

倫理学と世界の児童青年精神医学
ETHICS
AND
INTERNATIONAL CHILD AND
ADOLESCENT PSYCHIATRY

Adrian Sondheimer & Joseph M Rey



アルタクセルクセスの贈物を拒否するヒポクラテス I
ジロデ・トリオンソン(1792)

Adrian Sondheimer MD,
FAACAP

Division of Child and
Adolescent Psychiatry, SUNY
at Buffalo School of Medicine,
Buffalo, NY, USA.

Conflict of interest: none
declared

Joseph M Rey MD, PhD,
FRANZCP

Professor of Psychiatry, Notre
Dame University Medical
School Sydney; Honorary
Professor, University of
Sydney Medical School,
Sydney, Australia

Conflict of interest: none
declared

日本語版監訳 (Translation) : 稲垣貴彦 (Takahiko Inagaki・琵琶湖病院、滋賀医科大学精神医学講座) 上野千穂 (Chiho Ueno・京都市児童福祉センター) 岡田俊 (Takashi Okada・国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所知的・発達障害研究部) 小塩靖崇 (Yasutaka Ojio・国立精神・神経医療研究センター、国立精神保健研究所) 阪上由子 (Yuko Sakaue・滋賀医科大学小児科学講座小児発達支援学部門) 佐藤寛 (Hiroshi Sato・関西学院大学文学部) 田中恒彦 (Tsunehiko Tanaka・新潟大学教育学部) 中林孝夫 (Takao Nakabayashi・長浜赤十字病院精神神経科部、滋賀医科大学精神医学講座) 藤田純一 (Junichi Fujjita・横浜市立大学附属病院) 福地成 (Naru Fukuchi・みやぎ心のケアセンター) 小野善郎 (Yoshiro Ono・和歌山県立精神保健福祉センター)

この公表文献は一般向けではなく、精神保健分野において研修を受けたり診療を行ったりする専門家を対象としています。ここに述べられている意見は著者の意見であり、必ずしも編集者やIACAPAPの見解を示すものではありません。本文献は、執筆時点で著者により利用可能と判断された科学的エビデンスに基づいて最善の治療薬や手法を説明しようとしたものであり、その内容は新たな研究結果次第で変わる場合があります。読者は、患者にこの知識を適用する際、自国の診療ガイドラインや法律に従う必要があります。国によっては一部の薬剤が市販されていない場合もあり、すべての用量や有害な影響について網羅されているわけではないため、読者は特定の薬剤に関する情報を調べる必要があります。問題をわかりやすくするため、またはさらなる情報源として、組織や刊行物、ウェブサイトの引用やリンクの表示がされています。これは、それらの内容を著者や編集者、IACAPAPが保証あるいは推奨していることを意味するのではなく、読者によって批判的に評価される必要があります。ウェブサイトは変更されたり、削除されたりする場合があります。

©IACAPAP 2012. 本文書は、[Creative Commons Attribution Non-commercial License](#) の管理下にあるオープンアクセスの公表文献です。本文書の使用、配布、複製は、媒体を問わず、事前の許可なく行うことが認められていますが、ただし元の文献が適正に引用され、商業的利用でない場合に限りです。このeブックやその各章の内容に関するコメントは、jmreyATbigpond.net.au 宛にお送りください。

引用例：Sondheimer A, Rey JM. Ethics and international child and adolescent psychiatry. In Rey JM (ed), *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. (日本語版監訳；稲垣貴彦，上野千穂，岡田俊，小塩靖崇，阪上由子，佐藤寛，田中恒彦，中林孝夫，福地成，藤田純一、小野善郎) Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions 2012.

利益相反：原著に関わる利益相反はありません

謝辞：翻訳にあたりご寄付を下された、以下の方々を含め全ての方に感謝します。

大塚製薬株式会社、ヤンセンファーマ株式会社

読者の思慮深い、そして熟慮に満ちた実践のために、児童と青年の精神保健に関する IACAPAP テキストブックの初版では、冒頭の章で倫理学とこの医療分野の関係に焦点を当てています。この章では医師が関わる問題を中心に論じますが、取り上げる倫理的問題の多くは、児童と青年の治療を行うすべての精神医療従事者（心理職、ソーシャルワーカー、看護職、セラピストなど）にも当てはまります。特に指示のない限り、「児童」は 18 歳未満の人を、「親」は親と保護者を、「児童精神科医」は児童と青年の診療にあたる精神科医を、「児童精神医学」は児童と青年に関わる精神医学の分野を表します。

児童精神医学は精神医学の専門分野の一つであり、精神医学は医学の専門分野の一つです。医療は本質的に、人の体と心を苦しめるあらゆるものと闘うことを目的とし、その道を志す人々を惹きつけてやみません。倫理の定義を、人間における正しい行動と正しくない行動に焦点を当てた知的な問いかけの営みである、とするならば（American Heritage New Dictionary of Cultural Literacy, 2005）、医療職は、個人と集団という人間の両方の側面に恩恵をもたらすことに携わる職業として、「正しい行動」をしようとする試みの上に成り立ち、それに基づいているという点で、専門的職業における模範といえます。したがって、医療とその実践は、明らかに倫理的観点に基づくものです。ただし、物事はそれほど単純ではありません。実際には、人間の状態は、定義と経験のいずれにおいても、通常は白黒つけがたい複雑かつ曖昧な領域から構成されており、倫理学の研究では人間の状態の複雑さに焦点が当てられることが一般的です。倫理的な議論によってはっきりと正否が決まることはまれにしかありません。それ故に、倫理的問題を検討することは興味深いのです。

精神医学は、医学の他のどの専門分野よりも、精神と身体に等しく焦点を当てようとしています（Slavney, 1993）。精神と身体の機能はいずれも脳による関与を受けていますが、精神医学はこれらを統合しようとしています。このため、精神医学の観点は、個々の患者の認知、情動、対人関係、行動の過程を含むと同時に、家族、社会、文化、経済、宗教、教育、政治という背景を考慮します。一般精神医学の専門分野の一つである児童精神医学では、乳児期から思春期までの個々の年齢範囲に焦点を当てており、多くの臨床医は若年成人までその範囲を広げています。児童の発達には、身体、認知、感情、行動、状況判断能力などのさまざまな領域における成長と成熟を意味します。児童がこれらの領域でまだ成人の能力に達していない限りは、保護者による保護と養育を必要とします。多くの場合は親がその役割を果たしますが、親族や行政機関、その他の指定された個人が、子どもが成熟するための環境を提供することもあります。成人を対象とする精神科医が、成人患者の治療に業務を限定するのは異なり、児童精神科医は通常、子どもだけでなく、子どものケアをしている大人にも注意を向けます。なぜなら、そうした大人は多くの場合、子どもが伝えることができない、または伝えがらない情報を提供してくれるからです。しかし、二つの世代に関わることで、そして両者の関係に関わることで、相互の主張の対立を目の当たりにすることも多く、その

「自然に倫理的な営みは見いだされない。倫理は人間の産物であり、我々人間の賞賛に値する営みである。」

トマス・ハクスリー



Thomas Henry Huxley (1825-1895) by Carlo Pellegrini ("Ape") 1759-1840. Dibner Library, Smithsonian Institution.

ために倫理的なジレンマに突き当たる場合があります。

倫理学と倫理学を取り巻く大きな枠組み

理論的には、倫理的問題に対する解決策は、そのような問題が引き起こすジレンマに対する他の反応とは、次の二つの際だった特徴によって区別されます。第1に、倫理的解決策は一般化が可能で普遍的なものであるということです。すなわち問題が発生した具体的な状況とは無関係に導き出され、あらゆる状況にあてはまります。第2に、こうした客観的な「万能の」解決策は、個人や集団の意向より優先される場合があります。

しかし実際のところ、これらの主張は自明なものでしょうか？ 思慮深いまたは賢明な解決策とは対照的に、考え抜かれた公正な解決策を導き出すために、政治、経済、文化、宗教といった背景を無視することは果たして正当なものでしょうか？ 表面的にみれば、そのようなことは正当でないと思われまます。例えば、技術的に進んだ民主主義国の国民が生活する環境と、貧困に苦しんでいる国の国民や、戦争に支配されている国の国民、独裁政治国家の国民が生活する環境を比較すれば、両方の環境に同一の倫理的推論のアプローチを適用して、同一の解決策を導き出すことは想像できません。問題を難しくしているのが、これらの要素が混ざり合って存在する国々です。例えば、既存の民主主義国をしのぐ経済発展を現在達成していても、政治構造の大部分が「トップダウン」方式によって支配されている国があります。児童精神科医が直面する例として、違いの際立つ例をあげるとわかりやすいでしょう。例えば、利潤追求型の保険会社または政府承認の処方集によって、児童精神科医がジェネリック薬を処方するよう圧力を受けた場合に、ジェネリック薬ではなく先発薬を処方すべきかどうかというぜいたくな倫理的ジレンマと比べると、向精神薬が十分に供給されるどころか、多くの基本的な生活必需品も不足している国において抗うつ薬を、それもどの抗うつ薬でもいいからとにかく処方したいと願う児童精神科医の悩みは対照的です。また、少年犯罪者の家庭裁判所係属事件を「放棄」して成人の刑事裁判に委ねるように求める、検察からの暗然とした圧力に抵抗することにおける倫理と、行政または警察機関と対立している精神医学的に健康な人を、治療のためと称して精神科病院に入院させることを児童精神科医が拒否した場合に、生計手段を失うあるいはそれよりひどいことになるという政府の軍事機関からの脅迫に抵抗することにおける倫理とを比べるとどうでしょうか (LaFraniere & Levin, 2010)。あるいは、愛情のある親族に囲まれ、十分なまたはそれ以上の財産に恵まれた環境にあって、最近家族を亡くした児童にケアを提供することにおける倫理と、敵対勢力に殺害されて親もいなければ成人の親族もおらず、現在は若者向けの居住施設に保護されて共同生活をしている孤児にケアを提供することにおける倫理とは大きく異なっています (Stover et al, 2007 ; Williamson et al, 1987)。

児童精神医学の倫理について国際的な視点から書くということは、極めて広範囲

「私たちは常に自分の意見に対して何らかの疑いをもっておかなければならない。自分が信じる哲学についても、それを信じることを他人に強いるべきではない。」

バートランド・ラッセル



Bertrand Russell
(1872-1970)

の行政、政治、宗教、文化、経済の状況を考慮することを意味します (Leckman & Leventhal, 2008)。そしてこのように著しい違いがあることは、状況に応じて異なるアプローチで倫理的推論^{りんりてきすいろん}を行うべきであることを意味するのでしょうか？理論的には、答えはノーです。あらゆる状況において、同一の方法で推論を行うべきであると考えられます。しかし、最も役立つ解決策を導き出すためには、状況を考慮することが決定的に必要であり、そうした考慮の結果、同じように見えるケースに対して、最終的には対照的な選択に至ることも十分ありえます。

児童期に対する考え方の歴史

子どもたちの最適な発達^{はたらき}のあり方は、あらゆる社会においてきわめて重要です。子どもたちがやがてその社会の大人となり、その集団の伝統と価値観を引き継ぐことを期待されるからです。何千年にもわたり、西洋史で主流となる観点では乳児期を過ぎた子どもは小さな大人とみなされていました (Aries, 1962 ; DeMause, 1974)。子どもは親の所有物と考えられ、親は、子どもに食べ物と住居を提供する代わりに、子どもを働かせてその収入を手にする権利をもっていました。17世紀には、職業訓練にとどまらない教育の必要性が徐々に認識されるようになりました。そのような進展に伴い、児童期は成人期とは別の、人間の発達過程の一段階であるという考え方が生まれ始めました。この100年ほどの間に、独自の発達段階としての児童期への注目が、急速に高まってきました。この間、学校教育の義務化、児童労働からの保護、家族の機能と健康の促進および支援、独自の考え方による法的手続きを備えた少年司法制度の創設、政府当局への児童の虐待および／またはネグレクトの報告の義務化を定めた法律が制定されてきました (Enzer, 1985 ; Graham, 1999)。行政が次第に児童の福祉に対する責任を担うようになるにつれて、医療にも同様に発展がみられました。1800年代後半に、小児科学が専門分野として初めて登場しました。1930/40年代には、精神医学の専門分野の一つとして児童精神医学が登場しました (Musto, 2007)。米国では、1953年に米国児童精神医学会 (American Academy of Child Psychiatry) が設立されました。この半世紀の間に、児童期そのものがさらに細かく分けられる一方、その範囲が拡大されて、現在では、乳児期、幼児期前期、幼児期後期、学齢期、思春期 (思春期はさらに前期、中期、後期に分けられます) が含まれています。このように、児童期という概念は時代とともに発展しており、あまり区別されない集団という概念から、狭い年齢範囲と異なるニーズおよび能力によって細かく区別されるという現在の概念へと変化してきました。すべての段階は、成人による養育を必要とするという点では共通していますが、現在のようなきめ細かい区別は、後に述べるように、倫理的配慮においてしばしば重要な役割を果たします。

