

少年非行と障害の関連性の語られ方

——DSM型診断における解釈の特徴と限界——

木村 祐子*

Discourses about the relationship between delinquency and mental disorders

: Features and limits of interpretation based on DSM

KIMURA Yuko

abstract

Recently, mental disorders based on DSM explain the cause of the delinquency. In this paper, these medical interpretation's features and limits are focused and inspected by professional and practitioners.

Section 1 reviews previous studies of sociology that look critically how the problem of the delinquency was explained. Medical interpretation closely is conceived as psychologism. It usually reduces or exempts from the responsibility of the patients, parents and teachers. However, it's not seen in the delinquency.

Section 2 reviews previous medical studies and clarifies these features. They do not consider the disabilities to be an immediate cause of the delinquency, and interpret it as a risk factor. And, the purpose of the studies is clarified the treatment and the education.

Section 3 examines (1)the undeveloped medicine,(2)the similarity of delinquency and definition of disorders. These points involve non-medical explanation in medical interpretation.

Keywords : delinquency, medical interpretation, developmental disorders, DSM , discourses

はじめに

本稿は、少年非行の問題が1990年以降にみられるようになった診断によって説明されつつあることに注目し、専門家や実践家（家庭裁判所調査官、法務技官、法務教官など）の文書資料から医療的⁽¹⁾な解釈の特徴、限界・問題点を明らかにすることを目的としている。

1990年代以降、マスメディアは猟奇的な少年犯罪がおこると、加害者少年の理解困難な行動を説明するために「行為障害」、「ADHD（Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder）」、「アスペルガー障害」、「広汎性発達障害（Pervasive Developmental Disorders: PDD）」などの障害名に注目して報道している⁽²⁾。これらの障害⁽³⁾が日本で一般的に知られるようになり、非行との関連で語られるようになったのは、1990年代に入ってからのことである⁽⁴⁾。文部科学省は1990年代中旬から「学習障害」「ADHD」「高機能自閉症」を公式に定義し、「特別支援教育」の重要性を唱えた。2005年には「発達障害者支援法」が施行され、障害者は教育だけでなく、医療、福祉、

キーワード：少年非行、医療的な解釈、発達障害、DSM、語られ方

*平成16年度生 人間発達科学専攻

就労などさまざまな領域で支援の対象となっている。医療的な制度の施行・確立にともない、医療的な知識や解釈はさまざまな組織（病院、学校、就労支援施設など）に導入され始めている。こうして少年非行の語られ方にも、これまで見られなかったような医療的な解釈が取り入れられるようになっていく。実際、医学的な視点を導入した処遇や教育を積極的に行っている矯正施設が増えつつあり（品川 2005、山口 2006、小栗 2007）、その意義が実践家によって語られている⁽⁵⁾。

しかし、非行問題が医療的に解釈される一方で、非行の原因や対応策はこれまでと同様に家庭や学校に求められている。特に、非行の責任を加害者少年の親に求める風潮は根強く、事件後にマスメディアをとおして加害者少年の親が謝罪するケースが散見される⁽⁶⁾。コンラッドとシュナイダー（訳書2003）によれば、医学が現場に介入すると、それは科学的な根拠に裏づけされた正当な知として認識され、現場での実践や解釈を医療的なものへと導き、支配する。そして、病気のレッテルを貼られた本人やその周辺の人々の責任は軽減・免除され、彼らにこれまでとは異なった役割や義務を付与する（Conrad & Schneider 訳書 2003）。だが、医療的な解釈がみられるようになってからも、非行少年の周辺者の責任が軽減・免除されていないのである。

本稿は、非行問題が医療的に解釈される一方で、従来どおり家庭や学校にその原因や対応が求められる理由や背景について分析する。そのために、専門家や実践家が非行と障害との関連性をどのように説明・解釈しているのかについて、その特徴を整理し、限界や問題点を検討する。次節では、先行研究に基づいて非行がこれまでどのように語られてきたのかについて概観し、研究方法を提示する。2節では、非行についての医療的な説明・解釈の特徴を明らかにし、3節でそれらの限界や問題点について考察する。

1. 先行研究の課題と研究方法

非行問題の語られ方は、社会学でたびたび扱われてきたテーマであるが、時系列にみるとそこに一定の傾向がみいだされてきた。牧野（2006）は、新聞記事の分析から少年犯罪についての問題の所在が1960年代には社会にあるとされ、1970年代になると家庭や学校の問題となり、1990年代にはそれが少年の不安定な「心」にあると語られていく変遷を明らかにしている。また、構築主義アプローチによる研究では、マスメディアが事実とは異なったかたちで少年犯罪の低年齢化や凶悪化について報道し、過剰に人々の不安を煽っていることを歴史的な資料や統計データから指摘している（鮎川 2001、広田 2007）。

