

## 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

### Systematic Review of Research into “Munchausen Syndrome by Proxy” in Foreign Countries

小楠 美貴

#### I. 問題の所在

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（厚生労働省,2000）。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。具体的には、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。

ここで、その概念に関する歴史的変遷についてふれると、MSBP は 1977 年にイギリスの小児科医ロイ・メドウ（Roy Meadow）によって自分の子どもを病気にする、あるいは病気であることを装う虐待をくり返す親の 2 症例として初めて提唱された。その後、1987 年にドナ・A・ローゼンバーグ（Donna A. Rosenberg）によって児童虐待の一形態として MSBP の診断基準が明示された。しかし、1994 年にはアメリカ精神医学会の『精神障害の診断と統計マニュアル（Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders）【以下 DSM】第四版』によって、MSBP は虐待を行った加害者の疾患（心理障害）の一部として代理人による虚偽性障害に該当するとされ、2013 年の『DSM-5』においても他者に負わせる作為症として位置づけられた。

こうした中で、論者らは我が国の MSBP に関する先行研究の文献レビューを行い、各専門領域の見解の相違によって、日本において MSBP を児童虐待とするのかあるいは加害者の疾患とするのか、その判断基準が定まっていないことを示した（図 1）。また、小児科の病院において MSBP を疑った経験のある医師が 12.4% であるのに対し、診断に至った医師が 3.5% であることを明らかにした（小楠, 2017）。

専門領域	MSBP の照準	強調点
法医学	子どもを病気にする手口・子どもを病気にする道具	虐待の証拠 作為の証明
小児科学	病気に仕立てられた子ども	虐待の早期発見 児童の保護
精神医学・ 精神保健	子どもを病気にする親	親の精神病理・心理
社会福祉学	家族全体の関係性	子どもの権利保障 親の自立支援 家族の再統合

図 1 専門領域による観点の相違点  
（石川・小楠,2015）

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を訴えているが、現在、我が国において MSBP の有病率や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。

一方、諸外国においては Rosenberg（1987）以降、MSBP の症例報告等を系統的文献レビューによって総合的に分析することで貴重な情報源としてきた。しかし、Yates（2017）によって MSBP を含む医療児童虐待の側面から系統的文献レビューがなされたものの、Sheridan（2003）の分析以来、MSBP に限定した系統的文献レビューは実施されていない。

## II. 研究目的

本研究の目的は、系統的レビューの手法を通じて、諸外国における代理によるミュンヒハウゼン症候群の被害者（子ども）ならびに加害者（親）の特徴を明らかにすることである。この成果は、今後、我が国において MSBP の実態を明らかにし、早期発見・早期対応を促進させる指標を開発することにつながる。

## III. 研究方法

### 1. 研究手法

研究手法は、系統的レビュー（Systematic Review）を採用する。これは、特定のリサーチクエスチョンに答えるために、すべての経験的エビデンスをあらかじめ定めた基準で網羅的に収集し統合する方法であり、医学・薬学・看護学系に浸透している研究方法論である（コクラン共同計画,2000）。近年では、福祉分野においても、ある実践について多くの研究が蓄積されていることから、一つの論文でその実践に関するエビデンスが集約される系統的レビューは、研究者に必要とされるものである（山口, 2011）。

一般的には、図 2 のとおり進行するが、系統的レビューの過程では別々の研究からの結果の定量的統合（メタアナリシス）を含むことも含まないこともある（Institute of Medicine , 2011）。

