

体罰から向精神薬へ  
—Z 県の児童養護施設 Y で働く施設職員の語りから—

吉田耕平<sup>1)</sup>・土屋敦<sup>2)</sup>

東北文教大学人間科学部子ども教育学科<sup>1)</sup>

E-mail: k\_yoshida@t-bunkyo.ac.jp

徳島大学大学院社会産業理工学研究部<sup>2)</sup>

E-mail: tsuchiya.atsushi@tokushima-u.ac.jp

**The shift from corporate punishment to psychotropic drugs**  
**—From interviews with staff at Children’s Home Y in Prefecture Z—**

**Kohei Yoshida<sup>1)</sup>, Atsushi Tsuchiya<sup>2)</sup>**

Faculty of Human Sciences, Department of Childhood Education Tohoku Bunkyo College<sup>1)</sup>  
Institute of Socio-Arts and Sciences, Tokushima University<sup>2)</sup>

Abstract

This paper explores changes in the handling of problem behavior in children residing at children’s homes, particularly over the period of 1980-2000, from the perspective of medicalization (Conrad and Schneider 1992=2003). We chose Children’s Home Y, which exhibited advancement the administration of psychotropic drugs to children, for research purposes, conducting semi-structured interviews with eight staff members working at the facility.

Our research revealed that a large number of delinquent children resided at Children’s Home Y through the 1980s, and that it was an everyday occurrence for staff to restrain violent children. By the 1990s, however, as corporal punishment became taboo as children’s rights came to the fore, this type of punishment was no longer acceptable. As of the early 2000s, specialized mental health staff have been assigned to children’s homes, while full-time psychiatrists are now assigned to child consultation centers. At this time it became easier for children with behavioral problems to be diagnosed as ADHD, and psychotropic drugs have clearly have been prescribed more frequently.

Handling of behavioral problems in these children saw a major shift from corporate punishment to administration of psychotropic drugs, along with a trend toward medicalization. At the same time, interviews with staff indicated a certain degree of uneasiness with regard to the possibility over-medication, as well as concern over side effects of psychotropic drugs.

*Key words: Children’s home, ADHD, medicalization, corporal punishment, psychotropic drugs*

## 1 問題関心

### 1.1 研究目的

本稿では、特に1980年代から2000年代に至る時期の児童養護施設内での子どもの問題行動への対処法の変遷を、医療化論（Conrad and Schneider 1992=2003）の視座から検討することを目的とする。児童養護施設に入所した子どもの暴行や問題行動を、職員が子どもを力で抑えることが体罰として捉えられるようになった現在、その代替として向精神薬を用いた治療がおこなわれている。そこで本稿は、体罰から向精神薬へと移行がはじまった時代と想定される1990年代から2000年代を経験してきた児童養護施設の職員にインタビューをおこない、薬物療法が児童養護施設においてどのように受け入れられてきたのか、体罰から向精神薬へと移り変わるまでの過程を中心に検討を行う。

1994年4月22日、日本は「児童の権利に関する条約」に批准した。それを受けて1995年3月に、日本ではじめてとなる「子どもの権利ノート」が大阪府から発行され、2004年9月までの10年間に38都府県11都市という全国規模で作成されるに至った。この子どもの権利ノートには、「まもられるべき子どもの権利があること、そして、社会的養護において保障される権利を伝える」役割があることが明記された（長瀬 2016: 73-74）。1998年2月18日には、「懲戒に係わる権限の濫用禁止」が児童福祉施設最低基準（現：児童福祉施設の設備及び運営に関する基準 第9条2）に定められるなど、施設に入所した子どもが職員から暴力を受けることを防ぐための法律や制度の整備が進められてきた。懲戒権の濫用禁止を周知するため厚生省（現：厚生労働省）は、児童福祉施設職員に対して研修の機会を利用することを提案した他、「子どもの権利ノート」の配付を通じて体罰問題に取り組む姿勢を明確にした（厚生省 1998）。

しかし、東京都立誠明学園の元児童指導員で「東京都子どもの権利ノート」の作成に携わった井上仁の意見に代表されるように、注意欠陥多動性障害（Attention-deficit hyperactivity disorder: ADHD）や被虐待児などへの対応に向け

た職員研修や専門機関とのネットワークの構築が進んでいるとはいえないなかで、体罰を防止するための研修をおこなっただけでは、子どもの権利擁護を保障することはできないとの見方は根強かった（井上 2002）。このような主張に基づいた政策として1999年から、被虐待経験のある子どもの治療をおこなうため、児童養護施設に心理療法担当職員（以下、「心理職員」とする）の配置が進められており、厚生労働省は心理療法の実施には、精神科医の意見を聴くことが望ましいとの補足が加えられた<sup>1)</sup>。児童養護施設に心理職員の配置が認められる前の1996年から1998年までは、心理職員を雇用する児童養護施設は全国で全体の1%から3%ほどであったが、その割合は心理職員の配置が決まった1999年には、14.5%にまで増加している。以降、心理職員は増え続け、2017年時点で71.1%と多くの施設で採用されるようになり、雇用形態では2007年以降「常勤」が「非常勤」を上回っている<sup>2)</sup>。

その心理職員は、ADHDなど発達障害のある子どもの治療もおこなってきたが、心理職員だけでは発達障害のある子どもの対応が困難であったため、2009年4月からは東京都の児童養護施設では精神科医の配置をおこなった。当時、全国児童養護施設協議会制度政策部長だった武藤素明は、国に対して児童養護施設も治療的アプローチができるシステムが必要であると、施設職員の精神状態および負担感の調査を実施し、施設機能の見直しを含めた提言をおこなってきたと説明している（吉田ら 2009）。日本精神分析学会の（元）会長を務めてきた生地新は、「心理療法を担当する職員が児童養護施設に次々と配置されるようになり、児童精神科医が児童養護施設に直接関わることが増えてきた」と、精神科医の業務においても著しい変化があったことを振り返っている（生地 2017: 6）。

こうして子どもの権利を擁護するための法律が整備されはじめた1990年代から2000年代にかけて、児童養護施設の養育のあり方に関心が向けられるようになった。そして、これまでおこなってきた職員の行動が、体罰として捉えられることを避けるため取り組んできたのが、医療的ケアの導入であった。さらに今後は、医療的ケアをおこ

なうことを目的とした施設へと児童養護施設は移行しようとしている(新たな社会的養育の在り方に関する検討会 2017)。このような経緯を踏まえ、本稿では、子どもの養育を中心におこなってきた児童養護施設が体罰問題の回避を企図して、養育が困難な子どもの治療をするため医療的ケアの導入をどのように進めてきたのか、児童養護施設の医療化によってみえてきた課題を浮き彫りにする。

## 1.2 先行研究

これまで子どもと発達障害に関する社会学的な議論は、主に医療化論(Conrad and Schneider 1992=2003)の視座からおこなわれ、精神的に不安定で、問題行動のある子どもに対して、多動症や微小脳損傷(Minimal Brain Dysfunction: MBD)などの診断名を付与され、その先の治療でリタリンなどの向精神薬の服用が促されていることが指摘されてきた。

P. ConradとJ. W. Schneiderによると、医療化は、「非医療的問題が通常は病気あるいは障害という観点から医療問題として定義され処理されるようになる過程」のことであり、出生、死亡、加齢、閉経といった「通常の人生上の過程」や、精神病、アルコール依存症、肥満、嗜癖、摂食障害、児童虐待、子どもの問題行動などの「逸脱」類型、さらには学習障害、不妊、性的機能障害といったすべての人に共通する諸問題などが含まれるという(Conrad and Schneider 1992=2003: 1)。そして1950年代なかばに開発されたリタリンが、1961年に食品医薬品局(Food and Drug Administration: FDA)に認められ、1960年代から1970年代には、アメリカ国内で多動症やMBDと診断を受けた子どもの治療に用いられる薬となった(Conrad and Schneider 1992=2003)。

子どもの問題行動に使用されることになったリタリンは、本来、行動修正のために開発された薬ではなく、当初は、血圧の上昇および維持を目的として導入された。そのリタリンは、メチルフェニデート(製品名)と呼ばれ、そのメチルフェニデートはアンフェタミンの誘導体で、2つの薬物は化学的に相似し、効果も類似しているといわれている(Kass 2003=2005)。

そして1968年、まだあまり知られていなかったという多動症候群やMBDは、アメリカ精神医学会の「精神障害の診断と統計マニュアル第2版(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-II)」に採用されることになった。その後、多動ではなく注意に主眼が置かれるようになり、1980年に改訂されたDSM-IIIにおいて多動症は、注意欠如障害(attention-deficit disorder: ADD)へと変更された。しかし、1987年に発表されたDSM-IIIの改訂版DSM-III-Rにおいて再び多動症が加わり、注意欠陥多動性障害(ADHD)に名称が変更された(Smith 2012=2017)。名称変更が繰り返されてきた多動症の歴史のなかで、ADHDは最も長く使用される名称となっている。

ADHDに名称が変更されたことにより診断の幅は広がり(Healy 2009)、1990年、アメリカ国内において、ADHDと診断を受けた子どもの数は100万人近くのにぼり、5年後には200万人まで増加したという(Whitaker 2010=2012)。2007年に、アメリカ疾病管理予防センター(Centers for Disease Control and Prevention, CDC)がおこなった調査によると、4歳から17歳の子どものうちADHDの推定罹患率は9.5%、540万人の子どもがADHDと診断を受けており、女兒よりも男児が多く(女兒5.6%:男児13.2%)、多人種の子ども(14.2%)やメディケイド受給資格者(低所得者や障害者)の子ども(13.6%)が診断を受けやすいという特徴を有していたという。そしてADHDの診断を受けた子どものうち、66.8%が投薬治療を受けていた。これは、4歳から17歳の全子どもの4.8%に当たる(Centers for Disease Control and Prevention 2010)。このようにアメリカでは、問題行動のある子どもが障害の診断を受け、向精神薬を用いた治療がおこなわれるようになるまでの過程が1960年代には確立され、向精神薬を服用する子どもが増加の一途を辿っている。

2001年、G. W. Bush大統領による大統領令第13237号に基づき、「大統領生命倫理評議会(President Council on Bioethics: PCBE)」が設置された。議長を務めてきたL. R. Kassは、成長過程にある子どもの身体や脳に障害を与える可能性がある向精神薬が、子どもの養育や教育

