

触法精神障害者医療に対する市民意識

山崎優子¹⁾・山田直子²⁾

(立命館大学立命館グローバル・イノベーション研究機構¹⁾・関西学院大学法学部²⁾)

2005年に心神喪失者等医療観察法が施行された。この法律の目的は、心神喪失等で重大な他害行為を行った者に対して、病状の改善と再犯防止を図り、社会復帰を促進することにある。医療関係者からは、この法律を評価する声も聞かれる。しかし地域住民の理解が得られないことなどが原因で、医療観察病棟、施設が不足している。医療観察制度がうまく機能するためには、当該制度に対する市民の認識を明らかにし、必要な対策を講じる必要があるだろう。このような問題意識から、本研究では、医療観察制度に対する市民の認識を明らかにする目的で、インターネット調査を実施した。調査では、当該制度に対する主要な11の議論に対して、どの程度賛成か反対かについて5件法で回答を求めた。そして回答結果については、上記認識に性別と年齢によるちがいがみられるかについて分析を行った。その結果、性別、年齢にかかわらず、触法精神障害者の人権に配慮する必要性を認識する程度は低く、責任能力がないと判断された場合であっても、刑罰を受け、損害賠償を負うべきと考える傾向にあった。また、医療観察制度の必要性を肯定する傾向にあるが、その多くは「触法精神障害者を社会に出さないことが必要」という考えに起因することが示された。心神喪失者等医療観察法の理念と市民の認識にみられる乖離を縮めるためには、触法精神障害者の置かれている現状、当該法律が成立した背景などについての理解を深める必要があると思われる。

キーワード：心神喪失等医療観察法、触法精神障害者、人権意識、治安、社会的処遇、刑罰
立命館人間科学研究, No.39, 13-24, 2019.

I. 問題

精神障害者が加害者／被害者となる重大な事件の発生は、対象者への新たな対策を講じる契機となってきた。1964年のライシャワー大使刺傷事件¹⁾を契機に、精神障害者に対する隔離主義が強まった²⁾が、1984年の宇都宮病院事件³⁾を契機として、開放主義へと転換した(中村2005)。そして、2001年の池田小学校事件⁴⁾を

契機に、重大な他害行為を行った精神障害者に対する医療や処遇についての法整備がすすみ、2003年に心神喪失者等医療観察法(以後、医療観察法と略記する)案が成立した(真先2007)。当該事件の被告人は、精神科病院の入院歴があったことから、広い意味での精神保健医療の対象者といえるだろう。

医療観察法を制度として保障した医療観察制度は、2005年に施行された。医療観察制度の目的は、心神喪失又は心神耗弱の状態⁵⁾で、殺人、

1) 精神障害者が駐日アメリカ大使を襲った事件

2) 精神科病院の数は1955年には100未満であったが、1990年には1700に増加

3) 精神科閉鎖病棟で看護人が患者2人を虐待して殺害

4) 児童8人が精神科病院の入院歴があった男に殺害

された。被告人は傷害事件の前科があったが不起訴処分となっていた。不起訴処分となったのは傷害の程度によるもので、医療観察制度の対象にはならない

5) 精神の障害のために善悪の区別がつかないなど、通常の刑事責任を問えない状態

放火等の重大な他害行為を行った人の社会復帰を促進することにある。心神喪失等の状態で重大な犯罪が行われた場合、検察官が地方裁判所に申し立てると、裁判官と精神科医各1名が審判を行い、医療観察制度による処遇が必要かどうかを決定する（厚生労働省 2018a）。医療観察制度による処遇が必要と決定された対象者には、入院による医療あるいは入院によらない医療が強制されることになる。対象者に医療を強制できる根拠としては2つの考え方—再犯の危険性を除去するポリスパワーと自己の医療的利益を選択する能力のない精神障害者に対して国がケアをするパレンスパトリエーが存在する（山本・紺本 2012）。

医療観察法病棟は、一般の精神病棟と比べて、セキュリティ対策の強化、優れた環境の中での多職種のスタッフの連携、多様な治療プログラムの計画的実施といった特徴がある（小西 2009）。平林・新井（2012）は、多くのコストをかけた手厚い医療、関係者による対象者の退院後の社会復帰に向けた支援を実現するためには、指定入院医療機関を整備する必要があるとしている。しかし現実には、指定入院医療機関の整備はなかなか進んでいない。医療観察制度が施行されて10年が経過し、入院を中心とした医療から脱却して地域社会で精神障害者が生活できるように、医療や精神保健福祉サービスの充実・整備が進められているが、精神障害者に対する偏見が地域社会に根強く存在し、対象者の社会復帰に向けた取組みを阻んでいる（法務省保護局総務課 精神保健観察企画室 2015）。具体的な状況をみても、沖縄県を除いては、地域住民の激しい反対によって、対象者の入院医療機関の創設がすすんでいない（小西・外間 2014）。2018年1月1日現在、指定入院医療機関の整備状況は全国で833床あるが、北海道、四国、九州の3県（福岡県、大分県、宮崎県）には指定入院医療機関が設置されておらず、地

