、監理団体等の支援機関や自治体で多様な取組みが実施されているが、地域差がみられる
	介護技能 ・外国人介護人材の従事可能な介護業務が限られる ・受入事業所側の教育に対する現場の負担が大きい	受入事業所 国 自治体 ・外国人材のスキルやレベルに応じた育成計画立案 ・スキルの見える化と教育体制の促進 ・複数の事業所を監理団体等関連機関、あるいは自治体によりまとめて支援する取組み ・受入事業所や支援機関に対する対応の要請や好事例の横展開	○ ・各事業所で多様な取組みが実施されている
	定着支援 ・外国人介護人材側の介護業務や就労条件等に対する理解が不十分であり、就労後のミスマッチによる不満やストレスを誘発する可能性がある ・介護事業者の定着支援にかかる金銭的・人的負担が大きい ・地域社会との連携が不十分	受入事業所支援機関 国 自治体 国 自治体 受入事業所支援機関 国 自治体 ・外国人介護人材に対する業務内容や就労条件に対する適切な情報の提供(来日前の事前説明、来日後のオリエンテーション、就労後の面談等での継続的な実施) ・外国人介護人材を受入れる全ての事業所に対する十分な説明の実施の要請や好事例の横展開 ・補助金の交付 ・複数の事業所を監理団体等関連機関、あるいは自治体によりまとめて支援する取組み ・地域活動への外国人介護人材の積極的な参加促進 ・地域全体で外国人介護人材を受入れる環境整備 ・地域活動に外国人介護人材の参加機会促進 ・好事例の横展開	○ ○ △ ・受入事業所や支援機関による事前の情報提供が進められた結果、近年は業務のミスマッチが課題になることは少ない ・多くの都道府県や市区町村単位で金銭的支援や専門家派遣の支援が展開されている ・受入事業所や監理団体等の支援機関による好事例がみられるが、多くでは十分に実施されていない

第3章 日本の外国人介護人材受入の実態(3. 実習・就労修了後)



フェーズ	課題	想定される施策/対策	実施状況
国内のキャリアパス 実習・就労修了後	・リーダー人材が育成できていない	受入事業所支援機関 国 自治体 ・外国人介護人材に対する期待する役割の表明とそれに要するスキルの明確化、研修制度の確立 ・受入事業所に対する対応の要請や好事例の横展開	△ ・一部好事例も見受けられるが多くのケースでマネジメント人材が育っていない
	・国家試験合格率が低い	受入事業所支援機関 国 自治体 ・試験受験意向の早期確認と受験に向けた計画の策定 ・複数の事業所をまとめて支援する取組み ・受入事業所や支援機関への対応要請や好事例の横展開 ・補助制度の確立	△ ・事業所や監理団体等の支援機関により手厚い支援が行われているケースもあるが稀である
	・キャリアパス支援が事業所主体できていない	受入事業所支援機関 国 自治体 ・事業所側が外国人介護人材に対する期待する役割の表明とキャリアパスの提示 ・早期からのキャリアプランの策定と指導内容への反映、定期的な就労意向の確認 ・受入事業所や支援機関への対応要請や好事例の横展開	△ ・事業所や監理団体等支援機関により実施状況は異なる
	・人材側の制度理解不足によるトラブルが発生しえる	受入事業所支援機関 国 自治体 ・人材側に対する制度上のルールや条件に対する指導 ・受入事業所や支援機関への対応要請や好事例の横展開	△ ・事業所や監理団体等の支援機関毎に実施状況は異なる

第3章 日本の外国人介護人材受入の実態(3. 実習・就労修了後)



フェーズ	課題	想定される施策/対策	実施状況
実習・就労修了後	<ul style="list-style-type: none"> 帰国後の実態が見えない、帰国後支援が実施されていない 	<ul style="list-style-type: none"> 介護分野の帰国生の就職状況に関する調査や希望者に対する帰国後就労支援の実施に向けた実施体制の構築 帰国後支援の円滑化、人材活用のためのネットワーク形成 	<ul style="list-style-type: none"> 独自に調査を実施する送出機関もあるが公的調査やデータは存在しない 帰国後就労支援は実施している国・機関はあるが、全体ではまだ不十分
	<ul style="list-style-type: none"> 外国人介護人材が帰国先で介護分野に就労できない 	<ul style="list-style-type: none"> 各国における介護の公的制度構築、介護士資格化、介護産業振興等による介護市場形成 現地就労を想定したスキルや知識の向上支援 	<ul style="list-style-type: none"> 介護ニーズがまだ低い国も多く、基盤醸成には至っていない

第4章 介護労働者の国際移動

- 介護労働者の国際移動他国の介護労働者受入れ施策に関する調査(受け入れ状況比較)



- 日本・ドイツ・台湾の外国人介護人材の受入状況についてまとめる。日本については、在留者数の多い技能実習並びに在留資格「特定技能」による介護人材受入れを表に記載する。

	 技能実習	 特定技能	 トリプルウィンプロジェクト	就業服務法・協定
制法律	技能実習	在留資格「特定技能」	トリプルウィンプロジェクト	就業服務法・他国との協定
送出し国	制限なし	制限なし	ボスニアヘルツェゴビナ、フィリピン、チュニジア、インドネシア、インド(ケララ州)、ベトナム	協定があるのはタイ、フィリピン、インドネシア、ベトナムなど
在留期間	1年目：[技能実習1号] 2～3年目：[技能実習2号] 4～5年目：[技能実習3号]	最長5年	就労ビザでの滞在は1年間有効、ドイツでの専門性評価試験/看護師認定試験とドイツ語レベルB2試験の合格後、居住許可に変更される。5年後、永住許可	合計12年まで台湾での労働が可能 ※2022年以降条件を満たす外国人材は在留期間の制限が撤廃となった
帯の家族	不可	不可	可能	不可