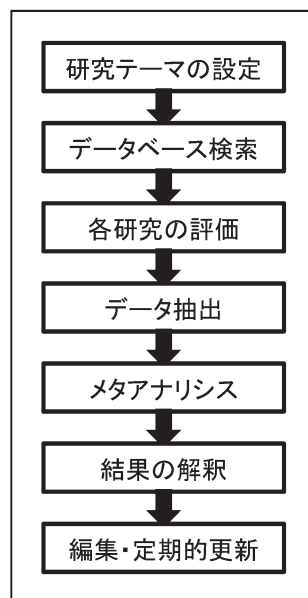


図 2 系統的レビューの過程  
（眞喜志,2017）一部引用

## 2. 研究対象

系統的レビューにおける採用基準は、以下のとおりとする。研究デザイン (Study design) は、観察研究を対象とする。対象者 (Participant) は、代理によるミュンヒハウゼン症候群 (Munchausen syndrome by proxy) の者、MSBP と同義である他者に負わせる作為症 (Factitious Disorder Imposed on Another/Previously Factitious Disorder by Proxy) の者に限定する。要因 (Exposure) は、症状の虚偽申告、検体の操作、異物の混入、不要な薬物の投与とする。アウトカム (Outcome) は、a) 被害者の性別、b) 被害者の人種、c) 被害者の診断時の平均年齢、d) MSBP 発生から MSBP 診断までの平均時間、e) 被害者が身体的に被害を受けた割合、f) 入院中に被害を受けた割合、g) 被害者の死亡率、h) 被害者の平均死亡年齢、i) 母子分離率、j) きょうだいの死亡率、k) きょうだいで MSBP が疑われた割合、l) 加害者が実母であった割合、m) 加害者には医療知識があった、あるいは医療関係者であった割合、n) 加害者がミュンヒハウゼン症候群またはミュンヒハウゼン症候群のいくつかの特徴を有していた割合、o) 加害者が MSBP につながる行動を少なくとも部分的に認めた割合、p) 裁判所が加害者の行為を有罪とした割合、q) 加害者が小児期または夫婦関係において虐待を受けた経験があった割合、r) 死亡者において報告された症状、s) 加害者の精神医学的所見、t) 明らかに無関係な被害者の傷害、u) 被害者に報告された症状とする。なお、比較群 (Comparison) は、本研究においては対照群を持たない研究デザインを含むため、採用基準としない。

また、採用基準としては、Rosenberg (1987) ならびに Sheridan (2003) が MSBP の系統的レビューを行った研究を除く 2000 年から 2017 年、言語は英語、既に出版された研究とする。但し、a) MSBP の症例を報告していない、b) 他の場所で既に報告された MSBP の症例である、c) MSBP の被害者と加害者について記されていない、のうち 1 つでも該当する研究は除外する。

## 3. 研究方法

### 1) 検索方法

電子データベースの CINAHL、AgeLine、Social Work Abstracts、ERIC、MEDLINE、PubMed において、代理によるミュンヒハウゼン症候群に関する以下のキーワードを用いて検索を行った (Munchausen syndrome by proxy or Factitious Disorder Imposed on Another or Previously Factitious Disorder by Proxy)。その結果、検出された全ての研究を文献整理ソフト ENDNOTER® に集約し、重複文献を削除した。続いて、著者と外部の有識者の 2 人が各研究の抄録について先述の採用基準に照らし合わせ、合致しないことが明白である研究を除外した。こうした一連の流れをふまえ、基準を満たす抄録については本文を取得し、研究を吟味した。

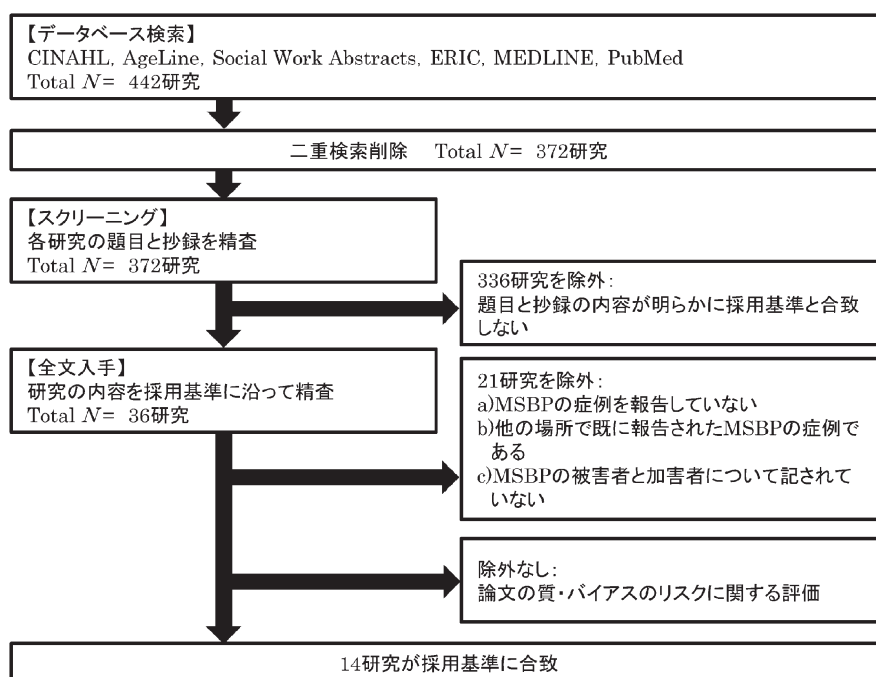


図3 文献の選考過程：PRISMA Flow Diagram

研究選択のプロセスについては、PRISMA グループによって開発されたフロー図をもとに図3へ示す（Moher et al.,2009）。

## 2）評価方法

Kim SY, et al. (2013)が開発した Risk of Bias Assessment tool for Non-randomized Studies (RoBANS) を用いて、著者と外部の有識者の2人が個別に論文の質ならびにバイアスのリスクについて評価を行った。項目は、a)対象者の選定方法、b)交絡変数、c)曝露の測定方法、d)アウトカムの評価の盲検化、e)不完全なアウトカムデータ、f)アウトカムの選択的報告である。各項目は、「Low risk of bias (低)」「High risk of bias (高)」「Unclear risk of bias (不明)」の3段階で評価される。1つの研究につき High risk of bias または Unclear risk of bias の評価が4つ以上ついた場合には、二者間で協議のうえ分析対象か否かについて決定した。なお、二者間で決定できない際は、別の外部の専門家に判断を仰ぎ、最終的な論文の評価とした。

