

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¹⁾・佐藤文哉²⁾・土屋敦³⁾・上野加代子⁴⁾

東北文教大学人間科学部子ども教育学科¹⁾

E-mail: k_yoshida@t-bunkyo.ac.jp

児童養護施設 たちばな学苑²⁾

徳島大学大学院社会産業理工学研究部³⁾

東京女子大学現代教養学部国際社会学科⁴⁾

Problem Behavior in Children and Medicalization

—Based on Examination of Medical Texts from the 1960s to the 2010s—

Kohei Yoshida¹⁾, Norichika Sato²⁾, Atsushi Tsuchiya³⁾, Kayoko Ueno⁴⁾

Faculty of Human Sciences, Department of Childhood Education Tohoku Bunkyo College¹⁾

Children's Home, Tachibana gakuen²⁾

Institute of Socio-Arts and Sciences, Tokushima University³⁾

Division of Global Social Sciences, Tokyo Woman's Christian University⁴⁾

Abstract

This paper covers the period of since the 1960s through the 2010s, tracing the process of interpreting ADHD as problem behavior in children through the administration of medication such as psychotropic drugs, from the perspective of Conrad and Schneider's medicalization theory (Conrad and Schneider 1992=2003). Using PubMed—a database of medical papers from around the world—and the Japan Medical Abstracts Society website, which is Japan's leading medical paper database, we surveyed the number of papers on ADHD as well as trends in the field, comparing content. We also searched LD, a subject closely related to the topic of ADHD, adding diachronic analysis.

To ascertain the source of interest on the part of medical personnel regarding ADHD, we scrutinized medical information on PubMed. This process revealed that discussions on ADHD began in the latter half of the 1960s to the 1980, followed by increased research on ADHD starting in the latter half of the 1990s.

In the process of organizing previous research, we ascertained the trajectory of how diagnosis of ADHD and its treatment using psychotropic drug therapy—though previously only available in the U.S.—was subsequently made available in other countries such as the U.K., Canada, and Australia as of the 1990s. We further determined that in the U.S. it was considered a problem that the percentage of foster care children being treated with psychotropic drugs was greater than for children not in foster care.

In addition, a survey of articles found on the Japan Medical Abstracts Society website concerned primarily with changes in attitudes of medical professionals regarding problem behavior in children in Japan indicated a

shift in interest on the part of medical personnel from the 1980s to the 1990s from MBD to LD. This was clearly a different trajectory from that taking place in the U.S..

Meanwhile, due to the impact of internationalization of the concepts of ADHD, in Japan as well, problem behavior in children and ADHD were once again linked starting in the latter 1990s—and the concept of ADHD also drew attention from society in general. As of the 2000s, medical professionals began to discuss theories asserting that children who were abused by their parents exhibited symptoms similar to those with ADHD. This can be considered the beginning of theories pertaining to ADHD and social protection that continue to this day.

Keywords: Problem behavior in children, Medicalization, Hyperkinesis, MBD, LD, ADHD

1 問題関心——「子どもの問題行動と医療化」の議論に向けて

本稿では、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、多動症や微小脳損傷（MBD: Minimal Brain Dysfunction）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。本稿では、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注意欠陥多動性障害（ADHD: Attention-Deficit Hyperactivity Disorder）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）。

