

科学研究費助成事業（科学研究費補助金）研究成果報告書

平成 24 年 6 月 19 日現在

機関番号：32605

研究種目：基盤研究（C）

研究期間：2009 ～ 2011

課題番号：21530672

研究課題名（和文） アジア系看護師・介護福祉士の日本における文化接触をめぐる諸問題

研究課題名（英文） Cultural Contact Problems of Asian Nurses and Care Workers in Japan

研究代表者 浅井亜紀子 (ASAI AKIKO)

桜美林大学・言語学系・准教授

研究者番号：10369457

研究成果の概要（和文）：本研究では、経済連携協定で来日しているインドネシア人看護師・介護福祉士候補者の異文化体験の事例を中心に、制度というマクロ要因と当事者の心理要因の両視点から分析を行った。候補者のストレスの多くは国家試験合格を目指すスキームにある。候補者の来日動機や能力が、施設の受入れ体制（労働力不足対策か国際協力か）とずれると不満が生じた。背景に政府内調整によるスキームの曖昧さ、インドネシア医療事情があった。

研究成果の概要（英文）：The purpose of this study to examine experiences of Indonesian candidates of nurses and care workers who came to Japan through Economic Partnership Agreement. Their stress was caused by the EPA scheme to pass the national exam. If their motivation doesn't meet the way how their hospital or facility receives them, they feel unsatisfied. Also there exists ambiguity of the purpose of the EPA scheme, and medical environment in Indonesia, which is different from Japan, as the background of such stress.

交付決定額

（金額単位：円）

	直接経費	間接経費	合計
2009年度	1,800,000	540,000	2,340,000
2010年度	1,200,000	360,000	1,560,000
2011年度	400,000	120,000	520,000
年度			
年度			
総計	3,400,000	1,020,000	4,420,000

研究分野：社会科学

科研費の分科・細目：心理学、社会心理学

キーワード：文化接触・二国間経済連携協定（EPA）・インドネシア・看護師・介護福祉士

1. 研究開始当初の背景

高齢化する日本では看護師と介護福祉士の不足が予測されている。日本政府は、2008年より経済連携協定（EPA）でアジア系看護師・介護士の候補者（以下候補者）の受け入れを始めた。外国人医療人材の異文化体験を明らかにする必要がある。

2. 研究の目的

本研究の目的は、経済連携協定（EPA）で来日しているアジア系看護師・介護福祉士候補者（以下候補者）の来日直後から滞在期間中の異文化体験を分析し、制度というマクロと当事者の心理の両視点を取り入れた異文化接触理論を構築し、今後の受け入れ環境改善を目指す。

3. 研究の方法

3年間で国内調査（病院15、老人保健施設3、特別養護老人施設14を訪問、インドネシア人看護師候補者33人、介護福祉士候補者44人と面接）、2回のインドネシア調査及び、日本での関係機関（厚生労働省、JICWELS、AOTSなど）への聞き取りを行った。

4. 研究成果

(1) 日本・インドネシア経済連携協定(EPA)による看護人材受け入れをめぐる政府間コミュニケーションのズレ

インドネシア人看護師受け入れのEPAスキームをめぐる、日本とインドネシア両政府のスキームに付す意味にズレがあった。

EPAにおける外国人看護師の受け入れをめぐる、日本政府内の各省の責務の違いがあり、日本政府としてのスキームの目的があいまいであった。外務省の責務は、日本と諸外国との関係性構築とその発展にある。EPAを通じてASEAN諸国との関係を強化していく観点から、経済産業省や厚生労働省や相手国との調整を行い、EPAを進めていこうとした。経済産業省の責務は、日本の経済産業の発展と対外的経済協力の推進にある。ASEAN諸国への日本企業の進出を側面で支援することである。その意味で日本はASEAN諸国とEPAの締結を図る必要があった。

しかし厚生労働省は違う立場であった。厚生労働省の責務は、国民の健康を守り、日本国内の労働者の人権を守ることである。また、医療保健人材は、自給自足であることが最も望ましいというスタンスから、看護・介護の労働力不足を海外からの人材受け入れに頼ることに否定的で、日本の潜在労働力の開拓で埋めるという方針であった。

日本政府内の各省で外国人の受け入れをめぐる意味づけが、このように異なっていた。最終的に調整された公的アジェンダとしてのEPAスキームは、ASEAN諸国との関係を維持発展させるために人材受け入れを推進するという外務省、経済産業省の主張を重視しつつも、厚生労働省に配慮して、制限的な受け入れ（国家試験に受かった者だけを継続雇用する）をすることになった。