## IV. 結果

### 1. 分析対象となった研究の選考過程

本稿の研究方法に基づいて抽出した文献は442件であり、二重検索された研究を削除した結果、372件が採用基準を満たす可能性のある論文であることが導き出された。

これらの全ての論文について題目と抄録をスクリーニングしたところ、336 件が除外され、36 件が残った。それらの研究について精査し、最終的に採用基準を満たす研究は 14 件であった。

## 2. 分析対象となった研究の概要

本稿の研究デザインにおいて、対象となった 14 研究（15 例）は、症例報告（case report）、症例シリーズ報告（case series）をはじめとする観察研究であった。

## 3. 研究の質の評価

RoBANS（2013）を用いて本稿の対象となった研究の評価を行った結果、14 件（15 例）すべてをレビューに包含することとした。

## 4. アウトカム

### 1) 被害者の性別

15 例の子どものうち、7 人（46.7%）は男性、5 人（33.3%）は女性、不明が 3 人（20%）であった。これに対して、Rosenberg（1987）は 117 例で男性 46%、女性 45%、不明 9%、Sheridan（2003）は 451 例で男性 47%、女性 45%、不明 8%と報告している。

### 2) 被害者の人種

15 例の子どものうち、人種または民族性に関する情報が入手できたのは、1 例（6%）のみであり、該当者は白人であった。しかし、レビューされた症例は米国とヨーロッパの両方のものであるため、この重要性は評価できない。なお、Sheridan（2003）は人種についての情報を得たのは 33 例（7%）であり、そのうち 26 例（5.8%）が白人であったことを報告しているものの、人種に関する評価の重要性については述べられていない。また Rosenberg（1987）については、人種に関する情報を明らかにしていない。

### 3) 被害者の診断時の年齢

MSBP の診断時における子どもの年齢が判明または推定できた症例は 15 例（100%）であり、その年齢は 56.9 ヶ月（範囲 1～216 ヶ月、標準偏差 57.0 ヶ月）であった。症例の 13.3%は生後 12 ヶ月またはそれ以前に診断され、症例の 33.3%は生後 24 ヶ月またはそれ以前に診断され、症例の 66.7%は 6 歳に達するまでに診断された。それに対して、Rosenberg（1987）は被害者の診断時の平均年齢を 39.8 ヶ月（範囲 1～252 ヶ月）とし、Sheridan（2003）についても、その年齢を 48.6 ヶ月（範囲 0～204 ヶ月）としている。

#### 4) MSBP 発生から MSBP 診断までの平均時間

MSBP の発生から MSBP の診断までの平均時間は、平均 35.3 ヲ月（範囲 1～108、標準偏差 31.8）であった。この結果に対して、Rosenberg（1987）は MSBP の発生から MSBP の診断までの平均時間を 14.9 ヲ月（範囲 0～240 ヲ月）と示し、Sheridan（2003）も 21.8 ヲ月（範囲 0～195、標準偏差 30.84）であると示している。

#### 5) 被害者が身体的に被害を受けた割合、入院中に被害を受けた割合

被害者が身体的に被害を受けた割合は、93.3%（14 例）であった。これは、加害者が子どもに直接加害せず存在しない症状を訴えて子どもに不必要な医療行為を要求する「虚偽の訴え」、加害者が子どもに人為的加害を行うことで病的状態を作り出し医療行為を必要とさせる「捏造による訴え」のどちらか一方でも該当する症例の割合を示している（日本子ども虐待医学学会，2015）。これに対し、Rosenberg（1987）は「捏造による訴え」のみによって被害を受けた割合を 50%、「虚偽の訴え」及び「捏造による訴え」の双方によって被害を受けた割合を 25%と示している。Sheridan（2003）

