

令和 5 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

(23CA2041)

令和 5 年度 研究報告書

【総括研究報告書・分担研究報告書】

研究代表者 繁田 雅弘

令和 6 (2024) 年 5 月

目次

総括研究報告

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

繁田 雅弘 (東京慈恵会医科大学 精神医学講座 主任教授)

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)

..... 3

分担研究報告

1. 国内外における対応や治療に関するレビュー

小林 大輝 (東京医科大学 茨城医療センター総合診療科 教授) 7

図1. PRISMAフローダイアグラム 12

各検索エンジンにおける詳細な検索式 13

参考文献 16

2. 国内のエキスパート支援者における支援の実態と今後の課題

嶋田 洋徳 (早稲田大学 人間科学学術院 教授) 19

参考文献 34

付録1. Practice Guidelines for the Assessment, Treatment, and Management
of Male Adult Sexual Abusers (ATSA, 2014)の概要 35

付録 2. 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-
(法務省、2023)の目次 38

3. 性嗜好障害への対応と治療の国外の実態とアプローチの包括的分析のための研究

伊藤 正哉 (国立精神・神経医療研究センター 認知行動療法センター 研究開発部
部長) 39

付録 ヒアリングの概要 41

付録 インタビュー ①：アメリカでの研究と実践について 41

付録 インタビュー ②：イギリスでの研究と実践について 46

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

研究代表者	繁田 雅弘	東京慈恵会医科大学 精神医学講座 主任教授
分担研究者	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
	小林 大輝	東京医科大学 茨城医療センター総合診療科 教授
	嶋田 洋徳	早稲田大学 人間科学学術院 教授
	伊藤 正哉	国立精神・神経医療研究センター 認知行動療法センター 研究開発部 部長
研究協力者	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 科研費研究員
	大塚公美子	国立精神・神経医療研究センター 認知行動療法センター 科研費研究補助員

研究要旨

【背景】現在、我が国では、児童・生徒に対しての性犯罪を含む性加害が大きな社会問題となっており、こういった性加害をおこなってしまった人には、性嗜好障害を抱えている人がいることが学術的に一定程度知られている。性嗜好障害は ICD-10（国際疾病分類第 10 版）では精神疾患に分類されているものの、現在のところこの疾患（もしくは状態）に関する多くの事項が明らかになっていない。さらに、その対応法や治療法についても共通認識を得たものは非常に少なく、知見の集積が必要である。本研究では、性嗜好障害の対応法や治療法の国内及び国外での実態、及び、それらのエビデンスレベルを把握することを目的とする。

【方法】国内外における性嗜好障害の対応並びに治療法の実態、及びアプローチに関する包括的な知見を集積し、今後の対応や治療法について検討するために、本研究において、2 つの成果（Evidence と Experience の集積）を目標とした。1 つは対応方法や治療方法等のエビデンスを集積するための調査とした。国内外の文献検索を行うことによって、生物学的な観点からの治療法の情報、認知行動療法といった心理社会的治療法、その他の対応法の情報を集積した。さらに、国内外の性嗜好障害の対応や治療に従事している支援者からのヒアリングによって、その支援者が経験している効果的な対応法を調査した。

【結果】本研究結果から、性嗜好障害に対する治療方法は十分に確立されておらず、エビデンスが乏しいことが示唆された。本邦の性嗜好障害の治療においては、認知行動療法を中心とした全人的で包括的な心理社会的アプローチと薬物療法のあり方を検討し指針を作成すること、などが必要と考える。その上で、本人を中心に関係省庁や各機関が連携し、個々に応じた治療と社会復帰支援が連動した一貫性のあるシステム構築が必要である。今後、エビデンス構築のために、更なる研究の実践が望まれる。

A. 研究目的

現在、我が国では、児童・生徒に対しての性犯罪を含む性加害が大きな社会問題となっており、こういった性加害をおこなってしまった人には、幼少期にトラウマの経験を持っていたり、性嗜好障害といった障害を抱えている人がいることが学術的には一定程度知られている。性嗜好障害は ICD-10 では精神疾患に分類されているものの、現在のところこの疾患（もしくは状態）に関する多くの事項が明らかになっていない。さらに、その対応法や治療法についても共通認識を得たものは非常に少ない。国によってもその法体系や医療制度の違いなどもあり共通した対応法や治療法が精神医学の教科書の中にも記載が明確になされておらず、知見の集積が必要である。本研究では、性嗜好障害の対応法や治療法の国内及び国外での実態、及び、それらのエビデンスレベルを把握することを目的とする。

B. 研究方法

1. 国内外における対応や治療に関するレビュー

性嗜好障害に対する国内外の対応や治療に関するレビューを、特に、生物学的、心理社会的観点から行った。検索エンジンは PubMed、Cochrane library (CENTRAL)、医中誌を使用した。検索タームは、【性嗜好障害 (sex abuse OR sex offences)】及び【治療 (Therapy OR “medical treatment” OR treatment)】を大分とし、各検索エンジンにおける詳細な検索式は別途記載した。検索期間を 2010 年 1 月 1 日から 2023 年 12 月 31 日までとした。

2. 国内のエキスパート支援者における支援の実態と今後の課題

性嗜好障害の治療と対応に関する日本の実態を深く理解するため、国内の医療専門家、心理学者等のエキスパートに対してインタビューによる質的調査を実施した。

民間の医療機関や研究機関のエキスパートは、書籍、論文、インターネット等による

情報から、性嗜好障害、あるいは性加害者への医学的治療または心理学的支援に携わっている者を選出した。矯正施設や保護観察所におけるエキスパート支援者は、研究分担者が法務省に協力の依頼を行い、性加害者の処遇プログラムの十分な経験を有する者、およびその処遇の現場に詳しい者、法務省によって提供される医療に詳しい者がそれぞれ紹介された。いずれの参加者においても、本研究の内容、手続き、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 13 名のエキスパートに対して意見聴取を行った。聴取の期間は 2024 年 2 月から 3 月とした。

3. 性嗜好障害への対応と治療の国外の実態とアプローチの包括的分析のための研究

性嗜好障害の治療と対応に関する国外の実態を深く理解するため、国外のエキスパートに対してインタビューによる質的調査を実施した。

米国及び英国の性嗜好障害の専門家 2 名に対する半構造化面接を行った。文書で事前に概要を説明し、口頭でインフォームドコンセントを得て、倫理面に配慮して面接を行った。

C. 研究結果

久我分担研究班に研究事務局を置き、2024 年 1 月 13 日、及び同年 3 月 18 日に班会議が開催され、研究代表者、各分担研究者、研究協力者、厚生労働省担当者らが参集し、活発な意見交換や研究報告がなされた。

1. 国内外における対応や治療に関するレビュー

検索結果は合計 1,592 件であり、最終的には 29 件が目的と合致した。うち、小児性愛者に関する論文は 5 件と限定的であった。まず性嗜好障害に対する薬物療法について、7 つの研究から 138 人の患者が組み込まれた性加害者に対する薬物治療のシステマティックレビュー (Khan ら 2014) がある。そ

の研究のうち、新規薬剤である選択式セロトニン再取り込み阻害薬（Selective Serotonin Reuptake Inhibitor: SSRI）やゴナトトロピン放出ホルモンアゴニストに関する研究は認めなかった。アンドロゲン抑制療法よりは黄体化ホルモン（ゴナドトロピン）放出ホルモンアゴニストは使用報告が多いものの、いずれの研究もサンプルサイズが少ないため、薬物治療の効果に関するエビデンスは限定的であると結論付けられた。その他の薬剤の使用に関しては経験的な使用にとどまるものと考えられた。薬物治療に比べ心理的介入の報告は、ランダム化比較試験を含めてやや多かった。しかし介入方法は様々であり、対象疾患も様々であることから、十分なエビデンスの構築はできていないと考えられた。

2. 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

意見聴取の結果、認知行動療法（CBT; Cognitive Behavioral Therapy）などの心理社会的支援が中心となって行われており、それらの実践例が蓄積されてきていることで、CBTの実施上の留意点についても整理が行われていた。一方で、性加害の問題を精神医学的疾患としてとらえることや、薬物療法を適用することにはさまざまな意見があり、いまだコンセンサスは得られていない状況がみてとれた。この点は、性嗜好障害やパラフィリア症群を依存症の一形態であるにとらえることは単純化しすぎており、多様な臨床像を有する総体であるにとらえることが妥当であるということを示している。また、適切な効果指標やアセスメントツールの設定や、何をもって好事例とみなすかという点についても、エキスパート支援者による意見の大きな相違が見られた。さらに、性嗜好障害の支援を行う上での課題も多くあげられ、とくに支援の場が顕著に不足していること、有機的な施設間の連携や情報共有に困難があることなどが、代表的な課題であった。

3. 性嗜好障害への対応と治療の国外の実

態とアプローチの包括的分析のための研究

診断・アセスメントに関しては、標準化されたリストに基づく半構造化面接により、包括的に情報収集が行われていた。患者だけではなく、被害者の陳述書や周囲の人物、外部機関からも治療の導入期と終結期に数時間かけて情報収集が行われていた。治療に関しては、CBTが第一選択として推奨された。導入期には、関係性の構築と動機づけに時間がかけられていた。診断・アセスメントに基づき個人及び集団で治療が行われていた。認知と行動に対する一般的なCBTの介入技法に加えて、性的問題行動への直接的な技法としては、Covert Sensitization、Satiation、Fadingが挙げられた。効果と適用性に関して、CBTの有効性は実証されているものの、適切な支援体制や患者の状態に応じた柔軟な治療内容の選択がCBTの成否を左右するとのことであった。さらに、早期介入、多職種連携、思春期への性教育等が重要であることが語られた。

D. 考察

1. 国内外における対応や治療に関するレビュー

先発のシステマディックレビューでも結論付けられているように、その後に発表された学術論文を踏まえた上でも、現在まで十分なエビデンスの構築がなされていないと考えられる。その原因として対象者の募集が困難なこと、性嗜好性障害をもつ犯罪者に対するランダム化介入試験に関しては倫理的側面からも研究参加の自主性からも研究の立案・実行に多大なる困難が予想され、本邦を含めて世界的に研究が進まないことが考えられた。これらを踏まえた上で、一歩ずつ着実にエビデンスを積み重ねていく必要があると考えられた。

2. 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

国内においては、国際的なガイドラインを参考にしながらも国内における指針を固め

ていく必要がある。対象者の支援環境の移行におけるシームレスな支援という観点では課題が残る。法務省の地域ガイドライン等を活用することを含め、性嗜好障害、あるいは性加害者の対応に当たっては医療的支援のみに閉じることなく、過去または未来に対象者が属する支援環境の間で、あるいは、同時期に利用可能な支援環境間で、相互に能動的な連携が展開されるような、広く柔軟で連続性のある支援体制の構築が求められると考えられる。これらが達成されるためには、人材育成の側面は欠かすことができないため、心理師等のスタッフの養成という枠組みからの啓発、研修は欠かすことができないと考えられる。

3. 性嗜好障害への対応と治療の国外の実態とアプローチの包括的分析のための研究

性嗜好障害に対しては性的な項目への包括的かつ多角的なアセスメントに基づいた治療計画の策定が重要である。さらに、エビデンスに基づいたガイドラインの作成とその治療効果を測定し、知見を蓄積する必要があると考えられる。その上で、支援体制の整備が望まれる。

E. 結論

本研究結果から、性嗜好障害に対する治療方法は十分に確立されておらず、エビデンスも乏しいことが示唆された。エビデンスの構築のために、更なる介入研究の実践が望まれる。

国内のエキスパート支援者においては、性嗜好障害の対応や治療として、CBTをはじめとする心理社会的支援が中心となって行われるということに対するコンセンサスが得

られていることが明らかとなった。一方で、性加害の問題を精神医学的疾患としてとらえることや、薬物療法を適用することに対しては大きく意見が分かれている現状も明らかとなった。また、現状の課題として、性嗜好障害に対応する上での国としてのエビデンスの蓄積やガイドラインの整備が不足していること、医療の文脈において性加害の問題を支援する上での受け皿が不足していること、その背景には、さまざまな制度上の難しさが存在することがあげられた。今後、性嗜好障害の対応や治療において改善が望まれる点として、関連支援機関のシームレスな連携を担保するための制度設計や法的な整備が多くのエキスパート支援者からあげられた。

国外では、治療者確保等の課題が残されているものの、性嗜好障害のガイドラインに基づく診断・アセスメント、治療が実施されていることが明らかにされた。本邦において、実証的な知見に基づいたガイドラインの作成と適用が今後期待される。

F. 結語

本邦の性嗜好障害の治療においては、CBTを中心とした全人的で包括的な心理社会的アプローチと薬物療法のあり方を検討すること、治療においては何をターゲットとするかをまず指針として明確にもつこと、などが必要と考える。その上で、本人を中心に関係省庁や各機関が連携し、個々に応じた治療と社会復帰支援が連動した一貫性のあるシステムの構築が必要である。

なお、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。

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）
分担研究報告書

国内外における対応や治療に関するレビュー

研究分担者	小林 大輝	東京医科大学	茨城医療センター総合診療科	教授
研究協力者	福井 早矢人	東京医科大学	茨城医療センター 総合診療科	准教授
	児玉 泰介	東京医科大学	茨城医療センター 総合診療科	臨床講師
	伊東 完	東京医科大学	茨城医療センター 総合診療科	臨床講師
	押田 樹羅	東京医科大学	茨城医療センター 総合診療科	臨床助教
	中川 俊一郎	東京医科大学	茨城医療センター 総合診療科	臨床助教
	浮 健人	東京医科大学	茨城医療センター 総合診療科	医員
	小堀 智史	東京医科大学	茨城医療センター 総合診療科	医員
	北川 侑樹	東京医科大学	茨城医療センター 総合診療科	医員
	中島 俊哉	東京医科大学	茨城医療センター 総合診療科	医員
	藤田 みのり	東京医科大学	茨城医療センター 総合診療科	医員
	樋口 智也	東京医科大学	茨城医療センター 総合診療科	医員

研究要旨

性嗜好障害は ICD-10 では精神疾患に分類されているものの、現在のところこの疾患（もしくは状態）に関する多くの事項が不明確である。嗜好のことであり、性嗜好障害を抱えるものの行動しない人がある可能性が高いことも考えると、この障害を抱える患者の人数や実態等は把握しにくいと考える。さらに、その対応法や治療法についても共通認識を得たものは非常に少なく、国によってもその法体系や医療制度の違いなどもあって共通した対応法や治療法が精神医学の教科書の中にも記載が明確になされておらず、知見の集積が必要な状況である。そのため過去の報告を系統的に踏まえてのエビデンス構築が必要と考えられる。以上から本研究では、性嗜好障害に対する国内外の対応や治療に関するレビューを、特に、生物学的、心理社会的観点から行った。

検索結果は合計 1,592 件であり、最終的には 29 件が目的と合致した。うち、小児性愛者に関する論文は 5 件と限定的であった。性嗜好障害に対する薬物療法及び性嗜好障害に対する心理的介入に大分して、レビューを行ったが、いずれの治療方法に関しても十分なエビデンスは現在まで構築されていないことが分かった。

A. 研究目的

性嗜好障害は ICD-10 では精神疾患に分類されているものの、現在のところこの疾患（もしくは状態）に関する多くの事項が不明確である。嗜好のことであり、性嗜好障害を抱えるものの行動しない人がある可能性が高いことも考えると、この障害を抱える患者の人数や実態等は把握しにくいと考える。さらに、その対応法や治療法に

についても共通認識を得たものは非常に少なく、国によってもその法体系や医療制度の違いなどもあって共通した対応法や治療法が精神医学の教科書の中にも記載が明確になされておらず、知見の集積が必要な状況である。そのため過去の報告を系統的に踏まえてのエビデンス構築が必要と考えられる。

以上から本研究では、性嗜好障害に対す

る国内外の対応や治療に関するレビューを、特に、生物学的、心理社会的観点から行う。生物学的観点では、性嗜好障害の病態生理を解明し、薬物療法、ホルモン療法、神経科学的アプローチなどの効果と限界を評価し、最新の臨床データを集約し、その効果と安全性を検討する。心理社会的観点では、患者の心理状態、社会的関係、環境要因への影響を考慮した治療法の検討を行う。これには、認知行動療法、カウンセリング、家族療法、社会支援プログラムなどが含まれる。患者の精神状態、社会的適応、再発予防に向けた介入の有効性と実施方法について、既存の研究成果と臨床報告を基に詳細な分析を行う。

B. 研究方法

方法：検索エンジンはPubMed、Cochrane library (CENTRAL)、医中誌を使用した。検索タームは、【性嗜好障害 (sex abuse OR sex offences)】及び【治療 (Therapy OR “medical treatment” OR treatment)】を大分とし、各検索エンジンにおける詳細な検索式は別途記載した。検索期間を2010年1月1日から2023年12月31日までとした。介入試験や観察研究及び症例報告を対象研究とし、総説等は除外した。

C. 研究結果

検索結果は合計1,592件であり、最終的には29件が目的と合致した。うち、小児性愛者に関する論文は5件と限定的であった。PRISMAフローダイアグラムを図1 (p.12 参照) に示す。

1. 性嗜好障害に対する薬物療法

まず初めに、Khanらは、2014年に性加害者に対する薬物治療のシステマティックレビューを行っている。同研究では7つの研究から138人の患者が組み込まれた。その研究のうち、新規薬剤である選択的セロトニン再取り込み阻害薬 (Selective Serotonin Reuptake Inhibitor: SSRI) や