一方、インドネシア側のEPAによる医療人材送り出しの背景には、国内事情と国外事情がある。国内では、看護師を育成する看護学校や大学が増え、優秀な看護師を養成するカリキュラムが作られ充実してきたが、国内での看護師のポスト数そのものが需要に比べて少ない。県や市レベルの保健所や助産施設での限られた予算により、国内で看護師が就職できない問題が起きていた。

国内の就業困難や雇用条件の悪さから、看護師の中東やマレーシアなどへの出稼ぎが急増していたが、英語が堪能なフィリピン人

に比べ、安く働かされることを憂慮し、保健省は看護師資格を引き上げ実力のある看護師の送り出しを図ってきた。従って、日本との政府間協定であるIJEPAでは、インドネシア人看護師の待遇がダンピングされる危険がない形で協定を結ぶことを目指した。

EPAスキームは、インドネシア政府の看護・医療人材受け入れ申し出に対し、日本政府としての明確な理念が不在のまま各省の意味づけを調整して作った対処的な枠組みであり、かつ出入国管理法に沿う形で国家試験合格を目指す特別枠としての受け入れとなった。

我々の調査では、インドネシア政府内には、国家試験合格に重点が置かれたEPAスキームでは、国際交流の意味合いが低められるという疑問の声があった。またEPA開始後2年時点にあって、インドネシア政府内では看護師候補者が国家試験合格まで看護助手として食事や排泄介助をする現実については理解がなかった。

両政府の意味づけのズレの原因には、①日本側のスキームの目的の不明確さ、②政府間の力関係、③政府内の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、があると考えられる（詳しくは、浅井・宮本、2011を参照）。

(2) インドネシアの医療事情

日本体験はインドネシアでの医療経験との対比で語られることが多いので、来日者の背景を理解するためにインドネシアでの看護教育や医療現場の調査を行った。

① インドネシアにおける看護教育

インドネシアの看護師養成は、看護専門学校、単科大学、大学内に単独で設置されている3年のディプロマ課程(D3資格)と、4年制大学(S1資格)がある。全インドネシアで公私立あわせて看護学校・大学の看護学部は308校あり、修士課程のある大学は3大学、博士課程はインドネシア大学のみである。

本研究では、国立2校と私立3校、計5つの大学・短大を訪問した(インドネシア大学、ビナワン大学看護学部、セントカルロス病院附属看護大学、ジャカルタIII看護学校、ヤッケスビー看護短大)。

インドネシア大学では、看護師養成に力を入れている。ビナワン大学は、インドネシア人が専門職として働けることを目的に2001年に人材派遣会社が開設した看護の単科大学である。ジャカルタIII看護学校は、グローバル化に対応できる国内および国際的に質の高い看護師養成を目指し、普通科以外に国際科も設置している。ヤッケスビー看護短大は、4年制のチレボン大学の分校でDIII課程を設置している。日本語コースを2006年に開始している。

カリキュラム：S1の看護師コースは、1年

間のインターンをしなければならないため、5年かかる。インドネシアでは看護師国家試験制度はなく、看護師として働く場合D3の資格が必要となった。

入試では、学科試験（短大や看護学校は保健省、4年制大学は教育文化庁管轄下で実施）、健康診断、適性テスト、インタビュー試験などが実施される。

インドネシアの看護師養成のカリキュラムと科目を日本の国家試験科目10科目と比べると「社会保障制度と生活者の健康」がないだけである。看護技術項目も日本とほとんど変わらない（看護技術の質の差は指摘されている）。

大学での海外への送り出し：ビナワン大学では、有資格として働けることを目的としており、全学期にわたり病院実習の他に英語での看護実習を実施する。留学費用は大学側が貸し出すというものであったが、2006年からオーストラリアの看護資格取得に必要な英語力の基準が引き上げられ、1人あたりにかかる費用が上がり大学側が貸し出せる限度を越えたため当プログラムは頓挫した。ビナワン大学は2010年時点で累計772人の卒業生を出したが、50%強がサウジアラビア、クウェート、アメリカ合衆国など国外の病院などで看護師として就職する。IJEPAのプログラムで来日した候補者も少なからずいる。

