

## 多文化介護実践に向けた国際比較研究 —インドネシアにおける看護師資格に関する制度政策に着目して—

International Comparative Research for the multicultural practice of care.  
An examination of the nursing qualification system and policies of Indonesia.

二瓶 さやか  
NIHEI Sayaka

### 要 旨

超高齢社会の到来、要介護高齢者の急激な増加に伴う介護人材不足を背景に、さまざまな制度下で外国人が介護職として来日し、今後も外国人介護職への期待は更なる高まりを見せることが予想される。その一方で、外国人介護職の就労に関しては、定着や受入側の体制等、課題解決に向けての検討が求められているのが現状である。

本研究では、インドネシア介護福祉士候補者の「他文化理解」の一視点として、EPAにおける日本側の受入要件となっているインドネシアの看護師資格に着目した。先行研究、統計資料等を中心にインドネシアの人口動態、現在に至るまでの海外移住労働、保険医療制度、看護人材教育や資格制度の変遷を辿り、来日後に関連する福祉制度や高齢者福祉の現状について概観した。結果、EPAによる介護福祉士候補者の従事先は、介護施設が主となるが、インドネシアでの高齢者施設に関する実態報告は極めて少なく、看護師資格を取得するまでの教育や資格制度、高齢者福祉・要介護高齢者を取り巻く状況や価値観は日本と異なる様相であることが明らかとなった。インドネシアには未だ浸透していない、介護施設における職業としての高齢者介護、日本という自国とは異なる文化のなかでの職員との協働、実践の対象となる介護を必要とする利用者との関係性の中で、外国人介護職は多くのジレンマや不安、葛藤の狭間で実践にあたっていると考えられる。以上のことから、今日のグローバル化社会において、多国籍の介護職による介護実践には、人間の多様性を理解し尊重するといった「文化的コンピテンシー」の醸成の必要性が示唆された。わが国における多文化間における介護実践は発展の途上にあり、今後は介護分野や介護施設における、文化的コンピテンシーを向上させるための新たな介護概念や教育プログラムが必要になると考えられた。

## 1 はじめに

超高齢社会の到来、要介護高齢者の急激な増加に伴う介護人材不足を背景に、さまざまな制度下で外国人が介護職として来日しており、今後も外国人介護職が貴重な介護人材として位置付けられ、外国人介護職への期待は更なる高まりを見せることが予想される。わが国における、介護分野での外国人の受入の変遷は、経済連携協定（Economic Partnership Agreement：以下EPA）により、インドネシア・フィリピン・ベトナムの3か国より介護福祉士候補者の受入れを開始したことに始まる。その後、「出入国管理及び難民認定法の一部を改正する法律（改正入管法）」が成立、新しい在留資格「介護」が創設され、さらに「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」が制定となり、「技能実習生」としての外国人介護職が誕生することとなった。近年では、「特定技能1号」と「特定技能2号」の「在留資格の創設を含む入管法改正案」が政府により国会に提出、2019年より施行される等、多様なルートで受入れが進められている。先のEPAによって、早期に開始されたインドネシア人の介護福祉士候補者の受入れは、2022年4月までに累計2,627人<sup>1)</sup>となった。候補者のなかには、来日後、3年以上福祉施設で介護士として従事し、介護福祉士国家試験に合格し実践現場で活躍する外国人も誕生している。EPAによる外国人介護職の活躍を背景に、施設における受入の体制や指導体制が整備されつつあるといえる。

しかしながら、その一方で、外国人介護職の帰国の実態から、日本における定着の難しさ<sup>2)</sup>や、日本とは異なる文化的背景をもつ外国人労働者の受入れにあたっては、受入側の体制構築の必要性が重要であること<sup>3)</sup>が報告されている。さらに、多文化間における介護実践においては、双方の文化理解の重要性と外国人も包含した新たな介護実践のあり方を示す必要性<sup>4)</sup>も言及されており、外国人介護職の就労に関しては、定着や受入側の体制等、課題解決に向けての検討が求められているのが現状である。

こうした現状を背景に、本研究では、外国人介護職の「他文化理解」<sup>注1)</sup>の一端として、EPA制度におけるインドネシアを対象として、EPAインドネシア介護福祉士候補者の要件の1つとして示されている「インドネシアの看護学校（3年以上）卒業」に着目<sup>注2)</sup>し、インドネシアにおける看護師資格に関連する制度政策の歴史の変遷について報告する。看護師資格や知識・スキルを背景にもつ外国人介護職については、介護福祉士として来日することによる看護師としてのアイデンティティの葛藤があることが報告されており<sup>5)</sup>、また、EPA介護福祉士が日本の施設で働くなかで、看護専門職として培ってきた知識と技術を実施できず、看護師としてのアイデンティティが傷つき、屈辱感を感じながら就労、研修に取り組んでいる者も少なくないとの報告もみられる<sup>6)</sup>。さらには、介護実践において、「古い」「介護」といった概念相違をはじめ、さまざまな面において自国と日本との文化差が時に実践への困難をもたらす可能性があることが指摘されている<sup>7)</sup>。以上から、インドネシアにおける看護学校の卒業を要件として来日し就労しているEPA介護福祉士候補者の自国の社会的背景や資格制度等を理解することは、外国人介護職と日本人が協働するうえで他文化理解の一端となり、相互理解の促進に寄与すると考えられる。以上より、インドネシアにおける看護師資格保有者であるEPA介護福祉士候補者がどのような保健医療制度や資格制度のもと看護師資格を取得し、来日に至っているのかを理解することを目的として、看護師資格の他、来日後に関連する社会保障・福祉制度等、インドネシアの歴史の変遷と現状をまとめていく。

