

子育てに関わる全ての人へ

全国オルタナティブ協議会講演会資料

何が少女を追い詰めたのか

旭川少女凍死事件で浮彫になった発達障害ブームの闇

中川聡

2022年11月22日

2022年11月11日

何が少女を追い詰めたのか

－旭川少女凍死事件で浮彫になった発達障害ブームの闇－

全国オルタナティブ協議会 中川聡

「ねえ」「きめた」「今日死のうと思う」「今まで怖くてさ」「何も出来なかった」「ごめんね」LINEで友人に送り、少女は上着もつけずに氷点下17度の家の外に出た。

結局、少女は失踪から38日経った3月23日、雪解けの公園で死体で発見された。自殺なのか事故死なのか不明とされているが、LINEのメッセージや、極寒に軽装で出かけていることから、死を覚悟して家を出たのは間違いない。事件から1年半経過した現在、子どもたちの虐めに加え、学校と教育委員会の対応の責任を問う声が広がり、社会問題化しているが、母親の手記に書かれた様々なエピソードを知れば、少女に死ぬ決意をさせたのは、彼女を直接虐めた子どもたちの所業や学校の間違った対応だけではない事に気が付く。少女は、彼女を取り巻く、何処にも救いの無い社会に絶望したのだと私は思う。

本レポートでは、少女の身に降りかかった、様々な理不尽な出来事に際し、周囲の人間、学校、精神科病院などが何をやり、どのように少女を追い詰めていったのかを検証したい。

1. 子どもたちを苦しめる発達障害のラベリング

1.1 少女(小学校4年生時)が最初に、発達障害と診断されたエピソード

少女は学芸会の演劇の総練習の時、みんなが喋っていて、先生が怒り、謝りに来なさいと言ったことがあった。少女だけは謝りに行かなかった。先生になぜ謝りに来ないのか、と聞かれた少女は、「周りの子が喋っていたけど、自分は喋っていないから」と答えた。先生はそれでも謝るべきだと説いたが、爽彩さんは謝らなかったという。先生は「これだけ話して謝らないのはおかしい」と判断し、病院に行くように勧めた。発達障害かも知れないと先生から言われた母親は、小児科に相談に行き、そこで発達障害に間違いないとの診断を受ける。(母親の手記より)

先生は、少女が主張を曲げず、他の子どもに同調しない(空気を読まない)ことを、人とのコミュニケーションがうまく取れない、自分の興味・関心にこだわるのは脳の機能障害であり、このような子供は6%程度いるという近年の発達障害キャンペーンの知識に当てはめ、少女には発達障害があると考えた。相談を受けた小児科医は先生の情報をそのまま鵜呑みにして、自分で何らかの検査・診断することも無く、少女に発達障害の正式なラベリングをした。

1.2 同調圧力の強い学校(日本社会)の文化

自分がやってもいないことを全体責任として受け止めると言うのは、少女にとって受け入れがたいものであった。自分がやってもいないことを、周りがやっていたから一緒に責任を取らなければならないというのは、この日本社会に良くみられる同調圧力の一つである。かつて封建制度下の日本では五人組なる相互監視、秩序維持のための連帯責任を負わず支配システムがあったが、落ち度のない少女に謝罪を求めるのは、これと同様な文化が現在の教育現場にあることを示して

いる。五人組が庶民を効率よく管理するための手法であったのと同じく、このように生徒をひとまとめにして効率よく生徒を捌くことが日常的に行われている。そうした学校の文化の中で、おしゃべりをしていたか否かというそもそもの問題とは関係ないことで、理不尽に少女は謝罪を強いられている。少女はその理不尽さに気が付いているが、協調することが普通と考えている先生には、少女の意見を尊重することなく、生徒をひとまとめにして捌いているという自覚はない。その自覚のない先生に少女を納得させる力は到底無い。先生は、問題を吟味することなく、少女の頭がおかしい（発達障害）として、少女を捌いた。

事態はこのエピソードで収拾することなく、このラベリング（少女が発達障害であるという）がその後の少女の処遇に大きく影響していくことになる。その後、問題が起きる度に、それは少女の発達障害のせいとする短絡的な思考が周囲に広がり、その後の虐めにも繋がっていく。

1.3 児童精神科医と称する専門家の稚拙な発達障害の診断

旭川の少女のように周りの行動に流されず、自分の意志を貫いている子どもが、発達障害と診断される事例は、もはや、珍しいことではない。子どもの精神疾患の専門家とみなされている有名医師も、率先して同じように診断している。

○児童精神科医と称する専門家の言説（信州大学こどものこころ診療部長の本田秀夫教授、読売新聞（2017年11月15日付）

「中学1年生の女子。誰からも発達障害と思われていなかった。ある日、部活のみんなで試合に行くのに、手前のコンビニに集まって、それから一緒に駅まで行こうと誘われた。彼女は面倒くさいから一人で行くわ、と答えた」と例を挙げ、「発達障害の一つ、自閉スペクトラム症の人は、自分のやり方、関心、ペースを最優先させたがる傾向があります。一方で仲良くなるための臨機応変な対人関係には興味が無い、苦手です。そのため集団の中で浮いてしまい、場合によっては学校に行けなくなってしまう」と診断している。

この女子が、無駄な行動をしないと考えるのは、彼女の生き方であり、自閉思考の定義とは無関係である。学校や周囲の大人は、こうした少女の考えを尊重し、こうしたことが原因で少女が集団の中で浮いてしまうのであれば、その集団の側に少女の生き方を認めるように諭すべきである。しかし、現代日本の教育現場では、本田医師の診断のように、こんなエピソードだけで自閉スペクトラム症と断定するのは、もはや珍しくない。

かつての学校では、自分のルールに従って一匹狼的に生きている生徒は普通にいて、目立って生意気だと虐めにあっていたが、逆に一目置かれている存在もいた。今の学校では、旭川の少女やこの女子のように、しっかりと自分の意見を持ち、周りに流されず、自分の生き方を貫く子どもたちは、単に苛められるだけでなく、発達障害（自閉スペクトラム症）のレッテルを貼られるようになった。

旭川の少女は、この本田教授の言う通り、学校に行けなくなった。果たして、少女は発達障害だから引きこもったのだろうか？ いや、彼女には引きこもるだけの正当な理由があった。苛めが原因であることは確かだが、それだけではない、それを容認し、責任を少女の脳の問題にすり替えた学校や社会に対して信用ならないと思っていたと私は推測する。

ひきこもったのは、彼女の最終手段だったのだ。「ねえ」「きめた」「今日死のうと思う」「今まで怖くてさ」「何も出来なかった」「ごめんね」と連ねられたLINEのメッセージの間には、彼女の苦しみと絶望、そして冷静な死への決意が読み取れる。

1.4 いじめ問題を脳の障害にすり替える学校の文化

事件後の文春オンラインの記事には、母親に相談を受けた際の教師たちの言葉が掲載されている。

担任「B 男はちょっとバカな子なので気にしないでください」

教頭「わいせつ画像の拡散は、校外で起きたことなので学校としては責任を負えない。加害生徒にも未来がある」。

事件発覚後に校長は、「事実はイジメではない。少女は小学校の頃、パニックになることが良くあったと小学校から引き継ぎがあった。何かを訴えたくて、飛び出したのは自傷行為。彼女の中には以前から死にたい気持ちがあった。医療機関などと連携しながら少女の立ち直りにつなげていいたら」などと述べている。いじめはたいした問題ではなく、少女の脳の障害の問題だという認識である。そして、医療機関につなげることが解決策であるように述べている。自分たちには、問題を解決する気はそもそもなく、医療に丸投げすると白状している。

これを教師や校長の資質だけの問題とすることは出来ない。なぜなら、校長は今日の日本の学校文化、組織に従って発言しているだけであるからだ。文部科学省、各教育委員会は 2000 年以降、教職員会議での討論を許さず、校長・教頭による指示伝達のみに変えてきた。上意下達の階層構造の学校システムの中で、教師たちに少女の苦しみを理解してくれと、上層部に判断を仰ぐような手段は何処にもない。義務教育という、通うのが当たり前とされる学校で、教師はいじめ問題を解決するために議論することも許されていないのである。担任の言葉は、「気にしないでくれ」と自分が何も出来ないと白状しているようなものだ。教頭はシステムに従って「加害生徒にも未来がある」と責任逃れを正当化している。本当の責任者は現場ではなく、その上層部にいる。

そもそも、苛めは閉じられた空間と上意下達の階層構造の中で起こる。同じ年齢の子どもを一所に集め、常に比べられ、人を上下で評価することが習慣となっていて、下に見られたものが、苛めの対象となり、いじめる方はいじめることで自分が上だと安心する。いじめそのものも、グループの中の上下関係をもとに行われる。同じような階層構造に組み込まれた教師は、出世するためには失敗は許されない、いや組織全体に、問題が起きること自体あってはならないという組織の強固な保身体質がある。それがいじめを隠ぺいする原因である。真実がなんであるかという問いなどそこにはない。

事件のあと、マスコミの追及を受けた旭川の教育委員会は、第 3 者委員会を組織した。そもそも、いじめを引き起こす軍隊のような上位下達の階層構造と問題はあってはならないとする隠ぺい体質を作った張本人が組織する第 3 者委員会がまともに機能するはずはない。臨床心理士や小児科医それに旭川医師会の理事長である精神科医が選ばれている。これは「いじめではなく、問題は本人の性格や障害にあり、精神科でも適切な治療が行われた」とする校長や教育委員会の見解を正当化するための人選である。

1.5 発達障害診断は、医師ではなく、教師やスクールカウンセラーによって行われる

旭川の少女のように、発達障害診断は、先生が変な生徒だと思い、それを医師が追認することによって行われる。発達障害には、医学的、客観的な診断手段はなく、実質的に教育現場の先生やスクールカウンセラーの主観によって決められている。医師の役割は、それをわかったふりをして、正式な診断名に昇格させることである。社会が信じているのは、医師の診断の正当性ではなく、実はその権威だけである。児童精神科医と称する精神科医も、小児科の医師も、子どもの成長・発達に関する専門的な教育を受けている証拠は何処にもない。実に壮大な茶番劇である、

じっと席に座ってられない子どもが、病院に連れていかれて、医師の前で普段と同じように振舞うわけではない。むしろ、多くの子どもは緊張して大人しくしているケースがほとんどだろう。医師は自分の目で判断するのではなく、先生や周囲の人間の話を聞いて、診断を下している。医師が自身で診断しようとするなら、医師自身がその子の生活の場に出掛け、時間をかけて観察する以外にないが、医師は診察室で待っているだけである。こうした稚拙なプロセスで、脳の障害があると決めつけられる現代の子どもは不幸である。

1.6 意図的に作られた発達障害キャンペーン

20 世紀末より、病気を喧伝して、薬の販売の売り上げを伸ばすというマーケティング戦略が全世界的に行われた。この戦略は見事に成功し、売りたい新薬が発売されるたびに新たな病気の喧伝が行われ、その度に患者は激増した。増えたのは患者と薬の売り上げだけでなく、にわか専門家も同時に増えていき、関連する福祉サービスも増大した。発達障害キャンペーンも、同じ手法で展開されている。様々なキャンペーンに共通する合言葉は、「病気が見逃されていた」「お医者さんに相談しよう」である。

発達障害キャンペーンは、2002 年、製薬会社の御用学者、市川宏伸氏らの働きかけによって行われた文部科学省の調査、「通常の学級に在籍する特別な教育的支援を必要とする児童生徒に関する全国実態調査」として始まった。この調査の目的は「学習障害（LD）、注意欠陥／多動性障害（ADHD）、高機能自閉症等」を調べると明記しながら、「調査方法」の末尾に「留意事項」として、「本調査は担任教師による回答に基づくもので、LD の専門家チームによる判断ではなく、医師による診断でもない。したがって本調査の結果は、LD・ADHD・高機能自閉症の割合を示すものではないことに注意する必要がある」と付記している。

このアンケート質問項目は、「聞き間違いがある」「言葉につまったりする」「漢字の細かい部分を書き間違える」「細かいところまで注意を払わない」「着席していても、もじもじしたりする」「指示に従えず、また仕事を最後までやり遂げない」「大人びている。ませている」「含みのある言葉や嫌味を言われてもわからない」「とても得意なことがある一方で、極端に不得手なものがある」「常識が乏しい」「動作やジェスチャーが不器用」といった、[57 項目の幼稚な子どもへの悪口の羅列](#)となっている。こんな幼稚な質問の紙のチェックシートによって子どもを見ること自体、歪んでいる。

実際、調査は全国の小・中学校の教員にアンケートし、約 4 万人の生徒のうち 6.3%が「学習面や行動面で著しい困難を持つ」と判定している。この結果は地域により 4%～12%程度のバラツキがあった。6.3%はその平均値である。これほどのバラツキがあること自体、この調査方法には欠陥があり、何かの根拠に使うには信用ならないことを示している。これらアンケート質問項目の多くは、子どもが成熟の過程で徐々に獲得していくもので、それぞれの成長の個人差、環境の差などに左右されるものである。子どもはそれぞれの実存を生きている。あくまで個人として尊重されなければならない。だが、現代の学校では、年齢毎にこうあるべきだとするチェックシートを用いて、子どもの特徴をカウントして、自閉症スペクトラム症とかアスペルガーとか、曖昧な名称でグループ化し、障害児として、画一的に捌いている。

