

子どもの精神症状も改善している可能性がある。しかし、この点に関しては更なる分析が必要である。

4) 院内外の関係者の総数が少ないほど、虐待している親の改善がよく、それに伴って子どもの改善もよいという結果が出ている。虐待の認識がなく、なかなか治療に乗れない親ほど、院外の連携が必要となる為、このような結果が出ているものと考えられる。つまり、モチベーションが少ない親に対して、院外の機関連携で治療に結びついた時には効果が少ないことを反映しているのかもしれない。今後は、このようなモチベーションの少ないケースへの治療が求められていることから、詳細な検討と、モチベーションを高める方法を健闘する必要がある。

## E. 手引きの作成

以下のような目次の手引きを作成した。手引きは平成 17 年度報告書に添付してある。

- I. 在宅ケアとは
  1. 不適切な養育という考え方
  2. 在宅ケアの必要性和目的
  3. 要保護児童対策地域協議会（協議会）
- II. 在宅ケアのあり方
  1. 原則
  2. 協議会や地域ネットへのつなぎ方

## <研究 2>

### A. 研究目的

近年、被虐待児の施設入所が増加する中、被虐待児特有の問題行動が施設内で

3. 協議会や地域ネットへの参加
4. 協議会や地域ネットでのコミュニケーション

### III. 在宅ケアのプロセス

1. 情報収集とアセスメント
2. アセスメントの総合
3. 支援計画と役割分担
4. 情報の集約に関して
5. 定期的な評価会議
6. 家族が転居する時
7. 在宅ケアの終了

### IV. 小児科における在宅支援

1. 在宅ケアにおいて小児科での在宅支援が必要な時
2. 在宅支援における診療
3. 避けるべきこと

### V. 精神科における在宅支援

1. 在宅支援における診療
2. 気をつけるべきこと

### VI. 医療機関におけるケースの評価

1. 子どもの評価
2. 親（主たる養育者）の評価
3. 親子関係の評価
4. 家族の評価
5. サポートシステムに関する評価

### VII. 医療における支援の実際

1. 支援の目的
2. 評価から支援計画へ
3. 親の状態による支援の例

### VIII. 最後に

顕在化し、その解決のため小児精神科医療に対するニーズが高まっている。

被虐待児の精神症状は複雑・多彩であり、評価が難しく治療的にも難渋するケースが多い。当院を受診した、あるいは、子どもの町クリニックを受診した施

設入所中の被虐待児37例につき検討を行い、課題を抽出することで、児のアセスメント内容と治療方法の提示を試みた。

## B. 研究方法

平成12年4月から平成15年12月までに当院を受診し、継続的に治療し得た被虐待児

37例について、主訴・評価内容・治療方法およびその効果等につき検討した。

初診時年齢は4歳～14歳(平均8.0歳)で、男子17例、女子20例であった。虐待内容の内訳として、身体的虐待14例、ネグレクト

33例、性的虐待4例、心理的虐待15例(重複あり)であった。

## C. 研究結果

### 1. 来院時主訴

来院時の主訴の内訳(図1)および年齢ごとの主訴の相違(図2)を示す。もっとも多いのが職員・他児に対する暴力で33%、発達評価、多動と続く。主に行動上の問題を主訴にくるものが6割に及んでいる。

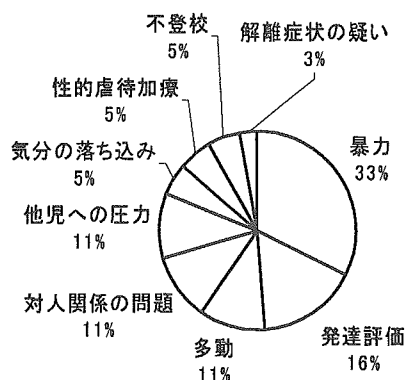


図1 主訴

発達評価を主訴とするものは年少児に多く、児童相談所の心理判定以上に詳細な診断を求めるケースや、今後の対応の仕方を求めるものが多かった。多動・暴力等を主訴とするものは幼児期～小学校低学年に多く認められていた。小学校高学年から中学生の主訴は、対人関係を中心としたものが多く、問題点が外在化されたものから、徐々に内在化されたものに推移してゆく方向にあった。また中学生以上の年長児の主訴は多岐にわたっていた。

