

[特別寄稿]

## 高齢者医療における差別を克服するために

—— 差別の視点から見た相模原事件を通して ——

佐々木 恵 雲\*

### はじめに

2016年7月、相模原市の障害者施設「津久井やまゆり園」で入所者19人が殺害され、職員を含む27人が負傷した、いわゆる“相模原事件”が私たちの社会に与えた影響は衝撃的なものであり、それは障害者福祉の領域にとどまらなると考えられる。

私自身がこの事件を知り、強いショックを受けたことは、植松被告が障害者に対する強烈な差別意識を抱えながら、職員として「津久井やまゆり園」に勤務して、障害者の介助を実際に行っていたということである。障害者福祉の現場での実際の介助者がこのような凶悪な犯罪を引き起こしたことに、医療の現場で患者さんの治療にあたる医師として、教育の現場で看護師・保健師を養成する教育者として、私の心は強く揺さぶられた。

世界に類を見ない超高齢社会に突入した日本では、認知症を中心とした医療のみならず手厚い看護・介護を必要とする高齢者が急増している。このような高齢者に対する適切なケアについて模索されているが、そのケアを提供するためには医療者・介護者・家族に莫大なエネルギーが要求される。その中で相模原事件のようにケアを提供する側の疲弊、不平、不安がケアを提供される側への怒り、憎しみ、虐待と転化する可能性も少なくないと考えられる。

そこで本稿では差別の視点からみた相模原事件を通して、特に高齢者医療における高齢者と医療者の関係、ケアの問題点について考察する。

### 復活する優生思想

はじめにでもふれたように、植松被告が障害者に対し差別意識を抱えながら、どのようにあの凶悪な犯罪に踏み切ったかについて、時間経過をたどりながら述べてみる。植松被告は2016年2月15日、大島衆議院議長に手紙を届けており、その手紙の内容の一部を引用してみる<sup>1)</sup>。

〈私は障害者総勢470名を抹殺することができます。常軌を逸する発言であることは重々理解しております。しかし、保護者の疲れ切った表情、施設で働いている職員の生気の欠けた瞳、日本国と世界の為と思い、居ても立っても居られずに本日行動に移した次第であります。理由は世界経済の活性化、本格的な第三次世界大戦を未然にふせぐことができるかもしれないと考えたからです。(中略)私の目標は重複障害者の方が家庭内での生活、および社会的活動が極めて困難な場合、保護者の同意を得て安楽死できる世界です。重複障害者に対する命のあり方は未だに答えが見つかっていない所だと考えました。障害者は不幸をつくることしかできません。〉

その後植松被告は2月19日やまゆり園を自主退職し、相模原市が緊急措置入院を決定した。入所後も植松被告は「ヒトラーの思想が降りてきた」「しゃべれる障害者は好きだし、面白いこと言うな、とか思うんですけど。しゃべれない人は存在しちゃいけない」等医師に語っている<sup>1)</sup>。そして3月2日措置入院が解除され、7月26日植松被告は午前2時ごろやまゆり園に侵入し、入所者らを次々に襲い、神奈川県警津久井

\* 藍野大学短期大学部学長

署に出頭し、逮捕される。逮捕後神奈川県警の調べに対し、「意思疎通のできない人は幸せをつくれない」「障害者は周りを不幸にするので、いない方がよい」「安楽死させる法制が必要なのに、国が認めてくれない」「日本のためにやった」などと供述している<sup>1)</sup>。また6月には朝日新聞記者のもとに、「意思疎通がとれない人間を安楽死させるべきだ」などと書いた植松被告の手紙が届いている。

このように事件の経緯をみていけば、植松被告の考えの根底には「障害者に生きる価値はなく、社会のために抹殺されるべき存在である」という極端な差別思想があることは疑うべくもない。相模原事件のような大量殺人事件が発生した場合、私たちはともすれば事件の背景をこのような犯人個人の特殊な考えにあると片づけてしまいがちである。しかし、植松被告のような差別思想は彼が独自に生み出したものではなく、私たち社会が植松被告の考え方を育んできたという視点を持つことが重要である。人間は個人で生きることができない社会的生物であり、人間と社会は表裏一体の関係にあるといえよう。当然人間の思想や文化は社会の影響を強く受けることになる。植松被告の差別思想もわが国を含む多くの国で20世紀末まで存続した優生学的施策を支えた優生思想の影響を強く受けていることは間違いないといえよう。優生思想とはすぐれた子孫を残そう（積極的優生思想）、あるいは劣った子孫を残さないようにしよう（消極的優生思想）という考えである。