もし、自分がその他大勢とひとまとめにされ、事情も考慮されず、画一的に処遇されたとしたら、どう思うだろうか？私は重大な人権侵害だと思うが、後述する国連の子どもの人権委員会、障害者の人権委員会、双方とも人権侵害であると認定している。

1.7 病院に繋ぐことが仕事となった現場、失われた現場力

割合を示す数字として信用ならないと、実施した当人も認めているこのアンケート調査の、「学習面や行動面で著しい困難を持つ」生徒は 6.3%いるという数字は、独り歩きを始める。教師はクラス生徒の 2, 3 人は発達障害がいるとみなすようになった。そして、この調査を踏み台として、2004 年には「発達障害者支援法」が制定された。この法律では、発達障害という精神医学上の仮説にすぎないものを、「脳の機能障害である」（第 2 条）と決定している。クラスに 2, 3 人は発達障害の子どもがいるとされる説が定着するにつれ、教師の役割は、子どもに個別の事情があるとは考えず、発達障害（脳に問題がある）の子どもを見つけたとして、病院に繋ぐことが責務となった。発達障害の子どものための支援学級の充実と、スクール・カウンセラー派遣の増加が求められ、急激に増加している。マスコミも、製薬会社とともに、この発達障害概念を広めていった。行政もまた発達障害支援を推し進め、行政から派遣されるソーシャルワーカーやカウンセラーの仕事は、障害を発見し医者に繋ぐこととされるようになった。

これは、教育現場が、個別の子どもの社会的困難に向き合わず、医療に丸投げするという本末転倒な事態を引き起こす。虐め問題を「虐められるのは、その子に発達障害があるから」とすることや、ひきこもり問題を「ひきこもるのは精神疾患があるから」とする風潮は、現場が、虐め問題やひきこもり問題の社会的な要因から目を背ける姿勢を増長した。この姿勢は後述する国連からの我が国への勧告の中で明確に改善を要求されている。

旭川の少女のケースでも、「発達障害である」ことが問題とされ、虐め問題は中途半端に放置された。虐めはあってはならないとする体質の教育委員会や学校にとって、虐めを本人の脳の問題にすり替えることは、虐めを隠ぺいするのに都合がよかった。虐めを訴えたところで、問題は脳の機能障害のためとして無視され、虐められた側が、不快な薬を服薬させられ、ソーシャルスキルトレーニングという、何も考えず社会に従順になるための訓練を受けさせられている。

「医療機関などと連携しながら少女の立ち直りにつなげていけたら」という校長の言葉は、全国の行政機能に、医療に繋げることがあなたたちの仕事だという、上意下達の指令が行き届いている証拠である。あなた達の仕事は、「苦しむ本人に寄り添ったり、問題を解決することではなく、医療に繋ぐことが仕事」だと理解している真面目な公務員は、教員やスクールカウンセラーにも、それを職責として課している。自らも、組織に従順にあることを強いられた教育を受けてきた教師やスクールカウンセラーには、人事権を握った上層部を批判したり、頼るべき医療を批判したりすることは許されていない。

「誰にも理解されなかった」「イジメを解決しようとする人もいなかった」のは、学校という軍隊的組織で、教師や校長はただ上官の命令に従順に従った結果である。

報道では、入水自殺後の入院は、精神的ストレス後障害（PTSD）による入院と書いているが、明らかに間違っている。入水自殺の直接の原因となった画像の伝播は続いており、少女にとって強いストレスは続いていた。

PTSD とは、そもそも、ベトナム戦争からの帰還兵の後遺症を病名化したものだ。国家命令で人殺しを強いられた帰還兵が、帰国後、マスコミや市民から犯罪者のように扱われ追い込まれたストレス症状であった。PTSD を使うなら、苛めを黙認し、マスコミや社会からの批判にさらされている教師にこそふさわしい。現在、自殺リスクが一番高い人間は、加害者側にいる。

2 発達障害と診断された子どもが服用する薬

2.1 少女が発達障害と診断され、向精神薬を服用するエピソード

いったん「自閉スペクトラム症」と診断されると本人の言動の多くが障害の症状とみなされるようになった。母親の手記にはこんなエピソードが続く。

病院の検査で『悪いことをしたら牢屋に入るのは何ですか？』と質問されたとする。一般的な小学生なら『反省するため』だったり、『悪いことをしたから』という回答になると思うのですが、爽彩は『刑法に違反したから』と答えてしまう。この少女の返答からは、「刑法も、牢屋も、全ての悪いことに対応できない社会的制度であること」に気が付いていることが分かる。この優秀とも言える返答が「自分の中で生きる人」だと決めつけられ、自分のルールに外れたことが起きると対応できないのでイライラするはずだと説明され、イライラを抑える薬として、統合失調症に使われる強力な鎮静剤を飲まされることになる。

母親の手記には、少女がこの医療による処遇に抗議していたことが書き留められている。「もうやだ！ こんな病気やだ！」と取り乱したことがあった。少女は、授業中ウトウトして先生に注意され、「お薬を飲んでるからです」と答えている。

少女は、「悪いことした生徒が見逃され自分が病気とされる」、そして「飲みたくもない薬の副作用でウトウトして注意される」さらには「いったん病気とされるとずっと服薬を強要される」という理不尽な扱いを何重にも強いられている。抗議したところで、抗議したことも自分の脳の病気のせいとされた。母親を含めた周囲の誰にも理解されない少女の苦悩は計り知れない。少女のように苦労した子どもは早く大人になる。早く大人になった少女は、それさえも病気の証拠とされた。*大人びていることも自閉スペクトラム症のチェックポイントである。

2.2 世界で最も多く、突出して自閉症スペクトラム症と診断され、薬を飲まされる日本の子ども

弟が発達障害の診断を受けた学生が、それが切掛けとなり、大学で保健学部に進学し、障害児支援の先進国とされるニュージーランドに自閉スペクトラム症の研修に出掛けたことがあった。支援施設に居たのは、一目で自閉症と分かるような子どもや明確な障害を有する子どもたちばかりで、自分の弟や日本で発達障害と診断されている普通のこどもと見分けのつかない障害児とは明らかに違ってたと自身の体験を私に話した。

実際、自閉症スペクトラム症と診断されている障害者数は、日本が突出して多いとされている。空気を読むことが重要とされるハイコンテキスト社会と言われる日本で、空気を読まないことが病気とされる自閉スペクトラム症の診断が増えるのは当然かもしれない。堅固なヒエラルキー組織である日本の学校は、空気を読むことを過度に強いられる場所である。そして、子供を学年ごとに区切って、その中で比較し、評価する習慣は、日本の学校の文化である。子供は、常に比較され、皆と同じように従順であることが良いことだと教え込まれる。年齢に比して発達が遅れているからと診断を下す手法は、この前時代的なこの国の学校の文化と相性がすこぶる良いといえる。

そして、実際に全国的に行われている自閉スペクトラム症と診断するプロセスは、その診断の重大度に比して、旭川の少女の例と同様にあまりにも稚拙である。この国では、自閉スペクトラム症であるとの診断は、「空気が読めない子、協調性の無い子は発達障害」程度のまさに社会の空気みたいなもので決定しているということである。

まさに空気のような診断で、旭川の少女は脳の病気とラベリングされ、不快な薬を飲むことを実質的に強制されている。しかし、空気を読まないことを障害とし、医学的に薬で修正すべきとすることに、違和感を感じないのは不思議である。薬を飲む、飲まない、の決定権は本人が持つ基本的人権であるという意識が欠落している。一応保護者の了解を得るとい形式は守っているが、飲みたくないという子どもの意見も、大丈夫だろうかという保護者の疑念もまた、周囲の医師に出された薬は飲まなければならないという、これまた空気のような言説によって、事実上、無視されている。

2.3 発達障害で子どもに処方される薬

発達障害で処方される薬とはどういうものだろうか。発達障害で処方される薬は、2種類に大別される。一つは、ADHDとされた子どもに処方されるADHD治療薬と自閉スペクトラム症の易怒性を抑えるための鎮静薬である。

2.3.1 ADHDの薬

ADHDの治療薬とされているのは、全てドーパミンやアドレナリンの脳内濃度を高める交感神経刺激薬（覚せい剤）である。ADHDの治療目的で医薬品として使用される薬物と、アンフェタミンやコカインなど娯楽目的で乱用される薬物とは、その効果や有害性に大した違いはない。医薬品の方は、医師が十分な観察の元で処方すれば大丈夫だという前提で認可されている。

ADHD治療薬は覚せい剤？
 向精神薬及び麻薬取締法に指定されている薬物

- 麻薬系（オピオイド、鎮痛）
- アヘン モルヒネ ヘロイン **ベンゾジアゼピン**
- 覚せい剤系（交感神経刺激）
- アンフェタミン（ピバンセ）** **メタンフェミン（ヒロポン、シャブ、スピード）**
- MDMA **メチルフェニデート（リタリン、コンサータ）** **コカイン**
- アトモキセチン（ストラテラ）**

* **太字**医薬品として発売（子どもに処方している）

2.3.2 ADHDの薬の効果と有害事象

交感神経刺激薬の作用は、覚醒度を高めることである。高用量を摂取すると活動的になり、多幸感や自信を感じることが出来るため、娯楽目的で使用される。高用量で繰り返し服用すると、強迫観念が強まったり、チックやしかめっ面などの異常が現れる。さらに進むと老化が早まる。低用量であれば、穏やかな覚醒作用が生じ、活動性を低下させ、集中力が上がり、落ち着きがある感覚が生じる。

ADHDの治療薬は、この低用量での覚醒作用を利用しての効果が期待され処方される。実際、ADHDの症状に短期的な効果があるのは確かであるが、こうした対症療法には、効果と引き換えの様々なデメリット（有害事象）がある。

ADHD治療薬（交感神経刺激薬の効果と有害事象）	
効果（短期的）	有害事象（長期的、高用量）
活動的になる（高用量）	強迫症状
集中力が上がる	チック
落ち着く	自発行動の抑制、社会交流の減少
多幸感	無関心、無感動
意味不明の自信	成長の抑制

3年の追跡研究（Swanson et al., 2007）では、ADHD治療薬を継続的に服薬した子どもは、一般の子どもに比べて2.3cm背が低くなっている。他の研究でも、年間1cmの成長が損なわれることが分かっている。

3年の追跡研究（Swanson et al., 2007）では、ADHD治療薬を継続的に服薬した子どもは、一般の子どもに比べて2.3cm背が低くなっている。他の研究でも、年間1cmの成長が損なわれることが分かっている。

2.3.3 ADHD治療薬の離脱症状とリバウンド

娯楽目的で交感神経刺激薬を乱用する人は、同様の効果を得るために服用量を増やさねばならなくなる。他の向精神薬と同様に、服薬開始後すぐに耐性を獲得するからである。治療目的であっても、同様なメカニズムが当然働く。これは、ADHD治療薬のメリットは短期的で、長くは続かないことを示している。用量が増え、長期使用になるにつれ、有害事象が目立ってくるようになる。違法薬物の覚せい剤が、最初から手を出すなどされるのは、この性質による。

また、交感神経刺激薬を服用した子どもは、通常は夕方になると効果が切れるが、この現象が起きると、薬によって抑制されていたすべての行動を取るようになる。その行動は、抑制されていた分、さらに激しくなり、時には以前には見られな

かった新しい症状を呈するようになる。非常に興奮しやすく、注意力散漫になり、涙もろくなったり、イライラしたり、気分の落ち込みが見られる。こうした症状は、薬の有害作用としてではなく、治療を継続する理由や新たな病気（双極性障害や統合失調症）の発症と解釈される。

2.3.4 ADHD 治療薬の副作用と違法覚せい剤の症状

ADHD 治療薬の副作用、治験時での試験結果を掲載した。副作用は服用者の7-8割に認められている。これは、向精神薬では普通であるが、一般の医薬品では特別なことで、もともと、より慎重に扱わねばならない代物であることを示している。交感神経刺激剤であることから、交感神経優位で起きる、食欲減退にそれに伴う体重減少、不眠などはかなりの高確率で起きることがわかる。

ピバンセ副作用（添付文書）
承認時における安全性評価対象症例 172 例中、副作用（臨床検査値異常変動を含む）は 154 例（89.5%）に認められた。主なものは、 食欲減退 136 例（79.1%） 、 不眠 78 例（45.3%） 、 体重減少 44 例（25.6%） 、 頭痛 31 例（18.0%） 、 悪心 19 例（11.0%） であった。
ストラテラ副作用（添付文書）
小児を対象とした国内臨床試験における安全性評価対象例 278 例中 209 例（75.2%）に副作用が報告され、主なものは頭痛（22.3%）、 食欲減退（18.3%） 、傾眠（14.0%）、腹痛（12.2%）、悪心（9.7%）であった。
コンサータ副作用（添付文書）＜小児 AD/HD 承認時＞
AD/HD 患児を対象として国内で実施した第Ⅱ相試験、第Ⅲ相試験及び長期投与試験の総症例 216 例中、副作用（臨床検査値異常を含む）は 174 例（80.6%）に認められた。その主なものは、 食欲減退 91 例（42.1%） 、 不眠症 40 例（18.5%） 、 体重減少 26 例（12.0%） 、頭痛 18 例（8.3%）、腹痛 12 例（5.6%）、悪心 12 例（5.6%）、チック 11 例（5.1%）、発熱 11 例（5.1%）であった。
インチュニブ副作用（添付文書）
副作用 4. 承認時における安全性評価対象症例 254 例中、副作用（臨床検査値異常変動を含む）は 190 例（74.8%）に認められた。主なものは、傾眠 146 例（57.5%）、 血圧低下 39 例（15.4%） 、頭痛 31 例（12.2%）であった。
* 交感神経優位によると考えられる副作用

