

して家族に返してあげたい」という思いで必死で遺体に包帯を巻いて手当した。これらの経験は、その後、後輩保健師に語り伝えられた。

### Ⅲ おわりに（現在と今後を活かすもの）

かつて、精神保健福祉に関する社会資源は、地域に少なく、保健師は、いろいろな一般の人たちを巻き込んで、地域の健康課題を解決に導いていった。たとえば、事務職員の協力を得て、家族と一緒に同伴受診をするなど、保健師はさりげなくコーディネートしていた。この連携、協働こそが今の専門機関との連携会議にも必要なこと、求められているのではないかと思う。

今回、高知県駐在保健婦活動経験者にインタビューできたことで、第一著者は、保健師になったばかりの頃を思い出した。初めての家庭訪問の緊張感を持ちつつも、自転車を漕ぎながら次から次に新しい出会いにわくわくした思いを抱いたものだった。先輩保健師の地域への熱い思いを聞き出し、はっと初心に戻った気がした。潜在的ニーズ（訪問を拒否するが援助が必要な人たち）を持つ人たちに、あきらめない気持ちで関わり続けることの大切さをあらためて強く感じた。

第二著者は、担当地区住民の健康を任されているという使命感と一定の権限（全世帯の家庭訪問と介入が可能）を持った保健師が、住民との信頼関係を作りながら日々訪問活動を続けていたことにより、地域にある様々な問題への早期介入が可能となっていたのではないかと感じた。精神疾患等を抱え、自ら誰かに相談することが難しい状況にある人たちにとって、困難を受け止めながら必要なサポートをしてくれる存在は貴重なものだったと思う。

以前は専門職が地域にみなかったため、保健師が地域全体を見て、今必要なことをアセスメントし、いろんなことを包括的に即座に対応していた。その中で保健師は社会資源や支え合い、地域づくりの仕組みを作っていた。それが精神障害者家族会であり、地域共同作業所であった。今は制度化が進み、様々な施設や専門職ができているが、それらは、ばらばらで動い

ており、全体を統括する人がいないのではないかと危惧される。今後の保健師の役割は、その専門と専門をつなぎ、地域に必要なシステムを考えることではないだろうか。公衆衛生における精神保健活動の基本は、地域責任制、ケアの継続性といわれるが<sup>4)</sup>、それを黒子となってマネジメントすることが今の保健師に求められている。専門職といわれる人が多い時代において、むしろ、保健師は初心に戻り、究極のジェネラリストだと自負していいのではないか。

ただ、昔のように保健師一人が全住民を訪問することは難しいであろう。地区担当の保健師を含んだ総合保健チームが地区ごとに配置され、その地区で困った状況にある場所に出かけて行っては必要な介入もできる体制がとることができれば、多種多様な精神保健ニーズ・生活問題にも早期に対応できるようになると考える。そのためには、それを支える住民や関係機関を巻き込んでの地域づくりと仕掛けづくりが重要であろう。その方法も、これまで保健師が実践してきたように、歩いて足で稼ぎながら地域を作っていくことから始まるのではないだろうか。

#### 〈謝 辞〉

グループインタビューにご協力いただいた、高知県駐在保健婦であった池田文代様、岩崎丸様、甲田禮子様、田中須賀子様、脇節子様、土佐病院精神科ソーシャルワーカーであった伊藤博子様へ感謝します。また資料を提供していただいた高知県健康長寿政策課の田村美智様に感謝します。

また、グループインタビューにご協力をいただいた土佐病院の皆様へ感謝します。

#### 文 献

- 1) 大友優子、西田茂樹：プライマリ・ヘルス・ケアの視点から見た高知県保健婦駐在制についての研究。保健婦雑誌, 54 (9) : 740-744, 1998.
- 2) 保健師助産師看護師法60年史編纂委員会：保健師60年の歩み、保健師助産師看護師法60年史, p. 154-170, 2009.
- 3) 高知県 健康福祉部 平成19年度健康福祉行政の概要  
[http://www.pref.kochi.lg.jp/~kenpuku/kenkohukushigyosei/2\\_hoken\\_iryu/2\\_hoken/hokenshi\\_shisutemu.pdf](http://www.pref.kochi.lg.jp/~kenpuku/kenkohukushigyosei/2_hoken_iryu/2_hoken/hokenshi_shisutemu.pdf)
- 4) 後藤良一。他：保健所における精神保健活動マニュアル作成の試み。日本公衛誌, 39 : 730-734, 1991

「臨床精神医学」 別刷

アークメディア

## ◆研究報告◆

## 医療観察法入院処遇前における精神保健福祉法入院の現状

瀬戸 秀文<sup>1,2)</sup> 島田 達洋<sup>3)</sup> 入野 康<sup>4)</sup> 山本 智一<sup>1)</sup>  
 小泉 典章<sup>5)</sup> 吉住 昭<sup>4)</sup> 竹島 正<sup>6)</sup> 尾島 俊之<sup>7)</sup>  
 野田 龍也<sup>7)</sup> 山下 俊幸<sup>8)</sup> 小高 晃<sup>9)</sup>

抄録：医療観察法入院処遇に至った事例に対して、対象行為から医療観察法処遇決定までの間に、精神保健福祉法に基づき入院したかどうか調査した。結果、831例のうち118例(14.2%)に精神保健福祉法入院が認められた。精神保健福祉法入院が選択された事例には、殺人、放火、強姦がやや多く、強盗と強制わいせつでやや少ない傾向が認められた。精神保健福祉法入院が用いられる理由は、興奮、身体合併症治療、判決から確定までの「つなぎ」、もともと精神科入院中に対象行為、通院処遇の危機介入、不処遇後に上級審で決定が覆るなどであり、対象者の病状のみではなく、おかれている状況も、処遇に影響していると思われた。対象行為直後に精神保健福祉法入院が選択された場合、医療観察法の申立が行われるまでの期間が有意に延長しており、単に病状の問題だけではなく、警察と検察の連携に問題がある可能性がうかがわれた。

臨床精神医学 40 : 1495 ~ 1505

**Key words** : 精神保健福祉法(Act on Mental Health and Welfare), 医療観察法(Act on Medical Care and Treatment for Persons who have caused serious Cases under the Condition of Insanity), 触法精神障害者(forensic psychiatric patient), 措置入院(involuntary admission by prefectural governor), 上訴期間(period for filing an appeal)

(2010年12月10日受理)

## 1 目的

心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律(以下「医療観察法」という)の施行により、重大な他害行為を生じた精神障害者は、同法により処遇されることと

なった。しかし、医療観察法は検察官の申立から鑑定入院を経て、第42条により入院(以下、「入院処遇」という)、通院、不処遇、却下とする決定を行うなどの手続きを定めているが、対象行為から検察官の申立までに、どのような医療を行うかについては、定めていない。そして、実際には対象行為から医療観察法の処遇決定までの間

The characteristics of patients who were admitted to a psychiatric hospital under the Act on Mental Health and Welfare before admission to a forensic psychiatric hospital

<sup>1)</sup> SETO Hidefumi and YAMAMOTO Tomokazu 長崎県病院企業団長崎県精神医療センター [〒 856-0847 長崎県大村市西部町 1575-2]

<sup>2)</sup> 国立病院機構肥前精神医療センター臨床研究部社会精神医学部門 <sup>3)</sup> SHIMADA Tatsuhiro 栃木県立岡本台病院

<sup>4)</sup> IRINO Yasushi and YOSHIZUMI Akira 国立病院機構花巻病院 <sup>5)</sup> KOIZUMI Noriaki 長野県精神保健福祉センター

<sup>6)</sup> TAKESHIMA Tadashi 国立精神・神経センター精神保健研究所 <sup>7)</sup> OJIMA Toshiyuki and NODA Tatsuya 浜松医科大学健康社会医学 <sup>8)</sup> YAMASHITA Toshiyuki 京都市こころの健康増進センター <sup>9)</sup> KODAKA Akira 宮城県立精神医療センター

に、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律(以下「精神保健福祉法」という)に基づいて入院(以下「精神保健福祉法入院」という)する事例が、少なからず見受けられる。

精神障害者の触法行為は、長年、精神保健福祉法第29条に規定される措置入院制度によって対応され、従来は検察官通報から精神医療の開始までは、精神保健福祉法で一体として行われていた<sup>6-8)</sup>。医療観察法施行以後は重大な他害行為は同法によって処遇されることとはなったが、これにより触法精神障害者の医療を見守る法律が2本立てとなり、ある種の分断が生じたことも否定しがたい。鑑定入院については報告があるが、その前後の精神保健福祉法入院については、筆者らが知る限り、報告はなく、対象行為から医療観察法申立までの間、どのような精神科医療が行われているのか、不明な点も多い<sup>1,2)</sup>。

そこで、今回、入院対象者に対して、対象行為から医療観察法入院処遇決定までの間に、精神保健福祉法入院したか、また実際に精神保健福祉法入院した事例については、その経緯を調査することで、対象行為から医療観察法の医療が開始されるまでの間に行われている医療の状況を明らかにすることとした。