第4章 介護労働者の国際移動

- 他国・地域の介護労働者受入れ施策に関する調査(受け入れ状況比較)



	 技能実習	特定技能	 トリプルウィンプロジェクト	 就業服務法・協定
入国時に求められる言語能力	日本語能力試験N3程度が望ましい水準、N4程度が要件	介護日本語評価試験の合格	フィリピン、インドネシア：ドイツ語能力（専門用語と日常会話-B1レベルが理想） ベトナム：B2レベル	基準なし（語学教育時間の要件のみ）
外国人介護人材に求められる介護の知識・経験等	団体管理型の場合：外国において「同等業務従事経験」があること、又は技能実習に従事することを必要とする特別な事情があること	介護技能評価試験の合格	フィリピン、インドネシア：看護学校の卒業+臨床経験 ベトナム：医療関連の学校での1年以上学んだ経験 インド（ケララ州）：看護学校の卒業並び看護関連資格	なし
入国前後の語学研修	送り出し機関によるが、母国での3ヶ月から半年程度の事前日本語学習	なし	フィリピン、インドネシア、インド：母国でのA1～B1の語学コース ベトナム：母国でのB2レベルのドイツ語の習得（12ヶ月）	インドネシア24時間、フィリピン50時間、ベトナム164時間の語学教育

第4章 介護労働者の国際移動

- 他国・地域の介護労働者受入れ施策に関する調査(受け入れ状況比較)






	 技能実習	特定技能	 トリプルウィンプロジェクト	 就業服務法・協定
入国前後の介護に関する研修	日本での48時間の介護教育（入国前講習も可）並び管理団体による2ヶ月の講習	なし	フィリピン、インドネシア、インド：母国での看護師オリエンテーション ベトナム：3年間のドイツの受入れ機関と専門学校での理論的および実践的なトレーニング（月給あり）	母国での生活ケアの仕方など一般的な介護を学ぶ100時間の訓練の修了+台湾での90時間の研修
介護資格に相当する国家試験の受検義務	なし（任意）	なし（任意）	専門性評価試験もしくはドイツでの看護師認定試験が必要	なし
受入調整機関のルート	団体監理型：各監理団体 企業単独型：各企業	登録支援機関によるサポート	ドイツ国際協力公社（GIZ）、連邦雇用庁インターナショナル・プレイシメント・サービス（ZAV）	国内仲介業者と海外仲介業者の連携による受入れルートが一般的。
主な勤務先	訪問系サービス以外	訪問系サービス以外	入所型介護施設や在宅介護事業所	在宅（個人雇用による家庭内住み込み介護）が9割以上を占める

第4章 介護労働者の国際移動

- 他国・地域の介護労働者受入れ施策に関する調査(受け入れ状況比較)



	 技能実習	 特定技能	 トリプルウィンプロジェクト	 就業服務法・間協定
受入にかかる費用負担材	送り出し国や送り出し機関により異なり、日本政府として費用規定等の制限はない	送り出し国や送り出し機関により異なり、日本政府として費用規定等の制限はない	就職斡旋、語学・技術準備、統合支援は、無料	仲介業者に依頼する場合のサービス料1年目に1,800円/月まで、2年目に1,700円/月まで、3年目に1,500円/月までとされている
外国人材の介護	技能実習1、2、3号で介護に従事する者の在留者数：14,034名(推計値)	在留者数：7,019名	EU域外からの介護関連人材のこれまでの入国者数：25,000名(概算)	福祉分野の受入れ人数：251,856名
主な出身国と人数	入国者数 ベトナム：3,860名、インドネシア：1,597名、ミャンマー：1,539名、中国：745名、フィリピン：619名	在留者数 ベトナム：3,445名、インドネシア：981名、フィリピン698名、ミャンマー：647名、ネパール518名	EU域外からの介護関連人材のこれまでの入国者数(概算) フィリピン：2,000名 ベトナム：1,900名 タイ：1,000名 中国：600名 インドネシア：500名	福祉分野の受入れ人数 インドネシア：19,2217名 ベトナム：30,335名 フィリピン：28,896名
給与	日本人と同等	日本人と同等	労働の諸条件は、ドイツ人と同等	家庭内住込み介護人材：最低賃金1.7万円/月

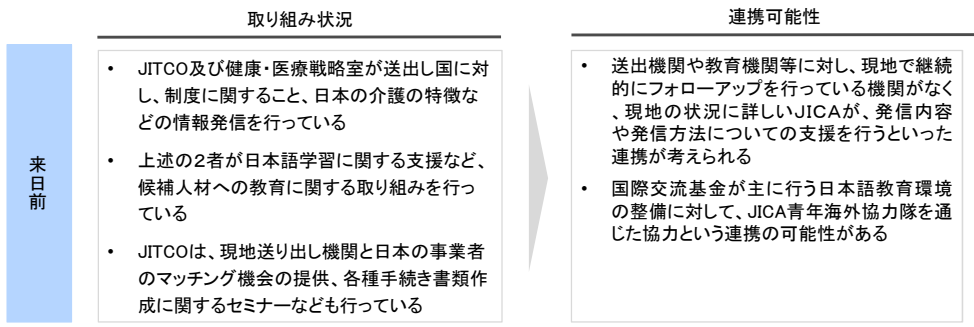
第5章 重点対象国の介護及び介護人材関連の法制度、マーケット、介護人材輩出状況 - 6カ国概要