1990年代以降の非行問題の語られ方は、原因を個々人の内面にあるとみなす点で、本稿で取りあげる医療的な解釈と共通している。この解釈の出現をコンラッドとシュナイダー（訳書 2003）は「医療化(medicalization)」と呼び非医療から医療的に解釈される過程を理論化している。それによれば、病気のレッテルが人に貼られると、問題行動の原因は個々人の内にある「病気（障害）」へと還元され、周辺者の責任は軽減・免除される。しかし、非行の語られ方をみる限り、非行の原因は必ずしも病名に還元されておらず、医療化の特徴である責任の転嫁、個人化、脱政治化⁽⁷⁾が確実に進行しているとは言い難い。こうした傾向は、医療化現象に対抗する語りとしてみることができるが、これまで非行問題の医療的な解釈の特徴や限界・問題についてはあまり検討されておらず、なぜ従来どおりの語りが残存しているのかについても十分に分析されていない。そもそも、構築主義アプローチの研究は非行問題がいかに社会的な価値判断や社会的合意によって構築されてきたかを明らかにしており（北澤 2007）、本稿では非行の原因論が、社会的文脈から切り離せないことを認識したうえで検討する。

以上のように、1990年代以降の非行の語りには矛盾した側面をみいだすことができる。犯罪の原因としての診断が登場する一方で、障害者への配慮から非行と障害者の関連はほとんど無縁であり、家族や学校に原因や対応策を求めている点である。本論文ではこうした矛盾が表出する背景を分析するために、非行と障害の関連性について検証している書籍、論文を分析対象とする。論文は国立国会図書館のNDL-OPACで「非行」「矯正」「発達障害」「ADHD」「LD」「アスペルガー障害」「行為障害」のキーワードで検索し、非行とこれらの障害の関連性が指摘されている邦文の論文を収集した（表1参照）。論文は1997年からみられ、主に心理学、精神医学の専門家や実践家によって蓄積されている。雑誌は『小児科臨床』『臨床精神医学』『臨床心理学』『犯罪心理学研究』『刑政』『矯正医学』などに掲載されている論文が比較的多い。関連する書籍は少ないためおおむね論文に依拠しているが、参照している。

表1 年代別にみた論文数 (2008年12月時点)

年	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	合計
本数	1	2	0	9	11	9	4	12	19	25	20	7	119

2. 非行と新しい障害との関連性

2.1 専門家と実践家の先行研究

2000年以降、日本の専門家（精神科医、児童精神科医^⑧、小児科医、心理学者）や実践家は、少年非行と障害の関連性について欧米の研究を参照しながら検証しはじめている。児童精神科医の杉山（2002）や中根（2002）によれば、欧米では診断が成立する以前から、非行少年や問題児に脳波異常が多く、1980年代になると児童精神医学の領域でADHDの追跡調査が始まるなど、障害をもつ少年は非行や犯罪に結びつきやすい負因をもつことが指摘されるようになる。こうした欧米の知見にもとづき、日本でも専門家と実践家が共同して、量的調査を始めている。岡田他（2006）は少年鑑別所へ入所した307名を対象にADHDと行為障害の可能性を「自己チェック票」から推定し、行為障害の場合、男子35.2%、女子58.3%、ADHDの場合、23.0%の割合で「障害の可能性はある」と指摘している。また、松浦（2007）は、少年院在院者に自己申告型のチェックリストを行いLD63.7%、ADHD78.4%の割合で在院少年に障害の疑いがあると報告している。その他にも家庭裁判所調査官の藤川（2008）によれば、東京家庭裁判所における疫学調査で、862事例のうちPDDが疑われたり診断された事例は24例（2.8%）、ADHDが49例（5.7%）、MR（Mental Retardation）が19例（2.2%）となっている。いずれも、高い数値で「障害」の可能性が示唆されているが、これらの診断結果は医師による診断を意味しておらず、チェックテストから推定した「障害の疑いあり」の割合であることに注意しなければならない。統計データは、調査者の意図とは異なったかたちで伝達・解釈される可能性が高く、公表する際に慎重にならなければならない。なぜならば、人々にとってスクリーニングによる結果が意味することと、医師が診断した結果が意味することの違いは、それほど明確ではないからである。したがって、これらの数値は、非行と障害の関係を証明するものではないが、医療的な視点に注目する根拠として提示されている。

事例研究でも実践家は専門家の知見を援用したり、共同研究を行い専門家と関わりながら研究を進めている。法務技官の車谷（2006）によれば、アスペルガー障害や広範性発達障害の少年（18名）の非行事実は、放火や強制わいせつ罪が比較的多い。藤川他（2001）や精神科医の十一（2002）は、アスペルガー障害の少年が起こした性非行の事例から①少年が性非行の内容を躊躇することなく供述すること②性的関心が局限していること③性非行の対象に対する選択性が乏しいことを特徴として挙げ、それらは障害の特性にある自己意識の欠如に起因すると述べている。そして、既存の処遇方法がかえって非行少年を混乱させており、一般的に常識と考えられることについて丁寧に教え込み、系統立てて教育しなければならないと述べている。