以下は、違法覚せい剤の症状である。表現が微妙に異なるが、ADHD 治療薬の効果と副作用と、同等な作用があることが理解できる。実際、ピバンセとアンフェタミン（違法覚せい剤）は、体内では同じ化学物質である。覚せい剤は統合失調症によく似た精神症状を引き起こすが、実際に統合失調症の薬の治験の際、実験動物に覚せい剤を用いて統合失調症を引き起こして、薬の効能をテストしている。*ピバンセは肝臓で代謝されるとアンフェタミンそのものになる。

違法覚せい剤の症状（現代臨床精神医学）
覚せい剤を使用すると、多幸感や万能感を感じ、おしゃべりになったり、不安や焦燥感を感じたりする。 集中力が向上して眠気や疲労感が無くなり、気分を爽快にする。
食欲が無くなり、頻脈になり、血圧が上昇したりする。 薬が切れてくると、反跳現象というものが現れる。これは無欲感や疲労感、脱力感や不快感、憂鬱な気分などが現れる現象。覚せい剤の使用を急激にやめた場合もこの反跳現象が見られる。
覚せい剤は連続した使用により耐性が付きやすく、耐性が付いていくことで最初の覚醒効果は得られず、使用量が増大し続ける。
不眠になり、神経過敏になって周囲のささいな物音にも過敏に反応して、情緒不安定になる。 食欲が無くなり痩せてしまい、身体的にも疲れてくる。また瞳孔が開き、まぶしい。
覚せい剤精神病と呼ばれる精神病の症状が出る。 これは統合失調症によく似た症状で、妄想や幻覚が多い。

妄想は関係妄想、被害妄想や追跡妄想が主で、周囲の人に監視されていると感じたり、笑われていると感じたり、脅迫や迫害を受けていると感じる。街中で見ず知らずの人に尾行されていると感じたり、車につけられていると感じたりする。

副交感神経が優位になるのは、睡眠時や食事をとる時間で、交感神経が優位になるのは、仕事をしたり、勉強をしたりする時間である。子どもは、大人に比べて、副交感神経優位で育たねばならない。たくさん遊んで（交感神経優位）たくさん食べて、よく寝る（副交感神経優位）。脳は、そのバランスの中で発達する。学校の時間だけ飲んで、夕方に薬の効果は消えるから安全だとするのは、あまりにも安直な判断である。自律神経は、もっと精緻で複雑に働く。

2.3.5 自閉スペクトラム症の易怒性を抑える薬

自閉スペクトラム症の易怒性を抑える薬として、承認されているのは、統合失調症の治療薬であるリスパダール（リスパダール）とアリピプラゾール（エビリファイ）である。これらの薬は、精神安定剤という、いかにも不安定な精神症状に効果がありそうな名前でユーザーに説明されるが、もともと統合失調症の幻聴や妄想、双極性障害の躁症状に使用される強力な鎮静薬である。自閉スペクトラム症のスペクトラムとは、英語で‘連続する’とか‘分布範囲’という意味で、白黒はっきりしないグレーゾーンを全て病気（障害）に含める造語である。わずかに疑われる「かもしれない」程度の子どもに発達障害のレッテルを貼り、処方可能とするネーミングである。

つまり、自閉症「かもしれない」程度の子どもに、精神作用のある強力な鎮静剤が使用されているのである。処方薬の認可は、医師が上手く使うという前提で行われているが、現実には、「とりあえず」程度の気軽さで処方されている。処方する医師の方は、「国が認めているから」という理由で、そのお気軽処方を正当化している。処方される側も、そして処方する側（医師）も、精神安定剤という便利で安全というネーミングのイメージをそのまま信じている。これら統合失調症の薬の副作用一つには、（薬由来の）統合失調症がある。統合失調症の薬で、統合失調症を発症するのは不思議に思うかもしれないが、長期にドーパミン遮断薬を服用すると、脳はドーパミンを受け取ろうと新たに受容体を開く（アップレギュレーションという）。その状態で薬をやめると、ドーパミン系神経は新しく開いた多くのドーパミン受容体のために不安定になる。その症状は、統合失調症の症状にそっくりなのである。半年くらいで受容体は元に戻るが、半年様子をみることはせず、単に新たに統合失調症が発症したとみなされる。かくして、「かもしれない」程度の発達障害の子どもが、数年後に統合失調症（薬由来）の診断を受けるようになることは珍しいことではない。

もし、子どもに、「過眠」「口をもごもごさせる」「舌が飛び出る」「ソワソワして落ち着かない」「歩き回る」「生理が止まる」「手足が勝手に動く」「男の子でも胸が大きくなる」「乳汁分泌」「無気力」「興味がなくなる」などの症状があれば、それは薬の有害作用を疑うべきである。大人の統合失調症患者によくみられる症状であるが、これは病気の症状ではなく、すべて薬の副作用である。

国は、これらの薬の使用を認可する際、処方する医師が正確に診断し、丁寧に観察するはずだということ前提にしている。方や、医師の方は、国が認可しているから安全だという認識で安易に処方する。そして支援者は医師の診断や処方には間違いはないとして、薬の服薬を実質強要する。この認識のずれは、時間と共に取り返しのつかない悪影響を及ぼす。不利益をこうむるのは、こうした認識のずれの中で、服薬を強いられる子どもである。

次章に、自閉スペクトラム症と診断された子どもが良く処方される薬の実際の副作用報告を掲載した。こうした薬を服用する子どもに接する保護者や支援者は、子どもを良く観察し、これらの副作用に注意を払うべきである。『薬のことに口を出してはいけない』というのは、医師の機嫌を損ねてはならないとする戯言に過ぎない。副作用を報告して機嫌を損ねるような医師には退場してもらった方がよい。

2.3.5.1 アリピプラゾール（エビリファイ）

製薬会社にとって、新たな適応を取得すると、新たな開発をすることなく、新薬と同様に薬価を高く維持することが出来るというメリットがある。アリピプラゾールの適応は、2022 年現在、統合失調症の治療、双極性障害における躁症状の改善、うつ病・うつ状態の治療、小児期（原則として 6 歳以上 18 歳未満）の自閉スペクトラム症に伴う易刺激性に対して適応を取得している。そもそも、一つの化学物質が、様々な違った症状を呈する精神疾患に対応できるはずはないが、製薬会社は、その薬の特徴をそれぞれの病気に効果があるように見せる巧みな治験モデルを作り、新たな適応を取得している。これも医師が上手に使うことが出来るという前提での認可である。

アリピプラゾール（エビリファイ）は、ドーパミン系作用を低用量では亢進させ、高用量では低下させる特異的な作用があり、統合失調症の先発薬に比べてドーパミン遮断による副作用が少ない薬とされている。しかし、米 FDA の世界中から副作用報告を集めた大規模副作用データベースを調べるとすべての薬の中で、アカシジアとかジストニアといったドーパミン遮断による薬剤性パーキンソン症候群（錐体外路症状）を最も引き起こしている。

エビリファイ副作用報告			報告期間 2005Q3～2010Q4		PRR 値とは他の薬に比べて何倍のリスクがあるかの指標	
総報告数 17755						
頻度順	有害事象名	件数	PRR 順	有害事象名	PRR 値	コメント
1	体重増加	1169	1	妊娠時胆汁うっ滞	60.23	胆石
2	糖尿病	1133	2	パーキンソン病安静時振戦	51.26	薬剤性パーキンソン症状
3	2 型糖尿病	864	3	アカシジア	43.29	錐体外路症状
4	不眠症	728	4	遅発性ジスキネジー	38.07	錐体外路症状
5	遅発性ジスキネジー	721	5	歯車様固縮	37.17	薬剤性パーキンソン症状
6	振戦	707	6	食道ジスキネジー	35.12	誤嚥性肺炎
7	アカシジア	486	7	インスリン必要 2 型糖尿病	33.1	
8	傾眠	446	8	2 型糖尿病	27.94	
9	ジスキネジー	432	9	統合失調感情障害	27.65	精神障害
10	ジストニー	429	10	代謝症候群	26.43	
11	激越	425	11	肥満	23.5	
12	精神病性障害	417	12	ジストニー	22.21	錐体外路症状
13	自殺念慮	394	13	統合失調症	21.28	精神障害
14	妊娠	385	14	精神的機能代償不全	20.45	精神障害
15	血中コレステロール増加	375	15	統合失調症、妄想型	20.3	精神障害
16	膀胱炎	369	16	糖尿病性ニューロパチー	20.12	
17	霧視	356	17	情動鈍麻	17.65	
18	錐体外路障害	327	18	1 型糖尿病	17.23	
19	肥満	323	19	よだれ	17.06	薬剤性パーキンソン症状
20	悪性症候群	319	20	糖尿病性ニューロパチー	15.92	

2.3.5.2 リスペリドン（リスパダール）

リスペリドン（リスパダール）は、その使いがっの良さ（液体で服薬させやすい）から、最も適応外使用されている薬である。高齢者施設での手を焼く入居者に、その鎮静作用、睡眠作用を期待して使用されている。米 FDA の大規模副作用データベースの分析では、その副作用報告の多くが適応外使用で、有害事象として統合失調症が最も報告されているのである。つまり、統合失調症ではない患者に最も処方され、副作用として、最も（薬由来の）統合失調症を引き起こしている薬である。

リスパダール副作用報告			報告期間 2005Q3～2010Q4 総報告数 31238 件		PRR 値とは他の薬に比べて何倍のリスクがあるかの指標	
頻度順	有害事象名	件数	PRR 順	有害事象名	PRR 値	コメント
1	糖尿病	2240	1	汚染医療機器暴露	1029.5	
2	体重増加	1487	2	高プロラクチン血症	124.78	妊娠状態
3	2型糖尿病	1412	3	身体表現性妊娠	61.51	妊娠状態
4	薬物相互作用	1201	4	メージ症候群	57.29	舌が飛び出る、モゴモゴする
5	傾眠	977	5	統合失調症感情障害	35.72	精神障害
6	振戦	936	6	血中プロラクチン増加	35.63	妊娠状態
7	錯乱状態	929	7	インスリン必要 2型糖尿病	35.02	
8	激越	917	8	アルコール性膵炎	34.08	
9	自殺企図	861	9	側反弓	33.97	パーキンソン前駆症状
10	悪性症候群	820	10	乳汁漏出症	30.04	妊娠状態
11	攻撃性	775	11	2型糖尿病	28.81	
12	過量投与	747	12	ろう屈症	28.64	パーキンソン前駆症状
13	精神病性障害	727	13	統合失調症、妄想型	28.24	精神障害
14	鎮静	725	14	糖尿病性眼病変	27.39	
15	自殺念慮	698	15	間欠性爆発性障害	24.97	精神障害
16	膵炎	668	16	統合失調症	23.69	精神障害
17	錐体外路症状	598	17	糖尿病性ニューロパチー	23.28	
18	遅発性ジスキネジ ー	582	18	悪性症候群	23.13	ドーパミン遮断
19	頻脈	581	19	糖尿病性胃不全麻痺	22.47	
20	血中クレアチンホ スホキナーゼ増加	560	20	代謝症候群	21.68	

2.3.5.3 その他、良く使用される薬と多剤併用

世界の常識では、精神薬の使用は原則単剤である。この国の薬の多剤併用は、しばしば批判の対象となっている。この国では、批判を受けて、同一適応名の複数薬剤の処方規制された。しかし、単剤は適応症名ごとに単剤と都合よく解釈し、あいかわらず、結局 3 剤、4 剤の併用が当たり前のように行われている。適応症が違っていても、脳は一つの臓器で、向精神薬は同じ臓器に作用する。さらに薬は原則単剤で効果や副作用が確認されている。併用すれば、それは治験の行われていない未知の薬を飲んでることと同じである。国も、様々な規制を設けようとしているが、その度に精神科病院協会などの利益団体の圧力により、規制は骨抜きにされている。

睡眠薬や気分調整薬と呼ばれるデパケンやカルバマゼピン、鎮静作用の特に強いオランザピンなどが、安易に併用されている。こうした処方を受けている子どものカルテを取って確認すれば、これらの薬を処方するために便宜上付けた保険症名が記載されている。そして、薬の副作用として新たに現れた有害事象は、しばしば、新たな病気を発症したとされ、その保険症名はその後の診断に引き継がれていく。

