

〈研究ノート〉

ソーシャルワーク実践における スピリチュアリティに関する一考察

熊澤利和

Examination of Spirituality in Social Work Practice

Toshikazu KUMAZAWA

summary

This paper focuses on the problematic subject of today's society: "Decreasing deepness in relationship," and deliberates how people spiritually approach in trying to rethink about their relationships. Please refer to the following three points.

- 1). Using as an example the Public Welfare Ministry of Labor's white papers, "The New Senior Citizen Image in Longevity Society" and "Construction of Relationship between Different Generations" published in 2000 and 2003, we questioned the meaning of a longevity society and the meaning of aging in trying to create a new image regarding the senior citizen.
- 2). Using one example of an elderly man who was diagnosed with Esophagus cancer, we examined the diagnostic to remedy process, the relationship of the patient, his wife and their children, i.e. from parental to family relationship and what influence the diagnosis has installed. When one is diagnosed with a cancer related illness the response is one of traumatic fear and spiritual pain. Illness, both terminal and curable present various levels of difficulty in facing reality, and by experiencing this stage and feeling the spirituality that the patient lets go, we can say that family members embrace this as well as rethink and reproach the "family" from

a different point of view. This is somewhat relative to the Japanese way of spiritual care. We also examined how social work towards spirituality can rebuild the family relationship.

- 3). As spirituality closely collates with culture and its features, in extension of reconsidering the family relationship, is the civil relationship. Concentrating on bringing each members of the society to the stage where they can be aware and conscious of their spirituality is most important in reconstructing the relationship between people.

はじめに

現代社会における問題の一つとして、人と人の「関係性の希薄化」があげられる。一方で、平成16年版国民生活白書一人のつながりが変える暮らしと地域—新しい「公共」への道、等に代表される、地域住民による互助、NPOやボランティア活動等による地域福祉やまちづくりが期待されている。では、これら地域住民の助け合いやボランティア活動などを推し進めることにより、人間関係の希薄化が改善され、地域がどう変わるのであろうか。

ギティンス¹⁾は、「離婚、子どもの虐待、非行などは、家族がその原因だとみなされたり、またその逆にその犠牲となっていると考えられることの多い領域である」と家族の問題を指摘する。我が国においても同様に、少子・高齢社会を背景として、年金や介護に関すること、女性の労働、子育ての問題、DV (Domestic Violence) 等、家族を中心とする社会問題化は周知のことである。そしてこれらの問題は、現在に始まったことではない。

しかしながら、これら家族の問題において、従来から変化した点としては、昭和22(1947)年～平成14(2002)年間における平均初婚年齢は、夫は、3歳、妻は、4.5歳の上昇し、平均寿命は、男性では、約20年、女性では、約23年以上の伸びがみられる。²⁾つまり寿命の延長により結婚後の生活期間が、非常に長くなったことを背景にして、夫婦、親子の関係性が変化し、家族内における問題が生じていると考える。榊原³⁾は、離婚の原因として、寿命の延長により「夫婦で向かい合わなければならない時間が増えた」、「子育て中は潜在化してきた価値観の不一致や意思疎通のなさが、子育て終了後に顕在化する」ことをあげている。他方、社会福祉基礎構造改革にともなって、「介護の社会化」「子育ての社会化」という言葉と共に、介護保険制度や子育てに関する支援システムが構築されてきた。つまり従来家庭がもっていた福祉的な機能を、専門職が提供するサービスとして購入するシステムに取って代わってきた。

いわゆる介護は、徐々におこる身体的老化に伴うことや、脳血管障害等による麻痺等の症状に伴う、身体的機能の低下により生活機能の低下に伴うものとイメージされやすい。しかし、日本人の死亡原因の約30%は、悪性新生物であり、そこには治療とそれに伴う看護や介護が必要である。そしてその多くは、中年期から老年期にかけて生じる。中年期以降、自分の生命の危機を契機として、

