

性犯罪に関する施策検討に向けた 実態調査ワーキンググループ (第11回)

第1 日 時 令和元年11月27日(水) 自 午後 1時33分
至 午後 3時05分

第2 場 所 法務省共用会議室2

第3 議 題 性犯罪加害者臨床の専門家からのヒアリング
その他

第4 議 事 (次のとおり)

議

事

○薊秘書課補佐官

それでは、定刻となりましたので、性犯罪に関する施策検討に向けた実態調査ワーキンググループの第11回会合を開催いたします。

まず、議題1の性犯罪加害者臨床の専門家からのヒアリングを行います。

本日は大森榎本クリニック精神保健福祉部長の斉藤章佳先生に御出席いただいております。

最初に、私から斉藤先生を御紹介させていただきます。斉藤先生は大森榎本クリニックにおいてソーシャルワーカーとして約20年にわたり、アルコール依存症を中心に、ギャンブル、薬物、摂食障害、性犯罪、虐待、DV、クレプトマニアなど、様々な依存症問題に携わってこられるなど、依存症治療に関する幅広い知見をお持ちでいらっしゃいます。また、御専門は加害者臨床で、現在まで2,000名以上の性犯罪者の治療に関わってこられ、最近では小児性愛障害に関する書籍も著されました。本日は、性犯罪治療の現場からというテーマに沿って、まず斉藤先生から御説明頂き、その後、質疑に御対応いただく予定となっております。

それでは、斉藤先生、よろしくお願いいたします。

○斉藤先生

斉藤です。よろしくお願いいたします。今日はお招きいただきありがとうございます。

今日持ってきた資料、一応、確認だけさせていただきます。今日ちょっとスライドのデータの中には入っていないんですが、榎本クリニックで約13年間、この臨床をやる中での患者さんの属性等に関するデータが入った論文¹ですね、これが今日持ってきた一つです。

あと、来週なんですけれども、毎回、日比谷コンベンションホールで開催しております、「性犯罪をなくすための対話」という会合があります。今回は児童ポルノを扱う予定となっております。私からは小児性犯罪者と児童ポルノの関連について話します。今日は特にペドフィリア（幼児を性的欲求の対象とする性的倒錯）の話に特化しないんですが、児童ポルノを愛好する人たちから、「児童ポルノを所持している人がみんな事件を起こすわけじゃない」と主張されることがあるんですが、今回、当クリニックで約150名の小児性愛障害と診断された人のヒアリングをした結果、95%以上が児童ポルノを所持した経験があり、それが引き金になっているという結果が得られましたので、その辺りの報告も含めて、話したいと思います。この話になると必ず、特に二次元の児童ポルノ問題は表現規制の話と関わってきて、そこで不毛な対立がよく起こるんですが、エビデンスとして、彼らが児童性加害の行動化に至るきっかけとして、もしくは再犯の

¹ 斉藤章佳「性犯罪治療の現場からー性犯罪者の包括的地域トリートメントー」、『アクションと家族』第33巻2号

トリガー（引き金）として児童ポルノがあるというところを少し話せればと思っています。

あと、11月20日に『「小児性愛」という病—それは、愛ではない』（ブックマン社）という著書をまとめました。いまだにこの小児性愛という性「嗜好」を性「指向」と捉えている方がいらっちゃって、精神医学的には明確に性嗜好障害、もしくはパラフィリア障害群の中に入っているんですが、「LGBTと同列で扱うべきだ」と主張する人もいらっちゃって、この辺りも含めた学問的なすみ分けも書いてあります。LGBTなど性指向や性自認と分けて考えるべきであると。あとは、ペドフィリア特有の認知のゆがみ、もしくは、どういうふうに治療していけばいいのか。最後の方では、彼らを生み出しているこの日本社会、ペドフィリアを生み出している日本社会についての話が書かれております。

最後、これは痴漢の加害者の人の告白²です。実際に30年間、痴漢を繰り返してきて、治療を受けた後に10年間やめているんですが、その方が、やめられなかった時期、やめてからどういうふうに生活しているか、それを加害者の告白という形で冊子にしました。加害者の実態を知ってもらう上では非常に重要な告白かなと思いますし、痴漢の問題というのは日本で一番、性犯罪としては多いので、この辺りを知ってもらうためにつくりました。

本日の配布資料は以上になります。

皆さんの手元にはこの論文を用意していただいて、時々使いたいと思いますので、こちらをお願いします。

では、進めていきたいと思います。私自身は榎本クリニックという精神科で今、約20年ぐらい臨床をやっております。性犯罪に関する加害者臨床は、後で年表が出てきますが、平成16年に奈良の女兒誘拐殺害事件があって、その後、確か小泉政権でプログラムを立ち上げなさいという話になり、その翌年から矯正施設でR3（「性犯罪再犯防止指導」、以下省略）が始まったと思いますが、実はR3が始まった時期と同じ時期に榎本クリニックではスタートしております。ですから、13年間継続して取り組んでいるという状況です。平成31年4月末で受診者数が2,000名を超えました。これも極めて氷山の一角で、性暴力はおおむね、その7割が顔見知りの中で起きます。残りの3割が見ず知らずの関係でということになっておりますが、当クリニックに来る加害者は見ず知らずの関係で行う人が9割以上です。そういう意味では、当クリニックに来る患者は、性犯罪の全体の3割の中の、更に氷山の一角ということになります。そのようなバイアスがあるんですけれども、おおむね日本の性犯罪の現状を表しているというふうに私は理解しています。特に、当方に来院する加害者の人は全て男性です。女性はいません。刑事手続の入り口段階で来院する方が多いので、加害者という前提として、今

² ・リディラバジャーナル：痴漢大国ニッポン「社会問題」として考える痴漢

<https://journal.ridilover.jp/topics/20>

日は男性の加害者ということで話をしたいと思います。よく、「女性の加害者もいるだろう」みたいな話が時々出てくるんですが、私がこれまでに現場で関わった方々は男性の加害者でしたので、以後の話は男性加害者を想定した話になります。

今日は、矯正施設内処遇から社会内処遇、そして地域トリートメントへ。矯正施設内処遇はR3を指しています。社会内処遇は保護観察所でのプログラム、地域トリートメントは我々が行っている再発防止のプログラム、この先にもう1個あって、コミュニティーへの再統合支援というのがあります。性犯罪者のコミュニティーへの再統合支援というのは、彼らが社会内で再犯防止していく上で最後のとりです。これは就労を含めた、社会内で彼らとどう共存して生きていくかという非常に重要なテーマです。今日はそこはちょっと時間がないので省きますけれども、こういう一連の流れの、連続した処遇の流れの話をしたと思います。

これは2年前に私が出した本ですね。『男が痴漢になる理由』（イースト・プレス）という本で、日本で最も多い痴漢に関する認識を覆すという内容で、現場でのエビデンスを基に、加害者の実態、そして被害者の実態を明確にすることで、セカンドレイプを防止していくことを目的に書きました。

性犯罪は性欲原因論が基になっていると主張している人もいますが、当クリニックでヒアリングした結果、性欲が原因でやってしまったとか、性欲が強過ぎてやりましたという人はほとんどいないです。性暴力というのは、性欲だけではなくて、それ以外の様々な複合的な快楽が凝縮した行為であるということ当事者のヒアリングから明らかにしています。そして、そろそろ性犯罪を性欲だけで語ることをやめましょうということを提言した本になります。その中で出てきたのが、まあこれは電車で普段乗っている男性はそういう男性が多いだろうという主張もあるんですが、四大卒で妻子がいるサラリーマンが、実は最も痴漢の加害者として多い層である、そして、盗撮も四大卒で妻子がいるサラリーマン、この層が最も多い層であると、いわば普通の男性がそういう加害行為に及んでしまうんだということをちゃんとデータを基に明らかにしました、という内容になっております。

