

子どもの社会的養護と医療化

吉田 耕平

徳島大学大学院総合科学教育部
博士学位請求論文

2019 年度

目次

序 章.....	1
第 1 節 本論文の目的.....	1
第 2 節 社会的養護.....	3
第 3 節 本論文の構成.....	3
第 4 節 研究で用いるデータとその特徴.....	3
第 5 節 各章の概要.....	4
第 1 章 子どもの問題行動への視角の変遷と医療化プロセスの検証——1960 年代から 2010 年代の医学文献の検討から.....	7
第 1 節 問題関心——「子どもの問題行動と医療化」の議論に向けて.....	7
第 2 節 理論枠組みと先行研究.....	11
第 1 項 医療化論.....	11
第 2 項 ADHD の国際化に関する先行研究.....	12
第 3 項 フォスター・ケアと医療化に関する先行研究.....	15
第 3 節 日本の医学文献のなかで ADHD はどのように捉えられてきたのか.....	17
第 1 項 MBD.....	18
第 2 項 LD.....	21
第 3 項 日本における ADHD.....	23
第 4 節 社会的養護と医療化.....	24
第 5 節 結 論.....	26
注.....	28
第 2 章 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.....	29
第 1 節 問題関心.....	29

第1項	研究目的	29
第2項	先行研究	30
第2節	研究方法	32
第1項	研究協力者と協力施設の概要	32
第2項	調査内容およびデータの収集方法	33
第3項	倫理的配慮	35
第3節	研究結果	35
第1項	児童養護施設における暴力と体罰	35
第2項	体罰から向精神薬を用いた養育へ	39
第3項	児童養護施設における医療化の過程	44
第4節	考察	48
第5節	結論	50
	注	52
第3章	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	53
第1節	問題関心	53
第2節	子どもへの向精神薬投与	54
第1項	発達障害と児童虐待	54
第2項	子どもへの向精神薬投与に関する変遷	55
第3節	調査の概要	57
第4節	施設職員の語りから	58
第1項	施設Xにおける医療的ケアへの動き	58
第2項	体罰と向精神薬	59
第3項	向精神薬の効果および副作用	61
第4項	向精神薬以外の方法	63

第5項 コミュニケーションツールとしての向精神薬投与	64
第6項 考察	64
第5節 結論	66
注	67
第4章 児童養護施設における療育手帳を用いた子どもの進路指導	69
第1節 問題関心	69
第1項 研究目的	69
第2項 先行研究とその課題	70
第2節 研究方法	72
第1項 研究内容	72
第2項 調査対象	72
第3節 研究結果	73
第1項 高校進学と就職	73
第2項 障害の判定と療育手帳の取得	75
第1 小学校就学	75
第2 義務教育修了後の進学	78
第3項 療育手帳を取得した経験のある若者Xさんの生活歴	81
第4節 考察	83
第5節 結論	85
注	86
結語	87
参考文献	90
既発表論文との関連	105
謝辞	106

序 章

第 1 節 本論文の目的

本論文は、医療社会学の医療化論の視座から 1990 年代後半以降、子どもの問題行動が医療の問題として解釈されるようになり、注意欠陥多動性障害（ADHD: Attention-Deficit Hyperactivity Disorder）という診断名が付与されるようになった経緯を探ることを目的とする。その際に、一般家庭よりも親に代わって子どもの養育をおこなう児童養護施設において、ADHD の診断を受け向精神薬を服用している子どもが増加している点に着目する。本論文では、特に児童養護施設で働く職員が子どもへの向精神薬投与をどのように受け止め、薬物療法を受ける子どもとかかわろうとしているのか明らかにする。

医療化とは、「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」であり（Conrad and Schneider 1992=2003: 1）、医療専門職による専門家支配に着目した E. Freidson（Freidson 1970=1992）や、日常生活の医療化を危惧した I. K. Zola（Zola 1972, [1977]1978=1984）が提起してきた問題である。そのなかでも、落ち着きのなさや苛立ち、衝動性などの問題行動を示す子どもが、多動症や微細脳損傷（MBD: Minimal Brain Dysfunction）といった障害の診断を受け、中枢神経系に影響を与えるといわれる向精神薬を用いて行動統制がおこなわれていることに注目してきたのが、P. Conrad と J. W. Schneider である（Conrad and Schneider 1992=2003）。

落ち着きのなさなどの子どもの逸脱行動は、長く医療の関与外にある問題として考えられてきたが、1960 年代に入りアメリカでは多動症として医療の関与を顕著に表す例として言及されるようになっていった。そして 1970 年代頃からは、多動症を社会的側面から捉えようとする動きがみられるようになり、医療社会学の視座から子どもの問題行動を統制する新たな手法として多動症という診断名の付与と薬物療法が用いられるようになったことを、Conrad と Schneider は医療化論の枠組みのなかで整理している（Conrad and Schneider 1992=2003）。

1960 年代から医療化がはじまったといわれる ADHD は、アメリカ国内に限られた障害として考えられてきた。そのため、ADHD の診断や治療に関する研究の多くは、アメリカ以外の国ではほとんどみられなかったが、1990 年代から 2000 年代にかけて、ADHD の診断と治療がアメリカ国内から国外へと移行しはじめていることが議論されるようになった（Conrad and Bergey 2014; Scheffler et al. 2007; Singh 2006）。ADHD に関する研究は 2000 年代になり、カナダやイギリス、オーストラリアなどからも問題を起こした子どもが ADHD の診断を受け、薬物療法を受けているという報告がなされるようになった（Brault and Lacourse 2012; Phillips 2006; Harwood 2010; Horton-Salway 2010; Malacrida 2004; Timimi 2004; Timimi and Taylor 2004）。一方、危険な副作用を起こす可能性がある向精神薬を 500 万人以上の子どもが服用しているといわれるアメリカでは、認知機能強化を目

的とした向精神薬の使用開始やその拡大 (Maturo 2013; Singh et al. 2013), またフォスター・ケア (児童養護施設や里親などの社会的養護) の子どもへの向精神薬処方への進展などの影響下に ADHD の診断を受ける子どもが拡大し続けていることが先行研究のなかで指摘されるようになっていった (Barnett et al. 2018; Government Accountability Office 2011; Heineman 2007; Rubin et al. 2012).

ADHD という診断名が付与された子どもの数は日本でも増加の一途を辿っており, 1990年代頃から落ち着きがない子どもやこだわりのある子ども, 文字の読み書きが苦手な子どもが ADHD や学習障害, アスペルガー症候群など「発達障害」として医学的な診断を受けるようになり, 子どもの問題行動は家庭や学校の問題ではなく, 脳機能の障害として説明されるようになった (木村 2015). ADHD に関する研究は小児科学や精神医学以外にも教育学や心理学, 社会福祉の分野などからも言及されるようになり, ADHD の診断には世界保健機関の「疾病及び関連保健問題の国際統計分類」(ICD: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) よりも, 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 (DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)」が採用されるようになっていった (佐々木 2006).

そして, 日本でも医療社会学の分野を中心に ADHD が取りあげられ, Conrad と Schneider の医療化論の視座から学校のなかで子どもの問題行動が医療の問題として扱われていく過程に着目した研究や (木村 2015), 日本における ADHD に関する制度の立ちあがりに注目した研究がなされてきた (佐々木 2006, 2011). こうして 2000 年代以降, 日本においても子どもの問題行動が医療の問題として解釈され, 薬物療法を受ける子どもが増加していることが論じられるようになる. これらの研究は, ADHD に社会的関心が集まりはじめた 1990 年代から 2000 年代の新聞記事や医学論文などの分析をおこなっているが, 日本で多動症や MBD に関する議論が開始された 1960 年代や, ADHD の普及に努めてきた日本の医療関係者の動向にあまり検討が加えられることはなかった.

また, 2000 年代に入りアメリカでは, 一般家庭の子どもよりもフォスター・ケアに措置された子どもが ADHD の診断を受けやすく向精神薬が投与されやすいということが社会問題化しているが, 日本でも 1990 年代後半から医療関係者のなかで児童養護施設に関する議論が開始され, 児童相談所には精神科医が配置され, 施設には心理療法担当職員が置かれるようになっていった. しかし, こうした「児童養護問題」を医療化論の視座から捉えようとする研究はなく, 児童養護施設に措置された子どもが ADHD の診断を受け向精神薬投与に至っていること, また医療化の延長線上で, 知的障害や精神障害の診断を受け療育手帳を取得している子どもがいることに焦点が当てられることはなかった. そこで本論文では, Conrad と Schneider の医療化論の視座から子どもの問題行動が医療の問題として解釈され, ADHD などの診断名が付与され向精神薬投与に至までの過程に着目する. 特に, 医療関係者の配置が進んでいる児童養護施設の養育においてどのような変化が起きているのかについて明らかにしていく.

第 2 節 社会的養護

本論文で取りあげる児童養護施設は、社会的養護を担う児童福祉施設のひとつである。社会的養護とは、保護者のない子どもや、保護者に監護させることが適当でない子どもを、公的責任で社会的に養育し、保護するとともに、養育に大きな困難を抱える家庭への支援をおこなうことである。社会的養護の具体的な支援制度として、児童養護施設以外に里親や乳児院、児童自立支援施設、児童心理治療施設などの児童福祉施設があり、保護者に代わり子どもの養育をおこなう。

そして、児童福祉法第 41 条に規定されている児童養護施設は、「保護者のない児童、虐待されている児童など、環境上養護を要する児童を入所させて、これを養護し、あわせて退所した者に対する相談その他の自立のための援助を行うことを目的とする施設」である。2017 年 10 月 1 日現在、児童養護施設は全国に 605 か所あり、定員 32,253 人に対して現員は 25,282 人となっており、父母からの虐待や父母の精神障害などを理由に入所している子どもが約半数を占めている。また、児童養護施設には原則 18 歳まで入所することができるが、生活が不安定で継続的な養育を必要とする子どもなどには、必要に応じて 20 歳までの措置延長が認められている（厚生労働省 2019a）。

第 3 節 本論文の構成

第 1 章では、ADHD が多動症や MBD と呼ばれていた 1960 年代まで遡り、アメリカ国内で拡大していった多動症や MBD が日本国内で定着するまでの取り組みに焦点を当て、子どもの問題行動がどのように捉えられ、対処されてきたのかをみていく。第 2 章では、子どもの養育を中心におこなってきた児童養護施設において、医療的ケアの導入がどのように進められてきたのか、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。そして第 3 章では、医療化がはじまった児童養護施設で子どもと直接かかわる仕事をしている施設職員が子どもへの向精神薬投与という事態をどのように解釈し対応にあたっているのかを分析する。最後の第 4 章では、低学力や低学歴、学業不振のため高校卒業後に進学や就職が困難と予想される子どもに対して、退所した後の生活に困窮しないよう、障害者基礎年金や公共交通機関の割引などが受けられる療育手帳を取得するために、知的障害の診断を用いておこなっている進路指導について論じる。

第 4 節 研究で用いるデータとその特徴

分析の対象としたデータは、主に次の 3 つである。

第 1 に、世界中の医学文献を検索できる PubMed と日本における代表的医学文献データベ

ースである医中誌 Web に掲載されている医学文献である。ADHD（多動症と MBD を含む）と学習障害（LD: Learning Disability）に関する文献の実数および推移を調査し、子どもの問題行動が医療関係者によってどのように語られてきたのかについて文献を収集し整理した。

第 2 は、児童養護施設に勤務している施設職員の語りである。本論文で使用するデータは、2011 年 8 月から 2012 年 4 月に児童養護施設 X での調査で得られたデータと 2017 年 8 月から 2018 年 12 月に児童養護施設 Y で調査をおこなった際のデータである。児童養護施設 X では 5 名の施設職員が、児童養護施設 Y では 8 名の施設職員が調査に協力してくれた。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、掲載承諾を得た。

そして第 3 は、児童養護施設に入所していた 20 代の男性（X さん）の語りである。インタビューに応じてくれた X さんは、児童養護施設 X に入所経験のある若者であり、施設入所中に療育手帳を取得していた。インタビューをおこなった 2016 年 3 月時点で療育手帳は返上していたが、施設長の許可を得てインタビュー調査を実施し、X さん本人にも研究の趣旨等を説明し、データを使用し研究をすることを伝え同意を得たうえで調査をおこなった。

第 5 節 各章の概要

第 1 章「子どもの問題行動への視角の変遷と医療化プロセスの検証——1960 年代から 2010 年代の医学文献の検討から」では、1960 年代から 2010 年代にかけて、子どもの問題行動が ADHD として解釈され、向精神薬が投与されるまでの過程を、Conrad と Schneider の医療化論（Conrad and Schneider 1992=2003）の視座から検討した。その際、世界中の医学文献を検索できる PubMed と日本における代表的医学文献データベースである医中誌 Web を用いて、ADHD と LD に関する文献の実数および推移を辿り、収集した医学文献の分析をおこなった。

ADHD に対する医療関係者の関心の起源を探るため、PubMed 掲載の医学文献情報を精査したところ、ADHD に関する検討がされはじめるのは 1960 年代後半から 1980 年代頃であり、特に 1990 年代半ばから ADHD の研究が増え、アメリカ以外の国でも ADHD に関心が向けられるようになったことが明らかになった。

先行研究の整理からは、それまで専らアメリカ国内のみでなされていた ADHD の診断と向精神薬を用いた治療が、1990 年代以降イギリスとカナダ、そしてオーストラリアなどの国々へと拡大していった軌跡が確認できた。またアメリカでは、一般家庭の子どもよりもフォスター・ケアの子どもの向精神薬の使用割合が高いことが問題視されている現況を確認した。

加えて、日本における子どもの問題行動に対する医療関係者の認識の変容を主題とした医中誌 Web における文献調査からは、1980 年代から 1990 年代にかけて医療関係者の関心が MBD から LD に移行した時期があるなど、アメリカとは異なる軌跡が明らかになった。他方で、ADHD の国際化の影響下に、日本でも 1990 年代後半から再び子どもの問題行動と ADHD が関連付けられるようになり、ADHD に社会的関心が集まるようになったことが明らかになった。また 2000 年代に入ると、医療関係者が親から虐待を受けた子どもの問題行動が ADHD に類似しているとの議論がなされはじめ、ADHD と社会的養護に関する現在に連なる議論枠組みの原型が形成されたことが見出された。

第 2 章「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」では、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) の視座から検討した。その際に、特に子どもへの向精神薬投与の進展が顕著な児童養護施設 Y を調査対象として選定し、同施設の職員 8 名に対して半構造化面接をおこなった。

調査の結果、1980 年代までの施設 Y には非行傾向のある子どもが多数入所しており、暴れる子どもを職員は力で抑え込むことも日常的にあったが、1990 年代以降子どもの権利が叫ばれ体罰がタブー視されていくなかで、そうした対処がされづらくなることが見出された。そして 2000 年代初頭以降、児童養護施設には心理療法担当職員の配置が、また児童相談所には常勤の精神科医の配置が進められるなかで、問題行動を繰り返す子どもに ADHD などの診断名が付与されやすくなり、向精神薬の投与が頻繁になされるようになったことが明らかになった。

子どもの問題行動への対処は、このようなかたちで医療化の進展に伴い体罰から向精神薬投与へと統治手段が大きく変容していったが、同時に職員へのインタビューからは、そうした過度な薬物投与に関する不安や向精神薬の副作用に関する懸念も見出された。

第 3 章「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」では、集団生活から逸脱する子どもへの向精神薬投与に着目し、児童養護施設という場において施設職員が医療的ケアをどのように受け止め、実践しているのかを明らかにした。研究方法としては、児童養護施設に入り、施設職員の語りから得たフィールドノートと参与観察を基に分析した。調査の結果、児童養護施設において集団生活から逸脱してしまう子どもは医療機関を受診し、医師の判断のもと向精神薬を用いた薬物療法に至っていた。施設職員は子どもへの向精神薬投与について否定的な見解を示しており、子どもへの向精神薬投与に疑問を抱きながらも、施設の運営・管理のためには「仕方がない」と納得させている様子が見られた。また、医療による行動統制がおこなわれていなかった 1970 年代に勤務経験のある職員は、向精神薬の使用が医療的ケアの一環のみならず、子どもによって職員との関係をつなぐためのコミュニケーションツールとして利用されていることに複雑な思いを抱いていた。

向精神薬に代わる方法として、職員は子どもとの関係が密になれる環境を整えることや、

里親委託を含めた措置変更をあげていた。だが、子どもが措置先でトラブルを起こすと再びほかの施設へ措置するといった形で措置がおこなわれてしまう可能性もあることから、向精神薬投与は処遇しにくい子どもを落ち着かせ、次々と施設をたらい回しにされる措置変更を阻止している点もあることを考察した。

第4章「児童養護施設における療育手帳を用いた子どもの進路指導」では、児童養護施設での参与観察と施設退所者へのインタビュー結果により、子どもの進路指導に注目した。近年の児童養護施設に関する研究では、社会的排除の観点から退所者が路上生活を送っていることや、不安定就労のため離職率が高いことなどに焦点を当てた研究が多いなか、子どもが障害の判定を受け、療育手帳を用いた進路指導がおこなわれている点には目が向けられることはなかった。第4章では、児童養護施設で生活する子どもが社会的に不利な状況に陥りやすいという問題を抱えるなかで、精神障害や知的障害の診断を用いてどのように回避し、選択肢を広げようとしているのか施設の取り組みに着目した。

フィールドワークによる取り組みのなかから施設には、子どもの就学後の進路として、普通学校と特別支援学校に進学する2つのコースが存在することがわかった。特別支援学校への進学には療育手帳が必要になるため、保護者からの理解を得ようと奮闘する職員の姿がみられた。そして施設では、療育手帳を取得することで子どもが、経済的支援や福祉サービスを受けられるため、施設を出たときのある種保険になると考えられていた。他方、施設の退所を控える子どものなかには、普通高校へ進学したが、就職が困難な子ども、あるいは家族を頼ることができない子どもに療育手帳の取得を勧めていた。今回、インタビューに応じてくれたXさんも、施設入所中に療育手帳を取得し、一般雇用から障害者雇用の枠で仕事を探していた。しかし、療育手帳を使用することはなかったというXさんは、退所した後に療育手帳を返上しており、障害者としてキャリアを歩んでいるわけではなかった。退所後の生活の安定を考え施設では、子どもに療育手帳の取得を勧めていたが、同時に、低学歴で社会に出ることの難しさや、退所した後悩んだときに相談ができる場を作ろうとする職員の姿があった。そこには、児童養護施設における進路指導の厳しさと共に指導体制の確立が早急に求められることが見出された。

第 1 章 子どもの問題行動への視角の変遷と医療化プロセスの検証——1960年代から 2010 年代の医学文献の検討から

第 1 節 問題関心——「子どもの問題行動と医療化」の議論に向けて

本章では、1960 年代から 2010 年代にかけて、子どもの問題行動が医療的な問題として解釈され、メチルフェニデート（リタリンやコンサータなどの向精神薬）が処方されるようになるまでの過程を、医療社会学の医療化論の視座から検討する。1960 年代のアメリカでは、落ち着きのなさや不注意など行動上の問題がみられる子どもが、多動症や MBD という診断を受け向精神薬が投与されていることが問題になっていた。それに対して、日本では子どもの問題行動が、医療的な問題としてみなされるようになったのは、1990 年代後半のことであった。本章では、医学文献のなかから日本の医療関係者が子どもの問題行動を ADHD としてみる視角が、いつ頃からどのように立ちあがったのか、探っていくことにする。

日本では、ADHD や学習障害、アスペルガー症候群など「発達障害」に関する言葉は、1990 年代に入るまで、現在のように頻繁に用いられてきたわけではなかった。落ち着きがない子どもやこだわりのある子ども、文字の読み書きが苦手な子どもがいることについての認識がなかったわけではないようであるが、子どもの性格や問題行動に対して「発達障害」という診断名が付与され、論じられることはなかった。朝日新聞のデータベース「聞蔵」を基に「発達障害」の記事を分析した木村祐子によると、1990 年以前は「発達障害」に関する記事がほとんど取り扱われていなかったが、1990 年代半ば以降、掲載件数が増加した。また木村は、発達障害者支援法が制定された 2004 年には、「発達障害」に関する記事が急増していることに対して、「1990 年代中頃から、医療的なカテゴリーによる説明・解釈が増加しており、医療化の進行がうかがえる」と言及している（木村 2015: 31）。

実際に、「発達障害」を含む精神障害の診断を受ける患者は増えてきている。厚生労働省が 3 年毎におこなっている患者調査をみると、統合失調症や気分障害などの精神障害と診断を受けた 0 歳から 14 歳の子ども数は、過去 20 年間で毎年 300 人前後であるのに対して、「その他の精神および行動の障害」と診断を受けた子どもは、1996 年の 76 人から、3 年後の 1999 年には 3,400 人までに急増している（図 1）。以降、「その他の精神および行動の障害」の診断を受けた子ども数は増え続け、発達障害者支援法が施行された 2005 年には 6,500 人まで増加し、2017 年には 13,400 人までに急増している。「その他の精神および行動の障害」に分類されている障害には、発達障害者支援法の第 2 条第 1 項によって定義されている自閉症や ADHD、アスペルガー症候群、広汎性発達障害などが含まれている。これらの「発達障害」の全年齢における患者数の推移をみると、ADHD が著しく増加しており、1996 年は診断を受ける人はあまりいなかったが、1999 年には 2,000 人に増え、2002 年の調査では 6,000 人に、そして 2017 年の最新データでは、68,000 人にまで増加している（図 2）。

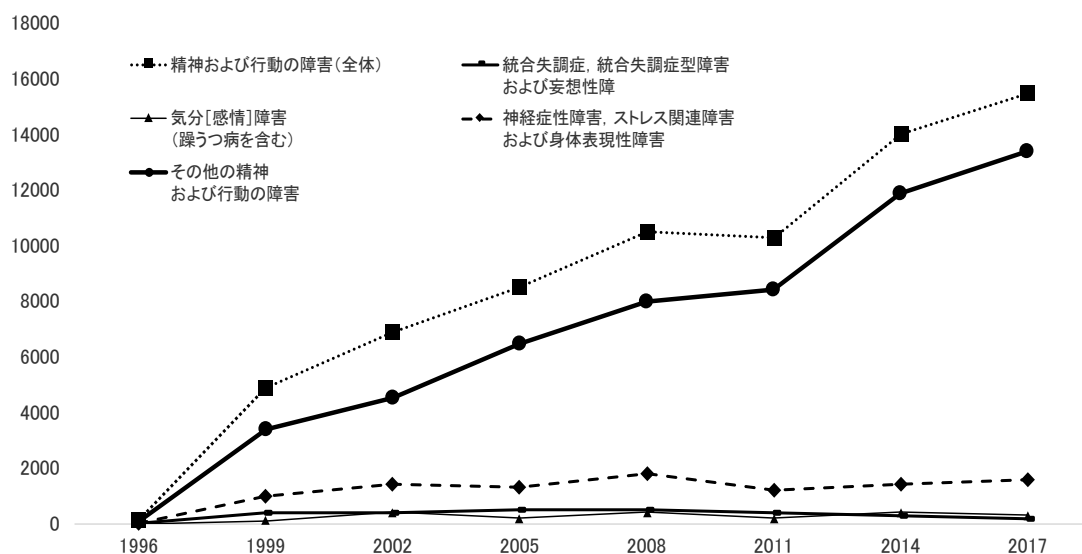


図1 推計患者数，総数（入院・外来）・年齢階級・傷病大分類別（0-14歳）
 （出典：厚生労働省（2019b）「患者調査——結果の概要」を基に作成）

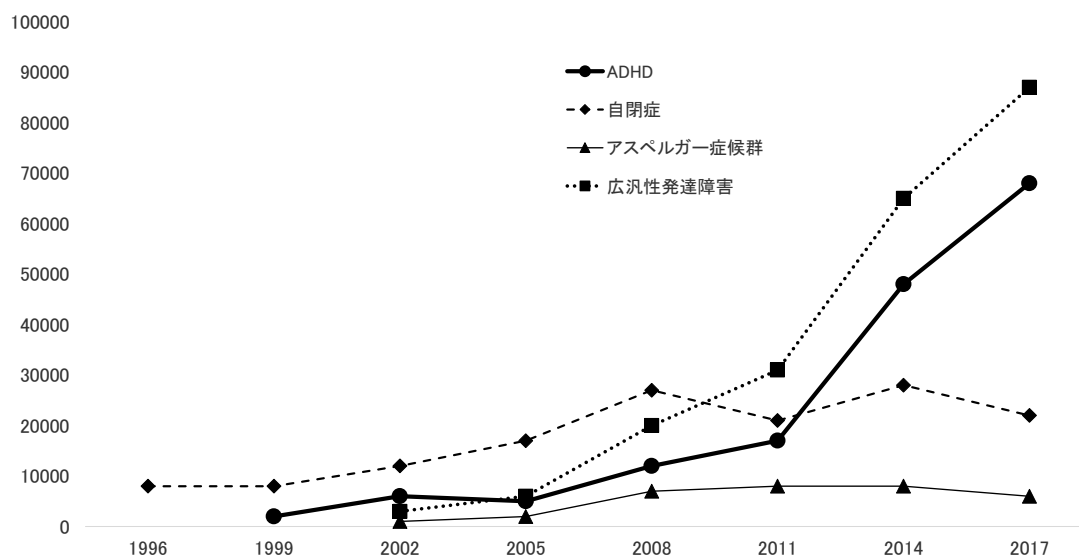


図2 精神障害，基本分類，全年齢（人数）
 （出典：厚生労働省（2019b）「患者調査——結果の概要」を基に作成）

ADHD は、1960年代までは多動症やMBD、多動性症候群、児童多動症障害などと呼ばれ、その主な症状には、「極度に過剰な筋肉運動（多動）、注意持続期間の短さ（次々と活動から活動へ移る）、落ち着きのなさ、苛立ち、頻繁な気分の激しいブレ（上機嫌の次の日には

困り者), 不器用さ, 攻撃類似行動, 衝動性, 学校での着席維持・規則遵守能力の欠如, 欲求不満水準の低さ, 睡眠問題, 会話能力獲得の遅れ」などの行動上の問題がみられたという (Conrad and Schneider 1992=2003: 291).

多動症は1968年に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(DSM-II)」に掲載され, 「児童期の多動性反応」という名称に変わった. その後, 1980年に改訂された DSM-IIIにおいて, 児童期の多動性反応は注意欠如障害 (ADD: Attention-Deficit Disorder) に変更され, 7年後の1987年に発表された DSM-III-Rからは, ADHD という診断名が使用されるようになり, 現在に至っている (Smith 2012).

1960年代には, アメリカ国内で一般的に知られるようになった多動症であるが, 多動症の診断を受けた子どもは, メチルフェニデートなどの向精神薬を用いた治療を受けていたという (Conrad and Schneider 1992=2003). そして, 1990年代までは, ADHD の治療に用いられるメチルフェニデートの全量の90%がアメリカ国内で消費されていたことから, ADHD はアメリカに限られた障害として認識されていた. しかし1994年に DSM-IV が発表されて以降, アメリカ以外の国でも ADHD が発見されるようになっていった. 2000年代に入ると, インターネットが普及し, ADHD に関する情報やチェックリストが容易に入手できるようになった. また ADHD の診断が「疾病及び関連保健問題の国際統計分類 (ICD)」から, より簡単に診断が可能なアメリカ精神医学会の DSM に準拠したチェックリストが世界中で採用されるようになった結果, ADHD の診断を受け向精神薬を服用する子どもが拡大していった (Bergey and Filipe 2017; Conrad and Bergey 2014). とはいえ, 他国と比べてもアメリカにおけるメチルフェニデートの消費量は依然多く, 子どもへの処方だけでなく成人にも ADHD の診断が拡大するなど, 向精神薬が幅広い年齢層の人たちにいき渡っていることが注目されるようになった (Conrad and Bergey 2014; Conrad and Potter 2000).

2007年に, アメリカ疾病管理予防センター (CDC: Centers for Disease Control and Prevention) が発表した, 4歳から17歳までの子どもの ADHD の推定罹患率は9.5%であった. この数字は, アメリカ国内に在住する540万人の子どもが ADHD ということになる. そして, ADHD の診断を受けた子どものうち, 66.8%が薬物療法を受けていたということも調査結果から明らかになり, 4歳から17歳の子ども全体の4.8%が, ADHD の治療のために向精神薬を服用していたようである (Centers for Disease Control and Prevention 2010). さらに, CDC が2011年から2012年にかけておこなった調査では, 子どもの約11%が ADHD の診断を受け, 6.4%が向精神薬を服用していたことが明らかになった. そのなかで, ADHD の治療薬である向精神薬を服用していた子どもの数は, 2007年から2011年にかけて28%の増加をみた (Centers for Disease Control and Prevention 2017). こうした ADHD の増加の背景には, 医師よりも教師による訴えが大きく介在しているといわれており, 医療機関を受診中に ADHD の症状を示す子どもはわずかで, 教師の訴えが契機となって ADHD の診断がくだされていた (Whitaker 2010=2012). また

有害な作用と危険性を有するといわれる向精神薬が、学業成績の向上につながるという理由から、子どもが向精神薬を服用しているという指摘もある (Hinshaw and Ellison 2015=2018).