### 2. 評価 (アセスメント)

受診後診断・治療を決定する上で、発達評価・愛着行動の様子・社会性・外傷後

ストレス障害の症状および解離障害の症状の有無、気分障害の有無、児の中での家族像の位置づけ等を評価している。

発達評価として、知的発達・認知障害・自閉傾向の有無・学習の程度・協調運動の様子等があげられるが、今回の症例において知能検査の結果から推測される

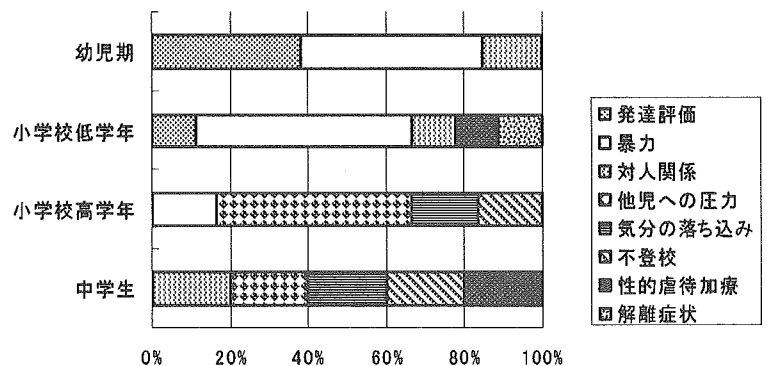


図2 年齢ごとの主訴の相違

知的発達の分布(図3)を示す。受診となった症例の中で、正常知能(IQ80以上)は約半数ほどであり、残り半数は境界域～軽度精神発達遅滞であるものが多い。また正常知能群でも、認知障害を合併していると思われる症例が多かった。

愛着行動の様子および家族像の評価は本人との面接および職員に対するガイダンスの中で出てきた所見より判断した。

職員との関係(図4)および家族像の様子(図5)を示す。職員との関係が希薄で、明確でないものが約4割存在し、また良好な関係をとっているものは3割程度にとどまる結果となった。職員との関係が

希薄なもの、両価的で関係性が難しいケースが約7割存在し、実際の家庭との関係を見つつ、関係調整をしてゆく必要があると考えられた。家族像に関しては、母親的な役割をとってくれば誰でもよいと考えている症例は約3割存在した。実際の母親に対して、母親役割を期待していると思われる児は約半数程度であった。また、理想的な母親像が先行し、それを実際の母親に重ねていると考えられる症例も一部存在した。解離症状等について、明らかなものは37例中2例にとどまった。