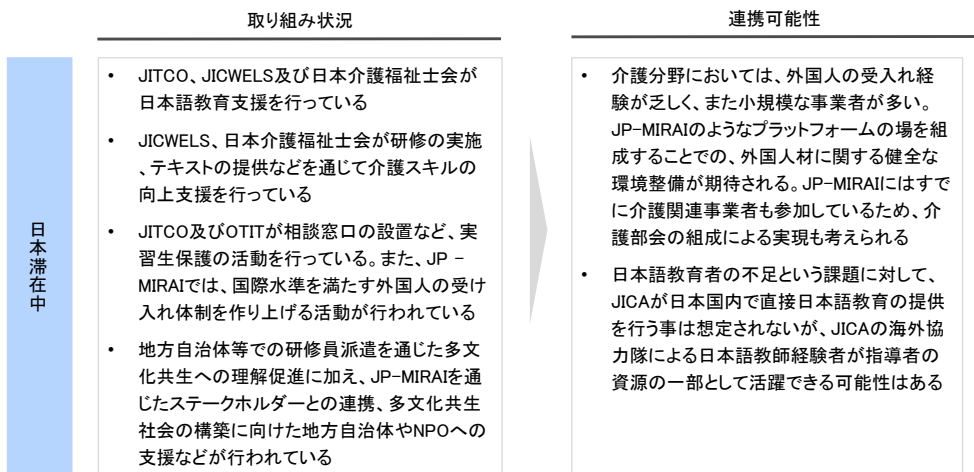
カテゴリー	指標	インドネシア	ベトナム	フィリピン	インド	ネパール	バングラデシュ
高齢化ステージ	高齢化率	6.7%	8.4%	5.2	6.7	6.0	5.6
	倍化年数	22年	17	30	28	26	20
	高齢者扶養比率	23%	32	16	22	15	23
高齢者の健康介護ニーズ	平均寿命	72歳	75	71	70	71	73
	健康寿命	63歳	65	62	60	61	64
	独居割合	10.4%	11.2	9.8	5.1	4.0	3.8%
高齢化対策全体	高齢化対策、支援の政策	有	有	有	有	有	有
介護分野	介護人材育成や認証等制度	有	無	有	有	有	有
医療	高齢者の医療ケアの政策等	有	有	有	有	有	有
年金	年金カバレッジ	14.1%	40.9	20.5	42.5	84.2	39.0
アクティブエイジング	高齢者の就労率	男性：63% 女性：29%	35	NA	NA	47.1	NA

来日前

本章では、既存の主要な機関や団体が技能実習制度および特定技能制度などで来日する介護分野の外国人材に対して、「来日前」、「日本滞在中」、「帰国後」の各段階でどのような活動や支援を行なっているのかを整理し、JICAとの連携体制の構築の在り方を検討した。



日本滞在中



第6章 日本国内の関係機関・団体に関する情報収集・整理及び連携可能性
帰国後



	取り組み状況	連携可能性
帰国後	<ul style="list-style-type: none"> 帰国した介護人材の活躍の場の創出という観点で、国際・アジア健康構想協議会において、介護関連事業者の現地進出に向けた連携の場を構築している 経済産業省では、実証調査、官民ミッションの各国への派遣等により幅広くアウトバウンド支援を行なっている。また、JETROを通じて、海外展開支援として、ダイレクトリーの作成や現地での商談会やイベントを開催している JICAにおいても、「普及・実証・ビジネス化事業」を通じて、途上国の課題解決に貢献し得るビジネスの事業化を支援している 送出機関が帰国後人材に対する現地での就職支援するケースも見られたが、事例は少なく、帰国後人材に対する支援はあまり行われていなかった 	<ul style="list-style-type: none"> 介護の専門家の派遣による現地の病院や高齢者施設での案件化調査や、草の根技術協力事業による技術協力や機材の提供など、より目に見える形で日本の介護の価値を伝えていく取り組みが有効であると考えられる。日本の介護事業者の海外進出と連携する形で、現地にて日本の介護の価値を普及することが望ましい 帰国後人材のマネジメント能力向上支援として、例えば、JICAが支援し、管理職、実務担当者へのビジネスコースや経営塾を提供しているベトナムやウズベキスタン等の日本センターと連携あるいはノウハウを活用し、帰国(予定)人材向けのマネジメント研修やフォローアップ等の連携を検討することも一案である

