

少年非行における医療的な解釈と実践

——実践家の語りにみる医療化プロセス——

木村 祐子

【要旨】

本論文は、少年非行がこれまでにはみられなかった診断で説明・解釈されつつあることに着目し、実践家（家庭裁判所調査官、法務技官、法務教官）が医療的・非医療的な解釈や実践を構成していく過程を明らかにした。研究方法は、実践家17名へのインタビュー調査である。

第1節は、医療化と医療の不確実性に関する先行研究を概観し、非行の解釈や実践に医療と非医療が混在していることを示した。そして、諸障害が矯正の現場で普及した背景を整理した。非行の医療化は、医療の不確実性が実践家によって運用・管理されることで進行するため、それらを分析する必要があった。

第2節は、インタビュー調査の概要を提示した。

第3節では、矯正の現場に医療的な解釈が介入する過程を概観し、そこでみられる不確実性の特徴とそれらの運用・管理のされ方を検討した。第一に、非行少年は新しい診断で解釈されていたが、実践家は以前から少年を経験に基づいて医療的に解釈・対処しており、矯正における医療化はゆるやかに進んだ。第二に、非医療的な要素は、医療が介入した後も、医療の不確実性として表出した。それは、医学上の不確実性と組織上の不確実性に類型化できた。しかし、実践家はそれらを肯定的に意味づけたり、医療と非医療的な要素を戦略的に使い分け、医療的な解釈を実践の資源として用いていた。このように、不確実性が管理・運用される過程で構成されるものとして医療化現象を捉えていく必要がある。

キーワード：少年非行、医療化、不確実性

はじめに

本稿は、少年非行がこれまでにはみられなかった診断で説明・解釈されつつあることに着目し、実践家（家庭裁判所調査官，法務技官，法務教官）が医療的・非医療的な解釈や実践を構成していく過程を明らかにする⁽¹⁾。

1990年代後半から、非行の原因は「行為障害」，「アスペルガー障害」，「ADHD（Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder）」，「広汎性発達障害」，などの診断⁽²⁾で説明されるようになっていく。ここで「医療的」というのは，社会的治療実践のことであり，人々が医学に基づいてふるまう行為を意味している。医療的な説明は，マスメディアをとおして少年犯罪⁽³⁾だけでなく成人の犯罪の原因としても多用されており（福島 2005），逸脱行動に対する医療的な解釈が人々の間で浸透しつつあるといえる。また，実践レベルでも，宇治少年院をはじめとする多くの矯正施設が医療的な視点に配慮した処遇や教育を再体系化し，組織力を向上させるなどの成果を報告している（向井 2003，品川 2005）。

こうした傾向は「医療化（medicalization）」という概念で説明されてきた。コンラッドとシュナイダーによれば，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，p.1）である。この定義に従うと，1990年代後半以降の非行の語られ方・解釈パターンのなかに「医療化」をみいだせる。

しかし，非行の医療化が進行する一方で，非行の原因や対応策は依然として学校や家庭に求められ続けている。通常，医療的な説明は，科学的な根拠を武器に圧倒的な説得力をもち，他の解釈を介入させない。それにもかかわらず，非行少年についての説明や解釈には，非医療的な要素⁽⁴⁾が根強く残る（木村 2008）。とりわけ，精神疾患の診断をめぐる解釈や実践は，これまでも誤診の可能性（斎藤 2003），支援者側の期待の低下，レッテル貼りの拒否・葛藤，医療の曖昧さや不確実性，状況依存性（Conrad 1976，木村 2006）が指摘されており，問題の原因を医療行為・機関の対応に還元することの危険性が示されてきた。非行・逸脱行動は一見，医療化されているようにみえるが，その内実をみていくと非医療的な要素を含むアンビバレントな状態であることがわかる。

そこで本稿は，医療的・非医療的なものを実践家がいかに受けとめ，再解釈していくのかをインタビューデータに依拠して明らかにする。以下，1節では非行の医療化と医療の不確実性に関する先行研究を概観し，本研究の課題を提示する。2節

では、実践家17名に実施したインタビュー調査の概要について示し、3節では彼らが医療実践（鑑別，処遇，治療・教育）のなかで構築していく解釈について分析し、非行の医療化と不確実性の関連性を考察する（4節）。

1. 非行の医療化とその現状

1.1. 医療化と医療の不確実性

1990年代以降，少年非行の原因は「心の病」や「障害」などとして個々人の内面にあるとみなされるようになった。マスメディアは加害者少年の心の状態を「心の闇」，「心の危機」などの心理学的・精神医学的な表現や説明を多用したが，それらは猟奇的な事件の原因を解き明かし，人々の不安を解消するための新しい枠組みとして機能している（牧野 2006）。非行少年や犯罪者に医療的なレッテルを付与することは，彼らを保護し，適切な治療を行い更生に導くという点で評価される。それに対して医療化研究は，狂気，非行，犯罪，アヘン嗜癖などの事例研究から「逸脱」が社会的に構築される背景には政治的な利益，専門家支配，責任の所在や義務の変化，問題の個人化，脱政治化などの負の側面があると指摘してきたのである（Conrad & Schneider 訳書 2003）。