デパケン R 副作用症状		報告期間 2005Q3～2010Q4		PRR 値とは他の薬に比べて何倍のリスクがあるかの指標		
		総報告数 41863				
頻度順	有害事象名	件数	PRR 順	有害事象名	PRR 値	コメント
1	痙攣	3240	1	胎児抗痙攣薬剤症候群	60.23	胎児異常・奇形
2	薬物相互作用	2026	2	先天性毛髪障害	51.26	胎児異常・奇形
3	振戦	1490	3	先天性屈指症	43.29	胎児異常・奇形
4	体重増加	1455	4	先天性口腔奇形	38.07	胎児異常・奇形
5	錯乱状態	1424	5	先天性眼瞼奇形	37.17	胎児異常・奇形
6	傾眠	1387	6	先天性鼻奇形	35.12	胎児異常・奇形
7	糖尿病	1304	7	斜指症	33.1	胎児異常・奇形
8	血小板減少症	1147	8	靱帯弛緩	27.94	
9	過量投与	1077	8	陥没乳頭	27.65	胎児異常・奇形
10	妊娠時の薬物曝露	971	10	高アンモニア血症	26.43	精神症状をきたす
11	昏睡	912	11	高アンモニア血症脳症	23.5	精神症状をきたす
12	激越	877	12	卵巣顆粒卵胞膜細胞腫	22.21	
13	肺炎	853	13	文が読めなくなる	21.28	
14	鎮静	848	14	非社会的行動	20.45	
15	てんかん	844	15	異形症	20.3	胎児異常・奇形
16	好中球減少症	827	16	先天性爪障害	20.12	胎児異常・奇形
17	脱毛症	820	17	微細運動遅延	17.65	
18	攻撃性	774	18	仮性認知症	17.23	
19	2型糖尿病	768	19	アミノ酸代謝障害	17.06	胎児異常
20	白血球減少症	711	20	低位耳介	15.92	胎児異常・奇形

カルバマゼピン副作用報告		報告期間 2005Q3～2010Q4 総報告数 23499			PRR 値とは他の薬に比べて何倍 のリスクがあるかの指標	
頻度順	有害事象名	件数	PRR 順	有害事象名	PRR 値	コメント
1	痙攣	2569	1	HLA マーカー検査陽性	216.31	免疫不全（白血病のマーカー）
2	発熱	1588	2	内眼角贅皮	129.79	皮膚疾患
3	薬物相互作用	1425	3	卵巣顆粒卵胞膜細胞腫	101.97	免疫不全
4	状態悪化	976	4	末梢神経除圧	86.52	
5	傾眠	759	5	ヒトヘルペスウイルス6血清学的検査陽性	75.97	免疫不全
6	妊娠時の薬物曝露	714	6	腹壁嚢胞	61.8	
7	錯乱状態	685	7	胃洗浄	61.29	
8	低ナトリウム血症	676	8	抗痙攣薬濃度治療量以上	59.33	
9	てんかん	600	9	抗痙攣薬濃度増加	50.01	
10	アラニン・アミノトランスフェラーゼ増加	573	10	くる病	47.19	
11	薬物毒性	566	11	内臓損傷	39.77	
12	胎児に影響する母体投与薬剤	552	12	ヒトヘルペスウイルス6感染	36.99	免疫不全
13	大発作痙攣	510	13	両眼隔離症	32.72	
14	アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ増加	509	14	網膜沈着物	32.45	
15	歩行困難	506	15	リンパ球形態異常	30.44	免疫不全
16	γ-グルタミルトランスフェラーゼ増加	483	16	血中免疫グロブリン M 減少	30.32	免疫不全
17	昏睡	477	17	性器びらん	27.66	
18	自殺企図	471	18	斜頭症	27.1	
19	スティーブンス・ジョンソン症候群	468	19	血中免疫グロブリン A 減少	26.94	免疫不全
20	激越	384	20	好酸球増加と全身症状を伴う薬疹	26.71	皮膚疾患

2.4 良い子と思われたくて、不快な薬を我慢して飲む子ども

投薬という医療行為は、他者の身体に対する侵襲行為であって、それが容認されるためには、その目的が治療であり、十分な説明と本人の合意を必要とする。体にメスを入れることと、脳に影響する薬を飲ませることは同等である。子どもが、発達障害とされて服薬を強いられるこの状況は、この条件を満たしているかどうか微妙と言わざるを得ない。

ADHD 治療薬を服用した子どもたちへの聞き取り調査をした研究では、子どもたちが服用前に戻りたいと思っており、「何も感じなくなる」「悲しくなる」「自分らしくない」などとコメントしているが、医師には薬が嫌だとは話していないとの調査もある。子どもたちの多くは、大人に良い子と思われたくて不快な薬を我慢して飲んでいる。そもそも、ADHD 治療薬を飲む理由は、本人が病気の症状に苦しんでいるからではなく、周囲の大人たちが子どもの行動を問題としたためである。投薬は、行動を抑制するのが目的であって、体を縛り付けて自由を奪う事とあまり変わらない。これは治療とは言えない。

また、本レポートで示したような薬のデメリットは、本人にも、保護者にも説明されることはほとんどない。そもそも、アルコールが子どもに良くないとされていることと同じ理由で、向精神薬を飲むことは慎重であるべきである。そして、子どもに服薬を強要しているのは、医師というより、日常的に子どもに接している大人である。その大人たちが信じている「医師が処方した薬だから大丈夫」というのは、根拠のない空気のようなものである。

後世では、中世の魔女狩りのように、当時は残酷な人権侵害をしたものと言われる可能性すらある。

3. 他生徒からの虐めとその後の精神医療の罪

3.1. 入水自殺未遂と少女を追い詰めたその後の処遇のエピソード

陰湿な生徒たちの虐めにより、少女は川に入って死ぬように追い込まれた。入水自殺を強要された少女は、通行人の通報から、警察を通じて精神科病院に入院することになる。精神科病院では、隔離室に裸で収容される。裸にしたのは自殺を防止させるためという理由である。母親の面会は許されなかった。精神科病院が家族の面会を拒否するのは良くあることであるが、このケースでは母親との関係性は、さほど悪くない。深く傷ついた少女に母親が寄り添うのは許されなかった。

3.2. 少女を追い込んだ精神医療の文化

旭川の少女を裸で保護室という名の隔離部屋に閉じ込め、大量の薬を投与した、精神医療とは、精神科病院とは、一体何なのだろうか。

陰湿ないじめにより、少女は最終的には、抵抗することを諦め、『もうどうでも良い』とする極限状態にまで追い込まれ入水した。その少女が搬送された精神科病院は、その少女の追い込まれた極限状態にどのように接したのであろうか。

20世紀までは、精神科病院は、ほとんどの子どもにとって縁のないものであった。20世紀の精神科病院にいたのは、多くは統合失調症と呼ばれる精神症状を呈する患者とノイローゼなどの神経症と呼ばれた患者であった。精神科病院は、突然現れた子どもの精神疾患患者をそれまでのやり方を変えることなく、同じように扱っている。

精神科病院の文化が、もともと、どんなものであるかを知らずに、安易に繋ぐべきではないことを、教育関係者や親たち、支援職は、知っておくべきである。実際、旭川の少女は、昔からの精神医療、精神科病院の文化にそのまま取り込まれた。

3.2.1. 精神医療、精神科病院は、病気を治療するのか

入院する知人に付き添い、精神科病院の担当医に、どのような治療を行うのかと質問すると、基本的に薬物治療を行うと返答がくる。精神疾患の原因は未だ何もわかっていないにもかかわらず、治療法が存在すること自体、奇妙なことである。薬物治療と称されているのは、端的に述べると以下のようなものである。

- ・眠れない患者に睡眠薬を処方する
- ・幻聴や妄想に苦しむ患者や元気がありすぎたり、暴力的な患者には、ボーっとする、頭が回らなくなる鎮静薬を処方する
- ・元気がない患者には、覚醒系の抗うつ剤を処方する
- ・ADHDの患者には、一時集中力が上がる覚せい剤を処方する

これらは、患者の一時の症状に対する対症療法であり、何か身体的な病因にアプローチし、根本的にそれを改善するような医学的な治療ではない。似たようなものに、高血圧の治療や糖尿病など慢性病の治療がある。しかし、精神疾患は決して、不治の病ではない。

セロトンを増やすとかドーパミンを減らすとか、科学的な装いをまとっているが、それは薬物治療を正当化するために利用した生物学上の仮説に過ぎない。この仮説が立てられてから、半世紀以上経った現在でも仮説の域を脱してはいない。薬物治療で治らないのはある意味当たり前であるが、治らないけれども、一応落ち着いた状態を精神医療では寛解と呼ぶ。3日も眠れないとか、錯乱しているような急性症状に、対症療法としての薬の使用は正当化されるが、根本的治療

や予防としての投薬に医学的な根拠はない。症状が治まるまで徹底的に薬で抑え込むことが、精神科病院の主な仕事である。

うつ病が治ったとか、不眠が治ったという人は、薬が何か脳内の不具合を治したのではなく、一時的な症状を抑えている間に、自力で回復していった人である。うつ状態や不眠になった原因、環境が改善され、自身の治癒力により、正常に戻る例はいくらでもある。睡眠薬や抗うつ剤を飲み続けているということは、病気が治ったのではなく、薬で抑え続けている状態である。そういう状況で薬が増えるということは、薬への耐性が生じたか、病気が悪化したということである。精神疾患の転帰は、そもそも顕在化したガンのように悪いわけではない。薬物治療のなかった時代の伝統的な精神病理学を学べば、比較的難治とされる統合失調症でさえ回復する患者の方が多いたことが分かる。

『薬は一生飲み続けなければならない』と言われるが、それはその病気が治らないという前提の言説である。薬を処方するだけの治療をして、症状を引き起こした関係性や環境を問わないのであれば、精神疾患が治らないのは当然である。そして、継続して服用を続けることによって、その有害作用によって新たな問題が生じ、病気が悪化することも幾らでもある。

旭川の少女も、なんの根拠もない『医師の処方した薬はちゃんと飲まなければならない』とする空気の中で、継続的かつ予防としての服薬を強要させられている。母親の手記には、入院中、少女が不安になるたびに注射を打たれ、退院後も白目をむいて痙攣することがあったと記述されている。

3.2.2. 治療計画のない精神医療

精神科以外の他科では、治療にあたって治療計画を提示されることは多い。しかし、精神科ではそれが入院であっても外来であっても治療計画が提示されることはほぼない。あっても、薬の調整をすることを治療計画と呼んでいるだけである。オルタナティブ協議会で関わってきたが精神科患者のほとんどが、ただ漠然とクリニックに通い、ただ漠然と薬を貰って服用を続けていた。

「どうですか？」「少し睡眠が浅いです」「では薬を変えてみましょう」

まるで、内科の医師が行ってきた外来治療のように、精神科の医師も振舞っており、患者の側も当然のこのようにそれを受け入れている。医学的に治療する方法として確立されていないこのような治療を続けても、何の意味もなさないし、薬の有害作用で悪化し、寿命が縮むだけである。

『専門家は間違わない』

『薬は一生飲まなければならない』

『患者や家族、さらには福祉職も治療に口出しをしてはならない』

『治らないのは当たり前』

『薬をやめれば再発する』

『薬は安全』

と言った根拠の無い空気のような言説を信じる社会により、意味の無い有害な治療は黙認されてきた。それにより多くの回復可能な患者のチャンスが奪われてきた。治療計画が無いのは、精神医療が有効な回復手段を持ち合わせておらず、社会的な関係性や環境調整という手間のかかる取り組みを行っていない証拠である。患者を治療する医療と名乗るのであれば、有効な治療計画を提示して、なぜ薬を服用するのかを含め説明すべきである。

治療目的でない投薬行為は違法であり、人権侵害である。

3.2.3. 必要悪として構造化された精神科病院の体質 – 神出病院患者虐待事件（2022 年） –

2022 年、兵庫県の神出病院の看護師らによる入院患者への虐待が発覚し、報道され社会問題化した。234 ページに及ぶ「神出病院における虐待事件等に関する調査報告書」が同病院の第 3 者委員会によって公表された。公表は異例で、偉業であるが、長年にわたる患者虐待は重大事件とは言えない。患者虐待は 1970 年代から繰り返し事件（宇都宮病院、安田病院、大和川病院）となっているが、全く改革されずに今に至っている。これらの病院は大都市の郊外にあり、困った人達を収容する（治療では無い）必要悪として構造化されている。

病院は、地域で問題行動を起こした患者を、強制入院（医療保護、措置入院）させる入院施設として、警察や行政と連動し、自傷他害の恐れのある患者を収容するという設備として地域社会での役割を担っている。必要悪というのは、患者に対する治療という病院としての役割は不明確であるが、問題行動を起こす人たちの収容施設としての役割は明確であるということである。治療は出来ないが他に選択肢が無いから精神科病院は存在する。

精神科病院は、一般の病院と違い、1958 年に発出された厚生省事務次官通知で定められた精神科特例により、精神科病院従業者の定員は他の診療科に比べて少なくても良いとされた。入院患者に対し、医師数は一般病床の 3 分の 1、看護師・准看護師は 3 分の 2 と規定している。精神科病院は、少数の医師、スタッフで、大勢の患者を扱う構造となっており、その大勢の患者を効率よく管理（抑制）するために、過剰な投薬や身体拘束、隔離が行われている。精神的な不調を抱えている患者にとって、気を配り、話し相手になってくれる人が多ければ多い方が良いに決まっているが、そうした手間のかかることはやらない。実際、コロナ騒動で、新規の患者を受け入れなかった公立病院で、患者と看護師の数がほぼ同数になったことがあった。その医師は、いままで一番、患者の状態が良かったと報告している。

日本の精神科病院への強制入院や隔離・拘束は、世界から度々批判されてきた（後章で、国連の勧告を掲載）。ところが、医療保護入院や隔離・拘束は、減るところか、この 10 年で倍増しており、改善どころか近年さらに悪化している。精神科特例の廃止は、度々医療従事者の組合などから要望されているが、60 年間ものあいだ放置されている。人手が足りないことは、しばしば、薬を大量に使用したり、隔離・拘束する虐待の言い訳とされている。

