

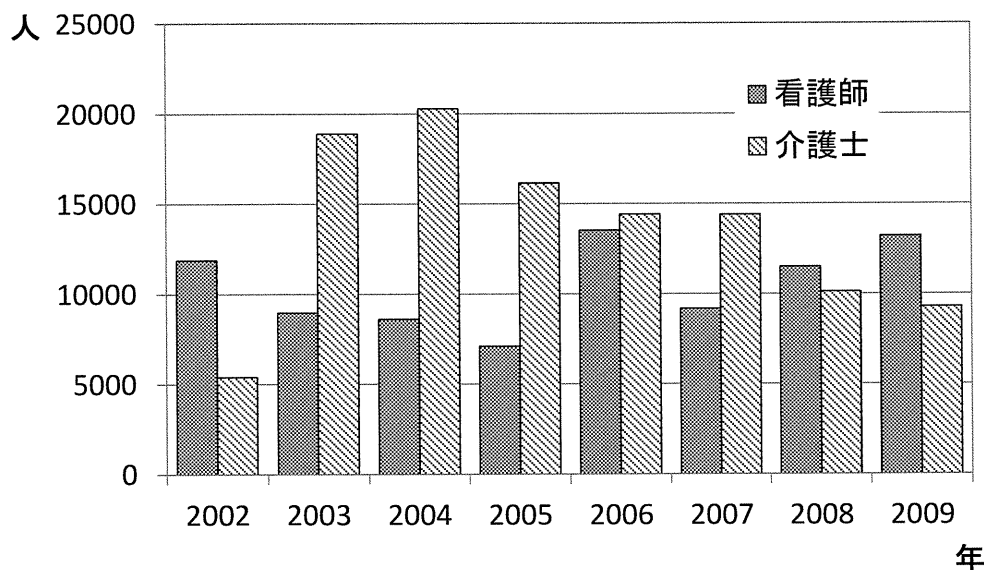
と、試験機会が1度しかないことを考え合わせると、果たして合格者が出るのか否かも疑わしい。国家資格を取るのには外国人にとっては極めて難しいことが窺える。EPAに基づいた今回の受け入れは、規模も小さく、受け入れ態勢そのものも十分に整っていないといえることができるだろう。

3. 送り出し側の状況と戦略

日本は現在までに医療・福祉従事者の国際移動を伴うEPAを、インドネシア、フィリピン、ベトナム、タイの4カ国と結んでいる。このうちインドネシア、フィリピンはすでに看護師・介護福祉士を日本に派遣しているが、ベトナムは同じく看護師・介護福祉士の派遣について細部を交渉中である。タイもまだ細部を交渉しているが、タイからの派遣は介護福祉士とタイ・スパ・セラピスト（マッサージ師）であり、他の3カ国とは異なっている⁹⁾。

日本と医療・福祉従事者の国際移動を伴うEPAを結ぶ4カ国のうち、海外への派遣実績が最も多いのはフィリピンである。フィリピンでは、マルコス政権時の1974年から、対外債務の増加と失業者の増加を抑える方策として積極的な海外雇用政策を始めている^{10)~13)}。医療職の資格に関しても、看護師・介護士ともに国家資格があり、諸外国でも評価を受けている。需給の問題でいえば、国内の需要を上回って、海外で働くために人材が育成されていることもあり、看護師、介護福祉士ともに供給は国内需要を大幅に上回っているといえる。図はフィリピン海外雇用庁がまとめた看護師・介護福祉士の海外への派遣数であるが、1万人前後の看護師、介護士を毎年海外に派遣している。

図：フィリピンから海外への看護師・介護福祉士派遣の推移



出所：Philippine Overseas Employment Administration データより筆者作成

フィリピンに比べて、他の3カ国は医療職の海外派遣の実績に乏しい。看護師に関しては3カ国とも国家資格があるが、介護士の国家資格については整備中であり、日本のように資格があるわけではない。国内の需給状態は、看護師に関しては、タイでは供給が需要に追い付かず看護師不足になっているため海外への派遣は考えていない。インドネシア、ベトナムに関しては、現在の需要は供給を下回っていると考えられるが、これは看護師が豊富に養成されているのではなく、むしろ医療提供体制、医療保険制度が未整備で、現時

点で看護師を雇用できる場所が十分ないと考えるべきであろう。将来的には、これらの国でも看護師の需要は上昇していくことが予測される。

このような状況で、3カ国は医療・福祉従事者の国際移動にどのような戦略をもっているのだろうか。筆者が2010年8月11日に行ったタイ国保健省政策戦略局副局長 Khwanchai Visithanon 氏への聞き取り調査をもとに、タイの介護福祉士のケースを説明したい。タイは、日本・タイ EPA の中ですでに介護福祉士とタイ・スパ・セラピスト（マッサージ師）を日本に送ることに同意している。現在は、細部を日本側と交渉しているところであり、実際にタイ人介護福祉士およびタイ・スパ・セラピストが来日するようになるには、しばらく時間がかかる見込みである。タイ・スパ・セラピストに関してはタイ独自のものなので他国とは比較できないが、介護福祉士はすでに来日しているインドネシア、フィリピンとは候補生の資格が異なるものになる予定である。タイにはもともと国による介護士の認定制度はなかった。EPA の締結に伴い、介護士の国家資格を整備しているところである。国家資格を作る際に、日本側からは専門学校における 1,800 時間（2 年）以上の教育を求めており、現在は既存の専門学校のプログラムの見直しに着手しようとしているところである。

このような制度の構築には、タイがすでに高齢化社会に直面せざるを得ないという事情がある。すなわち、急速に進む高齢化により、介護士等のニーズは将来的には増大することが予想されるが、その準備のために専門学校等を整備しても現時点での介護士のニーズは多いわけではない。そこで、現在は海外への派遣をも考慮に入れた専門学校が設置されている。

タイのこのような政策は、人材を新たに育てて当面の労働需要を提供するために海外への労働移動を用いるというもので、送り出し側の国にもやがて訪れるだろう高齢化を見越して、人材育成策の一環として医療・福祉従事者の国際移動を利用するものであり注目に値する。また、他の 2 カ国の場合も、今回の EPA の基づいた看護師、介護福祉士の国際移動を日本からの技術の獲得や自国の制度の整備と結び付けて利用しようという意図がみられる。ベトナムでは、EPA による労働移動に先駆けて、日本との国際協力事業として、自国の看護師資格を整備しながら、日本への就学および 7 年間の就労（研修）を行っており、EPA にもそうした研修的役割を期待していると考えられる¹⁴。インドネシアにおいては、すでに来日している看護師の 60%以上が、来日の動機として自分のキャリアの開発を挙げており、経済的理由をはるかに凌駕しているとの報告もある¹⁵。フィリピン以外の 3 カ国においては、このように、外貨の獲得、雇用の確保といった理由に加えて、人材育成といった教育効果も重視しているといえるだろう。