しかし，非行の医療化は概念，組織，相互作用の水準（Conrad & Schneider 訳書，2003，p.527）に医学的な知識や処方が介入した後も，非医療的なものが多数混在し，そこに「医療化」という一貫した原理を読み取れなくなっている。たとえば，行政上の変化をみても，医療化現象と並列してそれとは相反する厳罰化が進行しており（赤羽 2007），被害者の視点を取り入れた教育，保護者に対する働きかけの強化など，「病人」としての加害者が完全に免責されることはなく，本人やその周辺者の責任は強まっている。

こうした矛盾した傾向の一因は，医療実践に内包されている「不確実性（uncertainty）」の概念で説明できる。医療の不確実性とは「臨床場面で医療的な知識の管理，伝達，受容の間を媒介する医療的な訓練と実践における要素に関わっている」（Gabe et al. 2004, p. 101）。パーソンズは，それを医療実践（特に外科手術）に不可避な存在として取り上げている。そして，医学的知識や技術面に不確実な要素がある場合でも，医師は患者やその家族に治療の「成功」への期待をかけられ，自ら行為（手術）するように訓練されている（Parsons 訳書 1974）。弟子のフォックスも，医師が社会化する過程でそれらをうまく処理・管理する能力を身につけていることを明らかにしている（Fox 2000）。つまり，医療実践には常に不確実性が

存在するが、それらは医学とは別種の仕組みによって処理・管理される。彼らが問題視しているのも、不確実性の存在自体というよりは、医学を過剰に評価することで、人々が不確実性の存在やそれらが処理・管理されていることに気づきにくくなっていることに対してである。実際、人々の健康志向は高まっており、医療的な予防・管理が賞賛される一方で、不確実性は軽視されがちである（Fox 2000）。また、ギデンス（Giddens 訳書 2005）によれば、現代医療には特定の専門家による権威が不在で、医療実践において多様な選択肢が用意されているため、医療実践は常に不確実な状態にある。そして、人々はそれらをうまく選択・管理することが求められており、ジレンマを抱えている。このように、医療化の進行には、不確実性の運用・管理という医療とは別のメカニズムがともなう可能性が高い。

本稿で取りあげる諸障害は、科学的根拠に基づいた原因や治療が確立していないため、診断や治療過程において非医療的なものに頼らざるをえず、概念、組織、相互作用のどの段階においても医療的要素と非医療的要素が混在する。したがって、一連の現象が医療化論的に把握されたとしても、医療化の理論においてコンラッドとシュナイダー（Conrad & Schneider 訳書 2003）が示した責任の転嫁や社会問題の個人化などの特徴がみられず、そこに医療とは別種の知や解釈が介入しやすくなる。こうして、医療化とは異なった「～化」と呼ばれる傾向が医療化と一緒に存在したり、あるいは、別の実践を支えるための「資源」として医療的な解釈や実践が使われるのである。たとえば、佐藤（2006）は、薬物政策における医療化が、「逸脱の経済化」の有効な資源として利用され、部分的なものでしかなかったことを指摘している。

医療の不確実性が別の知や解釈によって補完されることは、当然の流れである。しかし、前述したように、問題はこうした不確実性が医師や患者の相互作用によってうまく管理・処理され、曖昧にされてしまうことにある。特に、精神疾患の不確実性はより深刻である。DSM は多軸評定⁽⁵⁾を採用しているため、そこに掲載されている精神疾患は、身体、機能、心理、環境、社会、性格などの問題を総合的に含む。そのため、原因、診断、治療といった医療実践は状況依存的で、社会的文脈に左右されやすい。したがって、こうした不確実性が現場でどのように運用・管理されていくかについて検討する必要がある。グレイザーとストラウス（Glaser & Strauss 訳書 1988）は、癌患者の死や終末期の看護において、看護師が不安定な状態をつくらずに職務をこなせるようにさまざまな戦略を用いていることを指摘している。このように、実践家は実践を円滑に行うための戦略を用いて、不確実性を

管理する可能性がある。

以上のように、ある現象を「医療化しているのか／していないのか」といった二者択一で判断することは難しい。たとえ、医療化プロセスを概念、組織、相互作用に区分して程度の差をみたとしても、段階ごとに医療と非医療は混在しており、程度の差を読み取る作業も結局難しい判断を余議なくされる。したがって、本稿ではそういった視点をいったん保留し、医療的・非医療的な実践や解釈が不確実性といかに作用しあうのかについて明らかにする。

1.2. 非行の医療的な解釈の普及

まず、本稿で取りあげる診断が矯正の現場に普及した背景を簡単に整理しておきたい。諸障害は、1990年代の諸制度の成立・施行によって日本で広く知られるようになった（木村 2006）。文部科学省は「学習障害（Learning Disabilities: LD）」、「ADHD」、「高機能自閉症」の定義を初めて公表し、小・中学校で教育的な支援を行うための制度を確立した。2004年には、諸障害を包括的にとらえた「発達障害者支援法」が制定され、発達障害者を教育だけでなく、医療、福祉、就労面など広範囲で支援・援助することが求められている。

