

「代理によるミュンヒハウゼン症候群」の状況とその発生要因に関する研究
—医療ソーシャルワーカーへのアンケート調査を通して—

A Study on the Situation and Factors of “Munchausen Syndrome by Proxy”:
Through a Questionnaire Survey of Medical Social Workers

小楠 美貴

要 約

代理によるミュンヒハウゼン症候群（以下 MCA）の被害者（子）と加害者（親）の具体的状況を把握することを目的に、全国の医療機関に所属する医療ソーシャルワーカーを対象とした質問紙調査を実施した。その結果、医療ソーシャルワーカーのうち MCA が疑われたケースを経験した人に対し、それについて関係機関へ通告や相談した人が少ないことが明らかになった。また、MCA の被害を受けた 7 歳以上の子どもにおいて、家族が相互で批判し合うとい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 MCA に至ったことが示唆された。

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

1. 問題の所在

代理によるミュンヒハウゼン症候群（Munchausen syndrome by proxy : MSBP）とは「養育者が自分の子どもに対して、症状を誇張したり、病歴や身体所見を偽ったり、子どもに病気を誘発させるなどの意図的な行為によって、子どもが不必要かつ有害な、あるいは有害になる可能性を持つ医療的ケアを子どもが受けさせられている状態」を意味する（Rosenberg, 2009）。具体的には、医学的に不自然な症状が頻回に出現し、親は一見献身的であり、医学的知識が多少ともあるといわれている。しかし、実際には子どもに下剤を投与して脱水を起こさせる、あるいはトランキライザーを投与して意識変容を起こさせるなど危険なものが含まれている（笠原, 2004）。なお、現在は MSBP を児童虐待の一形態として子ども側に適用するのか、それとも加害者側の精神疾患として適用するのかの混乱のため、現在では MSBP という病名は使うべきではないという国際的なコンセンサスが得られている（内山他, 2019）。そこで、本論文においては Roesler ら（2009）が提唱する、加害者の動機に関わらず子どもが受けている被害に焦点を当てた medical child abuse（以下 MCA）を採用する。MCA について、厚生労働省（2013）は、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、MCA 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、MCA 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、厚生労働省(2010)によると、MCA 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。これらをふまえ、厚生労働省(2013)は MCA 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、現段階で MCA の実態は不明な点が多く、その具体的な対応方法や支援のあり方は明示されていない。

以上のことから、本研究では、MCA 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、MCA の発生要因を検討する。

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 ケ所(2019 年 3 月当時)、全国の特設機能病院 85 ケ所(2019 年 3 月当時)、全国の地域支援病院 523 ケ所(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 MCA の疑いや診断が下ることから MCA 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 MCA 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 ケ所(2019 年 3 月当時)、全国の特設機能病院 85 ケ所(2019 年 3 月当時)、全国の地域支援病院 523 ケ所(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、MCA の事例に関わった経験、MCA 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 MCA 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、統計分析を行った。具体的には、MCA の被害者（子ども）と加害者（親）に関する具体的状況の把握するために各質問項目を単純集計し、度数と割合を算出する。さらに、MCA の発生要因を抽出するためにクロス集計・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）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。

以下にテーマ別に沿って研究結果を記す。

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

MCA が疑われたケースに関わった人は 22.5%（65 名）、MCA のケースを通告した人は 12.4%（35 名）、MCA 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、MCA 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、MCA 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、MCA 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、MCA 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。MCA 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 MCA 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。

表1 MCA 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%

表2 MCA 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。

2) 【テーマ②】MCAの発生要因の抽出

MCAの子ども(被害者)の年齢は表1、MCAが疑われた親子の家庭環境は表2に示す。

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「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」の4つのパターンに分ける。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、MCA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

年齢	家庭環境.家族がよくけんかをした		χ^2 値	自由度	p 値
	はい	いいえ			
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

