

博士学位論文（東京外国語大学）
Doctoral Thesis (Tokyo University of Foreign Studies)

氏名	合地 幸子
学位の種類	博士（学術）
学位記番号	博甲第 280 号
学位授与の日付	2019 年 10 月 2 日
学位授与大学	東京外国語大学
博士学位論文題目	高齢者ケアと現代ジャワの家族—ンガンチャニ（そばに居る）という ことの社会的動態—

Name	Gochi, Sachiko
Name of Degree	Doctor of Philosophy (Humanities)
Degree Number	Ko-no. 280
Date	October 2, 2019
Grantor	Tokyo University of Foreign Studies, JAPAN
Title of Doctoral Thesis	Elderly Care and The Modern Javanese Family: Social Dynamism of <i>Ngancani</i> (Accompany)

高齢者ケアと現代ジャワの家族

—ンガンチャニ（そばに居る）ということの社会的動態—

合 地 幸 子

凡例

1. ンガンチャニ (*ngancani*) は、「～のそばに居る」という意味であるが、本論文では「そばに居る」と表記する。
2. 本論の調査地であるジョグジャカルタ (*Daerah Istimewa Yogyakarta*) は、一般に日本語ではジョグジャカルタ特別区と訳されるが、本論文では行政区である区と区別するためにジョグジャカルタ特別州と表記する。
3. 貨幣単位はインドネシア通貨であるルピア (*Rupiah*) で示す。調査期間 (2012 年から 2017 年) に変動があるため、目安として 1 円=0.009 ルピアで換算する。
4. 本論ではインドネシアの本土を指す時はジャワ島、民族を指す時はジャワ人と表記し、ジャワと表記した場合は広義にジャワ島で暮らす人びとの生活上の習わしを指すものとする。
5. 論文中で使用する英語は立体で表記する。また、インドネシア語はイタリック体で表記し、ジャワ語はイタリック体の後に (Jv) と表記する。
6. 本論文が引用する先行研究において、旧綴りのジャワ語が使用されている場合があるが、論文中では新綴りで表記する。
7. 年月の記述は、断りがない限り西暦とする。

初出一覧

本論文の各章の一部は、これまでに発表した以下の論文を基にして、大幅に加筆・修正したものである。

1. 「地域社会における高齢者ケアの課題—インドネシア共和国ジョグジャカルタ特別州都市部の事例—」東京外国語大学平成 23 年度修士論文. (2012 年 3 月).
2. 「「高齢者ポスヤンドゥ」プログラムからみる都市部における高齢者ヘルス・ケアについて—インドネシア共和国ジョグジャカルタ特別州の事例—」『言語・地域文化研究 20: 311-332. 東京外国語大学. (2014 年 1 月) 査読あり.
<http://repository.tufs.ac.jp/handle/10108/81163>
3. 「インドネシア・ジョグジャカルタに見る職業的介護者の誕生と可能性—プラムルクティ (*Pramurukti*) 研修を通して—」『東南アジア—歴史と文化』44:101-119. 東南アジア学会. (2015 年 5 月) 査読あり.
https://www.jstage.jst.go.jp/article/sea/2015/44/2015_101/_pdf-char/ja
4. 「インドネシア・ジャワ農村部におけるマントリ・クセハタン (*Mantri Kesehatan*) およびビダン (*Bidan*) の役割—高齢者の病い対処行動を通して—」『保健医療社会学論集』26(1): 58-67. 日本保健医療社会学会. (2015 年 7 月) 査読あり.
https://www.jstage.jst.go.jp/article/jshms/26/1/26_58/_pdf
5. 「ジョグジャカルタ特別州村落部における健康と消費: 「中間層的スタイル」への動態」『白山人類学』20: 7-28. 白山人類学研究会. (2017 年 3 月) 査読あり.
<http://id.nii.ac.jp/1060/00008979/>
6. 「老親扶養をめぐる規範を問い直す—インドネシア・ジャワにおける高齢者福祉施設を事例として」速水洋子『東南アジアにおけるケアの潜在力—生をつなぐりの実践』pp.151-179. 京都大学学術出版会. (2019 年 2 月).
7. 「インドネシアの高齢者ケアを担う移住労働経験者」『比較家族史研究』33: 32-55. 比較家族史学会. (2019 年 3 月) 査読あり.

目次

序章	1
第1節 問題の所在、研究目的、研究意義	1
第2節 先行研究における問題点と本論文の意義	4
第3節 インドネシアにおける人口高齢化	9
3-1 少子高齢化の現状	9
3-2 ジャワの暮らし	10
3-3 社会に表出する高齢者問題	13
第4節 研究方法、倫理的配慮、論文構成	17
第1章 調査地概要	20
第1節 調査地ジョグジャカルタ特別州	22
1-1 ジョグジャカルタ特別州クロンプロゴ県	22
1-1 Y郡ワレノサリ村	25
第2節 AB地区の概要	28
2-1 A,B地区の歴史	29
2-2 AB地区の発展と人びとの暮らし	31
第3節 住民構成	38
3-1 人口および住民の職業	39
3-2 世帯構成	41
3-3 子供の定着性と流動性	44
3-4 高齢者の概要	47
第2章 インドネシアにおける高齢者医療・福祉の幕開け	52
第1節 医療・福祉制度の対象に据えられる高齢者	52
1-1 インドネシアにおける医療と福祉の概念	52
1-2 社会保障制度	58
第2節 インドネシアにおける福祉開発の展開	66
2-1 プライマリー・ヘルス・ケアの理念とインドネシアの福祉開発	66
2-2 高齢者福祉政策	68
第3節 社会に表出する高齢者福祉活動	72
3-1 女性による福祉開発	72
3-2 高齢者福祉活動のパイロット的開始	73
3-3 高齢者地方委員会の設置と地域的展開	75

3-4 高齢者福祉施設.....	77
第4節 小括.....	79
第3章 住民参加型地域保健活動・高齢者ポスヤンドゥ活動.....	80
第1節 ポスヤンドゥ活動の実践.....	82
1-1 都市部・高齢者ポスヤンドゥ活動の特徴.....	82
1-2 開発プログラムに組み込まれない高齢者たち.....	89
第2節 農村部における高齢者ポスヤンドゥ活動.....	91
2-1 A地区・高齢者ポスヤンドゥ活動の概要.....	92
2-2 活動に参加する高齢者の概要.....	96
2-3 高齢者ポスヤンドゥ活動を実施していない地域.....	99
第3節 小括.....	102
第4章 現代ジャワにおける高齢者をめぐる家族圏.....	105
第1節 理想的な高齢期.....	107
1-1 ジャワ農村社会の階層性.....	107
1-2 家族の概要.....	110
1-3 エリート夫妻の日常世界.....	112
第2節 独居高齢女性の日常生活世界.....	113
2-1 家族の概要.....	114
2-2 高齢者の朝.....	117
2-3 労働.....	119
2-4 生活空間.....	120
2-5 地区活動への参加.....	122
2-6 高齢者の静かな夜.....	122
2-7 成功した子供たちおよび三女の帰村.....	125
第3節 女性独居高齢者のもう一つの日常世界.....	127
3-1 家族の概要.....	127
3-2 自慢の子供.....	128
第4節 年金生活をおくる独居高齢男性.....	132
4-1 家族の概要.....	132
4-2 独居の限界.....	133
第5節 小括.....	136
第5章 病いを患う老親のそばに居ること.....	138
第1節 見舞い (<i>menengok</i>) の慣行.....	139

1-1	見舞いの常套句.....	139
2-2	見舞いのパターン.....	141
第2節	健康に対する意識.....	146
2-1	健康にかかわる消費様式.....	146
2-2	農村部における年金生活者の療養生活.....	147
第3節	老親の病い.....	151
3-1	高齢女性と末息子の概要.....	152
3-2	入院から退院まで.....	154
3-3	ホーム・ケア.....	157
3-4	同居家族がそばに居ること.....	160
3-5	見せない部屋.....	165
第4節	8人の子供たち.....	167
4-1	家長となった長男.....	168
4-2	まとめ役の次女および次男、四男、五男.....	169
4-3	病いを患う長女.....	170
4-4	出稼ぎ二重生活の三男.....	174
4-5	怠け者の六男.....	174
第5節	小括.....	181
終章	184
参考文献	189

序章

筆者がジャミナさん（1936年生、寡婦、独居）の家に下宿させてもらっていた時のことである。ジャミナさんの夜の過ごし方は、テレビを観てから1日の最後の祈り（*Isha*）を済ませ8時頃に就寝する。その日は、5時半に二人で夕食を済ませた後、8時までテレビを観た。筆者はジャミナさんが8時頃には居間の隣にある寝室のベッドで寝ることを知っていた。つまり、8時以降は筆者が調査で収集したデータを整理する作業に取りかけられる時間であった。隣の部屋に移動しかけたジャミナさんへ筆者が「今から少し作業をします」と断ってからノートパソコンを取り出すと、ジャミナさんは微笑み、寝室へ行った。しかし、直ぐに私の横に戻ってきて、「ンガンチャニ（*ngancani*）」と言うと、ゴザのひかれた居間の床へ横たわり、そのまま眠ってしまった。筆者は、その日のフィールドノートに「これがンガンチャニなのだ」と書き残している。

第1節 問題の所在、研究目的、研究意義

本論文の目的は、インドネシア共和国（以後、インドネシア）における、現代を生きるジャワの「家族」¹によって担われる高齢者ケアのあり方を明らかにすることである。具体的には、ジョグジャカルタ特別州（以後、ジョグジャカルタ）の農村部で暮らす人びと、とりわけ、病いを患う高齢者を事例として、ケアをめぐる人びとの関係性を明らかにする。

なお、ケアには育児や障害者、介護など様々な文脈があるが、本論文では、Mary Daly による次のケアの定義「特定の規範的、経済的、社会的枠組みにおいて身体的精神的なニーズを満足させることにかかわる行為と関係性²」[Daly 2001:37]を踏まえた上で、特に高齢者に焦点を当て、高齢者ケアやケアと呼ぶことにする。また、日本のような医療・福祉専門職による施設介護や高齢者介護を想定した場合には介護と記述する。加えて、本論文の題目にある現代は、政治的に民主主義体制に移行したインドネシアの第二代大統領スハルト（Soeharto）退陣後 [cf. 本名 2013] の1998年以降とする。

ジャワでは、村の住民が病院（*rumah sakit*）³へ入院するほど重症な病いを患うと、村人全て⁴は入院中の病室へ、もしくは、退院後の家庭へ出向き、病者を見舞うという慣行がある。そして、人びとは筆者から見ると最も重篤な状態の病者を目の当たりにするのである。その意味で、見舞いの慣行は病者の置かれた身体が社会に開かれていると言える。

そして、この村で死を迎える高齢者は、村の多くの成員に看取られながら神の元へと旅

¹本論文では、人びとが述べる「クルアルガ（*keluarga*）」を指す場合には「家族」と表記する。

²日本語訳文は速水 [2019] に依る。

³ここで述べる病院（*rumah sakit*）とは、西洋近代的な医療を施す施設を指す。

⁴村人全てとは、行政単位の村ではなく、自然村から成る地域に暮らしている人びと全てを指す。見舞いに関する詳細は第5章を参照のこと。

立っていく。村の人びとは看取りに際し旅立つ仲間を「ひとりにしてはかわいそうだ」といい、そばに居てクルアーン (*Al-Quran*)⁵を朗読しながら仲間が神 (*Allah*) に呼ばれるのを待つ。そして、臨終を迎えると、その日から 7 日間毎晩死者を弔う儀礼を開催する。村の成員全ては死者のそばに付き添うために参集し、仲間が無事に神の元へ受け入れられるよう祈りを捧げる。

病いや死は社会全体の関心事であることを背景としつつ、入院と死の間に位置する療養生活は、従来であれば、病者のそばに居るのは近親者 (*keluarga inti/dekat*) が中心であった。このように、調査地では高齢者の暮らしに寄り添ってきた人びとが居る。そして、人びとの間で高齢者のケア自体が特別視される必要はなかった。ところが、近代化およびグローバル化の進行に伴い人びとのライフスタイルは変容し、高齢者を取り巻く環境は時代とともに変化してきている。社会が変化する中で高齢者ケアは誰によってどのように担われているのだろうか。

高齢者のライフステージには、西洋的な捉え方で述べられる、ケアの前段階であるいわゆる「見守り」に相当する時期や病いを患った場合の看護、最終的な看取りの時期など様々な段階がある。従来の研究では、ケアという行為を前提として、親族の中の誰がケアを担うのか、あるいは、ケアする・されるという医療化された関係を通して、そこに関わる人びとの関係性が分析されてきた。

それに対して、本研究は「ンガンチャニ (*ngancani (Jv)*)」(後述)の重要性に着目し、高齢者の置かれている状況を考察する。しかし、本研究はジャワ親族概念の再考やケアの担い手を特定する研究ではない。ンガンチャニ自体は、広義に「寄り添う」という意味をもち、距離あるいは関係性の近さを表す概念であり、ジャワにおいて日常的に見られる行動である。したがって、本論文ではンガンチャニを「そばに居る」と表記する。

筆者が「そばに居る」という状況に注目する理由は、筆者の調査を通して、人びとの日常生活において、その場を共有するということが非常に重要視されていることに気付いた

⁵ イスラーム教の経典クルアーンでは、死は次のように述べられている。イスラーム信徒にとっての死は、神が定める寿命である (Q3:144)。クルアーンでは、死は恐れるものではないと説かれている (Q3:169)。イスラームの救済は最後の審判後の来世にあるため、死それ自体に決定的な意味はない (Q45:26)。神により、来世は天国 (*surga*) か地獄 (*neraka*) に決定される。イスラームの宗教的な生き方は、礼拝や断食が組み込まれた健康な日常生活の場面にあり、その生活全体が審判の対象である [イスラーム辞典 2002]。このように、死をイスラーム教の教えやジャワ文化に関連づける研究では、祈りの重要性が死への準備や祖先崇拜として説明される [Jacob 1999; Partokusmo1995]。

ためである。

冒頭で示したジャミナさんと筆者の関係は、ひとつの場を共有するあり方と言ってよい。ジャミナさんは眠かったはずで、また、筆者の作業を手伝えないにもかかわらず、ジャミナさんが筆者のそばに居たのは、筆者をひとりにしないためであり、ジャミナさんがひとりにならないためでもある。調査を開始した当初、筆者はひとりになれる不自由さを感じたことがあったものの、こうした状況を幾度となく経験する中で、そばに居ることが人びとに当然のこととみなされていると考えるようになった。

冒頭の事例からもわかるように、「そばに居る」という概念は、ジャワ社会においては高齢者ケアに関わる状況に限定されるものではなく、広く一般的な行為を含んだエミックな概念である。筆者は、この概念に含意される、その場の共有性に着目することで、ジャワ社会における高齢者と家族や社会との関係性をより適切に読み解くことができると考える。なぜなら、調査対象となった当該社会においては、高齢者と家族や社会との関係は、狭義の高齢者ケアに限定されない、広い幅の変化をともなった一連のつながりだからである。したがって、欧米や日本の高齢者ケアを前提に観察をおこなうと、当該社会において高齢者が置かれている真の状況が見えづらくなる。筆者は、ケアのみを切り取ることなく、一連のつながりの中で高齢者の生き方を提示するには、そばに居るという観点からより広い社会文脈の中で人びとの相互関係を見ることが必要不可欠だと考える。

事例に取り上げるジョグジャカルタは社会文化的にジャワが中心となる地域である。インドネシアにおいて最も高齢化の進む州であり、都市部では高齢化対策にかかわる様々な取り組みが見られるようになった。一部の高齢者では、ケアのために家事労働者や準介護者（看護師など）を雇用している。

一方、本論文が焦点を当てるジョグジャカルタ農村部の調査対象村（AB 地区）は、住民の多数がインフォーマルセクターに従事しており、インドネシアの平均でも低収入に属する世帯が多い。農村部では十分な高齢者福祉制度は整っておらず、高齢者ケアは子供を中心とした人びとの相互扶助の範囲で行われている。調査地の人びとの間では高齢者ケアに関して、「近親者が世話をするのが望ましい」、「老親の世話は子供の責任」といった言説がある。本論文が取り上げる事例は、本調査地の人びとから見て「老親扶養の義務」を果たしたとみなされたケア実践のあり方である。

本事例を通して、現代を生きるジャワの人びとが今後直面するであろう高齢者ケアにかかわる問題を提示したい。そのために、本調査地の高齢者の特徴を描き出すと共に、高齢

者をめぐる社会全体の見直しを行う。それによって、考察そのものが普遍性を持つのではないか。AB 地区の事例に焦点を当ててはいるが、都市部あるいは海外さらには日本を含む東アジアの高齢化をケアの担い手という部分で支える一つの地域のケアのあり方として考察することにより、今後ジャワ以外の地域や広く東南アジア諸国との比較が可能になると考える。

第 2 節 先行研究における問題点と本論文の意義

インドネシアを対象とした高齢者ケア研究は、社会全体がケアを担うとする欧米を中心としたケア研究の潮流の中で 1990 年代後半以降に始まった。それは、世界的な高齢化対策の動向に影響を受けたインドネシアが高齢者福祉政策を整え始めるスハルト政権終盤の時期にあたる。

それまで、主に欧米フェミニスト、ジェンダー分野によるケア研究では、自由主義における正義の倫理に対置する倫理としてケアの倫理を提唱し [Gilligan 1982]、正義の倫理の平等・自由に対してケアの倫理の個別性・志向性などからケアする者とケアされる者の関係性を説いてきた。ケアの関係性は依存する者に対する共感や同情、信頼関係、配慮など相互に応答する関係であるとされる [Gilligan 1982; Noddings 1984; Kittay 1987 et al.]。

こうした議論は生産労働を中心とした社会において家事や育児などの再生産労働が私的な領域に押し込められていることを批判したものである。その根底にある家族の概念は、異性愛・血縁家族を基準とする西洋的な概念であり、議論は公的領域／私的領域といった二項対立の中で繰り返されてきた。[宇田川 2012]。また、ケアの倫理に関する議論は資本主義社会における基本的な人権を得た市民社会の成立によって、自立する個人が前提となっていた [川本 1995 ; 齋藤 2009 ; 速水 2011, 2012]。

これらのケア研究に対し、Joan. C. Tronto は、自立した個人像を批判し、人間は誰もが生まれながらに依存する存在であるとして、正義の理論とケアの理論が互いに補完し合うという立場に立ち、社会全体がケアを担う必要があるとした [Tronto 1993] ⁶。

こうしたケア研究の流れの中で、インドネシアを対象とするケア研究は、福祉政策立案のために支援の必要な高齢者を同定する、または、制度に依らない民間機関の取り組みや

⁶ Joan. C. Tronto は、ケアは社会全体の問題であり、ケアすることを、「人間がより良く生きるために、我々の身体、我々自身、環境をも含む世界を維持、継続、修復するための全ての行動」 [Tronro 1993: 103] であり、「ケアは人間の生命の中心的な関心」 [Tronro 1993: 180] であるとしている。

地域住民による活動を報告する傾向にある。

例えば、社会保障制度の制定に向けた家族社会学、ジェンダー研究、政治経済学からの視点 [Niehof 1995; Keasberry 2002; Abikusno 2005] および医療・看護分野、老年学からの視点 [Nugroho 2008]、文化人類学・医療人類学からの視点 [Sciortino 1995, 1996, 2007; Van Eeuwijk 2005, 2006; Kreager and Schröder-Butterfill 2004, 2008, 2014; Indrizal 2005; Norris 2009] など、研究が蓄積されつつある。

中でも高齢者福祉政策立案のために調査を行ったオランダ人研究者らは、インドネシア社会に自助（個人）、私（世帯）、協（コミュニティ）、民（市場）、公（国家）という領域分割を適用し、私および協に相当する世帯やコミュニティの詳細な現状分析をおこなった [Niehof 2002; Keasberry 2002]。

ここで注目される私の領域におけるケアの関係性は、財産相続にみる交換関係（扶養の関係性）に分析の中心軸が置かれ、インドネシアにおける親族システム（父系、母系、それ以外のジャワを含む双方向的な社会）によって差異があるとされた [Niehof 1995]。また、協の領域としては、親族、隣人、友人、社会組織や地域住民グループによって築かれる関係性が高齢者の支援に有効であると報告されている [Keasberry 2002]。

しかしながら、研究者によって分類されるこれらの領域分割は、現状を説明する分析概念であって実際の社会においてそのような分類がなされているのではない。したがって、インドネシアの人びと、少なくとも本調査地では認識されていない。

一方、人口人類学の観点から、高齢者を類型化してケアの関係性を分析した Philip Kreager and Schröder-Butterfill [2004] の研究がある。ここで注目されるのは子供の居ない高齢者である。子供がいない高齢者とは、子供が居ない（childless）高齢者あるいは様々な要因により子供が居ない高齢者（childlessness）である。様々な要因により子供が居ないとは、未婚、子供の死亡、離婚・再婚による子供との別離、子供の移住により親子の距離が恒久的に離れたり、親子間のコンフリクトにより事実上ケアを担う子供がいない、などを指している [Kreager 2004: 4]。

この論文集におけるジャワの事例では、子供の居ない高齢者は、養子縁組、富者と貧者

のパトロンクライアント関係⁷、コミュニティにおける相互扶助慣行、さらには最終的な手段として慈善団体からの支援（食事の無料配布）などが老後の社会保障を代替していることが報告されている [Schröder-Butterfill 2004; Marianti 2004]。すなわち、ジャワでは子供が居ない高齢者の脆弱性が必然ではないとされた⁸。

このように、2000年代初頭の研究では、高齢者ケアをめぐる家族やコミュニティの潜在性が明らかにされた一方で、病いを患う高齢者にはほとんど焦点があてられてこなかった。そのことは、Keasberry が医療・福祉政策に裏打ちされたオランダとの比較として、当時の調査ではインドネシアにおいて認知症や寝たきりの者が極めて少なく、高齢者がそのような病いを患う年齢に達していない [Keasberry 2002: 308] と述べていることから明らかである。

これらに対して、2000年代後半以降になされた病いを患う高齢者に焦点を当てた研究では、次のことが明らかにされている。

ひとつは、脳梗塞を患う人とケアの関係性である。Meriel Norris [2009] は、医療人類学の視点から、インドネシア・中部アチェ農村部における父系制少数民族ガヨ人を対象に、脳梗塞 (*stroke*)⁹の民族誌を執筆し、2009年にイギリス・ブルネル大学へ博士論文を提出した。Norris は、インドネシア人の健康観¹⁰である均衡のとれた状態に注目し、インドネシア人は血液の均衡が崩れることで病気になると考え、相互作用の不均衡が病因であると報告している。

また、Norris により、健康を取り戻すための健康希求行動において、家族が意思決定を

⁷ パトロンクライアント関係とは、ジャワ農村社会に固有のものではなく、広く一般的に労働関係において見られる関係を指し、農地を所有する人が農地を所有しない親族や隣人を小作農として雇うことで社会保障を果たすものである [Jay 1969]。また、そこには支配-奴隷と言う側面がある。

⁸ 比較として、Edi Indrizal は母系社会である西スマトラ・ミナンカバウ人高齢者に関する報告において、高齢者を未婚者、既婚ではあるが身体的な理由により子供を授かることが出来なかった高齢者、子供の居ない高齢者、などに類型化することを通して高齢化の課題を明らかにした。母系制の継承という観点から、ミナンカバウでは高齢化に伴う身体的衰えに関する問題よりもむしろ子供が居ない高齢者に関する問題が優勢であると言う。また、子供が居ても女の子がいない高齢女性は姉妹や姪の世帯に包摂されることに対して、子供の居ない高齢男性がより高齢期に問題を抱えるというジェンダー格差を指摘している [Indrizal 2005]。

⁹ インドネシア語の *stroke* という語彙は外来語であり、脳の疾患名を総称する。実際に医師は脳梗塞 (*stroke infark*) や脳出血 (*stroke perdarahan*) を区別して患者に説明するが、本稿では脳梗塞と記述する。

¹⁰ Norris は、1. 個人の均衡（熱い—冷たいで表される血液の均衡）、2. 個人と他者間の相互作用の均衡、3. 個人と他領域の均衡がとれた状態の3つの健康観を報告している。

下す事例が確認されている。親族には病いに関する助言を求めることが出来る一方で、実際のケアに関わったのは肉親 (immediate family) だけであった。しかし、ケアの担い手に関しては娘の優位性は見られなかった。夫が妻のケアを行う場合がある一方で、妻が脳梗塞などの重度の病いを患った場合では、(離婚など) 夫が去っていく事例が稀ではないという [2009: 195-196]。すなわち、夫 (男性) もケアを担うものの、男性に対するケア役割が弱いことを示唆している。

ふたつめは、母系制社会であるミナンカバウ人のケアに関するジェンダー規範である。Schröder-Butterfill と Fithry [2014] は、洗濯、食事、入浴、排泄介助など日常基本動作 (ADL) を含有する病いを患う高齢者のケア (personal care) は、とりわけ入浴や排泄介助に伴う身体接触を必要とするため、非常に特別なものとして通常の社会的関係を越えると述べる。

そのため、病いを患う高齢男性は男性 (息子や甥) にケアを期待する。入浴または排泄に付随する親密なケア (intimate care) は、私的な部分の露出または (配偶者以外の) 異性による接触を伴うものであり、イスラームに対する強い信仰によって、実際は厳しい禁忌がある。そのような行為は、豚肉やアルコールの摂取と同様に、禁じられた行為としてイスラームのカテゴリーであるハラーム (haram) に分類される [Schröder-Butterfill and Fithry 2014: 374]。したがって、息子の居ない高齢男性、寡夫がケアの担い手不足に直面するとの指摘がある。

さらに、母系制との比較を通して分析されるジャワにおけるケアの関係性について述べる。ジャワの高齢男性は、親密なケア (intimate care) は妻の他に娘や嫁が担い手の選好範囲に入り、実際のところ娘や嫁もケアを担う。高齢女性の親密なケアでは、娘や嫁が期待され、一方、息子は経済的な支援をする。ジャワでは異性間ケア (cross-gender care) が柔軟であると言う。にもかかわらず、ジャワでは高齢者の親密なケアが必要となる時期に「ケアのネットワークは縮小 [Schröder-Butterfill and Fithry 2014: 376]」、すなわち女性に偏るとされた。以上を通して、いずれの地域においても病いを患う高齢者のケアは、血縁者 (blood relations) がより大きな比重を占める [Schröder-Butterfill and Fithry 2014: 379] とされた。

次に、上述のケア研究とは異なり、血縁者がそばに居ない点に注目した研究を確認しておきたい。それらは、ジェンダー研究者らによるケアをめぐるより大きな国際関係の社会構造を分析した研究である。1980年代以降、再生産労働の国際分業に注目した家事・介護

労働者に関する国際労働移住研究である。具体的には、発展途上国の女性が先進国の世帯において育児や高齢者ケアを担うというケアをめぐる構造的な問題に注目したものである [Constable 2007; Ong 1987, 2006]。この構造はケアのグローバルな連鎖（グローバル・ケア・チェーン）と呼ばれ、発展途上国と先進国の間のみならず、農村と都会の間においても、より貧しい地域の女性がケア労働の担い手になるとされている [Hochschild 2000; Parreñas 2003]。

ケアの関係性は、「南と北」の経済格差に基づく構造的に不平等な関係を呈し、チェーンは梯子状となり、チェーンの末端は無償労働によって支えられているとされる [Parreñas 2006; 小川 2014]。そして、移住者やチェーンの末端家族が負の影響を受けることが前提である。これらの研究では、先進国の女性の社会進出を発展途上国の女性が支えているというジェンダーおよび階級による不平等性を備えている点が明らかにされた。しかし、ケア労働市場における女性を中心とする構造に注目するあまりチェーンの末端でケアを担う者には目が向けられていない。インドネシアが代表的な移民労働者送り出し国¹¹であることを考慮すれば、本調査地のようなチェーンの末端家族の動態こそ明らかにする必要があるだろう。

これらに対し、グローバル・ケア・チェーンの理論を「ケアの循環 (circulation of care)」へと発展させる Loretta Baldassar と Laura Merla [2014] は、国境を越えて暮らす離散家族による高齢者ケアに焦点を当て、ケアする者とケアされる者の距離の遠さに注目している。Baldassar らは、家族成員の全てがケアにかかわる活動にライフスタイルの長い時間をかけて参加することを指してケアの循環と捉えている。この一連の活動には送金や情報通信技術 (information and communication technologies: ICTs) を利用した連絡などが含まれる。したがって、送金や ICTs を通して移住先から「老親のケアを管理する」こともひとつのケアとして認めている [Merla and Baldassar 2016: 282]。

高齢者ケアに注目している点およびそばに居なくともケアであるとの見方は非常に示唆的である。本調査地の事例においても、出稼ぎ移住家族が少なくない。調査地における出

¹¹ インドネシアはフィリピンと並ぶ家事・介護労働者を送り出す国の一つとして知られている。送り出される多くのインドネシア人女性たちは、隣国マレーシアやイスラーム教を国教とするサウジアラビアのみならず、台湾、香港、シンガポールなど高齢化の伸展するアジアの国々で高齢者ケアを担っている。これまでインドネシアから日本へは、二国間経済連携協定を通じた看護師・介護福祉士候補者および留学生の枠組みから介護福祉士を目指す者、技能実習生「介護」として送り出されており、今後ますますその数は増えるであろう [合地 2019b]。

稼ぎ移住家族の連帯の強さはどのようなものか。

以上のように先行研究では、西洋的な家族概念や私的領域で担われるケアを批判する者たちで、ジャワ社会全体の分析から家族以外が担うケアの可能性を明らかにし、さらに病いを患う高齢者のケアでは、接触の禁忌やそれに伴う担い手の選好といった観点から相互関係が分析されてきた。また、ケアをめぐるより国際的な構造分析や出稼ぎ移住家族によるケアのあり方が報告されてきた。

これらに対して本論文の意義は、現代を生きるジャワの家族を対象として、本調査地の高齢者をめぐる社会全体の見直しを行い、ケアに限らないより広い社会文脈から、高齢者の生き方を再考する。高齢者に必要な支援は何か、あるいは、支援不足を誰が補完しているかではなく、本調査地では何が重要視されていて、そのためにどのような相互関係が利用されているのかを明らかにする。それにより、ケアという観点では見えない、先行研究で述べられてきたケアをめぐる相互関係からこぼれ落ちてしまう人びとの状況を提示する。

第3節 インドネシアにおける人口高齢化

3-1 少子高齢化の現状

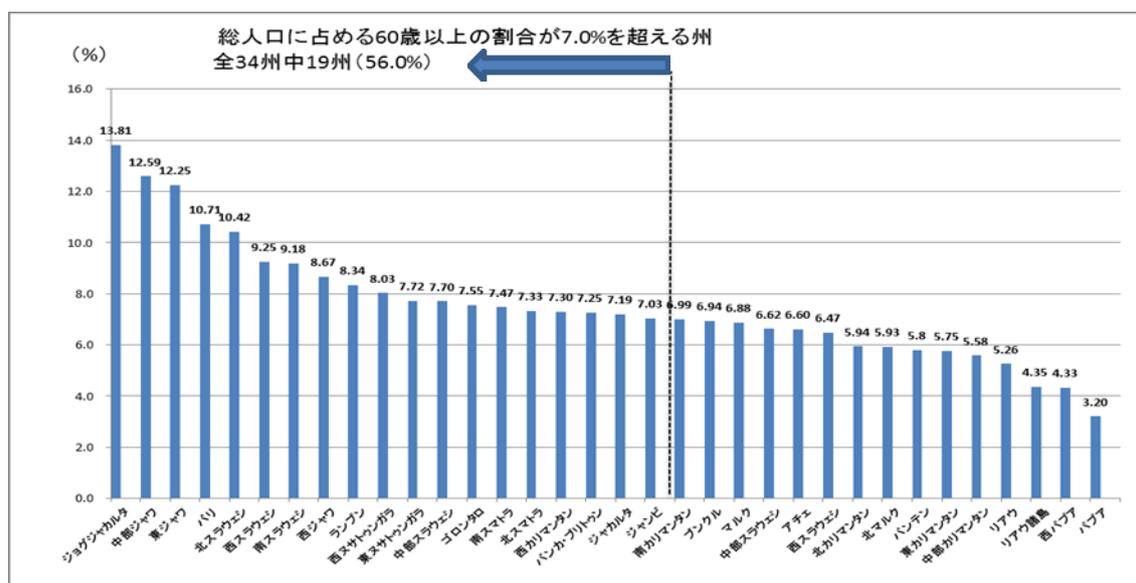


図 0-1 インドネシア各州の人口に占める 60 歳以上の割合 (2015 年)

(出典 : Kemenkes RI 2017 に基づき筆者作成)

世界的に人口高齢化が進展する中、ASEAN 諸国では 2000 年以降に高齢化が始まった [UN 2015a]。インドネシアでは 60 歳以上が高齢者と定義されている（高齢者福祉に関する 1998 年インドネシア共和国法）。2 億 5 千万人を超す人口大国であるインドネシアは、2015 年の統計に基づけば、総人口に占める 60 歳以上の割合は、全インドネシアの平均で約 9.3% となり、ジョグジャカルタでは最も高い 13.8% となった。先進諸国においては、総人口に占める 65 歳以上の割合が 7.0% 以上を超えると高齢化社会と呼ばれるが、インドネシアの場合、総人口に対する 60 歳以上の割合が 7.0% を超えるのは、全インドネシア 34 州のうち 19 州となる（図 0-1）。なお、少子化を反映して合計特殊出生率は低下傾向にあり、2017 年の 2.3 が 15 年後の 2032 年には 1.9 になると推測されている [BPS Indonesia 2013]。インドネシアの高齢化を中心に据えた研究は、まさに現代のテーマであり、これからの課題である。

本論文の舞台となるジョグジャカルタでは、日曜日の朝に高齢者が広場に集まり軽く体操する風景を見かけることが多くなった。一部の地区の集会場では高齢者に向けた福祉活動が開始されている。さらに、筆者の実施した調査では、重度の後遺症を抱え家庭で療養する高齢者が増加していることが明らかとなっている [合地 2015a, 2015b]。

以下では、先行研究を手がかりに、先に一般的なジャワの暮らしを概観した後に、人口高齢化に関わる問題群を説明する。

3-2 ジャワの暮らし

(1) 家族、世帯

ジャワは双方向的な社会であり核家族形態をとる世帯が数的には多い。ただし、世帯には必ずしも生物学的つながりのない付帯成員が加わっている場合がある。例えば、子供がいない人びとによって養取がなされることは稀ではなく、また、法的手段にかかわらずキョウダイの子供や他人の子供を預かって養育する機会もある。養育された子供が養親を扶養する場合も珍しくない。

一般に、ジャワ人の居住形態は、未婚の子供が老親と同居し、婚姻によって新たに世帯 (*rumah tangga*)¹² を構える。居住地は父方か妻方を規定していない。ジャワでは、年上の子供から順番に結婚することが良いとされる。末子は男子であろうと女子であろうと、

¹² 家族 (*keluarga*) は関係性を表し、世帯 (*rumah tangga*) は具体的な生活上の単位（「一つの台所から食べる」）である [小池 2013: 8,9]。

婚姻後に新たな家屋を持つまでの間は老親と同居する。その後、子供は老親の屋敷地内に家屋を建設して独立する。例えば、同一屋敷地内に単親（寡夫・寡婦）が独居する家屋が一戸、子供夫婦が新たに構えた家屋が一戸ある場合、統計上は二つの世帯主（*Kepala Keluarga*: KK）ではあるが、人びとは親子が共に暮らしているとみなす。親子が一つの家屋に同居しなければならないという規範はない。

全ての子供が老親の屋敷地内を離れて世帯を独立した場合は少なくとも一人の子供が老親の居住地の近くに暮らし、老親は老後この近くに住む子供と共に暮らすことを期待する。好まれる近接居住とは、親子が同一村内に暮らすことであると報告されている [White1976; Keasbery 2002]。また、老親は離れて暮らす他の子供と連絡を取り合い、親子の良好な関係を保つことを好む。このように、ジャワでは、親世代と子供世代が相互に支援し合い、なおかつ、世代間が独立（*independence*）するという特徴をもっている [Kreager and Schröder-Butterfill 2014: 153]。

何よりもジャワの人びとが重要視する規範的な独立とは、世帯を新たに構え生計単位として機能することであるが、実際のところ、結婚することで社会から一人前と認められ、あるいは、家屋を持ち暮らすという「社会的な地位カテゴリー」として人びとには理解されている [宮崎 1984, 1977]。

そのため、親子の同居は子供の親への依存度の高さとしてみなされる。成人した子供がいつまでも結婚しないで仕事をせず、親の経済だけに依存している場合は子供の社会的評判が低下する。その反対もまた同様に、親が子供に完全に依存するのは大変恥ずかしいことだと考えられている。一方、親による孫の世話や、子供による農作業の手伝い、家事労働、老親の世話といった親子間に見られる養育、労働、扶養は互恵的な交換の形態をとる。このように、ジャワの家族は世代間の世帯の独立と一方的に依存することなく互恵的な関係に関与し続けることが同時に求められている [Kreager and Schröder-Butterfill 2014]。

(2) 離婚および再婚

離婚および再婚は比較的容易であるとされている。ジャワでは離婚¹³に対する否定的なイメージがなく、むしろ家族の問題を解消するための一つ的手段として捉えられている。

黒柳 [2016] によれば、ジャワ人は結婚や離婚によって属する親族組織を容易に変えら

¹³ インドネシアにおいて離婚は、単に夫婦関係を解消する離婚（*cerai hidup*）と相手が死亡したことによる死別離婚（*cerai mati*）を区別する。

れることを禁じる構造原理を持たない。すなわち、ジャワ人は親族集団として組織される家族ではない。また、離婚後の子供がどちらかの親族組織に属さなければならないとする規範はなく、再婚後の家族と共に差別なく暮らしていける。これらのことから黒柳は、ジャワにおける離婚の容易さについて、1) 家族結合の解体を社会的に規制するための構造的原理が脆弱である、2) 家族病理を解消するための構造的原理が家族や親族組織に存在している、という2点をあげている [黒柳 2016: 62-63]。

しかしながら、イスラーム法による離婚の方法は、離婚を申し立てるにあたって夫よりも妻に対してより厳しい条件を課しているため、男性と比較して女性は離婚までの道りが長い。イスラーム法では、夫による離婚請求、妻による離婚請求および夫と妻双方が離婚を請求できるとする3つの離婚の方法がある。課せられる条件は、夫は妻の同意なしで一方的に離婚の請求ができることに対して、妻からの離婚の請求理由は夫の生活能力の欠如や失踪などとなっている [Nakamura 1994: 33-39; 黒柳 2016: 61-62]。

法的に離婚が成立するまでの間に、女性が老親の世帯へ出戻っていることは稀ではない。この場合、子供が親へ依存することもあれば、親が高齢でなおかつ単親（寡夫・寡婦）であれば、出戻った子供が親の経済的側面を一部負担することもあり得る。

また、一般に男性は自身の年齢よりも若い女性と再婚する傾向にある。White は、裕福な男性が男性の元被雇用者で貧しい家庭出身の若い女性と再婚した1970年代の事例をあげて、経済的な側面から再婚の傾向を強調している。また、男性が離婚後ただちに再婚相手を求めることに対して、40歳以上で離婚した女性は再婚を望まないという [White 1976: 320]。男性と比較して女性の方が再婚することが難しいということである。このように、離婚と再婚は容易であるとされていても、実際にはジェンダー差がある。

(3) 財産相続

財産相続は、親の生前に必要なに応じて分配されるか親の死後に相続される。ジャワでは、財産分配には息子と娘へ均等に分配する慣習 (*adat*) および息子2に対して娘1の割合で分配するイスラーム法がある。本調査地において農地の相続は慣習による財産分配が支配的であるが、近年都市部へ移住し村への帰還を考えていない子供は農地の相続を放棄する場合がある。土地を売却して金銭を分配する方法もあるが、キョウダイ間の話し合いによるところが大きい。

最も結婚したのが遅かった末子が最も多くの財産を相続することもあれば、全ての子供

が均等に相続することもあり得る。財産相続と扶養の関係には明らかな規定はない。親が特定の子供に財産を相続させて扶養を期待することはない [黒柳 2016: 60]。

ジャワでは社会規範として最終的には子供が老親を扶養することが好ましいとする言説がある。しかし、現代では誰が老親を扶養するかは、子供のライフスタイルに影響を受ける。

例えば、農民の子供が公務員になった事例のように、人びとは子供たちが社会的な地位を獲得したことを指して「成功した子供」と呼ぶが（詳細は第4章を参照のこと）、親は分配する財産がなくとも成功した子供に老後の世話を期待する。ところが、子供が離村し老親のケアを家族以外の「慈善的な福祉救済活動¹⁴」に委ねてしまえば、親子双方が名誉や威信を喪失することと等しくなる [Kreager and Schröder-Butterfill 2014: 154]。

近年では子供の教育レベルが上がり職業選択の幅が拡大した。農業労働から離れる子供も多い。農村から都市へあるいは地方から大都市さらには海外へ仕事を求めた子供世代の流動化は、故郷への帰還を考慮しない永久的な移住を増加させ、子供が近接居住しない高齢者のみの世帯や高齢者の独居世帯を増加させている。その一方で、親の生産力が弱まる高齢期には、都市部や海外へ移住した子供らからの経済的支援や贈り物は、高齢者の生活を補完する大変重要な側面をもっている。

こうしたジャワにおける老親扶養の規範は、長寿社会、少子化、子供世代の移住の高まりにより、これまでのような互恵的な交換関係とは変わりつつあると推測される。次に、どのような高齢者問題が社会に表出し始めているのかを確認する。

3-3 社会に表出する高齢者問題

以下で述べるように、高齢者に関する問題としては、女性がケアの担い手になる傾向にあること、寡婦や独居が弱者としてみなされること、高齢期の経済的側面のジェンダー差、老親を扶養することが期待される子供の流動性などが議論されている。それでは、ジャワにおいて高齢化はどのように社会に顕在化するのか。先にみたジャワの暮らしとの比較を交えながら概観する。

(1) 老いの女性化

平均寿命の男女差に基づき、「老いの女性化 (feminization of ageing)」を経験している

¹⁴ 高齢者支援団体等による食事の無料配給などを指す。

社会は、一般的に妻が夫のケアの担い手となる場合がその反対よりも多い¹⁵ [Devasahayam 2014]。

本調査地では平均余命の男女差は女性が 4.0 歳長く¹⁶、インドネシア全体でも女性が 4.2 歳長い (2015 年)。一般に、夫婦は男性が年上であることが多い。したがって、「老いの女性化」が進行していると言えるインドネシアにおいて、ジャワの家族規範のように世代間の独立を強調するのであれば、この傾向は高齢者のみの世帯において、妻を夫の主な世話の担い手にさせる。そのため、恒久的に移住している子供は老親扶養をますます先延ばしにする。

親子の世帯が独立する帰結として、高齢者世帯における配偶者の死亡後は女性の独居が多くなる。事実として、筆者が調査を行ってきた過疎化した村落部では独居は女性に多い。しかし、独居高齢者は自立する (*hidup mandiri*) 高齢者として見なされており、独居自体が問題視されることはない。ここで述べる自立とは、働くことが出来、他者の助けを必要とせず自分自身で基礎的な日常生活を遂行できることを指している。

しかし、インドネシアにおいて、とりわけ、このような高齢者の自立が強調され始めるのは、世界で提唱されるアクティブ・エイジングの影響を受けた高齢化対策によるものであり (第 2 章を参照のこと)、現代的な考え方なのである¹⁷。人間は年をとれば徐々に自立が困難になっていくのは多くの社会において自然のことであろう。

従来、ジャワの女性は、高齢になっても家内労働のようなインフォーマルセクターの仕事を持っている場合がある¹⁸。わずかな収入と子供らからの不定期な仕送りで懸命に生活している姿は、自立して生きる姿勢として人びとから評価される。また、一般的に女性は男性より多くのネットワークに関与しているとされるが [Devasahayam 2014]、ジャワの女性も同様に地域社会の活動や儀礼における役割など、多くのネットワークを築いている [cf. 塩谷 2010]。そうした関係性があるため、寡婦であること自体が社会から排除される要因とはならない [Marianti 2004]。

¹⁵ 妻が夫の主なケアの担い手になる現象は、マレーシア・サラワクの事例でも報告されている [Kee 2014]。

¹⁶ ジョグジャカルタ特別州における平均余命は、男性 74.0 歳、女性 76.0 歳 [Dinkes DIY 2013]、インドネシア全体では男性 67.5 歳、女性 71.7 歳である [Kemenkes RI 2015]。

¹⁷ 高齢者福祉に関する 1998 年インドネシア法においては、生産力がありまだ働けるもしくは活動する能力がある高齢者を「潜在的に能力がある高齢者 (*lanjut usia potensial*)」と定義している。

¹⁸ インドネシアにおけるジェンダー役割に関しては中谷 [2003, 2005] も参照のこと。

先に述べたように、離婚や再婚に否定的ではないジャワでは、再婚は老後の保障になると言われてきたが [Geertz 1961; Koentjaraningrat 1985]、財産のある一部の人びとに有利に働くとの指摘がある [Kreager and Schröder-Butterfill 2004; Marianti 2004]。筆者の実施した調査では、財産の有無にかかわらず、一方的に依存する再婚はうまくいかないという所見を得ている¹⁹。土地などの財産を所有する寡婦が再婚したものの、その後脳梗塞を患い、二度目の夫は彼女のケアをすることなく彼女の元を去った。アチェを事例とした脳梗塞の民族誌でも同様の事例が報告されている [Norris 2009]。

現在では SNS (social networking service) を通して再婚相手を探す高齢者もいれば、結婚をサポートする写真付きのインターネット・お見合いサイトまで存在する。メディアの影響により、再婚相手探しは拡大している可能性がある。再婚は一つの選択肢ではあるが、確実な老後の保障とは言えないだろう。

(2) 教育レベルと経済的側面

インドネシアの女性が高齢期の生活に受ける影響について二つの指摘がある [Ananta 2014]。ひとつは、教育レベルと高齢期の経済状況の関連である。現在高齢であるインドネシアの女性は、現在高齢である男性と比較して教育を受ける機会が少なかったことにより教育レベルが低い。教育レベルの男女差は現在の高齢者のひとつの特徴である。教育レベルの低さは職業選択に反映し、男女間で老後の経済的側面に格差をもたらすと言われている [Ananta 2014]。つまり、身体的衰えが顕著になる高齢期に十分な収入や蓄えがない。

確かに、社会保障制度が整備されつつあるインドネシアにおいて、教育年数や公的セクターでの雇用、年金へのアクセスなどが明らかに高齢期に影響を及ぼす状況は今後ますます顕在化してくるだろう。

もうひとつの指摘は、女性が身体的衰えを抱えて過ごす老後の期間の長さである。とりわけ、病弱な高齢者の独居は地域社会における人びとの関心事のひとつである。筆者の調査を通して、老親のケアを目的に独立後の移住先から故郷に帰還する子供は現在では少ないことがわかった。近年の傾向としては、老親の自立が困難になると、ようやく息子が娘が老親を移住先に呼び寄せる。その結果、老親が独居していた家屋は空き家となり、老親

¹⁹ その後、この女性の兄は甥（離婚した女性の息子）に母親をケアするように忠告した。この女性の扶養問題は、最終的には子供の責任であるという家族規範に従ったものだった。また、兄が子供に忠告する場面は、周りの人びとから見て高齢者が自立出来ていないと判断した時になされている。

のキョウダイや姪・甥が所有者に代わって空き家の手入れをするか、いずれ土地は AB 地区で暮らす人へ売却される。また、事実として、近年では子供が老親を高齢者福祉施設へ預ける状況も散見され、扶養のあるべき規範が親子世代で共有されていない場合もある [cf. 合地 2019a]。

(3) 子供の流動性

高齢者の扶養を考える時、近年の子供の流動性は重要な要因となってくる。本論文の調査地の住民は、多くが土地もち農家または兼業農家である（第 1 章調査地概要を参照のこと）。そこで、Benjamin Nicholas Forbes White²⁰による、ジャワ農村研究を参照しながら、子供のライフスタイルの変容について現代的な傾向を把握する。White ら [Ambarwati, Sadoko, Chazali, White 2016] は、本論文の調査地に隣接する郡を事例に研究を行っている。

White らによれば、大規模農家の子供は、概して親が十分な教育費を準備できるため、高学歴であり将来的には農業労働外の職に就く。親の広大な土地の一部あるいは大部分を相続する時期は早い。しかし、子供自身は農業には関心がなく小作農を雇用して農地を管理し収入を得ようとする。移住先から土地の管理ができるため、子供は恒久的な移住となる可能性が高い。それに対して、小規模農家の子供は、親の土地が狭いため、土地を相続するのは親が年老いてきた頃または親の死後となる子供自身が 40-50 歳代となる頃の傾向が高い。少なくとも若いうちは農業労働に従事することを嫌い出稼ぎに出る。老親の衰えが顕著になるとようやく帰村する。他方、土地なし農家の子供は、土地を購入または借地を借りる方法を見つける必要性があり、多くが農業労働外のインフォーマル部門の労働に就くか就くことを願っており、土地購入または借りるための資金を貯めなくてはならない。しかし、土地の価格の高騰により現実的ではないとされる。

このように、子供たちが土地を相続する時期に差があることを示し、類型化されたいずれの子供にも農業労働離れの傾向を指摘した [White 2015a, 2015b; Ambarwati, Sadoko, Chazali, White 2016 et al.]。

以上の先行研究の経過や類型化を参照し、本調査地における高齢化とケアのあり方を分

²⁰ 文化人類学者である White は、1970 年代の調査に基づき、1997 年にケンブリッジ大学へ博士論文 *Production and Reproduction in a Javanese Village* を提出した。また、晩年の White は若い世代 (youth) のライフスタイルの変容に焦点を当てた研究に力を入れている。

析していく。

第4節 研究方法、倫理的配慮、論文構成

本論文の調査地は、インドネシア共和国ジャワ島の中南部に位置するジョグジャカルタ特別州クロンプロゴ県の村落部ワレノサリ村である（地域の概要に関しては第1章を参照のこと）。まずはじめに、2011年8月および2012年3月にジョグジャカルタ特別州の都市部に滞在し、資料収集および高齢者とその家族への聞き取り調査および人口統計資料の収集などの予備調査を実施した。それを踏まえて、現地調査は2012年7月から2015年12月の通算13カ月間に調査地の高齢者のいる住民宅に滞在しながら実施した。本論文の中心となるデータは、この時期に収集したもので、2016年以降の補足調査によるその後の推移を一部加筆している。

調査は参与観察およびインドネシア語を使用した聞き取り調査を主としている。調査対象地区では、質問票を用いた世帯調査を実施したが、それ以外は日常生活における雑談の中で得られた人びとのライフヒストリーが中心となる。加えて、他村との比較を目的とした調査はインドネシア保健省クロンプロゴ県支局職員の同行のもとに、調査対象者に対して直接インドネシア語による聞き取り調査を実施した。本論が研究の対象とする人びとはジャワ語話者であるが、ほとんどの人びとは公用語であるインドネシア語を使用できる。しかしながら、インドネシア語が十分に理解できない高齢者が数名おり、その場合は家族によるインドネシア語の通訳を経て聞き取り調査を行った。

本研究を実施するために、筆者は調査目的などに関する詳細を記した申請書をインドネシア共和国研究技術局（RISTEK: Indonesian Ministry of Research & Technology）に提出し、内務省、中央警察署において審査を受けた上で調査認可状（*surat izin penelitian*）を取得している。また、地方で調査を実施する場合、上述の調査許可状を提示し、地方政府から調査のための推薦状を受けた。研究を進めるために知り得た情報については、研究以外の目的には使用しない。なお、被調査者のプライバシーに配慮して、本論で使用する氏名および地域名は仮名とする。

本論文は、第1章から第5章までを本論として、その前後に序章と終章を配置する。序章に続く第1章では、本調査地が自然村から成り立っている歴史的背景を概観した上で、この自然村がスハルト政権の開発政策によって行政区として整備されるまでの社会変化を

追う。次に、ポスト・スハルト期以降の現象であるインドネシアの急速な経済成長の流れにおいて、ジャワの家族のライフスタイルが変容しつつある状況を概観する。第 2 章は、インドネシア社会に表出する高齢化対策の特徴を明らかにする。その際、関連する次の 3 つの要因、1) 民主化、2) 急速な人口高齢化、3) 国際機関による制度設計、に注目する。第 1 節は、高齢者福祉法が整備されていく過程を追う。第 3 節では、多様な主体による高齢者を対象とする支援活動を通して、インドネシアにおける高齢者福祉の整備状況を明らかにする。

第 3 章では、高齢者ポスヤンドゥ活動に注目し、人びとから見た農村部における住民参加型・高齢者福祉活動について考察する。第 1 節では、農村部との比較として、インドネシアにおいて高齢化対策のモデルケースとなっていた都市部・高齢者ポスヤンドゥ活動の実践を概観する。第 2 節では、本調査地において、活動が実施される行政単位の A 地区における高齢者ポスヤンドゥ活動を通して、活動に参加する高齢者の特徴を分析する。次に、活動が実施されていない地域の事例をあげ、ポスヤンドゥに依らない高齢者福祉の可能性について検討する。

第 4 章では、高齢者の独居はどのように可能となっているのか、という問いを立てる。調査地の高齢者が理想的な高齢期としてあげるのは、たくさんの子供や孫に囲まれて暮らし、子供が農業労働以外の職に就き経済的に豊かになることである。しかし、このような理想的像を実現できるのは一部の高齢者である。第 4 章では 4 人の高齢者の事例を取り上げ、第 1 節で、高齢期の理想像を実現している高齢者を概観し、第 2 節では、理想像に近い生活を送っている独居高齢女性の姿を描く。第 3 節は第 2 節とは対照的に、理想像からかけ離れている独居高齢女性を取り上げ、第 2 節の事例と比較する。第 4 節では、高齢男性の事例を通して、独居の限界に注目する。最後に第 5 節で結論を述べる。

第 5 章では、調査地では多くを占める農民家族を取り上げ、老親の病いをめぐる家族の動態について考察する。本章では、先行研究が指摘してきたケアの担い手である血縁女性に対する人びとの反応および実際の血縁女性の老親の病いへの関わり方、家屋の開放性に対して考察する。第 1 節で、調査地における見舞いの慣行について述べる。第 2 節では、人びとの健康に対する意識を概観する。第 3 節では、事例に取り上げる家族の概要を示した後に、老親が病いで倒れてから家庭で療養を始めるまでの経緯を説明する。続いて、老親の病いをめぐる子供たちでなされた交渉について説明する。第 4 節では、子供たちに注目し、親族関係について分析する。これらを踏まえ、現代ジャワにおける高齢者ケアをめ

ぐる家族の動態を明らかにし、第 5 節で結論を述べる。

終章では、本論文で明らかになったことを総合的に確認し、結論と今後の課題を述べる。

第1章 調査地概要



図 1-1 インドネシアの地図

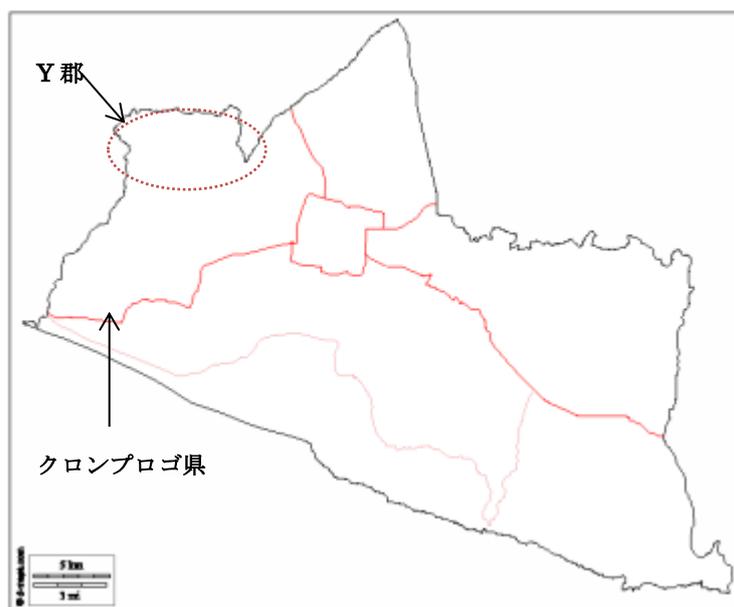


図 1-2 ジョグジャカルタ特別州クロンプログゴ県の地図



図 1-3 ワレノサリ村 A,B 地区の地図 [Google 2016 から筆者作成]