本稿では、文献・先行研究・統計データによる文献研究を中心として、2022年8月にインドネシア、

スラウェシ島マナド地方における高齢者施設<sup>注3)</sup>・看護学校への訪問によって得た情報を加え報告する。訪問した高齢者施設は、主に貧困者及び身寄りのない高齢者を受け入れる場所として①政府が運営する施設②キリスト教（プロテスタント）系財団の運営による2施設、看護学校は、私立の看護大学、職業訓練校（SMK）である私立の看護専攻高校の2校である。

## 2 インドネシア社会と人口動態

インドネシアは、オランダの植民地支配と日本軍政下を経て、第2次世界大戦後の1945年に独立を宣言、オランダとの独立戦争を経て1949年に独立、統一国家を形成してきた。

総面積は、約192万平方キロメートル、17,500以上の島嶼国である。第2次世界大戦後に独立し、主要民族のいない多民族国家である。人口は2020年で2.7億人、中国、インド、アメリカ合衆国に次ぐ、世界第4位となっている。インドネシア（首都ジャカルタ）は、世界最大のイスラム国家として知られているとおり、人口の87%がイスラム教である。その他、さまざまな民族や文化、宗教が尊重されており、キリスト教10.72%（プロテスタント7.60%、カトリック3.12%）、ヒンズー教1.74%、仏教0.77%、儒教0.03%、その他0.04%の多宗教の国家<sup>8)</sup>である。

インドネシアでは、生産年齢人口（15～64歳）の総人口に占める割合が上昇しており、この局面は1970年代よりはじまり、2030年頃まで続くとされ<sup>9)</sup>人口構造がピラミッド型<sup>10)</sup>となっている。1970年代までは、1世帯あたり子どもが5～6名いる大家族が大半であり、1968年にスハルト第2代大統領の就任後から、家族政策や近代化を通しての出生数の抑制が進んだとされ、1990年には平均児童数が2.3人まで減少することとなった。また、急速に産業化している他国を例にみるように、経済成長の全体的な指標の高まりを背景に、所得格差の広がり傾向が生じ、貧困状態にある人口が極めて多ことが報告されている<sup>11)</sup>。さらには、急激な経済成長によって、女性の労働力率が上昇し、都市化の進展、生活水準が向上した一面もあり、近年においても少子化も進展しているのが現状である<sup>12)</sup>。

平均寿命について、1980年代からの推移をみると、日本との比較においても伸びが顕著であり、平均寿命は男女ともに70歳を超えており、今後さらに延伸されることが予想される。更に、高齢化率が7%

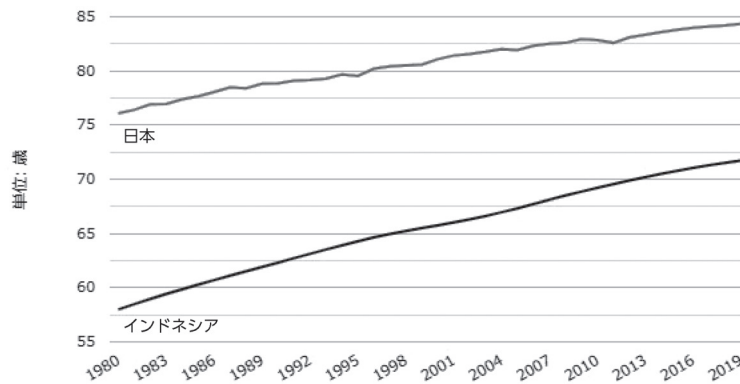


図1 インドネシアと日本の平均寿命の推移（1980年～2019年）

引用：Health, Nutrition and Population<sup>13)</sup> 参照・作成

から14%に至った倍加速度は20年となっており、日本の24年よりも短く、現在インドネシアは高齢化の後発国の位置づけであるが、高齢化も日本以上のスピードで進展しているといえる。高齢者人口と日本を上回る早さでの高齢化の進展がインドネシアにおける人口動態の特徴といえる。インドネシアでは、都市化・産業化が進んだ地域から高齢化の傾向が始まっており、最も高齢化がみられる州では、総人口に占める60歳以上の人口が13.0%を超えている。都市部を中心とした高齢者を支える人材確保に関しては、今後インドネシアにおいて社会的問題となることも予想される（図1）。

### 3 インドネシアと日本における海外移住労働の変遷

インドネシアは、1990年代より女性の海外移住労働への関心が高まり、家事労働者を海外へ送り出し、労働者の中には、高齢者の世話にあたる者も含まれていた。ASEAN諸国の多くは、看護師の送出国であり、代表的な国として、フィリピンは1970年代より国策となっており、シンガポールやマレーシアは個人の自主的移動・留学として、イギリス、アメリカ、オーストラリア等で看護師を送り出していた。インドネシアでは、国内の看護人材養成や

保健医療制度の整備が遅れていたために、移住労働においては、主に個人宅で介護と家事を兼務する補助的人材の送り出しによって台頭した<sup>14)</sup>。その一方で、国際社会の問題として海外家事・介護従事者に対する権利保護（劣悪な労働条件や虐待等）に関する批判を受けていた。

