

[資料]

過去 10 年分の死亡帳とこれに対する調査から浮かび上がってきた
刑務所内の死についての死因確定手続、刑務所医療の深刻な問題点

日本弁護士連合会
行刑改革会議バックアップチーム

第 1 刑務所内の死をめぐる経緯

1 死亡帳 1594 件の開示

名古屋刑務所における受刑者の死亡に端を発した今回の事件は、2003年3月に過去10年分の被拘禁者に関わるすべての死亡帳が公開されたことで、新たな段階を迎えた。

死亡帳が公開されたのは、法務省矯正局長の国会答弁において、各刑務所で死亡した受刑者について、とりまとめた資料はないという虚偽説明を行っていたことが発覚し、法務委員会から死亡帳全体の開示が求められたためであった。

2 視察表・カルテ・保護房動静記録の開示（4月18日 - 5月2日）

この1594例の中から、参議院法務委員会の要求により、238例の視察表・カルテ・保護房動静記録などが開示された。このようなデータが開示されたこと自体が、画期的なできごとである。

3 国会における審議

このような死亡例の調査は国会の法務委員会・予算委員会での審議で継続されてきた。例えば、5月21日の国会衆議院法務委員会の参考人質疑によれば、新葛飾病院院長の清水陽一医師は、この資料をみて、急性心不全は「死亡診断書では許されない」病名であるのに、国会で公開された238件の中に急性心不全が50件も含まれていること、一般の医療機関で発生すれば200件以上の医療過誤訴訟をうけ、「莫大な損害賠償を支払わなければならない」内容である、刑務所で作成されているカルテの多くは、「カルテとはいえない内容である」などと厳しい発言を行った。

4 監獄人権センターによる第1次報告（5月6日）

監獄人権センターでは、この238ケースを検討して、5月6日に内64件を死因に事件性がある可能性がある、医療の不備などが関係している、死因自体が明確でない、疑わしい事件として指摘した。

5 法務省死亡帳調査班による中間報告（5月9日）

5月9日に検事5名法務事務官5名からなる死亡帳調査班による中間報告がなされた。この中間報告では、15件が継続調査案件として報告された。

（うち10件は238件から選択され、監獄人権センターが指摘したケースと一致する事件であり、残り5件は、参議院に視察表などが提出されていなかった事件である。（死亡帳だけでは問題点がわからなかったケース）

6 監獄人権センターの第2次報告（5月14日）

センターは64件に、この5件とさらに独自調査に基づいて1件を付加した合計70件を特に疑わしい死亡事例として、報告書を作成した。その内訳は、次のとおりである。

保護房・革手錠に関連するケース

29件

医療措置に問題のある事件

22件

死因が特定できない

21件

第2 死亡帳調査班による最終報告（6月13日）の意義と問題点

1 報告内容

5月9日に継続調査とされたのは15件であったが、これに対して、法務省はさらに25件を新たに付け加えて合計40件について調査を行い、6月13日に調査報告を行った。40件のうち、37件は監獄人権センターのリストと一致している。監獄人権センターのリストに含まれていないケースは1590、373、1547の3件である。

2 報告自体が極めて重大な刑務所医療の問題点を指摘している

報道では、2件の医療過誤が指摘された以外は問題はなかったとされた。しかし、

もちろん、この報告書には以下に報告するように大きな問題点があるものの、そこで指摘されている刑務所医療の問題点は、深刻であり、今後の参考になるものも多い。

まず、調査チームが医療過誤があったとしているケースは、刑事訴追できる過失があったとされているケースであり、極めて重大な医療過誤である。

さらに、他に、行刑医療のあり方を検討する上で参考とすべき案件として18件が指摘されており、これらの事件は、刑事責任の有無は別として、医療的措置が適切でなかったことを調査チームも認めているものであって、民事的には違法の判断を受けべきケースともいえ、このように多数の事件について、医療措置に問題があったことを認めた事実は極めて重大である。

3 報告の総括的な問題点

(1) 調査主体が公表されていない

関与している法医学者の氏名が匿名というのはおかしい。

責任ある専門家として発言しているのであれば、氏名は公表すべきである。

(2) 検察官による刑事責任を問える証拠があるかどうかの観点からの調査しかなされていない。

調査目的が誤っているのではないか。

死因が特定できなかった事件の取り扱いにこの不合理は端的に現れる。死因が明確でないから、誰も責任を問えないと言うのは、おかしい。

(3) 死因の調査の手続的な問題点の調査がなされていない

検視、解剖がなされていないこと自体を問題として指摘すべきであるのに、既存の資料だけで判断しようとして、法医学者は判断のしようがないと述べている事件が、何ら問題のなかったケースとして報告されている。これは、全く間違った扱いなのではないか。一人の被拘禁者の死について、死因を不明にってしまったのは、これに関与した刑務所職員、所長、検察官らである。

