

待への対応上無視できないものであることを示しているように思われる。虐待診療に関する医師のこうした不安感に適切に対応することがなければ、虐待へ関わることの重要性をいくら指摘しても、総論賛成、各論抵抗の現実を変えることができないと思われた。

通告した例で、警察が30%近い割合であったことが注目された。今回は、事例の内容については尋ねていないため、推測の域を出ないが、医療機関で対応し、通告まで及んだということは、子どもの身体状況が死亡も含め重篤であったことが伺われ、そのことが警察への通告が多かった背景と思われる。これは、おそらく、医療機関での通告先の特徴とも考えられた。

全体では、約8割の医師は、虐待事例について、病院内外の人へ相談をしていた。相談先として一番多かったのは、自他の病院の医師であった。このことは、病院内に子ども虐待に関する知識を持った医師が一人でもいれば、自科・他科問わず、虐待の相談が行われやすくなることを意味しているように思われた。

全体の約3/4の医師が子ども虐待への係わりに躊躇を感じると回答していた。その理由としては、虐待診断に自信がない(63.5%)、診療時間外の仕事になり時間がとれない(39.6%)、家族とのトラブルが心配(24.3%)の3点が主なものであった。一方、子ども虐待に対する医師の役割についての意識では、通告までが45.8%、安全確保までが46.2%であり、子ども虐待の早期発見、初期対応が医師の役割として認識されている状況が伺われた。とすれば、上記の3点への対応が行われれば、多くの医師は、たとえ子ども虐待を専門としていなくても、虐待への関わりを積極的に取ってくれるようになることが期待できると思われた。虐待診断への不安に対しては、医師への教育・研修体制を整備することで対処できるものと思われる。時間的負担については、

子ども虐待への対応を診療行為として認定する対応が必要と思われる。診療行為として認められるならば、診療費を請求できるようになり、日常診療と関係のないことに時間を取られる、という思いを軽減することができるであろう。家族とのトラブルへの不安に対しては、児童福祉機関や司法機関のバックアップ体制を整えることが有用と思われる。もし、実際にトラブルが生じたとしても、そのトラブルに関して相談できる場所がある、あるいは、医師の代わりにトラブルへの対処してくれる機関があるならば、医師は診療行為としての虐待対応に専念できるようになり、また、対応しようとする動機づけも高まるものと思われる。

各診療科別の比較検討では、診療科による特徴がいくつか明らかになった。

全般的には、小児科医に比し、脳外科医や整形外科医では、①子ども虐待への関心があまり高くない、②虐待に関する知識について不十分と感じている人が多い、③虐待事例の経験数及び通告経験数が少ない、④通告までの係わりに留めたいと思っている、⑤児童相談所や保健所・保健センターとの係わりが少ない、という特徴が認められた。今回の調査用紙の回収率が低かったことを考えると、回答された医師は、子ども虐待への関心のある程度持っている人が多かった可能性が考えられる。それでも、こうした診療科別の特徴が認められたことは、これらの特徴は、我が国の小児科と外科系の医師の意識や現状の違いをある程度適切に反映している可能性が高いものと思われた。ただし、今回の調査対象病院の脳外科、整形外科は、大学病院・一般病院に設置されている診療科であり、小児専門の外科系診療科ではない。このことが、これら診療科の医師の意識、現状に小児科と違いが見られた大きな要因の一つとなっていると思われた。

一方、骨折を生じるほどの虐待事例の予後

がよくないこと、被虐待児の死因の第一のものが頭蓋内出血であることなどを考えると、重篤な結果に至る可能性の高い事例を発見する役割として整形外科医が、死亡例の適切な把握とその後の虐待拡大を予防する役割として脳外科医の、それぞれが子ども虐待診療において果たす役割は決して小さなものではないと考えられる。このように考えるならば、自分たちの役割を「通告まで」とする外科系医師に、より適切な子ども虐待診療観を持ってもらえるような教育、研修が必要と思われる。

小児科内でみたとき、勤務医と開業医の間で明らかな違いは認められなかったものの、子ども虐待に対する意識と知識は開業小児科医の方がやや高い傾向があり、そして、虐待事例の経験の有無には違いがないにもかかわらず、開業医では通告経験がやや少ない傾向が認められたことが注目される。開業小児科医は、地域で子ども、家族と密着した診療をしていることが、勤務よりも多いと思われる。そのことが、家族状況への関心の高さの一端として、子ども虐待への意識・知識の高さに反映されているのであろう。しかし、一方、地域と密着しているが故に、通告した後の地域での人間関係を考慮せざるを得ず、通告が少なめになっているものと思われる。プライマリ・ケア段階での虐待通告について、地域の総合病院や大学病院へ紹介通告するなど、通常の通告とは別のルートを設定することも検討されてよいものと思われた。このことは、通告した医師の保護と免責とも関連してくるものと思われる。通告した医師個人の責任を追及されることのないよう、院内委員会や地域での虐待相談病院など、役割を分担させるような体制が必要と思われた。

E. 本年度の業績

1. 宮本信也：児童虐待の現状と問題点. 小児科診療 68(2) : 201-207, 2005
2. 宮本信也：子どもの自立に対する小児科医の援助. 小児科臨床 57Sup1. : 1389-1400, 2004
3. 宮本信也：小児の心身医学. 日本医師会雑誌 131(12) : S288-S289, 2004
4. 宮本信也：広汎性発達障害. 小児内科 36(6) : 909-914, 2004
5. 塩川宏郷、宮本信也：向精神薬. 小児科臨床 57(4) : 831-837, 2004
6. 宮本信也：第II部 第1章 子ども虐待への介入と予防、坂井聖二、奥山眞紀子、井上登生編著：子ども虐待の臨床－医学的診断と対応－、東京、南山堂、2005、265-284
7. 宮本信也：第1章 児童虐待とは、盛岡俊介、佐藤甫幸、宮本信也、市川信一編著：歯科医師のための児童虐待理解のために、東京、口腔保健協会、2004、1-27
8. 宮本信也：拒食症の背景に発達障害のある患児への対応、身体症状が持続する不登校児には身体疾患の疑いをもう一度、柳澤正義監修：小児科外来診療のコツと落とし穴2－メンタルヘルスケア、東京、中山書店、2004、34-35、174-175

表1 子ども虐待についての調査

本調査は、子ども虐待に対して日頃お感じの事柄やご経験についてお尋ねするものです。忌憚のないご意見をいただけますようお願い申し上げます。該当する項目を○で囲むか、()内へ内容をご記入下さい。

ご多忙中恐れ入りますが、○月○日頃までにご返却いただければ幸いです。

1. 貴科は？

- ①小児科 ②脳外科 ③整形外科 ④その他 ()

2. 貴院は？

- ①大学病院 ②総合病院 ③一般病院 ④診療所 ⑤その他 ()

3. お差し支えなければ、臨床医としてのご経験年数を教えて下さい。()年

4. 子ども虐待に関心がありますか？

- ① 非常にある ②少しある ③あまりない ④ない

5. 子ども虐待に関するご自分の知識をどのように思われますか。

- ①十分ある ②ある程度ある ③あまりない ④ない

あなたは、日常臨床において

6. 子ども虐待を疑うことは

- ①かなりできると思う ②ある程度できると思う ③あまりできないと思う
④ほとんどできないと思う ⑤その他 ()

