

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——

木村 祐子

はじめに

本稿は、子どもの不適応的な行動が、1990年代後半から「発達障害」という新しい医療的カテゴリーによって説明され始めたことに注目し、その移行プロセスを教育現場における相互作用の視点から捉えることを目的としている。

2004年12月に可決された「発達障害者支援法」は、「発達障害」を次のように定めている。

自閉症、アスペルガー症候群その他の広汎性発達障害、学習障害、注意欠陥多動性障害その他これに類する脳機能の障害であってその症状が通常低年齢において発現するものとして政令で定めるものをいう。

この法令は、「発達障害」児の早期発見や教育・就労の支援を目的として制定されたものである。教育の領域では、公式の定義として「学習障害 (Learning Disabilities : LD)」が提示され、2003年度には「注意欠陥多動性障害 (Attention Deficit Hyperactivity Disorder : ADHD)」、 「高機能自閉症」も特別支援教育の対象となり、全国でモデル事業が展開されている。これらの医療的な制度化は、子どもの行動に対する解釈やまなざしを、不適応によるものから医療的なものへと変容させつつある。実際、近年の教育問題や少年犯罪の原因は、「発達障害」などの新しい医療的な診断名によって解釈・認識されつつある⁽¹⁾。

この新しい医療的な制度やまなざしの普及は、「医療化 (medicalization)」の枠組みで説明できる。コンラッドによれば、それは「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」(Conrad & Schneider 訳書 2003, 1頁)を意味する。「発達障害」児は、これまで「不器用な子」、「勉強のできない子」、「落ち着きのない子」、「わがままな子」、「変わった子」などと非医療的に捉えられてきた⁽²⁾。医療的な診断の確立は、人々の解釈を非医療的なものから医療的なものへと移行させるプロセスを促進させる。しかしながら、医療化プロセスに介在する実践は、必ずしも一貫した医学的知識や根拠のみにもとづいていない。コンラッドとシュナイダーによれば、「医療化はあれかこれかの二者択一の現象ではなく、程度概念の観点からよりよく理解される」(Conrad & Schneider 訳書 2003, 528頁)。つまり医療化現象は、ある段階では医療的要素を強く有すが、別の段階では弱いといった状況を生じさせる。たとえば「学習障害」は、概念上、医療的なカテゴリーであり、医師が診断するが、対応は教育的支援であり医療的な関与が少なくなる。

このように医療化の過程は、医療的な側面と医療に直接関わるとはいえない非医療的な側面をあわせ持つ。特に、「発達障害」は、医療的な知識や原因の所在が現状では確立・確定されておらず、医療化の内実を容易に捉えられない(1.2.参照)。そこで、本稿は医療化を人々のまなざしのみでなく、発見、診断、治療という医療的行為のプロセスに焦点をあて、医療化のもつ新たな側面や機能を明らかにする。以下では、まず医療化論の論点を先行研究から整理し、医療化の一事例としての「発達障害」がもつ特徴や問題性を指摘する(第1節)。第2節では、医療化の相互作用場面を検証するために実施した教員へのインタビュー調査について説明し、第3節で、子どもにおける医療化がどのように進行するのかを人々のまなざし、責任、役割、地位の観点から検証する。さらに、発見、診断、治療の医療的実践にみられる曖昧で不確実な側面に注目し、教育場面における人々の医療的な解釈や実践のあり方を明らかにする。

1. 先行研究と課題

1.1. 先行研究からみた医療化論

医療化研究は、イリッチやゾラが過剰な「生活の医療化」を危惧し、医療を社会統制の一つとして用いることを批判したように(Zola 訳書 1984, Illich 訳書 1979)、常に、異議申し立ての性格を保ちながら確立してきた(進藤 2003)。一方

医療化現象としての「発達障害」

で、70年代以降の先端医療－医療技術革新（臓器移植，体外受精，胎児診断，遺伝子治療，終末医療）は，個人の「選択」や「自己決定」の権限を拡大させた。その結果，「過剰」医療からの解放としての「脱医療化」志向，「健康至上主義」傾向，「リスク管理」志向をまねき，現代の医療化現象が再検討されつつある（進藤 2003）。

これまで批判されてきた医療化の対象なるものは，「通常の人生上の過程」，「逸脱」類型，すべての人に共通する諸問題などを含んでいる（Conrad & Schneider 訳書 2003）。医療化研究は，常にこれらの対象に付与されるまなざしに注目してきている。特に重視すべきことは，医療化の被指示対象が，「逸脱」行為だけではなく，それまでは「ノーマル」とみなされてきた行為や事象にまで及んでいるという点である。医療化によって，人道的な「保護」のみがなされているわけではない。「病人」というラベル自体が，「非健常」という「逸脱」を作り出していることを医療化論は明らかにしている（進藤 2003）。このように医療化論は，医療化される対象への社会的な価値や道徳を含んだまなざしを批判的に検討しようとする。

