

【e-ポスター】

## 医療機関における「代理によるミュンヒハウゼン症候群」の実態に関する一考察 —医療ソーシャルワーカーに対する質問紙調査をもとに—

○ 浜松学院大学 氏名 小楠 美貴 (会員番号 8726)

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・家庭支援・地域連携

### 1. 研究目的

我が国における児童虐待は、児童虐待の防止等に関する法律（2000）によって「身体的虐待」「性的虐待」「ネグレクト」「心理的虐待」と大別されている。しかし、これらの分類に属さない虐待として、親が子どもの病気をねつ造し、子どもを病気にして医師に治療を受けさせようとする虐待（代理によるミュンヒハウゼン症候群：Munchausen Syndrome by Proxy、以下 MSBP）がある。この MSBP とは親が子どもへ敵意を示して衝動的に危害を加えるという一般的な虐待と異なり、親が冷静な状態で子どもへ不必要な薬物を投与する、あるいは病院への検査や手術の要請をする虐待であり、その行動は計画的な点に特徴がある。

MSBP について、厚生労働省（2013）は、親が医療関係者から情報を得ながら虐待行為をエスカレートする可能性が高いことから、早期に親と子どもを分離すべきことを訴えている。その背景には、MSBP による致死率の高さがある。例えば、Ayoub（2002）によれば死亡率 17%という報告がある。我が国においても死亡率は 9.5%とされ、MSBP は生命に危険性を及ぼす虐待であることが指摘されている（奥山,2005）。また、「子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について」によると、MSBP によって死亡した児童が 2008 年度は 4.5%であったことが公表されている（厚生労働省,第6次報告）。

これらをふまえ、厚生労働省（2013）は MSBP による子どもへの被害を最小限に食い止めるために、できるだけ早期に発見して介入するよう注意喚起を行っている。しかし、MSBP を判断するための具体的な指標は示されておらず、その支援策は不十分な状況にある。ゆえに、今後は MSBP の早期発見・早期対応を促進させる指標（チェックリスト）を開発し、支援のあり方を提起することが必要である。

これらをふまえ、本研究では、MSBP の被害者（子ども）と加害者（親）に関する具体的状況を明らかにし、MSBP の発生要因を検討していく。この成果は、今後、MSBP の早期発見・早期対応を促進させるチェックリストを開発することにつながる。

### 2. 研究の視点および方法

#### 1) 調査方法、期間

調査方法は、社会調査として統計的調査（量的調査）を実施する。具体的には、質問紙

(アンケート) 調査を行う。調査期間は、2019年3月である。

## 2) 調査対象と実施方法

調査対象は、全国の小児専門病院 36ヶ所(2019年3月当時)、全国の特設機能病院 85ヶ所(2019年3月当時)、全国の地域支援病院 523ヶ所(2019年3月当時)に所属する医療ソーシャルワーカーとする。医療ソーシャルワーカーを調査対象とした理由は、①医療現場でMSBPの疑いや診断が下ることからMSBPに関する事例に対応する機会が多い、②医療ソーシャルワーカーはMSBPの子ども(被害者)と親(加害者)の生活状況を把握している、③医療ソーシャルワーカーは児童相談所や市町村などの地域の関係機関から幅広い情報を得ていることが想定されるためである。

実施方法は、全国の小児専門病院 36ヶ所(2019年3月当時)、全国の特設機能病院 85ヶ所(2019年3月当時)、全国の地域支援病院 523ヶ所(2019年3月当時)に「依頼文書(機関代表者宛)」、「依頼文書(関連部署責任者宛)」、「依頼文書(調査対象者宛)」、「説明書」、「アンケート用紙」を送付し、アンケート用紙の返送あるいはGoogleフォームを使用したアンケートへのWeb回答を依頼した。

## 3) 調査内容

調査内容は、MSBPの事例に関わった経験、MSBPを疑った理由、子どもの年齢、家族構成、家庭環境、受診理由、病院にいる間の子どもの症状、保護者の要望、保護者の行動などである。このうち、受診理由、病院にいる間の子どもの症状、保護者の要望、保護者の行動などは、海外のMSBP事例でよく見受けられる項目をもとに子ども虐待に精通する研究者や医療従事者らとともに検討を重ね、選択肢を作成した。