さらに、ADHD の診断が拡大し続けている背景には、ADHD とその治療に関心を寄せる研究者が増え、医学だけに留まらず心理学や教育学などの分野にも広がり、ADHD の子どもを発見し、治療することに重きが置かれるようになったことも挙げられる (DuPaul et al. 1998=2008; MTA Cooperative Group 1999a, 1999b, 2004). 一方で、すでに1970年代のアメリカでは、医療社会学のなかの医療化論の視座から多動症と診断を受けた子どもが向精神薬を服用していることが論じられ、医療が社会統制のひとつの形態になり、矯正が必要とみなされる逸脱行為に対して医学的な病名や診断が付与されやすいことが指摘されてきた (Conrad and Schneider 1992=2003). このように、アメリカでは1960年代頃から子どもの問題行動が多動症やMBDとして捉えられ、向精神薬を用いた薬物治療を受ける子どもが増加していったのである.

日本では、子どもの問題行動がADHDなどの「発達障害」として社会的関心を集めるようになったのは、1990年代以降のことであったが、アメリカで多動症やMBDが注目されていた1960年代には、日本にも多動症やMBDに関する概念や対処法が伝えられていたことが指摘されている。ADHDやLDに関する制度の成り立ちに詳しい木村と佐々木洋子は、医療関係者が1960年代後半から多動症やMBDに関心を集めるようになったことに注目し、子どもの問題行動がADHDやLDなど「発達障害」として、医療的に解釈されてきたことについて論じている (木村 2015; 佐々木 2006, 2011). しかしながら、新聞記事の分析を中心におこなった木村の研究では、医学論文の検討はほとんどなされておらず、また「医学論文」に絞り分析をおこなった佐々木の研究はADHDに社会的関心が向けられはじめた1990年代から2000年代に重点が置かれており、子どもの問題行動が多動症からADHDに変化するまでの通時的分析はほとんどなされてこなかった。そこで本章では、ADHDが多動症やMBDと呼ばれていた1960年代まで遡り、多動症やMBDが定着するまでの取り組みや、子どもの問題行動を医療的に捉えることへの反応など、ADHDの普及に努めてきた日本の医療関係者の動向に焦点を当て、そこで子どもの問題行動がどのように捉えられ、対処されてきたのか、みていくことにする。

本章では、子どもの問題行動が医療化していく歴史を3つの過程に分けて整理し、分析・論考していく。第2節ではConradとSchneiderの医療化論の視座から (Conrad and Schneider 1992=2003), アメリカを中心に子ども問題行動が医療の問題として扱われていく過程を概観し、2000年代以降、アメリカ以外の国々でもADHDが拡大し、子どもが向精神薬を服用している点に着目する。第3節では、1960年代から2010年代までに発表された医学文献を参照し、日本において子どもの問題行動が医療の問題として捉えられるようになるまでの過程を分析する。そして第4節では、2000年代に

なり子どもの生活施設である児童養護施設において、ADHDの診断を受ける子どもが増加している点を指摘した医学文献を検討し、1990年以降急増しはじめた児童虐待問題との関連から考察を試みる。

第2節 理論枠組みと先行研究

第1項 医療化論

医療化とは、「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」であり（Conrad and Schneider 1992=2003: 1）、医療専門職による専門家支配に着目したFreidson（Freidson 1970=1992）や、日常生活の医療化を危惧したZola（Zola 1972, [1977]1978=1984）が提起してきた問題である。そのなかでも、落ち着きのなさや苛立ち、衝動性などの問題行動を示す子どもが、多動症やMBDといった障害の診断を受け、中枢神経系に影響を与えるとされる向精神薬を用いて行動統制がおこなわれることに注目してきたのが、ConradとSchneiderである（Conrad 1975; Conrad and Schneider 1992=2003）。

「落ち着きのなさ」などの子どもの逸脱行動は、長く医療の関与外にある問題として考えられてきたが、アメリカでは多動症として医療の関与を顕著に表す例として言及されるようになっていった。その引き金になったとされるのが、1937年にさまざまな行動障害や学習上の問題があった子どもに、ベンゼドリンを投与したC. Bradleyの報告である（Bradley 1937）。ブラッドリーホームで精神科医として勤務していた彼は、5歳から14歳の子ども30名に対して、アンフェタミンの一種であるベンゼドリンという中枢神経系刺激剤を投与した。男女比は2対1で男児が多く、知能は、「正常」とみなされる範囲内であった。また、ベンゼドリンを服用した子どものうち、15名が学業上の問題が改善し、残りの15名には成績に大きな変化はみられなかったが、抑制された行動を取るようになったなど、薬による行動変容がみられた子どもがいた。そして投薬が中断されると、その行動は投薬以前の姿に戻った。

しかし、Bradleyの報告はすぐに受け入れられたわけではなく、以降20年の間、子どもの問題行動に関する研究は、彼の同僚であったA. A. StraussとL. E. Lehtinenの報告（Strauss and Lehtinen 1947=1979）や、M. W. Lauferらの研究（Laufer et al. 1957）などにより、わずかに報告されているのみである。1960年代に入ると、問題行動のある子どもに対して向精神薬を用いた治療が注目を集めるようになったが、それは1961年にアメリカ食品医薬品局（FDA: Food and Drug Administration）が、メチルフェニデートの投与を子どもに認めたことが契機となった¹⁾。その後アメリカでは1970年代までに、子どもの問題行動と薬物療法に関する研究が発表されるようになり、その多くが多動症の原因や診断、治療に関する医学的研究であった（Conrad and Schneider 1992=2003）。1970年代頃からは、多動症を社会学的側面から捉えようとする動きもみられるようになり、医療社会

学の視座から子どもの問題行動を統制する新たな手法として多動症という診断名の付与と薬物療法が用いられるようになった。このような動きの背景として、Conrad と Schneider は、製薬会社が多動症の治療にメチルフェニデートが有効であるという宣伝を大々的におこなうようになったこと、加えて学習障害児協会が学習障害の概念のなかに多動症を含め医療的アプローチを用いて問題解決を図ろうとしたことなどをあげている。さらに彼らは、診断が医師による行動観察と教師からの報告に依拠していることや、社会システムによって診断が異なることなどから、多動症に懐疑的な見地があったことを指摘している (Conrad 1975; Conrad [1976]2017; Conrad and Schneider 1992=2003)。こうした「医療という手段を通じて逸脱行為の軽減、除去、正常化が行われ、社会規範への忠誠を確保するために医療が（意識的にか無意識的にか）作動する」ことを、Conrad と Schneider は「医療による社会統制」と呼び (Conrad and Schneider 1992=2003: 458)、1980 年代までに多動症の定義が拡張し、多動症の診断を受ける範囲が学童期の子どもから青年、成人にまで拡大していることに言及している (Conrad [1976]2017; Conrad and Schneider 1992=2003)。

こうしてアメリカでは、1980 年代までに子どもの問題行動を多動症として捉え、薬物療法を施すという方法論が確立されていった。そして、この子どもの多動化傾向に ADHD という診断名が付与されるようになった 1990 年代頃には成人にも診断名が付与されるようになり、薬物療法があらゆる年齢層に拡大していった。特に、成人の ADHD の場合は、職場における達成度が低い場合において医療化されることになるが、ADHD の診断を受けたことにより職場で労働負担の軽減が受けられる他、刑事責任能力がない者として判断されるなど障害に関わる法律や制度の恩恵が得られることから、新しい障害者の権利の獲得として注目を集めている (Conrad and Potter 2000)。

このようにアメリカでは、子どもを中心とした問題行動が医療的に解釈され、ADHD の診断を受けた後、向精神薬を用いた治療がおこなわれるようになっていった。次に、アメリカ以外の国々において落ち着きのなさや逸脱行動がみられるなど子どもの問題行動が、ADHD として捉えられ、薬物療法を受ける子どもが増加している点を指摘している先行研究を整理していく。

第 2 項 ADHD の国際化に関する先行研究

図 3 は、PubMed で公開されている ADHD (“attention deficit disorder with hyperactivity”[Mesh Terms] OR (“attention”[All Fields] AND “deficit”[All Fields] AND “disorder”[All Fields] AND “hyperactivity” [All Fields] OR “attention deficit disorder with hyperactivity”[All Fields] OR “adhd”[All Fields])) と MBD (“minimal brain damage” OR “minimal brain dysfunction”), そして ADHD と関連の深い LD (“learning disability”[All Fields]) を検索した結果である (2019 年 7 月 1 日閲覧)。ADHD (多動症含む) の研究は、1950 年代から 1970 年代までほとんどみられなかったが、DSM において MBD が ADD に名称変更された 1980 年頃から増えはじめ、1990 年代半ばから本格的に ADHD

について議論が交わされるようになった。

1960年代から医療化がはじまったといわれる ADHD は、アメリカ国内に限られた障害として考えられてきたが、2000年以降、ADHD の診断と治療に関する研究は、他の国にも広がりはじめた (Conrad and Bergey 2014; Scheffler et al. 2007; Singh 2006)。本項では、Conrad と Schneider が提示した医療化論 (Conrad and Schneider 1992=2003) の後、医療社会学のなかで ADHD や子どもへの向精神薬投与がどのように論じられてきたのか、特に、ADHD の研究報告が急増しはじめた 2000 年代以降を中心に、医療化論の視座からおこなわれた研究を整理する。

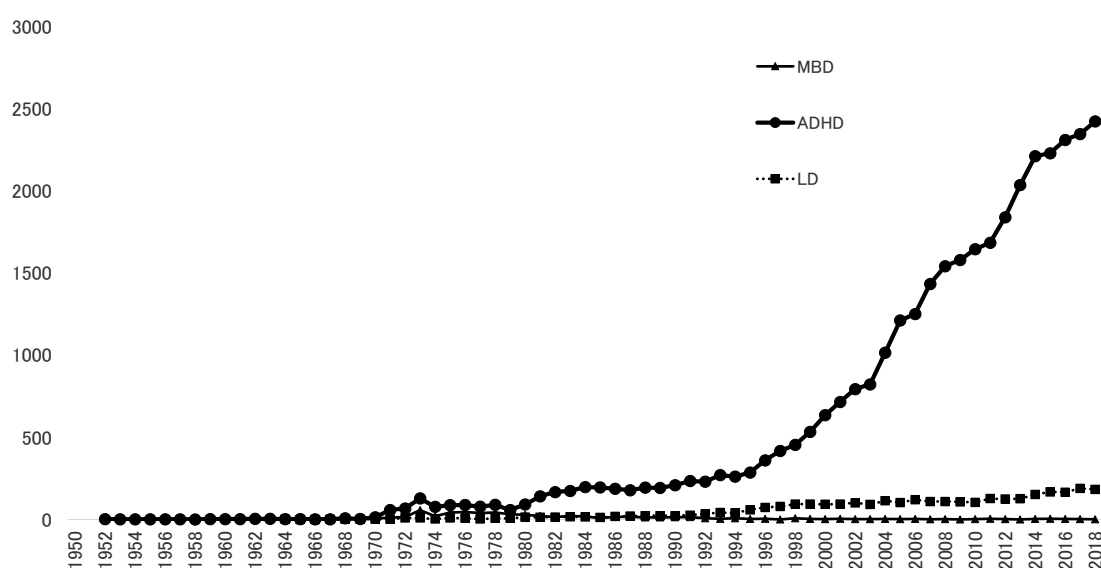


図3 MBD・ADHD・LDに関する論文数

(出典: データベース PubMed を基に作成)

ADHD の治療薬の世界的な使用は、1993年から2003年にかけて3倍になり (2003年には24億米ドル)、全世界の販売額は9倍にまで増加した。向精神薬の使用と販売額は先進国と発展途上国の両方で増加傾向にあり、そのなかでも販売額の増加は先進国において顕著で、特に、アメリカやカナダ、オーストラリアにおいて向精神薬の使用率が高い (Scheffler et al. 2007)。イギリス、ドイツ、フランス、イタリア、ブラジルの5カ国を調査した Conrad と Bergey によると、French Classification of Child and Adolescent Mental Disorders (CFTMEA) という非常に制約的な分類または世界保健機関の ICD を使用してきたフランス、そしてメチルフェニデートの使用を禁止するなど厳格な薬物政策をもつイタリアでは、ADHD の診断を受ける子どもの数が少なかったという。一方、アメリカ精神医学会の診断基準 DSM を採用し ADHD の診断と治療をおこなうようになったイギリスやドイツ、ブラジルでは ADHD の診断を受ける子どもの数が急増し、薬物療法を受ける子どもが増えるなど、1990

年代に入り ICD を使用してきた医療関係者が DSM に移行したことにより、ADHD の国際化が進行しはじめていた。また容易にアクセス可能なオンライン・スクリーニング・チェックリストが出現し、自己診断が可能になるなどインターネットの役割が国際化につながっているという指摘もある (Conrad and Bergey 2014)。

2000 年代に入り、さらに ADHD の診断と治療に社会的関心が集まるようになり、アメリカ以外にもカナダやイギリス、オーストラリアなどからも問題を起こした子どもが ADHD の診断を受け、薬物療法を受けているという報告がみられるようになった (Brault and Lacourse 2012; Phillips 2006; Horton-Salway 2010; Malacrida 2004; Timimi 2004; Timimi and Taylor 2004)。なかでも、カナダとイギリスの学校を比較した C. Malacrida によると、カナダでは問題のある子どもを識別し、医師による診断と治療を勧めていた。一方、教育省 (DfEE: Department for Education and Employment) の規定に基づき、1 年間で最大 45 日間の停学処分を課すことのできるイギリスでは、学校や他の生徒に害を与える子どもを教室から排除することが可能なことから、医療による行動統制を受ける子どもが少なかった (Malacrida 2004)。しかし、そのイギリスにおいても ADHD の診断を受けた子どもが向精神薬投与に至るといった事例は増加しており、精神科医の S. Timimi らは子どもに対して、危険を伴う可能性のあるアンフェタミンやメチルフェニデートなどの向精神薬を使用することに警鐘を鳴らすとともに、子どもが成長する機会を奪っていると指摘している (Timimi 2004; Timimi and Taylor 2004)。

他方、オーストラリアの学校では、子どもが薬を服用するまで教育を受けさせないという手段を講じているという報告がある。特に、当事者の親が投薬に反対したとき、子どもは行き場を失うことになるため、さらに不利な状況に陥るといった深刻な問題を抱えていた。また、ADHD の診断と向精神薬を服用している子どもの多くが、社会経済的な問題を抱えている家庭の子どもであったことも指摘されている (Harwood 2010)。

ところで、危険な副作用を起こす可能性がある向精神薬を 500 万人以上の子どもが服用しているといわれるアメリカでは、学生が学業成績を向上させるために ADHD 診断を戦略的に使用し、アンフェタミンやメチルフェニデートなどの向精神薬を服用し競争の激しい大学受験の壁を乗り越えようとする事例が出てきた (Maturro 2013)。特に、認知機能強化 (CE: Cognitive Enhancement) のためにメチルフェニデートを使用する事例が増えているが、認知機能強化の利点を裏付ける客観的なデータは存在しないにもかかわらず、当事者らは「効果的である」と信じて薬を服用していることが指摘されている (Singh et al. 2013: 8)。さらに、向精神薬の処方箋を入手するために詐病を用いて ADHD の診断を受ける学生や、向精神薬の処方箋を持っている人たちが他の学生に提供していることがアメリカでは問題になっている。この ADHD と認知機能強化の問題に詳しい Singh らは、ADHD の国際化により、ADHD の診断の妥当性と薬物療法の目的についての新たな懸念が生まれたと論じている (Singh et al. 2013)。

このように、拡大している ADHD の診断と向精神薬投与に関する議論を整理してみたところ

る、1960年代から続く問題のある子どもへの医療による社会統制に加え、向精神薬を使用し学業成績の向上を図る認知機能強化の問題という、大きく分けて2つの主題が議論されていることが浮き彫りになった。次は、アメリカのフォスター・ケアにおいて医療による社会統制が拡大している点に着目する。

第3項 フォスター・ケアと医療化に関する先行研究

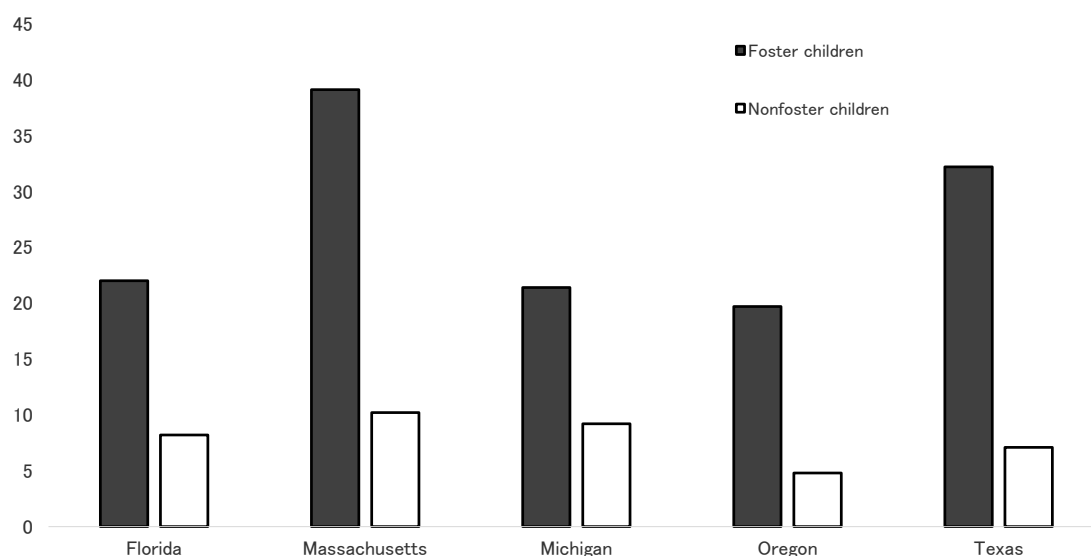


図4 フォスター・ケアと一般家庭におけるADHDの子どもの向精神薬の処方率 (%)

(出典: Government Accountability Office (2011) “Foster Children: HHS Guidance Could Help States Improve Oversight of Psychotropic Prescriptions” を基に作成)

上記でみてきたように、子どもへのADHDの診断と向精神薬投与が問題になるなか、子どもの養育者である親にも焦点が当てられてきた。ADHDの診断を受けた子どもの親10名に向精神薬を用いた薬物療法について尋ねたD. L. Hansenによると、親は薬物療法によって得られる効果に期待と不安を抱きつつも、子どもが落ち着いた行動が取れるようになることを望み、子どもの将来のためにどのような薬物療法が役立つのか親同士が情報を共有していたという(Hansen 2006)。一方、アメリカのフォスター・ケア(里親や児童養護施設など)では、親の関心がないために問題が深刻化している。2011年にアメリカの会計監査院(GAO: Government Accountability Office)が発表したデータをみると(図4)、一般家庭の子どもよりもフォスター・ケアの子どもが著しくADHDの診断を受けやすく、向精神薬が投与されやすいことがみて取れる(Government Accountability Office 2011)。さらにRubinらは、2002年から2007年にかけて、フォスター・ケアで生活していた子どもが、診断を受けていた障害の種別を公表した(図5)。同調査のなかで、3-5歳、6-11歳、

そして 12-18 歳の 3つの年齢区分のなかで多かった障害が ADHD である。特に、3-5 歳と 6-11 歳の子どもにおいて、ADHD と診断を受けた子どもが多かった (Rubin et al. 2012)。

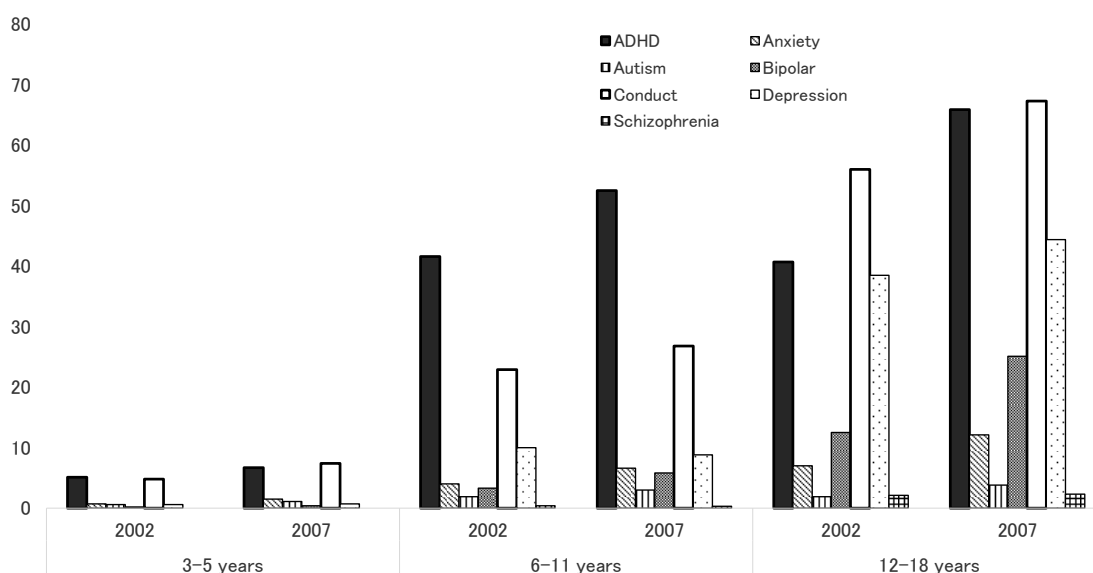


図 5 2002 年から 2007 年に精神障害の診断を受けたフォスター・ケアの子ども (%) (出典: Rubin ら (2012) “Interstate Variation in Trends of Psychotropic Medication Use Among Medicaid-Enrolled Children in Foster Care” を基に作成)

アメリカ児童局によると、フォスター・ケアに子どもが措置される状況として最も多いのがネグレクト、次いで多いのが親のドラッグ依存であるという (Children’s Bureau 2019)。アメリカでは、親のドラッグ依存は児童虐待の要因として考えられており、「虐待者」としての判定を受けやすく、その子どもはフォスター・ケアに收容されやすい。そして、親のドラッグ使用から、フォスター・ケアに收容された子どもが、精神障害の診断を受け、リタリンなどの向精神薬が処方される傾向にあることが問題になっている (上野・吉田 2011)。

そして、フォスター・ケアで生活する子どもは、18 歳になると児童福祉システムからの措置解除を迎えることになるが、その後、ホームレスや逮捕者になる者も多く、退所者のなかにはお金を稼ぐためにドラッグの売買に手を染める人もいるという。そのためアメリカ政府は、1999 年に教育費の拡充と住宅扶助に加え、21 歳までの医療扶助 (Medicaid) が受けられるよう、「里親ケア自立支援法 (Foster Care Independence Act)」を創設した (Myers 2006=2011)。しかし、フォスター・ケアに措置された子どもは、里親から里親へと措置変更が繰り返され、里親に対して不信感を抱いていた。その結果、里親たちは子どもとの関係を築くことが困難になり、子どもの問題行動を医療の問題として解釈し、子どもを連れて精神科を受診していた (Barnett et al. 2018)。そして、フォスター・ケアのほぼすべての子どもは無料または低額で医療が受けられるメディケイドの対象であることから、医療

機関につながられた後、ADHD の診断を受け向精神薬を用いた薬物療法に至っているという事例が増加している (Center for Health Care Strategies 2018).

またフォスター・ケアに措置された子どものなかには、ADHD の診断とは別に、家族や友人とのつながりを失い、次どこで住むかわからず不安になり落ち込んでいたところ、医師から「うつ病」と診断を受け向精神薬を服用しているケースもあったという (Heineman 2007). こうしたことから、子どもへの向精神薬投与は、親子分離を伴うアメリカの児童保護システム自体に、そのきっかけが内包されているという指摘もなされている. このように、フォスター・ケアに措置され生活することになった子どもは、ストレスを抱え問題行動を起こした後、ADHD やうつ病などの障害の診断を受け、高い割合で向精神薬が処方されるというのが、アメリカのフォスター・ケアが抱える問題のひとつとなった.

1990 年代まで ADHD は、アメリカ国内だけの問題であったが、2000 年以降世界の国々に ADHD の診断と治療が拡大していった. その間にもアメリカでは、認知機能強化を目的とした向精神薬の使用開始やその拡大、またフォスター・ケアの子どもの向精神薬処方の進展などの影響下に ADHD の診断を受ける子どもが拡大し続けていた. 次節では、アメリカで子どもの医療化がはじまったとされる 1960 年代まで遡り、日本で子どもの問題行動がどのように扱われてきたのかみていくことにする.

第 3 節 日本の医学文献のなかで ADHD はどのように捉えられてきたのか

第 3 節では、日本の医学文献などから、医療関係者が子どもの問題行動を ADHD や MBD とする視角が、いつ頃から立ちあがったのか、その一端をみていくことにする. まず ADHD に関する研究報告の推移を確認するため、日本の医学分野の文献情報を収集しているオンラインデータベース医中誌 Web を用いてキーワード検索をおこなった

(2019 年 6 月 29 日閲覧). PubMed と同様、医中誌 Web においても MBD (多動症/TH or 微細脳損傷/AL or 微細脳障害/AL or [MBD]/JN) と ADHD (注意欠如・多動症/TH or 注意欠陥多動性障害/AL) or ([ADHD]/JN), そして LD (学習障害/TH or 学習障害/AL) に限定し検索した. 図 6 は、検索結果を初出から 2018 年までを時系列に並べたものである (症例報告・事例, 会議録含む). 初出から 2018 年までの間に抽出された MBD の件数は 126 件, LD は 6,568 件, そして ADHD は 8,850 件であった. 医学雑誌に取りあげられた最初の障害は MBD で 1968 年に登場しており, 次いで LD が 1970 年, ADHD (ADD) は 1983 年に登場している.