今日は社会内処遇のところを中心に話したいと思います。私は定期的に刑務所にも、依頼があればプログラムをしに行っています。某地方刑務所で聞いた、ある性犯罪者のメッセージです。「先生、俺、このまま刑務所から出たくない、また絶対にやってしまう、分かっているんだ。」という話を彼から聞きました。彼は累犯で、恐らく今回も満期出所、そして、出た後は金なし、ヤサ（家）なし、ガラ受け（身元引受人）なしという、再犯を起ししやすい条件がみんなそろっているわけです。なので、彼は、出たらまたやってしまうというのは分かっているから、できればずっと刑務所にいたいという話を真剣な顔でしてきました。私はこれに対して何も答えられなかったです。正論を言ってもしょうがないですし、私もこういう累犯でかつ満期出所者の社会内処遇の現状を知っていますので、何も答えられなかったと。こういう彼のメッセージは一体何を意味しているんだろうかというのを考えて、その社会の機能不全に介入して、人と人、もしくは人と場所をつなげていくのが我々の仕事です。ですから、彼のメッセージを一つのヒ

ントにして、どういうふうにしていけば社会内での治療と、彼らが社会内で再び再犯せずに生きていく土壌が作れるかというのを考えてまいりました。

では、プログラムの立ち上げの背景に行きます。当クリニックでプログラムを立ち上げたのは、ちょうどR3が始まったところで、恐らく日本の社会内でやっている治療としては日本で初めての試みだったと思います。以下は、日本犯罪社会学会で2012年に発表した内容です。日本の性犯罪の社会内処遇における問題点の一つは、矯正施設内処遇と社会内処遇、あと、我々の地域トリートメントの連携ができていないということです。ぶつ切り処遇になってしまっている。

あと、矯正施設内で性犯罪の再犯は、基本的には起こりません。R3の経験者のコメントなどでも、「あの中では起きないよね」というのが彼らの正直なコメントです。

あとは、出所後のコーディネート業務やフォローアップ体制、ここが非常に未整備であること。あと、保護観察対象者であっても、遵守事項として継続した専門プログラムへの参加継続指導がないということです。ここは最後、治療的保護観察という話を少ししたいと思います。

あと、薬物療法ですね。多分、性犯罪治療の領域で一番遅れているのは、この薬物療法だと思います。当クリニックではホルモン療法はやっていないんですが、抗精神薬による薬物療法をやっております。それによって性欲を減退させて、いわゆる認知行動療法プラスアルファの転ばぬ先の杖として、治療に取り組んでいる方がいらっしゃいます。この薬物療法のエビデンスを積み重ねていくことも今後の大きな課題だと思います。あとは、やはり専門家や受け皿がほとんどないということだと思います。

これからプログラムに入っていく前に、私がこのプログラムを立ち上げたきっかけについて話をします。それは、ペドフィリアのケースでした。当時担当していた方で、アルコール依存症のケースだったんですが、彼が断酒をして3年ぐらいたったときに、クリニックに来なくなりました。その後、警察署から電話があって、「実は今、勾留しています。通院されていたと思うので、通院時の情報を教えてください」という照会が来ました。私はすぐその方に面会に行き、事情を聞いたら、実は飲酒が止まっていた間に子どもへの性加害を繰り返していたと。実は彼、過去にもそういう犯罪歴があったということを知って、私は非常にショックだったわけです。ただ、彼はこういう子どもへの性嗜好を相談したり、話す場所がなかった。アルコールについては自助グループ（AA：アルコホリックス・アノニマス）やクリニックでの治療があるんですが、この小児性愛的嗜好の話は誰にもできなかつた。

当時、私もいろいろな文献を当たりましたが、参考になるものはありませんでした。結局、たどり着いたところが、アルコール依存症の自助グループで、そこで使われているアルコール依存症の人たちの『ビックブック』というバイブルがあるんです。その中にこういう一節があります。「我々は酒が止まって自分の本当の問題に気づいた、それは性の問題だった」というくだりがあります。私はこのくだりにばったり出会って、電撃が走りました。これはやはり、性の問題を抱えた人の受け皿が社会の中で必要だと思って、13年前に立ち上げたというのがきっかけになっております。もっと詳しく話すと

すごく長いエピソードになりますが、今日は省略します。

その後、ちょうど2007年に法務省主催でウィリアム・マーシャル先生を呼んで、シンポジウムがありました。マーシャル先生というと、カナダでいわゆるこの性犯罪の研究や治療では、神のような存在です。彼のお弟子さんが今、世界中でこのプログラムを広げています。彼がその中で、「どんなハイリスクな性犯罪者も必ず変わることができる」と言っていました。それにはちゃんと根拠があって、それはエビデンスに基づいた治療と根気強くセラピストが関わっていくこと、そして、社会内でどう彼らを再統合支援していくか、この辺りをしっかりとやっていければ、必ずどんなハイリスクな人も変わることができる、こういう力強いメッセージがありました。私もこれを今でも鮮明に覚えています。

【スライド7】これが年表ですね。平成16年の奈良の女儿誘拐殺害事件からさかのぼって、我々のクリニックでずっと取り組んできた、その年表になります。ちょうど2006年からR3と、我々の方でもプログラムがスタートしております。

その後、加害者の家族支援ですね。これは当クリニックでやっております。被害者側はもちろんです、性犯罪を身内の誰かが起こして、その後、一緒に生活している家族は本当に苦しい思いをします。特に性犯罪という、特殊性ですね。裁判へ行けば傍聴人がたくさんいますし、この性犯罪を追い掛けているマニアもいます。ネットでの誹謗中傷や、親の職場にマスコミが押し掛けるとか、こういうことが実は加害者家族の中では日常茶飯事であります。ですから、クリニックでは、この加害者家族のケアは、彼らが再犯防止していく上で、もしくは彼らが出所後に戻る先として、クリニックが支えないといけないなという思いのもと、2007年に始まり、もう始めて10年以上経ちます。

その後、いろいろなプログラムを作ってきました。2012年3月、ハイリスク群に特化したプログラムを精神科のデイトケアという枠組みで、重複障害のあるハイリスクな人たちのプログラムを始めています。ここには累犯のペドフィリアの人が多くです。あと暴力的なレイプをやってきた人とか、世間を騒がせた有名な事件の加害者も来ることがあります。こういうハイリスク群のプログラム、という形ですと経過していましたが、去年、子どもに対する性犯罪を繰り返す人に特化した治療グループ（SPG: Sexual addiction Pedophilia Group-meeting）を始めました。

次はもう御存じのとおり、エビデンスに基づいた治療の三原則です。リスク、ニーズ、治療反応性の原則、これは矯正施設でもR3の分類でやっていると思いますが、当クリニックでもこの原理・原則にのっとってリスクアセスメントをし、変化させやすいリスク、つまり動的リスクにターゲットを絞り、そして、我々が最も重要視しているのは、最後の治療反応性の原則です。現在は、クリニックに多岐にわたる性加害者が来ます。特に発達障害圏の人が増えています。いわゆる自閉症スペクトラム、ADHDやASDですね。この辺りを背景を持った軽度発達障害や軽度知的障害の方が増えてきています。こういう対象者には従来の認知行動療法は余り効かないですね。今ちょうど、『ケーキの切れない非行少年たち（宮口幸治著）』という本が話題になっていますね。あの中には認知行動療法が効かない性非行少年たちにどうアプローチしていけばいいかというこ

とが非常に分かりやすく書いてあるんですけども、こういう方々はグループセッションでまとめて対応するとか、従来のワークブックを使ったスタイルが適さない人たちです。ポイントを絞れば効果的な対象者もありますが、彼らは個別の対応の中で、彼らの学習スタイルや彼らの思考パターンをしっかりと理解した上で対応していかないと、画一的な関わりが彼らの治療ドロップアウト率を高め、そのことが再犯リスクにつながってしまうという問題が出てきます。この治療反応性の原則というのはこれから一番重視しないといけないところだと思います。

