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

キーワード

高齢者福祉, コミュニティー・ベース, 介護労働, ノン・フォーマル教育, 専門性

合地 幸子

はじめに

本稿は、インドネシア共和国ジョグジャカルタ特別州（以後、ジョグジャカルタ）における、職業的介護者であるプラムルクティ (*pramurukti*) が育成される経緯を通して、高齢化に対する支援の一つの形態としてのプラムルクティの可能性について検討する。

インドネシア語による高齢者介護を専門に行う職業集団に対する統一された呼称はない。本稿では、ジョグジャカルタの3つの研修所において採用されているプラムルクティを使用する⁽¹⁾。プラムルクティという言葉は、援助を与える人、あるいは、労働力を意味するインドネシア語のプラム (*pramu*) に看護する・世話をするという意味を持つジャワ語のルクティ (*rukti*) を組み合わせた語であり、一般的に使用されているものではない。また、インドネシア語で介護に相当する言葉はない。筆者の調査を通して、最も日本語の介護に近いと思われる語彙は、インドネシア語でそばに居る・付き添うを意味するムヌマニ (*menemani*)、ジャワ語のンガンチャニ (*ngancani*) である。そのため、インドネシア全体を指して、高齢者介護を専門に行う人々を指すときは、「高齢者に付き添う人」という語を使用する。

後に詳しく述べるように、プラムルクティの育成は病院の一部門において開始され、教育内容は近代西洋医学の看護教育に基づいた病人看護や老年看護学の理論的教育および実習から成っている。しかしながら、プラムルクティによる支援行為は、医療行為（注射などの医学的処置）ではなく、日常生活動作の介助および重度の病いを患

う高齢者への付き添いである。したがって、本稿では、プラムルクティを医療の領域にあたる医療従事者としてではなく、福祉の領域における社会福祉従事者に準ずる存在として捉える。また、本稿で述べる介護行為とは、プラムルクティという語彙が持つ意味内容、すなわち、看護する・世話をすることである病人看護という意味を広義に解釈し、病いを患う高齢者に対して医学的処置を含まない身体的介助および精神面での支援を提供することを指す。

世界的な人口構造の転換は、いまや先進国の問題のみならず、東南アジアにおける開発途上国においても課題となり始めている。人口約2億5千万人であるインドネシアは、最も急速に高齢化している国の一つである。60歳以上の人口が全人口に占める割合は、1990年の6.6%から2012年の9.7%に伸展し、また、平均寿命は1995年の66.0歳から2012年の70.6歳へと推移した。1970年代から開始された人口抑制政策の結果、合計特殊出生率は1980年の4.4から2012年の2.4に低下した [BPS 2012; The World Bank 2013]。本稿では、高齢化率が13.4% [BPS 2012]、平均寿命が74.0歳とインドネシアの中で最も伸展しており [Depkes 2011: 26] ⁽²⁾ 高齢化への対応が比較的に可視化している地域である、ジョグジャカルタ都市部の事例を取り上げる。

インドネシアにおいて高齢者を対象とする社会保障制度は十分とはいえない。しかしながら、医療保障においては2014年1月1日から国民全てに加入を義務付ける公的医療保険制度が開始され、2019年までに全国民へ普及させることを目指している [BPJS 2014]。高齢者福祉政策は、高齢者福祉施設の整備ではなく、社会福祉団体、宗教団体、教育機関、病院、国内外の NGO、ボランティアに期待したコミュニティー・ベースによる支援を目指している。2001年の地方分権化以降には州独自の展開が見られるようになり、インフォーマルな高齢者支援団体などによる取り組みが萌芽期にある [合地 2014; 伊藤 2014]。

インドネシアでは、社会的な相互関係や親族間の関係性を通した人々の紐帯は強く、高齢者は周縁化されることなく支えられてきた [Martianti 2005]。広い関係性に価値を認めるインドネシア社会において、双系制社会であるジョグジャカルタ（ジャワ）は、母系制社会と比較して夫方妻方双方から介護の担い手が選択し易い。したがって、高齢化している先進諸国で見られるような介護の担い手と受け手の依存関係がそれほど問題にならないと想定されてきた [Schröder-Butterfil and Fithry 2014: 380]。そのため、依存関係がより希薄な寡婦や子供がいない、あるいは、子供が移住しており介護を受けることができない高齢者に対する支援が注目されてきた [Kreager 2004]。

家族や親族がいれば多くの場合、高齢者は家庭で療養し家庭で看取られる。重度の病いを患う高齢者に対する介護の実践は、身体的な接触や排泄ケアといった親密なケア (intimate care) のプロセスを含むがゆえに、同居親族に負担がかかることが指

摘されている [Schröder-Butterfil and Fithry 2014: 376]。介護にかかわる親密なプロセスは、介護に関する「知識を持たない家族の領域 (the lay realm of the family or household)」に属している。この家族の領域において高齢者の世話を任されることがある「プライベート・ナースやメイドは富裕層のオプション」であると考えられていた [van Eeuwijk 2005: 78, 80]。

本稿では、介護に関する知識を持たない家族の領域を同居親族が家庭内で実践する介護の場と捉え、介護実践の場と表記する。そして、この介護実践の場に配置されるプラムルクティに注目する。プラムルクティだけに注目すれば、その認知度の低さから社会一般に職業的介護者の存在が顕在化しているようには見えない。しかしながら、都市部に限らず農村部においても高齢者の介護を必要とする世帯が「高齢者に付き添う人」を介護実践の場に配置する状況が現れ始めている。

本稿の目的は、第一に、現在のジョグジャカルタにおいてプラムルクティはどのように位置付けられているのか、第二に、プラムルクティは将来のインドネシアにとって可能性があるかを明らかにすることである。本事例を手掛かりに、インドネシアの将来における高齢者介護の担い手としての新たな可能性について検討する。