社会的なラベルの付与は，これまでも社会学者が「逸脱」研究のなかで蓄積してきた論点である。コンラッドとシュナイダーは，「逸脱」や「病い」の定義・範囲をアプリアリなものとして捉える実証主義者を批判し，それらの社会的構築性を唱えた。特に，パーソンズの「病人役割 (sick role)」や「逸脱」の議論，ラベリング－相互作用論，知識社会学からの影響を受け，狂気，アルコール依存症，アヘン嗜癖，同性愛，犯罪などの事例研究をとおしてマクロとミクロの観点から医療化現象の特徴や帰結を指摘し，そのプロセスの理論化を図った。マクロな視点からは，医療的定義が立ち上がる際の「定義のポリティクス」に焦点をあて批判的に考察されている。

一方で，ミクロの視点からは，すでに「逸脱」研究のなかで，ラベリング－相互作用論の観点からラベリングにおける偶発性，逸脱キャリア，逸脱者の下位文化，逸脱者のアイデンティティ，スティグマについて知見が蓄積されていた（Conrad & Schneider 訳書 2003）。これを引き継ぎ，医療化論は，経験的事例における相互作用場面を検証している。たとえば，コンラッド（1976）は，多動児がどのように発見され，クリニック内で診断されていくのかを医療的制度和相互作用場面から明らかにしている。

本稿も同様に，「発達障害」をめぐる医療や教育的な取り組みをミクロな視点から検証する。最近の医療化研究からは，特定の現象を医療化と定義づけることの難し

さが指摘されている(平井 2004)。医療化は、概念、制度、相互作用など段階ごとに程度や範囲が異なるため、医療化しているのかを判断することが困難である。それゆえ、医療化研究は、事例ごとの段階と程度に注意しながら、丹念に検証していく必要がある。本稿では、相互作用の段階に焦点をあてることで、「発達障害」という医療的なまなざしが日々の相互作用のなかでどのように構築されていくのかを動的に解釈する。

1.2. 医療化現象としての「発達障害」

日本では、1990年代に入ってから「発達障害」に分類される「学習障害」の政策が作成・施行されている。「学習障害」は、1992年に「文部省(当時)」による「通級による指導に関する充実方策について(審議のまとめ)」の報告で初めて教育的支援の必要な障害の一つとして取りあげられ、1995年には公式に定義が示されている。その後、モデル事業をとおして全国的に小・中学校で、教育的な支援が実施され、他の周辺的な障害への注目にもつながった。このように「発達障害」に分類される諸障害の概念は、制度の施行とともに急速に普及したが、それ以前は、一部の専門家のみが共有する概念で、一般の人々にはほとんど知られていない。また、制度化の背景には、「全国LD親の会」による地道なクレーム活動の影響を大きく受けている(木村 2004)。

このようにして「発達障害」の制度化は、教育現場に新しい医療的なまなざしや教育的な支援を導入させてきた。では、「発達障害」をはじめとする諸障害は、「医療化」という概念で説明する際にどのような特徴や問題をもった事例として捉えるべきだろうか。「発達障害」がもつ医療的な特徴とその背景について簡潔におさえておく必要がある。

第一に、「発達障害」の事例は、必ずしも「逸脱」の医療化という枠で捉えられない。つまり、「逸脱」とみなされてきた子どもと注目されることすらなかった「ノーマル」な子どもの両者が医療的に解釈されている。よって、本稿は「発達障害」を学校文化に適応できていない「不適応的な行為の医療化」として理解する。

第二に、「発達障害」に分類される諸障害は、原因の不確実性という特徴をともなった事例とみなすことができる。「発達障害」の多くは、医療的概念でありながら、科学的根拠や原因が特定されておらず、曖昧で不確実な要素を持っている。コンラッドによれば、「不確実性(uncertainty)は、一般的に医療、とりわけ診断の中心的な特徴である。この不確実性は、医療的知識の限界、確立した医療領域の養成の欠

医療化現象としての「発達障害」

落，証拠の両義性から起こる」(Conrad 1976, 53頁)。「発達障害」の場合，原因は概念上「脳機能の障害」と表記されているが，厳密に言えば専門家らの間で意見の相違があり今のところ科学的根拠を提示できる段階にない。精神科医の斎藤によれば，「発達障害の問題は，まさに心の発達理論という仮説に立脚しなければ，おそらく位置づけすら困難であったはずのもの」(斎藤 2003, 116頁)である。それゆえ，「発達障害」は，原因，症状，対応においてさまざまな知識(医療・心理・教育など)が錯綜し，端的に「医療化」していると言いくくさせている。

障害の基準は，とりわけアメリカ精神医学会が出版している『精神疾患の分類と診断の手引(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM)』にもとづいている。DSMとは，アメリカ精神医学会が世界的に標準化されたマニュアルとして精神疾患を分類し，定義したものである⁽³⁾。しかしながら，近年の研究からは，DSM-IからIVに至るまでの作成・改訂プロセスそのものにポリティクスが存在しているとの批判が提出され，政治的闘争に直面したときの学問の脆弱さが暴露されている(Kutchins & Kirk 訳書 2002)。しかもDSM(III-R, IV, IV-TR)は，精神疾患の分類を示しているが，定義について正確な境界線を有しておらず，均一の患者群を完全に分類できない。同様に，多くの障害は原因が特定されておらず，多軸(多面的)評価システムによる診断法を採用している。多軸評価の採用は，重複診断を生じさせ，精神障害に対する医学的根拠の提示のさせにくさを露呈している。つまり，DSMは精神疾患の分類を提示する一方で，症状，境界，基準は，可変的であり不確実性に満ちているといえることができる。このような条件下では，人々による解釈・語られ方や実践は，多種多様な知識を取り込んだものになりやすく，さまざまな場面や組織に適した実践や解釈のあり方を形成する可能性がある。もともと精神病の領域は，他の病気に比べて検査が確立していないために批判の対象になりやすい(佐藤 1999)。それにもかかわらず，これらの障害概念の普及により過剰な診断が促進されてしまう可能性がある(斎藤 2003)。