本論の舞台は、ジョグジャカルタ・クロンプロゴ県北部に位置する Y 郡ワレノサリ村 (Desa) A 地区 (Dusun) および B 地区である²¹ (図 1-3)。なお、郡、村、地区の地名は仮名とする。ワレノサリ村は、ムラピ山から南流するプロゴ川より西側の中部ジャワ州との県境に位置し、ムノレ山を北側に配置する山岳地帯である。この後詳しく述べるように、筆者が調査を実施してきた地域は、ムノレ山の頂上スロロヨから流れるヤロ川を挟んで北側と南側に定住してきた人びとから成る自然村であったと言い伝えられている。

この自然村は、幾度かの村落制度の変遷によって 1947 年に現在のワレノサリ村の一部となり、同村の A 地区および B 地区となった。従来、自然的にできあがったこの村に暮らしてきた人びとは、現在の A 地区にあたるヤロ川の南側を主に居住区域として、また、現在の B 地区にあたるヤロ川の北側を主に水田として使用してきた。行政単位で分けられた地区とこの自然的な集落の範囲は完全に一致するわけではないが、本論では便宜上、行政単位とは区別するためにこの自然村を指して AB 地区と呼ぶ。

²¹ ジョグジャカルタの行政単位は州 (Provinsi)、県 (Kabupaten)、郡 (Kecamatan)、村 (Desa)、地区 (Dusun)、RT、RW となる。

数々のジャワ農村研究において、ジョグジャカルタは社会経済的にジャワ農村を代表する典型的なケースであるとされてきた [Geertz 1963; Jay 1969; 加納 1988 など]。その特徴を簡単に述べれば、全般的に耕地への人口圧力は高いが零細な農業経営が多く、農業外あるいは地域外への労働力流出による階層分化がみられることである。

しかし、AB 地区は代表的なジャワ農村とはやや異なる地域である。本調査地の標高の高い一部の地域は石灰岩質の畑作農業に依存する「欠乏地帯」[加納 1988:219] であり、稲作地域も農業用水の便が悪く、大統領告示による「開発から取り残された村 (*Inpres Desa Tertinggal*: IDT)」対象村として位置付けられてきた。ジョグジャカルタでは貧困な村と言える。

本章の第 1 節では、インドネシアにおける本調査地の位置づけについて順を追って説明する。具体的には、ジョグジャカルタ特別州およびクロンプロゴ県ワレノサリ村の概要を述べる。第 2 節では、AB 地区の歴史的背景を確認した上で、人びとの日常生活世界について記述する。第 3 節では、住民の職業および世帯構成、子供の定着性と流動性の現在の状況、高齢者の概要を示す。以上を通して、本調査地の特徴を描き出す。

第 1 節 調査地ジョグジャカルタ特別州

1-1 ジョグジャカルタ特別州クロンプロゴ県

インドネシアは、1 万 3 千以上の島々からなり、東西の距離は北アメリカ大陸の東西の距離に匹敵するほどの 5 千キロに広がっている (図 1-1)。世界第 4 位の人口大国であり、約 2 億 5 千万人の住民は 300 以上の民族に分類される。インドネシアの本州であるジャワ島は、国土の 1 割にも満たないが、全人口の約 6 割 (多くはジャワ人) が暮らしている。

ジョグジャカルタ特別州は、ジャワ島中南部に位置し、州の最北端にあるムラピ山から二本の川が南流してインド洋に注ぐ稲作農業地帯として発展してきた。また、歴史的に政治・経済の中心として栄えてきた古都である。文化伝統の地および教育都市として知られており、首都ジャカルタと並ぶ第一級地方自治体に指定されている。州はジョグジャカルタ市を囲み東西南北に広がる 4 県から成り (図 1-2)、ジャワ人が多く暮らし人口密度が高い。州人口の 9 割がイスラーム教徒である。気候は、10 月から 3 月の雨季および 4 月から 9 月の乾季があり、年間を通して温暖であり、平均最高気温は 30 度前後、平均最低気温は 23 度前後である。

人びとは日常的にジャワ語を使用する。ジャワ語といってもジャワ島の中部と東部では

多少の違いがあり、ジョグジャカルタにおいて話されるジャワ語が一般的にジャワ語の標準語だとされている。ジャワ語にはンゴコ体 (*ngoko*) と呼ばれる普通体および丁寧体があり、自分と親しい友人や目下にはンゴコ体を使用し、自分より目上の人や同年配にはクロモ体を使用する。また、市場などで使用されるゴコ体とクロモ体の中間であるマディオ体 (*madyo*) がある。一方、ジャワ語話者であっても、ほとんどの人びとは公用語であるインドネシア語を使用することが出来る。ただし、筆者の調査対象者では、より高齢な 90 歳以上の人びとのなかでインドネシア語を話せない人が存在する。

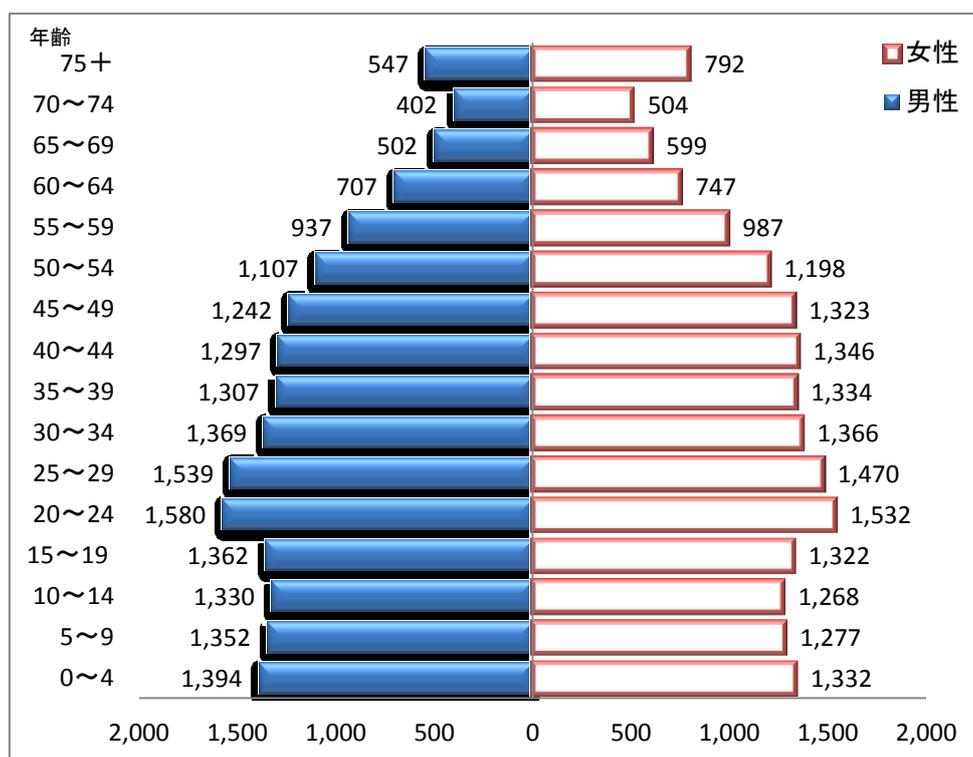


図 1-4 ジョグジャカルタ特別州人口ピラミッド (2014 年) (単位: 千人)

出典: BPS DIY 2015 に基づき筆者作成

州人口は、2015年調査当時の統計によれば約367万人であり、このうち66.7%が都市部に、33.3%が村落部に居住している [BPS DIY 2015]。人口構造を構成年齢別にみると15歳から60歳未満の生産年齢人口は高いが、高齢化が進展しているのが特徴である(図1-4)。州人口に対する60歳以上の人口は13.0%であり、全インドネシアの平均である7.5%と比較して高く、また、全インドネシアの中では最も高い [Dinkes DIY 2013]。

州人口の就業構造は、農業が25.4%を占め、大規模商業・飲食業・貿易が25.8%、中小規模商業・輸送・金融・サービス業が26.4%とそれぞれが全体の約4分の1ずつを占めている。

州の最低賃金はインドネシア33州のなかで最も低く²²、物価が安い。そのため、他州へ行っては帰る循環的な移住労働を繰り返す人びとがいる一方で、大都市生活者のリタイア後の居住地として人気がある。市内近郊では、そのような移入者向けの高層マンションが建設されるようになった。ジョグジャカルタは、農村から都市への人びとの移動のみならず、大都市から地方都市であるジョグジャカルタへの人びとの移入が見られる地域である。

本論が取り上げるクロンプログゴ県は、ジョグジャカルタ西部を南北に広がり12郡から成る県である。県は州の18.4%の面積に相当し、住民数は州の11.4%に相当する約40万人である。クロンプログゴ県の高齢化率は州の平均を超えた16.8%と高い。県人口の就業構造は農業25.4%、商業25.8%、サービス19.9%、工業13.9%、公務員1.5%、その他15.6%である。

県は、次の3つの異なる特徴を持つ地域から成っている。県南部の海岸に面する標高の低い地域(標高0-100メートル)、および、行政機関が集中する県の中心都市である平地(標高100-500メートル)、県北部に位置する気候の涼しい高地(標高500-1000メートル)である。

低地はスイカの生産地であり、アジスチプト国際空港の移転が計画され2019年に新空港の一部が開港した。国際空港が本格的に移転すれば県の社会経済構造は大きく変わることが推測される。平地は県の中心都市であり、行政機関が集中する地域と水田稲作地域が混

²² ジョグジャカルタの最低賃金は、2015年の州平均値で約98,8万/月ルピアである。調査時の換算(1Rp=0.009円)では約8千9百円である。最も高い首都ジャカルタの270万ルピア/月(約2万4千3百円)と比較すると、ジョグジャカルタは首都の最低賃金の半分以下になる。なお、インドネシアにおける最低賃金の平均は、約179万/月ルピア(約1万6千円/月)である [BPS Indonesia online]。

(<https://www.bps.go.id/linkTableDinamis/view/id/917>)。

在する。首都ジャカルタからジョグジャカルタや東ジャワへと通じる幹線道路が横切り、大型路線バスが運行しているため、州内外への流通や人の移動の拠点となっている。高地は丘陵地帯から山岳地帯を含み、水田稲作農家を中心として、カカオ、茶の生産農家などが存在する、県の中では開発の進んでいない過疎化の進む地域である。本論は、クロンプロゴ県の北部の高地に位置する Y 郡ワレノサリ村に注目する。

1-1 Y 郡ワレノサリ村

ワレノサリ村は、ジョグジャカルタ市中心にある王宮（クラトン）からは約 40 キロメートルの距離にある。市内からミニバスを利用すれば 4 回の乗り継ぎを経て早くとも半日で村に到着する。しかし、ミニバスの本数が減る時間帯（午後）には乗り継ぎが悪く村へ到着するまでにほぼ 1 日がかかりとなる。自動車やバイクで移動すれば 2 時間前後で村に到着する。自動車やバイクを所有していれば市内へ通勤・通学が可能な距離である。

冒頭で述べたように、村はムラピ山から南流するプロゴ川より西側の中部ジャワ州との県境に位置し、ムノレ山を北側に配置する標高 400 メートルから 900 メートルの山岳地帯である。村は水田稲作を主な生業とする地域および畑作農業に依存する標高の高くより気候の涼しい地域から成っている。水田稲作が可能な地域は、中部ジャワ州にある最も標高の高いムノレ山の頂上であるスロロヨから流れる数本の川の水に依存している。しかし、川の水は乾季になると涸れてしまう。そのため、水田稲作地域の中でも土地が良質で水が豊富な場所では米の二期作、農業用水の便が悪い場所では一期作となる。また、棚田では耕運機が使用できず、水田を耕すために水牛を利用する農家もある（図 1-5、1-6、1-7、1-8）。

一方、畑作農業に依存する地域は、カカオや丁子、落花生、トウモロコシ、キャッサバなどを生産する（図 1-9）。また、いずれの地域においても家庭菜園によるバナナおよびバナナの葉、燃料材木である椰子殻、ジャワの伝統生薬であるジャムウ (*jamu*) の原料になる自生植物などが重要な換金作物となる。その他に、儀礼に欠かせない牛やヤギ、鶏、などを必要に応じて飼育している。

ワレノサリ村は 18 地区から成り、人口は 5,775 人、世帯数は 1,404 戸である。ワレノサリ村の住民の職業を概観すれば、村役場の勤務者や教員、警察官などの公務員ならびに土地を所有する農民、土地なしの小作農、商人に分けられ、近年では企業に勤務する給与所得者がいる。企業勤務者は兼業の季節労働の場合もある。住民の信仰する宗教は、イスラムが 85.5%、カトリックが 13.8%、プロテスタントが 0.6%、その他が 0.1%である [BPS

Kabupaten Kulon Progo 2018]。



図 1-5 地区の水田（乾季）



図 1-6 水田に水牛を連れて行く農民



図 1-7 AB 地区の中央を流れるヤロ川（乾季）



図 1-8 ヤロ川（雨季）



図 1-9 カカオを乾燥させる女性

住民のほとんどはジャワ人である。一方、出稼ぎ先で知り合った人と結婚するなど婚姻を契機にジャワ島外より移入した人びとが少なからずいる。また、ワレノサリ村には主な産業がなく住民の農業外あるいは地域外への労働力流出は多い。村では、民主化時代（詳しくは第 2 章を参照のこと）の地方分権化以降、地方政府（州、村）から助成を受けて灌漑の整備などが進められているが、未だ開発の速度は遅い。

次節では、AB 地区の歴史および人びとの暮らしを概観する。

第 2 節 AB 地区の概要

筆者が調査を実施してきた AB 地区は、ディポヌゴロ戦争終息後の 1830 年以降にこの地域に移り住んだ人によって開拓された自然的な集落が基礎になっている、と伝えられている。

ワレノサリ村 AB 地区の住人でイスラーム教指導者キヤイ (*kiyai*) である Ahmad ‘Athoillah²³ は地区住民の系譜を作成し、2011 年に地区の各世帯へ AB 地区の歴史書を配布した。‘Athoillah によれば、住民の若い世代は自身の確かな出自を知らないと言う。系譜を作成した目的は、親族関係の記録を残すことであり、そのことによって住民の集団としての結束を強化することであった。

ジャワでは、自然に出来上がった村が開祖によって開かれたという伝承と結び付けられることがある。しかし、これまでジャワ農村研究では、人びとは家族・親族構造を共通の祖先へとつながる系譜関係で認知していない、ということは明らかにされてきた [Geertz 1961; 宮崎 1984; 黒柳 2016]。

ここで注目すべき点は、AB 地区の歴史と系譜が書かれた書籍を手にした住民がどのように感じたかであろう。現在 AB 地区で暮らす若い世代は AB 地区の住民の祖先が共通であることこそ口頭伝承によって伝え聞いている。しかし、祖先の系譜にはそれほど関心を示しておらず、自己からみて二世代ないしは三世代を確認する程度にすぎない。また、その書籍が配られたという記憶があっても現在どこにあるか見当たらないという住民も少なくな

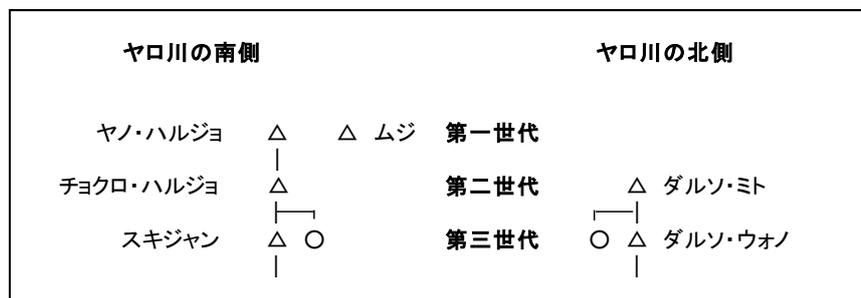
²³ Ahmad ‘Athoillah、1981 年カリマンタン生、母方の祖父がイスラーム指導者であり、その影響で本人もイスラーム指導者になった。父はワレノサリ村の出身であり、ワレノサリ村で育つ。2006 年国立ジョグジャカルタ大学卒業、筆者の調査当時 (2014 年) は国立ガジャマダ大学修士課程で歴史学を専攻している。本論が引用する ‘Athoillah の著書 *Sejarah Keluarga Besar Sulur Sebo: Hubungan Keluarga dan Keturunan*。(親族の歴史：家族と子孫の関係) [2011] は、歴史的資料および村の住民のオーラルヒストリーに基づいている。

い。

現在では全成員が集団として儀礼や地区の行事に必ず参加することはない。それどころか、都市化や産業化によって AB 地区の成員は様々な地域に散らばっており、自身の叔父や叔母、イトコの顔を知らない状況もあり得る。したがって、本調査地の住民は、「どこかでつながっているようだ」、という認識を持つ人びとの集まりでしかない。人びとは、この「どこかでつながっているようだ」と思われる人びとを「AB 地区の住民 (*warga penduduk* AB)」と呼んでいる。

以下では、‘Athoillah [2011] において、AB 地区の歴史および系譜がどのように述べられているかを概観しながら住民の性質を確認する²⁴。

2-1 A,B 地区の歴史



△男性、○女性

図 1-10 村の祖先の定住地 ([‘Athoillah 2011] より筆者作成)

²⁴ ‘Athoillah の作成した系譜は、図ではなく祖先を A から始まるアルファベットで表し、子供の数を番号で表記している。例えば、祖先を A1 として第一子なら A1-1 となる。その人物の第一子は A1-1-1、第二子なら A1-1-2 のように後ろに数が続いていく。したがって、自身の名前の前に書かれる頭文字によって祖先の名前が確認でき、後ろに続く番号の数によって何世代目の第何子にあたるのかが確認できるようになっている。

口頭伝承によれば、当時その地に初めて定住した祖先は 1600 年代マタラム王国時代に起こった暴動から逃れてきた人びとであり、川に沿って住居を形成したと伝えられている。しかし、その村は壊滅した。川に沿って広がった定住地がいつ壊滅したのかは定かではない。AB 地区の人びとは、次に述べる祖先と共にこれらの人びとを、初めて村を作りさまざまな混乱から村を守った精霊 (*roh suci perwujudan cikal bakal*) として崇拝している。

再びこの地に人びとが定住するようになるのは、ディポヌゴロ戦争 (1825-1830 年) 開始後になる。ディポヌゴロ戦争の兵士であり、東ジャワ・マランの出身だと伝えられているヤノ・ハルジョおよびムジという人物が、戦争の混乱によってクドゥ (*Karesidenan Kedu*)²⁵ からこの地に避難してきたと推測されている (図 1-10 を参照のこと)。クドゥは、ディポヌゴロ戦争の支持地域²⁶ だったことからこのような推測がなされている²⁷。

二人は水を求めてヤロ川を挟む南側に家屋を建てた。ヤロ川は澄んだ水が豊富な川だった。しかし、ジャワの神話では、澄んだ水が多く流れる川の近くの地域では、水牛供犠によって水の流れを止めなければ、いずれその地は流されるものとされている。そして実際に、儀礼をおこない水の流れを止めたためにヤロ川の水の流れは小さくなり、現在のワレノサリ村付近では農業用水の便が不便になったと伝えられている。

ヤノ・ハルジョおよびムジは、ヤロ川を挟む北側の土地を開拓し居住地を作った。しかし、間もなくしてムジが病いで亡くなると、ヤノ・ハルジョはヤロ川の南側に居住地を変え、亡くなるまでその地に定住した。

次に、この地より東にある地域の出身であるダルソ・ミトと妻が当初ヤノ・ハルジョおよびムジが開拓したヤロ川の北側に家屋を建てた。ダルソ・ミトは、ヤノ・ハルジョの長男であり後に村差配 (*beke*)²⁸ として活躍したチョコロ・ハルジョと同じ二世代目にあると推測されている。宗教指導者ウラマーと深いつながりを持っていたダルソ・ミトは、川の水に対する祈祷を目的として家屋の近くに礼拝所 (*langgar/musola*) を作り、亡くなるまでこの地に定住した。

このように、ヤノ・ハルジョはヤロ川を挟む南側に居住地を構えた始祖として、また、

²⁵ クドゥ (*Karesidenan Kedu*) とは、現在の中部ジャワ州トゥマンゲン、マゲラン、プルウォルジョ、クブメン、ウォノソボにあたる。

²⁶ *daerah merah* [‘Athoillah 2011:23]。

²⁷ 内藤は、デポネゴロ戦争 (ジャワ戦争) の時期に内戦が原因で多くの村が形成されたことを指摘している [内藤 1979:62]。

²⁸ *beke* 制といい、宮廷役人の封地の所有者は王都に暮らし、村に *beke* を置き封地の経営を委託するものである [宮崎 1984]。

ダルソ・ミトはヤロ川を挟む北側に居住地を構えた始祖として伝承されている。図 1-10 は、ヤノ・ハルジョから数えて第三世代までに定住した人物を居住地別に示した系譜図である。これ以降、多くの子孫がヤロ川を挟んだ南側と北側に定住していき、住民は増加していった。

人びとは開祖として、ヤノ・ハルジョおよびムジ、ダルソ・ミトを崇拝する。村の墓地²⁹には、ヤノ・ハルジョおよびムジが埋葬され、また、ダルソ・ミトの墓石がヤノ・ハルジョおよびムジの埋葬された墓地の北側に置かれている [Athoilla 2011]、と伝えられている。

以上のように、AB 地区はヤロ川を挟み南側（現在の A 地区）と北側（現在の B 地区）に暮らす人びとから成り立っていることが示された。始祖から三世代を超えると AB 地区への婚入者が増え住民数は増加していった。しかし、過去に遡り完全な系譜を作成することは困難であり、ここでは始祖が誰かと言うよりむしろ誰が現在 AB 地区で暮らしているかが明らかにされたことになる。‘Athoillah [2011] は、AB 地区の成員全てを指して「大家族 (*keluarga besar*)」³⁰と呼び、絆の強さを強調した。しかし、厳密には、現在 AB 地区で暮らしている人びとは、どこかでつながっているという人びとの集まりであって、系統的に始祖に帰属していくような親族集団ではない。先に述べたように、人びとは大家族と呼ぶらずに、単に AB 地区の住民と呼んでいる。

次に、AB 地区を中心にこの辺りの地域が発展していく様子与人びとの暮らしを概観する。

2-2 AB 地区の発展と人びとの暮らし

中部ジャワにおいて、ディポヌゴロ戦時中に一時的に避難した人びとの大部分が終戦後に避難地から戻った。しかし、当時のクロンプロゴ植民地行政地区 (*afdeling*) であった現在のクロンプロゴ県北部にあたる地域は、飢餓や疫病によって人口が減少した。

また、この地域は主にヤロ川の水に依存する農耕地であるが、傾斜地であるため水の流れは思うようにいかず農業用水の便が悪い。平地の農家と比較すれば農業収穫量は少なく、人びとは水のある地域の小作農として、あるいは、稲を背負って運搬する担ぎ手として、大工のような農業労働外の仕事を求めて他地域へ移動していった。その結果、最も住民数

²⁹ 墓地は、現在の A 地区および B 地区が共同で管理している。

³⁰ 20 世紀後半にジョグジャカルタ都市部および農村部の富裕層の間で確認された現象として、特定の祖先を共有する *trah* と呼ばれる親族集団が組織されている。この親族集団は、宮廷社会を模倣した人びとの「中流化」(差異化志向) であると指摘されている [宮崎恒二、宮崎寿子 1986]。

の少ないジョグジャカルタ王侯領 (*wilayah karesidenan*) の中の一つの地域となった。

1912年の封地制度廃止および1914年の農地法再編によって行政村が形成される。インドネシアが独立すると1946年にジョグジャカルタ特別州となり、いくつかの行政村が統合された。そして、1947年に本調査地はワレノサリ村の行政地区であるA地区およびB地区となった。このことにより、自然村は二つに分割されたが、人びとの生活に大きな影響はなかったとされている。

以下で詳しく述べるように、本論文が取り上げるAB地区の人口は、432人、世帯数は134世帯である。本調査地のイスラーム教徒は、C・ギアツがジャワ人のとりわけ農民の宗教的伝統についてヒンドゥー教やイスラーム教、仏教、土着の聖霊・悪霊などの混成である重層的信仰と述べるように [Geertz 1960; 1973]、自らの宗教をイスラーム教徒ではあるがジャワ・イスラームだと述べる人びとが多い。

AB地区住民のイスラーム教徒は、毎週金曜日の礼拝および毎週木曜日の夜にイスラーム教勉強会を開催し、唯一絶対の神 (*Allah*) を信仰してクルアーン (*Al Quran*) を朗唱する。

イスラーム暦の9月にあたるラマダン月には断食³¹を行い、犠牲祭では動物(牛や山羊)を捧げる。クルアーンの教えに従い、豚肉を食べることは禁忌であり、犬は不浄動物だと考えている。しかし、イスラームの教義に従う一方で、AB地区の住民でイスラーム教の聖地であるメッカへの巡礼を果たした人はいない。

ここでは、教義の内容よりもむしろ、本論の調査対象者をジャワの地域的な特徴を示す分類の中に位置付ける方が相応しいだろう。類型化の不十分さを恐れずにC・ギアツの分類に依拠すれば、本調査地の人びとはプリアイ(ヒンドゥー教・仏教的要素を強調する貴族層)、サントリ(イスラーム教の側面を重視する商人層)、アバンガン(土着的要素を強調する農民層)のうちアバンガンに近い。なお、この地域の住民の間で宗教の違いを理由に大きな争いが生じたことはない。

次に、インドネシアが独立して以降のこの辺りの地域の発展について、両地区を中心として見ていこう。ワレノサリ村に公式に小学校が建設されたのは1965年である。1965年以前に教育を受けることが出来た人びとは限られていた。したがって、高齢者のなかには公的な学校教育を受けていない人もいる。

テレビが村に入ったのは、村に電気が入る以前の1976年である。住民からブ・マントリ (*Bu Mantri*) と呼ばれる元小学校教員の女性が村で初めてテレビを購入し、当時は発電機

³¹ イスラーム暦(ヒジュラ暦)の9月に、日の出から日没までの間飲食を絶つ断食を行う。

を使用してテレビを観たという。初めて村の人びとが目にしたテレビ映像は、1976年6月26日に日本武道館でおこなわれた格闘技世界一決定戦（新日本プロレス企画）だった。当時のボクシング世界ヘビー級チャンピオンであったモハメド・アリと日本のプロレスラーであるアントニオ猪木の異種格闘技戦である。野外におかれた1台のテレビに群衆が押し寄せた。現在40歳以上になる住民は、世界的に注目を浴びたこの試合を今でも鮮明に覚えている。

インフラが急速に整え始められ、村落活動が活発になるのは、第二代大統領スハルト政権下の1980年代である。例えば、A地区では1984年11月11日に女性組織による福祉活動であるPKK (*Pembinaan Kesejahteraan Keluarga*) 運動が開始され、同年12月に初めて青年団 (*Karang Taruna*) による活動が開始される。活動はそれぞれ1985年に急成長していく。

村に初めて電気が入ったのは1985年、A地区にモスクが建設³²されたのは1986年である（図1-11）。地区内の道路整備³³、排水溝、貯水槽、運動場の整備、隣接する地区との間にかかる橋の建設やモスクの修繕などが次々と実施された [’Athoillah 2011]。

人びとが日常的に利用する伝統的な市場は、郡 (*Kecamatan*) ³⁴ に2つある。各市場は、5曜からなるジャワ暦³⁵に従って5日間に2日だけ市を開く。この2つの市場は商業取引を目的とした人びとや日常生活用品を購入する人びとで賑わう。一方、タバコや砂糖、調理油など少量の品物を購入するために利用するのは村にある小売店である。村の小売店は地区住人が持ち込む商品を市場へ卸す取次店としても機能している。既にこの時期に村に浸透していた貨幣経済は、1980年代以降に広まっていく。こうした村の暮らしが変容し始めるのはポスト・スハルト期の地方分権化以降である。

1980年代以降に活発となった村落活動は、スハルト政権崩壊後に上意下達の住民統制的な機能を失いつつ、地方分権化によってジョグジャカルタ独自の内容で展開されるようになった。例えば、高齢化の進んでいるジョグジャカルタでは高齢者を対象としたPKKによる福祉活動が開始されている（第3章を参照のこと）。一方、地区単位で活動する青年団は村に残る成員数の減少により活動が衰退していった。

³² それまでは、地域の有力者の家でイスラーム教勉強会が開催されていた。

³³ 道路舗装にアスファルトが使用されるのは2006年である。

³⁴ 郡は、行政単位で村の上に位置する。

³⁵ ジャワ暦は Legi、Paing、Pon、Wage、Kliwonの5曜からなる。

教育分野の開発も進んだ³⁶。ワレノサリ村における教育施設は、小学校が 6 校（公立 5、私立 1）および中学校が 1 校（公立 1）となった（2016 年）³⁷。2011 年には託児所（*Pendidikan Anak Usia Dini*: PAUD、図 1-12）が A 地区内に設立され、近隣 3 地区の住民が合同で利用している。ほぼ全ての幼児が 2 年間あるいは 3 年間託児所に通い、その後隣村の幼稚園（*Taman Kanak-kanak*: TK）へ入学する。近年村の住人の教育を受ける機会は向上しており、多くが高校まで進学し、市内の大学へ進学する人も徐々に増加している。子供らが休日に老親の稲作労働を手伝うことは稀で、若年層の農業労働離れは顕著である。

そして、交通網が発達した。現在では市内および県中心部をつなぐミニバスが通行している。子供たちはミニバスを利用して中学や隣村の高校へ通う。

自動車の所有者は限られているが、個人が所有するバイクの台数は年々増加している。所有者のほとんどは中古のバイクを分割払いで購入しているが、購入後の支払いばかりでなく税金や修理代などが支払えずバイクを所有出来ない人の方が多い。この地域は山岳斜面地帯にあり、地区道がアスファルトで舗装されていない坂道もまだ多く、技術的にバイクを使用するのは若い男性が中心となる。これらの男性は、インフォーマルに依頼を受けて目的地へのバイクによる送迎（*ojek*）を担っている。また、バイクに野菜などの食料を積んだ移動販売で稼ぐ人もいる（図 1-13）。



図 1-11 A 地区のモスク



図 1-12 託児所

³⁶ 1993 年の国家政策大綱では 9 年制義務教育の実施、教育機会の均等化、質の向上などが最優先課題とされた。

³⁷ 2016 年時点で村内に高校はない。



図 1-13 バイクによる移動販売
週に2、3回販売する



図 1-14 伝統的な市場



図 1-15 小売店 (*warung*)
日用雑貨を販売している



図 1-16 ミニ・マーケット
小売店と比較して価格が高い

村の住民の食事は、米と野菜を中心としたおかずである。市場などで調理済みのおかずを買って帰ることはあっても外食は一般的ではない。地区が接する州道に揚げ物を提供する店が一件あったが1年足らずで閉店した。屋台や「鶏そば (*mie ayam*)」などの店舗は市場や村役場のような人の集まる場所にあるのみである。

日常生活用品の購入は、先に述べた郡にある 2 つの市場および地区の小売店（図 1-14、1-15）、不定期に巡回する移動販売が現在でも中心である。自動車やバイクを所有する人びとは、大きな儀礼を控えていれば隣接県の大規模な市場を利用することがある。断食明けに着る新しい服は、年に 1 回ほど伝統的な市場で購入する。

また、数年前に近隣村にいわゆる日本の「コンビニエンスストア」であるミニマーケット³⁸がオープンした（図 1-16）。伝統的な市場や地区の小売店と比較して質の良い商品が取り揃えてあるが価格は高い。ミニマーケットへ出入りする人びとは、普段より少し綺麗な服を着て出かける。病いを患い療養する一部の高齢者がミニマーケットに置かれている大人用のオムツなどの衛生用品を購入している³⁹。



図 1-17 野外に設置された井戸

水を汲みあげる女性



図 1-18 公衆沐浴場

³⁸ 本調査地の近隣村にオープンしたミニマーケットは、インドネシアにおける「コンビニエンスストア」大手 2 社 のうちのひとつが展開する店舗である。大手 2 社の特徴は、都市部においては品揃えが豊富な大型店を展開し、村落部においては市場規模や消費者特性を十分に理解した品揃えによって小型店を展開していることである。インドネシアにおける「コンビニエンスストア」の成長は目覚ましく、フランチャイズ化により店舗数を拡大している。2010 年以降、店舗数は 5 年で倍増し 2015 年には 1 万店を超えた[渡辺、松田 2016]。（渡辺貞央、松田直樹. 2016. 「日系コンビニ苦戦 インドネシアで「3つの壁」」、2016 年 2 月 26 日付、日本経済新聞・電子版、（2016 年 11 月 25 日アクセス）http://www.nikkei.com/article/DGXLASDX22H3B_U6A220C1FFE000/）。

³⁹ 詳細は、[合地 2017] を参照のこと。

便所は全世帯に設置されているが、沐浴 (*mandi*) は野外の井戸を使用する世帯がある (図 1-17)。より標高の高い村では、家屋まで水を引く費用を負担できない貧困層のために村の富裕層が建設した野外の公衆沐浴場が利用されている (図 1-18)。本調査地では、2016 年に村の資金を受けて、地区長の屋敷地内に新しく貯水槽が設置されたのだが、数カ月すると故障し使用不可能となった。水不足のこの地域では、とりわけ乾季には衣類の洗濯や食器の洗浄に雨水を使用するのが基本である。

その他、ワレノサリ村の近隣にある店として、州道沿いに数件のランドリー店があるが定期的に関店は少ない。また、B 地区から約 1 キロメートルほど離れた場所にデスクトップ型パソコンを 3 台設置するインターネットカフェが 1 軒ある。しかし、ゲームを目的とした子供らの利用が多い。パソコンを所有する人は村長や地区長などのいわゆるホワイトカラーと大学へ通う一部の学生のみである。



図 1-19 家屋内に設置された竈



図 1-20 野外に設置された竈

儀礼客をもてなすための料理を作る男性たち

携帯電話は 1 世帯に少なくとも 1 台は普及している。スマートフォンやブラックベリーを購入する若年層を中心に SNS (social networking service) による情報発信への関心は高いが、電波の状態が不安定なため家屋の外に出るなど工夫が必要な時がある。他方、困窮

した世帯では携帯電話を所有しているにもかかわらず、先払い制をとる通話料の支払いが出来ずに不通となっている場合も少なくない。

現在テレビはほとんどの世帯に1台はあるが⁴⁰、故障すると修理代が負担出来ずに長い間使用されていない世帯もある。これらの世帯のテレビは、移住した子供が断食明けで故郷に帰省した際、親へのプレゼントとして持ち込んだ品物の中のひとつである。

子供らからのプレゼントは他にも冷蔵庫や洗濯機、最新式のガスコンロなどがあげられる。ガスコンロは州政府が低所得者世帯に対して1口ガスコンロを無料で配布したため、現在では全世帯が所有している。しかし、この地域の労働者の日当の約2倍にもなるガスボンベ(3キログラム)⁴¹を買うことが出来ずにガスコンロではなく竈を使用する世帯が多い(図1-19、1-20)。また、電子レンジやエアコンの所有者はいない。

農村部には、都市部に勤務する給与所得者、ならびに、都市部の大学へ通う人など、都会の生活を経験している人びとによって、新しい情報が持ち込まれている。さらに、ワレノサリ村のいくつかの地区に農村開発を目的とした海外からの支援⁴²が入るなど、村の経済は容赦なくグローバル化に巻き込まれている。このように、地方分権化以降の社会変化の中で、農村部の人びとの暮らしは都市部と比較して緩やかではあるが豊かになりつつある。その一方で、農村部住民間には経済格差が生じているといえるだろう。

次節では、具体的に現在の住民構成について述べる。

第3節 住民構成

本論では、自然村から成る人びとに注目するが、おおよその目安として行政地区である現在のワレノサリ村A地区およびB地区の住民構成を概観する⁴³。以下では、先に住民構成を確認した後、最後に両地区の高齢者に関する概要を示す。

⁴⁰ 親子二世帯が屋敷地内隣接居住の場合、どちらかの家屋にテレビを1台所有する。

⁴¹ 約Rp.100,000(2015年の換算で約9,000円)。

⁴² 海外から資金を得たインドネシアのNGO団体による籠作り。

⁴³ 各地区では地区長が住民票(*Kartu Tanda Penduduk:KTP*)を管理することになっている。しかしながら、住民票の届け出は速やかでなく、またその内容は正確ではない。さらに、各地区長によってデータ管理の仕方が異なるため、筆者が実施した世帯調査の結果に基づき不足するデータを補い、各地区長に確認した。なお、データは2015年11月時点のものである。

3-1 人口および住民の職業

表 1-1 ワレノサリ村 A 地区および B 地区の住民構成

	住民数(人) (男性・女性)	世帯数(戸)	平均世帯 人数(人)	宗教(人)		
				イスラーム	カトリック	プロテスタント
A地区	249 (119・130)	75	3.3	246	0	3
B地区	183 (86・97)	59	3.1	178	5	0
合計	432 (205・227)	134		424	5	3

(2015 年の資料にもとづき筆者作成)

表 1-1 は、ワレノサリ村 A 地区および B 地区の住民構成を示した表である。現在の地区の成員はワレノサリ村で生まれたか、婚入者、婚出からの出戻り者である。なお、後述するように、表 1-1 は、地区が保管する住民数などの統計資料に筆者が若干の修正⁴⁴を加えて作成しなおしたものである。

A 地区の住民数は 249 人、75 戸、平均世帯人数 3.3 人である。住民が信仰する宗教は、イスラームが 246 人、プロテスタントが 3 人である。一方、B 地区の住民数は 183 人であり、世帯数は 59 戸、平均世帯人数は 3.1 人である。住民が信仰する宗教は、イスラームが 178 人、カトリックが 5 人である。

次に、表 1-2 は住民の職業分布である。なお、2015 年の調査時点で求職中の者および小学生未満は除いている。また、学生とは小学生、中学生、高等学校・高等専門学校、大学に通う者を指す。

A 地区の住民の職業は、公務員 4 人、民間学校教師 1 人、弁護士 1 人、民間・民間企業

⁴⁴ 統計上の世帯数および平均世帯人数は、A 地区が 84 戸、平均世帯人数 2.9 人であり、B 地区が世帯数は 57 戸、平均世帯人数は 3.2 人である。表 1-1 は、世帯数および平均世帯人数に修正を加えた。

勤務 58 人、商人 2 人、自営業 4 人、労働者 2 人、自作農 89 人、学生 49 人、主婦 (*ibu rumah tangga*) 14 人である。このうち、毎月の給与所得を得ている者は、公務員および教師、弁護士、民間企業勤務者の合計 63 人である。年金を受け取っている高齢者は定年退職者 7 人および寡婦年金受給者 4 人の計 11 人である。給与所得者と年金受給者を合わせれば、A 地区住民のおおよそ 3 割になる。なお、全世帯数 88 戸中の 1 世帯を除く 87 戸は土地を所有する農家あるいは兼業農家である。

表 1-2 住民の職業

職業	A地区(人)		B地区(人)		合計(人)
	男性	女性	男性	女性	
公務員	4	0	3	0	7
教師	0	1	2	0	3
弁護士	1	0	0	0	1
民間企業	32	26	8	4	70
商人	1	1	1	0	3
自営業	4	0	5	0	9
日雇い労働者	1	1	1	0	3
自作農	41	48	29	38	156
学生	24	25	25	29	103
主婦	0	14	0	10	24
定年退職者	5	2	8	0	15

(2015 年の資料にもとづき筆者作成)

B 地区の住民の職業は、公務員 3 人、民間学校教師 2 人、民間・民間企業勤務 12 人、商人 1 人、自営業 5 人、労働者 1 人、自作農 67 人、学生 54 人、主婦 10 人である。このうち、毎月の給与所得を得ている者は、公務員および教師、民間・民間企業勤務者の合計 17 人である。年金を受け取っている高齢者は定年退職者 8 人である。給与所得者と年金受給者を合わせれば、B 地区住民のおおよそ 1 割になる。B 地区では全世帯が土地を所有する農家（兼業農家を含む）である。

両地区の商人、自営業者は毎月定額ではないが現金収入を得ている。民間企業勤務者では、給与所得を求めて女性が労働現場へ参加する数が少なくないことがわかる。その一方

で、農業労働に就く女性の数は男性より多く、仕事をしていない主婦 (*ibu rumah tangga*) と回答した者は両地区合わせて 24 名となる。また、農民のとりわけ女性が店舗を持たずにインフォーマルに家庭内で作った料理や日常生活用品の販売を行ってわずかな現金を得ることがある。その他に、2015 年から米国の支援を得たインドネシアの NGO 団体が A 地区の女性らにバナナの幹の皮から取った繊維を用いた籠作りを指導する活動が始まり、活動に参加する主に育児中の若い農民女性がわずかな報酬を得ている。

3-2 世帯構成

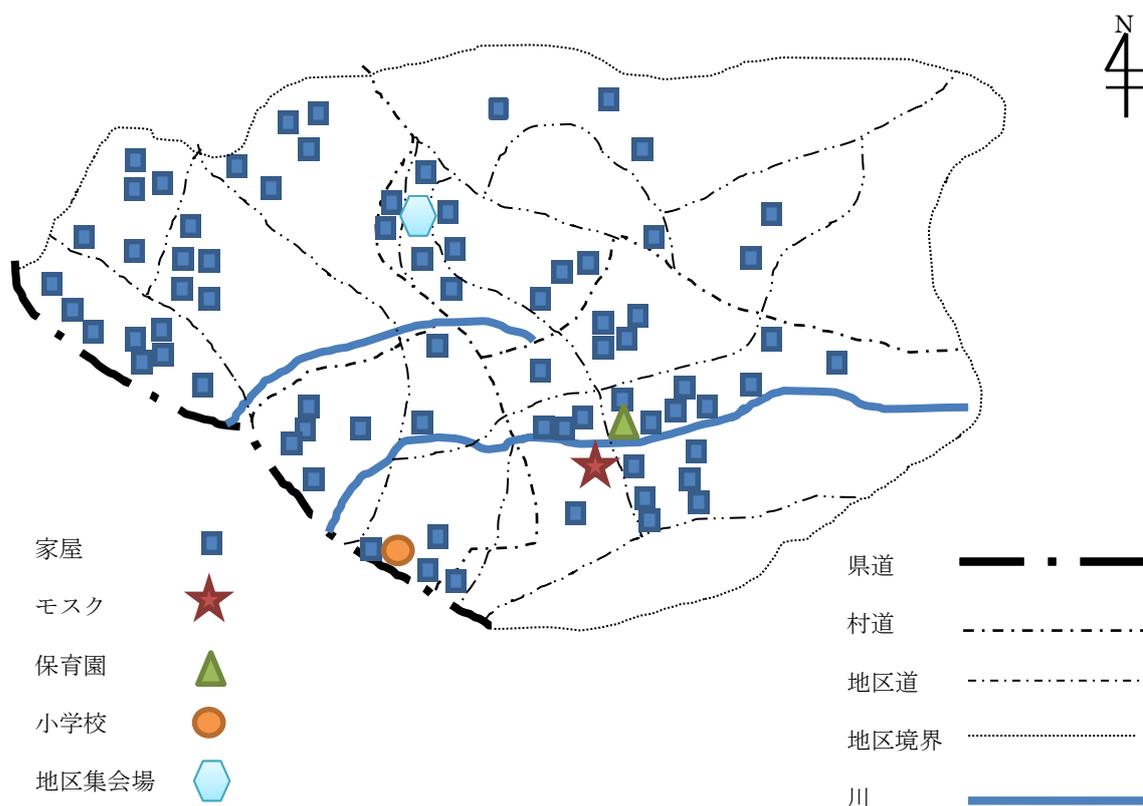


図 1-21 A 地区の家屋配置の概念図

まず先に、本論が事例に取り上げる A 地区の家屋配置の概念図を図 1-21 に示す。隣接する地区・村との境界は道路または水田、畑によって区切られている。A 地区は一部県道に接し、県道から北東に広がっている。なお、B 地区は県道に沿って A 地区の北西に広がるが、ここでは示していない。現在の B 地区には水田・畑が集中しており、両地区は主に A 地区を居住区域として拡大してきた。A 地区の住民は B 地区にある水田を所有していることが多く、B 地区の人口が A 地区より少ないのはそのためである。両地区の居住地と水田・畑をつないでいるのは地区道あるいは村道である。

A 地区が所有する建物は、モスクおよび夜間警備の拠点となる夜回りポスト、地区集会場である。モスクは、地区の有力者が土地を提供し、住民の相互扶助慣行によって建設された。モスクの管理は隣接する家屋に暮らす高齢者夫婦が行っている。一方、夜回りポストは村の支援を受けて建設されたが現在夜回り警備は中止されている。地区集会場は、地区長の屋敷地内に建設されているが、初めは竹の壁と屋根のみで、少しずつ長い期間をかけて増築しており、2017 年時点でブロック塀と窓ガラス、木製の扉が設置されたところである。

次に、表 1-3 は、A 地区および B 地区の住民の世帯構成である。

表 1-3 世帯構成

	世帯構成	戸数(%)		合計 (世帯・%)
		A地区	B地区	
1	単独世帯	4(5.3)	8(13.5)	12(9.0)
2	核家族型世帯合計	52(69.3)	39(66.1)	91(67.9)
2-1	夫、妻	12	7	19
2-2	夫、妻+未婚子	37	32	69
2-3	単親+未婚子	3	0	3
3	直系家族型世帯合計	17(22.7)	7(11.9)	24(17.9)
3-1	単親+娘+孫	2	3	4
3-2	単親+娘+婿+孫	2	1	3
3-3	単親+未婚子+娘+息子の嫁+孫	1	0	1
3-4	夫、妻+未婚子+息子+嫁+孫	1	0	1
3-5	夫、妻+未婚子+娘+婿+孫	1	0	1
3-6	夫、妻+未婚子+息子+嫁	0	2	2
3-7	夫、妻+息子+嫁	1	0	1
3-8	夫、妻+息子+嫁+孫	2	1	3
3-9	夫、妻+娘+孫	2	0	2
3-10	夫、妻+娘+婿+孫	5	0	5
4	その他	2(2.7)	5(8.5)	7(5.2)
	合計(世帯)	75(100)	59(100)	134(100)

ここで示す子供は実子と養子を区別しない。(2015年の資料にもとづき筆者作成)

世帯は、1つの家屋に暮らし家計を共にする単位と考えられているが、ここで注意したいのは、筆者の聞き取り調査においては、それぞれの世帯で生計が厳密に独立しているとは限らず、また、共に暮らす成員に関する人びとの理解は、行政による統計上の世帯を指していないということである。

例えば、外観では1つの家屋に見える中にプライバシーを保つための壁を作り居住スペースを区切って世帯を分けている場合がある。これは、単親（母）および娘のそれぞれを世帯主とした核家族型世帯の2世帯が同居している事例であり、表1-3の3-2に相当する。この場合、母と娘は共に世帯主ではあるが、実際には娘と生計を共有しているため、1世帯として算える。

他方、子供が結婚した後家屋を増築し、外観では複数の家屋に見えるが連結した家屋が中の扉でつながっていて実質的に1つの家屋となっている場合がある（図1-22、1-23）。例えば、世帯主は夫（父）および息子の2人であり、2人の世帯主が別々の仕事に就き生計を立てている。しかし、世帯間で生計が共有されている。この事例は、表1-3の2-2および3-8に相当し、2つの世帯と算える。すなわち、統計上の世帯数は目安に過ぎない。



図 1-22 屋敷地内居住

増築された子供の家屋（右）



図 1-23 横並びに増築された家屋

したがって、統計上の世帯数に若干の修正を加えて算えなおすと、表 1-1 で示した通り、A 地区では 75 世帯、B 地区では 59 戸となる。住民数を単純に世帯数で割れば、世帯の平均人数は各地区それぞれ 3.3 人および 3.1 人と小規模である。核家族型世帯の割合は、どちらも 65%を超えてかなり高く、本調査地も、先行研究においてジャワ農村では核家族が理念的であると指摘されてきたとおり、本調査地でも同様の結果を示した。

核家族に異なる直系親族が加わる直系家族型世帯では、世帯成員はさまざまではあっても、3 世代が共に暮らしている。

表 1-3 の 1 の単独世帯は、A 地区では 40 代未婚男性 1 人、50 代離婚男性 1 人、70 代寡婦 1 人、80 代寡婦 1 人の 4 人、B 地区では、50 代寡夫 2 人、70 代寡夫 3 人、80 代寡夫 2 人、80 代寡婦 1 名である。

表 1-3 の 2-3 および 3-1 から 3-3 に示す単親は、A 地区では 8 人中 1 人が父で残りの 7 人は母である。B 地区では、4 人中 4 人が母である。表 1-3 の 3-1 および 3-9 は、娘の配偶者が出稼ぎや単身赴任中であり共に暮らしていない。

3-3 子供の定着性と流動性

次に、子供の定着性と流動性という観点から、世帯主から見た子供の居住地を確認する(2015年11月時点)。なお、ここで述べる子供の移住とは、村外(ワレノサリ村以外の居住地)を指すものとする。

表 1-4 A 地区における子供の居住地

		屋敷地内居住/同居		同一地区		同一村	同一郡	クロンブロゴ 県	ジョグジャカル タ特別州	ジャワ島	ジャワ島外	合計(人)
		同一世帯	別世帯	A地区	B地区							
既婚の子供	男子(実子) (養子)	1	9	6			2	1	3	24	10	56
	女性(実子) (養子)	3	13	3			4	7	1	4	11	46
未婚の子供	男性(実子)	38							1		1	40
	(養子)	2										2
	女性(実子)	28								2	1	31
	(養子)	2							2			4
合計(人)		74	22	9			6	8	7	30	23	179

表 1-4 に示す A 地区に住む親から見た場合、既婚の子供の居住地は、親の屋敷地内に居住する子供が男女合わせて 26 例、同一地区内の居住は男女合わせて 9 例である。居住のタイプは、息子が親の屋敷地内か同一地区で隣接居住する夫方居住が 16 例、一方娘が居住する妻方居住が 19 例である。

男の子供はジャワ島（主にジャカルタ）へ移住した 24 例が最も多く、次いでジャワ島外の 10 例である。ジャワ島外への移住者は、政府のトランスミグレーション政策⁴⁵によって先に移住した親族を頼って移住した人びとなどである。これらの移住した子供たち全ては移住先で職を得ている。

一方、A 地区から婚出した女の子供はジャワ島外が最も多く 11 例、次いで県内の 7 例となる。他方、未婚の子供は親の世帯に同居するパターンが最も多く、親と別居する子供は学業のために親族などを頼って一時的に移住している。

表 1-5 B 地区における子供の居住地

		屋敷地内居住/同居		同一地区		同一村	同一郡	クロンプロゴ 県	ジョグジャカルタ 特別州	ジャワ島	ジャワ島外	合計(人)
		同一世帯	別世帯	A地区	B地区							
既婚の子供	男子(実子) (養子)	3	5		6		3		4	15	5	41
	女性(実子) (養子)	2	4		3		2 1	2	4	13	6	36 1
未婚の子供	男性(実子) (養子)	28									1	28 1
	女性(実子) (養子)	24								2	1	26 1
合計(人)		57	9		9		6	2	8	30	13	134

次に、表 1-5 に示す B 地区に住む親から見た場合、既婚の子供の居住地は、親の屋敷地内に居住する子供が男女合わせて 14 例、同一地区内の居住は男女合わせて 9 例である。居住のタイプは、夫方居住が 14 例、妻方居住が 9 例である。

男の子供はジャワ島（主にジャカルタ）に移住した 15 例が最も多く、移住先で職を得ている。一方、村から婚出した女の子供はジャワ島が最も多く 13 例となる。A 地区同様に、

⁴⁵ 人口密度の高いジャワ島から過疎地域（ジャワ島外）へ移住を促す政策である。

未婚の子供は親の世帯に同居するパターンが最も多い。

なお、過去に一時的な海外出稼ぎを経験している人はいるが、本調査を実施した 2015 年 11 月時点には、一時的な出稼ぎを含み海外へ移住している子供はいなかった。

そして次に、表 1-4 および表 1-5 をより大きな枠組みから見直したのが表 1-6 および表 1-7 である。表 1-6 では、既婚の子供（実子および養子を区別しない）が、婚姻によって、あるいは、職を求めて村を出たか否かを示した。村を出た子供（男性・女性）は 122 人であり、全既婚の子供 180 人の 67.8%に相当する。この結果からは次のことが明らかとなる。

- 1) 村外に出る既婚の子供の割合が高い、
- 2) 村外に出る子供の男性の割合がわずかに高い、
- 3) 村内に残る子供の女性の割合がわずかに高い。

表 1-6 既婚の子供の居住地（村内・村外）

	村内	村外	合計(人・%)
男性	30(16.6)	67(37.2)	97(53.9)
女性	28(15.6)	55(30.6)	83(46.1)
合計(人・%)	58(32.2)	122(67.8)	180(100)

子供は実子、養子を区別しない。

村内とは、屋敷地内居住にて同居および同一地区、同一村に居住していることを指す。

村外とは、ワレノサリ村外の村、郡、県、州、ジャワ島外を指す。

表 1-7 未婚の子供の居住地（村内・村外）

	村内	村外	合計(人・%)
男性	68(51.1)	3(2.3)	71(53.4)
女性	54(40.6)	8(6.0)	62(46.6)
合計(人・%)	122(91.7)	11(8.3)	133(100)

子供は実子、養子を区別しない。

村内とは、屋敷地内居住にて同居および同一地区、同一村に居住していることを指す。

村外とは、ワレノサリ村外の村、郡、県、州、ジャワ島外を指す。

また、表 1-7 では、未婚の子供（実子および養子を区別しない）の移住状況を示した。学業のために親族などを頼って一時的に移住した子供であり、村を出た子供は 11 人である。全未婚の子供 133 人の 8.3%に相当する。この結果からは、村外に出る未婚の子供の割合は低い、ということが明らかとなる。

本結果から、通婚圏が AB 地区であった過去と比較すれば、現在の通婚圏は拡大しており、また、職を求めた移住、学業のための一時的な移住といった子供世代の流動性が高いと言える。

3-4 高齢者の概要

ここでは、上で見た AB 地区（両地区合わせて住民数 432 人、世帯数 134 戸）のデータから、高齢者に関する情報のみを抽出し概要を整理する。

高齢者（60 歳以上）の数は 74 人であり、全住民数に対して 17.1%⁴⁶となる（表 1-8）。この 74 人を、夫妻のどちらかが 60 歳以上の世帯、夫妻のどちらもが 60 歳以上の世帯、60 歳以上の高齢者の単独世帯（独居）に分類すると合わせて世帯数が 49 戸となり、高齢者がいる世帯は AB 地区の全世帯に対して 36.6 %となる。なお、高齢者が信仰する宗教は、イスラーム 71 人、カトリック 1 人、プロテスタント 2 人である。

高齢者の職業は、農民が 63 人、公務員などの勤務の後に定年退職した者が 11 人である。農民が兼業で労働者として働く場合もあるが、高齢のため遠方に出稼ぎに行くことはほとんどない。一方、定年退職者は、退職後に健康状態が良ければ、農民となるのが一般的である。

高齢者の学歴は、表 1-10 で示すように、最終学歴が小学校である人が最も多く、全高齢者数の 64.9%に相当する。

表 1-11 は、A, B 地区における高齢者の子供の数、子供の移住状況および居住形態を示したものである。子供の数は、村内 62 人（男性 35 人、女性 27 人）、村外 114 人（男性 61、女性 53 人）を合わせて 176 人であり、子供の数の世帯平均は 3.6 人である。また、村内に子供のいない世帯は 16 戸である。一方、村外に移住した子供の数の世帯平均は 2.3 人である。すなわち、世帯平均 3.6 人の子供のうち 2.3 人が村外に移住している。

⁴⁶ 地区別の全住民数に対する高齢者数は、A 地区がおおよそ 19%、B 地区がおおよそ 15% に相当する。

表 1-8 60 歳以上の高齢者数

	住民数(人) (男性・女性)	全住民数に 対する割合 (%)
A地区	47 (22・25)	—
B地区	27 (13・14)	—
合計(人)	74 (35・39)	17.1 (8.1・9.0)

表 1-9 高齢者の単独世帯

居住形態 (年齢)	単独世帯		合計(人)
	A地区	B地区	
60-69			
70-79寡夫 寡婦		3	3
80-89寡夫 寡婦	2	1	3
90-99			
100-			
合計(人)	2	6	8

表 1-10 高齢者の最終学歴

最終学歴	A地区	B地区	合計(人)
教育を受けていない	0	2	2
小学校	29	19	48
中学校	6	0	6
高等学校	11	5	16
大学	1	1	2
合計(人)	47	27	74