職業倫理と児童

医療倫理は、大部分が医療の職業倫理によって構成されています。医療の職業倫理という概念は、患者ケアに直接関わる事柄にとどまらず、医師の総合的な態度・

あらゆる状況において、同一の方法で推論を行うべきであると考えられます。しかし、最も役立つ解決策を導き出すためには、状況を考慮することが決定的に必要であり、そうした考慮の結果、同じように見えるケースに対して、最終的には対照的な選択に至ることも十分ありえます。

「倫理とは、『何をする権利があるのか』と『何をするのが正しいのか』の違いを知ることである」

ポッター・スチュワート



Potter Stewart (1915-1985) was an Associate Justice of the US Supreme Court

行動を指し示すものです (Gabbard et al, 2011 ; Wynia et al, 1999)。医師の行動の多くは、直接ではなくとも間接的に患者ケアに影響を及ぼすことから、倫理とプロフェッショナリズムの境界が曖昧になる場合があります。広い視点から見ると、子どもたちの弱さを敏感に感じ取り、養育し、保護し、教育したいという潜在的な願望が呼び覚まされることによって、児童精神科医は児童にかかわる仕事に惹きつけられている可能性があります。それらの要因は、間違いなく良好な患者 - 医師関係を促進することから、子どもにとって有利に働きますが、そのような関係に生じる落とし穴も数多くあります。つまり医師は、以下のようなことを経験する可能性があります。例えば医師は、患者やその保護者に肉体的または感情的に魅かれたり、救済したい、または救済しているという幻想に囚われたり、特定の患者またはその家族に特別な計らいをしたいという気持ちに駆られたり、あるいは患者の家族に特定のプロジェクトへの資金提供を求めたいと思うことがあるかもしれません。そのような思いや空想は、診療に付きまとう出来事としてまればないと理解すべきである一方、それらに基づいて行動することが患者にとって有害となる場合は、プロフェッショナリズムに反すると考えられます。そのようなことのないよう、倫理的な医療の基本原則として、児童の安全、幸福、利益が医師の最も重要な関心事とならなければなりません。これらの原則により、いかなる状況においても、児童精神科医には職業上の境界を越えて患者である児童またはその親族を不当に利用することがないように求められます。こうした境界は、まさにそのような行動を未然に防ぐために設定された、文字通りの限界であり比喩的な意味での限界でもあります (Gabbard & Nadelson, 1995 ; Schetky, 1995)。このような境界が守られるなら、児童とその保護者は児童精神科医に対して、すべての相互関係を正直かつ率直に、誠意と忠実さをもって行ってくれるものと、確信をもって期待できるはずで

倫理規定

すべての人間社会はその発生以来数千年にわたって、成員の中からある者たちを「癒やしを与える者」とみなしてきました。近代になって、これらの人々には医師または医者という肩書が付けられました。何世紀にもわたるこのような長い期間を経て、世界中の国々に存在する異なる社会の住民として、医療実践者たちはそれぞれみずからの専門家行動の指針となる倫理規定を数え切れないほど作り出してきました。これらの規定の大部分は、民族的、宗教的、地理的な境界線に基づき互いに著しく異なる社会で生み出されてきたにもかかわらず、共通の焦点と関心事をもっています。したがって、それらの倫理規定のほとんどにおいて以下の原則があげられています：

- ・ 人命の尊重が最重要であること
- ・ 患者の幸福に対する医師の責任
- ・ 助けること、または少なくとも害を及ぼさないことという誓い
- ・ 善と義務の重視

多くの場合、以下のような具体的な問題にも注意が向けられています：

- ・ 患者の経済的地位に関係なくケアを平等に施すこと
- ・ 適切な料金設定を行うこと
- ・ 臨床的観察や妥当な推論など、合理的な方法を用いて診断すること
- ・ 治療を行うかどうか、またいつ行うのかを検討すること；治療を行う場合、合理的な治療を用いること
- ・ 患者 - 医師関係における秘密保持
- ・ 医師と患者間における性的関係の禁止
および
- ・ 不十分な医療技術または規約違反が発生した場合の処罰または制裁の実施

医療団体に採用されている国際規定は、20 世紀に正式な形で初めて登場しました。1949 年に最初に公表され、最近では 2006 年に改訂された世界医師会の国際医療倫理綱領（International Code of Medical Ethics）では、医師の一般的義務と、患者および同僚に対する医師の責任について概要が示されています（World Medical Association, 2006）。能力、誠意、献身、偏見および／または不当利用の回避、秘密保持の尊重、協力の必要性に加え、興味深いことに、医師自身が精神または身体疾患を有する場合に治療を受ける義務が強調されています。世界的に同様の考え方に基づいて、「超国民主義」に基づく（pan-national）いくつかの精神医療に関する規定および宣言が確立されました。世界精神医学会のマドリード宣言（1996）は、先行するハワイ宣言（1977）とウィーン宣言（1983）を土台としており、精神医療の国際的な倫理基準とガイドラインを生み出しました（World Psychiatric Association, 1996）。「患者に対する医師の責任」、「最新の科学的知見を維持する必要性」、「研究における参加者の保護」、「秘密保持」、「職業上の境界の維持などの基本的要素の議論」に加えて、「拷問」、「死刑」、「男女の産み分け」、「民族のおよび／または文化的な差別行為への関与の禁止」、「企業や政治に誘導される利益相反の回避」、「正当な治療に期待されること、すなわち妥当な診断に基づいて患者に完全な関連情報を与えた後に強制することなく同意（コンセント）を得た上で行わなければならないという期待」にも、特に注意が向けられています。1989 年に国連児童の権利に関する条約（United Nations Convention on the Rights of the Child）によって、加盟国の総体的な状況を考慮しながら、児童がみずからの意見を自由に述べる権利、相応の敬意を払われる権利、家族と生活する権利も含めて、生存、発育、保護、参加の権利が確立されました（United Nations, Centre for Human Rights, 1990）（Chapter J.7 参照）。国連障害者の権利に関する条約（United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities）（2006）では、児童も含むあらゆる年齢の障害者は尊重され尊厳を認められるべきであることが強調され、多くの疾患の中に精神障害者が含まれています（United Nations, 2007；Stein et al, 2009）。この文書では、差別のない平等な医療へのアクセスが強調され、すべての障害者においてあらゆる生活の側面とその根本的な自由を享受する平等

な権利が重視されています。これらの宣言の由来する意図は素晴らしいものですが、その実施状況は加盟国によって明らかに大きく異なります。政治制度が大きく異なることを考えれば、それは当然のことです。しかし、世界規模で倫理の観点に基づいて、児童と障害者に対する保護をいっそう高めようとする方向に継続的に進んでいること、またそれらの実施を促進または阻害する力に関する認識が高まっていることは明らかな兆しと言えるでしょう。2006年には、国際児童青年精神医学会（IACAPAP）が、「Ethics in Child and Adolescent Mental Health（児童と青年の精神保健における倫理）」と題した文書の中で、医師のためのガイドラインと原則を明らかにしました。この文書は、1992年に公表され、1996年と2004年にさらに改訂されたIACAPAPの決議文「Assuring Mental Health for Children（児童精神保健の保障）」（IACAPAP, 2006）に由来しています。IACAPAPの文書では、基本的な倫理原則が箇条書きされ、児童とその親／法定保護者の両者の権利が取り上げられ、同意（コンセント）と賛意（アセント）について概説され、秘密保持、起こりうる不当利用、性的な関係、誠実さ、本人の意思に反する強制的な治療、患者または企業からの贈与、出版物や学会における患者資料の発表、研究の倫理、学際的な協力、ならびに資金援助の受け入れに関する学会のガイドラインなどの話題が取り上げられています。



「ヒポクラテスの誓い」は、医療を倫理的に実践することを誓う宣誓であり、医師やその他の医療従事者によって受け継がれてきました。ヒポクラテスまたは彼の弟子の一人によって書かれたと広く信じられています。

12世紀のビザンチン帝国の「誓い」原稿（Wikimedia Commons）

これらのさまざまな宣言やガイドラインに記された初期の取り組みとその後の改訂は、時代とともに変化する状況とその影響を反映しています。米国児童青年精神医学会（American Academy of Child and Adolescent Psychiatry : AACAP）の倫

理規定 (Code of Ethics) がその一例です。1980年に最初に公表され、2007年の若干の改訂を経て、2009年に大幅な改訂を加えられたこの規定は、医学知識、臨床診療の方法、サービスに対する支払い、心理的ダイナミクスの理解、製薬業界および製造業界の動向に、30年間で生じた変化を反映しています (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2009)。直近の改訂では、第三者の影響の問題、すべての研究結果 (肯定的なものも否定的なものも) の公表への期待、利益相反、患者およびその家族との恋愛あるいは性的に問題のある関係、児童を対象とした研究のリスク、医師の自己権力の拡大、医師がその法的な権限を規定する法律に関する知識や、法に基づく判断と倫理的な配慮との間に起こりうる対立についての知識をもつことへの期待が、直接的かつ包括的に取り上げられています。Beauchamp (2009) が指摘しているように、「法はわれわれの道徳的基準や価値観の貯蔵所」ではありません。そうではなく、倫理規定というのはあくまでも専門家の行動の指針であり、規定される行動にはより大きな柔軟性と多くの選択肢があるという点で、法とは異なります。倫理規定は職業的行為の基準を具体的に示すものであり、最新のAACAP規定は、望ましい行動を曖昧にではなく明確に示している一例です。自身や同僚の、専門家としてのモチベーションや性向、行動に疑問を持っている医師にとっては、同僚に相談すること、そして倫理規定のガイドラインを参照することが、間違いなく最も有用で、有益となりうる選択肢です。

児童と倫理学および倫理原則

児童と成人は、互いに区別することが容易です。児童は通常、体がより小さく、歴史や外界の出来事に関する理解がより狭く、急速な発育と成熟の継続的な変化のプロセスにあり、他者による保護と養育を必要とします。しかし児童というのは、均一な集団ではありません。例えば、幼児期前期と思春期後期とでは、上記のような共通の特性をもっている、その特性の多くには大きな違いがあります。しかし、成人への継続的な依存状態にあることにより、通常、児童は法的に未成年とみなされます。したがって、どこに誰と住むのか、放浪または旅行する能力、どこでどのような普通教育／宗教教育を受けるのか、医療へのアクセスなどの重要な決定はすべて、法律上、児童の親／保護者に委ねられます。有効な法制度を備えた国では、保護者が子どもに基本的な生活必需品 (食べ物、住処、教育) を与えることを放棄する場合、または保護者が世話をしている子どもを虐待している場合にのみ、国は保護者の決定に介入する法的権利を有します。これらの一見したところ「自明」で一般的に受け入れられている法規則は、実は、基本的な^{りんりてきりかい}倫理的理解を適用する作業に、またそれを児童の発達に関する広範な知識と組み合わせる作業に基づいています。倫理的な考え方についていくつかのアプローチがその有効性を主張されていますが (Bloch, 2007)、根本的な一連の原則が、児童に関わる取り組みの倫理を支えています。したがって、一人ひとりの臨床医は、その児童にとって最善と考えられる結果を目指して働くこと (善行)、児童に害をもたらすおそれのある行為を回避すること (無害)、個々の患者の選択や希望

を尊重すること（自律）、すべての患者を適正、公平に、誠意をもって治療すること（公正）を期待されます。これと同じ倫理規則の構造は、大規模な児童集団にケアと保護を提供するための行政上のアプローチを創り出す場合にも当てはまります（Sondheimer, 2010）。例えば、学校精神保健の取り組みを促進する手段を計画する場合（Bostic & Bagnell, 2001 ; Brener et al, 2007）、戦争によって心的外傷を負った児童にケアを提供する場合（Betancourt, 2011 ; Panter-Brick et al, 2011）、あるいは少年犯罪者のためのプログラムを刷新する場合（Holden et al, 2003）、上記の倫理規則を適用することで、当局がそうした取り組みを計画する際に、児童が恩恵を体験でき、傷付かず、自分が尊重されていると感じ、平等に支援と保護を受けられるよう計画を進めるだろうと期待することはもっともなことです。

