

児童精神医療における薬物投与
- - 人体実験という視点から - -
(精神医療 14 巻 2 号, pp.49-57 (1985))

1 はじめに

児童精神医療の分野で使用される各種の薬物は、それが治療薬か検査薬かを問わず、厳密に考えればそのほとんどが実験的に使用されているのである。すなわちこれらの薬物の使用は、治療的人体実験あるいは非治療的人体実験となるのだが、それが人体実験としてしかるべき倫理基準に則して行われているのかを問われた場合、否としか答えようのない恐ろしい状況にある。このことは薬物使用に限らず、いろんな検査(放射線検査、心理検査、その他)にも言えることである。

このたび本論を執筆するにあたって、子どもに対して使用した薬物の効果について報告された論文をいくつか読み、薬物の実験的使用に関する手続きについての指針や倫理原則を参照してみて、わが国の児童精神医療の悲惨さには改めて慄然たる思いを禁じ得なかった。

このことは私自身の日常診療にも言えることでもあり、本論を書くにあたって患児やその家族に対するこれまでの不十分な説明に基づく薬物投与を自己批判し、これを機会に襟を正して診療にあたりたい。さらに同業の精神科医諸氏に対してはさらなる相互批判を呼びかけたい。そしてなにもまして治療対象とされる子どもとその親や家族、さらには医師以外の医療関係者や福祉・教育関係者には、子どもの真の利益といふ観点から不当な治療行為や実験的行為に対して批判的な目を養っていただきたい。以下の考察がその一助となれば、筆者としては願ってもない幸せである。

本論では、精神遅滞や自閉症の子どもに対して投与される薬物に限定して論を進め、総じて薬物の使用があいまいな人体実験の域を出ないものであることを、いくつか例をあげて明らかにしていきたい。精神遅滞や自閉症といふ重荷を背負わされた子どもたちにとって、精神科治療の現実とはどのようなものであろうか。治療が本当に自分たちの利益になるのかどうかを確かめるすべもなく、「あなたのためにしてあげているのだから」と恩着せがましく行われる治療を否応なく受けさせられる子どもたちの歯がみと嘆きに、われわれはあまりに無感覚になってはいないだろうか。こうした子どもたちは、自分たちがどんな治療を受けさせられているのかについて納得のいく説明をしてもらえないわけでもなく、拒否や受諾をたずねてもらえないわけでもない。事態はもっと皮肉で冷酷である。拒否してもその意思を認められるどころか、拒否は1つの症状としてしか見てもらえないのである。

2 薬物を用いた治療的人体実験

児童精神医療の分野でよく使われる薬物は、抗てんかん薬を除くと、抗精神病薬、抗不安薬、抗うつ薬、精神刺激薬、脳代謝改善薬といったところであろう。ここでは抗精神病薬のハロペリドール、精神刺激薬のメチルフェニデート、脳代謝改善薬のホパンテン酸カルシウムの3種の薬物を素材にして考えてみたい。

子どもに対して用いられる向精神薬は、そのほとんどが成人に対する臨床試験に合格して成人に対する使用が認可されたものである。新しい薬の開発にあたっては、まず例えば動物実験などによる前臨床実験を行って毒性や催奇性について研究した上で、臨床試験すなわち人体実験の段階に移る。この臨床試験を行うための指針として、アメリカ合州国の食品薬局庁（FDA）は『臨床治験指針』³⁾を出しており、これは日本でも妥当なものとして評価されている。

この指針では冒頭で臨床試験の目的を「疾患あるいは病状に対して薬物が治療あるいは予防効果を有するか、またはその危険性や副作用について、さらに治療効果と副作用の相対的な関連などについて判定すること」とし、しかも「被験者および患者が期待する利益に比し、危険にさらされる可能性を、最小にするような方法で行わなければならない」としている。