旭川の少女も、患者を効率よく扱う、これまでの精神科病院の慣習に従って捌かれた。日常的にこうした患者への乱暴な扱い方に慣れた医師やスタッフは、悪びれることなく、いつもの日常業務のひとつとして、少女を鍵のついた保護室に収容し、家族との面会を禁止し、裸で放置した。病院の職員に、苦しむ少女に家族を付き添わせて安心させるという発想は無かった。「もう大丈夫だよ」「安心して休んでね」と少女を思いやるホスピタリティはその病院にはなかった。

3.2.4. 脱施設化を推進した欧米諸国と逆に増やした日本

諸外国は、1960 年代から、閉鎖的な施設では、患者は回復しないことに気が付き、精神科病棟を減らす脱施設化の改革を行った。この国では逆に 1960 年代から精神科病院を国の施策として増やしていった。結果として世界の 40% の精神科病床が日本にあるという不名誉な事態になっている。

服薬を強制するということは、人間を閉じ込めたり、縛ったりすることと同様に、人権侵害の恐れがある。しかし、最近になって、人を閉じ込めたり、縛ったりする病院が減らず、その件数が増加するような精神科病院では、服薬の強要が人権侵害の恐れがあるという発想さえない。

3.2.5. 悪化する患者と疲弊する職員

精神科病院に入院し、回復し、健康となり健常者として社会に戻る人は少ない。退院後も、患者（障害者）として、訪問医療や地域の精神科に通うことになる。

逆に精神科病院へ入院して悪化して帰ってくる事例は珍しいことではない。悪化する原因の一つは過剰な薬の使用で

あるが、長期の隔離や拘束も悪化要因である。また入院生活の中で人格が崩れることもある。狭い閉鎖された環境の、上意下達の管理システムでは、施設病と呼ばれる病理がある。ナチスドイツのユダヤ人収容所では、残酷な気質を持つものはより残忍になり、支配される側はその場を生き残るだけの思考に陥った。精神科病院にも同じ病理がある。病院では、一般社会よりも、はるかに盗みや虐めは多く、神出病院のように、時には職員によって虐待は行われている。

生き残るだけの思考に陥ると、生存競争の中で、かき込むように食事をするようになり、暴力を身につけるようになる。人間不信に陥ることもある。そのようにして身に付けた崩れた人格もまた、病気の悪化とみなされ、退院後の再入院の原因となる。

患者を拘束し、強制的に注射をした精神科看護師の中には、それに耐えきれず辞めるものも少なからずいるが、加害者としての罪悪感のなかで、長く苦しんでいる。

3.2.6. 病院から地域社会に広がる治療（支援）という名の虐待の文化

病院の中だけで行われた治療とは呼ぶには程遠い非常識な薬物治療は、20世紀末から、町中に林立した精神科クリニックにより、地域社会に急激に広がっていった。心の葛藤や苦しみが薬で解決できるという迷信を、日本社会は受け入れ、内科のような診療スタイルで、人を効率的に捌くシステムが日本中に広がった。未だ、何もわかっていない精神と脳の問題をあたかも簡単に薬で解決できるように振舞う精神科医が大量に養成されていった。精神医学は全て仮説でしかないが、人々は精神科医やその薬物治療に何か専門性や科学的根拠があるかのように信じ込まされている。一人一人の精神科医やスタッフ、支援職の人格を疑っているのではない。彼ら自身を含め、社会全体が集団洗脳状態である。

誰でも、人が何かしらの危機に陥った時、一時的な混乱に陥ったり、怒り狂ったり、ある人は酷く落ち込んだりすることを我々は知っている。苦しみを代わりに引き受けることは出来ないが、寄り添い、その苦しみを理解しようとする事は出来る。そして、人薬、時間薬により、その人が 混乱が落ち着き、前向きに生きていくようになることも知っている。一時的な混乱を収めるために、考える余裕を得るために、薬は役に立つことはあるかもしれない。だが、この国で行われている診断・治療は、人々の実存とはかけ離れた非人間的な代物である。一時の症状だけを紙の上でチェックする方法で、人間を測ることは出来ない。安直な、うつ病のたかが9項目のチェックシート型診断で、大雑把に患者を分類し、抗うつ剤を大量に処方した手口と、発達障害で子どもたちに投薬する手口は全く同じである。

製薬会社と組んで実施した大々的なうつ病キャンペーンと共に、町中にばら撒かれた精神科病院の文化は、ついに今まで手を付けていなかった子供たちにまで及んだ。精神科病院が、発達障害キャンペーンと共に地域へ広げたのは、人をチェックシート型の大雑把に分類する診断と大雑把に定型化された非常識な薬物治療である。

3.2.7. 子供たちを害する非常識な精神科薬物療法

子どもへの向精神薬の投与については、精神科医の中でも否定する意見は多い。否定する理由は明白だ。子供の脳は、様々な経験、学習をしながら脳神経が発達していく。暴力的な薬の信号を常時受けながら、発達した脳は、薬があることが前提の脳が出来上がってしまう。また、脳神経は、たんぱく質で出来ている。一度出来上がったものを変質させることは2度と出来ない。出来上がった脳に影響する薬の害と出来上がる過程で受ける薬の害は質が全く違う。だからこそ、子どもへの投薬は慎重にするべきとされてきた。未成年にアルコールが規制されているのは同じ理由である。ちなみに子どもに使われるてんかん薬や睡眠薬の多くは、アルコールと同じ脳の部位に作用する。

現代の精神科医は、そんな常識的な懸念も抱かず、子どもに容赦なく、脳に暴力的に干渉する薬を処方している。発達障害診断から、他の精神疾患に変化していった患者（障害者）は大勢いるが、誰もその実態を把握しようとしていない。

3.2.8. 薬は安全という神話

発達障害とされる子どもが服薬する薬も、薬事法で劇薬指定を受けていたり、麻薬及び向精神薬取締法で厳しく取り扱いが規制されている。医薬品の安全性は、まず、その毒性を検査することにより、行われる。薬事法では、毒薬が 30mg/kg、劇薬が 300mg/kg で致死量に達する薬と規定されている。劇薬を10倍飲めば、毒薬となる。麻薬及び向精神薬取締法では、依存性、乱用性の高いものが指定され保管や流通で厳しく管理されている。

商品名	劇薬指定	麻薬及び向精神薬取締法
コンサータ	○	第一種
ビバンセ	○	アンフェタミン材料
ストラテラ	○	
インチュニブ	○	
エビリファイ	○	
リスバダール	○	
ジプレキサ	○	
フルニトラゼパム		第二種
その他のベンゾジアゼピン		第三種

薬が安全と言われる場合、一義的には、単にまず沢山飲んで死なないという意味である。医薬品で毒物に指定されているのは、一部の抗がん剤などで、厳密に使用は管理されている。それに比べて劇薬指定の薬は数多く、我々市民は知らないうちに結構劇薬を飲んでいる。その次に安全という意味は、依存性がないということや、乱用されないということである。

どちらの意味でも、子どもに処方されているこれらの薬は、法律では安全とはされていないが、医師がきちんと使えば大丈夫という前提で医薬品として認可されている。

そして、これらの薬は単剤での安全性が検討されているだけで、多剤での検討はされていない。さらに、治験ではせいぜい1, 2年の短期の安全性しか確認されておらず、長期服用の安全性は確認されていない。

人々は、心身ともに健康になりたくて、薬を飲むが、その薬が心身ともに健康になることに役立っているかどうかを検証することもない。

3.2.9. 子供たちにまで広がった多剤併用大量処方

諸外国は原則単剤。多剤併用大量処方とはわが国、独自の問題。諸外国から非常識と指摘されてきたこの残酷な多剤併用大量処方は、この国では 21 世紀に入ってさらに悪化した。20 世紀には精神科病院の中だけで行われてきたこの悪習は、21 世紀になり、街中に広がったクリニックによって市中に広がり、ついには子供たちにまで広がっていった。

多剤併用大量処方の歴史	コメント
1955 年 クロルプロマジンが日本で最初の抗精神病薬（統合失調症治療薬）が市販された。	それまでのショック療法やロボトミーから薬物療法に移行した。
1970 年代 2 剤以上が主流になる（統合失調症患者に対し）	多剤大量処方の始まり
1980～90 年代 定型抗精神病薬（古いタイプの抗精神病薬）の多剤大量処方（C P 換算 1 0 0 0 m g 以上）が定着 非定型抗精神病薬（新しいタイプの抗精神病薬）の登場	多剤大量処方の悪化
1996 年 心療内科が標榜科として認められ、町中に精神科クリニックが次々に開業	病院内での多剤大量処方が地域の外来患者に対して行われるようになった。 <u>統合失調症患者以外への多剤大量処方の始まり</u>
1999 年 新規抗うつ剤（S S R I）の登場、うつは心の風邪キャンペーン（製薬会社による病気喧伝キャンペーン）	<u>精神疾患の商品化の始まり</u> <u>不眠や鬱でクリニックを訪れた患者たちに多剤併用が拡大</u>
21 世紀 単剤使用が推奨された非定型抗精神病薬（新しいタイプの抗精神病薬）の普及	多剤併用の是正が期待されたが、さらに多剤併用率が高くなった。 <u>多剤大量処方の更なる悪化</u> 2009 年全国調査 抗精神病薬 2 種類以上、C P 換算 1000 mg 以上は 29.9% 2011 年全国調査 入院患者に対して 3 剤以上 42%、4 剤以上 20%
非定型抗精神病薬の適応が拡大と共に行われた病気喧伝。 双極性障害キャンペーン <u>発達障害（A D H D、自閉症スペクトラム）キャンペーン</u>	気分障害（うつ病、双極性障害）系に使用され始め、抗うつ剤と抗精神病薬の併用が始まった 次に難治性うつに適応が拡大 <u>ついには自閉症スペクトラムの易怒性に対しても適応が拡大された。多剤大量処方がすべての精神疾患に拡大された。</u> <u>何より問題なのは、発達障害・認知症診断の拡大に沿って、子どもたちや高齢者に対する処方においても、非常識な多剤併用が行われていること。</u> 未成年へのクラス間多剤併用率 抗精神病薬 60.9% 抗うつ薬 76.9% 気分安定薬 92.9% 抗不安・睡眠薬 61.5% 諸外国では、米国 19%、オランダ 9%、ドイツ 6%と基本単剤処方

3.2.10. 是正に向けた批判と強制的な規制

精神医学界の自律によって一向に改善されない薬の処方に対して、度重なる注意喚起が行われ、最終的には処方制限という形で強制的な規制が行われた。こうした規制はすべて、先行した被害者運動の成果である。精神医学界が自ら規制したわけではない。本レポートで指摘した数々の処方の問題もまた、将来的に、必ず規制の対象となるはずである。

○2011年 過量服薬への取組－薬物治療のみに頼らない診療体制の構築に向けて－ 厚生労働省 自殺うつ病対策等プロジェクトチーム（こちらは統合失調症以外の患者に対する不適切処方を問題視した内容）

医師の過量処方や患者の過量服薬の防止に向け、薬剤師による患者への声かけや、医師への疑義照会などを盛り込んだ対応策をまとめた。その内容を受け、日本うつ病学会、日本臨床精神神経薬理学会、日本生物学的精神医学会、日本総合病院精神医学会の4学会が合同で、「向精神薬の適正使用と過量服用防止のお願い」を公表し、向精神薬を処方する医師に対して、過量服薬の背景にある不適切な多剤大量処方に注意喚起を行った。

・睡眠導入剤、抗不安薬、鎮痛薬には、「麻薬及び向精神薬取締法」の指定薬物になっているものに対してその詳細を再確認せよというものの

・過量服薬の問題で、外来へのバルビタール類（ベゲタミン）の使用は極力避ける。また第3種指定薬物に指定されていない睡眠導入剤や抗不安薬（エチゾラム（デパス）など）においても、常用量依存形成や過量服薬のリスクを勘案して処方せよというもの

*わが国の自殺総数や休職者数はこの年を機に減少に転じている。うつ病患者の減少や抗うつ剤処方数が減少し、処方への注意喚起が、自殺者や休職者の減少に有効であることが示された。

○2014年 OECDによる日本の医療の質レビューでは、日本は「専門家及び地域社会双方による精神保健医療福祉サービスにおいて、不適切な薬剤使用（行き過ぎた多剤投与）を削減し、診療報酬を通じて代替的治療法が適切に評価されるようにするために、一層の努力が必要である」と勧告された。

○2015年 ベゲタミンの廃止。公益社団法人日本精神神経学会から、「薬物乱用防止の観点からの販売中止」の要望が製薬会社である塩野義製薬に出され、2016年度いっぱい販売が中止された。

*薬物中毒死の半数以上に関わっていたベゲタミンという薬品が、その危険性が当初から知られていたにもかかわらず、発売から半世紀たつてようやく社会から消えた。過量服薬による中毒死の半数はこれにより減少している。

○2014年 中央社会保険医療協議会による診療報酬改定では、多剤処方を行った場合には「精神科継続外来支援・指導料」をゼロ算定、および処方料・処方箋料・薬剤料をマイナス算定する方針が答申された。しかしこれに日本精神神経学会は反対声明を出すという経緯があり、いくつかの条件を満たす場合には減額されない例外が設けられた。また、1回の処方において抗不安薬を3種類以上、睡眠薬を3種類以上、抗うつ薬を4種類以上・抗精神病薬を4種類以上投与した医療機関は、定期的に状況を集計して厚生労働省へ報告することが必要になった