図 6 の結果をみてみると、PubMed と同様に ADHD に関する文献数が 1990 年代後半から 2000 年代にかけて急増していることがわかる. しかし、PubMed の結果ではみられなかった傾向として、1980 年代から 1990 年代後半にかけて ADHD よりも LD が医師らの関心を集めてきたことがみて取れる. 日本では、1990 年代後半から ADHD に関心が向けられるようになったが (上林 2003), 医療関係者が注目するようになったのは ADHD

がまだ Minimal Brain Damage Syndrome (MBD) と呼ばれていた時代のことであった。第3節では、はじめに日本で子どもの問題行動が多動症や MBD として捉えられるようになった 1960 年代の報告からみていくことにする。

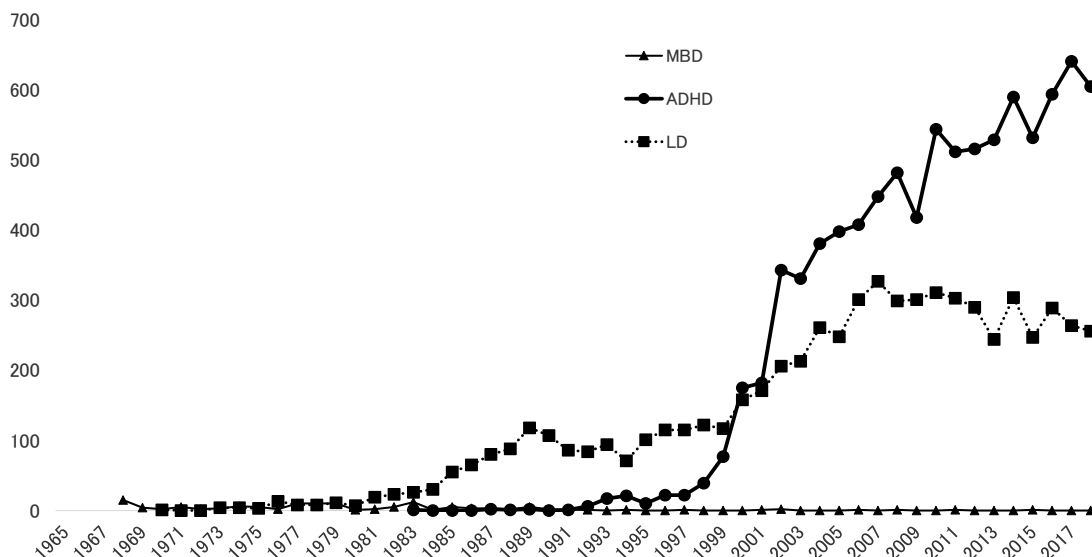


図6 MBD・ADHD・LDに関する論文および会議資料等の件数

(出典：データベース医中誌 Web を基に作成)

第1項 MBD

医中誌 Web に収録されている医学文献のなかで、MBD がはじめて扱われたのが『小児科診療』（診断と治療社 1935 年創刊）である。1968 年が初出であったが、東京大学医学部の高津忠夫を筆頭に、「小児の微細脳障害症候群」という特集が生まれ、子どもの行動異常（長畑 1968；岡田 1968）や学業不振（新井・上野 1968）、言語障害（鈴木・宮下 1968）、脳波（大田原ら 1968；水野 1968）と関連付けられながら MBD の報告がされた。特集号の解説を担当した高津は、冒頭アメリカの医療関係者が子どもの問題行動を MBD と捉え、診断をおこなっていることに触れ、次のような紹介をしている。

Minimal brain damage 或は minimal cerebral dysfunction という言葉は 20 年来、多くの小児科医、小児心理学者、或は小児精神科医の間で使われてきた由であるが、Nelson の教科書に現れたのは最近の第 8 版（1964）である。この教科書には“minimal cerebral dysfunction に関連している行動パターン”という章のなかで次のように書いてある。

（省略）しかし Minimal brain damage 或は minimally brain damaged child という言葉はすでに米国ではひろく慣用されているらしく、この表現で label される行動異常児が現在非常に多く、多くのこのような患児が小児科医、一般医、神経科医、小児精神科医、

心理学者、教育者の前におしよせている（高津 1968: 1191）。

上記の文中に登場する W. E. Nelson の著書『ネルソン小児科学』は、80 年以上の歴史があり、2019 年現在 21 版まで発行され、小児科学の分野で使用されているテキストのひとつである。これまですべての版が翻訳されているわけではないが、10 版（1979 年）と 12 版（1986 年）、そして 17 版（2005 年）と 19 版（2015 年）が、これまでに日本語版として刊行されている。1964 年に発行された『ネルソン小児科学』の第 8 版から MBD が掲載されており、発達上の欠陥や外傷、感染などにより微小の脳機能障害が生じたことによって、不器用になり、行動異常を示す子どもがいるということが記述されていた（Nelson [1933]1964）。

さらに MBD の紹介をした高津や同じ東京大学医学部小児科に在籍していた鈴木昌樹の論文を辿っていくと、3 年前の 1965 年 11 月 7 日から 13 日に東京で開催された第 11 回国際小児科学会議（ICP: International Congress of Pediatrics）が同診断名の日本での紹介に寄与していたことがわかった。高津が会頭を務めたこの会議では 31 の分科会が設けられ、「21 精神薄弱、特にその治療」のなかで、John Hopkins 大学精神科の L. Eisenberg が「精神薄弱児の精神医学的管理（とくに落ち着きのない子供の治療の観点から）」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）。

もうひとり同じ分科会に出席していた Illinois 大学の障害児研究施設に在籍していた S. A. Kirk は、「精神薄弱の教育的側面について」というテーマのなかで、ADHD と共通部分が多いことで知られる LD や言葉の発達に遅れをもつ子どもの診断に用いられる言語学習能力診断検査（ITPA: Illinois Test of Psycholinguistic Abilities）に関する報告をおこなった（Kirk 1965）。日本ではじめておこなわれた国際小児科学会議に参加し、2 人の講演を聴いていた東京大学の鈴木は、後に「精神薄弱というよりは、微細脳障害や学習障害の治療に際しての大きな問題点を指摘した」ものであったと振り返っている（鈴木 1975a: 38）。さらに鈴木は、1960 年代の日本の小児科学の分野では MBD や LD に対して関心はなく、目新しいものであったこと、しかし、その意義を理解した人はきわめて少なかったと当時の様子を回想している（鈴木 1975a）。

1968 年に、広島で開催された第 71 回日本小児科学会に出席した高津らは、「小児の微細脳損傷疾候群」をテーマにパネルディスカッションをおこない、ここでもアメリカでは MBD と診断を受ける子どもが増加していること、そしてアメリカでは広く知られる障害であると報告している（高津ら 1968）。以降、高津らが発表するまではあまり注目されていなかった MBD が、1970 年代には年間 2 本から 10 本の論文が発表されるようになった。

前述の 1965 年 11 月におこなわれた第 11 回国際小児科会議の場において多動の子どもとメチルフェニデートの有効性について発表した Eisenberg は、同年 6 月に日本児童青年精神医学会の雑誌『児童青年精神医学とその近接領域』に、論文「小児精神科外来治療のさ

いの鑑別方法にかんする対照的研究」を発表していた (Eisenberg et al. 1965). このように Eisenberg は、日本の小児科学や精神医学の分野を中心に、多動症とその治療薬メチルフェニデートに関する普及活動をおこなっていたのである。Eisenberg の影響を受けた鈴木は、問題行動のある子どもにメチルフェニデートを投与した経験を、次のように語っている。

行動の問題に対して薬物療法も試みる価値がある。多動性行動、注意集中が短い、注意転動といった行動の pattern に、各種の精神安定剤を使用することがあるが、案外効果がないことが多い。脳波異常のあるとき、抗てんかん剤が使用しても、行動に対して無効であることが多い。ことに、phenobarbital は、多動性行動を悪化させることが多く、carbamzepin が比較的効果があることがある。しかし、多動症にもつとも効果があるといわれているのは、amphetamine, dexedrine, methylphenidate (ritalin) のような中枢神経興奮剤である。わが国では法律上の制約があるが、methylphenidate は筆者もしばしば使用し、劇的な改善と思われることがある。このような薬物の効果判定はむずかしいし、使用も慎重でなければならないが、学習によりよい条件をつくり出されるところならば、使用すべきであろう。

要するに MBD の予後は必ずしも不良でなく、将来正常化する可能性が十分あるけれども、脳に可塑性があるのは発達の途上にある年少児であり、できるだけ早期に方策がたてられるべきであろう。年長になるまで問題をもちこすと、かなり改善がむずかしくなり、場合によれば非行にも通ずることがある (鈴木 1975b: 185)。

従来使用されてきた精神安定剤や抗てんかん薬では、思い描くような治療効果が得られなかったという鈴木は、中枢神経系に作用するメチルフェニデートを処方したところ、子どもの行動に改善がみられたと説明している。さらに、メチルフェニデートの治療効果が得やすいのが年少の子どもまでと限定的であったことから、MBD の早期発見早期治療の必要性を呼びかけている (鈴木 1975b)。

しかし、MBD が医療関係者らに広く受け入れられてきたわけではなかった。特に、医師が子どもの症状をみて原因が特定できないときに MBD の診断がくだされることが多く、医療関係者のなかでは「“問題児をみれば MBD” といった皮肉」(上村・森永 1980: 1) や「MBD は“くずかご的診断 (waste basket)”」(上村・森永 1980: 10) という批判を受けていたのである。そのため、医中誌 Web の結果 (図 6) からわかるように、1980 年から 1990 年代にかけて LD の研究が増加しているのに対して、MBD に関する報告数は伸びていない。今村重孝は、MBD の概念をめぐる医学界が混乱状態に陥っていたこと、そして医療関係者らの関心が MBD から LD に移行していることに注目している (今村 1991)。

文献調査の結果、日本では 1965 年の第 11 回国際小児科会議、1968 年の第 71 回小児科学会などを経て、医療関係者に MBD の概念が伝わってきたことが見出された。東京大学医

学部小児科の高津や鈴木の名前は、医学雑誌のなかで散見することはできたが、MBD を日本ではじめて報告した人物について鈴木は、札幌医科大学小児科の今村重孝をあげている（鈴木 1975a）。医中誌 Web には掲載されていなかったが、1967 年に今村は日本小児精神神経学会の雑誌『小児の精神と神経』に、「Minimal Brain Damage Syndrome について」という論文を発表している（今村 1967）。自閉症児に関心を持っていた今村は、「自閉症と区別しなければならぬ器質的起源の行動異常をどう表現するか苦心していた」と後に語っており（今村 1991: 7）、そうした状況下で、今村が目にしたのが 1966 年に発表されていた Pincus と Graser の論文「小児期における“微細脳損傷”症候群」(Pincus and Graser 1966)であった（今村 1967, 1991）。

Eisenberg が日本国内で多動症の診断と向精神薬を用いた治療の普及活動をおこなっていた 1960 年代半ば以降のアメリカは、「医学雑誌か『読み捨て』雑誌を開けば、まずリタリンかデクセドリンの詳細な宣伝にでくわすという状況」であったという（Conrad and Schneider 1992=2003: 297）。Conrad と Schneider は、こうした宣伝は多動症や MBD の治療の有効性を説明し、医師に多動症児に対する診断と治療を促すものであったと論じている（Conrad and Schneider 1992=2003）。つまり、このことから、子どもの問題行動の対処に苦悩していたという今村が、MBD に辿り着いたのは必然的な結果であったといえるだろう。ただし、医中誌 Web の結果をみてもわかるように、MBD に関心を示す医療関係者はほとんどいなかったことや、診断基準の曖昧さが指摘された 1980 年代には MBD という言葉がみられなくなっていったことから、子どもの問題行動に対して MBD という診断名を付与する実践は日本では限定的であったということもできる。こうしたなかで、鈴木が言及していた MBD の「早期発見早期治療」に関しては（鈴木 1975b）、2005 年に施行された発達障害者支援法のなかでも、中心的役割を果たしており、現代にもつながる重要な指摘であったといえるだろう。

次に、医療関係者らの関心が MBD から LD に移行したといわれている 1980 年代から 1990 年代をみていくことにする。

第 2 項 LD

図 6 の医中誌 Web の結果をみると、1970 年から 1980 年にかけて MBD や ADHD の項目に大きな変化はみられなかったが、1980 年代に入り LD に関する研究が徐々に増えはじめ、1970 年代は 0 件から多くても 10 件程度だった報告も、1980 年代後半には 100 件を超えるまでに増加している。さらに、1990 年代からは LD に関する報告は急速に増え続け、年間 100 件ほど医学文献がみられるようになり、2000 年代には 200 件から 300 件を超える年もあるなど、LD の研究が積み重ねられてきた。

研究内容に焦点を当ててみると、1970 年代は MBD との関連のなかで LD が紹介されるようになり、医療関係者以外にも教育学や心理学の領域からの報告がみられた（小鳥居 1976; 昇地 1975; 鈴木ら 1978; 上野ら 1978）。1980 年代になると、小児神経学会（1982 年）や

日本児童青年精神医学会（1986年）、日本小児精神神経学会（1986年、1989年）などでLDに関する特集が生まれ、パネルディスカッションなどもおこなわれるようになった。1989年には、『学習能力の障害—心理神経学的診断と治療教育—』の著者D. J. JohnsonとH. R. Myklebustが来日し（Johnson and Myklebust 1967=1975: 7）、講演内容が日本小児精神神経学会の雑誌『小児の精神と神経』のなかに収録された（Myklebust 1989; Johnson 1989）。1990年代に入ってから、『児童青年精神医学とその近接領域』（1993年）などの医学雑誌で特集が生まれ、LDは教育学や心理学などの分野でも取りあげられるなど、教育的視点にも重点が置かれる形で発展してきたことが確認できた。また1992年には日本LD学会（旧：日本LD研究会）が発足し、LDに関する議論が交わされるようになっていった（日本LD学会 2019）。

こうしてLDに関する研究が増えはじめた1980年代は、アメリカ精神医学会からDSM-III（1980年）、その改訂版となるDSM-III-R（1987年）が発表され、ADHDはその診断名がMBDからADDに変わり、そして現行のADHDへと変更されるなど、多動症の歴史のなかでも変化の大きかった時代である。また1990年代は世界保健機構（WHO: World Health Organization）からICD-10（1992年）が発表され、その2年後の1994年にはアメリカ精神医学会からDSM-IVが刊行された。PubMedの検索結果（図3）においてもその変化は顕著に表れており、1980年代から1990年代にかけてADHDに関連する研究が増加していた。しかし、みてきたように1980年代の日本は、MBDに不信感を抱きはじめた時代であったことから、医療関係者らの関心はLDに移行していったことがみて取れる（鈴木 1975a; 上村・森永 1980）。

そのようななかでも、ConradとSchneiderが指摘するように、日本国内の症例報告のなかにも、LDと診断を受けた子どものなかにはMBDやADHDの診断を受ける子どもはいたようである（二上・上村 1989; 平林ら 1989; 森永ら 1989; 佐々木ら 1989）。またLDの診断を受けた子どもは、脳波の異常やてんかんとも関連付けられることが多く、特にてんかんのある子どもは認知能力の障害が疑われ、半数の子どもがLDを発症していたという報告がみられた。しかし、その認知障害を起こす原因となっていたのが皮肉にも、てんかんの治療薬である抗けいれん剤の多剤併用であった（二上・上村 1989）。また学校で攻撃的な行動がみられる子どもに対して、医師がLDの診断をくだし、抗けいれん剤を投与していたことが事例報告のなかで紹介されていた。以前であればMBDと診断を受けメチルフェニデートが処方されるような場面においても、LDの診断と抗けいれん剤を用いた治療がおこなわれていた（佐々木ら 1989）。

このように、1980年代から医療関係者だけでなく、教育学や心理学の専門家を巻き込みながら研究がされるようになったLDであるが、制度や政策の成立に結びつけられるような展開はなく、日本ではじめて文部省（現：文部科学省）がLDを定義したのは1990年代に入ってからのものであった。木村は1960年代後半にLDが公式に定義されたアメリカと比べても約20年以上の差があると指摘しており、LDもまたMBDと同様に定義の曖昧さから混乱が生じていたようである（木村 2015）。

1950年代から1960年代にかけてアメリカで拡大してきたLDは、失語症や難読症などの読書障害、知覚運動障害と並んで多動症が含まれていたことは、ConradとSchneiderの医療化論のなかでも言及されてきた。また1960年代初頭に両親と専門家によって創設された学習障害児協会は、道徳的起業家として多動症の「販売促進」における重要な役割を果たしてきたことが社会学のなかで共有されてきた。そして、学習障害児協会は、医療的な視点よりも教育的視点に重点を置いていたが、多動症に関しては医療モデルを採用し、医療的アプローチを取ることで行動統制を図ろうとしていたという（Conrad and Schneider 1992=2003）。

日本におけるLDの変遷を辿ってきた木村によると、日本では1960年代から読み、書きの障害についての報告はあったが、脳機能の障害として捉えられることはなかったという。しかし、1965年におこなわれた国際小児科学会議において、Kirkが言語学習能力診断検査の報告をおこなって以降、日本でもLDに関する議論が本格的におこなわれるようになった（木村 2015）。特に、日本では1975年に発行されたJohnsonとMyklebustの著書『学習能力の障害』（Johnson and Myklebust 1967=1975）の翻訳を担当した森永良子は、著者のひとりMyklebustから直接指導を受けた経験を有しており、もうひとりの翻訳者である上村菊朗とともに日本のLD研究の発展に貢献してきた。ふたりは、診断の曖昧さが指摘されていたMBDと共通点が多いといわれるLDの診断と治療を確立するためには、「批判にたえる診断を心掛けるなくてはならない」とLD概念の拡大に尽くしてきた（上村・森永 1986: 4）。日本ではアメリカと異なり1980年代から1990年代にかけて、医療関係者らの関心はLDにあったようで、ConradとSchneiderがいうところの、教育的視点にも重点が置かれていた。しかしながら、LDの議論のなかで、MBDやADHDが重複していることは確認することはできたが、メチルフェニデートなどの向精神薬投与について言及されることはあまりなかった。

次は、1990年代から2000年代にかけて拡大してきた日本のADHDについてみていくことにする。

第3項 日本におけるADHD

医中誌Web（図6）の結果をみると、1980年代から2000年代にかけてLDに関する研究が増加しているが、1990年代後半から2000年代にかけて、LDよりもさらに急速に増えはじめたのがADHDであった。ADHDがMBDと呼ばれていた時代は、小児科学や精神医学などの分野において診断基準の曖昧さが指摘され、MBDを主とした研究は衰退していったが、ADHDに名称が変更された後、再び注目を集めるようになったのである。1980年代前半は、年間1、2件のADHDに関する研究がみられる程度であったが、1990年代後半までには平均して10件程度の研究が報告されるようになった。さらに、2000年代に入ると論文数が急増し、1999年は77件だった論文数が2000年には175件にまで増加し、5年後の2005年には398件の論文が収録されるに至った。その後も研究は増え続け、2018年には600件

以上の報告がみられるようになった。

ADHDの研究が急増した2000年代には、『小児の精神と神経』(日本小児精神神経学会 2000年)や『小児科診療』(診断と治療社 2002年),『精神科治療学』(星和書店 2002年, 2004年)などの医学雑誌においてADHDの特集が組まれるようになった。そのなかで,他誌よりも早くADHDの特集をおこなった日本小児精神神経学会は,1997年の神戸連続児童殺傷事件を取りあげ,ADHDと少年犯罪を結びつけた議論(杉山 2000)や,不適切な養育(虐待)を受けた子どもの行動とADHDとの関連性(奥山 2000)など,現代にも続く「発達障害」と非行や虐待との関連をめぐる議論をはじめていた。特に注目したいのは,児童養護施設の子どもの問題行動に関心を持っていた奥山眞紀子は,親から虐待を受けた子どもの問題行動が「ADHDの診断基準と同じ行動特徴」を示していると指摘したことである(奥山 2000: 282)。以降,児童養護施設には,ADHDに類似する行動を示す子どもが多く暮らしているということが指摘されるなど,社会的養護における養育に大きな影響を与えることになった(日本子ども家庭総合研究所 2009; 上野・吉田 2011)。

そして,虐待体験のある子どもが問題行動を起こすと,愛着障害や反抗挑戦性障害といった診断名が付与されるようになり(奥山 2000; 泉・奥山 2009),器質的な脳の機能障害と考えられていたADHDのなかに,家庭環境に起因する問題が付け加えられた。以降,児童虐待に社会的関心が向けられるようになり,これまでほとんど無関心であった児童養護施設に医療関係者は目を向けはじめたのである。その結果として,児童相談所には精神科医が配置され,また児童養護施設内で心理療法がおこなえるよう心理療法担当職員が置かれるなど,問題行動を示す子どもの診断と治療がおこなえる環境が整備されてきたのである(吉田・土屋 2019)。

ADHDが再注目を集めるようになった2000年代は,「児童虐待防止等に関する法律」が制定され(2000年施行),それを受けて各地域では虐待防止と早期発見のネットワークの整備が急がれてきた(上野・野村 2003)。そして2004年には自閉症,アスペルガー症候群,LD,ADHDなどの「発達障害」のある人を支援するための法律「発達障害者支援法」(2005年施行)が作られるなど,ADHDに関する法律や制度が整備されてきたのである。次に,親から虐待を受けた子どもの受け入れをおこなっている児童養護施設についてみていくことにする。

第4節 社会的養護と医療化

第4節では,親から虐待を受けた子どもにみられる問題行動とADHDの諸症状が類似しているということが注目を集めはじめた2000年以降,医療関係者のなかで児童虐待や児童養護施設についてどのような議論が交わされてきたのか,医中誌Webに掲載されている文献を中心に整理していくことにする。

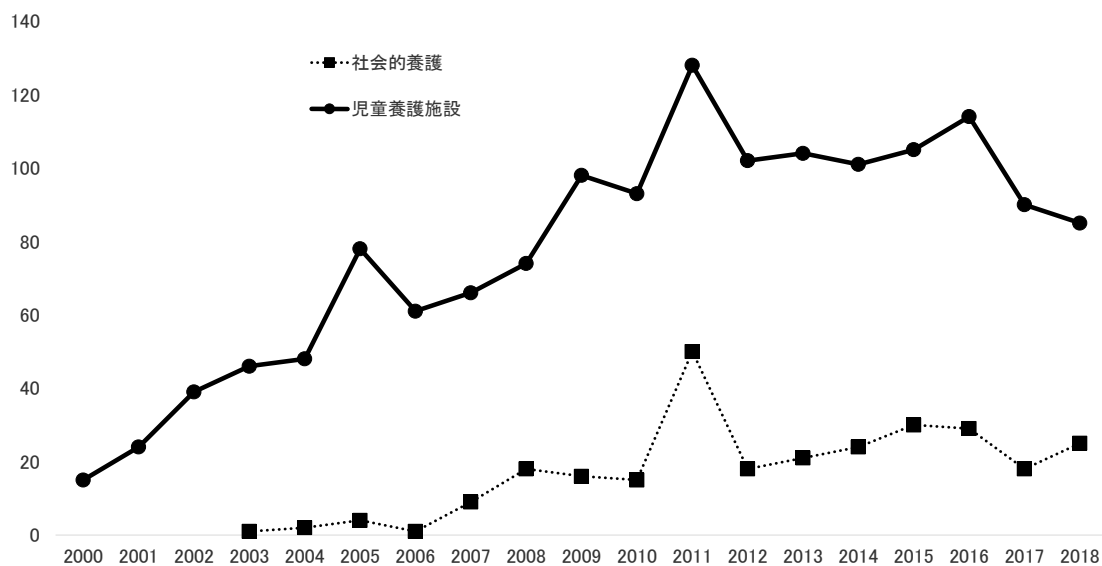


図7 社会的養護と児童養護施設に関する文献の件数

(出典：データベース医中誌 Web を基に筆者が作成)

図7は、医中誌 Web を使用し、社会的養護（社会的養護/AL）と児童養護施設（児童養護施設/TH or 児童養護施設/AL）を検索した時の文献数である（2019年7月27日閲覧）²⁾。ともに、2000年代に入ってから論文数が増加しはじめ、2011年をピークに医療関係者らによって児童養護施設が対象になった研究が多く出されるようになった。そして、1,541件あった児童養護施設に関する医学論文のなかで、児童虐待（（児童養護施設/TH or 児童養護施設/AL） and （虐待/TH or 虐待/AL））に関する研究は、748件と約半数を占めていた。これらは2000年以降の論文が多く、児童虐待や児童養護施設における取り組みが報告されるなか、心理療法の必要性や医療機関との連携などが議論されていた。そのなかでも、1994年に発足した「日本子どもの虐待防止研究会」の雑誌『子どもの虐待とネグレクト』に掲載された論文が多くみられた。

その一方、児童養護施設に関する研究のなかで ADHD（（児童養護施設/TH or 児童養護施設/AL） and （注意欠如・多動症/TH or ADHD/AL））に言及している論文は、39件と数こそ少なかったが、日本の児童養護施設においても一般家庭の子どもよりも、ADHD やそれに併存する反抗挑戦性障害などの障害が有意に高い状況にあることや（杉山 2011）、虐待を理由に児童養護施設に入所した子どもが ADHD の診断を受け投薬治療に進んでいることを示す研究が掲載されるようになった（中村ら 2016）。

そして、2000年に雑誌『小児の精神と神経』のなかで ADHD の特集をおこなった日本小児精神神経学会は、翌2001年に「子ども虐待の臨床」という特集を組み、そのなかで児童養護施設の加賀美尤祥は、親から虐待を受けた子どもが「一様に示す、不適応、逸脱行動などの重篤な課題への対応」に、施設は混乱状態に陥っていると、児童養護施設に措置さ

れた「被虐待児」について論評した（加賀美 2001: 229-230）。さらに次号では、「特集 児童養護問題と子育て支援」が主題に掲げられ、児童養護施設における子どもの養育に関する問題が議論された。その後、同学会の第 100 回記念学術集会特集（2009 年）において、『子ども虐待と社会的養護』—子どもの権利の視点から—を主題に、ホスピタリズムから児童虐待に社会的養護が抱える課題が移行してきたことや（庄司 2009）、虐待を理由に児童養護施設に入所した子どもの退所後の進路について言及された（小林 2009）。

このように 2000 年以降、日本の児童養護施設には、虐待を理由に子どもが入所するようになり、その子どもをみてきた施設職員から、虐待体験のある子どもが問題行動を起こしやすいことや、精神的な問題を抱えているという報告がされるようになった。親から虐待を受けた子どもの問題行動に対して医療関係者は、ADHD に類似する行動を示していると、子どもに薬物療法を進める医師の姿がみられるようになるなど（中村ら 2016; 杉山 2011）、親から虐待を受けた子どもが医療による行動統制を受けはじめたのである。

国立成育医療研究センターの奥山は、2016 年から動きはじめた「新たな社会的養育の在り方に関する検討会」の座長を務めており、社会的養護のガイドライン策定に携わっている。そして 2017 年 8 月には、検討会の意見を取りまとめ「新しい社会的養育ビジョン」を発表した（新たな社会的養育の在り方に関する検討会 2017）。このなかで、子どもの代替養育として家庭での養育を原則とする里親委託の推進が打ち出され、社会的養護関係者の注目を集めたが、従来社会的養護の中心を担ってきた児童養護施設の役割について、「家庭と同様の養育環境では養育が困難な子どもを養育すること」が示された。すなわち親から虐待を受けてきた子どもは、できるだけ家庭に近い環境で養育することが目標に掲げられ、そのなかで問題を起こすなど手厚い支援が必要な子どもに関しては、家庭ではなく施設において養育し、併せて行動上の問題や精神的、心理的問題の解消や軽減に向けて治療することが明記された。つまり、児童養護施設は子どもの養育施設ではなく、心理療法や薬物療法などをおこなう治療施設になることが、国の方針として示されたのである。

第 5 節 結 論

本章では、日本において子どもの問題行動が ADHD として捉えられるようになるまでの過程に焦点を当て、日本国内の医学分野の論文を検索することができる医中誌 Web を用いて分析をおこなってきた。Conrad らの医療化論では、多動症の概念が拡張されつつあること（Conrad and Schneider 1992=2003）、そして、アメリカ国内に限られていた ADHD の診断と向精神薬を用いた治療が、世界中に拡大していることが指摘されてきたが（Conrad and Bergey 2014）、日本もまた例外ではないことがシステマティックレビューに基づく文献調査から明らかになった。以下では、Conrad らの医療化論を参照しつつ、子どもの問題行動を多動症と捉え、医療化が拡大してきたアメリカの後追いをしている日本の現状を考察することで結論としたい。

まず第2節は、アメリカを中心に子どもの問題行動が医療の問題として扱われていく過程を、特に2000年代以降、アメリカ以外の国々にADHDに対する認識が広がり、子どもが向精神薬を服用している点を中心に検証してきた。子どもへの向精神薬投与をめぐるのは、1960年代から1980年代頃からアメリカにおいて議論が開始され、医療関係者に加え「教師が多動症の症候と治療についての実践的な臨床的知識を拡大」させていたことや(Conrad and Schneider 1992=2003: 294)、多動症に関する知識が家庭にも広がり、親が子どもを連れて診療所を訪れるようになっていた(Conrad and Schneider 1992=2003)。1990年代になり、イギリスやカナダ、オーストラリアなどの国々からもADHDに関する報告がなされるようになり、学校のなかで問題を起こした子どもがADHDの診断を受け向精神薬を用いた治療に至っていることや、社会的に不利な状況にある家庭の子どもにADHDの診断名が付与されやすい傾向があるなど、経済的な問題とADHDとの関連が指摘されていた。こうしてADHDの国際化が進むなか、同節ではアメリカにおいて一般家庭よりもフォスター・ケアに措置された子どもへの向精神薬の使用割合が高いことが問題視されている現況を確認した。子どもの多くは親からの虐待を理由にフォスター・ケアに措置されるが、里親との信頼関係が築けるようになるまで里親の変更を繰り返す。そのような子どもは里親に対して懐疑的な見方をするようになり、里親は問題を起こした子どもを連れ精神科を受診する。このように、子どもの問題行動をADHDなどの精神障害としてみる視角が確立されているアメリカでは、子どもが医療機関につなげられ、向精神薬の対象になっていった。

第3節では、アメリカで多動症やMBDが流行していた1960年代に、日本においても、その診断基準や概念に関する議論がはじまっていたことを確認した(Eisenberg 1965; 今村 1967; 高津ら 1968)。児童虐待問題の社会学的研究をおこなってきた上野加代子は、「近代医学という科学知識を根拠とした逸脱の医療化は、一国内にとどまる現象ではなく、グローバルに波及する。近代医学の方法論や知識の普遍性という立場に立てば、医学診断や概念が日本に適用されることは当然」と論じており(上野 2006: 159)、子どもの問題行動もまた、多動症やMBDと診断されるようになるなど医療化の過程を辿っていた。1990年代後半からADHDの研究が増加し、2000年にはLDよりもADHDに関する研究が多くなった。1990年代から2000年代は、日本においてもインターネットが普及しはじめた時期であり、ADHDに関する情報が得やすくなったことで、ADHDに関心を寄せる医療関係者が増加した可能性がある。また、世界的にADHDの診断基準がICDからDSMに移行したことで、ADHDの診断名が付与されやすくなったが、2000年代に入り日本においてもADHDの診断および対処法の検討の際、DSMに準拠したチェックリストが採用されるようになっていった(DuPaul et al. 1998=2008; 上林 2003)。

