

## 第一人者に聞く

それではストーカーを治療する現場では現在の制度をどう思っているのか。

「ストーカー病」(光文社)の著者でストーカー加害者治療の第一人者であり、性障害専門医療センター(SOME C)代表理事の福井裕輝医師に話を聞いた。SOME Cは現在東京、大阪、福岡にオフィスがあり、警視庁、兵庫県警、福岡県警、京都府警、大阪府警と提携し、主に認知行動療法を用いてストーカーを診療している。

——警察が治療を働きかける制度について、どのようにお考えでしょうか(以下、筆者)。

**福井** 警察からの紹介、働きかけで受診につながる患者は増えてはいますが、公費負担の回数三回から五回(回数 は自治体によって異なる)を受診した後も治療を続けるケースはほとんどないのが実情です。警察に言われたからと目に見えない強制力のようなものを受けて来ているので、自発的に来る人より断然動機が乏しい。限られた回数の中まですることができるだけ動機づけをするのですが、なかなか届かない。

今回の試行についてですが、本来は禁止命令が出たら治療の働きかけはしなければおかしいんです。それがあまりにも何もしない自治体が多いので、ちゃんとやれと言

ったというだけのことだと思っています。

——なるほど。確かに二〇二一年まで働きかけ件数が一件もしくはゼロが続いてきた自治体も複数あります。増えない理由として、治療実績を積んだ施設が当該自治体にならないのかと推測しております。ストーカーを診ることができる治療者は、全自治体にいるのでしょうか。

**福井** コロナ前まで提携する医療機関の連絡会議を警察庁でやっていたりましたが、医療者の数は全国でも二〇人もいなくらいです。臨床心理士を含めて。増えていません。

SOME Cでも増やしていこうという流れにも今のところなっていないですね。警察からの紹介で来るのが三つのオフィスをあわせて年間に二〇人程度と少ないので。もっと多くなれば人材を増やすことも考えますが。

——ストーカーは性犯罪者に比べて人数が少ないということになるのでしょうか。

**福井** いえ、ストーカー自体は多いのですが、動機づけが難しく治療に向かわない人が多いことと、警察としてはおそらく殺害に至るようなリスクの高い人だけをなんとかできれば後はまあいいでしょうという考えなので、少なくなってしまっているのです。

ストーカーはそもそもそもそも自分が実は加害者だとわかるまでにもけっこう時間がかかります。むしろ自分が被害者

なんだぐらいの感じで考えていますから、公費負担が一〇回、二〇回に増えれば、効果を実感して自費でも継続しようという人も出てくると思っています。

認知行動療法（Ⅰ）の場合、一対一の面談で動機づけをした後にグループワークに移行するのですが、警察紹介で来た人はもう、一対一の間にはたい終わっちゃいますね。五回やって、五回の間は動機づけができてきちつとモチベーションをもってくれば、そのままグループワークに移行できるんですけど。その前に、何だかわかんないけど来ているという間にたい終わっちゃいます。

——グループワークをしようにもグループをつくれるほどの人数にならない自治体も多いようです。人口の多い神奈川県の大石クリニックですらストーリーカードだけではグループワークができないとおっしゃっています。

**福井** 確かに全自治体でできるかっていったら難しいですね。なんなら自治体の垣根を取り除いて全部オンライン化したらいいと思います。

——依存症の治療機関は全国で増加傾向にあると思われれますが、性犯罪やストーリーカーなどの治療を行なうところはどうでしょう。

**福井** 依存の治療モデルの枠組みはどれも大体同じと思つて問題ないです。大石クリニックも元々はアルコール依存を中心に治療していたところが少しずつストーリーカーも受

け入れるようになった。依存症の治療機関がその延長としてストーリーカーを扱うようになるのが進め方としては早いと思います。

ただし多くの依存症は結局自分自身を傷つける行為ですが、性犯罪とストーリーカーは被害者を出します。被害者を出す人の治療って、ドクターもちよつと躊躇するんですよ。具体的には、被害者が傷つけられるなど大きな事故が起きたときに責任も追及されます。通報の義務と患者の守秘義務、どちらを優先するのかの判断。患者から誰かを殺すつもりであるという発言があった場合には、守秘義務を解除して通報しなければならぬ。我々のところでも年に数回ありますが、とても緊張します。顧問弁護士に相談しながら進めます。

