

象になっているというのは、治療処分が必要な人たちというのは精神病だけではなくて、今日出たようなケースと同じように人格の問題もかなり持っている人たちが多くて、それを積極的に治療して社会復帰まで持っていくとすると、人格障害者を治療する能力も相当深く身につけてくるものです。そうすると、純粋に人格障害でも自分から治療を受けたい、あるいは治療施設側が治療できるという人たちは一部入ってくるんですね。それは歴史の流れの中でできてくる。ですから、日本は最初はそういうよう対象を広げることは非常に危険だと思いますが、将来的には同じような状況が生じてくる可能性があるだろうと思います。

司会（藤川）：時間も随分過ぎましたので、ここで切りたいと思いますが、保護観察所の方が見えていたと思いますが、何かつけ加えられることはありますか。岩崎先生。社会復帰された方で、恐らく精神障害者の方でも接していることがあると思うんですが、これから制度ができると、一緒に協力してということに掲げているようですが、何かご意見とかあれば。

岩崎：先ほどから資料をいただいておりますが、新しくどういうふうな制度ができるか、私どもも非常に関心を寄せて見守っているというのが実情でございます。実際の処遇の中では入院された対象者の社会復帰に関しては、病院の先生と連携を図りながら地域の方への受け入れについて調整をやっているというふうなところですが、それ以外には、病院の先生と連携をとにかくとっていくということしかございません。

司会（藤川）：どうもありがとうございました。よろしく申し上げます。短くしようと思っただけで長くなりました。言いたいことがある方がたくさんおられますが、休憩を少しとった方がよろしいと思いますので、今から10分間、休憩いたします。45分から次を始めたいと思います。よろしくお願ひいたします。

### 3 「触法精神障害者への取り組みはいかにあるべきか」

#### イギリスの調査結果を踏まえて

##### 1) 「医療システム・アフターケアのあり方」

武井 満 群馬精神医療センター 院長

英国視察に関する考案ですけども、まずセキュリティという言葉です。これは一体何だというのが1つあるわけです。ご存じの方もたくさんいると思いますが、イギリスではハイセキュリティ・ホスピタル、即ちスペシャル・ホスピタル。それからメデューム・セキュリティ・ユニット。ロー・セキュリティ・ユニット。ゼネラル・サイキアトリー・ユニットと、ある意味では4段階に別れているわけです。セキュリティという概念がそこで使われているわけですが、日本にいるときは、単純に「保安」という訳も聞いたし、危険な患者さんを入れておくところ、厳重に警戒しているところというぐらいのレベルの意識もあったわけですが、実際に行ってみると、少し話が違って、**セキュリティの意味には3通りある。**対社会に対するセキュリティ、これは保安ですね。それから先ほどから何回も出ているハイリスクの患者さんをやっていて、職員とそこに入っている患者さんを守らなくちゃいけない。職員、患者さんに対する安全と、この3通りの意味があるわけです。

日本では、対社会という意味が前面に出てきているが、決してそうではなくて、治療が必要な人を職員の安全と、ほかの患者の安全を守りながら治療する場所ですよと、そういう意味なんですね、この意味は。そこは非常に重要なところです。日本では表に余り出ていないですが、院内で放火事件もあり、傷害事件もあり、場合によっては殺人事件も起きているわけです。先ほどのケースなどは、実は何でもない普通の患者さんと隣のベッドに寝ているわけですね。そういう状況の中でセキュリティを守って治療すると、こういうのが基本的な出発点と理解していますし、そうだと思います。結果的には対社会的にも安全を保つ。すなわち保安の意味もあると、こういう意味です。したがって、発想としては保安が前面に出ると大変危険であると思います。

セキュリティにはこういう意味があるとするならば、このためにハイリスクの患者さんがいるんだ、医療は必要だけでも、ハイリスクですよという前提をまず認めなければこの議論は始まらない。これをちゃんと今まで議論していない。患者さんは一方で安全ですよという言い方をたくさんの方がしているわけですね。いい人でやさしい人で。それはそうかもしれませんが、けれども、100人中1人はいるかもしれない。これはだれが見てもハイリスクな人はいるわけで、問題はどれだけの数の人がいるかということですね。その辺の詰めがどうも甘い。私はこの中でハイリスクの患者がいる。どのくらいいるかは別ですが、そのことをまず認めなくちゃいけない。きれい事ばかり言っただけではこの話は進まないという

ことを感じます。そして、それに対するセキュリティ。セキュリティを保って治療できると、こういう意味だろうと思います。

イギリスは、そういうやり方で、今の4つの段階をつくってやったところ、現実的にはハイセキュリティのベッド数は減りつつある。すなわちそんなに要らない。けれども、逆に言えば、メデュム・セキュリティ・ユニットの部分はもっと必要になってくる。それから、ゼネラル・サイキアトリー・ユニットは減少しているというふうになってきていると聞いています。

次に、今度はマンパワーについてです。これは表2を見ていただきたいと思います。先ほども太宰府病院のマンパワーが出ましたが、驚くほど人がついているんですね。これはハイセキュリティの部分とメデュム・セキュリティ、それからゼネラルは少しずつ違うと思いますが、まず、ゼネラルセキュア・ユニット、普通の精神病床でも1対1以上ついている。患者1人に看護者1人以上。ましてハイセキュリティのところは患者1人に3人ぐらいついている。職員の数え方がいろいろあるんですけども、少なくとも日本の3倍、場合によっては5倍ぐらいの人がついているんですね。彼らが言うのは人がセキュリティなんだと。そこを間違わないことです。人がセキュリティ。ハイセキュリティ・ホスピタルのブロードモアも外は厳重に金網の扉で囲ってありますが、中は全くそういうものはないんですね。RSU、MSUですけども、外は金網で囲ってあるけども、中は普通の病院と同じです。何で安全をカバーしているかという、ともかく人。

私はびっくりしたんですが、イギリスの法律では保護室に入れた場合、入っている期間、ちゃんと見ていなさいと言うんですけど、見ていたら本当に見ているんですね。どうせそんなのはやりっこないと思っていたら、とんでもないんです。保護室に入っていったら、ちゃんと窓があって、ずっと職員が見て記録しているんですね。そのかわりせいぜい入れても1日、長くても2日は入れない。毎日ずっと見てなくちゃならないからそうですね。でも、それだけの人手がついている。実際にそうしているんですね。これは日本の常識では考えられないと思います。日本の保護室がどうしてもああいう嚴重な形になってしまうのは、人手をあれで補っているわけですね。監視カメラもそうでしょうし。人が見ていれば、そんな必要はないということです。セキュリティというのは人のことですよということがあるということ。