これらの意見やアプローチは理想を示したものであり、臨床や行政の条件次第で、明らかに正しい運用にも、明らかに間違った運用にもなりえます。しかし現実には通常、白黒つけがたいあいまいな領域に潜むジレンマが現れてきます。児童を成長過程の連続体としてみると、このことが明らかになります。例えば、16歳の青年に有益と考えられること（治療を拒否する自律権を尊重することなど）は、反抗的な7歳の児童には役に立たない可能性があります。その他の白黒つけがたいあいまいな領域に潜むジレンマも、通常同じように見られます。例えば、児童と保護者とで考えが異なる場合、児童精神科医は、どちらか一方を優先して、もう一方の考えを無視しないようにすることができるのでしょうか？ ある集団（家族など）が、構成員の過半数に支持される計画を実行したいと考えるとき、少数派の反対意見（児童患者の意見であることはまれではありません）は尊重されるのでしょうか？あるいは、どのようにして尊重されるのでしょうか？ 児童精神科医は、資源が限られた状況で、公衆衛生の観点から地域社会のニーズに配慮することが、最終的により多数の患者のためになると考えられる場合に、個々の患者のニーズにいつ注意を払えばよいのでしょうか？ そのような临床上または行政上の疑問に対する答えを得るために用いられる倫理原則は、相互に対立することが多く、望ましい解決策に達するためには推論法を用いなければなりません。留意すべきことは、このような推論の過程を適用することは、決して、前もって決められた帰結が得られることを意味しません。

临床上または行政上の疑問に対する答えを得るために用いられる倫理原則は、相互に対立することが多く、望ましい解決策に達するためには推論法を用いなければなりません。

倫理的推論

臨床医は通常患者の診療をしている時に、自らの倫理的基盤を問い直すことはありません。これは至極まっとうなことです。普通の児童精神科医は良心的であり、十分な訓練を受け、臨床経験を積んできています。これらの条件全てがそろうことによって、児童精神科医は比較的定型的に優れたケアを提供することができます。しかしときに、児童精神科医は混乱や動揺をもたらす状況に直面したときに、どう進めるべきか不安で自信がないと感ずることがあります（Sondheimer, 2011）。児童精神科医にためらいや不安が生じるのは、例えば次のような場合が考えられ

ます。親が青年期の子の尿中薬物スクリーニングをオーダーしてほしいと求める一方で、子には検査の目的を知らせないでほしいと要求する場合；児童のはっきりしない自傷の訴えにより、児童精神科医が、患者が安全な状態であるかどうか不安を感じる場合；ある児童に関する、漏洩すれば患者自身にとって不利益となるおそれのある情報を、当局から合法的かつ適正に提出することが要求される場合です。児童精神科医がみずからの不安に目をつぶることなく意識的に注意を向ければ、この不安感を、倫理的ジレンマの存在を認識し明瞭的に洞察するための、重要なヒントとして、活用することができます。

倫理的推論の過程は、一貫したパターンに従って進められます。倫理は「道徳的な直観と道徳的な選択に関する、規律に従った内省の試み」(Veatch, 1989)であるため、おそらくこの過程で最も重要なステップは、まず倫理的葛藤が存在することに気づき、その倫理的葛藤への対応が必要であると認識することです。一般的に、このような認識は、児童精神科医が感じる不安や恐怖といったほぼ瞬間的な感情的反応に続いて生じます。そしてさらに、問題から逃げたい、あるいはそれを解決する責任を同僚に押しつけないという束の間の願望が生じます。こうした反応は、介入として考えられる選択肢の中に、際立って他より優れたものがなく、可能な選択肢すべてに本質的に問題があることが認識された後に生じます。これらの「未熟な」反応が過ぎ去るとすぐに、問題を合理的に検討することが児童精神科医の義務となります。その際、いくつかのアプローチが役立ちます。即座に行動する必要のある極端な状況以外では、児童精神科医は時間をとって、みずからに問いかけ、情報を得て、最終的な臨床または管理上の選択をすぐに行わないようにすべきです。精神科医は、みずからが推論の過程で用いる個人的価値観について内省的に考えることが求められます。みずからについての問いかけによって、ジレンマに直面した時に行う内省に、児童精神科医自らの養育・教育に関する職業外の個人的経験が良かれ悪しかれ影響していることに気づけるかもしれません。3つ目に、同僚に相談するのが役に立つことが多々あります。問題となっている事柄が児童精神科医自身になじみがない問題であったとしても、同僚が既に経験していたり、専門文献で取り扱われていたりするかも知れません。さらに、患者や他の関連する当事者に、結果に対する責任の一端を担ってもらえるように、倫理的葛藤に関する話し合いに参加してもらうことが役に立つと考えられます。最後に、上記の戦略を用いた後、児童精神科医は、該当する選択肢と生じる結果を検討しながら、そのすべてについてリスク便益分析を行う必要があります。上記の4項目の中心的な倫理原則と、児童精神科医の国内および国際的な倫理規定によって提供されるガイドラインが、最終的な行動を選択するために役立ちます。この解決法は多くの場合、結果として最も害が少ないものであることがわかりますが、表面的には必ずしも最適なものとは見えない場合があります。

倫理的推論の過程は、一貫したパターンに従って進められます。…この解決法は最も害が少ないにもかかわらず、一見すると最適でないように見えることがしばしばあります。

安全

—「まず害するなかれ (Primum non nocere)」。これは、適切な医療行為の基本的原則です (Smith, 2005)。この原則を精神科診療に当てはめると、児童精神科医の最も重要な関心事は児童 (患者) の安全であることがわかります。例えば、最近自殺企図^{じさつきと}を行い自殺念慮^{じさつねんりよ}が持続しているうつ病の児童にとっては、たとえその子の自律と移動の自由が実際、実質的に侵害されるとしても、綿密で継続的な管理を行う精神科施設で治療を受けることが最善の措置になります。うつ病であっても自殺念慮のない児童の場合は、家族と自宅で生活しながら、外来でケアを受けることが有益であると考えられます。いずれの状況においても、安全を最優先として対処しなければなりません。健康な状態に対して生じうる脅威には差異があり、治療が行われる環境は異なってきます。ちなみに、倫理的な児童精神科診療を行うために、医師は、児童の権利の侵害を最小限に抑えるために、医師みずからが属する法域で効力のある、児童が利用可能な法的保護について十分に認識していることが求められます。

背景—文化、歴史、経済

文化が異なれば、同様の行動であっても異なって解釈される可能性があることから、文化的背景が倫理的配慮^{りんりてきはいりよ}において重要な役割を果たす場合があります。例えば米国では、郊外の中流家庭に住む成人が、もし話し方が不明瞭で支離滅裂になった場合、以前にも同様の精神症状で入院したことがあるならば、家族の要請によって再入院させられる可能性があります。その一方で、同じくらいの年齢の人であっても、農村部のキリスト教原理主義の教会で同じ行動を取っても「神秘体験を語っている」と解釈されるため、仲間の礼拝者から宗教的な歓迎と支持の反応を受けることになるでしょう。また同様に、先進国にある「進歩的な」学校では、教師の挑発的な主張に対して異議を唱える発言をする児童は、その行動に対して喝采を受けると考えられます。その一方で、通常は女兒には教育を受ける権利がないとされる伝統的な部族において生活している生徒が、そうした教育を求めて年長者に楯突けば、おそらく、手に負えないとか、しつけに問題があるとか、あるいは精神的に異常があるなどとみなされることになるでしょう (Robertson et al, 2004)。これらの例は、児童精神科医には、背景に関する認識、すなわち「文化適合性」(Bass et al, 2007; DeJong & Van Ommeren, 2005; Kirmayer & Minas, 2000)を、みずからの臨床的検討において考慮する倫理的義務^{りんりてきぎむ}があることを示しています。同様に、どのような資源がどの程度利用可能であるのかが重要となる場合が多くあります。例えば、資源が限られている環境では、支援が養育・保護に限定されているにもかかわらず、脳に損傷を負った子どもを施設に収容することが寛大な対応であると考えられるかもしれません。一方、より裕福な環境では、多様な教育用・娯楽用の、また対人関係を促進する多様な資源を提供しながら、同時に児童が家族と自宅で同居できるようにすることが可能でしょう。いずれの場合も、倫理的に最適な介入が用いられていますが、利用できる資源によって、異なる

る選択が決定されています。

精神医学の歴史に関する知識もまた、倫理的な検討における重要な因子です。過去 100 年あまりの間に、精神医学においてさまざまな大規模な精神医学的運動が強い影響力をもって行われてきました。折々の時点で、精神分析理論、身体的治療（電気けいれん治療、インスリンショック、精神外科など）、薬物療法、地域精神医学、システム理論、施設収容、脱施設化、またさまざまな心理療法が、普及したものもあれば一時的に存在したものも含め（集団療法、家族療法、認知行動療法、プライマルスクリーム療法、環境療法など）、認知度あるいは他の方法に対する優位性を競ってきました。単独療法の支持者の意見にもかかわらず、しばしば、同時に提案されるいくつかの方法を統合することが、最も有効となります（The MTA Cooperative Group, 1999 ; March et al, 2004）。児童青年精神医学の科学的発展にみられる最近の変化によって、現在は、分子レベルの影響および分子と環境との相互作用の性質に対して、強い関心が向けられています（Rutter, 2010）。国の経済システムも変化しています。ケアに対する公的および民間の資金提供は、例えば両セクターにより提供される医療保険や、診療所および医療プログラムへの支払いも含めて、国内でも国外でも時代とともに変化しています。これらの変化は、児童における精神医療のニーズにとって利用可能な資源に絶えず影響を及ぼし、したがって倫理的な検討内容にも影響します。緩やかなまたは突然の経済的变化によって、根本的な倫理的推論のアプローチが変化することはありませんが、児童精神科医が利用することのできる臨床的な検討内容および選択肢の幅や範囲は影響を受けることになります。

倫理学—包括的な視点と個別の視点

倫理的ジレンマに関する議論は、通常、臨床医が個々の児童および／または家族のケアにおいて遭遇する状況に焦点が当てられます。医師にとっては一症例に専念して考えることは比較的やすいことです。しかし、倫理的思考を用いると、普遍的な事柄が対象となってくるため、順番としてはまず包括的な視点から児童に関する考察を行うことが適切です。さまざまな国で実施された研究から、精神障害の有病率は児童集団では 5～20%であることが示されています（Giel et al, 1981 ; Malhotra, 1995 ; Patel et al, 2007）。多くの児童が、住む場所を失った難民（Forbes, 1992）またはホームレス（Raffaelli & Larson, 1999）として生活しており、また親がエイズによって死亡したために孤児となり（UNICEF, 2000）、身体的または性的虐待の被害に遭っています。質の高い疫学研究によって、これらの児童のうちのかなりの人数が、ストレス関連の、あるいは抑うつ、不安に起因する種々の症状に苦しんでいることが明らかになっています。このような児童の大半は精神保健に習熟した担当者がほとんど存在しない社会資源の少ない国で生活しています。児童精神医療の専門家が教師やプライマリケア担当者に、食料、精神保健、ライフスキルのトレーニングをすることによって子どものニーズに対応することは、倫理的観点から、子どもたちと、しばしばうつ病を抱えるその母

親にとっても最も有益なアプローチであることはほぼ間違いないことです。

(Fombonne, 2005 ; Graham & Orley, 1999 ; Lewis et al, 2001 ; Omigbodun, 2008)。

発展途上国では支援が必要な子どもが多く、児童精神医療のニーズは極めて大きくなります。しかし、世界中の児童精神科医の活動は、主に先進国に偏っている傾向があります。児童精神科医が直面する倫理的ジレンマは、一人の児童へのケア提供を背景として生じる場合が最も多いのですが、他方でジレンマそのものは普遍的なものであり、国による区別はありません。評価（アセスメント）・診断・治療の問題、賛意（アセント）／同意（コンセント）／不同意、親子の対立、秘密保持、代理権、医師の責任、境界、権利擁護は、検討に値する多くの事柄の一部にすぎません。

