

表26 各施設の典型群と長期化群の人数

施設	典型群	長期化群
A	29	15
B	12	6
C	24	19
D	25	8
E	11	11
F	13	9
G	19	0
H	11	14
I	2	3
J	3	3
O	0	2
P	5	5
Q	14	1
R	1	5
合計	169	101

$\chi^2 = 37.25, p < 0.001$

表27 典型群・長期化群と転入院の有無

	転入院なし	転入院あり
典型群	160 (94.7%)	9 (5.3%)
長期化群	60 (59.4%)	41 (40.6%)

$\chi^2 = 52.11, p < 0.001$

表28 典型群・長期化群と身体疾患の有無

	身体疾患あり	身体疾患なし
典型群	41 (24.4%)	127 (75.2%)
長期化群	36 (35.6%)	65 (64.4%)

$\chi^2 = 3.90, p = 0.048$

表29 典型群・長期化群と障害年金

	障害年金1級	障害年金2級	申請中	受給無し
典型群	5 (3.0%)	40 (23.7%)	9 (5.3%)	96 (56.8%)
長期化群	14 (13.9%)	36 (35.6%)	3 (3.0%)	48 (47.5%)

$\chi^2 = 14.46, p = 0.002$

表30 典型群・長期化群の各ステージの日数と外出回数の比較

	典型群		長期化群		t	p
	平均	標準偏差	平均	標準偏差		
急性期日数	90.72	40.693	186.02	124.113	-9.01	0.000
回復期日数	141.34	65.156	359.90	149.016	-16.19	0.000
社会復帰期日数	169.13	68.051	342.73	159.101	-12.27	0.000
外出回数	3.21	3.799	7.96	8.146	-5.86	0.000

(4) 指定入院医療機関と保護観察所の間で意見の相違がみられたケース

入院継続ないし退院申し立て時に、指定入院医療機関と保護観察所の間で意見の相違がみられたケースは17件（2.0%）であった。男性が16名、女性が1名であった。意見の相違の有無と世代との比較を行ったところ有意な関連は見られなかったが、意見の相違があったのは20代と30代が5名ずつと多く、70代以上では見られなかった（表31）。調査時の転

帰との比較では、意見の相違があった事例は処遇終了になっている割合が有意に高かった（表32）。また、退院が3名、入院処遇の継続が5名であった。入院時の診断ではF2が12名（70.6%）と最も多いが、その中の2名はF6へ、1名はF7へ診断変更していた。また、F3からF6へ診断変更した対象者が1名認められた。尚、意見の相違の有無と入院日数の間には有意な関連が認められなかった。

表31 意見の相違と世代との比較

	意見の相違	
	なし	あり
20代	153	5
30代	239	5
40代	189	2
50代	157	3
60代	66	2
70代	21	0
80代	4	0

$\chi^2 = 2.80, p = 0.834$

表32 意見の相違と調査時の転帰

	意見の相違	
	なし	あり
退院	369	3
入院中	366	5
処遇終了	83	9
死亡	3	0
抗告退院	4	0
その他	4	0

$\chi^2 = 32.02, p < 0.000$

表33 意見の相違と入院時診断

	意見の相違	
	なし	あり
F0	22	0
F1	45	2
F2	700	12
F3	41	2
F4	5	0
F6	2	1
F7	7	0
F8	1	0
F9	3	0
G40	3	0

表34 意見の相違と指定入院医療機関での診断

	意見の相違	
	なし	あり
F0	27	0
F1	55	2
F2	646	9
F3	42	1
F4	6	0
F6	10	4
F7	16	1
F8	21	0
F9	3	0
G40	3	0

(5) 医療観察法での再入院ケース

医療観察法での再入院があったケースは5件（0.6%）であり、男性が4名、女性が1名であった。世代は20代が1名、30代が1名、40代が1名、60代が2名であった。診断は全ケースがF2圏であり、F7の重複診断がついている対象者が1名いた。尚、この診断は入院後も変更はなかった。調査時点での転帰は、入院処遇中の対象者が3名、死亡が1名、退院していた対象者が1名であった。5名中3名に身体合併症が認められ、うち2名は複数

の身体合併症を抱えていた。

D. 考察

本研究の目的は、平成22年8月31日時点での基礎データをもとに長期化要因を明らかにすること、さらに、入院継続・退院申立時の指定入院医療機関と保護観察所の意見相違があった事例や再入院事例の検討を行うことであった。

今回の18施設の結果から、全対象者の推計入院日数は中央値が715日で平均値が807日で

あった。また、全対象者のうち、約2割は1,000日を超えると推定され、約1割は退院や地域処遇の目途が立たないような困難事例化していくことが示された。実際、4年を超えて入院している対象者も9名いた。このような退院が困難な超長期化群は本研究を通して認められ、転入院の有無、施設の開設時期、デボ剤の使用による推計入院日数の比較では、入院日数が1,000日を超えたころより徐々に差が小さくなる傾向があり、様々な要因とは関係なくある一定の割合で超長期化群になっていくことが示唆された。このような傾向は平林ら（2010）の平成21年7月15日時点での報告と類似していた。医療観察法の施行から5年が経過し、今後、退院や地域処遇の目途が立たない超長期化群の特徴を明らかにし、介入や処遇の考え方を整理し、治療反応性の問題も含めて議論を積み重ねていく必要があるだろう。

また、年度ごとの比較を行った結果、少しずつ推計入院日数が伸びてきていることが明らかとなった。その要因の一つとして、医療観察法の施行から時間が経ち、長期化例が増えていることが考えられる。また、後発施設が増えたことで転入院事例が増えたことも考えられる。今回の調査でも、転入院は長期化のリスクファクターとなっていることが示された。転入院があった事例では、転院先の施設で新たに治療関係を作り課題の見立て直しを行うことも多く、入院日数が長くなるのかもしれない。

転入院がなかった事例では、開設時期そのものが推定入院日数の長期化と関連していた。しかし、先行施設では徐々に施設ごとの差が小さくなり、少しずつ均てん化していることが示唆された。施設ごとの違いも大きく一概にはいえないが、特に先発施設との交流などを通して、後発施設の成熟やプログラムを含む治療の更なる均てん化が必要となるだろう。

今回の調査では、入院の長期化への関連が想定される因子として、70歳未満であること、男性であることが抽出された。この結果は平林ら（2010）の報告と一致するものであった。高齢の対象者は認知症の割合が高くなり治療反応性の問題が出てくることや暴力リスクが低下すること（平林ら、2010）、老人施設など地域資源の幅が広がることなどの理由が考えられる。転入院の有無を含めたこれらの因子は、入院の長期化を考える際には、比較的影響力が強い因子であると思われる。