## 2 方法

2005年7月15日から2009年11月1日までに、全国18すべて(当時)の指定入院医療機関に、医療観察法第42条第1項第1号の決定に基づき、新規に入院処遇となった全事例を対象とした。

対象事例について、年齢、性別、診断、対象行為および対象行為から入院処遇までの間に精神保健福祉法入院したかどうかを調査した。そのうえで、精神保健福祉法入院した事例については、主診断、従診断、対象行為、対象行為日、精神保健福祉法入院の日と入院形態および措置入院・緊急措置入院の場合の通報形式、同・退院日および退院後の処遇、医療観察法入院処遇の日、当該指定入院医療機関での現状、退院した事例については退院日および退院の詳細、転院例の転出先ならびに事例の概要として今回の対象行為で、鑑定入院

以前に、精神保健福祉法入院が用いられた経緯、病状、問題行動、また医療観察法入院処遇と精神保健福祉法入院との関係で生じた問題点を中心に、報告を求めた<sup>9)</sup>。

(倫理面への配慮)

研究に際し、対象者の個人情報保護のため、氏名や住所、精神保健福祉法入院した病院名などの情報は収集しないこととした調査票を作成し、指定入院医療機関において必要な事項を転記してもらう方式とした。収集された資料は、責任者のもとで、データ入力期間を除いて、鍵のかかるキャビネット内で管理し、解析終了後はすみやかに処分することとした。

以上の方針のもと、本研究は、主任研究者が属する独立行政法人国立病院機構花巻病院倫理委員会において審査を受け、2009年7月2日に研究実施が承認された。

## 3 結果

### 1. 入院処遇例の概要

17の指定入院医療機関から831例について回答があった。うち1つの指定入院医療機関からは、該当例がないとの回答であった。

表に、入院処遇となった時点での年齢・性別、診断、対象行為および精神保健福祉法入院の有無を示した。

性別は、男性653例、女性157例、性別未記入21例であった。このうち精神保健福祉法の入院は男性91例、女性26例、不明1例であった。精神保健福祉法入院の有無で、差はなかった( $\chi^2(2) = 2.29, n.s.$ )。

年齢は794例(不明37例を除く)で $42.6 \pm 13.3$ 歳(年齢・性別とも判明の773例では、男性624例で $42.4 \pm 13.4$ 歳、女性149例で $43.2 \pm 12.4$ 歳)であった。精神保健福祉法入院の有無で、差はなかった( $t = 0.539, n.s.$ )。

指定入院医療機関における主診断は、F0器質性精神障害22例、F1精神作用物質使用障害59例、F2統合失調症など653例、F3気分障害46例、F4神経症性障害5例、F6人格障害11例、F7精神遅滞16例、F8発達障害16例、G4てんかん3例であっ

表1 入院処遇となった時点での年齢・性別、診断、対象行為および精神保健福祉法入院の有無

年齢	男性	女性	性別不明	計	%
20～29	125	24	4	153	18.4
30～39	192	45	3	240	28.9
40～49	138	41	7	186	22.4
50～59	127	30	4	161	19.4
60～69	53	13	2	68	8.2
70～79	13	4		17	2.0
80以上	5		1	6	0.7
計	653	157	21	831	100.0

精神保健福祉法入院の有無

診断	入院なし	入院あり	計	%
F0	19	3	22	2.6
F1	51	8	59	7.1
F2	559	94	653	78.6
F3	42	4	46	5.5
F4	4	1	5	0.6
F6	10	1	11	1.3
F7	15	1	16	1.9
F8	12	4	16	1.9
G4	1	2	3	0.4
計	713	118	831	100.0

対象行為	入院なし	入院あり	計	%
殺人	238	30	268	32.3
傷害	248	44	292	35.1
放火	161	34	195	23.5
強盗	32	2	34	4.1
強姦	8	4	12	1.4
わいせつ	25	7	32	3.9
計	713	118	831	100.0

た。

831例のうち、118例に精神保健福祉法入院が認められた。診断は、F0器質性精神障害3例、F1精神作用物質使用障害8例、F2統合失調症など94例、F3気分障害4例、F4神経症性障害1例、F6人格障害1例、F7精神遅滞1例、F8発達障害4例、G4てんかん2例であった。精神保健福祉法入院の有無で、差異はみられなかった( $\chi^2(8)=10.7, n.s.$ )。

対象行為は、殺人(未遂等を含む。以下同じ)268例、傷害292例、放火(含未遂)195例、強盗(含未遂)34例、強姦(含未遂)12例、強制わいせつ(含未遂)32例であった。複数の対象行為の組み合わせを有する事例は10例、対象行為不明8例であった。このうち精神保健福祉法入院の118例では、殺人30例、傷害44例、放火34例、強盗2例、強姦4例、強制わいせつ7例であった。

精神保健福祉法の有無で、殺人、放火、強姦で精神保健福祉法入院はやや多く、強盗と強制わいせつでやや少ない傾向が認められた( $\chi^2(5)=10.7, p<0.1$ )。

118例のうち2例は、2回精神保健福祉法入院しており、のべ精神保健福祉法入院は120回であった。この2例は、いずれも対象行為直後に興奮が激しく一旦入院、その後起訴され、判決後の「つなぎ」で再度入院という経過であった。入院日数などはいずれも判決後の入院期間のみ判明していた。

精神保健福祉法入院となった理由は、①行為当時の興奮状態68例、②実刑判決でなく身柄拘束が解かれ、あたかも「つなぎ」として入院22例(うち無罪5例、有罪だが実刑ではないか執行すべき刑期がない15例、詳細不明2例)、③精神科入院中に対象行為を行い、そのまま入院継続3例、④不処遇後に精神保健福祉法入院・抗告審で決定が覆り入院処遇1例、⑤分類不能26例であった。

精神保健福祉法入院の入院形態は、複数回答で、任意12例、医療保護24例、措置78例、緊急措置13例(8例は、その後の入院形態不明)、応急1例(その後は不明)、欠損7例であった。このうち措置入院あるいは緊急措置入院があるのは86例であった。また措置入院を経ずに医療保護入院したのは19例で、興奮など10例、釈放後のつなぎ7例、不明2例であった。任意入院への変更はなかった。任意入院のみで入院したのは5例で、任意入院中に対象行為となったもの2例、判決後のつなぎ2例、興奮などで対象行為後に入院・その入院中に対象行為発覚1例であった。

措置入院あるいは緊急措置入院86例の通報形式は、警察官通報44例、検察官通報14例、その他3例(近隣住民、刑務所、総合病院救急部医師

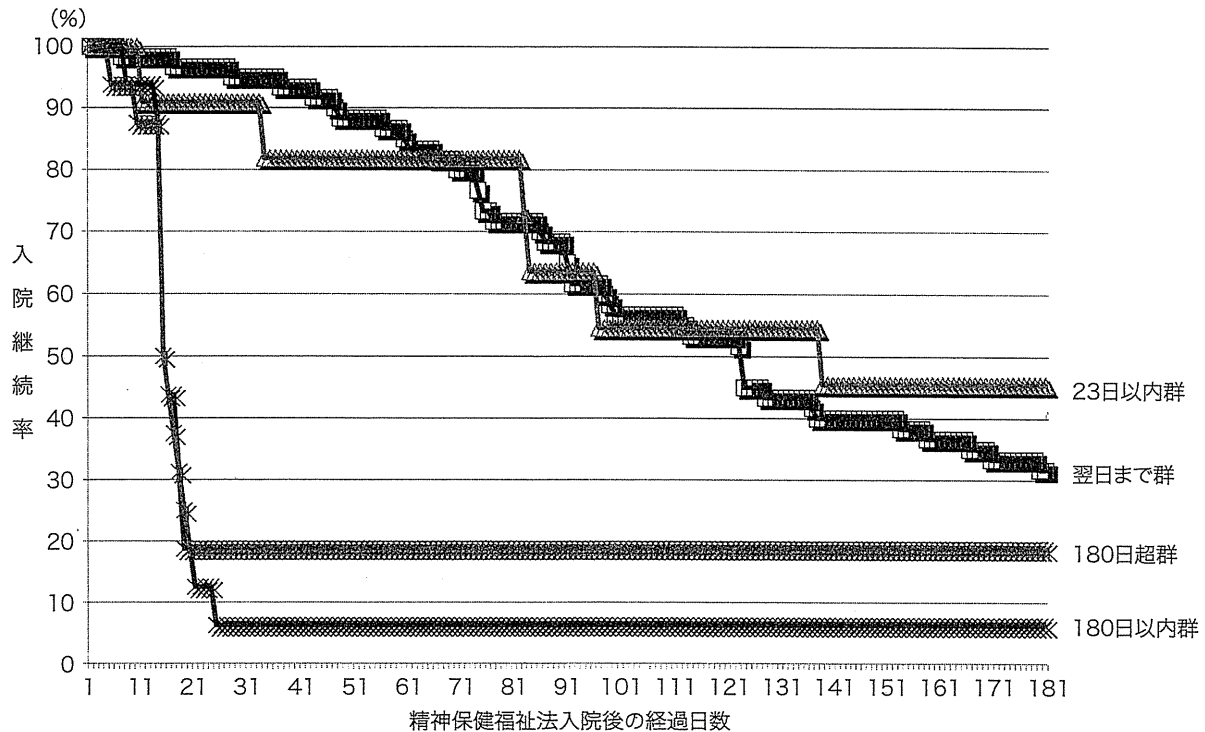


図1 対象行為から精神保健福祉法入院までの期間群ごとの精神保健福祉法入院継続率

との回答が各1例), 不明5例, 未記入20例であった。検察官通報14例のうち状況の記載がある11例では, 1例が取調中に興奮し措置通報, 1カ月後に医療観察法の申立がなされていた。9例で無罪や猶予判決後すぐに通報され, すみやかに申立となっていた。ただ1例では地裁判決後すぐに通報され措置入院してはいたが, 控訴審判決が確定するまでに, さらに1年以上がかかり, その後ようやく申立となっていた。

