

いう歴史がある。「彼らは多くの生徒をセカンダリーまで進学させた。だから A 小学校は大規模校になることができたのだ」(教師 K)。

2.2. アスリートの精神と、それにもとづく圧迫的な指導の存在

A 小学校には、厳しい現実を生き抜くために、とにかく学問の汗をかくべし、というようなある種のアスリートらしい態度が存在する。学校で行われる指導(教師に対する指導、生徒に対する指導)のあれこれは非常に緊迫した雰囲気であり、時には体罰も用いた圧迫的なものにもなる。これは「生徒たちは教育の重要性を理解できないため、厳しく指導しなければすぐに勉強を怠る」と教師たちが考えていることが背景にある。A 小学校において試験とは、子どもたちが学業に対して日々いかにまじめに取り組んだかどうかを測定するものである。

2.3. 競争主義をめぐる教師や生徒のやり取り

(1) 教師の保護者に対するイメージ

教師たちは、子どもたちにはそれぞれ能力の差が存在することも分かっている。受験中心な学校のあり方は、学業以外の子どもの可能性を制限する危険性があるという戸惑いも抱いている。子どもに対して知識の詰め込みを積極的に行う一方で、多くの生徒の行く末を見てきただけでなく、保護者は子どもの成績にしか興味がないという信仰が子どもたちについて悲壮感を持って語らせる。「保護者たちは私たちが学校で何をしているのか興味はない。ただ興味があるのは自分の子どもの成績が高いか低いかだけ。ほとんどの保護者が教育を受けたことがないのだから教育の意味は想像できないのでしょうね」(教師 W)。

(2) 生徒の努力促進の中に見出す教職のやりがい

また、学歴社会という現実が厳然と存在する中で、生徒の成績が「能力」と「努力」によって決まるのであれば、教師として唯一干渉できる「努力」にやりがいを見出そうとするのかもしれない。「生徒によって能力は違う。それでも努力をすれば状況を変えられるかもしれない。教師としては生徒が良い成績を取れたら嬉しいです。それは私たちが生徒たちの努力に貢献できたということですから」(教師 B)。

(3) 競争主義的な教育に対する生徒の反応

子どもたちは「勉強は楽しい」、「試験は好きだ」と答える。その一方で、常に他人と比較される緊張感や、成績がすべてで努力した分は無意味なのだ、という恐怖心やストレスから、受験に対して反応的に行動している者もいる。かりに勉強が好きだと答えていても、その理由として友人同士で教え合うなど、仲間との関わりがあることを挙げる者もあり、勉強そのものが動機づけとして作用しているとは限らない。彼らにとって競争の存在は、ストレスなど様々なネガティブな影響を与える反面、友人とのつながりを感じられる機会でもある。

3. 考察

教師や生徒にとって競争主義的な学校のあり方は保護者やコミュニティからのプレッシャーだけに基づいているものではない。教師にとっては教職としてのやりがいであり、生徒にとっては友人とのつながりを感じられるものでもある。保護者が学校を選ぶ際に、試験の成績は重要な意味を持っていることは明らかであり、教師たちは保護者に対して試験の点数しか興味を示さないと強く考えているが、「保護者は成績以外に教育の意味を見いだせない」と言い切れるのかという点については疑問である。保護者やコミュニティから見た教育の意味は十分に解明しておらず、教育の意味をめぐるダイナミズムを把握するには今後さらなる検証が必要である。

参考文献

- 澤村信英 (2006) 「受験中心主義の学校教育—ケニアの初等教育の実態—」『国際教育協力論集』9巻2号、97-111頁。
- 志水宏吉 (1990) 「学校文化論のパースペクティブ」長尾彰夫・池田寛編『学校文化—深層へのパースペクティブ—』東信堂、11-42頁。
- Arthur, J. (2001) Perspectives on Educational Language Policy and its Implementation in African Classrooms: A Comparative Study of Botswana and Tanzania. *Compare*, 31(3), 347-395.
- Prophet, R. B. & Rowell, P. M. (1993) Coping and Control: Science Teaching Strategies in Botswana. *International Journal of Qualitative Studies in Education*, 6(3), 197-209.

(2)

ケニアの小学校において友人関係形成が果たす役割 —社会・文化的背景から読み解く—

十田麻衣

1. 研究の背景と目的

教育の量的な拡大と質的な改善は、トレードオフの関係にあってはならないことは誰もが認識している。万人のための教育 (Education for All: EFA) の達成状況を評価する『EFA グローバル・モニタリング・レポート』2005年版では、教育の質を取り上げ、「教育の質の理解・評価・改善のための枠組み」が提示され (UNESCO 2004, p. 36)、個人やそれぞれの社会の実情を反映した要素が組み入れられた。そして教育の質には普遍的な定義はなく、試験の結果による評価は困難であると結論づけている。

ケニアにおいては、2005年に策定された「教育部門支援プログラム2005-2010 (Kenya Education Sector Support Programme: KESSP)」に沿って教育の基本的な計画が設

定・遂行されており、教育の質改善に向けた達成目標やその評価指標が示されている (Ministry of Education, Science and Technology 2005a)。しかしここで言う「質」の目標や評価は、全国統一初等教育修了試験 (Kenya Certificate of Primary Education: KCPE) の結果により規定されているのである。

政策や学歴社会の圧力によって教育現場は試験対策中心の詰め込み教育になっている。しかし知識や技能習得以外にも人間関係形成、特に友人関係の形成が果たす役割は決して小さくなく、学校教育ならではの成果と言える。ケニアの政策文書における教育の目的には、学校教育を通して対人関係に関する基本的な姿勢を身に付けることが掲げられている (Ministry of Education, Science and Technology 2005b, p. 28)。実際、ケニア農村部の小学校において学校が担う役割や就学の意味について、教師や生徒を対象とした研究によれば、教科学習以外の就学理由として、特に生徒からは「友人関係の構築」が挙げられている (澤村・伊元 2009, p. 123)。つまり教育の成果として対人関係が豊かになることに期待が寄せられているのである。

本研究の目的は、ケニアの小学校における友人関係の形成が、教育の質を構築する要素のひとつとして果たし得る役割について、学校生活の実態から問い直すことである。これはこれまでの教育開発研究においてほとんど検討されてこなかった観点である。

2. 友人関係の定義と分析の視点

友人関係の定義は学問領域により多様で複雑である。浅川 (1996) による心理学分野、宇留田 (1979) による教育学分野における友人関係の定義を踏まえ、本研究では「同年代の対等に付き合うことができる者で構成された仲間集団内における、親愛感によってつながり合う関係」を友人関係の定義とする。

友人関係研究の基礎とも言える心理学では情緒・感情的な視点で進められてきた。Bigelow (1977) や Epstein (1989) などの代表的な研究では、子どもの発達段階に着眼し、それに伴う友人概念の形成段階を提唱している。一方で、情緒的な友人同士の繋がり的重要性を認めつつも、友情の社会的意義や効用を最初に解明したのは Allan (1989) であった。彼は、社会の構造や階層など社会との関係性を解き明かすことに関心を寄せる社会学的視点から友人関係を分析している。そして友人とは社会生活において一資源であり、その資源が与えてくれる最たる恩恵は個人的なサポートであると結論付けている。これら先行研究に共通して明らかにされたことは、友人関係は伝統文化や社会背景と不可分の関係にあり、さらに言えば学校 (環境) とも密接な関係にあるということだ。

