

## 「発達障害」概念の政策対象化と問題構制

小坂啓史

### 1. はじめに ― 問題関心と目的

2004 年 12 月、発達障害者支援法が成立し、翌年 4 月に施行された。また 2006 年 6 月には学校教育法が改正、2007 年 4 月から特別支援教育が実施されるなど、いわゆる「発達障害」児・者への政策的な対応枠組が整備されつつある。こうした動きの前提にあるものとしては、「発達障害」そのものが社会問題や教育問題として構築あるいは焦点化されてきた、といった経緯があると考えられる。

この「発達障害」という概念の形成からその一般化への過程の段階については、理念型的に言えば、日常生活レベルにおける生活問題の生起から、臨床レベルにおける精神医学領域の知見に基づいて、政策レベルでの社会的対応へといったかたちでなされる場合が考えられるが、一方で概念によっては早急な社会的対応の必要性から、政策レベルにおいてまず概念の名称提起がなされ、後に精神医学領域における再定義と内容整備がなされるという場合もあると考えられる。ただし、後者における社会的対応の必要性の段階においては、臨床レベルでの知見に基づくと考えられることから、初発の段階でのこのレベルによる介入ということそのものについては共通する、ともいえるだろう。

上記のような経緯の中で、精神医学上の普遍的な定義に基づいて、臨床レベルでの「診断」が行われていくことになるが、その後臨床領域での「患者」（対象者）との相互作用によってその概念が捉えなおされ、再考または再定義がなされることともなる。「発達障害」に関しては他の「障害」と同様、「治療」によって問題解消がなされるという単純な図式にそのままではあてはまり難く、その多くは日常生活を送りながら、つまり他者とのさまざまな出会い、社会的相互作用をすすめていく中で、そこで生じた生活問題に関することに対しても、臨床レベルでの援助を受け続けていくことになるためである（いわゆる障害児教育の分野で置き換えて考えれば、「療育」と呼ばれるものにその多くが相当すると考えられる）。

また、日常生活領域における対人関係や、集団内における社会関係上の問題や支障に関しては、

「発達障害」に対しては脳の微細損傷等の医学的な根拠づけがなされているため、本人にその行動責任の全てを帰すべきではないとされる。このことが、さまざまな社会的な対応の整備へと繋がっていくことにもなる。つまり、医療・福祉や教育等の日常生活に直結する領域での社会政策の策定と実施、つまり「発達障害」の政策対象化がなされ、対応策の内容整備とその法制化によって支援がなされていく（ただしこの過程は、同時に対象の「限定化」への道筋でもあり、社会的排除と包摂との境界をうち立てることに他ならないという側面ももつ。またさらに、こうした場面における「対象」把握の方法や視角の厳密性、さらにはそれそのものの妥当性に関する問題も有することになるだろう）。

本稿の目的としては、「発達障害」における以上のような政策過程の背後にあるもの、とくに精神医学上の定義について確認した上で、臨床レベルにおける認識と見解から、「発達障害」概念の生起と成立に対する社会的な背景、社会の側における内在的理由について検討を行うことである。また、発達障害者支援法や特別支援教育等に基づく政策レベルでの対象把握においても、共通した地盤・地平をもつのではないかという、構造的側面についても考察していきたい。この両レベルにおける「発達障害」を対象とした問題設定とそれへの対応という、社会的レベルでの認識枠組を確認していくことで、現代社会のもつ福祉的な問題生起の様式について検討していくこととしたい。

ところでこのような考察は、「発達障害」の対象化の背後にある問題構制 (problématique) を確認していくことであるともいえる。問題構制という概念はそもそも、問題設定とその応答とを導き出す、思想全体の前提となる統一体のことをさしており、それは科学の特定の時期において限定された可能性の条件であって、あらゆる問題提起の諸形式を規定する地盤と地平であるとされる (Althusser 1965 = 1996 : 42-43)。従って、ある問題構制の地盤・地平から見えるものは見えるものとして定義され、見えないものは「可視性の場から排除され、排除されたものとして定義される」 (Althusser 1965 = 1996 : 44) ことになる。つまり問題構制は、人びとの認識枠組そのものから社会構造に至るまで影響を及ぼしてくるわけであるが、ここではL. アルチュセールによるこうした定義に厳密に則つてというよりも、この概念を借りて、より具象的・経験的レベルに基づく中範囲の理論 (theory of middle range) の視点から、問題構制を捉え返していくこととしたい。中範囲の理論については、その提唱者である R. K. マートンによると「日々繰り返される調査などで豊富に展開されている、小さな作業仮説と、経験的に観察される社会的行動の、非常に多くの劃一性をできれば導出しうるような主要な概念的図式を内容とする包括的思弁とを媒介する理論である」 (Merton 1949 1957 = 1961 : 3) とされている。より手続き的に述べれば、さまざまな事象の間における一様さを見出していくことを目指す、具象レベルにおける研究の方向性としての経験的一般化と、各領域ごとの経験的一般化を系統的に整理・統合していくことで一般的な抽象命題を導出していこうとする理論構築のいとなみであるといえる。このような方法論的視野から問題構制に焦点をあてると、具体的な対象領域ごとに問いと応答とのセットの関係、問いでもあり同時に応答でもある経験的なレベルでの問題構制がそれぞれ見出されるこ

