

厚生労働省
令和7年度障害者総合福祉推進事業

医療観察法における円滑な社会復帰を
促進するための普及啓発等に係る研究

報 告 書

令和8（2026）年3月

北海道大学

厚生労働省 令和7年度障害者総合福祉推進事業
医療観察法における円滑な社会復帰を促進するための普及啓発等に係る研究 報告書
目 次

I. はじめに	3
II. 事業要旨	4
1. 事業の目的と概要	4
2. 検討委員会実施状況	5
3. 検討委員・事業担当者名簿	6
III. 地域移行促進に関するアンケート調査	8
1. 調査対象	8
2. 調査方法	8
3. 調査内容	8
4. 調査結果	8
IV. 地域移行促進に関するヒアリング調査	12
1. 調査対象	12
2. 調査方法	12
3. 調査内容	12
4. 調査結果	12
V. 内省を深める取り組みに関するアンケート調査	18
1. 調査対象	18
2. 調査方法	18
3. 調査内容	18
4. 調査結果	20
VI. 内省を深める取り組みに関するヒアリング調査	25
1. 調査対象	25
2. 調査方法	25
3. 調査内容	25
4. 調査結果	25
VII. 成果物	34

I. はじめに

医療観察法は、心神喪失又は心神耗弱の状態で大なる他害行為を行った者に対し、継続的かつ適切な医療を確保して病状の改善を図り、同様の行為の再発を防止し、その社会復帰を促進させることを目的とした制度である。医療観察法施行後 20 年が経過し、多くの対象者が退院後地域生活を送ることができており、再他害行為の発生率は低く抑えられており、一定の成果をあげていると思われる。一方で、さまざまな課題も指摘されており、入院期間が年々長期化していることが以前から指摘されている。医療観察法入院処遇はおおむね 18 ヶ月以内で退院を目指すことが入院処遇ガイドラインに示されているが、2020 年に退院した対象者の平均入院期間は約 39 ヶ月（約 3.2 年）となっている（医療観察法統計資料 2020 年版）。

入院長期化の要因は複数指摘されているが、地域での受け皿不足が一因として挙げられる。通院処遇を担う指定通院医療機関や居住先（グループホームやアパートなど）、訪問看護ステーションの選定に時間を要する対象者は少なくない。また、利用できる就労支援事業所が少ないために退院した後の日中の過ごし方が課題となる場合もある。この背景には、地域の医療や福祉を担う関係機関の支援者の間で、医療観察法に関する知識や、同法に基づく医療等に関する知見が十分には浸透しておらず、ときに対象者を地域で受け入れることへの不安感や困難感につながっている可能性がある。

また、近年の犯罪被害者支援に対する注目を背景に、医療観察法が適用された事件の被害者に対する支援にも目が向けられつつあり、令和 8 年からの第 5 次犯罪被害者等基本計画にも大きく取り上げられた。医療観察法に基づく医療は加害者支援であるが、大部分の対象行為には被害者が存在し、被害者の視点を忘れずに対象者の社会復帰を支援していくべきである。

医療観察法病棟では、被害者に対する共感性を養う試みを含む「内省」に関するさまざまな心理社会的療法が行われている。しかし、標準化されたものはなく、各施設でさまざまな工夫が積み重ねられているのが現状であり、その具体的内容は十分把握されていない。内省に関する治療効果が十分ではない場合、すなわち病識が乏しく、対象行為を振り返ることができず、被害者に対する共感が不十分である場合、そのような対象者の受け入れに対する地域支援者の心理的抵抗は一層強まり、円滑な社会復帰が困難となると考えられ、地域移行にも大きな影響を及ぼしうる。

このような状況を背景として、地域支援者に対して医療観察法を正しく理解してもらうために活用できるパンフレットを作成するとともに、医療観察法病棟で行われている内省に関する取り組みを本報告書にまとめた。本報告書が地域の受け皿を増やす一助になれば幸いである。

北海道大学

Ⅱ．事業要旨

1. 事業の目的と概要

1) 事業の目的

医療観察法による入院期間は年々長期化し、ガイドラインが目標とする 18 ヶ月を大幅に越え、2 倍以上となっている。その要因は複数指摘されているが、地域支援者の本法に対する啓発が不十分で、受け皿が不足していることが一因として挙げられる。また、被害者に対する共感性を養うことを含む「内省」が十分ではない場合、地域支援者の心理的抵抗は一層強まり、地域移行にも大きな影響を及ぼしうる。

これを解消するために、地域支援者に対して医療観察法医療等について紹介するパンフレットを作成するとともに、被害者に対する共感性を養う試みをはじめとした内省に関する取り組みを調査することを目的とする。

2) 事業実施内容

① 検討委員会の実施

令和 7 年 10 月 7 日（ハイブリッド会議）、令和 7 年 12 月 10～17 日（メール会議）、令和 8 年 3 月 9 日（ハイブリッド会議）の 3 回開催した。

② 地域移行促進に関するアンケート調査

全国の指定入院医療機関の精神保健福祉士に対して、ウェブアンケート調査を実施し、19 施設からの回答を解析した。

③ 地域移行促進に関するヒアリング調査

指定入院医療機関の精神保健福祉士、社会復帰調整官、指定通院医療機関の精神保健福祉士、非指定通院医療機関の精神保健福祉士、訪問看護ステーション管理者、グループホーム管理者、相談支援事業所管理者、就労支援事業所管理者から計 19 施設、計 25 名にヒアリング調査を実施した。

④ 内省を深める取り組みに関するアンケート調査

全国の指定入院医療機関の心理士に対して、ウェブアンケート調査を実施し、24 施設からの回答を解析した。

⑤ 内省を深める取り組みに関するヒアリング調査

指定入院医療機関の心理士（7 施設、計 10 名）に対してヒアリング調査を実施した。

⑥ 地域支援者向けのパンフレット作成

3) 成果物

地域支援者向けのパンフレット「医療観察法のみちしるべ」の作成

2. 検討委員会実施状況

(1) 第 1 回

開始日時：令和 7 年 10 月 7 日 18 時 30 分～19 時 35 分（ハイブリッド開催）

出席者数：16 名

内容：自己紹介、本事業の概要の説明、今後のスケジュールの説明、質疑応答

(2) 第 2 回

開始日時：令和 7 年 12 月 10～17 日（メール会議）

出席者数：10 名

内容：本事業の進捗の説明、今後のスケジュールの説明、質疑応答

(3) 第 3 回

開始日時：令和 8 年 3 月 9 日 18 時 30 分～19 時 35 分（ハイブリッド会議）

出席者数：15 名

内容：本事業の進捗の説明、パンフレット内容の説明、今後のスケジュールの説明、
質疑応答

3. 検討委員・事業担当者名簿

1) 検討委員会メンバー

	氏 名	所 属	職 名
1	賀古 勇輝 (座長)	北海道大学病院附属司法精神医療センター	センター長/准教授
2	望月 和代	北星学園大学 社会福祉学部 社会福祉学科	教授
3	澤下 靖典	札幌保護観察所	首席社会復帰調整官
4	菅原 資浩	横浜保護観察所	首席社会復帰調整官
5	梯 浩子	東京保護観察所	首席社会復帰調整官
6	竹下 憂	佐賀保護観察所	統括社会復帰調整官
7	島田 明裕	国立精神・神経医療研究センター病院 地域連携医療福祉相談室	精神保健福祉士
8	鈴木 敬生	国立精神・神経医療研究センター病院 臨床心理部 臨床心理室	主任心理療法士
9	橘 武蔵	旭川圭泉会病院 社会復帰・地域医療連携部	精神保健福祉士
10	中村 慎一	訪問看護ステーションノースアクト	代表者
11	櫻田 裕司	障がい者相談支援センターあしすと	主任相談支援専門員
12	高信 径介	北海道大学病院附属司法精神医療センター	副センター長/助教
13	本間 龍介	北海道大学病院附属司法精神医療センター	精神保健福祉士
14	高張 陽子	北海道大学病院附属司法精神医療センター	精神保健福祉士
15	猪口 航太	北海道大学病院附属司法精神医療センター	精神保健福祉士
16	福澤 宏之	北海道大学病院附属司法精神医療センター	心理士
17	杉山 正記	北海道大学病院附属司法精神医療センター	心理士
18	駿河 勇太	北海道大学病院附属司法精神医療センター	作業療法士

2) 事業担当者名簿

	氏 名	所 属	職 名
1	賀古 勇輝	北海道大学病院附属司法精神医療センター	センター長/准教授
2	高信 径介	北海道大学病院附属司法精神医療センター	副センター長/助教
3	高張 陽子	北海道大学病院附属司法精神医療センター	精神保健福祉士
4	福澤 宏之	北海道大学病院附属司法精神医療センター	心理士