White が 1970 年代に実施した調査では、世帯平均 4.0 人の子供のうち 1.5 人が村外に移住している [White1976: 320]。本調査地に隣接する村のデータであるため完全に比較することは出来ないが、クロンプロゴ県北部における農村地域の少子化および子供世代の移住の高まりが推測される。

高齢者の居住形態は、高齢者が独居するパターン、高齢者夫妻のみで世帯をなすパターン、世帯主に老親が加わるパターン、老親世帯に子供が加わるパターンの 4 つとなる。具体的には次のようである。

高齢者の独居は世帯数が 8 戸 (表 1-9)、高齢者夫妻のみの世帯は世帯数が 14 戸である。世帯主に老親が加わるパターンにおいて、老親が同居するのは、既婚の息子と同居の世帯数が 3 戸帯、既婚の娘と同居の世帯数が 5 戸である。娘との同居が息子との同居よりもわずかに多い。他方、老親世帯に子供が加わるパターンにおいて、老親が同居するのは、未婚の息子と同居の世帯数が 8 戸、未婚の娘と同居が 0、未婚の息子+娘と同居の世帯数が 5 戸である。このことから、世帯主に老親が加わるパターンより老親世帯に子供が加わるパターンが多いことがわかる。その要因として、子供の教育機会が向上した帰結として、若い世代の労働市場へ参入する時期の遅れ、晩婚化があげられるだろう⁴⁷。

ここで再び、ホワイトによる 1970 年代の結果を参照する。ホワイトが 60 歳以上の高齢者 121 事例 を対象に実施した調査結果 [White 1976: 321, 324] によれば、村内に子供がいない事例は 13 例、息子と同居する高齢者は 26.4%、娘と同居する高齢者は 29.8%であり、高齢者の同居する相手は息子と娘でほとんど差がなかった。

ホワイトの結果と本調査地の結果は次の 2 点が異なる。第一に、村内に子供がいない割合はホワイトの調査では約 1 割 (10.7%) であることに対して、本調査地では 3 割を超える (32.7%)。第二に、本調査地では、子供が既婚か未婚にかかわらず、息子と同居する世帯の方が娘との同居よりも多い。

次に、高齢者が誰と「近接居住」しているかをまとめると、次のようになる。屋敷地内に息子が暮らす事例は 6 例、屋敷地内に娘が暮らす事例は 4 例、屋敷地内に息子と娘が暮らす事例は 3 例である。また、同一地区内に息子が暮らす事例は 6 例、同一地区内に娘が暮らす事例は 2 例、同一地区内に息子と娘が暮らす事例は 1 例である。その他に、屋敷地内および同一地区内に娘が暮らす事例が 1 例、同一地区内に娘が暮らし同一村内に息子が暮らす事例が 1 例であった。この結果から息子の近接居住が多いことが明らかとなる。

⁴⁷ 婚出からの出戻り者を除く。

表 1-11 高齢者の子供居住地、子供の数、高齢者の AB 地区における居住形態

(2014 年調査時点)

世帯	村内		村外		子供の数 (人)	居住形態
	息子	娘	息子	娘		
1	1	1		1	3	夫妻+夫の姉+孫、屋敷地内娘世帯1
2		1		1	2	夫妻+未婚の息子、屋敷地内息子世帯1
3			3	2	5	夫妻のみ
4			4	2	6	独居
5			2		2	夫妻+孫
6					0	夫妻のみ
7			4	1	5	単親(父)+息子の嫁
8		1		1	2	単親(母)+娘+孫
9	1	1	1		3	単親(母)+未婚の息子、屋敷地内娘世帯1
10			1	2	3	夫妻のみ
11		1		2	3	夫妻+娘+婿+孫
12	1	2		1	4	夫妻+未婚の息子+未婚の娘、屋敷地内娘世帯1
13	1	1		3	5	夫妻+未婚の息子、屋敷地内娘世帯1
14	1	1		1	3	夫妻+娘+孫、屋敷地内息子世帯1
15	1	1	1		3	夫妻+未婚の息子、屋敷地内息子世帯1・娘世帯1
16	2	1			3	夫妻+息子+嫁+孫、屋敷地内息子世帯1・娘世帯1
17	2	1		1	4	夫妻+未婚の息子+未婚の娘
18				2	2	夫妻のみ
19	1	1		1	3	夫妻+娘+孫、屋敷地内息子世帯1
20			4		4	夫妻のみ
21	2	1			3	単親(母)+未婚の息子、屋敷地内娘世帯1、同一地区内娘世帯1
22	1		6		7	夫妻のみ、同一地区内息子世帯1
23	2	1	3		6	単親(母)+未婚の息子、同一地区内息子世帯1・娘世帯1
24	1			1	2	夫妻のみ、同一地区内息子世帯1
25		1	6		7	単親(母)+息子+嫁+孫
26	1	1	2	2	6	独居、同一地区内息子世帯1
27	1	1		1	3	夫妻+未婚の息子、同一地区内息子世帯1
28		1		2	3	夫妻+夫の姉+孫、同一地区内娘世帯1
29	1	1		2	4	夫妻+未婚の息子、屋敷地内息子世帯1
30					0	独居
31			1		1	独居
32		1	1		2	単親(母)+娘+孫
33			3	2	5	夫妻+孫
34	2	1			3	夫妻+未婚の息子+未婚の娘、屋敷地内息子世帯1
35	1	1	1		3	夫妻+未婚の息子+未婚の娘
36	1		1	1	3	夫妻のみ、同一地区内息子世帯1
37		1		3	4	独居、同一地区内娘世帯1
38				1	1	夫妻+婿
39	1			1	2	単親(母)+息子+嫁+孫
40				2	2	独居
41	1	1	3	1	6	夫妻のみ、屋敷地内息子世帯1・娘世帯1
42			3	3	6	独居
43	2	1			3	夫妻+未婚の息子+未婚の娘
44	2		2	1	5	夫妻のみ、同一地区内息子世帯2
45				2	2	夫妻のみ+孫
46	3		1	1	5	夫妻のみ、同一地区内息子世帯3
47	1	1	3	2	7	独居、同一地区内娘世帯1、同一村内息子世帯1
48			3	3	6	夫妻のみ
49	1		2	1	4	夫妻のみ、屋敷地内息子世帯1
合計(人)	35	27	61	53	176	

ホワイトによれば、一般的に高齢者は実子（*natural*）あるいは養子以外の親族に頼ることを「ここちよくない（*not happy*）」と考えている [White 1976: 324]。また、高齢者が好む近接居住とは、同一村内 [Keasberry 2002] であると報告されてきた。このような高齢者側からの視点で判断すれば、高齢者が考えるそばに居るということは、子供（実子、養子）が村内に居ることになる。

本調査地では息子世帯との同居および近接居住がわずかに多いため、高齢者ケアが妻、娘、嫁に偏るとした先行研究を再考するためには息子と老親の関係性を精査する必要があるだろう。ただし、本調査地の 49 事例だけで現代ジャワの家族を普遍化するには危険性があるため、本調査地の状況として分析していく。

第2章 インドネシアにおける高齢者医療・福祉の幕開け

本章では、インドネシア社会に表出する高齢化対策の特徴を明らかにする。その際、関連する次の3つの要因、1) 民主化、2) 急速な人口高齢化、3) 国際機関による制度設計、に注目する。

それに先立ち、第1節では、インドネシアにおける医療と福祉の概念を整理する。次に、医療や福祉と少なくとも関連がある社会保障制度の整備過程について説明し、本調査地の人びとの社会保障加入状況を確認する。第2節は、高齢者福祉法が整備されていく過程を追う。第3節では、多様な主体による高齢者を対象とする支援活動を概観する。

第1節 医療・福祉制度の対象に据えられる高齢者

1-1 インドネシアにおける医療と福祉の概念

(1) 医療

医療（および福祉）の概念は社会・文化的な背景によって異なり、したがって、世界的に統一された明確な定義がなく文脈により多義的である。

インドネシア社会では、近代西洋医療、中国医療、アーユル・ヴェーダ、アラブ・イスラーム医療、ジャワに伝わる伝統的な生薬ジャムウ (*jamu*) および家庭でおこなわれるセルフ・ケアなど、複数の医療システムが多角的・多層的に存在している [Jordaan 1985; 吉田 2006]。また、医療や福祉に関連するサービスを提供する主体は多様であり、公的制度において提供されるものと制度の外で提供されるものがある。

インドネシアと西洋医学の出会いは、ヨーロッパ人が交易の拠点として東南アジア各地に商館を建てた17世紀に遡る。商館に常駐するヨーロッパ人医師が王侯貴族や現地のエリート階層の治療を行っていた。インドネシアでは、1600年代中葉頃からカリマンタン、ジャワおよびマカッサルのスルタンやその家族がヨーロッパ人医師に治療を依頼したという。エリート階層以外が西洋医学に接するようになるのは、1800年代初頭に始まるオランダ植民地以降である [大木 2002: 111-112, 115]。

近年のインドネシアにおいて、近代西洋医学は確かに支配的である。しかし、決して呪医のような伝統医療に従事する者がいなくなったのではなく、人びとは多角的・多層的な医療資源を選択的に利用している。なお、制度的側面に注目する本章では近代西洋医学を

中心に話を進めたい。

以下では、インドネシアにおける医療の定義を確認する。しかしながら、インドネシアの医療とは何か、という大きなテーマではなく、インドネシアにおいて、制度的にはどのような医療が提供されているのか（以下、保健医療サービス）という観点から説明する。

インドネシア保健省によれば、保健医療サービス (*pelayanan kesehatan*) とは、健康増進を目的とした活動、治療から治癒までの一連の活動、機能回復を目的としたリハビリテーション活動および伝統医療に基づく治療である。ここで述べられる健康増進を目的とした活動とは、具体的には予防・健康教育である。また、リハビリテーション活動とは、一般に障害を抱える人が社会復帰できるようになるための身体的・心理的な訓練であり、西洋近代医学の概念に基づいている。さらに、伝統医療に基づく治療とは、主にインドネシア社会・文化に根差したジャムウによる治療を指している。

次に、保健医療サービスを行う施設は、病院 (*rumah sakit*) 地域保健センター (*pusat kesehatan masyarakat: puskesmas*) およびコミュニティ・ベースの施設（例えば、地域保健活動を実施する施設など）である [Kemenkumham RI 2009a]。病院は、主に近代西洋医学に基づく治療を行う施設であるが、上で述べたように伝統医療を排除するものではない。他にも病院の下部組織としてクリニックや医師、ビダン (*bidan*)⁴⁸、プワラット (*perawat*)⁴⁹などが自宅に開業する診察室がある (図 2-1)。また、地域保健センターとは、村落レベルに設置された医療施設であり、1968年に治療費を低価格に設定した一次医療施設として体系化された (図 2-2)。

また、医療従事者とは、政府規則 (1996年第32号)⁵⁰によると、「保健医療分野の教育を受けて、保健医療分野で働く全ての人であり、特定の27職種は保健医療サービスを行うための資格を必要とする」。しかし、インドネシアでは医療従事者に対する国家資格制度⁵¹が整っていないため、ここで述べる資格とは、専門の教育機関を卒業し、州あるいは県に登

⁴⁸ ビダンとは、近代西洋医学に基づく看護教育を受け、妊娠、出産、家族計画を基本とする医療サービスを行う医療専門職を指す。

⁴⁹ プワラットとは、近代西洋医学に基づく看護教育を受け、医師の指導監督の下、医療行為を行うまたは補佐する医療専門職である。

⁵⁰ 医療従事者に関する政府規則 1996年第32号 (Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan)。

⁵¹ 2007年から医師国家試験が開始された。その他の医療専門職は専門学校や大学を卒業すると資格が得られる。



図 2-1 診察室

クロンプログゴ県でピダンが開業する診察室。
病院や地域保健センターの診察時間外である
夕方から診察を開始する



図 2-2 地域保健センター

ジョグジャカルタ市近郊にある地域保健
センター。平日の 14 時まで外来診療を
行っている



図 2-3 ポスヤンドゥ (1)

調査地のポスヤンドゥ。毎月 1 回、母子
および高齢者を対象とした保健活動が開催
される



図 2-4 ポスヤンドゥ (2)

クロンプログゴ県平地にあるポスヤンドゥ。
高齢者サークル (*paguyuban*) が定期的
に集まり、体操などの保健活動を行う

録することを指す。なお、医療従事者は、医学・看護学・薬学などの 7 分野に分類されたこれら 27 種が専門職として指定されている⁵²。

(2) 福祉

次に、インドネシアにおける福祉の概念を確認する。インドネシア語で福祉は、クスジャトゥラアン (*kesejahteraan*) という。高齢者福祉法で述べられる福祉とは、インドネシアの憲法パンチャシラ (*pancasila*) に基づき、「全ての人びとが物質的にも精神的にも安寧な生活をおくることを達成しようとする」ものである⁵³。

また、社会福祉法 2009 年第 11 号⁵⁴によれば、「社会福祉とは、人びとが基本的な生活をおくるために必要な物質的・精神的なニーズを満たす条件であり、それにより社会的機能を遂行できるようにすること」である。

社会福祉は、社会復帰、自立支援、社会的保護、社会保障権利擁護および法的支援の 4 つに分類されている。すなわち、インドネシアにおける社会福祉の理念は、弱者救済という意味合いが強い。

社会福祉を達成するための活動は社会福祉サービス (*Pelayanan Kesejahteraan Sosial*) と呼ばれる。インドネシア社会省によれば、社会福祉サービスとは、社会的な問題を抱えている個人、家族および地域住民に対して、問題を克服する、またはニーズを満たすことを目的として実施される一連の活動である [Kemenkumham RI 2009b]。また、社会福祉サービスを行う施設は、医療および福祉関連機関の施設、この後詳しく述べる地域保健活動の拠点ポスヤンドゥ (*Pos Pelayanan Kesehatan Terpadu: Posyandu*)⁵⁵などである (図 2-3, 2-4)。なお、地域保健活動を実施する場所を指す場合はポスヤンドゥと記述し、ポスヤンドゥで実施される活動を指す時はポスヤンドゥ活動と記述する。

⁵² 第 2 条第 2 項 (Bab I I Pasal 2)。

⁵³ 高齢者福祉法 1998 年第 13 号 (Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 13 Tahun 1998 tentang Kesejahteraan Lanjut Usia)。

⁵⁴ 社会福祉法 2009 年第 11 号 (Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2009 tentang Kesejahteraan Sosial)。

⁵⁵ Posyandu は、日本語ではポシアンドゥまたはポスヤンドゥ表記されるが、本論ではポスヤンドゥと表記する。ポスヤンドゥは、村落レベルの簡易保険施設であり、コミュニティが運営している。都市部では一つの建物である場合もあるが、村落部の多くは、村長や地区長などの敷地内に設置された集会場を使用する。活動は家族計画、母子保健、栄養改善、予防接種、下痢対策プログラムが優先課題とされるが、第 3 章で詳しく述べるように、村や地区により活動の優先事項が異なる。

次に、社会福祉従事者は、以下の3つに分類される；1)「ソーシャルワーカー (*pekerja sosial profesional*)⁵⁶」、2)「社会福祉従事者 (*tenaga kesejahteraan sosial*)」⁵⁷および、3)「ボランティア (*relawan sosial*)」である。福祉法で述べられるボランティアは、社会福祉に関連する職業経験の有無にかかわらず、また報酬を得るか否かにかかわらず、政府の制度的枠組み以外において、自らの意思で活動を行う個人あるいは社会グループである⁵⁸。

以上、医療と福祉に関わる概念を確認してきた。しかしながら、ここでは、医療と福祉の領域において行われる行為は互いに重複する部分があり、また、地域の制度によって異なることを念頭に置いておきたい。なお、調査地における医療・福祉施設数および医療従事者数を以下の表に示す。

表 2-1 病院、地域保健センターの数

医療・福祉施設数	病院		地域保健センター	
			郡レベル	支所
インドネシア	2,601	(国公立1,613) (民間988)	9,754	23,875
ジョグジャカルタ(州)	74	(国公立53) (民間21)	121	318
ジョグジャカルタ市	19	(国公立2) (民間17)	18	11
クロンプログ県	8	(国公立1) (民間7)	21	63

出典：Kemenkes RI 2013, Dinkes DIY 2013, Dinkes Kab. Kulon Progo 2013 に基づき筆者作成

調査地クロンプログ県における病院、地域保健センターは、ジョグジャカルタの都市部に集中している(表 2-1)。なお、ポスヤンドゥ数は第3章で示す。表 2-2 は、医療専門職

⁵⁶ 高度教育における専門的な教育と訓練を受け、積極的に市民の福祉に関する問題に対応する社会福祉従事者として実務経験を持つ者を指す。

⁵⁷ 専門的な教育と訓練を受け、市民の福祉に関する問題に対応する政府機関および民間機関で働く者を指す。

⁵⁸ Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2009 tentang Kesejahteraan Sosial.

が自宅で開業する診察室の数である。調査地の高齢者はこれらの診察室にホーム・ケアを依頼する。表 2-3 は、医師、プラワット、ビダン、伝統医の数である。医療専門職も都市部に集中する傾向がある。クロンプログ県における伝統医の数は不明である。また、福祉従事者数は、社会省の正式なデータが入手できていないためここでは記載しない。

次に、高齢者が保健医療サービスや社会福祉サービスを楽しむには、少なからず関連する、インドネシアにおける社会保障制度の整備過程を概観する。

表 2-2 医療従事者が自宅で開業する個人の診察室数

個人の診察室	医師		プラワット	ビダン
	専門医・一般			
ジョグジャカルタ(市)	323	0	12	
クロンプログ県	139	10	97	

出典: Profil Kesehatan Tahun 2015 Kota Yogyakarta, Dinkes Kab. Kulon Progo 2013、保健省クロンプログ支局内部資料2013年に基づき筆者作成

表 2-3 医師、プラワット、ビダン、伝統医の数

医療専門職数(人)	医師		プラワット	ビダン	伝統医*
	専門医	一般医			
インドネシア	48,367	41,898	296,876	163,541	513
ジョグジャカルタ(州)	1,107	847	6,353	1,508	0
ジョグジャカルタ(市)	354	243	2,204	310	—
クロンプログ県	45	133	431	231	—

出典: Kemenkes 2017, Dinkes DIY 2015, BPS Indonesia 2015a, 保健省クロンプログ支局内部資料 2013 に基づき筆者作成、

* 伝統医 (tenaga kesehatan tradisional)

— 資料なし

1-2 社会保障制度

歴史的に、インドネシアにおける社会保障制度は、公務員および軍人を優遇し、その後公的部門および民間部門の労働者へ対象者を拡充してきた。また、2014年1月1日から社会保障機関 (*Badan Penyelenggara Jaminan Sosial*: BPJS Kesehatan) が設立され、国民皆保険制度 (*Sistem Jaminan Sosial Nasional*: SJSN Health) を開始した⁵⁹。制度の普及は2019年を目指している。高齢化する東南アジア諸国の中ではインドネシアは整備が遅い国の一つだとされてきた。

以下では、アジアにおけるインドネシアの社会保障制度の位置づけを確認した後、インドネシアにおいて社会保障制度が整備されていく過程をスハルト政権による開発時代およびポストスハルト期の民主化時代に分け、とりわけ医療制度に注目しながら概観していく。

(1) アジアにおけるインドネシアの社会保障

一般的に、社会保障制度は経済発展と呼応して整備される。社会保障制度の整備状況を経済発展の度合と少子高齢化に関連付けて分析した広井 [2003] は、日本を除くアジア諸国の社会保障の状況を4つのグループに分類した。ただし、これは2003年時点の分類であり、現在のアジア諸国の状況は刻々と変化しつつある。ここでは、インドネシアにおいて地方分権化の開始、民主化への入り口の時代として概観していく。

第1に、経済発展の度合が先進諸国に匹敵するかそれに準ずるレベルであり、社会保障が整備されつつあり、さらに人口高齢化の問題に直面している国家として、シンガポール、台湾、韓国、第2に、産業化の途上であり、被雇用者は一定の社会保障が整備されているが、それ以外の多くの農業、自営業、インフォーマルセクター等は制度が未整備である国家として、マレーシア、タイ、フィリピン、インドネシア、第3に、産業化の初期段階であり、公務員・軍人を対象とする社会保障制度は整備されていても、医療保障は感染症対策が主である国家として、ベトナム、ラオス、カンボジア、ミャンマー、第4に、どの分類にも当てはまらない中国である [広井 2003: 11-12]。

これらの分類は、サービス受給者の範囲に注目した分類である。広井は、さらなる経済

⁵⁹ BPJS は、健康保障機関 (BPJS Kesehatan) および労務保障機関 (BPJS Ketenagakerjaan) の二つの機関がある。労務保障機関は2017年7月1日から労災・死亡・年金・老齢保障を開始している (BPJS Kesehatan, BPJS Ketenagakerjaan ホームページ)。
<https://bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/>, <http://www.bpjsketenagakerjaan.go.id/>

発展に伴い、それまでコミュニティにおいてインフォーマルに行われていた相互扶助機能が弱体化した結果、脆弱なコミュニティを支援するシステムとして社会保障制度が展開するとしている〔広井 2003: 13〕。そして、インドネシア的制度設計の特徴を、国際機関による多大な援助を受け、教育レベルの高い高級官僚の下で社会保障機関が運営されると分析している〔広井 2003: 29〕。それでは、これまで第 2 グループに属していたインドネシアは、2014 年からの BPJS 設立によって、今まさに第 2 グループから離脱する過程にある。

一方、福祉国家の特質や性格に注目した末廣〔2010〕は、サービス受給者の範囲が拡充するのは一般的現象であるとした上で、しかしながら、財政的制約と急速な高齢化を背景に、国家や企業のみが福祉サービス供給主体になるには限界があると指摘する。したがって、福祉サービスの供給主体を家族、コミュニティ、非営利組織に期待せざるを得ず、それを「福祉の社会化」と呼ぶ〔末廣 2010: 19-20〕。すなわち、制度が整備されつつある一方で、コミュニティ・ベースの福祉機能は衰退していかないと推測されている。

なお本論は、インドネシアの社会保障制度を世界の福祉国家モデルに位置付けることが目的ではないため、ここでは、コミュニティ・ベースの「福祉の社会化」が進むであろうことを確認するに留めたい。本節では、社会保障制度の整備過程を中心に述べ、第 3 章でインドネシアに特徴的な「福祉の社会化」と言える具体的な事例を示す。

(2) 開発時代の社会保障制度

次に、社会保障制度の整備過程を開発時代および民主化時代の流れに沿って説明する。ここで述べる開発時代とは、インドネシア共和国成立の 1949 年以降であり主にはスハルト政権(1968-1998 年)時代を指す。また、民主化時代とは、インドネシアでは改革期(*reformasi*)と呼ばれたハビビ政権以降(1998 年 5 月 21 日以降)を指すものとする。

表 2-4 は、インドネシアの社会保障制度の整備過程を年代順に示したものである。また、次節以降で述べる福祉に関連する法律を中心として、国内関連法規の整備過程および国際機関の動向を並べて記載した。民主化、急速な人口高齢化、国際機関による制度設計に注意を払いながら適宜参照のこと。

① 公務員、軍人、民間部門の労働者を対象とする社会保障制度

インドネシアにおける社会保障制度の歴史は、オランダ統治期の全ての公務員向けに開始した健康保険を引き継ぐかたちで、独立後の 1949 年に公務員のための年金制度を導入し

表 2-4 インドネシアの社会保障制度、福祉に関連する法律および国際機関の動向

年次	社会保障制度および福祉に関する法律	国際機関の動向、その他事項
1949年		インドネシア連邦共和国成立(12月27日)
1950年		連邦制廃止、インドネシア共和国発足
1963年	公務員貯蓄保険基金(TASPEN) ソロで健康基金を試験的に開始(Dana Sehat)	
1965年	老人生活支援法(1965年第4号)	
1966年	国軍社会保険(ASABRI)	
1968年	公務員健康保険	
1969年	公務員年金制度	
1971年	軍人・警察官養老保険	
1974年	社会福祉基本法規定(1974年第6号)	
1977年	労働者社会保険(ASTEK) 1970年代後半から健康基金開始 社会福祉法基本法(1974年第6号)	家族計画(1970年代開始)
1978年		第1回プライマリー・ヘルス・ケアに関する国際会議 (アルマ・アタ宣言)
1982年		第1回高齢者問題世界会議 (高齢化に関するウィーン国際行動計画)
1986年		第1回ヘルスプロモーション国際会議(オタワ憲章)
1991年		国連総会にて「高齢者のための国連原則」が採択される
1992年	労働者の社会保障法(1992年第3号)制定	
1993年	JAMSOSTEK医療保険制度開始 (ASTEKがJAMSOSTEKに改組)	
1994年	ヘルス・カードプログラム開始(Kartu Sehat)	
1996年	健康維持保障制度(JPKM)任意加入	
1997年	障害者法(1997年第4号)	アジア通貨危機が始まる
1998年	安全保障プログラム(JPS) 高齢者福祉法(1998年第13号)	スハルト退陣 ハビビ政権開始(5月21日)、民主改革が始まる
1999年		第1次憲法改正
2000年		第2次憲法改正
2001年		第3次憲法改正
2002年		第4次憲法改正 貧困削減基本戦略公表 第2回高齢者問題世界会議(マドリッド国際行動計画2002)
2003年	貧困者のための健康保険(JPK-Gakin) 国家行動計画・高齢者福祉ガイドライン(社会省)	
2004年	国家社会保障制度法(2004年第40号) 高齢者福祉の取組実施に関する政府規制(2004年第43号) 国家高齢者委員会に関する大統領令(2004年第52号)	
2005年	JPKMが貧困者健康保健(ASKESKIN)へ変更 地方健康保険制度(JAMKESDA) 国家高齢者委員会の構成員に関する大統領令(2005年93号)	
2008年	ASKESKINが地域健康保障(JAMKESMAS)へ改称 高齢者地方委員会結成および住民エンパワーメントに関する内務大臣令(2008年60号)	
2009年	社会福祉法(2009年第11号) 健康法(2009年第36号)	
2011年	社会保障機関(BPJS)に関する法(2011年第24号) 貧困者対策法(2011年第13号)	
2014年	医療保険制度(BPJS Health)開始	
2015年	労働保障制度(BPJS Employment)開始	
2016年	障害者福祉法改正(2016年第8号)	

(出所)末廣編(2010)、中村(2010)、増原(2012)、合地(2015)、伊藤(2014)などより筆者作成。

たのが最初である。

公務員を対象とする社会保障制度は、1963年に開始された退職一時金制度 (*Tabungan Asuransi Pegawai Negeri Sipil*: TASPEN) および 1968年に開始された健康保険制度 (*Asuransi Kesehatan Pegawai Negeri*: ASKES) である。TASPENは、1981年に年金(老齢年金、遺族年金、障害年金)が追加された。公務員はTASPENに強制加入し、退職一時金もしくは毎月年金を受け取ることが出来る。また、ASKESは医療保障制度であり、指定された機関で総合的な医療を受けることが出来る。

一方、軍人、国防省の文民職員および警察官を対象とする社会保障制度は、1966年に開始された年金及び健康保険制度 (*Asuransi Sosial Angkatan Bersenjata Republik Indonesia*: ASABRI) および 1971年に開始された養老保険制度である。公務員と同様に、強制加入であり、年金の受け取りおよび指定機関で総合的な医療を受けることが可能である。

このように、インドネシアが独立して以降の社会保障制度は、公務員、軍人、退役軍人および警察官を優遇していた。

②公的部門および民間部門の労働者を対象とする社会保障制度

次に社会保障制度は対象を公的部門の労働者へ、次さらには民間部門の労働者へと拡充する。公務員、軍人を対象とする保障制度の開始から少し遅れた1960年代の後半から公的部門の労働者を対象に最小限の労働者社会保障が開始され、これが1977年に開始される労働者社会保障制度 (ASTEK: *Asuransi Sosial Tenaga Kerja*) となった。これに医療保障が加わり、次に述べる民間部門の労働者を対象とする社会保障制度と統合される [末廣 2010 ; 中村 2010 ; 増原 2012]。

民間部門の労働者を対象とした社会保障制度は、1992年に開始された労働者保障制度 (*Jaminan Sosial Tenaga Kerja*: JAMSOSTEK) と呼ばれ、死亡時(労働災害を除く)の生命保険、年金、労働災害保険、健康保険から成っている。ASTEKが統合されたことにより、JAMSOSTEKが公的部門および民間部門の全ての労働者を対象とする社会保障制度となった。

ところが、加入率の低さとインフォーマルセクターの労働者の把握が課題とされていた。従来、インドネシアの人びとに社会保障制度という考え方がそれほど根付いていなかった。加入率は、公的部門の労働者ですら保険料の支払いが4割以下(2007年)である。

その要因は、国民に対する社会保障制度の説明不足とされているが、実際は TASPEN、ASABRI と同じく国営企業が担う JAMSOSTEK の汚職に関する問題である。一方、インフォーマルセクターの労働者は頻繁に移動するため人数の把握が困難で、実態としては多くの労働者が社会保障制度にアクセス出来ていない [中村 2010: 318-319]。つまり、どちらも利用者側に問題があるのではなく、提供者側に問題があるということである。

ここまでの、本調査地の人びとに照らし合わせて一旦整理すると、一部の軍人・公務員を除き、農業に従事するほとんどの人びとは、この後詳しく述べる村落ベースによる最低限の医療保障制度に依存し、ここで述べた社会保障制度へはほとんどアクセスしていない状態であった。

このように、開発時代における社会保障制度は、軍人や公務員から公的部門および民間部門の労働者へと拡充するに留まった。しかし、このような職業カテゴリー別に導入された社会保障制度は、給付サービスが統一されておらず、不公平な保障内容であると指摘されていた [末廣 2010 ; 中村 2010 ; 増原 2012 ; Aspinall 2014 など]。

③ 貧困層を対象とする社会保障制度

国家社会保障制度が公務員、軍人、公的部門および民間部門の労働者へと拡充してきた 1970 年後半、ジャワでは、農村地域の貧困層向けに健康基金 (*Dana Sehat*) が開始された [菅谷 2004]。健康基金とは、インドネシアの伝統的な相互扶助慣行によって成り立つ、公衆衛生の向上を目的とした村落ベースの医療保障制度である。住民のわずかな掛け金および村の裕福な人びとからの寄付金が運営資金である。

この健康基金は、正式な導入に先立ち 1963 年にソロおよびその周辺地域において健康保健プログラムとして試験的に開始された。健康は生活環境と密接に関係するとの考えから、単に病気を取り除くだけでなく、地域社会の能力を高め生活状況を改善するための活動に重点が置かれた。健康基金が他の医療保障制度と異なる点は、外部の援助に依存せずコミュニティ内部の資源を利用して小さく簡素⁶⁰にプログラムを展開しようとするところである。ヌグロホらは、これらの原則が後に WHO などの国際機関が提唱するプライマリー・ヘルス・ケア (第 2 節第 1 項参照) の基礎となるものだと指摘している [Nugroho and Elliott 1997: 1]。

⁶⁰ 最も小さく実行可能な単位として、30~50 世帯 (平均世帯人数 5 人) が設定された [Nugroho and Elliott 1997: 147]。

健康保健プログラムの活動は、コミュニティ内の指導者的立場にある者（村長など）をリーダーとして、保健医療関係者が率先して貢献することが推奨されていた。[Nugroho and Elliott 1997]。リーダーは、保健活動の構造的構築、掛け金の管理、薬剤の配布、優先事項の決定に対して責任を負った。村には試験的に保健医療従事者（プラワットやビダン）が導入され、リーダーが計画した活動の実行可能性を見極めた。

また、リーダーと住民は話し合いにより地域住民の中から自ら地域環境の改善を願望する保健活動の担い手を選出する。その多くは教師であり、彼らは医療保健人材として短期研修を受けた後に健康・予防・栄養教育および簡単な病気治療を行う義務を負った。彼らを動機付けるのは、その職務に与えられた地位である [Nugroho and Elliott 1997: 147-148]。

健康・予防・栄養教育は母子保健が中心であった。その際、活動に呼ばれるビダンは基金から報酬を受け取った。一方、住民が重い病気を患えば保健活動の担い手は病院を紹介し、治療費は基金から支払われた。また、下水、公共トイレの設置あるいはウサギやヤギなどの家畜の飼育方法や野菜の栽培方法など生活環境の改善にも基金が使用された [Nugroho and Elliott 1997: 149]。

このような相互扶助の原理に基づくプログラムは、貧困層に医療保障制度としての十分な恩恵をもたらすことが目標ではなく、むしろ村落開発の一環であったと考えられている。村落ベースの相互扶助に依存してきた本調査地の人びとを対象に中央レベルの社会保障制度が整えられるのは、1994年以降である。

1994年には貧困層を対象とするヘルス・カード (*Kartu Sehat*) が導入され、最低限の保障ではあるが無料で医療機関を受診することが可能となった。また、1996年には任意加入の健康維持保障制度 (*Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat: JPKM*) が開始されている。

このように、1960年代から国民の上層が設備の整った病院で提供される医療および年金を享受していたことと比べて貧困層を対象とする社会保障制度の整備は大幅に遅れ、また保障内容に大きな格差があった。

(3) 民主化時代の社会保障制度

次に、ポスト・スハルト期以降の急速な展開を見ていこう。この時期は、政党活動の自由化、大統領の3選禁止、地方分権化など民主化が進んだ時期である [加納 2012]。インドネシアは憲法の改正を行い、全ての人びとが福祉や社会保障の権利を享受できるよう、

国家の責任を明確化した [増原 2013: 18]。

インドネシアにおける福祉の転換期は、スハルト政権崩壊につながる 1997 年のアジア通貨危機であった [増原 2012 ; Aspinnall 2014]。経済的に大きな打撃を受けたインドネシアは国際通貨基金 (IMF) の管理下に入り、世界銀行から資金を受けて安全保障プログラム (*Jaringan Pengaman Sosial: JPS*)⁶¹を整備する。

JPS の開始は貧困層の福祉向上となり、この後述べる無料の保健医療サービスへと展開していく。以降、インドネシアにおける社会福祉の改善は国際的な動向に影響を受けるようになる。

この流れにおいて、2003 年に第五代大統領メガワティは、貧困世帯に向けた保健医療サービスプログラム JPK-Gakin (*Jaminan Program Kesehatan Keluarga Miskin*) を開始する。このプログラムは、地域保健センターや病院において、高度な治療を除く基本的な保健医療サービスを無料で提供するものである。無料で提供する保健医療サービスは、地域のニーズに見合った内容で展開されていった。地方レベルにおいては、2010 年までの 10 年間に類似するプログラムとして、独自の地方健康保険制度 (*Jaminan Kesehatan Daerah: Jamkesda*) が設けられている⁶²。

この Jamkesda の急速な普及は、地方への政治的権力の広範な分権化という文脈において、2005 年に導入された地方首長の直接選挙という政治的環境で生じている。選挙では、貧しい有権者へ手を差し伸べるための社会福祉の充実が戦略として利用されたのである。戦略とは言え、結果として、地方レベルにおける政策決定とともに普及した Jamkesda は、貧困層のみならずこれまで社会保障にアクセスできなかった層へも適応範囲を拡充するに至り、良い評価を得たと言われている [Aspinnall 2014: 6]。

一方、中央政府は 2004 年に国家社会保障制度法 (国家社会保障制度に関する法律 2004 年第 40 号) を制定し、第六代大統領ユドヨノ政権第二期 (2010 年から 2014 年) には社会保障制度の整備を国家の最優先課題のひとつとする [Mboi 2015]。中央レベルの貧困層向け社会保障制度 JPK-Gakin は、2005 年の貧困者健康保障制度 (*Asuransi Kesehatan untuk*

⁶¹ 食料安全保障プログラム、保健・教育などの社会保障プログラム、雇用創出プログラムおよび中小企業の振興プログラムが導入された。保健医療サービスとしては、医薬品に対する補助金、地域保健センターの運営補助資金、無料で提供する保健医療サービスおよび KB、妊娠中の女性および 3 歳未満の子供のための補助食品が対象であった。

⁶² 例えば、南スマトラでは癌の治療費が保障され、アチェではジャカルタの病院までの旅費を保障した [Aspinnall 2014: 6]。

Masyarakat Miskin: ASKESKIN)、2008 年の地域健康保障制度 (*Jaminan Kesehatan Masyarakat*: JAMKESMAS) へと統合されていった。

このように、医療保障制度へのアクセスが増加していく一方で、問題はむしろ、貧困層に提供されるサービスにあった。病院は貧困者が保障の制限を超えた高度な治療費を支払えないことを理由に、貧困患者を締め出すか、良くて他施設へ転院させ、その途中で患者が死亡することも稀ではなかった。

中央政府は、こうした格差をなくすために、地方健康保険制度、貧困者健康保障制度および地域健康保障制度などを引き継ぐ形で、2014 年 1 月 1 日から国民皆保険制度 BPJS⁶³を導入し、全ての国民に加入を義務付けた。これにより、一部の人びとを優遇してきたインドネシアの社会保障制度は、ようやく広く全ての人びとを平等に保障する体制へと向かった⁶⁴。

それでは、本調査地における BPJS 加入状況はどれほどなのだろうか。給与所得者では、毎月の給与から保険料が差し引かれるため、既存の社会保障制度から BPJS への移行手続きは比較的容易である。一方、自営業主や農民は、毎月の保険料の支払いなどの不便さから加入状況は極めて低い。よほど重傷でなければ病院へ通う必要性を感じないより若い世代は、移行に緊急性を感じていない。調査地の人びとにとって BPJS の開始は大きな出来事ではなく、むしろ煩雑な移行手続きに直面しているだけである。

そこで、再び本調査地の人びとの社会保障制度加入状況を確認しておきたい。第 1 章で示した調査地概要の中で住民の職業カテゴリーを紹介した (表 1-2 「住民の職業的カテゴリー」参照)。2015 年時点で、表 1-2 の学生を除く 291 人の中で、年金受給者である定年退職者は 15 人 (約 5.2%)、国家社会保障制度に加入している公務員、教師、弁護士および民間・民間企業の従業員は 81 人 (約 27.8%)、それ以外で 2005 年に導入された貧困者向け国家社会保障制度 Jamkesmas あるいは地方健康保険制度 Jamkesda の加入者は 195 人 (約 67.0%) である。住民の多くが貧困者向けの社会保障制度に加入していることになる。

インドネシアは、冒頭で述べた、広井による分類の第 2 グループから一歩抜け出たかもしれない。しかし、現在は既存の社会保障制度から BPJS への移行期であり、将来の見通しは不透明である。BPJS への移行に関心を示さない調査地の人びとは、事実上十分な社会

⁶³ 世界銀行から資金を受け、BPJS は健康保障機関 (BPJS Kesehatan) および労務保障機関 (BPJS Ketenagakerjaan) の 2 つの機関で展開されている。

⁶⁴ 現状では全ての病院が BPJS と連携するまでには至っておらず、医療保険サービスの質の向上が必要とされている。

保障を享受出来ていない。

以上見てきたように、インドネシアにおける社会福祉の改善は、アジア通貨危機が契機となって開始された JPS を皮切りに、政治（民主化）、人口構造の転換（人口高齢化）、世界銀行および IMF などの国際機関の動向に影響を受けるかたちで整備されていった。しかしながら、制度設計が先立ち、また地方分権化の影響を受け、保障内容が様々に展開しているといえる。

第 2 節 インドネシアにおける福祉開発の展開

スハルト政権下における福祉開発は、家族計画（*Kelurga Berencana*: KB）から始まり、その後、高齢者を福祉の対象に据えた。本節では、福祉開発の展開を、国際的な動向に照らし合わせて概観し、福祉開発の中に高齢者福祉活動を位置づけることを試みる。

2-1 プライマリー・ヘルス・ケアの理念とインドネシアの福祉開発

1978 年、世界保健機関（WHO）および国際連合児童基金（UNICEF）は、カザフスタン共和国アルマ・アタ⁶⁵において、第 1 回プライマリー・ヘルス・ケア（Primary Health Care : PHC）に関する国際会議を開催した。この合同会議の場において宣言した保健の理念「アルマ・アタ宣言」において、2000 年までに「全ての人びとに健康を（Health for all: HFA）」という目標が掲げられた。これにより、世界的な公衆衛生の領域において、初めて PHC の重要性が確認された⁶⁶。

WHO の方針に従うインドネシア政府は、第三次五カ年計画（1979-1984 年）で PHC を目標に掲げ、地域保健センター（*puskesmas*）⁶⁷や村落レベルのポスヤンドゥ（*Posyandu*、第 1 章第 4 節を参照のこと）においてヘルスプロモーション活動を展開していく [Kemenkes 2013]。しかしながら、当時の PHC 政策では、高齢者のヘルス・ケアは最重要課題とはみなされていなかった。事実として、アルマ・アタ宣言の文面の中には高齢者という言葉はない。

⁶⁵ 現在のアルマティである。

⁶⁶ WHO online, “Declaration of Alma-Ata 1978”

https://www.who.int/social_determinants/tools/multimedia/alma_ata/en/

⁶⁷ 地域保健センターは 1968 年にシステム化された。第 1 回ヘルスプロモーション国際会議の 2 年後の 1988 年には地域保健センターの数は約 3 万人に 1 施設となっていた [Aspinall 2014]。

当時のインドネシアにおけるヘルスプロモーションは、高齢者に特化したものではなく母子保健およびKBを中心としたものであった。KBの普及では、人間の創造を操作してはならないとするイスラームの解釈を再解釈させるまでに至った [スマルジャン、プリージョール 2000:135, 147-149]。

そして、1986年にカナダ・オタワにおいて開催された第1回ヘルスプロモーション国際会議において、WHOが提唱したオタワ憲章⁶⁸では、ヘルスプロモーションは「自らの健康を決定づける要因を、自らよりよくコントロールできるようにしていくこと」と定義された。これは21世紀の健康戦略と言われている⁶⁹。また、「健康は日々の暮らしの資源と見なされるものであり、生きるための目的ではない」との考え方から、健康改善⁷⁰のためのヘルスプロモーションが示され、ヘルスプロモーターの役割⁷¹も規定された。

こうして、インドネシアにおけるPHCの実装は、全ての人びとが健康になることを達成するための予防・健康教育を強化し、そのためには他分野との協働および住民参加型による住民自身の自助努力が期待された [Sciortino 2007:112; Sujudi 2007:280]。そして、この後述べる1985年に設置が決まったポスヤンドゥでは、住民参加型の活動を実施することに重きを置いていった [Sciortino 2007:113]。

インドネシアにおいて、より高齢者のPHCを意識するのは、2002年にマドリッドで開催された第2回高齢者問題世界会議(マドリッド国際行動計画2002)⁷²の影響が大きい(第1回高齢者問題世界会議については次項の高齢者福祉政策で詳しく述べる)。同会議では、高齢化を単なる社会保障と福祉の問題ではなく、社会経済、開発という大きな枠組みで捉える必要性が説かれた。マドリッド国際行動計画2002の目的は、「世界中の人びとが安心して尊厳をもって歳を重ねることができ、完全な権利を有する市民として社会に参加し続けることができるようにすること」⁷³である。そのための高齢者の基本的な地位に関する、

⁶⁸ WHO, “The Ottawa Charter for Health Promotion”

(<https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>) .

⁶⁹ 日本ヘルスプロモーション学会 (http://www.jshp.net/HP_kaisetukaisetu_head.html)

⁷⁰ 健康改善のためのヘルスプロモーションには、健康的な政策づくり、健康を支援する環境づくり、地域活動の強化、個人の技術の開発、ヘルス・サービスの方向転換があげられている。

⁷¹ ヘルスプロモーターの役割には、政策提言、全ての人々が健康になるために自らの潜在能力を発揮できるような支援の提供、他分野との協働などがあげられている。

⁷² Madrid International Plan of Action on Ageing 2002.

⁷³ United Nation (<http://www.unescap.org/ageing-asia/about-mipaa>)、国際連合. 1991. 『高齢化に関する国際行動計画および高齢者のための国際原則』を参照のこと。
(<http://www.unic.or.jp/files/elderly.pdf>)。

1) 高齢者と開発⁷⁴、2) 高齢期を通しての健康と福祉の増進、3) 高齢者が暮らしやすい生活環境の整備、という3つの柱となる優先課題が提示された。

このように、アルマ・アタ宣言、オタワ憲章と並行して高齢者問題に関する世界会議の開催が基礎となり、インドネシアにおける高齢化対策はPHCの概念の下、コミュニティ・ベースによる福祉活動の中に位置付けられていった。

しかし、ここで重要なのは、インドネシアにおけるPHC政策の重点が、KBから高齢化対策へと移行したのではないということである。地域によって経済発展や衛生環境が異なるインドネシアでは、現在でも妊産婦死亡率や栄養問題が中心課題となっている州や感染症撲滅に力を入れている州もある。したがって、インドネシアは現在こうした発展途上国に典型的な保健問題がまだ残る中で、高齢化対策とも関連する非感染症（生活習慣病、認知症など）が増加することに対して二重の対応を迫られている[江上・安川他 2012: 179]。

次に、このような国際機関の動向に影響を受けて制定された高齢者福祉法について概観する。

2-2 高齢者福祉政策

インドネシアは、独立後の1965年に初代大統領スカルノ（Sukarno）政権下ではじめて「老人を対象とする生活支援整備に関するインドネシア共和国法1965年第4号（以下、老人生活支援法）⁷⁵」を制定した。そして、ハビビ（Bacharuddin Jusuf Habibie）政権下である1998年に「高齢者福祉に関するインドネシア共和国法1998年第13号（以下、高齢者福祉法）⁷⁶」が制定された。事実上、インドネシア政府による高齢化対策は、1998年の高齢者福祉法から始まっている。

なお、高齢者福祉法の詳しい内容については、筆者が2012年に東京外国語大学へ提出した修士論文[合地 2012]の中で論じているため、ここで全てを繰り返すことはしない。本論では、高齢者福祉法が制定されるまでの背景に注目しながら、インドネシアにおける「高齢者」の定義を確認する。

インドネシアが独立して以降1998年に高齢者福祉法が制定される以前は、高齢者を対象

⁷⁴ 社会と開発への積極的参加、雇用と労働の高齢化、農村部の開発、人口移動、都市化、訓練へのアクセス、世代間の連帯、貧困の根絶などである。

⁷⁵ Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 4 Tahun 1965 tentang Pembinaan Bantuan Penghidupan Orang Jompo.

⁷⁶ Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 13 Tahun 1998 tentang Kesejahteraan Lanjut Usia.

とする福祉政策は老人生活支援法に基づいていた。当時の老人生活支援法では、対象者は老人を意味するオラン・ジョムポ (*orang jompo*) と呼ばれ 55 歳以上と定義されていた。この法律で生活支援の対象となるのは、身寄りのない、および、生活の糧を得られずに他者に頼らなければ生きていけない 55 歳以上の人とその家族である。すなわち、社会的弱者に対する生活支援という意味合いが大きかった。

次に、1974 年第二代大統領スハルト (Suharto) 政権下において、福祉基本法 (1974 年第 6 号) が制定される。しかし、福祉基本法は高齢者に特化せず、社会福祉の実施に関わる政府の決定と監督を目的として、具体的な福祉対策は災害被害者に対する支援および社会啓蒙活動に関するものであった。また、1997 年に制定された障害者法 (1997 年第 4 号) は、その名のごとく障害者に特化し、高齢者や貧困者の保護は目的とされていない [増原 2012 : 15-16]。

当時のインドネシアは、1970 年代の石油ブームで財政収入を拡大し、スハルト政権下で基礎教育および医療保健サービスを低コストで提供することを含む開発主義モデルを採用していた [Aspinall 2014]。ここで開発に位置付けられる医療保健サービスの最優先事項は、KB である。政府は多くの資金を投入し国家をあげて子供の数を二人に制限する人口抑制政策に傾注していた。そのため、福祉政策は KB を中心に進められている。

KB の普及は、主に公務員および公務員の妻という社会階層の高い女性たちを動員して展開された [倉沢 1998]。ここで重要なのは、インドネシア中に張りめぐらされた福祉のネットワークが、後の高齢者福祉政策において利用される点である。これについては次節で再び取り上げることとし、先に高齢者福祉法の制定について確認する。

政府が高齢化対策に目を向け始めるのは 1990 年代以降である。国連の統計によれば、1990 年代のインドネシアの高齢化率 (65 歳以上) は、1990 年の 3.8% から 2000 年の 4.6% へ伸展する時期である [United Nations 2015a]。つまり、インドネシアでは人口高齢化が始まっていない時期にあたる (インドネシアの高齢化については序章を参照のこと)。

この時期にインドネシア政府が高齢化対策を始めたのには次のような背景があった。地球規模の人口高齢化を懸念する国連は、1982 年にウィーンにおいて第 1 回高齢者問題世界会議を開催した。ASEAN 諸国のインドネシア、タイ、マレーシア、フィリピンを含めた 124 カ国が参加したこの会議において、国連はこれまで人口高齢化に関心すら示してこなかった発展途上国に対して高齢化対策を喚起した [United Nations 1983b]。

同会議では、高齢化に関わる国際協定である「高齢化に関するウィーン国際行動計画

(Vienna International Plan of Action on Ageing) [UN1983] が採択された。その目的は、高齢者の開発面での潜在能力および高齢者の扶養にかかわる問題に取り組む政府と市民社会の能力の強化である。また、その9年後の1991年、国連総会によって「高齢者のための国連原則」が採択され、自立 (independence)、参加 (participation)、ケア (care)、自己実現 (self-fulfilment)、尊厳 (dignity) を国内の福祉プログラムに組み入れることが推奨された。

そして1998年、ハビビ政権下において、老人生活支援法は現代の高齢者問題には適切でなくなつたとして、同法を取り消し、高齢者福祉法を施行した⁷⁷。

高齢者福祉法では、対象者の年齢が55歳から60歳以上に引き上げられ、その呼び名は「より年齢を重ねた人」を指して高齢者という意味となるランジュット・ウシア (*lanjut usia*) に改められた。高齢者のための福祉の向上が目的であり、「平均寿命の伸展および生産年齢の延長による社会福祉の改善および高齢者の自立と繁栄を実現 (第2条第4項)」するものである。また、「高齢者に対する社会福祉の実現は、政府、地域社会および家族が責任を負う (第3条第8項)」ことが明文化された。これにより、インドネシアにおいて「高齢者 (*lanjut usia*)」という新たなカテゴリーが出現したのである。

さらに、高齢者は「潜在能力を十分に発揮できる高齢者 (*Lanjut Usia Potensial*)」⁷⁸、および、「潜在能力を発揮できない高齢者 (*Lanjut Usia Tidak Potensial*)」⁷⁹という非常に曖昧な言葉を用いて二分化される。ここで述べる高齢者の潜在能力 (*potensial*) とは、国連による国際行動計画の前文 (ii) において、「高齢者の潜在能力の開花を可能にする⁸⁰」と謳われた国際原則の理念に関連している。すなわち、高齢者の潜在能力を高めることによってリスクを軽減することが目的である。

この高齢者の二分法について、Arifiant は、政府が高齢者は均一ではないと認めたのだと指摘している [Arifiant 2006: 10]。つまり、インドネシアにおいて社会的弱者として保護

⁷⁷ ハビビ政権では、わずか1年足らずの間に、高齢者福祉法のみならず多くの法律が施行されている。詳細は不明だが、ドイツに留学し、航空機エンジニアとしてドイツで成功したハビビが先進国に追従した急速な制度設計であったと考えられる。

⁷⁸ ポテンシャルな高齢者とは、生産力のある高齢者を指す (BAB I, Pasl I, 3)。

⁷⁹ ポテンシャルでない高齢者とは、生計を立てる力がなく他者の助けに頼らなければならない高齢者を指す (BAB I, Pasl I, 4)。詳細は、[合地 2012] を参照のこと。

⁸⁰ 原文「study the impact of aging populations on development and that development on the aging, with a view to enabling the potential of the aging to be fully realized and to mitigating, by appropriate measures, any negative effects resulting from this impact,」 [United Nation 1983: PREAMBLE (ii)] より抜粋。

する対象であった老人は、「元気な高齢者」を含むより幅の広い意味をもつ「高齢者」となった。そのことについて伊藤は、1998年に世界保健機関（WHO）が提唱した「アクティブ・エイジング（Active Ageing）」⁸¹という概念が、早くも高齢者福祉法に反映していたと指摘している〔伊藤 2014：174〕。アクティブ・エイジングとは、「全ての人が年を重ねても生活の質が向上するように、健康で安全に社会参加ができるよう促す〔WHO 2002〕」ことである。

このように、インドネシアの高齢化対策は、世界的な人口高齢化の動向に影響を受けたかたちで始まった。しかしながら、高齢者福祉法が施行されたものの、福祉の改善に関する具体的なプログラムは欠如していた〔Arifiant 2006〕。それを補完するように、2001年から進められた地方分権化では、各州が地域の特徴を反映して具体的な福祉プログラムを展開していくこととなる。

伊藤は、ここまでの高齢者福祉に関わる時間軸について、老人福祉法から高齢者福祉法制定までの間を「空白期間」と呼び、スハルト政権時代には開発に結びつかない高齢者福祉は等閑視されていたと指摘している〔伊藤 2017：171〕。このように、ポスト・スハルト期のインドネシアの福祉政策は、先に述べたように、感染症・非感染症対策という二重の課題を抱えて次の段階に突入したと言える。

以上のように、インドネシアにおける高齢化対策の幕開けは、国際機関の動向に強い影響を受けて制定された高齢者福祉法から始まった。具体的なプログラムがどれほどインドネシアの社会文化的側面を反映していくかは、地方分権化によって各州に任されたことになる。なお、本論では便宜上、インドネシア政府の見解に従い高齢者とは60歳以上の者と定義しているが、多民族多文化のインドネシアにおいて高齢者とは年齢による分類ではなく、地域によりさまざまに理解されるべきであることを付言しておきたい。

次節では、女性が福祉の担い手となり、コミュニティ・ベースの福祉活動を展開していく様子を概観する。

⁸¹ 2002年第2回国連高齢化問題世界会議（開催地、スペイン）において、WHOは「アクティブ・エイジング—その政策的枠組み（Active Ageing：A Policy Framework）」を提出した。

第3節 社会に表出する高齢者福祉活動

3-1 女性による福祉開発

初代大統領スカルノ政権の独裁的な革命政策に対して、スハルト政権は、「安定」と「開発」を国策に掲げる開発主義的独裁体制（スハルト政権は「新秩序体制」と称した）であった。婦人会、青年団、隣組などが結成され、軍人を中心に据えた内務省によって、住民の末端までが中央集権的に統治された。開発政策は世界機関からの援助を受けて工業化、農業振興を目指していった〔白石 1996〕。そして、政府は開発政策において女性に期待をかけた。国連が国際女性年（1975-1985年）を制定した時期にあたる。

開発政策の目標を掲げた1978年の国策大綱では、開発における女性の役割が次のように述べられている。第一に、女性は、男性と同じ機会・義務・権利を持ち、開発に関わる全ての活動に参加する。第二に、開発における女性の役割は、インドネシア国民を育成することであるが、次世代を育成する役割を軽減するものではない。第三に、開発のなかで、女性に、より多くの責任と役割を与えるために、女性の知識と技能を向上する必要がある〔服部 2001:186〕。

また、「女性の役割5原則（Panca Tugas Wanita）」において、女性の役割は、①妻として、②次世代の教育者として、③母として、④仕事をもつ者として、⑤社会組織の一員として、規定された。女性は、主要な政策から女性のための特別なプログラムへと分離され、夫、子ども、家族、共同体、国家へ無償で奉仕する国家の家族として、利益なしで福祉に貢献することが義務付けられた⁸²。開発において、女性に地位を与えたのではなく、現実には国家権力による女性の動員であったと言われている〔Suryakusuma 2011: 10-11〕。

女性の活躍は1950年代半ばに教育文化省が社会教育の一環としておこなった家庭科に端を発している。1957年に家族・福祉・教育（*Pendidikan Kesejahteraan Keluarga*: PKK）の概念が打ち出され、1972年12月に略語はそのままPKKとして名称を「家族・福祉・育成（*Pembinaan Kesejahteraan Keluarga*: PKK）と変更し、PKKとして全国的な家族福祉運動を展開した〔吉原 2000:198-201〕。

具体的には、州知事・県知事・郡長・村長など、公務員の妻たちが会長となり、各レベ

⁸² Djadjadiningrat Nieuwenhuis [1987]によると、母親としての女性の役割はインドネシア語の「イブ」（母）から造語されたイブイズム（Ibuism）と表現される。このイブイズムはスハルト政権下における新秩序時代に生じた急速な近代化により再定義され、妻としての役割を一義的とした。このような、国家が規定する女性イデオロギーを、Julia Suryakusuma [2011] は、国家イブイズム（State Ibuism）と表現する。