の過程のなかで行動修正のために導入されることに対して危機感を表明している。さらに Kass は、親や教師、医師が子どもの最善の利益を考え治療を勧めていることに疑いはないとしたうえで、向精神薬には体に害を与える危険性のあることを認識し、安全性に関する議論が必要であると呼びかけている (Kass 2003=2005)。子どもたちが ADHD の診断を受け、薬物療法がはじまるきっかけには、診断する医師よりも教師による訴えが大きく介在しているとの指摘もある (Conrad [1976]2017; Conrad and Schneider 1992=2003)。

しかし近年、子どもへの向精神薬が、一般家庭よりもフォスター・ケアに措置された子どもに対して処方される割合がより高いことに関心が集まっている (dosReis et al. 2011; Leslie 2012; Raghavan et al. 2005)。医療戦略センターによると、フォスター・ケアの子どもたちが、向精神薬投与に向かいやすい原因として考えられるのが、民間の医療保険に加入できない低所得者・身体障害者に対して用意された公的医療制度メディケイドの仕組みにあるという (Center for Health Care Strategies 2018)。

日本においても、落ち着きのない子どもや学校での着席維持が困難な子どもに対して、ADHD の診断名が付与されることが徐々に多くなっている。小学校と中学校に在籍する子どもを対象に文部科学省がおこなった調査<sup>3)</sup>では、ADHD の特徴である不注意や多動性、衝動性の問題を著しく示す子どもが 2002 年 (対象児童数 41,579 人) は 2.5%であったが、2012 年 (対象児童数 53,882 人) には 3.1%に増え、10 年間の伸び率は 24%であった (文部科学省 2002, 2012)。それに対して、児童養護施設では、2003 年に厚生労働省がおこなった調査では、1.7% (入所児童数 30,416 人中) が ADHD の診断を受けていたが、その 10 年後の 2013 年には、4.6% (入所児童数 29,979 人中) にまで増加し<sup>4)</sup>、伸び率は 171%であった (厚生労働省 2004, 2009, 2015)。以上のことから、日本の児童養護施設もアメリカのフォスター・ケアと同様、一般家庭の子どもよりも施設の子どものは、障害の診断を受けやすくなってきているという点では一致しているといえるだろう。

アメリカほどではないとしても、児童養護施設

に措置された子どもたちが ADHD の診断を受けた後、向精神薬を用いた薬物療法を受ける事例があることは、2013 年に筆者がおこなった調査で明らかになっているが (吉田 2013)、それ以降日本の児童養護施設の医療化に関する研究はなされていない。しかし、同調査地で 1990 年以前の児童養護施設で働いた職員はひとりだけあり (その職員も結婚し 2 年で退職している)、1990 年代から 2000 年代にかけて体罰が禁止され薬物療法が開始されるまでの過程を十分検討出来ていない (吉田 2013)。そこで本稿では、Conrad と Schneider が取り組んできた逸脱の医療化を参考にしながら、児童養護施設の医療化がいかなるかたちで進行してきたのかみていく。

## 2 研究方法

### 2.1 研究協力者と協力施設の概要

本研究では、児童養護施設において子どもへの向精神薬投与がどのようにはじまったのかを検討するために、児童養護施設 Y (以下、「施設 Y」とする) で保育士や児童指導員として働いている職員 8 名に対して半構造化面接をおこなった。研究対象の選定においては、Z 県にある児童養護施設のなかで、近年特に子どもの薬物療法が頻繁になされるようになってきている施設を選定し調査依頼を出した。筆者がはじめて施設 Y に訪問した 2017 年 8 月の時点で、施設 Y に入所している子どもの 34.3%が、コンサータやストラテラ、リスパダールなどの向精神薬を服用しており、診断は「ADHD」がほとんどであった。10 年前の 2007 年におこなわれた全国調査では児童養護施設に入所する子どもの 5.3%が精神科に通院し、3.4%が向精神薬を服用していたことから比べると、施設 Y で薬物療法を受ける子どもの数はきわめて多いことがわかる (厚生労働省 2008)。

施設 Y 内で向精神薬を飲んでいる子どものうち 1 名を除いて、児童相談所から児童養護施設に措置された時点で、向精神薬を服用していた。児童相談所に保護されたときに子どもたちは、医学診断や心理診断、行動診断などを受けることになるが、一時保護時に、児童相談所の嘱託医から ADHD などの診断を受け、薬物療法が開始されて

いた。また入所時点で薬物療法を受けていない子どもであっても、睡眠時間が十分確保できないときは受診するようにと、児童相談所の嘱託医にいわれた経験のある職員もいた（Cさん、女性、50代、勤務年数38年）。

2017年現在、幼児のなかで服薬している子どもはいないが、小学校就学前から継続して薬物治療をおこなっている小学生（高学年）の子どもがひとりだけいる。その子どもは、上記で述べた児童相談所ではなく児童養護施設にいるときに精神科へ通い、コンサータやストラテラなどの向精神薬を用いた治療を受けている。Z県内の児童養護施設のなかでも施設Yは、児童相談所に勤務する嘱託医（精神科医）が所属している病院に近い環境にあり、子どもたちは学校が休みになる日曜日に通院しているということであった。今回、インタビューに協力してくれた職員のすべてが、子どもへの向精神薬投与を経験し、子どもの担当として精神科通院の付き添いをおこなっていた。

## 2.2 調査内容およびデータの収集方法

半構造化面接を実施するにあたり、1966年から10年毎に全国児童養護施設長研究協議会が発行している冊子と（全国養護施設協議会1966、1976、1986、1996）、1970年に刊行がはじまった季刊『児童養護』の分析をおこなった。ともに児童養護施設の実践報告と社会的養護に関する動向を紹介している資料である。同資料は、施設職員になると1度は目にする機会があり、職員が他の施設の状況など児童養護施設に関する情報を収集する際に用いられる。

分析の結果、1960年代から1980年代にかけて、性格および行動に問題のある子どもは、ホスピタリズムや家庭の養育力の低下、親の精神疾患などの文脈で議論が進んでいた。しかし、1990年代後半に子どもの問題行動は、養育環境によって生じたものではなく、脳の機能障害であるADHDこそがその原因であるということが紹介されるようになった。またADHDの登場と同時に、子どもの問題行動に対する治療として、リタリンの有効性について言及がなされたのもこの時期である（西川1999）。

児童養護施設の養育のなかに、発達障害に関す

る理論が取り入れられるようになったのが1990年代後半に入ってからであることが資料分析を通してみえてきたが、児童養護施設の現場ではすでに向精神薬を用いた治療がはじまっていた可能性がある。また1990年代はみえてきたように子どもの権利擁護に関する意見交換がはじまった時期であり、養育内容の見直しや改善が議論されてきた。そこで、インタビューガイドの作成の際に、2つの参考資料のなかから、子どもの問題行動に関する記述や子どもの養育に関わる制度を抜き出し、年代毎に分類したものをインタビューの参考資料として用意した。

また、インタビューガイドの作成にあたり、「学校における医療化のプロセス」の検討をおこなってきた木村祐子が、教員向けに作成したインタビューガイドを参考にした（木村2015）。質問項目の内容については、施設Yで35年の勤務経験のあるAさんにも協力してもらい、質問内容の妥当性を検討し、修正を加えた。

調査内容は、施設職員の基本属性に加え、情緒障害や多動症、MBD、ADHD、そして子どもへの向精神薬投与に関する質問をおこなった。基本属性は、年齢、性別、学歴、職歴、勤務年数、役職の6項目とした。本研究では、まず1960年代から1990年代前半まで児童養護施設で精神的に不安定で落ち着きのない子ども（当時の名称「情緒障害（児）」）に対し、向精神薬を用いた治療をおこなっていたのか尋ねた。その際、児童養護施設において多動症（MBD、ADHD含む）に関する議論がおこなわれていたかどうか、そして施設Yにも、該当する子どもがいたかどうか、その治療に向精神薬は使用されていたかについても話を聞いた。そして最後に、1994年に児童の権利に関する条約に批准して以降、整備が進められてきた懲戒に係わる権限の濫用禁止（1998年）や児童虐待防止法（2000年）が施設の養育にどのような変化をもたらしてきたのか、医療的ケアとの関連について質問をおこなった。また児童養護施設で向精神薬が頻繁に用いられる前の時代であると考えられる1980年代から1990年代の養育についても把握するため、過去の児童養護施設を知る職員に担当していた子どものことや指導内容についても話をうかがった。

原則、インタビューは1人当たり1回で終了し、インタビューデータの分析をおこなった。聞き漏らしたところや曖昧なところに関しては、後日、電話連絡で確認した。再調査をおこなった職員には、本人の同意を得たうえで、施設長に説明し承諾を得て、日時を設定した。面接時間は、1人1時間から2時間であり、午前は10:00から12:00と午後は15:00から17:00までの間でおこなった。面接は施設内にある相談室を使用し、子どもたちが登校している時間と職員ミーティングのない時間を設定してもらうことで調査を進めることができた。データの収集期間は、2017年8月から2018年12月である。なお、インタビューの際、ICレコーダーなどの録音機器の使用については同意が得られなかったが、メモを取ることを承諾は得られたため、要約形式でまとめた。

なお、本研究は一施設を対象としているため、調査結果の過度な一般化には慎重である必要があるが、子どもへの向精神薬投与に関しては、その実態を示すデータは少なく、配慮すべき点に言及する研究もほとんどないのが現状であることを鑑みれば、調査内容には一定の新規性があるだろう。

表1 インタビュー協力者の属性

No.	名前	性別	年齢	勤務年数	勤務開始
1	Aさん	男性	50代	35年	1983年
2	Bさん	男性	50代	28年	1990年
3	Cさん	女性	50代	38年	1980年
4	Dさん	女性	40代	17年	2001年
5	Eさん	女性	30代	8年	2010年
6	Fさん	女性	50代	30年	1988年
7	Gさん	女性	30代	10年	2008年
8	Hさん	男性	30代	16年	2002年

### 2.3 倫理的配慮

本研究の目的と内容を施設長に説明し、同意を得た後、研究協力者には文書および口頭により、研究の目的、調査の趣旨、データの取り扱いなどを伝えた。また本論文では、協力者の氏名や施設名を伏せること、個人が特定されないように配慮することを申し添え、掲載承諾を得ている。本研究における調査は、東北文教大学研究倫理審査委

員会の承認を得て実施した。

## 3 研究結果

以下では、職員のインタビューデータと全国児童養護施設協議会などの関連資料から、児童養護施設において子どもの問題行動がどのようなプロセスを経て、薬物療法を中心とした医療的ケアにつながってきたのかを分析する。