対象行為日, 精神保健福祉法入院日と退院日, 医療観察法入院処遇日のすべてが判明している107例のうち, 精神科入院中に対象行為・そのまま入院継続3例, 疑義のある1例を除いた103例では, 対象行為から入院処遇までの期間は  $325.6 \pm 244.7$  日であった。

図1に入院継続率を示した。このうち対象行為から精神保健福祉法入院までの期間ごとに, 翌日まで群, 23日以内群, 180日以内群, 180日超群の4群で精神保健福祉法入院期間を比較したところ, 翌日まで群60例で  $165.6 \pm 124.9$  日, 23日以内群11例で  $154.5 \pm 105.1$  日, 180日以内群16例で  $33.8 \pm 69.2$  日, 180日超群16例で  $68.6 \pm 131.0$  日と

なった。多重比較により, 翌日まで群と180日以内群および180日超群の間で精神保健福祉法入院期間は有意に延長していた (Bonferroni,  $p < 0.05$ )。

また通報種別による比較では, 警察官通報41例で  $167.9 \pm 126.0$  日, 検察官通報14例で  $53.8 \pm 123.7$  日であり, 警察官通報で有意に精神保健福祉法入院期間が延長していた ( $t = 2.90, p = 0.008$ )。

## 4 考察

### 1. 事例の概要

今回, すべての入院処遇例の約90%について, 資料が得られ, 検討を行った。

精神保健福祉法入院の有無で, 年齢, 性別, 診断について両群間に有意差は認められず, 入院処遇の前に精神保健福祉法入院をするかどうかについて, 少なくともこうした要因では差は認められなかった。ただ, 対象行為では, 殺人, 放火, 強姦で精神保健福祉法入院はやや多く, 強盗と強制わいせつでやや少ない傾向から, たとえば強盗や強制わいせつでは, それを命じる幻聴を願望充足的と評価されうることなど, 行動面に対する関係

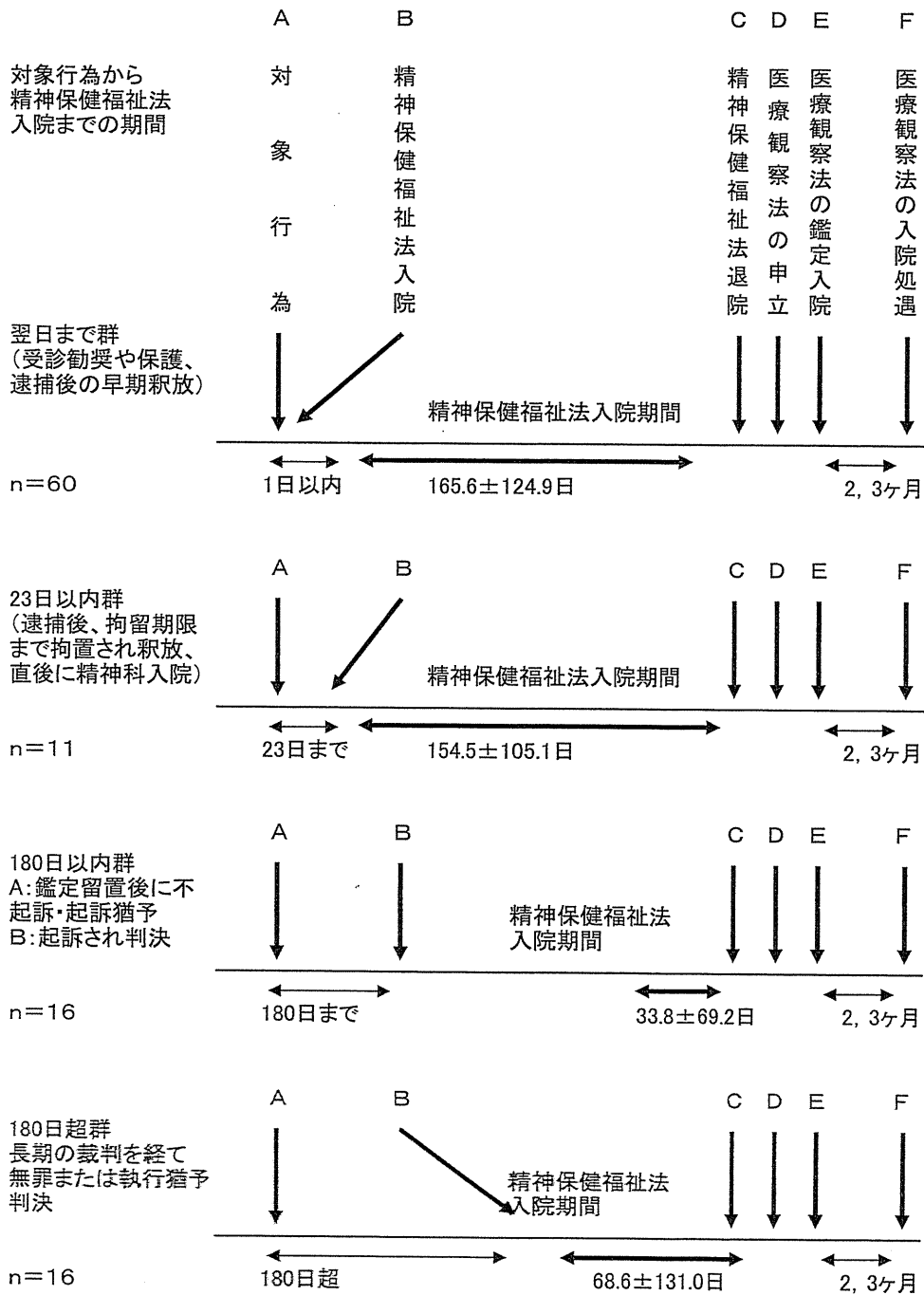


図2 対象行為から精神保健福祉法入院までの期間群ごとの精神保健福祉法入院期間との関係

者の評価が影響している可能性が示唆された。

## 2. 精神保健福祉法入院期間と医療観察法申立までの期間の関係

精神保健福祉法入院期間は、医療観察法鑑定入院までの手続期間をほぼ反映する。この期間の関係を図2に示した。

医療観察法が円滑に導入されたかどうかについて、刑事手続きと医療観察法導入への時間的流れ

を考慮し、対象行為から精神保健福祉法入院までの期間を4群に分けると、おおむね図3に示すようになった。

対象行為から精神保健福祉法入院までの期間180日以内群11例の精神保健福祉法入院期間は33日であったが、うち10例は20日あまり、最頻値は15日の6例であり、300日あまりの1例があるために平均値が引き上げられたものである。裁判