第三に，「発達障害」は，教育問題の「リスク管理」の対象となりつつある。障害名の付与は，社会や教育場面における困難な状態，問題，不安，あるいは危険性を抑えるためのものとして機能する。教育の領域では，教室経営，いじめ，不登校問題を未然に防ぐために機能し，少年非行の領域では社会の安全性を保ち，社会的不安を軽減させるために機能する。山家(2004)は，人格障害の事例をもとに，診断の概念が普及する背景にあるものを「異議申し立ての不在」の観点から指摘している。

強固な異議申し立ての不在は、科学的真理の獲得の結果「治療の道が開かれた」ことよりも、そうした異議申し立てを不在としているような社会的な変化、「危険な階級の回帰」への不安に憑かれたリスク管理社会のありようによっているのである（山家 2004, 286頁）。

以上の特徴と背景をふまえながら、本稿は、教育という非医療的な場面で、子どもの不適応的な行動が専門家、教師、親、子どもの間でどのように医療的概念によって解釈されていくのかを明らかにしようとするものである。これまで、「発達障害」に分類される諸障害が、教育現場でどのように付与され、どのような知識によって判断・治療されているのかは、明らかにされてこなかったのである。そして、原因が特定されていない医療的な概念がどのように受容され、関連し、再解釈されていくのかに注目し、そのプロセスを検証する。

2. 調査概要

本研究では、教育現場における医療的な制度の介入が、人々のまなざしや解釈をどのように変容させたのかを明らかにするために、インタビュー調査を実施した。インタビュー調査の対象は、「発達障害」児やその周辺の障害児に教育的支援を行っている小学校に勤務する教員9名である(表1参照)。対象小学校は、2000年から2003年までの間に文部省のモデル事業(「学習障害児

表1 教員の属性

コード	性別	教職経験年数	現在の職務	学校
No.1	男	14年	通級の先生	S校
No.2	男	22年	担任	M校
No.3	女	18年	以前の担任	M校
No.4	男	31年	個別指導	K校
No.5	男	35年	教務	N校
No.6	男	24年	担任	N校
No.7	男	9年	以前の担任	N校
No.8	女	17年	養護教諭	G校
No.9	女	16年	担任	G校

(LD)に対する指導体制の充実事業」,「特別支援教育推進体制モデル事業」)⁽⁴⁾として指定を受けた小学校4校と指定を受けていない小学校の1校である。モデル事業は、小・中学校で実施されているが、不適応的な行動が医療化されていく段階を把握するために小学校を対象とした。対象校は、県や市の教育委員会に問い合わせをし、比較的支援が充実している小学校から選んだ。小学校の所在地は、関東地区3校(S, M, K小学校)と中部地区2校(N, G小学校)である。また、小学校5校に在籍する「発達障害」児やその周辺児は、合計53名であったが⁽⁵⁾、詳細なデータ(医療的な問題と認識されるまでの経緯)が得られたのは37名であった(表2参照)。

医療化現象としての「発達障害」

支援形態は、S校が通級学級⁽⁶⁾、K校が指導教室を設置しており、N、G校は個別指導を実施していた。M校の児童は、表に記されていないがS校の通級学級に通学しているためS校の人数として数えた。「診断なし」の項目は、障害の疑いがあるものの医師による診断を受けていない、あるいは、診断を受けていても特定の診断を付与できずにいる児童を示している。表2の児童データの年齢範囲は、小学校1年生から6年生までの6歳から13歳である。男子は37人中35人であった。

表2 「発達障害」児とその周辺の障害をもつ児童の分布 (37名)

	学習障害	ADHD	高機能自閉症	アスペルガー症候群	広汎性発達障害	その他	診断なし	合計
S校	2	14	2	2	3	3	7	33
K校	2	0	0	0	0	0	0	2
N校	1	0	0	0	0	0	0	1
G校	1	0	0	0	0	0	0	1
合計	6	14	2	2	3	3	7	37

調査時期は、2003年10月から11月までの2ヶ月間である。インタビューは、1時間から3時間程度行った。インタビュー内容は、小学校に新たに導入された組織形態、教師のまなざし・解釈の変容、「発達障害」児やその周辺児の生育歴（診断が付与された経緯）などについてである。これらの事例は、「不適応から発達障害へ」のまなざしの変容過程と、学校という組織のなかで医療的な解釈が正統性を得ていくプロセスを検証するのに有効である。

3. 学校における医療化プロセス

3.1. 不適応から医療的レッテルへ

子どもの不適応的な行動の発見は、親による気づきが37名中22名なのに対して、教員による気づきが8名で、圧倒的に親による気づきが多い。しかしながら、ほとんどの親や教師は、不適応的な行動に直面しても「障害」というカテゴリーでは認識していなかった。

