



日本・インドネシア経済連携協定に基づく外国人看護師等の受け入れに関する研究：インドネシア人看護師候補者を中心として

三原， 一郎

(Degree)

博士（学術）

(Date of Degree)

2017-09-06

(Date of Publication)

2021-09-06

(Resource Type)

doctoral thesis

(Report Number)

乙第3333号

(URL)

<https://hdl.handle.net/20.500.14094/D2003333>

※ 当コンテンツは神戸大学の学術成果です。無断複製・不正使用等を禁じます。著作権法で認められている範囲内で、適切にご利用ください。



2017年1月26日 提出

日本・インドネシア経済連携協定に基づく
外国人看護師等の受け入れに関する研究：
インドネシア人看護師候補者を中心として

指導教員：中澤 港 教授
三原 一郎

目次

1. はじめに	1
1-1. 背景	1
1-2. 目的と構成	5
2. インドネシア第1陣候補者の家計調査ならびに母国送金額の推定	7
2-1. 先行研究	7
2-2. 対象	7
2-3. 調査の詳細	7
2-4. 結果	8
2-5. 考察	8
2-6. 結論	13
3. 受け入れ先病院等に対する比較質問紙調査	15
3-1. 受け入れの実態に関する先行研究	15
3-2. 調査対象	15
3-3. 倫理的配慮	16
3-4. 入職前のインドネシア第1陣受け入れ前の質問紙調査	16
3-5. 受け入れ後6ヶ月経過した後の質問紙調査	19
3-6. 質問紙調査の結論	21
4. 第1陣・第2陣候補者に対する質問紙調査	24
4-1. 質問紙調査概要	24
4-2. 調査対象	24
4-3. 質問紙調査の結果	25
4-4. 考察	27
5. インドネシア人看護師候補者および看護師国家試験対策勉強会主催者へのインタビュー調査	35
5-1. 先行研究	35
5-2. インタビュー	36
6. 日本政府の施策に対するインタビュー調査	74
6-1. 対象と方法	74
6-2. インタビュー結果	74
6-3. 考察	103
7. 家計調査、2つの質問紙調査、インタビュー調査を通しての総合的考察	108

7-1. 母国送金額の妥当性および母国での送金の必然性	108
7-2. 日本語・看護師国家試験学習と看護師国家試験制度の変遷	109
7-3. インドネシア第1陣の急ぎすぎた受け入れ	114
7-4. 看護師不足に外国人看護師等は役立つか	118
7-5. インドネシア人看護師・候補者等の宗教に関する課題	121
8. 残された課題	124
9. 結論	126
9-1. 外国人看護師に対する看護師国家試験のこれからのありよう	126
9-2. 看護師不足に外国人看護師の担う役割	126
9-3. 多様性のある社会構築を目指して	127

図・表 一覧

1. はじめに

図 1.1 : フレームワーク

2. インドネシア第1陣候補者の家計調査ならびに母国送金額の推定

表 2.1 : 単身世帯消費支出の比較

表 2.2 : 職種・性別消費金額

表 2.3 : 職種・性別母国送金推定額

3. 受け入れ先病院等に対する比較質問紙調査

図 3.1 : インドネシア人を歓迎するか(マネジメント階層)

図 3.2 : インドネシア人を歓迎するか(スタッフ階層)

図 3.3 : 試験の分離は必要か(マネジメント階層)

図 3.4 : 試験の分離は必要か(スタッフ階層)

図 3.5 : 出題は日本語に限るか(マネジメント階層)

図 3.6 : 出題は日本語に限るか(スタッフ階層)

図 3.7 : 厚生労働省見解は妥当か(マネジメント階層)

図 3.8 : 厚生労働省見解は妥当か(スタッフ階層)

図 3.9 : 在留期間内合格は可能か(マネジメント階層)

図 3.10 : 在留期間内合格は可能か(スタッフ階層)

図 3.11 : 同僚との会話は通じるか(マネジメント階層)

図 3.12 : 同僚との会話は通じるか(スタッフ階層)

図 3.13 : 申し送り・ミーティングの会話は通じるか(マネジメント階層)

図 3.14 : 申し送り・ミーティングの会話は通じるか(スタッフ階層)

図 3.15 : 患者・入所者との会話は通じるか(マネジメント階層)

図 3.16 : 患者・入所者との会話は通じるか(スタッフ階層)

図 3.17 : 記録等書き言葉は書けるか(マネジメント階層)

図 3.18 : 記録等書き言葉は書けるか(スタッフ階層)

図 3.19 : 文化・宗教の問題はあるか(マネジメント階層)

図 3.20 : 文化・宗教の問題はあるか(スタッフ階層)

4. 第1陣・第2陣候補者達に対する質問紙調査

表 4.1 : 候補者の基本属性

表 4.2 : 候補者が来日前に日本での仕事内容を知っていたか?

表 4.3 : 候補者が日本に行くことを決めた理由(複数回答可)

- 表 4.4 : 候補者の普段の仕事(複数回答可)
- 表 4.5 : 候補者と日本人患者等との会話が成立しているか?
- 表 4.6 : 候補者と日本人スタッフとの会話は成立しているか?
- 表 4.7 : 候補者が記録を読み書きする能力はどのようになっているか?
- 表 4.8 : 候補者の申し送り等の参加とその内容はどうか?
- 表 4.9 : 1 週あたり日本語の勉強時間
- 表 4.10 : 1 日あたり仕事時間中の日本語勉強時間
- 表 4.11 : 日本語の勉強方法(複数回答可)
- 表 4.12 : 日本語の勉強で何が難しいか?
- 表 4.13 : 1 週あたり国家試験の勉強時間
- 表 4.14 : 1 日あたり仕事時間中の国家試験勉強時間
- 表 4.15 : 国家試験の勉強方法(複数回答可)
- 表 4.16 : 国家試験合格についての見解

5. インドネシア人看護師候補者および看護師国家試験対策勉強会主催者へのインタビュー調査

- 表 5.1 : インタビュー実施者 4 人のプロフィール
- 表 5.2 : ある病院の教育体制

7. 家計調査、2つの質問紙調査、インタビュー調査を通しての総合的考察

- 表 7.1 : インドネシア スンバ島における 1 世帯あたり平均支出

9. 結論

- 図 9.1 : フレームワーク 結論

日本・インドネシア経済連携協定に基づく外国人看護師等の受け入れに関する研究：インドネシア人看護師候補者を中心として

三原 一郎

1. はじめに

1-1. 背景

「日本・インドネシア経済連携協定」(以下、JIEPA)が2008年7月1日より発効した。経済連携協定とは、国や地域同士で「輸出入にかかる関税」や「サービス業を行う際の規制」をなくしたり、「投資環境の整備」や「知的財産保護の強化」等を行う国際的な協定のことを言う。

とくにこの協定の柱となるものは、自由貿易協定(FTA)であり、国や地域同士の関税の撤廃・削減、サービス業を行う際の規制の撤廃・削減を言う。FTAを軸としてより包括的にしたものがEPA(経済連携協定)である。その協定内容は、人的交流の拡大、各分野での協力、投資環境整備、知的財産の保護、反競争的行為の規制などを含む [JETRO, 2013]。

日本を含むWTO(World Trade Organization)加盟153カ国は、それで決めた最恵国待遇原則から、全ての加盟国に対して共通の関税率に基づいた関税を支払う必要がある。ところがJIEPAなどのように、EPA協定を結ぶことにより、WTO最恵国待遇より低い関税率(EPA税率)で貿易を出来るようになるという特典が得られ、協定2国間のより親密な関係が期待できるのである [経済産業省, 2015]。

JIEPAの協定は、その多くが自由貿易協定に絡むもので、関税や投資、サービス、エネルギーなどの貿易財を取り扱っているが、その一部として自然人の移動(人的交流の拡大)の項目がある。ここで言う自然人の移動とは、インドネシア人看護師候補者および介護福祉士候補者が来日し、日本語でそれぞれの国家試験に合格して、日本国内で就労を許すことを言う。原則として、看護師候補者は、来日後3年間以内に看護師国家試験に合格すること、介護福祉士候補者は来日後4年間以内に介護福祉士国家試験に合格することで、3年おきの在留ビザを更新し続けていけば、外国人看護師・介護福祉士に日本に定住出来る法的権利を与えるという、これまでに例が無い、新たなEPA協定が付け加わったⁱ。

従来外国人受入枠組みでは、ブラジル・ペルー・アルゼンチン・ボリビアなど、かつて政府の施策で移民した日系人を除くと、中国からの技能実習生といった比較的単純労働の担い手を受け入れるのに留まっており、日本政府は、これまで前述の日系人らの一部の例外を除き、外国人労働者の受け入れを拒否し続けてきた。

ところが、看護師・介護福祉士といった熟練労働者の受け入れは、これまでにない特徴を持っている。例えば中国人等に多い技能実習生を考えると、水産工場でのカキやホタテ貝の殻むきや、農繁期の野菜収穫作業等の単純作業が多く見られる。最大3年間しか働けないし、技能実習生として再入国できない。

一方、看護師は看護師国家試験、介護福祉士は日本における3年間の実務経験と介護福祉士国家試験の合格を必要とし、専門知識や日本における制度の理解が無いと合格できず、協定上必須とされる専門職として就労するためには、日本語による国家試験合格の壁が存在している。その分、合格すれば長期間の就労が可能である。国家試験に合格すると、インドネシア人看護師・介護福祉士は、3年間更新の特定活動ビザが交付され、更新は無制限に行われるようになる。

ここでは、EPA枠組みにおける受け入れを取り扱うが、介護福祉士に関しては、それ以外の受け入れ枠組みがスタートしている。具体的には、日本国内の介護福祉士養成学校(2年以上の過程)へ、在留資格「留学」で入国する。養成学校では日本語ならびに介護に関する知識を習得し、介護福祉士国家試験に合格した際には、新設された在留資格「介護」で更新回数や家族帯同の制限なく就労できるようにするものである。上記の制度とEPAによる受け入れ枠組みの相違点は、前者が「留学」という制度を利用した受け入れ枠組みであり、後者は経済連携協定に基づく日本との二国間協定によるものだけということであるⁱⁱ。

なお、看護師と介護福祉士の相違については、それぞれの職種の法的根拠は、以下に示すとおりである。

看護師は、保健師助産師看護師法で定められた、療養上の世話又は診療の補助を行うⁱⁱⁱ。

介護福祉士は、社会福祉士および介護福祉士法に規定されているように、身体・精神の障害のために日常生活に支障がある者に対する介護や介護者の指導を行う^{iv}。

両者の相違を具体例で示すと、ある病院の医療型療養病床では、介護福祉士の主たる仕事は、おむつ交換と体位交換であるという。一方看護師は、バイタル(体温、脈拍、血圧等)、投薬、処置(採血、注射、点滴等)など幅広い範囲の職務を行う。

上記病院のように、看護師と介護福祉士が協働する事も多く見られる。しかし、法による制約のため看護師にしか出来ない仕事はあるが、介護福祉士の仕事の多くは介護福祉士よりも容易に資格が取得できる介護職員初任者研修合格者(旧ヘルパー2級合格者程度)でも代替できる事が多く、老人介護などの施設においては、正規職員より賃金が安い、パート労働者を中心とした介護職員初

任者研修合格者で済ませようとするインセンティブが働きやすいと考えられる
v。

看護師は、看護師国家試験に合格すると、EPA 枠組みでは、在留ビザの更新が無制限になるとはいえ、それは容易ではない。看護師国家試験は、大きく分けて3つの問題群から構成されている。1番目は必修問題、2番目は一般問題、3番目は状況設定問題である。

1番目の必修問題は、看護師としてとくに基本的かつ重要な知識および技能について、専門基礎分野および専門分野から構成され、基本的な知識があれば必ず答えられるような内容だが、50点配点の8割の正答がなければ合格できない。

2番目の一般問題は解剖生理から疾患、看護ケアまでの幅広い出題がある。具体的には、「人体の構造と機能」「疾病の成り立ちと回復の促進」「健康支援と社会保障制度」「基礎看護学」「成人看護学」「老年看護学」「小児看護学」「母性看護学」「精神看護学」「在宅看護論」「看護の統合と実践」以上の範囲から出題され、配点は130点、例年6割以上の正答率で合格になる。

3番目の状況設定問題は、実際に看護師がケアをする場合を想定した問題である。患者の状況に応じて看護課程(アセスメントから看護計画の立案、実施、評価まで)を展開する応用力や判断力が求められる。上述したように、現場に直結する内容となっており、配点は120点、例年6割以上の正答率で合格になる [ナースフル看護学生, 2014]。日本人にとっては難しくなく90%程度が合格するが、外国人にとってはかなり難しい [厚生労働省, 2015a] [東京アカデミー, 2015]。

ところが日本政府の受け入れに関する対応は、十分である、とはとても言えない。例えば英国においては、外国人看護師の受け入れ窓口として看護助産評議会(NMC)が存在し、看護師および看護の質を担保するシステムがある。[成瀬 石川, 2013]によると、英国での看護師免許登録申請に際しては、要件として(1)一定の英語力(2)看護業務従事歴(3)教育歴で足りるをし、満たした者は外国人看護師の教育プログラム(ONP)を受験できるようになる。母国での看護教育が規定時間数に満たない場合は、必修研修の他個々の状況に応じて臨床実習も課されるなど、受け入れシステムが構築されている。一方、インドネシア人看護師の海外送り出しは、英語圏である英米へはTOEFLのスコアが高得点である事などがネックとなっており、むしろ2国間協定による送り出しが多い。協定締結国はサウジアラビア、クウェート、マレーシア、オーストラリアおよび日本である。中東2国の選抜方法は、書類選考と英語試験に合格した者、マレーシアの選抜方法は2003年から書類選考と面接で合格した者を受け入れている

[奥島, 2012]。特にマレーシアはイスラム教が国教であるのと、マレー語がインドネシア語とよく似た言語である。インドネシア人もイスラム教徒が多く、言語習得が容易であるため、送り出し・受け入れが容易である事が指摘出来るよう [熊谷, 2014]。

しかし、日本においては、インドネシア人候補者第1陣(以下、インドネシア第1陣)などの受け入れ対応は、半年間の日本語教育だけで、ほとんど看護・介護の質を確保するための学習やチェックシステムがなく、入国後半年以降の教育プログラムは受け入れ施設に一任され、さらに、唯一の受け入れ斡旋機関である厚生労働省の傘下で、インドネシア・フィリピン人の受け入れ実務を行っている国際厚生事業団(以下、JICWELS)からの援助の手はさしのべられていない状況であった。その後制度改革が進み、インドネシア第1陣当時よりは援助の手が差し伸べられるようになったが、日本においては、未だ英国のようなシステム構築ができていないのが現状である。

そのため、インドネシア・フィリピン・ベトナム人を合わせて、2008年から2015年まで延べ2,118人が看護師国家試験を受験しているが、合格者は154人で、合格率は7.27%に過ぎない [厚生労働省, 2015b]。これまで行われてきた試験制度改革や研修制度改革は、合格率を上げることができなかったのである。

また、大半が日本国籍ならびに在日韓国・朝鮮人等で構成されてきた、看護・介護の職場に、全く違う民族で、インドネシア人に関しては、その大半がイスラム教に帰依しているという、異民族・異宗教の人々と協働するという経験は、看護・介護の現場では全く初めてのこともあり、とくにインドネシア第1陣の場合、初めてのケースでいろいろな問題が起こったのは想像に難くない。

また、インドネシア第1陣の場合、来日後半年間の日本語教育だけで病院・施設に入職したため、その後の教育に携わる者は、言語・宗教の壁を越えて、国家試験に合格させる必要があった。しかし、これまで当時の状況は総括されていない。

次に、インドネシア第1陣が就労し始めた頃から、多くのボランティアが日本語教育を行っていた。病院・施設によっては、教育専任者を付けるだけのマンパワーが不足し、ボランティア任せになっていたところもあるが、その実態は明らかになっていない。日本語教育がどのように行われていたかについても、具体的な情報は十分でない。

2015年3月にインドネシア人看護師候補者を対象とする、マイクロエスノグラフィ研究が報告された [浅井, 宮本, 箕浦, 2015]。これは、同筆者らの先行論文 ([浅井, 箕浦, 宮本, 2012]および [浅井 宮本, 2011])をまとめ、拡張したものである。この論文の目的は、大きく2点にまとめられる。(1) インド

ネシア人看護師・介護福祉士候補者が来日し、異文化接触によってどのような影響を受けるのかを明らかにすることと^{vi} (2) インドネシア人看護師らに着目して、日本とインドネシア間の人的交流が IT 革命による異文化体験の増加を通して、どのように変わったのかを明らかにすることであった。

しかし、浅井らの研究は(1)生活実態についての定量的な言及がない、(2)マイクロエスノグラフィーを一般化することに重きを置いたため、個別の事情への配慮が欠けている、という限界があり、インドネシア人看護師候補者が直面した問題を十分に明らかにしたとはいえない。また、最近では EPA による外国人看護師候補者等の受け入れに関して、マスコミが大きく取り上げることは少なくなっているが、必ずしも受け入れに関する諸問題が解決しているとは言えないと考える。

浅井らの研究とは違って、外国人看護師の語りを用い、個別性を重視した調査としては、英国に移入したヨルダン人看護師を対象とした研究がある (Al-Hamdan, et al., 2015)。英国 NMC を母集団として、雪玉サンプリング^{vii}で対象者(被験者)となった者 25 人に、半構造化インタビュー調査の方法で行われた。主な結果として、英国で生活し働くことは、移入看護師たちの個人的、社会的、職業的属性を変えることが示された。ヨルダン人看護師たちは、英国に移入すると、職業的、個人的な生活において、チャンスや大きな課題に直面したが、知識やスキルの面では英国の医療システムに貢献した。しかし、かれらが直面した職場への順応ニーズは、それを遙かに上回っていた。ヨルダンと英国の労働環境の相違は、背後にかくれている要素だが、おそらく職業としての看護師に必要とされる順応である。ヨルダン人看護師たちの生活は、英国における個人的、社会的ネットワークの視点から見て、母国にいる時とは一変したのである、と結論づけている。これは、ヨルダンから英国に移入した看護師たちの個別性の高い語りから得られる見地から行われた研究であり、浅井らの研究が一般化によって得た結果と同じぐらい重要である。従って、EPA 枠組みで受け入れたインドネシア人候補者等を対象とした研究においても、個別性を重視した研究が必要なことは明らかである。

1-2. 目的と構成

この論文で明らかにしたいことは、インドネシア人看護師候補者が直面した問題の全体像である。そのためには、日本語による国家試験に合格しなければならないという高い壁に加えて、生活実態、異文化への適応、その他個人レベルの問題などを包括的に検討する必要がある。

具体的には以下の 6 点からなる。(図 1.1)

まず、2. では、家計調査から見たインドネシア第1陣の姿、について述べる。ここでは、インドネシア第1陣候補者208名のうち、50名のから回答を得た家計調査を基に、一般日本人単身世帯の家計調査ならびに生活保護単身世帯の家計調査データとの、統計的手法による比較を通じて、インドネシア第1陣の日本における生活実態を定量的に明らかにする。また、同じ家計データを用いてインドネシア第1陣の母国送金額を推定する。これは、後述のインタビュー調査で明らかになる事であるが、インドネシア人候補者達はほぼ例外なく母国送金を行っており、来日する理由の一つとして家族等に送金をすることを目的としていることが多いためである。

3. では、病院等のマネジメント階層およびスタッフ階層に対して、前者ではインドネシア人候補者が入職前の質問紙調査、後者は入職後6ヶ月経過後の質問紙調査を行い、入職前と入職後6ヶ月経過後のインドネシア人候補者に対する、マネジメント・スタッフ階層の認識の変化について調べ、入職前に感じていたインドネシア人候補者に対する漠然としたイメージから、実際に協働してみてもどのようにイメージが変わったかについて調べた。

4. では、第1・第2陣候補者への本人に対する質問紙調査ならびに自由記入欄に書いてもらった文章を語りとして用いた。そうすることで、より等身大に近い候補者像を明らかにした。また、彼・彼女らが日本で候補者として働きながら国家試験に合格すべく勉強をしている姿を明らかにすることで、EPAプログラムの問題点を明らかにしようとするものである。

5. では、実際のインドネシア人候補者4人に直接インタビューを行い、その語りをマイクロエスノグラフィーの手法でまとめた。また同時に同じインドネシア人候補者4名らの教育を行っていた、医師で日本語教師の資格を持つK氏のインタビューも同手法をもってまとめている。

6. では、政府の施策について、国際厚生事業団のX氏と厚生労働省Y氏に直接インタビューをし、同じくマイクロエスノグラフィーの手法でまとめたものである。

7. では、図1.1に示した全体像を踏まえ、総合的な考察を行った。8. では残された課題について考察し、9. では結論を述べる。

2. インドネシア第1陣候補者の家計調査ならびに母国送金額の推定

2-1. 先行研究

EPAに基づくインドネシア第1陣看護師候補者等の消費支出に関する家計調査は、先行研究が見あたらなかった。

金川は、インドネシア第1陣看護師・介護福祉士候補者を対象として、病院等で働く前と後の2回、日常生活、サポートシステム、健康状態、STAI(State Trait Anxiety Inventory)に関して質問紙調査を行っている [金川, 2013]。就労前調査は68名、就労後調査は50名から回答を得ている。結論は(1)就労前後とも言葉の難しさが指摘できる。(2)メンタルヘルスは就労前より就労後の方が悪化している。(3)就労前・後を通して、インドネシア人候補者達には日本語のサポートをより多く行う必要がある。(4)就労後調査から看護師候補者には看護師としての訓練機会が必要であることが示された、としている。本研究は、就労後調査と同じ50名を対象として家計支出データを取得できたことにより実現したものである。

2-2. 対象

2008年に来日したインドネシア第1陣候補者の消費支出(家計・単身世帯)を日本の標準的な単身世帯ならびに生活保護単身世帯のデータと比較することで、彼・彼女らの日本における消費生活のありようについて検討した。

インドネシア人候補者同士が夫婦であるなど、単身者でない家計の存在は否定できないが、その可能性は極めて低いと考えられるので、調査したインドネシア人世帯はすべて単身世帯であると考え、日本の単身世帯と比較した。

2-3. 調査の詳細

(1)調査期間 2009年7月～9月である。

(2)調査方法 インドネシア語による質問票調査を行った。

回答言語は、インドネシア語、英語、日本語のいずれでも可とした。

また、インドネシア語による質問票の作成ならびに回答翻訳は、インドネシア人留学生の協力を得た。逆翻訳等による翻訳の妥当性検証はしていないが、単純な事実の質問項目なので、回答に際して誤解を生じていないと考える。

質問項目としては日本の家計調査報告の支出項目に合わせ、各項目についての1ヶ月の支出額を尋ねた。

対象はインドネシア第1陣入国者208名に質問紙を配布し、郵送またはメールで回答を得た。

(3)統計解析の方法は、各家計支出について、平均値と95%信頼区間を算出し、

同時期の日本の家計調査報告の単身世帯の平均値(総務省統計局「全国消費実態調査[単身世帯]第6表、男女、職業別1世帯あたり1ヶ月間の収入と支出2009(平成21)年」[総務省統計局, 2009a])との差を、一標本 t 検定でインドネシア側と比較した。また、生活保護^{viii}世帯の同項目(厚生労働省「社会保障生計調査、消費支出の状況(単身世帯)(実数)2009(平成21)年」[厚生労働省, 2009])とも一標本 t 検定でインドネシア側と比較した。

(4)倫理的配慮 インドネシア第1陣候補者が参加したインドネシア大使館で行われたレセプションの際、質問紙を配布して説明し、了解を得た。また、回答は任意であり、郵便やメールで返送を行うことで、調査協力の意思があるものとした。

2-4. 結果

回答者は50名(回収率24%)であった。支出額を記入してもらう形式であったため、支出がない項目等は空欄になっていたため、統計解析上は0円として処理した。

調査結果は、表2.1のとおりである。

光熱・水道を除けば、すべての項目で、日本人世帯とは統計的に有意な差が見られた。

生活保護世帯との比較では、食料、住居、家具・家事用品、教育、教養娯楽光熱・水道の項目で統計的に有意な差が見られた。

2-5. 考察

回答者の平均年齢は、介護福祉士22名は第1陣の介護福祉士104名の平均(23.7歳)よりも有意に高かった(平均25.18歳、95%信頼区間23.96-26.40歳、p値0.0197)が、看護師28名は第1陣の看護師104名の平均(26.7歳)と統計的に有意な差はなかった(平均25.57歳、95%信頼区間26.40-28.74歳、p値0.137)。したがって、少なくとも看護師については、回答者の年齢に偏りはなかったと考えられる。

2-5-1. 家計調査を基にした母国送金額の推定

後述するインタビュー調査では、来日した候補者達がほぼ例外なくインドネシアの親兄弟等に送金していることが明らかになっている。そのため、母国送金額は、彼・彼女らの来日理由を説明するのに非常に重要であると考えられるので、その推定を行う。

インドネシア人看護師候補者等が母国送金している金額は、フィリピンにおける実態調査[三原, 中園, Glen, 2008]の送金希望額と、インドネシア第1

陣看護師候補者らから得た家計調査データから推計する。

上記筆者実態調査におけるフィリピン人への質問紙調査では、母国送金希望額は月 500 米ドルである。当時のレートで換算すると、約 5.5 万円である。(1 米ドル=110 円)

一方、インドネシアの平均賃金は、月約 1 万円 (The Actrav Turin(ILO), 2012) である。

表 2.2 を見ると、消費レンジは月 5 万円～月 14 万円までのバリエーションがあるが、一番度数が多いのが月 9 万円である。

表 2.3 は、母国送金推定額である。これは、職種・性・年齢別の賃金を「賃金構造基本統計調査 一般労働者 職種別第 3 表」[厚生労働省, 2010a]から取り、インドネシア人世帯に当てはめた結果を集計したものである。この表の計算は、例えば看護・男・26 歳という場合には、企業規模計(10 人以上)経験年数 0 年、看護補助者(男)、25～29 歳の賃金から得られた月 15.6 万円を支払賃金と見なし、そこから家計調査から得られた、個々人の消費額を引き、その残額を母国送金推定額としたものである。これを見ると、送金のレンジは月 1 万円～月 12 万円と 11 万円もの差が開いているが、最頻値が月 6 万円台のレンジである。The Actrav Turin(ILO)のインドネシアにおける平均賃金が月約 1 万円であることを考えると、月あたり 6 倍もの金額を送金していることになる。

以上から考えて母国送金額は 6 万円程度と推定する。

2-5-2. 日本人との家計消費支出の違い

文献資料から得られる日本人の家計消費支出との違いを検討するにあたり、考慮しなければならないこととして、年齢分布の違い(日本人単身者には高齢者が多く含まれること)と、日本の単身世帯統計が非常に厳格に消費額を計上していることを指摘しておきたい。総務省統計局の家計調査は、家計簿を付ける指導を経て、その後調査するといった、非常に正確性を重視したデータ収集を行っている。それに対して、インドネシア第 1 陣候補者に対する家計調査は、官庁統計と比べ消費支出の計上方法において精度が劣る可能性がある。

2-5-2-1. 日本人世帯(以下、一般日本人)ならびに日本人生活保護世帯(以下、生活保護者)とも有意な差がある項目

(1)食料は一般日本人に対して、インドネシア人世帯(以下、インドネシア人)が約 4 割となっている。一般日本人と生活保護者の両者とも、インドネシア人候補者世帯に対して統計的に有意な差がある。後述する筆者インタビュー調査では、インドネシア人候補者達の食費は、イスラム教徒が多いため、豚肉、ア

ルコールを含む食材など食べられないものがある。そのため朝晩の食事はもとより、昼食に弁当を持ってくるなどして対応しており、また外食より自炊を行わなければならない必然性も高く、結果として節約した生活を送っていると考えられる。以上から、インドネシア人候補者達の食費は、生活保護者の最低水準以下の食費しか消費しておらず、切り詰めた食生活をしていることが指摘出来よう。

(2)住居は一般日本人に対して、インドネシア人が約7割になっている。インドネシア人候補者達の住む寮や借り上げ物件は、福利厚生の一環として民間の賃貸住宅をインドネシア人候補者達が直接借りるのと比べ安く設定していることが多い。具体例として賃貸料相当額が1万円の社宅を使用人(インドネシア人候補者達)に貸与した場合を想定すると、使用人から6千円の家賃を受け取る場合は、6千円は賃貸料相当額である1万円の50%以上なので、賃貸料相当額である1万円と6千円との差額の4千円は給与として課税されない。また、勤務先負担額の4千円も福利厚生費で費用として処理できるので、利益の圧縮(納税額の減少)という効果も持ち、勤務先・使用人ともにメリットがあるのである [国税庁, 2015]。

(3)家具・家事用品は一般日本人に対して、インドネシア人が約4割である。家具・家事用品は必要最小限の消費しか認められていない生活保護者とも、有意な差がある。以上から、インドネシア人候補者は、家具・家事用品に対する支出を切りつめていると考えられる。

(4)教育は一般日本人に対して、インドネシア人が約37倍である。これは、一般日本人25円に対して、インドネシア人が926円となっているためである。また、一般日本人の中には、高齢者も含まれていることを考慮する必要がある。細目として、一般日本人の項目に上げられるのは、授業料、教科書代、補助教育(学習塾費用など)であるが、一般日本人の場合高校生までは単身世帯であるとは考えがたく、大学生以降に単身世帯になると考えられる。また、日本人で就職をしたあと、教育費用がかかってくるというのは自己啓発のため、仕事に関連する資格等を取得するための専門学校費用が考えられる。EPA 枠組みで教育訓練を受けるインドネシア人候補者達の同費用は、候補者本人負担は発生せず、勤務先の負担になっているので、この項目の教育費用には該当しないはずである。しかし現実には費用が計上されていることから考えて、日本語学習や国家試験対策学習のための自己負担、すなわち参考書や問題集等の購入を自費

で行っている可能性がある。

(5) 教養娯楽は一般日本人に対して、インドネシア人が約 1 割である。ここでは、生活保護者と比較してみる。その理由は、後述する筆者インタビュー調査から示唆されるものとして、インドネシア人候補者達は母国送金を行うため、相当切り詰めた支出を行っていることと高齢者世帯ではないことが挙げられる。生活保護者の当該費用は 5,788 円である。それに対してインドネシア人候補者達は 3,000 円程度出費が少ない。生活保護者の細目は明らかになっていないため、何がその要因かは明らかではないが、結論としては生活保護者と比較しても、インドネシア人候補者達は相当切り詰めた生活をしていることがわかる。

2-5-2-2. 一般日本人とは有意な差がないが、生活保護者には有意な差がある項目

(1) 光熱・水道は一般日本人に対して、インドネシア人が約 9 割である。これは生活に必須の財であり、個々人によって消費量の極端な偏りが少ないと考えられる。電力会社や水道事業者による単価は、誰もが消費する財の性質から、公的な価格統制が行われていることが多く、単価に相違があまりない場合が多いと考えられる。また、生活保護者においては、光熱・水道費が生活扶助として支給されているのも、一つの要因であろう [厚生労働省, 2016b]。従って、単身世帯という括りで見ると、光熱・水道の消費量は、Basic Human Needs に基づくものであり、インドネシア人と日本人を比較しても大きな差異はなく、単価もあまり変わらないのであれば、支出金額はあまり変わらないと考えて差し支えないと考えられる。

2-5-2-3. 一般日本人とは有意な差があるが生活保護者は有意な差がない項目

(1) 被服および履物は一般日本人に対して、インドネシア人が約 3 割である。しかし高齢者世帯を除く生活保護者の値である 3,942 円とは有意差がない。以上から、インドネシア人候補者の被服および履物に対する支出額は、生活保護者と同等以下の必要最低限のレベルであると考えられる。

(2) 保健医療は日本人平均に対して、インドネシア人平均が約 4 割である。まず第 1 にインドネシア人は働きに来ているので健康状態は良いと考えられ、保健医療費は安くても不思議はない。また一般日本人は高齢者も含むので保健医療費が高くなっている可能性がある。ここでは、生活保護者との比較には注意が

必要である。理由としては、当該世帯は健康保険料ならびに一部負担金が免除されているからである。そこで、「2009(平成 21)年、単身世帯、第 2 表 男女、年間収入階級別 1 世帯あたり 1 ヶ月間の収入と支出、男女平均」〔総務省統計局，2009b〕との比較を行う。当該統計では、年収が 100 万円以上～150 万円未満、150 万円以上～200 万円未満の世帯は、それぞれ、5,476 円と 6,367 円が計上されている。保健医療の細目は、市販薬と処方薬を含む薬品代、衛生用品、眼鏡等、医師の診療代などである。インドネシア人候補者達の平均支出額は 1,880 円であり、インドネシア人候補者達の年収が 150 万円未満であるとしても、3,600 円程度安い。その理由として、インドネシア人候補者達は、正規雇用の取り扱いで入職していると考えられ、健康保険は協会けんぽ(旧名称：政府管掌健康保険)、組合健保もしくは各共済に加入している。従って、病院等で診察を受ける場合、通常健康保険の範囲での一部負担金の支払いとなるので、総医療費の 7 割が健康保険からの給付で残りの 3 割が受診者の一部負担金である。差異は、インドネシア人候補者は病院などの医療機関に勤務している場合も多く、その場合職員の福利厚生として、勤務先病院の一部負担金は、通常の 3 割以下になることも多い。そのため、インドネシア人候補者達の保健医療の出費は、一般日本人と比べて安くなっていると考えられる。

(3)交通・通信は一般日本人に対して、インドネシア人が約 3 割である。ここでは生活保護者との比較を行う。その理由として(a)支出が考えられない項目として、同項目の自動車関係費が挙げられる。この費目に含まれるものは、自動車・自転車購入費、自動車等の維持費(メンテナンスやガソリン・駐車場代、保険料等)が含まれているが、自転車購入費は計上される可能性はあるものの、自動車関係の支出は運転免許証の取得が前提となっており、調査した時期のインドネシア第 1 陣候補者が、免許を取得する事は、日本語能力不足から不可能であると考えられる。また、生活保護者では、原則車を所有することはできないので、インドネシア人候補者世帯との比較において適当であると考えられる。(b)2009(平成 21)年当時の情報通信機器の普及率〔総務省，2016〕によると、携帯電話・PHS の普及率が 90%を越えているが、2014(平成 26)年には、普及率が 60%を越えたスマートフォンはまだ普及前夜で、統計上記載がない。それらを勘案すると、スマートフォンでない携帯電話(フィーチャーフォン)は十分普及していたと考えられる。従って、生活保護者でも携帯電話は使用されているとみて良いと考える。(c)通信費について、インドネシア人家計調査の誤りの可能性が考えられる。日本の官庁統計では、一般日本人のインターネット固定回線使用料(回線使用料やプロバイダ料金)が、教育娯楽の項目で計上されている。一般的な認識で

は、当該費用は通信費として考えられていても不思議ではない項目であるため、インドネシア人候補者世帯では、この項目の中に計上されている可能性がある。生活保護者の通信・交通の支出額は9,440円であり、インドネシア人候補者達の支出と有意差はない。後述する筆者インタビュー調査では、インドネシア人候補者達は、ほぼすべてが携帯電話を持っており、候補者同士の情報のやりとりなどに利用されている。前述したように、調査の際誤ってインターネット固定回線使用料等をこの費目で計上している可能性を指摘したが、後述するインタビュー調査等で示唆されていることとして、インターネット固定回線使用料等だけで、使用の都度料金のかからないインターネットテレビ電話であるスカイプが広く使われている。母国の家族や友人などとのコミュニケーションツールとしてや、日本各地で就労している同じインドネシア人候補者同士のツールとして、よく使われているので、インドネシア人候補者達にとって、なくてはならないものであると指摘出来る。

2-6. 結論

一般日本人とインドネシア人を比較すると、光熱・水道以外の項目全てで、両者に有意な差があることが明らかになった。さらに、生活保護者とインドネシア人の間には、食料、住居、家具・家事用品、教育、教養娯楽、光熱・水道の間で、有意な差があることが明らかになった。

また、家計調査を基にした母国送金額の推定から得られたものとして、インドネシア人の家計調査から分析すると、インドネシアとフィリピンの物価等が違うことを考慮しても、フィリピン人希望の月額5.5万円よりは多く、表2.3より6万円程度の金額を送金していることが多いのが明らかになった。

これらをまとめると、インドネシア人は、一般日本人や必要最小限の生活しか送れない生活保護者と比べても、非常に儉約した生活を送っていることが明らかになった。また、その一因として、比較的多額の母国送金を行うために、予測される収入から考えると、非常に儉約した生活を送っていることが明らかになったといえよう。

EPA 枠組みによるインドネシア人候補者達の受け入れは、海外からの移民受け入れを含む労働力不足の解消ではないという政府公式見解とは反するが、インドネシア人候補者達の大半が母国送金を行っているという行動から見れば、出稼ぎの一環であるという見解も否定できない。現在の日本の状況は人口減少社会であり、看護・介護人材の供給が劇的に増えない場合、日本人の看護・介護人材が不足するため、看護・介護に必要な人を社会保険制度でまかなえない可能性は十分にある。現在の中負担・中福祉が、今後も継続できるか疑問があ

る。しかし、看護・介護人材は必要である。そこで、労働需要を満たすためには、労働条件を改善する必要がある。例えば、ワークライフバランスを重視した、結婚・出産・子育てを社会的にサポートしていくことが非常に重要であると考ええる。

先進国では合計出生率(TFR)が2を上回る水準にある国として、フランスが挙げられる。同国では、多子を支援するため、所得税を家族単位として捉えたいうえで、子供が多ければ多いほど税率が累進的に下がるようになっている [和田, 2014]。また、ワークライフバランスにも配慮し、子供の出産・養子縁組、病気の子供の看護など家族に関連する、広範にわたる様々な休暇を国が定めている。例えば乳母に子供を預けるという伝統が同国ではあるが、乳母人材の雇用創出と個人のニーズをマッチさせるという政策も、子育て支援に役立っている [神尾, 2014]。

3. 受け入れ先病院等に対する比較質問紙調査

2. では、日本人とインドネシア人の家計調査の比較を統計学的手法で行ってきた。また、家計調査を基にした母国送金額の推定を行った結果、インドネシア人候補者達の日常生活が非常に質素な生活を送り、母国送金の金額を多くするという行動を取っていることが明らかになった。

前述したように、日系ブラジル・ペルー人、主として中国からの技能実習生など、比較的単純労働に従事する労働者は受け入れたことはあるものの、熟練労働者をほとんど受け入れたことのない日本の労働市場で、しかもほとんど例外なく日本人だけで運営されてきた医療・介護現場に、外国人労働者が入って来ることに對する現場の声はどうなっているのだろうか？

3-1. 受け入れの実態に関する先行研究

質問紙調査に基づく研究は、「越境ケア特集」として [川口, 平野, 大野, 2009] および [平野, 川口, 大野, 2009] などがある。ここでは、『日本の病院における外国人看護師の受け入れに関する意識を明らかにするため、全国 300 床以上の全ての病院を対象とした初の質問票調査を行った』としている。これらは、(1)300 床以上の大病院に限定して調査を行っている。(2)看護師のみを対象としている。

また、「東南アジアから日本へのケアワーカー移動をめぐる国際会議」において、『全国の受け入れ病院・介護施設の意識－受け入れから 1 年を経て－』の病院・施設受け入れ 1 年経過後の調査報告がある [小川, 2010]。この調査票調査の結論としては、(1)インドネシア第 1 陣に関しては、70%以上の病院・施設が「受け入れて良かった」と回答している。(2)90%弱の病院・施設が「ある程度以上の日本語能力をインドネシア人看護師等が持っていることを応募条件とすること」(3)病院・施設共に、国家試験合格のモデルとなるカリキュラムの提供を要望すると結論づけている。しかし、これらの先行研究では、6 か月間の研修期間中と就労後 6 か月経過後のどちらか片方しか調べられていない。

3-2. 調査対象

そこで、本研究では、(1)インドネシア第 1 陣受入前の施設にマネジメント・スタッフ階層別に質問紙を用い、外国人看護師等の受け入れに対する調査を行った。また(2)就労後約 6 か月後のインドネシア第 1 陣を受け入れた病院等に対する 2 次調査を行い、これもまたマネジメント・スタッフ階層別の意見集約を行った。

(1)については、インドネシア人の受け入れに対して積極的な病院・施設(受

け入れ積極施設) 40 と、受け入れに対して消極的な病院・施設(受け入れ消極施設) 46 である。受け入れ積極施設は、主としてインドネシア第 1 陣を受け入れるべく手上げをしている病院・施設のうち協力を得られたものすべてである。調査時期は 2008 年 8 月から 12 月である。ここでは(2)との対比のため、受け入れ積極病院・施設 40 について述べる。

(2)2009 年 9 月～12 月までに 2 回目調査^{ix}として、各病院・施設において入職後半年経過した後に、病院および施設マネジメント・スタッフ階層に行った調査票調査の結果を前回調査との比較で示す。比較を行う意味は、前回調査は採用者の実像を明確に認識しない状態での回答で、今回調査は就労後半年以上経過し、実像を知った上での回答だからである。そのため、調査は、実際に協働した結果、予想と実像とのギャップを明らかにすることが出来た。

3-3. 倫理的配慮

(1)(2)とも、調査は病院・施設等には郵送もしくは直接相手先まで出向いて質問紙の回答を依頼し、郵送で質問紙を送り返す返信の形で行った。質問紙には調査への協力は自由意思であることを明示し、回答・返信するかどうかは当該病院・施設等の自由意思に任せる旨明記してある。また、収集したデータはプライバシーが保護されるよう、集計後破棄することを記述して了解を得た。

3-4. 入職前のインドネシア第 1 陣受け入れ前の質問紙調査

ここでは、インドネシア第 1 陣が入職する前で、入職予定の病院・施設に対する質問紙調査を行った結果を示す。

3-4-1. インドネシア人を歓迎するか(図 3.1 および図 3.2)

インドネシア人を歓迎するかについて、マネジメント階層においては、80%以上が歓迎すると答えているが、スタッフ階層においては約 50%がまだわからないと回答している。

この時点において、実際に就労するインドネシア人に会ったことがあるのは、マネジメント階層の看護部長クラスであり、スタッフはインドネシア人が入職するという情報を知ってはいるものの、実際に面識があるわけではない。それがこの結果を表していると言えよう。

また、スタッフ階層においては、約 20%が歓迎するとしている一方で、ほぼ同率の約 20%で歓迎しない・方針に従うという、やや否定的な見方もある。

始めて外国人看護師等との協働に対して不安を感じているのかもしれない。

3-4-2. 試験の分離(図 3.3 および図 3.4)

ここでは、日本語能力を日本語能力試験等で計り、国家試験は外国語等で行い、その総合点で合格を決めるというやり方について、マネジメント階層は約 60%、スタッフ階層は約 50%が、試験の分離を行った方が良いとなっている。一方マネジメント階層で約 20%、スタッフ階層で約 40%が判らないと回答している。

3-4-3. 国家試験問題の出題は日本語に限るか(図 3.5 および図 3.6)

前項に引き続き国家試験を外国語で受験させることについて、マネジメント・スタッフ階層共に約 60%が外国語で国家試験を受験することに賛成している。また、日本語での受験が必要であるとの回答がマネジメント階層で約 20%、スタッフ階層も 20%強あり、この時点では外国語による国家試験出題が優勢であるが、日本語による国家試験問題の出題もある程度の割合を占めており、6 か月後の意向を注目したい。

3-4-4. 厚生労働省見解の賛否(図 3.7 および図 3.8)

厚生労働省は、日本語で出題された国家試験への合格が、日本語能力を持っている事の証であるとしている。それについて、マネジメント・スタッフ階層共、50%以上が国家試験に日本語で合格する事が日本語能力を持っている事の証ではないと考えている。但し、マネジメント階層では、20%強、スタッフ階層でも 20%弱が、日本語による国家試験に合格することが日本語能力を持っていることの証であるとしている。

3-4-5. 在留期間内に国家試験に合格するか(図 3.9 および図 3.10)

看護師候補者 3 年、介護福祉士候補者 4 年以内の国家試験合格について、マネジメント階層においては 60%強、スタッフ階層でも 60%程度が厳しすぎると回答している。また、マネジメント階層で 40%弱、スタッフ階層で 40%強が本人の努力次第と回答している。これらの結果から考察すると、半数以上が在留期限内の合格は難しいと考えているものの、本人の努力次第であるとの考えもある。

3-4-6. 同僚との会話(図 3.11 および図 3.12)

実際に就労した場合を想定して、同僚として会話が成立するかについて、マネジメント・スタッフ階層ともに何とか会話が通じるが 50%超を占めており、あまり悲観的な見解は少ないようである。但し(会話の成立が)不十分とする見

解もマネジメント・スタッフ階層ともに 20%程度あるので、実際に就労した場合の不安はあるように見られる。

3-4-7. 申し送り・ミーティングでの会話(図 3.13 および図 3.14)

マネジメント階層は 50%強、スタッフ階層は、約 60%が申し送りやミーティングでの会話に日本語能力に対する不安、不十分だという回答をしている。また、マネジメント階層においては、残りの 50%弱、スタッフ階層の約 40%が楽観的な、何とか通じると回答している。

これらを勘案すると、申し送り・ミーティングにおける会話が成立するか見解が相半ばしている状況が見て取れる。

3-4-8. 患者・入所者との会話(図 3.15 および図 3.16)

マネジメント・スタッフ階層とも 60%強が何とか通じると回答している。マネジメント階層の 30%弱が(患者・入所者との会話)は不十分だ、10%弱が十分通じると回答している。スタッフ階層は、40%弱が不十分だと回答している。この結果は、現場のマネジメント・スタッフ階層とインドネシア人との会話がやや楽観的な回答であったのに対して、対患者・との会話では意思疎通が難しいと考える回答が多い。

3-4-9. 記録等書き言葉の問題(図 3.17 および図 3.18)

マネジメント・スタッフ階層共に、約 80%が(日本語の書き取り能力は)不十分だと回答している。インドネシア人にとって、漢字、ひらがな、カタカナ、アルファベットが混在する日本語を書き取ることは、相当な困難が予想される。また、患者の状態を正しく正確に記録する事は、看護の現場では必須であるし、介護の現場においても最近では重要視されるようになってきている。インドネシア人等がそれに応えられるだけの能力を身につけることはかなりの困難が待ち受けている。

3-4-10. 文化・宗教の問題(図 3.19 および図 3.20)

インドネシア人はイスラム教に帰依している人が多く、世界でも有数のイスラム教徒の多い国である。そのため、1日5回の礼拝やラマダン(断食月)や女性が顔以外の部分を衣服で覆うことが戒律として決まっており、それを守ることがイスラム信徒の義務となっている。

日本においては、仏教徒が多いものの厳しい戒律を守るほどの厳格さは求められておらないのが現状のように感じられる。

そのような環境下で就労するインドネシア人に対する、宗教上の戒律が文化的摩擦を生むかについて、マネジメント階層においては、80%程度が時間はかかるが問題は生じないだろうと回答している。また、スタッフ階層においても60%弱が同様の回答をしている。

一方スタッフ階層においては、40%程度が戒律を守らせることが問題を生じさせると回答している。これらのことを勘案すると、マネジメント階層における宗教上の戒律が文化的摩擦を起こす可能性は低いと90%程度が見ているのに対して、スタッフ階層では約40%が不安を感じている。ここで考えられるものとして、マネジメント階層はある程度インドネシア人等の情報に接触しているため先入観が少なく、接触していないスタッフ階層には接点がないため不安を感じているのかもしれない。

3-5. 受け入れ後6ヶ月経過した後の質問紙調査

前項では、入職前の考えを回答してもらったが、ここでは6ヶ月経過後、どのように意識が変わってきたかについて、調査結果を示す。

なお、この項ではインドネシア第1陣を受け入れている施設のみに限定した。

3-5-1. インドネシア人を歓迎するか (図3.1および図3.2)