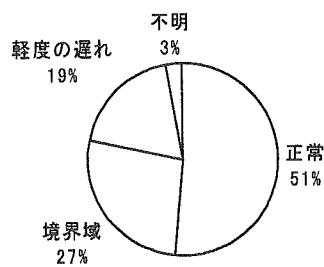


図3 精神発達遅滞の有無

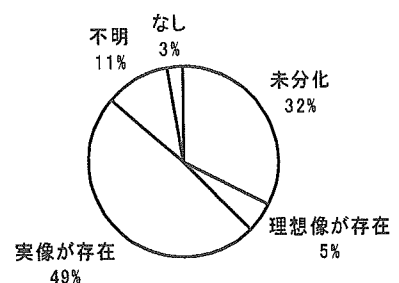


図5 家族像の有無

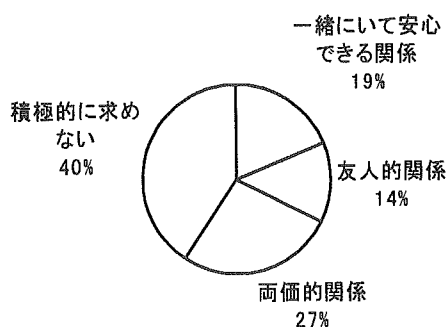


図4 職員との関係

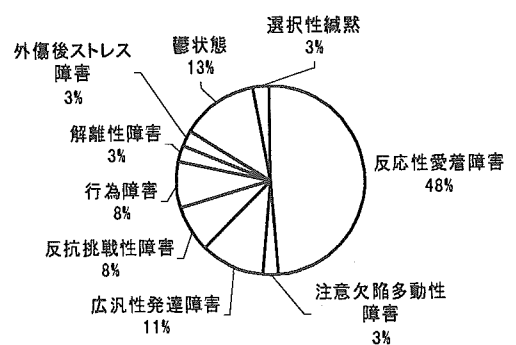


図6 主な診断名

### 3. 診断

主たる診断名の内訳(図6)を以下に示す。被虐待児の問題点は多く、1人の患児に多くの診断名があたるケースが多いが、もっとも主要なものを選び評価した。

反応性愛着障害が多く、約半数に及んだ。注意欠陥多動性障害、広汎性発達障害も認められたが、DSMIV診断の中でかなり鑑別が困難であった。

典型的な外傷性ストレス障害・解離性障害は少ないものの、年長児を中心に気分障害も少なからず存在した。

### 4. 治療

発達の問題、愛着の問題、トラウマの問題等を重複して持っているケースが多いが、主たる治療目標を定め、段階的に解決してゆくことを試みた。発達支援・アタッチメント作り・行動障害の改善・気分障害の改善・トラウマ反応の解決・家庭(・社会)に対する本人の心理的葛藤の解決等があげられた。年齢による治療目標の相違(図7)に示す。幼児期は、発達支援・アタッチメント作りに焦点がおかれる症例が多いが、小学校高学年から中学生になると、家族との関係に悩み、その結果として情緒的な問題を起こしているケースが多く、家庭に対する心理的葛藤をテーマに治療が展開されるケースが多かった。

選択された治療について(図8)に示す。実際行った治療として、職員ガイダンスは個別において、または在住する寮ごとにおいて、全例に対して行っている。ほか薬物治療・心理療法・作業療法・児相とのカンファレンス・学校とのカンファレンス・親面接等をケースごとに設定し

た。

いずれの治療目標を設定しても、多岐にわたる治療を同時並行に行う必要があったが、とくにアタッチメント形成を促すこと、家庭に対する心理的葛藤の解決を目指すことを治療目標とした場合は、児相を中心とした多機関の連携が必要と考えられるケースが多い。

発達支援を行うものに関しては作業療法を積極的に導入した。ほか療育的指導が有用と考えられる例が多かった。

トラウマ解決に対しては、全例に心理療法を設定した。学校との連携が必要と考えられるケースも多く存在したが、実際に連携をとることは少なく、今後の課題の一つと考えられた。