チーム医療も、我々とはレベルが、そういう意味では治療の濃密度が全然違う。例えばうちの病院でもそうですが、ケースワーカーが3人か4人いて、300人でやっていますとか、そういうレベルではなくて、1病棟に大体25人ぐらいに、看護が30人、医者が4人。OP、PT、ST、それから心理療法士と、ありとあらゆる職種があって、TAT（セラポイティック・アクティビティ・ティーチング）、そういうものをつくって動いている。

それから見て、日本の6対1ですか。患者6に看護者1人など、信じられないような話

ですね。冗談も休み休みにしてくれと。それで今みたいな人でどうして治療するんだ、治療とは言えないでしょう、無理でしょうということがあると思います。

表の説明で簡単に触れますと、日本は1億2千万、英国は6千万人です。日本が約2倍とあっていいんですが、精神科病床数は日本は34万床、英国は先ほども言いました2万5千床です。人口万対で言うと、日本が28床万対、英国は何と4.2床で済んでいる。英国は、今言ったようにHSH（ハイセキュリティ）、MSU、LSUとなっているわけですが、LSUなどはわからなかったんですけども、HSUは3カ所ですが、アイルランドを入れると4カ所。ベッド数が2千床で今削減中です。MSUが50カ所で1,500床。予定としては100万に30床で今後2千床にしていく予定。お金ですけども、日本は患者1人当たり月大体30万~40万。年にすると、500万かかるかかからないか。それに対してHSHは、1病院で100億円。1人当たり年間2,400万円。MSUレベルで1ユニットが大体7億円。25床~30床ですけど、1人当たり、何と2,600万円。

一般のゼネラルセキュア・ユニットだと80万で、これは日本の倍ぐらい。日本は軒並べで公立病院であろうと何であろうと、すべて30万~40万。しかも、どの病院も別に一般の病院があるだけで、特別セキュリティは施していないわけです。試しに刑務所の数を聞いたのですが、英国は6万床で人口対万にして10床。日本は5万床で4.1床。私が見るのは、精神障害者といいますが、最終的に行くところは刑務所か精神病院しかないよと。それを2つ集めて社会の一種の受け皿になるわけですが、足すと日本は30人ぐらいですか。イギリスは14ぐらい。ということをおこの表に書いてきました。

後でまたまとめて話しますが、どうしてこんなにうまくイギリスはお金がかけられるのか。日本はどうしてこういう話になってしまうかということをお後で話します。

それから、先ほどから出ている人格障害の問題です。これは例えばブロードモアは25%がピュアな人格障害の人がいると言っていました。その病棟を持っている医者は、先ほどの実績の話もあるんですけど、僕も聞いたんですね。「本当に治療ができるのか」と聞いたら、「できる。10年かけてやるんだ」と、そういう言い方をしていました。そのくらいのスパンで考えているということになると思います。

しかし、イギリスでも実際は議論が分かれるところがあって、人格障害の数がふえていくし、避けて通れない問題で、どうするべきかというのが議論になっている。まさにホットな議論なんです。反社会的な人格障害を精神疾患に取り込んでしまうと、精神疾患のイメージももちろん悪くなるし、精神医療の質もおのずと規制されてくるという問題があって、偏見が助長される可能性もある。また治療のできない人格障害を医療に取り込んでしまえば、すなわちアン・トリートブルな人格障害を取り込んでしまえば、治療という名もとの保安処分が行われるだろうと、そういうことがイギリスで議論の真っ最中でありま

日本でも当然そういうことを議論しなくちゃいけないんですけども、まだ日本は、とも

かくそこまでレベルが全然行っていない。今のレベルで人格障害まで紛れ込んでしまうと、日本の医療はむちゃくちゃという中で、私自身としては、基本的にはまだ人格障害を手をつけるのはとても早くて、体制整備が先。強いて言うならば、先ほど任意性という話が出ましたが、治療契約が結べるケースについてのみ医療でやれる範囲のことをするというレベルであって、そのことで今の全体のシステムをどうのこうのと始めてしまうと、まとまらなくなってしまうのではないかと思います。

それから、精神医療のコストについてです。先ほどちょっと説明しましたが、日本の患者の2倍～5倍のコストをかけている。でも、よく考えてみると、ベッド数が2万5千床しかないですから、日本の6分の1か7分の1でベッド数は済んでいるということで、ちゃんと社会復帰させているということになると、どちらがいいかというのは、言わなくてもわかるわけです。

英国において、このようにベッドも少なく、たくさんの人づくりをやるようになったのは、入院時に裁判所の判断を通して触法問題をきちっと整理してやっているというところが大きいのかなと思いました。結局、日本のやり方は安上がり、安物買いの何とか損といますね。そういうことなんだろうと思いました。

あと、リハビリテーションと書いたんですが、どうも通訳の話を聞いていると、慢性病棟という言い方が英国にはなくて、急性期の治療とリハビリテーションがあるだけです。日本のように慢性の患者さんが長期に入院しているという言い方はどうもないんですね。そのかわりリハビリは相当しっかりやられていて、先ほど言ったチームを組んで、退院間際のリハビリ、退院直前の何とかと、いろいろな仕組みになっているわけです。要するに、患者の抱え込みをしていない。日本は患者の抱え込みをしている。それが慢性の病棟という言い方に端的にあらわれている。こうになってしまうのは、病院がどうのこうのではなくて、基本的には少ない人手でやらされているということの限界がそこに出ているんだろうと思いました。

それから、ダイバージョン diversion についてです。これはうまい訳が見つからないんですが、要は、先ほど医療と司法の話が出ましたが、ダイバージョンという言葉を盛んに向こうは使うんですね。これはどういうことかといいますと、私はこう考えたわけです。犯罪を犯した。刑務所に入れた。そういうふうやってきたけど、それじゃあ再犯は防げない。やはりだめだと。確かに医療が必要だと。だけど、この人は危険性がある。でも、ちゃんと安全を保った医療をするべきである。即ち司法の方から医療が必要ならやれるように医療体制を整えてきたと、どうもそういう流れかなと思うんですね。というのは、なぜかといいますと、ある人が言ったんですが、治療処分という制度ができて、裁判所が、あなたは入院しなさいと、入院命令を出すわけですが、治療処分を出しても、英国でも入るところがなかった。だから、入れられるように、先ほど言ったセキュリティを保った病棟を準備しなさいということで話が進んでいったんだと、そういう言い方をしていました。

