

医療化の周辺

—— ADHDの出現とその功罪 ——

渡 邊 拓 也

はじめに

医の領域を研究対象とする医療社会学は、臨床現場から外在的批判として軽視され続けているという現状を前にして、方向転換を迫られているように見える。この新しい分野は、時代の要請に従って、医療というそれまで神聖視されていた領域にメスを入れた。我が国ではとりわけ薬害問題がメディアで大きく取り上げられた後、この分野は学問としての正統性を自認していく。しかしながら、先駆をなした社会学者たちの内、イリイチやサスといった論者がかなり極端な立場を取った時、彼らにはそうするだけの理由があったのだということを我々は忘れるべきではない。イリイチは、病気は病院でこそ作られると述べ、サスはアンチ精神医学の立場から精神疾患の存在そのものを否定した。こうしたラディカルな物言いは、生物学的なものを重視する西欧医学から聖性をはく奪し、相対化して、パラメディカル（コメディカル）なものを選択肢へ加えさせる（クライアントの自由を増大させる）という効果を持っただろう。こうした価値観の転覆は、一度は必要なものである。しかしかつてあったような専門職による知識の寡占や、医師と患者のあいだの大きな権力差といった＜現状＞は、インフォームド・コンセントの制度的定着やセルフヘルプグループの出現、インターネット上での情報流通などによって、明らかに時代とともに変化した。

確かに、医療社会学が提示する批判は一定の妥当性と説得力を持っている。近代医学は新たな病を＜創出＞し、版図を拡大し、また司法の外側で社会的逸脱を引き受けつつある。フーコーやローゼンバークが示唆し、コンラッドとシュナイダーによって綿密に論じられた＜逸脱の医療化＞－「悪しきもの」から「病めるもの」へ－という一般的傾向は、歴史に照らしても確認することができる。しかしながら、医療の現場で生じているのは、こうした患者たちやあるいはその家族、周囲の人々が苦しんでいるという現実を前にして（あるいは単に癌細胞のような存在を前にして）、彼ら患者を患者として受け入れ、治療と看護のために尽力するという責務なのである。つまり一方では、臨床の現場において病はひとつの实在であ

り、他方で社会学的医療化論において、それは大なり小なり歴史的構築物となる。

こうした理由もあり、医療の現場にとって、現場レベルで前提となる事柄を<神話>として攻撃し、病をどこかフィクションとして語ろうとする社会学からの医療批判は、しばしば的を射ない外在的批判と映ることになる。確かに「地球は青い」と言ったのはガガーリンだった。人類は地球の外に出て初めてその事実気が付いた。しかし、もしも医療の社会学が、外部にいるからこそ見えることもあるとばかりにアルキメデスの点に留まらんとするならば、近年ますます深まって来たアカデミーの知と現場の知との乖離は、決して縮められることはないだろう。もちろんデータの集積から始めなくてはならない。しかしドキュメンタリに留まるべきではない。そこから何らかの理論を引き出しつつ、我々社会学者は、少なくとも臨床現場の人々に読まれることを想定して論考を書くということに、もう少し心を砕くべきではないだろうか。重要なのはフィールドの外部に留まることでも、内部に没入することでもなく、外部と内部とを縫い込むように往復しつつ、新たな知の局面を拓いていくことではなかろうか。結局、医療社会学は、<価値自由>や観察者の位置といった社会学の古典的な懸案や、「誰に向けて語るのか」という問いについて再考すべき時期を迎えているのだろう。

本稿は以上の点に留意して書かれる。本稿で私は、教育現場におけるADHD（注意欠陥／多動性障害）という事例を取り上げつつ、医療化の周囲で何が起こっていくかについて論じる。

A. ADHDという病のスケッチ：学校、家庭、精神医療

LD、ADHD、アスペルガー、高機能自閉症。これらの病名は一般の人には馴染みがないかもしれないが、我が国の小中学校の教諭で今日これらを知らない人は恐らく一人もないだろう。日本の教育界は、こうした診断を下された子供たちに大いに悩まされている。

アスペルガー障害の子供を抱えた、愛知県小牧市の小学校に勤める54歳の教諭はこう語った（聞き取り：2004.8.30）。「とにかく困る。友達とすぐトラブルを起こすし、相手の気持ちを汲んで話すとかそういうことがない」。「（先生の）言うことを聞かないのね。『僕は嫌だ』と堂々と言う。みんながひとつになって何かやろうとワーッと盛り上がってるところにそういう子がいると、くしゅーんとなるというか、士気が下がるというか。そうしてるとだんだん先生たちの側もキレてきちゃう」。近くの名古屋市にはアスペルガー障害専門の医師がおり、彼女の学校の教諭たちは積極的にその講演を聞きに行くという。またそ

の医師に直接子供を診てもらうには、「2年待ち」といった状態だという。

ADHDは、アスペルガー障害と同じように、目下学校を悩ませている子供の病のひとつである。アメリカ精神医学会の精神疾患分類表DSMによれば、その臨床上的の特徴は、多動性（落ち着きがないこと）、不注意（注意力や集中力が持続しないこと）、衝動性（考えなしにぱっと動くこと）の3点に集約される。だがほんの数年前まで、ADHDという病名は我が国で殆ど知られていなかった。

この病は1980年代のアメリカで誕生する。この年にアメリカ精神医学会が定めたDSM-IIIという疾病分類に、ADD（注意欠陥障害）という病が登記された。これがADHDとなるのは1987年の改訂版DSM-III-Rにおいてである。この病は多動症（HyperkinesiaまたはHyperactivity）の系譜上にある。欧米での研究は古く、市川（2002）と司馬（1997）を参照しながらその歴史を振り返ってみると、1920年代に脳炎の後遺症としての多動が記録されたのが出発点となる。1930年代に欧米を中心に多動症候群の存在が確認され、1937年にはこの治療に中枢刺激薬アンフェタミンが有効であったという報告がなされた。アンフェタミンとは、日本ではヒロポンの商品名で流通したメタンフェタミンと同じく、いわゆる覚醒剤の一種である。世紀半ばを過ぎると、不器用などの神経学的異常に着目した小児神経学を中心に、MBD（微細脳機能不全）という診断が多く下されるようになる。他方、1960年前後にアメリカの発達心理学が、これら「落ち着きのない」子供たちに「多動児症候群」という名称を与えると、1970年代には、注意力と努力の欠如、衝動性、刺激の強さをコントロールできない、すぐ結果があらわれないと気がすまない、という4つの症状が共通して見られるということで、医師たちのあいだにコンセンサスが形成されていった。こうした流れの延長上に、1980年代のADHDの出現がある。