4. 考察

現在までに合意された EPA を通じた医療・福祉従事者の受け入れは、諸外国と比べて規模が小さく、国内の需給には影響を及ぼすことは想定されない。今回の受け入れは、今後、外国人医療・福祉従事者を大規模に受け入れるか否かという議論に際し、そのメリットや問題点を明らかにできるという意味において大きな意味を有する。

日本は今までの人類が経験したことのないスピードで高齢化が進展しつつある。国立社会保障・人口問題研究所の推計では、2013 年には 65 歳以上人口が人口全体の 4 分の 1 を超え、2035 年には 3 分の 1 を超えるとされている。すでに 1990 年前後に生産年齢人口割合が上昇するいわゆる「人口ボーナス」の局面を終え、継続して生産年齢人口割合の低下する「人口オーナス」の局面に入っている¹⁶¹⁷。高齢化率の上昇とそれに伴う医療サービス需要の増加が予想されるが、生産年齢人口は絶対数として減少している。現在、看護師国家試験の受験者数は毎年 5 万人を超えており、これは 1 年間に生まれる女性新生児の 1 割に相当する。看護師など、医療・福祉従事者の不足が指摘されるなか、新社会人に占める医療・福祉従事者の割合を上昇させるのは難しい。将来的には、国内の需給に影響を与

える規模の医療・福祉従事者の受け入れが検討されることが予想される。

東アジア地域においては、日本を先頭にしながら NIEs 諸国、ASEAN 諸国もまた急速に社会の高齢化を経験している。日本に医療・福祉従事者を送り出す ASEAN 諸国でも将来的には医療・福祉従事者の需要が大きくなることが予想される。東アジアの人口動態は重層的である。現在人口ボーナス局面にある国が、労働力を提供し、その代価として日本の制度・技術を学び、将来の高齢社会に備えることは双方の利益となりうる。

仮に ASEAN 等から医療・福祉従事者を呼ぶならば、医療資源の収奪にならないように注意をする必要がある。現在、医療・福祉制度が未整備なため、一時的に医療・福祉従事者が過剰になっている国も制度の整備・高齢化につれて不足に転じることが予想される。EPA 枠とは別に国際協力として実施されているベトナムの看護師研修制度は参考となるであろう。医療・福祉従事者を移動させるのではなく、一緒に育てるという発想の転換が重要である。いずれにせよ、労働力の受け入れに関しては、国民的な議論を早急に始める必要があると考える。

結語

EPA による外国人看護師・介護福祉士の受け入れは、保健医療セクターの外で決まったもので、現在の受け入れ制度は長期的な展望から作成されたものとは言い難い。現行制度では受け入れ施設に過度な負担がかかっており、このままの形での継続は難しい。今後は、現在来日している候補生をどのように扱うのか、将来的に医療職の労働市場を開放する方向をとるのか取らないのか、もし開放するならば現行制度をどのように修正すべきか、をまず議論することが肝要であろう。

文献

- 1) トラン・ヴァン・トウ、松本邦愛：ASEAN—中国の FTA—その意味とインパクトの考察—、東北産業経済研究所紀要 25：47～67、2006
- 2) トラン・ヴァン・トウ、松本邦愛：貿易と投資、経済共同体への展望、(浦田秀次郎、深川由起子編)、pp37～63、岩波書店、東京、2007
- 3) 木村福成：国際貿易理論の新たな潮流と東アジア、開発金融研究所報 14：106～116、2003
- 4) 外務省ホームページ：日インドネシア経済連携協定、
http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/fta/j_asean/indonesia/jyobun.html、アクセス 2011年4月21日
- 5) Esha Clearfield and Jeanne Batalova, Migration Policy Institute: Foreign-Born Health-Care Workers in the United States,
<http://www.migrationinformation.org/usfocus/display.cfm?ID=583#4>, issued on Mar 23, 2007, accessed on Apr 21, 2011
- 6) 日本看護協会国際部：看護師の国家間移動と各国の受入れ状況、
<http://www.nurse.or.jp/nursing/international/working/pdf/ukeire.pdf>、更新 2010年12月、アクセス 2011年4月21日
- 7) Philippine Overseas Employment Administration ホームページ、
<http://www.poea.gov.ph/html/statistics.html>、アクセス 2011年4月21日
- 8) 大野俊：岐路に立つ台湾外国人介護労働者受け入れ—高齢者介護の市場化と人権擁護の狭間で—、九州大学アジア総合政策センター紀要 5：69～83、2010
- 9) 石川幸一：ASEAN の FTA と日本企業—インドネシア、フィリピン、ベトナムの調査から—、季刊国際貿易と投資 76：20～31、2009
- 10) 小ヶ谷千穂：フィリピンの海外雇用政策—その推移と「海外労働者の女性化」を中心に—、移民政策の国際比較、(駒井洋監修、小井土彰宏編著)、pp313～356、明石書店、東京、2003
- 11) Kingma, M. : Nurses on the Move: Migration and the Global Health Care Economy, pp21～24, ILR Press, New York, 2006 (邦訳：キングマ M.、井部俊子監修、山本敦子訳：国を超えて移住する看護師たち、pp23～27、エルゼビア・ジャパン、東京、2008)
- 12) 下村雄紀：医療危機としての看護師不足—フィリピン人看護師とカナダ移民—、経済文化研究所年報 18：1～18、2009
- 13) 山崎隆志：看護・介護分野における外国人労働者の受け入れ問題、レファレンス 661：4～24、2006
- 14) 松本邦愛：日越医療協力、東アジア新時代とベトナム経済、(早稲田大学ベトナム総合研究所編)、pp208～226、文真堂、東京、2010
- 15) 平野裕子、小川玲子、大野俊：2国間経済連携協定に基づいて来日するインドネシア人およびフィリピン人看護師候補者に対する比較調査—社会経済的属性と来日動機に関する配布票調査結果を中心に—、九州大学アジア総合政策センター紀要 5：153～162、2010
- 16) 大泉啓一郎：老いてゆくアジア 繁栄の構図が変わるとき、pp62～65、中央公論新社、東京、2007
- 17) 小峰隆夫／日本経済研究センター編：超長期予測 老いるアジア、pp50～57、日本経済新聞出版社、東京、2007

(本稿は日本医療マネジメント学会誌 12(3)に掲載された。)

第2章

経済連携協定（EPA）に基づく外国人看護師候補者受け入れ施設の現況と課題

古川恵美¹⁾ 瀬戸加奈子²⁾ 松本邦愛²⁾ 長谷川友紀²⁾

1)東邦大学医学部

2)東邦大学医学部社会医学講座

要旨

経済連携協定（EPA：Economic Partnership Agreement）に基づき、インドネシアとフィリピンから外国人看護師候補者が来日し、全国の医療機関等に配属され教育・研修が行われている。本研究では、外国人看護師受け入れ施設を対象にアンケート調査を実施し、受け入れ動機、国家試験のサポート体制、受け入れ施設の現状および今後の課題を検討することを目的とする。

