介護技能実習生の今後について～2019 年 8 月ミヤンマー視察をふまえて

2019 年 8 月 29 日
一般社団法人国際介護人材育成事業団
金澤　剛

＜はじめに＞

2019 年 8 月 13 日から 17 日までの 5 日間ミヤンマーの中心都市ヤンゴン市を訪れた、何回目かの訪問であった。

この春 4～5 年越しの課題であった我々の介護現場にミヤンマーからの介護技能実習生を迎え、彼女たちの働きが想像以上のそれであり、新風として介護現場に刺激を与え、その効果を確かなものとするために次の手段を講じるための手探りの旅のつもりであった。

我々は当初より介護現場に外国の若者を迎い入れるのには二つの目的を持っていた。

一つは、日に日に、あるいは年々絶望的に不足が増していく介護スタッフの充足。

二つめ、先進国となり培ってきた日本の介護技術介護理念を含む「介護」を必要なところに、必要な人に施す、その為に世界に通じる介護の確立立が目的であった。

その為とりあえずの方法、あるいは手段として「技能実習制度」に着目したのであった。
国の規定によると、『我が国で培われた技能、技術又は知識（以下「技能等」という）の発展途上地域への移転を図り、当該開発途上地域等の経済発展を担う「人づくり」に寄与するという、国際協力の推進』と規定され、目的とされた。
一方、基本理念として「技能実習は、労働力の需要の調整の手段として行われてはならない」（技能実習法第 3 条 2 項）とされたと、実態はともあれ規定されている。
だがしかし、実態は極端に言えばこの理念を忠実に実行しようなど考えているのは我々だけなのかもしれないほどの乖離であるが。
ともかく忠実な実践を試みるための準備が今から必要となって来たのであった。この様な思いでの今回のミヤンマー行きであった。
言葉を換えれば、彼女たちを迎えるための何年かを第一段階と規定すれば、実習生が実習終了後の帰る場所探しの第二段階に差し掛かってのでもあろう。
その第二段階の出発の旅でもあった。彼女たちの帰る場所探しの旅でもあった。その報告である。

Ⅱ　送り出し国並びに機関の現状

１　特定技能について

昨年暮れ、安倍政権は議論を深めることなく、超特急で「特定技能制度」を法制化した、それは今までの人手不足を海外からの人材で賄うことの方便である国際貢献、また移民政策をとらない国日本、との国家理念をかなぐり捨て、不足する単純労働者などを全面的に海外、それも発展途上国から調達するとの単目的な法の制定であった。

その結果、皮肉なことにこの法の成立により、今までの例えば技能実習制度などの実態が明らかになり、その理念と現実運用のズレこそが様々な社会的齟齬を生む主因であることが推察されることとが可能となり，逆に技能実習制度が見えることとなったのでもあった。

それにより今までの技能実習生制度は、不足する労働力の穴埋め手段として役立たせ、だれも国際貢献であるなど位置付ける者はいないことが明確となったことである。

例えば使用者側にとって、特定技能制度にては労働者は原則移動自由と規定されることにより、それまでの技能実習生制度がその制度上職場を換えることはできず、実習生があえて変えれば「失踪」として犯罪人となり国外追放となる、との意味の便利さが、明確となったことなど様々な実態が見えてきたのであった。

だがしかし何れも技能実習生制度が国際貢献のためを目的としているなどを証明することは出ず、不足する働き手の充足と、実習生側は、故郷の家族などに仕送りを目的とした「出稼ぎ」との目的がためとういう実態が明確となるばかりであった。

特定技能制度が日本で制度化すると送り出し国に在っては、新たなビジネスチャンス来たり,といわんばかりに、日本向けの送りだし機関の新規開設や、日本語学校の乱立を招き例えばヤンゴンに在っては 100 カ所、マンダレーに在っては 30 カ所ほどの日本語学校が開設されていると聞く。

だがしかし送り出し国にとっては、それでなくても複雑な日本への出稼ぎ制度であるのにまたぞろ意味不明の新制度の成立と総じて不評のようで、国としての推進にはなかなか腰が重いようであるが。

何よりも特定技能では雇用者側の直接雇用が可能であるとの制度であるため送り出し国にとっては何の「うまみ」がない制度であってなかなか進まないであろう。

この様な風景が例えば主たる国民所得が海外出稼ぎに頼っているミヤンマーのような国に在っての現状である

２　送り出し機関めぐり

この様な状況の中我々は、我々が関係を持っている既存の送り出し機関を客観的に見るために、またミヤンマーにおける送り出し業界全体の現状認識を深める作業として信頼がおける他の期間の視察も今回実施した。