表 1 所見の要約①

項目	本研究	Rosenberg (1987)	Sheridan (2003)
被害者の性別	男性 46.7%	男性 46%	男性 47%
被害者の人種	白人 6%	N/R	白人 5.8%
診断時の被害者の平均年齢	56.9 ヲ月	39.8 ヲ月	48.6 ヲ月
MSBP 発生から MSBP 診断までの平均時間	35.3 ヲ月	14.9 ヲ月	21.8 ヲ月
被害者が身体的に被害を受けた割合	93.3%	75%	57.2%
入院中に被害を受けた割合	71.4%	95%	48.8%
被害者の死亡率	13.3%	9%	6%
被害者の平均死亡年齢	9 歳	3 歳未満	1 歳
母子分離率	53.3%	N/R	32.4%
きょうだいの死亡率	13.3%	8.6%	25%
死亡したきょうだいで MSBP が疑われた割合	50%	N/R	61.3%
加害者が実母であった割合	93.3%	98%	76.5%
加害者には医療知識があった、医療関係者であった割合	N/R	30%	14.2%
加害者がミュンヒハウゼン症候群の特徴を有していた割合	N/R	24%	29.3%
加害者が MSBP につながる行動を部分的に認めた割合	20%	22%	11.1%
裁判所が加害者の行為を有罪とした割合	20%	8%	5.1%
加害者が幼児期または夫婦関係において虐待を受けた割合	6.7%	N/R	21.7%



は、「虚偽の訴え」あるいは「捏造による訴え」によって被害を受けた割合を 57.2 % としている。さらに、本研究において、身体的被害を受けた症例のうち入院中に被害を受けた割合は、71.4% (10 例) であった。それに対し、同割合について Rosenberg (1987) は 95%、Sheridan (2003) は 48.8%と報告している。

#### 6) 被害者の死亡率と平均年齢

被害者の死亡率は 13.3% (2 例) であり、その平均年齢は 9 歳であった。これについて、Rosenberg (1987) は同死亡率を 9%以上で死亡した平均年齢を 3 歳未満とし、Sheridan (2003) についても同死亡率を 6%として、同年齢を 1 歳という結果を示している。

#### 7) 母子分離率

母子分離率は、53.3% (8 例) であった。なお、同率について Sheridan (2003) は 32.4%という報告をしている。

#### 8) きょうだいの死亡率、死亡したきょうだいで MSBP が疑われた割合

きょうだいの死亡率は 13.3% (2 例) であり、そのうち 1 例で MSBP の被害者の症状に類似した症状、または疑わしい原因の症状を呈していた。きょうだいの死亡率について、Rosenberg (1987) は 8.6%、Sheridan (2003) は 25%と報告している。また、死亡したきょうだいで MSBP が疑われる割合について、Sheridan (2003) は 61.3%としている。

#### 9) 加害者が実母であった割合

加害者が実母であった割合は、93.3% (14 例) であった。これに対して、Rosenberg (1987) は 98%、Sheridan (2003) は 76.5%と報告している。

#### 10) 加害者には医療知識があった、あるいは医療関係者であった割合

加害者には医療知識があった、あるいは医療関係者であった割合について、本研究においては不明であった。同割合について、Rosenberg (1987) は 30%、Sheridan (2003) は 14.2%と示している。

#### 11) 加害者がミュンヒハウゼン症候群またはミュンヒハウゼン症候群のいくつかの特徴を有していた割合

加害者がミュンヒハウゼン症候群またはミュンヒハウゼン症候群のいくつかの特徴を有していた割合について、本研究においては不明であった。これに対して、Rosenberg (1987) は加害者が明らかにミュンヒハウゼン症候群の特徴がある割合を 10%とし、ミュンヒハウゼン症候群のいくつかの特徴がある割合を 14%としている。Sheridan (2003) は、加害者がミュンヒハウゼン症候群またはミュンヒハウゼン症候群のいくつかの特徴を有する割合は 29.3%であるという結果を示している。

#### 12) 加害者が MSBP につながる行動を少なくとも部分的に認めた割合

加害者が MSBP につながる行動を少なくとも部分的に認めた割合は、20% (3 例)

であった。同割合について、Rosenberg（1987）は22%、Sheridan（2003）は11.1%と報告している。

### 13) 裁判所が加害者の行為を有罪とした割合

裁判所が加害者の行為を有罪とした割合は、20%（3例）であった。これに対して、Rosenberg（1987）は同割合を8%、Sheridan（2003）は5.1%としている。

### 14) 加害者が小児期または夫婦関係において虐待を受けた経験があった割合

加害者が小児期または夫婦関係において虐待を受けた経験がある割合は、6.7%（1例）であった。これに対して、Sheridan（2003）は同割合を21.7%と報告している。

### 15) 死亡者において報告された症状

死亡者において報告された症状は、吸入性肺炎（1例）であった。この結果に対して、Sheridan（2003）は同症状について無呼吸（13例）、嘔吐（6例）、チアノーゼ（6例）、食欲不振／摂食障害（5例）、発熱（4例）などを挙げている。