域差がみられる（厚生労働省 2018b）。

対象者に対する偏見は、裁判員裁判の判決にもあらわれている。2012年、約30年間ひきこもり生活を続けていたアスペルガー症候群の被告人による姉殺害事件の裁判員裁判が行われた。長期間にわたるひきこもり生活を送っていた被告人は、広い意味での精神保健医療の対象者といえるだろう。裁判では懲役16年の求刑に対して、懲役20年の判決が下された（大阪地判平成24年7月30日（LEX/DB 文献番号 25482502））。判決理由は、「社会内での精神障害の対応が望めないことから、再犯のおそれがあり、可能な限り長期間刑務所に収容することが社会秩序の維持につながる」というものであった。⁶⁾しかしこの判決に対して、日本精神神経学会（2012）は声明を発表し、「障害者に対する無理解、偏見と差別を助長し、障害者が社会で生活する権利を脅かし、法の下での平等を脅かすもの」と批判している。実際、精神障害者の再犯率は、そうでない場合の再犯率よりも低いことが明らかにされている（山上他 1995）。また、「精神障害者を地域社会から隔離」する処遇は、欧米諸国では人権侵害と捉えられている。2014年8月に、日本は国連人権委員会から「非常に多くの精神障害者が長期間、強制的に入院させられ、人権侵害の効果的救済の道が閉ざされていること、入院以外のサービスがなく入院生活が不必要に長期化していることを憂慮する」と勧告を受けている（United Nations Human Rights Committee 2014）。上記判決は対象者の治療よりも刑罰を優先するものであるが、対象者に治療と刑罰の両方を与える可能性も考えられる。山本・紺本（2012）は、医療観察法は対象者が自由刑の執行を免れたときにはじめて治療の方に移行させるという理念で成り立っており、刑罰の執行に代

6) 2013年の控訴審では、懲役14年の判決が下されている（大阪高判平成25年2月26日（LEX/DB 文献番号 25501465））。

えて治療を与えるという考え方ではないとし、今後、わが国も諸外国と同様に、重大な他害行為を行った精神障害者で治療が必要な者に対しては治療を行い、その後に刑罰を執行することを検討してもよいと思われるとしている。もちろん、対象者の治療、刑罰の問題とは別に、被害者に対する精神的、経済的支援は十分に行われる必要があるだろう。そうでなければ、「重大な他害行為を行った人の社会復帰を促進することを目的とした」医療観察制度は受け入れられないだろう。

医療観察制度に対する理解を得ることが難しいのは、地域住民に限ったことではない。長年精神医療に関わってきた中島（2011）は、従来退院が困難であったが数年で退院しているケース（特に家族が被害者の場合）もみられるが、病状が改善してもしなくても退院できていないケースが多く、入院に偏った制度を作り維持することになったとして医療観察法を廃止すべきとしている。また、対象者の処遇、退院の判断は、裁判官と精神保健審判員が行うことになっているが、その判断の信頼性を疑問視する声もみられる。精神神経科学が専門の吉岡（2008）は、裁判官の判断に「臨床家が現在採用していない、“過剰な危険性評価”につながる方法にもとづく判断」がみられることを指摘している。また中村（2005）は、犯行後かなりの時間が経過している場合、正確な鑑定は困難であり、同一事件であっても精神科医によって異なった精神鑑定を下すケースが目立つと指摘しており、鶴見（2008）は、鑑定の信頼性を高めるための研修制度や人材養成が急務としている。さらに山本・紺本（2012）は、諸外国の制度のように、対象者の社会復帰に関して専門的知見を有している精神保健参与員が処遇の決定に加わるのが望ましいと述べている。

Ⅱ. 研究の目的

医療観察制度は、精神障害で通常の刑事責任を問えない人の社会復帰を促進することを目的とした処遇制度である。しかし触法精神障害者に対する市民の目は厳しく、地域住民からの反対で対象者の入院医療機関の整備が進まない現状にあることが示された。再犯可能性への不安に加え、医療観察制度に関するさまざまな議論—一人権の保護、刑罰や損害賠償を科すこと、対象者の処遇等の専門家による判断の信頼性—も示された。

本研究では、医療観察制度の必要性および上記の議論についての市民の認識を明らかにし、当該制度の遂行を阻む問題の所在を明確化する目的で、インターネットによるアンケート調査を行った。上記の認識については、次の理由から性別や年代によるちがいがも明らかにする。犯罪者の社会復帰対策の重要性の認識は女性の方が高い傾向にあり（Applegate et al. 2002）、犯罪被害に対する不安は性別や年代によって異なる（日工組社会安全財団 2015）ことが明らかにされているが、これらは触法精神障害者の処遇に対する市民の認識に影響する可能性が考えられる。

Ⅲ. 方法

本調査は、2016年3月25日～28日に、他の調査の一部として実施した。

調査対象者 国内の大手ネット調査会社マクロミル⁷⁾に登録している市民520人（男女それ

7) マクロミルでは、モニタ規約、プライバシーポリシーを定めており、モニタ規約とプライバシーポリシーに同意した者が必要な情報を入力してモニタへの登録を行う。そしてモニタ登録が承認された対象者に対しては、ログインIDとパスワードが付与される。依頼を受けた調査に参加することでモニタにはポイントが付与され、ポイントは換金や景品に変えることができる（依頼を受けた調査に参加するか否かは自由意志による）。モニタ

