

# 家庭で看取る ～日本・インドネシア異文化間介護の理解にむけて～

合地幸子\*

End-of-Life Care at Home – Understanding Cross-Cultural Elderly Care between Japan and Indonesia

Sachiko GOCHI\*

\*東洋大学アジア文化研究所 gochi@toyo.jp

**概要：** 本報告は、インドネシア・ジャワ農村部における高齢者の療養生活の現状を理解することを目的としている。高齢者の世話は子供が担うというインドネシアの伝統的な考え方と、若い世代の農村離れによる担い手の不在が課題となっている。子供が不在の中で高齢者は、家庭療養のはじめに様々なセルフケアを行い、病いが重篤になるにしたがって家事労働者や準介護士の雇用、医療専門職による治療を用いていた。経済的事情や社会保障の未整備により、高齢者の世話は「家族」の責任に委ねられることが多い。ジャワ農村部では、子供や配偶者がそばにいること自体がケアとみなされており、その姿勢が高齢者を支える重要な要素となっている。また、高齢者自身もそのことを望んでいる。日本で介護を学ぶ人々が、現地の文化や習慣に即した技術を持ち帰ることの意義を強調する。

**キーワード：** 高齢者 家庭療養 担い手 そばにいること 看取り

## 1. はじめに

皆さんこんにちは。東洋大学の合地と申します。よろしくお願いします。今日私は「家庭で看取る～日本・インドネシア異文化間介護の理解にむけて～」というテーマで、インドネシアの家庭で療養している高齢者さんたちのお話をさせていただきます。

小笠原先生のお話も大変興味深く拝聴しました。私の発表が、皆様にインドネシアの介護の実情を少しでも理解していただく一助となれば幸いです。また、異文化間介護の理解を深めるきっかけになればと考えております。

はじめに、簡単に自己紹介をさせていただきます。私は文化人類学およびインドネシア地域研究を専門としており、高齢者ケアを主な研究テーマとしています。インドネシアでは、高齢者の世話は「家族」の責任であるという考えが根付いており、その担い手は基本的に子供たちです。しかし、近年では子供たちの農村離れ、都市部や海外への移住労働により高齢者の世話の担い手不在が増加しています。私は、そうした状況も含めて調査を行っております。なお、東南アジアでは家族という概念が日本と異なるため、以降は「家族」のように鍵括弧を付けて表記します。

これまでの研究についても少し触れます。大学院修士課程では、EPA（経済連携協定）に基づくインドネシア人看護師・介護福祉士の受け入れ制度が始まったばかりの頃であり、制度面について調査しました。博士課程では、調査の拠点をインドネシアに移し、高齢者ケアの現状を研究してい

ます。その中で、プラムルクティ（*Pramurukti*）と呼ばれる準介護士の存在に着目しました。

プラムルクティはジャワ語であり、他の地域では異なる呼称が使われている可能性があります。高齢者のケアを行う人々を指します。私は彼らの養成所などを訪れ、調査を行いました。プラムルクティは看護学の教育というよりは短期の研修を受ける形が多く、研修期間は1ヶ月から6ヶ月程度です。修了後、市や州から認定を受けます[合地2015]。

日本の介護技能実習生としてフィリピンや台湾などに送り出される人々がいる一方で、インドネシアのプラムルクティは海外には行かず、国内で高齢者の世話を行う人々です。海外へ行く人々は、香港やシンガポール、台湾などで働くことが多く、比較的学歴が低い人が多かったという点がプラムルクティとの違いです。一方で、プラムルクティは現在、多くの人が高校卒業後に研修を受け、国を出たくない、国内で働きたいという人々が選ぼう道となっています。

また、高齢者福祉施設の調査も行っています。先ほど嘉原先生からご紹介いただいた書籍には、私が執筆した論文があり、その内容はジョグジャカルタの民間高齢者福祉施設について論じたものです。さらに、ポスヤンドゥ（*Posyandu: Pos Pelayanan Terpadu*）という言葉が先ほど出ましたが、その後、村落調査として村に入り、地域保健活動の一環としてポスヤンドゥで実施される高齢者を対象にした予防活動についても調査しました。これは、健康な高齢者を対象とした活動です。調査の中心は、病気を抱え家庭で療養している高齢者がどのようにケアされているかという点で、これま

で継続的に研究してきました。本日は、病いを患い家庭で療養する高齢者についてお話しさせていただきたいと思います。また、「看取り」や「葬祭儀礼」といったテーマにも触れますが、本日は特に家庭療養を中心にお話しさせていただきます。