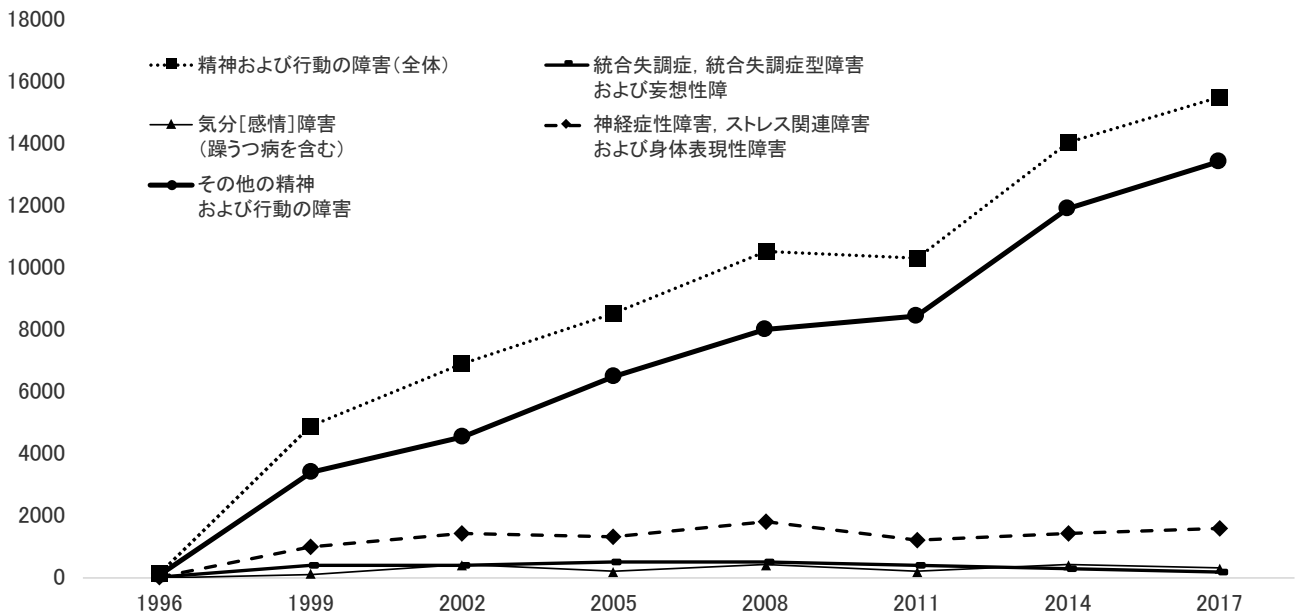


図1 推計患者数, 総数 (入院・外来)・年齢階級・傷病大分類別 (0~14歳)

(出典: 厚生労働省 (2019)「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: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)」に掲載され、「児童期の多動性反応」という名称が変わった。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: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems)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、