その一つはおそらくミヤンマーにおいては一番の介護人材の送り出し機関である，「ミヤンマーユニティー」

そこは、今年 4 月よりすでに 99 人の介護実習生を日本に送り出、この 9 月にも 70 人を送り出し現在 343 人が在籍し学習中である介護実習生の送り出し機関である。

視察の結果、介護人材は日本語能力 N3 にて送り出し、それまでにかかる期間は 11 カ月、言わば受注生産工場システムあるいはトヨタの生産方式であるカンバン方式をほうふつとさせる仕組みをほぼ完成しており、価格も時価でなく定価であった。

その方式とは、日本の受け入れ介護実習機関が発注、それを受けユニティー側が要望人数の 3 倍の数の候補者を用意して面接、その後、内定者を決定してから教育に着手し 11 カ月後に日本語能力 N3 にて日本に出国、その後日本の監理団体による入国研修の 1 カ月を経た後に介護現場に着任。

又、費用も国が定めた法定斡旋手数料の内訳も明確であり、合理的であった

この様なシステムを完成した実習生送り出しシステムは実習実施機関に在っては狂いのない採用計画が描くことができ極めて便利である。

それは聞けば聞くほどデーターに裏打ちされたシステムが完成され、またかかる費用も無駄がなく、この業界にありがちな不透明な資金の流れなどない、極めて透明性のある仕組みを完成された機関であった。

この会社は確かにシステム、価格、信頼性において必ずやミヤンマーにおける送り出し機関としてのリーディングカンパニーとなることであろうと推察される機関であった。

ただ問題は一つ、日本の人材不足の介護施設と出稼ぎにより収入を得ることを目的にした実習生の関係を結ぶ、人材斡旋機関に徹したことであり、そこには日本において技能を習得し帰って母国にそれを広めそれをもって母国の発展に寄与する、などの大義、あるいは技能実習制度の理念、目的などは一切無関係であって、単純に人材斡旋に徹した機関であることである。

それは、例えば技能実習生には介護、農業、工場など複数の職種の面接を課し実習生として日本に行けるチャンスを限りなく増やし、また採用側には複数の候補者から選ぶことができる仕組みなのである。

そこにはあくまで目的が日本の出稼ぎであり、極端に言えば業種は問わないのであろう。

ただ日本にて稼ぐことができれば良しとの本音を単目的にした仕組みであり、技能実習生制度の本音をシステム化した送りだし機関といえるのである。

数ある送りだし機関の中で出稼ぎ斡旋業者として合理的システムを完成した機関といえる。

次に、ミヤンマー在住の日本人の紹介でヤンゴン市内にて小規模で堅実な日本語学校並びに送り出し機関を見学。

それは 2011 年からの創業であり何人かをタイ、マレーシアなどに送り出すほか、日本にもすでに溶接、電子組み立て業などに 389 人を送りだしているとのことである、日本語学校には N5 で 2 カ月 N4 で 4 カ月の授業を課しほぼ通学型の学校であり N3 対象の生徒は仕事が休みの土曜日曜に通学。

費用も N5 で 12,5 万チャット N4 で 19 万 N3 で 21 万チャットと格安である。また地方出身者のために小規模であるが寮もあるとのことであった。

目的が出稼ぎであれば係る費用は当然少なければ少ないほどよく、例えばその為にかかる費用に群がるブロカーなど可能な限り排除した善良な送り出し機関であった。

この様な送り出し機関がある意味でスタンダードになるように我々も努力する必要があるのかもしれない。

限られた時間で見ることができ、しかも極めて信頼がおける送り出し団体、一方では日本の受け入れ側に基準を置いた仕組み、一方は送り出し側に基準を置いた仕組みにの団体であった。

ミヤンマーの業界は昨今、またぞろ数の急増をきたし送り出し機関数は 4 月には 125 団体それが現在は 233 団体となっているようだ。

そのことは現況が玉石混交をきたしていると想像できる。

だがしかしその当たり前であるが、大半があるいはすべてが出稼ぎ斡旋機関である、今のところ技能実習の目的を達成するがための紹介機関は 0 に等しい

III　日本的介護の伝習の可能性について

1　介護職の専門性について

さて我々の目的である「日本にて介護を習得し帰国しそれをベースにして国に合った介護を創設する人材の育成」につき考えてみよう。

この頃よく聞く話がある＜ミヤンマーには介護がまだない＞。その一方で技能実習生になる前歴条件に介護に就いていたか、あるいはそれ相当の経験、あるいは資格があるか、また帰国してその仕事を継続する条件が有るか、などが介護技能実習生になる資格要件である。