【スライド9】これはそのデータですね、ちゃんとその方のリスクに合わせたプログラムをやっていくことで再犯率が抑えられるという、世界共通のエビデンスです。

【スライド10】これが、当院が採用しているリスクアセスメントツールとして使っているStatic-99です。初診のときに必ずこれをやります。そして、低リスク、中リスク、高リスクに大体分けます、これはR3の分類とも多分共通している部分があると思います。分けた上で3つのプログラムコースが設けられています。

ハイリスクな人はみっちり3年ぐらいかけてやります。中リスクの人は大体1～2年、低リスクの人は半年ぐらい。ただ、これで終わりではなくて、これはあくまでも集中的にプログラムを受ける期間です。ハイリスクの人の中で、最も密度の濃いプログラムは、月曜から土曜まで、週6日デイナイトケアで朝9時から夜7時までを3年間取り組んでいる人もいらっしゃいます。薬物療法もセットで、かなりがっちりとしたプログラムです。もうちょっと突っ込んで言うと、住んでいるところから車で送迎している対象者もいます。つまり、道中での再犯という危険性もあるので、送迎付きで通院する、そういう対応をしている人もいます。やはりそれぐらいやらないと、なかなかこのハイリスク群の人を社会内で見ていくことはできないです。何か本当に小さなきっかけで、すぐ再発してしまう人たちがいますので、このような枠組みで日々彼らに向き合っています。実はこの送迎がすごく重要なんです。要は、東京だと電車を使わないといけないので、もう電車というのはトリガーの宝庫なんです。したがって、車を使って通院するというのは非常に重要な、我々にとっての治療ツールになっています。

【スライド11】こういう感じで分けてやります。低リスクの人が高リスクの人のプログラムの中に入ることはありません。これはもう皆さん御存じのとおり、そういうことをしてしまうと低リスクの人の再犯リスクが上がってしまうからなんです。あとは、取り組む順番というのも重要です。リスクマネジメントが第1段階、その次に認知のゆがみ、そして、最後に被害者への責任について取り入れてやっていきます。

昨日あったんですが、被害者の人が実際に来てくれて自分の被害体験を話してくれる、そういうプログラムがあります。「被害者からのメッセージ」というプログラムなんです。これが非常に奥が深くしんどい内容で、彼らには今までにない学習になっています。実際に被害者の体験を生で聞くという機会、もちろん当事者同士が鉢合わせるといってはならないので、このプログラムで被害者として来てくれている方は、当クリニックに来ている加害者の人が当事者ではない人です。そういうプログラムを定期的に設けています。ただ、これを治療初期でやると、余り効果は高くないと言われてい

ます。被害者の声に耳を傾けず、逆に反発したり、また、自責の念にとらわれて自分を責めてしまって、再犯リスクが上がるということが起きてきます。ですから、リスクマネジメント、認知のゆがみの修正、そして最後に「被害者からのメッセージ」に取り組んでいくと、大体3年ぐらいかけてやっていきます。これは加害者臨床における変化のステージモデルと言っています。やみくもにではなく、彼らの変化のステージに合わせて、効果的なタイミングで被害者の声を聞くプログラムをやっていくところを実践しております。

次はリラプスプリベンションモデルですね、当院で採用している治療モデルで、これはR3の中でも採用されていると思います。アラン・マーラットが提唱したものです。再発防止に最も効果的な、リスク回避型の治療モデルです。シンプルに言うと、問題行動が再発しやすい状況や引き金を特定する、そして、それに対する対処行動を学習する。R3ではどちらかという、この1番の方に重点を置いていると思います。プラス、認知のゆがみですね。R3の中では認知の歪みにも焦点を当ててプログラムをしていると思います。これは当事者のヒアリングなんかをしても、同様の回答が得られます。

社会内におけるプログラムは、やはりこのコーピング（対処行動）が大事です。刑務所の中ではなかなかそのコーピング・スキルを実践する機会がありません。なぜかという、男性しかいないのと、彼らはやはり刑務所にいる間はスイッチが入らないからです。刑務所にいる間に治ったと勘違いする人もいます。もう大丈夫だよ、R3やったから、俺はもう完璧だと錯覚する人もいます。ですから、なかなかコーピングを実践する機会がありません。クリニックでの治療では、このコーピング・スキル、これをとにかく重要視しています。コーピングに始まってコーピングに終わると言っても過言ではありません。

実際にこのコーピング・スキルをプログラムの中で実践してもらいます。例えば、スライドの最後の方にセッションの風景のスライドがあるんですが、二人一組で、今日はこのコーピングを練習しましょうと、スライドに出ているのは保冷剤を使ったコーピングです。欲求が高まってきたときに保冷剤をぐっと握ると欲求が低減するというのを実際に体験してもらおう。これはみんなが低減するんじゃなくて、効果のある人となない人がいます。効果のある人は、それをすぐに実践してもらいます。こういうコーピング・スキルがとにかくたくさんあります。これを開発するのが我々の仕事なんです。今、このコーピング・スキルが300種類ぐらいあります。これは本人に自分で考えてくれと言っても難しいです。従ってリストの中から選んでもらって、電車乗るとき手袋をはめるのを使いますとか、ウォークマン、耳に当てるイヤホンを常に電車の中では使いながら乗りますとか、鈴を鞆につけますとか、あと、今はいろいろなアプリがあるので、これを使ったコーピングもあります。このように、本当にたくさんのコーピングの中から、その人にフィットしたものを選んでもらいます。選んでもらったら、選んで終わりだという意味がないので、生活の中で実践してもらいます。実際に、「あっ、自分の中でリスクが高まったな」というときにやってもらって、それをやることで欲求が低減する、これは効果があるわけです。効果があれば、それを繰り返してやってもらいます。こういう

ふうにして新しい条件反射を作っていきます。このような地道な、本当にシンプルなんです、根気よく積み重ねていきます。

コーピングでいうと、コーピングも効かなくなるときがあります。最初は効いたけれども、慣れてくると効かない。この前やったらうまくいったのに、今回は全然欲求が収まらないということが起きてきます。これを我々は「コーピングの耐性」と呼んでいます。なので、コーピングは1種類じゃだめなんです。複数持っておかないと、いつか効かなくなるんです。慣れてくるわけです。薬物のワークブックなんかによく、輪ゴムをパチン、みたいなのがありますね、あれもコーピングなんです、あれをやっている人も実際にいます。ということで、このコーピングが大事だということを強調しておきます。

あとはグッドライフ・モデルですね。グッドライフ・モデルというのは、その人自身がどう幸せになっていくか、将来どうなっていきたいか、性暴力という方法を使わずに、どういうふうにならなりたい自分になっていくか、これを実現していくためのプログラムです。今日はちょっと詳しい内容は避けますが、ワークブックがこうやってちゃんと出ていて、クリニックでも取り上げています。

どちらかというと、このリラプスプリベンションが実践向きで、このグッドライフ・モデルというのはどちらかというとフィロソフィー、哲学の部分です。この二つのモデルをうまく融合させながらプログラムを行っています。

【スライド14】これもよく見る図ですけれども、引き金から始まって、行動化と続きます。彼らはいきなり欲求が高まってやってしまったと言う人がいるんですが、そういうことはまずありません。再発というのは、その瞬間、瞬間で起こるのではなくて、日常生活の連鎖プロセスの中で起きています。ですから、クリニックでなぜ長時間プログラムをやるかという、彼らの日常生活の人間関係、刺激に対する反応の仕方とかそういうところから見直していきます。実は引き金ももう引かれて、再発の準備が起きているわけですね。そういうところをクリニックでは長時間見ていくことで、彼らの再犯防止に実践的に役立てていきます。朝9時から夜7時まで、非常に長い時間ですけれども、その中で、やめ続けていくことを学習していただくための治療をやっております。