### 3.1 児童養護施設における暴力と体罰

児童養護施設での暴力といえば、子どもから子どもへの暴力や職員から子どもへの体罰を想起しがちであり、子どもから職員への暴力が取りあげられることは少ない。しかし、子どもの問題行動への向き合い方は、児童養護施設関係者らが長年抱えてきた課題であった。1970年から発行がはじまった季刊『児童養護』を整理したところ、翌年の1971年には「新しい施設養育の確立をめざして一施設の中における養育の問題―」というテーマが設けられている。そのなかで、中学生が暴れ同じ部屋の子どもの入院させたり、夜施設抜け出し小学校の教室のなかで、たき火をしたりする子どもがいたということが話題にあげられ、その子どもたちの問題行動は、家庭の養育力の低下や親の精神疾患に原因があるとする見方が取られていた。そして、行動上問題のある子どもには、問題児や情緒障害児、処遇困難児という言葉が使われながら、子どもの行動を理解したり、説明したりしていた(吉沢ら1971)。

1983年から施設Yに勤めはじめた職員Aさんも、子どもからの暴力に悩んでいたひとりである。

私が施設に勤めて30年以上経ちますが、勤めはじめたとき(1980年代)の児童養護施設は、非行や不良と呼ばれるような子どもたちが施設には沢山いましたね。児童養護施設ではなく、教護院(現:児童自立支援施設)みたいでした。私が出勤すると、胸ぐらを掴み、殴りかかってくる子どももいましたね。タバコも隠し持っていて、隠れてタバコを吸う子どもなんかもいて、火事にならないか毎日が闘いで、当時は暴れる子どもを抑えつけることもありまし

た。今だと「体罰だ」とか、「虐待だ」っていわれてしまうのかもしれないけど、向かってくる子どもを止める方法は体を押さえるしかなかったわけですよ。じゃないと自分の身も危ないですからね。けど今、それすると虐待ですからね。ただその当時の子どもたちに比べると今の子どもたちはかわいいですよ。そういう時代ではなくなったのかな。

(A さん, 男性, 50 代, 勤務年数 34 年, 2018 年 3 月 27 日)

職員への暴力や喫煙をする子どもたちが施設 Y に入所していた時代を新任の頃に経験してきた A さんは、施設 Y が非行傾向のある子どもが入所する教護院のようだったと、当時を振り返り子どもたちと向き合うことの難しさを語っている。教護院とは、1997 年の児童福祉法の改正により「児童自立支援施設」(児童福祉法第 44 条)に名称変更された施設で、子どもの問題行動、特に非行問題を抱える子どもたちが措置される施設である。また児童自立支援施設は、少年法に基づく家庭裁判所の保護処分等により入所する場合もあり、児童福祉法では、都道府県等に児童自立支援施設の設置義務が課せられており、大多数が公立施設になっている。

児童自立支援施設に措置される可能性が高い子どもたちが、なぜ児童養護施設に措置されることになったのか。A さんは次のように経緯を語っている。

児童自立支援施設(教護院)は(県内に)ひとつしかないし、定員はいっぱい、結果、施設 Y に措置される流れに(なっていたのでは)。

また同じ児童自立支援施設に同じグループの仲間を入れることはできないから、その受け皿に児童養護施設はなっていたんですね。児相

(児童相談所)は、リーダークラスの子どもの児童自立支援施設に措置して、その部下にあたる不良少年たちは児童養護施設に措置していたんですね。(要するに)リーダーは児童自立支援施設にいたりするんだけど、仲間を同じ施設には置いておけないので児童養護施設が受け皿になっていた時代があったんですよ

ね。

(施設に)入ってきたら、まず 1 回は暴れ、(職員に)殴りかかってくる。中学生ですよ。高校生になると落ち着くことが多いんですが、嘘もつくし、面接室で話をしようとしても、大人のいうことを素直に聞くことはない。部屋(相談室)に連れてくるのがやっつ。暴れるは、集団で殴りかかってくるはで、自分を守ることで精一杯。そんな子どもたちになめられたら、職員として仕事はできないし、施設でいられなくなる。情に訴えようとしても響かないから、声も大きくなるし、ひっぱたくことにもなる。そのたびに、あー、またまた手が出てしまったって、後悔しかない。誰もひっぱたきたくもないのに、今日も、また今日もの繰り返し。大学を卒業して 20 代で就職して大学で勉強したことはまったくいかされない。困っている子どもたちのためになればって思って就職はしたけど、現実にはそうじゃなかった。

(A さん, 男性, 50 代, 勤務年数 35 年, 2018 年 11 月 27 日)

児童自立支援施設は、全国に 58 か所(2019 年 2 月現在)あり、北海道や東京、大阪には 2 か所、政令指定都市にも設置されているが、その他は 1 か所だけになっている。Z 県では、児童自立支援施設の定員が満たされた場合、児童養護施設が非行傾向のある子どもの受け皿になり、養育をおこなっていた。A さんは、「当時は、『児童養護施設も教護院のようになれ』ということが当たり前のようにいわれていた時代」だったと振り返っている。

1980 年に発行された季刊『児童養護』には、「作業指導を考える」という特集が生まれ、児童自立支援施設における中心的活動のひとつである「作業指導」を児童養護施設の養育のなかに取り入れる動きがみられた。作業指導では、ジャガイモや椎茸などの野菜作りが多く、子どもたちの職業訓練のような意味合いも強かったようであるが、子どもたちの情緒の安定を図ることも目的のひとつであった(藤野ら 1980; 滝口 1980; 陽清学園 1980)。長期的にみて作業指導が暴れる子どもに効果的であったとしても、A さんの話にあるよう

に入所してすぐ職員に殴りかかってくる子どもを制止することは困難である。その結果、子どもの行動を抑制するための手段として、「押さえるしかなかった」わけであるが、子どもからの暴力を回避するための方法を誰も教えてくれることもなく、Aさんは後悔と反省を繰り返しながら、日々子どもたちと向き合っていた。

暴力指導員っていわれた人たちは、みんな同じような経験をしていて、会う度に「おまえも胃をやったか」「おれもだよ、胃潰瘍」「おまえもか、おれは十二指腸」毎日胃薬を飲んでいるよって話が当たり前。子どもに怪我をさせたくないから、関節技を覚えて、体を動けなくすることを覚えたりもして、まさか施設でこんな仕事するとは思ってもしなかったですよ。そうじゃないと「見通しを持った指導」っていうのができなかった時代だったんです。暴れる子どもを大人が力で抑え、指導する。指導方法を変えないといけないうのはわかっているけど、どういう指導をすれば良いか誰もわからないし教えてくれるわけでもない。だから、叱って落ち着かせて、話をする。

ちゃんと役割もあって、私が叱る。そして、女性（他の職員）が涙を流しながら、子どもの代わりに謝る。本当に涙を流すんですから、年下の私に。これも子どもためだってプライドも捨てて。後から聞いたら、演技だっていうんですよ。その演技が上手いんですよ。こちらも騙されましたね。当時はそういうふうに役割分担が決まっていたんですよ。もちろん意図的ではなく自然にというか、できていたんですね。（Aさん、男性、50代、勤務年数35年、2018年11月27日）

日本が子どもの権利条約に批准した翌年の1995年5月、児童養護施設で職員による子どもへの日常的な体罰がおこなわれていたことがメディアに取りあげられた。その後、複数の児童養護施設における体罰が報道されるなど、職員から子どもへの暴力が社会問題となり関心が集まった。体罰事件の報道後、児童養護施設の施設長らによって構成される全国児童養護施設長研究協

議会（第50回東京大会1996年）では、「体罰」をテーマにした研究部会が設けられた。その研究部会の発題者として「体罰禁止の取り組み」を発表した桑原教修は、部会の参加者から「何が体罰禁止だ。それなくして処遇はあり得ない」という意見があったと当時を振り返っている（桑原2017: 2-3）。会場にいた施設長の発言は、体罰を正当化する発言として捉えることもできるかもしれないが、メディアで報道されてきた子どもたちが、職員から暴力を受けるようになった背景には、万引きや職員への暴力など子どもの対応に追われたことがあった。本調査に協力してくれた職員のAさんのほかにも、非行傾向のある子どもたちと過ごしてきた経験のある施設職員は、過去の児童養護施設において力による指導をおこなってきたようであるが、意志に反して取った行動の反動として自身の体を壊した方も多い。

力による指導も今では、体罰として社会問題化したことにより、使用できなくなったこと、それ以降、子どもとの向き合い方も変化してきたことをAさんとCさんは語る。

そうですね。10年から15年前というところでしょうか。2000年代に入った頃じゃないかな。児童虐待防止法ができたあたり、子どもの権利条約でしょうか。子どもの人権とか色々いわれはじめた頃あたりでしょうかね。力で押さえつけることができなくなりました。（Aさん、男性、50代、勤務年数34年、2018年3月27日）

虐待…学校での体罰問題が、ここ4、5年、ニュースでたくさん取りあげられるようになりましたね。今は叱ったら負け、何をしてもダメ。すぐにパワハラとかいわれてしまいます。県からも厳しくいわれるようになりました。（子どもが）門限の時間を超えて遅く帰ってきたりしても、聞いたらダメ。心配しても不安になってもすべて我慢することが今の指導です。私はもうすぐ退職ですが、働きづらい職場になってしまいました。これが「家庭的」というんでしょうかね。親が帰りの遅くなった子どもを心配するのは当然のことだと思うんですけど



ね。

(C さん, 女性, 50 代, 勤務年数 38 年, 2018 年  
11 月 13 日)

子どもの権利条約の効力が発生した 1994 年以降, 懲戒に係わる権限の濫用禁止や児童虐待防止法などの法制化が進められてきた。一方, 児童養護施設の現場では, 問題行動を示す子どもに対し, 大人が正しい判断ではないと理解しつつも, 子どもを力で抑えることで問題解決の糸口を探ってきた。しかし, それが人権侵害となり, 体罰問題として捉えられるようになって以降, インタビューに答えてくれた職員は, 措置された子どもと向き合おうと, 試行錯誤しながら子どもたちを落ち着かせようとしていた。さらに, 施設に限らず大人から子どもへの暴力がメディアで頻繁に取りあげられるようになり, 子どもの行動に気がかりなことがあっても, 施設では話しかけることもできなくなってしまったと, C さんは以前に増し養育の難しさを感じるようになっていた。