5	駿河 勇太	北海道大学病院附属司法精神医療センター	作業療法士
6	榊原 則寛	北海道大学病院附属司法精神医療センター	薬剤師
7	井上 猛	北海道大学病院経営企画課	係長

事務員：高堀 康子（北海道大学 事務補助員）、花井 智美（北海道大学 事務補助員）

Ⅲ. 地域移行促進に関するアンケート調査

1. 調査対象

全国 35 施設の医療観察法指定入院医療機関の医療観察法病棟に勤務する精神保健福祉士を対象とする。

2. 調査方法

Google フォーム®を用いたウェブアンケート調査を実施する。

全国の指定入院医療機関に勤務する精神保健福祉士のメーリングリストを用いて協力を依頼する。

3. 調査内容

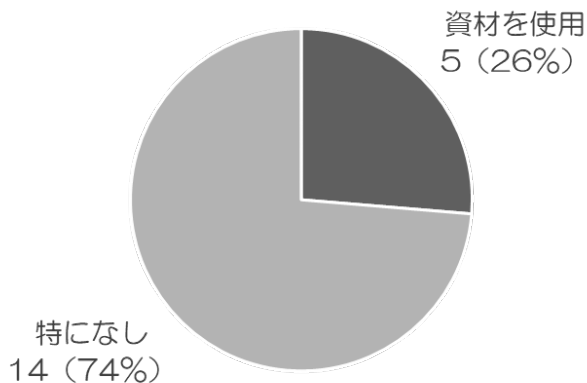
Google フォーム®での質問項目は以下の通りである。

- Q1 地域の医療機関や支援機関（訪問看護ステーション、相談支援事業所、グループホーム、就労支援事業所など）に対して医療観察法に関する説明や啓発を行う際（対象者の受け入れ依頼に限らず）に使用している資材はありますか。
- Q2 使用されている資材（パンフレット、スライド、動画など）の具体的な内容をお教えてください。
- Q3 地域の医療機関や支援機関に対して医療観察法入院患者の受け入れを促進するために実施されている工夫等がございましたお教えてください。
- Q4 本事業では、地域の医療機関や支援機関に対して医療観察法の医療等について紹介するパンフレットを作成する予定です。このパンフレットに盛り込んでほしい・盛り込むべき内容がございましたら、お教えてください。

4. 調査結果

19 施設（54%）の施設から回答があった。

- Q1、2 地域の医療機関や支援機関に対して医療観察法に関する説明や啓発を行う際に使用している資材について



独自の資材を用いている 5 施設の具体的内容は以下の通りである。

- 医療観察法の概要、病棟や治療プログラムの紹介などネットワーク研修会（保護観察所と共催で地域関係機関を対象に年 3 回開催している研修会）での講義で使ったスライドを用いている。
- 医療観察法と精神保健福祉法の違い、入院治療について、対象者の特性（トラウマインフォームドケア等）、セルフモニタリングやクライシス・プランの活用、国立精神・神経医療センター病院の YouTube チャンネルにある医療観察法支援者研修動画の紹介などを説明した資料を用いている。
- 医療観察制度の概略、入院治療での毎ステージごとの取り組みなど盛り込んだものを開棟時から使用している。
- 指定入院医療機関内で行われている医療についての資料を用いている。実際の場合としては、対象者の受け入れを打診する際に、社会復帰調整官が医療観察制度について法務省が作成しているパンフレットを用いて説明し、指定入院医療機関から資料を用いて医療観察法入院医療について説明し、対象者の要約（ケースフォーミュレーションなども含む）も合わせて説明をしている。
- 医療観察法医療連携モデルのリーフレットを主に指定通院医療機関を対象として配布している。通院医療の進め方や事務手続き、再入院の判断、病状悪化時のバックベッド、クロザピンの使用方法、クロザピンの副作用による内科コンサルトなどが懸念点として指定通院医療機関から出されることが多いため、それらの盛り込んだ内容となっている。

Q3 地域の医療機関や支援機関に対して医療観察法入院患者の受け入れを促進するために実施されている工夫等

地域の指定通院医療機関や障害福祉サービス事業所、社会復帰調整官、広くは行政機関や司法機関も含めたネットワーク研修やセミナーを定期的に行っている指定入院医療機関があり、受け皿となる地域の支援機関を増やすことに成功している地域もある。

このような取り組みに関しては、ヒアリング調査を実施した。

Q4 本事業で作成する地域支援者向けのパンフレットに盛り込んでほしい・盛り込むべき内容

アンケート調査で出された意見を以下の項目に分けて列挙する。

- 入院処遇
 - 代表的なプログラムの概要などがあるとよい。
 - 病棟の紹介（全室個室であることなど）
 - 医療観察法で使われる用語（MDT（Multi-Disciplinary Team、多職種チーム）やCPA（Care Programme Approach、ケアプログラムアプローチ）など）についての説明
 - 外出泊などを実施するまでの流れやその期間
 - CPA 会議の役割や意味合い、治療への繋がりを丁寧に盛り込んでほしい。
 - 入院中の CPA 会議においても、「質問しづらい」「何を聞けば良いかわからない」といった声をよく聞くため、質問例をまとめた“質問集”のようなものがあると、関係機関にとっても活用しやすく、会議の理解促進にもつながるのではないかと考えた。
 - 指定入院医療機関に要望しながらどのように協働して対象者受け入れ準備を具体的に進めるのか。
 - 入院処遇中の地域支援者の関わりのタイミングを具体的に明示できる資料があればよい。
 - 退院申立てから実際の退院まで 3 ヶ月程度要すること。
 - 入院処遇後の対象者が利用する資源マップの中に様々な支援機関を入れたイメージ図。支援者が我が事として入りやすくなるかもしれない。
- 通院処遇
 - 「はじめて指定を受ける」あるいは「はじめて対象者を受け入れる」医療機関・支援機関向けに、打診から受け入れまでの一般的流れがわかるフローチャートのようなものがあるとよい。
 - 1 機関だけの負担にならないよう、地域もチームとして関わり一丸となって支援にあたること。

- 支援していく中で困る場面等あった場合、一機関で抱え込まず皆で考えていきたいということが伝わるとよいのかと思う。
 - 医療観察法の対象者だからと言って特別な対応が必要な訳ではなく、精神保健福祉法の患者と同様の支援体制でよいことを伝えてほしい。
 - 通院処遇中の作業所・グループホーム・訪問看護のスタッフからは、社会復帰調整官や指定通院医療機関へ連絡することに対して「敷居が高い」という声を耳にすることがあるため、「必要時は積極的に連絡してほしいこと」「連絡は重要な支援の一つであること」を明確に伝える必要があると感じます。
 - 社会復帰調整官はチームの一員ではあるが、精神保健観察という「観察」の面でかかわる、権限がある立場であるため、支援の面で困った時は社会復帰調整官の権限で、ある程度強めの指導等も行えることを伝えることで、安心感につながるとよいのでは。
- その他
- 入院処遇で完結する制度ではなく、通院処遇も含めて、対象の医療観察法の処遇であって、さらに、通院処遇が終了した後に、対象者が地域で安心した生活が続けられるようにみんなで考えていけたらよい。
 - 様々な逆境体験を受けていること、トラウマインフォームドケアの視点を盛り込んで頂きたい。
 - 医療観察法を退院した（通院処遇等）の対象者の声・体験談があるとイメージしやすくなるのではないかと思います。
 - 受け入れる事業者のメリットや他機関との連携が増えることなどのメリットを盛り込んで欲しい。
 - 医療観察法の制度や手続きなどわからないことがあった場合にどこに相談すればよいかわかる相談連絡先の記載。医療機関、支援機関からよくある質問や相談を Q&A 方式で記載してもよいかもしれない。
 - 医療観察法の三要素を評価して、地域に退院しているということを図に表して、地域支援者・医療機関に伝えてほしい。
 - 医療観察法の参考となる資料などの紹介（「医療観察法対象者を受け入れて支援をするための手引書」（日本精神保健福祉士協会作成）など）

Ⅳ. 地域移行促進に関するヒアリング調査

1. 調査対象

医療観察法指定入院医療機関の医療観察法病棟に勤務する精神保健福祉士、保護観察所に勤務する社会復帰調整官、指定通院医療機関の精神保健福祉士、非指定通院医療機関の精神保健福祉士、訪問看護ステーション管理者、相談支援事業所管理者、就労支援事業所管理者、グループホーム管理者を対象とする。