障害っていう認識は、はっきりいって最初はなかったですね。障害っていうと、やっぱり体が不自由とか、知恵遅れとかっていうふうにいっちゃうみたいでね。
(-No. 1-)

そして、子どもの不適応的な行動を、「叱咤激励する」、「甘やかせたらいけない」、「もっと厳しく指導する」などといったかたちで克服させようとしていた。

叱咤激励すれば、とか甘やかせたらいけない、とかね、もっと厳しく指導するとか、勉強だって、宿題をやってこないからだ、とか、真面目に取り組まないからだとか。（-No. 4-）

教員らは、子どもに診断名が付与される前から学校文化になじめていない子どもに対して、しつけや教育方法を用いて不適応的な行為を克服させようとしていた。

では、子どもの不適応的な行動は、どのようにして「障害」として認知されるようになったのだろうか。その契機は、「学習障害」の概念の制度化や普及に大きく関わっている。事実、小学校における障害の認知の普及は、文部省（当時）による制度の介入によって成し遂げられたところが大きい。ほとんどの教員は、モデル校として指定される以前に障害の概念の詳細について知らなかった（7名中5名）。他の2名の教員は、通級学級と言葉の教室で指導する際に必要にせまられて学習している。小学校では、1995年に文部省（当時）によって定義が初めて提示された後も、概念やその詳細な知識は浸透しておらず、モデル事業として制度が現場に介入した際に急速に普及したのである。特に、担任の教師らは、クラスに「発達障害」の子どもがいた時に初めて現実的問題として受け入れ、知識を習得しようとしていた。

ADHDとかLDっていうリーフレットがくるとパッと目について内容を読み出すようになったのは、彼[学習障害児]がいるからなんですよ。……だから、自分のクラスにいなかったら、多分見ないですよ。ね。（-No. 2-）

目の前にいるから。明日も付き合わなきゃいけないからとか思うから。なんとかする、いい方法はないかなって思って研修会聞きに行くんです。（-No. 3-）

現場の教師らは、医師や心理学の専門家らによる研修・講習会や相談、あるいは専門書をとおして障害に関する知識を身につけていった。医療的なまなざしは、こうした専門家からの知識伝達において正統化されたのである。

3.2. 医療化の内実

子どもの不適応的な行動は、医療的に認知されつつある。では、医療的なまなざしはどのような変化や解釈をもたらしたのだろうか。

①責任の所在／児童の地位・役割

まなざしの変化は、まず責任の所在を変化させている。以前ならば、責任所在は、「しつけの不十分さ」、「指導不足」など親や教師に求められた⁽⁷⁾が、「障害」と診断されることでこれらの責任は免除される傾向にある。つまり、問題は「障害」にあるとみなされるようになった。それゆえ、子ども自身の「わがまま」、「怠け」などといった性格や学習態度も同様に問題視されなくなった。

やらないんじゃないくて、頑張ってるけどやれないんやーとか……ていうふう
考えられるようになった。なんでもかんでも、さぼってるとか、そう思うと、
カチンときて、これは指導しないかんって思ってしまうんですけど。もしかし
たら、できんのかな？とか、なんかあるんかもしれんって。(No. 8)

障害をもつ児童は、パーソンズのいう「病人役割 (sick role)」を担うようになり、それほど勉強はできなくてもよくなり、コミュニケーション下手でも、不器用でも、障害の名のもとに、罰や厳しい指導から免除されるようになった。さらに、成績は、障害を考慮してつけられ、確実に以前よりも克服や改善を期待されなくなっている。

すべての教科がやっぱし国語がもととなっているので、すべての教科が困った
状態なんだけども。それを他の子のレベルまでいっきよにもっていくのは、も
う正直言って無理かなと。(No. 6)

漢字教えてても、この子は、できたらものすごくすごいことで、できなくても、
まー、普通だし。……進み方が遅くても焦らなくてすむっていうのかな。(No.
7)

一方で、児童には新しい義務が課せられるようになってきている。単に、不器用であったり、勉強ができなかった子どもは、特別支援教育によって障害を克服しようと

努めなければならなくなった。児童は、本人が望むかは別として、通級学級に入級したり、通常学級から離れて個別指導を受けなければならなくなった。場合によっては、病院に通わなければならなくなった。子どもの「病人役割」としての義務は、通級や個別指導など特別支援教育としての制度が整えば整うほど強化されていくと予測できる。このようにして不適応的な行動をもつ児童は、「病める者」となり、「病いとしての逸脱」⁽⁸⁾の地位となったのである。

②障害のレッテルへの抵抗・拒否

教育現場では、医療的なまなざしが浸透する一方で、レッテルの付与に対する拒否や抵抗を示すプロセスがみられた。教師や親が、まなざしの変化により責任を免除され、安心し、積極的に医療的介入を受け入れる場合もみられたが、障害のもつスティグマ性に葛藤を覚えたり抵抗を生じさせたりする場合もあった。

嫌々、お母さん、こっち [通級学級] に来ました。泣いてました。……半分無理やりっていうかね、そういう感じですね。来たくないのに、[通級に]入っちゃったみたいな感じなんだけども。(—No. 1—)

