

日本における外国人介護人材の受け入れと 今後の課題

中村 和敏

I. はじめに

少子高齢化の進展により、今後より一層、介護人材の不足が深刻化していくことが指摘されている（社会保障審議会福祉部会福祉人材確保専門委員会 [2015]、花岡 [2015]、上林 [2015]）。2000年代半の介護人材供給状況（新規養成、再就業、離職）が維持されるという前提条件が満たされれば、介護人材の需給バランスは保つことができるという見方もあったが（川越 [2009]）¹、当時の想定以上に介護需要が増大しているのが現状である。その結果、2000年代半から2019年までの間に、介護人材がほぼ倍増しているにも関わらず（厚生労働省 [2021a]）²、今後も介護人材の不足は深刻化していくと見込まれている（厚生労働省 [2021b]）。

日本は、高度人材の外国人は受け入れるが、単純労働の外国人は受け入れないという外国人労働者政策を建前としてきた。しかし、国内で介護人材を

¹ 川越（2009）自身は、この前提条件を懐疑的に見ており、再就業と離職のバランスを保つためには、給与などの雇用条件の改善や再就業支援が必要と指摘している。

² 厚生労働省の介護職員数の推計値は、2009年と2018年に推計方法が変更されているので、厳密に言えばデータに連続性はないが、ここではおおまかな傾向を把握することを目的として、参考値として用いている。

確保することに限界が見えてきたことから、2008年のインドネシアからの「経済連携協定（EPA: Economic Partnership Agreement）に基づく介護福祉士候補者の受け入れ事業」を嚆矢として、外国人介護人材の受け入れが進められてきた。翌2009年にはフィリピンから、そして2014年にはベトナムから、EPAに基づく介護福祉士候補者の受け入れが開始された。その後、2017年9月には在留資格「介護」が設定され、2017年11月には技能実習制度の対象職種に「介護職種」が追加された。そして2019年4月からは、外国人労働者政策の転換の象徴とも言える「特定技能制度」が創設され、人手不足が深刻な特定産業分野の一つとして「介護」にも制度が適用されることになった。

本研究の目的は、外国人介護人材を受け入れるための上記の4つの制度（在留資格「介護」、特定技能制度、技能実習制度、EPAに基づく介護福祉士候補者の受け入れ事業）が、日本国内の介護人材不足を解消していく上で、どのような役割を果たし得るのかについて、インドネシアの事例を参考にしながら、検証を行うことである。

続く第Ⅱ節では、日本における少子高齢化が、介護人材の需要面と供給面にどのような影響を与えるかについて、定量的に明らかにする。第Ⅲ節では、外国人介護人材を受け入れるための4つの制度について解説し、第Ⅳ節ではそれら4つの制度が果たしている役割について、2019年11月にインドネシアで実施した調査の結果を踏まえながら、考察を行う。最後に、全体を小括した上で、今後の課題について述べてみたい。

Ⅱ．少子高齢化と介護人材の不足

Ⅱ．1．少子高齢化と介護人材の需要と供給

厚生労働省は、2021年7月に、第8期介護保険事業計画（2021～23年度）の介護サービス見込み量等に基づく介護職員の必要数について、各都道府県の推計値を集計した結果を公表した（厚生労働省 [2021b]）。これによると、全国で今後必要となってくる介護職員数は、2023年度に233万人、2025年度に243万人、2040年度に280万人と推計されている。一方、2019年度の介護職員数の実績値は211万人となっている。これは、2019年度から2023年度にか

けて、平均して年間5.5万人の介護職員数の増加がなければ、介護人材が不足することを意味している。同様に、2019年度から2025年度にかけて考えた場合は年間平均で5.3万人、そして2019年度から2040年度にかけて考えた場合には年間平均で3.3万人の介護職員数の増加が必要ということになる。

より長い期間で考えるほど、年間平均で必要とされる介護職員数の増加幅が小さくなっていることから、介護人材の需給ギャップが最も拡大し、介護人材の不足が深刻化するの、現行の第8期介護保険事業計画（2021～2023年度）から次の第9期介護保険事業計画（2024～2026年度）にかけての時期と推察される。利用できるデータの制約から、直近の2020年度や2021年度の状況を把握することができないため、本稿では、毎年追加が必要とされる介護職員数を、2019年度から2025年度にかけて考えた場合の平均値である年間5.3万人と想定し、以下での考察を行っていきたい。

高齢者の介護という観点から考えたとき、少子高齢化は、介護される側の人口が増加していく一方で、介護する側の人口は減少していくことを意味している。すなわち、少子高齢化の進行は、介護の需要と供給のギャップを拡大させていくことになる。

介護の需要サイドに影響を与える要因として、高齢化を挙げることができる。2019年における日本の65歳以上人口（高齢者人口）は3,589万人で、これが総人口に占める割合、すなわち高齢化率は28.4%であった（総務省 [2020]）。国立社会保障・人口問題研究所 [2017] の「出生中位（死亡中位）」の推計によれば、今後は65歳以上人口が2025年に3,677万人（総人口の30.0%）、2030年に3,716万人（同31.2%）、2035年に3,782万人（同32.8%）、そして2040年に3,920万人（同35.3%）となり、2042年に3,935万人（同36.1%）でピークを迎える。ただし、その後も高齢化率は上昇を続け、2065年には38.4%（高齢者人口は3,381万人）に達すると見込まれている。以上のことから、日本全体としてみると、これからも介護人材への需要は拡大し続けると考えられる。

一方、介護の供給サイドに影響を与える要因としては、少子化による生産年齢人口（15～64歳）の縮小が挙げられる。なぜなら生産年齢人口は、潜在的な労働力の規模と見なすことができるため、この増減は介護分野を含む全

体的な労働供給量を左右する基本的な要因になると考えられるからである。日本の総人口は、2008年に1億2,808万人でピークとなったが、それに先立つ1995年にすでに生産年齢人口は8,716万人でピークを迎えており、その後は減少傾向が続いている。2019年には生産年齢人口が7,507万人にまで減少したが、今後もそのトレンドは変わらず、2025年には7,170万人、2030年には6,875万人、2035年には6,494万人、2040年には5,978万人、そして2065年には4,529万人というように推移すると予測されている（国立社会保障・人口問題研究所 [2017]）。このように、生産年齢人口が減少傾向にあるため、日本における労働供給も全般的に減少していくと見られ、介護人材の供給はより一層厳しい状況になっていくと考えられるのである。

II. 2. 介護人材の需給状況

まず、介護人材の需給状況について見てみたい。表1は、2019年度から2040年度までの地域別に見た介護人材の需給見通しを示したものである。ここでは、日本全国を「北海道・東北」、「関東」、「中部」、「近畿」、「中国・四国」、「九州」の6地域に分けて考察を行う。

ここで示されている「介護職員数」（常勤と非常勤の職員の合計。介護予

表1. 地域別に見た介護人材の需給見通し

地域	介護職員数	介護人材への需要 ¹⁾			介護人材の供給 ²⁾		
	(人)	(人)			(人)		
	2019年度	2023年度 ³⁾	2025年度 ³⁾	2040年度 ³⁾	2023年度 ³⁾	2025年度 ³⁾	2040年度 ³⁾
北海道・東北	264,213	286,414	295,914	329,917	267,412	266,770	237,785
関東	609,617	697,394	733,802	876,726	643,636	654,703	658,236
中部	334,506	367,434	382,996	438,213	347,994	353,421	360,197
近畿	419,241	464,126	485,730	551,813	432,567	435,615	403,973
中国・四国	220,097	234,275	239,618	265,232	224,910	226,348	226,703
九州	258,211	278,817	288,019	340,677	265,868	268,391	266,998
全国	2,105,885	2,328,460	2,426,079	2,802,578	2,182,387	2,205,248	2,153,892

