

FTA によるフィリピン人看護師 受け入れについて¹

アジア圏医療循環システムにむけて

大阪市立大学 朴一ゼミ

富田亜佐美 許凱 菅野亜沙美 沖森宏美

2 0 0 5 年 1 2 月

¹本稿は、2005年12月3日、4日に開催される、ISFJ（日本政策学生会議）、「政策フォーラム2005」のために作成したものである。本稿の作成にあたっては、朴一教授（大阪市立大学）をはじめ、多くの方々から有益且つ熱心なコメントを頂戴した。ここに記して感謝の意を表したい。しかしながら、本稿にあり得べき誤り、主張の一切の責任はいうまでもなく筆者たち個人に帰するものである。

要旨

現在、日本は少子高齢化が進んでおり、今後ますますケアニーズの増大や看護師不足が深刻化する。この不足の解決策として、国内に約 55 万人いるといわれている潜在看護師が職場に復帰することが期待されているが、このためには劣悪な就業環境を改善しなければならない。就業環境の改善は、看護師需給見通しや社会的背景から考えて難しいと思われる。また、潜在看護師が復帰したとしても、急速な高齢化の中、十分な看護を行うためにはやはり国内だけで解決できるとは考えにくい。そうすると、外国人看護師の受け入れは必然となってくる。

2004 年に日本はフィリピンとの FTA 交渉を開始し、フィリピン人看護師の受け入れについて合意した。それにともなって、日本では外国人看護師受け入れについて多くの議論がなされているが、その多くは日本の事情だけを問題としている。しかし、フィリピンは、外貨獲得のため多くの人材が海外に流出し、特に、近年では看護師が先進諸国に働きに出ている。結果、フィリピン国内の看護師は不足し、医療水準の低下が問題となっている。このようなフィリピン国内の事情を考えると、日本がフィリピン人看護師を受け入れ続けることは困難になると予測される。このようなことを防ぎ、長期的に看護師の移動を持続させるためには、送出国と受入国の双方の国内事情を考慮していかねばならない。

そこで、私たちは、日本の看護師不足を補うことに加え、フィリピンの貴重な人的資源喪失の防止や医療水準の向上をめざしたシステム構築の政策を提言する。

その具体的内容は、次の通りである。日本の ODA で、フィリピン国内に優秀な人材を育成する医療センターを設立する。フィリピン人看護師はここで医療実務や日本語に関する教育を受けた後、フィリピン国内で数年間の就労をする。その後、日本に派遣され一定期間働いた後、再びセンターに戻り自国やアジア諸国で就労する。将来、このセンターをアジア全体の看護師養成の国際的機関に発展させ、日本をはじめ、さまざまなアジア諸国に看護師を派遣し循環させるという、アジア圏医療循環システムを構築する。このようにアジア全体での医療システムを構築することで、アジア全体の医療水準の向上が期待できると私たちは考える。

目次

はじめに

第 1 章 日本で外国人労働者問題が再燃した背景

第 1 節 (1. 1) 少子高齢化

第 2 節 (1. 2) 国内看護師の実態

第 2 章 フィリピン側の事情

第 1 節 (1. 1) フィリピン政府の送り出し政策

第 2 節 (1. 2) 看護師の海外流出の実態

第 3 章 日比 FTA 協定

第 1 節 (1. 1) 合意内容

第 2 節 (1. 2) 問題点

第 4 章 アジア圏医療循環システム

参考文献・データ出典

はじめに

2004年から日本政府は、フィリピンとの間でFTA（自由貿易協定）交渉を開始した。東アジア諸国とのFTA交渉では「人の移動」が焦点となっており、とくにフィリピンは看護師の受け入れを要求している。これまでの交渉で、日本はフィリピンとの間でフィリピン人看護師の年間の入国人数を100人と限定した上で認める方針を固めている。

この合意内容にともない、国内ではフィリピン人看護師の受け入れについて多くの議論がされている。それらは、フィリピン人看護師の受け入れは日本の看護師の労働環境や賃金の低下を導くというものから、フィリピン人看護師受け入れに関する提言など多岐にわたっている。これらの議論はどれも日本国内に關することであり、受け入れの是非について日本のことのみが問題になっている。しかし、「人の移動」というのは送出国と受入国が存在するので、これについて考えるときは両国の事情を考慮していかなければ、長期的に見た場合、大きな矛盾が発生するのではないかと私たちは考えた。

このような問題意識にたった私たちは、まず、日本が本当に外国人看護師を受け入れる必要があるのか、また、もしそうならばその社会的背景を調べ、次に、送り出し側であるフィリピンの事情について分析していく。そして、フィリピン人看護師の受け入れのきっかけとなったFTAについての問題点を見つけることで、FTAにおけるフィリピン人看護師受け入れについての政策を提言していきたい。

第1章 日本で外国人労働者問題が 再燃した背景

第1節 少子高齢化

日本の年間出生数は1973年以降減少傾向が続いており、2004年では当時の約半数にまで減っている。表1から分かるように出生率(合計特殊出生率)でも、当時最も高かった1971年の2.16から、2003年には4割減の1.29になっている。この数値は人々の1年間の子どもの産み方を示すもので、「生涯の子ども数」とは異なるが、長期的に人口を維持できる水準の2.07よりかなり低く、こうした少子化の結果日本の総人口は2006年の1億2800万人をピークに急激に減少し2050年には約1億人、2100年には約6400万人に半減すると推計されている(表2参照)。

また、表3をみると人口全体に占める老年人口(65歳以上の人口)の割合が毎年急激に増加していることが分かる。日本人口の年齢構成は、2000年では子ども人口(15歳未満)が15%、生産年齢人口(15~64歳)が68%、高齢人口(65歳以上)が17%であった。これが現在の人口推計をもとにした見通しでは、50年後の2050年に子ども人口11%、生産年齢人口54%、高齢人口36%になると推計されている。

つまり、21世紀半ばには、国民のおよそ2.8人に1人が65歳以上(2000年は5.7人に1人)という超高齢社会になることが予測されているのである。また表3から2000年には約8600万人いた生産年齢人口(15~64歳)が2050年には約5300万人に減少していることもわかる。労働力人口の減少は年金制度の崩壊だけではなく生産人口・購買力の減少に伴う経済規模の減少を招く。

この問題の解決策として、外国人労働者の受け入れがある。日本で外国人労働者の研究の第一人者である井口泰氏は次のようなことを述べている。(『外国人労働者—政策転換の展望と制度整備の課題』総合研究開発機構「NIRA政策研究」(2005年5月号) pp.17-21を要約)

日本の外国人労働者政策・制度は、外国人の定住化や若年人口の急増とともに、ますます実態と乖離しつつある。外国人労働者政策を「途上国の人材を開発し、日本自身が必要な人材の還流を促し、段階的な定住・永住可能とする政策」へ転換することが必要とされる。二つの理由が挙げられる。

1. 人口移動をめぐる急速な国際環境の変化。

- (i) 1990年代後半以降、情報技術(IT)労働者など、高度人材をめぐる「人材獲得競争」が激化した。アメリカはアジア諸国を中心に多くの「高度人材」を受け入れている。2010年代以降、人口減少に直面する欧州連合(EU)では、将来に向けて必要な人材を域外から積極的に受け入れるよう、努力を続けている。
- (ii) 2001年9月11日にアメリカでのテロ事件を契機に、欧州諸国が講じてきた外国人の「統合政策」の実効性について、深刻な反省がなされた。EU主要国では、外国人労働者に対する規制が緩和しつつあるが、EU域内出身の外国人と域外出身の外国人の間に、教育水準や失業率面の格差が依然残っている。
- (iii) 東アジア諸国でも国際的な人の移動が活発になっている。2004年には、マレーシア、韓国、タイなどで、新たな国内法が整備され、多くの二国間労働協定が実施されるようになった。