2. 調査方法

対面もしくはオンライン会議でのヒアリング調査を行う。

3. 調査内容

指定入院医療機関の精神保健福祉士については、前項Ⅲ.のアンケート調査の回答内容から、地域の医療機関や支援機関に対して医療観察法入院患者の受け入れを促進するために実施されている工夫として、特色のある取り組みを行っている施設などを抽出して、その詳細を調査する。

社会復帰調整官、指定通院医療機関の精神保健福祉士、非指定通院医療機関の精神保健福祉士、訪問看護ステーション管理者、相談支援事業所管理者、就労支援事業所管理者、グループホーム管理者については、本事業で作成する地域支援者向けのパンフレットに盛り込んでほしい・盛り込むべき内容について調査する。

4. 調査結果

指定入院医療機関の精神保健福祉士については、国立病院機構（以下、NHO）琉球病院、NHO 肥前精神医療センター、NHO さいがた医療センター、NHO 榊原病院、長崎県精神医療センター、神奈川県立精神医療センターの計 6 施設 10 名に対してヒアリング調査を実施した。

保護観察所社会復帰調整官については 4 施設 5 名、指定通院医療機関の精神保健福祉士については 3 施設 4 名、非指定通院医療機関の精神保健福祉士については 2 施設 2 名、地域の支援機関（訪問看護ステーション、相談支援事業所、就労支援事業所、グループホーム）の精神保健福祉士については 4 施設 4 名に対してヒアリング調査を実施した。

4-1. 地域の医療機関や支援機関に対して医療観察法入院患者の受け入れを促進するために実施されている工夫

ヒアリング調査を実施した施設の中で、地域の受け入れを促進するために有益と思われる取り組みを以下に紹介する。

① NHO 琉球病院

NHO 琉球病院に対しては対面でのヒアリング調査を行うとともに、以下で説明する医療観察法指定通院研修会にも参加した。

同院では、令和元年より医療観察法指定通院研修会を年 2 回実施している。この運営を担っているのは、同院に設置されている「沖縄県医療観察法ネットワーク協議会」であり、指定通院医療機関や訪問看護ステーションなども 1 年毎の持ち回りで委員を担当し、年 2 回程度打ち合わせを行い、研修会の企画をしている。

年 2 回の研修会のうち 1 回は初級編と位置づけ、医療観察法対象者の支援をまだ経験していない地域支援者を対象に行っている。参加者の選定方法としては、事務局でターゲットを決めてリクルートし、参加者 50 人規模で開催している。講義とグループワークの組み合わせで、指定通院医療機関従事者研修会をコンパクトにした内容である。もう 1 回の研修会は中級・上級編とし、対象者の支援経験がある施設（ダルクなども含む）を対象として 30 名程度が参加して、事例検討などを行っている。指定入院医療機関のスタッフも参加するので、地域支援者からの直接的なフィードバックの機会にもなり、お互いの共通言語を増やす機会になっている。また、社会生活支援特別加算や地域生活移行個別支援特別加算を算定するのに必要な研修としてこの研修会が活用されている。

研修会を運営している同院としては、医療観察制度への理解を示してくれる支援者が多い印象を受けているという。地域の支援機関では人事異動が多いため、横の繋がりを継続的に作るために研修会を毎年開催している。地域支援者をどう支えるか、福祉との共通言語をどう作っていくかという課題があるが、地域支援者には「医療観察法の枠組みでの支援の方が安心」と思ってもらえることを目指している。

同院では継続的な地域支援者に対する支援を大切にし、地域福祉と医療の共通言語を増やす取り組みが行われていることで、入院処遇から通院処遇にシームレスに移行することに繋がっているように思われた。初級編の研修会を契機に新たに指定通院医療機関の登録に繋がったり、対象者の受け入れに繋がったりするケースもあり、地域の受け皿を増やすことに有効な取り組みであると思われる。

研修会のグループワークでは、各グループに指定入院医療機関スタッフがファシリテーターとして参加し、地域支援者と活発に話し合っている姿が印象的であった。指定通院医療機関から事例報告もあり、地域支援者がどのように対象者と関わって行くことになるの

かをイメージすることができているのではないかと感じられた。事例報告後のグループワークでは各関係機関の取り組みについて活発に情報交換されていた。指定入院医療機関のスタッフが、地域支援者に対して入院中の取り組みへのニーズを尋ねる場面もあり、自分たちの関わりに活かそうとする姿勢が見られた。

② NHO さいがた医療センター

NHO さいがた医療センターが主催で、医療観察法セミナーを毎年 1 回ハイブリッド開催している。新潟県内の指定通院医療機関を対象としており、処遇の進め方や地域との連携、対象者との関わり方、事務手続きなどを学ぶことを目的としている。指定通院医療機関としての不安の解消や指定通院医療機関同士のネットワーク構築に繋がっている。対象者を受け入れていなかった指定通院医療機関が、本セミナーを通して前向きになり、受け入れに繋がった事例があった。

新潟保護観察所が主催する社会生活支援特別加算や地域生活移行個別支援特別加算の算定に向けた研修会が、毎年 1 回開催されている。新潟県内の居住系サービス事業所（グループホーム、宿泊型自立訓練施設等）、相談支援事業所が対象であり、必要な知識の獲得、地域のネットワーク構築などを目的としている。現在は保護観察所とさいがた医療センターとの共同開催となっており、同センターを会場としており、病棟見学やクロザピン研修会等の機会の提供にも繋がっている。

指定通院医療機関の不安や負担を軽減し、連携を強化するために、「さいがた医療センター医療観察法医療連携モデル」を構築している。通院処遇移行後に他の指定通院医療機関に通院する事例についても継続して関わることで、指定通院医療機関や地域関係者の不安を低減し、入院処遇期間の短縮化や指定通院医療機関の新規開拓、通院処遇へのスムーズな移行につながるような取り組みである。具体的には、通院処遇後のケア会議への継続的な出席、処遇や治療、事務手続きの相談、精神保健福祉法入院で病状が安定しない場合の転院受け入れ、クロザピンケースにおける内科的ケアのための入院受け入れなどである。

③ NHO 榊原病院

NHO 榊原病院では、平成 29 年から保護観察所と共催して、地域関係機関を対象に「三重県医療観察法ネットワーク研修会」を毎年 3 回開催している。役員会が院内の全職種と外部役員（三重県障がい福祉課、指定通院医療機関精神保健福祉士・心理士）で構成され、参加対象は、指定通院医療機関、非指定通院医療機関、行政機関、保健所、相談支援事業所、障害福祉サービス事業所（グループホーム、就労支援事業所など）、検察官、裁判官などである。

これまでの参加人数は各回 20～60 名程度で、内容は地域の受け皿の新規開拓を意識した医療観察法の基本から、入院処遇や通院処遇の事例検討などさまざまである。これまで

扱われたテーマは、多職種チーム医療、治療プログラム、クライシス・プラン、共通評価項目、家族支援、診療報酬、責任能力など多岐にわたり、講師も榊原病院のスタッフだけでなく、社会復帰調整官や検察官、裁判官、厚生局などさまざまであるのが特徴的である。病棟見学を組み合わせてこともあり、医療観察法の啓発や地域の受け皿の増加、処遇の質の向上に有益であるものと思われる。

④ 長崎県精神医療センター

長崎県は、8つの圏域（西彼、県央、県南、県北、五島、上五島、杵岐、対馬）に分かれて保健所が設置されている。その8つの保健所と保護観察所が協働して地域連絡会を年に数回実施している。圏域の半分は離島地域であり、指定通院医療機関の数はごくわずかである。医療観察法の申立件数自体も数年に一度という地域も存在するため、医療観察法に対する情報や知識が不足しがちであることから、地域連絡会のうち1回を医療観察法の普及啓発を目的とした講義として毎年実施している。

また、各管轄保護観察所が主催する研修会にも参加し、地域のグループホームや就労支援事業所に向けた説明を行っている。内容は、医療観察法の概要、クライシス・プランや治療の取り組みについての説明などである。

令和4年頃に、保護観察所と長崎県精神医療センターが共同で「司法精神科医療ネットワーク会議」を立ち上げ、以降年3回開催している。会議では、医療観察法の申し立てがなされなかった事件の事例検討などを行っている。会議の構成メンバーは長崎保護観察所、長崎県精神医療センター（指定入院医療機関）、長崎県警察、長崎地方検察庁、保健所、児童相談所、長崎こども・女性・障害者支援センターである。委員として保護観察所長、長崎県精神医療センター院長、長崎地方検察庁検事、長崎県警察生活安全企画課、同刑事総務課、保健所長が名を連ね、保護観察所や県庁を開催場所として行っている。