日本においては、1980年代後半より労働力不足が生じていたが、日本でインドネシア人が急増したのは1990年代からである。背景に労働力不足の他、アジア通貨危機以降のインドネシアの不況があったが、日本政府が看護人材の受入に関与したのは2000年代に至ってからである。日本における看護人材の受入に関しては、世界的な動きからみると後発であり<sup>15)</sup>、日本の高度医療の発達により、高齢者人口の急激な増加、少子高齢社会の到来とともに、介護分野において深刻な介護人材不足が生じ、2008年からEPAによる受入開始へと至っている。ここで、EPAについて概観する。

EPAとは、WTO（世界貿易機関）と中心とした多国間の貿易自由化を補完するため、国や地域を限定して、関税等の貿易障壁を撤廃することにより、モノ・ヒト・カネ・サービスの移動を促進させようとすることを目的としている。一般的には、「自由貿易協定」（FTA：Free Trade Agreement）の呼称が使用されているが、日本においては、いわゆる自由貿易協定（物品やサービスの貿易障壁の削減・撤廃を目的とする）の要素に加え、投資、人の移動、知的財産保護、協力等の広範な分野を対象としていることから、協定の名称は「経済連携協定」（EPA）が用いられている。この「人の移動」に基づきインドネシア人介護福祉士候補者の受入れが推進されている。外国人介護福祉士候補者受入の目的は、日本と相手国の経済上の連携を強化する観点から、公的な枠組みで特例的に行うものであり、'労働力不足への対応が目的ではなく、日本の介護施設で就労・研修をしながら、日本の国家資格に位置付けられている介護福祉士資格の取得を目指すものとされている。在留期間は、資格取得前は最大4年間で、協定上定められた在留期間中に国家資格を取得できなかった者は帰国することや、滞在中の在留資格は「特定活動」として定められている。要件として、本研究の背景となる

「看護学校卒業者」又は四大卒業者（インドネシアの場合には3年以上の高等教育機関卒業者（であり母国での介護士資格認定者）がある<sup>16)</sup>。EPAによるインドネシア人介護福祉士候補者の受入は2012年より急増しており、（図2）介護分野における、インドネシアから日本への移住労働は高い水準で続くことが予想される。

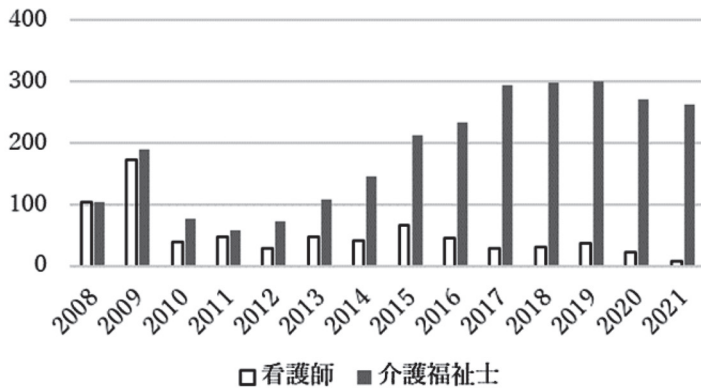


図2 インドネシア人看護師・介護福祉士候補者の受入の推移

厚生労働省「インドネシア人看護師・介護福祉士候補者の受入について」参照・作成（令和4年4月5日時点）

#### 4 インドネシアの保健医療政策の概観と看護人材育成

##### (1) 社会保障制度の概要

インドネシアの社会保障は、オランダ植民地時代の1936年に創設された公務員向けの健康保険が始まりであり、独立後の1968年に公務員健康保険プログラム（ASKES）に改訂され1969年に軍人・警察官向けの公務員年金制度、1971年には養老年金制度が創設された。

民間企業を対象とした社会保険は、1977年にASTEKが創立され、1992年に労働者社会保険（JAMSOSTEK）へ改正され、その後民主化を経て国家社会保障システムが制定されることとなった。インドネシアでは、1990年代末の経済危機を契機に社会保障等のセーフティネットの充実と制度への関心が高まり、国民皆保険制度への動きが開始されることとなった。

その後、2002年の憲法において、社会保障制度を確立する責任が国にあることが明記され、2004年に「国家社会保障制度法」が制定された。インドネシアでは、全国民を対象とした医療保険は整備されておらず、医療保険に加入していないインドネシア人も多く、医療保険は、労働者を対象とした社会保障制度、公務員および軍人向けの医療保険、貧困層向けの医療保険など異なる組織でそれぞれの制度が運用されてきた。医療保険に加入後も手続きが難しく、入院費も高額なため入院期間は短期間となっており、必要以上の検査や治療は行われていないのが実情であった。その後、2014年1月にBPJS Healthが設置され、BPJSを運営主体とする医療保険制度（SJSN（Sistem Jaminan Sosial Nasional）Health）が開始された。この制度においては全国民（6ヶ月以上インドネシアで働く外国人を含む）が対象となり、加入者は窓口負担を原則無料で医療を受けることができることとなった。加入者は窓口負担を原則無料で医療を受けることができるが、職種や給付を希望するサービスによって保険料が異なり、地方政府による貧困者向けの制度（JAMKESMAS）から移行した者に対しては政府負担がされている。（表1）インドネシアのように人口が2億人以上の途上国において国民皆保険制度を適用するのは世界的にも初めての試みであり、多くの国からの注目を浴びていたこの制度は、2019年1月1日までの5年計画で、全国民の新制度への移行を目指していた。ところが、施行直前に保険料率など施行に当たっての必要な