普通の医療機関では顧問弁護士もいないでしょう。あとは何か事件が起きて警察検察から照会が来たらカルテを全部コピーして提出しなければならぬし。そういう煩雑さにある程度慣れていないとストーリーカーの治療はできません。なので、ちよつとハードルが高くなりますね。

——一般人の感覚からしますと、医療者の中でも再犯リスクを見落とすかもしれない等特殊なリスクを背負う部門になるので、資格や手当があってもおかしくない気がしています。

**福井** イギリスやオーストラリアでは、精神科医の資格

をとつたうえでワンランク上となる司法精神科医の資格を取ります。司法精神科医はストーカーやDV、性犯罪、虐待や放火、薬物などなど、法に触れる患者を診ます。治療も一〇〇パーセント国費です。

けれども日本の場合はそのような区別がなくて、不眠症やうつ病を診るのもストーカーを診るのも報酬は同じです。ならば不眠症を診ていたほうがいいということになるでしょうね。カウンセラーも同じです。恋愛相談に乗っているほうがはるかに楽、ということになりますよね。

ただし精神科医は、社会的に逸脱している者は刑務所でないのならば精神科医が診よう、という感覚は一応根底に持っていると思います。ですから大変さに対して報酬体系などのバックアップがちゃんと整っていけば、みんな拒否はしないのではと思っています。

——ストーカー加害者治療制度で、今後変えていったらよいと思うことを教えてください。

**福井** 治療の公費負担の回数が一〇回、二〇回と増えるくらいの子算を組んでもらえたらいいですね。それと大阪府のような連携体制が他の自治体にも広がっていけばよいと思います。

あとは被害者を守るために、刑務所から出てきた後の治療を充実させることですね。法務省との連携が必要です。

具体的には保護観察所や保護観察所出所後の治療システムをどうするのかですね。現在では何もありません。保護観察官は総じて問題意識が我々に近くてやる気もあるのですが、今のままでは数が少なすぎて手が回らない。一〇倍から二〇倍に増やす必要があります。

一般の人たちは加害者を刑務所に入れて隔離した時点で関心を失ってしまいます。その後のことを考えていない。保護観察所でも社会復帰してからの社会内での治療にも目が行かないから、予算もつかない。厳罰化すればいいという意識から、治療はどうなっているんだという観点を国民全員がもつようになれば、予算もつくし仕組みも組織も変わっていくでしょう。

**なぜ治療が進まないか——現場からの声**

札幌の医療法人社団ほっとステーション大通公園メンタルクリニックの長谷川直実院長にはインタビューはかなわなかったが、書面での質問に答えていただくことができた。以下非常に参考になったご意見を四つ紹介したい。

(1) 北海道警察からの紹介で来る加害者の中にはストーカー行為の背景に統合失調症、認知症、アルコールの問題、発達障害、性嗜好の問題などの別の疾患があるケースも多くみられる。

(2) 警察が治療を働きかける際には、日本独自のアセスメントツールをつくり警察の中でも公認心理士や精神保健福祉士などの有資格者がそれを用いて「このケースは入院治療を受けたほうがいい」「この人はアルコールの問題で事件化したようだからアルコールの専門医療機関や自助グループにつなげたほうがいい」などと振り分けができるようになればよいのではないか。

(3) 回数限定の公費負担制度もよいとは思いますが、逆にその回数の期間が終了したら通院しないという動機づけになるかもしれない。

(4) 再犯の可能性が高く殺意まで抱いているストーカー加害者が服役している場合には、服役中に個別でCRCT(条件反射制御法)<sup>2)</sup>ができるとうい。

