

美國寄養家庭兒童過度使用 精神疾病藥物與兒童醫療自主權之互動*

杜芸珮**、李伊婷***

摘要

寄養家庭兒童 (Foster Children) 過度使用精神疾病藥物是一個重要的公共衛生議題，研究顯示美國寄養家庭兒童使用精神藥物的比例是非寄養家庭兒童的 3 到 13 倍，寄養家庭兒童的心理健康以及過度使用精神疾病藥物的趨勢值得關注與探討。本文將呈現此議題與兒童醫療自主權發展之互動關係，特別針對「成熟的未成年人 (Mature Minor)」以及「兒童的最佳利益 (Best interests of the child)」兩項法律原則的演變，討論其如何影響寄養家庭兒童及青少年使用精神疾病藥物之實務操作。本文最後並分別從兒童醫療自主權的法定年齡與合理性，以及提供足夠的社群支持與建立全面性的監管機制兩個面向，探討美國經驗對台灣兒童醫療自主權利保障之法律政策可能帶來的啟示。

關鍵字：醫療自主權、寄養家庭兒童、兒童權利、精神疾病藥物

* 本文經編輯委員會修訂。

** 美國華盛頓大學法律博士生。

*** 美國華盛頓大學護理碩士生、台灣護理師、美國加州護理師。

目次

壹、背景介紹	參、討論與政策建議
一、七歲兒童自殺悲劇	一、兒童醫療自主權的法定年齡與 合理性
二、美國寄養家庭兒童身心狀況 及精神疾病藥物的使用趨勢	二、提供足夠的社群支持與建立全 面性的監管機制
貳、寄養家庭精神疾病藥物濫用、兒童醫 療自主權與美國立法經驗	肆、結論
一、成熟的未成年人— 以華盛頓州法為例	
二、兒童最佳利益原則之應用— 醫療決策參與決策程度	

美國兒童福利組織(Child Welfare Services)將兒童家庭寄養照護(Family Foster Care)定義為：「當兒童原生家庭無法提供暫時或長期的照顧時，所提供給兒童全天且有計畫期間的替代性家庭照護¹。」為妥善照顧家庭遭遇重大變故、失依、貧困或需受保護之兒童及少年，我國政府提供家庭寄養與機構安置教養服務。若依2015年的統計，我國共有1,384戶寄養家庭與122所兒童及少年安置教養機構提供照顧服務²。

在美國實務上，兒童家庭寄養照護常會面臨兒童過度使用精神疾病藥物的問題。2011年美國國會通過“增進與創新兒童與家庭服務法案(Child and Family Services Improvement and Innovation Act)³”，要求各州政府必須加強照顧兒童的心理衛生⁴，並應制定法律確保兒童未過度使用精神疾病藥物⁵。此一立法所希望解決者，是寄養家庭兒童的聲音在精神疾病藥物的開立與告知後同意之執行過程中，往往不容易被社會福利

¹ ALFRED KADUSHIN, CHILD WELFARE SERVICES 314 (1980).

² 行政院中華民國國情簡介網頁，兒童及少年福利頁面，
http://www.ey.gov.tw/state/News_Content3.aspx?n=C75E5EE6B2D5BAEB&s=ADE39B5CCF4DE702 (最後瀏覽日：2016年12月10日)。

³ Passed by 112th Congress, Public Law 112-34, Sept. 30, 2011.

⁴ Judith Warner, *Overmedicating Foster Kids: The Cost of Skimping on Care*, TIME, Dec. 02, 2011.
<http://ideas.time.com/2011/12/02/bromides-are-no-better-than-zyprexa/> (last visited Dec 18, 2015).

⁵ See Social Security Act, 42 U.S.C. 622 (b) (15) (A) (v).

與醫事專業人員所聽見，而導致藥物濫用的問題。此一挑戰進一步衍生寄養家庭兒童醫療自主權界線之問題⁶。例如兒童是否可以拒絕醫生開立精神疾病藥物的醫療策略？當寄養家庭的兒童拒絕治療時，又會面臨哪些兩難與困境？

為回答寄養家庭兒童精神疾病藥物使用的醫療自主權問題，本文首先於第一部份的背景介紹中，嘗試呈現寄養家庭兒童的心理健康問題，以及美國寄養家庭兒童過度使用精神疾病藥物的趨勢。本文第二部分則以美國華盛頓州的立法與其兒童心理健康之就醫機制為例，對美國現行有關寄養家庭兒童精神疾病藥物使用的法律制度——尤其是「成熟的未成年人 (Mature Minor)」以及「兒童的最佳利益 (Best interests of the child)」兩項法律原則的運作——進行分析。本文最後則分別從兒童醫療自主權的法定年齡與合理性，以及提供足夠的社群支持與建立全面性的監管機制試圖兩個面向，探討美國相關法制發展對台灣兒童醫療自主權利保障之法律政策所可能帶來的啟示。