【スライド15】これもよく治療で使うやつですね。彼らが頭の中で常に反すうしている四つのingです。スケジューリング、モニタリング、コーピング、シェアリング。刑務所の中に来ている層と我々のところに来る層は若干違うと思います。我々のところに来院する方は、仕事を持っている層も多いですし、比較的所得層も高いです。知的レベルもまあそれなりにある方もいれば、非常に高学歴の方もいますから、学習することは苦手ではなく、皆さん、新しいことを学び、それを実践して、うまくいったときに自己肯定感が上がる、こういう体験はすごくやはり大事です。このスケジューリングにしても、モニタリングにしても、コーピングにしても、シェアリングにしても、これをちゃんと実践していくことで、やめ続けることが可能になってきます。

この中で1個だけ、重要だということを挙げておきます。4番目のシェアリングで

す。これは何かというと、必ずクリニックのプログラムではキーパーソンを決めてもらいます。これは、再犯防止と一緒に取り組んでいく上で本人に伴走してくれる人です。キーパーソンには条件が三つあります。一つは、トリガーにならない人、これが一つ目です。同居している家族でも、引き金になるような人はやはりいますので、トリガーにならないというのは大事なことです。二つ目は、その人の過去の犯罪歴を知っていること。そして三つ目は、危ないときにちゃんと相談できる人です、SOSが出せる人。極論、再犯したときにちゃんとカミングアウトできる人、これがキーパーソンの条件です。常にこのキーパーソンと、その人のスケジュールや、プログラムではリスクマネジメントプランというのを作るんですが、そのリスクマネジメントプランを共有してやっていきます。キーパーソンは家族のことが結構多いので、家族は家族支援グループでちゃんとサポートしていきます。ということで、家族支援グループと本人の当事者のグループが連携しながら再犯防止に取り組んでいきます。

【スライド16】これは先ほどの保冷剤を握るセッションの様子ですね。サラリーマンの方も結構いるので、スーツで来ている方もいますね、仕事終わった後に来ている人たちです。実際の再発というか、その定着率については、これは皆さん気になるころと思えますが、私、東京地裁やほかの裁判所で、よく情状証人に立つことがあります。今も大体、裁判はいつも3、4件ぐらい同時並行で抱えています。情状証人で立つときに、必ず検察側から、プログラムの定着率、そして再犯がどれぐらいあるか、この辺りを聞かれます。もうこれは裁判で答えていますので、実際の治療成績を簡単に紹介します。さっき2,000名という話をしました。2,000名のうち約半数が1回の受診、若しくは受診してプログラム1回参加で脱落します。もうこれが、隠しようがない実態です。当クリニックには、あくまで本人の意思でみなさん来ています。もちろん刑事手続の入口支援の段階で、裁判があるから来るという人もいますし、家族に勧められて来るという方もいます。ただ、あくまでもこれは本人の自由意思です。その実態が、約半数は1回、若しくは1回のプログラム参加でドロップアウトです。

我々も、ここの定着率をいかに上げていくかは、ずっと考えてきました。初診のときに誓約書を必ずとります。クリニックのプログラムは基本はやはり3年、3年継続というのが我々の中で重要な臨床的な感覚です。誓約書には3年継続するという文言が入っています。その誓約書にサインできない方は基本的に初診で終了になります。ですから、1,000人、中断しているというのは、その理由もあります。ただ、サインしても法的拘束力はないですから、ドロップアウトする人ももちろんいます。ただ、そこで誓約書にサインしたということは、一応それを弁護士さんや家族と共有しますので、ある程度のドロップアウトを防ぐ要因にはなっております。

そして、我々のクリニックでの、いわゆる長期定着群ですね、3年以上続けている長期定着群が今やっと50名ぐらいです。これが多いと見るか、少ないと見るかですね。今、最も長い方が11年、2人いらっしゃいます。11年間プログラムを継続している方、この方々はもちろん再犯していません。11年間、自分のお金を払いながら来ているわけです。私の本音としては、本当に悲惨な性犯罪を繰り返してきた人をたくさん

見ているので、本来は一生かけて継続してほしいと思っています。一生かけて取り組んでもらいたいというのが本音ですが、今のところ10年以上続けている人は2人、非常に貴重な存在です。

彼らに私もよく聞きます、何でそれだけ継続できるのか、彼らは2人とも大体同じことを言います。もう認知行動療法のノウハウとかは頭にほとんど入っていますので、彼らは忘れないためだと言ってます。継続しないと忘れてしまうんだと。だから、ここに来ます。ここに来ると、最初のころ、自分が通ってきたときのことを思い出す。それは、新しい参加者を見て思い出す。あとはやはり、この思い出す作業は日常生活の中ではなかなかできない。だから継続して通院して思い出さないとだめなんだと。ここまで考えられるようになるといいんですけども、ここまで来るのにやはり相当長い道のりがあります。

加害者臨床に必要な視点として。私が長年取り組んでいるのは加害者臨床という領域です。『家庭の法と裁判』（日本加除出版）という雑誌において、ストーカーの臨床をしているNPO法人ヒューマニティ代表の小早川明子さんと、私は性犯罪、DVの臨床もずっとやってきたので、DV加害の臨床や性犯罪の臨床家の私との対談が載っています。そこに重要なエッセンスがたくさん載っているんですが、我々のやっている領域は加害者臨床といいます。これは、時々名称を間違える方がいて、加害者支援と呼んでいる方がいます。これは支援ではないというのを私、よく言うんですけども、必ずこの加害者の臨床は、背景に被害者がいるという前提でやっていきます。内容がいかにも正しくても、加害者支援という位置付けにしてしまうと、それを被害者側がどう感じるか、これを常に考えてやっていかないといけないです。

我々の目の前にいる患者さんの背景に、彼らは何百人、何千人と被害者を出してきた、この被害者が背景にいる、それを前提に臨床を組み立てていきます。これをダブルクライアント構造といいます。非常に特殊な臨床領域です。ですから、余り共感という言葉は使わないです。例えば、過去にひどい虐待を受けてきたと、患者自身も性虐待や性被害を受けていたと、もしかしたらそれがリスク要因になって、大人になってから加害行為を繰り返してしまう。確かに、患者自身の過去に起きた出来事のケアは必要かもしれないです。ただ、加害行為の責任とは分けて考えます。それはそれです。まずは再発防止が重要です。被害者を出さないということが何よりも最優先です。再犯防止スキルがしっかり身についた上で、過去のトラウマのケアに着手していきます。原因と責任をちゃんと分けます。ここが非常に加害者臨床の中では重要です。決して過去のトラウマのケアはしないわけじゃないです。そこもちろん時間をかけてやる必要あるんですが、まず重要なのは、その加害行為を止めるということです。ここ抜きにしては、この加害者臨床は成り立ちません。ですから、よく被害者支援と加害者臨床は車の両輪であると言われますが、そういうところが実はこの加害者臨床に必要な視点だと思っています。

【スライド17】五つぐらい書きましたが、この加害者臨床にもエビデンス・ベースド・プラクティス、これがやはり重要です。やみくもに被害者の声を聞かせればいいんだということではなくて、彼らの治療反応性の原則、その変化の段階に応じたアプロー

チをちゃんとしていくこと、それによって効果のあるものを続けていくこと、これは我々のプログラムの中でもコーピングによく表れます。コーピングは効果のないものは消去していきます、効果のあるものを残していきます。これも日々、選択と、そして判断ですね、選んで、そして効果のないものは捨てていく、効果のあるものを残していく、ここに焦点を当てます。それはなぜかという、この性犯罪の加害者臨床では再発防止が最も重要だからです。効果のないことをやって、それが再発につながるのであれば、効果のないことはやめていくべきです。効果のあることをやっていきます。

そして、やはりこの刑罰や監視によるアプローチの限界、これはあります。埼京線に防犯カメラがついたとき、クリニックでいわゆる痴漢の常習の加害者が言いました。防犯カメラは確かに初犯の人や、まだ痴漢をしない、していない潜在的な人たちに対する抑止的な効果はあるだろうと。でも、より難しい環境で行動を達成することで達成感を得ている者もいるだろうと。なので、監視や刑罰は、かなり常習化したハイリスクな人にとっては、問題行動を促進させる要因にもなり得ます。彼は治療を受けて結構長い方で、ちゃんとこの問題のメカニズムを知っている人なので、監視によるアプローチによる限界について話をしてくれました。