ぞれ 260 人。平均 44.73 歳, $SD=14.53$) が調査に参加した。

材料 医療観察制度の概要を説明した文章, 犯罪白書の統計資料 (平成 18 年～26 年の審判の終局処理人数 (犯罪白書 (法務省)), 調査項目を用いた。

医療観察制度の概要を説明した文章は下記のとおりであった。

重大な犯罪 (放火, 強盗, 殺人, 傷害, 強姦など) を起こした場合であっても, 責任能力がないと判断された精神障害者は, 法律によって罰せられることがありません。

平成 17 年に施行された「医療観察制度」は, 心神喪失又は心神耗弱の状態 (精神の障害のために善悪の区別がつかないなど, 通常の刑事責任を問えない状態のことをいいます), 殺人, 放火等の重大な他害行為を行った人の社会復帰を促進することを目的とした処遇制度です。

心神喪失等の状態で重大な犯罪が行われた場合, 検察官が地方裁判所に申し立てると, 裁判官と精神科医各 1 名が審判を行い, 医療観察制度による処遇が必要かどうかを決定します。医療観察制度による処遇が必要と判断した場合は, 入院か通院かについて決定します。

* 入院と決定された場合, 特定の国公立病院等に

おいて国費による専門的な医療を受けます。保護観察所は, 入院中から, 当人の退院後の生活環境の調整を行います。

* 通院と決定された場合や, 入院後に退院を許可された場合, 原則として 3 年間 (最長 5 年間), 特定の医療機関で医療を受けます。また, 地域の関係機関・団体が相互に連携し, 当人の生活状況等を見守りつつ, 必要な医療や援助等の確保をはかります。

次に, 調査項目は下記のとおりであった (表 1 に示した 11 項目)。

医療観察法の理念に対する認識を明らかにするために, 項目 2, 3, 10, 11 を作成した。また, 触法精神障害者の人権の保護, 当該者に刑罰や損害賠償を科すこと, 当該者による犯罪の被害者に対する国によるケアの重要性に対する認識を明らかにするために, それぞれ項目 1, 8, 9, 項目 5, 6, 項目 7 を作成した。さらに, 精神障害者の責任能力の有無についての審判の信頼性への認識を明らかにするために, 項目 4 を作成した。そして, これら 11 項目及び「医療観察制度の必要性」に対して, 5 件法 (1 そう思わない, 2 あまりそう思わない, 3 どちらともいえない, 4 ややそう思う, 5 そう思う) で回答を求めた。「質問の意味が理解できない」場合には 6 を選択するよう求めた。

手続き 調査対象者に, 調査項目の回答結果を送信してもらった。

IV. 結果

いずれかの項目において“6 (質問の意味がわからない)”と回答した 30 人を除いて分析を行った。また, 上記で示したように, 触法精神障害者の処遇に対する認識は, 性別, 年代によって異なる可能性があるため, 性別と年齢群別に下記の分析を行った。

規約に違反した場合 (重複登録など) は, モニタ登録の取消またはモニタ資格が抹消される。マクロミルによると, アフィリエイト広告, メールマガジン, 雑誌など, 多種類の媒体を通じて広く募集を行い, 特定層に偏らないよう配慮しており, 重複登録・不正登録を防止するためのシステムによる登録時の自動チェックや, 定期的な矛盾回答者のクリーニングなどによって, 品質の高いモニタを構築している。上記プライバシーポリシーには, 個人情報の第三者提供について定められており, 取得した個人情報を適切に管理すること, あらかじめ本人の同意を得ることなく, 他の情報と照合することなく, その情報のみで直接特定の個人を識別することができる情報 (氏名・住所・電話番号・電子メールアドレス等) を第三者に提供することはないとしている。本調査は, マクロミルの社内ガイドラインに準拠した調査内容であると判断された。

