

ぼけ老人のいない島

— 過疎高齢化社会の表象産出に関する試論 —

野村 亜由美

1. はじめに

本論文は、現在遂行中の高齢化過疎状態におかれた離島住民の生活と医療に関する民族誌調査⁽¹⁾——特に医療化社会における「ぼけ」の民俗概念の動態的把握に焦点を当てた——から得られた資料とその人類学的解釈をめぐる一考察である。従って、民族誌資料に関しては現在計画中の報告に譲り、ここでは必要最小限の民族誌の提示とその理論的解釈に力点がおかれる。私が焦点を当てるのは、我が国の高齢化社会に流通する社会表象 (= 「ぼけ老人がいない社会」) とその理解の間に生じた意味の齟齬を生成する社会状況である。その中では、「ぼけ」という社会表象を産出する医科学、保健政策の実務担当者、ならびにマスメディアや社会学者という一連のエージェントと現地の人々との相互作用の分析が必要となる。

本調査地は、それを所轄する地域保健機関ならびに保健研究者から「ぼけ老人のいない島」と言われてきた地域である。私はこの〈噂〉を複数の公衆衛生の実務担当者から聞き、高齢化社会の処方箋として、この地域の調査をおこないたいという強い希望をもった。なぜなら、高齢者社会に直面する我が国では、高齢者の看護福祉の制度が整備されて、かつてのような社会的パニック [e.g. 有吉 1972] こそ見られないものの、「ぼけ老人の不在」の社会的理由を解明し、そこから得られる経験は生物医療に偏りがちな現在の日本の医療福祉行政における質的改善に寄与するものと思われたからである。そのため、半信半疑であったが私はこの〈噂〉を実証してみたいと思ったのである。一般に〈噂〉とは事実とは異なる事象について貼り付けられる言明である。だが、この調査地の噂はまったくの事実でありかつ真実であった。ただし、その事実の構築においては、先のような常識的理解とは異なる意味で留保が必要であった。なぜなら、結論を先取りすれば、この地域では「ぼけ老人がいない」という表現が、「ぼけ老人」が何らかの環境的要因により発生しないということを意味するのではなく、「ぼけ老人が島内に居住しなくなる」ことの結果として、そう言えるからである。

しかしながら、私にとって初めての民族誌調査への従事は、手品の種明かしのような修辞の解明により満足する以上の教訓を私にもたらした。それは、しばしば1980年代の「表象の危機」という表現 [Marcus and Fisher 1999 : 7-16] であらわされた、民族誌の対象の固定化と、その政治的批判にまつわる人類学上の諸問題とその解決への議論が、高齢化社会のさまざまな諸表象——本稿では「ぼけ老人」——の検討においても流用可能だったからである。

これらの議論を、ローカルな民族誌的文脈、高齢社会というグローバルな文脈、ローカルな医療的文脈、調査者のポジションナリティ(社会的定位)について説明した後、「ぼけ老人のいない状況」に関する人々の説明とその言説のもつ機能の分析、そして最後に、看護専門職がこのフィールド状況をど

のように説明したのか——看護において「ほけ」や「ほけのケア」の理念がどのように語られるのか——について解説する。繰り返しになるが、本稿の目的は、民族誌的事実の提示にあるのではなく、事実の解釈を通して見える過疎高齢化社会の表象産出に関する考察にある。すなわち複数の事例を通して一般化する手法ではなく、特殊で固有な社会事象の中で一般化する〔ギアーツ 1976〕ことを検討している。

2. ローカルな歴史社会的文脈

友島（仮名）は歴史的に「半農半漁の村」と言われてきた。その伝統的な産業は捕鯨と言われている。1657（明暦3）年から1863（文久3）年にかけて鯨組を基幹とした捕鯨業で村の経済は潤った。その後、鱒漁が盛んだった大正、昭和期まで活況を呈していた。しかし、それ以後現代に至るまでの間に、農業・漁業就業者の高齢化や後継者の減少、それに伴う農家や漁師の減少などが著しくなるにつれ、農業や漁業を専業とすることは困難となった。自家用途に足るだけの米麦を作付けしていた農家の数も減った。

1912（大正元）年から1918（大正6）年にかけて千人余の人が生活をし、町村合併が行われた1956（昭和31）年当時の状況表には友島の人口は1,292人、戸数は224と報告されており、おそらくこの時期が友島のピークを期した時代であったと考えられる。

捕鯨業が完全に衰退したと考えられる1917（大正6）年頃の友島の耕地面積は、水田23ヘクタール、畑は約92.16ヘクタールであり、一戸当たりの耕地は5.15アール、1人当たり0.8アールとある。当時の農家戸数は188戸（専業176戸、兼業12戸）と記録されており、この頃、多くの農家で役牛飼育が盛んに行われていた。牛は同じ郡内の青島、赤島（ともに仮名）の各村から、1から2歳齢の仔牛を買って飼育した。ほとんどが土地固有の品種の牛で、農耕に使い、堆肥を踏ませ、残飯、雑草で育てた。1、2年ほど友島で肥育した牛は、郡内各地から来る牛馬商に約30円——当時粳米1石が約23円であった——の利益を得て売り利益を上げていたという。しかし、行政区（栄町—仮名）全体でみると牧畜業・農家件数は昭和55年度の統計をもって完全に廃業になっており、また稲・麦の作付け農家も平成12年度には完全に廃業になっている。