ルに指導部として PKK 活動チームを結成した。とりわけ、中央政府の内務大臣を長とする内務省管轄下の女性チームは、村落開発運動の担い手として結成された [倉沢 1998]。

村落内に設置された保健ポスト⁸³において、PKK チームは、村落開発運動のなかでも重要な目標である家族計画 (*Keluarga Berencana*: KB) の普及に努めた。家族計画の実施は、「二人の子供で十分 (*Dua anak cukup*)」というスローガンを掲げ、人口抑制政策は人口の密集する地域⁸⁴が優先されている。

後に、地域保健活動の拠点であるポスヤンドゥの設置が決定するのは 1985 年のことである [齊藤 2009:46]。保健ポストで行われていたいくつかの保健プログラム (下痢対策プログラムや予防接種など) は家族計画を統合してポスヤンドゥにおいて開始されることとなる。

このように、女性を福祉活動という社会運動の「資源」として考える、インドネシアに特徴的な構造が出来あがったのである。PKK 運動は中央政府による上位下達の政治教育的な要素を持ち、エリート女性が村の末端の女性までを管理するという特徴をもっている。

インドネシアにおける開発プログラムでは、PKK と協力体制を組みプロジェクトが円滑に進んだ事例の報告は多い⁸⁵。しかし、ここで筆者は PKK 運動を評価するつもりはない。ただし、重要な点をあげれば、スハルト政権の開発政策の下に進行した PKK 運動が、高齢化が進み始めた現在のインドネシアにおいて、プログラムを高齢者福祉に拡大して機能し続けていることである。先に述べたように、高齢者福祉に関する数々のパイロット・ケースが成果を収めたのであるとすれば、PKK が築きあげてきた既存のネットワークが有効に機能したからに他ならない。

3-2 高齢者福祉活動のパイロット的開始

インドネシアではパイロット・テストといってよい、高齢者を対象とした支援活動が 1990 年代から開始された。代表的な取り組みとしては、1996 年に西ジャカルタに創設されたヤ

⁸³ 1970 年代には、村落内に保健ポストが設置されていた。例えば、首都ジャカルタの保健ポストでは、1972 年から世界銀行の資金を得た住民の栄養改善プログラムが開始されていた [齊藤 2009: 44-45]。

⁸⁴ 事項で詳しく述べるが、ジャワ島のジャカルタ、バンドゥン、ジョグジャカルタ、スラバヤおよびバリ島の都市であるデンパサールなどがあげられる。

⁸⁵ 辰巳は、独立後の東ティモール (2000 年) における福祉プログラムで、一般女性を世話人として選んだ時には、村人たちは専門的な保健医療従事者でない世話人をリーダーとして認めず、彼女は信頼を得られなかったと報告しており [辰巳 2009: 167]、PKK のエリート女性が活動を主導するようにはいかなかったことを示唆している。

ヤサン・エモン・ランシア (Yayasan Emong Lansia (HelpAge Indonesia))⁸⁶や東ジャカルタを中心として活動するプサカ (*Pusat Santunan Keluarga*: PUSAKA) があげられる。

前者は、韓国の NGO 団体 HelpAge から援助を受け、貧困な高齢者の家庭を訪問 (ホーム・ケア) して生活を支援する活動および農村地域の高齢者をエンパワーメントする活動を行う機関である [Abikusno 2005]。後者は、インドネシアの国家家族計画調整庁 (*Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional*: BKKBN) から資金を得て、1991年に東ジャカルタ市長が公式に創設した、主に家庭訪問による食事の提供を行う機関である [Do-Le, Kim Dung, Raharjo Yulita 2002]。

次項で詳しく述べるように、この二つの機関の特徴は、インドネシアの女性組織 PKK の成員であるカデル (*Kader*)⁸⁷を担い手の中心に据え、貧困な高齢者、とりわけ女性 (寡婦) を対象として直接家庭を訪問するところにある。先に述べたように、カデルは公務員の妻 (いわゆる専業主婦)、公務員 (ビダンやプラワットを含む) であり、全てが医療や福祉の専門知識を持たないが、事前に研修を受けている場合が多い。

政府主導のプロジェクトが開始される時は、ジャワ島のジャカルタ、バンドゥン、ジョグジャカルタ、スラバヤおよびバリ島では都市であるデンパサールなど、人口が密集している都市部においてパイロット的に行われることが多い [スマルジャン、ブリージール 2000:124-125]。ジョグジャカルタ都市部においてモデルケースとなっていたのは、高齢者を対象に月 1 回の無料健康診断を実施するタマン・プンビナアン・ランシア (*Taman Pembinaan Lansia*) と呼ばれる施設で、地域住民の相互扶助から始まり、後に政府の高齢者支援団体として認められた。

また、次項で詳しく述べるように、筆者が調査を実施したジョグジャカルタ都市部ポスヤンドゥ活動は、インドネシアの中でも早い時期である 1994 年から高齢者に特化したプログラムを実施している [cf. 合地 2014]。高齢者を対象とするポスヤンドゥ活動のプログラムは、社会経済階層の比較的に高い高齢者グループを対象とした健康・予防教育および貧困層を対象とした無料の健康診断である。

他方、中部ジャワのソロでは 2002 年から、行政、福祉関連団体、病院、大学機関等が協

⁸⁶ 運営は西ジャカルタの National Training Center on Ageing である。

⁸⁷ カデルという言葉は英語の *cadre* に由来し、本来は軍隊用語で、新部隊の編制や訓練に必要な将校または下官から成る幹部団、その一員といった意味がある。現代インドネシア語では、*pengurus* (pengurus) と理解されており、その意味は幹事、理事、執行委員、管理人で、今日の用法ではコーディネーターに近い存在である。

働して貧困な高齢者を対象とした高齢者ポスヤンドゥ活動を開始した。この取り組みにおいて地方政府は、高齢者ポスヤンドゥ活動が貧困層を対象とする福祉活動だと位置づけている [Astuti 2007: 156]。このように、地方政府が主導する高齢者ポスヤンドゥ活動は地域の特徴を反映して展開されている。

そして、これら高齢者ポスヤンドゥ活動に共通する特徴は、これまで母子保健、KB を指導してきた既存のポスヤンドゥを使用し、ジャカルタの高齢者福祉支援機関などと同様に、カデルを担い手の中心に据えた福祉活動を行うことにある。すなわち、中央・地方政府が主導するコミュニティ・ベースの高齢者福祉は、カデルを動員し貧困層を対象の中心として、直接家庭訪問するホーム・ケア型（施設外）および保健活動の拠点ポスヤンドゥに呼集してサービスを提供する施設型の 2 つによって展開されている。

3-3 高齢者地方委員会の設置と地域的展開

特定の地域に見られた支援活動のパイロット・ケースを経た後、国家レベルの高齢化対策は急速に進んだ。2004 年には高齢者国家委員会が創設された⁸⁸。目標は、コミュニティ、高齢者の家族、教育機関、関連する国内の社会組織および国際 NGO などが協働することにより、高齢者に関わる福祉サービスを向上させることである。まさに、ソロにおける高齢者ポスヤンドゥ活動がこの目標に合致する先駆的な活動であったことがわかる。

また、2008 年には高齢者地方委員会 (*Komisi Daerah Lanjut Usia: Komda Lansia*) の結成を促す内務大臣令 (2008 年第 60 号) が施行され、各州に高齢者地方委員会が出来上がるとともに、1998 年に制定された高齢者福祉法を補完する具体的な福祉サービスを実施していった [Abikusno 2009; 伊藤 2014]。

他方、2009 年には、本論文の調査地であるジョグジャカルタ・クロンプロゴ県において、農村開発プロジェクトの一環として、ルマ・ピントル (*Rumah Pintar*)⁸⁹と呼ばれる福祉村（施設）が公式に設立された。このプロジェクトは、ガジャマダ大学の協力のもと、インドネシア内閣の大臣の妻たちで構成される SIKIB (*Solidaritas Istri Kabinet Indonesia Bersatu*) の代表者である第二代ユドヨノ大統領の妻アニ・ユドヨノ夫人が立ち上げた。開発の遅れている農村部 (*desa siaga*) の住民を支援することが目的であり、職業訓練、識字

⁸⁸ 「高齢者国家委員会に関する大統領令 2004 年第 52 号」に基づく。

⁸⁹ 福祉村と呼ばれるルマ・ピントルには図書館が設けられ教育の拠点として機能することを目指している。

教育、マラリアの予防と根絶などの活動を行っている。高齢者ポスヤンドゥ活動の普及にも力を入れており、ルマ・ピントルにおいても高齢者ポスヤンドゥ活動を開始した。しかし、県の平地地域に設立されたルマ・ピントルは、平地地域の貧困な高齢者が対象であり、本論文の調査地である高地山岳地域の高齢者は参加しない。

続いて、2013年には「ジョグジャカルタにおけるルマ・セハット・ランシア・サービス」に関する市長決定（2013年第61号）に基づき、保健省ジョグジャカルタ支局の管轄下で、直訳すれば「高齢者のための健康の家」という意味になるルマ・セハット・ランシア (*Rumah Sehat Lansia*)⁹⁰が設立された。この施設では、高齢者は老年学を専門とする医師による医療相談や医療専門職による健康・予防教育、高齢者体操などのサービスを楽しむことができる。

しかし、この取組は社会的に注目されてはいるものの、医療専門職をはじめとする活動の担い手不足や住民への周知不足が課題となっており、多くの高齢者に開放された施設と言えるまでには至っていない。

この他にも、地域拠点型の高齢者福祉サービスやインフォーマルな高齢者のコミュニティ (*paguyuban*) が増加している。例えばジョグジャカルタ都市部では、大学病院と連携した高齢者のためのデイ・ホーム施設、高齢者専用住宅 (図 2-5) などがある他、従来子供や青年を対象とするイスラーム教寄宿塾プサントレンが高齢者限定の寄宿塾 (*Pesantren Lansia*) を開始している。またパソコン教育や絵画教育をプログラムに含む高齢者学校 (図 2-6, 2-7, 2-8)⁹¹、あるいは、地域住民へ向けたヨガ講座、国営ラジオの聴取者コミュニティ⁹²、ジャワ古典詩モチョパタン朗読コミュニティ⁹³などが立ち上がり、高齢者同士の支え合いと言える自助グループ活動が顕在化している [合地 2015: 322-323]。

⁹⁰ 「ジャグジャカルタ市長決定 2013 年 61 号」に基づく。Rumah Sehat Lansia は、国家機関活性化・官僚改革省 (Kementerian Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi) からインドネシアにおける優れた改革組織としてノミネートされた組織 33 のうちの一つである。

⁹¹ 高齢者学校 (*Sekolah Lansia*) は別名 Golden Geriatric Club: GGC と呼ばれ、インドネシアの政治家アミン・ライス氏の夫人が運営する富裕層向け高齢者福祉サービスである。

⁹² *Paguyuban Kru Monitor RRI : PKM-RRI*

⁹³ [Probosini 2012] に詳しい。



図 2-5 高齢者専用住宅

敷地内の一軒に高齢者の「見守り」役を兼ねた数名の医学部生が暮らしている



図 2-6 絵画

高齢者学校の生徒（高齢者）が作成した壁画。家の柱に使用される



図 2-7 高齢者学校

ジョグジャカルタ市内にある
高齢者学校で絵画を制作する



図 2-8 壺

高齢者学校の生徒（高齢者）
が作成した壺

3-4 高齢者福祉施設

高齢者を対象とする福祉活動が増加する一方で、いわゆる日本の「老人ホーム」に相当するインドネシアの高齢者福祉施設（*Panti Werdha*）の数は増加していない。政府は高齢

者福祉施設を主に貧困者および身寄りのない高齢者を受け入れる場所として位置付けている。

インドネシア社会省高齢者福祉局によると、2010年に高齢者福祉施設の数は、インドネシア29州に237施設（中央政府運営2施設⁹⁴、地方政府運営70施設、民間運営165施設）である⁹⁵。これらの237施設を合わせて、おおよそ1万2千人の高齢者しか受け入れることができない。インドネシアの総人口約2億5千万人の約1割が高齢者人口であると考えれば、高齢者福祉施設の数は極めて少ないと言える。

例えば、ジョグジャカルタの60歳以上の高齢者人口は約47万人に達する（2017年）。その中に福祉施設へ受け入れる対象となる貧困で身寄りもない高齢者がどれほど存在するのか正確には把握されていない。政府が用意する高齢者福祉施設は3件、それを補うように宗教組織が運営する高齢者福祉施設が3件ある。これらの施設6件を合わせても、おおよそ400人しか受け入れることが出来ない。ジョグジャカルタの高齢者人口に対してわずかな数である。

しかし、筆者が参与観察を実施した都市部における高齢者福祉施設では、入居希望者が後を絶たず、全ての入居者には身寄りがあった [cf. 合地 2019a]。また、筆者が既に別稿 [合地 2019b] で論じた通り、日本政府がアジア健康構想⁹⁶を通して、インドネシアの西ジャワ州へ介護施設を建設するプロジェクトが始まっている。高齢者福祉施設への入居を選択する親子が既に存在することを考慮すれば、施設で介護を受けることを受容するか否かも一部の人びとの間でひとつの選択肢になっていることを指摘しておきたい。

ここまで見てきたように、インドネシアにおける高齢化対策の特徴は、国際機関の動向に影響され、また、国際機関の資金援助を受けて、急速な人口高齢化を強調する民主化のしている。そして、「高齢者福祉の社会化」は、コミュニティ・ベースで進んでいる。

⁹⁴ 社会省が管轄する2カ所の高齢者福祉施設は、南スラウェシ州・マカッサルおよび西ジャワ州ブカシのみであり、多くが地方政府と民間運営である。

⁹⁵ 社会省ジョグジャカルタ支局における筆者インタビューによる。

⁹⁶ アジア健康構想とは、日本で介護を学ぶアジアの人びとを増やし、また、日本の介護事業者がアジアへ進出して介護事業を手掛けることを支援するものである。今後、インドネシアが日本へ送り出す介護労働者（日本インドネシア経済連携協定（EPA）による看護師・介護福祉士候補者や介護・技能実習生）の育成や日本の介護を学んだ人びとの帰国後の受け皿創出を目指す「循環型」のプロジェクトであるとしており、インドネシアでは西ジャワ州にある国立大学の協力の下プロジェクトを実装することが予定されている。

第4節 小括

本章では、インドネシアにおける高齢化対策について論じてきた。明らかになったことは、以下の通りである。

インドネシアにおける高齢化対策は、国際機関の動向に影響を受けながら制度設計が進んでいった。高齢者福祉法の制定においては、国際機関が提唱するアクティブ・エイジングの概念である高齢者の潜在能力の開発および政府と市民の能力の開発が反映され、高齢者の自立と繁栄および政府、地域社会、家族が責任を負うことが明文化された。すなわち、インドネシアにおいて、高齢者福祉は社会全体で担うとする考え方が謳われたといえる。

高齢者福祉の実践は、スハルト政権時代の福祉開発において人口抑制政策を掲げ十分な成果をあげた女性を動員したコミュニティー・ベースによる福祉のネットワークを活用するようになった。既存のネットワークを活用したことによって、住民参加型の高齢者福祉活動を展開したことが、インドネシアにおける高齢化対策の最大の特徴だといえる。そして、具体的なプログラムがどれほどインドネシアの社会文化的側面を反映していくかは、地方分権化によって各州に任された。

高齢者福祉活動の開始にあたり、行政、福祉関連団体、病院、大学機関などが協働するかたちで、首都ジャカルタやジョグジャカルタなどの大都市においてモデルケースとなる活動を展開した。また、高齢者地方委員会の設置を通して、2000年代後半以降は都市部を中心に、急速に高齢者福祉活動が実施されていくこととなった。さらに、民間市場も多様な高齢者に対応する様々なサービスを展開しつつある。その一方で、高齢者福祉施設の増設はなく、病いを患いケアが必要となる高齢者のケアは家族に収斂したままであるといえる。

以上のように、インドネシアでは民主化以降に、都市部を中心として制度整備が進み、高齢者福祉に関する公的な領域が新たに作り出された。今後の課題は、地方における高齢者福祉の展開にあるだろう。

第3章 住民参加型地域保健活動・高齢者ポスヤンドゥ活動



図 3-1 地域保健活動の拠点ポスヤンドゥ

ワレノサリ村 A 地区のポスヤンドゥ (2011 年、筆者撮影)

ポスヤンドゥ (*Pos Pelayanan Kesehatan Terpadu: Posyandu*) とは、地域住民が自主的に活動を行う保健活動の拠点である (図 3-1 および第 2 章第 1 節の図 2-3、2-4 を参照のこと)。高齢者ポスヤンドゥ活動 (*Posyandu Lansia*) とは、高齢者を対象として毎月 1 回実施される住民参加型地域保健活動である。政府が 1998 年以降に規定した新たな「高齢者 (*orang lanjut usia*)」に属することとなった 60 歳以上の人びとが活動の対象となる。活動は政府による高齢者福祉プログラムを遂行するために組織されたカデルと呼ばれる研修を受けた「ボランティア女性」を動員して実施される (第 2 章第 2 節を参照のこと)。

インドネシアにおける福祉の開発は、公務員の妻や公務員の女性といったエリート女性 (女性組織: PKK) を福祉活動の担い手として動員する社会運動として発展してきた。PKK

に関する研究の蓄積は多い。インドネシアにおけるミクロな研究としては、主にジェンダ一分野において、インドネシアにおける女性の役割が議論されてきた [Djajadiningrat-Nieuwenhuis 1987; Suryakusuman 2011; 中谷 2007]。これらの研究は、女性が母として、妻として、次世代の育成者として、国家から社会福祉・家族福祉の担い手に規定されてきた点を批判した。

また、PKK 活動の一部であるポスヤンドゥ活動に関する研究では、主に人類学、社会学の視点から、上意下達の社会構造と関連付けた参加型開発による福祉活動の実装性が議論されてきた [Sullivan 1983]。一方、スハルト政権崩壊後の住民統制機構を失ったポスヤンドゥ活動がその後も存続している点に注目した齊藤は、活動の担い手であるカデルがポスヤンドゥ活動への参加に自己実現といった独自の意味づけを行い、活動に参加することによってアイデンティティを構築していることを明らかにしている [齊藤 2009 : 283-285]。

他方、マクロな研究としては、応用人類学・開発人類学、医療人類学の観点から、国際的な政策評価として、現代インドネシアの文脈とは関わりなしに、フィールドの社会・文化的条件を、開発途上地域の保健活動に共通する一般的な条件として考える研究がある [Foster and Anderson 1978; Boomgaard, Sciortino and Smyth 1996; Hahn 1999]。これらの研究は、援助を与える側と援助を受ける側の間で、基本的な人間のニーズと貧困削減、飢餓の撲滅、感染症の予防、乳幼児死亡率の削減、妊産婦の健康改善などを主題とし、開発援助としての福祉活動を評価するものである。しかし、これまでのインドネシアにおける福祉活動の評価⁹⁷は母子保健に焦点が当てられ、21 世紀以降の時代的問題である高齢者に関する取り組みが俎上に載ってこなかった。

従来、ポスヤンドゥは、家族計画の普及および母子保健の向上を目的として設置され、行政単位の村 (*desa*)、地区 (*dusun*)、*RT*などのコミュニティ単位⁹⁸で活動を行ってきた。後述するように、ジョグジャカルタ・都市部のポスヤンドゥにおける高齢者ポスヤンドゥ活動の開始は、スハルト政権下の 1994 年である。一方、本論文の調査地である農村部 A 地

⁹⁷ 筆者は既に別稿 [合地 2014] にてポスヤンドゥ活動プログラムの有益性を評価し、次の 3 点を明らかにしている。1) インドネシアにおいて女性の社会参画が実現したからこそ、ポスヤンドゥ活動は社会的機能を果たせ、このモデルが後に高齢者福祉の展開を可能にした、2) 福祉サービスの提供は二分化されたポテンシャルであるおよびポテンシャルでない高齢者(第 2 章第 1 節を参照のこと)の健康問題に対する多様な価値観を反映している、3) 高齢者にとり、ポスヤンドゥ活動は利用可能な福祉資源の一つとなり得ている [合地 2014 : 326-327]。

⁹⁸ 人口密集度により、活動の規模が異なる。例えば、1 つの地区の住民を対象にしている場合や 3 つの地区の住民を対象として合同で活動する場合等がある。

区における高齢者ポスヤンドゥ活動の開始は地方分権化⁹⁹以降である。スハルト政権下のポスヤンドゥ活動は、中央集権的な住民統制機構の役割を果たす一つの制度的活動であったが、地方分権化以降の活動は住民統制的性質を和らげ、コミュニティ独自の運営に任されている部分が大きく、筆者の調査では比較的緩やかに展開しているように思われる [cf. 合地 2014]。

本章で取りあげる A 地区の高齢者ポスヤンドゥでは、インドネシア保健省（クロンプロゴ支局）を頂点とする行政機構に基づき、3 カ月に 1 回、地域保健センターから医療専門職が巡回する無料の健康診断¹⁰⁰が実施される。この無料の健康診断は、農村部で見られる高齢者福祉にかかわる取り組みの一つといえる。一方、医療専門職が巡回しない残りの月、すなわち、3 カ月に 2 回の活動は住民間の相互扶助慣行によって実施される A 地区独自の取り組みとなる。本章では、高齢者ポスヤンドゥ活動を通して、農村部における高齢者福祉の展開状況について考察する。

第 1 節では、農村部との比較として、インドネシアにおいて高齢化対策のモデルケースとなっていた都市部・高齢者ポスヤンドゥ活動の実践を紹介し、活動の課題を踏まえた上で、次に分析する農村部の活動実践へと議論をつなげていく。第 2 節では、A 地区における高齢者ポスヤンドゥ活動の実践を概観し、活動に参加する高齢者の特徴を分析する。次に、高齢者ポスヤンドゥ活動を実施していない地域の事例をあげ、ポスヤンドゥに依らない高齢者福祉の可能性について検討する。

第 1 節 ポスヤンドゥ活動の実践

1-1 都市部・高齢者ポスヤンドゥ活動の特徴

表 3-1 は、ジョグジャカルタ特別州の市および 4 県にあるポスヤンドゥの数を示したものである。州の統計では、ポスヤンドゥは次の 4 つに分類されている。①PRATAMA（活動が安定していないポスヤンドゥ）、②MADYA（5 人以上のカデルによって年に 8 回以上の活動を実施しているが、優先的活動プログラム（家族計画、栄養改善、予防接種などの遂行が 50%以下である）、③PURNAMA（5 人以上のカデルによって年に 8 回以上の活動を実施しており、優先的プログラムの遂行が 50%以上である）、④MANDIRI（定期的に活動

⁹⁹ 1999 年 5 月に「地方自治法」が制定され、2004 年に「1999 年地方自治法」が改正された。これにより、中央集権的な構造は権力を分散して各地域の特徴を反映する政策を展開した。

¹⁰⁰ 地方政府からの限られた予算で無料の健康診断が行われる。

しており、優先的プログラムが遂行されている)。

表 3-1 ジョグジャカルタ特別州における人口 1,000 人あたりのポスヤンドゥ数
(2012 年)

市・県	ポスヤンドゥ				合計	人口	人口1,000人 あたり
	PRATAMA	MADYA	PURNAMA	MANDIRI			
ジョグジャカルタ市	0	173	257	192	622	394,012	1.5
クロンプロゴ県	62	86	410	404	962	393,221	2.4
バントウル県	44	356	457	252	1127	927,958	1.2
スレマン県	67	340	660	449	1516	1,114,833	1.3
グヌンキドゥル県	2	319	847	296	1464	684,74	21.3
州合計	175	1274	2649	1593	5691	3,514,762	

出典: Profil Kesehatan DIY 2013, Daerah Istimewa Yogyakarta Dalam Angka 2013 より筆者作成

第 2 章で述べたように、中部ジャワ・ソロにおいて、高齢者ポスヤンドゥ活動が開始されたのは 2002 年である。また、ジャカルタ郊外では、地域保健センターが高齢者に対してポスヤンドゥ活動に参加するよう指導するのは 2004 年である [齊藤 2009:142]。さらに、ジョグジャカルタ・クロンプロゴ県において、農村開発プロジェクトの一環で公式に開設された福祉村「ルマ・ビンタル」において展開される高齢者ポスヤンドゥ活動の開始は 2010 年である。

本論が取り上げる 2 カ所の都市部ポスヤンドゥにおいて、高齢者に向けたプログラムが開始されたのは 1994 年¹⁰¹であった。インドネシアの中でも非常に早い時期に開始されたと言って良い。これらのポスヤンドゥは、ジョグジャカルタでは都市部に指定されている

¹⁰¹ 1994 年当時の高齢者、すなわち「老人 (*orang jompo*)」(第 2 章第 1 節を参照のこと)は、55 歳以上と定義されていたため、高齢者ポスヤンドゥ活動へ参加できる人は 55 歳以上とされていた。1998 年以降、参加の条件は 60 歳以上の高齢者となったが、希望があれば 60 歳未満の住民でも参加は可能とされている。

地域に設置されている。なお、ここでは筆者が 2010 年および 2011 年に実施した調査の資料を使用する。

活動に参加できるのは、各ポスヤンドゥ設置地区に居住する 60 歳以上の全ての住民である。そして、これらの住民は高齢者グループ (*kelompok lansia*) と呼ばれている。つまり、60 歳以上であれば自動的に高齢者グループの成員¹⁰²となる。

本調査が対象とする高齢者グループは、それぞれグループ名に花の名前をつけている。本論文では、高齢者グループをそれぞれ仮名で、ひまわりグループ (*Kelompok Lansia Bunga Matahari*) および蓮の花グループ (*Kelompok Lansia Bunga Teratai*) と呼ぶ。60 歳以上の住民は、必然的に高齢者グループの成員となるが、活動への参加度は自由である。どちらのポスヤンドゥ活動も高齢者を対象とした活動日は毎月 1 回である。なお、ひまわりグループはポスヤンドゥ設置地区の 1 地区の高齢者、蓮の花グループは、近隣 3 地区の高齢者が対象となる。

(1) 健康促進・病気予防教育

ひまわりグループが参加するポスヤンドゥは、ジョグジャカルタ市北部の市街地に設置されている。近隣には総合病院や国立大学などの高等教育機関が多く、またショッピングモールや観光ホテルが立ち並ぶ地域である。

活動は 6 名のカデルが実施する。誰がカデルを務めるかは住民の話し合いにより決定される。会長を務めるのは元 RT (行政単位で下から 2 番目) 長の妻で 2 人の子供を持つ 50 代の女性である。他のカデルは主婦・公務員の妻であり、ポスヤンドゥ活動では副会長、書記、会計などを担当する。毎月、これらのカデルによって高齢期の過ごし方に関する啓蒙活動がくり広げられる。

啓蒙の内容は、例えば、デング熱に対する注意喚起として、「3 日以上熱が下がらなければ病院へ行くように」、「衛生的な環境を心掛けるように」、栄養改善として、「揚げ物や甘い物を控えること」、「運動すること」などが述べられ、参加者全員で輪になって体操することもある。

¹⁰² インドネシアでは、例えば、青年グループ (*kelompok pemuda*) や農民グループ (*kelompok tani*) のように、集団は紐帯を強化するために、規範や価値を共有するのが望ましいとされている。



図 3-2 高齢者ポスヤンドゥ活動

(ひまわりグループ)

活動日当日に誕生日を迎えた高齢者（左）の
ために皆で歌を歌って祝う（右、筆者）



図 3-3 くじ引き

前方に机を置いて座るカデルたち（左、中
央）とくじ引きの景品を貰う高齢者（右）



図 3-4 軽食 (A グループ)

コラック (ク) ・ピサン (*kolak pisang*)

ココナッツミルクで甘く煮たバナナ

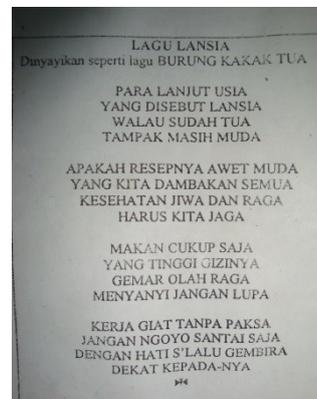


図 3-5 高齢者の歌 (A グループ)

「いつまでも若さを保つために、栄養価の
高い食事を十分とり、運動し、歌うことも
忘れずに、いつも機嫌よく、強いられること
なく一生懸命働き、無理せず休み、仲間と
いよう」 (歌詞要約は筆者)

ひまわりグループの活動の特徴は、比較的健康的な状態の良い高齢者を対象とした健康促進・病気予防教育である。活動では、歌や体操、高齢者に必要な栄養素を考えて作られた軽食の提供、インドネシアの頼母子講であるアリサン (*arisan*)¹⁰³などが行われ、娯楽的要素が強い (図 3-2, 3-3, 3-4, 3-5)。

活動には毎月 30～40 人の女性高齢者が参加する。なお、男性も参加できるが、男性参加者はいない。参加者の目的は、有意義な時間を過ごすこと (*mengisi waktu*) である。活動日には、各自が縫った揃いの緑の服を着て参加する。なお、ひまわりグループの活動に対する政府による公的予算の配分はない。開始当初のひまわりグループは 50 名であったが、年々参加者が減少しているという。カデルによれば、参加者の減少は、新たに 60 歳を超えた高齢者で活動に興味を示さない者が参加していないという。

(2) 健康診断

一方、蓮の花グループが参加するポスヤンドゥは、ジョグジャカルタ市に隣接するスレマン県の南部にあり、都市部に指定されている。高等教育機関と学生寮が多い地域である。住民 (世帯主) の職業は、9 割が軍人または警察官、残りの 1 割が民間企業勤務者か農民という特徴を持つ。

このポスヤンドゥは RT 長の家屋 1 階のスペースを間借りしたものである。通常は、近隣の大学生が暮らす寮の一部であり、食堂 (ワルン) およびバイクなどの駐車スペースでもある。

蓮の花グループの活動プログラムは、無料の健康診断である (図 3-6, 3-7, 3-8, 3-9)。4 名のカデルが活動を管理し、また、その地域を管轄する地域保健センターが予算を配分し毎回医療専門職 (プラワット¹⁰⁴、薬剤師、栄養士など) を 3 人派遣する。

参加者は、少ない月でも 40 人ほど、多い月では 70～80 人で、おおよそ男性が 2 割、女性が 8 割、その多くは 80～90 歳代の高齢者である。ひまわりグループよりは参加者の年齢層が高い。

¹⁰³アリサンとは、日本の頼母子講、無尽講に類似した「回転型貯蓄信用講 (ROSCA: Rotating Savings and Credit Association) の一種であり、インドネシアで様々な層に広く実施されている代表的な民間金融である。Geertz, C [1962] は、世界各地で実施されているこの種の活動を「回転型信用講」として総称し概念化した。

¹⁰⁴ プラワット (*perawat*) は、西洋近代医学に基づく看護教育を受けた看護師に相当する。



図 3-6 高齢者ボスヤンドゥのカデル
(蓮の花グループ)
健康診断の準備をする 2 人カデル



図 3-7 順番を待つ高齢者
名前を呼ばれるとまず体重を測定する



図 3-8 血圧測定
高齢者 (左) の血圧を計るプラワット (右)



図 3-9 薬の処方
高齢者 (左) へ栄養指導を行う栄養士 (右)

蓮の花グループの活動の特徴は、3 日分の薬を無料で配布する健康管理、疾病治療である。ひまわりグループのように、揃いの服を着ることもなければ、歌、くじ引き、アリサンや食事の提供もない。参加高齢者の目当ては薬であり、同世代との交流には興味を示していない。したがって、薬を必要と感じない高齢者は参加しない。

(3) カデルの役割

都市部・高齢者ポスヤンドゥ活動を管理するカデルたちが高齢者福祉に果たす役割は大きい。蓮の花グループのポスヤンドゥ活動が行われる地域では 9 名のカデルが 18 地区 (*Dusun*) のポスヤンドゥ活動を管理している。つまり、1 人のカデルが平均して 2 地区の住民 (母子および高齢者) を担当する。表 3-2 に 9 名のカデルの概要を示す。

表 3-2 カデルの概要

カデル	年齢(歳)	婚姻状況	カデル歴(年)	担当	職業
1	48	既婚	12	高齢者	主婦・公務員の妻
2	55	既婚	16	新生児	主婦・公務員の妻
3	50	既婚	16	高齢者	公務員(幼稚園)
4	51	既婚	16	高齢者	主婦・公務員の妻
5	50	既婚	16	高齢者	公務員(県職員)
6	50	既婚	16	新生児	主婦・公務員の妻
7	42	未婚	16	高齢者	公務員(県職員)
8	47	既婚	16	高齢者	プラワット(民間病院)
9	60	既婚	16	高齢者	主婦・公務員の妻

出典: インタビュー(2011年1月20日)に基づき筆者作成

カデルの年齢は比較的に高く、半数以上が 50 代である。若い世代 (20-30 歳) のカデルはいない。一人を除く 8 名が既婚者であり、その内 5 名が公務員の妻であり専業主婦である。カデル歴は一人を除いて高齢者ポスヤンドゥ活動が開始された 1994 年から筆者が調査を実施した 2010 年時点まで、継続して 16 年となる。この地域のカデルたちは、高齢者ポスヤンドゥ活動が開始されて以降、母子保健活動と区別するために自分たちを新生児カデル (*kader balita*) または高齢者カデル (*kader lansia*) と呼んでいる。7 名が高齢者カデルの役割を担い、このなかから 4 名が蓮の花グループの活動を実施するが、4 名の組み合わせは各自の予定次第でその月により異なる。カデルは活動への動機づけを「ポスヤンドゥ

活動を通して、地域の高齢者の生活の質を向上できることが自分たちの喜びであり、それは自分の親の世話をするのと同じこと」だと述べる¹⁰⁵。このような自己実現を果たしたいと答えるカデルは少なくない。

一方、地域保健センターの医師¹⁰⁶によると、高齢者ポスヤンドゥ活動では、カデルが医師の役割、すなわち、継続的に高齢者の健康状態を把握し、健康促進・病気予防に関する適切なアドバイスを行う役割を担っているのだという。医師は、「高齢者ポスヤンドゥ活動は、「ホーム・ケア」をポスヤンドゥの会場でおこなうようなものです。（できることならば医師が）高齢者の自宅を個別に訪問する必要性を感じてはいますが、地域保健センターの予算内では不可能です¹⁰⁷」と述べる。そして、「ポスヤンドゥの数は十分ですが、問題はプログラムの内容が十分かどうか・・・」と付け加えた。それは、人材不足と活動資金の予算不足に関連している。

本地区のカデルの高齢化は、近年のさらなる女性の社会進出の増加による「専業主婦」の減少を暗示しており、保健活動の担い手不足が解消されないことを意味している。地域保健活動については、新生児および高齢者を対象とした二重の活動に負担を抱えた地方府の予算が厳しくなると早くから指摘されてきた。また、地域間格差が広まっていると推測されていた [垣本 2009: 2]。本節で示す 2 つのポスヤンドゥ活動が活動を継続していくには人材および資金不足が課題となっている。

こうした状況を踏まえた上で、以下ではポスヤンドゥ活動に参加できないおよび参加しない高齢者の事例を概観する。

1-2 開発プログラムに組み込まれない高齢者たち

開発プログラムによるヘルス・ケアの提供方法は、予防医学、健康教育、疾病治療のどれを優先するかが常に模索されてきた [マッケロイ、タウンゼント 1995:387]。すなわち、何を優先しても、数人が取り残されてしまう。そこで、以下では、ひまわりおよび蓮の花グループの活動に参加しない高齢者の事例をもとに、高齢者側から見たポスヤンドゥ活動の課題を確認していく。事例 1 は、これまで高齢者ポスヤンドゥ活動に参加していたメンバーが、活動へ参加したいにもかかわらず、参加出来なくなった事例である。

¹⁰⁵ 2011 年 1 月 20 日、筆者によるインタビューに基づく。

¹⁰⁶ 2011 年 1 月 26 日、筆者によるインタビューに基づく。

¹⁰⁷ 括弧内は筆者が加筆。

【事例 1】 ひまわりグループのメンバーであるラハナさん（68 歳、寡婦）は、遺族年金を受け、息子世帯と 3 世代で持ち家に暮らす、この地域では標準的な暮らしをする高齢者である。孫育てをしながら、社会活動（地区集会、PKK のメンバーとしての活動、宗教活動など）に積極的に参加する日々を送っていた。ラハナさんは、ポスヤンドゥ活動を近隣の高齢住民の連帯強化の場と位置づけていた。そこは「ゴシップの場」であり、ゴシップを通して連帯が強まるのだという¹⁰⁸。このように述べていたラハナさんがポスヤンドゥ活動に参加しなくなるのは、再発を繰り返していた乳癌の症状が悪化した頃である。この時期にこそ、ラハナさんは高齢者同士の交流を求めているが、ひまわりグループのメンバーがラハナさんに会いに来ることはなかった。ラハナさんのケアは、ラハナさんが亡くなるまで同居する息子と嫁によって行われた。

次に示す事例 2 は、高齢者ポスヤンドゥ活動のメンバーではあるが、活動には興味がなく参加しない事例である。

【事例 2】 蓮の花グループのメンバーであるラティさん（62 歳女性）は、配偶者と未婚の成人子たち（42 歳女性、35 歳男性）と持ち家に暮らし、元民間銀行勤務の配偶者の年金で生活している。ラティさんは糖尿病の持病があるが、高齢者ポスヤンドゥ活動には滅多に参加しない。健康診断だけの高齢者ポスヤンドゥ活動は退屈だという。また、地域保健センターへ直接行くことはない。地域保健センターは「貧しい人が診察を受ける所だからあまり行きたくない」と述べ¹⁰⁹、薬は近くの薬局で購入し、より好んでマッサージを受けている。ラティさんの娯楽はテレビを観ることとラジオを聴くことで、同世代との交流が必要であれば友人に電話をする。

2 つの事例からいえることは、活動の対象が健康な高齢者か持病を抱えて薬を求めている高齢者に二分化されているがゆえに、必然的に高齢者の属性を固定的にしてしまい、そこからこぼれる高齢者が活動に参加できないおよび参加しない状況が生じることである。

カデルたちはこの状況について、「活動に参加する高齢者が年々減少している」と述べて

¹⁰⁸ 2011 年 1 月 12 日、筆者によるインタビューに基づく。

¹⁰⁹ 2011 年 1 月 18 日、筆者によるインタビューに基づく。

いる。多様化する高齢者の実像に迫りきれていないのではないか。例えば、筆者の調査においても、カデルの啓蒙中に高齢者がうたた寝をし、また、活動に参加せず近所の薬局で薬を買って自己管理する高齢者が存在する。活動へ参加することなく退屈さを紛らわすために友人に長電話するなどの高齢者を見ていると、多くの高齢者が活動に興味を示さなくなっているように思われる。そして、都市部ではポスヤンドゥ活動からこぼれ落ちる、こうした高齢者を対象とした高齢者福祉の供給主体（高齢者学校、ラジオ・サークル、高齢者専用住宅、デイ・ホームなど第2章第2節を参照のこと [cf. 合地 2015]）が現れ始めている。

このように、都市部における高齢者ポスヤンドゥ活動は、母子保健活動の基盤があったからこそ直ちに高齢者ポスヤンドゥ活動の実装が可能となり、初めて高齢者が利用できる福祉制度となった。1994年の開始当初には画期的な取り組みであったと言える。しかしながら、今後高齢化していく他州のポスヤンドゥ実践において、ここで見た課題がいかに反映できるのか、ポスヤンドゥ活動は持続可能性を問われる時期にさしかかっている。

それでは、モデルケースと言われてきたこれらの活動は農村部においてどのように展開されていくのか。次節では、都市部の活動とは状況の異なる農村部におけるポスヤンドゥ活動を取り上げる。

第2節 農村部における高齢者ポスヤンドゥ活動

本節では、農村部におけるポスヤンドゥ活動を概観する。一般に、高齢者ポスヤンドゥ活動は毎月1回実施される。農村部では、3カ月に1回地域保健センターから公的予算が配分され、ポスヤンドゥにおいて高齢者を対象とした医療専門職による巡回診療が行われる。そのため、3カ月に1回2~3地区が合同で高齢者を対象とした無料の健康診断を実施している場合がある。しかし、初めから活動を実施していない地域もあれば、巡回診療の日に高齢者が集まらないことを理由に活動を終了してしまった地域がある。また、医療専門職による巡回診療が行われない月の活動は、住民の相互扶助による活動となる。医療専門職が巡回する月以外の活動を実施するかどうかは各地域の地区長およびカデルに一任されており、彼らのモチベーションによって異なる。

2012年に筆者が比較を目的として行ったクロンプログゴ県の5つの郡における調査において、高齢者ポスヤンドゥ活動を実施している地域はわずかであった。都市部ポスヤンドゥ活動では毎月無料の健康診断を行っている地域がある一方で、なぜ農村部では3カ月に1

回の活動になるのだろうか。

インドネシア保健省によれば¹¹⁰、「医療専門職不足のため、全ての地域を毎月巡回するのは困難」だということであった。ところが、巡回診療を担当するプラワットによれば、例え毎月巡回したとしても、「高齢者は（高齢になっても）働き続けているため参加者が少ない」、つまり、高齢者が集まらないという。クロンプロゴ県の中では公的な福祉制度の普及に地域格差が見られる。

以下では、A 地区における活動および活動が実施されていないパンジャヤ村 K 地区の事例を取り上げる。

2-1 A 地区・高齢者ポスヤンドゥ活動の概要

A 地区の特徴のひとつは、高齢者ポスヤンドゥ活動が実施されていることである。A 地区では、1984 年から PKK 運動が開始され母子保健、家族計画の普及が行われてきた。このポスヤンドゥにおいて、高齢者ポスヤンドゥ活動が開始されるのは、地方分権化以降である。

A 地区は、毎月 14 日の 11 時から、地区の集会場を使用し、カデル 5 名が主導して母子保健を開始する。母子保健が終了すると続けて高齢者ポスヤンドゥ活動を開始する。そのため、高齢者らはおおよそ開始時間から 1 時間ほど遅れてポスヤンドゥに参集する。

都市部のポスヤンドゥ活動では、新生児および高齢者の活動日がそれぞれ異なるが、A 地区では、新生児と高齢者は区別するものの活動日は同日である。そのため、母子と高齢者はポスヤンドゥの前でしばし雑談をする（図 3-1）。超高齢社会の日本では、高齢者と孫世代が交流する試み¹¹¹が始まっているが、この地区ではまだその必要はないように見える。

筆者が初めて正式に A 地区の高齢者ポスヤンドゥ活動への参与観察を地区長に申し出た月の活動は、外部の者に対する活動評価を気にしてか、形式的なプログラムの進行がなされた。その日は、筆者が A 地区に滞在して高齢者に関する調査を行っていることを知ったヤント氏が筆者に会うため、非公式にポスヤンドゥを訪れた。ヤント氏は、郡レベルの管区軍コラミル（*Komando Rayon Militer: Koramil*）¹¹²に所属する軍人である。以後、ヤン

¹¹⁰ 2012 年 8 月 27 日、インドネシア保健省クロンプロゴ支局医療開発・品質管理部ギオルト部長への筆者インタビューに基づく。

¹¹¹ 例えば、文部科学省・地（知）の拠点大学による地方創生推進事業（COC+）、2017 年 8 月 25 日アクセス。（http://www.mext.go.jp/a_menu/koutou/kaikaku/coc/）。

¹¹² 郡レベルに設置されているインドネシア陸軍の支部である。

ト氏が主要な地区行政に関わる集会に度々出席している姿を目にするようになった。ヤント氏が出席する集会は、全てが政府プログラムに関わる集会であった。

活動は次のように進行した。前方に配置された机の回りに 5 人のカデルが座り、対面に高齢者らが座る (図 3-10)。この 5 人のカデルは、A 地区の住民の主婦・公務員の妻であり、統計上は全てが土地を所有する世帯の農民でもある。

ヤント氏および元地区長¹¹³の正式な挨拶 (図 3-11) が済むと全員起立し「PKK の歌」を歌う。誰も歌詞カードを見ておらず、全員が歌を暗記している。歌い終わると、元地区長による啓蒙がなされる。啓蒙の内容は、地区および村行政に関わる重要事項の報告を中心として、デング熱の発生に対する注意喚起などである。

そして、ようやく母子を対象とした活動が開始され、続いて高齢者を対象とした活動となる。冒頭で述べたように、3 カ月に 2 回の活動はカデルが主導する活動となる。カデルによる啓蒙に続き、A 地区が所有する身長を測定するメジャーや体重計、血圧計を使用して、カデル自ら順番に高齢者の身体測定をする (図 3-12)。活動の最後には再びヤント氏および元地区長が挨拶をして終了する。なお、A 地区の活動ではアリサン¹¹⁴はあるが、軽食が提供されることはめったにない。

非常に形式的なプログラム進行であると思われた活動であるが、筆者が継続して参与観察をおこなった翌月以降の活動では、高齢者は活動時間内の好きな時間にポスヤンドゥを訪れ健康診断を受けた。皆で「PKK の歌」を歌うこともない。初めて筆者が見た緊張感に包まれた活動に比べると大変緩やかな活動であった。

¹¹³ 2011 年に地区長が交代した。2012 年の調査時点では、元地区長の所有する土地に地区集会場が設置されていたため、ポスヤンドゥ活動はこの集会場で実施していた。そのため、元地区長が代表で挨拶をした。

¹¹⁴ アリサンのために一人 3,000 ルピア (2012 年調査時、1 ルピア=約 0.009 円) を支払う。



図 3-10 高齢者ポスヤンドゥ活動 (A 地区)
元地区長 (中央奥) およびカデル (右奥)
話を聞く高齢者 (左手前)



図 3-11 管区軍男性の挨拶
ヤント氏 (右) による啓蒙
参加高齢者の多くは女性である



図 3-12 身長・体重測定
高齢男性 (中央) の身長および体重
を測定するカデル (左)

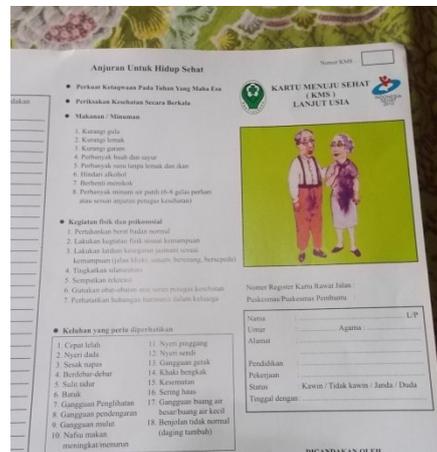


図 3-13 問診票 (KMS Lansia)
巡回診療で使用される問診票には食生活、
生活態度などに対する注意事項、自覚症状
などが記述されている

一方、3カ月に1回の巡回診療では、カデルは補佐役に徹し、3人の医療専門職（プラワットおよび栄養士など）によって身体測定、健康相談および無料の薬が配布される。医療専門職は高齢者に関する情報を全て手帳¹¹⁵に記録し（図 3-13）、単に生活の質を向上させるのではなく、高齢期の生活の質を向上するよう指導する。カデルらは、医療専門職が高齢者に行う説明をそばで聞いている。医療専門職の巡回月には参加者は通常よりも多くなる。

高齢者は、この健康診断を通して、近代西洋医療の指標となる血圧や体重の「正常値」を知り、また、自身の身体について月単位の変動を確認する。医療専門職は高齢者それぞれの状態に対して、糖분을控える等の食事療法を指示し、また、高齢者側から健康問題について相談する場面¹¹⁶もある。

さらに、活動に参加している人びとは、他の高齢者の健康状態についても把握することになる。例えば、住民の誰が糖尿病の持病を抱えていて、誰の血圧値が高いのか、それによって、このところ調子が良いのか悪いのか、といったことを互いがよく知っている。この場で、聞くともしにあって耳に入った話こそが、高齢期を理解する学習であり、後の日常生活や翌月の活動の場において住民間の意識を変えていくことにつながっている。

筆者は、住民がこの場で学習した知識が、日常生活において活かされた場面に遭遇した。例えば、他のさまざまな集会で振る舞われる飲み物、通常それは大変甘い茶であるが、参加者の中に糖尿病を患っている人がいることに気付いた集会の主催者は、砂糖の入っていないお茶や水をその高齢者のために準備する。また、地区信用機構の集会に参加していた高齢女性が突然のめまいで地面に倒れ込んだ時、この女性に駆け寄った高齢女性は口々に、彼女が糖尿病の発作で倒れたといい、彼女に駆け寄りゆっくり座らせた後にそばで見守った（図 3-14）。

このように、A地区における高齢者ポスヤンドゥ活動の毎月のプログラムは、都市部の蓮の花グループで見た社会経済階層の低い高齢者に向けたモデルである健康診断に主軸を置いている。この活動を通して、地区のカデルや参加高齢者が医療専門職から習得した知識は、後に住民の意識を変化させ、地区住民が主体となって作り上げる高齢者ポスヤンドゥ

¹¹⁵ 母子保健活動では、日本政府の協力のもとにインドネシアに導入された母子手帳が使用される。A地区の高齢者ポスヤンドゥ活動では、インドネシア保健省の作成した高齢者手帳（*Kartu Munuju Sehat Lansia: KMS Lansia*）が使用されている。

¹¹⁶ 医療専門職に対面で健康相談をする高齢者らは、日本語の尊敬語に当たるクロモ体（第1章第1節を参照のこと）を使用する。目上の者に対する尊敬を表現する高齢者の姿勢が表れており、巡回診療が実施される月の活動は非常に緊張感に包まれる。

活動の展開に少なからず影響を与えていった。筆者は、高齢者ポスヤンドゥ活動を通して高齢者同士がお互いの健康状態に関する情報を共有することが重要だと考える。A 地区では、高齢者同士がそばに居合う状況が設定され、高齢者同士の紐帯が強化されている。



図 3-14 めまいで倒れた女性（左）

倒れ込んだ女性（左）を座らせる二人の高齢女性（中央、奥）
に駆け寄る住民

しかし、全ての高齢者が高齢者ポスヤンドゥ活動へ参加しているわけではない。そこで次に、活動に参加する高齢者の特徴を分析する。

2-2 活動に参加する高齢者の概要

A 地区の高齢者は 47 人（男性 22 人、女性 25 人、第 1 章を参照のこと）である。通常、カデルが主導する高齢者ポスヤンドゥ活動月には、カデルを除き 20 人前後の高齢者が参加する。参加者の職業は農民が中心で、そのほとんどが女性である。男性参加者は社会階層の高い定年退職者 3、4 人が不定期に参加することがあるのみで、その他はほとんど参加しない。参加にある程度の自由度があるので、仕事や体調を理由に参加しない高齢者がいる

にせよ、参加者は全高齢者数の半分以下と少ない。

一方、医療専門職の巡回診療日には参加人数がわずかに多くなるが、やはり高齢女性が中心となる。参加者は無料で配布される薬が欲しいという。にもかかわらず、日常的に自家生薬ジャムウを好んで服用する高齢者は、医療専門職が持参する近代西洋医療の薬¹¹⁷を単に無料なのでもらっておくだけなのである。彼らはもらった薬をすぐには服用せずに大切に棚の中にしまっておく。その薬は、いつか子供や孫が服用することもある。

これまで A 地区の高齢者の多くは、貧困者向けの社会保障制度を利用し地域保健センターで費用を負担せず診察することが可能であった。しかし、診察費が無料であっても薬代は自己負担であり、貧困者はよほど重症になるまで地域保健センターへは行かない。それどころか、彼らは近代西洋医療の診断に基づき処方される化学薬品を信用していないのである。

にもかかわらず、高齢者がポスヤンドゥ活動に参加するのは、高齢者であるからこそ支援を受けることができるセーフティネットの一つになっていたためである。換言すると、高齢者にとりカデルやプラワットのそばに居るという状況が重要なのである。

それでは、A 地区の人びとは、他にどのような活動に参加できるのか。A 地区では全ての住民を対象とて、村落開発の一環である農業技術支援や家畜飼育支援、地区信用機構などの活動が行われており、いずれも関心のある住民が参加している。また、PHC（プライマリー・ヘルス・ケア）の観点から、住民の健康管理を目的とした生活環境の改善（上下水道の整備、便所の設置、その他のインフラ整備）を指導する活動などがある。

さらに、冒頭で述べた母子を対象とするポスヤンドゥ活動である。この活動は主に新生児（5 歳未満の子供）に対する健康管理であり、新生児を持つ農民女性および仕事を持つ娘や移住している娘の代理を務める祖母が孫を連れて参加している。しかし、人口抑制政策（子供の数が二人に制限）により子供の数は減少している上に、学童期前の子供が託児

¹¹⁷ インドネシアでは、調味料からシャンプー、整髪料に至るまで、1 回使い切りサイズの商品が流通し易い。従来、インドネシアの人びとは、必要な時に必要な量だけ購入するのが一般的であり、余分な物を買置きしない。唯一、筆者は、農村部の非常に裕福な家庭で、30センチ四方の木箱に薬をストックしていたのを見かけた。行商人が置いていった薬箱から服用または使用した分だけを支払う。再び行商人がやって来ると、木箱の空いたスペースに新たな薬を置いていく。これは、日本の「富山のくすり」に類似している。インドネシア的な商品の流通原理とは異なるが、一部の富裕層に受け入れられている。（富山のくすりは、富山県の医薬品販売業者を指し、先用後利という独自の販売システムを基本理念としている。富山県薬業連合会ホーム・ページ、2017 年 8 月 25 日アクセス。<http://www.toyama-kusuri.jp/ja/aracalte/history/index.html>）。

所（PAUD）へ通うことが普通になったため、ポスヤンドゥ活動に参加する母子は年々減少している。



図 3-15 高齢者体操（ジャカルタ）

ジャカルタの民間病院が糖尿病患者を対象に実施している高齢者体操



図 3-16 A 地区の体操

体操に参加する農民女性と子供たちと管区軍のヤント氏（中央）

一方、「体操（*olahraga*）」と呼ばれる活動がある。A 地区では、2013 年に毎月定期的到他村から講師を招集し、音楽に合わせて身体を動かす体操を住民に指導した¹¹⁸。この体操に参加するのは、農民女性と子供が中心である。体操もまた PHC 政策の一環であり、近年では毎年 5 月 29 日に定められた高齢者の日（*Hari Lanjut Usia Nasional*）に、公式な式典において高齢者グループが揃いの運動着を着用して体操をする様子を見かけるようになった。都市部で見かける体操は、ヨガ、太極拳、エアロビクスなどであるが（図 3-15）、A 地区ではインドネシアの大衆音楽ダンドゥットに合わせて踊るダンスに近く、娯楽的である（図 3-16）。

A 地区の高齢者も健康には関心がある。しかし、山岳地域の高齢農民らにとり、健康法は

¹¹⁸ 雨季に入ると体操は廃止され、その後は小学生の体育教育として実施されるだけとなった。

水田まで裸足で歩いていくことだという。土や石、枝などが足の裏を刺激することで血流が促されるため、健康上良いと信じられている。したがって、体操に興味を示す高齢者は少ない。

このように、活動に参加しているのは、日中の時間に参加できる農民女性を中心である。加えて、参加者はポスヤンドゥまで歩いて来ることができる健康状態の良い人が多い。すなわち、常に活動に参加しているのは、これらの特定の人びととなる。そして、ポスヤンドゥ活動へ参加しない多くの高齢男性および家庭で療養中の病弱な高齢者が存在する。この結果から、なぜ参加者が少なく特定の人びとに偏るかを理解するには、ポスヤンドゥ活動以外の活動が農村部で行われているか否かを知ることが不可欠である。そこで、以下では高齢者ポスヤンドゥ活動を実施していない地域を概観する。

2-3 高齢者ポスヤンドゥ活動を実施していない地域

農村部では、高齢者ポスヤンドゥ活動を実施していない地域が多い。そうした地域において高齢者はどのような暮らしをしているだろうか。以下では、パンジャヤ村 K 地区（以後、K 地区）の状況を概観する。パンジャヤ村はクロンプロゴ県北部に位置する本論文の調査地に隣接する村であり、本調査地より標高が高く、キリスト教を信仰する住民が多く暮らしている（キリスト教徒は K 地区住民の約 7 割になる）。

住民の主な生業は、畑作農業（カカオ、丁子など）、一部の住民が水稲作である。K 地区の住民は 279 人、世帯数が 41 戸（高齢者の独居世帯 6 戸を含む）、K 地区の住民に対する高齢者の割合は約 9.0%であり、過疎化が進む地域である。村の人びとは、この村を「出稼ぎ村（*desa merantau*）」と呼んでいる。