## 4) 分析方法

R version 3.6.3を用いて有意水準は5%とし、以下のテーマに沿って統計分析を行った。

【テーマ①】MSBPの被害者(子ども)と加害者(親)に関する具体的状況の把握

各質問項目を単純集計し、度数と割合を算出する。

【テーマ②】MSBPの発生要因の抽出

クロス集計ならびにカイ二乗検定を行ったうえで有意差があった場合に残差分析を行う。

## 3. 倫理的配慮

本調査は、アンケート用紙の返送あるいはGoogleフォームを使用したアンケートのWeb回答をもって調査への同意・協力が得られるものとみなす。また、当該アンケートによって個人名や病院名等が特定されることはないが、自由記述回答欄において個人を特定できるデータがあった場合はそのままの形で記載しない。具体的には、固有名詞、年月日等は記載せず、個人が特定できないように配慮する。

なお、本調査は2018年10月10日に聖隷クリストファー大学倫理委員会の承認(承認番号:18045)を得て実施した。

## 4. 研究結果

全国の小児専門病院 36 ヶ所（2019年3月当時）、全国の特定機能病院 85 ヶ所（2019年3月当時）、全国の地域支援病院 523 ヶ所（2019年3月当時）の合計 644 ヶ所にアンケート用紙を配布した結果、全体の 49.7%にあたる 320 部の返送があった。このうち、有効回答数は 289 部（有効回答率 44.9%）であった。

### 1) 【テーマ①】MSBP の被害者（子ども）と加害者（親）に関する具体的状況の把握

MSBP が疑われたケースに関わった人は 22.5%（65 名）、MSBP のケースを通告した人は 12.4%（35 名）、MSBP のケースについて他機関から相談を受けた人は 7.1%（20 名）であった。また、MSBP のケースを他機関へ相談した人は 18.6%（52 名）であり、相談先は児童相談所と市の担当課が多いことが明らかになった。

さらに、MSBP が疑われた親子の家族構成は「夫婦同居（49.2%）」、「母子家庭（35.4%）」であった。また、MSBP の子どもの受診理由は「発熱（27.7%）」、「けいれん（26.2%）」、「下痢（18.5%）」であり、MSBP の親（加害者）の不適切な行動として「薬物の投与（32.3%）」、「飲食物の投与（29.2%）」がみられた。MSBP の親（加害者）の要望は「治療の希望（67.7%）」、「症状の診断（43.1%）」、「薬物の投与（43.1%）」、「検査の希望（40.0%）」であった。なお、医療機関が MSBP を疑った理由については「親がいる時といない時で子の症状が異なった（38.5%）」、「親の訴えが子の訴えより大げさで食い違った（35.4%）」、「症状が改善しても軽い症状を理由に受診が続いた（27.7%）」、「親が自らの問題を話題にすることが多かった（26.2%）」であった。

### 2) 【テーマ②】MSBP の発生要因の抽出

MSBP の子ども（被害者）の年齢は表 1 のとおりである。

表 1 MSBP の子ども（被害者）の年齢（複数回答） n=65

年齢	男子		女子	
	n	%	n	%
0 歳	9	13.8%	9	13.8%
1 歳	4	6.2%	8	12.3%
2 歳	5	7.7%	8	12.3%
3 歳	8	12.3%	8	12.3%
4 歳	9	13.8%	13	20.0%
5 歳	7	10.8%	2	3.1%
6 歳	5	7.7%	5	7.7%
7 歳	1	1.5%	2	3.1%
8 歳	2	3.1%	2	3.1%
9 歳以上	22	33.8%	26	40.0%

