

向精神薬を服用する要保護児童への 医療政策に関する日米の違いについて

About The Differences Of Medical Policy For Aid-requiring Children Taking Psychiatric Medicine Between Japan And The United States

川 英 友

1. 研究の背景

近年、東京都における専門機能強化型児童養護施設の創設や、2020年の児童福祉法改正で、児童相談所に医師の配置が定められたことなどにより、精神科医を始めとした精神医療の専門家が、児童養護施設に関わる機会が増えている。また、それに伴い精神科医が処方する向精神薬を服用する児童も増加傾向にある。

日本の社会的養護にあたる米国のフォスターケアにおいては、児童が複数の種類の向精神薬を多く服用することになりがちであり、そのことが児童の健康を損なうリスクが指摘されている。そのような状況を踏まえつつ、米国においては、精神科医による薬物療法のリスクとベネフィットを踏まえつつ、合衆国政府や州政府が、法律の制定や指針の提示によって、フォスターケアの対象となる児童の医療の適正化のための取り組みを進めている。

2. 目的

児童養護施設入所児童への精神医療の関わりや、入所児童が向精神薬を服薬することについて、これまでの先行研究や実践報告から検討する。

検討を踏まえたうえで、米国におけるフォスターケアの対象となる児童への精神医療の在り方に對する行政の取り組みについて、日本との違いを述べる。

3. 児童養護施設への精神科医の配置をめぐる制度施策の動きについて

児童養護施設において虐待を受けている児童や、発達障害と診断を受けた児童が増加し、ケアニーズが複雑化する中で、多職種による児童への関わりの必要性が求められている。

そのような中で、かつてに比べ医療職が児童養護施設に関わる機会が増えている。

児童養護施設への精神科医の関わりをめぐっては、まず、2012年に厚生労働省より以下の通知が出されている。

施設長は、児童の措置を行った児童相談所又は母子の保護を行った福祉事務所と密接に連携し、その指導・助言に基づいて心理療法等を行うよう努める。なお、心理療法の実施については、精神科の嘱託医等の意見を聴くことが望ましい。雇児発0405第11号 平成24年4月5日（厚生労働省雇用均等・児童家庭局長,2012a）

この通知により、児童養護施設における心理療法が制度的に位置づけられ、その心理療法に併せて精神科の医師の意見を聴くことが定められた。

2016年の児童福祉法の改正では、児童相談所への医師又は保健師の配置が定められた。その後、2020年度の児童福祉法改正において、児童相談所に、医師及び保健師をそれぞれ一人以上配置することが義務付けられた。

このように法令や通知の面において、児童福祉分野への医療の関わりをより強めていく動きが進んでいる。

2017年に「新たな社会的養育の在り方に関する検討会」より、「新しい社会的養育ビジョン」が示された。その中では2016年改正法に基づいて、児童養護施設に入所する児童について「高度なケアが必要である」ということが定められ、ケアニーズの内容や程度による措置費の加算制度が導入されるべきであるということが提言されている。そして、ケアニーズが非常に高い児童をケアする場合については、医療機関への通院が多くなることが考えられるため、通院に係る人件費を加算する制度が必要であることや、最低月2回以上の医師の訪問相談を受けられるような体制とすべきであることが記されている。（厚生労働省 新たな社会的養育の在り方に関する検討会, 2017）

このような国の制度施策の動きの中で、今後、児童養護施設には、より医療的な対応が必要な児童の数が増加していくことが予想される。では、このような児童養護施設の現場と精神医療の関係強化が進んでいくことは、児童にはどのような利益をもたらすのだろうか。また、そのことにより児童養護施設の現場には、どのような課題が生じうるのだろうか。

4. 児童養護施設の児童の向精神薬服用をめぐる現状について

平成20年2月1日時点の児童養護施設入所児童等調査結果の概要では、児童養護施設に入所する児童31593人のうち、指導上留意する点として医療的対応があげられる児童が2107人（6.7%）となっている。（厚生労働省雇用均等・児童家庭局, 2009）平成25年2月1日時点の児童養護施設入所児童等調査結果によれば、児童養護施設に入所する児童29979人のうち、指導上留意する点として医療的対応があげられる児童が2962人（9.9%）となっており、5年間で医療的ケアが必要な児童が増加傾向にある。（厚生労働省雇用均等・児童家庭局, 2015）

また、厚生労働省による平成19年度（2007年度）社会的養護施設に関する実態調査中間報告書によれば、児童養護施設の入所児童の5.3%が精神科・心療内科に通院し、3.4%が投薬治療を受けていることが報告されている。（厚生労働省雇用均等・児童家庭局, 2008）その後、実態調査で投薬治療を受けている児童の割合は示されていない。しかし、Z県の児童養護施設Yを対象にした調査で、

向精神薬を服用する要保護児童への医療政策に関する日米の違いについて

「子どもの34.3%が、コンサータやストラテラ、リスペダールなどの向精神薬を服用しており、診断は「ADHD」がほとんどであった。」（吉田,2019,p.4）ということが研究結果で示されている。

吉田が調査の対象とした1施設のみで全国的な傾向であるとは断定できない。しかし、吉田の調査から、施設によっては入所児童の約3分の1の児童が向精神薬を服用していることが明らかになっている。

吉田がここで述べたADHD（注意欠陥・多動性障害）については、近年、児童養護施設においてADHDの診断名の付いた児童の数が増加傾向にあることが、厚生労働省の実態調査でも示されている。平成20年2月1日時点の児童養護施設入所児童等調査結果の概要では、ADHDと診断された児童は、児童養護施設の入所児童の総数31593人のうち791人で児童養護施設における全入所児童の2.5%であった。（厚生労働省雇用均等・児童家庭局,2009）しかし、平成25年2月1日時点の児童養護施設入所児童等調査結果では、ADHDと診断された児童は、児童養護施設の入所児童の総数29979人のうち1384人で児童養護施設における全入所児童の4.6%であり、児童養護施設の入所児童のうち、ADHDと診断されている児童が増加傾向にある。（厚生労働省雇用均等・児童家庭局,2015）

このように統計データや先行研究において、児童養護施設において向精神薬を服用する児童が、一定数おり、かつその人数が近年増加している可能性が示されている。

5. 児童養護施設への精神科医の関わりによる成果について

①専門機能強化型児童養護施設における実践について

児童養護施設への精神科医の配置をめぐっては、そのことが施設職員のケア能力の向上につながったという成果が報告されている。とりわけ、東京都が2007年に施行に至った専門機能強化型児童養護施設の実践において、その成果が強調されている。