ADHDの場合、精神科医の齊藤（2000）や原田（2002）はADHDが年齢にともなって反抗挑発性障害、行為障害、反社会的人格障害へと変化していくことをDBD(disruptive behavior disorder)マーチ^⑨と呼び、早期に治療できるような環境を整えていくことを重視している。その他にも、ADHDの処方の一つが薬物療法であるため、少年が詐病を申告し、薬物乱用・依存に陥る事例が報告されている（吉永 2008）。

以上のように、先行研究は非行少年を障害との関連で説明し始めている。一方で、非行要因が複合的であること、医学的な根拠の欠如、診断の難しさが指摘され、非行と障害の関連性を安易に結びつけることに慎重になっている。家庭裁判所調査官の甲斐（2007）は、実務経験のなかでPDDの診断の困難さを次のように指摘している。

PDDが疑われる者は、明らかな知能の発達の遅れがなく、障害の程度も比較的軽い場合が多い…。そのため、その兆候は見逃されがちであり、ほとんどは専門医師による診断を受けていない。このように未診断のまま青春を迎えた者について、保護者の回想により十分な生育歴を得ることは、専門家である児童精神科医でも難しい…（甲斐 2007:71）。

障害は、過去の生育環境や発達状況をとらえて診断されるものであり、少年が成長していればしているほど診断が難しくなっている。さらに、家裁調査官による生活史聴取と医療機関での問診や検診などにおけるスクリーニングには違いがあり、医療領域での知見を実践家がそのまま利用することについて懐疑的である（甲斐 2007）。こうした現状をふまえ、とりわけ実践家は診断の付与に敏感になっており、家庭裁判所調査官の横島（2002）は安易なレッテル貼りをしないように呼びかけている。実際、マスコミが非行と障害の関連性についてセンセーショナルな報道をしたことで、全国各地に存在する親の会が「障害者＝非行少年」と受け取れる報道に反発し、声をあげている。実践家はこうした反発に配慮し、医療的な研究の主眼が非行少年の処遇実践に生かすことにあると主張している。

現場第一線では、非行と軽度発達障害との関連を論じるよりも、実務的には、まず彼らのニーズに応じた処遇（Treatment）を展開することが必要となっている（向井 2004:1549）。

したがって、非行と障害の関連性については、示唆にとどまる場合が多い。障害が非行の直接的な原因であるとは言えないが、非行のリスクファクターの一つであると解釈され、医療、福祉、学校機関で支援されるべき対象として扱われている。向井（2004）によれば、軽度発達障害児は「①セルフコントロールの弱さ、②衝動性、多動性、攻撃性の問題、③不正直、④低学力、⑤読み書き力の弱さ、⑥しつけ不足、⑦学校不適応（向井 2004:60）」のリスクや問題を抱えることが多く、非行や再犯のリスクファクターにつながる。このようなリスクをふまえて処遇や治療的教育を行うべく、障害をもった少年の非行事例を取り上げその特徴・傾向について明らかにし、彼らへの適切な処遇や矯正教育を模索している。少年院では、障害の疑いのある少年を対象に生活習慣の立て直し、学力面や運動面の指導、集団活動、対人関係能力を高めるための指導などの多様な実践を試み自己評価や自尊心を回復させるなどの成果をあげている（品川 2005、山口 2006、小栗 2007）。

以上のように、非行と障害の関連性が示唆され、こうした研究が蓄積される背景には、これまであまり取り入れられてこなかった医療的な視点（特に発達面）が特異な少年犯罪を説明する際に有用であるとみなされ始めたことにある。さらに、エビデンスベースにもとづいた処遇や教育が重視され、非行のリスクファクターを調査し早期に介入することが目指されているからであろう（藤川 2008）。

2.2 医療的な解釈に内在する非医療的な解釈

非行問題における医療的な解釈は、診断だけでなく非医療的な解釈（学校、家庭など）を含む。専門家や実践家は、データや事例研究から障害を非行のリスクファクターとして位置づけるが、障害を非行の直接的な要因としてとらえていない。実際、審判の結果からも同様の知見をみいだすことができる。

（審判の）決定はまず「発達障害が事件に直接結びついたわけではない」と前置きしたうえで、少年は幼少期から発達障害により対人関係がうまくいかず、被害感情を強めて他者への攻撃を空想しがちだったと指摘（朝日新聞、2005年8月5日朝刊）

専門家や実践家は、障害が非行の直接的な原因になったわけではなく①障害ゆえの特異な行為②障害をもってゆえに経験することになった二次的な側面（被害者体験）によって非行につながったのではないかと推測している。たとえば、藤川（2008）はアスペルガー障害と診断された非行少年の事例で、障害にみられる特異な行為が非行の原因になっていると推察している。その行為とは、「行為が、他人に与える影響を認識できないこと」、「強迫的探究」「社会的理解の欠如」「他人に利用されること」「融通のきかない規則の解釈」である。また、二次的な側面については以下のように述べられている。

患者がアスペルガー障害であるがゆえに起こったわけではない。しかし、この障害が患者の不適応・ひきこもりに関係し、これが事件の下地をなしたことは明らかである（野村 2001: 60-61）。