壹、 背景介紹

一、 七歲兒童自殺悲劇

美國佛羅里達州在 2009 年發生了一則令人心痛的案例，一位七歲的寄養兒童 Gabriel Myers 在寄養家庭的浴室上吊自殺⁷。Gabriel 過世的那天請病假待在家中，但因為 Gabriel 哭鬧與脾氣失控，寄養家庭中的 23 歲兄長決心把 Gabriel 鎖在浴室中，之後當救護人員發現時，Gabriel 已上吊自殺身亡⁸。事後檢方追究原因，認為精神疾病藥物的使用失當是一項重要因素。Gabriel 的精神科醫師曾開立美國 Food and Drug Administration (FDA) 認定只對成年人安全的抗精神病劑(antipsychotics)與抗憂鬱劑(antidepressants)給 Gabriel。而在 Gabriel 使用的其他藥物中，也包含明確標示副作用包含病患會有自殺風險的品項⁹。

Gabriel 的案件除了引起社會關注之外，也促使佛羅里達州和聯邦政府認知到，既有

⁶ Donald Stone, *The Danger of Psychotropic Medication for Mentally Ill Children: Where is the Children's Voice in Consenting to Medication? An Empirical Study*, 23 TEMP. POL & CIV. RTS. L. REV. 121 (2013); Michelle Mello, *Psychotropic Medication and Foster Care Children: A Prescription for State Oversight*, 85 S. CAL. L. REV. 395 (2012); Thomas Fuentes, *The Use of Psychotropic Medication in Michigan Foster Care*, 58 WAYNE L. REV. 183 (2012).

⁷ Kimber E. Strawbridge, *The Children Are Crying: The Need For Change In Florida's Management Of Psychotropic Medication To Foster Children*, 15 U.C. DAVIS J. JUV. L. & POL'Y 247, 253 (2011).

⁸ Jessica Setless, *The Crisis of Over-Medicating Children In Foster Care: Legal Reform Recommendations For New York*, 19 CARDOZO J. L. & GENDER 609, 609-610 (2003).

⁹ *Id.*

的兒童家庭寄養照護機制應增加對寄養家庭兒童的保護，尤其是需要增進對兒童使用精神疾病藥物的監督機制¹⁰。依照美國現行的社會福利制度，當寄養家庭兒童的原生父母無法提供照顧，原生父母也失去了為小孩的身體做決定的能力，此時，政府便應介入填補這個角色，而領取政府補助的寄養家庭父母¹¹，便是政府為特定孩子所選擇，承擔原生父母親角色的代理人。另外，社工人員則扮演中間人的角色，串起原生家庭父母與寄養家庭父母之間的連結¹²。然而由於社工人員或是寄養家庭父母在掌握寄養兒童的身心狀況時常各有斷層，無法清楚掌握兒童狀況，導致醫事人員在治療寄養家庭兒童時，也時常感到灰心¹³。

二、 美國寄養家庭兒童身心狀況及精神疾病藥物的使用趨勢

通常尋求寄養家庭的兒童或青少年，其原生家庭往往有虐待、疏忽、家庭暴力、無家可歸及吸毒等等問題，造成高比例的寄養兒童或青少年有身心靈創傷¹⁴。影響所及，兒童及青少年的心理狀態往往在進入寄養家庭之前即已出現發展（Developmental）、行為（Behavioral）或情緒（Emotional）上的障礙。據研究指出，約 30%至 80%的寄養兒童或青少年有情緒或行為上的問題，而這些問題除了受到目前寄養家庭的生活影響，也常肇因於進入寄養家庭前的經驗¹⁵。

然而由於缺乏心理健康知識的訓練，寄養家庭及部分社工往往訴諸藥物使用來面對這些問題，而任由寄養兒童及青少年長期使用處方精神疾病藥物（Psychotropic drugs; Psychiatric medicine）。寄養兒童及青少年常使用的精神疾病藥物包含：抗精神病藥（Antipsychotics）、抗憂鬱藥（Antidepressants）、注意力缺失症藥物（ADHD drugs）、抗焦慮藥（Antianxiety medications）、以及情緒穩定劑（Mood Stabilizers）等等¹⁶。許多經診斷患有精神疾病或注意力不集中之兒童或青少年，症狀在接受藥物治療後獲得改善，而能持續生活於住家及學校等環境，甚至對社區照護及治療的接受度及反應也都比沒有接受藥物治療時要來的更好，這也是為何越來越多兒童接受精神疾病藥物治療的原因。

相關藥物雖然有其功效，但依據美國政府針對兒童與青少年所為的國家型研究，寄養家庭兒童過度使用精神疾病藥物日趨嚴重¹⁷。依據美國政府責任署（U.S. Government

¹⁰ Kimber E. Strawbridge, *supra* note 7.

¹¹ Jessica Setless, *supra* note 8, at 609-610.

¹² Jessica Setless, *supra* note 8, at 609-610.

¹³ Jessica Setless, *supra* note 8, at 609-610.

¹⁴ Kathleen Noonan & Dorothy Miller, *Fostering Transparency: A Preliminary Review Of "Policy" Governing Psychotropic Medications In Foster Care*, 65 *Hastings L.J.* 1515, 1525 (2014).

¹⁵ S. S. Chipungu, & Tricia Bent-Goodley, *Meeting the Challenges of Contemporary Foster Care*, 14(1) *THE FUTURE OF CHILDREN* 74 (2004) (doi:10.2307/1602755).