専門機能強化型児童養護施設は、被虐待児童など、治療的・専門的ケアが必要な児童への適切な支援を行い、児童の社会的自立の促進を図ることを目的とした施設である。精神科医等・治療指導員の配置を行い、児童相談所と連携した治療的・専門的ケアを行い、児童の自立を促進し、精神科医等との連携によりケア職員のケア能力等の向上を図ることが定められている。（東京都保健福祉局,2013）

二葉むさしが丘学園の黒田は、専門機能強化型児童養護施設について、「治療的養護機能を組み込んだ児童養護施設を、制度として確立したことに画期的な意義がある。」（黒田,2012,p.10）と述べている。

専門機能強化型児童養護施設をめぐっては、その具体的な成果についての報告がある。

至誠学舎の水野と若松は、児童養護施設に精神科医が配置されたことの成果を以下のように述べている。

外部の医療機関や専門職との連携をめぐっては、「児童精神科医の助言により、また、外部の医

療機関との連携により、医師による家庭訪問や学校訪問が実施され、暴力の行動化につながりやすい刺激を減らしていくための助言を受けられたこと」(水野 若松,2008,p.247)「医師から学校関係者に治療方針を説明したり、学校での取り組みについて医師から助言をもらえたりしたこと」を述べている。(前掲論文,2008,p.248)

また服薬をめぐって、「ケアワーカーへの支援の文脈で、ケアワーカーが病状の把握や服薬の影響について知ることができたこと、病院の主治医に伝えるべき事柄の整理ができたこと」「児童精神科医が児童に薬の効果を分かりやすく説明することによって、子どもが薬を飲むことの意識づけにつながったこと、児童精神科医が子どもと直接関わることにより薬の副作用による影響等を見定めることができたこと」が報告されている。(前掲論文,2008,p.247)

また黒田が画期的な意義があると述べた東京都社会福祉協議会が発行している『児童福祉研究』においても、専門機能強化型児童養護施設における実践の成果が記されている。

具体的には、「専門的な助言と養護実践で活かせるような具体的な方法を提示してくれる」「生活場面に入り子どもの実際の姿を見たり遊びを通して関わる」「職員との密な関りをする」「ケースカンファレンスの実施や職員への研修やメンタルサポートする」(黒田,2012,p.11)「生活を見る保育士・指導員だけではなく、医師や心理士が子どもを見ることで、支援内容の充実を一層深めることができる。」「子ども達は様々な職種の職員に関わってもらうことで、自分のことを話す機会を多く持てている。」(飯田,2012,p.31)など、児童養護施設に精神科医が関わるようになったことの成果が記されている。

以上のような現場からの報告や先行研究から、専門機能強化型児童養護施設の成果については以下のことがいえる。

まず、精神科医とケアワーカー、学校関係者が児童に関する情報を共有することにより、児童の環境調整がより可能になるということである。また、児童の服薬に関しては、精神科医と職員の連携により、児童が適切に服薬すること、またその児童に合った服薬が可能になることである。

②精神科医の視点から見た児童養護施設入所児童への精神医療の関わり

児童精神科医の金井剛は、児童養護施設と児童相談所の精神科医の連携について、施設から児童相談所の精神科医への症状を出した子どもへの事例検討のタイミングが遅れることにより、子どもの症状が重症化し、措置変更になってしまう現状があることを述べている。そして、そうであるがゆえに、早めに関係者が集まり知恵を出し合うことが最も効果的であり、早期に外部に援助の手を広げ、治療を開始することの必要性について述べている。(金井,2009,p.92)

金井は、その後、昨今の児童養護施設の状況について以下のように述べている。

筆者が児相勤務となった平成13年度のころは、施設側は入所児童を精神科受診させることすら、養育の敗北のように捉え、抵抗する有り様であったが、最近では施設側から医師面接を求められるようになっている。時に診断名を付けて、施設では処遇困難だから入院させるべきではないかと相談されることがあり、施設における処遇困難児童の「医療化」が進んできたと言える。(金井,2019,

p.77)

また、児童が向精神薬を服用することに関して、同じく児童養護施設に関わる精神科医の大瀧は、以下のように述べる。

向精神薬の使用にさほど積極的でないのは変わりはないが、発達障害や愛着障害、虐待といった問題について研修を受ける機会が増え、以前よりも認識が広まって、医療サイドの見方に近づいている印象がある。投薬により本人の生きづらさが減って関わりやすくなり、支援しやすくなったりという声をよく聞くようになった。また、向精神薬に対するリスク・ベネフィットという考え方徐々にではあるが浸透しつつあるように思われる。(大瀧,2021,p.1153)

このように、かつてに比べ、児童養護施設において、児童が精神科受診をすることや向精神薬を服薬することへの抵抗が少なくなってきたことが、施設に関わる精神科医によって述べられている。そして、そのことが、児童の施設の中での生活上の困難を和らげることにつながっていることが指摘されている。

さらに金井は、「児童が問題行動としてその苦悩を顕在化させる前からの介入が重要である。」(金井,2019,p.78)と述べている。施設入所後の児童の問題行動の表出を防ぐために、施設入所前から精神科医が児童に関わる必要性が指摘されている。

6. 医療化を問う立場からの報道及び研究

児童養護施設への精神科医の関わりが増えることをめぐっては、そのことによる施設側のケア能力の向上や、精神医学的問題を抱える入所児童が入所している現状を踏まえ、その必要性が指摘されている。一方で、児童養護施設への精神科医の関わりが強まることをめぐっては、そのことに伴って向精神薬を服用する児童が増えることを懸念する声も上がっている。

国連の子どもの権利委員会は日本政府に対して以下のよう勧告を行っている。

(d) The increase in the diagnosing of children with behavioural problems with attention deficit hyperactivity disorder and their treatment with psychostimulant drugs, while neglecting social determinants and non-medical forms of treatment.

子どもが注意欠陥・多動性障害とともに行動上の問題を有している旨の診断および精神刺激薬によるその治療が増加している一方で、社会的決定要因および医療によらない治療の形が軽視されていること。(Committee on the Rights of the Child,2019)

国連子どもの権利委員会は、日本の現状について、注意欠陥・多動性障害の児童に関して、薬物治療が増加している一方で、それ以外の非薬物治療や社会的決定要因が軽んじられているということについて勧告している。

では、具体的に児童養護施設の児童をめぐっては、どのような状況が指摘されているのだろうか。

井艸は、児童養護施設を退所した女性への取材から、施設の職員に総合病院の精神科に連れていかれ、ADHD（注意欠陥・多動性障害）と診断され、ADHDの治療薬であるストラテラやコンサー