## 2. 調査地概要

私が調査地としておりますところは、インドネシアのジョグジャカルタ特別州にある農村です。写真でご覧いただいている通り、段々畑が広がっており、主に米が栽培されています（写真 1・2 参照）。この棚田の水源は雨水に頼っており、乾季には雨が降らず水が不足するため、米の栽培が難しくなります。その結果、一年に一度しか収穫できず、非常に貧しい地域となっています。

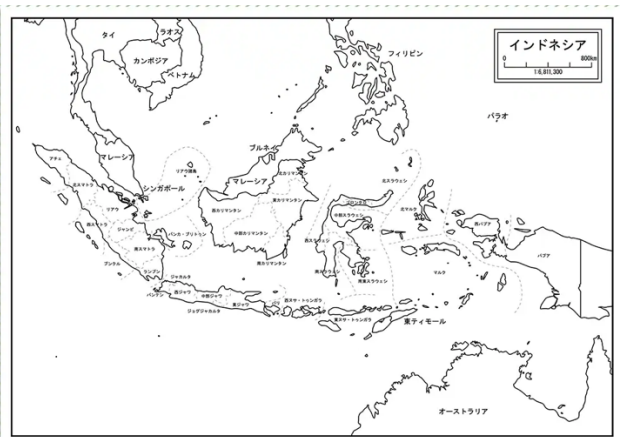


写真1 インドネシア



写真2 ジョグジャカルタ特別州・農村部

今日のシンポジウムについて嘉原先生にお話を伺った際、皆さんが調査の一環としてインドネシアを訪れ、療養中の方々と会われたというお話を伺いました。その中には、比較的裕福な方々がいて、さまざまな介護用具を使いながら療養されている様子も見られたということでした。一方で、本日は私がお話しするのは、社会経済的には低い方々について

です。同じインドネシアでも状況が大きく異なるため、実際の様子を皆さんにご覧いただきたいと思います。

## 3. インドネシアの高齢者ケア研究

次に、少し理論的なお話をさせていただきます。インドネシアにおける高齢者ケア研究がどのように始まったのかについてですが、その出発点としてトロントの「人間は誰しも依存する存在である」という考えがあります。この Joan C. Toront の理論に基づいた研究が、オランダの研究者である Aneka Niehof [1995; 2002] によるものです。Niehof は家族社会学の分野で、ケアの担い手に関する分析を行いました。

インドネシアには母系制の社会もあれば、父系制の社会もあり、さらに双方向的な社会も存在します。そのため、高齢者ケアを誰が担うのかは地域によって異なります。家族社会学の視点から見ると、父系、母系、双方向という相続関係によってケアの担い手が変わることが明らかになっています。父系社会では息子が担い手となり、母系社会では娘が担います。一方で、ジャワのジョグジャカルタのような双方向的な社会では、息子も娘も柔軟に対応できることが特徴です。これらの点を明らかにしたのが、高齢者ケア研究の最初の段階でした。

その後、Niehof に師事した研究者の Iris N. Keasberry. [2002] が、高齢者ケアに関する研究を進めました。Kesberry はこの研究で博士論文を執筆し、ケアを担う社会領域の分析を行いました。この分析は、日本の上野千鶴子先生が提唱する福祉多元社会のモデルや落合恵美子先生が提唱する「ケアのダイヤモンド」に近い概念です。ケズベリーはインドネシア社会を「自助」、「私」、「共」、「民」、「公」という領域に分類し、調査・分析を行いました。ここで「自助」は個人、「私」は世帯を指します。そして、ケズベリーによれば、インドネシアにおける高齢者ケアでは「共」、つまりコミュニティの役割が非常に重要であり、かつ有効に機能していることが明らかになっています。

「共」、つまりコミュニティとは、親族や隣人、友人、社会組織など、多様な関係性を指します。私が調査した地域では、農民が多く、ワーキンググループのようなものが存在していました。さらに、ヤギや牛を共同で育てるグループなども見られます。インドネシアでは、社会組織や社会活動が非常に活発であり、こうしたグループを通じた相互扶助が高齢者ケアにおいても大きな役割を果たしていることが明らかになっています。

Kesberry の調査は、社会保障制度の立案を目的として行われました。したがって、この研究は、「これから公的機関や民間がどのように対応すべきか」という課題を考えるための土台を明らかにしたものです。しかし、「共」の役割が有効なのは、高齢者が健康なうちに限られます。この点についても、本日はお話しさせていただきます。

一方、人類学的な視点からは、Philip Kreager と Elisabeth Schröder-Buttefill [2004] がインドネシアの高齢者の分類に関する調査を行いました。彼らは、高齢期において特に脆弱な状態に陥る高齢者が誰なのかを明らかにしました。脆弱な高齢者として分類されたのは、次の二つのグループです。一つ目は、子供がいない高齢者。二つ目は、様々な要因により、事実上子供がいない状態にある高齢者です。後者に該当する高齢者には、未婚の人や、子供を持ったものの亡くしてしまった人が含まれます。また、離婚や再婚によって子供と離れてしまったケースや、子供の移住、さらには親子間の対立によって、子供がいても十分な世話を受けられない場合も含まれます。

