

厚生労働行政推進調査事業費補助金

厚生労働科学特別研究事業

性行動異常を呈する者の精神医学的考察と

認知行動療法を含めた介入方法の検討

及び性被害者の心理的ストレス対処に資する実態調査

令和6年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 張 賢徳

目 次

I	総括研究報告	
	性行動異常を呈する者の精神医学的考察と認知行動療法を含めた介入方法の検討 及び性被害者の心理的ストレス対処に資する実態調査	1
	国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 所長/張 賢徳	
II	分担研究報告	
	1. 性犯罪者の特性と支援の在り方に関する研究	9
	千葉大学社会精神保健教育研究センター 社会精神保健教育研究センター 教授/五十嵐 禎人	
	別紙報告書 1 :	
	小児性愛症への認知行動療法の効果性に関するシステマティック・レビュー	15
	別紙報告書 2 :	
	性嗜好障害および性加害に対する地域・医療・司法的処遇の国際的取り組み —カナダおよびイギリスにおける現地調査と文献レビューに基づく現状分析—	20
	別紙報告書 3 :	
	わが国の精神科医療施設における性嗜好障害 (パラフィリア症群)・強迫的性行動症患者 に関する実態調査研究 フェーズ 1	29
	2. 性的問題行動のある者に対する認知行動療法の考え方に基づいた ケア支援プログラムの提案に関する研究	37
	国立精神・神経医療研究センター 認知行動療法センター 認知行動療法診療部 臨床技術開発室長/吉田 和史	
	3. 医療観察法の対象となった性他害行為者の特徴に関する研究	49
	国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 地域精神保健 法制度研究部 客員研究員/菊池 安希子	
	4. 性犯罪被害者支援、医療機関の受診行動を改善するための web アンケート調査	63
	国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 名誉所長・所長室 客員研究員/金 吉晴	
III	研究成果の刊行に関する一覧表	69
IV	倫理審査等報告書の写し	70

I. 総括研究報告書

性行動異常を呈する者の精神医学的考察と認知行動療法を含めた介入方法の検討
及び性被害者の心理的ストレス対処に資する実態調査

研究代表者 張 賢徳

国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 所長

研究要旨：

【背景】「学校設置者及び民間教育保育等事業者による児童対象性暴力等の防止等のための措置に関する法律」（日本版 DBS 法）の附帯決議により、性加害者の更生プログラムの充実と治療的支援の強化とともに、加害者や性嗜好障害の疑いがある者が適切な治療や支援を受けられる環境の整備に取り組むことが掲げられた。しかし、本邦の精神医学研究においては、これまでに性嗜好障害や過剰性欲等の性行動異常を呈する者に関する研究が十分になされてきたとは言い難い状況である。本研究では、国内外の性行動異常を呈する者に関する知見を集積し、有効なケア支援プログラムやその普及について検討を行い、また、医療観察法の対象となった性他害行為者の実態について調査した。さらに、性被害者の相談行動の促進・阻害要因を調査し、被害者支援について検討を行った。

【方法】性犯罪者の特性と支援の在り方に関する研究では、文献レビュー、カナダへの訪問調査、国内の医療機関・精神保健福祉センターを対象としたアンケート調査を実施した。また、国内で実施されているケア支援プログラムに関して有識者の見解を聴取し、エキスパートによるコンセンサス会議を経てケア支援プログラムの提案を行った。さらに、医療観察法の対象となった性他害行為者では、医療観察法通院処遇者の既存データを用いて、彼らのネガティブ転帰のリスク要因を性的対象行為の者と非性的対象行為の者の間で比較した。性被害者支援に関する研究では、一般市民を対象に、性被害と自然災害時を体験した場合を想定した意見について Web アンケート調査を実施した。

【結果】海外の研究から Good Lives Model を中核とした支援により行動化と再犯リスクの減少が期待できることが明らかとなり、カナダではそれらの支援が社会の中で継続できる制度が確認された。国内の実態は、以前から実施されているケア支援プログラムが一定の効果を示しているものの、専門的治療を提供人材及び施設が希少であること、性嗜好障害に対する治療方針のコンセンサスの確立が課題として挙げられた。また、医療観察法通院処遇者においては、対象者の少なさのために統計的有意差はみられなかったものの、性他害行為者に対する精神医学的考察の重要性が示唆された。性犯罪被害者支援に関する研究では、性被害特有の相談促進・阻害要因が示され、相談先としての警察の役割の重要性や早期相談につながるシステムの必要性が示唆された。

研究分担者

五十嵐 禎人

千葉大学社会精神保健教育研究センター 社会精神保健教育研究センター 教授

吉田 和史

国立精神・神経医療研究センター 認知行動療法センター 認知行動療法診療部 臨床技術開発室長

菊池 安希子

国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 地域精神保健 法制度研究部 客員研究員

金 吉晴

国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 名誉所長／所長室 客員研究員

A. 研究目的

性犯罪による被害者の心身の影響は甚大であり、性犯罪防止は大きな社会課題の一つである。特に、本邦においては令和6年6月に「学校設置者及び民間教育保育等事業者による児童対象性暴力等の防止等のための措置に関する法律」（いわゆる日本版DBS法）が成立し、児童・生徒を含む若者への性犯罪に対する社会的な注目が高まっている。同法の主旨は性犯罪者から子どもを守ることであるが、同時に、附帯決議において、再犯防止等のために、①性嗜好障害の治療等のデータの蓄積など科学的根拠の構築に必要な調査研究を進めること、②加害者の改善更生及び社会復帰を支援するため、認知行動療法に基づく治療的支援を強化し、加害者更生プログラムの充実を図り、加害者の受講を促進すること、③加害者のみならず、専門家によって性嗜好障害またはその疑いがあると診断された者が適切な治療や支援を受けられる環境の整備に取り組むことが掲げられている。

本邦の精神医学研究においては、これまでに性嗜好障害や過剰性欲等の性行動異常を呈する者に関する研究が十分になされてきたとは言い難い状況である。そのため、本法の附帯決議にある性嗜好障害の治療等のデータの蓄積を図るため、本研究では小児性愛症等も含めて性嗜好障害等の性行動異常を呈する者に関する国内外の知見を集積し、どのようなケアや介入方法が有効かつ適切であるかについて検討を行う。同時に、本邦での性嗜好障害等の治療実態の調査も行う。特に、性加害者で治療やケアを要する者に対して、どのようなケア支援プログラムが行われているのか、その現状を調査し、より良いプログラムの内容とその普及を考えることは非常に重要な課題であるため、本研究ではそれらにも取り組む。

また、日本版DBSの対象にならない性加害者についても検討しておく必要がある。日本版DBSの対象となる性犯罪歴は、裁判所から有罪判決を宣告されたものに限られ、性被害者が出ていてもそ

の行為が不起訴処分とされたものについては対象外とされる。その一例が、性加害行為を行いつつも「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（以下、医療観察法）」の対象となった者である。本研究では、そのような者の実態についても調査する。

さらに本研究は、性被害者のケアにも目を向け、受療行動の促進要因と阻害要因を調査し、被害者支援に資する知見を抽出することも目的とする。

B. 研究方法

1. 性犯罪者の特性と支援の在り方に関する研究 1) 文献レビュー

小児性愛症に対する認知行動療法の有効性を検討した研究をレビューするために、データベースPubMed、PsycINFO、Web of SCIENCEを用いて文献検索を行った。検索条件として、①Journal Articlesであること、②「Title」か「Abstract」のいずれかに「Pedophilia」「cognitive behavioral therapy」の語句が用いられていることとした。発行年については制限を設けなかった。抽出された文献の中から、被害者が小児（未成年）ではないもの、介入研究ではないもの、介入の主たる目的が小児に対する性犯罪の治療ではないもの、重複して抽出されたものは対象から除外した。さらに、この検索の過程で抽出されたシステマティック・レビューやメタアナリシスを実施している文献内に引用されている研究のうち、上述の検索条件、および除外条件を満たす文献の抽出を行った。

（倫理面への配慮）該当なし。

2) 海外調査

カナダおよびイギリスにおける性加害者の処遇・治療・支援に関する先行研究、行政報告書などを収集・分析した。また、2025年3月4日から7日にかけて、カナダの地域施設への訪問調査を実施し、現場の支援者・専門職（精神科医、心理師、

ソーシャルワーカー、アディクションセラピスト等)から聞き取りを行った。

(倫理面への配慮)各施設の指示に従い、事前に説明し許可を得た上で実施した。個人情報の保護、所属施設の特定回避など、適切な配慮を行った。

3) アンケート調査

本邦の性嗜好障害等の治療実態を調べるため、全国の精神病床を有する医療機関(1556施設)、日本精神神経科診療所協会に所属する精神科診療所(1700施設)ならびに精神保健福祉センター(69施設)を対象としてアンケート調査を行った。調査項目は、年齢、性別、臨床経験年数、所属施設の属性、パラフィリア症の診療経験、パラフィリア症の治療に関する回答者の考え方などである。

(倫理面への配慮)参加は任意であることを保障した。調査内容に患者が特定されるような個人情報は含まない。調査対象者の個人情報は取得しないが、今後の調査に協力すると回答した人には連絡先の記載を求めた。

4) 有識者への意見聴取

性加害者に対する国内の処遇プログラムや性的問題行動に関する治療プログラムに関する有識者の見解を聴取した。意見聴取先は法務省矯正局、法務省保護局、法務省大臣官房秘書課、刑事施設、保護観察所、地方公共団体、精神保健福祉センター、性的問題行動に関連する専門治療を行っている医療機関から協力を得た。

(倫理面への配慮)参加は任意であることを保障した。調査内容に性加害者や患者が特定されるような個人情報は含まない。

5) エキスパートによるコンセンサス会議とケア支援プログラムの提案

性的問題行動のある者に対する医学的治療や心理学的支援に精通している精神科医師1名、公認心理師2名が参加し、ケア支援プログラムの枠組みや内容等について議論を行った。有識者からの意見聴取やエキスパートによるコンセンサス会議の内容を踏まえ、医療機関での実施を想定した、性的問題行動のある者に対する認知行動療法の考え方に基づいたプログラムの提案を行った。

(倫理面への配慮)参加は任意であることを保障した。調査内容に性加害者や患者が特定されるような個人情報は含まない。

6) 医療観察法の対象となった性他害行為者の特徴に関する研究

医療観察法通院処遇者の既存データを用いて、心神喪失または心神耗弱で性的対象行為を行った者のネガティブ転帰(対人暴力、自傷、自殺、セルフネグレクト、物質乱用、無断退去、被害)のリスク要因20項目について、性的対象行為の者と、それ以外の対象行為(以下、非性的対象行為)の者の間で比較した。また、性的対象行為者において、リスク要因調査から6ヶ月間に再他害があったかどうかを検討した。

(倫理面への配慮)本研究のデータソースとなった研究は、法務省各保護局において実施の承認を得た上で、国立精神・神経医療研究センターの倫理審査委員会による承認を得て行われた。データは個人を特定できない形で収集されており、本研究は収集データの二次解析として実施された。

2. 性犯罪被害者支援:医療機関の受診行動を改善するためのwebアンケート調査

一般市民(インターネット調査会社に登録している回答モニターのうち18歳以上の女性)を対象にWebアンケート調査を実施し、性被害(性暴力・強制わいせつ)および比較のためのそれ以外の重大ストレス(自然災害)を体験した場合を想定し

た意見について調査した。

(倫理面への配慮)参加は任意であることを保障した。調査内容に個人が特定されるような情報は含まない。

C. 研究結果

1. 性犯罪者の特性と支援の在り方に関する研究 1) 文献レビュー

小児性愛症に対する認知行動療法に関する研究を調査した。3つの学術文献データベースの検索の結果、51件の候補があり、基準に従い文献を抽出したところ3件が抽出された。その後、引用文献による抽出の結果、新たに2件の文献が抽出され、計5本の文献が本レビューの対象となった。研究デザインとしては、統制群(例えば、Treatment as usual)や待機群などの治療効果を検証するための比較対照群は設定されておらず、治療前・後の比較、または治療後の追跡調査により再犯・再発率の調査を行っていた。

5つの文献のうち4件において再発防止を目的としたリラプス・プリベンション・モデル(Relapse Prevention Model)が採用されていた。2015年以降の2件ではグッド・ライズズ・モデル(Good Lives Model)が組み込まれていた。

治療効果については、治療によって再犯リスクは低下すること、治療期間中の再発率は低い傾向にある一方で、長期の追跡調査では再犯率が高い傾向にあること、小児性愛症を想定する指標の変化は認められないことが確認された。

2) 海外調査

<イギリス>

かつて広く導入されていた性犯罪者治療プログラム(SOTP: Sex Offender Treatment Programme)は、認知行動療法(CBT)を基盤とする再犯防止プログラムであったが、2017年にその効果の限界が指摘され、運用の見直しが図られた。これを受けて新たに導入されたのが「Horizon」

および「Kaizen」という2つの治療プログラムである。これらは、いずれも再犯リスクのレベルや対象者のニーズに応じて柔軟に適用される構造を持ち、SOTPの限界を克服する形で設計された。

Horizonは、中程度のリスクと評価された性犯罪者を主な対象としたプログラムである。性犯罪者特有の問題に限定せず、一般の犯罪者と共有される心理社会的リスク要因(問題解決能力の欠如、自己統制の困難さ、対人関係スキルの低さなど)に焦点を当てて構成されている。

Kaizenは、高リスクかつ高ニーズの性犯罪者を対象に設計された、より集中的なプログラムである。KaizenはRNR原則(リスク、ニーズ、反応性原則)に基づき、犯罪者の生物学的、心理学的、社会的要因を統合的に評価し、それぞれに応じた包括的な支援を展開する点に特徴がある。

どちらのプログラムでも、「Good Lives Model」の考え方を取り入れ、強みや希望に焦点を当てた支援が提供される。また、「反応性の原則(Responsivity Principle)」の徹底により、個別化された支援プランの提供が可能となっている。

また、地域処遇における民間団体や地域機関による支援や医療機関との連携体制が構築されている。

<カナダ>

カナダ矯正局(CSC)によって提供される統合プログラムモデル(Integrated Correctional Program Model)では、刑務所内および地域社会(出所後)を含む治療・支援が段階的に構成されている。出所後の性犯罪者に対しても継続的なリスク・マネジメントが法的に制度化されている。

カナダで性加害者に対する支援の中心的役割を担っている先進的な外来治療クリニックでは、子どもへの性的関心を持つが行動に至っていない成人男性も対象とした治療・支援が行われており、匿名によるオンライン相談などの活用も行われている。

3) アンケート調査

185通の回答を得た（回答率5.6%）が、解析の対象となったのは175件であった。

回答者のうち性嗜好障害（性的倒錯、及びそれに類する精神障害を含む。以下同じ）を有する患者を診療した経験を多数有する者は2名であった。85名が若干の診療経験を有しており、84名がまったく臨床経験を有していなかった。

性嗜好障害の患者に対する対応方針としては、専門的知識・技術に基づき積極的に診療を請け負っていると回答した者が2名、専門的知識・技術はあるとはいえないが求められれば診療を請け負っていると回答した者が105名、診療を断るか他院を紹介していると回答した者が41名であった。上記のいずれでもないと回答した者は27名であった。

性犯罪の前科・前歴、少年非行歴があるが性嗜好障害を有しているとはいえない患者に対する診療については、専門的知識・技術に基づき積極的に診療を請け負っていると回答した者が1名、専門的知識・技術はあるとはいえないが求められれば診療を請け負っていると回答した者が106名、診療を断るか他院を紹介していると回答した者が48名であった。上記のいずれでもないと回答した者は20名であった。

回答者のうち、所属施設で性嗜好障害の専門的治療プログラムを提供していると回答した者は4名であった。所属施設が性嗜好障害の治療もしくは性犯罪の予防にかかる専門機関との連携体制を有していると回答した者は9名いた。なお、そのうち所属施設が性嗜好障害の専門的治療プログラムを提供していると回答した者は2名であった。

4) 有識者への意見聴取

性加害者に対する国内の処遇プログラムや性的問題行動に関する治療プログラムの枠組みは、施設内処遇から社会内処遇、そして地域や医療機関における支援等の文脈に応じて設定されていた。

刑事施設においては、原則として性犯罪再犯防止指導の指定がなされれば、同指導の受講は必須の環境であり、長期間のプログラムを実施できる。一方、保護観察所では、親子関係等も含め、目の前に現実的な刺激がある生活状況での衝動の抑制について、より現実に即した形で取り扱うことができるなど、プログラムの実施機関によってそれぞれの強みがあるため、それを活かした処遇が望まれるという意見が聞かれた。

刑事施設や保護観察とは異なり、医療におけるプログラムへの参加は任意性が高いため、必要と思われる者であっても本人の意志や動機がなければ参加には至らない難しさがあることが語られた。

法務省は、令和5年3月に「性犯罪の再犯防止に向けた地域ガイドライン」（以下、地域ガイドライン）を公表した。ここで挙げられている地方公共団体としては、都道府県を想定しているものの、現時点ではその運用が十分に広がっているとは言えないとのことであった。再犯防止の枠組みにおいて、地域ガイドラインでは、保護観察所を経て地方公共団体にその取り組みが降りていく体制を想定しているが、対応可能な医療機関が極めて限られており、性的問題行動に関連した治療ガイドラインが存在しない現状が述べられた。

また、地域ガイドラインでは精神保健福祉センターが連携先として記載されているが、精神保健福祉センターに地域ガイドラインが十分に浸透しているとは言い難い。その一因として、地域ガイドラインが法務省から発出されている一方で、精神保健福祉センターは厚生労働省の管轄にあることも影響している可能性が指摘された。こうした状況から、今後は省庁横断的な治療体制の充実が望まれるという意見が聞かれた。

今回意見聴取を行った精神保健福祉センターからは、性犯罪に関する取り組みにおいて地域のネットワークを形成することの重要性が語られたが、同時に連携可能な医療機関の情報が不足しており、受け入れ先が乏しいという課題も挙げた。

た。地域ガイドラインには、地方公共団体が担う役割が記載されているが、現状では担当するにあたっての体制が十分に整っていない現状が浮き彫りになった。

5) エキスパートによるコンセンサス会議とケア支援プログラムの提案

刑事施設や保護観察所で現在実施されているプログラムを基盤に、医療機関での実施を想定し、認知行動療法の考え方に基づいたケア支援プログラムについて議論が行われた。

今回提案するケア支援プログラムは、刑事施設や保護観察所で実施されているプログラムを元に、コーピングや性教育等についても主たるテーマとして明示する形でコンセンサスが得られた。認知行動療法の考え方に基づくのであれば、基本となる競合行動バイパスモデルを基盤に据え考えること、インテークとして個別で時間を設けること、特に性的問題行動に至るプロセス等のアセスメントを十分に行い、自己理解および性的問題行動の理解を行うことの重要性が述べられた。医療機関で実施する場合には、病院までの行き帰りなど、様々な環境が要因となりうることから、性的問題行動に関するリスクについての環境を含めたアセスメントや、ケースフォーミュレーションを行うことの重要性が語られた。

プログラムを実施する中で、自身の生活の価値が安定してくることが、再犯防止につながっている印象があるとの意見もあった。これについて、国外のプログラムにおいても、従来のリラプス・プリベンション・モデルに加えて、最近ではグッド・ライブズ・モデルの考え方によるモジュールが増えている印象があるとのことであった。また、性的問題行動については、依存としての対応と、問題行動としての対応とがあり、プログラムの中でどのように扱っていくのかを明確にする必要があるとの意見もあった。一方で、必要とする多くの人がプログラムを受けられるためには、プログラムを実施する側の負担が大きくなりな

とも大切であり、基盤となるプログラムの内容は複雑にならないことも重要であるとの意見も出た。

参加者に応じたプログラム実施の柔軟性については議論の尽きないところであり、普遍的な行動の制御に関する内容で奏功する者もいれば、今回提案したような性的問題行動に特化した内容を行うべき者、特に医療機関においては、性に関する問題のみならず、併存する他の精神疾患に関する内容の提供も必要とされる者など様々であることも述べられた。

6) 医療観察法の対象となった性他害行為者の特徴に関する研究

本研究対象条件を満たし研究対象となった男性の対象者は143名であった。性的対象行為の者は143名中10名(7.0%)であり、内訳は不同意性交等(データ収集時名称「強姦」)が7名(70.0%)、不同意わいせつ(データ収集時名称「強制わいせつ」)が3名(30.0%)であった。

非性的対象行為の者は143名中133名(93.0%)であり、その内訳は、殺人39名(29.3%)、傷害56名(42.1%)、放火31名(23.3%)、強盗7名(5.3%)であった。平均年齢は、性的他害行為者が40.60±12.2歳、非性的対象行為者が46.69±15.8歳であった。診断では、どちらの群もF2(統合失調症、統合失調症型障害および妄想性障害)が最も多く、約8割を占めていた。

医療観察法通院処遇者における、ネガティブ転帰(対人暴力、自傷、自殺、セルフネグレクト、物質乱用、無断退去、被害)のリスク要因及びストレングス要因のプロフィールは、性的対象行為者と性的以外の対象行為者において有意な差はみられなかった。

2. 性犯罪被害者支援：医療機関の受診行動を改善するためのweb アンケート調査

女性3601名(年齢 $M=44.9$, $SD=14.1$, Range: 18-89)から回答を得た。

相談先として、精神科医療機関のみ、自然災害と性被害の設問間に有意差がなかった。その他の選択肢では、家族、友人、市役所等は自然災害での選択が多く、他の相談先および「どこにも相談しない」は性被害設問での選択が多かった(all p s < .01)。

相談のしやすさに関しては、警察のみについて性被害設問で相談しやすさの得点が高かったが、その他の相談先はすべて自然災害設問のほうが相談しやすさが高かった(all p s < .001)。

相談時期については、性被害設問では自然災害設問に比べ、より短い時間経過が選ばれた(p < .001) 一方で、「生涯相談しない」選択も多かった(p < .001)。

性被害特有の相談しにくい理由として「言いにくい」「人に知られたくない」「内容がデリケート」「怖い」が抽出された。また「恥ずかしい」と考える人も多かった。さらに改善点としては「被害者への理解」「プライバシーが守られる」ことが挙げられた。また、性被害特有の要因として相談先の人物は同性(女性)が相談しやすいことが示された。さらに必要な啓発ではテレビ・SNS・インターネット、学校・病院での啓発のほか、警察からの情報発信、公共のトイレに掲示物を貼ることが必要と考えられていることが示唆された。

D. 考察

まず、小児性愛症に対する認知行動療法の海外の研究結果では、リラプス・プリベンション・モデルに加え、グッド・ライブズ・モデルを採用することによって、行動化と再犯リスクの減少が期待できることが明らかとなった。今後、本邦で小児性愛症に対する治療を開発する際に参考のできる知見である。一方で、長期の追跡調査では再犯率が高くなること、小児性愛症を想定する指標の変化は認められないことが海外先行で確認された。これより、治療内容の開発と治療の継続性がともに今後の課題である。