※複数選択の項目であるため、合計は回答者の人数と一致しないことがある。

MSBP が疑われた親子の家庭環境は表 2 のとおりである。

表 2 MSBP が疑われた親子の家庭環境（複数回答） n=65

家庭環境	n	%
家族がよくけんかをした	13	20.0%
物を投げるぐらい怒る	9	13.8%
お互いに批判し合うことが多かった	8	12.3%
親が精神不安定	4	6.2%
お互いに相手に負けまいと競い合っていた	3	4.6%
両親が離婚	3	4.6%
父親が仕事で不在	3	4.6%
母が権力を持っていた	3	4.6%
母子関係が共依存	2	3.1%
母が教育熱心	1	1.5%
母親が外国人	1	1.5%
母親が摂食障害	1	1.5%
母親が父親違いの下の子を妊娠中であった	1	1.5%
両親の関係性が共依存的に見受けられた	1	1.5%
母親のこだわりが強い	1	1.5%
生活保護世帯	1	1.5%
母自身が頻回に体調不良に陥る	1	1.5%
親の前では良い子	1	1.5%
父が母に対して DV を行っていた。	1	1.5%
大人しい親	1	1.5%
不明	3	4.6%

※複数選択の項目であるため、合計は回答者の人数と一致しないことがある。

これらをふまえ、まず、子どもの年齢を就学前の子どもを表す「6歳以下」と就学後の子どもの年齢を表す「7歳以上」の2グループに分けるために、アンケートの回答者を4つのパターンに分ける。

- ア. 6歳以下の子どもだけを報告した回答者
- イ. 7歳以上の子どもだけを報告した回答者
- ウ. 6歳以下と7歳以上の両方を報告した回答者
- エ. いずれも報告しなかった回答者

このうち、アを6歳以下のデータ、イを7歳以上のデータとする。その結果、6歳以下のデータが28件、7歳以上のデータが16件となる。

次に、子どもの年齢と家族構成、家庭環境、受診理由、病院にいる間の子どもの症状、保護者の要望、保護者の行動、MSBPを疑った理由との関係を明らかにするために、各項目についてクロス集計を行い、カイ二乗検定を行った。

その結果、有意差があったのは、子どもの年齢と家庭環境（お互いに批判し合うことが多かった）の項目であり、残差分析によって「7歳以上において、お互いに批判し合うことが多い」という結果が導かれた。

以下に、その詳細を記す。

表3 子どもの年齢と家族がよくけんかをした場合の関係

家庭環境.家族がよくけんかをした						
年齢	はい	いいえ	χ <sup>2</sup> 値	自由度	p 値	
6歳以下	3	25	2.994	1	0.084 †	
7歳以上	6	10				

† p < .10, \*p < .05, \*\*p < .01, \*\*\*p < .001

表4 子どもの年齢と物を投げるぐらい怒る場合の関係

家庭環境.物を投げるぐらい怒る						
年齢	はい	いいえ	χ <sup>2</sup> 値	自由度	p 値	
6歳以下	1	27	2.758	1	0.097 †	
7歳以上	4	12				

† p < .10, \*p < .05, \*\*p < .01, \*\*\*p < .001

表5 子どもの年齢とお互いに批判し合うことが多かった場合の関係

家庭環境.お互いに批判し合うことが多かった						
年齢	はい	いいえ	χ <sup>2</sup> 値	自由度	p 値	
6歳以下	2	26	4.432	1	0.035 *	
7歳以上	6	10				

† p < .10, \*p < .05, \*\*p < .01, \*\*\*p < .001

表5のとおり、子どもの年齢とお互いに批判し合うことが多かった場合の関係には有意差があったため、残差分析を行った（表6）。その結果、6歳以下に比べると、7歳以上において、「お互いに批判し合うことが多かった」の「はい」が多かった。これは、7歳以上

において、お互いに批判し合うことが多いと解釈できる。

表6 子どもの年齢とお互いに批判し合うことが多かった場合の関係（残差分析）

年齢	家庭環境.お互いに批判し合うことが多かった			
	はい		いいえ	
	残差	p 値	残差	p 値
6歳以下	-2.511	0.012 *	2.511	0.012 *
7歳以上	2.511	0.012 *	-2.511	0.012 *