これら二つの高齢者グループは、「共」のコミュニティによる相互扶助の仕組みに支えられ、排除されることなく高齢期を過ごしています。ここまでの研究の流れを見てきましたが、共通して指摘されているのは、「健康な高齢者」に対するケアであるという点です。「健康」という言葉は少し曖昧ですが、要するに身体が動き、自分で外出できる高齢者にしか対応していないのが、インドネシア社会の現状です。

### 3. ジャワ農村部で療養する

#### 3.1 現代の高齢者

次に、私が調査していたジャワの農村部についてお話しします。私が調査を行っていた当時、インドネシアでは現在のような国民皆保険制度（BPJS: *Badan Penyelenggara Jaminan Sosial*）はまだ始まっていませんでした。現在では、企業に勤めている人であれば給与から天引きされる形で保険料が支払われ、病院にも以前より通いやすくなっています。しかし、調査当時は社会保障制度が整っておらず、高齢者ケアは厳しい状況にありました。現在、BPJS は導入されていますが、調査地のような農村部では事情が異なります。農民など企業に勤めていない人は、自ら毎月保険料を払いに行く必要があります。しかし、制度が始まったものの、実際には保険料を払いに行かない人も多く、国民皆保険が十分に機能していないのが現状です。

私が調査した高齢者は、インドネシアで実施されていた人口抑制政策の影響を受けていません。インドネシアでは1980年代頃から「子供は2人で十分」というスローガンのもと、人口抑制政策が行われました。現在高齢化が進んでいるのは、人口抑制政策以前に妊娠・出産を経験した世代の人々です。そのため、子供の数が非常に多いという特徴があります。その後、産業化や近代化が進み、子供世代の流動性が高まりました。現在、これから子育てをする世代では少子化が徐々に進んでいます。しかし、本日ご紹介する事例では、8~10人の子供を持つ女性もあり、それが一般的な状況です。

これはジャワの話ですが、子供たちは順番に結婚し、一番末の子供が家に残ります。そのため、息子であっても娘で

あっても、末子が親と同居する傾向があります。先ほど述べたように、健康で歩行が可能なのは「共」のコミュニティが有効に機能します。しかし、一度病気を患うと、社会活動に参加できなくなります。

インドネシアでは、社会活動の多くが野外で行われるため、外出できなくなると高齢者は家に閉じこもりがちになります。そうなると、高齢者のケアは子供の責任へと移行していきます。また、疾病構造も変化しており、現在では病気が重篤化するケースが増えています。医療の進歩により、保険制度や社会保障が整い始め、病院に行く機会が増えたことで延命が可能になっています。その結果、高齢者の療養生活が長期化する傾向にあります。しかし、療養生活を送る高齢者は次第に社会の目から見えなくなっていくます。なぜ彼らが見えなくなるのでしょうか。

#### 3.2 家庭療養と民間療法

調査地概要で写真1をご覧いただいたように、調査地は標高が高く、棚田が広がる坂道の多い地域です。舗装されていない山道や未整備の道路も多く、車椅子で外に出ることはほぼ不可能です。写真では車椅子に乗っている方が写っていますが、これは家の中を移動するためだけに使われているものです。車椅子は高価であり、購入できない家庭も少なくありません。インドネシア保健省の各州支部から特定の条件を満たせば車椅子を無料で提供してもらえる制度がありますが、インドネシアではこのような支援も人脈や伝手を頼ることが多く、比較的裕福な人が優先的に受け取るケースも見られます。

次に、糖尿病を患い家庭で療養中の高齢女性ですが、インドネシアでは、糖尿病は今でも命を落とす病気だと考えられていて、彼女は右足を切断した後、外出を控え、家の中で療養を続けています。

一方、ほぼ寝たきりの状態で家の一室で療養している方々が少なくありません。彼らの姿は家の外からは見えず、地域社会からはほとんど存在が見えない状況です。これらの方々にはいくつか共通点があります。その一つは、療養している部屋の床が土間敷きであることです。また、男性も女性も服を身につけるのではなく、サロン（*sarong*）と呼ばれる布を体に巻いて療養しています。なぜなら、排泄で床や服が汚れてしまうためです。

それでは、この村で高齢者が日常的にどのように健康管理をしているのかについてお話しします。ジャワに特徴的なジャムウ（*jamu*）と呼ばれる伝統的な飲み物があります。これは日本の漢方薬のようなもので、お店で飲むこともできますが、特に高齢者は豊富な知識を持っており、自宅の庭で採れた葉を煎じて自作することもあります。ジャムウは薬として服用され、体調を整えるために飲まれます（写真3参照）。