海外調査では、イギリスおよびカナダにおける性嗜好障害・性加害行動に対する具体的な対応は、リスク・アセスメントに基づき、社会内での治療を制度的に継続できる仕組みが確立されていることが明らかになった。司法・医療・地域支援の各分野が連携しながら、段階的かつ多層的に行われていた。これらの例を参考にしつつ、日本では次のような課題に取り組む必要がある。(1) リスク評価に基づいた治療(治療の義務)や指導の法的枠組みの整備・拡充、(2) その受け皿となる地域の治療機関や専門職(精神科医・心理師・ソーシャルワーカー等)の計画的な配置と育成、(3) 司法・医療・福祉が連携し個別ケースに即した支援計画を運用できる体制の確立、そして(4) これらを持続的に支えるためには、財政的基盤を構築し、治療支援に対する公的助成制度を確立することである。

翻って本邦の現状は、本研究のアンケート調査から、性嗜好障害について専門性を有している医師及び治療施設は数えるほどしかないであろうことがうかがわれた。ごく一部では先進的な取り組みを行っているが、それらは全国的なコンセンサスになっておらず、性嗜好障害等に対する治療方針についてのコンセンサスが確立されていないことが確認された。さらに本研究で行った有識者やエキスパートへのインタビュー調査の結果、刑事施設や保護観察所において以前から実施されている性犯罪者に対する認知行動療法の考え方に基づいたプログラムは、一定の効果が確認されているものの、現状では対応可能な医療機関が乏しいことや、地域ガイドラインの具体的な運用体制が十分に整っていないことが聞かれ、未だ地域ガイドラインの利活用には至っていないことがわかった。司法における処遇と医療における治療とのシームレスな連携のためには、司法と医療の垣根を越えた連携体制の整備が求められる。

以上が日本版DBS法にも関わることであるが、それに該当しない性加害者についても検討しておく必要がある。その一例が、性加害行為を行い

つつも医療観察法の対象となった者である。本研究では、医療観察法通院処遇者の既存データを用いて、性加害者の特徴を抽出しようと試みた。今回の対象者は男性143名であり、そのうち性加害者は10名（7.0%）であった。診断はF2（統合失調症、統合失調症型障害および妄想性障害）が最も多く、8名（80%）であった。性加害者の精神医学的考察を個別に丁寧に進めていかねばならないことを示す大事な所見であると言えよう。

最後に、性犯罪被害者支援について述べる。本研究から、性被害の相談先としては「家族」「友人」のような身近な人は選ばれることが少ないことが示された。一方、警察に相談しやすいと考える人が多かったことから、警察が事件性を認知した段階から被害者支援にも配慮する姿勢と具体的な支援システムの必要性が示唆された。また、被害に遭った場合、早く相談したほうが良いと考える人が多かったことから警察の役割は大きいと考えられる。相談の心理的閾値を下げる要因としては「被害者への理解」「プライバシーが守られる」「同性(女性)が相談しやすい」ことが示された。被害者支援を考える上で貴重な示唆が得られた。

E. 結論

本邦では性嗜好障害について専門性を有している医師及び治療施設は数えるほどしかない現状が確認された。ごく一部では先進的な取り組みを行っているが、性嗜好障害等に対する治療方針についてのコンセンサスも確立されていない。

法務省は、令和5年3月に「性犯罪の再犯防止に向けた地域ガイドライン」を公表し、保護観察所を経て地方公共団体にその取り組みが降りていく体制を想定しているが、対応可能な医療機関が極めて限られており、性的問題行動に関連した治療ガイドラインが存在しないのが現状である。地域ガイドラインでは精神保健福祉センターを連携先として記載しているが、精神保健福祉センターに地域ガイドラインが十分に浸透していると

は言い難い。

性嗜好障害の治療の受け皿作り（治療ガイドラインの作成、治療実施機関の養成等）が必要であると同時に、司法における処遇と医療における治療とのシームレスな連携のためには、司法と医療の垣根を越えた連携体制の整備が求められる。

このような体制作りは性加害者の再犯防止に役立つだけでなく、触法に無関係だが治療を求める性嗜好障害の人たちにも有益であろう。性嗜好障害の人たちがみな性犯罪を犯すわけではないことを強調しておく。

さらに、被害者支援の重要性を指摘しておきたい。本研究によって、早期に相談できるシステムの必要性が示唆された。今後、そのような社会実装をさらに推進する取り組みも必要である。

本研究の端緒は令和6年6月に成立した「学校設置者及び民間教育保育等事業者による児童対象性暴力等の防止等のための措置に関する法律」

（いわゆる日本版DBS法）にある。同法の附帯決議において、性加害者の更生プログラムの充実と治療的支援の強化が書かれ、また、加害者のみならず、専門家によって性嗜好障害またはその疑いがあると診断された者が適切な治療や支援を受けられる環境の整備に取り組むことが掲げられている。これを機に本研究班が立ち上がったわけであるが、それまで臨床、研究両方において、性嗜好障害や性加害者はほとんど顧みられることがなく、それゆえ国内での先行研究が皆無に等しい中で本研究班の活動が開始された。研究活動に与えられた時間的猶予は短期間であったが、今後の研究につながる重要な知見を得ることができた。それぞれの分担研究の詳細は、各分担研究報告書を参照されたい。

最後に、短期間で成果を出していただいた研究分担者ならびに研究協力者に感謝申し上げ、本稿を終える。

F. 健康危険情報

なし

令和6年度厚生労働行政推進調査事業費補助金（厚生労働科学特別研究事業）
性行動異常を呈する者の精神医学的考察と認知行動療法を含めた介入方法の検討及び性被害者の心理的ストレス対処に資する実態調査

II. 分担研究報告書

1. 性犯罪者の特性と支援の在り方に関する研究

研究分担者 五十嵐禎人 千葉大学社会精神保健教育研究センター

研究要旨：

性行動異常を呈する人に対する治療・支援の実態を明らかにするために、文献レビュー、海外調査、アンケート調査を実施した。小児性愛症に対する認知行動療法（CBT）に関する文献レビューの結果、継続的なフォローアップを行うことにより、再発防止が期待できることが明らかになった。海外調査の結果から、リスク・アセスメントに基づき、社会内での治療を制度的に継続できる仕組みを確立すること、司法・医療・福祉が連携し個別ケースに即した支援計画を運用できる体制の確立などが重要であることが明らかになった。アンケート調査の結果から、性嗜好障害に対する専門的治療を提供可能な人材及び施設が希少であること、性嗜好障害に対する治療方針についてもコンセンサスが確立されていないことが明らかになった。

研究協力者（順不同、敬称略）

椎名明大 千葉大学社会精神保健教育研究センター治療社会復帰部門特任教授

東本愛香 千葉大学社会精神保健教育研究センター法システム研究部門特任講師

野村和孝 千葉大学社会精神保健教育研究センター法システム研究部門客員准教授・北里大学医療衛生学部保健衛生学科准教授

西中宏吏 千葉大学社会精神保健教育研究センター法システム研究部門客員研究員・早稲田大学人間科学学術院講師

であり、性犯罪防止は大きな社会課題の一つである。特に、わが国においては令和6年6月に「学校設置者及び民間教育保育等事業者による児童対象性暴力等の防止等のための措置に関する法律」が施行され、児童・生徒を含む若者への性犯罪に対する社会的な注目が高まっている。同法の主旨は性犯罪者から子どもを守ることであるが、同時に、附帯決議において、再犯防止等のために、①性嗜好障害の治療等のデータの蓄積など科学的根拠の構築に必要な調査研究を進めること、②加害者の改善更生及び社会復帰を支援するため、認知行動療法に基づく治療的支援を強化し、加害者更生プログラムの充実を図り、加害者の受講を促進すること、③加害者のみならず、専門家によって性嗜好障害またはその疑いがある

A. 研究目的

性犯罪による被害者の心身の影響は甚大

と診断された者が適切な治療や支援を受けられる環境の整備に取り組むことが掲げられている。

性犯罪者のすべてが、性嗜好障害と診断されるわけではないが、海外の研究によれば、性暴力犯罪と性嗜好障害等は密接に関連していることが示唆されており(Krueger, R. B., & Kaplan, M. S. :2002 ; Seto, M. C. :2019)、また、性犯罪をした者の中には、窃視症や窃触症などの性嗜好障害の診断がつく者がいたこと (Smallbone, S. W. & Wortley, R. K. :2001) が報告されている。海外では、性犯罪者に対する精神科治療の実践や研究が進められており、性嗜好障害等と診断される加害者に対しては、治療プログラムへの導入などの精神医学的な介入が再犯予防の観点から有効であることが多数報告されている。しかし、わが国においては、性嗜好障害等に関する治療プログラムや医療機関での取り組みは端緒にすぎたばかりであり、その実態は不明である。海外における性犯罪者に対する取組を明らかにするとともに、わが国における治療の現状を把握することは、喫緊の課題といえる。

このような課題に対応するために、本研究では、①治療的介入の対象となる性行動異常を呈する者とはどのような人であるのかを明らかにするために、治療的アプローチの対象となる小児性愛症に対する認知行動療法 (CBT) の効果を検証した研究に焦点をあてたシステマティック・レビューを行った。②海外における性犯罪者治療の実態を明らかにするために、カナダおよびイギリスにおける性加害者に対する治療・監督・地域支援の実態について、文献調査ならびに海外調査を行った。③わが国の精神科医療機関における性嗜好障害及び強迫的性行動症患者の治療実態を明らかにすることを目的として、アンケート調査を実施した。

B. 研究方法

1) 文献レビュー

小児性愛症に対する認知行動療法の有効性を検討した研究をレビューするために、データベース PubMed、PsycINFO、Web of SCIENCE を用いて文献検索を行った。検索条件として、① Journal Articles であること、② 「Title」か「Abstract」のいずれかに「Pedophilia」「cognitive behavioral therapy」の語句が用いられていることとした。なお、発行年については特に制限を設けなかった。抽出された文献の中から、対象者が犯した犯罪の被害者が小児 (未成年) ではないもの、介入研究ではないもの、介入の主たる目的が小児に対する性犯罪の治療ではないもの、重複して抽出されたものについては対象から除外した。

さらに、3つの学術文献データベースの検索の過程で抽出されたシステマティック・レビューやメタアナリシスを実施している文献内に引用されている研究のうち、上述の検索条件、および除外条件を満たす文献の抽出を行った。

2) 海外調査

カナダおよびイギリスにおける性加害者の処遇・治療・支援に関する先行研究、行政報告書、などを収集・分析した。また、2025年3月4日から7日にかけて、カナダの地域・施設への訪問調査を実施し、現場の支援者・専門職 (精神科医、心理師、ソーシャルワーカー、アディクションセラピスト等) から聞き取りを行った。

3) アンケート調査

1. 調査対象

全国の精神病床を有する医療機関 (1556施設)、日本精神科診療所協会に所属する精

神科診療所（1700施設）ならびに精神保健福祉センター（69施設）を対象とした。

2. 調査方法

全国の対象施設に対し、説明文書と専用ウェブサイトの URL、調査票の写しを郵送した。各対象施設に勤務する医師 1 名に対し、専用ウェブサイトにアクセスしてウェブ上で各質問項目に回答するよう依頼した。調査項目は、年齢、性別、臨床経験年数、所属施設の属性、パラフィリア症の診療経験、パラフィリア症の治療に関する回答者の考え方などである。

（倫理面への配慮）

アンケート調査については、千葉大学医学研究院倫理審査委員会より承認を得て実施した（承認番号 M10818）。

C. 研究結果

1) 文献レビューについて

3つの学術文献データベースの検索の結果、51件がヒットし、基準に従い文献を抽出したところ3件が抽出された。その後、引用文献による抽出の結果、新たに2件の文献が抽出され、計5本の文献がレビューの対象となった。

研究デザインとしては、統制群（例えば、Treatment as usual）や待機群などの治療効果を検証するための比較対照群は設定されておらず、治療前と治療後の比較、または治療後の追跡調査により再犯・再発率の調査を行っていた。

5つの文献のうち4件において再発防止を目的としたリラプス・プリベンション・モデルが採用されていることが確認され、2015年以降の2件の取り組みではグッド・ライブズ・モデルが組み込まれていることが確認された。

治療効果については、治療によって再犯

リスクは低下すること、治療期間中の再発率は低い傾向にある一方で、長期の追跡調査では再犯率が高い傾向にあること、小児性愛症を想定する指標の変化は認められないことが確認された。

2) 海外調査について

1. イギリスにおける性犯罪者の処遇および治療

イギリスにおける性犯罪者の処遇治療は、Her Majesty's Prison and Probation Service (HMPPS) を中心に体系化されている。かつて広く導入されていた性犯罪者治療プログラム（SOTP: Sex Offender Treatment Programme）は、認知行動療法（CBT）を基盤とする再犯防止プログラムであったが、2017年にその効果の限界が指摘され、運用の見直しが図られた。これを受けて新たに導入されたのが「Horizon」および「Kaizen」という2つの治療プログラムである。これらは、いずれも再犯リスクのレベルや対象者のニーズに応じて柔軟に適用される構造を持ち、SOTPの限界を克服する形で設計された。

Horizon は、中程度のリスクと評価された性犯罪者を主な対象としたプログラムである。性犯罪者特有の問題に限定せず、一般の犯罪者と共有される心理社会的リスク要因（問題解決能力の欠如、自己統制の困難さ、対人関係スキルの低さなど）に焦点を当てて構成されている。Kaizen は、高リスクかつ高ニーズの性犯罪者を対象に設計されたより集中的なプログラムである。Kaizen は RNR 原則（リスク、ニーズ、反応性原則）に基づき、犯罪者の生物学的、心理学的、社会的要因を統合的に評価し、それぞれに応じた包括的な支援を展開する点に特徴がある。

どちらのプログラムでも、「Good Lives Model」の考え方を取り入れ、強みや希望に

焦点を当てた支援を提供される。また、「反応性の原則 (Responsivity Principle)」の徹底により、個別化された支援プランの提供が可能となっている。

また、地域処遇における民間団体や地域機関による支援や医療機関との連携体制が構築されている。

2. カナダにおける性犯罪者の処遇及び治療

カナダ矯正局 (CSC) によって提供される統合プログラムモデル (Integrated Correctional Program Model) では、刑務所内および地域社会 (出所後) を含む治療・支援が段階的に構成されている。出所後の性犯罪者に対しても継続的なリスク・マネジメントが法的に制度化されている。

カナダで性加害者に対する支援の中心的役割を担っている先進的な外来治療クリニックでは、子どもへの性的関心をもつが行動に至っていない成人男性も対象とした治療・支援が行われており、匿名によるオンライン相談などの活用も行われている。

3) アンケート調査

2025年4月25日までに計185通の回答を収集した (回答率 5.6%)。直接の利害関係者2名、精神科の診療 (入院または外来) に携わっていないと回答した者6名、研究協力を同意しなかった者2名を除外した175件を解析対象とした。

回答者のうちパラフィリア症 (性的倒錯、及びそれに類する精神障害を含む。以下同じ) を有する患者を診療した経験を多数有する者は2名であった。85名が若干の診療経験を有しており、84名がまったく臨床経験を有していなかった。上記のいずれでもないと回答した者は4名であった。

パラフィリア症を有する患者に対する対応方針としては、専門的知識・技術に基づき積極的に診療を請け負っていると回答し

た者が2名、専門的知識・技術はあるとはいえないが求められれば診療を請け負っていると回答した者が105名、診療を断るか他院を紹介していると回答した者が41名であった。上記のいずれでもないと回答した者は27名であった。

性犯罪の前科・前歴、少年非行歴があるがパラフィリア症を有しているとはいえない患者に対する診療については、専門的知識・技術に基づき積極的に診療を請け負っていると回答した者が1名、専門的知識・技術はあるとはいえないが求められれば診療を請け負っていると回答した者が106名、診療を断るか他院を紹介していると回答した者が48名であった。上記のいずれでもないと回答した者は20名であった。

回答者のうち、所属施設でパラフィリア症の治療にかかる専門的治療プログラムを提供していると回答した者は4名であった。

対象とする精神障害の内訳としては、窃視症のみを対象としていると回答した者が1名、窃視症に加えて露出症、小児性愛、窃触症、強迫的性行動症も対象としていると回答した者が3名であった。

所属施設がパラフィリア症の治療もしくは性犯罪の予防にかかる専門機関との連携体制を有していると回答した者は9名いた。なお、そのうち所属施設がパラフィリア症の治療にかかる専門的治療プログラムを提供していると回答した者は2名であった。

D. 考察

1) 文献レビュー

治療によって再犯リスクは低下すること、そして治療期間中の再発率は低い傾向にある一方で、長期の追跡調査では再犯率が高くなること、小児性愛症を想定する指標の変化は認められないことが確認された。このことから、治療的アプローチを実施する

場合には、継続的なフォローアップを行うことによって、再発の防止が期待できることが示唆された。ただし、行動化以外の性嗜好に起因する興奮や苦痛そのものの減弱は確認されていないことから、現状の治療的アプローチにおいてはその変化は期待できず、それらの減弱を促す治療的アプローチの開発が今後の課題であることが示唆された。

2) 海外調査

イギリスおよびカナダにおける性嗜好障害・性加害行動に対する対応は、司法・医療・地域支援の各分野が連携しながら、段階的かつ多層的に行われていることが明らかとなった。特に、①治療と司法的監督が密接に連携し、段階的な支援モデルが構築されていること、②支援へのアクセスは診断や犯罪歴に依存せず、柔軟かつ早期の介入が可能であること、③未加害者を含む多様な対象者に対応した治療プログラムが実施されていること、④匿名相談や自己紹介によるアクセス制度が、スティグマを軽減し、助けを求めるハードルを下げていること、⑤GLMに基づく保護要因の育成が支援の中核に据えられ、徹底したリスク・アセスメントにより社会復帰と自己実現を促していることは、わが国の性加害や性嗜好障害への対応体制を整備するうえで、重要な示唆を提供するものと考えられた。

3) アンケート調査

今回のアンケート調査の回答率は5%強に留まった。全国規模の悉皆調査であり回答に対するインセンティブもないことを勘案し、類似の調査と比較する限りでは、この回答率はそう低いものではない。

調査結果から、性嗜好障害について専門性を有している医師及び治療施設は数えるほどしかないであろうことがうかがわれた。この結果は多くの臨床家の実感に合致する

ものであるように思われる。

一部の有識者は先進的な取組みを行っているが、それらは全国的なコンセンサスになっておらず、性嗜好障害等に対する治療方針についてのコンセンサスが確立されていないことが確認された。

E. 結論

性行動異常を呈する人に対する治療・支援の実態を明らかにするために、文献レビュー、海外調査、アンケート調査を実施した。小児性愛症に対する認知行動療法(CBT)に関する文献レビューの結果、継続的なフォローアップを行うことにより、再発防止が期待できることが明らかになった。海外調査の結果から、リスク・アセスメントに基づき、社会内での治療を制度的に継続できる仕組みを確立すること、司法・医療・福祉が連携し個別ケースに即した支援計画を運用できる体制の確立などが重要であることが明らかになった。アンケート調査の結果から、性嗜好障害に対する専門的治療を提供可能な人材及び施設が希少であること、性嗜好障害に対する治療方針についてもコンセンサスが確立されていないことが明らかになった。

F. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

文献

- 1) Krueger RB, Kaplan MS (2002) Behavioral and psychopharmacological treatment of the paraphilic and hypersexual disorders. *Journal of Psychiatric Practice*, 8, 21-32.
- 2) Seto, M. C. (2019). The motivation-facilitation model of sexual offending. *Sexual Abuse. Journal of Research and Treatment*, 31(1), 3-24.
- 3) Stephen W. Smallbone and Richard K. Wortley (2001) *Child Sexual Abuse: Offender Characteristics and Modus Operandi. Trends and Issues in Crime and Criminal Justice*. 193.

性犯罪者の特性と支援の在り方に関する研究 別紙報告書1

小児性愛症への認知行動療法の効果性に関するシステマティック・レビュー

研究協力者 野村和孝 千葉大学社会精神保健教育研究センター法システム研究部門客員
准教授・北里大学医療衛生学部保健衛生学科准教授

研究要旨

本稿では、小児性愛症に対する認知行動療法（CBT）に関する研究の動向を整理し、考察することを目的とした。文献検索の結果、5本の文献がレビューの対象となり、リラブス・プリベンションに加え、グッド・ライブズ・モデルを採用することによって、行動化と再犯リスクの減少が期待できることが明らかとなった。一方で、行動化以外の小児性愛症の症状についての減少については、今後、治療的アプローチの開発研究を要する状況にあり、その際には比較対照群を設定しての検討が望まれるといった結論が得られた。

A. 研究目的

性行動異常における社会的な問題の1つとして、小児に対する性加害が挙げられる。特に、教育現場においては、児童生徒に対する教員による性加害への対応が喫緊の課題とされており、法律や制度の整備が進められている。2021年には「教育職員等による児童生徒性暴力等の防止等に関する法律」が成立し、児童生徒への性暴力をした者への教育職員免許状再授与審査の整備が進められ、また、2024年にはイギリスの「Disclosure and Barring Service（犯罪証明管理および発行システム）」を参考にした日本版DBSと呼ばれる「こども性暴力防止法（学校設置者等及び民間教育保育等事業者による児童対象性暴力等の防止等のための措置に関する法律）」が成立し整備が進められており、再加害を防ぐための取り組みの拡大が図られている。

このような取り組みにおいては、加害をした者に対する治療的アプローチも同

時に行うことへの社会的要請も大きく、特に、児童生徒を対象とした性加害の背景に想定される小児性愛症への治療的アプローチの整備は喫緊の課題である。

わが国をはじめとした多くの国において、性行動異常へのアプローチは認知行動療法（CBT）を採用していることが多く、治療的アプローチの整備にあたっては、認知行動療法への反応性について検討することを通して、小児性愛症への治療的アプローチの特徴を明らかにすることが必要である。

そこで本研究では、治療的アプローチの対象となる小児性愛症へのCBTの効果を検証した研究に焦点をあてシステマティック・レビューを行い、小児性愛症への治療的アプローチの特徴を検討することを目的とした。

B. 研究方法

1. 方法

小児性愛症に対する認知行動療法の有効性を検討した研究をレビューするにあ

たり、下記の方法を用いて文献抽出を行った。

1) “PubMed”による検索

National Library of Medicine の提供するデータベース”PubMed”を使用した文献検索を行った。検索条件として、①Journal Articles であること、②「Title」か

「Abstract」のいずれかに「Pedophilia」

「cognitive behavioral therapy」の語句が用いられていることとした。なお、発行年については特に制限を設けなかった。抽出された文献の中から、対象者が犯した犯罪の被害者が小児（未成年）ではないもの、介入研究ではないもの、介入の主たる目的が小児に対する性犯罪の治療ではないもの、重複して抽出されたものについては対象から除外した。

2) ”PsycINFO”による検索

American Psychological Association の提供する”PsycINFO”を用いた検索を行った。検索条件、および除外条件は”PubMed”と同じ手続きとした。

3) ”Web of SCIENCE”による検索

Clarivate Analytics の提供する”Web of SCIENCE”を用いた検索を行った。検索条件、および除外条件は”PubMed”と同じ手続きとした

4) 引用文献による抽出

3つの学術文献データベースの検索の過程で抽出されたシステマティック・レビューやメタアナリシスを実施している文献内に引用されている研究のうち、上述の検索条件、および除外条件を満たす文献の抽出を行った。

