

特集 死生の文化の変容

Dementia-friendly communities (認知症にやさしい地域) と死生観

—ホームレス支援団体の実践から—

岡村 毅¹
的場由木²
高瀬顕功³
栗田主一⁴

世界は高齢化と、その帰結である認知症という、人類史上かつてない課題に直面している。まだほとんど論じられていないが、認知症は孤立傾向にある高齢者の住まい喪失の危険因子であるため重大な社会的課題でもある。本稿は、老年医学を議論のスタート地点とし、dementia-friendly communities (DFC) を導きの糸として、ホームレスの人々に対して深い支援をする人々の支援論の基盤に死生観があることを論じた。なお、DFCとは、いまや世界的な政策目標となった概念であり、ここでは認知症があっても、一人暮らしでも、すべての人が希望と尊厳をもって生きることができる社会を指す。

¹ おかむらつよし：東京都健康長寿医療センター研究員

² まとばゆき：NPO法人自立支援センターふるさとの会理事

³ たかせあきのり：大正大学地域構想研究所助教

⁴ あわたしゆいち：東京都健康長寿医療センター研究所研究部長

はじめに

科学技術の進歩は、科学としての医学の進歩をもたらした。これは社会の大多数の人にとっては「多くの病気が治るようになった」ということに尽きるだろう。日本において平均寿命はかつて60歳程度であったが、いまや100歳に向かっている。しかし光があれば陰があることを忘れてなるまい。長く生きれば身体は自然に弱り、認知機能は低下するものである。多くの病気が救命される一方で、障がいと共に生きる人は増えている。地域社会や家族のありようは変わり、長い高齢期を孤独に貧しく生きる人が増えている。健康長寿によって得られた新たなライフステージは、実は「弱者」としてのライフステージであるのだろうか。いまを生きる高齢者がこの世界に生まれ出でし頃、社会は若かった。したがって高齢期とは、今を生きる高齢者にとってはロールモデルのない、海図のない旅なのかもしれない。高齢者を含むすべてのひとが幸福に暮らせる社会を実現するにはどうしたらよいらうか？

宗教ばなれが進んでいるとされるが、ますます進行する超高齢社会においてむしろ宗教(者)が活躍するという可能性はないだろうか？本稿ではまず高齢期の最大の課題である認知症について、正統派の医学的見地から概観し、問題のありかを確認する。その上で、いまや国際的な目標となったdementia-friendly communityに向けて、先駆的な試みをしている2つの集団—世俗的なホームレス支援団体と浄土宗の僧侶のホームレス支援団体—を取り上げて死生観を論じることにする。

1. 老年精神医学からみた現代社会

1) 超高齢社会の実相

日本はすでに高齢者人口が全体の25%を超える超高齢社会である。平均寿命は男女ともに世界第2位を誇る。日本は健康で長寿の社会になったのである。一方で、後述するように認知症には確立した予防法は

未だなく、根本治療薬が存在しないことから、健康長寿社会においては認知症をもつ人が増加するのは避けられない。2012年には認知症をもつ方は約500万人と報告され社会に衝撃を与えたが、2060年にはおよそ1,000万人になると予測されている。このとき、総人口は1億人を下回っているため、約10人に1人が認知症をもつ社会になるかもしれない。

今や高齢者のいる世帯の半数以上は、独居（単独世帯）か、高齢夫婦（夫婦のみ世帯）である。さらに都市部においては地縁・血縁が弱体化し、社会的孤立状態にあるものも多い。単身高齢者では外出頻度が低く、誰とも話さない日があるものが半数近くいることが示されている。高齢者世帯の所得は低く、その他世帯のおよそ半分（ただし母子世帯は除く）である。生活保護の被保護者の45%は65歳以上のものである。このように都市において単身・独居・無縁・低所得高齢者が増えている。

日本の出生数は1949年の269万人を最多として減少を続け、2016年には100万人を下回った。一方で死亡者数は2003年に100万人を超え、2030年代には160万人に達する。またすでに日本は2005年に人口減少局面に転じている。このように日本は多数の死者により年間100万人ずつ人口が減り続ける「多死社会」へと変貌している。

2) 認知症とは何だろうか

認知症とは、いったん発達した知的機能が、脳の病的変化（認知症疾患）によって障害され（認知機能障害）、日常生活に支障が出ている状態（生活機能障害）の総体を指す。認知症疾患は様々であり、それぞれに特徴的な認知機能障害があり、そして生活障害がある。

アルツハイマー型認知症という認知症疾患を例としてみてみよう。アルツハイマー型認知症とは脳内にアミロイドという物質がたまり神経細胞が減少する神経疾患である。**認知機能障害**として記憶障害（もの忘れ）が重要である。これにより約束を忘れてしまうなどの**生活機能障害**に至る。しかし事態はこれにとどまらない。例えばしまった財布の場所を忘

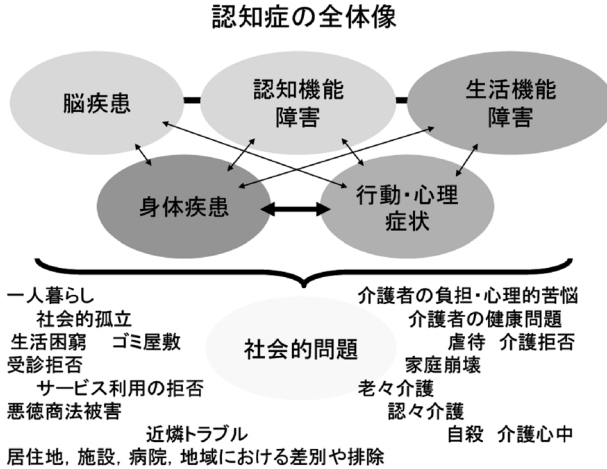


図1 認知症の全体像 (文献1より)