7. 子ども虐待を疑った場合、通告義務があることは？

- ①知っている →8.へ ②知らない →10.へ

8. 子ども虐待を疑った場合、通告する先については？

- ①知っている →9.へ ②知らない →10.へ

9. 子ども虐待を通告すべき先はどこだと思いますか(複数回答可)？

- ①児童相談所 ②保健所・保健センター ③福祉事務所 ④警察
⑤その他 ()

10. これまでに子どもの虐待と判断、あるいは、疑った症例の経験がありますか？

- ①1例だけ ②2～5例 ③6～9例 ④10例以上 ⑤ない→14.へ

11. 上記「10.」において②～⑤へご回答の方へ

疑った症例を、通告したことはありますか？

- ①ある →12.へ ②ない → 14.へ

12. 通告先は？(複数回答可)

- ①児童相談所 ②保健所 ③福祉事務所 ④警察
⑤その他 ()

13. 虐待を疑ったとき、相談された人・機関はありますか？(複数回答可)

- ①上司・同僚 ②虐待に詳しい同じ病院内の医師 ③虐待に詳しい他機関の医師
④地域の虐待対応団体 ⑤児童相談所 ⑥保健所・保健センター ⑦福祉事務所
⑧警察 ⑨その他 () ⑩ない

14. 通告のご経験の有無にかかわらず、虐待事例を外部へ通告することについて抵抗感がありますでしょうか？

- ①基本的に抵抗感がある→15.へ ②状況により抵抗感がある→16.へ
③抵抗感はない→17.へ ④その他 ()

15. 基本的に抵抗感があるのはどうしてでしょうか？(複数回答可)

- ①虐待の判断に自信が持てないので ②通告した後どうなるか分からないので
③自施設の評判が気になるので ④家族から訴えられないか心配
⑤その他 ()

16. 抵抗感を感じられるのはどのような状況ですか？(複数回答可)

- ①虐待の判断に自信が持てないとき ②よく受診する患者の場合
③よく知っている家族の場合 ④自施設の近所に住んでいる患者の場合
⑤トラブルに巻き込まれる心配があるとき
⑥その他 ()

17. 子ども虐待に係わることについて、

- ①できれば係わりたくない→18.へ ②通告までの関わりで留めたい→18.へ
③積極的に係わりたい→19.へ ④その他 ()

18. その理由はどのようなことでしょうか？(複数回答可)

- ①専門でない自分が係わることへ問題を感じる ②対応方法が分からない
③相談先がない ④多忙で時間をとれない ⑤収入につながらない
⑥訴えられないか心配 ⑦全般的にトラブルを避けたい ⑧自施設の評判が気になる
⑨その他 ()

19. 子ども虐待へ対する一般医師の役割はどこまでだと思いますか？

- ①一般医師は対応しない方がよい→20.へ ②通告まではすべき→21.へ
③初期対応(子どもの安全の確保)までは協力すべき→21.へ ④分からない
⑤その他 ()

20. 対応しない方がよいとされる理由はどんなことでしょうか？

21. 一般医師がそのような対応を適切に行えるようになるためには、どのような条件があればよいと思われますか？(複数回答可)

- ①家族とのトラブルへの支援体制 ②通告等への免責の保証 ③診断・対応マニュアル
④診断・対応に関する研修体制 ⑤専門機関へ相談できる体制
⑥その他 ()

22. 子ども虐待について、お感じのことがありましたら何でもお書き下さい。

以上です。ご協力ありがとうございました。

表 2. 診療科別虐待意識調査結果

	全員	勤務 小児科医	勤務脳外+ 整形外科医	勤務 脳外科医	勤務 整形外科医	開業 小児科医
例数	2697	1041	966	395	571	630
関心がある	89 %	95 %	82 %	83 %	82 %	94 %
知識がある	60 %	65 %	45 %	54 %	39 %	74 %
疑うことができ	80 %	82 %	77 %	83 %	74 %	80 %
通告義務を知っている	93 %	98 %	89 %	91 %	88 %	96 %
通告先を知っている	86 %	91 %	65 %	72 %	60 %	96 %
経験がある	64 %	79 %	56 %	50 %	60 %	61 %
通告/経験	63 %	74 %	46 %	56 %	35 %	54 %
通告に抵抗がある	58 %	58 %	56 %	50 %	60 %	61 %
係わりは通告まで	76 %	68 %	88 %	87 %	88 %	76 %

厚生労働科学研究費補助金（子ども家庭総合研究事業）
平成16年度 被虐待児への医学的総合治療システムのあり方に関する研究
分担研究報告書：被虐待児と家族への医療における在宅ケアに関する研究
分担研究者 奥山真紀子 国立成育医療センター

研究協力者（五十音順）

安部計彦 北九州市立障害福祉センター
稲垣由子 甲南女子大学
井上登生 井上小児科医院
大石聡 大阪府立精神医療センター 松心園
笠原麻里 国立成育医療センター
白川美也子 独立行政法人国立病院機構 天竜病院
杉山登志郎 あいち保健医療総合センター
相馬収 兵庫県立こども病院
西澤哲 大阪大学大学院人間科学科
星野崇啓 埼玉県立小児医療センター
宮本信也 筑波大学大学院人間総合科学研究科

【要旨】近年、MSBP で保護される例が増加しているが、日本での MSBP の統計はなく、その傾向は明らかではない。わが国の MSBP の傾向と対応の実態を探るために調査を行った。子ども虐待の研究者グループに質問紙を配布し、回答してもらい分析した。21 例（20 家族）の症例が集まった。男女差はなく、加害者 20 例の 90% は実母のみで、5% は実父母、5% が実父であった。海外の報告と異なるのは、加害者および家族や親戚に医療保健関係者が 5% と少なかったことである。死亡は 2 例（10%）であり、86% に虐待通告がなされていた。また、精神的主訴で発見された 5 例と身体的主訴で発見された 16 名を比較したところ、精神群では発見が平均 9.2 歳と高く、症状は模倣が多く、在宅での治療が多かった。一方、身体群では、発見年齢平均 2.8 歳と低く、死亡 12.5%、命の危険あり 31.3%、ありえた 43.8% と危険度が高く、症状の捏造が 93.8% に見られた。通告から母子分離に至ったのが 62.5% であった。在宅 6 例中 2 例が死亡したという結果であった。これらの結果からも、MSBP は日本でもかなりの数が存在する可能性があり、その死亡率の高さや生命の危険の高さ、また恐らくおきるであろう精神的危険を考えると、全ての医師に教育することが必要であり、早期発見、早期介入を行い、子どもを保護することが必要であると考えられた。なお、考察で、海外の文献的な考察も加えた。

A. 研究目的

Munchausen Syndrome by Proxy (MSBP) は比較的最近注目されている虐待の形である。わが国でも発見が増加しているが、体系的な研究は殆ど見られない。今回、我々の研究グループで、MSBP の勉強をかさね、MSBP と判断で