(出所) 厚生労働省 [2021c]。

- 1) 第8期介護保険事業計画のサービス見込み量等に基づく介護職員の必要数。
- 2) 近年の入職、離職の動向、及び離職者のうち介護分野への再就職の動向が、現状と同様に推移するという「現状推移シナリオ」に基づく介護職員数。
- 3) 各都道府県による推計値。

防・日常生活支援総合事業に従事する介護職員を含む。)は、地域別にデータが得られる直近年である2019年度の実績値となっている。介護職員数は、推計の基礎統計となっている厚生労働省の「介護サービス施設・事業所調査」の調査方法と推計方法の変更により、2019年度の計数はそれ以前の計数と連続性はない。そこで、調査方法と推計方法が同一となっている期間に留意しながら、2019年度までの推移をおおまかに見ることにする。すると、厳密な数値の比較はできないものの、介護職員数は長期にわたって増加傾向にあると推察される(厚生労働省 [2021a])。各種報道では、介護人材の不足が指摘されることが多いが、介護施設や政策当局といった様々なレベルでの地道な努力があつてこそ、このような長期的な増加傾向が生み出されるのであり、この点はもっと高く評価されても良いと考えられる。

2019年度の介護職員数は、全国で210.6万人で、これは当年の生産年齢人口の2.8%に相当する規模となっている。介護職員数の生産年齢人口に対する割合を地域別に見ると(表1には非掲載)、北海道・東北は3.3%、関東は2.2%、中部は2.7%、近畿は3.2%、中国・四国は3.6%、九州は3.2%となっている。最も割合の高い中国・四国は最も割合の低い関東の1.6倍程度であり、介護に従事する割合には一定の地域差が確認できる。なお都道府県レベルで比較した場合でも、最も割合の低い東京都の2.0%から、最も割合の高い和歌山県の4.8%まで、大きな格差が存在している。これらの背景には、介護以外における就業機会の多寡や介護分野の相対的に低い賃金水準があると推察される。

次に、地域別に見た介護人材への需要動向について考察を行う。ここでの「介護人材への需要」は、定義として「第8期介護保険事業計画」のサービス見込み量(介護保険給付の対象となる介護サービス事業所、介護保険施設に従事する介護職員の必要数に、介護予防・日常生活支援総合事業の介護予防訪問介護等に相当するサービスに従事する介護職員の必要数を加えたもの)等に基づく介護職員の必要数(都道府県による推計値)を用いている(厚生労働省 [2021b])。

表1を見ると、2023年度には介護人材への需要規模が、全国で232.8万人になると予測されていることが分かる。これは2019年度の介護職員数の

10.6%に相当する22.3万人の増加である。さらに2年後の2025年度には介護人材の需要規模は242.6万人と見込まれており、2023年度と比較して新たに9.8万人(4.2%増)の人材が必要となる。そして2040年度の需要規模は280.2万人で、これは2025年度と比較すると37.6万人(15.2%増)、そして2019年度と比較すると69.7万人(33.1%増)の追加需要が発生することを意味している。地域別に見ると、関東での増加が著しく、2019年度から2040年度にかけて、全国平均を10パーセントポイント上回る43.8%増となる26.7万人の介護人材が追加で必要になる。一方、中国・四国では、同期間に20.5%増に相当する3.1万人の増加にとどまると予測されており、著しい地域差が見られる。

次に、地域別に見た介護人材の供給面について見てみたい。ここでの「介護人材の供給」は、定義として、入職・離職動向や離職者の介護分野への再就職動向が、現状と同様に推移するという「現状推移シナリオ」に基づいた場合に見込まれる介護職員数を用いている(厚生労働省[2021c])。

2023年度の介護人材の供給規模は、全国で218.2万人になるとされているが、これは2019年度の介護職員数から7.7万人(3.6%)の増加にしか過ぎず、上述の需要拡大の規模に供給が追い付かないことを意味している。2025年度の供給規模は、全国で220.5万人と予測されており、現状のまま推移すると2.3万人(3.6%)の増加にとどまってしまう。地域別に見ると、中国・四国は2.2%、九州は3.0%、近畿は3.2%の全国平均以下の伸びにとどまり、北海道・東北は、若干ではあるが2023年度を下回る人材しか確保できないと想定されている。さらに2040年度には、全国の供給規模が215.4万人という2025年度を下回る供給状況に陥ると考えられている。これは関東、中部、中国・四国が2025年度よりも微増する一方で、九州が微減に転じ、北海道・東北と近畿に至っては2019年度の介護職員数の実績値さえも下回る供給水準になると予測されているからである。

II. 3. 地域別に見た介護人材の不足(需給ギャップ)

以上のように、今後の日本では、中長期的に介護人材の需要規模が拡大していく一方で、供給規模は全般的に伸び悩むという需給状況を反映して、全

表2. 地域別に見た介護人材の不足状況

地域	介護人材の不足数 ¹⁾ (人)			介護人材の不足 数の寄与率 ²⁾ (%)	介護人材の不足率 ³⁾ (%)		
	2023年度 ⁴⁾	2025年度 ⁴⁾	2040年度 ⁴⁾	2025-40年度 ⁴⁾	2023年度 ⁴⁾	2025年度 ⁴⁾	2040年度 ⁴⁾
	北海道・東北	19,002	29,144	92,132	14.7	7.1	10.9
関東	53,758	79,099	218,490	32.6	8.4	12.1	33.2
中部	19,440	29,575	78,016	11.3	5.6	8.4	21.7
近畿	31,559	50,115	147,840	22.8	7.3	11.5	36.6
中国・四国	9,365	13,270	38,529	5.9	4.2	5.9	17.0
九州	12,949	19,628	73,679	12.6	4.9	7.3	27.6
全国	146,073	220,831	648,686	100.0	6.7	10.0	30.1

(出所) 厚生労働省 [2021c]。

- 1) 介護人材への需要－介護人材の供給。
- 2) 不足数の寄与率は、各地域における2025年から2040年度にかけての介護人材の不足数の変化分を全国におけるそれで除したものである。
- 3) (介護人材への需要－介護人材の供給)／介護人材への需要。
- 4) 各都道府県による推計値。

国的に介護人材の供給不足が深刻化すると予測されている。

表2は、地域別に見た介護人材の不足状況を示したものである。ここでの「介護人材の不足数」は、表1の「介護人材への需要」から「介護人材の供給」を減じたものとして定義されている。全国の介護人材の不足数は、2023年度は14.6万人、2025年度は22.1万人、そして2040年度は64.9万人に上ると推定される。中長期的な動向を把握するために、2025年度から2040年度への変化に着目すると、その15年間の間に全国における介護人材の不足数は2.9倍になっていることが分かる。また、同期間の各地域における介護人材の不足数は、北海道・東北で3.2倍、関東で2.8倍、中部で2.6倍、近畿で3.0倍、中国・四国で2.9倍、九州で3.8倍になっており、九州においては他地域よりも急速に介護人材の不足が進展していくと考えられる。

次に、全国的に介護人材の不足が深刻化する状況に対して、どの地域がより大きな影響を与えているのかを明らかにするために、各地域について「介護人材の不足数の寄与率」（以下「寄与率」と略す）を求めた。この寄与率は、各地域における2025年から2040年度にかけての介護人材の不足数の変化分を全国におけるそれで除することによって得られるが、介護人材の不足が

どのような地理的分布で発生するかを把握する上で、有益な情報を提供すると考えられる。

計測結果によれば、寄与率が最も高かった地域、すなわち全国的な介護人材の不足に最も影響を与えているのは関東で、その寄与率は32.6%であった。また、2番目に寄与率が高かったのは近畿で、その寄与率は22.8%であった。したがって、関東と近畿の2地域だけで寄与率は55.4%にも達しており、これら2地域に介護人材の不足が集中して発生していくと考えられる。とりわけ、近畿については、2025年の生産年齢人口シェアの17.7%を大きく上回る寄与率となっていることから³、介護人材の不足の程度がより深刻なものになると推察される。近畿と同様に、生産年齢人口シェア（表2には非掲載）を上回る寄与率となっている地域は、北海道・東北と九州の2つの地域である。他方、生産年齢人口シェアを下回る寄与率になっているのは、関東、中部、中国・四国の3つの地域で、人口規模に比して人材不足がそれほど深刻なものにはならないと見られる。