潜在化してきた夫婦関係の問題が露呈する場合など、単なる夫婦の関係性の問題に留まらず、ひいては生きる上での根源的問題、すなわちスピリチュアリティに対する潜在的課題も含んでいる。しかし、例えば、がんや心疾患などによって、夫婦の関係性の問題が顕在化することの指摘は、取り上げられることは少ないと考える。なぜならばそのような家族の危機の状況において、医療者や家族の規範等が、「安定した家族関係」を装うように振る舞わせると考えることが一般的であろう。そしてそのような場合、葬儀が終わった後、それまでの抑圧されてきた気持ちを吐露することが、多いのではないだろうか。それは死に行くことがわかっている人に向かって、家族は、面と向かって不平や不満を語ることはないだろう。

ファミリーサイクルから老夫婦の関係性の課題は、壮年期から中年期であるその子ども夫婦が直面することでもある。夫婦間での意思疎通の不足などは、単に夫婦間で潜在的に抱えてきたということに留まらず、その影響は、同じ準拠集団ということからとらえれば、その子どもや孫などへ影響がないとはいえないだろう。例としてあげると、その子どもは、どのように両親と関係を保つことがよいのであろうか。そして重要な点は、家族関係の再構築なしに、地域住民と関係性（つながり）は、変化するのだろうか疑問である。

健康をスピリチュアリティの側面からとらえる必要性は、WHOによって健康の定義として提示され、死を間近にした人（ターミナル期にある人）のみが、スピリチュアルケアの対象ではなく、どの発達過程の時期においても必要なことと認識すべきである。さらに近年の研究の進展から、スピリチュアリティの概念が、従来からの宗教学の領域に留まらず、「超越性」「アイデンティティ」等の観点から、その概念が広く解釈され、あたらしい地域の文化を作ることや、地域政策（地域福祉）を考える価値として根底に必要なこととして見直すことができると考えている。このような観点から、まちづくりや地域福祉を構築する上で、集団の最小の単位である家族の関係性に着目し、「家族を結ぶスピリチュアリティ」へのソーシャルワーカーの関わりの必要性について述べてきたい。

1. 高齢者に対する通念と高齢社会の課題

従来からの高齢者に対する通念（とらえ方）に対して、平成12年版厚生白書では、「新しい高齢者像を求めて－21世紀の高齢社会を迎えるにあたって－」では、WHOによる高齢化に関する6つの神話の打破（"Ageing, Expolding the myths" Ageing and Health Program, WHO 1999）を取り上げ、知識、経験、技術を培い豊かな能力と意欲をもつ者として、高齢者をとらえること。平成15年版厚生労働白書では、「活力ある高齢者像と世代間の新たな関係の構築」では、高齢者像を健康面、経済面で恵まれないといったとらえ方で論ずるのは適当ではなくなっていると述べている。

高齢者の保健と死亡原因について

近年では40歳以上の人の6人に1人が、その予備軍であるといわれる糖尿病が原因で死亡する

人数は、統計的な割合からみると多くはない。しかし、いわゆる糖尿病、高血圧症等を基礎疾患として生活習慣に起因する疾患で死亡する割合は、悪性新生物、心疾患、脳血管障害の順で、全体の約6割である。悪性新生物に罹患する年齢層は40歳以上が多く、年齢の上昇とともに、心疾患、脳血管性疾患が原因での死亡数が多くなる。平均余命や健康寿命の延長に伴う高齢者は、何らかの傷病をもちながら治療や、その疾患をコントロールしながら生活をしている。つまり画一的に高齢者は病弱であったり、社会的弱者であり、保護される対象であるとは言えないが、高齢者像を豊かで健康であるというとらえ方も画一的であると言える。