調査票は100施設より回収され有効回答率は65.8%（100/152）であった。外国人看護師の受け入れ目的としては、国際交流への協力、国の政策への協力が多く挙げられ、看護師不足への対策は少数であった。受け入れ施設のデメリットとして、指導の負担、サポートがないことを訴えるものが多かったが、メリットとしては施設の活性化が多く挙げられた。国家試験合格への障害としては日本語能力が多く挙げられた。日常会話能力は概ね問題がないのに対して、看護業務遂行に必要な日本語修得には大きな障害があることが示唆された。

今後は、公的機関等の外部機関と受け入れ施設の役割分担を明確にした教育手法・教材の開発、優れた実績を上げている受け入れ施設の事例研究に基づく知見の共有が重要であると考えられる。

キーワード：経済連携協定（EPA）、外国人看護師、アンケート調査

序文

経済連携協定（EPA：Economic Partnership Agreement）^{1)~3)}に基づき、インドネシアから2008年104名、2009年173名、2010年39名、フィリピンからは2009年93名、2010年46名の外国人看護師候補者（以下、外国人看護師とする）が来日し⁴⁾、全国の医療機関等に配属され教育・研修が行われている。在留期間は、看護師資格取得前は最大4年間（当初3年間を計画していたが、2011年1月に条件付きで1年間の延長が決定）であるが、資格取得後は在留資格の更新回数の制限はなく、日本で看護師として恒久的に就労し続けることが可能である⁴⁾。

EPAに基づいた外国人看護師の受け入れでは、日本語で実施される看護師国家試験（以下、国家試験とする）の合格の難しさが問題点の1つと指摘されている⁵⁾。外国人看護師は日本人と同様の国家試験に合格することが求められており、受け入れ施設で看護助手として就労をしながら、試験勉強に取り組まなければならない。受け入れ開始から3年目となる2011年2月に実施された国家試験では、インドネシア人13名が合格し、2010年の2人と合わせて、2008年に来日したインドネシア人看護師の累積合格率は14.4%（合格者15名、来日者104名）であった⁶⁾。フィリピン人は、2009年に来日が開始され、2年目のみの経過であるが、累積合格者は2人（2010年1人、2011年1人）、累積合格率は2.2%である⁶⁾。特にインドネシアからの第1陣は、インドネシア大学出身者を含む優秀な人材が多く来日しており、合格者が少数に留まることは、受け入れ制度そのものに問題があることを示す

ことにも繋がり、一人でも多くの合格者を出すことが望まれる。

今後、日本の少子高齢化の進展により、本格的に外国人看護師等の受け入れが検討される可能性があり、EPA に基づく外国人看護師の受け入れの現状を明らかにすることは重要である。先行研究においても全受け入れ施設を対象とした調査は過去に行われていない⁸⁾⁹⁾。

本研究では、EPA による外国人看護師受け入れ施設を対象としてアンケート調査を実施し、受け入れ動機、国家試験に向けての各施設のサポート体制を明らかにし、受け入れ施設の現状および今後の課題を検討することを目的とする。

1. 方法

2009年7月から2010年7月にかけて、EPAにより外国人看護師を受け入れた4施設(首都圏3施設、大阪圏1施設)の受け入れ担当者4人及び外国人看護師6人に半構造化インタビューを行った。首都圏の受け入れ施設Aは一般急性期、亜急性期、慢性期の医療を提供し、EPA開始以前から外国人の介護職等を受け入れていた。首都圏の受け入れ施設B、Cは一般病床のみ、大阪圏の施設Dは一般病棟と回復期リハビリテーション病床を有し、3施設とも外国人職員の受け入れはEPA締結後が初めてであった。担当者への質問項目は、外国人看護師のプロフィール、研修・日本語教育・国家試験対策等を含めた受け入れ体制、受け入れ後の患者や職員の反応や評判、日本語や国家試験の学習成果、待遇と受け入れに伴う負担から構成され、外国人看護師への質問項目は、来日動機、サポート体制、日本語能力の達成度、属性等から構成された。

続いて、EPAにより2008年から2010年度に外国人看護師を受け入れた全152施設を対象に、郵送法による無記名自記式のアンケート調査を行った。調査期間は2010年9月15日から11月15日である。調査票は、受け入れの目的、受け入れの現状、国家試験対策、病院の基本データで構成されている。質問項目は前述の半構造化インタビューを基に作成した。統計解析はSPSS ver. 17.0を用いて行った。統計学的解析は χ^2 検定、Mann-WhitneyのU検定を用いて行い、有意水準は5%とした。

2. 結果

(1) 対象病院の属性

回答は100施設から得られ全例を解析対象とした。有効回答率は65.8%(100/152)であった。施設の所在地は、首都圏が15.0%、大阪圏が13.0%、首都圏以外の東日本地域(北海道・東北・北陸・関東)が23.0%、大阪圏以外の西日本地域(東海・近畿・中国・四国・九州)が49.0%であった。病床規模は200床以下が35.0%、201床以上500床以下が43.0%、501床以上が19.0%、無回答が3.0%であった。受け入れ開始年度は、2008年度が35.0%、2009年度が61.0%、2010年度が3.0%、無回答が1.0%であり、施設の所在地、病床規模と受け入れ年度の違いは認められなかった(χ^2 検定)。

(2) 外国人看護師の受け入れの目的

受け入れの目的として、国際交流の一環として協力が63.0%、国の政策への協力が55.0%、組織の活性化が43.0%、将来の看護師不足に対する準備が35.0%、現在の看護師不足の解消が17.0%、医師会・病院団体の活動への協力が13.0%であった(複数回答可)。主な目的では、国の政策への協力が23.0%と最も多く、将来の看護師不足に対する準備18.0%、国際交流の一環として協力15.0%が多く挙げられた(表1a)。今回の来日を通じて外国人看護師に学んでほしいこととしては、日本の医療技術が55.0%と最も多く、高齢化に関連する疾患の知識が13.0%、日本の文化が7.0%、医療制度が6.0%であった。

受け入れのメリットとして職員が刺激を受け自分から学ぶ姿勢が強くなった24.0%、職員の協調性が強くなった18.0%等が挙げられた反面、デメリットとして、指導に人手をとられ、職員がより忙しくなった32.0%、行政からのサポートがない22.0%、病院の金銭的な負担が

増えた 12.0%等の回答があった (表 1b、1c)。

表 1 外国人看護師受け入れの目的とメリット・デメリット(n=100)

a. 目的				
	受け入れ目的 (複数回答)		主な受け入れ目的 (単一回答)	
	n	%	n	%
国際交流の一環として協力	63	63.0%	15	15.0%
国の政策への協力	55	55.0%	23	23.0%
組織の活性化	43	43.0%	8	8.0%
将来の看護師不足に対する準備	35	35.0%	18	18.0%
現在の看護師不足の解消	17	17.0%	10	10.0%
医師会・病院団体の活動への協力	13	13.0%	6	6.0%
病院の知名度を上げるため	5	5.0%	0	0.0%
その他	4	4.0%	2	2.0%
無回答			18	18.0%

