

子どもの性的加害行為に対する児童福祉施設と医療機関の連携のあり方の一考察

高岸 幸弘

A study on collaboration between a child welfare facility and medical institute in terms of juvenile sexual offending

Yukihiro Takagishi

(Received September 30, 2020)

It's been a long time since it is recognized the importance of collaboration between child welfare facility and medical institute in child welfare field. One of the major problems in the welfare area recently is sexual offending and victimization between children at child welfare facilities. It is difficult to conduct the therapeutic educational intervention for children with sexual offending problems at single institution, therefore it is desirable to collaborate. However, it has yet to discuss specific ways to collaborate fully. In this study, the author presented one youth case who had sexual offending problem and was given the therapeutic educational intervention with collaboration between child welfare facility and medical institute, and discussed the ways of collaboration. Due to clarification of the division of roles, the youth was enhanced motivation and generalized the therapeutic educational intervention in everyday life.

Key words : juvenile sexual offending, child welfare facility, medical institute, collaboration

I. 問題

児童福祉と医療との連携の重要性が認識されるようになって久しい。特に、性的虐待を含む児童虐待への介入における福祉と医療とが連携した活動が、福祉モデルから医療モデルへの変化、そしてモデルの統合というプロセスを経て、連携の重要性に関する認識を定着させてきた(田中, 2016)。近年では児童虐待に限らず、不登校の問題、非行の問題などさまざまな課題に対して、児童福祉と医療の連携がなされている(相澤・川崎, 2013)。そのような中、近年、福祉領域において特に大きな問題となっているものの一つに、児童福祉施設での性的加害・被害の問題がある(厚生労働省, 2019)。厚生労働省の報告によると、2017年度に乳児院を除く児童福祉施設において、直接接合から非接合のものまでを含む、子ども間の性的問題の発生件数は687件(763施設)であった。性的な問題の当事者となった子どもの数は、調査対象となった41,648人のうち1,280人であった。これらは児童福祉施設の入所生活中に生じた性的問題の数であるが、それに加え、児童福祉施設に入所している子どもの中には、地域で性的な問題を起こしたために入所し、ケアを受け

ている子や、入所の原因は性的問題ではなかったものの、入所ののちに性的問題を抱えていることが分かることも少なくない(八木・岡本, 2017)。つまり性的な問題に対する介入を必要とする子どもは公になっている数値よりも多いことは明らかである。問題の発生や児童福祉施設の利用がどのような経緯であれ、子どもの性的な問題行動は、児童福祉施設がその対応を迫られる重大な問題であることに違いはない。

性被害を受けた者がその後長期にわたり深刻な影響を受けることは想像もしやすく、彼らへのケアの必要性は指摘するまでもない。しかし一方で、性加害を行った子どもも、加害行為そのものだけに注目するのではなく、その背景に目を向けると、ケアや治療、あるいは教育を提供する必要性が浮き彫りになることが多い(藤岡, 2006)。その際重要なことは、子どもの性的問題行動、特に性的加害行動は、その発生のモデルが成人のそれとは異なることである(Friedrich, 2007; Silovsky & Bonner, 2003)。Andrewらは成人性犯罪者と一般犯罪者とのリスク要因は変わりがないと主張し、性犯罪発生について、メタ分析の結果から以下の8つのリスク要因を明らかにした。それらをセントラルエイト(central eight)と呼んでいる(Andrews, Bonta, & Wormith, 2006)。

- (1) 反社会的行動歴（性犯罪以外にも犯罪歴があったり違法な行動をとるなど）
- (2) 反社会的パーソナリティのパタン（共感性の欠如、残忍で自己中心的な傾向など）
- (3) 反社会的認知（規律を気にしない、暴力行為を肯定するなど）
- (4) 反社会的交友（反社会的な傾向のある人との付き合いがあるなど）
- (5) 家族あるいは結婚生活上の葛藤（家族関係が悪い、家庭内での緊張や葛藤など）
- (6) 教育あるいは仕事上の問題（退学や短期で頻繁な退職、無職状態など）
- (7) 不適切な余暇活動（建設的な余暇活動を行わず暇を持て余すなど）
- (8) 物質乱用（アルコールや違法薬物の乱用など）