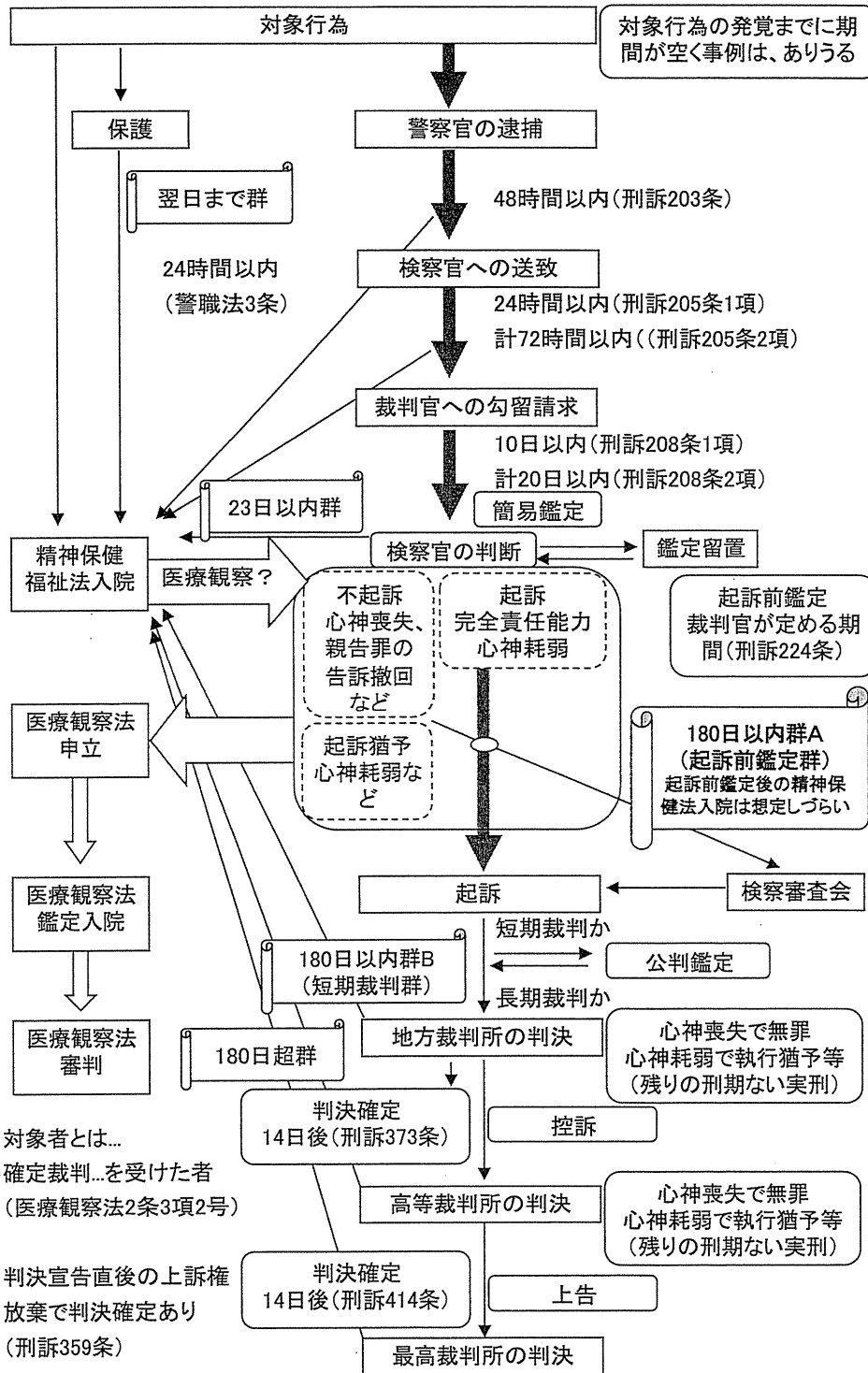


図3 対象行為から精神保健福祉法入院までの期間各群の刑事手続中のおおよその位置づけ

の判決言い渡しから確定まで14日を要すること(刑事訴訟法第373条など)を考慮すると、すみやかな医療観察法の申立が行われていることがうかがわれた。一方、翌日まで群および23日以内群は、いずれも6カ月弱の精神保健福祉法入院で、医療

観察法の申立がすみやかになされているとはいいい難かった。

また、検察官通報や警察官通報の区別でも差違が明らかになった。検察官通報例は、裁判確定までの日数をつなぐ10例と、取調中に興奮した1例、



情報なし3例で、興奮例も1カ月以内に医療観察法の申立がなされており、その後の対応も比較的円滑で、医療観察法を視野に置いた運用がなされているようでもあった。一方、警察官通報例では、精神保健福祉法入院期間が有意に延長していた。この理由については、事件直後に保護され入院したことで、刑事事件の捜査として本人の協力が必要な書類が作成されていない、病状の点から逮捕を見合わせられることで事件送致が決断されるまでの期間を要している、これらのため検察への事件送致の時期が遅れている、検察側でも事件を受理した後の処理に時間を要している、などの事情が推察されたが、今回の調査からは明確にはならなかった。

これらより、翌日までに精神保健福祉法入院をした場合には、医療観察法入院までの期間が延長しており、検察官が関与しない段階での入院がこの期間を延長させている可能性がうかがえるものであった。

翌日まで群および23日以内群では、対象者の病状が悪くて精神保健福祉法入院期間が延長する、警察や検察でも捜査上、事情聴取ができないことで必要な書類が作成できず、このために医療観察法の手続が進行させられない、などの問題がありうると思われた。ただ、警察や検察の捜査上の都合はありうるが、病状が安定しても長期に照会さえなく、突然、医療観察法の申立手続が進行するなどの問題も指摘されており、この点をどのようにとらえるかは、慎重さが必要であると思われた。

対象者に対する手厚い医療を早期に開始するという観点からは、対象行為から医療観察法入院までの日数にも注意を払う必要がある。精神保健福祉法入院期間は翌日まで群 $165.6 \pm 124.9$ 日、23日以内群 $154.5 \pm 105.1$ 日と延長しており、特に後者は興奮などにより本人の意見聴取など捜査が進めにくい事情はあるにせよ、検察官の判断を経ており、長すぎると考えざるをえず、治療と司法手続きを並行して迅速にすすめるべきである。

この点に関連して、医療機関側から捜査機関側へ、積極的な情報提供はしづらい。ただ、たとえば事件後すぐに措置入院し期間が経過、病状軽快

して措置解除・退院し社会復帰している患者に対して医療観察法の申立が行われている場合も見受けられた。患者は混乱し、指定入院医療機関に陰性感情を強く持った事例もあり、時機を逸した医療観察法の申立が対象者本人の精神科医療に有益とは限らないことなども考慮すると、対象行為の内容や病状によっては、医療機関と捜査機関の間で、医療観察法の適用に関連して、意思疎通を図っていく必要もあると思われた。ただ、捜査機関が迅速な処理ができない理由として、対象者が逮捕されておらず身柄が警察・検察にないことで、調書作成が遅延することを強調しすぎると、任意捜査を原則とした刑事訴訟法第197条第1項の趣旨に抵触しかねないことには留意する必要がある。

なお、指定入院医療機関からは、長期の裁判を経た事例では、当然、治療開始まで長期が経過しており、これによる医療へのマイナスの影響を指摘して、勾留中の精神医療について改善を求める意見も認められた。

### 3. 精神保健福祉法入院が選択された理由

精神保健福祉法入院が選択された理由は、行為当時の興奮状態が最も多く、次いで判決確定までの「つなぎ」、もともと精神科入院中に対象行為、不処遇後に精神保健福祉法入院し、その後の上級審で決定が覆り入院処遇などであった。なお上級審での差し戻し決定の問題は、別に報告した<sup>6)</sup>。

#### 1) 興奮による精神保健福祉法入院事例

精神保健福祉法入院した事例においては、行為当時の興奮状態が入院の理由となる事例が、最も多かった。詳細に検討すると、これらには、勾留中に激しく興奮するなど顕著な精神障害への治療を要した事例だけでなく、火災による熱傷や自殺企図後の外傷など身体合併症治療のために総合病院精神科病棟に入院した事例、措置入院後に対象行為が発覚した事例があり、中にはいったん釈放され精神科治療を受けた事例、家族により精神科治療の求めがあった事例も認められた。また通院処遇中に通院せず精神状態悪化し、危機介入目的で精神保健福祉法入院した事例も認められた。

現実には、逮捕後に精神運動興奮など精神病症状が増悪した場合には、警察・検察では取調べにならないなどの事情も生じることが想定されるが、

このような状態では、すみやかな医療導入自体は、おおむね望ましい。ただ、今回、こうした場合に医療観察法の申立が遷延する傾向が明らかとなった。多くの指定入院医療機関から指摘があるように、対象行為から相当の時期を要して医療観察法に乗ることとなるような場合に、社会復帰が遅延する事態は避ける必要があり、司法機関は、早めに手続きを進めることを視野に置きつつ、刑事司法上の捜査手続きを進めることが必要と考えられる。そして、少なくとも医療の大半が精神保健福祉法入院で終了しているような場合に、どのような点で医療観察法が必要なのかは、法のあるべき姿を考えるうえで論点となりうると思われる。

ただ、興奮している時点で精神保健福祉法入院となるのは、やむを得ないものの、提出された資料からは、少なくない事例に、警察や検察など、司法関係者の医療観察法への認識不足から手続きが遅延した旨のコメントが付されていた。現実には警察や検察に医療観察法についての認識不足があるかどうかについては、この調査では警察や検察を調査しておらず、また「法を知るのは司法機関の責務」という建前のため実態調査には困難があるが、少なくとも指定入院医療機関には、このような問題意識があることは明らかとなった。

## 2) 判決確定・申立まで「つなぎ」入院例

判決時点で身柄拘束されていても、無罪判決や執行猶予あるいは未決勾留期間を刑期に算入されて執行されるべき刑期が既になく有罪判決を受けた被告人は、直後に釈放されることが原則である(刑事訴訟法第345条など)。そして判決は、上訴されない場合、14日で確定する(同第55条、第373条)。なお無罪判決では検察が、有罪判決でも検察と被告人が協力して上訴権放棄をすれば、判決直後に確定することもありうる(同第359条)。もちろん当事者のいずれかが控訴(同第372条以下)した場合には、控訴審や上告審において判決や取り下げなど、しかるべき手続きが取られるまで確定しない。