日本の教育界に視線を転じてみると、1960年代にMBDを説明するための概念として、LD（学習障害）という広い意味を持った概念が導入される。神経心理学から入ったこの概念は、その子供の知能の発達水準からすれば意外に低い学業成績や社会性の欠如のことを指していた。精神医学では厳密には、成績は特に悪くないのに、漢字の書取りや算数の計算などある特定のことができないという症状を指している。1980年を過ぎてもADHDという言葉は教育界では用いられず、ADHD様の症状を示す子供たちに関しては「LDの中に行動上の問題を示すものがある」といった程度の認識だった。あまりに広義だったLDの中からADHDが区別されるのは、平成11年（1999年）の夏以降のことである。

学校におけるADHD

ADHDが問題となるのはとりわけ教育現場、即ち学校においてである。東京にADHD専門クリニックを持つ司馬理英子がADHDの子を持つ保護者に対して行ったアンケート調査によると、「現在のいちばん困っている問題」という質問には、授業についていけない、日常生活がうまくできない、友達ができない、学校で授業の妨害をする、家族とうまくかかわれない、いじめられている、ほかの子をいじめている、といった回答が並んでいる。また「小学校での様子」という項目には、集中できない、課題にとりかかるのに時間がかかる、忘れ物が多い、いつも机の周りがきたない、宿題をやらない、字がきたない、先生の話の聞かない等といった回答が寄せられている（司馬 1999：43,46）。他方、井上とも子が教師を対象として行ったインフォーマルアンケートで、担任教師にADHDと思われる児童の学級内での様子を記述してもらったところ、棒などを不用意に振り回す、忘れ物が多い、すぐ席を立ち教室を出て行く、友達と共に行動せず自分勝手に動く、手も挙げずに話し出す、話や列に割り込む等々といった返答があったという（井上 2002：148）。

子供たちにとって学校という場は、（地域コミュニティでの活動やボーイスカウト活動を除けば）はじめて集団行動を求められるところであり、またルールの遵守を求められるところである。こうした状況下での上記のような行動は、確かに問題行動として逸脱のレッテルを貼られるだろう。この点に関して興味深いデータがある。先程の司馬のアンケートで「家庭での様子はどうですか？」という質問に対する回答の1位は、「楽しく過ごしている」（複数回答可で48%）となっている（司馬 1999：51）。これは、家庭がひとりひとりの子供に適した環境を提供しやすいということの他に、学校で要求される類いの集団行動が家庭では要求されにくい、といったことをも示していると考えられる。

学校におけるADHDはしばしば、学級崩壊、いじめ、不登校、そして非行との関連で語られて来た。彼らの中には授業中じっと座っていられず、席を立って教室外へ出て行ってしまふ子がある。また周冊とうまくいかず、いじめの加害者／被害者になる子もある。不登校は、友人関係、担任教師との衝突、学業不振など、ケースにより様々な要因がきっかけとなる。ADHDと非行の関連については、アメリカである程度の統計的裏付けがなされており、我が国では齋藤と原田の研究（1999）が、加齢とともにADHD、ODD（反抗挑戦性障害）、CD（行為障害＝「非行」）そしてAPD（反社会性人格障害＝「犯罪者傾向」）へと進行するルートについて指摘している。しかしながらこうした問題は、ADHDという病そのものが抱えた問題というよりは、その症状が引き起こす二次的災禍と言えるだろう。

ADHDの子を持つ親たち

こうした多小厄介で手のかかる子供たちは、最近になって急に現れた訳ではなく、昔から存在した。しかし学校において彼らは、「子供とは元来そういうものだ」という＜子供らしさ＞の言説へと回収され、「やんちゃ」として容認されてきた部分がある。むしろ子供の問題行動にずっと敏感だったのは家庭の方だった。早ければ乳幼児期から症状を見せるADHDの子供を抱え、子育ての困難とずっと格闘してきた母親たちは、「どうしてこんなふうになってしまったのだろう」、「私は何か育て方を間違えたのだろうか？」（司馬1997：6）といった自責の念に、しばしば苛まれることになる。

怠け者、やる気が無い、何度言われてもちゃんとできない、すぐにかんしゃくを起こす等、ADHDの子供たちはいわゆる「育てにくい子」である。井上（2002）は、ADHDの子供に投げかけられる叱責、否定的評価、強制的制止などがその子の情緒面での失敗感、挫折感、自己否定などを強め、さらなる問題行動を呼び起こして行く循環的構造について指摘している。井上は学校での教師による叱責を念頭においていたが、家庭でも同様のことが起こり得る。育児ストレスはときに虐待へと発展することもある。前述の司馬は、ADHDに関する啓蒙書『のび太・ジャイアン症候群』で保護者たちにこう語りかけていた。「ぐず」、「できない子」といった親の言葉は、たとえそれが近所の人に向けて発せられた謙遜の言葉であっても、本人の耳に届けば想像以上の傷を残す。子供をぶってはいけぬ。ぶってしまえば子供は親への信頼を一挙に失ってしまう。子供の話によく耳を傾け、やればできるという気持ちを持てるようにしてあげよう（司馬1997：180-95）。

司馬の指摘によれば、問題は親子関係のみにとどまらない。たいていの場合、育児で中心的役割を果たすのは母親である。父親、そしてそのひとつ上の世代（祖父母）は、母親の苦勞を理解しないままに「躰が悪い」といったレッテルを貼ることがある。母親としては、自分が子供を厳しく叱ることに嫌気がさしているところへ、まだまだ甘やかしていると言われる訳である。またADHD児の兄弟姉妹は、母親の愛情がADHD児にのみ注がれていると誤解し、何か問題を起こすことで母親の関心を取り戻そうとするケースもある。このようにADHDの子供を持つ親は、家庭内の他の問題に幾重にも直面させられることがあり、そのストレスは膨大なものになり得る。そしてADHD児が小学校へ入学すると、集団生活への不適応や学業成績の不振など、さまざまな懸案が更に出現することになる。

