

代 表 者

研 修 報 告 書

平成30年12月18日

各 会 派 代 表 者 殿

呉市議会議員

谷 本 誠 一

次のとおり研修に参加したので報告します。

1. 研修期日
平成30年12月15日（土）
2. 研修項目
東京都 世界人権デー特別企画「発達障害診断・治療を問い質す」
3. 参加議員
谷本誠一議員

研修報告書

平成30年12月18日

呉市議会議長殿

呉市議会議員 谷本誠一

次のとおり研修に参加したので報告します。

■研修項目

世界人権デー特別企画「発達障害診断・治療を問い質す」

■研修団体及び講師名

市民の人権擁護の会日本支部

市民の人権擁護の会日本支部代表世話役 米田倫康

一般社団法人・全国自死遺族連絡会代表理事 田中幸子

全国オルタナティブ協議会理事長 中川聡

発達支援「Kids Sense」主宰 茂木厚子

■研修日

平成30年12月15日（土）午後1時半～午後5時

■研修目的

発達障害の捉え方、診断や治療の意義や問題点を学ぶ。

■研修内容

基調講演＝米田倫康「なぜ支援は魔女狩りと化したのか？発達障害バブルの真相」

ADHDへの処方薬として、コンサータ、ストラテラ、インチュニブがあり、これらに加え、近くピバンセが厚労省の承認を得ようと目前に迫っています。これを飲むと体内酵素が働きアンフェタミンが合成され、覚醒剤と同じです。

そもそも「発達障害」とは、先天的な脳の機能障害とされていますが、どの部位がどのような状態になっているのか、専門家で説明できる人はいません。しかも脳波検査やCTスキャン、MRIといった手段で検査するのではなく、問診票により医師が主観で診断を下している非科学的なものであることを知るべきです。つまり、精神医学そのものはメカニズムを解明できてなく、科学とはほど遠いものなのです。

例えば一昨年7月に発生した、相模原知的障害者施設殺傷事件で逮捕された犯人は、過去4人の精神科医が診断し、7つの病名が付けられていました。また発達障害の権威である杉山登志郎児童精神科医師は、「現在の精神医学は科学的根拠のある診断はできていない」と指摘しておられます。これは客観的診断ではなく、操作的診断とも言え、単なる観察された症状をまとめたに過ぎません。この結果、過剰診断に繋がり、本人の人権を奪ってしまうことになるのです。

その診断基準とは、アメリカ精神医学会によるマニュアルDSMがバイブルの如く重宝されていますが、単なるチェックリストにしか過ぎない代物です。その作成者自身は、これによる安易な診断と製薬会社による利益誘導が、不要な病人を創出して来たと認めているのです。安易なチェック故に教育現場ではこのDSMが神格化され、鬱病や発達障害を新たに生み出しているとも言えましょう。

このことで早期発見至上主義に繋がり、障害でない子どもまでも障害者に祭り上げられ、差別を生んでいるのです。これは21世紀の魔女狩りと言っても過言ではありません。先天的脳の機能障害と実際は乖離しており、精神病や精神障害と診断された人が食生活の指導により完治した例は沢山あります。子どもを安易に養護施設に入れると、必ず薬漬けにされます。

一方、我が国では診断と処方の権限は医師しか有しておらず、薬剤師は調剤権はあっても処方権は有していません。他の先進国と違って医師と薬剤師が対等ではないのです。

こうして1999年には鬱病キャンペーンによるバブルが膨らみ、向精神薬の売り上げが急激に伸びました。その後収束に向かいはしましたが、その代わりとして、現在は正に発達障害バブルとも言えましょう。

文科省が2002年に、学校内には6%程度の発達障害児がいると発表しました。つまり40人学級だと2～3人もいる計算になります。但しこれは、科学的根拠に基づかない75項目のチェックリストを使って現場教師の判断によるものなのです。これにより、発