本人の資質のみが原因で非行が起きたとは考えにくく、二次的に起きた被害体験、いじめられ体験が攻撃的な行動の素地を作った可能性が高いが、家庭内で教育や躰けが適切に行われていたらこのような非行はなかったかも知れない（藤川他 2002:43）。

障害による二次的な側面とは、「周囲の理解不足」「過度な叱責」「体罰」「対人不信」「自尊感情の低さ」「いじめ」「不登校」「ひきこもり」「孤立」などである。専門家らは、非行少年がこれらの二次的な要因によって過度なストレス、混乱、心の問題をかかえてしまい非行に至ったのではないかと解釈している。そして、藤川他（2002）が「家庭内で教育や躰けが適切に行われていたら」と述べているように、実践家は二次的な要因が家庭内で適切に対応されていなかったことを問題視している。杉山も、ADHDとLDを持った少年の非行事例で「学校教育の中で、なぜこのような問題行動が派手に始まる前に患児の学習の問題を補うことができなかつたのであろうか」（杉山 2002：214）と学校側の対応に責任があったと述べている。こうして障害は非行の直接的な原因としてみなされていないため、従来どおり非行の原因は家庭や学校に原因をもとめられやすくなっていると考えられる。

2.3 原因論の展開

ここまで、専門家や実践家が非行と障害の関連性をどのように解釈しているのかについてみてきた。障害が非行のリスクファクターとして注視される一方で、非行と障害の直接的な関連性を証明することは難しく、それらの関連性は示唆にとどまっている。そして、障害を持っているがゆえの経験（被害体験）や特異な行為が非行に走らせる要因になっていることを強調している。こうした被害体験は、家族や学校が早い段階で気づき、解決すべき問題であるとみなされており、従来どおり家庭や学校の責任が問われている。結局、非行と障害の関連性は注目する意義があると言われながらも明らかにされておらず、いかに処遇し、教育していくのかについて力点がおかれている。しかしながら、医療的な解釈がここで終わったわけではない。非行と障害の関連性についての議論は、さらなる原因論へとつながっている。

専門家らは「非行の原因は何か」という問いに対して医療的な回答（診断）を提示したが、次に、彼らは非行少年が「障害になった原因や背景は何か」についての新たな原因論を展開させている。以下で取り上げる先行研究によれば、障害に至った原因や背景は①医学的要因（器質、遺伝）②環境要因（家庭環境）③情緒的要因（心、トラウマ）にある。ここでは、障害の原因が脳の器質、機能的要因だけではなく、環境や情緒的要因にもあると指摘している点で特徴的である。

① 医学的要因（器質、遺伝）

ほとんどの研究が、障害の原因を脳の器質、機能の欠陥、または遺伝にあることを前提にしている。この考え方は、文部科学省や厚生労働省が提示している公式の定義と同様である。

とりわけ、福島（1999、2005）は重大殺人者の脳には微細な異常があると主張し、「殺人者精神病」の病名を提唱するなど生物学的な要因を重視している。さらに、「なぜ器質的な欠損が生じたのか」について検証しており、その原因を環境ホルモンや合成黄体ホルモンにみいだしている。いずれも科学的な根拠は明確ではないが⁽¹⁰⁾、非行の原因としての障害にさらなる原因論が付随されていく過程をみいだすことができる。

② 環境要因

専門家や実践家によれば、障害に至った原因は医学的要因だけではなく、少年の成育環境の影響を受ける。槇野と野村（2005）は、「必ずしも脳機能の問題だけでこれらの症状が説明できるわけではなく、家族負因や環境要因（不適切な養育）によって障害が引き起こされると述べている。同様に、宮本（2000）は「遺伝的素因と環境要因の相互作用によりADHDの状態像が完成していく」と指摘している。斉藤（2000）も、「多動、不注意、衝動性という特徴的な状態像を伴う障害は必ずしも生物学的な要因からだけ出現するわけではない」と述べている。

また、ADHDと非行の関連性については、槇野と野村（2005）がほとんどのADHD児は行為障害にはならず、家族内の葛藤や凝集性の低さなどの問題を抱えるADHD児が非行に至ると指摘している。

ADHDに行為障害が合併しやすいのは、基本症状としての衝動性や抑制困難性に自尊心低下が加わること

のほか、環境要因が大きいことが伺われる。…行為障害を合併したADHD児では、家族との愛着形成がうまくいっていないケースが多いように感じている（宮本 2000:259）。

注意欠陥多動性障害という生物学的な負因に虐待環境が掛け算になったときに、非常に高い割合で非行に至ることは疑いない（杉山 2002:214）。

こうして専門家や実践家らは、障害が医学的要因だけでなく、少年の生育環境の影響を相互に受けながら形成されていくと解釈していることが多い。そして、彼らは環境要因が非行へ走らせる大きな要因となると理解している。