I 高齢者福祉とプラムルクティの誕生

1 医療・福祉領域の周縁に位置するプラムルクティ

研修所によるプラムルクティの定義は、*pembantu perawat* である。病院や高齢者福祉施設に勤務する場合は「看護師を助ける人」であり、介護の必要な高齢者がいる世帯に勤務する場合「看護者を援助する人」という意味になる。いずれも、プラムルクティは、医師あるいは看護師の監督下において、病人へ「プラワタン (*perawatan*)」を提供する [Dikrat Kreasi Praktis 2012: 2-3]。ここで述べる「プラワタン」とは、治療や看護、介護を意味し、医療と福祉の領域の境界的性質を持っている。したがって、二項対立的に分類できる性質のものではない。そこで、インドネシアにおける医療と福祉を簡単に整理する。

ジョグジャカルタでは複数の医療システムが多層的・多層的に存在している⁽³⁾。本稿では、プラムルクティ研修が近代西洋医学の看護教育に基づいていることから、近代西洋医学を第一義的な医療と捉える。近代西洋医学とは、おもに「生物医学に根拠を置く」ものである [Ferzacca 2001]。医療と福祉の領域において行われる行為は、国や地域の制度によって異なり、また、互いに重複する部分を持つ。

プラムルクティ研修は、都市部にある民間病院の地域保健サービス部門 (*Unit Pe-*

layanan/Peningkatan Kesehatan Masyarakat; UPKM) において実施されている。UPKM は、地域住民の健康問題に対するニーズに答えるプライマリー・ヘルス・ケアを提供する部門であり、研修や訓練を通して医学に関する知識を教育するというスハルト政権下の開発モデルの一つであった。政府による保健サービスを補完するためのサブシステムの取り組みとして位置付けられている⁽⁴⁾。本調査では、プラムルクティの約1割が病院や高齢者福祉施設に勤務し患者の身の回りの世話を行っていた。しかし、プラムルクティは国家が認める26種の医療従事者⁽⁵⁾には含まれていない。

一方、インドネシアにおける社会福祉は、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に分類されている。国家は、社会構成員が基本的条件を満たし、自ら向上して社会機能を果たせるように国民を保護する [UU RI Nomor 11 Tahun 2009. Bab I, pasal 1. 1.]. 社会福祉活動の実施にあたり、国家は個人、グループ、社会福祉団体が連帯することを求めている。

社会福祉従事者は、制度上、以下の3つに分類される。(i) 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「専門的な社会福祉労働者 (*pekerja sosial profesional*)」、(ii) 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「社会福祉労働者 (*tenaga kesejahteraan sosial*)」および (iii) 「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的背景の有無にかかわらず、また報酬を得る得ないにかかわらず、政府の制度的枠組み以外の社会部門において、自らの意思で活動を行う個人、および／あるいは、社会グループ」である [UU RI Nomor 11 Tahun 2009, Peraturan Menteri RI Nomor 3 Tahun 2013]。

以上のことから整理すると、プラムルクティは就業上において医師あるいは看護師の監督下にあるが、制度的には国家が認める医療専門職には含まれない。地域住民の健康問題に関するニーズに応えるという使命を担った病院が育成する社会福祉従事者のボランティアに準ずる個人、および／あるいは、社会グループの一形態であると言える。しかし実際は、重複する医療と福祉の領域における極めて周縁的な存在である。

2 高齢者対策への関心

1950年以降の世界的な高齢化を受け国連は1982年に「高齢者に関する世界会議」を開催する。この頃のインドネシアにおける福祉政策の中心的課題はおもに人口抑制政策および母子保健であった。スハルト政権下の開発政策において展開された福祉政策は、女性運動組織を福祉活動に動員するという家族福祉向上運動 (*Pembinaan*

Kesejahteraan Keluarga: PKK) という方法で展開した [倉沢 1998]。

1990年以降に高齢化率が進展し始めるとようやく、政府は具体的高齢化対策を整え始める。1994年には母子保健を目的に実施していた地域保健活動ポスヤンドゥ (*Pos Pelayanan Kesehatan Terpadu: Posyandu*) ⁽⁶⁾ において、高齢者に向けた社会福祉活動を開始する [合地 2014]。活動は、PKK のカデル (*kader*: 地域社会のボランティア女性) に予防・健康教育の研修を行うという形で進行する。インドネシアにおける高齢者介護の最大の特徴は、無償で活動するカデルたちを動員できることである。1998年の高齢者福祉法改正において、政府は PKK による既存の社会福祉活動を十分に活用するとともに、コミュニティー・ベースによる支援の充実を期待する。

高齢者に対する社会福祉サービスは、高齢者の健康状態の向上および社会的機能を改善することを意図している。健康に関する情報の発信やカウンセリングに加え、とりわけ、慢性疾患／終末期の状態にある高齢者に老年学分野で展開される治療を提供することを目的とした [UU RI Nomor 13 Tahun 1998. Bab III, Pasal 14. 19.]。サービスの提供にあたり、医療と福祉の領域が連帯する体制を強化することが求められた。そして、2001年の地方分権化の開始以降に、中央政府が制定した法や政策を具体的に実行する地方自治体の高齢者対策は多様な展開を遂げるようになる。

3 ジョグジャカルタにおけるプラムルクティ研修の成立

本節では、A および K 研修所の成立過程を概観する。A 研修所は A 病院 UPKM で研修を実施している。A 病院はオランダ統治期の1899年に設立されたプロテスタント系の病院である。アムステルダムに拠点を置くこの宗教団体は、宗教普及活動の一環として1926年以降に教会や学校を設立し、病院および教会との連帯を図る [Majelis Gereja Kristen Jawa 2012]。インドネシアの独立後には、児童養護施設の建設や高齢者福祉施設の運営など、A 病院と連帯して社会福祉活動を強化していく。

