

保険医認可令²⁴により、保険医には基本的に開業場所での被保険者の診療が可能となるように自分の居住地を選ぶ義務(居住義務(Residenzpflicht))が課せられていた。このため、保険医は、診療のために必要がある場合には、診療時間外であっても適切な時間内に開業場所に到着できる場所に居住しなければならなかった。ただし、この義務は過少供給地域においては適用されていなかった。公的医療保険供給構造法による改正では、この居住義務自体が廃止された。

保険医としての制限つきでない認可を受けた医師は、保険医としての活動をフルタイムで行わなければならない。また、医師が就労その他の活動のために被保険者の診療に必要な時間が取れないことは、保険医としての職務の遂行にふさわしくないとされていた。これを基に、連邦社会裁判所(Bundessozialgericht)は、保険医としての制限つきでない認可を受けた医師が保険医としての活動以外に週 13 時間を超える副業としての活動を行うことは適当ではないとの結論を導き出している²⁵。

しかし、公的医療保険供給構造法による改正が行われた結果、今後は、型通りの時間が問題ではなく、他の活動のために割く時間があつたとしても、保険医が開業場所で被保険者に対して診療の責務に対応するだけの時間を取れる状況にあることが決定的な意味を持つとされた。この改正は、保険医が保険医診療と並んで、病院による入院前及び入院後診療や外来手術に副業として参加することができるという点で重要な意味を持っている。

保険医が他の場所でも開業することが認められるのは、それによって当該他の場所での診療が改善され、かつ元の開業場所での診療に問題がない場合とされていた。公的医療保険供給構造法による改正では、他の場所での改善と元の場所での影響を比較考量し、他の場所での改善で埋め合わせられるならば、元の場所での小さな問題は考慮されないことになった。また、元の場所と他の場所での診療科が同一である必要もなくなった。

過剰供給となっているために保険医の認可が制限されている地域において、死亡、廃業又は取り消しによりある保険医の認可が終了し、引き続きその場所での保険医診療が必要である場合には、認可委員会が応募者の中から開業を行う者の選考を行う。選考に当たっては、従来から、応募者の職業上の適性、医師免許取得年齢、医師としての活動期間が考慮されている。公的医療保険供給構造法により、これに加えて、過少供給地域において5年以上保険医診療に従事したことが考慮される。この改正により、医師としての職業人生を始めるに当たり、まず、過少供給地域における保険医診療に従事しようとするインセンティブを与えることができると期待されている²⁶。さらに、応募者が、例えば隣接する過少供給地域での診療への協力など、保険医協会の定める「医療供給に対する特別の需要」を満たすことに応じる用意があるかどうか、認可委員会により考慮されることになった。

²⁴ Zulassungsverordnung für Vertragsärzte vom 28. 5. 1957, BGBl. I S. 572.

²⁵ Bundessozialgericht, Urteil vom 30. 1. 2000, Aktenzeichen : B 6 KA 20/01 R, Sozialrecht-Entscheidungssammlung 3-5520 20 Nr.3; Bundessozialgericht, Urteil vom 5. 2. 2003, Aktenzeichen : B 6 KA 23/01 R, Gesundheitsrecht (Zeitschrift) 2003, S. 173.

²⁶ Bundestagsdrucksache 17/6906, S. 75.

6. 家族と職業との両立

保険医は自ら診療を行わなければならないとされている。ただし、病気、休暇、継続教育又は軍事訓練への参加の場合には、12か月のうちで3か月まで代わりの医師に診療させることが従来から認められている。さらに、女性の保険医には、出産前後の6か月間、代わりの医師に診療させることが認められてきた。公的医療保険供給構造法による改正では、家族と職業との両立を促進するため、女性の保険医に認められてきた出産前後の期間が6か月から12か月に延長された。

公的医療保険供給構造法においては、このほかにも、自由業としての職業活動と家族との関係をよりバランスの取れたものとするができるよう、保険医(男性も含む)が、子供を養育するために36か月まで、また、近親者を在宅で介護するために6か月まで、代わりに診療を行う医師や負担を軽減するアシスタントを雇うことが可能とされた。保険医協会は、この36か月及び6か月の期間を延長することができる。

7. 補完的な供給システムの促進

前述の公的医療保険供給構造法による改正は、今後とも必要な保険医診療を確保するための条件を整備することを目的としたものである。しかし、これと併せて、自由業の開業医である保険医では、必ずしも全ての地域に必要な外来診療を確保することができない場合に、だれがどのようにして外来診療を確保するのかということにも応えていかなければならない。このため、公的医療保険供給構造法では保険医による診療を補完する供給システムを促進することを目的とした改正が行われた。

(1) 遠隔医療及び実施権限の委譲

医師が不足している農村地域などでは、医師が常に患者の傍で診療することが難しい場合に、情報・通信技術を用いた遠隔医療を活用することにより、看護職などの協力を得て適切な医療を確保することが必要になると考えられている²⁷。

評価委員会は、統一評価基準において定められている「保険医が請求可能な給付」と「給付の相対価値(報酬点数)」を医学・医療技術の最新の水準及び経済的な給付提供の要請に合致させるため、定期的に見直すことを義務付けられている。公的医療保険供給

²⁷ このような取組を促進するために実施されているモデルプロジェクトの一つである「アグネス・プロジェクト(AGnES-Projekt)」では、特別の教育を受け、かつ、医師との間で情報通信技術によりつながれた看護師が、医師の支援を行う。医師の指示を受けた看護師が医師から「実施権限の委譲」を受けて患者を居宅に訪問し、そこで主として予防、助言、治療の監視などの活動を行う。また、患者の健康状態のモニタリングも看護師により行われるが、場合によっては、情報通信技術を用いて健康状態に関するデータが医師のもとにも送られる。このプロジェクトに関しては、参加した医師及び患者の双方から高い評価が得られている。

構造法においては、この見直しの中で、2012年10月31日までに遠隔医療に関する給付を医療保険においてどの程度まで認めるのかを検討し、それを基に2013年3月31日までに統一評価基準の改定を行うものとされた。

また、連邦保険医協会と疾病金庫連邦中央連合会は、2012年6月30日までに、外来診療において医師が医師以外の者にその実施を委ねる(実施権限の委譲(Delegation))²⁸ことができる給付の範囲とその給付を行う際に求められる条件について合意するものとされた。「実施権限の委譲」は、この改正により初めて可能となったというわけではない。この規定の目的は、従来から可能とされてきた「実施権限の委譲」の実施を促進するために、対象となる給付の範囲等を明確にすることにある。

(2)勤務医の保険医診療への参加

医療保険による外来診療である保険医診療を担当するのは、基本的に、認可を受けた自由業の開業医である保険医であり、病院勤務医や組織としての病院は保険医診療を行わない。しかし、これに関しては、いくつかの例外が設けられている。

病院勤務医は、その参加がなければ十分な外来診療を確保することができない場合には、申請に基づき、認可委員会から個人として保険医診療に参加する権限を得ることができる。公的医療保険供給構造法では、個人として保険医診療に参加する権限を得ることができる医師の範囲が、病院にとどまらず、予防・リハビリテーション施設及びに入所介護施設に勤務する医師にまで拡大された。

また、病院は、過少供給地域での医療需要をカバーするために必要な場合に、認可委員会から組織として保険医診療に参加する権限を得ることができる。公的医療保険供給構造法では、区域全体は過少供給地域には該当しないが、「追加的な局地的医療需要(zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf)」が認められる場合にも²⁹、病院が保険医診療に参加する権限を得ることができることとされた。