とで、それらの背後にあり、広く現代的であり社会的でもある、全体レベルでの問題構制に至るまで透過しうる考察を行うことができる、とも考えられよう。いわば本稿は、「発達障害」概念をめぐる中範囲レベルで見出される問題構制について考察し、その地盤・地平における福祉文化のあり方の閉塞性から我々が解放されていくための、オルタナティブな福祉社会の構想を練り上げていく基礎的作業と位置づけられよう。

## 2. 「発達障害」概念の内容について

まず本章においては、精神医学領域における「発達障害」概念の内容についてみていくこととする。そこで最初に、日本での臨床領域における「発達障害」概念について、その見解をみていくこととしたい。次にその上で、アメリカ精神医学会における分類、また世界保健機関 (World Health Organization, WHO) による分類を概観した上で、「発達障害」概念の意味する内容を整理・考察していくこととする。

### 2.1 精神医学領域における「発達障害」の分類について

はじめに、「発達障害」そのものとの関わりをもっとも多く経験しているともいえる、精神医学の臨床領域における専門家による、「発達障害」概念の定義についての見解と内容を参照する。

まずは太田昌孝による定義をみてみよう。太田は「発達障害」とは発達期にさまざまな原因が作用して、中枢神経系に障害が生じた結果、認知、言語、行動、運動、社会性などの機能の獲得が障害される状態であるとしている (太田 2006 : 6)。そこに含まれる内容としては、精神遅滞、自閉症を代表とする広汎性発達障害、特異的発達障害あるいは学習障害 (Learning Disorder, LD) を中心とし、さらに注意欠陥多動性障害 (Attention Deficit/Hyperactivity Disorder, ADHD) やトゥレット症候群などにまで広げられるとしているとしているが、さらに中枢神経系の障害の強いほうへ範囲を広げると、てんかん、脳性麻痺、視覚・聴覚などの感覚障害を含み、中枢神経系の障害が少ないか認められない方向へ範囲を広げると、不登校をはじめとする子どもの情緒障害が含まれるとする (太田 2006 : 6)。

次に、杉山登志郎によると「発達障害」(developmental disorder) は「子どもの発達の途上において、なんらかの理由により、発達の特定の領域に、社会的な適応上の問題を引き起こす可能性がある凹凸を生じたもの」(杉山 2007 : 45) とし、その内容としては4つのグループに大きく分類できるとしている。すなわち、第一には認知の全般的遅れを示すものであり、精神遅滞と境界知能があてはまり、第二には社会性の障害としての広汎性発達障害 (自閉症スペクトラム)、第三には行動のコントロール、つまり脳のある領域と他の領域との働きの連動に障害が生じているとされるもので、注意欠陥多動性障害 (ADHD) や学習障害 (LD)、発達性協調運動障害が含まれ、第四には子ども虐待にもとづく発達障害症候群があるとしている (杉山 2007 : 47-50)。

また滝川一廣の見解によると、「発達障害」の本質は「精神発達の歩みの『遅れ』」(滝川 2008 :

46) に他ならないとし、その内容は 精神遅滞 (知的障害)、 広汎性発達障害 (自閉症スペクトラム)、 特異的発達障害 (学習障害)、 注意欠陥多動性障害 (ADHD) とに整理できるが、厳密な定義や概念規定はないともしている (滝川 2008 : 45)。

以上、3 者の精神医学の臨床領域における見解を概観したが、最初の太田による見解は、中枢神経系の障害によるものを軸と考え、その周辺を含めていくといったかたちでの把握といえる。しかし機能の獲得の障害と考えている点からも、一般的な「発達」という概念を軸にし、その乱れや遅れといったかたちで捉えるものとなっているといえよう。つまりその意味では、続いてみてきた杉山や滝川による見解とも重なる定義であるといえる。内容については、3 者とも精神遅滞、広汎性発達障害、特異的発達障害、注意欠陥・多動性障害については共通しており、それ以外のものをどの方向で、どの程度の範囲まで広げるかという、境界設定の相違が多少あるということになるだろう。つまり、本質論的には「発達」からの逸脱、語用論的には以上紹介した内容を網羅する範囲、というかたちで定義されていることになるだろう。