高齢者世帯と所得について

平成12年から平成37年までの推計では、65歳以上の世帯は、単独世帯が、2.24倍、夫婦のみの世帯は、1.58倍、夫婦と子からなる世帯は1.42倍に増加することが推計されている。⁴⁾ 高齢者の一人暮らしが、急速に増加することを表している。また、実際の所得額で見ると、高齢者世帯の所得は、公的年金・恩給への依存度が高い特徴があり、平成13年では、100%公的年金・恩給に依存する世帯は59.5%であり、所得額で見ると、100～200万円の所得層が24.9%と最も多く、次いで200～300万円の所得層が17.5%であり42.4%が100～300万円の所得層である。また350万円以下の所得層は、高齢者世帯全体の69.6%である。⁵⁾ 年金が年間に100万円に満たないながらも、それだけで生活することを余儀なくされている世帯が、全高齢者世帯の13%に達していることから、年金制度の未成熟が指摘され、また年収が700万円を超える世帯は、年収以外の収入が多く全高齢者世帯の6.2%でしかないと述べている。⁶⁾ 従って、他からの所得を得る手段がなければ、支給される年金での生活をせざるを得ない。そうであるならば、介護保険制度の恩恵を受けられる高齢者は、限られており、「自己責任」「自立」「自助」「地域住民による助け合い」などのキーワードに地域においてコストを負担して、きめ細かいサービスを持続することがすすめられている。それは現状の格差をますます進めることであり、所得額によっては、必要なサービスさえも受けられない状況が生じる。このような状況下にある我が国において、従来からの高齢者像を変えようということは、現実と目指すビジョンの齟齬から、あまりにも現実味がないと思料されよう。そして多様な個別性を認めることであれば、平均値は、それほど意味をもたないだろう。

高齢者といきがい

「いきがい」をもって生活することは大切なことであるが、そのことと「共生」や「社会的連帯」とは異なる。定年後に「ボランティアを行おう」とか、時間ができたら「社会活動をやりたい」という人は、ボランティア活動や社会参加活動を行うことは難しいということが以前より指摘される。さらに近年、行政によるNPO活動の取り込みが、指摘され⁷⁾、行政の誘導や介入による「自立」が成立するようである。生活をする上で何に価値をおくか、それがつかみにくい現代社会において、経済活動が優先を価値とした社会を生きてきた人々の価値観が急に転換すると考えるのは困難があ

る。今まで人類が経験をしたことがないほどの長寿社会であることから、どの様に老いていくかということを考えることなく、人々の高齢者像は変化しないだろう。なぜならば、老いていくということは、他人をとおして経験することができず、自分の身体的、心理的变化からしか経験することができない。つまり人々は、長寿社会の中でいきいきと生活するための方法やそれをささえる価値を、共有することがしにくいと云える。島藺が、「ただ生き延び楽しく過ごしていくことが人生の目標となり、自殺や安楽死をもってそのような生を拒否することが重要な選択肢となるような社会は好ましいものか」⁸⁾といわれる問いにどの様に答えるのかを模索すること、それは、「人間とは何か」ということの問いである。

中年期から老年期にかけて抱える課題は、老いることや死への不安、痴呆になるかもしれないという不安、介護を受ける際に家族の意見が相反すること、虐待、痴呆後の生活支援や権利擁護、抑鬱に対する援助・支援、病気や障害をもつことへの不安、ターミナル期に十分なケアが受けられるかという不安、そして自分の死後、望む葬式や墓へ入れるかなど、長寿社会が抱える課題のなかで適応することが難しくなっている。格差を生み、人間疎外を生産するような社会システムの中で、人が生活する根本的な問いに向き合うことが、地域住民の関係性の再構築への契機となると考える。

2. 家族を結ぶスピリチュアリティ

人の一生が成長・発達として捉えられるならば、家族も同様に捉えられる。つまり個々人の成長・発達の過程と家族のそれとが、層をなすようにして家族や家庭が構成されている。

