

インドネシアの医学教育改革の動向 — 医師法と医学教育法に着目して —

和氣 太司

【要旨】

インドネシアでは2004年に「医師法」が制定され、医師を中心として一定の独立性を持つ、インドネシア医学協議会 (KKI) が創設され、患者保護の観点から医師の行為の質の向上を図るため、医師登録、医師専門職教育基準の設定、医療倫理委員会の創設などに取り組んできた。

さらに、2013年には医学教育について総合的に推進を図ることを目的として「医学教育法」が制定された。同法は医学教育に対する国の役割を強調するとともに、大学入学からインターンシップ、プライマリ・ケア医や専門医の養成に至るまでを規定している。

これらの法律を中心に検討したところ、医学教育の内容の決定過程において医師会の役割が大きくなっていることがわかった。

キーワード：医師法、医学教育法、KKI、医師会、プライマリ・ケア医

はじめに

インドネシアは世界第4位の2億6千万人の人口を有し、1万を超える大小の島々からなる世界最大の群島国家である。東南アジア諸国連合 (ASEAN) 諸国で最大の人口と国土を有するとともに、人口の約9割はイスラーム教徒で世界最大のイスラーム人口を有する国でもある。

アジア経済危機を契機に1998年、スハルト第2代大統領の体制が崩壊し、その後の「改革」の時代を経て民主化が進む中で、豊富な生産年齢人口と中間所得層の拡大を背景に順調な経済発展を遂げている。

保健・医療の面では、2014年に国民皆保険制度が導入されたのを契機に国民の健康意識の向上や医療ニーズの拡大が促され、巨大な医療市場が誕生すると見込まれている (鈴木2014:90)。一方で医療の中核を担う医師についてはその不足や大都市偏在が問題となっており、量的な拡大と質の向上が緊急の課題となっている。このため、大学医学部は2000年の35学部から2016年の75学部へと大きく増加したが、医学生生の25%が卒業試験に不合格となり、また、インドネシアでは教育プログラムのアクレディテーションにおいてA、B、Cのランク付けをしているが最低のC評価の医学部が45%を占める (Ikatan Dokter Indonesia)。

こうした中、2004年に患者を保護する観点から医療行為の質の向上を図ることを目的とする医師法¹⁾が制定された。医師・歯科医師を中心として構成されるインドネシア医学協議会

(Konsil Kedokteran Indonesia : KKI) が創設され、医師登録、医師コンピテンシー基準の設定、医療倫理委員会による医師の規律の確立などを通じ、医療行為の質の向上を目指した。KKIは06年に「医師専門職教育基準」及び「医師コンピテンシー基準」を制定した。

2013年に成立した医学教育法²⁾は医学教育の推進を図るための総合的な法律として医学教育の実施主体や内容から経費の調達に至るまで規定し、また、医学部入学から学部卒業後のインターン、プライマリ・ケア医や専門医の養成に至るまでを対象に規定している。同法を実施に移すための関係政令などの整備も進み、医学教育法の目指す改革の全貌が見えつつある。

本稿はこれら2つの法律を中心に検討することを通じ、インドネシアで進む医学教育改革の特徴について整理することを目的とする。

今日、グローバル化の波は医学・医療にも及んでいる。医療人材や患者の国境を越えた移動が増加している。国境を超えた感染症への対策が求められ、また、質の高い医療を求める富裕層を中心とする医療ツーリズムの進展も著しい。医学教育においても世界医学教育連盟 (World Federation for Medical Education: WFME) が日本を含む各国の医学教育評価機関を認定することで国際的な医学教育の質保証が進められている (奈良2018:61-5)。

日本とインドネシアの交流の歴史は長い。日本政府は政府開発援助を通じ、インドネシアの人材育成や経済社会インフラの整備に貢献する一方、長年にわたり多くの日系企業が進出してきた。インドネシアは日本にとって重要な戦略的パートナーであり、医学・医療面でも様々な連携の可能性がある。専門医制度の導入など共通の課題も多い。従来、日本側からの一方的な支援が中心であったが、今後は対等なパートナーとして交流を深め、共通の目標に対し取組んでいくことが期待される。その出発点としてインドネシアにおける医学教育の動向を把握することは意義深いと考える。