大正6年当時の漁業世帯数が農業世帯と同数の188戸、漁船158隻、従業者が788人となっていることからみて、当時の友島が島民総出で半農半漁に従事していたことがうかがえる。現在は、野菜類、大根、菜類、大豆など風害や早魃に耐えうるものだけを自給自足で賄う程度であり、一昔前まで使用されていた田畑は荒れ果てて見る影も無い。また統計上漁船数は30隻余とあるが友島の港で確認できるのは10数隻のみであった。現在の友島の人びとの就業先は、農協・漁業組合所、デイサービスセンター、公務を主として他に3つの小売業以外に働き口は見当たらない。数年前まで釣り客や行商人相手の民宿業を営む民家が3軒あったが、経営者の高齢化のため現在は3軒とも廃業となっている。

3. 高齢化社会という文脈

厚生統計協会発行の『国民衛生の動向』によれば、先進諸国間で人口構造を国際比較する場合、15歳未満を「年少人口」、15から64歳までを「生産年齢人口」、65歳以上を「老年人口」と区分している。日本において65歳以上を「老年人口」としたのは1965（昭和40）年からであるが、1960（昭和35）年までは60歳以上を「老年人口」と呼んでいた。一般的には、老年人口が全人口の7パーセントを超え

たとき「高齢化社会」、14パーセントを超えたとき「高齢社会」と呼ぶが、これは1956年に欧米先進国の水準を基にして国連に報告されたもので、日本で高齢化社会を迎えたのは1970（昭和45）年である〔厚生白書2000：10〕。そして、1995年の国政調査時には高齢化率は14.5パーセントとなり、日本が「高齢社会」にすでにあることが明らかになった。

2003（平成15）年度の国勢調査によると友島の人口は246人（男106人、女140人）、世帯数147となっている。しかし、実態は住民票を友島に残したまま島外の家族のもとで生活する人びとが存在し、それらを差し引けば、人口の実数は200人程であると思われ、住宅地図にもとづいた地図上での実質戸数は150を数えるのみであった。

今日の友島には基幹産業もないのが現状である。自作自農と年金暮らしという脆弱な経済的基盤のうえに成り立つ生活は、若年層の島民を島外へ流出させ、老人のみを島に残す結果となった。今日友島は、県下で最も高い高齢化率（65歳以上の全人口に占める割合）70パーセントの島であり、約50年かけて人口は5分の1、世帯数では3分の2の規模にまで減少した超過疎²²の島となっている。

友島は現在65歳以上の人口が70パーセントを占め、15歳未満の年少人口が7人（小学生4人、中学生3人）3.5パーセントである。必然的に残りの世代が高齢者の子どもか、年少者の親ということになる。島には空家が目立ちその多くが既に倒壊しているか、半倒壊のものである。建物の老朽化と風害の影響を受けた建物の解体にお金をかけられない島民は、在住空間以外の建物には添え木を当てて何とか倒壊の難を逃れている。世帯構成は65歳以上の独居が約50世帯ほどある。独居世帯の男女比は、男性1に対して女性9であるので、性比にすると0.1である。つまり、女性の独居世帯が多数を占める。夫婦のみの世帯は80世帯ほどある。その他は老夫婦とその子どもとの同居か3世代同居で、平均世帯構成人は1.7人である。島民の友島居住期間は20年以上が大半を占め、過半数以上の島民が生まれて以来ずっと友島で生活を送っているという人も珍しくない。

友島の人の朝は早い。朝7時にはほとんどの人が朝食を済ませている。朝6時に島内を歩くと、農機具を持った高齢者が徒歩や耕耘機で各畑に向っている。午前中は畑の雑草を取り除き、野菜を収穫する。お昼の12時ちょうどになると畑から各家庭に戻り家族全員で昼食を済ませる。昼食後しばらく休憩し16時頃まで再び畑仕事を始める。帰宅すると女性は夕食の支度を始め19時には家族の夕食が済む。食事は毎食家族揃ってきちんと取る。食事は肉よりも野菜や魚を好んで食する。外食する場所がないため、ほとんどの家庭で自炊されており、同居家族が好まないという理由で調理済みの食品を使うことは少ない。島には生鮮食料品を売る農協のスーパーがあるが肉はすべて冷凍で、旬でない魚の切り身もいくつかあった。農協に売っているものでよく売れるものは、卵や豆腐類、味噌、乾物など。日用雑貨もあるが実質的に独占販売ですべて一種類ずつしか揃えていない。

19時以降に外を歩いている人には出会う機会はほとんどない。街灯も必要最小限といった感じである。夕食後就寝する21時から22時頃まではテレビを見てすごす。季節によって労働時間に多少変化はあるが、一日の流れを聞いた限りでは、友島島民の生活リズムはほぼ一定である。友島で新聞を取っている家庭は18軒で、本島から定期船で運送される当日の新聞は16時頃に島民の手元に届く。外界からの主な情報源はテレビやラジオが多いが、島民との会話の中では時事の話題よりも昼の情報番組に関する話題が多い。また島民らは、同島民の誰それが何の病気に罹っているかといったプライバシーにかかわる情報に精通しており、そうした情報は人づてに広がっている。

ほとんどの世帯は年金を除けば現金収入がない。友島は1カ月12万から13万円あったら暮らせると

いう。内訳は交際費が最も嵩み、次いで光熱費（電気、ガス、水道）が2万、食費が2万の順となる。年金生活者の中には、地方の出稼ぎ先から帰島した無職の息子を養っている人もいた。友島に詳しい地区の保健師によれば、友島島民の貯蓄額は、そのとりにある元島島民の貯蓄額より多く堅実に生きていると評価した。しかしながら友島の島民に聞くと貯蓄はほとんどなく、その年の交際費の出費如何で貯金額が変化するらしい。ちなみに旧盆期（8月）に調査に行ったとき、ある島民は、今年が初盆の人が12、3軒いるからお金を包むのが大変だと話していた。年金で生計を立てている高齢者の多い地域では、個人の負担を減らすためと公平性を期して、冠婚葬祭時に出す金額は地区毎に一律になっていることが多いが、友島では特に決まりはないようだった。