ケースバイケースだが、親は育児責任に関して自分を責め始めたり、またはうちの子に対する理解が足りないと学校側の対応の悪さに腹を立てたりする。学校の先生の言うことなら聞くのではと、躰を学校に期待する場合もある。学校の方では、こうした子供に個別学習を施したり、特別学級への編入を勧めたりすることもあるが、親によっては「特別学級」と聞いただけで顔色を変えることもあり、細心の注意を払った対応が迫られている。結局、彼ら

「どこか変わった」子供たちは、周りの子とトラブルを起こしやすく、学校にとっても親にとっても悩みの種なのである。他方、家でも学校でも叱られ続ければ、子供たちは自らにダメな子というラベルを貼り、学校に行くのが嫌になり、自閉症を併発することもある。

精神医療とADHD

香川医科大学の石川元の表現を借りれば、ここへ救いの蜘蛛の糸のように垂らされたのがADHDだったとも言える。つまりそれは病気であって、学校や育て方が悪いのではない。精神医療はこの病の〈病因〉と〈治療法〉を示すことで、いわば袋小路へと追い込まれていた教師と母親たちに希望の光を与えた。

脳の障害という見地から見ると、ADHDには軽度の脳波異常、そして前頭葉前部および線条体の血流低下が見られる。またCTやMRIといった画像診断からは前頭前皮質、小脳の一部等に機能低下が指摘されており、生物学的要因の関与を示唆している（市川 2002）。前頭葉は、脳の各部分から伝えられた情報をまとめ、統合する役目を果たす部位と考えられているので、この部位の血流量が下がって上手く機能しないということは、見聞きした全ての情報が頭の中で、等価値的にいっぺんに並べられるということになる（注意欠陥・集中困難）。また前頭葉野には欲求や感情を抑制する機能もあるため、ADHDでは欲求をすぐ行動に反映させ、自己コントロールができにくいということになる。

ADHDを脳の障害と捉えたことで、薬物療法でのコントロールが可能となった。アメリカやオーストラリアでは、依然としてリタリン（塩酸メチルフェニデート）の投与が第一選択となっている。リタリンはアンフェタミンに似た構造を持つ中枢刺激薬で、6-12歳の児童では3-4時間で体外に排出され、使用量に注意すれば依存などの危険は少ないとされている。多動の子供たちに覚醒剤を投与するというのは逆説的にも聞えるが、リタリンはADHDに観察されるドーパミン不足を補い、また尾状核の血流量を正常まで上げる効果があると言われる。

また、最近の精神医学には〈バイオ・サイコ・ソーシャル（生物・心理・社会）〉の各側面から疾病を捉えようという動きが出ており、精神疾患を単に脳機能障害、あるいは生化学的なもの（脳内アミン仮説）へ帰する考えから離れつつある。かつて言われていたような【内因＝脳というハードウェアの障害＝治療不可能／心因＝心というソフトウェアの障害＝治療できる】といった発想も崩れた。脳疾患であっても症状をコントロールしつつ、患者の周囲の環境を整えることや心理療法により、社会生活に支障をきたさないレベルまで回復させることは可能だという考え方に、精神医学もシフトしつつある。以下に引用す

るのは、石川が司会をつとめた精神科医たちの座談会の一部である（村田他 2002：17-41）。

川崎：医療が入って何が良かったかと言うと、やはり教師と親が喧嘩しないで済む。教師も親も子どもを悪者にしたくないから、相手のやり方が悪いとお互いについて言いたくなくなってしまうところを、子どもに弱点があるということを第三者が医療的な立場から言ってあげると、治療目標というかターゲットが明確になって、大人同士の付き合いで消耗しなくなるという、メリットがあると思います。

太田：そこで病因論の問題が出てくる。親がつくったとか、嫉が悪いというのが原因なら、そうはならない。そうではなくて、基本形は何か脳にあってADHDは起こってきて、それには医療の関与が重要であると思いますが。やはり最終的に帰るところは、学校であり家庭であるから、そういった環境が変わってくれないと。

ここで言われているのは、精神医学がADHDの〈バイオ＝生物学的要因〉の側面を指摘したことで親と学校のあいだの風通しが良くなったこと、そして、それでもこの病は脳の問題だけでは片付けられないということである。もちろん精神医療のマンパワー不足の問題はある。経験則だが日本の小規模のメンタルクリニックで、外来患者1人あたりの診察時間は5分程度である。中規模病院の精神科では1時間に30人の患者を診ると聞く。こうして、特殊な専門機関にかからない限りはどうしても薬物療法がメインになるという状況があり、他方でADHDは脳障害だからリタリンを与えればよいという考えも依然根強いとはいえ、精神医療にとって薬物療法は選択肢のひとつに過ぎない。

心理的な治療は精神科医の他に、カウンセラー、セラピスト、自助グループ、地域コミュニティ、そして学校と家族へ委ねられる。精神科医たちは自分たちがADHD治療で貢献できることの限界について知っていて、最終的に子供が帰って行く家庭やあるいは学校が、この病に理解を示し、彼らが過ごしやすい環境を作ってくれることを望んでいる。臨床心理学からも同様に「ADHDへの対応としてまず必要なのは、ADHDに対する理解である」という意見が出される（横山 1999）。こうして心理学から子供たちのセルフ・エスティーム（自尊心）の回復、アサーション（自分の意見を上手に相手に伝えるスキル）の向上といった指標が提示され、日本の教育界でも近年大きな注目を浴びている。

つまるところ精神医療は、リタリンという伝家の宝刀を持ちつつも、この病のコントロールには、学校や親たちがADHDについてもっと理解を深めることが肝要であると考えている。学校は、心理学を含む精神医療の知見を積極的に取り入れようとしている。学校と精神医療との協力体制を確立する作業は、まだ端緒についたばかりなのである。

B. ディスクールの生命性とその光学

以上で見てきたのは、ADHDの医療化をめぐるひとつの美しい物語である。生まれつき厄介な子供、子育てに悩む母親、学校で彼が起こす問題、そこへ医療から示されたADHDという免罪符と問題解消への道。医師はADHDへの周囲の不理解を嘆き、この病への理解が高まりその症状がコントロールされれば、日本のいじめは半減するとさえ述べる。しかし、本当にそうだったか？ これは単にリテラシー不足の問題で、病への理解が高まれば、それだけいっそう彼らを取り巻く状況は改善されるのだろうか。以下ではこの点について検討することにしよう。

