

論文

知的障害のある性暴力行為者への治療的対応 —英国イングランドにおける SOTSEC-ID モデルの調査を中心に—

水藤 昌彦
Masahiko MIZUTO

近年の日本では、刑事司法と福祉の連携によって、福祉的ニーズがあり、矯正施設から釈放された人への支援体制の構築が進められている。これにより、社会福祉サービス事業者が、非行・犯罪行動に至った人への支援に関わる機会が増えてきている。また、刑事手続の対象とはなっていないが、社会の中でさまざまなトラブルに直面している人とも、社会福祉サービスは関わりがある。なかでも、性暴力行為に至った人への対応は、困難な課題である。行為による影響が大きいにも関わらず、性暴力行為に対しては、司法領域においても処遇が開始されてから、それほど時間が経過していない。また、社会福祉領域の支援者にとっては、これまでほとんど実践に関する知見が蓄積、共有されてこなかった問題である。

現時点では、以下の2つの問題が大きい。第1は、性暴力行為者治療プログラムが知的障害のある人に十分配慮された内容となっていないことであり、第2は、司法領域での処遇終了後の地域内でのフォローアップを含めた、地域における対応体制の不備である。

本稿では、知的障害のある性暴力加害者への治療プログラムの先進モデルである、イングランドにおける SOTSEC-ID モデル、および関連サービスに関する現地調査の結果をもとに、今後の日本における知的障害のある性暴力行為者に対する治療・支援システムの構築にあたって、参考になるとと思われる点を整理検討し、今後のサービス展開の方向性について提言することを目的とした。まず、日本の刑事司法と福祉の連携状況を概観し、知的障害のある性暴力加害者への対応の現状について確認した。そのうえで、文献調査によって明らかになった SOTSEC-ID の概要、および現地調査によって得られた情報を検討した。最後に、今後の日本におけるサービス展開の方向性について論じた。

キーワード：性暴力行為、知的障害、治療的介入、イギリス

1. はじめに

高齢、障害のある犯罪行為者に対する、刑事司法と福祉の連携による支援の開始は、2008年に公表された社会福祉法人南高愛隣会による厚生労働科学研究（社会福祉法人南高愛隣会、2009年）、その後の厚生労働省と法務省による政策的対応の開始を主要な契機としている。同研究によって、矯正施設に高齢、あるいは障害がある人たちが多

く収容されており、その多くは収容前から十分な福祉的支援を受けておらず、また、釈放¹時援助も乏しいことから、短期間のうちに再び罪を犯し、累犯化していることが明らかにされた。その後、法務省と厚生労働省は、①指定された更生保護施設への福祉職の配置、②矯正施設への社会福祉士等の配置、③保護観察所への調整担当保護観察官の配置、④地域生活定着支援センター（以下、定

着支援センターという)の各都道府県への設置、という各種施策を開始している。これらの施策が目指すのは、矯正施設からの釈放者のなかから、住居がないために帰住地調整が困難であり、高齢や障害といった理由によって福祉サービスを必要とする人を事前に発見し、適切なサービスへと仲介することである。

矯正施設からの釈放時の支援施策が開始されてから5年余りが経過し、現在では、一定数の高齢者・障害者が地域生活定着支援センターを経由して、社会福祉サービスの利用へとつながるようになってきている。2012年度の実績によれば、全国で689名が支援を受け、うち167名は矯正施設からの釈放の直後に、養護老人ホーム、救護施設、共同生活援助・介助、障害者支援施設といった社会福祉サービス事業所を利用している(山口県地域生活定着支援センター、2013)。また、215名が更生保護施設、自立準備ホームを利用しているが、これら2つの施設の利用には期限が設けられていることから、更生保護施設などを経由して、社会福祉サービス事業所を利用している事例も多いと推測される。2010年に独立行政法人国立重度知的障害者総合施設のぞみの園が実施した、全国の障害者支援施設を対象とした調査では、回答した778施設(回収率55%)のうち、約20%が矯正施設からの釈放者の支援を経験していた(小野など、2011)。このように矯正施設から出たあとに社会福祉サービスを利用する人の数は、近年、増加している。

支援実績が蓄積するのに伴い、クライアントのなかに福祉的な対応のみでは、犯罪・非行行為からの離脱が難しい人たちが含まれることが認識されてきた。このクライアントグループへの社会福祉サービスの提供にあたっては、本人の支援ニーズを中心としつつ、犯罪・非行行為への対応を無視しない支援が重要である。具体的には、①生活モデルによるクライアントへの支援・生活環境への働きかけであるソーシャルワークの視点、②クライアント本人の認知・行動などの変容を目指した働きかけである心理教育、これらの「統合モデ

ル」による支援が肝要となる(水藤、2013)。実際に、どのようにして犯罪・非行行為からの離脱過程を支援するのかについては、社会福祉サービス事業者も課題であると捉えている。先に紹介した国立のぞみの園が行った全国調査では、サービス提供にあたっての困難として、「再犯防止の方法、ノウハウがない」ことを挙げたのは、実際に矯正施設釈放者の支援経験がある施設の40%、支援経験がない事業所では66%に上っている(小野など、2011)。