4. 住民がみる医療

「友島にはじめて医療を持ちこんだひとり」を自称する在島75年のTさん（79歳）に栗の木の手入れの合間に話を聞いた。Tさんは友島生まれの友島育ちである。中学校を卒業後、県内の造船所に勤務しながら、シンガポール（昭南）で現地の人に造船の技術を教えていたという。現地での4年間の造船所勤務後、友島に戻りしばらく鍛冶屋をやった後、半農半漁の生活を現在まで続けている。子どもは息子1人、娘2人。現在はTさんの妻、友島に残った息子夫婦、その子とで三世同居している。息子は半農半漁で主に漁の方を担当している。T家の家計はTさんの年金と息子の漁で稼いだお金で賄われている。

「友島の医療の始まりは今から20年前。友島に診療所はあったが設備が充分ではなかった。当時部落長をしていた私は、友島で医療を受けられず死んでいく人の為に友島に何かを残したい、ボランティアで出きる範囲で医療を起こしたいと思った。それまで友島に病人が出ると、ぼんぼん船で本島まで2時間掛けて連れていっていた。でも連れていったら最後、二度と島には戻れなかった。昔から友島は長生きする人はおらん。早死にばかり。沖縄の反対。それで当時友島を担当していた保健所長のところへ一人で交渉に出かけた。保健所長は友島か元島のどちらかで医療ボランティアを行うことを約束してくれた。友島にはヘリポートはあるが今まで一回しか使ったことない。島で人が倒れてそれからヘリを呼んでも島のヘリポートに着くまでに時間がかかって役に立たない。島で倒れたら死ぬしかないって皆覚悟しとった。保健所長は元島か友島のどちらかで医療ボランティアを行うって言ったけど、元島は離島医療圏組管轄の医療施設がある南海まで高速船で15分の近さにある。友島は南海にも本島の栄町にも船で4、50分はかかる。元島より、設備の不十分な診療所しか持たない友島の方が不便だ。友島に何としてでも医療の整備をお願いしますと言った。それから、友島に3、40人の医師と看護婦が三日間の巡回検診にきた。当時の友島の人口は400人くらい。レントゲンや胃カメラ、眼科、歯科の検診が始まった。それからも佐倉（仮名）のライオンズクラブ（ボランティア）の医師4、50人と看護婦5、60人が来て検診をしてくれるようになった。いま友島島民が健康でいられるのはその時のお陰。今も年に一回集団検診があるが、真剣に診療してくれないと困る。何でもかんでも病名つけて、あんな検診で病人ばかり見つかるもんか。検診で異常が見つかったからって病院に行ったら、医者は検査をする必要ないけどねって言いながら胃カメラとか心電図とかエコー検査をして、結局3800円もかかった。検査しても金ばかりかかって、ちっとも異常は見つからない。集団検診の再検

査を受けるために夫婦2人で本島の栄町まで行ったら、その日の内に友島には帰られないので、栄町に泊まらなといけな。金がかかる。私はこの間（6月）の集団検診で直径5センチ大の腹部大動脈瘤が見つかって手術したばかり。命拾いした。今ごろはあんに会えなかったかもしれん」⁹⁾。

『町史』によれば、1915、6（大正4、5）年頃から友島に本免許の医師が転入してきて開業を始めた。しかし、友島に診療所が出来たのは1934（昭和9）年10月で、それまで友島に医師がいた記録はない。明治の末期の1911（明治44）年頃まで、友島の島民は栄町本島浦郷に船で渡り、浦郷の漢方か西洋医学を修めた医師に診察を受けていたと思われる。友島の診療所に勤める医師の定着率は悪く、これまでに幾人も医師が変わった。中には台湾から医師を招請していたと聞く。現在の医師は80歳近い元は整形外科専門の日本人医師で、島民は「話は良く聞いてくれるが、私たちの体にはちっとも触れてくれない」という。しかし決して医師を信頼していないわけではない。「診療所は薬をくれるところ、血圧を測るところ。診療所の先生はそこの人」。風邪や腰痛といった症状が現れたとき以外は、佐倉の総合病院が栄町の病院を受診するといったように区別している。

友島にヘリポートが完成したのは1974（昭和49）年である。しかしTさんが言うようにこれまでヘリを要請したことは1度しかない。ヘリポートの設備と同時期に12人乗りの救急艇が1982（昭和57）年に就航されたが、島民が救急艇を要請すると片道20分でおよそ5万円の費用がかかり、年金で生活している島民には大きな出費となる。ヘリに限らず、島で倒れた島民は、連れて戻れない片道切符しか持てないため、倒れる前に島を出る以外生き延びる方法はないと言える。つまり、友島は「ほけ老人の住めない島」であり、常にクリーンな島、元気な島という皮肉な現実が見えてくる。

5. 調査者のポジション

以上のような解釈を交えた民族誌的事実はあくまでも、できうる限り客観性を保証しようと記述に努めてきたが、観察者とは無味乾燥な中立的存在ではない。私自身によるリフレクシブな観察者の存在のあり方を描写しておくことは、議論の公共性を確保することに不可欠であると考えられる。

私は現在、熊本大学社会文化科学研究科の博士課程の学生であり、長崎大学医学部保健学科では看護学の教員（助手）である（2003年11月末現在）。人類学を学ぶ学生でありながら、一方では看護教育に携わる教員という2つの学問領域と2つのアイデンティティの間を横断している。その私が友島で調査するに至った経緯を述べる必要性があるのは、調査そのものについての現象学的視座の必要性を感じたからである。