### 5. 転帰

上記症例の転帰(図9)に示す。上記結果は主観的なものであり、客観的尺度が必要と考えるが、臨床上おおむね改善したと考えられるケースは約半数であった。

治療において、各機関(医療・施設・児相・教育等)の連携が重要であるが、方針の行き違いがあると、改善は難しい。

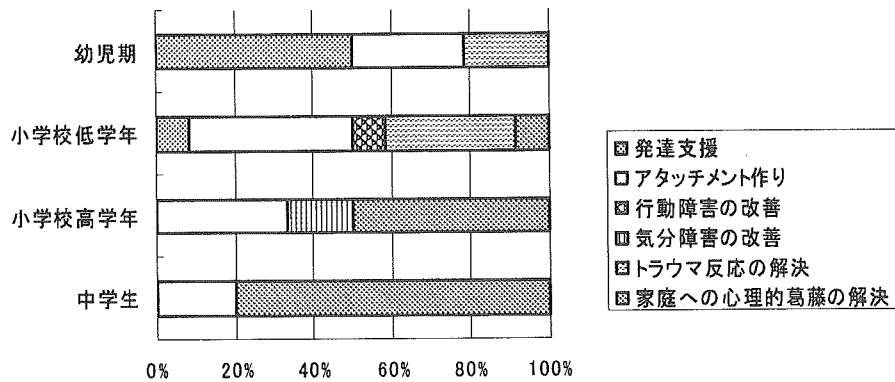


図7 年齢による治療目標の相違点

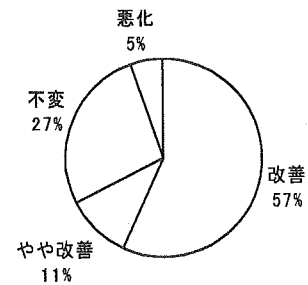
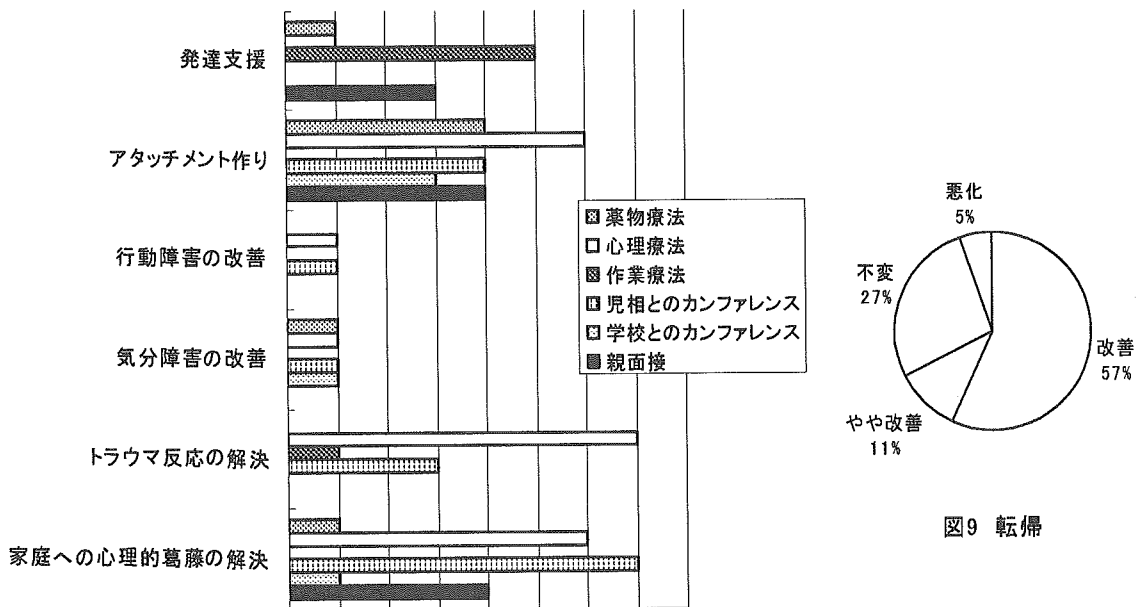


図9 転帰

図8 選択された治療方法

#### D. 考察

施設入所となる被虐待児は問題点も多彩であり、単一診断名では対応仕切れないケースが多い。ゆえに、詳細な精神医学的所見を多角的に分析することが必要であると考えられる。また、本人に対する評価だけではなく、家庭に対する評価や治療の進行具合も考慮する必要がある。被虐待児への対応にあたって評価すべき点を、本人に対する評価(表1)・家庭機能の評価(表2)・社会(幼稚園・学校等)

での評価(表3)の3点にわけて示した。本人への評価点として、発達評価は重要であると考えられる。境界域～軽度の精神発達遅滞を伴ったケースはかなり多く、また正常知能においても軽度発達障害と同様の問題点を持つものが多い。また対人関係の基礎となる愛着行動の様子は、家庭機能を十分評価し、面会・外泊時の生活を把握しながら評価してゆく必要があると思われる。職員とどういう関係か、また家族とどんな

関係をとっているかを把握し、児がどの大人との信頼関係を深めてゆくのが適当か、判断評価しなくてはならない。今回の研究でも、大人と有効な信頼関係をとることが難しい一群が存在した。再統合を考える上で、家族像をどうとらえているかも大切な点であり、施設職員の役割の置き方の指針を決める上でも重要な因子であると考えられる。

PTSD症状・解離症状が明確にとらえられた症例は少なかったが、それは評価の難しさも影響している可能性が考えられる。気分障害の評価も困難な点の一つであり、特に年少児の評価を適切に行うことが、今後の課題にあげられる。

表1 本人に対する評価

発達…知的発達・認知障害・自閉傾向の有無・学習の程度・協調運動の様子	
愛着行動の様子	
子ども同士の対人関係	
PTSD症状・解離症状の有無	
気分障害の評価	
母親(家族)像の評価	母親像の有無
	理想化された母親像の存在
情緒発達の評価	

再統合を考える上で、家庭機能が入所に比べどれくらい改善したか、保護者の意識の変化が認められるかが重要な点としてあげられる。両親に対する精神的な治療、地域サポートの受け入れ具合、福祉制度の活用、経済状況の改善の有無等があげられる。多くの症例で家庭機能改善に向けた努力は人的資源の不足・児童相談所の過重負担を理由に行われておらず、虐待的環境にそのまま帰省させら

れていたり、措置解除される例もまれではない。

虐待的環境に戻すことで本人の情緒的な安定が崩れ再び施設での問題行動が悪化するという悪循環をたどることも多い。児の家族像を尊重しながら、家庭・社会に対する不信感を軽減するような面会計画が必要であり、家族支援を行うことが大切である。もちろん、家庭機能改善の見込みがない家庭も現実的には存在しており、その判断に基づいた対応も重要と考えられる。