命に優劣があるとする優生学、優生思想はドイツにおいてナチスによる障害者大虐殺（T4作戦<sup>2)</sup>、ユダヤ人大虐殺（ホロコースト）の基盤思想となり、戦後、人権侵害として世界的に厳しい批判にさらされた。現在、公的な制度として優生学を取り入れている国はほぼなくなった<sup>3)</sup>。しかし、人間の価値を生産性や労働能力のみで判断する効率主義や自分とは異質なものを排除しようとする排外主義が強まる現代社会において、優生思想と共鳴する土壌や風潮は高まっており、差別思想としての優生思想は消失するどころか、今まさに復活を遂げようとしているといえよう。

このような社会の流れの中で発生した相模原事件は決して特殊な犯人による特異な事件ではなく、私たち一人一人の心にも優生思想が芽生えようとしていることを示唆する事件と思いを直すことが求められているのではないだろうか。

## 差別の現場

復活する優生思想の項でも述べたように、私たち一人一人が自分の心に差別思想としての優生思想が芽生えようとしていることを見つめ直すことが大切である。

相模原事件の現場となったのは障害者福祉施設であり、被害者は「障害者」、加害者は「介助者」という関係の中でこの凶悪な事件は発生した。それでは一般の障害者福祉の現場では「障害者」と「介助者」の関係はどうなっているのだろうか。

明治学院大学の深谷教授はかつて自身も障害者施設で働き燃え尽きて退職した経験があり、福祉を志したのに過酷な勤務に利用者を人と思えなくなるほど追い詰められたとのことである<sup>4)</sup>。

深谷教授は「植松被告に共感はないが、施設での仕事は「内なるウエマツさんとの闘い」である」と語っている<sup>4)</sup>。深谷教授は何が福祉の現場を追い詰めるのかについて、施設職員の聞き取りを重ねている。ある職員は「疲労が蓄積し、利用者に対して冷静でいられなくなった。利用者に殺意を覚えた瞬間もあった。介護職員の資格がないように感じた」、別の職員は「自分の日常的な関わりが、虐待や人権侵害になっているのではと恐れている」と話している。深谷教授は「福祉とは肉体的な力だけでなく感情的なエネルギーを必要とする仕事だが、どんなに情熱を注いでも、報われているという実感を得づらい局面があり、時に利用者を人として扱えず、虐待的な言動をするようになったりする。人権意識や倫理観が強い人でも、厳しい労働環境のもとで重度障害者を支え続けるのは、簡単なことではない」と語っている<sup>4)</sup>。

このように障害者福祉の現場では、相模原事件は他人事ではない。深谷教授も“内なるウエマツさんとの闘い”であると語っているように、まさに障害者福祉の現場は差別との闘いの現場といえよう。

それでは本稿の目的である医療現場における「高齢者」と「医療者」の関係はどうだろうか。

私は30年にわたって医師として病院の外来や病棟で患者さんの診療に従事してきた。どんな患者も分け隔てなく接することが当然であると教えられて育ったが、こちらの指示をなかなか理解できない高齢者の患者に対しては、イライラしながら厳しい口調で話したり、心の中では“どうしてこの人は僕のことをわかってくれないんだ”と相手を罵倒したことも幾度となくあった。

もしこのような状況が度重なり、バーンアウト（燃

え尽き)状態になれば、私も高齢者に対して何をしでかしたか分からないと正直感じるのである。看護師の場合は医師以上に患者と密に接するため、より深刻な状況に陥ることが多い。ある看護師は過酷な勤務状況の中で、心身ともに限界状態に陥り、手のかかる高齢者の患者に対して「もうイヤだ。憎い」という気持ちがあきあがり、手がでる寸前であったと告白してくれた。

このような高齢者の患者に対する差別意識や負の感情は医療者のだれもが経験することだと思われる。それを克服しなければ、植松被告のことを完全否定することはできないのではないかと強く思うのである。