1973年、病院の一部門にスカルノ時代からの一つの活動である NGO に相当する LSM (*Lembaga Sosial Masyarakat*) を設立し⁽⁷⁾、海外へ人材を送り出すことを目的とした様々な技能研修を開始する。1975年までの2年間は、社会福祉従事者による訪問支援型の福祉活動を実施し、1976年から A 病院 UPKM においてベビー・シッター研修、1980年からプラムルクティ研修を開始する。ジョグジャカルタで最も早くプラムルクティ研修を開始しており、現在まで約550名のプラムルクティを育成した。

1980年代は海外移住労働への関心が高まる時期⁽⁸⁾ である [奥島 2009]。しかし、この約550名の中で海外移住労働者として送り出された者はいない。政府が海外移住労働政策を進める一方で、民間病院は社会福祉従事者の育成を強化していった。

他方、K 研修所はカトリック系 K 病院 UPKM で研修を実施している。K 病院は

1969年に産院施設として設立された。K 研修所の管理者であるアグス氏（仮名）によれば、当時の主な活動は地域住民へ牛乳を配ることであった。インドネシア政府およびアメリカの慈善団体から寄付金を受け、1969年から1993年まで産院施設周辺の住民に対して「タブガン・セハット（*Tabungan Sehat*）」と呼ばれる健康貯金を実施する。

K 産院施設が規模を拡大して病院となる1年前の1992年にプラムルクティ研修を開始された。アグス氏によれば、病院への機構変更の条件として、プラムルクティ研修所を設けるように地方政府から働きかけがあったという。政府は国内における失業率緩和を目的にプラムルクティの育成を勧め、教育の実施は民間病院に任せたとのである。

A 研修所と K 研修所が研修を開始した過程は異なるが、いずれも、民間による地域福祉に根差した取り組みである。

II プラムルクティ研修の概要と就労状況

1 プラムルクティ研修

プラムルクティ研修は教育・文化省に管轄を置き⁽⁹⁾、ノン・フォーマル教育で高等教育以上のレベルに相当するパケット C・サービス部門に位置付けられ、研修修了後に行政から資格認定証が与えられる⁽¹⁰⁾。研修費は A 研修所が185万ルピア（2013年、1ルピア=0.01円）、K 研修所が300万ルピア（全寮制）で2013年のジョグジャカルタ最低賃金約100万ルピアと比較すると2～3倍に相当する⁽¹¹⁾。A および K 研修所では毎年1回4カ月間の研修を実施する。講師は病院に勤務する学位を所有する医師や看護師であり、栄養学や高齢者心理学、家庭経済学、国家が規定する労働基準法や職業倫理などの理論教育を行う⁽¹²⁾。また、実技では症状とその状態が安定しているかどうかの見極め（正常な体温や脈拍数）、介護に必要な道具（膿盆、消毒液、尿瓶、カテーテルなど）の使用方法、体位変換や車椅子移動助動方法、オムツの使用方法など、実際の道具や人体模型を使用して講義され、病院や高齢者福祉施設等で実習が行われる。

ジョグジャカルタにおける全プラムルクティ数の統計はとられていないが、筆者が調査を実施した研修所（3カ所）の合計では約千人がプラムルクティに認定されている。後述するように、4カ月間の研修だけで専門職になるのかと言えば、専門職とは言えないだろう。しかしながら、上述のような研修を受けて研修所が実施する最終試験に合格すると、介護者としての専門的な知識を持つ者として認定されるのである。

研修所は独自に派遣部門を運営し、教育と職業斡旋が一体化したシステムをとっている。依頼者は1件1年契約で30万ルピアのサービス利用料を支払う。プラムルク

表1 プラムルクティの報酬 (A 研修所)

	グループ0	グループ1	グループ2	グループ3	交通費
日勤	550,000	650,000	750,000	850,000	8,000/日
夜勤	600,000	700,000	800,000	900,000	8,000/日
住み込み	1,000,000	1,100,000	1,200,000	1,300,000	20,000/週
市外勤務	1,100,000	1,300,000	1,400,000	1,500,000	50,000/週

出典：A 研修所の資料に基づき筆者作成（単位：ルピア、2012年12月1日ルピア=0.009円）

日勤：7-17時、夜勤：19-翌朝7時

グループ0：研修終了後からプラムルクティとしての就業経験が4カ月未満の者。

グループ1：就業経験が5カ月以上で、2年間継続的に業務に就くことによりグループ2へ昇格する。

グループ3：グループ2より経験年数が長く研修所によりスキルが認められた者。

ティは登録手数料2万5千ルピアを支払い6カ月以上研修所を通して依頼を受けなければ再登録が必要となる。

表1は、プラムルクティの報酬である。勤務体制は日勤（7-17時）、夜勤（19時-翌朝7時）、住み込みに分かれ実務経験により4段階に分類される。

2 プラムルクティ

2013年5月にK研修所派遣部門に登録する者は59名（女性53名、男性6名）であった。20～30歳代に多く半数が既婚者で子供がいる。プラムルクティの信仰する宗教はイスラームが50名、カトリックが9名である。6割は高校教育レベルの学歴を持ち、地縁・血縁、卒業生の紹介を通して研修を受ける傾向にある。都市近郊農村や農村部の自作農家出身者が多く、中規模工場労働（3名）、大型販売店や小売店の店員、プロモーション・ガール（17名）、海外移住労働からの帰国者（3名）、家事労働や「高齢者に付き添う人」（3名）、修道女（1名）、幼稚園教諭（1名）など、約半数に就労経験がある。

プラムルクティになった理由としては、「他人を助けたい」という人道主義的な精神と「家族を看護するために医療知識を得たかった」という知識を得る目的、「世帯の収入の足しに」という報酬に対する目的があがっている。加えて、Sさん（19歳女性）ら数名は、都市部で働くことに憧れを持っていた。35歳男性プラムルクティは、以前家事労働者として雇用され高齢者の世話を任されたが病人看護の知識がなかったために十分な介護ができなかったという。また、20歳女性プラムルクティは自身の老親介護を目的に、その他8名は高齢の家族や親族の世話を目的で研修を受けている。