表 1. 質問項目の内容と回答結果

| 項目 | 性別 | | 年齢 | | 性別の主効果 | | 年齢群の主効果 | | 交互作用 | |
|------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|--------|-----|---------|-----|-------|-----|
| | 男性 | 女性 | 低群 | 高群 | F | P | F | P | F | P |
| | η^2 | η^2 | η^2 | η^2 | | | | | | |
| 1 重大な犯罪をおかした触法精神障害者は、なるべくなく病院や施設に入れて、社会に出さないようにする必要がある | 4.05 (1.04) | 3.99 (1.00) | 4.04 (1.02) | 4.00 (1.01) | .27 | .61 | .17 | .68 | 2.32 | .13 |
| 2 重大な犯罪をおかした触法精神障害者は、必要な医療を受け、必要ない援助を地域の関係機関などから十分にはかられることが重要である | 3.83 (1.13) | 3.87 (1.07) | 3.61 (1.20) | 4.09 (.93) | .20 | .65 | 20.57 | .00 | .01 | .90 |
| 3 重大な犯罪をおかした触法精神障害者の治療を行う施設を必要数設けることが重要である | 4.04 (0.97) | 4.08 (0.94) | 3.89 (1.05) | 4.23 (.82) | .34 | .56 | 15.13 | .00 | 1.88 | .17 |
| 4 裁判官と精神科医各1名が行う、精神障害者の責任能力の有無についての判断は、信頼できる | 2.77 (1.09) | 2.69 (1.00) | 2.62 (1.07) | 2.84 (1.00) | .63 | .43 | 4.85 | .03 | .19 | .67 |
| 5 重大な犯罪をおかした者は、責任能力がないと専門家に判断された場合であっても、刑罰を受けるべきだ | 4.13 (.92) | 4.19 (.85) | 4.26 (.85) | 4.05 (.91) | .73 | .39 | 5.87 | .02 | 2.97 | .09 |
| 6 重大な犯罪をおかした者は、責任能力がないと専門家に判断された場合であっても、被害者や被害者遺族に対して、損害賠償を負うべきだ | 4.27 (.88) | 4.24 (.87) | 4.33 (.83) | 4.19 (.92) | .12 | .73 | 3.03 | .08 | 7.28 | .01 |
| 7 重大な犯罪をおかした触法精神障害者による犯罪の被害者や被害者遺族には、国が経済的・精神的支援を十分に行うことが重要である | 3.99 (1.04) | 3.92 (1.08) | 3.82 (1.15) | 4.09 (.94) | .34 | .56 | 7.83 | .01 | 2.13 | .14 |
| 8 触法精神障害者の人権は、十分に考慮する必要がある | 3.32 (1.15) | 3.23 (1.07) | 3.15 (1.16) | 3.41 (1.03) | .95 | .33 | 7.03 | .01 | 0.92 | .34 |
| 9 触法精神障害者を閉鎖病棟（入院患者や面会者が、自由に出入りすることができない病棟）に入れることは、その人の尊厳や人権を侵害することになる | 2.75 (1.22) | 2.70 (1.10) | 2.69 (1.24) | 2.76 (1.08) | .46 | .50 | 0.53 | .47 | 7.06* | .01 |
| 10 地域住民は触法精神障害者がその地域で生活できるように受け入れる必要がある | 3.15 (1.10) | 3.02 (1.08) | 3.01 (1.12) | 3.16 (1.07) | 1.51 | .22 | 1.24 | .27 | 1.09 | .30 |
| 11 重大な犯罪をおかした触法精神障害者に対しては、医療機関での医療が終了した後も、生涯にわたり、地域の関係機関・団体が生活状況等を見守りつつ、必要な援助等の確保をはかるべきだ | 3.66 (1.06) | 3.77 (1.09) | 3.57 (1.12) | 3.86 (1.01) | 1.38 | .24 | 6.98 | .01 | .22 | .64 |
| 医療観察制度は必要である | 3.77 (1.05) | 3.92 (1.03) | 3.69 (1.08) | 4.01 (0.98) | 2.66 | .10 | 11.44 | .00 | .77 | .38 |

() 内は標準偏差

項目 6 の交互作用：単純主効果の検定の結果、高齢年齢群における性別の効果が (男 4.31, 女 4.07), 女における年齢群の効果が (F (1, 486) = 9.86, p = .00) (低年齢群 4.42, 高齢年齢群 4.07) のみ有意であった (p > .05)。

項目 9 の交互作用：単純主効果の検定の結果、低年齢群における性別の効果が (男 2.86, 女 2.51), 女における年齢の効果が (F (1, 486) = 5.72, p = .02) (低年齢群 2.51, 高齢年齢群 2.87) のみ有意であった (p > .05)。

1. 分散分析の結果

まず、参加者の年齢の中央値44歳以上と44歳未満をそれぞれ高年齢群(男129人, 女127人), 低年齢群(男115人, 119人)とした。各群の内訳は, 男-高年齢群(平均57.00歳, $SD=8.80$), 男-低年齢群(平均31.62歳, $SD=6.67$), 女-高年齢群(平均56.59歳, $SD=8.37$), 女-低年齢群(平均32.26歳, $SD=6.32$)であった。次に, 各質問に対する回答結果について, 性別(2: 男, 女)と年齢(2: 高年齢群, 低年齢群)とを被験者間要因とする2要因の分散分析を行った。

表1に, 性別, 年齢群別の回答平均値と, 分析結果を示した。表1によると, 質問項目1, 6, 9, 10を除く7項目において, 年齢の主効果が有意であった。項目2, 3, 4, 7, 8, 11については, 高年齢群が低年齢群よりも有意に高く, 項目5についてのみ, 低年齢群が高年齢群よりも有意に高かった。項目6は交互作用が有意で, 高年齢群では男性(4.31)が女性(4.07)よりも有意に高く, 女性については, 低年齢群(4.42)が高年齢群(4.07)よりも有意に高かった。項目9についても交互作用が有意で, 低年齢群では男性(2.86)が女性(2.51)よりも有意に高く, 女性では高年齢群(2.87)が低年齢群(2.51)よりも有意に高かった。そして, 「医療観察制度の必要性」を認識する程度は, 高年齢群(4.01)が低年齢群(3.69)よりも有意に高かった(いずれも $p<.05$)。

項目によっては, 年齢群や性別によるちがいがみられたが, 「医療観察制度の必要性」の認識は, 5件法での評定値が, 男性3.77, 女性3.92と高い傾向にあり, 相対的には医療観察制度の理念と一致する認識がみられる(項目2, 3, 11)。しかし, 地域住民が触法精神障害者を退院後に受け入れることへの賛同は得られていない(項目10)。また, 触法精神障害者の人権に対する認識は高いとはいえず(項目8, 9), それは地域社会に受け入れないという前提のもとでの