2. 知的障害のある性暴力行為者への対応の現状

犯罪・非行のなかでも、性暴力行為²は、深刻な対人被害が生じること、再犯に至った場合の影響が大きいことから、とくに重要な課題である。日本においては、性犯罪行為者を対象とした治療的対応は、法務省を中心に展開されてきている。刑事施設と保護観察所において行われている「性犯罪者処遇³プログラム」⁴であるが、これらが開始されてから、まだ日が浅い。2006年に刑事施設及び受刑者の処遇等に関する法律が施行され、同法が一定の犯罪類型に対する特別処遇プログラムの実施を規定したことから、刑事施設では「性犯罪者処遇プログラム」が開始された(法務省矯正局成人矯正課、2012)。保護観察所においても「性犯罪者処遇プログラム」が、同じく2006年から開始されている(法務省保護局、2012)。これらのプログラムに先立ち、矯正局と保護局が共同で「性犯罪者処遇プログラム研究会」を組織し、綿密な海外調査を含めた研究を行った。そのため、いずれのプログラムも現時点で海外において一般的に実施されている認知行動療法を基本とし、relapse preventionモデルを採用している。

一方、法務省所管の刑事施設と保護観察所におけるプログラム以外では、性暴力行為に対する対応をしているサービスの数は限られている⁵。とくに高齢者あるいは障害者に対して、組織的な対応をしている社会福祉サービス事業者は極端に少ない。筆者が調査した範囲では、実際に性暴力行

為者への組織的な介入を実施し、その内容が公表されているのは、大阪府立砂川厚生支援センターの1カ所であった(菅原など、2013)。また、障害のある性暴力行為者への対応に特化した日本語文献の数も限られているため、独自に対応策を学ぶ機会も限られている。本稿の執筆時点で判明している限りでは、書籍が2点刊行されている(Hansen & Kahn, 2006; Kahn, 2007)のみである⁶。この2点は、いずれもアメリカで出版された文献であり、前提となるサービスの仕組み、性に関する話題にまつわる文化、刑事司法制度など、さまざまな背景の違いが日本とのあいだに存在している。これらの書籍で解説されているプログラムを実施しようとした場合、支援者への何らかのバックアップ体制があることが望ましいが、それらは皆無に等しい状態にある⁷。助言、指導を求めることのできる精神科医、臨床心理士など、専門職の数も不足している。このため、実際の対応にあたっている関係者は孤立した状態に置かれている。

このように、知的障害のある性暴力行為者への対応については、参考となる情報が極端に不足しており、利用可能な資源も限定された状況にある。筆者の問題意識は、特に以下の2点である。

第1は、性暴力行為者治療プログラムの問題である。現行の性犯罪行為者を対象とした治療プログラムの内容は、知的障害をはじめとする障害者の特性に十分に配慮したものとはなっていない。このため、対象者に障害がある場合には、実施に困難が生じている。また、法務省所管の処遇プログラムの内容の詳細は公表されておらず、地域の支援サービス提供者とは共有されていないため、矯正施設や保護観察所での処遇プログラム終了後の地域におけるフォローアップを難しくしている。

第2に、地域において性暴力行為に至った障害者への対応体制の不備の問題である。前述したように、近年、障害のある犯罪行為者の問題が注目されるようになり、定着支援センターによる支援が開始された結果、社会福祉サービス事業者が犯

罪行為者に「支援者」としてかかわる機会が増えている。これらの対象者のなかには、性犯罪行為に至った人も含まれている。また、定着支援センターを経由する矯正施設からの釈放者以外にも性暴力の問題をもつ障害者が地域に居住しており、この人たちも障害福祉サービスの対象となっている⁸。このように、社会福祉サービスに従事する専門職のあいだでも、性暴力行為者への対応に関する一定の知識が必要とされていく状況があるが、こうしたニーズを満たす仕組みは存在していない。

3. 研究の方法

上記の問題意識にもとづき、まず、文献調査の方法を用いて国外における先行事例を検討した。国際比較の手法を用いた理由は、障害のある性暴力行為者への対応に関する実践が行われている実務上の実績があり、また、それに伴ってさまざまな知見が蓄積されているからである(たとえば、包括的な文献レビューとして、Hasssan & Gordon, 2003がある。より最近のフォローアップ研究として、Lindsay et al., 2010がある)。その結果、イングランドにおいて知的障害のある性暴力行為者への治療プログラムを提供しているネットワーク組織であるSOTSEC-IDが活動していることが判明した(Murphy & Sinclair, 2009)。SOTSEC-IDの概要については後述するが、治療対象として知的障害者が想定されていること、治療従事者のネットワーク化によるピアサポート体制が構築されていることから、前節で述べた2つの課題点へ対処するにあたって、参考となる可能性がたいへん高いと判断し、2013年3月に現地調査を実施した。

調査は研究班として実施した。今回の現地調査には、堀江まゆみ(白梅学園大学・研究代表者)、野澤和弘(毎日新聞社)、榊屋二郎(関東医療少年院)、脇田康夫(大阪府障がい者自立センター)、益子千枝(大阪府地域生活定着支援センター)、および筆者が参加した。

4. 「SOTSEC-ID」モデルの概要

文献調査によって判明した SOTSEC-ID モデルの概要は以下の通りである (Murphy & Sinclair, 2009)。

SOTSEC-ID とは、Sex Offender Treatment Services Collaborative in Intellectual Disabilities の略である。和訳すれば、「知的障害のある性暴力行為者治療サービス共同体」という意味になる。団体としての SOTSEC-ID は、知的障害ある性暴力行為者に対する認知行動療法を実施する、地域あるいは施設内で働く専門家の集団であり、2000年に設立された。設立のきっかけは、知的障害ある性暴力行為者に対する治療の選択肢がなく、とくに障害サービス従事者が性暴力行為への対応方法を学ぶことで、このグループへのサービスを新たに作っていくことが意図された。グループに所属するメンバーは、「SOTSEC-ID モデル」とよばれる共通のアセスメント、治療マニュアルを用いている。