次に、各地域における介護人材の需給ひっ迫状況を明らかにするために、「(介護人材への需要－介護人材の供給) / 介護人材への需要」で定義される「介護人材の不足率」を用いて考察を行ってみたい。2023年度の「介護人材の不足率」は、全国平均が6.7%となっている。地域別に見ると、関東が8.4%と相対的に高い一方で、中部は5.6%、中国・四国は4.2%、九州は4.9%と相対的に見て低い地域も確認されるが、いずれの地域も10%未満となっており、需給ひっ迫度は一定の範囲内に収まっていると判断される。しかし、2025年度になると、地域別北海道・東北、関東、近畿が10%を超えるようになり、残りの地域でも介護人材の不足率が上昇する結果、全国平均でも10.0%となり、需給ひっ迫度が増していくことが確認できる。

2040年度になると、介護人材の需給ひっ迫度は極めて深刻な状況になり、介護人材の不足率は全国平均で30.1%に達すると予測されている。次に、地域別に検討を行う。中部、中国・四国、九州はそれぞれ21.7%、17.0%、27.6%で、相対的に低い水準になってはいるものの、2025年度は8.4%、

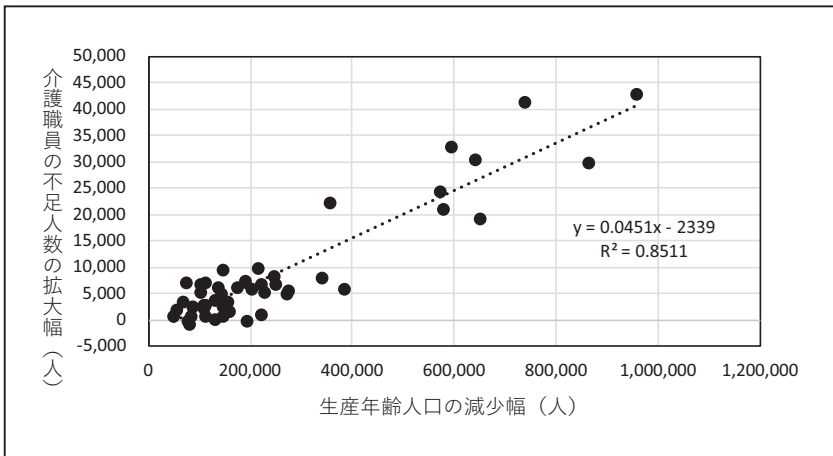
³ 2025年度における関東の生産年齢人口シェアは、36.8%と予測されている。

5.9%, 7.3%であったことと比較すると、大幅に上昇していることが分かる。残る3つの地域はいずれも30%を超えており、36.6%の近畿や38.7%の北海道・東北は、2025年度から2040年度にかけて、介護人材の需給ひっ迫度が急速に高まっていくことを示している。

それでは、この介護人材の需給ギャップの拡大の背景には、どのような要因が存在していると考えられるのであろうか。この点について確認するために、2025年から2040年にかけての生産年齢人口の変化と同期間に発生する介護職員の不足人数の変化の関係を示したのが図1である。この散布図より、両者に明確な相関関係を見出すことができ、生産年齢人口の減少幅が大きい都道府県ほど、介護職員の不足人数の拡大幅が大きくなっていることが分かる。したがって、生産年齢人口の減少は、介護職員の不足を深刻化させることにつながっていると考えられるのである。

以上の考察において留意すべき点は、分析が「現状推移シナリオ」に基づいているということである。中長期的に介護人材の需給ひっ迫度が高まっていく過程においては、新たな制度や政策の導入・実施が予想されることに加え、労働市場の価格調整メカニズムによって、介護分野の賃金率が相

図1. 人口減少と介護職員不足（都道府県レベル）



(出所) 厚生労働省 [2021c], 国立社会保障・人口問題研究所 [2017]。

対的に上昇していく可能性もある。したがって、「現状推移シナリオ」も年々アップデートされていくことになり、実際の介護人材の需給ひっ迫度はより緩やかなものになると考えられる。

しかし、少なくとも現時点において、介護人材の不足が根本的に解消に向かうという楽観的な見方をすることは極めて困難であり、介護人材を確保していくためには、抜本的な対策の見直しが必要であろう。上述のように、生産年齢人口の減少が介護人材の不足の背景にあるのであれば、生産年齢人口が縮小していく中で、国内で介護人材を確保していくことは容易でないと考えられる。したがって、考え得る日本の選択肢の一つは、海外から介護人材を獲得するということになるであろう。実際、日本政府も公式見解として「今後、生産年齢人口が一層減少していくこと等も見込まれる中、年間平均6万人程度の国内介護人材の確保を引き続き進めていくことは困難な状況にある。

(中略)即戦力の外国人を受け入れ、利用者が安心して必要なサービスを受けられる体制の確保を図ることが、高齢化の進展等に伴い、増大を続ける介護サービス需要に適切に対応するために必要不可欠である。」との指摘を行っている⁴。そこで次節では、現在、日本が介護人材を海外から受け入れるために、どのような制度が導入されているかについて、明らかにしてみたい。

Ⅲ. 外国人介護人材の受け入れ制度

Ⅲ. 1. 外国人介護人材の受け入れ制度と在留資格

現在、日本には、外国人の介護人材を受け入れる制度として、①在留資格「介護」、②特定技能制度、③外国人技能実習制度、④経済連携協定(EPA)に基づく介護福祉士候補者の受け入れ事業(以下、「EPA スキーム」と呼ぶ)、の4種類があり、それぞれに対応する在留資格として、「介護」、「特定技能1号」、「技能実習1～3号」、「特定活動(EPA)」が設けられている⁵。以下ではこれらの制度の概要について説明を行う⁶。

⁴ 「特定技能の在留資格に係る制度の運用に関する基本方針について」(2018年12月25日閣議決定)。

Ⅲ. 2. 在留資格「介護」

在留資格「介護」は、専門的・技術的分野に外国人を受け入れることを目的として、2016年11月に公布され、2017年9月から施行された「出入国管理及び難民認定法の一部を改正する法律（平成28年法律第88号）」により創設された。これによって日本の介護福祉士養成施設（短期大学や専門学校等）で2年以上学んだ上で卒業して介護福祉士の国家資格を取得した外国人は、在留資格を「留学」から「介護」に変更して、介護福祉士として就労できるようになった。家族（配偶者・子）の帯同も可能であり、在留期間更新の回数制限も無いため、長期就労が可能な制度となっている。介護福祉士養成施設に入学（留学）するためには、法務省令で日本語能力試験がN2以上、もしくは日本国内の日本語学校での学習歴が6ヶ月以上であることが定められている。このため、多くの場合、在留資格「留学」で来日した留学生は、まず日本語学校（法務省令上は6ヶ月以上だが、実際には1年以上となることが一般的）で日本語を習得して日本語能力試験でN2以上を取得し、その後で、介護福祉士養成施設において修学（2年以上）することになる。

出入国在留管理庁の『在留外国人統計』によれば、在留資格「介護」で日本に滞在する外国人の数は、制度開始直後の2017年12月において18人であったが、2018年12月は185人、2019年12月は592人、2020年12月は1,714人、そしてデータが得られる直近の2021年6月は3,064人となっており、急速に増加してきている。2021年6月のデータで出身国を見ると、ベトナムが1,572人と半数程度を占めて最も多くなっている。2番目に多いのは289人の中国で、279人のフィリピン、277人のインドネシア、251人のネパールと続き、