評価と診断

1980年に米国精神医学会の『精神疾患の診断・統計マニュアル』第3版（DSM-III）が登場するまで、米国の精神科診断は多くの場合、精神分析的な考え方、すなわち無意識の心理的過程の混乱から生じたとされる障害が病因となっていたとする考えに基づいていました。これらの診断は理論的な構成概念に基づいており、観察された現象に基づく合意によるものではなかったことから、当時の医師による患者の診断は対立することがよくありました。さらに、「障害」という概念そのものが、診断を確定するための生物学的検査が存在しない（例えば、糖尿病に伴う血糖値上昇；心筋梗塞に伴うトロポニン上昇、心筋酵素上昇、特異的な心電図波形とは対照的に）ため、「見る人次第」ではないかという懸念が生じました。例えば、児童の破壊的行動は、診察者が異なれば、正常範囲内の変化、反抗性障害または素行障害による症状、あるいはストレス因に対する反応であるとみなされる可能性があります。明確に規定された診断基準を用いても、良心的な臨床医の間で診断の不一致が生じ、診断過程および「疾患」の正確な定義における基本原理に対する疑問が生まれることがあります（Pies, 2007）。1980年代以前における精神科診断への信頼の欠如と、低い診断一致率は、「レッテル貼り」への恐怖と精神疾患に伴う優勢なスティグマとがあいまって、「診断におけるニヒリズム（diagnostic nihilism）」を主張する支持者を相当数生み出しました。加えて、精神疾患の診断が政治目的で悪用されること（例えば旧ソビエト連邦では、政権に反対する政敵をその意思に反して強制的に入院させ、治療するために、「ものぐさ統合失調症（sluggish schizophrenia）」という新しい診断名が作り出され、用いられました）によって生まれた非難から、世界的規模で、診断に関するはるかに厳密なコンセンサスが必要であることが強調されました（Wilkinson, 1986）。

しかし、この30年間で、観察された現象を分類するための厳密さを増しつつあるアプローチについて、精神医学研究者らのコンセンサスに基づく取り決めが行われてきました。こうした動きを受けて、より綿密に定義された診断カテゴリーが生み出されています。国際疾病分類（ICD）の各版と、DSMのその後の各版を

作成しているコンサルタント間の密接な協力が常例となっており、これら2つの「公式」版の精神科診断の間にはかなりの適合性が生まれています (Sartorius et al, 1993)。このように、診断過程に変化が起こり、多国間研究に協力している研究者たちは、自国以外の被験者も同一の選択・除外基準を満たしていると、より安心して想定するようになっていきます。ただし、文化に関連した変数に対する感度が不十分であることについては、依然として注意が必要です (Belfer & Eisenbruch, 2007 ; Van Ommeren, 2003)。

厳密な診断基準により、具体的な診断に合わせた治療の開発が可能になります。このような形で、患者のために用いられた場合、この診断過程は明らかに基本的な倫理原則を満たしています。しかし、「レッテル貼り」やスティグマといった起こりうる問題は、依然として児童にとって害をもたらすと考えられます (Pescosolido et al, 2007)。医師は、診断に関わる情報が身近な家族以外の人々どのように悪用されるかに対して、制御することも影響を及ぼすこともほとんどできません。現代のような電子的に情報が伝達される時代では特に、診断は理論上、ある個人に「永遠に」付いてまわる可能性があり、文明化の程度が低い社会では、精神科の診断を下された児童が恐れられるようになり、低く評価されることもありえます。最終的に、患者の状態を改善するために正確な評価と診断を行うこと、文書資料の秘密を守るための手続きを遵守すること、そして地域社会に対して、精神障害の有病率、的確な予後の見立て、治療の効果、家族および地域の支援の必要性に関する教育を行う上で手を貸すことは、児童精神科医の責任です (Rosen et al, 2000 ; Thara et al, 2001)。

近年、米国では小児自閉症と双極性障害の発生率が著しく上昇しています。これらの上昇はいずれも、より綿密な調査と、これらの障害の診断上の定義における大幅な拡張が結び付いたことによるものと考えられますが、このような変化は、科学の進歩には必ず苦闘、論争、衝突や誤りが伴っていることを思い起こさせます (Angell, 2011 ; Carey, 2007 ; Kim et al, 2011 ; Moreno et al, 2007)。定義の提案および改訂の過程で、誤って診断を受ける児童がいる一方で、拡張された基準から恩恵を受ける児童もいるかもしれません。加えて、国際的な領域における小児の注意欠如・多動症 (ADHD) および双極性障害の診断に関する認識の高まりは、部分的には製薬会社によって促進された、専門教育の強化と、医師たちがこれらの障害に対してより鋭敏になってきたことに関連していると考えられます。製薬会社の取り組みは、これまで発見されなかったものの、かなりの数に上る罹患児童に恩恵をもたらそうという願いが背景にあるのかもしれませんが。企業は、新しく生まれた市場で関連する医薬品の販売によって金銭的利益を得る立場にあるということも、もっともな要因です。最終的に、正確かつ慎重に診断業務を遂行することが、児童精神科医の責務なのです。児童精神科医は、診断過程に関わる可能性のあるさまざまな影響に留意すべきであり、その際に、みずからの取り組みが児童患者の近い将来に、そしておそらくは遠い未来に重大な影響を及ぼすことになる、という自覚をもち続けなければなりません。

児童精神科医は、診断過程に関わる可能性のあるさまざまな影響を留意すべきであり、その際に、みずからの取り組みが児童患者の近い将来に、そしておそらくは遠い未来に重大な影響を及ぼすことになる、という自覚をもち続けなければなりません。



2006年12月にマサチューセッツ州ハルにおいてレベッカ・ライリーが死亡した当時、この4歳女児のような未就学児を双極性障害^{そうきょくせいしょうがい}または注意欠如・多動症^{ちゅういけつじょ たどうしょう}と診断できるのかを、米国そして世界中の小児科医と精神科医が議論し、訴訟で和解する際、医療センターの被告人は、精神科医によって処方された薬剤と、市販されている治療薬の過量摂取によって4歳で死亡したレベッカの遺族に250万ドルを支払うことに同意しました（Baker, 2011）。

「レベッカは... [双極性障害^{そうきょくせいしょうがい}] と診断されたときにまだ非常に幼く、わずか2歳半であった」。 「レベッカは、成人の双極性障害^{そうきょくせいしょうがい}の治療に用いられる薬剤である抗精神病薬と、多動児^{たどうじ}の睡眠の補助に用いられることのある血圧の薬を処方された」。 「10代に満たない児童の診断をめぐっては、精神医学上の論争がある。6歳未満の児童に関する科学的研究は実質的に皆無である」(Goldberg, 2007)。

治療—身体および言語

適切な診断過程に続いて、適応がある場合には、それぞれの児童に対して治療を行われなければなりません。予防の取り組みについてはここでは述べませんが、最新の精神医学的知見の基盤は、身体的治療、心理療法、あるいはそれらの両方（多くの場合にそれが理想とされる）を提供することに限られます。しかし、提供される治療は多くの場合、場所、周囲の文化、資源の利用可能性、医師の知識によって制限を受けます。医師にとっては、利用可能な資源、ケアを提供される患者の心理的な柔軟性または硬直性の程度、ケアが提供されなかった場合に児童に生じるおそれのある害、そして医師自身の知識の限界を認識しておくことが義務となります。最後にあげた医師自身の知識については、専門の医師に相談することや、おそらくは彼らの協力を得ることによって対処するのが最善です。

エビデンスに基づく医療が、提供された治療の前提として機能すべきですが、児童に焦点を当てた詳細な研究は不足しているため、エビデンスの範囲は限られています。研究では、特定の化学的分類の薬剤が特定の障害に有用であることが示されています。例えば、注意欠如・多動症^{ちゅういけつじょ たどうしょう}に対する中枢神経刺激薬^{ちゅうすうしんけい しげきやく}、双極性障害^{そうきょくせいしょうがい}に対する気分安定薬^{きぶんあんていやく}、うつ病^{うつびょう}と強迫症^{きょうはくしょう}に対する選択的セロトニン再取り込み阻害薬^{せんたくてき}が有用とされています。こうした障害と治療の組み合わせは、ある種の心理療法のアプローチにも同様に当てはまります。例えば、恐怖症^{きょうふしょう}に対する認知行動療法^{にんちこうどうりょうほう}、重度の自殺企図^{じさつきつと}／念慮^{ねんりょ}に対する入院治療^{にんちんちりょう}などがそうです。しかし、個々の児童に合わせた治療や複数の治療の組み合わせが、心理療法の提供においては標準となっています。また多くの場合、治療は文化と場所に依存するもので

あることが判明しています。資源の豊富な3カ国における注意欠如・多動症の診断と治療に関する最近の研究がそのよい一例であり、疾患発生率、疾患重症度の考え方、また治療法に関して各国間に大きな違いが見出されました (Hinshaw et al, 2011)。その他の研究では、向精神薬と心理療法の両方を併用して提供した場合に、一方のみを提供した場合と比べて利益が増加することを強く示唆する結果が得られましたが、これら2つの治療を提供する能力は、利用できる資源と人員が存在することを条件としています (The MTA Cooperative Group, 1999 ; March et al, 2004)。

身体的治療や心理療法への倫理的な関心事が、実際には両方に同じジレンマがあてはまるにもかかわらず、まるで別のジレンマをもたらすかのように語られることがまれではありません。これらの治療はそれぞれに、利益または害をもたらす可能性があります。いずれかまたは両方を選択する前に、リスク便益分析を行う必要があります。身体的治療にしても心理療法にしても、臨床医が決定権を不必要に行使する可能性はつきものです。いずれかの治療の不適切な提供により、容易に害がもたらされるおそれがあります。向精神薬、電気けいれん療法、サプリメント療法または「自然」医療はどれも、発達中の脳の構造、脳の神経伝達物質受容体の複合体や、その他の身体器官系に直接影響を及ぼす可能性があります。より早期に起こりうる副作用は十分に認識されていますが、長期的な悪影響が引き起こされる可能性については不明です。同様に、有効なまたは不十分な心理療法は、明らかな肯定的または否定的な短期の心理的影響を及ぼす可能性がある一方、体験の認知的組み込みを用いる心理機能への長期的影響は、判断が困難です。

児童精神科の診療においては、該当する小児対象の研究が少ないために、薬剤の適応外処方がよく行われます (Baldwin & Kosky, 2007 ; Bucheler et al, 2002 ; Efron et al, 2003 ; Hugtenburg et al, 2005)。その結果として便益または害が生じる可能性には不確実性が伴い、予測できません。例として、注意欠如・多動症の第二選択治療として用いられる α 作動薬、重度の破壊的行動症状の治療に用いられる神経遮断薬、診断される患者数が近年大幅に増加している小児双極性障害の治療におけるリチウム・抗てんかん薬・神経遮断薬の使用などがあげられます。同様に言語や環境を利用する治療における差し支えや取り掛かりの実例として、以下の様なものがあります。—— 一連の障害に対して単一の精神療法を用いること、心理療法の訓練の重要性が低下した (Tucker et al, 2009) ために心理療法の提供が難しくなったこと、個々の患者を家庭よりも重視することや逆に家族を個々の患者よりも重視すること、たとえ身体拘束が文化的に認められる状況であったとしても構造化された抑制法ではなく身体拘束を採用すること——。これらは一部の児童に有害な影響を及ぼす一方で、他の児童には有益となるかもしれません。技術革新と責任は訓練の絶え間ない進歩と治療選択肢の拡大を強調するものであるため、知識の基盤を付け加えることによってこの分野の発展に寄与します。同時に、この職業の専門性の限界と、診断および治療が全能であるという傲慢を抑制する必要性を明らかにしています。

適応外処方

適応外処方とは、適切な規制当局 (米国食品医薬品局、欧州医学品庁など) により公式に承認されていない疾患または年齢層に薬剤を処方すること、または公式に承認されていない投与形態 (経口、非経口など) を用いることを意味します。これは国ごとに異なる場合があります。児童精神科の診療においては、該当する小児対象の研究が少ないために、薬剤の適応外処方がよく行われます。その結果として利益または害が生じる可能性には不確実性が伴い、予測できません。

診断された精神疾患に対する治療に加えて、予防的な治療アプローチについてここでコメントしておく必要があります (Layne et al, 2008 ; Sanders, 2002 ; Silverman et al, 2008)。児童の心的外傷^{しんてきがいしやう}ストレス障害^{しやうがい}の治療については多数の研究で述べられている一方で、ストレス免疫訓練^{めんえきくんれん} (stress inoculation) という治療法が考案されました。これは、ストレスを誘発することが予期される状況が生じる前にそうした状況を再現することによって、心的外傷^{しんてきがいしやう}後のストレス反応を防ぐことを目的としています。これまでの研究では、過去に心的外傷^{しんてきがいしやう}を経験した児童のグループにおいて、ストレス免疫訓練^{めんえきくんれん}の目標として集団レベルで回復力と心理的な強さを育むことを掲げて、児童精神科医やその他の精神保健専門家の指導のもとで教師が実施する集団介入が報告されています (Wolmer et al, 2003)。これらの研究では、倫理的な懸念、すなわち、治療効果があると推測される介入が対照群の生徒では差し控えられることに対する懸念がある一方で、教育者の訓練に児童精神医学が関与することで、治療を受ける子どもに明らかに利益がもたらされたと考えられます。予防効果および治療効果が見込まれる取り組みをこのような形式で行った場合には、事後的な1対1のケアにおいて集団方式のケアによらない影響を受ける場合よりも、利益を受ける児童が多くなる可能性があります。このアプローチは、社会的公正という倫理原則に沿うものです。つまり、多数の児童に、基本的に平等に利益をもたらすものです。さらに、児童患者に対するこのようなケアは、ケアの公衆衛生モデルの基礎にある倫理的^{りんりてきしこう}思考が、個人へのケア提供という比較的古い視点とは明確に異なることを示してもいます。