2. 外国人労働者をめぐる国内情勢。

- (i) 国内の外国人労働者と家族の定住化傾向が顕著になってきた。「一般永住権」を有する労働者は2003年時点で8万人を超えたと予想される。
- (ii) 加速する日本の少子化。1990年代半ばから始まった若年層の人口減少の影響で、地域産業レベルでは、後継者不足や技能・技術の継承の問題は非常に深刻化している。
- (iii) 不法滞在者による犯罪が、社会的な関心の的となっている。警察庁の統計によれば、1998年から2003年までの5年間に外国人犯罪者総数は、5382人から8725人に、62.1%も増加した。

外国人労働者政策の転換は

- ① 東アジアにおける「人材開発・還流」戦略の実施…開発した人材が日本での就労を認める。
- ② 外国人雇用法の制定…外国人労働者の権利保護と事業主の責任を明確化する。
- ③ 外国人の人材開発が活発に行われるような在留資格制度の改革の3本柱の制度整備

によって実現できよう。

ASEANとの経済連携協定交渉の中で、外国人の「受け入れ政策」と「統合政策」が車の両輪として機能する新たなシステムを創造する必要がある。

上記に示したように、井口氏は、外国人労働者を受け入れたときのシステム構築の必要性について述べている。

とりわけ看護分野においては今後、ケアニーズの増大・看護師の高齢化・看護師不足が進むといわれていることから、外国人看護師の流入は必然であるといえる。従って私たちは、外国人看護師を受け入れるためのシステムを早急に構築する必要があると考えた。