表2 家庭機能に対する評価

面会・外出・外泊の様子
頻度
内容
帰寮後の様子
児相の家族への対応
地域サポートの効果の評価
児相の本人への対応
施設生活に対する本人への説明内容と本人の納得の度合い

現状の社会環境の中で、本児がどのように過ごしているかも把握する必要がある。そのためには、学校のきめ細かい連携が欠かせない。施設職員では補いきれない大人との関係作りが大切である。

表3 社会(幼稚園・学校)での評価

学習態度
集中力・多動傾向の有無
学習の進行状況
何が得意で何が不得意か
他児との関わり
休み時間の過ごし方

上記のことを評価した上で、診断し治

療が行われる。しかし、問題点にあわせ治療目標も多彩であり、どの治療目標を優先させるか判断する必要がある。

主な治療目標および治療方法を表4・表5に示す。幼少時期には、発達支援が治療目標に設定される例が多い。通常の家庭なら保健センターでの親子教室の利用、療育施設が利用可能のはずだが、現実的にはあまり利用されていない現状がある。発達障害を視野にいれた多角的な視点が今後必要と考える。

表4 設定される治療目標

発達支援
アタッチメント作り
行動障害の改善
気分障害の改善
トラウマ反応の解決
ソーシャルスキルの獲得
学習面でのサポート
(アカデミックスキルの獲得)
再統合のための準備
家庭(・社会)に対する本人の
心理的葛藤の解決
家庭機能向上の努力
…福祉・心理的サポート

表5 治療方法

施設職員に対するガイダンス
薬物治療
心理療法
作業療法
グループ活動
(ソーシャルスキルトレーニング)
児相とのカンファレンス
学校とのカンファレンス
親面接

アタッチメント作り、トラウマ反応の解決、家庭への心理的葛藤の解決がテーマとされるときには、多機関との密な連携が必要となる。

とくにアタッチメント作りを目標とする場合、主軸となる大人の許容量を考え、他の職員、学校、児相との役割分担を明確にする必要がある。1人の職員に過重な負担がかかりすぎ、燃え尽き症候群に陥ってしまう例も珍しくない。いずれの治療においても多角的な視点と多機関の連携が必要と考える。

## E. 結論

筆者が経験した施設入所児童の通院治療について振り返り、若干の考察を加えた。

現在はまだ試行錯誤的な段階であり、児の状態を客観的に評価する尺度と、正確な治療判定が必要である。また、単一の治療法では改善が難しく、多方面からのアプローチが必要となり、児童相談所を中心とする多機関との連携が児の状態の改善・発達の促進に必須であるが、現状では人的にも時間的にも資源が不足しており、今後の課題が多く存在するものと思われる。

### <研究3>

#### 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、系統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。

\*Munchausen 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

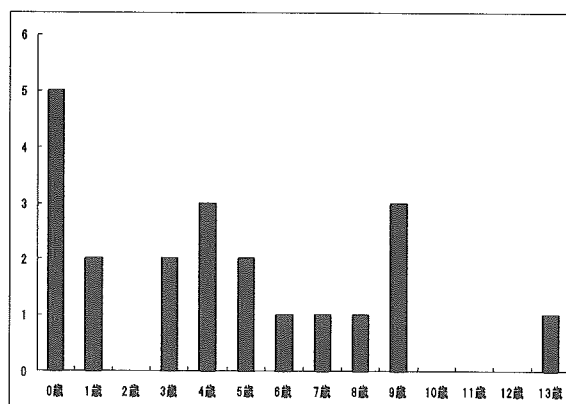
ケースの数は 21 例（20 家族）であった。なお、それぞれのケースに関して、これまでの経過とその後のフォローに関して検討し、重複例はないと考えられた。

#### 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。



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) 被害をう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%)
- ⑥PTSD 2 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、辜丸捻転の手術、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つた  
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つ

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の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れていたのである。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いますが、精神障害がなく身体的虐待をしていますが、「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、発見率が上が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、PTSD2 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 13<sup>th</sup> 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. 2<sup>nd</sup> 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