## 2.2 国際的な診断基準における「発達障害」の分類について

では、そもそもそのような臨床領域での見解をかたち作る際の基礎的知識ともなる、精神医学上の診断マニュアルではどのような姿で捉えられているのであろうか。この点について、世界的にも標準的なものとして用いられることが多い、アメリカ精神医学会と世界保健機構 (WHO) とによる分類体系について参照してみることにしよう。そもそも「発達障害 (developmental disorder)」が医学用語として一般的に流布するきっかけとなったのは、アメリカ精神医学会 (American Psychiatric Association) による DSM-<sup>-R</sup> (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition, Revised, 精神障害の診断・統計マニュアル第 3 版・改訂版, 1986 年) の分類体系にその語が登場してからであるとされる (滝川 2008 : 44)。しかし DSM- (1980 年) においては既に、幼児期、小児期、青年期に明確になる障害の項目が設けられており、DSM-<sup>-R</sup> では「発達障害」の語とともに「精神遅滞 (知的障害)」、「広汎性発達障害 (自閉症スペクトラム)」、「特異的発達障害 (学習障害, Learning Disorder, LD)」が挙げられることとなる。その後 DSM- (1994 年) では「発達障害」のカテゴリーが消えるが、これについては「構成する個々の障害に対する研究が進み、これらの個別の障害について特異性を追求することに重点がシフトしたアメリカの小児精神医学の状況を反映しているのではないか」 (太田 2006 : 4) ともされる<sup>(1)</sup>。

一方、医学領域におけるもうひとつの代表的な診断基準である、世界保健機関 (WHO) による ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10<sup>th</sup>, 疾病及び関連保健問題の国際統計分類・第 10 版) には、心理的発達障害の項目があるものの、DSM-<sup>-R</sup> の発達障害に準ずるものとしてそれ以外のものも含めると、「精神及び行動の障害」(Chapter ) における「精神遅滞」(F7<sup>(2)</sup>)、「心理的発達の障害」(F8)、「小児期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害」(F9) が挙げられている。F8 は「特異的発達障害」、

表1 ICD-10による診断カテゴリー（発達障害関連）

F7 精神遅滞	F84.1 非定型自閉症
F8 心理的発達障害	F84.2 レット症候群
F80 言葉と言語の特異的発達障害	F84.3 他の小児期崩壊性障害
F80.0 特異的会話構音障害	F84.4 精神遅滞および常同行動に関連した過動性障害
F80.1 表出性言語障害	F84.5 アスペルガー症候群
F80.2 受容性言語障害	F84.8 他の広汎性発達障害
F80.3 てんかんに伴う獲得性 [後天性] 失語 [症] (ランドウ - クレフナー症候群)	F84.9 広汎性発達障害, 特定不能なもの
F80.8 その他の言葉と言語の発達障害	F9 通常, 小児期・青年期に発症する行動障害と情緒障害
F80.9 特定不能の言葉と言語の発達障害	F90 多動性障害
F81 学力 [学習能力] の特異的発達障害	F90.0 活動性および注意の障害
F81.0 特異的読字障害	F90.1 多動性行為障害
F81.1 特異的綴字 [書字] 障害	F90.8 他の多動性障害
F81.2 特異的算数能力障害 [算数能力の特異的障害]	F90.9 多動性障害, 特定不能のもの
F81.3 学力 [学習能力] の混合性障害	F95 チック障害
F81.8 他の学力 [学習能力] のその他の障害	F95.0 一過性チック障害
F81.9 特定不能の学習能力発達障害	F95.1 慢性運動性あるいは音声チック障害
F82 運動機能の特異的発達障害	F95.2 音声および多発運動性 [多様性運動] の合併したチック障害 (ド・ラ・トゥーレット症候群)
F83 混合性特異的発達障害	F95.8 他のチック障害
F84 広汎性発達障害	F95.9 チック障害, 特定不能のもの
F84.0 小児自閉症 [自閉症]	

出所：WHO ホームページ (<http://www.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/>) より。

「広汎性発達障害」, 「アスペルガー症候群」などが含まれ, F9では「注意欠陥多動性障害 (ADHD)」にあてはまるものなどが含まれている (表1参照)。これらから, 国際的な医学基準に関しては, 個別的分類といったかたちで認識されてきていることがわかるが, こうした認識・区別は, それぞれが示す行動特性の違いによって臨床場面における治療や対応の方法が異なる, ということを強調していくことに繋がるだろう。

以上, 臨床領域における見解や, さらにはDSMやICDからもわかるように, 「発達障害」概念は, その定義が確固として定まった一貫した意味内容を示すものであるというよりも, いわゆる「定型発達者」(健常者)とされる(ノーマルな)人びとが辿る(ノーマルな)精神「発達」の過程から逸脱するような諸「障害」を, 一つにまとめた一般概念であるというようにみることが妥当であるといえよう。このことは逆に, 仮に「発達障害」であるとしても, 前述したようにそのうちのどのような「障害」であるのかによって, その対応の仕方はそれぞれ異なってこざるを得ないということがいえる。

これらを踏まえると, 何故このように「発達障害」というかたちで一括するような概念が生まれる事態となったのか, という疑問点が必然的に浮かび上がってくる。それぞれに異なる援助を要するような諸々の「障害」を, あえて「発達障害」として一括するかたちで捉えるのは, どの