3 高齢者側のニーズ

図1は、2012年11月にプラムルクティを依頼した高齢者について疾患別に示したグラフである。重度の慢性障害を持つか複合的に病いを患う老年病の高齢者が多く、ほ

とんどが非伝染性の疾患で占められている。寝たきりの状態や車椅子使用者、流動食や排尿のためのカテーテルを装着し、家庭で療養している高齢者がいる世帯からの依頼が多い。プラムルクティが基本的な看護教育を受けているのは、こうした疾患を持つ高齢者の状態を監視するためである。

プラムルクティによるサービスを利用する世帯の高齢者は、60歳以上で女性（既婚17名、死別寡婦20名、離別寡婦2名）が男性（既婚9名、未婚2名、死別寡夫8名）の倍であり、皆娘か息子世帯と同居している。ジョグジャカル

ルタ居住者ばかりとは限らず社会経済階層も様々である。特徴的なことの一つは、個々の世帯の経済状況に合わせて、数カ月、週に数日、日に数時間と時間を選択してサービスを利用していることである。また、高齢者の健康状態の回復あるいは死亡により、半数が1年未満にサービスの利用を終えている。すなわち、病いの急性期や終末期に利用がある。

農村部に暮らすPさん（82歳女性）は、寝たきりの状態で流動食のカテーテルを装着している。同居する息子と嫁は農民で社会経済階層は低いが、親族が費用を負担してプラムルクティを依頼した。家族や親族は介護に関する知識がなく1カ月間サービスを利用した。これに対し娘世帯と同居する都市部の中階層であるNさん（70歳男性）は、手術後の状態管理のために病院からプラムルクティによる介護サービスを勧められた。Nさんは傷口をガーゼで覆った状態だった。PさんやNさんの家族は、老親介護を互恵的な社会関係や親族関係に頼ることなく、一時的にプラムルクティを選択し、その知識に期待した。

次に二つ目の特徴は、高齢者の病いの状態が安定した後もサービスの利用を続ける世帯の社会経済階層が高いことである。これらの世帯のサービス利用期間は5年から10年以上と長い。介護サービスを長期に利用できる世帯は経済的に余裕があることが前提であろうが、家庭で療養することが基本であるインドネシアの文化的文脈を反映していると言える。病いの急性期や終末期にサービスを利用する者が生物医学的治療後の状態の管理に重点を置くことに対して、社会経済階層の比較的高い長期療養者では身の回りの世話に重点を置きプラムルクティによるサービスを選択している。

図1 疾患別プラムルクティ依頼数（2012年11月）
出典：A 研修所の資料に基づき筆者作成

介護行為はサービスとして提供されたことで専門性を持つ職業として成立した。癌、脳血管障害、認知症などを患い長期に療養する高齢者の増加により、介護は家事労働者ではなく、病いに対応できる知識を学んだ者に任せたいとする家族のニーズが出現していることも事実である。医療器具装着者にとってのニーズは顕著であり、プラムルクティは家族の協働者として受け入れられつつあることは明白である。

人々は「老親介護」を「敬い、愛し、気遣う」といった、家族の義務、愛情で表現する。しかし、病いの急性期や終末期の介護は身体的介護を含む実践であるがゆえに利用できる社会的な相互扶助はより狭くなり、その結果、家族の負担が増す。そこで、看護学に基づく介護に関する知識を学んでいることがプラムルクティのサービスを利用する正当な理由となっている。伝統的に行われてきた老親の世話は、福祉が「高齢者」という社会的存在を対象に据えたことで変容しつつあると言える。

4 就労状況

実際に高齢者側にニーズがあるにもかかわらず、就労状況を見ると必ずしもプラムルクティ側がニーズに対応できていない。表2は、K研修所の2006年から2011年のプラムルクティ紹介斡旋履行率である。依頼件数は2006年より徐々に増加しているが、全体としての履行率は低下している。また、住み込み勤務への依頼が多いことに対して、この6年間で日勤を希望するプラムルクティが増加している。日勤希望者は、20歳代（6名）、30歳代（7名）、40歳代（3名）の女性であり、皆子供がいる。

表3は、2012年12月時点におけるK研修所の研修修了者319名の就労状況である。これまでに研修を修了した者の約4分の1にあたる85名がプラムルクティとして登録

表2 プラムルクティ紹介斡旋履行率（2006-2011年）

年	依頼者数 (全依頼数に対する比率%)				紹介斡旋数 (依頼数に対する紹介斡旋率%)				履行率 (%)
	日勤	夜勤	住み込み	合計	日勤	夜勤	住み込み	合計	
2006	93 (19.3)	31 (6.4)	357 (74.2)	481	70 (75.2)	17 (54.8)	79 (22.1)	166	34.5
2007	78 (19.5)	23 (5.7)	299 (74.7)	400	91 (116.6)	25 (108.6)	116 (38.7)	232	58.0
2008	118 (21.8)	29 (5.3)	393 (72.7)	540	86 (72.8)	26 (89.6)	114 (29.0)	226	41.8
2009	117 (23.1)	32 (6.3)	353 (69.9)	505	86 (73.5)	19 (59.3)	86 (24.3)	191	37.8
2010	126 (23.0)	32 (6.0)	371 (70.0)	529	112 (88.8)	32 (100.0)	80 (21.5)	224	42.3
2011	132 (23.1)	19 (3.3)	407 (71.5)	569	78 (59.0)	17 (89.4)	67 (16.4)	160	28.1

出典：K研修所の資料に基づき筆者作成

している。その他は、「主婦 (*ibu rumah tangga*)」が103名と最も多く、また、全体の約4分の1はプラムルクティとして勤務した後に他職種に転職している。

「主婦」と答える人の中には、出身村に戻り都市部でプラムルクティとして働いていた経験を聞きつけた村人によって不定期でインフォーマルに雇用されている者がいる。報酬はそれまで都市部でプラムルクティとして得ていた報酬より少なかった。すなわち、プラムルクティは研修所を通して初めて地域社会の人々にその価値が認められる存在なのである。自身の社会的立場を「主婦」と答える人々は、研修所を通さないので正式な仕事ではないと考えているためではないだろうか。