(項目1)認識であり, 裁判官と精神科医の審判の信頼性もやや低い傾向にあった(項目4)。そして, 触法精神障害者が刑罰や損害賠償を負うべきであり(項目5, 6), 被害者や被害者遺族への国の支援が重要であると考えられる傾向にあった(項目7)。

2. 因子分析の結果

触法精神障害者の処遇に対する認識に, 潜在的に影響する要因があるかを確認するために, 表1の11項目の質問の回答について, 年齢群と性別が異なる4カテゴリ別に因子分析を行った。4カテゴリ別に因子分析を行ったのは, 性別と年齢群を要因とする分散分析の結果(表1)から, 11項目中7項目において年齢群の主効果が有意であったこと, 2項目において交互作用が有意であったことから, 性別と年齢群によって因子構造が異なる可能性があるためである。

低年齢群(男性):1回目の因子分析(主因子法, これ以降も同様)で, 固有値は, 3.56, 2.59, 1.08, .86・・・と変化した。第1～第3因子までの勾配が急でそれ以降緩やかであることから因子数を2として, 2回目の因子分析(プロマックス回転, これ以降も同様)を行ったが, 項目7が両因子とも.40以上の高い負荷量を示したことから削除して, 3回目を行った。その結果, 表2の2因子を抽出した。因子1と因子2の α 係数はそれぞれ, .81, .80であった。第1因子には, 当該者に対する治療, 人権保護に関する項目が多く含まれることから「人権と治療重視因子」と命名した。また第2因子には, 刑罰や損害賠償を科すこと, 当該者の隔離に関する項目が含まれることから「厳罰と隔離要求因子」と命名した。

低年齢群(女性):1回目の因子分析(主因子法, これ以降も同様)で, 固有値は, 3.27, 2.46, .99・・・と変化したため因子数を2として, 2回目の因子分析(プロマックス回転, これ以降も同様)

表 2. 因子分析結果（プロマックス回転後）
（低年齢群（男性））

| 項目 | F1 | F2 |
|----------|-------|-------|
| 11 | .73 | .09 |
| 2 | .70 | .26 |
| 3 | .65 | .34 |
| 10 | .62 | -.19 |
| 8 | .60 | -.33 |
| 9 | .56 | -.29 |
| 4 | .46 | -.10 |
| 6 | -.00 | .78 |
| 5 | .03 | .76 |
| 1 | .06 | .68 |
| 因子間相関 | | -.22 |
| 寄与率（%） | 35.23 | 22.67 |
| 累積寄与率（%） | | 57.90 |

F1：人権と治療重視因子

F2：厳罰と隔離要求因子

表 3. 因子分析結果（プロマックス回転後）
低年齢群（女性）

| 項目 | F1 | F2 |
|----------|-------|-------|
| 8 | .71 | -.16 |
| 2 | .66 | .30 |
| 10 | .62 | -.13 |
| 9 | .60 | -.25 |
| 4 | .59 | -.10 |
| 11 | .54 | .26 |
| 3 | .48 | .47 |
| 5 | -.25 | .79 |
| 6 | -.19 | .67 |
| 1 | .12 | .54 |
| 因子間相関 | | .04 |
| 寄与率（%） | 32.12 | 23.45 |
| 累積寄与率（%） | | 55.57 |

F1：人権と治療重視因子

F2：厳罰と隔離要求因子

を行った。その結果、項目7が.40以下の低い負荷量を示したことから削除して、3回目の因子分析を行った。その結果、表3の2因子を抽出した。因子1と因子2の α 係数はそれぞれ

表 4. 因子分析結果（プロマックス回転後）
高年齢群（男性）

| 項目 | F1 | F2 |
|----------|--------|-------|
| 9 | .740 | .11 |
| 5 | -.65 | .21 |
| 1 | -.60 | .39 |
| 6 | -.58 | .14 |
| 8 | .55 | .25 |
| 4 | .50 | .21 |
| 10 | .46 | .39 |
| 2 | .06 | .66 |
| 3 | .00 | .65 |
| 11 | .09 | .62 |
| 7 | -.14 | .61 |
| 因子間相関 | | .02 |
| 寄与率（%） | 27.740 | 51.85 |
| 累積寄与率（%） | | 63.38 |

F1：人権重視因子、

F2：治療とケア重視因子

表 5. 因子分析結果（プロマックス回転後）
高年齢群（女性）

| 項目 | F1 | F2 |
|----------|-------|-------|
| 6 | .87 | -.15 |
| 5 | .75 | -.26 |
| 1 | .63 | -.21 |
| 7 | .55 | .37 |
| 3 | .47 | .28 |
| 8 | -.08 | .71 |
| 10 | -.11 | .57 |
| 2 | .26 | .54 |
| 11 | .31 | .53 |
| 4 | -.23 | .45 |
| 因子間相関 | | .07 |
| 寄与率（%） | 26.99 | 51.60 |
| 累積寄与率（%） | | 62.12 |

F1：厳罰と隔離要求因子

F2：人権と治療重視因子

れ、.79、.71であった。第1因子には、当該者に対する人権保護、治療に関する項目が多く含まれていることから「人権と治療重視因子」と命名した。また第2因子には、刑罰や損害賠償を