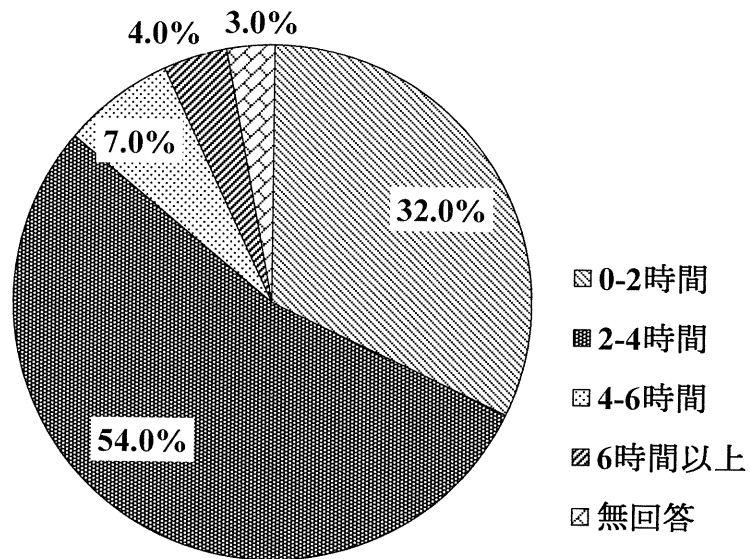
b. メリット				
	メリット (複数回答)		主なメリット (単一回答)	
	n	%	n	%
職員が刺激を受け自分から学ぶ姿勢が強くなった	35	35.0%	24	24.0%
職員の協調性が強くなった	34	34.0%	18	18.0%
院外との交流が広がった	26	26.0%	9	9.0%
病院の知名度が上がった	17	17.0%	7	7.0%
職員に緊張感が生じ組織が引き締まった	14	14.0%	3	3.0%
患者満足度が上昇した	4	4.0%	2	2.0%
その他	14	14.0%	6	6.0%
無回答			31	31.0%

c. デメリット				
	デメリット (複数回答)		主なデメリット (単一回答)	
	n	%	n	%
指導に人手をとられ、職員がより忙しくなった	65	65.0%	32	32.0%
行政からのサポートがない	65	65.0%	22	22.0%
病院の金銭的な負担が増えた	64	64.0%	12	12.0%
受け入れ施設間の情報交換がない	29	29.0%	3	3.0%
外国人看護師の処遇が日本人看護師と異なることに不満感を抱いている	13	13.0%	2	2.0%
外国人看護師の語学力不足により、トラブルが増えた	11	11.0%	1	1.0%
職員と外国人看護師との文化の相違により、トラブルが増えた	6	6.0%	1	1.0%
その他	11	11.0%	5	5.0%
無回答			22	22.0%

(3) 外国人看護師の学習時間と日本語習熟度

外国人看護師の勤務時間内の学習時間は 0 から 8 時間と施設によって異なり、平均時間は 3.2 時間 (標準偏差 1.6) であった (図 1)。

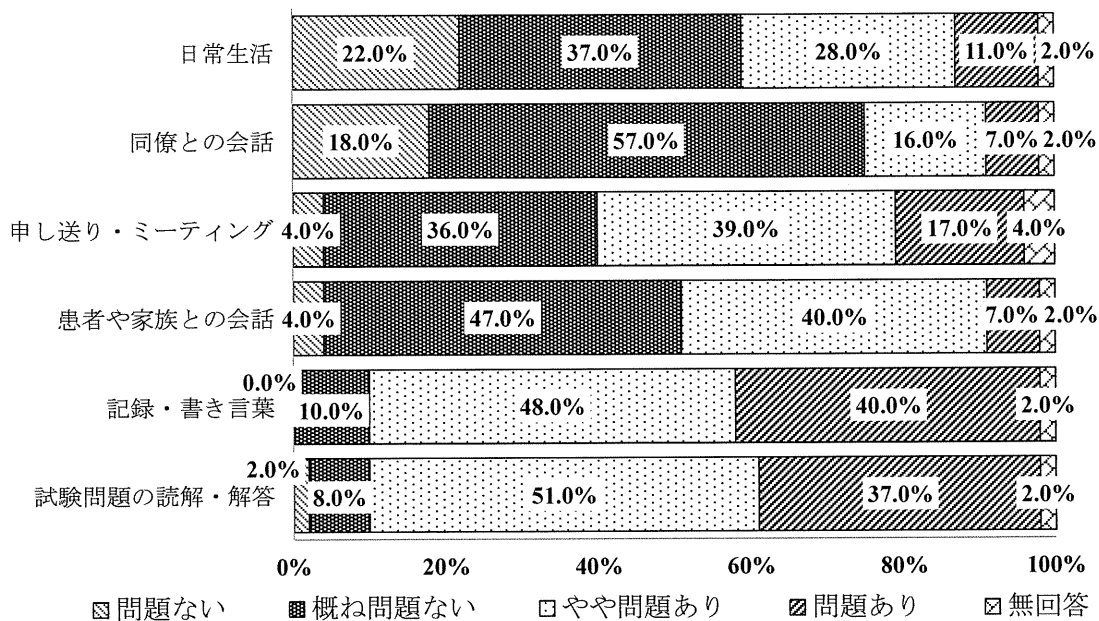
図 1 勤務時間内の 1 日(平日)の平均学習時間(n=100)



外国人看護師の日本語習熟度の結果は図 2 に示した。日常会話、同僚との会話、患者や家族との会話に関しては、50%以上の施設が「問題ない、おおむね問題ない」と回答した。一方、記録・書き言葉としての日本語、試験問題の読解・解答の際の日本語に関しては、およそ 90%の施設が「問題がある、やや問題がある」と回答した。

勤務時間内の学習時間が 4 時間以下の施設では、4 時間超の施設と比較し日常会話、同僚との会話に問題があると回答したものが多かった (Mann-Whitney の U 検定、 $p < 0.05$)。一方、記録・書き言葉としての日本語や試験問題の読解・解答の際の日本語等の項目に関しては、勤務時間内の学習時間との間に関連が見られなかった (Mann-Whitney の U 検定)。日本語習熟度の違いと、各施設における外国人看護師の受け入れ年度による違いには関連を認めなかった (Mann-Whitney の U 検定)。

図2 外国人看護師の日本語習熟度(n=100)