(4) 刑務官や医師の不合理な説明を無批判に受け入れている箇所が目立つ。

刑務官の革手錠は指が入る程度にしか締めていないという説明を無批判に受け入れている。

法医学者の見解の多くは、著しく劣悪な刑務所の医療体制そのものを前提として、仕方がなかったとしている発言が目立つ。

(5) 証拠がない、死因が明確でない、だから問題はなかったという飛躍が、非常に目立つ。

法務省自体の調査においても、多数のケースにおいて死因は明確になっていない

のであって、そのこと自体がこの調査で最も重要な問題として指摘されるべきだったのではないか。

第3 死亡事例の調査からみた刑務所医療および死因確定手続の改善すべき点

1 病気の際に医療が受けられない場合がある

(1) 医療を受けるために刑務官の審査があり、医師のところにとどり着けないまま、死んでしまうこともある。看護師や刑務官による医療類似行為が広範に放置されている。

・大阪215

「腹が痛い、痛くてたまらん。どうかしてくれ」と訴えているのに、保健助手が薬も飲んでいるから大丈夫と説示して医師に見せていない。

法務省報告は、医師が正確に病状を把握していなかった可能性、宿直なのに自宅にいなかったこと、意識朦朧となっているのに、119番通報していないことを認めている。

・月形548

「体が動かないので作業を休ませて下さい。今日だけでいいです。」

「ゆっくりでもいいので作業をするように」

「貴様俺を殺す気か」

取り調べ、保護房に収容

保護房解除後も座ることができないほどの下痢、

急性心不全で死亡

法務省報告では、この件は、「疾病に罹患した被収容者処遇に関する職員への教育の観点から参考にすべき」事例とされている。

・黒羽976

午後7時53分ころの対応。受刑者が喘息発作を知らせるために「扉を叩いている」行動について、あろうことか規律違反容疑として「処遇部門調べ室へ連行」している。緊急の医療の必要な者に対して、保安的に接する職員の対応が直接受刑者の死亡に結びついている。

法務省報告は、疾病に罹患した被収容者処遇に関する職員への教育の観点、専門的矯正施設への移送体制の確立の観点から参考にすべき事案であるとされている。

(2) 重症となっているのに、専門医療機関への移送が遅れて、死に至るケースが目立っており、施設の内と外を隔てる垣根が高い。特に夜間に医療スタッフがいないときに容様が急変した場合が危険である。

・夜間医療の問題が指摘されている事例

大阪215 横浜1453

- ・ 専門的医療施設への移送体制確立の観点
笠松 2 8 8 黒羽 9 7 6
- ・ 外部専門病院との連携
松山 5 7 8
- ・ 非常勤・外部医師との連絡
山口 3 7 3
- ・ 当直医師との情報交換・連絡体制
1 5 4 7

2 医療が保安に従属し、違法行為を見逃している

(1) 刑務官が医療内容に保安の立場で介入している。

刑務官が治療に立ち会い、治療内容を聞いている。医師が保護房拘禁や懲罰を安易に追認し、医師としてのチェック機能を果たしていない。ヨーロッパの刑務所では確立している受刑者の医療におけるプライバシーが全く存在しない。この点は、革手錠や保護房に関連した、事件の実情によっても明らかである。

(2) 革手錠に関連していると考えられる死亡事件

- ・ 大阪 2 1 6

外してくれと訴え続けていることは保護房動静記録から明らか。

法務省報告は「制圧行為がブランク破綻などを介して心筋梗塞を惹起した可能性は否定できない」としている。

本人の訴えを聞き入れて、早期に革手錠を外していれば心筋梗塞が避けられた可能性が高く、革手錠の使用と死亡の間に相当因果関係があることは明らかである。

- ・ 京都 5 9 5

食道動脈瘤の破裂

法務省報告中の法医二は、「革手錠による腹部の圧迫によって食道静脈瘤に流れる静脈圧が上がってはれつすることはありうる。」とのべ、革手錠の過酷な使用と死亡の因果関係を肯定している。