ゴナトトロピン放出ホルモンアゴニストに関する研究は認めなかった。いずれの研究もサンプルサイズが少ないため、薬物治療の効果に関するエビデンスは限定的であると結論付けられた。¹
以下薬剤ごとに報告をまとめる。

1-1. アンドロゲン抑制療法 (Androgen deprivation therapy)

アンドロゲン抑制療法に関する介入試験の報告は認めず、以下の通り後ろ向き観察研究及び症例報告が中心であった。Amelungらは、ドイツにおける111人の小児性愛男性を対象とした後ろ向き観察研究を行った。アンドロゲン抑制療法は15名に行われたが、小児性的暴行を起こしうる状況や、性的衝動を抑えられないとの自己評価が多い傾向にあった。² 一方で、Kooらは38人の性加害者に対してアンドロゲン抑制療法を行った結果を報告している。比較対照はないものの、性的衝動の頻度や重症度が低下し、自慰や性的妄想も減った。³ 症例報告レベルでは、シプロテロン (抗アンドロゲン薬) を小児性愛者に使用したところ、性的妄想が消失したとの報告がある。副作用として体重増加と女性化を認めた。⁴ Turnerらは、ドイツの性加害者に対するテストステロン抑制薬の効果の観察結果を報告した。テストステロン抑制薬使用者と他の薬物療法使用者を比較したところ、611人が対象であり、うち39.8%が小児性的暴行、37.9%が強姦を行っていた。ほぼすべての性加害者は心理療法を受け、37%が追加で薬物療法を受けた。15.7%がテストステロン抑制薬 (10.6%がゴナトトロピン放出ホルモンを、5.1%がシプロテロン (抗アンドロゲン薬)) を受けた。うち、26.0-75.4%が性的思考の頻度や重症度が減ったと報告された。SSRIや抗精神病薬で治療された者もいた。⁵ 性加害で有罪となった者に対する、テストステロン抑制薬の効果の観察研究も報告がある。38人のテストステロン抑制薬を使用したものを、38人の非使用者と比較した。使用者は、より多くパラフィリアと診断された。使用

者では、全般的及び性的自制心の向上が見られた。⁶

以上の報告から、アンドロゲン抑制療法に関しては、効果を検討するために十分なランダム化比較試験の報告はなく、エビデンスが不足していると考えられた。

1-2. 黄体化ホルモン（ゴナドトロピン）放出ホルモンアゴニスト

パラフィリア患者に対する黄体化ホルモン放出ホルモンアゴニストによる治療のシステマティックレビューが、2018年に発表されている。24の研究から256の患者が組み込まれた。パラフィリアにおける性的思考や行動の抑制には、抗アンドロゲンよりも黄体化ホルモン放出ホルモンアゴニストの方がより効果的であった。一方で倦怠感、ほてり感、抑うつ、体重増加、血圧上昇、糖尿病、女性化乳房、勃起障害及び骨密度低下の副作用が認められた。⁷

ランダム化比較試験としては、小児性愛者で小児性加害歴をもつ者に対して、ゴナドトロピン放出ホルモンの効果を検証したものがある。⁸ 52人の患者を対象に、デガレリクス120mg2回またはプラセボを投与し2週間後の小児性嗜好障害スコアを評価した。デガレリクスでは7.4から4.4ポイント減少したのに対し、プラセボ群は7.8から6.6に減少した。同様に、性的欲求インベントリースコアを評価した研究では、デガレリクス群では0.96、プラセボ群では0.52減少した。前者の58%に、後者の12%に、小児性愛が認められなくなった。⁹ また、ベルギーにおける12人の小児性愛者を対象とした研究もある。半数に黄体形成ホルモン放出ホルモンアゴニスト、残りの半分に抗アンドロゲン薬処方した。骨量低下、体重増加、女性化乳房が副作用である一方、性的妄想、怒り、攻撃性の頻度と程度が低下した。また、性交渉や自慰行為も減った。¹⁰

症例報告としては、トリプトレリン（ゴナドトロピン放出ホルモン）を知的障害のある性加害者に投与した報告がある。全体的に物腰が柔らかくなり、敵意や攻撃性が減

った。心理療法やリハビリテーションの参加も向上し、性的な妄想、願望、覚醒も自己評価で減ったとされる。¹¹ リュープロレリン（ゴナドトロピン放出ホルモン）を重度精神遅滞があるパラフィリア患者に投与した症例報告も認め、異常な性的行動や衝動が減退した。¹² 臨床症状ではなく、画像評価を行った症例報告もある。小児の画像を見せることにより小児性愛者の脳の反応が、リュープロレリン（ゴナドトロピン放出ホルモン）投与によって5か月後どう変わるかを報告している。1人の患者を、1人の健常者と比較。投与前に認められた左鳥距裂、島、前帯状皮質、小脳虫部の反応が、リュープロレリン投与後は消失していた。¹³

以上の報告から、アンドロゲン抑制療法よりは黄体化ホルモン（ゴナドトロピン）放出ホルモンアゴニストは使用報告が多いものの、同様に十分なエビデンスが構築されているとは言えない状況と考えられた。

1-3. その他の薬剤

上述以外の薬物に関しては、観察研究や症例報告が散在する程度である。813人のドイツの性加害者を対象とした調査では、14.8%が抗精神病薬を、7.1%がSSRIを処方されていた。¹⁴ 症例報告では、ストッキングに対するフェティシズムのある14歳男児に対し、メチルフェニデート及び認知論理情動療法を行ったとの報告があり、自制心が向上した。¹⁵ パラフィリア患者に対してオクスカルバゼピンを投与した症例もあり、露出衝動及び行動が低下した。¹⁶ トピラマート（抗てんかん薬）を統合失調症でパラフィリアである患者に使用し、パラフィリア症状は2か月後に著明に改善した。¹⁷ 別の報告では、SSRIを統合失調症でパラフィリアである患者に使用し、パラフィリア行動は著明に改善したとされる。¹⁸ 本邦からの報告では、高齢者性的逸脱行動の3人に対し桂枝加竜骨牡蛎湯を使用した報告や、¹⁹ 露出症に対してSSRIであるフルボキサミンを投与した1例の報告があり、²⁰ いずれも症状は改善したとされる。

このように、その他の薬剤の使用に関しては経験的な使用にとどまるものと考えられた。

2. 性嗜好障害に対する心理的介入

心理的介入に関しては2012年に発表された、性加害者に対するシステマティックレビューを認める。10個の研究から944人の患者が組み込まれた。うち、認知行動療法に関するランダム化比較試験は5つ認めたが、主たる評価項目を測定したものは1つしかなく、心理的介入の効果に関するエビデンスは限定的であると結論付けられた。²¹

対象疾患や心理的介入の内容は異なるものの、複数のランダム化比較試験の報告がある。まず48人の再犯の可能性の高い性的加害者を対象に、マルチシステム療法(戦略的家族療法、構造的家族療法、認知行動療法など)の効果を示した介入研究をあげる。マルチシステム療法または通常的地域支援をランダムに割り当てし、24.9年の長期予後を検討したところ性犯罪は85%、非性犯罪は70%低下した。²² また、パラフィリアあり／なしの性的亢進症男性患者に対するインターネットベースの認知行動療法のランダム化比較試験も認める。36人を対象に12週間介入したところ、性的亢進症状や脅迫状態が緩和した。²³ 更に知的障害がある男性における、性嗜好障害行動治療に対する認知行動療法(SOTSEC-ID モデル)の介入研究もある。34人の男性に中央値44か月認知行動療法を行ったところ、性的知識、共感及び認知のゆがみが改善した。32%に性的虐待行動が認められたが、有罪は2名だけであった。²⁴ ナイジェリアでの45人の性加害者における、刑務所内認知行動リハビリテーション療法(PCBRI)の暴力的性的行動に対する効果研究もある。23人がPCBRIを受け、22人が通常への対応を受けた。評価項目は衝動的、性亢進行動インベントリーである。PCBRIを受けた群は、有意に暴力的性的行動が有意に少なかった。²⁵ 投獄された性加害者に対する Personal Aspirations and Concerns Inventory for Offenders

(PACI-0:人生でどのような達成や変化をしたいのか、自己認識する手助けをする半構造化インタビュー)の、治療参加に対する効果研究もある。37人の性加害者に対して、PACI-0プログラムと通常プログラムをランダムに施行した。PACI-0プログラム群では、治療参加に対する費用対効果的が良いことが示唆された。²⁶

観察研究での報告も様々である。13人の自閉症スペクトラム患者で、性加害プログラムを受けた者を対象とした観察研究では、SOTSEC-ID、A-SOTP、Becoming New Meのいずれかを受けた。結論として、共感や認知障害に対する治療は困難である可能性が示唆された。²⁷ Rockwood 刑務所内認知行動療法/Risk Need Responsivity modelによる性加害プログラムの効果を検証した研究もある。上記プログラム579名と、SOTPプログラム625名、未加療107名を比較したところ、Rockwood プログラムは他に比べて再犯率が低かった。²⁸ アイルランドの刑務所内認知行動療法プログラムの性加害者に対する効果研究では、38人のプログラム参加者と38人の非参加者を比較検討した。参加者は非参加者に比べ、認知のゆがみ、共感、対人能力、自制及び再発予防が向上していた。²⁹ ユニークな報告としては、イヌイットの性加害者に対する Tupid(文化的にイヌイットに特化した)プログラムの効果研究がある。61人のTupidプログラム参加者と、114人の他のプログラム参加者または非参加者を比較した。Tupidプログラム参加群は、他の群と比べて有意に再犯率が低く半分程度であった。³⁰ また、本邦からの報告では、小児性愛者に対して Process Oriented Memory Resolution による効果を認めたとの報告がある。³¹

このように、薬物治療に比べ心理的介入の報告は、ランダム化比較試験を含めてやや多い。しかし介入方法は様々であり、対象疾患も様々であることから、十分なエビデンスの構築はできていないと考えられる。

D. 考察

性嗜好障害の治療に関して、薬物療法及び心理的介入の側面からシステマティックレビューを行った。しかし、先発のシステマティックレビューでも結論付けられているように、その後に発表された学術論文を踏まえた上でも、現在まで十分なエビデンスの構築がなされていないと考えられる。

その原因として対象者の募集が困難なことが挙げられる。障害を抱えるものの打ち明けるには、社会的・心理的背景から困難なことが多く、結果として潜在的な障害が多い可能性がある。また、性嗜好性障害をもつ犯罪者に対するランダム化介入試験に関しては、倫理的側面からも、研究参加の自主性からも、研究の立案・実行には多大なる困難が予想される。そのため、本邦を含めて世界的に研究が進まないことが考えられた。

これらを踏まえた上で、一步ずつ着実にエビデンスを積み重ねていく必要があると考えられた。

E. 結論

本研究結果から、性嗜好障害に対する治療方法は十分に確率されておらず、エビデンスも乏しいことが示唆された。エビデンスの構築のために、更なる介入研究の実践が望まれる。

F. 健康危険情報

該当なし

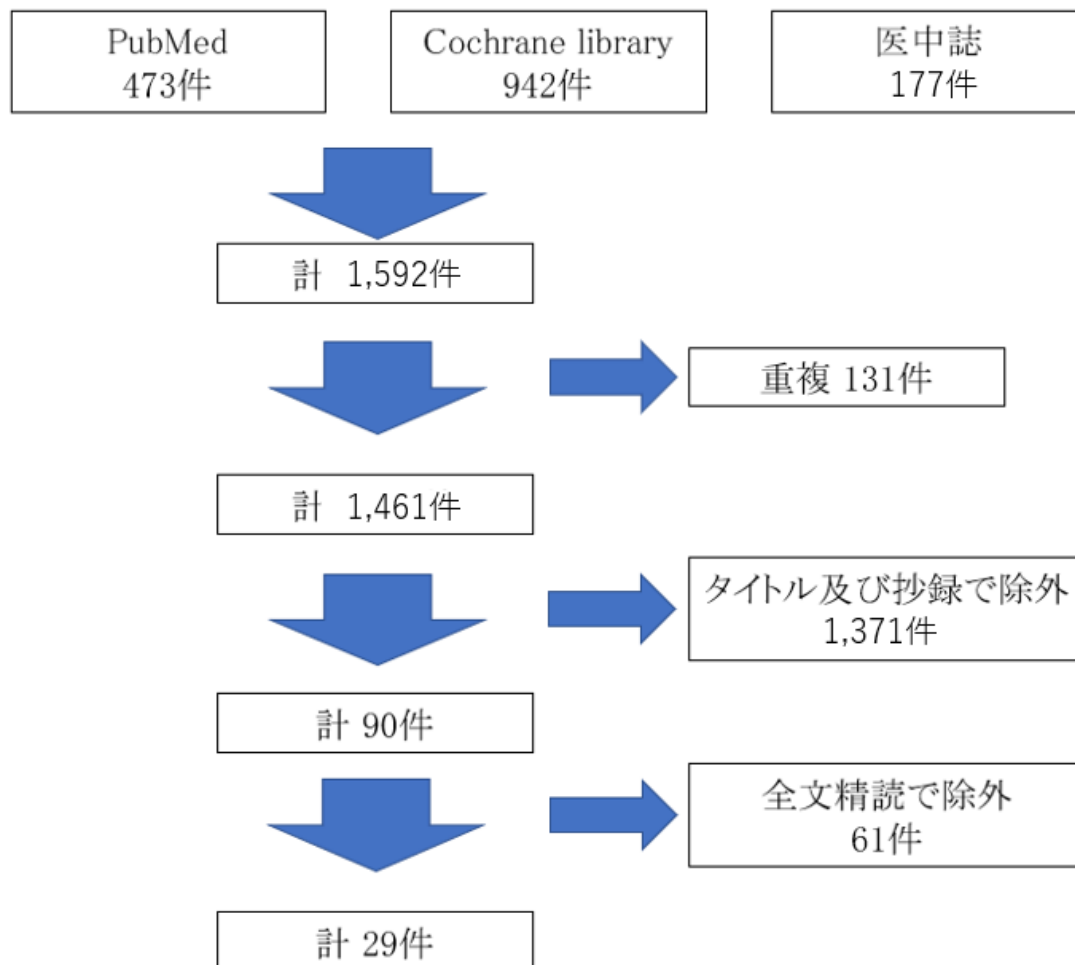
G. 研究発表

1. 論文発表
該当なし
2. 学会発表
該当なし

H. 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

図1. PRISMAフローダイアグラム



各検索エンジンにおける詳細な検索式

① PubMed

#1 Sex Offenses[Mesh] 28082
#2 Paraphilic Disorders[Mesh]
5729
#3 Sexual and Gender
Disorders[Mesh] 85
#4 Incest[Mesh] 1672
#5 #1 OR #2 OR #3 OR #4 33321
#6 drug therapy[TW] OR "Drug
Therapy"[Mesh] 3481919
#7 pharmacological[TI] 50207
#8 Psychotherapy[Mesh] 221303
#9 psychological[TI] OR
"psychosocial"[TI] 97378
#10 #6 OR #7 OR #8 OR #9
3808735
#11 #5 AND #10 4685
#12 #11 AND ("randomized
controlled trial"[Publication Type]
OR "controlled clinical
trial"[Publication Type] OR
"randomized"[Title/Abstract] OR
"placebo"[Title/Abstract] OR
"drug therapy"[MeSH
Subheading] OR
"randomly"[Title/Abstract] OR
"trial"[Title/Abstract] OR
"groups"[Title/Abstract]) NOT
("animals"[MeSH Terms] NOT
"humans"[MeSH Terms]) 1249
#13 #11 AND (systematic[SB] OR
Meta-Analysis[PT]) 74
#14 #12 OR #13 1283

#15 #14 AND 2010[DP]:2023[DP]

473

最終検索式

((("sex offenses"[MeSH Terms] OR
"paraphilic disorders"[MeSH Terms]
OR "sexual and gender
disorders"[MeSH Terms] OR
"incest"[MeSH Terms]) AND ("Drug
Therapy"[Text Word] OR "Drug
Therapy"[MeSH Terms] OR
"pharmacological"[Title] OR
"psychotherapy"[MeSH Terms] OR
("psychological"[Title] OR
"psychosocial"[Title])) AND
("randomized controlled
trial"[Publication Type] OR "controlled
clinical trial"[Publication Type] OR
"randomized"[Title/Abstract] OR
"placebo"[Title/Abstract] OR "Drug
Therapy"[MeSH Subheading] OR
"randomly"[Title/Abstract] OR
"trial"[Title/Abstract] OR
"groups"[Title/Abstract])) NOT
("animals"[MeSH Terms] NOT
"humans"[MeSH Terms])) OR (("sex
offenses"[MeSH Terms] OR "paraphilic
disorders"[MeSH Terms] OR "sexual
and gender disorders"[MeSH Terms]
OR "incest"[MeSH Terms]) AND
("Drug Therapy"[Text Word] OR
"Drug Therapy"[MeSH Terms] OR
"pharmacological"[Title] OR
"psychotherapy"[MeSH Terms] OR

("psychological"[Title] OR
 "psychosocial"[Title])) AND
 ("systematic"[Filter] OR "Meta-
 Analysis"[Publication Type])) AND
 2010/01/01:2023/12/31[Date -
 Publication]

② Cochrane Library(CENTRAL)