次に、クロカン（*kerokan*）と呼ばれる民間療法です。風

邪を引いたり、熱が出たり、体調がすぐれないときに行われます。背中にオイルを塗り、100 円玉のようなコインで皮膚を擦ります。悪いものが体内にあるほど、擦った部分が赤くなります。赤くなるほど状態が悪いことを示しています。このように、高齢者は調子が悪くなると、まずジャムウやクロカンなどの伝統的な療法を試してみるのが一般的です。



写真 3 ジャワの伝統的な飲み物ジャムウ

さらに、非常によく行われるのがマッサージです。一般的には、手を使ってマッサージが行われますが、私が調査を行った日には、イスラーム教徒であるこの女性がアラブから持ち帰った非常に高価な石を使って背中をマッサージし、血流を良くするという療法が行われていました。このような療法は、病院で行われる医療行為と併用されることが多いです。寝たきりになり、これ以上どのような治療を行えばよいかわからない状況になると、この伝統的なマッサージが取り入れられます。

### 3.3 代替治療

次に、重篤な状態の高齢者 3 人の療養生活についてお話します。一人は、比較的裕福な方で、自宅で療養されています。家の中には病院で使用されるようなベッドを購入して設置しており、床にはタイルが敷かれています。この方は副鼻腔癌を患い自宅で療養を続けています。療養中の姿は、体に布をかけただけの状態です。また、尿道カテーテルを装着したまま帰宅して療養しています。もう一人の高齢男性は、ある日突然倒れ、病院に搬送されました。診断は脳出血でしたが、その日のうちに退院となりました。退院時には、鼻からチューブを入れて流動食を摂取する状態で、さらに尿道カテーテルも装着されたまま帰宅しました。この方の家は木の壁やベニヤ板で作られており、床は土間敷きという環境で、社会経済的には裕福ではない家庭であることがわかります。インドネシアの病院では、このような状態でも患者を家に帰すことがあります。当時は国民皆保険がなく、患者は高額な医療費を負担しなければなりません。患者の経済

状況によっては、「帰りたい」と申し出ます。医師もそのことを理解していて、すぐに退院を許可します。その結果、チューブを付けたまま帰宅することになり、「家族」が家庭でケアを担うことになります。

医師は家庭に戻ってから、セラピー (terapi) と呼ばれる理学療法を行うことを指示します。これは、赤い光を患部に当て、半身不随などで動かなくなった部分の改善を目指す治療法です。何度か試されることがあります。



写真 4 理学療法セラピー

もう一つの代替治療として挙げられるのが、鍼治療です。これは中国由来の治療法とされています。先ほどご紹介した理学療法と併せて、鍼を試す方も少なくありません。ただし、これらの治療はすべて費用がかかります。



写真 5 針治療

三人目は、右耳の後ろあたりに腫瘍ができていた男性高齢者です。その部分にベッカム (bekam) と呼ばれる治療法が施されています。これは日本ではカップング (吸い玉) と呼ばれ、血流を良くする効果があるとされる治療法です。この男性はイスラーム教徒で、当時 70 代半ばでした。耳の後ろに腫瘍ができたため病院を受診しましたが、血液検査や

注射を勧められると、「針を刺したくない」と言って拒否しました。このように西洋医学を敬遠する高齢者は少なくありません。彼らは日常的にジャムウを服用し、マッサージやクロカンといった伝統療法で体調を整えています。

こうした代替療法を好み、西洋医学を否定的に捉える高齢者が今も多く存在しています。したがって、西洋医学を基本とする病院では治療の手段がなくなります。その結果、男性はイスラームに基づく治療を行う呪医 (*dukun*) のもとを訪れ、治療を受けることになりました。呪医の治療は、手のひらを患部に当てて温めるようにしながら、呪文を唱えるというものです。このような伝統的な治療を好んで受けていました。こうして、民間療法も併用しながら体調の改善を試みました。最後は妻や娘、息子が身の回りの世話をする状況になり、やがて亡くなりました。

#### 4. 終末期ケア

##### 4.1 家庭療養

私が調査の時に下宿をさせていただいていた家では、80代の高齢女性が脳梗塞を患い長期療養をしていました。これから、この女性 UM さんの事例について詳しく見ていきます [合地 2019]。この女性は、農民で寡婦です。社会経済的状況は比較的に低いと言っていいでしょう。しかし、療養していた部屋の床にはビニール製のマットが敷かれていました。木製のベッドの上に布を敷き、布を身にまといながら療養生活を送っていました。