(4) の刑務所内処遇であるが、福井裕輝医師も言及されているように、現時点ではまだストーカーに特化した処遇プログラムなどはない。性犯罪者向けのプログラムはR3と呼ばれるもので認知行動療法に基づいたグループワークになっている。福井裕輝医師によれば認知行動療法は刺激から遠ざけられている刑務所内で行なっても効果は低く、社会に出て刺激の多い場で行なうことに意味があるようだ。その意味でも条件反射制御法が採用されればよいように思える。

ただし、条件反射制御法については別の意見もある。警察庁から発表された「令和四(二〇二二)年度ストーカー加害者に対する再犯防止のための効果的な精神医学的・心理学的アプローチに関する調査研究」では、大、中、小各三つずつ一二の自治体と警察が提携する医療機関およびカウンセリングを実施している機関から聞き取り調査を行なっている。匿名となっているからか、ストーカー加害者の治療やカウンセリングに関わっている現場の方々の率直で貴重な意見を読むことができるので少し紹介したい。

まず、調査を行なった中では認知行動療法で治療を行なっている機関が九件(五〇パーセント)でトップであり、条件反射制御法は次点で三件、あとは薬物療法、精神分析的心理療法、ブリーフセラピー、家族療法などがその他として挙げられている。

条件反射制御法については「条件反射制御法は、現在集積されているレベルで、第一選択であるというエビデンスにはなっていない」という意見があった。

そもそも「精神医学の教育の中で、ストーカー加害者への標準治療が挙げられていない」「ストーカー加害者の治療は、他の疾患と違い方法論が洗練されていない」などなど、いまだ世界規模で見てもストーカー加害者に対する確固たる治療法が確立しておらず、模索状態にあることを指

摘する声も多い。

治療やカウンセリングを引き受ける機関が増えない理由として、「全国で司法精神医学や心理学に詳しい精神科医が少ない中で、ストーカー加害者への認知行動療法のアプローチを身につけている医師はさらに少ない。警察から依頼があっても自院で積極的に診察するとは言えない状況にあるのではないか。精神科医であれば少し勉強すれば誰でも診察できるというわけではない」「心理士によるカウンセリングは保険診療の範囲に入らず経済的な対価、人件費すら得られない。ストーカー加害者への対応を善意で行なうのは厳しいのが現状である。医療機関には受け入れるメリットがない。公費で負担されるわけではなく、手がかかると割には継続率が高くない」という意見もみられた。

また「ストーカー加害者を医療機関に繋げればあとはなんとかしてくれるというものではないことを理解いただきたい」という意見も心に留めておきたい。

公費負担に関しては一般の理解が得られないことを懸念しつつも、ストーカー加害者が治療を回避、中断するのを避けるために効果があるという意見が複数あった。

治療が必要な加害者の選別を警察が行なっていることに関しては懸念した通り問題意識を持つ関係者が多く、「全事案に対して専門家による早期のリスク評価を行なったほ

うがよい」「受診を勧奨する前に、危険性評価のリスクアセスメントは必ず実施してほしいし、危険度に応じた類型や対応がこれから重要になっていく」「治療などが必要なストーカー加害者を警察官が見極めるのは非常に難しい。

外部の専門家、あるいは警察内の心理士などが間に入って話を聞き、対象者に必要なものを判断できるとよい。基本的にはストーカー行為などを行なう者全員を、専門家などに繋いでもらうほうがよいのではないか」などがあった。

また警察官が治療を促すやりかたに限界を感じている意見も非常に参考になった。

まず、同意して受診するストーカーが加害者全体の一割あるいは二割程度だとしたら、むしろ同意していない九割以上について、どのようにするかを議論したほうがよい、と述べたうえで、受診勧奨に関しても、一生懸命説得して誘導していくという現状のやり方のみで実施していくのは、ここ数年の経験に照らしても、かなり無理があるという。さらにこう続ける。「なんらかの司法的な担保は必要であり、海外で採用されている『ピースボンド（善行保全命令<sup>3</sup>）』などのシステムを導入する必要はあり、できれば、保護命令の一端でのプログラム参加の担保が望ましい。やはり自主性のみを期待する現状のシステムには制度上の無理があり、法令に基づく治療プログラムの導入は必須と考える」