

9. 虐待している保護者の特徴

多くの保護者は子どもに虐待を行ったとしても、それを認めようとはしない。実際、「重度～生命の危機あり」と児童相談所が判断したケースにおいて、虐待を認め援助を求めたケースは30.7%にとどまり、多くの虐待事例のケースワークには困難が伴うのが実情である。

ただしこのこと自体を医療者は、保護者が「健全なSOSを発信することが困難となった、支援を要する状態」と捉える必要がある。虐待による死亡事例の7-9割までもが、死に至る前に何らかの機関が関りを持っていて、とされている。

1. 虐待のリスクとなる保護者の特徴

以下のような不適切な受診状況や、気になる保護者と子の関係性について、「保護者を責める」という主観的な感覚ではなく、客観的なリスクとしてとらえる必要がある。

- 子どもの軽微な症状で、しばしば外来や救急外来を受診している。逆に、症状が前から出ているのに、受診が遅れがちである
- 常識的な範囲の待ち時間を待たず、医療スタッフに対して攻撃的であり、通常の信頼関係を築きづらい
- 外来・病棟という公的空間においても、子どもを怒鳴りつけたり、体罰をあたりまえのこととして行っている
- 医師とその他のスタッフに対し、全くと言っていいほどの別の顔を見せる
- 病歴に一貫性がなく矛盾しており、そのことを訝しむと、説明が二転三転したり「そういえば」と病歴が追加される
- 自分から状況を説明するのを渋ったり、ごまかして言い逃れをしようとする
- 子どもの病態や、診断・治療方針に対し、相応な関心を示さない。直ちに治療を行い、治すことを要求する。逆に、説明に納得せず、治療を拒否する

実際、虐待を行う保護者の中には、コミュニケーションスキルが未成熟で、怒りのコントロールに問題を抱えている方も少なくない。しかし、そうであるからこそ、我々医療者は辛抱強く、その背景にある親の困難感に寄り添い、丁寧なコミュニケーションを続ける必要がある。保護者はどのようなプロセスであれ、結果として子どもを病院に連れてきてくれたのである。そこで医療者が保護者を厄介者のように扱ったり、よそよそしく二枚舌のような対応を行うことは、「結局この人たちも、今までの連中と一緒にだ」と、かえって保護者の孤立感を深め、心の扉を閉じさせてしまい、真の支援を行うために必要な情報は開示しなくなるだろう。

2. 虐待の背景にあるもの

虐待者で最も多いのは実母であることは、よく知られている。そのことは、子どもと最も多く過ごす母親こそが、困難の渦中にいるということの意味している。虐待の背景には、①体罰肯定感、②自己の欲求の優先傾向、③子育てに対する自信の消失、④子どもからの被害の認知、⑤子育てに関する疲労・疲弊感、⑥子育てへの完璧指向性、⑦子どもに対する嫌悪感・拒否感の7つの心性が隠れているとされている。保護者は医療機関を受診する前に、既に自身のつながりの範囲内でSOSを出し、「母親なのだから、子どもがかわいく思えないはずがない」「子育てが大変なのは当たり前、母親なのだから耐えて、頑張りなさい」などの母性神話を押し付けられ、母親としてのアイデンティティの危機状態にあることが少なくない。虐待に陥っている親に必要な言葉は、叱責ではなく、「もうこれ以上一人で頑張らなくていい」という保証である。病的状態となった認知を同定し、より健全な認知に変えていくためには、保護者との信頼関係の構築は欠かすことが出来ない。

3. 虐待発生の要因

実際に深刻な虐待の発生は、①子ども時代の被虐待経験、②生活のストレス、③意に沿わない子ども、④心理社会的孤立、の4つの要因がそろうためとされているが、①が最大の発生要因であり、臨床上、丁寧に保護者とコミュニケーションをとると、実質的にほとんどの事例で保護者自身が子ども時代に養育不全の元で生き抜いてきた背景が浮かんでくる。