SOTSEC-ID はグループとして、以下の3つの目的を掲げている。

- ① 知的障害のある性暴力行為者への治療に携わる臨床家が直面する治療、倫理的な課題について、討論・意見交換をするための場を提供すること
- ② SOTSEC-ID モデルについての適切な研修と情報提供を行うこと
- ③ 知的障害のある性暴力行為者へのグループによる認知行動療法の効果性を検証するためのデータを収集すること

SOTSEC-ID では、性暴力行為とは、「同意が不在、あるいは同意が不可能な相手への行為であり、かつ、行為が起こった場所を管轄する刑事司法制度において、刑罰法令に違反するとされている行為」であると定義されている。このため、スタッフへの恋愛感情、女装や男装などは対象としない。

アセスメントは、初期／スクリーニング段階、介入過程、介入後の段階ごとに別々なツールを用いて行われる。治療介入にあたっては、クライエ

ントとのポジティブかつ相互の尊重に基づく関係構築が強調される。ストレングスと肯定的な将来に対する見通しに焦点化する方法がとられる。肯定的変化として、「性的態度と知識の変容」「自尊心の向上」「被害者への共感性の向上」「認知のゆがみの改善」に着目する。治療セグメントとしては、まず、治療枠組みを形成する。その上で「性知識」「相手からの合意」「性的問題を話すにあたっての許可」を取り扱う。クライアントに働きかける項目としては、「関係」「行動」「性役割」であり、内容としては「認知のゆがみ」「神話」「信念」「態度」である。

このモデルでは、思考、感情、行動の連環に着目する認知モデルを採用している。Finkelhor の性暴力行為に至る4ステージ(加害行為への動機→内的バリアの乗り越え→外的バリアの乗り越え→被害者の抵抗の抑圧)を応用しているが、クライアントの認知レベルに合わせた改編を加えている。被害者への共感性の向上としては、まずクライアント自身の被害体験を取り扱う。その上で一般的被害経験への導入を行い、最後に自らが被害を与えた相手の経験を取り扱っている。また、治療プログラムの後半部分では、再犯に至らないための行動計画である relapse prevention strategies (再犯防止方略)を作成する。

治療プログラムは5～10名のクライアントが参加するグループワークを基本としている。1回2時間のセッションを1週間に1回実施し、1年間で終了する。治療プログラム終了後も再犯リスクが高まったと考えられるときには、再び治療プログラムに参加することを奨励している。また、定期的なメンテナンス・グループも開催している。プログラム開始前、実施中の2回、家族や支援者を対象としたミーティングを開催し、目的、内容、注意点などの話題について取り扱っている。

5. 「SOTSEC-ID」モデルおよび関連サービスの現地調査

調査の目的

調査の主要な目的は、以下の4点である。

1. SOTSEC-ID グループの詳細および運営状況を理解すること。
2. SOTSEC-ID による治療モデルが用いられている臨床現場を参観し、適用状況を確認することを通じて、モデルに対する理解を深めること。

3. イギリスにおける知的障害のある性暴力行為者への治療、介入のシステム全体からみた SOTSEC-ID の役割を理解すること。
4. 日本における類似モデル設立の可能性を検討すること。

調査日程と訪問先

今回の調査では、以下の4カ所を訪問した。訪問日、訪問先、施設概要は以下の通りである。

訪問日	訪問先施設名・所在地	施設概要
2013年3月26日	<u>Cedar House</u> Barham Canterbury, Kent	低度保安病院。一部を除いて病棟は施錠され、敷地をフェンスで囲まれた閉鎖治療施設。
2013年3月26日	<u>Tizard Centre</u> University of Kent	ケント大学附属の障害学研究センター。イギリスにおける知的障害研究の中心的存在。SOTSEC-ID モデル創始者の所属機関。
2013年3月28日	<u>The Chilterns</u> Westgate on Sea, Kent	住宅地に所在するグループホーム。施設は拘禁施設の指定を受けており、建物出入口のドアは施錠されているが、フェンス等は設置されていない。半閉鎖治療施設。
2013年3月28日	<u>Whiteleaf Cottage</u> Teynham, Sittingbourne, Kent	郊外の農業地帯に所在するグループホーム。完全開放治療施設。

調査によって明らかになった点

各施設における調査によって、次の点が明らかになった。

Cedar House

Cedar House はカンタベリー郊外に位置する低度保安病院 (low secure hospital) である。イギリスの保安病院は高度、中度、低度の3種に分類されており、入院にあたっては精神保健法 (Mental Health Act 2007) に定められた手続を経ることが必要である。また、同法によって、サービスの必要性を評価する定期的なレビューが義務づけられている。

定員は男女混合で40床、5つの病棟が設置されている。調査時点の入院患者数は34名であった。入院患者の受け入れに際しては、リスクレベルが適合するかどうか、各病棟の空きと入院希望患者の状態像のマッチングを考慮している。