一方で、今回の調査では、主診断の違いや重複診断の有無と入院日数との関連は見いだされなかった。頻度が高い統合失調症圏や気分障害圏は施設ごとの診断のばらつきは少ないが、広汎性発達障害圏や物質関連障害圏では施設ごとの診断の頻度に大きな差があることが報告されている（来住、2010）。これらの診断の偏りが今回の結果に影響を与えている可能性は否定できない。特に広汎性発達障害圏の推計入院日数は他の診断に比べて長く、治療にも難渋することが多い。今後施設ごとの診断の偏りが少なくなること、入院日数の長期化に寄与する因子として顕在化してくる可能性がある。

また、デボ剤の使用や、障害年金1級の割合が多いこと、外出回数の多さも長期化と関連する要因として今回新たに抽出された。治療コンプライアンスの悪さや病状の重篤さなどの治療の困難さを反映した結果であることが推察され、長期化群は急性期の日数からすでに長いことから支持される。また、外出回数の多さに関しては、入院日数が長くなったため必然的に増えた可能性は考えられるが、指定通院医療機関などの受けてのニーズや慎重な査定が必要だったことが影響しているのかもしれない。今回の結果では、身体疾患の有無と長期化との関連も認められた。精神疾患のケアに加え身体的なケアが必要であるこ

と、や精神科以外の化との連携の困難さなどの理由により入院日数が長期化していると考えられるが、再入院事例で身体合併症が多かったことを考慮しても、身体合併症について今後も引き続いた詳細な検討が必要になってくる。

自由記述からは、上述した要因を支持する意見がうかがえた。症状の回復の程度や再燃、モチベーションなどの本人要因、家族との関係回復や帰住地、指定通院医療機関など地域支援体制などの調整要因が長期化に影響している可能性が考えられる。しかし、これらは一部の意見であり、全体的な傾向をどの程度反映しているかは不明である。

今回、指定入院医療機関と保護観察所の間で意見の相違がみられた17件は、比較的若い事例や処遇終了になった事例が多かった。具体的な事例の収集しておらず詳細な検討は出来なかったためはっきりしたことは分からないが、診断としては人格障害圏や精神遅滞圏がポイントになってくると考えられ、治療反応性がキーワードになってくることが示唆される。治療反応性なしとする指定入院医療機関と医療観察法を残したい受け手側の意見の対立が起こっているのかもしれない。自由記述でも治療反応性という言葉は出てきているが、コンセンサスが得られているとはいえない現状である。今回詳細な検討が出来なかった再入院事例を考える際にも関連してくることであり、データの蓄積も含めて、今後更なる議論が必要となる。

最後に本研究の限界について述べる。まず、今回の調査は全入院医療機関から回答を得ることが出来なかったため、実状とは若干のずれがある可能性がある。次に今回の入院日数はあくまで推定値であることがあげられる。最後に、今回の調査項目は限られており、詳細な検討が出来なかった部分もある。また、入院日数の長期化や意見の相違には、今回調

査出来なかった要因が影響していることも考えられる。

引用文献

来住由樹ら（2010） 入院医療における社会復帰促進に関する研究 平成21年度 総括・分担研究報告書 厚生労働科学研究研究費補助金 こころの健康科学研究事業

平林直次ら（2010） 入院医療における治療プログラムの多様化に関する研究 平成21年度 総括・分担研究報告書 厚生労働科学研究研究費補助金 こころの健康科学研究事業

E. 結論

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の登録・出願状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

医療観察法における医療の質の向上に関する研究

入院対象者の社会復帰促進に関する研究

分担研究者：来住 由樹 地方独立行政法人岡山県精神科医療センター

2) 性暴力事例の類型化の試みとアプローチ方法の検討

執筆担当者：村杉 謙次 国立病院機構小諸高原病院

I. はじめに

多様な疾病性と治療反応性、社会復帰阻害要因をもち、様々な対象行為に至った医療観察法対象者の中でも、性暴力を行った対象者へのアプローチは、性暴力に至る要因の個性や治療システムの未確立、などの理由により、非常に困難を感じる部分である。小諸高原病院医療観察法病棟では、累計68名（2011年3月31日時点）の入院対象者の中で、対象行為が性暴力の対象者は8名、過去に性暴力に及んだ対象者を含めると計10名という多数の入院対象者に性暴力行動にまつわる問題が認められている。担当多職種チームにより、各対象者それぞれの性暴力に至った要因をアセスメントした上で、試行錯誤しながら、性暴力のリスクを低減させるアプローチを行ってきているが、要因の個別性ゆえ、統一的なアプローチ方法の確立は困難な状況が続いて

いる。

そこで、性暴力に至った各対象者を要因別に類型化し、それぞれに導入したアプローチ方法の有効性を検討することで、より適切なアプローチを、より適切なタイミングで導入することが可能になるのではないかと考えた。従来、性犯罪や性嗜好障害の類型化（Kraft-Ebing、Seelig、Radaの分類、Grothの分類、Leueら、Dunsiethら、Porterら、など）はあるものの、医療観察法対象者のように狭義の精神障害を基盤とした性暴力事例の要因別の類型化は未確立である。今回の類型化は当院医療観察法病棟に入院処遇となった性暴力事例のみを対象としているという限られた条件内での私見であることを強調しておきたい。

II. 性暴力に及んだ対象者の概要

当院医療観察法病棟に入院処遇となった性暴力事例10例の概要をまとめると、表1のよ

表1 性暴力事例の概要

	診断	IQ	対象行為・被害者	性暴力の概要
T氏 34歳	F20.0 自己愛性PD	FIQ86 (VIQ73,PIQ81)	強制わいせつ 16歳(通行人)	命令性幻聴、認知の歪み、男性性の誇示に基づく行為(累犯)
M氏 46歳	F20.1	FIQ80 (VIQ101,PIQ58)	強姦未遂 15歳(近隣住民)	恋愛妄想、支配欲、依存に基づく行為
O氏 26歳	F20.0	FIQ74 (VIQ73,PIQ81)	強制わいせつ 18歳(通行人)	衝動性、自己愛、依存による行為
F氏 26歳	F20.0	FIQ108 (VIQ111,PIQ103)	強姦未遂 23歳(弟の彼女)	被害妄想の対象である弟の彼女に対する怒り、支配欲による行為
K氏 27歳	F20.3 F70	FIQ51 (VIQ58,PIQ50)	放火(のぞき、痴漢) 不特定・成人	窃視症、嗜癖性、衝動性に基づく行為(累犯)
Y氏 37歳	F84.9 F70	FIQ56 (VIQ65,PIQ52)	強制わいせつ 22歳(近隣住民)	経済的困窮の中で金銭の強要から性暴力への移行。衝動性、パニック状態
I氏 48歳	F20.1 F71	FIQ43 (VIQ49,PIQ46)	強制わいせつ 53歳(通行人)	フェティシズム、衝動、認知の歪みによる行為(累犯)
K'氏 34歳	F20.3	FIQ98 (VIQ99,PIQ98)	傷害(痴漢、住居不法侵入) 不特定・成人	作為体験、命令性幻聴、衝動性による行為(累犯)
M'氏 43歳	F20.0 F84.5 F95.2	FIQ89 (VIQ99,PIQ79)	強制わいせつ2件 20代女性2名(通行人・ドラッグストア内)	衝動性、命令性幻聴、認知の歪みによる行為(累犯)
F'氏 58歳	F20.3	検査未実施	強制わいせつ 10代女性(電車内) 複数回の痴漢	思考の混乱、衝動性、認知の歪みによる行為(累犯)