3. 調査結果：友人関係を表す “helpfulness” と “sharing”

現地調査はナロック県ススワ地区に位置する公立校の A 小学校で実施した。在籍生徒数は 850 人 (うち女子 425 人)、教員数は 24 人 (うち女性 13 人) である。この小学校の特徴は地域内で成績優秀校として知られていることである。

子どもへのインタビューから得られた友人関係を象徴する“helpfulness”と“sharing”というキーワードを軸に、子どもと教師による友人関係の見解を整理する。

子どもたちは友人の要素として、ほぼ間違いなく最初に“helpfulness”を挙げる。これらの言葉には〈助けてくれること〉と同時に〈助けること〉でもあり、双方向的な意味合いとして子どもたちは使っている。学校の友人にしか話せないことは何かと尋ねると、「勉強を教え合うことがいちばん。分からないことを聞いたり、勉強の相談をしたりするのは、学校の友だちにしかできないもの。」(少女J)と返ってきた。この言葉からは、物の貸し借りに留まらず、精神面での助けられる・助ける関係でもあることが読み取れる。不安を分かち合うことは“sharing”としての要素も含んでいる。

彼らは普段の学校生活で生じる問題、家族や恋愛に関するプライベートな話を友人に共有することを“sharing”という言葉で表現していた。子どもたちは友人を同じように夢を持つ〈同志(fellow)〉と捉えている側面があり、この意識が勉強に関する苦しみ分かち合いを促している。一方で寂しさや辛さなども友人に対し露にしており、日常生活を精神的に支え合いながら乗り切っている擬似家族的な友人像も浮かび上がった。少女Sは「友だちに(家族に会えない寂しさ)を話して、分かち合って、理解してもらうの。転校してきたばかりでひとりで寂しかったときに親切にしてくれたSは親友で、なんでも話すわ。」と教えてくれた。これら子どもによる友人関係の要素は、有機的に影響を及ぼし合いながら、助け・助けられる関係、自己を開示して気持ちを共有する関係を形成していくことで、友人関係が具体的に体系化されている。

一方で、ひとりの女性教師は友人関係内の道徳性や規律に関する指導の必要性を強調し、子どもの友人関係に内在する限界を指摘している。友人間でしか培われない社会性があることを認める一方で、対等に付き合える関係にあるからこそ生じてしまう友人間での心理的な圧力がある。そうした重圧が倫理性の欠如を招き、学校から逸脱せざるを得ないような行為(たとえば過度な校則違反や妊娠)に発展してしまうケースも稀なことではない(伊藤・澤村2011)。このような負の影響も子どもの友人関係の重要な一側面である。

4. 考察

学校生活の中心である子どもと教師から得られた友人関係に対する見解について、ケニアの文化・社会的背景から分析し、学校で形成される友人関係の持つ意味や、果たしうる役割をより広範な視点で捉え、社会的意義・効用についても考察する。

まず友人関係形成が果たす役割として挙げられるのは子どもの社会性習得である。友人が子どもの社会化に寄与していることは一般的に知られていることであるが、ここで注目したいのは社会化が生起する社会背景である。ケニアの小学校において、とりわけ教師が重視している他者理解力の体得は、エスニシティの多様性に起因している。教師は、子どもたちが卒業した後には多様な民族の人々と出会い、関係を築く際に、他者(とりわけ異なる民族の人)を排除せず適切に理解できるようにする態度やスキルの習得を意識している。表面的には教科指導であったとしても、その背後には多様なエス

ニシティの人びとが共存するケニアの社会が求める社会性の習得が隠されている。

続いて挙げられるのは「共感に基づくサポート」的資源を獲得できることである。年々、激しさを増す受験競争の環境下に置かれている子どもたちは、支援提供者である友人からの物質的かつ精神的サポートをある種の資源として日々の生活を乗り切るために利用している。学校と地元の友人を勉強面から差異化する子どもたちの見解を踏まえると、勉強の辛さや苦しみに最も理解を示し、勉強に関するサポート資源をもたらしてくれるのは、両親でも地元の友人でもなく、学校でできた友人だけである。子どもたちが持つネットワーク内において、教科書や文房具の不足を補うサポートを除けば、学歴社会の重圧を克服していくための支援を学校外で得ることは難しいのかもしれない。ケニアの社会が個人に学歴という個人評価のためのラベルを求める以上は、受験中心の過酷な学校生活を乗り切るために、友人関係形成の結果として得られるサポート資源は非常に意義深い。

最後に学校（教員）が担う役割についてケニアの社会状況から考察したい。学校教育のあり方は、社会の影響を強く受ける。

ケニアの小学校は、KCPEの結果が学校や教師たちの評価を客観的に示す指標となっている。そうした状況のもと、教師は自習や補習の時間を設けたり、宿題を課したり、子どもの学習時間を少しでも確保しようと躍起になっている。その結果、生活の中心は、家庭での家事や育児の手伝いなどから勉強へと移り変わっている。入寮している子どもにとっては、教師や友人と過ごす時間の方が圧倒的に長くなっている。こうした生活環境の変化、つまり試験中心の学校生活を効率的に送れることを目的とした寮制度が学校教育普及の負の影響でもある。こうした子どもの生活形態の変化によって親から道徳的指導を受けることが難しくなりつつあり、友人では担うことができない役割を学校（教員）が代わりに担っているのである。

参考文献

- 浅川潔司 (1996) 「友だち関係 (friendship)」岡本夏木・清水御代明・村井潤一監修『発達心理学辞典』ミネルヴァ書房、504-505頁。
- 伊藤瑞規・澤村信英 (2011) 「ケニアの小学校における学校文化—生徒・教師間のダイナミクスに注目して—」『国際教育協力論集』14巻1号、1-14頁。
- 宇留田敬一 (1979) 「友人関係 (friendship)」細谷俊夫・奥田真丈・河野重男編『教育学大事典 第5巻』第一法規出版、251-253頁。
- 澤村信英・伊元智恵子 (2009) 「ケニア農村部における小学校就学の実態と意味—生徒、教師、保護者へのインタビューを通して—」『国際教育協力論集』12巻2号、119-128頁。
- Allan, G. (1989) *Friendship: Developing a Sociological Perspective*. New York: Harvester Wheatsheaf.
- Bigelow, B. J. (1977) Children's Friendship Expectations: A Cognitive-developmental Study. *Child Development*, 48, 246-253.
- Epstein, J. L. (1989) Selection of friends. In B. J. Thomas & L.W. Gary (eds.), *Peer Relationships in Child Development*. New York: Wiley, pp. 158-187.

澤村信英

Ministry of Education, Science and Technology (2005a) *Kenya Education Sector Support Programme 2005-2010: Delivering quality education and training to all Kenyans*. Nairobi: MoEST.

Ministry of Education, Science and Technology (2005b) *Sessional Paper No. 1 of 2005 on A Policy Framework for Education, Training and Research*. Nairobi: Government Printer.

UNESCO (2004) *EFA Global Monitoring Report 2005: The Quality Imperative*. Paris: UNESCO.