この医療や介護の現場でも、障害者福祉の現場と同様に高齢者に対する差別意識や負の感情が生まれやすい状況にあるといえよう。この差別の現場を克服するためにはどうすればよいのだろうか。

第一に具体的な差別の現実から学び・出発するということである。障害者福祉の現場や医療の現場で働いていると、自分たちは障害者のために介助をしてあげる、患者のためにケアしてあげる、という心持になりがちであり、「私は福祉や医療という崇高な仕事をしているので差別はしない、私に差別意識などない」と思い込むことが多いと思われる。その結果差別が見えにくくなり、差別の社会的側面に気づかなくなる。そして差別されている障害者や高齢者に対しては「私には関係のないこと」と無関心となり、目の前に差別の現実があっても他人事となってしまふ。それを防ぐには、障害者福祉の現場では「障害者差別」が、医療の現場では「高齢者差別」が現実に存在するという差別の現実から出発することが何より大切である。

第二に「差別の現実から出発する」を基本として、自らの視点を変える必要がある。たとえば、ケアとは常に患者の側に立ち、道徳的かつ献身的行為を患者に提供する「正義に満ちた善き行為」であるという考えがある。この傾向は最近「キュアからケアへ」という流れの中でますます強くなっていると感じる。主に医師が中心となる「キュア」は患者に対して侵襲的・攻撃的な行為であり、これからの医療は患者にとって非侵襲的・保護的な行為である「ケア」が中心になるべきとするこの考えはますますケアを絶対的な行為へと転化する恐れがあるのではないか。しかし実際にはケアは患者にとって常に善きものとは限らない。

その理由としてまず(1)ケアの前提ともいえる「常に患者の側に立つ」ということが可能なのかという点である。どれほど臨床現場で経験を積んでも、自

分の立場で自分を中心に考えてしまう“自己中心性”を完全に捨て去ることは至難の業である。「いや、そんなことはない、私はいつも患者さんのために情熱を注いできた」と反論する医療者もおられるだろう。ただ注意すべきは“苦しむ患者さんのため”と語るとき、純粋に患者さんの為にケアするというより、苦しむ患者さんに反応して自分が不安になりケアしていることではないのかということである。相手のためにと思いつながら、自分の為に相手に何かをしようとする自分自身の心の本音に気づくべきであろう。そのことに気づかなければ、一方的なケアの押しつけ、善意の押しつけが横行し、結果的に患者を傷つけることになるであろう。

次に(2)ケアほど個人的な領域に踏み込む職種は他にはないということである。それは身体というまでもなく、心、生活、人間関係にも及ぶのである。よく病院でも“お医者さんには相談しにくいことでも看護師さんには何でも相談できるわ”とはよく耳にすることであり、在宅看護では患者のみならず家族を含めた生身の生活、人間関係にまで深く関わることになる。ケアする側が患者・家族のプライバシーを守り、人権を尊重するという基本的な教育を受けた上で、よほど注意深く接しないと、患者のみならず家族の心さえも傷つけてしまいかねない。すなわちケアは場合によっては患者や家族を傷つける侵襲性を内在することに気づく必要がある。

また一般的にケアの基本として「相互性」が挙げられるが<sup>5)</sup>、実際の臨床現場ではケアする側(医療者)とケアされる側(患者)の関係は双方向性ではなく一方向性であることが多い<sup>6)</sup>。それはケアする側(医療者)とケアされる側(患者)の間に大きな非対称性が存在するからである。その非対称性を導く要因としては、

- ① 背景に組織の有無が存在(現場では1対1であっても、ケアする側には大きな病院組織が控えているのに対し、ケアされる側はせいぜい家族がいる位で、場合によっては本人のみの状態である)
- ② 両者に専門的知識・情報量の圧倒的差がある
- ③ ケアする側は交替可能に対し、ケアされる側は生存のために交替不可能である

これらの要因に導かれる非対称性により、両者の関係はいともたやすく力関係に変わる危険性をはらんでいる。

すなわち患者=ケアをしてもらう存在、医療者=ケ

アをしてあげる存在という一方的な関係に固定化され、患者と医療者の関係は対等の関係ではなく、上下関係、言い換えれば「弱者」と「強者」の関係に陥ってしまう。「弱者」と「強者」の関係では、患者は受動化・無力化され、医療者は患者の可能性に目を閉ざし、患者を管理しようとし、そして時には患者に対して差別意識を持つこともある。すなわちケアには「抑圧性」が内在していることに気づく必要がある。