## 業績一覧

2003

### 1. 論文発表

- 1) 奥山 眞紀子. 攻撃性と脆弱性—不適切な養育をめぐって—日本児童青年精神医学会機関誌. 2003: 4 PP148~152
- 2) 奥山 眞紀子. 虐待を受けた子どもへの精神療法. 日本サイコセラピー学会誌 2003.11: PP37~45
- 3) 奥山 眞紀子. 保健医療における予防・早期発見・早期支援への新しい試み  
JaSPCAN. 2003. 7: PP92~93
- 4) 奥山 眞紀子. 精神疾患 「子ども虐待」. (小児内科. 病理生態 2) 2003. (35): PP857~862
- 5) 奥山 眞紀子 乳幼児虐待 (実践小児診療. 日本医師会特別号. 2003.6. (129-12) PP289~295
- 6) 奥山 眞紀子. 小児医療における児童虐待. アークメディア. 臨床精神医学. 2003 (32) 2: PP179~184
- 7) 奥山 眞紀子. 虐待対応の現状と課題. 小児の精神と神経. 日本児童精神神経学会機関誌. 2003.6 (43-2): PP99~105
- 8) 奥山 眞紀子. 成人を迎える被虐待児. 治療 別刷. 2003. 9(85-9) PP149~153
- 9) 奥山 眞紀子. 子ども虐待. 東京都歯科医師会. 2003.12: PP10~17
- 10) 奥山 眞紀子. 小児虐待—小児虐待の種類と対応. コア・ローテーション小児科. 編者 真弓光文他: PP184~185

- 11) 奥山 眞紀子. 医療現場での対応・保護. 児童虐待と現代の家族. 信山社. 編者 中谷瑾子他: PP146~166
  - 12) 奥山 眞紀子. 社会小児科学. よくわかる子どもの心身症. 永井書店. 編者 星加明德他: PP305~318
  - 13) 奥山 眞紀子. 子どもを健やかに養育するために. 里親として子どもと生活をするあなたへ. 厚生労働省雇用均等・児童家庭局家庭福祉課監修. 2003.6
  - 14) 奥山 眞紀子. 子どもを守るのは社会の役目. 月刊「小児歯科臨床」. 東京臨床歯科出版. 2003. 8. P5
  - 15) 奥山 眞紀子. 子ども虐待の種類と主症状. 月刊「チャイルドヘルス」. 診断と治療社. 2003. (6) No.8: PP7~10
  - 16) 奥山 眞紀子. 医療サイドの課題. 福祉サイドの課題. 支援のための評価  
平成 14 年度厚生労働科学研究報告書 (子ども家庭総合研究事業): PP350~363
- ### 2. 学会発表
- 1) 奥山 眞紀子. マルトリートメントと医療ネグレクト. 第106回日本小児科学会学術集会. 2003年4月27日. 福岡市
  - 2) 奥山 眞紀子. 子どもの PTSD 第99回日本精神神経学会 研修会 ホテル日航東京、東京
  - 3) 奥山 眞紀子. 性的虐待. 第21

回日本小児心身医学会 教育講演 エポカル, つくば市

4) 奥山 眞紀子. 不適切な養育と行動障害. 日本小児精神医学研究会セミナー 箱根、神奈川県

5) 奥山 眞紀子. 思春期—我々はいかに援助するべきか?. 日本小児科学会東京都地方会講和会. 2003年9月20日. 東京女子医科大学病院弥生記念講堂

6) 奥山 眞紀子. 虐待を受けた親子へのケア 日本心身医学会中国四国地方会 教育講演 2003年10月18日. 徳島大学医学部 徳島市

7) 奥山 眞紀子. 被虐待児とその家族へのケア. 第50回日本小児保健学会. 教育講演 2003年11月15日. 鹿児島

8) 奥山 眞紀子. 性的虐待対応の現状と課題. 日本子どもの虐待防止研究会第9回学術集会・プレングレス「国際シンポジウム」. 2003年12月18日. 京都

9) 奥山 眞紀子. 児童虐待防止法改正の課題と展望(シンポジウム). 日本子どもの虐待防止研究会第9回学術集会・京都大会. 2003年12月19-20日. 京都

10) 奥山 眞紀子. 被虐待児のトラウマと愛着(講演). 第3回トラウマティック・ストレス学会. 2004年3月4-5日. 東京.

## 2004

### 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.1.6No.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) 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

4) 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

5) 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. 15<sup>th</sup> International Congress on Child Abuse and Neglect September 19-22, 2004, Brisbane, Australia

2) Okuyama, M Child Abuse and Domestic Injury Prevention