⑤ 神奈川県立精神医療センター

神奈川県立精神医療センターでは、医療観察法施行後まもない平成17年10月に「かながわ司法精神医療福祉ネットワーク会議」（かな司ネット）を立ち上げ、以降年3～4回継続的に開催している。事務局は同センターが担当していたが、令和4年からは当番制として他機関も担うようになっている。開催場所も指定通院医療機関や保護観察所などさまざまである。

参加者は、指定入院医療機関、指定通院医療機関、非指定通院医療機関、行政機関（神奈川県精神保健福祉センター、相模原市精神保健福祉センター、川崎市精神保健福祉センター、川崎市地域支援室、横浜市障害福祉保健部、横浜市こころの健康相談センターなど）、保護観察所、相談支援事業所、グループホーム、生活訓練施設、弁護士などで、20人程度が参集しており、制度の円滑な運営、連携の強化を図っている。対象者の受け入れ経験

のない指定通院医療機関の精神保健福祉士に声かけし、本会議に参加してもらい、他の指定通院医療機関の精神保健福祉士と意見交換することで対象者の受け入れに繋がったケースもあった。

本ネットワークは全国的にも最も古くから継続されているものであると思われるが、事務局の業務負担や引き継ぎの難しさがあり、中心的役割を担うメンバーの代替わり、持続可能性が課題であるという。

4-2. 地域支援者向けのパンフレットに盛り込んでほしい・盛り込むべき内容

ヒアリング調査で出された意見を以下の項目に分けて列挙する。

- 入院処遇
 - 内省プログラムについて
 - グループホームへの打診から、外泊体験や申し立ての手続きなどを経て、実際の入居までにかかなりの時間を要すること
- 通院処遇
 - 支援者の不安としては、対象行為をどこまで取り上げればよいのか、どこまで関わればよいのかという声が聞かれるため、対象行為をタブーな話題にならないように不安はしっかりケア会議で話し合うこと、一機関だけに丸投げされることはないというチーム感を感じてもらえるような内容がよいのではないか。
 - 支援者は常に「自分たちが行っていることは普通のことなのか、他の関係機関はどうなのか」という疑問を持ちやすいため、横の繋がりに繋がられるよう支援者向けマップですでに受け入れ経験がある支援機関が分かるとよいように思う。
 - 手厚い支援体制があり、ある意味では精神保健福祉法の患者よりも安心感があること
 - ケア会議は負担にもなるが、支援者の安心感にもつながること
 - 「指定通院医療機関となったが、その後何をどうすればいいのか教えてくれる機関がない」という訴えが多い。指定通や地域支援機関が通院処遇対象者の支援をしていく中で不明な点があった場合、指定入院医療機関や先行機関に問い合わせてもよいという啓発をパンフレットでできればよいと考えている。通院処遇ガイドライン「入院処遇との連携確保」の項に「指定通院医療機関は、対象者の通院開始後も、当該対象者の処遇に当たり必要な情報を当該の対象者が入院していた指定入院医療機関に求めることができる」と記載されているが、グループホームや各種事業所、訪問看護への言及はない。

- 診療報酬の情報が少ないと感じる。特にグループホーム、訪問看護に対する加算部分の情報。グループホームは「居室を空けて待つ」ことが難しい。この部分についての説明や、問い合わせ窓口の情報があればよい。
- 社会生活支援特別加算と地域生活移行個別支援特別加算の情報
- 各種情報へのアクセス（制度、加算、シート作成など事務的なこと）
- その他
 - 触法対象者を受け入れる上での心構え、倫理観
 - リスクマネジメントとリカバリー（権利擁護）のバランスの大切さ（文献などあれば）
 - 実際の対象者や地域支援者の生の声が聞けるとよい。
 - 医療観察法対象者もそれ以外の患者と本質的には変わらないこと
 - 対象者を受け入れることで支援者も勉強になり、成長につながること

V. 内省を深める取り組みに関するアンケート調査

1. 調査対象

全国 35 施設の医療観察法指定入院医療機関の医療観察法病棟に勤務する心理士を対象とする。

2. 調査方法

Google フォーム[®]を用いたウェブアンケート調査を実施する。

全国の指定入院医療機関に勤務する心理士のメーリングリストを用いて協力を依頼する。

3. 調査内容

Google フォーム[®]での質問項目は以下の通りである。

Q1 貴施設では、対象者の内省に関して、心理士との個別の治療プログラムや心理面接としてどのような取り組みが行われていますでしょうか。以下の中で当てはまる項目すべてにチェックしてください。

※施設内でも心理士によってやり方が異なる場合は、選択が矛盾していても両方にチェックしていただいてもかまいません。

※「内省」には、対象行為の振り返り、病識、疾患と他害行為の繋がりへの理解が含まれ、これらに関する取り組みを対象としますが、心理教育・疾病教育プログラムは対象に含めないこととします。

☐ 内省プログラム（名称不問）として、所定のテキスト・資料等を用いて、一定の時間・回数を実施している。 →Q2へお進みください。

☐ 内省プログラム（名称不問）として、一定の時間・回数を実施しているが、所定のテキスト・資料等はない。 →Q3へお進みください。

☐ 構造化した治療プログラムにはしておらず、心理面接の中で内省に取り組んでおり、時間・回数の枠組みは決まっていない。 →Q4へお進みください。

☐ 内省に関する取り組みは、心理士主体では行っておらず、他の職種が主体で実施している。 →Q4へお進みください。

☐ 内省に関する取り組みは行われていない。 →Q4へお進みください。

☐ その他

- Q2 使用されているテキスト・資料等の具体的な内容をお教えてください。
(例) 国立精神・神経医療センター病院(以下、NCNP 病院)で作成された内省ワークブック、オリジナルのテキストなど
- Q3 個別プログラムの回数、頻度、1 回あたりの時間、おおまかな内容をお教えてください。
※個別セッションと集団セッションが組み合わされている場合は、個別セッションの部分のみお答えください。
- Q4 貴施設では、対象者の内省に関して、集団の治療プログラム行われていますでしょうか。
※プログラムの中の一部を集団で実施している場合も含まれます。
※調査時に実施されていなくても、必要な対象者がいる場合に実施されていれば、それも含まれます。
※「内省」には、対象行為の振り返り、病識、疾患と他害行為の繋がりへの理解が含まれ、これらに関する取り組みを対象としますが、心理教育・疾病教育プログラムは対象に含めないこととします。
☐ 集団プログラムを実施している。 →Q5へお進みください。
☐ 集団プログラムは実施していない。 →Q7へお進みください。
- Q5 集団プログラムで使用されているテキスト・資料等の具体的な内容をお教えてください。使用されていない場合「なし」とご記入ください。
(例) NCNP 病院で作成された内省ワークブック、オリジナルのテキストなど
- Q6 集団プログラムの回数、頻度、1 回あたりの時間、おおまかな内容をお教えてください。
※個別セッションと集団セッションが組み合わされている場合は、集団セッションの部分のみお答えください。
- Q7 担当する多職種チームで内省に関する取り組みを行っていましたが、その具体的な内容をご記入ください。
(例) 対象行為を振り返る MDT 面接や CPA 会議など
- Q8 上記の内省に関する取り組み(個別・集団プログラム、心理面接、MDT での介入など)の中で、「被害者の心情」をどのように取り扱っていますでしょうか。可能