タなどを服用したが、かえってだるさ、幻覚や幻聴、妄想に苦しむことになったという証言を紹介している。

女性は証言の中で、「薬を飲み忘れて登校しようとしたら、自転車で追いかけられ、飲された」「コンサータを朝飲んだ後はだるくて二度寝していたし、ストラテラを飲んだ後は幻覚と幻聴、そして被害妄想に悩まされた」「被害妄想で友人との関係が悪化したと施設職員に相談すると、また精神科に連れていかれ、別の薬が処方された」など、自らの意思に関わらず、薬の服用をするしかなかった状況を語っている。

この女性は施設にいた時のこと振り返り、「薬を飲み続けた結果、精神的にすごく疲れて、情緒不安定でした」と述べている。

女性は施設退所後に薬をやめ、「断薬後にプラス思考になり、1人の時間を楽しめるようになりました」と証言している。(井艸,2022a,pp.158-160)

すなわちこの女性の事例では、児童養護施設から精神医療につながり、向精神薬を服用することになった。そのことにより本人が薬の副作用からくる体調不良や精神状態の悪化を感じていた。しかしその気持ちを職員に伝えて、薬が変更や追加になるのみで、本人の体調不良や精神状態の悪化の改善につながらなかったことが述べられている。

井艸は執筆後のインタビューの中で、以下のように述べている。

児童養護施設に入ってくるお子さんは、何かこう家庭でのトラブルですか、何か周囲の環境に問題がある可能性があるって入ってくるっていうケースが多いと思うんですけれども、そういう心の傷を負っていれば、少しこうおとなしくしてられなかったりとか、10代とか8才とか、当然誰かに甘えたくなっちゃうこともあると思うんですけども、そういう子どもに対してあまりにも安易に向精神薬を投与しているという実態がありまして、もちろん薬がどうしても必要だってことあると思うんですけども、薬の前に施設ですか学校の集団生活になじめないから飲ませるのではなくて、その環境そのものに何か問題があるんじゃないとか、その子が問題ある行動をしたら裏側に何かあるんじゃないかっていうのを大人が考えてあげいといけないと思うんですけども、それが子ども自身の病気のせいにされているというのは非常に問題かなと思います。(井艸,2022b)

児童養護施設における医療化について研究をしている吉田は、児童養護施設の職員にインタビュー調査を行い、児童養護施設職員の子どもへの向精神薬投与へのジレンマについて以下のように述べる。

まずは施設の環境を整えるところからはじめ、向精神薬は最後の手段として使用されるべきである。しかし、現状の少ない職員配置のままでは「いまここで」暴れる子どもを施設でどうするか、という切実な問題が、児童養護施設の最低基準の引きあげや里親制度の充実などの環境改善より先に生じているのである。(吉田,2013,p.141)

向精神薬を服用する要保護児童への医療政策に関する日米の違いについて

施設職員は子どもへの向精神薬投与に否定的であり、子どもに向精神薬を飲ませることに疑問を抱いていたが、施設の運営・管理のためには仕方がない、割り切るしかない、というジレンマを抱えていた。(吉田,前掲論文,p.142)

その後の論文で吉田は、児童養護施設に発達障害と診断されていく児童が増えていった理由を以下のように述べている。

児童相談所に精神科医が置かれたことにより、精神科医を交えたケース会議が開催されるようになり、子どもの行動を発達障害とみることが出来るようになったということである。(吉田,2019,p.14)

さらに、ADHDと診断されて薬物治療を受ける児童が増えていった現状を以下のように述べる。

2002年に、(中略) 施設YのあるZ県では、児童相談所の常勤職員として精神科医の配置が進められていた。これまでにも病院に務めながら嘱託医として、児童相談所の業務を担ってきた医師もいたかもしれないが、児童相談所内に常勤医がおかれたことでリタリンを用いた治療がはじまったと考えられる。(吉田,前掲論文,p.16)

そして、児童養護施設における「医療化」の進行について以下のように結論付けている。

子どもの人権が声高に叫ばれはじめ、体罰がタブー化していく1990年代後半から2000年代初頭になされた施設の「医療化」は、施設の子どもたちの問題行動を力で抑えるのではなく、「行動障害」、「ADHD」といった診断名の付与を経由するかたちで、問題行動自体を向精神薬などの薬物療法によって統制することを可能にした。児童養護施設内における子どもの問題行動への対処は、施設内の体罰のタブー化に呼応するかたちで、その統制手段を「体罰から向精神薬へ」と大きく変容させたということが出来る。(吉田,前掲論文,p.18)

すなわち、吉田の研究では、児童養護施設に精神科医が関わるようになったことにより、診断名の付与がなされたり、向精神薬を服用する児童が増えていく状況について、先に述べたような職員のケア能力の向上や適切な服薬が可能になるという点からとらえることをしていない。そうではなく、かつて体罰で児童の問題行動を抑えていたことに代わって、薬物治療でそれらの問題行動を抑えることになったという研究結果を示している。

また、児童養護施設における医療化をめぐっては、児童養護施設における精神医療の役割の重要性を主張してきた精神科医からも、懸念を示す声があがっている。先に掲げた児童精神科医の金井

剛は、児童養護施設への精神医療の関わりの必要性を指摘しつつも、施設側の課題について以下のように述べる。

対人業務の困難さや労働条件の問題等から、施設職員の離職率は高く、中堅職員の層が薄くなる傾向にあり、専門性の伝達やチームアプローチ等が困難で、養育力の低下や措置児童の変化への対応が困難な状況につながりかねない。そのため一層子どもの問題を精神障害や発達障害故とする傾向を生じ、医療に委ねたがるいわゆる「医療化」に繋がっていると考えられる。(金井,2019,p.78)

このように児童養護施設への精神科医の関わりが強まることに伴う医療化について、そのことによって生じる問題が報道や先行研究で指摘されている。具体的には、本来ケアによって対処されるべき児童の問題が、児童が向精神薬を服用することで対応されてしまうという問題が指摘されている。さらには、その服用が、児童の意に反した形でなされることがあるという現状が指摘されている。

7. 児童養護施設への精神医療への関わりをめぐる二つの立場について

児童養護施設に入所する児童への精神医療の関わりが強まっていくことをめぐる先行研究については、二つに分けることができる。

一つは、国や自治体による児童相談所への医師の配置の規定を始めとして、社会的養護分野への精神医療の関わりを強めていくという動きがある。実際にそのような制度施策の動きの中で、児童養護施設の現場において、施設職員が精神科医などの医療職と適切な多職種連携をすることにより、施設職員のケア能力の向上や、児童の適切な服薬につながっていることが報告されている。

一方で、児童養護施設への精神医療の関わりが強まることにより、そのことによって生じる問題についての指摘がある。マスメディアによって、児童養護施設の入所児童が、本人の望まない薬物治療を受け、心身に不調を生じていることがあるという報道がなされている。また、医療化を問う立場から、現在児童養護施設の現場で起きていることについての問題への指摘がある。そこでは、社会学の言葉である医療化という概念が使われ、医療以外の大人と児童の関わりによって解決が図られるべき問題が、医療によって解決されようとしていることを指摘しつつ、そのことの問題点があげられている。