親が、もうそんなの [障害] うちに関係ありませんとか、私立の私的な学習方法を補助するようなそういう所に通わせますから。……もう、絶対、おおやけの形で通級とか障害として認める学校側の話にはのらない……。 (—No. 3—)

障害への拒否感、医療化が人々の意識にまで完全に浸透していないことを示している。文部科学省 (2002, 2003) の報告からも、親や教員から障害のレッテルを貼ることへの拒否や反発が生じ、学校と保護者の連携が困難になると指摘されている。

③「不確実性」のパターン

「発達障害」の診断は、主に心理テスト (知能検査, WISK-III, K-ABC) に重点をおきながら、チェックリスト, 脳検査, 面談, 行動観察, 生育歴, 児童の作品などを参考にして総合的に行われる。S校では、通級学級に入級する前に行われる簡易な診断のための資料として生育歴, 家庭環境, 各教科の評定, 学習の状況, ノート, 作品, 学校生活の状況, 家庭や地域の状況, 保護者の意見が用意されていた。診断の手順, 根拠, 処方の方がある方は、標準化されておらず、医師によって異なり、

医療化現象としての「発達障害」

不確実で状況依存的な側面がみられた。そのいくつかのパターンを以下で述べる。

一つめのパターンは、診断における不確実性である。教員の語りによれば、病院や医師によって診断や処方に差異が生じている。

いわゆるちゃんとした病院はそうです [児童の作品や成績表などを学校に依頼する]。……ちゃんとしている医師は、そういうのも[生育歴や行動などの資料]参考にしてくれますね。いろんな情報を集めて判断する。そうじゃない医師は、簡単に ADHD とか言っちゃうんで。残念ながら。(—No. 1—)

医師や病院による差異は、多くの診断名を付与されている子どもがいることから明らかである。障害をもつ児童の中には、多くの病院に通院し、病院によって異なる診断を付与され、決定的な診断を受けていない者が数名いた。

A児… 3歳の時、保健所の検診で「多動児」と言われる。同時期、××病院にて、リタリンによる治療を受けるものの、××小児病院、××病院と転々とし、「自閉傾向」の診断を受ける。その後もセンターやクリニックへ行くが、確定的な診断がつけられていない。

B児… 4歳の時、幼稚園の勧めで××研究所へ相談に行く。その後、発達遅滞の児童対象の幼児教室に通う。病院を転々とし、××センターで「アスペルガー症候群」、××クリニックで「繊細なお子さん」、××病院では「自閉的傾向」(4歳～6歳)の診断を受けるが、確定していない。

C児… 5歳の時に、××小児病院へ行くが「心配しすぎ」といわれる。6歳で××病院に「自閉症にいちばん近い」と診断されるが、××クリニックでは「広汎性発達障害」(9歳)と診断される。

一方で、教員からは、多くの病院へ通う要因は、親にあるとする語りがみられた。

結局ね、あちこち行っても、行きすぎてる。わりとね、こういうケース多いんだけど、自分の都合のいいこと言ってくれる病院だと行くんだけど、そうじゃないとね、すぐあちこち移っちゃうんですよね。(—No. 1—)

以上のように、医療的概念や根拠の曖昧さは、病院や医師によって診断のしかた

に差異をもたらし、診断名付与の難しさをうきぼりにしていた。そして親は、自分の納得できる診断を付与してくれる病院をひたすら探すという行為を選択することが可能となるのである。

二つめのパターンは、診断名を付与する場面にみられる。たとえば、S校では通級学級に入級するか否かの判断を行うために、医師による仮診断が実施されていた。すると、医師と教員の期待に反して、診断名を付与できないような状況が生じていた。

結局ね、一対一だといいい子になっちゃうんですよ。何が問題があるんだろうってなっちゃうの。(No. 1)

医療実践が、不確実で状況依存的な要素を持たざるをえない困難さに直面していると理解することができる。

三つめのパターンは、治療・対処における不確実性である。「発達障害」のなかで医療的な治療の要素を強くもっているのは、「ADHD」である。「ADHD」に児は、行動を抑制するための薬物療法（リタリン等）が用いられる場合があり、ここにおいても処方の違いがみられた。

リタリンが好きな病院と嫌いな病院がありますね。……なんとか病院に行くと、リタリンよくくれるとかね。なんとか病院行くとくれないとかね。(No. 1)

「発達障害」の多くは、脳機能の障害であると考えられているが、一般に医療的な治療法はなく、教育的支援というかたちで対応されている。当然のことながら、教育的支援には、薬を飲めば治るといような医療的な治療にみられる即効性はなく、支援のあり方についても多種多様で一律ではない。このような教育的支援は、医療専門職の手から離れるように思えるが、実際は教育的対応にいたるまで関与してくる。モデル校では、心理学の専門家や医師による巡回相談が行われ、専門家からの助言を受けていた。専門家との交流が少ない小学校でも、「発達障害」児を受け持つ教員は、少しでも児童を理解しようと専門家らの著書を参考にしたり、公開講座を受講することで医療的知識や支援の仕方を身につけようとした。たとえば、K校では児童の不適應的な行動を取りあげ、多くの専門書を援用し、何通りもの対応策を記述したマニュアルを作成していた。しかしながら実際に、教育的支援の具体的な