年齢	家庭環境.物を投げるぐらい怒る		χ^2 値	自由度	p 値
	はい	いいえ			
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

年齢	家庭環境.お互いに批判し合うことが多かった		χ^2 値	自由度	p 値
	はい	いいえ			
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 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 残差	p 値	いいえ 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

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。

5. 考 察

MCA 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、MCA 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、MCA 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。

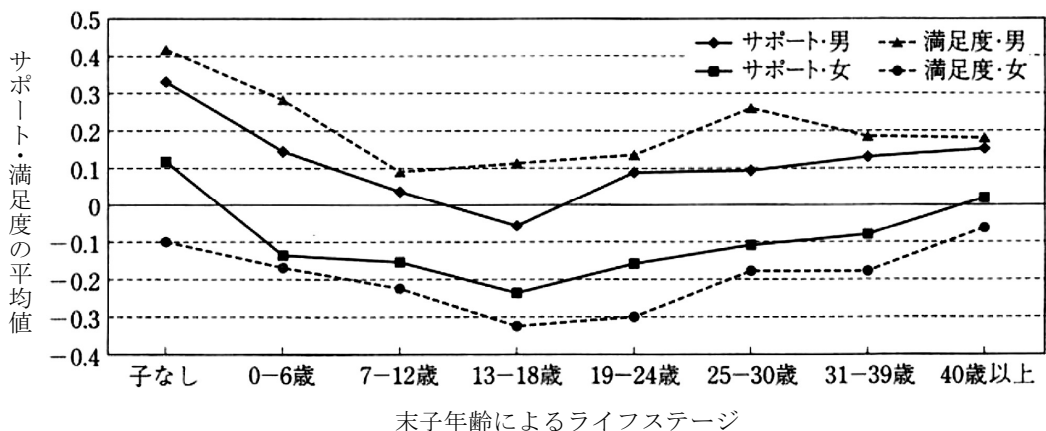


図 1 ライフステージ別にみた配偶者からのサポートと結婚満足度 (稲葉, 2004)

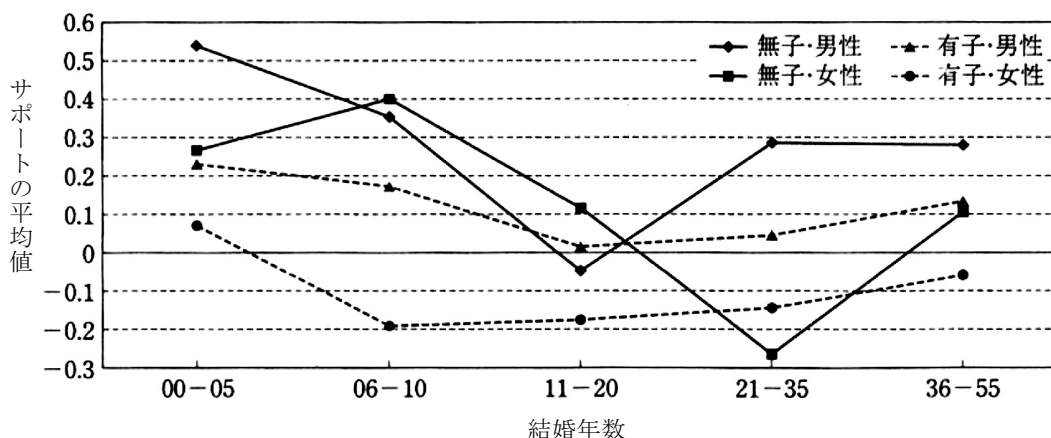


図2 子どもの有無別結婚年数別にみた配偶者からのサポートの平均値 (稲葉, 2004)

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であり、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。さらに、図 1・2・3 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