### 3.2 体罰から向精神薬を用いた養育へ

3.1 では, 児童養護施設における問題行動の子どもへの対応についてみてきた。1980 年代の施設 Y では暴れる子どもを職員が力で抑えることがあったようであるが, 1990 年代に入り, 児童養護施設の養育に関心が集まり, これまで容認されてきた指導法が体罰として捉えられるようになった。

1990 年から施設 Y で勤めはじめた B さんにも, 子どもの問題行動に対して力で抑えないといけない場面に遭遇したことはあるか尋ねたところ, 「私の時代は, 終わりかけというか, 殴りかかってくるという子どもたちはいましたが」という回答であった (B さん, 男性, 50 代, 勤務年数 28 年)。1990 年代に入り, 力による指導は減少傾向にあったようであるが, 子どもの行動が変容するわけではない。そのため, 児童養護施設には「体罰」に代わる新たな対策を講じる必要があった。

叱ったり怒ったりすることが, (以前は) 肯定的に受けとめられていた時代がありました。叩くとかは良くないのはわかっていますが、叱る

ことで (子どもが) 反省したり, 自身のおこないを振り返ることもできていたんじゃないかな。まだ心と心が通うものがありました。今の子どもたちは, 全部人のせい。子どもと大人の立場が逆転してしまいましたね。感情的になったら負けですから, 指導が通らなくなってしまいました。

(C さん, 女性, 50 代, 勤務年数 38 年, 2018 年  
11 月 13 日)

殴りかかってきたとき, 大きい (年長の) 子どもたちが止めに入ってくれていましたね。当時は (向精神) 薬がなくても注意し合える関係がまだあったんです。支え合うみたいな関係が, 最近はそのようなのがなくなりつつあって, やっぱり薬なんですかね

(B さん, 男性, 50 代, 勤務年数 28 年, 2018 年  
4 月 20 日)

今 6 年生の子どもで, 7 年前 (2010 年頃) の幼稚園年長のときに, 落ち着きがなくて, どうしようもなかったんです。暴れるもんだから落ち着かせるために, 外へ連れ出そうとしても, 話は聞かないし暴れるので何度も怒ったことがあったんですが, 病院に通って少しずつ薬の調整をして今では落ち着いていますよね。落ち着きを取り戻したことで, コミュニケーションも取れるようになったし, 職員との関係も良くなって, 実際に薬が必要な場面もあるんだって思っていました。朝, 薬が効くまでは落ち着きがないけど, 効きはじめる頃にはピタッと落ち着くもんですね。飲む前と飲んだ後では全然人が違うんだよね。(向精神) 薬があることで暴力を使わない指導に変わりましたね。

(A さん, 男性, 50 代, 勤務年数 35 年, 2018 年  
8 月 23 日)

体罰が禁止されたことにより, 問題行動のある子どもへの対応措置として, 向精神薬を用いた医療的ケアがおこなわれていた。特に, 1980 年代から非行傾向のある子どもと向き合ってきた A さんは, 向精神薬を用いることで体罰の必要がなくなったと認識するまでに至っている。そして,

薬物治療を受ける子どもたちをみてきた B さんは、以前はみられた子どもたちとの関係性が希薄化しているのではないかという思いを抱いていた。

次の引用は、施設 Y 内での子どもの薬物治療の開始時期に関する C さん、F さんの返答である。

はじめて子どもと精神科へいったのは、昭和 55 (1980) 年の 12 月で、てんかんの診断を受けていた子ども (男児 A 小学生) がいて通院に。てんかんというよりも、かなり荒れていた子どもで、2 階のベランダから飛び降りたり、炊事場から包丁を持ちだして振り回したりすることもあって、1 度、「死んでやる」って叫んで、川に飛び込もうとしたこともありました。この子どもは、てんかんの薬を飲んでいましたね。危なくて、A さんから「何してんだー」ってよく叱られていましたよ。

次は、平成に入ってからだから、いつだったかなあ。元年 (1989 年) に入ってからすぐだったような。この子ども (女児 B 小学生) も、てんかん (の診断を受けていました)。いつもヘッドギアしていたんです。ラグビー選手が付けているような頭を守るヘルメットを被って生活していました。(痙攣) 発作で倒れて顔を切ってしまうこともあって、私と子どもたちが一緒にお風呂に入っているときも倒れてしまって、ヘッドギアを外していたもんだから大変なことになりました。リタリンとか、向精神薬は飲んでなくて、てんかんの発作を抑える薬を飲んでいましたね。

(C さん、女性、50 代、勤務年数 38 年、2018 年 11 月 13 日)

(私が勤めはじめたのが) 30 年前だから、1980 年の終わり、(1988 年から) 1990 年頃です。(向精神) 薬を飲んでいた子どもですよ。いましたよ。けど今みたいに ADHD や自閉症とか診断があったわけではないです。だけど、多動や注意散漫の子どもはいましたし、生い立ちというか育った環境によって荒れている子どももいましたね。知的にも低い子どももいて。そういう子どもの親も養育能力が低いというか、子育

てするのが難しかったんじゃないかなあ。パニックになる親もいたし。今みたいに分類 (障害の診断基準) みたいなのはなかったけど。

(F さん、女性、50 代、勤務年数 30 年、2018 年 11 月 27 日)

疾病及び関連保健問題の国際統計分類 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, ICD) の神経系の疾患に分類されるてんかん (ICD-10, G40-G41) は、1995 年に精神保健及び精神障害者福祉に関する法律 (精神保健福祉法) の改正に伴い、精神障害者保健福祉手帳の取得が可能になり、障害年金の受給ができるようになった (厚生省 1995)。疫学的には、生後 1 か月から 18 歳前後までの小児てんかん全体で、部分てんかん症候群が 60~70%、全般てんかん症候群が 20~30%、未決定てんかんが 1~10%前後と考えられている。日本ではバルプロ酸やカルバマゼピン、ゾニサミドなどが抗てんかん薬として認められている (日本神経学会 2018)。

インタビューに応じてくれた職員のなかでは、勤務年数 38 年と経験豊富な C さんが、はじめて子どもの付き添いで精神科へいったのが 1980 年であった。1989 年にもてんかんの診断を受けた子ども (女児 B) がいたようであるが、1980 年にてんかんの診断を受けた子ども (男児 A) について C さんは、てんかんの症状よりも問題行動が 35 年以上たった現在においても鮮明に心に残っていた。またてんかん治療を受けていた男児 A は、命に関わるような危険行為を繰り返していたため、職員から叱られることもあったようであるが、子どもが怪我をしたり、事故から守ったりするための緊急措置であったようである。

また、1980 年代後半から施設 Y で働きはじめた F さんからは、子どもの行動を表す明確な診断はなかったが、向精神薬による治療を受ける子どもの姿があったことが語られた。時期的には、C さんの会話のなかで登場したてんかん発作のある子ども (女児 B) と重なるが、他にも知的な遅れのある子どももいたということである。

また 1990 年代までは、薬物療法を受けている子どもはいなかったようであるが、2000 年代に

入りてんかんと診断を受けた子どもが、ADHD の治療薬リタリンを服用するようになった。

それからは、しばらく精神科に通う子どもはいなかったはずですが、15 年前ぐらいだから、平成 15 年（2003 年）頃かな。この子ども（男児 C）も小学生のときに、「てんかん」って診断されていたんだけど。薬は確か、リタリンだったはずですが、「ボーッ」とすることがあるということで、リタリンが処方されていたと思います。落ち着きがなかったというわけではないですけど、やんちゃな子どもだったことは間違いありません。ただ ADHD という診断を受けていたわけではないですが、リタリンを飲んでいましたね。

(C さん、女性、50 代、勤務年数 38 年、2018 年 11 月 13 日)

2000 年頃から施設 Y で働きはじめました。お薬を飲んでいた子どもと出会ったのは、勤めはじめてすぐで。小学 6 年の男の子で、落ち着きがないというより、やんちゃな子どもだったのかなあ。中学校に入ってから、（薬は）飲んでいなかったんじゃないかあ。何もわからない状況で（施設 Y に）就職して、はじめて薬を飲んでいる子どもをみて「うわー」って驚いたことは、今でも覚えています。施設のことをちゃんと勉強していたわけではないので、児童養護施設ってこういう（薬を飲ませることもある）施設なんだって思っていました。

(D さん、女性、40 代、勤務年数 17 年、2018 年 11 月 17 日)

1 年目（2002 年）のときに、薬を飲んでいた子どもはひとりいましたよ。その子どもは、てんかんっていついたかな。興奮を抑えるために薬を飲んでいるんだって聞いていました。高 3 で卒業したので、（過ごした時期は）1 年だけですが、（薬は）リタリンですね。万引きしたり、非行傾向のある子どもで、児相の紹介で精神科に通っていましたが、ADHD は聞いたことがなく、当時は、悪いことしているから飲まないといけないんだってという感じで捉えていま

した。

(H さん、男性、30 代、勤務年数 16 年、2018 年 11 月 29 日)

国立精神・神経医療研究センターの中川栄二によると、知的障害や自閉スペクトラム症、学習障害、ADHD などの発達障害には、てんかんの併存や脳波異常が認められる割合が高く、「ADHD に対して使用されるメチルフェニデートは痙攣閾値を低下させる」という（中川 2016: 11）。1980 年代にてんかんの診断を受けた子ども（男児 A と女児 B）はいたが、リタリン（メチルフェニデート）が治療に使用されることはなかった。その後 2000 年に入り、再び施設 Y にてんかんの診断を受けた子ども（男児 C）が入所していた。それまでは、リタリンを服用していた子どもはいなかったようであるが、施設 Y において、はじめてリタリンを服用した入所者が男児 C ということである。

しかし、男児 C をみてきた職員は、てんかん治療のための薬物療法というよりも、万引きなどの反社会的行動を抑制するための手段としてリタリンが使用されていたという認識を持っていた。このことから、リタリンはてんかんによる痙攣を抑えるためのものである一方、問題行動の統制や抑制のために使用されていた可能性も示唆された。

リタリンは ADHD よりもてんかんの治療薬として施設 Y では使用が開始された。では、ADHD という診断名自体は施設 Y でいつごろから認知されはじめたのか。

MBD、微細脳損傷は、聞いたこともないし知らないです。はじめて聞きました。多動症と診断されたことがある子どもはいましたよ。今、21 歳になったところだから、2000 年に受けた 3 歳児検診ですね。覚えています。（小児科医だったと思うんですが）検診のとき、バタバタしていたから「多動症ですね」っていわれました。だからといって、その後、薬を飲んだり、ADHD だっていわれたりしたわけでもなく、普通の生活を送っていました。ただ、なんでも一番じゃないと気が済まない性格でしたけど。