この様に矛盾した項目をクリアーして介護技能実習生は現実に日本の介護現場に着任しているのである。

その理由は簡単である、例えば家族の世話、介護をしたことがある、あるいは約半年から一年ほどで終了する看護専門学校に通学したことがある、などにてクリアーしているのである。

そこには書類審査のための審査であり内実は関係ない、この制度の一旦が現れてはいるが、それはともかく、基準としては家事としての家族介護が「介護」として認知され、それが介護として認識されているのであろう。

介護という言葉の内実を語る場合言わば我々と「同床異夢」いえることに近い現実であろう。

またその現実こそ我々がよって立つ拠り所なのかもしれない。我々が言う介護は家事労働としての介護、家政婦さんのお世話としての介護ではないのである、その発展形態としての介護であり、業として成り立つ介護であり、科学に裏打ちされた業務なのである。

例えば看護は、19 世紀にナイチンゲールの呼びかけなどにより制度化され公衆衛生の制度化と文明化により大義を得て看護が全世界に認知され広がった

ナイチンゲールのそれは、それを可能とする科学体系としての看護が作られる芽を持ったそれでもあった。

それに比して育児や高齢者ケアが科学化され介護とされた歴史は浅く、現況としては専門家領域と認知されているとはいいがたい状況が未だ続き、制度として確立しているのは日本などごく限られた国々であって世界的な認識としては、女性であればだれでもができるごく当たり前の行為であって、したがって家事労働と位置付けられているのが現状である。

介護が専門職と自立した業務と位置付けられ始めている日本に在っては、1987 年社会福祉士及び介護福祉士法の成立により国家資格として位置付けられ、

韓国では 2008 年の介護保険法の成立になどにより療養保護士として国家資格制度とした。台湾に在っては照願服務員という国家資格にての認知制度が確立してはいるが、何れの国においてもその専門性に対しての社会的評価はいまだ低く、未だに介護の専門性を社会的に認知するまで至っていないのが現状でもある。

この様に介護が社会的行為として認識されその重要性が位置付けられている介護先進国であっても現状は、家事行為としてお世話型の介護と職業としての介護の質的差異などが社会的に認識されていないのが現状でもある。

この様な現状の中,日本の介護は、介護の 3 大要素（食事介護、入浴介護、排せつ介護）を中心とした技能の確立、またそれを支える介護理念として高齢者など被介護人の人格尊厳、自立の援助を柱とした介護思想の確立など専門性の純化の蓄積に日々努力しているのが現状である。

この様な現状の中で培われつつある介護を我々は「日本的介護」と呼びそれを外国の若者に伝習してもらうのが介護技能実習生の目的でもあるのだ。

２送り出し国の介護職の認識などについて

送り出し国ミヤンマーに在っては、国策として外国人労働者を積極的に受け入れているシンガポールには推定で４万人の家事労働者を出し（2017 年推計）、
又、受け入れ国台湾に在っては台湾女性労働力の確保のためにタイ、ベトナム、フィリピンなどの国々から家政婦さんを大量に迎い入れ育児、介護、他家事一般を代行させている
その家政婦が介護職とされている。これが介護職の一般的な考え方なのであろう。
しかし例えば日本に介護技能実習生として入国するには日本語能力 N4 以上、スムーズに仕事をするには N3 以上が要求され、それを取得するにはそれなりの基礎能力と期間と資金が必要となり、母国で語られている介護を担うにはオーバースキルが要求されているのであるが支払われる賃金に魅力を感じ応募者が尽きないのであろう。
その中にあってミヤンマーにおいて情報によれば 2017 年に政府が「ケアギバー制度」を導入決定して 2018 年より認定制度の運用を開始し、保健スポーツ省と日本の介護関連団体による合弁で介護職業訓練校を開校したと聞く。
だがたとえミヤンマーに、ケアギバーが生まれたとしてもそれを必要としている社会制度が未だないに等しいのにどこで働くのであろう、また何カ所かの看護専門学校の卒業生が民間公立を問わず准看護婦、あるいは看護助士的業務についているのにその棲み分けはどうするのかとの疑問が残る。
まして「専門的介護」の領域など未だないに等しい社会なのに.
確かにこのような様々な動向がミヤンマーに在ってはうごめいているのではあるが、総じて日本に労働力を送り出すための諸策としてしか思えないのが現状である。
何せかの国は日本の産業人から見れば「最後のフロンティア」だそうだから。