(3)保険医協会及び地方自治体の医療施設

保険医診療を確保するため、保険医協会は財政的な措置又はその他の適切な措置を講じなければならない。このような措置の一つとして、保険医協会に対しては、疾病金庫州連合会等の同意を得て被保険者に対して直接的に医療を提供するための施設を運営することが認められている。公的医療保険供給構造法による改正では、地方自治体に対しても、保険医協会の同意を得て、被保険者に対して直接的に医療を提供するための施設を運営し、その施設に勤務する医師を通じて自ら住民に外来診療を提供することが認められた。ただし、これが認められるのは、他の方法では保険医診療が確保できないような例外的な場合であり、例えば、保険医協会が保険医診療を確保するための措置を講じ

²⁸ 「実施権限の委譲」に関する詳細は、松本(2012: 63, 64)を参照されたい。

²⁹ 市や郡の区域が需要計画の対象区域としては広すぎるために、計算上は十分な保険医診療の供給が存在する区域の中でも、局所的に供給の穴が生じる恐れがある(Murawski, 2012: 945)。

たものの、それが効果を上げなかった場合がこれに該当する。保険医協会の同意が必要とされる理由は、地方自治体によるこの施設の運営は、あくまでも保険医協会による取組みが十分でない場合にそれを補うものとして位置づけられているためである。このような条件を満たす場合には、認可委員会は、申請に基づき地方自治体が運営する施設に保険医診療に参加する権限を与えなければならない。

(4)急患サービスと救急サービスの連携

保険医協会による保険医診療の確保任務の対象には、通常の診療時間中の保険医診療のほかに、診療時間外の保険医診療(急患サービス(Notdienst))が含まれる。しかし、救急サービス(Rettungsdienst)として行われる救急医(Notarzt)による診療は、州法による別の定めがない限り、保険医協会による確保任務の対象には含まれない。

このような急患サービス及び救急サービス、更には急病の場合に保険医の指示を受けず患者が直接に病院に行って受ける医療がそれぞれ併存している状態は、費用がかかり、かつ、満足のいくものではないと考えられている。

このため、公的医療保険供給構造法による改正では、保険医協会が病院と協力すること又は病院と組織的に結び付けること(例えば病院に保険医診療としての急患サービスを行う施設を並置すること)により急患サービスを確保できることが明記された。これにより、保険医と病院という供給分野を越えたネットワークの重要性が強調されるとともに、急患サービスと救急サービスとの組織的な結合(例えば共同指令所の設置)が可能となる。

8. まとめ

以上述べたように、2011年に制定された公的医療保険供給構造法では、高齢者の増加による医療需要の増大や医療関係の仕事に従事する若年世代の減少が進む中で、特に地方において保険医の不足が懸念されることに対応した措置が講じられた。その中心となるのは、保険医の地域偏在を是正することを目的とする需要計画に関する改革である。この改革により、計画区域の設定の弾力化などが行われたことは、それぞれの地域における医療需要により適合した需要計画の策定に役立つものと考えられる。ただし、重要なことは、定められた需要計画に基づきいかにして需要に適合した保険医診療の供給を確保するかにある。

需要計画に基づき過剰供給とされた区域に関しては、保険医の認可に制限を設けることが可能とされており、これにより当該区域での保険医としての新たな開業ができなくなる。一方、過少供給とされた区域であっても、保険医としての算入を強制するような措置をとることができない。したがって、過少供給区域での需要に見合った保険医診療を確保するためには、需要計画と併せて、保険医の参入を促進するための措置が必要である。過少供給区域における保険医の診療を促進するための診療報酬上の配慮や、保険医協会が過少供給区域で開業する保険医に費用助成を行う財源を確保するための構造基金の設立は、このような必要性に適切に対応したものといえる。

医師が地方において保険医として診療に従事することを好まない理由の一つには、診療時間が長く、休日や夜間の対応が求められるために、自分の時間が持てないこと、家庭との両立が難しいことなどがある(Knieps et al., 2013: 10)。したがって、このような問題点が解決できなければ、前述のように経済的な面での配慮が行われたとしても、地方で保険医として開業しようとする者の増加にはつながらないものと考えられる。

このため、公的医療保険供給構造法においては、保険医に関する規制の緩和や、家庭と仕事の両立を可能にするための措置も盛り込まれた。しかしながら、生活の利便性、子供の教育及び配偶者の就労機会なども考慮した場合に、それだけで、地方において保険医診療に従事することが医師にとって十分に魅力的なものになるかどうかは疑問である。

したがって、地方において保険医診療に従事する医師の条件の改善を進めるだけでなく、必要な保険医が確保できない場合の対応が求められる。このような観点から、公的医療保険供給構造法において、遠隔地診療や医師から看護師などへの「実施権限の委譲」を促進するための措置が講じられたことは特に重要な意味を持っている。

このことは、医師不足への対応は、いわば伝統的な医療供給システムを前提として考えるのではなく、供給システムそのものを見直し、更に発展させる必要性を示唆している。すなわち、医師相互間のネットワークの構築、対象疾病や対象者に応じた医療供給構造の整備、医師以外の者への実施権限の委譲などを通じた医師の負担軽減、情報・通信技術の活用による診療プロセスの最適化を図ることが、今後、質が高く、いずれの地域もカバーし、かつ、ニーズに適合した医療供給を確保することに大いに貢献するものと考えられる。

(引用文献)

Orlowski U., 2012, Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung, in: Halbe B., Orlowski U., Preusker U., Schiller H., Wasem J., Versorgungsstrukturgesetz, Heidelberg, 3-24.

Knieps F., Amelung V., Wolf S., 2013, Die Gesundheitsversorgung in schwer zu versorgenden Regionen - Grundlagen, Definitionen, Problemanalysen, *Gesundheits- und Sozialpolitik*, 6/2012, 8-19.

松本勝明「ドイツにおける医療・介護の連携—サービス供給システムと専門職—」『社会政策』2012年、第3巻第3号 58-77頁。

松本勝明「ドイツにおける外来診療報酬制度の改革」『社会保険旬報』2008年、2358号 6-13頁。

Murawski R. (2012) Unterversorgung, in: Hänlein A., Kruse J., Schuler R., Sozialgesetzbuch V, 4. Auflage, Baden-Baden, 943-946.