以上より「ケアは常に善きものである」「ケアの基本は相互性にある」という前提ともいえるケアへの思い込みを捨て、実際の臨床現場では、ケアには「侵襲性」「抑圧性」が内在しているという視点を持つ必要がある<sup>6)</sup>。すなわちケアは本質的に「両義性」を持つ<sup>7)</sup>という現実的な視点から出発すべきであろう。

第三に差別を克服するためには、ケアされる側の権利を護ることが大切である。看護では重要な理念の一つとして以前よりアドボカシー<sup>8)</sup>が提唱されてきた。アドボカシーとは看護師は患者の権利の擁護者（アドボケート）であり、他の医療者、とくに医師と患者との間の調整役として患者の自己決定をサポートする役割があるとするものである。確かに看護にとって重要な理念であることはいうまでもないが、ともすれば看護師の思い込みや自己判断が先行し、看護師が患者の代弁者となり、患者の自律を抑圧する危険性も十分あり得る<sup>9)</sup>。それを防ぐには前述するようなケアの持つ「侵襲性」「抑圧性」といった「両義性」についての意識をしっかりと持つ必要がある。そのうえで患者をパターンリスティックに守るのではなく、患者の権利を護るために新しいアプローチが求められている。

上野はケアの人権アプローチを提唱している<sup>7)</sup>。その内容は、ケアの人権は [1] ケアする権利、[2] ケアされる権利、[3] ケアすることを強制されない権利、[4] ケアされることを強制されない権利の4つの権利の集合と見なすものである。[1] と [3] はケアする側の権利であり、[2] と [4] はケアされる側の権利であり、上野は特に [4] を重要視している。本稿で注目するのはケアされる側の権利であるが、ケアする側の権利と比べ大きく侵害されていることが多いといえよう。その理由は前述したように、ケアが本来内在している抑圧性と侵襲性にある。だからこそケアの絶対性・正義性（ケアは常に善きものであり、ケアすることは正義である）を盾に、ケアされる側にケアを押しつけてはならないし、特に「不適切なケアを強制されない権利」は「ケアされる権利」と同じく不可欠な権利として尊重されるべきであろう。それにより、ケ

アされる側のケアに対する自己決定がスムーズに行われ、より適切なケアを受ける可能性が高まるであろう。しかし、それを実現するためにはケアする側とケアされる側の非対称の関係を改善することが大切である。そのためには新しい考え方が必要である。

そこで差別を克服する方策の第四として、障害学に学ぶということを挙げたい。障害を当事者である障害者の視点から考える障害者運動から障害学は始まった。障害学の核心は障害の原因は個人の側にある（「医学モデル」）のではなく、社会の側にある（「社会モデル」）という考え方<sup>10)</sup>である。「社会モデル」がもたらした意義については、2つの点が挙げられる<sup>11)</sup>。

第一に障害者を医療・教育・福祉の専門家が保護すべき「弱者」「無力な存在」として捉えるのではなく、当事者である障害者自身が自分たちの生き方を決めることができるという障害者の権利を尊重する流れが明確になったことである。その結果障害者に対する社会の差別や抑圧が明るみとなり、障害者自身のエンパワーメントが改善されるようになった。

第二に障害の社会化が可能になったということである。「社会モデル」の意義とは、障害に対しては社会の受け入れが重要であるということを示しているだけでなく、障害に対する社会の責任を明らかにしたことにある。すなわち「社会モデル」とは健常者中心の社会を当事者である障害者の視点から変革していこうとする考え方であり、障害の社会化への道を切り開いたといえよう。

一方障害者だけでなく高齢者や認知症を中心とした慢性疾患の患者に対する社会的差別や偏見が存在することは否定できない事実<sup>12)</sup>である。たとえば、高齢者の運転免許証返還の促進、認知症患者による鉄道事故に対する家族への補償請求等枚挙にいとまがない。さらにすでに述べてきたように医療や介護といった臨床現場で高齢者差別が存在するという現実である。そしてその根幹はケアされる側（患者）とケアする側（医療者）の関係性にある。