判決が確定するまで、医療観察法の申し立てはできない(医療観察法第2条第3項第2号)ので、この間、本人がどこで生活を送るかが、現実として問題となる。

今回、このような場合に、精神保健福祉法入院が活用されていることが明らかとなった。

ただ、精神保健福祉法で入院する場合には、現実にとどの程度、医療が必要とされる病状であるかも問題となる。刑事訴訟法上の身柄拘束を解かれた直後の入院について、あえて「つなぎ」と表現したが、病状が安定していて、入院医療は必要ではなさそうなのに、対象行為が重大なため家族や地域が受け入れない、あるいは被害者からの報復を防ぐために精神保健福祉法の入院で身柄を確保しているとすれば、いわゆる経済措置や社会的入院と同じ問題をきたすおそれがあり、対象者の家族などの協力を得て、判決確定までの2週間を鑑定入院予定の医療機関に入院するなどの配慮がなされた運用例は参考になる。

特筆すべきは、対象行為が重大であっても、必ずしも措置入院となるのではなく、医療保護入院や任意入院となることも少なくなく、適正な病状評価が行われていることが示唆される結果となっていることである。措置入院制度には、かねて、行動面を重視して処遇を決定する傾向が見受けられたが、この傾向が変化している可能性がうかがわれた<sup>4,5)</sup>。

いずれにせよ「つなぎ」の場合、そのことを医療機関ならびに検察官の側でも明確にしたうえで、判決確定までの2週間ならびに空床待機あるいは祝日回避の数日など、できるだけ短く運用する必要がある。また本来、医療観察法は刑事事件と密接な連携をもった運用が望まれる制度でもあり、刑事事件の判決日を、以降の日程も考慮して決めるなどの配慮も、今後は必要である。

なお、厳密には「つなぎ」にはあたらないが、鑑定入院命令の期限超過による失効後に精神保健福祉法入院とされた例も、認められた。

## 3) 精神科入院中の対象行為例

精神科入院中の対象行為は、従来、殺人など結果が重大な事件でなければ司法的介入の対象とされることは少なかった。医療観察法の施行によって、とりあえず司法が関与することにはなったが、精神保健福祉法入院期間と医療観察法の導入までの期間の関係で述べた問題のためか、対応までにはやや長い期間がかかることが明らかになった。

#### 4. 医療観察法申立にまつわる諸問題

##### 1) 長期経過後の申立

対象行為から長期間が経過した後の申立が、社会復帰に阻害的に働いた事例が報告されており、これを避けるため医療側から司法側に、医療観察法の申立を促すなどの対応がなされているなどの報告も見受けられた。

この点、この研究結果からも、司法関係者、特に警察官へ、医療観察法や措置入院制度など、精神医療の法制度を周知することが必要という見解もありうる。

ただ、法を知ることは元々司法機関の責務である以上、医療機関から司法機関へ、法の発動を促すのも違和感のある話ではある。

さらに、医療観察法の適用がなされることで、円滑な社会復帰に資することも少なくはないが、長期経過後の申立など、逆に社会復帰が阻害される場面もあり得る。現状の運用下では、司法機関への周知の必要性を強調しても、たとえば関係者が精神保健福祉法入院で尽力して社会復帰したような事例を、後から法律だからと杓子定規に医療観察法が適用されるような事態も起こりうる結果が出ており、このような場合に医療機関側の円滑な協力が得られるか、疑問があると思われた。

##### 2) グレーゾーン

対象行為を行ったかどうか、捜査上、確認できないため、医療観察法の申立ができず、当面、医療保護入院となった後、捜査が進展し、医療観察法の申立が行われた事例も報告された。措置入院でも同様の事例は認められるが、このような事例の延長線上には、捜査上、最後まで対象行為を行ったかどうか確認できず、精神保健福祉法入院で対応されている事例が存在する可能性についても、考慮せざるを得ないと思われた。また触法精神障害者を考えるうえで、医療観察法の対象行為にはあたらないが、微罪行為を繰り返す類回措置事例をどうするかについても、今後、検討を重ねていく必要があるとも思われた。

##### 3) 長期裁判

現状、起訴された事例では、判決を経て医療観察法申立までに長期を要する事例も存在する。医療観察法にのるまでは司法システムであり、医療

機関が論じる問題ではないかもしれない。しかし、この間、将来の対象者である被告人は、留置所、拘置所にとめおかれ、最低限の医療しか受けていない。刑事裁判で被告人である以上、一定の制約や義務を課される立場にあることは受忍せざるをえないとしても、その間の医療が不十分であることで、治療に適した時機を失してしまい、病状の回復が困難となることは想像に難くない。なにより、刑事被告人として医療が不十分であった後に、裁判が終了、医療観察法の申立がなされた途端、手厚い医療が必要とされても、白々しさに戸惑う方が自然ではないだろうか。

このように、勾留中も、精神医療の充実を図り、被告人の病状を安定させておく必要がある。これは、もちろん被告人の防御権の点でも望ましいことである。それだけでなく、以後の医療観察法の医療に際して、法廷での検察官との対立構造が治療の場に持ち込まれるなどの可能性を軽減し、被告人、すなわち将来の医療観察法対象者が治療者に対して陰性感情を持つ危険性を減らすことになる。現実には検察官の請求を受けて勾留されている間に、全く精神科医療が受けられなかった対象者で、医療観察法申立とともに検察官から「医療が必要」とされても、対象者には勾留自体が被害的な体験として残っている事例も報告されている。加えて刑事裁判の法廷では対象者は検察官と対立構造にあったことで、思考障害などから、その関係を治療の場に持ち込んでしまった対象者などの事例も認められている。こうしたことから対象者の現実感を回復するためにも勾留中の医療の充実は必要である。こうした対策により、病状が安定し、入院に要する期間も短縮が可能となれば、社会復帰に資すると考える。

ほか、通院処遇における行政の役割分担が不十分であること、制度自体が複雑であること、医療観察法と精神保健福祉法があまりに独立しすぎて、精神保健福祉法入院などの情報が医療観察法鑑定で軽視されることなどの問題も指摘されていたが、紙幅の都合で省略する。

#### 5. この研究の限界

この研究の解釈に際しては、まず、対象を指定入院医療機関に医療観察法入院処遇となった事例

のみとしており、通院処遇、不処遇、却下事例の状況は考慮されていないことに留意する必要がある。また、司法側の事情については、直接警察・検察に調査を行ったものではなく、指定入院医療機関からの報告に由来するものであることに留意する必要がある。

## 5 結論

医療観察法入院処遇に至った事例に対して、対象行為から医療観察法処遇決定までの間に、精神保健福祉法に基づき入院したかどうか調査を行った。831例のうち118例(14.2%)が精神保健福祉法入院しており、入院となった理由は、興奮など医療的理由が最も多く、次いで判決から確定までの「つなぎ」、もともと精神科入院中に対象行為、通院処遇の危機介入、不処遇後に上級審で決定が覆るなど多岐にわたっていた。入院に際しては、対象者の病状のみでなく、おかれている状況も、処遇に影響していると思われた。

対象行為直後に精神保健福祉法入院が選択された場合、医療観察法の申立が行われるまでの期間が延長しており、司法機関内での連携に問題がある可能性がうかがわれた。こうした問題点にも配慮しながら、場面に応じて、精神保健福祉法や医療観察法を弾力的に運用していくべきである。

資料収集にご協力いただいた指定入院医療機関の担当者に、お礼申し上げたい。

この研究は、2009年度・厚生科学特別研究事業「医療観察法導入後における触法精神障害者への対応に関する研究(主任研究者：花巻病院・吉住昭)」の補助金を受けて行った。

## 文献

- 1) 平田豊明, 椎名明大, 五十嵐禎人ほか: 鑑定入院における医療的観察に関する研究. 厚生労働科学研究費補助金・医療観察法による医療提供のあり方に関する研究, 平成18年度総括・分担研究報告書, pp39-74, 2007
- 2) 平田豊明, 椎名明大, 五十嵐禎人ほか: 鑑定入院における医療的観察に関する研究. 厚生労働科学研究費補助金・医療観察法による医療提供のあり方に関する研究, 平成19年度総括・分担研究報告書, pp35-76, 2008
- 3) 瀬戸秀文, 柴原誠一郎, 林田健太郎ほか: 医療観察法と精神保健福祉法の関係を整理した最高裁判所決定とその影響について. 司法精神医学4: 112-113, 2009
- 4) 瀬戸秀文, 藤林武史, 吉住 昭: 精神保健指定医の措置入院要否判断に影響する因子について—措置入院に関する診断書のロジスティック回帰分析による検討—. 臨床精神医学 36: 1067-1074, 2007
- 5) 瀬戸秀文, 藤林武史, 吉住 昭: 精神保健指定医の措置入院要否判断の因子の組み合わせによる影響について—措置入院に関する診断書の決定木分析による検討—. 臨床精神医学 38: 469-478, 2009
- 6) 島田達洋, 堀 彰, 中村研之ほか: 措置入院の判定に関わる諸因子の検討—栃木県において措置診察を受けた332例の分析—. 臨床精神医学 36: 1005-1015, 2007
- 7) 吉住 昭, 藤林武史, 瀬戸秀文: 措置入院および措置解除にあたっての精神保健指定医の判断基準の実態に関する研究—検察官通報により措置入院に関する診察を受けた事例について—. 厚生科学研究費補助金・措置入院制度のあり方に関する研究, 平成13年度総括・分担研究報告書, pp63-116, 2002
- 8) 吉住 昭, 藤林武史, 瀬戸秀文: 措置入院および措置解除にあたっての精神保健指定医の判断基準の実態に関する研究—検察官通報により措置入院に関する診察を受けた全事例について—. 厚生科学研究費補助金・措置入院制度の適正な運用に関する研究, 平成14年度総括・分担研究報告書, pp57-96, 2003
- 9) 吉住 昭, 竹島 正, 尾島俊之ほか: 医療観察法導入後における精神保健福祉法第25条に基づく検察官通報の現状に関する研究厚生労働科学研究費補助金・医療観察法導入後における触法精神障害者への対応に関する研究. 平成21年度総括・分担研究報告書, pp9-43, 2010