この女性には子供が 8 人います。そのうち 5 人はすでに移住しており、同じ村に残っているのは 3 人の子供たちです。残った 3 人はそれぞれ土地を持つ農民です。UM さんは日頃から血圧が非常に高く、ある日自宅で倒れてしまいました。その際、地区の行政単位で最も身近な存在である地区長と、キアイ (*Kyai*) と呼ばれるジャワのイスラーム教指導者が駆けつけ 3 人の子供たちと今後の治療方法について相談しました。その結果、イスラーム教系の病院に連れて行くことが決まりました。病院での診断結果は脳梗塞でした。この日以来、UM さんは右半身麻痺となり、経管栄養のためのカテーテルや尿道カテーテルを装着し、寝たきりの状態となりました。また、言語障害も抱えることになりました。

かつてのインドネシアでは平均寿命が短く、病院に行くことを拒む人や、経済的な理由で受診できない人が多く見られました。そのため、自宅で亡くなるケースが一般的でした。しかし現在では、病院での延命が可能となっています。社会保障が整いつつあることもあり、「今では誰もが病院に行く時代ですよ」、と地区の住民は話していました。UM さんは 1 ヶ月間入院しました。しかし、入院には高額な費用がかかり、家族が病院に泊まり込んで世話をしなければなりません。1 ヶ月が経過すると、医師から「これ以上ここにおいても治療法はありません。自宅に帰られたほうがよいでしょう」と退院を勧められました。医師は次の 3 つの指示

を出します：薬を服用すること、10 日に 1 回カテーテルを交換すること、通院で全 12 回の理学療法を受けること。これらの指示とともに、退院が許可されました。

UM さんがカテーテルを装着した状態で退院し、自宅に戻ると、村の住民全員がお見舞いに訪れます。これは半ば義務のようなもので、病気で重篤な状態になり、病院から戻ってきた場合、村人がこぞってお見舞いに行くのが習慣となっています。お見舞いはできるだけ早い方が良いとされていて、家の前にはお見舞いのための長い行列ができるほどです。これはインドネシア、特にジャワではよく見られる特徴かもしれませんが、インドネシア全土にも似たようなお見舞いの慣習があるようです。

こうして、村の人々全員が家庭での療養生活の始まりを目の当たりにします。インドネシアの方なら、誰かをお見舞いした経験があるかもしれません。脳梗塞で倒れた人がどのような状態になるのか、あるいは、高い椰子の木から落ちてけがをした場合、退院後にどのような療養生活を送るのかを、住民は皆知っています。

私がお見舞いに行った中には、乳がんを患っている女性もいました。彼女はとても喜んで迎えてくれました。日本では「少し落ち着いてから、ご本人が希望すれば会いに行こう」と考えがちですが、インドネシアではそうではありません。許可を得る必要もなく、押しかけるようにお見舞いに行くことが「正しい」とされています。私が乳がんの女性を訪ねた際、彼女は放射線治療（だと思われます）を受けており、髪の毛が半分ほど抜けた状態で出てきてくれました。お話を聞いている間も、体調が悪くバケツに嘔吐するほどでした。それでも彼女は会うことを選びました。

これは、病気がどのようなものかを社会全体で共有する文化の表れです。どれだけ意識がなくても、病状がどのように進行し、病院から自宅に戻るまでにどのような過程があったのかを、皆が見守ります。これは、病いを社会全体で受け入れるという、インドネシアの良い側面だと感じます。

さて、UM さんの話しに戻りますが、UM さんは同じ屋敷地内に家を建てて暮らしていた息子夫婦の元へ引き取られることになりました。夫婦二人だけでは負担が大きいため、プラムルクティを雇うことを決めました。

そのプラムルクティは、都市部よりもはるかに安い報酬で引き受けてくれました。彼女が同じ地域の出身者であったこともあり、知り合い価格で対応してくれたのです。とはいえ、その金額はこの村にとってはかなり高額でした。それでも雇うことができたのは、UM さんの移住した 5 人の子供たちが費用を負担したためです。

ところが、1 ヶ月後にプラムルクティは辞めてしまいます。後で理由を聞いたところ、「特にすることがなく退屈だったから」とのことでした。その後は、隣家の女性に「少し手伝ってほしい」とお願いし、より安い報酬で UM さんの世話を依頼しましたが、彼女たちも次々に辞めてしまいました。

退院後のケアとしては、医師の指示に従いカテーテルの交換が必要になります。インドネシアでは、日本の看護師や助産師に相当する人たちが自宅でクリニックを開業します。ここでは、ひとまず看護師と助産師と呼んでおきます。この開業助産師が UM さんの家を訪問し、テーテルの交換を行います。インドネシアでは、これをホームケア (Home Care) と呼んでいます。