(3)

世帯背景からみた中等学校進学障壁 —ケニアのスラムを事例に—

大場麻代

はじめに

ケニアでは、首都に点在する「スラム」地域で高い小学校就学率がみられ、その背景として、そこで普及している低学費小学校の存在や、公立小学校が2003年に無償化されたことにより、それまで学費が問題で就学できなかった貧困層の児童も、教育機会が得られるようになったことがあげられる。しかし、スラムにおける小学校就学率は高い一方、中等学校就学年齢の男女による学校就学率は、特に女子の間で低いことが判明している (Mugisha 2006)。そして、不就学の要因として学費の問題が指摘されている (Erulkar & Matheka 2007)。そこで本稿は、ケニアの首都にあるスラム地域の一つキベラを事例に、小学校課程を修了後、学校教育を継続できなかった男女の世帯に注目し、なぜ教育の継続が難しかったのか、世帯背景より分析することを目的としている。小学校教育が普及し、今や中等学校を修了することなしには就職が厳しいケニアにおいて、貧困層が中等教育機会を得ることは、彼らが貧困から脱却するための一手段として重要であるといえる。

1. キベラにおける中等学校進学状況

近年の研究から、ケニアのスラムに暮らす子どもたちの小学校就学状況が高いことは明らかにされている (World Bank 2004 in Lauglo 2004, p. 37; Oketch et al. 2008; Tooley et al. 2008)。しかし、スラム地域での小学校就学率は高い一方、中等学校就学率は低いことが判明しており、その理由として、高額な学費の問題が指摘されている (Mugisha 2006; Erulkar & Matheka 2007)。例えば、キベラで10歳～19歳の男女1,675人を対象に実施した調査によると、男子では754人中29%に該当する217人が、女子においては921人中43%に該当する394人が、それぞれ不就学であった (Erulkar & Matheka 2007)。不就学の男女にその理由を尋ねた結果では、男子の59%と女子の

51%が学費を問題としてあげ、続いて36%の男子と19%の女子が学校教育課程を修了したため、と回答している（小学校課程または中等学校課程）。さらに、14%の女子は結婚を不就学の理由にあげていた（Erulka & Matheka 2007）。

このような結果は、依然として中等学校就学率が低い傾向にあることを示している。ケニア政府は、2008年に公立中等学校の授業料を撤廃し、貧困層の中等学校就学機会の向上を図った。実際、それまで中等学校での高い学費が理由で進学できなかった小学校修了者の中には、授業料撤廃により進学できるようになった男女もいる。しかし、新政策導入後も保護者負担分の諸経費は依然として高く、制服などを購入できない世帯では、子どもは中等学校へ進学できずにいた（Ohba 2011）。

2. フィールド調査

調査は、2010年～2011年にかけての合計7週間、首都ナイロビ市内にあるキベラで実施した。キベラには非政府系の低学費小学校が多数存在し、キベラ周辺には少なくとも通学可能な公立小学校が5校は存在している。調査は、キベラ内にある小学校12校とキベラに隣接する公立小学校2校を2010年に修了した者で、その後学校教育を継続していない男女とした。男女の特定には、学校長や教職員の協力を得た。その結果、キベラに住む48人の修了者（男子29人、女子19人）と保護者から調査協力を得ることができた。調査では主に、小学校修了後に学校教育を継続できなかった理由について、質問紙調査と聞き取り調査を行った。48人中、14人は公立小学校を卒業し、34人はスラム内の小学校を修了していた。

はじめに、世帯の基礎的概要を質問紙調査で収集し、その後該当する男女に、小学校修了後に希望していた進路先や、その理由について質問した。そして、学校教育（中等学校または職業訓練学校）を継続できなかった理由について、保護者も交えた聞き取り調査を行った。調査言語は基本スワヒリ語であり、調査助手が逐次通訳を行い、筆者が質問紙に回答を記入していった。録音の許可が得られた16世帯では、聞き取り内容の録音も行った。

3. 調査結果

3.1. 進路希望と家計の状況

世帯調査結果より、平均世帯人数は5人であり、約半数近くの世帯では両親が健在であった一方、およそ5人に1人に該当する19%の修了者は、病気や事故で片親を亡くし、また別の19%に該当する修了者は、孤児であった。小学校修了後に希望していた進路先についての回答では、77%に該当する37人の男女は中等学校への進学を希望し、15%に該当する7人の男女は職業訓練学校への進学を希望していた。つまり、9割以上の男女は、職業訓練学校を含む教育の継続を希望していたのである。しかし、学校教育を継続できなかった理由を尋ねたところ、8割以上の男女が高額な学費と回答し、次いで少数の男女が両親と進学に関して意見が相違（3人）、療養中の家族の世

話（2人）などを理由にあげた。調査対象となった男女の多くは、国家初等教育修了試験の結果が悪い傾向にあったが、調査で落第を進学の障壁と回答した修了者は1人のみで、多くの修了者がそのように回答しなかった理由としては、落第しても学費が支払えれば、実際入学許可が得られる私立中等学校が多数存在することによる。

学費が障壁となり進学できていない男女が大多数であったため、世帯主の雇用状況についてみていくことにする。調査した世帯の半数で、世帯主は日雇いであった。ケニアの生産年齢人口の多くはインフォーマルセクターで働く労働者であり、その割合は8割と推定されている（Republic of Kenya 2012）。日雇いは文字どおり日毎に雇われる職業であり、収入が不安定であることが一番の問題と言える。調査を実施した世帯でも、半数の世帯主は日雇い労働者であり、平均して週に3日程度仕事を得ていた。日当は仕事の内容により異なるが、およそ200シリング～300シリング（200円～300円）が相場であった。調査対象世帯に平均的月収を尋ねたところ、44%が5,000シリング未満であった。ちなみに、調査対象48世帯のうち45世帯は借家であり、電気代を含めた家賃は平均して月1,533シリングであった。また、2011年の上半期は物価の高騰が異常なほど続き、例えば1月から7月の間に主食のウガリ（トウモロコシ粉）2キロは、およそ65シリングから150シリングにまで高騰した。物価が上昇しても賃金は変わらないため、貧困層の人びとは、食事の回数を減らすなどして日々を凌いでいた。

次に、世帯調査結果より、4人に1人の世帯主は雇用者であった。しかし、雇用者であっても子どもの中等学校学費を捻出できない理由として、低賃金、大家族、または後述するように、在学中のほかの兄弟姉妹の存在などがあげられた。さらに、予想外の支出（病気・怪我など）もよくある問題であった。中には、安定した収入を得ていても、子どもの教育に無関心な親もいた。さらに、雇用者の身分も安定しているわけではなく、突然解雇されて日雇いになった事例がしばしば聞かれた。

3.2. 兄弟姉妹の存在と進学機会

世帯調査結果より、両親が健在であると回答した23世帯中、1世帯を除く22世帯では在学中の子どもがいた。さらに、5世帯に1世帯では、実際中等学校に在学している兄弟がいた。このことから、両親は健在でも、既に在学中の兄弟姉妹がいる世帯では、家計に占める教育費が負担となり、一つの教育課程を修了した子どもは、必ずしも次の教育課程に進学できるとは限らない状況にあった。夫を亡くし、5人の子どもを一人で養育しているある母親は、厳しい生活状況を次のように話してくれた。

夫は3年前に他界しました。（中略）下の子どもたちは小学校に通っています。私が日雇いの仕事が見つからず帰宅すると、朝学校に行ったはずの子どもたちが、帰宅している時があります。滞納している学費を支払うよう、学校から帰されるのです。だから、私も必死になって毎朝日雇いの仕事を探しに出掛けます。仕事が見つかった時は、日当として大体300シリングもらいます。そのうち200シリングを滞納している小学校の学費に充て、残り100シリングを食費に充てます。（中