うになる。

一般的に、統合失調症患者が性犯罪に及ぶ場合、大半は発症後に性犯罪に及ぶ（平均5年）とされており、関係妄想や命令性幻聴が性犯罪行為の要因となることが多いと言われている。性犯罪が統合失調症に先行するケースでは、一旦、統合失調症が発症すると性的病理がそれに関与してくる。幼児期に性的虐待の既往がないことも特徴とも言われている。当病棟の性暴力事例も、全て基盤となる精神障害（多くは統合失調症）を発症後に、性暴力に至っており、性的虐待の既往は認められない。ただ、関係妄想や命令性幻聴が性暴力行為時に明らかであった事例は2例のみであり、その2例も含め、全ての事例において性暴力に至る上で複合的要因の存在が想定された。

Ⅲ. 性暴力事例のアセスメント

性暴力事例に対し、適切な治療および介入を提供するには、性暴力の攻撃性の高さや、再他害行為の危険因子と保護因子、変化の可能性などを的確に査定することが必要不可欠である。Ststic-99などによる静的なリスクアセスメントも含め、被害者への共感の程度、責任への態度、性暴力のパターン、性暴力の発生時期、性的ファンタジー、精神病性症状の内容、IQ、発達レベル、人格傾向、虐待の既往、嗜癖性、など様々なアセスメントのポイントがあるが、当病棟では再他害行為のリスクをはかる上で、特に性暴力の程度・頻度のエスカレート度合い（図1）、認知や思考の

歪み（否認、最小化、合理化、正当化）の程度、の2点を重要視している。これらのポイントに関して各職種の面接や評価尺度でアセスメントし、「性暴力の機制」を念頭に置いた類型化を試み、そして各事例に必要なアプローチ方法を検討し、導入するといった流れでの取り組みを実践している。

Ⅳ. 性暴力事例の類型化と基本的なアプローチ

性暴力事例に対するアセスメントを通し、性暴力に至る要因として、①精神病性症状、②性に関する認知の歪み、③衝動、④欲求、⑤性嗜好異常、⑥人格傾向の偏り、⑦知的障害、の7つの要因を抽出した。そして、各事例をその要因別に分布すると図2のようになる。

各要因が重なる中央部分に分布された6事例は性暴力を繰り返してきた事例であり、性暴力の程度・頻度はエスカレート傾向にある。一般的に累犯性、社会的に問題のあるのは性嗜好異常群とされているが、当病棟の累犯性のある6事例に関して言えば、性嗜好異常が明らかな事例は3事例のみである。全体的にみると、「衝動」寄りに分布されている事例が多く、衝動制御の障害が性暴力に至る大きな要因となっていることが想定される。

疾病は各要因、特に「衝動」の増幅因子となっているため、まずは基礎疾患の治療（薬物療法、疾病教育など）が優先される。「性に関する認知の歪み」に対しては認知面の変容を促すアプローチ（CBT、社会規範プログラ

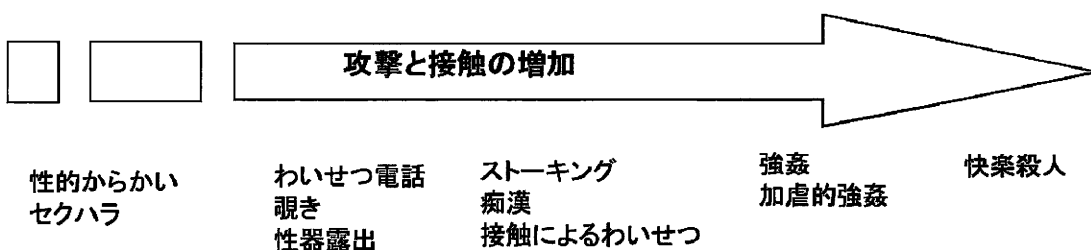


図1 性暴力加害の連続体（Ross, 1994）

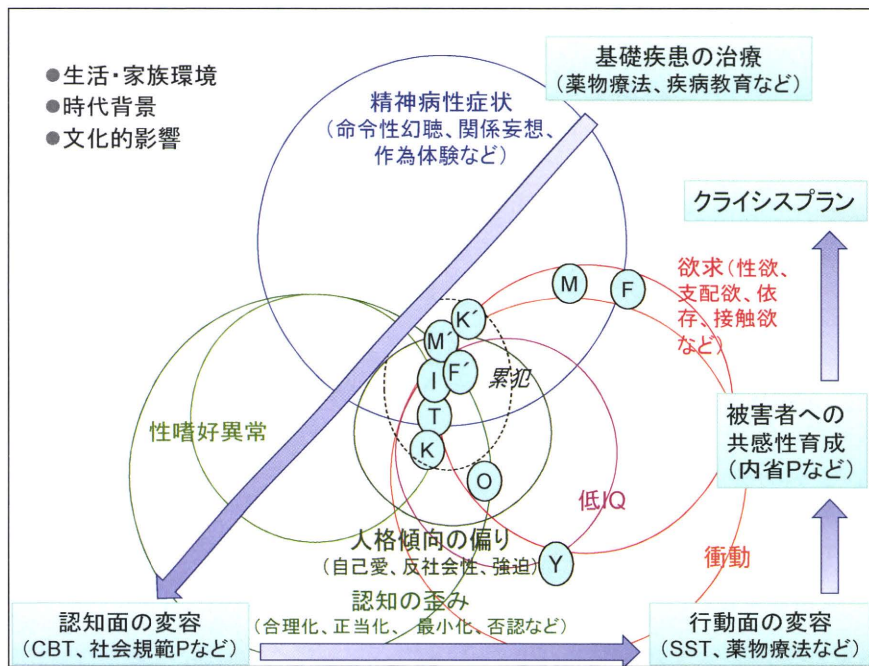


図2 性暴力に至る要因と各対象者の分布

ムなど)を行い、その後、行動面の変容を促すアプローチ(SSTなど)、被害者への共感性育成を高めるアプローチ(被害者について考える会、内省プログラムなど)を順次導入し、最後に再被害行為防止に向けた具体的な対処法を確立(クライシスプランなど)するといったアプローチを実践している。また、類型化することによって、性に関する認知の歪みが目立たないことが明らかになった事例では、認知面の変容を促すアプローチを省いたり、知的障害や発達障害などの器質的な影響で内省面を深めることが困難と考えられた事例では被害者への共感性育成を高めるアプローチは省く、などの工夫を行い、限られた入院期間の中でアプローチの効率性を高めることも意識している。