れてしまったときに、誰かが盗ったのだという妄想が生じる。自分の世界が徐々に変わってしまうと感じ、不安になり、焦燥感を持つ。出かけなくなり、閉じこもる。こうした二次的な症状を**行動・心理症状**という。さらに、神経系が衰退するときには生活習慣病の悪化、転倒、誤嚥、失禁、易感染性(免疫機能の低下などによって抵抗力が弱まり、感染症に罹りやすくなっている状態)などの**身体疾患**を伴う。このような現象が個人の生活世界で起きることで、介護者のうつ、介護者の離職、住まいの清潔さが失われる(いわゆる「ゴミ屋敷」)、虐待、行方不明(いわゆる「徘徊」)、経済被害(いわゆる「特殊詐欺」)などの様々な社会的現象が起きる。このすべてが認知症という現象である。認知症の全体像を図1に示す¹⁾。

3) 認知症医療へのアンビバレンス

認知症を疑ったときには病院に行けばよいのだろうか？世間には「病院で早期に診断を受けたほうがいい」という意見がある一方で「早期に絶望するだけだ」という意見もある。なぜだろうか？

1つ目には、従来の認知症医療が「診断をする」ところだけに力点を

表1 認知症への医療的介入（早期診断）への複雑な感情の要因

供給側の歪み ・ 診断への偏重 ・ 診断後支援や支援者支援の不足 ・ 当事者の出会いの場の創出の不足 社会全体の歪み ・ 認知症の人は何も分からない人と言う思い込み ・ 施設への隔離や優性思想への近接 ・ 人権意識の不足

置いてきたからである。あるいは実際はそうではなくても社会からそのように思われてきた、そして医療者もそれと闘ってこなかったことに由来するであろう。しかし、徐々に診断した後の支援につなぐこと（診断後支援）や、家族の苦悩へ寄り添うこと（支援者支援）、当事者同士の助け合いの醸成（ピアサポート）、が行われつつある。

2つ目には、（医療者も含めた）社会全体に、認知症の人は何もわからないかわいそうな人々であるという誤った認知症観が蔓延っていたからである。このような価値観では、認知症の人は自己管理ができない危険なひとであり、自己決定などさせてはならず、常に誰かが監視し、施設に閉じ込めてしまうほかはないという思考になるだろう。認知症の人は生きるに値しないという思考も生じるかもしれない。しかし、これも勇気ある当事者が声をあげ始めたことで変わりつつある。医療への複雑な感情の要因に関して表1にまとめた。

認知症医療・研究に関わるものは、過去にしばしば診断に力点が置かれすぎたこと、社会の認識を十分に換えられなかったことに自覚的であってもいいだろう。そして「病院に行ったら、優しく信頼できる人々と出会い、様々な知識や情報が得られ、幸福につながる」と思ってもらえるように前進しなければならない。

4) 認知症学の未来

認知症学は岐路に立っていると見える。1つ目には予防の限界である。

運動がよいとか、特定の食べ物がよいといった報告がかすかになされると、大きく報道される。またそれによって利益を得ようとする人々もいる。しかし、例えば科学コミュニティにおいては「運動が認知症を予防する」ことは確立されていない²⁾。運動が糖尿病・脳梗塞を予防することは確立しており、きっと認知症も予防するだろうという先入観は自然な思考だ。しかし運動不足の人が認知症になりやすいのは、そもそも運動不足の高齢者に「認知症の前駆期で活動低下しているひと」が多くいるからなのである（運動不足だから認知症になるのではなく、認知症の手前だから運動も減っているという、因果の逆転である）。運動は心身に良い影響を与えるし、仲間もできるので、望ましいことは言うまでもないが、認知症予防にはならないのだ。臨床的には、予防が強調されすぎると、認知症になった人が自責の念をもったり、周囲が叱責したりすることがあり、望ましくない。

2つ目には治療の限界である。先に述べたようにアルツハイマー型認知症は気づきや受診（もの忘れに気がついて病院に来ること）のだいぶ前からアミロイドが溜まりきっていることがわかっている。2010年代は、アミロイドが溜まる前から（つまりプレクリニカル期から）アミロイド合成酵素を阻害したり、できたアミロイドを除去したりする根本治療薬が開発されてきた。しかしそれらは失敗に終わった。アミロイドは、原因ではなく結果であったのかもしれない。

3つ目には超高齢期の認知症については実はまだ何もわかっていないということである。現在の認知症学の枠組みは、まだ平均寿命が伸長していなかった時代につくられたものだ。超高齢期に臨床的にはアルツハイマー型認知症とされてきたもので、アミロイドが実際には見られないものや、一方でアミロイドが溜まっているが生活障害が目立たないものがある。近年は神経原繊維変化型認知症（tangle only dementia）や嗜銀顆粒性認知症（AGD）といった高齢期に見られる新たな認知症群が語られるようになってきた。これらは極めて神経病理学的概念であり臨床的意義は今後検討されねばならない。つまり分類学の次元でも、まだ我々は高齢期の脳に何が起きるのか、わかっていないのである。

5) グローバルな目標としての Dementia-friendly community

20世紀には認知症とはあくまで「疾病」とされたが、21世紀は勇気ある当事者が立ち上がり、英国を皮切りに世界中でパラダイムシフトが起きている最中である。このような大きな流れにおいて、重要なキーワードがDementia-friendly community（以下DFC）である。DFCとは認知症に対する偏見の解消、差別の撤廃、認知症と共に生きる人々の包摂、社会参加の促進を目指す活動を示し、日本では「認知症にやさしい地域」と表現されることが多い³⁾。

はじめてDFCの語が使用されたのは、2001年のスコットランド・アルツハイマー病協会の作ったガイドブックの中とされている⁴⁾。ここでは認知症をもつ二人の当事者（James McKillop氏とEllaine Robinson氏）が、自らの体験を記した。なお2001年には同じく当事者であるChristine Bryden氏が国際認知症権利擁護・支援ネットワークを発足させた。2002年にはスコットランドで認知症当事者の組織（スコットランド認知症ワーキンググループ）が発足した。2009年にはスコットランドの超党派国会議員による「認知症の人々とケアラーのための権利憲章」が策定され、当事者の意見を当事者の意見が政策に反映され始めた。そしてそれは「リンクワーカー制度」として実装されている。2012年には英国政府がDFCを作ることを政策目標として明示した⁵⁾。そして実際にDFCができているかが評価され（DemCom Study）、どのようなDFCがどれくらいあるのか、が報告されている⁶⁾。このようにスコットランド、そして英国から始まったDFCはいまや先進国の多くで政策目標とされている。日本でも、これまでの社会が、認知症と共に生きる人を包摂した社会へと大きく変貌してゆくプロセスのスローガンとしてDFCあるいは「認知症フレンドリー」が使用されている。