¹⁶ 常見用藥與功能，請參本文附表。

¹⁷ National Survey of Child and Adolescent Well-being (NSCAW) (2012), No. 17: Psychotropic Medication

Accountability Office, GAO) 2008 年的報告，有 21% 至 39% 的寄宿家庭兒童取得精神疾病藥物的處方箋¹⁸。該署 2014 年的報告則根據兒童與家庭行政單位的問卷調查結果，指出有 18% 寄養家庭兒童使用精神疾病藥物¹⁹；對照非寄養家庭兒童使用精神疾病藥物僅 5% 至 10%²⁰。美國塔芙茨臨床轉譯科學機構 (Tufts Clinical and Translational Science Institute, CTSI) 進行的大型研究，也推估寄養家庭兒童的使用精神疾病藥物達 13% 至 52%，對比非寄養家庭兒童僅 4%，比例達到 3 到 13 倍²¹。

雖然目前針對兒少精神疾病用藥的長遠影響，並沒有大量或是大型的研究，但仍有許多專家主張精神疾病藥物之使用會影響兒童及青少年仍在發展中之身體及腦部²²。根據美國衛生公共服務部 (Health and Human Service) 2015 年統計，在公共醫療保險 (Medicaid) 所補助的精神疾病藥物使用中，有超過三分之二用於寄養家庭之兒童及青少年。在這些兒童及青少年中，有 37% 同時使用多種精神疾病藥物，23% 涉及藥物劑量使用錯誤，53% 的用藥未受到適當監督，以及 41% 涉及錯誤治療。從以上各個統計與趨勢觀察，寄養家庭兒童使用過多精神疾病藥物已成為一個嚴重的社會問題，醫師是否該開立精神疾病藥物的處方箋，應考慮該藥物對於兒童及青少年的益處是否大於潛在副作用對兒童及青少年身、心理的影響²³。而美國聯邦政府也不得不正視這個問題，並尋找提出解決之道，以改善寄養家庭兒童的健康狀況與福利。

Use by Children in Child Welfare.

<http://www.acf.hhs.gov/programs/opre/resource/nscaw-no-17-psychotropic-medication-use-by-children-in-child-welfare> (last visited on Dec. 10, 2016).

¹⁸ U.S. Government Accountability Office (2011), Foster Children: HHS Guidance Could Help States Improve Oversight Of Psychotropic Medications. <http://gao.gov/products/GAO-12-270T> (last visited on Dec. 10, 2016).

¹⁹ U.S. Government Accountability Office (2014), Foster Children: HHS Could Provide Additional Guidance to States Regarding Psychotropic Medications. <http://www.gao.gov/products/GAO-14-651T> (last visited on Dec. 10, 2016).

²⁰ *Id.*

²¹ Anita Harbert & Jennifer Tucker-Tatlow (2015), Literature Review: Psychotropic Medication And Foster Youth, Southern Area Consortium Of Human Services. http://theacademy.sdsu.edu/wp-content/uploads/2015/05/SACHS_Research_Psychotropic_Meds_2_26_15_rev.pdf (last visited on Dec. 10, 2016).

²² Manpreet Singh & Kiki Chang, *The Neural Effects of Psychotropic Medications in Children and Adolescents*, 21(4) CHILD & ADOLESCENT PSYCHIATRIC CLINICS N. AME. 753 (2012).

²³ AMERICAN ACADEMY OF CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY, A GUIDE FOR COMMUNITY CHILD SERVING AGENCIES ON PSYCHOTROPIC MEDICATIONS FOR CHILDREN AND ADOLESCENTS (2012), available at http://www.aacap.org/app_themes/aacap/docs/press/guide_for_community_child_serving_agencies_on_psychotropic_medications_for_children_and_adolescents_2012.pdf (last visited on Dec. 10, 2016).

貳、 寄養家庭精神疾病藥物濫用、兒童醫療自主權與美國立法經驗

對於寄養家庭兒童精神疾病藥物濫用的討論，其中一個重要的面向，是兒童的醫療自主權：亦即在既有的法架構下，兒童在看診與治療過程中，能夠擁有多大範圍的參與決策能力？如前所述，美國國會在 2011 年通過增進與創新兒童與家庭服務法案，其中便包含要求州政府建立寄養家庭兒童精神疾病用藥的監督機制、寄養家庭兒童定期健康檢查的時間表等，以滿足兒童的健康需求²⁴。許多州也隨之做出改變，透過立法或新的政策和資源，以實踐聯邦法律的意旨。

事實上，在 2011 年以前，就存在針對寄養兒童精神疾病藥物使用的州層次改革，例如田納西州曾於 2000 年時進行大規模的集體訴訟，許多寄養家庭兒童與律師參與，要求政府應加強對寄養兒童精神疾病用藥的管理，以保障兒童的權利。密西根州則於 2006 年由兒童權利組織發起集體訴訟，代表 1 萬 9 千位寄養兒童向政府提出訴訟，最後於 2008 年由前州長 Jennifer Granholm 簽署和解書，而和解內容的一個重要部分，便是政府單位需要加強對寄養兒童使用精神疾病藥物的管理。德州亦於 2010 年增修家庭法規，加入特別為寄養家庭設計的代理人（Medical Consenter），來參與醫療行為中告知後同意的過程與進行決定。以上述各項改革作為背景，本文以下，將特別針對「成熟的未成年人（Mature Minor）」以及「兒童的最佳利益（Best interests of the child）」兩項法律原則的演變，討論其如何影響兒童及青少年使用精神疾病藥物之實務操作。