表2 所見の要約②

項目	本研究	Sheridan (2003)
死亡者において報告された症状	吸入性肺炎（1）	無呼吸（13） 嘔吐（6） チアノーゼ（6） 食欲不振／摂食障害（5） 発熱（4）
加害者の精神医学的所見	薬物乱用（2） アルコール依存症（1） 幻聴（1） 幻視（1） 解離性人格障害（1）	他に特定されない人格障害（36） 抑うつ（23） 境界性パーソナリティ障害（9） 妄想性人格障害（8） ミュンヒハウゼン症候群（5）
明らかに無関係な傷害	左上肢機能障害（1） 視力喪失（1） 運動失調（1） 構音障害（1） 四肢喪失（1）	骨折（5） 頭部外傷（3） 挫傷（2） あざ（2） 熱傷（2）

※上記の項目について Rosenberg（1987）は明らかにしていない。



## 16) 加害者の精神医学的所見

加害者の精神医学的所見は、薬物乱用（2例）、アルコール依存症（1例）、幻聴（1例）、幻視（1例）、解離性人格障害（1例）であった。Sheridan（2003）は同所見について、他に特定されない人格障害（36例）、抑うつ（23例）、境界性パーソナリティ障害（9例）、妄想性人格障害（8例）、ミュンヒハウゼン症候群（5例）などを挙げている。

## 17) 明らかに無関係な被害者の傷害

明らかに無関係な被害者の傷害は、左上肢機能障害（1例）、視力喪失（1例）、運動失調（1例）、構音障害（1例）、四肢喪失（1例）であった。Sheridan（2003）は同傷害について骨折（5例）、頭部外傷（3例）、挫傷（2例）、あざ（2例）、熱傷（2例）などを報告している。

## 18) 被害者に報告された症状

被害者に報告された主な症状は、発熱（25%）、無呼吸（18.8%）、鼻出血（12.5%）、下痢（12.5%）、嘔吐（12.5%）、発作（12.5%）であった。それに対して、Rosenberg（1987）は出血（44%）、痙攣（42%）、中枢神経系抑制（19%）、無呼吸（15%）、下痢（11%）、発熱（10%）が被害者に主に報告された症状としている。また、同症状について、Sheridan（2003）は主に無呼吸（26.8%）、食欲不振／摂食障害（24.6%）、下痢（20%）、痙攣（17.5%）、チアノーゼ（11.7%）、異常行動（10.4%）などを挙げている。

表 3 被害者に報告された症状

本研究	Rosenberg（1987）	Sheridan（2003）
発熱（25%）	出血（44%）	無呼吸（26.8%）
無呼吸（18.8%）	痙攣（42%）	食欲不振／摂食障害（24.6%）
出血（12.5%）	中枢神経系抑制（19%）	下痢（20%）
下痢（12.5%）	無呼吸（15%）	痙攣（17.5%）
嘔吐（12.5%）	下痢（11%）	チアノーゼ（11.7%）
発作（12.5%）	発熱（10%）	異常行動（10.4%）

※各研究において代表的な症状を挙げている。

表 4 各研究の概要

	Hahn (2001)	Griffiths (2001)	Sahin (2002)	Moldavsky (2003)	Ragaisis (2004)	Dyer (2005)	Savino (2006)	Kamai (2009)	Özdemir (2013)	Yalindag (2015)	Rabbone (2015)	Gomila (2016)	Braham (2017)	Dyer (2017)
被害者の性別	女性	N/R	女性	N/R	男性	男性	男性	女性	女性	男性	男性	男性	女性	男性
被害者の人種	N/R	N/R	N/R	N/R	N/R	N/R	N/R	N/R	N/R	N/R	N/R	N/R	N/R	白人
被害者の診断時の平均年齢 (ヶ月)	96	18	21	48	36	108	216	36	16	1	59	36	120	36
MSP発生からMSP診断までの平均時間 (ヶ月)	66	18	15	42	36	108	36	24	8	1	24	24	96	30
被害者が身体的に被害を受けた	○	○	○	×	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
入院中に被害者によって被害を受けた	×	×	×	×	×	○	○	○	○	○	○	○	○	○
被害者が身体的に被害を受けた症例数 (件)	1	2	1	0	2	0	4	1	2	3	7	3	2	7
被害者の死亡年齢 (歳)	×	×	×	×	×	9	×	×	×	×	×	×	10	×
母子分離が行われた	×	×	○	×	○	×	○	×	○	○	○	○	×	○
きょうだいで死亡した人がいた	×	×	○	×	×	×	×	×	×	×	×	×	○	×
死亡したきょうだいでMSPが疑われた	×	×	N/R	×	×	×	×	×	×	×	×	×	○	×
加害者は実母であった	○	○	○	N/R	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
加害者には医療知識があった、医療関係者であった	N/R	N/R	N/R	N/R	N/R	N/R	N/R	N/R	N/R	N/R	N/R	N/R	N/R	N/R
加害者がコミュニケーション症候群の特徴を有していた	N/R	N/R	N/R	N/R	N/R	N/R	N/R	N/R	N/R	N/R	N/R	N/R	N/R	N/R
加害者がMSPにつながる行動を部分的に認めた	×	×	○	×	×	×	×	×	×	○	×	×	×	○
裁判所が加害者の行いを有罪とした	×	×	×	×	×	○	×	×	×	×	×	×	○	×
加害者が幼児期または夫婦関係において虐待を受けた	×	×	×	×	×	×	×	○	×	×	×	×	×	×