6) 認知症の人が社会で直面する困難とは

ここまで、認知症のひとが増えていること、認知症とは従来の「疾患」としての見方では見誤ること、むしろそこから出現する生活世界の困難

であること、超高齢社会において予防や治療というイノセントな枠組みが乗り越えられつつあること、そして世界がDFCを目指していることを述べてきた。しかし、どのようにDFCを実現すればよいのだろうか？日本に固有の歴史、風土、制度、そして死生観に沿った実装が必要であろう。

臨床的に認知症をもつ人の多くが直面する困難とはなんだろうか。主要な困難として「住まい喪失」を忘れてはならない。住まいを喪失した人とは、語の本来の意味において「ホームレス」の人である。すでに米国では認知症をもつ独居の人がホームレスとなるリスクが指摘されている。

ではホームレス支援学の側から見てみよう。ここで、例えば米国の統計ではホームレスの方は55万人程度いることからわかるように(定義の問題はさておき日本は幸い1万人を切っている)、社会的関心が高い。ホームレスの方の支援のための研究は、公衆衛生学、精神医学などに広くまたがる巨大な学であり、海外の医学雑誌では多くの論文がみられる。例えば米軍の退役軍人におけるアフガニスタンおよびイラク従軍とホームレスリスクを論じた論文⁷⁾のように極めて生々しい研究もなされている。さて、従来のホームレス支援の文脈では路上生活者や退役軍人に支援が集中し、高齢者が見過ごされていることはすでにCulhaneら⁸⁾が指摘している。近年、高齢のホームレス者は、(1)長年のホームレス歴を有し、アルコールや違法薬物などの依存症なども合併し、受療せず、一所に安定しないもの(古典的ホームレス)と、(2)長年安定した仕事や住まいがあったものが離婚、失職、精神疾患を契機に高齢期にはじめてホームレスになるもの(新しい現象)に整理されつつある。しかし後者についてはまだ十分な知見が得られていない。オーストラリアの高齢ホームレス者の大規模な調査からは、70%が安定した仕事や住まいを持っていた人々であったと報告されている⁹⁾。そして家を失った契機として「立ち退きを迫られた」「家族と住めなくなった」「家賃が払えなくなった」「階段が登れないなどで住めなくなった」を挙げている。我々も東京のいわゆる山谷地区等の調査から、共同居住施設等に住む生

活困窮者の平均年齢は65歳であること、およそ3人に1人は何らかの精神疾患を持つことを示した¹⁰⁾。さらに65歳以上の者のおよそ8割は認知機能スクリーニング尺度であるMMSEでカットオフ値以下（認知症を疑うべき状態）であった¹¹⁾。しかし日本の調査はまだほとんどないのが実情である。

本論はここから、住まい喪失者を支援する2つの優れた実践——世俗的な実践と宗教的な実践——について考察することで、日本でDFCを具現化するための方法論を抽出したい。そして、その方法論が、人生や世界の意味を志向する点で死生観そのものであることを示したいと思う。論を牽引したのが医学者であることから、宗教学を専門とする読者諸兄から見れば不勉強もあるかと思うが、一つの学際的試みとして評価いただければ幸いである。

2. ふるさとの会の実践から

1) 経路

ふるさとの会は東京都のいわゆる山谷で路上生活者に対する炊き出しを行うサークルとして1990年に活動を開始し、1999年に特定非営利活動法人格を取得した。「生活困窮者が地域の中で、安定した居住を確保し、安定した生活を実現し社会のなかで再び役割や人としての尊厳・居場所を回復するための支援」という社会的使命を掲げている。

ふるさとの会の特徴は、高い理念を掲げる一方で、実際に生活困窮者にたいして居住支援や生活支援を行っているところにある。誤解を恐れずに言うと、行政や社会に対して激しくプロテストするというよりも、今ある制度内でできる限りのことをする、行政とも協力する、より良い制度に向けて礼儀正しく提言はする、という成熟した態度である。

どのような経路でこの方針が生まれたのかと考えてきたが、筆者（岡村毅）が元理事長から聞いたナラティブで印象的だったものがある。「路上生活者が多数いた時代に、路上生活者に住まいを提供していたとこ

ろ、お前達がそういうことをするから行政がしなくなってしまうのだと言われた」および「路上生活者の支援者から、公園に住む権利もあるのだから（住まいの提供ではなく）公園にガスや水道を引くべきだと言われたが、それは違うと感じた」である。前者は、困窮者支援は行政がすべきこと（福祉自治体論）と、民間の知恵を引き出すべき（条件整備者 enabler としての自治体）という議論を先取りしているともいえる。後者も、重要な問題を内包している。たしかに公園に住む人の公園居住権を主張して戦うことにも何らかの意味はあるが、夏は暑く、冬は寒く、健康にはよくない。そもそも公園は住むための場所ではない。公園居住を応援することは善き意図と反して排除の定常化に繋がらないだろうか。公園に住まざるを得ない人の苦悩を受け止め、まずは尊厳をもって住める安全な場所を提供すべきとした当時の元理事長の判断は、現代から見れば極めて常識的に思われる。

2) 活動内容

現在は台東、墨田、新宿の3つの地域でエリアマネジメントを行っている。およそ20の共同居住を運営しているほかに、地域に単身独居する高齢者や障害者の支援をしている。その支援対象者は約1,200名である。共同居住とは第1種（届出に加えて行政の認可を要するもの、公的側面が強い）、第2種（届出を要するもの、民間が行う）の生活支援施設であるが、ほかにもヘルパーステーション、刑事施設からの出所者の地域定着支援、精神障がい者のためのグループホーム、就労支援付き住居、不動産業など多岐にわたる事業を展開している。詳細はホームページ (<http://www.hurusatonokai.jp/>) も参照頂きたい。