③ 情緒的要因

非行少年はしばしば劣悪な環境で育っており、それによって不安やトラウマを抱え、感情の自己調整能力の発達を阻害されている。

愛着—トラウマ問題は子どもの感情の自己調節能力の発達を阻害することとなる…刺激弁別能力の低下からくる注意の問題、不安からくる落ち着きのなさ、自己調節能力の低下からくる衝動性の高さや易興奮性がADHDの診断基準と同じ行動特徴となる（奥山 2000:282）。

注意を要するのは、強い情緒的な体験はそれ自体が器質的な影響を起こしうるということである（杉山 2002：214）。

少年のなかには、障害ゆえに虐待やいじめなどの被害を受けやすい。特に、発達障害のある子どもとない子どもにおける虐待遭遇率は、発達障害のある子で割合が高い（細川他 2002）。こうした被害体験が少年の情緒に問題を引き起こし、診断基準と同じ行動を引き起こしたり、脳の器質に影響を与えると示唆されている。

以上のように医療的解釈は、「非行の原因は何か」「障害の原因は何か」「器質的欠損の原因は何か」といった新たな原因論を展開させている。障害の原因として考えられている環境要因、情緒的要因は、非医療的な説明を含むものであり、非行の医療的な解釈に非医療的な解釈を介在させやすくしている。こうした原因論の展開こそが、非行問題の医療的な解釈に非医療的な解釈を介在させる理由となっている。

次節では、非医療的な解釈が医療的な解釈に内在する要因について診断の概念に注目して、検討する。

3. 医療的な解釈の限界・問題点

医療的な解釈に非医療的な解釈が含まれる背景には、①医学的根拠の欠陥（定義、原因、診断方法の曖昧さ）②障害の概念構造と非行の類似性があげられる。

① 医学的根拠の欠陥

診断基準は、主にアメリカ精神医学会が出版している『精神障害の診断・統計マニュアル（DSM）』にもとづいている。DSM型の障害の多くは科学的な根拠が特定されていないため、定義や原因が曖昧で専門家間でも意見の相違が生じている。定義上、障害の原因は脳の器質、もしくは機能障害といわれているものが多いが科学的根拠は提示されていない。したがって、障害の定義や根拠に関わる医療の不確実性は、さまざまな観点からの解釈を取り込みやすくしている。少年鑑別所や少年院で実施されているスクリーニングテストは、このDSMに掲載されている基準に準拠して作成されている。一見、科学的な知見にもとづいて作成されているとみなされるDSMだが、多軸評定による診断法を採用しており、複数の診断名が付与されるなど診断の範囲や基準は不確実で、曖昧な部分が多い（木村 2006）。

② 障害の概念構造と非行の類似性

非行問題が医療的に解釈されること、そして、医療的な解釈に非医療的な解釈が含まれることは、障害の概念に関連している。DSMの診断基準に記載されている行為の特徴は、家庭や学校に原因があるとみなされやすい行為や非行に類似した行為、もしくは非行行為そのものを示すものであった。表2は、DSMの診断基準に表記されている障害の特徴をすべて記したものである。

特に、「行為障害」の特徴は、「脅迫、喧嘩、身体的暴力、盗み、放火、侵入」など非行行為そのものが列挙されており、専門家や実践家は「行為障害」をしばしば非行と同様の意味で用いている⁽¹¹⁾。

行為障害は、他人の基本的権利や年齢相当の社会的ルールや常識を侵犯するような行為を持続的に行うものをいう。具体的には、万引き・窃盗・傷害など、いわゆる非行のことと理解してよい(宮本 2000: 258-259)

表2 診断名と行動特性

診断名	行為
アスペルガー障害	対人的相互反応を調節する多彩な非言語的行動の使用の著明な障害。仲間関係を作ることの失敗、他人と分かち合うことを自発的に求めることの欠如、対人的または情緒的相互性の欠如、強度または対象において異常なほど、常同的で限定された型の1つまたはそれ以上の興味だけに熱中する、特定の、機能的でない習慣や儀式にかたくなにこだわる、常同的で反復的な衝動的運動、物体の一部に持続的に熱中する。
注意欠陥／多動性障害	〈不注意〉学業、仕事、またはその他の活動において綿密に注意することができない、または不注意な間違いをする。注意を集中し続けることが困難。直接話しかけられたときに聞いていないように見える。指示に従えず、学業、用事、または職場での義務をやり遂げることができない。順序立てることが困難である。精神的努力の持続を要する課題に従事することを避ける、嫌う、またはいやいや行う。必要なものをなくしてしまう。外からの刺激によってすぐ気が散ってしまう。忘れっぽい。 〈多動性〉手足をそわそわ動かし、またはいすの上でもじもじする。座っていることを要求される状況で席を離れる。不適切な状況で、余計に走り回ったり高い所へ上ったりする。静かに遊んだり余暇活動につくことができない。じっとしていない、エンジンで動かされるように行動する。しゃべりすぎる。 〈衝動性〉質問が終わる前に出し抜けに答え始めてしまう。順番を待つことが困難。他人を妨害し、邪魔する。
行為障害	他人をいじめ、脅迫し、威嚇する。取っ組み合いの喧嘩をする。他人に重大な身体的危害を与えるような武器を使用したことがある、人に対して残酷な身体的暴力を加えたことがある。動物に対して残酷な身体的暴力を加えたことがある。被害者の面前での盗みをしたことがある、性行為を強いたことがある、重大な損害を与えるために故意に放火したことがある、故意に他人の所有物を破壊したことがある。他人の住居、建造物、または車に侵入したことがある。物や好意を得たり、または義務をのがれるために嘘をつく。親の禁止にもかかわらず、夜遅く外出する行為が13歳以前から始まる。親または親代わりの人の家に住み、一晩中、家を空けたことが少なくとも2回あった。学校を怠ける行為が13歳以前から始まる。
反抗挑戦性障害	かんしゃくを起こす。大人と口論をする。大人の要求、または規則に従うことに積極的に反抗または拒否する。故意に他人をいらだたせる。自分の失敗、不作法を他人のせいにする。神経過敏または他人によって容易にいらだつ。怒り、腹を立てる。意地悪で執念深い。
間欠性爆発性障害	攻撃的衝動に抵抗しきれないのでひどい暴力行為または所有物の破壊に至る。
窃盗癖	個人的にもちいるためではなく、またはその金銭的価値のためでもなく、物を盗もうとする衝動に抵抗できなくなることが繰り返される。窃盗に及ぶ直前の緊張の高まり。窃盗をおかすときの快感、満足、または開放感。盗みは、怒りまたは復讐を表現するためのものでもなく、妄想または幻覚に反応したものでない。