表1 医学教育に関する法令の制定状況

2004年10月	医師法 (2004年法律第29号) の制定
2005年4月	インドネシア医学協議会 (KKI) の発足
2006年9月	「医師専門職教育基準」及び「医師コンピテンシー基準」の制定
2012年8月	高等教育法 (2012年法律第12号) の制定
12月	「医師専門職教育基準」及び「医師コンピテンシー基準」の改訂
2013年8月	医学教育法 (2013年法律第20号) の制定
2017年1月	医師法及び医学教育法に関する憲法訴訟の提起
6月	医学教育及び歯学教育プログラムへの新入学生の割当てと選考に関する研究・技術・高等教育大臣令の制定
12月	医学教育法の実施に関する政令の制定
2018年4月	医師法及び医学教育法に関する憲法裁判所判決
5月	医学教育国家基準に関する研究・技術・高等教育大臣令の制定

1 インドネシア医学協議会 (KKI) の設立

2004年の医師法に基づき、05年4月にKKIが発足した。KKIは自治、独立の非構造的な組織を持つ団体(医師法1条)であり、大統領に対して責任を負う(同法4条)。その運営経費は国家予算が充てられる(同法25条)。

(1) KKIの組織

KKIは17名の理事から成り、その出身母体は、医師会(2名)、歯科医師会(2名)、医学部長会議(1名)、歯学部長会議(1名)、医学会(1名)、歯学会(1名)、教育病院長会議(2名)、有識者(3名)、保健省(2名)、研究・技術・高等教育省(2名)である。

理事については、保健大臣が各出身母体から選出された候補者を大統領に推薦し、大統領が決定する(同法14条)。KKIの理事構成については有識者の3名以外は医師或いは歯科医師とされている。また、KKIの下には医師を所掌する医学評議会と歯科医を所掌する歯学評議会がそれぞれ設けられている。

(2) KKIの任務

KKIの任務は①医師の登録、②医師専門職教育の基準の裁可、③関係機関と連携し、医師の医療行為の実践に関し指導を行うことである。②の医師専門職教育基準の裁可はKKIと医師会が共同で行い、その際、医学会、医学部長会議、教育病院長会議と連携する(同法7条)。

KKIは医学教育に関わる業務として、2006年9月、「医師コンピテンシー基準(SKDI)」を策定した。これは従来、政府が策定していた「インドネシア医学教育コア・カリキュラム」を見直し、継承したものである。2002年に「コア・カリキュラムに関する国民教育大臣決定」により、医学教育を含めコア・カリキュラムは高等教育機関、専門職集団等の間で定めることになったためである。2012年には同基準の改訂を行った。また、医師コンピテンシー基準と同時に「医師専門職教育基準」が制定されている。「医師コンピテンシー基準」は「医師専門職教育基準」の一部を構成するものと位置づけられている。また、医師専門職教育基準はWFMEに準拠するなど国際的な通用性を志向している。さらに、KKIは国家高等教育機関アクレディテーション委員会(Badan Akreditasi Nasional Perguruan Tinggi : BAN - PT)と連携して医学教育プログラムのアクレディテーションに取り組んできた(和氣2016: 79-85)。

(3) 英国GMCとの比較

KKIの任務は英国の医学協議会(General Medical Council :GMC)とほぼ同じであり、KKIはGMCをモデルとして創設されたと考えられる。白瀬(2011)によると、英国において医師免許の登録、管理、大学の医学教育プログラムの規制、設定をするのは、GMCである。GMCは1858年医療法に基づいて設立されたが、慈善委員会(Charity Commission)として認可を受けた非営利組織であり、医師の登録料・更新料で運営されている。

① 英国における専門職団体の発展

石垣 (2010) によると、英国では、1832年に医学の振興と医療専門職の名誉と利益の維持を目的として、英国医師会 (British Medical Association:BMA) が設立された。さらに、医療免許が乱立し、それを統一し質の高い医学教育を確立することが重要であったことから、BMAが主導して1858年の医療法によりGMCが創設された。これにより、GMCは医師免許の登録と医学教育の基準の設定、BMAは医師の職能団体、労働組合としての発展の道を歩むことになった。GMCとBMAが明確に分離され、教育の基準の確立は専門職団体としてのGMCが自己規制するという考え方が確立した。

1990年代から2000年代にわたり、小児の心臓手術の治療成績が著しく低く、医師の技量として不適切であるとされた「ブリストル王立小児病院事件」などに対する対応をめぐり、GMCは国民・患者の安全を犠牲にして医師を保護してきたとの声が上がリ、GMCの理事会メンバーにおける非専門職の比率を上げるなどの対応がとられた。「GMCが医療専門職に対する独立した規制機関であることに依然変わりはないが、他職種や政府組織とのパートナーシップが強調され、運営には非専門職がより多く関わり、直接議会に説明責任を求められ、クリニカル・ガバナンスという統治の中に位置づけられていった (石垣2010:260)」。