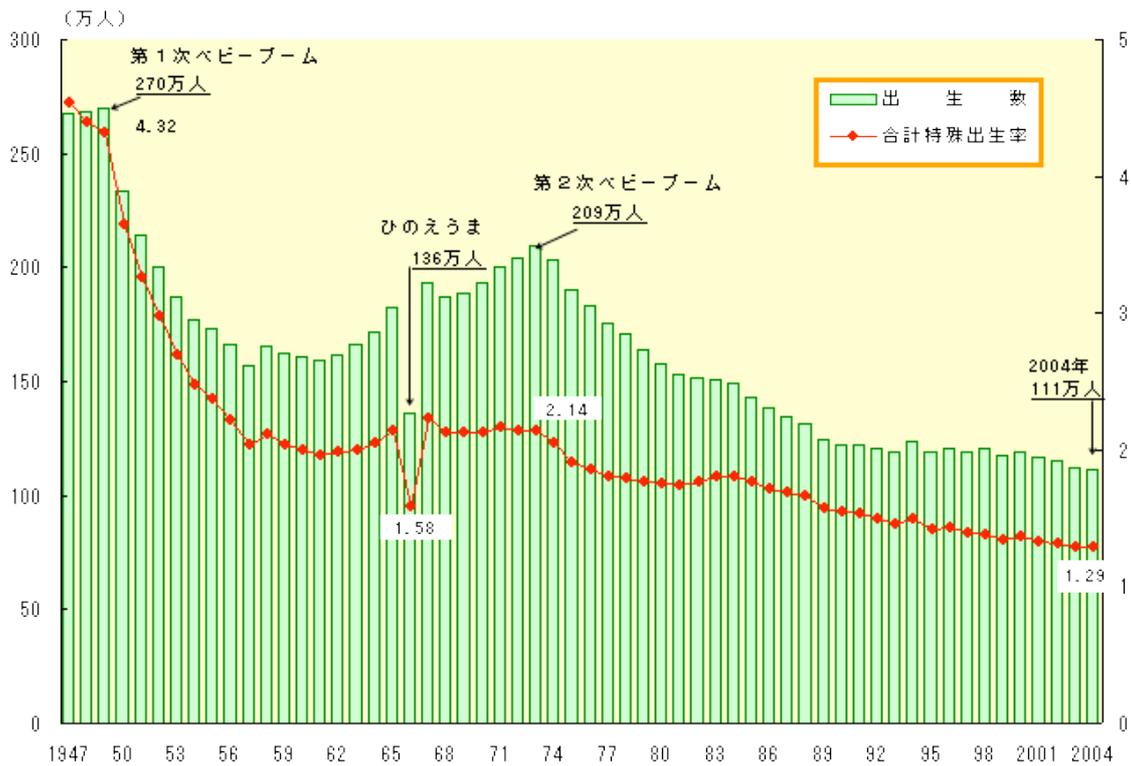


表1 出生数及び合計特殊出生率の推移

資料：「人口動態統計」厚生労働省大臣官房統計情報部（2004年は概数による）

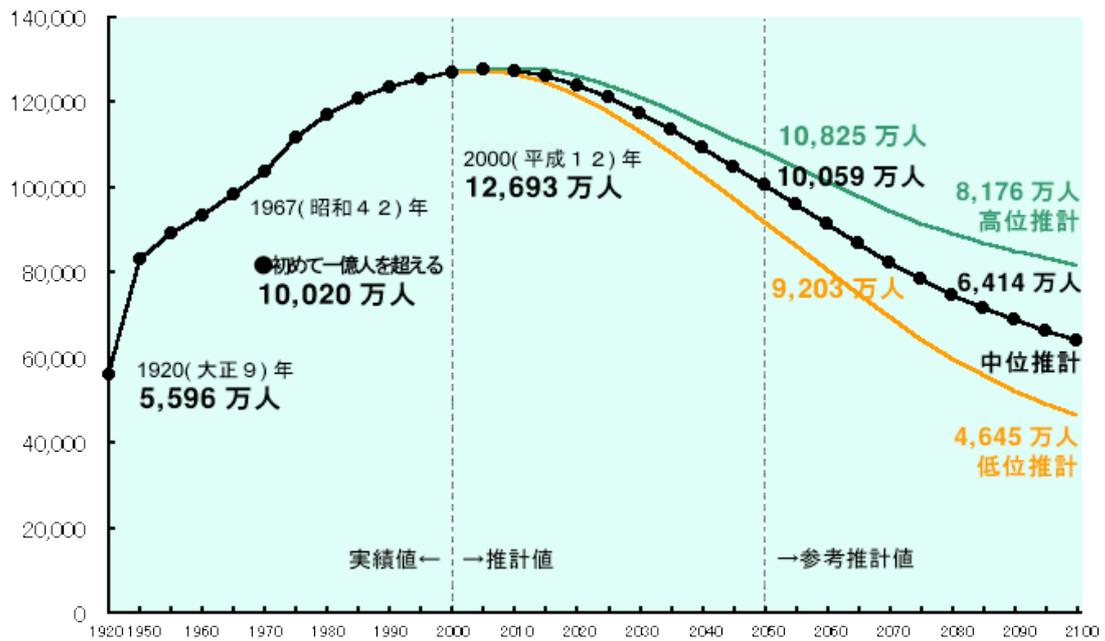


表2 日本の総人口の見通し

資料：「日本の将来推計人口（平成14年1月推計）」国立社会保障・人口問題研究所

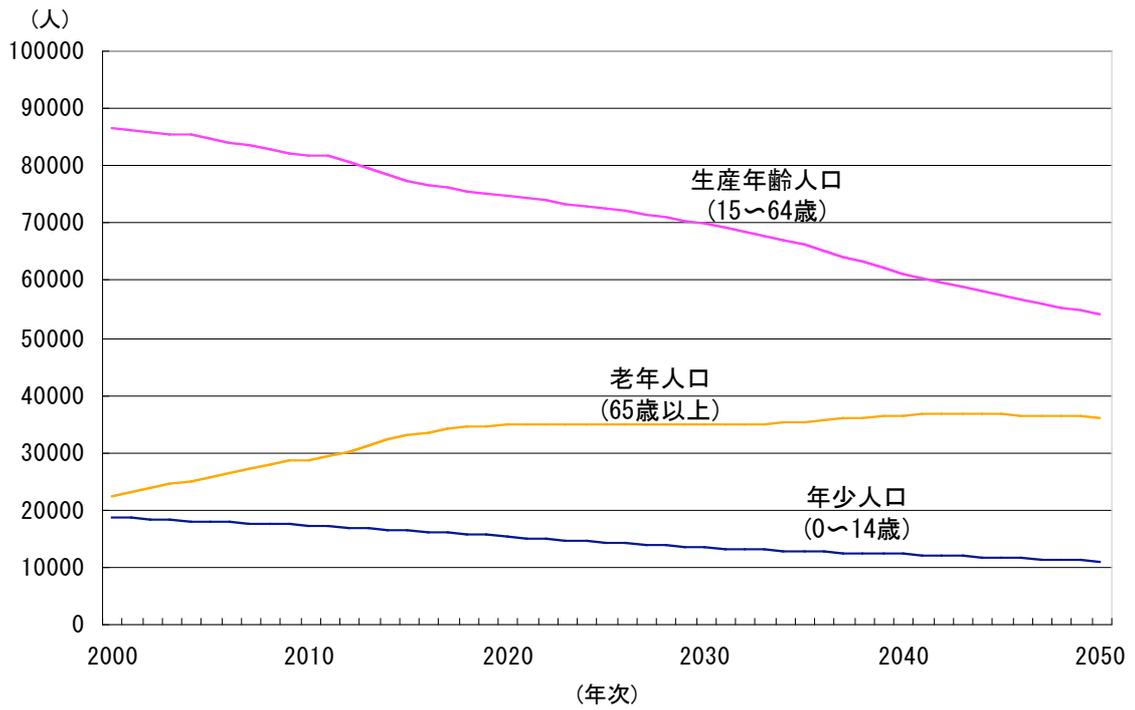


表 3

表 3 年齢 3 区分 (0~14 歳, 15~64 歳, 65 歳以上) 別人口 (中位推計)
 国立社会保障・人口問題研究所のデータをもとに筆者作成

第2節 国内看護師の不足の実態

表5から分かるように2001年から2005年までの看護職員需給見通しによると、2001年には約3万5000人の不足であった看護師が2005年には約5000人の不足とほぼ均衡することのだが、日本経団連が実施した職業紹介事業を含む関係者に対するヒアリング調査では将来を含めた看護師需給に楽観的な見方は少ない。とくに都市部において、また、看護分野における看護師の不足を訴える意見が圧倒的であった。

ここで看護師の不足を訴える意見を二つ紹介する。

まずは日本の病院で働く看護師の数の少なさを訴える意見から紹介する。

日本の病院は、1人の入院患者に対し平均して1.0人の職員（医師、看護師、その他専門職含む）しか配属されていない。病院は24時間動いているのだから。1人8時間勤務だとしても3.0人は必要である。他国の例をあげると

米 国：6.0人

英 国：3.5人

独・仏：2.5人

であり、ここからも日本は少なすぎるのがわかる。100床あたりの看護職員数は、日本は米国の5分の1。一人の仕事の負担が重く、夜勤が月に7、8回では離職も無理はないといえる。また看護職員でこのような人数があがるということは看護師だけの人数でみると、一人の入院患者に配属される看護師数は1.0人をきる事が読み取れる。

次に病院を対象に実施した調査結果を紹介する。

病院団体の全国調査により、「看護師が足りない」とする病院が約半分に及ぶことが、全国の医療機関でつくる病院団体「4病院団体協議会」の調査でわかった。患者を十分にケアするには必要な看護師数を確保することが大切だが、「増やしたい」とする病院が全体の半分近くに上る一方で、「採用は困難」とする病院が約7割に達している。理由として、「絶対数の不足」や「賃金の低さ」を指摘する声があがった。

調査は2004年11月、日本病院会、全日本病院協会、日本医療法人協会、日本精神科病院協会の4団体に加盟する約5500病院を対象に実施。40.2%の有効回答を得た。

医療法では一般病院の看護配置基準を入院患者3人に対し看護師1人以上と定めているが、今回の調査では、基準を満たしていても十分な医療を提供する上では「看護師が時々不足している」(29.1%)、「十分な看護師数が確保できない」(20.6%)とする病院が合計で49.7%と約半数に及んだ。このように医療の現場からも看護師不足を訴える声があがるということは、この問題がいかに深刻であるかを表しているといえるだろう。

国内の看護師不足解消において資格を持ちながら就労していない潜在看護師の職場復帰を促す声がよく聞かれるが、潜在看護師が復帰したところで国内の看護師不足が解消するとは考えにくい。

厚生労働省によると、2002年度末の看護師就業者数の見込み数は121万2000人で、実際の就業者数は123万3496人と見込み数を約2万1000人上回っていることがわかる。また、需要数と就業者数を比較すると2002年度の需要数の見込みは124万700人であるので、就業者数との差は2001年が2万9150人であったのに対し7204人となっており、順調に供給が進んでいることが示されている。

さらに、2002年度末の潜在看護職員数は約55万人にのぼるといわれており、こういった背景をもとに潜在看護師の職場復帰を促進できれば看護師不足も解消につながると期待されているのである。

そもそもなぜ潜在看護師というものが存在するかというと、それは先にも少し述べたが夜勤の回数の多さ、勤務時間の長さ、連続する緊張感、これらの圧力に耐え切れず燃え尽きてしまうといった就業環境の悪さが問題となっている。

このような看護師の就業環境悪化に頭を悩ます経済同友会は、看護師の労働条件の改善と看護師が要望している3人夜勤、4人夜勤で6日以内を早急に実施すべしという提言をしている。また、2003年度新卒看護職員の入職後1年以内の離職率は全体平均で8.5%、言い換えればほぼ12人に1人が離職しており、「入職後1年以内の離職が増加する傾向にある」と回答した病院は18.6%であった。離職理由として、「健康上の理由（精神的）によるもの」が「増加する傾向にある」とした病院は29.1%（特定機能病院に限ると53.0%）となっており、ここでも就業環境の悪さが離職に結びついていることがわかる。

以上のことから約55万人の潜在看護師が簡単に職場復帰するとは考えにくい。また、復帰したとしても一人の入院患者に対し平均して1.0人の職員が配属される状況が3.0人まで上がるとも考えにくく、長期的に考えるとやはり外国人看護師の受け入れは不可欠であるといえる。

表4 看護職員需給見通し

区分		2001年	2002年	2003年	2004年	2005年
		人	人	人	人	人
需 要 数	① 病院	768,800	776,300	782,700	788,300	794,200
	② 診療所	231,000	234,000	236,900	239,900	243,000
	③ 助産所	2,100	2,000	2,000	1,900	1,900
	④ 介護保険関係	142,500	154,500	166,600	178,600	189,300
	⑤ 社会福祉施設（④を除く）	12,900	13,300	13,600	14,000	14,300
	⑥ 保健所・市町村	32,200	33,000	33,900	34,600	35,300
	⑦ 教育機関	14,500	14,800	14,700	14,700	14,800
	⑧ 事業所、学校、その他	12,700	12,800	12,800	12,900	13,000
	⑨ 上記の計	1,216,700	1,240,700	1,263,100	1,284,900	1,305,700
供 給 数	⑩ 年当初就業者数	1,151,100	1,181,300	1,212,000	1,242,000	1,271,400
	⑪ 新卒就業者数	61,300	60,300	58,600	57,600	56,200
	⑫ 再就業者数	35,400	37,900	40,100	42,000	43,800
	⑬ 退職等による減少数	66,600	67,400	68,700	70,100	71,000
	⑭ 年末就業者数（⑩+⑪+⑫-⑬）	1,181,300	1,212,000	1,242,000	1,271,400	1,300,500
⑮ 差引計（⑨-⑭）	35,500	28,700	21,200	13,500	5,300	