再犯についてもいくつかのリスク要因がこれまでに報告されている。何らかの異常な性的関心や性的とらわれといった「性的逸脱」、反社会的なパーソナリティや敵意といった「反社会的構え」、性犯罪に関する寛容な態度などの「態度」、親密な人との争いがあったり、子どもに対して情緒的に同一視していたりなどの「親密さの欠如」である（Hanson & Morton-Bourgon, 2004）。

子どもの場合、パーソナリティを始め、認知スタイルなど発達の途上にあり、成人のリスク要因がそのまま当てはまりにくいことは明らかである。そのため、子どもの性加害問題のリスク要因は、成人性犯罪者のセントラルエイトとは異なるものが提唱されている。Friedrich ら（2003）は、衝動コントロールの乏しさなど発達上の問題を指す「子ども自身の脆弱性」、ネグレクトやそれに関連する保護者の薬物乱用の問題である「家族・家庭の負因」、性的虐待など過剰な性的刺激へ暴露されることといった「セクシュアリティのモデリング」、そして身体的虐待を受けた経験や、暴力の目撃といった「強制的モデリング」の4つを主な背景要因として挙げている。近年では Rich（2005）が、アタッチメントの理論的考察（および症例と調査データ）から、決してアタッチメントが直接的かつ全体的に性加害行動を説明するわけではないが、性加害の行為の発現に重要な役割を担っていると、アタッチメントに基づく性加害行為の全体構造と、治療介入のモデルについて提唱している（Rich, 2005）。アタッチメント理論に基づくこのモデルは、青年の性的問題行動の合理的な説明だけでなく、連続性はないとされる成人の性犯罪と未成年の性加害における一部の連続性のある対象者についても、問題行為のメカニズムを

説明しうるものとしてエビデンスの確立が期待されている。また、子どもの性加害行動は、その発生のサイクルを固定化したものとして扱わないことも特徴である。Finkelhor（1984）は性問題行動を可変性のある一連のプロセスから捉えた前提条件モデル（precondition model）を提唱している。前提条件モデルによると、子どもの性加害は「動機（①情緒的調和、②性的興奮、③妨害）」、「内的抑制」、「外的抑制」、「被害者の抵抗」の4つの前提条件（precondition）の克服が存在する。前者の二つは個人の行動から成るものであり、後者の二つは環境に関連する要素である。つまり、過剰に性的興奮をしたり深刻な心理的ストレスを抱えたりした少年が（動機）、自分の内なる良心に耳を傾けることができず（内的抑制）、被害者となる相手と出会う場を得て（外的抑制）、被害者を手なづけたために（被害者の抵抗）性的加害という行動が達成されるというものである。性的問題や性的加害行動といっても、こういった要素や背景情報は個々の子どもで異なるため、再発の防止のためには十分なアセスメントをもとに治療教育的介入をすることが求められる。

子どもの性的問題行動に対する実際の治療・教育内容は、初期の頃こそ成人の性犯罪者の介入をモデルとしたものをそのまま活用していたが、近年では、上述の子どもの理論モデルを基にした認知行動療法（CBT）を活用した再発防止計画に基づくリラプスプリベンションモデル（Laws, 1989; Pithers, 1990）と、加害行為の動機を向社会的なものに修正するグッドライブスモデルを組み合わせるプログラム（Fortune et al., 2014）の実施が主流となっている。CBTに基づいた治療・教育的介入プログラムの効果については、メタ分析によって良好な変化が報告されており、特に小さな子どもの場合は12回の治療・教育セッションで10年後再発率が2%であることも明らかになっている（Chaffin et al., 2006）。最近ではCBTのうち、マインドフルネストレーニングなどを含む第三世代のCBTと言われる介入の有効性も報告されている（Jennings et al., 2013）。