きたケースを集積し、検討することによって、日本での MSBP の特徴を明確にし、現時点での対応について検討することによって、今後の MSBP の発見及び、対応に資することを目的として研究を行った。

B. 研究方法

虐待に関する経験が豊富であると考えられる医療機関などに MSBP に関するアンケート（付録1）を配り、その内容を集計した。

調査に当たって、MSBP および MSBP の型を以下の通り定義しそれを添付して解答を求めた。

*Muchausen Syndrome by Proxy (MSBP) とは

親または養育者によって、子どもに病的な状態が持続的に作られ、医師がその子どもにはさまざまな検査や治療が必要であると誤診するような、巧妙な虚偽や症状の捏造によって作られる、子ども虐待の特異な形

*MSBP の型

1. 捏造

子どもへの直接の被害を伴う症状が実際に存在し、症状は養育者によって作られる・・・塩を大量に飲ませてけいれんを起こす、下剤を飲ませ続けて難治性下痢の状態にする、血液に糞便を混入させ敗血症を作る、など

2. 模倣

①実際にはなかった症状を何度も繰り返して訴える・・・けいれんがあると訴えるが誰も診たことはない、など

②症状を養育者が作り出すが、子どもには直接の被害はない・・・子どもの尿に自分の血液を入れる、など

（倫理面への配慮）

名前、生年月日、初診年月日などの個人を特定しやすいデータは排除する形で匿名化されたデータのみ集めた。本研究では個別の記載は一切行わず、数的な結果のみを示した。なお、本研究は国立成育医療センターの倫理委員会で承認された。

C. 研究結果

1. 集積されたケース全例の分析

1) ケース数

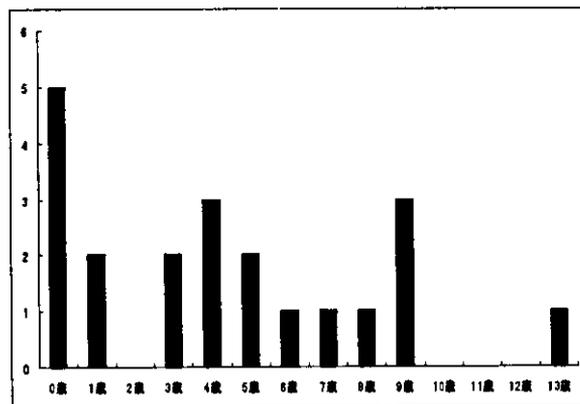
ケースの数は 21 例（20 家族）であった。なお、それぞれのケースに関して、これまでの経過とその後のフォローに関して検討し、重複例はないと考えられた。

2) 性別

男児 10 例、女児 11 例で殆ど差はなかった。

3) MSBP が確定した年齢

確定した年齢は 1 ヶ月から 13 歳と幅が広く、平均では 4.3 歳であった。



4) 虐待期間

確定までに虐待されていた期間は 1 ヶ月から 5 年で、平均は 1.8 年であった。

5) 被害を受けた子どもの発達障害の有無

- ①「あり」が 5 例（23.8%）
- ②「なし」が 15 例（71.4%）
- ③「不明」が 1 例であった。

6) MSBP が疑われた理由（自由記載のため重複あり）

- ①「母がいないと症状が改善する」「親の態度」「母の訴えと子どもの状態が異なる」など、母との関係から疑われたものが 8 例（38.1%）
- ②「症状の不自然さ」が 8 例（38.1%）
- ③親の行為が目撃されたものが 2 例（9.5%）
- ④複数の機関からの情報が食い違ったが 4 例（19.0%）

⑤毒物の検出が1例(4.8%)

⑥きょうだいと同様のMSBPと考えられる症状で帰宅後死亡していた1例(4.8%)であった。

7) MSBPが確定されたかほぼ確信か

①確定が15例(71.4%)

②ほぼ確信が6例(28.6%)

であった。

8) 確定の方法(括弧内は確定15例に対する比率)

①分離(一時保護、親が見つからない入院、母の死)によるものが11例(73.3%)

②異物や毒物の発見が1例

③ICUでの監視が1例

④関係者会議が1例

⑤母親面接によるものが1例であった。

9) MSBPの型

①捏造が12例(57.1%)

②捏造+模倣が3例(14.3%)

③模倣のみが6例(28.6%)

であった。

10) 加害者

①実母18例(85.7%)

②実父母2例(9.5%)

③実父1例(4.8%)

と実母係わっているのは95.2%あった。

11) 加害者の年齢

20代8例、30代9例であり、10代の親は認めなかった。

12) 加害者の精神障害(DSM)(不明1例を除いた19名の加害者に対して)

①1軸診断がついたものは8例(42.1%)

(虚偽性障害4例、解離性障害2例、摂食障害1例、PTSD1例)

②2軸診断がついたもの4例(21.1%)

(境界型人格障害3例、演技性人格障害1例)

③診断名なしは7例(36.8%)

であった。

13) 加害者本人もしくは加害者の家族や親戚に医療関係者が存在したか否か(不明1例を除く、加害者19例に関して)

①いるは1例のみ(母が元看護師)

②いないが18例(94.8%)

自分が看護師という虚言があったものが1例あった。

14) 病気の知識を得た相手

①主治医からが6例(30.0%)

②不明が6例(30.0%)

③ドクターショッピングによるものが5例(25.0%)

④近親者に同様の患者がいるが2例(10.0%)

⑤母自身がダイエットをして知識を得たが1例(5.0%)

⑥薬局でが1例(5.0%)

であった

15) 受診医療機関数

①1箇所は4例(20.0%)

②2-4箇所が10例(50.0%)

③5箇所以上が6例(30.0%)

であった

16) 病態(複数回答)

①消化器症状10例(47.6%)

②精神症状5例(23.8%)

③てんかん4例(19.0%)

④行動や行為の問題3例(14.3%)

⑤尿崩症2例(9.5%)

⑥PTSD2例(9.5%) MSBP

などであった。なお、出血を伴う病態は7例(33.3%)存在した。

17) 生命の危険

- ①死亡 2例 (9.5%)
- ②危険があった 5例 (23.8%)
- ③危険がありえた 7例 (33.3%)
- ④なかった 7例 (33.3%)

18) 外科治療

受けたが 5例(23.8%)あった。内容は胃ろうや腸ろう、睾丸捻転の手術、その他の開腹術で、いずれも MSBP の結果による。

19) 虐待通告

「あり」が 18例 (85.7%) であった。

20) 児童相談所の関与

「あり」が 18例であったが、通告を受けた 1例は児童相談所が対処しなかったが通告がないケースで 1例児童相談所が関与しており、同数となっている。

21) その他の関与機関としては

警察、他の病院(含む精神病院)、家庭児童相談室、保育所、保健師、学校、市福祉、弁護士、などであった。

22) 転機

- ①親子分離 11例 (52.4%)

内 2例が在宅後再発して分離となっていた。また、1例が再統合されていた。

- ②在宅 10例 (47.6%)

内 2例死亡(在宅ケアの 20%が死亡)