#1 MeSH descriptor: [Sexual and
 Gender Disorders] explode all
 trees 2
 #2 MeSH descriptor: [Sexual
 Dysfunctions, Psychological]
 explode all trees 2979
 #3 MeSH descriptor: [Sex
 Offenses] explode all trees 658
 #4 MeSH descriptor: [Paraphilic
 Disorders] explode all trees 57
 #5 (incest):ti,ab,kw 12
 #6 (rape):ti,ab,kw 419
 #7 (sex* near/2 devia*):ti,ab,kw 39
 #8 (hypersexuality):ti,ab,kw 36
 #9 (sex* near/2 violen*):ti,ab,kw
 494
 #10 (sex* near/2
 aggressive):ti,ab,kw 26
 #11 (sex* near/2 offen*):ti,ab,kw
 396
 #12 (sex* near/2 fantas*):ti,ab,kw
 52
 #13 (sex* near/2
 recidivism):ti,ab,kw 13
 #14 (molest*):ti,ab,kw 370
 #15 (paedoph*):ti,ab,kw 3

#16 (pedoph*):ti,ab,kw 44
 #17 (paraphil*):ti,ab,kw 43
 #18 #1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5
 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR
 #10 OR #11 OR #12 OR #13 OR
 #14 OR #15 OR #17 4783
 #19 ("drug theray" OR
 pharmacologic* OR medication):ti
 12217
 #20 (psychothrap* OR psychology
 OR behavio* OR cognit* OR
 psychosoci*):ti 65204
 #21 (therap* or intervention or
 treatment):ti 460164
 #22 #19 OR #20 OR #21 509160
 #23 #18 AND #22 1742
 #24 #23 with Publication Year from
 2010 to 2023, in Trials 942

③ 医中誌 Web

#1 "性犯罪"/TH 2,609 件
 #2 "性障害"/TH 162 件
 #3 "パラフィリア障害"/TH
 547 件
 #4 #1 or #2 or #3 3,199 件
 #5 (((("性犯罪"/TH) or ("性障害
 "/TH) or ("パラフィリア障害
 "/TH))) and (((SH=治療的利用,
 治療,薬物療法,精神療法) or (治療
 /TA)))) 538 件
 #6 (#5) and (PT=会議録除く)
 411 件
 #7 (#6) and (PT=原著論文)
 177 件

最終検索式

((((((("性犯罪"/TH) or ("性障害"/TH) or ("
パラフィリア障害"/TH))) and (((SH=治療
的利用,治療,薬物療法,精神療法) or (治療
/TA)))))) and (PT=会議録除く))) and (PT=
原著論文))

参考文献

1. Khan O, Ferriter M, Huband N, Powney MJ, Dennis JA, Duggan C. Pharmacological interventions for those who have sexually offended or are at risk of offending. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2015;2015(2):Cd007989.
2. Amelung T, Kuhle LF, Konrad A, Pauls A, Beier KM. Androgen deprivation therapy of self-identifying, help-seeking pedophiles in the Dunkelfeld. *International journal of law and psychiatry*. 2012;35(3):176-184.
3. Koo KC, Shim GS, Park HH, et al. Treatment outcomes of chemical castration on Korean sex offenders. *Journal of forensic and legal medicine*. 2013;20(6):563-566.
4. Panesar N, Allard B, Pai N, Valachova I. Cyproterone acetate in paraphilia. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*. 2011;45(5):428.
5. Turner D, Basdekis-Jozsa R, Briken P. Prescription of testosterone-lowering medications for sex offender treatment in German forensic-psychiatric institutions. *J Sex Med*. 2013;10(2):570-578.
6. Sauter J, Turner D, Briken P, Rettenberger M. Testosterone-Lowering Medication and Its Association With Recidivism Risk in Individuals Convicted of Sexual Offenses. *Sexual abuse : a journal of research and treatment*. 2021;33(4):475-500.
7. Turner D, Briken P. Treatment of Paraphilic Disorders in Sexual Offenders or Men With a Risk of Sexual Offending With Luteinizing Hormone-Releasing Hormone Agonists: An Updated Systematic Review. *J Sex Med*. 2018;15(1):77-93.
8. Landgren V, Malki K, Bottai M, Arver S, Rahm C. Effect of Gonadotropin-Releasing Hormone Antagonist on Risk of Committing Child Sexual Abuse in Men With Pedophilic Disorder: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*. 2020;77(9):897-905.
9. Landgren V, Olsson P, Briken P, Rahm C. Effects of testosterone suppression on desire, hypersexuality, and sexual interest in children in men with pedophilic disorder. *The world journal of biological psychiatry : the official journal of the World Federation of Societies of Biological Psychiatry*. 2022;23(7):560-571.
10. Boons L, Jeandarme I, Vervaeke G. Androgen Deprivation Therapy in Pedophilic Disorder: Exploring the Physical, Psychological, and Sexual Effects From a Patient's Perspective. *J Sex Med*. 2021;18(2):353-362.
11. Ho DK, Kottalgi G, Ross CC, Romero-Ulceray J, Das M. Treatment with triptorelin in mentally disordered sex offenders: experience from a maximum-security hospital. *Journal of clinical psychopharmacology*. 2012;32(5):739-740.
12. Park WS, Kim KM, Jung YW, Lim MH. A case of mental retardation with paraphilia treated with depot leuporelin. *J Korean Med Sci*. 2014;29(9):1320-1324.
13. Moulier V, Fonteille V, Péligrini-Issac M, et al. A pilot study of the effects of gonadotropin-releasing hormone agonist therapy on brain activation pattern in a man with pedophilia. *International journal of offender therapy and comparative criminology*.

- 2012;56(1):50 - 60.
14. Turner D, Gregório Hertz P, Sauter J, Briken P, Rettenberger M. Pharmacological treatment of sexual offenders in German outpatient treatment centers. *Int Clin Psychopharmacol*. 2018;33(6):349-352.
15. Chang HL, Chow CC. The treatment of fetishism in an adolescent with attention deficit hyperactivity disorder. *Chang Gung medical journal*. 2011;34(4):440-443.
16. Corretti G, Baldi I. Oxcarbazepine reduces exhibitionist urges and behaviors in a paraphilic patient. *Arch Sex Behav*. 2010;39(5):1025-1026.
17. Wan FJ, Chang HA, Kao YC, Tzeng NS. Topiramate Augmentation in the Treatment of a Patient With Schizophrenia and Paraphilia Behaviors. *American journal of therapeutics*. 2019;26(6):e788-e789.
18. Yang FW, Liang CS. Paraphilias in schizophrenia: differential diagnosis and treatment with selective serotonin reuptake inhibitors. *Progress in neuro-psychopharmacology & biological psychiatry*. 2010;34(6):1126-1127.
19. 加藤 広, 加藤 洋. 桂枝加竜骨牡蛎湯が著効した高齢者性的逸脱行動の 3 例. *日本医師会雑誌*. 2020;149(7):1267-1270.
20. 山本 和, 大久保 恵, 宮田 信. Fluvoxamine が効果的であった露出症の 1 例. *臨床精神薬理*. 2013;16(2):245-248.
21. Dennis JA, Khan O, Ferriter M, Huband N, Powney MJ, Duggan C. Psychological interventions for adults who have sexually offended or are at risk of offending. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2012;12:Cd007507.
22. Borduin CM, Quetsch LB, Johnides BD, Dopp AR. Long-term effects of multisystemic therapy for problem sexual behaviors: a 24.9-year follow-up to a randomized clinical trial. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2021;89(5):393 - 405.
23. Hallberg J, Kaldo V, Arver S, et al. Internet-Administered Cognitive Behavioral Therapy for Hypersexual Disorder, With or Without Paraphilia(s) or Paraphilic Disorder(s) in Men: a Pilot Study. *Journal of sexual medicine*. 2020;17(10):2039 - 2054.
24. Heaton KM, Murphy GH. Men with intellectual disabilities who have attended sex offender treatment groups: a follow-up. *Journal of applied research in intellectual disabilities : JARID*. 2013;26(5):489-500.
25. Nwokeoma BN, Ede MO, Ugwuanyi C, et al. Efficacy of prison-based cognitive behavioral rehabilitation intervention on violent sexual behaviors among sex offenders in Nigerian prisons. *Medicine*. 2019;98(29):e16103.
26. Sellen JL, Gobbett M, Campbell J. Enhancing treatment engagement in sexual offenders: a pilot study to explore the utility of the Personal Aspirations and Concerns Inventory for Offenders (PACI-O). *Criminal behaviour and mental health*. 2013;23(3):203 - 216.
27. Melvin CL, Langdon PE, Murphy GH. "I feel that if I didn't come to it anymore, maybe I would go back to my old ways and I don't want that to happen": Adapted sex offender treatment programmes: Views of service users with autism spectrum disorders. *Journal of*

- applied research in intellectual disabilities* : *JARID*. 2020;33(4):739-756.
28. Olver ME, Marshall LE, Marshall WL, Nicholaichuk TP. A Long-Term Outcome Assessment of the Effects on Subsequent Reoffense Rates of a Prison-Based CBT/RNR Sex Offender Treatment Program With Strength-Based Elements. *Sexual abuse : a journal of research and treatment*. 2020;32(2):127-153.
 29. O'Reilly G, Carr A, Murphy P, Cotter A. A controlled evaluation of a prison-based sexual offender intervention program. *Sexual abuse*. 2010;22(1):95 - 111.
 30. Stewart LA, Hamilton E, Wilton G, Cousineau C, Varrette SK. The Effectiveness of the Tupiq Program for Inuit Sex Offenders. *Int J Offender Ther Comp Criminol*. 2015;59(12):1338-1357.
 31. 吉村 哲明, 田中 万里子, 中嶋 聡子 . Process Oriented Memory Resolution が奏効した小児性愛の 1 例. *精神療法*. 2005;31(6):716-725.

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

分担研究者	嶋田 洋徳	早稲田大学	人間科学学術院	教授
研究協力者	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

研究要旨

本研究の目的は、国内の性嗜好障害のエキスパート支援者への意見聴取を行い、診断やアセスメント、治療や対応方法、連携等の現状と課題について整理することであった。意見聴取の結果、国内では性嗜好障害への支援として、認知行動療法などの心理社会的支援が中心となって行われており、それらの実践例が蓄積されてきていることによって、認知行動療法の実施上の留意点についても整理が行われつつある。一方で、薬物療法を適用することにはさまざまな意見があり、いまだコンセンサスは得られていないという現状であった。また、妥当な効果指標やアセスメントツールの設定や、何をもって好事例とみなすかという点についても、エキスパート支援者による意見の大きな相違が見られた。さらに、性嗜好障害の支援を行う上での課題も多くあげられ、とくに支援の場が顕著に不足していること、有機的な施設間の連携や、情報共有に困難があることなどが、代表的な課題であった。今後は、支援ガイドラインの策定や、施設間の有機的な連携が担保されるような行政上の制度設計の構築が望まれる。

A. 研究目的

性嗜好障害は WHO（世界保健機関）による国際疾病分類第 10 版（International Classification of Diseases, 10th Revision: ICD-10）に精神疾患として分類されている。同様の疾患群として、米国精神医学会に精神疾患の診断・統計マニュアル第 5 版改訂版（Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition, Text Revision: DSM-5-TR）にパラフィリア症群の記述が見られる。パラフィリア症群には、露出症、盗触症、性的サディズム症、小児性愛が含まれ、これらの診断基準の 1 つに「（同意していない人に対して）これらの性的衝動を実行に移したことがある、またはその性的衝動や空想のために臨床的に意味のある苦痛、または社会的、職業的、または他の重要な領域における機能の障害を引き起こしている」ことが共通してあげられている。これらの性的衝動を実行に移した場合、公然わいせつ罪、不同意わいせつ罪、不同意性交等罪などによ

って法の下に裁かれることがある。すなわち、性嗜好障害、あるいはパラフィリア症は、医療のみでなく司法の領域においても具体的対応が求められる疾患であることが容易に理解できる。

国内において、性嗜好障害の患者、あるいは性嗜好障害を有する性加害者の対応や治療を行う機関や施設は、非常に限られた民間の医療機関や矯正施設、あるいは保護観察所に集約されている。矯正施設、あるいは保護観察所で行われる性加害者を対象とした「処遇プログラム」の骨子は全国の施設で同一の内容で構成されているが、さまざまな制約によってその詳細な内容や処遇方略は必ずしも民間の専門家に共有されていない。他方、民間の医療機関や施設では、それぞれの機関や施設、あるいは専門家が、それぞれの立場で工夫をして治療や対応にあっている現状がある。そして、わが国において、どのような対応や治療が性嗜好障害や性加害のどのような側面に対してどの程度

有効であるのか、あるいは有効ではないのかに関する情報やエビデンスは現状においては非常に限られている。また、児童・生徒を対象にしている場合も含めて、性加害が大きな社会問題となっているなか、2023年5月の国会の法務委員会の審議において、性嗜好障害の治療について論じられるなど、わが国における標準化した治療や対応を検討することは急務であると考えられる。

以上のことから本研究では、現時点で国内の性嗜好障害の治療や対応に従事している精神科医師を含むエキスパート支援者の見解を聴取することによって、その支援者が経験している効果的な対応法等をまとめることとする。とくに、性嗜好障害の診断及びアセスメント、治療法、対応方法に関する現場支援者の意見を直接収集し、当該の問題への治療法、対応法の適用性と効果を実証的に評価することを目的とする。

B. 研究方法

研究参加者と実施日時：民間の医療機関や研究機関のエキスパートは、書籍、論文、インターネット等による情報から、性嗜好障害、あるいは性加害者への医学的治療または心理学的支援に携わっている者を選出した。矯正施設や保護観察所におけるエキスパート支援者は、研究分担者が法務省に協力の依頼を行い、性加害者の処遇プログラムの十分な経験を有する者、およびその処遇の現場に詳しい者、法務省によって提供される医療に詳しい者がそれぞれ紹介された。いずれの参加者においても、本研究の内容、手続き、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12名のエキスパートに対して、記載の日時に意見聴取を行った。

- ・2024年2月11日10時から12時 公認心理師①(A大学・法務省スーパーヴァイザー)
- ・2024年2月20日10時から12時 公認心理師②(B大学・法務省スーパーヴァイザー)

- ・2024年2月28日16時30分から18時30分 精神科医師③(C精神科クリニック)
- ・2024年3月1日13時から15時 精神科医師④(D大学)
- ・2024年3月3日20時30分から22時30分 精神科医師⑤(C精神科クリニック)
- ・2024年3月4日13時から15時 精神科医師⑥(E精神科クリニック)
- ・2024年3月5日13時から15時 統括保護観察官⑦および保護観察官⑧(F保護観察所)
- ・2024年3月7日11時から13時 統括矯正処遇官⑨および調査専門官⑩(G少年刑務所)
- ・2024年3月7日16時から18時 精神科医師⑪(H病院精神科)
- ・2024年3月11日14時から16時 精神科医師⑫(I医療刑務所)

意見聴取の方法：本研究により、以下の1～6の内容を含むインタビューガイド設問を作成し、半構造化面接によって実施した。

1. 性嗜好障害に関して、現在どのような診断やアセスメント、治療や支援を行なっているのか。
2. 上記1を行うにあたり、どのような問題点や困難な点があるのか。
3. 他関連施設との連携の実態はどのようなになっているのか。
4. 好事例としてどのような事例があげられるか。
5. 今後の性嗜好障害や性加害に対する治療や支援の体系化の際の課題等にはどのようなものがあるのか。
6. その他

C. 研究結果

性嗜好障害の治療や対応を行うエキスパート支援者に対して実施した半構造化面接によって得られた意見聴取の内容は、以下の通りである。

1. 性嗜好障害に関して、現在どのような診断やアセスメント、治療や支援を行なっているのか

1-1. 精神医学的診断および治療について

性嗜好障害の治療や支援を行う上で、医師によって診断を行う場合には、大きくDSM-5-TRを診断基準として用いている場合と、ICD-10もしくはICD-11を用いている場合に分けられた。なお、ICD-11においては、ICD-10の過剰性欲に対応するものとして、強迫的性行動症（compulsive sexual behavior disorder）が、パラフィリア症群（paraphilic disorders）にではなく衝動制御症群（impulse control disorders）に分類され、新しく加えられている。

精神医療の文脈においては、診断を行っている場合であっても、治療上は厳密な診断基準を用いない場合も少なくないとの意見が多く述べられた。加えて、治療の場によっては、そもそも性加害の問題行動を呈している症例であっても、DSMやICDの診断基準にしっかりと該当する症例がほとんど存在しないことや、その背景として操作的診断基準自体が現実的には非常に曖昧であること（例えば、社会的な機能の障害が基準に含まれていること等）が意見としてあげられた。また、近年の性の多様性の尊重が求められている世の流れの中で、性的嗜好自体を「疾患である」ととらえることそのものも疑義が生じること、性加害の問題に対して精神医学的枠組みから「疾患である」ととらえることによって、患者が自身の性加害の問題を自分の行動選択の問題としてとらえずに、その原因を外在化してしまうリスクがあることなど、性加害の問題に精神医学的診断を付与すること自体にさまざまな危険性ははらむとの意見も多くの対象者からあげられた。すなわち、自らの行動に対して疾患を理由に責任回避するリスクが伴うことを考慮する必要があるという意見がある。

性嗜好障害の診断を行う際に、とくに重視する症状や特徴については、性に関する「行動化」の側面について最も多く言及された。その他、性嗜好行動や思考の強度、頻度、持続性を重視する考え方、社会機能の障害の程度を重視する考え方などが見受けら

れた。また、重症度を判断する場合の基準としては、摘発された性加害再犯の回数や、刑罰の程度、刑期の長さなどの客観的基準を考慮するなどの意見が述べられた。これらの評価によって捉えられる状態像においては、性嗜好障害のみでなく強迫的性行動症も含まれていることがうかがえる。しかし、現時点においては、診断上も以下に述べる治療上もこれらを区別することの意義については述べられなかった。