支援対象者は、従来は山谷地区で長く肉体労働に従事し（いわゆるドヤ街にすみ不安定な居住環境で過ごし）、そして高齢化や疾病などにより支援が必要になった人が多かった（従来の生活困窮者）。近年は、安定した居住環境で人生を歩んできた方が高齢化して、軽度認知障害や離婚など何らかの理由で住まいを失い、生活保護となり、路上生活を経由せずに行政から紹介されてくる人もいる（高齢期の初回ホームレス）。

他には機能不全家族にて生育し、物質依存などをもち、刑事施設等を経て支援に至る若者もいる。

3) 理論

支援対象者には、誤解を恐れずに言えば支援することが難しい人もいる。そのような人々に寄り添うことを使命としてきたふるさとの会は、ケア専門家や哲学者を勉強会に招き、現象学を補助線として独自の支援論を構築してきた。

a. 問題行動を抑制しない

ふるさとの会の被支援者の中には、人を信頼したりされたりした経験がない人も多い。いわば支援を受ける基盤が欠如しており、これに手当てすることを「ケア前ケア」と呼んでいる¹²⁾。そして、共同生活を揺さぶる行為がみられたとき、いわゆる「問題行動」として一方的に判断せず、一旦判断を置いておき（これを現場でエポケー *ἐποχή* と呼ぶ）むしろ当事者を理解しようとする。些細なきっかけで飲酒し、酔って帰ってきてはくだを巻く当事者に対して、そこまで追い込まれている理由は何だろうかと考えることが支援の始まりである。あるケースでは、幼少期より不安定な家庭で、虐待を受け他人を信頼できずに大人になりそして老年期を迎えてしまった、という苦悩が告白された。しかしこれを語ることは、支援がすでに始まっているということである。

b. 皆で「なぜだろう」と考える

このような事例があった。高齢の被対象者がトイレトペーパーを自室に収集してしまうので喧嘩などのトラブルになっていた。そこでスタッフや他の方も一緒になってなぜだろうと考えたところ、生活歴を踏まえてある職業上の用具と間違えているのではないかと仮説が出された。そして、その用具を買ってきたところ、本人は機嫌がよくなり皆笑顔になった。この過程で、たとえばトイレトペーパーをトイレに置かず各人が持っていけばいいだけの話だという合理的配慮も提案された。この事例は「収集」や「易怒性（怒りっぽい状態）」といった一面的症状ではなく、その人を一人の「人」として尊重し、その人自身の視点

や立場を尊重して行うパーソン・センタード・ケアそのものである¹³⁾。

c. 安心と誇り

ふるさとの会では、ホームレス状態の方を共同居住で受け入れ、穏やかな環境を提供する。時には福祉から紹介されてきた方で、すぐに2階の窓から逃げ出そうとした方がいた。ドアには鍵はかかっておらず玄関から難なく出られるというのに……。彼はそのような環境で人生を歩んできたのである。スタッフや同じ境遇の方々との信頼関係を醸成し、まずは自分には居場所があるのだという「安心」を得てもらおう。そして、できれば共同体の中で役割を獲得してもらおう。例えば車いすの方と友達になり、一緒に買い物に行く（つまり車いすを押してあげる）など。これは失われていた「誇り」を取り戻すことにほかならない。今ではふるさとの会で働いている方も多数おられる。

d. 実存を支える

生活困窮者とは、経済的な貧困のみではなく、関係的な貧困に苦しんでいるのだという¹⁴⁾。特に刑事施設から出所した人は、過去・現在・未来のつながりが失われている。というのは、一定期間、物理的に隔離されていたことに加え、様々な事情があり郷里や過去の人間関係と断絶しており、そのうえ安定した住まいのないものが地域生活定着促進事業にのって支援対象者となるからである。的場由木によれば¹⁵⁾、つながりの回復とは「いまここ」にいる意味の回復にほかならない。はじめは自分の境遇や周囲に被支援者は怒っていることが多いが、落ち着いた生活と、安定した人間関係を提供することで徐々に怒りから解放される。怒りとは、自己を犠牲者として規定することにほかならないが、いまここにいることが自分のこれまでの人生の選択の結果であると受け止め、それなりに意味があったのだと感ずることで怒りは消えてゆく。

ひとつ例を挙げよう。ある方は、ふるさとの会の生活に徐々に馴染む一方で、自分には本当はほかに自宅があるはずだ、という確固たる信念（妄想ともいう）に取りつかれ、家を探してしばしばさまよい出た。遠方で保護される度に支援者が迎えに行き、頭ごなしに否定するのではなく傾聴した。すると徐々に生活に慣れ、また同じ境遇の人と近所の散歩

に行くようになり、妄想からは徐々に離れていった。過去や未来とのつながりが失われていた時、「ほかの人生があったのではないか」という考えに支配されていたのが、住まいや人間関係の安定により、いまここにいることに意味があるのだと納得できたと言えないだろうか。

e. 死にゆく人を支える

支援対象者は故郷を追われ、親族とも没交渉の方が多い。死んだあとは、自分のことは忘れられ、生きた証は永久に消えてしまうと不安に思う人も多い。ふるさとの会では、亡くなる瞬間まで安心して過ごせるように、医療・看護・介護とも協働して最後の時を共同居住の中で過ごせるように支援している。家族はいないが、共に住む仲間にも囲まれて旅立っていかれた方も多し。また亡くなった後には偲ぶ会をしている。これにより、死は終わりではなく、残された仲間の記憶の中で永遠に生き続けるのである。

3. ひとさじの会

1) 経路

ひとさじの会（「社会慈業委員会」）は、浄土宗の若手僧侶たちを中心に2009年の4月に設立された。役員の内ほとんどは僧侶であり、事務所は台東区清川の光照院（浄土宗）という、いわゆるFBO（Faith-Based Organization = 信仰を基盤とした組織、4章2節にて詳述）である。代表は本論文の共著者（高瀬顕功）であり、事務局長は光照院副住職の吉水岳彦である。