一、 成熟的未成年人—以華盛頓州法為例

若觀察現行美國立法趨勢，美國各州基本上均規定父母有權利代理子女進行醫療行為中的告知後同意行為，並為子女做出醫療決策²⁵。以華盛頓州法為例，Revised Code of Washington（RCW）26.28.015 條規定 18 歲為成年人，具備完全實施法律上權利與承擔法律上義務之能力。若病人根據州法 RCW 11.88.010(1)(e) 不具備進行醫療上告知後同意的能力時（例如未成年的兒童或青少年），則法定代理人依據 RCW 7.70.065 (1)，得為兒童進行告知後同意的過程，擁有代理病人做出醫療決定的法律上能力。

然而在某些例外情況，成熟的未成年人仍得為自己做醫療決定。相較一般醫療過程

²⁴ 42 U.S.C.A. § 622 (b)(15)(A)(i)&(v) (stating that “the State will develop, in coordination and collaboration with the State agency... a plan for the ongoing oversight and coordination of health care services for any child in a foster care placement, which shall ensure a coordinated strategy to identify and respond to the health care needs of children in foster care placements, including mental health and dental health needs, and shall include an outline of (i) a schedule for initial and follow-up health screenings that meet reasonable standards of medical practice; (v) the oversight of prescription medicines, including protocols for the appropriate use and monitoring of psychotropic medications).

²⁵ Jennifer Albright, *Free your mind: the right of minors in New York to choose whether or not to be treated with psychotropic drugs*, 16 ALB. L.J. SCI & TECH. 169, 176-177 (2006).

的告知後同意，華盛頓州法針對需要進行心理疾病治療的兒童特別訂有「兒童心理健康服務（Mental Health Services for Minors）」專章²⁶。依據 RCW 71.34.500 之規定，13 歲以上的兒童可自行做成是否入院進行治療的有效決定，而不需要父母的同意²⁷。換言之，華盛頓州法認為 13 歲以上的兒童已進入成熟的未成年人範疇²⁸，因而在醫療上告知後同意年齡（age of consent）的一般規定之外，另外增加了一條法律上的界線。

美國各州目前已普遍存在成熟的未成年人立法，而每一州針對成熟未成年人的年齡限制、要件、和法律能力，又常常有著不同的規定²⁹。以華盛頓州法為例，13 歲以上兒童得適用成熟未成年人原則的情境，包括當父母對於子女有暴力、忽視，且其參與將有害兒童利益之情形。此一法律原則亦有利於州政府對於例如性傳染疾病（Sexual Transmitted Infectious Disease）在內的疾病進行疾病控制（disease control）³⁰。

成熟的未成年人概念常受到批評的議題，是以年齡作為界線的武斷性。為何跨越了某一個年齡，即可認定一個人能夠為自己、甚至他人的身體做決定。事實上，許多科學研究結果也對這樣的法律規定是否符合社會秩序的期待提出質疑？假設一位青少年可能被診斷為一位精神疾病患者，此時他是否具備為自己的身體做決定的能力？法律該如何規定，才能使最後的醫療決策成為最適當的決策？對於這些議題，本文將於第參部分繼續此一討論。

二、 兒童最佳利益原則之應用--醫療決策參與決策程度

寄養兒童精神藥物濫用常涉及的另一項法律原則，是兒童最佳利益之追求。聯合國兒童權利公約第三條一般性揭示「所有關係兒童之事務，無論是由公私社會福利機構、法院、行政機關或立法機關之作為，均應以兒童最佳利益為優先考量³¹。」條約內文中

²⁶ RCW Chapter 71.34.

²⁷ RCW 71.34.500 (stating that “(1) A minor thirteen years or older may admit himself or herself to an evaluation and treatment facility for inpatient mental treatment, without parental consent. The admission shall occur only if the professional person in charge of the facility concurs with the need for inpatient treatment. Parental authorization, or authorization from a person who may consent on behalf of the minor pursuant to RCW 7.70.065, is required for inpatient treatment of a minor under the age of thirteen”).

²⁸ See University of Washington Website, Providing Health Care to Minors under Washington Law, <http://depts.washington.edu/hcsats/PDF/guidelines/Minors%20Health%20Care%20Rights%20Washington%20State.pdf> (last visited Sept. 15, 2016).

²⁹ 例如加州是滿 12 歲就可以自主進行心理健康治療的告知後同意。CAL. FAM. CODE § 6924 (2012). 夏威夷則是滿 14 歲青少年才能做出有效的醫療決定。HAW. REV. STAT. ANN. § 577A-1 (2012).

³⁰ RCW 70.24.110. 就性傳染疾病的檢測與治療，華盛頓州的年齡限制是 14 歲，亦言之，14 歲以上的兒童即可自行做合法有效的醫療決定。See Jennifer Albright, *supra* note 25.