2. 主訴が身体症状の MSBP と精神症状の MSBP の比較

集まったケースには身体症状を主訴としたものと精神症状を主訴としたものがあり、その様相に差が有ると考えられたので身体症状を主訴とした 16例と精神症状を主訴とした 6例を、それぞれ身体群、精神群と分類し、比較検討した。なお、身体群の中にも精神症状

を訴えていたものもあるし、精神群の中に身体症状を訴えていたものもある。ここでの分類は発見されたときの主症状で分類した。

1) 性別

両群とも性差は存在しなかった。

2) 確定時の年齢

MSBP が確定したときの年齢は、身体群が 1ヶ月-9歳、平均 2.8歳であるのに対して、精神群では 7-13歳、平均 9.2歳と明らかに身体群が精神群に比較して低年齢であった。また、身体群では乳児が 5例(31.3%)で、就学前が 15例(93.8%)を占めていた。

3) 虐待期間

両群とも平均は約 2年であり、差は認めなかった。

4) 疑った理由

身体群では症状や検査の不自然さが 7例(43.8%)、親の問題からが 8例(50.0%)、死亡した兄弟と同様の症状が 1例(6.3%)であったのに対して、精神群では訴えと症状の差という親の説明の問題が 1例あったほかは 4例は他機関との連携による情報で明らかになったとされている。

5) MSBP の確定

身体群では確定できているのが 13例(81.3%)であったのに対して、精神群では 2例(40%)と少なかった。

6) 確定や確信の方法

身体群では分離による確定が 11例(68.8%)と多かったが、精神群では分離は 1例のみで、外部情報で確信を持ったものが 3例(60.0%)と比較的多かった。

7) MSBP の型

身体群では捏造 12 例 (75.0%)、捏造+模倣が 3 例 (18.8%) で、1 例を除いて全て捏造が存在していた (93.8%)。しかし、精神群ではすべてが模倣であった。

8) 加害者

加害者に関しては身体群で 1 例が実父母、精神群の 1 例が実父であったが、他は全て実母であり、両群に差はなかった。

9) 加害者の年齢

身体群が 20 代、30 代が多く、精神群はそれ以上の年齢が多かった。子どもの年齢と比例していると考えられた。

10) 加害者の精神症状

両群間で特に差はなかった。

11) 受診医療機関数

身体群では 6 例 (37.5%) が 5 箇所以上の医療機関を受診していたが、精神群では 5 箇所以上を受診していた例は存在しなかった。

12) 生命の危険

身体群では 2 例 (12.5%) が実際に死亡しており、生命の危険があったのが 5 例 (31.3%)、ありえたのが 7 例 (43.8%) であり、なかったのは 2 例 (12.5%) のみであったが、精神群では全例生命の危険がなかった。

13) 入院・外科治療

身体群では全例が入院していたが、精神群では 3 例 (60.0%) が全く入院していなかった。

また、身体群では 5 例 (31.3%) が外科治療を受けていたが、精神群では外科治療を受けたものはなかった。

14) 虐待通告・児童相談所の関与

両群に差は見られなかった。

15) 他の機関の関与

他の機関としては、身体群では他の病院、警察、保健所、弁護士などが多かったが、精神群では 4 例 (80.0%) に地域福祉が関わっていた。

16) 転機

身体群では分離が 8 例 (50.0%)、在宅で経過を見ていたものの再発して分離になったものが 2 例 (12.5%)、在宅から死亡したものが 2 例 (12.5%)、在宅 4 例 (25.0%)、と分離が多かった。一方、精神群では在宅が 4 例 (80.0%) で一時保護した 1 例も比較的早期に再統合されていた。

D-1. 文献的考察

1. MSBP という名前に関する混乱

MSBP とは親または養育者によって子どもに病的な状態が持続的に作られ、医師がその子どもにはさまざまな検査や治療が必要であると誤診するような巧妙な症状の模倣や捏造によって行われる子ども虐待の得意な形である (Parnell, 2002)。

Asher が 1951 年に自分の病気を虚偽の申告をして医師を渡り歩いて過剰な検査や不必要な手術を受け続ける一群の特異な患者を発表し、18 世紀に大げさな話をする事で有名になった Munchausen 男爵にちなんで Munchausen Syndrome と名づけた。

そして、1977 年に Roy Meadow が Munchausen Syndrome の亜系として、2 人の入院した子どもを報告した。この 2 例は Munchausen Syndrome と異なり、親が子どもの病気を捏造し、子どもを病気にして医師に治療を受けさせるようにしたものであり、Meadow はこれを Munchausen Syndrome by Proxy (MSBP) と呼んだ。その論文の中で、Meadow は MSBP を “the hinterland of child abuse (子ども虐待の奥地)” と表現している。

つまり、Meadow が最初に発表した時から子

ども虐待の特異な形と考えら得ていたのである。しかしながら、もともとの Munchausen Syndrome が精神障害の一部とみなされ、MSBP も加害者に付けられる精神障害の診断名として考えられるようになった。現在、アメリカ精神医学会の診断基準である DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual IV) では、Munchausen Syndrome は Factitious Disorder (虚偽性障害) と名前を変えて存在しており、下位分類として心理的症状のもの、身体症状のもの、その両方を訴えるものの 3 群に分けている。そして、今後の研究課題として、Factitious Disorder by Proxy が挙げられている。つまり、MSBP (=FDBP) は加害をする親に付けられる病名という解釈も成り立つのである。

本来、虐待とは子どもの側からみるものであり、加害者の精神状態によって分類されるものではない。例えば、親が解離状態になって身体的虐待をしても、精神障害がなく身体的虐待をしても、「身体的虐待」であることに変わりはない。従って、MSBP のみが特異な形の分類になっているのである。

2. Medical Abuse という考え方

そこで、Jenny ら(2004)は“Medical Abuse”という考え方を提唱している。彼女の定義によれば、Medical Abuse とは①不必要な医療的ケアによって、子どもが傷ついたり、傷つく危険がある、そして、②その不必要なケアは親或いは養育者がシステム全体を動かして起きるように仕向けている、という2つの条件が満たされたものを言う。そのスペクトラムは病気の捏造、模倣という典型的な MSBP から、もともとある病気を大げさに言ったり、親が不安であちこちの病院に連れて歩いて検査を受けさせてしまうというものまで含まれる。確かに、このカテゴリーは子ども虐待の考え方と一致し使いやすいものであると考えられる。Jenny 教授の当研究班班会議での発

表では来年成書を発表するとのことであり、今後のこの考え方の普及が望まれる。

3. MSBP の形

MSBP は模倣(simulated)と捏造(produced)に分けて考えることが出来る (Monteleone, 1998)。模倣とは、実際にはないにもかかわらず痙攣したと言って病院を度々受診したり、発熱を装って受診を繰り返すなど、実際にはなかった症状を何度も繰り返して訴えることや、子どもの尿に自分の血液を入れるなど、子どもの症状を養育者が作り出すが、子どもには直接の被害はないものを指す。一方、捏造とは子どもへの直接の被害を伴う症状が実際に存在し、症状は養育者によって作られたものである。例えば、塩を大量に飲ませて痙攣を起こさせたり、下剤を飲ませ続けて難知性下痢の状態を作り出したり、血液に糞便を混入させて敗血症を作り出すなどが含まれる。