（備考）四捨五入のため、各項目の数値の合計等は一致しない。

資料：厚生労働白書 平成17年版 pp.426

第2章 フィリピン側の事情

第1節 政府の送り出し政策

	1998	1999	2000	2001	2002	2003
	(単位:人)					
中央アジア	279,767	287,076	283,291	297,533	306,939	285,564
サウジアビア	193,698	198,556	184,724	190,732	193,157	169,011
アラブ首長国連邦	35,485	39,633	43,045	44,631	50,796	49,164
クウェート	17,372	17,628	21,490	21,956	25,894	26,225
カタール	10,734	7,950	8,679	10,769	11,516	14,344
バーレーン	5,180	5,592	5,498	5,861	6,034	6,406
イラク	10	23	42	86	50	1,490
その他	17,288	17,694	19,813	23,498	19,492	18,924
アジア	307,261	299,521	292,067	285,051	288,481	254,520
香港	122,337	114,779	121,762	113,583	105,036	84,633
日本	38,930	46,851	63,041	74,093	77,870	62,539
台湾	87,360	84,186	51,145	38,311	46,371	45,186
シンガポール	23,175	21,812	22,873	26,305	27,648	24,737
ブルネイ	16,264	12,978	13,649	13,068	11,564	9,829
その他	19,195	18,915	19,597	19,691	19,992	27,596
ヨーロッパ	26,422	30,707	39,296	43,019	45,363	37,981
英国	502	1,918	4,867	10,720	13,655	13,598
イタリア	20,233	21,673	26,386	21,641	20,034	12,175
アイルランド	18	126	793	3,734	4,507	5,642
その他	5,669	6,990	7,250	6,924	7,167	6,566
北・南米	9,152	9,045	7,624	10,679	11,532	11,049
米国	3,173	3,405	3,529	4,689	4,058	3,666
カナダ	1,957	2,020	1,915	3,132	3,535	4,006
ドミニカ・ガルシア	1,444	673	306	726	1,281	1,042
その他	2,578	2,947	1,874	2,132	2,658	2,335
アフリカ	5,538	4,936	4,298	4,943	6,919	8,750
信託統治領	7,677	6,622	7,421	6,823	6,075	5,023
オセアニア	2,524	2,424	2,386	2,061	1,917	1,698
分類不明	2		6,921	11,530	10,882	46,279
小計(陸上ベース)	638,343	640,331	643,304	662,648	682,315	651,938
新規雇用		237,714	253,418	271,085	288,677	279,565
再雇用		402,617	389,886	390,554	393,638	372,373
海上ベース	193,300	196,689	198,324	204,951	209,593	216,031
総合計	831,643	837,020	841,628	867,599	891,908	867,969

表5 フィリピン人海外労働者の推移

資料:「貧困概念 基礎研究」二村泰弘編 日本貿易振興機構 アジア経済研究所 pp.106
出所 海外雇用庁 (POEA) ホームページ <http://www.poea.gov.ph/html/statistics.html>

フィリピン人は従来から国外の多くの国で出稼ぎ労働者として就労し、近年では毎年 90 万人近いフィリピン人が海外へ働きに出ている。地域別に見てみると、中東地域への派遣が 33%~35%を占めており、主に建設関係の技術者・労働者、サービス関連の仕事に従事。次いでアジア地域には 29%~37%派遣され、香港・シンガポールへは家政婦（ヘルパー）、日本には芸能人（エンターテイナー）、台湾へは工場労働者として従事している場合が多い。また、ヨーロッパへの派遣も増えており、英国への派遣者数が急増しているのは多くが看護師等の専門職であると予想される。（表 5 参照）また、現在フィリピンから海外に移住、海外で就労している人は推定 800 万人近くいると言われ、フィリピンの総人口が 7792 千万人（2001 年）であることから考えても、国民の 100 人に 1 人ほどの割合の人が海外で働いている計算となる。

この数多くの海外労働者については、歴史的に見て政府の積極的な関与があった。発端は 1960 年代のマコス政権まで遡る。マコス大統領は 1974 年のオイルショックの影響を受け、①海外雇用により国内の失業率を緩和する、②技術を習得し人的資源開発に貢献する、③国内への送金を義務づけることにより外貨獲得、しいては国際収支改善に貢献する、ということをも目的にフィリピン人の海外での就労を奨励した。初期の段階においては「短期的政策」として着手されたものの、海外労働者数は 1975 年から 1986 年の 10 年間で約 12 倍にまで増加し、一時的な政策とは言えなくなってしまった。1982 年には海外雇用庁（POEA）が創設され、海外雇用政策において現在に至るまで中心的な役割を担っている状況だ。海外労働者が増加するにもなって就労先での悪質な労働条件や虐待といった問題が発生し、問題回避のために 1995 年に政府は経済成長の維持と国家開発の手段として海外雇用を促進することをしないということを明言した。そして熟練労働者のみを海外に送り出すという「選択的送り出し」の方針を打ち出すことで、最終的に海外への労働者の送り出しの停止を目指した時期もあった。しかし、経済危機や政権交代を経て、海外労働者は増加し続け、2001 年に誕生したアロヨ政権は、海外労働者のもたらす経済効果を認め、特に看護師、教師、IT 技術者、船員などの専門職種における労働市場の確保に積極的な海外雇用政策を展開し、人的労働力を最大の輸出品と位置づけ、現在もこの方針は変わっていない。

この海外労働者が現在でも変わらず輩出されていることは、フィリピンの経済状況と密接に関係している。フィリピンの貧困世帯は依然として 30%を超えており、1991 年から減少傾向にあったものの、1997 年から 2000 年にかけて増加し、改善の方向に向かっているととは言えない。都市部（マニラ首都圏）においては 1994 年からは 10%を下回るなど都市部以外の地域と格差が大きく、特に都市部以外の地域において貧困問題は深刻な状況が続いていると考えられる（表 6 参照）。また、失業率を見てみても、2000 年からは 11%台を上回っており依然として失業率は高い（表 7 参照）。これでは増大し続ける労働力人口に見合う雇用創出を国内だけでまかなうのは困難である。結果、政府はこの貧困状況を改善し、失業率の上昇に歯止めをかけるために海外雇用政策を積極的に進めることとなる。