8. フォスターケアと精神医療をめぐる米国政府機関の取り組み

(1) フォスターケアの対象となる児童への医療の適正化のための政府機関の動き

次に、日本の現状を踏まえつつ、米国におけるフォスターケアⁱⁱの対象となる児童への精神医療をめぐる政策の動向について述べる。

米国においては、複数の調査で、フォスターケアを受けている児童が、受けていない児童と比較してⁱⁱⁱポリファーマシーにさらされやすいことが指摘されてきた。(Zito et al.,2021,p.9)

このような状況の中で、法制度の面でも、フォスターケアを受けている児童のための医療の質を確保するための手立てが講じられてきた。

2008年に「成功のためのつながりの形成と養子縁組の増加に関する法 (Fostering Connections to Success and Increasing Adoptions Act)」が成立し、フォスターケアを受けている児童の歯科衛生や精神保健を含む健康上のニーズを特定し、ニーズに答えていくことを確かなものにしていくために、フォスターケアの場におけるヘルスケアサービスの継続的な監督と調整のための計画を定めることが各州に求められた。そして、その監督対象には薬の処方に関することも含まれている。(CONGRESS.GOV,2008)

2011年10月には、「児童と家族サービスの改善と改革法 Child and Family Services Improvement and Innovation Act」が制定された。この法律は、「児童虐待や家庭から離れたことに関連した情緒的なトラウマのモニタリングと治療」「児童に処方された向精神薬の適切な使用とモニタリング」のためのアウトラインを含む、フォスターケアサービスを受けている児童のヘルスサービスの監督と調整のための計画を定めることを、各州に求めている。

(CONGRESS.GOV,2011)

法施行後、GAO（会計検査院）やHHS（保健福祉省）などが、各州がフォスターケアを受ける児童への向精神薬の処方のために必要な手立てを講じるように、報告書や、告示やガイドラインの提示によって促している。

2011年11月には、GAOが、児童への向精神薬の処方について分析をし、報告書を出している。その会計検査院の報告書では、「5つの州で、フォスターケアを受けている児童がフォスターケアを受けていない児童より、向精神薬を処方されている率が高かった。」ことや「潜在的な健康上のリスクを引き起こしうる処方があった。」ことが報告されている。(GAO,2011)

GAOはその後も、フォスターケアを受けている児童に、健康上のリスクのある向精神薬の処方がなされていることを発見し、フォスターケアを受けている児童への向精神薬の処方を監視する努力を、州やHHSに求めている。GAOは、報告書の中で、HHSが、州の児童福祉やメディケイドの機関が、向精神薬の適切な使用やフォスターケアを受ける児童の精神保健上のニーズや治療を特定することを支援することに取り組んできたことを報告している。(GAO,2017)

米国では、フォスターケアを管轄する保健福祉省の一部局であるACF（児童家庭局）が、フォスターケアの対象となる児童への向精神薬の処方の適正化のために、各州による取り組みを支援し

ている。

ACFは文書で示したデータのなかで、児童福祉サービスの対象となる児童について、具体的にどのようなサービスを受けている児童にどのくらいの割合で精神保健の問題が見られるか、さらにはその中でどのくらいの割合の児童が向精神薬を服用しているのかというデータを示している。

それによれば、生まれ育った家庭で児童福祉サービスの対象となる児童と、親族や里親のもとで福祉サービスを受けている児童の間では、向精神薬を服用している率について比較するとそれほど差はない。「35.6%～42.7%が精神保健に関する問題を抱えており、うち10.9%～13.6%が向精神薬を服用」というデータを示している。そして、児童が生れた家庭とは別の場所で生活することが向精神薬の服用率に影響を与えるわけではないことを記している。そしてそのうえで、グループホームや児童養護施設で生活する児童については、精神保健に関する問題を抱えている割合や、向精神薬を服用している割合は、里親の下で暮らす児童や、生まれ育った家庭で暮らしながら児童福祉サービスを受けている児童よりも高い「61.2%が精神保健に関する問題をかかえており、48.2%が向精神薬を服用」というデータを示している。^{iv} ACFは、児童福祉の対象となる児童が、服用する薬の種類や量が多くなりすぎてしまうことや、フォスターケアの対象となる児童が、あまりにも低年齢である乳幼児の段階から薬を服用していることがあることを報告している。(ACF,2012,p p.5-11)

ACFは、報告書の中で、「向精神薬は、フォスターケアの対象となる児童の複雑なメンタルヘルス上のニーズに包括的に応えうるための重要な一つの要素である。」としつつ、「現在のフォスターケアを受ける児童への向精神薬の使用は、実証研究によって裏付けられた実際の基準を超えていることがある」と指摘している。(Ibid.,p.11)

そのうえで、虐待を受けた児童への適切な薬物療法のためには、併せて児童の複雑なニーズを満たすエビデンスに基づいた心理社会的療法の利用可能性を増やしていくかなくてはいけないことを述べている。(Ibid.,p.16)

このような状況を踏まえて、ACFは、州政府に対して、向精神薬の適切な使用と監視のために、利用可能な社会資源を示し、臨床的に適切なスクリーニングへのアクセスを増やすこと、フォスターケアを受けている児童へのエビデンスに基づいた介入を勧めている。(Ibid.,p.1)

具体的に、州の指針には、以下の点を盛り込むように指示している。

1. 必要に応じて向精神薬の必要性を明らかにするためのものを含む精神鑑定、児童のメンタルヘルスやトラウマ治療の必要性を特定するための包括的で調整されたスクリーニング、アセスメント、そして治療計画の仕組み
2. 情報に基づいた、共同意思決定（承諾と同意）、薬剤師、児童、彼/彼女をケアする人、医療関係者、児童福祉司、そして他の利害関係者間の継続的なコミュニケーションのための方法
3. クライエントレベルそして機関レベル双方での効果的な医療へのモニタリング
4. 薬の使用に関する同意と監視の課題に関して、学会に認定された児童青年精神科医による精神保健の専門知識とコンサルテーションの利用可能性

向精神薬を服用する要保護児童への医療政策に関する日米の違いについて

5. クライエント、児童福祉司、そして精神医療の消費者が、精神保健やトラウマへの介入（向精神薬についての情報を含む）に関連した正確で最新の情報や教材にアクセスする仕組み（Ibid.,pp.12-13）