Rosenberg (1987) のレビューでは 72 ケースの MSBP で模倣 25%、捏造 50%、両方が存在したのが 25%であったという。また、捏造のケースは 95%が病院内で起きていたと報告されている。

4. MSBP の発生数

MSBP の定義の困難さから、その発生数を特定することは困難であるが、英国からの報告では、少なくとも、1 歳未満の乳児の 2.8/100,000 は存在するとのことである (McClure, 1996)。しかし、発見率が上げればその数は増加する可能性もある。

5. 被害を受ける子どもの特徴

MSBP はどの年齢の子どもにもありえるが、比較的低年齢が多く、乳幼児が中心とされる。Rosenberg(1987)のレビューでは 67 例の平均で 39.8 ヶ月±32.1 ヶ月とされる。年齢幅は 1 ヶ月から 21 歳であったと言う。Ayoub ら

(2002)の30例に関する報告では、27%が乳児であり、60%が就学前の子どもであった。しかしながら、ティーンエイジも17%見られたという。

また、見つかるまでの虐待を受けていた期間はRosenbergら(1987)では平均14.9ヶ月±14ヶ月であったという。性差は殆ど見られない。

6. 作られた症状

症状としては、出血(血尿、吐血、血便など)、神経症状(意識障害、痙攣など)が多いとされるが、どのような症状でも起きえる。無呼吸、下痢、嘔吐、体重増加不良、敗血症、局所の感染なども起きやすいとされる。

Ayoub(2002)らの報告によると、痙攣が30%、消化器系の問題が23%、呼吸停止が20%であり、行動の問題や精神病症状などの精神的症状も10%に認められていた。

また、そのような症状の特徴として、症状の確認が困難な発作的要素を持つ症状が多く、加害者への問診が中心となることが多いこと、医学的知識が少しでもあれば症状を作りやすく、かつ劇的な所見を呈するものが多いという。

7. 加害者

Ayoub(2002)らによると、加害者の95-98%は実母であり、年齢は17-41歳と様々で、平均は32.8歳であった。また、30%は何らかの医療保健に関係する業務についており、20%はそのトレーニング中であったと報告されている。更に、加害者の60%は虚偽性障害を合併しており、80%はMSBP以外でも何かを捏造していたと報告している。

8. 加害者の心理

Ayoubら(2002)は加害者の心理として、①注意を引きたい、②支配する喜び、③「良い母」の仮面を付ける、④子どもを自分が注意

を引くための物として使う、⑤母親としての資質や地位を得るための詐称、などのメカニズムが働いていると考えている。

9. 事実の認否

Ayoubら(2002)の調査では、加害者が事実を認めた親は10%のみであり、その他は数年移動してもどるか、自分から裁判に訴えていくかのどちらかが多かったと言う。

また、加害者のパートナー(多くの場合虐待を受けた子どもの父親)が事実を認めるのは55%であり、15%が加害者の無実を訴えサポーターに周り、30%が無関心であったと報告している。

10. 症状を作り出していくプロセス

加害者が巧妙に病気を作り上げるプロセスは井上(2005)が詳細に説明している。まず、何らかの症状を作り上げて、医療機関を受診する。それを診た医者は、丁寧に説明し、その矛盾点を説明する。それを聞いた加害者は次回には医者と言った矛盾が少なくなるような症状を作り上げていく。例えば、最初は子どもの尿に大量に血液を混入して医師のところに行き、肉眼では見えない血尿が多いと知るとそれを作り出していく。つまり、医療に関する情報を医師から取って更に巧妙な症状を作り上げていくのである。

11. 家族

Meadowらの研究では、加害者である母親は非常に良く子どもの世話を焼き、愛しているように見えるが父親は距離を置いた存在であることが多いという。Ayoubら(2002)によると、父親は母親を愛だと思っても打ち消したり助けたりする。発見後、55%の父親は認めるが、15%は母親とともに無実を主張し、30%は無関心であると言う。このような特徴は、性的虐待の場合と両親が逆転している関係と言える。父親が性的虐待をしていることが発

見されたとき、母親の中には、父親とともに無実を主張したり、子どもの感情に無関心であったりすることも多く認められる。

12. 死亡率

Rosenberg(1987)は9%と報告している。更に、Ayoubら(2002)は17%と報告している。しかしいずれも対象は2ヶ台であり、1-2例で大きく変化してしまう。今後の大規模調査が必要である。

13. 転機

Ayoubら(2002)の報告では、43%の子どもたちが里親に委託されており、10%が父親と暮らしており、24%が祖父母や親戚に預けられており(母方の親戚は危険とされている)、10%が治療もなくに母の元にいるか母の元に戻されていた。

長期の観察では、7%の子どもが父親と暮らしており、13%が里親から父親の元に戻り、7%が濃厚な治療の後、祖父母宅から両親の元に戻されていた。また、30%が親戚か里親と養子縁組していたと報告している。

D-2. 研究結果の考察

1. 被害を受けた子どもに関して

1) 性差

これまでの報告と一致しており、性差は全く認められなかった。

2) 発見されたときの年齢

年齢に関しては、Rosenberg(1987)の調査では1ヶ月から21歳までで平均3歳3-4ヶ月であったが、我々の調査では1ヶ月から13歳で平均4歳であった。しかし、身体症状を主訴とした群と精神症状を主訴とした群では年齢に明らかな相違があり、身体群では1ヶ月-9歳、平均2.8歳とやはり低年齢の子どもが犠牲になっていた。特に乳児が5例(31.3%)と高く、約94%が就学前であった。年齢の低さは危険の高さにつながる問題

であり、特に身体群の年齢の低さには注意が必要であると考えられた。一方、精神群では7-13歳、平均9.2歳と高い傾向が認められていた。症状の特徴と年齢が関係していると考えられた。

3) 虐待期間

Rosenbergら(1987)は平均1年2-3ヶ月であったとされている。今回の調査では1ヶ月から5年で、平均1年10ヶ月とやや長いものの、有意な差ではないと考えられた。虐待期間に関しては、身体群と精神群で差はなかった。ただし、今回の症例は発見が出来た症例であり、発見できなかった例では長期にわたる可能性もあると考えられる。

4) 発達障害

発達障害の有無に関しては、海外ではあまり注目されていない。今回の調査では約1/4に発達障害が認められていた。多くは精神運動発達遅滞と考えられる記載があった。身体群と精神群では差は見られなかった。今回の調査では、発達障害と虐待の直接の関係を問う質問項目がなかったため、MSBPが影響しているのか、あるいは発達障害がMSBPになりやすいのかは不明である。

2. MSBPの発見に関して

1) MSBPが疑われた理由

MSBPが疑われた理由としては子どもの症状の不自然さと親の問題や親子関係の問題あるいは親と症状の関係など親の関係する問題がいずれも38.1%と高かった。一方、特に精神群では、学校や以前の医療機関などと連携することで、親の訴えとそれらの機関の観察が異なることが疑いのきっかけとなっていることが多かった。何らかの不自然さを感じたときには子どもと係わる機関と連携することは重要であると考えられた。