日本では、我々は逆で、医療が今までいっぱい抱えていて、とてもこんなものでやり切れない、司法にもう少しちゃんとかかわってくれという逆のダイバージェンが起こっているわけです。けれども、考えてみますと、医療と司法の両方がかかわらなければ、この問題は無理に決まっています、まさにそこを整理することが近代社会の柱の1つになるはずで、歴史的必然を歩いている。どちらから行くかの違いだというふうに理解されます。ある意味では、日本もダイバージェンの中にいるというふうに考えました。

日本の今の触法問題の方向性です。いろいろ考えて、前はそう思わなかったんですが、この間、一番問題は、34万床を日本が抱え込んでいる。慢性病棟、極端に言うと療養病床という名前で抱え込んでいて、そのために、実は膨大なお金がかかってしまっているわけです。広く薄くという流れになっていて、これを抱え込んでいる限りは、お金は無限にあるわけではないですから、今言った人手の厚い病棟は整備できない。抱え込みを行っているのは、きちっとした診断も含めてやらないで、「何かあれば精神病院に行け」という、**精神病院依存体質が社会の中にでき上がっていて、そういう流れの中であるわけで、その最たるものがここに出ている触法問題と。したがって、触法問題を取っかかりとしてし、精神障害者の抱え込みを何とかして整理していく。したがって、同時進行的に34万床の削減をやっていかないと、お金の出所がない。**

今後は、触法を取っかかりで、きちっとしかるべきシステムでやることで、今抱え込んでいる部分は、もうやめる。治療の必要な人だけやって、そうでない人についてはちゃんと退院させる。それを計画的にやっていく必要があるだろうと思います。これは同時進行でやらないと、お金の出所がないから、結局だましましで、引きずっていく。方向性としては、そう考えています。ですから、触法問題というのは、その取っかかりというふうに考えます。

○藤川 一たん切らせていただいてもいいですか。先にざっとお話をいただいて、それから後で討論というふうにしたいと思います。

では、小原先生、よろしいですか。

## 2) 施設内での医療のあり方

小原喜美夫 福岡県立医療センター太宰府病院社会復帰療法科長

イギリスの司法精神医学「施設内での医療のあり方」という、一枚切れのレジユメがお手元にあると思います。看護スタッフとか、医療チームのスタッフの数とか、そういったきちんとした資料がなくて、調べていませんので、大体1週間見て、聞いて感じた印象だけでしかお話しできないんですが、まず感じたのは、**チーム医療が基本**だったということです。それぞれの専門家はきちっと確立されていて、資格としても確立して、尊敬されていて、権限もあるということです。精神科医師も司法精神医学の専門医師として教育訓練を受けていて、看護婦もそうですし、ソーシャルワーカー、作業療法士、心理療法士、皆そうだと思います。こういった人たちは、先ほど言ったハイリスクの患者さんたち、リスクの評価、そういったことを含めて非常によく訓練されていると思いました。

あとで、治療共同体とも重なりますが、チーム医療が基本であり、患者さんの治療やリハビリには患者さんも交えてディスカッションしたりする、そういったようなところも感銘を受けました。

次に、特別に手厚い治療、看護、リハビリテーション、スタッフとか、建物の構造とか、そういったものはこうでないといけないと、ほんとに痛感しました。特別に、要するにスペシャルですね。スペシャル・ホスピタルのスペシャルは、特別に手厚いという意味だと思います。

話は変わりますが、スペシャル・ホスピタルを特殊病院と訳したりすると、大間違いだと思います。昔、スペシャル・クラスを「特殊学級」として教育の現場で訳したら、結局特殊学級というのは廃れていったと思うんです。スペシャルを特別学級と訳したら、それなりに受け入れられたのではないかな。変な話ですが、昼のスペシャル・ランチを特殊ランチと言うと、だれも食べない。特別ランチと訳すから、「あっ、これはおいしそうだ」と思って、皆食べる。

そういったことが関係するとか、スタッフの数、質、建物の構造、こういったものは治療処分になるのか、保安処分になるのか。保安処分を悪い意味で使うと、例えば昔の保安処分反対の議論を、私自身はよく知らないんですけども、治療の可能性もないのに予防的に長い年月拘禁しておく、そんなような意味で反対したということであれば、保安処分というのは、確かに反対せざるを得ないんですが、治療の可能性があるのなら、そして治療処分というのは、やはり必要だということですね。そのかぎは**スタッフの数、質、そして建物の構造**。例えばスペシャル・ホスピタルでもミディアムのセキュア・ユニットでも、一般病棟でもそうですが、**全部個室**でした。うちの病院は、特に先ほど見たA1病棟では個室が多かったんですが、まだ昔の4人部屋がちょっとはないと変かなという考

えで4人部屋をちょこっとつくったりして、一貫性がなかったんですが、全部個室で、患者さんはかぎを持って夜間は閉められる。「あっ、これなら確かに安全だ」という感じでしたね。看護師が、武井先生も言われたように、人がセキュリティを保つというのは徹底していて、例えばブロードモアのスペシャル・ホスピタルでは、1日8回でしたか、患者さんが今どこにいて、何をしているか、チェックしている。ブロードモアの広い敷地内で、それができるといえるのは、単に監視カメラに頼っているというわけではなくて、スタッフが、あの患者さんは今ごろはどこでいつもこうしているんだと、よく知っているということですね。

そして、ブロードモアは特にそうでしたけども、語学教育、普通の学校教育を含めて各種教育の施設、スタッフ、職業訓練、いろんな職業ですね。レンガづくりとか、そういった職業訓練、各種作業療法、各種グループ療法、社交訓練、SST、サイコエデュケーション、そういったようないろんなオプションがあったということです。それだけスタッフがいるということで、患者さんと職員の話しているのを聞いていると、やはり親しみや温かみがあるわけですね。私自身英語はわからないので、話し方とか、表情しか見ていないんですが、やはり親しみと温かみ、フランクな態度が感じられました。