就職の問題：インドネシア国内では、優秀な看護師を養成するカリキュラムが作られたが、国内での看護師のポストそのものが需要に比べて少ない。看護師の多くは大都市志向であるためジャワ島と地方の大都市では看護師は過剰ぎみである。一方、地方では人口あたりの看護師数は予算によって決められるため、看護師のポジション不足となり就職できない。ポスト数が養成数に比べて少ないことが、看護師の海外流出の背景にある。

② インドネシアの病院

インドネシアの病院には、公立と私立があり、私立のほうが医療の質が高い。公立の病院は、保険を有さない患者にも対応できるよう治療は比較的安く、それに見合う処置を行う。私立の病院には保険を有する富裕層の患者も多く、治療費の高低は、処置のレベルや投薬の種類、入院の待遇、また医者や看護師の対応にも影響する。私立病院の多くはイスラム教やキリスト教に基づいている。たとえばイスラム病院では教えに基づき、「病気を治すのは神様である。医者や看護師は技術を使って患者の治療にあたるが、神の手助けに過ぎない」という考えのもと治療を行っている。キリスト教の病院では、「民族、文化、経済状態にかかわらず看護を提供すること」を目指している。

病院での治療：インドネシアには国民皆保

険がない。経済的に豊かな人は個人で保険に加入している。定年者（一般には55歳）等定収入がない人には国の保険があるが、国の保険でカバーできる治療は限りがある。

看護師の仕事：看護師の勤務体制は、日本の朝・夜の2シフトに対し、朝・昼・夜の3シフトである。看護師の仕事は、マンディ、食事介助、医師と患者のコーディネートなど。排泄介助は、国立病院などは看護師ではなく患者の家族が行うが、民間の病院では看護師が行うところもある（セントカルロスなど）。

職務分掌：看護助手は（資格は病院内での6か月の研修のみ）医療や看護に必要な道具を揃える（リネン、マンディの準備）。軽い症状の患者の場合は排泄介助もする。栄養担当者は病院食を管理する。

看護師の待遇：病院ごとに看護師の給料は異なるが日本円で月1万数千円から2万円位。看護師の中には訪問看護でアルバイト収入を得る場合もある（1回15万ルピア）。

看護師の海外経験・キャリアアップ：看護師のランクには、業務全体を行う一般看護師、チームリーダー、病棟リーダー、複数病棟のリーダー、看護師長がある。看護師長になるためにはS1の資格がいる。看護師がいったん退職したら復職しても経験ゼロとカウントされる。海外経験は評価されるかもしれないが、勤務態度や実際の仕事のコンピタンスで評価される。保健省はEPAでの経験を考慮するよう促しているが、調査では、海外体験を評価してキャリアアップにカウントする病院はほとんどなかった。

③ 地方における医療事情：

インドネシアの行政は、Propinsi(州)の下にKabupaten(県)あるいはKota(市)、さらに県の下にKecamatan(郡)がある。郡ごとに地域保健センターであるプスケスマス(PUSKESMAS, Pesat Kesehatan Masyanahat, 以下PKMと略記)が中心地に郡役所とともに設置されている。群ごとに1つのが通例であるが、人口が多い郡や市では複数のPKMがある。一つの郡(3万5千から10万人)は、さらに8から10数個のDesa(Kulurahan)と呼ばれる行政村に分かれ、PKMの支所としてPUSTU(看護師が常駐するミニPKM)かPOLINDES(Pos Politeknik Desa, 助産師が常駐する助産施設で自宅出産介助のセンター)が設置されている。我々が調査したのは、西ジャワ州スカブミ県保健局とその傘下の3つのPKMとバンテン州南タンゲラン市の1つのPKMである。

PKMには、人口5000人に1人の助産師、人口12000~15000人に1人の割合で看護師定員が配置されている。PKMの助産院には常時2人の助産師が待機しているが、他の助産師は管轄の村の診療所(PUSTUかPOLINDES)に

1人で勤務し、助産以外の村民の健康管理も担う。看護師は国が決めた数では圧倒的に不足で郡の費用で現員の半数強を契約社員として雇用している。募集をすると山村の不便なPKMの看護師の1ポジションにも1000人近くの応募者が殺到する。助産師、看護師以外にもPKMには、歯科医、薬剤師、栄養士、公衆衛生、環境衛生、健康管理推進などの医療関係職、会計、運転手、警備員がいる。1999年の法律改正で助産師、看護師として働くためにはD3以上の学歴が必要となり、スカブミ県保健局はそれ以下の学歴の年配の看護師に学費補助をしバンドンの看護学校で勉強させ資格を取らせた。最近では全員がD3を取得後公務員試験を受けて入職してくるが、正規のポジションを始めから得るのは難しく契約社員として働く。