現在に至るまでの経歴について簡単に触れておこう。1980年代後半、私は東京にある医療短大で看護学を学んだ。卒業後東京の大学病院に8年間勤めた後、看護系の私立大学に編入学した。改めて大学に編入学して学士の学位を求めたのは、これまでの看護実践の経験を、もう少し客観的に見たいという希望からであった。看護系大学を卒業後、看護系の大学院ではなく、熊本大学大学院修士課程に進学し人類学を学ぶことになった。その理由は、学部における看護教育では満足できず、よい広い視野を見つきたい情熱の延長と言えるものであった。さらに、熊本大学の博士課程進学と同時に、長崎大学医学部の助手となり、現在では基礎看護学を中心に演習の授業を担当している。

友島へは栄町から町営の定期船で50分の所に位置する。しかし定期船は1日1往復で、午後2時30

分発の友島行きに乗船すると、翌日の朝8時まで船が迎えに来ないので日帰りでお島に戻ることはできない。そのため仕事を持ちながら泊りがけの調査を行うということは非常に困難を要した。

先に述べたような理由により「ぼけ老人のいない島」へのあこがれと、その実態の解明のために、私は友島に渡った。医療従事者なら、ぼけ老人のいない友島はどんな健康に良い食べ物を食べているのだろうか。長生きの秘訣は何だろう。何か特別な秘策があるのではないかと考えるのではないだろうか。しかし私はこの理想的な社会として表象される島の言説の構築を明らかにしたいと考えた。これらは、友島に赴く以前に明らかにされたことでもなく、友島の体験だけで思いついたものではない。友島を表象するさまざまな保健政策の実務担当者とのインタビュー、町史読解を通しての一種の社会的想像力 [ミルズ 1985]、そして指導教官をはじめとする看護学や人類学者たちとの対話とのプロセスの中で生まれたとしか言いようのないものである。

6. 「ぼけ老人は不在」という事実の構築

本稿は「ぼけ老人がいない」という事実の解明と、それがもたらす意味についての考察である。この事実関係を明確にするためには、まず「ぼけ」の生物医学的定義からはじめる必要がある。一口に「ぼけ」といっても、老年期痴呆、老年期の痴呆、老人痴呆、老人の痴呆、老年の痴呆、老人ぼけ、痴呆、呆け、ボケ、痴呆老人、痴呆の老人、痴呆性老人、痴呆性疾患、仮性痴呆、仮性ボケなどさまざまな呼び名があり「ぼけ」の定義は統一されていない。一般的には「一度獲得した知的機能（記憶、認識、推理、判断、学習など）の低下によって、自分や周囲の状況把握や判断が不正確になり、適切な対応がとれなくなり、自立した生活が困難になっている状態」[日本看護協会編1998：323]を指し、これは加齢と共に現れる症状で疾患を伴わないものである。ちなみに脳の器質的病変によってぼけ症状が現れたものを痴呆というが、私が「友島にはぼけ老人がいない」というとき、それは先の疾患を伴わない加齢と共に現れる症状としての「ぼけ」老人を指している。

かつて友島にはぼけ老人がいた。Aさんは在島68年、68歳の女性である。夫に50歳で先立たれ、小学校5年生になるひとり息子を女手ひとつで育てた。以後独居となっている。55歳のときに役場からヘルパーの資格をとるように進められ、60歳の定年まで島のヘルパーをしていた。ヘルパー時代は独居老人の世話（炊事、洗濯、掃除、入浴）を行っていたこともあり、島の高齢者の生活は熟知していた。ヘルパーをしていたころは要介護者が20人ほどおり、ひと月10万円ほどの月収を食費に当てていたという。久しぶりに本島からやってくる父親のために五右衛門風呂を沸かすAさんを手伝いながら話を聞いた。「何年前までぼけた人はおったよ。誰も口に出して言わん。ぼってんおったと」。

その内のひとり70歳代の独居老人のXさんは、家の周りを徘徊したり、物が無くなったと言っては探しまわったりしていた。彼女の言動に困り果てた隣人らは話し合いをもち、内鍵をされたまま家の中で何かがあったときは大変だから、本人には内緒で内側から絶対に鍵のかからない入り口を一ヶ所作っておこうということに決めた。しばらく様子を見ていたら、あるとき彼女が鍋を火に掛けっぱなしにして火事を起こしそうになった。危うく難を逃れたが、このままでは本物の火事になると再び近所で話し合い、結局本島で暮らす子どもに連絡して彼女を迎えに来てもらったという。「ぼけになる前の痴呆っていうとかね。火が危なかけん子どもに迎えに来てもらた」とAさんはそのときの様子を話してくれた¹⁴⁾。

友島は昔からの古い家が建ち並ぶ島で、木造家屋も多い。海岸から丘陵にそって建ち並ぶ家々の脇

道は車の離合ができないほどに狭く、階段も多い。島内に消防署と消防車はあるが消防士のいない高齢者ばかりの島で火事を起こすことはもっとも避けなければならない。島民はほけ老人の火の不始末を一番恐れており、その可能性の少しでもある老人は近隣者によって家族に連絡され島外へ転居させられる。そうして友島はほけ老人がいない島となる。

Mさんは在島24年、63歳の女性である。独居暦4、5年である。娘ひとりと息子が2人島外で暮らしている。彼女は次のように語る。

「ほけは物忘れのこと。ほけとった人はもう亡くなつとる。物忘れのあんまりひどかったけん、子どもたちが本島に連れていって病院に入れたらしか。そいけん、この島にはほけはおらんと。私もそがんとされるとやろね。行きとなくでもしょんなか。近所の人に迷惑のかからんごと、ほける前に子どもの近くに行つとかんばつて、みんな心ん中では思うとる」⁽⁵⁾。