そして臨床試験を第Ⅰ相から第Ⅳ相までの4段階に分けている。すなわち第Ⅰ相で薬物を初めて人体に用いるのであるが、この段階では薬の中毒量と、できれば薬効濃度とを健常志願者で決定し、さらに初期の安全投与量と有効性とを患者で確認する。第Ⅰ相は有効性と相対的安全性とを明らかにする臨床試験であり、通常は少数例の患者で十分にモニターしながら行う。第Ⅱ相は、少なくともある程度の有効性は確実に存在するということが示された後にさらに拡大して行うもので、特定の適応症について有効であることを示す成績を集め、薬物に関連した副作用をさらに明らかにすることを目的とするものである。第Ⅲ相は市販後に行われるもので、次の5分野が含まれる。

- (1) 副作用の発生率を明らかにしたり、特別な薬理作用について検討したり、薬物の本質の限界についてより多くの情報を集めたりする追加研究。
- (2) 罹病率や死亡率に対する薬物の影響を知るための大規模かつ長期の研究。
- (3) 本来市販前に得られるべき全部のデータがそろわずに、社会的利益のために市販を許可された薬物について、その市販前データを補うために第Ⅰ相と同様に行われる追加試験。
- (4) 市販前に十分検討できなかった患者群（たとえば小児）における試験。
- (5) いったん市販された薬についてさらに適応を拡大するために行われる試験。

このFDAの指針の定義からすると、子どもに対する向精神薬の使用は後期第Ⅱ相あるいは第Ⅲ相の臨床試験の段階に相当することになる。所が、実際には向精神薬は、成人の適応症を安易に子どもにも拡大解釈して使用されており、臨床試験として必要な手続きすなわち治療的実験に関して十分に説明した上で被験者から自発的な承諾を得るということがなおざりにされている。必要な手順を踏んだ上で、子どもにとっての適応症や標的症候、薬用量、使用方法などが確定され、副作用が十分に確認された向精神薬はきわめて少ない。したがって現段階で厚生省が認めていない適応症に対して向精神薬を用いることは、治療的人体実験となることを肝に銘じておかねばならない。

例を挙げよう。第Ⅰに、抗精神病薬のハロペリドールの場合、その適応症は精神分裂病と躁病である。しかし、10歳以下の子どもが精神分裂病や躁病にかかることはほとんどない。しかしハロペリドールは10歳以下の子どもにも使われている。その場合の標的症候は、最も多いのがおそらく精神遅滞や自閉症の子どもの多動・興奮・自傷行為やその他のさまざまな問題行動であろう。次いでジル・ドゥラ・トゥレット症候群とチックではなからうか。いずれもわが国ではハロペリドールの適応症として正式に認められてはいない。ついでに言

い添えておくと、第 1 の場合のさまざまな問題行動、特に攻撃的行動、衝動的行動、自傷行為などを呈する子どもには脳波検査がよく行われる。そして異常と判定されれば、ただちに脳波異常と問題行動とは因果関係にあると解釈されてしまう(正常児の 15 ~ 30% は何らかの脳波異常を呈するという報告²⁾) があり、脳波異常自体はさほど珍しいものではない)。そこで結局その問題行動はてんかん性の行動異常と診断され、抗てんかん薬が投与されるということになる(私自身かつてこれと同じ短絡的診断治療をやってしまったことがあり、短期間とは言え不必要な薬を子どもにのませてしまい、痛恨のきわみである)。

第 2 の例は、精神刺激薬のメチルフェニデートである。この薬のわが国での適応症は、軽症うつ病、抑うつ神経症、ナルコレプシーである。ナルコレプシーはともかくとして、現在では軽症うつ病や抑うつ神経症には抗うつ薬が使われ、メチルフェニデートはほとんど用いられていないと思われる。それよりもこの薬の使用対象として多いと思われるのは、多動症候群あるいは注意欠陥障害であろう。アメリカ合衆国では、1975 年の時点で 100 万人の子どもが、メチルフェニデートやアンフェタミン類の精神刺激薬をのまされていたとい話がある⁷⁾。落ち着きのない子や多動な子が、教師をはじめとする学校関係者から「暴力傾向」「学習障害」「前非行状態」などとレッテルを貼られて服薬を勧められるのだそうである。わが国では、多動症候群はメチルフェニデートの適応症としては認められていないが、実際には日常診療で使用されているし、多動症候群の「多動」だけがひとり歩きさせられて、精神遅滞や自閉症の場合のひとつの症状としての「多動」にまで拡大適用されることすらある。