C. 研究結果

3つの学術文献データベースの検索の結果、51件がヒットし、基準に従い文献を抽出したところ3件が抽出された。その後、引用文献による抽出の結果、新たに2件の文献が抽出され、計5本の文献がレビューの対象となった（Table 1）。

抽出された研究のデザインは、統制群（例えば、Treatment as usual）や待機群などの治療効果を検証するための比較対照群は設定されておらず、治療前と治療後の比較、または治療後の追跡調査により再

Table 1 小児性愛症に対する認知行動療法の研究

著者 (year)	対象者	セッション数 (または期間)	形式	研究デザイン	効果性	再犯リスク /再犯率
Engel et al. (2018)	104名 (TG = 39名)		グループ	1 TG-pre 2 TR 3 DO 4 TG-post	TG-pre = TR = DO Pre > Post	TGは、治療実施中に再発なし
Beier et al. (2015)	53名	45~50	グループ	1 TG (41名) 2 CG (12名)	CBT ≒ CG	再犯リスク低下 DRF低下、CSA及びCPO行動に有意な変化なし
Beggs & Grace. (2008)	216名	96	グループ	1. CBT		19.4%
Schober et al. (2005)	5名	96	グループ	24か月間のCBT実施。1, 4, 7, 10か月にLA注射を実施	CBT < CBT + LA	再犯リスク低下
Hanson et al. (1993)	197名	1~12か月	個別 & グループ	1 TG 2 CG① 3 CG②	TG = CG① = CG②	42% ※20年以上追跡

犯・再発率の調査を行っていた。なお、1件の文献 (Engel et al., 2018) において、治療実施群 (TG) に対し、治療を拒否したもの (TR)、治療からドロップアウトしたもの (DO) との比較が行われていることが確認された。効果指標としては、再犯再発率に加え、再犯リスクとしての動的リスク因子 (DRF) の感情の欠陥、向犯罪的態度、性的自己統制等の測定を行っていた。小児性愛症に関する指標としては、児童性的虐待に関連する行為 (CSA) と小児の性的画像の使用 (CPO) 等が測定されていた。

治療内容については、それぞれの研究の構成要素を Table 2 に掲載した。5つの文献のうち4件において再発防止を目的としたリラプス・プリベンション (Pithers et al., 1983) のモデルが採用されていることが確認され、2015年以降の2件の取り組みではグッド・ライブズ・モデル (Ward et al., 2007) が組み込まれていることが確認された。その他には、被害小児に対する共感性の発達を促すためのアプローチや、社会的に望ましい認知や行動

の獲得を目指す社会機能訓練などの教育的セッションが構成要素とされていることが確認された。なお、1件の文献

(Hanson et al., 1993) において、レスポナント条件づけに基づく介入を行っていたことが確認された。

薬物療法を併用した取り組み (Schober et al., 2005) もあり、テストステロンの低下が見込まれる酢酸ロイプロリド (LA) の投与を行い、認知行動療法と薬物療法の併用による効果研究が行われていた。

治療効果については、治療によって再犯リスク (DRF) は低下すること、治療期間中の再発率は低い傾向にある一方で、長期の追跡調査では再犯率が高い傾向にあること、小児性愛症を想定する指標 (CSA, および CPO) の変化は認められないことが確認された。なお、CBT 単独と薬物療法の併用は再犯率に差はない一方で、再犯リスクの指標は薬物療法が低い傾向にあることが確認された。

D. 考察

本研究の結果から、治療効果について

Table 2 小児性愛症に対する認知行動療法の構成要素

著者 (year)	Sexual interest domain	Distorted attitude	Socio-affective functioning	Self-management	Relapse prevention	Good Lives Model
Engel et al. (2018)		Offense-supportive attitudes.	Social functioning, attachment and sexuality, developing empathy	Emotional and sexual self-regulation, self-monitoring, sexualized vs. adequate coping strategies.	Relapse prevention	Good Lives Model
Beier et al. (2015)		Offense-supportive attitudes.	Social functioning, attachment and sexuality, developing empathy	Emotional and sexual self-regulation, self-monitoring, sexualized vs. adequate coping strategies.	Relapse prevention	Good Lives Model
Beggs & Grace. (2008)					Relapse prevention	
Schober et al. (2005)				Self-controlled	Relapse prevention	
Hanson et al. (1993)	Aversive conditioning training.		Social competence			

は、治療によって再犯リスクは低下すること、そして治療期間中の再発率は低い傾向にある一方で、長期の追跡調査では再犯率が高くなること、小児性愛症を想定する指標の変化は認められないことが確認された。このことから、治療的アプローチを実施する場合には、継続的なフォローアップを行うことによって、再発の防止が期待できることが示唆された。ただし、行動化以外の性嗜好に起因する興奮や苦痛そのものの減弱は確認されていないことから、現状の治療的アプローチにおいてはその変化は期待できず、それらの減弱を促す治療的アプローチの開発が今後の課題であることが示唆された。

研究のデザインについては、統制群（例えば、Treatment as usual）や待機群などの治療効果を検証するための比較対照群は設定されていないため、治療的アプローチの開発にあたっては、統制群（例えば、Treatment as usual）や待機群の設定した検討が期待される。

治療内容については、性犯罪者のトリートメントと同様に、リラプス・プリベンションに加え、グッド・ライズ・モデルが採用されており、行動化のマネジメントと生活の拡大が軸とされており、この点が前述の再犯リスクの低下と治療期間中の再発率の低さに影響したものと考えられる。一方で、その他の構成要素の影響性については、それぞれ少数の知見にとどまることから治療的アプローチの開発にあたり検討を要する事項である

ことが示唆される結果であった。

なお、薬物療法の併用による再犯率の差は認められなかった一方で、再犯リスクの低下が認められたことから、行動化に対しての積極的な採用根拠はない一方で、長期的な取り組みにおいては再犯リスクの高い者に対して薬物療法を採用することが有効である可能性が示唆される結果であった。

E. 結論

本稿では、小児性愛症を抱える者に対する認知行動療法に関する研究の動向について整理・考察した。その結果、リラプス・プリベンションに加え、グッド・ライズ・モデルを採用することによって、行動化と再犯リスクの減少が期待できることが明らかとなった。一方で、行動化以外の小児性愛症の症状についての減少については、今後、治療的アプローチの開発研究を要する状況にあり、その際には比較対照群を設定しての検討が望まれるといった結論が得られた。

参考文献

- Beggs, S. M., & Grace, R. C. (2008). Psychopathy, intelligence, and recidivism in child molesters: Evidence of an interaction effect. *Criminal Justice and Behavior*, 35(6), 683–695. <https://doi.org/10.1177/0093854808314786>
- Beier, K. M., Grundmann, D., Kuhle, L. F., Scherner, G., Konrad, A., & Amelung, T. (2015). The German dunkelfeld project: A pilot study to prevent child sexual abuse and the use of child abusive images. *Journal of Sexual Medicine*, 12(2), 529–542. <https://doi.org/10.1111/jsm.12785>
- Engel, J., Körner, M., Schuhmann, P., Krüger,

- T. H. C., & Hartmann, U. (2018). Reduction of Risk Factors for Pedophilic Sexual Offending. *The journal of sexual medicine*, 15(11), 1629–1637. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.09.001>
- Hanson, R. K., Steffy, R. A., & Gauthier, R. (1993). Long-term recidivism of child molesters. *Journal of consulting and clinical psychology*, 61(4), 646–652. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.61.4.646>
- Pithers, W. D., Marques, J. K., Gibat, C. C., & Marlatt, G. A. (1983). Relapse prevention with sexual aggressives: A self-control model of treatment and maintenance of change. In J. G. Greer & I. R. Stuart (Eds.), *The sexual aggressor: Current perspectives on treatment* (pp. 214–239). New York: Van Nostrand Reinhold.
- Schober, J. M., Kuhn, P. J., Kovacs, P. G., Earle, J. H., Byrne, P. M., & Fries, R. A. (2005). Leuprolide acetate suppresses pedophilic urges and arousability. *Archives of sexual behavior*, 34(6), 691–705. <https://doi.org/10.1007/s10508-005-7929-2>
- Ward, T., Mann, R. E., & Gannon, T. A. (2007). The good lives model of offender rehabilitation: Clinical implications. *Aggression and Violent Behavior*, 12(1), 87–107. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2006.03.004>

性犯罪者の特性と支援の在り方に関する研究 別紙報告書2

性嗜好障害および性加害に対する地域・医療・司法的処遇の国際的取り組み —カナダおよびイギリスにおける現地調査と文献レビューに基づく現状分析—

研究協力者 東本愛香 千葉大学社会精神保健教育研究センター特任講師

A. 研究目的

性加害行動や性的嗜好に関する問題は、加害者の再犯防止及び被害者の保護という観点にとどまらず、個人の尊厳と社会的再統合を両立させるといふ公共的課題として国際的にも注目されている。特に性的嗜好障害や子どもへの性的関心を有する者に対する介入においては、加害行為の発生前段階から支援を受けられる仕組みの構築が重要であり、地域社会と医療・司法の連携が問われている。

本調査では、カナダおよびイギリスにおける性加害者に対する治療・監督・地域支援の実態を多角的に明らかにすることを目的とする。両国は、治療・処遇の統合モデル、専門的アセスメント・ツールの導入、スティグマ軽減のための支援システム（例：COSA）などにおいて先進的な実践を展開しており、それらは加害者の更生と社会的安全性の両立を可能にしている。とりわけ、個別ニーズへの対応や家族支援、トラウマ・インフォームド・ケア、さらには地域住民やボランティアとの協働が進んでいる点は、今後の日本における制度設計や支援実践への有効な示唆を与えると考えられる。

また本調査報告では、「処遇（Supervision）」と「治療（Treatment）」の連携、すなわち司法的監督と医療的介入の協働によるケース・マネジメントのあり方にも注目する。裁判所命令に基づく治療参加義務、リスク・アセスメントを基盤とする介入、治療の進捗と遵守状況のモニタリングなどの仕組みは、リスク・マネジメントと本人の自己決定・回復支援の両立を試みる点で注目される。

本調査では、これらの制度的枠組みと実践の詳細を収集・分析し、性加害者支援における多職種連携および地域社会との協働の重要性について検討する。

B. 研究方法

本調査は以下の方法により実施された。

1. 文献調査

カナダおよびイギリスにおける性加害者の処遇・治療・支援に関する先行研究、行政報告書などを収集・分析した。公的な治療プログラム、監督制度（Long-Term Supervision Order, Conditional Release 等）、精神科医やコメディカルの役割、専門資格制度（CCAC, ICADC 等）、リスクアセスメントツール（Static-99R, STABLE-2007 等）の運用実態に関する情報も検討した。

2. 現地訪問調査

2025年3月4日から7日にかけて、地域・施設への訪問調査を実施し、現場の支援者・専門職（精神科医、心理師、ソーシャルワーカー、アディクションセラピスト等）から聞き取りを行った（Prince Edward Island の地域治療機関関係者、アルバータ州の Forensic Assessment Outpatient Service、Calgary Young Offender Centre & Adult Female Annex などが含まれる）。

3. 地域支援の現地観察・資料収集

実践現場を訪問し、具体的な支援方法、ボランティア教育、治療との連携体制について観察および関連資料の収集を行った。

4. 倫理的配慮

本研究における聞き取り調査および訪問に際しては、各施設の指示に従い、事前に説明と許可を得たうえで実施した。個人情報の保護、所属施設の特定回避など、適切な配慮を行っている。

C. 調査結果

1) イギリスの取り組みから学ぶこと

イギリスにおける性犯罪者の処遇および治療は、Her Majesty's Prison and Probation Service (HMPPS) を中心に体系化されている。その中核をなすのが、HMPPS が作成したガイドライン「The HMPPS Approach to the Management and Rehabilitation of People Convicted of Sexual Offences」である。この文書は、性犯罪に関与した人々に対する包括的なマネジメントとリハビリテーションの考え方を示しており、対象者のリスクに応じた適切な介入や、地域社会における再統合の支援を行ううえでの基本方針となっている。

かつて広く導入されていた性犯罪者治療プログラム (SOTP: Sex Offender Treatment Programme) は、認知行動療法 (CBT) を基盤とする再犯防止プログラムであったが、2017 年にその効果の限界が指摘され、運用の見直しが図られた。これを受けて新たに導入されたのが「Horizon」および「Kaizen」という二つの治療プログラムである。これらは、いずれも再犯リスクのレベルや対象者のニーズに応じて柔軟に適用される構造を持ち、SOTP の限界を克服する形で設計された。

(1) Horizon プログラム

Horizon は、中程度のリスクと評価された性犯罪者を主な対象としたプログラムである。性犯罪者特有の問題に限定せず、一般の犯罪者と共有される心理社会的リスク要因 (問題解決能力の欠如、自己統制の困難さ、対人関

係スキルの低さなど) に焦点を当てて構成されている。これは、認知行動療法に加え、Good Lives Model (GLM) の考え方を取り入れ、個人の「強み (ストレングス)」に着目することによって、社会的に適切な生き方への動機づけを促すことを目的としている。

(2) Kaizen プログラム

一方、Kaizen は、高リスクかつ高ニーズの性犯罪者を対象に設計されたより集中的なプログラムである。Kaizen はRNR原則 (リスク、ニーズ、反応性原則) に基づき、犯罪者の生物学的、心理学的、社会的要因を統合的に評価し、それぞれに応じた包括的な支援を展開する点に特徴がある。特に、これまで除外されがちだった「否認する性犯罪者」への対応も含まれており、従来のSOTPの限界 (「犯罪を認めること」が治療参加の条件) を乗り越える改善がなされている。

(3) 個別化への対応: 反応性原則の活用

これらのプログラムに共通しているのが、「反応性の原則 (Responsivity Principle)」の徹底である。これは、介入を行う際には、個人の学習スタイル、動機付けの傾向、文化的背景、精神的な能力、障害の有無などを考慮し、最適化された方法で支援を提供すべきとする原則である。この考え方により、画一的ではない、個別化された支援プランが可能となっており、多様な背景を持つ性犯罪者へのアプローチの柔軟性が高まっている。

(4) 保護要因の強化と「Maps for Change」の導入

HMPPS のガイドラインでは、リスク要因の低減と並行して、保護要因の強化が重視されている。たとえば、「Maps for Change」と呼ばれるツールキットを用いたワークブック形式の課題が、保護観察下の対象者に提供さ

れている。これは、対象者が自らの価値観や人生の意味を再評価し、よりよい未来に向けた人生設計を行うことを支援するものであり、GLMに基づく介入の一環と位置づけられている。

ここで示されている保護要因とは以下のような具体的な行動や認知を指しており、再犯リスクの抑制と社会再統合に直結する要素とされている：

- ・社会的に望ましい人生設計を持ち、希望と自己効力感を育む
- ・ポジティブで適切な自己認識を形成する
- ・支援者や家族との信頼関係を築く
- ・規則を守り、社会の一員として貢献する行動を取る
- ・有意義で充実した活動（就労、ボランティア、学習）を行う

これらは、保護要因評価に用いられるツール（Structured Assessment of Protective Factors など）とも一致しており、治療・監督の目標設定にも反映されている。

(5) リスク要因の明確化とアセスメントへの活用

HMPPS はまた、性犯罪者のリスク要因を多層的に分類・整理しており、これに基づくリスク・アセスメントが治療・監督の基盤となっている。リスク・アセスメントは、治療介入の内容や頻度を決定するうえでの指標であると同時に、進捗評価や再犯予測の根拠としても中核的な役割を果たしている。例えば、リスク要因として、性的偏向、反社会的思考、感情コントロールの困難さ、孤立、対人関係スキルの不足などが列挙されており、これらへの系統的な介入がプログラムの設計に反映されている。

(6) 地域支援と民間団体の取り組み

イギリスでは、司法制度の中核である

HMPPS によるプログラムに加えて、民間団体や地域組織による支援も展開されている。特に注目されるのが、StopSO (Specialist Treatment Organisation for the Prevention of Sexual Offending) のような民間主導の予防介入モデルである。

StopSO は、性犯罪の加害に至る前段階で悩みや懸念を持つ人々に対して、匿名かつ自発的に専門的な支援を提供するネットワークである。訓練を受けたセラピストによるカウンセリングが提供されており、支援のハードルが低く、支援の「入口」としての役割を果たしていると考えられる。支援を求める本人の自主性を尊重したこのアプローチは、スティグマ軽減にも寄与する可能性があり、加害行動の予防における実践例として評価されている。

なお、報告者は今年度現地訪問を行っていないため、これらの地域支援が全国的に機能しているか、またその効果が定量的に検証されているかについては断定できない。しかし、複数の公開資料や専門家の報告によれば、性加害の予防と地域社会との関係構築において一定の役割を果たしているとみられる。

(7) 性健康アドバイザー (Sexual Health Adviser) の存在

イギリスの医療体制において、性に関するリスク支援の一環として活動するのが「性健康アドバイザー (Sexual Health Adviser) 」である。彼らは性感染症の早期発見・対応や、感染予防教育などを担う専門職であり、疾患の理解支援、性的パートナーへの通知、性教育活動などを通じて、性に関する包括的支援を提供している。

性加害の直接的な治療プログラムとは異なるが、リスク行動の予防や早期介入という点では、間接的に性加害行動の予防に資する存在とも考えられる。彼らの活動や育成は、

Society of Sexual Health Advisers (SSHA) により支援されている。

(8) 医療・司法の連携体制

性犯罪者に対する仮釈放や条件付き釈放の場面では、医療的治療の継続と司法的監督が密接に連携されている。保護観察官は治療機関と連携し、進捗状況や遵守状況の報告を受けながら、社会内でのリスク・マネジメントを行う。

とりわけ、高リスク者に対しては、MAPPA (Multi-Agency Public Protection Arrangements) と呼ばれる多機関連携モデルが運用されており、警察、医療、社会福祉、教育などの機関が連携して包括的な支援と監督を提供している。

2) カナダの取り組みから学ぶこと

カナダでは、性加害行為や性的嗜好に課題を抱える個人への対応において、治療と処遇 (Supervision) を連携させた包括的な支援体制が整備されている。特に注目すべきは、刑務所内外における統合的なプログラム構成と、地域社会における継続的支援の枠組みである。

(1) 「処遇」の意味と役割

カナダにおける「処遇 (Supervision)」は、単なる監視ではなく、保護観察官を中心としたリスク・マネジメントと行動監督を意味する。治療プログラムへの参加状況、居住地や外出の制限、就労条件の遵守などの履行状況を定期的な面談等で確認しながら、リスクに応じた柔軟な対応を行っている。この「監督」は、司法的権限に基づくものであり、再犯を未然に防ぐための重要な要素であると同時に、被支援者の治療効果を最大化するための「治療 (Treatment)」との連携が求められる。

(2) 統合的な治療・処遇モデル

カナダ矯正局 (CSC) によって提供される統合プログラムモデル (Integrated Correctional Program Model) では、刑務所内および地域社会 (出所後) を含む治療・支援が段階的に構成されている。このモデルには以下の三つの段階が含まれる。

- ・ 動機づけモジュール (Motivation Module) : 受刑者が自身のリスクや行動についての気づきを深め、治療参加への動機を高める段階。

- ・ 中核プログラム (Core Program) : 認知行動療法 (CBT) や GLM に基づき、性加害行動の背景にある思考・感情・対人スキルに焦点を当てる。

- ・ メンテナンスプログラム (Maintenance) : 釈放後の再統合に向けて、学んだスキルの維持・活用を支援する継続プログラム。

このような構造により、出所前から社会復帰後までの一貫した支援が可能となっている。

(3) 出所後の司法的監督と治療義務の制度化

カナダでは、出所後においても性犯罪者に対する継続的なリスク・マネジメントが法的に制度化されている。

- ・ 条件付き釈放 (Conditional Release) : 刑期を終えた者に対して、特定の条件を課しながら社会内での更生を図る制度。性犯罪者に対しては、治療プログラムの継続参加が条件として付与される場合が多く、遵守しない場合は再収監の対象となる。

- ・ 長期監督命令 (Long-Term Supervision Order: LTSO) :

重大な性犯罪者に対して、10年を上限とする社会内での厳格な監督を裁判所が命ずることができる制度。これにより、保護観察官の定期的面談、居住地や行動範囲の制限、薬物療法の遵守、治療プログラムの継続参加などが義務化される。

- ・ 危険犯罪者指定 (Dangerous Offender

Designation) :

高度な再犯リスクが認められる場合に適用され、無期拘禁も含む強力な措置が可能となる。仮に仮釈放されたとしても、治療義務が付随するケースが一般的である。

これらの制度は、治療と司法監督を連動させる仕組みとして、治療へのアクセス保障と強制力のバランスをとるものと位置づけられる。

(4) 精神科医の役割と治療義務の判断

カナダでは、治療要否やプログラム内容について、精神科医の診断・リスク・アセスメントに基づいて司法判断が行われる。治療計画は、保護観察条件や仮釈放の要件に含まれることがある。

また、NCR (Not Criminally Responsible) された被告に対しては、Review Board (審査委員会) が退院後の治療義務や行動制限、監督条件を定める重要な役割を果たしており、地域での再統合に向けた調整が図られている。

(5) 主なクリニックの実践と地域連携

カナダでは複数の先進的な外来治療クリニックが存在しており、性加害者に対する支援の中心的役割を担っている。

The Royal's Sexual Behaviours Clinic (SBC, オタワ) :

子どもへの性的関心をもつが行動に至っていない成人男性も対象とし、評価・治療・モニタリングを行う臨床・研究機関。本人の同意がある場合、治療データは研究にも活用される。SBC では、認知行動療法と Good Lives Model (GLM) に基づく治療、抗アンドロゲン薬や SSRI による薬物療法、必要に応じた家族支援が提供されている。

Centre for Addiction and Mental Health (CAMH, トロント) :

精神科医、心理師、ソーシャルワーカー、

アディクションセラピストなどによる多職種チーム体制が特徴。Phallometric Test などを含む詳細なアセスメント、性犯罪者への専門治療、治療後の地域移行支援までを一貫して提供する。

その他 (Sunridge Professional Centre, Capital District Mental Health Program など) :

地方でも専門施設が整備されており、特に高密度プログラム、ID/ADHD への対応、先住民向けプログラムなど、対象者の背景に応じた治療設計が行われている。

こうしたクリニックでは、医療と司法の連携に加え、地域支援団体 (COSA など) との連携も重要視されている。

○診断と受け入れについて

カナダの性行動クリニックでは、DSM-5 に基づく「性嗜好障害 (Paraphilic Disorders)」の正式な診断がなくとも、支援・治療の対象とされることが実際にある。とりわけ SBC や CAMH では、性的な関心や衝動に苦しんでいるものの、診断基準を満たさない個人や、犯罪には至っていないが懸念を抱いている人々を含めて受け入れている。

たとえば、SBC の公式ウェブサイト (<https://www.sexualbehavioursclinic.ca>) では、以下のような記述がある :

“You do not need to have committed a sexual offence or have a diagnosis to seek help. If you are concerned about your sexual thoughts or behaviour, you can contact us directly.”