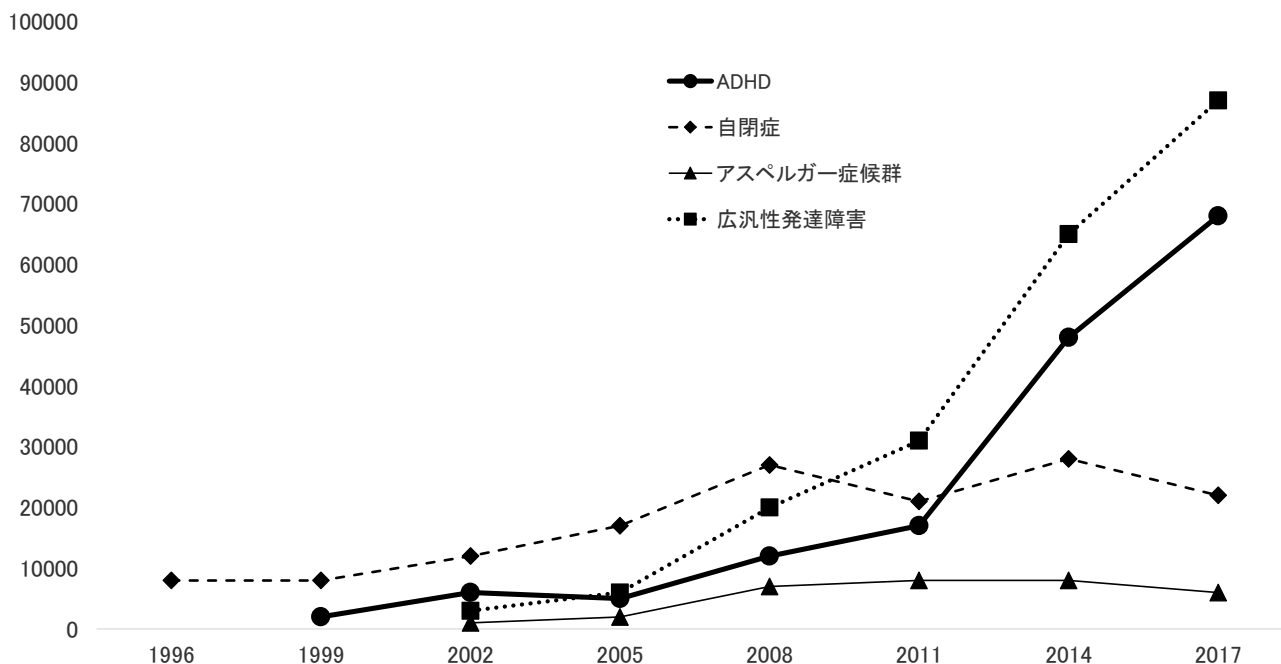


図2 精神障害、基本分類、全年齢（人数）

（出典：厚生労働省（2019）「患者調査——結果の概要」を基に作成）

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 歳の子どもの全体の 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。そこで本稿では、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。

本稿では、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章ではP. ConradとJ. W. 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章では、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章では、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。

2 理論枠組みと先行研究

2.1 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。

2.2 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)。本節では、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。

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

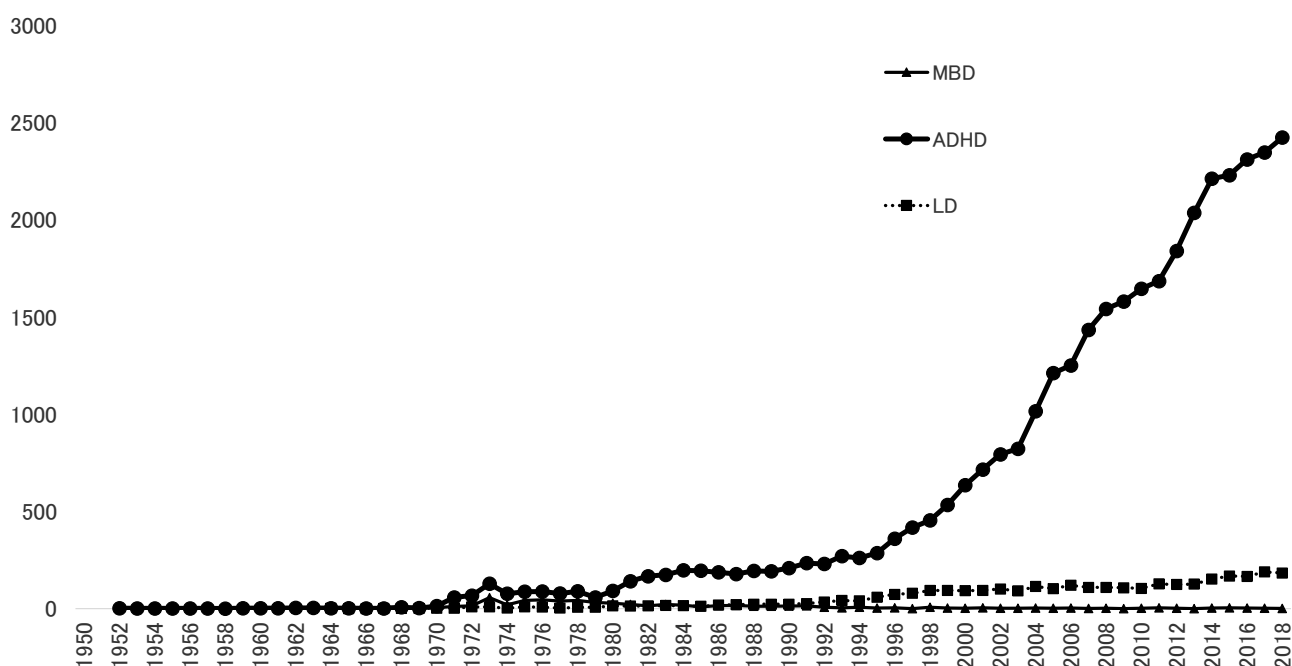


図3 MBD・ADHD・LDに関する論文数

(出典: データベース PubMed を基に作成)

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、メチルフェニデートやアンフェタミン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、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。次節では、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。

2.3 フォスター・ケアと医療化に関する先行研究

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).

