

【資料】

インドネシアの医療と看護

鳥巢妃佳里 長谷部佳子

【キーワード】 インドネシア、看護、看護教育

I. はじめに

筆者らは、2006年8月22～24日にインドネシア赤十字社（以下PMI）、インドネシア赤十字ボゴール病院（RS PMI Bogor: Bogor Indonesian Red Cross Hospital）、ボゴール看護専門学校（Nursing Academy in Bogor）、および中央血液センターを視察する機会に恵まれた。わずかな期間の滞在ではあったが、上記の視察を通じてインドネシアの医療と看護についてまとめた結果を報告する。

II. インドネシアの概況

インドネシアは約18,000の島々からなる世界最大の島嶼国家であり、東西約5,110km、南北約1,888kmに渡り赤道を挟む。また、中国、インド、米国に次ぐ世界第4位の約2.17億人（2004年）の人口を持つ国であると同時に、世界最大のイスラム人口を抱える国でもあり、人口の約87.1%はイスラム教徒である。

インドネシアの人口は2000年の国勢調査によると2億500万人で、過去10年間の人口増加率は年平均1.7%である。65歳以上の人口は4.5%（日本は17%）、老年人口指数は6.9（日本は21.8）で、人口学的には若い国であるといえる¹⁾。一方死亡率は人口千対7で140万人以上の死亡となる²⁾。ちなみに死因の第5位は感染であり、癌は6位である³⁾。また文化のバロメーターといわれる乳児死亡率は出生千対50で、年間25,000人の乳児が死亡しており、その死因は周産期の原因によるものが最も多く⁴⁾ になっている。

人口に対する医療従事者の割合は、1997年のデータによると医師が人口10万対10.73人（日本は2004年12月31日現在211.7人⁵⁾）、正看護師が人口10万対39人（日本は2004年12月31日現在、准看護師を含めて897.6

人⁶⁾）、助産師が人口10万対29.6人（日本は2004年12月31日現在19.8人⁷⁾）となっている。助産師が相対的に多いのは出生率が多いためであろう。

教育制度は、日本と同様に小学校6年—中学校3年—高校3年制が基本であり、4年制の大学や各種高等教育機関などもある。

III. インドネシアの医療と看護

1. 医療制度

インドネシアでは、1994年以降実施されている第6次5カ年計画において、全ての国民に対し平等に医療サービス供与を行い国民全体の健康状態改善を図ることと、効率的な医療システムの構築を目標としている⁸⁾。これらの目的を達成するために、リファレルシステム（一次医療施設から三次医療施設までをピラミッド型に体系化した病院システムのこと）の充実を図っている⁹⁾ ほか、“Healthy Indonesia”をスローガンに掲げて、2010年までの各種国家保健開発計画を実施中である。

インドネシアの国公立病院は、リファレルシステムに基づき、図1に示すように病床数や診療科目の種類によってA～Dに格付けされる。Aクラスが最高の専門機能を有する病院であり、Aクラスは4ヶ所、Bクラス54ヶ所、Cクラス213ヶ所、Dクラス71ヶ所^{10,11)} となっている。全国の病院総数は2003年現在1,145¹²⁾ とのことであった。

一方、社会保障については、公務員を対象とした健康保険制度^{13,14)} と民間企業を中心とした労働者社会保障制度、一般国民を対象にした地域健康保障制度がある¹⁵⁾ とのことだが十分な制度とは言えず、経済的に医療を受けられない国民は多いようである。

行政区分	管轄機関	医療施設
中央	大統領府保健省	病院Aクラス(1000床以上)
州	州知事 州保健局	病院Bクラス(400~1000床)
市/県	市長/県知事 市/県保健局一配属先	病院Cクラス(100~400床)
		病院Dクラス(25~100床)
郡		保健センター
村		村落看護所/村落助産所
村落		地方母子保健活動/村落投薬所