科すこと、当該者の隔離に関する項目が含まれることから「厳罰と隔離要求因子」と命名した。

高年齢群 (男性):1 回目の因子分析 (主因子法、これ以降も同様) で、固有値は、3.05, 2.65, 1.27, .98・・・と変化した。第1～第3因子までの勾配が急でそれ以降穏やかであることから因子数を2として、2回目の因子分析を行った (プロマックス回転)。その結果、表4の2因子を抽出した。因子1と因子2の α 係数はそれぞれ.77, .75であった。第1因子には、当該者に刑罰や損害賠償を科すことへの反発、当該者に対する人権保護に関する項目が含まれていることから「人権重視因子」と命名した。また第2因子には、当該者の医療や治療、援助に関する項目が含まれていることから「治療とケア重視因子」と命名した。

高年齢群 (女性):1 回目の因子分析 (主因子法、これ以降も同様) で、固有値は、2.97, 2.71, 1.16, .86・・・と変化した。第2因子と第3因子間の勾配が急で第3因子と第4因子間の勾配が緩やかであったことから因子数を2として、2回目の因子分析 (プロマックス回転) を行った。その結果、表5の2因子を抽出した。因子1と因子2の α 係数はそれぞれ.77, .70であった。第1因子には、当該者に対する刑罰や損害賠償を科すこと、当該者を社会から出さないことを要求する項目が含まれていることから「厳罰と隔離要求因子」と命名した。また第2因子には、当該者に対する人権保護と治療を重視する項目が多く含まれていることから「人権と治療重視因子」と命名した。

以上、因子分析の結果から、触法精神障害者の処遇に関する認識には、年齢群、性別によって異なる要因が影響することが示された。女性の場合は、年齢群にかかわらず、「人権と治療重視」「厳罰と隔離要求」の2つの因子が抽出されたのに対し、男性の場合は、低年齢群で「人権と治療重視」「厳罰と隔離要求」、高年齢群で「人

権重視」「治療とケア重視」の2つの因子が抽出された。

3. パス解析の結果

医療観察制度の必要性に対する認識と各因子との関係を明らかにするために、性別、年齢群別にパス解析を行った。「医療観察制度の必要性」に対する認識への各因子の直接のパスを想定し、表2～表5の因子間の相関の強さから、各因子の因子得点間の関係を予測した。

図1, 図2, 図3, 図4にそれぞれ、低年齢群 (男), 低年齢群 (女), 高年齢群 (男), 低年齢群 (女) 別に、分析結果を示した (有意なパスのみ示し、誤差項は省略した。数値は標準化推定値)。いずれも適合度の指標⁸⁾は高いと判断した。低年齢群 (男性) (図1) をみると、「人権と治療重視因子」からのみ「医療観察制度は必要」に正のパス (.62) がみられる。その一方で、低年齢群 (女性) (図2) については、「人権と治療重視因子」に加えて「厳罰と隔離要求因子」からも正のパス (それぞれ .50, .17) がみられる。高年齢群 (男性) (図3) については、「人権重視因子」と「治療とケア重視因子」の両方から正のパス (それぞれ .29, .48) がみられ、高年齢群 (女性) (図4) についても、「厳罰と隔離要求因子」と「人権と治療重視因子」の両方から正のパス (それぞれ .30, .47) がみられる。

以上、「医療観察制度は必要」という認識を高める要因は、年齢群、性別によって異なることが示された。

8) 低年齢群 (男): $\chi^2_{(1)}=2.00, p=.16, GFI=.99, AGFI=.93, RMR=.04, AIC=12.00, RMSEA=.09$
 低年齢群 (女): $\chi^2_{(1)}=.17, p=.68, GFI=1.00, AGFI=.99, RMR=.02, AIC=10.17, RMSEA=.00$
 高年齢群 (男): $\chi^2_{(1)}=.05, p=.82, GFI=1.00, AGFI=1.00, RMR=.01, AIC=10.05, RMSEA=.00$
 高年齢群 (女): $\chi^2_{(1)}=.42, p=.52, GFI=1.00, AGFI=.99, RMR=.02, AIC=10.42, RMSEA=.00$