それと、人格障害に対する治療に対して、非常に積極的だったということです。特に普通は精神療法家でさえ、反社会性人格障害に対しては治療を放棄していると思うんですけども、反社会性人格障害に対しても小さいときの家庭環境とか、養育環境、あるいは虐待などに焦点を当てた力動的アプローチで接しておられたということです。特に若い人たちですか、若い触法の患者さんたちに対してはそういった態度がはっきりしていましたね。そして、心理学的治療も当然ですが、コグニティブ・ビヘイビア・セラピー（認知行動療法）を中心にやられているようでした。特に人格障害に対する認知行動療法はかなり有効ではないかと、私自身思っていますし、そういったことが取り入れられていました。もちろん治療共同体はイギリスは伝統の国ですから取り入れられているんですが、どのように取り入れられているかは、あまり詳しく聞けませんでした。特に純粋な人格障害に対しては、治療可能性の問題があるということで突っ込んだ質問をしたのですが、向こうでもなかなか難しいということでした。

看護の問題では、先ほど言ったように、看護スタッフが患者さんのことをよく知っていて、基本的にはマン・ツー・マンで対応できる体制にある。外出するときはエスコートこそしないけど、マン・ツー・マンで対応できる体制である。そして、武井先生が言われたように何よりも感銘したのは、抑制しない、縛らない、保護室を多用しない、保護室を使ったとしても2、3時間。あるいは1日。保護室は罰として使用しない、孤独にしない。要するに、保護室の前に看護師がずっと立って、中をのぞいて、話しかけたりずっとしているということです。ここがアンタイソシャルの人たちに対する保安処分なのか、治療処分の分かれ目なのかなと、ちょっと思うんですね。アンタイソシャルの人は小さいと



きの養育環境、何らかの虐待、無視、放棄、そういったものが関係していると思うんですね。こういった人たちがケアするとき、やはり看護、マザリング、養育の問題と重なる、そういったものが大事だと思うんですね。

私自身、目からウロコが落ちたというのは、**保護室**を使うとき、患者さんが暴力を振るったり、物を壊したりして保護室を使うんですが、**罰として使用しない**と言っている、患者さん自身の受け取り方はやはり罰なんですね。アンタイソーシャルの人たちにとっては、これがどんなふうに取り扱われるかが問題であって、**罰として使用しない**と言いつつもやはり罰ではないかと、患者さんは受け取ってしまう。それは患者とスタッフや治療者との信頼関係を失うわけです。**アンタイソーシャルの人こそ、本当に誠実な治療態度、看護の態度が必要**だろうと思うんですね。そうすると、保護室を罰として使用しないと言いつつも、**放り込んで何日間も一人にしておくのはやはり罰**だと。それを一人にしないで、**ずっとついていて話しかけたりする**。これこそ**治療**だなという感じがしましたね。ここが虐待とケア、マザリングの違い、虐待を繰り返さないというんですか、リ・トラウマタイゼーション、再外傷化というんですか、施設内で再度の外傷体験を与えないという、そういったことにつながるんだろうと思うんですね。そういった意味で治療になっていて、保安処分の昔の議論はやはり当たらないんじゃないかと思います。**ブロードモア**などでも7、8年の平均期間ですけども、確かに高い城壁こそありますけど、**中は安全で温かみがあって、いろんな治療のオプションが選択**できる。先ほどのビデオ、報道番組を見てください。自分の家族でも入院させられるという感じを受けました。

中等度保安施設に関しても同じですけども、ここは地域医療の橋渡しの段階ということで、より閉鎖的なユニットから開放的なユニットに細かく分けてあって、これなら合理的というか、いきなり出さないというか、徐々に徐々にということは当然ですけど。うちの病院のA1病棟には、確かに処遇困難な患者さんがいるんですが、そこから開放病棟に出るのが難しく、例えばアンタイソーシャルの人が帰る家もなくて、開放病棟の方に出るんですが、50人ぐらいの開放病棟に1人、2人ならいいんですけども、3人、4人いたら收拾つかない状態になるだろう。スタッフも他の患者も不安感と恐怖感で、とても安心して治療できない、ケアできない環境になるというかですね。うちのA1病棟はメディアム・セキュア・ユニットとしては、まあまあいいかなと思うんですが、次の開放ユニットまでのいろんな段階がないということで、うちの病院は非常に不備だということです。そういったようなことを強く印象を受けました。

○藤川 どうもありがとうございました。では、花輪先生、よろしいですか。

### 3) 「全般的な問題」

花輪昭太郎 熊本緒県立こころの医療センター 院長

お二人の真面目な先生と違って、私は不良ですので、ただ山上先生、吉川先生、ありがとうございました。朝早くから夜まで、休みだったのは着いた日の午後と、帰りの前の日の午後だったのが、帰りの前の日もカンファレンスが3時間ぐらいありましたので、今日の朝からのこの重苦しい雰囲気と一緒に頭が白くなっています。中に出すまいと思いましたが、頭を和やかにさせる意味で、変なスライドもちょっと。

(スライドによる説明)

印象は、一番僕が受けたのは、今、ありました地域保安病棟ですね。ここは僕がいた松沢を思い出す雰囲気、非常に温かい雰囲気でした。

これは向こう側が病棟と、中が急性期の入り口ということでした。

これも似たようなところですね。

右側に家畜がいて、左が塀と上の金網ですね。向こうがまた畑になっています。

家畜で、この作業療法士の女性の方が誇らしげに言われたのは、ここの作業療法のトップは患者さんがやっているというんですね。外で働いていましたね。

これは農場といいますか、向こうに塀があります。

個室はたしか2通りあったようですね。

日本製の電気製品が非常に多かった。あるものを見ていたら、患者さんが「ケンウッド」と言ったので、「ノット・メイドイン・ジャパン」と言ったら、患者さんが皆ワアッと笑ったんです。ある意味では日本の分裂病の人の暗さと全然違うなと思った。何か人なつこいようなところがありました。

一方では、左側は強化ガラス、右側は通風口でしょうけども、きちっとした出られないように保安。

右が病棟の上の金網で、外は中庭、セキュリティの問題でしょう。

中庭とこちらの金網です。

左の赤い格好いい人は看護長、マネージャーです。右は、川本先生です。何かしょぼくられて、日本の看護長とも大分違いますね。

地域の、家が1軒、そのままになっていましたね。我々中は写真が撮れなかったんです。ここに行ったのは夕方で、出るときは夜で、真っ暗でした。

リハビリの施設では、このように人権問題のポスターとか、だれが正常、など貼っていますし、薬の説明なども貼っていますし、人権に非常に関心があるなと思いました。

これは吉川さんが黒い本を買えと言ったので、黒い本と赤い本の看護の方の2つ、買ってきました。これは赤い方で、プリズンとか、拘置とか、ポリスから、ずっと地域に

流れていく図が本に載っていたので。

これはブロードモアでもらった資料の表紙です。

これは先ほどあった扉です。6 mの扉です。お城みたいです。

ただ、扉の外にまた理由があつてというか、安全のためとって二重に扉をつくって。中の資料では、堂々とブルトナーが入って、こういうのもありましたし、これに10億円かけていると言います。ここの先生は、自分たちもこういうのは要らんとされていましたし、中の先生が言っても、国とか国民の要求なり何なり、そういうのが通る国だなと思いましたね。