医療化現象としての「発達障害」

対応をみてみると、それが医療的知識にもとづくものか否かは極めて曖昧であった。以下に、S校とK校で作成された教育的支援に関する資料の一部分を提示する。

【S校の専門家委員会の指導・助言記入用紙から】

- ・自信が持てるような工夫。一人で役を果たせるような係りや役割を持たせる。予測できることについては、課題が始まる前に何をするか予告しておく。
- ・対人関係での配慮。友達との交流がうまくいかないことに対する悩みや葛藤を理解する。理解してくれる児童を近くの席にして孤立しないようにする。
- ・パニックを起こした時の対処。校内の連携体制を整え、協力を仰ぎ、できるだけ個別に対応する。
- ・達成感が得られるような指導の工夫。得意なことで自信を持たせる。

【K校の報告書から】

- ・理解は、視覚認知によることが多いようだ。そのため、指示は短く簡潔にする。
- ・理解して欲しい大事なこと（決まり・ルール）はことばで書く。
- ・新しい場面が苦手であるので、一度はリハーサルしてやるとよい。パニックを起こしたら他の部屋に連れて行く。

教育的な対応は、専門家らによる助言を受けているが、必ずしも医療的知識を強く織り込んだものではない。そこには、これまでも多くの教師がなんらかのかたちで取り入れてきた教育実践がいくつもみられる。障害をもつ児童は教育的支援が制度化される前から、「落ち着きのない子」「漢字が書けない子」「不器用な子」として、教授法や教育方法の工夫や開発によって対応されてきているのである。ある養護教諭は、「発達障害児」への教育的支援を模索するなかで次のように語っている。

これ〔支援〕をやっている、なんだ、先生たちがいつもやっていることを改めて考え直せば、特別に何を支援しようって言わなくても大丈夫やんって私が自分で思ったんですけど。（-No. 8-）

教諭のG小学校では、校内委員会で児童の不適応（跳び箱ができない、リズムがとれない、こだわりの強すぎるなど）をどのように支援すればいいのか相談する機会を頻繁に設けていた。そこから導き出された方法は、これまで各教師が各教科のなかで行ってきた教授法や指導方法をもとにした教育実践そのものであった。

このように、医療化のプロセスは、常に不確実で状況依存的な性格をもっていたが、これらの不確実性に対し、批判や反発が起こらないのだろうか。

3.3. 教育現場における障害への意味づけ

障害への拒否意識や医療の不確実性は、教育現場での解釈過程のなかで比較的うまく回避されていた。それはたとえば、児童にあえて診断名を付与することなしに教育的支援を行っていることに表れている。注表からも明らかなように、支援の対象となっている児童の53名中20名は、障害の疑いがあるとみなされながらも、診断名を付与されていない。教師らは、親による拒否や抵抗をできる限り避けようとし、親や教師間の関係性を壊さないように努めていたのである。

お医者さんに診断されるっていうこと、……それが、正当かもしれないけども。でもね、実際現場でね、親を知っていて、子どもの日々の様子を知っていて、その時に、これはごまかすっていうね、曖昧にしちゃうっていう意味ではないんですけど、……そういうことを先生の中には、嫌う人もいますよ。……やっぱり、お互い同じ職場でね、生活している中で、やっぱりその私たち職員同士の関係、悪くしたくないわけですよ。（-No. 4-）

学校では、教師が両親に障害の疑いがあることを伝えたり、病院を勧めたりすることが極めて難しい。文部科学省（2002, 2003）の報告からも、教師が障害の疑いを両親に伝えることでトラブルを生じさせるケースがあると指摘されている。それが可能なのは、親の積極的な理解や教師との関係性が良好な場合においてのみである。それゆえ、親が障害について拒否感を示したり、関係性が良好でない場合は、障害の疑いがあっても、障害の可能性を親に伝えたり、病院へ行くように勧めることはあえてしない。もっといえば、学校では子どもたちに医療的な診断名を無理につける必要がないのである。つまり、教師らにとって重要なことは、診断そのものではなく、子どもの苦手な分野をいかに克服させるかなのである。

教員がね、そういうこと [障害があること] を専門家チームでそういう風に疑われましたよってそんなこと言っているのかね？うーん。言えない。それよりも、……今後ね、じゃ、どういう風にこの子の指導をしていくかっていうのを話し合った方が意味があるんじゃないかな。（-No. 4-）

医療化現象としての「発達障害」

医学的に診断を出すこともやっぱり大事だと思うし、事実をちゃんと知ること
も大事なんだけど、だからどう？っていうところが大事。じゃあ、どうする？
っていうところがないといけないかな。(—No. 8—)

教育現場では、医療的な診断は二次的な資料であり、それ以上に教育的な支援を重視する傾向にあった。ここに、教育現場における一つの解釈パターンがみられる。教師らは、医療的な診断を重要なものとして受け入れているが、親の拒否感や職員同士の関係性を悪化させないように、医療的な診断の付与を積極的に取り入れていない。なぜなら、教員たちは診断名よりも教育的支援を重視する必要があると解釈しているからである。そのため、多くの児童が疑いを指摘されつつも、医療的な介入をあえてせずに、従来どおりに「漢字が苦手だから」、「落ち着きがないから」といった理由のもとに個別の支援を受けているのである。