2) MSBP が確定かほぼ確信か

確定されていたものが約 70%と多かった。身体群では 80%以上であった。一方、精神群では 40%と低かった。身体群では行為がはっきりしているために確定できるが、精神群でははっきり確定しづらいことが多いと考えられる。

3. MSBP の内容に関して

1) 捏造もしくは模倣された病態

病態に関しては、消化器症状を持ったものが多く、約半数を占めていた。その他、てんかん 4 例、尿崩症 2 例、PTSD 2 例などが特徴的であった。海外の報告同様、出血を伴う病態は 33.3%と多い傾向があった。今回の日本の例では消化器症状が多く認められていたのは、日本人の特性として消化器の症状が多い傾向があることも影響しているのかもしれない。PTSD が 2 例に認められるなど、劇的で注目を浴びる症状が選択される傾向があるものと考えられる。

2) MSBP の型

Rosenberg ら (1987) のレビューでは、概ね、模倣 25%、捏造 50%、模倣+捏造 25%という分布が考えられていたが、今回の調査では、模倣が 29%、捏造が 57%、模倣+捏造が 14%であった。捏造のみが高い理由としては、捏造が印象的であるため、実際には模倣の部分があっても見逃されている可能性も否定できない。

また、身体群と精神群を比較すると、今回の精神群は全て模倣であり、身体群では模倣のみは 1 例 (6.3%) しかなく、捏造 75%、捏造+模倣 19%で、捏造が存在するのが 94%ほどとなっていた。

しかし、Ayoub ら (2002) の報告では、薬物による精神症状の誘発が報告されており、著者自身、身体症状に加えて、ジアゼパムの投与による傾眠や興奮などを訴えていた症例を

経験しており、精神症状の捏造もありえることであり、注意が必要だと考えられる。

3) 受診医療機関数

MSBP の多くは複数の医療機関を受診しており、5 箇所以上の受診も 30%を占めていた。特に身体群に多い傾向を認めた。MSBP が疑われたら、それまでの受診医療機関を特定して、その情報を得て、総合的な視点を持つことで確信が得られることもある。受診医療機関の特定は重要である。

4) 入院や外科治療

身体群では全例が入院しており、30%が不必要な外科治療を受けていた。生命の危険と同時に、子どもにとっての被害は大きいことが示されている。

4. 加害者に関して

加害者に関しては実母が関わっているものが 95.2%あり、海外の文献と一致する。年齢も海外の文献と同様、様々な年代にわたっていた。また虚偽性障害が 20%と多いことも、海外の文献と一致する。

しかしながら、海外では多いとされる医療関係者が少なく、1 例のみであった。この点に関しては、その原因を探ることは困難である。研究班内の意見としては、①日本では売薬にアクセスしやすい、②他から医療に関する知識を得やすい、③父親が家庭を不在にしている時間が長いために母親が孤立することが多く、医療にかかることで関心をもたれることが引き金になる可能性がある、などの意見が出たが、ケースを蓄積する中で把握していく必要があるだろう。

少なくとも、日本では、加害者と医療の関係がなくても MSBP を疑う上では障害にならないことを意識すべきである。

加害者が知識を得た場所は様々であるが、

やはり、主治医やドクターショッピングによるものが多く、医師の説明が加害者に知識を与える結果となっていることが示されている。MSBP を早期に発見することが求められる。

5. 転機および予後に関して

1) 生命の危険

今回の症例でも、海外の症例と同様、生命の危険が高いものが多かった。実際の死亡は9.5%であり、Rosenberg(1987)の9%、Ayoubら(2002)の17%と並び、比較的高い率であった。また、生命の危険があったものは23.8%、ありえたものが33.3%であり、特に、身体群では死亡、生命の危険があった、ありえた、を合計すると87.5%に上っておいた。MSBPが非常に危険の高い虐待の形であることが示されている。

2) 対応・転機

対応としては、85.7%が児童相談所に虐待通告がなされていた。また、様々な機関や専門家との連携がなされていた。

転機としては、親子分離が52.4%になされていた。内2例は在宅支援を行っていたが、再発して親子分離になっていた。再統合がなされていたのは1例のみであった。特に身体群では、親子分離が62.5%にのぼり、在宅になった37.5%のうち2例は死亡していた。つまり、在宅で対応できているのは25.0%に過ぎなかった。

精神群では在宅での対応が多く、保護した例も比較的早期に再統合がなされていた。

MSBP、特に身体群では生命の危険が高く、分離が必要なことが明らかであった。特に在宅で経過を観察した2例が死亡していることを考えると、MSBPの危険性を考慮して、まず親から分離して安全を確保することが重要と考えられた。

E. 結論

日本で集められた21例のMSBPを海外の文献と比較して考察したところ、①MSBPは死亡率が高い危険な形の虐待である、②被害者は低年齢の子どもが多く、それも虐待死の危険因子になっている、③身体群では子どもが直接被害を受ける捏造の形が多く、全例で入院があり、MSBPのために手術に至っている子どもも少なくなく、死亡に至らない例でも、子どもにとっての被害は非常に大きいものと考えられる、④身体群では複数の医療機関を受診しており、5箇所以上も少なくなかった、⑤加害者は実母が多く、年齢に特徴はなく、その他の虚偽性障害を合併していることがあったが、海外の文献と異なり、医療関係者であることが少なかった、⑥児童相談所への通告例が多く、半数以上が親子分離に至っていた。身体群では在宅支援が行われていた6例中2例が死亡しており、MSBP、特に身体群では親子分離が原則と考えられた。

F. 引用文献

- 1) Asher, R (1951) : Munchausen Syndrome. *Lancet* 1:339-341
- Ayoub C. et al (2002) : Munchausen by Proxy. Definitions, Assessment & Integrative Treatment. Presented at 13th ISPCAN Meeting at Denver, CO
- Jenny C (2004) : Munchausen Syndrome by Proxy and Medical Child Abuse. 当研究班研究会議にて発表、10月 東京
- Meadow R (1977) : Munchausen Syndrome by Proxy: The hinterland of child abuse. *Lancet* 2: 343-345
- McClure, R.J. et al (1996) : Epidemiology of Munchausen Syndrome by Proxy, non-accidental poisoning, and non-accidental suffocation. *Arch. Dis. Child.* 75: 57-61
- Monteleone, J.A. (1998) : Munchausen Syndrome by Proxy. In Monteleone, J.A. et

al (eds) Child Maltreatment. A Clinical Guide and Reference. P327-338, St. Louis; G.W. Medical Publishing, Inc. Parnell, T.F. (2002): Munchausen by Proxy Syndrome. In Myers, J.E.B. et al (eds) The APSAC Handbook on Child Maltreatment. 2nd ed. P131-157 Thousand Oaks; Sage Publications
Rosenberg, D.A. (1987) : Web of deceit: A literature review of Munchausen Syndrome by Proxy. Child Abuse & Neglect 11:547-563