Sさんは在島歴75年、75歳の独居女性であるが、ある「ほけ老人」のケースを次のように言った。

「人は寂しくなるとほける。ほけは寂しさのせい。島には人と人とのつながりが無いから寂しさではけていく。ほけた人のところには誰も近寄らない。だからますますほける。一度ほけた人でも、また人が訪ねて行くようになれば寂しくなくなってほけが治る。・・・Iさんもほけていた。昔から友島ではお盆のころになるとお墓に茹でたそうめんをお供えしていた。だけど最近ではお供えしなくなった。それなのにIさんは茹でたそうめんをお墓に持って行き続けた。息子に止めるように言われても何度も何度も茹でたそうめんを持って行っていたため、Iさんは息子から咎められ、そして最後にはそうめんを隠されてしまった。Iさんは今どうしているか分からない。島を出たかもしれない」⁽⁶⁾。

たとえ高齢者でも、友島に始めて医療を持ち込んだTさんのように子どもたちと同居している場合にはAさんやMさんのように「いつ外からお迎えがくるか」という不安はない。Aさんはいう。

「一人暮らしは心細か。一息寝て起きたらもう眠れん。どがんやって死のうか。どこで死のうか。子どもは迎えに来るやろうか。昼間は仕事ばせんばつて思うけんよかばつてん、夜は考え事ばかり。考えたら憂鬱」。

高齢者が多く、過疎化している友島は、常に健康的な状態でしか生活できない環境である。ほけ老人がいない島は、「ほけ老人」が島外に〈自発的〉に出ることで維持されていた。つまり島よりも都会こそが「姥捨て山」だったという皮肉なことになる [cf. 須田 1987: 103, 119]。

7. 島民が描く現在・過去・未来

防波堤で魚釣りをしていた在島45年のHさん(72歳)に島内の生活について話を聞いてみた。Hさんは友島で生まれたが、しばらく島外で働き27歳のとき友島に戻ってきて島の女性と結婚している。

「生活は大変よ。介護保険が〔2003年：筆者〕10月から上がるって言うばってん、福祉のほうから介護保険が上がりますって書類だけ自分たちに渡されて、会合もせんやった。勝手に上げられた。何でん勝手に決めて。どがんせろって言うとか。今まで国民年金から4200円ずつ引かれよったとが、10月から6700円も引かれるって。俺たちは介護を何も受け取らんとに取られるばっかい。生活していけん。俺たちはまだ働くつとばい。手先ば使う仕事やったらまだでくう。たまねぎとジャガイモばっかい食べて、こがんして魚ば釣って夕飯にしよる。貧しかとばい。贅沢は何もできん。お酒ばコップに7分目飲むか、缶ビールば一本、こいが贅沢よ。島に娯楽のなかけん人の集まらんとさ。旅館でもできれば観光客の来つとやろうけど、友島は寂れていくばっかい。この島にはタクシーも無かとばい。あんた大学の人やろ。大学の人たちが言うてくれんば、俺たちの暮らしのどうにも良うならん。論文ば書くとやろ。言うてくれんね、友島にはタクシーも無かって。何でこがん島に生まれたとかって思うよ」⁽⁷⁾。

Hさんはもともと友島で農業を営んでいた。子ども3人を農業で育てるのは大変だったと言う。若い頃暮らしが貧しく、国民年金代や国民健康保険代を納めることが困難だった。しかし、島の生活はますます貧しくなっていた。

Tさんは島の将来像について次のように語る。

「友島の将来？ もう手遅れさ。これから島がどうなれば良いかなんて、そういう考え方は過ぎた。私一人の力じゃなんもできん。友島を今のように仕向けたとは島民たい。個人が仕向けたたい。大工の親が子どもば大工にさせん。漁師の親が子どもば漁師にさせん。みんな自分たちのごたる貧しか思いば子どもたちにさせとうなかもんやけん、子どもたちに教養ば身に付けさせようって島の外に出してしもうたたい。人の減れば誰も島の物ば買わん。島の物ば買うものおらんば食っていけん。漁師も大工も左官も生きていけん。希望はなかさ。昔はこの島ではお金はいらんじゃったとよ。自給自足の生活さ。今はお金は大事よ。食いもせず、飲みもせず、栄養もとれず、こいじゃ長生きできん。自給自足じゃ生きていけん」⁽⁸⁾。

Tさんによれば、友島は島外へ向う子どもたちに連れ添って大人たちも島を離れ、徐々に過疎化が進行した。住民の数が減ると農業や漁業で生計を立てることは困難になり、後を追うように大人たちも島を離れた。こうした悪循環が徐々に島の経済基盤を狂わせ現在のような寂れた島にしまった。だから島の現状は島民たち自身の責任だという。「大学の人」が論文を書き、島にはタクシーが無い現状を訴えても、奇跡は起こりそうにない。

8. ローカルな社会倫理

友島の人びとは「自分たちはもともと高い身分の出であり、友島に初めて人が来て以来ずっと、今もその時と変わらぬ人間が住んでいる」と言い、他の島民に対するエスノセントリズムをもつ。にもかかわらず島の未来は暗く「このままでは友島は無人島になる」と予言する。しかしながら、「自分たちは死ぬまで友島で暮らし続ける」という。友島の人びとは島に唯一残る自分たちの氏を守り、他氏同士で共同生活をしている。助け合いはある。困ったことがあれば隣近所が手を貸してくれる。し

かし、島に一軒ずつしか残っていない苗字を持つ家族は、血の繋がらない親族の田畑仕事を手伝うことはない。後述するようにここには、他の離島研究で指摘されてきた社会的相互扶助の形態 [cf. 古謝他 2003; 福島 1954]、とくに労働交換の慣行は存在しないようだ。