このように、医師会から分離独立する形でGMCは150年以上にわたり、専門職による自己規制という統治システムを維持してきた。

② KKIとGMCの比較

表2を見ると、KKIの理事は、医師会など専門職団体、医学部長会議などの大学関係者、政府などの代表から構成されている。大統領が任命し、運営費は国家予算に依存している。一方、GMCの理事は独立したプロセスで任命され、GMCの運営費は医師の登録料など自己財源をあてている。また、上述のようにGMCは医師会と分離して発展してきた。

このように、組織の政府からの独立性や発展の経緯についてKKIとGMCとは大きく異なっている。

2 医学教育法の制定-総合的な医学教育の推進

KKIは国際的な通用性を志向した医師専門職教育基準を策定するなど一定の成果を上げてきたが、前述のように医学部数が大きく増加する中、医学教育の質の向上を図るためには教育環境の格段の充実が最優先の課題であり、その鍵を握るのは国の積極的な資源の投入である。これを進めるためには国を中心とする強力な推進体制の整備が必要であり、このことが医学教育法の制定につながったと思われる。同法は高等教育の基本法として制定された高等教育法の個別法という位置づけで2013年に制定された。

(1) 医学教育の目的と実施主体

医学教育の目的は、社会の要請に合致した医師の輩出、全国における医師・歯科医師に対するニーズを満たすこと、医学知識の向上である (医学教育法4条)。

表2 KKIとGMCの組織

	KKI	GMC
設立根拠	2004年に医師法により設置	1858年の医療法により設置
理事の任命	保健大臣が各出身母体から選出された候補者を大統領に推薦し、大統領が決定	政府や利益集団から独立したプロセスで任命
理事の構成	17名 医師会 (2名) 歯科医師会 (2名) 医学部長会議 (1名) 歯学部長会議 (1名) 医学会 (1名) 歯学会 (1名) 教育病院長会議 (2名) 有識者 (3名) 保健省 (2名) 研究・技術・高等教育省 (2名)	11名 医師 (5名) 非専門職 (6名)
運営経費	国家予算	医師登録料・免許更新料

出典：KKIについては医師法、GMCについてはGeneral Medical Council (<https://www.gmc-uk.org/about/who-we-are/our-history>,2018.9.30.) 及びMedical Council (<https://www.gmc-uk.org/about/who-we-are/our-council>,2018.9.30.)に基づき、筆者作成。

医学部を設置できるのは複数学部から構成される学校種である総合大学とインスティテュートに限る。また、医学部は歯学教育プログラムやその他の保健分野のプログラムを開設することができる(同法6条)。

(2) 医学教育に対する国の責務

医学部への指導は研究・技術・高等教育大臣が保健大臣と連携しつつ行う(同法5条)。また、医学教育への資金調達と責務は政府、地方政府、医学部、教育病院、民間にあるが、政府は国家予算、地方政府は地方政府予算として計上する(同法48条)。研究・技術・高等教育大臣は法令に基づき、定期的に医学教育の運用に係る基準費用を定める(同法52条)。

一方、学生に対しては政府、地方政府、大学医学部、その他の財源で奨学金や学費の支援をする(法32条)。政府の奨学金はインドネシア全土に医師を配置するための義務を負う奨学金として提供される。また、地方政府の奨学金は当該地方に医師を配置するための義務を負う奨学金として提供される。

(3) 医学教育国家基準の制定

医学教育国家基準³⁾は高等教育一般を規定する「高等教育国家基準」に則り、研究・技術・高等教育大臣が決定する(同法24条)。医学教育国家基準は医学部における教育、卒業後のプライマリ・ケア医、専門医の教育プログラム、プログラム修了のコンピテンシー、教育内容、研究、社会奉仕等を含む(同法24条)。こうした規定に基づき、2018年5月に医学教育国家基準が制定

された。

(4) 医師養成のプロセス

医師養成については、医学部に入学し、学士課程と専門職プログラムを修了した時点でコンピテンシー試験に合格して大学を卒業する。その後、医師としての誓約、医師登録を行い、インターンシップ（1年以内）を経て、プライマリ・ケア医プログラム（2年）或いは専門医プログラム（2～3年）に進み、それらプログラムのコンピテンシー試験に合格するという流れになっている。