第 3 の例は、脳代謝改善薬のホパンテン酸カルシウムである。この薬の場合は、軽度精神発育遅滞、脳炎後遺症、脳性麻痺に伴う多動、注意力低下、言語障害、意欲低下の緩解と、脳卒中、脳動脈硬化症、頸部外傷に伴う意欲低下、情緒障害、言語障害の緩解とがその効能、効果として認められている。しかし生活年齢も精神年齢も対応させずに自閉性障害児をホパンテン酸カルシウム投与群と非投与群との 2 群に分け、投与群の方に効果があったとするずさんな論文⁶⁾ を持参して、自閉症にも効きますよと売り込みに来た製薬会社員もいた。自閉症の場合でも同時に軽度精神遅滞であれば、この薬の使用は認められるかもしれないが、そうでない自閉症にまで拡張するとすれば、それはやはりいまだ治療試験の段階にあることを認識すべきである。

要するに、抗てんかん薬を除き、ほとんどの向精神薬が治療試験(人体実験)の段階にあり、しかも現実にはそのことが、十分に認識されておらず、人体実験の倫理原則が踏まえられていないと言えよう。

3 薬を用いた非治療的人体実験

前節で述べたような薬の使用は、一応は患児の利益を目的として行われる人体実験である(もちろん必ずしも患児の利益とは限らず、周囲のおとなや社会の利益でしかなかったりもするが)。しかし子どもに対する薬物の使用は、そのような場合だけに限らない。明らかに当の子どもにとっては利益の認められない薬物実験すなわち非治療的人体実験も行われている。ごく最近の例では、筆者が 1984 年の日本児童青年精神医学会総会で批判し、本誌 53 号でも報告した福島医大精神科における自閉症に関する一連の人体実験である。

まず第 1 に、星野仁彦らによる「自閉症児におけるデキサメサゾン抑制試験」である。これは『精神医学』と

いう学術誌の1984年1月号(Pp.100-102)に掲載された論文である。デキサメサゾン抑制試験というのは、副腎皮質ホルモン剤のデキサメサゾンを用いて、視床下部・下垂体・副腎皮質系の機能を調べるものである。この検査は以前から、副腎皮質ホルモンの分泌が亢進するクッシング症候群の診断に内科領域では行われてきたものである。精神科領域では、近年内因性うつ病の診断に使えるのではないかと騒がれたしたが、これをいち早く自閉症に用いたのが星野らである。彼らは、近年小児自閉症ではその原因として脳内5-Hydroxytryptamine(以下5-HT)代謝異常が想定されているという場合に仮説を展開し始める。しかし、一体だれがどういう研究結果に基づいて<原因>と<想定>しているのかがよくわからない(引用文献の記載もないので、筆者のような不勉強者にはとても不親切である)。とにかく星野らは小児自閉症の<原因>として5-HT代謝異常を想定する線で行ったのであろう。そこからさらに彼らは次のように推測する。すなわち「近年自閉症児において、血漿5-HTの日内変動の異常と同時にcortisol濃度の日内変動もみだれている」といふ報告がある。そして「視床下部・下垂体・副腎皮質系の異常が推測される」そこでその異常の有無をみるためにデキサメサゾン抑制試験をやってみたというものである。一見もっともらしい論理はこびではあるが、この推論の第1の前提、すなわち5-HT代謝異常を小児自閉症の<原因>と想定したところがければ、あとはすべてこけてしまうのである。つまり5-HT代謝異常が<原因>ではなく、単に<結果>のひとつに過ぎないとしたらどうであろう。あとに続く内容もすべてひとつの結果の反映に過ぎなくなる。