図1 診療リファレルシステム

※福山知子(2006)助産師として異文化で活動するということ, 助産師雑誌, 60(5), 445の図2および
http://www.jbic.go.jp/japanese/oc/post/2004/pdf/project20_full.pdfの図1を改変引用

2. 看護教育制度

1) 看護師の養成

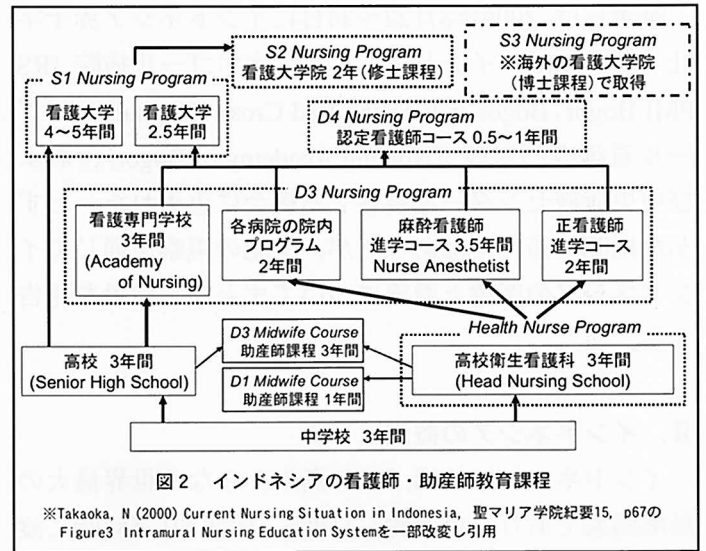
看護教育はオランダの植民地であった時代から行われていたが、1951年に中学校卒業生に対して3年間で教育を行うGeneral Nurse Programが始動した。この教育カリキュラムは1975年に変更されて、名称もHealth Nurse Program (インドネシアでの略称はSPK)と改められた。この教育は日本の高校の衛生看護科での准看護師教育に相当する。ちなみにポゴール病院ではSPKのことをBasic Nurseと呼称していた。

1962年には高等学校卒業生に対して3年間で教育を行うAcademic of Nursing Programが新設された。この教育課程は準学士プログラム(Diploma Program)としてのカリキュラム改正であったため、1983年以降はD3 Nursing Programと呼ばれている。これらの教育は日本の看護専門学校や短期大学での正看護師教育に相当するものである。なお、当然ながらHealth Nurse Program (SPK) 修了の准看護師が準学士号を持つ正看護師になるためのプログラムも多彩に設けられている。日本でいう進学コースに入学したり専門学校へ編入するほかに、各病院の院内プログラムを利用することもできるらしい。いずれの場合も修業年限は2年間で、40単位取得が必要とされる。

1985年には大学でも看護教育が行われるようになり、4-5年の修業年限で学士号が取得できるようになった(S1 Nursing Program)。さらに1998年にはD4 Nursing Program (AMK) というD3 Nursing Program修了者に対

して、もう1年間の教育を行う編入教育課程も設けられた。このD4看護師は日本でいう認定看護師に相当する。

大学院教育は、看護管理に関する内容で1998年に開始されるようになった。これはS2 Programと呼ばれており、修業年限は2年間である。なお、インドネシア国内では創設されていない看護学博士号を海外で取得してきた看護師は、S3 (Doctor of Nursing) と表記される(図2を参照)。



2) 助産師の養成

助産師教育に関しては、Health Nurse Program (SPK) 修了者の場合、希望すれば助産師教育を1年課程 (PPB) で受けることができる制度になっていた (D1 Midwife Course)。このルート以外に、1996年には高等学校卒業生もしくはHealth Nurse Program (SPK) 修了者を対象として3年間で教育を行う Academic of Midwife Programが新設された (D3 Midwife Course) (図2参照)。したがって、インドネシアの助産師教育は米国の教育と類似しており、助産師免許は看護師免許がなくても取得できることになる。むしろ看護師免許を併せ持たないのが一般的なのである。