また障害者福祉の現場と医療現場はそれぞれ「障害」と「病気」と異なるものを対象としているが、「障害者」と「患者」という社会的に弱い立場にある人間を支援することは共通している。それゆえケアされる側（患者）とケアする側（医療者）の関係性を良好かつ円滑なものにするために、障害学で確立された「社会モデル」の考えを高齢者医療に導入することを提唱したい。

誰でも年齢を重ねればさまざまな障害が身体に生じ

てくる。この「老化」という現象を完全に食い止めたり、なくすことは不可能である。すなわち老化による障害に対して、医学的に無理な治療や矯正を行うことは、高齢者のQOLを侵害するのみならず、場合によっては生命をも脅かす可能性があることを知っておかねばならない。高齢者医療とは老化による病気や障害を治す医療ではなく、高齢者の生活や人生を支える医療ではないだろうか。高齢者の生活や人生とは単に生存しているという意味ではない。

長年一生懸命に働き、家族・地域・社会に貢献してきた高齢者こそ、人生を楽しみ、自分の存在意義が認められ、社会に参画する喜びが与えられるべきであろう。しかし現在日本において高齢者が生活や人生を謳歌しているとは到底いえる状況ではない。それどころか社会によって作られた高齢者に対する障壁や差別は前述したようにますますひどくなっている。この障壁や差別こそが高齢者の生活や人生を抑圧しているのである。それに対し高齢者は何も言えず、ただ「周りに迷惑をかけたくない」とつぶやくのみという状況は異常ではないか。経済力のある健康な自立した高齢者を尊び、そうでない高齢者を「自己責任」のひとことで片づけてしまう社会にこそ問題があらう。現代社会では高齢者の命に優劣があるとする弱肉強食と差別の思想である優生学に強い影響を受けているのが現実である。

そのことを直視した上で、「障害の社会モデル」と同様に、高齢者の生活や人生を抑圧する社会の責任を追及し、社会の変革を行う必要がある。そのために私たち医療者ができることは何であろうか。医療者だけでなくすぐに社会を変えることは困難であらう。もう一度基本にかえり、ケアされる側（高齢者）とケアする側（医療者）の関係性を見直すことが大切であらう。その地道な一歩が社会の変革につながると考える。

さて、私たち医療者は「高齢者は弱者であり、健常者である医療者が高齢者をケアし、支えてあげることが求められている」と考える傾向がある。この考えはすでに幾度となく述べているように、ケアは常に善きものではなく、「抑圧性」と「侵襲性」を内在していることを示している。また言い換えれば、この見方は当事者である高齢者中心の視点ではなく、健常者中心の視点といえよう。この見方を変えなければ、ケアされる側（高齢者）とケアする側（医療者）の関係性はいびつなままで、決してケアされる側（高齢者）が満足するようなケアを医療者が提供することも不可能であらう。

なぜ、私たち医療者は高齢者中心の視点を持つことができないのだろうか。人間は元来世界を単純化して捉える傾向がある。その一つが善／悪、勝ち組／負け組、オール／ナッシングと物事をはっきりと白黒つける考え方、いわゆる二分法的思考である。実は私たち医療者もこの二分法的思考にしばしば陥りやすい。特に医師は正常から異常を分けることを最初に教えられ、健常者と患者（あるいは障害者）、健康と不健康のように区別することが医師の仕事だと思込みがちである。

しかし実際の臨床現場を経験すれば、全く正常な人もいなければ、すべて異常な人もいないことは明らかであらう。人をはっきりと白黒つけることは不可能であり、人はみなグレーなのである。非常に複雑であいまいな所も多い人間や社会を二分法的思考で全て解決できると考えることこそ私たちの思込みである。この思込みに引きずられないために私たち医療者は、『人は誰もが病気や障害を持ち得る存在である』という視点をぜひ持つべきである。具体的には「今健康だとしてもいつか病気や障害を持つかもしれない」「自分もいずれ必ず高齢者になる」「年を取り、死が近づけば誰でも他の人の支援が必要となる」等の共感性の高い、想像力に富んだ考え方・視点である。そしてこの視点は他人事として病気や障害を考えるのではなく、『他の誰でもない私自身が病気や障害を持ち得る』という主体的な考え方・視点である。こういった視点を持ち得てこそ、私たち医療者と高齢者が対等で相互的な関係を築くことが可能にならう。それがなし得て初めてケアされる側である高齢者の権利を護り、尊重することが実現できるであらう。