V. アプローチの流れ

個々の性暴力事例には、同様の性暴力に至っていたとしても、家族・生育状況はもちろんのこと、前述した性暴力に至る要因(精神病性症状、性に関する認知、人格傾向、知能、など)の各項目において差異が認められ

る。しかし、一般的に、性犯罪者の性暴力行動の背景には、ほぼ必ずといって良いほど感情の問題、何らかの理由によって自由な感情表現、特に否定的な感情表現がなされてこなかったとの問題が存在すると言われているが、当病棟の性暴力事例においても共通して同様の背景が認められる。発達障害などの器質的な理由によって生来対人コミュニケーションに問題がある場合や、統合失調症発症に伴い思春期前後からの対人関係が希薄となっている場合もある。いずれにせよ、身近な対人関係の中で、他者の気持ちはもとより、自分が何を感じているのかも分からなくなっていることがみえてくる。こうした場合、まずは自分の感情に気付くことが必要となり、自身の生い立ちと経験とを共に振り返り、自身の認知と感情を言葉にしていく作業を行うこととなる。自身の感情がほぐれ動き出し柔らかくなってくると、ようやく他者(被害者)の気持ちも入ってくる土台ができる。この作業をはじめとした当病棟で実践している性暴力事例に対するアプローチの流れをまとめると図3のようになる。

医観法 ステージ	急性期		回復期		社会復帰期	通院処遇
変化の 段階	前考慮段階	考慮段階	準備段階	実行段階	実行～ 維持段階	維持段階
基礎 疾患の 治療	医療観察法 医療への動 機付け 基礎疾患に 対する薬物 療法	基礎疾患に 対する疾病教 育	疾病教育 セルフモニタ リング・ストレ ス対処 被害者につ いて考える会	クライシス プラン作成 行動面の変 容(SST、人 付き合い、 女性との接 し方、枠組 み作り…) 内省P開始	クライシスプ ラン実践 地域のサポ ート体制の 確立 内省P継続(個々の情緒 性の発達に 応じた共感 性の獲得)	受診、訪問 、DCなどの 場面での「 性」に関す る面接 クライシス プラン実践 司法的枠組 み(処遇実 施計画書)
性暴力へのア プローチ	個別面接 (生い立ちと 経験を振り返り、自身の 認知と感情 を言葉にして いく) 変化への動 機付け	アセスメント (類型化、認 知・思考の歪 み、共感性) 性衝動に対 する薬物療法 性教育	認知面の変 容(CBT、社 会規範P…)			

図3 アプローチの流れ

各アプローチの導入時期に関しては、医療観察法医療の各治療ステージ（急性期・回復期・社会復帰期・通院処遇）とトランス・セオレティカルモデルで示されている変化の段階（前考慮段階・考慮段階・準備段階・実行段階・維持段階）を指標とすることで、適切なアプローチを適切なタイミングで導入することを意識している。対象者自身が変わることを全く考えていない前考慮段階と変化を考え始める考慮段階は医療観察法入院処遇の急性期ステージに該当し、ここでは変化への動機付けと問題意識を高めることに主眼を置いている。具体的なアプローチとしては、個別面接で自身の認知と感情を言葉にしていく作業を繰り返し、性暴力に関するアセスメントや類型化、性衝動に対する薬物療法を開始する。変化のための準備を完了する準備段階は回復期ステージに該当し、ここでは引き続き意識啓発と自他の再評価を進めつつ、実際の変化のための行動に焦点を移していく。ここではCBTやSSTなどで認知面・行動面の変容を促しつつ、被害者について考える会や内省プログラムなどで被害者への共感性を高める

アプローチも開始し、再他害行為防止に向けたクライシスプランの叩き台も完成させる。変化の目標と優先順位、行動プランができたから次の段階に移る。変化のための行動を実践する実行段階と達成した変化の維持に努める維持段階の初期は社会復帰ステージに該当し、ここでは内省プログラム等で個々の情緒性の発達に応じたさらなる共感性の獲得を目指し、外出・外泊・ケア会議を通し、クライシスプランをより現実に沿ったものとして完成させ実践することで、問題行動への逆戻りを防止する具体的なスキルの獲得と自己効力感を高めることを目指す。また、アプローチの継続性に留意しつつ、各事例に必要な地域の支援体制を慎重に検討・確立することも通院処遇に移行する上で必要不可欠な要素となる。退院後は、通院処遇中も、処遇終了となった後も、維持段階に該当し、再他害行為防止に注意を払い続けることとなる。必要な介入は、多職種・多機関による新しいライフスタイルの支援、面接や訪問などによる支持的接触と決意・自己効力感の継続的確認、クライシスプランや処遇実施計画書の修正などによる新

たな対処スキル獲得支援など、変更した行動の維持のための介入が適切であり、通院処遇移行にあたっては、これらの点の徹底を地域に依頼する形をとっている。

また、上記のような各アプローチは各性暴力事例の担当多職種チームが中心となって行っているが、当病棟の多職種で構成されている性暴力防止プログラム担当者が、各アプローチを把握し介入することで、各アプローチの質の向上・標準化をはかっている。

VI. 薬物療法

当病棟では性暴力事例に対する薬物療法として、欧米で実践されている性犯罪や性嗜好異常に対する薬物療法のアルゴリズム（図4）を参考にしている。当病棟の事例も含め医療観察法処遇となる性暴力事例の多くは、「軽度の再犯リスク」に該当することが多いと考えられ、統合失調症などの基礎疾患に対する非定型抗精神病薬に加え、性衝動の軽減を目的にSSRI（選択的セロトニン再取り込み阻害薬）を併用することが基本となると考えられる。

SSRIは性衝動軽減（セロトニンは性欲を妨

げ、射精能力を減じる）における有効性が認められる一方で、抗ホルモン物質（アンドロゲンの生成や効果に影響を及ぼす薬物：CPA、MPA、LHRH作動薬など）に比べ有害事象は少ないとされている。SSRIの作用機序は性的活動性の全体的阻害、衝動性・強迫的傾向の減弱、基板にあるうつ症状の軽減、間接的なテストステロン濃度の低下、が考えられている。

基礎疾患に対し用いる非定型抗精神病薬は、ドーパミン受容体の阻害作用とそれに続く高プロラクチン血症により、性機能を低下させる。プロラクチンは性欲、勃起にマイナスに働くホルモンであり、また、性欲や勃起にプラスに働く性ホルモン（テストステロンなど）の産生と活性を低下させることによっても性機能にマイナスの影響を及ぼす。実際に性暴力事例の中には、薬物療法により、自身の性機能が低下することに強く抵抗を示した事例もみられたが、その事例も、変化への動機付けや変化による自己効力感が得られるに従って、再他害行為防止には性機能の低下も必要な条件であることを受け入れるようになっていった。

