

臍臓は差別されず、脳は差別される ——恐怖と排除の構造を解きほぐす——

佐藤光展様

臍臓が働かなくなっても差別されにくい。しかし、脳が調子を崩すと、その人自身が遠ざけられることがある。この違いは、医学の問題である以上に社会の恐怖の問題なのだと思います。

本日は、貴重な講義をありがとうございました。

講義の冒頭で語られた「過度な医療信仰・医者信仰はダメです。特に精神科は」という言葉が、強く印象に残りました。精神科医療を否定するためではなく、むしろ精神科医療が人を傷つけないために、医療の側が自分たちの限界を知る必要がある。そのように受け止めました。お話を伺いながら、精神疾患への偏見、感染症への差別、障害をめぐる社会のまなざしが、別々の問題ではなく、同じ構造から生まれているのではないかと感じました。

その気づきを、御礼を兼ねて書き留めます。講義資料では、精神科医療の診断、誤診、強制入院、トラウマ、隔離収容政策、レッテル化の問題が繰り返し示されていました。

1 診断基準は、人が引いた線にすぎない

講義の中で語られた「診断の不確かさ」というご指摘に、深く同意しました。

精神科は、心や意識という、いまだ十分に解明されていないものを扱う診療科です。講義資料でも、「心や意識は未解明」「心の病気は原因不明」と示されていました。だからこそ、診断基準は必要である一方で、それを絶対視することには危うさがあります。

診断基準とは、一定の症状や経過を示す人たちを集め、その範囲で妥当性が成り立つように、人間が線を引いたものです。専門家の合意ではあっても、自然界に最初から存在している絶対的な境界ではありません。

講義では、統合失調症の DSM-5 診断基準が示されていました。妄想、幻覚、まとまりのない発語、社会・職業的機能の低下、持続期間、除外診断。どれも臨床上は重要です。しかし、その

基準に当てはめることと、その人を理解することは同じではありません。

さらに講義では、世界が脱 DSM へ向かっているという話もありました。英国心理学会の PTMF、すなわち「あなたは何が悪いのか」ではなく「あなたに何が起きたのか」を理解しようとする考え方です。この視点は、とても重要だと思いました。

病名は、理解のための道具であるべきです。

しかし現実には、病名がその人を閉じ込める檻になることがあります。

人間が引いたにすぎない線が、線の内側に入った人の扱いを大きく変えてしまう。私はそのことを、自分自身の経験として感じてきました。

2 なぜ脳だけが特別扱いされるのか

私が再び病院勤務を始めた際、双極性障害があり、薬を飲み続ける必要があることを医療関係者に説明したことがあります。

そのとき、必要以上に同情されたように感じました。

しかし、たとえば糖尿病で一生インスリンを打ち続ける人に対して、医療者はそこまで特別な反応をしません。膵臓が機能しなくても、比較的淡々と受け止める。ところが、脳がときどき調子を崩すとなると、急に腫れ物に触るような扱いになる。

膵臓は差別されない。

脳は差別される。

これは、実に奇妙なことです。

病棟でも、認知症については「認知がある」と比較的気軽に口にされることがあります。一方で、発達障害や双極性障害となると、とたんに言葉が慎重になり、その可能性を考えることすら不適切であるかのような空気が生まれることがあります。

血圧が高ければ高血圧を疑います。

体重が急に減れば、がんを疑います。

胸痛があれば、心筋梗塞を疑います。

医師にとって「疑う」ことは、相手を傷つける行為ではなく、診療の出発点です。精神疾患だけ、あるいは脳だけを、特別に遠ざけることには合理性がありません。

講義では、身体疾患と判明したことで統合失調症から外れていった病気として、脳梅毒、ペラグラ精神病、PMDD、抗 NMDA 受容体抗体脳炎などが挙げられていました。かつて「精神病」とされたものの中に、後から身体疾患として理解されたものがある。この事実は、診断名を絶対視することの危うさを示しています。

さらに講義では、「統合失調症は誤診の山」という強い問題提起もありました。うつ病、発達障害の二次障害、解離性障害、強迫的傾向、ホルモンバランスの乱れなどが、妄想や幻聴的な表現をきっかけに、安易に統合失調症と診断される危険が語られていました。