1 週間に 1 回、あるいは 10 日に 1 回開業助産師を呼ぶには、多額の費用がかかります。療養生活が続くにつれ、その費用負担はますます大きくなっていきます。そのため、多くの人が途中で治療を断念せざるを得ません。この状況について、インドネシアの医療専門職に話を聞いたところ、「貧困層の多くは途中で治療を諦めるしかなく、最終的には運を天に任せるしかないのです」と語っていました。彼らはこの状況を「運命に任せる (pasrah)」という言葉で表現しました。これについては後ほど触れます。

では、治療を断念した後、夫婦だけでどのようにケアを行っていたのかを見ていきます。1 日の主なケア内容は、3 回の食事介助です。先ほどの小笠原先生の発表にもありましたが、日本のケアでは「自分で食べさせることが重要」とされているようです。しかし、UM さんの場合は自力で食事を摂ることができなかったため、嫁がスプーンで口元まで運び、食べさせていました。また、1 日 3 回服用するよう指示されていた薬は高価で、購入が難しい状況でした。そのため、1 日 2 回、あるいは 1 回に減らし、次第に 2 日に 1 回となり、最終的には薬を購入できたときだけ飲ませるという形に変わっていききました。このように、費用を抑えるための工夫が行われます。

排泄介助も重要な日課の一つです。UM さんは腰巻を使用していました。この村の多くの人がこの方法をとるのは、紙オムツが高価で手に入らないためです。腰巻を使うことで費用を抑えていますが、排泄後は腰巻がびしょ濡れになります。そのため、腰巻を洗い、シーツを取り替えることが夫婦にとって日々の大事な仕事となります。しかし、息子の嫁は汚れた腰巻を洗うことを「臭い」と言って嫌がり拒否するようになります。その結果、腰巻を洗う役目は息子の仕事となりました。この状況がしばらく続きました。

イスラーム教では、男女間の身体接触を避けるという決まりがあります。他人であれば身体接触は許されませんが、息子が母親の世話をする場合の問題ありません。そのため、息子が母親の身体を拭いて腰巻を交換し、シーツを取り替えることができていました。この村では、地区長やイスラーム教の指導者が特別に UM さんに直接触れることが許されていました。この村では住民全てが家族という考え方が根付いています。実際には、どのように血縁関係があるのかは分からなくなっているものの、「どこかでつながっている遠い親戚だろう」という認識で成り立っています。

息子夫婦には絶対に家を空けないというルールがありま

した。必ず誰かが家に残り、高齢者を 1 人にしないことが徹底されています。息子または嫁のどちらかが常に家にいるよう努めていました。このような状態であっても、村の住民は決して見に来ることはありません。家族の誰かが常にそばにいることを遠くから察し、「きっと大変なのだろう」と思いながらも、あえて訪ねないのです。住民たちは、「そばにいること自体がケアである」と捉えています。

#### 4.2 ケアにまつわる衛生観念

次に、衛生観念についてですが、ここでは私が高齢者の家を訪問した際のエピソードを紹介します。私はインドネシア保健省の職員をインフォーマントとして、病いを患い家庭で療養している人々の家に案内してもらいました。一時期、私はこの方の家にも下宿させていただいていました。

高齢者のお宅へ行く前に、私は彼女から次のように聞かされていました。「重度の病いで療養中のお宅は少し臭うので、家族はあまり人に会わせたくないんですよ」。そして、高齢者と面会した時、私はまず握手をして挨拶をしました。インドネシアでは挨拶の際に握手を交わすのが一般的です。ところが、帰宅した際、彼女がこう言います。「あなた、さっき患者さんに会って握手しましたよね。だから、家に上がる前に必ず手を洗ってください。汚れているから、手を洗う前に家に入ってははいけません。」家庭での療養において、「臭い」と「汚い」は大きな課題となっています。この点は多くの先行研究でも指摘されており、家庭療養の重要なテーマの一つとなっています。

「臭い」、「汚い」という状況がなぜ生まれてしまうのかについて、実際に高齢者が療養している部屋の様子からご説明します。私が面会した高齢者の一人に重篤な病いで療養中の 70 代独身男性がいます。この男性の身の回りの世話は弟夫婦が行っています。

彼が療養している部屋は土間敷きで、弟夫婦が暮らしている居住空間とは隔てられた場所にあります。生活空間の脇に設けられたような部屋です。重篤だが、どのような治療を受けても改善が見られなかった高齢者がこうした場所で療養生活を送っていることは少なくありません。

男性は木製のベッドの上に全裸で寝ています。服を着せても勝手に脱いでしまうとのこと。ベッドの隣には長椅子が置かれ、ベッドから落ちないように配慮されています。手前にはお皿が置かれ、家族は食事を運んでくると、皿を置いて戻ります。