入職前調査では、マネジメント階層において、まだ判らないとする回答が、皆無であったのが50%程度に増加している。また、歓迎するとの回答が80%を越えていたのに対して、入職後6ヶ月経過した後では、50%あまりに減少している。反対にスタッフ階層では歓迎するとの回答が20%から約40%に倍増しているが、病院・施設方針に従うとする回答も20%程度であったのが40%程度に増加している結果を得た。

3-5-2. 試験の分離 (図3.3および図3.4)

入国前調査では、マネジメント階層で約10%であった分けない方が良いとの回答が約30%に増加している。一方スタッフ階層では減少傾向である。また、反対意見の分けた方が良いとの回答が、マネジメント階層において前回約60%であったのが、約50%に減少している。スタッフ階層においても同様に前回約40%であったのが、あまり変化がない。日本語能力を日本語能力試験で測り、一方外国語で国家試験を受験させることについては、賛否両論が拮抗している結果であると考えられる。

3-5-3. 国家試験問題の出題は日本語に限るか (図3.5および図3.6)

入国前調査では、マネジメント階層で約 20%を占めていた、日本語での国家試験が妥当だという見解が倍増し、40%強になっている。一方スタッフ階層ではあまり変化がない。反対にマネジメント・スタッフ階層共に減少しているのが外国語による試験で、共に約 60%から約 40%へ減少している。

3-5-4. 厚生労働省見解の賛否 (図 3.7 および図 3.8)

厚生労働省の日本語で出題された国家試験への合格が日本語能力を保証するという見解への賛否は、マネジメント・スタッフ階層共あまり変化がない。若干ではあるがスタッフ階層では厚生労働省見解は肯定できないとの回答が減少している。

3-5-5. 在留期間内合格 (図 3.9 および図 3.10)

看護師候補者 3 年、介護福祉士候補者 4 年以内の合格について、マネジメント階層の入職前約 60%、6 ヶ月経過後 80%弱が、在留期間内に合格する事は困難であるとの見解を示している。他方スタッフ階層では、厳しすぎるとの回答が 50%程度あったのが減少し、反対に本人の努力次第との回答が 30%程度から増加して 40%強になっている。

3-5-6. 同僚との会話 (図 3.11 および図 3.12)

同僚とのコミュニケーションが上手く取れるかは、マネジメント階層では、同僚との会話に関する見解では、十分通じるとする回答が、入職前約 10%と比べ、6 ヶ月経過後では約 15%に増加している。一方スタッフ階層では、入職前にはゼロであった十分通じるとする回答が 40%弱にまで増加している。また、十分通じるに加え、何とか通じるレベル迄含めると、マネジメント階層で約 80%、スタッフ階層で約 90%が、何らかの形で意思疎通が行えているようである。

3-5-7. 申し送り・ミーティングでの会話 (図 3.13 および図 3.14)

申し送り・ミーティングにおける会話の状況は、マネジメント階層で入職前に不十分だ(会話は成立しない)と何とか通じるがほぼ半々であった。ところが、入職後 6 か月経過後と比較すると、不十分だ(会話は成立しない)との回答が微増している一方で、十分通じるとする回答もごく少数ではあるが回答として見受けられる。反対に何とか通じると回答した者は約 50%から約 40%に減少傾向である。

次にスタッフ階層はどうであろうか、この階層においては入職前ゼロであった十分通じるとする回答が 20%弱に増加しており、現場ベースでは申し送り・

ミーティングでの会話は、まだまだ限定的ではあるものの、会話が通じるとする回答が多くなっている。

3-5-8. 患者・入所者との会話 (図 3.15 および図 3.16)

患者・入所者との会話の状況については、マネジメント・スタッフ階層とも、十分通じるとする回答が入職前よりも多くなっており、反対に何とか通じるとする回答が減少傾向である。とくにスタッフ階層においては、十分通じるとする回答が、ゼロから約 20%に増加している。このことから、マネジメント階層よりも現場のスタッフ階層において、患者・入所者とのコミュニケーションが上手くいっているという事を感じているようである。

3-5-9. 記録等書き言葉の問題 (図 3.17 および図 3.18)

記録等書き言葉の可否については、マネジメント・スタッフ階層とも、約 80%が不十分だと回答している。この調査対象である、インドネシア第 1 陣の看護・介護福祉士候補者たちは、日本語の勉強をまったくせずに来日し、6 ヶ月間の日本語研修だけ教育を受けて就労した人たちばかりである。研修が終了した時点で、小学校低学年程度もおぼつかない日本語能力しかなかったのが現実であった。

3-5-10. 文化・宗教の問題 (図 3.19 および図 3.20)

文化・宗教の違いが就労に与える影響について、マネジメント階層においては、入職前 10%弱であった(文化・宗教上の)問題はないとする回答が、就労後 6 ヶ月経過後では、60%強が問題ないとする回答に変わっている。またスタッフ階層ではゼロであった問題ないとの回答が 20%あまりに増加している。これは実際に協働してみて、インドネシア人に多いイスラム教への理解・協力が進んでいると見て差し支えないものと考えられる

3-6. 質問紙調査の結論

前回調査と今回調査を比較しての結論を 4 点挙げる。

(1) 宗教・文化の違いは就労上問題にならない

現在の所、実際に協働してみて、主としてイスラム教の教義に基づく就労上の制約は問題ないとする人が大半を占める事が明らかになった。

但し、異なった宗教・文化的背景を持つ者がマイノリティである間は問題が起こりにくい、ある一定以上を越えて社会・政治的な影響力を持つようになると、軋轢が生じる恐れもある。

その実例として、フランスにおいて、公共の場でイスラム教徒のスカーフ(ブルカ)を禁止する法律がある。フランスも多民族国家であるが、多くのイスラム系人種が増えすぎると、このような軋轢を生じかねないので、今後日本でも多民族化が進んでいった場合、問題が生じる可能性がある。

(2) 日常の日本語会話能力は限定された状況では問題ない

対日本人同僚・患者の日常会話レベルでは、話を通じるようになってきている。

但し、正確な聞き取り能力にはまだ限界がある。申し送りやミーティングでの会話や患者の訴えを日本人職員に正確に伝えるレベルには能力不足があり、まだ単独で安心して仕事を任せられるレベルには達していない模様である。

(3) 日本語読み取りの能力は不十分である

調査票調査では、外国語・日本語での国家試験の割合がほぼ拮抗しているようであったが、現場管理職の見解は、やはり日本語での国家試験合格でないと、同僚として協働することは難しいという。また、世界各国の外国人看護師受け入れから見ても、自国語の国家試験合格を就労の条件としている国が多く [厚生労働省, 2012]、やはり日本においても、患者の安全・安心を保证するため、日本語による国家試験合格は避けて通れない問題である。

但し、2008 年度までの合格者が非常に少なく、対インドネシア・フィリピンに対する外交的な問題も考慮に入れる必要がある。

厚生労働省、2012 年 3 月の「看護師国家試験における母国語・英語での試験とコミュニケーション能力試験の併用の適否に関する検討会」の結論も、看護師・介護福祉士国家試験は、両方とも日本語で行う事が決定されている。ただし、(a)病名や人名に英文を併記する。(b)主語をはっきり明示することで読みやすい日本語に変えていく。(c)インドネシア・フィリピン人候補者には、日本人に配る試験問題だけではなく、漢字にすべてルビを振ったものも渡すようにするなどの改善が行われた。(その評価については、後述する)

(4) 日本語書き取り能力の習得は不十分である

一部の楽観的な見方もあるが、今回・前回を通して回答者の 80%近くが、記録等に必要な日本語の書き取り能力の不足を訴えている。看護師の場合、実務において書き取りが出来ない事には、記録を書く必要のない看護補助者としてしか仕事を任せて貰えないだろう。ある、インドネシア人看護師国家試験合格者は、N3(旧 日本語能力試験 3 級程度；試験制度が変更になったため呼称が変更されている)の合格者であるが、病院は手書きの看護記録を採用しており、それを直接記録として書くのではなく、一度 iPad に入力し、先輩などに日本語が正確に書かれているかチェックして貰ってから書き写すというやり方で記録を書いている。

本節の内容は、『国際協力論集』ですでに発表した論文に基づき、改訂したものである [三原, 中園, Hapsari, Sari, 松尾, 2009]。

4. 第1陣・第2陣候補者に対する質問紙調査

前項では、インドネシア人候補者受け入れ先のマネジメント・スタッフ階層に対して質問紙調査を行い、得られた結論は、(1)宗教・文化の違いは就労上問題にならない、(2)日常の日本語会話能力は限定された状況では問題ない、(3)日本語読み取り能力は不十分である、(4)日本語書き取り能力も不十分である、というものであった。

ここでは、前項の受け入れ先に対する調査とは反対の立場から、インドネシア人看護師候補者等に対して質問紙調査を行い、彼・彼女らの声を聞いてみよう。

より詳細な調査のため、番号選択だけでなく日本語・英語・インドネシア語での自由記述をしてもらうことで、彼・彼女らの考えを明らかにすることを目指した。彼・彼女らの感じている事や考えていることを明らかにすることは、より望ましい受け入れ体制を構築する上で重要であると考えた。また、受け入れ側のマネジメント・スタッフ階層に対してどのような要望等があるのか、彼・彼女らの感じている事、考えていることを明らかにすることで、受け入れ実態が十分であるのかを検討した。なお、本調査対象には看護師候補者のみでなく、若干の介護福祉士候補者もふくまれているが、回答には大きな差が見られなかったため、以下、両者を区別せずに分析した結果を示す。

4-1. 質問紙調査概要

(1)実施時期

2010年7月から9月

(2)調査方法ならびに倫理的配慮

調査は、質問紙を用いて行った。趣旨を説明し、候補者の了解を得られた人に対してのみ行った。また、回答は自由意志に基づくものであることを述べ、回答したくない事項は回答しなくて良い旨を伝え、病院・施設名や回答者の氏名は秘匿することを前提に回答を得た。

なお、候補者たちのコメントについては、**ゴシックイタリック**：字下げをしたかたちで示す。

4-2. 調査対象

B病院などで行われている、勉強会参加メンバー等に対して調査を行った。当時ボランティアベースで行われていた勉強会で、比較的大規模なものであると考えられる。

調査対象人数は16名、性別は男性3人(19%)、女性13人(81%)年齢は20歳から25歳までが5人(31%)、26歳から30歳までが7人(44%)、31歳以上は5人(25%)、

平均年齢は 28.4 歳、最年少は 23 歳、最年長は 40 歳であった。宗教はイスラム教徒 10 人 (63%)、キリスト教徒は 6 人 (37%) であった。結婚の有無は、既婚者 6 人 (37%)、未婚者は 10 人 (63%)、既婚者 6 名中、子供のいる人は 3 人、内 1 名はシングルマザー、既婚者子供なしは 3 人であった。(表 4.1)

候補者の種別は、第 1 陣 7 人 (44%)、第 2 陣 9 人 (56%)、である。

4-3. 質問紙調査の結果

ここでは第 1 陣、第 2 陣合計 16 人の候補者たちに対して行った調査結果について述べる。

4-3-1. 日本に来る前に、日本でする仕事の内容を知っていたか？

表 4.2 に示すように、第 1 陣の半数以上である 57% の候補者が、日本でどのような仕事をするのか理解していなかったのがわかる。反対に第 2 陣では、66% の候補者が日本での仕事内容を理解していた。

4-3-2. 日本で働きたいと思った理由は？(複数回答可)

表 4.3 に示すように、仕事の勉強ができると答えた候補者が最も多く、16 人中 13 人が選んでいる。それに続き、家族にお金を送れると答えた候補者も 16 人中 12 人である。また、日本で働き続けることができるという回答も 16 人中 10 人が回答していた。

4-3-3. いつもしている仕事は何か？(複数回答可)

表 4.4 に示したように、日本に来てからのいつもしている仕事については、16 人中 15 人が食事介助・排泄介助・移動介助をしていた。

4-3-4. 患者等との日本語会話は成立しているか？

表 4.5 に示すように、現在看護助手等の仕事で就労中、日本人患者等との会話が成り立っているかについては、16 名中、14 人がだいたい会話が成立していると回答しており、患者等とのコミュニケーションは、限定された状況ながら成立していた。

4-3-5. 候補者と日本人スタッフとの会話は成立しているか？

表 4.6 に示すように、就労先で日本人スタッフとの会話が成立しているかについては、第 2 陣の 1 名を除いて、残り 15 人はだいたい会話ができると回答している。

この結果から見ても、日本人スタッフとの会話(コミュニケーション)は、限定された状況ではあるが、成立していた。

4-3-6. 記録の読み書きは可能か？

表 4.7 に示すように、就労先で日本語の記録を読み書きできるかについて、第 1 陣、第 2 陣のいずれで見ても最頻値は手伝う人がいれば記録が読めるというものであった。それに対して、一人で読み書きができると回答した候補者は第 1 陣・第 2 陣それぞれ 1 名ずつ、合計 2 名であった。

記録に関しては、日誌(正式な看護記録ではない)を書くことができるが 3 名、手助けがあれば読み書きができるが 1 名、簡単なことなら書く事ができるが 1 名、記録に関することは全くしていないが 1 名であった。

4-3-7. 申し送り等に参加し、その参加内容はどうなっているか？

表 4.8 に示すように、申し送り等に参加の状態について、最頻値はそれぞれ 16 人中 6 人で一つは、申し送り等の内容がわかる、もう一つは申し送り等に参加していないであった。

ここで受け入れ時期に注目すると、第 1 陣では申し送り等の話の内容がわかるという回答が 4 名。第 2 陣では、申し送り等に参加していないという回答が 4 名であった。

4-3-8. 候補者の日本語学習の姿はどのようなものか？

表 4.9 に示したように、1 週あたりの日本語勉強時間の最頻値は 1~5 時間で 16 人中 12 人が該当する。また、表 4.10 に示すように、1 日あたりの仕事での日本語勉強時間は、最頻値 16 人中 8 人が 1 時間程度、仕事時間中に日本語の勉強をしていると回答した。

また、表 4.11 に示す勉強方法は、最頻値が日本語教師等による合同勉強会(日本語教師等がボランティアで主催する勉強会)が 9 件、同じく 9 件で勤務先に日本語教師等がボランティアでやってきて行う勉強会である。1 週あたりの勉強時間との関係を見てみると、回答の多くが 1 週あたり 1~5 時間の勉強である。

最後に表 4.12 に示すように、日本語学習において何が難しいかは、16 人中 12 人が漢字もしくは医学で用いる漢字であると回答した。

4-3-9. 候補者の国家試験対策はどのようなものか？

表 4.13 に示すように、1 週あたりの国家試験勉強時間の最頻値は 16 人中 9 人が 1~5 時間である。

次に、表 4.14 に示すように、1 日あたりの仕事時間中の国家試験勉強時間の最頻値は仕事時間中には勉強をしていないのが 5 人、次に 1 時間程度の国家試験勉強をしているのが 4 人となっており、両者を合わせると 16 人中 9 人が該当する。

次に、表 4.15 に示すように、国家試験の勉強方法については、最頻値が 11 件と、日本語教師等による合同勉強会に参加して国家試験を勉強していることが判る。さらに、1 週あたりの国家試験勉強時間の最頻値は 1～5 時間が 7 件と最も多かった。

最後に、表 4.16 に示すように、国家試験合格についての最頻値は、時間があるから合格できるとの回答が 6 人と最も多く、ついであまり合格の自信がないが 5 人である。楽観的な見解と自信のなさを示す見解が相半ばしていた。

4-4. 考察

4-4-1. 来日しても看護師としてすぐに働けない

これは、特に第 1 陣の募集の際、日本で母国での仕事の経験が生かせる^xという点を標榜して募集がなされており、受け入れの実際とは違うのに惑わされ応募してしまう^{xi}、また日本の受け入れ側(JICWELS)もそれに対応すべく、積極的に日本国内での仕事内容について、理解を促すような事をしていなかったためと考えられる。反対に第 2 陣が第 1 陣と反対の結果を得ているのは、後述する JICWELS X 氏の語りから明らかになるが、第 1 陣の募集の反省点として、日本に行っても看護師として働くことはできないことを周知させたためである。それにもかかわらず、第 2 陣の 4 割弱は正確に看護師として就労できない事を理解していない。

つぎに、看護の知識があるにもかかわらず、させてもらえない事柄について、自由回答欄の記述を述べる。

ある候補者は、

私は、(母国では)看護師であり力量もあるのに、国家試験に合格するまでは能力を発揮できない。しかし、私はこの状態を受け入れている。

看護師としてきちんと勉強し力量もあるにもかかわらず、国家試験に合格するまでは看護助手扱いになる事を我慢している様子である。この文面からは非常に歯がゆい思いが伝わってくるが、看護師の仕事が、国家試験に合格する事が前提になっており、業務独占である事からも仕方がない。

他の候補者も(看護助手であるが故)させてもらっていない仕事として、侵襲性のある手技である、注射・点滴・採血などを挙げている。

一方、看護助手としての仕事しかさせてもらっていない中にも、インドネシア

で看護師として働いていた経験が生かされているコメントもあった。

ある候補者は、

老人に対して、処方に基づき投薬を行ったり、日常生活の援助を行っている。と述べている。受け入れ側も投薬を任せる事に抵抗感があるとは考えられるが、敢えて候補者にさせているところから考えると、よほど信頼されているのだろう。彼女は第1陣で来日しており、受け入れ側からの信頼も得ており、良好な関係が築けているのだろうと考えられる。

看護師の勉強をしていたので、少しは役立っている。例えば Vital は取れる。ここで言う Vital(バイタル)は、患者の脈・血圧・体温などの事を言い、医療現場では必ず必要な情報である。看護助手の仕事しかさせてもらっていないのが現実であろうが、せめて少しでも看護師らしい仕事として、やらせてもらっているのであろう。

きちんと任された仕事はないが、看護大学で学んだ嚔下反射や呼吸困難に陥ったとき、ベッドをあげる、冷罨法などの知識が活かされている。

この候補者も、看護助手である以上医療にまつわる仕事はやらせてもらえないのが現実である。しかし、看護大学で学んだ嚔下反射^{xii}、呼吸困難が起こったときにどのようにベッドを動かすのが良いのか、という知識があると述べている。これは、母国で学んできたからこそそのようなことが常識として備わっている。また、冷罨法とは、発熱時等に氷枕や動脈が体表近くに出てきているところを冷やすことを指す。これも看護の常識であり、そのような看護助手がいる事は、全くの素人が嚔下反射・呼吸困難時の対応・冷罨法などの知識を全く持たないのとは違い、候補者が母国で勉強してきたことが活かされている事例であると言えよう。

候補者たちに対する質問紙調査ならびに Focus Group Discussion による調査が (HIRANO & WULANSARI, 2009) によってなされている。(1)インドネシア人候補者たちに対する EPA プログラムの情報が限定されたものになっている。特に就労先の病院・施設等の情報が不足している。(2)候補者たちの日本や日本文化に対する理解もまた限定されたものになっている。(3)このことは、結果として、日本における就労条件の誤解を招き、インドネシア人候補者たちは失望している、と結論づけている。この結論は本研究と一致している。

4-4-2. 来日理由

ある候補者は

海外に始めて出てみて、日本で就労できるのは光栄なことだ。同じくして、文化を学んだり、異なった人種や人々をケアする事も同様である。

と述べ、海外で働いて、経験・国際交流経験を積もうとしていることがうかがえ

る。

私は、母国で働くことが大変難しいので日本にやってきました。でも日本では、仕事はありますが給料は十分ではないです。私には2人の子供がおり、結婚していましたが、夫はいなくなってしまう、シングルマザーです。そのため、私は子供の将来のため、日本にやってくるのを選びました。

と述べている。

EPA プログラムに参加した理由は、母国で勤務先を見つけることが難しい、シングルマザーである、子供のためにデカセギではないかと考えられる節がある、給料については必ずしも満足していない様子がうかがえる。

この候補者は、シングルマザーで十分な給料を母国で得ることが難しかったのではないかと考えられ、途上国においては、シングルマザーの社会的認知が必ずしも十分ではないのではないかと考える。

このようなデカセギ志向は、EPA プログラムでは珍しいことではなく、他の病院等でも見られる問題である。

日本は進んだ国であり、まじめに仕事をし、よく訓練され、能力も高いことはよく知られている。もし日本で仕事が出来れば、今まで自分がインドネシアで得られなかったような経験を沢山得られるだろうと思ったし、私が日本で得た知識は、インドネシアに帰ってから生かせるだろうし、手本にする事ができるのではないかと思った。

この候補者は、日本人の勤勉さを見習いたい、日本で経験を積むことがインドネシアに帰国した際母国の水準を引き上げるのではないかと、という希望を持っている。

いわゆるこれは「ブレインサーキュレーション」の考え方であり、日本がアジアにおいて、途上国に対して協力できる、大きな要素の1つであろう。

最後にもう一人の候補者のコメントを紹介しよう。

私は世界における日本を知りたかった。なぜなら、日本の看護師がどのような仕事ぶりをしているのか知らなかったためである。また、もう一つの理由として、母国で仕事が無かったため、家族を援助したいと思ったためである。

と述べている。

この候補者も、日本がどのような国なのか興味を持ち、さらに日本人看護師の仕事ぶりを見てみたいという希望を持っている。

また、母国の事情として、失業しており家族を援助したいという、切羽詰まった事情も来日の理由として挙げている。

日本人看護師の仕事ぶりを見てみたいという回答は、他の候補者でもなされて

おり、日本がアジアにおける医療先進国とされているようである。

また、家族を援助したいという希望も、シングルマザーの候補者と同じような動機である。

もし試験に合格したとしても、いつまで日本で就労するか不明な部分はあるが、日本の医療がアジアの途上国の人々から見て、先進的であり、ぜひその技術を学びたいと思う候補者たちがいるという考えは共通しているように考えられる。

4-4-3. 質問紙調査に関する考察

質問紙調査を行った際、用意した質問項目の他に自由記入欄を設けた。それを分析することで、質問項目ではわからないことが発見できると考え、同欄のコメントを整理して示す。

コメントは5つに分けることができた。

(1) 国家試験や日本語学習について

日本語や国家試験の勉強はとても難しいというコメントが他の4項目と比べて非常に多い。

ところが質問紙調査(表4.9)に示す1週あたりの日本語勉強時間は、最頻値が1~5時間が16人中12人(75%)を占める。また、(表4.13)に示す1週あたり国家試験の勉強時間は、最頻値が1~5時間が16人中9人(56%)である。また勉強方法も受動的で、日本語能力試験の自主勉強をしているのはわずか1人だけであり、勉強時間は1~5時間まで。また、国家試験の勉強に対しても、問題集を自力で解いていると回答しているのは複数回答3名で1週あたりの勉強時間は、1~5時間までが2名、5~10時間までが1名である。

彼・彼女らはそれを強いストレスと感じているが、同時に挑戦する価値があるとも感じている。また、簡単には合格して看護師として働くことができないので、試験を簡単にして欲しいと日本政府に求めるというコメントもあった。

漢字を読み取るのが難しいというコメントもあり、ルビを振って欲しいというコメントもあった。

質問紙調査(表4.12)でも、漢字もしくは医学漢字(医学専門用語の漢字)が難しいとする回答が16人中12人である。

国家試験合格の難しさや日本語学習の困難さは、そう簡単には解決しないだろう。とくに教育環境も経営者の考えに依るところが大きい。

例えば、日本人が准看護師として働きながら、夜学で看護師の資格を取ろうとする人には、ある程度の時間的配慮は病院側ですが、基本的には自分の時間を割いて看護師になるべく勉強をすることになる。筆者インタビュー調査では、准看護師から看護師になるための勉強の方法を例に取り、外国人看護師候補者であ

っても、勉強は勤務が終わったあとの時間でしてもらおうという方針の病院があった。

確かに、ノーワークノーペイ原則に則ればそういう方針も正しいとは思えるが、なかなか厳しい方針であると感じた。

また、この質問紙調査で対象とした第1陣、第2陣は、質問紙調査(表4.2)のように、日本で看護助手等の仕事しかできないということを知っていたのが16人中9人(56%)と半数程度で、インドネシア政府の人材募集に難があったことは否めず、とくに第1陣に対して「日本の高度な医療技術が学べる」といった誤った認識がなされ、入職してから看護助手の仕事しかさせてもらえないことに対する候補者の不満が高まったこともあった。

日本語学習における候補者像は、1週間に1~5時間、内仕事時間中に1時間日本語を勉強し、勉強方法は合同勉強会や勤務先にボランティアの日本語教師がやってきて勉強をしている。また、勉強するに当たって難しいと感じているのは漢字や医学で用いる漢字であるという姿であろう。

また、国家試験における候補者の標準的な姿は、1週あたり国家試験の勉強を1~5時間し、その内仕事時間中の国家試験対策の勉強は多くても1時間止まりである。勉強方法は、ボランティアの日本語教師等による合同勉強会で国家試験対策を行っているという事であろう。また、国家試験合格については、時間がまだあるとの楽観的な見解と自信のなさが相半ばしている。

但し、この調査を行った時期が2010年7~9月と、2月に行われる国家試験とは離れている。筆者インタビュー調査では、12月~1月以降には、就労時間内に国家試験対策のための時間を多くとるという見解もある。

そのため、12月以降の質問紙調査を行った場合は、仕事時間中の国家試験対策時間が増える可能性が高いと考えられる。

他の日本語教育として挙げられた例では、

- (a) 1週間4時間、日本語能力試験(N3)の受験経験あり。
- (b) 仕事時間中に2~3時間、週3回教えてもらっている。
- (c) 週2回1時間
- (d) 1日2.5時間×5日、毎週2回日本語学校に通う予定。
- (e) 1日1時間×5日

などとなっていた。

但し、日本語の勉強や国家試験対策の勉強をしても、日本語の読み書きは難しいようである。

なお、[浅井, 宮本, 箕浦, 2015]でも候補者の勤務時間内の勉強時間に関する記述があるが、日本語の勉強時間と国家試験の勉強時間を合算して表記してい

ることと、勤務時間外の勉強時間が不明なため比較できない。

(2) 仕事面について

看護助手としてしか働けないので、毎日掃除ばかりやらされる、バイタル（体温、脈拍、血圧等）も取れない、とのコメントがあった。

インドネシア大学と九州大学の14名の看護師候補者に対する共同調査でも、看護助手としてしか働けないことに対する不満が述べられている。『彼・彼女らは、日本人看護師の補助業務しかできない。（中略）以下は看護助手として、毎日行っている業務に対する説明（発言）である。（Participant9）毎日決まって働くスケジュールがある。例えば、洗髪、爪切り、保清。（Participant6）私は、午後3時に明日使うためのタオルを準備して暖める（中略）そのあと、尿を集める。インドネシアでは、このようなことは雑用係の仕事だった。』（SETYOWATI, SUSANTI, YATTI, HIRANO, & KAWAGUCHI, 2010）

また、日本語能力の無さから思っていることを相手に喋れない、お年寄りとのコミュニケーションが困難なときがある。病院等の勤務時間が短いので（給料が少ない）、（待遇がよくないので）国家試験合格後に同じところで働くか不明であるなどのコメントがあった。

筆者質問紙調査では、候補者と日本人スタッフの会話（表4.6）は16人中15人が、だいたい会話ができる、あと1名は日本人みたいに会話できると回答しているから、スタッフとの会話は限定された条件下ではほぼ成立していると考えられる。一方質問紙調査（表4.5）では、候補者と患者等との間の会話は16名中14名がだいたい会話できると回答しているので、対スタッフと同様に限定された条件下では会話が成立していると考えられる。

従って質問紙調査からは、ある限定された状況ではコミュニケーションが成立していると考えられる。しかし一般的な状況下ではやはりコミュニケーション能力は不足しているのかもしれない。また、申し送りへの参加は限定的である。第1陣は就労し始めてから年数が経過しており、そのため申し送り等の話の内容がわかるようになってきているようである。一方第2陣は就労し始めてからの年月が浅いため、参加させる意味を感じていないのかもしれない。また、例外的ではあるが、なかには、「日本人みたいに会話できる」と回答した候補者がいたが、母国で日本語の勉強をしていたため、流暢に日本語を喋ることができたようである。

自由記入欄のコメントにあった、お年寄りとのコミュニケーションに困難があるとのことだが、筆者インタビュー調査では、例えば候補者が大阪府河内地方の病院に勤めている場合、お年寄りは自分の話慣れた「河内弁」でコミュニケーション

ョンをしようとする。

ところが、インドネシア人候補者は標準語ベースで日本語を勉強しているので、「河内弁」の言い回しについて知識がないといったような実例であろう。

待遇面の不満について、第1陣は JICWELS が送り出し、受け入れ側の条件だけを見てマッチングを行ったので、不満が出てきやすい状況ではなかったかと考える。募集側の日本の病院等は、JICWELS に対して応募者の成績、給料等の待遇などを示し、相手側も同様の条件を示したうえで、JICWELS が本来受け入れ側病院等が行うべきマッチング（面接）を行ったのである。また前述したように、広報にも難があったと考えられる。

(3) 生活面について

生活面については、徐々に日本の生活に馴染んでいっている様子が感じられるコメントが多い。

「ゆっくりであるが、日本の生活に慣れようとしている、日本における生活は容易ではないが楽しんでいる、寮にも満足している。」といった肯定的コメントがあった。

一方否定的なものは、「寮の部屋が2人部屋なのでプライバシーが無いので不安だ、時々故郷へ帰りたい日もある」といったコメントがあった。

生活面の不満について、筆者インタビュー調査ではインドネシア第1陣の入職時のトラブルが挙げられる。

インドネシア第1陣は、現在の教育体制とは異なり、来日後6ヶ月間の日本語集合研修が行われた。研修中は生活費が要らなかったが、各職場に配属、寮に入ったものの、働いていないので給料が払われず生活費が無い。当月分当月払いの職場では配属後当月末には給料が出たものの、前月分当月払いの職場では当然給料は出ない、といったトラブルがあり、急遽給料の前借りでやりくりしたという候補者もあった。他にも家具や生活雑貨が無いなどのトラブルには、日本人職員が家で使わなくなった物を持ち寄って対応したということであった。

(4) 候補者たちが感じる日本人像

コメントを書いた候補者すべてが「日本人は親切である」と述べている。

また、この質問紙調査で対象になったのは、第1陣と第2陣の国家試験不合格者だけであり、看護助手等の仕事だけをしているから、患者にとって不利益を被るほどの仕事をしていない。新人看護師等に要求される厳しい指導も受けていないのではないか。

本来看護の現場では、医師の指示、投薬、処置等を正確に実行する必要がある。また、その行為が間違っていた場合、患者が死亡するという事態を招きかねない。

従ってインドネシア人看護師候補者等が看護師国家試験に合格した後や新卒

看護師が入職したときには、プリセプター(卒後1年目の看護師を教育指導する看護師)がついて、事細かに指導を行うのである。

(5) 給料等金銭面について

コメントとしては、「母国送金でインドネシアに家を建てたい」と夢を語っている者がいた。「日本では家賃や生活費が高いのでできるだけ節約している」と述べている。

筆者インタビュー調査では、他にも「親に家をプレゼントしたい」と述べている候補者がいた。また、家賃や生活費が高いというコメントは、何らかの母国送金額を増やしたいという目的が多いのではないかと考えられる。

そのように考えると、やはり EPA プログラムはデカセギの要素も否定できない。そのうえ、国家間の協定に基づく日本への受け入れなので、給料も候補者の間は日本人看護助手等と同額、国家試験に合格した後では、新人看護師等の1年目と同等の額が支払われ、ブローカーによる借金による縛りもなく、合格するための費用は勤務先や日本国政府の負担であり、非常に優遇されていると考える。

5. インドネシア人看護師候補者および看護師国家試験対策勉強会主催者へのインタビュー調査

ここまで、集団としてのインドネシア人候補者について検討してきたが、個別の社会文化的要因に踏み込んでいない。ここでは、マイクロエスノグラフィーの手法を用いてインタビュー調査を分析することにより、個々の候補者が抱える社会文化的要因を明らかにすることを試みる。この手法は、[箕浦, 1999]によると、『マイクロ・エスノグラフィー、すなわち、マイクロな次元に焦点を当てた解釈的アプローチによるフィールドワークでは、フィールドを支配している意味を読み解いたり、社会的相互行為のなかでそれらがどのように出現しているか、そのプロセスを探る』と定義されている。

5-1. 先行研究

マイクロエスノグラフィー手法を用いた研究は、1-1. 背景に述べたように、浅井・宮本・箕浦らによるものが複数個ある。[浅井 宮本, 2011]では、EPA スキームによるインドネシア人看護師の受け入れを取り上げ、日本の公的機関(JICWELS、外務省、厚生労働省)の関係者へのインタビュー調査とマスコミ等に取り上げられた発言、病院・施設等の受け入れ側への訪問・インタビュー調査、インドネシアの公的機関(保健省、海外労働者派遣保護庁、インドネシア看護協会、ジャカルタ社会福祉局)へのインタビュー調査を行い、マイクロエスノグラフィー手法を用いて、看護人材受け入れに際して、政府間のコミュニケーションにどのようなズレが発生しているのか分析している。ズレは、(1)EPA スキーム不明確さ(2)政府間の力関係(3)政府内コミュニケーション不足(4)言語に付与される文化的意味の違い(5)社会歴史的コンテクストが発生原因であると結論づけている。[浅井, 箕浦, 宮本, 2012]では、[浅井 宮本, 2011]のインタビュー結果を分析し、国家の政策(マクロ視点)がEPA 候補者や受け入れ病院等(マイクロ視点)にどのように解釈されているかを探っている。EPA 枠組みで実際に受け入れた候補者たちの語りをベースに、応募動機を3つに分類している(1)日本の保健医療に興味を持って来日し、インドネシアに帰国後日本で学んだことを生かしたいとする者。(2)海外に出てみたいという願望から応募した者。(3)高収入を得ることを目的としたデカセギ先としての日本を選んだ者の3タイプに分けている。

一方受け入れ側病院・施設がなぜEPA 候補者を受け入れたのかについても(1)国際貢献もしくは異文化に接することで職場が活性化する。(2)将来の人手不足に備えて外国人雇用の予行演習の機会としてEPAを利用する。(3)国の国策に協力するという本部方針に従って受け入れているのは、旧厚生省系、日赤、済生

会の病院群がそれに該当する、としている。

他に、SETYOWATI らは、看護師候補者や看護師長、看護部長等にインタビュー調査を行っている。しかし、現象学という方法論的境界^{xiii}により、極めて限られたインタビュー調査しか行えておらないので、筆者の研究と比較することはできない (SETYOWATI, OHNO, HIRANO, & YETTI, 2012)。

5-2. インタビュー

5-2-1. 対象と方法

この調査では、マイクロエスノグラフィーの手法 [箕浦, 1999] を用いて、EPA による来日インドネシア人看護師候補者にインタビューを行った。

調査期間は 2013 年 4 月～6 月である。基本的に日本語を用い、補助的に英語で確認した。インタビュー対象者は、インドネシア第 2 陣 173 人中 3 人、インドネシア第 4 陣 47 人中 1 名、合計 4 名である。

同時に、彼らが試験勉強の一環として師事していた K 氏にもインタビューを行い、比較することによって、基本的に候補者の主観である語りを外側の視点から評価することを試みた。

倫理的配慮として、インタビュー調査への協力および回答は対象者の自由意志に基づくものであり、質問・語りなどに対して回答するか拒否するかは自由であることを説明し同意を得た。また、個人情報保護のため、個人名は語りに登場する場合も含め全て匿名化(仮名表記)した。

本論文では、語りの記述について以下のように区別する。

ゴシックイタリック：字下げをしたうえで候補者たちの語りを述べる。

【 質問者の発言を述べる。

() 質問者が、文章として読み取りやすいように補完した部分を示す。

また、ここでは 4 人の語りを時系列に沿ってまとめている、従って個々人の語りは特定人の語りが集中的になされるのではないことに留意頂きたい。

インタビュー調査対象者は、表 5.1 に示す。

合格者一人目は、A 氏(仮名)、インドネシア第 2 陣候補者である。在留期間延長 1 回で 3 回目の国家試験に合格した。同じ年(2013 年)准看護師も合格している。日本語に堪能で、日本語能力試験 N3 に合格し、N2 も数点の差で不合格になったという。

年齢は 28 歳、宗教はイスラム教。既婚で東ジャワ出身である。妻もインドネシア第 3 陣候補者として来日中である。2013 年に准看護師試験に合格したが、妻の方は延長をせずに帰国の予定とのことである。また、今のところ子供はいない。

勤務先は兵庫県にある M 病院。民間の病院で病床数は 120 床程度である。そのうち約半数が医療型療養病床^{xiv}である。給料については、インドネシアの給料が 7 万円前後あったのに比べ、日本での手取り額が 9.5 万円と近いことから、不満に思っている。給料の中からインドネシアに送金 6 万円/月、それはインドネシアで消費されることなく、母国で貯蓄されている。残りの約 3 万円は日本でいったん貯蓄するが、生活費をそこから引き出して使っている。

合格者二人目の、L 氏(仮名)はインドネシア第 4 陣候補者であり、2013 年看護師国家試験に合格した。受験 2 回目で国家試験に合格した。

L 氏は、女性 32 歳、宗教はイスラム教、未婚でジャワ島出身である。勤務先は兵庫県にある H 病院、看護助手時代の給料はパート扱いである。給料の使い道はインドネシアに 7~8 万円/月を送金し、残りの 7 万円/月を生活費に充てている。送金目的はインドネシアで母に家をプレゼントしたいという理由であった。看護助手時代の給料はパート扱い 15 万円ぐらいであったが、看護師になってから 16 万円に昇給した。しかし、1 万円の昇給分は送金に廻らず、生活費に消えている。看護師国家試験合格して、K 氏の所に毎週通うための電車賃等が浮くので、それを貯蓄したいと語っていた。

L 氏は、強い上昇志向をもっており、日本で看護大学の大学院に行きたい、退院調整の仕事をしたなどと語っていた。また、勤務先が A 氏と違い比較的大規模な病院であるため、患者は老人の事が多いが、急性期病棟での就労が多く、高い意欲を維持していた。

不合格帰国者、N 氏(仮名)、インドネシア第 2 陣候補者である。3 回の国家試験受験でいずれも不合格であった。厚生労働省の定める一定以上の得点を得ていたため、延長が認められたが、3 回目の国家試験でも不合格である。

32 歳の女性で、宗教はキリスト教、未婚でジャカルタ出身である。父母は他界、兄と弟がいる。

勤務先は、大阪府にある N 病院、看護助手時代の給料は基本給 10 万円、賞与 2 回夏冬 10 万円ずつである。給料の使い道は、インドネシアにボーナス 2 回分送金 20 万円/年、兄と弟に送金している。生活費等は 3 万円ぐらい、貯蓄は 3 万円ぐらい。N 氏は医療型療養病床で働いている。当然ケアする患者は老人ばかりで、ルーチンワークばかりやることになり、モチベーションの維持に苦慮していた。一度外国で働いてみたかったという語りから判断すると、必ずしも日本の看護師免許を取りたいという強い願望はなかったと考えられる。帰国後も、約 4 年間学習した日本語が使えることや日本の医療技術を一部にせよ学んできたことを活かして、ジャカルタのクリニックで就労する事を考えている。

もう一人の不合格帰国者 E 氏(仮名)は、インドネシア第 2 陣候補者、延長 1

回で4回目の国家試験でも不合格であった。

女性29歳、宗教はキリスト教、未婚でカリマンタン島出身、父母健在、兄弟5人がいる。

勤務先は、大阪府にあるE病院、ここの病院は、N氏と同じ系列の病院である。給料については、未聴取である。給料の使い道は、インドネシアの両親・兄弟宛に5万円/月送金している。他にも20万円/年を送金している。生活費等は5~6万円/月である。E氏もN氏と同じ医療型療養病床で働いている。

E氏の語りとして、

(インドネシアの病棟と違って)お年寄りばかり、寝たきりばかり(で驚いた)。

また、看護助手の仕事と給料に関する語りから、

同僚は優しくしてくれるので、良いところもあるが、給料と仕事の内容が釣り合っていない。

と語っていた。

これは、まず、医療型療養病床は、おむつ交換などの汚穢作業はインドネシアでは家族のやることであり、看護師はそのような仕事を行わない事を指している。インドネシアでは看護師としてプライドを持って仕事をしていたのに、おむつ交換などの作業が苦痛であった事を述べているのである。

4人は同じ勉強会で学習したが、合否はわかれた。(表5.1)

5-2-2. インタビュー結果

5-2-2-1. 看護助手の仕事について

インドネシア人看護師候補者は、母国の看護専門学校や看護大学を卒業し、実務経験もある。しかし、日本においては日本の看護師免許がないため、看護師として就労する事はできず、看護助手の仕事をする事になる。その事について尋ねた。

看護師国家試験合格者のA氏は以下のように述べている。

仕事の満足感、看護助手の仕事物足りなさがあった。プライドがあった。ERで働いていた経験もある。

日本に来て、看護助手の仕事がどんなものなのかわかった。例えばおむつ交換とかの仕事は、インドネシアではしていなかった。ERの仕事のレベルと看護助手の仕事の内容は自分の中でレベルが違いすぎ、つらく思った。

インドネシアに居るときからインドネシア政府から看護師の仕事ではなく看護助手の仕事だという情報は得ていたが、どういう内容なのか十分理解出来ていなかった。

元々一般病棟で仕事をしている人は、まだ抵抗感が少ないと思うが、ERの仕事をしてきた者から見ればつらい。

同じく合格者のL氏は、

人間関係は、病棟を2ヶ月おきにローテーションさせられるので、ちょっと難しかった。友達作りもやりにくかった。合格前はまあまあ

不合格者のE氏は、

患者の介助をしたり、お風呂に入れたり、でも新しい経験が無いのがちょっと不満。

という。

看護助手の仕事に対して専門性がないという不満は、合格者・不合格者を問わず抱えていた。

5-2-2-2. 国家試験対策の勉強について

次に、国家試験対策の勉強の仕方についての聞き取り結果を整理する。

合格者のA氏は次のように語った。

【仕事時間中に勉強はしていましたか？】

午前中仕事、午後から勉強。月～金4時間

でもM病院は情報が不足していた。2010年1月16日から2011年2月(国家試験)まで日本語ばかり勉強していました。

看護師国家試験の問題とか、ちょっとだけ毎週水曜日ボランティアの人が来て(S氏)それ以外は日本語だけの勉強だった。

最初私は復習しなかった。1年目、2年目ぐらいかな？

【休みの日はどうしていたの？】

(2010年4月頃から)毎土曜日はK氏の教室

日曜日の勉強時間は0時間

M病院では、A氏の入職から2011年2月まで、病院内の勉強は日本語の勉強ばかりで、国家試験対策はほとんどしていなかったようである。

同じ合格者であるL氏の国家試験対策については、仕事時間中の勉強は

【仕事がある日は何時間ぐらい勉強をしていた？】2～3時間。でも、疲れたときや体調が悪いときは、全然勉強はしていなかった。

【仕事が休みの日は勉強していた？】基本土日が休み。

土曜日はK氏のクラス。

日曜日は休み。

他にも、

看護師候補者は、看護助手の仕事もするが、OJTも兼ねて、2ヶ月ローター

シヨンの職場体験が出来るようになっている。

1月と2月は仕事時間中に勉強をしていた。8時間/日。

【H病院の看護専門学校で勉強しましたか？】特別講義を受けました。試験の前(1から2月にかけて)試験対策を受けました。Vさん、Wさんと同じです。

というように、かなり手厚く勉強ができるようになっていた。

一方、不合格者のN氏は次のように語った。

(仕事時間中)毎日3PM~5PMまで(2時間)×5=10時間

(ウィークデイ)自宅学習1~2時間/日

(休みの日は)勉強しているときもあるけど、あまりしていない。

もう一人の不合格者であるE氏は次のように語った。

(仕事時間中の勉強は)毎日1時から5時半まで勉強していた。1時から2時迄は休憩時間。2時から5時半まで勉強していた。だから、4.5時間勉強していました。

仕事の後は勉強出来るときもあるが、40%ぐらいは勉強できていました。

自宅学習、お風呂の日は勉強をしていない。だいたい2時間ぐらいかな。毎日じゃない。

(休みの日は)3時間ぐらいかな。

例えば、今日がお風呂の日だったら、お風呂の日は忙しくて、入浴介助をすると、体中汗みずくになる。後勉強をしようと思っても、眠たくなって、体が疲れてしまって勉強をやろうと思っても、やれなかった。

【お風呂介助は大変だもんね。】

でもみんなやっていることだし、私だけではないので、(そういうのは言い訳にならない)

合格者のA氏は、きちんと復習をしており、L氏も体調の悪い日を除き、2~3時間は勉強時間をしっかり確保しているが、不合格者のN氏、E氏は、勉強時間はある程度確保しているものの、メリハリのついた勉強をしていない。

一方、インドネシア人候補者を教育していたK氏にインドネシア人に対する教育方針を語ってもらった。

【次に、インドネシア・フィリピン人の教育方法についてなのですが、K氏のやっておられた時代の、時系列にしたがって教育制度が変更になった事による変化はありますか？】

制度が変わったから教育方法が変わっていくのではなくて、私の教育スキルの変化によって変わっていくというのが、丸3年やっているとなりをしなければいけないというのが変わっていくと思う。

【最初はどのようなやり方でやっておられたのですか？】

最初は、看護師国家試験そのものを私が知らなかったので、日本語を教えるつもりでやっていた。

【3年間やった結果、英語で術語を言えば良いということを知ったのか？】
最初から英語で術語を言っていた。

【例えば褥瘡の解説をしたら、どのようなやり方で教えて行かれるのですか？】

英語で一発言えばそれで終わり。英語で褥瘡を言ってやれば、彼・彼女らは十分理解出来る。英語ものすごく出来るよ。だから、漢字と英語を結びつけられれば終わり。

これに対応するインドネシア人候補者、L氏の語りがある。

(Lさんが)看護を勉強したときはインドネシア語で勉強した。

でも、テキストはだいたいは英語のテキストだった。

インドネシア語のテキストもある。でも、インドネシア語の術語は、そのもとになっている英語を読んだ方が理解しやすい。

【術語は英語から直接インドネシア語になっているのかな？】

最近あるかな？でも、ラテン語から、インドネシア語の術語にしていた。

でも、一般の人に話すときは、インドネシア語で話している。

L氏の語りによると、英語・ラテン語の術語がインドネシア語の術語のもとになっているようで、大学レベルの看護教育では、テキストが英文だったこともあり、英語の術語の方が理解しやすいと語っている。

そのような知識ベースを基にしたインドネシア人候補者の教育に当たっては、K氏の語りがある。

【それは、K氏が前おっしゃっていたように、インドネシアでは術語が英語であるということに依存しており、またフィリピン人も英語で看護師の教育を受けているから、英語で術語を教育することが理にかなっている。おそらく日本人の看護師よりは、英語の術語はインドネシア人の方がよく知っている。それはインドネシア語の特徴ですかね？】

それは英語で教育を受けているという理由だけだと思う。

【体の部位の名称が日本では術語が日本語化されているのに対して、インドネシア語ではそれがなされず、英語のまま術語が入っているのではないか？】
インドネシア人は、例えば神経の名前はみんな英語で習っているわけだよ。病気の名前も英語で習っているわけだよ。テキストはインドネシア語かもしれないが、術語は英語で習っている。インドネシアの病気については、インドネシア語で習っているかもしれないが...