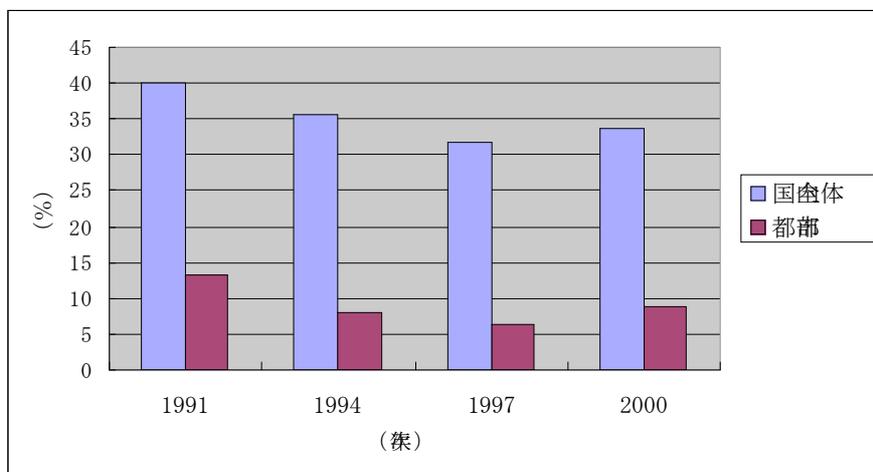


表 6 フィリピン国内の貧困世帯率

資料：フィリピン基礎講座ホームページ 統計資料 貧困者比率（一人あたり）

<http://www.t-macs.com/kiso/eco/data/35.htm>

出所 Technical Working Group on Income and Poverty Statistics, NSCB

をもとに筆者作成

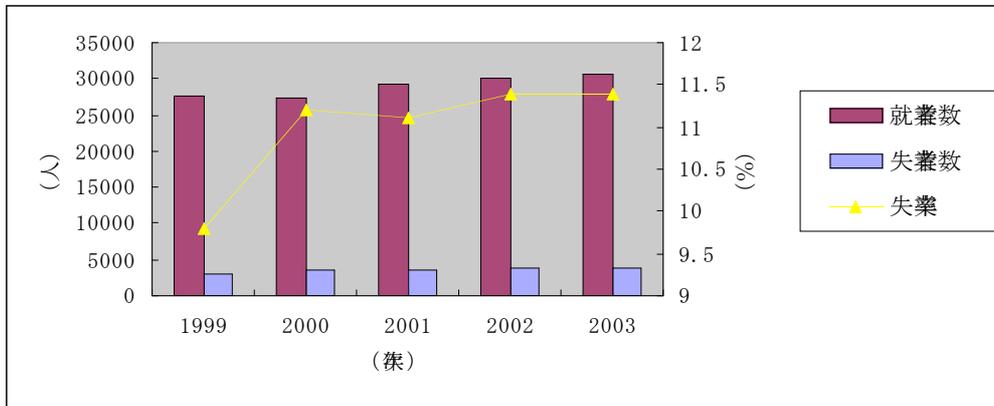


表7 フィリピンの雇用・失業の推移

資料：「世界の厚生労働 2004 海外情勢白書」厚生労働省編 pp.152 をもとに筆者作成

ここで、海外労働者による国内への外貨送金額を見てみよう。フィリピンの国民所得統計によると、国民総生産（GNP）と国内総生産（GDP）には大きな差があり、これは海外要素所得として分類されるのだが、この中にはフィリピン人海外移住者、海外労働者によるフィリピン国内への海外送金が含まれている。1996年に43億ドルほどであった送金額が、1998年までに急激に伸び、1999年から2001年まで一時減少傾向にあったが、2003年には76億ドルと再び増加した。（表8参照）国別では米国からの送金が50%以上と圧倒的に多く、表1から見るとさほど労働者の数が多くないように見えるが、米国永住者または居住資格を持つ者が約200万人おり、彼らからの送金が含まれているのが特徴である。次いでサウジアラビア、日本、英国、香港、シンガポールと続く。2003年の額は同年の国内総生産（GDP）の1割に相当しており、やはり海外からの送金なしではフィリピン国内経済が成り立たないという現実が見て取れる。

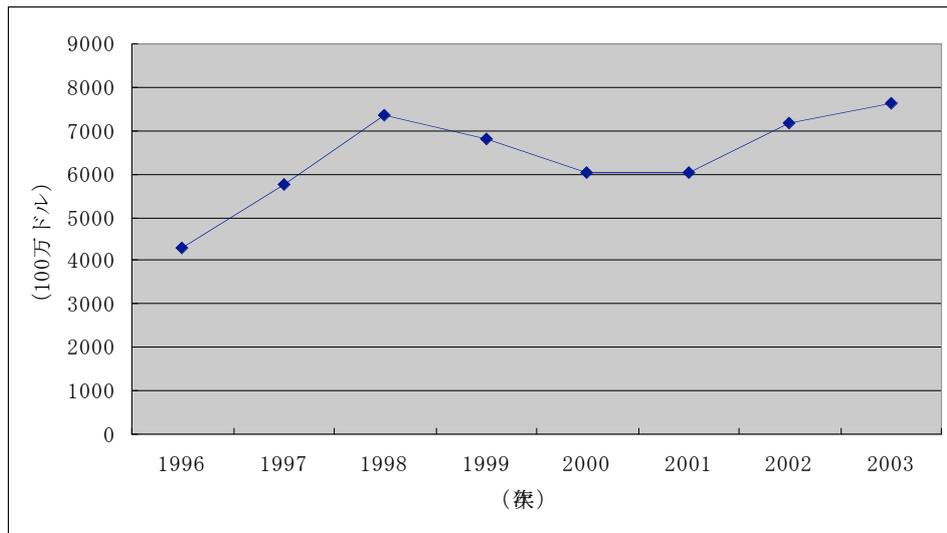


表8 フィリピン人海外労働者からの送金額

資料：「貧困概念 基礎研究」二村泰弘編 日本貿易振興機構 アジア経済研究所 pp.113

をもとに筆者作成

第2節 フィリピン国内の看護師不足

第1節で見たようなフィリピン国内の状況、政府の政策により、近年では毎年約1万人も輩出される看護師のほとんどが海外へと飛び立つ結果となっている。今日までに約30万人ものフィリピン人看護師が海外での職を求めて国を去っており、現在では、フィリピン人看護師全体の約85%が海外で働いていると言われている。受け入れ先は、海外雇用庁(POEA)の2002年統計によると、サウジアラビアが50%、英国が26%と二国で4分の3を占める。特に、少子高齢化が進む先進国諸国では、肉体的にも精神的な重労働で、HIVなどの危険性と隣り合わせである看護師という職業に若者は就きたがらない場合が多く、国内の看護師不足を外国からの移民看護師で補おうとする動きが顕著になってきており、今後も需要が増加すると考えられる。さらに近年、経済成長とともに外国人労働力の導入に踏み切ったシンガポール、台湾、香港など、アジア諸国・NIESの動きを考えると、さらに需要がのびてくることが予想される。

このようにフィリピン人看護師が就労先を海外ばかりに目を向けてしまうのは、フィリピン国内の医療における就労環境があまり整っていないことも関係している。国内で就労した場合のシフト状況について見てみると、ほとんどの看護師が1シフトで100人以上の患者の世話を課せられている。これは1人の看護師が看るのに理想とされる1シフトで15人を遥かに上回る数字であり、国内では非常に過酷な就労環境におかれていることが読み取れる。また、賃金に関して見てみると、海外で就労した場合の平均月給は3000~4000ドルである。一方、フィリピン国内で就労した場合、都市部では平均月収169ドル地方では90ドル以下の地方もあるなどかなり賃金の差は歴然としている。よって海外就労への道が開かれていれば、高い賃金を求めて海外で就労することは自然の流れでありフィリピン国内に看護師が残らなくなってしまうことが懸念される。

このように比較的海外就労がしやすく、高い賃金を得られることからフィリピン国内では看護師の人氣が急速な高まりを見せている。しかしそれだけではなく、アメリカ、カナダ、イギリス、サウジアラビアといった国では、専門職の仕事を得ることができれば長期滞在や「移民」が認められ、家族を呼び寄せ永住することも可能である。このため将来を見据えて一度社会に出た人が専門職である看護師を目指すケースも増加してきている。また、新たに問題となっているのが、医師が看護師転職して海外に進出しているということである。看護師同様、医師も研修医で300~800ドルと低賃金、そして長時間労働、ハードスケジュール等、国内での就労環境の悪さが存在し、さらなる高収入に惹かれ、海外に出やすい看護師へ転進を図る医師が目立ってきている。2005年時点で、約6000人も現役医師が看護師になるための勉強をしていると発表された。さらに、2004年のフィリピン医師の国家試験に首席で合格した人までもが看護師になる意思を表明したことがメディアで取り上げられたこともあり、今後ますます優秀な人材が海外に流出してしまうことになり問題はさらに深刻化している。