あと3番目は、関わる我々が性暴力に対する正しい知識と認識を持つということ、これはやはり重要だなと思います。私もこの臨床に関わる前は、性犯罪を繰り返す人は色黒でマッチョで、ちょっと知的レベルが低くて、女性にもてない人みたいなイメージがありましたが、今まで出会ってきた2,000人を超える加害者に、ほとんどそういう人はいなかったです。確かに軽度知的障害や発達障害の人はいますが、多くの方は、いわゆる普通の人、見た目や生活レベルは普通の方が多かったです。ですから、こういうどこにでもある問題なんだと、非常に身近な問題で、我々の職場の中でも起こり得るんだと、職場の中にもそういう人がいる可能性があり得る、こういう身近な問題として理解した上で、加害者への対応、被害者への対応をしていく必要があるということです。もう被害者に関するエビデンスはたくさん出ていますよね。被害当時着ていた服装と性犯罪の発生要因には、因果関係がないということも大分知られるようになってきました。これは電車内痴漢も同様です。

私も彼らに、どういう人を狙いますかと聞くと、ほとんどの人が、「泣き寝入りしそうな人を選んでいきます」と言います。被害を訴え出なさそうな人を選んでいきます。ちなみに痴漢に関して言うと、一番被害に遭っているのは学生さんです。中高校生の女子学生が最も選ばれています。彼らに、なぜ制服を着た学生を選ぶのかと聞いたら、これはもちろん泣き寝入りしそうだからという答えもあったんですが、彼らのロジックからすると、そういうことだと思います。ということで、そういう、実態はどうかをやはりちゃんと知る必要があるということだと思います。

あと、過剰な病理化、これは我々、治療する側の重要事項です。彼らを、医療機関で治療をしていくため、何らかの病名がつくことが多いです。例えば、性嗜好障害やパラフィリア障害群、こういう逸脱した性行動、反復する性行動には国際的な診断のガイドラインがあります。しかし、これによって必要以上に病理化してしまうことは、本人の

行為責任を隠ぺいしてしまうリスクがあります。つまり、病気だから仕方ない、再犯したときも、まあ俺は病気だからまたやってしまったという世界観につながりかねません。確かに本人は衝動制御ができない、いわゆる嗜癖行動としての側面はあります。ただ、彼らは交番の前では絶対にやらないです。被害者や状況や場所、時間帯をちゃんと選んでいます。ですから、ここを分けて考えないといけないです。行為責任を明確にすること。もちろん病気の部分、いわゆる衝動制御ができない部分は治療していかないといけない、ここは分けて考える必要があります。従って、過剰に病理化して囲い込んでしまうことは、本人が自分の責任として引き受けていくこと、加害行為の責任を背負って生きていくこと、こういうことを妨げてしまう、ここは非常に重要なポイントです。

あとは、やはり性犯罪の一次予防、二次予防、三次予防です。今、私が取り組んでいる現状として、一次予防は性教育や啓発活動です。私は今、薬物乱用防止教室で都内の小中学校、高校に行くんですけども、必ず薬物の話をする前に痴漢の話をしします。先生方はみんなぎょっとした表情をするんですけども、でも、被害に遭っている人は実際に学生の人たちです。多くの人は「痴漢はなぜ痴漢するのか」を知らないです。誰も教えてくれないです、どう対応すればいいか。なのに、いきなり電車通学が始まると満員電車に乗って、毎日痴漢に遭うようになります。これはもう本当に、自尊心を削られるような毎日です。自殺を考える人も中にはいます。こういう被害と加害の実態が知られていないのと、先生も親も、「なぜ痴漢は痴漢をするのか」を質問されたら答えられないんです。このことをちゃんと学生に伝える必要があると思っています。ですから、私は学校へ行くときは必ず痴漢の話をしします。啓発に関しては、こういう情報をいろいろなところに出していくということです。痴漢レーダーや痴漢抑止パッチなんかは、今非常に注目されている、痴漢防犯のための今までにはなかった有効なツールですね。

二次予防は早期発見、早期治療です。痴漢の場合、当クリニックに来ている800例を超える痴漢のデータを取ったんです。問題行動を始めてからクリニックにたどり着くまで平均何年かかっているか。痴漢は8年でした。盗撮も調査しました。盗撮は7.2年でした。ペドフィリアは14年もかかっています。このデータだけでは、一概に言えないですが、子どもへの性加害は専門治療につながるまで相当時間がかかるということになります。これは、暗数が多いということにも関係してきます。盗撮の場合、大体の平均回数をヒアリングしました。彼らは平均、週に2、3回はやるんです。依存症の患者さんって自分がやった回数を少なく見積もって言いますから、多分、最低でも2、3回はやっていて、クリニックにたどり着くまで平均8年かかっているとしたら、1,000回以上やっています。治療を始めるまで1,000回以上繰り返して、常習化していくということです。痴漢に関しても似ていると思います。早期発見、早期治療をどうしていくか、これは恐らく、初犯の段階で治療命令を出すとか、なかなか今の状況では難しいですけども、もっと早い段階で専門治療にどうつなげていくかの制度設計、システムをつくっていくということになります。中にはやめたいけどもやめ方が分からなかったという人もいます。クリニックでは、やめ方を具体的に教えます、このニーズは合致するんですよ。ですから、どれぐらい、例えば、問題行動を始めてから治療に

つながるのが4年とか3年と短くなっていけば、もっと被害者は減るわけです。ここをどうしていくかですね。

三次予防は、我々がやっている再発防止です。この一次予防、二次予防、三次予防に各専門家や関係者がしっかりと取り組んでいければ、性暴力は減っていくと考えています。もちろん子どもたちへの性教育も大事です。性教育も今ちょっとずつ変わりつつあります。私もできる範囲で啓発していきたいなと思っています。

残り時間わずかですが、少し別の話をします。現在、R3受講者からのヒアリングをクリニックでやっています。今、20人ぐらいの方からヒアリングできていて、元加害当事者から、R3にこういう要素を入れてほしいと、刑務所の中で行っているプログラムにこういう要素を入れてくれると、出た後も含めて再犯防止につながっていくんじゃないかというのを当事者の視点からヒアリングしています。この後は、R3経験者からのインタビューから見えてきたことについて話をします。今日はAとB、二例しか持ってこなかったですが、今後は100例ぐらいのデータを取ってきたいなと思っています。

このA氏は30代、受刑歴4回、軽度知的障害ありの方です。この人はペドフィリアの人ですね。5回目は行かずに、現在クリニックに1年半通っています。初めてこんなに再犯せずに今、社会にいるというふうに彼は言っています。彼はR3を3回受けています。彼は幼少期に性虐待を受けていて、相当ひどい暴力的な家庭環境で育っています。小学校低学年のときから女兒に対する行動化を始めています。彼は真性のペドフィリア、純粋型です、成人女性には全く関心ない人です。そして、ペドフィリアの中でも非常にハイリスクな人です。ペドフィリアの中で最もハイリスクな人は純粋型のペドフィリアで、かつ男児が性対象の人ですね。私もそんなに多くは関わっていないんですが、この人たちは治療が困難で、再犯リスクは高いなと思います。話をA氏に戻して、ずっとわいせつ行為に及んでいて、最後の受刑は人気のないところに女兒を連れていって、ナイフを使ってわいせつ行為に及んだとっていました。

彼は今、当クリニックのペドフィリアのプログラムに参加しています。プログラムの中で、過去に何度も女の子を襲っていますけれども、もし騒がれたらどうしたんですかと聞いたら、彼はこう言いました、騒がれたときは殺そうと思いましたと。こういうペドフィリアの人たちの考えは、痴漢や盗撮の人たちと質的に違いますよね。だから、プログラムをやはり別にしないといけないんです。当クリニックでは、ペドフィリアでは被害者が児童ということもあって別にしています。そして、彼らは非常に特異な認知のゆがみを持っています。