このようなACFの試みにもかかわらず、ACFを監督する保健福祉省のOIG（監察総監室）⁹は、5つの州で、フォスターケアを受けていて向精神薬を服用している児童の3分の1が、治療計画の作成や薬物モニタリングがなされていないことを指摘している。OIGはACFに対して、州政府のもとでなされているフォスターケアの対象となる児童の治療計画や薬物モニタリングを改善するよう、さらなる追加策を検討するように求めている。（OIG,2018）

以上のように米国においては、フォスターケアを受ける児童の向精神薬の処方に関して、薬の種類や量が多すぎたり、児童の健康にとって不適切な処方がなされたりする可能性が指摘されている。そして、それをうけて、法律の制定や行政による文書の提示によって、制度政策的な対応がなされている。そして、フォスターケアを受けている児童への向精神薬の適正な処方のために、合衆国政府の各部門と州が協働して取り組んでいる。

一方、日本においては、児童福祉法の第12条において、児童相談所への医師の配置基準が規定されている。また児童福祉施設最低基準でも児童福祉施設への医師の配置が定められている。しかし、社会的養護の対象となる児童への医療や薬の処方が適正なものとなるようにするための条文や、そのため行政がとる措置についてまでは、法令で規定されていない。

(2) フォスターケアの対象となる児童やユースへの医療に関する権利擁護の取り組み

①支援者に向けたガイドブックの作成

次に、フォスターケアの現場における里親やケースワーカー、ケアワーカーに向けての取り組みについて述べる。ACFの一部局であるChildren's Bureauは、フォスターケアの対象となるユースに関わるケアワーカーやケースワーカー、里親のためにガイドブックを発行している。（図1）そこには、虐待を受けた経験のあるフォスターケアの対象となるユースの治療やメンタルヘルスの改善のために取り組むことについて記されている。そのガイドブックには、ケースワーカーやケアワーカーが、治療者に質問すべき事項について詳細に記されている。セカンドオピニオンやインフォームドコンセントについても記されている。

ガイドブックでは、「薬物は、包括的な治療計画の中の一つにすぎないこと」が記されている。そして、「近年、向精神薬の不適切な使用を多くの人が懸念していること」が記されている。理由としては、「多くのユースがカウンセリングやトラウマに対応したメンタルヘルスサービスを受けていないこと」「向精神薬の明らかになっていない重大な副作用」「使われている薬が児童やユースへ広く治験されたものでないこと」「投与量が通常使われるよりも多いことがあること」「薬のモニタリングが必ずしも十分に行われていないこと」「処方をする者が、ユースが服用している全ての薬を把握していない場合に、意図しない相互反応を引き起こしうるいくつかの違った種類の薬が処方されてしまうことがありうること」（Children's Bureau,2012,p.19）が述べられている。

薬物使用の決定についてガイドブックには、「向精神薬の使用の決定は軽くなされるべきではなく、医師や専門家が向精神薬の使用を勧めた場合には、ベネフィット、リスク、副作用、ユース本人や家族の意思などを考慮し、十分な情報に基づいた決定をすることが重要である。」(Ibid.)と記されている。

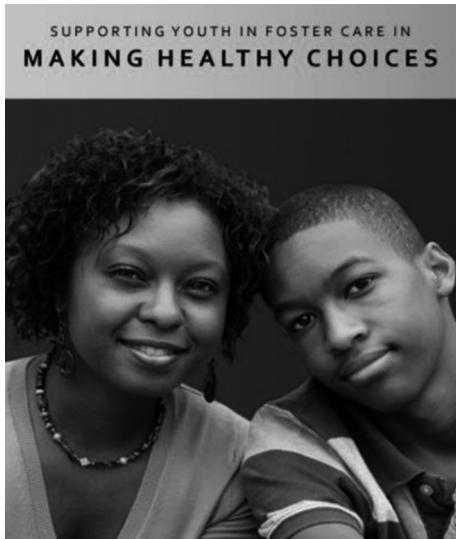


図 1

(出典 Children's Bureau,2012)

一方、日本における児童養護施設運営指針では、児童の健康管理や服薬についてどのように記されているだろうか。

児童養護施設運営指針の第二部各論の(5)健康と安全の部分で以下のような文言がある。

- ・医療機関と連携して一人一人の子どもに対する心身の健康を管理するとともに、異常がある場合は適切に対応する。
- ・健康上特別な配慮を要する子どもについて、医療機関と連携するなど、子どもの心身の状態に応じて、健康状態並びに心身の状態について、定期的、継続的に、また、必要に応じて隨時、把握する。
- ・受診や服薬が必要な場合、子どもがその必要性を理解できるよう説明する。

(厚生労働省雇用均等・児童家庭局長,2012b,p.12)

さらに、この指針の解説書である『児童養護施設 運営ハンドブック』においては、指針で示された医療との連携について以下の解説をしている。

幼児であれば、自身の不調を言葉で訴えることが困難ですし、幼児でなくとも自身の体調を適切に表現できる子どもは多くありません。職員は子どもの異常に気付いたのなら、体温・食事摂取・

向精神薬を服用する要保護児童への医療政策に関する日米の違いについて

排泄等の状況、過ごし方などをしっかりと記録にとどめて、次の勤務者に引き継ぐ必要があります。また、前の勤務者から引き継いだことについては継続して記録にとどめ、様子を見守っていることが必要です。(厚生労働省雇用均等・児童家庭局,2013,p.57)

近年、アレルギーや病弱、発達障害など、医療につながっている子どもが増えており、医療機関との連携が重要となっています。看護師の配置も可能となっていますが、看護師不足もあって、配置されている施設は少ないようです。

医療機関と連携していくうえで重要なことは、職員が子どもの健康状態について代弁できることです。これはその子の担当者だけではなく、その子に関わるすべて職員が代弁できることが大切です。そのためにも、平素より子どもの健康状態や発育・発達状態についての情報を共有している必要があります。(前掲書,2013,p.58)

日本における『児童養護施設運営ハンドブック』においては、職員が児童の健康状態を適切に把握していくことの必要性について記されている。また、児童の健康状態について医療機関に適切に伝えていく代弁の必要性についても記されている。

しかし、米国のユースへのケア提供者に向けたガイドブックとの大きな違いは、職員が代弁する対象が、大人から観察された児童の健康状態であって、児童本人がどのような治療を望むかという本人の意思の代弁については記されていない。また、インフォームドコンセントについての明確な記載がない。

受診や服薬については、「子どもがその必要性を理解できるよう説明する。」とある。そこには、児童自身がどのような治療を望むのか、服薬をするのか否かや、服薬の方法や薬の内容について、児童本人の意思の尊重に関する文言が記されていない。^{vi}