フィリピン国内で看護学部生が増加する中、経験を積んだ看護師が国内から去っていき、医師までもが看護師に転職し海外に出て行ってしまふ。優秀な人材がどんどん海外に流出してしまうことは、フィリピンの医療現場では医師・看護師不足を加速化させている。総人口は増加傾向にあるものの、1996年時点で公立病院の医師は全国で3119人、看護師が5653人であったのに対し、2002年には医師が3021人、看護師が4721人と減少している。さらに、政府による1人当たりの保健予算は減少し続け、病院が廃業に追い込まれたり、病院の人口当たりのベッド数も減少の一途とたどっている。さらに、都市部に医療機関が集中する傾向にあり、1998年で全国1702施設、84482床の病院のうち、約3分の1がマニラ首都圏に設置されている。たとえフィリピン国内で看護師が数字の上で足りたとしても、経験が少ないなどの二流看護師ばかりが残り、さらに看護師は都市部に集中し、地方にとっては医療従事者不足の問題は非常に深刻である。また、成人及び乳児の死因を見てみると、乳児においては呼吸器系感染症、下痢、栄養失調などが依然として多く、成人では感染症と生活習慣病の両方が共存する構造となってい

る。これは第1節でも述べたように都市部とその他の地域との格差が大きいことから地域ごとの医療水準に格差が生じていることが理解でき、結果として、とりわけ貧困層が医療水準低下における被害をより受けやすい状況を生み出していることがわかる。

	成人死亡原因	人口 10万対	乳児（1歳未満） 死亡原因	出生 千対
1位	心疾患	76.5	胎児・新生児呼吸不全	3.5
2位	脳血管	56.6	肺炎	2.8
3位	肺炎	46.1	先天性異常	1.9
4位	悪性新生物	43.9	出生時損傷	0.9
5位	事故	40.8	下痢	0.9
6位	結核	38.3	敗血症	0.6
7位	慢性肺疾患	19.5	髄膜炎	0.3
8位	糖尿病	12.1	他の呼吸器	0.3
9位	他の呼吸器	10.3	栄養失調	0.2
10位	腎臓系	10.2	麻疹	0.2

表9 フィリピンでの成人及び乳児の10大死因（1998年）

資料：「世界の厚生労働 2004 海外情勢白書」厚生労働省編 pp. 222

出所 フィリピン保健省

このような状況を目の当たりにし、フィリピン看護師協会、政府の間で看護師待遇の改善が指摘され始めた。現行の看護師教育・育成制度の見直しをはかるため、国内の看護師の給与水準の引き上げなど制度の変更の意向を示しているものの、依然看護師の海外流出は増える一方であるというのが現状である。

第3章 日比 FTA 協定

第1節 合意内容

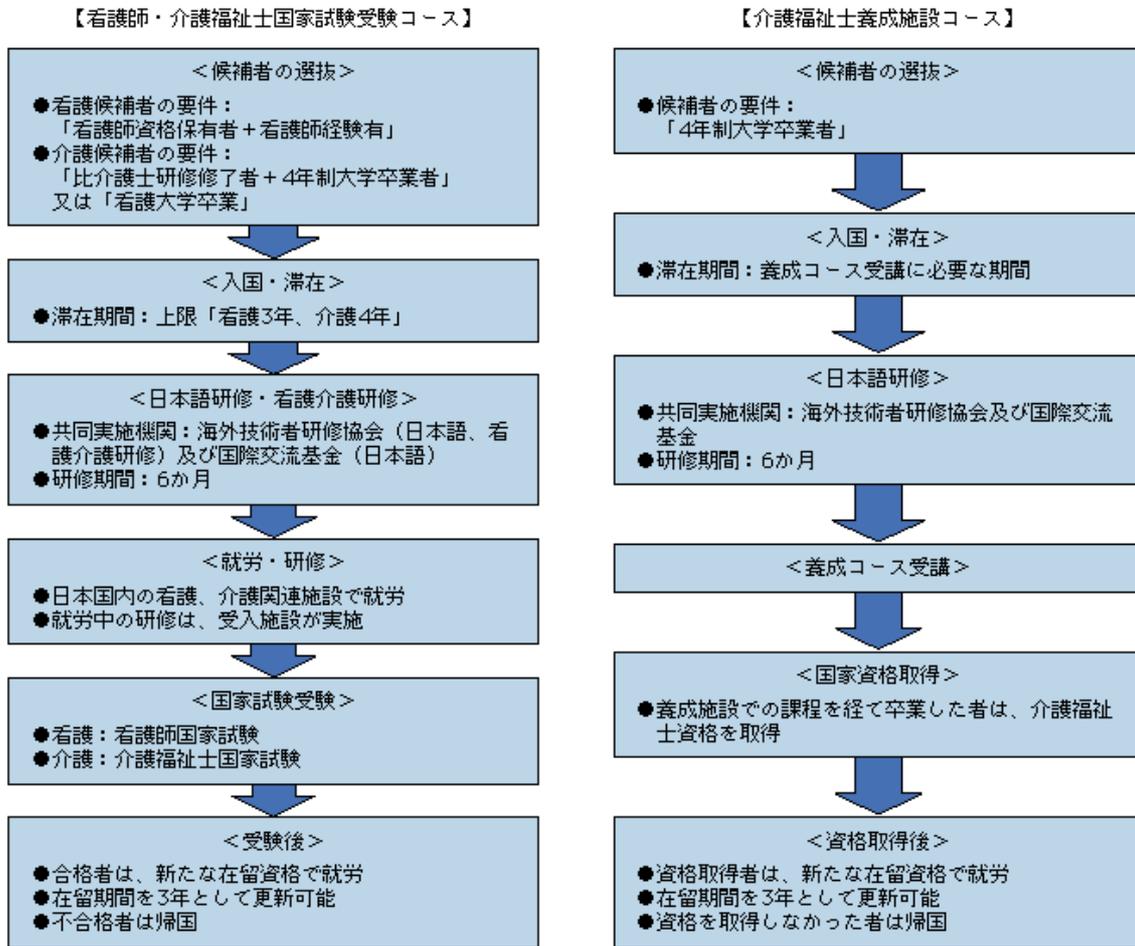
2004年(平成16年)2月から日本政府はフィリピンとの間で、自由貿易協定(FTA)交渉を正式に開始した。この交渉は9月までに4回開かれているが、看護師・介護士の受け入れ、農産物・工業製品の関税撤廃などがこれまでの協議で主要テーマとなっている。焦点となっている看護師について当初フィリピンは、自国で取得した看護師資格を日本でも認めるように求めていたが、日本政府は日本の資格取得を前提に受け入れること、新たな研修制度を検討することを提示し、フィリピン側もおおむね理解を示しているという(表10参照)。

現在日本国内で外国人看護師が看護業務を行うには看護師免許のほかに在留資格が必要となっている。日本の看護師免許を持ちかつ永住者である場合には、看護師として就労が可能であるが、永住者でない場合は4年以内の研修という名目の就労しか認められておらず、実質的には外国人看護師の日本での就労はかなり制限されている。そこでフィリピンはこの規制の大幅緩和を要求しているのである。

しかし、フィリピンとの間で看護師の受け入れが認められると、フィリピン人看護師に限らずすべての外国の看護師に道を開くことになるので、日本の看護界にとってこの交渉は非常に難しいテーマであると言われている。

これまでの交渉では、日本はフィリピンとの間で、フィリピン人看護師の年間の入国人数を100人程度、数年間の期限付きで認める方針を打ち出した(表11参照)。

表5 日比EPAにおけるフィリピン人看護師受入れに係る基本的枠組み



(出所) 日本政府・フィリピン政府「日フィリピン経済連携協定の大幅合意について（共同プレス発表）」。

表 11 日・比自由貿易協定 合意内容 (看護師・介護福祉士関係)