ひとさじの会は、浄土宗開祖の法然上人が弱った人々に一匙の重湯を施した逸話をもとに「食べるのに困っている人に少しでも寄り添いたい」という思いを込めて名づけられた。発端は、他のホームレス支援団体が行う夏祭り（慰霊祭も伴う）での読経の依頼だった。何度か読経ボランティアに行っていると、現事務局長の吉水氏が元路上生活者から「お墓が欲しい」という相談を受けることになる。

路上生活者は、死後の行き場も非常に不安定である。すなわち路上で亡くなった場合、生活保護の一環で葬祭扶助により火葬までは行われるが、縁遠かった親族がその遺骨を引き取り、埋葬まで行うことは決して多くない。路上生活者は、引き取りを拒否された遺骨があることも、自分もまた拒否されるかもしれないことに自覚的である。路上で生きてきた人たちが、死後自分はここに来るのだという意識を持ち、また、亡くなった後に落ち着ける場所、仲間が集まれる場所としてお墓を欲していた。そのような思いを受けとめて光照院に建立されたのが「結(ゆい)の墓」である。2019年9月現在、結の墓には15柱の遺骨が納められている。また、このほかに山谷地区で活動をする諸団体の墓も光照院にはあり、それらを含めると80柱ほどのお骨が眠っている。

死者供養は僧侶の役割ともいえるが、ひとさじの会はそこから路上生活者に対して平生への関わりを持つとうとした。すなわち、炊き出し、配食等によるアウトリーチである。現在、この活動には浄土宗僧侶のみならず、他宗派僧侶、他宗教信者、学生、市民が参加し、僧俗、宗教を超えた活動となっている。

2) 活動内容

アウトリーチ活動は、月2回(原則第1、第3月曜日)路上生活者におにぎりを届けながら話を聞くというスタイルで行われる。そのほか、前述の身寄りのない方の葬儀や夏祭りでの読経に加え、寺院に上がった供物(とくにお米)の寄付の呼びかけなどを行っている。

アウトリーチ活動のエリアは、浅草、上野、いろは会商店街、白髭橋から吾妻橋にかけての隅田川の兩岸である。近年、国際観光都市へと変貌している浅草であるが、浅草寺周辺の商店街にはアーケードがあり、路上で寝る際に雨露をしのげる場所となっている。また上野には、上野恩賜公園やターミナル駅があり、寝場所を探して大勢の路上生活者が集まる。いろは会商店街とはいわゆる山谷地区の中心にある商店街で、簡易宿泊所(通称ドヤ)が林立する、ドヤ街に位置する。現在では老朽化のためアーケードが撤去されたが、以前はその下で多くの路上生活者が

寝ていた。隅田川の川岸には首都高速道路の高架や公園があり、いずれも路上生活者が夜を過ごしやすい場所となっている。

活動日は15時ごろより準備が始まる。寺院内では配食の際に一緒に提供される衣類、常備薬、飴などの鞆詰めが行われる。境内ではガス炊飯器で米が炊かれる。そして倉庫ではおにぎり作りが行われ、毎回170個ほどのおにぎりが準備される。休憩時間を挟んで、出発前に本堂では勤行が行われる。導師が本尊の正面に座り、参加者はその後ろで、式次第をみながら路上生活者のことを祈り、念仏を唱える。この勤行への参加は強制ではないが、多くの参加者が一緒に経文を読む。

アウトリーチ活動は、20時過ぎから22時ごろにかけて行われる。遅い時間帯に行うのは、夜、店舗の軒先を借りて寝る人がいるからである。また、アウトリーチするのは、様々な事情で他団体の炊き出しに並ぶのが難しい人がいるからである。この時間、すでに布団をかぶって横になっている人もいれば、安全な寝床を探そうと歩いている人もいる。このアウトリーチ活動では、一人ひとりにおにぎりを手渡しながら時間の許すかぎり話を聞く。すでに寝ている人にも声はかけるが、無理に起こすことはせず、その場合はおにぎりを枕元に置いていく。

話を聞くなかで、もし、専門的な医療的ケアが必要であれば、無料クリニックを持つNPO法人山友会につなぐ。また、もしアパートに入りたいという相談を受ければ、入居時に保証人になってくれるNPO法人もやいへつなぐ。このように、ひとさじの会ではさまざまな支援団体と連携し、路上で出会った人のニーズに合わせて専門支援を提供する各団体へつなげている。

22時頃には5つのルートに分かれて活動した参加者が浅草吾妻橋のたもとで集合し、活動報告が行われる。最後は皆で十念（南無阿弥陀仏と十回唱えることで、浄土宗では最も一般的に行われる念仏の一種）し、解散となる。

3) 理論

ひとさじの会では「支援」ではなく「支縁」という言葉を意識的に使用

している。

路上生活者は関係性から排除されている人が多い。関係性とは、人間関係そのものであるが、これらは他者への信頼、自己への信頼などが基盤にあって初めて成り立つ。しかし、路上生活者の多くはこの自他への信頼が著しく低いことがある。自他への信頼を回復し、関係性を取り戻す。すなわち、その人が生きていくための縁を支える。そういう活動を意識しているためである。

例えば、「生活保護の申請を手伝うよ」と声を掛けられ、質の低い貧困ビジネスに搾取されるケースも少なくない。そのような場合、自分に声をかけてくる人が信用できなくなるのは当然である。こういった搾取から逃れるため、施設を抜け出す人もいるが、そのような人は行政からは「施設に適応できなかった失敗者」と見なされ、生活保護の申請がしづらくなることもある。こうして、路上生活が長期化したり、繰り返したりすることで、自分に対する自信も失い、自己肯定感も低下する。路上で出会う人は、「俺なんか放っておいてくれ」「そのへんで死ぬからいいよ」と自暴自棄になっている人も少なくない。