プラムルクティは魅力ある職業なのだろうか。プラムルクティの数は依頼件数に対して不足している。その要因として、研修を修了した後に長期間働く者が少ないことおよびプラムルクティ側が優位に勤務条件を選択していることの二つが考えられる。

勤務は高齢者が回復あるいは死亡したことにより一旦終了する。プラムルクティの希望に見合う次の被介護者が見つからず6カ月を過ぎると再登録料が必要になる。

そのため、プラムルクティ間で情報を交換し、あるいは経験的に個人で仕事を探すというのが先に述べた「主婦」と答える人々である。

筆者が、どのような高齢者のそばに付き添いたいのかを訪ねた時、プラムルクティ F さん (男性23歳) は、

寝たきりの高齢者がいい。杖をついても歩ける高齢者だと、行きたいと言う所には1日中付いていかなければならない。寝たきりなら食事を食べさせ、薬を飲ませたら後は1日中座っていられるので仕事が“負担にならない (*tidak berat*)”。

と述べた。負担にならないとは、換言すれば、楽に稼ぎたいということであろう。Fさんのように高齢者の病いの状態で仕事を選択する場合がある。依頼者数が多いので、誰に付き添うかはプラムルクティ側に少なからず優位に働く。

次に、勤務をやめるかどうかに影響を与えた事例である。不可視化した介護実践の場において、プラムルクティは家事労働者と混同されやすい。Jさん (女性23歳) は

表3 就労状況 (2012年12月)

職業	人数
プラムルクティ (雇用主宅) (病院勤務) (産休)	85 (76) (8) (1)
主婦	103
民間機関	43
移住 (州外・海外)	23 (20・3)
不動産業	18
公務員	11
販売員	5
家事労働者	3
専門学校進学	2
死亡	2
大学進学	1
縫製業	1
ケータリング	1
ランドリー	1
観光業	1
現職不明	19
合計	319

出典：インタビュー調査に基づき筆者作成

※雇用主宅に勤務するプラムルクティ76名 (日勤33名、夜勤5名、住込み38名)

小作農である両親に強く勧められ、高等学校卒業後すぐに研修を受けた。研修終了後は急性心疾患を患う寡夫（娘世帯と同居）の家庭に住み込みで勤務していた。

私は、看護学の知識に基づいて、高齢者が早く回復するよう付き添っているのに、高齢者は私の言うことを聞きません。プラムルクティの言うことはそれほど重要だと思っていないのです。高齢者とその家族は、プラムルクティという職業（*profesi*）がどのような仕事をするのかをわかっていません。私を家事労働者だと思っているのです。部屋の掃除や食事を作るように言われました。私が与えられた部屋は汚く、食事も十分ではありませんでした。規則通りに休みがもらえません。

また、癌を患う女性高齢者70歳の家庭に日勤で勤務していたプラムルクティTさん（女性43歳）は、被介護者に汚い言葉で侮辱され5日で勤務をやめている。これらのトラブルは一部だが、プラムルクティをめぐる雇用者と家事労働者間の階層に基づく力関係と似た関係性が構築されていることが指摘できる。彼／彼女たちが専門性に対して抱いていた価値観とは反対に、魅力ある職業にはなり得ていないと思われる。

職業の成立過程において、社会環境の異なる地域においても準専門職（a marginal profession or a quasi-profession）としての規定や基準は議論されてきた。例えば、1960年代のアメリカにおける薬剤師は、医師にも可能な仕事であること、あるいは、街のドラッグストアで薬を販売するといった単純な作業が市民から見て専門的な学問と訓練を必要とする作業に見えなかった。そのため、当時の薬剤師は専門性を獲得するには至らなかった [Denzin and Mettlin 1968]。また、1980年代の日本では、社会福祉士・介護福祉士の資格制度化を前に、ホームヘルパー協会や家政婦協会が、誰にでもできる仕事に資格はいらないということを理由にあげ制度化に反対している [秋山 2007]。

III プラムルクティの可能性

これまで経験したことのない闘病生活を送る高齢者とその家族は、介護ニーズが高まる時期に介護サービスを利用し始めた。確かに、家族はより専門的な介護を求めるようになっている。プラムルクティは、支援の一つの形態として、介護実践の場における家族の協働者となる可能性があると言える。

しかし、専門的な人材育成という社会的な目的に反して、プラムルクティ側は高齢者側のニーズに対応できていない。サービスを必要な時に必要な期間だけ利用したい高齢者側と希望する時間帯に自宅から通える範囲内で働きたいプラムルクティ側の就業形態に関するニーズの不一致が見てとれる。また、病いを患う長期療養高齢者の身の回りの世話に関する双方の就業内容に対する認識上の不一致がある。そこで、インドネシアにおける介護行為が置かれた状況と労働力、とりわけ女性労働を検討する。

従来、身体に不調をきたせば治療者を呼び家庭で治療を受けることを好んできたインドネシアの人々には病院で療養するという「ベッド・カルチャー」が根付いていない [Sciortino 1996]。人々が医療施設で療養することに対して抱くイメージは悪く、経済的な負担は大きい。

冒頭で述べたように、公的医療制度が普及したところで、全ての患者を受け入れるための医療施設は少なく、医療福祉従事者も少ない⁽¹³⁾。2010年のジョグジャカルタにおける入院患者数は州の全人口の22.9%である（全インドネシア平均24.6%） [Kemenkes 2012]。誰もが病院で看取られる「死の医療化」 [広井 2005] という現象はジョグジャカルタでは見られていない。結局は、在宅介護の需要が高いのである。