ここで取り上げる事例は、老年期にある夫婦において、夫が食道がんに罹患したことにより、夫と妻との関係、さらにその子どもとの関係が、従来からの統一性を失った事例である。通常であれば、その相談にあたるのは、医療ソーシャルワーカーである。しかし、この事例では、MSWの関わりは全くなかった。そのため患者である父の社会的、心理的、スピリチュアルな痛みに対して、子どもが、対応した。さらにその母（患者の妻）に対しても同様である。またより適切な医療を選択し受けさせるための情報収集と手続き、老親である夫婦の関係が疎遠になることの変化をみながらそれを受け止め、両親それぞれに個別な対応を迫られる。そこから考えなければならないことは、家庭の安定、家族の関係性と個々のアイデンティティの確立である。つまり、個人として、家族として、人生の完成の時期をどの様に迎えるかである。そして現実には、このような課題に対する専門職による支援が期待できない状況である。

癌疾患罹患後に夫婦関係が安定性を失った事例

A氏 69歳 男性 診断名 食道がん 家族構成は、妻 66歳 長女 40歳 既婚 子どもなし、次女 34歳 既婚 子ども長女 長男 現在は、妻と二人で生活をしている。

平成15年12月に食物の通過障害、体重減少(2ヶ月間で65Kgから45Kgへ減少)を主訴として、自宅近くのS病院を受診した。検査の結果食道がんにより、食物や水分の通過障害があるため入院。中心静脈栄養等により脱水症状等が改善される。

担当医師よりの説明は、A氏 妻、長女とその配偶者が聞いた。医師は、胃カメラ、CT等の画像を用い、食道がんが発生している場所、そのために起こっている症状と、それに対する治療、およびがんに対して化学療法、放射線療法、またはその併用による治療が必要であることが説明された。また現在入院している病院の施設では、放射線療法の設備がないため、近くの大学病院へ通院治療を行う手段しかないことが話される。医師からの説明の際に病棟側は、看護師などの同席はなかった。

あとでわかったことだが、この説明の時に、A氏は、「もう自分の人生もおわりかなと思った」と話されていた。妻は、医師からの説明に同席をしていたが、怖いという感情から、話の内容は、記憶していなかった。

A氏の長女の意見により、自宅近くのS病院から専門病院であるH病院へ転院が決まり、治療が行われることとなった。転院後、A氏の精密検査が行われ、化学療法と放射線療法の併用で治療が開始された。化学療法は、4クール実施され、化学療法のクールとクールの間は、退院をして、自宅で中心静脈栄養による水分・栄養状態の管理を行う予定で、A氏本人と妻が指導を受ける。しかし、妻は、はじめから「そんなことはできない」と状況を受け入れられない状態は続いていた。当初、上記の予定であったが、A氏は、貧血が強く、結果、化学療法の2クール終了まで入院し、自宅で中心静脈栄養を使用しない状態で退院された。退院後の定期的な通院や医師からの説明は、A氏の娘二人が聞き、妻は、病院まできていても、孫の面倒を見るなどして、治療への参加はされなかった。現在まで経過としては、良好である。

この状況に至るまでにおいて、自宅近くのS病院から専門病院であるH病院へ転院に際して、県保健所、保健福祉センター、在宅介護支援センターに電話で相談をしているが、適切な説明は受けられなかった。唯一、在宅介護支援センターの職員の対応が、大変な状況であることを受け止めてくれたことが救いだったと、A氏の長女が話をしている。

また、S病院、H病院において医師からの病状や治療の説明に際して、他の職員が同席することはなかった。つまり、医師からの説明にA氏の妻が同席しないということ、「あれっ」とか、「どうしたのか」と、気にとめる人は存在しないということである。当然、担当医は、診断、治療を行うため、家族間の状況をとらえることを望むことは、難しい。人間疎外として現代医療が批判され、全人的な医療が求められ、チーム医療を展開することは、当然のことだろう。又は、この事例にみるような問題は、医療の専門職からみれば、問題と受け止められない内容であるのだろうか。では誰かがチーム医療を展開する上で患者や家族の変化をとらえてくれるのだろうか。養老猛司は、「医師の次に看護師が、システム(人間)の情報化をする。情報による看護をすると、だれが人間を見