先ほど言いましたように休みはないです。夜帰ってきて、これは来住君で、岡山で今からまたこういう会があるというので、帰りましたが。何かないかと、これはサポイホテルのトイレです。武井さんと大田さんと4人で行きました。

全日空の『翼の王国』に、サポイホテル何とかと、カクテルが載っているんです。それを見ていたものですから、これはミス・デボラという人で、ここに勤めていると言っていたから、この本を持っていったんです。

そういうサポイに行って飲んだのと、パブと、それから「オペラ座の怪人」は一人で行けないから、武井さんと大田さんと来住さん、小原さんで行きました。小原さんと武井さんは居眠りをしていました。

こういうのも中にありましたので、きれいだなと思ってスライドにしました。

イギリスに負けるかと、これはうちの病院です。大分東洋的ですけども、イギリスに負けてたまるかと。中央が玄関です。一人の部屋で、ラジカセ、ちょっと程度が違います。

保護室です。太宰府は恐らくうちのまねをしたんですね。

少し難しい患者に触れますけど、立津先生、我々の先生ですけど、覚醒剤について、そういう精神症状というか、幻覚妄想が落ちついた後に、生来のそういう性格が出てきて、非常に恐ろしいようなこともあるということを『覚醒剤中毒』という本に書いてあります。

これは今出ていますから、また読んでください。

中谷先生というのは、僕が松沢で5年間、保護病棟を一緒に持ってくれた非常に優秀な、ちょっと冷たいようなと悪口を言う人もおりますけど、僕は、ほんとあの人にはよくしてもらいました。処遇困難性とは、症状治療の抵抗性ときか、病院環境における問題行動とか、社会的逸脱としての問題行動とか、自傷他害のおそれと危険性、治療手段との不適合、こういうものが組み合わされて起こると、中谷さんは言っています。うちの医局というか、病院では、こういう中谷さん流処遇困難性に加えて、「生育歴に問題を抱えて、生活常識としての示威的な行動、脅し、暴力等を交渉の手段としてきた患者で、易刺激性、易興奮性が示す状態のものを、難しい患者としてとらえており、特に治療スタッフとの関係上の障害を問題にしている。しかし、どうにか根気強い治療を続けると、このような状態は治療可能、あるいは回復可能となる場合が少なくない」、この最後の方の患者さんとの治療

の根気強さと思うんですね。途中でやめないこと。たたかれようが、打たれようが、けっ飛ばされようが。

中谷さんは触法精神障害者の治療が難しい理由ということで、病院環境と触法患者の1つで、殺人の経歴を持つ分裂病群で病棟不適應群、親密さの脆弱性といいますか、強い例、そういう脆弱性が強い人というのは、精神科病院というのは、非常に空間的、心理的に密な環境ですから、そういうふうになりやすい。あと反社会歴がある著しい覚醒剤等の中毒性精神病。これは患者、職員を操作したり、病院福祉への依存、規制。

それから治療の動機づけについては、入院時に患者の主観的な苦悩や不安、こういう病の重圧がとれてしまう。それから、疑問文での必要な問いかけ、これは捜査段階ですね。それが非常に患者さんに悪影響を及ぼす。施設長通報の措置入院は刑法、精神保健法との概念が不一致。

それから、治療者側の動機づけとしては、医療スタッフの患者への共感の乏しさ。これは朝も出ましたが、こういう陰性感情的なものは仕方ないとしても、やはり患者さんを治療する場合は、これを乗り越えてやっていく必要があると思いますし、そういう意味でも我々の今後の教育ですかね、必要と思います。

それから警察官、施設病、措置入院、これは最初の症状もとれていることが多いですし、結局、我々が患者さんを請け負っても、そのままずっと背負い込んでしまって、何の見返りもない。危険性の不確かさ。退院後の行動の予測が困難である。医師が責任を負う事態への回避、これは長期入院化の原因になります。それから社会復帰援助者の不在。これはどうしても親を殺す、家族殺しの例が一番多いですね。キーパーソンがいなくなる。

こういうことで中谷先生は、病棟とか特殊病棟をつくっても、余りこれには役立たないと書いておられます。ただ、全部が全部否定されてはいません。逆に考えれば、こういうのをなくすためにも専門治療が必要じゃないかなと、私は思っております。

前、雑誌に書いたんですけど、こういう触法の人とか、難しい人はソーシャルセンターに出ない人を週1回、作業療法士が病棟に来て、やって、1年間ですけど、それでも大分患者さんは、最近自分たちで準備を始めるようになったと言うんですね。ですから、そういうことでもOTとか、そういうのを細々でも続けたら効果があったということで、やはりこういうのをどんどんやっていかないとかなと思います。

ですが、人がおりません。

1つは、神戸の修復的手法ですね。これは前、テレビでアメリカの少年犯罪のことをやっていたね。これは精神科の患者さんでできるかどうかわかりませんが、こういうことも今後、考えていく必要があるんじゃないかとも、医局では話し合ったことでした。

我々としては、専門治療はぜひ必要であると。専門治療はないという人もいます。けれども、こつこつ苦労されている、ここの先生たちもそうですけども、全国中にいると思います。皆それぞれこつこつやっていて、つながりも何もありませんし、イギリスのことも

あります。ですから、専門治療は必要だろうと、我々の医局では思っています。

それから、通院を義務づける。これは我々は何も法律で縛ってどうのこうのではなくて、僕がこれを書いていたら、中山先生という京都の名誉教授の先生が、これは保安処分につながる、悪口を書いていたので、「ええ、ちきしょう」と思ったんです。

熊本県はいつも言いますが、財政難で、今また看護10人減らせと言ってきていますので、この前決算委員会でクソミソに言いましたが、本気で治療を国がやるなら、別枠でやると。これは医科歯科から行っている課長補佐の先生もこの前出すとは言っていましたね。今、村上さんのところとか、下総が候補に挙がっているみたいですが、先ほど言われていましたが、今の現状ではまさに骨折り損のくたびれ儲け、アンリオーデイド unrewarded といいますかね。