なお、性加害の問題に好発する併発診断の種類については、自閉スペクトラム症や注意欠如・多動症などの神経発達症群が、最も多くの医師からあげられ、こだわりの強さやコミュニケーションの障害等の障害特性に起因して、付随して性の問題が生じる臨床像が多く存在することが述べられた。その他、統合失調症の陽性症状の1つとして性の問題が生じる臨床像、強迫症の強迫症状の1つとして性的イメージが生じる臨床像、双極性障害の抑うつエピソードの際に自罰的行動として性加害行為が発現する臨床像などもあげられ、非常に幅広い多様性があることがうかがえた。また、性加害の問題の刑事事件化や裁判等を背景として、二次的な抑うつ症状や、不安を呈する症例もしばしば見受けられることが語られた。

治療方略としては、すべての医師から、原則として薬物療法やホルモン療法等ではなく、認知行動療法をはじめとする心理社会的支援を中心軸として行っていくべきであるとの意見が述べられた。ただし、統合失調症や強迫症など、性嗜好障害以外に主たる疾患（主診断）が存在し、それらの疾患が性の問題を引き起こしている場合には、主診断に対する薬物療法が優先されることが多いということが確認された。また、主診断がついておらずに、心理社会的支援を中心に組み立てる場合であっても、性衝動が著しく強く、近い将来の再犯が非常に高い確率で予見される場合には、一時的にホルモン療法に頼らざるをえないケースも存在することが一部の医師から述べられた。

性嗜好障害に対して薬物療法等を適用すべきか否かに関しては、「あくまで、性の問題に先立つ主診断の治療や、性の問題の周辺症状の治療にのみ薬物療法等が適用されるべきである」という立場と、「治療の選択肢の1つとして、性衝動や性加害行動を標的とした薬物療法の適用の可能性がある方が望ましい」との立場に分かれていた。前者の立場の医師においては、性加害の問題は他の精神疾患と異なり「診断をもとにそれに対応した薬物療法を行う」という精神医学的枠組みには乗せにくいこと、処方を行うことによって性加害の責任の所在が本人から医療に移ってしまうリスクがあること、触法の問題を有している者においては、暗黙の社会的圧力などの観点から薬物療法の適用に対して真の意味での「本人の同意」が得られにくいことなどから、性の問題に対する直接的な薬物療法に対して否定的にとらえていることが語られた。後者の立場の医師においては、性衝動が著しく、心理社会的支援のみでは再犯の予防が極めて難しい症例が実際に数多く存在することから、治療の選択肢の1つとして存在することが望まれることが述べられた。ただし、薬物療法の適用においては、本人の意思決定を支える姿勢や仕組みが何よりも大切であること、再犯リスクが極めて高い症例での限定的な使用にとどめるべきであり、心理社会的な支援と必ずセットで提供されなければいけないこと、前提となるエビデンスや社会的なコンセンサス、さらにはしっかりとした法整備等が必要であることなど、条件付きの適用となることが望ましいことが多く述べられた。

また、現時点で経験したことのある、性嗜好障害を直接的なターゲットとして薬物療法を適用した事例については、抗男性ホルモン剤を適用した症例、黄体ホルモン剤を適用した症例などが一部の医師からあげられた。いずれについても、おおよそ強い性衝動が抑えられるといった効果が認められた症例を経験しているとのことであったが、中には著効しない症例も一部経験したこと

が述べられた。さらに、効果が認められた症例についても、それらの薬剤を漸減中止すると、それに伴って本人が自覚する性欲も元に戻る印象を有しているとのことであった。また、統合失調症や強迫症、神経発達症など、性の問題に先立つ主診断に対しての薬物療法については、非常に多くの適用例があり、主診断の症状の改善に伴い、性の問題も同時に改善する症例を多く経験していることが述べられた。

1-2. 心理社会的支援を行う上でのアセスメントについて

精神医学的診断以外の側面についてのアセスメントの観点には、施設ごとにいくつかの手続きがあることが確認された。まず、刑務所等の施設内処遇においては、対象者全員に性加害についての統一されたスクリーニングツールを用いてアセスメントが行われる。また、一定の問題性（たとえば、接触犯である、再犯である、重大事件である、等）を有している場合には、追加の調査が実施される。この追加調査は、性加害に関する静的リスクと動的リスクをアセスメントする目的で行われる。そして、これらの調査の際には、性加害の問題に直接関わる情報だけではなく、家族関係や生育歴、現症、既往症、犯罪歴、知的能力、性格特性などさまざまな情報が収集される。また、施設内処遇は一定の期間を要するという特徴を踏まえ、所定のツールを利用したアセスメント以外にも、個人面接を通じた情報の聴取や、刑務官等のスタッフからの情報収取によって、絶えずアセスメント情報が更新されている。

次に、保護観察所においても、矯正と同様に、定式化されたアセスメントツールが用いられる。このアセスメントにおいても、刑事施設と同様に静的リスクと動的リスクの双方が評価される。とくに、変容可能な動的リスクに着目したアセスメントが重視されている。

また、医療領域におけるアセスメントとしては、多くの施設において、直接は定式化、標準化されたリスクアセスメントツールを用いたアセスメントは行われていなかった。

ただし、法務省で活用されているツールを念頭に置いたアセスメントや、RNR (Risk Need Responsivity) 原則等の司法の文脈においても念頭に置かれるモデルや理論を前提としてアセスメントを行っている施設が多かった。

いずれの支援の場においても認知行動療法の枠組みから支援を行っていたという背景もあり、すべての支援の場において、認知行動療法の枠組みに基づくアセスメントが行なわれていることが特徴であった。具体的には、どのようなプロセスや環境との悪循環によって性加害が生じているのかを明確にするような、機能分析的観点によってアセスメントを行っていることが特徴であった。また、その他の重要視しているアセスメントの観点として、認知の偏りの程度や、自身の感情をどの程度のモニタリングできるかという能力について重点的にアセスメントするとの意見があげられた。

1-3. 心理社会的支援の提供の実態について

医療機関においては、行われている最も多い支援が、認知行動療法を背景とした支援であり、それぞれの施設においてさまざまな枠組みにおいて認知行動療法をベースとした支援が行われていた。認知行動療法的支援の提供の枠組みとしては、(a)医師が診察の枠組み内で行うもの、(b)心理職が個別療法として行うもの、(c)看護師や精神保健福祉士、心理職が集団プログラムとして行うもの、といった方法が存在していた。(a)や(b)の枠組みにおいては、構造化されたプログラムの回数や期間で提供するというよりは、リラプスプリベンションなどの考えを前提とした支援を、通常精神科医療における診察や支援の枠組みの中で工夫して提供していることが語られた。(c)の枠組みでプログラムを提供している施設においては、12回を1クールとして週に1回実施するといった、プログラムの大枠があらかじめ決められているものの、支援者の裁量によって柔軟に運用がなされていた。プログラムの対象者は、少ない場合には1回に3名程度、多い場合には20名程度と、参加人数

にばらつきが非常に大きいという特徴を有していた。対象者の特徴として、受診に任意性が担保されている医療という文脈であっても、実際には、家族に連れられて来院したり、裁判で有利な審判を引き出すことを目的に来院したりするなど、必ずしも自ら来院しているわけではない者も多く含まれるという実態が確認された。また、認知行動療法プログラムを終了した後にも、定期的に現状を確認するようなフォローアップのプログラムを提供している施設もあった。

(b)や(c)などの、認知行動療法の主たる実施者が医師でない場合であっても、診察の中で医師が当該患者の認知行動療法に対する理解度を確認するなど、医師の診察と有機的に連携がなされていることが明らかとなった。すべてのエキスパート支援者が認知行動療法の有用性を好意的にとらえており、ほぼ全ての事例において、治療全体の主軸的な手法としてすえられていることが語られた。また、認知行動療法の効果が実感できる症例も多数例報告された。認知行動療法以外の心理社会的支援として、過去の犯罪歴が原因で住居の確保や仕事への従事が難しい者に対して、生活の場としてグループホームを提供することを通して、その後の社会への適応を促すような福祉的支援を行っている施設も見られた。なお、条件反射制御法に対しては、多くのエキスパート支援者によって、治療の選択肢の1つとしてとらえていることが語られた一方で、積極的に導入しているエキスパート支援者はごく少数であった。

矯正施設においては、既にその概要が公表されている、法務省所定の認知行動療法に基づくプログラムが処遇として実施されている。プログラムは高密度、中密度、低密度の3つのプログラムに加え、知的能力に制約がある者等に向けた「調整プログラム」が準備されており、対象者の再犯リスクと問題性の程度に応じて受講するプログラムが決定される。実施期間は、高密度ではおよそ9ヶ月、中密度ではおよそ7ヶ月、低密度ではおよそ4ヶ月程度であり、いずれも一

単元 100 分で、週に 1、2 回の頻度で実施されている。対象者は 6-8 名程度でグループを構成する場合が多く、医療の文脈と比較して参加人数がコントロールされ、クローズド形式を用いて実施されている。また、不同意性交や小児への性加害など、医療の文脈と比較して相対的に加害性の高い者が対象者に多く含まれるという特徴がある。

一方、条例違反（痴漢等）などの刑期が比較的短い対象者に対しては、集中プログラムが準備されており、4 ヶ月程度の短期集中で実施されるプログラムである。加えて、知的な能力の制約、発達のな特徴、情緒的な不安定性等を有することで、前述の標準密度のプログラムによる十分な効果が見込めない場合には、視覚情報を多く取り入れられたテキストの使用や、行動的側面を強調したプログラムを含む調整プログラムを受講することとなり、およそ 11 ヶ月程度で実施されている。また、施設によっては、工場内に自習室を設置したり、単独室にテキストを持ち込んだりすることによって、指導日でない日にも他の受刑者の目が届かない形で、プログラムに対する自己学習に取り組めるような体制をとっていることが語られた。その他、認知行動療法以外のグループ療法の形をとる場合や、医療刑務所においては作業療法も併用されることもあることが明らかとなった。

保護観察の枠組みにおいても、法務省所定の認知行動療法に基づくプログラムが実施されている。保護観察の枠組みでは、5 回で構成されたプログラムが実施され、頻度としてはおよそ 2 週間に 1 回のペースで実施がなされる。個人で行われる場合と複数人で行われる場合とがあり、個人の場合にはおよそ 1 回につき 90 分程度、集団の場合にはおよそ 1 回につき 120 から 150 分程度で実施されることが多い。症例数は施設によってばらつきが大きく、大人数を扱う施設ではグループを構成して実施し、小さな施設では個別で実施しているといった状況が多いとのことであった。

1-4. 認知行動療法的支援の実施上の全体的な留意点について

認知行動療法的支援を行う上での留意点としてエキスパート支援者から最も多く挙げた意見は、性加害の問題のみを念頭に支援を行うのではなく、支援によって対象者の生活全体がどのように好転するかという観点を念頭に支援を行うことの重要性であった。これらの考え方は、**Good Lives Model** において近年提唱されている考え方と共通している。とりわけ、法務省が所管している認知行動療法に基づくプログラムにおいて近年なされた改訂でもこの点が強調されており、支援の新たな方向性として意識しているとのことであった。これらの、「性犯罪を行わない」といった狭い目標等ではなく、生活全体としてどのような改善が生じることを目指すのか、という点を対象者に問いかけながら共有することが、対象者が治療や支援を継続的に受け、自ら改善のための行動を起こしていくための動機づけにつながる印象を有しているとの意見が複数のエキスパート支援者から聞かれた。また、実際に生活全体が良い方向に改善することが、「逮捕、収容されることでこの生活を失いたくない」という気持ちを生じさせ、結果的に性加害行為を踏みとどまるためのブレーキの役割を果たすことも意見として聞かれた。

エキスパート支援者から複数意見が挙げた他の観点では、プログラムの中で扱った内容や得た知識を、対象者個人それぞれの日常生活のどの場面にどのように活用するのか、という生活上の具体的な事象に落とし込むということの重要性が述べられた。この「日常生活における具体的現象に落とし込む」ことに留意することが、単なる性加害行為の認知行動的な理解の知識教授にとどまらず、対象者が日常生活において知識を実践することにつながるとのことであった。

この観点は、性加害行動を誘発させうるリスク状況に直接的に曝露される可能性のある社会内処遇における支援のみならず、

直接的には性加害行動のリスク状況に遭遇し得ない施設内処遇においても重要であることが述べられた。たとえば、対人関係不和などのストレスフルな状況に遭遇することが性加害行動の発現の確率を高めていることが見立てられた事例において、ストレス対処法の獲得や、対人関係不和を解消するための対人スキルの獲得等を目的にしている場合には、工場内で対人関係のイベントが生じた際にそれらの行動ができるかどうかを取り扱う、といった形で日常生活内に落とし込む工夫をしていることが語られた。また、一般に、日常生活における具体的現象に落とし込むための手続きとして、プログラムの中でも、対象者の日常生活の話題を多く取り入れるよう留意していることが語られた。

エキスパート支援者によってとらえ方に差異が認められた観点は「認知の歪み」についての扱いである。法務省が所管している認知行動療法に基づくプログラム内のコンテンツに認知の歪みが入っていることから、それらのプログラムを実施する立場のエキスパート支援者の中には、アセスメントおよび支援で重要視している観点として、認知の歪みの改善をあげる者も一定数存在した。一方で、学術としての立場のエキスパート支援者においては、認知の歪みについて必要以上に掘り下げてしまうことや、認知の歪みを変容することに過度にこだわる傾向が認められることを懸念しているという意見が複数聞かれた。これらの認知の歪みに固執することが、かえって支援の効果を低めてしまうことや、対象者の動機づけを低めてしまうことにつながるケースもあることから、これらの傾向を改善していくことが今後の支援上の課題であるとの意見があげられた。

その他、認知行動療法の実施全体における留意点として、現在行なっている支援手続きが、どのようなことを目的としているのかを伝えることを常に明示することなどがあげられた。とくに、マインドフルネスなど、それらが獲得されることで、どのような

ことが達成されることを目指しているのか、が伝わりにくい内容については、留意が必要であるとの意見が聞かれた。

1-5. 対象者の特徴ごとの認知行動療法的支援の実施上の留意点について

認知行動療法を実施する上での留意点について、対象者の特徴による差異についても、エキスパート支援者から意見が聞かれた。初めに、施設内処遇のうち、主として犯罪傾向の進んでいない者を収容している施設（A施設等）においては、相対的に性加害の問題に焦点化して支援を進めていくことができる一方で、犯罪傾向の進んでいる者を収容している施設（B施設等）においては、スタッフへの攻撃性や、問題に対する抵抗や否認の問題が全面に出ることも少なくないとのことであった。そのような事例においては、それらの攻撃性、暴力性の高さ自体を支援のターゲットに含める必要性が述べられた。

これらの攻撃性、暴力性の高さが高い事例においては、支援のなかで対象者に対してあるべき姿を強調することで、結果的に対立を高めてしまうパターンも生じうる場合もあることが語られた。そのため、一旦は対象者の話に乗りながら話を進めることで、支援を前進させるなどの支援上の工夫が必要になることがあるとの意見が聞かれた。

また、治療に対する動機づけが低い対象者への対応の工夫も複数あげられた。これまであげられた、「生活全体がどのように改善することを目指すかを意識させること」や「一旦対象者の話（認知）に乗りながら進めること」といった解決策の他に、なぜその対象者の動機づけが低くなってしまっているのかという背景を想像し、対象者と共有することの重要性が述べられた。同じ「動機づけが低い」とラベルづけされる者の中でも、自身の問題をセルフコントロールできるという効力感が低いことで治療に前向きになれない者や、プログラムの中で自身の性の問題について責められたり、馬鹿にされたりするのではないかと不安を感じている者、自身の性の問題に向き合うことへの

苦痛を高く感じている者、事件自体を否認している者など、さまざまな状態像が混在しているとのことであった。

そのため、単に「動機づけが低い」とラベルを貼るのではなく、なぜその対象者の動機づけが高まらないのかの背景を想像し、それらを本人と共有する中で、適切な情報提供（たとえば、プログラムで何が学べるのか、どのようなルールで行われるのか、プログラムを受けることで改善した例にはどのようなものがあるのか等）を行うことで変化が認められるケースも少なくないことが語られた。

さらに、少年事件の場合にとくに留意すべき点についても意見が述べられた。成人事件と比較すると、少年事件の場合には、相対的に確立した性嗜好の偏りや性的ファンタジーが存在しないケースも多数あり、逸脱行動の1形態として性に関する問題行動が生じている場合も少なくない。また、認知発達の観点から、ストレス負荷などがかった際に生じる自身の身体的、情動的变化に気づきにくいという特徴を有することで、問題行動が生じている場合もあることから、性にとらわれない形で、自身の不調時の特徴を上手にモニタリングするような関わりが功を奏する場合があることが語られた。また、これまでの社会経験の少なさもあり、社会的な役割を持つことや、夢中になれる社会的活動に従事することで、性の問題が相対的に低減されるといった効果は、成人と比較しても多い印象があるとの意見も聞かれた。また、親がキーパーソンになる事例も少なくないことから、親への支援も重視すべきであるとの意見もあげられた。

その他、知的な問題や発達の特徴を有する者においては、状況に応じて臨機応変に対応を変えることの難しさがあるため、可能な限り「場面」と「対処方法」の対応関係を具体化しておくことが重要であることがあげられた。