また第4節では、医療関係者が親から虐待を受けた子どもが示す問題行動を医療的に捉えるため、ADHDの診断基準を活用しはじめた点に着目した。2009年に刊行された『子ども虐待対応手引き』には、「虐待を受けた子どもは注意欠陥多動性障害に類似した行動の障害、学習の障害、排泄の障害、睡眠の障害、感情の障害など様々な精神的障害を持っているこ

とが多い」(日本子ども家庭総合研究所 2009: 272) という記述がなされるまでに至った。こうして 2000 年代以降, さまざまな事情で親元から離れて過ごす子どもの生活施設であった児童養護施設は, ADHD に類似した精神障害を持つ子どもが高頻度で存在する場所として医療関係者に認識されるようになった。児童養護施設に関心を寄せる医療関係者は 2010 年代以降も増え続け, 子どもの問題行動に対して医療関係者は ADHD や精神障害を診断し, 薬物療法をおこなうことが提唱されるようになったのである。

以上のように, 本章では, 1960 年代から 2010 年代にかけて子どもの問題行動が医療的に解釈されるようになるまでの過程をみてきた。医療関係者のなかでは子どもの問題行動を多動症や MBD としてみる視角が 1960 年代後半から 1970 年代には確立されていた。それが, 1990 年代に入り児童虐待問題に社会的関心が集まりはじめた頃, 親から虐待を受けた子どもの行動が ADHD に類似していることが指摘されると, 愛着障害の問題とともに ADHD にも関心が向けられるようになった。そして親から虐待を受けた子どもを受け入れるため, 児童養護施設には地域小規模児童養護施設やグループホームなどが導入され, 「施設の家庭化」が図られてきたが, これらは児童虐待問題の社会的関心の高まりを受けて医療的ケアを目的とした施設へと移行しようとしている。児童養護施設が医療化していることに対して施設職員は, どのように受けとめようとしているのか, 今後検討する必要があることを確認したところで本章の結語とする。

注

- 1) スイスのチバ社(現: ノバルティスファーマ社)が, 1944 年に合成した中枢神経興奮剤であり, 1954 年にドイツではじめて発売された向精神薬である(医薬品医療機器総合機構 2018)。
- 2) 医中誌 Web において「児童養護施設」を検索した結果, 1990 年に 1 件論文がみられたが(大隅ら 1990), ADHD や児童虐待とは直接関係がない研究であったことや, 以降 10 年間掲載されている文献はなかったため, 取り除いている。なお, 1998 年に養護施設から児童養護施設に名称が変更されたことから, 過去に使用されていた「養護施設(養護施設/AL not(児童養護施設/TH or 児童養護施設/AL))」というキーワードでも検索をおこなったところ, 1959 年から養護施設に関する研究はみられたが(230 件), 結果としては施設の栄養調査や食生活に関する研究が多く, 児童虐待と ADHD が結びつけられるような文献はあまりみられなかった。

第2章 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

第1節 問題関心

第1項 研究目的

本章では、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が目的である。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。そこで本章は、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おこなう。

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:児童福祉施設の設定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ほか、「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、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¹⁾。児童養護施設に心理療法担当職員の配置が認められる前の1996年から1998年までは、心理療法担当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、その割合は心理療法担当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、心理療法担当職員は増え続け、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²⁾。

その心理療法担当職員は、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、心理療法担当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たうえで、本章では、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。

第2項 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MBDなどの診断名が付与され、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。

Conrad と 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年にアメリカの食品医薬品局に認められ、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、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、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100万人近くにのぼり、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%)、多人種の子どもの (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³⁾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⁴⁾、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できていない(吉田2013)。そこで本章では、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。

第2節 研究方法

第1項 研究協力者と協力施設の概要

本章では、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てる子どものうち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。

第2項 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刊している冊子と（全国養護施設協議会編 1996；全国社会福祉協議会養護施設協議会編 1986；全社協養護施設協議会「養護施設三十年」編集委員会編 1976；全社協養護施設協議会調査研究部編 1966）、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、職員がほか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。本章では、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人あたり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、メモを取ることに承諾は得られたため、要約形式でまとめた。

なお、本章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

第3項 倫理的配慮

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。本章における調査は、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。

第3節 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。

第1項 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は、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事例や、夜施設抜け出し小学校の教室のなかでたき火をした子どもの事例が取りあげられ、その子ども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、問題を起こした子どもには、問題児や情緒障害児、処遇困難児という言葉が付与されていた（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]（筆者補足、以下〔 〕は同様）の児童養護施設は、非行や不良と呼ばれるような子ども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」と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に比べると今の子どもはかわいいで

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(旧: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」の略称)は、リーダークラスの子どものみを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よ。[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。

[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。困っている子どものためになればって思って就職はしたけど、現実はどうじゃなかった。

(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、そのほかは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』ということがあたり前のようになられていた時代」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あたり前。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って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〔施設職員〕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。もちろん意図的にではなく自然にというか、できていたんですよ。

（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、職員は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、インタビューに応じてくれた職員は、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を落ち着かせようとしていた。さらに、施設に限らず職員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。

第2項 体罰から向精神薬を用いた養育へ

第3節第1項では、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るけど、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、最近はそういう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し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をみてきた B さんは、以前はみられた子ども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 年 [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] に入っただったような。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ね。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)

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、怪我や事故から子どもを守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、ほか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ね。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」といわれました。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? いや一知らないですね。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い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いました。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]はわからないですね。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)

第1章でも触れたように、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った。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)の著者である上村と森永は、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てきたが、アメリカ精神医学会がADHDに名称変更した1980年代の日本は多動症よりも学習障害に医療関係者の関心が移行していた。

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は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。そして施設に保護された子どもは、入所前の児童相談所にいるとき、囑託医から向精神薬の処方を受けていた。少ない事例であったが、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。こうして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。

第3項 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からですかね。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事など] 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えでは] 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つてね」というお話をさせ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療法担当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。主な心理療法担当職員の業務内容は、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。また心理療法担当職員の配置を進めるうえで、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療法担当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 2012a）。施設 Y が心理療法担当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療法担当職員の割合は 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 名の心理療法担当職員が配置されており、日替わりで心理療法担当職員が子どものカウンセリングをおこなっている。

その心理療法担当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、心理療法担当職員の配置により、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ができ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て子ども（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…リタリンですよ。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」っていうもんね。だから、少しでも「減らしたい」、「止めさせたい」って思う。けど、本人は薬がないと不安だっていうし、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、今で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、飲み続けな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が認められ⁵⁾、リタリンはナルコレプシーに限定された（厚生労働省 2007a）。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

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、学校から連絡が来るんです。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。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は、ADHD ですね。コンサータが多くて、皆飲んでいるんじゃないかな。それと、リスペリドン [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。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、なるべくにこやかにスムーズに学校へ行ってくれたら…。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ったのですが。

(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、リスペリドン (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を念頭に置きながら、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。

第 4 節 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。てんかんの子どもの入所は、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相談を持ちかけ、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施設職員との関係が密

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、精神科に通院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療法担当職員が、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療法担当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。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（生地 2017）。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、進学の際に主治医に中止の相談をしていた。しかし、子ども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薬物療法が続いていることや、学校などでトラブルが起きれば増薬になっているなど、1度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、子どもがストレスを抱えそれに反発し暴れ問題行動を起こすことも想定される。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、子どもに向精神薬が投与される可能性も高くなるだろう。

本章では、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。

第 5 節 結 論

本章では、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当て、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、国内で多動症に関する議論が進んでいか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えることができる。

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、本章では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は障害の診断が付与されやすく、向精神薬を用いた薬物療法に至っているという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という診断が付与され、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章の結語とする。

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 2012a）。
- 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療法担当職員の数（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、G. J. 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）。

第3章 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

第1節 問題関心

アメリカでは子どもへの向精神薬投与をめぐっては、医療化論の観点から製薬企業や医学の実践に批判の矛先を向ける研究や、フォスター・ケアの子どもに向精神薬が投与される割合が高いことを問題視した研究が発表されている。他方、これらの研究には、フォスター・ケアの子どもに向精神薬を服用させている現場をみていくという着眼点が弱かった。本章では、日本の児童養護施設で子どもと直接関わる仕事をしている施設職員が向精神薬投与をどのように受け止めているのかについて、施設職員の語りから得たフィールドノートを基に分析する。施設職員は、親の代替として子どもの「しつけ」をおこなうが、家庭では逸脱にならない子どもの行動が、集団生活を基調とする施設では逸脱行動として現れてくる。こうした逸脱する子どもの行動は医療的ケアが必要であると解釈され、精神科等医療機関での診断による向精神薬を用いた行動統制・管理が施設現場においてはじまっていた。施設における医療的ケアの過程を施設職員の語りを交えて明らかにすることが本章の目的である。

子どもと向精神薬に関する社会的な議論は、「医療化論」のなかでなされ、その議論のひとつは「多動症」という診断名が付与された子どもについてであった (Conrad and Schneider 1992=2003)。多動症は『脳微細損傷』(MBD: Minimal Brain Dysfunction)、多動症候群、児童多動症障害などとして知られており、障害を診断するうえでの典型的な症候パターンとして「極度に過剰な筋肉運動(多動)、注意持続期間の短さ(次々と活動から活動へ移る)、落ち着きのなさ」¹⁾などが言及されていた (Conrad and Schneider 1992=2003: 291)。そのMBDは、1968年に発行されたアメリカ精神医学会のDSM-IIにおいて児童期の多動性反応に、1980年のDSM-IIIではADDになり、そして1987年に発表されたDSM-IIIの改訂版でADHDに改名された。MBDからADHDへの名称変更について、D. Healyは、「単に、子どもによっては多動傾向を示したり、注意の持続が困難であったりといったこの障害の状態が名称に反映されたにすぎない」と指摘している (Healy 2009: 174)。さらに、Healyは、「不注意にしても過活動にしても人によってさまざまな捉え方ができる質のものであることを考えれば、不必要にADHDと診断されるおそれが出てくる」との見解を示している (Healy 2009: 174)。つまり、MBDでは診断されてこなかった子どもがADHDとなったことで診断の幅が広がり誰にでも発見できるような障害となったのである。

ADHDの登場とともに、1954年に出されたリタリンが注目を集めるようになった (Healy 2009)。そのきっかけとなった要因について、ConradとSchneiderによると、製薬企業は1960年代の半ばからリタリンなど向精神薬が多動症の治療に有効であると説明し、医師に多動症児に対する診断と治療を促していたという。彼らは、製薬企業が多動症のラベリングと治療に既得権益を持っていることは明らかであると論じている (Conrad and Schneider

1992=2003). 1994年から2001年にかけて、ADHDと診断された子どもへの向精神薬の使用が急激に増加していること、そしてそうした変化の背景に製薬会社から国への働きかけがあったことを指摘する研究がなされてきた(Thomas et al. 2006).

そして近年、フォスター・ケアに置かれている子どもへの向精神薬の使用²⁾が年々「エスカレート」してきているという議論もされてきた(Healy 2009: 171). アメリカでは一般家庭の子どもよりもフォスター・ケアで生活する子どもの方が向精神薬の対象となりやすいといったことも研究で明らかにされている(Leslie 2012; Triant 2010). アメリカでの調査によると、フォスター・ケアで向精神薬が投与されている割合は、同年齢層の一般人口が4%であるのに対して、13-52%と極端に高かった(Triant 2010). また別の研究では、フォスター・ケアに収容されている子どもは、そこに収容されていない子どもと比べて2.7-4.5倍、向精神薬を使用していることも明らかになっている. 国はフォスター・ケアに措置された子どもの向精神薬の割合が、一般家庭の子どもよりも高いことについて、親から虐待を受けた子どもの治療に必要であると説明している(Leslie 2012). しかし、Healyはこうした向精神薬が「多動などの診断がなされることがある子どもの問題行動をコントロールするのに使用されている」とみなしており、問題症状のある子どもをおとなしくさせるために向精神薬を使用することは虐待行為につながると指摘している(Healy 2009: 185).

以上のように、アメリカでは、医療化論の観点から製薬企業や医師の批判や一般家庭の子どもよりもフォスター・ケアの子どもの方が向精神薬を使用していることの問題性に言及した研究がなされてきた. しかし、フォスター・ケアなどで向精神薬を日々服用させている職員に着目した研究はなく、施設職員が子どもへの向精神薬投与をどのように受け止め、日々、投薬を受ける子どもとどのように関わっているのかは謎のままなのであった. そこで本章では、日本の児童養護施設で子どもと直接関わる仕事をしている施設職員が子どもへの向精神薬投与という事態をどのように解釈しているのかを施設職員へのインタビューと児童養護施設での参与観察から検討していく.

第2節 子どもへの向精神薬投与

第1項 発達障害と児童虐待

日本でも児童養護施設における子どもへの向精神薬に関する関心が芽生えている. 2008年に厚生労働省は「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)」において、施設に入所している子ども全体の5.3%が精神科・心療内科へ通院しており、3.4%が投薬をおこなっていることを報告している(厚生労働省 2008). 2007年度の時点では児童養護施設での向精神薬の使用はアメリカのフォスター・ケアに較べて遥かに少ないが、2010年に実施された小児神経専門医や児童青年精神医学会認定医への調査では、低年齢児への薬物治療の実態が浮きあがっている. 国立精神・神経医療研究センター病院の小児神経科の

中川が、子どもの自閉性障害などに対する適切な薬物療法の指針と治療ガイドラインを作成することを目的とした調査によると、回答者 611 名のうち就学前から小学校低学年の子どもに薬物療法をおこなっていた医師は半数以上いたと説明し、薬物療法の対象となった症状は、衝動性、多動、自傷他害などであった（中川 2011）。

また 2008 年現在、児童養護施設の入所者の 53.4%が「児童虐待」を理由としていることから（厚生労働省 2009）、今後、日本でも被虐待児と判定された子どもの主な受け入れ先である施設で、「暴力的な子ども」「発達障害」と判定された子どもに対して、精神科と心療内科での投薬が進んでいく可能性がある。2009 年に刊行された『子ども虐待対応の手引き』のなかで日本子ども家庭総合研究は、虐待を受けた子どもの精神的障害と薬物療法を含む治療について、次のように記している。

虐待を受けた子どもは注意欠陥多動性障害に類似した行動の障害、学習の障害、排泄の障害、睡眠の障害、感情の障害など様々な精神的障害を持っていることが多い。そのような問題に対する医学的な評価と治療（薬物療法を含む）が必要になることは本来非常に多いと考えられる。しかし、これまでは児童福祉施設の認識の問題と子どもの精神障害に対応できる医療機関の不足から医療的対応がなされていないことが多いのが実状であった。頻度の高さから考えて、子どもの精神障害に対応できる医療機関を確保し、個別の通院だけでなく、相談を適宜行えるような連携が望ましい。よって日常的に医療的援助を受けやすくするために、地域の医療機関との良好な関係を作る工夫が欠かせない（日本子ども家庭総合研究所 2009: 272）。

子どもの生活施設であったはずの児童養護施設は、「注意欠陥多動性障害に類似した精神的障害を持つ子どもが高頻度で存在する場所」と規定され、それを組織的に「治療（薬物療法を含む）」することが提唱されたのである（日本子ども家庭総合研究所 2009）。実際、東京都は先駆的に、2000 年代後半から児童養護施設に精神科医も配置しており、その数は増加して、2009 年 4 月からは 29 施設で配置が可能となったという（武藤 2009）。つまり、行政や児童養護の現場において、治療的アプローチが必要だと考えられるようになってきたのである。

第 2 項 子どもへの向精神薬投与に関する変遷

第 2 節第 1 項でみたように、2007 年度時点では、児童養護施設での精神科への通院や子どもへの向精神薬投与は少なかったが、子どもへの向精神薬投与や医療的ケアに関する議論がそれまでまったくされていなかったというわけではない。その手がかりとして、本章では 1970 年から発行がはじまった全国児童養護施設協議会の季刊『児童養護』をみていくことにする。

まず、はじめに 1970 年代では子どもへの向精神薬投与や医療的ケアが取り入れられたと

いう報告は見当たらなかったが、1980年（11巻2号）に東京都児童相談センター所長の上出弘之は「問題行動をもつ子どもの指導」という特集のなかで、子どもの問題行動として「おちつきがなく、絶えず動きまわる」などをあげ³⁾、「問題のある子ども」と脳の障害との関連性を指摘し、「問題行動を示す子どもの正しい理解には、医学的な観点からアプローチが必要である」と論じている（上出 1980: 41-43）。

その後、『児童養護』では児童養護施設で生活する子どもと医療に関する特集が組まれるなど「問題のある子ども」には精神科医による治療が必要であるという意見が散見されるようになる（石井 1980; 上出 1981, 1985）。1980年代半ばから、『児童養護』において問題行動のある子どもは、児童養護施設における「処遇困難児」と表現されるようになった。養護処遇困難児調査研究会代表（東洋大学教授）の田村健二は、家庭の経済状況や家族関係の問題、子どもの養育環境に触れ、児童相談所が「治療センター」となり児童養護施設と協力し合い親子の治療を支援する体制を整える必要があると主張している（田村 1986, 1987）。そして、問題行動のある子どもとその親は、精神疾患をもつ親と子どもとして紹介され、児童養護施設での対応について議論されるようになった（林 1991a, 1991b; 竹中 1992; 西川 1994; 滝沢 1994）。

1990年代末の『児童養護』で、「困難を抱えた子どもたち」の特集ではじめてADHDと診断された男児の事例が紹介されている（西川 1999）。その事例は、落ち着きのなさ、他児とのトラブルなどを持つ男児が生後間もない頃から乳児院に措置され、ADHDと診断を受けるまでの12年間施設を「たらい回し」になったという内容である⁴⁾。その後、『児童養護』は、「精神障害・発達障害の診断」（2007年）、「障害や問題行動に対する理解と対応」（2008年）など、児童養護施設の子どもとADHDを含む発達障害に対する精神科治療について連載している（金井 2007a, 2007b, 2008a, 2008b）。そのなかで、横浜中央児童相談所の医師である金井剛は、向精神薬治療に期待することは「症状の軽減」であると述べ、「衝動性を抑えることでトラブルの頻度や程度を和らげる、不安や緊張を弱めること」とであると説明している（金井 2008b: 38）。さらに金井は、子どもに医療を拒否させないためには、児童相談所の協力のもと、職員の一致した態度が精神科通院には必要であると論じている（金井 2008b）。

1980年代では子どもへの向精神薬投与について説明はされていないが、落ち着きがなく、絶えず動きまわる子どもは、処遇困難児や脳に障害がある子どもとして取りあげられており、精神科医による治療が必要であるということが論じられてきた。その後1990年代後半から、児童養護施設では子どもの行動に「落ち着きのなさ、他児とのトラブル」などがみられ、施設職員では対応が困難であると、精神科医へ通院し、ADHDなどの診断名で説明されるようになった。その治療として向精神薬の必要性が指摘されるようになったのである。

しかし、Healy は子どもの行動を向精神薬でコントロールすることは虐待行為につながると指摘していた（Healy 2009）。現に、アメリカでは、児童虐待の専門機関である児童保護サービス（CPS: Child Protective Services）が、子どもをフォスター・ケアに措置し、

措置先で向精神薬を用いて ADHD と診断された子どもの気分を鎮め管理していると批判を受けている。さらに、フォスター・ケアでの子どもの死亡や自殺と複数の向精神薬の投与との関連が疑われるケースがマス・メディアで取りあげられている (Heather 2010; 上野・吉田 2011; Sessions 2012)。

現在、日本の児童養護施設では向精神薬による副作用で自殺など死に至ったというケースは報告されていないようであるが⁵⁾、児童養護施設で生活する子どもの逸脱行動を向精神薬で沈静化させている動きが、マス・メディアによって批判的に取りあげられるようになってきた⁶⁾。また「精神科早期介入の問題を考える会」が発足しており、早期発見早期介入により、子どもが向精神薬の薬漬けになっていると訴えている団体が活動している (精神科早期介入の問題を考える会 2012; NHK クローズアップ現代 2012)。今後、向精神薬の副作用が原因とみられる事故や死亡など子どもに不幸なことが起こるようであれば、子どもへの向精神薬投与において「虐待」しているという意味が付与されるかもしれない。そうすると、児童養護施設における子どもへの向精神薬投与は「虐待」しているというまなざしで世間からみられてしまうのかもしれない。すでに、高齢者施設では向精神薬の過剰服用が「身体拘束」に該当する虐待であるとみなされている (東京都福祉保健局 2009)。児童養護の施設職員のなかにも、子どもへの向精神薬投与に対して肯定的に受け止めている者がいれば否定的な見解を示す者もいるはずである。また、同じ職員でも、向精神薬投与についての見解は状況などによっても異なるのかもしれない。本章では、可能な限り当事者である施設職員が抱えている子どもへの向精神薬に対する思いや児童養護施設が抱えている課題について探っていくことにする。

第 3 節 調査の概要

以下、4名の施設職員からの語りと児童養護施設における参与観察に基づいて考察する。データ収集と調査内容は、2011年8月から2012年4月まで筆者が週2日児童養護施設に入り、そこで得られた語りを基に分析する。

児童養護施設 (以下、「施設 X」とする) は、入所定員 40 名の大舎制の施設である。施設 X は当該の県内に 7 か所あり、その大半は大舎制施設である。施設 X に勤務する施設職員は 20 名で施設長をはじめ保育士や児童指導員、心理療法士、栄養士等が子どもの処遇に携わっていた。それに加え、調査対象の施設 X は、「児童養護施設における医療的支援体制の強化」に伴い、施設に入所する子どものうち、虐待を受けた子どもの増加や障害、特に ADHD などの発達障害を有する子どもの増加によって、医療的ケアの必要性が高まっていると Z 県でいち早く 2008 年に看護師の配置が決まった施設である。主に、看護師は児童養護施設では「被虐待児や障害児等継続的な服薬管理などの医療的ケア」をおこない、医療的支援体制の強化を図ることを目的とした業務に携わっていた (厚生労働省 2010a: 13)。

筆者が施設 X に入った 2011 年 8 月の時点で入所していた子どもは 35 名で直接処遇職員

が1人あたり平均2-3名の子どもを担当していた。施設Xは、24時間の宿直の交代勤務に加え休日などを挟むと、通常業務の場合は直接処遇職員1人が5-6人の子どもとかかわっている。日勤業務を終えたあとは宿直者2名が子どものケアにあたっており、子どもの就寝時間から翌朝子どもが登校するまでの間、2人の職員が子どもの指導・支援にあっている。

施設Xに入るにあたり、施設長の許可を得るとともに、調査対象者には研究の趣旨等を口頭で説明し、データを使って研究発表をすることも伝え同意を得たうえで調査をおこなった。また、職員ならびに子どもの個人名が特定できないよう配慮することも申し添えた。

第4節 施設職員の語りから

第4節では、フィールドノーツのデータから、対象の児童養護施設における一連の医療的ケアのプロセスを概観し、施設Xに勤務する職員の実際の医療実践に対する解釈・理解についてみていくことにする。

第1項 施設Xにおける医療的ケアへの動き

2000年頃から施設Xでは学校でのトラブルや他児とのケンカ、施設職員に対する暴言や暴力など対応できないと判断した子どもを児童相談所につなぎ、主に精神科のある病院への紹介状を書いてもらい向精神薬を用いた薬物療法に至っていた。子どものなかには、何度も自傷行為を繰り返し入院治療の経験している者もいた。また過去には、施設Xからほかの地域にある情緒障害児短期治療施設（2017年4月から「児童心理治療施設」に名称変更）に措置変更し医療的ケアを受ける子どももいたということであった。2000年頃から医療的ケアを受ける子どもの数が徐々に増え、これまでに15名の子ども（施設全体の約10%前後）が多動傾向や自閉傾向、ADHD、うつ症状などの精神疾患であると医師から診断を受け向精神薬が処方されていた。子どもの精神科通院に付き添った経験がある施設職員⁷⁾は、医師から「子どもが生活するうえでストレスを感じているのであれば、薬で和らげてあげることが必要である」と子どもへの向精神薬に対して説明があったと語っていた。加えて、医師は「施設職員も子どもの処遇にストレスを感じているのであれば、子どもに薬を飲ませることで潰れないようにしないといけない」と話したという。つまり、向精神薬投与は子どもが抱えるストレスだけでなく、施設職員の子どものに対するストレスを軽減させるためのものであると、医師は施設職員に伝えていた。

医療機関への受診については、施設内でおこなわれる月1回の職員会議で、問題が頻繁に起こる子どもが議題としてあがり、医療機関への通院が必要であると判断された場合、月1回から2回の児童相談所での面談および心理検査等を受けた後、児童相談所から医療機関の紹介を受けて職員が子どもに付き添い受診する。児童相談所から措置された時点で、すでに向精神薬を服薬している事例もあった。原則、医療機関にかかる際は、保護者に説

明し同意を得て、時間と都合があえば保護者と医療機関に行くか、親の了解を得て職員と子どもが通院していた。筆者が調査に入った 2011 年 8 月の時点で入所している子ども 35 名のうち、男児 2 名（小学校中学年・中学生）、女児 3 名（いずれも中学生）が児童相談所への通所および医療機関（小児科・児童精神科）への通院、向精神薬による薬物療法を受けていた。

第 2 項 体罰と向精神薬

別の児童養護施設で 3 年、施設 X では 2 年の勤務経験がある児童指導員歴 5 年目の A さんは、医師から朝食と夕食後の 2 回、注意集中や多動、衝動性の改善に効能があるといわれているコンサータという向精神薬を処方された子ども（小学生）の担当をしていた。A さんは、過去に勤めていた職場でも向精神薬を服用している子どもとかかわった経験を有していた。

以前、私が勤めていた施設でも落ち着かない子どもは薬を飲んでいましたね。特に、落ち着きのない、多動の子どもが。

(A さん, 男性, 20 代, 児童指導員)

筆者が施設 X に入った 8 月は学校が夏季休業中であつたため、日中も施設には子どもの姿があつた。施設職員の A さんが担当する子どもは、夏休みに入り施設で生活する時間が多くなってから、ほかの入所中の子どもに対して嫌がらせをすることが増え、行動面でも落ち着きがないなど A さんは指導の難しさを感じはじめ、子どもを医療機関に連れていき相談をしていたところであつた。そして A さんは、担当医師から向精神薬を増やすかどうか施設で検討するようといわれたところであつた。翌週、筆者が施設 X に入ったときに、その子どもはコンサータに加えて、医師から気持ちの高ぶりや不安感を鎮めるほか、停滞した心身の活動を改善する作用があるといわれているリスパダール[®]の投与がはじまっていた。

子どもに向精神薬を使うことについての問いかけに対して、A さんは次のように説明をはじめた。

投薬については、基本的に反対ですね。[医師が子どもの様子を見て判断しているというよりも]職員の意見だけで投薬が決まってしまうことに疑問を感じる時があります。けど、集団のなかで生活することができない落ち着きのない子どもは、問題行動になってあらわれてしまうし、投薬して落ち着かせることも必要な。[過去に勤めていた児童養護施設では]薬を飲まないとほかの職員から日々の処遇に差し障りが出るといわれたことがあります。

(A さん, 男性, 20 代, 児童指導員)

子どもへの向精神薬の使用について否定的な A さんは、医師の判断よりも施設職員の意見が優先されているのではないかと捉えていた。このように指摘する A さんは、医師が施設での子どもの姿や学校での姿など実際の「生活場面をみていないし、みようとせず」、施設職員の観察記録や意見に頼っていることに疑問を感じていた。しかし、医師の診断結果に疑問を抱きながらも A さんは、向精神薬で子どもが暴れ出さないように予防していることもうかがえた。A さん自身は向精神薬投与に反対でも、ほかの施設職員に迷惑をかけるのであればと割り切り、医師から勧められた向精神薬の服用を子どもに勧めていたのである。

続いて、施設 X で心理療法担当職員として 6 年ほど勤務している B さんは、子どもの心理療法と施設職員のアドバイザーとして相談や助言などをおこなう業務に就いている。B さんからは「よく保育士から子どものこと [精神科通院] について相談を受けるよ」と、施設職員から担当している子どものことで相談を受けたときの話をしてくれた。

投薬を進める前にできることはないかと [尋ねられるが]、保育士によっては精神科への通院、投薬を勧めて欲しそうな感じがする。[そして施設職員は、] 返事次第では聞き入れてくれないし、相談という相談もなく児童相談所へ通所し、医療機関に通院、医師による投薬がはじまっていることもありました。