④ インドネシアにおける高齢者施策

インドネシアでは人口の高齢化はまだ進んでいず保健医療行政の優先課題ではない。ムスリムの間では、親の面倒を見ないのは罪という考えが強いため、イスラム教団体が高齢者介護施設を作ることはない。老人ホームを経営しているのはほとんどがキリスト教関係者である。インドネシアにも、富裕層のための老人ホームが設立されるようになったが、公立の高齢者施設は、家庭で世話を受けられない老人のための社会福祉施設の一環で社会省の担当である。

インドネシアにおける家庭介護：中卒の住み込みのお手伝いを雇うことが多いが、富裕層はホームケア専門看護師に依頼する。

事例1：義母が去年倒れ、入院までの3カ月は自分一人で介護していたが、体力的にきつく、お手伝いさんを探し、義母が退院した翌日から住み込みの18歳の女性を雇用。お手伝いさんの仕事は、午前4時に起床して前夜の食卓の片づけと家族の朝食の準備、朝のお祈りの後は家の掃除、病人のマンディと朝食と服薬介助、朝食後は日光浴や歩行訓練などをさせる。行商人より野菜を購入したり浴室掃除、病人への間食や水分補給やおむつ交換など老人介護と家事一般を担う。就寝は病人と同室、病人の異常行動や激しい発汗後の着替えなどで十分睡眠がとれないという。

ホームケア専門の看護師による介護：ホームケアは、入院患者の退院後のケアとして1990年代よりいくつかの病院が導入し、入院日数を短縮することで医療費削減を図っている。病院より自宅療養を好む人も多い。

事例2：若い時は病院勤務の看護師、その後ホームケア専門の看護師になった。現在は、精神を病んだ娘と同居している老齢の母親を週1回の日勤（朝7時～午後5時）でホームケアをしている。血圧・体温測定、水浴び・服薬・食事介助（胃の調子に合わせ食事を調

理）。日光浴や散歩の介助などが主な仕事。

⑤ インドネシアの高齢者施設

家族で面倒をみてもらえない人は、ジャカルタ特別州が運営する5つの老人施設か、民間が運営する4つの施設で世話されている。老人問題は保健医療というより社会福祉の問題として扱われているのが日本と違う。

・キリスト教系の老人ホーム：2人部屋と個室で35人の老人の面倒をみているキリスト教の教会が運営する軽費老人ホーム。利用料を支払うことができるが世話をする人がいない60歳以上の人が対象で、介護度は入居の条件ではなく寝たきりの人は受け入れない。が、入居後寝たきりになった時は施設が面倒をみる。水浴びや食事が自分でできることが入所の条件。給料を支払われているのは、3人のケアギバーと台所スタッフ。ケアギバーは、社会福祉省が実施する2週間の研修を受けている。ワゴンで運ばれてきた食事を各自が自分の皿に好きなものを好きなだけとり、自室で食べる。プライバシーが重視されているが、2カ月に1度の誕生会の時は礼拝堂で一緒に食事をする。健康管理は、隣接する保健所に頼り、入院が必要な時は、社会サービスのカードを保健所に発行してもらう。入居者の利用料で賄えるのは、総支出の約3分の2で、不足分は寄付に頼っている。

・イスラム教系の老人ホーム：現所長の父が1980年に始めた貧困老人のための炊き出しサービスと銀行から土地建物の提供を受けて始めた身寄りのない貧困な老人イスラム教徒に住まいと食事を提供する事業を娘が受け継ぐ。現在の利用者は10人（65歳から87歳）。利用料を徴収してせず、ジャカルタ市からのごくわずかな補助と寄付で運営。出費のほとんどを寄付で賄っているために財政的に厳しい。

・元気な高齢者：インドネシアでは、60歳以上の人をlansia、45歳から60歳をprelansiaとよび、健康増進・病気予防の施策が講じられている。在宅の60歳以上の低所得者対象の施策にはPUSAKAがある。運営は民間のボランティアが行い、市は若干の補助金を出す程度。体操・料理・手芸や工作・PKMと連携した健康診断や健康相談・家族訪問やカウンセリング・宗教サービスなどを提供することで健康を増進することが目的。