看護師・助産師以外の職種としては、麻酔看護師 (Nurse Anesthetist, NA)^{16, 17)}がある。1965年に創設された職種であり、D3 Nursing Program修了者が所定の養成施設に入学して、3年間の教育を受けて免許を取得する(図2参照)。この職種は恐らく、米国やタイの制度に倣ったものであろう。

3) 養成施設数

2000年の報告¹⁸⁾によると准看護師養成校は203校、看護専門学校312校、看護大学が9校、大学院が1校である。

4) 資格と免許、学費

免許取得に関しては、看護師国家試験のようなものではなく、各看護師養成施設で卒業時に認定もしくは認証がなされれば看護師籍に登録されるシステムになっている¹⁹⁾。しかし、助産師に関しては職務などに関する法令が1996年に定められている²⁰⁾。いずれにしても、日本と同様に資格は終身であり、免許更新の必要はない。

学費は准看護師養成校や看護専門学校クラスの場合、年間600~700万ルピア (1ルピア=約0.013円でおおよそ7.8~9.1万円)である。PMI職員の月給がおおよそ150万ルピア、麻酔看護師の月給が35万ルピア、医療関係者以外の勤労者では平均40万ルピア²¹⁾であることを考えると、月収の4~5倍以上の学費がかかるということになるが、資格が終身であることを考えると付加価値は高いのかもしれない。

5) 教員の養成

教員養成に関しては、政府(MOU)により1976年に看護師教育と助産師教育に携わる教員を養成するための教育課程が新設された。入学資格は看護師または助産師と認定されてから1年以上経つ者であり、現在の修業年限は3年である。ただし、この教育課程修了者は准看護師を養成する施設でしか教鞭を執ることを許されていない。準学士プログラムなど正看護師を養成する教育施設に勤務するためには、The Ministry of Education & Culture が定めた教員養成所(Institute of Teacher's Training Program)を修了して認定証を取得する必要がある。

3. インドネシアの看護教育とODAおよび日本赤十字社の支援

インドネシアはわが国の政府開発援助(Official Development Assistance: ODA)の対象国でもあり、宮越ら²²⁾によると政府開発援助の実施機関である独立行政法人国際協力機構(Japan International Cooperation Agency: JICA)(旧国際協力事業団)が1978-1985年に看護教育体系の確立と充実を目指して看護教育プロジ

ェクトを最初に展開してきた経緯がある。特に重点の置かれた内容は、4本柱のうちの1つである保健人材育成に関しては、①看護教育カリキュラムの改善、②看護教育教授法の改善^{23, 24)}にあったと言われている。その他の分野は1)感染症対策、2)母子保健・リプロダクティブヘルス、3)保健システム開発・復興²⁵⁾であった。

一方、日本赤十字社ではボゴール病院に向けた看護教育指導支援として、日本人看護師または助産師1名を2005年1月から2007年12月までの3年間の予定で常駐させている(派遣要員は3ヶ月毎に交替する)。筆者らが視察した時期は石巻赤十字病院から新沼武氏が派遣されており、医療廃棄物の処理方法など様々なコンサルテーション活動を行っていた。

4. ボゴール病院の概要

1) 歴史

インドネシア赤十字ボゴール病院(以下ボゴール病院)は1931年に設立された。当時のインドネシアはオランダの植民地であったため、1931年から1942年まではボゴール在住のオランダ人グループNERKAI(Netherland Rode Kruis Afdeling Van Indonesie)によって管理されていた。その後の1942年から1945年までは日本軍の占領により日本赤十字社の統治下にあったが、1945年のインドネシア共和国独立宣言後は、植民地支配の復活を目指すオランダ軍とインドネシア共和国軍の武力抗争が始まり、再びNERKAIによって管理されるようになった。4年間の抗争の後、1948年にボゴール病院はPMIのボゴール支部へ寄付され、Kedung Halang病院と改名に至った。さらに1951年にはPMIの本部が置かれ、1960年にはインドネシア赤十字病院と再度の名称変更が行われた。