結局この研究は一体何を目的としているのかがさっぱり分からないのである。この論文には目的についての説明が欠落している。そのようないかげんな実験に、自閉症の子どもが14人も利用されている。この実験では、子どもにデキサメサゾンを午後9時にのませ、その日と翌日の午後4時に採血して血漿コルチゾール濃度を測定している。この明らかに非治療的人体実験を行うにあたって、さすがに人体実験だといふ認識はあったのであろうか、施行前に検査の意義や必要性について患者やその家族に説明し、了承を得た上で行った」としている。人体実験を行う場合には、実験に関する十分な説明をした上で、本人から(例外的に親からのこともある)自発的な承諾を得ることが原則となる。おそらく星野らは、この説明承諾の原則を遵守したことを示したくて先のような記述をしたのであろう。しかしこの一見もっともらしい文を添えたためにかえって馬脚をあらわしてしまった。人体実験を行う場合に被験者に説明すべきことは、その人体実験を行う場合に被験者に説明すべきことは、その実験の意義や必要性であろうか。そうではない。人体実験に関するもっとも有名な倫理原則である『ヘルシンキ宣言(1975年東京改訂版)』⁸⁾の基本原則第9条には、次のように明確に表現されている。

「ひとにおける研究においては、被実験者となるひとは、その研究の目的・方法・予想される効果と、危険性、及びそれらがもたらすかも知れない不快さについて十分知らされなければならない。被実験者となるひとは、この研究に参加しない自由をもち、参加していても、いつでもその同意を撤回する自由があることを知らされなければならない。医師は被実験者の研究内容を知らされた上での自由意志による同意を、できれば書面で入手すべきである」

被験者から同意や許可を得る場合に説明すべきことは、星野らが言うような「検査の意義や必要性」ではない。彼らは、はたして目的や効果や不快さについて説明したのであろうか。先に触れたように論文には目的についてすら述べられていない。とても被験者や親に目的の説明などできたはずはなからう。採血の不快さは、親にとっての不快さではなく、子どもにとっての不快さであり、この点もすりかえられてはならない。もし子どもが泣いていやがるとすれば、それは人体実験に対する拒否と受け取るべきである。

第2の論文は、同じく星野仁彦らによる『自閉症児と微細脳機能障害児の serotonin 代謝と視床下部下垂体機能』と題するもので、『同じく精神医学』1984年9月号(937-945頁)に掲載されたものである。この論文では『近年、自閉症において脳内の serotonin 代謝異常が想定され』とあり、『原因として想定され』という表現ではなくなっている。この研究で行われた非治療的人体実験は、『自閉症および MBD 児の脳内 serotonin 代謝、特に視床下部 - 下垂体系で hormone 分泌調節機構に關与する serotonin 代謝を検討する』ことを目的として行われたもので、具体的に言うと、6~11歳までの患児12人に、セロトニンの前駆物質であるL-5HTP (L-5-ハイドロキシトリプトファン)を経口投与して血中セロトニン、成長ホルモン、プロラクチンの変動を経時的に測定したものである。早朝6時に服薬させ、服薬前に1回と、服薬後30分毎に6回、計7回も採血を行っている。すべて『通院している』子どもとなっているから、午前6時までに来院させたのであろうか。それともこの人体実験のために前日から入院させてでもしたのであろうか。この論文には、誰に何を説明し、誰からどのように同意をとったのかについては全く触れられていない。午前6時から30分毎に計7回もの採血、しかもこの実験では子どもにとっての利益は全くない。この論文から判断するかぎり、本実験は明らかに非治療的人体実験の原則を大きく逸脱している。