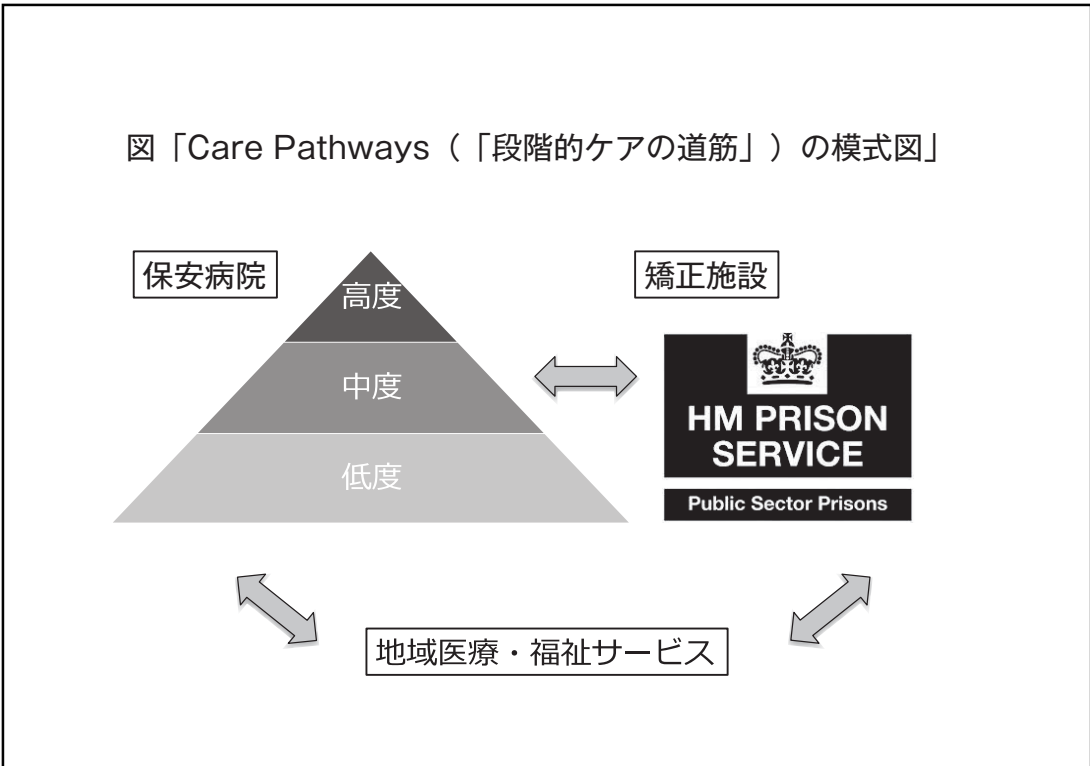
病棟の出入口は施錠されており、敷地の外周は4メートル程度のフェンスで囲まれ、外部からの出入りは厳重に管理されている。施設の近くにガソリンスタンドが1軒あったが、周囲にそれ以外

の住宅等はないので、その意味では地域社会から隔離された環境にあることがうかがわれる。病院内部の環境は病院というよりは福祉施設に近く、医療的な雰囲気は薄い。病棟によって機能分化しており、フェンスに囲まれた敷地内にはアセスメントと早期治療病棟、女性専用病棟、重度自閉症病棟、回復期病棟がある。また、フェンスの外にもうひとつの回復期病棟がある。入院患者は状態像の改善に応じて、これらの病棟を移動していく。低度保安病院の平均的な入院期間は1～2年であるが、入院が長期化している患者が一部に存在している。

Cedar House を運営しているのは Huntercombe Group という民間企業であるが、入院患者の治療費は NHS (National Health Service) によって負担されている。ケント州には NHS 直営の低度保安病院 (男性専用20床) も1カ所存在するが、民間病院と NHS 直営病院の運営コストの違いは顕著ではないとのことであった。Huntercombe Group では近隣地域において非拘禁型施設も運営しており、保安レベルの異なるこれらの施設を

組み合わせることによって、多様なニーズのクライアントに対応している。具体的には、クライアントの治療・支援ニーズの変化に応じて保安レベルや治療・支援密度を下げていく「ステップダウン」方式による care pathway（段階的ケアの道

筋）が形成されている。「段階的ケアの道筋」は、訪問調査全体を通じて、聞き取りを行った際に現地のスタッフによって繰り返し用いられた言葉であった。



上は、段階的ケアの道筋を図示したものである。この概念は、自己と他者へ危害を及ぼすリスク、治療的介入のニーズを含めた、クライアントの示す状態に応じて、治療・支援の密度を変化させる一連の段階的な対応を示している。矯正施設での施設内処遇、保安病院での入院治療、地域での医療・福祉サービスの3領域が存在している。これらは、機能、保安レベル、治療・支援の密度がそれぞれ異なっており、各クライアントの状態に応じて、各資源を柔軟に利用するシステムが整備されている。その際、矯正施設、保安病院、地域内サービスのあいだは、双方向での移動が想定されている点に注意が必要である。ケースの展開例について

質問した際、クライアントの状態が悪化、不安定化すれば、法定の手続を経たうえで保安レベルや治療密度のより高い施設に移るといった対応がなされているとの説明を受けた。

Cedar Houseでは、性暴力行為者への集団治療プログラムとしてSOTSEC-IDを実施している。この病院の心理部門責任者であるDr. Neil SinclairはSOTSEC-IDモデルの創始者の一人である。今回の調査ではDr. Sinclairから聞き取りを行うとともに、他のスタッフへのインタビューも実施した。Dr. Sinclairは臨床心理士事務所を独立して経営しており、Cedar Houseには非常勤契約で勤務している。イギリスでは、このよう