ような認識枠組，さらには社会的背景からなされたのであるのか．一括するべき社会的意義とはどのようなものであるのか．次章ではまず，この「発達障害」という一般概念の現出について，臨床レベルにおける認識・見解について考察する．続いて政策レベルにおいても考察を加え，同様の地盤の上に対応がなされてきているのではないかと，ということについて確認していくこととしたい．

### 3. 「発達障害」という一般概念の成立背景

前述したように，以上から導き出される疑問としては，なぜこうした一般概念が現れてきたのか，いいかえれば，なぜそのような概念が必要であったのであろうか，ということである．さしあたって端的に述べてしまうならば，「発達障害」を対象化する社会の側に内在する理由があるからであるともいえるが，この点については，直接的な援助の現場で「発達障害」とされる人びとと対面的に接する臨床レベルでの認識・見解と，そうした人びとを包括的に支援する対策としての，政策レベルにおける対象把握とに分けて考察することができるだろう．が，この両者は当事者の現前の「生活 - 関係」の困難性からの要請に基づいて，まずは状況対応的な援助を構築していくことに共通性があるとも考えられる．本章ではまず，そうした見方を踏まえた上で，前者のレベルについて確認していく．続いて後者のレベル，具体的には発達障害者支援法並びに特別支援教育の政策理念における対象把握について，考察することとしたい．

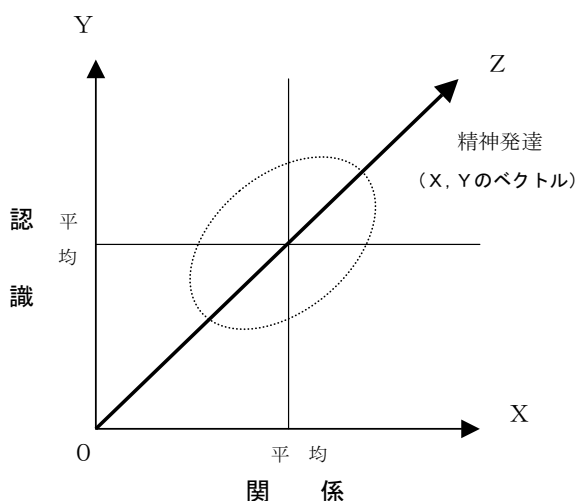
#### 3.1 「発達障害」に対する臨床レベルからの認識・見解

前章でみてきたように，少なくともDSMについては以降は「発達障害」の語は消え，ICDにおいても「心理的発達の障害」の内容は限定されてきている．にもかかわらず，「発達障害」概念は一般に認められるものであり，実際に使用されている．これについては，まず「なんらかの共通性ないし近縁性を臨床家たちが経験的に直感しているため」（滝川2008：46）であると捉えることができるだろう．こうした見方は，「発達障害」に通底する本質論的定義について考察するということになるといえる．そこで本節ではこの点に関し，まずは精神科医として臨床領域における明快な理論を展開している，先にも登場した滝川一廣の説に依拠し，概観していくこととしたい．

滝川によれば，「発達障害」の本質とは精神発達の歩みの「遅れ」に他ならないとする（滝川2008：46）．つまり，精神遅滞は認識（知的理解）の「遅れ」，広汎性発達障害は関係（社会性）の「遅れ」，特異的発達障害は特定の精神能力の発達だけが取り残されて「遅れ」るもの，注意欠陥多動性障害（ADHD）は注意集中困難・多動・衝動性という乳幼児の行動特徴をもち続けているとかたちでの発達の「遅れ」，というようにである（滝川2008：46-47）．

語義的にみても「発達障害」は「発達」が「障害」を被っていること，つまりは「発達」が「遅れ」ていることを指すと考えられることから，以上の見解は把握しやすいものであるが，

ではこの「精神発達」の歩みそのものについては、どのようなものと捉えられるのであろうか。この点について滝川は、図1に見られるように「認識（知的理解）の発達」と「関係（社会性）の発達」の2つの発達軸をもち、この両者がお互いに支えあって進むものが「精神発達」であるとしている（滝川 2008 : 52-53）。我われはみな、この図におけるZの矢印方向に沿ったかたちで楕円状に分布する（図1における、破線の楕円内）どこかの位置にあり、関係発達が平均水準かその近くまで届きながら、認識発達が