【だから看護師に関しては、K氏のアプローチのスタイルとしては、日本語教育のメソドロジーを使って、病名・部位名に関しては英語を併用する事でやっているが、時々通じないなあと思ったら、実はドイツ語だったりする事もあるが、そういう風な進め方でやってきたという事ですね。】

(国家試験で)英語で病名を書くというのは良いかもしれない。それは彼女たちに役に立っていると思う。

また、K氏の見解としてインドネシア人候補者の勉強時間について、以下の語りがある。

理想的には、2年かかるか3年かかるかわからんが、普通に仕事をして夜は勉強して、疲れて帰ってくるからせいぜい4時間も勉強すればせいぜいだと思うぜ。土日は少々多めに勉強して、2~3年かけて勉強して合格するのが一番良いんじゃないかな。

だからあんまり勉強ばかりしているのはよくないはな、というか、ほったらかして仕事しなくて良いから勉強ばかりしてなさいというのはあまりよくない。介助してあげて、早めに3時ぐらいに勤務を終わり、残りの16時間の8時間は寝るとして、残りの8時間の5時間ぐらいを勉強に費やすぐらいが...

【(略)それぐらいでは足らなくてH病院のI氏に聞くと、試験直前になると仕事はなしで勉強ばかりやらせているように言っておられた。】

でもそれは効果があるかどうかだな。

勉強ばかりをするのは1ヶ月ぐらいは続くかもしれないが、いっぺん考えてみる、朝から何もしないで勉強ばかり1日中しろというのはかわいそうだぜ。

【一日中勉強だけするというのは、息が詰まって大変難しいでしょうね。】日本人の場合は、小学校から勉強をよくしているんじゃないかな。インドネシア人のように、のびのびと生活していた子に、あんた今日から1日5時間勉強しなさいと言っても無理だよ。毎日野原で楽しく遊んでいた子に、ここに座って1日5~6時間勉強しろという方が無理がある。

K氏は候補者のメンタル面、ストレスについても言及している。

ほったらかしというのもあるんだな。「ほったらかし」というのは、時間を与えて何もしないで、仕事もしないで、勉強だけしなさいというのが一番困る。

やっぱりものすごいストレスの中で、仕事・生活しているわけだからな、国家試験に合格しないといけない、異国での生活、家族と別れている、寮にほったらかしというのはいさかいそうだが。そこで精神状態を常に安定させて、

勉強に黙々と打ち込むというのは、すごい精神力だと思う。勉強だけをしていてもいいと言われても、それが2年も続くというのは相当なストレスになる。勉強ばかりをするのは1ヶ月ぐらいは続くかもしれないが、いっぺん考えてみる、朝から何もしないで勉強ばかり1日中しろというのはかわいそうだぜ。

また、家族と別れているというストレスというものもすごいからねえ。とくに新婚とか子供がいるとかだな。それとなー親がよく死ぬ年代なんだよな。インドネシアでは。沢山いる、親が亡くなったとか重病になったとか、親と言っても俺より若いだろうけどなあーちょっと多い気がする。

【親の病気というのは口実だという話はあるが？】

それはないんじゃないか。親が病気だから帰国するというのは、(でも)口実の可能性もあるな。

のびのび生活していたインドネシア人にとって、日本での就労・学習環境は、とてつもなくストレスフルであることは、容易に想像できる。また親の病気や死亡、配偶者や子供との別居を余儀なくされることもかなりのストレスである事には違いない。

5-2-2-3. 国家試験問題における日本語の問題について

2011年(第100回看護師国家試験)ならびに2013年(第102回看護師国家試験)から、前者は一部漢字、後者はすべての漢字にルビを振った問題用紙も使えるようになった。

第102回看護師国家試験で合格したA氏は以下のように述べている

必修問題は午前午後ともルビなしを選んだ。一般問題は時々ルビを参照しながら解答した。わからないところ等をルビで読んだ。状況設定問題は全部ルビつきで解答した。読み間違いが困るから。必修問題は私は最初から取れた。1回目2回目も好い得点が得られたので自信があった。一般問題は所々知らないことがあるし、あやふやなところもある。それで、ルビつきも使用した。状況設定問題は、日本語が長いので、私はすべてルビつきを使った。

【すべてルビが振られていたら、かえって読みにくいのではないか？】ある意味、それは当たっている。でも私は、苦手な分だけルビつきを使った。

第102回看護師国家試験で不合格になったE氏は以下のように述べている。来日して最初とか2回目に受けるときとかは、すべてルビはあった方が良いと思う。

【1~2回目では受からないのでは？】でも、受験をしながらそれが勉強になると思う。

来日した直後に受けた国家試験は、最初どんな問題かなと思って、ひらがなもまったく書けなくて、試験問題を見ても全く解らなかつた。でも2回目受けたら、少し解るようになって、どういうふうに勉強をすれば良いか見当がついた。

また、E氏は、否定的な意見も述べている。

(ルビが付いて)わかりにくくなった。

私たちは4回目だから、試験問題を読めるし、かえってルビがある方が読みにくいと感じていたので、ルビなしを選んだ。

ルビは全部じゃなくて、欲しいところに振って欲しい。

合格者であるL氏、不合格者であるN氏は以下のように述べている。

ふりがなついているけど、漢字の意味が分からないから、ルビを振ってあっても、意味がない。漢字をあまり知らないので、漢字は形で覚えている。読み方は不明。漢字の形と意味が結びついている。ルビが振ってあっても、意味がなく邪魔。(L氏)

あまりよくない。ルビ無しで試験を受けた。かえってごちゃごちゃしている見にくい。邪魔になる。(N氏)

ルビについては、否定的な意見が多かったが、国家試験への習熟や日本語学習の進み方によって、試験問題に振られるルビは、受験者それぞれによって異なっていると考えられる。

来日した年度から看護師国家試験を延長も含め4回受験しているE氏は、1回目受験は、問題文自身が全くわからなかつた(第99回看護師国家試験：ルビなし)。2回目受験少し読めるようになった、一部の漢字にルビ振り(第100回看護師国家試験)。3回目受験第101回看護師国家試験は第100回と同等、4年目の在留延長を満たすだけの得点を得る。4回目受験第102回看護師国家試験、すべての漢字にルビ振りをした問題用紙をEPA看護師候補者に配布されることとなった。

E氏は結果として不合格になったが、学習が進んで行くにつれて、ルビの必要性が少なくなるという主張をしている。

合格者のA氏は日本語能力試験N2程度の実力を持っているが、状況設定問題については、ルビの付いた問題を使い慎重に解答をしている。

看護師国家試験受験のための漢字学習法について、K氏は以下の語りをしている。

褥瘡が読めなくて国家試験を受からないというのは嘘だ。意外とは思いますが、漢字は覚えやすい。最初は馴染みがないので大変だが、馴染めば覚えやすい。

但し読むのは大変だ。漢字というのは形と意味がある、あと読み。読みは良いとして、形と意味が一致すれば十分なわけだ。

【「褥瘡」は音で覚えているわけですね。】

彼女たちはひらがなで書けないわけだろう？インドネシア人たちは読みをアルファベット(ローマ字)で書いている。

(だから)ルビを振るのはほとんど意味がない。彼女らは漢字の形を見(て)記号として判断しているからな。

日本語を教える専門家に言わずと、音でも覚えておく必要があるというので、読み方も教えているけどな。但し正確な読み方は難しいだろ、たとえば「じょくそう」と書いて「褥瘡」とは絶対読めない。だからルビを振れば(合格率が上がる)というのは、幻想だ

【(2013年実施看護師国家試験問題を見て)思いっきりルビ振ってありますね。】

何の役にも立たないよ。

ルビを振るのはほとんど意味がない。彼女らは漢字の形を見て記号として判断しているからな。

【ルビを振れば合格率が上がるというのは、幻想に過ぎないというのが、K氏の主張な訳ですね。】

国家試験に合格するには以下の戦略で望むのが良いとK氏は語る。

設定問題だけでは無く、一般問題も知識だけを問うものばかりでは無く、知識だけで乗り越えられるものでもない。その点彼女たちはかわいそうだな。

【また、疾病構造の違いがある点もですね。】

そうだな。

インドネシアではまったくしないようなことでも日本では知っていないといけない。それを誰が教えてやるかということだな。俺が教えると畳の上で水泳を教えるようなものだからな。

(略)やはりその国で実際看護師として働いてみないと理解出来るものではない。

【看護師・介護福祉士どちらにしても、習うより慣れろの所が大きいですね。】

さらにK氏は、知識習得のテクニックを続ける。

(略)知識というのは二つある。

一つは宣言的知識(declaration)これをこうであると定義する。

これは教えられるんだよ。

(略)Knowledge だけなら上手くいくが設定問題は難しい。

もう一つは手順知識^{xv} (proceeding)。実習から学ぶものだからな。これは教えられない。

日本人の看護学生も、実習の際に術後の管理、脳を手術したときには何を注意しなければならないだとか、統合失調症のひとにある質問されたときは、どのようにこたえなければならないだとかは、実習の中で学んでいくものであって、机の上で教えるというのは大変なんだよ。だから、彼女たち (EPA の候補者) にとっては、習う機会はないからもう知っていないといけないわけだ。日本では習う機会は無いな。実習は無いからな。

俺が机の上で教えるもんでもないしな。だから、そういう問題が多いと候補者は苦手だな。Knowledge だけなら上手くいくが設定問題は難しい。

実際の 2013 年看護師国家試験に出題された問題で、日本語のムードと言われるものを理解出来ないと正答を得られない事について言及がある。

そういえば今年の試験問題を見ていたんだが (実際の 2013 年実施看護師国家試験を持ってくる) 今見ていて、しまったなと思ったことがあったんだが...

例えばこの問題はね、在宅医療に関する問題で、患者は自宅での療養を希望している。

(ターミナルケアでは) こういう場合は、私は絶対に再入院させてはダメなんだと言っている。本人が希望しているわけだから、絶対に再入院はさせてはダメだと教えている。

そうしたら出題者も考えてきて、A さんは家での療養を希望しているからそのままが良いです。というのを選んだ。

でもこれは間違いだった。「そのままが良いです。」が言い方としてきつい言い方で、決めちゃあいけないんだよ。決定権は患者にあるので、この解答は間違いで、正解は A さんの意志を、弟さんと一緒に聞いてみましょう。が正解だった。

まあ、こういうのは永遠に教えられないな。

さらに、日本語の「ムード」について言及している。

日本人ならば「このままでいいです」というのは、きつい言い方であると判る。

微妙な日本語の「ムード」というんだけどな、「ムード」というのは話し手の意志を示すが、「断定」「推定」「仮定」などあるが、「そのままが良いです」というのは「断定」になるから、そのような言い方はこの設問では望ましくない。

日本人ならわかるが、インドネシア・フィリピン人にとってはわからない。
ここまで問われると厳しい問題だとは思う。

『「ここでいう「ムード」とは、コミュニケーションに使われる文には2つの要素が含まれ、1つは「話題の内容」そのもの、「コト(客観的素材)」と呼ばれる。もう1つは、「話し手の主観的な心的態度」でありこれを「ムード」(モダリティ)という。具体例は「先生はこの本を読むだろう」という文においては、「先生はこの本を読む」はコトであり、「だろう」はムードである。

ムードはさらに、コトに対する「対事的ムード」
(「だろう」はコトに対し推量のムードを表す)
と聞き手に対する「対人的ムード」
(「先生、この本を読んでください」の「～てください」は依頼を表す「対人的ムードである」)
に大別される。

ムードは一般的に文末述語の形式を変えることによって表現されるのである。』

ムード/モダリティ「日本語教師のページ」から引用^{xvi}。

また、K氏は国家試験の解答ノウハウについて語っている。

メタストラテジー^{xvii}に基づいて、骨格となるものだけを中心に覚えて置けば良い。

俺はまずテキストの目次を全部覚えさせるんだけどね。それで鳥瞰的に全体の位置づけを覚えさせて、これはどこのカテゴリーの問題かを明らかにさせる。

(ここで)出題者の意図がわかる人とわからない人が出てくる。それがわかる子はよく出来る。

出来ない子はただ黙々とやっているだけだ。そういう子は時間をかけてもなかなか成果が上がってこない。

(できない子は)何でもかんでも覚えようとするからな、そんな細かいところまで覚えなくてもいいと言ってもな、細かいところが気になるんだよな。几帳面なのかもしれない。前に進まない。

日本語は読みだけで良いと思う。記号として読む。

これを論文の書き方と対比させると、まず全体のストーリーを組み立て、そのうえで各項目に肉付けして行くのによく似ているのではないかと考える。

もう一つ「スキミング」という一字一句を読むのではなく、必要な情報だけを読み取る技術がある。「情報取り」とも言われる。

そういう技術を身につけさせる事が重要なんだよ。状況設定の問題でもす

べて読み取る必要はなく、単語としては1つか2つ程度判れば良いんだよ、それで問題は解ける。

メソドロジーとしては、まず設問から読むんだよ。それを読んでから必要な情報はどこにあるのかということの問題文の中から探すんだよ。

「スキミング」を教えることは難しいが、参考書が早く自分で読めるようになりなさいと言っている。

一方国家試験問題は非常に良い日本語になって読みやすくなっている。

参考書は細かいところに一杯書いてある。だから彼女たちが読むには難しい。でも大事なところは赤字で書いてある。そこだけを読みなさいというふうに教えて、半年ぐらいやるとかなり読めるようになる。

一方几帳面な子は黒字の所も込みで全部読もうとする。そうしたらダメだと言っているのだが、なかなかいうことを聞かないなあ..

俺が目指しているのは、参考書が読めるようになること、次に「メタストラテジー」で、今どこを勉強しているのか目次をちゃんと見(られ)る(ようになる事)。

つぎに、K氏は得点をいかに上げていくかということに言及する。

全体の問題の6割ぐらいが簡単な問題なんだよ。想起問題、誰でも解ける。日本人はその問題はほぼ100%解ける。それが出来ないと勝負にならない。やっぱり誰でも出来る問題が出来るようになる(事が必要)。あんまり難しいことは、まぐれであれば良いんだ。

(看護師国家試験は)6割が簡単な問題、1割は難しい、残りの3割は(普通の問題)、6割ある(簡単な問題)中の50点が取れば良い。普通の問題(3割)、難しい問題(1割)、ここから10~15点取れば良いんだからな。

【それでは60点ぐらいが合格ラインなんですか？】

65点ぐらいが基準だな。これが40点ぐらいだったら話にならないわけだな、これが意味記憶^{xviii}の問題なんだな。だから、簡単な問題が確実に出来れば、5割は取れる。逆にここで5割取れないと、厳しいな^{xix}。

【誰でも取れるところで取るというのは、試験の鉄則ですからね。】

やっぱり模擬試験をやらしても、難しい問題がわからないと言って悩むんだよな。

【それは悩んじゃいかんわけですね。日本人もこれは判らないからほっといて良いですよ。】

但し、基本的な外科手術をしたときには弾性ストッキングをはくとか覚えておけば良い。本人が在宅療養を希望したら、在宅療養に○を付ける。まあそれで裏をかかれることもあるがな。それぐらいしか教えられないんだ

よな。手順知識というのは。畳の上で水泳を習っているわけだからな。

5-2-2-4. 国家試験問題における英文併記について

2011年(第100回看護師国家試験)から人名・疾病名等に英文併記がなされるようになったことについて尋ねた。

合格者L氏、不合格者N氏・E氏とも

わかりやすくなった。

と回答している。

L氏の語りでは、看護の勉強に使うテキストは、英語で書かれていたという語りもある。また、K氏の語りにも、受講生が英語をよく理解しており、術語を英語で言うことで簡単に意思疎通ができたという事も挙げられる。

5-2-2-5. 国家試験の試験時間について

2012年(第101回看護師国家試験)までは日本人らと同じ試験時間であったが、2013年(第102回看護師国家試験)から1.3倍の試験時間に延長されるようになった。

A氏は以下のように述べている。

(試験時間が1.3倍に延びて)よくなったと思う。状況設定問題に関しては、ゆっくり読むことが出来て、良かったと思う。

一方A氏は、欠点も述べている。

(長くなり答案の見直しをしていたら、間違いが増えた)一般・状況設定問題で、時間が余って5点ぐらい損をした。

L氏は

助かりました。よくなった。考える時間が余分に取れるようになって、良かった。

と言っている。

また、不合格者のN氏は、

悪くなった。疲れた。かえって時間が余ってしまい、見直す時間が余分に出来たことで迷いが生じた。結果誤答に結びつく。

インタビュー調査をして回答を得られた3人のうち、L氏を除いて2人が、時間が余って迷いが生じたと回答している。この2人は受験3回目であり、試験に慣れ、日本語にも習熟しているがため、かえって誤答を選んでしまったと考えられる。

一方L氏は、2回目の受験である。そのため問題文を読むにあたって、1.3倍の試験時間延長は有効に使われたと考えられ、多肢選択から正解を選ぶにあ

たり「考える時間が余分にとれるようになって、良かった。」と回答しているので、時間を余らせることなく、実力を発揮できる丁度良い時間であったと考えられる。

5-2-2-6. 国家試験における問題文の読みやすい日本語への変更

2011年(第100回看護師国家試験)から主語を明記するようなわかりやすい日本語に変更された。そのことについて尋ねると、

合格者A氏、不合格者N氏・E氏は

わかりやすくなった。

合格者L氏は

国家試験を受け始めたときから、すでに主語を明記するようになっていたのでわからない。

と回答している。

インタビュー調査をした4名中3名が、わかりにくい日本語(主語を明確に示さない等)の国家試験を受験しているので、問題文の読みやすさが理解出来ている。一方L氏は、問題文が読みやすく変更されてから受験を始めたので、過去問としては解いたかもしれないが、実際の試験問題として解いていないので、現実味がないのであろう。

第100回看護師国家試験以降の改訂について、K氏の語りがある。

【第100回以降看護師国家試験、改訂についてどのように考えるか？】

それについては、合格率がよくなっているかで判断すれば良いのではないかな。俺の印象では、英語はかなり役に立っているだろうな、時間はどうだろうな、そんな長い時間緊張感続くかな？それに考えて出来る問題ではないかな。なまじ時間があることで、かえって最初の回答があっっていて、考えることでかえって誤答を選んでしまうこともあるように感じる。でも、聞いたら良かったと思うよ。でも俺は、日本人とまったく同じ試験を受ける方が良いと思うな。

と述べる。その一方、K氏はインドネシア人候補者の絶対勉強量の不足について指摘する。

ルビを振るのはほとんど意味がない。彼女らは漢字の形を見て記号として判断しているからな。日本語は読みだけで良いと思う。記号として読む。国家試験問題は非常に良い日本語(主語の明確化等)になって読みやすくなっている。

受からない子は勉強しないんだよ。根本的には勉強してないんだよ。

みんな合格したい気持ちはあるんだよ、やろうと思っている。自分なりに一

生懸命勉強している。でも全然時間は足りない。

(インドネシア人らは)本人は一生懸命勉強しているでもやっぱり時間が足りない。日本人の受験生はやっぱりかなり勉強するだろ、実際看護師国家試験を受けた人はトイレの中まで参考書を持ち込んで勉強しているというしな。90%受かるというが、それはやっぱり勉強しているんだよ。

やはり4年制の大学に入ってきて、ちゃんと勉強しているから受かるんであって、それに比べたらEPAの学生は勉強時間が少ない。人数にして半分ぐらいではないか。残りの半数は日本人並みに勉強している。けれども受からないというのは、勉強の方法が悪いんだな。日本人は子供の時から受験をしているから、受験慣れしているんだな、集中してやれる。

日本人の場合は、小学校から勉強をよくしているんじゃないかな。

インドネシア人のように、のびのびと生活していた子に、あんた今日から1日5時間勉強しなさいと言っても無理だよ。毎日野原で楽しく遊んでいた子に、ここに座って1日5~6時間勉強しろという方が無理がある。

半分ぐらいは勉強していないと言ったが、少しは改善して勉強をするようになった。

(インドネシア第1陣)1年目の頃と違って、国家試験というのは大変なんだということが周知されてきた。

去年は3人いたけれど、3人ともよく出来た。2010年の頃の学生とは全然違うな。それは日本語が出来るというのでは無くて、国家試験への取り組みの姿勢が違う。

もっとも日本語もよく出来ていると思うが。そのうちの一人は合格に近いぐらいの実力がついているよ。入国2年目の子だ。発表見てみないとわからないが、かなり善戦しているんじゃないかな、あの實力だったら。

と教室のインドネシア人候補者の実情を語っている。

教え方(教える側)がよくなってくれば合格率は5割ぐらいになると思うんだけどな。

教え方と支援者の両方が必要だ。

でもやっぱり支援者がいないとかわいそうだな。

支援者というのはわからないときにすぐ聞ける人のことだが、それにちゃんとこたえてあげないと、信頼関係というのは出来ないんだな。いい加減にこたえたりすると信頼関係は築けない。

支援者も教え方も上手くなってくるからな。元々みんな素人だが、何を教えなければならぬというのがわかるのに3年ぐらいはかかるわな。逆にどの辺まで教えないとダメだとかがわかってくる。そういう所が大分わかってく

る。合格率は上がってくるのではないか。

スポットで善意に基づいて教育をしても、(国家試験に対応できるような)実力がつかないから、役には立たないだろうな、かえって混乱させる事になると思う。

第1陣の第1年度がちょうどそのような状況だったのではないかと思う。とりあえず日本語を教えているという状況で、それ以上国家試験にまで到達しない。俺も最初はそのつもりだったんだがな。深入りしすぎたという所かな。支援者も教え方も上手くなって来るからな。元々みんな素人だが、何を教えなければならないというのがわかるのに3年ぐらいはかかるわな。逆にどの辺まで教えないとダメだとかがわかってくる。そういう所が大分わかってくる。合格率は上がってくるのではないか。

あと教える側は、実力は1年ぐらいいはなかなかつかないんだな。1年ぐらいいの計画を立てて、やらないと実力はつかない。

スポットで善意に基づいて教育をしても、(国家試験に対応できるような)実力がつかないから、役には立たないだろうな、かえって混乱させる事になると思う。

医学的な知識は半分ぐらいいは要るね。あと半分は看護の知識だ。看護の知識は医学の知識とは全然違うものだと思う。病気の話になったらわかるが、看護の知識というのは全然違う。2年ぐらいいやっていると、試験の全体像、看護師国家試験とはどんなものなのかというところがわかってきたよ。

1年目は、(K氏が)国家試験にようやく合格できるレベルだったんだがな(60点ぐらいい)、去年は80点ぐらいいは取れるぜ。今年は90点以上取れるよ。でも100点は取れないな、ああいう問題があるからな。まあ90点ぐらいいが限界かな。俺でも迷う問題はあるよ。

【K氏のスキルも上がり、どのように教えれば良いかというツボもわかってき、】

それは、日本中でそのようになってきているのじゃないかな。そういう人が沢山いるんじゃないかな。やっぱり3年間ぐらいいやっているとわかってくるよ。

5-2-2-7. 国家試験合格後の就労について

合格者A氏は、看護師国家試験合格後看護部長の計らいで看護助手として働いていた病棟と同じ所で看護師として働いている。看護師として働くについてA氏は、

【合格後は満足していますか？】

ちょっとだけ満足している。

看護部長は僕の思っていること（1年目の看護師として扱うことに抵抗がある事）を理解しているが、まわりの看護師が許せないという雰囲気がある。でもちょっとずつ理解が進んでいる。

お金だけでなく、僕の技量がどれぐらい(日本で)通用するのか、ということを知りたい。

今は看護師としていろいろなことが出来るんだという喜びがある。

と言っている。

同じく合格者であるL氏は、看護助手時代2ヶ月ローテーションでいろいろな病棟を回っていたが、今は希望の病棟に配属されている。看護師として働くL氏は、

合格後は 泌尿器科病棟&内科,年寄りが多い。60から80歳ぐらい。50床希望した病棟に配属、希望理由は混合病棟だからいろいろな患者をケア出来るので、自分のスキルアップになると思っている。泌尿器科だけでなく、内科のケアも勉強できる。

【何年ぐらい日本に居たいか?】H病院で満足している。勉強できるところが沢山ある。

今の混合病棟で、泌尿器科、内科、それ以外にも看護師として経験できることはどんどんしていきたい。来月には脳神経外科が混合病棟の中に入ってくる。今の配属病棟は満足している。

(病棟内のコミュニケーションは)OKです。先輩たちは分からないことがあったら教えてくれる。説明してくれ、親しくしてくれるので、良い。良い関係だ。

【病棟内の人間関係は上手くいっている?】師長・主任・ヒラとだいたい上手くいっている。

と言っている。

合格者のA氏が勤務先病院についての語りを述べる。

A氏はインドネシア第3陣の妻が同じ病院で働いている。妻は2013年看護師国家試験に不合格でA氏は日本に残留するが妻は帰国を選んだ。

【日本に何年ぐらい居たいですか?】まだわからない。

【奥さんと呼ぶつもりでしょ?】はい。

【配属された病棟は希望どおりか?】看護部長の判断で慣れている病棟で働いている。

【病棟内の人間関係は上手くいってる?】まあまあ。師長とは良好、主任とは良好、ヒラとはまあまあ。ちょっと冷たい感じがあるかな?それはどこで

もあることで、同じぐらいかな。

給料これだけであまりよくない、だから病院を変えようかな？と思ったりしている。

そうですね、まあイヤな事もあったんですが、何とかそれも乗り越えられて、また子供が生まれたら、(日本での実務)経験(を積んで評価されること)があるから、日本の看護や看護師はこうやるとか、それを覚えることがお金よりもずっと大事に思っている。

お金は大切に重要な要素だが、私の中では優先度合いから見て2, 3番目ぐらいかな？

もし私の最も大切な要素がお金だったら、1年目で帰国していたと思う。

【M病院から抜け出して、もっとERに力を入れている病院で働きたいというのが本音かな？】そうですね。

私、一般病棟は苦手なんです。いっぱい勉強になるけれど。

【インドネシアとは疾病構造が違うから、一般病棟ではあまり参考にならないのでは？】そうですね。お年寄りばかり、寝たきりばかり。

ICU だったら日本と同じぐらいかな？もっと腕の磨けるところでということかな。M病院は救急を取っていない。

また、A氏はプリセプターについて、

看護助手から看護師になって意識はどう変わりましたか？

プリセプターが外れれば良いなと思う。(A氏は自分で出来ると考えている。)

看護師1年目の取り扱いでプリセプターが付いている。これだめ、これは8月からするとか、とか決まっている。例えば摘便は8月からとか決まっている。

病院の先輩看護師は40代とか45歳以上が多い。指導は分かるが、なぜ1年目のプログラムをしなくちゃいけないのか、みんな迷っている。

インドネシア人候補者は3年間のインドネシアでの実務経験があるから、みんなもなぜこれを8月からでないとダメなのか理解に苦しんでいる。

また、プリセプターがA氏に、これ出来ているみたいと言うことを理解してもらえるようになって、これに関してはやってくださいと言う事もある。

プリセプターの手順は、やって見せ、やらせて見せ、もう一度やらせて見せ、それでOKなら、その手技は出来ているということになり、自分だけでやることを認めてもらえる。

その手順を踏まなくてはならないことが、もどかしい。

なぜプリセプターが8月に摘便の手技を教えるまで待っていないといけな

いのか、疑問に思う。患者さんとの言葉の問題だけが残っているだけなのに...でもそれは日本のルールだから仕方が無いと思っている。

A氏のインドネシアでの看護師経験は3年である。だからインドネシアでの経験年数も考慮して、4年(めとして)の経験年数として取り扱って欲しいと思っている。

と語った。

5-2-2-8. 看護記録はどのように作成されているか。

合格者A氏とL氏の看護記録に関する語りを述べる。

A氏の看護記録は以下の要領で記録をしている。

【看護記録はどのような方法で記録されていますか？】

看護記録は紙カルテに書いてい(ます)。

(A氏は)iPadを使って、あらかじめ記述内容を書いておき、書き上がったものを先輩看護師にチェックしてもらい、許容可能と判断されれば紙カルテに転記している。漢字が覚えきれないから、そのためあらかじめiPad上で記述している。これはA氏独自のやり方だ。記録の方法は、SOAP^{xx}で、A氏がプリセプターに見せるときは、SOAPにいたる情報が取れていないため、時系列で書いていると推察される。

【記録から患者の情報収集は出来ていますか？】

出来ています。カードックスを使ってい(ます)。

【記録を書いて次の勤務の人に引き継いでいますか？】

はい。

【Aさんは漢字はどのように覚えていますか？】

形で覚えています。

例えば咽頭という言葉は覚えているが、漢字まで出てこない。その間を埋めるのがiPad(です)。

また、もう一人の合格者であるL氏は以下の要領で記録をしている。

【電子カルテは使っていますか？】

使ってい(ます)。

【記録の方法】

SOAP(です)。

【記録から情報を取れていますか？】

だいたい取れているが、一部取れないこともあ(ります)。

【一部取れないというのは何ですか？】

医師からの指示とか、今のところ電子カルテの記載内容を読み取るのに時間がかかる。ネックは漢字、長い文章を読むのもかな？

【記録を書いて次の勤務の人に引き継いでいますか？】

記録は自分で書いています。そうして先輩が内容をチェック(しています)。

看護記録は病棟においては非常に重要な記録であり、その記録内容は患者に関するありとあらゆる情報が網羅的に記録されている。それだけに記録を作成する際には記録が正しく書かれていることが求められており、日本語能力が日本人看護師より低いと考えられるインドネシア人看護師に記録を任せることは、看護部長や病棟師長にとって非常に大きな決断である。

A氏・L氏ともプリセプターについてもらっている。

A氏の病院は紙カルテなので、iPadを使って、看護記録の原文となる日本語の文章を患者の状態を時系列に沿ってiPad上に作成し、プリセプターや先輩看護師に見てもらい、最終的にSOAPの形式に合うようにして紙カルテに記述しているようである。A氏はN2程度の日本語能力があるので、紙カルテから情報収集(受け持ち患者の状態を把握すること)が比較的上手くいっているようである。

L氏の病院は規模の大きな病院なので電子カルテシステムが稼働している。日本語に不慣れなL氏にとって、ひらがなを電子カルテシステムの記入欄に入力し、漢字変換キーを押すことでL氏のやっているiPadの代わりになっている。情報収集はだいたい取れているが、医師の指示が一部取れていないところがあるようである。

5-2-3. K教室で勉強した候補者以外の語り

ここでは、表5.1で示したK教室で勉強してそれぞれ合否がわかれた4人の候補者たちの語りとは別に、インドネシア第1陣候補者で、新潟県のS病院で最初に合格したうちの一人である、G氏(仮名)の語りを紹介する。

聴取方法は、主として2010年7月23日にガルーダサポーターズ主催の講演会でG氏が発表した内容と付随した質問で構成されている。

私は、インドネシア大学の看護学科を卒業して、2006年から2008年まで内科病棟とERで働いていました。そして2008年8月にEPAプログラムに応募し、日本にやってきました。

昔から私の夢は留学することでした。インドネシアでは一生懸命働きましたが留学するチャンスがなかなかなく、残念に思っていました。

日本に来ることは全く思っていなかったのですが、友人・家族等に相談したらホントに行くのですか？心の準備は出来ていますか？と言われました。

留学という私の夢は叶うのかな？と思って日本にやってきました。

私にとって日本に来たのは本当に良かったと思っています。

例えば人が優しく、衛生的な環境が良いと思う。

日本では看護師として働けるだけでなく、日本語や日本の文化や日本の医療技術も勉強する事が出来ると思います。

来日してから半年間ぐらいは、私の場合は中部研修センターで日本語を勉強しました。研修終了後、新潟県に引っ越しして、S病院に勤め始めました。

最初病院に行ったときは、本当にビックリしました。例えば研修センターで学んだ日本語とは違いました。

初めて来たときは、お姉さん難儀だねとか言われて、全然分からなかった。それをすぐに調べて、意味が見つからなかったのので、病院の人にそれはどういう意味ですかと聞いて、それは言葉ですか？普通の日本語ですか？と聞いたらみんな笑って、それは地元の言葉で、普通の日本語ですよと言われて、これからもよく聞くよと言われてました。

今までも仕事の中で、患者さんや先輩と話をするときには、方言になるので、私にとっても地元の言葉の勉強になる。

そして、日本語を上手く喋るために、週1回一時間程度チャイナネットワークという所で、日本語を勉強して、また週に1回ぐらい職員と一緒に簡単に単純な日本語の勉強をしました。出来れば1日中日本語で会話をしています。私たちはそのようにして日本語を勉強しました。

つぎに国家試験を受けるための勉強について話します。

国家試験を受けるために、毎日病院で働きながら、日本語や専門看護の勉強をしています。月曜日から金曜日までは午前中は仕事で午後からは勉強です。土曜日は病院かアパートかで一生懸命勉強しました。毎日看護部長か看護師、事務職員と一緒に勉強してくれました。時々精神科とかの勉強をしました。S病院は救急と脳外科が中心なので、時々ですが、医師が来て専門分野の講義をしてもらいました。

最初からうちの院長は、あなたたち（インドネシア人候補者）の一番最初の目的は国家試験に合格する事だから、勉強=仕事で勉強時間と勉強できる環境を提供してもらえたのは良かった（です）。

そして私の場合は、アパートに戻ってきたら午後9時から寝るまで勉強しました。他の方法としては、午前3時に起きて仕事をする前に勉強しました。

イスラムの人は朝から礼拝があるので、早起きは気にならない（です。）

また、高校生（の時代）からインドネシア大学の受験勉強をするため、午前3時からの勉強は苦にならない。でも、他の人に聞いたら、大変でし

よと言われるが、私にとってはそれが一番良い勉強方法で、暗記事項も覚えやすかったのです。

気分転換は、休みの日は休み、夜2時間ぐらい復習をする。それ以外の時間は友達と買い物をしたり、映画を見たり散歩をしたりし(ていまし)た。職員とのボーリング大会、お祭りのパレードに参加したりしました。ぶどう狩りに行ったり、バーベキューにも参加しました。

また、スポーツもやりました。毎週月曜日剣道を1時間半ぐらいやっています。また木曜日には職員と一緒にバレーボールを1時間半ぐらいやっています。それらの気分転換によって、モチベーションの維持が計れ(まし)た。

国家試験対策の勉強方法

好きなことから、できる事から勉強をするのが良いと思う。私は内科病棟とICUの経験があったので、内科系疾患から勉強を始めて、少しずつ他の分野にも広がっていきました。

実際の過去問を解くのは第98回看護師国家試験から解き始めた。わからない言葉等を調べたり、インターネットでわからない言葉があった場合調べたりしました。

そうすることで、日本語の学習にもなり、専門用語(術語)の知識が増えた。そのような経験からある程度問題のパターンが読めるようになってきたので、そんな方法をとってみてはどうでしょうか？

過去問を沢山解きながら、そのついでに日本語も覚えてきました。

試験の中に用語でよく使うものと反対の意味の言葉、各問題のキーワードを書き込んだ小さいノートを作って、いつでも読めるようにしました。

日本語の文章の中に～する事が多い、～少ない、との言い回しが、外国人にとってなかなか理解できなかつた。でもまだ時間があるので、試験までにはそのような言い回しも理解できるのではないかと思います。

ウチの病院には准看護師の人もいて、昨年度の国家試験を受けるために勉強していたが、通信制の看護学校に通っている人がいる。その方から講義集や試験問題集をもらって解くことが出来たので、非常に助かりました。

また、模擬試験を試してみることで自分の弱点がよく分かるので、時間が足りないとか問題文がよく分からないとかあったので、それを中心に勉強をしました。

試験が近づいて、2ヶ月前、1月に入ってから93回から98回の試験問題を時間を計ってやってみた。

試験が近づくとつれ、必修問題を中心に勉強した。一日50問ぐらい、出

来的时候はもっと多く問題を解きました。

勉強ばかりとか仕事ばかりとかは余り望ましくない。試験に臨むにあたって、体と心の準備が必要だと思う。家族と離れて日本で生活することは寂しくて、ホームシックには罹りやすいので、私の場合は誰かにすぐ話をしたり、先輩や友達からもらった、心に残る言葉や、これまでサポートしてくれた人たちのことを思い出して頑張りました。また、神様がサポートしてくれた人に豊かな恵みがあるよう祈っています。

【看護記録は何で書いていますか】

紙カルテで書いています。(記述方式等は聴取できず)

5-2-4. 看護助手の仕事と宗教についての受け入れ病院の語り

筆者が、インドネシア第1陣候補者が受け入れられた前後の時期に、受け入れを検討している病院に、インドネシア人候補者等の信仰する宗教は気になるか?という質問をしたところ、受け入れ責任者は以下のように述べた。

【受け入れる候補者の宗教は気になりますか?】

やはり気にならないと言えばウソになる。

やはりイスラム教徒は、礼拝時間・場所を確保しなければならないし、(ハラルの関係で)食べられない食材がある。また、就労上の配慮点としてラマダン(断食月)も考慮しなければならない。

それと比べると、キリスト教徒はその心配をする必要がない。

その点では、キリスト教徒の方を採用したいという誘因にはなると思うと語っていた。

また、ある病院の看護部長は、看護助手としてインドネシア人候補者を就労させるにあたって、以下の就労上の配慮をしていると言っていた。

就労する当該月がラマダンにあたる場合は、お風呂介助をさせないようにしている。

そうしないと、日本人スタッフでも汗まみれでノドが渴くのに、イスラム教徒は、払暁から日没まで、イスラムの戒律のため、一切の食物や飲み物を絶たなければならないので、お風呂介助をさせると脱水で倒れてしまうという事故が起こりかねない。

と語っていた。

E氏は、

例えば、今日がお風呂の日だったら、お風呂の日は忙しくて、入浴介助をすると、体中汗みずくになる。後勉強をしようと思っても、眠たくなって、体が疲れてしまって勉強をやろうと思っても、やれなかった。

と語っている。キリスト教徒の E 氏ですら、看護助手の入浴介助は忙しくかつ体中が汗みずくになるのだから、ラマダン中のイスラム教徒のインドネシア人候補者に入浴介助などさせるのは、ムリと考えても不思議はないと考える。

5-2-5. 考察

5-2-5-1. K 氏とその他の日本語教師の教育の相違点

K 氏は医師・医学部教授であり、かつ日本語教師の資格を取得して EPA 看護師候補者を支援しているため、医学知識はもとより、英語にも堪能であるというバックグラウンドを持つ。

そのため K 教室では、ボランティア日本語教師による教育とは全く異なるメソドロジーで教育が行われていた。

まず、難読日本語でマスコミ等で頻々と取り上げられた褥瘡が読めないからという議論について考察してみる。K 氏は、その点について、5-2-2-2. で、英語の術語で褥瘡を教え漢字と英語の術語を結びつければ良いと述べていた。他の日本語教師が単なる日本語教育に注力している間に、術語を英語で言えば、インドネシア人候補者に理解してもらえんということを実践していた点が大きく異なる。

但し K 氏も、5-2-2-2. で、最初は看護師国家試験について、知らなかったため、日本語を教えるつもりでいた、と述べていたように、一般的なボランティア日本語教師と同じ意識であったことがわかる。

ところが、実際に教え出すと、K 氏は医学知識があるため、例えば褥瘡を英語で口にしたときの受講者の反応がよく、それ以降、体の部位・神経等それぞれの術語を英語で教えることが効率的である事に気づいた。

また、合格者の L 氏はインドネシアにおける看護教育について、5-2-2-2. で、英語のテキストを使ってインドネシア語でなされていると述べていた。

すべてのインドネシアにおける看護師教育が英語でなされているとは断定できないものの、大学の看護学科では英語のテキストを使って教育を受けていることがわかっており、K 氏の教育方法が理にかなっていると言えよう。

5-2-5-2. 医学術語の翻訳

K 氏は、5-2-2-2. で、体の部位の名称が日本では術語が日本語化されているのに対して、インドネシアでは術語がインドネシア語ではなく英語のままではないかとの問いに対し、インドネシア人の看護の勉強では、神経の名前は英語で習っており、術語は英語であると述べた。

また、5-2-2-2. のL氏の語りからも、インドネシアにおける術語のインドネシア語化はあまり進んでいないことがわかる。

日本においては、医学术語が日本語に翻訳されており、その名称を使うことも、医療関係者の間では一般化している。ただ、非常に難解な訳語が当てられていることも多く、英語などの他国言語の名称の方が理解しやすいとの意見も根強い。L氏もインドネシア語の術語は、そのもとになっている英語を読んだ方が理解しやすいと述べている。それは、日本にも当てはまるようにも考えられる。

また、もう一つの考えとして、学問体系が外国語で構築されている場合、その言語で勉強するのが望ましいと言える。

L氏の場合にも同様に、インドネシア語で授業はなされていたかもしれないが、テキストが英語だったため、看護教育を最初に学習した言語は英語である。そのため、現在に至っても、術語は英語が理解しやすいのであろう。

他にも、インターネットが普及している現在においては、簡単に情報収集や検索が出来るようになっており、それがアメリカ発祥であったため、圧倒的に英語のコンテンツが増えてしまったのもその一助になっているとも考えられる。

5-2-5-3. インドネシア人候補者の勉強への取り組み

JICWELS と受け入れ側病院との協定には、インドネシア人候補者等には、担当者を決めて日本語で国家試験に合格させるべく学習をさせることが明記されている。

K氏は、5-2-2-2. で、インドネシア人候補者の勉強について、仕事のある日は仕事が終わったあとせいぜい4時間、休みの日は少々多めに勉強して、2~3年で合格すれば良いのではないかと、仕事はしなくて良いから勉強ばかりしなさいというのは良くない、勤め先などのサポートが必要だと述べた。

ところが、ある病院のEPA教育担当者は、ウィークデイの仕事時間内に週17.5時間に加えて、仕事が終わったあとと休日の勉強をインドネシア人候補者に課している。この病院では、A氏、N氏、E氏と同じインドネシア第2陣候補者を5名受け入れている。(表5.2)

K氏は、5-2-2-2. で日本人は小学校からよく勉強をしている。一方インドネシア人は自由に野原で遊ぶような生活をしてきたのを、毎日5~6時間の勉強を強要するのは無理がある、と述べた。

前述のように、勉強ばかりさせられるインドネシア人候補者たちは、はたして幸福なのだろうか？日本で看護師として就労するという目的があるにせよ、かなり厳しい学習条件のように思われる。

5-2-5-4. インドネシア人候補者のストレス

前項で示したように、ある病院においてはウィークデイの仕事時間中に週17.5時間。加えて仕事が終わった後と休日の自己学習をするように仕向けている。

K氏は、5-2-2-2. でインドネシア人候補者は国家試験に合格し、日本で看護師として就労するために、異国での生活、家族との離別などのストレスを抱えながら、精神状態を常に安定させて勉強に打ち込んでいる。また、勉強だけをするように仕向けられることも相当なストレスであると述べた。

前述のように、インドネシアのゆったりした環境から、看護助手の仕事と受験勉強だけの生活に変えることは、それだけでも相当な精神的負担になろう。さらに、自分の意志で日本の看護師免許を取るという覚悟をして来日したものの、病院・施設からの合格を期待されているプレッシャーは、相当なものがある。前項のウィークデイに17.5時間以上の勉強時間を確保するように言われ、実行することを要請されている事も、かなりのストレスになる事は想像に難くないと思われる。

候補者たちは、お互いにメールやスカイプで連絡を取り合って、互いに情報交換しあっているようである。

ただでさえストレスフルな環境で仕事と受験勉強を両立させているうえに、親の病気や死亡と言ったさらなるストレスがかかってくることが多いようである。またK氏も、親が亡くなったり重病になることが多いのを指摘していた。

但し、候補者の親の病気は本当であるが、それがきっかけで途中帰国してしまう候補者もいる。また、インドネシアにおいてはある程度の年齢になると、結婚を親から勧められるという事もあり、それをきっかけに帰国してしまうことも多い。

先行研究として、ネパール人看護師が英国に移出することに注目した研究(RADHA & KATH, 2015)がある。この研究では、なぜネパール人看護師が英国に移出するか調べ、彼らの(英国への)移入プロセスがいかなるものであるか研究している。さらにこの研究を特徴付けているのは、ケーススタディの中に、語りを用いているところにある。その中で示されたこととして、ネパールにおいて病棟師長程度以上と考えられる看護師が、英国においては、病棟スタッフであったり、ナーシングホームで働いていたりすることであった。これは、A氏が、母国ではERの仕事をするぐらいスキルの高い看護師であったにもかかわらず、日本における就労先が療養型病床であって、おむつ交換などの汚穢作業に難を示していたのと同様の語りである。

5-2-5-5. 第102回看護師国家試験で行われた試験の改訂(ルビ振り)

第100回看護師国家試験から、医学術語を除く難読漢字にルビが振られるようになったが、第102回看護師国家試験からはインドネシア・フィリピン人候補者が国家試験を受験する際、すべての漢字にルビが振った試験問題が配られるようになった。

ルビについては、A氏・L氏・N氏・E氏ともいろいろな意見がある。合格者、A氏は日本語能力試験N3に合格し、N2に数点差で不合格になっているから、A氏自身のルビの必要度に応じて使い分けているように見受けられる。A氏は、苦手な分だけルビつきを使ったと述べていた。

E氏は、中間的意見として、5-2-2-3. で、来日して初回、2回目はルビがあった方が良く、初めての国家試験の時は、試験問題を見ても全く解らなかったが、2回目は少し解るようになって、勉強の方法の見当がついたと述べた。

また、E氏は、否定的な意見として、5-2-2-3. で、4回目の受験の際は、試験問題が読め、ルビのある方は読みにくいと感じたので、ルビなしを選んだ、と述べた。

E氏は国家試験を4回受験して不合格になっている。1回目を来日して間がない時期に受けているので全く読めない・解答できない、2回目は少しわかるようになる。3回目はかなりわかっていたので、延長に必要な国家試験の基準点を満たしていた。そして4回目ではかえってルビが邪魔になるというところまで読めるようになったという経緯を語っている。

他にも、否定的意見を述べているのはL氏とN氏である。

L氏は5-2-2-3. で、漢字の意味が分からないから、ルビは意味がない、漢字は形だけ覚えており、読み方は不明で、形と意味が結びついているので、ルビは邪魔と述べた。

また、N氏は、5-2-2-3. でルビなしで試験を受け、ルビは見にくくなるし邪魔と述べた。

上述のように、L氏は2回目の国家試験受験で合格しており、ルビは意味がないという事は、正当性があるだろう。

N氏も1回延長したうえで不合格となっているので、E氏の4回目受験と同じ感覚であろう。日本語で書いてあることは理解出来るので、ルビは必要ない、かえって邪魔になる、だからルビなしで試験を受けたということであろう。

K氏は、5-2-2-3. で、褥瘡に代表される難読漢字が読めないと国家試験に合格できないというのは誤りで、漢字は馴染めば形と意味の対応は覚え

やすいので、ルビを振ったら合格率が上がるというのは幻想だ、と述べた。上述のように、L氏の主張はK氏のと合致し、漢字は形だけでそれが何を意味するか覚えている、ということになる。

受験者それぞれによって、ルビに対する考え方は異なるので、この方法が良いといきることは難しいと考えられる。但し、L氏のように漢字を形と意味だけで結びつけて覚えている受験者にとっては、ルビは無用の長物であろう。

試験問題にルビを振ることについては、厚生労働省で以下の議論があった。

まず、2010年8月の「看護師国家試験における用語に関する有識者検討チーム」とりまとめでは、難解な用語については、平易な用語への置き換えを可能な限り行うことが適当であるが、平易な用語に置き換えることができない用語であり、かつ常用漢字以外の漢字が使われている用語については、ふりがなを振ることを検討する。

具体例は、脆弱→脆弱
惣菜→惣菜

などが挙げられている。この改正が実施されたのが、2011年実施の第100回看護師国家試験であった。

2012年3月に「看護師国家試験における母国語・英語での試験とコミュニケーション能力試験の併用の適否に関する検討会」において検討が進み、2013年実施の第102回看護師国家試験から、EPAで入国した看護師に対しては、すべての漢字にルビを振った問題用紙も配られるようになった。