このように、精神科診断が支援の前提条件とされていない点は、医療機関の柔軟な運用と、早期介入を可能にする実務的対応の表れである。また、評価段階で診断が必要と判断された場合には、その時点で DSM-5 等に準じたアセスメントが行われる。

この点は、支援へのアクセス障壁を下げ、スティグマのある当事者にとっての「入口の

広さ」を示す例であろう。

(6) 匿名アクセスとオンライン相談の活用

注目すべきは、SBC をはじめとするクリニックにおいて、匿名性の高い相談窓口やオンラインフォームを設けている点である。具体的には、ウェブサイト上に匿名相談フォームを設置し、診療を受ける前段階で自らの悩みを共有できる

第三者（医師、メンタルヘルス専門家）からの紹介だけでなく、本人の任意（self-referral）における申し出を受け入れている。初診時点での治療参加は任意であり、研究協力との分離も明確にされている。

このような匿名相談の制度と診断不要の柔軟性が合わさることにより、「正式な障害として分類される前に支援を受けられる」、あるいは「行動に移る前」の段階で治療を受けられる可能性が開かれている。スティグマの軽減と早期介入の双方に資するものであり、現代的な支援手法として重要な位置を占めている。

(7) 青少年支援とトラウマ・インフォームド・ケアの導入

青少年については、性加害行動に対する個別化された治療プログラムが整備されている。家族の関与（Family Clarification）、認知行動療法、GLM、パズルネットワーク、マインドフルネスや情動調整トレーニングを含み、再犯率の低下が確認されているという報告もある。

さらに、青年期の支援においては、トラウマ・インフォームド・ケアの視点が重要とされており、過去の被虐待経験や愛着不全が性加害行動の背景にある場合、単なる行動への戦略だけではなく、回復と再統合に焦点を当てた支援が提供されている。

D. 考察

本調査を通じて、イギリスおよびカナダに

おける性嗜好障害・性加害行動に対する対応は、司法・医療・地域支援の各分野が連携しながら、段階的かつ多層的に行われていることが明らかとなった。特に、以下の視点は、両国における制度的・実践的特徴として注目される。

1. 「治療」と「処遇」の連携によるケース・マネジメント

両国において、治療（Treatment）と処遇（Supervision）は法的・制度的に明確に分離されている一方、実際の運用においては、保護観察官・精神科医・サイコロジスト／セラピスト・ソーシャルワーカーなどの多職種チームによる連携的なケース・マネジメントが実施されている。イギリスの MAPPa やカナダの LTSO（長期監督命令）では、リスク・アセスメントや治療進捗に関する情報共有がなされ、司法的監督と臨床的支援が相互補完的に機能している。特にカナダでは、所条件に治療参加が組み込まれ、不履行時には再収監も可能とされる点で、制度と治療実践が密接に結びついている。

2. 診断要件に依存しない治療アクセスの保障

カナダにおける性行動クリニックの大きな特徴は、DSM-5 による診断名の有無を問わず治療を受けられる体制が整っている点である。SBC や CAMH といった専門施設（社会内）では、性的関心や衝動に悩む人が、「診断」や「犯罪歴」がなくとも支援対象となりうる。これは「問題のある性的関心」への早期介入を可能にする実践であり、柔軟な支援構造の重要性を示している。

3. アクセス性の高さと予防的アプローチ

とくにカナダのクリニックなどでは、匿名相談フォームや本人の任意（self-referral）によるアクセスがしやすいシステムになってお

り、本人が主体的に支援を求められる体制が整備されているといえる。これはスティグマにより支援にアクセスできないというリスクを軽減するものであり、行動化に至る前の支援としても有効である。これらの体制により、犯罪発生以前から専門的介入が可能となり、加害防止と当事者のサポートの両立が図られている。

4. GLM に基づく保護要因重視の支援モデル

両国とも、性犯罪者のリスク削減とともに Good Lives Model (GLM) を軸とした保護要因の強化を重要な柱としている。対象者の強みを評価し、希望・目的意識・社会的貢献といったポジティブな要素を構築することを重視する GLM は、単なる再犯防止策にとどまらず、社会復帰と QOL の回復を両立させる実践である。これは日本の制度でも着手されつつある「再統合」支援の枠組みに対し、先行する実践として学ぶべき点が多い。

5. 今後の課題と展望

一方で、たとえばイギリスの Kaizen プログラムが否認者に対して具体的にどのような対応をしているかといった運用の実態や、StopSO や性健康アドバイザーといった地域支援の制度的浸透状況については、現段階では十分に明らかになっていない。

GLM や RNR モデルがプログラム設計の基盤であることは確認されるが、否認という態度や治療動機の形成に関する具体的な介入方法については、今後さらに調査・分析を要する重要な課題である。

E. 結論

本調査では、イギリスおよびカナダの性加害・性嗜好障害に関する医療的・司法的・地域的な対応体制について、文献調査と現地訪問を通じて分析した。その結果、以下のよう

な知見が得られた

- ・治療と司法的監督が密接に連携し、段階的な支援モデルが構築されている。
- ・支援へのアクセスは診断や犯罪歴に依存せず、柔軟かつ早期の介入が可能である。
- ・未加害者を含む多様な対象者に対応した治療プログラムが実施されている。
- ・匿名相談や自己紹介によるアクセス制度が、スティグマを軽減し、助けを求めるハードルを下げている。
- ・GLM に基づく保護要因の育成が支援の中核に据えられ、徹底したリスク・アセスメントにより社会復帰と自己実現を促している。

これらの知見は、日本における性加害や性嗜好障害への対応体制を整備するうえで、重要な示唆を提供するものである。中でも注目されるのは、イギリスおよびカナダにおいて、リスク・アセスメントに基づき、社会内での治療を制度的に継続できる仕組みが確立されている点である。

たとえばカナダでは、前述したように司法的枠組みの中に治療参加が組み込まれており、違反があった場合には再収監を含む法的対応が可能となっている。一方で、地域社会には治療の受け皿となる専門医療機関が整備されており、精神科医や心理師、ソーシャルワーカーなどによる多職種連携のケース・マネジメントが機能している。そして、このシステムに定常的に資金が提供されており、治療の継続性とアクセスの地域間格差の是正が図られている。これは、治療の必要性が司法判断によって制度的に担保されると同時に、それに応じる医療的・社会的資源が地域において計画的に確保され、さらにそれらが公的資金によって安定的に支えられている点において、制度と実践が一体化した支援モデルが構築されているといえる。

これらの例を参考にしつつ、日本では次の

ような課題に取り組む必要がある。(1) リスク評価に基づいた治療（治療の義務）や指導の法的枠組みの整備・拡充、(2) その受け皿となる地域の治療機関や専門職（精神科医・心理師・ソーシャルワーカー等）の計画的な育成と配置、(3) 司法・医療・福祉が連携し個別ケースに即した支援計画を運用できる体制の確立、そして(4) これらを持続的に支えるためには、財政的基盤を構築し、治療支援に対する公的助成制度を確立することが必要である。

参考文献（オンライン資料）

Alberta Health Services. (n.d.). Forensic Assessment and Outpatient Services (Calgary). Retrieved April 30, 2025, from <https://www.albertahealthservices.ca/findhealth/Service.aspx?serviceAtFacilityId=1048518>

Centre for Addiction and Mental Health (CAMH). (n.d.). Sexual Behaviours Clinic. Retrieved April 30, 2025, from <https://www.camh.ca/en/patients-and-families/programs-and-services/sexual-behaviours-clinic>

Correctional Service Canada. (n.d.). Commissioner's Directive 554: Policy bulletins (interim). Retrieved April 30, 2025, from <https://www.canada.ca/en/correctional-service/corporate/acts-regulations-policy/commissioners-directives/policy-bulletins-interim/554.html>

Correctional Service Canada. (n.d.). Commissioner's Directive 715-1: Community assessments. Retrieved April 30, 2025, from [\[policy/commissioners-directives/715-1.html\]\(https://www.canada.ca/en/correctional-service/corporate/acts-regulations-policy/commissioners-directives/715-1.html\)](https://www.canada.ca/en/correctional-service/corporate/acts-regulations-</p></div><div data-bbox=)

Correctional Service Canada. (n.d.). Correctional programs for men. Retrieved April 30, 2025, from <https://www.canada.ca/en/correctional-service/programs/offenders/programs/correctional-programs-men.html>

Government of British Columbia. (n.d.). Sex offender intervention programs. Retrieved April 30, 2025, from <https://www2.gov.bc.ca/gov/content/justice/criminal-justice/corrections/reducing-reoffending/sex-offender-intervention>

HM Inspectorate of Probation. (n.d.). MAPPA. Retrieved April 30, 2025, from <https://www.justiceinspectorates.gov.uk/hmiprobation/research/the-evidence-base-probation/specific-types-of-delivery/mappa/>

HM Prison and Probation Service. (2021). The HMPPS approach to the management and rehabilitation of people convicted of sexual offences. Retrieved April 30, 2025, from <https://www.gov.uk/government/publications/the-hmpps-approach-to-the-management-and-rehabilitation-of-people-convicted-of-sexual-offences>

HM Prison and Probation Service. (2023). Horizon and iHorizon: An uncontrolled before-after study of clinical outcomes. Retrieved April 30, 2025, from <https://www.gov.uk/government/publications/horizon-and-ihorizon-an-uncontrolled-before-after-study-of-clinical-outcomes>

HM Prison and Probation Service. (2025). Kaizen: An uncontrolled before-after evaluation of short-term clinical outcomes. Retrieved April 30, 2025, from <https://www.gov.uk/government/publications/kaizen-an-uncontrolled-before-after-evaluation-of-short-term-clinical-outcomes>

John Howard Society of Canada. (n.d.). Effective treatment for people committing sex offences. Retrieved April 30, 2025, from <https://johnhoward.ca/blog/effective-treatment-for-people-committing-sex-offences/>

Ministry of Justice. (2020). CoSA feasibility report. Retrieved April 30, 2025, from https://assets.publishing.service.gov.uk/media/67220e263ce5634f5f6ef4b4/CoSA_feasibility_report.pdf

Public Safety Canada. (n.d.). What works: Effective interventions for offenders. Retrieved April 30, 2025, from <https://www.publicsafety.gc.ca/cnt/rsrscs/pblctns/wrks-ffndrs/index-en.aspx>

The Royal Ottawa Mental Health Centre. (n.d.). Mental Health and the Law. Retrieved April 30, 2025, from <https://www.theroyal.ca/patient-care-information/clinics-services-programs/mental-health-and-law>

The Royal Ottawa Mental Health Centre. (n.d.). Sexual Behaviours Clinic. Retrieved April 30, 2025, from <https://www.theroyal.ca/patient-care-information/clinics-services-programs/sexual-behaviours-clinic>

Völlm, B., Craissati, J., Grubin, D., Skett, S., & Williams, F. (2019). Learning from research: Adapting interventions for sexual offending to improve outcomes. *Criminal Behaviour and Mental Health, 29*(4), 227–238. <https://doi.org/10.1002/cbm.2122>

Waypoint Centre for Mental Health Care. (n.d.). Outpatient Assessment and Treatment Service. Retrieved April 30, 2025, from <https://www.waypointcentre.ca/services/outpatient-assessment-and-treatment-service>

わが国の精神科医療施設における性嗜好障害（パラフィリア症群）・強迫的性行動症患者
に関する実態調査研究 フェーズ 1

研究協力者 椎名明大

千葉大学社会精神保健教育研究センター治療社会復帰部門特任教授

研究要旨：

性嗜好障害に対する専門治療の現況を知る目的で、全国の精神科病院、精神科クリニック及び精神保健福祉センターに対するアンケート調査を行った。回答率は 5.6%で 170 件の有効回答を得た。性嗜好障害に対する専門的治療を提供可能な人材及び施設は希少であった。また性嗜好障害に対する治療方針についてもコンセンサスが確立されていないことが確認された。今後はより精緻な調査を行い、ニーズやリソースを明らかにしたうえで性嗜好障害に対する治療方針の方向性について検討する必要がある。

A. 研究目的

1. 背景

性犯罪による被害者の心身の影響は甚大であり、性犯罪防止は大きな社会課題の一つである。特に、わが国においては令和 6 年 6 月に「学校設置者及び民間教育保育等事業者による児童対象性暴力等の防止等のための措置に関する法律」が施行され、児童・生徒を含む若者への性犯罪に対する社会的な注目が高まっている。同法の主旨は性犯罪者から子どもを守ることであるが、同時に、附帯決議において、再犯防止等のために、①性嗜好障害の治療等のデータの蓄積など科学的根拠の構築に必要な調査研究を進めること、②加害者の改善更生及び社会復帰を支援するため、認知行動療法に基づく治療的支援を強化し、加害者更生プログラムの充実を図り、加害者の受講を促進すること、③加害者のみならず、専門家によって性嗜好障害またはその疑いがある

と診断された者が適切な治療や支援を受けられる環境の整備に取り組むことが掲げられている。

性犯罪者のすべてが、性嗜好障害と診断されるわけではないが、海外の研究によれば、性暴力犯罪と性嗜好障害等は密接に関連していることが示唆されており（Krueger, R. B., & Kaplan, M. S. : 2002 ; Seto, M. C. : 2019）、また、性犯罪をした者の中には、窃視症や窃触症などの性嗜好障害の診断がつく者がいたこと（Smallbone, S. W. & Wortley, R. K. : 2001）が報告されている。海外では、性犯罪に対する精神科治療の実践や研究が進められており、性嗜好障害等と診断される加害者に対しては、治療プログラムへの導入などの精神医学的な介入が再犯予防の観点から有効であることが多数報告されている。

しかし、わが国においては、性嗜好障害等に関する治療プログラムや医療機関での

取り組みは端緒についたばかりであり、その実態は不明である。特に性嗜好障害や強迫的性行動症に対する地域での処遇や精神科医療の役割に関しては、さらなる研究とデータの蓄積が求められているといえる。そこで本研究においては、我が国の精神科医療施設における性嗜好障害及び強迫的性行動症患者の治療実態を明らかにすることを通じて、これらの障害に対する今後の医療的手当の方向性に関する示唆を得ることを目的とした。

B. 研究方法

本研究は日本全国の精神科病院及び診療所を対象として性嗜好傷害及び強迫的性行動症患者の治療実態を問う横断調査研究である。

1. 調査対象

全国の精神病床を有する医療機関（1556施設）、日本精神科診療所協会に所属する精神科診療所（1700施設）ならびに精神保健福祉センター（69施設）を対象とした。

2. 調査方法

全国の対象施設に対し、説明文書と専用ウェブサイトの URL、調査票の写しを郵送した。各対象施設に勤務する医師1名に対し、専用ウェブサイトにてアクセスしてウェブ上で各質問項目に回答するよう依頼した。入力された回答項目を集計・分析し、全国における性嗜好障害等に対する医療実態を明らかにすることとした。

3. 調査項目

調査項目は別表1に示す通りである。

4. 統計解析

集計結果を統計解析した。解析には統計ソフトウェア IBM SPSS ver24 を用いた。有意水準は5%とした。

5. 倫理的配慮

本研究は健常者を対象とする調査研究で

あり、臨床研究法その他の関連法規の規制の範囲には含まれない。なお本研究は、人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針に抵触しない範囲で実施するものとする。

研究計画を当学の倫理審査委員会に提出し、その承認を得たうえで研究計画を実施する。実査に当たっては、調査の目的と内容等をあらかじめ書面にて各施設に送付したうえで、回答者がアクセスする専用ウェブサイトに掲載した同じ内容の文章を閲覧してもらうことにより説明し、回答の有無及び回答内容は個別回答者の任意であることを保障する。同意確認に対するチェックを伴うデータ送信をもって研究協力への同意とみなす。

調査対象の個人情報取得しない。ただし、今後の調査（アンケート調査・聞き取り調査）への協力についての項目で、協力すると回答した対象者に対しては、続く調査のために、連絡先の記載を求める。また、調査内容には患者の個人情報は含まない。

本研究のプロトコルは大学病院医療情報ネットワークセンター（UMIN）の臨床試験登録システム（University hospital Medical Information Network Center Clinical Trials Registry: UMIN-CTR）に UMIN000057514 として登録された。

本研究にかかる経費は、原則として令和6年度厚生労働行政推進調査事業費補助金（厚生労働科学特別研究事業）性行動異常を呈する者の精神医学的考察と認知行動療法を含めた介入方法の検討及び性被害者の心理的ストレス対処に資する実態調査(24CA2036)から支弁された。

上記以外に、研究者は起こりうる利益相反を有していないことを確認した。

C. 研究結果

1. 回答率

2025年2月1日に全国の精神病床を有する医療機関（1556施設）、日本精神科診療所協会に所属する精神科診療所（1700施設）ならびに精神保健福祉センター（69施設）に対し調査票を郵送したところ、同年4月25日までに計185通の回答を収集した。回答率を単純計算すると5.6%となる。

なお、回答者のうち、本研究の直接の利害関係者であると回答した者が2名いた。また精神科の診療（入院または外来）に携わっていないと回答した者が6名いた。さらに、回答を専用ウェブサイトに登録したが研究協力に同意しなかった者が2名いた。これら計10名を解析対象から除外した。以後の解析対象は175件となる。

2. 回答集計結果

属性

回答者の平均年齢は54.9±9.9歳で、最大値は76歳、最小値は35歳であった。精神科医師としての臨床経験年数は平均27.1±10.2年で最大値は50年、最小値は5年であった。精神保健指定医としての臨床経験年数は平均20.4±10.0年で最大値は40年、最小値はゼロであった。回答者の性別は男性155名、女性18名、無回答2名であった。

所属

回答者のうち国立機関に所属している者は7名、自治体立に所属している者は34名、その他の公的機関に所属している者は11名であり、計50名が公的医療機関に所属していた。いずれでもないと回答した者は121名であった。2名はシステムエラーにより所属不明であった。

施設形態については、精神病床を有する総合病院に所属している者が32名、精神病床を有さない総合病院に所属している者

が3名、精神科単科病院に所属している者が37名、精神科クリニックに所属している者が90名、精神保健福祉センターに所属している者が12名、上記いずれでもない所属先である者が1名であった。

臨床経験

回答者のうちパラフィリア症（性的倒錯、及びそれに類する精神障害を含む。以下同じ）を有する患者を診療した経験を多数有する者は2名であった。85名が若干の診療経験を有しており、84名がまったく臨床経験を有していなかった。上記のいずれでもないと回答した者は4名であった。

対応方針

パラフィリア症を有する患者に対する対応方針としては、専門的知識・技術に基づき積極的に診療を請け負っていると回答した者が2名、専門的知識・技術はあるとはいえないが求められれば診療を請け負っていると回答した者が105名、診療を断るか他院を紹介していると回答した者が41名であった。上記のいずれでもないと回答した者は27名であった。

また、性犯罪の前科・前歴、少年非行歴があるがパラフィリア症を有しているとはいえないがたい患者に対する診療については、専門的知識・技術に基づき積極的に診療を請け負っていると回答した者が1名、専門的知識・技術はあるとはいえないが求められれば診療を請け負っていると回答した者が106名、診療を断るか他院を紹介していると回答した者が48名であった。上記のいずれでもないと回答した者は20名であった。

専門治療プログラム

回答者のうち、所属施設でパラフィリア症の治療にかかる専門的治療プログラムを提供していると回答した者は4名であった。

対象とする精神障害の内訳としては、窃

視症のみを対象としていると回答した者が1名、窃視症に加えて露出症、小児性愛、窃触症、強迫的性行動症も対象としていると回答した者が3名であった。

なお、専門的治療プログラムを提供していないと回答したにもかかわらず対象とする精神障害を記入した者が2名おり、不正回答として棄却した。

連携体制

所属施設がパラフィリア症の治療もしくは性犯罪の予防にかかる専門機関との連携体制を有していると回答した者は9名いた。なお、そのうち所属施設がパラフィリア症の治療にかかる専門的治療プログラムを提供していると回答した者は2名であった。

自由記載

- 1) パラフィリア症もしくは性犯罪の前歴または将来のリスクのある患者に対する治療の考え方について、自由記載により具体的な回答をした者は59名いた。以下にその内容を示す。なお、誤字と思われる箇所や個人の特定につながるおそれのある記載を修正するなど、必要最小限の改変を行った。
- 2) 今後重要な事案かと考えますが、小生の経験がなく、公的な医療機関に集中している印象を受けています。
- 3) 医療体制の構築は重要であると考えますが、大まかに3つの懸念があります。一つは職員の理解が容易でないことです。医療事務は若い女性が多くなり、そのあたりの配慮が必要です。もうひとつは治療法の選択肢の少なさです。最後のひとつは世間の偏見と著名な治療者の政治的な偏りです。フェミニストも保守派も性嗜好障害患者をサンドバッグにします。著名な治療者もフェミニストに肩入れしすぎており、乏しいエビデンスから患者の葛藤を決めつ

け、とても受容できているとは言い難い。

- 4) 診断、治療法に関する知見の蓄積が必要である。
- 5) アディクション治療の考え方をベースにすべきと考えるが、過去のアディクションによる被害者が存在すること、スリッパ時には被害者が発生することなどを考慮して、どのような治療構造にするのが課題だと思われる。具体的にはスリッパすることを織り込んで他のアディクション治療の考え方はリバイズする必要があるのではないかと考える。
- 6) わからない。
- 7) あまり考えたことはありませんでした。知識に乏しくコメントできることはありません。
- 8) 責任を問われる可能性があると考えると怖くて関われない
- 9) 専門的知識を有しないため治療に関して責任有る回答が困難である。
- 10) 専門的治療知識がないので学ぶ機会があると助かります。
- 11) まず適切な診断と治療可能性について検討する。
- 12) 治療方法が確立しているのか知りたい。あればトレーニングを受けたい。
- 13) 現実的には難しいだろうが、確実に治療を受けその後のフォローや観察も継続できるような仕組みづくりが必要。
- 14) クリニックレベルでは有効な治療は提供できず。去勢治療が積極的になされるべき。
- 15) 海外並に規制は必要と感じます。その上で患者の人権が考えられれば、と思います。
- 16) ADHDなどに基づく依存性や衝動性があれば、それに対する内服加療を行う。

しかし軽度知的障害など、薬物療法の適応が無い場合は、集団療法が望ましいが、人数が集まると他の疾患の治療に支障が出るため行っていない。

- 17) 本人が治療を求めることは稀と思われる。一方、治療を強制されてもうまくいくものではないと思われる。短絡的な制度設計で進めるべきものではない。
- 18) 前提として、認知行動療法一般へのアクセスが容易となる体制の整備が必要と考えている。
- 19) 治療できる自信はない。
- 20) エビデンスがあり、外来で簡便にできる治療があれば対応したいが、現状は難しいと考える。
- 21) 依存症の専門医療機関での治療が必要
- 22) 率直に申し上げて、診断がきちんとされているのか、過剰診断が紛れ込んでいないのかについて、疑義が持たれることがあり、また治療自体もその実効性について、疑義が持たれます。
- 23) 当院で治療しているケースは背景に発達障害があり、そちらの治療をしている。
- 24) 地域支援においては、専門医療機関は数が少なく、医療に頼ることにも限界があり、Keep Safe プログラムを学ぶなどして、地域支援者の対応力向上にも取り組み始めているところです。
- 25) 出会わないと思う。
- 26) 困っている。
- 27) 性犯罪の前歴がある方でも主たる病名が、パラフィリア症でなければどこの医療機関でも診られたらよい。主たる病名がパラフィリア症でその問題であれば、医療機関かどうかわかりませんが、専門プログラムがある所につながれたらよい。
- 28) 嗜癖行動の障害をモデルとしてこれら