また、児童が服用する向精神薬などの薬物について、米国のガイドブックのように、薬のリスクや、その種類や量が多くなりすぎることの健康上のリスク、カウンセリングや薬物以外の精神保健サービスがなされずに、薬物療法がなされることの懸念については記されていない。

②フォスターケアを受ける児童やユースに向けたガイドブックの作成

また、Children's Bureauが、当事者団体や米国児童青年精神医学会、米国小児科学会などの複数の組織や機関と協力し合い、フォスターケアの対象となるユースたち本人に向けた向精神薬の服薬に関するガイドブックを作成している。(図2)

ガイドブックでは、フォスターケアの対象となるユースが、自分が服用する薬の作用や副作用について知ることの必要性が述べられている。薬を服用するか否かやどのように服薬していくかについて自分自身で考えることができるよう作成されている。また、医療に関しての権利が明文化されている。

ガイドブックには、まず、医師は薬物を学業や仕事に集中し、生活をより楽にするために処方す

るということが記されており、そこから得られる利益について記してある。

それと同時に、それらが正しく服用されないことが、よくない副作用や害を引き起こすことが記されている。(Children's Bureau et al.,2012,p.ii)

具体的には薬をやめたいと思ったときには急に辞めずに医師に相談することや、服用の際に医師に尋ねるべきことなどが記されている。また、フォスターケアの対象から外れた後で医療への受診に困らないように、誰に相談したらいいか、利用できる制度などについても紹介している。(Ibid., pp.18–22)

そのうえで、ガイドブックでは、服薬に関してユース自身の権利が記されている。

その権利には、

適切なアセスメントを受ける権利

診断名を知る権利

薬物療法に代わる治療を含むあらゆる選択肢を知る権利

薬の作用と副作用を尋ねる権利

薬についての決定を認可するのが誰であるかを知る権利

(薬の服薬について受け入れるもしくは断る、治療計画の変更について尋ねることも含めて) 自分自身の権利について理解している人に助けを求める権利などが記されている。(Ibid.,p.7)

ガイドブックの中ではユース自身か書き込むことができるワークシートが掲載されている。ワークシートには、薬を服用すること(服用しないこと)のメリットとデメリット及び自分自身の人生の目標を達成していくうえでの薬の影響について書き記す欄が設けられている。(図3)(図4)

米国におけるこのような取り組みは、ユース自らが自分自身の診断名や服用する薬や医療に関する権利について学び、自らのメンタルヘルス上の課題に主体的に関わることができるように促していく取り組みであるといえる。

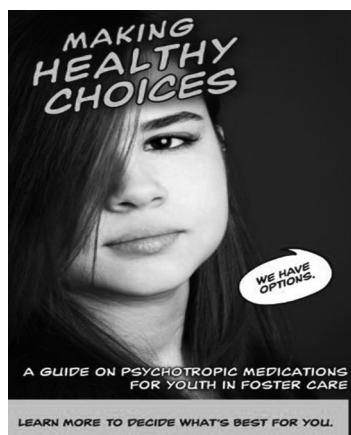


図2
(出典 children's Bureau et al.,2012)

WHAT ARE THE RISKS AND BENEFITS?	
Based on what you've learned, you can use this worksheet to write down the pros (benefits) and cons (negatives) of taking medication.* You can discuss your benefits and concerns for this medication with adults who are helping you make your decisions.	
PROS AND CONS WORKSHEET	
If I DO take the medication—What does my doctor (or other decision-making support) say about taking the medication?	
Pros/Benefits	Cons/Side Effects
If I DON'T take the medication—What does my doctor (or other decision-making support) say about NOT taking the medication?	
Pros/Benefits	Cons/Side Effects

2 Adapted from Making a Choice: A Guide to Making A Decision About Using Antipsychotic Medication by Youth MOVE Maine (http://www.psychmedications.org). Maine's Youth Leadership Advisory Team (http://www.ylat.org), and Maine Department of Health and Human Services. Available from: http://www.ylat.org/rights/medication.pdf.

WILL MEDICATION HELP ME REACH MY PERSONAL GOALS?	
You may want to think about how medication might help you achieve your life goals.* For example, if your goal is to go to college, medication may help you to concentrate better so you can earn higher grades. In some cases, medication or medication side effects may make it harder to reach your goals. Share your goals with your doctor so he/she understands what you want to achieve.	
GOALS WORKSHEET	
Use this worksheet to write about your goals—things you want to achieve in life.	
In the next 3 months, my goals are to:	
In the next 2 years, my goals are to:	
If I could look into a crystal ball and see myself 5 years from now, what do I hope for?	
How could medication help me reach my goals?	
How might medication or medication side effects create challenges for reaching my goals?	

3 Adapted from Making a Choice: A Guide to Making A Decision About Using Antipsychotic Medication by Youth MOVE Maine (http://www.psychmedications.org). Maine's Youth Leadership Advisory Team (http://www.ylat.org), and Maine Department of Health and Human Services. Available from: http://www.ylat.org/rights/medication.pdf.

図3
(出典 children's Bureau et al.,2012,p.16)

図4
(出典 children's Bureau et al.,2012,p.17)

9. まとめ

現在日本においても、米国と同様に児童養護施設に入所する児童について向精神薬の服用をする児童の増加が指摘されている。現場からの実践報告から、児童養護施設に入所する児童への精神医療の関わりについて、それらが多職種の連携にもとづいて適切におこなわれることで、児童の治療的養育環境を整えることにつながることが明らかにされている。しかし、一方で、先行研究や報道においては、児童の意に反した服薬や、児童の問題行動を鎮静化させるために、向精神薬の処方がなされていたりするケースがあることが指摘されている。

以上のような状況を踏まえるならば、日本においても、米国と同様に、児童養護施設や里親家庭で育つ子どもがいかなる精神医療を受け、またその精神医療が適正になされているか、児童の意思を尊重したうえで医療行為が行われているかなどについて、より明らかにされる必要があるであろう。そして、それらについて課題があるならば、入所児童への医療の適正化のために、法令の整備や行政による指針の提示などによる取り組みがなされる必要がある。

10. 今度の課題

本稿では、米国におけるフォスターケアを受けるユース向けのガイドブックが、ユース自身が自らの受ける精神医療や向精神薬の服薬に関する意思表示ができるように作成されていることを述べた。これに対応するものとして、日本において児童養護施設入所児童に配布される子どもの権利ノートがある。その中で医療に関する権利についてどのように記されているかについて、今後明らかにしていく必要がある。

また、施設職員が、具体的に医療機関と児童の状況や服薬についてどのようにやり取りをしているか、さらに児童養護施設に入所している児童本人や児童養護施設の出身者が、児童養護施設における精神医療や向精神薬の服薬に関して、どのように認識しているのかを明らかにしていくことも今後の課題としてあげられる。