† p < .10, \*p < .05, \*\*p < .01, \*\*\*p < .001

## 5. 考察

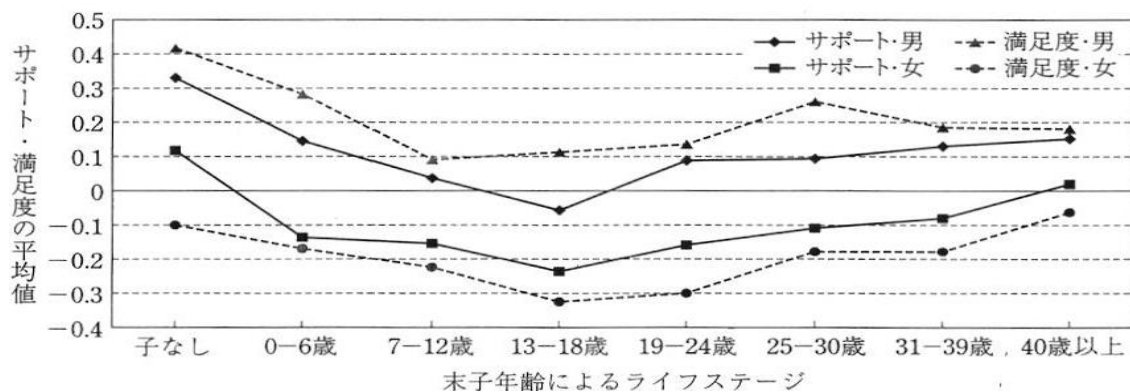


図1 ライフステージ別にみた配偶者からのサポートと結婚満足度（稲葉,2004）

MSBPの被害を受けた子どもの年齢と家族構成、家庭環境、受診理由、病院にいる間の子どもの症状、保護者の要望、保護者の行動、MSBPを疑った理由との関係において、有意差があったのは「子どもの年齢と家庭環境（お互いに批判し合うことが多かった）」の項目であり、残差分析により、「7歳以上において、お互いに批判し合うことが多い」という結果が導かれた。

ここで注目すべき点は、MSBPの被害を受けた子どもの年齢が7歳以上の家庭で、家族がお互いに批判しあうことが多かったという結果である。これは、夫婦の末子の年齢による配偶者のサポートあるいは結婚満足度の関係に起因するものと考えられる。稲葉(2004)によると配偶者のサポートならびに結婚満足度は末子年齢に沿ってU字型の分布を描く。最も数値が低いのは13-18歳群であり、それまでの年齢層で低下し、それ以降の年齢層は上昇する傾向がある(図1)。また、男女別にみると、男性では7-12歳群、女性では13-18歳群で最も低い数値が示されている。また、一貫して男性のほうが夫婦関係から配偶者のサポートと結婚満足度を得ているのに対して、女性のほうが夫婦関係から得る配偶者のサポートや満足度は低い(図2,3)。さらに、図1が示すとおり、配偶者のサポート及び結婚

満足度における U 字型は結婚年数によって生じるが、末子 18 歳以下の子どもの存在の効果が加わることで U 字の形状が強調されている（稲葉,2004）。

このように、一般的に末子 0-6 歳群よりも末子 7-12 歳群の方が配偶者からのサポートならびに結婚満足度が低いことから、末子 0-6 歳群よりも末子 7-12 歳群の方が家族間において家庭内の対立が生じやすく、お互いに批判し合うことが多い状況であることが推察され、本研究結果と合致する。