(B さん、女性、30 代、心理療法担当職員)

B さんは、精神科への通院や向精神薬投与のほかに何かできることはないか助言しているということであるが、施設職員は向精神薬以外の方法では子どもの問題解決にはつながらないと判断し、「児童相談所へ通所し、医療機関に通院、医師による向精神薬投与」が開始されることもあったという。

他方、薬物療法が入ってくる前の児童養護施設を知る施設職員は、子どもが向精神薬を用いた薬物療法を受けていることに抵抗を感じていた。ほかの児童養護施設を含め 10 年以上の勤務経験を持つ児童指導員である C さんは、以前勤めていた施設が管理主義的な体制のなかで施設の運営がなされていたことに疑問を感じ退職したが、施設 X の施設長に誘われ、施設 X で 1 年ほど勤めたところであった。児童養護施設での向精神薬の使用について C さんは、「薬で子どもの行動をコントロールするのは虐待しているのと同じだと思う」(C さん、男性、40 代、児童指導員) と真っ向から反対している。

そして、1970 年代に 2 年ほど施設 X で保育士として勤務していた D さんは結婚を理由に退職したが、子育てが落ち着き再び施設 X に復帰していた。その D さんは過去と現在を比較しながら話を進めてくれた。

最近、[向精神] 薬を飲んでいる子どもが多いですね。昔 [35 年前に] 勤めていたと

きは、薬を飲んでいる子どもは1人もいなかったけど、子どもの質が変わったというか、職員の質が変わったというか、昔とは違う。今は親から虐待を受けていたり、親のDVをみて育ってきた子どもがいたり、落ち着きのない発達障害の子どもや精神的にも「うつ」の子どもがいたりして大変。

昔は暴力なんか使って力で抑えていたけど、今は虐待になるし、薬を飲ませるのは絶対に反対やけど、施設を管理するのに必要なんよ。

(Dさん, 女性, 50代, 保育士)

1970年代の児童養護施設にはなかった発達障害や児童虐待、うつ、DVなどのトラウマ経験が現在では存在していることをあげるDさんは、子どもと施設職員の質の変化として捉えている一方で、障害などの医療的な診断が「昔とは違う」という理由で子どもの処遇に変化が起きていると語っている。そしてAさんと同様、Dさんにも子どもに対して向精神薬を使うことについて尋ねてみたところ、Dさんからは暴力など力による行動統制は虐待にあたること、子どもへの向精神薬投与は反対であるというが、施設の運営上子どもを管理するための手段として向精神薬が必要になっているとの認識を持っていた。そして、自分が子育てしていたとき病院や薬に頼らなかったというDさんは「自分の子どもだったら絶対に飲ませない」と子どもへの向精神薬投与に疑問を抱きつつ、職務を果たしていた。

ここまで、施設Xで働く4名の職員の語りをみてきて、共通していたことは向精神薬投与に対して否定的であるということである。しかしながら、職務を遂行するうえで、施設職員が子どもを暴力など力で抑えることが虐待となってしまうことから、体罰の代替として向精神薬による処遇をおこなわざるをえない状況があるとみなされている。その一方で、Cさんのように向精神薬を用いることで子どもの行動をコントロールすることも虐待しているのと同じであるという意見もみられた。施設職員は向精神薬投与について反対であるが、施設職員自身が逸脱する子どもに対して体罰を加えないようにするためにも向精神薬がなくてはならないし、職務を遂行することができないといった気持ちの揺らぎや、ジレンマとも取れる思いが語られていた。向精神薬以外に、落ち着きのない「問題のある子ども」をコントロールするためには、どのような方法があると考えられているのかについては、後で検討することにする。

第3項 向精神薬の効果および副作用

向精神薬の効果および副作用についてAさんとDさんから話を聞くことができた。また実の子どもであれば病院や薬を使用しないと語ってくれたDさんは、向精神薬の効果および副作用について調べていた。

リスパダールを飲んでいた子どもは、太ってしまうんですよ。その子どもは成長期ということもあり、かなり食欲もあったけど、異常にお腹がポッコリと出ていたりし

て、ただの肥満とは違うというか、薬を止めると痩せるし、ほんと薬の副作用だと思ったことがあります。

(Aさん, 男性, 20代, 児童指導員)

以前、リスパダールについて調べたことがあるけど、調べた通りでリスパダールを飲んでいる子どもは皆、異常な太りかたしていましたね。実際は薬を飲んでも何も良くなってないように感じるし、副作用で太っていったりしてかわいそう。

(Dさん, 女性, 50代, 保育士)

このようにDさんは、子どもの行動が良くなってないと日々の観察から向精神薬の有効性について疑問視していた。そして、子どもの行動を落ち着かせようと向精神薬を用いたところ、副作用の影響からか子どもの体重は増加していたのである。そのDさんは、子どもの体型の変化に「かわいそう」という言葉で受け止めているが、子どもが向精神薬を服用し暴れずに寝てくれることで安心して仕事ができると、向精神薬が子どもの行動に効果をもたらさないとしても、向精神薬を使用することで安心感を得ていた。

[向精神] 薬には眠たくなるものもあって、〇〇ちゃんなんかは22時まで起きていても良いかと聞いてくるから、私は「いいよ」って言ってあげるけど、薬のせいかな20時過ぎた頃には寝てしまうんです。そういう意味では、暴れないで寝てくれるのは助かるけど、ほかに薬を飲むことで何が良くなっているのかはわからないけど、集団を管理するというか薬を飲んでくれる安心感みたいなものはあるかもしれない。

(Dさん, 女性, 50代, 保育士)

安心感を得ているのはAさんも同じで、「薬は子どもにとっては良くないと思っても、薬を飲んでくれると安心して仕事ができますね」と語っていた。Aさんもまた、Dさんと同様に向精神薬の投与に対して否定的な意見を述べる一方で、子どもが落ち着いて過ごしてくれることで安心して仕事ができると感じているようであるが、安心して仕事ができるというDさんには不安を感じていることがあった。

[向精神] 薬は増えていく一方ですよ。職員が薬を管理するのも大変で間違えて渡してしまわないか不安で一杯です。施設の子どもは薬が「ただ」だからね。薬は増えることがあっても減ることはないです。

(Dさん, 女性, 50代, 保育士)

減ることのない向精神薬にDさんは、不安を抱いていた。さらにDさんは、施設の子どもは医療費が無料であると「医療費公費負担」⁸⁾の適用について触れている。施設入

所者全員に適用される医療費公費負担は、子どもの医療費が施設ではなく、国や都道府県が負担していることで向精神薬が増えると捉えている。

第4項 向精神薬以外の方法

第4節第2項のなかで心理療法担当職員のBさんは、施設職員に対して「向精神薬以外の方法」はないかと問いかけていたが、施設職員は向精神薬が用いられることに戸惑いながらも医療的ケアに頼ろうとする姿があった。しかし同時に、施設職員は向精神薬を使わなくても、実践のなかで子どもの行動が落ち着く術も知っていた。そのひとつは、子どもと施設職員が1対1でかかわることができる環境である。

子どもは大人が1対1でかかわることのできる時間を持てれば落ち着いていられるし、[向精神]薬の必要はないと思う。1対1のかかわりができるように、施設職員の人員配置を増やすなど、支援ができる環境を整えば良いけど、予算的に無理があると思う…。

最近の小規模化の動きもあるけど、小規模化は子どもにとって良くて職員負担が大きくてつぶれてしまう可能性があるみたいなんです。私は「里親」が一番理想だと思って、〇〇ちゃんを週末里親や養育里親に出せないか、児童相談所に聞いているところです。

(Aさん, 男性, 20代, 児童指導員)

児童養護施設の地域小規模化の動きについても問うてみたところ、Aさんは施設職員の負担の増加をあげ、向精神薬の代替としてAさんは「里親委託」という選択肢を持っていた。しかし、里親が見つからなかったとき「それが、ダメなら情短への措置変更も視野に入れて動くかな」と情緒障害児短期治療施設という可能性も示唆していた。

そして、向精神薬以外の方法について施設職員にできることはないか模索していた心理療法担当職員のBさんの子どもへの向精神薬投与に対する見解は、以下の通りである。そして、子どもへの向精神薬投与を真っ向から反対するCさんの見解である。

私は[向精神]薬が必要な子どもには使うべきだと思う。ただ、[向精神]薬を使うまでに職員ができることを、たとえば環境を整えるなどしたうえで、[向精神]薬は最終手段にするべきだと思っています。投薬がはじまっても、施設の環境が改善されなければ投薬の意味がないんじゃないかな。

(Bさん, 女性, 30代, 心理療法担当職員)

子どもに[向精神]薬を飲ませないとダメなのかな。子どもだって嫌なこともあるだろうし、施設に不満を感じて走り出したり、飛び出したりしたら、職員と一緒に走ったらいいんじゃないのかな。この前も、[子どもが]パニックになったとき雨のなか

外に走り出したけど、[私は] 一緒になって走ったよ。

(C さん, 男性, 40 代, 児童指導員)

子どもへの向精神薬投与に変わる対処法については、子どもに寄り添うことのできる環境を作ること職員間の見解は一致した。しかし、今の児童養護施設には施設職員と子どもが親密な関係を築ける環境にないと、より家庭的な環境を求め里親への措置変更を模索する施設職員の姿があった。そして A さんが選択肢にあげていた情緒障害児短期治療施設は、「軽度の情緒障害を有する児童を、短期間、入所させ、又は保護者のもとから通わせて、その情緒障害を治し、あわせて退所したものについて相談その他の援助を行うことを目的とする」施設のことである（児童福祉法第 43 条の 5）。情緒障害児短期治療施設には、精神科医と心理療法担当職員が配置されており、医療的ケアを中心とした施設である。

第 5 項 コミュニケーションツールとしての向精神薬投与

施設の管理上看護師が勤務にいないときは、施設職員が向精神薬を管理しているが、施設の運営上、施設職員がどうしても手薄になり、子どもの対応に追われてしまうと向精神薬を渡し忘れてしまうことがあるという。

女の子なんかは、薬を渡し忘れて自分から求めて来ますね。それは、薬を渡される時や飲むときに、職員と 1 対 1 になれるからだと思います。要するに、職員を独占したいんだと思います。1 対 1 で外出できるときに喜んでついて来てくれるのと同じで、たくさんかかわってほしいんだと思います。

(D さん, 女性, 50 代, 保育士)

向精神薬を渡し忘れ自ら求めてくる子どもの行動をみて薬物依存ではなく、D さんは施設職員を独り占めにしたいという子どもの思いをくみ取っている。ここで、子どもは向精神薬を施設職員との関係をつなぐコミュニケーションツールのひとつとして利用しているのではないか、という見方が示された。施設 X では施設職員と子どもが 1 対 1 で出かけるのは児童相談所への通所や病院に行くときが多く、誕生日やクリスマスに食事（プレゼントを購入するため買い物）に出かけることもあるが年に 1 回と限られている。普段の休日は、施設職員が子どもを連れて公園へ遊びに行くことはあるが、複数人で出かけるため施設職員を独り占めすることがほとんどできない状況である。

第 6 項 考 察

施設職員は、全体的に向精神薬の使用に対して否定的な見解を示すものの、職員間で向精神薬は受容され処遇改善に必要なものとして認識されつつあった。1991 年に日本の児童養護施設でフィールドワークをおこなったイギリスの社会人類学者・R. Goodman は、1970

年代に児童養護施設で勤務していた施設職員から、「必要ならときには力で躰なければ、社会に出た場合困るようになる」(Goodman 2000=2006: 227) と子どもの養育に体罰が用いられていた点に注目している。そして、1970年代に施設Xで働いていた経験のあるDさんも当時を振り返り、暴力など力で子どもの問題行動を抑えることがあったと語っていた。1970年代の児童養護施設では、「問題のある子ども」を薬物療法や心理療法ではなく、力で抑えることが子どもの行動統制に用いられていた時代であったようである。

ところが、昔の親なら当然であったしつけ(体罰)は、1990年代以降「虐待」として社会問題化されるようになり、体罰という言葉には「やってはならない」、「禁止すべき」という意味が与えられた(内田 2009: 13)。そして、児童養護施設でもしつけが問題視されるようになり、1997年に「全国養護施設長研究協議会」(現: 全国児童養護施設長研究協議会)では、「体罰」をテーマにした部会が設けられた。しかし、その部会の施設関係者からは体罰は避けるべきという意見もあったが、「施設には親に代わって子供が自立できるようしつける役目」があり、「現実には、子供が自分や他人を傷つけようとしている時など、緊急避難的に手をあげざるを得ない場合がある」と、体罰の正当化を主張するような意見も出されたようである(読売新聞 1997)。

Dさんが児童養護施設に復帰するまでの間、1998年に児童福祉施設最低基準の改正により「懲戒に係る権限の濫用禁止」⁹⁾や、2000年に制定された「児童虐待の防止等に関する法律」(厚生労働省 2012b)、施設職員による入所中の子どもに対する「虐待等の禁止」¹⁰⁾が2005年に施行されるなど、施設職員による子どもへの体罰の禁止が制度化されていった。こうした動きを把握していたDさんは、子どもへの体罰を回避し予防する手段として、抵抗を感じながらも向精神薬が必要と捉えていた。またDさんは、自身の子育ての経験を踏まえ、向精神薬という手法を用いる施設の運営管理に戸惑いを感じつつも、集団生活を維持するためにはやむを得ないと思うことで、子どもが薬物療法を受けている姿をなんとか受け入れようとしていた。それに加えて、向精神薬の使用が医療的ケアの一環のみならず、子どもによって施設職員との関係をつなぐためのコミュニケーションツールとして利用されていることに、Dさんは複雑な思いを抱いていた。Dさん以外の施設職員は、体罰について直接言及していなかったが、AさんやBさん、そしてDさんは、向精神薬の使用について反対であるとしながらも、児童養護施設の集団維持のためには向精神薬が必要な子どもには投薬するしかないとジレンマを抱えながらもなんとか割り切って仕事をこなそうとしていた。

そのようななか、Aさんは過去に勤めていた児童養護施設の職員から子どもが他児とのトラブルや学校で落ち着かないなど問題を起こすようであれば、仕事に差し障りが出るといわれた経験を語ってくれた。施設職員は24時間の宿直業務に加え、不規則な勤務形態である。そのため、Aさんのように向精神薬投与の必要はないと判断していても、Aさんが休みのときに担当の子どもが他者に迷惑をかけてしまうのであれば、ほかの職員を納得させるためにも向精神薬投与は必要な処置と考えざるをえない。それゆえ、Aさんは医師の判断

よりも「施設職員の意見で」向精神薬投与が決められることに疑問を持っていたのかもしれない。そして、医師が子どもの生活している姿をみて、「この子どもには薬の必要はない」といってもらえたなら、ほかの職員も納得すると考えているからではないだろうか。

また、Aさんは職員と子どもが密にかかわることができれば向精神薬を用いなくても対応できるとの見解も示していた。とはいえ、やはり施設養護では子どもへの愛情を注ぐことが困難で親密な関係を築くことができないということから、施設よりも里親であれば子どもが問題行動を起こさずに生活することができると考えていた。さらに、Aさんは子どもの年齢が高いことや落ち着きがないことで、里親が受け入れなかったときは、情緒障害児短期治療施設への措置変更も視野に入れていた。そしてもしどちらかの措置変更が叶ったとしても、措置変更に伴う問題が発生する可能性がある。それは先に述べた西川の子どもが学校でのトラブルから12年間で5回も施設を「たらい回し」になった事例にもあったように（西川 1999）、措置変更が一時しのぎにすぎないことがあるからである。

そしてHealyが指摘していたように（Healy 2009）、Cさんも向精神薬を用いて子どもの行動をコントロールすることは虐待行為につながると考えていた。同じ職場内でも子どもへの向精神薬投与は虐待しているのと同じだという見方をする人はほかにもいた。AさんやDさんが感じていたように、向精神薬の副作用の問題や年少の子どもからはインフォームドコンセントが得にくいことを考慮しても、Bさんが説明していたようにまずは施設の環境を整えるところからはじめ、向精神薬は最後の手段として使用されるべきである。しかし、現状の少ない職員配置のままでは「いまここで」暴れる子どもを施設でどうするか、という切実な問題が、児童養護施設の最低基準の引きあげや里親制度の充実などの環境改善より先に生じているのである。向精神薬に関しては、インタビューができた4人の職員の間にも見解の差があった。また、いみじくもDさんが「自分の子どもだったら絶対に飲まさないね」という言葉からもわかるように、インタビューの角度によっても意見が異なることもあった。このように、同じ施設職員のなかでも、向精神薬投与への語りには気持ちの揺らぎ、あるいはあきらめや割り切りといったものが交錯していたのである。

第5節 結論

みてきたように、アメリカ同様、今回の調査対象である日本の児童養護施設においても、落ち着きのなさや他児とのトラブルなどが施設では処遇しにくい子どもとして解釈され、医療機関を受診し医師の判断で向精神薬を服用しているケースがみられた。施設職員は子どもへの向精神薬投与について否定的であり、向精神薬を用いて子どもの行動を統制することに疑問を抱いていた。しかし、施設の運営・管理のためには仕方がない、割り切るしかないというジレンマを抱えていた。そして力による統制がおこなわれていた時代を知る施設職員は、体罰の禁止が制度化されたことによって、集団生活から逸脱する子どもへの対応が医療的ケアへと変化していったと捉えていた。また、向精神薬の使用が子どもと職

員との関係をつなぐためのコミュニケーションツールと化している状況に、施設職員は当惑していた。

今回の調査で向精神薬に代わる方法を施設職員に尋ねたときに、子どもを逸脱させないためには人員配置の見直しをあげるなど人的環境の補強が多く語られていた。さらに、現実的に子どもと職員との関係を密にするためには、施設養護ではなく里親委託ということ視野に入れている施設職員の姿もあった。しかし、実際に里親委託をおこない、仮に子どもが里親家庭で落ち着き問題行動が出現しにくかったとしても、学校生活という集団生活で逸脱してしまうと、社会的養護の子どもは精神科通院、向精神薬という手続きを経て行動が統制されてしまう可能性がある。また「自分の子どもではない」ことから、学校でのトラブルが頻繁に起きるようであれば、再びほかの施設へ措置するといった形で子どもの措置変更がおこなわれてしまうのではないかと。それゆえ、向精神薬投与は処遇しにくい子どもをとりあえず落ち着かせ、規則が厳しく子どもが嫌がる施設への措置変更を阻み、次々と施設をたらい回しにされる措置変更を防ぐための策としても機能していることが示唆された。

このような向精神薬投与のもうひとつの機能は、筆者をはじめ児童養護の現場に関わったことのある者にとって実はみ取りやすいことである。向精神薬投与は、インタビューに出てきたように「体罰」として批判されるリスクを冒さずにとっと早く子どもの行動を変容させ、「医療費公費負担」で施設の処遇コストを安くあげるといったメリットがあるだけではないだろう。現状の人員配置で、処遇しにくい子どもとの日々の生活にあえぎながら向精神薬投与を受け入れ、その代わりに担当の子どもとこれからも付き合いのくのだという「子どものための割り切り」が垣間見えるようにも思うのである。

注

- 1) 多動症の症候パターンは「苛立ち、頻繁な気分の激しいブレ（上機嫌の次の日には困り者）、不器用さ、攻撃類似行動、衝動性」などが傾向としてあげられている (Conrad and Schneider 1992=2003: 291)。
- 2) ヒーリーは「非常に気がかりな抗精神病薬の使用がみられる」と説明している (Healy 2009: 171)。
- 3) 上出は「おちつきがなく、絶えず動きまわる」のほかに「けんか早い、はげしいかんしゃくや反抗、登校をしぶる」などをあげ、「数えあげればきりがなし」と述べている (上出 1980)。
- 4) 男児は、生後間もなく母親の養育放棄と家出により、乳児院へ措置、その後、児童養護施設に措置されたが落ち着きのなさ、他児とのトラブル、ひどいかんしゃくのため、薬の調整と診断の確定を目的とした小児心療センターでの入院治療（診断名：非社会性行為障害）、向精神薬（メレルル）による薬物療法をおこないながら施設から小学校に通

うようになる。しかし、男児は慣れた頃にパニックが再発し、児童自立支援施設への措置変更それでも対応が困難と障害者専門の医療施設へ措置された。そこで児童精神科医に ADHD と診断され、その後向精神薬の変更（リタリン）など医療的ケアを受け、男児は①行動の落ち着き、②児童自立支援施設の短期処遇、③本人の強い希望、により以前生活していた児童養護施設に戻った（西川 1999）。

- 5) 筆者が日本の論文が検索できる CiNii や朝日新聞の聞蔵Ⅱ、医中誌 Web にて「向精神薬」、「子ども」、「死亡」、「児童養護施設」のキーワードで検索した結果、日本の児童養護施設では向精神薬による副作用で自殺など死に至ったというケースは報告されていない。しかし児童養護施設でのケースではないが、10歳の男児が2012年10月に日本脳炎予防ワクチンを接種したあと死亡していた（厚生労働省 2012c）。その死亡した男児は、3種類の向精神薬を服用していた。医療関係者からは向精神薬の副作用で起こる心臓の異常に加え、接種の強い痛みが重なり心停止を起こした可能性が指摘されていた。
- 6) 読売新聞では「児童施設と向精神薬」という特集が生まれ、①「親への愛——薬で抑制」（2012年4月9日）、②「鎮静させられた兄弟」（2012年4月13日）、③「小刻み歩行の子どもたち」（2012年4月20日）、④「消えないトラウマ」（2012年5月2日）を掲載している（読売新聞 2012a, 2012b, 2012c, 2012d）。
- 7) 筆者が児童養護施設に入ったばかりのときに、医療的ケアについて説明してくれた施設職員の話である。
- 8) 東京都福祉保健局によると、「公費負担医療」とは、「児童福祉法に基づき、都道府県が児童福祉施設入所者を対象に医療費を全額公費負担する制度」である（東京都福祉保健局 2011）。
- 9) 厚生労働省によると、「懲戒に係る権限の濫用禁止」は、「児童福祉施設の長は、入所中の児童に対し懲戒を行うとき又は懲戒に関しその児童の福祉のために必要な措置を採るときは、身体的苦痛や人格を辱める等その権限を濫用してはならないとされたところであるが、この規定は、施設における児童の権利を擁護するために創設」したものであるという（厚生労働省 1998）。
- 10) 厚生労働省が各都道府県宛に通知した資料「児童福祉施設における施設内虐待の防止について」を参照した（厚生労働省 2006）。

第4章 児童養護施設における療育手帳を用いた子どもの進路指導

第1節 問題関心

第1項 研究目的

経済的に困窮している家庭や虐待の判定を受けた家庭の子どもが、児童相談所から児童養護施設に措置されている。子どもの施設での生活は、原則18歳までとなり退所後は家庭復帰か社会に出ることになる。また施設の子どものなかには、不安定な職業に就き、転職を繰り返すなど、家族を頼ることができず路上生活者としての生活を送る者もいるという（西田 2011；妻木 2011）。そのため、施設の子どもの社会的に不利な状況に陥らないよう、大学や短期大学など高等教育機関（以下、高校卒業後の進学先を、「高等教育機関」とする）への進学が欠かせないのではないかと、進路保障の観点から22歳までの措置延長が必要であるという声もある（武藤 2012）。本章では、低学力や低学歴など学業不振のため高校卒業後に進学や就職が困難と予想される子どもに対して、退所した後の生活に困窮しないよう、障害者基礎年金や公共交通機関の割引などが受けられる療育手帳を取得するために、知的障害の診断を用いておこなっている進路指導に着目する。

1990年代に日本の児童養護施設でフィールドワークをおこなったイギリスの社会人類学者・Goodman は、高等教育機関への進学者が少ない要因に学業不振をあげ、施設入所で生じた転校や措置変更などが学習困難な状況を作り出していたと指摘している。さらにGoodman は、「業績主義」に基づいた教育制度の問題にも触れ、一般家庭の子どもに比べて、施設の子どもの高校への進学率が低いことのほかに、養護学校（現：特別支援学校）に在籍している子どもの割合が高いことに着目している（Goodman 2000=2006）。後に、社会的排除の観点から児童養護施設の子どもの低学力問題を分析した西田芳正によると、教師が子どもの社会的、家庭的背景をみることなく「学力の低さを本人の能力の低さ」として捉え、放置した結果が低学力につながっていたという。さらに、能力の低い子どもが普通学級ではなく、特別支援学級に就学していることにも触れており、子どもが分離教育を受けることに大半の施設職員は疑問を抱くことはなかったという（西田 2012: 208-209）。このように、学力の獲得に必要な支援が受けられず、特別支援学校へ進学する傾向にあるのが、施設に措置された子どもというわけである。しかし、特別支援学校に進学した後、子どもが辿る進路や学習面の課題をどのように克服してきたのか、これまで触れられることはなかった。

Goodman が指摘した2000年以降、児童養護施設の子どものに関する研究には、社会的排除が参照枠組として採用されるようになっていった（永野 2012；西田 2011, 2012；田中 2004；谷口 2011；妻木 2011）。児童養護施設で暮らす子どもをみてきたGoodman は、「ただ単にマイノリティ集団であるだけでなく、経済・政治権力へのアクセスという視点からも周縁集団そのもの」であると（Goodman 2000=2006: 37）、子どもが社会的排除状態に

置かれていることに注目している。本章では、Goodman と西田の社会的排除を参照するが、学力に問題があり進学が望めない子どもや知的障害の判定を受けた子どもは、施設でどのような進路指導を受けているのかみていく。

第2項 先行研究とその課題

児童養護施設の子どもが社会的に不利な状況に陥っているということは、1970年から発行がはじまった全国児童養護施設協議会の季刊『児童養護』のなかでも取りあげられており、高校進学率の低さや中卒就労の問題が話題にのぼっていた。今では、児童養護施設の子どもの18歳での退所は一般的になってきているが、1940年代から1990年代までは、施設の子どもが15歳の義務教育修了年限に達したとき、高校へ進学することは珍しく、ほとんどが就職に至っていた。中学校卒業後に就職した子どもが転職や離職を繰り返していることは、施設関係者のなかでも把握されていたが、定時制であっても高校進学については話題にはのぼらないなど消極的であった。児童養護施設の子どもに高校進学が勧められなかった背景には、全体的に就職難の時代でもあったことに加え、施設の子どもには頼ることのできる家族がいないことや施設出身という偏見があり、高校を卒業したからといって就職することのできる時代ではなかった（萩野 1971；長谷川 1983；石井 1994；大須賀 1971）。

児童養護施設から高校進学者が増えるきっかけとなったのは、1973年に特別育成費が措置費のなかに高校修学経費として予算化されたことにあるといわれているが、実際には高校進学問題がすぐに解決に向かったかというところではなかった。その理由として、これまで中卒で退所していた子どもが高校へ進学することになると、施設は高校生の指導体制や受け入れ体制（居室、設備、費用）を整えなければならなかったが、その解決策が見出せずにいた（石井 1994；松川 1975；山田ら 1975）。

児童養護施設から高校に進学する子どもの割合が、一般家庭の子どもと変わらなくなったのは、2000年以降のことであった。そして高校進学問題が落ち着きはじめた施設においては、一般家庭に比べて高等教育機関に進学する子どもが少ないことや、就職者が多いことが問題視されるようになった。国は、児童養護施設の子どもの進学保障の観点から、大学進学等自立生活支度費の予算化を進めているが¹⁾、学力の問題や高等教育機関への進学にかかわる入学金や授業料などの費用の負担、またひとり暮らしをするための予算が十分に確保されているわけではなかった（厚生労働省 2017a；全国児童養護施設協議会 2006）。

他方、児童養護施設の子どもの学歴の獲得に向けた研究が進んでおり、高等教育機関に進学することができた子どもの多くは、本人の学習意欲を支えるための職員や教員による働きかけや、経済的負担を負わせないよう返還期限のない奨学金制度を活用するなど社会資源を駆使していた。また家族を頼ることができない場合であっても、子どもと複数の社会資源を結びつけるための人的ネットワークが進路指導のなかに存在していたという（長瀬 2011）。反対に、施設から高等教育機関への進学が進まない原因を調査した永野咲は、

施設には「高卒就労で良い」といった考えを持つ職員がいたことなどをあげている（永野 2012）。つまり、子どもの進路は職員や教員による働きかけによって、変化するものであるということである。