性的問題行動につながるリスク要因や前提条件をみると、子ども自身の要素である心理行動的な修復と回復だけでなく、環境の要素や大人の監督といった日常生活での安心・安全な他者との関わりを援助する部分も重要となる。言い換えると、子どもの性的問題の解決は一つの機関で抱えられるものではなく、関係機関の連携が重要になるのである。その際、他者との安定した関わりを担保するためにも、医療面でのサポートが欠かせない子どもも多い。そのため、関係機関の連携の中でも医療機関とのコミュニケーションは欠かせ

ないものである。しかしながら実際は、限られた情報資源を活用しながら児童福祉施設で治療教育を行ったり（山根・中植，2013；高岸，2016），児童相談所で定期外来相談という形態で治療教育を行ったり（藤岡，2010；佐々木，2015）していることが多い。また、病院内での取り組みも同様に報告されているが（渡邊ら，2019），関係機関での連携が必要となる子どもの性的問題への介入であるにもかかわらず，実際には単独の機関で奮闘していることも少なくないようである。

もちろん，子どもの性的問題行動に対して，児童福祉と医療機関とが全く連携をとっていないというわけではない。例えば足利（2016）は，児童福祉施設内で生じた子ども間の性的問題行動の介入において，児童相談所と精神保健センターが連携して対応にあたった活動を報告している。ただ，この実践は，問題に主体的に対応する立場である児童福祉施設をエンパワメントすることを目的としており，結果として対応の足場ができたという大きな達成をしているものの，個別のケースを具体的に連携・支援したわけではない。それでも少なくとも，性的問題は単独の機関で対処することではなく連携することの意義や効果を示唆している意味は大きい。連携の意義や効果を示唆するという点に関しては，医療機関との連携ではないが，榊原・藤原（2010）も児童福祉施設と児童相談所が合同の研修会をもつことで，スタッフのスキルアップと連携強化が達成されたことを報告している。やはり，子どもの性的問題に機関連携が重要であることは明白であると言える。

このように，発生モデルや治療介入方法は徐々に洗練されてきているが，一方で関係機関が連携して介入する試みはまだ未熟な段階にあるといえる。この点を踏まえ，本稿では，児童福祉施設と医療機関が連携して性的問題を抱える子どもの治療教育を進めた事例を取り上げ，子どもの性的問題行動における，児童福祉と医療機関との連携のあり方を考察する。なお，事例の紹介に関して，本人及び保護者，そして児童福祉施設の責任者から掲載の許可を得てはいるものの，個人が特定されないように内容の修正をしている点があることを断っておきたい。

II. 事例の概要と治療・教育の構造

1. 児童福祉施設入所までの経緯

中学3年生Aは，両親，弟が1人，小学生の妹が1人の5人家族である。父親は厳しく，Aを含むきょうだい全員に対し，しばしば暴力でしつけてきた。また，特にAに対しては言葉で追い詰めるような厳し

さもみせた。母親は子どもたちに手をあげることはあまりなかったものの，父親の方針を否定せず，父親と足並みを揃えるように厳しく叱責をすることが多かった。

もともと人付き合いの苦手だったAは，中学入学後から同級生と小さいさかいを繰り返し，友達付き合いが上手にできずに孤立していった。コミュニケーションのまずさから生じるトラブルとそれによる気分の落ち込みのため，精神科クリニックを受診し，定期的に通院することとなった。そのような中，Aは万引きを繰り返すようになった。最初は関係者で教育的な指導をすることで済まされていたが，万引きはやめることなく繰り返されたため，中学2年生の終わり頃，Aは児童自立支援施設へ入所することとなった。