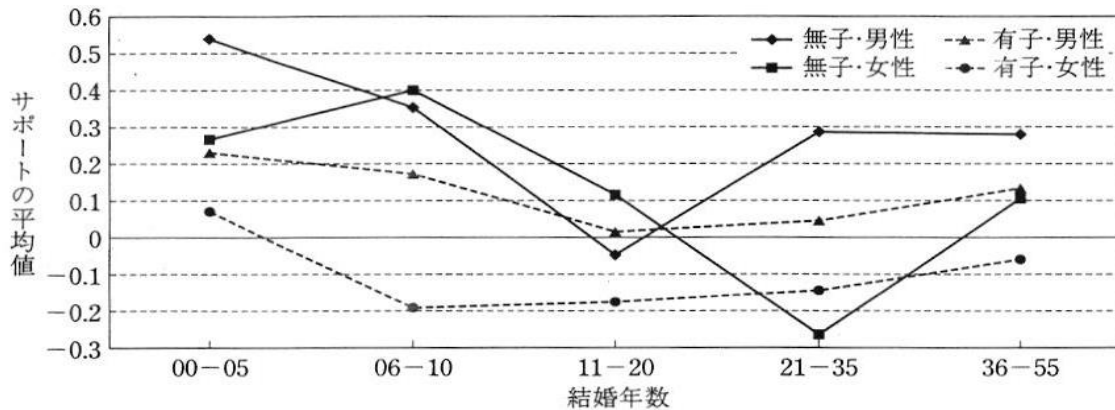


図 2 子どもの有無別結婚年齢数別にみた配偶者からのサポートの平均値

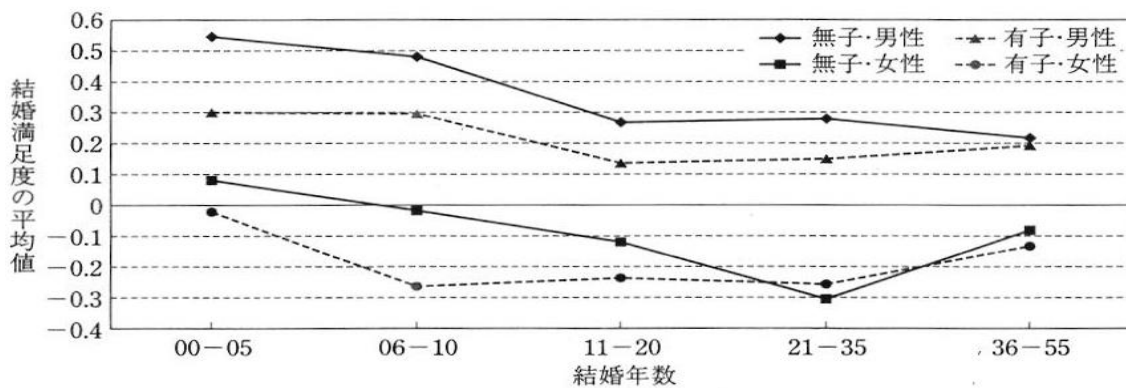


図 3 子どもの有無別結婚年齢数別にみた結婚満足度の平均値

では、そのようなお互いに批判し合うことが多い家族とはどのような状態を表すのであろうか。それは、機能不全家族である。機能不全家族とは、家庭内での対立や子どもへの虐待が恒常化しており、「子育て」「団欒」「地域との関わり」といった一般的に家庭に存在すべきとされることが健全に機能していない家庭の問題を意味する。星野（2010）は、その特徴として「①絡み合い：家族メンバー間の境界があいまいで、互いの感情に巻き込まれ、密着し過ぎた関係がある」、「②過保護：家族が互いの幸福に過度の関心を示しあうこと。そのため、子どもは家族外に関心が向かず、自立しにくい」、「③葛藤回避：互いに異なった意見をもっていることを直面できず、葛藤状況を回避することで安定を保とうとす

る」、「④硬直性：慣れた相互関係パターンに固執し、状況の変化に対応する柔軟性がない」、  
「⑤家族の現状が保てなくなるような葛藤を回避するために、ある子どもが犠牲になって、  
症状をもつようになる」という5つを挙げている。また、栗栖（2004）によると、機能不  
全家族の中から子ども虐待が発生する理由として、夫婦間に解決しがたい葛藤があり、そ  
こで蓄積されたストレスのはけ口としてある特定の子どもがスケープゴートになっている  
ことが挙げられている。

それでは、お互いに批判し合うことが多いなど、家庭内の対立が恒常化した機能不全家  
族からMSBPが生じる要因は何であろうか。それは、一方の配偶者に性格などの特徴が最  
も似ている子どもを病者に仕立てることで、もう一方の配偶者に感じる不満や緊張状態で  
溜まったストレスをその子どもにぶつけていることが考えられる。夫婦間の葛藤の背景に  
は、その個人が社会で生活する中で最も大切にしている価値観にズレが生じていることが  
ある。そのような中で、一方の配偶者に似た特徴を持つ子どもと配偶者を同一視し、子ど  
もを身代わりとして虐待の対象とするのである。それは、もはや身体的虐待のような衝動  
的に行われる虐待よりも深刻な事態である。この点について詳細を明らかにするために、  
ここで、身体的虐待、性的虐待、心理的虐待、ネグレクトに代表される一般的な子ども虐  
待とMSBPの特徴を比較する（表7）。