筆者の実施した調査では K 地区において新生児ポスヤンドゥ活動は実施しているが、高齢者に特化した活動は実施されていなかった。しかし、K 地区の住民であるカデル（40 代女性）が K 地区を管轄する（K 地区から 2 キロメートルの場所にある）パンジャヤ村の地域保健センターへ毎月高齢者情報を報告している。カデルは、高齢者が福祉の対象に据えられる以前から母子保健を担ってきており、スハルト政権時代には住民統制機構の活動として、地区住民の全てを把握する立場にあった。現在では統制機構的な状況は和らいでいる。

カデルによれば、高齢者情報は一次情報として地域保健センターから村へ送られるというが、村役場では高齢者情報を収集していなかった。なお、A 地区を管轄するワレノサリ村

の地域保健センターでは、高齢者に特化した情報の収集は行われていない。すなわち、一貫した体制や運営がとられていない。

一般に、ポスヤンドゥ活動における巡回診療では、A地区のように問診票またはそれに代わる記録台帳が各地区のポスヤンドゥに保管されている。一方、高齢者ポスヤンドゥ活動が実施されていない地域では、高齢者情報が地区レベルに保管されていない場合が稀ではない。K地区のように高齢者情報を収集している地域であっても、その内容が住民票 (*Kartu Tanda Penduduk*: KTP) と同程度の簡素なものから詳細な病歴や「自立度」が記載されているものなど、地域により記録内容が統一されていない。

表 3-3 L村P地区の高齢者情報

	性別	年齢	宗教	A	B	C
1	男性	69	イスラーム			○
2	男性	66	カトリック			○
3	男性	86	イスラーム			○
4	男性	69	カトリック			○
5	男性	71	イスラーム			○
6	男性	67	イスラーム			○
7	男性	62	イスラーム			○
8	男性	69	イスラーム			○
9	男性	63	カトリック			○
10	男性	81	カトリック			○
11	男性	69	カトリック			○
12	男性	66	カトリック			○
13	男性	72	カトリック			○
14	男性	66	カトリック			○
15	男性	62	カトリック			○
16	男性	67	イスラーム			○
17	女性	66	イスラーム			○
18	女性	69	イスラーム			○
19	女性	70	プロテスタント		○	
20	女性	66	イスラーム			○
21	女性	66	イスラーム			○
22	女性	70	イスラーム			○
23	女性	71	イスラーム			○
24	女性	65	イスラーム			○
25	女性	68	カトリック			○
26	女性	70	イスラーム			○

自立度 A: 他人の介助が必要である (一人では何もできない状態)

自立度 B: 他者の介助が一部必要である

自立度 C: 十分自立している、または、活動できる

(2012年地域保健センターの資料に基づき筆者作成)

表 3-3 は、パンジャヤ村の地域保健センターが保管する K 地区の高齢者情報の一部である。この高齢者情報は、筆者が調査を行ってきた中では、唯一「自立度 (*kemandirian*)」が記載されているものであった。非常に興味深いのは、「自立度」という言葉で、他者の介助が必要か否かの判断が情報の一次資料を作成したカデル、および、一次資料を受け取った地域保健センターにおいて高齢者福祉を担当するプラワットによって判断されている点である。

自立度が B と判断されている 19 番の女性 F さんは独居である。筆者の F さんへの聞き取り調査によれば、F さんは脳梗塞を患い左半身麻痺の後遺症を抱えている。彼女は車椅子を使用しなければ外出できない¹¹⁹。他方、26 名の高齢者の中で独居者は F さんの他に 5 人いるが、カデルとプラワットの判断では自立度は C である。

K 地区では自立度が A と判断される人は今のところいないが、自立の度合ではなく、ここで重要なことは、K 地区のように一人のカデルが地区の高齢者全ての状態をおおよそ把握しており、その情報をプラワットと共有しているところにある。換言すれば、K 地区では、高齢者の身体は地区の一次医療施設である地域保健センターレベルで管理されているといえる。特別な活動を実施してはなくても、高齢者の状態に目を向けている人が居ることに意味がある。このようなカデルの行いは、地区高齢者のそばに居る人として農村部では非常に重要であると筆者は考える。

一方、K 地区には国内 NGO が支援する無料の診療所が開設されている。この NGO へ支援を要請したのは K 地区で暮らす 40 代男性 D さんである。D さんは RT¹²⁰ 長の息子で農民である。D さんと妻はイスラーム教徒（妻はシンガポールの華人宅で高齢者ケアを担っている）、娘と父母はカトリック教徒である。D さんによれば、K 地区には診療所がなく、また、地域保健センターによる巡回診療が実施されていないため、住民が診療所の設立を望んでいたという。

そこで D さんは、国内 NGO へ相談し、3 年間の支援を得ることができた。D さんの家屋の一室を無料の診療所として地域の人びとへ開放し、毎週 2 回、NGO は都市部の病院から

¹¹⁹ そのような状態での独居生活であるため、F さんはインフォーマルに他村の女性に午前中のみ家事の介助を依頼している。また、午後になると他村 (F 地区から 9 キロメートルの場所にある) で暮らす息子 (40 代) と孫 (息子の長男で高校生) が頻繁に F さんを訪問し庭の手入れをするなどの雑務を行い、夕方には帰宅する。また、稀に孫が泊まってくこともある。このように、そばに居ることができる人が F さんの独居生活を支えている。なお、F さんの療養生活は第 5 章で再び取り上げる。

¹²⁰ RT は、行政単位である。

医師を派遣する。K地区およびK地区近隣の住民は無料で医師の診察を受けることができ、必要であれば薬を無料でもらうことができる。診療所には机および椅子、簡易ベッドが置かれており、診療所として使用しない日は地区の人びとが集まる集会所として使用されることがある。診療所を訪れる人の多くは高齢者であった。しかし、支援期間の3年が終了したあと診療所は閉鎖され、2014年の調査時点でDさんは別の支援先を探すと述べていた。

最後に、一つの可能性として、キリスト教徒が多いK地区では教会が高齢者福祉に果たす役割が考えられる。K地区近隣には、カトリック系教会が1軒、プロテスタント系教会が1軒ある。K地区で暮らす高齢者は教会で行われる毎週日曜日の礼拝に参加している人が多い。筆者の聞き取り調査では、プロテスタント系教会が不定期だが高齢者へ生活用品を支援していた。

このように、K地区では高齢者情報を収集する、および、Dさんのように自主的にNGOへ相談するなど取り組みをおこなっており、また、教会の存在も地区の高齢者福祉に影響があるのではないかと考えられる。このように、農村部における高齢者福祉政策は地域的な格差を伴いながら展開している。

第3節 小括

以上見てきたように、本章では高齢者ポスヤンドゥ活動に注目し、都市部の活動との比較を交えながら農村部における活動の意義を考察し、また、活動を実施していない地域を取り上げ農村部における高齢者福祉について考察してきた。以下では、明らかになったことを述べる。

第1節では、都市部における高齢者ポスヤンドゥ活動を概観した。インドネシアにおける高齢者ポスヤンドゥ活動は、次の2点で評価できると筆者は考える。ひとつは、女性による福祉活動の基盤が高齢者福祉に対して実効性を有していた点である。ただし、ボランティアとして運営を任される女性（カデル）の負担が増加したともいえる。

もうひとつは、高齢者が利用できる福祉制度になった点である。民主化以降の活動は、スハルト政権時代に見られた統治機構的な要素を弱め地域の特徴を反映して実施されていた。しかし、都市部の活動では、活動に興味を示さない高齢者に向けた様々な高齢者福祉の供給主体が出現しており、ポスヤンドゥ活動が持続可能性を問われる時期にさしかかっていることを示唆した。

次に、農村部における高齢者福祉の展開について考察した。2014年の調査当時、農村部

において高齢者ポスヤンドゥ活動を実施している地域は少なかった。したがって、高齢者ポスヤンドゥ活動を実施していることがA地区のひとつの特徴といえた。都市部のように、高齢者福祉に関わる活動やサービスの選択肢がない農村部において、高齢者に特化した活動が行われる意味は大きい。

活動のプログラムは、社会経済階層の低い高齢者に向けた内容である健康診断に主軸を置いており、農村開発の一環を兼ねているように思われる。専門職による巡回診療が行われる月に参加する高齢者はわずかに増えるが、参加する高齢者は健康診断や薬の無料配布に興味があるのではなく、高齢者であるからこそ制度的な恩恵を享受できる機会がポスヤンドゥ活動であるということに自覚的な人びとであった。

一方、巡回診療ではなく住民の相互扶助によって実施される活動では、地区のカデルや参加高齢者が医療専門職から習得した知識に基づき主体的に活動を継続させていた。高齢者ポスヤンドゥ活動を通して高齢者同士がお互いの健康状態に関する情報を共有することが重要である。高齢者同士がそばに居合う状況が設定され、高齢者同士の紐帯が強化された。

しかし、活動に参加する高齢者の特徴は、先に述べたように比較的に健康状態の良い農民女性であり、制度的な恩恵を享受することに自覚的な人びとに偏っていた。その他の人びとには、3ヶ月に1回の健康診断および3日分の薬の無料配布という活動内容は魅力のないものである点で都市部の活動と同じ課題を呈している。また、家庭で療養中の病弱な高齢者は対象から外れていることは明らかだった。そうであっても、参加者が高齢者であるからこそカデルやプラワットから支援を受けることのできるセーフティネットの一つになっているため、活動が継続されていくことが重要である。

最後に、高齢者ポスヤンドゥ活動を実施していないパンジャヤ村 K 地区の状況を概観した。K 地区では高齢者に特化した活動を実施していないが、地域保健活動に見られれていた統治機構的な要素が和らいだ現在でも、K 地区の高齢者情報が地域保健センターレベルで管理されていることが特徴である。ここでは、高齢者の健康状態に目を向けているカデルやプラワットが居ることに意味があることを指摘した。

また、NGO による支援は、高齢者だけが対象ではなく3年間で終了したが、制度の普及が遅れがちな農村部において制度を補完する一つの道として可能性があるといえる。高齢者ポスヤンドゥ活動の実施を訴えるのではなく、NGO へ支援を相談した K 地区の D さんのような、女性による福祉活動に頼らない判断が今後も期待されるのではないだろうか。

さらに、K 地区住民にキリスト教徒が多いという特徴から、高齢者福祉に果たす教会の役割の可能性を示唆した。ジャワでは宗教が高齢者ケアに及ぼす影響はない [Keasberry 2002] とされてきたが、住民の 9 割がイスラーム教徒で占められるジャワであってもキリスト教団体が高齢者を対象として支援を行っている事例は多い [cf.合地 2019a]。K 地区において高齢者に特化した活動が見られなかったことと宗教の関連を今後見ていく必要がある。

第4章 現代ジャワにおける高齢者をめぐる家族圏

本章では、ワレノサリ村 AB 地区の高齢者をとりまく人びとの日常世界を描いていく。なお、本章では自然村からなる村を指して AB 地区と呼び、行政区を指す場合は A 地区または B 地区と呼ぶ（第1章を参照のこと）。

AB 地区の人びとが理想的な高齢期¹²¹としてあげるのは、第一に、たくさんの子供や孫に囲まれて暮らし、第二に、子供が農業労働以外の職に就き経済的に豊かになることである。これらは家族の繁栄および経済的安定という二つの原理から生じている。このような、高齢期の理想像に関する言説は、とりわけ、AB 地区の高齢者らから聞かれるものである。AB 地区でこの二つの理想像を実現できる高齢者は、肥沃な農地を所有し、所得が高く、広い屋敷地に既婚の子供たちが独立した家屋を構えられる一部の人である。この後詳しく述べるように、この地区では住民の経済的な豊かさは、社会的地位の高さと結びついている。

それでは、残りの多くの高齢農民が理想的な高齢期をおくろうとするにはどうすればよいのか。子供が結婚後に親とは独立した家屋を建設できるだけの土地や資金を準備し、あるいは、農地から建設地へと転用しなければならない。しかし、本調査地周辺には目立った産業がなく、子供は農民として不安定な仕事¹²²に就くしかない。そのため、子供は都市部の企業に勤めるか、海外へ出稼ぎに出る。

したがって、現代における家族の繁栄および経済的安定は、次の二つの両義的な側面を含んでいる。ひとつは、親にとり全ての子供が都市部へ移住するかもしれない不安、もうひとつは、子供が農業労働以外の職につき毎月固定給¹²³を得られれば、経済的に不安定な農民であろうと少しでも理想的な高齢期に近づけることへの期待である。すなわち、上述の理想像は矛盾した理想像なのである。

インドネシアにおいて、村の人びとが子供の経済力を重要視するようになったのは、ス

¹²¹ 2014 年から 2016 年の間に筆者が実施した高齢者への聞き取り調査において、最も多かった 2 つの回答である。

¹²² 親が所有する水田で農業労働を手伝うか水田を借りて小作農になる。他には、村や地区の資金で不定期に行われるインフラ整備事業に雇用され、1 日約 4 万から 5 万ルピア（約 400 円から 500 円）の報酬を得る。

¹²³ 筆者の聞き取り調査では、調査地周辺の貧困世帯の世帯単位の収入が 50 万ルピア未満（約 5 千円未満）／月に対して、都市部の企業勤務者では約 200 万ルピア前後（約 2 万円前後）／月、首都ジャカルタの企業勤務者では 800 万ルピア（約 8 万円後）／月であった。

ハルト政権による経済開発が農村社会に浸透して以降である [倉沢 2013]。本調査地に限らず、ジャワの貧困な農村地域の高齢者の誰もが、現在こうした状況に直面せざるを得ない。

AB 地区の多くの高齢者の家族構造や居住形態に共通する特徴は、1) 少なくとも一人以上の子供が移住している、2) 移住した子供のうち、少なくとも一人以上の子供が成功している、3) 高齢者自身が健康で自立¹²⁴した生活をおくっている、の 3 点である。ここでは、農民の子供が農業労働以外の職に就き、毎月固定給を得て生計を立てられるようになった場合、とりわけ、公務員や軍人となった場合を指して子供の成功と呼ぶ。子供の成功は、社会的な地位の上昇志向が強いが村を出る機会がない AB 地区の多くの人びとによって判断されるものである。

現代では、移住地に生活基盤を築き、恒久的に村に戻らない子供たちも少なくない (第 1 章第 2 節「子供の定着性と流動性」を参照のこと)。実際に、AB 地区では高齢者のみの世帯や独居高齢者が増えつつある。しかし、従来ジャワにおいては、出稼ぎによって親子の距離が離れてしまうことが問題視されることはなく、むしろ親子が良好な関係性を築いていることが重要視されてきた。都市部へあるいは海外への出稼ぎが増加している東南アジア諸国の他地域では、出稼ぎや離れて暮らす家族のメンバーが SNS を通して、容易に連絡を取りあうことが報告されており [cf. 木曾 2013, 2019 ; 細田 2019 他]、家族の紐帯が弱体化するのではなく、むしろ仕送りによって世帯経済は豊かになると考えられている。

子供たちの理想は、第一に、農業労働以外の職に就き、都市部で独立した世帯を構え、村に残る老親を経済的に支援できること、第二に、村に残る老親が健康で自立した生活をおくってくれることなのである。それでは、少なくとも一人以上の子供が成功していれば高齢者は村で自立した生活がおくれるのだろうか。村に残る老親のさらなる高齢化により、子供がそばに居ることができないことは問題にはならないのだろうか。

以上の問題意識から、本章では、家族の繁栄および経済的安定の関連と高齢者の独居が可能となる要因について考察する。本章では、例え高齢期の理想像からかけ離れようとも、独居高齢者は人びとと良好な関係性を築きながら暮らしていることを明らかにすると同時に、高齢者をめぐり人びとの間に見られる相互扶助には限界があることを指摘する。

本章では 4 人の高齢者の事例を取り上げる。第 1 節では、高齢期の理想像を実現しているエリート層 (次節を参照のこと) の高齢者を概観し、第 2 節は、そばに居ることができ

¹²⁴自立して生きる (*hidup mandiri*) 高齢者とは、生産力があり他者の助けを必要とせず自分自身で基礎的な日常生活を遂行できることを指す (序章を参照のこと)。

る多くの人と共に二つの理想像を実現しようとしている独居高齢女性の姿を描く。第 3 節は第 2 節とは対照的に、そばに居ることができる人が比較的少ない独居高齢女性を取り上げ、第 2 節の事例と比較する。第 4 節では、高齢男性の事例を通して、独居の限界に注目する。最後に第 5 節で結論を述べる。

第 1 節 理想的な高齢期

本調査地の高齢者の中で農業労働以外の収入がある人は、年金を受給している公務員定年退職者であり 74 人の高齢者の中では 11 人（高齢者の約 15%）が該当する。高齢者と同一屋敷地内に既婚の子供が独立した家屋を構える、あるいは、老親の暮らす家屋内に子供世帯が同居するといった居住形態であるのは、高齢者のいる 49 世帯のうち 14 世帯となる（約 30%）¹²⁵。先祖の土地が何世代にも渡る相続によって細分化された結果、現在の A 地区の宅地では同一屋敷地内に多くとも 2 軒の家屋を建設するのが限度である。この 14 世帯の中で同一屋敷地内に最も多くて 3 世帯（高齢者世帯、息子夫婦世帯、娘夫婦世帯）が暮らすパターンは、3 家族が該当する¹²⁶。本調査地で上述の理想像が実現できるとすれば、この 3 家族の高齢者（5 人）である（74 人の高齢者の中では約 7%となる）。これら 3 家族の高齢世帯主は、元地区長、退役軍人、退役軍人の妻（寡婦）である。

本節では、まずはじめに、農民の社会階層について説明した後に、子供や孫に囲まれて暮らし、経済的に自立した理想的な高齢期をおくっているヨギ氏（1947 年生、男性、イスラム教徒、農民）の暮らしを概観する。ヨギ氏は、ヤロ川の南側に居住地を構えた始祖であるヤノ・ハルジョの子孫であるとされ、1987 年から 2011 年までの 24 年間、A 地区長を務めた人物である。

1-1 ジャワ農村社会の階層性

インドネシア農村社会に関する研究において、社会階層は土地の所有形態や就業状況から判断されてきた [Geertz C. 1960, 1962, 1963; 加納 1988 ; 水野 1995; White 2004]。土地の所有形態からみる社会階層は、水田の所有規模（面積の広さ）で判断され、規模の大きい土地を所有する人を頂点として、土地を所有しない農民が階層の底辺になる。就業構

¹²⁵ 第 1 章第 2 節「表 1-2 住民の職業」を参照のこと。

¹²⁶ 第 1 章第 2 節「表 1-11 高齢者の子供の数、子供の移住状況および居住形態（AB 地区）」を参照のこと。

造からみる社会的な地位は、大規模農業経営者、農村部の公務員を頂点として、中・小規模農業経営者、小作農、農業労働以外（建設業、商業、畜産業など）、都市部で働く労働者、都市部の公務員などで区別される [Koentjaringrat 1985]。このように、社会階層と職業によって判断される身分としての社会的な地位が存在する。

人口の密集した肥沃な農業地帯とされるジャワの中で、ジョグジャカルタの豊かな農村地帯は零細農家が多いという特徴を有している [加納 1988]。一方、ジョグジャカルタの中でも貧しい農村とされる地帯では土地を所有しない農民の割合が高い [White 1976]。ところが、貧しい農村地帯の一つである AB 地区の世帯の土地所有形態は、1 世帯を除き全ての世帯が土地を所有¹²⁷しており、零細農家が多いという特徴をもつ。土地の所有形態のみで判断すれば本調査地はジョグジャカルタの豊かな農村地帯に近い。しかし、土地の肥沃の程度に差があるため、広い土地が必ずしも所得に反映するとは限らない。土地を所有していても農業のみで十分な生活の糧を得られる世帯はほとんどなく小作農を兼ねている場合がある。

そのような特徴を有する AB 地区の農民は、歴史的に土地所有の有無で社会階層を判断されてきたと考えられている [’Athoillah 2011:16]。農業収穫量が少ないこの地域を避けて住民が他の地域へ移動していった結果、一人を除く土地を所有している者だけが現在の AB 地区に残っている。したがって、AB 地区の社会階層は、所有している土地の規模で判断される。

AB 地区において、社会的地位が高いとされるのは、村長や地区長をはじめとする村落行政を担う役人たちおよび軍人である。彼らは住民から厚い信頼を寄せられた選ばれた人びとである。しかし、後述するように、地位の高さは AB 地区に基盤を置く役人や軍人であって、AB 地区出身者であっても他地域の役人や軍人となった人は、一般には高いとみなされるその社会的地位を AB 地区の役人や軍人と同等に評価されることはない。

インドネシアの地方行政単位は、州、県・市、郡・行政市、町・村、地区、RW、RT の順となる。州、県・市が地方自治体であり、各自治体には地方首長がいる [岡本 2012]。一方、町・村長、地区長は住民の直接選挙によって選出され、町・村長は県知事から、地区長は村長から任命される。2014 年の調査当時、地区長は在任中に村から毎月 50 万ルピア

¹²⁷ 2013 年 11 月時点で、地区に登録されている各所有者の土地の面積は、90 平方メートルから 36,220 平方メートルである。親名義の土地を子供が使用している場合など、土地の所有者と使用者が異なる場合がある。

前後（4万5000円前後）の給与が支給され、また、村の農地を無償で借り受け使用できる権限を付与されている。なお、年金はない。

A地区では、限られた家族のみが地区長を継承してきた（第1章を参照のこと）。人びとは、トゥルトゥア（*tertua*）という語彙で地区長の立場を説明する。AB地区の若い世代の人びとによれば、トゥルトゥアとは、最年長・最長老という意味と、AB地区の親つまり親族の中で最も権威のある者という意味だと言う。彼らは歴史的にもその富と財力をもって村の発展に貢献してきた者として、また、AB地区始祖から続く親族を率いる者として、本調査地の人びとからは権威ある者と見られている。

一方、軍人は国家的に優遇されてきた人びとである。十分な社会保障が適応され、人びとから見れば裕福な人びとである。軍人は村長や地区長と同じく指導者的立場¹²⁸にあり、また、軍官僚システムに従っているため、貧困な農民たちからは、いつも口調が強く威圧的な態度で権威を持った者だとみなされている。これらのことから、本論では村の人びとからみて権威を有する一部の人びとを指してエリートと呼ぶ。

この後事例に取りあげるヨギ氏の地区長時代は、調査地にとり、スハルト政権による開発政策およびスハルト退陣後の民主化にまたがる社会変化の時代であった。ヨギ氏が地区長時代に主にAB地区に残した功績は、道路や橋、排水溝、墓地の整備、モスクの修繕、幼稚園（PAUD）の設置など、非常に大きい。

地区長を退任した後のヨギ氏の職業は農民である。最終学歴は小学校卒業であり、2014年調査時点で、イスラーム教徒の義務とされるメッカ巡礼には行っていない¹²⁹。ヨギ氏は地区の地主層であり、また、AB地区の始祖とされるヤノ・ハルジョの子孫であるという意味で、村の人びとの間では権威があるとみられている。地区長という職位を通して、村役場との交流関係も広い。

例えば、村落活動プログラムの実施に関して、優先順位を決定する権限を有し（第2章第1節を参照のこと）、村から資金を得て、村落活動を開催する集会所を自身の屋敷地内に設置するなど（第3章を参照のこと）、地区長はあらゆる場面で優遇される特権的立場にある。

なお、ヨギ氏（当時64歳）が高齢を理由に地区長を退く決意をしたため、A地区住民に

¹²⁸ 郡レベルにはインドネシア陸軍の支部である管区軍コラミル（*Komando Rayon Militer Koramil*）が設置されており（第3章を参照のこと）、村の治安を守っている。本調査地の人びとが軍人と接するのは、主要な村落活動時のみである。

¹²⁹ AB地区の高齢者の中で、メッカ巡礼へ行った者はいない。

よる直接選挙が行われ、2011年に地区長は交代した¹³⁰。

1-2 家族の概要

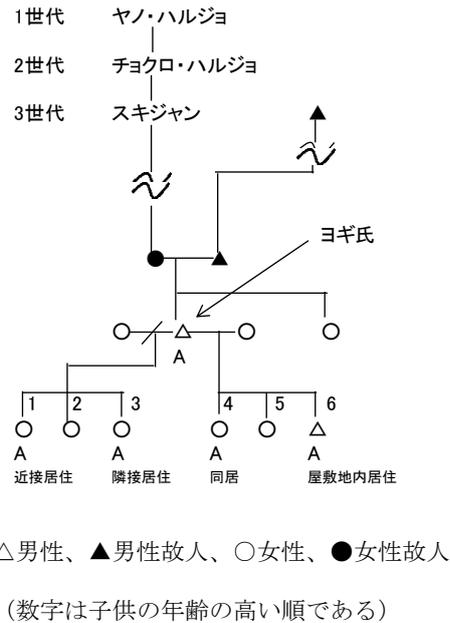
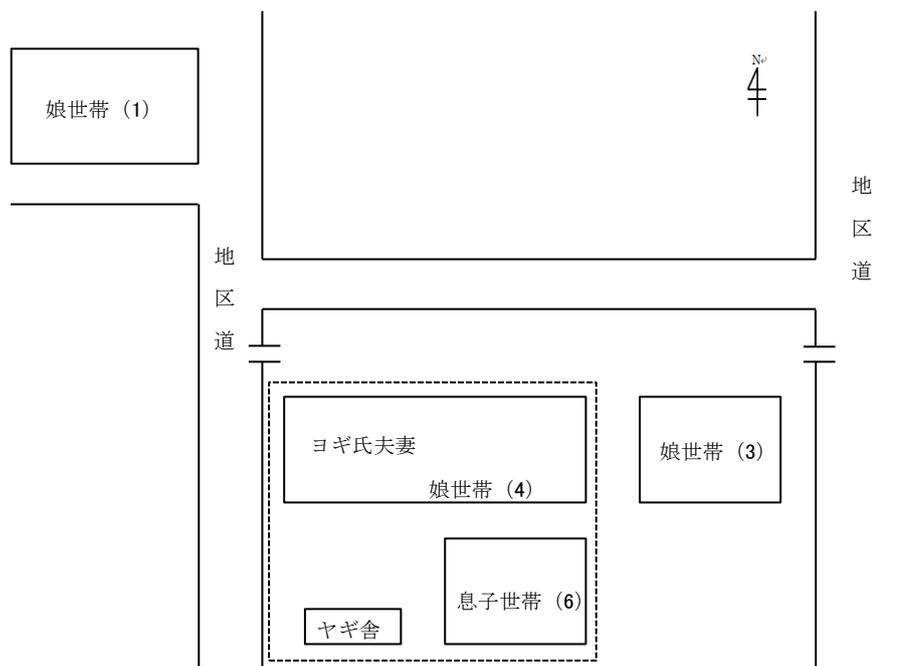


図 4-1 ヨギ氏の家系図

ヨギ氏は2度の婚姻歴がある。1度目の妻は他村出身の女性で、二人の間には3人の子供(全て女性)がいる。離婚後に再婚した2度目の妻は、隣接するC地区出身の女性で二人の間には3人の子供(女性、男性、女性)がいる(図4-1)。

¹³⁰ A地区の女性と結婚しA地区に婚入した他村出身の男性(2012年の調査時に38歳)が新地区長に選任された。



※ 括弧内の数字は、図 4-1 「ヨギ氏の家系図」に記した子供の順番である。

図 4-2 ヨギ氏と子供世帯の家屋の位置関係

2014 年の調査時にヨギ氏の家屋には、2 度目の妻との間に生まれた長女の世帯（長女、孫 1 人）が同居し（企業勤務の夫は長期出張中）、長男世帯（長男夫婦、孫 2 人）が屋敷地内に独立した家屋を建てて暮らしていた¹³¹。また、1 度目の妻との間に生まれた子供世帯のうち、1 世帯（娘夫婦、孫 2 人）がヨギ氏の屋敷地に隣接居住であり、もう 1 世帯（娘夫婦、孫 3 人）が地区内に近接居住である。いずれの土地もヨギ氏が子供のために用意した（図 4-2）。残りの 2 人の子供（女性）は、他州の男性と結婚し、夫の出身地で暮らしている。したがって、ヨギ氏夫婦は、他州へ婚出した 2 人の女性を除く 4 人の子供世帯に囲まれた暮らしをしている。

なお、ヨギ氏の家屋や子供たちの家屋は、全てコンクリートで作られた現代的な建物で

¹³¹ 筆者の調査以前には、ヨギ氏の妻の母親が同居していたが、調査時には亡くなっている。

あり、家の中には立派な家具等が置かれている。次節で取り上げる、独居高齢者が暮らす竹作りの家屋（図 4-8 を参照のこと）と比較すれば、明らかに地区の富裕層の家屋にみえよう。

A 地区で暮らす子供たちの教育レベルは娘一人を除き高等学校卒業である。職業は、長男が公務員、娘たちは民間企業勤務者の妻、村役場勤務（公務員）や元小学校教員（定年退職）の妻であり、4 世帯全てが安定した収入のある世帯である。

離婚歴のある男性が、前妻との間の子供を引き取り、なおかつ、現在の妻との間の子供も養育し、子供が結婚後に世帯を独立するまで面倒をみることができるのは、男性が裕福である証しであろう。また、子供たちが公務員や公務員と結婚しているのは、父親の社会階層および高い社会的地位に関連しているとも言える。子供たちが本調査地近隣で十分な報酬の伴う仕事に就いているからこそ、繁栄する家族が経済的機能を果たせるのである。

1-3 エリート夫妻の日常世界

2014 年の調査時点で、ヨギ氏は、本調査地の住民（学生を除く）の半数以上を占める農民の一人である。しかし、すでに高齢となったヨギ氏と妻は、簡単な農作業や家畜の餌となる葉や草を刈り取る以外、多くの農作業は小作農に任せている¹³²。

ヨギ氏は地区長を退任した後もしばらくは、不慣れな新地区長への引き継ぎも兼ねて地区活動を手助けしていた。また、地区主催の儀礼（精霊供養等）には常に主賓として参加している。ヨギ氏の交流関係は、主に村内のエリート、例えば、村の全 18 地区の地区長や小学校の校長・元校長、宗教指導者などの地区有力者との間に見られる。彼らは、儀礼の際には常に主賓として、参加している農民と対面する形で前方に並ぶ人びとである。

一方、人びとが個別に執り行う儀礼（子供の誕生や葬祭儀礼等）では、ヨギ氏が主賓として招待され、主催者側から謝金を得る。つまり、エリート層の老後の重要な副収入となる。村の人びとの中でヨギ氏は、定期的ではないにせよ農業労働以外の副収入をもち、積極的に活動に参加する「元気」な高齢期をおくっている高齢者と言える。

ヨギ氏の妻（1941 年生、女性、イスラーム教徒、農民）は、公務員や公務員の妻で構成

¹³² ヨギ氏のように、経済的に余裕がある農家では、何十メートルもの長いホースを設置して川の上流から水を引き入れる等の整備が可能である。ヨギ氏の所有する農地は、地区の中でも広く、肥沃度が高い。年に米の 2 期作、3 期作が可能となる。一方、十分な整備が出来ない貧困世帯では、1 期作でも自家消費米にしかならない収穫量であることを考えれば、A 地区の農民間の経済的格差は大きい。

される女性組織 (*Pembinaan Kesejahteraan Keluarga*: PKK) の一員である。夫が地区長を退任後も PKK の一員として地区活動を管理している。ヨギ氏の妻の交流関係は、主に PKK のメンバーたちの間に見られる。例えば、AB 地区内では、元幼稚園教諭の女性や元小学校教員の妻たちの家屋へ頻繁に行き来している様子が見受けられる。単にお茶を飲んで話し込んでいることもあれば、病いを患う女性のために家事を手伝っていることもある。

ヨギ氏親子の世帯間で、日々の生活費 (金銭) のやりとりはない。しかしながら、孫の教育費や儀礼などの大金が必要な場面では、各世帯が金銭を出し合うなど経済的に柔軟な対応がとられている。各世帯が何割を負担するかどうかは、それぞれの状況を考慮し、話し合いにより決定される。夫婦は共に健康状態が良い。親世帯と娘世帯は食事を共にする場合があるが、生産 () は別であり、扶養する・されるといよりは、互いが自立した生活をおくっているように見える。

隣接居住の娘夫婦と孫たちは、日常的にヨギ氏とヨギ氏の息子の家屋の間を通り、より県道に近い西側の地区道へ抜ける。孫たちは、学校が終わるとヨギ氏の家屋の前に設置されたバスケットボールのコートに集まり、バスケット、サッカー、バレーボールなどをして遊ぶ。年上の孫が年下の孫の宿題を手伝うこともある。こうした場面に居合わずヨギ氏夫妻は孫たちをそばで見守っている。3 世代が毎日顔を合わせる生活において、親子が良好な関係を築いているといえよう。

ヨギ氏夫婦は、健康で、なおかつ、必要以外に労働を強いられることもなく、いわゆる「知識の豊富な長老」として儀礼の主賓になり、家庭では子供や孫に囲まれて暮らす、高齢期の理想像を代表する存在と言える。多くが貧困な農民で占められている AB 地区では、ヨギ氏夫婦のような理想的な高齢期は、人びとから一部のエリートだからこそ叶う生活だと見なされている。

本節では、AB 地区の高齢者が考える、高齢期の理想像を実現している事例を手短に述べた。次節以降は、子供の多くが移住している高齢者に注目する。

第 2 節 独居高齢女性の日常生活世界

本節では、独居高齢女性ダルモさん¹³³の日常世界を概観する。ダルモさんの職業は自作農民である。死亡した夫はカリマンタンの農地開発に関わる公務員 (定年退職者) であっ

¹³³ 筆者が調査を実施するにあたり、居候させてもらった場所の一つがダルモさんの家屋である。

だが、ダルモさんは寡婦年金を受けていない。ダルモさんおよび夫は A 地区の出身者であり、祖先は AB 地区の始祖から数えて第 4 世代以降に移り住んだ者とされているが、カリマンタンにおいて公務員として働いていたという職業に基づく社会的な地位は、他地域の公務員ということから先に述べたように AB 地区でエリートとみなされている人びとはと区別されている。

ダルモさんは、本調査地の高齢者世帯 49 世帯中¹³⁴の 1 世帯であり、なおかつ移住している子供がいる高齢者世帯 47 世帯中の 1 世帯である。本調査地における 8 名の独居高齢者¹³⁵の中でダルモさんの暮らしは、子供の移住にかかわらず、そばに居ることができる人が最も多い事例である。

2-1 家族の概要

ダルモさん¹³⁶（1935 年生、女性、寡婦、イスラーム教徒、農民）は、A 地区の出身で、A 地区の男性と結婚した。1992 年に夫が死亡して以降、2014 年の調査当時で 22 年間独居生活をおくっている高齢者である。夫はカリマンタンの農地開発に関わる公務員であった。図 4-3 は、ダルモさんの家系図、また、図 4-4 は、ダルモさんの家屋の周辺概念図である。

次男以外の 6 人の子供はカリマンタンへ移住した。子供たちによれば、インドネシアで行われたトランスミグラシ (*transmigrasi*) と呼ばれる、人口過密地域から過疎地域への移住政策によるものではなく、自主的に移住したとのことである。キョウダイらがカリマンタンを移住先とした理由は、父親がカリマンタンで仕事をしていた影響である。

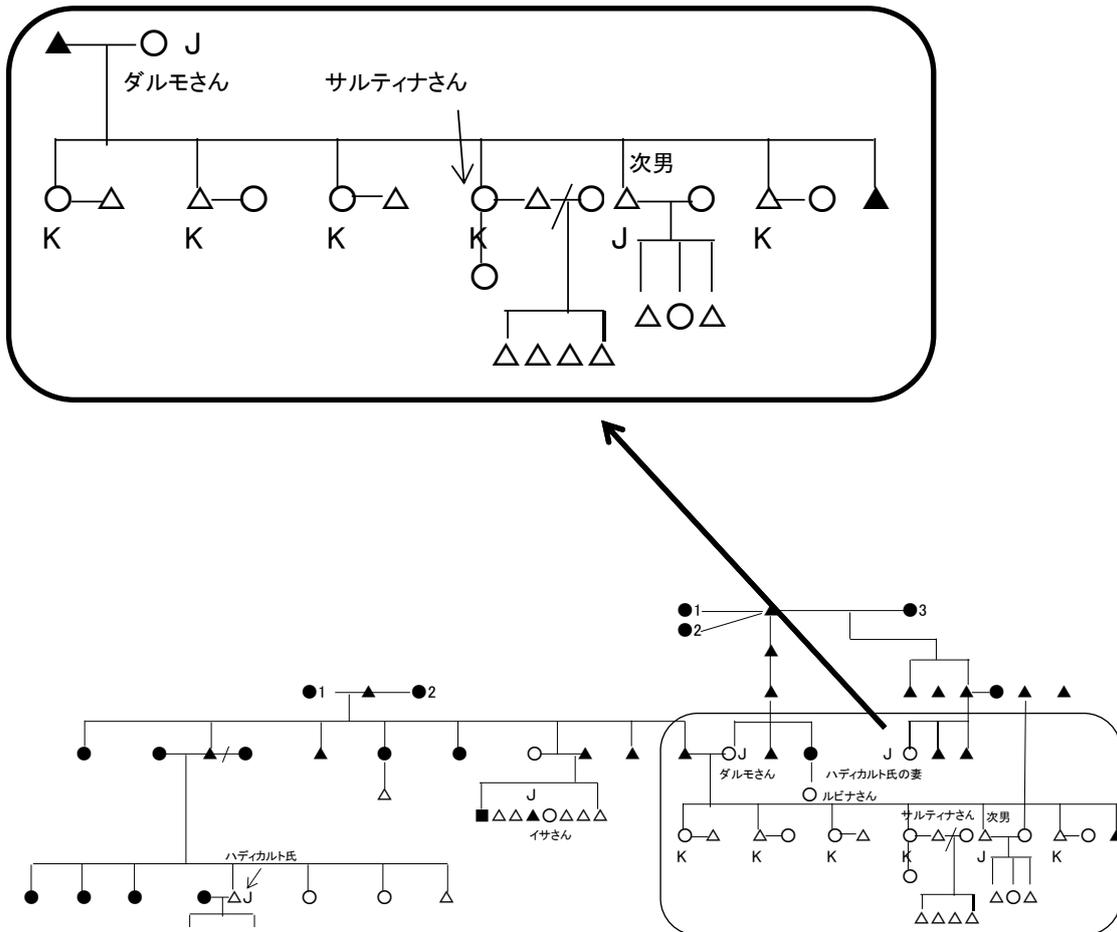
ダルモさんの経済的な基盤は、主に AB 地区に所有する水田および畑からの収穫物である。後述するように、所有する農地は息子と近隣男性が交錯している。他には、カリマンタンへ移住した子供らからの不定期な送金がある。ダルモさんの夫は生前、子供たちがカリマンタンへ移住する際、地区信用組合から借り入れた金を頭金としてカリマンタンに土地を借りている。子供たちはそうした恩を返すと理由で不定期に一定額ではない金額 (*seiklahs*) をダルモさんへ送金してくる。また、現金ではなく、テレビや携帯電話などの電化製品の

¹³⁴ 夫妻のどちらかが 60 歳以上および夫妻のどちらも 60 歳以上、60 歳以上の高齢者の単独世帯（独居）。

¹³⁵ 第 1 章第 2 節「表 1-8 60 歳以上の高齢者数」を参照のこと。

¹³⁶ ジャワでは、結婚により氏が変わることはない。妻の呼称は夫の名前の前に女性に対するジャワ語の呼称シンバツ (*simbah* (Jw)) または (ム) バツ (*mbah* (Jw)) をつけて呼ばれる。また、インドネシア語で女性に対する敬称であるイヴ (*ibu*) を用いることもある。本論では、女性に対する呼称は全て日本語の「さん」と表記する。

贈り物である場合もある。加えて、子供たちは何か月間かダルモさんをカリマンタンの家に呼び寄せることがある。このように、親子の関係性は良好である。



△男性、▲男性故人、○女性、●女性故人、数字は婚姻の順番を指す

(K: カリマンタン在住、J: ジョグジャカルタ市内在住)

図 4-3 ダルモさんの家系図

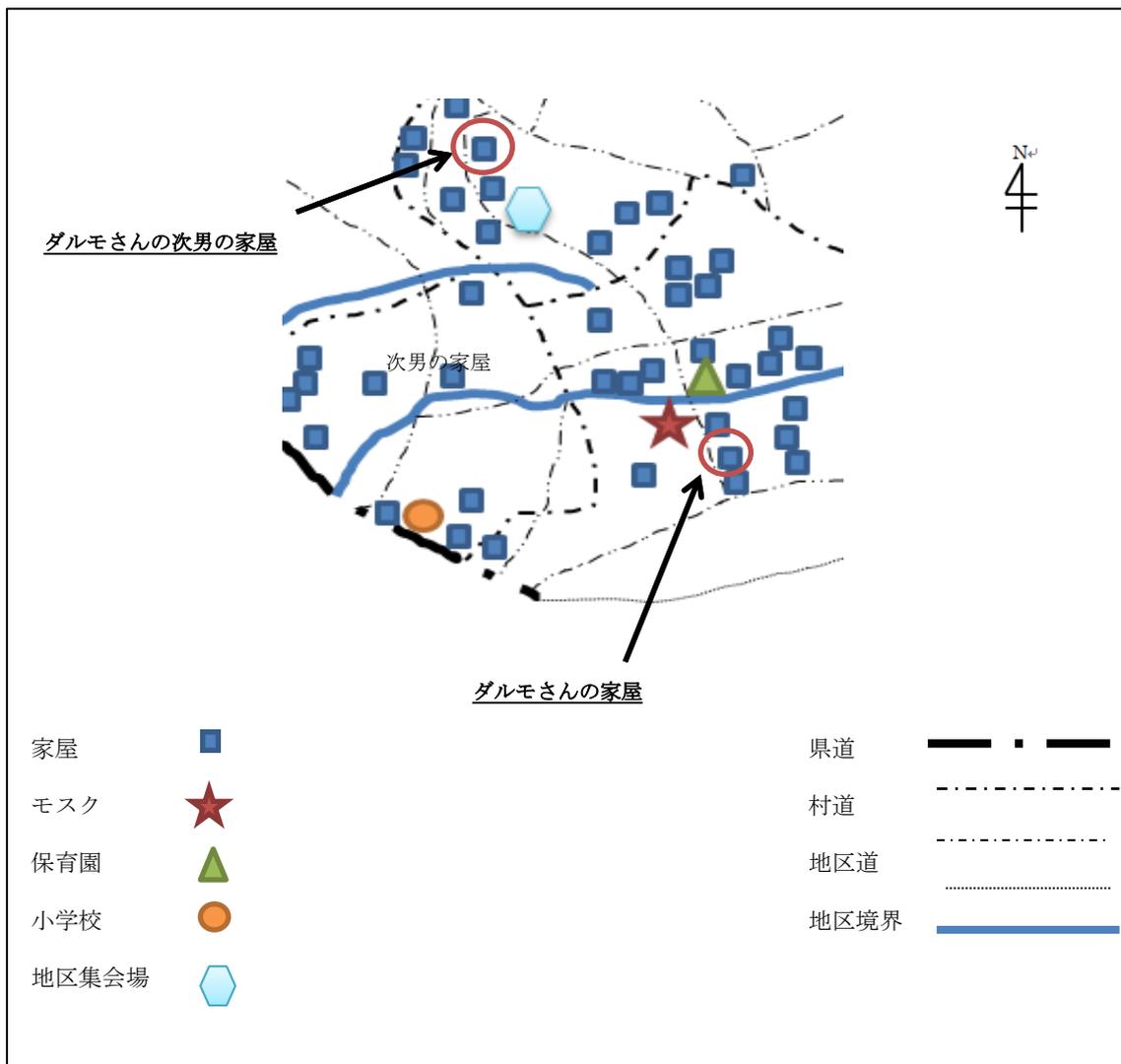


図 4-4 ダルモさんの家屋の周辺概念図

現在、長女、長男、次女は小学校の教員として、三男は中学校の事務員として働いている。三女は、後述するように、数回の出稼ぎを繰り返した後に移住したキョウダイを頼ってカリマンタンへ移住する。

次男（1967年生）は、小学校時代をカリマンタンで、中学・高等学校時代を老親と共にA地区で暮らした。高等学校を卒業後、ジャカルタで建設労働者として働いた後に、オーストラリア船籍やニュージーランド船籍に乗船し、料理士として働いていた。A地区に戻った

のは 1992 年だった。帰村して 4 日目に父親が死亡した。また、次男はその年に A 地区出身の女性と結婚した。

ダルモさんは次男の結婚を契機に、それまで空家となっていた、ダルモさんが実父から相続した家屋で独居生活を始めた。次男は亡くなった父親が所有していた、それまでダルモさんと 3 人で暮らしていた家屋を相続し、結婚後の新居として世帯を親から独立した。ダルモさんと次男の家屋は登り降りのある舗装が十分ではない 1 本の地区道でつながっており、おおよそ 250 メートル離れている。高齢なダルモさんの体力では杖を使用してどうにか行き着く距離である。

なお、2017 年の調査当時、ダルモさんには 20 人以上の孫がいた。そのうち、AB 地区に暮らす孫は 2 人である。

2-2 高齢者の朝

ダルモさんの 1 日は、早朝の祈りから始まる。祈り終わると再び寝入ることもあれば、竈周りを掃除して湯を沸かすこともある。いずれにせよ、毎朝決まった時間に食事の準備を始めることはない。

ダルモさんの居住地は県道に続く地区の入り口から近い場所に位置している。6 時半を過ぎると、県道沿いの小売店へ野菜やたまごを買いに行く女性たちや通勤・通学する地区の住民がダルモさんの家屋の前を通過する。ダルモさんの家屋の西側にはモスクがあり、その先には小学校がある。多くの小学生たちは、このモスクの脇の私道を通って学校へ行く。中学生や高校生は県道からミニバスに乗る（図 4-5）。

この時間帯に、次男の子供である小学生と中学生になる孫は、必ずダルモさんの家屋へ入り、挨拶だけするとすぐに学校へと向かう（図 4-6）。小売店帰りの女性たちがダルモさんの家屋に寄って話し込んでいくこともある。通勤・通学とは逆方向に、地区の北側（B 地区）にある水田へ向かう数名の人びともまたダルモさんと挨拶を交わす。週に 2～3 回この地区を巡回するバイク移動販売の売り手がダルモさんに声をかける（図 4-7）。

通りすがりの住民には、ダルモさんの家屋の道に面した窓が開いていれば、ダルモさんが既に起床していることが直ぐにわかる。ダルモさんが家屋周りで掃除をしていれば、誰もが朝の挨拶をする。こうして、朝の通勤・通学の時間帯に孫や多くの住民は、ダルモさんの様子を知る。ダルモさんもまた、特に意識することもなく、いつも通りに家の前を通過する人びとを見送っている。このように、ダルモさんの家屋は地区の中でも比較的に人

びとの往来が多い場所に位置しており、毎日この光景が繰り返される。



図 4-5 県道を走るミニバス
村では唯一の公共交通機関である
14 時頃までに最終便は終了する



図 4-6 小学生
ダルモさんの家屋の前で待ち合わせをする
小学生。ダルモさんの孫（右）



図 4-7 バイク移動販売
肉、魚、野菜、調味料、菓子などを販売する

2-3 労働

通勤・通学する人びとの動きが静まると、ダルモさんは鶏舎の鍵を開けて敷地を鶏に開放する。鶏の給餌は常に自身の食事より先である。鶏の世話が終わるとヤギの世話に取りかかる。ヤギの餌となる草葉は、隣接する畑に集めに行く。ダルモさんにとって、家畜は、大きく育てて売ることが目的の貴重な収入源ともなり、同時に儀礼時の供犠としても欠かせない。

ダルモさんの職業は農民だが、既に主要な農作業からは離れ、水田の管理は次男に任せられている。ダルモさんが水田に出向いて農作業をすることはほとんどない。また、実父から相続した畑の手入れもほとんど人任せであり、ダルモさん自身は自家消費用のキャッサバを収穫する程度である。稀に他村の小作農を雇う場合があるが、現金による報酬を支払うことは困難なため、多くの場合、次男か隣人のハディカルト氏（農民、1950年生）に作物の収穫作業を依頼し、収穫物をダルモさんと分ける。ダルモさんによれば、ハディカルト氏は姻族である。

通常、それが相互扶助（*gotong royong*）で行われるかどうかにかかわらず、労働を依頼した側は食事を提供する機会が多い。したがって、ハディカルト氏はダルモさんの台所でダルモさんが作った料理を自由に食べる。さらに時々、ハディカルト氏は料理を持ち帰る。そこで、ハディカルト氏とダルモさんの関係性を「食（*makan*）」を通して見てみると、二人の間ではハディカルト氏の妻が1年前に亡くなる前から食のやり取りが行われていた。

ハディカルト氏の妻（元幼稚園教諭、1945年生）とダルモさんは親族¹³⁷である。ハディカルト氏の妻は55歳で定年退職した後、持病の糖尿病が悪化し、62歳の頃からほとんどベッドの上で過ごすようになった。そのため、一切の家事労働が出来なくなった。

ハディカルト夫妻には5人の男の子供がおり、長男はジャカルタへ、次男、三男、四男は他村へ移住している。当時独身の五男（1981年生）がハディカルト氏の世帯に同居しており、妻（母）のケアは主に夫であるハディカルト氏と五男が担っていた。ダルモさんがハディカルト氏に渡す料理は、ハディカルト氏と五男の食事だったのである。ハディカルト氏の妻の療養生活は、同居する家族を中心として、それを支える親族によっても担われていた。

このように、ハディカルト氏がダルモさんのそばに居ると同時に、病を患う妻をもつハ

¹³⁷ ハディカルトさんの妻は、ダルモさんの父方曾祖父の3番目の妻との間の孫娘である（図4-3を参照のこと）。

ディカルト氏のそばにはダルモさんが居た。

2-4 生活空間

日中のダルモさんの過ごし方は、おおよそ次の3つのパターンがある。1) 家屋の中で過ごす、2) 屋敷地内周辺で過ごす、3) 地区活動に参加する、のいずれかである(図4-8を参照のこと)。

家屋の中では、炊事や洗濯をするため台所にいる時間が長い。竈で湯を沸かしながら、沐浴場で汚れた服を洗う。また、掃除は箒で台所を中心に掃く。日中の祈りは南側の寝室で行い、同じ寝室で14時から16時頃まで2、3時間ほど昼寝をする。

屋敷地内周辺では、必要な時に家庭菜園で育てた野菜を収穫する。野菜を収穫しているダルモさんを見かけた幼稚園帰りの母親たちが通りすがりに挨拶をする。

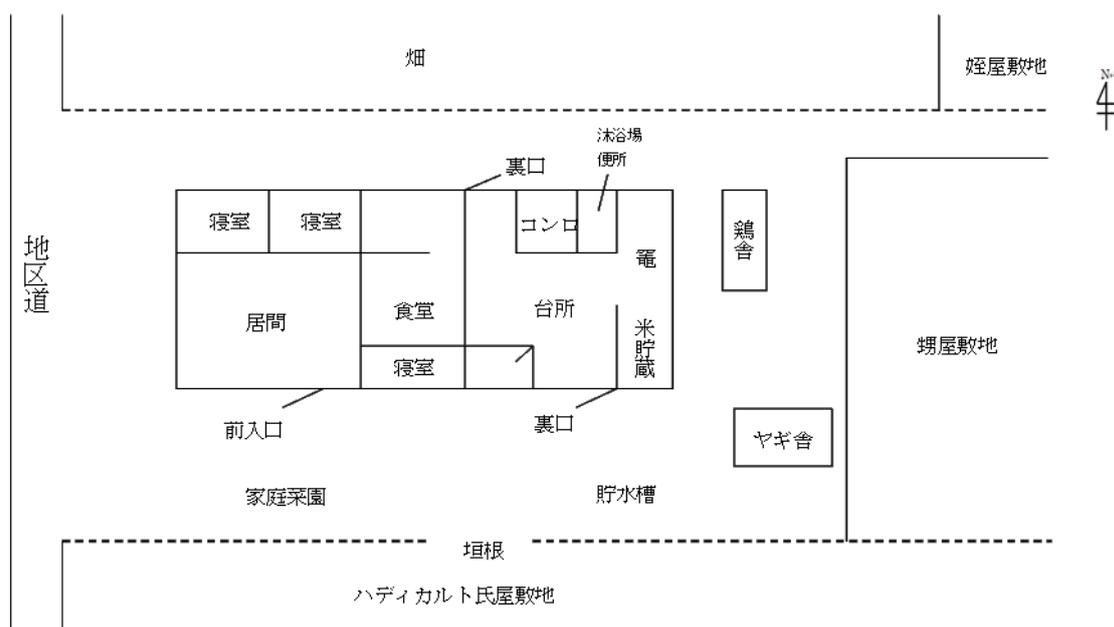


図4-8 ダルモさんの家屋

家屋か屋敷地内に居れば学校帰りの孫が必ず挨拶に来る。また、定期的ではないが次男の妻（1970年生）が料理を作って届けに来ることがある。しかし、次男の妻は膝の病いを患っており、ダルモさんの家屋までのわずかな距離をひとりで歩いて来るのが日に日に困難となっている。最近では次男のバイクによる送迎が必要であり訪問回数は以前よりも減少している。一方、次男の妻の元へは、同じ A 地区に暮らす彼女の実母が頻繁に訪問し、彼女のケアを行っている。他方、市内に移住し週末だけ帰村する次男夫婦の息子（長男）は、自身の老親の家屋ではなく妻の老親（彼にとり母方の祖父母）の家屋に寝泊まりする。彼によれば、祖父母の家は静かでテレビを観るのに適していると言う。

通常、ダルモさんの家族や親族は北側の裏口から家屋の中へ入ってくる。頻繁に裏口から自由に入出入りするのには、ダルモさんの家屋の北東側の敷地に暮らす、亡くなった夫の姪のイサさん（1958年生）である。イサさんの夫は他州に出稼ぎ中で、現在は実母（ダルモさんの夫の兄の配偶者）と市内の大学へ通う息子と暮らしている。イサさんの屋敷地内には、イサさんの兄世帯が暮らしている。

2013年の調査当時、イサさんは「ボケ (*pikun*)」の進んだ実母のケアをしていた。AB地区は坂が多く足場の悪い舗装されていない道が多いため、イサさんの実母が地区内を徘徊することはないのだが、家屋の中を徘徊し、箒を持ったまま倒れていることがある（実際には寝ていた）。それまで、イサさんの実母は日常的に庭や室内、戸口に続く居間を箒で掃いていたのだろう、イサさんは実母がいつ寝てもいいように居間にベッドを移動した。イサさんを訪問した時、筆者は戸口を開けて戸惑った。それまで居間には椅子やテレビが置かれていたが、戸口を開けるとすぐにベッドが置かれていたからである。

そうした中、実母が寝ているとわかれば、イサさんは毎日ダルモさんの家屋に入ってきては暫く話し込み、時には居間で昼寝をしていくことがある。母親のケアに疲れ、いつもダルモさんに愚痴を言いに来るのだが、そのことを知っているダルモさんは、イサさんが昼寝をしていても起こさない。また、ダルモさんの家屋の広い居間で、イサさんやハディカルト氏が伝統的なマッサージ師を呼んで施術を受けるのが恒例となっている。非常に明るく笑いが絶えないイサさんは、ダルモさんにとって良き話し相手である。

そして、イサさんがダルモさんの家屋に居ても、誰もイサさんの実母がひとりきりになっていることに緊迫感をもっていない。この緊迫感のなさは、親族間における日常的な家屋の開放性にあると思われる。ここでは、この開放性が親族間に限定されているという点に注意を促すに留め、詳しくは次章で考察する。

2-5 地区活動への参加

ダルモさんが AB 地区の人びととの交流を期待して毎回参加する地区活動は、ダサ・ウィスマ (*Dasa Wisma*) やイスラーム教勉強会、高齢者ポスヤンドゥ活動である。なお、高齢者ポスヤンドゥについては第 3 章で論じたため、ここでは繰り返さない。

ダサ・ウィスマは、近隣 10 世帯の女性たちから成る組織で、月に 1 回の集会は 10 世帯のいずれかの家屋が交代で使用される。

村および地区内における情報伝達が活動目的であり、集會に付随するアリサン (*arisan*: 頼母子講) では、積立金の他、米や砂糖、茶など生活必需品のやり取りが行われる。スハルト政権時代には行政の末端までの住民を統制する女性組織の活動として知られてきたが、統制機構的な要素が和らいだ現在でも、村の女性たちはアリサンを目的に活動に好んで参加する。お隣さん同士の「ご近所づきあい」である。この関係性は、次章で詳細に述べる通り、高齢者ケアを任せられる関係性に発展する。