またそれは、医療者が高齢者を助けてあげるという一方的・支配的な関係ではなく、医療者と高齢者が協働して共通の目標（高齢者が安心して生活でき、人生を最後まで全うできる社会）に向けて共に歩む関係である。ケアを狭い関係や現場に閉じ込めるのではなく、社会に開かれ、社会との関係の中で捉える考え方・視点はその関係の基盤にあるといえよう。

医療者と高齢者が協働してケアの在り方や問題点を社会に問いかけ、それに応じて社会が高齢者の満足できるケア・現場を整えることこそ、「ケアの社会化」といえるであらう。

私たちが目指すべき社会は「高齢者という弱者に優しい社会」ではなく、「高齢者を弱者にしない社会」であらう。そのためにも「ケアの社会化」こそ今後私たちが実現せねばならない大きな目標の一つである。

## おわりに

本稿では差別の視点から見た相模原事件を通して、高齢者医療における高齢者と医療者の関係、ケアの問題点について考察を加えてきた。その結果、高齢者医療における差別を克服するためには、

- (1) 高齢者差別が医療現場で現実存在するという差別の現実から出発すること
- (2) 今までの「ケアは常に善きものである」「ケアの基本は相互性にある」という視点から「ケアには侵襲性と抑圧性が内在している」という視点に気づくこと
- (3) ケアされる側の権利、特に不適切なケアを強制されない権利を護り、尊重すること
- (4) 「障害の社会モデル」から学び、医療者と高齢者が協働して、ケアの在り方や問題点を社会に問いかけ、それに応じて社会が高齢者の満足できるケア・環境を整える「ケアの社会化」が重要である

しかし相模原事件で明らかになったように、命に優劣があるとする優生思想は日本の社会において復活を遂げようとしている。この状況下で「ケアの社会化」を実現することは容易ではない。このような時代だからこそ、まず医療者への教育を充実させることが非常に重要であろう。

最先端の知識・技術を取得するだけでなく、「人は誰もが病気や障害を持ち得る存在である」という共感性の高い、想像力に富んだ考え方ができる医療者を教

育・養成することが今こそ求められている<sup>13)</sup>。

## 引用・参考文献

- 1) 朝日新聞取材班. 妄信：相模原障害者殺傷事件. 東京：朝日新聞出版；2017. p.14-46.
- 2) 保坂展人. 相模原事件とヘイトクライム. 東京：岩波書店；2016. p.31-42.
- 3) 松葉祥一. 看護倫理（系統看護学講座：別巻）. 東京：医学書院；2014. p.40-43.
- 4) 朝日新聞取材班. 妄信：相模原障害者殺傷事件. 東京：朝日新聞出版；2017. p.136-9.
- 5) 松葉祥一. 看護倫理（系統看護学講座：別巻）. 東京：医学書院；2014. p.100-2.
- 6) 服部健司. 伊藤隆雄. 医療倫理学のABC 第2版. 東京：メヂカルフレンド社；2012. p.97-104.
- 7) 上野千鶴子. ケアの社会学. 東京：太田出版；2011. p.58-64.
- 8) 松葉祥一. 看護倫理（系統看護学講座：別巻）. 東京：医学書院；2014. p.94-5.
- 9) 戸田由美子. 看護における「アドボカシー」の概念分析. 高知大学看護学会誌 2009；3(1)：23-36.
- 10) 杉野昭博. 障害学とは何か. In：小川喜道, 杉野昭博編. よくわかる障害学. 京都：ミネルヴァ書房；2014. p.2-3.
- 11) 河口尚子. 社会のカベを崩す. In：小川喜道, 杉野昭博編. よくわかる障害学. 京都：ミネルヴァ書房；2014. p.182-3.
- 12) 和田秀樹. 「高齢者差別」この愚かな社会. 東京：詩想社；2017.
- 13) 佐々木恵雲. 日本における医療者・患者関係について——問題点と解決への方策の検討——. 藍野学院紀要 2016；29：1-8.