革手錠を締め上げられた経験者の証言に世よっても、喉から血が出たという者があり、革手錠を締め上げる行為と食道の静脈瘤の破裂には連関があると考えられる。

- ・ 鹿児島 4 2 4

革手錠をされて、「出してくれ」、「これはいつ外してくれるんや」、「助けてくれ」、「あけてくれ」と叫んでいたが、急におとなしくなり、死亡。視察表の記載からは、アルコール依存だった可能性もある。

この事件は法務省の調査継続案件にすらなっていない。

- ・ 山形 4 9 9

保護房で二度にわたって革手錠を使用されていた者の突然死亡事件。

血を流しながら壁に頭をこすりつけている。
殺人被疑事件として捜査されたが、起訴にいたらず。
この事件は法務省の調査継続事件にすらなっていない。

・月形 5 4 4

職員暴行で非常ベル

保護房収容中 当部に擦過傷

懲罰中に死亡

懲罰中に下痢、腹部に圧痛の記載あり。革手錠使用の有無は明確でないが、腹部を傷つけた可能性がある。

法務省報告は、「腹膜炎を起こしていた可能性がある」ことを認めている。また、「解剖されていない以上死因については推測の域を出ず、医療行為の適否等については判断できない」とされている。

・栃木 9 5 3

この件はカルテが提出されていない。

保護房収容、革手錠施用後ほどなく自殺を図って、その結果の中枢神経障害が死因とされるが、精神不安定な若い女性に対して、精神的なケアが必要であるのに、保護房と革手錠で対応し、トイレに行くためにズボンを自分で下げることも、その後上げることもできない状況で、著しい羞恥心と精神的ショックを与えたことが自殺の引き金となったことは明らかであり、保護房・革手錠使用による犠牲者であるといえる。

法務省報告は、この事件について、継続調査をしていない。

・川越 1 5 3 3

革手錠施錠後すぐに横臥、およそ2時間後には無反応の状態になっている事件で、革手錠による暴行死をまず疑うべき事案である。死因は吐物吸引による窒息であり、革手錠締めすぎが原因で、嘔吐したと考える以外にない。

法務省報告は、ページを費やして、経緯と解剖医、法医の意見を聞いているが説得力がない。なお、報告が保護房動静記録の記載が「事実と反する疑いが強い」としている点は注目に値する。

(3) 保護房拘禁が死亡につながった事例

・名古屋 8 6

肝硬変・拘禁反応の患者を保護房に拘禁して死亡させている。

・横須賀 2 1 4

脳腫瘍の患者を専門医治療前に保護房に拘禁して死亡させている。

・府中 1 4 3

明らかに精神障害の者を保護房に拘禁して心肺停止で死亡している。頭部に外傷性の硬膜下血腫がある。精神科医師が診断しているのに、保護房拘禁を停止させていない。

- ・府中 1 5 0
保護房内での筋肉注射が関係して死亡した疑いが強い。
- ・府中 2 0 1
薬物濫用、不喫食の受刑者を保護房に入れて死亡している事案。抗精神薬の投与が視察表に記載されているが、カルテに記載なし。保安主導で、薬物投与が行われているのではないか。
- ・笠松 2 8 8
そううつ病の受刑者を独居に入れた後、保護房内で食べ物を口に詰め込んで窒息死させている事案。
- ・岡崎医療 2 8 9
保護房内で大量の薬物投与の後に、死亡している事案。
- ・松江 3 0 9
アルコール依存症の受刑者を保護房で脱水死させ、国家賠償訴訟で国の敗訴が確定している。
- ・岡山 3 1 6
統合失調症の受刑者を保護房に収容して呼吸停止となった事案であり、精神科医師の診察を受けたのは三度目の保護房収容時で、遅すぎる。
- ・福岡 3 8 8
死因不明とされているが、アルコール依存症の受刑者を保護房に拘禁して脱水死させた事案である。
- ・徳島 5 5 4
肝硬変、糖尿病の経歴のある受刑者を保護房に拘禁して、心筋梗塞により死亡させている事案である。保護房収容中に医師の診察は 1 回だけである。
- ・京都拘置所 9 1 3
死因は多臓器不全、消化管出血、脱水とされている。精神に障害のある者を繰り返し保護房に収容して、ハンガーストライキの末、脱水で死亡させた事例。法務省報告では、「死因を完全に確定することは困難」「診療回数があまり多くなく、精神的治療が全く行われていないことから、この点にやや問題も認められる」とされている。
- ・大阪拘置所 9 1 8
いらいらして落ち着かないので保護房に入れてほしいという者を保護房に入れ、「なんでこんなところにいるんや」「もう死にそうや」「担当はん、吐きそうなんですわ」と訴えているのに、外に出さず、意識を失って死なせている。保護房への収容の判断そのものに重大な誤りがあると考えられる事案である。この件は、法務省の継続調査案件にすらなっていない。
- ・大阪拘置所 9 1 9
統合失調症で、専門医による治療の必要な者を保護房に拘禁して、窒息して死んでいる。被拘禁者は「出たい、出してくれ」「腹が減った。お母ちゃん助けてな」