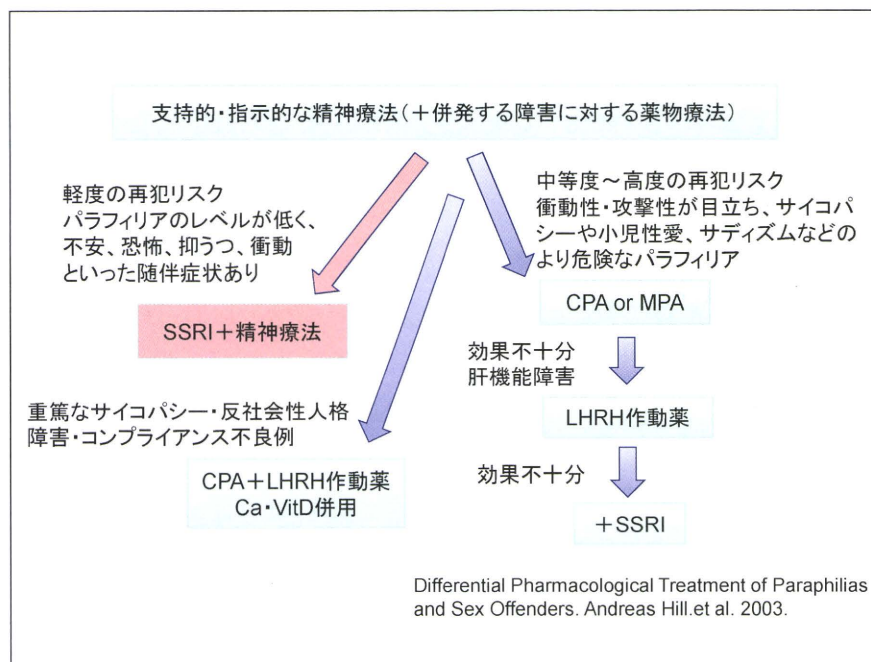


図4 薬物療法のアルゴリズム

非定型抗精神病薬とSSRIの併用については、非定型抗精神病薬の5-HT(セロトニン)_{2A}受容体拮抗作用は一見するとセロトニン再取り込み阻害作用を有するSSRIの作用と相反するように見えるが、実際には5-HT_{2A}受容体に対する遮断作用は5-HT_{1A}受容体を介して結果的にセロトニンの作用増強に働く。これにSSRIを加えることで相乗的な効果が期待できる可能性がある。

Ⅶ. おわりに

医療観察法の性暴力事例においても、自己の欲求を満たすために他者の性的自由と尊厳を損ねるといふ性暴力の本質においては、一般の性犯事例と共通している。また、性暴力行為を行うという意味では自己イメージと他者との関係の持ち方がポイントであることも共通している。それ故、アプローチに関しても性暴力行動につながる感情－思考－行動の連鎖に注目し、悪循環を断ち切る方向にもっていくことも共通である。

ただ、現行の一般性犯へのプログラム（ワークブックなど）は現実検討能力・知的能力・認知機能・要因の多様性、などの理由から、医療観察法事例にそのまま導入することは困難であり、類型化に基づき優先度を検討されたアプローチを重点的に実施する形が適していると思われる。言い方を変えれば、各事例に共通した定型的な治療プログラムの確立は困難とも言える。

その一方で、狭義の精神障害が基盤にある医療観察法事例の場合、精神障害の治療が進めば、一般の性犯事例と共通する特徴（認知・思考の歪みなど）は薄れる印象があり、再被害行為の予防は一般の性犯事例に比べ実行可能性が高い印象もある。

今後は、症例を積み重ねると共に、類型化の手法もパーソナリティ障害において行動規定因子をはかるために提唱された、生物社会

学的ディメンションモデルのようなものへの発展を目指し、また、分布図に基づき類型化した各事例に導入したアプローチの有効性についても検討を加え、類型別の治療技法に関しての知見も深めていく必要がある。

Ⅷ. 参考文献

1. Andreas Hill, et al. : Differential Pharmacological Treatment of Paraphilias and Sex Offenders.
2. 藤岡順子：性暴力の理解と治療教育. 誠信書房2007.7
3. Gitlin, M. J. : Psychotropic medications and their effects on sexual function. Diagnosis, biology. and treatment approaches.
4. William L. Marshall, et al. : SEXUAL OFFENDER TREATMENT.

Ⅸ. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会等発表

- 1) 村杉謙次：性暴力を繰り返す対象者へのアプローチ－医療観察法病棟における治療経験から－. 第4回日本司法精神医学会, 福岡, 2008.5.16
- 2) 村杉謙次, 日向悦二, 山本欣司, 横田聡子：対象行為別の治療プログラムの検討－性犯罪・放火－. 第4回医療観察法関連職種研修会, 石川, 2008.9.13
- 3) 村杉謙次, 小泉亮, 横田聡子, 大沼桂, 市川千鶴, 日向悦二：知的水準の低下と行為に対する否認が顕著な性犯事例へのアプローチ－性犯事例の類型化の試み－. 第6回医療観察法関連職種研修会, 神奈川県, 2010.6.12

3) 性嗜好障害の評価と治療

Assessment and Psychopharmacological treatment of sex offenders.

執筆担当者：安藤久美子 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所

はじめに

医療観察法対象者の対象行為分類をみると、平成22年7月15日現在における性犯罪、すなわち強制わいせつおよび強姦（未遂を含む）の占める割合は、入院処遇対象者では約6-8%、通院処遇対象者では約4-6%と報告されており、この割合は本法施行後5年間を通して大きく変化していない。つまり、医療観察法対象者全体に占める性犯罪事例は決して高い比率を占めている訳ではないといえる。しかし一方で、指定医療機関の現場からは、処遇および治療に難渋しているケースとして対象行為が性犯罪のケースがあげられることが少なくない。おそらくその背景には、性犯罪のケースにはパーソナリティ障害や精神遅滞などのDSM-IV-TRでいう二軸診断を併発している事例が多いことや、性嗜好障害に対する一定の治療方法が確立されていないことなどが理由として考えられる。そこで、本法対象者に対してより実践的で、有効な治療を提供するとともに、全国の指定医療機関における医療の質の均てん化を図ることを目的として、本稿では性嗜好障害に関する一般的知識、および海外における評価や治療方法について整理して、まとめることとする。

1. 概要

性に関する思考や行動の異常（性障害）には、その量的な異常と質的な異常がある。このう

ち質的な性障害のひとつで、普通でない対象、行為、または状況に関して、反復的に強烈な性的衝動を感じたり、空想を抱いたり、性的行動を反復することを特徴とするものを性嗜好障害という。性嗜好障害には、その他にもパラフィリア、異常性愛、性欲性倒錯症(ICD)などの用語があてられている。