A氏とは別に、今クリニックに来ている人で、一番低年齢を対象にしている人に3歳前後の子どもばかり狙う人がいます。私も子どもがいるので、複雑な感情を抱きながら彼に質問し、何でその年齢ばかりを狙うのか、純粋な疑問として聞きました。彼はこう言いました、3歳だと記憶に残らないでしょうと。実際は記憶に残るんですが、彼のロジックはそうです。これはもう相当ゆがんでいますよね。こういう人たちはやはり痴漢、盗撮の人たちと一緒にプログラムできない。同じグループだと必ずドロップアウトします。

A氏は今回、刑務所で受刑して、R3を受けて、助けを求めるといふことと、R3を学んで、刑務所を出るときに、受刑中に、出た後に危ないときにはクリニックに行けばいいということで某クリニックと榎本クリニックの名前だけ聞いていたんです。彼は出所後に、兄弟と一緒に同居しながら、ハローワークに行き始めました。なかなか仕事が見つからないんですね。ある日、ハローワークでの面接が早く終わって、彼は時間がちょっと余ったので、ハローワークの近くの公園で早い昼の食事を取りました。公園に行くというのが、もうこの時点でハイリスクな場所に行ってるんですが。彼は食事を取っていたら、案の定、彼がターゲットにしている小学1年生から3年生ぐらいの女の子が来ました。何か忘れ物をしたのか、公園に戻って来て、その忘れ物を取ってすぐいなくなりました。彼はその小学生が来たとき、まずいと思ったらしいんです。そして、その彼女がいなくなった後に、こう思ったそうです、「また必ずあの子はここに来る」と、そのときに彼は、これはもう、急性トリガーの段階にきていると思ったそうです。すぐ彼は同居しているお兄さんに泣きながら電話して、すぐに治療に行かせてほしいと言ったそうです。彼がお兄さんに電話するというのは、R3で学んだことです。これを彼は実践できたんです。それで、無事に当クリニックにつながりました。彼は今、送迎を使って通っています。1年半、今のところ再犯していません。薬物療法が非常に彼には効果が出ていて、抗精神薬を使っているんですけども、子どもを見ても性欲をほとんど感じないと言っていましたね。性欲を感じないことについて、彼の中では再犯しないためには仕方ないと思っているみたいです。

続いて、B氏の例です。この人はR3対象外の人です。ただ、7回、刑務所に行っています。御存じのとおり、R3では分類があつて、その中で選別されて、選ばれた方が受けられます。彼はハイヒールを盗むという人です。歩いている女性の後ろから足を押さえて、ハイヒールを盗んで、それを持って逃げる、こういう性嗜好のある方です。でも、彼の場合は、何回も刑務所に行っているんですが、R3からは全部外れています。

彼は自分のこの性嗜好が病気だと知らなかったです。治療できるとは知らなかった。たまたま最後に受刑したところで教育専門官から、それは依存症だよ、治療を受けた方がいいよと言われて、当クリニックにつながりました。彼は今、3年来ていますね。こんなに社会にいたのは初めてだと言っています。ただ、やはりハイヒールの音がだめみたいです。コツコツコツという音が、もうこれが彼にとったら大きなトリガーです。足音を聞いてどのスタッフか見分けることが出来るぐらい聴覚が発達しているため、外出時はイヤホンをするというコーピングが非常に有効です。彼は、ハイヒールがこの世からなくなってほしいと言っていました。彼はR3の対象ではありません。もうちょっとこういう人も刑務所内で何かプログラムにつながっていれば、早い段階で社会内の治療につながっていたんじゃないかなと思います。

【スライド20】最後ですね。課題を挙げました。今後、矯正施設内処遇、あと社会内処遇、そして地域トリートメントが連携していく上で、どうしていけばいいのか。今、20名ぐらいのR3の経験者の人からヒアリングした中で挙げてきた課題をまとめました。まずは、R3の分類における非受講群の問題です。精神疾患など何らかの理由で

R3対象外になってしまうハイリスク群に対する超高密度のプログラム、こういうものが作れないだろうかというところが1つです。特にペドフィリアに特化したものがあるというふうに思います。

あとは、さっき言ったように知的障害や発達障害があるため、なかなかR3を受講できないという人がいます。そういう人は結構、分類から外されてしまう可能性があるのですが、こういう人たちこそ実はリスク高いんですね。こういう人たちをどうやっていくかという問題もあります。

あとは、受講するタイミングですね。これは彼らの意見からすると、出所前に受けたという希望が多いです。例えば、10年の刑で5年目に受けて、残刑は専門的なプログラムは何もしないと学んだことを忘れてしまうと言っています。セルフマネジメントプランだけは持っているけれども、できれば出る前ぐらいの、釈前教育の前ぐらいに受けたいと、そうすると、もうちょっと記憶に残るんじゃないかという意見です。あとは、出た後にどういう機関につながればいいのかのアドバイスも欲しいと、この辺の問題ですね。

あとは、メンテナンスの問題です。特にR3で使用しているワークブックですね、ワークブックを真面目な人は全部ノートに写すんです。私も見せてもらって、内容的には素晴らしいと思うんですけども、これを施設外に持ち出せないかという問題ですね。これには著作権の問題とか、いろいろな問題があるのかもしれないんですが、これがもし社会内で共有されれば、それを基に再犯防止に取り組む相談機関も増えてくるでしょうし、もうちょっとこれが公開されると、社会内でプログラムをやる人が増えてくるんじゃないかと思っています。薬物のSMARTPPなんかも今、全国に名前を変えて広がっていますけれども、性犯罪者の処遇に使っているワークブックも、もし一般に使えるような形で出してもらえれば、依存症の問題を扱っている医療機関で、プログラムをやりたいというところが増えるんじゃないかという印象を持っています。

まだ、社会内で性加害者のプログラムを行っているところはすごく少ないですね。受け皿が非常に少ない。これを増やしていかないことには、出所後再犯というのは避けられないですね。

あとは、保護観察所の性犯罪者処遇プログラムと何とか連携できないだろうかということです。私は今、都内の更生保護施設に何か所か行っています。そこで要望があったときに、個別で性犯罪で受刑していた人のプログラムをやっています。そこを出た後にクリニックにつなげるような形の取組を、今やっているんです。そこにいる人は、実は保護観察所の性犯罪者処遇プログラムを受けているんです。ですから、もうちょっと保護観察所とうまく連携できればと考えています。保護観察期間に3カ月で5回やりますよね、これのメンテナンスとして、この社会内のプログラムにつなげていくようなルート、これが作れると、もうちょっと切れ目のないアプローチができるんじゃないかと考えています。あとは、海外にある治療的保護観察という制度ですね、これは治療命令も含めたもので、保護観察期間中に治療を受けていないと刑務所に戻るみたいな、こういう制度があればつながるというところが、もうちょっとしっかりとしたパイプにできる

んじゃないかと。

最後です。私はここが一番、これからの課題だと思います。いわゆる特別調整にもものらない満期出所者、ここですね。特別調整にのってくる、地域生活定着支援センターが関わる性犯罪のケースも結構難しい対象者が多いんです。すぐいなくなっちゃいますね。なかなか定着しないんですが、まだ、つながるといところまではできるんですね。たくさんの方が出所前から関わりますから。ただ、この特別調整にも該当しない、特別調整って本人も希望しないとだめですから、ここにもものらない満期出所の人、この人たちをどうしていくかというところなんです。これは実は私も経験があって、強姦で受刑していた人が、満期で出所した後、その刑務所の近くのコンビニで再犯したんですけれども、彼は特にこの5番（スライド20）に該当する人です。こういう人を社会内のプログラムにどうつなげていくか、ここは非常に重要な課題かなと思っています。