るのか」と、述べている。つまり情報を共有することでチーム医療が成立するならば、医療は、患者一部の過去しかみないことであり、システムとして変化している人間を、誰もみていないということである。つまり、人間としての患者が存在しないことである。

A氏とその妻との関係は、いわゆる一般的にどこにでも存在する夫婦関係であった。しかし、A氏の入院・治療を契機に、入院時に支払われる民間の医療保険が、今回の入院以前に解約されていたことがわかり、妻は、A氏のその行動に対して、子ども達へ、Aへの非難を口にするようになった。さらに「癌になった時は、自分の妻、娘や孫に対して、心配をかけてすまなかったという言葉がどうしてないのか」という言葉がきかれ、A氏が自分の身体的状況を受け止めることが難しい状況を理解されていないように感じられた。

A氏は、治療により、通過障害が徐々に軽減していったものの、その間、嚥下障害が継続し、お茶や水で流し込むようにして食事をとり、むせたことを引き金に嘔吐をする時もあり、その期間が数ヶ月あった。一緒に食事をする妻は、その様子を見て、「夫の食事をする姿をみて、気分が悪くて一緒に、食事はできない」といつていた。さらに、「夫が死んだ後、私はどうしたらいいの」ということを娘にこぼしていた。その後、いわゆる家庭内別居の状況がみられている。またA氏の妻は、夫に対する愚痴を友人にこぼすなどで、精神的安定をはかっている。

情報が得られた内容は、多くはないが、このような情報から考えられることは、状況的に、離婚は、容認しないが、夫婦として共に生活をするということが難しい関係性の中で、双方にとってストレスの高い生活をしているのではないだろうかと考える。高等裁判所事務総局「司法統計年報」により離婚の動機を時系列でみると、近年割合が高まってきているのは「性格が合わない」、「精神的に虐待する」等とされる。つまり、結婚生活を維持するための努力をしなくなった結果、それが若い世代の夫婦のみならず、結婚20年以上の夫婦であっても離婚として現れてきているといえる。むしろ結婚期間の延長により「結婚の3分の2が離婚に終わらないことのほうが、おどろくべきことなのであろう」⁹⁾とされることの方がより自然であるのだろうか。

老夫婦にとってストレスな環境にあると同時に、社会的に介護を期待される子ども(夫婦)にとって、自分の両親との関係性をどの様に再考し、構築していけばよいか、難しい状況でもある。さらに、同時にその子ども(夫婦)は、子育てをしている時期でもある。このよう夫婦の場合において、在宅で介護を受けたい理由で、「家族に気楽に頼めるから」という理由は、特に配偶者に対しては、成立しない。そして、両親それぞれに対する、精神的な負担は、子どもが引き受けることとなる。そして「がん」に罹患した患者のみならず家族の意志を重視する傾向があるといわれるが、見方を変えると、医療者も残される家族も、その実際は、患者本人の意志を代弁しきれていないのではないかとと思われる。

「もう自分の人生もおわりかなと思った」というA氏、「夫が死んだ後、私はどうやって生活すればいいのか（経済的なことも含めて）」という妻に対して、単に現実と向き合えといってもそれは無理なことである。そして、A氏やその妻は家族に対して心の内を話せるだろうか。心配をかけたくないから話させない場合もある。深刻な問題であると、よけいに心配をかけたくないと感じる場合も多い。しかし、人は成長し続けることを前提に考えるならば、この事例もいつかは自分と向き合い、夫婦の関係性を考え直してもらいたいものである。それが可能であるならば、まさに個の自立と家族関係の再構築がされたと云えるだろう。そしてそれを可能にすることは、人や家族がもつスピリチュアリティに着目する必要があると考える。