今、大ざっぱにまとめというか、この前慌ててつくったんですが、これは朝日新聞です。右が仙波さんで、これは日精協。日精協は司法と医療と補完の施設賛成。真ん中はちょっと人相が悪いですが、加藤先生が写っています。加藤先生は刑事治療処分。これは昔からの。左が伊賀さん、弁護士さんで、この方は底上げですね。収容につながる保安処分反対で、医療全体の底上げが必要だという。

中谷さんも意見は大分違いますけど、全部幻想を抱くなというのであって、きちっとしたことをやれとというのは言うておられると思います。それから斉藤正彦さんとも松沢で一緒だったし、彼もイギリスにおられたので、イギリスの例えば実情ですね。そんなに患者さんが高度から中等度にどんどんよくなっていくわけではないし、コミュニティにどんどん行って、そんなにうまくいくはずはないです。ただ、非常に僕が感銘を受けたのは、行って話していると、お医者さんとか作業療法士の人とか、看護の人が非常に明るいんですね。こんな大変な人を扱っていて、俺なら滅入るけど、何で明るいのかなというのは気にはなっていました。

次がメインで、山上先生です。これは皆さん、ご存じ。山上先生を悪く言う人は、施設だけつくればいいと、そういうふうにする人がいるんです。「そうじゃないです。きちっとしたマンパワーとか何とかで整ったのをせないかと、そう言っていますよ」と言うけども、反対する人は「そうじゃない、あの人は施設をつくればいいと言う人だ」というふうに、よく言いますね。

イギリスはイギリスの事情があります。そっくりまねしてもできないと思います。ですから、日本は日本に適した我が国独自の専門治療が必要だと思います。そろそろつくるのでなく、研究、治療、教育が行えるような専門機関をつくってほしいと言っています。例えば久里浜方式みたいにして、あそこに行って做っていけば、全国中に散らばってくるわけで、ああいうシステムでもできないかなと思っています。これも医局の先生たちの意見ですけども、何も精神疾患だから殺人を犯すわけではなくて、攻撃性が加わったときに起こるのであって、そういう攻撃性の問題の研究とか、それから入院した人を見ると、満

足に育った人はいません。ですから、そういう人たちの教育とか心理的なケアとか、そういうのも必要だろう。現状では、今日も出ましたけど、入院している人には薬で抑えつけているのが現状なんですね。加害者の人にも罪の意識とか、感情の共有とか、そこまで行くような治療はできていません。そういうことを患者さんにもせめてできるような専門治療が必要だろう。それから先達と書いてますが、これは例えばダルクとか、そういうところからでも倣って、先にできた人から倣って、治療に入れるとか。先ほど言いました修復的司法が可能かどうか。それから、初犯は難しいとしても、再犯をいかにして防止するかとか、そういうことが大事だと思います。

それから、このままどんどん進むと、先ほど村上さんから韓国の話が出ましたが、入院は、例えば裁判所が入れると言って入っても、今度は6日に法務省が合同して、医師を含め合意でと、新聞に出ましたが、退院が難しくなるおそれがあります。そうした場合、韓国の500床がまた500つくるとか、そういうふうなおそれも出てきますし、十分なマンパワーを伴った専門治療、こういうものを作って、それから一遍に退院というのではなくて、これも先ほど出ていましたね。段階的に薄めると言ったらいけませんけど、地域に溶け込めるような何か治療が必要ではないかと、そういうふうに思います。

それから、これも出ましたが、チーム医療ですね。トレバーギブズですか、作業療法士の女性が、「うちだけだ」と、胸を張って言われましたね。いろんな職種の人がやる。それからここに来ている黒田さんが書いていますが、「多職種チームアプローチ」、こういうふうなのを本当にあの人たちができているかどうか知りません。けれども、胸を張って言うぐらいですから、こういうのはぜひ必要だろうと思います。日本人というのは、チームを組むというのは難しいんですね。ですから、こういうのをぜひやってほしいと思います。

それから、イギリスで、先ほど保護室の話が出ましたが、私たちの病院の事情から言いますと、常駐したり、やはり一時期抑え込む治療は、イギリス風にはできないですね。そこは1週間ぐらいではわかりませんが、そういう感じがしました。

それからもう言うまでもないことですが、我が国の精神医療全体のレベルアップは絶対必要だと思います。そのためには情報開示とか、そういうことをやっていかなければいけない。うちの犬塚さんがつくってもらいましたが、百聞は一見にしかずですね、今度の英国旅行は。

○藤川 どうもありがとうございました。全体を見通した講義をしてもらったような気分ですが、時間が余りありませんので、指定討論の先生、よろしく。

## 4 総合討論

○司会 進行上、この後の総合討論を一緒に含めてしまおうかという意見が出ておりますが、よろしいですか。では、川本先生、お願いいたします。

### 指定討論1

#### 「法律家の立場から」

川本哲郎 京都学園大学教授

指定討論ということで、先ほどのイギリスに戻りまして、私が考えたことを述べさせていただきます。

最初は、先ほどテレビに出ていましたとおり、医療と法律がもう少し連携しないとけないだろうと思っています。特に、後で出てきますが、政府与党案に「入退院の判断に、裁判官が関与する」ということに関しては、裁判官の人にそんなことができるのかという反対意見があるわけですが、私はそういう出方というのは理解できないですね。もし足りなければ、裁判官に研修を受けていただくというのが筋であって、裁判官の人はできると言われているわけですが、もし仮にできないとするならば、研修を受けていただく必要があるだろうと思いますし、それは検察官、警察官から私ども研究者も同じことだろうと。つまり、**精神医療の現場を知らない法律家が発言をするのはおかしいのではないのか**。あるいは今度逆に、お医者さんの先生方にももう少し法律をわかっていただきたいという思いがあるということが1点。

もう1点は、これも既に出ていることですが、やはりイギリスとの違いはマンパワー、予算のつけ方の違いだろうと思います。その中で特に、これはコンフィデンシャルなものなので、こういうことを言っはいけないのかもわかりませんが、イギリスに行ったときに、こちらの小原先生が、精神医療によって救われた人、つまり危険な目に遭ったとか、あるいは殺されたとか、そういう人を精神医療によって何人かは絶対救っているはずだということを言われたのを非常によく覚えています。つまりそういう観点がどうして出てこないのか。国で予算をつけるときに、当然これは精神病患者さんのことを考える。あるいは国民の安全を考えるということですが、それによって、精神医療を充実することによって、被害を食いとめられている。それによって利益があるんだという考え方ですね。それがもう少し浸透していかないといけないのかなということが第2点。