略) 夫が生きていた頃はしっかり食事が摂れていました。でも今は、一日一食の日も珍しくありません (K の母親)。

多くの世帯では、入学支度金と初年度授業料だけでも 10,000 シリングを要する中等学校に子どもを通学させることは、非常に厳しい現状にあった。先行研究では、貧困世帯の場合、年上の兄姉の学校教育が優先され、年下の弟妹の教育機会は限られる傾向にある、としばしば報告される。しかし本研究では、必ずしもそのようなことは言えず、むしろ、全ての子どもが小学校教育課程を修了することを優先し、その中で、小学校課程を修了した兄弟が進学できるか否かは、在学中のほかの兄弟姉妹に掛かる教育費との関連で決められる傾向にあることが、示唆された。貧困世帯では、聞き取りでも明らかにされたように、1 日の食事回数を制限し、僅かな金額でも学費として学校に納めることで、子どもたちが中途退学しないよう努めているのである。

おわりに

本稿は、初等教育修了後に進学できなかったスラムに住む修了者を対象に、その理由を世帯背景より明らかにすることを目的とした。調査対象となった修了者 48 人のうち、両親が健在である男女は半数以下であり、4 割近くの修了者は、片方または両方の親を亡くしていた。調査より、8 割以上の世帯では、学費が主な進学への障壁となっていた。そしてその背景として、世帯の不確定な収入源と不安定な収入、大家族であること、在学中の兄弟姉妹に掛かる教育費の問題などが、主な要因としてあげられた。また、必ずしも親を亡くした男女の世帯だけが学費に悩むのではなく、両親は健在であっても、上記要因により、小学校以上の学校教育機会が得られていない男女もいた。本研究では、小学校修了者の進学機会は、在学中の兄弟姉妹に掛かる教育費と家計の兼ね合いにより決められていることが、示唆された。

貧困層にとって、中等学校を修了することは、安定した職を得るための手段の一つであり、貧困脱却のための手段の一つでもある。しかし、定職が得られない保護者にとって、住居費、生活費、医療費、教育費などは家計に重く押し掛かり、困窮した生活の中で子どもたちを就学させている。中等学校の授業料が撤廃されたとは言え、学費は依然として高く、また小学校修了試験結果が悪ければ、公立中等学校への進学は阻まれてしまう。本稿では、スラムに住む小学校修了者の世帯背景を探ることで、このような世帯の厳しい現状を明らかにすることができた。

小学校の無償化だけでなく、中等学校の授業料も撤廃したケニアではあるが、いまだ貧困世帯の中には、子どもを小学校課程から修了させるだけでも困難な世帯が存在する。このような世帯の子どもたちが、中等学校に進学し修了するためには、全ての人びとに平等な学費撤廃政策より、むしろ、貧困層に手厚い教育政策が必要ではないかと思われる。教育機会を拡充する一方で、これまで以上に雇用創出を行わなければ、貧困層にとって安定した収入は得られず、教育機会もまた限られてくると言えるのではなかろうか。

澤村信英

参考文献

- Erulkar, A. S. & Matheka, J. K. (2007) Adolescence in the Kibera Slums of Nairobi, Kenya. Nairobi: Population Council.
- Lauglo J. (2004) Basic Education in Areas Targeted for EFA in Kenya: ASAL Districts and Urban Informal Settlements. A consultancy report prepared for the Ministry of Education, Science and Technology in collaboration with the Nairobi office of the World Bank.
- Mugisha, F. (2006) School enrolment among urban non-slum, slum and rural children in Kenya: Is the urban advantage eroding? *International Journal of Educational Development*, 26(5), 471-482.
- Ohba, A. (2011) The abolition of secondary school fees in Kenya: Responses by the poor. *International Journal of Educational Development*, 31(4), 402-408
- Oketch, M., Mutisya, M., Ngware, M., Ezeh, A. C. & Epari, C. (2008) Pupil School Mobility in Urban Kenya. APHRC Working Paper No. 38. Nairobi: APHRC.
- Republic of Kenya (2012) Economic Survey 2012. Nairobi: Kenya National Bureau of Statistics.
- Tooley, J., Dixon, P. & Stanfield, J. (2008) Impact of Free Primary Education in Kenya: A Case Study of Private Schools in Kibera. *Educational Management Administration and Leadership*, 36 (4), 449-469.

(4)

貧困家庭からみた学校教育の価値 —ケニアのスラムに住む家族の生活から—

澤村信英

はじめに

アフリカにおける教育分野の研究は、援助機関主導で行われてきた傾向がある。したがって、教育部門全体の現状分析は存在しても、子どもや保護者に対するインタビューや参与観察を中心とした研究は少ない。それゆえに、どうしても子どもが置かれている状況や学校内部の実態など、言わば基礎的な研究が不足している。本報告では、「スラム」に住むある家族の生活に寄り添い、その中で学校教育が保護者や子どもにとって、どのように意味づけられているのか、家族にとっての教育の価値を新たな角度から探索してみたい。

1. ローズの生活と経歴

ローズ（仮名）とは、ナイロビ南西部にあるキベラ（東アフリカでは最大のスラム）の出入口付近で2010年10月に初めて出会った。彼女は路上で干し魚を小売していた。

中等学校2年まで修了し、英語が達者である。干し魚はキスム(ビクトリア湖畔の都市)から大袋(サック)で運賃含め10,000シリング(shillings)で仕入れ、それを小さな空き缶を使って20シリング単位で小売している(約90シル=1ドル)。この仕入れには携帯電話と人脈を駆使し、M-Pesa(エムペサ:ケニアで広く利用されている携帯電話を使った送金システム、ペサはスワヒリ語で「金」の意味)を利用している。

彼女は1975年にシアヤ県(ニャンザ州)に生まれ、1982年に小学校入学、1990年に小学校を卒業している。驚くことに、兄弟姉妹9人は彼女(5番目)を除いて、すべて2~3歳未満で死亡している。1991年に中等学校に入学したが、2年生の2学期(5月)で授業料を負担してくれていた伯父が死亡し、退学せざるを得なかった。そして、1994年に19歳で大工の夫と結婚した。出身地の周辺では仕事がなく、1995年から当時1歳の長女と共に家族でキベラに引っ越してきた。現在、6人の子どもを育てている。2009年に夫が急逝、現在の路上販売を始め、朝9時から夜9時まで働いている。

2012年になりキベラの自宅に強盗が入ったことを契機に、親戚を頼ってキベラとはナイロビ市街を挟んで反対側(北東部)に位置するイスリー地区に転居した。それでも路上でのビジネスはキベラまで通勤して行っている。朝夕の交通渋滞を考えると片道1時間半は移動に必要になり、交通費もかかる。それでも、同業者間の競争や固定客を考えると、簡単にビジネスの場所を変えることもできないらしい。

2. 家族構成と住居

ローズの子ども6人は、全員が就学している(2011年9月現在)。しかし、第1子が入院し医療費が必要になったことから、経済的な負担を縮小するため、第2子と第3子は彼女の母親の妹がシアヤ県で養育するようになった。自宅はキベラの出入口から徒歩5分程度の便利な場所にある。20㎡程度の部屋を寝室と居間に間仕切りしている。床は土間のままで隣室との壁が傾き危険な状態にあるが、内部は工夫してきれいになっている。