³¹ 兒童權利公約（Convention on the Right of the Child），1990 年 9 月 2 日生效，現有 196 個締約國，美國非為締約國。公約第三條：「一、所有關係兒童之事務，無論是否由公私社會福利機構、法院、行政當局或立法機關所主持，均應以兒童之最佳利益為優先考慮。」

亦多次就不同情況提到最佳利益原則之應用³²，例如兒童權利公約第 20 條一款：「針對暫時或永久剝奪其家庭環境的兒童，或因顧及其最佳利益無法使其繼續留在家庭環境時，締約國應給予特別之保護與協助。」美國判例法中亦就兒童最佳利益原則發展出相關的審查標準³³，認為兒童的最佳利益也是支持國家介入代替父母對小孩實行親權的一個核心依據³⁴。

在面對兒童使用精神疾病藥物的問題時，兒童最佳利益亦是重要的考量因素之一。而此一因素的判斷，又常是透過告知後同意過程中，病人或病人的代理人對醫療決策過程的參與度來衡量。例如小兒科醫師臨床守則曾說明：醫生應觀察父母或是法定代理人就整個告知後同意過程的參與度。美國律師協會亦就此問題，提出建議法官與律師在考量兒童最佳利益應詢問的問題列表，以增進法律專業人士實際處理兒童使用精神疾病藥物問題的效率與準確度(詳細的說明，另可參考 Solchany 在 2012 年於 *Child Law Practice* 發表的文章)³⁵。例如法官與律師應詢問兒童有什麼樣的症狀，為什麼需要使用精神疾病藥物？實務上，寄養家庭兒童的主要照顧者經常更換，案件發生當時的照顧者，可能兒童有利益衝突，會誇飾兒童的症狀等。而之前的照顧者又可能已有一段時間未與兒童相處，無法清楚了解兒童狀況，因此法官與律師必須確認手邊獲得的資訊，是否是最精準的現況。

另外，除了使用精神疾病藥物之外，法官與律師亦應詢問是否有試過其他的治療方式(例如心理諮商)？除了考量兒童是否達到法定年齡，自己進行診療的告知後同意之外，該兒童對於使用精神疾病藥物有什麼感受、兒童是否被充分告知對於這次治療的期待、以及是否有人會固定關心兒童治療期間的感受等等，均是律師和法官在處理這類案件時應考量的因素。Solchany 在給執業律師與法官的建議就提及，必須考量兒童使用精神疾病藥物後獲益是否大於本身要承擔的風險，反過來說，若兒童不使用精神疾病藥物，將承擔的風險是否過大？而最重要的是，病人與照顧者必須完全了解採用這個治療方式的風險與利益。

參、 討論與政策建議

本文最後分別從兒童醫療自主權的法定年齡與合理性，以及提供足夠的社群支持與

³² 參見兒童權利公約第 9 條、18 條、20 條、21 條、37 條與第 40 條。

³³ See Loretta M. Kopelman, *The Best-Interests Standard as Threshold, Ideal, and Standard of Reasonableness*, 22(3) J. MED. PHILOS. 271 (1997); Loretta M. Kopelman, *The Best Interests Standard for Incompetent or Incapacitated Persons of All Ages*, 35(1) J. L. MED. ETHICS 187 (2007).

³⁴ *Id.*

³⁵ JoAnne Solchany, *Psychotropic Medication and Children in Foster Care: Tips for Advocates and Judges*, 31(2) CHILD L. PRAC. 17, 26-27 (2012).

建立全面性的監管機制兩個面向，探討美國經驗對台灣兒童醫療自主權利保障之法律政策可能帶來的啟示。

一、 兒童醫療自主權的法定年齡與合理性

如前所述，兒童醫療自主權的討論—例如成熟未成年人概念的使用—常被批評以年齡作為武斷的界線。例如學者 Steiberg 與他的團隊發表了數篇文章，提供足夠的科學證據來說明，從大腦的發展成熟度來判斷，每一個人進入成熟的時間不同，有些青少年很快就進入成熟階段，但也不乏發展較遲的青少年³⁶。另外美國法院也針對年齡與成熟度做出了幾則著名案例，包括 2005 年的最高法院就青少年量刑的 *Roper v. Simmons*³⁷、1979 年麻州州法就未成年女性墮胎議題的 *Bellotti v. Baird*³⁸、以及 1987 年田納西州未成年女性接受醫療服務決策的 *Cardwell v. Bechtol*³⁹等。

而若對比台灣現階段對於兒童醫療自主權的討論，年齡議題亦是討論的焦點之一。例如學者林欣柔曾從未成年人同意愛滋檢測的醫療自主權切入，討論台灣兒童醫療自主權發展現況⁴⁰。林欣柔在文章中列舉許多例子，來說明台灣的法律體系就未成年人的身體自主權，似乎有以 16 歲作為年齡界線的意涵，亦即：林欣柔主張在台灣現行的法律框架下，若無特別法規定的年齡界線，滿 16 歲的青少年，可以完整的實施醫療自主權。

事實上，若觀察美國就寄養兒童使用精神疾病藥物的控制與立法發展，可以發現美國的改革方向其實不單是在年齡上做調整，而也期望能夠讓告知後同意的過程與資訊傳

³⁶ Laurence Steinberg, *Does Recent Research on Adolescent Brain Development Inform the Mature Minor Doctrine?*, 38 J. MED. & PHILOS. 256 (2013); *Commentary on the Special Issue on the Adolescent Brain: Redefining adolescence*, NEUROSCIENCE & BIOBEHAVIORAL REV., available at [doi:10.1016/j.neubiorev.2016.06.016](https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2016.06.016) (advance online publication) (2016); *How to Improve the Health of American Adolescents*, 10 PERSPECTIVES PSYCHOLOGICAL SCI. 711 (2015).