⁵ ここでは就労を主たる目的として日本に在留する外国人のみを対象として考察を行う。すなわち、「留学」の在留資格による資格外活動（週28時間以内のパートタイム労働。ただし教育機関の長期休業期間は1日8時間以内に緩和される。）としての介護業務への就労や「永住者」、「日本人の配偶者等」、「永住者の配偶者等」、そして「定住者」などの在留資格による介護業務への就労は、分析の対象から除外している。

⁶ 本節の記述にあたっては、厚生労働省のウェブサイト上に掲載されている各種資料を参照にした。

⁷ 2017年度より介護福祉士養成施設を卒業した場合でも国家試験合格が必要となった。ただし、2026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。

他の国は100人に満たない。また、全体の99.5%がアジアの出身となっている。

Ⅲ. 3. 特定技能制度（在留資格「特定技能1号」）

次に「特定技能1号」について述べる。在留資格「特定技能(Specified Skilled Worker: SSW)」は、2018年12月に公布された「出入国管理及び難民認定法及び法務省設置法の一部を改正する法律（平成30年法律第102号）」により、2019年4月に新設された。これは従来認めてこなかった外国人単純労働者の受け入れに門戸を開くもので、日本の外国人労働者政策を大きく転換させるものとなっている。国内の人手不足に直面している特定の産業において、一定の専門性や技能を有する外国人を受け入れることを目的としており、日本と協力覚書が締結された国の外国人を受け入れることができる。制度が適用される特定産業分野として、本稿が考察の対象としている介護、そしてそれ以外には、ビルクリーニング、素形材産業、産業機械製造業、電気・電子情報関連産業、建設、造船・船用工業、自動車整備、航空、宿泊、農業、漁業、飲食物品製造業、外食業の合計14分野が設定されている。

特定技能制度の在留資格には、「特定技能1号」と「特定技能2号」の2種類があり、前者は「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、後者は「熟練した技能を要する業務」に従事することが想定されている。特定技能1号は、在留期間の上限が通算5年で、家族の帯同が基本的に認められない。他方、特定技能2号では、手続きをすれば在留期間の更新が可能（在留期間の上限なし）で、要件を満たせば家族（配偶者と子供）の帯同も可能である。なお現時点では、特定技能2号での外国人人材を受け入れることができるのは、建設と造船・船用工業の2分野に限定されている⁸。このため、介護分野では、在留期限のある特定技能1号でしか外国人を受け入れられないことになる。ただし、特定技能1号での介護施設等における3

⁸ 新聞報道によると、2022年度中に、特定技能2号の範囲が、現行の2分野から介護以外の13分野に拡大され、事実上、在留期限が撤廃されるようである（日本経済新聞2021年11月18日朝刊1面）。

年以上の就労と介護福祉士国家試験の合格を条件に、在留資格を上述の「介護」（在留期間の更新制限なし）に切り替えることができるため、実質上、長期就労する途は開かれていると言えるだろう。

特定技能1号で認められている介護業務には、身体介護等（入浴・食事・排せつの介助等）やこれに付随する支援業務（レクリエーションの実施や機能訓練の補助等）が含まれるが、受け入れた外国人の人權擁護や適切な在留管理の観点から訪問介護等の訪問系サービスは対象外とされている。なお介護分野においては、「事業所で受け入れることができる特定技能1号は、事業所単位で、日本人等の常勤介護職員の総数を上限」と定められている。

特定技能1号で日本に入国する外国人は、上述の通り一定の専門性や技能が必要だが、介護の分野においては、介護技能と日本語能力が求められている。介護技能については、「介護技能評価試験」に合格すること、日本語能力については国際交流基金の「日本語基礎テスト」、もしくは「日本語能力試験（N4以上）」に加えて、「介護日本語評価試験」に合格することが必要である。介護技能評価試験は、介護職種・介護作業の第2号技能実習修了相当の水準である介護技能実習評価試験と同等の水準（介護業務の基盤となる能力や考え方等に基づき、利用者の心身の状況に応じた介護を自ら一定程度実践できるレベル）で、介護日本語評価試験は、介護現場で介護業務に従事する上で支障のない程度の水準とされている⁹。介護技能評価試験と介護日本語評価試験は、2019年4月以降に実施されるようになり、これまで海外では、フィリピン（マニラ、セブ、ダバオ）、インドネシア（ジャカルタ、スラバヤ、バンドン、ジョグジャカルタ、メダン）、モンゴル（ウランバートル）、ネパール（カトマンズ）、カンボジア（プノンペン）、ミャンマー（ヤンゴン）、そしてタイ（バンコク）で、国内では47すべての都道府県で開催されている。

なお後述の技能実習生制度において介護分野の技能実習2号を良好に修了¹⁰、日本国内の介護福祉士養成施設を修了、そしてEPA介護福祉士候補者で4年の在留期間を満了、のいずれかに該当する場合は、在留資格の特定

⁹ ここでの記述にあたっては、厚生労働省 [2020] を参照した。

技能1号への移行に際して、介護技能評価試験と介護日本語評価試験の両方が免除されることになっている。

出入国在留管理庁のウェブサイトで公表されている「特定技能1号在留外国人数」によれば、制度が導入されてから9か月後の2019年12月において、特定技能1号の介護分野の在留外国人数は19人とどまった。それから1年後の2020年12月には939人に、2021年9月には3,947人となっている。また、2021年9月の状況を出身国別に見ると、ベトナムが2,062人で最も多く、全体のほぼ半数を占めている。次に、インドネシアの470人、フィリピンの437人、ネパールの287人、ミャンマーの272人、そして中国の254人が続き、他の国は100人未満である。また、在留資格「介護」と同じく、ほぼ全員がアジアの出身となっている。

Ⅲ. 4. 技能実習制度（在留資格「技能実習1～3号」）

次に「技能実習」について見ていく¹¹。2016年11月に公布され、2017年11月に施行された「外国人の技能実習の適正な実施及び技能実習生の保護に関する法律（平成28年法律第89号、技能実習法）」により、外国人技能実習制度の対象職種に介護職種が追加された。外国人技能実習制度は、日本が国際協力の一環として、技能・技術・知識の移転を通じて、開発途上国の経済発展のための「人づくり」に寄与することを目的としている¹²。

在留期間は最長5年間であり、在留資格は、1年目が初級の技能等を修得するための「技能実習1号」、2～3年目は専門級の技能等に習熟するため

¹⁰ 「技能実習2号を良好に修了」しているとは、技能実習を2年10ヶ月以上で修了し、かつ①技能検定3級又はこれに相当する技能実習評価試験に合格している、あるいは②技能実習生に関する評価調書がある、のどちらかに該当する場合を意味している。

¹¹ ここでの記述に当たっては、一般社団法人シルバーサービス振興会ウェブサイトの「外国人技能実習制度における介護技能実習評価試験」の外国人技能実習制度の解説を参照した。

¹² このため、少なくとも形式的には、制度の趣旨に人材不足への対応という視点は含まれていない。しかし、外国人技能実習制度は、実質的に単純労働者の受け入れ制度として機能しており、実際に日本の受け入れ企業や海外ではそのように理解されることが多い。

の「技能実習2号」、4～5年目は上級の技能等に熟達させるための「技能実習3号」に分けられている。技能実習1号の技能実習生は、原則2ヶ月間の座学の講習を受講した後に、実習を受けることができる。在留資格を技能実習1号から2号に変更する場合は、技能実習評価試験（学科と実技）に合格することが必要で、2号から3号に変更する場合も技能実習評価試験（実技のみ）への合格が必要となる。なお技能実習3号の修了時にも技能実習評価試験が行われる。介護職種の技能実習評価試験は、一般社団法人シルバーサービス振興会が実施している。

技能実習生は、どの職種の場合でも、対象者は18歳以上で、企業単独型技能実習の場合は、国内の受け入れ企業や関連企業の海外事業所の常勤職員が日本国内に転勤・出向をする者でなければならず、また団体管理型技能実習の場合は、職歴要件が定められており、外国において同等業務に従事した経験がある者でなければならない。介護職種の具体的な職歴要件としては、例えば外国における高齢者・障害者の介護施設等における業務への従事、外国における看護課程の修了や看護師資格の保有、外国政府からの介護士認定などが挙げられる。後述のEPAスキームでは、除外されている助産学科修了者も、ここでは対象となっている。