あと当クリニックに来ている患者さんの属性等に関するデータは、今日お渡しした論文の中にも載っていますので、参考にさせていただいて、飽くまでもうちに来る人たちは、顔見知りでない人、全体の3割のうちの氷山の一角の2,000名以上です、ということ的前提を見ていただければと思います。

最後、冒頭にも話しましたが、『「小児性愛」という病—それは愛ではない』（ブックマン社）という、今まで150人のペドフィリアの人の治療に当たってくる中で得た知見、エビデンスをこの一冊にまとめました。彼らはよく純愛と言います。純愛だったんだと、たまたま好きになった人が子どもだったんだと正当化します。こういう特異な認知のゆがみにどうアプローチしていくか。あとは、ペドフィリアの潜在層というのはたくさんいます、もうツイッターを見ていてもよく分かります。こういう予備軍の人たちをどう対応して考えていけばいいのか、そして暗数の問題ですね。私が行っていた刑務所で、米国の（ジョナサン・）エイブルの研究、「未治療の1人の性犯罪者は生涯に380人の被害者を出す」という研究があるんですが、その話を某刑務所でするんですね。あるペドフィリアの人は、僕はそれよりもやっていたと言いました。非常に暗数が多いんだなと思います。いわゆる声に出せない被害者たちがたくさんいます。

ということで、時間が来ましたので、私の話、これで終わりたいと思います。御清聴ありがとうございました。

○薊秘書課補佐官

ありがとうございました。

それでは、ここで質疑応答の時間を取らせていただきます。どなたか質問ある方、どうぞ挙手していただいて、おっしゃっていただければと思うんですが、いかがでしょうか。

○大原刑事局刑事課長

刑事局刑事課長の大原と申します。本日は、大変貴重なお話、ありがとうございました

た。

施設内処遇，社会内処遇，それから地域トリートメントの問題点，また，刑罰，監視の限界という話もありました。刑事罰を科す前提として裁判という手続がありますが，先生のほうでもし，痴漢とか，あるいは性犯罪とかの裁判を御覧になり，何かお感じになったこととかがあれば，ぜひ教えていただきたいなと思いました。

○斉藤先生

ありがとうございます。

私，個人としては現在までに，情状証人として性犯罪裁判に50回程度出廷しております。そのうち，裁判員裁判が10回ほどあります。既に治療につながっている加害者の証人として出廷する場合もあれば，まだ勾留中で保釈が認められないケースなどは，勾留中に面会をして，再犯防止計画を立てて，判決後の行き先として治療につながってもらうための道筋をコーディネートする司法サポートプログラム（LSP：Legal Support Program）というのを行っています。その中で非常に難しいと感じるところは，本人自身は，こういう病気で，かつ専門的なプログラムを受ければやめることができるということが伝われば，必ず治療に来ますと言ってくれる方がいます。一方で，明らかな常習性があり裁判の中でプログラムの必要性を伝えるんですが，実際に受刑したときにR3から外れるという方もいらっしゃいます。それはどういう形で知るかというところ刑務所から送られてくる手紙です。手紙の中身は，「本当は俺，R3を受けたかったけれども，なぜか分類から外れました」というエピソードが以前ありました。このときはどういう基準でR3対象者を選んでいるんだろうと疑問が残りました。

あとは，裁判における，被害者側と加害者側の全くかみ合わない謝罪の場面についてですが，ここは私，裁判の段階では，かみ合わなくて仕方ないとも思うんです。私も被害者支援の方々や被害者の相談を受けていますので，裁判の段階で，なぜかみ合わないのかというのはよく分かります。それは，さっき加害者臨床における変化のステージモデルという話をしましたが，彼らが被害者のことに真剣に向き合えるのには，そのための土台がやはり必要なんです，しっかりと自らの加害行為の責任を受けとめていくだけの器が必要です。ただ，裁判の段階って事件を起こしてそんなに経っていない状況で，被害者側はもうそのときは一次被害，いわゆる対象行為の一次被害に重ねて，その後の二次被害に生活が支配されているわけです。つまり，生活の中で起こる様々なセカンドレイプについて，ここにもしっかりと責任をとってほしいというのが被害者の思いです。なぜ私を選んだんだ，人生が壊れてしまった，さらに，一次被害もそうだけれども，被害当時には，二次被害がこんなに大変だと想像できないわけです。寝られない過覚醒状態，PTSDの問題，自傷行為が始まる，うつになる，解離が起きる，もう様々な二次被害で生活が支配され，無理解と孤独の中で苦しんでいます。ただ，加害者は裁判の段階では，その被害者の二次被害の影響まで考えが至らないです。そこは，知らないから想像力が働かない。加害者は自分がやった加害行為そのものに謝っているのです。二次被害に対して謝罪するというところまでの視点や想像力がないですね。ですから，クリニ

ックのプログラムでは、なぜ、被害者の人に来てもらって体験談を話してもらおうかという、やはり被害の後、どれぐらい大変なのか、ここをやはり知ってもらう必要があると思うんです。ですから、当クリニックに定期的にメッセージを運んでくれる被害者の方が言うんですが、「加害者には時効があるけれども、被害者には時効がない」ということ、これを知ってほしいと彼女は言っています。裁判の段階では、この辺りの両者の考えがちょっとかみ合わないなというのを感じます。

○大原刑事局刑事課長

今おっしゃっていただいたことは非常に参考になります。もう一つ、裁判では、被告人という立場でいろいろ自分の動機を説明しますが、やはり今、先生のお話を聞いていると、痴漢に関してもステレオタイプに、こういう動機からだということではないんだなと思いました。先生御自身は、裁判でそういうのを御覧になっていて、何か感じる事とかおありですか。

○斉藤先生

これはやはり、裁判の段階において、いまだに根強く残っている性欲原因論（性欲の強さが原因で性犯罪は起きる＝男は性欲がコントロールできないという神話からくる言説）で語る加害者は多くて、性欲が僕は強いんですとか、抑えられなくてムラムラしてやっちゃったんですとか。彼らは、性犯罪を性欲の問題に矮小化して語ると周囲を妙に納得させることが出来る、つまり煙に巻けるという経験を持っています。男の性欲はコントロールできないから仕方ない、という思考に陥りがちな、社会全体が持っている前提としての価値観があります。ですから、本来はプログラムで、なぜ繰り返す必要があったのかとか考えさせると、彼らの話でよく出てくるのは、支配欲を満たすため、優越感を感じるため、達成感を感じる、男らしさや男性性を確認するとか、低下した自尊心を回復するためだとか、いろいろあるんですが、こういう多種多様な欲望や欲求が凝縮した行為が性暴力なんです。ですから、裁判の段階ではまだ彼ら自身が性暴力を語る言語を持っていないので、ここはやはり心理教育が必要で、それは治療の中で明確化させていきます。

○大原刑事局刑事課長

ありがとうございました。

○薊秘書課補佐官

ほかにございますでしょうか。

○是木企画再犯防止推進室長

官房参事官の是木でございます。本日はありがとうございました。

合計4点のこと、ばらばらのことについて御質問したいと思います。研究などがある

テーマであることも認識しておりますが、先生の観点からはどのようにお感じでしょうかということをお教えいただければと考えております。

1点目は、今の話も関係しますが、被害者の声というのを届ける場合について、治療反応性を見ながら対応していくことが必要だというような御指摘がありました。一般に、被害者の方々が事件の被害のことについて、加害者が知るということが重要であるということを指摘される方が多いということがあって、そういう中で、例えば事件からかなり離れた後の段階で、服役中であるとか、あるいは保護観察とか、そういった段階に至った段階で、直接対面する形で被害者の方のお気持ちというのを聞く、そういった機会を持たせることが必要なのではないか、なんていう指摘も出るということのように認識しております。もちろん、被害者のお気持ちというのを認識するというのがグループワーク等の中で必要になってくる局面もあるかと思いますが、そういった形で直接対面というような部分に関して、メリット、デメリット等について先生がお感じになるところがあれば、教えていただきたいというのが1点目でございます。