表1 医療保障制度の概要

名称	SJSN Health (Sistem Jaminan Sosial Nasional Program Jaminan Kesehatan)	
根拠法	国家社会保障制度に関する法律 (2004年法律第40号)	
運営主体	医療保険実施機関 (BPJS Health、インドネシア名: BPJS Kesehatan)	
被保険者資格	全国民 (貧困者、雇用主、従業員等)、6か月以上インドネシアで働く外国人	
給付対象	本人、配偶者、21歳未満 (公的な教育を受けている場合25歳未満) の家族	
給付の種類	入院・外来、薬、出産、救急医療等 (詳細は、投薬基準や保健サービス料金に係る大臣令で規定された内容がカバーされる。)	
本人負担割合等	原則無料とされているが、大臣令での規定内容をオーバーした差額は自己負担となる。	
財源	保険料	1) 公務員、軍人、警察官等 月給の5%分の保険料を雇用主側と被保険者が支払う (雇用主側: 3%、被保険者: 2%) 2) その他の賃金労働者 月給の5%分の保険料を雇用主側と被保険者が支払う (雇用主側: 4%、被保険者: 1%) 3) 非賃金労働者 (自らのリスクのもとで働く或いは事業を行う者) 及び非労働者 (投資家、雇用主等) サービス給付を希望する病室の等級 (VIP、VIP、第1級~3級に分かれている) により保険料が異なる。本制度では第1級~3級までの利用を希望する病室のグレードに合わせて保険料を選択できる (第3級: 25,500ルピア、第2級: 51,000ルピア、第1級: 80,000ルピア) 4) 年金受給者 受け取る基本年金と家族手当の5%分の保険料を政府と年金受給者が支払う (政府: 3%、年金受給者: 2%) 等 (ただし、保険料算定の上限が定められており、配偶者+子ひとりの場合の非課税所得額の2倍 (800万ルピア/月) を月給の算定上限として保険料が算出される。)
	政府負担	貧困者に対しては政府が負担 1人当たり1ヶ月、19,225ルピア
実績	加入者数	約1億8,798万人が加入 (2017年12月31日現在)
	収入総額	74兆2,467億ルピア (2017年)
	支払総額	84兆4,449億ルピア (2017年)

出典: 東南アジア地域にみる厚生労働施策の概要と最近の動向 (インドネシア) より一部抜粋

決定が相次いでなされ、無保険者の存在を始めたとする新制度の準備や国民への説明が不十分なまま開始されたことにより、多くの課題が露呈されていたが、各種説明会の開催やホットラインを設ける等、制度運用しながらの周知啓発が行われている。2015年7月より労災補償・死亡保障・年金保障及び高齢保障制度が開始、2016年10月より適用範囲が拡大、徴収強化に向けた取り組みの一部試験的実施がされ、2017年より日本的適用徴収システムを活用した取り組みが全国展開されている<sup>17)</sup>。

## (2) 保険医療改革と看護人材教育・資格制度の変遷

保健医療改革の変遷は、1950-1960年代に薬局の設立規定、病院における貧困層の受入義務、医療人材の業務に関する法律等が制定されたが、体系的な保健医療政策 (sistem kesehatan nasional : SKN) は、1980年代に入ってからであった。病院は、私立病院の他、保健省 (Departemen Kesehatan : DEPKES)、州政府、軍、警察等の運営による公立病院があったが、都市部に集中しており、数も限られていた。医療保険制度施行以降、医療提供の整備が急速に進められ、現在では、病院の機能に応じて総合病院と専門病院の役割分化も図られている。

保健医療人材教育については、医師・歯科医師・薬剤師を主対象として、看護師や助産師は、「医療補助員」とされ、州や県等、地方政府の責任とされていた。保険医療人材の養成教育が強化されるのは、1970年代からであり、乳幼児・妊産婦の死亡率の高さを背景にWHO (世界保健機関) の指導下、母子保健への施策の推進が図られることとなり、母子福祉事務所 (Balai kesejahteraan Ibu dan Anak : BKIA) を保健所支所 (PUSKESMAS Pembantu : PUSTU) として再編され、看護師・助産師への専門教育が目指されることとなった<sup>18)</sup>。

従来のインドネシアには看護師や助産師に関する国家試験制度が存在せず、専門教育機関を卒業する

と保健省に自動的に登録され、免許が交付される仕組みで、保健医療系の高専を卒業することで、就労することができた（保健省認定資格）。1980年代後半の母子保健の推進に伴い、助産師・看護師等の質的向上が求められることとなり、1996年に各職種の技能の標準化と資格認定を行う職業団体の組織化と整備が開始された。看護師・助産師の教育機関もディプロマ（職業教育課程）や学士課程が開設され、2002年以降は、高校卒業後のディプロマ（D3）の修了者と学士（S1）、修士（S2）、博士（S3）などが存在し、ディプロマ（D3）以上の修了者のみが正規の看護師・助産師として定められ、教育制度は複雑になっている（図3）<sup>19)</sup>。資格名称および就業年数の詳細は以下の通りである（表2）<sup>20)</sup>。