第3点は、既に出っていますが、マルチディスプリナリー、これは私は5年前に行ったときから、かなり主張しているんですが、これについてもかなり冷たい反応がありました。法務省の方からも「日本では無理です」と言われましたし、精神科医の年配の先生からも

「やめた方がいいです」というようなことを言われたんですが、やはりそれは必要なんだろうと思います。

それで、後で伺いたいんですけども、どうして臨床心理の方と精神科医の方とは相入れないというか、協調するところが少ないんだろうか。これはぜひ教えていただきたいと思います。

そして、いろんな課題がありますが、どれから始めるかという問題です。全部やらなければいけないんでしょうけれども、政府与党案で出ているのを見たら、裁判官の関与と、専門病棟をつくるというのと、保護観察官が関与する。これは後で保護観察官の先生に伺いたいんですけど、保護観察官は日本には 800 人しかいないんですね。増員されるという計画も全くないわけです。にもかかわらず、社会内で保護観察官が面倒を見なさいというのは、イギリスなら保護観察官はたくさんいるので可能だと思いますが、日本ではどうもリアリティがない。その方向はいいと思います。将来、何年かして保護観察官の方をどんどんふやして行って、そういうふうに対応しようというのは賛成ですが、まず何かからやるかということ言えば、専門病棟をつくるということでしょうけれども、これも一気に全国に何十カ所つくるというのはリアリティに欠けると思うので、イギリスの例で言いましたら、イギリスは、今、人格障害の問題ですけども、刑務所と精神病院、特別病院が共同して新しいユニットをつくって、実験的な治療をしようという試みをしています。一番最初は刑務所とランプトンという特別病院にそういう施設をつくろうと。3番目にブロードモアにつくろうという形で、これはイギリスで聞きましたら、精神保健法の改正を考えているけれども、それは先のことなので、今現在は現行法の枠内で、そういう実験的な、パイロット的なことをやってみようと言われているんですね。日本もそういうのが必要なのではないか。少し少数の施設から始めるというのが現実的ではないのかなというのが、私の持っている考えです。

それとあと、先ほど少し触れましたが、病院の責任というのがありまして、これについてもイギリスの例を言えば、ちょうどたまたまですが、これは施設参観ではなくて、11月1日の新聞に、1998年に、39歳の男性が26歳のパートナーを殺したという事件の調査報告書が出たという報道があったんですね。これは精神病院に13回入院歴がある。それでソーシャルワーカーとか、一般の開業医に診てもらっていたんですが、妻を殺すという幻想を持っていて、そういう幻聴があるにもかかわらず、一般開業医の方とかソーシャルワーカーは被害の対象になっている人に何も言わなかったという事件です。それが問題になっているし、さらには一般の開業医の人がこういう危険な精神障害者を診るのは無理があったんだというのが、その調査報告書の内容ですが、そこでは精神科医の責任の追及はないわけです。ですから、イギリス流のやり方というのは、事件があったらちゃんと調査をしましょう。そして、それを報告しましょう。そして、これは出版しますから、全国民に公開しているわけですね。けれども、責任の追及という形で、このお医者さんに責任がある



んだとか、だれに責任があって、損害賠償だというのは、極端な場合は出てくるんでしょうけれども、一般に日本のような形の責任の追及は行われていないということですから、そういう方法の方が将来、考えたら効果的なのかなという気がしています。

最後に、高度保安病院について、一言。確かに保安という名前は、武井先生がおっしゃるとおりかなり誤解を与えるので、実体としては、高度警備で、高度看護の病院なのだろうというイメージを持ちますが、何かいい訳語がやれば、教えていただきたいということです。

司会：どうもありがとうございました。では、次に寛先生、お願いいたします。

## 指定討論 2

### 「建築家の立場から」

寛 淳夫 国立医療・病院管理研究所 施設計画研究部長

私は、一番最初ごあいさつを申し上げましたように、今度、専門の施設をつくるに当たって、建築的なハードウェアはどういう状況を考えておく必要があるのかということ、今、研究のテーマとしております。今、ご紹介がありましたイギリスのツアーに、山上先生が行かれた後、2週間ほどたってから、私一人で幾つかの施設を見せていただいたり、またイギリスで、今までもそうですけども、実際にこれからの施設をつくろうとしているマネージメントを担当している方や、計画に携わっている設計事務所とか、そういうところでヒアリングをして、これからどういうことを考えているのかというようなことを聞いてまいりました。少しその話をしながら、今日のことについてコメントさせていただきたいと思っております。

1つは、よくデニスヒルという名前が出てくるんですが、彼は病棟の、例えばユニットの考え方というのは、既に1ユニット12床ぐらいで構成するんだということを言っている。デニスヒルは30床弱ぐらいですが、かなり小規模化していく。生活の単位、また治療の単位を小さくしていくというようなことを強調しているわけです。大体12~15床ぐらい。これは触法の施設にリージョナル・セキュア・ユニットだけではなく、一般の精神病院でも、イギリスでは15床とか20床弱ぐらいで構成されているわけです。ですから、ベースとして、日本とまず大きく違っているということがあるわけですね。

そのような小さい単位を構成していくということは、例えば今後、日本でどういう病棟をつくるか、わかりませんが、当然看護単位をどうやって組んでいくのかというような問題、マンパワーを当然厚くつけなければいけないわけでしょうけれども、夜勤が組めるのかどうかとか、そういうような問題が実際問題としては出てくるわけで、そういうことが

組めないのはしようがないから、30床ぐらいを1ユニットにするんだというならば、そのユニットを細分化していくような空間構成の考え方というのもこれからは考えていかなければいけないのではないだろうかということです。

また、幾つかのヒアリングをしている中で、特にこれからのリージョナル・セキュア・ユニットの建築的な問題点として幾つか彼らが挙げていたテーマの、例えば1つは、先ほど来お話が出ていますような、セーフティ・アンド・セキュリティというキーワードを使って、最後にもお話が出ましたが、患者さんと職員の安全性の確保をどうするのかとか、社会との隔離の問題をどういうふうにきちっと確保していくのかというような視点、両方の視点を一番最初のキーワードで挙げている。