³⁷ *Roper v. Simmons*, 125 S.Ct. 118, 1197. 本案是針對執行死刑的年齡進行討論，必須跨越法定成人的年齡限制才能執行死刑。就年齡與成熟度的論述中提及：「Drawing the line at 18 years of age is subject...distinguish juveniles from adults do not disappear when an individual turns 18....some under 18 have already attained a level of maturity some adults will never reach.」末段即是認定有些 18 歲以下的兒童已屆成熟，但有些人則未必達到。

³⁸ *Bellotti v. Baird*, 99 S.Ct. 3035, 3040 & 3047. 本案是針對未婚的未成女性選擇墮胎的權利與州法的合憲性爭議，進行許多關於成熟(maturity)與能力(capacity)的討論，而就年齡的界線提及：「a substantial number of females under the age of 18 are capable of forming a valid consent」法院認為有許多 18 歲以下的女性，仍有能力做出有效的醫療決定。

³⁹ *Cardwell v. Bechtol*, 724 S.W.2d 739, 744-747. 本案被告在接受治療的時點是 17 歲又 7 個月，而田納西州的法律規定，18 歲為成人，在判決 745 頁，列舉取得駕照、刑事責任的年齡界線等，而 746-747 頁則是從兒童達 7 歲後的行為能力至成人期間，隨著年齡增長與發展程度，成熟的界定有不同的層次，再明確說明本案被告 17 歲的年齡已具備做醫療決定的能力。

⁴⁰ 林欣柔，*未成年人醫療自主權—以愛滋檢測為中心*，法律與生命科學復刊號，5 卷 1 期，頁 11 (2016 年)。

遞更加明白，並讓兒童/病患能夠自己、或是透過適任人選來為其做出符合其最佳利益的醫療決定。此一改革方向，對於我國兒童醫療自主權的討論，當然有其值得參考之處。

二、 提供足夠的社群支持與建立全面性的監管機制

美國社會對於政府介入兒童照護此一制度的合理性，其實一直以來存在許多質疑。尤其從寄養家庭兒童的角度出發，可能在短時間內就必須漂泊到許多不同的家庭生活，生活很難穩定下來，需要家庭給予的心理依賴常無法獲得滿足，也無法得到穩定的社群支持。美國兒少精神醫學會便曾發表公開聲明，強調寄養家庭的兒童常更換住宿地點，生長環境不穩定，要求政府應更注意寄養家庭兒童的就醫狀況⁴¹。

受上述因素的影響，要有效管控寄養兒童對精神疾病藥物的濫用，一定程度也有賴提供兒童足夠的社群支持，以及建立全面性的監管機制。2009年 Pecora 等人進行的研究即發現，這些兒童與青少年在進入寄養家庭之前，往往並沒有適當的心理健康評估系統。專家因此建議政府應該推動詳盡且深入的評估系統，以正確的診斷兒童及青少年的心理健康問題，同時提供這些尋求家庭寄養的兒童及青少年高品質的心理健康照護⁴²。

目前美國政府提出如圖一的評估系統（參見圖一），以確保寄養兒童及青少年的安全（**Safety**）、持續性（**Permanency**）及全人發展（**Well-being**）⁴³。此一系統首先要求在兒童進入寄養家庭前先給予寄養者與被寄養者可信度高且實證之初步全面性篩檢，以蒐集受試者之心理健康狀態（包含是否受過創傷等），並於初步篩檢後將兒童或青少年轉介並進行更全面性（由精神科專家執行）之臨床評估；其次，將上述所蒐集之所有資訊整合，並且提供個案完整之活動規劃，而這些活動應根據臨床實證並依據個案之不同需求而實施；最後根據評估的結果，由專家給予適當的治療及介入措施，期望達到安全、持續性及全人之平衡發展。現於美國許多州內，非政府組織抱持相關理念持續進行維護兒童權利的運動，期望能讓寄養家庭的兒童脫離過度使用精神疾病藥物的負擔⁴⁴。至於此一架構中的功能性評估，主要是評估兒童或青少年之適應性，比方說親子關係或是學校之人際關係等，此項評估可以在寄養這段期間的任何時間點執行，不限次數。不論個

⁴¹ AACAP (2015), *Recommendations about the Use of Psychotropic Medications for Children and Adolescents Involved in Child-Serving Systems*.
https://www.aacap.org/App_Themes/AACAP/docs/clinical_practice_center/systems_of_care/AACAP_Psychotropic_Medication_Recommendations_2015_FINAL.pdf (last visited on Dec. 10, 2016).