引用・参考文献

CONGRESS.GOV (2008) H.R.6893 – Fostering Connections to Success and Increasing Adoptions Act of 2008 <https://www.congress.gov/bill/110th-congress/house-bill/6893/text> (2022年11月20日閲覧)

CONGRESS.GOV (2011) H.R.2883 – Child and Family Services Improvement and Innovation Act <https://www.congress.gov/bill/112th-congress/house-bill/2883> (2022年11月20日閲覧)

Child Welfare Information Gateway 「Foster Care」 <https://www.childwelfare.gov/topics/outofhome/foster-care/>

Committee on the Rights of the Child (2019) *Concluding observations on the combined fourth and fifth periodic reports of Japan ** https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRC%2fC%2fJPN%2fCO%2f4-5&Lang=en (2022年11月20日閲覧)

Conrad, P. and J. W. Schneider (1992) Deviance and Medicalization : From Badness to Sickness, Temple University Press= (2003) 進藤雄三・杉田聰・近藤正英訳『逸脱と医療化—惡から病いへ』ミネルヴァ書房

E Y新日本有限監査法人 (2017) 『アメリカ・イギリスにおける政府活動に対するチェック機関に関する調査研究』

Government Accountability Office (2011) HHS Guidance Could Help States Improve Oversight of Psychotropic Prescriptions <https://www.gao.gov/assets/gao-12-201.pdf> (2022年11月19日閲覧)

Government Accountability Office (2017) *HHS has taken steps to support state's oversight of psychotropic medications, but additional assistance could further collaboration.* <https://www.gao.gov/products/gao-17-129> (2022年11月19日閲覧)

平本譲 スティーブン・トムソン (2007) 「アメリカの児童養護と子どもの権利」『社会的養護の現状と近未来』山縣 文治,林 浩康編,明石書店

井艸恵実 (2022a) 「第5章 子どもの未来を奪う「薬物依存」」『ルポ・収容所列島』風間直樹,井艸恵実,辻麻梨子 東洋経済調査報道部,東洋経済新報社

井艸恵実 (2022b) 「長期強制入院、病院への強制移送、身体拘束、薬漬け…『ルポ・収容所列島：ニッポンの精神医療を問う』驚愕のリアルを著者に聞く（第3回）」東洋経済新報社－東洋経済オンライン <https://toyokeizai.net/list/video/m06I4DUsnl4> (2022年11月23日閲覧)

飯田政人 (2012) 「福音寮における専門機能強化型児童養護施設の実践」『児童福祉研究』18東京都社会福祉協議会

金井 剛 (2009) 『子どもと親の精神科』明石書店

金井 剛 (2019) 「児童相談所・医療機関等との連携を考える。」『児童青年精神医学とその近接領域』60（1）

関東弁護士連合会 (2016) 『平成28年度 大会宣言 医療における子どもの権利の保障の確立を求める宣言』<http://www.kanto-ba.org/declaration/detail/h28a03.html> (2022年11月12日閲覧)
厚生労働省「社会的養護とは」

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kodomo/kodomo_kosodate/syakaiteki_yougo/index.html (2022年11月22日閲覧)

厚生労働省 新たな社会的養育の在り方に関する検討会 (2017) 『新しい社会的養育ビジョン』<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-11901000-Koyoukintoujidoukateikyoku-Soumuka/0000173888.pdf> (2022年11月12日閲覧)

向精神薬を服用する要保護児童への医療政策に関する日米の違いについて

厚生労働省医薬・生活衛生局医薬安全対策課（2020）「ポリファーマシーに対する啓発資材の活用について」https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_10074.html（2022年11月22日閲覧）

厚生労働省雇用均等・児童家庭局（2008）『平成19年度　社会的養護施設に関する実態調査中間報告書』<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/10/dl/s1031-13d.pdf>（2022年11月13日取得）

厚生労働省雇用均等・児童家庭局（2009）『児童養護施設入所児童等調査結果の概要　平成20年2月1日現在』<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jidouyougo/19/>（2022年9月23日閲覧）

厚生労働省雇用均等・児童家庭局（2013）『児童養護施設運営ハンドブック』
https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kodomo/kodomo_kosodate/syakaiteki_yougo/dl/yougo_book_2.pdf（2022年9月23日閲覧）

厚生労働省雇用均等・児童家庭局（2015）『児童養護施設入所児童等調査結果　平成25年2月1日現在』<https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-11905000-Koyoukintoujidoukateikyoku-Kateifukushika/0000071184.pdf>（2022年11月13日取得）

厚生労働省雇用均等・児童家庭局長（2012a）雇児発0405第11号　平成24年4月5日「家庭支援専門相談員、里親支援専門相談員、心理療法担当職員、個別対応職員、職業指導員及び医療的ケアを担当する職員の配置について」

厚生労働省雇用均等・児童家庭局長（2012b）『児童養護施設運営指針』https://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/syakaiteki_yougo/dl/yougo_genjou_04.pdf（2022年11月19日閲覧）

黒田邦夫（2012）「専門機能児童養護施設の制度と意義」『児童福祉研究』18東京都社会福祉協議会
水野周子　若松亜希子（2008）「専門機能強化型児童養護施設における多職種連携の有効性－行為障害・反応性愛着障害・高機能自閉症と診断されたグループホームで暮らす女児Aへの取り組みを通じて」『研究助成論文集』44 238-249,財団法人 明治安田こころの健康財団

Nashwa Masnoon, Sepehr Shakib, 2017, What is polypharmacy? A Systematic review of Definitions. BMC Geriatrics 17: 230 : <https://bmceriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-017-0621-2>（2022年11月13日取得）

大瀧和男（2021）「子どもの薬物治療と多領域連携」『精神科治療学』36: 1151-1156

佐藤寿哲（2016）「医療分野における子どもの自己決定権に関する文献レビュー」『大阪総合保育大学紀要』第11号：205-218

Sugioka Mayuko et al.2020, “Effects of the number of drugs used on the prevalence of adverse drug reactions in children” *Scientific Reports*; 10.21341 ; <https://www.nature.com/articles/s41598-020-78358-3.pdf>（2022年11月13日取得）

東京都保健福祉局（2013）平成25年度　東京都児童福祉審議会第一回専門部会　資料6　専門機能強化型児童養護施設について

https://www.fukushihoken.metro.tokyo.lg.jp/kodomo/katei/jifukushin/jido_24nd/sennmon25/senmonbukai.html（2022年11月13日取得）

U.S. Department of health and human services Administration on Children, Youth and Families (ACF) (2012) INFORMATION MEMORANDUM ; <https://www.acf.hhs.gov/sites/default/files/documents/cb/im1203.pdf> (2022年10月16日取得)