３　介護技能実習生の行く先

我々が引き受けた介護技能実習生の今後の件につき考えよう。
就労スタイルは
＜永住に向けては＞
① 技能実習１号２号終了の後３号への道、－都合５年間－
その間介護福祉士資格を取得すれば永住に近づく。
② 技能実習２号終了後特定技能生になりあと５年、―都合８年間
その間介護福祉士資格を取得すれば永住に近づく。

この様に日本にて出稼ぎをより長くする手段は明確である、また実習生を採用している介護施設にとっても安定したスタッフの定着は何より魅力である。
＜次に制度の目的でもあり我々の目的でもある介護の伝習者としての育成は＞
残念ながら今のところ母国ミヤンマーに在っては帰るところがないのである、言葉を換えれば介護が今のところ無く、また社会的に必要としていないのである、その場合の介護は我々の言う介護であるが。
ただあるのは富裕層が必要としているケアギバーであり、家政婦であろう。
又、あったとしても家族介護力不足のためにそれを必要としている家族の代行で家事労働としての介護であるし、就労場所としては、ほかに公立私立病院の看護助士あるいは寺院などが運営している介護施設の看護助士的なボランティアなどが想像できる。
しかし現状のミヤンマー市民社会に在っては日本の介護専門家が持っているスキルを必要としていることは確かなようだ、しかしそれが顕在化しないのはどうも医療、医療制度が国際的レベルから見ても遅れ供給が間に合っていないことが原因のようであるが。
何れにしても何年も日本の介護現場で培ったスキル所有者にとってはもったいない現場である、それでなくても日本の介護現場でさえ実習生本人の持っている教育課程、例えば大学院卒業者、大学卒業者、など受けた能力からみればスケールアウトしたもったいなさを持っている実習生も含んでいるのが現況であるのに。

＊さてそれではミヤンマーにあって実習生の帰る場所がどこにあるか推察してみよう。

まずは外観から

データーで俯瞰

医師数　人口　１万人当たり６，０人
看護師数　人口　１万人当たり５，６人（２０１３年 MOH「Health in Myanmar」）
日本医師数人口　１万人当たり２５，１７人
日本看護師数人口　１万人当たり１１４，８９人（２０１６年厚労省）