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

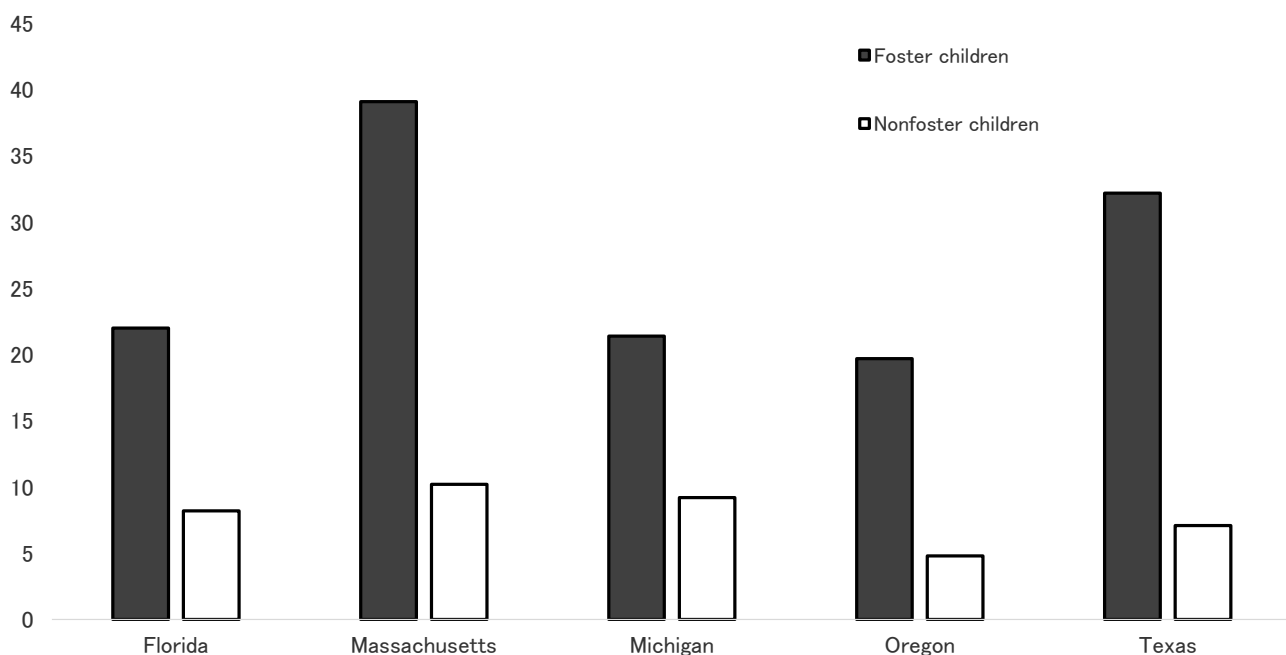


図4 フォスター・ケアと一般家庭におけるADHDの子どもの向精神薬の処方率 (%)

フロリダ、マサチューセッツ、ミシガン、オレゴン、テキサスのメディケイド診療報酬における0歳から17歳までの子どもが対象

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

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、医療機関につなげられた後、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