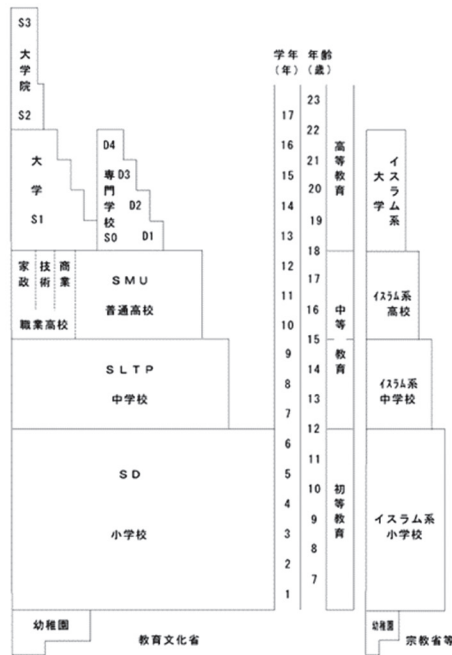


図3 インドネシアの教育制度

出典：外務省「インドネシアにおける教育・人材開発の現状と改革の動向」より抜粋

表2 インドネシアにおける看護教育制度

准看護師から看護師への移行教育および修業年限	SPK 高等学校課程と同等に扱われる職業訓練校（SMK）である看護専攻高校を修了（3年）
看護師養成教育および修業年限	D3（Diploma3） 高校卒業後看護専門学校を修了（3年） S1（STIKES1） 高校卒業後、大学の看護学科5年の課程修了もしくはD3看護師の資格を持って大学に編入し、修了（2.5年）
准看護師等に相当する資格名称および修業年限	SPK取得後看護専門学校（3年）を修了するとD3（Diploma3）看護師の資格を取得

出典：諸外国の制度—インドネシア—より一部抜粋・改変

その後、2006年に看護学のカリキュラムが改正され、インドネシア看護師協会（Persatuan Perawat Nasional Indonesia：PPNI）の主導により、2008年から2009年に看護師法草案成立と国家試験実施の準備が進められてきたが、国会で批准されず看護師の全国デモが行われている。その後、PPNIが国家試験モデルとして看護コンピテンシー試験による資格認定を開始することとなり、EPA選抜・海外渡航者にも義務化となっている。以上の経緯より、2006年以降、学歴を満たしていない、コンピテンシー試験の未受験、受験しても合格をしない既存就労者による現場の混乱、コンピテンシー試験の普及率は未だ低い事等が課題として報告されている<sup>21, 22)</sup>。インドネシアで医療に関する教育を含めて一般的な教育システムは、インドネシア教育省（Ministry of National Education：MONE）の責任となっているが、医療に関する実習や技術等は、インドネシア保健省（Ministry of Health：MOH）の責任となっている。人材の需要と供給のミスマッチの問題等を背景、教育に関するプログラムについては、検討の必要性が報告されている。看護の教育制度は、多くの看護学校が3年制で、最後の1年間が実習となり、実習は、病院などの現場で担当の患者を受け持ち、チェックリストに基づいて、点滴や注射等の医療行為も行う。実習の最後は実習の学びに関する発表報告やカウンセリング能力テストもある。救急、急性期、亜急性期、母性、小児、精神、地域ヘルスプロモーション看護の実習場所はあるが慢性期と老年看護の実習場所が非常に少ない。インドネシアでは患者の入院期間が短いので、慢性期の実習場所確保が難しい。インドネシアでは、日本のような介護保険制度や高齢者を対象とした介護施設が少ないため、社会福祉による老人保護施設で老年看護を実習することが多く、老年看護観察がイメージし難いとされている<sup>23)</sup>。

また、看護教育に関連して日本の教育制度と大きく異なるのは、宗教教育である。インドネシア国民は、宗教省に自分の信仰する宗教を登録する必要がある。教育体系は、教育文科省が管理する一般の学校と宗教省の管轄となるイスラム系の学校があるが、どちらの学校でも一般科目と宗教科目を履修することとなる。幼少期より宗教教育を受け、義務教育の終わる中学校以降も進学先の学校により宗教教育は続き、看護学校でも宗教科目を履修する。インドネシア人看護師にとって、日常生活の中で最も重要度が高いのは、「宗教」とされているが<sup>24)</sup> その背景には、インドネシアにおける教育等、社会的背景が大きく影響しているといえる。

## 5 インドネシアにおける社会福祉制度の概観

社会福祉制度は、1974年に「社会福祉の主要規程に関する法律1974年第6号」が社会的弱者に対する救済政策として立法化されたのが最初であったが、災害被災者への救済等の啓発活動を定めた程度であったとされる<sup>25)</sup>。2009年に制定された社会福祉法が、2011年には貧困者対策法が制定されたが、これらは児童や障害者・高齢者・寡婦を対象とした法制度であり、国家による義務救助主義にもとづき、貧困状態にある国民の基本的権利の必要性を満たすことが目的とされている。社会福祉法や貧困者対策法の財源は、国・地方政府の予算と国内外の寄付であり、これら、児童・障害者・高齢者・貧困者等に対する支援策は個別に存在しているが、日本に相当するような高齢者に特化した介護保険制度は整備されていないのが現状である。

高齢者に関わる施策において中心的な役割を果たしているのは、2004年に設立された「高齢者のための国家委員会」（Komisi Nasional Lanjut Usia：Nomnas Lansia）である。この委員会は、「高齢者のための国家委員会に関する大統領令2004年 第52号」に基づいて設置され、大統領直轄の委員会として高