2番目には、男女別の問題です。一般の精神医療施設においても男性が女性の居室の前を通って、共用空間に出なければいけないようなレイアウトは避けようとか。ですから、触法の施設においても、男女分けの問題をどういうふうに構成していくのか。日本でこれから、例えば幾つベッドをつくるかわかりませんが、かなり守備範囲の広い、守備範囲というのはつまり1つの施設が患者さんのキャッチメントエリアの広い施設になると思うんですけれども、そうすると、病棟ごとに、例えば男の病棟、女の病棟というのはなかなか構成することはほとんど難しいわけで、どうしてもある種、混合病棟を確保しなければいけないわけです。その中で、空間構成として、男と女という問題をどういうふうに切り分けていくのかということが、これから現実的な問題として出てくるだろう。

それから、幾つか出てきたんですが、非常にやはり印象的だったのは、マキシマムデイライトというようなことを言って、今日見せていただいた施設も、保護室が明るいというのが非常に特徴的に感じたんですが、人工照明を使っての明るさですが、採光を十分に確保するというと同時に、アクセス・トゥ・フレッシュ・エアというふうに彼らは言うていましたが、新鮮な空気にどうアクセスするか。それから、当然外の運動場の大切さとか、日光を浴びることの大切さということを書いていて、つまり施設の中に収容するわけですが、その中において外気を感じたり、光を感じたりというようなことを積極的に建物の中に取り込んでいこうというようなことはかなり強く言うていました。これは、今回、この件に絡めて、幾つかの日本の病院も見せていただくと、いろいろな病院の方が同じようなことをおっしゃってしまっていて、そういうものをハードウエアの中に取り組んでいくことの必要性があるのではないだろうかと思っています。

そういうのをイギリスの中でずっと見てしまっていて、ある種、今後まとめをしていかなければいけないわけですが、イギリスに行って大変勉強になったんですが、ますます私の頭は昏迷を深めてしまいました。その昏迷を深めた最大の理由は、ハードウエアというのは、どうしてもそこで提供されるサービスを背景としなければならぬわけですが、今までのお話の中で、例えばどういう患者さんを対象にするのかというようなこと。またそこで行われる、適用される看護サービスはどのような質のものなのかというようなこと、特に後者

に関してはよく見えてこない。先ほど、武井先生でしたか、おっしゃっていましたが、例えば保護室とか、極度の興奮状態にあるような患者さんの場合、それがまたすぐに起きるだろうというふうに予見されるような患者さんの場合には、病室の入り口をあけて、そこにスタッフが、コーヒーカップを横に置いて、2人でじっと座ってながめているという、とんでもないことをやるわけですね。そういうことをやるから、保護室は例えば10床なり20床に対して1個だけで、それもほとんど使わなくて、病室は普通の個室であって、家具もつくりつけでなくてというのができるわけですね。

つまり、一方で、マンパワーというのはボリュームだけではなくて、クオリティの問題もあると思いますが、どのようなサービスが提供されるかが見えないと、どうしても過剰保護的な建物を条件として提示せざるを得ないわけです。そうすると、せっかく今回、いろんなところを見て、また大勢で行ったり何かして、私も行かせていただいて勉強してきて、イギリスがこれからすごく素晴らしいものをつくる。今までもそういうことをやってきたわけですが、それと同じようなものがつくれるかということ、とてもじゃないけれども、怖くてできないわけです。

最初に行った、山上先生たちも行かれたと思いますが、スリーブリッジ・ユニットで最初に言われたのは、彼らは、最初の目的が変化したというのは柔軟性が乏しいと言われたんです、施設が。つまり、与条件が変わってきたときに、サービス内容が変わってきたときに、どう建物を変えていくのかというようなことがイギリスでも起きて、これは1950年代に、イギリスのジョン・ウィークスという病院建築家で、病院建築の研究者ですが、彼が「病院の成長と変化」というキーワードを言ったんですが、それがそのままイギリスの現場では聞かれるとは思わなかったんですが、法律が順調に通って、恐らくこれから2年後か3年後か、わかりませんが、専門の治療施設がどこかでできる。先ほどどこかの名前が出ていましたが、どこかでできる。そのときにその場所で行われる医療サービスと、5年後、10年後、15年後は、恐らく中身は変わってくると思うんですね。そういったものがどう変わっていくのか。変わっていくのかというよりも、そのときにどういうサービスを提供することができるような施設であるべきなのか。というようなことをある程度見込んでおかないと、まずいのかなというふうに思っています。

(録種途中まで)

## 「英国の司法精神医療制度・施設の視察調査報告」

1.渡邊 弘 2.高橋 紳吾 3.島田 達洋

(武井 満、花輪昭太郎、小原喜美夫の3氏の報告は第2回研究会報告の119頁～126頁に記しております。ご参照ください。)

### 調査日程

平成13年10月27日(土)～11月4日(日)

10月27日(土) 移動  
10月28日(日) 午後着 事前打ち合わせ  
10月29日(月) 精神医療研究所、キャンバーウェル・グリーン治安刑事裁判所  
ルイシャム地域ノベンローズ・ハウジング・アソシエーションによる地域精神障害者支援サービス(ジグソー・プロジェクト、ニューホープ・プロジェクト)  
10月30日(火) ブロードムーア特殊精神病院  
10月31日(水) スリー・ブリッジス地域保安病棟(中等度保安病棟)  
デニス・ヒル地域保安病棟(中等度保安病棟)  
11月1日(木) トレバー・ギブズ地域保安病棟(中等度保安病棟)  
11月2日(金) 精神医療研究所  
11月3日(土) 移動  
11月4日(日) 午後着

### 参加者

1:太田 順一郎(岡山大学)  
2:小原喜美夫(福岡県立精神医療センター太宰府病院・社会復帰療法科科长)  
3:川本 哲郎(京都学園大学・法学部)  
4:来住 由樹(岡山県立岡山病院)  
5:佐藤 忠彦(桜ヶ丘記念病院)  
6:島田 達洋(栃木県立岡本台病院)  
7:高橋 紳吾(東邦大学医学部精神医学講座・助教授)  
8:武井 満(群馬県立精神医療センター・院長)  
9:伊達 泰裕(法務省保護局観察課)  
10:花輪昭太郎(熊本県立こころの医療センター・院長)  
11:山上 皓(東京医科歯科大学難治疾患研究所犯罪精神医学分野・教授)  
12:吉川 和男(埼玉県立精神保健総合センター)  
13:渡辺弘(東京医科歯科大学)