第1子:1994年生まれ、小学校8年女

第2子:1995年生まれ、小学校8年女(別居)

第3子:1997年生まれ、小学校4年(別居)

第4子:2000年生まれ、小学校4年女

第5子:2003年生まれ、小学校2年男

第6子:2005年生まれ、プレスクール(2012年に小学校入学)

3. 家計の収支

家計の収入は、母親ローズの労働だけに依存している。家計の収支は、概ね表1のようなものである。収支で余剰金が生じているように見えるが、これは収支ともに確

定した数値が得られないことによるもので、必ずしも生活にゆとりがあるわけではない。収入は干し魚の小売りと出産介助による報酬が中心である。これらを合算すると小学校教員と同程度の月収になる。干し魚は1袋あたり2000～2500シリングが利益になり、月4袋を売るといふ。出産介助の仕事は偶然にNGOによる研修を6か月の受講したことにより知識を得たが、地域住民からの信頼も厚い（新生児、産婦の死亡例がない）。週1～2回の介助があり、1回あたり1000シリングを受け取る。剃刀やガーゼなどの必要経費を除き、700シルの利益がある。妊婦にマッサージをすると30シリング/回になる。

この他に、例えば、1日乳幼児の面倒をみると500シリング（約6ドル）が得られる。これはナイロビの労働者の日給が300シリング程度であることからすると高額である。これも中等学校までの学歴があるからこその仕事であり、ケニアの社会では、このような厳しい生活環境においても学歴が有効になる。

医療費については、キベラの住民は居住を証明する特別なカードを持っていればキベラ内の診療所に行く限り無料になる（外部の病院の場合は有料）。それに比べると初等教育は「無償」であるが毎月、学校に支払う補習代（8年生の受験指導では1000シリング/月を支払う）などの費用が必要になる。教育費用は月額として平準化しにくい3000シリング程度は必要になるので（例えば、KCPE登録料は別に1700シリング）、家計に占める割合は大きい。

表1 家計の月額収支概算

収入	支出
干し魚の小売り：9000シリング (2250シリングX4袋)	光熱水料：1600シリング (電気400シリング、水200シリング、炭1000シリング)
出産介助：4200シリング (700シリングX6回)	電話代：600シリング
その他：800シリング (乳幼児の世話、 妊婦マッサージなど)	家賃：600シリング
	食費：6000シリング（最低でも） (砂糖220シリング/2kg X 4袋=880シリング)
	(ウガリ140シリング/2kg X 2袋=280シリング)
	(米220シリング/2kg X 4袋=880シリング)
	(豆250シリング/2kg X 4袋=1000シリング)
	(肉（週1回）240シリング/kg X 4回=980シリング)
	(その他（茶、野菜、油など）：1980シリング)
	教育費：3200シリング
	(第6子プレスケール500シリング)
	(補習代3人分1100シリング)
	(図書費3人分300シリング)
	(文房具代、制服代、靴代、受験対策補習料など 1300シリング)
計14,000シリング	計12,000シリング

4. 家族にとっての学校教育の意味

3人の子どもはスラムに隣接する公立小学校に通っているが、教育の質は低く、できればキベラ内の私立校に通わせたいと考えている。ローズは子どもに教育を受けさせる理由として、「子どもの生活のため、母の生活のため」「明日のことがわからないから、子どもを中等学校へやる」と話している。生活が不安定で、将来が不安であるからこそ、教育に投資するわけである。

また、今のケニア社会では中等教育以上の学歴が必要だとも答えている。これは決して夢としての大学をめざしているのではなく、第1子が希望する美容師になる1年間の職業訓練コースに入るためにも、最低限必要な学歴だという現実的な理解である。その学費に年間75,000～80,000シリングが必要なことも知っている。ローズにとっては、中等学校2年までにしても、そこまでの学歴があるからこそ自身の就業の可能性が広がっていると認識している。

おわりに

これまでの研究は、人びとの生活と切り離し、教育だけを取り出して議論することが多かった。生活感を少しでも共有し、研究者がその場に身を置き、個々の文脈性を十分に理解できれば、これまでとは違った視角から教育のあり方を捉え直すことができるのではないだろうか。そのような共生的なフィールドワークを基礎とする教育研究をめざしたいと考えている。

[資料]

インドネシア共和国の保健医療の現状

江上由里子^{1,2)}、安川孝志³⁾、廣田光恵⁴⁾、村越英治郎⁵⁾、垣本和宏^{1,6)}

- 1) 国立国際医療研究センター国際医療協力局、2) インドネシア保健省計画予算局、
3) 在インドネシア日本国大使館、4) インドネシア食品医薬品監督庁、
5) WHO インドネシア事務所、6) 大阪府立大学第三学群看護系国際保健学分野

要 旨

インドネシアは中央政府主導による保健医療制度の整備により健康水準の向上を図ってきたが、2001年以降の急速な地方分権化政策は、地方の保健医療制度やその機能に大きく影響を及ぼし、保健医療サービスにおいて地域間格差を広げた。リーマンショック後の経済成長率は2010年に6%を超えるなどインドネシア経済は好調であり、保健政策はより具現化し、保健指標も改善してきている。そこで本稿では、インドネシアの公衆衛生に深く関わった筆者らが最新の資料などを収集し、インドネシアの保健医療に関わる関係者に有用な資料として包括的にまとめた。

保健指標

保健指標は全体的に改善傾向にあるが特に母子保健指標はASEAN周辺国と比較してまだ悪い。感染症疾患も多く、まだ多くの顧みられない熱帯疾患 (Neglected Tropical Disease, NTD) も発生している。鳥インフルエンザ (H5N1) 人発生例の報告数は依然世界で発症例・死亡例とも最も多い。生活習慣病や喫煙など新たな課題もでてくる。

保健医療制度

インドネシアの保健医療制度の概観を述べた。地方政府の保健医療行政能力を向上し同時にコミュニティの再活性化を図ることを重視しているほか、保健所を治療のみならず地域の予防およびアウトリーチ活動の中心と位置づけ、その運営支援を行っている。保健予算は増額しているがまだGDP比で2%に留まっている。医療施設も医療従事者数も増加しているが充足していない。国民皆保険を目標として貧困者向けのコミュニティ健康保険の適応を拡大し、無料診療を受ける人が増加している。

保健政策

保健省戦略計画 2010-2014 を保健政策の軸として、コミュニティが自立して保健の向上に取り組むことおよび公平性を展望としている。

結語

疫学的かつ人口動態的な移行期にあるインドネシアは、感染症や妊産婦死亡・栄養問題といった発展途上国に典型的な保健問題とともに、成人病や事故など非感染症の増加という二重疾病負担になっている。また、国民皆健康・ユニバーサルヘルスカバレッジを目標としている現在、保険制度の拡充とともにその制度に対応できるだけの保健医療サービスの拡充も求められ、将来を見据えた保健医療サービスの拡充や人材育成が望まれる。