「看護師国家試験における母国語・英語での試験とコミュニケーション能力試験の併用の適否に関する検討会」での議論は、戦術論的な漢字にルビを振るといったものではなく、試験制度自体に関する議論であるので、当論文のまとめの議論の中で行うこととしたい。

5-2-5-6. 看護師国家試験の改変について(試験時間延長)

試験時間は、2012年(第101回)までは、日本人らと同じであったが、2013年(第102回)からは1.3倍に延長されるようになった。

これには功罪があって、候補者たちは以下のように述べている。

A氏は、5-2-2-5. で、試験時間の延長を好評価していた。一方で、5-2-2-5. で、試験時間延長の欠点も述べた。

L氏は、5-2-2-5. で、試験時間の延長を好評価していた。

また、不合格者のN氏は、5-2-2-5. で、試験時間の延長を悪評価していた。

合格者 A 氏と L 氏は、精神的な余裕もあるのか試験時間を上手く使いこなしているようで、見直しのための時間を確保しているように見受けられる。但し、A 氏は日本語に堪能なことが災いして、最初に出した解答が合っていて、考え直した結果が、かえって間違っ てしまい、結果として戸惑いが得点減少を生じさせたと語った。

それとは反対に不合格者の N 氏は、時間が余ると言っているが、結果不合格から見て、問題に対してじっくり考えるだけの時間が必要ない程度の実力しかないのかもしれない。そのため、A 氏と同じだけの受験回数をこなしているため、暗記問題に対してはそれなりの実力があると考えられるが、状況設定問題等の日本語能力を必要とする問題に対しては、実力を発揮できなかったと考えられる。

K 氏は、5 - 2 - 2 - 6. で試験時間の延長について、懐疑的な見解を述べた。

K 氏の語りと、A 氏の語りとを比較すると、時間があることで、かえって最初の回答があっ ていて、考えることでかえって誤答を選んでしまうという点で一致し、N 氏の語りと比較すると、そんな長い時間緊張感続くか、考えて出来る問題ではないから、という点で一致する。

但し、日本人と同じ時間で受験する方が良い、と述べる点で相違がある。上述したように、E 氏は良かった、A 氏は功罪両方、N 氏は悪かったと述べた。N 氏を除いて試験時間の延長は、合格した 2 人から見て、良かったと考えられる。また、試験時間の延長についての研究では [堀場 深谷, 2011]がある。堀場らの研究では、インドネシア人候補者らに日本語で国家試験を受験する者(L2 候補者)に、3 種類の模擬試験を行った。(1)日本人受験者と比べて 1.5 倍に時間延長する(2)日本語ルビつきの問題、(3)母国語(インドネシア語)の問題でそれぞれ受験させた。一方日本人看護師には、日本語で模擬試験を行い比較している。結論として、相互の試験成績は同程度で、提示条件間で信頼できる中程度の正の相関があつた、としている。この結論からは、A 氏・L 氏などのように、合格するレベルまで学習が進んだ場合は、試験時間の延長は効果があるが、N 氏などのように、合格できないレベルでは、試験時間の延長は効果が無いと考えられる。

5 - 2 - 5 - 7. 看護師国家試験の改変について(人名・疾病名の英文併記)

人名・疾病名の英文併記がなされるように改変されたのは、前述したようにインドネシアの看護教育の術語が英語に依存しているためであろう。

K 氏は、英語はかなり役に立っているだろう、と述べており、教室で実際に

教育した結果、術語の多くが英語由来である事が多く、そのため上記発言となったのであろう。

そのようなことを考慮すると、人名・疾病名を英文併記することは、看護師候補者にとって、受験しやすい環境を整えたと言えよう。

また、2010年8月の「看護師国家試験における用語に関する有識者検討チームとりまとめについて」[厚生労働省, 2010b]において、L氏の語りにあったように、インドネシアでは看護教育はインドネシア語で行われているが、看護教育のテキストは英語であった。そのため、疾病名、器官名等は英語で表記されており、英語でも学んでいた。また、フィリピンでの看護教育は、英語で行われ、多数のフィリピン人看護師が北米等で活躍している。従って、医学・看護専門用語に英語を併記することは外国人看護師候補者の読解を助けるものであろう。

また、日本人看護学生にとっても、看護師国家試験で使われる医学・看護専門用語に英語を併記することは、グローバル化が進む現在、我が国の看護にも意義があると考えられる。

医学・看護専門用語のうち、医療・看護現場において病院における医師の指示等のなかで、疾病名が英語で記載されることも多く見受けられるようになった。医療は、医師・看護師・コメディカルなどがチームで医療を行うようになってきているので、看護師も英語で記載された診療録の疾病名を理解することは重要であり、看護師国家試験の試験問題において疾病名に英語を併記することは適当であると考えられる。

そのような状況のもと、以下のように英文併記が、2011年の第100回看護師国家試験から実施されるようになった。例えば、糖尿病は第99回看護師国家試験までは、和文疾病名だけであったのが、第100回看護師国家試験からは、具体例としては、英文の糖尿病を指す疾病名“diabetes mellitus”が付記されるようになった。

また、医学・看護専門用語で、国際的に認定されている略語等があるものについては、和文の専門用語に続けて括弧書きで英文略号を併記する。例示すると、和文専門用語の経皮的動脈血酸素飽和度だけではなく、(S_pO_2)が付記されるようになった。

5-2-5-8. 看護師国家試験の改変について(主語明記等読みやすい日本語に変更)

2011年(第100回看護師国家試験)から主語を明記するようなわかりやすい日本語に変更されたことについて尋ねると、K氏は、日本語が非常に読みやすく

なつたと述べており、来日したインドネシア人候補者等に対してばかりではなく、日本人受験者にとって読みやすくなつてゐると考えられるのである。

5-2-5-9. 2種類の知識の学び方

K氏は知識を2つに分けて、候補者に学習をさせてゐる。

1つは宣言的知識であり、もう1つは手順知識である。

ここでいう宣言的知識の実例は、「コレラはコレラ菌によつて起こる疾病である。」と言ひ換へることができる。

もう1つの手順知識は、日本の看護師ならば授業ならびに臨地実習に際して得られる知識である。

インドネシア人候補者たちは、来日の時点ですでに母国で看護師として活動しており、それが就労の前提条件となつてゐる。しかし、日本の看護事情はインドネシアのそれとは異なつてゐる。

例えば、日本では看護について、インドネシアでは患者の身の回りの世話は家族がするが、日本では看護師が身の回りの世話をするとつた、看護の活動範囲が異なつてゐる。それを十分再教育することなく、看護助手の仕事をしなごら OJT で学んでいくというのは、やや無理があるのではないかと考へる。

そのため、看護師国家試験で出題される状況設定問題は、インドネシアでは馴染みのない症例に対する知識を問われるものになつてゐるのかもしれない。

また、状況設定問題の具体例として、K氏は、5-2-2-3. で、解答の難しさを述べてゐる。ターミナルケアにおいて、患者が自宅での療養を希望している場合、絶対に再入院させてはダメだと教えてきたため、受講者は正解を選べなかつた。そこには日本語固有の言い回し(「ムード」の「きついい方」)を理解する必要があり、それをインドネシア人に教へるのは永遠に無理ではないか、と述べた。

しかし、候補者の日本語能力が上がらなないと、何がきついい方なのかわからなご。また、ある現役看護師は、

確かにきついい方ではあるが、国家試験の正解は必ずしも臨床での経験とは一致せず、国家試験受験勉強の中で、ある型にはまった正解を選べないと正解は難しい(私信)。

と語つた。

5-2-5-10. 日本語の表現「ムード」

さらに、K氏は、5-2-2-3. で、「きつい言い方」は日本語の「ムード」で断定に分類される。それを候補者達に理解させるのは無理ではないかと述べた。

日本人の場合、慣れもあって「ムード」を自由に使いこなせているが、インドネシア人候補者たちにとって、一般的には文末述語の形式を変えて「断定」「推定」「仮定」を使いこなすのは難しいだろう。

5-2-5-1 1. 「メタストラテジー」と「スキャンニング」

K氏の受験対策には大きく2つのメソッドロジーがある。

1つめの「メタストラテジー」は、看護師国家試験を鳥瞰的に見て、自分の立ち位置を把握するものである。

もう1つは「スキャンニング」で、問題を短時間で効率よく把握するものである。

まず、「メタストラテジー」について、K氏の語りから論ずる。

5-2-2-3. で、受験勉強にあたって、メタストラテジーを使った勉強ノウハウと候補者達の実態について述べた。

このやり方は、目次を記憶させることで、出題がどのカテゴリーに属するか明らかにできる。そのため、記憶をたぐり寄せやすいので、出題者の意図を理解しやすくてできる。学術論文を作成する際も全体の骨格を決めたうえで取りかかる方が書きやすいのと同じと考えられる。

また、細かなところに拘泥しないのも、重要である。あまりにも几帳面にやり過ぎると、あれもこれも覚えなれないといけないという観念にとりつかれてしまい、前に進まなくなるし、勉強の効率も悪いと考える。

つぎに、「スキャンニング」だが、5-2-2-3. でスキャンニングを使った受験時の解答ノウハウについて述べた。

これは日本人の受験テクニックとして、設問から答えを探していく方法と同じやり方である。しかし、日本語能力が日本語ネイティブと比べると劣るインドネシア人候補者にとっては、設問から読んで問題文の該当箇所を見つけるのは難しいように考える。

そこで、インドネシア人候補者にできる事として、5-2-2-3. で、参考書の赤字の大切などところだけを読む事で、参考書を「メタストラテジー」手法で鳥瞰的に全体像をつかむことを教えていると考えられる。

また、具体的に半年ぐらいでかなり読めるようになるというふうに、期限を設けることで、具体的な目標を提示し、見えるゴールを設定して、インドネシア人候補者に具体的目標を設定しているのであろう。

5-2-2-3. では、看護師国家試験の構成と得点をいかにして稼ぐかについて、構成としては6割が簡単、1割が難しく、残りの3割が普通の問題で、簡単な問題は日本人受験者はほぼ100%解けるので、インドネシア人候補者もそこでいかに点数を稼ぐかが、合否を分けるという語りを得た。看護師国家試験は、必修問題と一般問題、状況設定問題で構成されている^{xxi}。合計すると300点中200点取れば合格ラインに到達するので、約67%の正答で合格になるため、この語りは合理的な判断である。

最後に、5-2-2-3. で難しい問題は日本人・外国人受験生を分け隔てる事なく難しいから、悩んでも仕方ない、と述べた。

日本人看護師国家試験受験者でも、試験が近づくと正答率50%以下のような難しい問題ばかり勉強することが多い。

しかし、難しい問題は例年一般問題や状況設定問題190問中30問程度しか出題されず、割合としては1割程度である。一方日本人受験者から見ると、正答率70%を越える問題は例年130問程度出題されており、割合としては6割弱になる。この事実は、K氏が述べたことを裏付ける。すなわち、日本人受験者・インドネシア人候補者を問わず1割は難しい問題である。次に、日本人で正答率7割を越えるような簡単な問題が6割弱、残りの3割程度が普通の問題となっている。

それに加え、日本人看護師国家試験受験者は、臨地実習を学生時代に行っており、座学ばかりではなく実習で体感することにより、知識が身につくといった効果が出てくるのである [ナース・ライセンススクール WAGON, 2014]。但し、K氏が述べたようにインドネシア人候補者等はその機会を作るのが難しいのが現実である。

5-2-5-12. 試験に対する慣れ

インドネシア人候補者たちは、母国では家庭も比較的余裕があって学校にも通わせてもらっており、比較的恵まれた環境で育った人たちである。

K氏は、5-2-2-6. で、インドネシア人候補者の勉強への取り組みについて、受からないのは勉強不足で、受かりたい気持ちはあるが時間が不足している、日本人の看護師国家試験受験者が合格するのは、かなり勉強をしたうえで受験しているからである、日本人なみに勉強しているインドネシア人候補者もいるが、日本人ほど受験慣れしておらず、勉強の方法が悪いのではないかと述べた。

その好対照がG氏である。インドネシア第1陣候補者として来日したが、来日2年目に初合格した3人のうち1人である。

国家試験に対する勉強の姿勢もインドネシア人候補者の中ではかなり頑張っている。G氏は、5-2-3. で、国家試験の勉強について、自分のやり方を述べた。特徴的なものとしては、病院側のサポートが手厚く、勉強＝仕事という環境があったことと、G氏がインドネシアでも有数の難関校であるインドネシア大学受験勉強の経験者であったことである。

月曜日から金曜日までは、仕事時間中に午後の勉強とアパートに帰ってから午後9時から就寝まで。もしくは帰宅後寝て午前3時からの勉強を行うなど、非常にハードな勉強をしている。

また、休みの日も2時間程度はしっかり復習をしており、その点も合格ラインに達するためには、上手く働いたように考えられる。

但し息抜きもしっかりしており、月曜日ごと1時間半の剣道、木曜日ごと1時間半のバレーボール、病院のリクレーションや女性の好きそうな買い物や映画を見たりし、気分転換も計り、メンタルヘルス面やモチベーションの維持を図っている。

ここまでしないと受からないのか？とも思えるが、先陣を切って合格した人にはそれなりの苦労もあったであろう。

ここまでやりきる人は少ないのかもしれないが、K氏の語りで出てくるような、普通かもう少し頑張る気のあるインドネシア人候補者たちでも、勉強しない、一生懸命やっているが時間が足りない、という事になる。

日本での勉強のやり方と、インドネシアでのやり方に当然違いはあろう。やはりインドネシアでは、日本とは異なりのんびりしているところもあるのは、仕方がないのかもしれない。

例えば、合格者のA氏の1日あたりの勉強時間を計算すると4.4時間、L氏は3.4時間、不合格者のN氏は4.4時間、E氏は5.7時間になる^{xxii}。

それに対して、日本人中学生の平日一日あたり勉強時間は、学校での勉強・宿題・学習塾・予備校を含めて7.8時間、日本人高校生も学校の勉強・宿題・学習塾・予備校を含めると6.96時間になる [総務省, 2011]。

日本人中高生とインドネシア人候補者の勉強時間を比較した場合、インドネシア人候補者は看護助手としての仕事をしなければならないという事情があるにせよ、ほぼ2倍の時間日本人中高生の方が勉強をしている。

また、ある日本人看護師の学生時代の看護師国家試験対策についての実例を挙げると、まず学校でテキストに沿った授業がある。それをノートに取り、当日のうちに復習をする。そして押さええとして、看護師国家試験の過去問の該当箇所を解いていた。その繰り返しでカリキュラムの最後まで行った結果、実際の看護師国家試験に対しては、特別な勉強をしていなかったが合格できたとの

ことである(私信)。このように、日本人は子供の時から受験をしているから、受験慣れしている、集中してやれる、という事例に該当すると考えられる。直接 K 氏の語りを裏付ける資料は見つからなかったが、国際的な学習到達度評価として経済協力開発機構(OECD)が 2000 年から 3 年間隔で 15 歳児を対象とした調査がある [文部科学省, 2003]。PISA2000^{xxiii} (OECD, 2003)における日本とインドネシアの比較において、6 ページのグラフで示されているように、読解能力の上位 3 カテゴリーに日本は 72%が属しているが、インドネシアではわずか 6%しか該当しないということがわかっている。このことは、インドネシア人候補者においても、すべての学習の基礎となる読解能力が十分でないために学習成果が出にくい可能性を示唆する。

5-2-5-13. 国家試験合格後の就労

A 氏は現状の就労状態に必ずしも満足していないようである。就労先病院の患者構成が高齢者に偏っているのもあるかもしれないが、日本中の病院を見ても高齢者が多く入院していることには変わりがないようにも思われる。救急や ICU でのケアを希望しているようだが、そこでは看護師が疲弊しきっている現実があるように聞く。はたして A 氏が望むような経験が、日本でできるのだろうか？

同じ合格者で、L 氏は、配属病棟に満足しているようである。前述したように、看護助手時代は 2 ヶ月ローテーションでいろいろな病棟を回っていたため、安定した人間関係が作りづらかったようであった。正式に看護師として就労するようになり、希望病棟に配属された。

L 氏は、5-2-2-7. で、現在勤めている病院で満足であり、勉強できるところが沢山あると述べた。また、病院の特徴であると考えられるが、急性期を取り扱う病棟に配属され、それも満足の一因である、と述べた。

A 氏が就労している病棟に対しあまり良い印象を持っていないのに対して、L 氏は配属病棟に満足している、勉強できることがたくさんある、などの発言もあり、前向きに取り組む姿勢が見受けられる。また、看護助手時代のローテーションで人間関係が構築しにくかったことも病棟が固定化し、師長・主任・その他の日本人看護師などと良好な関係が築けている。

また、A 氏は自分が 1 年目の看護師としてしか扱われていないことに不満がある。A 氏は、5-2-2-7. で、経験年数とプリセプターについて述べた。前者はインドネシアでの経験が 3 年あるにもかかわらず、日本では 1 年目の新卒と同様に扱われることに抵抗を感じていた。後者は、できる手技をやらせてもらえないことについての不満であった。

これとは逆に L 氏はプリセプターがついていながらも、仕事に誇りを持ってやっている様子が見て取れる。

L 氏が就労状態におおむね満足しているのに、A 氏が満足できていないという違いの原因として大きいのは、「おむつ交換」の有無である。インドネシアの病院では「おむつ交換」は家族のする作業であって、看護師がすることではないが、A 氏は慢性期(療養型)病棟なので、5-2-2-1. で語っていた看護助手時代だけではなく、夜勤時など、看護師になっても「おむつ交換」をせざるを得ない場合がある。A 氏の看護師としてのプライドからすると、「おむつ交換」をすることは耐えがたい不満のもとなのである。

5-2-5-14. 看護記録について

看護記録は、A 氏の病院は紙カルテ、L 氏の病院は電子カルテシステムと方式は異なるが、記述方法はどちらも SOAP に依っている。

A 氏は経時記録は書けるようだが、SOAP には慣れていないためプリセプターや先輩看護師に iPad 上に記述した仮名漢字交じりの経時記録を、SOAP に直してもらっている。

また、紙カルテなので、一度書き込んでしまったら訂正が難しく、一般に広く行われるようになったカルテ開示の観点からも、訂正がない方が望ましい。[日本看護協会, 2005]によると、看護記録を誤って記載した場合の訂正について、訂正前の内容、訂正者、訂正日時を記載し、訂正箇所の改竄を疑われないように、修正液を用いる・塗りつぶすことなどは行ってはならない。また、記録改竄は刑法で「証拠隠滅」と「文書偽造」に問われる場合もあり、「看護者の倫理綱領」第3条の「看護者、対象となる人々との間に信頼関係を築き、その信頼関係に基づいて看護を提供する」に反するものである、と述べており、訂正には厳格な手順が求められている。

一方、電子カルテシステムは、紙カルテとも共通するが、内容の正確さについて、訴訟等における証拠能力を有する程度のレベルが要求されている。そのため、電磁的記録(電子カルテシステム)においては、真正性、見読性、保存性を確保することがシステム運営の要件として求められており、紙カルテより以上に改竄防止機能等が高い [厚生労働省, 2013]。そのため、誰がいつ記録を入力したかという記録履歴が必ず残ると、病棟管理者(病棟師長等)が記録のロックをかければ、それ以降の訂正はできないような仕掛けになっている。

A 氏の場合、紙カルテであるため、担当患者について記録に時間がかかっても、次のシフトや医師指示のため、カルテが必要にならない限り、A 氏が独占していても問題は起こらない。

次に、L氏の場合を考えてみよう。L氏は、医師の指示を十分に電子カルテから取ることも難しい状況なので、記録をつける(日本語で記録を書く)となれば、読み取る以上に時間がかかることが容易に想像されるし、L氏の入力した記録を十分チェックできずに、病棟管理者等が記録にロックをかけてしまう可能性もある。もし、看護部長や病棟師長がL氏の記録に時間がかかることをあらかじめ予想して、電子カルテ端末の台数を増やしておく、L氏に記録のための十分な時間を割いておければ問題は起きにくい。L氏が早期に情報収集や医師の指示受け、記録に時間がかからないようになれば、同僚と良好な人間関係を維持できるだろうが、そうでない場合、同僚との軋轢や記録の真正性が確保できない可能性が生じるのではないかと考えられる。

6. 日本政府の施策に対するインタビュー調査

5-2. では、インドネシア人候補者達の個別性を重視した、インタビュー調査をマイクロエスノグラフィー手法で分析したが、受け入れ側をコントロールする日本政府関係者への個別性を重視した調査はまだ行われていない。そこで、日本政府関係者への調査を目的として、インタビューを行い、5-2. と同様にマイクロエスノグラフィー手法を用いて分析を行うこととする。

6-1. 対象と方法

ここでは、日本側政府サイドのインタビュー調査を述べる。

インタビュー対象者は、JICWELS の X 氏と厚生労働省 Y 氏に 2010 年 12 月に行った。

個人情報保護のため、個人名は語りに登場する場合も含め全て匿名化(記号表記)した。

語りの記述方法については、候補者および K 氏と同様である。

JICWELS X 氏および、厚生労働省 Y 氏のプロフィールについては、個人情報保護のため、秘匿することとする。

受け入れの流れとしては、送り出し国で募集、JICWELS が現地に赴き面接・評価、評価結果を基に受け入れ機関が求職希望を出す、相互のマッチングを JICWELS が行い、受け入れ機関と雇用契約を結び、その後来日し 6 ヶ月間の日本語研修(インドネシア第 1 陣)、研修終了後各施設・病院に配属され、就労が開始されるという流れである。

看護師は来日後 3 回の受験チャンスが与えられており、その期間内に合格する事が求められているが、現実には非常に厳しい関門である。

6-2. インタビュー結果

・受け入れ側の語り

6-2-1. 受け入れ病院側の受け入れ理由(X 氏)

受け入れ側の病院・施設では、一つは国際貢献、二つ目には看護師が不足したときには、実際の受け入れノウハウを(あらかじめ)構築しておくというのが多い

国際貢献は、世間から求められているところがあり、九州地方のある病院の院長は「**ウチのインドネシア人の受け入れは、看護師不足対策ではなく、純粋に国際貢献の一環である**」(私信)という語りがあった。

また、看護師不足対策は、多くの病院で看護師対患者の比率が 1 対 7 の基準を満たすと、診療報酬が増えるという厚生労働省の政策転換によって、大病院

がその基準を満たすべく看護師のリクルートをすすめた結果、中小病院では看護師不足が生じているという問題がある。EPA プログラムにおいても、看護師不足対策の一環として、外国人看護師を受け入れるためのノウハウ取得のため、応募したという病院も多い。

6-2-2. 英語での国家試験は日本の看護事情に合っているか(Y氏)

【極端な見解として、看護師国家試験を英語ですれば良いといった意見もありました。】

(それは、看護師候補者で)国家試験を英語で通った人に、我々日本人が背中がかゆいと言うことを英語で言えますかと言うだけの話です。

【そうですね。でもそれだったら日本の医療ではないですからね。】

日本が国民皆保険に基づく医療というのを放棄するんだったら理屈上あり得ますね。

病院に行きたいんだったら英語(を)まず勉強しろと言う政府として、そういう舵切りをする事に国民的合意が得られるのだったら理屈として成り立ちますよね。

もうちょっと現実的な話としては、小学校からの英語教育とかありますが、より実践的なホントに日本人の多くが英語を喋れるような教育環境が定着して、人口の大多数が英語を喋れるという社会になればそういう事もありなんだろう、でも今看護を必要としている人は、基本的に英語を喋れない人だから、そこにだから、こちらは労働力不足対策でやっているつもりはないけど、現場で人が足りないと思っている実態があると言うことを考えると、その人が英語を喋れる患者のために働く看護師になると言う前提を置くのは、あまりにも楽観的だと思う。だから、背中がかゆいを英語で言える人が一定割合を超えるまでは、日本語が分からない看護師に働いてもらう事は出来ません。

英語で看護師国家試験を行うことは、世界中のほとんどの国において自国語での看護師国家試験を課しているのに反することである。患者の安全安楽を保証し、チームナーシングの1メンバーとして働いてもらうためには、同じ看護師国家試験を受けたという土俵のうえでないと、患者や同僚・管理職に信頼されないのではないだろうか。

6-2-3. EPAプログラム制度を一度止めて制度を再構築することが望ましい(Y氏)

出来上がった制度(現在運用されているEPAプログラム)を見ると、問題が

あるのかもしれないが、例えば1度止めてよくて、入って来た人を何とかしなさいと言ってくれる人が政府の中にいりゃあまだやりやすいんですけどね。そこら辺で、これについて国民的合意形成プロセスをちゃんと経ていないので、本当のところ日本社会のみんなが何を求めているのか、相手国は(略)総領事から、候補者ちゃんと残してくれよと言われてましたが、(略)今いる人は帰らないようにちゃんとして欲しいとか言う一方、(略)受け入れてくれ、もっと受け入れてくれと言うわけで、インドネシアにしても二者択一だったら、新たに送り出す数を増やす方を選ぶだろうと思います。少なくとも送り出した自国民を大事にすると言うことをもっとも本気で考えるんだったら、送り出し方も違っていただけで、たぶん彼らは新規にもっと送り出して回転できる方が都合が良いでしょう。

(一方、)ガルダ(ガルダサポーターズ)さんたちは自分たちがお世話している人たちがきちんと成功して欲しいでしょうから、こんな低い合格率ではダメだよと言うわけです。

(略)

本当に向こうの政府が譲れないというものは何なのかというと、もっとも新しく受け入れて下さいよ、だと思ふ。

【新しく受け入れて下さいよという事は、もっと引っ張ってくれという事ですわね。】

少なくとも今までやり取りしている中で、(略)正直には(言わない)でしょうけど、すでに送り出した人も大事だしこれから送り出す人も大事だというふうになってますから、ただ行動様式を見ていると、新規に送り出す人はキープしてずっと送り出したい、少なくとも外にどんどん流失させると言う政策をとっている国としては、「お利口さん」なやり方です。

だから、相手国が何を求めているのか、何を必要としているのかというのは、ガルダさんが言っているものとは必ずしも一致するとは限らないんです。

【もちろん、全然合格しないって言う事態が続けば、自然と求人は減ってきますから、なんだかんだ言ってジリ貧にはなりますよね。】

そうですねージリ貧になるか、今度の国家試験の合格がどれぐらいになるか、蓋を開けてみないと判らない、試金石ですね。

また、Y氏は、

制度を一時止めさせて貰えと、受け入れのやりなおしができるんですよ。この問題を糧にして、本来どうあるべきかをじっくり2、3年考えさせてくださいと言っていいんだったら、いかようにも出来るんだけど、基本

的に一度動いているものを止めることは許されないのは、前提条件だよなという認識はあるんですね。

ある意味 EPA というのは、インドネシアにとって既得権ですから、止めるということにたいして非常にセンシティブになっていますでしょうね。止められたら困りますもんね。

ただ、国でインドネシア人ばかり集めた病院を作り、そこに看護師候補者だけを入れない限りは、確かに合格するという、無理なく働かせて合格するという成功事例が蓄積されない。

(そうしない)と、求人はジリ貧になるのは確かですね。(略)減ってきたらお宅の方でちゃんと日本語教育をしてくれなくちゃと言うことが交渉の材料になるけれども、それで人生左右される生身の人間がいる中で、(略)許しては貰えないだろう。支援してもしなくても怒られちゃうが、生身の人間が1人でも泣く人間が少ない方が良いよね、と言うことで支援措置の予算要求は引き続きやっていますけどね、でも何年許して貰えるか(予算措置がいつまで認められ続けるか)、疑問だ。

【たしかにね。ある病院ではノーワークノーペイの原則を候補者に対しても徹底しているんですよ、働く時間は働く時間として8時間労働して下さい。その余分の時間で自分で勉強してね、それは当然なのかもしれないが、それとスキームとしての勉強をさせて下さいと言うのが相容れないような気がするんですね。】

ただ一方ですね、もしかしたら希な事例なのかもしれないが、ノーワークノーペイ原則というのは日本固有の話ではないから、それを納得する候補者もいるらしくて、それでウチは働いてない分まではお金払えない、ただ勉強時間を確保しないと合格するのは難しいから、じゃあ午前中だけ仕事をして、あと勉強して貰う。その分給料払えないけど良いか？と言ったらイヤだという候補者もいるみたいだ。じゃああなたは国家試験合格を目指しているのか、デカセギに来ているんですかという精神論になるんですが、ただ最初の契約を締結するときには、給料いくらで何時間労働で前提でやっているから、一方的に施設側が勉強させるために、就労時間を短くして勉強をさせる、その分給料は減らしますよという、一方的な雇用契約の変更は出来ないんで、本人がおまえこれじゃあ受からないよと言っても、本人が給料を削られるのはイヤだ(と)言われたら、それ以上手のつけようがないと言うことで、さじを投げちゃう病院は確かにあり得ますよね。

と語った。

厚生労働省の Y 氏の主張は、大急ぎで制度を作ってしまったがため、いろい

ると齟齬が出てきている。それを修正する一番良い方法は一度 EPA プログラムを止めてしまうことであると言っている。しかし、インドネシア側から見れば、EPA プログラムは1つの既得権であり、早々簡単に制度を止めることは不可能だろうと主張している。また、受け入れ済の人に対するサポートは継続して欲しいし、また同時に新規で受け入れもして欲しいというのが本音であろうと Y 氏は主張する。

6-2-4. EPA 看護師候補者などが優遇されすぎているのではないか (Y 氏)
すでに、それぞれの現場で有効に活用されている(とは)限らないので、先ほどの議論で(ガルータサポーターズ主催の勉強会^{xxiv})1万円の参加費を病院が出してくれないもそうですが、一応病院が候補者の勉強のために、支援できるような、状況を作れと厚生労働省としてもやっているつもりなんです。

【条約の条文でも JICWELS から貰った導入の手続きの資料からも、明白に勉強をさせることと書いてありますから、勉強の支援をしなさいよと書いてあり、それを応募要件にしてありますよね？】

(略) 候補者のためなら何に使っても良いですよ、実際に受ける民間の人からは見れば、そんなの当たり前じゃないかと思うかもしれないが、お役所が出すお金というのは、いろんな縛りがあって、使途に限定が(あ)りかなり色の付いていないお金を用意したつもりなんです。それは、かなりお手盛りじゃないかと怒られる可能性というものとそれなりに覚悟はしているんですよ。

また、Y 氏は

それで実際国も、都道府県経由にはなりますが、勉強させるための教材を買いましたとか言う、お金が一部補填されるように助成措置は講じているので、今回のガルータさんの参加費1万円というのは、(略)それ一人ひとりの候補者全員に行き届いているかどうかと、国の予算措置としてはかなりの破格のことをしているつもりなんです。

「なんでインドネシア人たちだけ大事にされているんだ」と言う声、例えば看護師なんかだったら、やはりなり手がいないとか、ウチの現場では人不足という声も聞こえるけど、一方で、ひとたび田舎なんかの産業のないところ行っちゃったりすると、とくに女性が働ける職場とか限られていて、一度東京とかに出てきていろいろやってみたけれど、やはり古里に帰るとき、その時手に何の職もなかったら、就ける仕事なんて何にもない。それで一度社会に出てから、看護学校にでも行って、手に職を付けてから永く

働ける仕事と書いていても、そういう経歴をたどってきた人は、もうすでに看護学校へ行くための金銭支援なんか、なかなか受けられない。普通に学校を出て看護学校に行くなら、いろいろな奨学金があるかもしれないが、一度社会に出た人がじゃあ頭を切り換えて、そっちの道へ行ってみようか、年齢だけ見ればEPAで入ってくる人たちは、現地で高等教育を受けて、国家資格を取って、実務経験のある人を受け入れているから、年齢的には高く30代の人もいっぱいいる。そういう人と照らし合わせたときに、年齢要件で行けばたいして変わらない日本人職員が自分が一から看護師になるために勉強をしたいと言っても、数千万円出せる公的資金というのはなかなか無い。そこからすると、今来ている人たちというのは、試験の勉強が大変だとか日本語の壁があるとかそれは事実かも知れないが、そこに投入されている公的リソースという意味でいけば十分、比較論で言えば手厚いはずなんですね。

と語った。

確かに、日本人の看護学生と比べ、インドネシア人はEPAプログラムという国家間の協定に基づいて受け入れられ、また日本語に習熟していないとはいえ、同じ土俵で比較すると、日本人の看護学生と比べると相当優遇されているというのは否めない。

Y氏は、

国家が出しているかどうかで、結局お役所仕事かどうかでまた怒られちゃう話かもしれないが、その公的な支援を受けられない日本人から見れば、なんであの人たちだけはあんなに応援されているの？という部分もあるので、果たして我々がこういう予算措置をずっと続けられるかどうかとも判らないわけですね。

少なくとも軌道に乗るまでは、責任を持って受け入れると言うことで、予算要求を何らかの形でしていかなければならないんじゃないか、でもいつまで持つんだい？という議論はいつもしているんですけどね。

じゃあそれを永続的に出来るかというのと、今年もものすごい巨額な国債を発行しての予算になっているが、そして削れるところはホントにないのかというのはいつも言われていることで、日本人を助ける前に外国人をと言うところにお手盛りのお金を着けているのはけしからんと言って、ぱったり切られるかもしれないわけですよ、誰にも判らない。

なんであの人を助けて貰えるのに、日本人である私が助けて貰えないの？という声が大きくなってきたら、あつという間に切られてしまうかもしれないじゃないですか。

日本人は自力で勉強して、言語の違いで母国語であるという有利なところはあるが、自力で合格していますもんね。半日の勤務で給料をまともに貰おうというのはおかしい話であって…

【結局ノーワークノーペイという原則もあって…】

それは就労契約という枠組みでやっているのもあるが、それを乗り越えて8時間枠の状態では実際は4時間とか午前中だけしか就労させていない、いわゆる勉強の上乗せというのをしていないと、実質的には受からない事態になっているようですね。

スタッフも昨年度(2009年)合格した3人というのは、ほとんど勉強しかしていない状況で、我々国としても、働いた分はちゃんと日本人と同等の給料を払わなくてはならないという縛りをかけているけど、働いていない部分も給料を払うと言うところまでは、許容できる公的なものはない。ただ、余力のある病院ではあとで合格したらそこで働いてくれれば回収できるからと言うので、勉強している時間も仕事の一環だよとあって、労働時間にカウントしている病院がありますし、さらにノーワークノーペイ原則があるから、勉強させている時間は、あなたその時間は働いていないんだから給料は全額払えませんよとあってやっているところもある。仕事をさせないで勉強だけさせている状態は、候補者はそれでみんな喜んでいるかというのは個別事情によって異なるが、いずれにしても病院が徹底的に勉強させるといって全面バックアップをすとか、国の方も彼らに勉強させるためにいろんな予算措置を講じるというのは、永続的に全然出来ることではない。どっかで自立的に回るようなふうになり替わって貰わないと、いつまでも続くわけがない。国が全面支援をする事を前提で動くスキームというのは何かおかしい。それならば相手国がきちんと日本で成功できそうな人を育成するという所にもうちょっと踏み込んで頑張ってくれる、そういう所に協力するように仕向けてくれないと正直きついです。そういうものが無い中でただ単に枠を拡げてくれ、来た人をちゃんと残してやってくれと言われても、ちょっとそれは虫が良すぎるんじゃないかという所もあるので。

と語った。

現に、看護助手として働きながら看護学校に通う日本人学生から見れば、ノーワークノーペイ原則を無視したインドネシア人に対する優遇は、破格の措置であり、うらやましいと思われても仕方がないものであろう。

ガルーダサポーターズのサポート(Y氏)

Y氏は2010年12月に行われたガルーダサポーターズの勉強会に参加した。

その2日目に筆者のインタビューに答えてくれた。それゆえ下の語りのうち「昨日」は勉強会1日目、「今日」は2日目である。

【ガルダも、どちらかと言えばその線(日本政府に優遇措置を続けてほしい)に近いわけですね。】

昨日聞いた話では、ガルダは中でも本当に全員を助けなくちゃ行けないのか、これは公的な枠組みの中だけでなく、彼ら自身がボランティアにお手伝いをする際に、希望する候補者全員にお世話する必要があるのか、それともちゃんと高い志を持った人に絞った人にお世話するべきではないかという議論は、前からガルダ内部ではされているそうです。

だから今日もAグループ、Bグループというふうに分けて、上のフロア(5階)分は合格可能性の高い人たちで、1階でやっている人は合格可能性が低い人たちを集めているらしいです。

実際レベルによって勉強のさせ方も違うので、ガルダの思惑としては、インドネシア第1陣は5階に行ってくれることを期待したんだけど、結果的に1階に残っていたインドネシア第1陣も居たみたいですね。

【そうですね。】

今回の研修・講習に出てきているというのは、まだ本人たちもまだ諦めてはいない事なんで、まだ彼ら(に)は試験まで数十日ありますから、ここで最後の踏ん張りをしてくれれば、本人も納得できる結果が出せるんじゃないかと思えますけど。ガルダの方たちって、こういう合宿形式のほかに、もうちょっと定期的にいろんな支援をしているじゃあないですか。そういうときに顔を出していた候補者で、今回来ていない人がどれだけいるのか、もしそういう人がいたら、ただ単に病院の年末年始シフトの都合で、でられなかったという人、先ほどY氏が指摘したように、もうすでに出かけること自体許されていないのか、本人が諦めちゃっているのか、そこはよくは判りませんがね。

まあ、インフルエンザとかも流行っているので、慣れない環境の所にワツと出かけていくこと自体ある意味リスクな所もある。それで大事を取って出てきていない人もいるのかもしれない。

と語った。

Y氏の語りとして、まず日本人で社会人になってから手に職をつけたいと思っ
い看護学校へ行く人にはなんの援助もないのに、インドネシア人候補者たちは、なぜ手厚く保護されなければならないのかそれが疑問であるという強い国民の指摘を受ければ、EPAプログラムは破綻するということを述べている。また、EPAプログラムで入ってきた候補者たちは、全てではないもののノーワークノ

一ペイ原則から外れるようなことも配慮されている点もおかしいと述べている。インドネシア人候補者の支援団体であるガルーダサポーターズは、全員が合格できるようにして欲しいという希望を持ち活動していると述べている。

いずれにせよ、人材不足の補充目的でない受け入れであり、あくまで国家間の協定に基づく特例措置として EPA プログラムが成り立っており、国民の強い反対の意向が示されれば、このスキームは破綻してしまう可能性があることがわかる。

6-2-5. インドネシア第1陣には、生活・学習の支援なし(X氏)

【施設・病院側のインタビュー調査では、JICWELS に対して受け入れ一人あたり 36 万円支払うことが高すぎるという声もよく聞いています。ましてやインドネシア第1陣のようにほとんど何もサポートが無い状況では、なおさらではないかと考えるのですが？】

と X 氏に尋ねると、

36 万円が一人歩きしているが、国の受け入れ予算から見れば、一人あたりその 10 倍の 360 万円が実際には候補者のために費やされています。施設・病院等にはその事は伝えてあるのだが、なかなかそれがご理解頂けていないのが現状なんです。

また、確かにインドネシア第1陣へのサポート体制が無かったというご批判は、もっともなことで、それに対応すべく、教育プログラム・テキストブックの作成・E-learning システム等のサポートを充実させて対応しています。それ以上のサポートは現状では難しいと考えているので、どうかご容赦いただければ、

と語った。

まず 2008 年度に来日したインドネシア第1陣の場合、6ヶ月間の日本語集合教育が行われただけでそのまま病院に配置されており、日本語や看護師国家試験を勉強するテキストも全くないところから始まった。過去の看護師国家試験のインドネシア語・英語への翻訳を提供するための予算措置がなされたのは 2010 年度である。2008 年度から 2009 年度までは全く JICWELS からのサポートはなく、インドネシア語の話せるボランティア頼りであった。

6-2-6. インドネシア第2陣以降には、サポートが開始(X氏)

JICWELS にインドネシア第1陣が3回目の受験チャンスに当たる年、勉強の進み具合を聞くと、(2008 年は)国や JICWELS のサポートが不十分で、国家試験に向けての日本語学習・専門の研修やプログラム作りまで全ての

ものをほとんど手探りでやって欲しいという状況でした。2008年の巡回訪問では、学習支援がほぼ皆無であったので、かなり困難な状況が見て取れました。それに伴い、2009年から国・JICWELSの方で教材を作って欲しいという要望が非常に強かった。2009年から看護と介護の教材を作り、看護なら3年間、介護なら4年間の学習プログラムを提供し、それがある程度、受け入れ側の評価を得ています。

インドネシア第1陣に対する国・JICWELSが無為無策であったことは否めず、遅まきながら専門家の力を借りながら書籍やコンピュータを利用した教育が始まっている。

参考書はいろいろある。日本語の参考書もいろいろある。ただ看護・介護の候補者のニーズに合った、日本語学習教材・国家試験対策の教材はほとんど無かった。まだ開発途上ではあるが、充実していったところを評価してもらっています。

また、E-learningというコンテンツも提供している。Webサイト上で国家試験の勉強ができるようにしたシステムで、候補者に利用してもらえるようにしています。

また、施設・病院からJICWELSの教材を使った、標準的な学習プログラムも求められており、それも作成し提供しています。

その具体的なカリキュラムの進め方は、

12ヶ月1サイクルで、まず日本語の基礎力を固めます。それが出来たらいきなり国家試験対策に入るのでは無く、国家試験対策の橋渡しをするための、国家試験に出てくる表現、文法、構文そういうのを慣れてもらいます。それに慣れたところで、E-learningシステムなどを使って、本格的に過去問の勉強をしてもらい、それを補完する形で、模擬試験や集合研修と言うものを組み合わせ、総合的に勉強してもらいます。

具体的な教育プログラムは、6ヶ月の日本語研修終了後で就労を開始した直後、E-learningでテストを受けてもらいます。それは、日本語の能力を判定するものと、看護師候補者であれば、看護の専門知識をテストではかりません。その結果を使い、日本語の基礎は飛び越して、国家試験対策の日本語から入りましょうと言う人もいるし、もう少し基礎から復習した方が良いでしょうと言う人は、(1)「日本語アシスト」(2)「漢字ステップ」(いずれもJICWELS発行のテキスト)をスタートして、何を勉強したら良いのか、まず「日本語アシスト」を1ヶ月ぐらいでやった後、次に「漢字ステップ」を一緒に勉強して、その後国家試験の勉強をしましょうというふうに時系列的な具体的な教育プログラムを示しています。

しかし、基本的には自己学習の習慣がないと、国家試験合格には至らないと考えているという。

これをやりなさい、あれをやりなさいと言うふうに与えるのももちろん必要だが、受け取り側の候補者がきちんと自己学習の習慣が無いと、全然効果が無いです。

(X氏の)感想であるが、おそらく2011年の国家試験合格者は、それなりに自己学習の自分なりの方法を持っていて、最初に合格したS病院の合格者の持つ上昇志向、メンタルな強さなどを持っているのではないかと思う。残念ながら自己学習を身につけていない人は、日本語と漢字の専門知識の両方をマスターして試験合格というのは難しいのではないかと考えます。むしろ2回目の国家試験で合格した3人は、並大抵以上の勉強をしたわけですが、日本の大学受験のように、本人が明確な目的意識を持って、自分から学習する意欲が無ければ、いくらまわりのサポートがあっても合格はおぼつかないのは同様だと思います。

この時点(2010年12月)では、まだ3人しか合格者が出ていない状況であった。彼・彼女ら3人はJICWELSの作成したテキスト類を用いずに合格している。前述したようにS病院のG氏も3人のうちに入っているが、常人ではできないような努力をして合格しているので、JICWELSのテキストを使用していない。

6-2-7. 国家試験4回目のチャレンジはどうなっていたか(Y氏)

【3回目に失敗したときに、来日して再度受験できるような…】

再度受験できるようにしているのは、協定上最初から組み込まれていましたよ。

期間中に国家試験に合格した人と期間内に合格できなかった人にも、途は開けている。

【合格までへのフローチャートを見ると、3回失敗したあとは、帰国しか途はないというチャートを厚生労働省のサイトで見ているんですが？】

それは、始まったばかりの時に、お帰り頂くことを前提にした記述を全面に出すのもどうかということで、(略)コアの部分がわかりやすくなるように、ざっくりと省略した図を作っていたんですよ。

第1陣看護師で、3回目の受験に失敗し、みすみす帰国するかもしれないのは可哀想じゃないかという声が上がってきたのでフローチャートを変えました。元々制度上、一度帰ったあとも何度でもチャレンジできるようになっており、帰国後も短期滞在で受験する、回数制限はないです。

ただし、再受験の際に渡航費用が自分持ちであると言うところを、助けて

欲しいという声もある。

また、Y氏は、

もともとのEPAの費用というのは、厚生労働省だけでやっているわけではないので、厳しい財政事情の中でそれが出来るとしたら、外務省の予算を使うという以外には、実務的には難しいと思いますね。

と語った。

実際の運用にあたっては、インドネシア第1陣以降、ある一定以上の看護師国家試験の点数が取れていれば、特定活動ビザが1年延長され、最大4回目の受験が可能になっている。

6-2-8. 国家試験に合格させる苦勞はどのようなものか(X氏)

【巡回訪問で見られて、国家試験に合格させるまでの、病院側の苦勞はどんなものがあるんですか】

まず、施設・病院側は日本語を教えなければならないというところで困っています。例えば、これまで職員を受け入れるにあたって、日本語の教育をする必要はなかったため、そのノウハウが皆無です。そこがまず1段目のハードルです。次のハードルは具体例で示すと、社会保険や介護保険、健康保険等に出身国に無い制度を概念から教えるという事が非常に難しい。日本人の学生ならば、教科書を読んで解るレベルだが、彼・彼女らにそれを理解させることは困難なことです。

学習支援についてですが、予備校の先生だけでもダメで日本語指導の専門家だけでもダメだ。両方が協力し合って、インドネシア・フィリピン人に教えると言うことが必要です。

【日本人でも国家試験を受かるために死ぬ気で頑張っている、だから、日本語のハンデがあるインドネシア人のあなたたちも死ぬ気で頑張りなさい、そうしないと絶対受からないわよと言って、各病院の看護部長は尻を叩いている。】

国家資格ですからね、生半可な勉強では受からないと思いますよ。日本の看護学生も同じようにやっているわけですから、だから死ぬ気で勉強しないと受からないわけですよ。

【病院はある程度お膳立てはしますが、それを生かすも殺すも候補者自身のガンバリだ。難しい事業だが、いっぱい笑顔が合格発表の時に出来るのを願わざるを得ません。また、本当にパートナーとしてインドネシア人が認めて貰えるかすごく気になります】

そこは、合格するまでの3年間ないし4年間の間で信頼関係をどう築いて

いくつかという所にかかっていると思います。

K 氏のような、医学知識と日本語教育知識を併せ持った教師が理想的であるが、なかなかそこまでの人は見つからないのが現状であろう。実際インドネシア第 1 陣に対する教育は、全くの手探りであった。ボランティアでやってくるインドネシア語の喋れる通訳や日本語教師が入り交じり、何とか助けてあげなければという熱意だけで、実際は空回りしているのも多かったように見受けた。

6-2-9. 日本語による看護師国家試験の実施の必要性とその改革 (Y 氏)

【日本の看護師国家試験を経ることなく、(看護師として受け入れるのは)現実的ではありません。どこの国も医療という面に関しては、さらに高いハードルを設けなければ、安心安全というのが保てない。だから質も確保出来ないのに、やみくもに看護師国家試験に受かっても困るという話ですよ。】