## Summary

**The characteristics of patients who were admitted to a psychiatric hospital under the Act on Mental Health and Welfare before admission to a forensic psychiatric hospital**

*SETO Hidefumi, SHIMADA Tatsuhiko, IRINO Yasushi, YAMAMOTO Tomokazu, KOIZUMI Noriaki, YOSHIKAZUMI Akira, TAKESHIMA Tadashi, OJIMA Toshiyuki, NODA Tatsuya, YAMASHITA Toshiyuki and KODAKA Akira*

We investigated cases of hospitalization under the Medical Treatment and Supervision Act (Act on Medical Care and Treatment for Persons who Have Caused Serious Cases under the Condition of Insanity) to determine whether the hospitalized individuals were previously hospitalized under the Act on Mental Health and Welfare or not. Individuals in 118 of 831 cases (14.2%) were previously hospitalized under the Act on Mental Health and Welfare. Homicide, arson, and rape were slightly frequent and robbery and sexual assault were slightly rare. The reasons why the individuals were hospitalized under the Act on Mental Health and Welfare included psychomotor excitement, physical complication, period of appeal, index offence occurring during hospitalization, crisis intervention of forensic community treatment, and overturns of judgment in a higher court. Symptoms and circumstances influenced the previous hospitalizations. If the individuals were hospitalized under the Act on Mental Health and Welfare directly after index offences, the periods for petition under the Medical Treatment and Supervision Act were significantly extended. We point out that this may affect not only the conditions of the hospitalized individuals but also the relationship between the police and prosecutor.

\*

\*

\*

■原著論文

## 精神障害を有する人に対する一般地域住民のイメージ

小山明日香<sup>1,2)</sup>, 長沼洋一<sup>1)</sup>, 沢村香苗<sup>3)</sup>, 立森久照<sup>1)</sup>, 大島 巖<sup>4)</sup>, 竹島 正<sup>1)</sup>

抄録:

エリアサンプリング法により選出された一般地域住民1,500人を対象として訪問面接調査を実施し, 統合失調症, 大うつ病性障害, およびアルコール依存を有する人に対するイメージを明らかにした。対象者に3つの障害のいずれかのビネット(事例)を提示し, それに対するイメージを, SD (semantic differential) 法の手法で独自に作成した14項目の質問項目を用いて尋ねた。その結果, 精神障害を有する人に対するイメージとして「認知的反応」「社会的距離感」「治療可能性」の3つの因子が抽出された。「認知的反応」では, 男性, 高卒以下, 精神科受診経験がない, 精神障害を有する人と会って話をした経験がない, こころの健康に関心がないことがネガティブなイメージと関連していた。「社会的距離感」では, 50歳未満, 精神科受診経験がない, ビネットの診断名を正しく回答したことがネガティブなイメージと関連していた。「治療可能性」では, 男性, 高卒以下, こころの健康に関心がないことがネガティブなイメージと関係していた。3因子ともに, アルコール依存に対するネガティブなイメージがもっとも強かった。また, 3つの疾患いずれにおいても, 3つの因子のうち「社会的距離感」に対するネガティブなイメージがもっとも強かった。本研究で明らかになったように精神障害に対するイメージは個人の属性やものの考え方により異なることを考慮し, ターゲットを明確にした具体的で効果的な普及啓発活動のあり方について更に議論する必要がある。

日社精医誌 20: 116-127, 2011

索引用語: 精神障害, イメージ, 地域住民  
*mental illness, images, the public*

### 緒 言

精神障害に対する普及啓発の重要性は, 長年にわたり国内外で指摘されている。知識の不足ゆえ

に, あるいは周囲からの偏見を恐れて, 医療を受ける必要があるにも関わらず受診が遅れたり, 精神障害に対する誤解のために精神障害を有する人の地域生活に支障が生じたりする事態は, 今なお

英文タイトル: The Public's Image of the Mentally Ill  
受付日: 2010年12月3日受付 受理日: 2011年2月14日受理  
著者連絡先: 小山明日香(国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所精神保健計画研究部)  
〒187-8553 東京都小平市小川東町4-1-1  
E-mail: asuka@ncnp.go.jp

Corresponding author: Asuka Koyama  
Department of Mental Health Policy and Evaluation, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry, Kodaira, Japan

<sup>1)</sup> 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所精神保健計画研究部

Asuka Koyama, Yoichi Naganuma, Hisateru Tachimori,

Tadashi Takeshima: Department of Mental Health Policy and Evaluation, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry, Kodaira, Japan  
<sup>2)</sup> 日本学術振興会特別研究員 RPD

Asuka Koyama: Research fellow of the Japan Society for the Promotion of Science

<sup>3)</sup> 医療経済研究機構

Kanae Sawamura: Institute for Health Economics and Policy

<sup>4)</sup> 日本社会事業大学社会福祉学部

Iwao Oshima: Graduate School of Social Welfare, Japan University of Social Work

続いている。こうした状況を踏まえ、厚生労働省は平成16年に公表した「精神保健医療福祉の改革ビジョン」のなかで「国民意識の変革」をわが国における精神保健医療福祉の重点課題のひとつに掲げた。続いて、平成21年には厚生労働省の「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」の報告書である「精神保健医療福祉の更なる改革に向けて」<sup>12)</sup>が公表され、そのなかで「国民一般を広く対象とする普及啓発から、疾患や年代、対象者といったターゲットを明確化した普及啓発に重点を移す」必要性が述べられた。このように、わが国においては精神障害に対する普及啓発をより一層推し進める必要性が強く認識されている。

これまで、精神障害を有する人がどのような認識や印象を持たれているのか、様々な手法を用いて研究が行われてきた。わが国においても数多くの研究が実施されており、精神医療従事者や学生等の特定の属性の人々や特定の地域の住民を対象とするものから<sup>9, 20, 23, 24)</sup>、日本全国の複数の地域における地域住民を対象とする大規模調査<sup>11, 15, 16, 17, 26)</sup>まで様々である。これらの調査で扱われている障害の多くは統合失調症もしくは気分障害であり、海外の先行研究で統合失調症と同等もしくはそれ以上に偏見が強いことが報告されているアルコール依存<sup>1, 5, 21)</sup>等との比較検討はあまり行われていない。

ところで、既存の研究では、Opinions About Mental Illness Scale (OMI)<sup>6)</sup>、Community Attitudes Toward the Mentally Ill (CAMI)<sup>25)</sup>、Linkステイグマ尺度<sup>13, 23)</sup>などの尺度が用いられている場合もある。これらの尺度は精神障害についての認識を直接的に評価するうえで有用であるが、その一方で、家族が精神障害を有する人と結婚することや精神障害を有する人が特定の職業に就くことなどの賛否を問う質問項目や、精神障害者の犯罪が多いと思うかどうかを問うような内容になっており、質問内容が具体的であるがゆえに回答が社会的望ましさの影響を受けやすく誘導的になる可能性がある。また、調査項目そのものが精神障害に対する否定的な感情を喚起、助長させ

る可能性もあり、調査実施にあたっては慎重を期する必要がある。社会的望ましさの影響を受けにくくするために、自分自身ではなく一般の人が精神障害を有する人に対してどう感じるかを問う形をとる尺度もある<sup>13, 23)</sup>が、中根らの研究によれば精神障害を有する人に対して自分自身がどう感じるかと一般の人がどう感じると思うかは必ずしも一致していない<sup>16)</sup>。

これに対して、Osgood<sup>19)</sup>が1957年に提唱したSD (semantic differential) 法は、人がある刺激の認識に伴って表象する観念(情緒的意味)を定量的に把握する方法であり、対となる形容詞や形容動詞(明るい⇔暗い、など)を両極にとり、その間をスケール化したものである<sup>10, 18)</sup>。心理学領域のみならず商品や景観などのイメージを評価する場合にも用いられる、古典的な測定法である。我々は、このSD法が、人々の精神障害に対するイメージを明らかにする上で比較的中立的な手法であり、なおかつ質問項目の内容に縛られない自由なイメージを引き出すのに有効ではないかと考えた。

そこで本研究では、統合失調症、大うつ病性障害およびアルコール依存の3つの障害についての全国の一般地域住民のイメージを明らかにすることを目的として、SD法の手法を用いた質問紙を作成し、調査を実施した。