ひとさじの会では、活動の開始前(勤行後)に、「配食の際にはしゃがんで、できるだけ同じ目線で声掛けすること」、「寝ている人は無理矢理起こさないこと」、「大勢で相手を取り囲むように立たないこと」などの注意点が共有される。これは、相手と同じ目線で話すこと、自分がされたいやだと思うことをしないことを伝えるものであり、ボランティアと路上生活者を〈支援者-被支援者〉の関係に置かず、水平的に関わるよう意識づけるものである。

実際、アウトリーチの際、おにぎりを渡し、体調をうかがった後、天気の話や街並みの変化の話など他愛もない話をすることも少なくない。会話の中で、路上生活の上でのニーズを把握し、必要とあらば前述のように適切な団体につなぐこともする。路上で生活しながら段ボールや空き缶を集めて生活している人もいる。「路上を出よう」、「生活保護を受けよう」という声掛けをしないのは、路上で生きてきた人たちの矜持を傷つけないためでもある。

ひとさじの会は、路上生活者の支縁をすると同時に、参加した人にも大きな変革をもたらすことが、参与研究をおこなった河田ら¹⁶⁾によって報告されている。まず、河田らはひとさじの会の強みを以下のように考察している。

第一に、各参加者に応じた宗教性が許容されることである。つまり、路上生活者の安寧やいのちのかけがえのなさという参加者が共有できる祈りから、宗派意識や関わりの度合いに応じた祈りが用意され、いずれも強要されることがないという点である。

次に多様性と開放性である。参加者は、檀家・地元住民・ベトナム人留学生・学生・教員・看護師・新宗教の信者など多様な背景を持つ。日常ではなかなか出会わない人たちと、活動を通じて知り合うことができることを魅力に感じ参加する人もいる。また、参加時間も、参加者にゆだねられている。炊事だけで帰る人もいれば、配食から参加する人もいる。それぞれの生活にあわせた活動参加が認められている。

そして参加者はゆっくりと確実に変わってゆく。ひとさじの会では浄土宗の教義を特に強調することもなく、僧侶により中央集権的に行われるものではなく、自発的に行われるように敢えてマニュアル化なども最小限に抑えられているようである。結果、参加者は回を重ねることで、たんなる〈外部からの参加者〉ではなく「支縁論」を共有した〈会のメンバー〉へと意識を変容させていく。そのことを、河田らは以下のように記載している¹⁶⁾。

仕事帰りらしきスーツ姿の男性に「なんでしてるの？」と声をかけられた。そのいぶかしげな視線は、おにぎりを配る私たちに向けられたものだった。私たちもその理由を調べに来ている。しかし、通りがかる人々からすれば、私たちも路上生活者の側に立つ支援者である。すでに私も、活動中だけとはいえ、おじさんたちの側であることに馴染んでいた。だからこそ、その時ずっと「お腹がすいているからですよ」と、ひとさじの会の一員として答えられたのだろう。

ひとさじの会の「いのちの尊厳を守り」「寄り添う」というミッションは、他の参加者や配食活動での路上生活者との相互行為を通して再帰的に個々の参加者に埋め込まれていくのだという。このような活動は、社会に関わる（あるいは変革する）ことを目指す仏教者の営みとして重要と思われる。

路上生活者支援を通じ、参加者一人ひとりの意識を変容させるひとさじの会の活動のありようは、社会変革を直接目指す運動とは一線を画すものの、社会に積極的にかかわっていく「Engaged Buddhism」の一つの形態として受け止めることもできるだろう。

4. DFCの実現に向けて

1) これまでの日本の動向

はじめにこれまでの日本の動向を振り返っておこう。かつて認知症は重度の精神障害であり、専門施設で「保護」することが本人にとって（そして家族・地域にとって）よいとされてきたが、そのような考え方は徐々に変わってきた。日本の認知症施策等の変遷を表2にまとめた。

専門の立場から特に注目すべきは2012年のオレンジプランであろう。これには前段があり、厚生労働省の認知症施策検討プロジェクトチームによる報告書「認知症施策の今後の方向性について」において、「自宅→

表2 認知症に関わる日本の最近の政策等動向

2000年	介護保険制度
2000年	成年後見法
2004年	痴呆から認知症に名称変更
2005年	認知症サポーター100万人キャラバン
2005年	地域包括支援センターの制定
2012年	認知症施策推進5か年計画（オレンジプラン）
2014年	日本認知症ワーキンググループ発足
2015年	認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）

グループホーム→施設あるいは一般病院・精神科病院」というような不適切な「ケアの流れ」を変え、むしろ逆の流れとする、という当時としては革新的な目標が示された。ケアの流れを変えるとは、精神科病院への長期入院の解消である。同時にそれは、一般病院の認知症をもつ患者の拒否、認知症をもつ人の地域の受け皿がないことといった様々な社会の矛盾をあぶり出した。

また2014年に日本認知症ワーキンググループが発足し、当事者が声を上げ始めたことは特記すべきことである。なお日本認知症ワーキンググループは、2017年9月29日に一般社団法人となり日本認知症本人ワーキンググループ（JDWG）に改称した。

後世から振り返ってみれば21世紀前半の日本の動きは、認知症をもつ人々が自由と尊厳をもって暮らせる社会を目指した、変革の時代であったと総括されるかもしれない。

2015年の新オレンジプランは「認知症施策推進総合戦略～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～」と自ら称しているくらいであり、DFCを謳っている。そのため7の柱の一つとして「認知症の人の介護者への支援」が挙げられ、その具体例として「認知症の人やその家族が、地域の人や専門家と相互に情報を共有しお互いを理解し合う認知症カフェ」を挙げている。一方で、多くの認知症カフェは月に1回の開催であり十分とは言えないだろう。とはいえ、我々も研究事業として相談者が滞在して、過ごすことができる、週4日日中オープンする「場の支援」を行っている¹⁷⁾。これには多大な時間と労力と費用が必要であることも確かである。「場の支援」をすると現場では様々なトラブルも起きるし、認知症のみならず、そのほかの精神疾患などを持つ人もやってくるからである。地域のどこかに常に当事者どうしが出会い、相談し合える場所があることは理想であるが実装するのは並大抵のことではない。