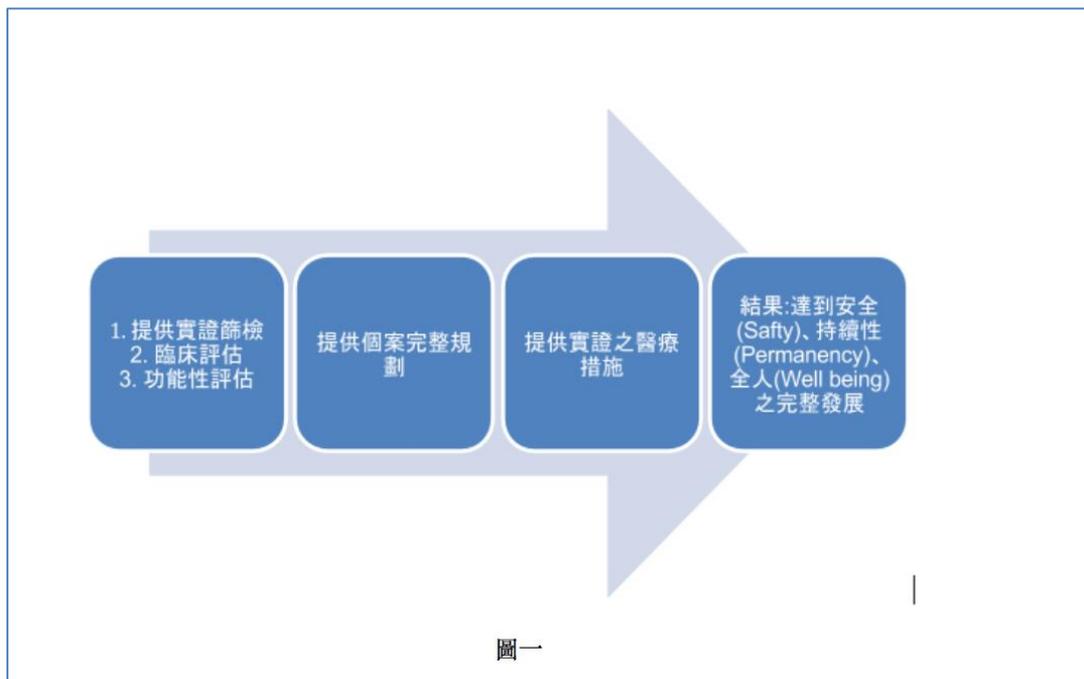
⁴² P. J. Pecora et. al, *Mental Health Services for Children Placed in Foster Care: An Overview of Current Challenges*, 88(1) CHILD WELFARE 5 (2009).

⁴³ DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, SCREENING, ASSESSING, MONITORING OUTCOMES AND USING EVIDENCE-BASED INTERVENTIONS TO IMPROVE THE WELL-BEING OF CHILDREN IN CHILD WELFARE (Integrating Safety, Permanency and Well-Being Series) (2014).

⁴⁴ E.g., Mockingbird Society Website, <http://www.mockingbirdsociety.org/index.php/about-us/our-mission> (last visited on Dec. 10, 2016); Children's Rights Website <http://www.childrensrights.org/our-mission/our-work/> (last visited on Dec. 10, 2016).

案接受寄養之前或是後續的追蹤，都可以藉由功能性評估以了解個案的狀態。

而在提供兒童足夠社群支持的部分，目前在美國的法院實務上，家事法庭常見由兒童聘請的律師代表兒童發聲。律師是兒童的代言人，以法庭熟悉的語言來闡述兒童的想法，和社工人員從社會福利角度出發有所區別。對於寄養家庭的兒童來說，除了原生家庭父母、寄養家庭父母和社工人員以外，律師的角色也常存在於他們的生活中。影響所及，律師也常擁有關於兒童個人資訊等隱私資料，其中需遵守的專業倫理也待受考驗。



來源：作者製圖

肆、 結論

總體來說，寄養兒童比一般家庭照護的兒童更為弱勢，本文透過對美國寄養兒童使用精神疾病藥物與其延伸法律爭議之分析，嘗試點出美國社會在此一議題的發展方向，是透過提供醫事人員在臨床上協助兒童做決定的過程建議、透過提供足夠的社群支持與建立全面性的監管機制、或是透過直接在法律上明白的規定，讓兒童獲得更多參與醫療決策的機會，也讓兒童醫療自主權之發展也在這個法律、政策演進過程中逐漸趨向成熟。

我國社會福利制度雖無法與美國的寄養家庭制度直接進行比較，但無疑的是，我國對於兒童社會福利制度與兒童健康權利間的互動關係，尚缺乏足夠的觀察、研究與論述，是一個需要更多專業研究者投入的領域。若回顧文章開頭提及的寄養兒童 Gabriel Myers，

他只是一位剛進小學就讀的學生，是一個還很需要家庭與親人關愛的兒童，在他失去生命的那一刻，成為了整個體制失能的犧牲者。兒童過度使用精神疾病藥物，雖看似有專業上對立的意見，但到底什麼是兒童的最佳利益？用藥？還是其他治療方式？這些皆成為政府與社會必須抉擇的題目，對臺灣社會來說也具有啟示意義。