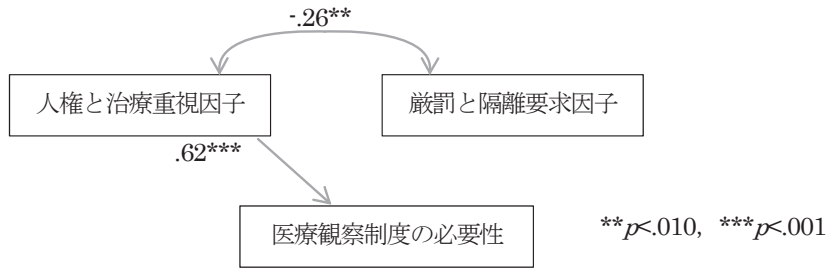


図 1. パス解析の結果（医療観察制度の必要性に対する認識と各因子との関係（低年齢群（男性）））

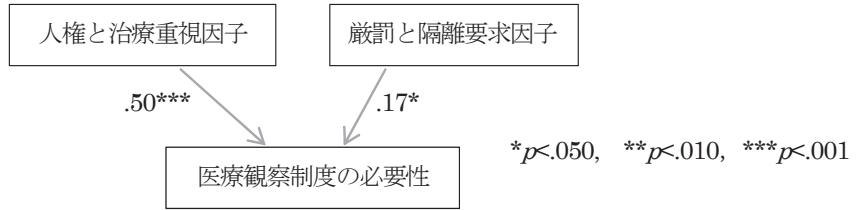


図 2. パス解析の結果（医療観察制度の必要性に対する認識と各因子との関係（低年齢群（女性）））

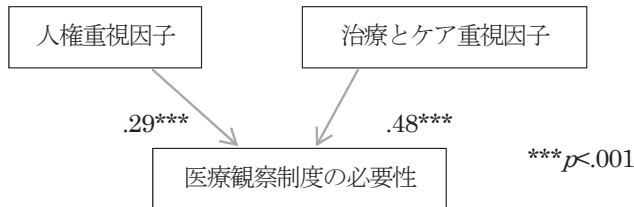


図 3. パス解析の結果（医療観察制度の必要性に対する認識と各因子との関係（高年齢群（男性）））

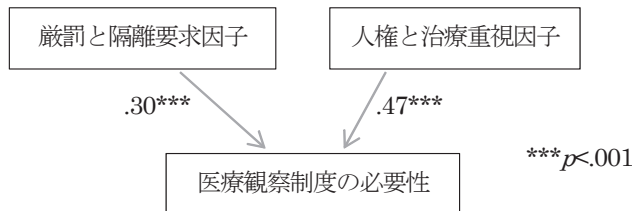


図 4. パス解析の結果（医療観察制度の必要性に対する認識と各因子との関係（高年齢群（女性）））

V. 考察

表 1 に示した結果から、医療観察制度の必要性について肯定的に捉える傾向がみられた。また、当該制度の必要性の認識について性別によるちがいはみられなかったが、高年齢群（44 歳以上）が低年齢群（44 歳未満）よりも有意に高かった。そして、相対的には医療観察制度の理念と一致する認識がみられるが（項目 2, 3,

11）、認識の程度はいずれも高年齢群の方が低年齢群よりも有意に高かった。さらに、触法精神障害者の人権に対する認識は高いとはいえず（項目 8）、触法精神障害者が刑罰を負うべき（項目 5）と考える傾向にあったが、これらについてはいずれも低年齢群の方が高年齢群よりも有意に高かった。表 2～5 に示した因子分析の結果からは、触法精神障害者の処遇に関する認識には、性別、年齢群によって異なる要因が影響することが示

された。女性の場合は、年齢群にかかわらず、「人権と治療重視」「厳罰と隔離要求」の2つの因子が抽出された。一方で、男性の場合は、低年齢群で「人権と治療重視」「厳罰と隔離要求」、高年齢群で「人権重視」「治療とケア重視」の2つの因子が抽出された。さらに、図1～4に示したパス解析の結果から、「医療観察制度の必要性」がどのような観点から認識されるのかは、女性と男性で対照的であることが示された。「医療観察制度は必要」という認識に正の影響を及ぼしているのは、高年齢群（男性）の場合、「人権重視因子」、「治療とケア重視因子」であるのに対し、低年齢群（男性）の場合、「人権と治療重視因子」である。一方で、女性の場合は、「医療観察制度は必要」という認識に正の影響を及ぼしているのは、低年齢群、高年齢群ともに、「人権と治療重視因子」と「厳罰と隔離要求因子」である。つまり、男性の場合は、医療観察制度の理念と一致する観点から当該制度の必要性が認識されたのに対して、女性の場合は、当該制度の理念と一致する観点と一致しない観定の両方から認識された。犯罪被害に対する不安は、男性よりも女性の方が高い傾向にあること、高年齢よりも若年齢の方が高い傾向にあることが明らかにされており（日工組社会安全財団 2015）、このことが上記の性別、年齢群による結果のちがいをもたらす一要因となったのかもしれない。

本研究の結果から、市民の触法精神障害者の処遇に関する認識の一端が明らかとなった。しかし、調査では医療観察制度の概要について調査対象者に示しただけであった。当該者に対する治療の効果や当該者を受け入れる地域住民の安全性に関する具体的データを示した場合、上記の認識は変わった可能性がある。多くの市民にとって、加害行為を行った精神障害者のことを知るのはメディアを通じた情報であり、対象者が身近にいることは稀であろう。対象者の処遇に関する正確で詳細な知識を得られない状況

においては、対象者に対する恐れや犯罪不安を強め、地域住民として対象者を受け入れることへの抵抗を強める可能性がある。医療観察制度の理解を深め、制度の推進を図るためには、市民の認識、とくに女性や若い世代の認識を変える必要があるだろう。対象施設のセキュリティ対策、施設で行われる治療内容について明らかにするとともに、地域住民の安全性が確保されること、治療の効果を具体的な事例を示して明らかにすることが必要だと思われる。また、「対象者の責任能力の有無についての専門家の判断」の基準を明確にし、判断の信頼性を高める必要があるだろう。そして、「加害行為を行った精神障害者」の処遇の在り方について、時間をかけて議論を行う必要があると思われる。

謝辞

本研究はJSPS 科研費 26101708 の助成を受けたものです。

引用文献

- Applegate, B. K., Cullen, F. T. and Fisher, B. S. (2002) Public views toward crime and correctional policies Is there a gender gap? *Journal of Criminal Justice*, 30 (2), 89-100.
- 厚生労働省 (2018a) 医療観察法制度の概要について (2018年12月15日取得 https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaishahukushi/sinsin/gaiyo.html).
- 厚生労働省 (2018b) 指定入院医療機関の整備状況 (2018年5月27日取得 http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaishahukushi/sinsin/iryokikan_seibi.html).
- 小西吉呂 (2009) 触法精神障害者と刑法・刑事政策 —スタートした医療観察制度—, 沖縄大学法経学部紀要, 第12号, 60-70.
- 小西吉呂・外間淳也 (2014) 医療観察法に関する一考察—沖縄県の事例にも触れて—, 沖縄大学法経学部紀要, 15号, 19-34.