矯正の現場では、教育現場のように医療的な制度が矯正施設に直接介入したわけではないが、上述した制度の影響を受け浸透したと考えられる。品川（2005）によれば、1990年には矯正教育界の一部の幹部の間で「学習障害」が注目され、一部の少年院で、障害の疑いのある少年に生活・教育環境の整備、集団訓練、ドリル学習、聴くトレーニングなどが導入され、医療的な視点にもとづいた教育が行われるようになった。1980年代から矯正施設は、市場原理・競争原理・規制緩和、民間活力の導入の政策的な変化を背景に、収容や教育システムの原理が変容させられ、組織力の低下を引き起すなど困難な状態を発生させていた（向井 2003）。医療的な視点は、こうした状態を打破するための一手段として1990年代中盤から用いられ、矯正教育の質の向上だけでなく、実践家の意識改革など組織の立て直しに貢献し、矯正の現場に大きなインパクトを与えた。

また、藤川によれば、少年を鑑別する医師が「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」（藤川 2008, p.65）と変わりつつあった。こうした実践現場での変化は急速に医療的な解釈を普及させることにつながった。1990年代後半には、専門家や実践家が非行と障害の関連性や支援の仕方について共同研究を蓄積し始め、

障害を非行のリスクファクター（危険因子）の一つとして取り上げ、処遇や教育の仕方を再考している⁽⁶⁾（木村 2008）。

以上のような制度や実践上の変化を背景に、非行は医療と関連づけられて理解され始めている。しかし、実践家が診断をどのように受容し、理解・解釈しているのかについてはこれまで研究がされていない。当然、医療的に説明される少年の状態が以前、どのように解釈されてきたのかも明らかではない。また一見、正当な知として介入する医療実践の背後に、実は不確実性（非医療的な要素）の存在やそれらをうまく運用・管理する過程があるのだとすれば、それらを明らかにする必要がある。非行の医療化は、医療の不確実性が実践家によって管理・運用されることで進行する。したがって、矯正の現場における医療の不確実性の特徴とそれらの管理・解釈のされ方が解明されなければならない。

2. 調査概要

本研究では、実践家が鑑別、処遇、教育の実践において診断をいかに受容・解釈しているのかについて検討するために実践家17名にインタビュー調査を実施した（表1参照）。調査対象者は、家庭裁判所調査官2人、法務技官7名（うち、1名法務教官兼任）、法務教官6名、法務事務官1名、元法務教官1名の計17名である。表1の対象者に調査する前に、予備調査として法務技官2名（公表不可）へのインタビュー、少年院2施設の見学とインタビュー（録音なし）を実施した。その後、家庭裁判所1施設、少年鑑別所2施設、少年院1施設、少年刑務所1施設にてインタビュー調査（録音あり）を行った。また、各施設の所在は地域差を考慮し、関東、中部、関西の施設を選んだ。インタビュー調査は、現場の職員の方々はもちろんのこと多くの関係者（矯正局の職員、研究者、筆者の友人）

表1 インタビュー対象者の属性

コード	性別	職務	年齢
No.1	女性	家庭裁判所調査官	20代
No.2	女性	家庭裁判所調査官	30代
No.3	男性	法務技官	40代
No.4	女性	法務技官	30代
No.5	女性	法務技官	30代
No.6	男性	法務教官 兼法務技官	50代
No.7	男性	法務技官	20代
No.8	男性	法務技官	40代
No.9	男性	法務技官	30代
No.10	女性	法務事務官	40代
No.11	男性	法務教官	50代
No.12	男性	法務教官	30代
No.13	男性	法務教官	30代
No.14	男性	法務教官	30代
No.15	女性	元法務教官	20代
No.16	女性	法務教官	20代
No.17	男性	法務教官	50代

の援助と協力によって実現した。また、インタビュー対象者の属性は、守秘義務を考慮して最小限の開示にとどめている。

調査期間は、予備調査を含めると2005年8月から2006年の11月までである。調査は2005年11月に家庭裁判所、2006年7月に少年院2施設、9月に少年院1施設、8月に少年刑務所、11月に少年鑑別所2施設に出向いて実施した。インタビューは一人につき約40分から2時間程度行い、発言内容をICレコーダーに録音し、テープおこしをした。次節以降のインタビューデータは、内容を損なわない程度に一部、加工・修正している。また、発言内容の下線は筆者が引いた強調線であり、発言者を特定するためにデータの最後には表1のコードを表記している。

3. 実践家の解釈にみる医療化プロセス

本節では、前節で示したインタビューデータを分析対象として、矯正の現場に医療的な解釈が介入するプロセスを概観し(3.1.)、医療実践における不確実性のパターンを分析したうえで(3.2.)、それらが実践家によっていかに管理・運用されているのかを明らかにする(3.3.)。

3.1. 非医療から医療的な解釈へ

まず、実践家は診断が付与される以前に非行少年をどのように解釈してきたのだろうか。以下の語りは、筆者が「診断が付与されている非行少年に対して、これまではどのように理解してきたのか」について質問した時の答えである。