キーワード：インドネシア、保健政策、保健医療制度、データ収集、保健指標

1. 緒言

インドネシア共和国（以下インドネシア）は世界第15位の面積の広大な国土と、約2.4億の人口、豊富な天然資源を持つ国家である。我が国とは歴史的にも政治経済的にも深い関わりを持ち、経済協力協定による看護師・介護福祉士候補者の受け入れなど保健医療面でも接点のある重要なパートナーである。インドネシアの保健医療に関心を持つ関係者は多いが、多くはインドネシア語で公表されており情報の収集は容易でない。2009年に垣本がインドネシアの保健医療の概要を端的に報告している¹⁾が、その後リーマンショック後の経済成長率は2010年に6%を超えるなどインドネシアの経済は好調で、保健大臣の交代とともに継承された保健政策はより具現化し、保健指標も改善してきている。そこで本稿では、インドネシアの公衆衛生に深く関わった著者らが最新の資料などを収集し、インドネシアの保健医療に関わる関係者に有用な資料として包括的にまとめた。

II. 疾病動向・保健指標

1. 人口動態

保健省の2010年の統計²⁾では、0-14歳28.9%、15-64歳66.1%、65歳以上5.0%（Dependency ratio 51.3%）、出生時平均余命71歳、出生率2.0%、合計特殊出生率2.4である。死亡率は6（人口1,000人当たり）で死因の上位は脳卒中、結核、高血圧、

怪我/事故、周産期死亡、糖尿病、がん、肝疾患、虚血性心疾患、と続く。

2. 貧困指標関連

国民1人当たり Gross Domestic Products (GDP) は2,590USドル（2009年）²⁾、また1人当たり最低月間所得211,726ルピア（約2,100円）と政府が決めて算出した2010年の貧困率は13.3%である。

3. 母子保健

2011年8月より妊産婦健診から出産、産後健診まで一貫して無料として継続ケアを推進している³⁾。妊産婦健診の受診率は1回95.3%、4回85.6%である。医療技術者が立会う分娩は84.8%に達しているが、自宅分娩もまだ43%ありその40%はTBAなどの介助による²⁾。新生児健診の1回受診率は84%に達しているが3回は71.5%に留まる²⁾。また2回の破傷風予防接種を受けている妊産婦は70%である²⁾。

2007年の調査（Demographic and Health Survey, DHS）によると⁴⁾乳児死亡率34（対1,000出生、1991年は68）、5歳未満児死亡率は44（1991年は97）及び妊産婦死亡率は228（対10万出生、1991年は390）と改善傾向にある。

表1は世界保健統計⁵⁾から抜粋したASEAN諸国との比較であり、インドネシアは依然保健指標がよくない。

表1 ASEAN諸国の保健指標 World Health Statistics 2011⁵⁾から抜粋

	乳児死亡率 (2009)	5歳未満死亡率 (2009)	妊産婦死亡率 (2008)	平均寿命 (2009)
インドネシア	30	39	240	68
タイ	12	13	48	70
フィリピン	26	33	94	70
マレーシア	6	6	31	73
カンボジア	68	88	290	61
ミャンマー	54	71	240	64
ベトナム	19	24	56	72
ブルネイ	5	7	21	77
シンガポール	2	3	9	82
ラオス	46	59	580	63

4. 主要感染症の動向

4.1 HIV/AIDS

インドネシアはアジアで最も感染が拡大している国の一つで、15-49歳のHIV感染率は0.2%（男性0.3%、女性0.1%）であり、HIVとともに生きている成人は333,200人、うち女性は25%であると推定されている。ここ数年新たなAIDS患者が増加し、年間3-4000例が診断され、AIDS患者の累計報告数は2010年末までに24,131例となっている。AIDSの有病率は国全体では10.5（人口10万対）で地域差が大きく、パプア州が174と圧倒的に高くついでバリ州（49）、ジャカルタ（45）と続く²⁾。感染経路は、異性間性行為が52.7%と増加し、薬物常用者は38.3%と割合は減少しているが依然多い。男女比が3:1と女性のHIV感染者が増加しており母子感染による子供の感染者増加が予想される。HIV感染リスクやVoluntary Counseling and Testing (VCT) サービスの存在などに関する一般住民の知識はまだ浸透度が低い⁴⁾。

4.2 結核

WHOによると新規発生する推定罹患率は人口10万あたり189人（推定発生者数45万人）であり⁶⁾世界第5位の結核高蔓延国である。2010年の報告数は新規・再治療あわせて302,861例で、塗抹陽性患者発見率は22%（2000年）から62%（2010年）に改善している。また、治療成功率は91%（2009年）と2000年以来高レベルを維持している。保健関連のミレニアム開発目標（MDGs）のうちすでに目標を達成しているのは結核対策のみである⁷⁾。次の課題として多剤耐性結核（Multi-drug resistant TB, MDR-TB）が増加しており、新規患者の1.8%がMDR-TBと予測されている。

4.3 マラリア

WHOによれば⁸⁾インドネシアのマラリア発生予測数の著明な減少傾向はみられず、依然年間270万例の発生が予測されている。マラリアによる年間死亡報告数は900例（2009年）である。マラリア発生率は地域差があり、首都ジャカルタや観光客の多いバリ島ではほとんど発生しておらず、保健省がマラリア流行地域とする80県の多くは東部インドネシアとカリマンタンで、当該地域に人口の45%が居住している。寄生虫イン

デックス（API）は全国平均1.96（2010年、人口1,000対）、特に高いのはパプア州18.03、西パプア州17.86、東ヌサテンガラ州12.14である。

4.4 デング出血熱

罹患数は51,516例（2003年）から増加して近年は年間約15万例、2010年は156,086例である。人口10万あたりの罹患率は65.7であり、高いのはバリ州（337）、次いでジャカルタ（227）である。致死率は15%（2003年）から0.87%（2010年）に改善している²⁾。

4.5 狂犬病

2009-10年に犬に咬まれた報告数、死亡数とも急激に増加し2010年時点で33州中24州で狂犬病が報告された²⁾。死亡は206例（2010年）でその大半はバリ州であった。動物セクターも含めた対策が効を奏してバリ州の狂犬病による死亡は2010年の82例から2011年には23例に減少した⁹⁾。

4.6 フィラリア症、その他顧みられない熱帯疾患（Neglected Tropical Diseases, NTD）

インドネシアはフィラリア症の主な流行国の一つであり、2010年までの累積患者数は11,969例である。全国500余りの県のうち356県で流行が確認されている²⁾。

ハンセン病は東部インドネシアで多く、漸減しているものの依然17,012例（2010年、人口10万あたり7.22例）の新規患者が報告されている²⁾。患者数はインド、ブラジルに次ぎ世界第3位である¹⁰⁾。

レプトスピラ症の報告数は409例（2010年）、うち死亡は43例で²⁾、多くは中央ジャワで報告される。

その他、2010年にはチキングニア症がランブ州と南カリマンタン州を中心に年間53,899例、炭疽菌症が主に中央ジャワ州と南スラウェシ州の特定の県から31例報告されている²⁾。

4.7 鳥インフルエンザ

インドネシアでは2005年7月に国内最初の鳥インフルエンザ（H5N1）感染例が確認されて以降現在も引き続き発生している。2011年12月まで

の累計は感染者数183例、うち死亡151例であり¹⁾、世界で最多である。多くはジャカルタ、西ジャワ州、バンテン州で報告された。2011年の感染者数は12例である。

4.8 ワクチンにより予防可能な疾病

一方2010年における12-23ヵ月児の予防接種率は、BCG 77.9%、ポリオ(4回) 66.7%、DPT・肝炎(3回) 61.9%、麻疹 74.5%、完全接種率は53.8%であった²⁾。

2010年のこれら疾患の罹患は、新生児破傷風は147例(うち死亡84例、致死率57%)、麻疹は17,139例(人口1万あたり0.73)、ジフテリアは385例であった。