2) 社会運動論とNPO/FBO/NGO

ふるさとの会とひとさじの会の経路には共通性がある。秩序に基づいた形で政府とも協働するあり方としてのNPO、FBO、NGOといった

あり方である。FBO (Faith-Based Organization = 信仰を基盤とした組織) とは、主に欧米において、宗教による社会活動の分析に用いられている概念で、信仰を基盤とし、理念や人的資源、財政的資源を動員し種々の活動を行う組織を指す。米国では1996年のクリントン政権時に、福祉改革法の一環として慈善的選択規定 (Charitable Choice) が採択されたことで、政教分離の原則にもとづきながらも政府が宗教組織を社会福祉の担い手として活用する動きが広まりつつある。ふるさとの会はNPO法人であり、ひとさじの会はFBOであろう。DFCを実現するための社会運動としては、動員ではなく、普遍的で市民社会的で内発的な運動が適しているのかもしれない。その理由は、第一に認知症が人の生物学的制約であり、すべての社会構成員において平等の条件下にある、いわば無知のペールに覆われているからである (ここで貧困→健康リテラシー→生活習慣病→認知症という因果は科学的には未だ確立はしていないことを付記する)。第二に、公共部門にできることは限界があり、例えば人口の10人に1人が認知症と共に生きる時代に政府による介護医療福祉のみで我々の社会が存続するかどうかは疑問であり、NPO/FBO/NGOの活動なくして超高齢多死社会を支えることはできないからである。

社会を変えようとするとき、フレーム分析を援用すれば、超高齢多死社会の問題を正しく診断し、どのような社会に向かうべきかと予言し、それに向かう動機付けをすることが必要だ。このようなフレームとしてDFCは機能するのではないだろうか。

3) 関係を支える、死を支える

二つの活動の共通点を見てみよう。まずは関係を支えることである。ふるさとの会では、人間関係や、過去や未来との連続性を絶たれた人に、関係を回復させる支援を行っている。ひとさじの会では「支縁」という言葉を用いて、自己肯定感の低下した人と同じ目線で向き合い、関係を築くことを重視している。

次に死を支えることである。深い支援とは、当然ながら人間が避けら

れない実存的瞬間、すなわち死をも支援するものなのであろう。ふるさとの会では、地縁血縁から疎外された人々が、穏やかに死を迎え、そして死後も記憶の中で生きることができるような支援をしている。ひとさじの会は、そもそも死後の安寧のために墓を作ってほしいという路上生活者の願いから始まった。筆者（岡村毅）が参加した時に感じたことは、路上生活者をもつ僧侶に対する畏敬の念は大きいということである。僧侶が路上にいることによって、世俗の時間や因縁とは別の世界が現前するのではないだろうか。

ふるさとの会とひとさじの会は、精神医学的観点からは驚くほど共通点を持つように思われる。それは、世俗だろうが宗教であろうが、同じ人間というものを支える以上、深い思考と勇気ある実践の後にたどり着いた本質なのかもしれない。そして精神医学もまた、社会から疎外され、最も困難にある人を支える営みであることを忘れてはならない。

4) 権利に基づく支援

DFCを目指すときに最も重要な理念は何だろうか。国際アルツハイマー病協会は「権利」といっている。WHOは認知症をもつ人への支援の原則として、人権に基づくアプローチが必要だとしている。そしてその方法として、やはりスコットランドのPANEL原則（Participation（参加）、Accountability（責任）、Non-discrimination and Equality（差別されないこと、平等であること）Empowerment（エンパワーされること）、Legality（合法性））を挙げている¹⁸⁾。

DFCとは「認知症を持つ人も増え、彼らはいろいろと障害を持っているのだから、上手に配慮しないと本人にとっても彼らにとっても危険が大きい。したがって社会の中でいろいろ工夫することが最大多数の最大幸福だ」という功利主義的な思想とは全く異なる。ふるさとの会は明確に「その人に見える世界」を前面に出した支援論を展開している。ひとさじの会は、水平の関係を強調している。DFCとは、認知的弱者のための物理的な工夫の集合体などではなく、人類が21世紀にたどり着いた超高齢社会に、より包摂的で権利に基づいた在り方なのである。

そして、どのような違いがあっても人は平等であり、その価値の大小を決めることは人にはできないという、ある種の超越的なものを措定した支援論といえないだろうか。

どうやら人権 (human-rights) という概念が鍵のようである。日本の認知症ケア学をけん引する山崎によると、もともと福沢諭吉がrightsの日本語訳として使っていたのは「権利」ではなく「権理」であったという¹⁹⁾。権理が権利になったときに、何らかの変化が起きた。山崎が自らの職場のスタッフ約700名にアンケートしたところによれば、権利が自分たちの職場では大切だと答えたものが8割いたのに対して、日本になじむと答えたものは5割にとどまったという。「権利」といった場合の個人主義的色彩が日本においては障壁となっているのかもしれない。しかし人類の光であるはずのhuman-rightsという言葉が等価に日本語になっていないがために、我々の社会が人類の歩みの王道から疎外されてしまったとしたら残念なことである。

認知症を持つ人を支援するもの、住まいを失った人を支援するものは、超高齢多死社会となった日本において協働するべきであろう。社会とのつながりを失い、死と隣り合わせの人の支援をする2つの優れた支援——世俗と宗教——は、深い死生観を有することで、当事者の尊厳を守っていた。そして、その支援論に共通していたのは、人権の尊重であった。

5. 新たな学際研究のために

我々は宗教(学)者と老年学の協働の上に新たな研究を始動させている。最後に我々の開拓的歩みをいくつか紹介して論を終えたい。

多死社会にあって高齢者施設の介護者は重大なストレスにさらされている。業務が身体的に負担である上に、徐々に衰え、死を迎える人を支えることは精神的にも負担であろう。そもそも全員が、はじめから死を扱う仕事と思って介護職員になったわけではない。そして私たちの社会も死と正面から向き合ってこなかった。

人は対人サービスで疲弊すると、対象者を「人」として見ないようになり（つまり、あたかも物に対するように振る舞うことで自分の心が揺さぶられる事を防ぎ）、結果的に自分自身を守るようになる。この機制は脱人格化（depersonalization）と呼ばれる燃え尽き症候群（burnout）の一因子であるが、虐待につながる。