1-6. 治療や支援上の効果指標について

どのような指標をもとに、治療や支援の効果性を判断しているかについては、エキ

スパート支援者によって意見が分かれており、確立した指標が存在しないことがうかがえる結果となった。

その中でも、1つ目の指標としてあげられたのが、行動的側面による判断である。具体的には、どの程度性加害行動が生じているかの実態や、性加害行動が生じる間隔をもって、治療効果の判断をしているとの意見が聞かれた。一方、患者が診察の中でどこまで本当のことを述べているかわからない点や、患者から自身の行動制御に対して自信がある旨の発言が聞かれた直後に再犯が生じることなどもしばしばある点から、行動的指標のみで判断することの限界についても意見が複数聞かれた。

2つ目の指標は、性的欲求や性的ファンタジーなど、認知的、情動的側面による判断である。実際に性加害行為を行っているか、それに対してどの程度コントロールできる自己評価を有しているかだけでなく、日常生活の中でどの程度性的欲求を感じる場面があるか、どの程度性的ファンタジーが思い浮かぶ機会があるかなど、認知的、情動的側面の強度や頻度を診察内で尋ねることが重要であるとの意見があげられた。ただし、これらの指標についても、行動的側面と同様、患者の自己報告と実際の実態に乖離が生じることがしばしばあることが課題としてあげられた。

3つ目は、認知行動的枠組みへの理解や実践の程度による判断である。具体的には、自身にとってのリスク状況がどのような場面であるか、それらのリスク状況ではどのように対応することがよいと考えているかを尋ねることによって、それまでに受けた認知行動療法的支援の理解がどの程度定着しており、どれが日常生活でどのように活用されているかを確認している、との意見があげられた。これは、認知行動療法を提供する場に限らず、医師の診察の中でも確認をしているとの実践例も複数見受けられた。

4つ目は、施設内での適応や社会への適応の程度による判断である。とくに施設内においては、性加害行為の直接的なリスク

状況が生じえないことから、とくに性の問題の背景となる主診断の効果指標の1つとして、施設内での適応や受刑生活全般における行動の変化を指標としているとの意見が聞かれた。実際、刑務作業を行う工場内での対人関係行動や、作業における先を見通す行動など、直接は性と関係しない行動であっても、プログラムの効果として変化が生じるケースが少なくないとのことであった。また、出所後の医療的支援の文脈においても、厳密な再犯リスクのアセスメントは非常に困難であることから、社会への適応の程度を判断指標とし、支援や治療を進めることで、結果的に再犯リスクが下がる結果となるとの意見も聞かれた。

2. 上記1を行うにあたり、どのような問題点や困難な点があるのか

性嗜好障害の治療や対応を行う上での現状の問題点や困難な点として、大きく5つがあげられた。

1点目は、治療や対応を行う上での明確な基準が存在しないことである。たとえば、どの程度の性衝動の強さであったら薬物療法を適用するか、どの程度の改善が認められたら再犯リスクがないととらえて終診や終結としてよいのか、などの判断が、治療や支援を行う個人に委ねられていることの難しさを指摘する意見が聞かれた。また、それらの基準のなさが、治療的対応が施設間で大きく異なってしまうリスクにもなりうるとの指摘も聞かれた。

2点目は、治療中断に至ってしまう症例が相当数存在することである。とくに若年の患者や、司法手続き中に来院がなされた患者において、治療中断に至ってしまい、その後、結果として再犯に至る事例を経験することが意見として述べられた。このことから、治療中断に至らないための支援上の工夫が必要であることが伺えた。

3点目は、標準的な認知行動療法の適用が相対的に困難な症例が一定数存在することである。とりわけ、知的側面の問題、認知機能の障害や発達の偏りに起因してさまざ

まな制限を有する症例については、とくに集団形式の方法を用いて認知行動療法を適用した際の理解や実践に難しさを抱える場合があることが語られた。そのため、心理職などが個別の対応として、理解を補完したり、内容をカスタマイズしたりするような関わりを行うことが必要である旨の意見が聞かれた。

4点目は、治療や対応を行う人的、時間的リソースに限界があることである。民間の診療所等で性嗜好障害への治療を行う場合に、民間の診療所における性嗜好障害の治療は通常保険診療の枠組みで行われているが、診察の枠組みの中では効果を担保するために必要十分な人的、時間的リソースを確保できないことに難しさがあることが述べられた。とくに、認知の歪みなどが明確に存在する場合には、どうしても治療が表層的な水準で終わってしまい、結果的には認知的側面にまで効果が及ばない事例が存在するとの意見が聞かれた。

また、心理的な支援が必要であると感じる症例でも、女性の心理職しか在籍していないことに起因して、心理的支援が依頼できないようなケースもいくつか聞かれた。なお、医療における多くのエキスパートが、支援者の保護の観点から、支援者の性別は考慮する必要があると考えており、万が一女性が支援に携わる場合には、複数人のチームで支援にあたる必要性が述べられた。法務省の取り組みにおいては、矯正、保護ともに男女ペアで支援に当たることが推奨されており、とくに性加害行為が生じにくい環境で支援にあたることのできる施設内処遇においては、積極的に女性の支援者が携わっているとのことであった。ただし、女性の支援者が感じる抵抗感や負担感は少なくないことから、女性指導者同士が連絡を取り合い、メンタルサポートや対応方法のアドバイス等を相互に行っているとのことであった。

5点目は、地域に性嗜好障害の対応や治療が可能な施設が著しく少なく、連携自体が困難な点である。性嗜好障害への対応が

可能な専門的知識や技能を有している施設が少なく、特定の地域に偏在していること、民間の医療機関が性嗜好障害への対応を対外的に標榜することの難しさがあること、プライバシーの問題があるため他の疾患と比較して別の機関への紹介が容易ではないことなど、さまざまな側面で紹介や連携が難しいため、結果として自施設で扱える範囲内で対応や治療を行なっていかなざるをえない現状が述べられた。以上5点が、対応や治療上の困難な点としてあげられた。

3. 他関連施設との連携の実態はどのようなになっているのか

3-1. 医療領域の施設間の連携の実態について

他の関連する施設との連携の実態について、各エキスパートともに連携の重要性を感じていることが述べられた。一方で、とくに医療の文脈において、上述の通り、性嗜好障害の対応や治療が可能な施設の少なさから、実際に他機関との密接な連携をとることのできる事例は実際に多くないことが語られた。

3-2. 司法領域の施設間の連携の実態について

刑務所等の矯正施設に収容されている方の中で、十分な残刑期間がある状態で仮釈放となった者の場合には、矯正施設と保護観察所との連携が行われるとのことであった。具体的には、矯正施設において実施されたプログラムの内容や、指導の中で生じた変化、最終的に作られた再発防止計画の概要、現時点で本人が抱えている課題、等を報告書に記載し、送付する形で引き継ぎがなされるとのことであった。

3-3. 医療領域と司法領域との連携の実態について

医療の枠組みと司法の枠組みとの連携については、第1に、医療機関と保護観察所との連携として、保護観察所で性犯罪再犯防止プログラムを受けながら医療機関で診察を受けるといった連携の形や、保護観察期間終了後のフォローアップ機能として医療

機関を紹介するなどの連携の形をとる事例があげられた。一方で、物理的な距離の遠さから、保護観察所との実質的な連携の難しさを有している施設も存在することも意見として聞かれた。第2に、医療刑務所など、施設内で医療的支援が行われていた者の中で、出所後に医療機関で受診を行う場合には、診療情報提供という形で連携を行っているとのことであった。また、さらなる医療情報の問い合わせ等があれば、本人同意の確認が得られた上で、個人情報の保護に配慮しながら、通常の医療機関との連携としての情報提供を行っているとのことであった。ただし、当該の矯正施設に所属する医師の専門性によっては、必ずしも紹介先の医療機関の求める必要十分な情報の提供が難しい場合も生じてしまう可能性があるとの現況が語られた。

3-4. 福祉施設との連携について

機能的な他施設との連携が奏功した事例として、医療機関が児童養護施設と連携を行った事例があげられた。当該事例においては、児童養護施設に入所している少年が性非行の問題を抱えていた際に、主たる通院先として当該医療機関を紹介されたとのことであった。当該事例における連携のあり方として、心理社会的支援の軸は児童養護施設に勤務する心理職が担い、認知行動療法に基づいた心理教育および心理面接を行い、医療機関の主治医が診察の中で、心理教育への理解や対処の実践などを確認する、といった方法を取ったことが述べられた。また、医師は心理職のスーパーヴァイザーの機能を担い、協働で支援を進めていくような形で関わった事例が紹介された。男性の心理職が不在であるなど、当該施設内に人的リソースが十分でない場合に、他の施設のスタッフと連携することで、機能的な支援の提供がなされる場合があることが述べられた。

また、社会内での生活経験が少ない対象者や、これまで継続的な勤務経験がない方が、生活基盤を安定させることを目的として、就労移行支援を行っている事業所と連

携をとることがあるとの意見も聞かれた。このような連携が生じる場合には、生活全般の状態を安定させるのに有益な連携となる場合は多く、結果として性の問題が減少することにも繋がっているとのことであった。

3-5. 自助グループとの連携について

自助グループとの連携については、ほとんどのエキスパート支援者が「連携」の形態の経験がないことが明らかとなった。また、自助グループが持つ特性上、グループ内での話題の方向のコントロールが難しいことによって生じる問題性が複数あるため、性嗜好障害の治療の文脈においては、自助グループがなじまないとの意見が複数のエキスパートから述べられた。たとえば、自助グループによっては、「性加害行為」だけではなく「性（嗜好）」の存在そのものが否定的に扱われる可能性があり、それらの性自体をタブー視する雰囲気が、かえって性加害を促進してしまう可能性が懸念された。反対に、過去の性加害体験を互いに赤裸々に話すことによって、性加害を促進する刺激として機能するリスクや、被害者側のプライバシーが侵害されるリスクが非常に大きいことを懸念していることが語られた。

4. 好事例としてはどのような事例があげられるか

性嗜好障害の対応および治療における好事例として、エキスパート支援者からは、(a)性加害の問題に先立つ主診断に対する薬物療法が奏功したことに伴って、性加害の問題の変化も認められた症例、(b)長期間の通院継続によって、性加害の問題の改善が認められた症例、(c)社会機能の改善に伴って生活全体が安定したことによって、性加害の問題の変化が認められた症例、(d)児童養護施設や就労移行支援事業所等の関連施設との機能的な連携によって、性加害の問題の改善が認められた症例、(e)認知行動療法に基づく支援を続けたことによって、性加害の問題の改善が認められた症例などが紹介された。

これらの好事例としてあげられた症例の多くは、経過としては、治療初期においては患者の話す内容を共感的に聞き治療的な関係性を構築することに努めるとともに、性加害行為が生じる際の当該患者の認知行動的特徴（リスク状況、欲求や衝動の程度、認知の内容等）をアセスメントすることに徹し、徐々に認知行動的枠組みについての心理教育を行いながら患者自身でも振り返りができるように支援をおこなっていったことが語られた。同時に、経過の中期頃からは、性加害行為のみならず患者自身の生活全体のことについても焦点を当てて支援を行うことが多く、好事例においては、治療後期は性加害の問題よりもその他の生活領域の問題の方が話題にあがることが多くなる印象である旨が述べられた。一定の改善が図られた後には、治療後期においては、治療内で新たなテーマが扱われるというよりは、これまで行われてきた治療のメンテナンス的役割として支援や治療が続いていくことが多いことが述べられた。

また、複数のエキスパート支援者から、1つの場所に継続的に通い続けること自体に治療的意義があるため、治療関係も含めた、治療中断に至らないような治療上の工夫が重要であるとの意見が聞かれた。実際に、これらの好事例の症例の多くは、数年単位の長期的な通院を通して改善が認められているとのことであった。また、治療の方向性として、性加害自体の直接的な改善のみを目標とするのではなく、当該患者の人生全体をどのように良くしていくのかという視点をもって治療を行うことが、長期的な来談につながり、結果として性加害の問題の改善にも良い影響を及ぼすこととの意見が述べられた。

これらの好事例としてあげられた症例において患者に生じた変化としては、性加害行為自体の減少の他に、性衝動や欲求自体の量的な低減、認知内容の変化、性衝動や欲求が生じた際の行動抑制への効力感の向上、認知行動的枠組みから自身の生活を客観的に振り返ることができていることがうかが

える発言の増加、自身で再発防止計画が立てられていることがうかがえる発言の増加、生活全体の安定、などがあったことが述べられた。

さらに、施設内処遇において特徴的な好事例についても紹介がなされた。具体的には、グループ内の構成員同士が、同じ日常生活環境を過ごすことによって生じる良い影響について意見が述べられた。施設によっては、同一の指導グループに所属している対象者同士が、すべて同じ工場で刑務作業を行う場合があるとのことであった。そのため、グループ内での発言が日常生活内でも実施されているかが相互にチェックできるような状況にあることによって、良い方向に行動が制御される印象にあるとのことであった。また、さらに同じ内容のプログラムを受講していることで、支援者がよいグループのマネジメントをすることによって、日常生活の中で適応的な行動が生じた際には、自然と互いに強化し合うような構造にすることが可能であるとのことであった。

ただし、上述の通り、標準的な効果指標が確立しておらず治療者によって重要視する指標が異なること、治療によってその時点での行動的指標が改善していたとしても、必ずしもその後再犯リスクが低下したと判断することができないことから、「好事例」を定義することの難しさが各エキスパート支援者から語られた。

5. 今後の性嗜好障害や性加害に対する治療や支援の体系化の際の課題等にはどのようなものがあるのか

5-1. 支援の場の整備について

エキスパート支援者から、性嗜好障害の支援における課題として最も多く意見が聞かれたのは、社会内において性嗜好障害の支援を提供する場が絶対的に不足していることであった。とくに刑期満了後に釈放されるいわゆる「満期出所」の場合には、保護観察につながる仕組みがないため、所定の出所後のフォローアップ体制が無いのが現状である。また、残刑期がある状態で出所と

なり、保護観察所に繋がった者においても、保護観察期間が終了した後のフォローアップ体制は、民間の医療機関や福祉施設が担うことにならざるを得ないのが現状である。しかしながら、医療機関においても、福祉施設においても、性嗜好障害の支援が可能な場が著しく不足しており、フォローアップが可能な施設に繋がれないことが、結果的に再犯を生じさせるリスクを高めている現状が語られた。

医療機関の不足については、性嗜好障害への対応が可能な機関が特定の地域に偏在していること、民間の医療機関が性嗜好障害への対応を対外的に標榜することの難しさがあること、どの医療機関で治療が受けられるかの情報の集約がなされていないこと、性嗜好障害への十分な支援を行うための法的整備や診療報酬上のインセンティブの設定がないこと、そもそも性嗜好障害が医療の対象であるという認識が社会内に十分に広まっていないこと等のさまざまな要因に起因していることが述べられた。そのため、それらの課題を解決するための意見として、性嗜好障害への支援を行うことができる施設を国が主導でオーサライズすること、とくに精神保健福祉センター等の公的な機関が中心的役割を担うこと、性嗜好障害への対応が可能な医療機関についての情報の集約を行い矯正施設や保護観察所ともそれらを共有すること、民間の医療機関を活用するのであれば支援ができる施設の基準の設定や、既存の医療観察法のような、支援の前提となる新たな法的根拠や診療報酬等を整備すること、Web 診療などを活用することで支援へのアクセスの利便性を高めること、性嗜好障害に関連する問題が医療の適用範囲であることを学会などを通して社会的啓蒙をしていくことなどがあげられた。

福祉施設の不足についても、性加害の問題で刑事施設に入所していた者の中には、身寄りがなかったり、当面の衣食住が確保できていなかったりする者も少なく無い現状の中で、「性加害歴がある」ことによって

入所や利用を断られてしまう福祉施設も多々あるとのことであった。この問題については、具体的な解決のためのアイデアを出すことは難しいとの意見が各エキスパート支援者から聞かれた。

5-2. 司法と医療の連携について

現状として、その目的が異なるため、司法と医療はそれぞれ独立して支援を行っており、矯正施設や保護観察所で提供されているプログラムの内容と、医療で提供される支援の内容とが必ずしもリンクしているとは言えない現状にあるとの意見も聞かれた。また、同様の内容の支援が提供されていたとしても、「既に施設内で受けた支援を前提にした医療機関での支援が選択される」といった、施設間の支援の有機的なつながりは行われていないのが現状である。そのため、これらの支援の連続性が保たれるよう、まずは司法と医療との間の心理社会的支援のプログラムの共有や、実際の個々の対象者についての支援内容の情報共有などが進むことが望まれるとの意見が数多くあげられた。

5-3. 知見の整備について

性嗜好障害の治療や支援を行う上で前提となる国内のエビデンスや治療ガイドライン、社会的コンセンサスが十分に蓄積されていないことが複数のエキスパート支援者から課題としてあげられた。認知行動療法の適用のみでは性衝動のコントロールが難しいと感じる症例が存在する一方で、薬物療法における国内でのエビデンスや治療ガイドラインがないことによって、治療計画を立てることに難しさが生じるケースが少なくないとのことであった。そのため、国や学術団体が主導してエビデンスの蓄積や治療ガイドラインの策定を行ってほしいとの要望が意見として聞かれた。とくに、国内では施設内処遇において最も多くの症例数を経験していることが予想されることから、法務省と厚生労働省の機能的なコラボレーションによるエビデンスの確立を望む意見が複数あげられた。