親や教師の拒否感や医療的実践の不確実性を見えにくくさせていたもう一つの形態は、「障害」への解釈のしかたに表れている。

障害についてはね、自分自身としては、……脳みそのタイプとして思っている
のね。……通常の子も含めて全員の子が色んな脳みそのタイプ持っているわけ
だから。だから、障害があるかどうかっていうのはあんまり意識はしてないで
すね。(—No. 1—)

やっぱり、私たちは学習障害であろうが知的障害であろうが、その子の一つの
個性として捉えたいねっていうこともあって、そういう目でみたい。(—No.
8—)

障害を脳のタイプや個性として解釈する教師の語りは、障害という概念の否定的な意味を中和するものである。個性言説⁽⁹⁾や偉人や有名人の成功物語の存在なども同じ効果をもたらしていると考えられる。

以上のように、「発達障害」は、医療的実践の不確実性や障害への拒否・抵抗という実態から明らかなように、完全に医療的に捉えられているのではなく、障害への肯定的意味づけや教育的支援の重要性への変換を被りつつ解釈されて構築されていた。

おわりに

本稿は、子どもの不適応的な行動が「発達障害」という医療的レッテルによって解釈されるプロセスを、教育現場における意味の構築過程に焦点をあてながら検証した。教育現場では、かつてみられなかった医療的なまなざしが浸透し、それともなって責任の所在、子どもの役割・地位などが変容していた。医療的なまなざしの浸透は、単に概念の成立によって生じるものではなく、制度化されたものがモデル事業として現場に介入した際に急速に進んでいた。

一方で、医療化が進むプロセスには、それを阻むような要因がいくつかみられた。第一に、親や教員が、医療的レッテルを貼ることに對して、拒否や抵抗を示すことがあった。第二に、発見・診断・対応といった医療的実践は、必ずしも医療的知識や根拠にもとづいておらず、常に不確実で状況依存的な性格をもっていた。しかしながら、これらの阻害要因は、教育現場における特有の対応（診断を付与しない）や解釈（肯定的意味づけ）によって回避されていた。つまり、医療的実践の否定的な側面を曖昧にしながら、そのまなざしは持続させる傾向にあった。

医療の不確実性や状況依存性は、「発達障害」に限らず、さまざまな病気において生じ、医療実践に常にもなう問題であるだろう。コンラッド（1976）も、不確実性を医療の中心的な問題として位置づけ、クリニック内の医療実践から生じる不確実性を指摘している。しかしながら、医療的介入の場面が教育現場となったとき、医療の不確実性はより慎重な問題として捉えなければならないだろう。なぜなら、教育現場では、医療が不確実性をもっていようとも、制度によって認定された、「正統な知」として介入してくるからである。つまり、制度として介入してくる段階で、教育場面での当事者は、医療的実践そのものを科学的な根拠をもった正統なものと認識し、曖昧にされながらも着実に進行している医療化の不確実性や曖昧さに無自覚になってしまうからである。

<注>

- (1) 2005年度に発表された「特別支援教育を推進するための制度の在り方について（答申）」では、「LD」や「ADHD」児がいじめの対象となり、不登校につながる場合があると指摘されている。また、2000年の「豊川主婦殺害事件」や2003年の「長崎男児誘拐殺傷事件」では、加害者に付与された「アスペルガー症候群」の診断名に注目が集まった。

医療化現象としての「発達障害」

- (2) 以下は、教員の語りである。「ちょっとなんか、変わってるよねって話になってたのは事実なんです（-No. 8-）」、「得意、苦手の一環として、一つとして捉えられた部分がまずありますよね（-No. 1-）」、「われわれ教員ってというのはね、どうしてもさ、その子が怠けてできないんだと（-No. 5-）」。番号は、第2節の表1を参照。
- (3) 現在までに、DSMは、1952年のI版から、II（1968）、III（1980）、III-R（1987）、IV（1994）、IV-TR（2000）まで出版されている。詳しくは、カチンスとカーク（訳書 2002）をみよ。
- (4) モデル事業では、各都道府県に調査研究運営会議が設けられ、その下位組織として専門家委員会と校内委員を置いている。専門家チームは、専門的知識を有する者から構成され、校内委員会メンバーからの質問に対し助言を行う。校内委員会は、校長、教頭、担任教師などから構成され、「発達障害」児の実態把握や指導を試みる。さらに、巡回相談事業が設置され、専門的知識や経験を有する巡回相談員が小・中学校を訪問し、指導や助言を定期的実施する。モデル事業の支援体制は、県によって異なっていたが、「発達障害」児への支援を行うために医療的な介入がなされている点で共通していた。
- (5) 注表 「発達障害」児とその周辺的障害をもつ児童の分布（53名）

	学習障害	ADHD	高機能自閉症	アスペルガー症候群	広汎性発達障害	その他	診断なし	合計
S校	2	14	2	2	3	3	7	33
K校	2	0	0	1	0	0	11	14
N校	1	0	0	1	0	0	0	2
G校	1	0	0	0	1	0	2	4
合計	6	14	2	4	4	3	20	53