な範囲で具体的にご記入ください。

取り扱っていない場合「なし」とご記入ください。

※「被害者」は直接の被害者（第三者、家族）のほか、被害者の関係者、経済的・心理的影響を被った人々など広い概念とします。

Q9 上記以外に、被害者に対する共感性を養うことに通じる治療プログラムや取り組みを行っていましたが、その具体的内容をご記入ください。

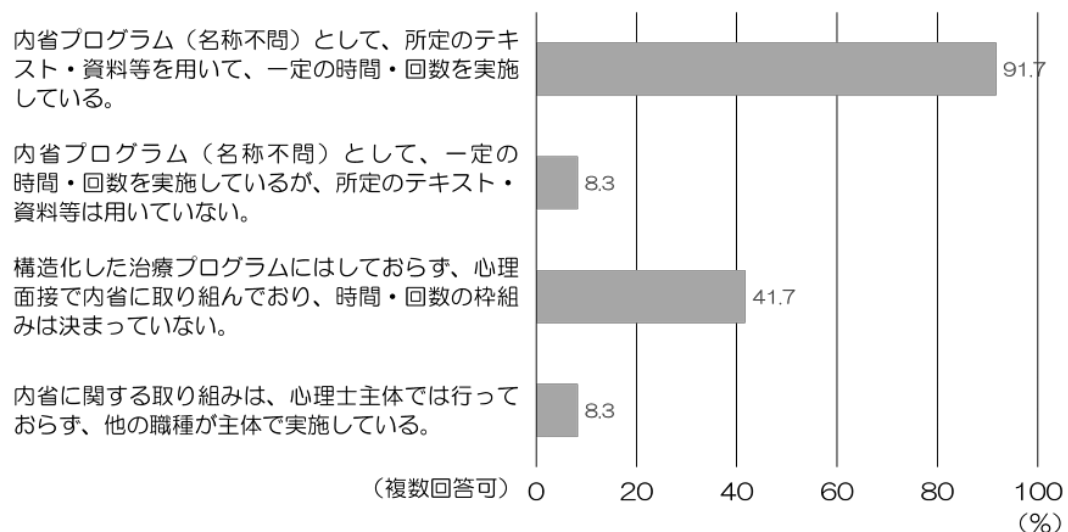
※墓参り、命日の取り組み、被害者への手紙など

4. 調査結果

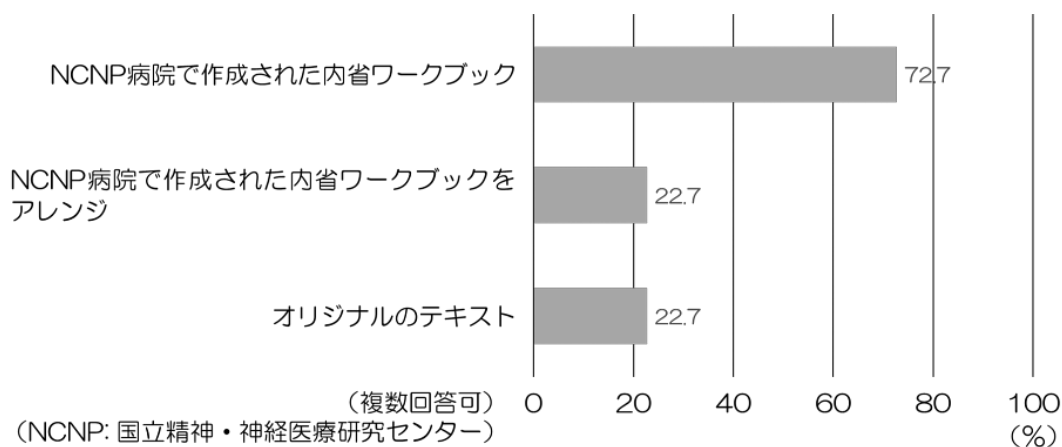
24 施設（69%）の施設から回答があった。

Q1 内省に関して、心理士との個別の治療プログラムや心理面接として行われている取り組み

個別での内省に関する取り組みは心理士が担っている施設が大部分であったが、心理士によって方法が統一されていない施設も多かった。



Q2 Q1 の取り組みで使用されているテキスト・資料等



個別での内省プログラムに使用されているテキストは、NCNP 病院で作成された「内省ワークブック」を用いている施設が多く、それをアレンジしたものを含めると 95%に上った。オリジナルのテキストを作成している施設も 5 施設あり、複数のテキストを心理士や対象者によって使い分けている施設もあった。

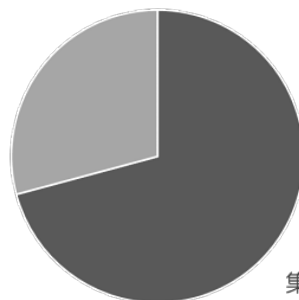
Q3 個別プログラムの回数、頻度、1 回あたりの時間、おおまかな内容

セッション回数と時間は対象者によってばらつきがあるとする施設が多かったが、具体的な回数・時間を提示した施設の回答は以下の通りである。頻度は大多数が週 1 回であり、週 1～2 回が 1 施設、月 2～4 回が 1 施設であった。

60～90 分	1 施設	15～30 回	1 施設
60 分	5 施設	12～20 回	1 施設
50 分	1 施設	11～20 回	1 施設
40 分	1 施設	12 回	7 施設
30～60 分	3 施設	11 回	1 施設
30 分	2 施設	9～11 回	1 施設
(全 13 施設)		10 回以上	1 施設
		10 回	1 施設
		(全 14 施設)	

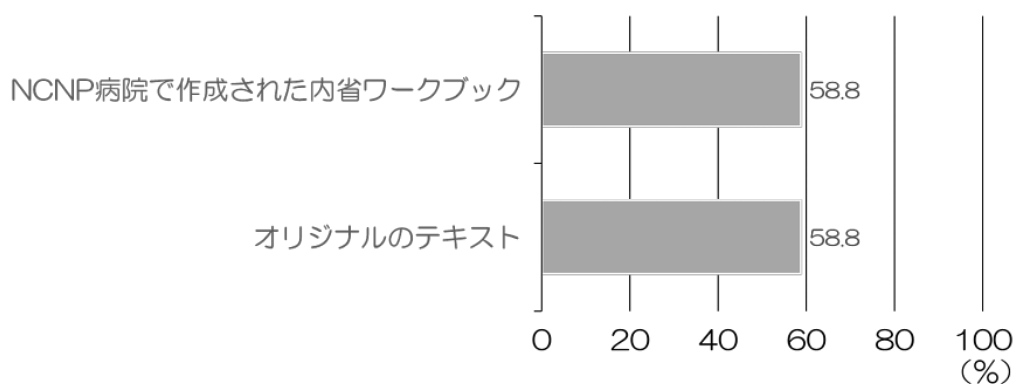
Q4 内省に関する**集団**の治療プログラム

集団プログラムは実施していない
7 (29%)



集団プログラムを実施している
17 (71%)

Q5 集団プログラムで使用されているテキスト・資料等



Q6 集団プログラムの回数、頻度、1回あたりの時間、おおまかな内容

セッション回数と時間を提示した施設の回答は以下の通りである。頻度はすべての施設が週1回であった。

90分	2施設	15～20回	1施設
80分	1施設	13回	3施設
75分	1施設	12回	4施設
60分	10施設	11回	3施設
50～60分	1施設	10回	2施設
(全15施設)		9回	1施設
		8回	1施設
		6回	1施設
		(全16施設)	

集団内省プログラムとしては、週 1 回 90 分を 15～20 回という施設が最もボリュームが多く、知的制約のある対象者向けに 30 分/回、6 回 1 クールで行っている施設や対象行為が放火の対象者のみで放火内省プログラムを 8 回 1 クールで行っている施設があった。

対象行為を扱う内省プログラムとは別の位置付けで、自身の対象行為ではない事例を検討するプログラムを行っている施設が複数あり、NHO 琉球病院で作成された「被害を考えるプログラム」の一部や静岡県立こころの医療センターで作成された「ブレ内省プログラム」がそれに該当し、「ブレ内省プログラム」を急性期から退院直前まで継続的に毎週行っている施設もあった。自身の対象行為ではない他の事例について考えたり、一般的な被害についての知識を学んだりすることは、比較的抵抗が少なく、共感性などのアセスメントにもなり、内省の前段階のアプローチとして有用であると思われる。

Q7 担当する多職種チームでの内省に関する取り組み

CPA 会議で、内省プログラムで取り組んだ内容を本人に報告してもらう取り組み（「内省報告会」など）を行っている施設が 16 施設（67%）あった。同様に MDT 面接（MDT と対象者での定期的な面接（施設によって MDT 会議、MDT 面談、MDT 面接と呼称はさまざま）で、内省プログラムで取り組んだ内容を本人に報告してもらう取り組みを行っている施設が 5 施設（21%）あった。

MDT 面接の中で、対象行為を振り返るなどの内省を扱う面接を実施している施設は 14 施設（58%）あり、そのうち対象行為日に合わせた MDT 面接（「アニバーサリー面接」など）を実施しているのは 7 施設（29%）、MDT 面接の中で対象行為に関するケースフォーミュレーションを作成しているのは 4 施設（17%）あった。

担当 MDT で個別の内省プログラムを実施している施設と、担当の看護師・医師・心理士で個別の内省プログラムを実施している施設が各 1 施設あった。

Q8 上記の内省に関する取り組み（個別・集団プログラム、心理面接、MDT での介入など）の中で、「被害者の心情」をどのように取り扱っているか

内省プログラムとして最も利用されている内省ワークブック（NCNP 病院作成）の中で、被害者・遺族のセッションがあり、被害に関する心理教育となり、多くの施設で取り組まれている。

内省ワークブックの中でも取り入れられているが、内省について考える契機となる映画を鑑賞して被害と加害について考えてもらう取り組みも多くの施設で行われており、内省ワークブックで用いられている『ライフアーズ 終身刑を超えて』のほか、『手紙』