だから、試験に合格した人の質が疑わしくなる事態にするわけにはいかないわけです。そして、今回(2011年、第100回看護師国家試験)の国家試験見直しについても、そこが最大の命題になっていたので、まあこれまで出題されていた試験問題も、日本人にとってフェアな書き方になっていたのかという議論があったんで、それを議論するとき、EPAの所でも関連する指摘があったので、じゃああわせて検討しましょうかということなので、EPAの問題は今回の目安の契機の一つではありますが、候補者のためにと言うよりも、何万人という日本人受験者も含めて、より今の時代に合わせて、フェアな試験でどうなの？とと言うのが常に念頭にあった。少なくとも合格率何パーセントに出来るように、合格率をコントロールするために試験を見直しましょうというというのは、論外であります。

第100回看護師国家試験の変更点は前述したとおりである。

ここでも繰り返されているが、「(看護師国家試験に)試験に合格した人の質が疑わしくなる事態にするわけにはいかない」という終始一貫した姿勢が貫かれている。

6-2-10. 公立病院の看護助手の給料 (Y 氏)

看護の方は資格がないとさせちゃいけない所がある(業務独占)、介護の名称独占とは全く違うものだ。

看護補助業務として出来る範囲って言うのは限られているので、それを中途半端にやって貰っても、全然意味がないということ、使いどころが

無くて(、それでも看護助手として)いる施設も中にはたぶんあるんだと思います。

また、法律上(契約)、一般的に職員の採用規定というのがあって、こういう仕事をする、こういう職階の仕事にはこの号俸しか払えないと言う縛りがあるので、

【それで国公立の病院は採用しにくいんですね？】

だから都立の病院などでは、看護助手のような形で採ろうとすると、非常勤とか臨時事務職員と同レベルのものしか、賃金表が用意されていない。

【それにあわせないとおかしい事になりますからね。】

公的機関の方で求人がなかなか出てこないのは、国策としてやっているのにおかしいと言うことは、ガルダさんからもお叱りを受けているんだが、いろいろと内実を聞いてみると、公立病院が採用する際の縛り、インドネシア人のために特別枠を、特別な賃金体系を作るわけにはいかなくて、俸給表があるんでそれに当てはめようとする、著しく低い水準のものしか用意できなくて、それで来てもらうのは忍びないと言うことで手が挙げられないとかまだ院長の一存とかでお小遣いとかを上乗せできるような所ならともかく、それが出来ないような、本当にお金で支援できるところは公立では限られてくる。

そのかわり公立は組織のでかさとかがあるから、あらゆるツテを使って、ボランティアの団体と連携して来てもらったり、提携している公立の看護学校とかに聴講生として参加させたりとか、お金にならない無形の所でかなり手厚いことはしているみたいなので、客観的に見れば、公立の方でもかなり手厚いことは出来るみたいなんですよ。ただし物理的に動かせるお金が少ないので、支援を受けている候補者が喜んでいるかどうかは何とも判らない所はありますね。

L氏の勤めているH病院の看護師合格前の給料はパートタイム扱いであった。ボーナスもほんの寸志程度(1万円未満)で、准公立病院ではそれ以上の給料を賃金規則上払うわけにはいかなかったのかもしれない。

やっぱり私立の病院とかいて、今日総領事もメーリングリスト等活用しなさいよとか言ってましたが、実際携帯とかメールとかで、候補者、みんな一度6ヶ月日本語研修を一緒に(して)いるから、みんな仲間意識が強く、横に習っているらしくて、ウチはこれだけ給料貰えるよとか、これだけ休みがあるよと言うのが全部流れちゃうから、そうするとどうしてもルール上そこまでお手盛りが出来ないと言う公立の組織とかに勤めている人たちは、不満が高まっちゃうみたいで(ネガティブ情報ばかり流れる)、本当に

だから日本で国家資格を取るんだという目的意識、そこに軸足がぶれない人だったら、3年間とか、惑わされないでいられるかもしれないけど、やっぱりなんだかんだで本国へ送金もいっぱいしたいとか、デカセギの要素と言うことを重く見ている人からすると、耐えられない環境というのがあるかもしれない。たぶん見られた中に悪質な事業者もいるのかもしれないが、候補者側から見た時に悪質に見えるものが、背景を見てみると、そうやってお金で直接的に措置できないけども、代わりに他の事でという施設側の思いが、候補者に届いていない所も一部あるみたいです。

【そうですね。この問題は一筋縄ではいかないですね。】

Y氏の語りから、公立病院の看護助手の仕事は、給与テーブルが、非常勤とか臨時事務職員の給料しか用意されていない。そのため、他の病院でもっと良い待遇が得られるというネガティブ情報が候補者のなかで流れてくる。

6-2-1 1. 仕事のパートナーとして認めてもらうには(X氏)

【やはり同僚と相互信頼の所まで行き着けるか不安があると思うのですが？】

個人的には次に来る課題かなと思っています。今候補者として受け入れ施設も候補者だからということをやっているところでしょうが、これがまあ資格を取りました、といったら次はあなたプロでしょという事になります。本当に日本人の職場の中でやっていく、よく看護師の世界の中では独特の人間関係とかあるじゃないですか、そういうのを本当に体験していくわけですよ。

【お客さんから本物の職員になるということですね？】

はい、またそういう所でまた一つ越えなければならない課題もあると思いますし、あと日本語に関しても、これまでは国家試験対策で、まず読めればいいというのが、今度は書けなきゃいけない。そしてまた、日本人職員が書いたカルテを読まなきゃ行けない。ますます実践的な日本語能力が求められてくる。それをどう身につけていくか？ というところも、これから出てくる課題ですね。

【看護・介護はチームワークなんですね、その中に入ってちゃんと役割を果たさないと評価されないことになり、結局疎外感からドロップアウトを選ばざるを得ないという可能性があると思います。】

まあ幸いにして、今の合格者3名は引き続き同じ病院で働いていて、環境は変わらないわけで、配属先は変わるかもしれませんが、まだ候補者であった時と同じ同僚や指導者がいるので、その中で自分たちでキャリアを磨

いていくという事になります。今は3人かもしれませんが、合格者が増えていったときに、どういうケースが生まれてくるかはこれから新たに出てくるケースですね。

実際100以上の病院が受け入れているので、100とおりの受け入れパターンがあります。それを見ると、実際にニュース等で見聞きするものと違いが見えてきますし、(略)ところがニュースにはその一生懸命やっているところは報道されていないんです。そのため、一生懸命やっているのが日本人には見えないという現状もあります。私も巡回で回ってみて、きちんと受け入れられているなというのを感じます。

X氏、合格者のこれから

【上昇志向の強い人は大学病院を狙われるという指向も強いでしょうし、ある施設の方から伺ったのですが、とりあえず3年ぐらいは働いて欲しい。でもそれは契約上明記されていないから縛ることは出来ないという(話もあります)。そこら辺がお金を出して、手をかけ、時間をかけ、一生懸命本人もやり、やったのが施設のメリットとならない可能性を秘めているというのが、非常に不安であるということをおっしゃっていました。】

日本人の就労契約と同じで、インドネシア人であっても縛れないというのは同じですね。お礼奉公は禁止されていますから。合格したら転職するんじゃないか、合格したら帰っちゃうんじゃないかとか。様々な不安を、抱いている病院もありますよね。これは、我々がそこでの就労を強要することも出来ませんし、候補者と病院の方でよく話し合ってくださいと言えないんですよね。

X氏の語りから、国家試験に合格してからが本当のメンバーとして仲間に入れてもらって働き出すということがわかる。例えば紙カルテなら、癖の強い字を読みこなさなければならぬし、また反対に担当患者の記録も書かなければならぬ。その上医師の指示を読んで理解し、それを正確に実行していく必要もある。また、病院側にもリスクがある。せっかく養成したインドネシア人看護師に定着してもらわないと、これまでかかった費用が回収できないが、お礼奉公は禁止されているので、どのようにインドネシア人看護師の待遇を決めていくか、他のスタッフとのバランスも考えて慎重な対応が求められよう。

6-2-1 2. 患者の側から見たインドネシア人看護師(Y氏)

【ただ現実には国家試験に受かって、(略)きちんと仲間として認めて貰えているかというのは大いに疑問が残りますよね。急変したときに、相手が自分の思ったとおりとか、患者さんに適切な処置、意思疎通がきちんと出

来るかどうか不安なまま、一緒に働くのはやっぱり恐いって、(現役の看護師が)言うんですよ。亡くなってしまったら、看護師の責任、不可抗力であったというのにはあり得るかもしれないが、不安はあるみたいですね。】

(それは、)労働力不足対策としては使わないで下さいの一言に尽きるんですけどね、夜勤の人にあと(インドネシア人看護師)を夜勤に貼り付ければ夜勤のシフトが回せるからという理由で、採用して貰う主旨のものではありませんよなんですけど、今日のB班5階の人たちも、先生たちは普通の早さで日本語を喋っていて、1年2年いて真面目に勉強していれば聞く能力に関しては、それはかなり身につくんだなとか思いましたけど。

患者本人と看護師しか居ない状態で、五体満足じゃない怪我している、病気をしている、体力気力が衰えている患者さんに、この人言う事は一応分かるから、訛りのきつい日本人、田舎の人だというつもりで、分かりにくい話を我慢して頑張って聞いてあげて下さい、と言うことを日本人にお願い出来ますか？と言うのが許容できる水準かどうかですよ。方言がきついということは日本人でも判りづらいというのは国内でもある話ですから、必ずしもわかりにくいしゃべり方をする人が排除されるというのは当たり前だというのは、短絡的なんです。分かりにくい話というのは出身地が違えばいくらでもある話で、あとはだからこっちがこちらが普通に喋っている内容、わざと省略したり早口とかしななければ、基本的には素性の判らない人だから、自分の身にかかることだから、誤解なく伝えようと言う誠意を見せて話さえすれば、伝わると言うことを前提にした上で、相手は訛りの強い人だけど我慢できるかという、インドネシアとかフィリピン人で日本の国家試験に合格していたら、喋るのは癖のある日本語だけど、それは北海道の人と九州の人が喋るように、そういうレベルの差と大して変わらないよねというと言うぐらいの妥協が日本人に出来ますかね？それが我慢出来ますという話ならば、夜勤の所はきついけど、合格さえすれば実質的かわんないよねという政府の判断は間違っていないと思う。

ただ相手が日本語が判らないと言うところを我慢して下さいと言えるほど、英語に堪能な人が世の中にあふれていると言うとそれはいいです。

【例えばシンガポールだとかそんなところであれば可能でしょうね。でも日本はそんな現実ではない。それと書かすことが一番重要ですね。看護記録読み書きできないと業務は回りません。】

日勤以外でインドネシア人看護師を使うのはどうか？という筆者の問いに対して、Y氏は、それについて不安があるなら、看護師の人数の少ない夜勤においてインドネシア人看護師を使わないという選択しかないという。また、イン

ドネシア人看護師と担当患者が1対1で対峙している場合、言葉が通じにくい場合には、インドネシア人看護師は「訛りの強い日本人」とであると認められれば、「それは仕方がないね」で済むかもしれないが、病人に対してそれを求めるのは、非常に難しいのではないかと述べた。

6-2-13. 看護記録は書けるか？(Y氏)

【ところがただ単に日本語を打つだけでも、国家試験に合格というのはまだ読めるというレベルであって、書くところは保証していないわけですよ。でも書けないと実際の実務では使えないわけですよ。いったいそれをどうやって解決していくのか、見えてこない。みんな受かることに精一杯で就労したあと、本当に知りたいところとしては、受かった3人がどのように記録を付けているか、私はものすごく知りたいんですよ。】

来たばかりの人は、看護日誌、業務日誌を付けるにも苦勞をしているという話も聞きましたし、今日5階で受けていた人たちの中にも、看護記録を付けるのに辞書片手に書いていますという人もいて、自由に書けるというレベルにはなっていないのは事実でしょうね。ただ先生たちも、ホワイトボードに漢字が出てこないんですよ。確かに電子カルテに直接書くのはきついかもしれないけども、読める漢字だったらワープロで変換して出すことが出来るんだったら、電子カルテはともかく、日誌とかの記録を手書きで書けなくちゃいけない所から、ワープロで作っても良いですよになれば、書けないと言うハードルはちょっとは下がるのではないかな。私の持論というか、そういう事を言っている人を聞いたことはあります。周りのスタッフに負担をかけちゃうんだけど、いざとなったら部分的にひらがなが入っている記録でも、日本語ネイティブの周りの人は読めるわけじゃないですか、同音異義語でなければ、その人本人が漢字で書けることよりも読めることが大事というのは、他のスタッフから引き継ぎを受けるときに自分が読めなければ致命的になるけれども、自分はまさに書ける範囲のもので、ひらがな交じりのものでも事実を書いてくれれば、まだ漢字慣れていないね、しょうがないね、という受ける側から見たら負担かもしれないが、業務上絶対必要な情報は伝達できるから、まず読めるって言うことが国家試験も含めて、高い優先順位として組み込まれていること自体は順序としては間違っていない。確かにひらがながいっぱい入っている文字というのは、日本語ネイティブの人から見たら読みにくいですよ。読みにくいけれど、同音異義語だけに注意していれば、情報を正しく伝達するという役割は果たせるじゃないですか、また汚い字の人もいっぱいいる

わけで、変なうろ覚えの書き順とかでグジャグジャ書かれるぐらいだったら、はっきり一角一角かいたひらがなで書いてくれた方がラクだよと言うのもあるだろうから、むしろ書かなきゃ憶えられないんじゃないの？我々は子どもの頃漢字の書き取りとかして憶えていたわけですよ、いま実社会に出てきて、ワープロとか使う機会が増えて一つ一つの漢字、書き順なんかも含めたらうろ覚えとかいっぱいあるじゃないですか、それでも何とかそこそこなっているのは、ただ単に読めるからと言うわけじゃなくって、書いたから憶えている、書いて憶えたから今読めるというのがたぶんあると思う。読む練習に徹してそれで本当に身につくのか？というのは老婆心ながら心配なところはあるが、書く練習なしに難しい漢字というのが身につくのか、遠回りだけど書くと言うことを組み込んだ方が早く憶えられるんじゃないかという気もする。そこはH氏とか日本語の専門家に限られた時間の中で最適と思えるプロセスが最大公約数的に一番妥当なんだと思うんですね。

【最大公約数とはどういう意味ですか？】

まず読める、読みという時に書く練習というのをどれぐらいの割合でバランスとして組み込むのか一番良いのか、私もH氏とじっくり膝をつき合わせて話をしたわけではないですけど、H氏とかが、今しておられるアドバイスのというのが、経験則としてたぶん穏当なものなのだと思う。

まず読めることが大事とおっしゃっている。その時に書く練習をどれぐらいやりなさいと言っているのかは私は承知していないけど、まず読めることが大事とおっしゃっている人なので、まず書きなさいとは指示はしていないはずなんですよ。

【おっしゃるように、記録はひらがなでも良いわけですね。ひらがなだったら同音異義語は困りますけど、記録としては成立しますからね。】

だからアウトプットはひらがなでも、当面は何とかなる。ただ周りの日本人スタッフにひらがなで書いて下さいと言う強要はさすがに酷だから、少なくとも読めるようにはなって下さい。現場の実務としても読めることは先に来るって言うのは、順序としては本当だと思いますよ。

我々だって例えば、英語で仕事をして下さいと言われてれば、ネイティブから見たら拙い英語になってしまうわけで、それでも文法があっていれば、場合によっては文法が間違っているけど、ネイティブは読んでくれるわけですよ。まさにネイティブがくれた書き方をされたら我々は読めないですよ。ネイティブは正しい言葉もくれた言葉もどちらも使い分けが出来るわけですから、業務のプロの現場でくれたのはあんまり出てこないか

ら、たぶん我々も現場へ出た時、ネイティブが書いているものは単語の意味さえ判れば、業務記録としては読めるんでしょう。それに対して我々も英語で書きなさいと言われれば、たぶん拙い物だけでも、それはたぶん伝わるんでしょう。それで一応仕事は成り立ちますよね、それとたぶん同じだと思いますよ。そこが自然な表現かどうか、日本語で言えばひらがなか漢字か、ちゃんと適切に漢字が混ざっているかどうかというのが、我々が英語を書くときにそれが自然な表現になっているのか、たどたどしい表現になっていると向こうから見えるのか、質としては同じものだと思いますよ。

Y 氏の語りでは、電子カルテシステムならばかな漢字変換機能が付いているから、それで何とかしのげるのではないかと述べている。また手書きのものである日誌やカルテならば、ワープロで作成しそれを貼り付けても良いのではないかと、またその手段が取れないならば、日本人には大変読みにくいだろうが、「ひらがな」ばかりの記載でも誤った記載にはならないのではないかと述べている。

・送り出し側の語り

6-2-14. インドネシア人から見た日本の魅力(X氏)

【インドネシア人が日本に働きに行くというのは、何か日本に魅せられている所はあるのかもしれませんがね？】

そうですね、とくにインドネシア人その要因が高いんじゃないか。サウジアラビア、マレーシアへ行くものの、やはりイスラムの規律が厳しくて、DVもある。一方で日本は、規律が正しいとか看護の技術も高い。それを学んで行く行くは(将来)母国の技術向上に貢献したいと言うのもある。また、地理的に近いので、家族に何かの支障が起こったときに、半日以内に帰国できるし、EPA 枠組みの範囲ならば、母国との往来も比較的自由に出来るため、歓迎されている。他にも欧米人と違い、日本人は体格が小さいので、介助するとき負担が少ないというのもある。あとは、G to Gつまり、ブローカーの介在を徹底的に排除しているので、借金に縛られることもないという安心感がある。

インドネシア人たちの日本へのイメージは、医療技術が進歩していると言ったものから、アニメーションの「ドラえもん」「セーラームーン」ドラマの「おしん」漫画の「ハイカラさんが通る」など、世界でも日本文化として広がっているものに憧れがあるようである。なお、X氏の発言中G to Gとは、政府対政府という意味であり、日本以外の国に行く場合は、民間ブローカーを介することが多い。

6-2-15. EPAでの受け入れの候補者へのメリット(X氏、Y氏)

X氏は、

EPA 枠組みの、候補者に対する最大のメリットは、(来日して、看護助手として働いている間は看護助手の給料、看護師免許が取得できた場合、新卒1年目の看護師と同等の給料を保障するという意味で)日本人と同一賃金同一労働を政府が保証していることと、通常の外国人労働でよくあるケースで、ブローカーが借金をカタにして、労働者保護が非常に軽視されているが、この枠組みでは、ブローカーを送り出し・受け入れ国双方の政府がすることで、極めて明快な外国人労働者の受け入れが行われていることなんです。

と語った。

また、Y氏は以下のように語った。

EPA プログラムの魅力の一つとして、受け入れの透明性です。Xさんも、「それが一番この制度の誇れる所なんです。これを死守するために我々(日本政

府)サイドは頑張っているんです」と言っています。

少なくとも制度設計の中では、入って来た人が確実に合格できる枠組みよりも、入る前に入るまでのプロセスが透明である方が大事だという価値判断のもとでの制度設計になっているんです。

(もし)確実に合格出来る人を連れてきたいんだったら、ブローカーを介在させて確実に釣り上げれば良いのです。それによって伴うデメリットが大きいからと判断したから、少々面倒くさくてもあえて透明性を保つために、最終的に皆さんからお叱りを頂くような形でも、当時はそれが一番良いと判断したんです。

X、Y氏ともに言っていることだが、民間のブローカーを排除することで、借金に縛られない、途中一時帰国の自由のあるシステムがこのEPAプログラムである事を強調している。Y氏は、確実に合格させるならG to Gの契約ではなく、民間ブローカーに看護師国家試験が受かりそうな人を連れてこさせるというのが、実は候補者たちにとってデメリットが大きいという判断があったということとを述べている。

6-2-16. EPAプログラムの透明性とブローカー(Y氏)

【(EPAに関しては)数字を最終的に求められるんですよとXさんがおっしゃっていたのですが?】

確かに数字が低かったら、本当にこんな制度で良いのかという話にはたぶんなるでしょう。さっきあったプロセスの透明性って話は、ことあるたびにいろいろなところで説明をするようにしてるつもりなんですけど、ちょっと込み入った話なので、なかなか皆さんに(理解してもらいにくいですね)改めて国家試験合格率の話が来年の3月に改めて出てきたら、また改めてそれはきっちり、ブローカー介在というのが人身売買につながる恐れがあるという事がどれだけ深刻な事態であるという事を一度わかりやすい形のメッセージとして打ち出していかないといかんのかなと思っています。一方適法、適切な形で職業紹介事業をやっている人は多々いるわけなんで、あまりどぎつい言い方をすると、あたかも職業紹介とか仲介するという仕事をする人たちを全部黒という歪んだメッセージとしてとられちゃうと、困るんでなかなか(きちんと伝える)言い方は出来ないんです。

【ブローカーが介在すると人身売買に近いような状況になりやすいのですか?】

それでも結局相手国で政府の所にエントリーされるまでに、何があるかと言うところまでコントロールは出来ません。少なくとも相手国政府を出る

時に、一度政府のチェックが入るって言うのは、それは透明性を担保する意味でこっちの法律も読まない相手とやり合う相手国とやり合う中では、これ以上の透明性というか厳格さを求めるのは難しいのかな？と思ったりします。

Y氏が言うように、職業紹介業者(ブローカー)の全てが非合法であると決めつけるのは正しくないだろう。但し、インドネシア人がサウジアラビアやマレーシアで、住み込みで働く際にDVに遭う危険もあるので、それよりは日本に来て就労する方が、遙かに待遇的にも恵まれていると言えよう。実際、N氏の母が中東での就労よりも日本での就労を勧めている。

6-2-17. インドネシアがEPAで始めて人を日本に送り出した(Y氏)

フィリピンの批准が遅れて、インドネシアが先に来たというのは、インドネシアにとっても、インドネシアは日本に風穴を開けた第1号と言うことで、ASEAN諸国の中でも鼻が高いという思いをしているのかもしれない。その一方選考するお手本が無い状態になっちゃったわけだから、インドネシアにとっても不幸な部分はあると思います。

【送り出すところで何が起こるか、求人求職側でどれだけ情報を持っていないとトラブルになるのか、という先行事例を学ぶ機会がなかったという…】

【フィリピンのフィリピン海外雇用庁(以下、POEA)に関しては、古くからとくに北米にカナダ・アメリカにたいして看護師をどんどん入れていたという実績もありますし、それプラス家族、親戚とかが兄弟がすでに看護師として働いている、そこに吸い寄せられる形で入っていくと言うことが常態化していたので、フィリピンの方がノウハウの蓄積がよくされているんですよね。】

それは事実ではあります、政府レベルで見えるもの、JICWELSがやっている実務以外にも、政府レベルで見えるものでも、スタンスが違う、というかある意味ルーチン的にやってしまっている、(だから)日本(に対する看護師の送り出し)というのはOne of themなんだな、そういう感じはします。それは良い面も悪い面もあって、良い面としては(POEAが送り出しに)慣れているんです。

【悪い面は？】

日本には日本語という、非英語圏の中で国家試験を受けなくちゃならない、だからそれにふさわしい人をちゃんと選ぶというのは、ただ単に機械的に選べば良いというものでもないし、本人の希望だけでやれば良いと言うも

のでもない、そのの所を理解して貰うのに、まだ理解して貰えていないわけですから。

Y氏が言うように、フィリピンでは看護教育が英語でなされているのもあって、多くのフィリピン人がPOEA経由で英米等の英語圏で看護師として活躍している。但し、インドネシアの場合、海外労働者派遣保護庁(以下、ナショナルボード)が組織として外国に自国民を派遣するという経験があまりなかったのに、ASEAN諸国の中で最初にEPAプログラムで人を送り出した実績をつかみかけたようである。それがインドネシア第1陣受け入れに際して、混乱を招いた。

6-2-18. インドネシア第1陣受け入れ時の混乱(Y氏)

【インドネシア第1陣の混乱状況に関しては、Yさんはどのようにお考えですか？インドネシアでの周知期間が2週間しかなかったし、非常に短期間でやってしまったために、誤解が非常に沢山生じてしまったという事はどのようにお考えですか？】

犯人捜しをするつもりはないんですが、あれは実際にはインドネシアが送り出すというのを早くやりたいというので走ってしまったと言うのはあるんですよね。

日本とインドネシアでは、それぞれ財政年度がずれているというのもあり、相互にとって一番良いタイミングというのが、じゃあどこなのか、というのは難しいのですが、元々国と国の間の約束はフィリピンの方が先だったんですが、フィリピン国会の批准手続きがもたついている間に、インドネシアが途中から追い越した。

制度の仕組みそのものは、インドネシアもフィリピンを手本にしながら、フィリピンに追いつけ追い越せで作っていて、インドネシアにとって必ずしもそのやり方だったら、いつでも安心して送り出せるという体制がインドネシア側にあったかと言うと、必ずしもそうではない部分もあり、インドネシアも正直言って手探りであるにもかかわらず、協定が発効したら即座に始めると言うふうに、彼らがムキになっちゃったと言うところもある。

やっぱり自国民を国境を越えて送り出すわけですから、正直インドネシア側が焦らずに、協定は発効したからじゃあいつからやりましょうかねと言うふうに、じっくりと詳細を詰める作業をやらせて貰えれば良かったんじゃないかという思いはありますけどね。

【T氏に言わせると、日本の官僚でなければ、受け入れ・送り出しというのが出来なかったらと言うっている。それに対する見解は？】

まさに実際混乱した人たちがいるのは気の毒ですが、それは間違いなくそ

う言えるでしょうね。少なくとも我々役人は今、皆さんから批判を受けているが、役人の中で見れば世界でこれだけ勤勉に働く人はいないですよ。

(笑)

もし日本側が厚生労働省とか外務省、経済産業省がもっとサボって仕事をしていれば、すぐに送り出し・受け入れが始まらなくて、結果的にもうちよっとじっくりと練ってから出来たのかもしれない。

【インドネシアのナショナルボードの事務能力が極めて低いと言うことですか？】

その事務力が低いって言うよりは、新しくできた組織ですから、フィリピンの POEA みたいに何十年もそれで送り出しと言うことをやってきているところではなくって、EPA の前後に、最近出来た。

インドネシアは、あれだけ大きな国だが、かなりの人口がジャワ島に集まっていて、ジャワの過密と他の島の過疎という問題があり、ジャワからの移住という事が国策としてずっとある中で、ジャワから人を動かすと言う延長上として、移住させる先が海外でも良いんじゃないかというふうにして、出来てきた。だからインドネシア政府として人を動かす、移住させるという事を国策としてノウハウはあるんだけど、国境を越えて別の国にというのを POEA のように、きちんと組織だってやることに対して、何十年という歴史がない。歴史が新しいという意味では、かなり頑張っている方なんだろうと思うが、ただそれが生身の人間である自国民にとって、幸せな状態になっているかという点、本当はもうちょっとじっくりと時間をかけてからやった方がいいんじゃないかな。

労働移動省の外局としてナショナルボードがあって、そこが今ウチの EPA での、日本側のカウンターパートナーである、そしてそこは組織として新しいという事です。

Y 氏の発言をまとめると、まずフィリピンが条約締結までは先行していたのにもかかわらず、条約批准で手間取り、その間にインドネシアが条約締結・批准発効まで進んでしまった。そこで本来ならフィリピンが先行し、これまで人材を多数送り出してきた POEA のノウハウも見習いながら、自国民の送り出しをすれば良かったのに、ムキになって見切り発車してしまったところに、とくにインドネシア第 1 陣の混乱のもとがある、ということである。

6-2-19. 直接面接が難しい場合に補助手段としてビデオクリップを作る (X、Y 氏)

X 氏は、

インドネシア第2陣以降、イメージのすれ違いを少なくするよう、相手国政府の広報の問題もあるので、来日後看護助手の仕事をし、その内容をきちんと伝えて、JICWELSの現地面接でも仕事の内容をきちんと理解しているか確認し、免許取得後の就労希望年数も聞いています。取得後すぐ帰ると言う人は評価を低くつけるし、出来るだけ長くいるという人には高い評価をつけるようにしています。

【その場限りの長期就労の申し出には対応できるんですか】

長く勤めると言った人にはさらに質問をする。そうすると本人の説明に齟齬が出てきて、あれ、おかしいじゃないかと言うことで、判断をつけています。

【心理戦ですね。】

そうですね。ああなんだ、結婚が目的なのか、結婚したら帰るのねと言うのが出てくるんです。

【女性の場合はそりゃありますよね。】

資格を取得しても結婚をするかもしれないので、そのため帰国するかもしれないという事です。母国で結婚するかもしれないという可能性がある。とくに女性候補者には懸念される。

【職員採用に当たっては、使用人側がほぼ例外なく、応募者と面接をして、本人にいろいろと質問をするのが普通じゃないかと思うが、EPAでの受け入れではそのようなことはしていないんですか？】

インドネシア第1陣の場合は、とにかく大急ぎでやったものだから、JICWELSの面接だけで評定点を付け、それを基に採用して貰いました。その結果全てではないがミスマッチが起こった経緯があります。そのため、インドネシア第2陣(2009年)から、希望する受け入れ機関を対象に、現地で合同説明会を実施している。これはインドネシア第1陣の受け入れが、JICWELSの面接だけであったことの反省です。

受け入れ機関の中には採用する以上は、直接本人に会って、説明がしたいし相手の人物像も見たいというところが多数ありました。そのためインドネシア第2陣からJICWELSの面接会場に隣接する所にブースを作って、合同説明会をやるようにしています。但し現地までの交通費等は受け入れ機関持ちである。そのためもあって、全体の募集機関50~70のうち、10から15機関が現地合同説明会に参加している。

【残りの現地面接に行けない約60施設・病院への対応はどのようになっているんですか？】

そのような機関に対しては、JICWELSが面接を20分ぐらいの面接をビデオに撮り、その後候補者の了解のもと、候補者が就労したい受け入れ施設に対して、情報を提供しても良いですよという条件のもと、許可があった場合のみ、6分ぐらいのビデオクリップを作成しています。要は自己PRのビデオなんですけども、それを受け入れ施設側が見ることが出来るようにして、要は紙上の評価だけでなく、6分間の中で候補者の雰囲気だとか、また、日本語を話すチャンスも与えているので、施設側が彼女日本語少しは話せるんじゃないとかの工夫をしています。

これは、自己PRのビデオなんですけど、受け入れ機関側が見ることが出来るようにして、紙の上だけの評価だけで無く、6分間の中で候補者の雰囲気であるとか、日本語を話すチャンスでもあるので、それぞれの候補者が頑張っています。

と語った。

次にY氏は、

【確かに(そうです)ね。マッチングシステムに、とくにインドネシア第1陣に関しては、ほとんど目隠しみたいな、条件さえ合えばそのまま送り出したという状況でしたから…】

そういう向きで取材された事もこの文章(実態調査班の文書)に記述されていますが、まさにJICWELSが言っていたとおりで、最初はビデオ撮影とかに関しても看護師をそういう形で晒すというのは危ないんじゃないかとインドネシア政府側が嫌がったという。

【そうですよね。】

でも、それはある意味向こう側もブローカーを介在させない、変な人身売買につながらないようにしなくちゃいけないよね、という理念は、当初理解してくれていたと我々は思っていました。そこでそれほど態度が硬いというのは、悪用乱用されるということがよくないよねという事は、向こうも価値観を共有してくれているだろうと…だからもうちょっと送り出した候補者を大事にする姿勢が、粘り強く話をしていけば、少なくともインドネシア政府には判って貰えるのではないかと思うんですが。

【JICWELSのXさんに面接の話をしたんですね、面接をしていないというのは聞いている。それは日本の普通のどんな企業であっても、face to faceで面接をしないで、やみくもに採用するというのはあり得ないから、やっぱりこの制度変なんじゃないですか?と言ったら、ビデオの話を教えてくれたんです。それなりに合同説明会の中でも、インドネシアに来られないところには、来られるところはお金(旅費)を払って来てもらう。来られな

いところにはビデオクリップを作って、それを見て貰う。ただしそれはマッチングで合った人だけに限定しているということでしたね。さらに民間のブローカーに対してはそれを一切見せないということですね。】

希望する人に全部見せてしまったら、窓口を一つにしているという意味が薄くなるという事も困るし、本人のプライバシーの問題もありますし、まあビデオに関しては、こちらが乱用しようとしているのではないということ、ようやく理解して貰えました。

【ああ、そういう誤解があったんですね？】

誤解と言うよりも、最終的に向こうがどういう？プロセスを経たのか判らないんですが、最初はなんか看護師をそういう形で晒すのは、いかんという判断があったみたいなので、たぶん何か誤解があったのかもしれないですね。少なくとも日本が悪いことをしようとしていないのは理解して貰えたのだと思います。

その辺はG to Gの制度なので、悪用されることは無いんだけども、これまでの人材輸出国として、ブローカーにさんざんひどい目に遭っているから、信用されなかったのかもしれないですね。最初は。

と語った。

X、Y氏の語りから、インドネシア側が応募者のプライバシーに相当神経質になっているのがわかる。第1陣においてはビデオ撮りさえ嫌がり、インドネシアから出国した自国民がブローカーに相当ひどい目に遭わされているのかもしれないと述べている。また、インドネシア第2陣以降は、ビデオクリップをつくって、候補者が就労したい機関向けに見せるというところまで態度を軟化させている。

一方受け入れ側の病院も、資金・人的に余裕のあるところは、インドネシアまで出向いて直接面接をするようにも変化が起こっている。これはとくにインドネシア第1陣で、雇用契約をして日本にやってくるから始めて顔を見ろという、通常の採用では考えられないような就職形態であった事の反省であろう。

6-2-20. インドネシア第1陣の日本での就労内容が看護助手だった(X氏)
インドネシア第1陣は、短期間で受け入れたというのもあって、日本における介護職の仕事の内容、病院における看護助手の仕事の内容のイメージが十分に伝わっていなかったというところもありました。病院において就労が始まって、看護助手の実際の仕事が、掃除やベッドメイキング、クラークの仕事など、インドネシアで免許証を持って出来ていた、看護師の仕事が全く出来ない事のイメージギャップに苦しんだ候補者が多かった。

インドネシア第1陣のインドネシアでの募集期間はわずか2週間であった。その中で、EPAプログラムに参加できるのは実務経験のある看護師ばかりである。そのうえ、「高度な医療技術が学べる」という不適切な情報に誘われて日本に行った候補者がほとんどであった。それがゆえ日本で就労が始まると毎日ベッドメイキング、掃除などの看護助手がやる仕事ばかりであれば、イメージギャップに悩むのが当然であったであろう。

6-3. 考察

[奥島, 2014]によると、インドネシアでは医師国家試験が2006年に開始されているが、2010年の保健省令が出されるまで、看護師の国家試験制度がなかった。そのため、看護師等の職種では、医師国家試験と異なり法が未整備であり、学歴未達、コンピテンシー試験未受験、もしくは不合格の既存就労者が多数いる。看護師等の保健医療人材に対しては、2010年以降各職業団体主催のコンピテンシー試験によって資格認定がされるようになった。日本とのEPAに基づいて送り出される看護師の場合、まず一次選考でインドネシア保健省とインドネシア看護師協会が国内向けに進めていたコンピテンシー試験を実施し、合格者をナショナルボードとJICWELSの実施する心理テストや面接などの二次選考にかける、という折衷案で決定し、2008年より送り出しが開始された

第1陣からコンピテンシー試験や心理テストを用い、送り出しに関して慎重に候補者を選んでいただいていたことがわかる。しかし、インドネシア第1陣の場合、コンピテンシー試験を基に選んだところ、募集予定人員を下回ってしまい追加合格者を出したという指摘もある [奥島, 2011]。

・考察、受け入れ側

6-3-1. 英語もしくは母国語の日本の看護師国家試験は看護事情に合っているか？

海外を見渡しても、ほとんどの国が外国人看護師を受け入れるのにあたって、自国の看護師国家試験を自国語で課している。それが患者の安全安楽を保証するための最低条件と考えられているからだと思われる。

Y氏は、6-2-2. で、来日した外国人看護師候補者に英語の国家試験合格で免許を与えることは、看護してもらう日本人の側が英語で自分の意志をスムーズに伝えることができることが前提になる。また、病院に行った際には英語で意思疎通が前提になる事が国民的合意になるのか、と述べた。

これは現実的には不可能なことであると考えられる。なぜなら、英語圏の患者だけを診る病院・診療所は、日本国内にあっても構わないが、そのような病院・診療所を日本国内の標準として定め、日本人が病院・診療所にかかるときは英語で受け答えをしなければならないというのは本末転倒であると考えられるからである。

確かに日本人が多く住む海外の拠点では、日本人向けクリニックが開設されている。また同様に、日本の大都市圏で外国人の多く住むところでは、外国語が通じるクリニックが開設されている。しかしそれは例外事項であって、日本国内に住む普通の日本人にとっては、日本語の通じる病院・クリニックが必要

とされている。

6-3-2. 看護師国家試験対策の苦勞

X氏は、6-2-8. で(インドネシア人候補者を)国家試験に合格させる苦勞はどのようなものか述べた。JICWELSの日本語・国家試験対策のステップは、6-2-6. で、インドネシア第2陣以降には、(JICWELS等の)サポートが開始されることについて述べた。

受け入れ先病院等では、インドネシア第1陣の教育について、外国人に教育を行った経験が全く無かったので、いったい何をすれば良いのか全くわからない状況で、困り果てていた。それに対応すべく、JICWELSは、ボランティアの日本語教師やインドネシア語通訳を登録させ、彼・彼女らに教育の一端をになわせようとしていた時期があった。ところが、インドネシア語通訳は一般的なインドネシア語に関しては堪能であるが、医学・看護関係の語彙知識に乏しい。日本語教師は日本語を教えることに関してはノウハウがあるが、インドネシア人に特化しているわけではないので、インドネシア語に堪能な日本語教師となると、該当者が極めて限定されたものになり、JICWELSの教育支援策は頓挫してしまった。それを早急に解決すべく、ようやくインドネシア人を教育する標準的なカリキュラムを提示してきたのであった。しかし、これらの教材を使った教育が実施されるようになったものの、実情はインドネシア第1陣の候補者たちにとって、提供された教材を理解するための日本語能力が不足していた。

ある病院の教育担当者は、インドネシア第1陣の候補者に、JICWELSのE-learningのテストを受けさせてみたが、教材の日本語部分を聞き取ることができず、教育の困難さを語っていた(私信)。

6-3-3. 当初から仕組まれていた4回目以降の受験

Y氏は、6-2-7. で、看護師国家試験に3回目失敗した後、4回目以降のチャレンジについて述べた。

4回目以降のチャレンジについては、あらかじめ協定の中に含まれていた。広く捉えれば、日本・インドネシア間で看護人材のブレインサーキュレーションが起これば、インドネシアの看護事情を改善するという良い結果をもたらすであろう。しかし、再受験の際の渡航費用まで日本政府持ちというのは、筆者にはやや抵抗がある。上述したが、かなりの厚遇で日本での受験勉強をさせてもらったうえで、さらに再受験の渡航費用までというのは、自力で看護学校に行って看護師免許を取る日本人と比べて、甘えすぎているような気がするのである。

・考察、送り出し側

6-3-4. X、Y氏の語るEPAプログラムの優れているところ

X、Y氏とも、受け入れの透明性を挙げている。看護師国家試験に確実に合格する人を連れてきたいなら、民間のブローカー経由で人を募集した方が効率的だが、そうすることのデメリットの方がG to Gで契約する方のメリットが大きいからであると述べている。それを裏付けるものとして [奥島, 2010]の研究がある。『労働移住省下の送り出しでは全般に送り出し・受け入れ両国の斡旋企業から巨額の斡旋料を差し引かれることである。看護師といえども、条件の悪い私立病院や介護施設では他の職種とあまり条件が変わらない』『看護師の需要が多いサウジアラビアやマレーシアなどの移住労働者と比べると、家事労働者や建設、プランテーション、飲食店などの単純労働より給与額は高いが、ホテル・スパの接客、機械工、洋裁などとはさほど変わらず、まして技師や教員、その他熟練労働職には遠く及ばない。そこからさらに斡旋料が差し引かれる』と述べている。G to Gの契約であるJIEPAが、斡旋料を差し引かれる事なく就労できる事は、インドネシア人候補者達にとって、メリットが大きいのは自明であろう。

また、[安里, 2010]によると、外国人労働者の送り出し・受け入れを民間ブローカーに任せてしまうと、例として『送り出し前の斡旋業者による労働者の監禁、高額な斡旋料の取立ておよび受け入れ国の法令に違反した契約更新時の斡旋料の取立て、パスポートの偽造』などのデメリットが起ることがちである点からも、それを排除するため、G to Gの契約の方がメリットが大きいとしている。

では、はたして民間ブローカーのすべてが悪い業者かと言えは否であろう。

Y氏は、6-2-16. で、職業紹介事業を適法適切にやっている人も多々ある。職業紹介を生業とする人たち=悪であるとのメッセージが伝わるのは良くないと述べた。

確かに、一部のブローカーには、借金で縛り付けてしまったりするような、ほとんど人身売買に近い形で商売をしている業者もあるだろう。それでなくても、海外での就労はリスクを伴うものであり、その点EPAプログラムは、ガラス張りの運営をしており、日本の税金から2010年度予算で8億7千万円あまりの援助を受け、破格の待遇で受け入れをしている [JICWELS, 2010]。JIEPAに基づく受け入れであるから公費で援助をしているのは理解出来るが、はたしてそれが日本人の看護学生と公平な取り扱いであるかは、筆者には疑問が残ると考える。

6-3-5. 人材送り出しに経験豊富なフィリピンが2番手になった事によるデメリット。

Y氏が述べるように、フィリピンのPOEAがとくに英語圏の外国に自国出身の看護師を送り出してきたので、経験や実績もある一方、インドネシアのナショナルボードは、国内での国民の移動を主にやってきたので、経験不足にもかかわらず見切り発車してしまったことは、とくにインドネシア第1陣の送り出しに関して混乱を生じさせてしまった。

インドネシアがASEANで最初に日本に人を送り出したという実績を作ったことは、国の面子にかかわることだったのである。それに応じて受け入れ側の日本も急ぎすぎたため、インドネシア第1陣の受け入れは大混乱に陥ってしまった。ボランティアのインドネシア語通訳や日本語教師が援助の手を差し伸べたが、組織だった援助にはほど遠く、インドネシア第1陣が2年目で2名の合格者を見たのは、ほとんど候補者の驚異的な努力の成果であった。

もし、逆にフィリピンが先に送り出しを行っていた場合を考えると、どのようになっただろうか。

Y氏は、6-2-17. でPOEAが北米に看護師を多数送り出している実績があるので、フィリピン政府レベルでは、送り出しになれていると述べた。

つまり、フィリピンが先手を取ったとしても、非英語圏での就労という壁があり、改めて日本語で看護師国家試験を受けて合格しなければならないという手間を考えると、日本へのEPAプログラムでの送り出しは低調に終わっていたのではないかと考える。

6-3-6. 一度EPAプログラムを止めて、制度構築をやり直す可能性

Y氏は、6-2-3. で、制度を一度止めることができれば、問題を糧にしていかようにでもできる。しかし、EPAはインドネシアにとって既得権であり、止めることにはセンシティブになっていると述べた。

インドネシア第1陣の受け入れがあまりにもひどい混乱に陥ったため、それを改善するためには、制度を一度止めて受け入れのやり直しができれば、もっと良い制度が構築できる。一方インドネシア政府にすれば、日本とのEPAプログラムは既得権であり、そう簡単に止めることを許さないだろうとも考えている。

利害関係の一致は非常に難しい事であるが、よりよいEPAプログラムにするため、一度送り出しを止めることを検討してみるのが良いのではないかと考えるが、なかなか容易なことではないだろう。

6-3-7. EPA 看護師候補者が優遇されすぎているのではないか

Y氏は、6-2-4.で、EPA 看護師候補者達に与えられる公的資金の多さは、日本人のと比べ十分手厚いはずだ、と述べた。

インドネシアにすれば、EPA プログラムにおける日本政府の国費による援助もまた既得権になってしまっている。Y氏の言うように、日本人の同年代の人たちで、看護師を目指す人たちに対する援助は、インドネシア人並みになっていることはあり得ないだろう。そこにはノーワークノーペイ原則が適応され、勉強のため働いていない時間は、労働時間と見なされず給料から差し引かれていく。

筆者の知る限りにおいて、インドネシア人候補者に対しても、ノーワークノーペイ原則を適応している施設があったが、非常に例外的な事例であろう。その事務長は、日本人の学生でも、自分の時間を使って国家試験の勉強をしているのだから、インドネシア人であるからと言って特別扱いはしないとの発言があった。また、そこは非常に調査に対して協力を得がたく、なかなか実態が掴めなかった(私信)。そのため、ノーワークノーペイ原則を適応された候補者の国家試験の合否については不明である。

6-3-8. 採用面接のかわりにビデオクリップを使うことについて

X氏 Y氏とも、6-2-19.で直接面接が難しい場合に補助手段としてビデオクリップを使うことについて述べた。

インドネシア第1陣の場合は、よくある採用面接が全く行われなかった。それもあって、ミスマッチが生じてしまった。また、待遇に関しても JICWELS から伝える形になっていたため「看護師」として就労するのではなく「看護助手」として就労するなどの就労条件がうまく伝わっていなかった。さらに、インドネシア側の強い要望で、候補者のビデオ撮影さえできなかった。そこには、インドネシア側の強い個人情報漏洩に関する不信感があり、インドネシア第2陣以降になって始めてビデオ撮影が出来るようになった。また、病院によってはインドネシアまで採用面接に行く所もあり、日本でよくある採用の方法がとられるようになってきている。

7. 家計調査、2つの質問紙調査、インタビュー調査を通しての総合的考察

7-1. 母国送金額の妥当性および母国での送金の必然性

家計調査分析で用いたデータは、家計調査の品目別出費額を合計したものから、賃金構造基本統計調査で得られた賃金を差し引いたものを母国送金額としている。そのため、日本国内での預貯金は考慮されていないが、家計調査で推計した、母国送金額は6万円であった。

次にインタビュー調査では、個々に見ていくと、月6万円、月7~8万円、年20万円、月5万円+年20万円となる。この結果は実証研究で推計した金額よりはやや低めであるが、年20万円(月額1.6万円)を除き、外れ値ではない。従って、調査で得られた母国送金金額はおおむね代表性があると考えられる。送金の目的は、母国で母の住む家を建てる(L氏)、兄弟のため(N氏・E氏)などであった。

では、送金された金額はインドネシアにおいて、どれほど価値のあるものだろうか。[小池, 2012]は、インドネシア農村社会のフィールド調査を行っているので、それとの比較を行ってみる。

小池の調査概要は

- (1)実施時期 2010年10~12月
- (2)調査地 インドネシア、スンバ島 カダハン村・ウンガ村
- (3)調査対象 合計100世帯の世帯構成、学歴、職業、移動、収入、支出等である。

上記で示したように、来日したインドネシア人候補者らは、毎月6万円程度を送金している。それは、表7.1に示すカダハン・ウンガ村の平均支出の1,137,763ルピアに対して、送金額は1円=115.41ルピアで換算すると約7,000,000ルピアになり、平均支出の6倍強に相当する。

次に、ある調査対象者のケースで、ウンガ村の住民で高校と大学に進学するにあたってどれぐらいの資金が必要なのかを示す記述がある。

- ・大学生(ティモール島クパン：長男)

初期費用 2,000万ルピア

学費等(月) 100万ルピア (学費年額は400万ルピア)

滞在費負担なし(知り合いの家に寄留。雑用をする。)

- ・高校生2名(スンバ島ウインガプ：長女・次女)

学費(年) 100万ルピア×2=200万ルピア

その他(月) 20万ルピア×2=40万ルピア

滞在費負担なし(知り合いの家に寄留。雑用をする。)