- (6) 「通級とは、各教科等の授業は主として通常の学級で受けながら、心身の障害の状態等に応じた特別の指導を特殊学級又は特別の指導の場で受けること」(1992年3月「通級による指導に関する充実方策について（審議のまとめ）」)。
- (7) 教員の語りを参照する。「まあ、極端に言うと [親は] 『先生の教え方が悪い』ってというような思いを……当初は思っっちゃいまして（-No. 8-）」。「最近減ってるんだけど、親のしつけが悪いからってというようなね。そういうのは確かにありましたね（-No. 1-）」。
- (8) コンラッドとシュナイダー（訳書 2003）は、逸脱のカテゴリーを「罪としての逸脱」、「犯罪としての逸脱」、「病いとしての逸脱」の三つ提示している。

- (9) 障害を個性と解釈する言説がみられた。「本来、強烈な個性ともとらえることができる個人の資質」(金澤 2003, 116頁)。「障害は『個性』なんだということを多くの人に分かって欲しい」(2000年9月30日, 朝日新聞朝刊)。

〈参考文献〉

- American Psychiatric Association, 2000, *Quick Reference to the Diagnostic Criteria from DSM-IV-TR* (=2003, 高橋三郎, 大野裕, 染矢俊幸訳『DSM-IV-TR 精神疾患の分類と診断の手引』医学書院).
- Conrad, Peter, 1976, *Identifying Hyperactive Children; The Medicalization of Deviant Behavior*, Lexington Books.
- Conrad, Peter & Schneider, Joseph. W., 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－悪から病いへー』ミネルヴァ書房).
- 平井秀幸, 2004, 「『医療化』論再考」『現代社会理論研究』第14号.
- Illich, Ivan, 1976, *Limits to Medicine-Medical Nemesis: the Expropriation of Health*, (=1979, 金子嗣郎訳『脱病院化社会』晶文社).
- 金澤治, 2003, 『LD・ADHD は病気なのか』講談社+α新書.
- 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」『Sociology today』第14号.
- Kutchins, Herb & Kirk, A. Stuart 1997, *Making US Crazy: DSM-The Psychiatric Bible and the Creation of Mental Disorders*, The Free Press (=2002, 高木俊介, 塚本千秋監訳『精神疾患はつくられる－DSM 診断の罫』日本評論社).
- 文部科学省, 2002, 『学習障害 (LD) への教育的支援－全国モデル事業の実際』ぎょうせい.
- 2003, 『学習障害 (LD) への教育的支援－続・全国モデル事業の実際』ぎょうせい.
- 斎藤環, 2003, 『心理学化する社会－なぜ, ト라우マと癒しが求められるのか』PHP.
- 佐藤哲彦, 1999, 「医療化と医療化論」, 進藤雄三, 黒田浩一郎編 1999, 『医療社会学を学ぶために』世界思想社.
- 進藤雄三, 2003, 「特集 医療化ポリティクス－『責任』と『主体化』をめぐって」『日本社会病理学会』第18号.

医療化現象としての「発達障害」

山家歩, 2004, 「病でもなく, 正常でもなく—人格障害概念の発明—」『現代社会理論研究』第14号.

Zola, I. Kenneth, 1978 “Healthism and Disabling Medicalization,” in Illich I. et al., *Disabling Professions*, Marion Boyers. (=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).

ABSTRACT

**“Developmental Disabilities” as Medicalization:
Focusing the Process of Interpretation in the Educational Setting**

KIMURA, Yuko

(Graduate School, Ochanomizu University)

2-1-1 Otsuka, Bunkyo-Ku, Tokyo 112-8610 Japan

Email: yuko78@yahoo.co.jp

Since the later half of the 1990s, lack of adaptability of children to the educational setting has been explained through the new medical category of “developmental disabilities.” In this paper, medical intervention is conceived of as “medicalization,” and the educational setting is focused on and inspected. In particular, the paper focuses on “developmental disabilities” as a medical diagnosis characterized by uncertainty, situational dependence and feelings of resistance toward labeling, and clarifies how these characteristics are interpreted in the educational setting.

Section 1 reviews previous studies that look critically at the elements of medicalization, pointing out the characteristics and problems of “developmental disabilities” as medicalization. (1) The elements of “developmental disabilities” are vague despite the fact that they are medical concepts, and consequently there is a lack of scientific grounds, standardized tests and treatment. This enables interpretation by a diverse range of knowledge. (2) These disabilities function as a form of “risk management.” This study dynamically analyzes how these medical diagnoses are interpreted in the educational setting, with the aim to approach the reality of medicalization.

Section 2 summarizes the research method which was used in the interview research of nine teachers.

Section 3 examines medicalization in children, first from the viewpoint of responsibility and the role and position of children. The viewpoint of medical treatment has made rapid advances through the intervention of institutionalized medicine. Medical labeling exempts parents and teachers from responsibility, based on the assumption that the problem is a “disability.” In this way, the children are obliged to play the “sick role.”

Parents and teachers sometimes display feelings of rejection or resistance toward medical labeling. In addition, uncertainty regarding the cause of the “developmental disability” creates difficulties in medical practice. However, the feelings of rejection and the medical uncertainty can be minimized by medical practice and interpretation in the educational setting.