## V. 考 察

### 1. 被害者（子ども）について

MSBP はこれまで国内でその有病率が明らかにされておらず、稀な虐待として捉えられてきた（小楠，2017）。しかし、諸外国の小児科医によって十数年間実施された調査によれば、有病率が 0.02～0.27%であることが推定されている（Denny, Grant, & Pinnock, 2001）。さらに、大学病院や小児専門病院等の高度医療機関において行われた調査によれば、その有病率は 1%～13%とされている（Godding & Kruth, 1991）。これに対して、MSBP による被害者の致死率は、Rosenberg（1987）によると 9%以上、Sheridan（2003）は 6%であると示し、本研究においても同死亡率は 13.3%という結果であった。一方、アメリカの児童虐待に関する全国統計によれば、一般的な虐待事例のうち 0.2%が死亡につながるとされていることから、そのデータと比較すると MSBP の致死率は極めて高いと考えられる（米国保健社会福祉省，2017）。以上をふまえると、MSBP は児童虐待の多くの形態よりも発生頻度が低いものの、MSBP が誘発されることで死に至るケースが多いことが推察される。また、身体的被害を受けた症例のうち入院中に被害を受けた割合が高いことから、入院中であっても子ども（被害者）を完全に親（加害者）と分離するか、あるいは 24 時間の監視体制下に置かない限り、子どもが安全であるとみなすことはできない。加えて、被害者の診断時の年齢は Rosenberg（1987）、Sheridan（2003）、本研究結果によれば 3 歳から 4 歳を主とした幼児に頻繁にみられたが、10 代の小児においても起こりうることが示唆された。なお、全体として被害者に関する情報が乏しいことから、これらの結果については暫定的に捉える必要があり、今後は MSBP と診断された子どもに関わらず、その疑いがある子どもについても含め、より多くの情報を収集すべきである。

### 2. 加害者（親）について

Rosenberg（1987）、Sheridan（2003）、本研究結果によると MSBP の加害者の多くは、被害者の実母であるといえる。Meadow（1998）によると、1980 年代後半に男性の加害者（父親）が出現したのは MSBP の認知度が高まったためとしているが、それ以降、MSBP に関して公表された症例数が倍増されたにもかかわらず、男性加害者（父親）の割合は増加していない。一方で Sheridan（2003）によれば、加害者のうち、母親から虐待を受けた被害者の性別は男児・女児がほぼ同数であったが（母親より被害を受けた男児 159 人、女児 155 人）、母親に比べて父親は息子を虐待する確率が 3 倍高い（父親より被害を受けた男児=21 人、女児 7 人）ことも明らかにされている。また、Rosenberg（1987）は、加害者の 27%がこれまで看護師の経験があり、3%が医療機関における就労経験があることを見出している。加えて、Sheridan（2003）は加害者には医療知識がある、あるいは医療関係者である割合を 14.16%とし、加害者の職

業で最も多かったのは看護師、続いて看護助手であることを示している。この点について、Fraser（2008）は、女性は医療手段によって子どもを虐待する傾向が強く、彼女たちに医療関連の経歴がある可能性を示唆している。なお、本研究においては加害者に医療知識がある、あるいは医療関係者である割合については不明であったが、その理由としては、本研究の対象となった研究が主に医学雑誌に掲載された症例研究や症例報告であり、加害者の社会的背景に関する記述が不足していたことが影響していると考えられる。

また、本研究においては、加害者がミュンヒハウゼン症候群またはミュンヒハウゼン症候群のいくつかの特徴を有する割合についても不明であったが、原因不明の病気を有する、または原因不明の経過をたどるなど、ミュンヒハウゼン症候群を示唆する特徴を持つ加害者が多数存在した。それらについて、Bass（2011）らは加害者の5人に1人が少なくとも1回は自らの症状について「捏造による訴え」を行い、加害者が妊婦であった際に自ら鋭利な器具を用いて出血や破水を促していたことを明らかにしている。こうした自傷行為の背景には、他者から注目を集めることで自らの承認欲求を満たそうとする加害者の心理があり、それらがMSBPの動機づけに関連していくものと考えられる（小楠，2017）。加えて、妊娠・出産時のトラブルや被害者（子ども）を産むために母親が自覚したあらゆる障害によって加害者に心理的苦痛が引き起こされ、本来の母子関係が構築できずにMSBPが誘発されることも推察される。