在島24年、63歳元ヘルパーの独居女性 M さんに尋ねてみた。病気になったらどうするのか。島民は病気になったら家族や医療職者に相談するが近所の人には相談しない。「風邪をひいても、うつるからって誰も来てくれんよ。なるべく人の手は使わんようにしとる。自分でやるようにしとる。どがん具合が悪くても、自分でご飯ば作る」という。島民は島でとれた魚や野菜を隣近所に届ける。届けて貰った家はまた別の家に届け物をする。右から左に品を変え贈与がなされる。届け物は日常的に行われ人の行き来はあるが、こと病気になると差し入れすら持って来てもらえない。友島の島民が病気になると子どもたちが本島から迎えに来る。「私もいつかそがんされるとやろうね。行きたくなくてもしょうがなか」。在宅医療を支援しようにも、65歳以上の独居老人が島のほぼ3分の1世帯を占める友島では、島外から支援者を募らなければ生活は難しく、また老夫婦のみの介護では共倒れになってしまう可能性もある。M さんが言うように、他人の手を借りられない病人は島では暮らせないため、友島での在宅医療は困難に思われる [植田 2002: 671; 田中 1996: 233]。

では住民の相互扶助活性化のツールである地域通貨を使った相互扶助はどうだろうか。本調査中、偶然にも「地域通貨」の友島地区合同説明会に参加できた。主宰は栄町福祉協議会で、午後2時から説明会に14名（男7人、女4人）の参加者があった。主宰側は次のように説明した。

「地域社会での相互扶助が薄くなってきている。この先少子化、高齢化が進み島外へ出た人は戻ってこないため、暮らしにくくなるという危機感を感じている。地域通貨というボランティア事業を活性化させ地域住民の相互扶助を図ることで、島民は島で暮らしやすくなるのではないかと。人と人との繋がりが強まれば、住み良い町づくりが行われると期待している。地域通貨は、限られた地域の中で通常の貨幣（国家通貨）では価値をつけにくいもの、つまり善意や感謝の気持ちなどを地域通貨という代価で評価し、地域内で流通させることによって人と人との絆の復活を目指すことを目的としている。ボランティア交流が活発になれば、自然と経済活性化にも繋がれる」⁽⁹⁾。

栄町の地域通貨は、例えば1時間介護などの公的な労働奉仕をしてもらったら、その代価として地域通貨を受ける。そしてその通貨によって今度はその通貨を使って自分がしてもらいたい公共サービスを労働の形で還付してもらえらる仕組みになっている。実際、2003年2月から試験的に栄町本島でサービスが開始された。これまで一番依頼の多かったボランティアは包丁や鎌の研ぎで、二番目に切れた蛍光灯の取替えであった。10月から友島でも地域通貨を導入して行こうと考えている、と主催者側は述べた。

この説明を受け参加者側からの意見交換がなされた。「島内にはすでに助け合いのある。そがんと使わんでも」。「栄町の人に友島までの荷物の運搬や買出しを頼むことができるのか」。「今まで栄町から船便で荷物が届いたとき、船着場から自宅まで近所の人に荷物を届けてもらうのにお金を払っていたが、これから地域通貨で頼むことができるのか」といった意見が出された。

栄町の報告では日常生活に密着した依頼が目をつけたが、離島地域である友島島民の望みはやはり、

足となってくれる人的確保が目立った。島民同士の繋がりというよりも流通に関して切実な問題があることがわかる〔野原ほか 1975：171〕。その証拠に、地域通貨に関する意見交換の後に、主催者側から今度は福祉に対する要望が尋ねられた。「市内に住む息子が友島まで私を迎えに来るのは大変です。本島の栄町から市内行きの車に便乗させてもらえたら息子のところへ通うことができるんだけど」。「薬をもらうためだけに定期船を使って病院に行かなければならない。停泊時間が二時間半しかないので帰りのフェリーに間に合わない。フェリーの便数を増やしてもらえないか」。「(島外の) 総合病院に行きたいけど、フェリー乗り場近くのK病院にしか行けない。初診は最後に回されるので泊りがけで病院を受診しなければならない。フェリー代と宿泊代がかかる」というものであった。主催者側は、フェリーの時間は船員の都合(常勤務者を確保できるほど余裕がない)で遅らせられないと答えたが、それ以上の回答は得られなかった。友島島民にとって一番の悩みは交通の不便さにあり、この問題は1956(昭和31)年の定期船就航以来続いている。果たして、島民にとって切実な問題である交通手段の確保が、人と人との繋がりを目的とした地域通貨の参入にどのようにリンクするのだろうか。これまで長い間微妙な距離関係を保ってきた友島の人びとの独特な相互扶助を、地域通貨という形で置きかえることによって壊すことにはならないだろうか。

友島の人びとの助け合いを敢えて可視的なものに変化させることが、人間関係の希薄さの回復とリンクするのだろうか。この「助け合い」概念の島民と行政の齟齬は、それを想像可能にさせる人々の倫理観の齟齬でもある。マルセル・モースが明らかにしたように、伝統的なものを近代的なシステムに翻訳しなおす行為は、当該社会の経済交換(=互酬性)の道德的構造を捨象する行為へとリンクする〔モース 1973：国民生活センター 1971：270〕。

9. 看護学者は文化相対主義の夢を見ることができるのか

私は、友島での予備的な調査報告を看護学者の集まる研究集会でおこなった。ある看護学の教官は次のような趣旨のコメントをした。

「あなたの話しを聞いてとても驚いたの。看護的視点でみたら、ほけ老人が住めない島という話しは新鮮だった。看護では人が困っていれば自分の身を挺してでも人を助けるのに、この島の人たちにはそれが無いじゃない。看護一般論から言えば、友島の構造は変なのよ。看護職者だったら病気の人がいれば手伝いに行くでしょう。看護的な見方をすると、病気になっても手を貸さない人がいるというのは、島民の病人に対する対応の仕方が看護的ではないということなのよ。本来ならば人間的な考え方として、病気をうつされてもその人のところに行かなければならないと思う。友島の人々は現実的にシビアに生きているのね。それが友島で生きていく知恵なんじゃないか。印象では、友島の人々は自分の存在のことに關しては自分の身を守るために生きているという感じがする。要するに、生存を危ぶまれる可能性が大きいことに關しては、本能的に身を守っているということ。なぜ友島の人々は他人を助けようとしなないんでしょうか。過去に何かあったんじゃない?」⁽¹⁰⁾。