ボゴール病院は私立病院ではあるが、前述のリファレルシステムのCクラス病院として1970年に初めて認定を受けた。その後1988年には医学生や医療従事者の教育病院に任命されるようになった結果、西ジャワ地方で初のBクラス病院に昇格した。さらに1989年にはボゴール地方のアイバンク事務局にも任命された。現在は総ベッド数266床(最大286床)、スタッフ数852人を抱えるボゴール地区最大の二次医療圏病院であり、2003年以降は高度医療提供病院化を目標に掲げて、外

傷と救命救急、およびパプアやカリマンタン、アチェなどへの災害救援派遣に重点を置いて活動しているということであった。

2) 診療科や外来・病棟の特徴

ボゴール病院(写真1)は外来は19の診療科に分かれ、入院施設は10病棟と6つの手術室からなる。ボゴール病院に限ったことではないが、国民の多くがイスラム教徒であるために、病室が社会階級と性別で区別されていることがインドネシアの医療施設の特徴と言える。そのため、この病院でも、病棟はVIP病棟(外科・内科・産婦人科)と一般病棟に分かれているほか、一般病棟は内科(男性)・外科(男性)と内科&外科(女性)、産婦人科、小児科&NICU、ICU&HCUに大別されたうえでさらに、1等病室、2等病室、3等病室に区分される。また、外来もVIP専用と一般とに分かれていた。小児科のみがVIPも一般も同じ病棟で、男女の区別がなかった。

VIP病棟や1等病室は個室で、エアコンやテレビ、冷蔵庫、応接セット付きであるが、2等病室は2人部屋、3等病室は4人部屋となっており、テレビなどの設置はない。入院費もVIP病棟では1日35万ルピア(1ルピア=約0.013円でおよそ4,550円)と高額であるが、2等病室では1日5万ルピア(およそ650円)と大変な格差がある。しかし、入院患者の40~50%は3等病室を利用せざるを得ない経済状況であり、支払い困難な貧困層の患者や身元不明者を受け入れることも非常に多いとのことであった。病床稼働率は75.3%であり、日本などからの経済援助なしには物資も不足しており経営は厳しい



写真1 インドネシア赤十字(PMI)ボゴール病院の正面玄関。外来患者と面会者用であり、中に入ると診療室へ向かう通路が一般用とVIP用に分かれている。

状況にあるが(写真2)、病院長らは貧困層を受け入れるのはこの病院の使命でもあるとして、収支バランスをとりながら赤字解消に努めているとのことであった。その一環として、病院の隣の敷地内にアパートを造り、遠方からの入院患者の付添人や、退院後の通院が必要な患者などの希望に応じて斡旋するなどの事業も行い、独立採算が維持できるようにしているとも話されていた。この事業は、入院前後の療養に病院近くの宿泊施設を予め予約する²⁶⁾人々が多いという国民性を考えると、優れた工夫と考えられた。

なお、インドネシアではイスラム教徒の患者や家族、医療スタッフなどへのスピリチュアルケアに24時間体制で従事するRohaniawan²⁷⁾という職種の宗教指導者もおり、ボゴール病院ではキリスト教徒への対応者も含めてボランティアで20名が勤務している。Rohaniawanは退職した看護師がなる場合もあるという話だった。



写真2 救急外来の診療室。中央が診察台で、左手奥が医師のデスク兼処置台となる。左手の壁には中央配管の酸素と圧縮空気の接続口があり、その下のワゴンには点滴セットなどが準備されている。照明は天井の蛍光灯、右側のライトのみであるが、簡単な手術も行われる。