また子どもの学業不振や失業率が高くホームレスになる可能性が高いという議論は、アメリカやイギリスなどのフォスター・ケアでもおこなわれていた（Dana et al. 2014; Gayle and McClung 2013; Johansson and Höjer 2012; McClung and Gayle 2010）。そのなかで、親の経済資源や学歴を頼ることができない子どもが、獲得可能な資源として検討されてきたのが社会関係資本である。フォスター・ケアを退所した子どもの動向を調査した Johansson と Höjer は、子どもを支援する立場である親や仲間、教師、施設職員（里親含む）とのつながりが、進学などにおける障壁を乗り越えるために不可欠であるという研究結果を得ている。併せてフォスター・ケアの子どもが抱える低学力や低学歴は、上記にあげた教師や職員に加え、ソーシャルワーカーや心理療法担当職員など子どもを支える人たちが、高等教育機関への進学に対して消極的な姿勢を示した結果であると指摘している（Johansson and Höjer 2012）。さらに、家庭でいるときに築きあげてきたネットワークの喪失、転校や新たな養育者との人間関係など複雑なルートを描く子どもは、社会関係資本の構築が困難な状況にあった（Gayle and McClung 2013; McClung and Gayle 2010）。このように、学力不振に陥り進学や就職が望めない子どもがフォスター・ケアにも存在しており、その解決策として注目を集めているのが社会関係資本であった。

しかし、フォスター・ケアでは、頻繁に子どもの措置変更が繰り返される「たらい回し」の問題を抱えていた。そのなかでも特に、アメリカでは平均にして6ヶ月に1回、子どもが新しい里親家庭や施設に措置変更されているという（U. S. Department of Health and Human Services 2007）。頻繁に措置変更がおこなわれるフォスター・ケアの問題に H. R. Dana らは、子どもが教師や友人と関係を確立、維持することができないため、社会関係資本の構築が困難な状況が高等教育機関への進学を阻んでいるとの見解を示している（Dana et al. 2014）。また子どもの措置変更が繰り返しおこなわれる原因を調査した S. H. Andersen は、フォスター・ケアの養育者と子どもの関係が不安定になり、子どもの扱いが難しくなれば措置が破綻することも少なくないと指摘している。加えて、経済資源を有する家庭の子どもよりも、貧困家庭の子どもが措置変更に向かう傾向が強いなど、措置された後も引き続き家族の影響を受けているという研究結果を得ていた（Andersen 2014）。アメリカでは、子どもの措置変更が繰り返される「たらい回し」の問題が、深刻な問題にまで発展しており、子どもが職員や教師との信頼関係を築けないほか、それが学業成績にも直接影響を及ぼしていた。

ここまで、児童養護施設とフォスター・ケアで生活する子どもが抱える学業不振の問題についてみてきたが、子どもの学力が低いのは、能力が低いからというだけでは説明が難しい。しかし実際のところ、子どもは小学校就学前に就学指導委員会による判定を受け、普通学校、普通学校にある特別支援学級、特別支援学校といった就学先が決定されること

になる。そして、学力検査のある高校受験を子どもが通過できなければ、高校以外の進学先を模索することになるが、進学ができなければ中卒就労も現実味を帯びてくる。本章では、児童養護施設で生活する子どもが、社会的に不利な状況に陥りやすいという問題を抱えているなかで、それをどのように回避し、選択肢を広げようとしているのか施設の取り組みに考察を加えていく。

第2節 研究方法

第1項 研究内容

2016年現在、日本の児童養護施設は603ヶ所あり、定員数は32,613人で、現員が27,288人である（厚生労働省 2017a）。本章ではZ県にある児童養護施設X（以下、「施設X」とする）での参与観察とその施設Xに入所経験のある20歳代の若者Xさんにおこなったインタビュー・データを用いる。インタビューは、施設入所から退所後の生活まで幅広く聞き取るため、半構造化面接法による調査を選択した。そしてICレコーダー等の録音機器の使用については承諾を得られなかったため、ノートにメモを取った。研究協力者は、施設Xに10年以上の勤務経験がある職員5名（男性1人、女性4人）である。データの収集は、2011年8月から2012年4月までの9ヶ月間、施設Xでおこなった参与観察と、2016年3月に実施した退所者Xさんへのインタビューで得たデータを分析した。なお、インタビューに応じてくれたXさんは、同施設の退所者であるが、研究の趣旨等を説明し、データを使って研究をすることを伝え同意を得たうえで調査をおこなった。また施設長から参与観察調査の許可を得て、職員や入所児童の個人が特定できないよう配慮することも申し添えた。

第2項 調査対象

施設Xの定員は40人で、定員充足率は約9割を超えていた。施設Xではまだ施設から高校へ進学することがあまり一般的ではなかった1980年代から、高校や5年制の高等専門学校への進学を勧めるなど、子どもの学歴の獲得には積極的に取り組んできた施設である。実際の成果としては、2000年以降に入ってからになるが、高等専門学校に1人、高等学校の看護科（5年間の教育を受けるコース）に2人、大学に1人進学している。高校受験を控える中学生には、職員から積極的に声をかけ、就寝時間まで受験勉強をしていた。また2009年からは学習塾費が予算化されたこともあり、親の経済状況にかかわらず学習塾に通うことが可能になったが、「学習塾にはいきたくない」という子どもには、学習ボランティアに来ている大学生が試験勉強の手伝いをしていた。

施設の子どものなかには、高校受験を控える中学3年次に入所してくる子どももいたが、不登校を理由に施設へ措置された子どもは、環境が変わり学校へ通えるようになった子どもや、適応指導教室に通うことができる子どもがいるなど施設入所に伴いさまざまな課題

を克服している子どもの姿もみられた。事前に、必ず職員から学校に子どもに関する情報が伝えられ、学習環境の調整をおこなっているということであった。主な調整業務としては、学校と児童相談所との拡大ケース会議の場が設けられるが、施設に措置が決定されて以降は、転校先となる学校に出向き、担任になった教師との面談をおこない、子どもの生活態度や家庭環境などについて説明をしていた。

そして、退所者の約9割が、高校を卒業した後、就職しており、県内外の企業に勤めている一方で、子どもの1割から2割が知的障害など障害の判定を受け、療育手帳を取得していた。子どものなかには、施設Xに措置された時点で知的障害の判定を受けていたということで、1ヶ月から6ヶ月に一度精神科のもとへ通院していた。また定期的に脳波の検査をおこなっている子どももいるようで、てんかん発作の異常がなくても年に1度は精神科に通院しているということであった。小学校入学前の就学指導委員会のなかで、特別支援学校への就学が適当と判断されることもあるが、親の希望もあり小学校に籍を置き、国語や算数などの時間は特別支援学級に入り学習指導を受ける子どももいた。また、就学前におこなわれる就学指導委員会を小学校就学後にも受ける子どもがいた。知能検査の結果や学校での姿を踏まえ、小学校を卒業するまでに特別支援学校に転校する子どももいるという。特別支援学校に進学しない子どもでも、施設Xでは就職活動の際に一般雇用が難しく、退所後行き場を失う可能性がある子どもには療育手帳の取得が勧められ、障害者雇用の枠での就労や20歳から障害基礎年金が受給できるため、子どもの経済的安定につながると考えられていた。

この施設Xに入所していたXさんは、中学3年生のときに施設へ入所し、高校受験を経験し進学している。しかし1年生のときに喫煙の疑いと喫煙で謹慎処分を受け、高校を退学している。その後、職員の付き添いのもと、公共職業安定所（以下、「ハローワーク」とする）へいくが、中卒という学歴で職に就くことの難しさを知ったXさんは、施設職員から障害者雇用の枠で働くことの提案を受け、療育手帳を取得し働けるところを探していた。しかし、高校退学したあと、障害者雇用の枠で職に就くことはなく、アルバイトを続けながら、再び高校へ入学しており、高校卒業後は一般雇用の枠で職に就いていた。

第3節 研究結果

第1項 高校進学と就職

施設を退所する子どもには、大きく2つの進路があった。そのひとつは、普通高校を卒業し、一般企業に就職するケースである。先述したように、施設Xでは退所者の約9割が職に就いており、これは、退所者の7割が高校卒業後の進路に就職を選択しているという厚生労働省の示すデータと比べても比較的多いようである（厚生労働省 2017a）。頼れる家族がいないうえ、保証人を立て、住居を借りることが困難な子どもに対して、施設Xでは就職活動の時点で、子どもがひとりでも生活ができるように、職業選択の際には寮や社宅

が完備されている企業を優先的に探すことを勧めていた。しかし、厚生労働省がおこなった「就労条件総合調査」をみると、施設 X が望むような条件を備えている企業は、2002 年には 41.2%あったのに対して、5 年後の 2007 年には 35%と減少しており（厚生労働省 2002, 2007b）、地元の Z 県で希望する企業をみつけることができない場合には、県外の企業にも可能性を広げ、就職先を探しているということであった。このような進路を辿るのは、どの施設にもみられることから、職員らによって作成された児童養護施設の手引きには、「住み込み就職」に関する項目が設けられている。これまで敷金礼金といった初期費用などの経済的負担を抑えられることで、住み込み就職が広がっていったようであるが、仕事を辞めたとき住居を失うことになるため、必ずしも子どもの生活の安定につながるとはいえないということである（東京都社会福祉協議会児童部会リービングケア委員会編 2009: 77）。

施設 X では退所者の対応に担当職員がかかわっているが、家庭支援専門相談員として保護者対応をおこなっていた職員も加わり、退所後の相談を受けていた。具体的には、退所者やその保護者との電話連絡や家庭訪問などが中心になるが、職員が退所者の勤めている職場や居住先へ訪問していた²⁾。退所者のなかには、体調を崩して欠勤したことをきっかけに就業困難となった人や、何も相談もなく突然仕事を辞めてしまった人もいたという。施設 X では、再就職を考えている退所者の相談を受けた後、ハローワークなどの公的機関につなげていた。

そして施設 X では、高校進学の際子どもに学年成績が下位より上位でいられる高校を選ぶよう指導をおこなっていた。そのなかで、大学への進学を意識した高校よりも、就職のサポート体制が整っている高校、資格を取得することのできる高校への進学を勧めていた。児童養護施設の子どもの普通高校より専門学校³⁾や職業高校（現：専門高校）に進学していることは、Goodman も注目しており、その傾向は 1960 年代から大きくは変わっていないようである。普通高校よりも専門高校を選択する傾向にある児童養護施設について Goodman は、「職業高校のカリキュラムの少なくとも 3 分の 1 は一般教育科目にあてられているのであるが、普通高校よりもはるかに低い地位」にあると、各学校のカリキュラムの違いについて触れている（Goodman 2000=2006: 231）。

施設 X で高校受験を控えた中学生の子どもは、進路希望調査用紙を施設に持ち帰り、学校の担任教師と話した内容を踏まえ、担当職員と話し合い受験する高校を決めていた。職員は子どもの考えに理解を示しながらも、退所した後のことを子どもに伝え、就職につながるような助言をしていた。高校進学を目指す子どものなかには、高等教育機関への進学実績のある高校を考えている子どももいるが、職員からは大学進学にかかる入学金や授業料、ひとり暮らしの費用などの説明を受けていた。さらに、親からは経済的支援が得られないことなどを踏まえ、3 年後の進路を念頭に置き、進学先を決定していた。

この施設 X では、高等教育機関への進学に実績のある普通高校よりも、企業からの求人募集が多くあり、なおかつ危険物取扱者などの資格を取得することのできる工業高校への進学を勧めていた。工業高校には男子が進学することが多く、女子が工業高校へ進学する

ケースは稀で、女子には看護科のある高校への進学を提案していた。また普通高校でも福祉や情報ビジネスなどの職業教育コースに進むことが多く、卒業までに訪問介護員（ヘルパー）の資格を得る子どももいた。訪問介護員の資格を取得した子どもすべてが、福祉職に就くわけではないが、施設Xを退所した後に高齢者施設で働いている人もいるという。このように、普通高校へいく子どもがまったくいないわけではないが、専門高校へいくことができなかつた子どもが、普通高校へいくというものであった。

第2項 障害の判定と療育手帳の取得

2 つ目は、医師から知的障害の診断と児童相談所での判定を受け療育手帳を取得しているケースである。高校への進学や就職が困難なとき、知的障害の診断を受けた後、療育手帳を取得し特別支援学校へ進学し、障害者雇用の枠で就職していた。また児童養護施設を退所した後に、障害者支援施設へ入所する子どもの姿もあった。

第1 小学校就学

施設Xの地域では、小学校就学前の幼稚園に通う子どもを対象に就学指導委員会による訪問観察調査をおこなっている。その後、保護者（施設の場合は、担当職員も同席する）に向けた就学相談説明会が開かれ、就学相談員と面談し、後日、判定結果が届くという流れになっている。子どもの主な就学先は、小学校の普通学級のほか、特別支援学級、普通学級に在籍しながら通う通級指導教室、そして特別支援学校である。就学前に、医療機関等で受けた子どもの診断書や療育手帳を取得している場合は、面談の際に提示するが、特別支援学級や特別支援学校への就学に抵抗を感じる保護者もいることから、小学校の普通学級に在籍し、通級指導教室を利用することもあるという。

施設Xでは職員が担当する子どもの親に面談日を伝え、親が参加できる場合には職員も付き添い一緒に説明を受ける方針であるが、親の仕事の都合などで参加できないことが多く、職員から親に就学指導委員会の結果を説明しているという。家庭支援員の経験がある職員は、特別支援学校を勧められた入所者Bさんの話のなかで、「[施設に子どもを預けている親に限らず] どの親も判定の結果を受け入れられないんじゃないかな。今は仕事のことや[自分自身]のことで一杯一杯になっているだろうし」(Iさん、女性、30代、保育士)と、親の状況に目を向けながら、子どもの障害を親が受容するだけの余力がないという見解を示している。施設では、親に対して就学指導委員会の結果を伝えなければならないが、学校に適応できないのではないかという不安や、何らかの理由で施設に子どもを預けている親の思いを職員は感じ取っているのかもしれない。そのため、家庭の状況を学校に説明し、まずは小学校への就学を前提に話を進めているということなのであろう。そして小学校就学後は、学習進度や学力検査の結果を踏まえ、段階的に普通学級から特別支援学級へ移行することで調整していた。施設Xの主な調整方法としては、親に参観日や運動会、保護者面談など学校行事への参加を呼びかけ、親の負担にならない程度に面会や帰省の回数

を増やしていた。

[就学指導委員会の結果]Aは大丈夫だと思うけど、Bは難しいかなって。[Bは]入所する前に児童相談所から「精神遅滞」っていわれていたし、ひっかかるかなって。小学校低学年までは普通の学校に通うことができたとしても、高学年になると理科や社会といった科目がはじまると、特別支援学校を視野に入れていないと。特別支援学級もあるから、小学校「卒業」まではみてもらえと思う。[親には]今すぐは難しいかもしれないけど、小学校を卒業するまでにはちゃんと[障害のことを]理解してもらえるようにお出かけしたり、帰省したりしてBの様子をみてもらって事情[特別支援学校への入学]を説明すれば納得して[受け入れて]もらえるんじゃないかなって思ってる。

(Iさん、女性、30代、保育士)

就学指導委員会から特別支援学校への進学が適当という判定がくだされたBさんの場合、施設Xでは親に判定結果をそのまま伝えるのではなく、外出や帰省を通して普段の姿をまずはみてもらい、生活のなかで支援の必要性を感じてもらうことで特別支援学校への進学につなげていこうとしていた。また特別支援学級に在籍したが、教科学習に遅れが生じているということで、教師から特別支援学校への就学に関する説明や見学が勧められることもあるという。職員の話によれば、小学3年次からはじまる社会や理科といった教科学習に合わせて、小学校から特別支援学校への転校について相談を持ちかけられることが多いという。そのため、小学校入学後にも就学指導委員会による知能検査を受ける子どもがいるということであった。このように教科学習の遅れなど教育上の課題が現れたとき、特別支援学校に就学する契機のひとつになっていた。しかし、特別支援学校への進学については「いつか特別支援学校へいくことになるのであれば、友だちがいる小学校で卒業するまでは通わせたい」(Gさん、30代、女性、保育士)と考える職員もいるなど、就学指導委員会の結果だけで特別支援学校への転校を判断するのではなく、小学校に通う子どもの視点に立ち総合的に考えているということである。そして、Bさんを担当していた職員のGさんは、Bさんが入所するときから小学校就学まで担当としてかかわっており、職員のなかでも長時間生活をともにしてきたひとりである。その職員Gさんは、集団で生活することが求められる施設の課題に触れながら、Bさんが障害の診断を受けることに戸惑っていたようである。

はじめにBの担当をしていた時期があるからわかるんだけど、2人でいるときは何も問題ないし、いいたいこと[言葉でのコミュニケーションは難しいけど、伝えたいこと]はわかるんだよね。ほかの職員はどう思っているのかな。私はB自身の能力は高いと思ってて[Bさんが小学校就学前に脳波検査や知能検査を受けた結果は、脳波に異常はみられなかったが、知能検査では測定不能であったという]。けどどうしてもほかの子どもら

から [悪戯や余計なお世話など] 色んな刺激を受けるから、どうしても [集団生活]に入ると [落ち着かなかったり、喧嘩したりと] 問題が起きてしまうことが、今は2人でいて問題なくても、集団生活になじめないようだったら、社会性がないとかっていわれるしね。[障害の判定は] 仕方ないのかもしれない…。

(Gさん, 女性, 30代, 保育士)

特別支援学校への進学には療育手帳が必要になるが、その障害の判定をめぐっては、同じ施設の職員のなかでも意見がわかれるようである。Gさんのように、担当として子どもの身近な存在になることで、子どもの逸脱行動が障害に起因した問題行動ではなく、環境の変化によってもたされたものであるという認識のもとに、特別支援学校への就学以外の可能性を探る施設職員もいた。しかし、子どものなかには家庭復帰が望めないことや、一般雇用の枠での就労が叶わないと子どもの将来を不安視した結果、施設では療育手帳を保険のような役割として捉え、退所後も継続して社会保障が受けられることに期待を寄せての指導のケースもみられた。

このままBが普通の学校で義務教育を終えたとしても、[退所後、親元に]帰れる可能性も低いし、[一般雇用の枠で]就職するのも難しいよね。そのときまでには道をつくっておかないと。いつでも特別支援学校に入れるわけではないから、タイミングをみて、就学指導委員会にはかけておかないとね。施設[Y]にもいつまでいられるかわからないし[知的障害児施設(現:福祉型障害児入所施設)]を示唆]。

(Jさん, 男性, 40代, 児童指導員)

施設職員のJさんは、Bさんが家庭復帰や仕事に就くことが困難であるとみており、児童養護施設を退所した後、生活に困窮しないようにするための対応策として、障害児入所施設などにつなげておきたいという思いを持っていた。特別支援学校への転校は、単に知的な遅れがあり、小学校での学習についていくことができないからというのではなく、施設を退所した後、待ち受ける困難を回避するための備えとして考えているようであった。

[2000年以降]療育手帳が取りにくくなったかな。ADHDや自閉症とか発達障害っていわゆる障害だと、[知能指数が高いと]療育手帳がもらえない可能性もあるみたいだし。一応、精神[精神障害者保健福祉手帳(以下、「精神手帳」とする)]の方で取れないかは確認するけど、[福祉サービスなどの面で]療育手帳が取得できた方が安心かな。Bはね、心配ないと思うよ。これからも[障害者支援]施設が面倒をみてくれるはず。Bは[療育]手帳が取れる子だから[施設に入所して以降、就学指導委員会による判定や児童相談所などでの判定を受け、知的な遅れがみられるといわれてきた]、将来、親が頼れなくても、なんとか福祉の力を借りて生きていけると思う。問題なのは[療育手帳が]取れない子

どもだよ。高校にもいけない、就職もできないっていう子どももいるから大変。

(Jさん, 男性, 40代, 児童指導員)

今回、Bさんを中心に就学指導委員会による調査、就学相談、そして特別支援教育を受けるまでの過程をみてきた。子どもの就学相談の際には、職員が付き添うこともあるが親の代わりに職員が面談に入ることもあった。特別支援学校へ進学するためには、障害の判定を受けることになるが、施設職員は障害の判定を受けることになった経緯などを説明することになる。子どもが児童相談所で医学的な検査を受けていることから、児童養護施設に措置された時点で施設職員は障害の有無について把握しており、児童相談所からも親に対して説明がなされている。しかしそれでも、離れて暮らす親に学習の遅れや特別支援学校へ進学することになった理由などを説明することの難しさを職員は感じており、中学校就学までには親子の時間を作りながら、段階的に特別支援学校への理解を得ようとしていた。またBさんのように、家庭復帰に目処が立っていないことや、一般雇用で働くことが困難なことが予想されることから、療育手帳を取得し特別支援学校に就学、退所後は障害者支援施設に入所するという流れが、施設職員に共通した認識傾向としてみられた。

児童養護施設で生活する子どもは、施設に入所するまでに児童相談所で医学的、心理学的な診断を受けているが、家族を頼ることができない子どもが、障害の判定を受け療育手帳を取得していた。日本は「子どもの生活、育ちに関して『家族責任』、『親責任』を当然とする社会」といわれており（西田 2011: 200）、このような家族依存社会のなかで、家族を頼ることができないということは、いわば“国民の意識の障害”ないしは、“家族制度の弊害”として捉えることもできるはずである（西田 2011）。また家族を頼ることができない子どもが利用できる制度やサービスがないのも事実である。彼らが取得している療育手帳は、緊急避難的措置であると位置づけることが適当なのかもしれない。

第2 義務教育修了後の進学

義務教育修了後、高校には一般家庭および施設の中卒者の9割以上が進学している（厚生労働省 2017a）。その多くは学力検査を受けるが、出願状況をみて志望する高校に入れないう可能性のある場合は、高校のランクをさげるなど調整を図るが、不合格の場合は2次募集に進むこともあるが、確実に高校へ進学するために、公立と私立を併願することもある。

施設Xでも、義務教育修了後は高校への進学を勧めており、第3節第1項でみてきたような進路を辿ることになる。しかし、高校に進学したいと考えている子どものなかには、教師から普通高校を受験する前に特別支援学校を併願することが勧められることもあるという。また学力検査の結果、普通高校に合格し進学したが、一般雇用の枠で就職ができなかったため、障害者雇用の枠で働いている人もいた。必ずしも施設職員のなかにある最初の選択肢に、特別支援学校への進学があるわけではないが、第3節第2項第1でも記したように施設Xでは義務教育修了後、子どもが行き場を失うことを回避するための次善の策

として、特別支援学校への進学も考えられていた。特別支援学校へ進学するためには、療育手帳が必要になることから、上記でもみてきたように、療育手帳の取得に向けて保護者に説明し承諾を得なければならない。

Cは高校へいっても人間関係でつまずくと思っていたんじゃないかな。だからCは抵抗なく[療育]手帳を受け入れてくれたんだと思う。ただDは特別支援学校へいくのは嫌がったね。(中略)Dは学力的にも高校には進学ができなかったし、中学校の担任からは高校受験をしても受からないといわれていた。だから特別支援学校に[入学してほしかった]。[義務教育以降も継続して]学校へ通わせるために、療育手帳が必要だった。もちろん普通に進路[高校への進学]を進めていけるなら、そうさせてあげたいけど、能力的なものやコミュニケーションでつまずいてしまうと思ったし、そんなときに[療育]手帳があれば、[障害者雇用の枠で]、就職や生活支援[福祉サービス]が受けられるって。施設に入所している[高校へ進学できない]子どもにとっては助かる手帳だと、私は思っているかな。

(Fさん、女性、30代、保育士)

担当する子どもが、「中卒」で学校教育の課程を終えることに職員のFさんは、障害の判定を受け特別支援学校へ進学し、措置上限年齢の18歳までの残り3年間を、施設で生活することを勧めていた。そしてFさんは、療育手帳を取得すると退所した後も福祉サービスが受けられることを念頭に置いた。しかし特別支援学校への進学を拒むDさんがいるように、子どもの選択肢にない学校への進学を勧めるのは容易なことではない。続けて、子どもが療育手帳を取得することに対して、過去の自分の考えを振り返るFさんは、次のように述べている。

もし施設で働いてなかったら、偏見というかもっと療育手帳に抵抗があったと思う。けど今は単純に[療育]手帳があるに越したことはないと思うし、[療育手帳が取得できたら]、退所後も生活に困らないと思うようになったかな。[子どもが]社会に出て支援が受けられないよりも、少しでも支援を受けることができたらと[考えるようになった]。

(Fさん、女性、30代、保育士)

このようにFさんは、子どもが療育手帳を取得することに対して、施設での勤務経験がなければ「偏見」があったと、働く前とその後の違いについて話してくれた。そして療育手帳があることで、障害者福祉の枠に子どもが入ることに安心感を得ていた。Fさんが担当するCさんやDさんは、療育手帳を取得することができ、特別支援学校へ進学する準備が整ったが、Dさんが療育手帳を取得できる可能性は低かったという。

Dはすでに、精神〔精神手帳3級〕の方で取れるって、お医者〔精神科医〕や〔児童相談所〕からはいわれてたの。けどDの高校進学〔特別支援学校〕を考えると療育手帳が取れた方が良かったんだよね。(中略)療育手帳が取れるかどうかわからない「グレーゾーン」の子どもだったから、〔療育手帳が〕取れたときは、「これで支援が受けられる」って嬉しくなった。精神手帳も療育手帳みたいに支援がついたらいいなあ。そうたら、また違う道が開けるのに。家庭復帰ができない子どもや不登校、人間関係でつまづく子どももいるから、〔療育〕手帳が取れて手厚い支援が受けられるとほんとありがたいって思う。

(Fさん、女性、30代、保育士)

施設職員のFさんは、確実に取得できるといわれていた精神手帳よりも、Dさんの進学や卒業後のことなど進路のことを考慮し、療育手帳の取得を模索していた。一定程度の精神障害の状態にあることを認定する精神手帳には1級から3級までがあり、全国一律で受けられるサービスとして、公共料金等の割引や税金の控除や減免などが受けられる(厚生労働省 2010b)。その精神手帳よりもサービスが充実しているといわれている療育手帳は、上記のサービスに加えてJRや航空会社などの割引が受けられる。

また知的障害の診断名が付与されたことで療育手帳が取得できるほか、障害基礎年金の受給権が得られる可能性もある。そのためFさんは、経済的支援につながる可能性の高い療育手帳の取得を望んでいた(日本年金機構 2017; 精神障害者の障害年金申請代行支援センター 2015)。

また障害者雇用も増加傾向にあるということで(厚生労働省 2016a)、大手企業の障害者枠に入ることができると、作業所などで働くよりもある程度収入が得られることもあるという。数こそ少ないが、過去に施設Xを退所した人のなかには、工業製品を取り扱う企業の清掃業に就いた人もいたようである。月給は約110,000円からとけっして高額というわけではないが、経験や能力に応じて200,000円まで昇給することもあるが、勤務成績良好者には、正採用に登用という制度(仕組み)があるなど経済的な安定は保障されているということであった。そして、20歳になれば障害基礎年金の受給が開始されるため、高卒で一般企業に就職した子どもと同等か、それ以上の収入が得られるケースもあるという。この特別支援学校への進学や障害者雇用枠での就労、障害基礎年金の受給には、知的障害の診断が必要となる。施設Xでは、療育手帳を子どもに将来社会へ出たときの「お守り」と伝え、施設に入所中は通学等で交通機関を利用するときの料金割引に用いられていた。

施設にいるうちは療育手帳を持っていても、バスとか乗り物〔交通機関〕の割引にしかなれないから、子どもには「お守りだよ」って伝えるようにしているかな。(中略)子どもが施設を出たときに、〔療育〕手帳があることで、〔福祉サービスなど社会資源の活

用などを通して]色んな人とつながったり、支援が受けられたりするし、何よりも[障害基礎]年金がもらえたりするから[経済面では]助かるよね。

(Hさん, 女性, 30代, 保育士)

施設Xのある地域では、療育手帳を取得すると、乗物運賃の割引が受けられるほかに、所得税、住民税、自動車取得税などが減免される。それに加えて、県営住宅や市町村住宅の入居の際の優先権が得られるが、子どもが施設に入所している間に受けられるサービスは乗物運賃割引程度である。障害基礎年金は20歳からの受給にはなるが、1級では974,125円(月額81,177円)、2級では779,300円(月額64,941円)が支給される。所得制限は設けられており、1人世帯(扶養親族なし)の所得額が3,604,000円を超えると年金額の2分の1が支給停止となり、さらに4,621,000円を超える場合に全額支給停止となる(日本年金機構2017)。2013年10月現在、知的障害者の雇用状況をみると、生産工程従事者が25.6%と最も多く、全体の平均月額は108,000円であった(厚生労働省2014)。12ヶ月間働いた場合に置き換えてみると、約1,296,000円前後になるが、所得制限を超えることはない。高卒者の平均年収約2,500,000円(男性2,882,000円、女性2,077,000円)に比べると少なくみえるが(厚生労働省2016b)、障害基礎年金を加算すると、高卒女性の平均年収と変わらない金額になる。また療育手帳の取得によって、上記にあげた税の減免のほかに、医療費の助成なども受けることができる制度になっている。知的障害の判定を受け入れることができない子どもがいたが、頼れる存在がいなかったため、障害の診断がなければさらに行き場を失うことになるということである。インタビューに応じてくれたXさん(20歳代・男性)も施設Xに入所しているときに、療育手帳を取得した経験者のひとりである。次に、療育手帳を取得することになった高校生のときを振り返るXさんの生活歴を中心にみていくことにする。