高齢者政策全般を先導している。介護を要する高齢者を対象とする最初の法律は、1965年に「高齢者の生活支援提供法」が施行され、この法律では、「高齢者」を「生活自立能力を欠いている者」と規定していたが、1年後のスハルト政権の交代により、実質的な意味をもたなかった。次いで、1998年に「高齢者福祉法」が制定され、60歳以上の自立可能な者<sup>注4)</sup>、介護を要する者のいずれもが対象となり、'lanjut usia'という「高齢者」を意味する中立的な語が用いられた。ここでいう「福祉」は、宗教、健康、働く機会、教育・訓練に関わるサービス、設備施設、法的サービスと支援、社会的保護、社会的支援を受けることなど対象とするものは広義であった。その後も、高齢者に関連する政策の展開には、国際会議・国際宣言等、国際的な高齢化対策の影響を受ける形で、1999年に「基本的人権法」、2004年の「国家社会保障制度法」、2009年の「健康法」と法制度が施行されていく。2009年の「健康法」では、高齢者を「人間の尊厳にかなった健康な生活、そして社会的のみならず経済的な意味において生産的な生活を守るためにも、健康を維持する努力が必要である」(第3部138項)と規定している。近年では、Posyanduという地域保健活動が取り組まれており、地域の互助活動として高齢者に対してレクリエーションや小旅行などの取組みが行われ高齢者に対する社会参加活動として全国各地で展開され、高齢者の介護予防や、健康促進が図られている。以上のように、インドネシアにおける高齢者福祉施策は、介護を必要とする前の段階の「高齢者」の概念のもと施行されてきた歴史がある。要介護高齢者を対象とした施策の必要性は今後の自然・社会動態によって、問われるものであろう。

先述の高齢者施設への入所対象は、身寄りのない高齢者、障害を持つ高齢者等であり、こうした状況にある高齢者が高齢者施設への入居に優先される。インドネシアにおいては、家族による介護が主流であり、日本のような介護施設(施設ケア)といった概念は浸透していない。インドネシアの介護市場規模の観点からの報告においても、最も市場が大きいのは在宅介護(在宅ケア)とされ、高齢化率の上昇が予測される将来推計においても在宅介護の需要の更なる高まりが予測されている(図4)<sup>26)</sup>。

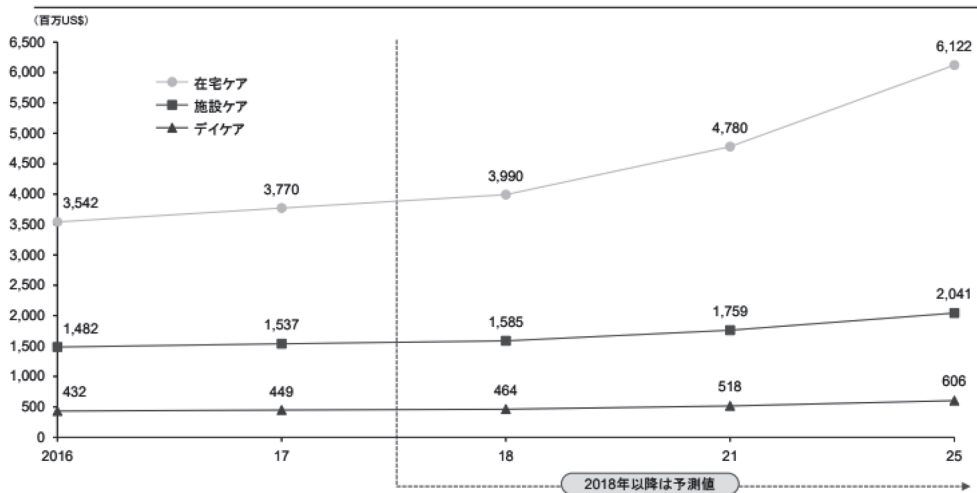


図4 インドネシアにおける介護サービス別の市場規模

出典：経済産業省「医療国際展開カントリーレポート—新興国等のヘルスケア市場環境に関する基本情報—インドネシア編(2021.3)」: 58 より抜粋

インドネシアにおける高齢者施設は2005年の時点で、233施設で社会省管轄2施設、地方政府管轄66施設、民間165施設であり、2006年の報告によると、政府は高齢者施設を増設しない方針とされていた<sup>27)</sup>。その後の2010年時点の報告によると、237施設で、社会省管轄2施設、地方政府管轄70施設、民間165施設となっており、先の方針のとおり在宅介護に重点が置かれ、高齢者施設への転換等は図られていないことが示唆されている。高齢者施設において提供されるサービスは、通常の福祉サービスの他、日帰りサービス、医療が併用されるサービス、トラウマを持つ高齢者向けのサービス、職員が自宅へ訪問する在宅サービス、一定期間滞在する療養サービスが含まれる<sup>28)</sup>。

インドネシア国内には、日本における介護福祉士のような国家資格が存在せず、高齢者介護に従事する専門職も存在しないことから、インドネシア語による高齢者介護に従事する統一的な呼称は無い。一方で、高齢者介護に関わる研修は、海外を対象に実施される職業訓練の他、インドネシア国内で老年看護に関する研修を修了し、州や県・市より認定をうけ、高齢者の介護にあたる人々がいる。この研修はインフォーマルな研修教育として実施されている。認定をうけた者は、雇用主の家庭への通勤、または住み込みにて勤務し、癌・脳梗塞・認知症等の病気を抱える高齢者に対し、服薬、車いす等へお移動介助、流動食や排尿カテーテルの処置等にあたり、家事労働者では知り得ない知識をもって労働にあっている。インドネシアにおいてもっとも早く介護従事者の研修が開始されたのは、1980年とされているが、国内における介護従事者の養成は、教育者（医師および看護師）の不足や職業認知度の低さといった理由により進んでいないのが現状である<sup>29)</sup>。