- 平林直次・新井薫（2012）医療観察法によける指定入院医療機関の役割と機能—現状と課題—（特集：医療観察制度の現状と課題）. 犯罪と非行, 32-54.
- 法務省保護局総務課 精神保健観察企画室（2015）[論説] 心神喪失者等医療観察制度の現状と課題—施行10年を経過して—（特集 心身に問題を抱える人とその家族（心神喪失者等医療観察制度10年の歩み））. 更生保護, 7月号, 4-10.
- 真先剛史（2007）医療観察制度の現状と課題～司法精神医療の在り方～. 立法と調査, 264, 93-100.
- 中島直（2011）医療観察法は即座に廃止されるべき（特集 医療観察法の存続は可能か—5年後見直しを迎えて—）. 精神経誌, 113巻5号, 477-487.
- 中村実（2005）医療・福祉に深くかかわる刑事法の課題. 知的資産創造, 8月号, 40-69.
- 日本精神神経学会（2012）大阪地裁判決に関する「日本精神神経学会」声明 9月15日（2018年5月30日取得 https://www.jspn.or.jp/uploads/uploads/files/activity/osaka_district_court.pdf）.
- 日工組社会安全財団（2015）犯罪に対する不安感等に関する調査研究—第5回調査報告書—（2019年1月1日取得 https://www.syaanken.or.jp/wp-content/uploads/2015/05/27051bouhan27_01.pdf）.
- 鶴見隆彦（2008）7 精神障害者危害行為（犯罪行為）の予防対策—心神喪失者等医療観察制度による処遇—. 精神障害者による危害行為の対策 第1回日中犯罪学学術シンポジウム報告書.（財）日工組社会安全研究財団, 86-100.（2018年5月27日取得 <http://www.syaanken.or.jp/?p=761>）.
- United Nations Human Rights Committee（2014）. Concluding observations on the sixth periodic report of Japan.（2018年5月28日取得 http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CCPR%2fC%2fJPN%2fCO%2f6&Lang=en）.
- 山上皓・小西聖子・吉川和男・井上俊宏・謝麗亜（1995）触法精神障害者946例の11年間追跡調査（第一報）—再犯事件487例の概要. 犯罪誌, 61, 201-206.
- 山本輝之・紺本美和（2012）心神喪失者等医療観察法における法的課題の検討（特集：医療観察制度の現状と課題）. 犯罪と非行, 5-31.
- 吉岡隆一（2008）精神保健福祉法と医療観察法における治療可能性評価と社会復帰（阻害）要因評価. 精神神経学雑誌, 110巻12号, 1168-1177.

（受稿日：2018. 6. 1）

（受理日 [査読実施後]：2019. 2. 7）

Original Article

Civil consciousness of medical treatment for mentally disordered offenders

YAMASAKI Yuko¹⁾, YAMADA Naoko²⁾

(Ritsumeikan Global Innovation Research Organization, Ritsumeikan University¹⁾,

School of Law and Politics, Kwansei Gakuin University²⁾)

The Medical Treatment and Supervision Act (MTSA) was enacted in 2005. The purpose of this law was to promote social reintegration by improving the disease condition and preventing repeated offenses of individuals who have conducted serious acts of harm caused by loss of mind and so forth. Some individuals involved in direct medical treatment have appraised this law. However, because of the insufficient understanding of local residents, medical wards and facilities are short of amount. To ensure that the medical observation system functions well, citizens' perception of the system must be clarified and necessary measures must be implemented. To investigate this problem of insufficient consciousness, in this research, an online survey was conducted to clarify citizens' perception of the medical observation system. We asked participants for five answers regarding to what extent they agreed with or opposed the main 11 discussions regarding the system. We analyzed the results to assess whether we could observe differences dependent on gender and age. According to the results, regardless of gender or age, the extent of recognition regarding the need to consider the human rights of individuals with psychosomatic psychiatric disorders is low, and even when a judgment was made that the offender had no ability to be responsible, many participants believed that the offender should receive punishment and be responsible for damages. In addition, although the participants tended to affirm that the medical observation system was a necessity, most of this affirmation was caused by the idea that releasing individuals with a mental illness or psychiatric disability is unnecessary. To eliminate the divergences between the idea of the MTSA and citizens' perceptions, such as their perceptions of people with mental retardation, the understanding of the present situation of psychiatric disorders requires further research and the results should become the basis of the law being established.

Key Words : Medical Treatment and Supervision Act (MTSA), Criminally insane,
Human rights awareness, Public security, Social treatment, Punishment
RITSUMEIKAN JOURNAL OF HUMAN SCIENCES, No.39, 13-24, 2019.