それから、2点目です。こちらはお話が出ているかもしれませんが、非常に高リスクな人であり、かつ、治療に対する意欲がないというような人、矯正の場合も非常に苦勞するタイプではないかと思えますけれども、そういったものを治療に向けていく上でのキーとなるようなものというのが、先生は何かあるというふうにお考えかどうかというのが2点目でございます。

3点目、薬物治療についてであります。先ほど、非常に効果を持っているというような御指摘がありました。なかなか性犯罪に対する薬物治療というものの効果というものについて、様々な意見があるかと思いますが、先生御自身はどのような認識をお持ちかということが3点目。

最後ですが、地域ケアについてであります。今、ごく始まったばかりではあるかもしれませんが、地域ぐるみで性犯罪に関して再犯防止の取組なんかが行われている地域もあるかと思えます。そういったものの広がりについて、先生の方で、現にワークしているというふうにご考えられるところがあるか、それとも、まだまだ発展途上であるとお考えか、多数にわたって申しわけないですが、簡潔で結構ですので、教えていただければと思います。

○斉藤先生

ありがとうございます。

直接対面は、リスク高いなと思えますね。当クリニックでやっている被害者のメッセージは飽くまで事件の当事者同士ではないので、成り立っています。修復的司法の取組ではそういう手法が採られるというのを聞いたことあるんですが、被害者がもちろんそれを望むことで、被害者側の回復阻害要因にならない、かつ、加害者側もそれを受け止める土壌がある中であれば、専門的なコーディネーターが間に入って行うことで効果的な対話になるのかなと思えます。

あと、治療に対する意欲がない者への動機付けに関して、これはクリニックでも時々

問題になります。ただ、当クリニックは初診時に幾重ものフィルターを設けているので、例えば、治療を3年間継続することや、リスクに応じたプログラムを受講すること、家族と定期的に面談するなど、かつ誓約書にサインできるかどうか、これがクリアできない人は治療をお断りしています。ですから、本当に裁判のためだけに来る、やる気の無い人はそこでフィルターにかけられます。通院をしている人の中で、高リスクで動機付けが低い方は、クリニックの中で用いている手法は、いわゆる動機付け面接法という手法があります。これは、ちゃんとエビデンスのある心理療法なんですけれども、対立、対決するのではなくて、彼らの動機付けを高めていくための手法です。①共感を示す、②矛盾を拡大する、③抵抗とともに転がる、④自己肯定感を支援する、これら4つの要素を踏まえて対象者にアプローチします。これはやはりトレーニングを受けないと厳しいかなと思うので、刑務所の教育専門官の方々も、ぜひ実践に取り入れていただければ、より動機付けが低い人をどう高めていくかのヒントになるかと思います。

あと、薬物療法は、当クリニックでよく使うのは抗精神薬のセレネースやリスパダールです。これは統合失調症で主に使う薬ですけれども、これを実は一定期間服用している人の4割から6割は勃起不全が起こると言われています。それを説明した上で、特にハイリスクな人は本人の同意のもとでやっています。これを使った効果というのは、結構皆さん、よくフィードバックをくれて、「あっ、効果出ているな」という一つの目安が、性欲が減退しているという話をもらうんですね、これは効果出ているなど我々、臨床的な感覚で思います。あとは、トリガーになるような対象者とすれ違うときに振り向かなくなったとか、そういう人に反応しなくなるということですね、こういうところで薬物療法の実感、認知行動療法以外のところで感じることはあります。さらに最近は重複障害の一つとしてADHDを合併している人もいるため、それにあつた薬物療法も実践しています。

あと、地域ケア、つまり性犯罪者のコミュニティへの再統合支援は、これもクリニックとして取り組んでいるところがあります。ただ、まだまだやはり難しいところがあります。自助グループとの連携もその一つなんですけど、自助グループも、これも御本人の意思のもとに来ますし、例えば就労支援というところを考えると、クリニックに来ていの方々で、自分の事件がばれて、すぐクビになるという方は結構います。そういう体験を繰り返していると、またそれが再発のリスク要因になってくると。家が自営業をしている人は、社会復帰率が高いです。出所後に仕事がありますし、親がキーパーソンになって理解しているので。ただ、普通に会社員として復帰していく人たちは、ネットで調べれば過去の事件が出てくる、誰かが発見すると、それが一気に社内に広まる、そして排除される、こういうパターンが非常に多いので、ここが今後の大きな課題だと思っています。

○是木企画再犯防止推進室長

ありがとうございました。

○薊秘書課補佐官

そのほかに質問のある方、いらっしゃいますでしょうか。

では、最後に御質問させてください。今日はお時間の関係で、小児性愛に特化したお話ということには触れていただけなかった部分があるのかもしれませんが、貴クリニックにおいては2018年に小児性犯罪に特化した治療グループを立ち上げられたということを、この資料で見まして、ほかのグループワークだったり、ほかのプログラムとここを違えて構成しているとか、こういう点に配慮してグループを形成して実施しているみたいなことがもしありましたら、教えていただければと思います。

○斉藤先生

そもそもこれを立ち上げた背景は、彼らは他の性犯罪の人たちのグループでは自分の問題行動を話せない、それは子どもを対象にしているということで話せない、これは性犯罪者の中でもヒエラルキーがあって、その中でもペドフィリアの人は最も嫌がられるという人たちです。ですから、まず場所を分けないといけないという問題があります。だから、グループの場所をまず分けました。かつ、ペドフィリアの人たちの中では重複障害を持っている人が多いです。一番多いのは軽度発達障害です。やはりさっきのワークブックの話もありましたが、彼らに理解しやすいような形で、ちょっと簡易版のやつですね、分かりやすい内容のやつでリスクマネジメントをしていく方法を学んでもらう。あとは、薬物療法をほとんどの人がやっています。8割ぐらいはやっています、そこで衝動を抑えているというところですか。あとは、さっき言ったハイリスク群のプログラムで結構長い時間、クリニックで見ていきます。主にその生活自体をケアしていくという視点から、彼らの社会内で再犯防止、地域定着を維持するための伴走型支援をしています。一番大きなのは、彼らだけのグループを作るところが彼らにとっても大きいみたいですね。本当にやはり話せない、グループワークで語られる内容も本当にグロテスクな話が多いです。ですから、聞いている我々も気持ち悪くなるような話が出てきますが、彼らはそれを話すことで、つまり言語化と衝動性は対極にあるので、話せること自体が欲求を低減するというところで試行錯誤しながら実践しております。

○薊秘書課補佐官

ありがとうございます。

ほかに御質問等ある方、いらっしゃいますでしょうか。特にこの場ではということだったり、ほかの御質問がある場合につきましては、また別途まとめて先生にお伺いする機会もあるかと思っておりますので、おっしゃっていただければと思います。今日はお時間もございますので、これにて質疑応答を終了させていただきたいと思っております。

それでは、副座長のほうから御挨拶を差し上げたいと存じます。

○山崎法総研総務企画部長

副座長の山崎でございます。本日は御多忙の中、当省までお越しいただいた上、貴重

なお話を賜り，誠にありがとうございました。限られたお時間ではありましたが，性犯罪加害者等の社会内処遇の最前線で実際に携わっておられる斉藤先生から，実際の臨床を通じた御知見を賜り，大変理解を深めることができました。特に，加害者側の自らの行動に対する理由づけとといいますか，赤裸々な告白等は本当に印象的でありました。改めて，加害者側，あるいは加害者になり得る人に対してどう対応していくのか，お話を伺っていると，なかなか大変なところもあるようですけれども，その点をどうしていくのが本当に重要であるということを確認した次第であります。本日得ました知見を大いに参考にさせていただきまして，本ワーキンググループにおいても更に性犯罪の実態の把握に努めてまいりたいと思っております。

本日はどうもありがとうございました。

—了—