賛意 (アセント)、同意 (コンセント)、不同意および代理権

評価・診断・治療は、緊急事態の場合を除いて、児童の賛意 (アセント) と親／保護者の同意 (コンセント) を得た上でのみ実施すべきです。多くの国の法制度では、児童と成人の知的能力の間には区別が設けられていますが、各段階を区別するために定義されている暦年齢は、法域間、もしくは国内でさえもそれぞれ異なる場合があります。成人は、自身に関する決定、および第一義的な保護責任をもつと指定されている人物に関する決定を下す能力をもつ人々と定義されます。したがって、成人のみが、自身の保護下にある児童の治療に同意 (コンセント) することができます (Macbeth, 2002)。法的な定義によれば、児童は同意を行うために必要な能力が不足しているとみなされますが、賛意 (アセント) または不同意を表明する心理的能力はもっています (United Nations Centre for Human Rights, 1990)。ただし、意味のある賛意 (アセント) を評価する方法については、疑問の余地があります (Koelsch & Fegert, 2010)。親がわが子の治療を望み、子どもが賛意 (アセント) を表明した場合には、精神科診療は通常、問題なく先に進められます。しかし、治療の必要性に関して、親／保護者と児童の対立があることはまれではなく、一般的に親がその必要性を主張しても、児童の方が抵抗したりまたは全く拒否したりすることがあります。児童の安全という問題と比べるとその他すべての検討事項が小さく見えてしまうことは広く理解されているため、児童の

自律性を無効にする可能性のある職業的決定が支持されます。典型的なシナリオとして、自殺念慮のある子ども、または身体的・精神的に衰弱した摂食障害の青年が、みずからの希望に反して精神科に入院させられる例などがあげられます。

問題を呈している児童の情緒的発達と認知的成熟の程度を常に考慮することは、児童精神科医の義務と言えます。例えば、頻繁に学校で身体的暴力行為をはたらく反抗的な8歳児が、意思に反して、精神科の診察を受けるために親に連れてこられるかもしれません。一方、宗教的儀式に参加することを拒んで親を動揺させる17歳の女子には、専門の診療は必要ないと考えられ、むしろ、彼女が自身に提案された精神科診察への参加に同意しなかったことは、尊重と敬意に値すると考えられるでしょう。つまり、子どもの自律的な意思決定能力に対して払うべき尊重の程度を比較検討する際には、その子の暦年齢、認知的および情緒的成熟の度合い、そしてその子の安全に関する懸念について、評価を行うことが必要です。これらを検討しておくことが、臨床状況に対する最も有益なアプローチを選択するという児童精神科医の目的に役立つことになるのです。(ちなみに、精神医学的研究に被験者として参加する可能性のある児童に関して、同様の配慮が広く行われていることに注意が必要です。この問題については、後述の研究の項で論じます。)

児童精神科医はしばしば、臨床的帰結に関わるさまざまな関係者からの依頼や要望に対応します。例えば、司法制度の規定により精神科施設に入院させられるまで養護施設で生活していた少年犯罪者に対してケアを提供する児童精神科医は、関与する裁判所、社会福祉機関、病院および居住型療養施設(児童養護施設、心理治療施設など)、加害児童とその実親の家族および里親の家族からの問い合わせや要求に対応することになると考えられます。多くの場合、各機関には、それぞれに異なる、場合によっては相反する目標や目的があります。児童精神科医は、すべての関係機関に対してある程度の責任を感じると考えられます。これを倫理的に言うと、精神科医は代理権の危機を経験するかもしれません。つまり、これらのうちどの組織に従う義務があるのかと疑問を抱く可能性があります。最終的には、忠実の原理原則と概念は、児童精神科医の主要な責任と義務として、その子にとって最善または最も害の少ない結果を追求し、患者の権利擁護に取り組むことを求めるのです。多くの場合、そのような結果を得るには、児童精神科医がさまざまな利害関係者間のコミュニケーションを促進し、場合によっては関係者間の調停を行うことが必要です。しかし、児童精神科医の主要な倫理的義務は、患者の利益を擁護することにあるのです。

親や国家は、きわめて権威主義的な姿勢で定期的に関与してきます。家族レベルの実例としては、家族の機能不全を子どものせいにし、家族療法を受けることを拒否し、最終的に子どもを全寮制の学校に入れることで「問題を解決」してこうした状況を解消してしまう親があげられます(Salinger, 1951)。巨視的な地域レベルの実例としては、「不安定な」精神障害者を含む多数の住民を見知らぬ場所に

同意の年齢

多くの国において、成年は18歳です(ただし14~21歳の幅があります)。成年とは、未成年がもはや児童とみなされなくなり(そして親の責任が終わり)、みずからの人格と行動をコントロールすると法によって見なされる時点です。しかし、国によっては(オーストラリア、英国など)、未成年(18歳未満)が、16歳またはもっと早くから、治療に同意し、研究に参加することができます(「成熟した未成年」)。Chapter J.3も参照してください。

追放し、市民には公共の安全に対する脅威であると説明する市当局があげられます (Spegele, 2011)。いずれの例においても、比較的侵害されやすい個人の自律性が無視されています。もちろん、児童精神科医の管理能力を超える力も存在しますが、児童精神科医は権利擁護者として、小規模な患者集団に対しても大規模な患者集団に対しても、個人の選択を尊重しかつ臨床的により良い結果を生み出す可能性が高い介入について、専門的に言及することができるのです。

秘密保持

通常、人々は秘密保持の権利を与えられています。これには、自らの個人情報の所有権を管理することが含まれます。そのような情報を診察や治療の場で医師が知った場合、医師は、その情報を秘匿されるべきものと判断し当該患者（即ち情報の所有者）の許可なく誰にも公開しない、という倫理的 (Winslade, 1978) および法的 (Simon, 1987) な義務を負います。そのような専門家としての行動は、患者の自律を尊重し、意図的な侵害が発生した場合に、直接的には患者に対してまた間接的には治療関係において、容易に生じうる害を回避する (無害) ものです。

しかし、あらゆる状況で秘密を保持することは、本質的に善いことであるとは限りません。そうした考え方に固執する融通の利かない態度は、場合によっては害を及ぼすことがあります。いくつかの問題について検討してみます。第1に、成人と児童の認知能力には差があることから、成人は、児童にとって青年期を通じた継続的な成熟を経なければ到達できない認知的成熟度^{にんちてきせいじゅくど}に達していることが示唆されます。このため、児童は、成人に可能であると推定される理解の幅、すなわち現在の例では、秘密保持の権利とそれらに伴いうる限界に関する確実な理解が、欠けているとみなされます。結果として、同一の推論により、児童が治療に法的に同意 (コンセント) を与えることができないのと同じ理由で、その成人の保護者のみが、児童の秘密情報の第三者への公開に同意することができるということになります。第2に、児童の精神科治療は、おそらくは利益をもたらす目的で、親または保護者によって開始されることが最も一般的です。親は自然なこととして、子に関する医師からのフィードバックを求め、みずから治療に直接関与することがあり、わが子に関する情報に、秘密でありうるデータも含めて、アクセスする権利を主張することがしばしばあります。第3に、秘密保持の望ましさおよび有益性に関する理解は、児童における自律の感覚の発達と同時に、徐々に進みます。就学前および学齢初期の児童は、医師が、児童の秘密を保護するという理由で、関連する情報を親に提供しなかった場合、衝撃を受け、動揺する可能性があります。医師がそのようなことをすると、患者の情緒が不安定になることも十分にありえます。児童の成熟に伴ってのみ、児童青年精神科医が、特定のデータを親に漏らさないでほしいという患者の要望に応える場合が多くなります。

通常、情報管理をめぐるそのような親子の争いは、青年期に目立ってきます。青年は親または社会のもつ一般的な姿勢や道徳観と対立する問題や、安全に関する

懸念をもたらす問題を引き起こす場合があります。患者が以下のようなことを述べた場合、児童青年精神科医はどのような理屈で対処すればよいのでしょうか？：学校のコンピュータシステムに侵入したい、禁止されているわいせつ行為を行いたい、違法薬物を試してみたい、門限を破りたい、友人と危険な地域に足を踏み入りたい、危険がある可能性がある秘密の政治活動に携わりたい。そのような例は、医師の臨床的な能力を厳しく試すものであり、患者の自律的な秘密保持の権利を尊重するのか、それとも侵害するのかという内的葛藤に、医師は直面させられます。

いくつかの原則が優先されます。安全への配慮が第一にあげられます。精神科医が、青年が自身または他者にとって危険であるという差し迫った脅威を感じる場合は、患者の生命と環境の安全を維持するために、秘密保持の遵守に背いても、保護者またはその他の保護団体に知らせなければなりません。自殺や殺人の意図または行動に関するそのような明白な表出がない場合、さまざまな程度のリスクの可能性を伴うグレーな状況 (Ponton, 1997) となりますが、そうした場合には、秘密保持の権利の維持または侵害が生じているかについては、(リスク判定の) 不確実性を念頭において、状況を慎重に評価することが求められます。

さらに医師は、秘密保持の権利を遵守するという厳格な規則に囚われないようにすることで、患者に対して最善の支援を提供することができます。むしろ、家族に対するまたは個人に対する治療の開始時において、父権主義的な助言^{ふけんしゅぎてき}によって管理するのではなく「相互の信頼」を治療関係の基礎として採用すれば、秘密情報をどの程度伝達するのか、仮に全て伝達するのであれば誰を介して伝達するのか決定するために、良識、説明、配慮、そして臨床判断を用いることが推奨されます。代理人やその他のケア提供者に伝達される文書資料の性質や内容によっては、児童およびその保護者との協力関係が必要になります。そのような資料が長く保持される可能性があるという懸念 (Alessi, 2001)、さらには意図せぬ受け取り手に不適切に公開される場合があるという懸念 (Conn, 2001 など) を考慮すると注意が必要であり、これら両方の懸念について患者および保護者と話し合う必要があります。

発展途上国で生活している、または先進国に移住してきた伝統主義的な家族は、子どもの意思を家族または一族の大人たちの目的や願望に合わせる必要性をより重視するため、個々の児童の自律性にあまり注意を払わないという点で、先進国の家族とは対照的な場合があります。したがって、このような家族の場合、児童の秘密保持の権利という考え方は強く批判されることがあります。例えば、「うちの子は言いたいことは何でも私の前でも言えるし、言わないといけません。うちの子と私の間にはお互いに隠しごとはありません」と言われるかもしれません。そのような姿勢に対して、秘密保持の権利を強く主張して直接立ち向かうと、説得は失敗に終わる可能性があります。むしろ、問題となっている情報に関する親の希望を認めながら、個人の自律を尊重することによって生じうる利益を促進

すること、すなわち家族全員の参加を重視するモデルを用いることで、児童にとって最も効果的かつ有益なケアがもたらされる可能性が高くなります。家族によって差があるのとは対照的に、秘密保持の状況に対する精神科医の反応を3カ国で検討した関連研究では、各国の医師の間で有意な差は認められませんでした (Lindenthal et al, 1985)。

研究における倫理

児童は自分で同意承諾をすることができないため、若年者を対象とする研究は特別な倫理的問題をもたらします。留意すべき点として、質の高い研究が実施されることが児童にとって最善の利益をもたらす、という認識が高まりつつあります。若年者への治療の多くは有効性に関する根拠が不足していることが既に明らかにされています。また、成人集団への試験で認められた結果を児童に当てはめることは必ずしも妥当とは言えません。(この問題を回避するために、一部の政府(米国など)は、児童を対象とする研究が実施される場合に金銭的インセンティブ(薬剤の特許有効期間の延長などによる)を提供しています。それでも、若年者を対象とする研究では、不当に利用されるリスクがあるために、倫理原則および倫理要件を厳密に遵守することが求められます。これらの原則は、**ニュルンベルク綱領**(第二次世界大戦後のニュルンベルク裁判の結果として定められた、人体実験に関する研究倫理原則が含まれます)、および**1974年のヘルシンキ宣言**(とくに低所得国や戦争または内戦が続く地域における「国連児童の権利に関する条約」の研究への影響について、本書 Chapter J.7 で少し詳しく説明しています)に付随するさまざまな文書で述べられています。