の疾患を治療しようとする、他の人を傷つけてしまう可能性のある症状であるため致し方ないとはいえ、患者さんは強烈なレッテルを貼られて社会的に孤立し、回復への道筋を伴走することが困難なことが多いように思います。少しずつ受け入れる施設治療機関が増えていくことが望ましいと思っています。

- 29) 記載の患者群の一部に ACEs 逆境的小児期体験サイババーが存在しているのではないか。それを考慮したトラウマインフォームドケア治療を念頭に治療に望むことも必要かと思う
- 30) 本人の病識があり治療のモチベーションがある場合に治療対象としています。
- 31) 個人的には積極的に治療ないしフォローすべきと思います。ADHD の治療などはもちろんですし、場合によってはホルモン剤も使用に値すると思います。
- 32) 治療の対象になりうるのかわからない。エビデンスのある治療方法を知らない。精神疾患ではあるが、法に触れるようなことがあれば司法判断が望ましいと考える。法的な拘束力を持って行動を抑制させるしかないのではないか。
- 33) ADHD など何らかの精神的な是弱性があり、置かれている環境が過酷で、結果的に衝動行為に徐々に及ぶ方も含まれており、事例化した時点で適切な評価をする事が望まれます。
- 34) 専門病院必要。
- 35) 今後機会あれば診ていこうと思います。
- 36) 十分な教育訓練を受けたものが、特定の施設で治療を行うべきである。
- 37) 発達傾向などのベースの特徴について理解を深めていく。
- 38) 通常のクリニックレベルでは、施行可能な治療あるいは少なくとも再犯など

行動化リスク軽減のための方策が不明で、いかにも診療を引き受けるに当たっての壁が高い。

- 39) 精神科診断がつき、本人の精神的苦痛と治療モチベーションがある場合は診療の対象と考えます。ただし、現職場は外来がなく、身体合併症病棟のみのため、貴学の調査や事業にご協力することが出来ないと考えております。お力になれず申し訳ありません。
- 40) 重症の方では、司法期間との連携も含めた多機関の連携が必要。それほどの重症度がない場合には、生活状況や問題が生じやすい状況を確認して、それへの対処法を考えるという認知行動療法的アプローチが有用と思われる。ただし、経験が少ないため、確定的なことは言えない。
- 41) 困っている患者さんに対応できない歯痒さがある。専門家でなくてもある程度対応できるプロトコルが欲しい。
- 42) アルコール、ギャンブルなどの、アディクションのカテゴリーで捉えて、アディクションのミーティングに参加してもらうことが、最初の、同時に最良のステップだと考えています。
- 43) 治療意欲があれば医療機関で治療を受けられることが望ましい。
- 44) 治療ガイドが必要。
- 45) 通常の治療と同じと思います。
- 46) 問診で、あえて性嗜好障害に関する質問をしないので、相手からの訴えが無いと、意識して対応していない。もしご本人から性嗜好障害の関する治療を希望されたならば、直ぐ近くに専門とされている医療機関があるので、そちらに紹介するでしょう。
- 47) 専門的な治療機関の紹介ルートを提示して頂けると良いです。
- 48) 専門医医療機関での治療が望ましい。
- 49) 高度に専門性を有する施設でしか診療すべきではないと考えると、ごく少数の患者歯科治療を受けられないことになる。一般的な精神科診療で対応できる範囲や対応すべき範囲を提示して頂きたい。
- 50) 精神分析的な見立てがかなり有効である。日本は精神療法の訓練が専門医の研修の中に組み込まれておらず、パラフィリアのみならず他の疾患についてもきちんと診断し診療を続ける専門家の力が諸外国に比べかなり脆弱である。精神療法、力動的な訓練を早急に始める必要があると思われる。
- 51) これまでパラフィリア症の診察を求められたことはありません。現実的にそのような症状で苦しんでいる患者さんに出会わないと自分がどのように分かりません。
- 52) 専門的技術について研修が必要。
- 53) パラフィリア症を、性嗜好障害と考え、SMARRP をモデルとした認知行動療法プログラムで治療しています。
- 54) 行政との連携が必須である。
- 55) 薬剤投与の義務が望ましい。
- 56) 性犯罪の歴がある方を少数診察したのみ(さらにそれが主たる相談ではない)ですが、もし診療の機会があれば可能な範囲で対応させていただこうと思います。
- 57) 専門家をお願いしたい。
- 58) 少なくとも国内では診断、治療のガイドラインやプログラムが確立されていない印象。それらの普及が望まれる。
- 59) 診療や相談支援を求められる場合にはできるだけ応えたいと思っています。
- 60) 治療プログラムを有する医療機関が全国各地にあればいいと思います。

D. 考察

1. サンプルの代表性

今回のアンケート調査の回答率は5%強に留まった。全国規模の悉皆調査であり回答に対するインセンティブもないことを勘案し、類似の調査と比較する限りでは、この回答率はそう低いものではない。回答者の属性を見るに、精神科医師における女性医師の割合は概ね25%程度と推計される(花岡、2021)のに対し、今回の調査の回答者の大多数が男性であったことについては、慎重な解釈が必要である。具体的には、調査内容の性質上、女性医師が回答を忌避した可能性がある。その他の属性については母集団と比して著明な齟齬はないように思われる。

2. 性嗜好障害の治療実態

調査結果から、性嗜好障害について専門性を有している医師及び治療施設は数えるほどしかないであろうことがうかがわれた。この結果は多くの臨床家の実感に合致するものであるように思われる。

3. 自由記載から

記載内容から、回答者の多くは性嗜好障害を有する患者に遭遇することが稀であり、治療について具体的なイメージが湧きづらい様子が見受けられる(5, 6, 8, 24, 50)。また、経験の少なさや責任の重さを感じてか忌避的な回答も散見された(7, 18)。

性嗜好障害の治療体制に関する考え方については、専門家に任せたいという意見が多数(20, 3, 35, 37, 45, 46, 47, 56, 59)であった。他方で、一般精神科医療の枠組みで行うべきとの意見も(34, 38, 44, 58)あった。

性嗜好障害の病態については依存や嗜癖の文脈で捉える意見(4, 15, 20, 27, 41, 52)や、発達障害との関連性を示唆する意

見(15, 22, 30, 32, 36)が比較的多かった。

治療については、認知行動療法の有用性についての言及が比較的多かった(17, 39, 52)。一部施設ではより先進的な取り組みも行われている(23, 28, 49, 52)。化学的去勢や行政の関与については意見が分かれており(13, 14, 16, 30, 31, 39, 53, 54)、現状に対する批判的意見(2, 21)も合わせると、一般の臨床家におけるコンセンサスは得られていないと考えるべきであろう。ガイドラインの策定を求める声も少なくない(40, 43, 46, 57)。

E. 結論

我々は全国の精神科医師に対するアンケート調査を行い、性嗜好障害に対する治療方針が未だ確立されていない実態を確認した。一部の有識者は先進的な取り組みを行っているが、それらは全国的なコンセンサスになっておらず、普及には課題が多いと思われる。今後はより精緻な調査を行い、治療ニーズの実態と現在利用可能な社会資源を明らかにしたうえで、性嗜好障害に対する治療及び処遇の方向性について検討したい。

参考文献

- Krueger RB, Kaplan MS (2002) Behavioral and psychopharmacological treatment of the paraphilic and hypersexual disorders. *Journal of Psychiatric Practice*,8,21-32.
- Seto, M. C. (2019). The motivation-facilitation model of sexual offending. *Sexual Abuse. Journal of Research and Treatment*,31(1),3-24.

Stephen W. Smallbone and Richard K. Wortley (2001) Child Sexual Abuse: Offender Characteristics and Modus Operandi. Trends and Issues in Crime and Criminal Justice.193.

花岡晋平、松本邦愛、平田豊明、長谷川友紀 (2021). わが国における精神科医の需給と二次医療圏間における偏在に係る研究—官庁統計による計時分析 (2000～2018年)—. 精神神経学雑誌 123(12),783-792.

令和6年度 厚生労働科学研究費補助金（厚生労働科学特別研究事業）
性行動異常を呈する者の精神医学的考察と認知行動療法を含めた介入方法の検討
及び性被害者の心理的ストレス対処に資する実態調査

II. 研究分担報告書

2. 性的問題行動のある者に対する認知行動療法の考え方に基づいた

ケア支援プログラムの提案に関する研究

分担研究者	吉田 和史	国立精神・神経医療研究センター	認知行動療法センター	認知行動療法診療部 臨床技術開発室長
研究協力者	井上 真里	国立精神・神経医療研究センター	認知行動療法センター	認知行動療法診療部 リサーチフェロー
	野網 恵	国立精神・神経医療研究センター	認知行動療法センター	認知行動療法診療部 科研費研究員
	久我 弘典	国立精神・神経医療研究センター	認知行動療法センター	センター長
	張 賢徳	国立精神・神経医療研究センター	精神保健研究所	所長
	嶋田 洋徳	早稲田大学	人間科学学術院	教授
	橋本 壘	早稲田大学	人間科学学術院	准教授
	西中 宏吏	早稲田大学	人間科学学術院	助教
	黒田 翔子	早稲田大学	大学院人間科学研究科	

研究要旨

令和6年6月に公布された「学校設置者及び民間教育保育等事業者による児童対象性暴力等の防止等のための措置に関する法律」の附帯決議では、加害者の改善更生及び社会復帰を支援するため、認知行動療法に基づく治療的支援を強化し、加害者更生プログラムの充実を図り、加害者の受講を促進することや、加害者のみならず、専門家によって性嗜好障害またはその疑いがあると診断された者が適切な治療や支援を受けられる環境の整備に取り組むことが掲げられている。また、令和5年3月に「性犯罪の再犯防止に向けた地域ガイドライン」（以下、地域ガイドライン）が公開されており、刑事手続き後も地方公共団体や医療機関等における継ぎ目のない支援が求められている。

本研究では、性加害者に対して刑事施設や保護観察所で実施している国内の処遇プログラムや、医療機関や地方公共団体で実施している性的問題行動に対するプログラムに関して、有識者の見解を聴取し、エキスパートによるコンセンサス会議での議論を踏まえた上で、医療機関における実施を想定した、性的問題行動のある者に対する認知行動療法の考え方に基づいたケア支援プログラムの提案を行った。また、意見聴取の中では、関係機関との連携や、地域ガイドラインの運用状況等についても聴取を行った。今後は当事者に対する調査等も踏まえ、具体的なケア支援プログラムの開発や、その実施可能性、安全性、有効性の検討を行っていくとともに、必要な人にプログラムを届けられる体制整備についても進めていく必要があると考えられる。

A. 研究目的

令和6年6月に「学校設置者及び民間教育保育等事業者による児童対象性暴力等の防止等のための措置に関する法律」が公布され、特に若年層への性犯罪に対する関心が社会全体で高まりつつある。同法の附帯決議において、再犯防止等のために、①性嗜好障害の治療等のデータの蓄積など科学的根拠の構築に必要な調査研究を進めること、②加害者の改善更生及び社会復帰を支援するため、認知行動療法に基づく治療的支援を強化し、加害者更生プログラムの充実を図り、加害者の受講を促進すること、③加害者のみならず、専門家によって性嗜好障害またはその疑いがあると診断された者が適切な治療や支援を受けられる環境の整備に取り組むことが掲げられている。現在我が国の司法分野で用いられているケア支援プログラムとしては、刑事施設で実施されている「性犯罪再犯防止指導」や、保護観察所で実施されている「性犯罪再犯防止プログラム」などがある（表1）¹⁾。また、令和5年3月には「性犯罪の再犯防止に向けた地域ガイドライン」（以下、地域ガイドライン）が公開され、刑事手続き後も地方公共団体や医療機関等における継ぎ目のない支援が求

められている²⁾。地域ガイドラインの付属資料の中では、保護観察所のプログラムで使用している教材（STEPS）を地方公共団体向けに一部改定したSTEPS-Rが公開されている。令和5年度厚生労働科学研究費補助金 行政政策研究分野 厚生労働科学特別研究「性嗜好障害への対応と治療の国内外の実態とアプローチの包括的分析のための研究」報告書では、性嗜好障害に対する支援として、心理的支援の一つである認知行動療法を中心に行う重要性について述べられている³⁾。

本研究では、性加害者に対する国内の処遇プログラムや性的問題行動に関する治療プログラムについて有識者の見解を聴取し、エキスパートによるコンセンサス会議を踏まえて、ケア支援プログラムの提案を行うことを目的とした。なお、本研究で提案するケア支援プログラムは医療機関での実施を想定したものとし、また前述の附帯決議にも則り、認知行動療法の考え方に基いたものとした。本研究では「性的問題行動のある者」を、性嗜好障害やパラフィリア症等を含む精神疾患の診断の有無に関わらず、特定性犯罪の性犯罪歴がある者、または特定性犯罪につながり得る行動を呈する者とした。

表1. 性犯罪加害者に向けたプログラム（一部）

タイトル	実施	内容
性犯罪再犯防止指導 ¹⁾	刑事施設	再犯リスク、問題性の程度、プログラムとの適合性等に応じて、高密度（9か月）、中密度（7か月）、低密度（4か月）のいずれかのプログラムを実施する。オリエンテーション、準備プログラム、本科（自己統制、認知のくせと新たな認知、他者と社会との関わり、感情統制、被害者等理解）、メンテナンスで構成される。
性犯罪再犯防止プログラム ¹⁾ ： STEPS	保護観察所	導入プログラム、コアプログラム（性加害のプロセス、性加害につながる認知、コーピング、被害者の実情を理解する、二度と性加害をしないために）、メンテナンスプログラム、家族プログラムで構成される。
性犯罪者に対する再犯防止プログラム ²⁾ ：STEPS-R	地方公共団体	導入プログラム、コアプログラム（性加害のプロセス、性加害につながる認知、コーピング、被害者の実情を理解する、二度と性加害をしないために）で構成される。

B. 研究方法

本研究の研究期間は、2024年10月から2025年3月であり、以下の方法で実施した。

1. 有識者への意見聴取

意見聴取先の刑事施設や保護観察所については、研究分担者が法務省に協力の依頼を行い、紹介を受けた。また、以前から性加害者の再犯防止や社会復帰支援に関する規定が含まれる条例を制定し取り組んでいる都道府県の精神保健福祉センターと地方公共団体、性的問題行動に関連する専門治療を行っている医療機関から協力を得た。

(倫理面への配慮)

いずれの機関においても、本研究の内容や聴取内容の取り扱い等についての説明を行い、同意が得られた以下の機関に対して、意見聴取を行った。

意見聴取への参加者と実施日：

- ・2024年12月10日 法務省矯正局
- ・2024年12月17日 法務省保護局
- ・2024年12月24日 A 精神保健福祉センター
- ・2025年2月6日 法務省大臣官房秘書課
- ・2025年2月25日 B 刑事施設
- ・2025年3月3日 C 保護観察所
- ・2025年3月3日 D 精神科クリニック
- ・2025年3月6日 E 都道府県
- ・2025年3月10日 F 刑事施設
- ・2025年3月13日 G 保護観察所

意見聴取の方法：

性的問題行動のある者に対してプログラムを実施している刑事施設、保護観察所、地方公共団体、医療機関については、以下の内容を含むインタビューガイド設問を用いた。医療機関でのケア支援プログラム実施を想定し、意見聴取を行った。

1. プログラムの枠組み
2. プログラムの内容
3. プログラム参加者のニーズ
4. 別途プログラムが必要と考えられる方
5. プログラム実施における困難やその対応
6. プログラム実施者の教育や相談体制
7. 関連施設との連携
8. 医療機関でのケア支援プログラム実施に関して

2. エキスパートによるコンセンサス会議とケア支援プログラムの提案

2025年3月27日16時から17時で、司会（研究分担者）の他、性的問題行動のある者に対する医学的治療や心理学的支援に精通している精神科医師1名、公認心理師2名が参加し、提案するケア支援プログラムの枠組みや内容等について議論を行った。有識者からの意見聴取やエキスパートによるコンセンサス会議の内容を踏まえ、医療機関での実施を想定した、性的問題行動のある者に対する認知行動療法の考え方に基づいたプログラムの提案を行った。

C. 研究結果

1. 意見聴取

性的問題行動のある者に対するケア支援プログラムや、他機関との連携に関する意見聴取の内容を以下に記す。

1-1 プログラムの枠組み

プログラムの枠組みは、施設内処遇から社会内処遇、地域や医療機関における支援等の文脈に応じて設定されていた。まず、刑事施設で行われているプログラム（性犯罪再犯防止指導）については、その概要が公表されている¹。主に集団によ

るプログラムを実施しており、参加者の人数は8名程度で、2-3名の職員で対応しリーダー、コ・リーダーを担当している。プログラムの頻度は週1回又は2回程度で、居室等でホームワークに取り組む。同一の受刑期間においてはプログラムを繰り返し受講することはないが、出所までの期間が長い場合などには、1回60分程度のメンテナンプログラムを実施しており、個別での対応も行っている。

保護観察所においては、全国的には個別によるプログラムの実施が多いとのことだが、今回意見聴取を行った2ヶ所の保護観察所では、いずれも基本的には集団によるプログラムが実施されていた。特に中心となるのは全5回のコアプログラムで、インテークおよび初回セッション（Aセッション）は個別で実施しており、事件の経緯や成育歴の振り返り等を行い、2時間以上、長いと4時間程度の時間を要するとのことであった。集団によるプログラムへの参加者の人数は4-5名程度、スタッフは3名程度で、頻度は2週間に1回行っている。なお、少年については別途、個別実施によるプログラムとするか集団実施とするかを判断している。保護観察所によっては、コアプログラムを終了後に任意で参加できるミーティンググループを、平日日中に月1回、保護観察所内にて対面にて開催しており、毎回6-10名程度が参加している。保護観察官に加え、近隣の自助グループのメンバーも参加しており、参加者が自主的に話し合うテーマを提案している。コアプログラムを終了した者のうち2-3割程度がこの任意のミーティンググループに参加を申し込み、参加申込者には保護観察所の職員が毎月事前に電話で参加の有無を確認している。この連絡が参加を促進している可能性があるとの意見も聞かれた。

また、刑事施設、保護観察所ともに、集団による実施においては、参加者同士の発言が参加者の理解や変容に寄与することや、プログラム実施の過程で、自発的かつ自然に参加者に役割が生ま

れ、参加者同士によるサポートが生じることが語られた。

今回意見聴取を行った地方公共団体では、心理職との個別面接という形で実施していた。最初は電話にて本人から連絡をもらい、その後の対面でのインテーク実施時に1.5~2時間程度をかけて情報収集しているとのことであった。プログラム自体は1回50分、頻度は参加者によりさまざまである。プログラムはSTEPs-Rが公表される前から独自の資料を用いて参加者に合わせた内容で行っており、STEPs-Rは用いていない。プログラムの期間は特に定まっておらず、再犯防止計画を作成することで終了としている。

今回意見聴取を行った医療機関では、6か月間のプログラムに加え、医療機関への受診動機を高めることを目的としたオープン形式の3か月間のミーティンググループが実施されていた。6か月間のプログラムには、参加者10名程度の講義形式のものと、様々な進度のプログラムを同時並行で進め、その都度質疑対応を行う形式のもの2種類があり、後者についてはいつからでも参加が可能となっている。日中に仕事をしている者も参加しやすいように、ミーティングやプログラムの開始時間は19時に設定されていた。

1-2 プログラム内容

刑事施設および保護観察所で現在実施されているプログラムの内容については、令和元年度から令和2年度にかけて開催された性犯罪者処遇プログラム検討会の提言に基づき改訂され、令和4年度から運用が始まったものである⁴。プログラムが目指すところは、再犯を行わないことであることから、なぜ問題行動を起こしたのか、各々が抱える問題を見つめ、理解することが必要であり、アセスメントやケースフォーミュレーションを踏まえてプログラムを実施することの重要性が語られた。たとえば、自身の問題について、どのように生きていきたいかといった将来像について話し

合うことを通して扱う場合や、再犯や問題行動の発生リスクが高いときの対処に着目することを通して扱う場合など、参加者の特性や、その時の状態等によってアプローチを変えていくこともあると述べられた。また、参加者自身が、なぜ自分が犯罪を行ったのかを理解することが重要であり、再犯をしないために自分の状態を変えていくようなアプローチをしているとの意見も挙げられた。

また、日常の問題から性犯罪につながるパターンも多いと考えられることから、日常場面における問題の理解と解決について、家族関係や交友関係、就労等の環境要因を扱うことの必要性が語られた。また、情緒的な交流が難しい者も多く、対人面の苦手さや相談することが難しい者には、プログラムの場において人との健全なつながりを学ぶ必要があることも語られた。感情面については、自身の感情を捉えることが苦手な者が多く、セルフモニタリングをきちんと行うことが重要であることが述べられた。保護観察所のコアプログラムでは自分自身の感情面に関する内容が十分でないことから、被害者の実状理解の内容を進めるためにも、自身の感情について被害者の心情等を学ばせる前に扱うことができればよいとの意見も聞かれた。

プログラムの実施にあたり、関係性の構築や動機づけの工夫として、参加者のことを知ろうとする姿勢を示し、事件の経緯や生育歴などの聞き取りを行うこと、またプログラムの序盤では性加害自体を否認するケースなどプログラムへの動機づけはそれぞれだが、参加者自身の辛い状況に対して役に立つものであることを説明することなどが語られた。

1-3 プログラム参加者のニーズ

保護観察所のひとつで行われている任意のミーティンググループへの参加動機に関する参加者の意見としては、同じ状況にある者の日常における

コーピング等の話を聞きたい、自身の話を聞いてもらいたい、性的な問題に関する内容の話ができる場が他にほとんどない、等が挙げられたとのことであった。また、参加者におけるプログラムへのニーズとしては、特に小児に対する性加害者にとっては、成人の参加者同士で十分に話し合えたことがよい体験であったと答える者もいたとのことであった。

1-4 別途プログラムが必要と考えられる方

性的問題行動が嗜癖化している者や、知的に制約のある者、小児に対する性加害者については、別途対応を必要とする困難さがあることが語られた。刑事施設では、知的に制約がある者に対しては別の集団プログラム（調整プログラム）が実施されている。医療機関では、小児性愛に関する問題を抱える者はグループミーティングにおいて自身の話をしないことが多く、別途対応をしているとのことであった。また、小児に対する性加害者については、対人関係に関してプログラムの中で扱えるとよいとの意見も聞かれた。

1-5 プログラム実施における困難やその対応

刑事施設では、原則、性犯罪再犯防止指導からの脱落は認められていない。参加者が、自己理解などのプログラム内容や集団内の関係性の問題に起因して、プログラム参加に対して否定的な反応を示す場合、その反応が、本人の問題を維持する認知と行動パターンの表れである可能性を含めてアセスメントし、それが再犯につながると考えられる場合、プログラム内で取り扱うという対応がなされていた。そのほかにも同様に、プログラム実施中の性加害への否認、プログラムへの批判的な発言等、種々の問題行動や、過去のトラウマ体験が想起された場面について、その者の生きづらさ、性加害につながり得る点であると捉え、十分にアセスメントを行った上でプログラム内で取り扱われていることが語られた。あわせて、プログ