5-4. 支援内容の整備について

現在行われている性嗜好障害への支援内容についても課題が存在しており、とくに、特定の状態像を想定したプログラムの拡充を望む意見が複数のエキスパート支援者からあげられた。たとえば、性加害の問題を有する者の中で、知的な問題や発達の偏りを有する確率は小さくない中で、それらの特徴を有する者への支援上の配慮は、テキスト等の文字の大きさや視覚情報の豊富さなど表面的な部分に留まっており、知的な問題や発達の偏りを有する者が特徴的に経験する日常生活上のリスクや困難についてまで踏み込んだ内容にはなっていない現状があるとのことであった。そのため、支援実施者がそれらの特徴に個別に配慮するだけでなく、プログラム自体をそれらの特徴に沿った内容を拡充するなどの意見があげられた。また、少年事件についても、若年者の特徴に合わせた内容の拡充を求める意見が聞かれた。たとえば、可塑性を想定して正常な性発達を促すような教育や、コミュニケーションの技能をより確実に習得させるような教育を拡充することなどを望む意見などがあげられた。

5-5. 人材育成および研修について

性嗜好障害の支援に携わる者のうち、認知行動療法を提供する者における技術の研鑽についての課題があげられた。とりわけ矯正および更生保護の文脈においては、認知行動療法による支援に携わる職員の人数が相対的に多いこともあり、技術レベルのばらつきが存在しているとのことであった。性嗜好障害の支援は専門性が高く、支援者個人個人の力量が、支援の成否に大きく影響を及ぼすこともあり、個人の技術研鑽が欠かせない側面がある。一定の研修機会は準備されているものの、現状として個々人の努力による自己研鑽を要する状況にあるとのことであった。また、認知行動療法の実践には一定の経験を積んでいくことが不可欠である一方で、異動や配置転換によって、支援に従事する職員が数年単位で交代することによって、結果的に専門家が養成されにくい構造にあるとの意見があげられた。

そのため、さらなる研修機会の拡充と、専門家養成のための人事システムの確立が求められるとの意見が聞かれた。また、支援者個々人が自己流で実施してしまうようなケースも見受けられるとのことであった。そのため、実施の原則に沿った運用を改めて見直すなどの機会を確保することも必要であるとの意見もあげられた。

一方、医療機関など、民間で性嗜好障害の支援に携わる場合には、矯正施設や保護観察所等で支援に携わる場合に比べても、研修を受ける機会が極めて限られているとのことであった。そのため、たとえば医療機関などで性嗜好障害の支援をスタートアップする場合には、支援に携わる人員が豊富に存在する法務省側から、指導できる人材を一定期間派遣するなどの人材交流があると良いのではないかと、との意見も聞かれた。

6. その他

その他として、性嗜好障害の特徴である、他の依存や嗜癖の問題と比較して被害者が明確に存在し、被害者が受ける身体的・精神的ダメージが甚大であること、またそれを背景として、必ずしも加害者支援に対して肯定的ではない意見もあることを踏まえ、性嗜好障害の支援や治療において留意しなければならない点について意見聴取を行った。その結果、エキスパート支援者からは、支援を行う上では、被害者を第一に優先に考え、プライバシーを絶対的に担保できるような治療体制の確保が最も重要である旨の意見が述べられた。少なくとも、治療の場で加害者と被害者が遭遇しないような枠組みの整備は絶対的に必要であるとの意見が聞かれた。

また、それらの安全な支援体制の確保のための方策の1つとして、加害者支援を行う施設に対して、国が支援体制を一定程度管理監督するような仕組みを整備することも意見として聞かれた。さらに、支援者が被害者の実際の苦しみなどを真に理解するためにも、支援者養成の仕組みの1つとして、加害者支援と被害者支援との両方に携わる

ことが望ましいとの意見も見受けられた。最も多くのエキスパート支援者から聞かれた意見は、加害者支援において再犯防止を達成させることが、結果的に被害者の発生を防ぐことにつながるため、支援者が有効な支援を実施することの必要性であった。

D. 考察

本研究の目的は、国内の性嗜好障害のエキスパート支援者への意見聴取を行い、診断やアセスメント、治療や対応方法、連携等の現状と課題について整理することであった。意見聴取の結果、認知行動療法などの心理社会的支援が中心となって行われており、それらの実践例が蓄積されてきていることで、認知行動療法の実施上の留意点についても整理が行われつつある。一方で、性加害の問題を精神医学的疾患としてとらえることや、薬物療法を適用することにはさまざまな意見があり、いまだコンセンサスは得られていない状況がみてとれた。この点は、性嗜好障害やパラフィリア症群を依存症の一形態であるにとらえることは単純化しすぎており、多様な臨床像を有する総体であるにとらえることが妥当であるとうことを示している。また、適切な効果指標やアセスメントツールの設定や、何ををもって好事例とみなすかという点についても、エキスパート支援者による意見の大きな相違が見られた。さらに、性嗜好障害の支援を行う上での課題も多くあげられ、とくに支援の場が顕著に不足していること、有機的な施設間の連携や情報共有に困難があることなどが、代表的な課題であった。

これらの点に関しては、国内の性嗜好障害、あるいは性加害者支援の体系化を検討する際には、現在のところ米国の性加害者治療学会（Association for the Treatment of Sexual Abusers: ATSA）が公表しているガイドライン（2014）（付録1）が参考になると考えられる。同ガイドラインでは、アセスメントにおいて評価すべき領域（リスク要因や保護要因を含む）が整理され、客観性を担保するためにリスクアセスメントツールや生理・行動指標を利用することが推奨されている。介入

においては、RNR 原則に基づき、動的リスク要因を標的として、認知行動療法などのエビデンスが示された介入方法を選択することが望ましいとされる。また、矯正施設、入院施設、住居施設、地域社会の環境においてシームレスな支援が必要であることが明示されている。そして、国内における地域との連携を検討する際には、法務省の「性犯罪の再犯防止に向けた地域ガイドライン」(2023) (付録 2) を参考にすることができる。このガイドラインによれば、法務省は、地方公共団体が犯罪をした者等の支援を行うために必要な情報を提供することとしている。また、保護観察所の性犯罪再犯防止プログラムで使用されている教材である STEPs を地方公共団体向けに一部改訂した STEPs-R を公開し、地域での利用を勧めている。さらに、社会に戻った性犯罪をした者の再犯防止を地方公共団体に推進していく必要性を説き、そのために官民を問わず様々な機関・団体と連携していくことを強調している。

以上を踏まえると、国内においては、国際的なガイドラインに示されているアセスメントや介入方法のうち、既に実践されているものもあれば、実践に至っていないもの、あるいは、エキスパート支援者間でもコンセンサスが得られていないものもある。必ずしも国際的なガイドラインの適用が国内の実情に合致しない側面もあるため、こうしたガイドラインを参考にしながらも国内における指針を具体的に固めていく必要がある。対象者の支援環境の移行におけるシームレスな支援という観点では課題が残る。法務省の地域ガイドライン等を活用することを含め、性嗜好障害、あるいは性加害者の対応に当たっては医療的支援のみに閉じることなく、過去または未来に対象者が属する支援環境の間で、あるいは、同時期に利用可能な支援環境間で、相互に能動的な連携が展開されるような、広く柔軟で連続性のある支援体制の構築が求められると考えられる。これが達成されるためには、人材育成の側面は欠かすことができないため、心理師等のスタッフの養成という枠組みからの啓蒙、研修は欠かすことができ

ないと考えられる。

E. 結論

国内のエキスパート支援者においては、性嗜好障害の対応や治療として、認知行動療法をはじめとする心理社会的支援が中心となっていくという点に対するコンセンサスが得られていることが明らかとなった。一方で、性加害の問題を精神医学的疾患としてとらえることや、薬物療法を適用することに対しては大きく意見が分かれている現状も明らかとなった。また、現状の課題として、性嗜好障害に対応する上での国としてのエビデンスの蓄積やガイドラインの整備が不足していること、医療の文脈において性加害の問題を支援する上での受け皿が不足していること、その背景には、さまざまな制度上の難しさが存在することがあげられた。今後、性嗜好障害の対応や治療において改善が望まれる点として、関連支援機関のシームレスな連携を担保するための行政的な制度設計や法的な整備が多くエキスパート支援者からあげられた。

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. Association for the Treatment of Sexual Abusers. Practice Guidelines for the Assessment, Treatment, and Management of Male Adult Sexual Abusers. 2014. <https://members.atsa.com/ap/CloudFile/Download/plRnGzkL>

2. 法務省. 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-. 2023.
https://www.moj.go.jp/hisho/saihanbo/ushi/hisho04_00091.html
3. 門本泉・嶋田洋徳. 性犯罪者への治療的・教育的アプローチ. 金剛出版. 2017.
4. Marshall WL., Fernandez Y., Marshall L., & Serran G. Sexual Offender Treatment: Controversial Issues. John Wiley & Sons Ltd. 2006. (小林万洋・門本泉監訳. 性犯罪者の治療と処遇-その評価と処遇-. 日本評論社. 2010)
5. Yates PM. & Prescott DS. Building A Better Life: A Good Lives and Self-Regulation Workbook. Safer Society Foundation. 2011 (藤岡淳子監訳. グッドライフ・モデル-性犯罪からの立ち直りとより良い人生のためのワークブック. 誠信書房. 2013.)

付録 1. Practice Guidelines for the Assessment, Treatment, and Management of Male Adult Sexual Abusers (ATSA, 2014) の概要 (邦訳は研究分担者、研究協力者による)

【アセスメント】

1. 複数の情報源に基づくアセスメント
 - ・本人や周囲からの情報収集 (心理面接)
 - ・公的文書 (警察における報告書、被害者意見陳述書、刑事司法記録、過去のアセスメントおよび治療記録など) の徹底的な見直し
 - ・一般的な心理測定テスト (知能や診断など)
 - ・犯罪に関する態度だけではなく、広範な性的態度を測定するために設計された、エビデンスに基づくツール
 - ・性的興奮、関心、嗜好に関する経験に基づく客観的な生理学的測定
 - ・性犯罪/非性犯罪の再犯リスクを推定するための、経験に基づいた方略
 2. 反応性 (Responsivity) の要因に応じたアセスメント
 - ・年齢、文化差
 - ・心理社会的または感情的発達、適応における機能レベル、急性の精神症状
 - ・神経心理学的障害、認知障害、学習障害、言語またはコミュニケーションの障害
 - ・否認、動機づけの程度→ 個人の反応性の要因に応じてコミュニケーションをとるための合理的な手段が必要
 3. 評価の領域
- 背景情報
- ・生育歴 (家庭内の力関係、被暴力の経験、虐待)
 - ・過去および現在の人間関係 (家族、仲間、親密なパートナー)
 - ・医学的および精神的健康に関する履歴 (本人や家族)

- ・知能、認知機能、成熟度
 - ・学歴および職歴
- 性加害の経験に関する情報
- ・性的発達、初期の性的経験、年齢相応の合意ある性的関係の履歴
 - ・性行為の性質および頻度 (例: 自慰行為、虐待ではない適切な性行為、型にはまっていない性行為および危険な性行為)
 - ・性的虐待とはいえない性的倒錯的な興味、空想、行動 (フェティシズム、マゾヒズムなど)
 - ・性風俗関連のサービスまたは店舗の利用 (例: 雑誌、インターネットサービスや電話による利用、成人向施設)
 - ・虐待や犯罪に関連した性的興奮、興味、嗜好
 - ・性的虐待行動の履歴 (信頼できる記録や情報源によって確認された場合)
 - ・現在および過去の被害者に関する情報 (年齢、性別、被害者との関係)
 - ・性的虐待行動の文脈的要素 (動機、パターン、状況など)
 - ・性的虐待行為のさまざまな側面に関する洞察、自己開示、否認のレベル (行動、動機や意図、暴力や強制のレベルなど)
- 保護要因 (ストレングス)
- ・地域社会によるサポート資源 (ケアや治療に関わる人々など)
 - ・再犯防止を維持促進する構造および支援 (潜在的な被害者へのアクセス制限)
 - ・健康的、年齢相応、規範的で長期にわたる親密な関係や性的関係
 - ・変化に対する動機づけ
 - ・リスク要因の洞察、理解、マネジメント
 - ・適切な問題解決能力と感情調整能力
 - ・雇用、経済、住居の安定
4. リスクアセスメント
 - ・犯罪歴 (過去の逮捕歴、前科など)
 - ・被害者 (見知らぬ人、無関係の人、若い男性など)
 - ・性的逸脱 (例: 犯罪に関連した性的興奮、関心、嗜好、性的偏執)
 - ・反社会的傾向 (例: 犯罪的態度、価値観、

- ・行動、ライフスタイルの不安定さ)
- ・親密さおよび人間関係の困難 (例: 不安定な人間関係、葛藤のある親密な関係、社会的支援の欠如、社会的相互作用と関与の制約)
- ・自己統制の困難さ (敵意 薬物乱用、衝動性、被害者への接近など)

5. エビデンスに基づくツールの使用

- ・数理的リスクアセスメントツールや、構造化されたリスクアセスメントプロトコル

6. 生理・行動指標によるアセスメント

- ・ファロメトリック法 (陰茎円周の変化を測定)
 - ・ビューイングタイム法 (性的な描写がされている写真に対する視聴時間の測定)
 - ・ポリグラフ法
- 生理・行動指標を組み合わせることで客観性を担保することにつながる

【トリートメント】

1. シームレスなケア
 - ・矯正施設、入院施設、住居施設、地域社会の環境におけるケアの連続性に沿った治療
2. RNR 原則に沿った支援
3. 十分な訓練を受けた支援者によるエビデンスに基づいた介入方法
 - ・モデリング、スキルトレーニング、リハーサル、リダイレクション、正の強化に基づく支援など
4. アセスメントに応じた個別化された介入方法の選択
5. 介入方法
 - ・エビデンスに基づいた介入方法を実施。動的リスク因子を対象とした構造的、認知行動的、技能指向的なアプローチが推奨される

- ・認知行動的技法: 性的虐待やその他犯罪リスクを高めうる状況におけるマネジメント方法の開発 (回避、逃避、適切な対処スキル獲得) およびリハーサル実施の支援
- 心理教育、モデリング、スキルトレーニング、リハーサル、リダイレクション、正の強化に基づく支援などの行動技法

6. 治療ターゲット: 動的リスク要因

- ・性犯罪およびその他の犯罪の再犯に関連しており、エビデンスに基づく動的リスク要因に対して主に焦点を当てたトリートメントを行う

○一般的な自己統制

- ・性犯罪を助長する感情状態をセルフコントロール可能となる支援
- ・問題解決や衝動コントロールのスキルの獲得
- ・メンタルヘルスおよび薬物使用のパターンに関連した問題に対する適切なサービス

○性的な自己統制

- ・認知行動的、行動的、薬理学的技法を用いて、性的妄想 (性的倒錯および非性的倒錯)、非定型的な性的関心、性的興奮を減少させて、性的衝動のコントロールを促す
- ・非定型的な性的関心、性的興奮、行動を促す認知をターゲットとして、性的衝動のコントロールを促す
- ・非定型的な性的関心、性的興奮を生起させる人や状況などとの接触を最小限に抑えるように促す

○性的虐待を支持する態度

- ・性的虐待に寛容な本人の態度や信念 (例: 女性はレイプされるのを楽しむ) が重要な治療対象となる
- ・認知療法を用いて、向社会的な性行動を支持する態度、信念、価値観を強化する
- ・性的虐待や犯罪のリスクとは無関係な型破りな態度、信念、価値観は治療対象とはならない

○親密な関係

- ・向社会的で親密な人間関係を経験できるようなスキルの獲得を支援
 - ・可能かつ適切な場合には、本人のパートナー（成人）に対する治療も併せて行う
- ソーシャル・コミュニティサポート
- ・適切なサポート源の選定
 - ・家族やその他支援者が治療プロセスに

- 積極的に参加することが推奨される
- ・地域社会における安定したライフスタイル（住居、雇用、余暇活動）の構築を支援

7. 本人の治療や目標設定への関与

付録 2. 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-
(法務省、2023) の目次

1. 本ガイドラインで使用する用語の解説
2. 性犯罪に関する基本知識
 - 2.1 性犯罪とは
 - 2.2 性犯罪の発生状況や再入率
 - 2.2.1 性犯罪の発生状況
 - 2.2.2 性犯罪をした者の再入率
 - 2.3 性犯罪の再犯防止に関する取組状況
 - 2.3.1 法務省における取組
 - 2.3.2 地方公共団体における取組
 - 2.3.3 民間団体における取組
3. 性犯罪をした者の円滑な社会復帰のために必要な支援
 - 3.1 地方公共団体の役割
 - 3.2 性犯罪をした者等の支援ニーズの把握
 - 3.2.1 インテーク(聞き取り)実施
 - 3.2.2 インテークの実施例
 - 3.3 支援ニーズに応じた具体的な支援の在り方
 - 3.3.1 性犯罪をした者の就労・生活支援等
 - 3.3.2 性犯罪をした者の家族に対する支援
 - 3.3.3 地方公共団体による専門的支援の実施
 - 3.4 性犯罪をした者の再犯防止のための取組における留意点
 - 3.4.1 性犯罪をした者に対する接し方
 - 3.4.2 支援者側の体制、取組方法
 - 3.4.3 取組を進めるに当たってのポイント、留意点
 - 3.5 支援に関する広報の在り方
4. 性犯罪をした者の再犯防止のための支援における関係機関連携の在り方
 - 4.1 連携対象となる各機関の役割及び連携方策.
 - 4.2 法務省から関係機関への情報提供
5. ガイドラインに関する Q&A
6. 参考資料
 - 6.1 刑法犯検挙者の再犯状況
 - 6.2 全国の保護観察所・法務少年支援センター(少年鑑別所)一覧
8. 付属資料
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)