先進国における外国人介護労働者の増加要因についての国際比較分析

研究協力者 伊藤 善典（国立社会保障・人口問題研究所政策研究調整官）

研究要旨

近年、多くの先進国において、家族による介護の縮小、介護労働力の不足と安価な外国人介護労働者の増加といった現象が見られる。各国における介護労働力不足への対応策としては、処遇の改善やステータスの向上のほか、外国人労働者の雇用も一つの選択肢である。しかし、その受入れには、積極的な国と消極的な国が存在する。

本研究では、そのような違いは如何なる条件によってもたらされているのか明らかにするため、欧州、北米、東アジアの先進国について比較分析を行った。その結果、①家族主義の強さ、②高齢化のスピード、③女性就業率の上昇スピード、④公的介護支出（フォーマルな介護サービスの提供）の程度、⑤現金給付制度のあり方等が各国における外国人労働者への需要に影響を与えており、最終的にどの程度受け入れるかは、治安維持など別途の観点と併せて総合的に判断されていることがわかった。

我が国では、①公的介護支出の抑制と家族介護の重視、②女性の就労促進、③外国人介護労働者の流入制限が同時に追求されているが、このような政策の組み合わせは、他の先進国では例がない。①と②を重視するのであれば、男性も仕事と介護の両立ができるような雇用システムの抜本的な見直しを行うか、ディーセントワークの条件を確保しつつ、外国人介護労働者を受け入れざるを得ないと考えられる。

A. 研究目的

近年、先進国では、少子高齢化、女性就業率の増加、介護サービスの拡大、グローバル化等を背景として、家族による介護の縮小、介護労働力の不足と安価な外国人介護労働者の増加といった現象が見られる。各国では、介護労働力不足への対応策として、労働条件の改善やステータスの向上に取り組んでいるが、外国人介護労働者の雇用も一つの選択肢となる。しかし、外国人労働者の受入れには、積極的な国と消極的な国が存在する。

本研究は、そのような違いは如何なる条件によってもたらされているのか明らかに

するとともに、我が国の政策立案への示唆を得ることを目的とする。

B. 研究方法

一口に介護と言っても、国ごとに定義が異なり、介護労働者の資格や範囲も様々である。また、闇市場で働く外国人労働者については、実態が不明な部分が多い。このため、外国人介護労働者の受入状況について厳密な国際比較を行うことは困難であるが、ILO、OECD、EU などの国際機関や民間研究機関で把握された統一的なデータを活用するとともに、各国の研究者によるデータ等で補完することにより、可能な限

り実証的な分析となるよう試みた。

具体的には、EU加盟国（のうちOECD加盟国）について、家族主義の強さを指標として、南欧、西・中欧、北欧、東欧の4つにグループ分けを行い、高齢化、女性就労、公的介護支出、現金給付制度、介護労働者の賃金水準など様々な観点から比較を行うとともに、そこから抽出された要素を説明変数として、各国の外国人家事・介護労働者の受入れの規模に影響を与える要因を分析した。さらに、その結果を北米（アメリカ、カナダ）及びアジア先進国（日本、韓国、台湾、シンガポール）の状況と比較した。

（倫理面への配慮） 該当しない。

C. 研究結果

各国の外国人介護労働者に対する需要には、①家族主義の強さ、②高齢化のスピード、③女性就業率の上昇スピード、④公的介護支出（フォーマルな介護サービス）の水準、⑤現金給付制度のあり方、⑥介護サービスの市場化と財政制約等が影響を与えている。

家族主義が強く、高齢化や女性就業率の増加スピードが速く、介護サービスが整備されておらず、現金給付の用途に規制のない国では、外国人家事・介護労働者が多い（イタリア、ギリシャ、オーストリア、ドイツ、台湾、シンガポールなど）。他方、家族主義が弱い国、高齢化や女性就業率の増加スピードが遅い国、介護サービスが整備されている国、現金給付制度が小さいか、用途の規制がある国では、外国人家事・介護労働者は少ない。

また、介護サービスの市場化が進み、民間部門が大きな国では、財政制約の下、安価な外国人労働者が活用される傾向にある（イギリス、アイルランドなど）。

ただし、外国人介護労働者に対する需要だけで受入れの規模が決まるわけではなく、各国では、治安維持など別の観点と併せて総合的に判断を行っている。

D. 考察 及び E. 結論

今後、ますます深刻化することが予想される介護労働力不足に対応するため、公的支出の増加を抑制することを前提とした場合、我が国が採りうる選択肢は、家族介護を奨励するか、外国人労働者を大幅に受け入れるか、ということになるが、実際に見られる政策は、①公的介護支出の抑制と家族介護の重視、②女性の就労促進、③外国人介護労働者の流入制限という3つの方向を同時に追求する、他の先進国では例を見ない組み合わせである。仕事と介護を両立できるよう、雇用システムを見直すという視点も乏しい。

現状の雇用システムの下で、①と②を重視するのであれば、ディーセントワークの条件確保を前提として、外国人介護労働者を受け入れざるを得ないと考えるが、その場合であっても、近い将来、国際移動の流れが反転するときに備え、他の方策を準備しておく必要がある。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

- 1 論文発表 未定
- 2 学会発表 未定

H. 知的所有権取得状況の出願・登録状況

- 1 特許取得 なし
- 2 実用新案取得 なし
- 3 その他 なし

先進国における外国人介護労働者の増加要因についての国際比較分析

伊藤 善典*

(国立社会保障・人口問題研究所政策研究調整官)

1. はじめに

(1) 本研究の目的

近年、先進国では、少子高齢化、女性就業率の増加、介護サービスの拡大、グローバリゼーション等を背景として、家族による介護の縮小、介護労働力の不足と外国人介護労働者の増加といった現象が見られる。各国では、労働力不足への対応策として労働条件の改善やステータスの向上に取り組んでいるが、外国人労働者の雇用も選択肢となりうる。

しかし、外国人労働者の受入れには、積極的な国と消極的な国が存在する。受入国では、人口や社会の構造を背景として、介護政策のあり方が外国人労働者に対する需要に影響を与える一方、移民規制によって制限を受ける。他方、外国人労働者の国際移動は、先進国との歴史的・文化的関係を背景として、受入国と送出国双方の政治・経済状況によって大きく変動する。

したがって、先進国での外国人労働者の雇用は、介護ニーズに対応するための短期のメカニズムと考えられるが、一部の国では、介護労働力の構造的な部分を形成している(OECD 2011a)。イタリア、ギリシャ、スペイン、ポルトガル、ドイツ、オーストリアでは、不法入国者を含め、東欧、東南アジア、アフリカ、南米などの出身者が一般家庭で家事・介護労働者として多数雇用されていることが知られている。これらの国では、不法滞在の家事・介護労働者の正規化(regularisation)が繰り返し実施されており、外国人労働者を活用する方針を明らかにしている。シンガポールや台湾でも、家事・介護労働者の入国が合法化され、東南アジア出身者が多数雇用されており、カナダでは、政府による住み込み家事・介護労働者の受入れプログラムが存在する。また、アメリカやイギリスでは、単純労働者であるとして介護労働者の受入れを行っていないが、別の理由で入国した外国生まれの者が介護施設などで多数雇用され、外国人労働者なしではサービスの維持が困難な状況が見られる。他方、北欧や東欧では、外国人介護労働者数は少ない。

* 研究協力者

このように、外国人介護労働者の受入れについては、国によって明確な違いが認められるが、これは如何なる条件によって生じているのであろうか。国際比較分析を通じて、これを明らかにし、日本の政策立案への示唆を得ることが本稿の目的である。

(2) 先行研究

介護レジームについては、Esping-Andersen (1990) による福祉レジームの分類についての議論が契機となり、多数の研究が行われている。これらの研究では、介護サービスの提供に当たり、公的部門、市場、家庭及びコミュニティがどのように組み合わせられているかが議論の中心であったが、外国人介護労働者の問題に触れられることは少なかつた。従来の研究は、労働力が国境を超えるという選択肢を考慮していなかつたためである (Van Hooren 2008b)。