介護職種の技能実習においては、介護サービスの特性を考慮して「介護固有要件」が定められている。介護固有要件には、「コミュニケーション能力の確保」、「適切な実習実施者の対象範囲の設定」、「適切な実習体制の確保」、「監理団体による監理の徹底」があるが、技能実習生側に関係する要件は「コミュニケーション能力の確保」のみで¹³、具体的な基準として「日本語能力

¹³ 技能実習1号の場合（介護職種も含む）は、法令により、技能実習の総時間（通常1年間）の6分の1以上の入国後講習（座学）を実施しなければならない。ただし、入国前6ヶ月以内に1ヶ月以上の期間をかけて160時間以上の入国前講習（座学）を実施する場合は、入国後講習の期間が12分の1以上に短縮することができる。多くの場合、入国前に1ヶ月以上（送り出し機関によるが4～6ヶ月が多い）の講習で日本語や実習関連の基礎知識などを学び、入国後に1ヶ月の入国後講習を受ける。介護以外の技能実習生の多くは、日本語能力試験のN4～N5程度で入国する。

¹⁴ 定められた日本語能力試験の認定レベルに相当する日本語能力を評価する他の試験であってもよい。

試験」の認定レベルが用いられている¹⁴。来日1年目（入国時）は、要件が「N4程度」となっているが、望ましい水準として「N3程度」という目安が提示されている。来日2年目は、要件が「N3程度」となっていたが、2019年3月から緩和され、N4でも技能実習2号に移行できることになった¹⁵。

技能実習を計画に従って2年10ヶ月以上修了している場合は、技能実習2号を良好に修了していると見なされ、技能実習の職種・業務に関係なく、特定技能1号への移行に必要な日本語試験が免除される。さらに技能実習での職種・業務と特定技能1号の職種・業務が一致すれば、該当業種の技能試験も免除される。これらの制度を利用すれば、在留資格を技能実習2号から特定技能1号に移行させることで、長期就労（それぞれの在留資格で5年間ずつ就労すると、合計で最長10年間）することも可能である。なお、技能実習1号から特定技能への移行は認められておらず、技能実習3号から特定技能への移行の場合は、実習計画を満了することが要件となる。

受け入れ機関側にとっての特定技能1号のメリットとして、介護施設における人員配置基準に算定可能となるのが、技能実習生の場合は6ヶ月後からであるのに対し、特定技能1号の場合は就労と同時にということ、夜勤務を担当させることができるのが、技能実習生の場合は約1年後からになるのに対し、特定技能1号の場合は就労と同時にということなどが挙げられる。また、介護福祉士養成施設を修了した場合やEPA介護福祉士候補者として在留期間（4年間）を満了した場合（後述）も、在留資格「特定技能1号」の取得に必要な日本語試験・技能試験が免除されることになっている。

技能実習制度に基づく外国人介護人材の受け入れは、2017年11月に始まったが、2017年度の受け入れ実績はなかった。2018年度は1,823人であったが、その後は急増して2019年度は8,967人、2020年度は12,068人となっている。2020年度について出身国別に見ると、ベトナムが5,142人（構成比は42.6%）で最も多く、これにミャンマーの2,086人（同17.3%）、インドネシアの2,072人（同17.2%）、中国の1,079人（同8.9%）、フィリピンの917人（同7.6%）

¹⁵ 2019年3月以前は、N3取得ができない場合は技能実習2号に移行できず、帰国する必要があった。

と続いている。

Ⅲ. 5. EPA スキーム (在留資格「特定活動 (EPA)」)

最後に、4つ目の制度として、EPA スキームについて見る。この制度に対応する在留資格は「特定活動 (EPA)」で、「特定活動」は、「出入国管理及び難民認定法」において、「法務大臣が個々の外国人について特に指定する活動」と定められている在留資格の一つである。これは多様化する外国人の在留形態に対応するために、他の在留資格で定められていない活動を対象として設けられている。また、EPA とは、経済連携協定 (Economic Partnership Agreement) のことで、他の国・地域との経済連携を強化するために締結された条約を意味している。したがって、特定活動 (EPA) は、経済連携協定によって認められた活動に基づく在留資格ということになる。

日本は、インドネシア、フィリピン、そしてベトナムとそれぞれ二国間で EPA を締結しており¹⁶、それらの中で日本は各国から最大年間300人 (3ヶ国を合計すると900人。ただし、インドネシアとフィリピンについては受け入れ当初は2年間で600人であった。)の介護福祉士候補者をそれぞれの国から受け入れることが定められている¹⁷。EPA に基づく介護人材の受け入れは、締結国間の経済連携を強化するために特例的に認められたもので、労働力不足への対応ではないとされている。このため、専門職としての活躍や就労先の介護施設における他の外国人職員に対する助言・指導が期待されている。

EPA 締結国によって取り極められた内容の細部は異なるが、以下ではインドネシアを例にとりて説明を行う。インドネシアからの EPA スキームの介護福祉士候補者の要件は、①インドネシアの看護大学や看護短期大学 (3年制以上) を卒業¹⁸、もしくは②看護以外の高等教育機関 (3年制以上) を

¹⁶ ここでの記述に当たっては、厚生労働省と公益社団法人国際厚生事業団のウェブサイト上の記述や資料を参考にしている。

¹⁷ 日本との経済連携協定の発効は、インドネシアが2008年、フィリピンが2008年、そしてベトナムが2012年である。これらに基づき、日本は、インドネシアについては2008年度から、フィリピンについては2009年度から、ベトナムについては2014年度から、介護福祉士候補者を受け入れている。

卒業し、なおかつインドネシア政府に介護士として認定されたものとなっている。まず、介護福祉士候補者は、公益社団法人の国際厚生事業団（JICWELS）のあっせんにより、日本の介護施設とマッチングを行い、雇用契約を締結した上で、6か月間の訪日前日本語研修を受けなければならない¹⁹。さらに訪日後も6か月間の訪日後日本語研修を受け²⁰、介護導入研修を受講する。その後、各介護施設で特定活動として就労・研修を3年以上行い、介護福祉士国家試験を受験する（在留期間は上限4年となっているが、国家試験の受験資格として3年間の実務経験が必要なため、受験機会は1回のみ）。

国家試験に合格して介護福祉士の資格を取得すれば、EPA介護福祉士として就労（在留資格は特定活動）が認められるようになり、在留期間（3年間）の更新回数に制限はないため、長期就労も可能となる。国家試験に不合格の場合は帰国しなければならないが、不合格となった国家試験の得点が一定の水準以上で、介護福祉士候補者と受け入れ機関が共に次年度の国家試験合格に向けて準備を進めていく意思がある場合などは、1年間の滞在延長をして引き続き介護施設で就労・研修することが可能で、翌年度の国家試験に合格すれば、EPA介護福祉士として就労することができる。再度不合格になった場合は帰国しなければならないが、帰国後も在留資格「短期滞在」で再入国して国家試験を受験することが可能である。

次に、EPAスキームによる外国人介護人材の受け入れ状況を見てみたい。インドネシアからの受け入れが開始された2008年度は、制度創設からの時間的猶予がなかったこともあり、制度上限の300人の枠に対して104人の入国にとどまった。翌2009年度からはフィリピンからの受け入れも始まり、インド

¹⁸ インドネシアの医療教育カリキュラムでは、看護学科と助産学科は区別されているが、ここでの「看護大学や看護短期大学」には、看護学科のみが含まれ、助産学科は含まれていない。

¹⁹ インドネシアの場合、入国の日本語要件は日本語能力試験N5である（フィリピンもN5だが、ベトナムはN3で訪日前日本語研修も12ヶ月）。日本語能力試験N4またはN3に合格している場合は、訪日前日本語研修が免除される。