出所：（滝川 2008 : 53）図1より（一部修正）。

図1 精神発達の2軸

平均に大きく届かないところに位置するものを「精神遅滞」、認識発達も関係発達も平均に大きく届かないところに位置するものを「自閉症」、認識発達は平均あるいは平均以上だが、関係発達は平均に届かないところに位置するものを「アスペルガー症候群」、「自閉症」と「アスペルガー症候群」の間に位置するものが「高機能自閉症」としている（滝川 2008 : 53-54）。つまり、「すべては精神発達の連続的分布のうちであり、互いにつながりあっていて、どこからがどれと線が引けるものではない」（滝川 2008 : 54）。結局、「発達障害」という「診断」は人工的なもの、任意なものであるためその範囲もいくらでも拡張しうることになり、その「線引き」は社会的な判断によってなされるということになる。従ってその意味では、「発達障害とは社会の関数で、私たちの社会のありようとその社会を生きる私たちの姿を映し出す鏡」（滝川 2008 : 55）であるとされている。

こうした見解は他にも出てきており、例えば心身障害児施設の現場経験をもつ村瀬学による見解においても、「知的世界」からの「おくれ」は「ちえおくれ（＝知的障害）」とされ、「社会機構」からの「おくれ」は「自閉症」と「診断」されてきたとし、こうした「おくれ」に関しては、文化や文明を創ってきたものの側の尺度によって「問題」視されてきたとする（村瀬 2006 : 224）。つまり、「おくれ」が存在するかどうかということではなく、社会の側の状況によって問題とされたりされなかったりすることそのものに問題があるのだということであり、さらにいえば実は個人という存在は、文明のシステムから常に「おくれる存在」として生きてきたということさえいえる、と指摘する（村瀬 2006 : 224）。

以上を踏まえると「発達障害」とは、社会の「発達」という集合表象に依拠した社会的な関係性の中で、それがその直線的な方向性に一致したのではなく、さらにその速さにも一致しないとみなされることで問題として現象化したものであり、こうした状況を個人のレベルに即して精

神医学の立場から概念化されたものなのだ、ということがいえるだろう。つまり、社会状況からの逸脱として捉えられる個人的状況（とみなされるもの）が、医療的枠組に組み込まれていく事態の進展、つまり「逸脱の医療化」（Conrad & Schneider 1992 = 2003）という社会変動に即したかたちで、「発達障害」概念も生まれてきたという説明が成立しうる。「発達障害」に含まれる個々の内容は、社会の「発達」というベクトルからは逸脱しているという意味で、共通した「障害」とレイベリング (labeling) され一括りにされる。これが「発達障害」という一般概念の導出に繋がる道筋である、ということがいえるであろう。

### 3.2 「発達障害」における政策レベルにおける対象把握

そもそも社会政策上で「発達障害」(developmental disabilities) の語が使われ始めたのは、実は先に述べた医学的用語としての一般的流布よりも早く、1970年にアメリカ合衆国で成立した「発達障害サービス及び施設整備法 (Developmental Disabilities Services and Facilities Construction Act of 1970)」からであるとされている(宮崎 2006 : 11-12)。ここでは「発達障害」の内容を、精神遅滞、脳性まひ、てんかんほか、精神遅滞に密接にかかわり、同様の処遇を必要とする神経的状态であるとしている。社会政策の策定が、社会変動への社会的対応の一つであるとするならば、医学用語の整備よりも早く社会政策の側から「発達障害」(少なくとも 'developmental disabilities' という語において) という政策対象が生み出されたという事実は、「発達障害」が構造的には社会の側によってレイベリングされてきたものであるという、前節の見解にも沿った事実であるといえるだろう。以下では、日本における「発達障害」を対象とした二つの代表的な政策、発達障害者支援法と特別支援教育について取り上げ、以上の点に関して確認していくこととしたい。

#### 3.2.1 発達障害者支援法について

日本における「発達障害」への政策的応答の代表的なものとしては、本稿の最初にも述べたように2004年(平成16年)12月制定の発達障害者支援法(2005年(平成17年)4月施行)がまず挙げられる。この政策の目的については、「発達障害者の心理機能の適正な発達及び円滑な社会生活の促進のために発達障害の症状の発現後できるだけ早期に発達支援を行うことが特に重要であること」から、「発達障害者の自立及び社会参加に資するようその生活全般にわたる支援を図り、もってその福祉の増進に寄与すること」とされる(発達障害者支援法第一条)。これらの「発達障害」に関する対象については、「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」(発達障害者支援法第二条)としている。これにより、従来の障害者福祉政策の対象としての知的・身体・精神等の分類と並び、個別カテゴリーとしての「発達障害」が位置づけられたということがいえるが、「心理機能の適正な発達」という表現、並びに対象として列記される表現から、発達障害者支援法においても一般概念として