やっぱりちょっと「変わった子」がいるなーというふうに……。多動の子とかですね、不注意とか。(—No.12—)

むしろ処遇困難者っていう言葉であったり、へんな奴とか、おかしい奴だとかいうね、そういう変なレッテルを貼られてた。(—No.11—)

親のしつけだとか。……心理的な特徴としてとらえてたのかなと。(—No.5—)

実践家は、かつては少年を「変わった子」、「多動の子」、「処遇困難者」などと非医療的に把握し、その原因を親のしつけや少年の心理的な問題として解釈していた。では、いつごろから矯正の現場で非行少年を「障害」で解釈するようになったのだろうか。

どうも LD [学習障害] って言われている子たちが非行少年のなかにもずいぶんいるんじゃないか。…… [医療の] 観点での処遇とか教育がされていなかったんじゃないかと。そういうことが10数年前に言われ始めまして。(— No.17—)

矯正の現場に障害による解釈が登場したのは、1990年代に入ってからである。実践家は、障害の概念、症状、それらへの対応の仕方について学会、研修、書籍・文献、職員同士で行う勉強会で学び、医療的な知識を習得していった。特に、障害について熟知した同僚が現場に与える影響力は大きいものであった。

やっぱり [実務の] なかで、学会とか……に出たりしながら、問題意識をずっと持ってこられてた方 [職員] がまわりに及ぼす影響のほうが大きいですね。(— No.6—)

就職する前から発達障害については勉強してたので……大学院とかのときには知ってたと思うんですけど。(— No.5—)

比較的若い世代の実践家のなかには、現職に就く前に大学や大学院で障害についての知識を習得している者やボランティアとして療育施設などで障害をもつ児童と関わった経験を積んでいる者がいた。

しかし、矯正施設では、もともと医学や心理学の知識を多用してきたこともあり⁽⁷⁾、医療的な解釈が以前からなかったわけではない。とりわけ法務技官は、少年に診断を付与することはなかったものの、以前から少年を「器質面から……なんかあるんじゃないか」、「今は解明されていないけど脳の問題」などと漠然とした枠組みではあるが、医療に結びつけて把握しようとしていた。

性格傾向の問題のみではとらえきれないので「器質面から……なんかあるんじゃないか」っていう話は当時から出ていて。……「今は解明されていないけど、脳の問題なんだろうな」っていうことは、当時よく技官のなかでは話は出てましたね。(— No.4—)

こうした傾向は、少年の処遇や教育段階でも同様にみられた。ある実践家は以前から少年に対して医療面に配慮した処遇や教育を行ってきたと語っている。

情緒障害っていうような言い方で当時はひっくるめられて言われていたと思う……〔障害ごとに〕分けて考えられてなかったりした時期だったので。……能力はそんな低くないんだけど、ちょっと一風変わってるっていう感じの人ですね。……僕が勤務したところは……いわゆる P（仮名）少年院のほうという言い方で何となく一つの診断じゃないですけど、グループ分けみたいなのはしてましたね。（― No.3―）

障害だからっていうのは自分自身はそんなに考えてなくて。障害がついていようがついていまいが、落ち着きのない人には落ち着きを持たせる方法を……。 （― No.7―）

実践家は、以前から障害をもつ少年を「情緒障害」「P（仮名）少年院のほう」といったカテゴリーで分類して処遇しており、実践が非医療から医療的なものへ劇的に変容したとは感じていなかった。非行の原因は、診断で説明されていなかったが、それに近い医療的な視点で解釈され、処遇に結びつけられていた。また、診断がつけられていなくても、個々の少年に応じた対応が行われていた。したがって、実践家は以前から医療的な解釈や実践を実務経験のなかで形成しており、矯正における医療化は比較的ゆるやかな移行であったといえる。

3.2. 医療の不確実性のパターン

医療的な解釈や実践は、矯正の現場でゆるやかながらも浸透しつつあったが、データからはそれとは逆行するような特徴も確認することができた。それらは、医療の不確実性として説明することができ、二つのパターンに類型化することができる。それらは、①医学上の不確実性、②組織上の不確実性であり、以下にそれらについて説明する。

①医学上の不確実性

障害をもった少年への処遇は、個々の少年のニーズに応じて決定され、必ずしも医療少年院送致に限定されるわけではない。医療少年院への送致は、医療的な治療が必要であるとみなされた場合であり、治療が終了した時点で一般少年院に移送される。冒頭でも述べたように、諸障害は原因や治療方法が確立されておらず、専門家の間でも意見が統一されていない。治療薬があるわけではなく、治療的な役割として教育（療育）が行われている。したがって、診断の付与が医療的な処置（治

療)に直接つながるわけではない。

医療専門施設では、投薬治療が中心になりますので、そちらのケアが優先されると判断された場合は医療少年院。そうじゃないとむしろ、生活指導で工夫しながら対応していく。(— No.8—)

発達障害の場合には、薬っていうのもあるんだけど、ただ基本的にそれ飲んだからすごく治るとかそういうレベルの話ではなくて、対症療法的なかたちになりますから。(— No.9—)