²⁰ 日本語能力試験N2以上に合格している場合、または定められた日本語教育機関において12ヶ月以上の日本語教育を受けた候補者の場合は、訪日後日本語研修が免除される。

ネシアからの189人とフィリピンからの217人（うち27名は就学コース）を合わせて合計406人になった。前年度から増加してはいるものの、両国とも制度上限に達することはなかった。2010年度以降は受け入れ数が低迷し、各国とも制度上限の3分の1にも満たない2桁台での推移が続いた。

インドネシアからの候補者は、2013年度に108人まで回復したが、フィリピンからの候補者は依然として87人でしかなかった。2014年度からはベトナムからの受け入れも始まり、117人の候補者が入国した。またインドネシアとフィリピンからの候補者もそれぞれ146人と147人に増加し、3ヶ国合計では410人となった。その後は順調に候補者数が伸びていき、2015年度は3ヶ国で568人、2016年度は671人となった。2017年度は752人となり、その後はほぼ横ばいで推移している。なお2020年度のフィリピンの数値は、新型コロナウイルスの世界的パンデミックのために未入国となっている候補者数である。

フィリピンとベトナムには、インドネシアと同様の就労コースとは別に、就学コースが設けられている。しかし、就学コースでの受け入れは、フィリピンで2009年度に27名、2010年度に10名があっただけで、ベトナムに至っては当初から受け入れ実績が全くなく、制度として機能していないと言えるだろう。

この背景には、2007年の「社会福祉士及び介護福祉士法等の一部を改正する法律」の改正により、国家試験が義務化されることになり、介護福祉士養成施設の卒業は単なる介護福祉士国家試験の受験資格でしかなかったことがある²¹。以前は介護福祉士養成施設を卒業すると国家試験を免除され、自動的に介護福祉士の国家資格を取得できていたが、養成課程の修了だけで自

²¹ 2007年の改正後も、経過措置の導入と新制度の運用開始の実質的に3度にわたる延長が行われた。直近の2021年4月の法改正により、2026年度までの介護福祉士養成施設の卒業者には、5年間の継続勤務などの条件はつくものの、国家試験を受験せずに国家資格を取得できることになった。この結果、介護福祉士国家資格を取得するために必ず国家試験が義務付けられるのは、2027年度以降の介護福祉士養成施設の卒業者となっている。なお介護福祉士養成施設の卒業者は、実技試験が免除されるので、国家試験の受験科目は筆記試験のみである（福祉医療機構 [2020]）。

動的に国家資格を取得できることが、介護福祉士（法改正の議論が始まった時期は、対応する在留資格が存在せず外国人が介護福祉士になれなかったので、ここでは日本人の介護福祉士を指している）の質の低下につながっているとして問題視されたのである。これに対して、EPA 締結時の協議内容と異なるという反発がフィリピン政府から起こり、フィリピン国内では就学コースによる介護福祉士候補者の募集が停止されることになった（安里 [2016]）。ベトナムからの就学コースでの受け入れ実績がないのも、時間とコストをかけて介護福祉士養成施設を卒業するメリットがないためだと推察される。

IV. 外国人介護人材受け入れ制度の評価

IV. 1. 評価方法

本節では、前節で説明した現行の4つの制度によって日本国内で不足する介護人材を十分に確保できるのかについて、筆者が2019年11月にインドネシアで実施したインタビュー調査で得られた知見を踏まえながら、評価を行ってみたい。

インドネシアでインタビュー調査を実施したのは、介護人材を日本に送り出している3つの研修機関（以下、研修機関A、B、Cと表記）と、特定技能制度とEPAスキームを所管しているインドネシアの海外労働者派遣・保護庁（Badan Nasional Penempatan dan Perlindungan Tenaga Kerja Indonesia: BNP2TKI、英語名：National Board for the Placement and Protection of Indonesian Overseas Workers (National Board)）、通称ナショナルボードと呼ばれる政府機関である。研修機関Aはバンテン州立地の小規模な職業訓練校、研修機関Bは西ジャワ州立地の規模の大きな研修機関、そして研修機関Cは首都ジャカルタに立地する規模の大きな研修機関で、いずれも訪問時点では、主に技能実習生として介護人材を送り出していたが、研修機関BについてはEPAスキームでの送り出し実績も少なくない。なお、以下の記述の中においては、インタビュー調査から得た知見に関する機関名を【 】の中に示している。

Ⅳ. 2. 在留資格「介護」の評価

「介護」による受け入れ人数は、2021年6月において3,064人であった。公益社団法人日本介護福祉士養成施設協会によれば、全国の介護福祉士養成施設に入学した留学生は、制度導入翌年の2018年度が1,142人で、2019年度が2,037人、2020年度が2,395人、直近の2021年度は2,189人であった。2021年度の全国の介護福祉士養成施設の入学定員は13,040人で年々減少傾向にあり、実際の入学者数は日本人と外国人留学生を合わせて7,183人となっており、定員充足率は55.1%である。

外国人留学生数は、在留資格「介護」の創設後に増加しているが、2,000人台前半で推移しており、新型コロナウイルス（COVID-19）のパンデミック後は持ち直す可能性があるものの、大幅な増加が見込めるわけではなく、絶対数で2,000人程度では国内介護人材の不足を補える規模とはならないと考えられる。しかも、年々養成施設（過程）数、入学定員数、日本人学生数は減少傾向が見られており、外国人留学生数の増加は、日本人学生数の減少をカバーしているだけに過ぎない。

このように、日本人と外国人留学生を合わせた介護福祉士養成施設の学生数は低迷しているので、介護福祉士養成施設を経由した介護人材の供給ルートは、日本人学生を含めたとしても、総体として介護人材の供給増に寄与する役割を担っていくことを期待できないと考えられる。また、全国で介護福祉士養成施設の入学定員は、現在1.3万人程度でしかないので、短期的には、第Ⅱ節第1項で見たような年間5.3万人発生する国内介護人材不足の主たる解決策にはなり得ないと言えるだろう。ただし、他の在留資格で入国し、介護福祉士国家試験に合格した後に、日本での長期就労を志望する人材が移行していく受け皿となる在留資格として、中長期的には重要な役割を果たすと考えられる。

インドネシアでのインタビュー調査では、在留資格「介護」は、長期就労が可能になるというメリットはあるものの、日本語学校で学んで日本語能力試験N2を取得し、さらに日本の専門学校（介護福祉士養成施設）を卒業する必要があるため、就労まで時間がかかり、経済的負担も大きいというデメリットがあるために、研修生に推奨できないとの指摘（【研修機関C】）があっ

た。ただし、外国人留学生に対して、奨学金を支給している自治体や介護施設も少なくないので、利用すれば金銭面での問題をある程度は解決できることのであった。外国人介護人材を確保したい地方の自治体や介護施設にとって、就労を条件とする奨学金の減免制度を提示することは、一考に値すると言えるだろう。

IV. 3. 特定技能制度の評価

次に、「特定技能1号」について考察する。2019年の制度導入以降、受け入れ人数は増加基調にあるが、当初政府は、「特定技能1号」による介護分野の受け入れ人数を2019年度は5000人、向こう5年間で最大6万人と見込んでいた。しかも、向こう5年間で30万人程度の人手不足が見込まれるため、この6万人という規模は、5年間で1%程度の生産性向上（2万人分の人手に相当）や処遇改善・女性の就業促進などによる22~23万人規模の追加的な国内人材確保政策を行っても生じる不足分に相当し、過大な受け入れにはなっていないとの認識であった（「特定技能の在留資格に係る制度の運用に関する方針について（2018年12月25日閣議決定）」）。

しかし、2019年度の19人の受け入れは、当初見込みの5,000人を大きく下回った。2020年から深刻化した世界的な新型コロナウイルス（COVID-19）のパンデミックの影響が大きいとも考えられるが、それだけでは介護の受け入れ実績の少なさを十分に説明することはできない。