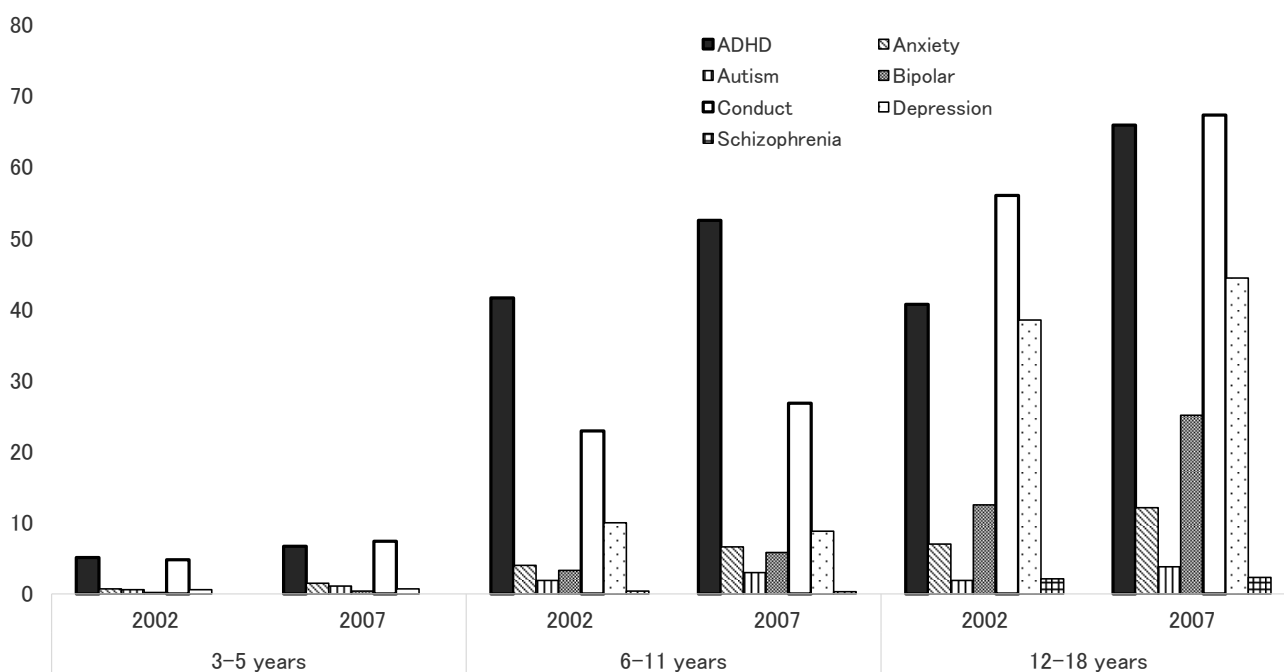


図5 2002年から2007年に精神障害の診断を受けたフォスター・ケアの子ども (%)

(出典: Rubinら (2012) の“Interstate Variation in Trends of Psychotropic Medication Use Among Medicaid-Enrolled Children in Foster Care”を基に作成)

もの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た. 次章では、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.

3 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

本章では、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。本章では, 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。