諸障害の原因や治療方法が定まっていないことは、障害に関する医学的知識が発展途上の状態にあることを意味している。こうした医学上の不確実性によって、医療実践が完全に成し遂げられることはなく、その代わりに治療的な役割として教育的な措置が行われている。

また、実践家は少年を医療的に解釈することについて葛藤を抱えていた。

非行少年をみていると、どこからが障害なのか、心理的なものなのか、教育の問題なのか、すごく区別がしにくいなって思う子もけっこう多いので。……たとえば、幼少期から養育がちゃんとしていないと、落ち着きのなさとか出てきますよね。親から暴力を振るわれてたりすると、対処法が……暴力になっちゃうから衝動的だって言われちゃうだろうし……。そこらへんをどう見極めるかっていう。(— No.5—)

しつけ不足とかそういった環境要因もかぶったうえでの人がやっぱりだいふ。だからどこからどこまでが器質的な問題で、どこからどこまでがって区別しにくいと思いますね。(— No.8—)

少年の衝撃性、反抗、脅迫、暴力、盗みなどの行為が障害の症状として理解されるものなのか、そうではないのかを判別することは極めて困難である(木村2008)。非行少年は成育歴や家庭環境に問題を抱えているケースが多く、非行が環境や教育の問題として表出したのか、それとも器質的な問題(障害)を原因に表出したのかを区別することはさらに難しくなる。こうした判断の難しさは、診断がいかに非医療的な要素によって構成されているかを物語っている。

②組織上の不確実性

非行少年の多くは、診断を付与されていない状態で少年鑑別所⁽⁷⁾に入所するが、再犯者のなかには少数ではあるが、すでに診断が付与されている者もいた。

大半は診断されていないですよ。鑑別所に入ってからわかるケースの方が多いような気がしますね。再犯の子とかは「診断が」あったりするんですけど。
(— No.9 —)

少年鑑別所では、少年に障害の疑いがあり診断する必要があるとみなされた場合には、基本的に医師が診断する。それを法務技官が行うことはない。法務技官(No.9)も、「最終的に診断自体は、医師がしている」と述べ、筆者の「法務技官が診断をつけることは？」という質問に対しては「ないです」と答えている。ただし、施設規模によって、少年鑑別所に医師が常駐していないこともあり、その場合には入所期間内に確定診断を出すことが難しくなっていた。

たいていは疑いですね。……やっぱり軽度「の障害」とかの人だと、ただでさえわかりづらいのに、「鑑別所の入所」期間も短かったりとかで……なかなか確定診断にいたることってというのは難しいことが多いですかね。(— No.3 —)
診断はできないですよ、4週間ぐらいでは……。精神科医の先生たちに言わせれば、脳の欠陥であったり……発達歴もきっちりあらいあげて、診断名もいろいろ変遷したりしながら、3年ぐらいかかったりすることもあるんですよ。
……鑑別所ではやっぱり疑いのレベルでしか出してこれなくて。(— No.6 —)

少年鑑別所の入所期間は3週間から4週間程度(重大事件、否認事件などの場合、最長8週間)であり、収容期間内に少年の資質、性格、非行の原因を調べ、必要な業務を行い、さらに外部の医師(大学病院など)と連携して診断の手続きを行うことは時間の制約上、容易でない。医師が常駐していない小規模の少年鑑別所では、短期間で診断結果を出すことは難しく、鑑別結果には「障害の疑いあり」もしくは、障害の特徴を列挙するにとどまる場合が多い。少年院での診断はさらに少なくなるが、「障害」の疑いが高まり、医療的な処置が必要であると判断された場合には、少年鑑別所に「再鑑別」の依頼が提出される。

以上のように、診断されるかどうかは、施設の特徴による制約を受けざるをえな

かった。比較的規模が大きく、発達障害等に詳しい医師が常駐している施設では診断しやすいが、小規模施設では外部との連携に時間がかかるため容易ではない。診断は疑いのあるすべての少年に付与されるわけではないのである。

3.3. 不確実性についての解釈と管理

ここまで、医療的な実践には不確実な特徴が存在し、それらによって医療と非医療的なものが共存してきたことを明らかにした。実践家は、この医療と非医療の両義性をどのように解釈し、管理・運用しているのだろうか。

①肯定的な意味づけ

実践家は、医療的な実践や解釈に対して比較的楽観的であり、肯定的にとらえようとする傾向にあった。

無駄にテストをやる必要はなくなったし。本当に必要なテストができるっていうのは。……理解がしやすくなってきたっていうのはありますね。…… [以前は] わからん、わからんって言って。あれ [心理検査] もやるし、これもやるしっていうかたちで。出てきた反応も、解説本にはあまりのってないようなものだったりするから……結局わからないっていうかたちのことが。(— No.3—)

法務技官は、診断による解釈が導入されたことで、以前のようにあてもなく心理検査を繰り返す必要がなくなったと評価している。また、法務教官のなかには、以前に比べて余裕をもって指導ができるようになったと語る者もいた。