『私』が失われてきた時代の中でスピリチュアリティがやはり問題になっているのではないかと窪寺が述べている。¹⁰「私」が失われてきたのであれば、他者を通して自分を相対化することは、可能とはいえない。つまり、自分を含めて人間の力ではどうすることもできない、絶対他力を自覚すること、それを通して、自分を見つめ直すことであるがスピリチュアリティととらえることができるのではないだろうか。そうとらえることができるならば、さらに日本の文化、風土において日本人が自覚するスピリチュアリティを日本人固有のスピリチュアリティとしてとらえることが可能である。

より日本的な、家族一人一人の結びつき、関係性に着目して家族を捉えようと、家族の中に個が存在する傾向があるといえる。お盆、正月に家族一同が集まる、結婚式の時には、両性の結びつきをもって婚姻ができるとされるが、なぜ家紋を意識するのか。なぜ先祖代々同じ墓に納骨するのか。言葉で説明しなくともその家族には理解できる共通の感覚があると思う。現在では、節目などの時にしか意識をすることができなくなり、代々伝えられてきた文化が、崩れつつあり考えにくい状況にあるのが現代日本であると思われる。しかし、家族には、世代間においても、健康な状態に、共通しているものが考えられる。そして、関係性が結ばれていれば、たとえ離れていても家族員が病気の時にその人に注意が向く。家族の病気や死ということを契機として、家族一人一人が家族の意味をとらえ直すことができるならば、患者の放つ霊的な痛みを家族が共有し、家族による家族ならではのより日本的な spiritual care が成立すると考える。それは家族の病気や死ということを契機として、家族一人一人が家族の意味をとらえ直すことが現在必要なことではないか。そして、同時に、スピリチュアリティを基盤とする関係性が失われつつあるならば、スピリチュアリティを自覚するに際しての専門職の支援が必要であると考えられる。

3. ソーシャルワークとスピリチュアリティ

次に、地域における人々の関係性について述べる。昨年2004年10月24日に中越地方を中心に震災があったことは記憶に新しい。被害にあった山古志村の村民は、11月29日に行った一時

帰宅では、12集落の計303人が参加した。その参加の条件は、1家族1人、滞在は2時間、持ち出すのは貴重品だけであった。(朝日新聞 10月29日付)その時の映像をテレビ放送で見ると、貴重品のみであったが、貴重品と共に先祖の位牌をなぜ持ち出したのだろうか。その時の限られた条件やおかれていた生活状況から、生きているもののみを考えれば、あえて位牌を持ち出す必然性はなかったと思う。

震災後の心のケアが大切であるといわれる。位牌をもって戻ってきた人々に対するケアはされたのだろうか。田宮仁(元飯田女子短期大学教授)は、震災後、多くの人が中越に集まり活動をしている。その中には、僧侶も含まれている。しかし誰にでもできる活動をしていたこと、そして僧侶でなければできない活動、つまり上記の住民の行為に対して、経を唱えることを通しての人々に対するケアは、されていなかったことを指摘している。2005年2月2日 三宅島の噴火から避難後、4年5ヶ月ぶりに三宅島に帰島する人のインタビューにおいて、「跡取りだから、墓を守らなければと思って、家に帰って来ました。」という答えが返ってくる。ソーシャルワーカーが専門職であるならば、これらのことを重く受けとめるべきである。

ターミナルケアにおけるスピリチュアルケアは、医療関係者をはじめ宗教者や哲学者などで着目されている。しかし、このような危機的状況においてスピリチュアルケアまたは宗教的ケアについて語られることが少ない。スピリチュアルニーズは、危機的な状況において自覚される。人間が生きていく上で直面する苦悩を、受け止め共有するというところに、僧侶やソーシャルワーカーの実践がみえてこないのである。つまり、希薄である人間関係をどの様に再構築することができるか、それも地域社会の最小の単位である家族の関係性に着目することは当然である。しかし単なる関係性ということではなく、生活を営む上での基盤である人の根源に触れる意味での関係性へのアプローチを考える根源にスピリチュアリティを自覚することが必要である。