達障害児が急増することになります。

発達障害者支援政策に最も影響力を持つと言われる市川宏伸氏が薬物治療のガイドラインを作成されましたが、製薬会社から多額な寄付を受けていたことが暴露されています。学校では、発達障害と診断された児童の保護者に対して薬を飲むよう教師が要請する場面が多々あります。これは自らの指導力のなさを露呈するものであって、大問題です。何故なら服薬の強制は、例え医師であつてもできないからです。医師に与えられている万一の場合における強制できる権限とは、入院、隔離、拘束の3手段しか認められていないのです。

子どもへの向精神薬の処方実態調査で2002年当時と2010年を比較しますと、6～12才児の場合、ADHD治療薬が84%増、抗精神病薬が54%増となっています。13～18才では、ADHD治療薬は150%増と、何と2.5倍にもなっています。しかも早期発見政策により、安全性が確かめられていない4才児までの向精神薬投与による売り上げは年間2,700万円にも上ります。

加えて大阪府では、塩野義製薬と提携し、薬物療法による発達障害児支援を展開するに至っています。同社は2017年にインチュニブの製造販売の承認を厚労省から得ました。これらは正に発達障害の烙印を押し、安易に薬処方への道を拓き、人権侵害への繋がるもので、国連も我が国に対し強制医療を合法化する法律は撤廃すべき、と勧告しているのです。即ち、旧優生保護法の強制不妊手術と同じ構図なのです。

発達障害の安易な診断故に、周囲からの差別を生み、自己嫌悪に陥ったり、主体性や生きる力を失い、従属的、受け身になってしまうケースが多々あります。つまり、診断が裏目に出ているということなのです。メンタルヘルスは精神医療では不可能です。医学モデルでの解決は不可能で、社会モデル、人権モデルへの転換が必要です。先進国では過去の反省から既にこの考え方に転換しているのです。

科学的根拠が全く無いのに、診断に対し過剰な権限を持たせたことが問題です。困難を抱える人は確かにおられます。適切な支援は必要ではありますが、過剰診断で個性を殺し、健康な子どもに覚醒剤が蔓延しないよう、心してかかるべきなのです。

特別講演＝田中幸子「いじめ・自死の隠蔽に利用される発達障害」

自身の息子が鬱病で薬物療法の結果自死された経験を基に講演されました。自身も鬱病になり、精神薬を処方されていましたが、それを断つことで鬱病から脱出できたのだそうです。

学校現場で児童が暴れた際、保護者の許可無く警察を呼び、児童を精神科に連れて行った実例を採り上げられました。また、いじめが原因で自殺したことを受けての第三者調査委員会での議論の内幕を暴露。発達障害だからいじめられ自殺に至ったとか、自殺児童の欠点探しのようなようになったそうです。

そして、教員による障害児への薬要請を問題視し、日教組に陳情しましたが、彼らは労働環境に問題をすり替え、決して動こうとはしなかったそうです。子どもに精神薬を飲ませてはいけない、発達障害という病気はない、と訴えられました。

また、自身の甥が統合失調症と診断され、長い間薬を飲んでいましたが、突然それを断つことで改善したそうです。

児童生徒の多様性や個性を認め、共生社会を構築していくべきなのに、学校では枠にはまる子ばかり育成し、その枠からはみ出る子を結果的に差別していると主張されました。

ところで子ども支援研究所が作成した、3才児におけるADHD早期発見用の特徴に係るチェック項目をいくつか紹介されました。例えば、①音がする方に注意が削がれ、集中できない②スーパーなどで、気になるものがあると走り出す③午前中に張り切ると午後は就かれてしまい、エネルギー配分ができない④テレビに集中し過ぎ、呼んでも返事をしない⑤話が聞こえるとすぐに入りたがる一等です。これらは、3才児において普通の出来事ばかりです。これらの項目に引っかかって発達障害が疑わしいとなると、たまったものではありません。