「発達障害」を捉えているということがいえる。その点では政策レベルにおいても臨床レベルでの「発達」観と共通した認識基盤をもっていると考えられる。

### 3.2.2 特別支援教育について

さらに「発達障害」に関する具体的な政策としては、2006年6月の学校教育法改正による、2007年4月からの特別支援教育の実施が挙げられる。これはそもそも、国際連合教育科学文化機関（United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, UNESCO）とスペイン政府共催による1994年の「特別なニーズ教育に関する世界会議」において、インクルージョン（inclusion）の原則（インクルーシヴ教育）を基軸とした「万人のための学校」の提唱をその理念とする「サラマンカ声明」等に影響をうけ、ともすると能力主義教育政策の底辺に位置づけられてしまうような方向性をもっていた従来の特殊教育（河合2007：6）に対して、大きな転換を図ったものであるといえる。特別支援教育は、「障害のある幼児児童生徒の自立や社会参加に向けた主体的な取組を支援するという視点に立ち、幼児児童生徒一人一人の教育的ニーズを把握し、その持てる力を高め、生活や学習上の困難を改善又は克服するため、適切な指導及び必要な支援を行うもの」（文部科学省中央教育審議会「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）」）とされている。内閣府の「障害者白書」（平成20年版）においても、「発達障害のある子どもに対し、一人ひとりの教育的ニーズに応じた支援を行うことは喫緊の課題」（内閣府2008：42）とし、個別的支援としての特別支援教育というあり方に力点を置いている。具体的な対策の一つである特別支援学級の対象としては、学校教育法施行規則第140条において言語障害者、自閉症者、情緒障害者、弱視者、難聴者、学習障害者、注意欠陥多動性障害者、その他障害のある者でこの条項の規定により特別の教育課程による教育を行うことが適切なもの、となっている。これを臨床レベルにおける「発達障害」の内容と照合すると、上記のうち自閉症、学習障害、注意欠陥多動性障害などが相当することになる。

以上より、発達障害者支援法では対象者全体への生活全般の支援を、特別支援教育では一人一人に対する教育的な個別支援、といった方向性をもつ内容であるとまとめられるだろう。これまで述べてきた特別支援教育における対象は、少なくとも「発達障害」に相当するさまざまな内容項目を含み、その個別的教育的ニーズに応えるというかたちをとっている。従って、少なくとも理念的には、「発達」の多様性についての認識は踏まえているようにみえようが、多様性のあるものを政策対象化していくことにはさまざまな困難がある。

例えばまず実際上の問題について岡典子による指摘では、制度的に障害がある子どもに対象が限定されていながらも、「特別支援教育の在り方に関する調査研究協力者会議最終報告」（2003年）においては、障害の有無に関わらず教育的ニーズに対応した指導を行うことが学力向上や心の育成、学校教育が抱える課題解決や改革に役立つという期待がなされており、これは制度設計に担保されていないため難しいこと、さらに特別支援教育と通常教育との関係をどのように設計するかについて、曖昧なままであることなどが挙げられている（岡2008：13-14）。結局、「理念

上の期待と、それを実現する方法論の欠如の問題は、特別支援教育がめざす社会像にも共通する。……特別支援教育は共生社会の実現と関連づけられているが、共生社会の実現において特別支援教育がどのような役割を果たせば可能となるのかは、実際にははっきりしない」（岡 2008：14）とし、政策レベルと現場における対面的状況（教育現場における臨床レベル）での方法との不連続性を指摘している。

実はこうした不連続性は根源的ともいえるものである。「発達障害」（そもそもこの概念さえも、多くの行動特性を一括した一般概念である）を含む、多様な個別の対応を要するものを一括りにして対象とし、政策としての一貫した方法で実践していくことそのものに矛盾もあり、困難なことであるといえるだろう。さらに障害の有無にかかわらず対象としていくということでは、その内容は対象それぞれによって臨機応変に対応する、という以上のことは何も述べていないに等しい。こうした対応はむしろ臨床レベルでのケアに近く、政策として秩序立て、一貫して対応する事柄というよりも、援助者個人の高度な専門性と熟練が要求される個別の役割であって、そもそも対象者個々の等質性に依拠するようなかたちでの援助対象（＝政策対象）というあり方とはなじみにくいといえるであろう。つまり臨床レベルにおいては、元々対象が個人あるいは少なくとも比較的少数の集団であるため、こうした矛盾は生じにくいといえるが、一般的に対象そのものへのシステムティックな対応や、その方法論の確立ということに連続性をもつとも考えられる政策レベルにおける対象化には、「発達障害」はあまりそぐわないものともいえるだろう。

特別支援教育では、実際にこのような側面を担保するものとして特別支援教育コーディネーターの設置がなされるが、このような役割の「専門化」と援助方法の明確化とは表裏一体の関係にあり、個々の対象ごとに柔軟に対応するという、高度な熟練による直感、あるいは「暗黙知」次元でののはたらきとは正反対の方向性をもっている。この矛盾は結局、特別支援教育コーディネーターにおける個々人への対応は、個別の指導計画（文部科学省による「今後の特別支援教育の在り方について（最終報告）」（2003年）のガイドライン試案（「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）」（2004年）において実際に様式例が示される）の下で管理、あるいはマネジメントがなされていくという帰結を生むだろう。「発達障害」概念が先にみたように、そもそも社会の「発達」に基づいた関係性の中で生成したものである、という見地から鑑みると、これはその方向性をさらに具体化させるレベル、社会の側によって個別的「発達」を促していくいとなみであり、さらにはそれを社会的に監視していくという方向に繋がるともいえる。つまり、個々人の教育的ニーズに応じてという理念は、社会の「発達」を個々の「ケース」に細分化し、個々人に「生・権力」（M. フーコー）のかたちで浸透させていくこと、結果的に個人の側を社会・文化の側へ従属的に適応、迎合化させていくという道筋を進めてしまうことになりうる、ともいえるのである。