DSMの落とし穴

まずADHDの定義を、アメリカ精神医学会の最新の診断表、新訂版DSM-IV-TR（2000）に照らして見ておこう（Table 1）。このDSMは我が国の精神医療で広く使用されている。このような、いくつかの項目を用意して基準を満たしているかどうかで診断を下すというやり方（操作的診断）は1980年のDSM-IIIの時に現れた。これは臨床現場での利便性や使いやすさを重視して採用されたもので、精神疾患の国際診断基準としてはDSMと双璧をなすICD（WHO発行）にも大きな影響を与えた。

こうした操作的診断基準は、医師によって診断結果が異なるといった事態を起し、また医師同士での情報交換を容易にするといったメリットがあったが、大きな不都合もあった。臨床レベルで言えば、例えば脳に原因がある場合でもホルモンバランスの方に原因がある場合でも、ある症候を示してそれが基準を満たしてしまえば病名が自動的につけられてしまうということ、つまりは治療学的にはあまり役に立たないということである。また、患者の現在の状態のみを問題としているという批判もある。ADHDに話を限ると、表に示した診断基準は広汎性発達障害（高機能自閉症やアスペルガー障害など）のそれとも類似、重複しており、合併症として扱うべきかどうかという問題が議論されている。

結局、大嶋（2002）の次の言葉がDSMの困惑について全てを語っているのだろう。「精神科臨床に携わっていて、青年期以降の疾患でさえ、治療者間でその診断名や病態の判断の異同で混乱し、また同一治療者においてもさまざまな迷いの中で判断し治療をしている。ましてや児童期の障害に関しては混乱そのものであるし、また、ダイナミックに変化する子どもの状態に驚いたり、バリエーションに困惑するばかりである。その混乱を静止画で

固定したものが、DSM-IVの注意欠陥多動性障害である。つまり、誰の目でもわかる客観的な情報をもとに診断リストに当てはめるのである。臨床に携わっている人間ならば、ゴミ箱とはいわないまでも、種々雑多なものの集合体であると解っているのだが、ADHDと診断した事で何かわかったように誤解してしまう風潮がある」(大嶋 2002: 210)。

<p>注意欠陥/多動性障害 Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder</p> <p>A. (1) か (2) のどちらか：</p> <p>(1) 以下の不注意の症状のうち6つ（またはそれ以上）が少なくとも6ヵ月間持続したことがあり、その程度は不適応的で、発達の水準に相応しないもの：</p> <p><不注意></p> <p>(a) .学業、仕事、またはその他の活動において、しばしば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。</p> <p>(b) .課題または遊びの活動で注意し集中し続けることがしばしば困難である。</p> <p>(c) .直接話しかけられたときにしばしば聞いていないように見える。</p> <p>(d) .しばしば指示に従えず、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（反抗的な行動、または指示を理解できないためではなく）。</p> <p>(e) .課題や活動を順序立てることがしばしば困難である。</p> <p>(f) .（学業や宿題のような）精神的努力の持続を要する課題に従事することをしばしば避ける、嫌う、またはいやいや行う。</p> <p>(g) .課題や活動に必要なもの（例：おもちゃ、学校の宿題、鉛筆、本、または道具）をしばしばなくしてしまう。</p> <p>(h) .しばしば外からの刺激によってすぐ気が散ってしまう。</p> <p>(i) .しばしば日々の活動で忘れっぽい。</p> <p>(2) 以下の多動性－衝動性の症状のうち6つ（またはそれ以上）が少なくとも6ヵ月間持続したことがあり、その程度は不適応的で、発達水準に相応しない：</p> <p><多動性></p> <p>(a) しばしば手足をそわそわと動かし、またはいすの上でもじもじする。</p> <p>(b) しばしば教室や、その他、座っていることを要求される状況で席を離れる。</p>	<p>(c) しばしば、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（青年または成人では落ち着かない感じの自覚のみに限られるかもしれない）。</p> <p>(d) しばしば静かに遊んだり余暇活動についたりすることができない。</p> <p>(e) しばしば“じっとしていない”、またはまるで“エンジンで動かされるように”行動する。</p> <p>(f) しばしばしゃべりすぎる。</p> <p><衝動性></p> <p>(g) しばしば質問が終わる前に出し抜けに答え始めてしまう。</p> <p>(h) しばしば順番を待つことが困難である。</p> <p>(i) しばしば他人を妨害し、邪魔する（例：会話やゲームに干渉する）。</p> <p>B.多動性－衝動性または不注意の症状のいくつかが7歳以前に存在し、障害を引き起こしている。</p> <p>C.これらの症状による障害が2つ以上の状況〔例：学校（または職場）と家庭〕において存在する。</p> <p>D.社会的、学業的、または職業的機能において、臨床的に著しい障害が存在するという明確な証拠が存在しなければならない。</p> <p>E.その症状は広汎性発達障害、統合失調症、または他の精神病性障害の経過中のみ起こるものではなく、他の精神疾患（例：気分障害、不安障害、解離性障害、またはパーソナリティ障害）ではうまく説明されない。</p> <p>▼病型に基づいてコード番号をつけよ</p> <p>314.01注意欠陥/多動性障害、混合型：過去6ヵ月間A1とA2の基準をともに満たしている場合</p> <p>314.00注意欠陥/多動性障害、不注意優勢型：過去6ヵ月間、基準A1を満たすが基準A2を満たさない場合</p> <p>314.01注意欠陥/多動性障害、多動性－衝動性優勢型：過去6ヵ月間、基準A2を満たすが基準A1を満たさない場合</p> <p>コード番号をつけるうえでの注意</p> <p>(特に青年および成人で) 現在、基準を完全に満たさない症状をもつ者には“部分寛解”と特定しておくべきである。</p>
--	---