第7章 JICA関連事業による外国人介護人材受入支援の方向性の整理

－ 外国人介護人材受入にかかる問題、課題・背景、施策案の整理



本調査で確認された問題、分析された課題・背景、それらに対する施策案を、外国人介護人材の来日前、日本滞在中、そして帰国後のそれぞれの段階に分けて、整理を行った。

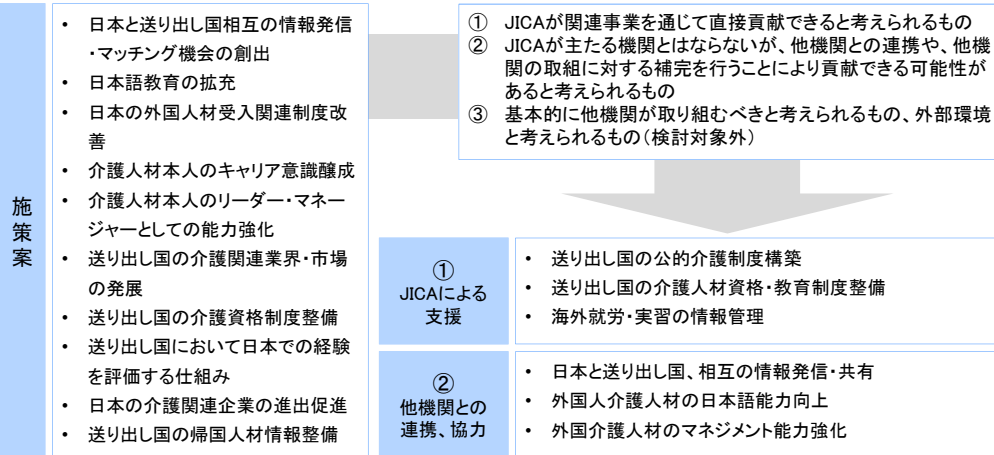
	調査で確認された問題点	背景として考えられる課題	主要な施策案
来日前	<ul style="list-style-type: none"> 潜在的候補者に日本の介護分野での就労・実習機会が十分に知られていない 他国・他職種より求められる要件(日本語、スキル)が高いため、日本が選ばれない 日本の受け入れ機関にとって、相手国の人材の評価が難しい 	<ul style="list-style-type: none"> 日本からの引き合いが少ない 日本語育成能力が十分でない 日本の外国人材受入制度が複雑である 送り出し国の介護関連トレーニング機関のカリキュラムがバラバラである。 候補者にとって介護が魅力的な仕事と理解されていない 	<ul style="list-style-type: none"> 日本と送り出し国相互の情報発信・マッチング機会の創出 日本語教育の拡充 外国人材受入制度(技能実習、特定技能などの)改善 介護資格制度整備
来日中	<ul style="list-style-type: none"> 日本に長期滞在したいと希望する外国人材は多いが、実現できている人が少ない リーダー層・マネジメント層が育たない 	<ul style="list-style-type: none"> 日本語能力が十分ではなく、介護福祉士に合格できない キャリアパスが描きづらい 受け入れ施設にとって、外国人材を育成するインセンティブが十分でない 	<ul style="list-style-type: none"> 日本語教育の拡充 キャリア意識の醸成 リーダー・マネージャーとしての能力強化
帰国後	<ul style="list-style-type: none"> 母国で日本で獲得したスキルを活用した職につかない 介護関連職があっても選ばない 政府機関などが、帰国人材の動きを把握できていない 帰国後の人材にアクセスできない 	<ul style="list-style-type: none"> 海外労働を希望する目的が賃金の獲得である 母国の介護関連で十分な待遇の仕事が少ない 母国で介護職の社会的評価が低い 介護のキャリアパスが描きづらい 日本での経験が十分に評価されない 情報が管理されていない 	<ul style="list-style-type: none"> 介護業界・市場の発展 介護資格制度整備 日本での経験を評価する仕組み 日本企業の進出促進 帰国人材情報整備

第7章 JICA関連事業による外国人介護人材受入支援の方向性の整理

－ 外国人介護人材受入にかかる施策案の整理



前項の施策案を①～③の内容に基づき整理し、①はJICAによる支援の方向性を検討、②は他機関との連携や、他機関への協力の可能性を検討、③は本調査では検討対象外とした。

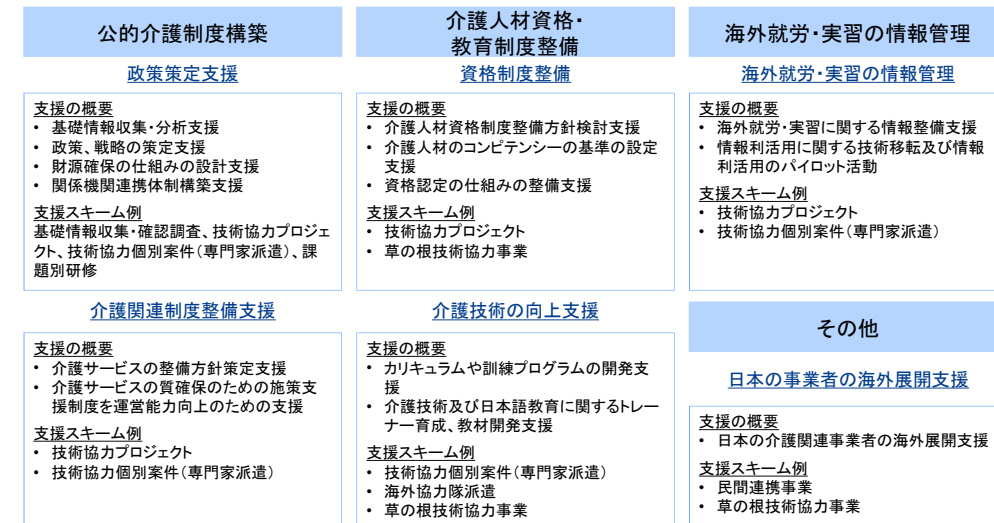


第7章 JICA関連事業による外国人介護人材受入支援の方向性の整理

－ JICA関連事業による支援の方向性の整理



前項でJICAによる支援として検討対象とした施策案、送り出し国の公的介護制度構築、送り出し国の介護人材資格・教育制度整備、海外就労・実習の情報管理に対し支援の方向性を下記のとおり検討した。



第7章 JICA関連事業による外国人介護人材受入支援の方向性の整理

－ 他機関との連携による協力可能性の整理



前々項で他機関との連携による協力として検討対象とした相互の情報発信・共有、外国人介護人材の日本語能力向上、外国人介護人材のマネジメント能力向上について、協力の可能性を下記のとおり検討した。