外国人介護労働者の急増が生じた要因については、国ごとの事例研究のほか、外国人家事・介護労働者が多い国と少ない国の比較が行われている。Bettio et al. (2006) は、イタリアにおける「家族モデル」から「家族の中の移民モデル」への転換を明らかにした。また、Van Hooren (2008b) は、欧州各国の分析から、長期ケア支出の対 GDP 比が小さいか、支給される現金給付の用途に規制がない国では、外国人家事・介護労働者の受入れが多いことを示した。さらに、Van Hooren (2012) は、異なる介護レジームは異なる移民レジームを持つとし、「社会民主主義的介護レジーム」では外国人介護労働者に対する需要はなく、「自由主義的介護レジーム」では外国人介護労働者は市場で雇用され、「家族介護レジーム」では「家族の中の移民モデル」につながるとした。

これらの研究を含め、外国人介護労働者の国際比較では、欧州の福祉レジームを代表する国を取り上げ、事例研究を行うものが多い。これは、外国人労働者に関しては、不法滞在者を含め、実態把握が十分でなく、公式なデータがないか、あっても当局が把握している者に限ったデータであり、意味のある国際比較ができないためであろう。このため、様々な努力がなされているものの、推測を含め、各国の状況の記述に留まるものが多く、実証的な分析は少ない。

なお、国際機関では、OECD が高齢者介護に関する報告書をまとめているほか (OECD 2011a)、EU が各国の高齢者介護について詳細な比較を行っている (Bettio and Verashchagina 2010、Lipszyc et al. 2012)。ILO も、世界の家事・介護労働者に関する調査報告書を公表した (ILO 2013)。民間研究機関では、EUROFAMCARE (Mestheneos and Triantafillou 2005) や ENEPRI などが欧州の状況を継続的に分析している。

本稿では、このような国際機関等の統一的なデータと各国の研究者による様々な研究の成果を組み合わせ、可能な限り実証的な分析を試みる。

(3) 分析の枠組みとデータ

介護労働者は、公的部門、民間事業者又は家庭内で働く。公的部門や民間事業者では、主として公的な財源により、介護施設や居宅介護サービスのスタッフとして雇用される。家庭では、補助を受ける場合もあるが、基本的には私的な負担により、家事・介護労働者として雇用される。家族介護は家族自身の手で無償で行われるものであるが、何らか

の理由で、家族自身が介護することができなくなり、かつ、公的部門や民間事業者によるサービスの利用が困難である場合、家族介護を外部的にすることにより、家庭の介護機能を補わなければならない。このため、介護労働者の分析に当たっては、事業部門と家庭の両方を見ることが必要である。事業部門と家庭の両方で、外国人を多数雇用する国もあれば、いずれかの部門のみで雇用する国もある。

各国における外国人介護労働者に対する需要は、伝統的な家族規範意識、社会・経済の状況、介護制度・サービスの水準や内容などによって影響を受ける。家族規範意識は、誰が年老いた親の介護を行うべきかという各国の介護制度の根底に横たわるものであるため、Milla and Warman (1996) が介護義務の程度によって各国を分類したのと同様、これが分析の出発点となる。少子化や女性の労働参加により家庭の機能が弱体化すれば、介護機能の外部化が行われ、外部サービスへの需要が生じる。また、これらを反映した介護制度は、介護労働者の雇用にも影響を与える。

そして、それらの需要は、治安維持など介護とは別の観点から判断される移民政策によってオーソライズされる。移民政策については、Van Hooren (2012) は、それが外国人介護労働者の流入に影響を与える要因というより、現状を追認するものにすぎないとする。欧州のように政府の対応に先行して外国人が流入している実態があれば、そのように言うことができるかもしれないが、日本のような厳しい移民規制を採っている国では、周辺国の豊富な労働力を背景として、受入れ方針の決定自体が外国人介護労働者の増加をもたらす可能性がある。

本稿では、このような認識の下、外国人介護労働者の受入れの程度により各国のグループ分けを行い、様々な観点から比較分析を行うことにより、先進国間で共通と考えられる外国人介護労働者の増加要因を抽出し、その一般化を図ることとする。

国際比較に当たっては、各国間で整合性のとれたデータが必要となるが、外国人介護労働者に関するデータは少ない。国際機関の資料でも、データのない国が少なからず存在する。各国の研究者が様々なデータを紹介しているが、その多くが推計値である。政府の公式データは合法的に滞在している外国人を把握しているにすぎず、闇市場で違法に雇用されている人々の数字を考慮していない (UN 2010)。また、仮にデータがあっても、国ごとに介護サービスの定義が異なるため単純な比較はできない。しかし、そうであっても、今後の政策への示唆を得ることを目的として、外国人介護労働者の受入れに影響を及ぼす要因を抽出することは可能であり、分析を行う意義はあると考えられる。

分析に当たっては、国際機関や民間研究機関のデータを基本としながら、各国の研究者が収集したデータで補完する。比較可能なデータがない場合には、強い相関があると考えられる代替データを使用する。なお、EU では各国のデータがよく整備されているので、先に EU 加盟国の分析を行った上、その結果を北米や東アジア諸国と比較する。

なお、本稿が対象とする高齢者の「介護」は、基本的には「医療」を含まず、日常生活動作 (ADL) に対する援助を必要とする者に対し、長期にわたり身体介助や家事援助を行うことを意味する。「フォーマルな介護」は、正規の雇用契約を結んだ労働者によって提供される介護を指す。「インフォーマルな介護」は、親族や友人、ボランティアなどによって提供される無償の介護であり、雇用契約はない。親族等が契約を結んで介護を提供する場合は「フォーマルな介護」となるが、介護を行っている親族等が政府か

ら所得補助として現金給付を受ける場合は「インフォーマルな介護」である。正規の雇用契約を結ばず、課税を逃れて報酬を受け取っている不法滞在者は、違法な「インフォーマルな介護」ということになる。さらに、「家事労働者 (domestic workers)」は、家庭に直接雇用されるか、事業者から派遣されて家事仕事を行う者であり (ILO 2013)、その大半が高齢者介護に従事しているため、「フォーマルな介護」に含まれる。本稿では、全体を通じて「家事・介護労働者」と呼ぶ。また、「外国人」は、基本的には「外国生まれ」の者を指す。

2. 外国人介護労働者の動向

1990年代以降、グローバリゼーション、旧ソ連・東欧の体制崩壊などを背景として、先進国での移民受入れが急増した。欧州では、1995から2007年までの間、スペイン、イタリア、ギリシャ、ポルトガル、アイルランド、ルクセンブルク、オーストリアなどで流入超過となる一方、東欧諸国では流出が見られた (European Commission 2008)。

外国人労働者のどの程度が受入国の高齢者介護分野で働いているかについての公式なデータは少なく、あったとしても不法滞在者や違法労働者は含まれていない。

各国の研究者によるデータ (別表参照) を整理すると、大まかに言えば、南欧、西・中欧、北米や東アジアなどで多く、北欧や東欧で少ない。「介護労働者全体に占める外国人の割合」が「人口全体に占める外国人の割合」を大きく上回っていると推測できる国は、事業者には雇用される労働者の場合、ドイツ、アイルランド、イギリス、アメリカ、シンガポール、台湾であり、家事・介護労働者の場合、スペイン、ギリシャ、イタリア、オーストリア、アメリカ、韓国、シンガポール、台湾である。介護労働市場も労働市場全体の動きに左右されるため、外国人労働者の割合が労働市場全体の平均程度であれば、それは単に各国の対外開放の程度又は移民の一般的な動向を反映したものと考えることができる。主に議論の対象とすべきは、外国人がオーバープレゼンスの状態にある場合である。