例如我國立法院近期就注意力不足過動症（ADHD）是否該用藥的議題，就有淪為不同專業意見彼此之間相互角力的風險⁴⁵。法律其實是保障兒童與青少年接受適當醫療服務與實踐自主權的有力手段，包括律師、法官等都可能成為適合幫助兒童做出醫療決策者。台灣就兒童的醫療自主權也應有更多實踐的可能，尤其對兒童或青少年精神用藥上，應該給予更多評估以確定用藥的必要性。像是注意力不足過動症（ADHD）是否該用藥，台灣社會應謹慎論辯，重新檢視現有的兒童醫療與用藥系統，並由政府主導加強系統管理與資源整合，這不僅能幫助兒童醫療自主權的發展，也能夠減低因系統失能對心理健康問題就醫兒童的傷害。

⁴⁵ 鄧桂芬，ADHD 用藥爭議，立法院上演大對決，聯合報，2016 年 7 月 28 日，
<http://udn.com/news/story/1/1859185-ADHD用藥爭議-立法院上演大對決>（最後瀏覽日：2016 年 12 月 10 日）。

附表：常見兒童使用之精神疾病藥物

藥物名稱	藥物簡介
抗精神病藥 (Antipsychotics)	<p>受美國食品及藥物管理局 (US Food and Drug Administration, FDA) 建議可接受抗精神病藥物治療之疾病包括：精神分裂症、雙極性情感障礙、與自閉症關聯之躁症及小兒之妥瑞氏症候群 (Tourette syndrome)。於 90 年代，非典型抗精神病藥物 (Atypical antipsychotics) 問世，由於其副作用較第一代抗精神病藥物來的少，醫師處方這類的抗精神病藥也就越來越普遍。然而，這類藥物目前也廣泛的使用在非 FDA 建議的疾病上，像是小兒之注意力缺失症 (ADHD)。處方抗精神病藥於非 FDA 建議之疾病所造成的影響，仍有諸多爭議，但於市場調查發現其潛在的副作用包含代謝症候群、心血管併發症等。(Reinberg, 2012)</p>
抗憂鬱藥 (Antidepressants)	<p>若突然停用，抗憂鬱藥可能會導致戒斷症狀，其中包括：噁心、嘔吐、頭暈、頭痛、煩躁、失眠、惡夢、精神病及癲癇發作等。</p> <p>所有抗憂鬱藥皆警示兒童及青少年之使用。有短期的研究發現，患有憂鬱症及精神病之兒童及青少年服用抗憂鬱藥後，自殺的風險增加。(Ogbru et al., 2016)</p>
注意力缺失症藥物 (ADHD drugs)	<p>此類藥物主要治療兒童患有注意力缺</p>

	<p>失之症狀，治療後可以改善兒童在學校的注意力及躁動問題。其中此類藥物的可能副作用包括頭痛、腹痛、噁心、食慾降低、神情呆滯等等。出現的機率通常很低，且也會在短期之內消失。然而有研究指出，此類藥物會影響兒童的發育生長，不過仍具有爭議性。（WebMD Drugs & Medications, 2016）</p>
<p>抗焦慮藥（Antianxiety medications）</p>	<p>抗焦慮藥可以緩解像是恐慌症（Panic attack）引起的焦慮，極度害怕或擔心而引起的焦慮等。最常見的抗焦慮藥種類為中樞神經系統（Benzodiazepines）類之藥物，然而此類藥物在病人長期使用下，藥物耐受性會慢慢增加，使用過久可能失效。藥物常見的副作用包含頭暈及嗜睡等。（Mental Health Medications, 2016）</p>
<p>情緒穩定劑（Mood Stabilizers）</p>	<p>主要治療及預防雙極性情感疾患（Bipolar Disorder）之症狀，像是躁狂發作（Manic episode）、輕躁症（Hypomanic episode）或抑鬱發作（Depressive episodes）。此類藥物可幫助穩定情緒，減少情緒過分波動。副作用依不同種的藥物有不同的反應，像是頭暈、嗜睡、腸胃症狀或影響肝功能等。（WebMD Drugs & Medications, 2016）</p>

附表參考資料：

1. Reinberg, S. (2012, August 7). More Kids Taking Antipsychotics for ADHD: Study; Unapproved Uses of These Powerful Drugs Need Further Investigation, Experts Say. *Consumer Health News (English)*. Retrieved 2016, from http://www.highbeam.com/doc/1G1-298958265.html?refid=easy_hf
2. Ogburu, A., & Marks, J. W. (2016, April 25). WebMD Drugs & Medications - Medical information on prescription drugs, vitamins and over-the-counter medicines. Retrieved July 21, 2016, from <http://www.webmd.com/drugs/index-drugs.aspx>
3. WebMD Drugs & Medications - Medical information on prescription drugs, vitamins and over-the-counter medicines. (2016). Retrieved July 21, 2016, from <http://www.webmd.com/drugs/index-drugs.aspx>
4. Mental Health Medications. (2016, January). Retrieved July 22, 2016, from <http://www.nimh.nih.gov/health/topics/mental-health-medications/index.shtml>