相互の情報発信・共有	日本語能力向上	マネジメント能力向上
<ul style="list-style-type: none">日本と送り出し国側双方の、政策・制度、目指すべき方向や好事例の相互発信や対話の場の創出を通じ、双方の理解の促進に資する可能性送り出し国側から日本側への情報発信としては、JICAが実施する各種調査、技術協力プロジェクト、または送り出し国側関係者との日々のコミュニケーションより得られた情報を提供するという協力の可能性	<ul style="list-style-type: none">日本語教育はJICA自身が海外協力隊による教師派遣等で直接的に支援を行える数には限りがあるため、必要に応じて関係機関と連携の上で、送り出し国による日本語教育体制整備や仕組みづくりの側面支援を行う可能性	<ul style="list-style-type: none">JICAの支援する日本センターで、管理職向けのビジネスコース等を提供していることを活かし、日本センターと連携あるいはノウハウを活用する形で、関係機関と連携し、帰国(予定)人材のマネジメント研修やフォローアップ等の協力可能性

添付資料

3 オンラインセミナー登壇資料

のぞみグループ




のぞみグループ

Acceptance of Indonesian Nursing Care Technical Intern Trainees and the actual support for work, study, and daily life

Yoko Amari,
Representative of Nozomi Group

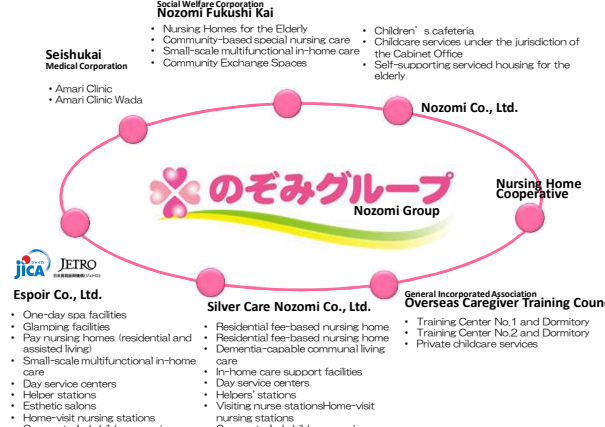
20230119
JICAセミナー



のぞみグループ

Introduction

2



のぞみグループ

Social Welfare Corporation Nozomi Fukushima Kai

- Nursing Homes for the Elderly
- Community-based special nursing care
- Small-scale multifunctional in-home care
- Community Exchange Spaces
- Children's cafeteria
- Childcare services under the jurisdiction of the Cabinet Office
- Self-supporting serviced housing for the elderly

Seishukai Medical Corporation

- Amari Clinic
- Amari Clinic Wada

Nozomi Co., Ltd.

Nursing Home Cooperative

Esplor Co., Ltd.

- One-day spa facilities
- Glamming facilities
- Pay nursing homes (residential and assisted living)
- Small-scale multifunctional in-home care
- Day service centers
- Helper stations
- Esthetic salons
- Home-visit nursing stations
- Corporate-led childcare services under the jurisdiction of the Cabinet Office

Silver Care Nozomi Co., Ltd.

- Residential fee-based nursing home
- Residential fee-based nursing home
- Dementia-capable communal living care
- In-home care support facilities
- Day service centers
- Helpers' stations
- Visiting nurse stations-Home-visit nursing stations
- Corporate-led childcare services under the jurisdiction of the Cabinet Office

General Incorporated Association Overseas Caregiver Training Council

- Training Center No.1 and Dormitory
- Training Center No.2 and Dormitory
- Private childcare services

JICA JETRO

のぞみグループ

Education Initiatives for Overseas Caregivers

- 2014** May The Council for the Training of Overseas Caregivers is established.
- 2015** January Nursing Home Cooperative established.
- 2017** February Participated in the International Asian Health Initiative Council as a core member. We are working on "creating a system to employ quality overseas caregivers all over Japan."
 - October Published a textbook for the training of nursing care technical intern trainees by Ohuo Hold Publishing Co. For pre-arrival introductory training "Easy-to-learn nursing care language for foreigners". Group training after entry to Japan "Knowledge and Skills of Care for Foreigners to Learn Easily"
 - December Nursing Home Cooperative receives Japan's first license as a newly established supervisory organization specializing in nursing care.
- 2018** Selected for the 2nd Overseas Expansion Support Project for SMEs in FY 2017 - Project Formulation Study.
 - July, Nozomi Group was selected as one of the 12 best projects conducted by the government.
 - August Japan's First 19 Nursing Care Technical Intern Trainees from Indonesia arrive at Japan.
- 2019** August 1st SME/SOGs Business Support Project "The Project for Promotion, Demonstration and Business Development of the Integrated Operation Model of Japanese-Style Nursing Schools and Nursing Care Centers in Vietnam" accepted by JICA.
- 2021** June 25. Licensed as a supervisory organization specializing in caregiving and in good standing in the general supervisory business and caregiving professions.
 - August 24. Nozomi Method's development has been selected by JETRO's "New Export Power Consortium" for the fiscal year 2021!

2018.7.25 日本経済新聞

のぞみグループ

最高レベルの教育

入国前(現地)~入国後まで一貫した教育で質の高い実習

目前に入国要件を満たした介護導入教育 + 入国後の集団講習の中で正式な介護職員。

グループ内に介護施設を運営する社会福祉法人と医療法人を持ち、受入れ施設と技能実習生にとって何が大切かを知り尽くしています。

国内官房が進めるアジア健康構想協議会のメンバーとして、人材の選流に、取り組んでいます。

JICAのODA事業に採択され、ベトナムの介護の確立に取り組んでいます。

政府が選定した12の優良な事業者の一つに「のぞみグループ」が選ばれました。(2016年7月25日 日経新聞掲載)