専門家や実践家は、「行為障害」を「非行」の意味で用いる傾向にあり、「行為障害」が非行の原因を十分に説明する概念とは言い難い。しかし、人々にとって「行為障害＝非行」のイメージは抱きにくく、非行があたかもこうした障害による影響を受けていると認識してしまう。また、「反抗挑戦性障害」「間欠性爆発性障害」「窃盗癖」の症状をみても、それらが非行行為そのものを示している（もしくは類似している）ことがわかる。つまり、非行行為そのものが医療化されてしまっているのである。こうした事態に対して、専門家らは「行為障害」という言葉が乱用されてしまう可能性を危惧している（齊藤 2000、斎藤 2003）。また、「アスペルガー障害」や「ADHD」の行動特性は、非行行為そのものを示すものではないが、行為の原因が家庭（しつけの問題、虐待）や学校（指導不足）にあるとみなされやすい特徴をもっていると推測できる。

このように、障害名が非行の原因として取り上げられる背景には、診断の概念そのものが非行の行為そのものと極めて類似している点あげられる。そして、非行と類似した行為基準にもとづいて作成されたスクリーニングテストでは、当然、非行少年のなかに高い割合で障害を持つと疑われる少年がでるだろう。

おわりに

本論文では、少年非行の問題が医療的なカテゴリーによって説明されつつことを指摘し、専門家と実践家の文書資料に依拠して医療的な解釈の特徴と限界・問題点を明らかにした。以下に、知見をまとめた。

第一に、非行は1990年代後半からこれまではみられなかった診断で解釈され始めている。しかしながら、非行の医療的な解釈は、非医療的な解釈（家庭、学校）を内在させるものであった。通常、医療的な解釈は、科学的根拠をもとに他の説明（家庭、学校）を寄せつけないが、そのような傾向は全くみられなかった。専門家や実践家は、障害を非行のリスクファクターとしてみなしているが、現段階で非行と障害の因果関係を特定することは難しく、非行少年の処遇、教育などの実践に寄与することに力点をおいている。そして、彼らは障害ゆえの特異な行為や被害者経験が非行の原因となっていると解釈している。

第二に、非行の医療的な解釈は非行の原因だけでなく、障害に至った原因・背景を説明するものであった。障害に至った原因は、医学的要因（器質、遺伝）、環境要因、情緒的要因があげられているが、環境要因、情緒的要因では非医療的に説明されていた。この説明（環境要因、情緒的要因）こそが、医療的な説明に非医療的な説明を内在させる理由となっている。

第三に、新しい障害は①医学的根拠の欠陥②障害の概念構造と非行の類似性という医療的な限界・問題を内在させていた。したがって、医療的な概念自体が非行行為と類似していたり、これまでの「語り」（家庭、学校要因）を取り込むような構造になっていた。非行の原因は「障害」というカテゴリーで説明され、「非行の医療化」が生じているにもかかわらず、「病気」「障害」の概念が非医療的に構成されているがゆえに、非医療的な解釈を内在化させていた。

最後に、本稿では専門家と実践家の先行研究から医療的な解釈がもつ特徴と限界・問題を明らかにしたが、現場で実践家が医療的な解釈をどのように受け入れ、実践に影響を与えているのかについては明確になっていない。この点については、今後の課題としたい。

※本研究は、お茶の水女子大学21世紀COE公募研究平成18年度「少年非行における医療的解釈と実践の構造－言説分析と臨床家へのインタビュー調査から」、財団法人社会安全研究財団平成18年度＜B若手研究助成＞「少年非行の心理・医療的な解釈と臨床的実践の構造」の研究成果の一部である。