3) 看護職員数と看護体制

看護部には看護部長1名、副看護部長2名(人事および感染管理担当1名・教育担当1名)のもとに、339名の看護師が所属しており、内訳は准看護師(Basic Nurse)133名(39.2%)、D3看護師182名(53.7%)、麻酔看護師2名を含む)、S1看護師5名(1.5%)、D1助産師5名(1.5%)、D3助産師14名(4.1%)となっていた。2015年頃には全看護職をD3レベルで採用できる見通しということであった。

看護体制は病室の等級によって異なり、VIP病棟は看護師対患者が1対1の配置になっていた。一般病棟の

1・2等病室も1~2人部屋のため、看護師対患者が1対1~2の配置となっていた。しかし3等病室になると、1対4~6となっていたほか、小児科の3等病室でも1対3となっていた。なお勤務は3交替制で、日勤7:30~14:00、準夜勤14:00~21:00、深夜勤21:00~8:00となっていた。

人事に関しては、人事担当の副看護部長はいるものの、スタッフの補充は米国と同様に各病棟師長が裁量権を持っており、原則としてローテーション制度もない。しかし、新採用の看護師に対しては、1ヶ月毎のローテーションで6ヶ月間の研修カリキュラムを有給で組み、幾つかのレポート提出を経て最終的な配属病棟を決めるという複雑かつゆとりのある採用形態で運用されている。クリニカルラダーやプリセプターシップも採り入れられており、6ヶ月経過した時点で看護部側が能力不足と判断しても当事者に就労意思がある場合には、もう6ヶ月上記のサイクルを繰り返し、再判断するということである。採用試験は筆記・適性・面接・健康診断の4分野で行い、退職者は年間10名程度とのことであった。

4. ボゴール看護専門学校の概要

今回訪問したボゴール看護専門学校は、準学士プログラム(D3)と助産師プログラム(D3)を併設した専門学校であった。それぞれの課程に准看護師(Basic Nurse)と高校卒の学生がほぼ半数ずつ在籍していた。カリキュラムは日本と大きな違いはなく、基礎医学系の科目終了後に看護過程や領域別看護の講義、演習などを行い、最後に臨地実習を行う。1つの実習終了ごとにケースレポートの提出が課されている。実習病院には臨地実習指導者もおり、1人の指導者が7~8名の学生を担当する体制を整えていると説明を受けた。看護師と助産師のプログラムごとに校舎は分かれており、教員もそれぞれに配置されていた。しかし、実習室は共有していた。

教員については、準学士号を持つ看護師を養成する教育施設であるものの、この学校の教員は全員学士号(S1)を取得しているとのことであった(写真3)。



写真3 ボゴール看護学校にて。
インドネシア赤十字ボゴール病院副看護部長ら(左側2氏)とボゴール看護専門学校教員とともに撮影(筆者は右から2番目)。

IV. 視察を終えた雑感

多産多死、感染、経済力などのキーワードを実感させられた旅であったといえる。小児病棟を見学した時には、デング出血熱の子供に心配そうに付きそう家族らを多くみかけ、家族の支え合う力が強い²⁸⁾ことに感心させられた。しかし一方で、居住エリアの至るところに生活排水と思われる汚水がたまり水になっている風景を目撃し、このたまり水の始末を定期的に行ってさえいれば、熱帯シマ蚊に刺されて発病することもないだろうに・・・と考えると、JICAの感染症対策の重要性を改めて認識させられた。

看護教育については、ODAなどの影響によって日本式の看護教育スタイルで発展してきたが、米国式のスタイルも浸透しはじめているという印象を受けた。いづれにせよ、インドネシアでは患者の生活の世話は家族の仕事であり、看護師の業務ではなかった。また、病室の等級に基づく看護職の人員配置と実際のケアの必要度は一致しているとは限らず、看護業務の効率性や有効性に関しては検討の余地があるようにも思われた。さらに、物資の不足に加え、スタンダードプリコーションなどの基準も余り守られていないように見受けられた。先のデング出血熱の事例も含めると、「途上国の看護指導者においては、表面化した問題は把握できていても分析力に欠ける傾向がある」²⁹⁾という一文が頭をかすめ、質の高い看護職を育成する必要性を感じた。もともと、文化や宗教的背景が大きく異なることを踏まえれば、やむを得ない事情も相当にあるのであろう。