3.1 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）。

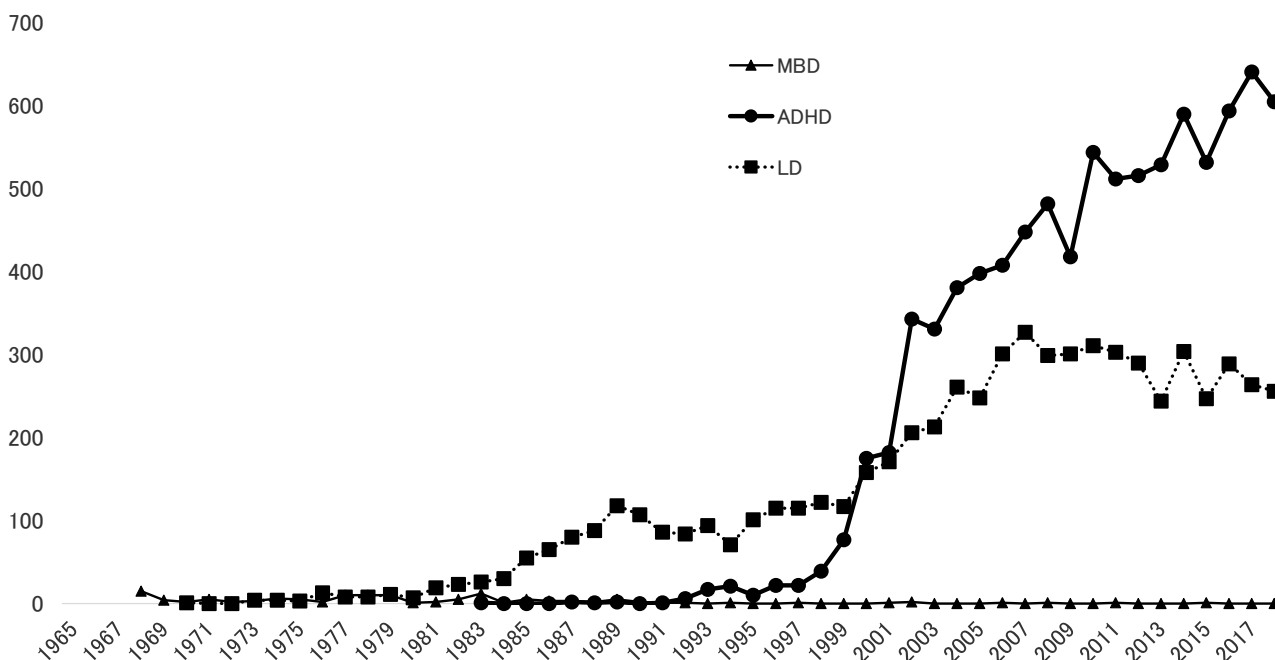


図6 日本における MBD・ADHD・LD に関する論文および会議資料等の件数

(出典：データベース医中誌 Web を基に作成)

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学習障害（LD: Learning Disability）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患候群」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回国際小児科学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、carbamazepin が比較的效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するならば、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 の概念をめぐって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ない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。

3.2 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。

次節では、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。

3.3 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。

4 社会的養護と医療化

本章では、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 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