人々が考える介護とは、そばに居る・付き添うことである。近年の人口高齢化に伴い出現した「高齢者介護」は、医療の領域にある看護と社会的慣習に見られる世話の間に置かれている。プラムルクティの就業内容はこの境界に位置している。研修制度を通してプラムルクティという職業的介護者は確かに成立したかもしれない。しかし、社会的認知度は未だに低い。就業内容に対する認識の不一致はこのためであろう。

次に、ジョグジャカルタの産業別労働力を表4に示す。ジョグジャカルタは学業や文化伝統の盛んな地域として知られている。近隣には世界遺産のボロブドゥール遺跡やプランバナン遺跡が位置しており観光地としても人気がある。このような特徴を持つジョグジャカルタの労働力は、男女合計で農業部門が全体の26.9%、次いで商業・ホテル・レストラン部門24.8%となる。ジョグジャカルタには工業団地は存在しないため工場労働に就く者は女性15.6%、男女合計15.1%である。

2006年から2010年の統計では農村部における15歳以上の就業者が806,706人から867,078人へと増加し、このうち女性が約4割に相当する [BPS 2006/2007,

表4 ジョグジャカルタの産業別労働者数（2012年8月）

職種	男性	女性	合計
農業	258,800	243,770	502,570
電気・ガス・水道	14,768	1,555	16,323
工業	152,035	130,567	282,602
建設業	129,732	3,117	132,849
商業 / ホテル / レストラン	208,031	256,384	464,415
交通・通信	52,698	8,641	61,339
金融	39,947	17,281	57,228
サービス業	177,111	173,271	350,382
合計	1,033,122	834,586	1,867,708

出典：BPS [2013: 91 Tabel/ Table: 3.2.16] より筆者作成

2012]。女性の労働力で最も多い部門は商業・ホテル・レストラン30.7%，次いで農業29.2%，サービス部門（ホテル・レストランを除く）20.7%となる [BPS 2014]。分類上，プラムルクティはインフォーマル部門⁽¹⁴⁾であるサービス部門に含まれる。

農業部門から季節労働者が商業・ホテル・レストラン部門へ参入しやすいことと比べて，工業部門やサービス部門のとりわけスキルが必要な職種へは参入しにくい。プラムルクティの出身地や職歴から判断すれば，農業部門からスキルの必要なサービス部門へ参入する，あるいは，サービス部門（ホテル・レストランを除く）からスキルの必要なサービス部門へ参入する傾向がある。また，数名を除いて工場労働や海外移住労働，家事労働などの移住を前提とする職業を選択していない。このことは，農村部の女性ができるだけ研修費の安い短期間の研修を受けて，自宅から通える範囲内でより報酬の良い職業を求めていると推測できる。

Jan Newberry [2006] による都市部カンボンの詳細な研究によれば，女性は生計を補助するために家庭外で働くのみならず，家内工業生産や販売目的の食品作りを行う場合も珍しくない。女性たちは「柔軟な仕事を探している」[Newberry 2006: 141]。これは，国家が規定する家庭の役割を一義的なものとして働く女性のイデオロギーを反映しており [Suryakusuma 2011]，都市部と限らず農村部にも当てはまる。

プラムルクティという職業は，家庭の役割を遂行しつつ勤務時間帯を選択して自宅から通う職業形態の一つとなり得ていた。就業形態の不一致は，柔軟にかつ楽に働きたいと希望するプラムルクティ側の希望によるところが大きいだろう。

プラムルクティの育成を考えるのであれば，ジョグジャカルタで高等教育レベルの学歴を持つ不安定な就業層にこそ潜在的に可能性があるだろう。しかし，政府は老親介護の基盤を家族・親族へ依存するままであり職業的介護者の育成には消極的である。

それでは，誰が高齢者を介護するのか。高齢者の世話は家事労働者に期待されやすい。1980年以降の海外移住労働の増加や教育機会の向上により国内における家事労働者数は減少傾向にある [Sukesu 2008: 23; 横本 2013]。しかし，1980年代から積極的に海外へ送り出してきた家事・「介護労働者（care givers）⁽¹⁵⁾」は，2006年以降減少している⁽¹⁶⁾ [BNP2TKI 2014]。また，インドネシア政府は2017年まで家事労働者を海外へ送り出すことを中止している [Menakertrans 2013]。このような海外移住労働の待機者が国内で介護労働を担っているかどうかについては明らかではない。

高齢化の進むインドネシアの将来にとり，プラムルクティのような職業的介護者は，重度の病いや長期療養，終末期の状態にある高齢者の介護実践の場における家族の協働者として可能性がある。しかし，人々の介護行為に対する認知度が高まらない限り制度を整えたところで介護行為が職業として成立したとは結論付けられないだろう。

おわりに

本稿は、職業的介護者プラムルクティが育成される経緯を通して、高齢化に対する支援の一つの形態としてのプラムルクティの可能性について検討した。ここまで述べてきたように、プラムルクティは介護サービスを利用したい高齢者と家族側にニーズがあり、高齢者介護の一つの支援形態として可能性がある。

しかし、高齢者側とプラムルクティ側の間に就業形態および就業内容に関する認識上の不一致があることが明らかになった。病いの急性期や終末期の高齢者を抱える世帯は必要な時に必要な期間だけサービスを利用し、プラムルクティは希望する勤務形態で対応した。それに対して、長期療養高齢者を抱える世帯は、高齢者の身の回りの世話を手助けする者として介護に関する知識を学んだプラムルクティを選択した。

プラムルクティは、前者では、介護行為を通して医療の領域にある看護を医療の下で管理される高齢者へつなぐ役割を果たし、後者では、伝統的な老親の世話の中に現代的な介護知識を付与する役割を果たした。プラムルクティが医療の領域にある看護と社会的慣習に見られる世話の間に置かれていることは先に指摘した通りである。

本事例は、高齢化している地域の都市部において、研修条件の整った病院があり、都市近郊から研修者を動員し易く、介護サービスへの依頼があるジョグジャカルタの特徴を反映している。プラムルクティという職業集団はインドネシアでもジョグジャカルタに限られるかもしれない。しかし、実際に、地域により異なる呼称で「高齢者に付き添う人」が社会に現れ始めていることは確かである。