診断することは必要です。

しかし、診断名を貼ることが、理解の終わりになってはいけない。

では、なぜ脳だけが特別扱いされるのでしょうか。

医療者でさえ逃れられないこの偏りは、どこから来るのでしょうか。

その答えを考えるうちに、私は感染症差別の歴史に行き当たりました。

3 ハンセン病とコロナ——克服されなかった恐怖のしっぺ返し

日本精神科病院協会の山崎學會長は、患者は地域に出るよりも「病院に長期入院でいるほうが幸せな気がする」という趣旨の発言をされています。

その言葉には、一理あるように聞こえる部分もあります。

しかし、その発想は非常に危ういものでもあります。

「外は冷たい。だから中にいたほうが幸せだ」

この論理は、一見やさしく聞こえます。

しかし実際には、外の冷たさを変えないための言い訳にもなります。

かつてハンセン病の患者たちは、長年、療養所の外へ出ることができませんでした。それは、病気は既に治っていて、人にうつすことはないとしても、世紀前からつづいてきた差別と偏見、時には業病とされたて来た人達を「地域は冷たい。だから施設の中にいたほうが幸せだ」という、厚生省の人達の判断があったからです。

しかし、2001年の熊本地裁判決を経て、元患者が社会に戻ろうとした後も、熊本県の温泉ホテルによる宿泊拒否事件をはじめ、地域社会の拒絶と差別は続きました。

ハンセン病差別の根底にあったのは、ウイルスでなく、病気ではなく、「うつるかもしれない」という“人の心に根づいた恐怖”でした。そして、人を丸ごと遠ざけようとする心の働きです。

この構造は、隔離政策が終わっても、判決が出ても、十分に総括されないまま社会に残りました。だから新型コロナのとき、同じ構造が再び動き出しました。

今度は、患者だけではありませんでした。

「感染に近い場所にいる人」までが、排除の対象になりました。

感染者を支える看護師の子どもが、保育園から登園を断られる。

医療従事者の家族が、近所から避けられる。

ウイルスと闘う人が、ウイルスと同一視される。

ハンセン病のときに、恐怖による排除の構造を社会として克服しておかなかった。そのしっぺ返しを、コロナ禍では医療従事者が払わされたのではないのでしょうか。

そして、この構造は精神医療にも重なります。

「外は危ないから、中にいたほうがよい」

「地域では暮らせないから、病院にいたほうが幸せだ」

そう言った瞬間、問題の所在は、社会の側から本人の側へ移されてしまいます。社会の冷たさを変えるのではなく、本人を見えない場所へ移すことで解決したことになってしまうのです。

4 恐怖は、なぜ排除に変わるのか

人はなぜ、精神疾患のある人を「何をするかわからない」と恐れてしまうのでしょうか

文化人類学者メアリ・ダグラスは、穢れとは「あるべき場所にないもの」だと述べました。土は畑にあれば土ですが、食卓の上にあれば汚れになります。人間の共同体は、世界を分類し、秩序立てることで安心を得ています。だから、その分類に収まらないもの、正体のわからないもの、境界のあいまいなものに出会うと、それを外へ押し出そうとする。

恐怖が先にあり、排除がそれに続く。

これは理屈というより、人間社会が古くから繰り返してきた文化や習慣なのかもしれません。ただし、それは、最初からすべて誤りだったわけではないと思います。

災いのことを「疫病神」と呼ぶくらいです。病原体が見つかる以前、人々にとって疫病は、どこから来るのか分からない恐ろしい災厄でした。原因が分からない以上、共同体から遠ざける、隔て触れないようにするという対応は、当時なりの切実さと正当性があったのでしょうか。

しかし、細菌やウイルスが発見され、感染症の原因が明らかになるにつれて、対応は変わりました。恐怖の対象は「人」ではなく、「病原体」になりました。排除ではなく、感染経路の遮断、治療、予防接種、公衆衛生という具体的な方法が生まれました。

つまり、原因が分かることで、恐怖は少しずつ手続きに置き換えられていったのです。

講義で語られた「心や意識は未解明」「心の病気は原因不明」という言葉も、私はこの延長線上で受け止めました。もし将来、心や意識の仕組みがさらに解明され、精神疾患の成り立ちがより具体的に理解されるようになれば、精神疾患への対応も大きく変わるはずです。

ただし、それを待つだけではいけません。

感染症の原因が分かる前にも、人を丸ごと排除することの苦しみは存在していました。同じように、精神疾患の原因が完全には分からない現在でも、人を丸ごと遠ざけることが、その人を傷つけるという事実はすでに分かっています。