2. 医療機関での性加害再発防止のための治療・教育開始までの経緯

Aが児童自立支援施設に入所すると，Aの妹は学校教師にAから長い間性的虐待を受けていたことを打ち明けた。そこで，性的虐待の事実を確認した後，施設内で介入に関して検討を行った。施設内では非行行為の矯正のために生活を中心とした構造的な介入をすでに行っていたこと，精神科クリニックに通院していたこと，そのクリニックで性加害の問題の治療・教育も行っていること，以上を踏まえ，Aの性加害の問題については精神科クリニックで直接的に対応することとなった。

3. 治療・教育の構造

定期的な通院の中で，主治医より，今後性的問題行動を繰り返さないために，自分の行ったことについて振り返る必要がある旨説明がなされた。Aの同意のもと，筆者（以下Th）が個別に治療・教育的介入を行うこととなった。

介入の構造は，毎週1セッション，1回あたり約100分（Aとの個別の時間60分，職員との個別の時間25分，合同でのチェックインと振り返り15分）とした。Aには毎回宿題を課し，合同での振り返りの時間にその内容を確認し，次の回の最初に実施の様子を確認した。通院の引率は，児童自立支援施設のスタッフが行ったが，必ずしもA担当のスタッフではなく，その都度異なったスタッフが行った。

複数回に渡りアセスメントを行い，以下のような全15回の治療・教育的介入を計画，実施した。

- #1～3 導入・アセスメント
- #4～10 性加害のサイクルの検討
（リラプスプリベンションモデル）
- #11～14 グッドライフプランの計画

(グッドライブモデル)

#15 まとめ

Ⅲ. 治療・教育のプロセス

1. 導入・アセスメント

初回面接の前半は、A 本人を含む、関係者と合同で実施した。関係者には、児童自立支援施設のスタッフに加え、児童相談所のスタッフも加わった。関係者から事情を確認し、後半は A と Th との個別面接のスタイルをとった。個別面接時 A は、やや緊張した様子を見せていたものの、Th の問いかけにはスムーズに応じた。A は、それまで精神科クリニックに来ても薬の処方を受けるだけで、通院の動機付けは低いのだということ話を話した。しかし、主治医からの治療参加への励ましと、前半の合同の面接によって、治療教育へ関与することの意欲が高まったとも語った。A はまた、性的問題行動から生じたこの通院治療を、自己コントロール力を高めるための学びの時間だという理解をしており、それは主治医の説明だけでなく、施設のスタッフや児童相談所のスタッフからも説明と励ましを受けたことで、理解が深まったようである。それによって、Th の質問にも積極的に答えようとする態度が見られた。

一方、両親に関すること、学校生活に関することは言葉にすることが難しいようだった。この点については、その後の治療教育セッションの中で A 自ら言語化することもできるようになったが、アセスメント面接の段階では、把握することが困難であった。施設と児童相談所のスタッフの情報提供があったため、両親の厳しい養育態度と学校での集団への適応の困難が明確になった。

また、困難なエピソード開示の抑制だけでなく、感情表現も乏しい様子が窺えた。これは情動 (affect) ではなく感情 (emotion) の抑制の可能性も感じられたため、マインドフルネストレーニングを導入した。施設スタッフへは練習用の CD を渡し、A が毎日生活の中で実践するためのサポートを依頼した。施設内では CD プレーヤーの使用についていくつかの条件があったが、A のマインドフルネストレーニングのための使用は優先的に使用できるようになった。このことを A 自身喜び、マインドフルネストレーニングは最後まで継続することができた。

A 本人とのやり取りで、A の能力やパーソナリティを中心に Th は理解を深めることができたが、性的問題行動の発生メカニズムやその発生に影響した種々の要因の理解については、福祉機関のスタッフの情報によって達成された。

2. 性加害のサイクルの検討 (リラプスプリベンションモデル)