ついでにもうひとつ、時代がいささか古いだけにもっとすさまじい人体実験をとりあげてみる。岡崎英彦・田中昌人ら(当時滋賀県立近江学園)による近江学園児に対する一連の薬物実験である。なかでも最もひどいのは『精神薄弱児にたいする薬剤の効果(4) Bromvalerylurea とAmobarbital の調整 - 群性化過程にたいする効果について』と題する論文で、『児童精神医学とその近接領域』という学術誌に1961年に掲載されたものである(238-256頁)。この非治療的人体実験は、『精神薄弱児にたいする薬剤の<効果測定の次元>と<効果発現にたいする発達段階の規定性>の2点を明らかにするために、『機能促進とは逆の方向に作用する2種類の薬剤』を投与した実験である。つまり精神機能を低下させるために2種類の睡眠薬を9~10歳の12名の収容児(精神薄弱児と養護児)に『午前8時に経口投与』して、服薬前と服薬後30分毎に何回も発達テストや精神作業過程分析テストなどを行ったものである。しかもこの論文には被験者の名前(実名と思われる)まで記載されている。この人体実験は1960年に行われたものなので、1964年のヘルシンキ宣言『先前的なことではあるが、ナチスの生体実験の裁判の中から生まれた『人体実験に関するニュールンベルグ原則』(1947年)が公にされてから13年後に行われた人体実験である。ニュールンベルグ原則の第1条には、『それ以後のあらゆる人体実験に關する倫理コードの基本原則となっている。被験者の自発的同意が絶対条件である』ことと、『被験者が同意する以前に、実験の性質・期間・目的とともに、その方法と用いられる手段・発生する危険と不測の事態・その実験への参加がもたらす影響などについて、彼に正確に教えなければならない』という説明承諾の原則(インフォームド・コンセント)がすでに明確に述べられている。しかし岡崎・田中らがその点をどうしたのかは明らかではない。

さらにこの実験では、『子どもたちは午前6時半に起こされ、午前8時に睡眠薬をのみされたので、当然ながら眠気やだるさ・ふらつきを呈し、あるいは逆説的興奮状態におちいたり、夕方までふらつきが残っていた子どももあつた。なかには『しんどい』と訴えた子どももいたが、実験は続行された。実験中のこれらいろいろな変化がどの子どもにもみられたかが、個人名をあげてあるために特定できるようになっており、プライバシーの侵害は著しい。

小児科医の日比逸郎は、『乳児院 精神病院 ちろちろの収容施設においては非人道的な生体実験が行

われやすい」⁴⁾ことを指摘し、「小児 精神障害者 知能障害者を対象とする生体実験には厳重な監視が必要となる」⁴⁾と警告している。近江学園という入所施設内でのこの人体実験が、その後子どもの発達保障の重要性を喧伝し名声をはせている人たちによって行われたことを一体どう理解したらよいのだろうか。人間発達の科学を樹立するためにはこのような非倫理的な人体実験もやむなしとするならば、ナチス、あるいは森村誠一の『悪魔の飽食』でその悪名が広く世間に知れ渡った石井 731 部隊の亡霊が、岡崎や田中らの背後にもほの見えるてくるではないか。岡崎が現在この実験をどう考えているのか筆者は知らないが、この人体実験の共同研究者であり、かつては全国障害者問題研究会(全障研)の全国委員長を務めていたこともある田中昌人は、1980年に上梓した『人間発達の科学』(青木書店)の中で、当時の人体実験に次のように言及している。発達保障を理念として求めざるをえなかった。...発達障害にたいして条件変化を加えて、いわゆる『できなさ』のなかにある可能性を探るべく各種の実験を行ったり、また薬物効果の研究をしていく過程で、本論稿(すなわち『人間発達の科学』第1章 - 筆者注)を執筆していくことになった」と述べている。そこには、当時の彼らの人体実験がいかに非倫理的なものであったかについての一片の認識もなく、当然ながら批判的なとらえかえしなど行われる余地もない、恐ろしいことではないか。

4 説明承諾の原則(インフォームド・コンセント)