公的部門を含む事業者による雇用については、フォーマルな介護サービスが整備されていなければ、その総数は当然少なくなる。介護サービスがよく整備された北欧やイギリスでは、外国人労働者のほとんどは事業者には雇用されているが、介護サービスが少ない南欧では、ほとんどが家事・介護労働者である。また、介護サービスの労働者に占める外国人の割合は、一般的には、北欧では小さく、西・中欧で大きい。シンガポールや台湾では介護サービスの整備水準は低く、職員の多数を外国人が占めている。アメリカでも、外国生まれの者が2割程度を占める。

他方、ILO (2013) によれば、先進国の家事・介護労働者数は355.5万人 (2010年) であるが、女性がその73%を占める。このデータには、違法労働者が含まれていないことに留意する必要があるが、先進国では、家事労働は女性の有償雇用の1.4%を占める。また、欧州では、近年、女性が多くを占める家事・介護労働者が増加し、中でも外国生まれの割合が増加したため、移民の女性化が生じている (UN 2010)。例えば、イタリアでは、1991年から2005年にかけて家事・介護労働者が18万人から73万人に増加したが、外国人の割合も17%から82%に増加した (Tomassini and Lamura 2009)。南

欧・中歐、カナダ、シンガポールなどでは、国内の介護労働力不足を公式に認め、労働許可制度等により量的に管理しつつ、家事・介護労働者の積極的な受入れを行っている。

介護分野で違法労働に従事する外国人労働者については、推測データしかないが、例えば、オーストリアでは、国内の介護労働者の半分は家庭で働く違法労働者であり、ギリシャでは、家事・介護労働者の約70%が違法労働者と推計される（Fujisawa and Colombo 2009）。他方、アメリカでは、不法滞在者が外国人介護労働者の2割を占めるが、介護労働者全体の4%にすぎず、他の分野と比べて突出しているわけではない

（Martin et al. 2009）。一般的には、法的地位が不安定な不法滞在であったり、労働許可のスポンサーが雇用主である場合、雇用主との力関係から契約を結ばないことが多く、違法な低賃金・長時間労働を強いられる傾向がある（ILO 2013）。EU生まれの労働者は、雇用主や就労場所を自由に変更できるが、非EU生まれの労働者は、雇用主の変更が許されず、条件の悪い雇用であっても受け入れざるを得なくなる。オーストリア、ドイツ、ギリシャ、イタリア、ポルトガル、スペイン、シンガポール、台湾などでは、実態が不明な闇市場を表に出すため、不法滞在の家事・介護労働者の合法化が行われた。

このように、各国では、外国人介護労働者が既に一定の役割を果たしているが、最近の経済危機にもかかわらず、需要は増加を続けている。EU各国では、2008年から2011年までの間に、医療で51万人（5%増）、施設介護で43万人（13%増）の自国民の雇用が生み出された。これに対し、外国生まれの労働者の場合、施設介護で22万人（47%増）、家事労働で19万人（18%増）の雇用が生み出され、介護分野は、増加幅の大きい部門の1、2位を占めた（OECD 2012）。

3. 国際比較分析

(1) 比較の方法

本章では、様々な視点から国際比較を行い、外国人介護労働者の受入れに影響を与える要因を明らかにする。分析に当たって、まず、各国における家族の役割の違いを基本に置く。外国人介護労働者の受入れの程度は、短期的には景気動向や政治状況に影響を受けるものの、中長期的には各国の歴史や文化に根差した家族のあり方とそれを前提に構築されるフォーマルな介護制度・サービスをベースとし、高齢化や女性の社会進出の状況を反映して決まると考えられる。Esping-Andersen（1999）は、最大の福祉義務を家族に割当てて体制を家族主義的福祉レジームと呼んだが、外国人介護労働者受入れの程度の違いの根底には、この家族主義（familialism）の強さの違いがあると考えられる。

家族主義の強さを捉える指標としては、家族の規模、子どもと同居する高齢者の割合、子どもから介護を受けている高齢者の割合などが考えられるが、ここではEUの意識調査（Eurobarometer）による「親の心身の状態が悪化し、1人で生活することが困難になった場合、子どもと同居すべきと考える者」の割合を使う。

Milla and Warman（1996）は、扶養義務のあり方の違いにより、欧州各国を3つに分類した。第1に、扶養義務が最小で、サービス提供が主として個人に向けられている国であり、北欧諸国が該当する。第2に、扶養義務が核家族に課されている国であり、西・中歐諸国が該当する。サービスは、主として家族介護を支援することを目的とする。

第3に、扶養義務が孫、兄弟姉妹や叔父叔母などに拡大されている国であり、家族が広く援助し合うことが期待される。南欧諸国が該当する。

図1 同居意識と介護施設への入所

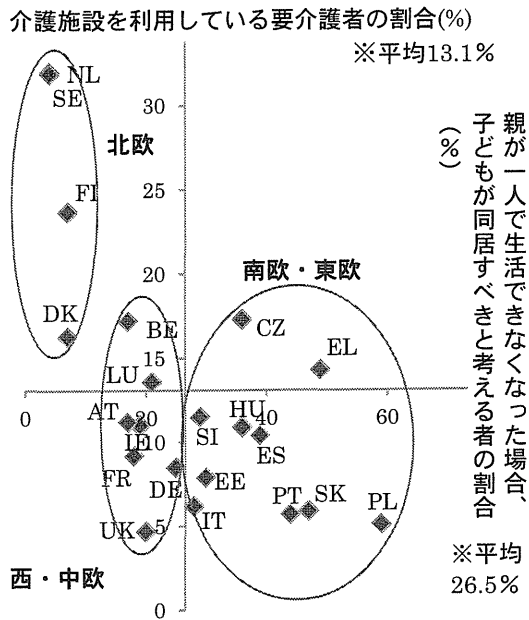
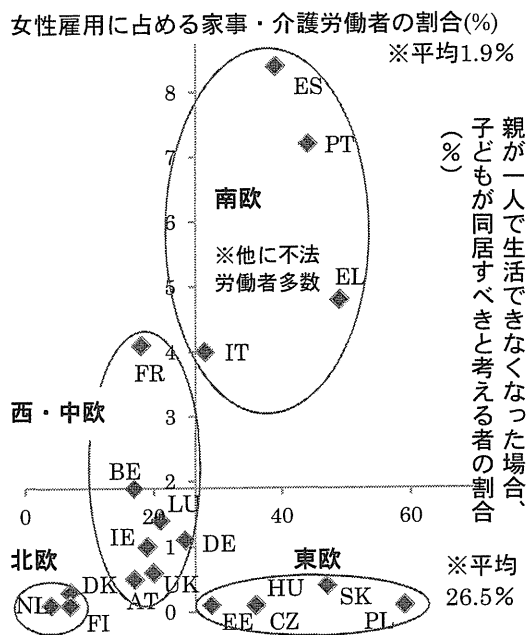


図2 同居意識と家事・介護労働者の雇用



(注)

1. ATはオーストリア、BEはベルギー、CZはチェコ、DKはデンマーク、EEはエストニア、ESはスペイン、ELはギリシャ、FIはフィンランド、FRはフランス、HUはハンガリー、IEはアイルランド、ITはイタリア、LUはルクセンブルク、NLはオランダ、PLはポーランド、PTはポルトガル、SEはスウェーデン、SIはスロベニア、SKはスロバキア、UKはイギリスを指す。
2. 「親が1人で生活できなくなった場合、子どもが同居すべきと考える者の割合」は European Commission (2007)、介護施設を利用している要介護者の割合は Lipszyc et al.(2012)、女性雇用における家事・介護労働者の割合は ILO(2013)による。