#### 4. むすびにかえて ―― まとめと考察

以上、まずはこれまでの内容についてまとめ、さらにそこから考察しうることについて述べていくこととしたい。

まず本稿では、近年政策的対応が進展してきている「発達障害」について、その概念内容の確認から臨床領域での認識と見解、社会政策における対象としての把握のあり方について考察し、これらに通底する社会的な認識枠組を確認することで、現代社会における「発達障害」をめぐる、中範囲レベルでの問題構制を明らかにすることを目的とした。はじめに、「発達障害」概念に対する臨床家の認識としては、一般的な「発達」を軸として、その乱れや遅れといった枠組で捉えていること、一方で国際的な診断基準では、「発達障害」に含まれる個々の行動特性によって個別的分類がなされていることがわかった。そこで生じてくる、なぜ異質な行動特性をもつものを一括して、「発達障害」という一般概念のかたちで認知されるに至ったのか、という疑問に対し、臨床レベルにおける見解と政策レベルにおける対象把握とに分けて考察した。前者からは、「発達障害」が社会の「発達」という集合表象に依拠した関係性において、そこから逸脱するものを一つにまとめて問題化し、医療枠組にあてはめて対応してきたこと（「逸脱の医療化」）によると考察された。後者において、まず発達障害者支援法では、一般概念として「発達障害」を捉えているということが見出されること、この点では政策レベルでの対象把握に関しても、臨床レベルでの「発達」観と共通した認識基盤をもつといえることなどが指摘された。そして「発達障害」に対するもう一つの代表的な政策である特別支援教育においては、その対象を、「発達障害」に相当するさまざまな「障害」を含む内容として把握しており、多様性についての認識は踏まえているようにみなした。しかし、これを政策として体系的に対応していくとなると、その様式の確立に基づいて対象者個人を管理あるいはマネジメントしていくという方向性をもつことにも繋がり、結局社会の「発達」に即した内容を反映させた個人的「発達」を促していくことになるのではないかと考察された。

以上より本稿では、「発達障害」概念の内容、臨床レベルに基づく認識、政策レベルにおける対象としての把握それぞれで、「発達」からの逸脱と医療的・教育的対応という構図の一端が見出されたといえるだろう。「発達障害」がまさに見出される以前、この問題構制の場ではそれを見えないものとして定義していたといえる。アルチュセールは、

見えないものとは、理論的な問いの構造（問題構制のこと：筆者注）が自分の非＝対象を見ないことであり、見えないものは暗闇であり、理論的な問いの構造が自己へと反照するときのめしいた目である。その問いの構造は、その非＝対象や非＝問題を熟視しないために、それらを見ないで通りぬけていく。（Althusser 1965 = 1996 : 44）

としており、さらに次のようにも述べる。即ち、

見えないものはつねに見えるものによって、その見えないもの、その見ることの禁止として定義される。だから見えないものは、空間的隠喩をもう一度使って言えば、見えるもの外部、排除の外的な暗闇ではなくて、見えるものによって定義されるがゆえに見えるもの自体に内在する排除の内的な暗闇なのである。(Althusser 1965 = 1996 : 44)