5. 非感染性疾患 (Non-communicable Disease, NCD)

経済発展に伴い生活様式も変化しており、2007年のDHS⁴⁾でNCDの著明な増加が報告されている。特に循環器疾患が多く18歳以上の高血圧の有病率は31.7%と高く、心疾患の症状があると回答したのは7.2%に上る。糖尿病は1.1%、また以下栄養でデータを示すが肥満の割合も高い。これらは死亡原因にも大きく反映され、上記のように脳卒中、高血圧、糖尿病、がん、虚血性心疾患、が上位を占めている。

喘息は3.5%、また自己回答質問票による15歳以上の精神疾患罹患者は11.6%と報告されている。

5.1 喫煙

15歳以上の人口に占める喫煙率は34.7%(うち毎日喫煙28.2%)、男女別では男性55.7%、女性4.4%(2007年)で、喫煙開始年齢は、15-19歳43.3%、次いで10-14歳17.5%であり、1.7%は5-9歳が1.7%もある²⁾。

5.2 栄養

妊産婦への鉄剤補給、5歳未満児へのビタミンA補給、母乳哺育促進、統合保健ポスト(Posyandu、以下ポシアンドゥ)での体重測定などが行われている。完全母乳哺育の割合は新生児で39.8%、5ヵ月児では15.3%²⁾と低い。

5歳未満児の年齢に対する体重では重度・軽度低体重合わせて17.9%、肥満児が5.8%である。年

齢に対する身長は、重度・軽度低身長児があわせて35.6%、身長に対する体重は低体重児が13.3%、肥満児が14%である。成人の12.6%が低栄養、21.7%が肥満である²⁾。

5.3 事故

2007年のDHS⁴⁾では、過去1年の事故経験者は7.5%で、58%が物の落下、次いで交通事故である。

6. MDGsの達成状況

2010年の政府の報告⁷⁾では、保健関連のMDGsの達成状況は表2のとおりである。

III. 保健医療制度

1. 保健行政

2001年以降地方分権化政策により、それまでの保健省の地方機関が廃止されて地方自治体に権限が集約された結果、医療サービス提供・アクセスの地域格差が広がった。州・県の保健局は知事の下での地方自治体組織の一つとして位置づけられ、保健戦略計画も各自治体の地方開発計画と連携して策定される。人事面からは、州・県の保健局の職員もすべて国家公務員であり、出身県への配属などが希望が優先されるが保健省・州政府間で人事交流が多く行われている。

現在保健省は、地方政府の保健医療行政能力を向上し同時にコミュニティーの再活性化を図っている。県や市が運営する保健所(Puskemas)を治療のみならず地域の予防およびアウトリーチ活動の中心と位置づけ、保健所への保健活動運営支援予算(BOK)の配賦を2010年に試験的にいき、2011年には全保健所に一律年間10億ルピア(約1000万円)を配賦している。

2. 保健予算

2010年の保健省予算は252,758億ルピア(約2,530億円)で執行率は89%であった。2006年の153,165億ルピアから年々増額しているが、依然GDPに占める保健予算は2.3%(2008年)と、他の多くのASEAN諸国が3%であるのに対してインドネシアは低い²⁾。

2008年の国民1人当たりの医療費は51USドル(2000年は16USドル)と増加傾向にあり、総医療費における政府支出は55.3%である²⁾。

表2 MDGs 達成状況 (2010年) Report on the Achievement of the millennium development goals Indonesia 2010⁷⁾ の Overview of Status of MDGs Targets の一部 (Goal 4, 5, 6) を和訳

指標	ベースライン	現在	MDG 目標	状況*
目標4: 乳幼児死亡率の削減				
ターゲット4A: 2015年までに5歳未満児の死亡率を3分の2減少させる				
4.1	5歳未満児死亡率 (出生 1000 対)	97(1991)	44(2007)	32
4.2	乳児死亡率 (出生 1000 対)	68(1991)	34(2007)	29
4.2a	新生児死亡率 (出生 1000 対)	32(1991)	19(2007)	減少 →
4.3	麻疹の予防接種を受けた1歳児の割合(%)	44.5(1991)	67(2007) 74.5(2010)	増加
目標5: 妊産婦の健康の改善				
ターゲット5A: 2015年までに妊産婦の死亡率を4分の3減少させる				
5.1	妊産婦死亡率 (出生 100,000 対)	390(1991)	228(2007)	102 ↓
5.2	医療技術者の立会いによる出産の割合(%)	40.7(1992)	77.3(2009)	増加 →
ターゲット5B: 2015年までにリプロダクティブヘルスへのユニバーサルアクセスを達成する。				
5.3	15-49歳の既婚女性の避妊普及率	49.7(1991)	61.4	増加 →
5.3a	15-49歳の既婚女性の避妊実施率 (モダン メソッド)	47.2 (1991)	57.4	増加 ↓
5.4	思春期の出産率 (15-19歳の女性 1000人 に対して)	67	35	減少 →
5.5	妊産婦健診(%) ・1回 ・4回	75(1991) 56(1991)	93.3 81.5	増加 →
5.6	家族計画のニーズに対応できていない割合 (%)	12.7	9.1(2007)	減少 ↓
目標6: HIV/エイズ、マラリア、その他の疾病の蔓延防止				
ターゲット6A: HIV/エイズの蔓延を2015年までに阻止し、その後減少させる。				
6.1	全人口のHIV/エイズ感染率(%)	-	0.2%	減少
6.2	高リスク性交渉でのコンドーム使用率(%)	12.8 (2002/3)	女性/男性 10.3/18.4 (2007)	増加
6.3	15-24歳のHIV/エイズに関する正しい知識を持っている割合(%) ・既婚者 ・未婚者	-	9.5/14.7 (2007) 2.6/1.4 (2007) 19.8/20.3 (2010)	↓ 増加
ターゲット6B: 2010年までに、HIV/AIDSの治療が必要な人すべてがアクセスできる。				
6.5	HIV感染進行者で抗ウイルス薬を得られて いる人の割合 (%)	-	38.4	増加 ↓
ターゲット6C: マラリアおよびその他の主要な疾病の発生を2015年までに阻止し、その後発生率を下げる。				
6.6	マラリア発症率 (人口 1000 対)	4.68(1990)	1.85(2009) 2.4(2010)	減少 →
6.7	薬液のベッドネットで就寝している5歳 未満児の割合 (%)	-	3.3(2007) 16.0(2010)	増加 →
6.8	適切な抗マラリア薬で治療を受けている 5歳未満児の割合(%)	-	21.9(2010)	↓
6.9	結核発生率	-	-	-
6.9a	結核発生率: 全例 (年間人口 10 万対)	343(1990)	228(2009)	半減
6.9b	結核蔓延率 (人口 10 万対)	443(1990)	244(2009)	後
6.9c	結核による死亡 (人口 10 万対)	92(1990)	39(2009)	減少 ○
6.10	DOTSによる結核の発見率・治癒率	-	-	-
6.10a	DOTSによる結核の発見率(%)	20.0(2000)	73.1(2009)	70
6.10b	DOTSによる結核の治癒率(%)	87.0(2000)	91.0(2009)	85