寝たきりで歩けませんから排泄物は直接ベッドから漏れ落ちます。そのため、世話をする人にとっては土間敷の方が都合が良いと考えられています。土間であれば、排泄物が自然に地面に吸収されるため、掃除の手間を減らすことができます。これが、多くの家庭で土間敷きの部屋が療養の場となっている理由です。しかし、匂いは残ります。

インドネシアの方が家庭療養が「臭い」、「汚い」と表現す

る場合、おそらくこのような状態を思い浮かべているのだと思います。そして、この状態は決して稀なケースではありません。「家族があまり人に会わせたがらない」というのはそのためです。

#### 4.3 家庭で看取る

そして最後の看取りについてです。私が調査を行ってきた高齢者の多くは家庭で最期の時を迎えています。長い療養生活の後、高齢者がやがて食事をとれなくなり、呼吸が荒くなってくると、高齢者に近い人々は、「いよいよ神様に呼ばれる時が来た」と感じとります。

この村の人々は、看取りの時期をよく理解しています。この段階になると、地区長とキアイが呼ばれ、高齢者の枕元でコーランを朗読します。すぐに村の住民が集まり、「1人で逝くのは可哀想だから」と、皆でコーランを朗読します。村人によると、「どうか無事に神様のもとへ行けますように」という願いを込めて、祈り続けると述べていました。

その後、亡くなると盛大な葬祭儀礼が執り行われます。人類学の分野では、葬祭儀礼に関する研究は多く行われてきました。しかし、その直前にあたる看取りの場面は、あまり注目されてきませんでした。近年では疾病構造が変化し、療養生活が長期化してきたことで、担い手や療養生活における衛生観念への理解が必要となっています。

このように葬祭儀礼までが終わると、世話を担ってきた息子は次のように語りました。「私は立派に責任を果たしました」。この言葉が示すように、看取りは子供の責任であり、それを果たすことが非常に重要なのです。その後、この息子には子供が生まれました。彼は「自分が立派に責任を果たしたからこそ、神様が子供を授けてくれた」と述べています。

これまでの流れを振り返り、最後にまとめたいと思います。重要なのは、「そばにいる」ということです。療養生活が始まると、その人の存在は社会から見えなくなります。実際に何が行われているのかについては、インドネシアの人々でさえ、詳しく知っているわけではありません。近代的な西洋医療は、経済状況によって受けられる範囲が限られ、やがて治療を断念せざるを得なくなります。介護労働者を雇うことは非常に稀で、ホームケアも不定期になり、次第に回数が減っていきます。

しかし、そばにすることはできます。家族がそばにいたことの大切さについて、東畑開人は、現代の日本では「いる」ことが軽視される時代だと指摘しています〔東畑 2019: 324〕。何かすることがあるから、そこにいられるのであって、何もしないで、ただいるというのは非常に難しい時代なのです〔東畑 2019: 44〕。ジャワ農村部では、「そばにいたい」ということが価値あるケアとして捉えられています。看取りは子供の責任であるとされますが、村全体がその責任を支えているのです。

もう一点、「不可視化するケア（invisible care

dependence）」についてお話しします。冒頭で述べた「療養過程が見えなくなる」という現象は、この不可視化によるものです〔Schröder-Butterfill, E. et al. 2023〕。

現在のインドネシアの高齢者福祉政策は、予防と健康に重点を置いています。アクティブ・エイジング（積極的な高齢期の生活）という考え方が浸透し、「健康で長生きしよう」という方向へとシフトしてきています。

しかし、高齢者が寝たきりになると、「共（コミュニティ）」に参加できなくなるため、公の場から姿を消し、社会的に見えなくなっていくます。そして、その後のケアは「家族」だけの責任となります。すなわち、ケアが目に見えなくなる主な要因は、ケアが個人の責任とみなされていることにあります。

インドネシアでは開発の時代を経て、家族主義という考え方が形成されてきました。Schröder-Butterfill らは、十分な高齢者福祉政策が整えられない中で、インドネシア政府はこの家族主義を強調し、最も支援が必要となる終末期のケアを「家族」の責任に帰属させたままだと指摘しています。そして、この状況を指して、Schröder-Butterfill らは、現在のインドネシアの高齢者ケアは、目に見えない支援のない、持続困難なケアであると批判しています。

それでは、このシンポジウムのテーマである異文化間介護を理解するために、不可視化するケアの観点から本事例を見るとどうなるのでしょうか。家庭内での高齢者の世話や衛生管理は、療養が重篤化・長期化するにつれて「臭い」、「汚い」といった印象を人々に与えていました。しかし、この状況は当事者でなければわかりません。