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。こっちが余裕持って……改善するなり……考えることができる。 (— No.10—)

「この子はこういう感じの子だから駄目だ」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」と考えるのでは、ぜんぜん違うと思います。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。 (— No.13—)

こっちも立ち位置がはっきりしてくるんですよ。前はこの子ふざけてるのかな

とか、甘くみてるのかそういう疑いが頭の中にいっぱいありつつ。親御さんも同じ気持ちらしくて。この子は「ある特定なことが」苦手だとはっきりした瞬間、こっちも安心してかかわれるので、むこう「少年」も落ち着いてきますね。
(— No.2—)

こうして、実践家はこれまで理解できずにいた少年の言動が、実は障害に起因しているのかもしれないと把握することで、安心して指導ができるようになったと肯定的に意味づけている。さらに、彼らは医療的な説明の付与によって施設間で共通認識が得られやすくなったと語っている。

裁判所の調査官なんかとカンファレンスをしていて……「少年の」特色を話すときに、発達障害の概念ができてきて、多分ちょっとあやしいんですよって話すときに、共通認識は持ちやすくなったと思います。(— No.4—)

つまり、医療的な実践や解釈は、矯正の現場で鑑別、処遇、教育の実践を円滑に行うための利用可能な資源として肯定的に意味づけられていたのである。

②教育的な意義の強調

では、診断はどのような意味をもつのだろうか。そもそも実践家にとって、診断とは非行少年を理解・判断するための一材料にすぎない。

「診断は」判断材料の一つにはなると思うんですけど。もっと他にもいろいろ集めないといけない情報もあるので。事件そのものについてはかなり情報が必要なので。判断材料の一つといった感じですかね。(— No.15—)

勉強できないから非行に走るかっていうと、そうでもない。家庭が悪ければ非行に走るかっていうと、そうでもない。そういう原因はあるけれども、今までの生活でいろいろあった末にそうなっているので、やはり簡単には言えないかなーと思っています。発達障害も一緒だと思うんですけど、「障害が」あるから危ないとまでは言えないだろうし。ただ、それは一つの原因になっていることはあると思います。(— No.9—)

実践家は前項でみてきたように、医療的な解釈を評価する一方で、診断はあくま

で判断材料の一つで、非行の一原因でしかないと言っている。こうした解釈は、実践家が非行と障害の関連性について語った場面からも理解できる。

個人的には、すぐ非行イコール、発達障害……という結びつけは危険だと思っています。発達障害をもっておられる大多数の方が非行とは無縁で生活を送っておられます。……発達障害の子が持っている行動傾向と、非行少年独自が持っています攻撃性の高さですとか、衝動性の高さですとか、そういうところとリンクする部分がたまたま合致して、それが表に出たというだけであって。
(— No.14—)

発達障害だから非行になるということはない。ただ、発達障害ということで、周りからあいつちょっと違うねっていう目で見られて、それが二次的障害みたいにして非行に至ったということも考えられているので。(— No.1—)

実践家は、診断を少年を理解するための判断材料として位置づけ、それが非行の直接的な原因になったわけではないと慎重に解釈している。そして、彼らは診断ではなく、いかに教育的に対応していくのかということを重視している。

少年院のなかで診断することはないので……子どもを理解して、じゃあどうするべきかを考えていくってことが私の仕事だと思っているので。……子どもの特徴をつかむときのポイントとして捉えている。(— No.13—)

どんな援助ができるのか。診断するっていうことは、それに対応する指導なり、処遇の方法があってこそだと思うので、診断が一人歩きすることっていうのは賛成じゃないんですが、診断したことによって、彼らの生きにくさに何か援助の手立てがあるのであれば、それはその診断することの意味があると思う。
(— No.10—)

実践家にとって診断とは、少年への指導や働きかけにつなげられることをとおしてはじめて意義をもつのである。診断は、少年を適切に処遇・教育するために必要であり、また、教育は、障害という診断の理解をとおして可能になる。このように、実践を行うために医療（診断）には非医療（教育）、非医療には医療的な要素が必要であり、実践を支える資源として双方が用いられている。

③医療と非医療の戦略的使い分け

実践家は診断を戦略的に使い分けており、それは告知の場面やそれに対する考え方に表れていた。彼らは非行少年を「障害」で解釈することを評価する一方で、確定診断が出ていても少年や保護者に告知することをためらっていた。

疑いがある場合でもですね、極力言わないようにしてますよね。お医者さんであればいいんでしょうけどね。（― No.17―）

本人に対してもはっきりとした障害名の告知はしてなかったと思いますね。ただ、婉曲的にテスト結果は伝えているんですけど。（― No.15―）

実践家は、障害の疑いがあっても診断を告知せず、少年の行動特性として説明しようとしている。こうしたためらいは、第一に、実践家が職務上の役割を認識しているからである。法務教官が「お医者さんであればいいんでしょうけどね」と語るように、実践家は診断の付与と告知は、医師のみが行うことであると認識している。