## 6 おわりに

今日の日本における介護分野は、EPAをはじめとした国際協力のもと多国籍間・多文化間による介護が実践されているところである。介護分野における移住労働による多国籍間による実践は、北米や中東、英国、シンガポール等で歴史的な経過の中で取組まれており、こうした国は、移民入国としての異文化マネジメントの蓄積の上にあるとされている<sup>30)</sup>。

日本における介護従事者の海外から受け入れは、近年開始されたところで諸外国に比べると歴史が浅く外国人の従業者をマネジメントするといった蓄積の経験は乏しい。日本の介護実践の現場では、今まさに、外国人との関係性を築きながら、多文化間における協働のあり方について検証が進められているところである。これまでの外国人介護職の適応や定着に関しては、制度的な側面からの問題や課題が報告されており<sup>31), 32)</sup> 制度的限界やコミュニケーションによる言葉の壁の他、「介護」という行為が日本の生活文化に根差したもので、日本への適応を求められているといった指摘が報告されている<sup>33)</sup>。こうした現状を背景に、本稿では、日本に来日するEPAインドネシア人介護福祉士候補者の「他文化理解」の一視点として、日本側の受入要件となっているインドネシアにおける看護師資格に着目した。先行研究、統計資料等を中心にインドネシアにおける人口動態・現在に至るまでの海外移住労働、保険医療制度、看護人材教育や資格制度の変遷を辿り、来日後に関連する福祉制度や高齢者福祉の現状については、インドネシアスラウェシ島におけるインドネシアの高齢者施設、看護大学・看護学校への訪問により聞き取った内容も加え概観した。

EPAによる介護福祉士候補者の従事先は、介護施設が主となるが、インドネシアにおける介護施設に関する実態報告は極めて少なく、看護師資格を取得するまでの教育や資格制度、高齢者福祉・要介護高齢者を取り巻く状況や価値観は日本と異なる様相であった。インドネシアには未だ浸透していない、

介護施設における職業としての高齢者介護、日本という他文化の中での職員との協働、実践の対象となる介護を必要とする利用者との関係性の中で、外国人介護職は多くのジレンマや不安、葛藤の狭間で実践にあたっていると考えられる。グローバル化が進むなかで、日本の介護現場は、今後も多様な国から介護従事者を受け入れ、在留外国人の増加に伴い介護サービス利用者の国籍も多様化していくことが予想される。これまで介護をはじめとした社会福祉政策は、国内で課題解決を図るかたちで取り組まれてきたが、今日では、国際関係のみならず、関係各国の国内事情を理解し、経済的便益、費用対効果なども考慮することが求められるといえる。また、介護保険制度という公的なサービス提供の一環として行われる介護は、労働力の量的確保の一方で、いかにしてサービスの質を担保するかといった点についても重要な課題であり検証が求められているところでもある。

介護の実践者・サービス受給者が多様化していく今日、日本の介護現場では、他文化を持つ者に対し「日本への適応を求める」のではなく、様々な背景を持つそれぞれの国の歴史や文化、価値観を理解すること、一人ひとりが異なる背景をもつことを尊重し認め合うことが必要とされている。こうした概念は、1959年にWhite,R.W (1959)によって定義されている「効果的に環境と相互に影響しあう能力」＝「コンピテンス」として捉えることができる<sup>34)</sup>。インドネシアを対象として国際比較に取り組んだ本研究を通じて、多国籍の介護職による介護実践には、人間の多様性 (human diversity) を理解し尊重するといった、「文化的コンピテンシー」(Cultural Competencies) の醸成が必要であることが示唆された。わが国における多文化間における介護実践は発展の途上にあり、今後は介護分野や高齢者施設における、文化的コンピテンシーを向上させるための新たな介護概念や教育プログラムが必要になると考えられる。

本研究を「インドネシア」国の他文化理解の基礎的研究として位置づけ、多文化介護実践の新たな視座でわが国における介護のあり方を探究していく所存である。

## 附記

本研究は、JPS科研費 (JP19K13984) を受けた研究成果の一部である。

注1) 多国籍の介護職による介護実践を「多文化」とし、日本人介護職の視点に立ち他国や他国の介護実践を捉える際には「他文化」として用語を用いている。

注2) EPA 介護福祉士候補者受入れのインドネシアの「学歴」要件は、「高等教育機関 (3年以上) 卒業 + インドネシア政府による介護士認定」又は「インドネシアの看護学校 (3年以上) 卒業」である。

注3) 日常生活の支援を受ける施設について、インドネシアと日本を区別するため、インドネシア:「高齢者施設」、日本:「介護施設」として用語を用いている。

注4) インドネシアでは、高齢者を60歳以上としている。

## 引用・参考文献

- 1) 厚生労働省「インドネシア人看護師・介護福祉士候補者の受入れについて」  
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000025091.html> (2022.09.09)
- 2) 浅井亜希子 宮本節子 (2016)「外国人医療人材の研修終了後のプロティアン・キャリア形成—マイク