注

- (1) 佐藤（1999）によれば「医療は社会的治療実践であり、医学はその行為を遂行するために組織化された知識体系（イデオロギー）と表現できる」。したがって、本稿でいう医療とは人々が医学にもとづいてふるまう行為（解釈を含む）を意味している。
- (2) 診断名が加害者少年に付与されたケースを注表1に示した。

注表1 少年犯罪と加害者少年への診断結果

年代	事件名	診断結果
1997	神戸児童殺傷事件	「行為障害」及び「性障害」
2000	佐賀バスジャック事件	解離性障害
2000	大分一家6人殺傷事件	行為障害
2000	豊川市主婦殺人事件	アスペルガー障害
2003	長崎男児誘拐殺傷事件	アスペルガー障害
2004	石狩・同級生の母刺殺事件	アスペルガー障害
2005	寝屋川教職員殺傷事件	広汎性発達障害
2005	静岡タリウム事件	発達障害
2006	写真店主殺害事件	適応障害
2006	奈良・母子放火殺人事件	広汎性発達障害

- (3) 本稿では、1990年代以降にみられるようになった諸障害（学習障害、ADHD、発達障害、行為障害、解離性障害など）を「障害」と表記する。これらの障害は、アメリカ精神医学会が出版した『精神障害の診断・統計マニュアル（Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders : DSM）』の基準にもとづいている。
- (4) LD、ADHDなどの概念は、欧米を中心に1940年代に微細脳機能障害（MBD）という概念で研究されてきたが、これらは専門家のみが共有する知識であった（木村 2004）。
- (5) 筆者は2005年8月から2006年9月の間に家庭裁判所調査官2名、法務技官1名、法務教官6名、法務事務官1名、元法務教官1名にインタビュー調査を実施した。以下に、医療的な解釈を評価する実践家の語りを示す。『「この子はこういう感じの子だからだめだ」と決めつけて考えるのと、『その子の特徴としてこういうところが問題なんだな』と考えるのでは全然違うと思います。そのあたりは、全く考え方が変わってきたところではある。』「少年をいきなり否定しないですむという意味では、少年とのつながりはとりやすいと思う」。
- (6) 長崎で起きた4歳男児殺害事件後のモニター調査では「子どもを犯罪に走らせない責任は…『親』がトップ（朝日新聞朝刊2003年8月9日）」であった。大分県一家6人殺傷事件では、加害者側の両親が町長と町民あてに謝罪文を送っており、親の責任を重視する風潮がこれまでと変わらず存在していることがわかる。ただし、加害者少年が通院している場合には、医療的機関（精神病院）や医師の責任が問われるなど新たな分野における責任追及がされ始めている。
- (7) コンラッドとシュナイダー（訳書 2003）の医療化理論によれば、社会問題を個人化することは問題の原因を社会体系の構造よりも個人にあるものとし、現存する社会や政治体制を擁護することになる。
- (8) 藤川（2008）によれば、少年事件の「鑑定医が伝統的な診断枠で責任能力の有無を鑑定する犯罪専門の精神科医から、発達という縦軸を重視し処遇の方向性を示す児童精神科医へ」と変わってきている。
- (9) 齊藤（2000）と原田（2002）は「小児科分野における“アレルギーマーチ”＝アレルギー体質をもつ者が、乳幼児期はアトピー性皮膚炎、学童期には気管支喘息、思春期以降はアレルギー性鼻炎とその症状を変えていくことに倣って（原田 2002:167）」提唱している。
- (10) 精神科医の福島（2000）は、非行のみならず学級崩壊、不登校、校内暴力などの問題が環境ホルモンや情報環境の影響による脳の形成異常にあると述べている。いずれも科学的根拠が示されておらず（斎藤 2003）、曖昧な点が多い。
- (11) 奥村他（2006）によれば、厳密には、行為障害と非行は類似しているが、必ずしも一致しない。

参考文献

- 鮎川潤，2001、『少年犯罪－ほんとうに多発化・凶悪化しているのか』平凡社新書。
- Conrad, Peter & Schneider, Joseph.W.,1992, *Deviance and Medicalization :From Badness To Sickness*, Temple University Press, (=進藤雄三・杉田聡・近藤正英訳 2003,『逸脱と医療化－悪から病いへ』ミネルヴァ書房)。
- 藤川洋子・梅下節瑠・六浦祐樹・勝田久実，2001,「広汎性発達障害を伴う非行事例について－医務室技官との連携例の考察」『調研紀要』最高裁判所家庭裁判所調査官研修所, 72:51-76。
- 藤川洋子・梅下節瑠・六浦祐樹，2002,「性非行にみるアスペルガー障害－家庭裁判所調査官の立場から」『児童青年精神医学とその近接領域』43(3):280-289。
- 藤川洋子，2008,『発達障害と少年非行－司法面接の実際』金剛出版。
- 原田謙，2002,「ADHD／非行・暴力・犯罪への親和性－反抗挑戦性障害・行為障害を含むスペクトル」『現代のエスプリ』414:163-171。
- 福島章，1999,『子どもの脳が危ない』PHP新書。
- ，2005,『犯罪精神医学入門一人はなぜ人を殺せるのか』中公新書。