子ども時代に被虐待体験があることが、必ずしも自身の子どもの虐待する強い要因になるわけではないことは強調されるべきであるが、一方で有効な支援がなし得なかった場合には、被虐待体験というのは個人の持つレジリエンシー（逆境をはねのける力）を奪い去ってしまうということも、臨床医は強く認識しておく必要がある。

4. 複雑性 PTSD

虐待をしてしまう保護者の中には、精神科の受診歴を持つ方も少なくない。愛着障害と複雑性のトラウマを背景とした病態として、従来の PTSD の3症状（トラウマの再体験、回避、持続的過覚醒状態）に加えて、①感情の抑制が困難になること、②自分を否定的に捉える傾向が強くなること、③対人関係をうまく築けないこと、の3つが加わった「複雑性 PTSD」という病態がある。この疾病名は、2022年1月に発効した ICD-11 でようやく日の目をみるようになったものであり、現時点ではそのような病名がついている保護者は少ないだろう。保護者の背景にある困難を把握するためには、保護者の精神科主治医とコンタクトを取り、実際に話を聞くことも重要となる。

5. 性虐待

一方、性虐待には、上述の背景とは異なる力動が働いている。性虐待の成立には、①加害者の動機が存在（子どもに性加害をする欲求が存在している）、②加害者の内的葛藤の凌駕（通常は子どもに対し性衝動が生じて、内的な行動規範やモラルや超自我により規制されるが、加害者の性質がそのような内的葛藤を凌駕してしまっている）、③加害者を取り巻く外的阻害因子の凌駕（子どもを脅威から守る家族システムの不存在）、④子どもの抵抗の凌駕（子ども側の抵抗が抑え込まれた状態にある）、が重なり生じる。実際に性加害を行う保護者を、医療者が行う短時間のコミュニケーションで見抜くことは困難である。

6. その他保護者を見る上で注意すべき虐待

このことは Child Torture と呼ばれるサディスティックな身体的虐待を繰り返す保護者、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）を行う保護者にも当てはまる。「保護者を見れば虐待しているか否かわかる」という概念を過度に当て込もうとすることは子どもの安全を脅かすことになる、ということを医療者は常に意識してはならない。背景にある精神力動は異なるものの、瞬間の加害行為で生じてしまう「虐待による乳幼児頭部外傷（AHT）」においても、「保護者が虐待をしていそうにない」という判断は、全く通用性がないものとして、医療者は主観的判断から距離を取り、客観的な判断に終始しなくてはならない。

また身体的虐待を受け入院加療を行っている際の保護者は「手厚い支援をうけた状態」であることを認識しておく必要がある。入院というストレスフルな状況に置かれてはいるものの、子育ての重圧からは解放された状態でもあるのだ。加害行為を行った保護者自身も、子どもが重篤な状態に陥ったことに困惑し、子どもの回復を真に願っていることに変わりはない。保護者のそのような様子を見て、「虐待じゃなかったのかもしれない」という“虐待の否認・矮小化”を医療者がしてしまうことも稀ではない。しかし、医療者にとって重要なのは、「その子どもが回復し家に帰り、再び24時間365日の育児を行わなくてはならない環境に戻っ

た際に再び子どもが危険な状況に陥ることがないのか」という視点である。

7. おわりに

「虐待している保護者の特徴」という本セクションのタイトルに矛盾するかもしれないが、あくまでも「加害者像」というのは、リスク評価の一側面であり、過度にそれに縛られることなく、冷静で客観的な総合評価を行うことが重要である。そのためには個人で判断するのではなく、チームで、多機関で評価を行うことが何より重要であることを強調しておきたい。

一方、点で関わる医療機関が、わずかな接触の機会でも、親の特性や親子関係性に「ちょっと気になる」というレッドフラッグを立てること自体、当然重視しなくてはならないものである。違和感をそのままにせず、保健所、保健センターなどに連絡し、情報を共有し地域全体で見守り体制を構築することは、親を責める行為、家族を監視する行為ではなく、親子を救う行為に他ならないと認識する必要がある。