一人当たり政府保健支出額

ミヤンマー	14 米ドル
ベトナム	49 米ドル
シンガポール	118 3 米ドル
日本	3448 米ドル（2015 年）

政府支出に占める保険支出割合（２０１５年）

ミヤンマー４，９％

日本　　２２，５％

タイ　　１６％

総合病院数　　３、３１３施設

農村部医療センター１、５６５施設

総ベット数　　５６，７４７床（２０１３年）

そのうちヤンゴンに在っては１５，００床の国立総合病院、その他婦人科病院、整形外科病院、病院小児などの専門機能病院などがある。

又タウンシップ（ミヤンマーの行政区分のひとつで１０万人ー２０万人を一区分としている）の中に総合病院、母子保健センターなど配置されている。

この様な配置であるが農村部医療センターには医師の配置はない。

他に民間医療施設などある

国際比較をしてみると

１０００人当たりの病床数

ミヤンマー０，６床（２００６年）

日本　　１３，７床（２００９年）

タイ　　２，１床（２０１０年

（WHO 世界保健支出データーベース）

保険制度は

国民全体に対する公的医療保険制度は存在して無く社会保健法に基づく一部加入労働者を対象にした医療保険制度などがある。

他に軍人及びその家族を他対象にした医療保険などがあるが国民全体の１，８％の加入者数である。

医療費の公的負担

公的医療機関かかる医療費は無料であるが、医師の診察、治療にかかる費用に限られ、検査薬剤の一部、診療材料、入院費などは有料となっている。

又民間医療機関は全額自費

この様に病院数も医療従事者数も圧倒的に不足しその結果平均寿命もアジア諸国にあってもラオス、カンボジアなどと同様により若い位置である

その原因の一つは小児死亡率の高さである。

高齢者介護の社会的必要度は、

高齢者人口比率は２０１５年　５，６５％

２０３０年　８，６７％

２０５０年１３，３２％と推計されている。

これは他のアセアン諸国に比べると高齢化社会に到達するまではまだ時間があるが、確実にその速度が早くなっている。

そこで政府は２０１６年に高齢者保護法など成立させその対策準備には入っている、

だがその具体性にはまだまだ時間を要するようだ。

４　ミヤンマーの介護の現状

ミヤンマーの一世帯当たりの人数は４，３９人（２０１４年人口センサス暫定値）となっているがこれを日本に当てはめると１９５０年代にあたる、これは３世代同居が当たり前の風景であり、まだまだ生産単位が家族単位であり高齢者の介護などは家事として位置付けられていた時代に相当する。

その時は当然日本においても職業としての介護など生まれてはいなかった時代である。

イメージとしては「サザエさんに描かれた磯野一家のようだであろう」

現在のミヤンマーはそのような時代の家庭介護力と想像できる。

さてこのような社会にあって、日本にて介護技能実習生が介護を習得してもその結果を役立たせる受け皿は今のところ無いのである。

それが先に記したミヤンマーには介護がないとの現状認識なのである。

たとえあったとしても先に記したように富裕層の在宅高齢者のケアーぐらいでそれは家事労働としての介護の代行にしか過ぎない、宝の持ち腐れであろう。

又、それが国内に８０カ所ぐらいあるという民間団体による老人ホームか他になん箇所かある公的機関の認定ケアホームかのそれにての就労であろうが、それも日本で培った介護スキルを必要とはしていないのが現状である。

この様なミヤンマーの現状をふまえ、介護技能実習生のその後の行先を想定すると。

１介護福祉士となり日本にて永住

２技能実習なり特定技能生となり日本で過ごし、その後後帰国

㋑帰国して習得した日本語能力を生かして他の業界に転職

㋺日本在職中に貯めた資金を使って母国で起業。

㋩習得した「日本的介護」を生かし病院なり施設、家事労働現場にて就労

㋥習得した「日本的介護」を生かし起業、あるいはそのような事業体に就職

㋭その他

など考えられる

Ⅳ　ミヤンマーにおける「介護」の創設

１　未だこれが介護であると決まってはいない

今あるいは今後ミヤンマーで帰国介護技能実習生が役立つ世界を想像。
次にこの件につき考えてみよう

日本は世界的に見ていち早く少子高齢社会を迎えそれに対応すべく、介護の社会化を成し遂げ、社会全体にて高齢者など要介護者を介護する手法、制度、技術などを生みだした。

我々はそのことにより出来上がった介護を「日本的介護」と呼びそれを海外の若者にOJT 手法をもって習得させ、その技術、理論を持ち帰り母国に必ず必要になる介護を母国に合った手法にて開発してもらい、その集大成として介護のグローバルスタンダードを作り挙げることを目的とするとした。

そもそも日本にあっての介護は未だ統一されたスタンダードがないのが現状でもある、確かに介護福祉士試験などにより介護に必要な基本は決まっているが、現状はその基礎を基に技術的には「私の介護」の伝習が有用であり職人的世界が生きている世界でもある。

又その概念においても多少の違いが見える。
それは日本における介護そのものの出自がそうさせているのであろう。日本における介護の源流を見ると３潮流からなっている。

㋑戦前、いやそれ以前からあった福祉の世界からの潮流
救民活動を支えた他人に対しての心根を基礎にした福祉活動としての介護、その源流は色濃く現在に在っては、高齢者の尊厳の保証こそ介護であるとの介護の理念を支えている。

㋺看護の世界の延長として介護をとらえる看護世界から出た介護。
それは例えば介護を科学的作業と位置付ける手法の一つに介護過程手法がある、それは看護過程を介護と名を換えた手法であるように看護の延長として取らえる流れ

㋩自立支援こそ介護の根本であるとの主張を強く持ったリハビリテーション世界からの流れ
この潮流から高齢者の自立のための技術、手法など持ち込んでいる、自立支援介護の源流でもある

この様に三潮流がそれぞれに介護を語りながら、相互に批判しながらも結果的に調和しながら進化しているのが日本の介護の現状なのであろう
日本であってもこの様なことなのである。