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 奥山 眞紀子 「日本における性的虐待への対応の現状と課題」 日本子どもの虐待防止研究会 (JaSPCAN) 子どもの虐待とネグレクト Vol.1.6 No.2. 2004.8 PP175~180
- 2) 奥山 眞紀子. 「性的虐待へのケアと治療」そだちの科学・第2号. 日本評論社. 2004.4 : PP55~61
- 3) 奥山 眞紀子. 「児童虐待・親の問題」精神障害の臨床. 日本医師会雑誌. 2004.6.15 PP253~256
- 4) 奥山 眞紀子 「わが国の性的虐待の実態と対応」 慶応義塾大学出版会 教育と医学 2004.10 P P16~27
- 5) 奥山 眞紀子 「精神障害と子ども虐待」 精神科臨床サービス 星和書店 Vol.4 No.4 2004.10 P P481~484
- 6) 奥山 眞紀子 「親子関係への支援」(医療現場の試み) 発達. ミネルバ書房 Vol.25. No.100. 2004.10 P P17~23
- 7) 奥山 眞紀子 「子どもの心身症」 子どもの健康科学 Vol.5 No.1 日本子ども健康科学研究会 2004.11.30 P P8~

13

2. 学会発表

- 1) Okuyama, M Attachment and Self-regulation Problems among Maltreated Children. 15th International Congress on Child Abuse and Neglect September 19-22, 2004, Brisbane, Australia
- 2) Okuyama, M Child Abuse and Domestic Injury Prevention Program Injury Prevention Committee at American Academy of Pediatrics National Conference & Exhibition October 9-13, 2004, San Francisco, USA
- 3) 第23回日本思春期学会総会学術集会 シンポジスト「被虐待児のトラウマへの対応」 2004年8月9日 つくば市
- 4) 奥山 眞紀子 「小児虐待への医療における対応原則」 第15回日本小児整形外科学会学術集会ランチョンセミナー 新横浜プリンスホテル 平成16年11月26日
- 5) 奥山 眞紀子 教育講演「性虐待を疑う子どもへのインタビュー法」 日本子どもの虐待防止研究会 福岡国際会議場 平成16年12月9日~11日
- 6) 奥山 眞紀子 ワークショップ「性的虐待!? どうする?—学校での対応」 日本子どもの虐待防止研究会 福岡国際会議場 平成16年12月9日~11日

平成16年度厚生労働科学研究費補助金（子ども家庭総合研究事業）
被虐待児の医学的総合治療システムのあり方に関する研究（H15-子ども-009）

分担研究報告書：児童養護施設における医療的ニーズに関する研究

分担研究者：名古屋大学医学部附属病院 親と子どもの心療部 野邑健二

研究協力者

吉川 徹（愛知県心身障害者コロニー中央病院）

菱田理 藤澤陽子（暁学園）

宮本信也（筑波大学人間総合科学研究科）

森茂起（甲南大学文学部人間科学科）

杉山登志郎（あいち小児保健医療総合センター）

要旨

家族の養育に困難があって入所を余儀なくされている児童養護施設の入所児には精神的な問題を持つものが多い。今年度は、児および職員に対して構造化面接を行い、入所児の抱える精神的問題と虐待経験のそれへの影響について調査をおこなった。

36名から結果が得られた（男子18名、女子18名）。36名中、入所児本人からは24名（66%）が、職員からは26名（72%）が、構造化面接において何らかの診断基準を満たした。

注意欠陥多動性障害・反抗挑戦性障害・行為障害といった多動性行動障害は、入所児・職員のどちらからの聴取でも多くの診断を認めた。またこれらの疾患では双方の診断が一致するケースが多く見られた。大うつ病・全般性不安障害は、双方で認められたが、双方の診断が一致するケースはなかった。社会恐怖・強迫性障害・摂食障害（過食症）は職員からの聴取では認められず、入所児からのみ認められた。

虐待のあるなしでは、有意な症状への影響は認められなかった。

行動化を伴う問題には両者で認識が共通であったが、内向化する問題については職員が把握できていない場合も多いことが示唆された。

A. 研究の目的

家族の養育に困難があって入所を余儀なくされている児童養護施設の入所児には精神的な問題を持つものが多い。その中には児童精神医学的な治療が必要とされる重篤なケースもまれではない。しかしながらスタッフのマンパワーや専門職の不在により、メンタルヘルスに十分に対応できているとはいえない。この問題に対する今後の体制作りを進めるにあたり、精神医学的治療の必要性を明らかにするため、施設入所児の精神的問題と医療ニーズに関する調査を行うことを目的とする。

初年度は、施設職員に依頼し、入所児に関する質問紙と問診表への記入を依頼した。この結果では、行動上の問題を伴う外向的な問

題はよく把握されていたが、うつ・不安といった内向的な問題ははっきりした傾向を認めなかった。こういった問題については把握するためには直接聞き取りを行う必要があると考えられた。

今年度は、児および職員に対して構造化面接を行い、入所児の抱える精神的問題と虐待経験のそれへの影響について調査をおこなった。

B. 対象と方法

5ヶ所の児童養護施設に入所する10歳から17歳の児童を対象とした。各施設の施設長に対して書面にて説明を行い、同意を得た。1施設あたり8名を、年齢・性別・虐待歴で偏りのないようにこちらで選択し、調査への協

力を依頼した。

40名に依頼し、36名の協力が得られた。

入所児童および施設職員に対して、対面式での面接を行った。また施設職員に対象児についての質問紙・問診表への記入を依頼した。

面接の内容は、児童に対しては、心理士による半構造化した面接と質問紙、医師による自由面接とを併用した。職員に対しては、心理士による半構造化した面接を行った。

詳細は次の通りである。

(1) 入所児童への調査

対象児童に対して、文書を用いて説明し、書面にて同意を得た後、面接を行った。

まず、医師による臨床面接を行った。これは、自由回答の形をとり、日常生活（学校、施設）での適応や家族との関係を聴取することと、精神的問題があればその評価を行うことを目的とした。これにより、暫定診断を行った。

次に心理士による半構造化面接を行った。これは、医師の面接の結果とは全く独立して行われた。

半構造化面接は、the Children's Interview for Psychiatric Syndromes (ChIPS)日本語版の一部を用いた。ChIPSは、Weller E.らによって1998年に作成され、広く各国で用いられている児童の精神疾患を評価する標準化された半構造化面接法である。現在はDSM-IVに準拠した版が用いられている。日本語版は原書者の許可を得て2003年に村瀬により作成されている。

今回は、このうちの一部を用いた。項目は表1の通りである。また、Adolescent Dissociative Experience Scale (A-DES)日本語版の記入を依頼した。A-DESは解離についての自己記入式質問紙である。Putnam FWらによって1997年に作成された。

これらを含めて、面接所要時間は60分程度であった。

(2) 職員への調査

職員に対しては、ChIPSの保護者版であるthe Parent form of the Children Interview for Psychiatric Syndromes (P-ChIPS)日本語版の一部を用いて半構造化面接を行った。項目は表1の通りである。P-ChIPSの作成に至る経緯はChIPSと同様である。