治療・教育の中盤から具体的な性的加害行動を振り返った。この頃には A はほとんど抵抗を示さず、自身の行為を一つのパターンとして描き出すことに熱心に取り組んだ。その中で、苦しい気持ちが生じた時に我慢するという以外に対処する方法をもっていないことが A から語られた。そもそも余暇を前向きに過ごすためのレパートリーも乏しいこともあり、気持ちのコントロールや時間の使い方は課題の一つとなった。この点について、施設スタッフとも検討し、施設内でこれまで他児童がやってきた余暇の過ごし方を紹介してもらい、実際にそれらを試みた。うまくいくものもあればそうでないものもあったが、ペーパークラフトという気に入った活動を見つけると、熱中して取り組み、Th にも作品を見せてくれることもあった。

アセスメント時にも注目されていたことであるが、自分の加害パターンの理解を深める中で、性的加害のサイクルの重要な要素である、感情の知覚がここでも課題となった。感情は加害に向かう認知を後押しする機能をもつため、その理解やコントロールは再発防止において要の一つとなる。Th は A に、感情にはどのような種類があるかリストアップさせてみたが、「うれしい」「怒り」など数個の単純な感情しかあげられなかった。そこで、感情のリストを増やしてくるよう宿題に出した。この宿題を A は熱心に取り組み、一連の治療・教育が終わるまでずっと続けた。その背景には、施設のスタッフが生活の中で助言していたり、他の入所児童とクイズ形式にして取り組んで増やしたりといった生活構造があった。これらの取り組みによって、図らずしも、他者とのコミュニケーションと関係性が育まれた。

3. グッドライフプランの計画(グッドライブモデル)

グッドライフプランはグッドライブモデルの中核となる要素であるが、注目する主要な価値はプログラムや取り組みごとに異なる (Ward & Gannon, 2006)。A との治療・教育では主要な価値として「(性を含む)健康」、「勉強・進路・職業」、「家族」、「友人」に焦点化し取り組んだ。

それぞれの価値、領域について短期目標と長期目標を立て、目標達成のために今できることと 1 年間でできることを検討した。時間の限られたセッションの中では「家族に謝る」とか「ちゃんと勉強する」といった短絡的であいまいな行動計画を立てがちになったため、セッションの中で浮かんだ考えを、宿題として再検討してくることとした。この課題は施設の中での指導と調和した。目的的な生活を送ることや、人生設計

をする力を育むことは、Aに限らず、児童自立支援施設のケアの目標でもある。この課題の取り組みは、スタッフとAとの日常の会話を増大させた。

4. まとめと終結以降

最終回はこれまでの取り組みを振り返ることに加え、A自身の現在の考えを共有する時間となった。治療・教育の取り組みは一旦終了することになるが、Aは施設での生活や目の前に迫る進学の問題など、不安を口にした。Thはその気持ちを受け止めつつも、そのテーマをいかに扱うべきか、合同の振り返りの時間に、施設スタッフとAとThとで検討した。Aの将来に関する不安が全員で共有され、その対話は治療・教育終結後の施設の生活の中で継続された。このプロセスを通じて、Aは不安よりも期待と意欲を高めたということが、治療・教育が終結したのちにThに報告された。

一連の治療・教育プログラムの終結後Aは進学した。その後1年間以上経過しているが、性加害は再発していない。

IV. 考察

本稿の目的は、子どもの性的問題行動における、児童福祉と医療機関との連携のあり方を考察することであった。以下、役割分担と動機付け、治療・教育内容の般化を中心に考察する。

性的問題行動が明らかになればそれに対して治療・教育的介入を行うことになるわけであるが、本事例のように、非行行為に対して児童福祉施設の中で構造化された生活を送ることに主眼を置いた全般的(general)な支援を始めたのち、途中から性的加害行為の治療・教育という特異的(specific)な介入を組み込むことは、生活上の決まりの一貫性の保持という面で単一の施設では難しいことがありうる。その点で、医療機関で治療・教育を、そして生活の場である児童福祉施設でその般化を試みるという明確な役割分担がなされたことは有益だった。また、児童福祉施設内での直接的な治療・教育の実施は、生活の場であることから困難となることも多い。治療・教育はあくまで非日常的な取り組みであり、日常生活の中では、「他児童に知られるのではないか」とか、「スタッフはどう思っているのだろうか」などといった不安が生じ、作業に抵抗が生じてしまいやすい。医療機関という生活空間と別の場面で実施した点は、役割の分担だけでなく、不安を減じ、同時に動機付けの低下を避けられたのではないだろうか。この点はこのあとでも詳述する。いずれにせよ、近年では児童自立支援施設や児童心理