私は、友島の人たちが病気になっても人を助けないことや、老人がほけると島で生活できないことをそのままひとつのリアルな現象として受け止めていた。しかしながら、彼女の発言のように、なぜ

友島の人たちは病気になっても人を助けないのかという看護的視点ではなく、病気を助けない行為とはどのようなことに由来するのか、という視点で私が友島を表象したことは、この研究者には不思議に思われたようであった。確かに彼女は、友島の人たちの〈非看護的行動〉(=「友島の人々は現実的にシビアに生きている」)の理由が、ある種の環境要因(=「過去に何かがあったのではないか」)で説明しようとし、それを固有の行動の社会的要因という観点から理解する、一種の文化相対主義的な見方を抱いている。しかしながら、看護学と別な分析視点(=人類学)の中身について、彼女には理解できない。そして、ある種の見方(=人類学的視点)から見ると、別の見方(=看護学)が「変」になる可能性があることを、この教訓から導くことはできない。それは「あなたは人類学にどっぷり漬かっているから、多分見えなかったのでしょうか、看護的視点からみると友島の人たちの考えは変なのよ」という発言にも表れている。結局のところ、奇妙な事実から、自分のたちの視点の常識を相対化することができなかったと言える¹¹¹⁾。

10. 考察

夏休みの調査終了前日の夕方、友島の小中学校の教員が漁協に鯆を買いにやってきた。漁協の人は「今日は魚が無い。釣り竿を貸してやるから、そこで釣って来い」と教員に釣り竿を渡した。そのやり取りを聞いた私は、両者のやり取りに何の違和感も覚えなかった。人の手を借りずに生きていこうとする島民の生活ぶりに、それまで何度となく触れ、聴かされてきた私は「ほけ老人がいない島」の言説を読み解くヒントを得たような気がする。そして、看護の研究集会で友島を紹介したことによって自己の微妙なポジショナリティを一顧する好機を得たことを最後に述べる。

友島の人たちの社会的空間では、ほけると暮らせない。自律性がなければ島で生活する権利が脅かされる[芳賀 2001:73]¹¹²⁾。もちろん、ほける前に自ら本島に渡って家族の世話になるという「最良」のケアを受け入れようとする人もいる。ほけない自律性とほけの受容というアンビバレントな心境の狭間で、友島の人びとは、おのずと自分たちの自律性を高くするある種の緊張感の中で生きているとも言える。民俗的概念である友島の人びとが語る「ほけ」には、生物医学的概念の「痴呆」との間には、ちょうどベン図における重なりあう部分がある[cf. 高尾 1995:216]。友島の人びとのほけ概念の民族医学的概念を通して、生物医学的概念のほけを俯瞰することが必要である。ほけ概念は、生物学が捉えるような普遍的なものではなく社会の中で産出されること。これらのコントラストを通してほけ概念を相対化することが、「ほけ老人のいない島」を妥当に理解できる要件となる。

また、もうひとつの私の関心である自己のポジショナリティに関する問題というものがある。フィールドワークを通して体験した看護に見えて人類学に見えないもの、またその逆が何であったか。どちらの学問領域も文化・社会的背景には関心をもっている。ただ看護では健常人を含む他者を潜在的な患者としてみならず職業的偏見のようなものがあり、他者を通してそれを見ている自己を反省する思考が欠落している。現在のところ人類学が看護に貢献できるものは、看護のあらゆる対象を「厚い記述」によって提示することで、看護の視点をより深いものにできるのではないかと考えている[ギアーツ 1989]。看護者として人類学を学び、人類学を学ぶものとして看護に携わる私にとって、友島でのフィールドワークは調査者のポジショナリティとアイデンティティについて考察できた点で非常に意義深いものであった。人類学を看護学に応用することだけではなく、人類学的視点をひとつのルート[クリフォード 2002]として身近な体験を看護に示唆し提示するために、自己反省的な