性嗜好障害への対応と治療の国外の実態と アプローチの包括的分析のための研究

研究分担者 伊藤 正哉 国立精神・神経医療研究センター 認知行動療法センター 研究
開発部 部長
研究協力者 杉田 創 国立精神・神経医療研究センター 認知行動療法センター 研究
補助員
柳 百合子 国立精神・神経医療研究センター 認知行動療法センター 科研
費研究員

研究要旨

国内における性嗜好障害と性被害という社会的課題を背景に、米国及び英国における性嗜好障害の臨床研究の専門家2名に対するヒアリング調査をして診断及び治療法の実態を検討し、本邦における適用可能性を考察した。

A. 研究目的

ヒアリング調査を通して、国外の性嗜好障害の診断・アセスメントの過程及び治療法の適用性と効果について検討し、国外の治療状況の実態を明らかにすることを目的とした。

B. 研究方法

米国及び英国の性嗜好障害の専門家2名に対する半構造化面接を行った。文書で事前に概要を説明し、口頭でインフォームドコンセントを得て、倫理面に配慮して面接を行った。

C. 研究結果

診断・アセスメントに関しては、標準化されたリストに基づく半構造化面接により包括的に情報収集が行われていた。具体的には、通常のアセスメント項目に加えて、性的関心の発達歴、性嗜好や性知識、性加害に関する信念等が聴取されている。さらに、患者からだけでなく、被害者の陳述書や周囲の人物、外部機関からも情報収集が行われて

いる。これらは治療の導入期と終結期に数時間かけて実施されている（付録 pp. 4-5, pp. 10-11 参照）。

治療に関しては、認知行動療法（CBT; Cognitive Behavioral Therapy）が第一選択として推奨された。導入期には、自発的に来院するよりも大多数の患者が外部機関からの義務により来院しているため関係性の構築と動機づけに時間がかけられている。診断・アセスメントに基づき個人及び集団で治療が行われている。認知と行動に対する一般的な CBT の介入技法に加えて、性的問題行動への直接的な技法としては、Covert Sensitization、Satiation、Fading が挙げられた（p. 4, p. 7 参照）。

効果と適用性に関して、CBT の有効性は実証されているものの、適切な支援体制や患者の状態に応じた柔軟な治療内容の選択が CBT の成否を左右するとのことである。さらに、早期介入、多職種連携、思春期への性教育等が重要であることが語られた（pp. 11-

12 参照)。

D. 考察

性嗜好障害に対しては性的な項目への包括的かつ多角的なアセスメントに基づいた治療計画の策定が重要である。さらに、エビデンスに基づいたガイドラインの作成とその治療効果を測定し、知見を蓄積する必要があると考えられる。その上で、支援体制の整備が望まれる (pp.15-16 参照)。

E. 結論

国外では、治療者確保等の課題が残されているものの性嗜好障害へガイドラインに

基づく診断・アセスメント、治療が実施されていることが明らかにされた。本邦において、実証的な知見に基づいたガイドラインの作成と適用が今後期待される。

F. 健康危険情報

総括研究報告にて記載

G. 研究発表

該当なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

該当なし

ヒアリングの概要

<目的>

性嗜好障害の治療と対応に関する海外の実態を深く理解するため、海外の医療専門家、心理学者等のエキスパート2名に対してインタビューを行った。本調査は、性嗜好障害の診断、治療、対応方法に関する現場の声を直接収集し、治療法の適用性と効果を実証的に評価することを目的とした。

<対象>

インタビュー ①：アメリカでの研究と実践について

氏名：Meg Kaplan, (Ph.D.)

所属：Director of the Sexual Behavior Clinic, Columbia University Department of Psychiatry

地域：ニューヨーク州

インタビュー ②：イギリスでの研究と実践について

氏名：Theresa Gannon, (Prof., DPhil, CPsychol)

所属：Professor of forensic psychology, University of Kent
Director of the Centre of Research and Education in Forensic Psychology
Chartered Forensic Psychologist, NHS Kent and Medway

地域：ケント州

インタビュー ①：

アメリカでの研究と実践について

1. 導入

1.1 支援の概要

Kaplan氏が院長を務めるコロンビア大学精神科のSexual Behavior Clinicでは、性嗜好障害者に対して外来治療を行っている。このうち、自発的に来院する者は1割未満であり、9割以上の患者は保護観察所の指示によって治療が義務付けられている性犯

罪者が占める。なお、患者の約95%は男性である。

当院では、治療の中核的な目的として、「動機づけ」と「制御」を掲げ、認知行動療法 (Cognitive Behavioral Therapy: CBT) による治療を提供する。研究によって様々な治療の選択肢は検討されているが、性的関心を変容させることは困難であるという認識から、問題行動への発展を防ぐために行動の制御能力の獲得とその維持に焦点を当てた治療を行う。

1.2 性嗜好障害者の特徴

性嗜好障害者のうち、50%以上の者は自らが幼少期に性被害を受けた経験があり、心的外傷後ストレス症 (PTSD) やパーソナリティ症など他の精神疾患を併存する者も多い。特に女性の性嗜好障害者は長期にわたる既往歴や、より深刻な虐待の被害経験があるため、支援を提供する際には、このような点にも着目した包括的なアセスメントと治療が求められる。

治療者と患者の信頼関係・協力関係の構築も重視する。性嗜好障害者は自身の性嗜好を秘密にしながらこれまでの人生を送っており、これを開示することに対して非常に消極的である。また、自分の性的問題行動を正当化しており、自主的に来院しているわけでもないため、治療に対する動機づけもない。そのため、性嗜好障害者が自分について話し、また積極的に治療に取り組むことができるようになるために、時間をかけて信頼関係を構築する。

2. 性嗜好障害のアセスメント、治療、支援

2.1 アセスメントと診断

患者のアセスメントは標準化されたリストに基づいて治療の導入期と終結期を行う。アセスメントの内容は固定変数と動変数に分類され、以下の表に示した項目に関して情報収集と測定を行う。このうち、治療ではリスク評価をはじめとする動変数をアウトカムとして重視する。これら全てのアセスメントの実施には3～4時間要する。

○アセスメントの内容

固 定 変 数 (Fixed variable)	家族歴、成育歴、社会歴、犯罪歴、性に関する行動歴など
動 的 変 数 (Dynamic variable)	性嗜好、リスク評価、再犯に対する動機、性知識、飲酒、薬物使用など

本人以外から情報を得ることも必須である。患者は自分の性的問題行動や犯行を否定したり過小評価したりするため、外部機関や患者の周囲の人物から情報収集する。性犯罪者の場合、特に被害者の陳述書が不可欠であり、陳述書が得られず情報が不足する場合は治療を受け入れない方針をとる。当院では診断も行うが、診断の有無は患者の状態理解や治療効果を評価する指標としては必ずしも有用ではない。治療の目的な性的問題行動の制御であるため、それに関連するリスク評価や性知識などが優先的に検討され、治療アウトカムとしても重視される。一方、保険の適応や、患者が診断を知りたいという理由で診断を行う場合もある。

2.2 CBT による治療

治療は Association for the Treatment of Sexual Abusers (ATSA) のガイドラインに沿って提供する⁽¹⁾。具体的には、「動機づけ」と「制御」を治療の中核的な目標とした CBT に基づく治療を行う。CBT の代表的なプログラムの構成と治療内容を以下の表に示す。性的問題行動の直接的な減弱と適切な性的関心の強化は最もアウトカムに影響する部分であるが、患者はそれぞれ特有の問題維持要因があるため、個別の症例に合わせて最適な内容を選択することが必要である。これら技法に関しても代表的なものを表で示したが、詳細は Kaplan 氏が論文⁽²⁾としてまとめているものが参考になる。これらの内容について、8～10 人の集団形式にて実施する。個人形式で実施することも可能だが、以下に示したメリットにより、集

団での実施を基本とする。

1) Association for the Treatment of Sexual Abusers. (2014). Practice guidelines for the assessment, treatment, and management of male adult sexual abusers.
<https://members.atsa.com/learn/Details/guidelines-adult-atsa-practice-guidelines-for-the-assessment-treatment-and-management-of-male-adult-sexual-abusers-194331>

2) Kaplan, M. S., & Krueger, R. B. (2012). Cognitive-behavioral treatment of the paraphilias. *Isr J Psychiatry Relat Sci*, 49(4), 291-296.

○CBT の治療内容

性教育	性嗜好障害者は性知識が乏しく、性に関する思考や行動の適切性・不適切性の弁別ができない。ここでは、健全な性と、その構成要因（例：性的同意）について知識を提供する。
社会技能訓練 (SST)	一部の性嗜好障害者はコミュニケーションが上手にできないことが、性的問題行動を維持する要因となっているため、ロールプレイなどを通して基本的な対話能力の訓練を行う。
アサーション・トレーニング	一部の性嗜好障害者は思考・感情・要求を適切に表現することができず、過度に受動的、あるいは攻撃的になっている。ここでは、モデリング、リハーサル、フィードバックなどの技法を用いて、よりアサーテ

	イブな対話（相手を尊重したうえで自分の意見を主張する）方法の訓練を行う。
性的問題行動の直接的な減弱と適切な性的関心の強化	（以下の表を参照。）
認知再構成法	性嗜好障害者は、「認知の歪み」によって性に関する誤った認識をもっており、これが不適切な性的問題行動を正当化・維持している。認知性構成法ではこのような認知の変容を行う。
被害者への共感性を高める	性嗜好障害者が性加害に及ぶ大きな原因の1つに被害者への共感性の低さがある。自らの被害体験などとも比較しながら、性被害者の感情への感受性を高める訓練を行う。
再発予防	治療終了後に起こりうる問題について検討し対策を予め決め、性的問題行動・性犯罪の予防を目指す。

○性的問題行動の直接的な減弱と適切な性的関心の強化の代表的な技法

Covert Sensitization	性的問題行動の背景にある性的願望・妄想を減弱させる技法。性的妄想と同時に嫌悪的な画像を提示する手続きを繰り返し行う。
----------------------	--

飽和化 (Satiation)	性的問題行動の背景にある性的願望・妄想を減弱させる技法。適切な性的妄想など（例：成人を対象とした性的妄想）をしながら自慰行為を行い、射精後55分間、不適切な性的妄想（例：小児を対象とした性的妄想）をしながら自慰行為を行う。
フェイディング	性的問題行動の背景にある性的関心を適切な性的関心に変える技法。問題となる性的妄想について想像しながら、次第により適切な妄想に切り替える。

○集団で治療を実施するメリット

1	安全性が高い： 性嗜好障害に対する治療では、治療者も性被害を受けるリスクが常に伴うが、集団形式で治療を実施することによって、このリスクを低減するとともに、実際に患者が加害行動に及んだ際にも、他の患者がそれを止めることができる。
2	自己開示の促進効果： 集団の中で患者が自己開示することによって、他の患者も自己開示する確率が高くなる。
3	問題に直面化させる効果： 様々な種類の性嗜好障害者が集まることにより、患者間で意見交換が行われ、それぞれの患者が自身の性嗜好や行動の問題性に対する自覚が生まれやすくなる。

3. 支援に関する課題と問題点

3.1 患者に関する問題

性嗜好障害者は自己開示に消極的であり、

治療に対しても動機づけがなく、懐疑的であることも多いことが治療の進行の阻害要因となりやすい。この背景には、①治療者は犯罪に関する開示があった場合には警察への通告義務があるため、患者は通報されることを恐れていること、②認知の歪みによって、自分の性的問題行動が合理化され、問題として認識されていないこと、そして③性的問題行動は快をもたらすため、この変容を望まないことがある。このため、治療初期では、時間をかけて信頼関係を構築することが第一の課題となる。患者が積極的に自分について話し、治療に取り組むようになるのには、およそ3カ月程度かかる。

3.2 治療者に関する問題

性嗜好障害者の支援において、困難なのがスタッフの安全確保である。治療プログラムを行っている最中や、その日のプログラムを終了した際に、治療者やスタッフが性被害に遭う事例もある。多くの性加害者は複数の性嗜好障害を有しており、例えば露出症のうち25%はレイプ加害者（同意をしないものを対象とする他の性嗜好障害）であることが報告されている。すなわち、児童性愛障害の治療で来所する者であっても、成人の治療者に対して性加害を加える恐れはあり、どのような種類の性嗜好障害であっても注意と対策が必要である。

被害対策としては、集団形式で治療を実施する、治療者はセラピールームの出口に近い位置に座る、防犯ブザー・防犯スプレーなどの常備をする。また、治療者の訓練も重要であり、例えば、患者の状態を常時観察し、性的興奮があれば直ちに察知して適切な対処にあたる方法を習得しなければいけない。具体的な訓練のプロセスとしては、座学、ロールプレイ、陪席、そして裁判の傍聴が推奨される。

性嗜好障害者に対して支援を提供できる専門家の数が少ないことも問題となっている。この原因の一つとして、上記のような治療者の安全性を確保や訓練プログラムが不足していることや、性嗜好障害に関するネ

ガティブな印象、そして再犯リスクに対する責任感や精神的な負荷が挙げられる。治療者の数を増やして必要な治療を届けるために、治療環境の整備、十分な訓練の提供、そしてスーパービジョンなどの継続的な治療者へのサポート体制の構築が課題となる。

4. 多施設連携・多職種連携

4.1 保護観察所

主要な連携先として保護観察所が挙げられる。主に、①保護観察所の指示による来院する、②保護観察所から被害者陳述など情報提供を受ける、③保護観察官や保護司から生活適応に関する情報提供を受ける、④保護観察官や保護司から治療の進行の情報提供を行う（動機の程度、出席率、時間の遵守、取り組んでいる内容の概観、治療進行の程度など）、の四点において連携を行う。これまで必要な連携は実現できているが、複数の困難となるポイントが挙げられる。まず、保護観察所は治療者に対して被害者陳述を提供することに積極的ではない場合がある。提供プロセスや判断基準はそれぞれの州や所轄によって異なるが、被害者陳述は患者の性嗜好や関連行動に関する情報源として最も重要であるため、コロンビア大学では、被害者陳述が得られなければ治療を受け入れないという方針をとっている。また、保護観察官・保護司から過度に情報提供を求められ、秘密保持や適切な治療の進行の観点から協力要請を断らなければいけないこともある。例えば、必要な治療を行っているか観察するために保護観察官が陪席を求めたケースがあったが、患者が適切に治療に望むことができなくなるおそれがあるため、協力を断った事例もある。

4.2 他の医療機関

多くの性嗜好障害者は自身も性被害経験があるため、トラウマ体験に対する治療が必要になることも多い。基本的な治療は行うが、深刻なPTSDの事例は、それを専門としている機関や専門家へのリファーを優先する。性嗜好は自身の被害体験と類似する

ような加害行為を行う傾向があるため、トラウマ治療の進捗などの情報共有を受け、その後の性嗜好障害の治療に役立てる。例えば、8歳児を対象に性加害を行った人は、同様に8歳で被害を受けたことが問題のきっかけとなっている可能性が高い。

4.3 社会復帰支援

性嗜好障害者のうち、特に刑務所から出所する性犯罪者は、治療プログラムを受けたとしても適切な社会復帰ができなければ再犯のリスクが高まる。ニューヨーク州では出所者の社会復帰支援事業がないことが問題となっている。満期釈放者の多くは帰住先がないまま釈放される割合が高く、性犯罪者は特に家族や知人との関係が切れる場合が多い。性加害者はインターネットの利用が制限され、住む場所や仕事を探すことも困難にもなる。このような背景により、治療プログラムで改善を示したものの十分に社会復帰できず再犯に至る事例もある。したがって、地域社会の理解を得つつ、就労支援、住居確保、職業訓練など福祉的なサポートが求められており、これらのサポートへの移行を目標の一つとして治療を行うことが効果的と考える。

5. その他

5.1 研究動向

特に2つの研究領域が注目される、一つは児童ポルノを視聴する性嗜好障害者のうち、児童に対して性的虐待を行う者を行わない者の違いを調査する取り組みを行っている。当院の診察データを用いて調査を行う予定である。第二に、Hypersexuality（過度な性的欲求や性的行動）に関する研究である。Hypersexualityのある性嗜好障害者は特に性的欲求や性関連行動の抑制が困難になるため、その診断、アセスメント、そして治療に関する研究が期待される⁽¹⁾。

1) 例: Kaplan, M. S., & Krueger, R. B. (2010). Diagnosis, assessment, and treatment of hypersexuality. *Journal*

of sex research, 47(2-3), 181-198.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20358460/>

5.2 早期発見・早期介入

他の疾患と同様に、性嗜好障害への対応においても、早期発見・早期介入が重要である。性嗜好障害者の多くが幼少期に性被害経験をっており、これが特に中核的な発症の原因とされる観点から、幼少期における性的虐待を発見して、児童・青年に対して適切な対応と支援を届けることが必要となる。しかし、児童・青年に対する性加害は様々な理由から・報告されず、解決されない。この最も多い理由が、被害者が被害を認識できないという点である。したがって、児童・青年に対して適切な性教育を提供することが強く推奨される。児童・青年が性被害を正しく認識し、援助を要請することができるようになれば、適切な支援を通して性嗜好障害への発展を予防することができるかもしれない。さらに、性嗜好障害者は正しい性知識を持っていないことが多く、これも性的問題行動の原因とされるが、価値観が形成される児童・青年期に性教育を受けることによって、誤った性に対する認識を早期に修正し、性嗜好障害への発展を予防できる。

被害者が性被害を報告できるように支援するのと同時に、その報告に対して適切に対応する体制も必要である。児童・青年は保育所・学校・家庭など身近な環境や人から性被害をうける事例が多数を占めるが、それを大人に話しても信じてもらえない、あるいは信じてもらっても理解やサポート、そして対策が講じられないということが多い。したがって、保護者や保育所・学校の職員に対しても同様の性と性加害に関する知識および、性被害の報告があった場合の適切な対応方法を提供し、確実に司法・医療機関に繋がり、適切な援助を受けることができるようにすることが求められる。

インタビュー ②： イギリスでの研究と実践について

1. 概要

1.1 支援の概要

Gannon 氏が心理師を務めるイギリス・セント州の統合ケアシステム “National Health Service (NHS) Kent and Medway” では、性嗜好障害のある青年・成人男性を対象に、外来患者、入院患者、刑務所入所者に対して治療を提供する。このうち9割の者は裁判所や保護観察所の命令で治療を受けている。当ケアシステム内の病院では、個別と集団での CBT を基本とし、著しく困難な患者に対して稀に薬物療法を用いる。CBT のプログラムは Good lives model を基盤としており、同氏が開発したマニュアルが採用されている。

2. 性嗜好障害のアセスメント、治療、支援

2.1 アセスメントと診断

NHS Kent and Medway を含む、イングランドとウェールズにおける NHS サービスでは、主に構造化面接を通して包括的なアセスメントを実施する。以下の表で示した通り、アセスメントの内容としては患者に関する概要情報と性に関する情報を収集し、患者の背景・性嗜好・認知行動的特徴などを基に関連すると思われるその他の問題の維持要因に関する評価項目を選定し、標準化された尺度を用いて測定を実施する。また、リスク評価を最も重要な指標とし、Risk for Sexual Violence Protocol (RSVP)⁽¹⁾ などの面接マニュアルを用いて評価を行う。診断が用いられることは少ないが、薬物療法の対象となる際には必要となる。

1) Laws, D. R., Simon Fraser University. Mental Health, Law, and Policy Institute, Kropp, P. R., British Columbia Institute Against Family Violence, Klaver, J., Logan, C., ... & Pacific Psychological

Assessment Corporation. (2003). The Risk for Sexual Violence Protocol (RSVP): Structured professional guidelines for assessing risk of sexual violence. Burnaby, BC: Mental Health, Law, and Policy Institute, Simon Fraser University.