これらより「発達障害」は、いわば社会の「発達」という表象における見ることの禁止としてあり、不可視なものとして排除されていたが、それが問題としての俎上に載ることで臨床的ならば社会的な対策が打ち出されてきたのだ、といえるだろう。しかしそれは、「発達」という社会・人間観に基づく問題構制の地盤・地平においては、「発達障害」を「発達」させていくという対応にならざるを得ないことになるだろう。これはまた前章でも述べたように、社会による個人の管理という権力的側面に（例えば援助者と被援助者という非対称性にも）繋がりが易いことともなる。このような問題構制からの解放のためには、それが我々の認識や思考の枠組から社会構造に至るまでの領域における問題設定と応答とを導き出す地盤・地平である限り、異なる問題構制の地盤・地平へ移行することでしか成し得ないといえる。問題構制の移行といういわば「裂け目」は、もう一度社会の現在性について捉え返すことから広がり始めるのではないかと考えられる。「発達」という認識方法はその中に時間軸が、つまり歴史性を既に含んでいるものであり、現在の独自性という認識を遠ざけるものでもある。従ってそうではなく現在の諸個人、そしてその「関係」の現われとしての社会における、現前の「関係」そのものに焦点をあてていくということである。その際、「関係」をあるシステムとしてというより、「関係」をかたち作る人びとの場における、（例えば援助者 - 被援助者といった構造的な）役割分化が生成する以前の「関係」、いわば 関係性 としてみていくことが重要となるのではないだろうか。これは「関係」の絶え間ない生成、「関係」が現出しては消えるという運動の連続性、つまり問題設定から始めるのではなく「他者」への絶え間ない応答というかたちでの「関係」から、社会を捉え返すということである。「他者」は「自己」とは絶対的に異なるものとして定義できるが、そうであれば「他者」を対象化することそのものが不可能となる。対象とした瞬間、それは「こういうものである」といったかたちで「自己」が解釈したものとなり、そもそも「自己」との絶対的差異が前提であって、そのため解釈不可能であるはずの「他者」ではなくなってしまうからである。こうした中での「関係」は、現在性の絶え間ない生起という中でしか想定できないだろう。つまり、関係性 レベルに基づく「他者」に対する応答の連続としての「関係」が、現前の社会をかたち作っていること、常態としての「関係」形成という地平において、権力性を帯びない関わりを「他者」の他性（絶対的差異）のうち求めていくような社会・人間観が、これからのオルタナティブな福祉社会のあり方の前提となっていくとも考察できるだろう。「発達障害」でいえば、さまざまな集団生活の中において生成していく関係の中で包摂 (inclusion) されていくことで、できる

限り当事者がその関係の中での位置を絶えず実感しうるようにしていくことが肝要なのではないだろうか。

最後に本稿では考察しきれなかった点について述べたい。それは、上述のような構想を練ることができても、さしあたり現行の日常生活をまずは送らねばならないという現実の上で政策の対象となることは、「発達障害」の名詞化（実詞化）を意味すること、つまり福祉国家における市民資格、サービスの受給資格を獲得するという意味で、主体性を獲得することでもあるという点についてである。社会福祉制度の隙間に埋没し、対応が十分になされてこなかった当事者自身やその親等にとって、「発達障害」と位置付けられることは周囲の認知・理解が進展し支援を受けやすくさせる方向へ働く側面もあるだろう。これは、前章でみた特別支援教育の問題点とも重なる部分があるが、対人場面という臨床レベルでの援助から福祉社会のあり方を構想するという方向性と、目的としての福祉、例えば公正や平等という観点から福祉社会の構想を具体化させていくものとしてみた場合の政策レベルでの援助とが、なかなか容易には接合しえない事態がある、ということを示しているとも考えられる。このような点についての考察は、今後の課題としていくこととしたい。

[付記] 本稿は、日本学術振興会平成 20 年度科学研究費補助金（基盤研究（C）・課題番号 20604007）による研究成果の一部である。

[注]

- (1) その後 DSM そのものについては、2000 年から DSM-TR (Text Revision) が用いられており、2011 年には DSM-5 が作成されることとなっている。
- (2) ICD-10 においてはアルファベット（ここでは F）が大分類、数字（ここでは 7）が中分類を示している。

[参考文献]

- Althusser, L., Rancière, J. et Macherey, P., 1965, "Lire le Capital, tome 1", Francois Maspero. (= 1996, 今村仁司訳『資本論を読む 上』(とくにルイ・アルチュセール「『資本論』からマルクスの哲学へ」) 筑摩書房)
- Conrad, P. and Schneider, J. W., 1992, "Deviance and Medicalization: From Badness to Sickness" Temple University Press. (= 2003, 進藤雄三監訳『逸脱と医療化 悪から病へ』ミネルヴァ書房)
- 河合隆平, 2007, 「特別支援教育の歴史」大沼直樹・吉利宗久共編著『特別支援教育の基礎と動向 新しい障害児教育のかたち』培風館
- Merton, R. K., [1949] 1957, "Social Theory and Social Structure: Toward the Codification of Theory and Research" Free Press. (= 1961, 森東吾・森好夫・金沢実・中島竜太郎訳『社会理論と社会構造』みすず書房)
- 宮崎英恵, 2006, 「発達障害の教育と教育支援法」太田俊己・宮崎英恵・中坪晃一編『発達障害の教育支援法』放送大学教育振興会, 11-28
- 村瀬学, 2006, 『自閉症 - これまでの見解に異議あり!』筑摩書房
- 内閣府, 2008, 『障害者白書 (平成 20 年版)』佐伯印刷
- 岡典子, 2008, 「特別支援教育の意義と本質」(とくに「2 特別支援教育における諸問題」) 中村満紀男・前

- 川久男・四日市章編『理解と支援の特別支援教育』コレール社, 12-15
- 太田昌孝, 2006, 「発達障害をどうとらえるか」太田昌孝編『発達障害（こころの科学セクション）』日本評論社, 1-17
- 杉山登志郎, 2007, 『発達障害の子どもたち』講談社
- 滝川一廣, 2008, 「『発達障害』をどう捉えるか」松本雅彦・高岡健編『発達障害という記号』批評社, 44-56