## 方 法

### 対 象

一定の方法を用いて選出された5つの調査地域(道央、東京、京浜、京阪、および山陽)について、それぞれの調査地域から10カ所ずつを調査地点として選出した。この調査地点のなかから選ばれた20歳以上70歳未満の地域住民とし、1調査地域につき400人、合計2,000人の有効回答を得た。対象者の抽出には調査対象地域および地点のみを指定する「エリアサンプリング<sup>7)</sup>」を採用した。調査員が対象者宅を訪問し、面接にて調査を実施した。各対象者は以下に述べる4種類のビネットのうちの1種類を無作為に割り当てられる。それ

それぞれのビネットについての有効回答数が各性・年齢層で等しくなるようにした。なお、4種類のビネットのうち1種類は性質の異なるものであり本研究では言及しないため、それを割り当てられた500人を除く1,500人を、本研究の対象者とした。

### ビネット

対象者には、最初に統合失調症・大うつ病性障害・アルコール依存のうちランダムに割り当てられたひとつのビネット(症例)が提示された。これらのビネットは、経験ある精神科医によってDSM-IVおよびICD-10のそれぞれの診断基準を満たしていることが確認されている。いずれのビネットも、初発であり、社会生活機能が一定以上低下しており、精神科的治療が必要な状態にある患者を想定して作成したものである。文末に3つのビネットを付録として掲載する。

### 調査項目

本研究で使用した調査項目は、SD法を用いた独自の質問項目および人口統計学的変数等である。SD法は、ある対象へのイメージを問うものであり、対となる形容詞や形容動詞(明るい⇔暗い、など)を両極にとり、その間をスケール化したものである。本研究では、先行研究を参考にしながら調査項目を検討し、18項目を選択した。それぞれの項目について、ネガティブなイメージを1点、ポジティブなイメージを7点とする7段階評価とした。本来のSD法では「明るい⇔暗い」など対となる形容詞や形容動詞を用いることが基本であるが、本調査では、一部の項目においては、「こわい⇔こわくない」のように一方の形容詞や形容動詞の否定形を対とした。

精神障害に対するイメージとの関連を明らかにするために、以下の項目を尋ねた。1)人口統計学的変数：年齢、性別、学歴、2)精神障害との接触の程度：精神科・神経科・心療内科受診経験(以下、精神科受診経験とする)の有無、精神障害を有する人と会話をした経験(以下、接触経験とする)の有無、3)こころの健康への関心の程度(4段階評価)、4)割り当てられたビネットがどの

ような問題を持っていると思うか。4)については、以下15の選択肢のなかから1つを選択してもらった(選択肢：アルコール依存、問題なし、高血圧、がん、糖尿病、うつ病、統合失調症、神経症、自閉症、アルコール依存、精神疾患、知的障害、発達障害、ストレス、こころの病気、からだの病気)。「精神疾患」や「こころの病気」も正答ではあるが、本研究では「統合失調症」「うつ病」「アルコール依存」との診断名を正しく選択した場合のみを「診断正解」とし、それ以外は「診断不正解」とした。

### 解析方法

まず、SD法を用いた18の質問項目のうち、本研究と関連のない(すなわち、本研究で用いなかった1種類のビネットに関連する項目であった)2項目を除外した16項目について、主因子法およびプロマックス回転による因子分析を行った。因子分析によって抽出された因子について、それぞれを構成する項目の合計得点を項目数で除し、それぞれの因子の得点を算出した。次に、各因子の得点を従属変数、人口統計学的変数等の変数を独立変数とする重回帰分析(ステップワイズ法)を行った。統計解析はすべてSPSS 14.0J for Windowsを用いて行い、有意水準は両側5%とした。

なお、本研究は国立精神・神経センター(現：(独)国立精神・神経医療研究センター)において倫理審査を申請し、承認を得て実施した。

## 結 果

対象者1,500人の基本属性を表1に示す。精神障害を有する人と会って話をした経験がある人は約20.7%であった。また、8割以上の人がかころの健康について関心がある、またはやや関心があると回答した。

割り当てられたビネットがどのような問題を持っていると思うかについての回答結果を表2に示す。統合失調症ビネットが割り当てられた500人



表1 対象者の基本属性

	人数(%)
年齢	
20~34歳	411 (27.4%)
35~49歳	489 (32.6%)
50歳以上	600 (40.0%)
性別	
男	750 (50.0%)
女	750 (50.0%)
教育レベル	
中・高卒	784 (52.3%)
高卒・短大以上(在学中含む)	716 (47.7%)
精神障害を有する人との接触経験	
あり	310 (20.7%)
なし	1,190 (79.3%)
こころの健康への関心	
関心がある	527 (35.1%)
やや関心がある	697 (46.5%)
あまり関心がない	236 (15.7%)
関心がない	40 (2.7%)

のうち、事例が抱える問題について「統合失調症」という正しい選択肢を選んだのはわずかに4.8%であった。大うつ病性障害では58.6%，アルコール依存では85.0%であった。

次に、SD法を用いた16項目についての因子分析の結果を示す。まず1回目の因子分析でスクリープロットを図示し因子数を検討し、3因子とすることとした。次に、因子数を3に固定して再度因子分析を行い、十分な負荷量を示さなかった2項目を除外した14項目で最終的な因子分析(主因子法、プロマックス回転)を行った。14項目ともに、3因子のうちいずれか1つの因子についてのみ因子負荷量が0.35以上を示した。その結果に基づき、3因子について「認知的反応(7項目)」「社会的距離感(5項目)」「治療可能性(2項目)」と命名した(表3)。

「認知的反応」は、その人の価値観や感情に基づく心理的な反応に関する項目であり、精神障害を有する人に対して低い価値を見出したり、障害の責任を本人に帰属させたりするような考え方の

表2 割り当てられたピネットに対する診断正解者数

	診断正解	診断不正解
統合失調症	24 (4.8%)	476 (95.2%)
大うつ病性障害	293 (58.6%)	207 (41.4%)
アルコール依存	425 (85.0%)	75 (15.0%)

程度を示す。「非難されるべき」「怠惰な」などの7項目からなり、Cronbachの $\alpha$ 係数は0.76である。

「社会的距離感」は、精神障害を持つ人に対する恐怖や危険、近づきにくさを感じる程度を示す。「危険な」「怖い」などの5項目からなり、Cronbachの $\alpha$ 係数は0.70である。

「治療可能性」は、精神障害について、不治の病かそれとも治癒する見込みがあると思うかについての考えを示す。「治療しても改善しない」「完治しない」の2項目からなり、Cronbachの $\alpha$ 係数は0.63である。

3つの因子の相関係数 $r$ を算出したところ、「認知的反応」と「社会的距離感」の相関係数は0.54、「認知的反応」と「治療可能性」は0.39、「社会的距離感」と「治療可能性」は0.32であり、いずれも有意な相関であった( $p < 0.01$ )。

14項目について、平均得点のプロフィールを図1に示す。各因子の平均得点は「認知的反応」4.9点、「社会的距離感」4.1点、「治療可能性」5.1点であり、「社会的距離感」についてネガティブなイメージが強い傾向にあった。診断別にみると、14項目の平均得点は、統合失調症で4.7、大うつ病性障害で4.9、アルコール依存で4.1であり、アルコール依存に対してネガティブなイメージが強かった。

次に、それぞれ3つの因子の得点を従属変数、人口統計学的変数等を独立変数とする重回帰分析を行った結果を表4に示す。

3つの因子すべてについて、ピネットの種類が有意な関連を示しており、3因子ともに統合失調症に比べてアルコール依存でネガティブなイメージが強かった。大うつ病性障害は、「認知的反応」「社会的距離感」の2因子で統合失調症に比べてネ

表3 14項目の因子負荷量(主因子法, プロマックス回転)

	因子		
	1	2	3
認知的反応 ( $\alpha = 0.76$ )			
非難されるべき⇔非難されるべきでない	<b>0.66</b>	0.04	0.06
怠惰⇔勤勉な	<b>0.62</b>	0.06	-0.05
まれ⇔よくある	<b>0.53</b>	-0.08	-0.03
無知⇔知的な	<b>0.49</b>	0.17	-0.09
怒りを感じる⇔怒りを感じない	<b>0.48</b>	0.13	0.01
気の毒でない⇔気の毒だ	<b>0.47</b>	-0.15	0.11
支援したくない⇔支援したい	<b>0.45</b>	0.06	0.09
社会的距離 ( $\alpha = 0.70$ )			
危険⇔安全な	-0.20	<b>0.78</b>	0.07
こわい⇔こわくない	0.11	<b>0.56</b>	-0.05
話しかけにくい⇔話しかけやすい	-0.01	<b>0.51</b>	0.03
きたない⇔きれいな	0.20	<b>0.49</b>	-0.08
入院生活⇔地域生活	0.12	<b>0.36</b>	0.10
治療可能性 ( $\alpha = 0.63$ )			
治療しても改善しない⇔治療すれば改善する	0.10	-0.09	<b>0.76</b>
完治しない⇔完治する	-0.06	0.17	<b>0.58</b>
相関係数 $r$			
2	0.54**	—	—
3	0.39**	0.32**	—

\*\* $p < .01$ 

ガティブなイメージが弱かった。

診断以外の変数に関しては、「認知的反応」では、男性、高卒以下、精神科受診経験がない人、精神障害を有する人との接触経験がない人、こころの健康に関心がない人でネガティブなイメージを持っていた。「社会的距離感」では、50歳未満、精神科受診経験がない人、診断正解者でネガティブなイメージを持っていた。「治療可能性」では、男性、高卒以下、こころの健康に関心がない人でネガティブなイメージを持っていた。