第二に、組織的な役割がある。少年鑑別所では、入所期間が短く、告知後の対応に責任を持つことができないため、告知をひかえる傾向にあった。

ずっとこちらもフォローアップしていく機関じゃないので、そこで告知した方の今後どうするかっていう責任をもてないところもありますから。（― No.3―）

第三に、障害の程度がある。実践家は、比較的軽度の障害の場合に、そもそも告知する意義があるのか迷っていた。

重度の子なんかは、周りに告知したほうがいいと思うんですけど。軽度の「障害の」子なんかは「告知するかどうか」迷うところですね。（― No.3―）

なぜなら、障害を告知するという行為には、非行少年の自尊心や可能性を低めてしまう場合があるからである。

それ「障害」を伝えることによって、自分がちょっと他の子と違う存在なんだってことを認識して、逆に自尊心が下がっていつちゃうってのがあっ

て。……そういう言い方じゃなくて「……あなたにはこういう特徴がありますよ」って……〔診断を〕あえて言わないで、むしろその特性をお話しておく。(— No.17—)

それ〔診断〕を理由に、僕は病気だからっていう。結局……何か手立てを加えて先にいける可能性をつぶしてしまうことがありますので。(— No.12—)

非行少年の場合……障害があることを言ってしまうと、変にやけになったり、ひらきなおっちゃう子もいるんですよね。(— No.15—)

非行少年は家族や学校から疎外されやすく、能力や学歴の低さや成功体験の希薄さゆえに自己否定観が強い(魚住 2003, 品川 2005)。診断の告知は、障害のスティグマ性ゆえに、少年の自尊心をさらに傷つけ、克服しようとする意欲や少年自身の可能性をつぶしてしまう危険性をともなうと考えられていた。

しかしながら、診断の告知は、非行少年の両親に対して行われることがあった。これまで非行の原因は親子関係の問題に収束されがちであったが、診断を非行少年の両親に告知することで、彼らの責任が軽減されるからである。

親御さんもほっとして、自分たちも大変だったり、困惑していた気持ちが一応わかってもらえて、一緒に頑張ろうっていうチームになってくれる。……〔これまでは〕どうしても親子関係の問題に収束せざるをえないような感じだったんだけど、それも確かにあると思うけれど、その下に何かその子のもっていた特徴がないと説明がつかない、続かないような感じだったと思う。(— No.2—)

以上のように、診断を告知するという行為は、告知する状況や告知する側と告知される側の関係性によって異なっており、その影響はプラスにもマイナスにも変容させることができた。したがって、診断の告知は、変則的で状況や場面に依存しているといえる。実践家は医療的な説明(診断)を実践の状況や人との関係性をみて、ある場面では効果的に使い、ある時にはあえて使わないというように戦略的に使い分けていたのである。

4. まとめと考察

本稿は、非行の医療的な解釈や実践が不確実性をともないながら実践家の間で受

容・管理されていくプロセスを明らかにした。以下に、そのプロセスについてまとめる。

第一に、非行問題は、矯正の現場において確かにこれまでみられなかったような診断で説明・解釈されるようになっていた。しかしながら、実践家は診断が現場で流布する以前から、非行少年を経験に基づいて医療的に解釈・対処しており、矯正における医療化は比較的ゆるやかに進んでいた。

第二に、非医療的な要素は、矯正の現場に医療的な知識が介入した後も、医療の不確実性として実践に表出していた。それらは、医学上の不確実性と組織上の不確実性に類型化することができた。しかし、実践家はこれらの不確実性を教育的な意義を強調することで肯定的な意味づけに変換したり、実践に応じて医療と非医療的な要素を戦略的に使い分けるなど、医療的な解釈を実践の資源として用いていた。そうすることで、医療的な解釈や実践は、現場で大きな葛藤や混乱をもたらすことなく非医療的な要素と共存することができていた。こうして、不確実性は相互作用における解釈によって曖昧にされていた。

佐藤（2006）によれば、薬物政策における医療化は部分的なものであり、それは医療的な知識がある現象を統制するうえで利用可能性が高く、有効な資源となりうることによって成立する。この指摘は本稿の主張とも一致している。ある現象に対しては、医療化だけでなく、経済化、犯罪化、心理主義化、教育化、遺伝化など多元的な説明原理が存在する。そのなかで、どの原理が選択・採用されるかは、問題がどれだけ合理的かつ効率的に運用されるかによる。こうした状況では医療化概念の説明力は、より部分的なものになっていく。むしろ、人々が医療の不確実性を管理・運用する相互作用によって重層的に構成されるものとして医療化現象を捉えていく必要があるのではないだろうか。

〈注〉

- (1) 本研究は、筆者が受けた助成の研究成果の一部である。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一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」。
- (2) 本稿で取りあげる「診断」とは、1990年代からマスメディアで取り上げられるようになった障害を意味している。これらの診断は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（Diagnostic and Statistical Manual of