2. 疫学と診断

性的嗜好異常の有病率は明らかではない。その理由として、第一に、性は文化や宗教などの社会的背景によって受容される範囲が異なるため、どこまでを障害として定義し、診断するのかという問題がある。第二に、性嗜好異常を主訴に自ら医療機関を訪れることが稀であることも理由のひとつとしてあげられる。そのため正確な数値については知られていないが、おそらく一般人口における有病率は医療機関で出会う割合よりも高いと考えられている。また、性差については、性的マゾヒズムの男女比は20対1と推定されているが、その他の性嗜好異常では女性が診断されることはほとんどないとされている。

DSM-IV-TRでは、性嗜好障害の診断カテゴリーのなかに性的対象に基づいた下位分類が示されている(表1)。診断にあたっては、各々の特徴が少なくとも6ヶ月間持続しており、また、それにより著しい苦痛、または社会的、職業的な機能の障害や対人関係上の困難が生じていることが診断の条件とされているが、

表1 性嗜好障害の分類 (DSM-IV-TR)

<p>F65 性嗜好の障害</p> <p>F65.0 フェティシズム</p> <p>F65.1 フェティシズム的服装倒錯症</p> <p>F65.2 露出症</p> <p>F65.3 窃視症</p> <p>F65.4 小児性愛</p> <p>F65.5 サドマゾヒズム</p> <p>F65.6 性嗜好の多重障害</p> <p>F65.8 その他の性嗜好の障害</p> <p>F65.9 性嗜好の障害, 詳細不明</p>
--

そうした条件とは別に、診断の定義となる行為自体が犯罪に該当、ないし関係していることもある。たとえば、露出症はわいせつ物公然陳列罪、窃触症は強制わいせつ罪、窃視症は住居不法侵入や迷惑防止条例違反、軽犯罪法違反などに該当する。また、フェティシズムの場合には、たとえば下着の窃取などの窃盗癖に結びついたり、小児性愛では強制わいせつや、わいせつを目的とした誘拐などの犯罪につながることもある。そのため、性嗜好障害の治療を行うにあたっては、司法と医療の両面からのアプローチが必要となると思われる。

3. 評価

性的な逸脱行動のなかには、DSM-IV-TRのI軸に該当するような様々な精神疾患から派生的に生じているものがある。そのため、一般的な精神医学的評価やその重症度について適切に診断しておくことが重要である。また、性的暴力行動というのは、偶発的であったり、衝動的なものであったり、重大なパーソナリティ障害の結果として生じていることもある。したがってIQやパーソナリティの傾向などについても心理学側面から評価しておくこと

が、適切な治療を選択するにあたって有用となる。

同様に、性行動に関する評価についても医学的、心理学的な多角的な観点からのアプローチが必要であり、海外の知見をまとめるとおおむね以下の4点から評価されている。

1. 性や性行動に関する検査：面接や質問紙などにより、一般的な性機能や性行動歴、(性に関する)認知の歪み、性的空想の質的・量的な評価、性的動因などについて評価する。
2. 生化学的検査：性ホルモンレベルを測定し、その推移をグラフ化する。これにより、ホルモンレベルの異常値を確認するだけでなく、抗アンドロゲン治療を実施する際のベースラインとしても用いることができる。
3. 生理学的検査：聴覚あるいは視覚刺激を与えながら、PPG (penile plethysmograph)によりペニスの体積(血流量増加)を測定したり、GSR (galvanic skin response)によって皮膚表面の電位反応を測定する。こうした刺激への反応や、反応までの時間を計測した結果を用いてレイプや小児愛、性的サディズムといった逸脱した性的嗜好の傾向について推定する。なお、性的嗜好を

推定する検査としてはAbel Assessmentもよく知られている。

4. 常習的犯罪のリスクの測定：常習的犯罪のリスクについては、Psychopathy Checklist Revised Edition (Hare, 1990)、Rapid Risk Assessment of Sexual Offender Recidivism: RRASOR (Hanson, 1997)、Statis 99 (Hanson & Thornton, 1999) などの検査ツールが有名である。ただし、こうした再犯危険率を推定する検査手法にはおのずと限界があるため、結果については注意深く用いられるべきであるとされている。

治療

1. 認知行動療法

性嗜好障害の治療の目的は、逸脱した性的空想を抑制し、それに伴う逸脱した性的欲求や行動を抑制することにより、常習的な性犯罪を低減することである。かつては精巣摘出などの外科的手法が選択されたこともあったが、性機能全般を失わせることなく、性的動因の水準を調整することが目的として、近年では認知行動療法などによる心理学的なアプローチが広く用いられている。

性嗜好障害に対する認知行動療法では、逸脱した性的行動につながるような思考の過程や選択について理解させ、自分自身の偏った思考パターンに焦点をあてることにより、最終的には、1. 認知の歪みの同定と改善、2. 被害者への共感の強化、3. 再発の防止を目標として行われている。こうした手法は、わが国の矯正施設でも採用されており、性犯罪者処遇プログラムの一貫としてリラプス・プリベンション技法による認知行動療法が導入されている。

2. 薬物療法

一方で、海外においては性嗜好障害に対する薬物療法の研究も進んでおり、抗精神病薬

や選択的セロトニン再取込阻害剤 (SSRI) による薬物療法や、直接的に性的欲動の減退を目的とした抗アンドロゲン剤およびLH-RH作用薬によるホルモン療法も実際に行われている。それぞれの薬剤の特徴について簡単に説明する。

(1) SSRI

近年の動物実験等の研究により、脳内の5HT濃度の上昇が性的動因や性行動の低減に関連していることが明らかになると、5HTに作用を及ぼす薬剤としてSSRIが注目されるようになった。SSRIは主に軽度から中程度の性嗜好障害に有効であるとされているが、重大な副作用がなく、ホルモンへの影響も少ないことから、とくに青年期の性犯罪者の治療に多く用いられている。

(2) Hormonal Agents — ホルモン剤

性的動因の低減のために用いられている代表的なホルモン剤はエストロゲンである。エストロゲンは精巣でのテストステロン生成を減少させる作用がある。また、酢酸メドロキシプロゲステロン (MPA) もアメリカの性犯罪者治療の分野では汎用されている薬剤のひとつであるが、頭痛、吐き気、嘔吐、ほてり、体重増加、精子産出の減少や女性化乳房など雌性化の副作用がみられるほか、深部静脈血栓症やインシュリン過剰反応による糖尿病患者への重大な副作用を招くおそれもあるため、これらの薬剤の使用には一定の制限が設けられている。

(3) LHRHアゴニスト

黄体形成ホルモン放出ホルモンアゴニスト (LHRHアゴニスト) は、視床下部下垂体軸を過剰に刺激することにより、下垂体を疲弊させ、結果としてゴナドトロピンの分泌を有意に抑制する作用をもつ。LHRHアゴニストは長時間作用することに加え、性的な攻撃行動の減少にも効果があり、さらには抗アンドロゲン治療に反応しなかった者にも一定の効果が