①新入学者の受入れ

入学者は能力試験や人物試験など所定の選抜を経る。また、選抜に当たっては地域のニーズ、男女平等、低所得層の状況を踏まえ教育機会を保障するとともに、医学部卒業生がインドネシア全土に均等に分布するよう配慮する。そのために特別コースによる学生選抜を行う（同法27条）。

2017年6月に定められた「医学教育及び歯学教育プログラムへの新入学生の割当と選考に関する大臣令」の第4条によると各大学は収容能力と国家割当を踏まえて医学部への新入生受入れ計画を決定するが国家割当の計算根拠は次の通りである。

ア 医学教育プログラムのアクレディテーションのランキング

イ 医師専門教育プログラムの学生コンピテンシー試験の合格者の割合

ウ 医学部と第一教育病院との連携

エ 医学教育における教員と学生の比

上記のアクレディテーションのランキングは保健高等教育評価機構（Lembaga Akreditasi Mandiri Pendidikan Tinggi Kesehatan）により実施される。

以上のように、入学者選抜に当たっては所得や性別に配慮し、多様な層の学生に機会を与えるとともに医師の地域偏在を解消するという視点を取っている。

また、アクレディテーションや学生コンピテンシー試験の合格者の割合など大学医学部に対しては教育の質の面で競争を促進していることがうかがわれる。

②インターンシップ

インターンシップについては医学教育法に関する政令に、以下の通り詳細に定めている。医学部卒業時のコンピテンシー試験に合格し、医師登録をした者はインターンシッププログラム（1年以内）に参加する義務がある。労働と見なされ、経費は国家予算で手当てされる。参加する医師の義務は、①全国どこに配置されても準備を整えること、②コンピテンシー基準、サービス基準、プロフェッショナル基準を満たして務めることである。一方、参加者の権利として①基礎的的生活費、交通費、手当が支給され、②プロフェッショナル基準とサービス基準を満たす限り法的な保護を受け、③医師の指導を受けることができ、④住居が提供される。

プログラム実施の費用は国家予算で負担される。地方政府もインターンシップ・プログラムの実施を促進する。

インターンシップは全国的に実施され、保健省が調整に当たる。インターンシップの実施に関し、インターンシップ委員会が設置され、保健大臣の下に置かれる。また、病院などで実施されるインターンシップ・プログラムは1年以内であり、その内容は保健大臣が決定する。

インターンシップに参加した医師が義務に反した場合は保健大臣が制裁をする。インターンシップに際しては医師が指導し、医学部がその能力向上に務めることになっている。

以上のようにインターンシップについては保健省が中心となり実施に当たり、その経費についても国の予算を当てる。

③プライマリ・ケア医プログラム

プライマリ・ケア医 (Dokter Layanan Primer: DLP) プログラムはインターンシップ修了後のプログラムで専門医 (Dokter Spesialis) と同等とされる (同法第8条)。

政令によるとDLPの機能は次の4つである。

- ア 個人、家族、文化的背景を踏まえた社会に焦点を当てたプライマリ・ケアの医療サービスの提供
- イ 緊密で同等な医師と患者の関係を築くことで生物的、心理的、社会的、文化的、精神的な要因を統合した包括的なサービスを用意する
- ウ すべての年齢集団と病気に継続性を持つ健康、病気の予防、治療、リハビリ、緩和医療の推進をカバーする総合的なサービスを用意する
- エ 科学的な証拠に基礎を置き、プロフェッショナルとして倫理や責任に基づくサービスを提供する

DLPプログラムは最も高いアクレディテーション評価Aの医学部でのみ実施できる。A評価の医学部は他大学のレベル引き上げを迅速にするため、他大学の医学部の指導を行うことができる。プライマリ・ケア医養成プログラムの学生は教育病院や医学教育施設で研修する際に奨励金を得る。

(5) 教育内容に関する決定過程

以上のような教育プロセスを経て医師養成が行われるが、各段階における教育内容の決定過程に着目して整理すると表3の通りである。

このように教育内容についてはすべての段階に医師会が関与することが特徴となっている。一方、KKIが最終的な決定権を持つのは医師、プライマリ・ケア医、専門医のコンピテンシー基準の設定にとどまっている (表4)。

医師会の影響力を示す一例として、医学教育法に規定するプライマリ・ケア医プログラムの導入が医師会の反対により実現できていないことがある (Jakarta News 2017.1.11)。2016年12月には17大学にプライマリ・ケア医プログラムを設けるといのが政府の方針であったが医師会はプライマリ・ケア医プログラムが不必要に医学生の修業年限を増やすものと主張し、その導入に反対している。