Table 1 : DSM-IV-TRより

DSM体系のおかげで診断は楽になった。しかしそれは確かに、ADHDの裾野を拡大したのである。この広がった裾野へと侵入してきたものは何だったか。例えば、本稿でしばしば参照してきた司馬の著書『のび太・ジャイアン症候群』（1997）には、「いじめっ子、いじめられっ子は同じ心の病が原因だった」という副題がついている。つまりこれは、いじめというそれまで学校や親を悩ませてきた問題に、ADHDという回答を与える試みでもあったのだ。いじめ、不登校、学業不振、虐待、こうした諸問題がADHDと関連づけて論じられると、それらは（親や教師にとっての救いの糸としての）ADHDという病の裾野へ回収され、その周囲へと接続され始める。

社会学的に言えばADHDの登場は問題行動を起こす子供の＜医療化＞だったが、この医療化の周辺で何かが起こっている。精神科医や心理学者たちはこの病についての認知と理解を望んでおり、そのために講演会を開き、ADHDの概説書を書いて世に送り出しもする。この情報の＜伝播＞は医学的知識の開示であり、いわゆる専門職による専門知識の独占とは逆の動きであるが、ADHDという精神医学の専門知識が、精神医学の外部へと＜伝播＞していくときに起こす奇妙な変形についてこれから述べていこう。

＜伝播＞と拡大解釈

今年つまり平成16年（2004年）の1月に文部科学省から出された「小・中学校におけるLD（学習障害）、ADHD（注意欠陥／多動性障害）、高機能自閉症の児童生徒への教育支援体制の整備のためのガイドライン（試案）」に、学校向けのADHDの項目診断表がある。紙幅の関係から詳細まで紹介できないが、内容は先程のDSM-IV-TRのものとはほぼ同じである。ただDSMでは「不注意の症状うちから6つ以上、あるいは、多動性－衝動性のうちから6つ以上」だったのが、このガイドライン試案では「A. 以下の『不注意』『多動性』『衝動性』に関する設問に該当する項目が多く、少なくとも、その状態が6か月以上続いている」（下線引用者）となっており、診断基準はかなり曖昧になっている。また教育現場に合わせ、用語に若干の変更が加えられている。例えばA.-（1）-（e）：「課題や活動を順序立てることがしばしば困難である」は、「学習などの課題や活動を順序立てて行うことが難しい」となっている。

情報が領野をまたいで移動するときに起こるある種の翻訳が、＜伝播＞には不可避免的について回る。つまり精神医学のタームが、教育界では教育現場で通じる言葉に変換されるのである。この時、精神医学でいうADHDの厳密な意味は少しずつらされる。精神科医たち

のイメージするADHDの周囲には、(症状のよく似た)高機能自閉症やアスペルガー症候群といった観念が結合しているかもしれないが、学校現場の教師たちのイメージ上では、ADHDは更に、いじめや不登校、学級崩壊といったものと観念連合をなしているかもしれない。このように、精神医学のADHDと教育界のADHDは若干異なった概念となる。

また、インフォームド・コンセントにおいても起こることだが、専門家が一般レベルに向けて専門知識を噛み砕いて易しく伝えようとするとき、やはり情報は変容を被る。情報は簡略化され、より多くの解釈を許容し得る状態へ近づいて行く。時には大きな誤解を生むこともある。主婦の友社から出版された司馬の著作(1997)は、明らかにADHDの子供を持つ親を読者層として想定していた。1997年の日本ではADHDという呼称は恐らく専門医以外には知られていなかった。アメリカに14年住んだ司馬はそうした理由から、ポピュラーな漫画の登場人物になぞらえつつ「のび太・ジャイアン症候群」という名称でADHDを紹介したのだろう。だからこの本は、(多動症候群)を扱った石崎朝代『落ち着きのないうちの子どもたち』(1995)を別枠とすればADHDの日本で最初の概説書であり、わかりやすい啓蒙の書である。しかしながらよく読むと、専門用語を避け、分かりやすい表現やたとえ話を用いてはいるものの、ADHDに関する正確な医学的知識という点に関しては、司馬がそれをねじまげて伝えている形跡はない。このように情報の簡略化は、文章そのものの外部でも起こり得る。つまり読者がこれを読んで、何を印象として持ち、どのように自分の言葉に変換していくかという問題もある。

専門家と一般人の間には、知識量の圧倒的な差がある。専門分化が進行し尽くした現在、一般の人々が専門家の持っている知識をそのまま理解できるところまでリテラシーを高めることはほぼ不可能である。また、一般人が十分に専門書を読みこなすだけの技量を持っていたところで、彼らは専門家が日々の実践と経験から培った感覚的な知-臨床の知あるいは経験知とも呼べるようなもの-にコンタクトする術を持たない。こうして両者のあいだには常に知識量の落差が生じていることになる。従って、<伝播>による情報知識の簡略化の問題は常に発生する。簡便化、通俗化が進めばそれだけいっそう、本来の意味とずれた解釈が生まれる可能性は高まる。以下簡潔にはあるが、ADHDとの関連で語られることのある諸説について見ておこう。

・いじめ、不登校、学級崩壊

教育現場におけるこうした問題状況は、ADHDやアスペルガー障害などの病と関連づけられて語られることがある。繰り返しになるが、これらはむしろADHDなどの症状からの二次的災禍であり、病の本質ではない。

・児童虐待

ADHD児の虐待のケースは確かに存在するし、その事例報告は非常に印象的で胸の痛むものである。しかしながらADHDが多動症やMBDの系譜上に出てきた病だったことを鑑みても、ADHDという病にとって、虐待の問題は本来二次的なものである。親の虐待によってADHDになるケース、ADHDだから虐待するケース、その両者の混合形態が考えられる。

・天才

エジソンも実はADHDだった等の言説で、好きなことだけには集中できるADHDの子供たちは、適した環境においてやれば、芸術や科学に素晴らしい才能を示すことができるはずだと言う。日本の学校では画一化教育や偏差値重視、相対評価によって「できる子／できない子」が分かれてしまうという非難を含んでいる。

・成人のADHD

1992年にウィレンスとビーダーマンによって報告される。日本ではサリ・ソルデン『片づけられない女たち』の邦訳（ニキ・リンコ訳）の出版2000年以降、急激に注目を集めた。成人のADHDの示す症状としては、遅刻が多い、机の上が乱雑、気まぐれ、仕事中毒等があるとされる。また成人へのリタリン投与は依存を生じやすいので慎重に行う。