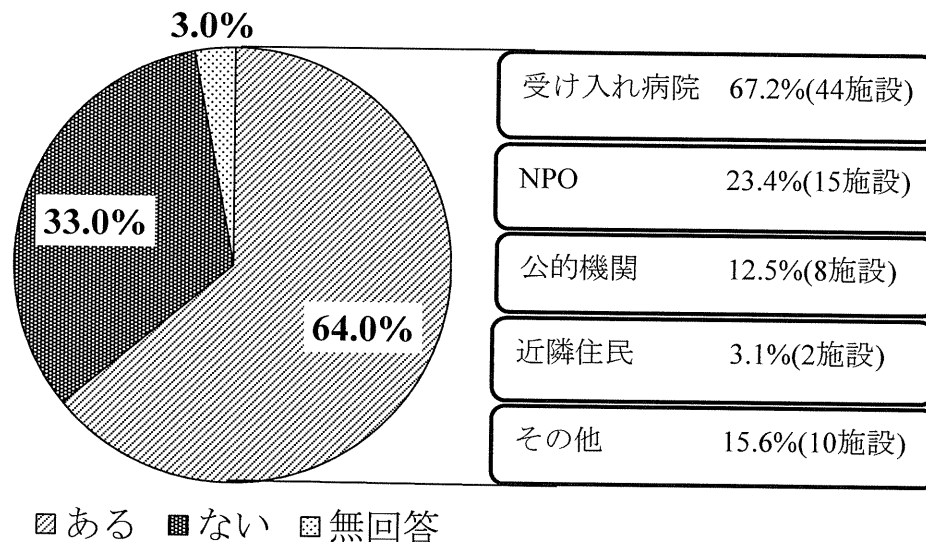
(4) 国家試験対策に対する施設内外のサポート体制

受け入れ施設内における国家試験指導の担当者数は平均 4.3 名 (標準偏差 3.6) であった。担当者としては、担当看護師が 89.0% と最も多く、ボランティアが 31.0%、家庭教師・予備校が 17.0%、公的機関が 8.0%、その他が 33.0% であった (複数回答可)。

施設外とのネットワークの有無に関しては、64.0% が「ネットワークがある」と回答した。「ネットワークがある」施設のうち、外国人看護師の受け入れ施設が 68.8%、NPO が 23.4%、公的機関が 12.5%、近隣住民 3.1%、その他が 15.6% であった (複数回答可) (図 3)。ネットワークの有無は、施設の所在地が都市部 (首都圏と大阪圏) であるか地方 (北海道・東北・北陸・関東 (首都圏以外) と東海、近畿 (大阪圏以外)、中国・四国・九州) であるかによる差は認めなかった (χ^2 検定)。また、ネットワークの内容と施設の所在地との間に関連は認めなかった (χ^2 検定)。

受け入れ施設の担当者が、国家試験に合格する上で最も必要と考えるサポート内容については、語学のサポートが 54.0% と最も多かった。次いで、知識面でのサポート、適切な教材が各 10.0%、十分な勉強時間の確保が 7.0%、精神的サポートは 0.0%、その他が 5.0% であった。

図3 施設外とのネットワークの有無とその詳細(n=100)



3. 考察

(1) 外国人看護師の受け入れの目的

外国人看護師の受け入れ目的は、国際交流の一環としての協力、国の政策への協力が多く、看護師不足への対策よりむしろ国際交流や国への政策への協力の側面が強いことが明らかになった。年々、新規の受け入れ施設数は減少しているが、これは外国人看護師を受け入れるだけの体力のある施設、国際貢献や政策への協力をしたいという施設は一定数に限られていることが考えられる。今回のEPAを通じた看護師の受け入れでは、仮に2010年までに来日したすべての看護師が試験に合格したとしても、2008年衛生行政報告例での全看護師従事者数87.7万人の0.052%を占めるに過ぎない。国全体で見た場合には看護師不足の対策としては規模が小さく、個々の受け入れ施設でもそれを期待しているところは少ないと考えられる。

受け入れ施設は、指導に人手をとられ職員が忙しくなったが32.0%、さらに行政からのサポートがないと答えているところが22.0%あり、外国人看護師受け入れ後に苦勞をしている施設が多いことが窺える。反面、外国人看護師を受け入れたことにより、「職員の協調性」や「自分から学ぶ姿勢」が強くなる等、院内の活性化に繋がる効果を認めている施設も多い。これを鑑みるとEPAによる看護師受け入れは現状の看護師不足の軽減とは別の次元で効果を発揮していると考えられよう。

(2) 外国人看護師の日本語習熟度と国家試験対策

「日常会話」、「同僚との会話」レベルでの日本語習熟度は、勤務時間内の学習時間の長い施設で高かった。しかし、「記録・書き言葉としての日本語」、「試験問題の読解・解答の際の日本語」レベルでの日本語習熟度は約9割の施設で問題が認められ、勤務時間内の学習時間による相違は認めなかった。小川らは、第1陣のインドネシア人看護師を受け入れた47施設を対象に行った調査結果で、職員との会話は82.2%の施設が問題ないと回答しているのに比して、記録に必要な日本語の読み書きについては82.1%の施設が問題ありと同様の結果を示しているが⁹⁾、本研究では1年経過した現在も看護業務遂行に必要なレベルの語学修得が困難であることが明らかになった。また、「国家試験に合格する上で外国人看護師に最も必要なもの」として日本語能力を挙げた施設は過半数の54.0%に達した。現行の受け入れ枠組みでは、外国人看護師は来日前に6ヶ月間の日本語研修を受けた後、受け入れ

施設での研修中も、多くの施設では日本語や国家試験の学習を行っている。この日本語学習内容では日常会話能力の修得は可能であるが、看護業務遂行に必要なレベルの修得は困難であり、国家試験対策としては不十分であると考えられる。特に、後者については勤務時間内での学習時間の長短による相違を認められず、多くの施設では現在の教育手法をそのまま継続し、あるいは勤務時間内での時間数を若干拡大したのみでは十分な成果が期待できないと考えられる。他方、合格者を輩出した一部の施設では、勤務時間内学習時間が4時間以上であるとの報告もあり¹⁰⁾¹¹⁾、効果的な教育手法を提供し、一定の学習量を確保することで成果が得られる可能性も示されている。

先行研究では国家試験合格の障壁となっている要因には、日本語能力以外にも看護教育カリキュラムの違い¹²⁾、社会制度の違いや慣習の違い¹³⁾が影響していることが報告されている。外国人看護師の多くで日本の医療や福祉の制度の知識が不足しているのは当然である。特にこの領域では、専門家による体系的で分かりやすい知識の提供およびテキスト作成も重要であると考えられる。外国人看護師は、母国で数年看護師として就労しており、専門分野にはある程度精通していると考えられる。しかし、国家試験の範囲は広く、専門分野以外の看護・医療に関する知識が陳腐化している可能性があり、最新の知識への更新が必要となるかもしれない。今後は、合格者を出した施設の事例研究を進め、効果的な学習方法・教材等を他施設に紹介する等、根拠に基づく教育手法の確立・普及が重要であると考えられる。