政府の当初想定であれば、特定技能の全業種を合わせて5年間で最大34.5万人を受け入れ、そのうちの6万人が介護であったので、介護のシェアは17.4%になると見込まれていたことになる。しかし、2021年6月時点の受け入れ実績は、全業種で29,144人だったのに対し、介護は3,064人であったので、実際の介護のシェアは10.5%にしかない。このような介護の受け入れ人数の絶対的・相対的な少なさは、新型コロナウイルスのパンデミックの影響だけではなく、国際的に見ても低い日本の介護分野における報酬や、その他の制度的な要因が関係していることを示唆するものとなっている。

2019年4月から2021年11月までに実施された介護技能評価試験は、受験者数がのべ38,643人であったのに対して合格者は25,875人（合格率67.0%）で

あった。また、同期間の介護日本語評価試験は、受験者数がのべ34,828人であったのに対して合格者は27,388人（合格率78.6%）となっている。両方の試験に合格しているかどうかの情報は公表されていない。ただし、各回の試験とも両試験の受験者数はほぼ同じだが介護技能評価試験の方がやや多いこと、そして合格率が介護技能評価試験の方が低いことから、介護日本語評価試験は合格したものの、介護技能評価試験が不合格となり、再受験しているケースが一定数あると推察される。

この点を踏まえ、介護技能評価試験の合格者数が両試験とも合格した人の数に近く、また合格年度か、その翌年度に就労先が決定するケースが多くなると想定すると、ある年度の介護技能評価試験の合格者数とその年度、もしくは翌年度の特定技能1号の在留資格取得者数には、一定の相関が生じると考えられる。しかし、2019年度の介護技能評価試験の合格者が3,513人だったのに対し、2019年12月の特定技能1号の在留資格取得者数はわずか939人であった。また、2020年度の介護技能評価試験の合格者が11,956人だったのに対し、2021年9月時点の特定技能1号の在留資格取得者数は3,947人でしかなかった。したがって、合格者数と実際に特定技能1号での就労を認められた人の数には、大きな乖離が見られている。

受け入れ機関とのマッチングがうまくいかなかった可能性もあるが、制度の細部を十分に検討しないまま安倍政権が国会審議で強行採決し、公布から施行までの期間が極端に短く見切り発車状態となってしまった結果、複雑で不明な点が多い新制度になり（【研修機関BおよびC、ナショナルボード】）、派遣される側も受け入れる側も慎重な姿勢をとっていたり（【研修機関BおよびC】）、不十分な制度設計のために制度的にも目詰まりが発生したりしているというのが実態であろう。

岡田 [2020] は、2019年度に特定技能1号による受け入れが進まなかった状況について興味深い考察をし、その理由の一つとして、介護技能評価試験と介護日本語評価試験の合格率が低かったことを指摘している。しかし、現在では両試験の合格者が累積で相当数いるにも関わらず、特定技能1号での受け入れ増加につながっていないことから、試験合格率の低さ以外にも重要な要因があると考えられる。

2019年4月から2021年11月までの2年半で、介護技能評価試験の合格者は25,875人であり、年間平均で見ると約1万人が、新規に特定技能1号での就労要件を満たすようになってきていると解釈できる。しかし、これは裏を返すと、特定技能制度では年間最大1万人程度しか人材を確保できないということであり、年間で5.3万人発生する人材不足の規模に比して貧弱なパフォーマンスと言わざるを得ない。また、介護技能評価試験の累積合格者に対して、実際に特定技能1号を取得した人の割合は18.9%にしかすぎない。このように、基準をクリアしても就労機会が得られない、基準をクリアしている人材がいるのに受け入れられないという状況が常態化すると、派遣される側も受け入れる側も制度を見限るようになり、それがさらなる制度利用の低下につながるという悪循環に陥りかねない。したがって、今後数年で現状が改善されるかどうか、本制度にとっての試金石となるであろう。

Ⅳ. 4. 技能実習制度の評価

次に、「技能実習」について考察する。技能実習制度は、創設趣旨は開発途上国への技術移転という国際協力であるが、実態としては低コストでの単純労働者受け入れの枠組みとなっており、実際送り出し国からも「出稼ぎ労働」の制度として受け止められている²³。2017年の導入以来、技能実習制度による介護人材は、2018年度から2020年度にかけて、1,823人、8,967人、12,068人と順調に伸びている。

他の在留資格と比較して、最も入国のハードルが低い制度であるため、日本語能力の低い人材が多いと考えられる。就労までの期間は短いという意味ですぐに収入が得られるようになるが（【研修機関A】）、日本語能力が向上しなければ、在留可能な期間も短くなってしまふ可能性がある（【研修機関C】）。それゆえに、短期就労を目的とする場合はメリットの多い制度となり得る。しかし、日本における中長期的な介護人材の確保という観点からは、入国後にどれだけ技能実習生が定着していくかが重要である。すなわち、技能実習1号からいかに2号や3号へ移行できるように支援するか、あるいは

²³ 姜 [2017], 眞住 [2018], 西川 [2019]。

いかに在留資格「介護」へと移行できるようにサポートしていくかが、受け入れ国である日本に問われることになるであろう。それには、技能実習生への学習支援や金銭面や金銭面以外での待遇改善が必要となってくると考えられる。

また、制度の趣旨は異なるものの、外国人介護人材にとって、あるいは受け入れ機関にとって、技能実習と特定技能の制度には、重複・競合する側面がある。それぞれの制度の持つ長所と短所を踏まえながら、明確に整理された分かりやすい制度を構築することが、海外の人材にとっても、国内の受け入れ機関にとっても、重要な意味を持つことになるであろう。

また、制度本来の趣旨からは外れることになるが、ハードルの低い技能実習制度で入国後、実習期間を終えた後に、在留資格を特定技能1号に移行させることで、長期就労を目指す動きが多くなると見る向きもある（【研修機関C】）。また、EPA スキームでは助産師資格保有者が対象外となっているために技能実習制度を選択したり（【研修機関AおよびB、ナショナルボード】）、EPA スキームで訪日したものの介護福祉士の国家試験に合格できなかった場合に技能実習生として再チャレンジしたりする人もいる（【研修機関AおよびC】）。こうしたケースの受け皿となるのであれば、技能実習制度は、外国人介護人材を量的に確保していく上で、重要な役割を果たす可能性があると言えるだろう。

Ⅳ. 5. EPA スキームの評価

最後にEPA スキームについて検討する。この制度は、国内の介護人材不足を解消することを目的としておらず、対象となっているインドネシア、フィリピン、そしてベトナムにそれぞれ年間300人、3ヶ国合計で年間900人という受け入れ人数の上限が設けられている。制度導入からしばらくは、どの国も受け入れ枠に余裕があったが、近年、インドネシアとフィリピンからの受け入れ人数が上限に近づいてきており、ついに2019年にはインドネシアの受け入れ人数が上限の300人に達することになった。しかしながら、EPA スキームは、介護人材の不足解消において一定の貢献をすると考えられるものの、受け入れ人数の上限が低く設定されていることから、量的な側面において果

たすことのできる役割は極めて限定的なものにならざるを得ないと考えられる。

EPA スキームには、滞在期間の更新や家族帯同が可能という他の国のプログラムにはない特徴があり、手続きも簡素で日本政府からの支援が厚いという肯定的な評価が送り出し国側からなされている（【ナショナルボード】）。その一方で、受け入れ国側からは、人数上限による不合格リスク（【研修機関B】）や国内介護施設へ外国人介護人材を割り当てる際の不透明な基準（【研修機関A、BおよびC】）などの問題点が指摘されており、これらについては、改善を図っていくことが必要であろう。