イスラーム教勉強会は、毎週木曜日の夜に開催され、月に 1 回は地区のモスクにおいて、その他は地区住民が持ち回りで場所 (居間など) を提供する。数々の先行研究では、宗教活動が直接的にケアの関係性に及ぼす影響はない [Kaesberry 2002] とされてきた。筆者の調査においても、本調査地では宗教活動自体が高齢者のための場所を提供する様子は確認できなかった。ただし、人びとは近隣同士があらかじめ誘い合うでもなく、しかし暗い夜道を寄り添い合いながら勉強会が開催される場へ向かったり、また帰宅したりする。この無意識に寄り添い合う姿はそばに居る状態のひとつといえる。宗教を通してではなく、宗教に関わる集まりがあることが、村の人びとの関係性構築に重要な役割を果たしている。

これらの地区活動は、ダルモさんや人びとにとり偶発的な高齢者に関する情報交換の場となっている。

2-6 高齢者の静かな夜

地区活動のない夜間は外出する人びとは少なく、夜 8 時になれば、ほとんど人通りが無くなる。次男や嫁、孫 (次男の子供) がダルモさんの家屋を訪問することがあっても、ダルモさんの家屋に泊まることはない。ダルモさんの暮らす家屋は竹の壁と瓦屋根で作られた質素な家屋である (図 4-9)。一方、次男の家屋は壁にレンガを使用している (図 4-10)。次男の子供たちはダルモさんの質素な家屋に泊まりたがらない。そのため、ダルモさんの夜間の生活は、ほとんどテレビを観て過ごすことが多い。



図 4-9 ダルモさんの家屋
竹の壁と瓦屋根で作られている



図 4-10 ダルモさんの息子（次男）の家屋
レンガの壁と瓦屋根で作られている。建設途中なため扉はついていない

テレビは、カリマンタンへ移住した子供が断食明けの帰村時に家屋の中で過ごすことが多くなったダルモさんを気づかってプレゼントした。こうした贈り物はテレビの他に洗濯機、冷蔵庫、炊飯器、電動ミキサー、日本製のガスコンロなどである。現在、AB地区の住民のほとんどがテレビを所有しているが、冷蔵庫や洗濯機の所有者は少ない。

しかし、ダルモさんがこれらの現代的な製品を使いこなすことはない。それどころか、二つ以上の電化製品を同時に使用すると、家屋に設置している電流容量を超えてしまい、ブレーカーが落ちるので使用できない。その結果、使用するたびにコードをコンセントに挿す方法をとっている。

夜はテレビを観て過ごすので、冷蔵庫の電源は抜いている。にもかかわらず、ダルモさんは、その日に残った食べ物を冷蔵庫にしまう。すると、翌朝には皿一杯が蟻で真っ黒になる場合も稀ではない¹³⁸。そのような場合は鶏の餌にするのだが、多少の蟻であればダルモさんは、再び油で揚げておかずにする。人びとが、前日の料理を翌日揚げ直して食べるという習慣は、食べ物を無駄にしない、あるいは、加熱することで殺菌効果になると言った考えから成るものだが、冷蔵庫をプレゼントした子供側は冷蔵庫で保管することが食べ物を無駄にしないことだと考えている。

ダルモさんに必要なのは現代的な電化製品ではなく、調理用の油や調味料を買うための現金である。冷蔵庫の送り主である子供は電流容量をあげる工事費を払うことを提案したが、ダルモさんは「電気代が支払えない」と言って毎月5万ルピア（2013年調査時、約450円）を送金してもらえるように交渉した。理由はどうであれ、それ以降はカリマンタンに移住した子供らから毎月仕送りが届くようになる。

このように、ジャワの人びとはライフスタイルのある時期において、親が子供に扶養を求めて交渉する場合がある。ジャワでは、話し合いを重ねることを指してムシャワラ（*musyawarah*）と呼んでおり、人びとにはムシャワラはジャワ人が調和を保つ一つの手段であると考えられている。多くの場合、扶養の交渉は、「親が子供を育てたのだから、子供が親の老後の面倒を見るのは当然である」という文脈の中で行われる。つまり、扶養するあるいは扶養されると言うのは、非常に構築的なのである。

この文脈に沿えば、ダルモさんが子供に、私はカリマンタンの土地を借りる頭金を提供

¹³⁸ 冷蔵庫が壊れているのではなくて、扉のゴムパッキンが劣化し隙間がある。筆者が知る限り、冷蔵庫を所有している世帯では、電源を入れずに冷蔵庫を食器棚代わりに使用している世帯が少なくない。大切なものを隠す場所としても使用される。

したのだから、と述べてもよさそうだが、電気代として仕送りを要請したのであれば、それは現代的な交渉であると言えるだろう。それまで、送金や贈り物が不定期だったことからすれば、5万ルピアという金額が妥当かどうかではなく、まずは毎月の定期的な仕送りに関する交渉が成立したことになる。このことは、必ずしも同居に固執しないジャワの家族において、恒久的に移住している子供が老親を同居によって扶養することを先延ばしにする一つの方法でもある。それは子供が成功しているからこそできる方法でもあり、ほとんどAB地区で同居する可能性がないことへの埋め合わせでもあろう。

2-7 成功した子供たちおよび三女の帰村

カリマンタンへ移住した子供たちは、小学校の教員や中学校の事務員などの公務員となった。ダルモさんは、数カ月間カリマンタンの子供たちの世帯で暮らすことがある。2013年には8カ月間、カリマンタンの4人の子供世帯を転々とする生活をした。ダルモさんは、カリマンタンの都会の生活と孫たちに囲まれる暮らしが好きだと述べていた。高齢期の二つの理想像は、カリマンタンで暮らせば実現できた。しかし、それは一時的なものであって、子供や孫に囲まれてはいるものの雑多な都会暮らしに疲れた頃にAB地区へ戻ってくる。ダルモさんに限らず、子供が成功しているAB地区の高齢者の間では、高齢者側から子供の世帯に加わったり離れたりする柔軟性と融通性がみてとれる。

しかし、移住した子供たちの全てが成功するとは限らない。都市部の仕事を求めて移住したものの、非熟練労働に就いている場合、物価の高い都市部の生活で、手狭な貸アパートに暮らし親を呼び寄せることが出来ない。すなわち、高齢者が移住先の子供世帯へ加わる暮らしが可能となるのは子供が成功している表れであり、ゆえに、高齢者の子供世帯への一時的な移動は、豊かさの誇示であって人びとに対して顕示的である。

一方、子供が親の世帯に戻ってくることもあり得る。ダルモさんの三女であるサルティナさん(1963年生)は、10代後半から移住労働¹³⁹を繰り返し、50歳の時に10歳年上のカリマンタン人男性(企業勤務)と結婚、カリマンタンで暮らしていた。夫には離婚した前妻との間に成人した4人の男の子供がいた。サルティナさんと4人の子供は喧嘩が絶えず、サルティナさんは毎日大声で怒鳴り合う生活に嫌気がさし、離婚を視野に入れて筆者が調査を実施していた2014年頃からA地区に戻ってくるようになった。

¹³⁹ 10代後半はジャカルタの縫製工場で、30代はマレーシアで家事労働者として、マレーシアから戻ってからはジャカルタおよびジョグジャカルタで家事労働者として働いた。

インドネシアには離婚や再婚に対する負のイメージがないことは本論文の冒頭で述べた。AB 地区では、離婚した娘とその子供が親の世帯に一時的に同居していることはそれほど稀ではない。多くの場合、経済的には親が出戻った子供を一時的に扶養し、孫の生活まで見なければならぬ。そのかわり、子供は農業労働を手伝いながら親をケアする。

しかし、サルティナさんの場合は、彼女が高齢になってからの単身の帰村であり、帰村中には家事労働者としての仕事を得ながら、ダルモさんの経済的側面をわずかながら補完した¹⁴⁰。また、都市部に移住しているダルモさんの孫たちが、サルティナさんの帰村を知り、休日を利用してダルモさんの家屋に泊まりに来る。娘の帰村により、ダルモさんの独居生活は、一時的ではあるにせよ子供や孫に囲まれた賑やかな生活となる。例え成功していない子供の帰村であっても、老親に扶養される目的でなければ、独居生活に寄り添う親孝行な子供として地区の人びとから受け入れられる。

以上見てきたように、本節では独居高齢女性ダルモさんの日常生活世界を描写してきた。以下で整理する。

ダルモさんの家屋は県道に近く、小学校や幼稚園、モスクといった村の住民の日常生活における動線上に位置している。1 日を通して、ダルモさんが他者の目に付く機会が多い。ダルモさんとハディカルト氏の関係性は、隣人であり農作業を介した関係性であると同時にハディカルト氏の妻の病いをめぐり共食の関係性 (relatedness) でもあった。

一方、隣人である姪のイサさんとは、イサさんの実母の「ボケ」をめぐりダルモさんが良き相談相手となっていた。実母のそばに娘 (イサさん) が居て、イサさんのそばにダルモさんやハディカルト氏が居た。そして、ダルモさんの次男の嫁には嫁の実母が、嫁の老親には次男の息子 (長男) が、ダルモさんには次男の子供 (長女、次男)、出戻っていた実子の娘がそばに居た。カリマンタンへ移住した子供たちはダルモさんの見事な交渉の末、遠くからダルモさんを経済的に支援し、時にはカリマンタンに呼び寄せる。

ダルモさんは多くの子供が移住し村では独居であるが、村の人びとと互恵的な関係性を築いており、人びとから見てダルモさんの独居が取り立てて問題視されることはない。そばに居ることのできる人は多く、高齢期の二つの理想像に近いと考えられる。

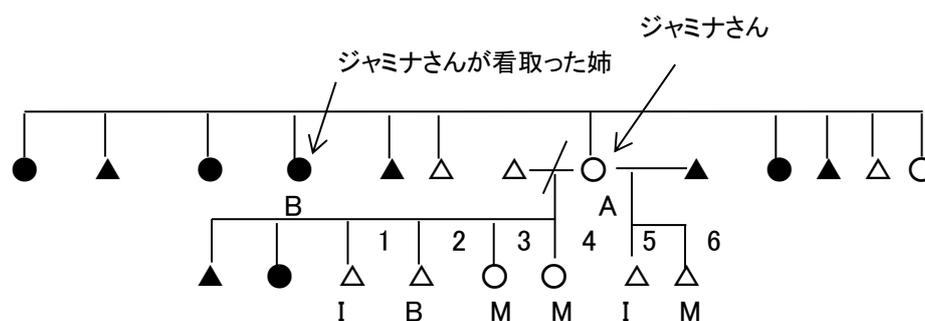
¹⁴⁰ サルティナさんは、帰村中にインフォーマルな服の行商を行ったり、家事労働者の仕事に就くなどして、わずかな生活費を稼いでいる。

第3節 女性独居高齢者のもう一つの日常世界

本節では、A 地区で暮らす独居高齢女性ジャミナさん¹⁴¹の暮らしを概観する。ジャミナさんは、夫が死亡した 1997 年以降、2014 年の調査当時まで 17 年間独居生活をおくっている。年金は得ていない。筆者の調査当時は、ジャミナさんの所有する農地を息子が使用し、また他村の小作農を雇用してその収穫物から成る収入で生計を立てていた。

彼女の 6 人の子供のうち、息子が B 地区に居住している。他の全ての子供は移住し、少なくとも一人の子供が成功している。ジャミナさんの事例は、そばに居ることができる人が比較的少ない高齢者の事例である。

3-1 家族の概要



△男性、▲男性故人、○女性、●女性故人

(数字は子供の年齢の高い順である)

(居住地) A : A 地区、B : B 地区、I : イリアンジャヤ (ニューギニア島イリアンジャヤ州)、

M : メダン (スマトラ島北スマトラ州)

図 4-11 ジャミナさんの家系図

¹⁴¹ 筆者が調査を実施するにあたり、居候させてもらった場所の一つがジャミナさんの家屋である。

ジャミナさん（1936年生、女性、寡婦、イスラーム教徒、農民）はB地区の出身で、11人キョウダイ（男5人、女6人）の7番目（4女）である。生存しているキョウダイは、兄（他県在住）、ジャミナさん、弟（他県在住）、妹（他州在住）の4人である（図4-10）。

ジョグジャカルタ市内で暮らしていたジャミナさんの姉（三女）は、親の土地と家屋を相続して以降、B地区へ定住するようになった。姉の子供たちは全て州外へ移住しており、姉はB地区で15年間独居生活をおくった。姉は79歳の時、転倒により腰の骨を折り寝たきりとなってしまった。当時70歳前後になっていたジャミナさんは、A地区の自身の家屋に姉を引き取り6年間ケアを行った後、最終的に姉を看取った。これは、ジャミナさんによって、姉妹が緊密な関係性を築いていた話として語られる。

ジャミナさんには婚姻歴がある。1度目の夫は他村出身の男性で、二人の間には6人の子供（男性、女性、男性、男性、女性、女性）がおり、現在生存している子供は4人である。2度目の夫はA地区出身の農民男性で、二人の間には2人の子供（男性、男性）がいる。ジャミナさんは前夫との間に生まれた4人の子供を連れて再婚したため、ジャミナさんが養育した子供は合わせて6人となる。

図4-11で示す子供のうち、息子1は、ニューギニア島イリアンジャヤ州（当時の呼称。その後パプア州に改称され、さらに西部が分かれて西パプア州となった。本稿では以下、イリアンジャヤと呼ぶ）に生活基盤を置く退役軍人である。息子5は、兄を頼りにイリアンジャヤへ移住し、軍人となった。息子2は、B地区の女性と結婚しB地区に独立した世帯を設け、実父および上で述べたジャミナさんの姉からジャミナさんが相続したB地区の土地で農業を営んでいる。娘3は、結婚後スマトラ島北スマトラ州メダン（以下、メダン）で暮らしており、農業で生計を立てている。娘4は、姉を頼りにメダンへ移住し、郡役場勤務の公務員となった。息子6も、姉たちを頼りメダンへ移住し、農業で生計を立てている。

以上を整理すると、6人の子供のうち、子供1、4、5が公務員、子供2、3、6が農民であり、5人の子供がジャワ島外へ移住し、1人の息子（夫妻）が隣接するB地区に居住となる。ジャミナさんは、一人の子供を除く全ての子供が移住し、そのうち少なくとも一人以上の子供が成功している点で、2節で見たダルモさんの状況と類似する。

3-2 自慢の子供

筆者がジャミナさんにひとりで寂しくないですかと尋ねると、「友達がいるから寂しくない

んでありませんよ」と述べる。そして、そばにはジャミナさんに大変馴れた子猫がぴったりと寄り添っている(図 4-12)。「子供たちは移住することを望んだのです、(それによって)独居を強いられているわけではありません (*tidak terpaksa*)」。ジャミナさんは移住先で共に暮らしたいという子供たちの申し出を断り、あえて村で独居している。さらに、次のように付け加えた。「不自由していませんから、自立してられるように、健康には気をつけています (*kecukupan, biar mandiri, jaga kesehatan sendiri*)」。

ジャミナさんは、ダルモさんと同様に、竹の壁と瓦屋根で作られた質素な家屋で暮らしている。家屋の中に立派な家具やソファは一つもないが、広い居間にはテレビが置かれ壁には軍服を着た子供たちの写真が飾られている。いつ子供たちが戻ってきてもいいように、間仕切りされた 2 つの小部屋に布団と毛布が積み重ねられている。しかし、子供たちが帰村するのは、断食明けの長期休暇に 1 度あるかないかである。布団に埃が溜まっている様子からは、もう暫く戻ってきていないことが見てとれる。

ジャミナさんの 1 日の活動は、ダルモさんの生活とほとんど変わらない。朝 4 時頃には起床し、まず祈りを捧げる。庭の掃除や家庭菜園の手入れをした後に食事の支度が始まり、昼食後は昼寝をする。夜は地区活動がない限り、ほとんど家の中で過ごす。所有する農地は小作農に任せているため、ジャミナさんが水田で農作業に従事することはない。家畜の餌になる草葉を集めに行く程度である。

移住した子供たちからの定期的な仕送りはない。ただし、子供たちは断食明けの長期休暇の帰省時にのみ金銭による生活費の支援をし、金銭以外ではテレビや携帯電話をプレゼントする。また、家屋の中に貯水槽(図 4-13)を設置するといった生活空間の改築を行っている。さらに子供たちは、一人で暮らす母親がぬかるんだ地面で足を滑らせて転ばないようにと、これまで土が剥き出しだった庭をアスファルトで補修した。補修は子供たちが車で帰村した時の駐車場の整備を兼ねていた。

庭がアスファルト敷きになったことについて、ジャミナさんがとりたてて喜ぶ様子はない。この補修に対するジャミナさんの説明は、「子供が断食明けに帰ってきた時は、アフマドさんの敷地に子供の車を駐車させてもらったのですよ。子供は車が汚れるのでここに駐車するのを嫌がります。盗まれますしね」というものである。アフマドさんとは、公務員定年退職者である A 地区のエリートであり、広い土地を所有している。アフマドさんの敷地にはシャッター付の車庫がある。地区の人びとは、それを指して「車の家(*rumah mobil*)」

と呼んでいる。南家は、農村部では成功の証しが誰の目にも見える¹⁴²ことが重要であると指摘する[南家 2013: 162, 184]。高級車で帰村する子供たちはAB地区では非常に目立つ。そして、ジャミナさんにとって子供の成功は自慢である。

老親のケアというのは、老親のウェルビーイングだけではなく、周囲の評価も含めた子供自身の満足度とも深くかかわっている。日頃そばに居ることができない子供たちにとり、親孝行な子供として周囲に認められることが重要である。換言すれば、そばに居ることができないからこそ、帰村するたびに人びとの目に見えるような修繕がなされるのである。

AB地区では成功した子供が費用を負担することで、農民の収入だけでは叶わないような家屋の修繕や増築さらには盛大な葬祭儀礼を執り行うなどが可能となっている。子供の成功は親孝行の度合というかたちで社会に顕在化し始めている。



図 4-12 ジャミナさんと暮らす猫

寒い朝に竈のまわりで温まる猫



図 4-13 貯水槽

ジャミナさんの家屋内に子供が設置した

¹⁴² 南家は、東ジャワ農村社会の調査から、海外出稼ぎ者が帰還後に家屋の外壁を浴室タイルで飾る消費様式を指して顕示的消費行動と呼んだ。農村社会の支配者層とは常に権威づけの点で劣ってきた貧しい人びとは、生活の基盤となる田畑の購入や事業資金へカネを充てるよりも価値あるモノに変えて見せびらかすという [南家 2013]。

ジャミナさんはそばに居ることができる人が比較的少ない高齢者といえる。ジャミナさんは「友達がいる」と述べていたが、筆者が下宿中にジャミナさんの家屋を訪れてくる人はほとんどいなかった。彼女が人びとと良好な関係性を築いてこなかったかどうかは筆者にはわからないが、成功した子供の帰村や庭の補修などが人びとの目に見えることで、人びとの判断は「ジャミナさんには軍人になった子供が居るから大丈夫だ」というものだった。それに対して、ジャミナさんはいつも「独り暮らしだから」と述べていたので、そばに居ることができる人が少ないということに自覚的であった様に思われる。

そのため、彼女は 4 つの地区活動へ欠かさず参加する。ジャミナさんがこの地区活動を通して築く関係性は、そばに居てもらえる人の拡大を図るために重要である。ジャミナさんが参加する地区活動は、ダサ・ウスマ、イスラーム教勉強会、高齢者ポスヤンドゥ活動、IDT と呼ばれる村役場による農村開発の一環としての支援活動などである。ジャミナさんはこの活動で信用組合を通して支援金から借入れを行っている。子供からの定期的な仕送りが無いジャミナさんにとり、支援金の借入れは重要なセーフティーネットとなっている。

ジャミナさんの親族は、多くが B 地区に家屋を構えているため、日常的にジャミナさんの家屋へ立ち寄りすることは無い。また、B 地区で農業を営む息子が定期的にジャミナさんの様子を見に来ることもない。ジャミナさんは毎日独りで過ごす時間が多い。移住した子供は成功したかもしれないが、ジャミナさん自身がいうようにジャミナさんは「不自由していない」のであろうか。

以下は、ジャミナさんが膝を痛めて 2 カ月ほど療養を余儀なくされた時のことである。ジャミナさんは家屋の中で転倒してしまい、地区長にバイク送迎を依頼して地域保健センター (*pusat kesehatan masyarakat*: PUSKESMAS) で診察を受けた。地域保健センターはこの地域からはバイクで約 20 分の場所にある一次医療施設である。その後、知らせを受けた B 地区で暮らす息子夫婦は毎晩ジャミナさんのそばに付き添った。また、嫁(息子の妻)が朝まで泊まっていく日が続いた。

そして、たびたびジャミナさんの様子を見に行っていたダサ・ウスマのメンバーである女性は、地区活動に参加するたびにジャミナさんの状態を人びとに語った。ジャミナさんが怪我をしたという話は直ぐに村中に広まった。しかし、村の人びとは独居高齢者の怪我を大きな問題として取り上げなかった。それは、息子夫婦が老親のそばに居る姿勢が人びとの目に見えたからであろう。

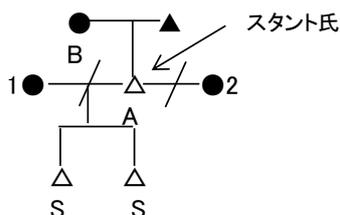
このように、病いを患う高齢者のケアはそばに居ることができる近親者、この場合、息子と嫁が担うことが人びとの間では当然のことと受け止められていた。ジャミナさんの独居が可能となっているのは、緊急時にそばに居ることができる子供が存在することを村の人びとが知っているからである。

多くの農民が朝水田に行ったきり夕方まで戻らず、居住地に残っているのが農作業を引退した高齢者か育児中の女性といった状況である。このような地域では、物理的にそばに居ることができる人が限定される。そうであっても、ジャミナさんが地区活動で関係性を築くことの重要性は、以下で概観する独居高齢男性との比較で明らかになる。

第4節 年金生活をおくる独居高齢男性

本章の最後では、本調査地の年金を受けている定年退職者 15 人中の 1 人であるスタント氏の老後の暮らしに注目する。スタント氏は、B 地区出身で軍人になりジャカルタへ移住したが、後に帰村した「晩年 U ターン者」である。本調査地には晩年 U ターン者が数名おり、それらは公務員定年退職者とその妻である。彼らは、理想的な高齢期をおくることを希望して出身村へ U ターンする。しかし、彼らの全てが理想的な高齢期をおくっているとは限らない。本事例を通して高齢寡夫の独居について考えたい。

4-1 家族の概要



△男性、▲男性故人、○女性、●女性故人

A : A 地区在住、B : B 地区在住

S : ソロ（中部ジャワ州スラカルタ）在住

数字は婚姻の順番を指す

図 4-14 スタント氏の家系図

スタント氏（1925年生、男性、イスラーム教徒、退役軍人）は、2度の婚姻歴がある。1度目の妻はA地区出身の女性で、二人の間には2人の子供（男性2人）がいる。2度目の妻は、他村出身の女性で二人の間に子供はいない（図4-14）。スタント氏はB地区出身であるが、帰村後は1度目の妻の出身地区であるA地区に居住している。親族の多くはA地区またはB地区に暮らしていたが、移住または死亡によりUターン前と比較すると親族数は減少している。スタント氏は退役軍人であり社会的な地位は高いが、村を離れていた者であり、村における身分は村落活動などにおける重要な役割を持つエリートとは区別される。

帰村後、2人の子供はソロ（中部ジャワ州スラカルタ）の大学へ進学して公務員となり、やがてソロの女性と結婚しソロに生活の基盤を築いた。スタント氏の居間の壁には息子家族の写真が飾られており、子供の成功が一目でわかる。

年金生活をおくるスタント氏夫婦は、それぞれの親から相続した農地をスタント氏のイトコとその息子（従甥）に任せ、自身は家屋に隣接する畑で家庭菜園に勤しんだ。しかし、子供たちがソロに生活基盤を築いてから数年後、スタント氏が60代前半の頃、一度目の妻が病いを患い亡くなった。妻の死によりスタント氏は独居となった。

父親の独居を心配した2人の息子たちは、再三父親に再婚を勧めた。その結果、スタント氏は20歳年下の他村出身女性と再婚した。ところが、筆者が調査中の2013年、スタント氏が88歳の時に68歳になった二度目の妻が脳梗塞で亡くなり、スタント氏は再び独居となった。

調査地近隣の高齢者にとり子供の成功と移住は切り離せるものではない。にもかかわらず、スタント氏のように子供の移住が想定されるこの村で老後の生活を選択した晩年Uターン者に対する人びとの眼差しは、次のようにダルモさんやジャミナさんへ対するものとは異なっていた。村の人びとは、「彼は自立しているから大丈夫だ」と述べ、スタント氏の独居自体を問題視しなかった。

そして、子供が老親扶養の義務を問われる時がきた。村の人びとから見て、いったい一度目の独居と二度目の独居の何が異なるのだろうか。

4-2 独居の限界

スタント氏によると、移住先の子供たちは幾度となく「お父さん、ソロで一緒に暮らしましょう」と言った。にもかかわらず、スタント氏はその都度、土地と家屋を守る人がいなくなるというのは子供たちの申し出を断った。

スタント氏は、従来通り家庭菜園や庭の掃除をし、食事は道路を挟んだ差し向かいにあるワルン（軽食を提供する店）で毎日鶏肉スープ（*soto ayam*）を食べた。報酬が伴うか否かにかかわらず、服の洗濯を引き受けてくれる近所の女性がいる。また、近隣者が他地区の呪医のところへ行こうとしているスタント氏を見かければ、バイクで送迎することがあった（図 4-15）。

一方、スタント氏は妻が亡くなる前から地区活動（イスラーム勉強会、高齢者ポスヤンドゥなど）に参加することはほとんどなかったため、妻の死亡後は地区内において孤立していた。次第に彼の姿を目にするのは近隣者のみとなった。そのため、イスラーム教勉強会の席ではいつもスタント氏のことが話題にあがった。この頃スタント氏は心臓病を患い、いつも苦しそうに咳き込んでいた。村の人びとにとり病気がちな高齢者がひとりで暮らしていることは気がかりである。



図 4-15 送迎

他地域まで歩いて行こうとするスタント氏（右）を見かけた近隣女性が（左）バイクで送迎すると申し出る



図 4-16 見舞い

他地域まで歩いて行こうとするスタント氏（右）を見かけた近隣女性が（左）バイクで送迎すると申し出る

スタント氏の具合が悪いという噂は、その日のうちに広まった。偶然、葬祭儀礼に参加するために移住先から帰省していたスタント氏の親族である 2 人の男性が噂を聞きつけ、煙草や食糧などの手土産を持参してスタント氏を見舞った（図 4-16）。

次章で詳細を述べるように、相手を見舞うことはムネンゴック (*menengok*) と呼ばれ、ジャワでは友誼を深める行為 (*silaturahmi*) のひとつとされている。見舞いを受けたスタント氏は、しきりと体調の悪さを訴えた。それに対して、スタント氏を見舞った 2 人の男性は、「(神を信じて) しっかりするんですよ (*ikhlas pak*)¹⁴³」と励ました。

このように、高齢者が家屋の中に籠りがちになったとしても、近隣者や親族間にみられる相互扶助の関係性は消滅していない。ところが、ある出来事を契機に、人びとはスタント氏を避けるようになった。

いつものように、近隣女性がスタント氏を気遣い家屋へ出向いて雑談をしていた時のことである。彼女によれば、突然スタント氏に「今ここにあった財布がない、あなたが盗んだのだろう」と疑いをかけられたという。女性は、「最初から財布などなかった」という。これまで、スタント氏と住民の間で同様の出来事が数回起こっていた。人びとはスタント氏が「ボケ (*pikun*)」てしまったと噂した。

地区有力者は、移住先の息子たちに事態を知らせた。村の住民はスタント氏がひとりであるのは限界であるという判断を下したのである。そして、スタント氏はソロの息子世帯に呼び寄せられ、1 年後に死亡した。その後、スタント氏の遺体は直ちにソロから A 地区へ運ばれ、A 地区に暮らすイトコの家屋で死者儀礼を執り行った後に、B 地区の墓地に埋葬された。

スタント氏の初めの独居では、子供たちが父親に再婚を勧めることで、老親扶養を先延ばしにした。ホワイトによれば、40 歳以上で離婚した女性が再婚の必要性を感じないことと比較して、男性は比較的短期間で再婚するという。また、男性が裕福であれば、貧しい階層からより若い女性を選べるという [White 1976:320]。再婚したスタント氏は、条件の備わった自立した高齢男性であったということであろう。

2 度目の独居では、スタント氏は既に 88 歳になっており、健康状態も優れなかった。インドネシアにはスタント氏のような高齢者を受け入れる高齢者福祉施設は少ない。また、近年見受けられるようになった高齢者が寄宿するポンドック (イスラーム教寄宿塾) もまた、その取り組みが限られている上に、本調査地のアバンガン (第 1 章を参照のこと) と

¹⁴³ *ikhlas* とは、アラビア語に由来し、神に対する誠心誠意の信仰を指す。

言われる人びとが、ポンドックに身を寄せるという選択肢を口にするのは今のところない。にもかかわらず、成功した子供たちが老親のケアを目的に帰村することはない。すなわち、子供に帰村の意思がないことを知っていたスタント氏は、最後まで自立しなければいけなかった、あるいは、しようとしていたのではないか。

マレー農村において、ポンドックに身を寄せる高齢者らの生活様態¹⁴⁴を紹介した坪内、前田によると、1990年代後半の貧困層の事例に限られてはいるが興味深いことに、頼まれると断れない受け入れ態勢がある社会において、依存と独立を志向することの均衡が重要視され、ゆえに、高齢者自身が身の処遇を決定する姿こそが家族圏における相互扶助に値するという [坪内・前田 1977:199]。

そうであれば、家族圏において極端な依存は好まれないといえる。この村の高齢者にとってのウェルビーイングとは、家族圏における相互扶助の中に加わっていることである。

第5節 小括

本章では、高齢期の二つ理想像に対する実際の高齢者の日常生活に注目した。本章では健康状態の異なる4名の高齢者を事例にあげ、そばに居ることができる人が多いか否かは健康状態のみでは判断できないことを示してきた。ここまで述べてきたことを以下に整理する。

現在のAB地区において、高齢期に理想的とされる家族の繁栄と経済的安定を実現できるのはエリート層に限られていた。ヨギ氏の事例で見たように、4人の子供と孫が同居あるいは屋敷地内居住、隣接・近接居住であり、なおかつ、農業労働以外の安定した現金収入を得られる職に就くには親の権威や財力に頼るところが大きい。

次に、一人の子供がAB地区で暮らし、移住した子供の少なくとも一人以上が成功している独居高齢者ダルモさんの場合は、子供の居住場所や成功にかかわらず、家族圏における重層的な関係性において、そばに居ることができる多くの人と高齢期の理想像に近い生活をしてきた。

一方、ジャミナさんは地区活動を通して村の人びとと関係性を築いてきた。しかし、ケアが必要となった時、そばに居たのは近接居住する息子夫婦であった。村の人びとは病い

¹⁴⁴ 坪内・前田によれば、裕福であれば家族圏における相互扶助的關係性は拡大するが、家族や親族の全ての者が貧困な場合はポンドックに身を寄せることが相互扶助にあたる。また、貧困者とかぎらず、子供による扶養の申し出を断り、神とのつながりを求めて身を寄せる老人もいる [坪内・前田 1997]。

を患う高齢者のケアは子供が担うものだとなししている。そして、それが可能であるからこそ、この村における高齢者の独居は問題視されない。

独居が問題視されたのは、社会的地位が高い晩年 U ターン者であるスタント氏である。スタント氏にとり老後の保障は妻を持つことであった。ところが、妻が先に亡くなった。そうであっても、スタント氏は懸命に子供世帯には依存しない姿勢をとっていた。それを支えて来たのは村の人びとである。

人びとがいうようにスタント氏が「ボケ」てしまい、また、人びとが老親のケアは家族、とりわけ子供が担うことが好ましいとみなしていたのであれば、子供がそばに居ることができない高齢者の独居はこの村では難しいのであろうか。そうではなくて、スタント氏の事例は、子供がケアするのが好ましいという規範を前景化した、独居高齢者をめぐりそこに住む村の人びとおよび子供たちの交渉と見る事が可能である。

先行研究は、ジャワでは子供が居ない高齢者の脆弱性が必然ではないとする [Schröder-Butterfill 2004; Marianti 2004]。筆者は付言して、そばに居ることができる人が居ない高齢者の脆弱性が高いと考える。村の人びとが高齢者の独居が限界であるという判断を下す様子は現実的な解決方法ではないか。

本章で示した事例から、ダルモさんおよびジャミナさん、スタント氏は子供 (*anak*) がそばに居てくれることのできる近親者であると人びとからみなされているといえる。しかし、実際に近親者といえるのは、ダルモさんでは日常的に頻繁に行き来のあるハディカルト氏やイサさん (*saudara*) であり、ジャミナさんでは朝まで泊まっていく息子の嫁 (*menantu*)、スタント氏では独居が可能か否かの判断を下す村の人びと (*warga desa*) が、正しく近親者であったように思われる。

以上のことから、本調査地で高齢者の独居が可能となる仕組みは、日常的な相互扶助のあり方に影響を受けると考えられる。独居の限界を判断する人がそばに居ることが重要ではないか。今のところジャワにおいて「孤独死」は聞かれない。

第5章 病いを患う老親のそばに居るとのこと

ジャワでは、一般に年長の子供から順番に結婚するのが良いとされ、男女を区別することなく最後に残った子供がいずれ加齢と共に農業労働を引退した老親を扶養する、と村の人びとには考えられている。最後に残る子供は末子である傾向が高い。

それでは、こうした緩やかなライフスタイルの転換においてなされる扶養ではなく、老親が病いを患った途端に、一切の世話を引き受けることになった子供は、いったいどのような状況に直面するのだろうか。本章では、老親をケアするとはどのようなことか、病いを患う老親のそばに居る家族を理解することを試みたい。

本章では、病いの症状が重篤な高齢女性とその家族の事例（第3節）を中心的に扱うが、まずはじめに、第1節で村では病いを患う人をどのように受け入れているのかを理解するために重要な事例となる見舞いの慣行を提示する。ここでは、病者が療養している居住空間に焦点があてられる。続く第2節では、本調査地における高齢者の療養生活がどのようなものなのかを把握するために、現代ジャワにおける療養生活に必要なモノやサービスを概観する。それによって、第3節で提示する事例が本調査地では一般的な療養生活であることが示される。

第3節では、本論文の議論の軸となる調査地では多くを占める貧困な農民家族である高齢女性ウトモさん（寡婦）と8人の子供たち¹⁴⁵を事例に取り上げる。ウトモさんは病院（*rumah sakit*）の医師から脳梗塞（*stroke*）¹⁴⁶と診断され、右半身不随の後遺症を残して寝たきりとなった。カテーテル（経管栄養および排尿）を装着したまま病院から退院し末子の家屋で療養することとなった。子供たちは研修を受けた「介護者（プラムルクティ：*pramurukti*）¹⁴⁷」や家事労働者を雇用し老親のケアを任せた。

¹⁴⁵ 本論が取り上げる高齢者と言われる人びとは、インドネシア政府が1980年前後に開した人口抑制政策の対象とはなっていないため、相対的に子供の数が多い。例えば、ウトモさん（1928年生）は、人口抑制政策が普及しはじめた1980年には52歳である。

¹⁴⁶ インドネシア語の *stroke* という語彙は外来語であり、脳の疾患名を総称する。実際に医師は脳梗塞（*stroke infark*）や脳出血（*stroke perdarahan*）を区別して患者に説明するが、本論文では脳梗塞と記述する。

¹⁴⁷ 近代西洋医学に基づく高齢者看護に関する教育（約4カ月から6カ月）を受け、市または州から認定証を得た病人看護・介護を行う人びとである。全インドネシアで呼称が統一されていない。ジョグジャカルタ近隣ではプラムルクティ（*pramurukti*）と呼ばれている。詳細は、合地 [2015a] を参照のこと。

8人の子供たちのうち5人が州外およびジャワ島外へ移住している。移住した子供たちは、療養生活に必要なと思われることを、経済的側面から援助した。子供にとり、療養生活に関わる費用の援助は親孝行とリンクする。本事例では、老親の療養生活をめぐって「子供たちの成功」¹⁴⁸が介護の担い手を決定する上で重要性をおびている。その半年後、ウトモさんのケアは六男夫婦のみによって行われるようになった。最終的に六男は、最期までウトモさんのそばに付き添い、看取り、その後死後千日目の葬祭儀礼を済ませた。

本章では、見舞いから看取りまでの期間、さらには葬祭儀礼が終了した後の村の暮らし（第4節）を一部に交えながら、老親のケアをめぐり誰が近親者とみなされたのか、実際にそばに居ることができた人は誰なのか、現代ジャワの家族にみるやりとりの一部始終を描写する。その上で、先行研究で指摘されてきたケア役割を担うとされる血縁女性 [Schröder-Butterfill & Fithry 2014: 379] に対する人びとの反応および実際の血縁女性の老親の病いへの関わり方、村の人びとの動態と家屋の開放性に関して考察する。最後に、第5節で結論を述べる。

第1節 見舞い (menengok) の慣行

村に重度の病者が出ると、人びとは社会的な慣行として病者を見舞う。インドネシアでは、相手を見舞う場合のパターンとそれぞれの作法がある。調査地の人びとは、見舞いをいずれもムネンゴツ (menengok) と呼ぶが、本論文では大別して、1) 病者を勇気づけることを目的とした見舞い、および、2) 友誼を深めることを目的とした訪問、に区別する。

ジャワの儀礼に見られる相互扶助に関して論じた塩谷は、人びとにとって見舞いは儀礼への参加と同じくらい重要な助け合いの一つであり、みなで寄り集まることを好むジャワ人がひとり寂しく居る状態を避ける方法であると指摘している [塩谷 2010:135-136]。

以下では、見舞いの作法を説明した後に、具体的な事例を取り上げながら、見舞いを通して、人びとが病いを患う高齢者のそばに居る状況を提示する。

1-1 見舞いの常套句

人びとによれば、高齢者が近代西洋医学に基づく治療を施す病院 (*rumah sakit*) へ入院

¹⁴⁸ 子供の成功とは、調査地では多くを占める貧困な農民の子供が、農業労働以外の職に就き毎月固定給を得て生計を立てられるようになった場合、とりわけ、社会階層の高い公務員や軍人となった場合を指して、子供の成功と呼ぶ（第4章を参照のこと）。

する事態は近年明らかに増加している。病者を勇気づけることを目的とした見舞いには、1) 病院へ入院している病者を見舞う場合、2) 退院後の家庭へ見舞いに行く場合がある。

筆者はそれまで幾度となく高齢者の見舞いに行く機会があった。しかし、病者にどのような言葉をかければよいのか戸惑うことが少なくなかった。そこで、筆者は村の人びとに見舞いではどのような言葉をかければよいのかを尋ねた。以下に示す会話は、筆者が村の人びとに教えられたインドネシア語による見舞いの常套句である。村の男性は、ムネンゴツとは、「神への一途な信仰をもって、病いを患っている人に心を込めて同情の気持ちを伝えるのだ (*Keiklasan, rasa simpati menengok orang sakit*)」と述べた上で、病者にかける言葉を披露した¹⁴⁹。

Bagaimana keadaannya simbah? Penyakit apa?

(シムバツ、お加減はいかがですか？どのようなご病気なのですか？)

(シムバツ、は祖父母世代にあたる高齢者に対する呼称)

Sabar simbah.....sabar simbah.....

(辛抱するのですよ、シムバツ・・・辛抱するのですよ、シムバツ・・・)

.....

Mau pluang simbah. Mudah-mudahan cepat sembuh.

(シムバツ、そろそろ帰ります。どうか病いが早く回復されますように祈っています。)

Ini uang sedikit untuk apa-apa beli makanan dan minuman.

(少しばかりの金額ですが、どうぞ好きな食べ物や飲み物を買って下さい。)

見舞う者は、必ず病者の顔を見てどのような病気かを尋ねる。それを受けた病者は詳細に状態を説明する。すると、見舞う者は話の相槌を打って「辛抱するのですよ」と励まし

¹⁴⁹ 見舞いの常套句は、筆者が2015年11月25日に村の人びとへ聞き取り調査を実施した結果に基づく。ここでは、AB地区の地区長の表現を記述する。

の言葉を何度も繰り返す。話が終わると、早い回復を祈る言葉をかけ、白い封筒に入れて持参した見舞金を本人あるいは家族へ手渡す。封筒には名前を書いてはいけない。通常、見舞金を受け取った側は誰が見舞いに来たかを控えることはない。なお、本調査地では実施されていないが、他県では行政単位の末端である RT が集めた健康基金¹⁵⁰から見舞金が支払われる場合がある。

2-2 見舞いのパターン

(1) 病院における見舞い



図 5-1 病院の個室に入院する男性



図 5-2 快気祝いの料理

病院へは、主に親族や病者と大変親しい隣人や友人が見舞いに行く。病者が村の有力者であれば、個室に入院する傾向があり（図 5-4）、村の全ての住民が個室に見舞いに訪れる。個室や病室の前の廊下には大勢の見舞い客があふれ、大変賑やかとなる。

インドネシアの病院は、患者の身の回りの一切の世話を家族に任せているため、近親者

¹⁵⁰ RT は、行政単位の一つ下である。病者のための RT 健康基金（Dana Sehat RT untuk orang sakit）と呼ばれる。RT の 40-50 世帯が毎月 3,000 ルピア（約 27 円）を積み立て、病者が出ると 1 人 25,000 ルピア（約 225 円）の見舞金を受け取ることができる。ただし、件は見舞金の受け取りは 1 人に付き、1 年に 1 回のみである（2012 年 12 月に筆者がスレマン県で実施した調査に基づく）。

が病院へ泊まり込んでケアを行う。したがって、近親者は見舞い客とは区別される。村の社会的な慣行としての見舞いは世帯単位で行われ、友人であれば二者関係において行われる。

以下では、病院の個室に入院した RT の長 (*kepala RT*)¹⁵¹と見舞い客の様子を概観する(写真 5-1、5-2)。

【S さん：1960 年生、男性、イスラーム教徒、公務員（国立病院警備員）、配偶者と二人暮らし】

S さんは、腹痛を訴え国立病院へ 5 日間入院した（金曜日に入院、火曜日に退院）。医師の診断は尿路結石である。金曜日の夜から日曜日にかけて、村のほとんど全ての住民が病院へ見舞いに来た。月曜日になると、職場の関係者や病院スタッフなど多くの人が見舞いに訪れ、見舞い客は退院するまでに 100 名を超えた。見舞い客全ての人が白い封筒に入れた見舞金を持参していた。見舞金を持参できない人は、家庭菜園のパナナを見舞い品として持参した。S さんは、具合が悪いにもかかわらず、見舞い客全てに入院した経緯を詳細に説明し、S さんの妻は見舞い客の接待に追われ毎日病院へ泊まり込んだ。退院後、夫婦は快気祝いの料理 (*syukurran*)¹⁵²120 人分を作り、見舞いに来た世帯のみならず、見舞いには来なかったがこれまでに付き合いのあった人びとへ送り届けた。後に S さんは、退院した時の気持ちを「神 (*Allah*) は私をまだ呼びにらなかった、まだこの世で楽しむことができる」と述べた。

夫婦が作った快気祝いの料理は、神への感謝のしるし (*bersyukur*) であって、見舞いに来てくれたことに対する返礼ではない。病いと回復に見られる意味づけは、S さんによれば、S さんと神の関係性である。

ジャワには、*Tega larane, ora tega patine*（一方が苦しんでいる時に、もう一方は黙っていられないだろう）という諺がある。見舞いに来なかった人に対して配られた料理は、S さんの説明とは異なり、病者と親しかったにもかかわらず、小さな問題が原因で関係性が悪くなってしまっていた人に対して見舞いに来るよう促すためのものである。料理が届いて初めて S さんが入院していたことを知った人は、あわてて SNS や電話で連絡する傾向にある。通常、村の有力者など社会的地位の高い人に対する見舞いは義務的に行われるが、見

¹⁵¹ RT は行政単位である。

¹⁵² 快気祝いの料理は、白いご飯、揚げた鳥肉、野菜、ソバ (*mie*)、エビせんべいが提供される。

舞いに行かなかった世帯あるいは個人への明確な罰則はない¹⁵³。

Sさんの場合、退院後回復に向かっていることから、病院へ見舞いに行った村の住民が再度家庭へ見舞いに行くことはない。村の人びとや友人がいつまでも病者のそばに居ることは好まれず、寄り添う（心配や気にかける）状態が良いとみなされている。すなわち、物理的に近い距離に居るのではなく、離れた距離で配慮する状態である。

(2) 家庭 (*rumah*) を訪問する

上で述べた Sさんのように、病者の社会的地位が高くない場合、一般に、人びとは病者が病院から退院するのを待ち、退院直後に家庭へ見舞いに行く。人びとには見舞いは相互扶助だと理解されている。見舞いは世帯単位でおこなわれ、1世帯おおよそ5-10分ほどである。見舞い客は白い封筒に入れた見舞金¹⁵⁴を準備し、先に述べた見舞いの常套句を述べる。

見舞いを受ける病者の家族は、見舞い客が殺到することを想定し、多くの場合、居間に隣接する個室で病者を療養させる。病者の家族は見舞い客のために、ほとんどの場合軽食や飲み物を用意する。家族は殺到した見舞い客を居間で待たせ、客は順番に見舞う。

以下では、本調査地において、筆者が病院から退院した高齢女性を見舞ったときの様子を示す。

【Hさん：1939年生、寡婦、イスラーム教徒、農民、独居、敷地内に息子世帯が暮らす】

家族によれば、Hさんは水田で農作業をしている時に急に息苦しくなり家に戻ってきた。ところが、Hさんはろれつが回らない状態で今は必要のないオランダ語¹⁵⁵を話した。驚いた家族は呪医 (*Dukun*) を呼び2日間治療を受けさせたが、息苦しさは治るどころかますますひどくなり飲食は困難となった。そのため、家族がHさんを地域保健センターへ連れて行くと他県の病院へ搬送され、さらに市内の病

¹⁵³ しかし、なぜ見舞いに行かなかったのかと人びとから非難されることがある。

¹⁵⁴ 筆者の実施した調査では、入院した経験のある高齢者の家族は、1度の入院で300-800万ルピア（約27-72万円）の費用を負担していた。新車のバイクが購入できるほどの金額である。なお、約50人に対する聞き取りでは、入院・治療費等が社会保障制度の適応範囲外であった者の方が多い。見舞金は入院治療費などをコミュニティで保障する互助制度となっている。

¹⁵⁵ 16世紀以降インドネシアが独立する1945年まで、インドネシアはオランダの植民地であった。

院へ移り 2 週間入院した¹⁵⁶。医師からは血糖値が高いと言われ、入院中は酸素マスクが装着された。退院後、H さんは娘の家で療養することとなった。H さんが退院したことを知った村の住民は、退院当日から順に見舞いに行った。筆者は当天下宿していた世帯の成員として見舞いに行った。H さんの家に着くと、家の前庭には見舞いに来た他村に住んでいる H さんの嫁の兄世帯および村の住民世帯の 2 世帯が順番を待っていた。家の中へ入ると、通常椅子とテレビが置かれていた土間敷きの居間には、一面にゴザが敷かれ茶と菓子が用意されている。もし病者がいなければ、断食明けに客を迎える状態に近い。H さんの息子は市内勤務のため不在であり、見舞い客に対応するのは嫁と孫（高校生の女の子）であった。H さんが療養している居間の隣の小部屋へ入ると、H さんの鼻にはカテーテル（経管栄養）が挿入され、その先には注射器が取り付けられている。その状態を確認すると、筆者の下宿先の夫婦は、見舞いの常套句を述べ、幾度も「辛抱するのですよ」と H さんを励ました。それに対して、H さんは言葉を発することなく静かにベッドに横たわっていた。それから居間に戻って茶を飲み、家族から上述の成り行きを聞くと、夫婦は白い封筒に入れた見舞金を渡した。

H さんは村の全ての世帯から見舞金を受けた。先に述べた村の有力者のように裕福な者が快気祝いの料理を配るのは稀で、通常見舞金に対する返礼はなされない。全ての世帯成員が見舞うことが理想だが、不可能な場合は世帯主または世帯を代表して世帯成員の誰か 1 人が見舞いに行けば良いとみなされている。

見舞い行為は二者関係が前景化される。例えば、病者が女性であるならば、女性が世帯を代表して訪問する傾向にある。病者が男性であるならば、夫婦が揃って、あるいは、女性（妻）が昼間に一人で訪問し、夜になると男性（夫）が訪問する。この時男性は、既に昼間見舞った妻が見舞金を持参しているため、見舞金は持参しない。また、世帯主が高齢で健康上見舞いに行くことが困難な場合、子供が世帯を代表して見舞うことが好ましい。大切なことは訪問することであるとされている。

一方、病者が子供であるならば、全ての世帯が見舞うことはなく、見舞いは同世代の子供を持つ世帯、具体的には子供が幼稚園あるいは小学校で同級生などの親たちに限定される。

このように、見舞いを受けた病者は、筆者には退院直後で大変具合が悪そうに見えるの

¹⁵⁶ 最後に入院した市内の病院の治療費は、21,00 万ルピア（約 19 万円）であった。移住した子供たち 2 人はそれぞれ 400 万ルピア（約 3 万 6 千円）、100 万ルピア（約 9 千円）を援助した。

だが、見舞い客を受け入れる。Hさんの他にも例えば、筆者が見舞った乳癌を患い放射線治療を続けている女性は半分以上髪が抜け落ち、それを隠すわけでもなく見舞い客と話す途中で嘔吐するのだが、それでも見舞客を受け入れる。また、鼻や口にカテーテルが装着されており、病者自身が説明できないほど重症の場合であっても、見舞い客は病者の顔を見るために療養中の部屋へ入り、家族によって病状の説明を受ける。村の住民全ての見舞いが終了するまで、見舞いは1週間ほど続く。そのため、退院直後の病者がいる家庭は大変賑やかになる。

以上のことから、ジャワでは見舞いを通して、人びとが病者の身体が置かれている親密な領域に入ることを許されているといえる。

(3) 友誼を深める訪問

通常、友誼を深めるための訪問とは、断食明け大祭の帰省時に村の各世帯へ挨拶して回る行為「シラトゥラミ (*silaturahmi*)」に代表される。イスラーム教には、人と親しくしない人は天国へは行けないという言説があり、人びとにはシラトゥラミと呼ばれる行為は大変重要なものと考えられている。

AB地区では、病院から退院したが回復の兆しが見られず、長期間におよび療養生活をおくっている人の家庭を訪問する場合、訪問者は病者と友誼を深めることを目的にシラトゥラミと同義でムネンゴツという語彙を使用する。例えば、移住先からしばらくぶりに出身村に帰村した人が、親しかった村の住民が病いを患い長期間療養中だと聞き、帰村の挨拶を兼ねて見舞う行為が相当する。AB地区に限らず、筆者が他村で実施した調査の時にも療養中の人と友誼を深める行為はムネンゴツと呼ばれていた。

挨拶を兼ねた見舞いの場合、見舞う者は丁寧に訪問の理由を述べた後に見舞いの常套句を述べる。また、見舞う者の社会的地位が高く裕福であり、なおかつ、相手が病いを患っていると初めて知った初回の訪問であるならば、調査地では1世帯3-5万ルピア(約270円-450円)を白い封筒に入れて持参することがある。村の人びとによれば、この金額は調査地の労働者の1日の報酬である4万ルピアを基準にしているという。

一方、日常的に訪問行為が見られるのは、歯痛、頭痛、風邪、腰痛、関節痛など入院するような病気ではなく、人びとが生命の危機に及ばないと判断した時であり、金銭も品物も持参しないか、タバコや果物などを持参する場合もある。親しい二者関係において見ることができる。

このように、病いが軽症である人に対する人びとの見舞いの意味づけは友誼を深めるために二者関係で行われ、社会的な義務を伴わない。また、病いの回復が長引いている人に対して、人びとは病者を勇気づける目的より友誼を深める目的を強調して会いに行く。先に述べた病院から退院直後の家庭に見舞いに行く場合と比較して、友誼を深める目的である場合は、世間話などを交えた会話が見うけられる。

第2節 健康に対する意識

本節では、人びとの健康に対する意識および健康に関わる消費様式を概観する。インドネシアは2000年以降に目覚ましい経済成長を遂げている〔佐藤 2011〕。健康に対する意識に注目するのは、移住した子供とりわけ都市部中間層¹⁵⁷の暮らしができるようになった子供の健康志向が村で暮らす老親の療養生活に反映していると考えからである。なお、健康にかかわる消費様式とは、広義に健康管理、病気治療、ケアに必要な消費を指すものとする。また、モノの消費と区別して、医療・福祉にかかわるサービスを保健医療サービス¹⁵⁸と呼ぶ。

2-1 健康にかかわる消費様式

近年の傾向として、都市部の若い世代を中心に健康意識が高まっている。観光地として知られるジョグジャカルタ都市部では、オーガニック食品を取り扱う店やカロリーの低い料理を提供する小奇麗に装飾したカフェなどが開業している。さらに、都市部のショッピングモールでは、病気予防やダイエットに関心を抱く人びとをターゲットに据えたフィットネス用品を販売する店舗が出店している。都市部中間層であれば十分に手の届く価格でランニング・マシーン (*alat fitness treadmill*) やエアロバイク (*sepeda fitness*)、マッサ

¹⁵⁷世界銀行によれば、中間層とは1日の1人あたりの支出が2米ドルから20米ドルと定義されている。一方、現代インドネシアの消費行動を都市部住民に注目して論じた倉沢は、「実際には経済力を伴わないが消費行動においてそれに類似している人々」を「疑似中間層」と定義し〔倉沢 2013: 4〕、1日の支出額によらない「疑似中間層」の経済成長に及ぼす多大な影響を示唆している。したがって、1日の支出額で捉えることなく、本論では倉沢の述べる「疑似中間層」を含んで都市部中間層と呼ぶ。

¹⁵⁸ インドネシア保健省によれば、保健医療サービス (*pelayanan kesehatan*) とは、健康増進を目的とした活動および治療から治癒までの一連の活動、機能回復を目的としたリハビリテーション活動、伝統医療に基づく治療である。保健医療サービスを行う施設は、地域保健センターや病院、コミュニティー・ベースの施設である〔Kemenkumham RI 2009a〕。(第2章を参照のこと)。

ージ・チェア (*kursi pijat*) が販売されている。これらの店舗や商品は、テレビや新聞、雑誌などで宣伝され、商品はインターネット上で売買されている。こうした健康意識の高まりが農村部の人びとの目に触れる機会は増えた。

一方、村の住民の中で衛生観念の高い女性は、近年農村部へ店舗の拡大を図っているミニマーケット¹⁵⁹でアロマオイル、ティッシュ、ウエットティッシュなどの衛生用品や栄養補助食品¹⁶⁰を購入し食生活に気を配る。今や都市部のライフスタイルには不可欠なミニマーケットが農村部に進出する影響は大きい。これらの品物は家庭の中で使用するものであって、家の外で人びとの目に触れることはない。しかし、普段より良い服を着てミニマーケットへ買い物に行く彼女の姿は村の人びとに対して非常に顕示的であり、また、村では目立つ。

このように、健康に関わる消費が村の一部の人びとに見られるようになった。後述するように、病いを患う高齢者が使用する大人用のオムツは調査地周辺ではミニマーケットでしか販売されていない。

2-2 農村部における年金生活者の療養生活

以下では、農村部で年金生活をおくる独居高齢女性とその家族が療養生活に必要なモノおよび保健医療サービスを利用する様子を概観する。Fさんは、配偶者が亡くなり5人の子供が全て結婚して以来14年間独居生活をおくっている(2014年調査時)。Fさんによれば、高血圧および糖尿病の持病があり、2年半前には脳梗塞を患い左半身が麻痺してしまった。Fさんの療養生活を消費という観点から説明する。

なお、以下で述べるセラピ (*terapi*: 理学療法) とは、身体に障害が残ってしまった人に対して、機能回復を目的として実施される電気療法や温熱療法を指す。筆者が調査を行った脳梗塞を患う高齢者の全ては、後遺症を抱えてしまった後にセラピを受けたか受けることを医師から勧められている。また、以下で示す治療費等が高額であることを示すために、本調査地の労働者の1日の報酬は約4万ルピア(約360円)であることをあげておく。

¹⁵⁹ 本地域に出店しているミニマーケットは、インドネシアにおける「コンビニエンスストア」大手2社(スンプル・アルファリア・トリジャヤ社およびサリム・グループ)のうちのひとつが展開する店舗である。