(Cさん, 女性, 50代, 勤務年数38年, 2018年  
11月13日)

MBD? いやー知らないですね。はじめ聞いた言葉ですね。脳微細損傷? それは勤めはじめた頃に聞いたことがあるかもしれないです。脳にできた傷が原因で動き回るとか。多動は、そうですね。多動は聞いたことありましたよ。けど子どもって多動みたいなのところはありますよね。障害とか深刻な問題というような感じでは受けとめたことはなくて、「子どもだから仕方ないよね」で済んでいましたから。むしろ、「皆多動はもっているでしょう」ぐらいの感覚ですよ。日常生活を送るなかで、病気として捉えることはなかったですね。

(Aさん, 男性, 50代, 勤務年数35年, 2018年  
8月23日)

MBDとかADHDは聞いたことがなかったです。研修会でも聞いたことないですね。もうひとり薬を飲んでた子どもがいました。3年目だから、2005年頃だったと(記憶しています)。その子どもは、学校から児相に相談があって飲んでいましたね。中学2年生のときに、ADHDの診断を受けてから入所したんです。家でも暴れていたみたいで、施設Yでも暴れ、職員も子どもも戸惑ってました。話が通じないというか。大きな声を出してパニックになるし、(薬は)コンサータですね。その頃からですかね。ADHDを意識するようになったのは。刺激に敏感な子どもがいるんだなって思うようになったのは。高校進学を機に退所して、施設にいたのは1年間だけ、その後(治療を継続しているのか)はわかりません。把握していません。

(Hさん, 男性, 30代, 勤務年数16年, 2018年  
11月29日)

ADHDがまだMinimal Brain Damage Syndromeと呼ばれていた1965年、第11回国際小児科学会議(International Congress of Pediatrics, ICP)が東京で開催された。そのなかで、「精神薄弱、特にその治療」という分科会が設けられ、John Hopkins 大学精神科のL. Eisenbergが「精神薄

弱児の精神医学的管理(特に落ち着きのない子どもの治療の観点から)」というテーマで講演をおこない、多動症の子どもに対して、メチルフェニデート(リタリン)やデキストロアンフェタミンが有効であることを報告した(Eisenberg 1965)。その後、日本でいち早くMBDについて紹介したのが今村重孝である。DSMにMBDが掲載される前の1967年に日本小児精神神経学会で「Minimal Brain Damage Syndromeについて」という論文を発表している(今村 1967)。翌年の1968年に開催された第71回日本小児科学会総会には、第11回国際小児科学会議の会頭を務めた高津忠夫が「小児の微細脳損傷症候群」というシンポジウムを開いている。そして同年には、小児科雑誌『小児科診療』において高津が、特集「小児の微細脳損傷(Minimal Brain Damage)症候群」を組みMBDを紹介している(高津 1968)。『小児のMBD—微細脳障害症候群の臨床—』(1980年)の著者である上村菊朗と森永良子は、1968年の小児科学会総会にて高津がMBDをシンポジウムの主題として取りあげて以降、日本国内でMBDへの関心が広がったと振り返っている(上村・森永 1980)。日本では1960年代後半からMBDに関する議論が小児科学や精神医学の領域を中心におこなわれ、アメリカ精神医学会がMBDからADHDに名称を変更した1980年代以降もMBDという名称が使用されてきた経緯がある。

季刊『児童養護』など児童養護施設の関連資料で、ADHDやリタリンに言及されるようになったのが1990年代後半からであったが、施設Yでリタリンによる治療やADHDを意識するようになったのは2000年以降であった。そして保護された子どもたちは、入所前の児童相談所にいるときに、嘱託医から向精神薬の処方を受けていた。後に、問題行動が子どもに現れたとき、施設Yからも職員が子どもに付き添い精神科に通院していた。つまり、児童養護施設においても、子どもの行動や性格が医療的に解釈されるようになったということであるが、ではどのようにして「問題のある子ども」から「障害のある子ども」へと施設職員の見方が変化したのだろうか。

### 3.3 児童養護施設における医療化の過程

以前の施設 Y には子どもの問題行動に対して力で抑えることもあったが、現在では体罰の禁止とともに薬物療法で子どもの行動を治療する時代へと移行しつつある。職員が子どもの問題行動を障害として捉えるようになるまでの過程に何があったのか。

ADHD とハッキリとした診断を受けた子どもとは、10 年から 15 年前（2003 年から 2008 年頃）ですかね。2000 年に入ってからで間違いありませんね。Z 県では、X 病院の I 先生（精神科医）が児童相談所の所長になったのがこの時期で（Z 県の児童相談所に常勤の精神科医が勤務するようになったのが、2002 年頃。以降、児童相談所の副所長、所長の職についている）、このときにはじめて Z 県の児童養護施設に「発達障害」の知識が入ってきたというのは覚えています。

向精神薬による薬物療法も、この I 先生が児童相談所に入ってすぐですかね。現在は、J 先生に代わっていますが、J 先生も児童精神科医ということで児童相談所の仕事をされていますね。

(A さん、男性、50 代、勤務年数 35 年、2018 年 8 月 23 日)

昔は（勤めはじめた 2000 年代前半）、日常的に（発達障害や薬物療法に関することなど）専門的な言葉を使っていなかったです。多動症…多動は聞きますが、多動症は聞いたことがなかったですね。非常勤ですが、2 人（の心理士）が交代で来てくれています。12、13 年前（2005 年頃）からで、（発達障害の知識を得るうへでは）心理士さんの意見をもらえるのも大きかったです。普段は子どものカウンセリングをしてもらっていますが、心理士がいなければ、薬のこととか障害のことに関心を持たなかったと思います。職員が心理士に相談をして、医療機関へという流れでしょうか。まずは心理士に相談してからアドバイスをもらって進めることも多くなってきましたね。

後、児相とのケース検討をしていますね。精

神科医の I 先生にも入ってもらって、この子どもは「こういう障害の特徴があってね」というお話をしていただいたりしましたね。2005 年から 2006 年、I 先生が児相の副所長をされていたときからですね。そこから 7 年から 8 年は 1 年に 1 回ケース検討会をしてきました。今は児相の嘱託医が W 病院の J 先生に変わってからは、ケース検討会に（精神科医が）来ることはなくなりましたが、児相が一時保護したら医学的診断をしますよね。その仕事をされているのが J 先生です。その代わりではないですが、今は児相の心理士が来てケース検討会をしています。（H さん、男性、30 代、勤務年数 16 年、2018 年 11 月 29 日）

1999 年より児童養護施設に非常勤の心理療法担当職員が配置されるようになり、2006 年には常勤職員として予算化された。児童養護施設に心理職員を配置する場合、心理療法をおこなう必要があると認められる子どもが 10 人以上いることが条件であり、虐待等による心的外傷を治療することが目的である。主な心理職員の業務内容は、①対象児童等に対する心理療法、②対象児童等に対する生活場面面接、③施設職員への助言及び指導、④ケース会議への出席である。また心理職員の配置を進めるうへで、心理療法をおこなうための部屋（専用室が望ましい）を用意することになり、児童養護施設では心理職員を配置するために必要な環境を整えることになった（厚生労働省 2012）。施設 Y が心理職員の配置を決めた 2005 年の全国の児童養護施設に占める心理職員の割合は 34.8%であった。そして現在も非常勤ということであったが、施設 Y には 2 名の心理職員が配置されており、日替わりで心理職員が子どものカウンセリングをおこなっている。

その心理職員の配置よりも少し前にあたる 2002 年頃に、調査施設のある Z 県の児童相談所に精神科医が配置されている。児童相談所の職員には、児童福祉司、相談員、医師（精神科医、小児科医）、児童心理司、心理療法担当職員を置くことが標準として認められている。医師の主な職務内容は、①診察、医学的検査等による子どもの診断、②子ども、保護者等に対する医学的見地か

らの指示、指導、③医学的治療、④脳波測定、理学療法等の指示および監督、⑤児童心理司、心理療法担当職員等がおこなう心理療法等への必要な指導、⑥一時保護している子どもの健康管理である（厚生労働省 2005）。

2000年代に入るまでADHDの診断を受けた子どもを受け入れた経験がなかった施設Yであったが、心理職員の配置により、職員は日常生活のなかで子どもの発達に関する相談をすることができるようになった。また児童相談所に精神科医が置かれたことにより、精神科医を交えたケース会議が開催されるようになり、子どもの行動を発達障害としてみるようになるようになったということである。しかし、向精神薬を用いた薬物療法の導入には、職員らは戸惑いや不安を抱きはじめていた。

コンサータという薬を飲んでいた子ども（男児D 小学生）がいました。10年前だから平成20年（2008年）頃に、落ち着いてはいたんですが、非社会的行動がある子どもで、コンサータという薬をはじめて聞いたのが、このときから。リタリンとよく似ていると医師から説明がありましたが、「コンサータってなんだろう」という感じです。Cくんもそうだったんですが、医師からは「やる気を起こすための薬」という説明を受けましたね。それと、「興奮するための薬」だと聞いていました。学校での勉強にやる気が出ないときに使う薬だと。コンサータは小学4年生のときに施設に入ってきたときには持参していたんです。それが、高校を中退するまでだから、小さいときから、長い期間コンサータを飲んでいました。

(Cさん、女性、50代、勤務年数38年、2018年11月13日)

向精神薬…リタリンですね。今はコンサータとかいう違う薬になったけど、研修会で聞いたのは、この薬は化学式がひとつ違うだけで「覚醒剤と同じだ」というもんね。だから、少しでも「減らしたい」、「止めさせたい」と思う。けど、本人は薬がないと不安だっというし、薬が効いていない朝は、落ち着かないもん

ね。入所したときは、ほんとどうしようもないやつで、叱ることしかできなかったけど、今はこんな会話ができるようになるまでに成長して嬉しいですよ。だからこそ、飲み続けたいといけない環境はできるだけなくしていきたいし、これから大人になっていくにつれて副作用だって出てくるかもしれない。体も大きくなってきたから、薬の量も増えている。「やめさせたい」と思っても、いつまで（薬物療法が）続くのか…。

(Aさん、男性、50代、勤務年数35年、2018年8月23日)