治療的人体実験であれ非治療的人体実験であれ、これを実施するにあたっては守るべき倫理原則というものがある。『人体実験に関するニュールンベルグ原則』や『ヘルシンキ宣言』、『ワイ宣言』など国際的なものから、各国の関係機関や学会などが定めた倫理原則や指針までいろいろあるが、いずれにおいても人体実験に際して必ず守るべき原則は、事前に被験者に対して十分な説明(実験の目的・効果・危険性・不快さ・参加しない自由・いつでも同意を撤回できる自由などについて)を行った上で、被験者の自由意志にもとづく同意を得ることである。しかしこの十分な説明を行うということが、実は容易ではないのである。

まず第1に、誰がこの説明を行うかという問題がある。日常の診療活動の中での主治医 - 患者の信頼関係が、いつのまにか人体実験の実験者 - 被験者という道具関係にすりかわる。日常診療での『信頼関係』が、実はのがれられない従属関係に過ぎない場合もあろう。ヘルシンキ宣言では、被験者が医師に従属的な関係にある場合や強制されていると思われるような場合に関して特に注意を喚起しており、そういう場合には、そのような関係から独立しておりしかも実験に関与していない医師が説明をした上で承諾を得るべきであると述べている。

第2に、誰に説明するのかという問題がある。当然、被疑者本人に説明すべきである。しかし被験者が精神障害のためあるいは子どもであるために、説明を理解して承諾をすることができない場合はどうなるか。ヘルシンキ宣言では、責任ある親族に、つまりふつうは親に説明して承諾(代諾)をとればよいということになっている。しかしここは議論の分かれるところであり、後ほどあらためて論ずる。

第3の問題は、何を説明するかである。先に例として出した福島医大の星野らは、実験の意義や必要性について説明しているだけである。繰り返すが、ヘルシンキ宣言では第1に、研究の目的・方法・予想される利益・潜在的な危険性、そして研究に伴うかも知れない不快さについて説明しなければならず、第2に、研究に関与しない自由があることを説明しなければならず、第3に、いつでも承諾を撤回する自由が与えられている

ことを説明しなければならない。十分な説明とは、少なくともこれだけの内容を含むものである。その中で少し触れておきたいことは、潜在的な危険性のことである。薬を用い、しかも子どもを被験者とする人体実験の場合、副作用の問題は大人の場合と異なり、子どもは成長発達の途上にあり、薬がこの発達に及ぼす影響を慎重に考えておかねばならない。同一の個体の中でも各器官によって成長の速さや様相が違い、しかも向精神薬では特に生殖腺や内分泌器官への影響が懸念される。またこのような副作用は、かなり期間がたってから現れるといったいわば遠隔作用的な側面をもっているために、実験期間中には実験者や親に気づかれないおそれもある。

第4の問題は、どのような方法で説明し承諾を得るかである。親に説明する場合でも、相手が十分に理解してはじめて十分な説明がそれとして意味をもつ。説明する間しきりに相手がうなずいていたり、質問や反論がすぐに返ってこなかったからといって、それで相手が十分に説明を理解したと決め手かかるわけにはいかぬ。さらに形式の問題を言えば、ヘルシンキ宣言では「同意は書面で得ることががぞましい」とある。

第5は、どのような状況で説明がされ承諾が得られるかである。これは第1の問題と関連するが、親が拒否できないような心理状態にあってはならない。子どもの障害のことで疲れはてていたり、絶望的になっていたりする時に、あたかも実験によって遠からぬ将来に新治療法が見つかるかのような幻想をふりまきながらの説明や、親が医師に義理を強く感じているような状態での説明は大道のガマの油売りの口上と大同小異であろう。

最後に第2の問題と関係することだが、<代諾>ということについて検討しておきたい。人体実験の被験者が子どもである場合、はたして子どもに代わって親が承諾を与えること(代諾)が許されるかという問題である。この代諾がありうるためには、親が子どもの真の利益を代表でき、子どもの苦痛を共感できることが最低限必要な条件であろう。仮にそういう親がいるとした場合、治療の人体実験に関しては例外的に代諾が認められることもあるが、非治療的人体実験すなわち当の子どもには何ら直接的な利益をもたらさない人体実験の場合はどうであろう。子どもの真の利益を代表する親が、子どもには利益はなく潜在的な危険性や不快さが伴う人体実験に代諾するということは論理矛盾になる。したがって筆者は、非治療的人体実験には親の代諾はあり得ないと考える。