ここで3人の子供の学費を計算すると、大学生が4年間で6,800万ルピア、高

校生 2 人が 3 年間で 1,320 万ルピアになり、子供 3 人で一年あたりの教育費が 2,140 万ルピアにのぼる。

カダハン・ウンガ村の月あたり平均支出は、1,137,763 ルピアだから、年換算で 13,653,156 ルピアになる。

一般的な家計と、子供 3 人が学齢期にある家計との比較は難しいかもしれないが、年約 1,365 万ルピアの一般的な支出に対してそれを上回る、年約 2,140 万ルピアの子供に教育を受けさせるためだけの支出を考えると、兄弟姉妹のいるインドネシア人候補者らが、儉約をして母国に送金を行いたいと考える大きな誘因となっていることが裏付けられたと考えられよう。実際のインタビュー調査でも、おそらく兄弟の学費等に使うことを意図して(N氏・E氏)送金しているから、筆者調査と小池調査とは整合性があると考えられる。

7-2. 日本語・看護師国家試験学習と看護師国家試験制度の変遷

3-4-2. で示したように、インドネシア第 1 陣が入国する前と入国後 6 ヶ月後の比較質問紙調査では、標記試験を分離するか否か賛否が拮抗した結果を得ている。

インドネシア第 1 陣が就労し始めた頃の厚生労働省側の考え方は、日本語で日本人と同等の試験を受けて合格しなければならないと言っていた。また、日本語教育や国家試験対策の勉強方法については、受け入れ先機関に完全に一任され、JICWELS 等による、公的な学習サポートは全くなされておらず、インドネシア語通訳や日本語教師によるボランティア頼りで教育がなされている状態で、看護師国家試験合格へゴールを目指した組織だった教育は全くといって良いほどなされていなかった。

JICWELS X 氏は、6-2-5. で、インドネシア第 1 陣へのサポート体制がなかった、それに対応すべく教育プログラム・テキストブックの作成・E-learning システムを充実させている、それ以上のサポートは難しい、と述べた。

そのような厳しい勉強環境を突破して、インドネシア第 1 陣の 2 名が来日 2 年目の 2010 年(2009 年度)の第 99 回看護師国家試験に始めて合格したのである。その勉強方法は、5-2-3. で合格者本人が語っているように一般的なインドネシア人候補者にとってあまりにも厳しすぎる。彼ら 2 人は、ほとんど自力で日本語や国家試験対策勉強をやり遂げ、合格したのであるが、合格率がわずか 2% であり、来日後 2 年目の国家試験合格率としては、とくに日本人の合格率 89.5% と比べるとあまりにも低い。そこで、2010 年 8 月 24 日とりまとめの「看護師国家試験における用語に関する有識者検討チーム」で検討が始まった。

その検討チームで決まり実施されたのは、(1) 常用漢字以外の難読文字(医

療で使う必須の漢字は除く)にはルビを振り、(2) 主語のない文章には主語を明記して読みやすくする、(3) 病名・人名には英語名称を併記するなどの変更があり第 100 回看護師国家試験から実施に移された [厚生労働省, 2010b]。

具体例を挙げると、常用漢字以外の難読漢字(医学で用いる漢字、例えば咀嚼等を除く)にルビが振られるようになり、さらに、2012 年の「看護師国家試験における母国語・英語での試験とコミュニケーション能力試験の併用の適否に関する検討会報告書」を経て、EPA 受験生は全ての漢字にルビを振ったものを普通の受験生に加えて配布されるようになった。

筆者インタビュー調査では、漢字は形で覚えているとする者も多く、漢字の形と意味を一致させることで日本語文章を読んでいる。そのため、K 氏の教室では、漢字の読みも教えているものの、読み方について、候補者はローマ字で書いており、あまり重視していない。従って、K 氏は EPA 受験生に、漢字の全てにルビを振った問題用紙を配布しても意味がないといっている。

確かに、漢字の読みは音読み・訓読みなどの読み方があり、日本人でも読み方に難渋することも多々ある。但し、看護業務の一部に含まれる看護記録を書く場合には、一工夫必要である。読みと漢字が一致していないインドネシア人看護師は、紙カルテの場合、A 氏のように iPad でかな漢字変換を経て、カルテの下書きを作り、プリセプターないし先輩看護師に修正してもらい、修正後の記載内容を紙カルテに転記するという手間がかかる。但し A 氏は N2 程度の日本語能力を持っているからできるのである。L 氏の場合は電子カルテシステムが導入されている病院だが、L 氏は、漢字は形と意味だけが一致しているので、電子カルテシステムに入力しようとしても、かな漢字変換で入力に必須の漢字の読み方をあまり覚えていないので、一人で記録をつけるのはかなり難しいだろう。また、医師の指示を読むことが難しいとも述べており、今後実践の場で相当苦勞する事が予想される。

「看護師国家試験における用語に関する有識者検討チーム」によって改訂された試験により実施された第 100 回看護師国家試験は、EPA インドネシア看護師候補者の合格が、インドネシア第 1 陣で 13 名(14.3%)、インドネシア第 2 陣で 2 名(1.3%)と合計 15 名合格している。しかし、まだ合格率は低く、ガルーダサポーターズなどの支援団体は試験制度の見直しを訴えていた。

それに応えるものとして、2012 年 3 月 16 日「看護師国家試験における母国語・英語での試験とコミュニケーション能力試験の併用の適否に関する検討会報告書」では、

(a)パブリックコメントのまとめ 有効回答 144 名

・母国語国家試験+コミュニケーション能力試験の併用 51 名(35.4%)

・英語国家試験＋コミュニケーション能力試験の併用 45 名 (31.2%)

・現行どおり日本語による国家試験をすべき 48 名 (33.3%)

となっており、回答結果の割合から見ると、三者が拮抗している結果になっている。

(b) (a)を回答者の属性別に見ると

・医療機関の長 (12 名) (質問紙調査でいうマネジメント階層)

「現行どおり日本語による国家試験をすべき」6 名 (50.0%)

・医療・看護サービス従事者 (44 名) (質問紙調査でいうスタッフ階層)

「現行どおり日本語による国家試験をすべき」27 名 (61.3%)

となっており、半数以上の医療関係者が、現行の看護師国家試験を行うべきであると回答している。

(患者又は家族(46名)の回答は、筆者の調査では行っていないので割愛する)

(c) 諸外国における外国人看護師の受け入れ制度について

(c-1) 看護師国家試験のある国(アメリカ、カナダ、韓国)

・外国人看護師の免許取得に当たって、自国の国家試験の合格を求め、外国人看護師の国家試験受験に、当該国以外の言語による試験を実施している国はなかった。

(c-2) 看護師国家試験のない国(イギリス)

・免許交付に当たって語学要件を課している国があった。

(c-3) その他の国(ドイツ、中国)

・地域協定により医療従事者資格の相互承認を認めている国では、相互承認の対象国以外の看護師とは異なる取扱いが行われていた [厚生労働省, 2012]。

ガルーダサポーターズなどの支援団体から国家試験の母国語・英語化が表明されたのは、2011年にまとめられた、ガルーダサポーターズのパブリックコメントである。

その内容は、EPA 受験者に限り

・日本語による看護師国家試験

・インドネシア語による看護師国家試験＋日本語能力を確認する試験

・英語による看護師国家試験＋日本語能力を確認する試験

試験問題は同一内容、試験時間は同一時間

のいずれかを選んで受験できるように制度変更するということである。

・日本語学習に重点を置き、国家試験対策については、既に本国で習得済みの知識の再確認のほか、日本独自の内容の習得および日本の国家試験の出題方式への慣れに焦点を絞ることができるようになる。

・学習メソドロジー、教材、指導者、学校等のリソースについても、既存のも

のの中から活用できるものが増加することが見込まれる。

・『〈母国公用語を用いた看護知識体系の理解度確認試験〉＋〈専門用語等を含むコミュニケーション能力の試験〉この試験を選択した受験者については、この両者セットで一つの看護師国家試験と位置づける』〔厚生労働省，2011〕。

パブリックコメント等を受けて、厚生労働省の検討会の結論は、日本の医療現場で看護師に求められる能力は、

- (a) 患者からの心身状態に関する情報を得て迅速に状況を判断できること、
- (b) 医行為に関する医師の指示を正確に理解・実施できること、
- (c) 日本語で記載される医療記録を適切に作成したり、読み取ることができること、であるとした。

そのためには、言語を通じたコミュニケーション能力が必須となるが、こうした能力は看護に関する専門的知識や技能を測る試験の中でこそ確かめることができるのであって、日本語による国家試験の実施が必須であるとの意見が多く示された。

言い換えれば、医療専門職である看護師が患者に対して看護ケアを提供する場合には、得られた専門的な医療看護情報についてその国の言語で的確にコミュニケーションをとることが必ず求められるから、看護師が備えるべきコミュニケーション能力は、専門的知識と切り離された一般的な「コミュニケーション能力試験」では不十分であり、日本語による国家試験において出題されたコミュニケーションを伴う看護場面や事例の中で専門的な意味を読み取り判断することによって確認することができると考えられる、とされた。

また、「コミュニケーション能力試験」の一例として、「日本語能力試験」を用いるとの意見も出されたが、これらの試験が看護師免許付与の前提となる「コミュニケーション能力試験」として適当なものかについてまで議論を深めることには至らなかった、とされた。

それらの議論を経て、以下の2点について改善案が出された。

(1) 日本で医療専門職となるための国家試験は、母国語や英語で実施するべきではないが、既に行われているふりがな付記(ルビ)や英語での併記の実施範囲については更に検討を行う余地がある。

(2) EPAに基づき入国した看護師候補者については、日本語の読解に時間がかかることから、看護師国家試験の試験時間の延長を認めるべきであるとの意見があったが、看護師候補者に限って試験時間の延長を認めることは、他の医療関係職種为国家試験への影響などの理由から認めるべきではないとの意見があった、とされた。〔厚生労働省，2012〕

その結果、第102回看護師国家試験から、(1)より、英語等外国語による国

家試験は実施されていないが、EPA 候補者については、漢字全てにルビを振った問題用紙が配布されるようになった。(2)より、試験時間の延長については、疑問を呈する見解もあったが、結果的には EPA 候補者は 1.3 倍の試験時間が与えられるようになったのである。

ところが、看護師国家試験合格者の語りからは、実際の看護の現場では、看護師国家試験に合格したとしても、上記の検討会報告書の(a)～(c)の看護師に求められる能力については、実務に耐えうるものではないと考えられる。対日本人同僚・患者の日常会話レベルでは、話が通じるようになってきているものの、正確な読み書き能力にはまだ限界がある。L 氏の語り(5-2-2-8.)にあるように、

(1)看護記録からの情報が完全に切り切れていない。

(2)かな漢字交じりの、医師からの指示や電子カルテの記載内容を読み取るのに時間がかかる。漢字を形としてしか覚えていないことが原因である。読解力も不足している。

(3)看護記録の記載を一人でできない。漢字を形として認識し読み方をあまり覚えていないので、正しくかな漢字交じりの文章に書かれているか、チェックする人が必要である。

以上のような習熟度では、看護管理者から見て、新卒看護師と同等に扱わざるを得ないというのは、納得できることであり、A 氏の要望する、インドネシアでの経験年数を加味した就労を望むことは難しいと考えられる。また、[JICWELS, 2013]によると、コミュニケーション等の日本語能力の不足があるため、配置人員の少ない夜勤シフトにインドネシア人看護師らを組み込むことを難しくさせており、国家試験合格者であったとしても、継続した日本語教育が必要であるという指摘があった。

日本語能力の習熟という面から見ると、K 氏の教室では、国家試験に合格する事を優先しており、日本語文章における読み方や書き方までは手が回っていなかったように考える。今後 EPA プログラムを継続して行くにあたって、日本語・国家試験対策に対して、国家試験合格後すぐに戦力となるような外国人看護師をどのように養成していくかは課題が残っている。

[JICWELS, 2013]によると、EPA 枠組みで合格した看護師であっても、日本語における困難が最も大きなものであるという結論を得ている。具体的には、看護師国家試験合格者であったとしても、日本人からかかってくる電話の対応や、就労場所の方言によるコミュニケーションなどに困難を感じている。また、上記で指摘したように、日本語による看護記録に関してはかなりの困難を感じている。この結果は筆者の研究と符合するものである。

また、ベトナム人を EPA 枠組みで受け入れる場合に、N3 の合格を前提としているが、インドネシア人の現状は N5 程度の力を目標とする、とされている。これは外交上の既得権となっているが、看護師国家試験合格後の就労において、より高い日本語能力が求められている現状を踏まえると、対インドネシア EPA 枠組みの改訂が問題解決の鍵であると考えられる。

実際にインドネシア人候補者ならびにベトナム人候補者教育に従事している、K 氏にメールで回答を求めたところ、以下のような返事が得られた^{xxv}。

インドネシア人もベトナム人も日本語を読む能力は大きな差はないと感じています。

ベトナム人は(K氏が教えているのは)4人だけですが、4人とも学習意欲は高く、初めからトップギアで勉強します。

一方のインドネシア人は玉石混交で、途中から学習意欲が高くなるものが3~4割います。その割合は年々少なくなっています。

また、

語学試験を含め、ベトナムの選抜方法に要因がある印象です。

と述べている。

このことから、ごく最近の EPA 枠組みによる受け入れ事情が見えてくる。

前述したように、ベトナム人候補者は、候補者になるまでに日本語の勉強を母国で1年したうえで、日本語能力試験 N3 を受験・合格しており、その後契約(候補者として来日できる)に至っている。

一方、インドネシア人候補者は、母国で半年研修しているが、日本語能力試験 N5 程度の実力を「目標」としており^{xxvi}、ベトナムのように N3 合格が候補者になる条件にはなっていない事が、K 氏の指摘として現れていると考えられる^{xxvii}。

7-3. インドネシア第1陣の急ぎすぎた受け入れ

EPA 協定の締結は、日本・フィリピンの方が先んじていた。しかしフィリピン国国会での条約の批准が遅れたため、あとで EPA を締結したインドネシアの方が先に発効してしまった。

第1陣受け入れを大急ぎでやってしまった結果は、以下のような欠点を露呈した。

(1)インドネシア側での募集期間がわずか2週間であったため、応募者に対する、日本に行き就労しながら看護師国家試験に合格する必要があることを周知徹底できていなかった。

(2)インドネシアで看護師として実際に働いていたのにもかかわらず、日本では

日本の看護師免許がないため看護助手としてしか就労できないことが周知できていなかった。

(3) 公租公課等の給与天引きが理解されないまま就労したため、給料支払いの際にインドネシア人候補者の間に不信感が広がった。

(4) 日本における採用では、ほぼ必ずと行って良いほど採用面接を行う。ところがインドネシア第1陣の場合、それが実施されず、インドネシア人候補者受け入れ側は雇用条件を JICWELS に提示して、同機関がマッチングを行い、受け入れ側が採用を決定したという、非常に特殊なやり方であった。

(5) インドネシア第1陣の場合、応募者の情報が、G to G の契約であり、ガラス張りであるにもかかわらず、インドネシア側の不信感を払拭できず、日本の受け入れ先に応募者の情報が十分に伝えられず、候補者と受け入れ側のミスマッチが起こった。

(6) 来日後6ヶ月間 JICWELS 等の日本語研修が行われたが、急ぎすぎた受け入れのため、教育が必ずしも定着しなかった。その後就労したあとの教育が、病院等にテキストをはじめ、教育担当者等にすべて決定が委ねられ、受け入れた病院もいかにして日本語や看護師国家試験を教えるか全く目処が立たない状況になった。

(7) 筆者の研究は、インドネシア人看護師候補者第1陣および第2陣に限られているが [浅井, 宮本, 箕浦, 2015] では、第1陣から第4陣までの研究を行っている。特にその中で、インドネシア人候補者への日本語等導入教育は、表 2-1 が詳しい。そこで、JIEPA の制度の変遷を用いて、インドネシア人候補者の日本語・国家試験教育の推移を概観したい。

(1) について、インドネシア側では「日本に行くとも最新の医療技術が学べる」といった不適切な情報で募集をかけてしまった。そのためインドネシア第1陣候補者は日本に行っても、インドネシア同様に看護師として日本の職場で働けると思い込んでしまっていた。

(2) について、日本の受け入れ機関においては、日本の看護師免許がないものは、当然看護助手かクランクとして働いてもらうことになるという認識であった。看護部長や病棟師長は、看護師免許もなく、日本語会話・読み書きができない者に、現場は任せられない。反対にインドネシア人候補者らは、実務経験があるから看護師の仕事ができると思い込んでいた節があり、就労が始まってから看護助手の仕事嫌がるという構図ができてしまったのである。

(3) について、日本では給料から所得税やインドネシア人候補者の住んでいる寮費などが天引きされるのが一般的に行われている。ところが、それはインドネシアではそのような習慣がなく、給料支給額が労働契約時に支払われると約束

された金額よりも少ない支給額になる。「どうして私の給料から、勝手にお金を差し引くのか」理解出来ない、ということもおこったのである。

(4)について、インドネシア第1陣の受け入れ側は採用面接ができないことで、候補者に初めて会うのが、来日後の日本語研修が行われている最中になった。

希望条件は出し、マッチングの結果は知らされているものの、どのような人なのか、その上外国人となれば、不安は大きかったであろう。

そのうえ就労が始まってから、候補者は看護助手の仕事に抵抗を示し、日本語・看護師国家試験に関する教育は病院に丸投げで、JICWELS からは何のサポートもなかった。そのような状況下、受け入れた病院等は途方に暮れたことは想像に難くない。JICWELS の X 氏は、6-2-19. で、インドネシア第1陣の受け入れは、大至急ということであった。そのため JICWELS の面接だけで評定点を付けて、それを基に採用が行われた。そのためミスマッチが起こったことは否定できない、と述べた。

(5)について、インドネシアは島嶼国で、首都ジャカルタのあるジャワ島の人口稠密地域から政府施策として過疎の地域に国民を送り出してきた。それを担ってきたのがナショナルボードである。ところが、海外に送り出した経験はこれまで民間ブローカーの斡旋によるものがほとんどで、インドネシア政府が国策として EPA の送り出しを行ったのは例外的な事項であった^{xxviii}。また、EPA の発効はフィリピンが先であれば、これまで多くの国民を海外に送り出して来ていた POEA ならば問題は少なかったかもしれない。ところがフィリピン国会での条約批准が遅れ、インドネシアの協定発効が先になってしまったのである。

厚生労働省 Y 氏は、6-2-19. で、最初(第1陣)は、看護師の情報を出すのはダメだというインドネシア側の判断があった。それは何らかの誤解によるものであったかもしれない、と述べた。また、インドネシア第1陣候補者を選考する際の人材情報提供も、インドネシア側は頑なであった。JICWELS X 氏は次のように語った。

候補者の名前を公開してはいけない、名前は IDXXXX で記して欲しい。候補者の顔写真は撮影禁止にしたい。候補者の住所を明らかにするのもダメです。候補者の成績表の公開は候補者の希望している病院にしか公開しないようにして欲しい。候補者のビデオ撮りをして、日本での受け入れ側に見せるといふ話をしたら、保健衛生関係者は止めて欲しい。等あらゆる面で規制が強すぎた(私信)。

しかし、受け入れ結果から見てインドネシア第1陣のミスマッチが教訓となった。インドネシア第2陣以降は、面接のためインドネシアに来ることができる機関には面接会場を用意し、それが難しい機関については、ビデオクリップ

を作成することを承諾し、応募者の了承を得て就労希望先に見せるようになったのである。

(6)について、2013年度のEPAプログラムにおいては、マッチング後インドネシア国内での6ヶ月の日本語研修でN5程度の日本語能力を確保できるようにしたうえで来日させ、その後6ヶ月間の訪日後日本語研修が行われ、N3程度の日本語能力が確保できるようにすることを目標としている〔外務省、2014〕。

ところが、インドネシア第1陣の場合、インドネシア国内での日本語教育は全くなされず、来日したあと6ヶ月間の訪日後日本語研修だけであった。また、第2陣の場合も、インドネシア国内で4ヶ月、来日後2ヶ月であり、第1陣の教育期間と同一で、現在の状況と比べると研修時間は半分である〔登里、ほか、2014〕。また、インドネシア第1陣の場合、研修を行う側も全く初めての経験であったため、日本語教師による日本語教育に重点が置かれ、看護師国家試験対策まで手が回らなかったようである。そのため、受け入れ側病院等では、5-2-2-2.で、A氏の勤める病院では、2010年1月から翌年の国家試験まで、日本語の勉強ばかりで、ほとんど国家試験対策はしていなかった、という状況であった。また、S氏の看護師国家試験対策は、あくまで日本語の勉強の延長線上にあり、K氏のような、医学知識のある日本語教師による教育はなされていなかった。

(7)浅井らの研究はインドネシア第1陣から第4陣までのものに対して、筆者の場合第1陣と第2陣だけに限られている点に注目する必要がある。なぜなら、第1陣はインドネシア国内での日本語教育は全くなされず、来日後6ヶ月間の日本語集合教育が行われていた。また第2陣は、インドネシアでの研修が4ヶ月、来日後の研修が2ヶ月行われていたが、各病院等で就労が始まった後日本語能力の不足が明らかになっていった。たまりかねた各受け入れ病院等には、インドネシア語通訳や日本語教師のボランティアが善意で教育を行おうとしたが、系統だった支援体制が十分に行えていない状態であった。

前述したように特に第1陣就労後の混乱はすさまじく、JICWELSは受け入れ斡旋はするものの、日本語や国家試験対策教育に関しては、受け入れ病院等に対して「丸投げ」で全く協力をしていない状況であった。JICWELSの日本語教育支援やE-learningが始まったのが2010年6月以降であり、第3陣インドネシア人看護師・介護福祉士候補者が来日した時期とほぼ同時なのである。

第3陣までの教育は、インドネシア+日本で合計6ヶ月という線は崩していない。第3陣はインドネシア国内で2ヶ月、来日後4ヶ月となっている。その後第4陣以降は、日本語予備教育がインドネシア国内で3ヶ月上乗せされ、従来の教育である来日後6ヶ月間と合わせると、合計9ヶ月に延長されている。第5陣以

降はインドネシア国内で6ヶ月、来日後6ヶ月と合計12ヶ月になり、第1陣の頃と比較すると教育期間が倍増している。

7-4. 看護師不足に外国人看護師等は役立つか

2025年には、ベビーブーム世代が後期高齢者に到達し、高齢者人口は約3,500万人に達すると推計されている〔厚生労働省, 2006〕。

また、国の予算に社会保障費が占める割合は年々高くなり、2014年度予算ベースで、国民所得額370.5兆円に対して、115.2兆円(年金56.0兆円、医療37.0兆円、福祉その他22.2兆円)と予算全体の31.09%にも達している〔厚生労働省, 2014〕。

今後、第一次オイルショック以前のような高度経済成長期は完全に過去のものとなり、低経済成長の中で、現在の年金、保険医療、福祉等の維持ができるか甚だ疑問であると考ええる。年金制度も給付開始年齢を引き上げる、マクロ経済スライドを実施するなどして、年金制度が破綻しないように導入されたのである。マクロ経済スライドの狙いは、『賃金や物価の改定率を調整して緩やかに年金の給付水準を調整する仕組み』であり、賃金・物価の上昇局面では上昇に応じた改定率を調整するのではなく、『現役の被保険者の減少と平均余命の延びに応じて算出した「スライド調整率」を差し引く』ことで、年金の給付水準を賃金・物価の上昇率以下に押し下げようとするものである〔日本年金機構, 2015〕。

医療給付に関しても、被保険者本人の直接自己負担は医療費のうち、1983年までは定額負担だったものが、1984年からは1割負担、1997年9月からは2割負担、2003年4月以降本人、家族とも3割負担に上昇している〔厚生労働省, 2016a〕。また、協会けんぽの保険料も被保険者負担が、2003年3月までは標準報酬月額 8.5% +ボーナスの 1% の合算をを労使折半で払っていたものが、2003年4月以降は、標準報酬月額で頭打ちがあったのがなくなり、総報酬の 8.2% を労使折半するように、健康保険料も負担が重くなっている〔ライフィ, 2007〕。

政府はさらに医療費を抑制するため、急性期・回復期は病院での治療を限られた日数で行い、その後は日常の医療として、かかりつけ医、有床診療所、地域連携病院・病床で行うこととし、住み慣れた地域での在宅療養を最後まで支えるようにするべく、対策を打ちつつある。とくに看取りに関しては、3大都市圏を中心に2007年現在、多くの国民は病院での看取りが主流となっているが、2040年にはそのままの形態を維持するためには、約49万人の看取りの場所が不足する見込みであり、その場所を確保すると共に、病院から地域に戻ってきた療養者を支える仕組み作りが求められている。つまり、住み慣れた地域での

在宅療養を最後まで行うためには、在宅医療、訪問看護人材の確保が必須であり、両者共にまだ不足している状態である。地域の暮らしを支える訪問看護ステーション人材のニーズは、2025年には51万人と推計されており、現在が3万人であるから、今後さらに積み増していく必要があると考えられる〔日本看護協会，2015〕。また、日本の将来推計人口の推移にも注意が必要である。〔国立社会保障・人口問題研究所，2013〕によると、合計出生率(TFR)が2012年の中位推計で1.35人となっており、日本の人口が減少していく中で、看護師就労者の絶対数が減少するため、2025年に必要とされる訪問看護師51万人を充足できない可能性がある。

訪問看護を例にとると、看護師が訪問した際には看護記録を作成する。介護士等も記録を作成する場合があるが、看護師の作成する看護記録とは重要性が全く異なる。

看護記録には、患者を看護師が療養上の世話を行う際に交わされた会話から得られる情報等が記録される。それから得られたものから医師が患者の状態を把握し、治療方針を立て、投薬の変更やリハビリテーションや作業療法の指示を出すものになるものである。

また、看護師の重要な記録作業として、医療におけるインフォームド・コンセントの必要性から残される記録もある。それは、医師による患者本人・家族に対する療養等に関する説明と同意について、医師は説明した内容を記録として残し、同席した看護師は患者本人が医師の説明に対してどのような反応を示していたか、また家族はどのようなであったかについて記録を残すことになっている。

さらに最近では、療養上の世話とも密接に絡むこととして、医療安全の観点から、インシデントレポートの重要性が強く意識されている。医療安全におけるインシデントとは、患者が歩行中につまずくなどして転倒する、ベッドからおりようとした際に転落する、患者が誤った薬を服用するなどの、患者の安全を脅かすような事象を共有化し、医療における安全を担保する仕組み作りである。

前述したように、療養上の世話に基づく看護記録だけではなく、インフォームド・コンセントや医療安全の確保が重要視されるようになってきたこともあるためか、インフォームド・コンセントの重視は、医療技術の高度化に伴う医療提供者と患者間の情報の非対称性から、患者側にどのような医療を選択すれば良いのかという判断をより困難にさせているとも考えられる。また、医療の安全も重要な事ではあるが、患者側からの医療過誤訴訟回避が目的でもある^{xxix}。

これまで日本看護協会では、より専門性の高い看護を行うべく、認定看護師・

専門看護師の育成に力を注いできており、一定の成果を上げつつある。しかし、本格的な超高齢化社会を 2025 年に迎えるにあたって、専門性の高い看護師の育成ばかりではなく、医師の診療の補助ばかりではない、ある一定の範囲でもう一步踏み込んだ処置ができる看護師が必要になる。それが特定看護師である。特定看護師とは、特定行為を研修・実技・試験を経て一定の範囲内であれば、医師の指示なしに処置を可能にするものである [厚生労働省, 2015c]。

ここでインドネシア人看護師について考えてみよう。彼・彼女らは、来日前に実務経験があることを前提にしているので、インドネシアと日本の疾病構造の違いはあるものの、日本に来てからも母国で獲得した能力を活用できるだろう。さらに、彼・彼女らは母国では日本で規定されている看護師の業務である医師の診療の補助以上のことをやっている。それを生かすことは出来ないだろうか。例えば、インドネシア人看護師が、今後人材が不足する訪問看護ステーションで働き出したとしよう、訪問看護は病院の看護スタッフよりは、より幅広いケアが必要とされる。「感染徴候がある者に対する薬剤の臨時的投与」という特定行為について考えてみよう。特定看護師にできる処置は、『医師の指示の下、手順書により、身体所見（尿混濁の有無、発熱の程度等）および検査結果等が医師から指示された病状の範囲にあることを確認し、感染徴候時の薬剤を投与する。』というものである [厚生労働省, 2015d]。

これを簡単に言えば、在宅で軽微な感染症である風邪の症状が出た場合、医師の指示のもと手順書により、特定看護師が臨時に薬剤の投与ができるというものである。これが訪問看護ではなく、病院に入院中の場合は、発熱・くしゃみなどの症状が出た場合、担当医師が病棟にやってきて、診察・診断して薬剤を決めて、看護師に指示して薬剤を投与するということになる。インドネシア人看護師はそのような行為に母国で慣れていると考えられ、より専門化した看護を目指している人が多い日本人看護師が希望していないところで活躍出来るのではないだろうか。

但し、インドネシア人看護師らの制約もある。 [JICWELS, 2013]によると、インドネシアでの看護実践の経験値が大きいほど、日本で要求される看護実践を容易にするという指摘がある。EPA で日本に来るインドネシア人看護師には経験値の高い人は少ない、特定看護師の資格を得ることができる人材は今のところ限られているのかもしれない。また、療養型病床で働いている A 氏が、日本においては看護助手ばかりでなく看護師も行う日常生活援助業務の排泄介助（おむつ交換）を嫌がっていた事にも注目する必要がある。すでに述べたが、日本における排泄介助は、インドネシアでは患者の家族の役割であり、汚穢作業を行うことはインドネシア人看護師達にとってプライドが許さないといったこ

とや、環境整備(ベッドメイキング等)も、インドネシアでは看護師の行う仕事には入っていない、ということも研究を行った見地から指摘出来る。在宅でのケアを行う訪問看護師のニーズによりフィットするためには、その抵抗感を克服する必要があるのではないだろうか。もしそれが困難なら、適材適所を考慮した配置も必要だろう。

現在わかる範囲でも、特定看護師の研修制度は難しく、言葉の壁があるインドネシア人看護師が合格する事は難しいかもしれない。しかし、彼・彼女らの能力をより発揮できる場として、訪問看護に加えて特定看護師の取得という組み合わせは、今後日本の看護師不足対策に、いささかでも貢献できるのではないかと考える。

7-5. インドネシア人看護師・候補者等の宗教に関する課題

日本政府施策としては、海外からの移民を認めないという大前提がある。しかし、EPA 枠組みによるインドネシア人候補者達の受け入れは、母国に多額の送金を行うといった行動を取っており、実質的には移民労働者の受け入れであると考えても差し支えないように思われる。また、同制度で受け入れた看護師等は、特定活動ビザを更新回数制限なく、3年おきに更新し続けることが可能であり、条件が揃えば定住する可能性も高いものと考えられる。

現在の日本の人口構成では、ベビーブーム世代が後期高齢者になる2025年問題のクリアには、現在の外国人政策を変えて、移民を受け入れざるを得ない状況になっていると考えられる。そのような状況では、多文化共生社会が日本において国民に受容されるかどうか問われるであろう。

まず最初に、インドネシア人を受け入れるにあたって、日本人が受容しなければならないものは宗教であると考えられる。インドネシアではイスラム教が国民の大多数に信仰されており、戒律は厳しいものがある。一方日本人の宗教は、仏教徒が多くを占めるがイスラム教の戒律の厳しさから見ると非常に緩やかであり、極端な例では無宗教を標榜する日本国民もいるぐらいである。そのため日本人から見て、たかが宗教という感覚は多文化共生社会においてはタブーである。日本人も外国人の宗教に対する考え方をもっと知るべきであると考ええる。

そこで、簡単にイスラム教の戒律について触れてみよう [小杉 江川, 2006]。

(1) 1日5回の礼拝

イスラム教徒は、コーランの教えに従って、1日5回の礼拝を行う。1回目は払暁、2回目が正午過ぎ、3回目は遅い午後、4回目は日没後、5回目は夜である。

病院勤務の看護師で 3 交代勤務の場合、日勤帯で問題になるのは 2 回目、3 回目と 4 回目の礼拝時間であろう。準夜勤は 3 回目、4 回目と 5 回目、深夜勤は 4 回目と翌日の 1 回目が該当する。

礼拝を行う際は、手と足を清め、絨毯をひいた部屋で、平伏しメッカの方向に向かって礼拝する。礼拝は静かな部屋が望ましく、病院側は部屋の手配とメッカの方向を示すシールを礼拝室に示しておく方が望ましい。但し例外事項もあり、仕事をしている最中に礼拝時間になったからといっていきなり中座はしない。礼拝時間には 1 時間半から数時間の幅が持たされており、仕事が一段落してから礼拝することは戒律に反しない。

(2) ラマダン（断食月）

イスラム教徒は、ラマダン(実際は、ヒジュラ暦上の月の名称を指す)の間、払暁から日没までの間、一切飲食を断つという戒律である。但し日没後から払暁までの間は、飲食可能であり、イスラム圏の諸国においては、むしろお祭りのようなものと言われる。例えば日が沈んだ後、盛大なパーティが行われる。また、喜捨が勧められているので、裕福な家はそれを行う事が善行であると考えられている。ヒジュラ暦は太陰暦であり、太陽暦との間に必ずズレが生じる。そのため、一般的にはラマダンは太陽暦の 9 月であるが、太陽暦の 1 ヶ月とそれに相当する太陰暦の 1 ヶ月は、27. 21220 日と約 3 日短く、太陽暦から見て、ヒジュラ暦は、少しずつ暦がずれていく。中東などの暑い国では、断食を日中続けていくのはなかなか辛いものがあり、その月は仕事の能率が低くなるとも言われている。5-2-4. で述べたラマダン中の入浴介助は、イスラム教徒のインドネシア人看護師が療養病床に配属された場合等は配慮が必要であろう。

(3) 戒律における食事の制限

戒律によりイスラム教徒は豚肉を食べられない。事実、これはイスラム教が成立した頃アラビア半島において、豚肉が不浄なものとして広く信じられており、それが影響したものである。但し、看護の現場等において、患者らの食事介助の際、豚肉が入っていても食べさせる事ができる。

また、福利厚生として職員食堂が営業しているような病院であれば、戒律により豚肉を食べられないイスラム教徒が戒律に則った持参弁当のみを食べる事になる。その場合、職員食堂は日本人と非イスラムのスタッフだけの福利厚生となるので、イスラム教徒用のメニューを用意できれば、なお望ましい。

(4) ハラールに則った食事

イスラム教は、食べても良いものとしての「ハラール」と食べていけないもの「ハラーム」に分けている。コーランの記述では、「ハラーム」は「死肉、血、豚肉、およびアラー以外の名で供えられたもの」としている。その中で「ハラ

ール肉」とは、「ビスミッター」（神の御名において）と言いながらイスラム教徒によって頸動脈を切断された動物の肉である。さらにアルコール摂取に関しても厳格で、戒律ではアルコールを含んだものは一切飲食できない。例えば日本料理に使う醤油や酢なども製造工程でアルコールを含むため、摂取できない。そのため、厳格に「ハラール」を実現するためには、調理器具や調味料、食材までハラール専用になるため、日本人とイスラム教徒のインドネシア人の両方を平等に取り扱う必要があり、経営サイドから見た場合悩ましい問題となる可能性がある。

8. 残された課題

この論文では、主としてインドネシア人看護師候補者第1陣・第2陣を中心に議論を展開してきた。しかし、第3陣以降、受け入れ人数の傾向としては、第2陣候補者が最も多く、その後人数は遞減しており、かつ、ある特定の施設に集中して受け入れ・国家試験に合格している傾向があるという変化が起こっている。これらの変化が意味することは、制度設計自体を見直しの必要かもしれないが、特定の施設では受け入れ・合格が継続していることから、外国人看護師のニーズはあり、合格させるノウハウが特定施設には蓄積されているということである。しかし、第3陣以降について、本研究で行ったような包括的なアプローチで行われた研究は未だに存在しないので、本研究のフレームワークを使って第3陣以降のインドネシア人看護師候補者をフォローアップしていく必要があると考える。

また、家計調査を通して生活を切りつめて母国に送金している候補者たちの姿が示されたが、質問紙やインタビューによってはそのように極度に儉約した家計の状況を明らかにしていないため、その点に迫る研究も望まれる。特に家計調査を含む生活状況(実態)を探るには、[浅井, 宮本, 箕浦, 2015]で行ったような、マイクロエスノグラフィ手法を家計の分析に適応する研究が必要ではないかと考える。その理由として、生活状況はそれぞれの候補者の持つ、婚姻状況や子供の有無、母国家族の状況などによって大きく異なり、それを明らかにするためには、質問紙調査だけでは限界があるのではないかと考えられるからである。

次に、超高齢化社会の到来が間近に迫り、看護・介護人材の不足が明らかになり、EPAプログラムを初めとした外国人看護師、日本人潜在看護師の現役化がより求められるようになってきている。政府を初めとした行政機関だけではなく、日本看護協会といった職能団体をも巻き込み、緊密な連携のもとに、より多くの看護人材等を育成しつつ、離職したものが復職しやすい職場環境を作っていく必要がある。それをどのように実現可能にしていくかを明らかにすることも、今後の研究課題である。看護師不足に対する政府の動きとしては、看護師等免許保持者が離職した際に届出を行う制度が発足している。現状では届出を行わないことに伴う罰則規定がないが、離職した際に本人の同意があれば、勤務先等が代理で届出が出来るようになってきているから、健康保険・年金・雇用保険の手続きとセットになる形で行えば、実効性は次第に上がっていくだろうと考えられる。潜在看護師が多く存在するのは、看護等の担い手の多くが女性であるにもかかわらず、結婚・妊娠・出産・育児といったライフイベントに十分配慮がある職場環境は必ずしも多くないからであろう。たとえ制度が整ってい

る職場であっても、短時間勤務や夜勤免除等のスタッフのしわ寄せが、他のスタッフの勤務上の負担を大きくする事で、かえって職場に居づらくなるという見解もある。この制度の目的は離職者の再戦力化である。勤務面などの職場環境の整備なくしては、単なる潜在看護師等人数の把握だけに留まり、それ以上のメリットが見いだせないのではないだろうかと考える。

さらに、ダイバシティの問題についても、この研究では、十分に明らかになっていない。多様性を許容する社会の構築は多民族共生社会とペアになっていると考える。インドネシア人看護師等の外国人医療従事者がごく当たり前になる社会の仕組み作りを考えていくことは、今後の超高齢化社会においては、避けて通れない問題で、残された課題の一つであり、その解決にはインドネシア人看護師・協働するスタッフ・患者のそれぞれに対して、ダイバシティについての調査票調査ならびに個別性に留意したインタビュー調査を行うことが必要であると考えられる。

9. 結論

この論文では、(1)インドネシア第1陣候補者の家計分析を行った。(2)インドネシア第1陣受け入れ前と受け入れ後6ヶ月のマネジメントおよびスタッフ階層への比較質問紙調査を行った。(3)第1陣および第2陣候補者の本人たちへの質問紙調査を行った。(4)インドネシア人看護師候補者第2陣A氏・同第4陣L氏・同第2陣N氏・同第2陣E氏とK氏にインタビュー調査を行い、マイクロエスノグラフィー手法で結果をまとめた。(5)日本側の受け入れを主導したJICWELS X氏、厚生労働省 Y氏にインタビュー調査を行い、マイクロエスノグラフィー手法で結果をまとめた。上記(1)～(5)の調査および考察にもとづき、結論を図9.1として図式化した。

9-1. 外国人看護師に対する看護師国家試験のこれからのありよう

インドネシア第1陣等に対する日本語教育は、看護師国家試験合格を一つの目安として進められてきたが、合格後就労を行う際、日本語能力が十分でないという指摘がある。

2014年度からベトナム人看護師候補者の受け入れが進んでいる〔厚生労働省, 2015e〕。インドネシア・フィリピン人看護師候補者とはことなり、ベトナム人は訪日前に12ヶ月の日本語研修を行い、日本語能力試験N3合格者のみをマッチング、雇用契約の対象としている。

一方インドネシア人等は日本語能力試験N5程度に達しているもののみとしているが、ベトナム人のようにN3合格をマッチング、雇用契約の対象とはしていない。これは外交上の既得権ともいえ、これをベトナム同様に合格者のみを対象とするということにするには、外交交渉上困難が伴うであろう。

しかし、今後外国人看護師等から看護師国家試験合格者を即戦力として使っていくためには、N3合格といったようなやや高いハードルを設けていかなければ、国家試験合格の可能性が上がらず、受け入れ側病院もインドネシア人等の受け入れを避けるようになることが考えられ、EPAプログラムの実を挙げていくためには、今後必要な制度変更と言えよう^{xxx}。

9-2. 看護師不足に外国人看護師の担う役割

7-4. で述べたように、看護師不足は喫緊の問題である。とくに2025年以降の高齢者の増え方と政府の施策である、在院から在宅へという流れからは、訪問看護ステーションの人材が不足している。日本人潜在看護師を掘り起こして行くにしても、仕事のブランクの問題等があり、一人で訪問看護を行うためには、病院勤務の時とことなり、訪問看護師一人で判断を迫られる場合も多く就労者本人が二の足を踏んでいるような状態である。

また、看護師不足は表向き、潜在看護師等の国内人材でまかなうことになっているが、不足を充足できるのであろうか。日本の入国管理政策では、外国人受け入れには、政府は非常に慎重な状態である^{xxxii}。それでは「看護師不足」をどのように充足させるのか、政策として具体的に見えてきていないのではないだろうか。

それを解決する方法としては、日本看護協会では『訪問看護を担う人材の養成に取り組み、新卒・潜在看護師も含めた多様な人材の参入を促進するためのコアカリキュラム案を作成してきました』と述べている [日本看護協会, 2015]。しかし、現状を見てみると、訪問看護を行うための医療人材が不足しているのではないだろうか。日本政府の「社会保障制度国民会議報告書」では、「医療はかつての「病院完結型」から、患者の住み慣れた地域や自宅での生活のための医療、地域全体で治し、支える「地域完結型」の医療、実のところ医療と介護、さらには住まいや自立した生活の支援までもが切れ目なくつながる医療に変わらざるを得ない。」と述べている。また、「急性期から亜急性期、回復期まで、患者が状態に見合った病床でその状態にふさわしい医療を受けることができるよう(略)機能分化した病床機能にふさわしい設備人員体制を確保することが大切であり、病院のみならず地域の診療所をもネットワークに組み込み、医療資源として有効に活用していくことが必要となる。」と述べている。つまり、「病院完結型」から「地域完結型」にシステム移行していかないと、「国民の医療・介護ニーズと提供体制のミスマッチが続いたまま医療費や介護費の増大を招けば、国民負担増大の抑制の観点から、必要な医療・介護まで保険給付の対象から外すなどの対応が一律的に行われたり、緊急性の高い救急医療を緊急性の低い医療が押しのけたりといった事態を招きかねない」としている [社会保障制度改革国民会議, 2013]。今後、医師の消化器内科などと言った「領域別診療医」から、ある患者の状態を全体として把握できる「総合診療医」化を進めざるを得ないだろう。同様に看護師も専門・認定看護師に求められた高度な技能だけでなく、訪問看護師の仕事の幅を広げる特定看護師、さらに潜在看護師の実働化や看護師の増員をもにらんだ、外国人看護師の受け入れを含めた、政府と日本看護協会が一体になった施策の充実が求められるだろう^{xxxiii}。

9-3. 多様性のある社会構築を目指して

今後日本では、人口学的に考えると、持続的経済成長が見込めないので、医療・年金制度を維持するために若年世代に過大な負担を強いることになれば、結婚・出産をためらうようになることも予想され、人口減少の悪循環に陥る可能性が高いと考えられる。今後日本が外国人を多く受け入れて行かなければ、日

本人の 2014 年の合計出生率 (TFR) が 1.42 人となっており、長期的には 1.35 で推移するとの予想もあり、人口減少に歯止めがかからないであろう [国立社会保障・人口問題研究所, 2013]。

人口減少に歯止めをかけるための外国人受け入れとして、例えば、インドネシア人看護師を受け入れる事は、7-5. で述べたように、インドネシア人の文化・宗教・習慣等と日本人のそれを互いに受け入れあうことになる。お互いが歩み寄ることで新しい価値観が創造され、より多様性のある社会が構築できるであろう。

太古の昔から異なる宗教間で争いが絶えないことはよく知られており、とくにイスラムの教えに帰依する国民が多いインドネシア人と日本人の宗教観対立が起こる可能性がある。現在のところ、インドネシア人が圧倒的なマイノリティである状況では軋轢は生じないであろうが、将来大量の移民がやってくると文化や宗教における対立が起こる可能性は否定できない。そのとき、インドネシア人看護師が定着していれば、移民との融和のさきがけとなるのではないかと期待される。

謝辞

まず、2. のインドネシア第1陣家計調査データを提供していただいた Elsi Dwi Hapsari 氏にお礼申し上げます。

次に、言葉に言い表すことができないほどのお世話になった、先生方のお名前を挙げたい。

この論文を書き終えることができたのは、指導教員である中澤港先生のご指導があったためである。マイクロエスノグラフィー、統計など事細かにご指導をいただいた。

小田正雄先生、前期課程(学部でも講義を受けた)以来、お世話になるばかりで、何も恩返しができている。また、いつも気にかけて励ましご指導をいただいた。

太田博史先生、川端真人先生、論文作成過程において、貴重なコメントをいただいた。また、なかなか筆が進まず難渋している折、励ましご指導いただいた。

後藤純一先生、笹川平和財団「人口変動の新潮流への対処」プロジェクトに参加させていただいた。プロジェクトでは、非常に活発な議論の中で得られたものが大きかった。

中園直樹先生、筆者がインドネシア人看護師候補者達の受け入れに関して研究を始めた頃、ご指導をいただいた。

また、お名前を挙げきれないがお世話になった先生方にも、ご厚情を賜った。

筆者の、至らぬところばかりではあったが、先生方のご指導のおかげで脱稿の日を迎えられたことをうれしく思う。改めて、心よりのお礼を申し上げます。

最後に、質問紙調査やインタビュー調査にご回答いただいた、受け入れ機関やインドネシア人候補者などの方々にお礼申し上げます。また、私事ではあるが、日常を支えてくれた家族にも感謝したい。

引用文献

英文

- The Actrav Turin(ILO). (2012). "Presentations tues-2 Asia country wage trends". Retrieved 06 30, 2016, from *Trade union training on wage policies and collective bargaining Asia*:
http://actrav-courses.itcilo.org/en/a3-55196/copy_of_a3-55196-presentations/tues-2-asia-country-wage-trends/at_download/file
- Al-Hamdan, Z. M., AlpNawafleh, A. H., Bawadi, H. A., James, V., Matiti, M., & Hagerry, B. M. (2015). "Experiencing transformation: the case of Jordanian nurse immigrating to the UK". *Journal of Clinical Nursing*, 24, 2305-2313.
- HIRANO, Y. O., & WULANSARI, A. S. (2009). "The Japan-Indonesia Economic Partnership Agreement Through the Eyes of Indonesian Applicants: A Survey and a Focus Group Discussion with Indonesian Nurses". *Bulletin of Kyushu University Asia Center*, 3, 77-90.
- KINKAWA. M. (2013). "Current situation and challenges in employment of Indonesian nursing/certified care worker candidates based on economic partnership agreement between Indonesia and Japan" . *Bulletin of Health Sciences Kobe*, 28, 31-40.
- OECD. (2003). "Literacy Skills for the World of Tomorrow FURTHER RESULTS from PISA 2000". Retrieved 03 15, 2016, from OECD:
<http://www.oecd.org/edu/school/2960581.pdf>
- RADHA, A., & KATH, M. M. (2015). "The(mis)management of migrant nurses in the UK: a sociological study". *Journal of Nursing Management*, 23, 359-367.
- SETYOWATI, OHNO, S., HIRANO, Y. O., & YETTI, K. (2012). "Indonesian Nurses' hallenges for Passing the National Board Examination for Registered Nurse in Japanese: Suggestions for Solutions". *Southeast Asian Studies*, 49(4), 629-642.
- SETYOWATI, SUSANTI, H., YATTI, K., HIRANO, Y. O., & KAWAGUCHI, Y. (2010). "The Experiences of Indonesian Nurses in Japan Who Face the Job and Cultural Stress in Their Work: A Qualitative Study". *Bulletion of Kyushu University Asia Center*(5), 175-180.