ラムの目的は事件に関する真実の追求ではなく、性犯罪につながる自分自身の問題を取り扱うことであることを強調して伝えることも行われていた。こうした場面においては、他の参加者の発言が当該参加者の対応に有効に働くこともあるとのことであった。特に小児に対する性加害者は警戒心が高く、また防衛的な印象が強いが、集団で話し合いを重ねることで、徐々に自らの性に関する問題について語れるようになり、プログラム内容の理解が進む様子が見られることもあるとのことであった。また、刑事施設では集団プログラムへの参加が困難と判断されるケースへの対応に限界があることも述べられた。

一方、地方公共団体においては、その任意性の高さから、就労等の都合により通所や連絡が途絶えることもあると語られた。プログラムの継続には、本人の動機づけや家族の理解が重要である。さらに、実施施設や通所中における性的問題行動や攻撃的行動への懸念から、プログラムの実施にあたり安全確保が課題とされていた。参加者の状況に応じて、今後遠隔でのプログラム実施も検討したいとの意見も聞かれた。

1-6 プログラム実施者の教育や相談体制

令和4年度以降、法務省では矯正局と保護局が共同して性犯罪対策研修を実施しており、令和6年度には研修の一部について地方公共団体も参加可能な形で開催された。このほか刑事施設では、新たに性犯罪再犯防止指導を担当する職員に対して、その概要に関する集合研修に加え、刑事施設における実務研修を実施している。特に実務研修では複数の密度別のプログラム等への陪席等を通じて、性犯罪再犯防止指導を体験的に学ぶ機会が設けられている。プログラムの質を担保するためには、実施者が孤立せず相談しやすい環境を作ることが重要とされていた。また、職員に対して、性犯罪者への対応に関連する心理的負荷へのケアも必要と考えられるとのことであった。

今回意見聴取を行った保護観察所においては、年1回の研修や刑事施設との実務者協議会への参加、一部セッションに対するスーパービジョン等、実施者への支援体制が確立されていた。

地方公共団体では、研修という形式では実施していないものの、カウンセラーが対応に困難を感じた場合には、月1回の会議の中でスーパーバイザーに相談できる体制が整えられているとのことであった。

1-7 関連施設との連携

地方公共団体からは、プログラム実施場所が地方公共団体に1ヶ所しかないため、遠方に住む者の場合など、近隣の医療機関で治療を受けられるような体制の確立が望ましいという意見もあったが、全体として専門的対応が可能な医療機関は限られており、どの意見聴取先においても連携先が乏しいという意見が聞かれた。また、公的機関が特定の民間医療機関を紹介することについては制約があるが、地域ガイドラインの周知が進むことで、医療との連携が促進するのではないかと期待が述べられた。医療の対象となる者の中には経済的に困窮している者もおり、医療機関での治療にあたっては、できるだけ費用負担が発生しない形が望ましいとの意見もあった。なお、刑事施設と保護観察所ではすでに連携体制が構築されている一方、仮釈放ではなく満期出所の場合には保護観察がつかない点に制度上の課題が認められた。

自助グループの活用については、専門性の高いスタッフが不在な場合もあることから慎重な姿勢が聞かれた一方で、保護観察所の一部では自助グループの紹介が行われており、職員が定期的に自助グループへ訪問するなど、日常的に連携を図っていた。

1-8 医療機関でのケア支援プログラム実施に関して

まず、プログラムの参加者について、医療では疾患が、司法では触法かどうか観点になることが共有された。刑事施設において、性犯罪再犯防止指導の参加者を選定するアセスメントにおいては、精神医学的な診断を主軸にはしておらず、再犯リスク、処遇ニーズ、処遇適合性等についてあらかじめ設定された客観的基準による判定により参加者を選定している。また、社会内で性嗜好障害の診断がついていても本人が申告していなければ把握できない可能性があることが述べられた。社会全般においては、性犯罪に関しては特に処罰感情が強く、たとえ社会復帰後、何らかの治療や支援等が必要な場合であっても、その対象として捉えられにくい現状もあるのではないかという点も共有された。

刑事施設においては、原則として性犯罪再犯防止指導の指定がなされれば、同指導の受講は必須の環境であり、長期間のプログラムを実施できることから、参加者個人について深く扱うことが可能である。他方で、保護観察所においては、親子関係等も含め、目の前に現実的な刺激がある社会的状況での衝動の抑制について、より現実に即した形で取り扱うことができるなど、プログラムの実施機関によってそれぞれの強みがあるため、それを活かした処遇が望まれるという意見も聞かれた。刑事施設や保護観察とは異なり、医療におけるプログラムへの参加は任意性が高いため、必要と思われる者であっても本人の意志や動機がなければ参加には至らない難しさがあることが語られた。また、保護観察所のプログラム参加者には就労している者も多いが、プログラムへの参加も仕事と同程度に重要なものであるといった認識を持ってもらうなど、参加動機への工夫が必要であることや、医療機関への受診に抵抗を示すものも多く、医療ではなおさら動機づけが重要であり、医療機関への受診のハードルが低くなることその後の治療継続につながると思われるとの意見が聞かれた。

全5回のコアプログラムを実施している保護観察所としては、医療機関でのプログラムの回数について、ホームワークや個別の課題をより丁寧に扱うために、10回以上が望ましいといった意見が聞かれた。プログラムの頻度については、継続的な参加が重要であることから、本人のニーズに合わせる重要性が多かった。なお、プログラムへの参加にあたっては、住居や仕事といった生活基盤が確保されていることが重要である一方で、本人が就労を望んでも本人の力だけでは乗り越えられないこともあるという意見も聞かれた。

1-9 地域ガイドラインについて

法務省は、令和5年3月に「性犯罪の再犯防止に向けた地域ガイドライン」（以下、地域ガイドライン）を公表した²。ここで挙げられている地方公共団体としては、都道府県を想定しているものの、現時点ではその運用が十分に広がっているとは言えないとのことであった。一方で、令和6年度に開催された地域ガイドラインの内容を含む矯正局と保護局との合同研修では、関連する一部の内容について、地方公共団体も参加可能としたところ、市区町村からの参加も多数あり、関心の高さが感じられたとのことであった。

再犯防止の枠組みにおいて、地域ガイドラインでは、保護観察所を経て地方公共団体にその取り組みが降りていく体制を想定しているが、対応可能な医療機関が極めて限られており、性的問題行動に関連した治療ガイドラインが存在しない現状が述べられた。同ガイドラインでは精神保健福祉センターを連携先として記載しており、同センターでのSTEPs-Rの実施を求める意見もあった。しかしながら、精神保健福祉センターに地域ガイドラインが十分に浸透していると言い難く、その一因として、地域ガイドラインが法務省から発出されている一方で、精神保健福祉センターは厚生労働省の管轄にあることも影響している可能性

が指摘された。こうした状況から、今後は省庁横断的な治療体制の充実が望まれるという意見が聞かれた。今回意見聴取を行った精神保健福祉センターからは、性犯罪に関する取り組みにおいて地域のネットワークを形成することの重要性が語られたが、同時に連携可能な医療機関の情報が不足しており、受け入れ先が乏しいという課題も挙げられた。地域ガイドラインには、地方公共団体が担う役割が記載されているが、現状では担当するにあたっての体制が十分に整っておらず、専門家や刑事施設、保護観察所と連携・相談可能な環境の整備が必要との意見も聞かれた。

2. エキスパートによるコンセンサス会議とケア支援プログラムの提案

2025年3月27日にエキスパートによるコンセンサス会議を開催した。刑事施設や保護観察所で現在実施しているプログラムを基盤に、医療機関での実施を想定し、認知行動療法の考え方に基じたケア支援プログラムについて議論を行った。その内容を以下に記載する。

2-1 プログラムの対象について

プログラムの対象としては、性的問題行動のある者、とすることでコンセンサスが得られた。

2-2 プログラムのセッション回数やプログラム実施期間について

プログラムにおけるセッションの回数やプログラムの期間としては、保護観察所で実施され、その効果が示されているコアプログラムは全5回である一方で⁵、国内外において性犯罪の再犯防止の観点で実施されているプログラムとしては数ヶ月から数年単位と幅広く設定されている^{1,6-7}。また、プログラムのセッション回数や期間に関するエビデンスは十分ではなく、加えてそれらはリスクの高さ等に応じた設定の重視が議論されていた⁸⁻⁹。以上を踏まえ、効果がある回数を必要十分設

けること、通所可能な回数や頻度に調整することの必要性は確認できたが、具体的なセッション回数や実施期間については、10回以上程度などの目安は挙げられたものの、コンセンサスには至らなかった。

一方で、性的問題行動を繰り返さないという観点においては、つながりを持つことが重要であり、ブースターセッションの活用や診療等による長期的なフォローアップが重要であることについてはコンセンサスが得られた。

2-3 プログラムの実施形態（集団または個別）について

実施形態によらず、重要視される点は、本人にとって何が必要かを考えることであり、どちらの形態にせよ、参加者自身のことを考えられる場であれば十分であるとの意見があった。また、集団によるプログラムであっても、プログラムの実施前に個別のインテークやセッションを行っており、自身のことを話す意味や、グループでプログラムを実施する意味について、説明を行っていることもあるとのことであった。

2-4 プログラム内容について

今回提案するケア支援プログラムは、現在刑事施設や保護観察所で実施されているプログラムを元に、コーピングや性教育等についても主たるテーマとして明示する形でコンセンサスが得られた。認知行動療法の考え方に基づくのであれば、基本となる競合行動バイパスモデルを基盤に据え考えること、インテークとして個別で時間を設けること、特に性的問題行動に至るプロセス等のアセスメントを十分に行い、自己理解および性的問題行動の理解を行うことの重要性が述べられた。医療機関で実施する場合には、病院までの行き帰りなど、様々な環境が要因となりうることから、性的問題行動に関するリスクについての環境を含

めたアセスメントや、ケースフォーミュレーションを行うことの重要性が語られた。

プログラムを実施する中で、自身の生活の価値が安定してくることが、再犯防止につながっている印象があるとの意見もあった。これについて、国外のプログラムにおいても、従来の Relapse Prevention Model¹⁰に加えて、最近では Good Lives Model¹¹の考え方によるモジュールが増えている印象があるとのことであった。また、性的問題行動については、依存としての対応と、問題行動としての対応とがあり、プログラムの中でどのように扱っていくのかを明確にする必要があるとの意見もあった。一方で、必要とする多くの人がプログラムを受けられるためには、プログラムを実施する側の負担が大きくなることも大切であり、基盤となるプログラムの内容は複雑にならないことも重要であるとの意見も出た。

2-5 医療の枠組みで実施するプログラム

我が国では、一般に医療では診断に基づき医師の指示の下で治療が行われる。司法領域で用いられているプログラムはあくまで医行為ではないプログラムであり、参考にするにあたり、医療行為としての位置づけや、安全性等医行為として注意すべき要件を検討し、整理する必要があるという意見があった。国外では裁判所の命令で治療を行うこともあり、保護観察所が特別遵守事項として

治療を受けさせるという形も検討の余地があるのではないかという意見もあった。

また、参加者に応じたプログラム実施の柔軟性について、普遍的な行動の制御に関する内容で奏功する者もいれば、今回提案したような性的問題行動に特化した内容を行うべき者、特に医療機関においては、性に関する問題のみならず、併存する他の精神疾患に関する内容の提供も必要とされる者など様々であることも述べられた。

2-6 連携および地域ガイドラインについて

地域ガイドラインについては、既存の枠組みへの中にどのように組み入れていくかを整理していく必要があること、厚生労働省と法務省による議論が望まれることが、意見として挙げられた。また、精神保健福祉センターにおいては、自施設内での対応にあたって安全性の懸念もあると考えられることから、改めてガイドラインの周知とともに、性的問題行動のある者への対応について共有する機会を整える必要性について述べられた。医療機関においてプログラムを実施するためには、診療報酬も含めて検討が必要と思われることについても語られた。

エキスパートによるコンセンサス会議では、医療機関での実施を想定した、認知行動療法の考え方に基づいた下記のケア支援プログラムについて、コンセンサスが得られた（図1）。

【対象者】

・性的問題行動のある者

【構成】

・実施者によるインテーク（個別）
 ・プログラム（個別or集団）
 ・ブースターセッション
 ・個別および集団

【補足事項】

- ・ ケースフォーミュレーションを行い、各コンポーネントの提供強度を検討する。
- ・ 必要に応じてブースターセッションを検討する。
- ・ 集団になじまない対象者に関しては個別プログラムを検討する。
- ・ 実施者は基本的な認知行動療法および加害者臨床に関する十分な知識とスキルを有している必要がある。
- ・ 定期的なスーパービジョンや症例検討の機会を設ける。

【内容】

自己理解（導入）	心理教育、性的問題行動プロセスの理解、目標設定
認知的介入	考え方のクセ、認知再構成
コーピング	刺激コントロール、タイムアウト、代替行動
対人関係と親密性	適切な対人関係、コミュニケーションスキル、性教育（性的同意、法的位置づけ）
感情の理解とコントロール	自分の感情に気づく、感情と行動の繋がり、怒りのマネジメント
共感と被害者理解	他者への共感性を高める
性的問題行動を行わないための計画	

図1. 提案するプログラムの概要

D. 考察

本研究では、性加害者に対する国内の処遇プログラムや性的問題行動に関連する治療プログラムについて、司法関係機関や医療関係機関、行政機関等の有識者からの意見聴取を行い、エキスパートによるコンセンサス会議での議論も踏まえ、性的問題行動のある者に対する、医療機関での実施を想定した、認知行動療法の考え方に基づいたケア支援プログラムの提案を行った。

我が国の刑事施設や保護観察所において以前から実施されている性犯罪者に対する認知行動療法の考え方に基づいたプログラムは、一定の効果が確認されており^{5,12}、今回のプログラム提案にあたりその内容を参考にした。性犯罪者が必ずしも何らかの精神疾患を有しているわけではなく、この点については十分留意する必要があるが、性的問題行動のある者に対するケア支援プログラムの開発や、プログラムを受けられる環境の整備が求められており、地域ガイドラインの中でも医療機関等との連携について述べられている。一方で、今回の意見聴取においても、現状では対応可能な医

療機関が乏しいことや、地域ガイドラインの具体的な運用体制が十分に整っていないことが聞かれ、未だ地域ガイドラインの利活用には至っていない可能性が示唆された。司法における処遇とは異なり、医療機関では医師の診断に基づいた治療方針の中でプログラムが実施されるため、司法における処遇と医療における治療とのシームレスな連携のためには、司法と医療の垣根を越えた連携体制の整備が求められる。

なお、刑事施設や保護観察所における処遇プログラムが、受講に際し一定の強制力をもって行われていることについては、念頭に置く必要がある。医療機関においてプログラムを実施する場合、プログラムの中で学んだことを実生活の中で実践し活用しやすいという利点はあるものの、プログラムから離脱する可能性が高いことも考えられる。保護観察所や地方公共団体ではインテークや初回のセッションに十分な時間をかけており、プログラムへの参加継続に寄与している可能性があるが、医療機関においては、同性スタッフや複数スタッフでの対応等も含め、プログラム実施のための十

分な時間や人員の確保も課題と考えられる。プログラムのセッション数や期間等については、本研究ではコンセンサスに至らなかったが、ブースターセッションの活用も含め、今後検討が必要である。

また、最近では医療においてパーソナル・リハビリが重視されるが、司法領域においても、本人の人生における目標が健康的な方法で達成できるよう支援していくことが再犯防止にもつながるという考え方が広がっていることが、今回の意見聴取の中で確認された。プログラムの枠組みはある程度決まっているものの、実際のプログラムの中では、参加者の個々の問題についても適宜扱っており、プログラム実施者の力量が求められる場面も多いことについても語られていた。プログラムの質の担保のための研修や人材育成の重要性については嶋田らにおいても指摘されているが¹³、現在性加害者に対するプログラムを実施している刑事施設、保護観察所、地方公共団体において行われている、定期的な研修や相談体制、外部の専門家によるスーパービジョン等の一定の教育、相談体制を医療の中で提供していく枠組みについても今後の課題と考えられる。

今後我が国において、性的問題行動のある者に対するプログラムを医療機関において実施する場合には、プログラムの対象となる者の性的問題行動の内容や、重症度、プログラム実施者のバックグラウンド等も多様である可能性が考えられ、知見の蓄積が必要である。また、当事者の声をプログラムに反映させることも重要と思われ、今後の研究での課題と考えられる。本研究による成果が、性的問題行動を抱える人々への支援や性的問題行動の抑止、および性犯罪の防止に寄与することが期待される。

E. 結論

本研究では、有識者への意見聴取やエキスパートによるコンセンサス会議を踏まえ、医療機関で

の実施を想定した性的問題行動のある者に対するケア支援プログラムの提案を行った。今後当事者に対する調査等も踏まえ、具体的なプログラムの開発や、その実施可能性、安全性、および有効性の検討とともに、我が国において必要な人にプログラムを届けられる体制整備を進めていく必要があると考えられる。

F. 研究発表

1. 論文発表

該当なし

2. 学会発表

該当なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

該当なし

2. 実用新案登録

該当なし

3. その他

該当なし

参考文献

1. 法務省 (2024). 令和6年版再犯防止推進白書, 株式会社サンワ. <https://www.moj.go.jp/content/001433241.pdf> (2025.3.14閲覧)
2. 法務省 (2023). 性犯罪の再犯防止に向けた地域ガイドライン ～再犯防止プログラムの活用～. https://www.moj.go.jp/hisho/saihanboushi/hisho04_00091.html (2025.3.14 閲覧)
3. 繁田 雅弘. (2024). 令和5年度厚生労働科学研究費補助金 行政政策研究分野 厚生労働科学特別研究「性嗜好障害への対応と治療の国内外の実態とアプローチの包括的分析のための研究」研究報告書
4. 法務省 (2020). 性犯罪者処遇プログラム検討会報告書について. https://www.moj.go.jp/hogo1/soumu/hogo10_00027.html (2025.4.14 閲覧)

5. 法務省 (2020) . 保護観察所における性犯罪者処遇プログラム受講者の再犯等に関する分析結果について (令和2年3月版) . https://www.moj.go.jp/hogo1/soumu/hogo02_00001.html (2025.4.14 閲覧)
6. Ministry of Justice. (2023). Horizon and i Horizon an uncontrolled before - after study of clinical outcomes. <https://www.gov.uk/government/publications/horizon-and-ihorizon-an-uncontrolled-before-after-study-of-clinical-outcomes> (2024.4.15 閲覧)
7. Ministry of Justice. (2024). Kaizen: an uncontrolled before-after evaluation of short-term clinical outcomes. <https://www.gov.uk/government/publications/kaizen-an-uncontrolled-before-after-evaluation-of-short-term-clinical-outcomes> (2024.4.15 閲覧)
8. McKillop, N., & Rayment-McHugh, S. (2025). 'What Works, for Whom?' Sexual Offence Treatment Dosage, Duration, Sequence, and Composition. *Curr Psychiatry Rep*, 27(1), 58-65. <https://doi.org/10.1007/s11920-024-01574-5>
9. Rocha, I. C. O., & Valença, A. M. (2023). The efficacy of CBT based interventions to sexual offenders: A systematic review of the last decade literature. *International journal of law and psychiatry*, 87, 101856. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2022.101856>
10. Andrews, D. A., Bonta, J., & Hoge, R. D. (1990). Classification for Effective Rehabilitation. *Criminal Justice and Behavior*, 17 (1), 19-52. <https://doi.org/10.1177/0093854890017001004>
11. Ward, T., & Stewart, C. A. (2003). The treatment of sex offenders: Risk management and good lives. *Professional Psychology: Research and Practice*, 34(4), 353-360. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.34.4.353>
12. 法務省 (2020) . 刑事施設における性犯罪者処遇プログラム受講者の再犯等に関する分析結果について. https://www.moj.go.jp/kyousei1/kyousei05_00005.html (2025.4.14 閲覧)
13. 嶋田 洋徳, 橋本 壘, 西中 宏吏. (2024) 「国内のエキスパート支援者における支援の実際と今後の課題」令和5年度厚生労働行政推進調査事業補助金(厚生労働科学特別研究事業) 「性嗜好障害への対応と治療の国内外の実態とアプローチの包括的分析のための研究」分担報告書

令和6年度 厚生労働科学研究費補助金（厚生労働科学特別研究事業）
性行動異常を呈する者の精神医学的考察と認知行動療法を含めた介入方法の検討
及び性被害者の心理的ストレス対処に資する実態調査

II. 研究分担報告書

3. 医療観察法の対象となった性他害行為者の特徴に関する研究

研究分担者 菊池 安希子 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所
武蔵野大学 人間科学部

研究要旨：医療観察法対象者の性的対象行為（不同意性交等及び不同意わいせつ）は、原則として日本版 DBS の照会対象とはならないが、わずかに例外もある。また、前科にならないとしても、性被害者が生じることに変わりはない。性犯罪防止の観点から、本研究では、性的対象行為の医療観察法通院処遇対象者の特徴を把握することを目的とした。医療観察法通院処遇者の既存データを用いて、精神科患者のネガティブ転帰（対人暴力、自傷、自殺、セルフネグレクト、物質乱用、無断退去、被害）のリスク要因 20 項目について、性的対象行為の者と非性的対象行為の者の間で比較した。また、性的対象行為者において、リスク要因調査から 6 ヶ月間の問題行動を検討した。

対象は、全国で通院処遇中の男性の医療観察法対象者である。Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START) 日本版の予測妥当性の研究の際に収集した医療観察法通院処遇者のデータの二次解析を行った。

本研究の対象者 143 名の内、性的対象行為者は 10 名（不同意性交等 7 名、不同意わいせつ 3 名）であった。ネガティブ転帰のリスク要因及びストレス要因のプロフィールは、性的対象行為者と非性的対象行為者の間に有意な差はみられなかった。リスク評価では、性的対象行為者は非性的対象行為者に比べ、自殺未遂及び物質乱用のリスクが有意に低かった。問題行動は、6 ヶ月間で 3 割の者に認められた。性問題行動は含まれていなかったが、精神病性症状の影響だけでなく他害行為の多方向性が疑われる対象者も存在していることが示唆された。過去の性的他害行為については、本研究のデータからは判断不能であった。本研究の限界は、性的対象行為者の数が 10 名と少なく、統計的分析の検出力が低かったことである。より詳細な検討のためには、医療観察法データベースなど、より多人数の性的対象行為者のデータの分析が望まれる。

研究協力者（敬称略）

藤井千代 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所地域
精神保健・法制度研究部

A. 研究目的

教育・保育施設等やこどもが活動する場等において働く際に性犯罪歴等についての証明を求める仕組み、いわゆる「日本版

DBS」は、2024年6月に成立した「こども性暴力防止法（学校設置者等及び民間教育保育等事業者による児童対象性暴力等の防止等のための措置に関する法律）」における性暴力防止措置の一つとして設けられた制度であり、2026年に施行予定である。「日本版 DBS」の略称は、この制度が英国の（Disclosure and Barring Service）をモデルにしていることに由来する。