・地域の老人会（Posbindo）：地域の高齢者の集まりをPosbindoといい、会員の会費でさまざまな活動を行う。週1回の指導者による体操教室、隔週の歌の練習、月1回のPKMの医師による健康診断など。60歳になると老人手帳をもらいPKMでの軽い病気の治療は無料になるという。退職公務員組織が積極的に退職者にPosbindo作りを働きかけている。PKMも地域ごとにPosbindoを作りそこを拠点

に健康推進活動を実施している。

(3) 介護福祉士候補者の日本体験

看護師・介護士候補者の応募動機には3つのタイプがあった。第1のタイプは、母国で看護学もしくは健康・保健関連の学科を専攻した人が、日本の保健医療に興味を持って来日し、帰国後に日本で学んだことを生かしたいと希望する場合である。

第2のタイプは、海外へ出てみたいという願望から応募するケースで、海外暮らしを経済的な安定を得ながら合法的に満たす手段としてEPAをみている。この願望の特殊型として、日本への憧れからEPAに参加してくる若者もいた。

第3のタイプは「出稼ぎ」志向である。いずれのタイプであってもほとんどが日本での高収入に魅力を感じてはいるが、高収入が日本行きの第一動機と見られる場合を「出稼ぎ」志向とした。

日本の施設の受けとめ方

受け入れ施設は、日本語能力の不十分な外国人を日本人と同等の待遇で雇用し、国家試験準備のための勉強を勤務時間内にさせる義務がある。負担承知でなぜ受け入れるのか。

介護士の受け入れ先の特別養護老人ホームや老人保健施設の経営母体は社会福祉法人で、規模はさまざまである。

受け入れ理由として、国際貢献もしくは異文化に接することによる職場の活性化をあげた施設は多い。また将来の人手不足に備えて外国人雇用の予行演習をやっておくよい機会としてEPAをみなしているところも多い。

理事長の指示で受け入れを決めた場合は、どのような理由で外国人を受け入れるのか本部の意図が教育担当者に明示的に伝達されている場合と伝達されない場合がある。後者の場合、理事長が決めたことを実施しているだけという返事で、受け入れ理由の詳細は分からない。表1、2の「法人（理事長）の指示」はそのような事例である。民間の病院や高齢者施設のインドネシア人向けの研修は本部が必要経費を負担し最上の支援を与える所から人手不足の補填として扱い週1,2時間の研修時間だけと様々であった。

施設側の受け入れ理由とEPA候補者の応募時の3タイプの動機を組み合わせると表1、表2のようになる。候補者本人とは面接できたが、施設を訪問していない場合は、施設の受け入れ理由は「不明」となっている。表1より介護士候補者には日本への憧れや異文化体験志向で来日する人が圧倒的に多く、次が出稼ぎ志向であることがわかる。

(4) 看護師候補者の日本体験

看護師候補者として来日するためには、卒業2年以上の看護師としての就労経験が必

表1 施設と介護福祉士候補者の関係性（応募時）

候補者施設	キャリア志向	日本への憧れ、日本語習得	異文化体験目的	出稼ぎ志向	不明
国際貢献・国際交流	1	1		2	2
外国人雇用の予行演習		8	6	5	3
国の事業への協力を本部（もしくは協会）が決めた			2		
法人（理事長）の指示	4	4	1	4	1

表2 病院と看護師候補者の関係性（応募時）

候補者病院	キャリア志向	異文化体験目的	出稼ぎ志向	不明
国際貢献・国際交流	3	1	2	2
国際貢献が組織理念	2	2		
外国人雇用の予行演習	3	1		1
国の事業への協力を本部（もしくは協会）が決定	4	1	1	
法人（理事長）の指示	5	3		
不明	3			

要であるが、日本の看護師資格がないため、看護助手として働きながら、国家試験の準備をする。表2からも明らかなように、看護師候補者には、来日することでキャリアアップを図りたい人が多数を占め、本人の思いとのギャップが大きく、職業アイデンティティの揺らぎを経験する（介護福祉士の場合は、日本人職員と大差なくローテーションに組み入れられるため、職業アイデンティティをめぐる葛藤はあまりない。）