第3項 療育手帳を取得した経験のある若者Xさんの生活歴

義務教育修了後に普通高校に進学していたXさんは、高校の退学を機に中卒という最終学歴で働こうと考えハローワークに通ったが、働けるところが限られていたことから療育手帳を取得し一般雇用から障害者雇用に移行し仕事を探していた。そして障害者雇用で切り替えることで必要になったのが、療育手帳である。本人は取得できるとは想像していなかったようであるが、判定の結果、療育手帳を取得することができた。

高校を辞めて、中卒でも良いから働こうって開き直ったことがあって。というか、そうしようと思ってただけど、現実には厳しかった。厳しかったなあ。[当時の]担当だった職員と一緒に、ハローワークにいったんだけど、中卒で働ける仕事は、ほんと何もなかった[Xさんの希望する職種がみつからなかったことに加え、選択肢が限られていた]。そのとき[次の進学先が決まるまでの間に]、療育手帳を取ったんだけど。「まず取れんだ

ろう」って思ったし、「取れるはずない」って思ってたんよ。そのときは欲しくなかったっていうか、正直「障害者って思われることに抵抗があって」嫌だったんだけど、就職しやすいっていうから、取らないと仕方ないのかなあって思った…。家にも帰れなかったし…。

けど、やっぱり高校は卒業しとこうって思って、高校〔定時制〕に入ったんだけど、それまではアルバイトでなんとか。〔療育〕手帳（B判定）は取ったんやけど、オレが持っているようにみえんから、怪しまれたこともあったよ。〔今思うと〕ていうかあれば、無理があったと思うわ。結局、療育手帳はほとんど使うことなかったけどね。

（Xさん，男性，20代）

高校を退学し施設も退所して働くことを決意したというXさんは、施設職員付き添いのもとハローワークへいき相談をしていたようであるが、中卒（学歴不問）で働ける企業が少ないという現実を目のあたりにした。総務省統計局が2017年9月に公表している「新規学卒者の職業紹介状況」をみると、2017年3月卒業の中学卒業者にきた求人数は1,772人で、求職者は690人、求人倍率が2.57倍であった（就職率89.3%）。過去5年間をみると、求人数に大きな変化はないが求職者数は減少し、求人倍率は増加傾向にある。求人のうち、「生産工程、輸送・機械運転、建設、運搬等の職業」が72.0%を占めており、2017年3月中学卒業者の69.8%が就職している（総務省統計局2017）。さらに、厚生労働省の「新規学卒就職者の在職期間別離職率の推移」によると、大卒者の約3割、高卒者の約5割、そして中卒者の約7割が3年以内に離職しており、その傾向は20年間以上続いているという（厚生労働省2017b）。

そして、厚生労働省が公表している障害者雇用の状況をみると、2017年現在、民間企業（50人以上規模の企業：法定雇用率2.0%）で障害者を雇用している数は495,795人で、これは前年より4.5%（21,421人）増加しており、14年連続で過去最高を更新している。雇用者のうち、身体障害者は333,454人（対前年比1.8%増）、知的障害者は112,293人（同7.2%増）、精神障害者は50,047人（同19.1%増）と、いずれも前年より増加し、特に精神障害者の伸び率が大きいことがわかる（厚生労働省2017c）。またハローワークにおける障害者の職業紹介状況をみると、2016年度の新規求職申込件数は191,853件（対前年度比4,655件、2.5%の増加）で、就職件数は93,229件（対前年度比3,038件、3.4%の増加）であった。そして、就職率（就職件数／新規求職申込件数）は48.6%と、8年連続で増加している（厚生労働省2017d）。

ここまで、一般雇用の状況と障害者雇用の状況をみてきたが、中卒者を対象とした求人はあり、一般雇用のなかで働くことは可能である。しかし、勤務地や仕事内容、労働条件などを考慮すると、働けるところは限られてくるのかもしれない。そのため、給与や福利厚生など労働条件が高卒者と大きく変わらないということであれば、障害者雇用の枠で働くことを選択肢のひとつとして考えるのは、実は不思議なことではない。

一般雇用から障害者雇用に移行する方向で考えていた X さんに、現在も取得した療育手帳を使用しているかを尋ねたところ、療育手帳の更新をおこなっていないということであった。

職員から「療育手帳」の更新について連絡があったよ。結局、手続きにはいってないけど…。更新していないから、今は、「療育手帳」を持ってないんよね。あのとき、担当と市役所について、面接？みたいなのはしたかな。「面接の内容は」覚えてないんだけど、担当「職員」からこう聞かれたらこういえ、みたいな作戦会議みたいなのはしたかな、あははは。あ、その前に児相「児童相談所」でもなんか、こんな感じで人と話をしたりしたかな。結局、「療育手帳」ってバスとかは安くなるんやってみたいやけど、ほか持っていてあまり…。だから更新にはいってないんよ。

(X さん、男性、20 代)

療育手帳の取得者は、原則 2 年毎に判定を受けることになっており、その判定は児童相談所または知的障害者更生相談所でおこなわれる。判定では知能検査などが用いられ、総合的に判断し、「重度 (A)」か「その他 (B)」に振り分けられる。施設入所中に、高校を退学して働くことを考え療育手帳 (B 判定) を取得していた X さんは、療育手帳を取得するために訪れた児童相談所で面談した際に、職員から事前に説明を受けていたことを覚えていた。そして、療育手帳を取得したことによって受けられるサービス内容についても把握はしていた。しかし、高校を卒業することを決意した X さんは、療育手帳を返上し、現在は一般雇用の枠で就職している。

第 4 節 考 察

施設 X でフィールドワークをおこなった結果、小学校就学後の子どもの進路には、普通学校と特別支援学校への進学のみならず進路があった。入所者の多くは普通学校に進学しているが、小学校就学時に知能検査や学力検査の数値が低い子どもには、小学校の担任から特別支援学校の話が持ちかけられていた。また児童養護施設には、高校を選択するだけの学力が備わっていない子どもも多く、高校進学が危ぶまれるケースでは中学校の教師から特別支援学校 (高等部) の進学が勧められていた。他方、施設 X では普通高校に進学したとしても卒業した後仕事に就くことができるよう、免許資格の取得を前提とした職業高校に進むよう話し合いがおこなわれていた。

西田の研究結果によると、子どもが特別支援教育を受けることに疑問を抱く児童養護施設の職員は少なく、多くは疑問を抱くことはないということであった (西田 2012)。施設 X でも子どもが障害の判定を受けることに疑問を抱く施設職員は少なかったが、施設職員の G さんのように担当していた子どもが知的障害の診断を受けることに強い違和感を持つ

ている職員の姿もみられた。しかし、施設職員の I さんや F さんの話にもあるように、子どものなかには、児童相談所に保護された時点で、心理判定や医学的診断を受けており、家庭環境や障害の有無などに関する情報が記載された経過記録が、措置先の児童養護施設に渡される。そのため、3 年生から社会科や理科などがはじまるため小学校の授業についていけなくなると考える I さんや、家庭復帰や一般雇用の枠で就労が困難なことから将来施設を退所した後のことを考え、特別支援学校への進学を勧める J さんの姿がみられた。またほかの施設職員からは、親に子どもの障害を受け入れてもらうまでの苦悩や葛藤も聞くことができた。

そして、高校進学の際に学力検査がおこなわれるが、普通高校に進学可能な段階に達していない子どもは、普通高校と特別支援学校を併願するか、普通高校の受験は受けず特別支援学校に進学かの進路が待っていた。施設職員の F さんの話にもあったように、既に高校進学を諦め特別支援学校に進学した子どもや、特別支援学校への進学に戸惑う子どもがいた。施設 X では、可能な限り普通高校への進学を考え調整を図るが、子どもが行き場を失うことを回避するため、必要な措置として特別支援学校への進学を選択肢に入れていた。子どもが特別支援学校の受験を望まない場合や、高校受験に失敗すると、15 歳で働きはじめることになる。第 3 節第 3 項でも触れたように、中卒で働けるところは限られており早期離職の可能性も高く、低学歴での就労は袋小路的生活へと向かう（妻木 2011）。そのため施設 X では、子どもが社会的に不利な状況に陥らないよう学歴獲得を目指す進学を勧めつつ、高校への進学が危ぶまれる状況にあるものには特別支援学校への進学を推奨していた。その後は、障害者雇用の枠での就労も選択できるが、当事者である子ども自身が望まない形での就職になれば、離職そしてやがては袋小路的生活が待っているということになるため、慎重に検討していかなければならない。

2015 年に刊行された『施設で育った子どもの自立支援—子どもの未来をあきらめない—』のなかに、中学 3 年生のときに「障害者手帳」を取得した人のエピソードが紹介されている。「俺が中 3 のとき、俺は障害者手帳を取った。（中略）手帳を取った後、特別支援学校に入学した。そして、障害者枠で大きな企業にも入社できた。職員は皆、すげえ喜んでくれた。職員が喜んでくれて、俺も嬉しかった。俺なんかが高校に行けたのも、立派な企業に就職できたのも、俺が手帳を持ったからだ。俺が障害者になったからだ。でもいいことばっかじゃ、全然なかった。俺が障害者とわかったとたん、態度を変える奴、俺を見下す奴、差別する奴を死ぬほど見てきた。特別支援学校のセンコーや、就職先の上司や同僚のなかにも、『障害者だから』と、俺を下に見る奴がいた」という（高橋ほか 2015: 126-128）。このように児童養護施設では、子どもの将来のことを考え、療育手帳取得という目標を掲げることがあるということがわかる。さらに、療育手帳を用いた進路指導をおこなううえで高橋らが、大切にしていたのが「本人の主体性」であり、「自分にとって、その進路選択が有意義であることをしっかりと理解していること」が重要であると述べている（高橋ほか 2015: 130）。つまり、療育手帳を用いた進路指導に対して、子ども本人が納

得していなくては、生活の安定にはつながらないということである。療育手帳を取得したことで福祉サービスが受けられるが、最善の策と考えるのではなく、退所者が困難な状況にあれば、いつでも相談に乗ることができるような支援体制が必要である。こうした問題は児童養護施設や関係機関が、今後取り組んでいかななくてはならない大きな課題といえるだろう。

頼れる家族がいないことに加え高校を退学し働こうとしていたXさんも、療育手帳を取得していたひとりである。Xさんは、当時高校生だった頃の自分を振り返り、療育手帳は必要だったと納得していた。このことから施設Xにおいても、療育手帳を用いた進路指導のなかで、子どもの主体性を重視したかわりをおこなっているということがわかる。さらに、Xさんは施設を退所した後、療育手帳を返上していたことから、障害者としてのキャリアを手放す人もいるということである。このことから、療育手帳を用いた支援が、いつまで続くかどうかは、実は取得者本人の意思によって決まることもあるということがわかる。職員から更新に関する連絡を受けていたが、Xさんは納得して療育手帳を返上していた。施設職員のなかには、退所後も療育手帳を持ち続けてほしいと考える人もいるかもしれないが、そのこと以上に退所後も施設職員とつながり続けられることが、子どもにとって何よりも重要であるといえるのではないだろうか。

ここまで、知的障害の診断を用いた子どもの進路指導についてみてきたが、療育手帳は誰でも取得できるわけではない、ということは再認識する必要があるだろう。しかし、施設で生活する子どものなかには、就職が困難な子ども、または家族を頼ることが難しいといわれる子どもがいる。その子どもが施設を退所した後、生活に困窮しないよう入所中からできることとして、療育手帳の取得や戦略的な高校選択を進路指導のなかで展開していく必要性を強く感じた。ただし、退所者らが、安心して生活を送れるという保障も何もないというのも事実であり、退所者が困ったときに相談できるような信頼関係の構築へのたゆみないかわりが、職員と子どもの間に築けていたかどうか問われているのかもしれない。これは、施設養護の大前提であり、いわばその本質が問われているともいえる。

第5節 結論

本章では、学力に遅れがあり進学が望めない子どもに対して、ホームレス化などの社会的に不利な状況を回避させ、選択肢を広げて生活していけるように指導すべく、知的障害者として認定されるよう働きかける施設職員の姿をみてきた。知的障害の診断を受け療育手帳を取得した子どもが、特別支援学校に進学しており、退所者のなかには障害者雇用の枠で働いている人たちがいた。また医学診断が重要視されるこの療育手帳を施設では、家族を頼ることができないケースの子どもや、高校への進学が困難な子どもを中心に取得させようと取り組んでいた。社会的に不利な状況にある子どもに対して知的障害の診断を用いることになるが、行き場のない子どもが療育手帳取得を経て、福祉サービスを受けるこ

とで、生活の安定を図ろうと職員と子どもが一丸になって苦悩していた。M. E. Richmond は「人間と社会環境との間を個別に、意識的に調整することを通してパーソナリティを発達させる」ことが、ソーシャル・ケース・ワークであると定義している (Richmond 1922=1991: 57)。つまり、医学診断が必要な療育手帳の取得に取り組む際に、家庭の状況や学業不振などの問題を抱える子どもの課題を取り込もうとする職員の姿は、ソーシャル・ケース・ワークの基本原則に則った支援方法で援助され続けなければならないことは明らかである。

また療育手帳取得を選択することで、子どもが知的障害の診断を受けることになるが、障害者としてのキャリアを全員が順調に歩み続けるわけではなかった。「お守り」を捨てることにはなるが、当人の意思で療育手帳は返上することは可能であり、療育手帳を用いた進路指導をおこなう職員の苦悩や障壁もその一端を理解することができた。このように、児童養護施設の現場では、社会的に不利に陥るかもしれない子どもを守るための手段として、療育手帳が用いられているが、療育手帳を取得したことによって子どもの将来が明るいものになると決まるわけではない。施設を退所した人たちが悩んだとき、困ったときに直接会って話を聞くことができるような環境を、児童養護施設は用意していくべきであろう。そのためにも、まずは普段の生活のなかで子どもと職員が良好な関係を築くことから始めるということを確認した。それは日々のなげないかかわりのなかからしか生まれない。親はもちろんだが、働く職員の子どもの将来をみつめる、正しくも厳しい眼差しが不可欠であることを指摘し結語とする。

注

- 1) 2006年からはじまった「就職支度費・大学進学等自立生活支度費」は徐々に増加しており、1人1回79,000円であったのが2017年現在は81,260円となっている。また親の経済的援助が見込めない場合は、194,930円が加算され276,190円の支給が受けられる。また2009年からは学習塾費が予算化されており、授業料は国に請求することができるようになっている (厚生労働省 2017a)。
- 2) 退所者は、正月やゴールデンウィークなどの長期休暇を利用して施設Xに帰省していた。退所者のなかには、きょうだいに会うことを目的に帰省しているひともいた。しかし、帰省している子どもの数は少なく、帰省する回数も子どもが年齢を重ねるにつれて、減少傾向にあるということであった。
- 3) ここでいう専門学校とは、「義務教育後の教育機関では最底辺にランクされ、事実上は仕事に関連した徒弟見習学校」のことである (Goodman 2000=2006: 231)。

結 語

本論文では、1990年代になり拡大しはじめた ADHD の問題に触れつつ、子どもの生活施設である児童養護施設が医療的ケアをおこなうための施設へと移行していることを Conrad と Schneider の医療化論の視座から論じてきた。本論文で明らかになった主な点は以下の通りである。

1960年代頃から子どもの問題行動が医療化されはじめたアメリカでは、小児科学の分野で使用されている『ネルソン小児科学』（1964年）やアメリカ精神医学会の DSM-II（1968年）に多動症が掲載されるようになるなど活発な議論がおこなわれ、1980年代までに子どもの問題行動を多動症や MBD として捉え薬物療法に至るまでの過程が確立されていった。そして、システマティックレビューに基づく文献調査から 1960年代の日本においても、その診断基準や概念に関する議論がはじまっていたことを確認することができた (Eisenberg 1965; 今村 1967; 高津ら 1968)。しかし、日本では多動症に関心を寄せる医療関係者はほとんどなく、診断基準の曖昧さを指摘する医療関係者が現れるなど子どもの問題行動に対して多動症や MBD という診断名を付与することには慎重であった。

1990年代以降、ADHD に関する研究が増加しメディアなどでも数多く取りあげられるようになっていったが、Conrad と Bergey が指摘するように (Conrad and Bergey 2014)、日本においても 1990年代から 2000年代はインターネットが普及しはじめた時期であり、ADHD に関する情報が得やすくなったことで、ADHD に関心を寄せる医療関係者が増加した可能性が示された。また、世界保健機関の ICD からアメリカ精神医学会の DSM に診断基準が移行したことで、ADHD の診断名が付与されやすくなるという指摘があるように (Conrad and Bergey 2014)、日本においても ADHD の診断および対処法の検討の際、DSM に準拠したチェックリストが採用されるようになっていった点では一致していたといえる (DuPaul et al. 1998=2008; 佐々木 2006; 上林 2003)。

そして 2000年以降、アメリカでは一般家庭の子どもよりフォスター・ケアに措置された子どもの向精神薬投与の割合が高いという研究結果が報告されるようになった (Government Accountability Office 2011; Rubin et al. 2012)。フォスター・ケアに措置された子どもが薬物療法を受けている割合が高いことに注目した E. R. Barnett らによると、子どもの養育を放棄する里親が増え、子どもは慣れ親しむ間もなく次の里親へと措置変更されるため、里親との信頼関係が築けない状況に陥っていたという。そのようななか、問題を起こした子どもが里親に連れられ医療機関を受診し薬物療法に至っていた (Barnett et al. 2018)。日本においても児童養護施設は ADHD に類似した精神障害を持つ子どもが高頻度で存在する場所として医療関係者に認識されるようになっていったが (日本子ども家庭総合研究所 2009; 杉山 2011; 上野・吉田 2011)、日本では親から虐待を受けた子どもが示す問題行動が医療的に捉えられるようになり、虐待体験のある子どもが問題行動を起こすと、愛着障害や反抗挑戦性障害といった診断名が付与されるように

なったことが増加につながっていた（泉・奥山 2009；奥山 2000）。2010 年代以降も、児童養護施設に関心を寄せる医療関係者は増え続け、子どもの問題行動に対して医療関係者は ADHD や愛着障害などの精神障害の診断名を付与し、薬物療法をおこなうことが提唱されるようになった。

このように、子どもの問題行動が障害や病気として解釈され、薬物療法に至っていることがアメリカを中心に議論がされはじめ、日本も先をいくアメリカを追いかけるかたちで、子どもの問題行動が医療化していった。そのアメリカにおいて一般家庭よりもフォスター・ケアに措置された子どもの方が向精神薬を使用していることの問題性に言及した研究がなされてきたが、フォスター・ケアなどで向精神薬を日々服用させている養育者に着目した研究はなく、施設職員が子どもへの向精神薬投与をどのように受け止め、薬物療法を受ける子どもとどのようにかかわっているのかは明らかにされていなかった。そこで本論文では、児童養護施設において子どもの問題行動を障害や病気として解釈し、薬物療法に至るようになるまでの過程や子どもへの向精神薬投与に対する施設職員の思いを探ってきた。以下、児童養護施設でのフィールドワークと施設職員へのインタビュー調査から明らかになったことを整理したい。

まず、ConradとSchneiderが「医療による社会統制の担い手」（Conrad and Schneider 1992=2003: 459）と指摘する心理療法をおこなう職員が、2000年以降児童養護施設に置かれ、児童相談所には精神科医が配置された。医療関係者の配置が進められてきた背景を探ったところ、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ったことが大きく関与していた。児童養護施設に心理療法担当職員が配置されたことにより、問題を起こした子どもが児童相談所にいる精神科医のもとへつなげられやすくなった。1990年代後半から2000 年代初頭になされた児童養護施設の医療化は、子どもの問題行動を力で抑えるのではなく、行動障害や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。

医療による行動統制をはじめた児童養護施設で働く職員は、子どもへの向精神薬を集団生活の維持のためには仕方ないと自らを納得させていたが、向精神薬を用いて子どもの行動を統制することに戸惑う施設職員もいた。また子どものなかには、児童養護施設に措置された時点で、すでに薬物療法が開始されていたという事例もあり、施設職員は子どもの行動を問題として認識するまでに至らない状況下で、子どもに付き添い精神科に通院し、処方された向精神薬を子どもに渡していた。

他方、子どもの問題行動に対して向精神薬を用いて統制すること以外に児童養護施設では、医療化の延長線上で高校に進学できない子どもや退所後行き場を失う可能性がある子どもなど社会的に不利な状況に陥る可能性がある子どもに、知的障害の診断を受け療育手帳を取得することを勧めていた。療育手帳を取得したことで、普通高校に進学できない子どもが特別支援学校に進学できるようになり、20 歳からは障害者基礎年金など経済給付が

受けられる。日本の制度上、知的障害を伴わない ADHD の場合は精神障害者保健福祉手帳が交付されるが、経済的な支援など公的サービスがあまり受けられないため、児童養護施設では生活の安定を考慮し子どもには障害の程度が重い人たちが取得する療育手帳を勧めていた。

今回調査をおこなったふたつの児童養護施設の調査時期や地域は異なるが、障害の診断や向精神薬を用いた社会統制がおこなわれるなど医療化の進行をみることができた。こうした医療による行動統制は、児童養護施設のことを知らない人たちは、不適切な養育がおこなわれていると、児童養護施設での養育に不信感を抱くかもしれない。しかし、施設職員は自身の子どもであれば向精神薬を用いることはない、重篤な副作用があるといわれる薬物療法に対して否定的な見解を示しており、施設に入所している子どもが向精神薬を服用していることについては躊躇いながらも、医師や児童相談所の決定を受け入れ責務を遂行しているのである。今後、国の方針として児童養護施設は医療的ケアをおこなう施設へと移行していくことになっているため（新たな社会的養育の在り方に関する検討会 2017）、さらに ADHD や精神障害など障害の診断を受け向精神薬を服用する子どもが増えていく可能性がある。施設職員の語りにもあったように、はじまった薬物療法を止めることは難しい。

本論文では、子どもの問題行動が医療的な問題として解釈され、向精神薬が処方されている問題を、Conrad と Schneider の医療化論の視座から描き出してきた。特に、子どもの問題行動に対して ADHD という診断名が付与されるようになり、向精神薬を服用している子どもが増えている児童養護施設を中心にみてきたが、本論文では施設を退所した子どもが医療機関を受診し薬物療法を継続しているのかについてはあまり触れることができなかった。そして施設を退所した子どもが、成人になり ADHD の診断をどのように受け入れているのか、という課題が残された。そして 1990 年代以降、「児童虐待問題」や「発達障害」が社会的関心を集めるようになり、里親委託が推奨されるようになったが、その里親では子どもの問題行動がどのように捉えられ対処されているのか、研究の対象を里親にも広げ、医療化の進行過程を探っていく必要があるだろう。この点に関しても今後の課題としたい。

参考文献

- Andersen, S. H., 2014, “Complex Patterns: On the Characteristics of Children Who Experience High and Low Degrees of Foster-Care Drift,” *British Journal of Social Work*, 44(6): 1545-1562.
- 新井清三郎・上野幸子, 1968, 「微細脳損傷と学業不振 (特集 小児の微細脳損傷 (Minimal Brain Damage) 症候群)」『小児科診療』31(9): 1209-1219.
- 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-Koyoukintoujidoukateikyoku-Soumuka/0000173888.pdf>).
- Barnett, E. R., M. K. Jankowski, R. L. Butcher, C. Meister, R. R. Parton and R. E. Drake, 2018, “Foster and Adoptive Parent Perspectives on Needs and Services: a Mixed Methods Study,” *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 45(1): 74-89.
- Bergey, M. R. and A. M. Filipe, 2017, “ADHD in Global Context: An Introduction,” M. R. Bergey, A. M. Filipe, P. Conrad and I. Singh eds., *Global Perspectives on ADHD: Social Dimensions of Diagnosis and Treatment in Sixteen Countries*, Johns Hopkins University Press: 1-8.
- Bradley, C., 1937, “The Behavior of Children Receiving Benzedrine,” *The American Journal of Psychiatry*, 94: 577-585.
- Brault, M. C. and E. Lacourse, 2012, “Prevalence of Prescribed Attention-Deficit Hyperactivity Disorder Medications and Diagnosis Among Canadian Preschoolers and School-Age Children: 1994-2007,” *The Canadian Journal of Psychiatry*, 57(2): 93-101.
- 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/>).
- 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>).
- , 2017, “Key Findings: Trends in the Parent-Report of Health Care

- Provider-Diagnosis and Medication Treatment for ADHD: United States, 2003-2011,” Centers for Disease Control and Prevention, (Retrieved October 3, 2018, <https://www.cdc.gov/ncbddd/adhd/features/key-findings-adhd72013.html>).
- Children’s Bureau, Administration for Children and Families, 2019, “Adoption & Foster Care Statistics: AFCARS Reports,” U. S. Children’s Bureau, (Retrieved January 13, 2019, <https://www.acf.hhs.gov/cb/research-data-technology/statistics-research/afcars>).
- Conrad, P., 1975, “The Discovery of Hyperkinesis: Notes on the Medicalization of Deviant Behavior,” *Social Problems*, 23(1): 12-21.
- , [1976]2017, *Identifying Hyperactive Children: The Medicalization of Deviant Behavior Routledge Expanded Edition (Ashgate Classics in Sociology)*, London and New York: Routledge.
- Conrad, P. and D. Potter, 2000, “From Hyperactive Children to ADHD Adults: Observations on the Expansion of Medical Categories,” *Social Problems*, 47(4): 559-582.
- 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.)
- Conrad, P. and M. R. Bergey, 2014, “The Impending Globalization of ADHD: Notes on the Expansion and Growth of a Medicalized Disorder,” *Social Science & Medicine*, 122: 31-43.
- Dana, H. R., P. A. Monroe and J. C. Garand, 2014, “Understanding Correlates of Higher Educational Attainment among Foster Care Youths,” *Child Welfare*, 93(5): 9-26.
- 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 International Congress of Pediatrics, Tokyo.
- Eisenberg, L., C. K. Conners and S. Lawrence, 1965, “A Controlled Study of The

- Differential Application of Outpatient Psychiatric Treatment for Children,” *Japanese Journal of Child and Adolescent Psychiatry*, 6(3): 125-132.
- 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=00001030513>).
- Freidson, E., 1970, *Professional Dominance: The Social Structure of Medical Care*, Atherton Press. (=1992, 進藤雄三・宝月誠訳『医療と専門家支配』恒星社厚生閣.)
- 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, 「座談会労働の大切さをどう教えるか—その指導をめぐって(特集Ⅱ 作業指導を考える)」『児童養護』11(1): 23-32.
- 二上哲志・上村菊朗, 1989, 「学習障害 learning disabilities の病態に関する検討 (特集 学習障害)」『小児の精神と神経』29(1・2): 15-20.
- Gayle, V. and M. McClung, 2013, “Social Capital as a Mechanism for Exploring the Low Educational Achievements of Looked After Children,” *Journal of Children’s Services*, (8)1: 52-64.
- Goodman, R., 2000, *Children of the Japanese State: The Changing Role of Child Protection Institutions in Contemporary Japan*, Oxford University Press. (=2006, 津崎哲雄『日本の児童養護——児童養護学への招待』明石書店.)
- Government Accountability Office, 2011, “HHS Guidance Could Help States Improve Oversight of Psychotropic Prescriptions,” U. S. Government Accountability Office, (Retrieved July 8, 2019, <https://www.gao.gov/assets/590/586570.pdf>).
- 萩原芳昭, 1971, 「養護施設の進路指導」『児童養護』全国児童養護施設協議会 1(4): 14-15.
- Hansen, D. L. and E. H. Hansen, 2006, “Caught in a Balancing Act: Parents’ Dilemmas Regarding Their ADHD Child’s Treatment With Stimulant Medication,” *Qualitative Health Research*, 16(9): 1267-1285.
- Harwood, V., 2010, “The New Outsiders: ADHD and Disadvantage,” Graham, L. J. ed., *Constructing ADHD: Critical Guidance for Teachers and Teacher Educators*, New York: Peter Lang, 119-142.
- 長谷川真人, 1983, 「1 問題の背景」小川利夫・村岡末広・長谷川真人・高橋正教『ぼくたちの15歳——養護施設児童の高校進学問題』ミネルヴァ書房: 15-64.
- 林雅次, 1991a, 「精神疾患をもつ親と子への対応」『児童養護』22(1): 44-48.
- , 1991b, 「精神疾患をもつ親と子への対応 (2)」『児童養護』22(2): 44-48.
- Healy, D., 2009, *Psychiatric Drugs Explained*, Elsevier. (=2009, 田島治・江口重幸監・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.)
- Heather, S., 2010, “Death from Ritalin: The Truth Behind ADHD,” Ritalin Death.com,