示されているため、重度のパラフィリアに対する治療として重要であると考えられている。

副作用としては、勃起不全、ほてり、骨密度の減少などがあげられる。なかでも骨粗鬆症のリスクは重大で、毎年の骨密度検査やビタミンDやカルシウムの摂取による予防的措置の必要性が提言されている。

(4) 抗アンドロゲン剤

代表的な抗アンドロゲン剤としては酢酸シプロテロン (CPA) がある。CPA は強力な黄体ホルモン系の作用によりLHRHの分泌を減少もしくは阻害する。CPAは逸脱した性的空想を抑制し、ペニスの勃起や射精、精子の生成を抑制する効果があることが数多く報告されているが、定期的な注射による投与の場合にはとくにノンコンプライアンス率が高く、治療が中断されやすいというデメリットもある。副作用としては、疲労感、過眠、抑うつ気分、女性化乳房などのほか、副腎や肝臓の機能不全を引き起こす可能性もあるため注意が必要とされている。

3. 治療アルゴリズム

ここまで、性嗜好障害に対する治療方法として、認知行動療法と薬物療法について取り上げてきたが、実際の治療では両者を組み合わせて行うことが主流となっている。欧米における治療アルゴリズムを図1に示した。

はじめに性嗜好障害をもつ全治療対象者に対して、およそ3ヶ月から6ヶ月の期間をかけて、性的衝動のコントロールを目的とした認知行動療法が実施される。また、他の精神疾患を合併している場合には、同時に併存疾患に対する薬物療法も行われる。

次に、心理学的アプローチだけでは治療効果が不十分であると判断されたケースに対しては、性行動の異常 (性障害) の重篤さなどに照らして、性嗜好障害そのものを標的とした薬物療法が組み合わされる。

性嗜好障害に対する薬物療法についても、海外の研究者によりいくつかのアルゴリズムが提唱されているが (Bradford, 2003)、いずれも性嗜好障害の重症度分類に基づいたものである。

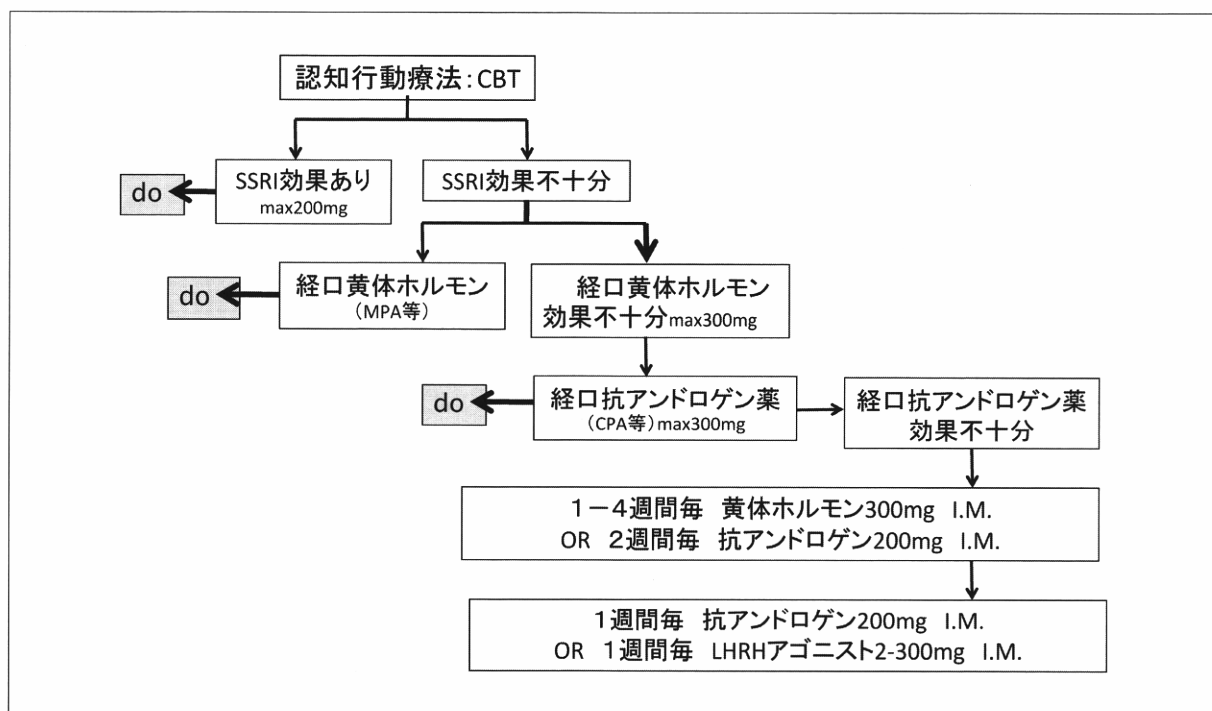


図1 性嗜好障害の治療アルゴリズム (Bradford, 2000, 2001)

具体的には、露出症、窃視症などの非接触性の性行動や、接触性の性行動であっても愛撫などに限定され、性的にサディスティックな刺激や強制的な性的興奮はないケースの場合には、障害のレベルは軽度～中等度に分類され、SSRIの併用が考慮される。次に、被害者への接触を伴うような、たとえば単純な愛撫を超えた侵襲的な性行動や3名以上の被害者が発生しているような小児性愛者や、強制的な性行動に対して軽度の興奮を示すようなケースの場合には障害のレベルは重度に分類され、MPAやCPAといったホルモン剤や抗アンドロゲン剤が単独、あるいはSSRIと併用して投与される。そして、性的サディズムの傾向が明らかな場合や、上述した経口薬に対する服薬コンプライアンスが不良な場合には、最重度なケースとして分類され、CPAの筋肉注射やLH-RH作用薬が適用される。

今後の治療の展望

性的逸脱行動に対する薬物療法というのは、神経生物学な基盤に基づいた科学的な治療方法である。また、その薬理的な作用機序についても明らかになっており、動物研究とオープン臨床試験の両方で、性的に逸脱した思考や行動を正常化するという一定の治療効果も示されている。しかし一方で、実際に性嗜好障害をもつ者に対して精神薬理学的治療を行うことについては倫理的障壁が大きく、とくにわが国においては二重盲検のプラセボコントロール研究などは殆ど実施されていないし、こうした研究に対するサポートも欠如している。さらに、こうした薬剤の大半はわが国では

適応や使用が認可されていないことも本分野の研究が停滞していることの理由のひとつであろう。これらの障壁にもかかわらず、認知行動的治療だけに頼った治療では限界があることも臨床家は実感している。将来的には、認知行動療法と薬物療法を組み合わせた治療的アプローチを行うことが再犯を防止するだけでなく、ひいては性嗜好障害をもつ者の円滑な社会復帰の促進にもつながるものと思われる。