国内では、一般社団法人海外介護士育成協議会が全国の監理団体の教育を、海外ではNozomi Group Vietnam Co.,Ltd.が教育を支えます。

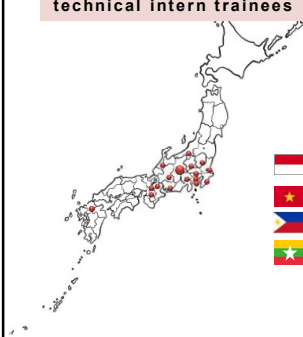
5

のぞみグループ

Nursing Home Cooperative

Acceptance of nursing care technical intern trainees

As of January 10, 2023



17 prefectures 71 organizations 118 facilities

	Indonesia	232 entered, 10 to be entered
	Vietnam	72 entered, 5 to be entered
	Philippines	18 entered
	Myanmar	35 entered, 39 to enter

Total 357 entered 54 to enter

6

のぞみグループ




のぞみグループ


Nozomi Group's first to third term students gathered.
9 Indonesian and 2 Vietnamese

Now, one Indonesian has returned home, two from the Philippines, four from Myanmar, and one male from Vietnam, bringing the total to 18.
In addition, there are now 4 people with specified skills worker, bringing the total number of foreign caregivers to 20. One of them is Japan's first caregiver!

7



Nozomi Fukushikai Social Welfare Corporation
Case Study of Acceptance of nursing care technical intern trainees from Indonesia



8


のぞみグループ

Practical Support for Practical Training

First, it is important to communicate with staff members → It is important to build a relationship where you can easily ask anything.

Welcome party: Japanese food (sukiyaki, sushi rolls, inarizushi, etc.)
The trainees brought their own Indonesian dishes.
Speak Japanese slowly and replace it with easy-to-understand Japanese
In the beginning, use reading kana for kanji characters in documents such as handbills.

I wonder how the residents will perceive the foreign trainees...
The residents, being older and more experienced in life, were rather interested and curious, and few were confused.



9




Introductions of interns are posted in the lobby and introduced at summer festivals and other events.



Learned to play the Koto and perform Japanese song

Indonesian dance performance

10



We have made a nursing care mastery chart and put it in the entrance lobby.



11



Practical life support

Prepared and supported mainly by life guidance staff

- Dormitory Preparation
Living in a boarding house next to a care house
Preparation of daily necessities, replacement of shoji screens preparing bicycles, etc.
- Accompanying Shopping
- Understanding Religion
- Introduction to Japanese Culture

international contribution




12

のぞみグループ



Positive results produced by accepting foreign technical intern trainees for nursing care のぞみグループ

- ① The staff also received a lot of stimulation and positive influences.
... **Serious attitude** toward caregiving and teaching helped me to **rethink my own caregiving**.
- ② There are **more smiles** in the workplace. The trainees are very bright and hardworking.
- ③ The language of the Japanese staff became **even cleaner**.
- ④ They are an **immediate asset** to the field, where human resources are in short supply.
- ⑤ We learned a lot about Southeast Asia.
- ⑥ The trainees actively engaged in seasonal events and performed songs and dances.
- ⑦ The first term students **provide support** for the second term students in their daily lives, which has reduced the burden of teaching.



14



Thank you for your attention to the end.

〒384-0093 長野県小諸市和田841-7
TEL 0267-26-5050 FAX 0267-26-1637
E-mail kaigai@nozomi-g.co.jp <http://www.kaigai-kaigoshi.jp>



15

ASOSIASI PENYELENGGARA PEMAGANGAN
LUAR NEGERI
(AP2LN)
(Sending Organization Association)

About us

- Indonesia have started sending EPA Kaigofukushishi and EPA Kangoshi since 2008 through BP2MI
- Indonesia have started sending TITP Kaigo as sending organization since 2019, and until end of 2021 total of 1792 TITP had been sent to Japan

Caregiver Human Resources in Indonesia

Indonesia has a wide variety of caregiver human resources.

- High school graduates who took Caretaker and Caregiver courses (1-year Diploma) at training institution (LKP): 1,500 people/year
- Nursing and midwifery school graduates (Diploma, Bachelor's degree) : 45,000 people/year
- Graduates of Health Vocational High Schools (SMK), Nursing Department : 48,000 people/year
- Ex-migrant workers in Taiwan, Hong Kong, Singapore who are under 35 years old: 12,000 people/year.

Situation and problems in candidate recruitment:

- Most 3-year Diploma / 4-year Bachelor Nursing graduates expect their work to be in line with their educational background (they want to be nurses)

Why Japan? Why not Japan?

Why they choose Japan?

- Sufficient salary
- Information in the terms and conditions of employment is reliable
- TITP is good system (e.g. supervising organizations monitor and help them when they have problems)
- Familiarity with Japanese culture through anime, TV dramas, etc.
- Good public safety

Why they don't choose Japan?

- Japan is still not well known.
- Learning Japanese is hard.

Others

- So far, Indonesian caregivers have been concentrated in Hong Kong, Taiwan, Malaysia and the Middle East / Saudi Arabia, so that the image of working as a caregiver is at the same time as a housekeeper and living in the employer's house.
- When we explain that the concept of caregiving in Japan is the same as in Indonesia, with normal working hours, plenty of days off, and going back to their respective homes after work each day, the majority of people dream of working or interning in Japan.