今ミヤンマーにおいて必要な介護は必ずある、
　それは家事労働としての介護の固定した概念をいったん排除し要介護者に必要なことを見極めそれが誰がどのようなことをしたら実現可能なのかを見極める中から生まれてくるであろう。
　ミヤンマーの現状と今後の必要度の分析の中に必ず潜んでいるはずである
その発見から生まれるのがミヤンマーの介護であろう、日本的介護はそのきっかけに役立つことであろう。

２訪問リハビリ、訪問介護ステーションの可能性

①　現状

　技能実習生が母国に帰ってその力を発揮できる場所を探すに考えられる業種など検討してみると、それぞれに短所、あるいは何らかの理由で実現しづらいことが理解できる
　その結果を消去法にて消し去ると、とりあえ残るは病院退院者などリハビリを必要とした在宅患者などの訪問ケアーの仕事である。
　我々は以前に人を介してミヤンマーに JACA シニアボランティアとして赴任して、ミヤンマー国立リハビリ病院にて臨床現場を経験した作業療法士の大塚進氏と面識を持つことできた。
　（大塚氏の報告　http://reharepo.com/sv-myanmar/）
　OT 大塚氏の報告によると、現在のミヤンマーの医療事情は人も施設も環境も絶対的に不足し、先に示した高齢者介護の現状のようにあたかも日本の戦前あるいは昭和 30 年代の病院風景の様のようである、たとえば病院側の入院給食などは無くそれぞれ家族などが病院にて作り、また患者の身の回りの世話は付き添い家族がなし、その為患者家族などで廊下や空いているところに過ごしているのが入院病棟風景なのである、日本においてもかつて入院が「小さな引っ越し」と言はれていた時代のごとくなのである。
　しかも病床数や医療スタッフ、特に看護職がそれでなくても足りず、かつ医療費がかからないとは言え、それは治療にかかる医師の治療、診察料に限られ入院費などで、検査、薬剤の一部、診療材料、などは自費にて負担、
　したがって疾病の急性期治療を修了すると退院し自宅などで療養するのが一般的なようだ。大塚氏の報告によるとリハビリフィジシャンは絶対数が少なく指示を出すので精一杯でまた病棟看護婦は実際の ADL には関与せず、付き添い家族、あるいは付添人の介助で実施されているのが現状である。
　その為フィジシャンは付き添い家族に指示を出すか、また見様見真似で付き添い家族がそれを覚え実施しているのが現状のようだ

ここに介護技能実習生が必要とされる領域が含まれているかもしれない。
　言わばリハビリフィジシャンの指示のもとに介護技能実習生が実施する領域の存在、そして拡大、それには、ある程度基礎知識並びに技術を持った介護技能実習生が必要である。
　またこれを前提にした日本における実習機関中の実施計画も必要となろう。

②需要面から見た可能性

　次に訪問リハビリ、あるいは訪問介護などの需要について考えてみよう
ミヤンマーにおけるこの可能性を検討した優れた報告書がある。

平成２９年度医療技術・サービス拠点化促進事業
（ミャンマー介護拠点促進プロジェクト）
報告書　（株式会社さくらコミュニティサービス）

平成 29 年度医療技術・サービス拠点化促進事業 - 経済産業省

（Adobe PDF）
www.meti.go.jp/policy/mono_info.../pdf/29fy_sakura.pdf

　その報告の中にヤンゴン市内における訪問介護の先行実践とその可能性につき報告がある。
それによると退院患者への看護婦派遣は 10 万チャット（8，000 円一回）
住み込みお手伝いさん費用個人契約 13 万～15 万（14，000～12，000 円月）が相場のようだ
　又客観的には退院患者のリハビリの継続は必要でありその施術を必要としている患者群があることは理解できるのであるが、公的補助あるいは医療介護の公的保険による支援がない現状にあって経済的な面も含めての検討が特に必要となる。
　現状では公費対象になるのは考えづらく、当面自費対象であろう。
その為必要対象者のうち自費対象者群を推計する。
言葉を換えれば訪問リハ、介護事業として可能性の検討である。