な形態で独立、自営している臨床心理士がかなりの数存在しており、12カ所程度が会社組織化されている。Cedar Houseには、他にも4名の心理士が勤務しており、近日中に5名目を雇用する予定とのことであった性暴力行為者を対象としたプログラムの他にも個別セッションも実施しており、認知行動療法、怒りの感情コントロール訓練、眼球運動による脱感作および再処理法を行っている。また、施設内では、他の専門職によって、余暇支援、教育プログラム、自立生活スキル向上のためのプログラムなどが提供されている。

Tizard Centre

Tizard Centre は知的障害に関する研究を専門とするケント大学の付属機関であり、SOTSEC-ID モデルの創始者のひとりである Dr. Glynis Murphy が教授として所属している。研究班は Murphy 教授と面談し、SOTSEC-ID モデルの詳細について聞き取り調査を行った。また、ケント保護観察官事務所にも所属し、SOTSEC-ID による治療プログラムを実施している保護観察官も聞き取りに同席したので、保護観察領域からの意見を聞き取ることができた。以下は、聞き取りによって明らかになった内容である。

SOTSEC-ID は 2000 年に開始された。知的障害分野では知識や臨床経験があったが、性暴力行為者への治療に関しては経験がなかった専門職が集まり、勉強会を行うようになったのが設立のきっかけであった。当初、アセスメント枠組みの検討を 1 年間かけて行った後、3 年間の有期限の補助金を政府から受け、治療プログラムのマニュアルを開発した。

アセスメントと治療マニュアルが完成してから、これらの内容について学ぶための研修会を定期的に開催するようになった。そして、研修会参加者がセラピストとして実際の治療プログラムを運営している。SOTSEC-ID では 3～4 ヶ月に一度ミーティングを開き、セラピスト同士の相互支援の機会を提供している。また、それと並行して、電子メールを使ったメンバー間の情報交換や問題

解決を随時行っている。研修会参加者の職は、臨床心理士、保護観察官、看護師、言語聴覚士、精神科医、ソーシャルワーカーなどの多岐にわたっており、臨床心理士や行動療法の訓練経験者だけに限定していない。資格よりもいかにグループにアプローチし、関わっていくのかという能力が重視されている。調査協力者からは、参加者への共感的態度の重要性が強調された。

治療プログラムの内容は事前調査の通りであるが、1 年間のプログラムで学んだ内容を再確認、想起し、日常生活での問題解決を図ることを目的として開催されているメンテナンス・グループの重要性が調査協力者から強調された。こうしたグループへの参加によって、学習内容の再活性化が図られるとともに、グループのメンバーが相互扶助的な関係を経験することで自己効力感の改善がみられるからであるとの説明がなされた。

The Chilterns

The Chilterns は地域内にある入所施設である。海沿いの住宅地のなかにあり、建物の概観も近隣の一般住宅に似ている。日本でのグループホームのイメージに近いが、建物の出入口は電子錠を備えた二重ドアで施錠されている。施設全体は 3 つの建物から成っており、全部で 26 名定員である。調査時点の入居者数は男性 17 名、女性 5 名となっており、うち女性 2 名は現在入院中だが、退院後は当施設に戻ってくる予定であるとのこと。ここでも、段階的ケアの道筋が実際に運用されている様子が見てとれた。入居者は軽度知的障害がある人が最も多く、自閉症スペクトラム障害のある人も何名か入居している。入居者のうちの約 75% に性的課題がある。

施設の運営主体は Optima Care という民間企業であるが、NHS とソーシャルケアを通じて公的資金が支援費として支払われるので、入居者による負担金はない。スタッフ配置は、常勤換算で支援職員が 11 名、それ以外の職種として管理者、日中活動コーディネーター、調理師、用務員、事務員などが合計 8 名。多職種連携による支援を

行っており、医師や看護師と連携してグループで入居者を支える体制がとられている。

具体的なサービスとしては、生活の場所を提供し、そのなかで問題行動の変容、ポジティブな行動への置換、日常生活スキルの向上を目標とした治療・支援を行っている。個別化した支援の提供を徹底しており、日中活動には地域資源を最大限に活用することが強調されている。具体的には、施設内で入居者の必要とするプログラムを提供しようとするのではなく、地域にすでに存在している社会資源を有効に使うとしている。治療的介入としては、認知行動療法を基本としており、SOTSEC-IDによる性暴力行為者を対象としたグループワークも実施している。また、グループワークを基本としながら、対応が非常に困難な入居者に対しては、セラピスト、支援職員、治療の対象者本人という3者による構成とする場合もある。

The Chilternsへは、矯正施設、保安病院から移ってくる人、地域社会での暮らしに問題が生じて入所する人などがある。ここでの生活に問題が生じれば、保安病院に入院、再入院することも想定されており、本施設も前述の care pathway（段階的ケアの道筋）の一部を構成している。利用にあたっては、精神保健法（Mental Health Act 2007）に定められた手順を経ることが必要であり、サービスの必要性を評価する定期的なレビューが法的に義務づけられている点は、Cedar Houseと同様である。