(3) 受け入れ施設及び外部のサポート体制

外国人看護師の国家試験の指導担当者は、約9割の施設で「担当看護師」であり、通常業務に加えて指導業務を行っている。受け入れ施設では、候補者に同職種（看護助手）の日本人と同等額以上の報酬を支払う他、就労時間の短縮、日本語教師の雇用等の国家試験に向けた支援、病棟研修及び日常生活についてのサポート等、多くの支援をしているが、これは施設側の負担ともなっている。

約6割の施設は院外とネットワークを作り、うち6割が受け入れ施設間で情報共有を行っていることが明らかとなった。しかし、施設間のネットワークは地域ごと・地方ごと等、小規模のものである可能性があり、より効率的な情報共有を図るためには、個々の施設間ネットワークを統合し、大規模なものにすることが有用であろう。

国家試験対策への取り組みは各施設に任されていることから、就労と研修の時間の配分、オリジナルの教材や資料の作成等、個別に試行錯誤をして行っているのが現状といえる。外国人看護師受け入れの窓口となっている国際厚生事業団も、外国人看護師の試験対策としてe-learningのシステムを導入している。過去の国家試験問題や模擬試験を用い、現状の学習成果の評価を容易に行うことのできる利点があるが、このシステムを用いた学習効果の測定等はなされておらず教育手法としては未だ確立していない。今後、国家試験対策の支援については、公的機関等の外部機関は、国家試験の傾向と対策を踏まえ、日本の医療制度を中心にした講義の実施やテキストの開発、模擬試験とその解説、国家試験対策ツールの開発等、大枠の支援を行い、受け入れ施設は、個々の外国人看護師の苦手な領域についての学習支援を行う等、その役割分担を明確にすることが重要と考えられる。

また、国家試験合格後、看護師として就労するにあたり、日本語の読み書き能力は診療記録の作成・患者情報の共有のために不可欠であり、業務のパフォーマンスに直接関わっている。EPAで初めて合格したフィリピン人看護師が、「患者の容態等をカルテに書くのが難しいです。時々電子辞書を使いながら苦勞しています。日本語の勉強に休みはありません。」¹⁴⁾と述べていることから、国家試験に合格後も看護師として仕事を行うためには、継続した日本語の学習が必要であることが窺える。日本語のみならず医学・看護知識の向上のために継続的な学習支援を行うとともに、その効果的な教育手法を確立することが必要であろう。

(4) EPA による外国人看護師受け入れの課題

インドネシア、フィリピンから来日済みの外国人看護師が日本の社会・医療環境に慣れることを支援し、国家試験での合格率をいかに上げるかが、EPA に基づく受け入れの短期的な問題である。インタビュー調査では、患者・同僚との関係や日本での生活に著しい困難を感じている者はいなかった。しかし、仮に大部分が国家試験に合格できなければ、教育投資が無駄になるばかりか、制度そのものの不備が指摘されるだろうし、また国家間の問題になる可能性もある。

厚生労働省は有識者による検討委員会を発足させ、2010年8月に「看護師国家試験における用語に関する有識者検討チームとりまとめ」を発表し、検討結果は2010年度の国家試験に一部導入されている¹⁵⁾。この中では、①難解な用語を平易な用語に置き換える、②難解な漢字にはふりがなを振る、③主語・述語・目的語を明示する、また医学・看護専門用語への対応については、①疾病名への英語の併記、②国際的に認定されている略語等の英語の併記が明示された。著者らによる外国人看護師のインタビュー調査では、解答時間が足りないという意見が多かったが、解答時間については検討されていない。2010年度の合格者は前年度より増加したものの、合格者の多くが2008年に来日した外国人看護師であった。むしろ合格者の増加は3年間の学習成果であり、今回の対策による効果は限定的であった可能性がある。今後は、検討委員会への外国人看護師の参加、あるいはヒアリング結果を有識者会議に反映させ、対応策を見直すことも必要であろう。

本調査は、受け入れ施設対象の調査であり、個々の看護師の来日年度と日本語習熟度については明らかにできなかった。今後、国家試験の合格者を輩出した施設の学習支援体制を事例調査により明らかにするとともに、外国人看護師個人を対象にした日本語能力、国家試験合格の可能性、日本の医療全般に対する理解度、国家試験の苦手な領域等についても、対応策とともに明らかにする必要があると思われる。

結語

EPA に基づく外国人看護師の受け入れ目的としては、国際交流への協力、国の政策への協力が多く挙げられ、看護師不足への対策は少数であった。受け入れ施設のデメリットとして、指導の負担、サポートがないことを訴えるものが多かったが、メリットとしては施設の活性化が多く挙げられた。国家試験合格への障害としては日本語能力が多く挙げられた。日常会話能力は概ね問題がないのに対して、看護業務遂行に必要な日本語修得には大きな障害があることが示唆された。今後は、公的機関等の外部機関、受け入れ施設の役割分担を明確にした教育手法・教材の開発、優れた実績を上げている受け入れ施設の事例研究に基づく知見の共有が重要であると考えられる。

文献

- 1) 外務省：日インドネシア経済連携協定の概要、
http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/fta/j_asean/indonesia/pdfs/gaiyo.pdf、アクセス 2011 年 10 月 20 日
- 2) 外務省：経済上の連携に関する日本国とフィリピン共和国との間の協定、
http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/treaty/treaty165_1.html、アクセス 2011 年 10 月 20 日
- 3) 河原論：経済連携協定に基づく外国人看護師候補者の受入れについて、看護 62(12)：68～71、2010
- 4) 国際厚生事業団：EPA に基づく外国人看護師・介護福祉士受入れパンフレット、
http://www.jicwels.or.jp/html/h23_epa_images/h23_brochures.pdf、アクセス 2011 年 10 月 20 日
- 5) 朝倉京子：日比間の経済連携協定(Economic Partnership Agreement; EPA) による外国人看護師受け入れをめぐる諸問題、東北大学医学部保健学科紀要 18(2)：67～74、2009
- 6) 厚生労働省：第 100 回看護師国家試験における経済連携協定に基づく外国人看護師候補者の合格者について、<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r98520000016bot.html>、アクセス 2011 年 10 月 20 日
- 7) 厚生労働省：第 100 回看護師国家試験合格状況、
<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r98520000016bot-att/2r98520000016bj.pdf>、アクセス 2011 年 10 月 20 日
- 8) 川口貞親、平野（小原）裕子、大野俊：日本全国の病院における外国人看護師受け入れに関する調査（第 1 報）－結果の概要－、九州大学アジア総合政策センター紀要 3：53～58、2009
- 9) 小川玲子、平野裕子、川口貞親 他：来日第 1 陣のインドネシア人看護師・介護福祉士候補者を受け入れた全国の病院・介護施設に対する追跡調査（第 1 報）受け入れの現状と課題を中心に、九州大学アジア総合政策センター紀要 5：85～98、2010
- 10) 小松元悟：外国人看護師候補者の受け入れ、病院 70(4)：293～295、2011
- 11) 五十嵐博美、樋口博一、ヤレド・フェブリアン・フェルナンデス 他：インドネシア人看護師候補者の国家試験合格への道－三之町病院の取り組み－、聖路加看護大学紀要 37：19～24、2011
- 12) 川口貞親、平野裕子、小川玲子 他：外国人看護師候補者の教育と研修の課題－フィリピン人候補者を対象とした国家試験模擬試験調査を通して－、九州大学アジア総合政策センター紀要 5：141～146、2010
- 13) 池田敦史、深谷計子、堀場裕紀江 他：経済連携協定に基づき来日した看護師候補生の現状と問題点、聖路加看護大学紀要 36：86～90、2010
- 14) 下野新聞：「4 月から足利日赤に勤務－認定看護師の資格狙う」、下野新聞、2010 年 8 月 30 日
- 15) 厚生労働省：看護師国家試験における用語に関する有識者検討チームのとりまとめについて、
<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000000mswm-img/2r9852000000msy3.pdf>、アクセス 2011 年 10 月 20 日