○アセスメント

概要情報	家族歴、成育歴、精神疾患の既往歴、心理的適応、社会的適応、問題管理のマネジメント評価、職業、物質使用など
性に 関する 情報	初めての性体験、性的関心の発達歴、性暴力被害経験、主要な人間関係など
問題の 維持 要因に 関する 評価	性知識、加害性のある信念、性的関心、性的コーピング方略の傾向、感情調整能力、PTSD、コミュニケーション能力、孤独感など

2.2 CBT による治療

CBT による治療を通して、性嗜好障害者における加害性のある認知・行動的な維持要因の変容を目指す。治療法の選択は最新の研究知見とガイドラインに基づいており、CBT は高いエビデンスの水準においてその有効性が実証されている⁽¹⁾ とともに、ATSA のガイドラインでも推奨されている。実際のプログラム実施の際には、Gannon 氏が自身で開発したマニュアルに沿って主に6カ月の CBT を提供している。このプログラムは5～7名の集団形式での CBT を基本とするが、集団への導入が困難な症例では個別 CBT が適用される。また、女性患者は人数が少なく、女性の集団をつくることのできな

いため、同様に個別形式を採用する。このマニュアルは、Good lives model に基づいて開発されており、NHS Kent and Medway 全域の病院で活用されている。

1) Gannon, T. A., Olver, M. E., Mallion, J. S., & James, M. (2019). Does specialized psychological treatment for offending reduce recidivism? A meta-analysis examining staff and program variables as predictors of treatment effectiveness. *Clinical psychology review*, 73, 101752.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0272735818303295?via%3Dihub>

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>

治療プログラムの導入期では、アセスメントで収集された情報に基づいて、「CBT の 5P モデル」に基づいてケースフォーミュレーションを行う。ケースフォーミュレーションとは、患者の情報を系統的に統合して個別的な問題維持を定式化するプロセスである。5P モデルでは、①現在の問題 (Presenting problem)、②素因 (Predisposing factor)、③悪化要因 (Precipitating factor)、④維持要因 (Perpetuating factors)そして、⑤保護要因 (Protective factors) に分けて分析・図式化する。ケースフォーミュレーションの手続きは患者と共同で行い、集団形式の場合は他のメンバーのケースフォーミュレーションに参加し、意見交換を通して進める。プログラムの中期では、問題を維持してい

る認知・行動的な維持要因を変容する。CBT の治療内容についてはインタビュー ① の内容と変わらないため割愛する。治療マニュアルでは望ましい治療内容の進行順序が記載されているが、治療者はその日、その時に患者が抱えている問題を柔軟に取り扱うことが求められる。これは患者が激しい感情を表出している場面や性的な行動に及んだ場合も含む。この柔軟性が問題の維持要因の深い理解、信頼関係の構築、実際に問題が発生したときの対処能力の向上にとって重要であり、最終的なプログラムの効果を大きく左右する。

終結期では、再発予防としてプログラム終了後に起こりうる問題について検討し対策を予め決め、再度性嗜好障害による問題が生まれることを予防する。これをリスクマネジメント計画書としてまとめ、社会復帰を支援する団体などと共有する。この時点で多くの患者には明確な治療による変化が認められる。多くの患者は自分の問題に対して反省を示し、オープンになり、また全体的に成熟した人格が形成される。具体的にも、社会スキル、自己制御スキル、話しにくい内容の会話をする能力が向上する。多くの者はプログラムを受けたことに肯定的な態度を示し、これから新たに治療を受けようとする患者に対して、プログラムを推奨する様子も頻繁に見られる。

2.2.1 Sex Offender Treatment Programme (SOTP)

これまで、イギリスの刑務所では Sex Offender Treatment Programme (SOTP) が実施されていたが、大規模調査⁽¹⁾によってプログラムを実施した者は実施していない者よりも再犯率が高いことが示された。これは治療の提供者が適切な訓練を受けた心理師ではなかったことなど、項目 3.3 の「支援の提供体制に関する重要事項」に示した事項が守られていなかったことが原因とみられる。現在、このプログラムは最新のエビデンスに基づいて修正が進められている。

1) Mews, A., Di Bella, L., & Purver, M. (2017). *Impact evaluation of the prison-based core sex offender treatment programme*. London: Ministry of Justice.

2.3 薬物療法

NHS ではテストステロン抑制剤などを用いることもあるが、これは侵襲性が高く副作用が伴うため、特に重度な事例に限られる。例えば、Hypersexuality によって、仕事や学業などに取り組むことができず生活に支障をきたす水準まで性的興奮が頻繁に高い状態にある場合は、CBT の治療を実施することも困難になるために適応となる。しかし、薬物療法は投与中にしか効果がなく、一時的にしか解決しないため再犯防止には役立たないという位置づけである。

3. 支援に関する課題と問題点

3.1 患者に関する問題

全ての患者が明確な改善を示すわけではない。集団のうち1人はプログラム終結期になっても再犯防止に対する動機が認められない場合がある。しかし、CBT は患者に訓練方法の指導などを通して、改善に寄与する「ツール」を提供するものであり、これはプログラム終結後にも用いることはできる。また、集団形式で戦略的にプログラムを進行させ、ある患者の自己開示や治療への積極的な態度を示すことによって、他の患者も同様に治療に対して協力的になる。このような工夫によって多くの患者を改善に至るまで支援に努めることが重要である。

3.2 治療者に関する問題

イングランドとウェールズでは、未報告の犯罪や差し迫った犯罪の可能性が明らかになった際には治療者は警察へ通告すること義務付けられている。これは患者が治療に対して消極的になる原因にもなるが、治療者にとっても、患者との信頼関係を構築する阻害要因となる。そのため、治療者は通

告義務があることを患者に伝え、その透明性のあるコミュニケーションを通して関係性を保つよう努める。

また、性的嗜好障害に対する支援は、治療者をはじめとする医療従事者にとって大きな精神的負荷をもたらす。治療に携わる者は「私が被害者になっていたかもしれない」「いまここで自分が被害に遭うかもしれない」という恐怖を抱えながら業務にあたる。非常ボタンや複数名の職員で患者に対応する対策などをしているが、治療者十分な訓練を通して適切な危機管理と危機的状況における対処方法を身につけることが特に重要と考える。さらに、強固な信頼関係を構築することも病院内での性被害のリスクを低減させるため、この観点からも、信頼関係を構築する治療者のスキルが重視される。

3.3 支援の提供体制に関する問題

CBT は有効性が実証されているが、様々な治療や矯正プログラムと同様に適切な提供体制が整っていない状態で提供されると効果が低下することが示唆されている。以下に、主な支援の計画・提供に関する注意事項を示す。

○支援の提供に関する注意事項

支援を計画・提供する際には、以下の点を注意することで再犯防止の効果の低下を防ぐことができる。

- ① **Active な治療アプローチ**：支援は支持的なアプローチよりも、Active (直接的) に問題の維持要因の変容を目指した治療技法を用いるべきである。例として、CBT の性的問題行動の直接的な減弱と適切な性的関心の強化に関する諸技法が挙げられる。
- ② **患者の積極的な参加**：支援の内容は患者がただプログラムに参加するだけではなく、自ら具体的な訓練方法を治療セッション中や自宅・病室・刑務所内などで練習できるようにする。
- ③ **治療者の適切な養成**：特に刑務所で提供される支援の多くは、十分な支援に関する知識と訓練を受けていない。効果が示された治療マニュアルを用いた場合でも、十分な養成を受けることによって、治療を進めるうえでの柔軟性や治療者と患者との間における信頼関係の構築など、様々な重要な側面で効果的なプログラムの提供ができるようになる。
- ④ **スーパービジョンの提供**：治療者は継続的なサポートがあることによって、高い効果で治療を提供することができる。スーパービジョンは、心理的支援、技術的支援、知識的支援の3つの側面で治療者をサポートする。
- ⑤ **ポリグラフの不使用**：ポリグラフ検査は皮膚電気活動や呼吸、心拍などを同時に測定し、その結果をもとに、患者の記憶について推察する機械として用いられるが、治療セッション内で用いると治療効果が低下する。

4. 多職種連携・多職種連携

4.1 司法機関

刑務所、警察、保護観察所から情報提供を受ける。また、患者は刑務所から来院する場合もあるため、その連携が必要となる。保護観察所の管理下にある患者は Offender personality disorder (OPD) pathway と呼ばれる事業の一環として治療を受ける場合が多い。OPD pathway は、パーソナリティ症の疑いのある犯罪者を対象に、この事業はエビデンスにより実証された心理学的アプローチを用いて犯罪者のメンタルヘルスを改善し、重大な再犯の防止を目的に実施される治療・矯正・支援事業である。OPD pathway を構成する多岐にわたる機関との連携を行う。

4.2 社会支援

Circles of Support and Accountability (Circles UK) は性犯罪者の社会復帰支援を行う団体である。これは地域と司法機関を繋ぐ役割をするとともに、治療・矯正プログラムの終了後も地域における安全を確保するための取り組みも行っている。具体的な例としては、地域のボランティアが週に1回集まり、性犯罪者と食事や遊ぶ時間をもつ。医療機関で実施した治療プログラムの後、円滑な社会復帰を促すために、NHS はCircles UK に対して、治療を終了した患者のリスクマネジメント計画などの情報提供を行う。

The Lucy Faithfull Foundation は児童に対する性的虐待の防止を目的とした団体として活動し、ここでは緊急時の電話相談を受けている。これは被害者だけではなく、加害者も相談することができ、治療プログラム終了の際にはこの連絡先を患者に渡して、加害をする衝動が発生した際にはここで支援を求めるように促す。

ピアサポートを実施している団体はない。参加者が互いに性犯罪に関するアイディアや戦略を交換する恐れがあるため、推奨されない。

5. その他

5.1 性犯罪予防

現状、性嗜好障害者の9割は性犯罪に至ってから、司法機関を通して初めて支援に繋がっており、その前の段階で予防的に治療を行っている事業は限られている。唯一、StopSO UK は性嗜好障害や関連する性に関する思考や行動に悩んでいる人を対象に心理療法を通して性犯罪を予防することを目指す団体として活動しているが、治療者は性犯罪に関する情報の通告義務があることが、十分にプログラムが活用されることの妨げとなっている。予防プログラムが最も効果を示すためには、過去の性犯罪に関する完全な秘密保持が担保されている環境が必要であり、この点においてドイツのDunkelfeld project ⁽¹⁾ が評価できる。

- 1) Dunkelfeld programme は小児性愛障害を対象に CBT に基づく治療を通して性加害を予防するドイツの取り組みである。この特徴として、患者は性加害に関して完全な秘密保持が担保され、一切の情報は通報されない。

考察

1. アセスメントと診断

1.1 再犯防止に焦点をあてたアセスメント

本ヒアリングでは、構造化面接と標準化された評価項目に沿って包括的なアセスメントを行う重要性が示された。特に、患者の性的問題行動を維持している要因、再犯に対する動機、他の精神疾患の併存、性知識の内容、リスク評価などが治療の計画や再犯リスクを評価する指標として有用である。また、被害者による陳述書など、本人以外の人物や機関から情報を得て、正確に患者の背景や状態を把握することも必要である。一方で、診断は保険適応や患者の希望に応じて用いることが有用と考えられる。

2. 治療

2.1 エビデンスに基づく治療

治療選択を検討する際に基準となるのがエビデンスである。これまでも様々な精神療法、薬物療法、矯正プログラムが開発されているが、その安全性や効果が検証されずに実装されているものもあり、この危険性はイギリスのSOTPの大規模な効果調査によって示された。実際に再犯リスクを低下させる治療を提供するためには、ランダム化比較試験などの質の高い研究を通じた検証が不可欠である。また、最新の研究知見に基づいてガイドラインを作成し、新たなエビデンスとともに定期的に更新するべきである。

2.2 CBT の有効性

現在、最もエビデンスが強い治療アプローチは CBT である。CBT は性嗜好障害の発症メカニズムと維持要因に着目し、系統的な技法の適用を通して問題となっている認知や行動などのパターンの変容を行う。CBT を通して、性嗜好障害者は自己制御と再犯防止に対する動機づけ、そして社会的スキルなども身につけることによって再犯リスクが低下する。CBT は直接的に性的問題行動の変容を行い、患者が積極的に訓練に参加する点で優れており、他の治療方法よりも効果が高く、副作用もないため、アメリカ、イギリス、ドイツなど諸外国で用いられている。提供するには、適切な養成を受けた治療者が実施すること、スーパービジョンをとって継続的な治療者の心理的支援、技術的支援、知識的支援を行うことで、より高い効果を保つことができる。

3. 関連する取り組み

3.1 連携

性嗜好障害に対する対応と治療において、最も中心的となるのは保護観察所や刑務所との情報共有や患者の状態管理や警察からの陳述書の提供などの司法機関との連携である。また、PTSD などの優先的に治療すべ

き精神疾患については他の医療機関へのリファールなどを行う。社会復帰支援事業とも情報提供など継続的なサポートを行うことで、医療機関での治療が終結した後の再犯予防に協力する。

3.2 早期発見・早期介入

性嗜好障害の早期発見・早期介入の重要性も強調された。正しい性教育を通して、児童・青年は性被害を認識し援助要請できるようになる。また、適切な性知識をこの段階で援助を提供することによって性嗜好障害の発症や性的問題行動への発展する恐れを下げることができる。

4. その他

4.1 特記すべき団体と専門家

以下に、特に注目すべき団体と専門家について記載した。今後、治療プログラムの開発や提供体制の整備を検討する際に参考になると思われる。

○特記すべき団体と専門家

- Association for the Treatment and Prevention of Sexual Abuse (ATSA) : アメリカを本部とする性的虐待防止のための団体。性嗜好障害の治療ガイドラインや研修など様々な取り組みを行う。
- International Association for the Treatment of Sexual Offenders (IATSO) : ヨーロッパを中心都市、性犯罪者の研究と治療の促進に取り組む国際的な団体。この学会でも研修事業や研究推進などの取り組みを行っている。

- Dunkelfeld programme : 小児性愛障害者を対象に CBT に基づく治療を通して性加害を予防するドイツの取り組み。この特徴として、患者は性加害に関して完全な秘密保持が担保され、一切の情報は通報されない。
- Michael C. Seto : カナダの性嗜好障害研究の第一人者として注目される。

5. まとめ

このインタビュー調査によって、アメリカやイギリスでは、再犯防止が性的嗜好障害への対応・治療の中核的な目的と考えられていることが明らかになった。まず、性嗜好障害者の大多数が性犯罪に至ってから、はじめて対応や治療の対象となる現状がある。しかし、収監は再犯率を下げる効果はなく、エビデンスによって効果が実証された治療法を通して、性的問題行動の自己制御とそれを継続する動機づけを高めることがより望ましい。集団 CBT は最も研究の数が多く、有効性が示されており、第一治療選択として推奨されている。薬物療法も著しく生活に支障があり治療が困難な事例に有効と考える。この観点から、アセスメントでは診断だけではなく、治療計画において重要となる、性的問題行動の発達や維持要因などに焦点を当てた包括的かつ構造化されたアプローチが望ましい。被害者陳述書などの患者以外の情報も極めて重要である。これらの支援は司法機関や医療連携によって実現されるとともに、社会復帰支援や早期発見・早期介入への取り組みも並行して実施されるべきである。また、治療者の安全確保や養成、そして継続的なサポート体制も今後の重要な課題である。