日本版 DBS は、性犯罪歴を持つ者が子どもに関わる職業に就くことを防ぐための制度である。施行後は、保育所や学校など子供と接する施設の事業者は、職員採用時に応募者の性犯罪歴を、こども家庭庁を通じて法務省に照会できるようになる。対象となる性犯罪歴は、「特定性犯罪」と呼ばれ、不同意性交罪、不同意わいせつ罪、児童ポルノ禁止法違反罪のほか、痴漢や盗撮などの条例違反も含まれる。日本版 DBS の対象となる性犯罪歴は、裁判所から有罪判決を宣告されたものに限られ、性被害者が出ていてもその行為が不起訴処分とされたものについては対象外とされている。

過去に性的加害行為があっても前科とならないために、日本版 DBS の「特定性犯罪」として照会が不可能な対象者の一例が、性加害行為を行いつつも「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（以下、医療観察法）」（平成 17 年施行）の対象となった者である。医療観察法は、心神喪失または心神耗弱の状態で重大な他害行為を行った者を手厚い専門的な司法精神医療で治療し、保護観察所の社会復帰調整官が調整する多職種・多機関連携の下で、再び他害行為を起こすことなく、社会復帰出来るように処遇していくことを目的とした制度である。対象となる重大な他害行為は、殺人、傷害、放火、不同意性交等、不同意わいせつ、強盗であり、

性的他害行為が 2 種含まれている。

医療観察法における性的対象行為が対象行為全体に占める割合は少ない。2005 年から 2020 年までに指定入院医療機関に入院した医療観察法対象者の対象行為種別において、対象行為は、傷害、殺人（未遂含む）、放火（未遂含む）の順に多く、不同意性交等及び不同意わいせつが占める割合は合わせても各年 1～7% でありで、わずかであった。累積すると 3,761 件の対象行為中、不同意性交等と不同意わいせつは、118 名（3.6%）であった¹⁾。

医療観察法対象者の性的対象行為は、原則として、日本版 DBS の照会の対象とはならない。しかしながら、全くならないというわけではない。6 種の重大な他害行為を行い、検察官が医療観察法審判の申立てを行うのは、1)心神喪失又は心神耗弱者と認められて不起訴処分となった者；2)心神喪失を理由として無罪の裁判が確定した者；3)心神耗弱を理由として刑を減軽させる旨の裁判が確定した者（実刑で刑務所入所となる者を除く）の 3 つの場合であるが、対象行為が不同意性交等もしくは不同意わいせつであり、かつ、3)の経路を経て医療観察法処遇が決定した場合には、日本版 DBS の対象となる。また、医療観察法対象者となる以前に、特定性犯罪歴のある者は、照会期間内であれば日本版 DBS の対象になりえる。さらに、性犯罪の再犯傾向の高さからすれば対象者が将来的に再び性的加害行為を行い被害者が出る可能性もある。

このように、性的対象行為を行った医療観察法対象者が日本版 DBS の対象となる場合は多いとはいえない。しかしながら、被害者は存在する。このような対象者の特徴を把握することは、性暴力の防止の観点からは一定の意味があると考えられる。そこで、本研究では、性的加害行為が対象行

為の医療観察法対象者の実態について検討することを目的とする。

B. 研究方法

1. 研究の概要とデータソース

医療観察法通院処遇者の既存データを用いて、心神喪失または心神耗弱で性的対象行為を行った者のネガティブ転帰（対人暴力、自傷、自殺、セルフネグレクト、物質乱用、無断退去、被害）のリスク要因 20 項目について、性的対象行為の者と、それ以外の対象行為（以下、非性的対象行為）の者の間で比較した。また、性的対象行為者において、リスク要因調査から 6 ヶ月間に再他害があったかどうかを検討した。

データソースは、Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START)²⁾日本版の予測妥当性を検討した研究³⁾の際に収集した医療観察法通院処遇者のデータである。この研究では、研究協力に同意した保護観察所の社会復帰調整官が、調査時点で担当していた地域処遇中の医療観察法対象者について、通常業務で収集済みの情報をもとに START 評価を実施した。

START は、精神障害、物質使用、パーソナリティ障害の社会復帰を阻害するネガティブ転帰（対人暴力、自傷、自殺、セルフネグレクト、物質乱用、無断退去、被害）のリスクをアセスメントし、マネジメントするための構造的専門家判断ツールである。特徴は、20 項目の動的要因について、脆弱性とストレングスの両面から評価し、最終的なリスク判断をすることにある。START はカナダで開発され、10 ヶ国以上において司法精神科を中心に使用されており、英国では暴力その他のリスクを管理する上で有用なツールとして推奨されている⁴⁾。これまで、評価者間信頼性、併存的妥当性、予測妥当性に関する結果が報告されており²⁾、

日本版も存在する^{2,3)}。

2. 対象

本研究の対象は、全国で通院処遇中の男性の医療観察法対象者である。通院処遇中ではあるが精神保健福祉法上の入院している者は除いた。また、通院処遇期間が 4.5 年以上の者は除外した。医療観察法制度では、通院処遇期間の上限は原則として 3 年であり、延長は最大 2 年間までであることから、6 ヶ月間の観察期間をとることが不可能であるためである。前述したデータソース³⁾の対象者 181 名の内、男性は 143 名であった。

3. 調査項目内容

1) 社会学的特性、精神科診断

対象者の調査時年齢、精神科診断名、対象行為名。精神科診断には、国際疾病分類第 10 版(ICD-10)を用いた。

2) リスク要因のプロフィール

ネガティブ転帰（対人暴力、自傷、自殺、セルフネグレクト、物質乱用、無断退去、被害）のリスク要因については、START の項目を用いた。各項目の定義については、資料 1 に示した。START サマリーシート（資料 2）にて以下の情報を収集した。

- 調査時点より以前の対人暴力歴（性暴力歴を含む）、自傷行為歴、自殺未遂歴、無断退去歴、物質乱用歴、セルフネグレクト歴、被害歴、の有無。
- START 項目の脆弱性得点 (0,1,2 点)。過去 3 か月間に、該当のリスク要因が「存在していない」または「問題になっていない」場合は 0 点、「いくらか」または「時々」そのリスク要因が存在していた場合は 1 点、「明確に」そのリスク要因が存在していた場合は 2 点とコードされる。
- START のストレングス得点 (0,1,2 点)。過

去 3 か月間に、該当のストレングス要因が「存在していない」場合は 0 点、「いくらか」または「時々」そのストレングス要因が存在していた場合は 1 点、「明確に」そのストレングス要因が存在していた場合は 2 点とコードされる。ストレングス要因が明確に存在しているとみなすか否かについては、一般地域住民を想定し、平均以上に存在しているとみなされる場合に 2 点がつけられる。

- リスク要因及びストレングス要因のプロフィールをもとに評価者が行った 6 か月以内のネガティブ転帰のリスク評価 (0,1,2 点)。0 点は低リスク、1 点は中等度リスク、2 点は高リスクを意味する。
- 調査時点から 6 ヶ月間の問題行動歴

4. 統計学的分析

START 脆弱性項目及びリスク評価の各得点の記述統計を算出し、性的対象行為の者とそれ以外の対象行為の者の間で平均点の違いを分析し、 $p < 0.05$ を統計学的に有意とした (SPSS ver.28.0)。

5. 倫理的配慮

本研究のデータソースとなった研究は、法務省各保護局において実施の承認を得た上で、国立精神・神経医療研究センターの倫理審査委員会による承認を得て行われた。データは個人を特定できない形で収集されており、本研究は収集データの二次解析として実施された。

C. 研究結果

1) 社会的特性、対象行為、精神科診断

本研究対象条件を満たし研究対象となった男性の対象者は 143 名であった。性的対象行為の者は 143 名中 10 名 (7.0%) であり、内訳は不同意性交等 (データ収集時名

称「強姦」が 7 名 (70.0%)、不同意わいせつ (データ収集時名称「強制わいせつ」) が 3 名 (30.0%) であった。非性的対象行為の者は 143 名中 133 名 (93.0%) であり、その内訳は、殺人 39 名 (29.3%)、傷害 56 名 (42.1%)、放火 31 名 (23.3%)、強盗 7 名 (5.3%) であった。平均年齢は、性的他害行為者が 40.60 ± 12.2 歳、非性的対象行為者が 46.69 ± 15.8 歳であった。

診断では、どちらの群も F2 (統合失調症、統合失調症型障害および妄想性障害) が最も多く、約 8 割を占めていた (表 1)。

2) 過去の問題行動歴

本研究の対象者は、医療観察法対象者であるため、調査時点を起点にすると全員に他害行為歴が存在する。そのため、過去の問題行動歴の内、対人暴力歴は全員が「あり」となっており、医療観察法の対象行為以前にも暴力歴があったかどうかについては、判別不能であった。

性的対象行為者 10 名における、暴力以外の過去の問題行為歴については、自殺未遂歴 2 名 (20.0%) だった他は、無断退去、物質乱用、セルフネグレクト、被害の既往が各 1 名 (各 10%) であった。

3) リスク要因のプロフィール

脆弱性項目を性的対象行為者と非性的対象行為者の間で比較した結果、いずれの項目においても、t 検定の結果、有意な差は認められなかった (表 2)。

4) スtrenグス要因のプロフィール

ストレングス項目を性的対象行為者と非性的対象行為者の間で比較した結果、いずれの項目においても、t 検定の結果、有意な差は認められなかった (表 3)。

5) リスク評価の比較

対象者が 6 か月以内にネガティブ転帰 (対人暴力、自傷、自殺、セルフネグレクト、物質乱用、無断退去、被害) を示すリ

リスク評価を性的対象行為者と非性的対象行為者の間で t 検定を用いて比較した結果、自殺及び物質乱用のリスク評価について、1%水準で有意差が見られた。性的対象行為者は、非性的他害行為者に比べて、自殺未遂及び物質乱用のリスクが有意に低いとみなされていた（表 4）。

6) 6 か月以内の問題行動

性的対象行為者 10 名の内、START 評価後 6 か月間に問題行動を示した者は、3 名（30%）であった。1 名が「自殺企図」、1 名が「放火、動物虐待、無断退去」、1 名が「通院中断、金銭管理問題、セルフネグレクト」であった。性的加害行為が観察された者はいなかった。

D. 考察

医療観察法通院処遇者における、ネガティブ転帰（対人暴力、自傷、自殺、セルフネグレクト、物質乱用、無断退去、被害）のリスク要因及びストレングス要因のプロフィールは、性的対象行為者と性的以外の対象行為者において有意な差はみられなかった。

リスク評価については、性的対象行為者は、非性的対象行為者に比べて、自殺未遂及び物質乱用のリスクが有意に低いとみなされていた。問題行動は、6 ヶ月間で 3 割の者に認められ、その内容には性問題行動は認められなかったが、精神病性症状の影響の強さが疑われる対象者だけでなく、他害行為の多方向性が疑われる対象者も存在していることが示唆された。なお、調査時点より前に性的他害行為があったかどうかについては、本研究のデータからは、判断が不可能であった。

Seto ら (2018) が司法精神医療における、性犯と非性的暴力犯を比較した先行研究によれば、性犯罪者の方が、就労率がより低

く、より早期に精神科受診を開始していたが、その他の社会学的情報、精神科関連要因、過去の犯罪歴に違いはなかった。本研究においても、リスク要因のプロフィールに統計的に有意な差は認められなかった⁵⁾。

医療観察法対象者の 8 割は、統合失調症圏の患者である。Alish ら (2007) は、統合失調症患者で性犯罪に至る者は、非性的暴力犯罪の患者よりも、相対的に機能が低い（より高い既婚率や就労率、より低い精神疾患重篤度や陰性症状率、反社会性パーソナリティ障害の併存、物質乱用率）可能性を示唆している⁶⁾。本研究では、既婚や就労のデータはなかったものの、精神病症状（START 項目上の「精神状態」）や物質乱用率（START 項目上の「物質使用」）及び反社会性パーソナリティ障害において高得点になると考えられる START 脆弱性項目の「素行」においても、非性的対象行為者と比べて、有意に高い結果は得られなかった。

本研究の限界は、性的対象行為者の数が 10 名と少なく、統計的分析における検出力が低かったことである。データソースとなった研究では、社会復帰調整官 102 名（調査当時の全国の 57.6%）が協力しており、本研究の包含基準を満たす半数近くの対象者を補足できた可能性がある。それでも医療観察法の対象行為に占める性的対象行為が少ないという実情からすれば、詳細な検討のためには、医療観察法データベース⁷⁾を活用などを通して、より多くの性的対象行為者のデータを集めての分析をすることが望まれる。

E. 結論

医療観察法通院処遇者では、性的対象行為者と非性的対象行為者のリスク要因に有意な差は認められなかった。性的対象行為者では、6 ヶ月間に性問題行動以外の問題

行動が観察され、他害行為の多方向性が疑われる対象者（将来的な他害行為リスクが高くなる傾向のある者）も存在していることが示唆された。より詳細な検討のためには、多人数の性的対象行為者のデータの分析が望まれる。

F. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

参考文献

- 1) 重度精神疾患標準的治療法確立事業運営委員会（2022）医療観察法統計資料2020年版。
<https://www.ncnp.go.jp/common/cms/docs/toukeishiryoyou20221226.pdf>
- 2) Webster, C.D., Martin, M.L., Brink, J., Nicholls, T.L., & Desmarais, S. L. (2009). *Manual for the Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START) (Version1.1)*. Coquitlam, Canada: British Columbia Mental Health & Addiction Services. [菊池安希子監訳（2018）START：「心配な転帰」のリスクと治療反応性の短期アセスメント，東京，星和書店]
- 3) Kikuchi, A., Soshi, T., Kono, T., Koyama, M., & Fujii, C. (2021). Validity of Short-Term Assessment of Risk and Treatability in the Japanese Forensic Probation Service. *Frontiers in psychiatry*, 12, 645927.
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.645927>
- 4) Department of Health, National Risk Management Programme (2007). *Best practice in managing risk: Principles and evidence for best practice in the assessment and management of risk to self and others in mental health services*. London, England.
- 5) Seto, M. C., Leclair, M. C., Wilson, C. M., Nicholls, T. L., & Crocker, A. G. (2018). Comparing persons found not criminally responsible on account of mental disorder for sexual offences versus nonsexual violent offences. *Journal of Sexual Aggression*, 24(2), 143–156.
<https://doi.org/10.1080/13552600.2018.1455475>
- 6) Alish, Y., Birger, M., Manor, N., Kertzman, S., Zerzion, M., Kotler, M., & Strous, R. D. (2007). Schizophrenia sex offenders: A clinical and epidemiological comparison study. *International Journal of Law and Psychiatry*, 30, 459–466.
[doi:10.1016/j.ijlp.2007.09.006](https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2007.09.006)
- 7) Koike, J., Kono, T., Takeda, K., Yamada, Y., Fujii, C., & Hirabayashi, N. (2024). Data resource profile of an online database system for forensic mental health services. *BMC medical informatics and decision making*, 24(1), 47.
<https://doi.org/10.1186/s12911-024-02433-2>

資料 1. START 項目説明

ストレングス

脆弱性

1. ソーシャルスキル	
<p>感じが良い、礼儀正しい、グループ活動に参加する。自分から会話を始める。良好なコミュニケーションスキル、社会的に適切な行動。社交状況に満足を感じる。</p>	<p>社会的活動を回避する。孤立／引きこもり／内気。一匹狼、関係構築が難しい。マナーの欠如、未熟、押しつけがましい</p>
2. 人間関係	
<p>共感的、思いやりがある、互惠的、友人関係や親しい人間関係を築き、それに価値をおく。他者とうまくやっていく。他者に親しみを感じることができる。行動が他者にどう影響するかを判断する。クライアントは少なくとも一人の専門家を治療同盟を築けているか？（はい／いいえ）</p>	<p>表面的、信頼できない、冷淡、思いやりがない、他者を利用する、操作する、挑発する、他人を物とみなす、人間関係から満足感をほとんど得ない 欺瞞的、非友好的、関係を維持できない。 共感性を欠く、治療同盟を築かない、虐待的な関係の中で利用されている。</p>
3. 就労	
<p>教育や仕事の価値を理解している。機会を探している。喜んで助言を受ける。経験や技術に見合った適切なレベルからはじめることに同意する。信頼できる。時間通りに割り当てられた仕事ができる。健全な働く習慣がある。クラスや職場での自発性がある。</p>	<p>教育や仕事へのはっきりとした関心がない。機会が与えられてもそれに従わない。学校や職場に来ない。いつも遅刻するか全く出席しない。最小限の仕事でも完了するまでに過剰な援助を要する。参加出席の拒否。</p>
4. 余暇	
<p>余暇の機会に気づく。余暇時間を建設的に使っている。余暇活動を楽しむ。自分や他者のために活動を計画する。関心や趣味を発展させるために喜んで援助を受ける。定期的に運動している。</p>	<p>殆どの時間じっとしている。余暇活動に参加したがらない。新しい活動や向社会的な企画に参加することを拒否する。趣味や関心事がほとんどない。定期的な身体運動を行わない。</p>
5. セルフケア	
<p>基本的な個人衛生を保つ。個人のスペースを満足のいく状態に保つ。適切な服装をする。正常な睡眠パターン。正常な食生活パターン。健康指導を受け入れる。</p>	<p>最低レベル以下の個人衛生しか保たれていない。個人のスペースは散らかっていて、かつ／または、汚い。風変わりなあるいは不適切な服装をする。異常な睡眠パターン。異常な食生活パターン。異常な水分摂取量。健康指導に従わない。</p>
6. 精神状態	
<p>思考の安定性、焦点と柔軟性の維持。具体的、抽象的、革新的な思考を示す。</p>	<p>まとまりのない思考、強迫的あるいは固執した思考、妄想、幻聴、思考の貧困さ、観念逸脱、困惑。見当識障害、注意と記憶の機能障害。</p>

7. 感情状態	
元気がある、ユーモアのセンスがある、希望をもつ、感情面でのレジリエンスがある、感情を感じる力がある、状況に応じた適切な気分を示す	抑うつ状態、不適切に高揚した気分、不安定さ、悲観的、情動的な引きこもり、不活発、無価値感、絶望感、怒りっぽさ、怒り。制約された情動
8. 物質使用	
断酒・断薬する、適度に飲む、摂取量を制限する、責任のある摂取、関連法規を尊重する、他人を悪影響から守る（すなわち、無責任な使用の結果を認識している）、治療を受け入れる（必要な場合）	薬物やアルコールの影響下での、自分や他人への悪影響、違法薬物の使用、見境のない摂取、処方薬/処方外の薬剤を不適切に服用する。治療の必要性を否認する（必要な場合に）。使用はコントロールが効かなくなっている、中毒、依存
9. 衝動コントロール	
抑制されている、落ち着いている、自制されている、慎重な、コントロールされている、行動する前に考える、結果を考慮する、欲求不満耐性が高い	一貫性のない、コントロールを失った、興奮した、リスク・テイキング、衝動的な、その場のはずみで行動する、結果を予想しない、欲求不満耐性が低い
10. 外的誘因	
向社会的な人とのつながり。適切な生活条件。変化する状況やプレッシャーに関係なく行動できる。簡単に影響を受けて無責任な行動や法に反する行動をするようなことがない。	破壊的な仲間の影響、不適切な環境に身をおきやすい、環境の特定の不安定化要因（つまり、武器へのアクセス）や周囲からの要求の変化に影響される。
11. ソーシャルサポート	
家族、友人、専門家、その他の人たちからの社会的支援。十分な社会ネットワーク。	社会支援が利用できない、あるいは支援を受けることを受け入れない。不十分な社会ネットワーク。ピアサポートがほとんどない。
12. 物的資源	
十分な財産／収入。経済的困窮がない。財源の信頼できる管理。安定した良好な住宅。	経済的に制約がある。財源の放漫管理。多額の借金。金銭計画を手伝ってもらうことに抵抗する。貧しく、不安定な住宅。食べ物、移動、健康管理、手頃な気分転換や娯楽に使える金銭がない。
13. 態度	
向社会的。適切な自信。敬意を払う。寛大である。（適切な）悔恨の情をもつ。正直である。率直である。他者への配慮を示す。他者に寛容である。法権力を尊重する。適切な自尊心を持っている。素直。	向犯罪的。誇大的。冷淡。無慈悲。自己陶酔的。自己中心的。共謀的。敵対的、不正直。共感性の欠如。攻撃的原因帰属スタイル。権利を主張する、怒りっぽい。憤慨している。自尊心をもつことが難しい。
14. 服薬アドヒアランス	
医薬管理に責任をもてる。処方薬の効能と副作用がどうしたら減らせるか、なくせるかを理解する努力をする。	薬を飲まない、あるいは特定の種類の薬だけを飲む。同意したはずの治療計画に従わない

15. ルールの遵守	
ルールと法的に定められた条件に従う。何のための制限事項なのかを理解しようとする。求められた試験献体を提出する。	ルールや条件の背景にある理由を理解しようとしな い。条件にしぶしぶ従う。ルールに従わない。 尿、血液、その他のルーチン検査への協力を拒否す る。献体をすり替える。
16. 素行／行為	
責任を引き受ける。財産の尊重をする。時間を守る。ポジティブな雰囲気を作る。他の人を怒らせない。自分や他者の安全、安寧、保護を脅かさない。社会的な文脈に行動を調和させる。	逃走する。立てこもる。脅かす。火をつける。財産を破壊する。傷を負わせる。盗む。妨害する。他者をおとし入れる。正当な理由なくスタッフに繰り返し文句を言う。侮辱をする。人をからかう。反抗的である。容認されない性的行動をとる。怖がらせる、いじめる。人種差別主義者、性差別主義者、その他のそうした発言をする。他のクライアントのアセスメント、治療、マネジメントの邪魔をする。自傷他害をする。
17. 病識	
ストレンクスと限界に気づいている、思考と行動の間につながりを理解している、自分の状態と環境に現実を当てはめる、精神障害、パーソナリティ障害、物質使用障害を理解している（それがあの場合に）。自分の個人的なリスク要因とそのマネジメントの必要性を理解している。再発のサインを認識する。	自覚がない。自分の行動の背後にある動機を理解していない。精神障害、パーソナリティ障害、物質使用障害を否認し、（それがあの場合に）介入の必要性を否認する。自分の個人的なリスク要因を特定し、マネージしない。再発の早期サインを認識していない。
18. 計画	
社会的に受け入れられる。現実的。焦点が定まっている。未来指向的。目標指向的。短期的、長期的目標をもっている。	目標がない、あるいは曖昧。非現実的。受け入れられない。短期的計画も長期的目標もない
19. 対処	
問題を効果的に解決する。助けを求め、それを利用する。動揺したり不安になってしまいうような状況に対してポジティブな側面を見つけたりする。ストレスをマネジメントする。回復力（レジリエンス）がある。順応性がある。移行期を満足のいくようにマネジメントする。	不安が高い、かなりの支援がないと問題を解決できない。プレッシャーのもとで崩れる。危機の際にリソースを上手くまとめられない。または、困難のもとで挫折してしまう、回復力（レジリエンス）を欠く。順応性に問題がある。危機、移行期、そして現実の、想像上の、あるいは予期される喪失に取り組むことに困難を覚える。
20. 治療反応性	
有益と思われるようなプログラムや治療に参加する。協力的。成功を望む。単に「よく見える」だけでは、あるいは「模範患者」として見られるのでは満足しない。生物・社会・心理学的治療によく反応する。	変化を求めることに意義を見いださない。プログラムへの参加が何らかの義務であるとき単に‘ふりだけする’。関係構築できず、非協力的。生物・社会・心理学的治療に反応しない。