ところで子ども支援研究所が作成した、3才児におけるADHD早期発見用の特徴に係るチェック項目をいくつか紹介されました。例えば、①音がする方に注意が削がれ、集中できない②スーパーなどで、気になるものがあると走り出す③午前中に張り切ると午後は就かれてしまい、エネルギー配分ができない④テレビに集中し過ぎ、呼んでも返事をしない⑤話が聞こえるとすぐに入りたがる一等です。これらは、3才児において普通の出来事ばかりです。これらの項目に引っかかって発達障害が疑わしいとなると、たまったものではありません。

最後に、最近若い世代の生活保護受給者が急増している点に触れました。その殆どが中学生頃から精神疾患として薬漬けにされており、働けない身体になってしまっていると指摘されました。

特別講演＝中川聡「精神保健分野での人権侵害」

メンタルヘルスの真の解決策「オルタナティブ」を提唱しておられます。最初に、薬を止めたら絵が描けるようになった12人の絵を使って作成したカレンダーを披露されました。

医師に薬を処方されたりしても、それに従う必要はないこと、薬を飲むのは自分で決める、薬を飲む飲まないの選択ができることこそ、本人の人権であると説きました。そして高齢者福祉施設では、利用者が暴れないよう、提供する食事の中に薬が盛られている現実を暴露。密かに人権侵害が浸透していると訴えられました。イタリアではこの種の治療目的外の投薬は禁じられています。

我が国では、鬱病、双極性障害、パニック障害、統合失調症と診断されると、家族が食事に薬を混入する実態もあり、障害を理由に人生を制限しており、正に人権侵害です。

これは閉鎖的な組織と支配的な縦の関係性によって引き起こされるピラミッド型の構図に起因しています。医師を頂点とし、医療・福祉スタッフが中間層に位置し、底辺層に患者や障害者、家族が位置付けられます。患者や家族は医師の診断が絶対で、盲信してしまっているのです。

これに対し社会モデルは、本人が中心にいて、行政や福祉、医師、家族、同僚はその周囲に等間隔で位置します。つまり、本人が主体的に能動できる決定権を有しつつ、周囲がサポートする体制のことを言います。現在の我が国における医学モデルは、ナチスドイツのユダヤ人収容所幽閉施策から始まっていると、強烈に批判されました。相模原市のやまゆり園元職員で逮捕された人物は、「ヒトラーが来た」と妄想に取り憑かれていたそうです。

このような医学モデルでは、問題を起こすのは本人の病気や障害のせいとされ、2次的に家族のせいとされてしまいます。哲学者のイリッチは、「医療制度は専門家依存をもたらし、人間個々の能力を奪い、不能化する」と喝破。オルタナティブ協議会は、リカバリーモデルをWHOが推奨しているように、メンタルヘルスアクションプランを提唱しています。

我が国はここ20年で、精神障害者手帳保持者は10万人から100万人に増えていきます。強制入院は4割で、諸外国に比べて圧倒的に高い比率です。そして思春期病棟が近年造られていますが、1人1泊しただけで2万9千円の診療報酬が施設に転がり込む仕組みになっています。投薬ビジネスが横行していると言っても決して過言ではありません。

イタリアでは、そもそも精神病という病気のカテゴリーを無くしました。これを正常の反応と位置付け、社会として必要な支援を行っていく施策を展開しており、社会が改善されつつあるといます。逆に発達障害とレッテルを貼ることで、いじめを誘発し、本人も家族も思考停止に陥り、社会が改善されません。効率的に多くの人々を裁いているようなもので、人権侵害と言えましょう。

最も印象に残ったのは、障害者枠を敢えて作ることで、逆に障害者の自立を阻害しており、これこそが障害者への人権侵害に当たると訴えられたことです。障害を理由に人生を制限しているというのです。例えばバス優先席とか障害者雇用が上げられます。但し、点字ブロック等バリアフリーなど支援策との線引きは極めて難しいと思いました。

特別講演＝茂木厚子「発達障害支援と発達支援」

カリフォルニア州で、発達支援の仕事に従事して来られました。アメリカでは州によって法律も違えば、障害者施策も異なりますが、同州では非常に子どもの人権を重視した、薬に一切頼らない発達支援を展開していたので、これを我が国に輸入した訳です。