U.S. Department of health and human services Administration on Children, Youth and Families (ACF) Children's Bureau (2012) SUPPORTING YOUTH IN FOSTER CARE IN MAKING HEALTHY CHOICES ; https://www.childwelfare.gov/pubPDFs/mhc_caregivers.pdf (2022年10月16日取得)

U.S. Department of health and human services Administration on Children, Youth and Families (ACF) Children's Bureau et al. (2012) Making healthy choices : A guide on psychotropic medications for youth in foster care ; <https://www.childwelfare.gov/pubPDFs/makinghealthychoices.pdf> (2022年10月29日取得)

U.S. Department of health and human services Office of Inspector General (OIG) (2018) Treatment Planning and Medication Monitoring Were Lacking for Children in Foster Care Receiving Psychotropic Medication ; <https://oig.hhs.gov/oei/reports/oei-07-15-00380.pdf> (2022年10月16日取得)

吉田耕平 (2013) 「児童養護施設の職員が抱える向精神薬投与への搖らぎとジレンマ」『福祉社会学研究』10 : 125-147

吉田耕平 (2019) 「体罰から向精神薬へ—Z県の児童養護施設Yで働く施設職員の語りから—」『徳島大学地域科学研究』9 : 1-22

Zito, J.M. ; Zhu, Y. ; Safer, D.J. (2021) Psychotropic Polypharmacy in the US Pediatric Population : A Methodologic Critique and Commentary : Frontiers in Psychiatry12, 644741. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34194346/#:~:text=Across%2020%20years%20it%20is,89%25%20of%20annual%20medicated%20days> (2022年11月20日取得)

ⁱ Conradは、医療化の定義について以下のように述べる。

「医療化とは、非医療的問題が通常は病気あるいは障害という観点から医療問題として定義され処理されるようになる過程についての記述である。」「医療化の要諦はそれが定義上の問題であるという点にある。医療化とは、ある問題を医療的な観点から定義すること、ある問題を医学用語で記述すること、ある問題を理解するに際して医療的な枠組みを採用すること、ある問題を扱うに際して医療的介入を使用することを意味する。」

そのうえでConradは、「医療化について、「医療化は道徳的非難の減少、あるいは新しいケア形式の提供を通して肯定的な展開をもたらしたケースもあったが、社会問題が個人を対象とした臨床的介入の問題へと変容させられたり、医療の管轄権をその専門的知識技能を超える範囲にまで拡張させたりすることによって、否定的な展開をもたらすこともある。」と述べる。(Conrad & Schneider,1992=2003,p 1)

ⁱⁱ 米国におけるフォスターケアは、家族と同居できない子どものために国家が提供する一時的なサービス全般を指す。親戚や無関係の里親との同居、グループホーム、居住型養護施設、緊急避難所、監督付きの自立生活なども指す。(「Foster Care」 Child Welfare Information Gateway) <https://www.childwelfare.gov/topics/outofhome/foster-care/> より) 米国におけるフォスターケアは、日本における社会的養護と定義が重なる。日本における社会的養護は、「保護者のない児童や、保護者に監護させることが適当でない児童を、公的責任で社会的に養育し、保護するとともに、養育に大きな困難を抱える家庭への支援を行うこと」(「社会的養護とは」厚生労働省)を指す。

ⁱⁱⁱ 日本とアメリカではポリファーマシーの定義が異なる。日本においては単に服用する薬剤数が多いのみならず、それに関連して薬物有害事象のリスク増加、服用過誤、服薬アドヒアラス低下等の問題につながる状態を指す。(厚生労働省医薬・生活衛生局医薬安全対策課,2020) アメリカにおいては、定義が可変的で定まっておらず、有害事象が生じているかに限らず、5つもしくはそれ以上の薬を服用していることを指すことが多い。(N.Masnoon,2017) いずれも、当初は老年医学において高齢者の薬の服用をめぐる多剤服用の是非について論ずる中で使用されることの多い概念であった。近年、日本の研究機関からも小児のポリファーマシーのリスクを指摘する研究が発表されている。杉岡らは、小児における多剤併用が副作用発現のリスクを高めることを明らかにし、特に薬剤数4剤以上で副作用発現のリスクが高まるとの研究結果を発表している。(Mayuko Sugioka et al.,2020)

^{iv} 米国において「施設養護は、重症の情緒的、行動的問題をもつ子どもの治療を目的とした一時的保護」として位置づけられており、「最終的な選択肢」と位置考えられている。トムソンによれば、「他の養護環境では十分に対応・援助できない子どもを養育する場として非常に重要な役割を担っている。」とのことである。(平本 トムソン,2007,pp.201–202)

^v 米国では、省庁ごとに、独立した監査機関が、その省庁の監査を行っている。EY新日本有限監査法人によれば、米国におけるOIGとは以下のような機関である。

「各省庁に設置されている監察総監 (Inspector General : IG) 及びそのスタッフから構成される監察総監室 (Office of Inspector General : OIG) が、省庁毎にチェック機能を果たしている。OIGは、監査 (Audit)、捜査 (Investigation)、監察 (Inspection) の実施をその役割としており、「無駄、詐欺、濫用の防止・探知」や「経済性、有効性、効率性の促進」等を目的とする。調査の対象は、1978年監察総監法において、当該 OIG が所属する機関のプログラム及び業務と規定されている。加えて、「所属する機関と他省庁、州政府、地方政府、非政府組織における関係」に

ついても調査の対象とされており、広範な調査対象が認められている。(EY新日本有限監査法人,2017,p.5)

^{vi} ただし、米国におけるハンドブックはユース（若者）を対象としたものであり、日本における児童養護施設運営指針は満18歳に満たない児童養護施設に入所する児童全般を対象にしている。

児童の医療に関する自己決定権について、佐藤は、国内の文献の文献レビューを行っている。その中で佐藤は、「医療においては法的な契約能力の記載はなく、一般法に照らし合わせて 15 歳以上とすることが多く、一部16歳以上とする記述もあった。」と述べている。(佐藤,2017,p.215) 医療に関しては15.6才から法的な権利能力が生じるとするのが一般的であることが先行研究から示されている。

一方で、関東弁護士連合会は子どもの権利条約第12条の意見表明権にもとづき、『医療における子どもの権利の保障の確立を求める宣言』を出している。その中で、「医療行為は特に侵襲性が強く、生命及び身体に直接かかわる事柄であるため、医療行為が意見表明権の対象となり、子どもが医療行為の詳細について説明を受ける必要がある。」ということが記されている。(関東弁護士連合会,2016) 乳幼児や15歳未満であっても、自らが受ける医療行為について、意思表示を示す権利が認められ、また診断や治療に際して本人の意思が、可能な限り最大限尊重されることが求められる。