表7 一般的な子ども虐待とMSBPの特徴の比較

	一般的な子ども虐待	MSBP
主な加害者の属性	母親（52.8%）	母親（98%）
加害者の行動	感情的・衝動的	冷静・計画的
加害者の攻撃性	熱い攻撃性	冷たい攻撃性
虐待のきっかけ	育児・家事	教育
虐待の動機	所属と愛の欲求	承認・尊重の欲求

まず、一般的な虐待は、子どもへのあからさまな敵意や怒りを示して感情的に子どもに  
危害を加えることが多い。そのため、加害者の行動は、感情的かつ衝動的となる。それ  
に対して、MSBPは、医療者に対して協力的で一見すると子ども虐待をするような親には見  
受けられない。そのうえで加害者は、冷静かつ計画的に行動していく（小楠，2019）。こ  
うした点を加害者の攻撃性の観点で捉えると、親が子どもに対して感情的に攻撃する一  
般的な子ども虐待は、自律神経系の興奮が伴われる「熱い攻撃性（hot aggression）」に相当  
する。それに対し、緻密に計画的に加害する特徴を持つMSBPは冷静に淡々と相手を攻撃  
する「冷たい攻撃性（cold aggression）」に相当すると考えられる（小野，2010）。



表8 被虐待者の年齢別対応件数の年次推移（厚生労働省,2019）

(単位：件)

	平成26年度		27年度		28年度		29年度		30年度		対前年度	
	件数	構成割合(%)	件数	構成割合(%)	件数	構成割合(%)	件数	構成割合(%)	件数	構成割合(%)	増減数	増減率(%)
総数	88 931	100.0	103 286	100.0	122 575	100.0	133 778	100.0	159 838	100.0	26 060	19.5
0～2歳	17 479	19.7	20 324	19.7	23 939	19.5	27 046	20.2	32 302	20.2	5 256	19.4
3～6歳	21 186	23.8	23 735	23.0	31 332	25.6	34 050	25.5	41 090	25.7	7 040	20.7
7～12歳	30 721	34.5	35 860	34.7	41 719	34.0	44 567	33.3	53 797	33.7	9 230	20.7
13～15歳	12 510	14.1	14 807	14.3	17 409	14.2	18 677	14.0	21 847	13.7	3 170	17.0
16～18歳	7 035	7.9	8 560	8.3	8 176	6.7	9 438	7.1	10 802	6.8	1 364	14.5

注：平成27年度までは「0～2歳」「3～6歳」「7～12歳」「13～15歳」「16～18歳」は、それぞれ「0～3歳未満」「3歳～学龄前」「小学生」「中学生」「高校生・その他」の区分の数である。



図4 Maslow (1943) 欲求階層理論

続いて、加害者の虐待のきっかけについて考察すると、表8のとおり、一般的な子ども虐待の被害者の年齢層は0-6歳が約45%を占めていることから、加害者のライフステージは子育て初期であることが予想される。また、ライフステージ別の結婚満足度の視点で考えると、子どもが0-6歳の時期において、一般的な子ども虐待の主な加害者となりうる母親（妻）は、父親（夫）の家事参加頻度が低いほど結婚満足度が低下することが明らかとなっている（木下，2004）。したがって、一般的な子ども虐待は、家庭内の育児や家事の負担から生じる母親のストレスがきっかけの一つとなり、虐待が引き起こされていると捉えることができる。さらに、その動機は、図4のMaslow (1943)の欲求階層理論でいうところの「所属と愛の欲求」、つまり集団に所属することで他者との愛情などを充足したいという欲求に値し、この欲求が満たされない状態が続くと孤独感や社会的不安を感じやすくなり、虐待につながるのではないかと考えられる。