フィールドワークは今後ますます不可欠になってゆくであろう。

註

- (1) 本稿で使われた民族誌資料は、2003年3月から8月にかけてのべ19日間行った調査結果をもとにしている。被調査者のプライバシー保護の観点から本稿で述べられている地名と人名はすべて仮名である。調査は、友島（仮名）を所轄する保健所への書面による承諾の申請をおこない受理されており、現在も進行中のプロジェクトである。
- (2) ここでいう超過疎は、新過疎法の定義に基づいている。新過疎法は10年間の時限立法で2000年（平成12）年4月から施行された。新過疎法の指定するための要件は、次の人口要件と財政力要件の2つを満たす市町村とされている。「人口要件」は、(1) 1960（昭和35）年から1995（平成）7年までの35年間の人口減少率が30パーセント以上であること。あるいは(2) 1960年の35年間の人口減少率が25パーセント以上で、かつ、高齢者比率（65歳以上）が24パーセント以上であるか又は若年者比率（15から29歳）が15パーセント以下である。ただし、(1)、(2)の場合、1970（昭和45）年からの25年間で10パーセント以上人口が増加している市町村は除く、とされている。また、(3) 1970年からの25年間の人口減少率が19パーセント以上である場合もそれに該当する。次に、「財政力要件」とされているものは、1995（平成8）年度から1998（平成10）年度の3ヶ年平均の財政力指数が0.42以下で、かつ、公営競技収益が13億円以下であることである。ちなみに、2001年度発表の栄町の財政力指数は0.122であった。
- (3) 2003年8月28日のインタビューによる。
- (4) 2003年8月27日のインタビューによる。
- (5) 2003年8月27日のインタビューによる。
- (6) 2003年8月28日のインタビューによる。
- (7) 2003年8月28日のインタビューによる。
- (8) 2003年8月28日のインタビューによる。
- (9) 2003年8月26日の地域通貨地区合同説明会にて。
- (10) 2003年10月22日の看護研究集会発表後。
- (11) 私は、このエピソードは看護学一般の価値下落を目的として引用したのではない。看護学にも、人類学にも、研究対象を見る視点としての文化相対主義と同様に、自己の学問をも含めた相対的な認識の重要性を確認するためである。現に、別のコメンテーター（看護学者）による発言は、本稿の執筆以前に、この議論をまとめようとする契機となった。つまり、彼女は、「友島の人たちの話しは良く分かる。人間は理屈（理由）抜きにそうするということがある。友島の人たちもそうなのではないか。友島ではほけない、あるいは島から出ないで済む為の、何らかの慣習（予防策）や文化があるのかもしれない。その部分を明らかにすることは恐らく、人類学的視点として看護に貢献できるのではないか」と私に忠告したのだ（2003年10月22日）。
- (12) 古典的な人類学の表現を用いれば、友島の社会構造はほけ老人を島外に排除するサンクションが働いている社会である。しかし、これは日本社会ではとりわけて驚くべきことではない。例えば、日本において海外からの移住者が増加し不法に占拠することがないのは、彼／彼女らに対して労働ビザを発給する条件を狭め、不法移民を「日本」という島外に排除するサンクションが働いているからである。ともに、人口学的にサンクションを通して移出入を人為的に制御している事例であることに変わりはない。

参考文献

有吉佐和子

1972 [1982] 『恍惚の人』新潮社

植田悠紀子

2002 「島の健康生態」『公衆衛生』66 (9) : 668 - 676

ギアーツ、クリフォード

1987 『文化の解釈学 I』吉田禎吾ほか訳、岩波書店

クリフォード、ジェームズ

2001 『ルーツ：20世紀後期の旅と翻訳』毛利嘉孝 他訳、月曜社

古謝安子、宇座美代子、玉城隆雄、小笹美子、船附美奈子

2003 「火葬場のない沖縄県離島における葬法に対する住民の関心」『民族衛生』69 (2) : 35 - 46

厚生省

2000 『厚生白書—新しい高齢者像を求めて』厚生省

国民生活センター

1971b 『モデル離島振興計画—類型化による離島発展方向に関する調査 第2分冊—』国民生活センター

崎戸町教育委員会編

1978 『崎戸町の歴史』昭和堂出版社

須田圭三

1987 「往時より現代に至る老年者処遇の変貌」『民族衛生』53 (3) : 102 - 122

高尾公矢

1995 「離島型福祉コミュニティ—沖縄県渡嘉敷村」『福祉コミュニティの研究』佐藤守編、多賀出版

田中里美

1996 「高齢者を対象とする生活史研究—フィンランドの研究事例から—」『奈良女子大学社会学論集』(3) : 227 - 236

日本看護協会編

1998 『保健婦業務要覧』日本看護協会

野原忠博、佐藤弘明、野原三洋子、菱山謙二、当銘由美子

1975 「沖縄の離島医療に関する研究—沖縄県渡名喜島をその一例として—」『民族衛生』41 (3) : 157 - 171

芳賀 博、安村誠司、鈴木隆雄、湯川晴美、新開省二、渡辺修一郎、熊谷 修、柴田 博、新野直明、島貫秀樹

2001 「農村における老人の活動的自立の維持とライフスタイルとの関連」『民族衛生』67 (2) : 68 - 76

福島正夫

1954 「山村の「家」と資本主義」『東洋文化研究所紀要』6 : 1 - 97

モース、マルセル

1973 『社会学と人類学 I』有地亨・伊藤昌司・山口俊夫訳、弘文堂

Marcus, George E., and Michael M.J. Fischer

1999 *Anthropology as cultural critique : An experimental moment in the human sciences.* 2 nd. ed., Chicago: University of Chicago Press.

Mills, C・Wright.

1959 *The Sociological Imagination*. Oxford University Press. (『社会学的想像力』鈴木広訳：紀伊国屋書店、1965 (1995))

The Island Where *Boke-rojin* (Aged Dementia) Do Not Exist : An Essay on the Representation of a Depopulated and Hyper-aged Society

NOMURA Ayumi

This paper is author's research report done in the depopulating aged community, said as "the island where senile dementias (*Boke-rojin* in Japanese) do not exist". The reason why the *Boke-rojin* do not exist is that the aged persons who are discovered as *Boke-rojin* will be exiled out of their community. It is necessary not only to know the ethnographic local category on aging and aged person, and also to grasp the excluding mechanism of the aged person with *Boke*, dementia. The purpose of this paper analyzes the disagreement of the meaning produced between the senile dementia in biomedical concept and the social representation which are told on in the society. The focuses of an argument are the following four theoretical frameworks about a *Boke-rojin* ; (1) Local ethnographic context, (2) the global context of the aged society, (3) local public health, and (4) social position of the researcher. Seeing *Boke-rojin* through such contrast leads to analyzing the function which explanation and the discourse of the islanders, "the island in which a *Boke-rojin* do not exist." Moreover, it is thought that the phenomenon acquired from the result contributes to the qualitative improvement in the medical welfare administration of modern Japan which tends to be prejudiced in favor of the medical treatment based on living thing medicines.