資料 2. START サマリーシート

対象者 ID _____ . START 評価日：西暦 20 ____ 年 ____ 月 ____ 日 (____ 回目)

キー項目	ストレングス			START 項目	脆弱性			重要項目	特徴的リスク兆候						
	2	1	0		0	1	2								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. ソーシャルスキル	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. 人間関係	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. 就労	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. 余暇	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	特定のリスク評価						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. セルフケア	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	既往	リスク	警告必要性		低	中	高
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. 精神状態	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	暴力	なし <input type="checkbox"/>	あり <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. 感情状態	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	自傷	なし <input type="checkbox"/>	あり <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. 物質使用	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	自殺	なし <input type="checkbox"/>	あり <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. 衝動コントロール	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	無断退去			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. 外的誘因	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	物質乱用			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. ソーシャルサポート	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	セルフネグレクト			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. 物的資源	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	他者からの被害			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. 態度	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	事例独自項目：			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14. 服薬アドヒアランス	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15. ルールの遵守	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	現在のマネジメント方法						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16. 素行/行為	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 受診						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17. 病識	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 訪問看護						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18. 計画	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> デイケア						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19. 対処	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 精神保健福祉法入院						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20. 治療反応性	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> その他：						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21. 事例独自項目：	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22. 事例独自項目：	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							

健康問題／医学的検査：

リスク定式化：予測力または説明力が高い要因はどれか？／誰が・いつ・何をするか

記入者：氏名 _____ 所属 _____

表1 非性的対象行為者と性的対象行為者の診断分類 (ICD-10)

診断	非性的対象行為		性的対象行為	
	n=133		n=10	
	人数	%	人数	%
F0：症状性を含む器質性精神障害	2	1.5	0	0.0
F1：精神作用物質使用による精神および行動の障害	17	12.8	0	0.0
F2：統合失調症，統合失調症型障害及び妄想性障害	105	78.9	8	80.0
F3：気分（感情）障害	6	4.5	0	0.0
F6：成人のパーソナリティおよび行動の障害	1	0.8	0	0.0
F7：精神遅滞〔知的障害〕	0	0	1	10.0
F8：心理的発達障害	1	0.8	0	0.0
G4：挿間性および発作性障害	1	0.8	1	10.0

表 2. 非性的対象行為者と性的対象行為者の START 脆弱性項目のプロフィール

START 脆弱性項目	非性的対象行為 n=133		性的対象行為 n=10	
	M	SD	M	SD
ソーシャルスキル	0.85	0.6	1.00	0.5
対人関係	0.74	0.7	0.90	0.6
就労	0.76	0.7	0.70	0.7
余暇	0.59	0.6	0.50	0.5
セルフケア	0.72	0.7	0.70	0.7
精神状態	0.66	0.7	0.60	0.8
情動の状態	0.70	0.6	0.50	0.5
物質使用	0.26	0.5	0.10	0.3
衝動コントロール	0.62	0.7	0.40	0.7
外的誘因	0.64	0.7	0.60	0.8
ソーシャルサポート	0.56	0.6	0.90	0.6
物的資源	0.70	0.7	0.70	0.7
態度	0.52	0.6	0.40	0.7
服薬アドヒアランス	0.43	0.6	0.50	0.7
ルールの遵守	0.41	0.6	0.50	0.7
素行/行為	0.33	0.5	0.30	0.7
病識	0.84	0.7	0.70	0.5
計画	0.77	0.7	0.70	0.5
対処	0.85	0.7	0.70	0.7
治療反応性	0.66	0.6	0.60	0.7
合計点	12.60	7.2	12.00	5.1

表 3. 非性的対象行為者と性的対象行為者の START ストレングス項目のプロフィール

START ストレングス項目	非性的対象行為 n=133		性的対象行為 n=10	
	M	SD	M	SD
ソーシャルスキル	1.12	0.6	1.10	0.6
対人関係	1.16	0.5	1.20	0.6
就労	1.03	0.7	0.80	0.8
余暇	1.15	0.6	1.00	0.7
セルフケア	1.28	0.6	1.50	0.5
精神状態	1.17	0.7	1.00	0.8
情動の状態	1.05	0.6	0.80	0.6
物質使用	1.33	0.8	1.00	1.1
衝動コントロール	1.11	0.7	1.10	0.7
外的誘因	1.07	0.7	0.80	0.6
ソーシャルサポート	1.57	0.5	1.50	0.5
物的資源	1.20	0.6	1.20	0.4
態度	1.21	0.7	1.40	0.5
服薬アドヒアランス	1.44	0.6	1.50	0.5
ルールの遵守	1.24	0.7	1.20	0.6
素行/行為	1.22	0.7	1.10	0.7
病識	1.05	0.6	1.20	0.4
計画	1.01	0.7	1.20	0.6
対処	1.00	0.6	1.20	0.6
治療反応性	1.08	0.6	1.20	0.6
合計点	23.47	7.9	23.00	7.4

表 4. 非性的対象行為者と性的対象行為者の 6 か月以内のネガティブ転帰のリスク評価

	非性的対象行為 n=133		性的対象行為 n=10		t -test
	M	SD	M	SD	<i>p</i>
リスク評価 暴力	1.13	0.4	1.40	0.7	
リスク評価 自傷	1.10	0.4	1.00	0.0	
リスク評価 自殺	1.14	0.4	1.00	0.0	<.001
リスク評価 無断退去	1.05	0.2	1.00	0.0	
リスク評価 物質乱用	1.12	0.3	1.00	0.0	<.001
リスク評価 セルフネグレクト	1.17	0.4	1.10	0.3	
リスク評価 他者からの被害	1.08	0.3	1.10	0.3	

令和6年度 厚生労働科学研究費補助金（厚生労働科学特別研究事業）
性行動異常を呈する者の精神医学的考察と認知行動療法を含めた介入方法の検討
及び性被害者の心理的ストレス対処に資する実態調査

II. 研究分担報告書

4. 性犯罪被害者支援、医療機関の受診行動を改善するための
web アンケート調査

研究分担者 金 吉晴 1)

研究協力者 林 明明 1)

張 賢徳 1)

1) 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 所長室

研究要旨

本研究では未治療の性犯罪被害者が適切な医療、支援を受けるための障壁を解明するため、受療を促進・阻害する要因の知見を抽出することを目的とした。一般市民を対象に Web アンケート調査を実施し、性被害（性暴力・強制わいせつ）および比較のためのそれ以外の重大ストレス体験（自然災害）を友人・家族が体験した場合を想定した意見について調査した。それぞれの体験について 1)相談場所、2)相談しやすさ、3)相談時期、4)相談しにくい理由、5)改善点、6)必要な啓発などの質問へ回答を求めた。参加者内において性被害を想定した設問と自然災害を想定した設問の回答を比較したところ、相談場所、相談のしやすさ、相談時期について設問間で有意差が得られた。また相談しにくい理由、改善点、必要な啓発についての自由記述回答を解析した結果、共通する要素もあった一方で、性被害設問のみに特有の要素も抽出された。

A. 研究目的

心的外傷後ストレス障害 (Posttraumatic stress disorder: PTSD) とは、死の脅威、重傷、性暴力といった極度に外傷的なストレス因子への暴露に続いて頻繁にみられる特徴的な症状である。PTSD は経済的損失が大きく、特に、かなりの休業および／または労働力の損失を伴うことがわかっている (Greenberg et al., 1999)。

日本のコミュニティにおける 12 ヶ月有病率は 0.4 %、70 万人程度の PTSD 患者がいると推定される。PTSD 患者の多くは

性犯罪被害者であるが (Kawakami et al, 2014)、医療につながっている者は 7000 人にすぎない (厚生労働省, 2017)。そこで本研究では未治療の性犯罪被害者が適切な医療、支援を受けるための障壁を解明するため、受療を促進・阻害する要因の知見を抽出することを目的とした。

B. 研究方法

1. 手続き

一般市民を対象に Web アンケート調査を実施し、性被害（性暴力・強制わいせつ）お

よび比較のためのそれ以外の重大ストレス体験(自然災害)を体験した場合を想定した意見について調査した。

インターネット調査会社に登録している回答モニターのうち、18歳以上の女性を対象に Web アンケートを配信した。

2. 質問項目

調査では以下のような教示のもとに回答を求めた。

「あなたの友人や家族が_____を経験したとします。あなたと同性、同年代の具体的な友人や家族を1名、思い浮かべてください。以下の質問はその方を想定してお答えください。」

自然災害と性被害(性暴力・強制わいせつ行為の被害)の体験それぞれについて1)相談場所、2)相談しやすさ、3)相談時期、4)相談しにくい理由、5)改善点、6)必要な啓発などの質問へ回答を求めた。

本研究は国立精神・神経医療研究センターの倫理委員会より承認を受けて実施した。

C. 研究結果

1. 回答者の属性

女性 3601名(年齢 $M=44.9$, $SD=14.1$, $Range: 18-89$)から回答を得た。回答者の属性は表1の通りであった。

2. 相談場所、相談しやすさ

友人や家族が体験した災害・被害および自分のこころや体の反応について相談するとしたらどこに相談するのが良いと思うかについて尋ねた。あらかじめ11の相談先を記載し、また、第12の選択肢としてその他という項目を設け、選択した場合は具体的

な相談先の記載を求めた。12までの選択肢のうちでは複数選択可とした。さらに第13の選択肢として「どこにも相談しない」という項目を設けた。また、友人や家族がこれらの相談先へ相談するとしたら、どのくらい相談しやすいと思うかを11件法のリッカート形式(0:相談しにくい - 10:相談しやすい)で尋ねた。相談先ごとに選択率および相談しやすさの平均得点を表2に示す。

それぞれの相談先ごとに、自然災害設問・性被害設問および選択の有無について対応のあるクロス表検定を行った。精神科医のみ相談先として自然災害と性被害の設問間に有意差がなかった。その他の選択肢では、家族、友人、市役所等は自然災害での選択が多く、他の相談先および「どこにも相談しない」は性被害設問での選択が多かった(all $ps < .01$)。

また、その他の相談先として自然災害設問ではハローワーク、歯科衛生士、同じ体験の人の集まり、訪問看護、心療内科などが挙げられた。一方で、性被害設問では弁護士、テレビ局、専門の機関・窓口(ワンストップセンターを含む)、訪問看護、心療内科のほか、加害者も相談先として挙げられている。

相談のしやすさでは2つの設問間で対応のある t 検定を行った。相談先として警察の項目のみについて性被害設問で相談しやすさの得点が高かったが、その他の相談先はすべて自然災害設問のほうが相談しやすさが高かった(all $ps < .001$)。

3. 相談時期

友人や家族が相談をするとしたら、原因となる災害・被害の経験からどのくらい時

間が経ってから相談するのが良いと思うかについて単一選択によって尋ねた。「1週間以内」から「10年～」までの8つの選択肢のほかに「生涯相談しない」という項目を設けた。相談時期の選択については自然災害と性被害設問の間で符号順位検定、「生涯相談しない」の選択についてはクロス表検定を行った。各選択肢の選択率を表3に示す。性被害設問では自然災害設問に比べ、より短い時間経過が選ばれた($p < .001$) 一方で、「生涯相談しない」選択も多かった($p < .001$)。

4. テキストマイニングによる自由記述回答の解析の試み

自然災害設問、性被害設問それぞれについて、相談したくても相談しにくいと感じる理由、どのような点を改善すると相談をしやすくなるか、相談先・治療受診先をより多くの人に知ってもらうために必要な啓発について自由回答を求めた。自由記述回答をKH Coder(樋口, 2020)を使用し、量的な解析を試みた。

まずは相談しにくい理由について、自由記述の文章から語の抽出を行い、頻出語の集計および段落単位での階層的クラスタ分析を行った。一部の頻出ではあるが非特徴的な語は解析から除外した。性被害設問について合併水準をもとにクラスタ数7を採用し、比較のために自然災害設問についても同じクラスタ数を採用した。クラスタに含まれた回答の文章を見ると、自然災害に多い理由として、「解決しなそう」「理解してもらえないのでは」「親身に聞いてくれないのでは」、「気持ちの整理ができていない」のような内容がまとまりとして

抽出できた。性被害に多い理由は、「言いにくい」「人に知られたくない」「内容がデリケート」「怖い」ことが挙げられた。両設問ともに「恥ずかしい」「思い出したくない」意見が抽出されたが、「恥ずかしい」と理由を挙げたクラスタの人数は性被害設問のほうが自然災害設問より多かった。

続いて改善点についての自由記述も同様の階層的クラスタ分析を行い、性被害設問に合わせてクラスタ数9を採用した。クラスタに含まれた回答の文章を見ると、両設問に共通する意見として「匿名性」「話を聞く」「同じ経験者に相談」「寄り添う」「話しやすい環境」ことが抽出された。災害設問特有の改善点としては「相談窓口がある」「気軽に相談できる」、その他に「本人の気持ち次第」の意見があった。性被害特有の改善点としては「被害者への理解」「プライバシーが守られる」「同性へ相談」が挙げられた。

最後に、必要な啓発については頻出語の集計の後に文章単位での言葉同士の共起性を解析した。同様に一部の頻出ではあるが非特徴的な語は解析から除外した。関連性の強い語を見ると、自然災害設問も性被害設問も同様に「ネット」「SNS」「テレビ」「広告」「CM」の共起性が高く、これらによる啓発が必要であると多くの人が回答していることが分かった。その他に二つの設問で共通している特徴として「病院」「学校」「機関」、また「目」「場所」「ポスター」などの共起性が高く、病院や学校などの機関での周知や、目立つ場所にポスターを貼る方法が必要ではないかという意見が抽出された。さらに性被害設問に特有の特徴を見てみると、「学校」「病院」の他に「警察」「周

知」の共起性も高く、警察からの周知が求められていること、「公共」「トイレ」「貼る」の共起性が高いことから公共トイレに掲示物を貼ることが啓発として必要ではないかと考えられていることが分かった。

D. 考察

調査結果から、自然災害と比較して性被害特有の受療・相談の阻害要因を抽出した。相談先としては特に「家族」「友人」のような身近な人は選ばれることが少ないことが示された。その他に「市役所・区役所・町村役場」以外の相談先は性被害設問のほうが多く相談先として選択されているものの、相談しやすさについては警察以外の相談先は被害およびこころや体の反応を相談しにくいことが分かった。さらに被害からの時間経過は早く相談したほうが良いと思っ

ている人が多い一方で生涯相談しない・どこにも相談しないのが良いと思う人も多いことが示唆された。

自由記述回答より性被害特有の相談しにくい理由として「言いにくい」「人に知られたくない」「内容がデリケート」「怖い」が抽出された。また「恥ずかしい」と考える人も多かった。さらに改善点としては「被害者への理解」「プライバシーが守られる」ことが挙げられているため、漠然と「言いにくい」などと感じている相談しにくさはこれらが改善されると「言いやすくなる」可能性が考えられる。また、性被害特有の要因として相談先の人物は同性(女性)が相談しやすいことが示された。さらに必要な啓発ではテレビ・SNS・インターネット、学校・病院での啓発のほか、警察からの情報発信、公共のトイレに掲示物を貼ることが必要と考えられ

ていることが示唆された。

E. 結論

本研究では一般市民を対象に Web アンケート調査を実施し、性被害(性暴力・強制わいせつ) および比較のためのそれ以外の重大ストレス体験(自然災害)を体験した場合を想定した意見について調査した。参加者内でそれぞれの設問の回答を比較したところ、相談場所、相談のしやすさ、相談時期について設問間で有意差が得られた。また相談しにくい理由、改善点、必要な啓発についての自由記述回答を解析した結果、共通する要素もあった一方で、性被害設問のみに特有の要素も抽出された。

F. 研究発表

なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

なし

引用文献

- 1) Greenberg, P. E., Sisitsky, T., Kessler, R. C., Finkelstein, S. N., Berndt, E. R., Davidson, J. R., ... & Fyer, A. J. (1999). The economic burden of anxiety disorders in the 1990s. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60, 427-435.
- 2) Kawakami N, Tsuchiya M, Umeda M, Koenen KC, Kessler RC. (2014). Trauma and posttraumatic stress disorder in Japan: Results from the World Mental Health Japan Survey, *Journal of psychiatric research*, 53, 157-165.
- 3) 厚生労働省 平成 29 年 (2017) 患者調査 2017.

4) 樋口耕一 (2020) 社会調査のための計 量テキスト分析 —内容分析の継承と発展— を目指して— 第2版, ナカニシヤ出版.

表 1. 回答者の属性

項目	
年齢層	(%)
18 歳-19 歳	1
20 歳-29 歳	14.1
30 歳-39 歳	24.4
40 歳-49 歳	23.6
50 歳-59 歳	20.7
60 歳以上	16.3
既未婚	(%)
既婚	55.5
未婚	33.9
離婚、死別	10.7
職業	(%)
企業・団体等の経営者、役員	0.9
会社員、公務員、その他組織・団体の職員	29.5
自営業、自由業(フリーランス)	3.4
専業主婦	24.7
パート、アルバイト	28
学生	2.6
無職、退職者	9.9
その他・不明	1
教育歴	(%)
中学校	3.4
高等学校	30.9
専門学校	14.7
高等専門学校	2.9
短期大学	17.2
大学	29
大学院	1.8
その他・不明	0.1

表 2. 相談場所、相談のしやすさに関する設問の結果

	相談場所選択率(%)		相談しやすさ(平均値)	
	自然災害	性被害	自然災害	性被害
家族	42.2	22.5	5.72	2.56
友人	22.3	13.8	4.44	2.23
カウンセラー	33.1	34	4.42	3.49
精神科医	28.6	28.5	4.06	3.26
医者(精神科医以外)	7.4	10.6	3.28	2.50
市役所・区役所・町村役場	6.6	4.3	2.71	1.74
保健所	4.4	5.1	2.62	1.89
警察	1.5	26.7	2.07	2.66
インターネット上の相談窓口	9.5	17.1	3.28	2.83
電話相談窓口	7.6	14.7	3.08	2.69
インターネット上の匿名の掲示板、匿名の SNS	5.6	7.7	3.04	2.47
その他	0.3	0.8	-	-
どこにも相談しない	26.6	30	-	-

表 3. 相談時期に関する設問の結果

	選択率(%)	
	自然災害	性被害
1 週間以内	13.4	34.4
1 週間～1 か月	24.5	15.1
1 か月～3 か月	19.4	9.1
3 か月～半年	8.6	4.9
半年～1 年	6.0	3.4
1 年～5 年	2.0	2.4
5 年～10 年	0.6	0.7
10 年～	1.1	1.3
生涯相談しない	24.3	28.6

III. 研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
該当なし							

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
該当なし					

厚生労働大臣 殿

機関名 国立研究開発法人
国立精神・神経医療研究センター

所属研究機関長 職 名 理事長

氏 名 中込 和幸

次の職員の令和6年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 研究事業名 厚生労働行政推進調査事業費補助金（厚生労働科学特別研究事業）
- 研究課題名 性行動異常を呈する者の精神医学的考察と認知行動療法を含めた介入方法の検討及び性被害者の心理的ストレス対処に資する実態調査
- 研究者名 （所属部署・職名）精神保健研究所・所長
（氏名・フリガナ）張 賢徳・チョウ ヨシノリ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	国立精神・神経医療研究センター	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること （指針の名称：）	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査の場合は、その理由を記載すること。

（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> （無の場合はその理由：）
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> （無の場合は委託先機関：）
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> （無の場合はその理由：）
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> （有の場合はその内容：）

（留意事項） ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣
 (国立医薬品食品衛生研究所長) 殿
 (国立保健医療科学院長)

機関名 国立大学法人千葉大学

所属研究機関長 職 名 学長

氏 名 横手 幸太郎

次の職員の令和 6 年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 厚生労働科学特別研究事業
2. 研究課題名 性行動異常を呈する者の精神医学的考察と認知行動療法を含めた介入方法の検討及び性被害者の心理的ストレス対処に資する実態調査
3. 研究者名 (所属部署・職名) 社会精神保健教育研究センター・教授
 (氏名・フリガナ) 五十嵐 禎人・イガラシ ヨシト

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	千葉大学大学院医学研究院 倫理審査委員会	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項) _____

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
 ・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 国立研究開発法人
国立精神・神経医療研究センター

所属研究機関長 職 名 理事長

氏 名 中込 和幸

次の職員の令和6年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 厚生労働行政推進調査事業費補助金（厚生労働科学特別研究事業）
2. 研究課題名 性行動異常を呈する者の精神医学的考察と認知行動療法を含めた介入方法の検討及び性被害者の心理的ストレス対処に資する実態調査
3. 研究者名 （所属部署・職名）精神保健研究所 地域精神保健・法制度研究部 客員研究員
（氏名・フリガナ）菊池安希子・キクチアキコ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること （指針の名称： ）	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項） _____

（※2）未審査の場合は、その理由を記載すること。

（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> （無の場合はその理由： _____）
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> （無の場合は委託先機関： _____）
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> （無の場合はその理由： _____）
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> （有の場合はその内容： _____）

（留意事項） ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 国立研究開発法人
国立精神・神経医療研究センター

所属研究機関長 職 名 理事長

氏 名 中込 和幸

次の職員の令和6年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 厚生労働行政推進調査事業費補助金（厚生労働科学特別研究事業）
2. 研究課題名 性行動異常を呈する者の精神医学的考察と認知行動療法を含めた介入方法の検討及び性被害者の心理的ストレス対処に資する実態調査
3. 研究者名 （所属部署・職名）認知行動療法センター認知行動療法診療部・臨床技術開発室長
（氏名・フリガナ）吉田 和史・ヨシダ カズフミ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称：)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項） _____

（※2）未審査の場合は、その理由を記載すること。

（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由：)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関：)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由：)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容：)

（留意事項） ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 国立研究開発法人
国立精神・神経医療研究センター

所属研究機関長 職 名 理事長

氏 名 中込 和幸

次の職員の令和6年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 研究事業名 厚生労働行政推進調査事業費補助金（厚生労働科学特別研究事業）
- 研究課題名 性行動異常を呈する者の精神医学的考察と認知行動療法を含めた介入方法の検討及び性被害者の心理的ストレス対処に資する実態調査
- 研究者名 （所属部署・職名）精神保健研究所 所長室・客員研究員
（氏名・フリガナ）金 吉晴・キン ヨシハル

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	国立精神・神経医療研究センター	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること （指針の名称：）	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査の場合は、その理由を記載すること。

（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> （無の場合はその理由：）
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> （無の場合は委託先機関：）
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> （無の場合はその理由：）
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> （有の場合はその内容：）

（留意事項） ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。