¹⁶⁰ 骨を強化するために必要なカルシウムを配合した成人向けの粉状食品であり、例えば、Susu Anlene Gold(100グラム約1万5千ルピア=約1350円)などがある。

【Fさん：1942年生、寡婦、プロテスタント、公務員定年退職、独居】

Fさんは脳梗塞の急性期にジョグジャカルタ市の病院で診察を受けた。しかし、病院へは長期間入院しない。家庭で療養を始めてからは脳梗塞患者のための中国漢方薬（約300万ルピア／月＝約2万7千円／月）を服用し続けている。この漢方薬を飲まずにいと頭が痛くなる。退院後は病院へ通院し医師から指示された全12回のセラピーを受けた。また、療養生活に必要な車椅子（120万ルピア＝約1万1千円）を購入し、家の中を車椅子で移動している。一人でもお茶が飲めるように、蓋と取手のついたマグカップ（*Termos mug cangkir*、約20万ルピア＝約1,800円）¹⁶¹を購入した。7-12時の時間にインフォーマルに他村の女性に家事の介助を依頼している（約30万ルピア／月＝約2,700円／月）。

都市部の富裕層が海外へのメディカル・ツーリズムを考えるとすれば、本調査地の富裕層は都市部にある設備の整った病院で診察を受けることを考える。Fさんの療養生活をみると、必要な薬の購入、身体機能の回復を求めた保健医療サービスの利用、療養生活に必要なモノの購入およびインフォーマルな家事労働者を雇用している点で、おおよそこの地域の富裕層の療養生活にかかわる一般的な消費様式だと言える。物価に地域格差があるが本調査地付近において、状態が安定している高齢者の療養生活は、首都ジャカルタと比較して大きな差はないだろう。Fさんは、年金および自身が加入している社会保障を一部利用して医療費や薬代を支払った。

一方、Fさんの他にも家庭で療養している人がいる世帯では次のようなモノが見られた（表5-1）。歩行3点杖、歩行器、電動ベッドなど療養生活に必要なモノは、都市部で働く家族がインターネットや知人の情報をもとに都市部の介護用品を扱う店（ *toko alat kesehatan*）で中古品を購入している（図5-3, 5-4, 5-5, 5-6）。あるいは、亡くなった人が使用していたものを譲り受けることもある。さらに、病いの症状によるが、尿瓶（*pispot urinoir dewasa*）や排尿カテーテル（*alat bantu buang air kecil*）、大人用のオムツ（*popok celana dewasa*）や患部を消毒するためのウェットティッシュ（*tisu basah*）などの衛生用品が購入されている。これらのモノやサービスは、従来の農村部では見られなかった消費様式である。

薬は病院で処方される薬より中国漢方薬やジャワの伝統生薬ジャムウ（*jamu*）が好んで購入されている。同じ病いを患う知人の情報をもとに効果があると聞けば、家族は華人が

¹⁶¹ 一般向けに市内のショッピングモール等で販売されている。

経営する市内の薬局やソロ（中部ジャワ州スラカルタ）のジャムウ専門店まで買いに行く。また、栄養補助食品を購入し、流動食の代わりに新生児用の離乳食を購入する。病いを患う人びとにとり、栄養補助食品や離乳食は病院の薬の代替品である。炊事、掃除、洗濯ではなく、食事や沐浴、排泄の介助を目的に利用されている家事労働者の雇用は、インフォーマルな介護サービスの消費と捉えられる。

療養生活をおくる人びとにとり、生活必需品あるいは必要なサービスとなっているこれらの消費は、都市部に移住した子供や都市部で働く家族、海外出稼ぎ者など、毎月の現金収入がある家族・親族から金銭をかき集めることで成り立っている。それぞれに一定の金額が求められるのではなく、それぞれが可能な金額を支出する、ジャワでは誠心誠意を尽くすことを意味するイクラス（*ikhlas*）¹⁶²の精神がそれぞれに求められる。

表 5-1 生活用品・衛生用品、栄養補助食品等の価格

生活用品、衛生用品、栄養補助食品	価格(ルピア)	価格(円)
歩行3点杖	175,000	1,575
歩行器	385,000	3,465
車椅子	1,000,000	9,000
電動ベッド	3,500,000	31,500
補聴器	250,000	2,250
血圧計	1,000,000	9,000
尿瓶	15,000	135
排尿カテーテル	50,000	450
大人用オムツ(20枚)	174,000	1,566
ウエットティッシュ	10,000	90
新生児用の離乳食 (SUN bubur susu bergizi, 120g)	7,000	63
カルシウム入り栄養補助食品 (Susu Anlene Gold, 100)	15,000	135

* 価格は販売店により異なるため、ここで示す価格は筆者の聞き取り調査によるものである。

* 1ルピア=0.009円で筆者換算

¹⁶²イクラス（*ikhlas*）とは、イスラーム教の聖典によって教えられる概念である（第4章第4節を参照のこと）。



図 5-3 電動ベッドおよび尿道カテーテル
副鼻腔癌を患い療養する男性（2013年、筆者撮影）



図 5-4 経管栄養カテーテル
脳梗塞を患う男性（2013年、筆者撮影）



図 5-5 歩行 3 点杖
家の中を杖で移動する女性（2013年、筆者撮影）



図 5-6 歩行 3 点杖
脳梗塞で療養中の男性（2013年、筆者撮影）

本節では、簡潔に都市部中間層の健康志向の高まりが、農村部における消費生活において浸透しつつあることを確認した。農村部において療養する年金生活者では、十分なモノの消費および保健医療サービスを利用している。また、年金生活者以外では家族や親族らの経済的支援により、従来見られなかったであろう療養生活に必要なモノが購入されていることが明らかとなった。都市部のライフスタイルに不可欠なモノやサービスを農村部において展開する販売側の戦略も考慮に値する。

第3節 老親の病い

本節では、村（地方自治体の行政）から貧困世帯に指定されている高齢女性ウトモさんの家族を取り上げる。老親（寡婦）が突然重度の病いに見舞われた時、同一屋敷地内に居住していた末子である六男夫婦はケアが必要となった老親を自分たちの家に引き取り、最終的には看取り、葬祭儀礼¹⁶³を執り行った。



図 5-7 家庭で療養する高齢女性ウトモさん

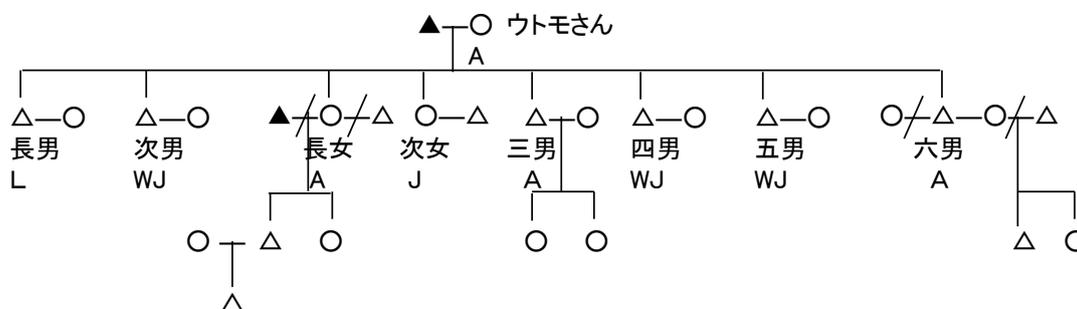
(2012年、筆者撮影)

¹⁶³ 本調査地では、葬祭儀礼は亡くなった日から毎日7日間、死後40日目、100日目、1年目、2年目、千日目に執り行われる。一般的に、死者が埋葬された場所には、死後千日目までは死者の名前の書かれた木の板が置かれ、死後千日目の儀礼で墓石（*nisan*）が設置される。墓石を設置することにより全ての葬祭儀礼が終了する。

筆者が六男の家に下宿をしながら調査を開始したのは、ウトモさんが家庭で療養を始めてから約 1 年後である。以下では、ウトモさんが病いに倒れてから家庭で療養を始めるまでの経緯を一部六男の回想を交えながら概観する。

なお、本章では、8 人の子供たちの呼び名を仮名ではなく、年長者から順番に長男、次男、長女、次女、三男、四男、五男、六男と呼ぶ（図 5-8）。

3-1 高齢女性と末息子の概要



△男性、▲男性故人、○女性、●女性故人

(L: スマトラ島ランブンプ州在住、WJ: 西ジャワ州在住、J: ジャカルタ市内在住、A: ワレノサリ村 A 地区在住)

長男、次男、次女、四男、五男にはそれぞれ子供が 2 人いるが、本家系図では省略する

図 5-8 ウトモさんの家系図

ウトモさん（1928 年生、寡婦、イスラーム教徒）は、A 地区出身で B 地区出身の農民男性と結婚後、自身の出身地である A 地区に家屋を構えて暮らしていた。配偶者は 2011 年 4 月に亡くなり、ウトモさんの兄と 2 人の姉も全て亡くなっている。

ウトモさんは水田と畑を所有している。しかし、水田は村の中でも農業用水の便の悪い場所に位置し、自家消費米を収穫するのが精いっぱいである。ウトモさんは村から貧困世帯¹⁶⁴に指定されている。

表 5-2 ウトモさんの子供たちの概要（2013 年時点）

続柄	生年(年)	居住地	職業	備考
長男	1950	ランブン州	公務員定年退職	元公務員(小学校校長)
次男	1954	西ジャワ州	小作農	民間企業定年退職、西ジャワ州に農地を借りている
長女	1956	A地区	自作農	元公務員(消防士)の妻、脳梗塞で療養中 夫と死別離婚の後、再婚し再び離婚
次女	1959	ジャカルタ	主婦、公務員の妻	元公務員(小学校校長)の妻
三男	1963	A地区	自作農、民間企業 (兼業)	ジョグジャカルタ市の民間企業に勤務する兼業農民 妻は元A地区長の娘で公務員(村役場勤務)
四男	1966	西ジャワ州	民間企業	次男と次女を頼り西ジャワ州へ移住
五男	1969	西ジャワ州	民間企業	四男を頼り西ジャワ州へ移住、四男と同じ企業に勤務する
六男	1971	A地区	自作農	ウトモさんと屋敷地内居住、離婚後他州の女性と再婚 再婚した女性の連れ子(娘)を養子に取る



図 5-9 ウトモさんの家屋（左）と六男の家屋（右）

¹⁶⁴ 貧困世帯とは、世帯の収入が 50 万ルピア／月（2012 年調査時、約 4,500 円／月）、以下を指す。

図 5-8 は、ウトモさんの家系図である。8 人の子供たちは、年長者から順番に結婚して世帯を独立し、最後に残った末子である六男が屋敷地内に家屋を構えて暮らしている (図 5-7)。なお、5 人の子供 (長男、次男、長女、四男、五男) は移住し、長女および三男は、A 地区内で独立した世帯を構えて暮らしている。

六男によれば、父親は生前、当時未婚であった四男、五男、六男に「お前は水田が欲しいか、家が欲しいか」と尋ねたという。親の生前におおよその財産分与が話し合われることは珍しくない。四男および五男は水田を希望し、六男は家を構えることを希望した¹⁶⁵。しかし、貧困世帯であるがゆえに、家屋の建設は容易ではない。そのため、六男が独身のうちから屋敷地内に家屋の建設をはじめ、六男が未完成の家屋に単身で暮らしながら数年をかけて修繕が行われた。

その後、六男は A 地区のイスラーム教指導者キヤイ (*kyai*) であるムジヨノ氏の娘と結婚し正式に世帯主として独立する。しかし 1 年後、二人は性格の不一致を理由に離婚した。二人の間に子供はいない。

次に六男は、携帯電話の SNS を通して知り合った州外の農民女性と再婚した。2012 年の調査当時、六男は再婚した妻の連れ子 1 人 (小学 2 年生の女の子) を養子に取っている。また、妻は生家の老親のもとに息子 (中学 1 年生の男の子) を残してきており、六男夫婦は彼が高等学校へ進学するタイミングで A 地区へ呼び寄せることを希望していた。

3-2 入院から退院まで

ウトモさんの移住した子供のうち、4 人がジャカルタ (本稿では、ジャカルタ市内および西ジャワ州に広がるジャカルタ首都圏を指す) で暮らしている。ウトモさんは、子供たちに呼び寄せられ、数カ月単位でジャカルタの子供たちの世帯で暮らすことがあった。2011 年 8 月、ウトモさんは断食明け¹⁶⁶をジャカルタの次女の家で迎えた。次女の夫 (ウトモさんの婿) は、中部ジャワ州出身のジャワ人であり、ジャカルタで小学校の校長となり、ジャカルタに生活の基盤を築いている。この年の断食明けは、次女夫婦がウトモさんと共に

¹⁶⁵ 後に、四男、五男は先に移住した次男、次女を頼ってジャカルタへ行き、民間企業に就職した。水田の相続は父親の死亡後に再度 8 人の子供たちの間で話し合われた。既婚者であった長男、次男、長女、次女のうち、公務員になった長男および公務員の妻である次女は既に移住先に生活の基盤を築いていたため土地の相続を辞退し、次男および後に晩年 U ターン者としてジャカルタから A 地区へ戻った長女は水田や畑の一部を相続している。

¹⁶⁶ 2011 年の断食の期間は 8 月 1 日から 29 日である。

中部ジャワ州にある次女の夫の生家を自動車で訪問した後、そこから東へ 3 時間から 4 時間ほどの距離にあるワレノサリ村 A 地区へとウトモさんを送って行った。

その一週間後、ウトモさんは家屋の中で突然意識を失い土間に倒れてしまう。当時、六男はキヤイ（ムジヨノ氏）、前地区長（ヨギ氏）、地区長、地区内で暮らす長女、三男へウトモさんが倒れたことを知らせた。なお、ムジヨノ氏は、六男の前妻の父であり、ヨギ氏は兄（三男）の義父である。

自身が高血圧の既往があるムジヨノ氏は、ウトモさんが日頃から血圧が高いことを知っており、ウトモさんの状態は緊急を要するものだと判断した。ムジヨノ氏らはすぐに病院¹⁶⁷へ連れて行くように六男に言った。すぐさま、どこの病院へ連れて行くかが話し合わせ、ウトモさんを村外にあるイスラーム教系の病院へ連れて行くことになった。その病院は、貧困層向け社会保障の適応外であった。しかし、本調査地周辺では国立病院と比較して治療費が安いことで知られており、また、ムジヨノ氏や長女、三男は、イスラーム教系の病院を他の病院よりも信頼していた。

従来、「村に病人が出れば皆で担いで呪医の家までの山道を歩いたものだった」と住民はいう。この村に自動車を所有する人がいなかった時代には、お産であれば産婆の家に向かう途中で赤子が産まれてしまうことも稀ではなかった。六男も道で産まれた一人である。

現代では、地区の住民に病人がでると、多くの場合ムジヨノ氏の自動車が使用される。ムジヨノ氏はこの地区で自動車を所有しているうちの一人である。人びとの間では、自動車の利用、運転手、ガソリン代として、30 万ルピア（約 2,700 円）のお礼を支払うことが暗黙の了解となっている。当時、ガソリン代は 1 リットル 4,500 ルピア（約 40 円）、市内のミニバスの賃金は初乗り 2,000 ルピア（約 18 円）であった。運転手の日当やガソリン代がかかるため、金額にかかわらず、金銭によるお礼は人びとには当然のことだと理解されている。六男は相場とされる額の半分である 15 万ルピアをムジヨノ氏へ渡した。

病院の医師の診断は脳梗塞であった。初めにウトモさんの状態を見たムジヨノ氏らも脳梗塞の症状だと推測していた。しかし、それは単に推測が当たったにすぎない¹⁶⁸。近年、

¹⁶⁷ 調査地の人びとは、「今は誰でも（呪医ではなくて）病院へ行く」と述べている。また、本調査地を含むジョグジャカルタ・クロンプロゴ県の 3 地域において、病いを患い家庭で療養する高齢者とその家族に対して筆者が実施したインタビュー調査（詳細は[合地 2015b]）では、観念や儀礼的な意味づけ（序章を参照のこと）により病因を説明する者はほとんどいなかった。

¹⁶⁸ 人びとは経験的に「脳梗塞の症状 (*gejala stroke*)」と判断するが、医師の診断する脳梗塞の症状とは異なる。

村の人びとで脳梗塞を患う人が多くなった。後に述べるように、ウトモさんの長女もまた脳梗塞を患い療養中である。

この日以降、ウトモさんは右半身が麻痺してしまい寝たきりとなった。また、言語障害の後遺症を抱えることとなる¹⁶⁹。ウトモさんには流動食のためのカテーテルおよび尿道カテーテルが装着された。

知らせを受けた次女は、すぐに汽車に乗りジャカルタから出身村へ向かった。断食明けに母親を村に送り届けたばかりである。次女は村に向かう道中、母親の無事を神に祈り続けたという。また、移住した5人の子供たちもウトモさんを見舞うために病院へ向かった。インドネシアの病院では、医療専門職は入院患者の身の回りの一切の世話を行わず、全てを家族に任せている。長女を除き、子供たちは交代で入院中のウトモさんをケアした。かつて次女は、脳梗塞を患った義母（夫の母）をケアし看取った経験があった¹⁷⁰。病院におけるウトモさんのケアは、次女および六男夫婦を中心に約1カ月間続いた。



図 5-10 テラピ用の器具



図 5-11 テラピを受ける患者

¹⁶⁹ ウトモさんには、を右半身不随で全く手足が動かなくなる運動機能障害および他人の言葉がうまく理解できず、思っていることを上手く言葉にできない言語障害が残った。

¹⁷⁰ 次女によれば、医師から指示された治療を続け、義母のケア（食事や沐浴の介助）を行った。

そして 1 カ月後、ウトモさんの状態が安定したと判断した病院の医師は家族へ退院を勧める。それは、高額な治療費が必要となる病院に長期間入院すれば負担が増すだろうという、貧困層の経済力に対する医師の配慮であった。また、急性期の患者のために病院のベッドを使用したいという医療施設側の事情があった。一方、子供たちもまた、病院よりも家庭で療養する方が回復につながると考え、カテーテルを装着した状態のウトモさんを六男の家へ連れて帰る。

そして退院時、医師は家族に次の 3 つを指示した。ひとつは、家庭に戻った後も脳梗塞患者のための薬（1 セット 4 種類で 40 万ルピア＝約 3,600 円／月）を服用すること、もうひとつは、感染防止のために 10 日に 1 回カテーテルを交換すること、最後のひとつは、機能回復のために全 12 回のセラピー（写真 5-10, 5-11）に通うことであった。

インドネシアでは、各地域に地域保健センターおよびその支所を設置している。また、地域保健センターに勤務する医療専門職が自宅にクリニックを開業し、家庭で療養中の患者に対してホーム・ケア¹⁷¹を行っている。この後詳細を述べるように、カテーテルの交換はホーム・ケアによって実施された。

ここまで、ウトモさんが病院へ入院し、その後家庭に戻るまでの 1 カ月間を振り返った。次はウトモさんが家庭に戻ってからの療養生活を概観する。

3-3 ホーム・ケア

病院から退院したウトモさんは、六男の家で療養することになった。ウトモさんが療養する部屋は、居間の隣にあるそれまで客間として使用されていた部屋に決まった（図 5-12）。その部屋は床にビニールシートが張られ南向きの窓がありベッドが一つ置かれている。ウトモさんが退院すると、翌日から AB 地区の住民を中心とする多くの住民が見舞いに訪れた。ウトモさんが退院して以降、移住した 5 人の子供たちは、このまま村に残ってウトモさんのケアができない代わりに、「介護者」を住み込みで雇用するよう六男に提案した。そして、移住した子供 5 人合わせて毎月 200 万ルピア（約 18,000 円）を送金すると六男に約束した。六男は月額 200 万ルピアの送金は十分な金額であると述べている。

六男は、市内の研修所で高齢者看護を学んだ A 地区出身の女性が帰村していることを噂

¹⁷¹ ホームケア（Home Care）とは、医療専門職が患者の自宅で診察・治療を行うことである。医療専門職は英語のホームケアを使用するが、現地の人びとはインドネシア語で、クンジュガン・ルマツ（*kunjungan rumah*）やパンギル・プラワット（*panggil perawat*）などという。詳細は、[合地 2015a] を参照のこと。

に聞いていた。早速、六男はその女性に交渉しウトモさんのケアを依頼する。彼女は都市部で得る報酬よりも安い報酬¹⁷²で依頼を受けてくれることとなった。しかし、一カ月後、彼女はウトモさんのケアを辞めて再びジョグジャカルタ市へ働きに行ってしまった。

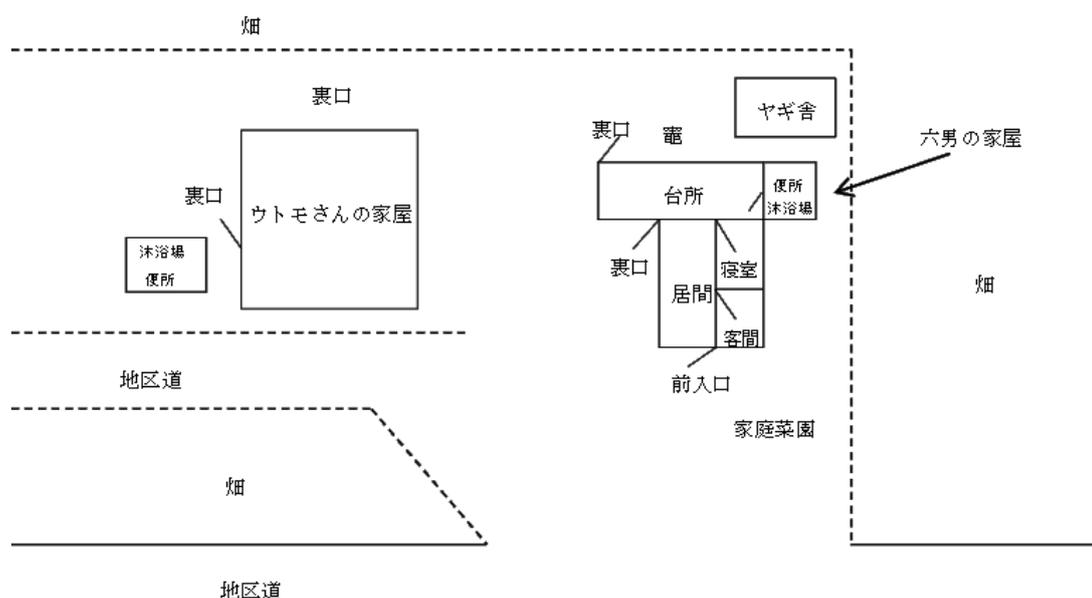


図 5-12 ウトモさんの家屋 (左) と六男の家屋 (右) の概念図

六男は彼女が辞めてしまった理由を「毎日一日中部屋にいないから退屈だった」とは思うが、同じ仕事でも都会の方が報酬は高い。都会と同じ報酬でないと仕事を引き受けたくないのだろう。彼女は都会で働いてきたので都会の人 (*orang kota*) になってしまった」と述べた。その後、六男は「誰にでもできる仕事だから」と考え、2人の隣人女性(既婚女性)にウトモさんのケアをお願いした。六男がこの2人の女性を頼ったのは、隣

¹⁷² この女性はジョグジャカルタではプラムルクティ (*pramurukti*) と呼ばれる高齢者介護職の養成を専門とする研修所を卒業した。ジョグジャカルタ都市部におけるプラムルクティの報酬は100~130万ルピア/月(約9,000~11,700円)だが、六男はその女性を90万ルピア/月(約8,100円)で雇用した。

人世帯とは地区内で発生した雇用を分け合う相互扶助の関係性にあるからである。しかし、女性たちは農作業を理由に次々と辞めていった。

一方、家庭で療養を始めてからは、カテーテルを交換するために医療専門職を家へ呼ばなければならなかった（ホーム・ケア）。そこで、六男はルビナさんへ相談した。ルビナさんは A 地区出身のビダン（*bidan*）¹⁷³であり、第 3 章で述べたダルモさんの孫である。現在ルビナさんは F 地区の地域保健センター支所内に住み込みながら、母子保健を中心とした地域医療を担っている。

六男によればルビナさんは「まだ、家族（*masih keluarga*）」である。「まだ、家族」とは、生活面における、とりわけ緊急事態であるからこそ頼ることができる人を表現したものであり、困ったときに道徳的な援助を行い合う親族の範囲である [Geertz 1961:4]。六男にとり、ルビナさんは、少し疎遠になっているのだが、「まだ」と前置きして、家族だからこそ事情がわかれば助けてくれる人という位置づけになる。

ところが、ルビナさんは F 地区にも多くの患者がいて忙しいこと、および、往診するには遠い距離であることを理由にウトモさんのホーム・ケアを他地域のビダンに委ねた¹⁷⁴。実際に、筆者は A 地区に暮らす祖母であるダルモさんや義理の祖父母を訪問しているルビナさんに幾度となく会うことがあったため、距離の隔たりは単なる理由に過ぎない。すなわち、ルビナさんにとり、暫く疎遠になっていたウトモさんや六男は道徳的な援助を行い合う親族の範囲ではなかったのかもしれない。

そこで、六男は地区近隣から 2 人のビダンを交代で呼んだ。カテーテルの交換には 1 回のホーム・ケアの費用 5 万ルピア（約 450 円）とは別に新しいカテーテルを購入する費用が必要であった。10 日に 1 回のカテーテル交換はそれから 7 カ月間続いたが、六男によれば、ウトモさんが「痛がる」ためカテーテルを外した。後にビダンは筆者に「この地域では彼らのように貧困な人びとは皆、十分な治療を受けたくても運を天に任せる（*pasrah*）しかないのです」と語った。ビダンのいうように貧しい高齢者の多くが近代西洋医学に基づく治療を断念する傾向にある。

ここまでウトモさんのそばに居ることができた人は、病いに関する相談および見舞いの場では村の人びと、8 人の子供を中心とした家族・親族、隣人女性、他村のビダン（医療専

¹⁷³ ビダンとは、近代西洋医学に基づく看護教育を受け、妊娠、出産、家族計画を基本とする医療サービスを行う医療専門職を指す（序章第 4 節を参照のこと）。

¹⁷⁴ 医療専門職は相互に連絡を取り合っており、ルビナさんから連絡を受けた最も近い場所でクリニックを開業する 2 人のビダンがウトモさんのホーム・ケアを行った。

門職として)であった。

3-4 同居家族がそばに居ること

カテーテルを外したことにより、六男夫婦は二人でウトモさんのケアをすることを決める。主なケアは、食事の介助と着替え、沐浴ができない代わりに全身を湿った布で拭き、汚れたベッド・シーツを交換することである(図 5-13)。

この頃、夫婦は医師から指示された薬をできるだけ長い期間服用できるよう、半分に減量してウトモさんに飲ませていた。また、機能回復のためのセラピーは治療を受けてもウトモさんの症状が回復しないため、既に断念していた。

ウトモさんが元気だった頃と比べて六男夫婦の生活が変化した点は、ウトモさんの様態が急変した時のために、夫婦が同時に家を空けられなくなったことである。しかし、これは単に筆者の印象に過ぎないが、二人に悲壮感は感じられない。そのことは、この後述べる六男の生活態度をみれば明らかになるだろう。

表 5-3 は、六男の家に下宿していた筆者が見た、六男夫婦の 1 日の様子である¹⁷⁵。毎朝、妻は子供が学校に行くための準備をするため、六男より早く起きる。ウトモさんの様子を確認する日もあれば確認しない日もある。六男は 7 時頃まで寝ている日もあるが、通常朝起きるとまず鶏の餌を作る。

妻にとって 1 日の優先順位は、娘を学校へ送り出すことである。一方、六男の優先順位は、家畜(鶏・山羊)の世話である。

六男夫婦は一息つくと、ようやくウトモさんの濡れた腰巻の交換を始める。まず、ウトモさんの服を全て脱がし、湯で湿らせた布で全身を拭く。腰巻の交換を行うのは、夫婦または妻のみ、六男のみの場合¹⁷⁶があるが、いずれも 1 日 1 回から多くて 2 回となる。

濡れたベッド・シーツ(バティックが使用されている)の交換は 1 日 1 回である。どんなにウトモさんの腰巻やベッド・シーツがびしょ濡れでも、交換が昼過ぎになることは稀ではない。汚れた腰巻などは 2 日に 1 回ほど六男が洗濯する。腰巻の洗濯は、妻が「臭いから洗濯したくない」と言って以降、六男の役割となった。それに対して六男は、「母は私が赤ん坊の時に尿や便の始末をしてくれた。今度は私がやる番だ」と述べた。

¹⁷⁵ 2012 年 9 月 3 日、筆者の参与観察に基づく。

¹⁷⁶ イスラム教では、男女間での肌の接触を禁止している。しかし、六男によれば、病いを患う老親のケアのために息子が母親の身体に触れても構わない。



図 5-13 療養中のウトモさん
脳梗塞を患い右半身不随の後遺症が残った



図 5-14 ウトモさんに粥を食べさせる
六男の妻



写真 5-15 新生児用の粥 (Bubur Sun)
六男によれば、「ウトモさんは1日3回粥を
食べているのに、日に日に痩せていった



図 5-16 新生児用の粥 (Bubur Sun)
スプーンでウトモさんに食べさせる



図 5-17 脳梗塞患者用の薬
医師から4種類セットで服用するよう
指示される



図 5-18 大人用オムツ
村内にあるミニマーケットで
販売されている

表 5-3 六男夫妻の1日の行動

時間	1日の行動
5:30	嫁(六男の妻)と孫(娘)が起床。嫁はウトモさんが療養する部屋のカーテンを開け、ウトモさんの腰巻が尿で濡れ便が床に散乱していることを確認する。嫁はウトモさんの様子を確認するとすぐ台所に向かい子供が沐浴するためのお湯を沸かし、娘の飲み物を準備する。ウトモさんは一晩中叫び続けていたので朝は疲れて静かに寝ている。
6:00	六男が起床。六男の起床時間は常に嫁より遅い。ウトモさんの部屋を覗いた後、台所へ向かい鶏の餌を作る。
6:10	六男は携帯電話のラジオ機能を使用してクールアーンの朗読を流し、ウトモさんに聴かせる。「母がコーランの朗読を聴きたがっている」。ウトモさんの目が覚めたようなので、六男はビスケットを1枚食べさせる。
6:15	嫁はトイレットペーパーを使って床に散乱した便を片付ける。次に六男は、お湯をバケツに入れ台所からウトモさんの療養する部屋へと運ぶ。六男は汚れたシーツの交換を始める。六男がウトモさんの服を脱がせ、ぬるま湯で湿らせた布で全身を拭く。ベッドに尿が染み込まないようにビニールシートを敷き、その上にパティック(布)をひく。ウトモさんが暴れて布を剥がしてしまうので、パティックを紐を用いてベッドの木枠にしっかりと結びつける。
6:20	嫁は新生児用の粥を作ってウトモさんに食べさせ、食事が終わると薬を飲ませる。液状の薬3種類をスプーンに入れて口元へ運ぶ。カプセルを1錠飲ませなければならぬが、ストックを切らせているので今日は飲ませることが出来ない。
6:30	嫁は沐浴が終わり制服を着た娘の髪を梳かし、ヘアゴムで結ぶ。娘は支度が整うと小学校へ行くために家を出る。嫁は娘を見送るために家の前まで出る。
7:00	嫁はそのまま畑に家畜(ヤギ)の餌になる草葉を探しに行く。六男は熱いコーヒーを飲むと屋敷地周りで草葉を探す。
10:00	六男は汚れた布を洗濯する。
12:00	嫁はウトモさんに新生児用の粥を食べさせる。六男は傍でウトモさんに話しかけながらビスケットを食べさせる。医師から指示されている1日3回の薬は、薬代が高いので昼には飲ませない。六男夫婦が今日初めての食事をとる。
13:40	娘が小学校から帰宅する。
14:00	昼寝
16:00	嫁はウトモさんの部屋を覗いて様子を確認する。
18:00	嫁はウトモさんに粥を食べさせ、薬を飲ませる。
18:00~	六男はウトモさんの療養する部屋の扉を10センチほど開けておき、常にウトモさんの様子が居間から見えるようにする。

ある時期だけ、六男はウトモさんが使用するための大人用のオムツを購入していた。オムツを使用中は、ベッド・シーツの洗濯は3日に1度になった。調査地近隣にあるミニマーケットでは、大人用のオムツは10枚入りで4万2千ルピア(約378円)である(図5-18)。この辺りの労働者の1日の日給が約4万ルピア(約360円)であることを考えれば、決して安くはない。そのため、オムツを購入する費用が尽きたのであろう。ベッド・シーツの洗濯という負担は軽減したものの、ウトモさんの療養生活が長引くにつれオムツは使用しなくなってしまった¹⁷⁷。

1日3回ウトモさんに粥を食べさせ薬を飲ませるのは、主に妻である(図5-14, 5-15, 5-16, 5-17)。食事は常にウトモさんが優先であり、夫婦が食事をするのは、妻が食事の支度を終える昼近くになることが多い。

ウトモさんは、午後には比較的良好に寝ている。妻の午後の過ごし方は、月に数回定期的に行われる信用組合¹⁷⁸等の地区活動へ参加すること以外は畑作労働を行っている。一方、六男は農民グループやイスラーム教勉強会等の地区活動へは全く参加しない。しかし、地区で義務づけられている相互扶助(地区内インフラ整備など)へは必ず参加する。また、不定期に地区内で日雇い労働に従事する。

六男によれば、二人揃って水田で農作業をすることができなくなったため、米の収穫量は減少した。一方、妻は「家族3人(六男夫婦と娘)で揃って出かけることができなくなってしまった。いつまで続くのかしら(括弧内は筆者が補足、以下同様)」とため息をつき、労働力不足よりも親子の自由な時間が奪われたことに不満を漏らした。

農業労働による収入が減少したのであれば、六男夫婦は老親が療養中にどのように生活していたのだろうか。注目すべきは、移住したキョウダイたちからの仕送りである。仕送りの使い方に関して、キョウダイたちが細かく指示することはなかったが、六男はそのお金でテレビのアンテナを新しいものに取り換え、携帯電話を購入し(既に携帯電話は所有しており、この時購入した携帯電話は2台目と3台目である)、地区の信用組合から借りて

¹⁷⁷ ウトモさんが病いに倒れてから1年半後の2012年8月、移住した5人の子供のうち父親の生前に口頭で土地を分配されていた兄たちが土地を売りに出した。それは、次男が強く望んだためであった。次男は民間企業を定年退職した後、現在はジャカルタで小さな水田を借りて米を作っている契約農民である。次男の子供2人が大学へ進学し、決して生活は楽ではなかった。六男は兄たちが土地を売ったお金の一部をウトモさんの療養費として受け取っている。オムツはそのタイミングで購入された。

¹⁷⁸ 夫婦は信用組合に10万ルピアほどの借金をして毎月千ルピアを返済している。妻によれば、借金は子供の教育費や地区活動費などに使用されている。

いる借金の返済も行っている。

六男夫妻は老親のケアを建前に、仕送りの一部を使いそれまでよりは経済的に豊かな生活をおくっていたのである。誤解のないように述べれば、六男夫婦が特例ではなく、本来、この貧困な農村地域において、重度の病いを患う人が家庭へ戻り、病院の医師に指示された治療を続けていくこと自体、経済的に非常に困難なのである¹⁷⁹。筆者が六男夫婦を見ていて悲壮感を感じなかったのは、六男の生活状態が物質的にも精神的にも向上しているように見えたからである。一方、ウトモさんの治療費は不足してしまい、彼らは薬の量を半分に減らすなどの工夫をしなければならなかった。



図 5-19 罰ゲーム

六男（右）、児童（左、中央）。ゲームに負けた人は顔に白い粉がぬられる

¹⁷⁹ 筆者が家庭で療養する高齢者（42 世帯）に対して実施したインタビュー調査では、多くの家族が治療を断念していた（詳細は [合地 2015b] を参照のこと）。

そして夜になると、毎晩地区の小学生または中学生の児童が数名やって来ては、居間で六男とカード・ゲームをする（写真 5-19）。その間も六男はウトモさんの療養する部屋の扉を 10 センチほど開け、ゲーム中でもウトモさんの様子が見えるようにしている。ウトモさんは夜間になると大声で独り言を言い始めるのだが、児童たちは決してウトモさんが療養している部屋を覗かない。そして、カード・ゲームを終えて居間で寝てしまった児童たちは朝になると学校へ行くために帰っていく。

このように、六男と児童たちは毎晩ゲームをしながら¹⁸⁰ウトモさんのそばに居た。また、六男夫婦の家に下宿していた外部者である筆者も同様に、毎晩彼らがゲームをする傍らで、結果的にウトモさんのそばに居た。このような、六男夫婦の日常生活は約 2 年続いた。

ここで重要なことは、児童たちが自由に六男の家庭に入り込み、毎晩ゲームをしながら六男夫婦と共にウトモさんのそばに居たことである。すなわち、病者の身体が置かれている親密な領域は大人の規律の外側に緩やかにつながる児童と筆者に開かれていた。

児童は、ウトモさんが療養中であることを知っていてゲームをやりに来ている。すなわち、そばに居るといことが、いずれケア実践へとつながる可能性のある行動ではないか。また、六男夫婦にとり、筆者はそばに居ることができる頭数の一人になっていた可能性がある。筆者が下宿中には、筆者がいることで、六男夫婦が共に家を空けることが 2 回¹⁸¹あった。六男は筆者がウトモさんに応答する姿勢をもってそばに居ることができる人だと判断したかどうかはわからない。しかし、そばに居るとい状況は、高齢者ケアに関わる重要な要素であったと思われる。

3-5 見せない部屋

村の男性によれば、この村では昔 (*zaman dulu*) からウトモさんと同じような状態の人がいたという。それはルンプ (*lumpuh*) と呼ばれていた。ルンプという語彙自体は麻痺するおよび痺れるという意味をもつ。したがって、村の人びとは身体のいずれかが麻痺し痺れた状態を初めて目にするのではない。ただし、麻痺や痺れを理由に病院へ入院し、カテーテルを装着され、麻痺した箇所を少しでも改善するためにセラピという赤い光を当てる治療と高価な飲み薬を処方される、この状況こそが新しい現象なのである。これまで治療

¹⁸⁰ 児童はウトモさんが亡くなった後もゲームをするために六男に会いに来ていた。

¹⁸¹ 六男夫婦は二人揃って近所の小売店に買い物に出かけていた。

の対象としてみなされてこなかったルンブは、医学的な問題として管理¹⁸²の対象となった結果、延命はするものの治療を継続することを医療専門職や AB 地区の一部の住民から期待されるのである。

その後、筆者が六男の家に下宿していることを知っている村の人びとは、筆者にウトモさんがどのような状態なのかを聞いたがった。例えば、市場で働く女性（50代）は筆者に、ウトモさんはオムツを使用しているかと聞いた。使用していないと答えると「まあ、汚い」と述べた。オムツが高価であることを人びとは知っている。次に彼女は、「なぜ妻は働かないのか。都市部で家事労働の仕事ができるだろうに」¹⁸³と述べた。彼女の批判は、衛生面よりはむしろ、病者を抱えた家族、この場合は妻が働かないことに向けられていた。つまり、老親のケアを行っているから家に居るとは理解されない。この村に居る限り農業労働だけでは食べていけない。ましてや病気の治療には経済的な負担が大きい。近親者であるからこそその出稼ぎへの期待であって、妻のみが老親のケアを期待されているのではないようである。

その後、ウトモさんの療養中に、1度だけ六男の家屋においてイスラーム勉強会が開催されたことがあった¹⁸⁴。六男は常日頃から筆者に、「出入りは自由だ (*pintu terbuka*)」、つまり、誰でもウトモさんに自由に会いに来ることが出来ると述べていた。しかし、イスラーム勉強会に先立ちそれまでウトモさんが暮らしていた家屋を解体し、その廃材を使用して質素なスペースを増築した。増築した理由について六男は、「(ウトモさんの) 叫び声が皆に聞こえてしまうので、居間から離れた場所に部屋を増築したかった」と述べた。

イスラーム勉強会当日はウトモさんが療養する部屋の扉は完全に閉められ、また、人びとがウトモさんの部屋へ立ち寄ることはなかった。すなわち、六男はウトモさんの状態を見せず、人びとは見なかった。齊藤は、他者にアクセスを許可しない私的な領域は能動的に選択されているという [齊藤 2000:95]。六男はその部屋を見せないことを選択した。これが現代ジャワの終末期の一側面である。その後も、ウトモさんの療養する部屋に立ち入るのは近親者のみであった。

¹⁸² 医療化に関する議論は、Parsons [1951]、Illich [1976]、Freidson [1970] などに詳しい。

¹⁸³ 例えば、筆者の実施した調査において、父親が重度の病いで療養生活を余儀なくされた事例では、娘が家庭で縫製の下請けを行い生活費や治療費を稼いだ。出稼ぎではなく、内職という選択肢もあるのだが、この場合はミシンを所有していることが条件となる。

¹⁸⁴ 毎週木曜日の夜に開催されるイスラーム教勉強会のために六男の家が開催場所として使用された。開催場所は地区内の成員の家屋が交代で使用される。

通常、人びとは療養生活が長引いている人の状態を気にかける。ところが、村の人びとはウトモさんが病院から退院した直後に見舞って以来、ウトモさんに会いに行くことはなかった。そしてイスラーム勉強会の日にも、人びとがウトモさんに会うことはなかった。

一方、第4章でイサさんの実母のケアをめぐることは、親族間における日常的な家屋の開放性を指摘した。イサさんは実母の状態を老化現象の一つだとみなしており家屋は開放的だった。そして、人びともイサさんの実母のことを大きな問題として取り上げていない。イサさんの実母とウトモさんでは何が異なるのか。「ボケ」の症状と完全に寝たきりの状態では症状が異なるのだが、人びとがその症状を老化現象の範囲であるとみなすか否かなのである。換言すれば、人びとには「ボケ」は病気だとみなされていないということになる。

以上、老親が病いに見舞われた時の家族の動態を描写してきた。最終的なウトモさんのケアは六男夫婦によってなされたが、六男夫婦がキョウダイたちから老親のケアを任されたこと自体に不平不満を漏らすことはなかった。むしろ、六男は働かずにキョウダイたちからの仕送りで生活していたため、毎日朝まで児童たちとカード・ゲームに興じることができたのである。次節で詳しく述べるように、決して心滿意足とまではいわないが、六男のこのような振る舞いによってウトモさんの療養生活において家族が悲惨さにくれることはなかったように思われる。

第4節 8人の子供たち

本節では、ウトモさんの8人の子供たちの関係性を確認する（第3節表5-2「ウトモさんの子供たちの概要」を参照のこと）。図5-20は、A地区で暮らすウトモさんの子供（長女、三男、六男）の家屋の位置を示したものである。A地区内では標高が低い場所にウトモさんと六男の家屋がある。そこから村道を通り県道へ向かうまでの道は舗装の不完全な上り坂になっている。三男の家屋は中腹に、長女の家屋は地区内の標高の高い場所にあり、六男は三男や長女の家を「上の家（*rumah atas*）」と呼ぶ。それぞれの家屋は、それぞれが日常的に利用する地区道の動線上にはない。つまり、長女、三男、六男は日常的にそれぞれの家の前を通り過ぎたり、道端ですれ違ったりすることがない。

以下では、主に長男および長女、三男の現在のライフスタイルおよびAB地区における位置づけ、親族の関係性に注目する。

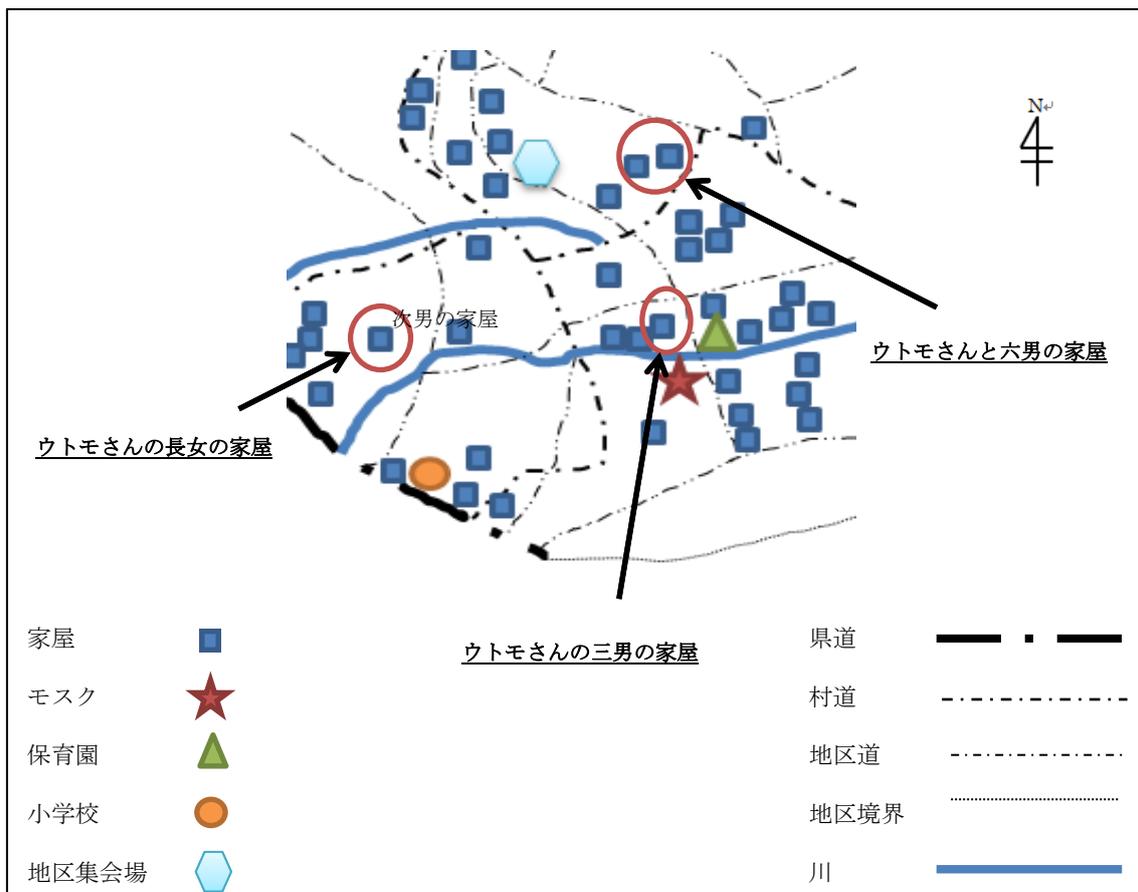


図 5-20 ウトモさんと六男および長女、三男の家屋の概念図

4-1 家長となった長男

長男によれば、子供の頃はこの辺りに舗装された道などなく、村の子供たちは山を二つ越えて学校へ通わなければならなかったという。長男は子供の頃から「とにかく、この村を出なければ生きていけないと思っていた」と述べ、この村で生計を立てていくことの困難さを強調した。当時一緒に学校へ通った幼馴染は、ムジヨノ氏（キヤイ）やヨギ氏（前A地区長）である。長男によれば、幼馴染がAB地区の有力者であることは心強い。年に一度ないしは2年に一度帰村する長男は、幼馴染に「六男をよろしく頼む」と彼らに六男を託す。反対に、AB地区の有力者からすれば、彼は村を出て行った人であり、幼馴染としての紐帯は弱い。彼らが長男に地区の重要な役割を願い出ることはない。

長男は、六男が生まれた年の 1971 年に自らの意志により職を求めてランブン州へ移住 (*migran sendiri*) した。その後、ランブン州でジョグジャカルタ・クロンプロゴ県出身のジャワ人女性と知り合い結婚し、そのままランブン州に生活の基盤を置いている。ランブン州では小学校の校長を務め定年を迎えた。社会的地位は高い。

家族の中の長男としての位置づけは、父親が亡くなり、母ウトモさんが病いを患い療養中である今となつては、家長の立場である。ジャワの家族に父系イデオロギーはないのだが、ウトモさんの療養生活やその後の葬祭儀礼の執り行い等、家族の決め事においては必ず長男を家長とする話し合いがもたれている。その一方で、長男は次のように述べている。「私はもう高齢なので、断食明けの休暇に出身村の AB 地区へ帰村するというよりは、私がランブン州にいて帰省してくる子供や孫を待ち受ける立場となった」。このように、長男の帰属意識はランブン州にある。

他方、長男の妻は「調和を重んじる穏やかな性格」¹⁸⁵というステレオタイプで語られるジャワ人の気質とは正反対であり非常に気性が荒い。それは、長男自身と他の親族も認めるところである。ランブン州において公務員の妻としての地位を築きあげ、なおかつ、狭い土地で農業労働にも励み、子供と孫に囲まれた生活をおくっている。AB 地区で生活する貧困なウトモさんと六男夫婦とはほとんど関係性を築いてこなかった。

後に長男の妻がウトモさんの葬祭儀礼に参加した時には、束ねた 10 万ルピア札 (約千円に相当する札) を右手に握って高々と掲げ、集まる親族らに「さあ、欲しいのは誰？」と大声で述べながらお金を配って回り、最後に長女に向かって「あなたは病気で働けないのだから」と遠慮する長女の右手にもお札をつかませた。筆者には、それが裕福な者としての当然の証であったのか、それとも、これまで義母であるウトモさんのケアをしてこなかったことに対するお詫びであったのかは判断しかねる。ただそこに居た親族は、「ありがとうございます」といいながらお金を受け取り、また、遠慮がちにまわりを見渡す長女に対して貰っておきなさいという意味を込めて何度もうなずいた。

4-2 まとめ役の次女および次男、四男、五男

次女は、先に述べたように、中部ジャワ州出身のジャワ人男性と結婚後、ジャカルタに生活の基盤を置いている。次女の夫は公務員定年退職者 (小学校の校長) であり、社会的

¹⁸⁵ ジャワ人に関する数々の先行研究では、ジャワ人が調和 (*rukun*) を重んじる性質であることが強調される [染谷 1993 ; ハルジョウィロゴ 1992]。

地位は高い。次女夫婦は不定期にウトモさんをジャカルタに呼び寄せ、数カ月単位で共に暮らすことがあった。その際、次女はジャカルタ近郊に移住している次男および四男、五男のまとめ役となり、ウトモさんと子供たちをつなぐ役割を果たした。

次男は、ジャカルタに生活の基盤を置き、民間企業を定年退職した後、現在は契約農民として生計を立てている。次男夫婦が A 地区へ帰村することはほとんどない。

四男・五男は、兄（次男）と姉（次女）を頼ってジャカルタへ行き、二人は同じ民間企業に就職した。二人はジャカルタで知り合ったジャワ人女性と結婚し、ジャカルタに生活の基盤を置いている。それぞれ学童期の子供が二人おり、数年に一度レバランの際に AB 地区へ帰村する程度であった。父から水田を相続しているが、水田の管理は六男に任せており、事実上その水田は放置されている。

4-3 病いを患う長女

長女は、村の男性と結婚後、夫の仕事（元公務員、消防士）に伴いジャカルタへ移住する。そして、夫が定年退職した 2005 年に、ジャカルタの借家を引き払い家族（夫婦と息子、娘）揃って A 地区へ帰村した。長女夫婦は、A 地区では晩年 U ターン者という位置づけである。その後、息子はマレーシアへ出稼ぎに行き、娘は高等学校へ進学した。その 2 年後の 2007 年に、長女は脳梗塞に見舞われ左半身不随の後遺症を抱えてしまった。当時 79 歳だった母ウトモさんをはじめ親族は、交代で長女をケアした。この時、マレーシアへ出稼ぎに出ている息子が帰国することはなかった。

さらにその 2 年後の 2009 年に、夫が心臓病で亡くなった。その後長女は再婚する。再婚前に長女は A 地区に暮らす寡婦（元公務員の妻）に再婚相手に関する相談をした。この女性は長女に、まず病気を治してから焦らずゆっくり再婚相手を探すよう助言していた。しかし、長女は助言を受け入れることなく、子供が二人いる隣村の寡夫と再婚した。ところが、再婚相手は長女をケアするどころか、ほとんど仕事をしなかった。そして、2012 年に長女が二度目の脳梗塞を再発すると、再婚相手は離婚を申し出た。

それから暫くして、マレーシアに出稼ぎに出ている息子が突然帰村する。息子はマレーシアでカリマンタン出身の女性と結婚し、子供を一人さずかっていた。また、出稼ぎで働いて得たお金は全て使い果たして帰村した。長女は息子の結婚を認めず、また、お金を使い果たしたことに憤慨した。それゆえ、嫁（息子の妻）とは非常に仲が悪い。長女は「嫁の世話にはなりたくない」と言って、家の中を板で仕切り完全に息子夫婦と居住スペース



写真 5-21 長女の家屋内

ベニヤ板で仕切りを作り、息子世帯は奥側で、長女世帯は手前側で暮らす
それぞれが使用する出入口（扉）は異なる



写真 5-22 駄菓子屋

長女の嫁がバス通りに開いた店で駄菓子を買う
2人の小学生



写真 5-23 ウトモさんの長女

地区の集会に参加した後、大学生の娘（左）
に支えられながら杖を使用して歩く長女（右）

を区別した。これは一見すると、結婚間もない子供が新居を構えるまでの間に親の家屋に同居する場合の居住形態と同じなのだが、二つの部屋は区切られた壁によって距離の遠い場所となってしまった（図 5-21）。

2014 年の調査当時、長女は区切った一方のスペースに大学 3 年生になる未婚の娘と二人で暮らしており、娘が母親のケアを行っていた。長女は AB 地区では息子と一つの世帯と考えられているが、実際には生計を別にしてしている。長女は主に所有する水田を小作農に任せその収穫を半分得て生活している。畑作労働は弟である六男に依頼することもあるが六男への報酬は伴わない。息子は帰村後、警備員の仕事を心得て市内へ通勤している。娘は大学院へ進学することを希望しているが、母である長女は、大学を卒業して職に就き、早く生活を助けて欲しいとして娘の進学を認めなかった。

一方、嫁は幼い子供を育てながら地区内の狭い土地を間借りして小学生相手の駄菓子屋¹⁸⁶を始めた（図 5-22）。村の人びとは、働き者な嫁だという。嫁は地区にいる 3 人のカリマンタン出身の女性（婚入者）および子供が同じ託児所に通う世帯と交流関係をもっており、村で孤立している様子はない。村の女性らによれば、「この嫁姑問題はいつまでも嫁を（家族として）受け入れない（姑である）長女に落ち度があり、それに従う娘も悪い」ということだった。

他方、病いが回復しない長女を心配したキョウダイたちは、父親の葬祭儀礼のために帰村した際、家族会議（写真 5-24）の席に長女の息子呼び出した。そして、家長である長男は、「君は実の息子（*anak kandung*）なのだから、お母さんの世話をしなければならぬ」と穏やかな口調で叱責した。また、別の機会に長男は、「母親を大事にするように」と長女の娘に助言した。

キョウダイたち（長女の息子の嫁にとり夫方親族）が、この時開催された儀礼で主な役割を嫁に任ずことはなかった。キョウダイたちは、筆者には「嫁は育児中だから手伝わなくて良い」と説明したが、明らかに嫁姑問題に関する姑側の理解者だった。嫁とキョウダイたちの交流は少ない。

その後、長女は杖を使用し誰かに支えてもらえばどうにか歩けるほどに回復しているが、未だ療養中である（図 5-23）。これまでの間に、長女がウトモさんをケアすることはなかったが、唯一 1 度だけ、ウトモさんの見舞いに訪れた日があった¹⁸⁷。その日は 8 時に六男が

¹⁸⁶ 県道沿いに小さな小屋を建て、学校帰りの子供たちに既製のお菓子を販売する。

¹⁸⁷ 2012 年 9 月 6 日、筆者の参与観察に基づく。

ひとりでウトモさんの腰巻を着替えさせ、身体を拭き、ベッド・シーツを交換して粥を食べさせた。



写真 5-24 家族会議

父親の千日目の葬祭儀礼のために帰村した際に開かれた家族会議

9時頃、長女が息子のバイクに乗って突然見舞いに来た。長女はウトモさんのベッドに座り、頬ずりをして髪を撫でた。長女は、未だに回復していない母親の様子を見て涙ぐんだ。それから持参したビスケットを食べさせる。15分ほどして居間に戻り、お茶を飲みながらウトモさんの様子について六男から話を聞いた。この間、ウトモさんの療養している部屋の扉は、居間からウトモさんが見えるように10センチほど開けられていた。それから30分ほどしてウトモさんの腰巻が濡れていることに気が付いた長女は、六男の妻に向かって腰巻を直ぐに取り換えるように強い口調で指示した。この日以降に長女がウトモさんの見舞いに訪れることはなかった。