（2006年に製作された邦画）を用いている施設もあった。映画以外に、犯罪被害に関するテレビ番組や動画、被害者の手記を用いている施設が7施設（29%）あった。

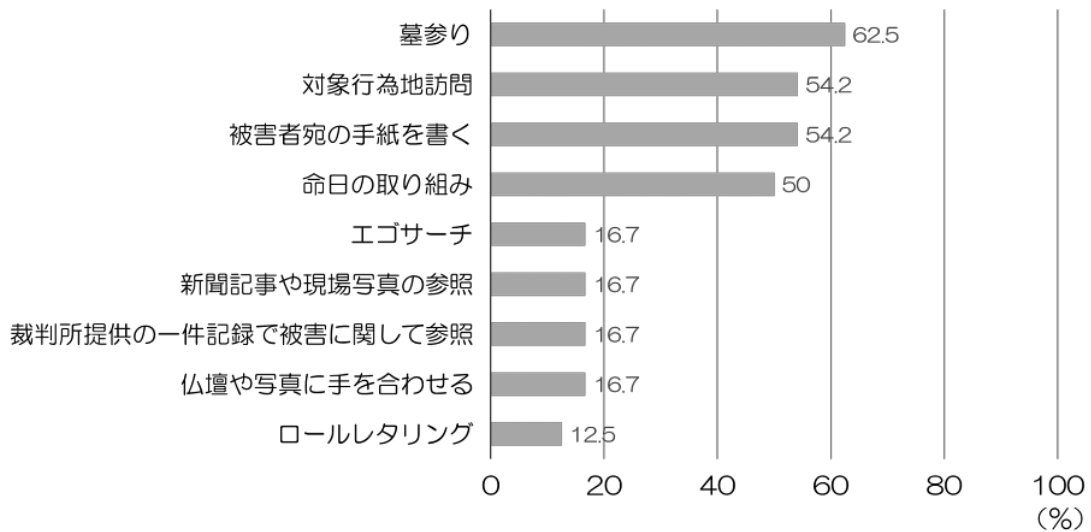
担当MDTの取り組みとして、被害者（第三者）の感情を一般論としてMDTが代弁したり、MDTが被害者（家族）の感情を聴取して代弁したりするなどの取り組みを行っていると回答した施設が6施設（25%）あった。

このほか、被害者の心情に焦点を当てたプログラムや集団での感情理解プログラム、SCIT（社会認知ならびに対人関係のトレーニング）の感情認知セッションのみを取り出したプログラムを実施している施設が各1施設あった。

NHO 琉球病院で作成された「被害を考えるプログラム」は「被害」に特化してさまざまな角度で被害について学ぶプログラムである。詳細は次項のヒアリング調査結果で紹介する。

Q9 上記以外の、被害者に対する共感性を養うに通じる治療プログラムや取り組み

各施設でさまざまな取り組みが行われていたが、1割以上の施設から回答された取り組みを以下の図にまとめる。



VI. 内省を深める取り組みに関するヒアリング調査

1. 調査対象

医療観察法指定入院医療機関の医療観察法病棟に勤務する心理士を対象とする。

2. 調査方法

対面もしくはオンライン会議でのヒアリング調査を行う。

3. 調査内容

前項V.のアンケート調査の回答内容から、特色のある取り組みを行っている施設などを抽出して、その詳細を調査する。

4. 調査結果

NHO 琉球病院（33 床）、神奈川県立精神医療センター（33 床）、静岡県立こころの医療センター（12 床）、NCNP 病院（66 床）、NHO 榊原病院（17 床）、NHO やまと精神医療センター（33 床）、北海道大学病院附属司法精神医療センター（23 床）の計 7 施設に対してヒアリング調査を実施した。

① NHO 琉球病院

NHO 琉球病院では、内省に関して個別の心理面接で実施されているが、集団でも独自のプログラムとして「被害を考える会」が行われている。このプログラムは長崎県精神医療センターや肥前精神医療センターでも取り入れられており、特色のある取り組みとして NHO 琉球病院心理士 4 名に対するヒアリング調査とともに、現地でのプログラムの視察も実施した。

【プログラムの構成と運用】

本プログラムは立ち上げから約 15 年が経過しており、調査時点で 44 クール目を実施中である。

目的：被害者や加害者家族が事件後に被った影響を知ること。相手の状況・立場を考えること。これらを踏まえ自身に取り組むこと・やるべきことを見つけること。

実施時期：疾病教育を終了した回復期中期から後期にかけて実施される。

対象者：原則として全員を対象とする。

実施形態・方法：1 クール全 8 回（プログラム開始前に顔合わせのセッションを実施）、週 1 回 60 分、3～4 名の小集団形式で行う。スライドを使って解説し、配布資料の課題

について発表を行う。参加者の発言はリアルタイムで入力し、スクリーンに投影して共有する。セッションによっては、被害者家族の手記や映像資料も活用される。

内容：各セッションの内容は以下の通りである。

- (1) ひとつの加害と多くの被害：被害にあっていて人・迷惑をこうむっている人がどれだけいるか考える。
- (2) 被害者の状況：被害者の生活、被害者の気持ちを知る。
- (3) 被害者の声：被害者の状況・気持ちを考える。
- (4) 家族の状況：自身の家族の状況・気持ちを考える。
- (5) 家族からの要望：家族が自身に何を望んでいるのか知る。
- (6) 賠償について：誰が賠償するのか、自身にできる賠償（償い）を考える。
- (7) 謝罪について：謝る前のこころの準備、謝る手段と謝り方。
- (8) まとめ：やらなければいけないこと、できることを探す。

【治療的アプローチ】

- ・ 被害者視点の重視：プログラムの核心は、自己中心的な視点から「徹底した他者（被害者）視点」への転換を促す点にある。
- ・ 多層的な被害の理解：被害を身体的損傷に留めず、金銭的損失、家族の精神的苦痛、地域社会への影響など、波及的な影響についての理解を深める。
- ・ 第三者事例の活用：対象行為を直接扱う際に生じやすい防衛的反応を回避するため、類似の架空事例や公的な被害者手記、映像資料を用い、客観的な立場から検討を行う。
- ・ 体験的な理解：抽象的な思考が困難な参加者に対しては、スタッフによるロールプレイを実施する。第三者の視点から場面を可視化することで、被害者の心情を推察する支援を行う。
- ・ リスク管理：自責感の高まりによる心理的負荷を考慮し、対象者担当の多職種チームと密に連携する。必要に応じて「プログラムの内容を一時的に箱にしまっておく」といった心理的距離の調整を図る。
- ・ 目的の再確認：「謝罪や賠償を強制されている」との誤認を防ぐため、あくまで「被害を正しく知る」ことが目的であることを事前に徹底して周知している。

【参加者の反応と治療的意義】

- ・ 治療ステージによる受容の違い：社会復帰期に近い対象者ほど、自身の行為が他者に与えた影響を重く受け止める傾向にある。退院時に「最も印象に残ったプログラム」として挙げる者も多い。
- ・ 集団力動による気づき：個別面接では苦痛を伴う内容であっても、集団の中で第三者の事件を俯瞰し、他者の意見を聞くことで、多角的な視点を持つ契機となる。

- ・ 他者視点の芽生え：自身の行為を「病気の影響」としてのみ捉えるのではなく、被害者の心情変化や長期的な生活への支障にまで想像力を働かせる姿勢が認められるようになる。
- ・ 評価指標としての活用：発言や反応を通じて、共感性や内省の深化、認知の偏りをアセスメントし、治療戦略へ還元する。

【総括】

本プログラムは単なる反省の強要ではなく、対象者が他害行為の重大さに気づくための「種まき」である。劇的な変化を短期間で求めるのではなく、多角的な視点を持つ素地を作り、社会復帰への緊張感を醸成する重要な役割を担っている。

② 神奈川県立精神医療センター

神奈川県立精神医療センターでは、内省に関して個別の心理面接で実施されているが、集団で独自のプログラムとして「内省準備プログラム『START!』」が行われている。

本プログラムは、心理面接での本格的な内省の前に実施されており、動機付けや心の準備の位置付けである。令和3年から実施されており、年2～3クール行われている。

実施時期：急性期の終わりから回復期前半に実施されることが多い。

対象者：対象行為の罪種によって分けることはしていない。

実施形態・方法：1クール全6回、週1回60分、3～4名の小集団形式で行う。スタッフは心理士2名と看護師1名で行うことが多く、心理士がリーダー役を担う。専用のテキストを用いて行われ、毎回ホームワークがあり、MDTのコメントももらってることが課題となっていたり、まとめワークが課され、それをMDT面接とCPA会議で発表したりするなど、多職種で内省を共有することが意識されている。