一方、医学教育法の制定により、KKIの教育に関与する権限は後退している。Titi (2016) が

表3 教育内容に関する意思決定方法等

事項	実施主体等
医学教育基準の策定	<ul style="list-style-type: none"> ・「高等教育国家基準」に則り、保健省、医学部長会議、教育病院長会議、<u>医師会</u>により編成 ・上記を受けて、研究・技術・高等教育大臣が決定
医学教育の実施	<ul style="list-style-type: none"> ・高等教育機関が教育病院等と連携しつつ、<u>医師会</u>と調整した上で実施 ・実施に当たっては、研究・技術・高等教育省が保健省とともに指導
医学部卒業時のコンピテンシー	<ul style="list-style-type: none"> ・医学部が医学部長会議とともに<u>医師会</u>と調整して実施試験
インターンシップ・プログラム	<ul style="list-style-type: none"> ・保健大臣によって調整される ・保健大臣は委員会を置くことができる ・指導監督については保健大臣が研究・技術・高等教育大臣とともに、KKIに指導・監督させつつ実施する保健省、医学部長会議、教育病院長会議、<u>医師会</u>、KKIが連携して実施
プライマリ・ケア医・プログラム	<ul style="list-style-type: none"> ・アクレディテーションがA評価の医学部が実施する ・<u>医師会</u>と調整を行う ・コンピテンシー基準は研究・技術・高等教育大臣、保健大臣、<u>医師会</u>、医学部長会議により編成され、KKIが決定する
プライマリ・ケア医・専門医のコンピテンシー試験	<ul style="list-style-type: none"> ・医学部が医学部長会議とともに<u>医師会</u>と調整して実施

出典：医学教育法に基づき、筆者作成。下線は筆者が付した。

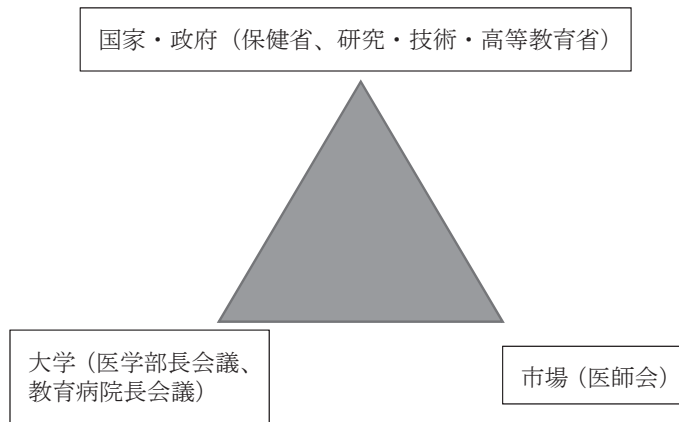
表4 コンピテンシー基準の策定

コンピテンシー基準	編成・決定方法
医師	医学部長会議が保健省、研究・技術・高等教育省、医師会、医学会、専門医学会、教育病院会議と連携して編成し、 <u>KKI</u> が決定
プライマリ・ケア医	プライマリ・ケア医学会が保健大臣、研究・技術・高等教育省、医師会、医学会、専門医学会、医学部長会議、教育病院長会議と連携して編成し、 <u>KKI</u> が決定
専門医	関連専門医学会が保健省、研究・技術・高等教育省、医師会、医学部長会議、教育病院長会議と連携して編成し、 <u>KKI</u> が決定

出典：医学教育国家基準に基づき、筆者作成。下線は筆者が付した。

指摘するように、医師法ではKKIが医師専門職教育基準の設定の権限を有することになっていたが、医学教育法では研究・技術・高等教育省が医学教育国家基準を定めることとされるなど、権限の重複が生じている。その結果、KKIの関与はプライマリ・ケア医や専門医のコンピテンシーなど大学卒業後の基準に制限されることになった。

橋本（2009）は日本の医学部入学定員政策について、「大学」、「国家（政府）」、「市場」の3者の政治的影響力の行使と葛藤を通じて政策決定がなされているとし、分析を行っている。この枠組みはインドネシアにおける医師養成について検討する際にも有効であると思われる。国家