病院が将来の労働力として受け入れる場合、勤務時間の中で助手の仕事をし勉強は自助努力で勤務時間外に行う。異文化志向や出稼ぎ志向の候補者は、看護助手の仕事を受け入れ、待遇は母国に比べてよく、祖国に仕送りもできると現状を甘受する。キャリアアップ志向の候補者は、国家資格がないからしかたがない、頑張ろうと勉強への動機を強める。国際交流型の病院では、合格前は受験生と位置づけ、勤務時間内に勉強時間を与える。候補者が頑張ると相互の目的は一致するが、本人が異文化志向や出稼ぎ志向で勉強意欲が弱い場合は病院がストレスを感じる。

合格後、候補者は看護師として初めて日本人の組織に入る。病院側は日本人の新人と同様の位置づけをするが、インドネシア人看護師は母国で培った看護技術が生かされると考えている。長期療養病院のように介護士に近い仕事をした場合は研修中と合格後とあま

り変わらずリラックスできるが、総合救急病院では緊急対応が多いため、新人と同じでストレスが高まり、アイデンティティは揺らぐ。

滞在延長の場合は、病院側はもう少し頑張ってほしいと学習計画を作り勉強支援を継続したいと思っている。候補者は、国家試験に合格し、日本で働きたい、あるいは、失敗しても、1年間は仕送りができ、日本語が上達するし、帰国後のキャリアアップができるかもしれないと思っている。

個人のアイデンティティは、個人の動機などの内的要因と、他者との関係性やマクロな外的要因との関係性によって変わる。母国では看護師であっても日本では国家試験に合格しない限り看護師と認知されない。看護師としてのアイデンティティは、母国では看護師集団、日本でEPA仲間や日本人看護師、また患者との関係性によって自身が何者であるかの認識は揺らぐ。またこれらに影響するのは、EPA スキームであり、それは国の政策や医療人材の移動を促す医療環境や国際情勢といったマクロ要因によって左右されている。

5. 主な発表論文等

[雑誌論文] (計2件)

- ① 浅井亜紀子・箕浦康子・宮本節子 「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点から―」学術の動向、査読無、第17巻第2号、2012、83~90.
- ② 浅井亜紀子・宮本節子 「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、査読有、VOL. 817~33、2011、17~33.

[学会発表] (計8件)

- ① 浅井亜紀子・箕浦康子・宮本節子 「国際間移動に伴うアイデンティティ再構築の諸相：看護師の事例を中心に」日本社会心理学会、2011年9月18日、名古屋大学
- ② 宮本節子・浅井亜紀子・箕浦康子 「EPA 看護師の職場体験とアイデンティティ：過去と現在の対比の中で」日本社会心理学会、2011年9月18日、名古屋大学
- ③ 浅井亜紀子・箕浦康子・宮本節子 「EPA インドネシア人看護師の日本体験：マイクロ・マクロ連携モデルの視角から」日本学術会議主催学術フォーラム、2011年6月18日、日本学術会議講堂
- ④ 浅井亜紀子・箕浦康子・宮本節子 「EPA 医療人材と受け入れ施設の関係性 ―時間経過による変化と地域性に注目して―」異文化間教育学会、2011年6月11日、お茶の水女子大学

- ⑤ 浅井亜紀子・宮本節子 「インドネシア人看護師・介護福祉士を取り巻く組織間コミュニケーション(1)」多文化関係学会、2010年10月16日、常葉学園大学
- ⑥ 宮本節子・浅井亜紀子 「インドネシア人看護師・介護福祉士を取り巻く組織間コミュニケーション(2)」多文化関係学会、2010年10月16日、常葉学園大学
- ⑦ 浅井亜紀子・箕浦康子・宮本節子 「ベトナム人看護専門学校留学生の異文化体験とキャリア形成」異文化間教育学会、2010年6月13日、奈良教育大学
- ⑧ 浅井亜紀子・宮本節子 「インドネシア人看護師・介護福祉士候補者をめぐる文化接触の課題」多文化関係学会、2009年10月18日、関西大学

6. 研究組織

(1) 研究代表者

浅井亜紀子 (ASAI AKIKO)
桜美林大学・言語学系・准教授
研究者番号：10369457

(2) 研究分担者

宮本節子 (MIYAMOTO SETSUKO)
兵庫県立大学・環境人間学部・教授
研究者番号：60305688

箕浦康子 (MINOURA YASUKO)
お茶の水女子大学・名誉教授
研究者番号：20135924
(H21→H22, 23: 連携研究者)