Mental Disorders: DSM)』に掲載されている。これは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) 少年犯罪で加害者少年に診断が付与された事件は、1997年神戸児童殺傷事件「行為障害」、2000年佐賀バスジャック事件「解離性障害」、大分一家6人殺傷事件「行為障害」、2003年長崎男児誘拐殺人事件「アスペルガー障害」、2004年石狩・同級生の母刺殺事件「アスペルガー障害」、2005年寝屋川教職員殺傷事件「広汎性発達障害」、静岡タリウム事件「発達障害」、2006年写真店主殺害事件「適応障害」などがある。
- (4) 木村（2008）によれば、諸障害の原因は医学的要因だけではなく、環境要因や情緒的要因などの非医療的な要素を含む。こうした要因が医療的な説明に非医療的な説明を内包させやすくしている。
- (5) 多軸評定とは、臨床疾患、パーソナリティ障害、一般身体疾患、心理社会的および環境的問題、機能の全体的評定の5つの軸について評価を行うことで、臨床状況の複雑さをとらえ、同じ診断を示す各個人の非均質性を記述することを容易にし、総合的かつ系統的な評価を行うことを目的としている（American Psychiatric Association 訳書，2003，p.35）。
- (6) 専門家と実践家の研究については、木村（2008）を参照せよ。
- (7) 少年鑑別所では、鑑別のための心理検査（法務省式検査を含む）を多用している。

〈参考文献〉

赤羽由起夫，2007，「少年非行における医療化と厳罰化—『子供と医療化』の再検討」『犯罪社会学研究』第32号，pp.104-118.

American Psychiatric Association, 2000, *Quick Reference to the Diagnostic Criteria from DSM-IV-TR*, American Psychiatric Association (= 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（新訂版）』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』ミネルヴァ書房).

- 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。
- Fox, Renée C., 2000, "Medical Uncertainty Revisited", Albrecht L., Gary, Fitzpatrick, Ray, Scrimshaw, Susan C. ed., *The Handbook of Social Studies in Health & Medicine*, Sage, pp. 409-425.
- 福島章, 2005, 『犯罪精神医学入門—人はなぜ人を殺せるのか』 中央公論新社。
- Gabe, Jonathan, Bury Mike, Elston, Ann, Mary, 2004, *Key Concepts in Medical Sociology*, Sage.
- Giddens, Anthony, 1991, *Modernity and self-Identity: Self and Society in the Late Modern Age*, Polity Press. (=2005, 秋吉美都・安藤太郎・筒井淳也訳『モダニティと自己アイデンティティ—後期近代における自己と社会』ハーベスト社)。
- Glaser, Barney G., Strauss, Anselm L., 1965, *Awareness of Dying*, Aldine Publishing Co., (=1988, 木下康仁訳『死の Awareness 理論と看護—死の認識と終末期ケア』医学書院)。
- 木村祐子, 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』第79集, pp.5-24.
- , 2008, 「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」『人間文化創成科学論叢』第11巻, pp.227-236.
- 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』第78集, pp.129-146.
- 向井義, 2003, 「少年院という社会の開発と処遇システムの再構築—宇治少年院における教育及び社会学的実践を通して」高島昌二編『福祉と政治の社会学的分析』ミネルヴァ書房, pp.186-215.
- Parsons, Talcott, 1951, *The Social System*, The Free Press, (=1974, 佐藤勉訳『社会体系論』青木書店)。
- 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, 2006, 「薬物政策における医療的処遇—『逸脱の経済化』の一局面としての『医療化』」森田洋司監修『医療化のポリティクス—近代医療の地平を問う』学文社, pp.81-95.
- 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』中央法規出版。
- 魚住絹代, 2003, 『女子少年院』角川書店。

ABSTRACT

**Medical Interpretation and Practice on Teenage Delinquency:
Medicalization Based on the Narratives of Practitioners**

KIMURA, Yuko

(Graduate School, Ochanomizu University)

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

Email: yuko78@yahoo.co.jp

This study examines new medical interventions toward teenage delinquency as a form of “medicalization” of the problem and clarifies the process of medical and non-medical interpretation and practices through interviews with practitioners.

Section 1 reviews previous studies that look critically at the medicalization of delinquency and medical uncertainty. Both medical and non-medical factors appear in medical interpretations and practices. Progress in the medicalization of delinquency depends on how medical uncertainties are used and managed by the practitioners. Therefore, this study objectively analyzes how they function.

Section 2 summarizes the research method which was used in the interview research of 17 practitioners.

Section 3 examines the process through which the medical interpretation has spread in the correctional setting. It clarifies how medical uncertainties are used and managed by practitioners. (1) The new medical diagnosis came into use to explain and interpret delinquency within the correctional setting. However, the practitioners were already dealing with delinquents using medical treatment based on their own experience before the diagnosis was generally known. The medicalization of the problem gradually spread in the correctional setting. (2) Even after the beginning of intervention with medical treatment, non-medical elements still continue to be expressed in practice as medical uncertainties. However, the practitioners give them a positive meaning by emphasizing the educational significance as they work toward the proper use of medical and non-medical treatments in the strategy. Thus, medical uncertainties are used as resources for practices.

Therefore, the concept of medicalization will be partly adopted. It is also necessary to understand the phenomenon of medicalization assuming that it is constructed through interactions among the people who use and manage medical uncertainties.

Keywords: delinquency, medicalization, uncertainty