ここでは一部の入居者の方がモーニングティーの準備をしてくださり、研究班メンバーと自由に歓談をする機会を得た。実際に会話をしてみると、軽度の知的障害があると思われる入居者が大半であり、なぜ、この施設に入居するに至ったのか、一定程度は言語化して説明できる人が多かった。また、入居前の生活では、社会経済的に不利な状況におかれ、家族などからのインフォーマルなケアが十分ではなく、また、適切なサービス利用につながっていないなど、日本における状況との共通点が多いことがうかがわれた。

Whiteleaf Cottage

Whiteleaf Cottage は性暴力行為を含む犯罪行為、反社会的行為のある人びとが生活しているグループホームである。定員5名で調査時点では5名が入居していた。施設の出入口、各個室共に施錠はなく、建物の周囲にもフェンス等は設置されていない。元は農場の簡易宿泊施設のような建物であったものを運営母体が購入し、大規模な改装を施して使用している。郊外の農業地帯に位置しており、隣には馬の飼育施設があるが、それ以外の住居は周辺には存在していない。徒歩10分程度の距離に買い物ができるような町、鉄道の駅などがある。

建物内部はリビング、キッチン、各個室が配置されており、スタッフルームと会議室が設けられている点を除けば、一般住宅に近いデザインと設備となっている。改装時に各スペースを意識的に広めに確保しており、入居者各自に十分な空間が保証され、自室に閉じこもることなく過ごせるように配慮されている。また、家庭的で魅力的な環境づくりを心がけながら、入居者が日常生活での自律性を高めることが目指されている。

入居者のほとんどは精神保健法による何らかの命令を受け、この施設で生活している。半数程度は刑事手続の対象となっていた者であり、罪種は過失致死罪、放火罪、各種の性犯罪など、多岐にわたっていた。平均的な入居期間は長く、なかには6～7年間にわたって住んでいる人もいる。入居期間が長期化する理由は、適当な移行先の不足である。犯罪歴やリスクなどの理由により、一般的な障害サービスでは対応できないとされ、この施設からの移行が困難になる傾向があるとのことであった。

スタッフは多職種によるチーム編成であり、日中シフトは3～4名の職員配置。夜間は夜勤者1名、宿直者1名の体制となっている。施設長は看護師。副施設長は元教師、支援員は高校卒業程度の教育を受けた人が多く、さまざまな社会経験のある人を採用している。治療プログラムを実施している臨床心理士は非常勤であるが、毎週訪問し

ており、アセスメント、日常的な支援を通じて、緊密な関係にある。

この施設の運営母体である企業が経営する他施設からも参加者を集め、SOTSEC-IDによるプログラムのグループを実施していた。なお、調査時点では、Whiteleaf Cottageにはプログラム参加者はいなかった。

6. 考察

今回の調査の結果から、今後の日本における知的障害のある性暴力行為者に対する治療・支援システムの構築にあたって、参考になると考えられるポイントとして、以下の5点を検討する。

第1は、知的障害・自閉症があつて犯罪行為に至った人に対応する、法的枠組みが整備されていることである。今回の調査先施設を利用していた障害者の多くは、精神保健法 (Mental Health Act 2007) に基づく、何らかの命令によって入院あるいは入所していた。また、地域でSOTSEC-IDの治療プログラムに参加している障害者も、そのうちの一定数は裁判所命令による強制を受けていた。精神保健法については、現行法の制定以前から対象とする精神障害の定義が広すぎるという議論があり、ニュージーランド、オーストラリアのように限定的な定義とすべきだという主張もあった (川本、2005；川本、2008)。しかし、今回の調査においては、この広い定義によって、段階的ケアの道筋による知的障害、自閉症のある人に対する治療・支援が根拠づけられていることが確認された。

今回の調査先においては、精神保健法によって入院、入所している人に対しては、厳格な法的枠組みのなかで個別治療・支援計画に基づいたサービス提供がなされていた。聞き取り調査では、強制治療対象者の権利擁護については高度のレベルでの注意が払われ、第三者機関であるMental Health Tribunalによる法定の定期審査は厳密に運用されていることがうかがわれた。

第2は治療・支援ニーズに応じた多様なサービスが整備されていることである。今回の調査先の

うち、直接サービス提供をしている事業所は、低度保安病院1カ所、地域内入所施設2カ所であった。このうち、地域内入所施設は施錠と無施錠の2種類を訪問調査した。保安病院としては、この他にも高度・中度の警備レベルの施設が整備されている。聞き取り調査では、保安病院で実施されている治療プログラム内容は保安レベルに関わらず原則的には類似したものであり、心理教育による介入は認知行動療法を中心としているとの回答を得た。

入院患者、入所者の治療・支援ニーズに応じて、保安レベルや治療・支援密度の異なるこれらの施設が使い分けられており、care pathway (段階的ケアの道筋) が整備されている。care pathwayでは、保安レベルや治療・支援密度を段階的に下げていくステップダウンが指向されているが、一方で入院患者や入所者の状態が悪化すれば、逆方向に対しての移行も実施されていることが複数の調査先で確認された。これら施設でのケアを経た後は地域社会での生活に戻ることが想定されており、実際にそのような移行は実現されている。ただし、いったん地域での生活に戻ってからも状態が悪化したり、刑事司法手続の対象となったりした場合には、再度care pathwayのステップを戻っている。