	看 護 師	介護福祉士	
		国家試験受験	養成施設入校
目 的	看護師国家資格取得と取得後の就労	介護福祉士国家資格取得と取得後の就労	
在留 資格	2 国間の協定に基づく特定活動 (入管法上新たに創設)		
在留 内容	雇用契約 (日本国内の病院で就労)	雇用契約 (日本国内の介護関連 施設で就労)	養成施設在籍→修了・資 格取得後は雇用契約
期 間 等	<ul style="list-style-type: none"> ・資格取得前：看護師 3 年、介護福祉士 4 年（養成施設入校の場合は、養成課程終了に必要な期間）が上限。 ・不合格・資格不取得の場合は帰国。 ・資格取得後：在留期間上限 3 年、更新回数制限なし。 ・労働市場への悪影響を避けるため、受け入れ枠を設定。 		
要 件	<ul style="list-style-type: none"> ・フィリピン看護師資格保有者 ・看護師経験 ・6 ヶ月間の日本語研修等(※) ・日本人と同等の処遇 	<ul style="list-style-type: none"> ・「フィリピン介護士 研修終了者 (TESDA の 認定保持) + 4 年制大 学卒業生」又は「看護 大学卒業生」 ・6 ヶ月間の日本語研 修等(※) ・日本人と同等の処遇 	<ul style="list-style-type: none"> ・4 年制大学卒業生 ・6 ヶ月間の日本語研修 等(※) 又は日本語検定 2 級
送出調整機能	政府関係機関 (フィリピン海外労働者雇用庁 [POEA])		
受入調整機能	福祉・医療関係団体		

資料：医薬品情報 21 「なぜ、海外から出稼ぎ看護婦を導入しなければならないのか」

第2節 日比 FTA の問題点

第1節では日比 FTA 協定の合意内容を述べたが、現在これをめぐるさまざまな議論がなされている。一例として日本看護協会の意見を紹介する。

日本看護協会は、日比 FTA の準備交渉の段階から、外国人看護師の日本への受け入れについては慎重に対処すべきであり、自国の看護師不足を解消するとの理由で安易に外国人看護師を受け入れるべきではないと主張していた。また、日本では5年毎に看護職員需給見通しを策定して、計画的な需給対策が講じられていること、看護大学も年々増加し、看護師の養成数は順調に増えつつあり、現状では深刻な看護師不足は解消されてきていることなど日本の現状についてフィリピンに説明し、国民の社会保障の基盤である保健医療の提供を脅かす看護師不足は、外国人看護師に依存して解消されるべきことではなく、国内の看護労働問題を解決することが重要であると主張してきた。

しかし EPA は政府レベルの二国間貿易交渉であり、フィリピンが看護師の受け入れを強く要求していたことから、日本政府としてもそれを拒否することは難しい状況であった。そのため、日本看護協会は一定の受け入れ条件をつけ、条件が了解されなければ受け入れには反対であることを表明した。その条件とは①日本の看護師国家試験を受験して看護師免許を取得すること、②安全な看護ケアが実施できるだけの日本語の能力を有すること、③日本で就業する場合には日本人看護師と同等以上の条件で雇用されること、④看護師免許の相互承認は認めないことの4つである。今回の協定ではこの4条件すべて満たされている。

ただ看護界には依然、フィリピン人看護師の受け入れについて賛否両論ある。フィリピン人看護師が就業することにより、日本人看護師の給与水準や労働条件が悪くなるのではないかと、また日本人看護師の労働市場が圧迫されるのではないかと、言葉の問題や医療体制の違いから看護ケアの質が維持できないのではないかなどの懸念も出されている。一方で、看護の国際化が進むこと、技術移転によって国際協力に貢献できること、日本に暮らす外国人の看護ケアを担う存在になるのではないかなどの肯定的な意見もある。

以上、日本看護協会の意見を紹介した。ここからわかるように外国人看護師を受け入れるにあたっての日本国内の議論は、外国人看護師を受け入れることにより日本人看護師の立場が悪化することやコミュニケーションの問題等で、看護師を送り出す側の国の状況をふまえた受け入れの議論が全くされていないことがわかる。

第一章や第二章で述べてきたように送出国と受入国のそれぞれにさまざまな問題がおこっており、看護師の国際的な移動は、双方の国内事情を考慮しながらお互いにとって最適であり、持続可能な体制を整備しなければならない。

私たちはこのような問題点にたって、日本とフィリピン双方に最適であるシステムの構築を次の章で述べていく。

第4章 政策提言

FTA 締結にあたって日本政府は ODA を通じて日本向けの看護師・介護士を養成しようとしている。しかし、本来 ODA は政府または政府の実施機関によって開発途上国または国際機関に供与されるものであり、開発途上国の経済・社会の発展や福祉の向上に役立つために行う資金・技術提供による協力のことである。よってこの場合、日本政府の ODA は、フィリピン人看護師がフィリピン国内で働き続けられるための医療体制づくりに使われるべきであり、看護師不足の国から自国のために看護師を引き抜くのは倫理的にも許されることではない。

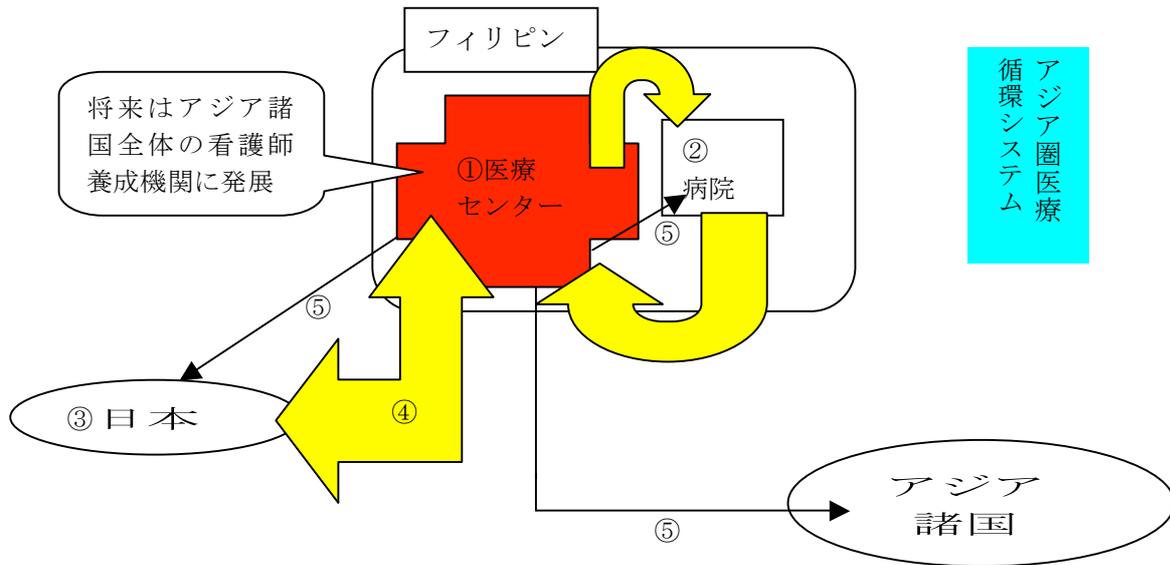
本章では、日比 FTA 締結によるフィリピン人看護師受け入れがもたらす影響（①送出国の貴重な人的資源を奪うこと ②送出国の医療や看護の水準に影響を及ぼすこと）に焦点をあて、日本の ODA がフィリピンの医療体制を拡充するために使われるべきであることを前提に政策を考えていく。