参考文献

1. 平成22年度厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）心身喪失者等医療観察法制度における専門的医療の向上のためのモニタリングに関する研究（研究代表者 岡田幸之）
2. 安藤久美子：性嗜好障害. 法と心理学の事典, pp536-537, 朝倉書店, 東京, 2011
3. Hare, R. D.: The Hare Psychopathy Checklist-Revised Edition. Multihealthsystems. Toronto, 1990
4. Hanson, R. K.: The development of brief actuarial scale for sexual offender recidivism: RRASOR. Department of the Solicitor General of Canada. Ottawa, 1997
5. Hanson, R.K. and Thornton, D.: Static 99: improving Actuarial Risk Assessment for sex offenders. Department of the Solicitor General of Canada. Ottawa, 1997
6. Bradford, J. and Harris, VL, : psychopharmacological treatment of sex offender. Rosner, R.(ed) principles and Practice of Forensic Psychiatry 2nd edition. 685-698, Arnold, London, 2003

平成 22 年度厚生労働科学研究費補助金 障害者対策総合研究事業（精神障害分野）

医療観察法における医療の質の向上に関する研究

入院対象者の社会復帰促進に関する研究

分担研究者：来住 由樹 地方独立行政法人岡山県精神科医療センター

4) 共通評価項目の信頼性・妥当性に関する研究（2）

～ 2010 年 7 月 15 日現在の入院対象者の記述統計値

執筆担当者：壁屋 康洋 独立行政法人国立病院機構肥前精神医療センター

高橋 昇 独立行政法人国立病院機構花巻病院

研究協力者：療研究センター病院)

砥上 恭子（独立行政法人国立病院機構菊池病院）	岡田 秀美（群馬県立精神医療センター）
西村 大樹（岡山県精神科医療センター）	小片 圭子（群馬県立精神医療センター）
野村 照幸（独立行政法人国立病院機構さいがた病院）	松下 亮（独立行政法人国立病院機構さいがた病院）
古村 健（独立行政法人国立病院機構東尾張病院）	磯川 早苗（地方独立行政法人大阪府立病院機構大阪府立精神医療センター）
山本 哲裕（独立行政法人国立病院機構東尾張病院）	堀内 美穂（独立行政法人国立病院機構久里浜アルコール症センター）
中川 桜（独立行政法人国立病院機構榊原病院）	高橋 紀子（独立行政法人国立病院機構花巻病院）
川田加奈子（独立行政法人国立病院機構鳥取医療センター）	小川 佳子（独立行政法人国立病院機構久里浜アルコール症センター）
西 真樹子（独立行政法人国立病院機構菊池病院）	大賀 礼子（独立行政法人国立病院機構肥前精神医療センター）
箕浦 由香（群馬県立精神医療センター）	小川 歩（独立行政法人国立病院機構下総精神医療センター）
宮田 純平（岡山県精神科医療センター）	須賀 雅浩（独立行政法人国立病院機構久里浜アルコール症センター）
前上里康史（独立行政法人国立病院機構琉球病院）	荒井 宏文（独立行政法人国立病院機構北陸病院）
比嘉麻美子（独立行政法人国立病院機構琉球病院）	深瀬 亜矢（独立行政法人国立病院機構北陸病院）
喜如嘉紗世（独立行政法人国立病院機構琉球病院）	大岩 三恵（独立行政法人国立病院機構久里浜アルコール症センター）
横田 聡子（独立行政法人国立病院機構小諸高原病院）	林 聖子（地方独立行政法人静岡県立病院機構病院静岡県立こころの医療センター）
山下 泉（独立行政法人国立病院機構小諸高原病院）	柿田 知敏（長崎県立精神医療センター）
東海林 勝（独立行政法人国立病院機構下総精神医療センター）	常包 知秀（独立行政法人国立病院機構鳥取医療センター）
大原 薫（独立行政法人国立病院機構さいがた病院）	山下 豊（鹿児島県立始良病院）
辰野 陽子（独立行政法人国立病院機構肥前精神医療センター）	笠井 正一（山梨県立北病院）
今村 扶美（独立行政法人国立精神・神経医	

研究要旨

医療観察法医療において継続的な評価として用いられる共通評価項目は尺度としての信頼性・妥当性の検証が未だ行われていない。本研究では共通評価項目の信頼性・妥当性を検証することを目的としている。本研究1年目には評定者間信頼性の検証を行ったが、2年目の本年は記述統計値の検討から共通評価項目の特徴について描くことを目的としている。

2010年7月15日時点で指定入院医療機関に入院していた対象者439名のデータをもとに、共通評価項目の評定値に関する記述統計値をまとめた。治療ステージ、性別、年齢、診断、対象行為ごとの群間比較も行い、その結果、共通評価項目の各項目の性質から妥当性の傍証となるような結果も数多く得られた。それぞれの分析結果については本文にて詳述する。

この研究をさらに推し進め、今後は各項目の相関分析や因子分析を行い、下位項目の構成についても再検討を行っていききたい。

1. はじめに

医療観察法医療において鑑定・入院・通院の全てにおいて用いられている共通評価項目は、HCR-20等をベースに作られているが、尺度としての信頼性・妥当性の検討が未だなされていない。法施行から5年が過ぎてデータが蓄積されているところでもあり、本研究では共通評価項目の信頼性・妥当性を検証し、統計的な信頼性・妥当性の担保された尺度へと改訂を進めることを目的としている。まず昨年度は共通評価項目の基盤となっているリスクアセスメント研究のレビューや評定者間信頼性の検証を行った。目下さらなる信頼性と妥当性の検証に向けてデータを収集しているところではあるが、研究の2年目に当たる今年度は入院対象者の共通評価項目の評定値に関する記述統計値をまとめ、信頼性と妥当性の検証の基礎としたい。

2. 方法

1) 対象

2010年7月15日時点で入院対象者を受け入

れている22の指定入院医療機関のうち、研究協力の得られた指定入院医療機関の入院対象者のデータを用いた。データの抽出は診療支援システムのCSV出力プログラムを用いた。データは19施設から回収され、合計439名分となった。

2) 倫理的な配慮

各機関の研究協力者から入院対象者の情報を収集する際には、住所・氏名ならびに会社名・学校名・地名等個人の特定につながるような個人情報は削除した。情報漏洩を防ぐため、データの受け渡しは基本的に手渡しもしくは書留での郵送とし、e-mailを使用するときは暗号化を行い、パスワードはe-mail以外の手段で伝達した。各施設でのデータの管理は、所属施設の心理療法士が責任をもって行った。データの保管に関し、紙情報は鍵のかかるロッカー、電子情報はインターネットに接続していないパソコン、もしくは暗号化されたドライブに保管した。

発表には統計的な値のみを発表し、一事例の詳細な情報を発表することはしない。