確かに、病院から退院した直後は、村の人々が次々とお見舞いに訪れ、療養生活の始まりを目撃します。しかし、その後の世話は配偶者や子供といった近しい人の責任とされ、実際に関わった人でなければ、療養生活の詳細は理解されません。これが、先ほど小笠原先生が述べていた「アンケートで食事や排泄の介助を経験した人が3割に留まる」という現象にも繋がっています。知っているようで、実は知らない、すなわち、当事者にならないければ経験しないことが多い、というのが現実ではないかと思います。経験したことがある人とならない人では「臭い」、「汚い」の実感が異なるのかもしれない。

#### 5. おわりに

インドネシアは病者を社会全体で受け入れるという、とても良い側面を持つ社会です。病気の人を排除せず、共に過ごす文化があります。

しかし、ケアとなると個人の責任に委ねられています。療養が中期・長期化する場合、その状況はケアを担った人でなければ理解し得ません。家族が手探り状態で対応することが多く、どう工夫すればよいのか分からないことも少なくありません。

インドネシアではジャムウをはじめとする多元的医療構造が存在します。病気の療養過程では、こうしたさまざまな治療方法が併用され、人によって異なる対応が見られます。また、「運を天に任せる」という考え方もよく聞かれます。これは、病気や療養において神の意志を受け入れる姿勢を表しています。

そこで、考えておきたいのは宗教の影響です。イスラーム教徒の多くは、「病いは神様から与えられた試練である」と考えます。病気の過程には、神様の存在が常にあるのです。治療から療養に至るまでの過程には、病気を患った当事者、世話をする「家族」、そしてイスラーム教の神様が関わっています。治療方針の選択や継続といった重要な決断をする際も、人々は「神様が見ている中で、自分はどうか行動すべきか」という観点で考えます。

これから介護を学ぶためにインドネシアから来ている方々が多くいらっしゃいますが、ぜひ「臭い」、「汚い」といった衛生上の問題は、日本で学んだ介護の知識で対応できることを伝えていただきたいと思います。技術移転の観点から、排泄物の「臭い」、「汚い」をどう防ぐかということをお教えることには大きな意義があるのではないのでしょうか。たとえば、オムツを使わずに「臭い」、「汚い」を避ける方法を考えるなど、インドネシアの現状に合わせた方法が求められるかもしれません。大切なのは、日本で学んだ技術をインドネシアの状況に合わせて応用することです。技術をそのまま持ち帰るのではなく、現地の文化や習慣に合った形に読み替えることが重要だと思います。

本日は、「そばにいる」というケアのあり方についてお話ししました。ジャワ農村部で暮らす農民は、水田で農作業をする時間が必要であるにもかかわらず、病いを患った高齢者につきっきりで世話をしています。今は「家族」がそばにすることが可能ですが、インドネシアでもこの状況がいつまでも続くわけではありません。子供世代の流動性が高まり、海外で働く移住労働者も増えています。いずれは、担い手が枯渇する日が来るかもしれません。だからこそ、今日本で介護を学んでいる方々が、将来インドネシアに戻り、この問題に対応する重要な存在になることを期待しています。

本日のお話が、インドネシアの状況を知り、異文化間の介護を理解する一助となれば幸いです。

ご清聴ありがとうございました。

謝辞 本調査にご協力いただいた高齢者の皆様にお礼を申し上げます。

## 文 献

[日本語文献]

- 合地幸子. 2015. 「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』第44号 pp.101-119. 東南アジア学会.
- 2019. 『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』東京外国語大学 2019 年度学位論文.
- 東畑開人. 2019. 『居るのはつらいよ：ケアとセラピーについての覚書』医学書院.
- [外国語文献]
- Keasberry, I.N. 2002. Elder Care, Old-Age Security and Social Change in Rural Yogyakarta, Indonesia. Ph. D. thesis, Wageningen Universiteit.
- Kreager, P. and Schröder-Buttefill, E. 2004. Aging without Children: European and Asian Perspectives on Elderly Access to Support Networks. Berghahn Books.
- Niehof, Aneka. 1995. Ageing and the Elderly in Indonesia: Identifying Key Issues, Bijdragen tot de Taal-, Land-en Volkenkunde 151(3):422-437.
- 2002. The Household Production of Care, In: Changes at the Other End of the Chain: Everyday Consumption in a Multidisciplinary Perspective, edited by Butjin, C. et al. pp.179-188. Shaker.
- Schröder-Buttefill, E. et al. 2023. Vulnerable, Heroic...or Invisible? Representations Versus Realities of Later Life in Indonesia. Progress in Development Studies 23, 4, pp.408-426.

## 著者紹介



合地幸子 (ごうち さちこ)  
東洋大学アジア文化研究所客員研究員  
専門/文化人類学、インドネシア地域研究  
研究テーマ/インドネシアの高齢者ケア  
近年は、高齢者ケアの担い手が期待される若い世代の国際移住労働に着目し、日本で働くインドネシア人移住労働者に関する研究にも従事する。