家族主義が弱い北欧諸国ではフォーマルなサービスがよく整備されているが、家族主義が強い南欧諸国では整備されていない。また、北欧諸国では家庭で雇用される家事・介護労働者は少ないが、南欧諸国では多数雇用されている。このような違いは、各国の外国人介護労働者の受入れ状況に反映される。北欧諸国では、外国人介護労働者はほとんど公的部門や介護事業者によって雇用されているが、南欧諸国ではその多くが家事・介護労働者として雇用されている。

前述したとおり、外国人介護労働者の国際比較のための直接的なデータは入手困難である。ILO (2013) も、家事・介護労働者は外国人労働者と密接に関係しているが、データの制約のため、外国人のシェアの信頼できる推計は困難であると言う。しかし、各国での研究により、家事・介護労働者の大多数は外国人と推定されるため、間接的ではあるが、ある程度の分析は可能である。

まず、上記の同居意識と介護施設の利用との関係を見てみよう。図1は、EU 中の OECD 加盟国（先進国）のうちデータが入手できる国をプロットしたものであり、大きくグループ分けすると、親子の同居意識については、南欧（スペイン、ギリシャ、ポルトガル、イタリア）と東欧（スロバキア、チェコ、スロベニア、エストニア、ポーランド、ハンガリー）が強く、北欧（デンマーク、スウェーデン、フィンランド、オランダ）は弱い。西欧（フランス、ベルギー、ルクセンブルク、イギリス、アイルランド）と中欧（ドイツ、オーストリア）はその中間に位置する。介護施設の利用割合は、北欧で高いが、後のグループは様々である。なお、オランダは、通常、西欧の一部として扱われるが、本稿では北欧諸国との類似性に鑑み北欧グループに含めた。家事・介護労働者の割合は、南欧で高く、東欧と北欧で低い。図1と異なり、南欧と東欧は明確に分かれる。

このように、欧州諸国は、家族主義の強さを1つの指標として、大きくグループ分けをすることが可能であり、以下ではこのグループごとの特徴を明らかにした上、比較を行う。

表2 親を扶養又は介護する義務

	南欧	西・中欧	北欧	東欧
あり	スペイン、ポルトガル、ギリシャ、イタリア	フランス、ベルギー、ドイツ、オーストリア		ポーランド
なし		イギリス、アイルランド	デンマーク、スウェーデン、フィンランド、オランダ	チェコ

(注) Mestheneos and Triantafyllou(2005)による。

表3 高齢者人口割合、女性就業率等の比較

		南欧	西・中欧	北欧	東欧
75歳以上 高齢者	①人口に占める割合(2008) (%)	8.7	7.5	7.6	6.6
	②人口に占める割合の増加幅(1994-2008) (%)	2.6	1.5	1.0	2.3
	③日常動作に支障がある者の割合(2008) (%)	72.4	58.9	50.5	71.1
15~64歳 女性	④就業率(2008) (%)	53.3	61.1	71.5	57.6
	⑤就業率の増加幅(1994-2008) (%)	18.8	18.2	11.1	4.1
	⑥パートタイム労働比率(2008) (%)	19.9	32.3	29.5	7.8

(注) ①、②、④~⑥は OECD、③は OECD(2011a)による。1990年代において多くの国でデータを得られる1994年まで遡るとともに、リーマンショックの影響を考慮し、2008年までのデータを使った。

(2) 欧州諸国の分析

①家族介護の状況

どこの国でも、程度の差はあれ、家族は高齢者の介護に何らかの形で関わっているが、家族主義が強い南欧や東欧では、フォーマルな介護サービスは整備されておらず、主として同居する女性が介護を行っており、週 20 時間以上介護を行う家族の割合は 40～50%に達する (OECD 2011a)。他方、北欧では、基本的には、親の介護はフォーマルな介護サービスに任されており、家族が介護を行うことがあっても時間は短い。親を扶養又は介護する法的義務は、南欧、西・中欧 (フランス、ベルギー、ドイツ、オーストリア)、ポーランドにはあるが、北欧、イギリス、アイルランド、チェコなどにはない (表 2)。

欧州における高齢化の状況は、国によって異なる。要介護状態になりやすい 75 歳以上の高齢者の全人口に占める割合を見ると、南欧で高く、東欧で低い (表 3)。近年の状況を見ると、南欧と東欧では、急速に高齢化が進んでいるが、北欧や西・中欧では、高齢化のスピードは緩やかである。なお、日常動作に支障のある 75 歳以上の高齢者の割合は、南欧・東欧と北欧との間で大きな差がある。

介護の主たる担い手である女性の就業率は、家族主義の弱い北欧で最も高い。他方、植民地先導などの特殊な歴史を持ち、共働き世帯が多いポルトガルを除けば、家族主義が強い南欧で低い (Tavora 2012)。両グループの間には 20%もの開きがある。しかし、近年、北欧や西・中欧では、女性就業率は横ばいで推移しているのに対し、南欧や西・中欧では急速に上昇している。また、女性のパートタイム労働については、その比率が 60%と突出しているオランダを除くと、家族介護が中程度である西・中欧では高いが、家族介護が長時間行われる南欧や東欧で低い。家族が長時間の介護を行う場合、女性の負担は重く、フルタイム労働との両立は困難となる。介護時間が 1%増加すれば、家族介護者の 10%が仕事を辞める (OECD 2011a)。このため、労働者保護が強固であるが、柔軟さに欠ける南欧や東欧では、女性は仕事と介護の選択を迫られることになる。

表 4 公的支出

	データ	南欧	西・中欧	北欧	東欧
①公的介護支出の対 GDP 比(%)	2010	1.1	1.7	3.7	0.8
②介護のための現金給付の対 GDP 比(%)	2010	0.3	0.5	1.0	0.4
③男性の年金の所得 (中央値) 代替率(%)	2008	74.7	54.6	73.7	62.4

(注) ①及び②は Lipszyc et al.(2012)、③は OECD による。

②介護制度・サービスの状況

公的介護支出の対 GDP 比は、周知のとおり、フォーマルな介護サービスが整備されている北欧で高く、南欧と東欧で低い。北欧以外の国を個別に見ると、フランス、ベルギー、イギリス、イタリアで比較的高い。イタリアが高いのは、現金給付の割合が大きいためである (表 4)。

高齢者の介護施設の利用割合は、図 1 で見たとおり各国様々であるが、北欧における高齢者の収入に対する利用料金の比率は、他の欧州諸国に比べて低く (Bettio and

Verashchagina 2010)、待機はあるものの、施設への入所が比較的容易と考えられる。居宅での介護については、Bettio and Verashchagina (2010) は、包括的ではあるが、実際に要介護者に接する時間は合理化されている北欧、住み込みの24時間介護が特徴の南欧とオーストリア、規制されたバウチャーにより居宅サービスを購入するフランスとベルギー、家庭外への委託が最小限に抑えられた東欧の4つに分類している。