内容：各会の内容は以下の通りである。

- (1) オリエンテーション／内省の目的とは何か？：内省と反省の違い、内省の目的、内省の取り組み
- (2) 対象行為による自分自身への影響：加害者の心の痛み・傷、失ったもの、言い分
- (3) 再他害行為を防ぐために：対象行為の原因、他害行為を防ぐ対策
- (4) 対象行為による被害者・周囲への影響：被害者とその周りの人々への影響、加害者の家族やその周りの人々への影響、被害と向き合う意味
- (5) 責任とつぐないについて：責任とは何か、責任の取り方、謝罪とつぐない。映像資料も活用
- (6) まとめ：内省の目的と取り組み、対象行為による影響、再他害行為の防止、責任とつぐない

③ 静岡県立こころの医療センター

静岡県立こころの医療センターでは、内省に関して主に個別の心理面接（原則、看護師同席）で実施されているが、集団での独自のプログラムとして「ブレ内省プログラム」が行われている。このプログラムは福島県立ふくしま医療センターこころの杜などでも取り入れられており、特色のある取り組みとしてヒアリング調査を実施した。

本プログラムは、心理面接での本格的な内省の前段階として実施されているが、セッション数が決まったクール制の構造ではなく、恒常的に毎週行われ、長期間参加するプログラムである。スタッフは心理士 1 名と看護師 2 名で行い、対象者は 3～4 名で行うことが多い。テレビドラマ『相棒』を素材としており、1 年強でシリーズが 1 回転する。週 1 回 60 分で、2 セッションが 1 セットとなっており、1 回目にドラマを観てワークシートを簡単に説明し、2 回目にワークシートについて話し合うという構造である。

ワークシートの内容としては、毎回以下の 8 つの質問で構成されている。

- (1) ドラマを観た感想
 - (2) 話が理解できているかどうか、どうして事件を起こしたのか
 - (3) 事件を起こした時の気持ちは？
 - (4) 被害を受けた側はどんな気持ちか？ 加害者に何と言いたいのか？
 - (5) 加害者は犯罪を行って得をしたか？ 損をしたか？
 - (6) 加害者が犯罪したことに賛成するか？反対するか？ その理由は？
 - (7) もしあなたが加害者の立場なら事件以外でどのような行動をとるか？
 - (8) 周囲はどうすればよかったか？ あなたはストレスがかかった時どうなるか？など
- 行動（対象行為）とその結果、対処方法などに分けて検討し、認知行動療法的なアプローチとも言える。自身の対象行為ではなく、テレビドラマという架空のケースを第三者の視点から検討するもので、侵襲性が低く、内省の前段階としてどの程度客観視ができるかなどの評価にも有用である。

④ NCNP 病院

NCNP 病院では、個別の心理面接と集団プログラムで内省に取り組んでおり、テキストとしては多くの症例に対して内省ワークブックを使用している。前述のアンケート調査結果で示したように、この内省ワークブックは全国の多くの指定入院医療機関で使用されている。また、NCNP 病院の医療観察法病棟は最多の 66 床を有しており、全国の指定入院医療機関を牽引・代表する施設として内省に対する取り組み全体についてヒアリング調査した。

個別の内省プログラムは心理面接で行われており、多くの症例で看護師が同席しており、ときに主治医や他の職種が同席することもある。頻度は週 1 回程度で、1 回のセッション

は 30～60 分である。テキストとして内省ワークブックを使用しており、全 12 回の内容と対象者のペースに合わせて実施しており、12 回（約 3 ヶ月）を越えて半年間から 1 年近くかけることもある。原則として、心理教育を終えた後に実施することが多く、回復期ステージの中盤に開始することが多い。回復期ステージの目標として必須ではないものの、社会復帰期ステージへ移行する条件のような位置づけである。

集団プログラムも内省ワークブックを使用している。週 1 回、約 80 分／回、全 12 回で行われ、対象者は 2～5 名程度で、対象者が 4～5 名と多いクールでは、セッション数は 2 回ほど追加して、全 14 回程度となることもある。あらかじめワークブックに記入してきてもらい、その内容を発表してもらい、共有しながら検討している。年間 2 クール程度実施しており、回復期ステージに実施することが原則だが、時期が合わず社会復帰期ステージで実施する場合もある。対象者の罪種としては、性犯罪と拡大自殺の症例は集団プログラムを実施せず、個別で行うことを原則としている。それ以外の罪種は殺人や放火も含め一緒に行っている。それぞれの対象行為についてどこまで開示するかは明確な基準はないが、話せる範囲で話してもらうこととしており、固有名詞は出さないように指導している。集団で実施することの利点として、病識の乏しい対象者が病識が形成されている他対象者の話を聞くことでの気づきがあることや、妄想など症状による苦労を他対象者が気遣うなどの当事者グループ的な効果があること、大変な作業を一緒にやりきることと仲間意識が芽生えることなどが挙げられた。集団で実施することの弊害として、他対象者の対象行為のことについて約束を破って漏らしてしまうというケースがあったが、そのような例外的な事例を除いて弊害はほとんど認められないという。

個別の心理面接と集団プログラムとの関係性については、集団プログラムの適応外となる罪種などを除いて原則集団プログラムに参加してもらうようにしているが、病状や知的制約のためにどうしても集団に入れない対象者は個別プログラムのみ実施している。集団プログラムを実施している期間は、同時期に実施されている心理面接では集団プログラムの予習や復習を行い、集団プログラム開始前から準備として心理面接で内省に取りかかり始めることもあり、病状や知的制約で集団プログラムでの理解に苦労することが予測される症例では、心理面接で内省ワークブックをひと通り終えてから集団プログラムを開始する場合もある。

内省ワークブックの内容としては、以下の 12 回で構成されている。

- (1) ウォーミングアップ：生活史を年表で作成
- (2) 映画鑑賞（犯罪加害者の更生ドキュメンタリー『ライフアーズ 終身刑を超えて』）
- (3) なぜ今私はここにいるのか？：自身の対象行為の内容、当時の生活状況、医療観察法が適用されたことに対する受け止め

- (4) 自分史①～家族の中の私～：生育歴とその影響
- (5) 自分史②～社会の中の私～：学校時代、職場環境とその影響
- (6) 自分史③～暴力と私～：暴力の種類と自身の体験、加害者の手記
- (7) 対象行為①～加害にいたった自分について～：対象行為の振り返り、別の対処行動、現在の自分にできること
- (8) 対象行為②～被害者・遺族について～：損傷（被害）の種類、二次被害と支え、被害者の手記、自分が被害者・遺族の立場なら、自身の対象行為の被害者について、被害者・遺族に自身ができること
- (9) 対象行為③～病気とその他の側面について～：自身の病気についての思い、病気との付き合い方、自身の症状、対象行為と関連する症状、対象行為当時の思考・感情・行動
- (10) 対象行為が生じるまでのサイクル：対象行為に至る悪循環の図式化（思考、感情、生活、通院・服薬、病気・症状、家族関係、対人関係、酒・薬物・ギャンブルなど）
- (11) 私たちに何ができるだろうか？①～対処プランの作成～：思考・感情・行動に分けての対処プラン、できていなかった対処、自身のストレングス
- (12) 私たちに何ができるだろうか？②～社会的責任について～：責任の果たすということ、説明責任、再発防止責任、謝罪・賠償責任に分けてこれまでの取り組みと今後の取り組み
- (付録) 報告会用まとめ～家族・スタッフへの説明のために～：対象行為に至る悪循環と対処プランの説明
- (資料) ソーシャルアトム：自身の人間関係を図式化

内省プログラムの終了後、CPA 会議で内省プログラムの成果報告として、本人にプレゼンテーションを行ってもらふことが多い。

⑤ NHO 榊原病院

NHO 榊原病院では、内省プログラムは個別・集団両方で行われているが、病床数が 17 床ということで対象者数が限られており、個別で実施されることが多く、ハーフ規格病棟の取り組みとしてヒアリング調査を行った。

個別で行う際は、心理面接の中で NCNP 病院作成の内省ワークブックを用いて実施され、セッションによっては担当看護師が同席することもある。週 1 回、60 分／回で行い、ワークブックに沿って全 12 回を基本とするが、対象者の状態等に応じて 1 回のセッションを複数回に分けて実施することもある。特に初回セッションでの生活史年表の作成には時間をかけており、自身の人生を主観的にどうとらえてきたのかを評価するようにしてい