リタリンとコンサータは、ともに一般名メチルフェニデートと呼ばれる向精神薬である。リタリンはスイスのチバ社（現：ノバルティスファーマ社）において1944年に合成された中枢神経興奮剤（メチルフェニデート）であり、1954年にドイツではじめて発売された。日本では1958年に販売され、効能・効果は「うつ病、抑うつ性神経症」であった。しかし、薬物依存や乱用が問題視されてきたリタリンは、2007年に効能削除申請により、うつ病に関する効能は削除された（医薬品医療機器総合機構 2018）。

代わりに2007年に承認されたコンサータが、ADHDの診断を受けた原則18歳未満の子どもにだけ処方認められ<sup>5)</sup>、リタリンはナルコレプシーに限定された（厚生労働省 2007）。ADHDの治療薬として新たに認められたコンサータは、米国で2000年8月に小児のADHDの治療薬として承認され、イギリスやドイツなど世界91の国と地域で承認されている向精神薬である（2013年10月現在）。製造販売をおこなっているヤンセンファーマは、コンサータの効果として、ADHDの症状である注意力散漫、衝動的で落ち着きがないことなどの改善をあげ、重篤な副作用には剥脱性皮膚炎や狭心症、悪性症候群の危険性を指摘し、6歳未満の子どもにおける有効性および安全性は確立されていないと説明している。その後2011年には、18歳までにコンサータによる治療を開始した子どもに対する18歳以降の継続投与を実施し、2013年には18歳以上のADHDの者に対してもコンサータによる薬物療法が承認されたことで、コ

ンサータを用いた薬物療法の使用制限が全年齢に拡大した（医薬品医療機器総合機構 2016）。リタリンからコンサータに ADHD の治療薬が代わっても、主成分がメチルフェニデートであることに変わりはなく、コンサータ以外にも複数の向精神薬を子どもたちは服用していた。

私たち職員も、起床してすぐに薬を飲ませるのは大変で、1 度に 5 錠から 6 錠の薬を飲む子どももいたりするんですよ。コップに水を入れて、朝起こして、薬を飲ませるのがとっても大変。たまに薬を飲ませるのを忘れてしまうと、学校から「今日は薬飲んでできましたか」って連絡があるんですよ。1 錠でも薬を飲んでいないとわかるみたいで、学校から連絡が来ます。飲んでいるときとは様子が違うみたいで、すぐにわかるみたいです。本人に確認したら飲んでいなかったり、ズボンのポケットに入っていたりするので、「やっぱり」ということになるんですが…

(C さん, 女性, 50 代, 勤務年数 38 年, 2018 年 11 月 13 日)

(今の施設 Y は) 病院ですよ。今はまだ少ないですが、フロアにある職員控室の壁一面が薬だらけ（別の子どもの薬を誤飲しないように）になったこともありましたね。ほとんど今の子どもたちは、ADHD ですね。コンサータが多くて、皆飲んでいんじゃないかな。それと、リスパリドン（商品名：リスパダール）ですね。あと名前が出てこないですが…、ストラテラも飲んでいたと思います。

(B さん, 男性, 50 代, 勤務年数 28 年, 2018 年 4 月 20 日)

朝ご飯を食べる前に、薬を飲んで腹一杯になることも…医師の指示だし、医師がいうことだから仕方ないけど、寝ていて意識のないところで、「とんとん、薬飲みますよ」ですもんね。朝、子どもたちが学校に送り出さないといけなかったり、起こさないといけなかったりと人手がないところで忙しいこともあり、「なるべく早く薬を飲んで、お願い」という気持ちです

よね。こんな言い方するのはよくないでしょうけど、「業務のために（早く薬を飲んで）」、「薬を飲まなくてトラブルになったらどうしよう」という思いですよ。良くないと思うけど、平穏な朝を向かえるためにも、なるべくこやかにスムーズに学校へいってくれたら…。けど後から「悪いことしたなあ」って思うんですよ。（薬を飲ませているとき）焦ってくると、口調が悪くなってしまっているんだろうなあ…

薬に頼っているのかな。薬に頼ってしまっているよなあ。これさえ飲んでくれたら、静かにしてくれているんだと思う。そう思うだけで、「ぞっ」としてしまいうんですけれどね。

(E さん, 女性, 30 代, 勤務年数 8 年, 2018 年 11 月 22 日)

幼児（小学校就学前）のときから投薬（コンサータ）がはじまるなんて、「ショック」でしたね。まだ幼児さんなのに…（医師からの説明を受けて）生活がしやすくなるのであれば、「仕方ないのかな」って。それと、入所してから私が担当してきた子どもだったので、養育のなかで「何が悪かったのかな」って。自分を責めてしまっていましたね。幼児期は、人生のなかで一番大切な時期ですよ。施設のなかでも幼児を担当していたのは私だけだったので余計にそう思ったのかも。途中から補助の先生が入ってくれて助けてもらえたのですが。

(G さん, 女性, 30 代, 勤務年数 10 年, 2018 年 11 月 29 日)

2010 年、小児神経専門医と児童青年神経医学会認定医 1153 名（回収：611 名（53%））を対象におこなった質問紙調査の結果によると、薬物療法をおこなっている医師は 448 名（73%）であり、そのうち 39%が就学前から、36%が小学校低学年から薬物療法を開始していた。薬物療法の対象となる症状は、興奮 88%、睡眠障害 78%、衝動性 77%、多動 73%、自傷他害 67%であった。使用薬剤は、リスパリドン（88%）、メチルフェニデート（67%）、抗てんかん薬（67%）、睡眠薬（59%）、ピモジド（20%）である（中川 2011）。

施設 Y では、コンサータ以外に、ストラテラや

リスパダールなどの向精神薬を子どもたちは服用していた。個人差はあるかもしれないが、多い子どもで5錠から6錠の向精神薬を一度に服用しているということである。そして向精神薬を服用している子どもが多くなると、職員室の壁面が薬で覆い尽くされることから、Bさんは施設を「病院」のようであると表現している。そして、小学校就学前の子どもを中心にみてきたGさんは、医師からコンサータが処方されたことを受け、子どもの問題行動の責任は担当していた自分にあると自身を追い詰めていた。他方、Eさんのように、向精神薬を用いた治療は医師の指示のもとおこなっているということ念頭に置きながら、子どもの行動が変容することで、業務の負担が軽減できるのではないかと毎朝薬を持って子どもの部屋に向かうようになっていた。その向精神薬があることで安心感を抱きはじめていたというEさんであったが、向精神薬に頼っている自分がいた過去を振り返っていた。

#### 4 考察

施設Yの職員へのインタビューからは、1980年代から2000年代前半までは、発達障害の診断を受けた子どもはいなかったが、てんかんの診断を受けた子どもが施設Yに入所していたことがわかった。2002年にてんかんの診断を受けていた子どもは、ADHDの治療薬であるリタリンを服用しており、これが施設Yで、はじめてリタリンが使用された事例であった。そして、アメリカ精神医学会のDSMに掲載されているADHDの診断を受けた子どもが最初に入所したのは2005年であった。児童相談所に保護された段階で子どもたちは、障害の診断を受けており、施設に措置された時点で薬物療法がはじまっていた。てんかんの子ども入所は、10年に1人の間隔で、施設に1人という数であったようであるが、2005年にADHDの診断を受けた子どもが入所して以降、薬物療法を受けている子どもの割合は増え続け、2017年時点で施設内の子どもの34%にまで達している。

2002年に、てんかんの子どもがリタリンを用いた薬物療法を受けていた時期に、施設Yのある

Z県では、児童相談所の常勤職員として精神科医の配置が進められていた。これまでも病院に務めながら嘱託医として、児童相談所の業務を担ってきた医師もいたかもしれないが、児童相談所内に常勤医が置かれたことでリタリンを用いた治療がはじまったと考えられる。以降、施設YにはADHDと診断を受けた子どもが入所するようになり、施設Yのケース会議には、精神科医が入り、職員は子どもの性格や行動に関する助言やアドバイスを受けるようになった。この時期から精神科医と職員との関係が密接になり、職員が子どもの対応に苦慮するようになったとき、相談したり、精神科に通院したりするようになったと思われる。

子どもの権利条約の効力が発生した1994年以降、体罰の禁止や児童虐待防止法などの法整備が進められるなかで、親から虐待を受けてきた子どものトラウマ治療をおこなうため、児童養護施設には心理職員が、そして児童相談所には精神科医が配置されてきた。児童相談所や児童養護施設など児童福祉の領域に精神科医が参入するようになったきっかけについて生地は、1999年に児童養護施設において心理職員を配置することに公的予算がつき、その立ちあげに精神科医が携わるようになったと説明している(生地2017)。それまでは、児童福祉の領域に精神科医が入ることは、快く思われていなかったようで、生地が児童精神科医として児童養護施設でのボランティアを児童相談所の所長に相談したところ、「乗り気でないどころか、余計なことをしないで欲しいという表情」(生地2017: 5)であったと、精神科医の立場で児童養護施設に入ることの難しさを語っている。みてきたように、2000年に入るまで児童養護施設において、発達障害に関心が向けられることがなかった理由として、精神科医の児童福祉の領域への参入が困難であったことがひとつの要因として考えられるのではないだろうか。

2000年以降、児童相談所に精神科医が導入されたことで、児童養護施設には薬物療法を受ける子どもが措置されるようになったが、向精神薬の副作用や子どもの退所後のことを考え施設Yの職員は、薬物療法を可能な限り早期に中止したいという思いで、進学の前折に主治医に中止の相談を



していた。しかし、子どもたちが進学に伴う環境の変化についていけないことを理由に治療が継続したり、学校などでトラブルが起きれば増薬になったりするなど、1度ははじめた治療は職員の意見だけでは終えることはできなかった。

リタリンとコンサータは A さんが危惧しているように、「コカインやスピード（メタンフェミン）のような違法な薬物との間に薬理的な違いがない」（Healy 2009: 175）ことで知られている薬であり、日本の法律では「麻薬及び向精神薬取締法」において、第一種向精神薬に指定されている。情緒の安定を図ることができていた向精神薬がなくなれば、それまで回避できていた力による抑え込みを、職員がやむなく用いることも可能性的にはありうる。しかし、もし以前のように職員が暴れる子どもを力で抑え込もうとすれば体罰になり、メディアに取りあげられることになれば、施設内虐待として批判を受けることになるだろう。また、職員が半強制的に封じ込めようとするれば、子どもたちがストレスを抱えそれに反発して暴れたり問題行動を起こしたりすることも想定される。2000 年代以降、ADHD の診断を受けやすい仕組みが構築され、ADHD でない場合でも「臨床的要因（多動症の診断と治療に直接関係する出来事）と社会的要因（多動症と直接関係していないが、関連性を持つ要因）」（Conrad and Schneider 1992=2003: 291-292）との区別が曖昧になり、器質的に ADHD の可能性が低い場合でも障害の診断を受ける可能性が増えていくかもしれない。児童養護施設には虐待を理由に入所する子どもが増えているが、虐待を受けた子どもは ADHD に類似した行動の障害や学習の障害などさまざまな精神的障害を有していることが多いともいわれている（子ども家庭総合研究所 2009: 272）。そうなれば、子どもの問題行動を修正しようと、子どもたちに向精神薬が投与される可能性も高くなるだろう。