この視点に立つと、脾臓の病気と脳の病気の扱いの違いが見えてきます。

糖尿病になっても、その人は昨日と同じように話し、約束を守り、社会の中で「同じ人」として受け止められます。壊れたのは臓器であって、秩序ではありません。だから、周囲に強い恐怖は生まれにくい。

ところが精神疾患は、共同体が最も頼りにしている秩序——「相手の言動が予測できる」という感覚——を揺るがすように見えます。

「何をするかわからない」

この言葉が示しているのは、病気そのものへの理解ではありません。むしろ、分類できなくなった人への恐怖です。

講義資料でも、精神疾患の患者たちがヘイトの対象にされる構造として、「精神病院に長期入院しなければいけない人たち」「だから危ない。何をするかわからない」という連鎖が示されていました。そして、その偏見や無理解を、国の隔離収容政策が強めたとされています。

長期入院しているから危ないのではない。

危ないと見なされたから長期入院させられ、長期入院している事実がまた「危ない」という偏見を強める。

こうして、制度が偏見を作り、偏見が制度を正当化する循環が生まれます。

これは感染症差別にも共通します。ハンセン病では患者の家族まで排除され、コロナでは看護師の子どもが登園を断られました。感染症では病原体が実在するため、恐怖に口実が与えられます。しかし精神疾患には病原体がないにもかかわらず、同じような排除が起きます。

「うつる」はずのないものが、社会の不安の中では、あたかも「うつる」もののように扱われてしまう。

ここに、恐怖と排除の装置があります。

5 障害は、人と集団のあいだに生まれる

ただし、ここで忘れてはならないことがあります。

「共同体の分類」も、「予測できるという秩序」も、絶対的なものではありません。誰が「普通」で、誰が「外れている」のかは、その人が属する集団によって変わります。

講義では、「境界知能という新たなレッテル」という問題提起がありました。支援のための言葉であったはずのものが、いつの間にか人を分類し、序列化し、遠ざける言葉になっていく。

この危うさは、あらゆる診断名や支援用語にあります。

米国のマーサズ・ヴィニヤード島では、かつて遺伝性の聴覚障害の人が多く、聞こえる島民も含めて多くの人が手話を使って暮らしていました。全員が手話を使う島では、聾は障害ではありませんでした。障害は耳の中にあつたのではなく、手話の通じない社会とのあいだにあつたのです。

だとすれば、「何をするかわからない」という恐怖の正体も見えてきます。

それは、その人が本当に危険だということではなく、その集団の「予測の文法」から外れたということなのです。

文法を共有し、広げてくれる理解者と環境があれば、同じ特性は「外れ」ではなく、才能として分類し直されることがあります。発達特性のある人が環境によって力を発揮するのは、本人が「治った」からではありません。集団の側の網目が広がったからです。

恐怖の装置を解体する鍵は、本人の矯正だけにあるわけではありません。

私たちの側の分類の仕方、受け止め方、環境の作り方にあります。

精神疾患への差別も、感染症への差別も、当事者の危険性の問題である前に、私たちの側の恐怖の処理の問題です。

そして、この構造を放置すれば、次のパンデミックでも同じことが起きます。感染対策に従事する医療従事者は、また差別や地域からの拒絶を受けるでしょう。そのような目に遭うとわかっている仕事を、若い人は選ぶでしょうか。

差別の放置は、めぐりめぐって、社会を守る担い手を細らせていきます。これは人権の問題であると同時に、社会保障の持続可能性の問題でもあります。

6 ト라우マを生む医療と、トラウマを前提とするケア

今回の講義で、もう一つ強く印象に残ったのは、トラウマという視点でした。

講義では、「トラウマを生む強制入院」「トラウマがあることを前提とした精神科訪問看護」

「対話の力で統合失調症を治す、トラウマと向き合う」という言葉が示されていました。

これは、精神医療を考えるうえで決定的に重要だと思います。

精神症状は、その人の内側から突然湧き出した異常としてだけ理解されるべきではありません。講義でも、本人の特性、発達特性、過敏さに、環境要因やトラウマが重なり、そこに不適切な投薬が加わることで、症状が悪化・慢性化する可能性が示されていました。