Messages for Japanese Side

- If there is more need from the Japanese side, we can send more human resources for caregiving from Indonesia.
- If the Japanese side accepts people over 30 years old, the possibilities will be expanded.
- Regular business matching between sending organizations and accepting organizations (e.g. once a month) through an online discussion forum, with a 10-minute presentation opportunity for each sending organization.
- A special forum should be created in which sending organizations that specialize in KAIGO and accepting organizations that need caregivers.
- Better to have a special place on the Website for Caregiver Job Supply & Demand Details.
- Publicize the huge potential of caregiver candidates in Indonesia to Japanese elderly care service providers in Japan

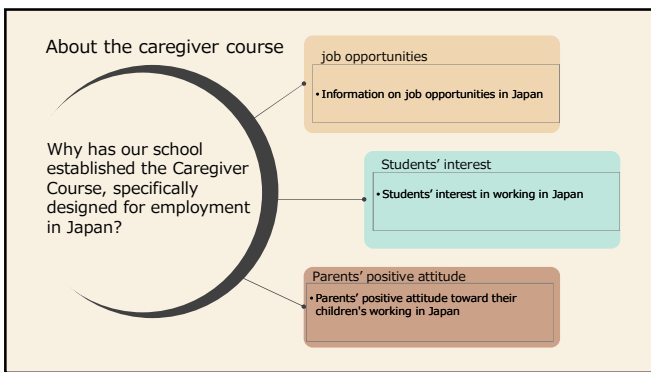
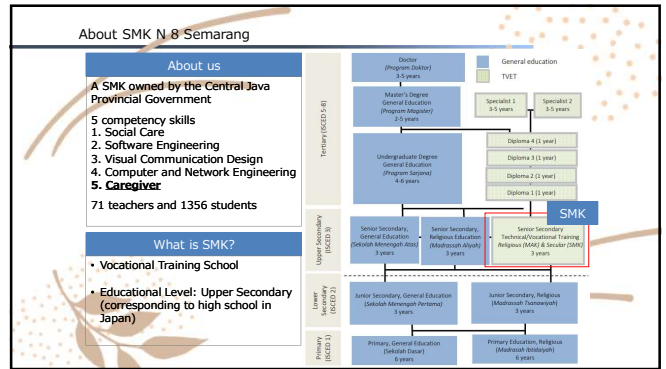
SMK N 8 Semarang

**CARE WORKER SCHOOL
AT SMK N 8 SEMARANG**

By Harti
SMK N 8 Semarang

www.smkn8semarang.sch.id
@smkn8semarang
Podcast Suara 8
@smkn8semarang

NB TV
smkn8semarang
smkn8semarang
Waktu_senior_Jabal



About the caregiver course

Curriculum Outline
Elderly Care and Services = 490 Lesson hours

Four Important Pillars
1. Personal hygiene
2. Mobility of elderly
3. General Health checkup
4. Giving nutrition

Current Initiatives
Five schools, including our school, plan to work to update our curriculum to be more relevant to Japan, with input from a Japanese company.

Basic competencies :

1	Analyze and classify the elderly	8	Carry out effective communication during excursion activities when accompany the elderly
2	Implementing and using law on the welfare of the elderly care and services	9	Carry out relationships with the elderly and their social environment
3	Analyze and Solve the elderly problems	10	Classify the needs of the elderly
4	Carry out social services in aged care institutions	11	Carry out grouping of the work productivity of the elderly
5	Carry out social welfare services for elderly	12	Solve the problem of adjusting elderly services
6	Classifying forms of elderly services	13	Prepare and provide food and drink for the elderly
7	Develop excursion program for elderly	14	Tidy up the bed/bedroom of the elderly

About the caregiver course

Basic competencies (continued) :

15	Carry out the task for mobilizing the elderly	24	Carry out the task of looking after the elderly who are in condition of psychiatric disorders
16	Maintain a safe and hygienic living environment for the elderly	25	Carry out accessibility services and aids for sick elderly services
17	Care for the health of the elderly	26	Carry out the task of looking after sick elderly
18	Maintain personal hygiene for the elderly	27	Implement accessibility services and service aids for healthy elderly
19	Prevent accidents and prepare first aid for the elderly	28	Carry out the task of keeping the elderly healthy
20	Compile notes on the development of the elderly	29	Carry out accessibility services and service equipment for elderly people who are obese
21	Implement accessibility services and service aids for elderly with physical disabilities	30	Carry out the task of looking after the elderly with an obese body
22	Carry out the task of caring for elderly with physical disabilities	31	Carry out the task of making a case study for handling the elderly
23	Implement accessibility services and service equipment for elderly with psychiatric disorders		

About Japanese language training

- Students also receive Japanese language training
- Japanese language training include of learning program
- Students free cost for Japanese language training
- All of students are participating for Japanese language training
- Care giver students get more Japanese language training
- Care giver students Japanese language training start from the first grade

Target competency: JLPT N4
Japan language lesson: 28 lessons per week
Japanese Language teachers : 2
Computer Laboratorium: 1

About Students

The Number of students in the Caregiver Course

NO	GRADE	SKILL PROGRAM	TOTAL STUDENTS
1.	X	Social Care	72
2.	X	Care Giver	72
3.	XI	Social Care	71
4.	XI	Care Giver	71
5.	XII	Social Care 1	71
6.	XII	Care Giver 1	69
7.	XII	Care Giver	72
TOTAL STUDENTS			498

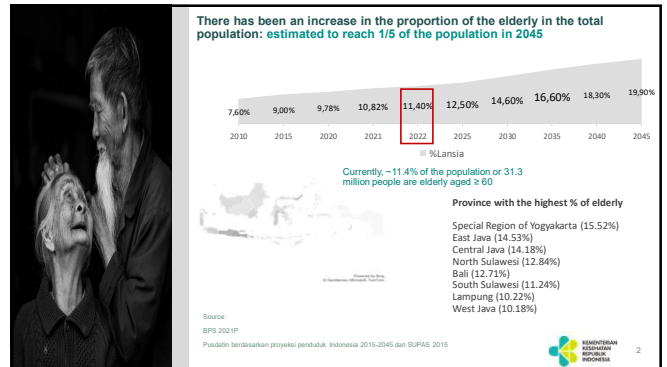
Students' interest to Japan and expectations of Japan

- Learn Japanese Language will be enable to complete to working world, so we will get more chance to be accepted. Besides that, we will have more knowledge and keep growing to improve our skill.
- Have more chance to work in Japanese Company
- Know more about Japanese culture
- By being able to speak/communicate in Japanese, and know much about Japanese culture, so will have more chance to get scholarship in Japan.
- Having fluent in Japanese Language, so will be easier to communicate with Japanese people, the communication will give more new insight and knowledge, and will be easier to know about Japan from many sites.