将来のインドネシアにとり、高齢化に対する支援の一つの形態として「高齢者に付き添う人」は、制度が等閑視する介護実践の場に配慮するという大きな役割を持つ。職業的介護者の育成は、地域により研修を実施できる病院をいかに確保するか、どのような社会階層の人々を育成するかが課題であろう。しかし、制度的職業の成立よりもむしろ社会的認知度を高めることが重要である。そのためには、インドネシアの社会変動における介護の持つ意味および介護者の役割と労働形態に影響を与える個々の諸条件に注目する必要がある。ジョグジャカルタの今後の動向と他地域における展開がどのように関連していくかについては引き続き注意深く見守りたい。

注

- (1) 他地域における、「高齢者に付き添う人」に対する様々な呼称は、*asisten perawat, perawat orang tua/jompo, perawat manula(manusia lanjut usia), pendamping orang sakit/*

jompo, pengurus orang sakit/jompo, suster jompo などである。

- (2) 平均寿命は、1967年からの45年間で約20歳近く伸展した [Depkes 2011: 26]。
- (3) インドネシア社会には、近代医療、中国医療、アーユル・ヴェーダ医療、アラブ・イスラーム医療、ジャワに伝わる伝統的な薬草 (ジャムウ)、あるいは、家庭でおこなわれる最初の治療など、複数の医療システムが多元的・多層的に存在している [Jordaan 1985; 吉田 2006]。
- (4) 村落への薬の配布や社会福祉従事者を対象とした研修・訓練などを実施する。
- (5) 政府決定により、医療従事者は、*fisioterapis* (理学療法士)、*radiografer* (放射線技師)、*teknisi gigi* (歯科技工士) など26種が指定されている [Peraturan Pemerintah RI Nomor 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan. Bab II Pasal 2]。
- (6) ポシアンドウとも呼ばれるが、本稿では、ポスヤンドウと表記する。
- (7) LMS は、社会生活を営むための必要性を満たすことを目的とした活動を行う社会機関である [Koentjaraningrat 2009]。制度上 NGO とは区別される。
- (8) 1979年から1984年の間に96,410人であった海外移住労働者は、1989年には292,262人へと増加した [BNP2TKI 2008]。また、この頃から「移住労働の女性化」が始まったと言われている [Hugo 2002]。
- (9) おもに海外で働くことを目的に実施される介護研修は、労働移住省に管轄を置き、職業訓練機関 (*Lembaga Pelatihan Kerja*: LPK) が実施する。
- (10) ノン・フォーマル教育とは、フォーマル教育に代わり、全ての年齢を対象とする組織的な教育で、教育を補完するシステムである。教育および国民生活の知的水準の向上、貧困緩和、失業率を低下させるため独立して働くことや専門職としての能力の育成、キャリアアップが目的である [Kempendikbud RI 1977]。
- (11) ジョグジャカルタにおける2013年の最低賃金 [Dinas Nakertrans DIY 2012]。
- (12) 基礎看護学、救急看護学、総合的患者支援、疾病理解、高齢者心理学、コミュニケーション学、理学療法学、栄養学、倫理学、哲学の基本理念、家政学、労働概念。
- (13) ジョグジャカルタ特別州にある国公立病院は66施設 (軍・警察、民間病院含む)、地域保健センターは121施設で都市部に集中している。医療従事者数は、人口約350万人に対して、一般医1,354人 (3.8人)、専門医1,262人 (3.6人)、歯科医597人 (1.7人)、看護師6,560人 (18.7人)、ピダン1,927人 (5.5人) である [Depkes 2013]。括弧内は人口1万に対する数を表す。
- (14) インフォーマル部門とは、統計上の基準によるフォーマル部門 (公務員を含む完全雇用労働力) 以外を指す [BPS 2014: 3]。
- (15) 統計上、海外へ送り出す介護労働者は *care givers* と表記されている。すなわち、インドネシアでは海外に向けた *care givers* という職業が成立していることになる。
- (16) 家事労働者送り出し数2011年267,231人、2013年168,318人、介護労働者送り出し数2011年48,492人、2013年45,751人 [BNP2TKI 2013]。

参考文献

1 文献

- 秋山智久. 2007. 『社会福祉専門職の研究』 ミネルヴァ書房.
- Denzin, N. K., and C. J. Mettlin. 1968. "Incomplete Professionalization: The Case of Pharmacy." *Social Forces* 46(3): 375-381.
- Ferzacca, S. 2001. *Healing the Modern in a Central Javanese City*. Durham, N.C.: Carolina Academic Press.
- 合地幸子. 2014. 「高齢者ボスヤンドゥ・プログラムから見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.
- 広井良典. 2005. 『ケア学：越境するケアへ』 医学書院.
- Hugo, G. 2002. Effects of International Migration on the Family in Indonesia. *Asian Pacific Migration Journal* 11(1): 13-46.
- 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.
- Jordaan, R. E. 1985. *Folk Medicine in Madura (Indonesia)*. Leiden: KITLV Press.
- Koentjaraningrat. 2009. *Pengantar Ilmu Antropologi*. Jakarta: Rineka Cipta.
- 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」川田順造ほか編『開発と文化 6 開発と政治』103-123. 岩波書店.
- Kreager, Phillip. 2004. "Where are the Children." In *Ageing without Children*, edited by Phillip Kreager and E. Schröder-Butterfil, 1-45. New York and Oxford: Berghahn Books.
- Martianti, Ruly. 2005. "In the Absence of Family Support: Case of Childless Widows in Urban Neighbourhoods of East Java." In *Ageing without Children*, edited by Phillip Kreager and E. Schröder-Butterfil, 147-171. New York and Oxford: Berghahn Books.
- Newberry, Jan. 2006. *Back Door Java: State Formation and the Domestic in Working Class Java*. Peterborough: University of Toronto Press.
- 奥島美夏. 2009. 『日本のインドネシア人社会：国際移動と共生の課題』 明石書店.
- Schröder-Butterfil, E. and T.S. Fithry. 2014. "Care Dependence in Old Age: Preferences, Practices and Implications in Two Indonesian Communities." *Ageing and Society* 34: 361-387.
- 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." In *Health Care in Java - Past and Present*, edited by P. Boomgaard and I. Smyth, 23-50. Leiden: KITLV Press.
- . 2007. trans. R. Tjiong. In *Menuju kesehatan Madani*, Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- Sukesi, K. 2008. "Pekerjaan Rumah Tangga: Masalah dan Solusi Pemberdayaan." *Jurnal Pusat Studi Wanita* 12: 17-27.
- Suryakusuma, Julia. 2011. *Ibuisms Negara*. West Java: Komunitas Bambu.
- van Eeuwijk, P. 2005. "When Social Security Reaches Its Limits: Long-term Care of Elderly People in Urban Indonesia." In *Exploring Social (In-)Securities in Asia*, edited by R. Buchel, A. Derks, A. Loosli and S. Thüler, 74-90. Bern: Universität Bern.