第3は、性暴力行為者に対しては、認知行動療法とrelapse preventionモデルを基盤とする治療が一貫して行われていることである。SOTSEC-IDモデルも認知行動療法、relapse preventionを基礎としており、これが保護観察所、ならびにNHSをはじめとする障害福祉サービスの双方で共有されている。今回の聞き取り調査では、治療枠組みの共有はクライアントへのケアに有効に作用しているとの回答が得られた。現在の日本では矯正・保護と一般サービス間の連携が欠如しており、矯正施設や保護観察所で実施された治療プログラム内容のメンテナンスが処遇期間終了後には困難である状況からみると、この点は多くの示唆を含んでいると考えられる。

第4は、SOTSEC-IDが専門職間の支援ネット

ワークとして機能していることである。知的障害のある性暴力行為者の認知機能に着目したプログラムとしてのSOTSEC-IDの内容自体は今後、詳細に検討するに価値があるだろう。プログラム内容に加えて、実際の設立の経緯、運営の状況についての聞き取り調査の内容を分析すると、知的障害・自閉症に関して豊富な知識をもっている専門職と性暴力行為者への治療教育に関する経験を有する専門職との間でのネットワーク形成機能にも注目すべきであることが明らかとなった。

第5は、個別ニーズに基づいた治療を可能にする、個別化され柔軟性のあるファンディング（支援費）制度が存在することである。今回の調査先においては、クライアント各自の個別支援ニーズに基づき、care pathway上に整備された多様な保安、治療・支援レベルのプログラムが提供されていた。また、pathway上の各段階間の移行も柔軟に行われている。こうした対応を可能にしているのは、個別化され、クライアント個人に支援費が配分される支援費制度である。一方、身辺ケアは自立しているが、社会関係のなかで濃密なケアを必要とするクライアントのニーズレベルが的確に反映されないという点に関して、現行の支援費制度の不備も指摘された。

7. おわりに

現地調査を終了し、本研究班ではSOTSEC-IDモデルについて、メンテナンスが確実に及ぶ範囲でのモデル事業、メンテナンス体制の構築を目的とした取組みを進めることとした。今後の目標は以下の通りである。

- ・SOTSEC-IDモデルの普及可能性の検討
- ・人材養成と研修の汎化、制度化
- ・SOTSEC-IDモデルの日本での整合性・親和性の確認
- ・SOTSEC-IDモデルの有効性の検証

このための具体的な取組みとして、2013年8月に東京においてSOTSEC-IDの試行的研修会を開催した。今回の調査の現地協力者であった、Dr MurphyとDr Sinclairを招聘し、3日間にわ

たって、現地でのセラピスト養成研修とほぼ同一内容の研修プログラムを行った。研修会には、関東、関西、中国地方などから、司法、医療、心理、福祉、教育など、多領域にわたる受講者が参加した。この研修会参加者に対しては、事後評価の調査を実施したので、現在、その結果を分析中である。

また、近日中に刊行予定である改訂版SOTSEC-IDマニュアルを日本語に翻訳するための作業を進めている。これは、日本国内で試験的に治療グループを組織し、実際の治療を行うための準備の一部であり、試験的なグループの運用を行い、その内容を検証して、より広範囲での実施を視野に入れた展開を計画している。長期的には、放火、暴力、累犯化した窃盗など、性犯罪以外への応用、刑事手続の対象とならない性的問題行動に対する教育に関する検討へと結びつけていくことも考えられる。

本研究は、「共生社会を創る愛の基金【地域の支援の中核を担う団体への助成】」による助成を受けて実施された、「『被疑者・被告人』段階の支援の検証」調査の成果の一部である。

注

- (1) 矯正施設は、刑事施設（刑務所、少年刑務所、および拘留所）と少年院、婦人補導院の総称である。正確には刑事施設での身柄の拘束を解かれる場合は釈放、少年院の場合は退院であるが、ここでは両者をあわせて釈放という。
- (2) 本稿では、相手の同意がなく、強制性をともなう、性的加害行為、または性的虐待行為を「性暴力行為」という。また、「性犯罪行為」とは、性暴力行為のうちで、とくに刑事司法手続の対象となり、刑罰法令に違反していると認定された行為を指す。つまり、性犯罪行為は性暴力行為に包含される概念である。知的障害者の性暴力行為を取り扱う上では、両者の区別は重要である。なぜなら、知的障害者による性暴力行為は捜査機関に通報されな

い場合も多くあると言われており、性犯罪行為のみに限定すると実態の把握を困難にするからである。

- (3) 現在、日本の矯正保護の分野では「処遇」という言葉が使われ、医療・心理など、その他の分野では「治療」という言葉が使われることが一般的である。英語では、いずれも treatment である。本稿も、それに従い、使われている分野に応じて、これら二つの用語を混在させている。
- (4) 少年院においても、性犯罪行為に対する処遇プログラムは実施されている（藤岡、2006）。
- (5) 地域における性暴力行為者への対応実践として、斉藤などによる報告がある（斉藤など、2012）。
- (6) 性暴力行為の治療ではないが、性教育を目的とした書籍は一定数が出版されている。近刊の代表的なものとして、Protection and Advocacy-Japan (PandA-J) による発達障害者のためのワークブックがある（PandA-J, 2012）。
- (7) 筆者も実際にこれらの文献で紹介されているプログラムをもとに、性暴力行為に至った人への対応を行った経験があるが、性器を示す用語、刑事司法制度、支援者との関係の違いなど、多くの点で日本の実情との違いが目立ち、この書籍のみをもとにして治療的な介入を展開することには大きな困難が伴うと感じた。また、他の専門職から類似した意見を聞くことも多い。
- (8) 地域における対応の不備は、障害のない性暴力行為者も同様の状況であり、このこと自体も重大な問題であるが、本稿ではとくに障害者の問題に限定した。

