

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