4-4 出稼ぎ二重生活の三男

三男は、前地区長の娘と結婚後、前地区長の屋敷地の隣に家屋を構え、2人の娘をもうけた。当時三男は、父親から相続した水田を所有し、また、月曜日から金曜日に市内のアパートに住んで民間企業¹⁸⁸で働き、土曜日および日曜日のみ A 地区で暮らす二重生活をおくっていた。三男は自動車やバイクを所有していないため、バイクを所有する村の男性が月曜日の朝に三男が市内に借りているアパートへ送迎し、金曜日の夜に迎えに行く。兼業農民となった三男は、所有する水田の一部を小作農に任せている。

三男の妻は村役場に勤務している。公務員や公務員の妻から成る女性組織 PKK の一員であり、例えば、AB 地区の託児所 (*pendidikan anak usia dini*: PAUD) において幼児教育を担うなど、村や地区の活動に熱心である。また、家庭では高校生の 2 人の娘の教育にも非常に熱心である。三男の妻は村では社会的地位が高く、帰属意識は自身の生家側（元地区長側）にある。そのため、主に元地区長を通じたネットワークにつながりやすく、交流関係は村の公務員、公務員の妻たちの間に確認できる。

三男が村に戻ってくる土曜日、日曜日には、三男の優先事項は妻方・元地区長側の行事にあり、三男夫婦が長女や六男世帯を訪問することは稀である。三男夫婦と六男夫婦は不和ではないにせよ、三男夫婦が日常的にウトモさんをケアすることはなく、しばしば三男の妻が中国漢方薬¹⁸⁹を持ってくるのみであった。他方、三男の父（ウトモさんの配偶者）の葬祭儀礼の際（図 5-25）は、三男の嫁が A 地区で暮らす長女、三男、六男世帯をまとめる役となっていた。その理由は、葬祭儀礼の準備にかかわる費用を収入の少ない長女や六男と共にやりくりすることなく、全て三男世帯が立て替えなければならなかったからである。

後に（2016年3月）三男は、脳梗塞を患い療養生活を余儀なくされたが、三男のケアは、主に妻方の近親者が行っている。六男夫婦が三男の療養生活に介入することは、今のところない。

4-5 怠け者の六男

筆者が調査を開始した 2012 年時点には、既に六男夫婦によるウトモさんのケアが始まっ

¹⁸⁸ 三男は、四男、五男が勤務するジャカルタの民間企業のジョグジャカルタ支店に勤務している。

¹⁸⁹ 三男の妻は、ウトモさんの床ずれした皮膚の痒みを抑えるオイルやパウダーなどを購入して持参した。

ていた。つまり、筆者はウトモさんが病いを患う以前の六男夫婦の日常生活を知り得ない。しかし、ウトモさんが亡くなった後の六男の生活を見たことによって、六男は貧困な農村地域で気持ち良く生きている、と筆者には思えたのである。六男の生き方に注目する理由は、六男が現代ジャワ農村部において、高齢者から期待される大切な存在なのではないかと考えるためである。以下では六男の生活態度を概観する。

2013年3月6日にウトモさんが亡くなって以降、8人のキョウダイたちはウトモさんの千日目の葬祭儀礼までを協力して執り行った。千日目の葬祭儀礼が終了した後、六男夫婦は妻が出身村の老親の元へ預けていた前夫との間の息子をA地区へ呼び寄せ一緒に暮らすようになった。その後、六男は妻との間に六男にとっては第一子となる子供をもうけた。彼は、「私が母をケアするという義務を果たしたので、神は私に子供を授けて下さった」と述べた。村の人びとからも、六男が老親扶養にかかわる義務を果たしたと考えられている。



図 5-25 墓の掃除をするキョウダイたち（2013年12月3日、筆者撮影）

左から、ウトモさんの四男、五男、次女、長女の息子、長男、六男、三男、五男の息子。墓の回りを掃除した後、墓石（*nisan*）を設置する。通常、墓石は千日目に設置されるが、ウトモさんより先に亡くなった父親の死後千日目に当たる日に、ウトモさんの墓石も設置した

これまで六男は、水田稲作を主な生業として、畑作農業および換金作物になる物は何でも売って暮らしていたという。また、ウトモさんが療養中には農業労働に割く時間が減少した、と筆者は六男から聞いていた。そのため、彼はキョウダイからの仕送りで携帯電話を購入し、家に居ながら SNS で椰子殻を販売していた。

ウトモさんが亡くなると、移住したキョウダイたちから六男への仕送りはなくなった。彼はプリペイド式携帯電話にチャージすることができなくなり、携帯電話を使用した椰子殻商売は頓挫した。六男はバイクを所有していない。彼の日常生活の行動範囲はほとんどが村内である。彼はウトモさんが療養中だった頃と変わらず家屋周りにいることが多かった。

ウトモさんが亡くなったのは雨季の終盤となる 3 月であった。そして、その年の田植えは雨季に入る 10 月頃になる予定だった。ところが、六男の所有する水田は農業用水の便が悪く、六男は降雨量が増さないことを理由に 11 月になっても、12 月になっても田植えを始めなかった。

水田より標高の高い場所に村の有力者が設置した貯水槽がある。村の他の水田の所有者は、この貯水槽から何十メートルにもなるホースを設置して水田に水を引いている。六男にはホースを購入する金がない。それどころか彼はホースを購入するつもりがない。六男の特技・技術といえば大工仕事であり、すなわち、彼は農業労働が好きではないのである。長男は、六男のことを「いいヤツだが、子供の頃から怠け者だ」という。

ウトモさんが亡くなった 2013 年、六男は 42 歳になった。この年の 12 月に、A 地区の青年団であるカラン・タルナ (*Karang Taruna*)¹⁹⁰の発足 2 周年記念祭が開催されることになっていた。そのため、打ち合わせが頻繁に行われた。カラン・タルナは、A 地区住民の成人男女 70 名から成る地区行政や地区活動を補佐するための社会組織である。通常、15-35 歳の未婚男女を中心として、儀礼の際に客へお茶を配る等の仕事を無償で行う。

六男は、不定期だがカラン・タルナの打ち合わせに参加する。彼によれば、42 歳の既婚者でも活動に参加していいという。カラン・タルナは、この記念祭という大きな行事に対して、中心的ではないが補欠的な成員に対して報酬を支払う。それは六男にとり、農業労働以外で金銭を手にするチャンスであった。

¹⁹⁰ カラン・タルナ発足以前はインフォーマルに青年らが集まり地区内の夜回り警備等を行っていたが、資金もなく活動は事実上停止状態だった。しかし、2011 年にこれまで細々と蓄えてきた資金が貯まり正式に A 地区カラン・タルナを発足するに至る。



写真 5-26 家屋の解体

1枚ずつ手作業で屋根瓦を外す住民男性たち。
相互扶助による家屋建設である (*goton-royon
pembangunan*)



写真 5-27 地区集会場の建設

ブロック塀を積み上げる六男



図 5-28 地区道を歩く六男

高齢女性 (左ジャミナさん、右ダルモさん)

また、六男は地区内の相互扶助活動には必ず参加する。例えば、家屋建設・改築や地区のインフラ整備である（写真 5-26、5-27）。これらの活動は全て無償だが、彼は無償の労働であってもいつも快く引き受け、余ったセメント等の資材をもらって帰り自身の家屋を修繕した。

一方、AB 地区では 2015 年頃から、ワレノサリ村は家屋の修繕やインフラ整備の相互扶助活動における人件費に対して補助金を支給するようになった。例えば、労働者 5 人分の日当が村の補助金から支出される。近年では、市内の企業で働く者が増え、相互扶助活動に参加できる若い世代の男性が減少した。それゆえ、六男が地区活動に参加する機会は増えている。しかし、六男が報酬の伴う仕事に必ず選ばれるとは限らなかった。

地区活動の他には、村の人びとから個人的に大工仕事を依頼される機会がある。A 地区では、伝統的な産婆として知られている高齢女性が家屋を新築する際には六男が雇用された。この産婆の孫（高校 2 年生の女性）はカラン・タルナの中心的な成員である。六男は当時小学 4 年生になった娘の宿題¹⁹¹を産婆の孫に手伝ってもらうために度々彼女の世帯を訪問している。また、ムジヨノ氏が家屋を増築する際や屋敷地内にムジヨノ氏専用の礼拝室（*musholah*）を建設する際にも六男が雇用されている。

このように、六男はいつまでたっても自身の水田の田植えを始めず地区内の不定期な大工仕事だけに頼っている。つまり、人びとには六男がいつも地区内をブラブラしているように見え（図 5-28）、それゆえ、人びとから手が空いている重宝な者だと見なされているのである。六男の生活世界は比較的狭く、A 地区からほとんど出ることもなく地区外に仕事を求めることもない。しかし、地区内の仕事だけでは一家が食べていくことはできなかった。

これらの地区活動では、家屋の所有者や地区長によって飲み物や食事、タバコが用意される。六男はこうした活動に参加する限り食事をすることができ、タバコも吸えた。他方、妻と 2 人の子供および生まれたばかりの赤ん坊は、食べることに困る日々が続いていた。妻は母乳の代わりに赤ん坊に水を飲ませた。稀に、庭の木から葉をもぎ取り葉に含まれる水分を舐めさせることがあった。いったい授乳中の妻や子供たちはどうやって食べていたのか。

筆者が市場へ行った日に、赤ん坊を抱いた六男の妻と娘が筆者に同行した。市場では、

¹⁹¹ 宿題のテーマは、インドネシアの英雄についてレポートを書くものであった。六男と娘の目的は、高校生になる産婆の娘に（スマートホンの）インターネットに接続して情報を探してもらうためだった。

数名の売り手が赤ん坊を可愛がり菓子をくれた。赤ん坊を可愛がるのは、市場の売り手だけではない。地区内においても、六男の妻は赤ん坊を抱いて訪れる先々で菓子をもらった。

また、六男の妻は娘が小学 2 年生になった時から、娘がひとりで学校まで行けるようにと通学の付き添いはやめていたにもかかわらず、毎朝赤ん坊を抱いて娘を小学校の近くまで送って行った。その帰り道に妻は、第 3 章で述べたダルモさんの家へ立ち寄る。すると、ダルモさんの娘サルティナさんが、「授乳中なんだから、食べなさい」と言って焼き飯 (*nasi goreng*) を出す。サルティナさんは「彼女はいつも食べ物をもらいに来る」と言い、六男の妻が食べていないことを知っていた。一方、六男の妻はダルモさんの世帯にサルティナさんがいれば食べ物があることを知っていた。

どうやら、六男は妻や子供をどうやって養うかについては無責任なようである。妻は六男が仕事の無い日にこのことに抵抗し、いつまでも料理を作らないことがある。そもそも作る食材がない。六男夫婦は決して不和ではなく、ウトモさんの療養生活中には笑いが絶えない日もあったのだが、このままでは妻が抵抗する日が増えるのではないか。

同じ年の 10 月、四男が暮らす西ジャワ州の家屋の改築が行われた。四男は、六男を正式に労働者として雇用した。六男は約 1 カ月半の間、西ジャワ州に出稼ぎに出た。そして、まとまった金銭を得て出稼ぎから戻った六男は、まずジャカルタ土産の菓子を持参して姉（長女）を見舞った。次に、姉の家屋の近くに暮らす男性のところへ行き、伸びた髪を切ってもらった。これらの行為は、友誼を深めるムネンゴツ（第 2 節を参照のこと）に相当する。

この男性は、毎週三男を市内までバイクで送迎する農民であり床屋ではない。また、彼の子供はウトモさんが療養中に毎晩六男とゲームをして朝まで泊まっていた小学生の男子である。それからしばらくは釣りが趣味のムジヨノ氏を釣り堀（有料）へ誘うなどして過ごした。この年の 11 月下旬には亡くなったウトモさんの死後千日目の葬祭儀礼が控えていた。しかし、彼は出稼ぎで得た金を儀礼のために貯めておこうとは考えない。そして、出稼ぎから戻った後も田植えを始める様子にはなかった。ついに、備蓄米は底を尽きた。

11 月に予定されていた儀礼は、移住したキョウダイたちが年末年始の休暇時に日取りを延期するよう要請したため、1 カ月遅れの 12 月下旬に開催されることになった。六男には儀礼を開催するだけの大金はなく、儀礼の準備は移住したキョウダイたちの帰村を待つしかなかった。一方、三男は自身の家屋を開催場所として、予定通り 11 月下旬に葬祭儀礼を執り行った。すなわち、死後千日目の葬祭儀礼は、三男および六男それぞれの主催で 2 回

開催された。

人びとによれば、伝統的な考え方に従い葬祭儀礼の日取りは、死後千日目以前のジャワ暦に従った相応しい日に決定するが、近年は移住した子供たちの都合が優先され、その通りにいかないことがあるという。また、儀礼を 2 回開催することは禁忌ではなく、儀礼の開催を願う人であり、経済的に余裕があれば誰でも自由に開催してよいのだという。2 回開催することに疑問をもった筆者に対して村の 40-50 代の女性たちは「あなたの考え方は古い」と笑った。彼女たちにも移住しているキョウダイや子供がいる。彼女たちによれば、仕事が休めないのだから日取りを延期しても構わない。

三男の主催する葬祭儀礼には、三男の妻方（元地区長）の親族が集まった。招待客は多くなく儀礼の規模としては小さいが、そこには村のエリートたちが参加していた。つまり、村の人びとに対して顕示的であったのは、伝統的な考え方を守ろうとする三男の姿勢ではなく、権威と経済力を誇示する三男の姿であった。

人びとは後にこれよりも大規模となる六男主催の儀礼に関して様々に憶測した。前年に開催された六男の父の千日目の葬祭儀礼では、雄の山羊が供犠された¹⁹²。今回、三男が主催したウトモさんの千日目の儀礼では、山羊の供犠は行われなかった。人びとは、この後六男が主催する儀礼で山羊が供犠されるだろうと思っている。村の男性（50 代、農民、兼業で川魚を販売する）は筆者に「魚の餌にするため山羊の内臓の一部が欲しいと六男に伝えてくれないか」と言った。人びとは、日取りの延期や儀礼の回数よりも、むしろ事実上移住した子供たちの経済的支援の下で主催する儀礼に関心を抱いていた。

他方、三男主催の儀礼が執り行われるその 2 日前、六男夫婦は自動車を借りて妻の生家に米をもらいに行く計画を立てた。この時六男は、先に述べた釣り堀で釣れた魚を料理し（*lele goreng*）、妻の生家へ土産物として持参した。彼がそのために釣り堀へ行ったかどうかは定かではない。あるいは、運よく魚が釣れただけとも推測できる。六男夫婦が三男主催の儀礼の準備を手伝うことはなかった。

人びとは、六男が儀礼の準備を手伝わないことに対してではなく、米を貰いに行く行為を非難した。妻の生家に行くために自動車を借りる金¹⁹³があるのであれば、近所の売店で米が買えるというのである。一方、六男によれば、儀礼の準備よりも自動車を借りて家族

¹⁹² 山羊の雄は雌より高価であり、1 頭約 100 万から 130 万ルピア（約 1 万円前後）の費用がかかる。比較として、本調査地の 1 日の労働者の日給は約 4 万ルピア（約 360 円）である。

¹⁹³ 自動車を借りたお金は、筆者が下宿代として支払うお金から支出された。

揃って妻の生家へ米をもらいに行く方がはるかに楽しく、また、高齢な妻の老親に会いに行くことが重要なのである。貧困だが、常に六男家族には笑いが絶えない。

先に筆者は六男が気持ちよく生きているように見えると述べた。それは何故なのか。六男の生き方は無計画なようで、しかし筆者には計画的に見えるからである。筆者が知る限り、六男は水田よりも家が欲しかった。老親が重度の病いを患うことは想定外であったが、老親のケアを行いながら、そばに居ながらできる仕事を探し、妻の連れ子は老親がなくなってから呼び寄せ養子にした。

農業労働こそ怠けるが、大工仕事は得意である。定職に就かずあえて村の中でブラブラしている。村の人びとにとり六男は案外ありがたいのではないだろうか。人びとは釣り堀へ行く、自動車を借りるなどの六男の生活態度を非難するにもかかわらず、六男に仕事を頼む。そして、六男は快く仕事を引き受ける。筆者には、人びとが六男との関係をつなぎ留めておきたいように見える。すなわち、六男のような存在は村の人びとにとってのウェルビーイングなのである。今後、少子化、子供の移住がますます顕著になるに従い、誰のそばにも居ることができる人がこの村には必要となるだろう。

第5節 小括

本章では、見舞いから看取りの期間に注目し、病いを患う高齢者をめぐる村の人びとや家族の動態を概観してきた。明らかになったことは以下の通りである。

第1節では、見舞いの慣行について説明した。人びとが病者の身体が置かれている親密な領域に入ることを許されている見舞い行為はジャワに特徴的である。多くの人が側に居ることによって、病者がひとりになることはない。見舞いの後、とりわけ病いの回復が長引いている人に対する訪問行為は見舞いではなく友誼を深める目的で行われた。このように、病者のそばに居ることができる人は、半ば社会的な義務を伴う相互扶助による村の全ての人から次第に二者関係へと推移した。

第2節では、人びとの健康意識や衛生観念の高まりを確認した。療養生活にかかわる消費様式には、便利なモノや保健医療サービスの利用が見られるようになった。これらの利用は、これまでは裕福な人のみが利用する傾向にあったが、現在は移住した子供からの経済的な支援および移住先で成功した子供たちの健康意識を反映した都市部ライフスタイルの模倣、さらには、それを可能にする販売側の戦略などの影響がある。

第3節では、脳梗塞を患う高齢女性ウトモさんとその家族を取り上げた。従来、看取り

は自然なものだった。しかし、現代ジャワではウトモさんのようにカテーテルを付けたままで退院する高齢者は稀ではない。ウトモさんの療養生活ではこの村では稀な住み込みによる「介護者」の雇用がみられ、裕福な世帯のみならず貧困な世帯であっても利用せざるを得ない医療専門職によるホーム・ケアが行われた。

ウトモさんの療養生活をめぐり、人びとが近親者と見なしていたのは同居家族である。しかし、ウトモさんが病いを患って以降、ウトモさんが亡くなるまでの一連の過程においてそばに居たのは、六男の前妻の父（ムジヨノ氏）、ヨギ氏（三男の義父）、地区長、移住したキョウダイたち、ウトモさんのケアを任せた「介護者」と隣人女性および医療専門職、呼ばれなくても毎晩ゲームをしたくてやって来る児童たちおよび下宿していた筆者などであった。

これらの人びとは、六男に呼ばれた人と呼ばれなくても来た人に分けられ、そばに居たことに必然性があるのは呼ばれた人となる。呼ばれた人は、地区住民に問題が生じた時に解決にあたる立場である村の有力者であるか、治療や介護に必要な知識を持ち合わせていた人であり、結果的にウトモさんに応答した。

一方、療養が長引いている家屋の開放は選択的であった。しかし、ウトモさんが療養する誰もが出入り自由なはずとされていた部屋は、六男によって能動的に他者へのアクセスが遮断された。呼ばれなくとも応答する見舞いの慣行とは真逆である。

第4節では、キョウダイ、親族の関係性を提示した。彼らが置かれている異なる状況において彼らの思惑は交錯した。その中で、キョウダイらは都会的な療養生活を模倣した他者に老親のケアを全面的に任せる選択を六男に強いた一方で、彼らは老親のケアは一義的に同居血縁家族であるとした。それは、長男が長女のケアをめぐり長女の息子と娘（実子）を叱責した場面に表れている。また、「晩年Uターン者」である長女は、自身のケアを嫁ではなく娘に依存しながら、ウトモさんのケアは六男の妻（ウトモさんの嫁）に期待していた。老親扶養に関わる規範は都合よく利用されている。次女および三男の妻もまた、規範を前景化し、大変乱暴な言い方をすれば、「金を出し口を出した」。これらのことから、老親扶養にまつわる言説は非常に矛盾しており、実際には確かな法則性がなく状況依存的であると言える。

先行研究では、ジャワにおけるケアの担い手が妻、娘、嫁に偏るとされてきた。確かに女性に期待する言説は存在する。それに対して、六男の妻は日々のルーチン・ワークを優先し、汚れて臭い腰巻の洗濯を拒否した。そのため、洗濯は六男の担当となったが、この

村では男性も日常的に洗濯をするためそのこと自体が非難されることはない。第 4 章において、妻のケアを担うハディカルト氏の事例で示したように、男性もケアの担い手に成り得る。

それとは反対に、村の女性は六男の妻が出稼ぎに出ないことを非難した。この村で問われているのは、どのように農業労働以外で収入を得るのかであって、ケアの担い手として相応しい嫁ではない。人びとが長女の嫁が姑のケアを行わないにもかかわらず、働き者だと評価したことからも明らかである。この村では、老親のケアを妻、娘、嫁に規定する強い規範は聞かれない。すなわち、誰がケアを担うべきなのかについて、共通して語られる規範はないと言える。

六男の妻はまた、親子の自由な時間が奪われたことに不満を漏らした。親子 3 人が揃って外出できない状況は、誰かがやって来るのを待つのみとなる。この状況が、児童とゲームをする場を作り出した。従来、家屋は村の人びとに対して非常に開放的なのではないか。

先に述べたように、六男が能動的に遮断した領域を「親密な領域」と呼ぶならば、ジャワにおけるケアをめぐる「親密な領域」は実際には受動的であっても出入りの自由度は高いのではないか。これまで、西洋市民社会において、排除されていく人たちに対し「親密さ」をつくり出すための政治的行為が「近さを設定する」ことであった [齋藤 2008 : ix]。しかしながら、ここで述べられる「親密さ」はジャワ社会には当てはまらない。親密圏は近代家族の成立によって公共圏との対比で語られるものだからである。

ウトモさんが亡くなって以降、村の人びとは六男が義務を果たしたとみなしていた。義務とは、そばに居て家庭で看取ることに尽きる。人びとは、決して最期までホーム・ケア（近代西洋医療に基づく治療）を続けることを義務としていない。そして、六男は「怠け者」である性格を盾に、いつまでたっても生業である農業労働に従事せず地区内をブラブラしては些細な仕事を引き受けた。金を蓄えて生活を豊かにしようとは考えず、目先の娯楽に金を使う。こうした性格ゆえ人びとからは怠け者と見なされるが、村の人びとが非難しないのは、現代ジャワの農村部にとって彼のようなそばに居ることができる存在が非常に貴重なためであろう。

終章

本論文では、そばに居るといふことの重要性に注目しながら、現代を生きるジャワの「家族」によって担われる高齢者ケアのあり方を描写してきた。以下では、本論文で明らかになったことをそばに居るといふことの易さと難しさに注目しながら総合的に確認し、最後に結論と今後の課題を述べる。

第1章では、AB地区の歴史および住民構成を概観した。AB地区は農業用水の便が悪く、従来から人びとの流動性が高い地域であった。ところが、スハルト政権による開発政策によってインフラが整備されると、一定程度の住民はAB地区に定着した。しかし、同時に教育の開発も進んだため、教育を受け職業選択の幅を広げた多くの子供たちは、Whiteら[2016]らが子供世代の農業離れを指摘しているように、農業外に職を求めて村外へ流出していくことが確認された。高齢者のそばに居ることができる成人子は減少している。そばに居るといふことの難しさの一つに、AB区の農村という地理的要因があげられる。

成人子の流動性の高さにより、親子の同居は、老親が既婚の子供世帯に加わるパターンより就学中である未婚の子供が老親の世帯に加わるパターンが多い。このことは、高等学校や大学といった就学期間が長くなった子供たちがそばに居るといふことの易しさとして捉えることができる。

第2章では、インドネシア社会に表出する高齢化対策の特徴を明らかにした。インドネシアにおける高齢化対策は、国際機関の動向に影響され、また、国際機関の資金援助を受けて、急速な人口高齢化を強調する民主化の流れの中で展開している。インドネシアにおける高齢化対策の特徴は、世界保健機関(WHO)が提唱した「アクティブ・エイジング」の概念やWHOおよび国際連合児童基金(UNICEF)が提唱するプライマリー・ヘルス・ケア(PHC)の概念の下、コミュニティ・ベースによる福祉活動の中に位置付けられていった。女性を動員した既存の福祉ネットワークを活用し、住民参加型の高齢者福祉活動を展開したことが、インドネシアにおける高齢化対策の最大の特徴である。以上を通して、高齢者対策にかかわる公的な領域が新たに作り出された過程を示し、インドネシアにおいて高齢者福祉は社会全体で担うとする方向へ向かっていることを明らかにした。

第3章では、農村部における高齢者ポスヤンドゥ活動に注目した。活動を通して、高齢者同士がそばに居合う状況が設定された。本章では、活動プログラムの内容よりも、高齢

者の連帯を強化することが重要であることを指摘した。都市部と比較して、制度の普及が遅れがちな農村部において、本調査地のように活動が継続的に実施される意味は大きい。

福祉政策の対象に高齢者が据えられたことにより、高齢者は公務員や公務員の妻といった職業階層が高いカデルやプラワット（看護師）のそばに居ることが容易になった。第1章住民構成で確認したように、インフォーマルセクターに従事する世帯収入の低い住民が多い本調査地において、カデルやプラワットから支援されるということが高齢者にとりセーフティネットのひとつとなっている。その一方で、母子保健に加え高齢者のケアを担うことになったカデルたちの負担を考えると、カデルが活動を指揮してまでそばに居ることが困難なこともある。事実として、農村部では活動を開催していない地域が多い。

高齢者ポスヤンドゥ活動を実施していないパンジャヤ村 K 地区の事例では、高齢者情報が地域保健センターで管理され、不定期に近隣の教会が高齢者を対象とした支援を行っていた。また、3年間ではあるが国内 NGO の支援が行われていた。K 地区の人びとが地理的な特徴（山岳地帯であるということ）を理由にあげることにはなかったが、誰もが筆者に語った「この村は出稼ぎ村（desa merantau）」ということを経験すれば、上で述べたように活動を実施しないという選択は地域の特徴を反映していたと考えられる。

以上のことから、本章では高齢者に特化した活動の有効性を明らかにし、女性による既存の福祉ネットワークに依存しない教会や NGO の活動に高齢者福祉の可能性を示唆した。

第4章では、高齢者とりわけ独居高齢者の日常生活に注目し、独居が可能となる要因について検討することを通して、ケアをめぐる人びとの関係性について考察した。調査地の高齢者は家族の繁栄および経済的安定を高齢期の理想像としている。沢山の子供に囲まれて経済的に安定した老後を送っていたのは村に生活の基盤を置いてきた社会階層の高い高齢者であった。一方で、村の人びとと良好な関係性を築きながら、そばに居ることができる多くの人びとに囲まれて暮らしていた独居高齢女性は、高齢期の理想像に近い生活をおくっていた。他方、独居高齢男性は、人びととの間で不和が生じたことを契機として、「ボケ」てしまったことが独居の「限界」だと人びとからみなされた。

人びとはケアをめぐる高齢者の子供を近親者だと見なしていた。人びとの間では、いずれ高齢者は家庭で「家族」に看取られるという規範が根強いといえる。しかしながら、本章では「限界」とみなされる時期まで独居高齢者のそばに居て応答する人びとの姿勢こそ、正しく近親者であることを指摘し、こうした解決方法が人びとの間では現実的になってい

ることを明らかにした。調査地近隣の農村地域の多くが、こうした状況に直面している。

本調査地では、成人子の流動性の高さゆえ、ケアをめぐる「家族」がそばに居るという規範に沿うことが次第に難しくなっていく中、そばに居るといふことの易しさは、相互扶助の中に加わることから始まっていくと思われる。

第 5 章では、病いを患い療養生活をおくる高齢者に焦点を当て、ジャワに特徴的な見舞いの慣行および健康に対する人びとの意識の高まりを確認した上で、病いを患う老親のケアをめぐる現代ジャワの家族の動態の一部始終を描写した。

見舞いは、ジャワ社会が重度の病いを患った人を社会に受け入れるための非常に意味深い慣行といえる。見舞いは、誰もが病者のそばに居ることを容易にしている。一方で、その後病者のそばに居る人は、村の全ての人びとから次第に二者関係へと推移した。次に、高齢者の療養生活を見ることによって、都市部中間層の健康志向の高まりが、農村部における消費生活において浸透しつつあり、従来の農村部では見られなかった便利なモノや保健医療サービスが購入されていることが確認された。ここでは、都市部へ移住したことによって、そばに居ることが難しい子供たちの親孝行な想いが反映されている。反対に、便利なモノや保健医療サービスの購入は、療養生活に世帯間格差を生じさせている。

療養中の高齢者のケアに関して、人びとが近親者と見なしているのは同居家族であった。先行研究では、ケアの担い手が女性に偏り、とりわけ「親密なケア」は血縁女性が担っているとされてきたことに対して、本事例では、老親のケアを妻、娘、嫁に規定する強い規範は聞かれず、また、実際に男性も担い手となっていた。一方、移住した子供や同一地区で暮らす子供たちは、ジャワにおける老親扶養の規範を前景化し、老親のケアは一義的に同居血縁家族であるとした。こうした葛藤や交渉を踏まえて、本章では、ケアは女性のみならず男性も担う状況を提示した。加えて、第 4 節で取りあげた、不安定な生活を送っている六男のような存在が、そばに居ることのできるひとりとして、今後村では軽視できない存在となってくことを示唆した。

以上みてきたように、そばに居るといふ観点から論じることによって、そばに居るといふ行為は、そばに居る人が存在すると同時にそこに対象が存在するという意味において、二者以上で育まれる相互行為であること、および、相手に応答する姿勢をもってそばに居るといふ状況が高齢者ケアに関わる重要な要素であり、ある条件の下ではケア実践へとつながる可能性のある行動であることが明らかとなった。

本論文の結論は、第一に、インドネシアにおける高齢者ケアは社会全体で担おうとする

方向に向かっている。そして、現代を生きるジャワの「家族」を通して描写してきた高齢者ケアのあり方は、人びとから近親者であるとみなされている同居家族を中心として、応答する姿勢をもった人びとがそばに居ることで成り立っている。本調査地のような農村部インフォーマルセクターに従事する高齢者、とりわけ重度の病いを患う高齢者とその家族は、現在そばに居るといふ相互関係を通して、どのようにその社会に見合ったケアを実現できるのかという問題に直面している。

第二に、ケアをめぐる人びとの関係性は、これまでの社会関係と切り離せるものではない。人類学では、東南アジアにおける双方向的な社会を事例として、人びとの関係性の広がりが見事に示されてきた [坪内・前田 1977; Carsten 1997]。また、その関係性は段階的に生じ、人生を通じて変化する [Carsten 1995: 236]。従来から流動的に疑似家族を形成するというような特徴を持っているジャワの人びとの間で、高齢者ケアをめぐる人びとの関係性は、社会変化によってのみ影響を受けているのではなく、柔軟に変化するという融通性を持ち合わせた中で形作られている。それは、そばに居るといふことを重要視する人びとの間に見出された。

最後に、今後の課題を述べる。子供たちの流動性が高まっている中で、本調査地のような農村地域は、グローバル・ケア・チェーンの末端地域のひとつである。Baldassar ら [2014, 2016] が、そばに居ることができない家族成員の全てが、送金や ICTs を利用した連絡などを含むケアに関わる活動にかかわることをケアの循環と呼んだが、第 4 章でみたダルモさんの事例では、ライフスタイルの長い時間をかけて家族が良好な関係性を築いているという点でケアが循環しているように見える。しかし、それは親子だけで完結するものではなく、そばに居ることができる人びとの支援があってこそであった。ICTs の利用は今後ますます増加すると思われ、高齢ケアに ICTs の利用が及ぼす影響は今後も注意深く観察する必要がある。

また、もうひとつの課題は、児童と高齢者ケアの関係性である。これまで、出稼ぎ中の母親に代わり祖父母や血縁関係にない人びとが育児を担う状況は報告されてきた一方で、児童が高齢者のケアにいかに関わるかについての詳細な報告はほとんどみられない。

例えば、インドネシアには KKN (*Kuliah Kerja Nyata*) と呼ばれる大学生による地域奉仕活動がある。KKN は学生らが約 1 カ月から 2 カ月単位で村に住み込みながら奉仕活動を行うもので、本調査地では農業技術や地域医療 (*masyarakat kesehatan*) に関する活動が実施された年がある。しかし、こうした大学の授業の単位となる公的な活動ではなく、児

童と高齢者ケアの実態に目を向け、現代ジャワの家族と高齢者ケアの関係性をより明確にする研究にさらに取り組んでいきたい。児童は、農村部において高齢者のそばに居ることができる大切な存在である。

本研究を遂行するにあたり、筆者を支えてきてくださった方々にお礼を申し上げます。また、本論文の執筆中に調査にご協力いただいた高齢者の方々の半数以上が亡くなりました。ここに感謝の意を表するとともに、心からご冥福をお祈りいたします。

参考文献

日本語文献

- 伊藤眞. 2014. 「インドネシアにおける高齢化とその対応：予備的報告」『人文学報』483：1-18.
- . 2017. 「高齢者像の変貌—インドネシアの事例を中心に」山本信人（監修）・宮原暁（編）. 『東南アジア地域研究入門 2 社会』163-180. 慶應義塾大学出版会.
- 宇田川妙子. 2012. 「ジェンダーと親族—女性と家内領域を中心に」河合利光（編著）『家族と生命継承—文化人類学的研究の現在』149-177. 時潮社.
- 江上由里子・安川孝志・廣田光恵・村越栄治郎・垣本和宏. 2012. 「インドネシア共和国の保健医療の現状」『国際保健医療』27(2):171-181.
- 大木昌. 2002. 『病と癒しの文化史』山川出版社.
- 岡本正明. 2012. 「逆コースを歩むインドネシアの地方自治—中央政府による「ガバメント」強化への試み」船津鶴代、永井史男（編）. 『変わりゆく東南アジアの地方自治』アジ研選書 28: 27-66. 日本貿易振興機構.
- 小川玲子. 2014. 「東アジアのグローバル化するケアワーク：日韓の移民と高齢者ケア」『相関社会科学』24：3-23.
- 垣本和宏. 2009. 「インドネシア共和国における保健医療の現状と課題」『国際保健医療』24(2): 97-105.
- 加納啓良. 1988. 『インドネシア農村経済論』勁草書房.
- 川本隆史. 1995. 『現代倫理学の冒険—社会倫理のネットワークングへ』創文社.
- 木曾恵子. 2013. 「移動する母親たちと育児支援—東北体農村における子どもたちの養育代行にみるケアの実践—」『比較家族史研究』27: 53-74.
- . 2019. 「ケアの担い手の複数性とスマートフォンによる親子関係の補完—少子化時代の東北タイ農村における子育て—」速水洋子（編）. 『東南アジアにおけるケアの潜在力—生のつながりの実践』pp.351-177. 京都大学学術出版会.
- 倉沢愛子. 1998. 「女性にとっての開発—インドネシアの家族福祉運動の場合—」川田順造（著）『岩波講座開発と文化 6 開発と政治』103-123. 岩波書店.
- . 2013. 『消費するインドネシア』慶應義塾大学出版会.
- 黒柳晴夫. 2016. 「ジャワ農村の家族と親族組織—ジョクジャカルタ特別州内の農村を事例に—」『椋山女学園大学研究論集、社会科学篇』47: 55-69. 椋山女学園大学.

- 小池誠. 2013. 「インドネシア・スンバの父系社会における家族の多様性—「家族圏」再考—」『比較家族史研究』27: 7-26. 比較家族史学会.
- 合地幸子. 2012. 『地域社会における高齢者ケアの課題—インドネシア共和国ジョグジャカルタ特別州都市部の事例—』東京外国語大学修士論文. 東京外国語大学平成23年度修士論文.
- . 2014. 「「高齢者ポスヤンドゥ」プログラムからみる都市部における高齢者ヘルス・ケアについて—インドネシア共和国ジョグジャカルタ特別州の事例—」『言語・地域文化研究』20: 311-332. 東京外国語大学.
- . 2015a. 「インドネシア・ジョグジャカルタに見る職業的介護者の誕生と可能性—プラムルクティ (*Pramurukti*) 研修を通して—」『東南アジア—歴史と文化』44: 101-119. 東南アジア学会.
- . 2015b. 「インドネシア・ジャワ農村部におけるマントリ・クセハタン (*Mantri Kesehatan*) およびビダン (*Bidan*) の役割—高齢者の病い対処行動を通して—」『保健医療社会学論集』26(1): 58-67. 日本保健医療社会学会.
- . 2017. 「ジョグジャカルタ特別州村落部における健康と消費: 「中間層的スタイル」を求めて」『白山人類学』20: 7-28. 白山人類学研究会.
- . 2019a. 「老親扶養をめぐる規範を問い直す: インドネシア・ジャワにおける高齢者福祉施設を事例として」速水洋子 (編). 『東南アジアにおけるケアの潜在力—生のつながりの実践』pp.151-179. 京都大学学術出版会.
- . 2019b. 「インドネシアの高齢者ケアを担う移住労働経験者」『比較家族史研究』33: 32-55. 比較家族史学会.
- 齊藤綾美. 2009. 『インドネシアの地域保健活動と「開発の時代」カンポンの女性に関するフィールドワーク』東京: 御茶の水書房.
- 齋藤純一. 2000. 『思考のフロンティア 公共性』岩波書店.
- . 2009. 『政治と複数性—民主的な公共性にむけて』岩波書店.
- 佐藤百合. 2011. 『経済大国インドネシア—21世紀の成長条件』中公公論新社.
- 塩谷もも. 2010. 『ジャワにおける共同体と儀礼—女性の役割と儀礼変化を中心に』東京外国語大学博士論文、2010年5月. 東京外国語大学.
- 白石隆. 1996. 『新版インドネシア』NTT出版.
- 末廣昭 (編). 2010. 『東アジア福祉システムの展望: 7 カ国・地域の企業福祉と社会保障

- 制度』ミネルヴァ書房.
- 菅谷広宣. 2004. 「東南アジアの社会保障—戦略はあるのか?—」『アジア諸国の福祉戦略』大沢真理 (編). pp.194-195. ミネルヴァ書房.
- 菅原由美、Rahayu, Y.A. 2017. 『ジャワ語の基礎』東京外国語大学アジア・アフリカ言語文化研究所.
- スマルジャン・S、プリージュール・K. 2000. 中村光男 (訳) 『インドネシア農村社会の変容』明石書店.
- 染谷臣道. 1993. 『アールースとカサール—現代ジャワ文明の構造と動態』東京：第一書房.
- 立本成文. 2000. 『家族圏と地球研究』京都大学出版会.
- 辰巳慎太郎. 2009. 「開発を翻訳する—東ティモールにおける住民参加型プロジェクトを事例に」信田敏宏、真崎克彦 (編) 『東南アジア・南アジア開発の人類学』東京：明石書店.
- 坪内良博、前田成文. 1977. 『核家族再考』弘文堂.
- 内藤能房. 1979. 「一九世紀中葉のジャワ村落と村落運営について—植民地行政との関連において」『アジア研究』25: 60-86. アジア政経学会.
- 中谷文美. 2003. 『「女の仕事」のエスノグラフィ—バリ島の布・儀礼・ジェンダー』世界思想社.
- . 2005. 「働く—性別分業の多様性」田中雅一・中谷文美 (編) 『ジェンダーで学ぶ文化人類学』 pp. 120-141. 世界思想社.
- . 2007. 「国家が規定するジェンダー役割とローカルな実践—インドネシア」宇田川妙子・中谷文美 (編) 『ジェンダー人類学を読む』 pp.20-46. 世界思想社.
- 中村圭介. 2010. 「インドネシア—未成熟な社会保障と4つの格差—」末廣昭 (編) 『東アジア福祉システムの展望：7カ国・地域の企業福祉と社会保障制度』 pp.313-338. ミネルヴァ書房.
- 南家三津子. 2013. 「浴室タイルの家—東ジャワ海外出稼ぎ村における顕示的消費と社会変容」『消費するインドネシア』倉沢愛子 (編) 155-188. 東京：慶應義塾大学出版会.
- 速水洋子. 2011. 「《特集》親子のつながり—人類学における親族／家族研究再考. 親子から生のつながりを問い直す」『文化人類学』75/4, 515-525. 日本文化人類学会.
- . 2012. 「生のつながりへ開かれる親密圏—東南アジアにおけるケアの社会的基盤の動態—」速水洋子・西真如・木村周平 (編). 2012. 『人間圏の再構築—熱帯社会の潜在力—』 pp.121-150. 京都大学学術出版会.

- 2019.『東南アジアにおけるケアの社会基盤—生のつながりとの実践』京都大学学術出版会.
- ハルジョウィロゴ, マルバンゲン (著). 1992. 染谷臣道、宮崎恒二 (訳)『ジャワ人の思考様式』めこん.
- 広井良典・駒村康平 (編). 2003.『アジアの社会保障』東京大学出版会.
- 細田尚美. 2019.「フィリピン・東ビサヤ地方における「家族」介護—移民送出地域でみられる高齢者ケアの実践から—」速水洋子 (編).『東南アジアにおけるケアの潜在力—生のつながりの実践』pp.315-350. 京都大学学術出版会.
- 本名純. 2013.『民主化のパラドクス—インドネシアにみるアジア政治の深層』岩波書店.
- 増原綾子. 2012.「ポスト・スハルト期のインドネシアにおける社会保障・福祉政策の展開— 2004 年国家社会保障システム法、2009 年社会福祉法、2011 年貧困者対策法を中心に—」『亜細亜大学国際関係紀要』22(1): 13-73.
- マッケロイ, アン、タウンゼント, パトリシア (著). 1995. 丸井英二 (監)、杉田聡、近藤正英、春日常 (訳)『医療人類学—世界の健康問題を解き明かす』東京: 大修館書店.
- 水野広祐. 1995.「インドネシア農村における多就業構造と農村雑業層—西ジャワ・プリアンガン高地における農村工業村の事例」水野広祐 (編)『東南アジア農村の就業構造』pp. 111-162. アジア経済研究所.
- 宮崎恒二. 1984.「ジャワのムラ社会について」東京都立大学社会人類学学会編.『社会人類学年報』10: 153-170. 弘文堂.
- . 1977.「ジャワ村落における個人規定カテゴリー」東京都立大学社会人類学学会編.『社会人類学年報』3: 157-178. 弘文堂.
- 宮崎恒二・宮崎寿子. 1986.「文化現象としての trah」『東南アジア研究』23(4): 439-451.
- 村武精一 (編) 小川正恭他 (訳). 1992.『家族と親族』未来社.
- 吉田正紀. 2006.『民俗医療の人類学』古今書院.
- 吉原直樹. 2000.「PKK とグラスルーツの世界」吉原直樹 (著)『アジアの地域住民組織』197-235. 東京: 御茶の水書房.

外国語文献

- Ambarwati, A., Sadoko, I., Chazali, C. and White, B. 2016. Pemuda dan Pertanian di Indonesia. *Jurnal Analisis Sosial*. (20)1&2: 1-22. Indonesia: AKATIGA.

- Ananta, A. 2014. Employment Patterns of Older Women in Indonesia. In *Gender and Ageing: Southeast Asia Perspectives*, edited by Devasahayam, T. W., pp.240-266. Singapore: Istitute of Southeast Asian Studies.
- Aspinall, Edward. 2014. Health care and democratization in Indonesia. *Democratization* . 21: 803-823. United Kingdom: The University of Warwick.
- Arifianto, Alex. 2006. *Public Policy Towards the Elderly in Indonesia: Current Policy and Future Directions*. Jakarta: AMERU Research Institute.
- ‘Athoillah, Ahmad. 2011. *Sejarah Keluarga Besar Sulur Sebo: Hubungan Keluarga dan Keturunan*. Libang Kajian Sejarah Pertama bukrania JTM Wigati Arga Dalem.
- Baldassar, Loretta. and Merla, Laura. (eds). 2014. *Transnational Families, Migration and the Circulation of Care: Understanding Mobility and Absence in Family Life*. New York, Routledge.
- Boomgaard, P., Sciortino, R. and Smyth, I. 1996. *Health Care in Java: Past and Present*. Leiden: KITLV Press.
- Carsten, Janet. 1995. The Substance of Kinship and the Heat of the Hearth: Feeding, Personhood, and Relatedness among Malays in Pulau Langkawi. *American Ethnologist*, 22: 2 : 223-241. American Anthropological Association.
- . 1997. *The Heat of the Hearth: The Process of Kinship in a Malay Fishing Community*. Oxford: Clarendon Press.
- Carsten, Janet, ed. 2000. *Cultures of Relatedness: New Approaches to the Study of Kinship*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Constable, Nicola. 2007. *Maid to order in Hong Kong*, New York: Cornell University Press.
- Daly, Mary (ed.). 2001. *Care Work: The Quest for Security*. Geneva: International Labour Office.
- Devasahayam, T. W. 2014. Growing Old in Southeast Asia: What do we Know about Gender?. In: *Gender and Ageing: Southeast Asia Perspectives*, edited by Devasahayam, T. W., pp.1-32. Singapore: Istitute of Southeast Asian Studies.
- Foster, G.M. and B. Anderson. 1978. *Medical Anthropology*. New York: John Wiley K Sons Knopf. (1987 『医療人類学』 中川米造監訳リポート、Suryadarma, P. 2009.

- Antropologi Kesehatan*. Jakarta: Universitas Indonesia.)
- Freidson, Eliot. 1970. *Professional Dominance: The Social Structure of Medical Care*. Atherton Press. (=進藤雄三・宝月誠 (訳) 1992.『医療と専門家支配』恒星社厚生閣.)
- Geertz, Clifford. 1960. *The Religion of Java*. Illinois: Massachusetts Institute of Technology.
- . 1962. Studies in Peasant Life: Community and Society. In: *Biennial Review of Anthropology*. 2 (1961). Ed. Bernard J. Siegal. pp.1-41. Stanford University Press.
- . 1963. *Agricultural Involution: Processes of Ecological Change in Indonesia*. Berkeley: University of California Press (=ギアツ、C. 池本幸生 (訳) 2001.『インボリューション—内に向かう発展』NTT出版.)
- Geertz, Hildred. 1961. *Javanese Family: A Study of Kinship and Socialization*. New York: The Free Press of Glencoe. (=ギアツ、H. 戸谷修、大鐘武 (訳) 1980.『ジャワの家族』みすず書房.)
- Gilligan, C. 1982. *In a Different Voice: Psychological Theory and Women's Development*. Cambridge: Harvard University Press. (=ギリガン、キャロル. 1986. 黒岩寿美子 (監訳)『もうひとつの声—男女の道德観のちがいと女性のアイデンティティ』川島書店.)
- Hahn, Robert A. 1999. *Anthropology in Public Health: Bridging Differences in Culture and Society*. New York: Oxford University Press.
- Hochschild, Arlie Russel. 2000. Global Care Chains and Emotional Surplus Value. In: *On the Edge: Living with Global Capitalism*, edited by Will Hutton, Anthony Giddens, eds., pp. 130-146. London: Vintage.
- Illich, Ivan. 1976. *Limits to Medicine: Medical Nemesis: The Expropriation of Health*. (=金子嗣郎 (訳). 1998.『脱病院化社会—医療の限界』晶文社クラシックス).
- Indrizal, E. 2005. Problematika Orang Lansia tanpa Anak di dalam Masyarakat Minangkabau, Sumatera Barat. *Antropologi Indonesia* 29(1): 69-92. Jakarta: Universitas Indonesia.
- Jacob, T. 1999. *Proses Mati dan Nasib Raba Pascamerta*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- Jay, Robert. 1969. *Javanese Villagers: Social Relations in Rural Modjokuto*. The Massachusetts Institute of Technology.

- Jordaan, R.E. 1985. *Folk Medicine in Madura (Indonesia)*. Leiden: KITLV Press.
- Keasberry, I.N. 2002. *Elder Care, Old-Age Security and Social Change in Rural Yogyakarta -rta, Indonesia*. Ph.D.thesis, Wageningen: Wageningen Universiteit.
- Kee, Ling How. 2014. Exploring the Experiences of Older Men and Women in Caregiving and Care-receiving in Sarawak, Malaysia. In: *Gender and Ageing: Southeast Asia Perspectives*, edited by Devasahayam, T. W., pp.174-197. Singapore: Institute of Southeast Asian Studies.
- Kittay, Eva Feder. 1999. *Love's Labor: Essays on Women, Equality, and Dependency*. New York: Routledge. (= 岡野八代、牟田和恵 (監訳). 2010. 『愛の労働あるいは依存とケアの正義論』白澤社.)
- Koentjaraningrat. 1985. *Javanese Culture*. New York: Oxford University Press.
- Kreager, P. 2004. Where are the Children. In: *Ageing without Children*, edited by Kreager P. and Schröder-Butterfil, E , pp.1-45. New York Oxford: Berghahn Books.
- Kreager, P. and Schröder-Butterfill, E. 2004. *Ageing without Children: European and Asian Perspectives on Elderly Access to Support Networks*. Berghahn Books, New York: Oxford.
- . 2008. Indonesia against the trend? Ageing and intergenerational wealth flows in two Indonesian communities. *Demographic Research* 19(52): 1781-1810. Germany; Max Planck Institute for Demographic Research.
- . 2014. Ageing and Gender Preferences in Rural Indonesia. In: *Gender and Ageing: Southeast Asia Perspectives*. edited by Devasahayam, T. W., pp.150-173. Singapore: Institute of Southeast Asian Studies.
- Marianti, R. 2004. In the Absence of Family support: Cases of Childless Widows In Urban Neighbourhoods of West Java, In: *Ageing without Children: European and Asian Perspective*, edited by Kreager P. and Schröder-Butterfil, E. , pp. 147-171. New York Oxford: Berghan Books.
- Merla, Laura. and Baldassar, Loretta. 2016. Concluding reflections: 'Care circulation' in an increasingly mobile world: Further thoughts. *PAPERS* 101(2): 275-284.
- Nakamura, H. 1994. *Divorce in Java: a study of the dissolution of marriage among Javanese muslims*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.

- Niehof, Anke. 1995. *Ageing and the elderly in Indonesia: Identifying key issues*, Bijdragen tot de Taal-, Land-en Volkenkunde 151(3): 422-437, Leiden, KITLV.
- . 2002. The Household Production of Care, In: *Changes at the Other End of the Chain: everyday Consumption in a Multidisciplinary Perspective*, edited by Butijn, C. A. A., J. P. Groot-Marcus, M. van der Linden, L. P. A. Steenbekkers, and P. M. J. Terpstra (eds.), pp. 179-188. Maastricht: Shaker Publishing.
- Noddings, Nel. 1984. *Caring: A Feminine Approach to Ethics & Moral Education*, California: University of California Press. (=1997. 立山善康 (他訳) 『ケアリング 倫理と道徳の教育—女性の観点から』 晃洋書房.)
- Norris, Meriel. 2009. *Curing the blood and balancing life: Understanding, impact and health seeking behaviour following stroke in Central Aceh, Indonesia*. A thesis submitted for the degree of Doctor of Philosophy, School of Health Sciences and Social Care. London: Brunel University.
- Nugroho, G and Elliott, K. 1997. The Dana Sehat Programme in Solo, Indonesia. Proceedings of the Royal Society of London. *Series B, Biological Sciences*, 199 (1134): 145-150. London: Royal Society.
- Nugroho, H. Wahjudi. 2008. *Keperawatan Gerontik & Geriatrik Edisi 3*. Jakarta: EGC.
- Ong, Aihwa. 1987. *Spirits of Resistance and Capitalist Discipline: Factory Women in Malaysia*. New York: State University of New York Press.
- . 2006. *Neoliberalism As Exception: Mutations in Citizenship And Sovereignty*. Durham: Duke University Press. (=加藤敦典他 (訳) 『《アジア》、例外としての新自由主義：経済成長は、いかに統治と人々に突然変異をもたらすのか？』 作品社.)
- Parreñas, Rhacel Salazar. 2003. *Servants of Globalization : Women, Migration and Domestic Work*, Manila: Ateneo de Manila Press.
- . 2006, *Children of Global Migration : Transnational Families and Gendered Woes*, Manila : Ateneo de Manila Press.
- Parsons, Talcott. 1951. Social Structure and Dynamic Process: The Case of Modern Medical Practice. *The Social System*. Free Press (= 佐藤勉訳、1974、『社会体系論』 青木書店).
- Schröder-Butterfill, E. 2004. Adoption, Patronage and Charity: Arrangements for the

- Elderly without Children in East Java. In: *Ageing without Children: European and Asian Perspective*, edited by Kreager P. and Schröder-Butterfil, E. , pp. 106-146. New York Oxford: Berghan Books.
- Schröder-Butterfill, E. and Fithry, T. S. 2014. Care dependence in old age: preferences, practices and implications in two Indonesian communities. In: *Ageing and Society* , (34) 03, pp.361-387, Cambridge University Press.
- Sciortino, R. 1995. *Care-takers of Cure: An Anthropological Study of Health Center Nurses in Rural Central Java*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- . 1996. The multifariousness of nursing in the Netherlands Indies. Boomgaard, P., Sciortino, R., Smyth, I. *Health Care in Java: Past and Present*. Pp.23-50, KITLV Press.
- . 2007. pengantar, Tjiong,R. *Menuju kesehatan Madani*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- Sullivan, Nancy. 1983. Indonesian Women in Development: State Theory and Urban Kampung Practice. In: *Women's Work and Women's Roles: Economics and Everyday Life in Indonesia, Malaysia, and Singapore*, edited by Lenore Manderson, pp.147-172. Canberra: Development Studies Center, Monograph No.32, Australian National University.
- Suryakusuman, Julia. 2011. *Ibuisme Negara: Konstruksi Sosial Keperempuanan Orde Baru*. Jakarta: Komunitas Bambu.
- Tronto, Joan.C. 1993. *Moral Boundaries: A Political Argument for an Ethic of Care*, New York: Routledge.
- Van Eeuwijk, Peter. 2005. When Social Security Reaches its Limits: Long-Term Care of Elderly People in Urban Indonesia. In: *Exploring social (in-)securities in Asia*. 74-90. Bern: Universität Bern.
- . 2006. Old-age vulnerability, ill-health and care support in urban areas of Indonesia. *Ageing & Society* 26, 61-80. Cambridge: Cambridge University Press.
- White, B. N. F. 1976. *Production and Reproduction in a Javanese Village*. PhD dissertation, New York: Columbia University.
- . 2004. Towards a social history of economic crises: Yogyakarta in the 1930s,

1960s and 1990s. In: *Indonesia in Transition: Rethinking 'Civil Society', 'Region' and 'Crisis'*, edited by H. Samuel & H. Schulte Nordholt. pp.195-220. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.

———. 2015a. Generation and Social Change: Indonesia Youth in Comparative Perspective. In: *Youth Identities and Social Transformations in Modern Indonesia*, edited by Kathryn Robinson, The Australian National University pp. 1-22. Brill; Lam edition.

———. 2015b. Generational dynamics in agriculture: reflections on rural youth and farming futures. *Cah Agric.* 24(6): 330-334.

辞典

大塚和夫. 2002 『イスラーム辞典』 岩波書店.

統計資料

BPS DIY. 2015. *Daerah Istimewa Yogyakarta Dalam Angka 2015*. Yogyakarta: BPS Provinsi D.I. Yogyakarta.

BPS Indonesia. 2013. *Proyeksi Penduduk Indonesia 2010-2035*. Jakarta: BPS

BPS Kabupaten Kulon Progo. 2018. *Kabupaten Kulonprogo Dalam Angka 2018*. Yogyakarta: BPS

Dinkes DIY. 2013. *Profil Kesehatan Daerah Istimewa Yogyakarta Tahun 2013*. Yogyakarta: Dinas Kesehatan Daerah Istimewa Yogyakarta.

Kemendes RI. 2015. *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2014*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

———. 2017. *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2016*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

Kemendikham RI. 2009a. *Undang-Undang RI Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan*. BAB VI, Pasal 52. Jakarta: Menteri Hukum dan Hak Asasi Manusia RI.

———. 2009b. *Undang-Undang RI Nomor 11 Tahun 2009 tentang Kesejahteraan Sosial*. BAB III, Pasal 4,5,6. Jakarta: Menteri Hukum dan Hak Asasi Manusia RI.

厚生労働省. 2015. 「2025年に向けた介護人材にかかる需給推計（確定値）について」

https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-12004000-Shakaiengokyoku-Shakai-Fukushikibanka/270624houdou.pdf_2.pdf

UN (United Nations). 1983. *Vienna International Plan of Action on Ageing 1982*. New York: United Nations. (<http://www.un.org/es/globalissues/ageing/docs/vipaa.pdf>)

———. 2015a. *World Population Ageing, 2015*. New York: United Nations.

———. 2015b. *World Population Prospects, 2015 Revision*. New York: United Nations.

WHO (World Health Organization). 2002. *Active ageing: a policy framework*. Geneva: WHO.