*状況

- MDGをすでに達成
- MDG達成に向けて順調に改善中
- ↓ MDG達成のために特別の投入が必要

3. 保健医療サービス

3.1 病院

2010年の病院数は1,632施設であり、国公立病院(軍・警察病院含む)794施設、私立病院838施設といずれも年々増加している。病床数も、2006年の138,451床(人口10万あたり62.3)から2010年は166,288(70.0)と増床している²⁾。

総合病院は国公立706施設(保健省管轄は506、うち高度な診療を行うAクラス病院は10)、私立593施設である。専門病院は333施設あり、主なものは母子関連病院107、産科病院65、精神病院51、ハンセン病院22、結核病院10、眼科病院13である²⁾。

また、国際基準を満たす病院(International Society for Quality in Health Care, ISQuaによる認定)を2014年までに5施設にすることが目標であり¹²⁾、現在は2施設である。

3.2 保健所

保健所は地域医療の中心であり、治療、分娩、予防活動等を行う。保健所における地域看護事業運営ガイドライン(2006)¹³⁾によると、保健所の業務を義務プログラムと発展的プログラムに整理し、発展的プログラムは各地方自治体で優先的なものを実施するとされている。義務プログラムは、保健の普及促進、環境保健、母子保健と家族計画、伝染病の予防と撲滅、栄養、治療(救急外来、通常の外来、入院)が指定されており、発展的プログラムに学校保健、地域看護、高齢者保健、伝統的治療指導、精神保健、職場保健、口腔保健、眼科保、スポーツ保健がある。

保健所は継続的に増設されており、2010年には全国に9,005施設(人口10万当たり3.79施設)ある。有床保健所2,920施設(全体の32.4%)とその割合も増加し、緊急産科ケアと新生児緊急ケアを提供できる保健所は1,579施設ある。医師(一施設当たり1.7名)、看護師(8.7名)、助産師(9.2名)等、いずれも配置される医療従事者数も増えている²⁾。

保健所へのアクセス改善のため、保健所支所、地域助産所/村保健ポストなどが整備されて機能を補完している。保健所の下部組織である保健所支所は医薬品供給も担っており、全国に23,049施設ある。

3.3 コミュニティー運営の保健施設

保健省はコミュニティーによる健康増進活動を奨励しており、村レベルで運営する保健施設として、村保健ポスト(Poskesdes)、地域助産所(Polindes)およびポシアンドゥの強化を推進している。

ポシアンドゥはインドネシア独自のシステムで、村レベルで運営される簡易保健施設又はその活動を意味する。月に1回、5つの優先課題(母子保健、家族計画、栄養発達、予防接種、下痢対策)に関する保健サービスを実施している。2010年には266,827ヶ所(村あたり3.6ヶ所)のポシアンドゥが活動している²⁾。

4. 保健人材

4.1 保健人材の育成

インドネシアの医療従事者の職種の多くは日本のような国家試験制度や免許制度はなく、大学や専門学校を卒業した時点で資格を取得する。2007年から医師国家試験を開始し、また看護師の国家試験制度を整備中である。

保健人材の不足を解消するために、保健省および地方政府、私立の教育機関(専門学校)が増設され、日本の高校卒業程度(Diploma III)の保健人材教育専門機関は2010年時点で1,229ヶ所(保健省管轄33ヶ所、その他986ヶ所)であり、うち看護師教育機関が709、続いて薬剤師151、技師84、作業療法士21と続く。上記公立・私立の専門学校の増設に伴い、2010年の卒業生は77,538名で、うち看護師が37,055名、次いで助産師、薬剤師、技師で全体で2006年から比較して83%増加している²⁾。

卒前教育の拡充とともに現任教育の整備の必要性も認識されている。特に看護師において、キャリア形成プログラムの欠如のみならず、地方政府の意思決定者のコミットメント、現場での責任者やその調整機構が不明確であること、医師不在の保健所での看護師に求められる実際の役割など、多くの要因が関与している¹⁴⁾。

4.2 医療従事者数

インドネシア全体の医療従事者数は、特に地方の保健省管轄以外の公的病院や私立病院に従事する人材の情報が完全でないことや、保健人材情報

管理に関する信頼できるシステムがないことから、保健人材全体を把握できておらず、正確なものはない。

保健人材開発委員会によると保健人材全体で501,052名、うち医療スタッフは391,745名（医師42,467、看護169,797、助産師96,551、薬剤師18,022、公衆衛生34,869、技師17,216、栄養士12,823、作業療法士2,587）である²⁾。また公立施設に従事する数は医師33,736名、歯科医師8,731名、看護師160,074名、助産師96,551名、薬剤師6,264名（2009年）である²⁾。

表3は人口あたりの医療従事者数を日本、タイと比較したものである⁵⁾。

5. 医薬品供給

保健省および地方政府は、保健所等では原則的に無料で患者に医薬品を交付しているが、医薬品の予算は県により異なり多くは人口あたり年間10,000ルピア（約100円）以下である。そのため欠品で投薬が受けられない、一方で医薬品の適正使用が徹底されていないなど、医薬品の調達管理および適正使用に関して体制整備が必要である。保健省の調査によれば、必須医薬品の充足状況はおよそ15-50%程度であり、各州・県に医薬品調達・配布センターの設置を進めている。

国家医薬品食品監督庁（BPOM）及び地方事務所が医薬品全般にわたる規則や法令の施行や監督を行っている。BPOMの2010年の年報¹⁵⁾によると、市場の医薬品の1.04%がpHや剤型、含有量などで不適切と指摘されている。検査技術の向上や実施能力強化など、医薬品に関わる行政能力の向上が急務である。

6. 食品安全

BPOMが食品安全に関わる行政も担当している。インドネシアで食品の殺菌に広く用いられているホルマリンが食品に残存するなど食品の安全性に対する問題が指摘されている。BPOMの年報では、児童が学校に持参しているスナックの44%、市販の食品の17.3%に、基準以上の細菌、ホルマリンの残存、食品に使用されるべきでない色素の含有など安全性に何らかの問題があったと指摘している¹⁵⁾。食の安全を確保するための能力強化が課題である。

7. 社会保障

現在のインドネシアでは全国民を対象とした社会保障制度は整備されていない。業種毎に異なる組織が制度を運営し、各制度も保障内容がさまざまである。福祉サービスについては、児童、高齢者、障害者、貧困者等に対する支援策が個別に存在する。介護保険制度は存在しない。

しかし、昨年2011年10月に制定された「社会保障実施機関に関する」法律では、2014年1月1日から国民医療皆保険を実施するとされ、関係機関でその準備が進められている。これは社会保障制度全体を統一し、全国民を対象とした新たな制度を整備するため制定された「国会社会保障制度に関する2004年法律第40号」が基になっている。

インドネシアにおける健康保険制度は、労働者社会保障制度（JAMSOSTEK）、貧困者を対象とする社会健康保障制度（JAMKESMAS）、公務員医療給付制度（ASKES）、軍人及び警察向けの健康保険（ASABRI）などがある。

JAMKESMASは、一定の医療サービスが無償で受けられ、初期医療はブスケスマス及び関連施設（保健所支所、地域助産所、村保健ポスト等）、高

表3 人口当たりの医療従事者数（インドネシア、タイおよび日本との比較）
World Health Statistics 2011⁵⁾ より抜粋

	インドネシア	タイ	日本
医師（人口1万対）	1	3	21
看護職（人口1万対）	8	14	95
歯科医師（人口1万対）	<0.5	1	7
薬剤師（人口1万対）	<0.5	1	19