児と職員とは、大半が同じ項目を双方に聞いているが、遺尿症、遺糞症は職員用のみに含めた。事実を聞くもので両方から聞く必要がないことと本人の心理への配慮からである。

また、職員に対して、事前に質問紙と問診表への記載を依頼した。

質問紙は、「施設に入所中の子どもの行動チェックリスト改訂版(ACBL-R)」と「入所以前の子どもの経験に関する評価(AEI-R)」である。

ACBL-Rは128項目からなり、主として被虐待児に見られる行動・精神症状を観察評価する質問紙である。

AEI-Rは43項目からなり、虐待経験を聞く質問紙である。この2つの質問紙は西沢らにより、開発された。

問診表では、施設内で問題となっていること、また、精神科受診の有無、生活態度などについて、記載をお願いし自由面接の参考とした。

面接所要時間は、30分程度であった。

C. 結果

入所児と職員への面接で得られた診断結果の一覧は表1の通りである。

36名から結果が得られた。(男子18名、女子18名)

虐待歴および虐待種別は、AEIの結果より記載した。虐待歴のある児は15名、ない児は21名であった。虐待種別による症状への影響は認められなかった。

虐待のあるなしでは、有意な症状への影響は認められなかった。DESの得点は、平均24.6点で、35以上が35名中8名(23%)認められた。

表1 入所児と職員への面接で得られた診結果の一覧

年齢	性	虐待	虐待種別	ChIPS 診断(入所児)	P-ChIPS 診断(職員)	A-DES	臨床診断(暫定診断)
10	男	+	身	ODD	ADHD、ODD、CD	32.3	ADHD、ODD
11	男	+	ネ	CD、社会恐怖、不安	うつ	55	解離
11	男	+	ネ、心、DV	ADHD、ODD、CD	ODD、CD、気分変調	23	なし
12	男	+	身、ネ	ADHD	ADHD、ODD、遺尿症、遺糞症	68.7	PDD
12	男	+	ネ	なし	ADHD、ODD、CD	24.7	ODD、CD
12	女	+	ネ	社会恐怖、不安、強迫	なし	16.3	なし
13	男	+	ネ、心、DV	なし	なし	4.3	なし
14	女	+	身、ネ、DV	ODD	ADHD、	40.7	なし
15	男	+	ネ	なし	不安、遺糞症	22	なし
15	男	+	身、ネ、心	ADHD、ODD、CD、うつ	CD	18.3	不登校、ODD
15	女	+	身、ネ	CD	CD、うつ	14.3	不登校、解離
15	女	+	身、ネ、心	過食症、うつ	ODD、CD	67	不登校、気分変調
15	女	+	DV	ODD、社会恐怖	なし	19.7	気分変調
16	男	+	ネ	なし	不安、うつ	9.3	なし
17	男	+	ネ、心	強迫、うつ	遺糞症	31.7	MR
10	女	-		不安	なし	33.7	なし
10	女	-		ODD	ODD	7	ODD
11	男	-		ADHD	なし	23.7	愛着(抑制)
11	男	-		なし	なし	38	なし
12	男	-		なし	なし	20.7	MR
12	女	-		CD	CD	17.7	ADHD、愛着(脱抑制)
12	女	-		なし	ODD、うつ	10.3	なし
12	女	-		不安	ADHD、ODD、CD	9.3	MR
13	男	-		なし	ADHD、ODD、CD	32.7	ODD
13	男	-		うつ	ADHD、ODD	17	なし
14	男	-		ADHD、ODD、CD	CD		ODD、CD
14	女	-		ADHD、ODD、CD	ADHD、ODD、CD、うつ	47.7	不登校、ODD
14	女	-		ADHD、ODD、過食症	ODD、CD、	11.3	なし
15	女	-		ADHD、社会恐怖、不安、うつ	ADHD	54.3	なし
15	女	-		なし	なし	7.3	なし
15	女	-		CD	CD	20.6	なし
15	女	-		ADHD、CD	CD	23	なし
16	男	-		なし	ODD、CD	18.3	不登校、ODD
16	女	-		ADHD	なし	11	なし
17	男	-		なし	なし	40	MR
17	女	-		なし	ODD	3.7	なし

入所児と職員との構造化面接での診断内容を比較すると、同じ診断を満たしている場合と異なる診断を満たしている場合とがある。注意欠陥多動性障害が3ケース、反抗挑戦性障害が5ケース、行為障害が8ケースで、両者の診断が一致した。他の診断項目は、両者で一致するものはなかった。

診断について、入所児および職員から聴取した結果を集計したものが表2である。

36名中、入所児本人からは24名(66%)が、職員からは26名(72%)が、構造化面接において何らかの診断基準を満たした。

表2 構造化面接での診断(n=36 複数あり)

	こども	スタッフ
注意欠陥多動性障害	8	9
反抗挑戦性障害	9	14
行為障害	9	15
全般性不安障害	5	2
社会恐怖	4	0
大うつ病	5	5
気分変調症	0	1
強迫性障害	2	0
拒食症	0	0
過食症	2	0
遺尿症		1
遺糞症		3
なし	11	10

注意欠陥多動性障害・反抗挑戦性障害・行為障害といった多動性行動障害は、入所児・職員のどちらからの聴取でも多くの診断を認めた。また、前述したとおり、両者で診断が一致することも多かった。

大うつ病・全般性不安障害は、双方で認められたが、双方の診断が一致するケースはなかった。

社会恐怖・強迫性障害・摂食障害(過食症)は職員からの聴取では認められず、入所児からのみ認められた。

臨床診断(暫定診断)は、30分程度の精神科医の面接により、DSM-IVに基づいて付けられた。19名(53%)に何らかの暫定診断が認められた。

D. 考察

構造化面接を用いて、入所児本人からの聞き取りと、日常関わっている職員からの聞き取りとを比較した。

(1) 対象児の診断について

36名中、構造化面接で66-72%のケースで何らかの診断基準を満たした。今回の対象としたケースは、数は限られているが、ケース選択は施設側ではなく、こちらで極力機械的に選択した。したがって、この結果は施設入所児の現状をある程度反映していると考えられる。

(2) 児童からと職員からとの診断の相違について

児童と職員とでは、診断の一致するものと一致しないものがあった。

注意欠陥多動性障害、反抗挑戦性障害、行為障害は、破壊性行動障害としてDSM-IVでは同じ診断カテゴリーに含まれる。実際には特に注意欠陥多動性障害は、軽度発達障害の側面よりも不適切養育や愛着の問題に伴う多動性行動障害が多く含まれていると思われるが、いずれにしても、問題が表面化しやすく、本人も周囲もそれぞれが不適応を認識することになるであろう。

大うつ病性障害、全般性不安障害は、児童、職員それぞれから診断を認めたが、ケースは全く一致しなかった。児童からは聴取されたが職員からは聴取されなかったケースは、多くの場合、行為障害や反抗挑戦性障害の診断を満たした。これは児童期のうつを示す抑うつ症状である焦燥感やいらいらとそれに伴う問題行動や、不安や自信のなさの裏返しである反抗を捉えている可能性があるのではないだろうか。職員からは聴取されたが児童からは聴取されなかったケースでは、過剰適応