EPA という国家間の取り極めに基づく G to G (Government to Government) プログラムであるため、日本での就労を希望する外国人にとって安心感・信頼感は高く（【ナショナルボード】）、この制度を成功させることは、日本において介護分野で就労することの評価を高めることにつながり、他の介護人材受け入れ制度への関心を高めるきっかけにもなると考えられる。実際、政府間の EPA スキームでの派遣であることに誇りを感じる人は少なくない（【研修機関A】）。この制度が広告塔としての役割を果たすことができれば、EPA の目指している二国間の連携強化にもつながっていくと考えられるだろう。

V. おわりに

本稿では、少子高齢化が進む日本において、生じることが確実視されている深刻な介護人材の不足に対して、外国からの介護人材の受け入れがどのような役割を果たし得るかについて検討を行った。

まず、日本国内における介護人材の需給ギャップの動向について考察を行い、全国で年間5.3万人程度の介護人材の不足が見込まれることを明らかにした。またその主たる原因には、生産年齢人口の趨勢的な減少という人口動態上不可避の問題が関係していることを示した。そして、外国からの介護人材の受け入れが解決策の一つになり得るという観点から、現在導入されている4つの制度、すなわち在留資格「介護」、特定技能制度、外国人技能実習

制度、そしてEPAスキームについて概観し、それぞれを取り巻く状況を考察した。また、各制度の評価に際しては、筆者が実施したインドネシアでのインタビュー調査で得た知見を踏まえながら、利用できる統計データの分析を行った。

分析結果によれば、在留資格「介護」では0.2万人、特定技能制度では1万人、外国人技能実習制度では1.2万人、そしてEPAスキームでは0.1万人の受け入れが見込まれるので、合計は2.5万人にしかならない。したがって、現状のままでは、日本が直面する介護人材の不足を十分に補うだけの外国人介護人材の確保は、極めて困難であることを示唆している。

検討した4つの制度の中で、技能実習制度については、いくぶん肯定的な可能性を見出すことができているが、技能実習制度は、国内外から多数の非難が寄せられている悪名高い制度という側面がある。ただし、技能実習制度における介護職種はまだ導入されたばかりであるため、制度の運用次第では、送り出し国から高い評価を得ることも十分に可能であろう。日本国内では、移民を受け入れるかどうか議論されている段階であるが、世界に目を向けると、すでに人材獲得競争が始まっているという状況である（【ナショナルボード】）。この世界的な潮流から取り残されないようにするためには、現行の制度の中でも、とりわけ制度的な目詰まりを起こしていると見られる特定技能制度の早急な改革が必要であろう。しかし、そうした対応に成功したとしても、日本国内で不足する介護人材を外国人で賄うことは、現行の制度を前提とする限り、相当に困難な状況であるとの評価をせざるを得ない。

最後に、比較的容易に実現可能な外国人介護人材の受け入れ人数拡大策について、述べておきたい。インタビュー調査では、日本の外国人介護人材の受け入れ制度の課題として、すべての研修機関から、送り出し国における制度の不十分な周知という点が挙げられている（【研修機関A、B、およびC】）。具体的には、インドネシア国内の看護大学等で研修機関が説明会を開催しても、日本が外国人介護人材を受け入れていることや関連する制度の存在を、ほとんどの学生・教員・職員が知らないという状況に直面するということがあった。制度を知っていれば応募する可能性がある学生も、情報不足で制度を知らなければ応募のしようがないということである。実際、日本行き学生

の実績がある看護大学等では、ロールモデルが存在するために、日本を目指す学生が多くなる傾向があるとのことである（【研修機関AおよびC】）。制度の周知について、ナショナルボードは、そのウェブサイト上や地方事務所を通じて、看護大学等に周知を行っているとの説明をしていたが、全体的に見て周知は不十分にしか行われていないというのが実態のようである。したがって、看護大学等への制度の周知については、相手国の政府機関に任せっきりにするのではなく、日本で介護人材になる可能性のある学生の掘り起こしをするためにも、積極的な広報活動を展開していくことが望まれる。そして、そのことが日本における外国人介護人材の受け入れ拡大につながっていくことになるであろう。

（参考文献）

- 安里和晃 [2016] 「経済連携協定を通じた海外人材の受け入れの可能性」、『日本政策金融公庫論集』, 第30号, pp. 35-62。
- 岡田 豊 (2020) 『『特定技能』1年目の現在地 課題多く、受入数は見込みを大幅に下回る』『みずほインサイト』, みずほ総合研究所, 3月9日。
- 姜美香 [2017] 「ベトナムにおける介護分野の技能実習生確保への取り組み」、『四天王寺大学大学院研究論集』, 第11号, pp. 93-113。
- 上林千恵子 [2015] 「介護人材の不足と外国人労働者受け入れ：EPAによる介護士候補者受け入れの事例から」、『日本労働研究雑誌』, 2015年9月号 (No. 662), pp. 88-97。
- 川越雅弘 [2009] 「看護師・介護職員の需給予測」、『季刊社会保障研究』, 第45巻第3号, pp. 214-228。
- 厚生労働省 (ウェブサイト) (<https://www.mhlw.go.jp/index.html>, 閲覧日2022年1月10日)。
- 厚生労働省 [2020] 『令和元年度介護技能評価試験・介護日本語評価試験実施状況報告書』
- 厚生労働省 [2021a] 「介護職員数の推移」, 厚生労働省ウェブサイト資料 (<https://www.mhlw.go.jp/content/12004000/000804139.pdf>, 閲覧日2021年12月20日)。
- 厚生労働省 [2021b] 「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」 厚生労働省ウェブサイト資料 (<https://www.mhlw.go.jp/content/12004000/000804129.pdf>, 閲覧日2021年12月20日)。
- 厚生労働省 [2021c] 「第8期介護保険事業計画に基づく介護職員の必要数（都道府県別）」 厚生労働省ウェブサイト資料 (<https://www.mhlw.go.jp/content/12004000/000804129.pdf>, 閲覧日2021年12月20日)。

- 国際厚生事業団（JICWELS）（ウェブサイト）（<https://jicwels.or.jp/>、閲覧日2022年1月10日）。
- 国立社会保障・人口問題研究所 [2017]『日本の将来推計人口 平成29年推計』（https://www.ipss.go.jp/pp-zenkoku/j/zenkoku2017/pp29_ReportALL.pdf、閲覧日2022年1月10日）。
- 社会保障審議会福祉部会福祉人材確保専門委員会 [2015]『2025年に向けた介護人材の確保～量と質の好循環の確立に向けて～（平成27年2月25日）』
- 出入国在留管理庁（ウェブサイト）（<https://www.moj.go.jp/isa/>、閲覧日2022年1月10日）。
- 出入国在留管理庁（ウェブサイト）『在留外国人統計』（https://www.moj.go.jp/isa/policies/statistics/toukei_ichiran_touroku.html、閲覧日2022年1月10日）。
- シルバーサービス振興会（ウェブサイト）「外国人技能実習制度における介護技能実習評価試験」（<https://www.espa.or.jp/internship/system/>、閲覧日2022年1月10日）。
- 総務省 [2020]『人口推計（2019年（令和元年）10月1日現在）』（<https://www.stat.go.jp/data/jinsui/2019np/index.html>、閲覧日2022年1月10日）。
- 西川直孝 [2019]「ベトナム人帰国技能実習生の就業状況に関する調査：就業選択行動と収入を中心に」、『移民政策研究』、第11巻、pp. 114-127。
- 日本経済新聞「外国人就労「無期限」に熟練者対象、農業など全分野」（2021年11月18日朝刊記事1面）。
- 花岡智恵 [2015]「介護労働力不足はなぜ生じているのか」、『日本労働研究雑誌』、2015年5月号（No. 658）、pp. 16-25。
- 福祉医療機構（2020）「介護福祉士の養成施設ルートの経過措置延長の評価」、『WAM』、2020年10月号、pp. 2-7。
- 眞住優助 [2018]「外国人技能実習制度の利用の地域差とその要因の分析：水産加工業の事例」、『社会学評論』、第68巻第4号、pp. 479-495。