和文

- 浅井亜紀子, 箕浦康子, 宮本節子. (2012). 「EPA インドネシア人看護師・介護福祉士候補者の日本体験—マイクロ・マクロ連携モデルの視角から—」. 『月刊学術の動向』, 2012(2). 83-90.
- 浅井亜紀子, 宮本節子. (2011). 「日本・インドネシア経済連携協定による看護人材受入れをめぐる組織コミュニケーション-政府間における意味生成と共有過程に注目して-」. (多文化関係学会, 編) 『多文化関係学』, 2011(12), 17-33.
- 浅井亜紀子, 宮本節子, 箕浦康子. (2015). 「インドネシア人看護師・介護福祉士候補者の日本体験—EPAプログラム第1陣から第4陣までの軌跡—」. NCID=BB1865542X
- 安里和晃. (2010). 「移民政策の国際比較：東アジアにおける送り出し・受け入れ政策」, 外国人労働者問題をめぐる資料集 I, 笹川平和財団, 34-154.
- 小川玲子. (2010). 「全国の受け入れ病院・介護施設の意識—受け入れから1年を経て—」. 参照日: 2010年03月10日, 参照先: 「東南アジアから日本へのケアワーカー移動をめぐる国際会議」:
<http://hyoka.ofc.kyushu-u.ac.jp/search/details/K002876/research.html#2339820250303303492031561>
- 奥島美夏. (2010). 「インドネシア人看護師・介護福祉士候補の学習実態～背景と課題～」. 国際社会研究.1.295-342.
- 奥島美夏. (2011). 「インドネシアの保健医療・看護教育制度—どんな国から候補者たちは来ているのか・1—」. 看護教育, 52(8), 696-701.
- 奥島美夏. (2012). 「インドネシアの労働者送り出し政策の現状と課題」. 参照日: 2015年12月27日, 参照先: ジェトロ—アジア経済研究所:
http://www.ide.go.jp/Japanese/Publish/Download/Report/2011/pdf/115_ch2.pdf
- 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」. アジア研究, 44-68.
- 外務省. (2014). 「日・インドネシア経済連携協定に基づく外国人看護師・介護福祉士候補者に対する日本語研修事業」. 参照日: 2015年07月19日, 参照先: 平成26年行政事業レビュー説明資料:
<http://www.mofa.go.jp/mofaj/files/000041618.pdf>
- 神尾真知子. (2014). 「家族政策の基礎も違う」. エコノミスト, 92(37), 39.

- 川口貞親, 平野裕子, 大野俊. (2009). 「日本全国の病院における外国人看護師受け入れに関する調査(第1報)」. アジア総合政策センター紀要.3. 53-58.
- 熊谷聡. (2014). 「マレーシアの外国人労働者」. 参照日: 2016年01月06日, 参照先: IDE-JETRO 海外研究員レポート:
http://www.ide.go.jp/Japanese/Publish/Download/Overseas_report/pdf/1407_kumagai.pdf
- 経済産業省. (2015). 「日インドネシア EPA」. 参照日: 2015年07月28日, 参照先: http://www.meti.go.jp/policy/trade_policy/epa/epa/id/
- 小池誠. (2012). 「インドネシア・スンバ島における世帯と家計の人類学的調査」. 桃山学院大学総合研究所紀要. 38(1). 27-48.
- 厚生労働省. (2006). 「今後の高齢化の進展～2025年の超高齢化社会～」. 参照日: 2015年09月30日, 参照先:
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/09/dl/s0927-8e.pdf>
- 厚生労働省. (2010a). 「一般労働者 職種別第3表 職種・性、年齢階級、経験年数階級別所定内給与額及び年間賞与その他特別給与額」. 参照日: 2015年08月04日, 参照先: 『賃金構造基本統計調査』:
<http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/Xlsdl.do?sinfid=000007404263>
- 厚生労働省. (2010b). 「看護師国家試験における用語に関する有識者検討チーム とりまとめについて」. 参照日: 2015年05月21日, 参照先:
<http://www.mhlw.go.jp/stf2/shingi2/2r985200000nr2a-att/2r985200000nr3r.pdf>
- 厚生労働省. (2011). 「資料2 関係団体からのヒアリング資料(ガルータ・サポーターズ提出資料)」. 参照日: 2015年06月10日, 参照先:
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001yexb-att/2r985200001yd1d.pdf>
- 厚生労働省. (2012). 「看護師国家試験における母国語・英語での試験とコミュニケーション能力試験の併用の適否に関する検討会報告書」. 参照日: 2015年06月10日, 参照先:
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000025ge6-att/2r9852000025gqn.pdf>
- 厚生労働省. (2013). 「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン 第4.2版」. 参照日: 2016年03月02日, 参照先:
http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000026087.pdf

- 厚生労働省. (2014). 「社会保障給付費の推移」. 参照日: 2015 年 07 月 20 日, 参照先:
<http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hokabunya/shakaihoshou/dl/05.pdf>
- 厚生労働省. (2015a). 「第 101 回保健師国家試験、第 98 回助産師国家試験及び第 104 回看護師国家試験の合格発表」. 参照日: 2015 年 12 月 29 日, 参照先:
http://www.mhlw.go.jp/general/sikaku/successlist/siken03_04_05/about.html
- 厚生労働省. (2015b). 「第 104 回看護師国家試験における経済連携協定(EPA)に基づく外国人看護師候補者の合格者数と受入施設名を公表します」. 参照日: 2015 年 07 月 28 日, 参照先:
<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000079081.html>
- 厚生労働省. (2015c). 「特定行為に係る看護師の研修制度」. 参照日: 2015 年 07 月 19 日, 参照先:
<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000070423.html>
- 厚生労働省. (2015d). 「特定行為とは」. 参照日: 2015 年 07 月 23 日, 参照先:
<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000050325.html>
- 厚生労働省. (2015e). 「ベトナム人看護師・介護福祉士候補者の受け入れについて」. 参照日: 2015 年 07 月 25 日, 参照先:
<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000049737.html>
- 厚生労働省. (2016a). 「国民皆保険制度の意義」. 参照日: 2016 年 6 月 15 日, 参照先:
<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000072791.pdf>
- 厚生労働省. (2016b). 「生活保護制度」. 参照日: 2016 年 6 月 4 日, 参照先:
http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/seikatsuhogo/seikatuhogo/
- 国際厚生事業団(JICWELS). (2010). 「平成 22 年度予算」. 参照日: 2015 年 08 月 26 日, 参照先: 経済連携協定(EPA)に基づく外国人看護師・介護福祉士受入事業: http://www.jicwels.or.jp/html/date1_1_20101124.pdf
- 国際厚生事業団(JICWELS). (2013). 「EPA 看護師に関する調査事業報告書」. 参照日: 2016 年 7 月 4 日, 参照先: http://jicwels.or.jp/?page_id=543
- 国立社会保障・人口問題研究所. (2013). 「日本の将来推計人口ー平成 24 年 1 月推計の解説および参考推計(条件付推計)ー」. 国立社会保障・人口問

- 題研究所. 参照日: 2016年08月02日, 参照先:
<http://www.ipss.go.jp/syoushika/bunken/data/pdf/207993.pdf>
- 国税庁. (2015). 「使用人に社宅や寮などを貸したとき」. 参照日: 2016年6月1日, 参照先: 国税庁タックスアンサー:
<http://www.nta.go.jp/taxanswer/gensen/2597.htm>
- 小杉泰, 江川ひかり. (2006). 「イスラーム 社会生活・思想・歴史」. 新曜社.
- 社会保障制度改革国民会議. (2013). 「社会保障制度改革国民会議報告書」. 参照日: 2016年11月03日, 参照先:
<http://www.kantei.go.jp/jp/singi/kokuminkaigi/pdf/houkokusyo.pdf>
- 総務省. (2011). 「結果の概要」. 参照日: 2015年08月12日, 参照先: 平成23年社会基本調査:
<http://www.stat.go.jp/data/shakai/2011/pdf/gaiyou3.pdf>
- 総務省. (2016). 「情報通信機器の普及率」. 参照日: 2016年5月31日, 参照先: 平成27(2015)年版 情報通信白書:
<http://www.soumu.go.jp/johotsusintokei/whitepaper/ja/h27/html/nc372110.html>
- 総務省統計局. (2009a). 「家計調査、家計収支編、単身世帯、詳細結果表、年次、2009年、職業別」. 参照日: 2016年6月5日, 参照先: 政府統計の総合窓口:
<http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/Xlsdl.do?sinfid=000007368977>
- 総務省統計局. (2009b). 「平成21(2009)年全国消費実態調査 家計収支編 第2表 単身世帯」. 参照日: 2016年5月29日, 参照先: 政府統計の総合窓口:
<http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/Xlsdl.do?sinfid=000012663299>
- 東京アカデミー. (2015). 「東京アカデミー看護師国家試験案内」. 参照日: 2015年12月29日, 参照先:
<http://www.tokyo-ac.jp/nurse/outline/nurse/page3.html>
- ナースフル看護学生. (2014). 「看護師国家試験の概要目的」. 参照日: 2014年11月13日, 参照先:
<http://student.nurseful.jp/contents/kokushi/gaiyou>
- ナース・ライセンススクール WAGON. (2014). 「合格の仕組み」. 参照日: 2016年03月16日, 参照先: <http://wagon-nurse.com/knowhow/>
- 成瀬和子, 石川陽子(2013). 「英国における外国人看護師の受け入れ制度と教育」. 国際保健医療, 28(1), 13-20.

- 日本看護協会. (2005). 「看護記録および診療情報の取り扱いに関する指針」.
日本看護協会.
- 日本看護協会. (2015). 「JNA 会員ガイドブック」.
- 日本年金機構. (2015). 「マクロ経済スライド」. 参照日: 2015 年 07 月 20 日, 参
照先:
<http://www.nenkin.go.jp/service/jukyu/kyotsu/shikyu-chosei/20150401-02.html>
- 日本貿易振興機構(JETRO). (2013). 「EPA 活用マニュアル」. 参照日: 2015
年 07 月 28 日, 参照先:
https://www.jetro.go.jp/ext_images/world/asia/idn/jiepa/pdf/jiepa_all_rev.pdf
- 登里民子, 山本晃彦, 鈴木恵理, 森美紀, 齊藤智子, 松島幸男, ... 飯澤展明.
(2014). 「経済連携協定(EPA)に基づくインドネシア人・フィリピン人
看護師・介護福祉士候補者を対象とする日本語予備教育事業の成果と展
望」. 国際交流基金日本語教育紀要(10), 55-69.
- 浜本満. (1984). 「現象学と人類学」. (綾部恒雄, 編) 中央公論社.
- 平野裕子, 川口貞親, 大野俊. (2009). 「日本全国の病院における外国人看護師
受け入れに関する調査(第 2 報)」. アジア総合政策センター紀要.3,
59-65.
- 福本良之.(2011). 「医療訴訟における「医師の説明」に関する研究」. 岡山医
学会雑誌., 119-127
- 堀場裕紀江, 深谷計子.(2011). 「看護師国家試験における外国人候補者のテス
トパフォーマンス」. 言語学研究, 17, 67-85.
- 箕浦康子. (1999). 「フィールドワークの技法と実際ーマイクロ・エスノグラフ
ィー入門」. ミネルヴァ書房.
- 三原一郎, 中園直樹, GlenEdwardsDavid. (2008). 「フィリピン人看護師の受
け入れに伴う諸問題について」. 国際協力論集, 16(2), 161-173.
- 三原一郎, 中園直樹, HapsariD.E., SariY., 松尾博哉. (2009). インドネシア人
看護師・介護士の日本への受け入れに関する諸問題. 国際協力論集,
17(1), 131-144.
- 文部科学省. (2003). 「OECD 生徒の学習到達度調査(PISA)《2000 年の調査国際
結果の要約》」. 参照日: 2016 年 03 月 15 日, 参照先:
http://www.mext.go.jp/b_menu/toukei/001/index28.htm
- ライフィ. (2007). 「健康保険の窓口自己負担割合と保険料の変遷」. 参照日:
2015 年 07 月 20 日, 参照先: <http://lify.jp/contents/medical/m09.php>

和田光平. (2014). 「フランスをまねると出生率増？」 エコノミスト, 92(37),
38-39.

参考文献

英文

- Efendi, F., Mackey, T. K., Huang, M.-C., & Chen, C.-M. (2015). "IJEPA: Gray Area for Health Policy and International Nurse Migration". *Nursing Ethics, 24(3)*, 313-328.
- Ford, M., & Kawashima, K. (2016). "Regulatory approaches to managing skilled migration: Indonesian nurses in Japan". *The Economic and Labour Relations Review, 27(2)*, 1-17.
- Garner, S. L., Conroy, S. F., & Bader, S. G. (2015). "Nurse migration from India: A literature review". *International Journal of Nursing Studies, 52*, 1879-1890.
- Kanchanachitra, C., Lindelow, M., Johnston, T., Hanvoravongchai, P., Lorenzo, F. M., Huong, N. L., et al. (2011). "Human resources for health in southeast Asia: shortages, distributional challenges, and international trade in health services". *Lancet, 377*, 769-781.
- Kingma, M. (2006). "Nurses on the Move: migration and the global health care economy". Cornell University Press.
邦訳『海を越えて移住する看護師たち：看護と医療経済のグローバル化』井部敏子・山本敦子訳 エルゼビア・ジャパン
- Masselink, L. E., & Jones, C. B. (2014). "Immigration policy and internationally educated nurses in the United States: A brief history". *Nursing Outlook, 62*, 39-45.
- Moyce, S., Lash, R., & de Leon Siantz, M. L. (2016). "Migration Experiences of Foreign Educated Nurses: A Systematic Review of the Literature". *Journal of Transcultural Nursing, 27(2)*, 181-188.
- Squires, A., & Amico, A. (2015). "An integrative review of the role of remittances in international nurse migration". *Nursing: Research and Reviews, 5*, 1-12.

和文

- 勝井伸子, 山名香奈美. (2010). 「奈良医大における外国人看護師受入れ努力と課題」. 奈良看護紀要, 6, 51-60.
- 関西広域連合. (2013). 「諸外国の公的扶養制度の比較」. 参照日: 2017年07月24日, 参照先: 関西広域連合:
http://www.kouiki-kansai.jp/data_upload/1378455555.pdf
- 小池誠. (2013). 「インドネシア・東スンバ県パフンガ・ロドゥ郡の村落社会における世帯と経済」. 桃山学院大学総合研究所紀要, 39(1), 45-61.
- 小池誠. (2014a). 「インドネシア・スンバ島におけるキリスト教の歴史と現状」. 桃山学院大学キリスト教論集, 49, 273-286.
- 小池誠. (2014b). 「グローバルな人の移動とインドネシア・カラワンの家族」. 桃山学院大学総合研究所紀要, 40(1), 25-39.
- 小池誠. (2014c). 「ジャワ農村社会における家族と移動」. 国際文化論集, 49, 89-107.
- 小池誠. (2014d). 「スンバ人のバリ島への移動」. 桃山学院大学総合研究所紀要, 40(1), 119-131.
- 厚生労働省. (2015). 「厚生労働白書 平成27年度版」.
- 田畑雄紀. (2012). 「イギリス医療保険制度の概要ー日本の制度との相違についてー」. 参照日: 2017年07月24日, 参照先:
http://www.kansai-u.ac.jp/Keiseiken/publication/seminar/asset/seminar12/s196_1.pdf
- 中村悦子, 尾崎フサ子. (2013). 「外国人看護師候補者の受入れ施設の課題と候補者の生活・職場・学習環境への適応」. 第43回(平成24年度)日本看護学会論文集 看護管理, 219-222.
- 中村悦子, 小島さやか, 岩崎保之. (2013). 「外国人看護師候補者支援に関わった看護師支援者の認識ーインタビューの結果からー」. 新潟青陵学会誌, 5(3), 51-60.
- 畠中香織, 田中共子. (2012). 「在日外国人看護師・介護士候補生の異文化適応問題の背景に関する研究ノート」. 岡山大学大学院社会文化科学研究科紀要, 34, 79-90.
- 古川恵美, 瀬戸加奈子, 松本邦愛, 長谷川友紀. (2012). 「経済連携協定(EPA)に基づく外国人看護師候補者受け入れ施設の現状と課題」. 日本医療マネジメント学会雑誌, 12(4), 255-260.

- 松本邦愛, 瀬戸加奈子, 長谷川友紀. (2011). 「経済連携協定(EPA)に基づく外国人看護師・介護福祉士の受け入れの現状と課題」. 日本医療マネジメント学会雑誌, 12(3), 195-199.
- 安井悠介, バンバン・ルティアント. (2012). 「経済連携協定におけるインドネシア人看護師・介護福祉士候補者受け入れ制度とその提言」. 和光経済, 45(1), 9-16.

略号一覧表

略号	正式名称	和文正式名称
ASEAN	Association of South-East Asian Nations	東南アジア諸国連合
DV	Domestic Violence	家庭内暴力
E-learning	Electronic learning	情報技術を用いて行う学習
EPA	Economic Partnership Agreement	経済連携協定
ER	Emergency Room	救命救急室
FTA	Free Trade Agreement	自由貿易協定
G to G	Government to Government	政府対政府
ICU	Intensive Care Unit	集中治療室
ILO	International Labour Organization	国際労働機関
IT	Information Technology	情報技術
JETRO	Japan External Trade Organization	独立行政法人日本貿易振興機構
JICWELS	Japan International Corporation of Welfare Services	公益社団法人国際厚生事業団
JIEPA	Japan Indonesia Economic Partnership Agreement	日本・インドネシア経済連携協定
NMC	The Nursing & Midwifery Council	看護助産師評議会
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development	経済協力開発機構
OJT	On-the-Job Training	職場で実務をさせることで行う従業員トレーニング
PHS	Personal Handy-phone System	簡易型携帯電話
PISA	Programme for International Student Assessment	OECD生徒の学習到達度調査
POEA	Philippine Overseas Employment Administration	フィリピン海外雇用庁
TFR	Total Fertility Rate	合計出生率(合計特殊出生率)
TOEFL	Test of English as a Foreign Language	英語を母語としない人々を対象に実施されている国際基準の英語能力測定試験
Web	World Wide Web	インターネット上で標準的に用いられている、文書の公開・閲覧システム
WTO	World Trade Organization	世界貿易機関

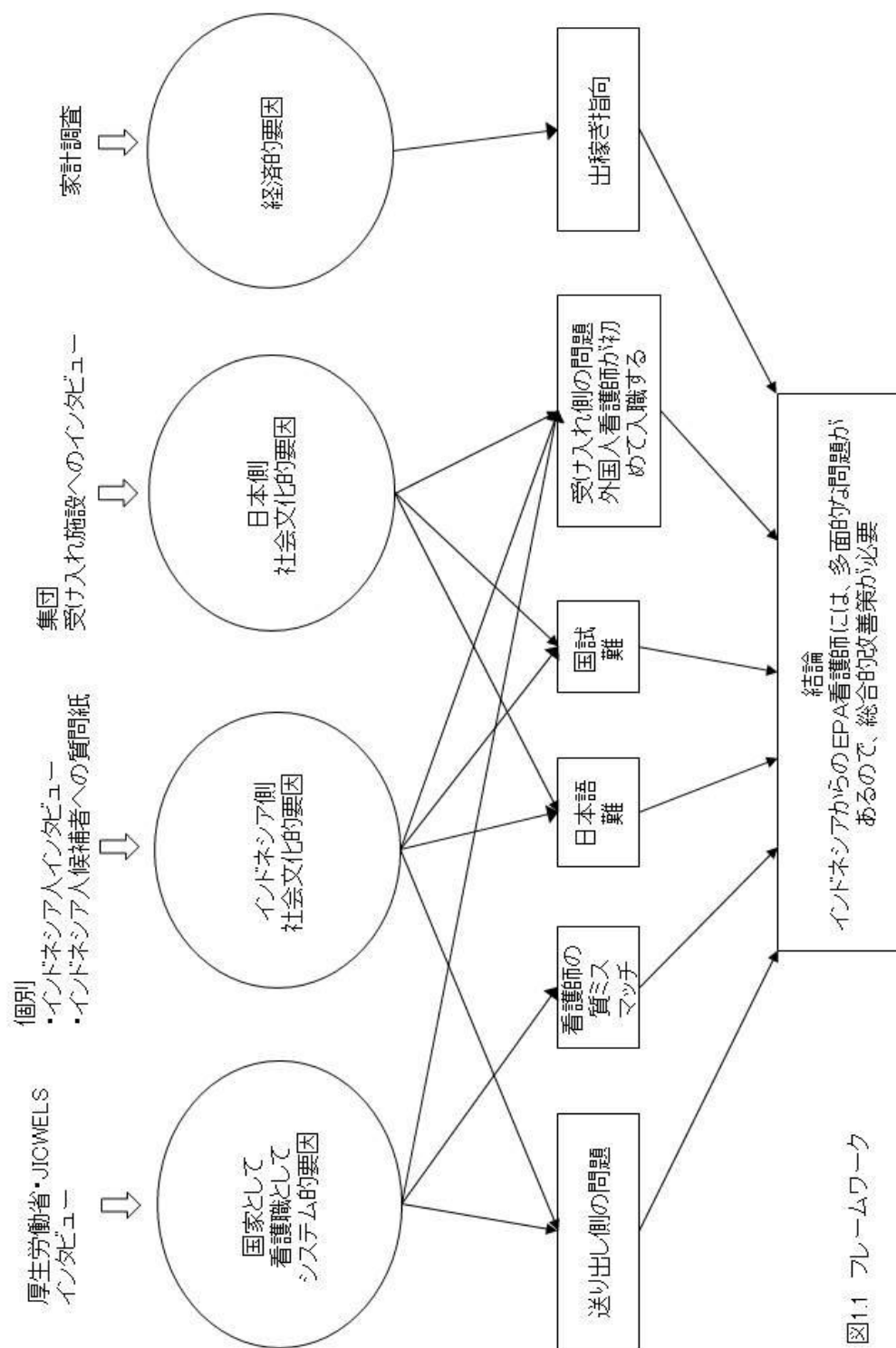


図1.1 フレームワーク

表 2.1 単身世帯消費支出の比較 (横軸:単位円;P 値を除く、縦軸:消費費目)

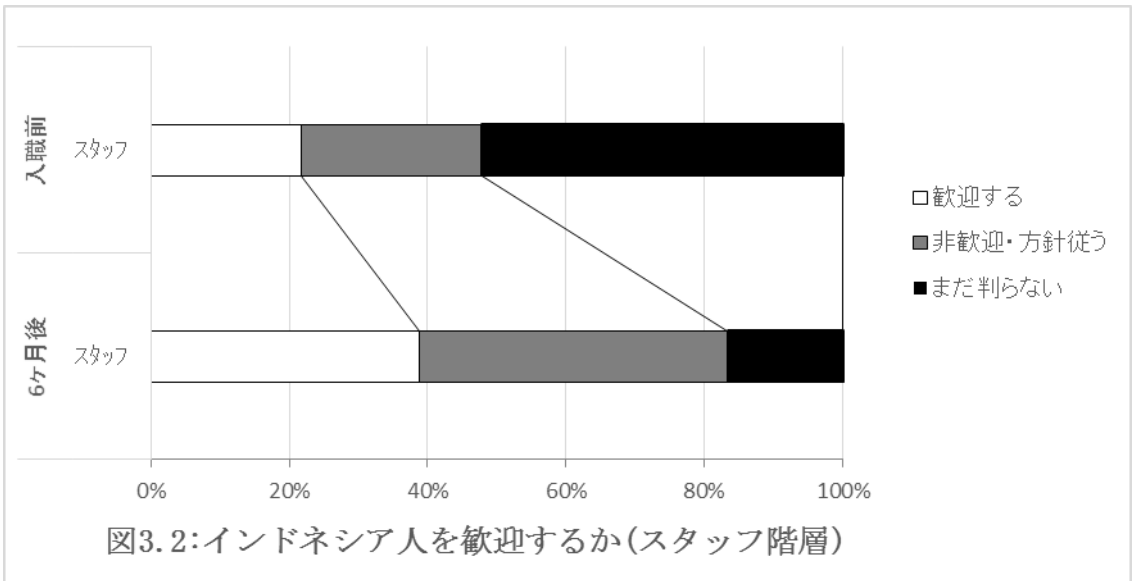
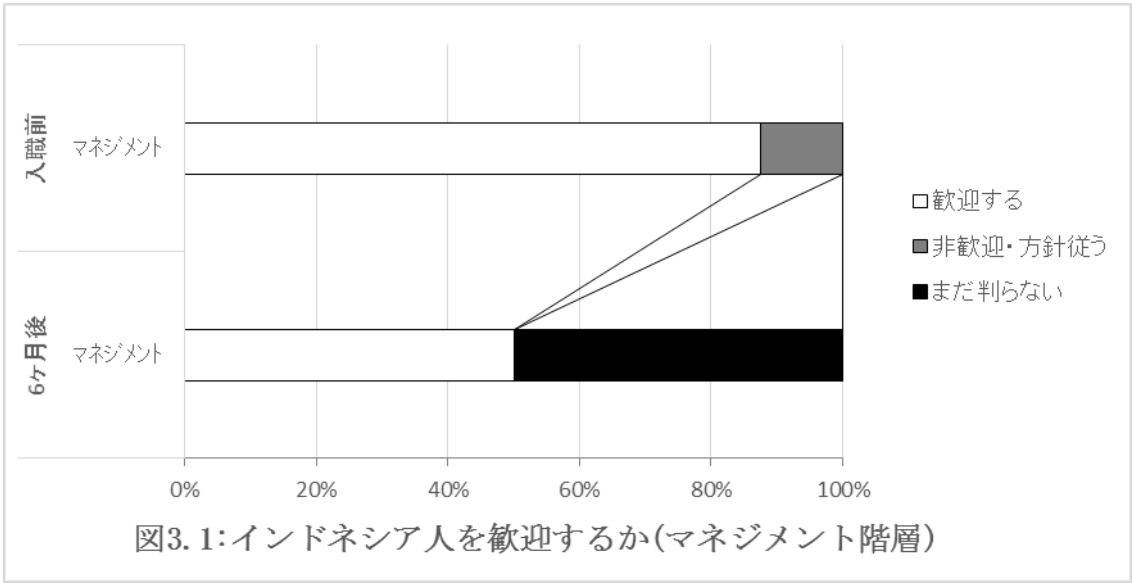
	インドネシア人 平均値	95%信頼区間 (下限) (上限)		日本人 平均値	P値	日本人 生活保護	P値
食料	19,250	16,830	21,670	42,628	<0.001	33,184	<0.001
住居	18,800	14,612	22,987	27,874	<0.001	29,265	<0.001
光熱・水道	7,860	6,690	9,030	8,813	0.108	10,221	<0.001
家具・家事用品	1,970	330	3,610	4,797	0.001	4,643	0.002
被服及び履物	3,280	2,183	4,377	9,363	<0.001	3,942	0.231
保健医療	1,880	663	3,097	4,218	<0.001	2,047	0.784
交通・通信	10,830	8,958	12,702	29,937	<0.001	9,440	0.142
教育	926	269	1,583	25	0.008	0	0.007
教養娯楽	2,720	1,703	3,737	25,823	<0.001	5,788	<0.001

表 2.2 職種・性別消費金額 (単位 第 1 列;万円:その他;人数)

	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	総計
介護	2	2	2	2	7	3	1	1	1	1	22
(女)				1	3	2			1	1	8
(男)	2	2	2	1	4	1	1	1			14
看護		4	6	3	3	3	5	2	1	1	28
(女)		3	6	1	2	2	4	1	1		20
(男)		1		2	1	1	1	1		1	8
総計	2	6	8	5	10	6	6	3	2	2	50

表 2.3 職種・性別母国送金推定額 (単位 第 1 列;万円:その他;人数)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	総計
介護		1	1		1	4	5	3	2	2	2	1	22
(女)		1	1			2	1	2	1				8
(男)					1	2	4	1	1	2	2	1	14
看護	1	1	2	5	1	5	2	4	3	3	1		28
(女)			1	4	1	4		4	2	3	1		20
(男)	1	1	1	1		1	2		1				8
総計	1	2	3	5	2	9	7	7	5	5	3	1	50



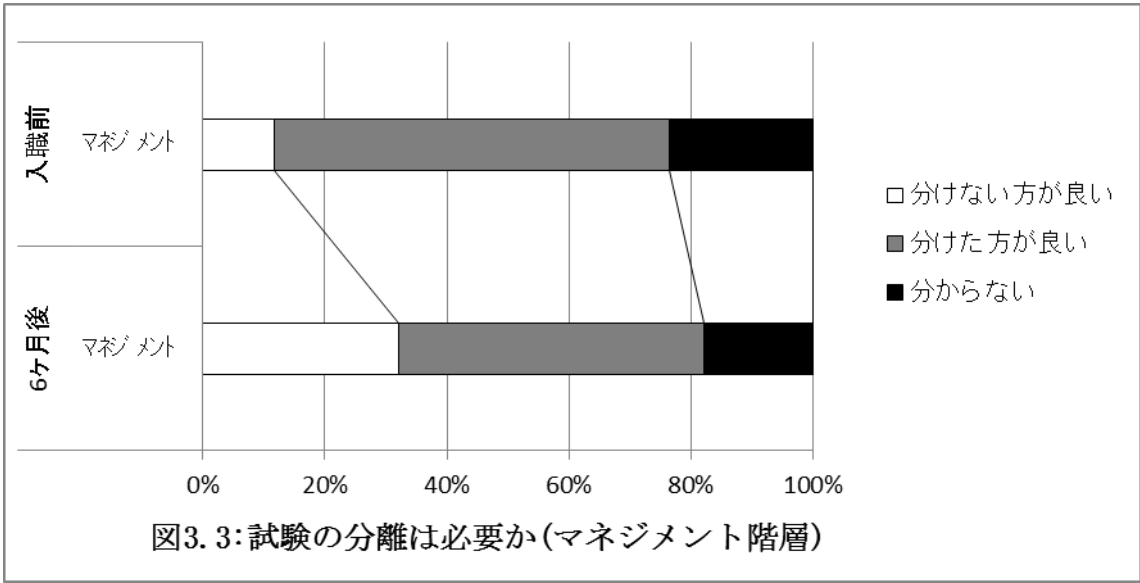


図3. 3:試験の分離は必要か(マネジメント階層)

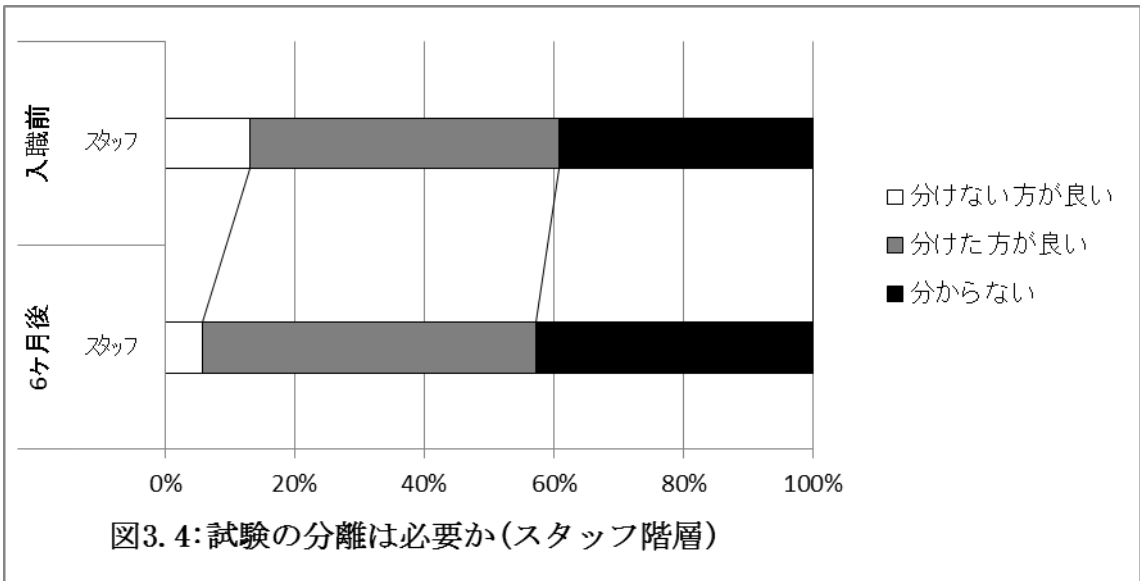
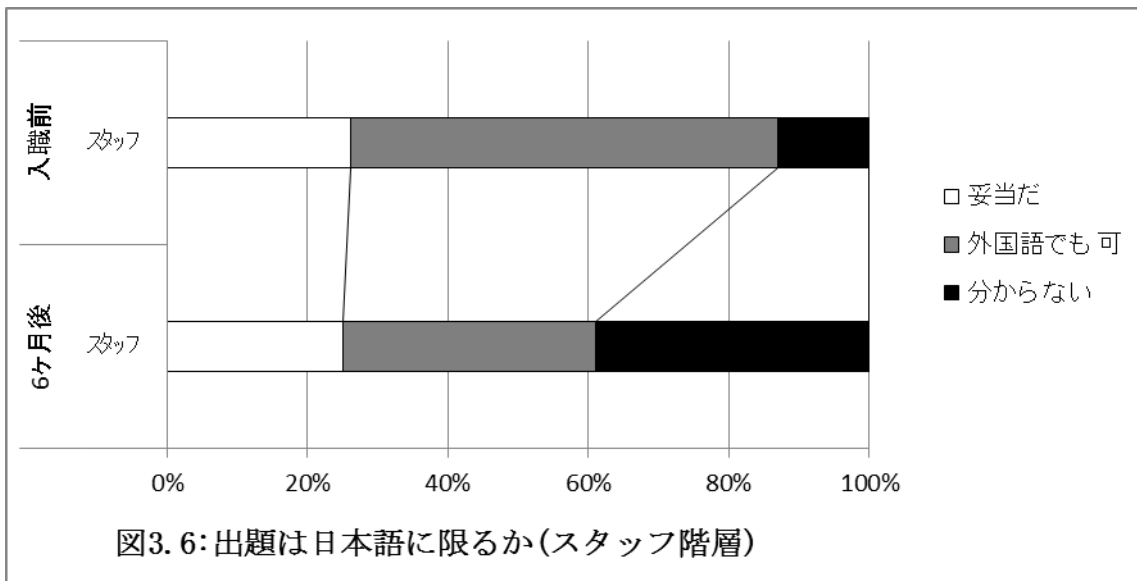
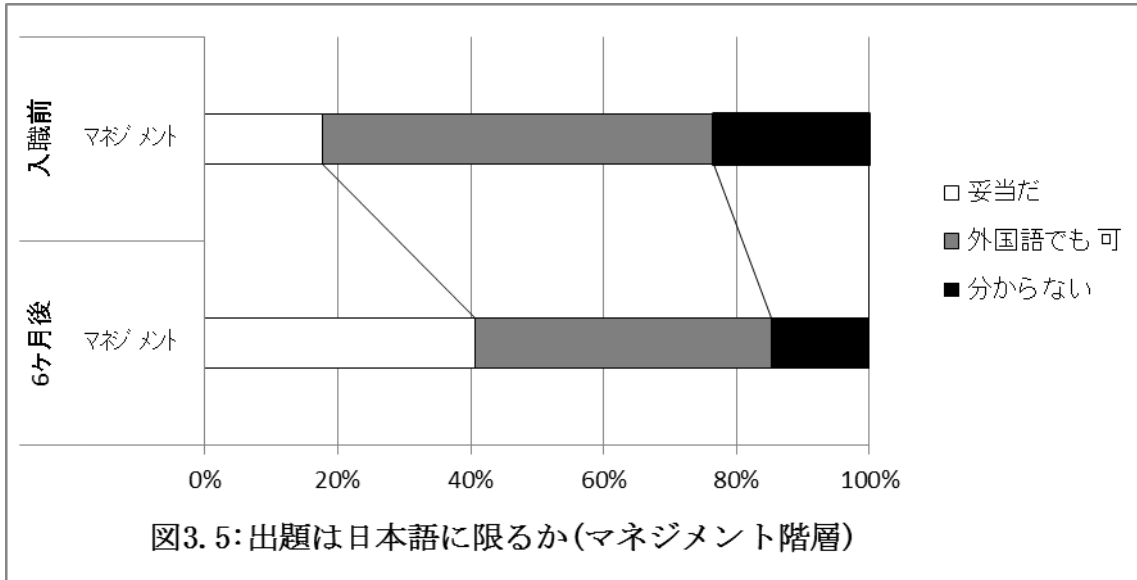


図3. 4:試験の分離は必要か(スタッフ階層)



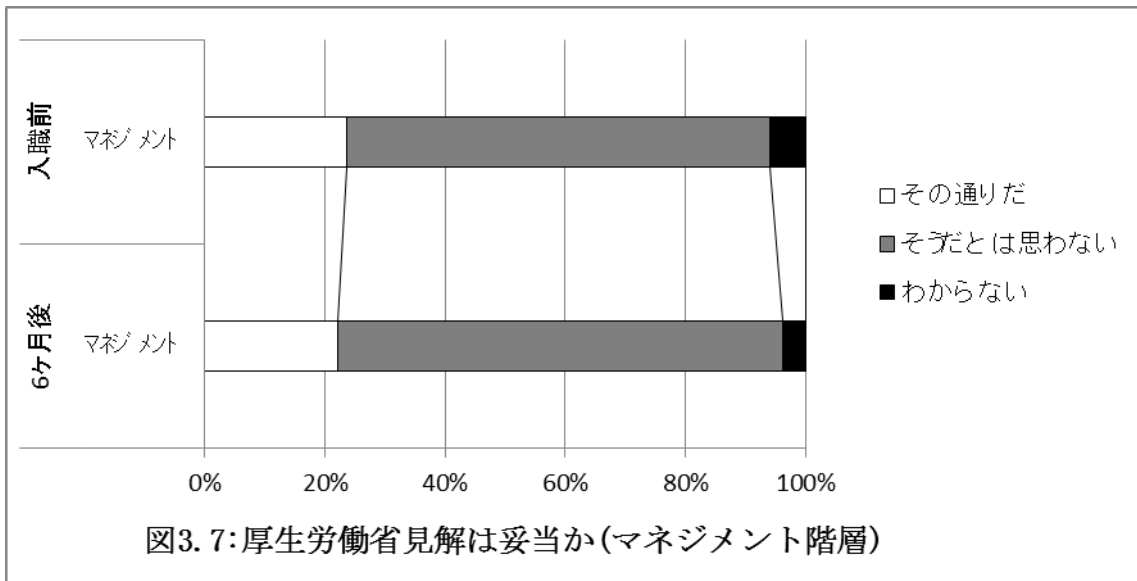


図3.7: 厚生労働省見解は妥当か(マネジメント階層)