本研究では、児童養護施設の医療化と体罰の禁止との関連をみてきたが、暴れる子どもを職員は力で抑えることができなくなったため、職員が子どもの行動をみて ADHD など発達障害の疑いがあると解釈し、医療機関を訪れるようになったのかというところというわけではない。むしろ、暴れる

子どもを力で抑えてきた時代には、職員の A さんが職員を代表して子どもを叱ることで、行動統制を取ることはできていたが、薬物療法がはじまった今では、職員全員が薬物療法にかかわるようになり、増え続ける向精神薬の管理や服薬を、望まない子どもの意に反して進めなければならないことに職員は悩んでいた。そのなかで職員間の見解が一致していたのが、子どもが登校する時間までに向精神薬の効果が現れるようにするため、職員はコップに水を入れ、就寝中の子どもを起こしていることであった。寝起きの機嫌が悪いときや職員をみて服薬しない日もあり、向精神薬を服用せずに登校した日は、「今日、薬は飲みましたか」と学校から施設に確認の連絡があるということであった。

## 5 結 論

本稿では、児童養護施設において子どもの性格および問題行動が障害や病気として解釈され、薬物療法がはじまるまでの過程に焦点をあて、実際に薬物療法を受けている子どもと直接かかわってきた職員へのインタビューデータを分析してきた。Conrad と Schneider の逸脱行動の医療化では、「多動症」の定義が拡張されつつあること、そして治療が社会統制のひとつの形態になり、修正される逸脱行為には医学的な病名や診断名が付与されることが指摘されてきた（Conrad and Schneider 1992=2003）。以下では、Conrad と Schneider の医療化論を参照しつつ、日本の児童養護施設でみられた体罰が向精神薬を用いた治療へと移り変わるまでの過程を考察して総括としたい。

施設 Y においては、1990 年代までは非行傾向のある子どもたちが施設に入所することが多かった。日本では 1990 年以降、非行が「こころ」の問題や「障害」として捉えられるようになり、1990 年代後半からは「行為障害」、「アスペルガー症候群」、「ADHD」、「広汎性発達障害」などの診断名が付与され説明・解釈されるようになるという変遷を辿った（木村 2015: 142）。しかし、1980 年代から 1990 年代の児童養護施設では、子どもの問題行動が発達障害など医療的に解釈される

ことはなく、職員は体を張って暴れる子どもを抑えていた。

児童養護施設に ADHD と診断を受けた子どもやリタリンを服用する子どもがみられるようになったのは、2000 年代以降であった。薬物療法を受ける子どもが施設に入所するようになったことに加え、精神科医が介入するようになり、職員のなかで発達障害に関する認識が広がっていった。1968 年に多動症が DSM-II に記載されてから約 35 年の歳月が経ち、児童養護施設には ADHD の診断を受けた子どもが入所するようになったわけであるが、日本国内で多動症に関する議論が進んでいなかったわけではなかった（今村 1967；高津 1968；上村・森永 1980）。児童養護施設の医療化が進行するようになった背景には、1990 年代に子どもの権利条約の制定に伴う体罰の禁止や児童虐待に社会的な関心が向けられるようになり、2000 年代初頭以降に心理療法担当職員が施設に配置され、また児童相談所に精神科医が配置されたことが大きく関与していた。

このようなかたちで児童養護施設が「医療化」され、子どもの問題行動が「行動障害」、「ADHD」といった医学的診断名を用いて解釈されやすくなったことは、医療化論の視座からは、児童養護施設に新たな統制手段が導入されたと解釈することも可能だろう。1980 年代までの施設内での子どもの問題行動は、専ら職員による「力による抑え込み」を主要な統制手段として施設内秩序の安寧が図られていた。他方で、子どもの人権が声高に叫ばれはじめ、体罰がタブー化していく 1990 年代後半から 2000 年代初頭になされた施設の「医療化」は、施設の子どもの問題行動を力で抑えるのではなく、「行動障害」、「ADHD」といった診断名の付与を経由するかたちで、問題行動自体を向精神薬などの薬物療法によって統制することを可能にした。児童養護施設内における子どもの問題行動への対処は、施設内の体罰のタブー化に呼応するかたちで、その統制手段を「体罰から向精神薬へ」と大きく変容させたということが出来る。

他方で、児童相談所における精神科医の導入を契機とする施設の子どもの「医療化」の進行過程のなかで、施設 A は子どもの児童養護施設への措

置時に、既に薬物療法が開始されていたという事例を数多く抱え込むことになった。また、終わりのみえない治療が続くことに職員は不安を募らせていた。施設職員へのインタビューからは、覚醒剤に類似する成分を持つ向精神薬の副作用を心配する声や、退所後向精神薬に依存した生活を送ることを危惧する語りが多く出された。一方、施設 Y で生活する子どもたちのなかには、向精神薬があるからこそ落ち着いていられる子どももいることから、職員の危惧のみを理由に投薬を中断することができない、という、「医療化」されたがゆえに生じた施設の子どもの生活に対する忸怩たる思いを吐露する職員も多くいた。

以上、本稿では 1980 年代から 2000 年代初頭の施設 Y で生じた子どもの問題行動の「医療化」の軌跡を辿ってきた。そうした過程のなかで、精神科医が児童相談所に配置されたことにより、施設に保護された子どもたちが障害の診断を付与されやすく向精神薬が投与されやすい事例が増えていったが、ADHD などの障害の診断を受けた子どもたちのなかには、向精神薬を投与されていない子どもも複数いた。同じ施設で生活する子どものなかでも、ADHD という診断を付与されて、薬物療法に進む子どもと、診断が付与されても薬物療法に進まない子どもがいるのはなぜなのか、そこには施設内の問題行動の薬物療法による統制という文脈がどの程度関与しているのか、いないのか。施設内でのこうした個々の子どもに対する対応の差異を今後検討する必要があることを確認して本稿の結語とする。

## 注

- 1) 1999 年より非常勤心理療法担当職員が配置されるようになり、2006 年には常勤職員として予算化された。虐待等による心的外傷等のため心理療法を必要とする子どもおよび夫などからの暴力等による心的外傷等のため心理療法を必要とする母子に、遊戯療法、カウンセリング等の心理療法を実施し、心理的な困難を改善し、安心感・安全感の再形成及び人間関係の修正等を図ることにより、対象の子どもの自立を支援することが目的である。また虐待を受け

- た子どもの受入体制を整備するため、2000 年より地域小規模児童養護施設が、さらに 2004 年からは児童養護施設における養育形態の小規模化を図るため小規模グループケアが制度化され、より「家庭」に近い生活が施設でも提供されるようになった（厚生労働省 2012）。
- 2) 厚生労働省がおこなっている社会福祉施設等調査のなかから、児童養護施設に従事する心理職員の数（1996 年から 2017 年まで）を抽出した（e-Stat 2017）。
  - 3) 知的発達に遅れはないものの学習面や行動面の各領域で著しい困難を示すと担任教師が回答した児童生徒の割合である。ADHD の調査には、DuPaul らが作成した『診断・対応のための ADHD 評価スケール ADHD-RS 【DSM 準拠】——チェックリスト、標準値とその臨床的解釈』が採用されている（DuPaul et al. 1998=2008）。
  - 4) 厚生労働省による「児童養護施設入所児童等調査」は、5 年毎に実施しており、ADHD については 2003 年から調査を開始、広汎性発達障害については、2008 年から調査を実施している（厚生労働省 2004, 2009, 2015）。
  - 5) 2013 年 12 月、ヤンセンファーマは成人期（18 歳以上）の ADHD に対しても、コンサータによる薬物治療の適応を新規に取得した。また、2014 年 1 月に従来 18mg 錠及び 27mg 錠に加えて 36mg 錠の剤型を追加している（医薬品医療機器総合機構 2016）。
- ### 参考文献
- 新たな社会的養育の在り方に関する検討会, 2017, 「新しい社会的養育ビジョン」厚生労働省ホームページ, (2018 年 4 月 4 日取得, <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-11901000-Koyoukintoujidoukateikyo-ku-Soumuka/0000173888.pdf>).
- Centers for Disease Control and Prevention, 2010, “Increasing Prevalence of Parent-Reported Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Among Children — United States, 2003 and 2007,” *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*, 59(44): 1439-1443. (Retrieved September 13, 2018, <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5944a3.htm>).
- Center for Health Care Strategies, 2018, “Improving the Appropriate Use of Psychotropic Medication for Children in Foster Care: A Resource Center,” Center for Health Care Strategies, (Retrieved October 16, 2018, <https://www.chcs.org/resource/improving-appropriate-use-psychotropic-medication-children-foster-care-resource-center/>).
- Conrad, P., [1976]2017, “The Medicalization of Deviant Behavior,” *Identifying Hyperactive Children: The Medicalization of Deviant Behavior, The Classic Study of ADHD*, Routledge, Expanded Edition: 71-75.
- Conrad, P. and J. W. Schneider, 1992, *Deviance and Medicalization: From Badness to Sickness*, Temple University Press. (=2003, 進藤雄三・杉田聡・近藤正英訳『逸脱と医療化——悪から病いへ』ミネルヴァ書房.)
- dosReis, S., Y. Yoon, D. M. Rubin, M. A. Riddle, E. Noll and A. Rothbard, 2011, “Antipsychotic Treatment Among Youth in Foster Care,” *Pediatrics*, 128(6): 1459-1466.
- DuPaul, G. J., T. J. Power, A. D. Anastopoulos and R. Reid, 1998, *ADHD RATING SCALE-IV: Checklists, Norms, and Clinical Interpretation*, The Guilford Press. (=2008, 市川宏伸監・田中康雄監・坂本律訳『診断・対応のための ADHD 評価スケール ADHD-RS 【DSM 準拠】——チェックリスト、標準値とその臨床的解釈』明石書店.)
- Eisenberg, L., 1965, “Psychiatric aspects of the management of the retarded child