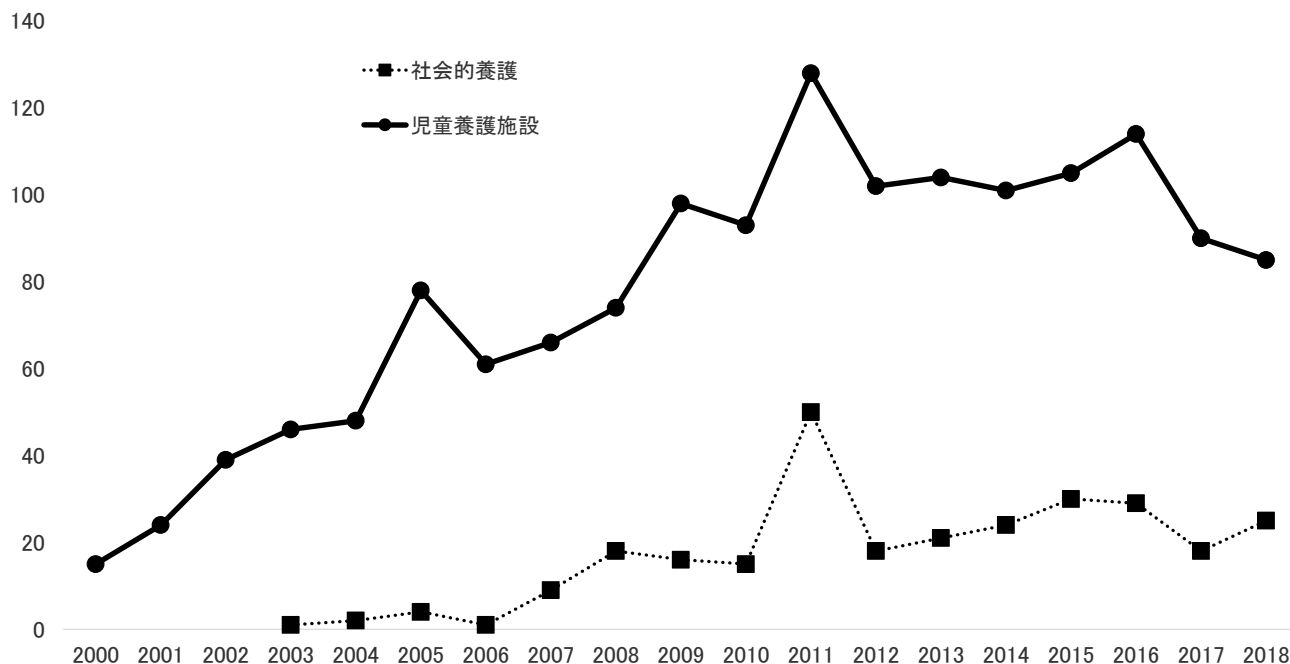


図7 社会的養護と児童養護施設に関する文献の件数

(出典：データベース医中誌 Web を基に筆者が作成)

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。

5 結 論

本稿では、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章は、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、同章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がられ、向精神薬の対象になっていった。

第3章では、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章では、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、本稿では、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稿の結語とする。

注

- 1) メチルフェニデートは、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。

参考文献

- 新井清三郎・上野幸子, 1968, 「微細脳損傷と学業不振(小児の微細脳損傷(Minimal Brain Damage)症候群(特集))」『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 É. 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.
- 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. Connors 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.
- 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).
- 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.
- 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>).
- 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.
- 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.
- 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.
- 医薬品医療機器総合機構, 2018, 「医薬品インタビューフォーム メチルフェニデートリタリン錠 10mg(2018年12月改訂9版)」医薬品医療機器総合機構ホームページ, (2019年3月12日取得, <http://www.pmda.go.jp/PmdaSearch/iyakuDetail/GeneralList/1179009B1>).
- 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.
- Johnson, D. J., 1989, 「<特集 “学習障害”>

- 学習障害の治療教育の実際について—Dr. Johnson 講演要旨—『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.
- 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.
- 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, 2019, 「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).
- Laufer, M. W., E. Denhoff and G. Solomons, 1957, “Hyperkinetic Impulse Disorder in Children’s Behavior Problems,” *Psychosom*, 19: 38-49.
- 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.
- 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 (小児の微細脳損傷 (Minimal Brain Damage) 症候群 (特集))」『小児科診療』31(9): 1248-1259.
- 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.
- 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, 「<特集“学習障害”>学習障害の心理神経学的アプローチ—Dr. Myklebust 講演要旨—」『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 (小児の微細脳損傷 (Minimal Brain Damage) 症候群 (特集))」『小児科診療』31(9): 1193-1201.
- 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.
- 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/>).
- 岡田幸夫, 1968, 「行動異常と微細脳損傷 (小児の微細脳損傷 (Minimal Brain Damage) 症候群 (特集))」『小児科診療』31(9): 1203-1208.
- 奥山真紀子, 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.
- 大田原俊輔・石井俊夫・岡鋈次・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 (小児の微細脳損傷 (Minimal Brain Damage) 症候群 (特集))」『小児科診療』31(9): 1233-1247.
- 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.
- 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.
- Rubin, D., 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.
- 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——」『福岡教育大学紀要第4分冊 教職科編』24: 141-150.
- 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.
- 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.)
- 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 (小児の微細脳損傷 (Minimal Brain Damage) 症候群 (特集))」『小児科診療』31(9): 1220-1232.
- 高津忠夫, 1968, 「解説 (小児の微細脳損傷 (Minimal Brain Damage) 症候群 (特集))」『小児科診療』31(9): 1191-1192.
- 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.
- 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.
- 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.
- Whitaker, R., 2010, *Anatomy of an Epidemic: Magic Bullets, Psychiatric Drugs, and the Astonishing Rise of Mental Illness in America*, New York: Crown Publishers. (=2012, 小野善郎・門脇陽子・森田由美訳『心の病の「流行」と精神科治療薬の真実』福村出版.)
- 吉田耕平・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.
- 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.)