だとすれば、私たちが問うべきなのは、単に「この人の病名は何か」ではありません。

この人に何が起きたのか。

この人は何に追い込まれてきたのか。

医療はその傷を癒しているのか、それとも新たな傷を加えているのか。

この問いを持たないまま、医療の名で強制入院や身体拘束や過剰な投薬が行われると、医療そのものがトラウマの発生源になります。

これは精神医療だけの問題ではありません。医療、介護、福祉、司法、教育のすべてに関わる問題です。支援の名で相手の声を奪うとき、善意は簡単に暴力へ変わります。

だからこそ、トラウマを前提としたケアが必要なのだと思います。

「あなたは何が悪いのか」ではなく、

「あなたに何が起きたのか」と問う。

これは、単なる優しい言葉ではありません。医療や福祉が、相手を管理する装置から、相手の人生を回復する場へ変わるための出発点です。

7 平凡な人は、ひとりもない

講義を伺いながら、私は自分自身のことも考えていました。

私はこれまで、自分をごく平凡な人間だと思って生きてきました。しかし60歳になって、実は自分はなかなか変わった人間なのだと自覚するようになりました。

すると不思議なことに、平凡だと思っていた周囲の人たちも、みんなそれぞれに変なところを持っているのだと見えてきました。すると、ずいぶん気持ちが楽になりました。

平凡な人など、ひとりもない。

変わった人たちが、それぞれ自分のおかしなところを抱えながら、必死に社会と折り合いをつけようとしている。

そう考えたたん、「一般的でなければならない」「標準的でなければならない」というこだわりが、ずっと消えていきました。そして、社会が以前よりもずっと面白く、興味深いものに見えてきました。

発達特性の偏りは、劣った方向にだけ現れるわけではありません。

ふつうの人の何倍も優れた特性として現れることもあります。

もし、そういう人たちが多数を占める集団があれば、今度はそれ以外の人たちのほうが「障害者」になるかもしれません。これは単なる冗談ではありません。手話の島で起きていたことの裏返しです。

「障害」とは、本人の中だけにあるのではない。

人と集団のあいだに生まれる。

この少し危険で、しかし非常に大切な視点を、今回の講義を通じて改めて得ることができました。

8 「保護」という言葉の危うさ

最後に、警告として書き留めておきたいことがあります。

コロナ流行期、あるワイドショーのコメンテーターが「今後は患者の隔離ではなく、保護と言いましょう」と語っている場面を見たことがあります。

そのとき私は、この人は何もわかっていないのではないか、と感じました。

隔離は、人権を制限する行為です。だからこそ、手続きと歯止めが必要です。

ところが「保護」という言葉は、その歯止めを外してしまう危険があります。

講義では、精神病院が「社会にとってうっとうしく感じる人たちを“合法的”に閉じ込める場所」になりうること、「医療が必要な人」というレッテルによって、隔離、長期入院、身体拘束、薬漬けが可能になってしまうこと、そしてそこに「社会防衛」という発想が潜むことが指摘されていました。

ここに、「保護」という言葉の最大の危うさがあります。

「本人のため」

「社会のため」

「保護のため」

そうした言葉が、人を閉じ込め、遠ざけ、声を奪うために使われることがあります。

ナチス・ドイツは「保護拘禁」という名目で、裁判手続きを経ずに人々を収容所へ送りました。障害者の殺害さえ、「治療」や「安楽死」という言葉で覆い隠しました。

言葉をやさしく言い換えても、恐怖と排除の装置は止まりません。

むしろ、やさしい言葉をまとった排除ほど、歯止めなく進むことがあります。

だからこそ、私たちは言葉の温度だけでなく、その言葉が実際に何をしているのかを見なければなりません。

本当にその人の幸せを願っているのか。

それとも、自分たちの不安を処理するために、その人を遠ざけているだけなのか。

この問いを手放してはいけないのだと思います。

結び

今回の講義を伺いながら、精神疾患への偏見、感染症への差別、障害をめぐる社会のまなざしが、別々の問題ではないことを改めて感じました。

それらはすべて、私たちの中にある恐怖と、分類できないものを外へ押し出そうとする心の働きから生まれているのだと思います。

同時に、講義はもう一つ大切なことを教えてくれました。

精神医療の問題は、精神科病院だけの問題ではない。

それを許してきた社会の問題であり、医療を過信し、診断名を過信し、制度の中に人を押し込めることで安心してきた、私たち自身の問題でもある。

制度を変えることは必要です。

しかし、制度だけでは終わりません。

恐怖と排除の装置を解体するには、国民一人ひとりが、自分の中にあるその構造に気づき、問い直し、行動を変えていく必要があります。

新聞社を辞められたことは、読者としては残念です。

しかし、辞められたからこそ語ることのできた言葉が、今日の講義には確かにありました。

本日は、本当にありがとうございました。

みどりの杜の武末文男