## 考 察

本研究では、統合失調症、大うつ病性障害およびアルコール依存を有する人に対する地域一般住民が持つイメージを、SD法を用いて検討した。

その結果、人々のイメージは「認知的反応」「社会的距離感」「治療可能性」の3つの構造からなることが明らかになった。先行研究では、精神障害を有する人に対するイメージを構成する概念について様々な報告がある。例えば、精神障害者に対する「社会的距離」という概念に基づく研究は数多く行われている<sup>14, 20)</sup>。また、Angermeyerら<sup>3)</sup>は統合失調症へのステレオタイプとして、「危険」「責任帰属」「創造性」「予測不能性/能力の不全」「予後不良」の5つの因子を見出し、Taylorら<sup>25)</sup>は人々の精神障害者に対する態度を「恐怖と排除」「社会統制」「好意」の3因子からなるとしている。さらに、Link<sup>13)</sup>は精神障害者に対するステイグマを1因子構造で捉えている。SD法を用いた研究でも、因子構造の解明には至らないまでもCrispら<sup>8)</sup>が地域住民の精神障害者に対するイメ

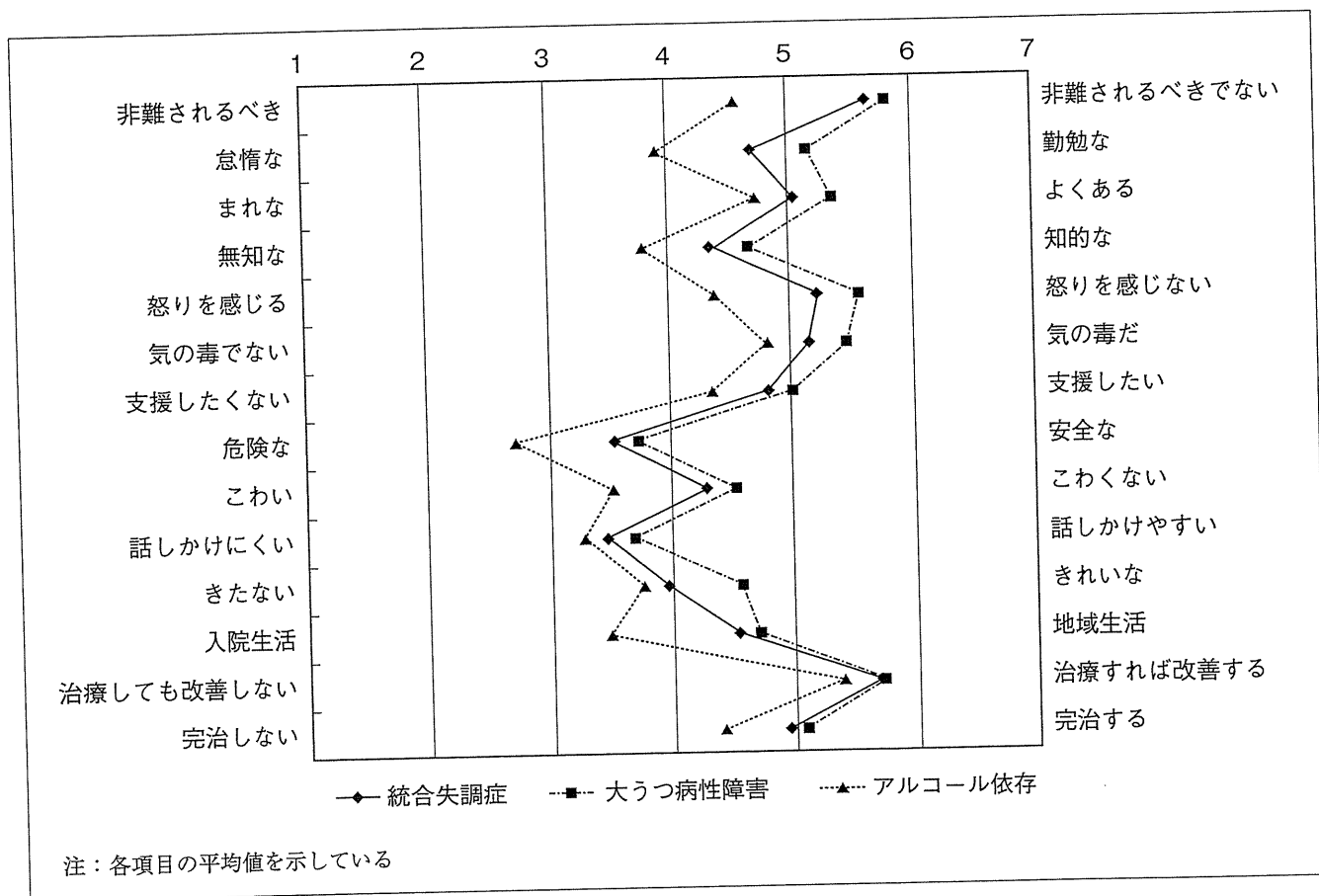


図1 14項目のSDチャート

ージを明らかにしている。本邦では、星越ら<sup>9)</sup>がSD法を用いて医療従事者に質問紙調査を実施し、「拒否的感情をあらわす因子」「重篤な病気をあらわす因子」の2因子を抽出している。

このように研究によってその概念が微妙に異なるのは、精神障害に対する認識には行動（「精神障害のある人と一緒に働きたくない」など）—認知（「精神障害のある人は危険だ」など）—情緒（「気の毒に思う」など）、ステレオタイプ（危険だ、無能だ…）—偏見（怒りを感じる、こわい…）—差別（近づきたくない…）、など様々な捉え方があるためである<sup>4,13)</sup>。本研究は、質問内容がいくぶん抽象的であるがゆえに回答が社会的望ましさの影響を受けにくく誘導的になりにくいというSD法の特徴を生かし、主に精神障害に対する認知・情緒レベルでの反応の構造を明らかにしたものであり、抽出された因子は、先行研究における様々な概念をおおむね網羅するものであると考え

る。

本研究では、アルコール依存の患者に対するネガティブなイメージがもっとも強く、大うつ病性障害に対するイメージは比較的ポジティブであった。先行研究でも、アルコール依存に対する偏見は統合失調症と同等もしくはより強いことが指摘されており<sup>1,5,21)</sup>、本研究結果でもそれと一致した結果となった。アルコール依存の場合、病気というよりもその人自身の性格傾向や自制心の問題と捉えられる傾向が強い<sup>21)</sup>ために、ネガティブなイメージを持たれやすいものと考えられる。わが国においては、うつや統合失調症についての普及啓発活動はその必要性がいくらか認識されつつあるが、アルコール依存やその他の様々な障害についても、理解の深化のための取組みについて早急に検討する必要がある。

また、精神障害を有する人に対して低い価値を見出したり障害の責任を本人に帰属させたりする

表4 3因子それぞれを従属変数とする重回帰分析(ステップワイズ法)

	認知的反応			
	B	$\beta$	t	p
診断 (referent = 統合失調症)				
大うつ病性障害	0.3	0.2	6.2	0.000
アルコール依存	-0.6	-0.3	-12.1	0.000
性別 (女性)	0.2	0.1	4.4	0.000
教育レベル (専門学校・短大卒以上)	0.2	0.1	4.2	0.000
精神科受診経験 (あり)	0.2	0.1	2.2	0.027
精神障害を有する人との接触経験 (あり)	0.1	0.1	2.6	0.010
こころの健康への関心 (1 = あり ~ 4 = なし)	-0.2	-0.2	-7.0	0.000
R <sup>2</sup>	0.24			
adjusted R <sup>2</sup>	0.24			

除外された変数: 「年齢」「診断正解」

	社会的距離感			
	B	$\beta$	t	p
診断 (referent = 統合失調症)				
大うつ病性障害	0.4	0.2	5.4	0.000
アルコール依存	-0.5	-0.2	-6.6	0.000
年齢 (referent = 35-49歳)				
20-34歳				
50歳以上	0.3	0.2	6.4	0.000
精神科受診経験 (あり)	0.2	0.1	2.3	0.022
診断正解	-0.1	-0.1	-2.0	0.049
R <sup>2</sup>	0.17			
adjusted R <sup>2</sup>	0.17			

除外された変数: 「性別」「教育レベル」「精神障害を有する人との接触経験」「こころの健康への関心」

	治療可能性			
	B	$\beta$	t	p
診断 (referent = 統合失調症)				
大うつ病性障害	—	—	—	—
アルコール依存	-0.5	-0.2	-6.6	0.000
性別 (女性)	0.1	0.1	2.1	0.033
教育レベル (専門学校・短大卒以上)	0.1	0.1	2.0	0.048
精神障害を有する人との接触経験 (あり)	-0.2	-0.1	-4.7	0.000
R <sup>2</sup>	0.05			
adjusted R <sup>2</sup>	0.05			

除外された変数: 「年齢」「精神科受診経験」「こころの健康への関心」「診断正解」