・リタラー

数年前より我が国でも問題となっているリタリン中毒患者。ADHDと直接の関連はないが、リタリンとの関連で紹介しておく。この「覚醒剤」は現在、インターネット上でも取り引きされている。鈴江（2002）によれば患者たちは全般的に真面目でワーカホリックであり、よりよく仕事するためにリタリンを手に入れる傾向がある。

需要とADHD予備軍

こうした周囲に配された言説により、ADHDという病名はより幅広い意味合いとニュアンスを持ち始める。そしてここには人々の側の需要の問題があったと私は考える。医療が我々の社会生活を広範囲に渡ってカバーし始めたのは事実だが、精神医療について言えば、それは近代医療の政治性や権力拡大、製薬業界等の企業戦略というよりも、ストレスの増

大（それがマネジメント可能になったこと）というある種の時代の要請からの帰結だったろう。

需要の問題は＜伝播＞の問題と関連している。いくら優れた商品をつくっても消費者のニーズがなければ売れないように、ADHDという病が知られていくようになったのは、どこかでそれを待ち望んでいた人々がいたからだ。これはなかならず育児ストレスに悩んでいた母親たちについて言える。また一般レベルへの＜伝播＞について言えば、そこにもやはり人々のニーズが存在した。それはとりわけ成人のADHDを扱った「片づけられない女たち」が注目を集め、売れたという事実に現れているだろう。この高度なストレス社会において仕事上での挫折感を常々感じていれば、「私は何か病気なのかもしれない」と考えることは今や不自然ではない。この傾向は、まるで流感のように「うつ病」の流行する昨今の風潮にも見て取れる。病者役割（パーソンズ）を獲得することによって得られるだろう社会的責務の一時的な軽減は、ストレスから逃れたい人々にとって、待ち望まれていた何かだったかもしれない。またうまくいかない現状を病気と捉え返すことで、薬物療法（リタリン、抗うつ剤）による症状のコントロールと状況改善も期待されるようになる。

こうしてADHDという病の周囲には、「この子は（私は）ADHDなのかもしれない」と想定される潜在的ADHDの人々の一群、ADHD予備軍のゾーンが形成されていくことになる。しかし彼らは、精神医学がADHDという病を＜創出＞した時に生まれてきたのではない。むしろそれが＜伝播＞していく時に生まれたのである。大人のADHDを例にとると、1992年にこの新しい病が初めて論じられた時、ピーターマンらはリタリンの有効性について話を限っていた。しかしこれがハロウェルとラティ（1994）になると、70項目に渡るDSM風のチェックリストが現れる。ここに「机の上が乱雑である」「気分が移り変わりやすい」等々といった項目があるが、こうしたリストだけを見せると、これらが自分に当てはまると見なすかどうかは、実は読者の主観に委ねられている部分も大きい。どの程度机の上が散らかっていればその項目にチェックが入るのか、これについての客観的基準はない。だからこれはどこか占いや性格判断のようなものであって、当てはまると思えば当てはまってしまう性格を持っているのである。現場の医師であれば、他の患者たちとの比較を通して、ある程度しっかりした診断を下すことができるかもしれないが、一般人はこうした専門職の経験知へとコンタクトする術を持たない。ADHD「っぽい」人々の群れは、こうしてほんやりと形成されてくる。彼らは書店や図書館へ出向き、病や薬剤に関するわかりやすい知識を得る。とりわけインターネット上からは、時に誤った知識を手に入れてくる。情報過多の時代に入り、個人レベルでの情報の取捨選択が叫ばれて久しいが、個々人がかえって自らに都合のよい情報だけを見る傾向が強まってきたというのが、悲し

い現実なのである。

これらの事象は、ADHDというディスケールが化石のように固定したものではなく、まるで生き物のように動き、変化し、豊かな意味の揺れ幅とゆらぎを備えた存在、多種多様な「ADHD」解釈の集合体であるということの意味している。新しく発見ないし創出された病は、ある程度の社会的認知を受けようとする。しかし医学の専門知識は、別の専門領域に入るとその領域での言語に翻訳され変換される。また病への社会的認知が高まり情報があまりに拡散すると、病についての専門知識の正確性は失われていく傾向にある。この現象を<伝播のジレンマ>と呼ぶこともできるだろう。

スケープゴートとしてのADHD児

ここで一度まとめておくと、【a. DSMのような操作的診断による項目チェックがADHDの裾野を広げたこと； b. それが他の領域に<伝播>して新たな解釈を許し、様々なADHD像を結ぶこと； c. この<伝播>は心の救済を求めていた親、教師、一般のニーズに支えられて、ADHDを疑われる予備軍を生成して行ったこと】、こうした3重の要因が、本来のADHDという精神疾患の周囲に、「ADHD」と呼ばれるほんやりした総体を形づくっているということになる。そしてこのことが、現在ADHDを取り巻く状況を大混乱に陥れている。最後に、この病への理解の高まりが本当にADHD児にとって望ましい環境をもたらしたかという問題に立ち戻って論じつつ、本稿を閉じよう。

学校におけるADHD児は、しばしばスケープゴート（生け贄の山羊）となる。例えばいじめ問題に関して言えば、そこにはいじめの子／いじめられる子という構図の他に、ギャラリーとして周りで見ている子の態度（観衆、傍観者）というファクターが関与していることが、森田と清水の研究（1994）によって示されている。いじめも不登校も、様々な要因が複雑に絡み合った結果として出てくる。にも拘わらずADHDという言葉は、これらを一言で説明してしまう威力を持っているのである。大嶋の言う「ADHDと診断した事で何かわかったように誤解してしまう風潮」は、医療現場を越え、家庭や教育現場にも存在する。学級崩壊に関して言えば、ADHDの子供が急に席を立ち動き回ることがあるのは事実である。だが問題は、それにつられて（調子に乗って）動き出す周囲の子供たちや、それを許す教室内の空気の方にも潜んでいる。確かにADHD児は「言うことを聞かず」、トラブルメーカーで、扱いの難しい存在ではある。集団行動を取らせる上での困難の一因にもなる。けれども、もし学級経営上の諸問題の原因をADHDへ求め、その解決を心理学や（リタリン投与を含む）精神医療へと期待するとしたら、それは問題の単純化であり、ま