写真をクリックすると、IACAPAPの倫理的診療に関する宣言にアクセスすることができます。

IACAPAPのベルリン宣言(2004)、すなわち児童と青年の精神保健における倫理の原則(Principles of Ethics in Child and Adolescent Mental Health)(2006年にメルボルンで改訂)では、「被験者になることへのインフォームドコンセントは以下の原則に基づいていなければならない」と述べられています:

- ・ ヒトを対象とする臨床研究は、健康の増進に貢献することが不可欠である。
- ・ 被験者の幸福が、科学および社会の利益よりも優先される。
- ・ 被験者を対象とする研究プロジェクトの実施は、親および法曹関係者の代表を含む独立倫理委員会によって承認された、明確に文書化された提案に基づいていなければならない
- ・ 参加は自発的なものとする。すべての被験者は、圧力や罰、利益の損失を受けることなく、参加を拒否または中止することができる。
- ・ 児童と青年は、被験者になることへのインフォームドコンセントを与える能力をもたない場合がある。しかし、児童、青年から賛意(アセント)を得なければならない。賛意(アセント)については、関与する児童の年齢、成熟度、精神状態を考慮に入れなければならない。児童が賛意(アセント)を表明できない場合は、親または法定代理人からの「代

理人による同意（コンセント）」が必要である。

- ・ インフォームドコンセントには、研究には調査が含まれるという記述と、研究の目的、期間、手順に関する情報が必要である。予見できるリスクおよび随伴する不快感の説明と、研究の結果として期待される被験者への利益の説明が含まれていなければならない。代替的治療について話し合わなければならない。
- ・ 今日、児童に対する向精神薬の処方は大部分が「適応外」である。児童を対象とした薬理学的研究が早急に求められている。児童を対象として薬剤の適切な検討を行い、それらが広く使用される前に有効性を経験的に確立することは、倫理的な義務である。試験によって経験的に有効性が確立されない場合であっても、臨床試験の結果を公表しなければならない。「データが公表されるまで、いかなる臨床試験も終了しない」。

児童を参加者として組み入れた研究は、必ず、適切に構成された倫理審査委員会による審査と承認を受けなければなりません。これは、ほとんどの科学雑誌における掲載の要件でもあります。米国では、連邦規制において、児童を対象とする研究が承認される状況が明記されており、それは研究が以下に該当する場合とされています：

- ・ 最小限のリスクを上回るリスクを伴わない。
- ・ 最小限のリスクを上回るリスクを伴うが、個々の被験者への直接的な利益が見込まれる。この場合、期待される便益によってリスクが正当化され、期待される利益とリスクとの関連が、被験者にとって、利用可能な代替的方法によるものと少なくとも同程度に優れている。
- ・ 最小限のリスクを上回るリスクを伴い、個々の被験者への直接的な利益は見込まれないが、被験者の障害に関して一般化可能な知識をもたらす可能性があり、下記のすべてに該当する場合：
 - リスクが最小限のリスクをわずかに上回る。
 - 介入が、実際のまたは予測される医学、心理、社会、教育の状況に固有の経験と、合理的に釣り合った経験を被験者にもたらす。
 - 介入が、被験者の障害に関して、被験者の状態の理解または改善のためにきわめて重要な、一般化可能な知識をもたらす可能性が高い。
- ・ 児童の健康または幸福に影響を及ぼす深刻な問題を理解、予防、あるいは軽減する機会をもたらす研究で、下記のすべてに該当する場合：
 - 児童の健康または幸福に影響を及ぼす深刻な問題の理解、予防、あるいは軽減を促進する合理的な機会をもたらす。
 - 妥当な倫理原則に従って実施される。

プラセボの使用については、成人よりも児童において大きな議論的となりました。プラセボ対照試験の必要性は認識されていますが、プラセボで参加者に害が及ぶリスクがある場合、または同等の安全性を有する治療が利用できる場合

は、プラセボを使用すべきではありません。

賛意

賛意（アセント）は以下を意味します（米小児科学会生命倫理委員会、1995）：

- ・ 児童がみずからの疾患の性質を発達上適切に理解できるように助けること
- ・ 治療によって予測されること（善いこと、悪いこと）を説明すること
- ・ 児童が不適切な圧力を受けていないかどうかも含めて、状況に対する児童の理解を評価すること
- ・ 治療を受け入れるという児童の意思の表明を求めること

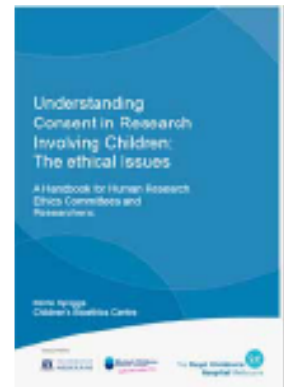
研究への参加において、児童に選択権がなく、拒否または不同意が考慮されない場合に、賛意（アセント）を求めることで選択権を与えているかのように装ってはなりません。児童は、選択権があるかどうかを知る必要があります。賛意（アセント）を求めることは、精神的な害やその他の害から児童を保護します。児童は何が起こるのかを知り、発言権をもち、最終的な意思決定の権限はもたなくても話を聞いてもらうことで、恩恵を受けます。賛意（アセント）を求めることは、児童を1人の人として尊重することでもあります。その一部として、児童が自律性を発達させる機会を提供することが含まれています。しかし、賛意（アセント）だけでは、研究への参加を許可するのに十分ではありません。

不同意

児童が議論または決定に参加する能力をもたない場合でも、児童の反対意見や苦痛を考慮に入れることを意味します。研究目的の試験への参加において、不同意は登録の時点でのみ有効なわけではありません。不同意は、研究からの離脱を望む児童にも適用されます。

親は、研究への参加も含めて、子どもに関する主要な意思決定者です。親や研究者は、児童にとっての最善の利益とは対立する利害関係にあることが知られていますが、親による意思決定は、小児を対象とした研究の倫理を検討するうえできわめて重要な要因です。研究への参加に関する決定においても、児童が関与するのは正当であることも認識されています。賛意（アセント）という倫理的^{りんりてきがいねん}概念は、被験者として採用される児童の意見を取り入れる取り組みにおいて、研究者や親にとって有用な枠組みとなります。賛意（アセント）とは、賛意（アセント）を与える物事について、参加者自身の理解能力が低い場面における同意（コンセント）に相当します。

研究への同意（コンセント）に関する一般的原則は広く受け入れられていますが、



写真をクリックすると、「Understanding Consent in Research Involving Children: The ethical Issues（児童を対象とする研究における同意について理解する：倫理的問題）」にアクセスすることができます。

国によって差異があり、特定の状況では問題がより複雑になります。例えば、オーストラリアと英国では、未成年者が、「理解できるほど十分に成熟」していれば、親の同意（コンセント）を得ることなしに、状況によっては研究に同意（コンセント）することができます。若年者が成熟への発達途上にあり、研究への参加によるリスクが不快感のみであり、研究の目的が若年者に利益をもたらすことであり、親が関与しないことに別の適切な理由がある（例えば、インターネット調査など）場合には、未成年者も同意（コンセント）することができます。さらに、例えば親の同意（コンセント）を求めることが不適切である場合（親がネグレクトまたは虐待を行っている場合など）、または保護者がいない場合などには、親の同意（コンセント）は必ずしも必要ありません（ただし、児童の安全と幸福に責任をもつ別の成人がいる場合には、その成人による同意（コンセント）が必要になる可能性があります）。

困難をもたらさうもう1つの問題は、研究への参加に対して児童に金銭または利益を与えることが許容されるのかどうか、また、許容されるのであれば、どのような状況で認められるのかということです（この問題は、現金または有価物が実費の支給を上回る場合のみ発生します）。謝礼金に関する方針も国によって異なりますが、謝礼によって参加者、または代わりに決定する人物が、深刻なリスクを無視したり、または著しく過小評価したりするようになった場合には、非倫理的とみなされるでしょう。

その他のトピックス

倫理的な考え方は、児童青年精神医学全体としての構造と実践を支えているため、その考察の対象になりうるテーマの範囲は広大です。最も目立つものを取り上げてきましたが、以下に簡潔に論じるトピックについては、さらに詳細な検討の余地があります。

利益相反

近年、第三者の影響がメディアの大きな注目を集めていますが、これは主に、製薬企業が医師への明らかな、あるいはさりげない助成金やその他の勧誘を介して、製品の販売を促進する取り組みに端を発しています（Schowalter, 2008）。そのように外部から影響を及ぼそうとする試みは、医療保険提供者、学校制度担当者、政府機関、保護者、同僚の医師、金融投資家によっても行われます。心のうちで何に対して誠意を示すべきかに迷うことは、個人間の競争意識、人間関係、知的情熱から生じ、公平な判断ではなく偏った判断をもたらす場合があります（Walter et al, 2010）。一般的に、これらの対立は、研究や出版を進める過程において、また個人間でも発生します。いずれの場合も児童精神科医は患者の幸福を、注意を惹こうとするその他の競合する利益よりも優先させる義務を負っています。児童精神科医が対立する衝動を心のうちに経験する場合、透明性を確保し、誠意をもって、通知・開示や自己分析・自己検証を行うことによって対処するのが最善で

す。厳密にチェックする方法は、自身を患者の立場に置き、患者の視点から物事を検討することです (Brewin, 1993)。

利益相反

医療の実践が多様な責務や人間関係からなっているために、利益相反は臨床医にとって避けられないものかもしれません。しかし、競合する利益による影響を受けることが、必ずしも非倫理的であるとはいえません。倫理的な実践を維持することは、そうした競合する利益にどのように対処するかによって決定されます。職業上の基準に関する知識、存在しうる対立の認識、そして適切な開示が、この過程において鍵となるステップです。

精神医学雑誌に報告される研究には、製薬企業から資金提供を受けたものが着実に増加しています。さらに、肯定的な結果が報告される頻度は、資金提供を受けた試験では78%で、資金提供を受けていない試験での48%あるいは競合他社の資金提供を受けた試験での28%よりもはるかに高くなります。(Kelly et al, 2006)。企業の資金提供を受けた研究がどの程度その結果に影響を及ぼすのか、またそのような研究がどの程度信頼できるのかについて、明らかな問題が生じています。

利益相反の問題は医薬品の試験に限られるわけではありません。例えば、1998年にLancet誌に、自閉症と麻疹・流行性耳下腺炎・風疹(MMR)ワクチンとの関連を示唆する研究が掲載されました。この報告は世界中に衝撃を与えるとともに、親と医師に恐怖を引き起こしました。結果として、英国ではその後5年間でMMRワクチン接種率が10%低下した一方、麻疹患者がほぼ4倍に増加しました。その後あるジャーナリストが明らかにしたところによれば、この研究の筆頭著者が法律扶助委員会から、かなりの高額で、ワクチンによる害を受けたと主張された児童の親による訴訟を支持するのに証拠が十分かどうかの判定を委託されていたという事実が開示されていませんでした。Lancet誌は後にこの論文を撤回し、英国医学評議会は筆頭著者から診療資格を剥奪しました。その後の研究により、ワクチンと自閉症の関連は決定的に否定されました (Demicheli et al, 2005)。

*2018年12月版のICMJEでは下記の4要件を満たす人が著者と定義されています。

1. 研究の構想またはデザイン、あるいは研究データの取得、解析、または解釈に実質的に貢献した。
さらに
2. 論文を起草したか、また重要な知的内容について批評的な推敲を行った。さらに
3. 出版原稿の最終承認を行った。さらに
4. 研究のあらゆる部分について、その正確性または公正性に関する疑義が適切に調査され、解決されることを保証し、研究のすべての側面に対して説明責任を負うことに同意した。

<http://www.icmje.org/recommendations/browse/roles-and-responsibilities/defining-the-role-of-authors-and-contributors.html>

著者の資格

医学雑誌編集者国際委員会(ICMJE)(2006)は、著者の資格は以下の基準すべてを満たしていなければならないと説明しています*：

- ・ 研究の構成と設計、データ取得、またはデータの解析・解釈に対して実質的な貢献を行っている
- ・ 原稿の起草または批判的な修正に携わっている
- ・ 最終稿の承認を行っている

「ゲスト」「名誉」あるいは「ギフト」というオーサーシップはすべて、非倫理的であるとみなされます。ゲスト著者とは、査読者に影響を与える目的で、あるいは何らかの利益または専門上の好意を得る目的で、意図的に著者として記載されている人物です。