○2016年 診療報酬改定においては、減額裁定される条件が「3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、3種類以上の抗うつ薬又は3種類以上の抗精神病薬の投薬」へと強化された。さらに薬剤総合評価調整管理料（250点）が新設され、入院および外来において6種類以上の処方薬がなされている場合、これを2種類以上カットした場合には診療報酬算定されるようになった。

○2017年 抗不安薬・睡眠薬の添付文書を改訂して長期連用を避け、依存症や、急な大幅な減薬による離脱症状についての注意が追加され、依存のリスクを高める類薬の重複処方についても注意が促されていた。

○2018年 「4種類以上の抗不安薬および睡眠薬の投薬を行った場合」に減算されることが追加され、制度上は3剤までとなり、さらにベンゾジアゼピン系（あるいは同じ作用機序）の抗不安薬、睡眠薬が12か月以上の継続処方で診療報酬の減算となった。

3.3. 少女を苦しめた精神科医療の文化（まとめ）

20 世紀末から始まった精神科バブル。もともと精神科病院で育まれていた多剤併用大量処方という悪習が、町中に乱立した精神科クリニックにより、町中にばら撒かれた。その結果、処方薬による夥しい数の薬物中毒者が生まれた。ちょっとした不安や不眠で受診した多くの市民が、過剰かつ長期に渡る服薬の末、重症の薬剤性の精神疾患患者となり、一生治らない障害者とされている。そもそも各種の治療ガイドラインに示されているように軽症の精神疾患患者は非薬物治療で快復するはずだが、治るはずのうつ病患者を 10 年も 20 年もやっている例は、星の数ほど存在する。

2011 年から始まった向精神薬処方、多剤併用大量処方に対する規制は多少なりとも効果を上げている。自殺者や休職者の減少はその表れと考えることも出来る。薬物治療がむしろ有害であった有力な証拠である。しかし、20 世紀末から始まったうつ病バブルにより、患者・障害者とされ治らないうつ病患者はいまだ町中に溢れ、本人の人生を台無しにしているだけでなく、医療費や障害福祉の形で財政を圧迫している。すぐにでも、この 20 年に渡るうつ病治療の総括を官民挙げて行うべきである。

懸念すべきは、誰も、この 20 年に渡るうつ病治療の総括をすることなく、まったく同じことが発達障害、認知症において行われていることである。発達障害も認知症も、うつ病と同じ道を歩みつつある。この分野にも、安易な薬物療法、漫然とした長期処方、多剤併用大量処方が持ち込まれている。子どもに対する過剰処方のリスクは成人と比べようもないほど大きい。精神保健に関わる人々は、近年、精神医学が進歩し、次々に役に立つ新しい薬が開発されているという錯覚に陥っている。かつて医師会の会長であった武見太郎氏は、精神科を牧畜業と称した。患者を家畜、固定資産のように扱うことを揶揄した発言である。21 世紀になってその牧畜業は、町中に広がった。冷静に見れば、武見氏が牧畜業と呼んだ精神科の文化は、何も改善されておらず、大規模化し、悪化している。必要な支援を必要な人に届けると、患者の増加を成果として美化しているが、実態は、その言葉とは程遠い代物である。今、障害者として長い間、医療や福祉のお世話になっている人の中には、作られた患者（障害者）は大勢いる。

旭川の少女も、安直な発達障害診断を機に、この精神科医療の文化にからめとられて行った。

4. 発達障害とされたこどもの未来

旭川の少女は、あまりにも早くその短い人生を閉じたが、少女と同じような酷い処遇をされている子どもは、この国のどこにでもいる。少女が絶望した学校や入院した精神科病院、稚拙な発達障害診断と強要された服薬は、程度の差はあれ、全国共通にみられる。少女が迎えることのできなかつた未来はどんなものか考察する。

4.1. 精神障害者向け福祉施設に激増する発達障害

精神障害者向けの作業所や居場所には、近年、発達障害と診断された利用者が激増している。数年前までは、うつ病や統合失調症と診断された 40 代前後の利用者がほとんどで、うつ病を始めとする気分障害系が多かった。その人達は、20 世紀末から始まった精神科受診キャンペーンに比例して激増した障害者である。うつ病に対する受診キャンペーンが働き盛りを対象であったため、その年齢の利用者が多い。2004 年の発達障害者支援法から、10 数年が経過し、社会に発達障害概念が定着し、発達障害とされる精神障害者が激増した。わずか数年の間に、利用者の障害割合が変化すること自体、異常である。これは障害者が変わったのではなく、障害の社会的定義が変わったのだ。精神科診断は、社会状況によってコロコロ変わる。近年では、統合失調症では無かった発達障害だったとする診断が増えているが、それは見方を変えただけで、何かしっかりとした基準があるわけではなく、そう見ようとするれば、そう見えるだけのことである。エビリファイやリスパダールのように、複数の病名に保険適応のある薬が存在し、コロコロと変わる診断では、その診断名にも、診断名毎に保険適応を決めていることにも、何の意味もない。そして、そんな診断に人生を左右されること自体、あってはならない。

精神障害者福祉の一部の職員は、利用者の症状や問題行動の多くが、それぞれの利用者の障害名に関係なく、共通していることに気が付いている。気づかないのであれば、それは一人一人の利用者を丁寧に見ていない証拠である。利用者にも共通しているのは、病名ではなく、飲んでる薬である。その症状が病気の問題ではなく、薬の作用である証拠である。そのことに気が付いたとしても、薬のことに口を出してはならないと教育されている多くの福祉の職員は、黙認する。

精神障害者の就労は、一般企業の障害者枠の就労が最良の目標とされており、利用者には、そこで障害者枠で働くために、適応するための訓練が施される。日本に数多く存在する障害者向けの作業所や訓練施設は、欧米などではほとんど見られない。それは、諸外国は、障害者枠なんてものが、そもそも存在していることがおかしいと思っている文化がある。諸外国の交通機関に、優先席なるものがないのと同じ理屈である。

日本政府は、2007 年に、国連の人権委員会の定めた『障害者の権利に関する条約』を批准した。批准国は、その理念を実現するための法整備が義務付けられた。そのために作られた法律が、2013 年に公布された障害者差別解消法である。

4.2. 障害者差別解消法（平成 25 年）

○全ての障害者が、障害者でない者と等しく、基本的人権を享有する個人としてその尊厳が重んぜられ、その尊厳にふさわしい生活を保障される権利を有することを踏まえ、障害を理由とする差別の解消の推進に関する基本的な事項、行政機関等及び事業者における障害を理由とする差別を解消するための措置等を定めることにより、障害を理由とする差別の解消を推進し、もって全ての国民が、障害の有無によって分け隔てられることなく、相互に人格と個性を尊重し合いながら共生する社会の実現に資することを目的とする。

この法律で行政機関や事業者に向けて、障害者への合理的配慮をすることが義務づけられた。車いすで就労するための配慮や、障害に合わせた合理的配慮を義務付け、障害の有無によって分け隔てなく、生活できることを目的としている。これに合わせて、公共機関や行政機関、大企業などでは、エレベーターの設置やスロープ、点字の案内などの設置が行われた。国連によって義務付けられた条約を実現するために行われた政策であるが、方や、この国の精神保健システムを振り返れば、この条約の理念とは相反するシステムになっていることに気が付いているだろうか。この条約では、障害を理由とする差別を解消しろと言っている。この条約の理念に照らし合わせれば、障害者枠とか、障害者の作業所とかはあってはならないものである。

4.3. 障害者年金と生活保護

精神障害者の多くが、障害者年金を受給する。働くことが出来なければ、生活保護を受けることになる。受給すべき障害者が、その受給を受けることに異論はないが、一旦、障害者となりこれらのサービスを受けると、自立して、そこから抜け出すことは容易でない。医療費が無料になるなどの特典を考慮すると、生活保護を抜け出すには、月に 20 万以上の稼ぎが必要となる。生活保護を受給している際に、働いた分は少額を除いて、生活保護費から引かれることになるため、働く意欲がそがれる。他国の制度には、働いた分はそのまま貯蓄され、制度から抜ける際に全額渡されるという自立への意欲を高める合理的な制度がある。

障害者年金や生活保護、その他様々な行政サービスを受けるためには、その多くが医師の意見書を必要とする。其の為、障害者の支援者は、対象者の障害を探し、医療の受診と医師の診断（意見書）をもらってくるように促す。もともと、便宜上受けた診断であっても、一旦、患者となれば、出された薬は飲まなければならないという医療の呪縛にはめ込まれる。

本来、医療行為は、本人の同意を必要とし、薬を飲む飲まないも、本人の専権事項であるが、現状では診断には投薬が必ずついてきて、実質的に服薬は強要される。支援者も、服薬は当然と考え、飲まなければならないという社会的な圧力が加えられる。しばしば、飲みたくないという本人の訴えは無視され、酷いケースでは飲まなければならないというサービスを受けられないという本末転倒な事態も当然のようにみられる。経済的な理由で患者になり、意味不明な服薬を強要され、健康と引き換えに患者を続けるという不幸な選択をしている障害者は少なからずいる。ちなみに、生活保護予算の半分が医療補助費である。

4.4. 統合失調症や気分障害の障害者と同じように処遇される未来

発達障害と診断され安易な薬物治療を継続された子どもは、将来、統合失調症や気分障害といった精神障害者と同列に扱われるということである。重度の知的障害や精神障害者にとって、必要不可欠な支援であるが、そもそも障害者である必要の無かった作られた障害者が大勢存在している。障害が見つかった良かったと安心する保護者や支援者は、安易に医療に繋げ診断を受け、服薬を続けることにより、将来的に精神障害者としての枠組みの中で生きていくことになる事実を知っておくべきである。誰もが対等に扱われるという障害者差別禁止法の理念が実現されるのであれば、障害者とされることのリスクはなくなるが、現状の日本のシステムでは、障害者は、障害者としての人生に制限される。障害者枠で就職して、他の社員と同様に出世することが出来ることはほぼない。

5 国連からの勧告

国連の子どもの権利委員会や障害者権利委員会からは、条約批准国に対して勧告を出している。日本に対する勧告のうち、子どもの精神保健、障害者の精神保健に関する内容を解説する。国連の各委員会が懸念を表明している内容は、前章までに指摘してきた問題点と同様の視点である。子どもの権利や障害者の権利を守る立場の国際機関は、日本の子どもや障害者が置かれている現状が、人権を損なうものであると指摘している。

5.1 国連子どもの権利委員会からの勧告

国連「子どもの権利委員会」から日本への勧告（2010年）

60. 委員会は、著しい数の子どもが情緒的ウェルビーイングの水準の低さを報告していること、および、親および教職員との関係の貧しさがその決定要因となっている可能性があることを示すデータに留意する。委員会はまた、発達障害者支援センターにおける注意欠陥・多動性障害（ADHD）の相談数が増えていることにも留意する。委員会は、ADHDの治療に関する調査研究および医療専門家の研修が開始されたことを歓迎するが、この現象が主として薬物によって治療されるべき生理的障害と見なされていること、および、社会的決定要因が正当に考慮されていないことを懸念する。

61. 委員会は、締約国が、子どもおよび思春期の青少年の情緒的および心理的ウェルビーイングの問題に、あらゆる環境における効果的支援を確保する学際的アプローチを通じて対応するための効果的措置をとるよう勧告する。委員会はまた、締約国が、ADHDの診断数の推移を監視するとともに、この分野における調査研究が製薬産業とは独立に実施されることを確保するようにも勧告する。

この2010年の勧告では、日本の子どもの多くが、情緒的ウェルビーイングの水準が低いと指摘している。言い換えれば、子どもが健全な環境に置かれていないということだ。それも親との関係や学校での教師との関係が貧しいのが問題だとしている。ADHDが薬物治療される脳の病気（障害）とみなされており、社会的要因が正当に考慮されていないことを問題だとしている。また、ADHD診断数が不自然に増加することを監視し、この分野の調査研究が製薬産業の影響を受けないようにすることを勧告している。これは委員会が、薬の売り上げを上げるための発達障害キャンペーン（病気喧伝）により、不必要に多く診断され、製薬会社の利益のために薬物治療の対象とされる危険性を認識しているということ。この勧告に対して、我が国は、さらなる医学モデルでの発達障害関連の支援センターを拡充して対応したと返答している。これは、この勧告に何も答えていないことに等しい。

国連『子どもの権利委員会の所見』2019年3月

リプロダクティブヘルスおよび精神保健

34. 委員会は以下のことを深刻に懸念する。

(c) 思春期の子どもの精神保健に対する関心が不十分であること、精神保健上の問題に対する社会の態度が否定的であること、および、児童心理学者その他の専門的人材が不足していること。

(d) 子どもが注意欠陥・多動性障害をともなう行動上の問題を有している旨の診断および精神刺激薬によるその治療が増加している一方で、社会的決定要因および非医学的形態の処遇が等閑視されていること。

35. 条約の文脈における思春期の健康と発達についての一般的意見4号（2003年）および思春期における子どもの権利の実施についての一般的意見20号（2016年）を参照し、かつ持続可能な開発目標のターゲット5.6に留意しながら、委員会は、締約国に対し、以下の措置をとるよう促す。