V. おわりに

インドネシアの医療・看護を視察して感じたことは、マデリンM. レイニンガーが説いた文化的ケア理論の实在であった。どの国にも文化や習慣に根ざした独自の医療・看護体制があり、まず多様性を認めた上で、その国の文化や習慣を尊重した支援方法を考える必要があることを痛感させられた。一方で、日本の医療や看護の良さも再認識することができた。今回の学びを看護実践や学生の教育に還元していきたいと考えている。

VI. 謝 辞

今回の視察に際してご高配賜りました日本赤十字社国際部開発協力課長の田中康夫様、川手華与様、および現地インドネシアにてスケジュール調整にご尽力頂いたVera Simanjuntak様、情報提供頂いた石巻赤十字病院の新沼武様、インドネシア赤十字ボゴール病院兼ボゴール看護学校の院長、Zr. Tjitjih R看護部長はじめスタッフの皆様に深謝致します。

VII. 引用文献

- 1) 小畑美知夫：4.1.5公衆衛生、医療制度、社会保障、インドネシアハンドブック2003年版、2003
(http://www.jjc.or.id/handbook/handbook03_home.html) [2006年9月20日確認]
- 2) 前掲書1)
- 3) Tjindarbumi, D, & Mangunkusumo, R. : Cancer in Indonesia, present and future, Japan Journal Clinical Oncology, 32(Summplement), S17-S21, 2002
- 4) 前掲書1)
- 5) 厚生統計協会:国民衛生の動向、53(9)、174、2006
- 6) 前掲書5)
- 7) 前掲書5)
- 8) Japan Bank for International Cooperation : ハサンサディキン病院改善事業 現地調査 (2003年7月)
(http://www.jbic.go.jp/japanese/oec/post/2004/pdf/project_0_full.pdf) [2006年9月20日確認]
- 9) 前掲書8)
- 10) 前掲書8)
- 11) 前掲書1)
- 12) 前掲書1)
- 13) 前掲書1)
- 14) 石崎久義：東南アジアにおける日帰り手術の現況－特にインドネシアについて－、JOHNS、17(9)、1240-1244、2001
- 15) 前掲書1)
- 16) 天木嘉清：インドネシアにおけるNurse Anesthetist (NA;麻酔看護師) 制度、看護学雑誌、67(8)、792-795、2003
- 17) Takaoka, N : Current nursing situation in Indonesia, 聖マリア学院紀要15, 63-71, 2000
- 18) The international nursing foundation of Japan : Nursing in the world, 4th edition, Medical Friend Co., Ltd, 40-46、2000
- 19) 前掲書18)
- 20) 前掲書18)
- 21) 前掲書16)
- 22) 宮越幸代、森淑江：政府開発援助による看護教育分野におけるプロジェクト方式技術協力の実績と課題、55、323-336、2005
- 23) 小川正子：開発途上国における看護基礎教育支援 ;JICA「技術協力プロジェクト」の実例を基に、インターナショナルナーシングレビュー、29(4)、28-31、2006
- 24) 前掲書22)
- 25) 前掲書23)
- 26) 前掲書14)
- 27) 比嘉勇人、比嘉肖江：がん患者のスピリチュアルケア、臨床看護、28(5)、652-656、2002
- 28) 小笠原広実：異文化のなかで人間観・健康観・生活感を問い直す－インドネシアでの生活体験から、総合看護、34(3)、65-72、1999
- 29) 高岡宣子：開発途上国の臨床看護師への指導、インターナショナルナーシングレビュー、29(4)、32-35、2006