- 横本真千子. 2013. 「インドネシアの女性家事使用人：バンドン市における仲介業者の調査に寄せて」『経済学研究』62 (3): 123-138.
- 吉田正紀. 2006. 『民俗医療の人類学』古今書院.

2 資料・統計, 法規

- BNP2TKI. 2008. Data Penempatan dan Tenaga Kerja Indonesia ke Luar Negeri Tahun 1994-2007.
- . 2013. Data Penempatan Tenaga Kerja Indonesia (TKI).
- . 2014. Data Penempatan Tenaga Kerja Indonesia (TKI).
- BPS. 2006/2007. DIY Dalam Angka 2006/2007: 89 Tabel 3 - 2 - 10.
- . 2012. DIY Dalam Angka 2012.
- . 2013. DIY Dalam Angka 2013.
- . 2014. Keadaan Ketenagakerjaan di D.I.Yogyakarta.
- Depkes RI. 2011. Profil Kesehatan Provinsi D.I.Yogyakarta 2011.
- . 2013. Profil Kesehatan Provinsi D.I.Yogyakarta 2013.
- Diklat Kreasi Praktis untuk siswa pramurukti. 2012. Modul Pendidikan & Pelatihan Pramurukti 2012. (内部資料)
- Dinas Nakertrans DIY 2012. UMK Tahun 2011 di Daerah Istimewa Yogyakarta.
- Kepmendikbud RI 1997. Nomor 0151/U/1977 tentang Pokok-pokok Pelaksanaan Pembinaan Program Pendidikan Luar Sekolah
- Kemenkes. 2012. Buletin Jendela Data & Informasi Kesehatan, Volume 2, Semester 2.
- Majelis Gereja Kristen Jawa 2012. (内部資料)
- Peraturan Mensos RI Nomor 3 Tahun 2013 tentang Kesejahteraan Sosial Kecamatan.
- Peraturan Pemerintah RI Nomor 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan.
- The World Bank. 2013. World Development Indicators: Reproductive health.
- UU RI Nomor 11 Tahun 2009 tentang Kesejahteraan Sosial.
- UU RI Nomor 13 Tahun 1998 tentang Kesejahteraan Lanjut Usia.

3 ウェブサイト

- BPJS. Accessed on July 11, 2014. <http://bpjs-kesehatan.go.id/berita-113-masyarakat-harus-dapat-informasi-tentang-bpjs.html>.
- Menakertrans RI 2013. roadmap2017 'Diaspora Indonesia: Muhaimin Paparkan Roadmap 2017 Menuju Zero Penempatan TKI Domestic Worker 20 August 2013.' Accessed on Desember 20, 2014. http://menteri.depnakertrans.go.id/?show=news&news_id=59

Beginning and Possibilities of Occupational Caregivers: A Case Study of *Pramurukti* Training in Urban Yogyakarta, Indonesia

GOCHI Sachiko

KEYWORDS

welfare service for elderly people, community-based, care work,
nonformal education, specialty

ABSTRACT

This study aims to discuss the possibility of *pramurukti* as one form of support for elderly people through the process of training *pramurukti*, who are occupational caregivers, in urban Yogyakarta, Indonesia.

The *pramurukti* are the people who care mainly for elderly people. By Indonesian standards, no designation has been formed for the occupational group that provides elderly care. In this paper, I consider the positioning of *pramurukti* in Yogyakarta and the possibility for future Indonesia.

In 1980, a private Yogyakarta hospital started *pramurukti* training. The elderly people who suffered from illness sought care service by *pramurukti* at the time when care needs increased. However, the *pramurukti* have not been able to support the needs of the elderly and their families. As a factor, there is an inconsistency between the elderly and *pramurukti* related to the operation of duties and contents of the work.

Households which had elderly people in acute phases of illness or at end-of-life used services only when it was necessary, and *pramurukti* worked according to their desire. In contrast, households that had elderly in long-term care regarded *pramurukti* who learned the knowledge of nursing care as the people who helped with the IADL (instrumental activities of daily living) of elderly people. The *pramurukti* plays a role to bridge the gap for elderly people who are managed under medical care and nursing in the medical domain by providing knowledge to families in traditional elderly care through care work.

I argue that *pramurukti* have a possibility to become collaborators with the family in the realm of household as one of the forms of support for the aging society. However, the *pramurukti* have a marginal presence in medicine and welfare. The occupational caregivers called *pramurukti* might be firmly established through a training system. However, the social recognition is still insufficient.

For future Indonesia, “those who accompany the elderly,” such as *pramurukti*, have a major role to consider the realm of household for which there is lack of policy. It would be important to note individual conditions to affect the labor form of the caregiver. It is necessary to pay attention to the role of the caregiver in social changes of Indonesia.

(連絡先 : gochi.sachiko.j0 @tufs.ac.jp)