- (Retrieved March 3, 2012, <http://www.ritalindeath.com/Child-Protective-Services.htm>).
- Heineman, T. V., 2007, “Disrupted Care and Disruptive Moods: Pediatric Bipolar Disorder in Foster Care Children,” S. Olfman ed., *Bipolar Children: Cutting-Edge Controversy, Insights, and Research*, Westport, Praeger Pub Text, 83-94.
- Hinshaw, S. P. and K. Ellison, 2015, *ADHD: What Everyone Needs to Know*, Oxford: Oxford University Press. (=2018, 石坂好樹・林建郎訳『誰もが知りたいADHDの疑問に答える本』星和書店.)
- 平林伸一・渡辺卓二・倉田香織・松下登, 1989, 「学習障害児に対する感覚統合療法の試み有効性に関する1考察(特集 学習障害)」『小児の精神と神経』29(1・2): 28-33.
- Horton-Salway, M., 2010, “Repertoires of ADHD in UK Newspaper Media,” *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine*, 15(5): 533-549.
- 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.
- , 1991, 「自閉症 微細脳障害-学習障害 ホスピタリズム-ディプリベーション 脳性麻痺-心身障害児(説苑 “わが国小児精神神経学研究の進歩と21世紀の課題”)」『小児の精神と神経』31(1): 5-18.
- 井上仁, 2002, 『子どもの権利ノート』明石書店.
- 石井勲, 1980, 「専門的治療処遇をめざして」『児童養護』11(3): 11-13.
- , 1994, 「卒園後の子どもたち」児童養護研究会編『養護施設と子どもたち』朱鷺書房: 91-114.
- 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).
- , 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>).
- 泉真由子・奥山真紀子, 2009, 「「養育問題のある子どものためのチェックリスト(Checklist for Maltreated Young Children: CMYC)」の開発」『小児の精神と神経』49(2): 121-130.
- Johansson, H. and I. Höjer, 2012, “Education for Disadvantaged Groups: Structural and Individual Challenges,” *Children and Youth Services Review*, 34(6): 1135-1142.
- Johnson, D. J., 1989, 「学習障害の治療教育の実際について——Dr. Johnson 講演要旨(特

- 集 学習障害) 『小児の精神と神経』 29(1・2): 11-14.
- Johnson, D. J. and H. R. Myklebust, 1967, *Learning Disabilities: Educational Principles and Practices*, New York: Grune & Stratton. (=1975, 森永良子・上村菊朗訳 『学習能力の障害——心理神経学的診断と治療教育』 日本文化科学社.)
- 加賀美尤祥, 2001, 「教育講演 児童養護施設の現状と課題 (特集 子ども虐待の臨床)」 『小児の精神と神経』 41(4): 229-231.
- 上林靖子, 2003, 「はじめに」 上林靖子・齋藤万比古・北道子・AD/HD の診断・治療研究会編 『注意欠陥／多動性障害—AD/HD—の診断診療ガイド』 じほう.
- 上出弘之, 1980, 「問題行動をもつ子どもの指導——問題行動をもつ子どもの理解 (1)」 『児童養護』 11(2): 41-44.
- , 1981, 「問題行動をもつ子どもの指導——反抗的な問題行動 (3)」 『児童養護』 11(4): 42-45.
- , 1985, 「問題行動をもつ児童のとらえ方と処遇のあり方」 『児童養護』 創刊15周年記念特集号: 61-64.
- 金井剛, 2007a, 「精神障害・発達障害の診断①——多様なニーズをもつ子どもの理解と支援をめぐる」 『児童養護』 38(1): 35-38.
- , 2007b, 「精神障害・発達障害の診断②——児童虐待と精神障害・発達障害との関連について」 『児童養護』 38(2): 35-38.
- , 2008a, 「障害や問題行動に対する理解と対応③——多様なニーズをもつ子どもの理解と支援をめぐる」 『児童養護』 38(3): 35-38.
- , 2008b, 「障害や問題行動に対する理解と対応④——障害や問題行動に対する理解と対応」 『児童養護』 38(4): 35-38.
- 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.
- Kirk, S. A., 1965, “Educational Aspects of Mental Retardation,” 11th International Congress of Pediatrics, Tokyo.
- 小林美智子, 2009, 「虐待を受けた子どもの社会的養護——これまでとわれわれがなすべきこと (第三セッション「子ども虐待と社会的養護」——子どもの権利の視点から)」 『小児の精神と神経』 49(1): 17-25.
- 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.
- 小鳥居建, 1976, 「行動過多児の学習障害——微細脳障害に関連して (勉強のできない子<特集>)」 『教育と医学』 24(7): 646-652.

- 厚生労働省, 2002, 「平成 14 年就労条件総合調査の概況」(2018 年 1 月 6 日取得, <http://www.mhlw.go.jp/toukei/itiran/roudou/jikan/syurou/02/index.html>).
- , 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>).
- , 2006, 「児童福祉施設における施設内虐待の防止について」厚生労働省ホームページ, (2012 年 12 月 12 日取得, <http://www.hourei.mhlw.go.jp/hourei/doc/tsuchi/190615-a00.pdf>).
- , 2007a, 「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>).
- , 2007b, 「平成 19 年就労条件総合調査結果の概況」(2018 年 1 月 6 日取得, <http://www.mhlw.go.jp/toukei/itiran/roudou/jikan/syurou/07/index.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).
- , 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/>).
- , 2010a, 「全国児童福祉主管課長関係課長会議」厚生労働省ホームページ, (2012 年 8 月 2 日取得, <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/02/dl/s0225-9d.pdf#search='児童養護施設における医療的支援体制の強化について%20厚生労働省'>).
- , 2010b, 「治療や生活に役立つ情報——精神障害者保健福祉手帳」厚生労働省ホームページ, (2017 年 2 月 17 日取得, http://www.mhlw.go.jp/kokoro/support/3_06notebook.html).
- , 2012a, 「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>).
- , 2012b, 「児童虐待の防止等に関する法律(平成十二年法律第八十二号)」厚生労働省ホームページ, (2012 年 12 月 12 日取得,

- <http://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/dv22/01.html>).
- , 2012c, 「日本脳炎の予防接種死亡例について」厚生労働省ホームページ, (2012年12月11日取得, <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002ndoo-att/2r9852000002ndq5.pdf>).
- , 2014, 「平成25年度障害者雇用実態調査の結果」(2017年9月27日取得, <http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-11704000-Shokugyouanteikyokukoureishougaikoyoutaisakubu-shougaishakoyoutaisakuka/gaiyou.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>).
- , 2016a, 「平成28年障害者雇用状況の集計結果」(2017年9月27日取得, <http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-11704000-Shokugyouanteikyokukoureishougaikoyoutaisakubu-shougaishakoyoutaisakuka/0000146180.pdf>).
- , 2016b, 「平成27年賃金構造基本統計調査——結果の概況」(2017年9月27日取得, <http://www.mhlw.go.jp/toukei/itiran/roudou/chingin/kouzou/z2015/dl/13.pdf>).
- , 2017a, 「社会的養護の現状について(平成29年7月)」(2017年10月7日取得, <http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-11900000-Koyoukintoujidoukateikyoku/0000172986.pdf>).
- , 2017b, 「新規学卒就職者の在職期間別離職状況」(2017年9月29日取得, <http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000137940.html>).
- , 2017c, 「平成29年障害者雇用状況の集計結果」(2018年1月7日取得, <http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-11704000-Shokugyouanteikyokukoureishougaikoyoutaisakubu-shougaishakoyoutaisakuka/0000187725.pdf>).
- , 2017d, 「平成28年度・障害者の職業紹介状況等」(2018年1月7日取得, (<http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-11704000-Shokugyouanteikyokukoureishougaikoyoutaisakubu-shougaishakoyoutaisakuka/0000166291.pdf>)).
- , 2019a, 「社会的養育の推進に向けて」厚生労働省ホームページ, (2019年11月13日取得, <https://www.mhlw.go.jp/content/000503210.pdf>).
- , 2019b, 「患者調査——結果の概要」厚生労働省ホームページ, (2019年4月22日取得, https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/10-20-kekka_gaiyou.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).
- , 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/shiryu/no.13/data/shiryu/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.
- Laufer, M. W., E. Denhoff and G. Solomons, 1957, “Hyperkinetic Impulse Disorder in Children’s Behavior Problems,” *Psychosom*, 19: 38-49.
- 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>).
- Malacrida, C., 2004, “Medicalization, Ambivalence and Social Control: Mothers’ Descriptions of Educators and ADD/ADHD,” *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine*, 8(1): 61-80.
- Maturo, A., 2013, “The Medicalization of Education: ADHD, Human Enhancement and Academic Performance,” *Italian Journal of Sociology of Education*, 5(3): 175-188.
- 松川広, 1975, 「高校進学をめぐる諸問題」『児童養護』全国養護施設協議会 6(3): 22-23.
- McClung, M. and V. Gayle, 2010, “Exploring the care effects of multiple factors of the educational achievement of children looked after at home and away from home: an investigation of 2 Scottish local authorities,” *Child and Family Social Work*, 15: 409-431.
- 水野隆, 1968, 「微細脳損傷と脳波所見——とくに脳波の量的変動について (特集 小児の微細脳損傷 (Minimal Brain Damage) 症候群)」『小児科診療』31(9): 1248-1259.
- 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/shiryu/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).
- 森永良子・立川和子・松田素子・市川正嗣・黛雅子, 1989, 「LDの臨床——WISC検査よりみたLDの特性」『小児の精神と神経』29(1・2): 21-33.
- MTA Cooperative Group, 1999a, “A 14-Month Randomized Clinical Trial of Treatment Strategies for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. The MTA Cooperative

- Group. Multimodal Treatment Study of Children with ADHD,” *Archives of General Psychiatry*, 56: 1073-1086.
- , 1999b, “Moderators and Mediators of Treatment Response for Children With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: the Multimodal Treatment Study of Children With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder,” *Archives of General Psychiatry*, 56(12): 1088-1096.
- , 2004, “National Institute of Mental Health Multimodal Treatment Study of ADHD Follow-up: 24-Month Outcomes of Treatment Strategies for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder,” *Pediatrics*, 113(4): 754-761.
- 武藤素明, 2009, 「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』2: 6-19.
- , 2012, 「第1章 社会的養護の下を巣立った子どもたちの自立」武藤素明編・高橋利一・井上仁・山縣文治・青葉鉦宇・草間吉夫・坂本博之・渡井さゆり『施設・里親から巣立った子どもたちの自立』福村出版: 8-41.
- Myers, J. E. B., 2006, *Child Protection in America: Past Present, and Future*, Oxford University Press. (=2011, 庄司順一・澁谷昌史・伊藤嘉余子訳『アメリカの子ども保護の歴史——虐待防止のための改革と提言』明石書店.
- Myklebust, H. R., 1989, 「学習障害の心理神経学的アプローチ——Dr. Myklebust 講演要旨 (特集 学習障害)」『小児の精神と神経』29(1・2): 3-10.
- 長畑正道, 1968, 「行動異常と微細脳損傷 (特集 小児の微細脳損傷(Minimal Brain Damage)症候群)」『小児科診療』31(9): 1193-1201.
- 永野咲, 2012, 「児童養護施設で生活する子どもの大学等進学に関する研究——児童養護施設生活経験者へのインタビュー調査から」『社会福祉学』52(4): 28-40.
- 長瀬正子, 2011, 「高学歴達成を可能にした条件——大学等進学者の語りから」西田芳正編・妻木進吾・長瀬正子・内田龍史『児童養護施設と社会的排除——家族依存社会の臨界』解放出版社: 113-132.
- , 2016, 「全国の子育て支援施設における『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).
- , 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.

- 中村由紀子・島崎真希子・小松祐美子・中野瑛子・松岡 雄一郎・宮田世羽・岡明, 2016, 「発達障害を持つ児における反社会的行動の検討」『脳と発達』48(4): 259-264.
- Nelson, W. E., [1933]1964, *Textbook of Pediatrics*, W.B. Saunders, 8th Edition.
- NHK クローズアップ現代, 2012, 「“薬漬け” になりたくない——向精神薬をのむ子ども」NHK ONLINE ホームページ, (2012年7月9日取得, http://www.nhk.or.jp/gendai/kiroku/detail02_3213_all.html).
- 日本子ども家庭総合研究所, 2009, 『子ども虐待対応手引き—平成21年3月31日厚生労働省の改正通知』有斐閣.
- 日本LD学会, 2019, 「一般社団法人日本LD学会とは」日本LD学会ホームページ, (2019年8月1日取得, <http://www.jald.or.jp/>).
- 日本年金機構, 2017, 「障害年金(更新日:2017年5月23日)(2017年9月27日取得, <http://www.nenkin.go.jp/service/jukyu/shougainenkin/jukyu-yoken/20150401-01.html>).
- 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/guidelinem/epgl/tenkan_2018_04.pdf).
- 西田芳正, 2011, 「終章 家族依存社会, 社会的排除と児童養護施設」西田芳正編・妻木進吾・長瀬正子・内田龍史『児童養護施設と社会的排除——家族依存社会の臨界』解放出版社: 197-215.
- , 2012, 『排除する社会・排除に抗する学校』大阪大学出版会.
- 西川信, 1994, 「支援する人的環境づくりに役割を」『児童養護』24(4): 29-32.
- , 1999, 「『ADHD』の子どもとのかかわりのなかで(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)」『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.
- 岡田幸夫, 1968, 「行動異常と微細脳損傷(特集 小児の微細脳損傷(Minimal Brain Damage)症候群)」『小児科診療』31(9): 1203-1208.
- 奥山眞紀子, 2000, 「不適切な養育(虐待)と行動障害(特集 注意欠陥/多動性障害と行為障害(2))——(特別講演関連ミニレクチャー)」『小児の精神と神経』40(4): 279-285.
- 大須賀力, 1971, 「剣ヶ峰の後保護施設——神奈川・霞台青年寮の実態」『児童養護』全国児童養護施設協議会1(4): 28-29.
- 大隈英子, 1990, 「児童養護施設において発生した *Shigella sonnei* による集団赤痢」『福岡市衛生試験所報』15: 110-113.
- 大田原俊輔・石井俊夫・岡鉄次・大野稔・伴鶴一・倉繁隆信・浜脇光範, 1968, 「微細脳障

- 害症候群の脳波学的研究——とくに行動異常の神経機序について (特集 小児の微小脳損傷(Minimal Brain Damage)症候群) 『小児科診療』 31(9): 1233-1247.
- Phillips, C. B., 2006, "Medicine Goes to School: Teachers as Sickness Brokers for ADHD," *PLOS medicine*, 3(4): 433-435.
- Pincus, J. H. and G. H. Graser, 1966, "The Syndrome of "Minimal Brain Damage" in Childhood," *The New England Journal of Medicine*, 275(1): 27-35.
- 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," *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 15(1): 97-106.
- Richmond, M. E., 1922, *What is Social Case Work?: An Introductory Description*, Russell sage foundation. (=1991, 小松源助訳『ソーシャル・ケース・ワークとは何か』中央法規出版.)
- Rubin, D. M., M. Matone, Y. S. Huang, S. dosReis, C. Feudtner and R. Localio, 2012, "Interstate Variation in Trends of Psychotropic Medication Use Among Medicaid-Enrolled Children in Foster Care," *Children and Youth Services Review*, 34(8): 1492-1499.
- 佐々木徳子・井田佳子・執印孝子・橋本泰子, 1989, 「社会的知覚に問題を持つLD児に対する治療教育」『小児の精神と神経』 29(1・2): 41-47.
- 佐々木洋子, 2006, 「第10章 AD/HDと医療化」森田洋司・進藤雄三編『医療化のポリテイクス——近代医療の地平を問う』学文社: 181-193.
- , 2011, 「日本におけるADHDの制度化」『市大社会学』 12: 15-29.
- Scheffler, R. M., S. P. Hinshaw, S. Modrek and P. Levine, 2007, "The Global Market for ADHD Medications," *Health Affairs*, 26(2): 450-457.
- 精神科早期介入の問題を考える会, 2012, 「医原病・薬原病へと子どもたちを渡さない」精神科早期介入の問題を考える会ホームページ, (2012年7月9日取得, <http://www.soukihantai.jp/>).
- 精神障害者の障害年金申請代行支援センター, 2015, 「Q2 障害年金の年金額は?」, (<http://www.xn--ccty7dc67ef9d.pw/syougai2/nenkin27.html>, 2017年2月17日現在).
- Sessions, D., 2012, "Psychotropic Drug Abuse in Foster Care Costs Government Billions," *Politics Daily*, (Retrieved July 26, 2012, <http://www.politicsdaily.com/2010/06/17/psychotropic-drug-abuse-in-foster-care-costs-government-billions/>).
- 庄司順一, 2009, 「社会的養護のこれまでとこれから (第三セッション「子ども虐待と社会的養護」——子どもの権利の視点から)」『小児の精神と神経』 49(1): 11-16.

- 昇地勝人, 1975, 「最近の心身障害児教育の動向について——学習障害, M・B・Dを中心に
して」『福岡教育大学紀要第4分冊 教職科編』24: 141-150.
- Singh, I., 2006, “A Framework for Understanding Trends in ADHD Diagnoses and
Stimulant Drug Treatment: Schools and Schooling as a Case Study,” *BioSocieties*,
1(4): 439-452.
- Singh, I., A. M. Filipe, I. Bard, M. Bergey and L. Baker, 2013, “Globalization and
Cognitive Enhancement: Emerging Social and Ethical Challenges for ADHD
Clinicians,” *Current Psychiatry Reports*, 15(9): 1-19.
- Smith, M., 2012, *Hyperactive: The Controversial of ADHD*, London: Reaktion Books.
(=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.)
- 総務省統計局, 2017, 「第1 平成29年3月新規学卒者(高校・中学)の職業紹介状況」(2017
年 9 月 29 日 取 得 ,
[http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/GL08020103.do?_toGL08020103_&listID=0000
01192207&requestSender=search](http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/GL08020103.do?_toGL08020103_&listID=000001192207&requestSender=search)).
- Strauss, A. A. and L. E. Lehtinen, 1947, *Psychopathology and Education of the
Brain-Injured Child*, London: Grune & Stratton. (=1979, 伊藤隆二・角本順次
訳『脳障害児の精神病理と教育』福村出版.)
- 杉山登志郎, 2000, 「注意欠陥多動性障害と非行(特集 注意欠陥/多動性障害と行為障害
(2))——(特別講演関連ミニレクチャー)」『小児の精神と神経』40(4): 265-277.
———, 2011, 「発達障害とアタッチメント障害(特集 施設保護を受けた子のトラウマ)」
『トラウマティック・ストレス』9(1): 25-31.
- 鈴木昌樹, 1975a, 「過去10年間における小児科学の進歩をかえりみて——微細脳障害を中
心に」『小児科診療』38(4): 38-42.
———, 1975b, 「説苑 微細脳障害(MBD)」『日本小児科学会雑誌』79(3): 183-187.
- 鈴木昌樹・水野美彦・加我牧子・近江一彦・鈴木陽子, 1978, 「微細脳障害, 学習障害にお
けるFrostig視知覚発達検査」『脳と発達』10(4): 273-283.
- 鈴木昌樹・宮下春子, 1968, 「言語障害と微細脳損傷(特集 小児の微細脳損傷(Minimal
Brain Damage)症候群)」『小児科診療』31(9): 1220-1232.
- 高橋亜美・早川悟司・大森信也, 2015, 『施設で育った子どもの自立支援——子どもの未来
をあきらめない』明石書店.
- 高津忠夫, 1968, 「解説(特集 小児の微細脳損傷(Minimal Brain Damage)症候群)」『小
児科診療』31(9): 1191-1192.
- 高津忠夫・長畑正道・岡田幸夫・新井清三郎・鈴木昌樹・大田原俊輔・水野隆・亀井正夫,
1968, 「パネルディスカッション1 小児の微細脳損傷症候群(第71回日本小児科
学会総会〔記事〕)」『日本小児科学会雑誌』72(10): 1484-1488.

- 竹中哲夫, 1992, 「問題行動の理解と対応」『児童養護』22(3): 44-48.
- 滝口桂子, 1980, 「施設における子どもの生活と労働 (特集Ⅱ 作業指導を考える)」『児童養護』11(1): 33-36.
- 滝沢武久, 1994, 「こころ病む (精神障害) 親子のために」『児童養護』24(4): 32-35.
- 田村健二, 1986, 「養護施設における処遇困難児に関する研究」『児童養護』17(2): 45-49.
- , 1987, 「養護施設における処遇困難児に関する研究」『児童養護』17(4): 39-43.
- 田中理絵, 2004, 『家族崩壊と子どものスティグマ——家族崩壊後の子どもの社会化研究』九州大学出版.
- 谷口由希子, 2011, 『児童養護施設の子どもの生活過程——子どもたちはなぜ排除状態から抜け出せないのか』明石書店.
- Thomas, C. P., P. Conrad, R. Casler and E. Goodman, 2006, “Trends in the Use of Psychotropic Medications Among Adolescents, 1994 to 2001,” *Psychiatric Services*, 57(1): 63-69.
- Timimi, S., 2004, “Developing Nontoxic Approaches to Helping Children Who Could Be Diagnosed With ADHD and Their Families: Reflections of a UK Clinician,” *Ethical Human Psychology and Psychiatry*, 6: 41-52.
- Timimi, S. and E. Taylor, 2004, “ADHD is Best Understood as a Cultural Construct,” *The British Journal of Psychiatry*, 184(1): 8-9.
- 東京都福祉保健局, 2009, 「高齢者虐待防止と権利擁護——いつまでも自分らしく安心して暮らし続けるために」東京都福祉保健局ホームページ, (2012年12月14日取得, <http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/zaishien/gyakutai/about/>).
- , 2011, 「児童養護施設等へ入所している児童への医療」, 少子社会対策部育成支援課児童施設係, (2012年3月3日取得, http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/kodomo/kosodate/josei/ji_iryu/index.html).
- 東京都社会福祉協議会児童部会リービングケア委員会編, 2009, 『Leaving Care——児童養護施設職員のための自立支援ハンドブック改訂第4版』東京都社会福祉協議会.
- Triant, R., 2010, “Psychotropic medication and youth in foster care report,” *Science Daily*, (Retrieved July 24, 2012, <http://www.sciencedaily.com/releases/2010/09/100923104136.htm>).
- 妻木進吾, 2011, 「第5章 児童養護施設経験者の学校から職業への移行過程と職業生活」西田芳正編・妻木進吾・長瀬正子・内田龍史『児童養護施設と社会的排除——家族依存社会の臨界』解放出版社: 133-155.
- 内田良, 2009, 『「児童虐待」へのまなざし——社会現象はどう語られるのか』世界思想社.
- 上村菊朗・森永良子, 1980, 『小児のMBD——微細脳障害症候群の臨床』医歯薬出版.
- , 1986, 「“LD児の臨床”によせて」『小児の精神と神経』26(1): 3-5.

- 上野加代子, 2006, 「第 8 章 児童虐待と医療化」森田洋司・進藤雄三編『医療化のポリテイクス——近代医療の地平を問う』学文社: 149-163.
- 上野加代子・野村知二, 2003, 『<児童虐待>の構築——捕獲される家族』世界思想社.
- 上野加代子・吉田耕平, 2011, 「子ども虐待の社会学——社会的責務としての子どもの養育」『こころの科学』159(9): 81-86.
- 上野一彦・牟田悦子・加藤典子・大寺美知子, 1978, 「学習障害の診断と指導——微細脳機能障害 (MBD) 児の事例研究 (臨床・障害 8 研究発表)」『日本教育心理学会総会発表論文集』20: 848-851.
- U. S. Department of Health and Human Services, Administration on Children, Youth and Families, 2007, “Child Maltreatment,” Washington, DC: U. S. Government Printing Office, (Retrieved August 1, 2017, <https://childwelfare.gov/pubPDFs/cm07.pdf>).
- 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.)
- 山田弥平治・松川広・小林秀次・小川利夫, 1975, 「座談会 (特集 養護施設児童の高校進学問題を考える)」『児童養護』全国養護施設協議会 6(3): 4-18.
- 読売新聞, 1997, 「児童福祉施設での体罰巡り論議——子供の立場で考える必要」, (2012年8月2日取得, <http://ganbare.yogo-shisetsu.info/news/19971129yomiuri.html>).
- , 2012a, 「『佐藤記者の「精神医療ルネサンス」』児童施設と向精神薬 (1) ——親への愛薬で抑制」, ヨミドクターホームページ, (2012年8月3日取得, <http://www.yomidr.yomiuri.co.jp/page.jsp?id=57110&from=popin>).
- , 2012b, 「『佐藤記者の「精神医療ルネサンス」』児童施設と向精神薬 (2) ——鎮静させられた兄弟」, ヨミドクターホームページ, (2012年8月3日取得, <http://www.yomidr.yomiuri.co.jp/page.jsp?id=57340&from=popin>).
- , 2012c, 「『佐藤記者の「精神医療ルネサンス」』児童施設と向精神薬 (3) ——小刻み歩行の子どもたち」, ヨミドクターホームページ, (2012年8月3日取得, <http://www.yomidr.yomiuri.co.jp/page.jsp?id=57705&from=popin>).
- , 2012d, 「『佐藤記者の「精神医療ルネサンス」』児童施設と向精神薬 (4) ——消えないトラウマ」, ヨミドクターホームページ, (2012年8月3日取得, <http://www.yomidr.yomiuri.co.jp/page.jsp?id=58235&from=popin>).
- 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.
- 吉田耕平・土屋敦, 2019, 「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」『地域科学研究』9: 1-22.

- 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, 「施設レポート 作業指導の実践 (特集Ⅱ 作業指導を考える)」『児童養護』11(1): 20-23.
- 全国児童養護施設協議会, 2006, 「児童養護施設における子どもたちの自立支援の充実に向けて——平成 17 年度児童養護施設入所児童の進路に関する調査報告」全国児童養護施設協議会調査研究部 (2013 年 6 月 6 日取得, <http://www.foster-family.jp/data-room/yogo-shisetsu/200611%20H17yogo-shisetsu-shinro-chosa.pdf>).
- 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.
- Zola, I. K., 1972, “Medicine as an Instrument of Social Control,” *Sociological Reviews*, 20: 487-504.
- , [1977]1978, “Healthism and Disabling Medicalization,” I. Illich, J. Mcknight, I. K. Zola, J. Caplan and H. Shaiken, *Disabling Professions*, Boston: Marion Boyers, 41-67. (=1984, 尾崎浩訳「健康主義と人の能力を奪う医療化」『専門家時代の幻想』新評論, 53-92.)

既発表論文との関連

序 章 書下ろし

第1章 子どもの問題行動への視角の変遷と医療化プロセスの検証

——1960年代から2010年代の医学文献の検討から

吉田耕平・佐藤文哉・土屋敦・上野加代子, 2019, 「子どもの問題行動への視角の変遷と医療化プロセスの検証——1960年代から2010年代の医学文献の検討から」『徳島大学地域科学研究』9: 23-47.

第2章 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・土屋敦, 2019, 「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」『徳島大学地域科学研究』9: 1-22.

第3章 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

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. (日本学術会議協力学術研究団体学会誌)

第4章 児童養護施設における療育手帳を用いた子どもの進路指導

吉田耕平, 2018, 「児童養護施設における療育手帳を用いた子どもの進路指導」『東北文教大学研究紀要』8: 37-56. (外部査読あり)

結 語 書下ろし

謝辞

本論文をまとめるにあたり，終始あたたかい激励とご指導，ご鞭撻をいただきました徳島大学大学院社会産業理工学研究部の土屋敦准教授，そして東京女子大学現代教養学部国際社会学科の上野加代子教授に心より感謝申し上げます．時に応じて，厳しくご指導いただいたこと，またやさしく励ましてくださったことを通して，私自身の至らなさを実感することができたことは今後の努力の糧になるものであります．

学位論文審査において，ご丁寧なご指導とご助言を賜りました高橋晋一教授，依岡隆児教授には深く感謝しております．

最後に，インタビューにご協力をいただきました児童養護施設の園長ならびに職員の皆様に，深く感謝の意を表して謝辞といたします．