- (with special reference to the treatment of hyperkinesis),” 11th ICP, Tokyo.
- e-Stat, 2017, 「社会福祉施設等調査」 e-Stat ホームページ, (2018年10月13日取得, <https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&toukei=00450041&tstat=000001030513>).
- 藤野興一・中村一之・村上基子・宮武貞輝・小野寺茂・上栗頼登, 1980, 「特集Ⅱ・作業指導を考える 座談会労働の大切さをどう教えるか—その指導をめぐる—」『児童養護』11(1): 23-32.
- Healy, D., 2009, *Psychiatric Drugs Explained*, Elsevier. (=2009, 田島治・江口重幸・冬樹純子訳『ヒーリー精神科治療薬ガイド』第5版, みずず書房.)
- 今村重孝, 1967, 「Minimal Brain Damage Syndrome について」『小児の精神と神経』7(4): 220-225.
- 井上仁, 2002, 『子どもの権利ノート』明石書店.
- 医薬品医療機器総合機構, 2016, 「患者向医薬品ガイド コンサータ錠 18mg/コンサータ錠 27mg/コンサータ錠 36mg」 医薬品医療機器総合機構ホームページ, (2019年3月11日取得, [http://www.info.pmda.go.jp/downfiles/ph/GUI/800155\\_1179009G1022\\_1\\_00G.pdf](http://www.info.pmda.go.jp/downfiles/ph/GUI/800155_1179009G1022_1_00G.pdf)).
- 医薬品医療機器総合機構, 2018, 「医薬品インタビューフォーム メチルフェニデートリタリン錠 10mg(2018年12月改訂9版)」 医薬品医療機器総合機構ホームページ, (2019年3月12日取得, <http://www.pmda.go.jp/PmdaSearch/iyakuDetail/GeneralList/1179009B1>).
- Kass, L. R., 2003, *Beyond Therapy: Biotechnology and the Pursuit of Happiness: A Report of The President's Council on Bioethics*, New York: Dana Press. (=2005, 倉持武訳『治療を超えて—バイオテクノロジーと幸福の追求 大統領生命倫理評議会報告書』青木書店.)
- 木村祐子, 2015, 『発達障害者支援の社会学—医療化と実践家の解釈』東信堂.
- 子ども家庭総合研究所, 2009, 『子ども虐待対応の手引き—平成21年3月31日厚生労働省の改正通知』有斐閣.
- 厚生労働省, 2004, 「児童養護施設入所児童等調査結果の概要(平成15年2月1日現在)」 厚生労働省ホームページ, (2018年10月4日取得, <https://www.mhlw.go.jp/houdou/2004/07/h0722-2.html>).
- , 2005, 「児童相談所運営指針の改正について雇児発第0214003号平成17年2月14日」 厚生労働省ホームページ, (2019年3月11日取得, <https://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/dv-soudanjo-kai-honbun.html>).
- , 2007, 「塩酸メチルフェニデート製剤の使用にあたっての留意事項について(平成19年10月26日)」 厚生労働省ホームページ, (2019年3月11日取得, <https://www.mhlw.go.jp/houdou/2007/10/h1026-3.html>).
- , 2008, 「平成19年度社会的養護施設に関する実態調査(中間報告書)」 厚生労働省ホームページ, (2011年6月2日取得, [http://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/syakaiteki\\_yougo/dl/14.pdf](http://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/syakaiteki_yougo/dl/14.pdf)).
- , 2009, 「児童養護施設入所児童等調査結果の概要(平成20年2月1日現在)」 厚生労働省ホームページ, (2018年10月4日取得, <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jidouyougo/19/>).
- , 2012, 「家庭支援専門相談員, 里親支援専門相談員, 心理療法担当職員, 個別対応職員, 職業指導員及び医療的ケアを担当する職員の配置について(雇児発0405第11号平成24年4月5日)」 厚生労働省ホームページ, (2019年3月11日取得, <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-11900000-Koyoukintoujidoukateikyoku/0000128504.pdf>).
- , 2015, 「児童養護施設入所児童等調査

- の結果(平成 25 年 2 月 1 日現在) 厚生労働省ホームページ, (2018 年 10 月 4 日取得, <https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000071187.html>).
- 厚生省, 1995, 「精神障害者保健福祉手帳の障害等級の判定基準について」各都道府県知事あて厚生省保健医療局長通知, 厚生労働省ホームページ, (2019 年 3 月 1 日取得, [https://www.mhlw.go.jp/web/t\\_doc?dataId=00ta4615&dataType=1&pageNo=1](https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=00ta4615&dataType=1&pageNo=1)).
- , 1998, 「懲戒に係わる権限の濫用禁止について」国立社会保障・人権問題研究所ホームページ, (2019 年 1 月 16 日取得, <http://www.ipss.go.jp/publication/j/shiryou/no.13/data/shiryou/syakaifukushi/677.pdf>).
- 桑原教修, 2017, 「論壇 養護を社会化すること」『児童養護』48 (1) : 2-3.
- Leslie, S., 2012, “Are Psychotropics Overprescribed for Children in Foster Care?,” *Psychiatric News*, (Retrieved February 03, 2012, <http://psychnews.psychiatryonline.org/newsarticle.aspx?articleid=481193&RelatedNewsArticles=true>).
- 文部科学省, 2002, 「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」文部科学省ホームページ, (2018 年 10 月 4 日取得, [http://www.mext.go.jp/b\\_menu/shingi/chousa/shotou/054/shiryo/attach/1361231.htm](http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/shotou/054/shiryo/attach/1361231.htm)).
- , 2012, 「通常の学級に在籍する発達障害の可能性のある特別な教育的支援を必要とする児童生徒に関する調査結果について」文部科学省ホームページ, (2018 年 10 月 4 日取得, [http://www.mext.go.jp/a\\_menu/shotou/tokubetu/material/\\_icsFiles/afieldfile/2012/12/10/1328729\\_01.pdf](http://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/tokubetu/material/_icsFiles/afieldfile/2012/12/10/1328729_01.pdf)).
- 長瀬正子, 2016, 「全国の児童養護施設における『子どもの権利ノート』の現在——改訂および改定の動向に焦点をあてて」『佛教大学社会福祉学部論集』12: 73-92.
- 中川栄二, 2011, 「自閉性症状の薬物療法を進めるための臨床研究」稲垣真澄・小枝達也・辻本悟史・伊豫雅臣・山下裕史朗・杉江秀夫・福島順子・軍司敦子・林隆・中川栄二「発達障害の診断および治療法開発に関する臨床研究」『平成 23 年度 精神・神経疾患研究開発費研究課題』(課題番号 22-6) 国立精神・神経医療研究センターホームページ, (2019 年 3 月 15 日取得, [https://www.ncnp.go.jp/pdf/news\\_110412.pdf](https://www.ncnp.go.jp/pdf/news_110412.pdf)).
- , 2016, 「シンポジウムⅡ 精神・神経症状からみるてんかん 発達障害とてんかん」『認知神経科学』18(1): 9-14.
- 日本神経学会監・「てんかん診療ガイドライン」作成委員会編, 2018, 「第 4 章 小児・思春期のてんかんと治療」『てんかん診療ガイドライン 2018』日本神経学会ホームページ, (2019 年 3 月 1 日取得, [https://www.neurology-jp.org/guidelines/epgl/tenkan\\_2018\\_04.pdf](https://www.neurology-jp.org/guidelines/epgl/tenkan_2018_04.pdf)).
- 西川信, 1999, 「<特集Ⅱ 困難を抱えた子どもたち——専門機関との連携が必要な事例から> 『ADHD』の子どもとのかかわりのなかで」『児童養護』29(4): 21-25.
- 生地新, 2017, 『児童福祉施設の心理ケア——力動精神医学からみた子どもの心』岩崎学術出版社.
- Raghavan, R., B. T. Zima, R. M. Andersen, A. A. Leibowitz, M. A. Schuster and J. Landsverk, 2005, “Psychotropic medication use in a national probability sample of children in the child welfare system,” *J Child Adolescent Psychopharmacology*, 15(1): 97-106.
- Smith, M., 2012, *Hyperactive: The Controversial of ADHD*, Reaktion Books, London. (=2017, 石坂好樹・花島綾子・村上晶郎訳『ハイパーアクティブ: ADHD の歴史はどう動いたか』星和書店.)

- 高津忠夫, 1968, 「解説 (小児の微細脳損傷 (Minimal Brain Damage) 症候群(特集))」  
『小児科診療』31(9): 1191-1192.
- 滝口桂子, 1980, 「特集Ⅱ・作業指導を考える 施設における子どもの生活と労働」『児童養護』11(1): 33-36.
- 上村菊朗・森永良子, 1980, 『小児の MBD』医歯薬出版.
- Whitaker, R., 2010, *Anatomy of an Epidemic: Magic Bullets, Psychiatric Drugs, and the Astonishing Rise of Mental Illness in America*, New York: Crown Publishers.  
(=2012, 小野善郎・門脇陽子・森田由美訳『心の病の「流行」と精神科治療薬の真実』福村出版.)
- 吉田耕平, 2013, 「児童養護施設の職員が抱える向精神薬投与への揺らぎとジレンマ」『福祉社会学研究』10: 125-147.
- 吉田恒雄・石塚かおる・武藤素明・佐藤隆司・二宮直樹・川崎二三彦, 2009, 「座談会 児童福祉のこの10年を振り返る——児童家庭相談／社会的養護の現場からの報告」  
「子どもと福祉」編集委員会編『子どもと福祉』明石書店2: 6-19.
- 吉沢英子・平本善一・大坂譲治・林博・豊田俊雄, 1971, 「第2回座談会 新しい施設養育の確立をめざして——施設の中における養育の問題」『児童養護』2(2): 4-15.
- 陽清学園, 1980, 「特集Ⅱ・作業指導を考える 施設レポート 作業指導の実践」『児童養護』11(1): 20-23.
- 全国養護施設協議会編, 1996, 『養護施設の半世紀と新たな飛翔——第50回全国養護施設長研究協議会記念誌』全国社会福祉協議会全国養護施設協議会.
- 全国社会福祉協議会養護施設協議会編, 1986, 『養護施設の40年——原点と方向をさぐる』全国社会福祉協議会.
- 全社協養護施設協議会「養護施設三十年」編集委員会編, 1976, 『養護施設30年』全社協養護施設協議会.
- 全社協養護施設協議会調査研究部編, 1966, 『全養協20年の歩み』全社協養護施設協議会.