る。被害者・遺族のセッションも複数回に分けることがあり、共感する力が乏しい対象者に対しても想像してもらうよう働きかけている。導入時期としては、回復期ステージの初期が多いが、急性期ステージの終わりから開始する場合もあり、疾患教育の前に開始することも少なくない。疾患教育（主に看護師担当）を実施後のほうがよいと判断された症例では、内省プログラムは回復期ステージの中盤になる場合もある。

内省プログラム以外でも、自身の行為が他者にはどのような影響があったか考える機会を持つことがあり、自身が被害を受けたら加害者にどのような気持ちになるかをまず考えてもらい、その抱いた感情を自身の対象行為の被害者も持ちうることを伝えたりする。それでも想像することが難しい場合には、他対象者の例など具体的な感情・思考の選択肢を挙げて選んでもらうといった工夫をしている。

集団プログラムを実施する場合は、対象行為の種類を合わせるようにしており、傷害の対象者のみで実施することが多い。殺人と傷害は一緒に実施することもあるが、放火や性犯罪は対象者が少ないため個別で行っている。スタッフは心理士 2 名（進行役と書記）と MDT 看護師 1 名の計 3 名で実施しているが、医療観察法病棟に勤務する心理士が全 2 名であるため、MDT の心理士が必ず入ることとなる。同時期に行われる心理面接を内省プログラムの予習・復習に充てることもあるが、プログラムの理解が十分得られている対象者では心理面接では別のテーマを実施することもある。集団プログラムのセッションは個別と同様に内省ワークブックを用いて週 1 回、60 分/回、12 セッションで行っている。集団では、類似した病状の体験が語られたり、過去の苦労に対して共感が得られたりすることがあり、病識が形成された対象者がいることで病識の乏しい対象者への好影響が認められることもある。

しかし、病床数の少なさや罪種を一致させるようにしていることなどから集団プログラムを組めるタイミングが限られているため、開催は年間 1 クール程度にとどまっており、全対象者の 7～8 割は個別の心理面接のみで内省プログラムを行っている。

内省プログラム終了後には、MDT 看護師と振り返りを行ったり、MDT 面接や CPA 会議で本人にプレゼンテーションしてもらう報告会を行ったりすることが多い。「反省」ではなく「説明責任」を果たすことの大切さを強調して取り組んでもらっている。

⑥ NHO やまと精神医療センター

NHO やまと精神医療センターでは、NCNP 病院作成の内省ワークブックを用いているが、被害者心情の理解を重視して独自のアレンジを加えて繰り返し丁寧に扱っており、これを含めて内省プログラムについてヒアリング調査を行った。

他施設と同様に内省プログラムは個別・集団両方で行われているが、集団プログラムを年間 3 クール開催しており、時期の合う対象者を組み入れるかたちで、集団プログラムを

優先で行っている。罪種としては、性犯罪と殺人（既遂）の対象者は集団に入れず、個別プログラムで行っている。知能指数が60に満たない程度であったり、プログラム内での他対象者の発言を他言しないという約束を守れなかったりする症例も集団に入れずに個別で行っている。全体として3分の2程度の対象者は集団プログラムで実施している。導入時期としては、疾患教育を終えてから実施されることが原則だが、回復期ステージ早期に開始されることが多い。

集団プログラムは全13回のセッションで、週1回、75分/回で行っている。スタッフはプログラム担当の心理士1名と看護師2名（1名はプログラム担当、もう1名はその日の日勤看護師）の3名で実施している。内省ワークブックに沿った12回のセッションに加え、最終回にCPA会議での内省報告会のプレゼンテーションの準備を行っている。内省ワークブックのセッションの順番を入れ替えて、映画鑑賞を被害者・遺族のセッションの次（第8回）に移動させ、『ライファーズ 終身刑を超えて』から『手紙』（2006年に製作された邦画）に変更して行っている。この映画では、直接的な被害だけでなく、家族など周囲を悲しませることも合わせて罪であるということが描かれており、その理解を深めることを促している。さらに映画鑑賞後に、被害者に手紙を書く作業を行い、その内容が被害者感情を理解できていないようなものである場合には、スタッフからの助言のもと、繰り返し書いてもらうこともあるという。

各セッションでは、テキストはホームワークとして事前に記入してきてもらい、さらに記載された内容を事前にスタッフが把握しておき、その内容を踏まえてどのような流れでセッションを進めるかスタッフで事前に打ち合わせをしてからセッションに臨んでいる。セッションをテキストに記入したものの単なる報告会にせず、議論を深めることに時間をかけられるよう、スタッフでの事前準備を丁寧に行っている。また、同時期に行われる心理面接は内省プログラムの予習・復習を行っている。

⑦ 北海道大学病院附属司法精神医療センター

北海道大学病院附属司法精神医療センターでは、内省に関して主に個別の心理面接で実施されており、集団での内省プログラムは実施しておらず、今後の導入が検討されているところである。心理面接での内省プログラムは、各心理士で対象者の個別性を重視してその方法も試行錯誤されている。NCNP病院の内省ワークブックを使用する場合もあるが、一律で使用しているわけではない。

内省に関する特色のある取り組みとしては、エゴサーチ、アニバーサリー面接、第三者被害者への情報提供に対する意思確認などが挙げられる。

エゴサーチとは、検索エンジンなどを使って自身の氏名を検索することであるが、医療観察法対象者は対象行為が実名報道された場合、エゴサーチをすると対象行為の報道など

が閲覧できることがしばしばある。当時の報道だけにとどまらず、大きな事件の場合にはインターネット掲示板に誹謗中傷が投稿されていたり、対象者や対象行為について情報収集されたいわゆるまとめサイトができていたりすることもある。対象者によってはこのようなインターネット上の自身の個人情報を気にして、退院後すぐに検索することが以前から知られていた。このため、入院中のプログラムとして守られた環境下でエゴサーチを行っているが、この取り組みには内省を深める作用があることもわかってきた。対象者は対象行為によって逮捕されて以降、対象行為に関する報道などを目にする機会はほぼなく、病状の重さも相まって対象行為に対する現実感が乏しく、それが内省を阻害していることもある。エゴサーチを行うことによって、はじめて自身の起こしたことの重大性が想像できたり、家族をはじめ周囲に大きな影響を与えたことに考えが及んだりできるようになる場合がある。エゴサーチによって精神症状に悪影響を及ぼしたという事例はなく、内省を深化させる取り組みの一つとして有用であると思われる。

アニバーサリー面接については、実施している施設も少なくなく、当センターで行っている「アニバーサリーみちカンファレンス」も、岡山県精神科医療センターでのアニバーサリー面接をまねたものである。入院患者の対象行為日と誕生日などを年間カレンダーに記入して一覧にし、対象行為日（対象行為が殺人であれば命日である場合も）に合わせて、MDT 面接を組むようにし、対象者の病状や内省の進み具合に合わせて対象行為の振り返りを行っている。入院期間が長期になると、入院中に複数回アニバーサリー面接を行うこととなるが、前年の内容と比較して内省の変化を評価することもできる。

第三者被害者への情報提供に対する意思確認については、独自の取り組みであると思われるが、対象者に対して仮定の話として第三者被害者・遺族から情報提供の要望が来た場合に同意をするかどうかの意思確認をするというものである。被害者が第三者である場合と第三者所有の建物への放火の場合に限って確認している。現在、被害者に対する情報提供制度があり、対象者の同意がなくても一部の情報が提供可能となっているが、この情報提供制度についてリーフレットを渡して説明し、対象者の同意があればより多くの情報提供が可能であることを説明し、その上で今後要望があった場合に同意するかどうかを口頭で確認している。確認の時期は一律の決まりはないが、アニバーサリー面接などの節目や退院前に実施していることが多い。入院早期で回復が十分ではない時期には同意しない対象者も少なくないが、退院直前には多くの対象者が同意する。これまで退院前に意思確認できた対象者 13 名のうち 12 名が情報提供に同意した。

VII. 成果物

指定入院医療機関の医療観察法病棟に勤務する精神保健福祉士に対するアンケート調査とヒアリング調査、地域の医療機関に勤務する精神保健福祉士や支援機関（訪問看護ステーション、相談支援事業所、グループホーム、就労支援事業所など）、社会復帰調整官に対するヒアリング調査、検討委員会の結果をもとに、パンフレット「医療観察法のみちしるべ」を作成した。

医療観察法について紹介するパンフレットやリーフレットは法務省や自治体で作成された既存のものはいくつか存在するが、地域の支援者向けに、より具体的で実践的な内容を盛り込んだものはなかった。このため、現場の医療者や支援者のニーズを吸い上げて内容を吟味したものである。パンフレットだけでは情報が不十分なところは、より詳細な情報がわかるリンク先を紹介した。



（詳細は別添参照）