教育、訓練、および実施

医療倫理の教育は、医師研修の認定機関によって義務付けられています (Dingle & Stuber, 2008)。一般的に取り上げられるテーマは、^{けんりようご}権利擁護、同意 (コンセント) / 賛意 (アセント)、代理権、自律、研究に関する懸念、境界、秘密保持、医療提供者と企業との業務上の関係、倫理と法の間関係および区別などです (Sondheimer, 1998)。各医師には、児童青年精神医学の国内倫理規定について検討することが推奨されます。倫理的ジレンマに直面した児童精神科医が相談できるのは、倫理委員会、施設内審査委員会、州または国の医師認定機関、倫理の専門知識を有する人々などです。しばしば、倫理的な性格をもつ苦情が、患者の家族から、またはまれには同僚から、診療を行う医師に対して申し立てられます。そのような苦情については、倫理の専門知識を有する人々や委員会に相談すべきであり、それらの人々や組織から、その後の段階へと進めるための最善の方法について助言を得ることができます。

運営

児童青年精神科医は、個々の患者の治療を行います。また、入院病棟および外来診療室、病院、居住型療養施設の管理を行い、小規模および大規模な研究事業の責任を負い、規模の幅がきわめて広い特定の人口統計学的集団を対象とする診療を計画します。これらの役割において、精神科医は、間接的ではあるものの、患者と職員の福利と労働条件に責任を負います。こうした管理を担う児童精神科医は、程度の差こそあれ、以下のような事柄に対する責任を負うこととなります：予算編成、さまざまなサービスの必要性の決定、従業員に対する資格および特権の付与、権限の明確な線引きによる円滑な管理過程の構築、医療記録やその他の管理記録の確実な文書化、臨床試験 (治験) に関わるすべてのこと (被験者の募集、同意 [コンセント] の取得、秘密の保護、データの収集と解析、結果の公表など) (Sondheimer, 2010)。これらの活動領域において、^{りんりてきもんだい}倫理的問題がしばしば発生します。施設または政府の限られた財源の中で、新たな臨床業務が別の業務にマイナスの影響を及ぼしそうな場合に、どのようにして資金を調達すればよいのでしょうか？ 組織内のプロトコールに対する遵守度が著しく異なる個々の職員に、どのように対応すればよいのでしょうか？ 施設内審査委員会の一部の委員が他の委員よりも研究の提案に好意的であると考えられるとき、どのようにアプローチすればよいのでしょうか？ ^{りんりてきすいろん}倫理的推論の過程が、対立の解決に役立ちます。多くの場合、(分配における) 公正の原則に焦点を合わせることが、困難な選択肢の間の対立を解決するのに役立ちます (Sabin & Daniels, 1994)。

最近における新たな懸念

ゲノミクス

過去 20 年間に、遺伝情報に関する知識が爆発的に増加しており、児童の全 DNA 配列を解読する可能性が生まれています。特定の^{いでんしはいれつ}遺伝子配列と精神障害との関連を検討するために、多大な労力が費やされています。これまで得られた結果から

は一貫した知見はまだ得られていませんが、継続的な研究によって将来的に、利用可能な結果が生み出され、診断用語が変更され、遺伝子治療が導入される可能性があります。新たな技術によって生じる、これまでよりさらに綿密な検討を要する倫理的懸念としては、秘密保持、賛意（アセント）／同意（コンセント）、疾患の存在を知る権利または知らないでいる権利、障害に関するスクリーニングを認可するかしないか、疾患発症の予測などがあげられます（Appelbaum, 2004）。

精神疾患の前駆症状

分子レベルのゲノミクスにより最終的に精神疾患発症が予測される可能性があることと同様に、家系図の調査と臨床的観察から、統合失調症を発症するリスクがある青年集団を対象とする治療介入の研究が行われています（McGorry et al, 2009）。同様に、双極性障害の定義の拡大によって、すでに取り上げた通り、きわめて低年齢の児童が気分安定薬を投与される事態になっています。こうした予防の取り組みは、理論上、重篤な精神疾患の発症やその苦痛を食い止める可能性があることから、一見すると素晴らしいものですが、児童精神医療の領域においては現時点で十分なエビデンスがないことを考えると、これらの取り組みには多くの疑問が拭いきれません（Cornblatt et al, 2001）。疾患発症を予測するうえで信頼度の高いツールはなく、予防的治療の効果を判定することは不可能であり、薬剤（神経遮断薬）を用いた治療介入がもたらす害はおそらく効果よりも大きい可能性があり（とくに、そもそも必要がないと考えられる人に処方された場合）、精神障害を持たない人々にスティグマを負わせるおそれがあります（Frances, 2011）。

ニューロエンハンスメント

正常機能を薬理的に増強することは、関連はありますが、また別の問題をもたらしています。児童精神科医は、疾患または苦痛に対する治療（うつ病に対する抗うつ薬、重度の思考障害に対する神経遮断薬など）を行い、そうして気分、認知、対人関係を改善することで満足しています。診断は通常、診断基準を満たすことに基づきますが、認められる徴候から障害の存在の可能性が示唆されるために下されることもあります。例えば、子どもの学業成績を高めたいと考える親が、子どもがよりいっそう学業に集中できるようにするために、（注意障害の診断基準を緩く適用して）刺激薬を用いた治療を求める場合があります。このような親は不公正な成績向上を求めているのでしょうか？ そのようなやり方は、勤勉や自己改善によって得られる価値を低めることになるのでしょうか？ 児童精神科医は、害が及ぶ可能性、例えば副作用や、補助として用いられる薬剤への初期依存の促進などを考慮するのでしょうか？ あるいは、その児童の成績を向上させることは、その子とより広い社会にとって全体的な有益性をもたらすと考えられるのでしょうか（Farah et al, 2004）？ 処方薬による気分および認知の増強は、人工関節置換術やボトックス注射、あるいは朝にカフェイン入りコーヒーを飲むことで得られる身体および感情機能の改善と異なるものなのでしょうか？ 社会は、身体と精神を区別し、身体を増強することには安心を感じ、精神の場合は不安を

感じるのでしょうか（一方で、競技スポーツにおけるステロイドや「細胞ドーピング」の使用に対して大多数の人が反感を感じていることを、念頭におきましょう）？ ニューロエンハンスメントは、アイデンティティ、自己、自由意思、責任といった問題を前面に押し出すものであり、子どものことを心配する親にとってこうした問題がますます増えることでしょう（Cheung, 2010）。

電子機器、ソーシャルメディアといじめ

初期にはある程度の不安がありました。精神医学は電子技術の世界に巻き込まれました（Huang & Alessi, 1996）。医師と施設は、記録管理、処方、請求書作成、予約、連絡にコンピュータを用い、医療の世界は、マスコミ報道に電子媒体を通して反応します。医師は個人のウェブサイトやブログを作成し、さまざまな電子技術に関して患者による使用と乱用への対処を行っています。これらの新しい技術の世界は、広範な技術革新を導入したあらゆる過去の時代がそうであったように、利用者にプラスの影響とマイナスの影響を及ぼす可能性があります。それらは、古くからの伝統的な倫理基準によって判断するのが最善です。新しい技術がもたらすジレンマは実は同じであり、単に見かけが違ってくるだけなのです。これらの技術は児童精神科医により、日々の管理、教育、研究、臨床診療において試行錯誤的に使用されるだけでなく、患者に特別な利益をもたらします。例えば、人付き合いが苦手でおびえている広汎性発達障害^{こぼんせいはつたつしょうがい}スペクトラムの児童に対して、対面ではなく電子的に他者と関わり合う機会をもたらします（Panyan, 1984）。そのような子どもの多くにとって、これらのコミュニケーションは、安心して関わるといった感覚をもたらし、一部の児童では、後になって連絡相手と直接会うことにつながっています。同様に、多くのコンピュータプログラムが、学習およびコミュニケーション障害の児童に支援を提供しています。

しかし、すべての新技術がそうであるように、そこには悪用される余地もあります。仲間による子どものいじめは何千年にもわたって存在してきた問題ですが、過去の加害者は常に、簡単に特定することができました。しかし、最新技術の出現により、ネット上でのいじめは、無防備で傷つきやすい仲間に匿名で嫌がらせを行うことが可能であり、多くの場合かなりの苦痛を与え、いじめられたまたは「追い出された」子どもが自殺するに至った後でトップ記事になることもあります（Boyd & Marwick, 2011）。予防的介入と事件後の介入が対応として考案されていますが、引き起こされる結果に対する児童の理解における未熟さと、電子的コミュニケーションがもたらす匿名性を考えると、例えば8億人もの加入者をもつ Facebook¹が存在する現代の世界では、これらの悪意ある行動が続くと考えられます。精神医学の倫理により、児童精神科医に求められているのは、上記のような技術の発達とそれに伴う状況の変化と、電子技術が善い目的にも悪い目的にも用いられる可能性について認識すること、また悩んでいる人を擁護しケアする必

¹ 2019年には原文が出版された2012年から更に増加し、25億人の加入者がいると報告されています。

https://about.fb.com/ja/news/2020/01/2019_fourth_quarter_results/

要性や、想定される恩恵と危険について地域社会の教育を行い、関連する学校ベースの介入プログラムの実施を支援する必要性を認識することです。

結論

児童と青年の精神保健専門家は、裕福であろうと貧困であろうと、あるいは中流であろうと、どのような地域または国に居るとしても、同じ責任、すなわち居場所とは関係なく、一般的に最も保護されていない最も脆弱な年齢層である子どもを擁護し、ケアを提供する責任を共有しています。倫理的な配慮、原則、ジレンマに関する考え方は、臨床、管理、研究のいずれの場面で生じたものであっても、やはり場所を問わず変わらないものです。しかし、場所を問わないといっても、所によって利用可能な資源は著しく異なるため、地理的に異なる環境では、倫理的なジレンマに対する解決法が異なります。児童に対して保護と有益な介入を提供するという基本的な倫理目標^{りんりもくひょう}が、児童精神科医にとって社会的・職業的に期待される最も重要な目標であることに変わりはありません。賛意（アセント）、不同意、診断、治療、秘密保持、研究などといった基本的な事柄に焦点を当てるとともに、この分野における最近の進展も取り上げた本章が、国籍を問わず、児童と青年の精神保健に携わる医師に影響を及ぼす倫理的問題^{りんりてきもんだい}について考えるうえで役立つ材料となることを願っています。

REFERENCES

- Alessi N (2001). Information technology and child and adolescent psychiatry. *Behavioral Health Trends*, 13:24-29.
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (2009). *Code of Ethics*.
- American Heritage New Dictionary of Cultural Literacy, 3rd edition (2005). New York: Houghton Mifflin.
- Angell M (2011). The illusions of psychiatry. *New York Review of Books*, 14 July.
- Appelbaum P (2004). Ethical issues in psychiatric genetics. *Journal of Psychiatric Practice*, 10:343-351.
- Aries E (1962). *Centuries of Childhood*. New York: Random House.
- Baker E (2011). Rebecca Riley's estate receives \$2.5M. *Weymouth News*, January 25.
- Baldwin D, Kosky N (2007). Off-label prescribing in psychiatric practice. *Advances in Psychiatric Treatment*, 13:414-422.
- Bass J, Bolton P, Murray L (2007). Do not forget culture when studying mental health. *Lancet*, 369:1302-1313.
- Beauchamp T (2009). The philosophical basis of psychiatric ethics. In S Bloch, S Green (eds) *Psychiatric Ethics*, 4th edition. Oxford: Oxford University Press, pp25-48.
- Belfer M, Eisenbruch M (2007). International child and adolescent mental health. In A Martin, F Volkmar (eds) *Lewis's Child and Adolescent Psychiatry*. Philadelphia: Wolters Kluwer, pp87-101.
- Betancourt T (2011). Attending to the mental health of war-affected children: the need for longitudinal and developmental research perspectives. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 50:323-325.
- Bloch S (2007). Care ethics: what psychiatrists have been waiting for to make sound ethical decisions. *Psychiatric Annals*, 37:787-791.
- Bostic J, Bagnell A (2001). School psychiatric consultation: an organizing framework and empowering techniques. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 10:1-12.
- Boyd D, Marwick A (2011). Bullying as true drama. *New York Times*, 23 September, pA35.
- Brener N, Weist M, Adelman H et al (2007). Mental health and social services: results from the school health policies and programs study. *Journal of School Health*, 77:486-499.
- Brewin T (1993). How much ethics is needed to make a good doctor? *Lancet*, 341:161-163.
- Bucheler R, Schwab M, Morike K et al (2002). Off label prescribing to children in primary care in Germany: retrospective cohort study. *British Medical Journal*, 324:1311-1312.
- Carey B (2007). Bipolar illness soars as a diagnosis for the young. *New York Times*, 4 September.
- Cheung E (2010). Psychiatry in the era of neuroethics. *Psychiatric Times*, 37:35-38.
- Committee on Bioethics of the American Academy of Pediatrics (1995). Informed consent, parental permission, and assent in pediatric practice. *Pediatrics*, 95:314-317.
- Conn J (2001). Jackson Health reports inappropriate access of patient records. 14 June. <http://www.modernhealthcare.com/article/20110614/NEWS>
- Cornblatt B, Lencz T, Kane J (2001). Treatment of the schizophrenia prodrome: is it presently ethical? *Schizophrenia Research*, 51:31-38.
- DeJong J, Van Ommeren M (2005). Mental health services in a multicultural society: interculturalization and its quality surveillance. *Transcultural Psychiatry*, 42:437-456.
- DeMause L (1974). The evolution of childhood. In L DeMause (ed) *The History of Childhood*. New York: Harper & Row.
- Demicheli V, Jefferson T, Rivetti A et al (2005). Vaccines for measles, mumps and rubella in children. Cochrane Database of Systematic Reviews, 4. DOI: 10.1002/14651858.CD004407.pub2
- Dingle A, Stuber M (2008). Ethics education. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 17:187-207.
- Efron D, Hiscock H, Sewell J et al (2003). Prescribing of psychotropic medications for children by Australian paediatricians and child psychiatrists. *Pediatrics*, 111:372-375.
- Enzer N (1985). Ethics in child psychiatry – an overview. In D Schetky, E Benedek (eds) *Emerging Issues in Child Psychiatry and the Law*. New York: Brunner/Mazel.
- Farah M, Illes J, Cook-Deegan R, et al (2004). Neurocognitive enhancement: what can we do and what should we do? *Nature Reviews Neuroscience*, 5:421-425.
- Fombonne E (2005). Developing modern child psychiatry. *World Psychiatry*, 4:156.
- Forbes M (1992). *Refugee Women*. London: Zed Press.
- Frances A (2011). Australia's reckless experiment in early intervention. *Psychiatric Times*, June 8
- Gabbard G, Nadelson C (1995). Professional boundaries in the physician-patient relationship. *Journal of the American Medical Association*, 273:1445-1449.
- Gabbard G, Weiss L, Roberts L et al (2011). *Professionalism in Psychiatry*. Washington DC: American Psychiatric Publishing.
- Giel R, Arango M, Clement C et al (1981). Childhood mental disorders in primary health care: results of observations in four developing countries. *Pediatrics*, 68:677-683.
- Goldberg C (2007). Bipolar labels for children stir concern. *Boston Globe*, February 15.