参考文献：

藤岡淳子（2006）『性暴力の理解と治療教育』誠信書房。
 Hansen, Krishan & Kahn, Timothy（2006）
 FOOTPRINTS: Steps to a Healthy Life. Safer

Society Foundation.（＝本多隆司・伊庭千恵監訳（2009）『性問題行動のある知的障害者のための16ステップ』明石書店）。
 法務省矯正局成人矯正課（2012）『刑事施設における性犯罪者処遇プログラム受講者の再犯等に関する分析研究報告書』法務省。
 法務省保護局（2012）『保護観察所における性犯罪者処遇プログラム受講者の再犯等に関する分析』法務省。
 Hasssan, Shereen & Gordon, Robert, M. (2002) Developmental Disability, Crime and Criminal Justice: Literature Review. Criminology Research Centre Occassional Paper #2003-01. Simon Fraser University.
 Kahn, Timothy（2007）Roadmaps to Recovery: A Guided Workbook for Children in Treatment 2nd Edition. Safer Society Foundation.（＝藤岡淳子監訳（2009）『回復への道のり ロードマップ 性問題行動のある児童および性問題行動のある知的障害をもつ青少年のために』誠信書房。
 Lindsay, W R., Holland, T., Wheeler, J., Carson, D., O' Brien, G., Taylor, J. L., Steptoe, L., Middleton, C., Price, K., Johnston, S., & Young, S. J. (2010) Pathways Through Services for Offenders with Intellectual Disability: A One- and Two-Year Follow-Up Study. American Journal of Intellectual and Developmental Disabilities, 115 (3), 250-262.
 川本哲郎（2005）「イギリスの精神保健福祉法改正案の動向」『同志社法学』56(6), 645-671.
 川本哲郎（2008）「イギリスの新しい精神保健法」『産大法学』41 (4), 1-16.
 水藤昌彦（2013）「矯正施設から退所した福祉的ニーズのある犯罪行為者への対応」『月刊福祉』96 (7), 92-95, 全国社会福祉協議会。
 Murphy, G. & Sinclair, N. (2009) Treatment of Men with Intellectual Disabilities and Sexually Abusive Behaviour. In Beech, A., Craig, L. & Browne, K. (eds.) Assessment and Treatment

of Sex Offenders: A Handbook. John Wiley & Sons.

小野隆一・木下大生・水藤昌彦（2011）「福祉の支援を必要とする矯正施設等を退所した知的障害者等の地域生活移行を支援する職員のための研修プログラム開発に関する調査研究(1)(2)」『独立行政法人国立のぞみの園紀要』4, 1-25, 独立行政法人国立のぞみの園.

PandA-J（2013）『発達障害のある人のための性支援ワークショップ実施テキスト』NPO 法人 PandA-J.

斉藤章佳・弦間和男・西牟禮京子・荒巻京子・榎本稔・深間内文彦（2012）「性犯罪者における地域トリートメント」『性とこころ』4 (2), 102-112.

社会福祉法人南高愛隣会（2009）『厚生労働科学研究（障害保健福祉総合研究事業）罪を犯した障がい者の地域生活支援に関する研究（平成18 - 20年度）報告書』.

菅原昭秀・田中一男・香西豊・佐藤恵里奈・岸上真人・山本道広・小石有規恵・相宗豊・阪裏仁志・野村達也・針多暁子（2013）「社会関係障がい支援施設「つばさ」での特別支援プログラムと地域生活移行の取組みについて」『砂川紀要』28, 67-111.

山口県地域生活定着支援センター（2013）『山口県地域生活定着支援センター事業概要について（説明資料）』.

Therapeutic Intervention for Men with Intellectual Disability and Sexually Abusive Behaviour
: A Study of the SOTSEC-ID Model in England

Masahiko MIZUTO

In Japan, service systems for people with special needs who are released from correctional facilities have been developed by collaboration between the criminal justice and the social welfare professionals in recent years. As a result of this development, social welfare professionals are increasingly involved in services for this population. Also, people who experience difficulties to deal with their day-to-day activities in our society form a major part of the social welfare service client population, while they have not had a contact with the criminal justice system. In particular, people with abusive sexual behaviour present serious issues to the professionals working within the service system. It has not been a long time since treatment for sex offenders started in the criminal justice field in Japan, while possible consequences of such behaviour may be quite severe. Also, sex offender treatment is the issue that the social welfares professionals have not come across frequently to date.

At the present moment, there are two major concerns on this theme: Firstly, contents of the treatment program available in Japan are not designed specifically for people with disabilities. Secondly, there is a lack of services in the community including follow-up services for people who finished the treatment provided within the criminal justice system.

An aim of this article is to discuss desirable future service responses to this client population in Japan by examining information obtained by interviewing professionals working in the field of forensic disability services in England. A treatment programs for people with intellectual disability and abusive behaviours called "SOTSEC-ID model" is the main theme of this research.

Keywords: sexually abusive behaviour, intellectual disability, therapeutic intervention, England