た即効性かつ画期的な解決がどこかに存在してくれたらという、教師たちの無意識的な願望の現れと言えよう。結果として、親や学校が問題児童のADHDを疑い、スクールカウンセラーや精神科医にADHDの診断を期待し、事実そのように認定されやすくなるという状況が訪れた。ADHDと診断される子供の数は実際に増加しており、DSM基準の曖昧さはここにも陰を落としている。ADHD予備軍（被疑者）の子らを無闇にADHD化しようとするという、このどこか魔女狩りにも似た傾向は、誰にとっても喜ばしいものではない。もちろん疾患であれば、医学的に適切な処置や人道的扱いを受けることは望ましい。しかしADHDという救いの糸にすぎる前に、その子が本当に病気なのかどうか冷静に見極めることも、家族や学校にとって大切なことなのである。ADHDという言葉の持つ神々しい光の効果に惑わされ、病の存在にナーバスになって、ADHD「っばい」予備軍の子供たちに不要な嫌疑をかけることのないよう注意が必要である。LD、ADHD、アスペルガー障害といった<病>は、我が国の教育界で脚光を浴びている。しかしそのスポットライトの光が強調され過ぎて人々の視線が<病>に集中すれば、問題の他の諸要因はそれだけいっそう舞台奥の闇の中へと後退し、見えにくくなっていく。名古屋市内の小学校で校長を務める54歳の教諭は、子供のセルフ・エスティーム（自尊＝我が侬）に過剰に気を遣う教育界の傾向を「甘やかし」と懸念しつつ、次のように語った（聞き取り：2004.8.13）。「ADHDっばいかなという子はあるが、本当にADHDというケースは一度も見たことがない。明らかに他の子と違うような、算数の計算だけができずにLDの診断を受けた子はひとりいたよ。ADHDの項目別診断をするとみんなあてはまってしまうし、5-6人にひとりという話も聞いているけど〔引用者註：統計的には5-6%という報告がある〕、昔『横着な子』と言われていた子がそういう風に（病気として）扱われて行くのはどうかと思う。結局低学年では、担任と合っていないか担任が下手だから子供が（教室外へ）出て行ってしまうのであって、子供が担任を好きか、クラスに友達でもいればちゃんと（教室の）中にいる」。

つまりこれらの疾患への理解の高まりが、必ずしも当人たちにとってより過ごしやすい環境づくりに結びついた訳ではないのである。彼らは時として、学級経営上の困難の原因と見なされ、スケープゴートにされてしまう。またその傍らには、この疾患についての知識の<伝播>と意味のずれによって、ADHD「っばい」と見なされるようになった子供たちがいて、更なる混乱を呼んでいる。村瀬の言うように、診断が下された後の問題もある。精神疾患のレッテルによって当人は周囲から「枠外の人」と見られることがある。家族や教師には、診断名はわかっても対処法がわからないという状況が訪れ、それは彼らを更なる情報収集に走らせる（村瀬 2002）。「ADHD」はあまりに広い概念となり、マニュアル的な対処法はもう各ケースに対応しきれない。学校は「ADHD」との関連で語られる諸問

題に特効薬の解決は存在しないという自覚を持つべきだろう。医療に過剰な期待をかけてはならないし、「ADHD」に過敏になってもいけない。医療がADHDという病の存在を示して学校と家庭の不和を調停する美しい物語は、ある側面では真実であるが、あくまでも事後的に語られた逸話としてある。結局、ADHDという概念の導入によって、現場ではかえって混乱や問題状況が発生してしまったというもうひとつの側面を、我々は看過してはならないのである。

結論

本稿は、コンラッドらの言う逸脱の医療化の〈明の側面／暗の側面〉、そして医療化（新たな病の〈創出〉）によって逸脱（新たな病者という犠牲者）が作られるといった平凡な結論に辿り着いてしまったかのように見えるが、そうではない。本稿は、医療化の周辺で起こる〈伝播〉という現象に光を当てた。紙幅の関係で論じきれなかった部分は残るが、これは従来の社会学的医療化論の、病の〈創出〉あるいは医療帝国主義批判というアプローチの弱点をカバーすることのできる視点である。

ADHDという概念が精神医学に生まれてから、社会的ニーズもあり、この概念への認知は一般にまで広がって行った。しかしその〈伝播〉の過程で、この概念はさまざまな副次的言説と結合し、幅広い意味合いを含むディスクリールとなってADHD予備軍を生んだ。救いの糸としてのADHDという病の出現は、一方で学校と親の不和を調停したものの、他方では学校における「やんちゃ」を、いじめや学級崩壊へと結び付けつつかえって問題化してしまった。そしてこのことは、精神医学による病の〈創出〉ではなく、DSMの曖昧さと、医療化に続いて起こる知識の〈伝播〉—ADHDという病への理解の広がり—と高まり—の過程に潜む、内在的な問題によって起こったのである。現場レベルで起こるADHDとADHD予備軍との混同は、最も注意深く避けられねばならない。

おわりに：医療社会学の可能性

英国元首相マーガレット・サッチャーは社会学者を嫌っていたという。その理由は「何でも社会のせいにしてしまうから」。こうしたジョークを我々社会学者は笑えないだろう。しかし医療社会学は、医療帝国主義に対する社会学帝国主義に自省的であるべきだとしても、研究する事象の社会的側面について論ずるという役目について何ら臆することはない。

精神医療の言う〈バイオ・サイコ・ソーシャル〉のうち〈ソーシャル〉を扱った研究というのは、まだほぼ手付かずのまま我々の前に置かれているのである。例えばADHDの子も過ごしやすい環境（学級集団や学校風土）づくりに貢献する研究というのはまだ見当たらない。個別指導というのは理想的ではあるが、マンパワー不足に喘ぐ学校には酷な要求と言える。またもっとマクロに、我が国固有の文化や社会構造といった視点を取り入れた研究もあまりない。これらは〈社会〉のスペシャリストたちに委ねられた仕事だろう。問題状況に対して、誰が悪いのかといった単なる犯人探しではなく、ソリューションを提供するための生産的な議論と研究が望まれる。

ADHDやアスペルガー障害が問題として浮上し、精神医療は〈バイオ・サイコ・ソーシャル〉の旗の下に学校とのリンクを強めた。この3要素の合流に早くから意識的であった社会科学、とりわけ医療社会学は、臨床の学としてこうした現場レベルのリンクへと参画していく可能性を秘めている。精神医学は確かに医学の中でも特殊な領域であって、患者の正常な社会生活、社会復帰やQOL（生活の質）への問題意識も高い。とはいえ19世紀にスタートした近代医療と社会との交わりはここに来てますます深まり、病的なまでの健康ブームなど、時にグロテスクな表情を見せている。医療社会学の重要性は今後いっそう高まるはずなのである。