しかし現状では、この点に関する意見は2つに分かれるようである。すなわち当の子どもに何ら利益をもたらさない人体実験には親に代諾する権限はなく、それは児童虐待とすら言えるとする考えと、全く無害であるかごくわずかの危険性や不快さが伴うだけであれば代諾は可能であるとする考えである。両者の中間にあつて、実験の性質と危険性の程度とのいろんな組み合わせに応じて可否を判断するという立場に立つ者もあり、その代表的なものが英国小児科学会の倫理委員会の指針¹⁾である。しかし筆者は、たとえ百歩譲って非治療的人体実験への子どもの参加に親の代諾が許されたとしても、子どもの拒否の意思表示は絶対に黙殺してはならないと考える。子どもの自発的な承諾を得ることは困難でも、自発的な拒否をそれとして認めることは困難ではない。親の代諾は、実験への参加の時点でのみあり得る。実験途中での承諾の撤回はまた別の問題であり、この時点ではまず子どもの意思の言語的および身体的表現を尊重すべきである。たとえば繰り返し行われる採血のような実験中の操作や薬の作用に対する抵抗とか「しんどい」といふ訴えなどは、実験参加の代諾の無効化を子ども自身が宣告していると解すべきである。親にとってはひとたび代諾した後の撤回は現実にはなかなか難しいだろう。実験者が、子どもの泣いて抵抗するという行為を撤回の意思表示と受け

取ることができなければ、子どもの人権を保障することはできない。それでもあえて実験を続行するとすれば、これはもはや<医原性児童虐待>にほかならない。

5 おわりに

論文として発表された非倫理的人体実験は、おそらく氷山の一角に過ぎず、その種の人体実験は実際にはもっと多いだろうし、薬の適応症の安易な拡大は日常茶飯事となっている。実験者が同時に主治医であれば、その実験はあたかも治療の一環として行われるような幻想を抱かせる。実験者である医師すら幻惑されることだろう。新しい検査法や薬が開発されるたびに犠牲者が増える。子どものために必要な検査や薬が選ばれるはずが、実は新しい検査法や薬を試すために子どもが物色されるといふ劉錯した情景がくりひろげられる。医学のために子どもが存在するのではない。子どものために医学が存在するはずである。

児童精神医学の分野でも、近年子どもの脳の中に障害の原因を還元し、子どもを片っ端から各種の検査に追い立てる生物学主義者の跳梁には目に余るものがある。生物学主義と還元主義との結婚は想像妊娠をもたらすだけである。その内容のない肥大化はとどまるところを知らない。いま歯止めをかけないと、子どもたちは医師の論文作成の材料と化し、またたくまに死屍累々といった惨状を呈することになる。

文献

- 1) British Paediatric Association: Guidelines to aid ethical committees considering research involving children. Archives of Disease in Childhood, 55: 5-77, 1980.
- 2) Eeg-Olofsson, O.: The development of the electroencephalogram in normal children and adolescents from the age of one through 21 years. Acta Paediatrica Scandinavica, Supplement 208, 1970.
- 3) FDA 臨床治験指針Ⅰ臨床評価, 8巻補遺1号, 1980.
- 4) 日比逸郎 臨床研究と生体実験」ジュリスト, 1973年11月25日号 18-23頁
- 5) 「ニールンベルグ原則」精神神経学雑誌, 75:870, 1973
- 6) 岡田隆介他 自閉性障害児に対するCa-Hopantenate の効果 精神医学, 22:89-91, 1980
- 7) Schrag, P. et al.: The Myth of the Hyperactive Child. Pantheon Books, New York, 1975
- 8) 砂原茂一 医学研究の倫理とヘルシンキ宣言東京改訂版」日本医事新報, 2692号, 83-87頁, 1975