治療施設に限らず、児童養護施設でも治療的機能が期待されているものの、生活の場での治療の困難さは常につきまとう課題である。治療機能をもった医療機関と、目的を明確にした上で治療・教育の役割を分担したことで、児童福祉施設での生活の流れを大きく崩すことなく、合理的な治療の開始となった。

アセスメントの段階では、Aから直接得られる情報だけでなく、児童福祉機関の関係者からも情報を得て多面的にAの理解がなされた。複数の関係者が集まることにより、情報のやりとりだけでなく、多くの人間がAをサポートしようと関与していることが視覚的にAに伝わった。それによりAの治療・教育への動機付けが高まったことは、決してこの事例特有の現象ではなく、関係機関の連携においてしばしば生じることであが、関係機関連携の重要な要素の一つであろう。

Aも医療機関への通院の目的がよく分からないと訴えていたが、保護された施設での生活が安定すればするほど、コミュニケーションや非行行為の問題は先鋭化せず、本人の医療機関通院の目的意識は不明瞭になりがちである。これはある意味では良い変化ともいえるのかもしれないし、この安定した状況を主治医が把握しておくことにも意味があるだろう。それでもやはり、自分なりに医療機関に通う意味を自覚することは、生産的な人生(good life)の観点からも重要である。その点で、医療機関への通院の動機付けが乏しくなりつつあったAにとって、性的加害行為の再発防止のための取り組みを医療機関で行うことは、通院を目的的なものとさせた。主治医との診察場面でも、日々の様子の把握に加え、治療・教育介入に対するサポートが行われた。これは開始時には顕著であったが、Aは適宜取り組みを診察時に振り返り、主治医とも情報を共有したことで、「トラブルが起きたから病院に通う」ではなく、「学ぶために医療の力を借りる」という意識づけとその維持につながった。

他方、児童福祉施設で治療・教育を行う場合を考察したい。治療・教育を行う場合、児童福祉施設には生活に密着した利点があるのも事実である。例えばAが日常的に直面する生活の中で生じたトラブルや困難を題材に取り上げ、治療・教育をタイムリーに扱うなどである。だが、場合によっては、それらはマイナスにもなりえる。野坂(2011)は、学校で行った性問題行動を抱える生徒の介入において、当該生徒が自分の行為を開示することが困難であったことを報告している。この点について野坂は「都合の悪いことを認めるばつの悪さだけではなく、関わりをもつようになった教員の信頼を失いたくないという不安や、性問題行動を認めることで事態が悪化してしまうのではないかと

いう恐怖感などもあったと思われる」と述べている。課題となるテーマが身近なところにあるのは便利ではあるものの、性という直接取り扱ったり向き合ったりするテーマの場合は、そうもいかない場合も多いことは想像に難くない。Aの場合、治療・教育場面で扱ったものを施設の生活の中で扱うことも少なくなかったが、それらは治療・教育で検討したもののうち、感情のリストアップや進路に関する目標など、直接的に性をテーマとした課題ではなく、A自身安心して他児童や施設スタッフに開示できるものだった。日常生活場面と非日常場面としての治療場面が分けられていることは、施設や医療機関の設定の利点のみを活用できるやり方といえよう。