- ロ・メゾ・マクロの影響要因—』『2016年度異文化間教育学会第37回大会発表抄録』：154-155
- 3) 野田由佳里 古川和稔 (2018) 「技能実習制度における外国人介護労働者の受け入れと課題—在留資格の違いに見るベトナム国出身介護労働者の聞き取り調査からの考察—」『聖隷クリストファー大学社会福祉学部紀要』 16：57-63
  - 4) 二瓶さやか (2021) 「多文化間における介護実践に関する予備的考察」『介護福祉士』 No.26：57-63
  - 5) 荒居康子 (2019) 「日本で介護職として就労を考えている外国人の就労継続意向についての認識とそれに関連する要因についての文献検討」『老年社会科学』 第41巻第3号：314-321
  - 6) 蔡小瑛 (2016) 「海外就労フィリピン人女性ケア・ワーカーのメンタルヘルス 個人のアイデンティティに関する諸視点による考察」『梅花女子大学看護保健学部紀要』 6：25-32
  - 7) 前掲書4)
  - 8) 外務省「インドネシア共和国 (Republic of Indonesia) 基礎データ」  
<https://www.mofa.go.jp/mofaj/area/indonesia/data.html#section1> (2022.09.09)
  - 9) 佐藤百合 (2011) 「経済大国インドネシア—21世紀の成長条件」中央公論新社
  - 10) 人口ピラミッド「Indonesia」  
<https://www.populationpyramid.net/> (2022.09.09)
  - 11) 古川隆司 (2017) 「インドネシアの高齢化対策と社会福祉の現状」『追手門学院大学社会学部紀要』 第11号：69-79
  - 12) 大森弘子 (2015) 「インドネシアの福祉施設の現状と実習教育」『福祉教育開発センター紀要』 第12号：101-112
  - 13) The World BANK: Health, Nutrition and Population  
<https://data.worldbank.org/indicator> (2022.09.10)
  - 14) 奥島美夏 (2014) 「インドネシア人看護師の送出政策の変遷と課題—国内保健医療政策と高齢化の時代における移住労働の位置づけ—」『アジア研究』 Vol.60, No.2：44-68
  - 15) 浅井亜希子 箕浦康子 (2020) 「EPA インドネシア人看護師・介護福祉士の日本体験—帰国者と滞在継続者の10年の追跡調査から—」明石書店
  - 16) 厚生労働省「EPA 介護福祉士候補者の受入れについて」  
<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r985200000261i3-att/2r985200000261r3.pdf> (2022.09.10)
  - 17) 東南アジア地域にみる厚生労働施策の概要と最近の動向 (インドネシア)  
<https://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kaigai/19/dl/t5-02.pdf> (2022.09.10)
  - 18) 前掲書14)
  - 19) 外務省：インドネシアにおける教育・人材開発の現状と改革の動向  
<https://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/shiryo/hyouka/kunibetu/gai/h11gai/h11gai019.html>  
(2022.09.10)
  - 20) 諸外国の制度—インドネシア—  
[https://jane-ns.or.jp/wp-content/themes/dest/assets/doc/library/2020\\_6\\_Indonesia.pdf](https://jane-ns.or.jp/wp-content/themes/dest/assets/doc/library/2020_6_Indonesia.pdf) (2022.09.10)
  - 21) 前掲書14)
  - 22) 厚労資料 インドネシア・フィリピンの看護教育・資格制度・海外派遣の概要  
<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001ycxb-att/2r9852000001yd83.pdf> (2022.09.10)
  - 23) 前掲書12)

- 24) 佐藤文子 Dwi nurviyandari 他 (2013) 「インドネシア人看護師の価値観と海外就労への関心について」『千里金蘭大学紀要』10: 63-70
- 25) 増原綾子 (2012) 「ポストハルト期のインドネシアにおける社会保障・福祉政策の展開」『亜細亜大学国際関係研究所 国際関係研究』第22巻1号: 13-72
- 26) 経済産業省「医療国際展開カンントリーレポート—新興国等のヘルスケア市場環境に関する基本情報—インドネシア編  
[https://www.meti.go.jp/policy/mono\\_info\\_service/healthcare/iryuu/downloadfiles/pdf/countryreport\\_Indonesia.pdf](https://www.meti.go.jp/policy/mono_info_service/healthcare/iryuu/downloadfiles/pdf/countryreport_Indonesia.pdf) (2022.09.10)
- 27) 新田目夏美 (2006) 「インドネシア、タイ、フィリピン現地調査報告」大泉啓一郎 梶原弘和 新田目夏美『開発途上国の高齢化を見据えて—新しい支援・協力への視座—』国際協力機構国際協力総合研修所 (JICA): 115-120
- 28) 前掲書17)
- 29) 合地幸子 (2019) 「インドネシアの高齢者ケアを担う移住労働経験者—高齢者介護をめぐる日本とインドネシアのつながりに着目して—」『比較家族史研究』第33号: 32-55
- 30) 小川玲子 (2009) 「外国人介護職と異文化ケア」『九州大学アジア総合政策センター紀要』3: 113-126
- 31) 小山朝子 (2017) 「外国人が働く介護現場を追う」『潮』704: 94-101
- 32) 高本香織 (2011) 「異文化間看護・介護とコミュニケーション—EPAに基づく外国人看護師・介護労働者の受け入れをめぐる—」『麗澤学際ジャーナル』19: 33-43
- 33) 李泰俊 加瀬裕子 (2020) 「高齢者介護施設における外国人介護職の異文化適応過程—複線径路・等至性モデル (TEM) による分析—」『介護福祉学』第27巻第1号: 1-10
- 34) White, Robert W (1959) 「Motivation reconsidered — The Concept of competence —」Psychological Review66 (5).