大学法人化の波が押し寄せていた数年前の関西社会学会において、「社会学は役に立つか」という社会学的アイロニーに満ちまた高度に自省的な問いが立てられた時、我が国の社会学はひとつの転換期を迎えた。例えば現代フランスのソシオローク（社会学者）たちを見ていて驚かされるのは、彼らのアクチュアリテ（いま起こっていること）への嗅覚および反応速度と、メディアへの露出度の高さについてである。彼らは社会問題に関するコラムを新聞にせっせと書き、何か事件が起こる度にテレビやラジオに出演しコメントする。こうした環境が我々社会学者にとって良いか悪いかは一概に言えないけれども、少なくとも彼らソシオロークたちは、アカデミーの外に向けて語ることを知っている。社会学は今後「役に立てる」だろうか。本稿で私はADHDの事例を扱いつつ、医療と教育の現場に向けて語ることを試みた。現場からの批判にさらされ格闘しつつ、アカデミーの外へ開かれた21世紀の魅力ある社会学が、今こそ目指されなくてはならない。ポストモダンと呼ばれた徹底批判と脱構築の時代の後には、生産的な議論と再構築の時代が続かねばならない。

参考文献

American Psychiatric Association, 2000, *Quick Reference to the Diagnostic Criteria from DSM-IV-TR*

- (=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き』, 医学書院, 2002).
- Conrad, Peter, 1975, "The Discovery of Hyperkinesis: Notes on the Medicalization of Deviant Behavior", *Social Problems*, vol.23, no. 1, pp.12-21.
- , and Schneider, Joseph, 1992, *Deviance and Medicalization: From Badness to Sickness: Expanded Edition*, Temple University Press (=進藤雄三監訳『逸脱と医療化：悪から病へ』, ミネルヴァ書房, 2003).
- Hallowell, Edward, and Ratey, John, 1994, *Driven to Distraction*, Touchstone.
- 宝月誠, 2004, 『逸脱とコントロールの社会学』, 有斐閣.
- 井上とも子, 2002, 「学校教育はADHDにとってどのような環境なのか」, 『現代のエスプリ』 vol.414, 至文堂, pp.146-54.
- 石川元, 2002, 「ADHDが取り持つ学校現場と精神医療のチャーミングな関係」, 『現代のエスプリ』 vol.414, 至文堂, pp. 5-16.
- 市川宏伸, 2004, 「ADHDの生物学的背景」, 『現代のエスプリ』 vol.414, 至文堂, pp.53-60.
- 文部科学省, 2004, 「小・中学校におけるLD (学習障害), ADHD (注意欠陥/多動性障害), 高機能自閉症の児童生徒への教育支援体制の整備のためのガイドライン (試案)」.
- 森田洋司, 清水賢二, 1994, 『新訂版いじめ：教室の病い』, 金子書房.
- 村瀬嘉代子, 2002, 「ADHDとレッテルを貼られた子どもとその家族への対応 (インタビュー, 聞き手：石川元)」, 『現代のエスプリ』 vol.414, 至文堂, pp.140-5.
- 村田豊久, 太田昌孝, 川崎千里, 石川元, 2002, 「なぜ今、ADHDか——「十七歳」問題・学級崩壊・成人ADHDからリタラー出現まで」, 『現代のエスプリ』 vol.414, 至文堂, pp.17-41.
- 大嶋正浩, 2002, 「ADHDと精神障害」, 『現代のエスプリ』 vol.414, 至文堂, pp.210-7.
- 齋藤万比古, 原田謙, 1999, 「反抗挑戦性障害」, 『精神科治療学』 vol.14, 星和書店, pp.153-9.
- 司馬理英子, 1997, 『のび太・ジャイアン症候群』, 主婦の友社.
- , 1999, 『のび太・ジャイアン症候群2』, 主婦の友社.
- 進藤雄三, 黒田浩一郎編, 1999, 『医療社会学を学ぶ人のために』, 世界思想社.
- Solden, Sari, 1995, *Women with Attention Deficit Disorder: Embracing Disorganization at Home and in the Workplace*, Underwood Books (=ニキ・リンコ訳『片づけられない女たち』, WAVE出版, 2000).
- 鈴江毅, 2002, 「インターネットにみられるリタラーたち」, 『現代のエスプリ』 vol.414, 至文堂, pp.106-12.
- 横山恭子, 1999, 「落ち着きのない子どもたち：多動児の問題」, 『こころの科学』 vol.88, 日本評論社, pp.68-71.

(わたなべ たくや・博士後期課程)

On Medicalization: The Brighter and Darker Sides of the Emergence of ADHD

Takuya WATANABE

This article aims to examine the effects of emergence and diffusion of ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) in Japan, especially in the field of pedagogy. In the 1980s, ADHD was listed on DSM-III, the classification of American Psychiatric Association. By 1999, the term ADHD was introduced to Japan, first by a book written for parents who have ADHD children. Also on the governmental level, by the end of the twentieth century in Japan, the Minister of Education decided to introduce American psychiatric diagnostic criteria partially to the education system of primary and secondary schools. The application of the criteria, however, provoked certain problems.

a) The brighter side of the application: medically exact diagnosis of ADHD. Problematic behaviour of children was once considered as "childishness". Medical diagnosis has led teachers and parents to abstain from excessive reproach that might lower the children's self-esteem.

b) The darker side: confusion between ADHD and quasi-ADHD. ADHD became a magic word that allows teachers, sometimes unjustly, to hold the disease responsible for many other problems at school: wandering in class, violence, long absence from school, etc. Becoming scapegoat of a sort, difficult children who were simply called "childish" have now become suspects of mental disorder.

Psychiatric doctors and psychologists, on the one hand, insist on the importance of showing understanding towards the disease, and spread information about it. On the other hand, the term "ADHD" has become so popular and handy that it can be used less carefully to a simply difficult child. In conclusion, it is argued that this paradox of medicalization occurred largely in the process of the information diffusion, rather than as an effect of the discovery of the disease.