スピリチュアル研究において、特に医療系で取り上げられる村田理論は、存在論(時間存在、関係存在、自律存在)からスピリチュアルケアをとらえ、「自己の存在の意味の消滅から生じる苦痛」と定義され、実存的人間観の視点からのアプローチととらえることができる。¹¹⁾この村田や窪寺¹²⁾ビハーラ僧である谷山¹³⁾もスピリチュアルケアと宗教的ケアをわけてとらえている。スピリチュアリティをとらえることにおいて、心理的、スピリチュアリティ、宗教的と分類され、健康の定義や無宗教の人々に受け入れられる「標準化」という観点から意義がある。

村田は、スピリチュアルケアにおいて「英米とは文化的、宗教的背景が異なり、大多数の人々が明確な信仰や宗教を意識せずに日常生活を生活している日本の場合、終末期がん患者がスピリチュアルニーズを宗教的ニーズと混同する前提条件が存在しない。」¹⁴⁾と述べている。しかし、山古志村や三宅島の例や、御朱印帳をもって、各地のお寺をお参りする人などから「スピリチュアルニーズを宗教的ニーズと混同する前提条件が存在しない」ということが言えるのか疑問である。それはむしろ、「葬式仏教」と言われるほど、寺院や僧侶の活動が少なく、目に見えなくなったためではないか。つまり僧侶は、「葬式仏教」であることの意味を、僧侶が説明しないために生じた問題であ

ると考える。注意をしたい点は、日本人のいわゆる「無宗教」という特徴から、スピリチュアリティ、イコール宗教、宗教性と理解されやすい。またこのよう背景から、スピリチュアリティと宗教性の区別がつきにくいことがある。その結果、特定の宗派や教団という形での活動は、受け入れにくい。また1995年のオウム真理教教団関係者により、地下鉄に猛毒のサリンがまかれた事件から、ある種の宗教や教団に対する嫌悪感をもっている人も多いと思われる。スピリチュアリティと宗教性の説明では¹⁵⁾、超越的な部分を取り扱い、「人間の存在の意味、目的、価値や死後の世界等に関心を示し、存在全体の癒しや回復を求める」という共通の一致とみる部分と、「宗教がもつ教義、礼典、教団、教祖などが生まれ、信ずる者には拘束力をもっている」とは異なるとされる。

事例検討で述べてきたが、より日本的な、家族一人一人の結びつき、関係性へのケア、特に危機的な状況におけるケアは、家族がもつ痛みを共有することから、家族とは何かということを考える契機となる。これを地域に置き換えて考えるならば、中越の震災や三宅島の噴火による危機的な状況下において、とられる住民の行動や言葉は、いわゆる通仏教としての教えや信仰心といったことから、より日本的な行動や考えではないだろうか。鈴木大拙¹⁶⁾は、60年前に、日本人の宗教心の根源には浄土真宗と禅の流れがあると指摘し、「靈性を宗教意識である」「宗教意識は靈性の経験である」「靈性は普遍性をもっている」そして、「靈性の目覚めから、それが精神活動の諸事象の上に現れる様式には、各民族に相違するものがある。さらに日本の文化、風土において日本人が自覚する靈性を日本人固有の靈性としてとらえるならば、それは浄土系思想と禅とが最も純粋な姿のそれである」と説明する。つまりスピリチュアリティを取り扱う時には、より日本的な文化を基盤におき、家族の関係性、そして延長線上に地域住民の関係性の成立に着目することが重要であると考えられる。

おわりに

現代社会をとらえる時、日本の経済や社会が右肩上がりという状況の中で安定をしていた、高度成長時代から、いわゆる「バブル期」における家族モデルは、「核家族」である。しかし、家族の形態が大きく変わり、個々人の生き方も、いわゆる「標準」ということを示すことが困難な社会の中で、この標準的モデルであった「家族」を基準に対策が出されたとしても、それは少子高齢社会における子育てや介護の問題を根本から解決することにはならない。そして、地域住民における助け合いや、共生といったことを、一人一人が意識しなければ、関係性の再構築は、成立しない。それは、人々が、生活することで生じる、普遍的課題に直面したことに向き合わず、簡略化し、短絡な道を、歩んできた結果であろうか。負の福祉を作らないことが、結果として経済的損失が少なく、人々にとって安心した生活が営めるならば、その状況をどう作り上げられるのだろうか。