近年の欧州における介護制度改革の基本的方向は、フォーマルとインフォーマルの両方の介護における市場化の推進である。財政制約が強まる中、改革の方向性は、施設介護から居宅介護へ、現物給付から現金給付へ向かっている。具体的には、NPMの手法などが活用され、介護サービス提供の重点化・効率化に加え、利用者の選択拡大や費用の節約を目的とした現金給付の導入、サービス提供者の多様化とコスト削減を進めるための民間企業の参入促進などが行われてきた。イギリスでは、介護サービス事業者間の競争を促進する一方、これらに対する委託費の抑制が続けられている。自治体から低価格で委託を受ける介護施設や居宅介護サービス事業者は、低賃金の外国人労働者を雇用し、コスト削減分を転嫁している(Shutes and Chiatti 2012)。また、多数の国で、家族による介護に対して現金給付を通じた支援を行い、再家族化(refamilialization)を促す一方、安価な外国人労働者の雇用を認め、家族介護の外部化を奨励している。フィンランドやスウェーデンでさえ、居宅介護サービスを効率化し、家族の役割を増加させる方向に向かっている。イタリアでは、コストのかかるフォーマルな介護サービスの整備を行わず、家族では担いきれない介護費用の負担を、低賃金という形で外国人の家事・介護労働者に転嫁している。市場化によるコスト削減効果は、結局、家族又は外国人労働者に帰着することになる。

要介護者又は家族介護者に支給される現金給付の対GDP比は、平均的には、北欧で高く、南欧と東欧で低いが(表4)、個別に見ると、イタリア、デンマーク、オランダ、オーストリアが高く、ポルトガル、スペイン、スウェーデンが低い。また、各国の介護制度がどの程度現金給付に依存しているかは、現金給付の公的介護支出に占める割合を見た方がよいが、これが大きい国は、東欧(ハンガリー、チェコ、エストニア、ポーランド)、中欧(オーストリア、ドイツ)、イタリアなどであり、小さい国は、南欧(ポルトガル、スペイン)、北欧(スウェーデン、フィンランド)、西欧(フランス、ベルギー)、スロバキアなどである。したがって、各国における現金給付の位置付けは様々であり、グループごとに特徴を見いだすことは難しい。また、各家庭が介護サービスに支出する際には、現金給付だけでなく、年金も活用される。男性の年金の所得代替率は、南欧(ギリシャ、スペイン)や北欧(特にデンマーク)で高く、オーストリアとルクセンブルクを除く西・中欧や東欧で低い。

表5 現金給付の用途に関する規制の有無

	南欧	西・中欧	北欧	東欧
あり	スペイン	フランス、ベルギー、アイルランド、イギリス	デンマーク、スウェーデン、オランダ、ノルウェー	チェコ、ポーランド
なし	イタリア、ギリシャ	ドイツ、オーストリア		

(注) 各種文献により、筆者作成。

現金給付の導入目的は、利用者の選択の拡大と事業者間の競争の促進（イギリス、スウェーデン）、フォーマルな家事・介護労働市場の育成（フランス、ベルギー）、予算の節約（ドイツ）、所得補助による家族介護の奨励（イタリア、ギリシャ、ドイツ、オーストリア）などであるが、何を重視するかは国によって様々である。また、介護を行う家族に自治体が給与を支払う国（デンマーク）や要介護者が家族を雇うことが認められる国（スペイン、フランス、オランダ）もあれば、ジェンダー平等の観点から現金給付を活用していない国（ポルトガル）もある（Bettio and Verashchagina 2010）。

現金給付の仕組みは、その水準や規制のあり方によって、労働市場に様々な効果をもたらす（OECD 2011a）。家族介護者に対する給付の場合、その水準が高くなれば、女性が就労を諦める際の機会費用が下がり、家族介護を促進する可能性がある。要介護者に対する給付の場合、家族である女性の労働意欲が強いと、家事・介護労働者の雇用を促進することになる。また、老齢年金を含め、単純な現金給付は、誰をどのように雇うか家庭の裁量で決められるため、使途や支出方法に関する規制やその監視の仕組みがない国（イタリア、ギリシャ、オーストリア、ドイツ）では、違法労働者を含め、安価な家事・介護労働者の雇用が多くなる傾向がある（表5）。

最近の動向としては、単に現金を渡すのではなく、個々の要介護者の予算枠を設定し、あるいは、ケアプランを作成し、その枠内でフォーマルなサービスの中から選択するというバウチャーの形式を導入する国が多くなっているが、この場合、親族であっても適切な雇用契約が必要となる上、選択されたサービス提供者の確認が行われるため、各家庭が独自の方法で労働者を雇うことは難しくなる。フランスやベルギーでは、家事・介護労働市場の正規化を図り、自国民の雇用を増やす目的で、規制色の強いバウチャーが導入されたが（Da Roit and Le Bihan 2008、Bettio and Verashchagina 2010）、現金給付が所得補助として行われ、使途に規制がない国（イタリア、ギリシャ、ドイツ、オーストリア）では、各家庭の判断により、違法労働者を含め、安価な外国人家事・介護労働者が多数雇われている。

以上を踏まえ、介護レジームをモデル化しようとする場合、誰がサービスを提供するかというサービス提供主体からのアプローチと、誰が財源を確保するかという財源確保の責任からのアプローチとがあるが、両方の視点から整理を行うと、表6のようになる。

サービス提供主体からのアプローチの方が一般的であり、Pavolini and Ranci (2008) は「専門的サービス主導モデル」と「インフォーマル介護主導モデル」に分類する。これに沿って考えると、前者の場合、家族主義が弱く、標準化されたフォーマルなサービスが提供されるよう、政府が中心となって施設整備や雇用確保を行う。この中には、公的部門中心の国と民間部門が大きい国とがある。「インフォーマル介護主導モデル」の場合、家族主義が強く、政府によるサービスの提供は限定的であり、基本的には、家族が自らの手で介護する。この中には、家族の代わりとして家事・介護労働者を雇うことが多い国のグループがあるが、南欧の「家族の中の移民モデル」はこれに含まれる。

表6 欧州の介護制度・サービスの分類

		サービス提供主体			
		専門的サービス主導		インフォーマル介護主導	
		公的部門が中心の国	民間部門が大きい国	家事・介護労働者が多い国	
財 源 の 確 保	政府の責任 が大きい国	スウェーデン、フィン ランド、デンマーク	オランダ		
	家族の責任 が大きい国		フランス、ベルギー、ドイツ、 オーストリア、イギリス、ア イルランド	イタリア、ギリ シャ、スペイ ン、ポルトガル	チェコ、 ポーラン ド

(注) Pavolini and Ranci (2008) 等を基に筆者作成。

他方、財源確保の責任の観点からは、政府の責任が大きい国と家族の責任が大きい国に分類される。前者は、政府が税や介護保険により財源を確保し、一部自己負担はあるものの、高齢者が必要とする介護のパッケージ全体を支援対象とする。スウェーデンやオランダがこれに該当する。後者では、家族が財源確保の第一義的責任を負うが、所得の多寡にかかわらず普遍的な補助を行う国（フランス、ベルギー、ドイツ、オーストリア、イタリア、ギリシャ）と資産調査を行う国（イギリス、アイルランド、スペイン、ポルトガル）とが存在する。

このような介護レジームを前提とすると、介護サービスが主として家族又は民間部門によって提供され、かつ、第一義的には家族の責任で財源を確保しなければならない国では、外国人介護労働者が多いと言える。

③介護労働市場の状況と外国人介護労働者に関する政策

欧州各国の介護労働市場は、介護施設や居宅介護サービスで働く労働者の市場と家庭で働く家事・介護労働者の市場に大きく分けられる。まず、前者については、外部委託する場合の価格を抑制しつつ、サービス提供主体の公的部門から民間部門への転換が進められている。その場合でも、一定の規制を遵守することが求められるが、労働集約型産業である介護サービスでコストを削減するためには、賃金水準を抑制する以外に方法がない。