以上の点から、MSBPの早期対応・未然防止に向けて、女性の妊娠時から丁寧なモニタリングを行い、出産以降も継続的な支援を行う必要があると考えられる。

### 3. 本研究の限界

本研究では、MSBPに関する文献から貴重な視座を得ることができたが、これらの症例は非ランダムサンプルによって構成されていた。したがって、本研究によって、疫学をはじめとするMSBPの統計学的な結論を導くことが困難であった。さらに、本研究で対象となったMSBPの症例は主に医学文献に掲載されており、社会科学の文献はごくわずかであった。それゆえに、被害者（子ども）の精神状態やそのケア、加害者（親）の動機や生活上の諸問題など、社会福祉学上の観点について多くの未解決な疑問が残った。加えて、MSBPの診断に至った決定的な証拠についても情報が不足していた。これらは、MSBPの症例全般に公表バイアスが影響しているものと考えられる。また、少数の症例において、加害者が被害者に虐待行為をすることで疾病利得を獲得している可能性もあった。しかし、当初意図していなかった経済的利益を最終的には加害者が得る場合も多いことから、そのような症例が存在することを改めて認識し、排除すべきではないと考えられる。

## VI. 結 論

MSBP の系統的レビューを通じて、MSBP の被害を受けた子どもが入院に至っても親（加害者）と完全な分離をしなければ虐待を受け続け、身体的被害が深刻化すると死に至る可能性が高いことが明らかとなった。

本研究をふまえ、日本における MSBP に関する調査を行ったうえで、その具体的状況や社会的背景、MSBP の支援のあり方について今後提起していきたい。

## 謝 辞

本研究を進めるにあたり貴重なご助言をいただいた石川瞭子先生、大友信勝先生、藤田美枝子先生、野田由佳里先生、大場義貴先生に心より感謝いたします。本研究は日本学術振興会科学研究費研究活動支援（NO.18H05723）を受けて実施したものである。

## 参考文献

- 厚生労働省. (2000). 児童虐待の防止等に関する法律. 法令等データベースサービス. Retrieved from <https://www.mhlw.go.jp/hourei/index.html> (2018 年 10 月 30 日)
- Meadow, R. (1977). Munchausen syndrome by proxy : The hinterland of child abuse. *Lancet*, 2, 343-345.
- Rosenberg, Donna A. (1987). A Literature Review of Munchausen Syndrome Proxy. *Child Abuse and Neglect*, 11(4), 547-563.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fourth ed., Text Revision ; DSM-IV -TR*. Washington, D.C : American Psychiatric Association. (高橋 三郎・大野 裕・染矢 俊之 (訳) (2008). *DSM-IV-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル*, 医学書院)
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition : DSM-5*. Washington, D.C : American Psychiatric Association. (日本精神神経学会 (監修) (2014). *DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル* 医学書院)
- 石川瞭子・小楠美貴 (2015). 代理ミュンヒハウゼン症候群の概念に関する一考察ー国内の民事裁判と刑事事件の社会福祉学的分析ー, 聖隷社会福祉研究 7 号, 1-13.
- 小楠美貴 (2017). 代理によるミュンヒハウゼン症候群の実態に関する研究ー小児科医に対する質問紙調査をもとにー, 聖隷社会福祉研究 9 号, 30-41.
- 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) (2018 年 10 月 30 日)
- Yates G, Bass C. (2017). The perpetrators of medical child abuse (Munchausen Syndrome by Proxy) - A systematic review of 796 cases. *Child Abuse & Neglect*, 72, 45-53.
- Sheridan, M.S. (2003). The deceit continues : An updated literature review of Munchausen by proxy syndrome. *Child Abuse & Neglect*, 27, 431-451.
- Cochrane library. (2000). What is a systematic review? About Cochrane Reviews. Retrieved from