INITIATIVES ON LONG-TERM CAREWORKER HRH IN INDONESIA

Director for Deployment of Health Workforce
Webinar Indonesian Initiatives and Cases from the Long Term Care (KAIGO) in Japan, 19th January 2023

Directorate General of Health Workforce
Ministry of Health RI



ELDERLY HEALTH STRATEGY AND POLICY

Global Strategy

National Policy

- UU No 13/1999 tentang Kesejahteraan Lansia
- UU No 11/2009 tentang Kesejahteraan Sosial
- UU No 36/2009 tentang Kesehatan
- PP 18/2020 tentang RPJMN 2020-2024
- PP 18/2020 tentang RPJMN 2020-2024

Presidential Regulation No. 88 of 2021 the National Strategy for Aging Society

Strategy 1 - Improved social protection, income security and individual capacity

Strategy 2 - Improving health status and quality of life of the elderly

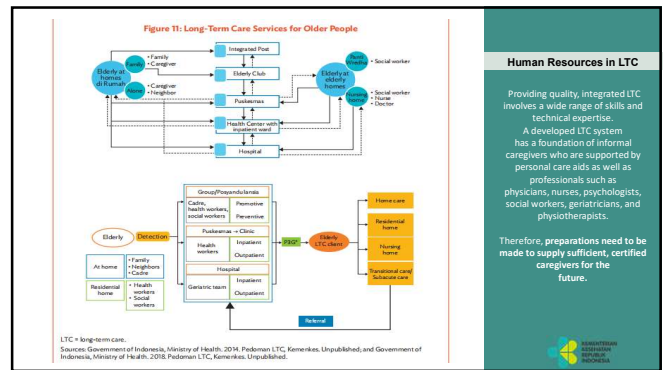
Strategy 3 - Development of Age-friendly communities and environments

Strategy 4 - Institutional strengthening of the Humanity program implementers

Strategy 5 - Respect, protection and fulfillment of the rights of the elderly

Indicator

1. Improve nutritional status and healthy lifestyle
2. Expanding health services for the elderly
3. Reducing the morbidity rate of the elderly
4. Expand the coverage of long-term care for the elderly



FORMAL ELDERLY CAREGIVER

A person who has a **certificate of competence** to provide assistance to the elderly who are unable to care for themselves, either partially or completely due to physical and / or mental limitations.

Regulation and Consideration

Indonesian National Working Competency Standard (SKNN) Ministry of Labor Decree no 28/2021 about the Determination of Indonesian National Work Competency Standards for Categories of Human Health Activities and Social Activities Main Groups of Human Health Activities in the Elderly Caregiver

2021

Current Status

- Competency standards have been developed for SKNN 3 and SKNN 4

About SKNN 3

- Requirements: SMK (Vocational High School) Graduates; Completion training of level 3 caregiver; and 3 month training/internship in elderly home

About SKNN 4

- Requirements: certificate of caregiver level 3 and work experience 2 years or Diploma 2 graduated; 3 month training/internship in elderly home; and completion training of level 4.

Presidential Regulation No. 8 of 2012 about Indonesia National Qualification Framework

Concept of Certification of Caregiver in Indonesia

Requirements of Level 3

- Have a minimum of a high school diploma/equivalent.
- Have a junior elderly caregiver training certificate from an accredited training institution.
- Have a certificate of internship in an elderly home for 3 months

Requirements of Level 4

- Have a valid Junior caregiver competency certificate and have work experience as a Junior caregiver for at least 2 consecutive years (10,000 hours).
- Have a Diploma 2 Caregiver education diploma and have a certificate of internship / practical work in a nursing home for 3 months;
- Have a Senior Elderly Caregiver training certificate from an accredited training institution.

Enrollment Process

Applicant fills out the certification application form

Asesment Process

Competency Test

The Results of the competency test

Competent → Caregiver Level 3/4

Not Competent* → Re-Certification

Note : *Assistants who Not Competent by the competency assessor are advised to take the re-competency test.

Concept of Re-Certification

- 3 months before certification expires, must apply for recertification/RCC (Recognize of Current Competency) to LSP Health by attaching recertification requirements.
- The requirements for recertification/RCC are the same as the initial certification requirements.

Competency Standard of Caregiver

Indonesian National Working Competency Standard (SKKNI)
Ministry of Labor Decree no 28/2021

Competency Standards in the field of elderly caregivers is description of **the abilities needed to perform assistance to the elderly based on knowledge, skills and minimum work attitudes** that must be possessed by the caregiver to perform their job or duties or occupy certain positions that apply nationally.

Currently the competency standard based on SKKNI Ministry of Labor Decree no 28/2021 haven't yet implemented in curriculum of caregiver training

The way forward

1. Standardize curriculum of training and education based on SKKNI Ministry of Labor Decree no 28/2021
2. Developing certification scheme of caregiver to ensure caregiver work competence
3. Support certification of caregiver as one of the requirements to work as a caregiver both domestically and abroad.
4. Technical assistance from Japan to develop training, education and certification of caregiver in Indonesia