長寿社会と高齢者像の変化、家族関係性、地域の人々の関係性を結ぶスピリチュアリティについて述べてきた。普段は、意識されることなく生活をしているが、現代社会において、危機状況がスピリチュアリティを自覚する契機となり、夫婦や親子の関係性、地域の人と人との関係性を再考す

ることが可能である。さらにコミュニティの視点からは、「目にみないコミュニティ」ということから、地域福祉を推し進める上での視点となると考える。今後、事例検討で考察をしてきた「関係性」や「目にみないコミュニティ」の視点から地域政策に関する研究を進めていきたい。

(くまざわ としかず・高崎経済大学地域政策学部助教授)

注)

- 1) ダイアナ・ギティンス 金井淑子他訳『家族をめぐる疑問』 1990 新曜社 p269
- 2) 厚生労働省大臣官房統計情報部編『平成 16 年 我が国の人口動態』厚生統計協会
日本において、平気初婚年齢は、昭和 22 (1947) 年では、夫 26.1 歳、妻 22.9 歳、昭和 36 (1961) 年では、夫 27.3 歳、妻 24.5 歳、平成 14 (2002) 年では、夫 29.1 歳、妻 27.4 歳である。一方、平均寿命は、昭和 25 (1950) 年では男 58.00 歳、女 61.50 歳、昭和 36 (1961) 年では、男 66.03 歳、女 70.79 歳、平成 14 (2002) 年では、男 78.32 歳、女 85.23 歳である。つまり昭和 20 年代から平成 14 年まで の間に、初婚年齢は、夫は、3 歳、妻は、4.5 歳の上昇がみられ、平均寿命は、男性では、約 20 年、女性では、約 23 年以上の伸びがみられる。平均寿命で比較をすることは難しいが、単純に考えても結婚後の状態が続くこととなる。
- 3) 榎原富士子『夫婦関係の集結のあり方 - 離婚をめぐる諸問題 -』善積京子編「結婚とパートナー関係」ミネルヴァ書房 2000 p220
- 4) 厚生労働省大臣官房統計情報部編『平成 16 年 我が国の人口動態』厚生統計協会
- 5) 三浦文夫編 高齢者白書 全社協 2003 p56
- 6) 唐鎌直義『公的年金と生活保障』庄司洋子他編「貧困・不平等と社会福祉」有斐閣 1997 p190 ~ 192
- 7) 筒井のり子『行政サービスにおけるボランティア活動』「ボランティアコーディネーター白書 2003・2004」大阪ボランティア協会 2004
- 8) 島蘭進『先端医療技術の倫理と宗教』湯浅泰雄監修「スピリチュアリティの現在」人文書院 2003 p112
- 9) ダイアナ・ギティンス 金井淑子他訳『家族をめぐる疑問』 1990 新曜社 p269
- 10) 窪寺俊之『スピリチュアリティの現在』関西学院大学キリスト教と文化研究センター編「スピリチュアケアを語る」関西学院大学出版会 2004 p109
- 11) 小澤竹俊『スピリチュアルケアを理解するための 3 つの柱』臨床看護 vol.30 NO.7 2004
- 12) 窪寺俊之『スピリチュアルケア学序説』三輪書店 2004 p46
- 13) 谷山洋三『仏教における死』関西学院大学キリスト教と文化研究センター編「スピリチュアルケアを語る」関西学院大学出版会 2004 p13
元長岡西病院ビハラー僧 現在四天王寺国際仏教大学教員
- 14) 村田久行『スピリチュアルケアとは何か』ターミナルケア vol.12 no.4 2002 p326
- 15) 前掲 12) p45
- 16) 鈴木大拙『日本の靈性』岩波書店 1972