- 広田照幸監修・北澤毅編, 2007, 『非行・少年犯罪(リーディングス 日本の教育と社会第9巻)』日本図書センター.
- 細川徹・本間博彰, 2002, 「わが国における障害児虐待の実態とその特徴」『平成13年度厚生科学研究報告書』382-390.
- 甲斐美恵, 2007, 「高機能広汎性発達障害が疑われる少年の調査について—生活史聴取上の留意点」『家裁調査官研究紀要』裁判所職員総合研修所, 5:70-89.
- 木村祐子, 2004, 「子どもの不適応的行動の医療化—『学習障害』概念の制度化過程」『Sociology Today』お茶の水社会学研究会, 14:18-30.
- , 2006, 「医療化現象としての『発達障害』—教育現場における解釈過程を中心に」『教育社会学研究』東洋館出版社, 79:5-24.
- 車谷隆宏, 2006, 「アスペルガー障害の非行事例」『現代のエスプリ』至文堂, 465:68-74.
- 牧野智和, 2006, 「少年犯罪報道に見る『不安』—『朝日新聞』報道を例にして」『教育社会学研究』東洋館出版社, 78:129-146.
- 松浦直己, 2007, 「実証的調査に基づく、少年非行の危険因子に関する研究—少年院における調査と一般高校生との比較を通して」『社会安全』65:14-23.
- 宮本信也, 2000, 「注意欠陥・多動障害」『小児の精神と神経』日本小児精神神経学会, 40(4):255-264.
- 向井義, 2004, 「非行少年の再犯予防—LD・ADHDに対する少年院の取り組みから」『小児科臨床』日本小児医事出版社, 57増刊号:1549-1556.
- 中根晃, 2002, 「発達障害の行動異常—高機能自閉症とアスペルガー障害、そしてLD、ADHD」『調研紀要』最高裁判所家庭裁判所調査官研修所, 73:1-23.
- 野村俊明, 2001, 「突発的に暴力犯罪を行なったアスペルガー障害と考えられる一例—少年非行と発達障害の関連について」, 『犯罪学雑誌』日本犯罪学会, 67:56-62.
- 野村俊明・金樹英・工藤剛, 2001, 「注意欠陥／多動性障害ADHDと行為障害—医療少年院の経験から」『犯罪心理学研究』39(2):29-36.
- 小栗正幸, 2007, 「非行少年を理解・援助する視点としての発達障害」『臨床心理学』7(3):334-338.
- 岡田幸之・松本俊彦・千葉泰彦, 2006, 「行為障害と非行および注意欠陥／多動性障害と反社会性人格障害との関連に関する研究」『社会安全』社会安全財団, 60:6-15.
- 奥村雄介・野村俊明, 2006, 『非行精神医学—青少年の問題行動への実践的アプローチ』医学書院.
- 奥山真紀子, 2000, 「不適切な養育(虐待)と行動障害」『小児の精神と神経』40(4):279-285.
- 高橋三郎・大野裕・染矢俊幸訳, 2003, 『DSM-IV-TR精神疾患の分類と診断の手引』新訂版, 医学書院.
- 田中徹, 2007, 「発達障害等精神的問題を有する少年に対する処遇—運用の実情と課題」『犯罪と非行』153:62-82.
- 十一元三, 2002, 「性非行にみるアスペルガー障害—認知機能検査所見と性非行の特異性との関連」『児童青年精神医学とその近接領域』43(3):290-300.
- 佐藤純一, 1999, 「医学」進藤雄三・黒田浩一郎編『医療社会学を学ぶ人のために』世界思想社.
- 齊藤万比古, 2000, 「注意欠陥／多動性障害(ADHD)とその併存障害—人格発達上のリスク・ファクターとしてのADHD」『小児の精神と神経』40(4):243-254.
- 斎藤環, 2003, 『心理学化する社会—なぜ、トラウマと癒しが求められるのか』PHP.
- 品川裕香, 2005, 『心からのごめんなさいへ—一人ひとりの個性に合わせた教育を導入した少年院の挑戦』中央法規.
- 杉山登志郎, 2002, 「非行と発達障害」『臨床心理学』2(2):210-219.
- 山口孝志, 2006, 「少年院における矯正教育の実情」『法律のひろば』59(1):30-37.
- 吉永千恵子, 2008, 「少年鑑別所の精神科臨床とADHD(特集注意欠陥多動性障害(ADHD))」『臨床精神医学』37(2):191-196.
- 横野葉月・野村俊明, 2005, 「注意欠陥／多動性障害(AD/HD)と非行」『千葉大学教育実践研究』12:25-31.
- 横島健一郎, 2002, 「発達障害と非行に関する調査官の視点」『家裁調査官研究展望』31:41-48.