(本稿は日本医療マネジメント学会誌 12(4)に掲載された。)

WHO による医療人材の国際移動に関する規約

1. はじめに

世界中における医療人的資源の不足と医療システム強化における人材の重要性への意識の高まりから WHO が規約を策定した。内容は、①深刻な医療人材不足に陥っている国からの人材確保を避けることを推奨、②国際的な移入に頼らない医療人材の計画策定を推奨、③移民した医療従事者の権利保護と将来的な母国への帰還を推奨、などが主な内容である。

本規約は、2001年にイギリスで実施されたコードを基に発展していると思われる。イギリスのコードにおいては、発展途上国からの医療人材獲得の禁止を明示しているが、本規約は禁止項目とはなっていない。

2. 規約の要約

原文 : The WHO Global CODE of Practice on the International Recruitment of Health Personnel

Sixty-third World Health Assembly · WHA63.16 May 2010

Document

http://www.who.int/entity/hrh/migration/code/code_en.pdf

Back ground paper

http://www.who.int/entity/hrh/migration/code/background_paper_code.pdf

① 目的

- ・ 医療従事者の国際移動に関する法的・制度的枠組み整備への土台として、WHO 加盟各国に法的整備を推奨するものである。

② 性質と対象

- ・ コードの効力は、自発的であり、各国が法的・制度的整備を行うためのガイドとなる

③ 推奨規約

- ・ 全世界規模での医療人材不足の解決と医療人材供給の強化を目指す。その目標のために、先進国は、資源が不足している途上国・中進国への支援が求められている。
- ・ 医療人材は、その母国の重要な資源であり、転出に当たっては、医療システムに与える影響を低減する必要がある。ただし、医療人材の海外転出の自由を妨げるものではない。
- ・ 国際的な人材獲得は、透明性と公正性を担保されなくてはならない。移動先の国において、その国の医療人材と同じ待遇・取り扱いを受けなければならない。

- ・ 加盟国は、海外からの人材流入に頼らない医療人材の養成計画・政策を立案する必要がある。
- ・ 医療人材の国際移動に関する詳細なデータベースを構築する必要がある。
- ・ 循環的な移動（先進国でのスキル向上と途上国での還元）を推奨し、流出先・流入先が共に利益を受けるような移動が推奨される。

④ 責任、権利と採用

- ・ 国際的な人材獲得を行う際は、その後のキャリアの説明や考えられるリスクを十分に説明する必要がある。
- ・ 国際的な移動での不法な取り扱いを抑制し、移動した医療人材の権利が担保される必要がある。
- ・ 一時的・継続的に関わらず上記の規定は適用される。
- ・ 国際的な移動の把握のための情報収集、各国のデータベース整備

⑤ 医療人材開発と医療システムの持続可能性

- ・ 深刻な人材不足に悩まされている国からの人材獲得の抑制
- ・ 経済協定等で人材移動を促進する場合は、本規約を遵守することが推奨される。単純に移動を推奨するだけでなく、帰還を推奨する規約等を入れることが重要である。
- ・ 海外での医療技術の訓練は非常に重要な方法であり、その点に関しては積極的に取り組む必要がある。
- ・ 加盟各国は、医療人材の養成を他国に頼らなくて良いように、需要の把握やエビデンスに基づいた医療人材計画を立案する必要がある。
- ・ 上記のために適切な医育機関を設立する必要がある、利害関係者と十分な調整を行って、国内医療需要を満たす必要がある。
- ・ 国内での医療人材の偏在問題に取り組む必要がある。

⑥ データ収集と調査

- ・ 医療人材に関するデータの収集、特に国際移動に関するデータを収集する必要がある。
- ・ WHO は関連機関と協働で、医療人材の国際移動に関するデータの整備と分析を行う。

⑦ 情報交換

- ・ 加盟国は医療人材の国際移動に関して、情報交換を積極的に行う必要がある。
- ・ 医療人材に関する法律・規制のデータベースのアップデート、医療人材データベースの構築、WHO への 3 年ごとの報告が推奨されている。

⑧ コードの実施

- ・加盟国は本コードを実施し、適切な法律もしくは政策に組み込むことが推奨される。
- ・加盟国は、国際移動に関連するすべての利害関係者に本コードについて適切なアドバイスを行うことが推奨されている。

⑨ 評価と制度調整

- ・加盟国は、現状並びに施策の評価に関して定期的に報告する必要がある。
- ・WHO 事務局長は、評価の情報交換、ベストプラクティスの提唱などを実施する。

⑩ パートナーシップ、技術協調、財政支援

- ・開発機関や国際機関は、発展途上国や中進国がこのコードを実行できるように技術的・財政的支援を行うことが求められる。

3. 資料（規約原文）

The WHO Global CODE of Practice on the International Recruitment of Health Personnel

Sixty-third World Health Assembly - WHA63.16

May 2010WHA63.16

WHA63.16 - WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel The Sixty-third World Health Assembly,

Having considered the revised draft global code of practice on the international recruitment of health personnel, annexed to the report by the Secretariat on the international recruitment of health personnel: draft global code of practice,

1. ADOPTS, in accordance with Article 23 of the Constitution, the WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel;
2. DECIDES that the first review of the relevance and effectiveness of the WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel shall be made by the Sixty-eighth World Health Assembly;
3. REQUESTS the Director-General:
 - (1) to give all possible support to Member States, as and when requested, for the implementation of the WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel;
 - (2) to cooperate with all stakeholders concerned with the implementation and monitoring of the WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel;

- (3) to rapidly develop, in consultation with Member States, guidelines for minimum data sets, information exchange and reporting on the implementation of the WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel;
- (4) based upon periodic reporting, to make proposals, if necessary, for the revision of the text of the WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel in line with the first review, and for measures needed for its effective application. (Eighth plenary meeting, 21 May 2010 - Committee A, fourth report)

WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel

Preamble

The Member States of the World Health Organization, Recalling resolution WHA57.19 in which the World Health Assembly requested the Director-General to develop a voluntary code of practice on the international recruitment of health personnel in consultation with all relevant partners; Responding to the calls of the Kampala Declaration adopted at the First Global Forum on Human Resources for Health (Kampala, 2–7 March 2008) and the G8 communiqués of 2008 and 2009 encouraging WHO to accelerate the development and adoption of a code of practice;

Conscious of the global shortage of health personnel and recognizing that an adequate and accessible health workforce is fundamental to an integrated and effective health system and for the provision of health services; Deeply concerned that the severe shortage of health personnel, including highly educated and trained health personnel, in many Member States, constitutes a major threat to the performance of health systems and undermines the ability of these countries to achieve the Millennium Development Goals and other internationally agreed development goals; Stressing that the WHO global code of practice on the international recruitment of health personnel be a core component of bilateral, national, regional and global responses to the challenges of health personnel migration and health systems strengthening,

THEREFORE

The Member States hereby agree on the following articles which are recommended as a basis for action.

ANNEX WHA63.16

Article 1 – Objectives

The objectives of this Code are:

- (1) to establish and promote voluntary principles and practices for the ethical international recruitment of health personnel, taking into account the rights,

obligations and expectations of source countries, destination countries and migrant health personnel;

(2) to serve as a reference for Member States in establishing or improving the legal and institutional framework required for the international recruitment of health personnel;

(3) to provide guidance that may be used where appropriate in the formulation and implementation of bilateral agreements and other international legal instruments;

(4) to facilitate and promote international discussion and advance cooperation on matters related to the ethical international recruitment of health personnel as part of strengthening health systems, with a particular focus on the situation of developing countries.

Article 2 – Nature and scope

2.1 The Code is voluntary. Member States and other stakeholders are strongly encouraged to use the Code.

2.2 The Code is global in scope and is intended as a guide for Member States, working together with stakeholders such as health personnel, recruiters, employers, health-professional organizations, relevant subregional, regional and global organizations, whether public or private sector, including nongovernmental, and all persons concerned with the international recruitment of health personnel.

2.3 The Code provides ethical principles applicable to the international recruitment of health personnel in a manner that strengthens the health systems of developing countries, countries with economies in transition and small island states.

Article 3 – Guiding principles

3.1 The health of all people is fundamental to the attainment of peace and security and is dependent upon the fullest cooperation of individuals and states. Governments have a responsibility for the health of their people, which can be fulfilled only by the provision of adequate health and social measures. Member States should take the Code into account when developing their national health policies and cooperating with each other, as appropriate.

3.2 Addressing present and expected shortages in the health workforce is crucial to protecting global health. International migration of health personnel can make a sound contribution to the development and strengthening of health systems, if recruitment is properly managed. However, the setting of voluntary international principles and the coordination of national policies on international health personnel recruitment are desirable in order to advance frameworks to equitably strengthen health systems worldwide, to mitigate the negative effects of health personnel migration on the health

systems of developing countries and to safeguard the rights of health personnel.

3.3 The specific needs and special circumstances of countries, especially those developing countries and countries with economies in transition that are particularly vulnerable to health workforce shortages and/or have limited capacity to implement the recommendations of this Code, should be considered. Developed countries should, to the extent possible, provide technical and financial assistance to developing countries and countries with economies in transition aimed at strengthening health systems, including health personnel development.

3.4 Member States should take into account the right to the highest attainable standard of health of the populations of source countries, individual rights of health personnel to leave any country in accordance with applicable laws, in order to mitigate the negative effects and maximize the positive effects of migration on the health systems of the source countries. However, nothing in this Code should be interpreted as limiting the freedom of health personnel, in accordance with applicable laws, to migrate to countries that wish to admit and employ them.

3.5 International recruitment of health personnel should be conducted in accordance with the principles of transparency, fairness and promotion of sustainability of health systems in developing countries. Member States, in conformity with national legislation and applicable international legal instruments to which they are a party, should promote and respect fair labour practices for all health personnel. All aspects of the employment and treatment of migrant health personnel should be without unlawful distinction of any kind.

3.6 Member States should strive, to the extent possible, to create a sustainable health workforce and work towards establishing effective health workforce planning, education and training, and retention strategies that will reduce their need to recruit migrant health personnel. Policies and measures to strengthen the health workforce should be appropriate for the specific conditions of each country and should be integrated within national development programmes.

3.7 Effective gathering of national and international data, research and sharing of information on international recruitment of health personnel are needed to achieve the objectives of this Code.

3.8 Member States should facilitate circular migration of health personnel, so that skills and knowledge can be achieved to the benefit of both source and destination countries.

Article 4 – Responsibilities, rights and recruitment practices

4.1 Health personnel, health professional organizations, professional councils and

recruiters should seek to cooperate fully with regulators, national and local authorities in the interests of patients, health systems, and of society in general.

4.2 Recruiters and employers should, to the extent possible, be aware of and consider the outstanding legal responsibility of health personnel to the health system of their own country such as a fair and reasonable contract of service and not seek to recruit them. Health personnel should be open and transparent about any contractual obligations they may have.

4.3 Member States and other stakeholders should recognize that ethical international recruitment practices provide health personnel with the opportunity to assess the benefits and risks associated with employment positions and to make timely and informed decisions.

4.4 Member States should, to the extent possible under applicable laws, ensure that recruiters and employers observe fair and just recruitment and contractual practices in the employment of migrant health personnel and that migrant health personnel are not subject to illegal or fraudulent conduct. Migrant health personnel should be hired, promoted and remunerated based on objective criteria, such as levels of qualification, years of experience and degrees of professional responsibility on the basis of equality of treatment with the domestically trained health workforce. Recruiters and employers should provide migrant health personnel with relevant and accurate information about all health personnel positions that they are offered.

4.5 Member States should ensure that, subject to applicable laws, including relevant international legal instruments to which they are a party, migrant health personnel enjoy the same legal rights and responsibilities as the domestically trained health workforce in all terms of employment and conditions of work.

4.6 Member States and other stakeholders should take measures to ensure that migrant health personnel enjoy opportunities and incentives to strengthen their professional education, qualifications and career progression, on the basis of equal treatment with the domestically trained health workforce subject to applicable laws. All migrant health personnel should be offered appropriate induction and orientation programmes that enable them to operate safely and effectively within the health system of the destination country.

4.7 Recruiters and employers should understand that the Code applies equally to those recruited to work on a temporary or permanent basis.

Article 5 – Health workforce development and health systems sustainability

5.1 In accordance with the guiding principle as stated in Article 3 of this Code, the health systems of both source and destination countries should derive benefits from the