これまで述べてきたように、フィリピンの現状を分析していると、このまま現在のようにフィリピンの看護師が海外に流出し続ければ、将来、日本が深刻な看護師不足に直面したとき、その不足を解消するためにフィリピンから看護師を受け入れることが困難になることは予想がつく。

そこで私たちは、日本の看護師不足を補うことに加え、フィリピンの人的資源の喪失を防ぎ、国内の医療水準向上を考慮しながら、互いの国にとって、また、長期的にはアジア全体の医療にとって有益であろうと思われる新たな政策を提言してみたい。

《具体的内容》

- ① 日本の ODA によってフィリピン国内に医療センターを設立する。日本からセンターに指導者を派遣し、医療実務に関する研修や実習を行うと同時に、円滑なコミュニケーションができるレベルの日本語教育を行う。ただし、このセンターに入る条件として、フィリピン国内の看護師免許を有していることとする。
 - ② センターで十分な教育を受けた後、一度フィリピン国内で数年間の就労を義務付ける。センターでより高度な知識や技術を習得した後、国内での就労を義務付けることでフィリピンの看護師不足を防ぎ、また、国内の水準を向上させることが目的である。この間、日本語能力の低下を防ぐため日本語の講習を定期的に行う。
 - ③ 国内の一定期間の就労が終われば、センターでテストを実施し、合格者を日本に派遣し就労してもらう。
 - ④ 日本で数年間就労した後は、再びセンターに戻り、自国に戻り働くか、他のアジア諸国で働くかを選択する。この場合、賃金はフィリピンで通常働くより高い賃金が支払われることを保証。賃金の補助は、フィリピン政府や日本の ODA の協力によってまかなう。
 - ⑤ 将来的には、このセンターをアジア諸国全体の医療センターにし、看護師養成の国際的機関に発展させる。センターから、日本をはじめ、さまざまなアジア諸国に派遣する。
- ※①～③の段階を経て日本にフィリピン看護師を受け入れることは少し遠回りのように思えるかもしれない。しかし、現在の合意内容にあるような日本の看護師免許取得の困難さに比べれば、日本で就労するための教育や経験を現地に設立したセンターで行うことのほうがより効率的であると考えられる。



(図：筆者作成)

私たちは、上記のような一連の流れを、『アジア圏医療循環システム』と名づけたい。私たちが提案したいのは、医療センターから、フィリピン・日本への優秀な看護師の移動の流れである。そして、将来的にはアジア全体への優秀な看護師の移動の流れをつくり、アジア全体で循環させ医療の向上を目指していきたいということである。

この政策の目的は、単に日本の看護師不足を補うためだけにフィリピン人看護師を受け入れるのではなく、日本の医療技術などを導入し人材を育てる機関を設立することで、フィリピン国内の看護師を優秀な人材に育てることである。また、日本でフィリピン人看護師の就労期間を設け、帰国し自国での就労も義務付けることによりフィリピン国内の不足をなくすことである。さらに、将来的には、医療センターで教育された看護師を、日本に派遣するだけでなく、貧しく、医療があまり充実していないアジアの国々へ、つまり、本当に医療や看護の必要な国への優秀な人材の派遣をできるようにすることが目的である。そして、アジア全体の医療の向上を目指しアジア諸国の看護師を育成する機関へと発展させたい。こうすることによって、アジア全体の医療水準を向上させることができる。まさに、医療の循環システムを作り上げる、というものであるといえるだろう。

このようなことは、高齢社会のケアニーズ増大による看護師不足を、フィリピン人看護師で単に解消するというだけでなく、優秀で経験豊かな看護師を育成してから受け入れをすることで質の良い看護を日本に導入できるというメリットが考えられるだろう。日本人、特に高齢者の中には、外国人看護師に看護されることに抵抗を感じる人が少なくないだろう。このような人たちのためにも円滑なコミュニケーションや高度な看護ができるようになったフィリピン人看護師を受け入れ、患者や病院側が、安心して任せられるようにすることが必要なのである。生活に密着した外国人看護師と接していくことで、日本人の閉鎖的な意識も少しはなくなっていくのではないだろうか。

また、日本のODAによって、このような機関をつくり、日本がリーダーシップをとってアジア全体の医療の向上を目指していくことは、日本が目指すアジア統合の一步となるだろう。日本が率先してアジア全体のために貢献していくことで、国際的な評価はあがっていくという打算的なメリットも考えられるだろう。しかし、日本は過去のこともふまえて積極的にアジアに貢献していくべきであり、このアジア圏医療循環システムは国際貢献としておおいに役立つものとなると私たちは考えている。

参考文献

《参考文献》

- ・立花 宏(2004) 『日本の論点』文藝春秋 pp. 242 - 245
- ・岡谷 恵子(2004) 『日本の論点』文藝春秋 pp. 246 - 249
- ・日本看護協会 『2004 年版看護白書』日本看護協会出版会
- ・井口 泰 『外国人労働者－政策転換の展望と制度整備の課題』総合研究開発機構「NIRA 政策研究」(2005 年 5 月号) pp. 17-21
- ・ODA ホームページ <<http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/index.html>> (平成 17 年 11 月 10 日 アクセス)
- ・日本看護協会 <http://www.nurse.or.jp/koho/h16/press20050224_01.pdf> (平成 17 年 11 月 6 日 アクセス)
- ・二村泰弘 (2005) 「第 7 章 フィリピンの海外労働－「出稼ぎ」と貧困のジレンマ」
二村泰弘編 『「貧困概念」基礎研究』日本貿易振興機構 アジア経済研究所 pp. 103-125
- ・厚生労働省大臣官房国際課 「定例報告 2003 年～2004 年の海外情勢 第 2 章各国にみる労働施策の概要と最近の動向 フィリピン」『世界の厚生労働 2004 海外情勢白書』厚生労働省 pp. 152
- ・厚生労働省大臣官房国際課 「定例報告 2003 年～2004 年の海外情勢 第 3 章各国にみる社会保障施策の概要と最近の動向 フィリピン」『世界の厚生労働 2004 海外情勢白書』厚生労働省 pp. 217-224
- ・矢野薫 (2004) 「討論：フィリピンからの看護・介護労働者受入問題」『週刊かけはし』2004 年 12 月 13 日 1858 号 日本革命的共産主義者同盟 (JRCL) 中央委員会 5 面
- ・阿久澤麻理子 (2005) 「アジア・太平洋の窓【Part1】フィリピンの「白衣の天使」と携帯電話の勢い関係」『国際人権ひろば』No. 63 (2005 年 9 月発行号) 財団法人アジア・太平洋人権情報センター pp. 10-12
- ・藤本伸樹 (2005) 「アジア・太平洋の窓【Part2】海外での看護師をめざすフィリピンの「セカンド・コーサー」」『国際人権ひろば』No. 63 (2005 年 9 月発行号) 財団法人アジア・太平洋人権情報センター pp. 13

《データ出典》

- ・厚生労働省 『厚生労働白書』平成 17 年版 pp. 426
- ・少子化政策情報 <<http://www.ipss.go.jp/syoushika/site-ad/index-sj.html>> (平成 17 年 11 月 6 日アクセス)
- ・医薬品情報 21 <<http://www.drugsinfo.jp/contents/iron/na/irona3.html>> (平成 17 年 11 月 6 日アクセス)
- ・海外雇用庁 (POEA) ホームページ <<http://www.poea.gov.ph/html/statistics.html>> (11 月 7 日アクセス)
- ・フィリピン基礎講座ホームページ 「統計資料 貧困者比率 (一人あたり)」
<<http://www.t-macs.com/kiso/eco/data/35.htm>> (平成 17 年 11 月 11 日アクセス)
- ・National Statistical Coordination Board (NSCB) ホームページ
<<http://www.nscb.gov.ph/>> (11 月 11 日アクセス)