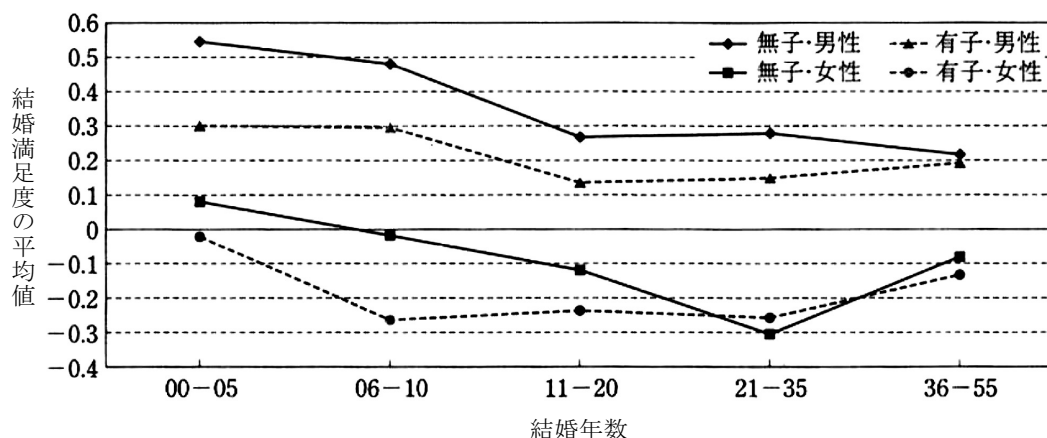


図3 子どもの有無別結婚年数別にみた結婚満足度の平均値 (稲葉, 2004)

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。

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MCA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MCAの特徴を比較する(表7)。

表7 一般的な子ども虐待とMCAの特徴の比較

	一般的な子ども虐待	MCA
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

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	
	構成割合(%)		構成割合(%)		構成割合(%)		構成割合(%)		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~学齢前」「小学生」「中学生」「高校生・その他」の区分の数である。

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、MCA 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 MCA 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）。

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、MCA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、MCA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

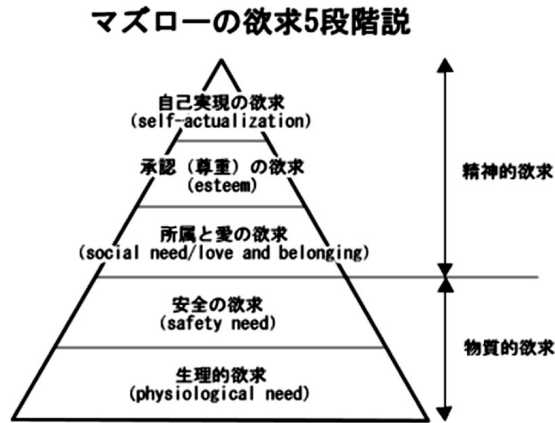


図4 欲求階層理論 (Maslow, 1943)

る(南部, 2010)。この点について別の見方をすれば、MCA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、MCA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、MCA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MCAに至ったことが示唆された。

謝 辞

本研究にご協力いただいた小児専門病院、特定機能病院、地域支援病院の医療ソーシャルワーカーの方々に深く感謝いたします。

付 記

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) 及び日本学術振興会科学研究費若手研究 (JSPS 科研費 JP20K13783) の助成を受けて実施した研究成果の一部である。

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
- 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
- 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
- 厚生労働省.(2020).平成30年度福祉行政報告例の概況. Retrieved from <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/gyousei/18/index.html>
- 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.
- 奥山真紀子.(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.
- Roesler TA, Carole J.(2009).Medical Child Abuse : Beyond Munchausen syndrome by proxy,1st ed,*Elk Grove Village*, American Academy of Pediatrics.
- Rosenberg ,D.(1987).Web of deceit : A literature review of Munchausen syndrome by proxy.*Child Abuse & Neglect*,11(4),547-563.
- 内山健太郎・山岡祐衣・道端伸明.(2019).Medical Child Abuse(いわゆる代理によるミュンヒハウゼン症候群を含む). 小児科臨床 72(12),1888-1895.