これに対し、MSBPの被害者の年齢層は幅広く、その対象は乳幼児から10歳近くの児童まで及ぶ（小楠，2019）。さらに、加害者の属性のうち98%が母親とされ、周囲からは子どもの面倒見が良いけなげな母親と評されることが多い（Rosenberg，1987）。また、MSBPの加害者となる母親の特徴として、ある程度裕福で、学びへの動機づけを与えることができる家庭に育った高学歴な人物であることが指摘されている（南部，2010）。この点について別の見方をすれば、MSBPに至った母親は知的であるがゆえ、子どもの教育方針に関する夫婦の価値観の違いに悩み、それを自ら解決できないことに母親としての自信を喪失していたことが推察される。これらをふまえ、MSBPの加害者となった母親の動機を前述の欲求階層理論で示すと「承認・尊重の欲求」、つまり他者から尊敬されたい、認められたいと願う欲求に該当し、この欲求が妨害されると劣等感や無力感などの感情が生じやすくなり、虐待へ至るのではないかと考えられる。

以上の点から、MSBPの被害を受けた7歳以上の子どもにおいて「お互いに批判し合う」

家庭環境には関連性があり、その背景には家庭内の対立が恒常化した状態から子どもを病者に仕立てる虐待、すなわち MSBP に至ったことが示唆された。

本研究は、日本学術振興会科学研究費研究活動支援（JSPS 科研費 JP18H05723、JP19K20920）を受けて実施したものである。

#### 【引用・参考文献】

- Ayoub C. et al . (2002) . *Munchausen by Proxy. Definitions. Assessment & Integrative Treatment.*. Presented at 13th ISPCAN Meeting at Denver. CO
- 星野仁彦. (2012). 講演 気づいて!こどもの心の SOS : 機能不全家族と健康な家族. 人間の発達 : 仙台白百合女子大学人間発達研究センター紀要 (8), 3-19.
- 稲葉昭英. (2004). 夫婦関係のパターンと変化. 渡辺秀樹, 稲葉昭英, 嶋崎尚子 (編), 現代家族の構造と変容 (pp. 261-276). 東京大学出版会.
- 木下栄二. (2004). 結婚満足度を規定するもの. 渡辺秀樹, 稲葉昭英, 嶋崎尚子 (編), 現代家族の構造と変容 (pp. 277-291). 東京大学出版会.
- 厚生労働省社会保障審議会児童部会児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会. (2010). 子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について (第6次報告). Retrieved from [http://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/dv37/index\\_6.html](http://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/dv37/index_6.html)
- 厚生労働省. (2013). 子ども虐待対応の手引き. 子ども虐待対応の手引の改正について. Retrieved from [https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kodomo/kodomo\\_kosodate/dv/130823-01.html](https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kodomo/kodomo_kosodate/dv/130823-01.html)
- 厚生労働省. (2019). 児童虐待防止対策の強化を図るための児童福祉法等の一部を改正する法律. Retrieved from [https://www.mhlw.go.jp/content/01kaisei\\_tsuuchi.pdf](https://www.mhlw.go.jp/content/01kaisei_tsuuchi.pdf)
- 栗栖覚太郎. (2004). 児童虐待--機能不全家族における視点からの考察. 流通経済大学大学院社会学研究科論集 (11), 19-44.
- Maslow, Abraham H. (1943). A Theory of Human Motivation. *Psychological Review*, 50, 370-396.
- 南部さおり. (2010). 代理ミュンヒハウゼン症候群. アスキー新書
- 小楠美貴. (2019). 諸外国における「代理によるミュンヒハウゼン症候群」に関する系統的レビュー. 浜松学院大学研究論集 (15), 19-33.
- 奥山 眞紀子. (2005). 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. 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) 被虐待児への医学的総合治療システムのあり方に関する研究 (主任研究者 杉山登志郎) 報告書. 84-94.
- 小野善郎. (2010). 代理ミュンヒハウゼン症候群--「病気」としての子ども虐待の再考. 子育て支援と心理臨床 2, 98-102.
- Rosenberg, D. (1987). Web of deceit : A literature review of Munchausen syndrome by proxy. *Child Abuse & Neglect*, 11(4), 547-563.