(d) 根本的原因の分析、意識啓発および専門家の増員を含む学際的アプローチを通じ、子どもおよび思春期の青少年の情緒的および心理的ウェルビーイングへの対処を進めること。

(e) 注意欠陥・多動性障害を有する子どもの診断が徹底的に吟味されること、薬物の処方が最後の手段として、かつ個別アセスメントを経た後に初めて行なわれること、および、子どもおよびその親に対して薬物の副作用の可能性および非医療的な代替的手段について適正な情報提供が行なわれることを確保するとともに、注意欠陥・多動性障害の診断および精神刺激薬の処方が増加している根本的原因についての研究を実施すること。

さらに2019年の勧告では、ADHD診断を受け投薬される子どもが増加していることをより明確に懸念している。そして、診断が吟味され、投薬は最後の手段とし、その前に個別の社会的要因をよく吟味するよう（アセスメント）に勧告している。さらには、副作用の可能性や代替手段の説明を子ども本人と親にすること、さらにはADHD診断と投薬が増えていることを明確に問題としている。国連の方が、よっぽど事態を正確に把握している。この国には自浄能力は無いと言わざるを得ない。

5.2 障害者権利委員会（国連）からの勧告

また、障害者権利委員会からは、日本の増加する医療保護入院、隔離・拘束に対し、強制入院による入院を認めるすべての法律を廃止しろと明確に勧告している。さらに、精神障害者や障害児の脱施設化を進め、地域で暮らせるように、そのために施設の予算を地域生活支援に振り当てるとしている。この勧告は、明確かつ強烈である。

また、24 条では障害児がインクルーシブ教育を受けることができるように勧告している。そこで行われるべきは、合理的配慮と個別の支援である。障害児を大雑把に区別し、特別支援教育という名の下で分離し、特別支援学級を作るという我が国の施策は、この権利委員会の勧告とはまさに真逆の方策である。

2022 年 9 月 9 日の権利委員会から日本政府へ勧告（総括所見）

【14 条 身体的自由及び安全】

障害者の強制入院を、障害を理由とする差別であり、自由の剥奪に相当するものと認識し、実際の障害または危険であると認識されることに基づく障害者の強制入院による自由の剥奪を認めるすべての法的規定を廃止すること。

【19 条 自立した生活及び地域生活への包容】

障害児を含む障害者の施設収容を廃止するため、予算配分を障害者の入所施設から、障害者が地域社会で他の人と対等に自立して生活するための手配と支援に振り向けることによって、迅速な措置をとること。

精神科病院に入院している障害者のすべてのケースを見直し、無期限の入院をやめ、インフォームド・コンセントを確保し、地域社会で必要な精神保健支援とともに自立した生活を育むこと。

障害者団体と協議の上、障害者の自律と完全な社会的包摂の権利の承認を含め、障害者が施設から他の人と平等に地域社会で自立した生活に効果的に移行することを目指す、期限付きのベンチマーク、人材、技術、資金を伴う法的枠組みおよび国家戦略、ならびにその実施を確保するための都道府県の義務付けを開始すること。

【24 条 教育】

分離された特別な教育をやめる目的で、教育に関する国家政策、法律、行政上の取り決めの中で、障害のある子どもがインクルーシブ教育を受ける権利を認識し、すべての障害のある生徒が、あらゆるレベルの教育において、合理的配慮と必要とする個別の支援を受けられるように、特定の目標、時間枠、十分な予算で、質の高いインクルーシブ教育に関する国家行動計画を採択すること。

すべての障害児の普通学校への通学を保障し、普通学校が障害児の普通学校を拒否することを許さない「不登校」条項と方針を打ち出し、特殊学級関連の大臣告示を撤回すること。

障害のあるすべての子どもたちが、個々の教育的要求を満たし、インクルーシブ教育を確保するための合理的配慮を保障すること。

6 改善のための提案—親御さんや子どもの支援に関わる人に伝えたいこと

6.1 発達障害の専門家とは何か

精神疾患としての発達障害の歴史は、ほんの十数年の歴史しか持っていない。そして、精神科医が、医学生時代に発達障害の病理を学ぶことはほぼない。なぜなら、精神医学の教室で、『子どもの精神疾患』を専門にしているのは、数えるほどしかないからである。雨後の竹の子のごとく登場した児童精神科医なるものは、ほぼ自称児童精神科医である。国は、発達障害の支援にかかりつけ医（多くは小児科医）に専門家としての役割を期待しているが、専門家でもない自称専門家に、どう専門性を学ぶというのだろうか。保育や看護の分野では古くから研究者はいたが、現在、専門家を名乗る人々は、学術的な教育を受けている訳ではないし、現場での臨床経験を積んでいる訳でもない。そうした自称専門家の使う検査方法は、チェックシート型の判定検査である。やっていることは、数字だけみて、発達障害に違いないと、専門家風の顔をしてうなずくだけである。現代では、就職の際も、適正テストなるチェックシート型の判定検査が行われるが、参考程度に利用するならともかく、人をそうしたチェックシートで測ること自体、歪んでいる。人を全人的にとらえることなく、その時々状態を表す紙の上の数字を見て、人を捌いているのが、現代の精神医療であり、現代の発達障害診断、支援である。

支援職や家族もまた、こうしたチェックシート型の判定検査を盲目的に受け入れている。その数字は、その人が障害者であることの科学的根拠であると教え込まれている。

この一見、科学的に見える検査は、自称専門家が、専門家と偽るための道具である。判定検査の専門家かもしれないが、子育ての専門家では決していない。ましてや、子どもは、まさに成長途上であり、その成長度合いはそれぞれの子どもによって異なる。一時のチェックシート型の判定検査で凸凹な子供の成長度合いを測ることなど出来ないし、そんなもので判断されるなど子どもにとって迷惑極まりない。

6.2 善意の加害者にならないために

6.2.1 医療中心の精神保健システムに組み込まれる支援職

医療化された支援システムが機能しない事例。ある地方の看護師からの実際の相談を例に現代日本の支援システムが如何に歪なものになっているかを考察したい。

『小学4年生の男の子、ASD診断でリスパリドンとデパケン内服。母子家庭で母親は鬱病との診断、貧困。こだわりや感情のコントロールの苦手さ、好きな場面の切り替えの苦手さなどがあり、見通しが立たないことや新しい環境などは緊張や不安が大きくなる。そのストレスから妹や物にあたるようになり服薬が開始される。』
まず、この記述、“こだわりや感情のコントロールの苦手さ、好きな場面の切り替えの苦手さなどがあり、見通しが立たないことや新しい環境などは緊張や不安が大きくなる。そのストレスから妹や物にあたるようになる”とその子の問題行動が記述されている。これは、発達障害の概念に沿った解釈（記述）である。まるで、この子がASDだから、問題が起きているかのように読める。相談者は気が付いていないが、このように記述することが習慣になっている。特に教育を十分に受けた支援職ほど、問題をチェックシート型診断モデルに沿って考えるという癖がしみ込んでいる。

そのような病理モデルに沿って子どもをみるのではなく、「不安定な母親の子どもが不安定になるのは当たり前」という我々の古くからの常識で考えれば、母親の安定が得られれば、その子の問題行動は自然に消えると考えることが出来る。不安定な母親の子どもが不安定になるのは当たり前というのは、我々人類が生活の中で学び得た良識である。人を病

理モデルという側面だけで考えることが如何に異常なことか理解いただけるだろうか。

『母子家庭の問題』

『貧困の問題』

このケースで示されているこうした問題は、この国の最重要課題の一つである。本来、支援職にとって腕の見せ所であり、適切な介入により救われる母子はいくらでもいる。子どもの問題行動は、病気の問題ではなく、母子家庭の問題、貧困の問題であること、母親が快復すれば、子どもの問題行動は結果として減るとの認識を持ち、貧困と母親の手に余る子育ての支援を行うことが、問題改善のための基本である。医療を一時的に利用することはあるにしても、補助的な利用で十分である。

しかし、支援職は、このように、医療を中心とした病理モデルに最初から縛られる。旭川少女の学校の職員と同じように、医療に繋げることが職責だと理解している支援職は、支援を受けるために医師の受診を促す。いつの間にか母子共に、（処方薬による）薬物中毒に陥り、問題はかえって複雑化し、悪循環に陥る。

6.2.2 母親のうつ病診

母親が不安定になっている理由として、様々な社会的理由が考えられる。

- ・子育てのストレスに耐えられないのか
- ・経済的理由なのか
- ・パートナーからの暴力なのか … などなど

ところが、近年の医療化された支援では、不安定な母親は、まず精神科を受診することを勧められる。診断する医師は、一応理由を尋ねることはするが、結局、いくつかの病名の中から、適当に選んで診断を下し、その診断に沿った薬を処方するだけである。この事例でも、母親は鬱病と診断されており、この国に蔓延る非常識な薬物療法を受けているはずだ。抗うつ剤の医薬品添付文書で参照されている研究でも、うつ病の1年での自然寛かい率は90%以上である。うつ病の薬物治療が役に立っているなら、1年より短期に快復していなければならないが、それ以上の長患いをしているとしたら、薬物治療が却って回復を邪魔しているか、そもそもの問題が解決されていないかのどちらかである。

支援職は、母親の経済的困窮をみて、生活保護を受けさせようと考えたかも知れない。しかし、この国のシステムでは、生活保護を受給するためにも、医師の診断書が必要とされる。当初は支援を受けるために診断名を貰った可能性もある。だが、支援を受けるための診断であっても、薬は普通に処方される。

ももとの問題は、貧困と子育ての負担の問題であったはずだが、一旦、医師のうつ病の診断をもらうと、いつの間にか、貧困と子育ての問題は、母親のうつ病の問題にすり替わる。因果関係はすり替わり、いつの間にかうつ病だから、問題が起きてると自他ともに思い込むようになる。「あなたのせいではありません、脳の病気のせいです」という、うつ病キャンペーンの宣伝文句に洗脳された、自称うつ病治療の専門家に言われることにより、その思い込みはさらに強化されていく。最初は、そうした処遇に疑問を抱いていたとしても、向精神薬を使って囁かれる呪文は、催眠術のように母親を洗脳していく。

これを支援職の怠慢だと責めることは出来ない。なぜなら、福祉サービスが医学モデルに偏っており、社会問題として対応する手段を持ち合わせていないからだ。支援職の多くが行政から報酬を得ているが、行政は、いかに精神科に繋げるか、いかに福祉サービスに繋げるかで評価しており、個別に寄り添う支援は逆に低評価を受けるという由々しき事態にまで発展している。

5.2.2. 薬漬けで子育ては出来るのか

幾つかの困難事例で、どうしても服薬が必要な事例はある。だが、子育て中の母親が診断を受ける気分障害系の精神疾患では、薬はもともと必須ではない。病気としての予後（転帰）は悪くない。長患いしているのなら、治療が間違っている。では、多量の薬を服薬しながらの子育ては可能だろうか？答えはNOである。治療が長引くにつれ、母親の不安定さは増し、病気の悪化なのか薬物中毒なのか分からなくなる。また、支援職は、『薬は良いもの』『医師の診断や投薬は間違わない』『口を出すな』と教育されているので、けっして母親が薬物中毒状態であるとは見ない。

私の関わる障害者就労移行サービス事業所では、就労後の定着率は東京都のトップクラスである。理由は明白で、先に薬を減らすなり止めるなりすることを患者や家族にうながしているからである。多量の薬を服薬しながらの就労は無理だと経験上理解している。そう判断している理由は、元気よく働いている利用者は皆、減らすか止めるか、していることに気が付いたからだ。多量の薬を服薬しながら働くことは至難のわざである。同じように子育ても至難のわざである。

虐待が問題となる事例の背景にも、母親の薬漬け問題があることが多い。不登校も、そもそも、母親は、子どもを学校に送り出す準備さえ出来なくなっていることがある。こうした状況を育児ネグレクトとされ、児相が介入する事例も後を絶たない。薬漬けの母親に、まともな子育てなど不可能である。問題解決には母親の回復が必要不可欠である。

そして、薬漬けの母親の子どもに対しても、その機能不全の環境での問題行動を脳の病気のせいとする問題のすり替えが行われ、発達障害のラベリングが行われ、薬漬けが始まる。

5.2.3. 問題を丸投げされても対応できない医師

問題を丸投げされ、システムの頂点に立つ医師が、母子家庭の問題や貧困の問題に対する深い見識を持っていて、適切なリーダーシップが発揮できるのなら問題は無い。社会モデルでの精神科医の役割は、地域に出掛けて行って、『貧困がその人の人格にどのように影響しているのか』、『母子家庭の状況が子どもにどう影響しているのか』そして『精神症状にはどういう意味があるのかを示唆できる』ことである。だが、この国の医師は、診察室から出ることも無く、お手軽診断、お決まりの投薬するという内科的スタイルの治療を行うだけである。それでは、適切な判断など出来るはずもない。その結果、

「おかしいな、この薬が効かない」

「この薬を試してみましょう」

「この薬が効かないのは違う病気が疑われる」

こんな、問題解決からは程遠い、むしろ害でしかない間抜けな対策（治療）が永遠に続くことになる。地域精神保健システムのリーダーは、本来、当人の身近にいる地域のソーシャルワーカーが担うべきである。