- <https://www.cochranelibrary.com/about/about-cochrane-reviews> (2018 年 10 月 30 日)
- 山口創生 (2011). 若い世代における精神障害者・こころの病を持った人に対するスティグマティゼーションに関する研究, 大阪府立大学大学院人間社会学研究科平成 22 年度博士学位論文, 43-98.
- Institute of Medicine (2011). *Finding What Works in Health Care: Standards for Systematic Reviews*, Washington (DC): National Academies Press (US).
- 眞喜志まり (2017). システマティック・レビューにおけるデータベース検索, 情報の科学と技術 67 巻 9 号, 472-478.
- Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG; PRISMA Group. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses : the PRISMA statement ,*British Medical Journal*,339,b2535.
- Kim SY, Park JE, Lee YJ, Seo HJ, Sheen SS, Hahn S, Jang BH, Son HJ. (2013). Testing a tool for assessing the risk of bias for nonrandomized studies showed moderate reliability and promising validity. *Journal of clinical epidemiology*, 66,408-414.
- 日本子ども虐待医学会 (2015). CPT マニュアル. 日本子ども虐待医学会公認マニュアル. Retrieved from <http://jamscan.childfirst.or.jp/manual.html> (2018 年 10 月 30 日)
- Ludwig von Hahn,Gordon Harper, Susan H. McDaniel, David M. Siegel, Marc D. Feldman, and Judith A. Libow. (2001). A Case of Factitious Disorder by Proxy:Role of the Health-Care System,Diagnostic Dillmmas,and Family Dynamics, *Harvard Rev Psychiatry*,9,124-35.
- H. Griffiths, P.J. Cuddihy, C. Marnane. (2001). Bleeding ears: a case of Munchausen syndrome by proxy, *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 57,245-247.
- Sahin F, Kuruoğlu A, Işık AF, Karacan E, Beyazova U. (2002). Munchausen syndrome by proxy: a case report, *Turk J Pediatr*,44(4),334-8.
- Moldavsky M, Stein D. (2003). Munchausen Syndrome by Proxy: two case reports and an update of the literature, *Int J Psychiatry Med*, 33(4),411-23.
- Karen Ragaisis, MSN, APRN, CARN, BC Column Editor: Geraldine Pearson, PhD, APRN, CS. (2004). When the System Works: Rescuing a Child From Munchausen's Syndrome by Proxy, *JCAPN Volume 17*, 173-176.
- Clare Dyer. (2005). Mother found guilty in case of fabricated illness, *BMJ*, 330(7490),497.
- Adria C. Savino and John S. Fordtran, MD. (2006). Factitious disease: clinical lessons from case studies at Baylor University Medical Center, *Proc (Bayl Univ Med Cent)*,19,195-208.
- Kannai R. (2009). Munchausen by mommy, *Fam Syst Health*,27(1),105-12.
- Foto Özdemir D, Yalçın SS, Zeki A, Yurdakök K, Özusta Ş, Köse A, Karadağ F, Yıldız I, Balseven Odabaşı A, Kale G. (2013). Munchausen syndrome by proxy presented as recurrent respiratory arrest and thigh abscess: a case study and overview, *Turk J Pediatr*.,55(3),337-43.
- Yalındağ-Öztürk N, Erkek N, Şirinoğlu MB. (2015). Think Again: First Do No Harm: A Case of Munchausen Syndrome by Proxy, *Pediatr Emerg Care*, 31(10),720-1.
- Rabbone I, Galderisi A, Tinti D, Ignaccolo MG, Barbetti F, Cerutti F. (2015). Case Report: When an Induced Illness Looks Like a Rare Disease, *Pediatrics*, 136(5),e1361-5.
- Gomila I, López-Corominas V, Pellegrini M, Quesada L, Miravet E, Pichini S, Barceló B. (2016). Alimemazine poisoning as evidence of Munchausen syndrome by proxy: A pediatric case report,

*Forensic Sci Int.*,266,e18-e22.

- Braham MY, Jedidi M, Chkirbene Y, Hmila I, ElKhal MC, Souguir MK, Ben Dhiab M. (2017). Caregiver-Fabricated Illness in a Child: A Case Report of Three Siblings, *J Forensic Nurs*, 13(1), 39-42.
- Clare Dyer. (2017). Parents gave baby alcohol and antihistamines in case of induced illness, *BMJ*, 356, j1451.
- Denny SJ, Grant CC, Pinnock R. (2001). Epidemiology of Munchausen syndrome by proxy in New Zealand, *J Paediatr Child Health*, 37(3),240-3.
- Godding, V., & Kruth, M. (1991). Compliance with treatment in asthma and Munchausen syndrome by proxy , *Archives of Disease in Childhood*, 66(8), 956-960.
- U.S. Department of Health and Human Services: Administration for Children & Families (2017). Child Maltreatment 2015. Children's Bureau. Retrieved from <https://www.acf.hhs.gov/cb/resource/child-maltreatment-2015> (2018 年 10 月 30 日)
- Fraser, M. J. (2008). A mother's investment in maintaining illness in her child: A perversion of mothering and of women's role of 'caring'? ,*Journal of Social Work Practice*, 22(2), 169-180.
- Bass, C., & Jones, D. (2011). Psychopathology of perpetrators of fabricated or induced illness in children. *The British Journal of Psychiatry*, 199(2), 113-118.
- 小楠美貴 (2017). わが子を病者に仕立てる母親 石川瞭子 (編) サイレントマザー (pp.162-175) 青弓社