- Graham P (1999). Ethics and child psychiatry. In S Bloch, P Chodoff, S Green (eds) *Psychiatric Ethics*, 3rd edition. Oxford: Oxford University Press, pp301-315.
- Graham P, Orley J (1999). WHO's activities related to psychosocial aspects of health (including child and adolescent health and development). In G de Girolamo, N Sartorius (eds) *Promoting Mental Health Internationally*. London: Gaskell, pp117-131.
- Hinshaw S, Scheffler R, Fulton B et al (2011). International variation in treatment procedures for ADHD: social context and recent trends. *Psychiatric Services*, 62:459-464.
- Holden E, Santiago R, Manteuffel B et al (2003). Systems of care model demonstration projects: innovation, evaluation, and sustainability. In A Pumariega, N Winters (eds) *Handbook of Child and Adolescent Systems of Care: the New Community Psychiatry*. San Francisco: Jossey-Bass, pp432-459.
- Huang M, Alessi N (1996). The Internet and the future of psychiatry. *American Journal of Psychiatry*, 153:861-869.
- Hugtenburg J, Heerdink E, Tso Y (2005). Psychoactive drug prescribing by Dutch child and adolescent psychiatrists. *Acta Paediatrica*, 94:1484-1487.
- IACAPAP (2006). *Ethics in Child and Adolescent Mental Health*.
- Kelly R, Cohen L, Semple R et al (2006). Relationship between drug company funding and outcomes of clinical psychiatric research. *Psychological Medicine*, 36:1647-1656.
- Kim Y-S, Leventhal B, Koh Y-J et al (2011). Prevalence of autism spectrum disorders in a total population sample. *American Journal of Psychiatry*, 168:904-912.
- Kirmayer L, Minas H (2000). The future of cultural psychiatry: an international perspective. *Canadian Journal of Psychiatry*, 45:438-446.
- Koelsch M, Fegert J (2010). Ethics in child and adolescent psychiatric care: an international perspective. *International Review of Psychiatry*, 22:258-266.
- LaFraniere S, Levin D (2010). Assertive Chinese held in mental wards. *New York Times*. November 11.
- Lambert L (2010). Rebecca Riley murder case puts focus on bipolar disorder and kids. *Patriot Ledger.com*. February 20.
- Layne C, Saltzman W, Poppleton L et al (2008). Effectiveness of a school-based group psychotherapy program for war-exposed adolescents: a randomized control trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 45:1048-1062.
- Leckman J, Leventhal B (2008). A global perspective on child and adolescent mental health. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 49:221-225.
- Lewis O, Sargent J, Friedrich W et al (2001). The impact of social change on child mental health in Eastern Europe. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 10:815-824.
- Lindenthal J, Thomas C, Ghali A (1985). A cross-cultural study of confidentiality. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 20:140-144.
- IACAPAP Textbook of Child and Adolescent Mental Health
- Macbeth J (2002). Legal issues in the treatment of minors. In D Schetky, E Benedek (eds) *Principles and Practice of Child and Adolescent Forensic Psychiatry*. Washington DC: American Psychiatric Publishing, pp309-323.
- Malhotra S (1995). *Study of Psychosocial Correlates of Developmental Psychopathology in School Children: Report to Indian Council for Medical Research*. New Delhi: Indian Council for Medical Research.
- March J, Silva S, Petrycki S et al (2004). Fluoxetine, cognitive-behavioral therapy, and their combination for adolescents with depression. Treatment for Adolescents with Depression Study (TADS) randomized control trial. *Journal of the American Medical Association*, 292:807-827.
- McGorry P, Nelson B, Amminger G et al (2009). Intervention in individuals at ultra-high risk for psychosis: a review and future directions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 70:1206-1212.
- Moreno C, Laje G, Blanco C et al (2007). National trends in the outpatient diagnosis and treatment of bipolar disorder in youth. *Archives of General Psychiatry*, 64:1032-1039.
- Musto D (2007). Prevailing and shifting paradigms: a historical perspective. In: A Martin, F Volkmar (eds) *Lewis's Child and Adolescent Psychiatry*. Philadelphia: Wolters Kluwer, pp11-17.
- Omigbodun O (2008). Developing child mental health services in resource-poor countries. *International Review of Psychiatry*, 20:225-235.
- Panter-Brick C, Goodman A, Tol W et al (2011). Mental health and childhood adversities: a longitudinal study in Kabul, Afghanistan. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 50:349-363.
- Panyan M (1984). Computer technology for autistic students. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 14:375-382.
- Patel V, Flisher A, Hetrick S et al (2007). Mental health of young people: a global public health challenge. *Lancet*, 369:1302-1313
- Pescosolido B, Perry B, Martin J et al (2007). Stigmatizing attitudes and beliefs about treatment and psychiatric medications for children with mental illness. *Psychiatric Services*, 58:613-618.
- Pies R (2007). How "objective" are psychiatric diagnoses? *Psychiatry*, 4:18-22.
- Ponton L (1997). *The Romance of Risk: Why Teenagers Do The Things They Do*. New York: Basic Books.
- Raffaelli M, Larson R (1999). *Homeless and Working Youth Around the World – Exploring Developmental Issues*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Robertson B, Mandlhate C, Seif El Din A, et al (2004). Systems of care in Africa. In H Remschmidt, M Belfer, I Goodyer (eds) *Facilitating Pathways: Care, Treatment and Prevention in Child and Adolescent Mental Health*. Berlin: Springer, pp71-78.
- Rosen A, Walter G, Casey D et al (2000). Combating psychiatric stigma: an overview of contemporary initiatives. *Australasian Psychiatry*, 8:19-26.

- Rutter M (2010). Child and adolescent psychiatry: past scientific achievements and challenges for the future. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 19:689-703.
- Sabin J, Daniels N (1994). Determining medical necessity in mental health practice. *Hastings Centre Report*, 24:5-14.
- Salinger J (1951). *Catcher in the Rye*. Little, Brown & Co.
- Sanders M (2002). Parenting interventions and the prevention of serious mental health problems in children. *Medical Journal of Australia*, 177:S87-S92.
- Sartorius N, Kaelber C, Cooper J et al (1993). Progress towards achieving a common language in psychiatry. Results from the ICD-10 clinical field trial of mental and behavioural disorders. *Archives of General Psychiatry*, 50:115-124.
- Schetky D (1995). Boundaries in child and adolescent psychiatry. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 4:769-778.
- Schowalter J (2008). How to manage conflicts of interest with industry? *International Review of Psychiatry*, 20:127-133.
- Silverman W, Ortiz C, Viswesvaran C et al (2008). Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents exposed to traumatic events. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37:156-183.
- Simon R (1987). *Clinical Psychiatry and the Law*. Washington DC: American Psychiatric Press.
- Slavney P (1993). The mind-brain problem, epistemology, and psychiatric education. *Academic Psychiatry*, 17:59-66.
- Smith C (2005). Origin and uses of *primum non nocere* – above all, do no harm! *Journal of Clinical Pharmacology*, 45:371-377.
- Sondheimer A (1998). Teaching ethics and forensic psychiatry: a national survey of child and adolescent psychiatry training programs. *Academic Psychiatry*, 22:240-252.
- Sondheimer A (2010). Ethics and risk management in administrative child and adolescent psychiatry. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 19:115-129.
- Sondheimer A (2011). Because something is happening here but you don't know what it is – do you, Mr. Jones? *American Academy of Child & Adolescent Psychiatry News*, 42:129-130.
- Spegele B (2011). Shenzen expels 80,000 mentally ill and other “threats”. *Wall Street Journal*. 12 April.
- Spriggs M (2010). *Understanding Consent in Research Involving Children: The ethical Issues*. Melbourne: Children's Bioethics Centre.
- Stein M, Stein P, Weiss D et al (2009). Health care and the UN disability rights convention. *Lancet*, 374:1796-1798.
- Stover J, Bollinger L, Walker N et al (2007). Resource needs to support orphans and vulnerable children in sub-Saharan Africa. *Health Policy and Planning*, 22:21-27.
- IACAPAP Textbook of Child and Adolescent Mental Health
- Thara R, Srivanasan T, Sadana R et al (2001). Highlights from the CAR study in India, Cambodia and Nigeria. In T Ustun, S Chaterji et al (eds) *Disability and Culture, Universalism and Diversity*, ICIDH-2 series. Geneva: World Health Organization, chapters 4,13.
- The MTA Cooperative Group (1999). A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Archives of General Psychiatry*, 56:1073-1086.
- Tucker P, Garton T, Foote A et al (2009). In support of early psychotherapy training. *Psychiatric Times*, 1 December.
- UNICEF (2000). *The State of the World's Children*. New York: UNICEF.
- United Nations (2007). Convention on the Rights of Persons with Disabilities. *European Journal of Health Law* 14:281-298.
- United Nations Centre for Human Rights (1990). *The Convention on the Rights of the Child*. London: UNICEF.
- Van Ommeren M (2003). Validity issues in transcultural epidemiology. *British Journal of Psychiatry*, 182:376-378.
- Veatch R (1989). Medical ethics: an introduction. In R Veatch (ed) *Medical Ethics*. Boston: Jones and Bartlett, pp1-26.
- Walter G, Rey J, Thomas C et al (2010). Conflict of interest. In A Martin, L Scahill, C Kratochvil (eds) *Pediatric Psychopharmacology*. Oxford: Oxford University Press, pp752-762.
- Wilkinson G (1986). Political dissent and “sluggish” schizophrenia in the Soviet Union. *British Medical Journal*, 293:641-642.
- Williamson J, Moser A, Ford Foundation, International Committee of the Red Cross, Office of the United Nations High Commissioner for Refugees et al (1987). *Unaccompanied Children in Emergencies – A Field Guide for their Care and Protection*. Geneva: International Social Service.
- Winslade W (1978). Confidentiality. In W Reich (ed) *Encyclopedia of Bioethics*. New York: Free Press, pp184-200.
- Wolmer L, Laor N, Yazgan Y (2003). School reactivation programs after disaster: could teachers serve as clinical mediators? *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 12:363-381.
- World Medical Association (2006). *WMA International Code of Medical Ethics*.
- World Psychiatric Association (1996). *Madrid Declaration on Ethical Standards for Psychiatric Practice*. http://www.wpanet.org/detail.php?section_id=5&content_id=48
- Wynia M, Latham S, Kao A et al (1999). Medical professionalism in society. *New England Journal of Medicine*, 341:1612-1616.