5.2.4. 問題解決のために必要なこと

やるべきことを迷う必要などない。やるべきことは最初から決まっている。

病んだ母親のもとでは子どもが不安定になるのは当たり前。母親の回復が最優先事項である。薬漬けの母親の薬を減らしながら回復を促し、その間、子育てを含む生活の支援を行う。子どもに対しては、まず、安心、安全な環境を保証することだ。出来るならば、近所の市民を巻き込み、寄ってたかって母親を応援する。

支援職は、母親が薬物治療を受けている場合には、まず、薬で悪化している可能性を検討すべきである。服用中の利用者に服薬前には無かった症状が出るようになったら、病気の悪化ではなく、まず、薬物中毒、薬の有害作用を疑うべきである。

・物事に過敏に反応する

- ・光や音に過敏になる
- ・感情の起伏が激しい
- ・起きられない
- ・外出できない
- ・暴力的になる

これらは、もともとうつ病の症状などではなく、薬の副作用の可能性もある。こうした症状に最初に気が付くのは、家族、そして地域の支援職である。本来、まともな医師にとって、こうした家族や支援職の情報は、治療に役立つ最重要なものであるはず。「支援職は治療に口をだすな」とか、指摘されると不機嫌になるような医師には退場いただかねばならない。

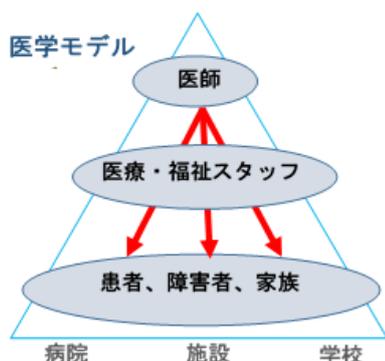
うつ病で長期の薬物治療を受けているとしたら、その母親は、処方薬による薬物中毒になっている可能性が高い。母親の主治医に抜本的な治療方針の変更を要請する必要があるが、この国ではこれが一番難しい。医学モデルに組み込まれた支援職にとって、薬物治療が却って、悪影響を及ぼしているとは口が裂けても言えない。そもそも、医師の治療に口を出してはいけないと教育されているし、権力者である医師の機嫌を損ねてはいけないと忖度する。さらには、収入を得る手段も握られている。それでも現実には、何とか医師を騙してでも、協力させない事には、何も始まらない。母親にも、3人の子どもにも明るい未来は無い。このまま家庭崩壊して、良くて、それぞれが患者、障害者として一生福祉のお世話になることになるだけ。下手をすれば、子どもは児相に保護され、離れ離れになるかもしれない。薬漬けで子育て不能になった母親が、子育てネグレクトだとして、子どもが児相に保護された事例は珍しくない。

母親の薬が減り、生活の負担が軽減されれば、子育ての機能不全は徐々に改善され、子どもの問題行動もまた自然に軽減されていく。本来、こうしたケースに医療はあまり出る幕はない。社会的問題が解決されれば、済んだ事案である。統合失調症や重度のノイローゼ（神経症）には、精神医学の支援は必要であるが、うつ病治療のガイドラインでも軽症のうつには薬物治療は必要ないとされている。薬物治療以外の選択肢を持っている医師はほぼ皆無である。

寄ってたかって、母親を支援するこうした取り組みは、数か月で効果はでる。一見、非効率に思えるが、一生福祉で支援し続けることを考えれば、実は効率的である。

似たような事例は、全国的にいくらでもある。どこの支援職も、この看護師と同じように困り果てているはずだ。医学モデルでの支援では、的を得た支援は不可能である。国連が我が国に注文しているのは、大雑把な薬物治療ではなく個別の合理的配慮である。このケースでの合理的配慮とは、母親が処方薬による薬物中毒から脱し、子育ての負担を軽減することである。

6.3 世界の潮流は医学モデルから社会モデルへ



脱施設化を進めた諸外国は、地域精神保健システムを社会モデル（生活モデル）に移行した。対して我が国は、地域においても、階層型の医学モデルを採用し、近年さらに拡充している。医学モデルのような上位下達の階層構造になっているのは、病院だけではない、日本の公立学校システムも同じ構造になって

いる。警察や軍隊、行政の組織や大企業も同様である。厳しい管理や効率が求められる仕事には適したシステムといえる。けれども、閉じられた空間での、こうした階層構造では、虐待などの人権侵害が起きやすい。そこに気がついた国々は、精神保健システムを施設での階層モデルから、本人を中心とする地域での社会モデルに移行した。

この施設から地域への流れは、1960年代からのマイノリティのリハビリ運動と共に進展していった。筋金入りの縦社会の我が国では、逆に、専門家を置く施設型の支援ばかりを拡充した。かくして、地域においても、頑丈な階層システムを構築してしまった。わが国のリハビリ運動は、医学モデルから脱しないままのリハビリである。魂が抜けている。

近年、公認心理師という新しい心理職の資格ができた。その際、医師の配下でないと仕事ができないという条件が付けられることになった。つまり、公認心理師は、医学モデルの階層に組み込まれたということである。

諸外国では、心理職もソーシャルワーカー、さらには作業療法士なども、医療からは独立している。ソーシャルワーカーは本人側に立ち、その自立を応援するために、使える制度や資源を紹介し、選択を促す。心理職は、本人や家族に対し、その困った精神症状にどんな意味があるのかを示唆し、周囲に改善を促す。医療も福祉も、必要ならば本人が使うもの。本人は、わざわざ施設（病院）に通う必要はない。なぜなら、支援職も医師も地域に共にあるからである。国連の人権委員会の言う対等な関係とはそういうことである。

6.4 社会モデルでの発達支援とは

6.4.1 子どもの問題行動は、まず、環境や成育歴の問題と捉える

障害者としてのラベリングはしない。障害は、本人の困りごとと捉える、脳の病気とし本人を変えようとする（治療する）のではなく、周囲が合理的配慮をする。座って授業を受けることができない子どもには、どうしたら授業が受けられるようになるかを周囲が工夫する。運動の足りない子には、授業中でも校庭を走らせたり、横になっていれば教室いられるのであれば、横になって授業を受けることも可能とする。頭が良くて授業がつまらない子どもは飛び級させ、理解がゆっくりな子どもは同じ学年にとどまってもよいとするのも合理的配慮の一つである。

変わるのは本人ではなく、周りである。

6.4.2 ADHD 症状や問題行動は、体と心の経験不足と捉える

ADHDと診断される子どもは、米国では9月生まれ、日本では3月生まれであることが多い。つまり、学年で一番遅く生まれた子が ADHD 診断を受けやすいということだ。これは、つまり ADHD 症状が時間（成長）と共に解消されていくことを示している。

感覚統合という保育の分野では、発達障害とされる多くの症状・行動を心と体の経験不足だとしている。つまり経験を経れば解決するとしている。社会モデルでの子育て支援の主役は作業療法士である。作業療法士は、遊びの中で、子どもの心と体の発達を支援する。

幼児は、ある時期まで何でもすぐに触り、口に入れる。触ったり、口に入れることによって感覚を学んで、脳は育つ。指しゃぶりは、やめると言わずに、やらせればそのうち止める。経験して必要が無くなれば自然にやめるとのこと。ブランコで揺れるのも子供は大好きだが、大人がやれば気持ち悪くなるだけ、子どもは揺れて脳を育てる。まっすぐ座ってられない子どもは、体の軸ができていないから、体を軸として、体の前で交差するような遊びをすれば軸ができる。子どもは自分でどう育つかを知っていて大人はそれを邪魔しない。こうしたことを体系付け、まとめられたのが感覚統合理論である。

6.4.3 待つことと合理的配慮

問題行動が心と体の経験不足とすれば、その対処は、その子の経験不足を解消してやればよいことになる。周りの大人にできることは、経験不足解消するように環境を整え（合理的な配慮）て、あとは待つことである。

6.4.4 子どもは楽しく育たなければならない

虐待を受けて育った子どもは、成長が遅れる。なにより、子どもは快適な暮らしの中でこそ、健全に育つ。子どもに対する最大かつ必要不可欠な合理的配慮は、子どもが幸せで、よく遊び、楽しく生活できるようにすることである。遊び尽くして育てた脳は、その後の能力獲得の土台となる。子どもがのびのびと過ごすことができない学校、出来ないことをすぐに障害として、さらには不快な薬を我慢させても飲ませることを支援と呼ぶこの国は気がふれている。

6.5 参考：国連「子どもの権利条約」に規定されている子供の権利

悲しいことがあって泣いてる子どもに「泣くんじゃない！」と叱る	泣くことだって自分を表明する権利です
子どもが話を聞いてほしくて話しかけているのに「いまは忙しいの」と向き合おうとしない	大人に向き合ってもらうことも、権利の一つです
「女の子なんだから」「男の子なのに」などと、性別を理由に叱ったり差別したりする	いかなる理由でも差別・区別されない権利があります
「お兄ちゃんは～なのに、どうしておまえは～なの」ときょうだいや他人と比べて叱る	誰とも比べられず、自分らしく育つ権利があります
子どもが失敗したり失敗したときに叱ったり責めたりする	子どもには失敗を責められない権利があります
子どもが失敗しないよう、常に先回りをして手出し口出しをする	子どもには失敗して自ら学ぶ権利があります
子どもに毎日たくさんの習いごとをさせる	子どもは十分な遊びと休息の時間をもつ権利があります
「早く」「急いで」などと、常に子どもをせきたてる	子どもにはぼんやり過ごす時間を持つ権利もあります
子どもの前で「この子ったらまだおねしょしてるのよ」などと言いつらす	子どもには、プライバシーを守られる権利があります

* 川名はつ子さん記事 クーヨン 2019年5月号より

じっとしてられない、しゃべりすぎるなどの理由で、子どもに薬を盛っておとなしくさせることは、人権侵害です。

7 少女へのレクイエムと支援職への期待

苛めた生徒、それを放置した親、地域社会、少女に発達障害のレッテルを張った教師、それをただ追認した医師、いい加減な発達障害概念を広めた精神科医と製薬会社、苛めを認めない学校や教育委員会、非常識な投薬、その副作用を理解出来ない教師、自殺の強要されたあと、問題を精神科病院に丸投げした警察、裸で一人隔離室に入れ、母親の面会を拒否した精神科病院、意味不明な服薬の強要、稚拙な診断・投薬しか出来ない精神科医しか養成できない精神医学、何より、こんなデタラメを放置してきた日本社会、これらすべてが虐待の加害者である。

この聡明な旭川の少女であっても、その身に起きた理不尽な処遇とその苦しみの社会的な背景を明確に理解することは出来なかったかもしれない。このレポートは、怒りをもって書いた。一番読んで欲しかったのは、もはや、この世にいないその少女である。生きて、このレポートを読んでもくれることが出来たならば、うんうんと頷いてくれたかもしれない。私に何かできたとしたら、こうして、少女の名誉を回復する手伝いである。

しかし、少女に似たような事例は、日本中で進行中である。それも国を挙げて、絶賛生産中である。そして、これと同じようなレポートは、一人一人書くことが出来る。社会と個人、周囲の人間との関係性を丁寧にひも解くことでしか、その苦しみは理解できないし、本人の信頼も得られない。軽薄で幼稚な発達障害診断とそれに伴う投薬が、重大な人権侵害の恐れをはらんでいることを理解されたい。

また、この国の階層型の精神保健システムでは、子どもたちばかりではなく、教師も支援職も精神科の職員も、誰も幸せにはなれないこと、支援という名の虐待の加害者となりうることを理解いただけたら幸いである。

教育者や支援職を目指す人の多くは、もともと、誰かの役に立ちたいとの希望を持って、この世界を目指したと思う。しかし、実際に働こうとしたときには、このレポートで示した巨大かつ強固な医学モデルと呼ばれる階層システムに組み込まれる。効率を求めるこのシステムでは、一人一人に寄り添う支援は許されないことに気が付くことになる。

そうならないためには、

この日本社会では、恐ろしく困難な選択であるが、

それぞれが精神的、経済的にこの階層システムの呪縛から逃れ、

大雑把なレッテル貼りと画一的に捌くことの罪を認め、

一人一人の側に立ち、

それぞれの人生に丁寧に接するほかない。

それが社会モデル（生活モデル）での支援職の役割である。

各人の奮起を期待したい。以上。

参考文献

- ・旭川女子中学生いじめ凍死事件「雪の少女へのレクイエム」野田正彰 紙の爆弾 2021 11月号
- ・旭川「発達障害」殺人事件「雪の少女の悲しみ」野田正彰 紙の爆弾 2021 12月号
- ・文春オンライン「旭川少女いじめ凍死事件」
- ・『爽彩へ』母親手記 文芸春秋
- ・精神科の薬について知っておいてほしいこと 日本評論社 2022年（原書初版2009）J・モンクリフ著
- ・大規模副作用症例報告データベースの解析に関する研究 国立医薬品食品衛生研究所報告平成23年

お問い合わせメールアドレス info@alternativejapan.org

全国オルタナティブ協議会ホームページ <http://alternativejapan.org/>

オルタナティブ協議会は、生活モデルでの快復を目指す市民団体です。医療・福祉とは別の選択肢を提案します。営利企業や特定の宗教・団体とは、独立して活動しています。皆さまのご支援をお願いいたします。

寄付口座 ゆうちょ銀行（送金） 記号 10950 番号 13009181 口座名 全国オルタナティブ協議会

ゆうちょ銀行（他銀行からの振込）店名〇九八 店番 098 番号 1300918 口座名 全国オルタナティブ協議会