その根本にあるものは、発達の遅れは何に起因しているかを、支援する側がきちっと把握していないことが問題であるといえます。

例えば、子どもが何故ブランコに乗るのかと言いますと、バランス感覚を養うため、自ら本能での自発的行動なのです。子どもは遊ばないと感覚が発達しないそうです。正中線がバランスを欠いたままですと、それを発達させるために動き回るので、これがADHDだといえます。

だから感覚統合のサポートさえすれば、大人に近づくにつれ、多動はなくなる訳です。公園に元来砂場が設置されていたのも、手などの皮膚に刺激を与える行動であって、これも感覚統合療法に繋がるものです。脳の伝達物質がうまく行き渡らない場合、知的に遅れが見られるといい、彼らは自然に感覚統合を行う行動をしているので、これは問題行動ではなく、寧ろ正常な行動であるとして、見方を180度転換する必要があります。

興奮して一時的に攻撃的になるもの、機関から脳へ伝達物質が行き渡っていないためだそうです。赤ちゃんのみが原始反射することが残存していると言えましょう。多動は刺激を求めて本来の感覚を取り戻そうとしている現象であることを知るべきです。

現在は公園でのボール遊びが禁じられたり、不衛生として砂場が撤去されたり、子ども

達への刺激の場が激減しています。これらの環境を整えてあげることが発達支援であって、投薬で事を解決しようとするのは間違っていて、これでは逆に状況が悪化するばかりなのです。

我が国の発達障害支援は発達検査に代表される知育を重視しており、その結果治るはずもない薬を投与しているのです。海外では個性溢れるユニークな子どもと捉え、家族が温かくサポートする構図になっています。発達障害とは、感覚の困難さから発生する症状であって、決して障害ではないということです。

また我が国の教育は、偏差値教育に代表されるように多数派に近付ける教育です。本人の意志が尊重されず、個性や能力を伸ばすことが抑圧され、基本的人権が確立していないと主張されました。

一方で、発達の遅れを早期発見して早期介入することは大切で、3才までに支援することは有効であると説きました。但し、そこから薬物投与に結びつけては絶対いけません。

平成28年度に施行された障害者差別解消法では、教育現場において合理的配慮が義務付けられました。例えば、視覚障害に対しては、点字、音声情報や聴覚情報の提供、杖、手摺り、介助犬等があります。学習困難に対しては、かなふり、ipad、計算機、視覚的提示、ブロッキングシート等があります。全ての視覚情報が飛び込んで来る子どもに対しては、衝立、一人スペース、端の席、サングラス等があります。法が施行されても、このような配慮は教育現場ではほぼ機能していません。

我が国でチェックリストにより早期発見が推進されていますが、表面的行動結果のみを問題視することは正しい支援に繋がらないと訴えられました。

総じて、障害でない子どもも安易なチェックリストの素人による活用で、障害者にされていることが解りました。問題は真にサポートが必要な子どもとそうでない子ども、ある程度の支援さえ行えば機能回復する子どももおり、この辺りの線引きが重要な鍵を握って来ると痛感させられた次第です。

そして、精神科医の言動に踊らされないこと、薬は断固として拒否する姿勢が行政や保護者に求められていると思いました。

■質疑応答

- ①日本国内では、服巻智子先生が中心となって、アメリカでエビデンスに基づき開発された早期介入手法「アーリースタートデンバーモデル (ESDM)」を採用している自治体があるが、これをどう捉えるか？

【答弁】茂木厚子

早期発見による早期介入の場合、薬物療法に頼らないのであれば、それはよい手法と思う。自分もその発達支援の中身を勉強してみたい。

■呉市での展開の可能性

- ①乳幼児健診の問診票結果に係る相談体制を充実、薬物療法に繋がらないために、保健師等への研修を行うべきである。
- ②保育現場の保育士、学校現場の教諭、保護者等に薬物療法の危険性を啓発する事業を推進すべきである。
- ③薬物療法に頼らない早期介入手法を研究し、制度の中心的位置付けとして組み込むべきである。