

代理ミュンヒハウゼン症候群の概念をめぐる変遷について

ーイギリスと日本の事例分析を通じてー

○ 聖隷クリストファー大学大学院社会福祉学研究科博士前期課程 氏名 小楠 美貴 (会員番号 8726)

石川 瞭子 (聖隷クリストファー大学・会員番号 2399)

キーワード：代理によるミュンヒハウゼン症候群・児童虐待・家族福祉

1. 研究目的

2005年、厚生労働省は「子ども虐待対応の手引き」において『特別な視点が必要な事例への対応』の項目で代理によるミュンヒハウゼン症候群 (Munchausen Syndrome by Proxy、以下 MSBP) を取り上げ、「両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つくられ、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」として MSBP を位置づけた。さらに、2013年、厚労省は「MSBPを疑う兆候」、「診断の手順」をも同手引きで示した。

なぜ厚労省は注意喚起を増したのか。それは、MSBPと診断されていない多数の潜在的な予備群が日本に存在することを厚労省が予期し、早期発見と介入の必要性を示唆しているからではないだろうか。現時点で、MSBPは欧米において毎年100以上の症例が報告されている。それに対し、日本の症例報告数は極めて少なく、2005年にMSBPと判断された21例(奥山,2005)、心中以外の子どもの虐待死のうちMSBPによる死亡が確認された2010年度の3件、2013年度の1件(社会保障審議会,2013)等があるものの、諸外国の報告数とは差がある。本研究では、イギリスならびに日本で報告されたMSBPの症例を分析し、その共通点と相違点を明らかにする。また、それらをふまえ、MSBPの概念に関する歴史の変遷と今後の方向性を展望する。

2. 研究の視点および方法

本研究では、イギリスの Roy Meadow が MSBP を提唱するに至った 2 事例 (A、B) と日本で MSBP が取り扱われた民事裁判における 1 事例 (C)、刑事事件となった 1 事例 (D) を分析の対象とする。分析は、岩間 (2011) が支援困難事例における 3 つの発生要因 (①個人的要因、②社会的要因、③不適切な対応) に基づいた 4 つの分析枠組みを援用し、分析を進行する。

3. 倫理的配慮

本研究は、日本社会福祉学会「研究倫理指針」に

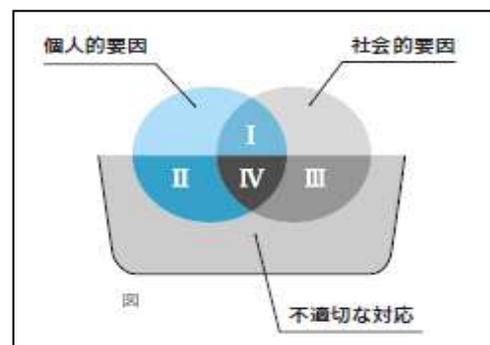


図 3つの発生要因に基づく4つの分析枠組み (岩間,2009) より引用

従い、先行業績を引用・参照する際は厳格に引用元・参照元を記載するとともに、自説と他説の峻別を十分に留意する。

#### 4. 研究結果

	個人的要因 (母親に帰属するもの)	社会的要因 (環境に帰属するもの)	不適切な対応 (援助者に帰属するもの)
A	母親自身の尿路感染症に対する強い不安		母親の訴えに基づき、不必要な検査や治療を行う
B	母親は抑うつ傾向があるヒステリー性格	仕事中毒であり、母親と子どもを省みない父親	
C	母親自身の精神的不安定、気力・意欲の低下	父親と母親の不和による離婚	児童相談所、病院、警察間の不十分な連携
D	母親自身の強いこだわり、育児コンプレックス	同居する祖父祖母と母親の不和	3人の子どもの死因が母親にあると気付かない

図 3つの発生要因に基づく事例の分類

分析の結果、事例Aは第II類型(個人的要因+不適切な対応)、事例Bは第I類型(個人的要因+社会的要因)、事例CとDは第IV類型(個人的要因+社会的要因+不適切な対応)に大別できた。事例A・B・Cの個人的要因に関する共通点としては母親が精神疾患を抱えてい

たこと、また援助者の不適切な対応としては、事例A・C・Dでは児童相談所、病院、警察等の支援機関がMSBPの予兆を感じることができなかったことも示された。

#### 5. 考察

事例を概観すると母親は2つの特徴に区分できる。それは「ミュンヒハウゼン型(MS型)」と「代理ミュンヒハウゼン型(MSBP型)」である。事例のAとBは前者に区分でき、CとDは後者に区分できるだろう。前者は母親の虚偽で子の検査や治療を行っているが、医療側は母親の強い不安や精神状態の不安定さから不信や疑念を抱いている。後者は母親の虚偽を疑わず、面倒見の良い母親として医療側が捉え母親の企図に加担させられている。

両者の生活背景に色濃く家族の関係性が共通に示唆されるも、医療側の反応の違いは母親の個別性とは違ったレベルで文化的背景の存在が印象つけられる。我が国では子を献身的に看護する母親は「良い母親」としてみなし母親の態度に疑念を抱かない。過度の献身でも程度を疑わず、行為の背景やその影響に疑念を抱かない。それは「通例」であり「見慣れた光景」であり「良い行い」として評価される。

エリック・バーンのTA理論によれば、母親は救済者であり子は家族システムの被害者である。夫は家族の危機を顧みない加害者として存在する。この基本的な役割は支援者の同情(ここでは医療側)を得ることに利用される。しかし母親の無意識的に相手をコントロールしようとする構えは、母親自身も不快で苦痛を伴うもので精神的に次第に追い詰められ、結果的に甚大な子への人権侵害(多くは子の死亡)が発生することになる。本当は母親が一番苦しく追い詰められ幾多のSOSを発していたとしても、それは「通例」の中に霞む。子の死亡で母親は周囲の同情を買うことを経験すると、母親は再度その役割を演じたい。それは繰り返されるという特徴を持つ。ゲームはこうして医療現場で繰り返される。我が国において3人の子の犠牲が発生し4人目で医療側がやっと気づいたという実際例がある。筆者らはこうして発覚した事例は氷山の一角ではないかという仮説を持つ。よって今後医療現場を中心に実態調査を行いこの仮説を検証していきたい。