先の金額を出すことができる所得階層の推計
　その対象者を博報堂調査報告（グローバル生活者調査 2014 年版）に基づき仮に富裕層、並びに準富裕層とした

仮にヤンゴン市に限って検討してみると

ヤンゴン市人口 739 万人、

世帯数　　156 万世帯（2014 年人口センサス）

富裕層人口の８％月収１００万チャット（８万円）以上

588、800 人　47，490 世帯

準富裕層人口の 33%月収 50 万～100 万チャット（４万～8 万円）

2,428，000 人　522，390 世帯

である

又国内の医療実態の不安から富裕層はタイ、マレーシア、シンガポールの医療機関にての入院治療などが現状であり、その患者の退院後の在宅ケアーの需要も顕在化している。

その為ヤンゴン郊外に富裕層向けのケアー施設の建設計画などがあるという。

そのような計画が進むのは時代の流れとして当然なことであるが、そのことも注視する必要もある。

以上のデーターの結果

このような市場の可能性は在宅リハビリ、介護の効果が認知されればその事業としての確立はあるとの数字でもある、

まして国としての経済成長率が毎年 6～8%続くと予想される国であるためその需要は続くのである。

③ミヤンマーにおいて必要とされる介護とのマッチング

さて次に介護技能実習生がミヤンマーで必要とするリハビリテーションの技能を習得できるかの問題である。

ミヤンマーにおける医療供給体制の整備は先に記したよう遅れている。

その中でも特に課題となりつつあるのが急性期リハビリ後の回復期、維持期におけるリハビリの提供の問題である。

先に挙げたリハビリボランティアの実践報告などによると国内にわずかにあるリハビリテーション病院においては

外来に在っては主には筋骨格系疾患患者であり、入院は切断などによる義肢装具装着によるリハビリであり義足装着後４０日で歩行可能になれば退院とのことである。

適用としてはまだまだ多種にわたる患者いるが手が回らないのが実情のようだ。

言葉を換えれば、急性期におけるリハビリの提供が精一杯でリハビリテーションの歴史から見れば創生期の様であるが、しかし現在の疾病を含み治療のグローバル化から見れば体制が間に合っていないことは容易に想像できる。

そのことは当然、回復期,維持期のリハビリを必要としていないことはないと言い換えることもできる。

問題なのはその提供体制といえるのであろう。

先に介護技能実習生の帰国後の業務として訪問リハビリ、介護がその可能性があると報告した

介護の領域を「お手伝い」「寄り添い」などとした家政婦的作業から機能回復を含む自立的生活の手助け的な業務と広げた場合、そのことは文字どおり生活リハビリと表現を変えることができる、日本の介護現場に在ってはそのことを実践してそれは介護の領域でもあるとの認識が定着している。

その結果、それをも教育習得させ介護職の業務とする傾向が強まっているのである。

結果的に日本における介護技能実習はミヤンマーで必要な回復期から維持期に必要な技術も習得することとなる。

まして、日本の介護に対する時代的要請もそのことが強まることはあっても弱まることはない、何せ今や介護は自立支援介護が語られている時代であるのだ。高齢社会化に取って必須アイテムなのだからだ。

その結果日本で介護を習得した介護技能実習生はミヤンマーで今あるいは今後必要となる回復期、あるいは維持期における介護、リハビリの専門家として機能する可能性はあるのである。

だがしかし今のままでは当然不安も残る

そこで方向性が定められたら、それに向けた様々な調査を含む準備を必要とする。

そのことを思いつくままに羅列すると

1　ミヤンマーにおける市場性、あるいは事業としての成立予測、事業計画作り
2　効果が期待される疾病とその量の算出
3　在宅リハビリ、介護、を必要としている理由、介護量なのか質なのかなど、
4　在宅リハビリ、介護、看護を必要としている家庭の経済力。
5　技能実習生が習得すべきリハビリの技術と理論の確定、
6　リハビリ専門家との協力協定
7　その他

さて今はミヤンマー視察の結果や、来春にも技能実習生第２陣第３陣を迎える準備などの中に、本格的に彼らの今後の行先、あるいは帰るところを準備するのが我々の責任と、キャッチボールの球が返ってきたようです。

当初もそして今も,不足する我々の介護現場のスタッフ充足のためと外国人技能実習生の受け入れ実施しているのであるが、そのことを実習生側から見れば、「私たち何処に帰ればいいのだ」との問いを持ったことになるのだ。

そのことに「介護福祉士になればよい」との方向を示すだけでは、あまりにもご都合主義である。迎い入れる以上彼らの今後に責任を持つのが我々の道理であろう。

その為とりあえずの可能性であるミヤンマーにおける在宅リハビリ、介護ステーション設置の可能性などの検討を含めてのワーキンググループなどを作り課題の整理、研究などを深めることが必要なようだ。
ご検討お願いします。

長くなりましたが、飽きずにお読みいただきありがとうございます。ご意見を。

以上