治療・教育の内容の般化については、本児例での介入では毎回宿題を出したり、マインドフルネストレーニングを生活場面に導入したりと、学んだことを日常生活の対人関係の中で気づかせていくような働きかけを行った。近年では、子どもの性的問題行動の治療は、保護者とともに行うことが不可欠と言われるようになってきている (Bonner et al., 2001; Gil & Shaw, 2013; Pithers et al., 1998)。子どもが治療場面で学んだことを生活場面に持ち帰るだけではなく、治療場面で保護者も直接学び、子どもも保護者も学んだことがらを生活に共に持ち帰る構図である。Aの場合、生活を直接的にサポートする保護者の機能をもつのは施設スタッフである。それゆえ施設スタッフとともに行う施設内での取り組みが不可欠となる。しかし、児童福祉施設という特性上、子どもの担当者が固定されている場合であっても、実際に生活にかかわるスタッフは日ごとに異なる。Aの場合、通院の引率のスタッフも担当スタッフではなかった。治療・教育では毎回保護者セッションを持ったが、それによってAの問題をそれぞれの引率スタッフが再認識する機会となりえた。そして取り組んだ内容を施設内で漏れなく一貫して実施していくために、通院の報告が密になされた。その結果、日常生活の中で、支援する動きが加速した。このような医療機関と児童福祉施設との連携によって、動機づけや役割分担が明確になされるだけでなく、学びの有効な般化も達成することができると言える。

以上、子どもの性的加害行為に対する児童福祉施設と医療機関の連携のあり方を、Aの事例を通して検討した。一つの機関が問題のすべてを抱えるのではなく、かといって他機関へ完全に任せきりになるのではないことは連携の基本である。医療機関は、児童福祉機関が連携する関係機関の主要なものの一つである。児童福祉機関からみるとその治療機能に期待するところは大きいだろう。同様に、医療機関からみると児童福祉施設が生活の中で種々の機能を育む力に期待するところ

ろは大きいだろう。しかしながら実際の連携は個々の事例でテラーメイドの方法を作り出していかなければならないし、そのための定式化もまだ十分ではない。特に性的問題行動という、介入に慣れている専門家がそれほど多くはないテーマの場合などは、どのような連携のあり方があるか、一つ一つの事例で丁寧に検討していくことが不可欠である。

引用文献

- 相澤仁・川崎文彦 (2013). 児童相談所・関係機関や地域との連携・協働. 明石書店.
- Andrews, D. A., Bonta, J., & Wormith, J. S. (2006). The recent past and near future of risk and/or need assessment. *Crime & Delinquency*, 52 (1), 7-27.
- 足利安武・吉田玲奈・西尾美恵子・古田に恵美 (2016). 施設内暴力で揺れる児童養護施設のエンパワメントを目的とした多機関連携. *子どもの虐待とネグレクト*, 18 (2), 236-241.
- Bonner, B. L., Walker, C. E., & Berliner, L. (2001). Children with sexual behavior problems: Assessment and treatment. National Clearinghouse on Child Abuse and Neglect Information.
- Chaffin, M., Berliner, L., Block, R., Johnson, T. C., Friedrich, W., Louis, D. G., & Silovsky, J. F. (2006). Report of the task force on children with sexual behavior problems. Association for the Treatment of Sexual Abusers (ATSA), Beaverton, Oregon, US.
- Finkelhor, D. (1984). *Child sexual abuse: New theory and research*. New York: Free Press.
- Fortune, C. A., Ward, T., & Print, B. (2014). Integrating the Good Lives Model with relapse prevention: Working with juvenile sex offenders. In *Toolkit for working with juvenile sex offenders* (pp. 405-426). Academic Press.
- Friedrich, W. N., Davies, W., Feher, E., & Wright, J. (2003). Sexual behavior problems in preteen children. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 989 (1), 95-104.
- Friedrich, W. N. (2007). *Children with sexual behavior problems: Familybased attachment-focused therapy*. New York: Norton.
- 藤岡淳子 (2006). 性暴力の理解と治療教育. 誠信書房.
- 藤岡淳子 (2010). 性的問題行動のある子どもへの援助 (在宅児童). 大阪府すこやか家族再生応援事業平成20年～21年度研究報告書.
- Gil, E., & Shaw, J. A. (2013). *Working with children with sexual behavior problems*. Guilford Publications. (高岸幸弘 (監訳) 井出智博・上村広樹 (訳) (2019) 子どもの性的問題行動に対する治療介入—保護者と取り組むバウンダリー・プロジェクトによる支援の実際— 明石書店)
- Hanson, R. K., & Morton-Bourgon, K. (2004). Predictors of sexual recidivism: An updated meta-analysis. Ottawa:

- Public works and government services Canada.
- 石澤方英・小木曾宏・徳地昭男・杉浦ひとみ・伊藤貴啓・相澤林太郎・柳原由以 (2011). 児童福祉施設における性教育プログラム確立と性的問題に対する職員の対応マニュアル作成に向けた実態調査：加害者にも被害者にもならないための予防策としての性教育実践のために. 明治安田こころの健康財団研究助成論文, 47, 135-143.
- Jennings, J. L., Apsche, J. A., Blossom, P., & Bayles, C. (2013). Using mindfulness in the treatment of adolescent sexual abusers: Contributing common factor or a primary modality? *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 8, 17-22.
- 厚生労働省 (2019) 児童養護施設等において子ども間で発生する性的な問題等に関する調査研究 報告書 みずほ情報総研株式会社平成 31 年 3 月.
- Laws, D. (1989). *Relapse prevention with sex offenders*. The Guilford Press.
- 野坂祐子 (2011). 性問題行動をもつ生徒に対する支援課程と課題－学内外での支援体制づくりを中心に－. *子ども社会研究*, 17, 95-108.
- Pithers, W. D. (1990). Relapse prevention with sexual aggressors. In *Handbook of sexual assault* (pp. 343-361). Springer, Boston, MA.
- Pithers, W. D., Gray, A., Busconi, A., & Houchens, P. (1998). Caregivers of children with sexual behavior problems: Psychological and familial functioning. *Child Abuse & Neglect*, 22, 129-141.
- Rich, P. (2005). Attachment and sexual offending: Understanding and applying attachment theory to the treatment of juvenile sexual offenders. John Wiley & Sons.
- 榎原文・藤原映久 (2010). 活動報告 児童相談所と児童養護施設との連携に基づく性(生)教育プログラムの取り組み 子どもの虐待とネグレクト, 12 (2), 288-294.
- 佐々木大樹 (2015). 性加害行動をした児童への法的必要性に基づく支援の実践. *心理臨床学研究*, 33 (1), 70-80.
- Silovsky, J. F., & Bonner, B. L. (2003). Sexual behavior problems. In T. H. Ollendick & C. S. Schroeder (Eds.), *Encyclopedia of clinical child and pediatric psychology* (pp. 589-591). New York: Kluwer Academic/Plenum.
- 高岸幸弘 (2016). 児童養護施設における性加害問題の治療導入前段階としてのグループワークの試み 関西国際大学研究紀要, 17, 89-99.
- 田中究 (2016). 子ども虐待とケア. *児童青年精神医学とその近接領域*, 57 (5), 705-718.
- 八木修司・岡本正子 (2017). 性的虐待を受けた子どもの施設ケア－児童福祉施設における生活・心理・医療支援. 明石書店.
- 山根隆宏・中植満美子 (2013). 性問題行動のある児童養護施設入所時への集団心理療法の効果. *心理臨床学研究*, 31 (4), 651-662.
- Ward, T., & Gannon, T. A. (2006). Rehabilitation, etiology, and self-regulation: The comprehensive good lives model of treatment for sexual offenders. *Aggression and violent behavior*, 11 (1), 77-94.
- 渡邊温子・河村聡子・栗林英彦・高岡健 (2019). 性加害行動を起こした自閉スペクトラム症の男子高校生に対する心理面接過程. 第 60 回日本児童青年精神医学会学会総会発表抄録集, 53.