出典：橋本 (2009:17) を参考に筆者作成。

図1 インドネシアの医師養成におけるパワーバランス

(政府) は保健省と研究・技術・高等教育省、大学は医学部長会議と教育病院長会議、そして、市場が医師会と考えることができる (図1)。

3 医師法と医学教育法に関する憲法裁判所判決

以上のように、医師法、医学教育法の制定に基づく改革が進められてきたが、2017年1月に医学部教員、医師など32名が医師法と医学教育法について違憲訴訟を起こした。憲法裁判所は18年4月に判決を下した (Putusan Nomor 10/PUU-XV/2017)。

(1) 医師会の適格性

原告は、イ. 医師会は医師の職能団体であり、政治団体の性格を併せ持つので、医学教育法に規定する、教育内容に関与する団体として適格ではない、ロ. 医師会は学会や専門医学会を包含する組織であるが、学術的能力がある個別の専門学会の方が意思決定に携わる団体として適当ではないかと主張した。

憲法裁判所判決では医師会が各学会を包括する団体として一元的に意思決定に携わることは憲法上の問題なしとの判断を下した。

(2) 医師会とKKIの利益相反

原告の主張は次のとおりである。医師法ではKKIの構成員17名のうち2名を医師会出身者としている。実際に医師会の理事がKKIの構成員であった。KKIは規制者で医師会は規制対象である。したがって、この関係は利益相反に当たる。

憲法裁判所は利益相反に当たるとし、医師会の理事がKKIの委員に就任しないように法律を運用すべきと判断した。

おわりに

早くから医学教育が発達してきた英国において「1850年代および1860年代に、大学は医療、官僚、法曹、工学といった専門職と深く結びつくようになったが、それはあらゆる面で相互に有益な効果をもたらすこととなった (M.サンダーソン2003:111)」と指摘されている。大学の発展の経緯は大きく異なるが、大学教育の発展に専門職との連携が重要なことは共通していると思われる。

そうした観点から本研究では専門職団体の医学教育への関与を中心に検討した。そして、医学教育の内容の決定過程における医師会の役割について法令を中心に検討し、医師会の役割が大きくなっていることを確認した。医師会はインドネシア独立直後の1950年に創設され、教育研究を担う学協会としての側面と医師の職能団体、政治団体、といった多様な性格を併せ持つ組織であり、医師会の政策決定に対する影響力をさらに検討するためには医師会の歴史的に果たしてきた役割やその組織などについてさらに研究を進める必要がある。

また、政府、大学、市場という3つのアクターの影響に着目して各国の医師養成について検討することも今後の課題としたい。

注

- 1) Undang-Undang Republik Indonesia Momor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran
- 2) Undang-Undang Republik Indonesia Momor 20 Tahun 2013 tentang Pendidikan Kedokteran
- 3) Peraturan Menteri Riset, Teknologi, dan Pendidikan Tinggi Republik Indonesia Nomor 18 Tahun 2018 tentang Standar Nasional Pendidikan Kedokteran

引用 (参考) 文献

- 石垣千秋, 2010, 「英国ブレア政権下における医療専門職規制の「近代化」: 規制主体の変化を中心に」『医療と社会』20(3): 251-262.
- M.サンダーソン, 2003, 安原義仁訳『イギリスの大学改革1809-1914』玉川大学出版部.
- 白瀬由美香, 2011, 「イギリスにおける医師・看護師の養成と役割分担」『海外社会保障研究』174: 52-63.
- 鈴木久子, 2014, 「インドネシアの公的医療保険制度改革の動向」『損保ジャパン総研レポート』64: 89-105.
- 奈良信雄, 2018, 「医学教育の国際的な評価の動向」『大学評価研究』17:61-6.
- 橋本鉦市, 2009, 『専門職養成の日本的構造』玉川大学出版部.
- 和氣太司, 2017, 「インドネシアの医学教育の質保証に関する考察」『大学アドミニストレーション研究』7:77-86.
- Ikatan Dokter Indonesia, 2017, 25 Persen Sarjana Kedokteran Tidak Lulus Uji Kompetensi Dokter Indonesia (<http://www.idionline.org/berita/25-persen-sarjana-kedokteran-tidak-lulus-uji-kompetensi-dokter-indonesia/>).
- Mahkamah Konstitusi Republik Indonesia. Putusan Nomor 10/PUU-XV/2017.
- Titi Savitri Prihatiningsih, 2016, "The role of Indonesian Medical Council in assuring the quality of medical education," *Jurnal Pendidikan Kedokteran Indonesia*, 5(3): 181-191.
- The Jakarta Post (www.thejakartapost.com/news/2017/01/11/idi-continues-protests-against-planned-primary-doctor-program.html, 2018.9.26)