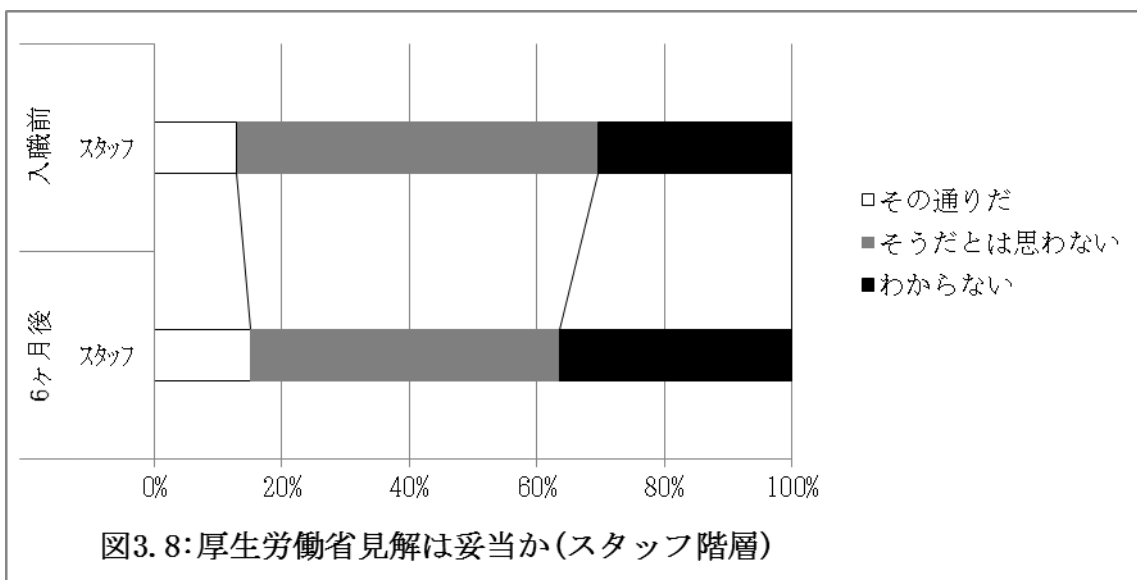
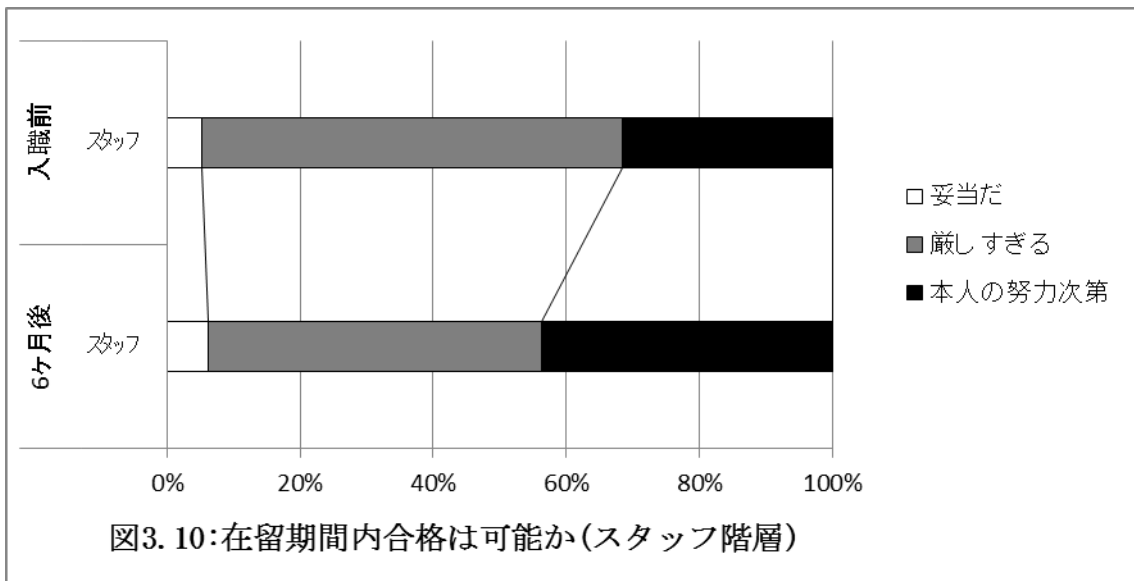
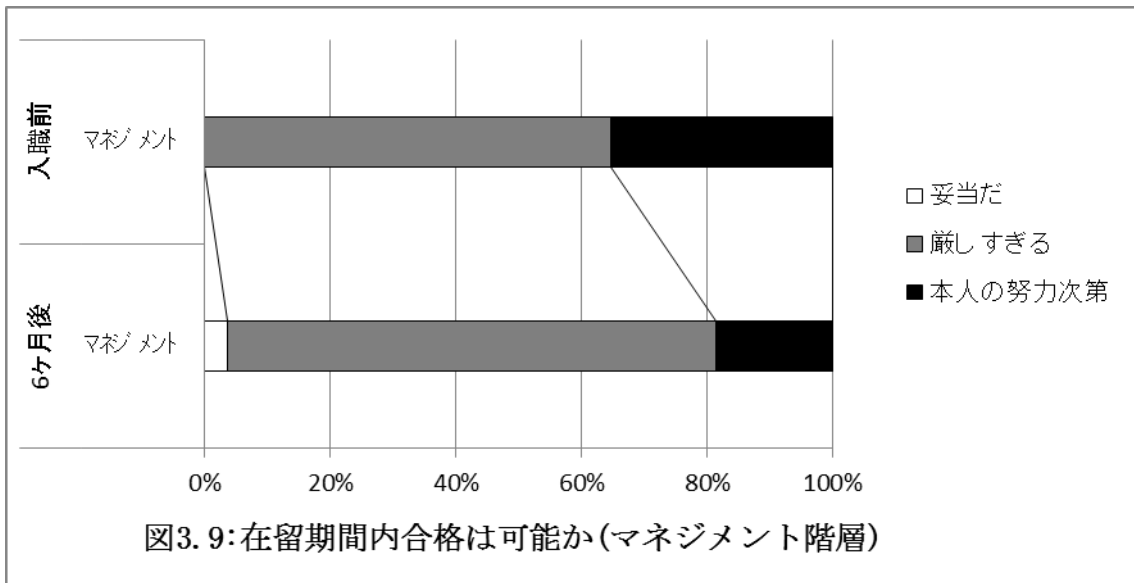
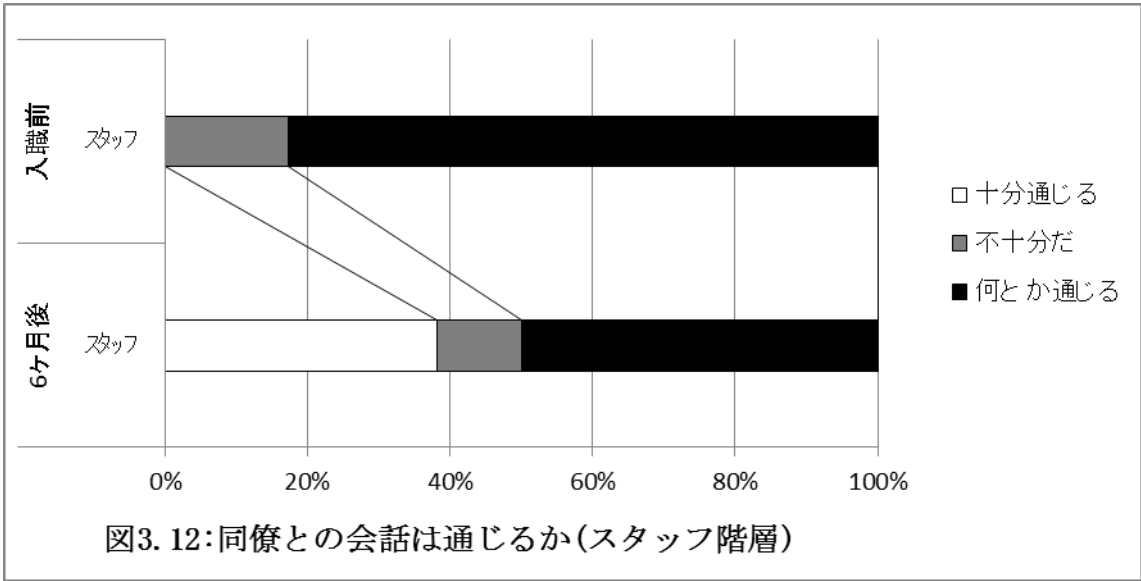
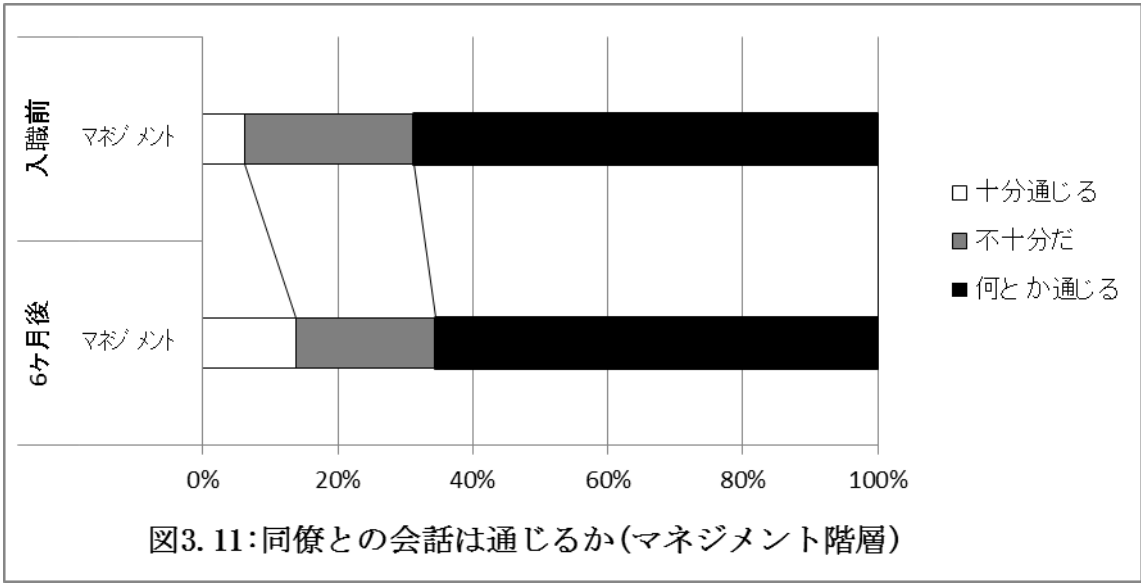
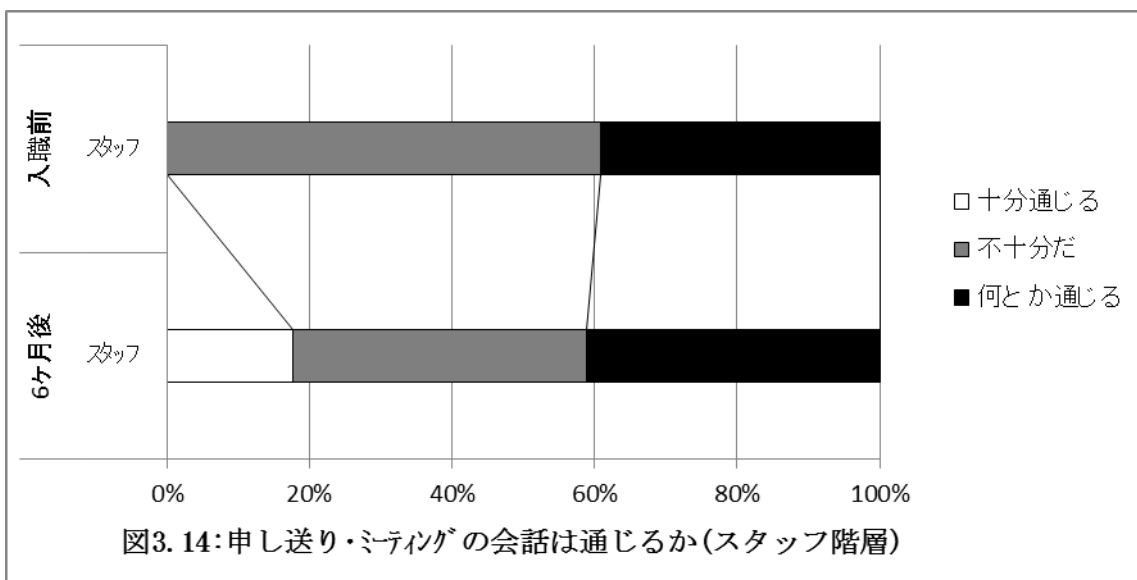
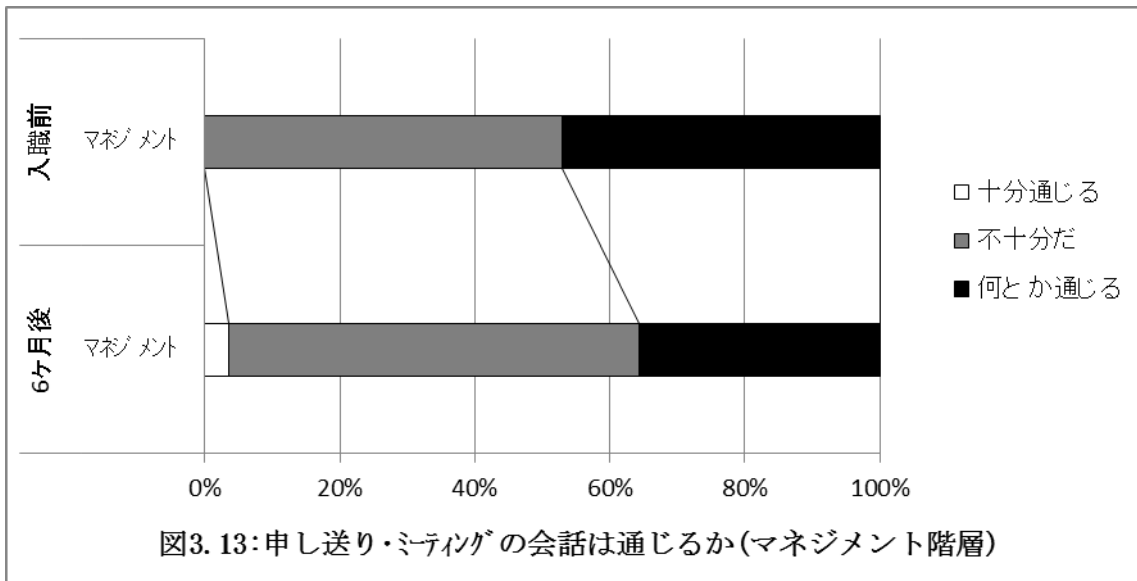
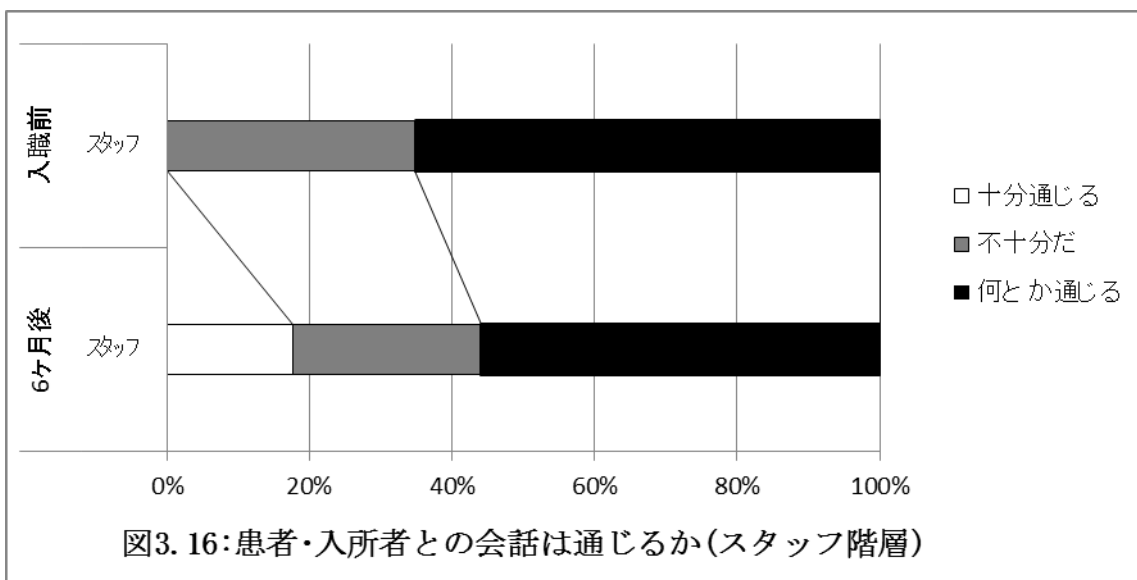
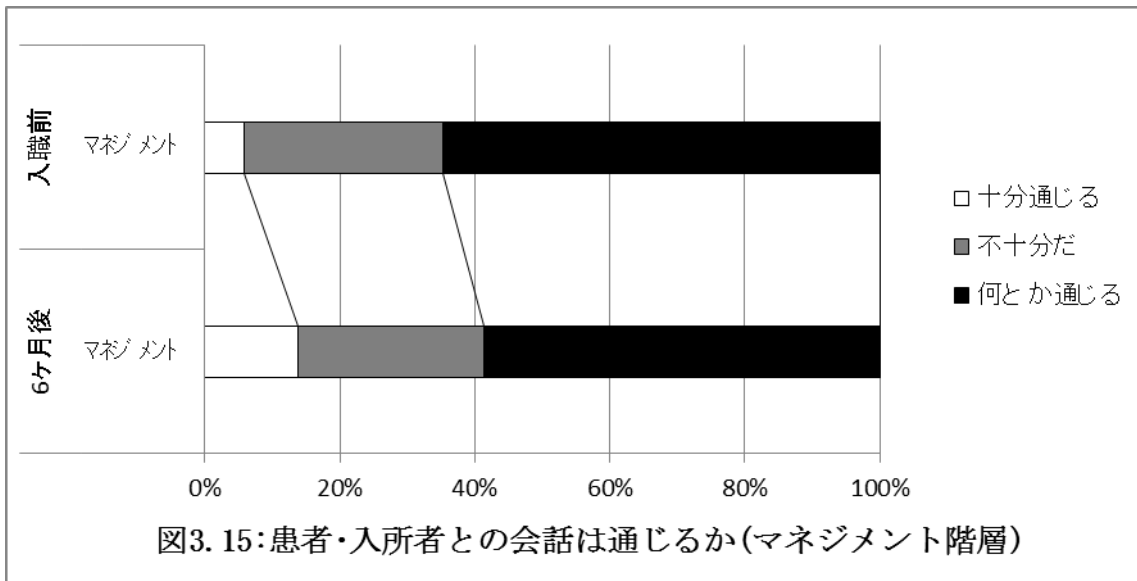


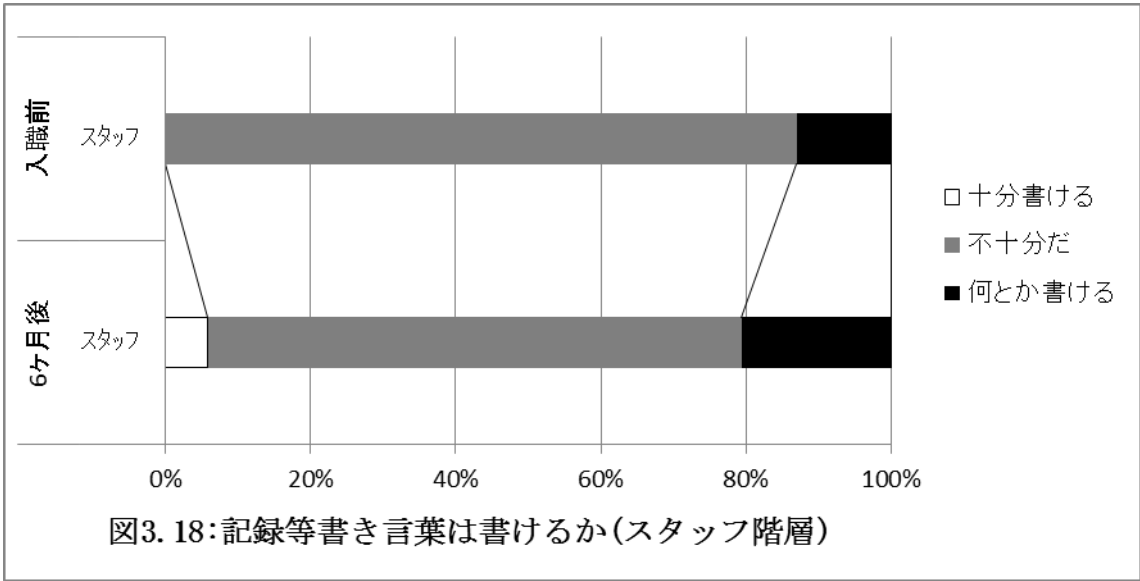
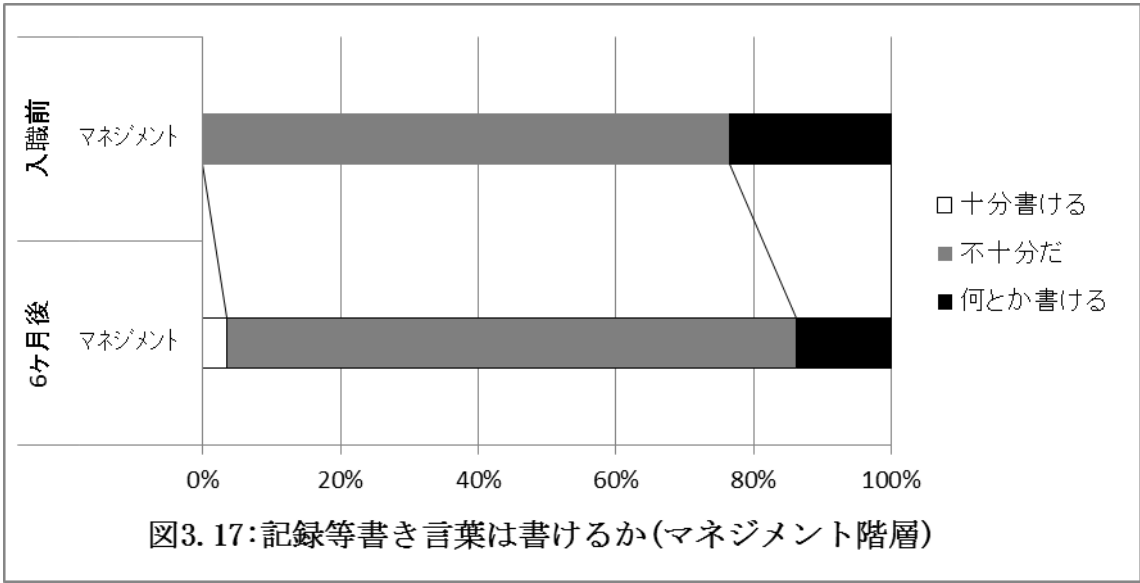
図3.8: 厚生労働省見解は妥当か(スタッフ階層)











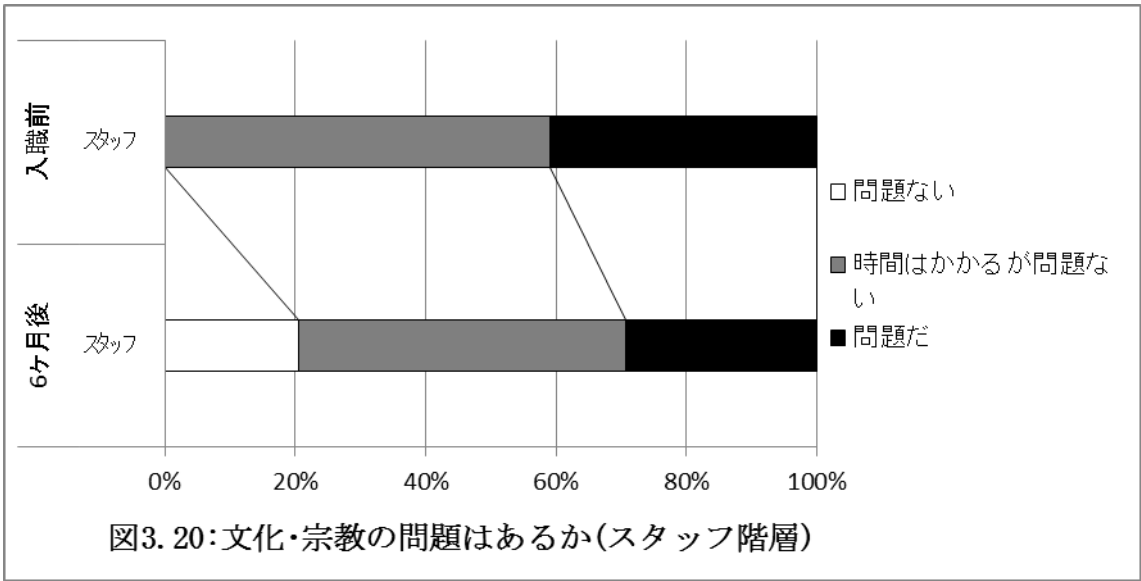
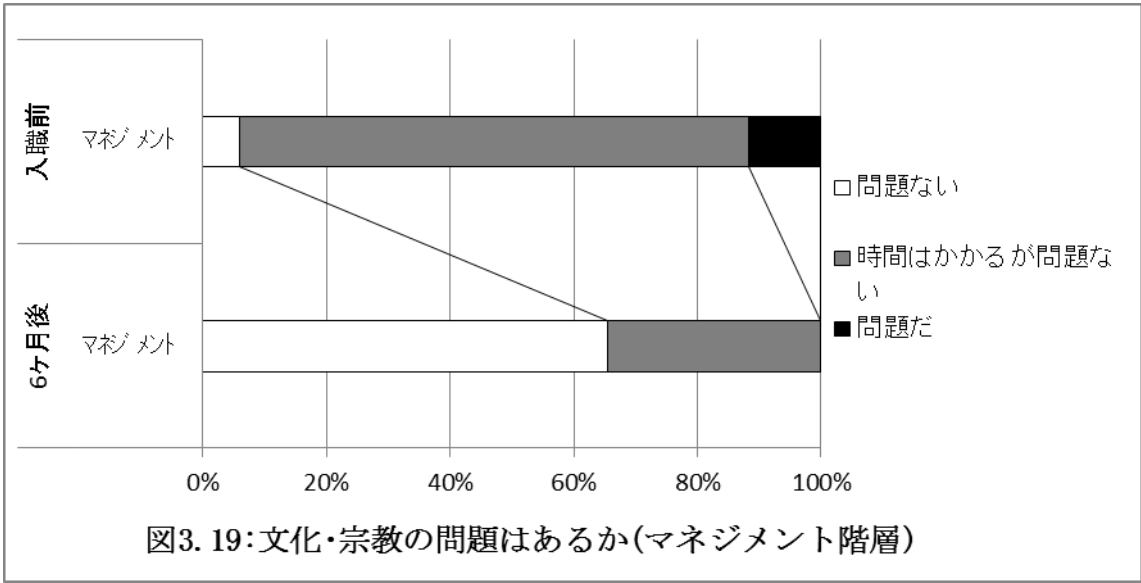


表 4.1 候補者の基本属性

性別	人数	%
男性	3	19%
女性	13	81%
合計	16	100%

年齢	人数	%
20歳～25歳	5	31%
26歳～30歳	7	44%
31歳以上	5	25%
合計	17	100%

宗教	人数	%
イスラム教徒	10	63%
キリスト教徒	6	38%
合計	16	100%

婚姻	人数	% (内、子供有り)	備考
既婚	6	37%	(3) 内1人はシングルマザー
未婚	10	63%	(0)
合計	16	100%	

表 4.2 候補者が来日前に日本での仕事内容を知っていたか。

日本での仕事内容を知っていたか	第1陣	第2陣	合計
知っていた	3	6	9
知らなかった	4	3	7
合計	7	9	16

表 4.3 候補者が日本に行くことを決めた理由(複数回答可)

日本で働きたいと思った理由	仕事内容既知	仕事内容不知	合計
仕事の勉強ができる	7	6	13
家族にお金を送れる	8	4	12
日本で働き続けることができる	5	5	10
給料がたくさんもらえる	5	4	9
進んだ医療の勉強ができる	3	4	7
お金を払わずに日本で働ける	6	1	7
これまで働いてきた経験が活かせる	4	3	7
将来他の外国で働く勉強ができる	4	2	6
日本に行くの良いことがあると言われた	1	1	2

表 4.4 候補者の普段の仕事内容(複数回答可)

いつもしている仕事	仕事内容既知	仕事内容不知	合計
食事介助	9	6	15
排泄介助	9	6	15
移動介助	9	6	15
入浴介助	4	5	9

表 4.5 候補者と日本人患者等との会話が成立しているか？

患者等との日本語会話	第1陣	第2陣	合計
日本人と同様に喋れる	0	1	1
だいたい会話ができる	7	7	14
ほとんど会話ができない	0	1	1
合計	7	9	16

表 4.6 候補者と日本人スタッフとの会話は成立しているか？

日本人スタッフとの会話	第1陣	第2陣	合計
日本人みたいに会話ができる	0	1	1
だいたい会話ができる	7	8	15
合計	7	9	16

表 4.7 候補者が記録を読み書きする能力はどのようになっているか？

記録の読み書きは可能か	第1陣	第2陣	合計
一人で記録の読み書きができる	1	1	2
一人で記録を読めるが書けない	1	1	2
手伝う人がいれば記録が書ける	1	2	3
手伝う人がいれば記録を読める	2	3	5
日本人スタッフに何を記録するか説明できる	1	2	3
記録に関する仕事はしていない	1	0	1
合計	7	9	16

表 4.8 候補者の申し送り等の参加とその内容はどうなっているか？

申し送り等に参加しているか	第1陣	第2陣	合計
参加して患者等の状態を話せる	0	1	1
申し送り等の話の内容がわかる	4	2	6
申し送り等の話の内容がわからない	1	2	3
申し送り等に参加していない	2	4	6
合計	7	9	16

表 4.9 1 週あたり日本語の勉強時間

1週あたり日本語の勉強時間	第1陣	第2陣	合計
1～5時間	5	7	12
6～10時間	2	0	2
11～15時間	0	1	1
15時間以上	0	1	1
合計	7	9	16

表 4.10 1 日あたり仕事時間中の日本語勉強時間

回答者 15 名、無回答者 1 名

1日あたり仕事時間中の日本語勉強時間	第1陣	第2陣	合計
仕事時間中には勉強をしていない	1	1	2
1時間程度	4	4	8
2時間程度	0	2	2
3時間程度	1	0	1
4時間程度	0	0	0
4時間以上	0	2	2
合計	6	9	15

表 4.11 日本語の勉強方法(複数回答可)

日本語の勉強方法	1週あたり勉強時間				合計
	1～5時間	6～10時間	11～15時間	15時間以上	
日本語教師等による合同勉強会	7	0	1	1	9
勤務先に日本語教師等が来る勉強会	8	1	0	0	9
勤務先職員による勉強会	3	0	1	1	5
勤務先で日誌等を書いて添削する勉強	0	0	1	1	2
日本語能力試験の自主勉強	1	0	0	0	1

表 4.12 日本語の勉強で何が難しいか

回答者 13 名、無回答者 3 名

日本語学習で難しいところ	1週あたり勉強時間				合計
	1～5時間	6～10時間	11～15時間	15時間以上	
漢字	6	2	0	0	8
医学漢字	4	0	0	0	4
文法	1	0	0	0	1
話し言葉と書き言葉の違い	0	0	0	0	0
合計	11	2	0	0	13

表 4.13 1週あたり国家試験の勉強時間

1週あたり国家試験の勉強時間	第1陣	第2陣	合計
国家試験勉強はしていない	0	2	2
1～5時間	5	4	9
6～10時間	1	1	2
11～15時間	1	0	1
15時間以上	0	2	2
合計	7	9	16

表 4.14 1日あたり仕事時間中の国家試験勉強時間

回答者 15名、無回答者 1名

1日あたり仕事時間中の国家試験勉強時間	第1陣	第2陣	合計
国家試験勉強はしていない	0	1	1
仕事時間中には国家試験勉強をしていない	4	1	5
1時間程度	1	3	4
2時間程度	0	1	1
3時間程度	1	1	2
4時間程度	0	0	0
4時間以上	0	2	2
合計	6	9	15

表 4.15 国家試験の勉強方法(複数回答可)

国家試験の勉強方法	1週あたり国家試験勉強時間				合計
	1～5時間	6～10時間	11～15時間	15時間以上	
日本語教師等による合同勉強会	7	2	0	2	11
問題集を自力で解いている	2	1	0	0	3
問題集を勤務先の人と一緒に解いている	2	1	0	2	5
日本語が判らないので問題集を解けない	1	0	0	0	1

表 4.16 国家試験合格についての見解

国家試験合格についての見解	1週あたり国家試験勉強時間					合計
	勉強していない	1～5時間	6～10時間	11～15時間	15時間以上	
合格できる	0	2	0	1	1	4
時間があるから合格できる	2	3	1	0	0	6
あまり合格の自信が無い	0	3	1	0	1	5
全く合格の自信が無い	0	1	0	0	0	1
合計	2	9	2	1	2	16

表 5.1 インタビュー実施者 4 人のプロフィール

	A氏	L氏	N氏	E氏
性別	男	女	女	女
年齢	28歳	32歳	32歳	29歳
婚姻	既婚	未婚	未婚	未婚
宗教	イスラム教	イスラム教	キリスト教	キリスト教
出身地	東ジャワ	ジャワ	ジャカルタ	カリマンタン
何陣か	第2陣	第4陣	第2陣	第2陣
国試合否・帰国	合格	合格	不合格・帰国	不合格・帰国
受験回数	3回	2回	3回	4回
延長	1回	0回	1回	1回
合格前身分	看護助手・正職員	看護助手・パート	看護助手・正職員	看護助手・正職員
月給(額面)	12万円	時給1,300円, 月額15万円前後	月給10万円	月給10万円
賞与	夏13万円,冬17万円	夏6千円,冬9千円	夏10万円,冬10万円	夏10万円,冬10万円
母国送金	月6万円	月7~8万円	年20万円	月5万円+年20万円
看護師の月給(額面)	19万5千円	16万円	-	-

表 5.2 ある病院の教育体制

	受け入れ	教育支援	看護師国家試験結果	看護師国家試験結果	帰国
2009年度	インドネシア第2陣5名	専任学習支援者3.5時間/日×週5日	第2陣就労5人中2名受験,3名不受験,合格者0名	-	-
2010年度	インドネシア第3陣4名	専任学習支援者3.5時間/日×週5日+1.5時間/日×週3日+日本語講師2時間/日×週3日	第2陣就労5人中5名受験,合格者0名	第3陣就労4名全員受験,合格者0	-
2011年度	受け入れなし	専任学習支援者3.5時間/日×週5日+1.5時間/日×週3日+日本語講師2時間/日×週3日	第2陣就労5人中5名受験,合格者1名	第3陣就労4名全員受験,合格者0	第2陣不合格者3名帰国,1名延長
2012年度	インドネシア第5陣2名	専任学習支援者3.5時間/日×週5日	第2陣延長者1名合格	第3陣就労4名全員受験,合格者1名	第3陣不合格者2名帰国,1名延長

経済連携協定(EPA)看護師候補者の国家試験までの道程 北斗病院

中村スミ子 表5「当院における教育支援課程と国家試験結果」改変

<http://kankai-shien.net/lab/> 2015/5/3 確認

表 7.1 インドネシア スンバ島における 1 世帯あたり平均支出

単位：ルピア (1 円=100 ルピア)

	消費支出	非消費支出(税)	実支出以外の支出	経常支出	合計
カダハン村	913,975	22,498	90,601	130,790	1,157,864
ウンガ村	853,585	1,600	66,954	195,523	1,117,662
2村平均	883,780	12,049	78,778	163,157	1,137,763

[小池, 2012]を一部改変。

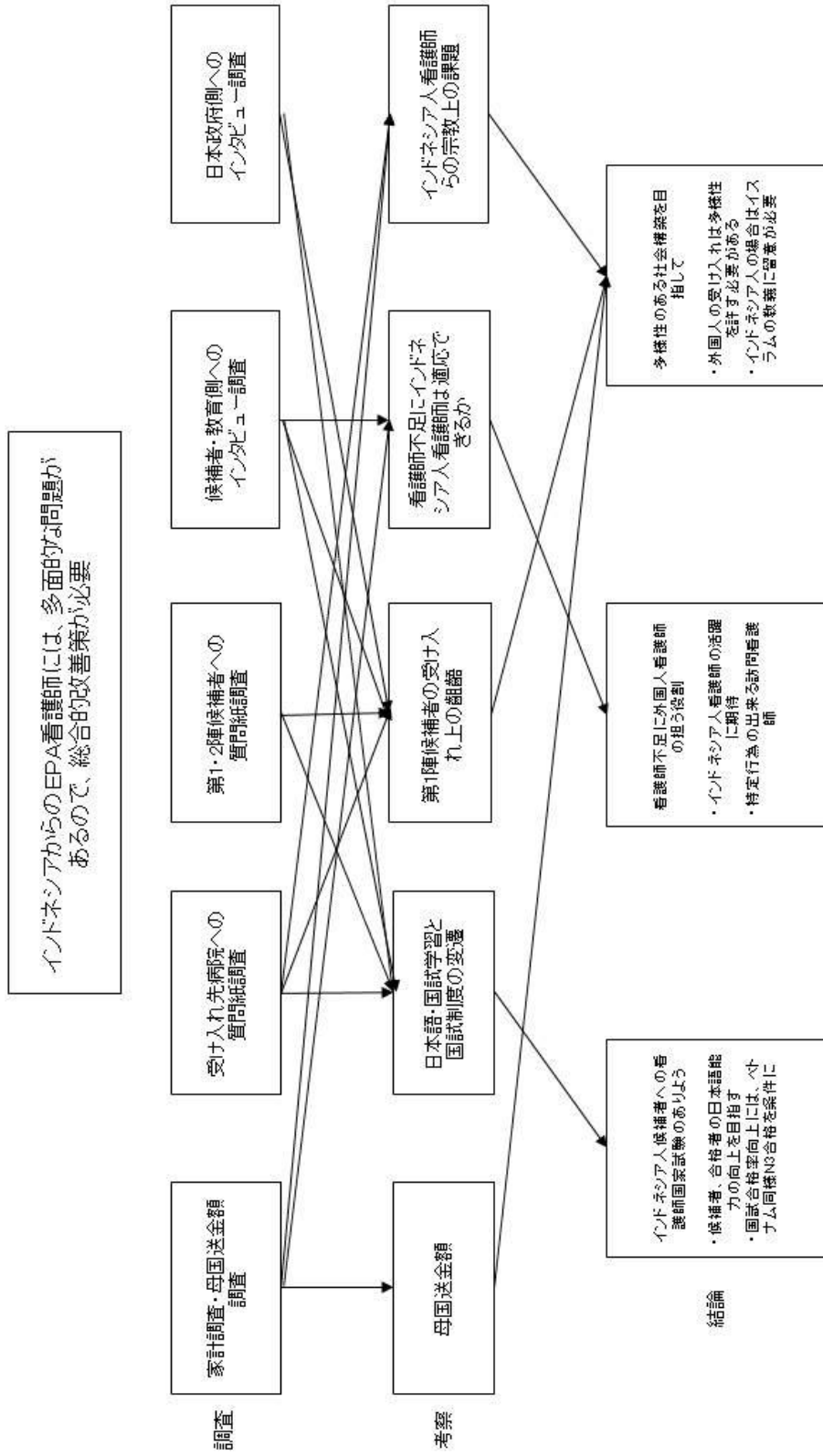


図9.1 フレームワーク 結論

ⁱ現在 EPA に付け加わって、TPP が議論されている。医療分野における TPP の影響については、(1)混合診療の解禁、(2)医療保険(私的保険)の普及拡大、(3)医療への企業参入の促進、(4)医療機器、医薬品の流入の自由化、(5)医療関連人材の流入・流出の活性化、が考えられる。これらについては、今後の日本の医療、特に国民皆保険制度に大きく影響を与える可能性が指摘されている。藤原秀臣(2012)「TPP と日本の医療」『月刊 JA』2012 年 2 月、19-23

ⁱⁱ EPA 枠組みによる受け入れは、人手不足解消ではないと言っていたが、介護士を「留学」→「介護」ビザで受け入れるのであれば、技能実習生の「技能実習」や日本語学校への「留学」が実質的に違法すれすれの労働力となっているのを追認しただけなのではないかと考える。

ⁱⁱⁱ 保健師助産師看護師法 第五条 この法律において「看護師」とは、厚生労働大臣の免許を受けて、傷病者若しくはじよく婦に対する療養上の世話又は診療の補助を行うことを業とする者をいう。

<http://law.e-gov.go.jp/htmldata/S23/S23H0203.html> 2017/05/02 確認

^{iv}社会福祉士及び介護福祉士法 第二条 2 項 この法律において「介護福祉士」とは、第四十二条第一項の登録を受け、介護福祉士の名称を用いて、専門的知識及び技術をもって、身体上又は精神上の障害があることにより日常生活を営むのに支障がある者につき心身の状況に応じた介護（喀痰吸引その他のその者が日常生活を営むのに必要な行為であって、医師の指示の下に行われるもの（厚生労働省令で定めるものに限る。以下「喀痰吸引等」という。）を含む。）を行い、並びにその者及びその介護者に対して介護に関する指導を行うこと（以下「介護等」という。）を業とする者をいう。

<http://law.e-gov.go.jp/htmldata/S62/S62H0030.html> 2017/05/02 確認

^v厚生労働省「介護職員に占める介護福祉士の割合について」によると、2008 年における、介護職員数は 1,279,732 人で、その内介護福祉士の人数は 405,602 人(31.7%)である。その事から考えても、介護施設において、介護福祉士以外が介護の実務の多くを担っているのは自明であろう。

また、介護労働者の就業形態は、非正社員 49.5%(パート 38.5%、常勤非正規 11.0%)に対して、正社員 49.1%である。非正社員と正社員が相半ばする状況では、パート等の労働力も十分必要とされていると考えられる。

<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000000zdft-att/2r9852000000zdr9.pdf> 2017/04/30 確認

厚生労働省「介護福祉士等現況把握調査の結果について」によると、2008 年における正社員介護福祉士の平均月給は、最頻値 150 千円以上 200 千円未満が 39.2%で、平均値は 201 千円(n=78587)となっている。つぎにパート社員の平均時給は最頻値 1 千円以上 1.5 千円未満が 50.9%で平均値が 1.1 千円(n=25253)である。

パート社員には、所得税の非課税枠内に収まりかつ社会保険料(健康保険料・国民年金保険料)もかからない年収 103 万円の壁が存在する。また、年収 103 万円を超えて 130 万円までは、所得税は逡増するが、社会保険料は負担しなくても良い 130 万円の壁がある。

正社員の給与には社会保険料の本人および事業主負担が含まれているが、パ

ート社員は、それを回避するような働き方をしているため、雇用主はパート社員を重宝するインセンティブになると考えられる。

http://www.mhlw.go.jp/bunya/seikatsuhogo/haaku_chosa/dl/01.pdf

2017/05/01 確認

^{vi} 2009年から2014年までの、主としてインドネシア看護師・介護福祉士第1陣から第4陣までの来日から帰国までを受け入れ病院と施設に対してインタビュー調査を行い、さらにインドネシア人候補者たちが母国で学んだ看護学校等へのインタビュー調査、さらに政府関係者へのインタビュー調査を行っている。

^{vii} 雪玉サンプリングとは、「非確率サンプリング」の一種で「キーインフォーマントに適当な人を挙げて貰う」事を繰り返し、標本(被験者)を母集団から抽出する方法である。http://minato.sip21c.org/oldlec/social_research_p04.html 参照
2016/12/09 確認

^{viii} 生活保護は、「すべての国民に最低生活を保障し、困窮の度合いに応じて必要な保護を行う制度」で、「社会保険を利用するなどしても、まだ最低水準以下の生活である世帯に対して、一定の要件のもとで実施される」とされている [兵庫県司法書士会, 2016]。根拠法は、日本国憲法 「第二十五条 すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する。国は、すべての生活部面について、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない。」ならびに生活保護法 「第一条 この法律は、日本国憲法第二十五条に規定する理念に基き、国が生活に困窮するすべての国民に対し、その困窮の程度に応じ、必要な保護を行い、その最低限度の生活を保障するとともに、その自立を助長することを目的とする。」ものである [法務省, 2016]。

^{ix} 2009年9月～12月までを半年経過後の2回目調査としているが、インドネシア看護師・介護福祉士候補者第1陣は、2009年1月から各病院・施設において就労が始まったため、調査は正確に6ヶ月経過後よりは少し遅れたタイミングで集計されている。

^x [浅井 宮本, 2011]26p、3.3.1.「候補者」の実際の職務に対する保健省の驚き「インドネシア側は、看護師候補者の実際の責務や雇用関係について十分理解していなかった。」

^{xi} [浅井 宮本, 2011]22p、3.1 看護人材をめぐる日本政府とインドネシア政府の意味のズレを参照

^{xiii} 食べたものは口腔、咽頭、食道と移動する。多くの筋肉が関与する協調運動で、無意識に作動する反射である。中枢は延髄にある。

^{xiii} 現象学とは「現実を絶対なものではなく、間主観的な構築物であるとする考え方である。」「現象学の「使用」は所詮とってつけたレトリックの域を出るものではない」という批判が多い [浜本, 1984]。

^{xiv} 医療型療養病床：病状が安定している長期療養患者のうち、密度の高い医学的管理や積極的なリハビリテーションを必要とする者
介護型療養病床：病状が安定期にあり、療養上の管理・看護・介護・機能訓練

が必要な要介護者（療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護その他の世話および機能訓練その他必要な医療を行う）

厚生労働省(2015)「療養病床の医療法上の取扱い」より引用

<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihoshou/iryouseido01/pdf/ryouyou01e.pdf>

2015/05/11 確認

^{xv} K氏の述べた「手順知識」は、「手続き的知識」と同等の意味である。

科学辞典：「宣言的知識と手続き的知識」参照

<http://kagaku-jiten.com/cognitive-psychology/higher-cognitive/procedure-and-declaration.html>

2016/12/27 確認

^{xvi} ムード／モダリティ「日本語教師のページ」より引用

<http://www.nihongokyoshi.co.jp/manbow/manbow.php?id=921&TAB=1>

2015/04/24 確認

^{xvii} 「メタストラテジー」は、K氏に後日(2016年3月)確認したところ「メタ認知ストラテジー」を指す語である。

「メタ認知ストラテジーとは、言語学習を効率的に進めるため、学習者自らがとるストラテジー。学習を促進するために、自分の学習目的を明確にして、その実現のために学習計画を立て、実行し評価するなどの方策をとる。」と定義される。

「メタ認知ストラテジー」日本語教師のページより引用

<http://www.nihongokyoshi.co.jp/manbow/manbow.php?id=289&TAB=1> 2016/03/09

確認

K氏は後日談において、

外国人学習者(看護師等)は一所懸命に勉強していますが、「今勉強しているのは、国家試験範囲のどの部分なのか」「この問題は、国家試験範囲の何を質問しているのか」「問題作者の意図は何なのか」などについて考えません。(外国人看護師等に教育を行うのにあたって)それらの解説を加えている。

と述べた。

^{xviii} 記憶の種類：意味記憶とエピソード記憶

「意味記憶は覚えようと意識して覚える知識、体験ではなく学習によって獲得される記憶で、抽象的な記憶とも言える。

エピソード記憶は人生の個人的な経験の記憶を言い、とくに覚えておこうと意識しなくても、自然に覚えているのがこの記憶の特徴。」

「エピソード記憶と意味記憶」記憶と創造の脳科学 より引用

<http://brain-create.net/science/episode.html> 2015/05/12 確認

^{xix} K氏は後日談(2016年3月)として、外国人看護師候補者の看護師国家試験の解答指針として、

国家試験の6割は「簡単な問題」3割は「チョッと難しい問題」1割は「難しい問題」です。合格ラインは100点満点(換算)で65点。「簡単な問題」は自分で勉強しても80%ぐらいはできるようになります。これで48点。

「難しい問題」はお手上げ(全く解けない)でも、まぐれで2点ぐらいは期待できます。残りの15点は「チョッと難しい問題」で、つまり3割で15

点だから、半分できれば OK です。だから、私 (K 氏) の勉強会ではチョッと難しい問題を半分できるような実力を目指しています。

と述べた。

xx 「SOAP」は、問題志向システム (POS : Problem Oriented System) で患者の経過記録を書く時の形式を指す。問題志向システム (POS) では、患者の基礎データを収集し、分析し、問題を抽出する。そして、抽出した問題ごとに SOAP で経過を書く。ある 1 つの問題について、S (患者の主観的データ) と O (客観的データ) を集め、それらを根拠に A (解釈、分析、評価) し、今後、看護師はその問題をどうしていくのかという具体的な P (計画) を立てる。

以下具体例を述べると、
眠剤の管理について

S(患者の主観的データ)「全然眠れなかったもので、自分で持っていた眠剤を追加して飲んだ。」持参薬(眠剤)を預けて頂くよう説明したが、「いちいちナースコールで呼ぶのも面倒だし、元々自宅で飲んでいたので、渡す必要はない」「2錠で効く日もあれば、4錠飲むこともある」

O(客観的データ)O 時に頓用の眠剤を手渡した。その後、相談なく追加し、指示された 1 回量の倍は飲んだ様子だが、ふらつきなどの副作用はなし。

A(解釈・分析・評価)眠剤を自己管理したいというが、量や効果、副作用について知識がなく、危険。

P(計画)眠剤の管理方法について、主治医や薬剤師と検討し、改めて患者と話し合う機会を持つ。

落ちない SOAP(2015) : 7. 落ちない SOAP 結末(落ち)のない SOAP 記録より引用

<http://www.nissoken.com/book/1404/1404.pdf>

2015/05/20 確認

xxi 第 102 回看護師国家試験の合格ラインは、必修問題 50 点中 40 点、一般問題状況設定問題が 250 点中 160 点(64%)が合格ラインであった。

http://www.nkokushi.com/shiken_outline/oukaku_line/「看護師国家試験.com」合格基準、ボーダーラインより引用、2015/04/25 確認

xxii インドネシア人候補者の勉強時間は A 氏、L 氏、N 氏、E 氏の語りより計算。

xxiii PISA2000 を使う理由は、調査を行った 2000 年に 15 歳児だった人が、筆者が行ったインタビュー(2013 年)に 28 歳である。そのため、国家試験合格者の看護師 A 氏などは、ほぼ同年齢であり、比較するのに適切であると考えられる。

xxiv JICWELS 等の候補者たちに対する宿泊研修会

[浅井, 宮本, 箕浦, 2015]によると、JICWELS 等が主催する宿泊研修会が年 3 ~ 4 回行われている。ここで筆者が調査対象としていた、インドネシア第 1 陣、2 陣の候補者に対しては、JICWELS の宿泊研修会が実施されていなかったのであるが、浅井らの研究では、現在ではそれが行われるようになってきており、開催地までの交通費や講師費用は JICWELS 負担となっており、候補者ほぼ全員が参加している。

筆者が 2010 年 12 月に参加したガルーダサポーターズの宿泊研修会は、まだ

ボランティア講師が中心になって教育を行っていた時期であり、参加費 1 万円は病院等が好意的に負担するか、もしくは候補者の個人負担の状態であった。

また、ガルーダサポーターズは 2014 年 11 月末日をもって組織が消滅してしまっただが、一定の役割を果たし終えたのであろう。

ボランティア組織に頼った教育から、それを引き継いで JICWELS が宿泊講習会を行うようになったのは、やはり個々の病院等のみで教育を担うには負担がやはり重いという事に対する、当然の帰結であったのであろう。

^{xxv} K 氏は、筆者の質問に、2016 年 9 月 2 日に回答した。

^{xxvi}厚生労働省が発表した「経済連携協定に基づく受入れの枠組」

(http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-11650000-Shokugyouanteikyokuhakenyukiroudoutaisakubu/epa_base_2810.pdf)によれば、2014 年度から、インドネシア人看護師候補者の日本への入国条件が厳格になっている。2013 年度までは「N5 程度を目標とする」が、2014 年度以降は「N5 程度以上のみ」、さらに 2016 年度以降は「N5 相当以上のみ入国可」

(http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-11650000-Shokugyouanteikyokuhakenyukiroudoutaisakubu/indonesia_scheme_h28.pdf)と変更されている。2016/12/18 確認

^{xxvii} (Germack, et al., 2015) は、英国以外で教育を受けた看護師が NHS の病院においてケアを行った際の患者満足度をロジスティック回帰分析している。分析結果として、英国以外で教育を受けた看護師が 10% 増加すると(1)ケアが非常に良くなる、もしくは最上であるとする者が 12% 減少する(調整済みオッズ比 = 0.88、95% 信頼区間 0.83-0.93、p 値 = 0.001)。(2)常に看護師を信頼・信用できるとする者が 13% 減少する(調整済みオッズ比 = 0.87、95% 信頼区間 0.84-0.91、p 値 = 0.001)等を得ている。結論として、NHS の病院において英国以外の教育を受けた看護師は、低い患者満足度しか得られない。移入した看護師を英国内で教育された看護師の代わりとすることは、ケアの質を落とすことになる、としている。[成瀬 石川, 2013]で示された、外国人看護師(Germack らが「英国以外で教育を受けた看護師」とした対象と実質的には同じと考えられる)の看護師および看護の質を担保するシステムが、当該国にはあるにもかかわらず、上記のような結論を得ていることは、英語を母国語としない看護師の限界を示しているのかもしれない。日本における EPA 枠組みで受け入れたインドネシア人看護師についても、英国における調査結果にならって、国家試験合格後であっても、もっと日本語に対する習熟が必要であると考えられる。

^{xxviii} ブローカーの斡旋によるインドネシア人看護師等の海外送り出しの詳細については [奥島, 2014]が詳しい。

^{xxix}[福本, 2011]は、実際に提訴された医療訴訟 4 件を質的分析して、医療過誤がなぜ提訴に至ったのか、またそうならないためにはどのような対応が望ましいのかを示している。

患者側が提訴に至る理由として、

(1)原告(患者側)は、(どのような経緯で死亡したのかという)事実が知りたいという理由で提訴している。

(2)悪い結果が発生し、その結果が患者側の想定外の場合訴訟化しやすい。

(3)事後説明が不十分ないしは行われていないと患者側が感じると訴訟化しや

すい。

(4) 事後説明が不十分ないしは行われていないと、患者側は自身の経験や関与者の影響により疑念と不信を強める。

としている。

上記を踏まえて、事前説明を越える重大な事態(患者の死亡等)が生じた際、医師は速やかに、積極的に患者に説明を行う必要がある、としている。

想定外の悪い結果が生じた際には、

(1) 患者側の説明要求には可能な限り速やかに応じる。

(2) 医師は説明を積極的に行う。

(3) 担当医は説明の場に同席するが、1人では対応させず集団で対応する。

(4) 患者側の聞きたいこと知りたいことを把握する。

(5) 説明時点で明らかなことと不明なことを明確に伝える。

(6) 患者側と接触の多い担当看護師を同席させる。

(7) 業務等で中断中座することがあっても時間を十分取る。

としている。

この研究からも、訴訟を回避するためにも、医療を提供する側の患者に対する十分な説明が求められるケースが多くなっていることがわかる。

^{xxx} K氏は、EPA 枠組みで国試を合格し就労している外国人看護師について、「合格した人が戦力になっているのかも疑問で、私の知る限り看護記録は書けません。」と述べた。

^{xxxi} 近年、中東の紛争に伴って、シリア難民が急増している。ヨーロッパ各国は、国内事情が許す限り、受け入れを行ってきたが、日本においてはシリア難民を受け入れたという報道はなされていない。

^{xxxii} K氏は、筆者の質問「(EPA 枠組みでの看護師受け入れは、現状)日本の看護師不足の充足に期待できるか？」との問いに、「現在の合格数では私は絶望的とみています。合格率が改善しても、派遣者数が大幅に増加しない限り、労働力として期待するのは幻想です。」と答えた。

EPA 候補者を間近に見てきた K 氏の言葉は重いと感じる。今後、EPA 枠組みのさらなる変革が求められよう。