しかし、北欧や東欧では、労働力不足は、その他の地域ほど問題となっていない。北欧でも制度の合理化は行われているが、大きな公費が投入されていること、公的部門が大きいこと、スウェーデンやオランダでは一定の労働条件が労働協約で確保されていること（井桶2010、堀田2011、Van Hooren 2012）から、全産業平均賃金に対する介護労働者の賃金の比率は比較的高い（表7）。デンマークでは、介護施設で働く基礎的な資格を持つ労働者は、全産業平均賃金と同程度の賃金を得ている（Bettio and Verashchagina 2010）。

表7 基礎的な資格を持つ介護労働者の全産業平均賃金に対する比率（％）

南欧	西・中欧	北欧	東欧
0.45	0.55	0.79	0.73

(注) Bettio and Verashchagina (2010) による各国の介護施設と居宅介護サービスの公的部門の賃金を単純に平均した。

東欧でも、旧共産主義体制の名残りでであろうが、介護労働者の賃金水準は比較的高い。このような状況を反映し、北欧では、国内で労働者が確保されており、介護施設で働く外国人労働者の割合は全人口に占める外国人の割合と大きく変わらない。他方、南欧や西欧では、介護労働者の賃金水準は低い。例えば、サービスの民間委託が進むイギリスでは、営利部門の賃金は最低賃金に張り付いているため、自国民の労働者の採用・定着は困難であり、公的部門では外国籍労働者の比率は13%であるのに対し、営利部門では20%を占めており、オーバープレゼンスの状態が生じている (Moriarty et al. 2008, Shutes 2011, Skills for Care 2012)。

家事・介護労働の分野は、家庭との間で雇用契約を結んだフォーマルな労働者の市場と不法滞在者・違法労働者の闇市場に分かれる。これらの労働者の賃金その他の労働条件は、

要介護者やその家族との交渉によって決まるが、現金給付を受けたとしても家庭の支払能力は高くないため、低賃金とならざるを得ない。例えば、イタリアの未経験の住み込み介護労働者の契約賃金は、全産業平均賃金の42%程度である (Bettio and Verashchagina 2010)。また、イタリアの社会保険料負担の高さは、闇労働への需要を増加させた (宮崎2005)。家庭内の出来事には、当局による監視も行き届かない。さらに、そもそもフォーマルな雇用であっても、ポルトガル、ベルギー、ドイツなど労働時間規制が適用されない国もある (ILO 2013)。ポルトガルやギリシャでは、以前は自国民の女性労働者が家事・介護労働に就いていたが、女性の社会進出が進む中、低賃金や長時間労働を厭わない外国人が多くを占めるようになった (Lyiveraki 2008, Wall and Nunes 2010)。

外国人介護労働者に対しては、雇用主の立場からではあるが、多くの調査により、低賃金にもかかわらず長時間勤務や夜勤をこなす、信頼できる、思いやりがあるといった肯定的な評価がなされているが、言語能力と文化に対する理解の不足が課題とされる

(Moriarty et al. 2008, Hussein et al. 2011, Shutes and Chiatti 2012)。このため、1990年代以降は、共産主義体制の崩壊により、東欧や旧ソ連から大量の流入が生じているものの、従来、欧州各国における外国人労働者は、歴史的関係の深い国からの流入に依存してきた。西欧や北欧における介護施設等で働く外国人労働者の増加は、中には違法労働者も混じっているものの、基本的には、外国人労働者全体の動きに合わせて既に合法的に入国していた者が、特別な技能が不要で職を得やすい職場を選んだということである。他方、南欧、ドイツ、オーストリアなどに外国人家事・介護労働者が流入した要因としては、家事・介護労働に対する需要の大きさ、大規模な闇労働市場の存在、移民社会におけるネットワークの存在などが指摘される。中でも正規化を繰り返したことは、強いプル要因となった (Bettio et al. 2006)。

外国人介護労働者の受入れは、介護費用抑制の手段として利用されてきたが、介護政策や財政政策の観点だけでなく、移民規制に関する政治的判断によっても影響を受ける。特に近年、移民規制のあり方は、治安維持の観点から政治問題化しやすくなった。介護労働者の受入れに当たっては、出稼ぎ労働を前提とするか、定住を認めるのかが議論される必要があるが、南欧などにおける正規化は、確固たる方針を持たず、実態を追認するだけの対応であった。しかし、移民政策は、必ずしも介護労働への需要に対応できるよう調整されるわけではない (Shutes and Chiatti 2012)。逆に、より高度の政治的判断がなされる移民規制のあり方が介護労働者の受入れに影響を与えることもある。例えば、イギリスでは、介護を担当する保健省や介護事業者から懸念の声があがったものの、移民政策に責任を持つ内務省は、介護労働者は EU 域内で調達できるとして、非 EU 諸国からの介護労働者の入国を制限する方針を打ち出している (Cangiano et al. 2009)。

④外国人介護労働者受入れに影響を与える要因

以上見てきたとおり、欧州各国における外国人介護労働者の受入れについては、高齢化や女性の労働参加を含めた家族のあり方、介護サービスの水準や現金給付のあり方、最終的には、移民政策のあり方が影響を及ぼしている。

図 3 及び 4 は、各グループの高齢者介護のあり方に影響を与えていると考えられる要素を、家族介護関係と公的支出関係の指標について、それぞれの指標の最も高いグループを 100 として示したものである。各グループの主な特徴をあげると、南欧については、家族介護関係指標では、家族主義の強さを表す同居意識が強く、高齢化と女性就業率上昇のスピードが速いが、フォーマルな介護サービスを受ける者の割合、公的介護支出の対 GDP 比は少なく、介護労働者の賃金水準も低い。東欧については、高齢化のスピードは速いものの、女性就業率はほとんど上昇していない。公的支出関係指標は、介護労働者の賃金水準を除き、南欧と似たような構造である。北欧については、家族介護関係指標では、家族主義が弱く、高齢者割合と女性就業率は高いが、それぞれの上昇スピードは緩やかである。公的支出関係では、全ての指標が高い。西・中欧グループは、概ねこれらの中間にある。とすると、各グループの間での違いは、家族主義の強さ、高齢化のスピード、女性就業率上昇のスピード、公的介護支出の対 GDP 比（現物サービス、現金給付）に集約される。

表 8 は、これらの変数により、各国の女性雇用に占める家事・介護労働者の割合がどの程度説明できるか重回帰分析を行った結果である。間接的ではあるものの、外国人が多くなる要因を推測することができよう。分析の結果、高齢者人口割合の増加幅や女性就業率の上昇幅と、女性雇用に占める家事・介護労働者の割合との間には、正の相関が見られた。また、親子の同居意識との間には正の相関があり、公的介護支出の対 GDP 比との間には負の相関が見られた。さらに、外国人労働者の出身国との歴史的・文化的関係の深さを表すものとして途上国での植民地経営の経験の有無をダミー変数としたが、正の相関が見られた。一部を除き、いずれも 1%水準又は 5%水準で有意であった。他方、国民 1 人当たり GDP との間には相関は見られなかった。

北欧では、1990 年代以降の高齢者人口割合の増加や女性就業率の上昇のスピードは緩やかであり、フォーマルな介護サービスで対応できてきたが、急速に少子高齢化や女性