そこで我々のチームは首都圏の施設介護者約350名に調査票調査を行い、介護現場の脱人格化は、Frommelt Attitude Toward the Care Of the Dying（FATCOD）で測定された「死にゆく人をケアすることに前向きな人」では少ないことを明らかにした²⁰⁾。また信仰を持つ人は、死にゆく人のケアに前向きである可能性があることを明らかにした²¹⁾。さらに、僧侶が介護者にそれぞれ1時間半にわたりじっくり話を聞いたところ、死にゆく人をケアする行為は、最近世間で言われているような「スピリチュアルケア」といった言葉では包摂できない、深く複雑な死生観を伴う事も見出した。現在質的分析を行っているところである。それ以外にも月参りの実態調査を行い、地理情報システムを用いた解析と組み合わせた研究もしている²²⁾。

我々の研究チームは、宗教者兼研究者が中心にいることにより、学問的課題の追求と社会実装による貢献のバランスに常に配慮し、よりよい社会を築く礎となる研究であろうとする強い根本動機をもつ。また、特定の宗教や宗派の利益にならないように慎重に配慮し、常に大学の倫理委員会を通すなど慎重に進めている。新たな学際研究の作法になりえるかもしれないと考え最後に簡単に触れた。

謝辞

大正大学の小川有閑先生、東京都健康長寿医療センターの宇良千秋先生、未来工学研究所の新名正弥先生には、原稿を読んでもいただき率直なご意見を賜ったことに対して、感謝申し上げます。また浄土宗総合研究所の東海林良昌先生にも感謝する。

ひとさじの会の吉水岳彦様、ふるさとの会の創業者である水田恵様に

は、最大限の謝意を表明します。両団体の関係者の皆様にも感謝申し上げます。

Reference

- 1) 栗田主一. 平成 26 年度「認知症初期集中支援チーム」テキスト.
- 2) Kivimäki M et al. Physical inactivity, cardiometabolic disease, and risk of dementia: an individual-participant meta-analysis. *BMJ* 2019; 365: 11495
- 3) 栗田主一. Dementia-friendly community 理念と世界の動き. *老年精神医学雑誌* 2017; 28: 458-465
- 4) Alzheimer Scotland-Action on dementia. Creating dementia-friendly communities: a guide. Alzheimer Scotland. Edinburgh. 2001
- 5) Department of Health. Prime Minister's challenge on dementia. Delivering major improvements in dementia care and research by 2015. 2009
- 6) Buckner S et al. Dementia Friendly Communities in England: A scoping study. *International journal of geriatric psychiatry* 2019; 34: 1235-1243
- 7) Metraux S, Clegg LX, Daigh JD et al. Risk factors for becoming homeless among a cohort of veterans who served in the era of the Iraq and Afghanistan conflicts. *Am J Public Health*. 2013; 103 Suppl 2: S255-61
- 8) Culhane D, Metraux S, Byrne T, Stino M, Bainbridge J. The age structure of contemporary homelessness: Evidence and implications for public policy, *Analyses of Social Issues and Public Policy* 2013; 13: 228-244
- 9) Petersen M and Parsell C. Homeless for the first time in later life: An Australian study. *Housing Studies* 2015; 30: 368-391
- 10) Okamura T, Takeshima T, Tachimori H, Takiwaki K, Matoba Y, Awata S. Characteristics of individuals with mental illness in Tokyo homeless shelters. *Psychiatric Services* 2015; 64: 1290-1295
- 11) Okamura T, Awata S, Ito K, Takiwaki K, Matoba Y, Niikawa H, Tachimori H, Takeshima T. Elderly men in Tokyo homeless shelters who are suspected of having cognitive impairment. *Psychogeriatrics* 2017; 17: 206-207
- 12) 的場由木、佐藤幹夫. 「生きづらさ」を支える本 言視舎 2014
- 13) 岡村毅、的場由木. ホームレス支援における当事者中心の支援論 *精神療法* 2016; 6:

818-823

- 14) 奥田知志. 絆支援の制度化: 「第3の困窮としての関係の困窮」に対する PSP (パーソナル・サポート・パーソン) の可能性. ホームレスと社会 2011; 4: 105-110
- 15) 的場由木. シンポジウム「地域社会とスピリチュアリティ: 新たな働きのかたち」. 第12回日本スピリチュアルケア学会 (2019年9月6日-8日)
- 16) 河田純一、坂場優、富澤明久、福井敬、宮澤寛幸、弓山達也、渡邊龍彦. 路上生活者支援の宗教性・価値・共同性: ボランティアはなぜお寺でおにぎりを握るのか. 宗教と社会貢献 2018; 8: 1-33
- 17) 東京都健康長寿医療センター. 認知症とともに暮らせる社会に向けた地域ケアモデル事業報告書 (平成28年、29年) http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/zaishien/ninchishou_navi/torikumi/jigyoku/caremodel/pdf/gaiyou.pdf
- 18) World Health Organization. Ensuring a human rights-based approach for people with dementia. Available at https://www.who.int/mental_health/neurology/dementia/dementia_thematicbrief_human_rights.pdf
- 19) 山崎英樹. 権利を基礎とする認知症医療・介護の在り方に関する研究. 生存科学 2018; 29: 113-123
- 20) Okamura T, Shimmei M, Takase A, Toishiba S, Hayashida K, Yumiyama T, Ogawa Y. A positive attitude towards provision of end-of-life care may protect against burnout: Burnout and religion in a super-aging society. PLoS ONE 2018; 13: e0202277. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0202277>
- 21) Toishiba S, Shimmei M, Ogawa Y, Takase A, Hayashida K, Okamura T, Awata S. Factors associated with positive attitudes toward care of dying persons among staff of geriatric care facilities in Japan. Geriatrics & Gerontology International. 2019; 19: 364-365
- 22) 小川有閑. 月参りにみる地域特性一超高齢社会における寺院の役割一. 2019年日本宗教学会 第78回学術大会