と一貫して保護房から出してほしいことを訴えている。法務省報告では、精神科医療体制の充実のために参考にすべき事案とされている。

- ・東京拘置所 1 5 5 8

精神科受診が必要とされているのに、受診させていない。保護房に拘禁して、出してくれと言う本人の願いを無視して、5日も保護房に拘禁し続け、最後は過換気症候群で死亡させている。

(4) 懲罰中の過酷な姿勢の強制が保護房拘禁の理由となり、結果として死に至った例がある。

- ・府中 1 3 3

「足が痛くてどうしようもない。できないですよ」顔面蒼白になり「できないものはできないんですよー」と泣き叫ぶ。このような状況で保護房拘禁されている。その後も「先生、先生」と呼んで助けを求めている。頭から水をかぶる。保護房から出房時に臀部に10センチ四方のかさぶたができていた。これは、長期の懲罰による褥創であると考えられる。結果的に、急性気管支肺炎で死亡している。

3 医療の水準が外部における一般医療と比較して劣悪である

(1) 刑務所の医師のなり手が無い。

医局の中の、行き場のない者の行き場となっている。質の悪い医師しか集まらない。医務部、医務課自体が、責任者である医師が常勤でないために、無責任な組織体制となっている。

- ・月形 5 4 6

医師が診察しながら、肺炎を見逃して死亡させた事例がある。法務省報告では、「聴診すらしていないのであれば、肺炎を見落としていた可能性があり、医師の責任を問う余地がある」としている。

(2) 全く死因不明の異常な死に方が多すぎる。

- ・大分 4 1 5

「解剖されていないので確定的なことがいえない」「医師の責任については判断しかねる」

- ・山形 5 0 0

急性呼吸促迫症候群。

法務省報告でも、「解剖が実施されておらず、カルテの記載も死因を特定するには不十分であるので、その具体的な死因はわからない。」

- ・福島 5 0 9

(3) 精神科医療体制が不十分で、精神科医療の対象とすべきものを安易に保護房に拘

禁して、急性心不全で死なせている（保護房、革手錠に関連する部分も参照されたい）

法務省報告で、「精神疾患に対する医療体制充実の観点」から参考とすべきとされている事件は、次のとおり。

189、286、288、913、919、1506、1558

「精神疾患に罹患した被収容者の処遇に関する職員への教育の観点」から参考とすべき事件は、次のとおり。

- ・宇都宮拘置支所 987 うつ病で自殺、死亡
- ・東京拘置所 1558

(4) 摂食拒否者など、心情不安定な者を独房拘禁して、状態を悪化させて死なせている。

- ・府中 189

外国人 法務省報告では精神疾患に対する医療体制充実の観点からの参考事例

- ・笠松 286

人格障害 女性 法務省報告では精神科医療体制充実の観点からの参考事例

- ・笠松 288

そううつ 女性 法務省報告では精神科医両体制充実の観点からの参考事例
独居の後、保護房拘禁中に死亡

- ・鳥取 308

- ・福岡拘置所 432

独居拘禁中に嘔吐物で窒息死

- ・黒羽 969

- ・静岡 1506

低栄養状態で、独居拘禁にされている者を、保護房に収容し、直後に死亡させている。死因は不整脈とされるが明確ではない。法務省報告は、「異常行動をとるようになった時点で、統合失調症などの精神病の発症を疑い、これに対して、抗精神薬の投与など適切な治療が行われるべきであった」とする。精神科医療体制充実の観点と精神疾患に罹患した被収容者処遇に関する職員への教育の観点から参考とすべき」としている。

- ・川越少年刑務所 1540

法務省報告が明確な医療過誤として報告している。低栄養状態に対する適切な医療を怠ったことはあきらかである。

(5) 熱中症に対する無理解が関連している死亡例が複数ある。

- ・府中 165

身分帳紛失事案。

- ・大阪 217

・松江 309

アルコール依存症の受刑者が脱水死している事案で、国家賠償訴訟で国の敗訴が確定している。

・福岡 388

死因不明。

アルコール依存症の受刑者を保護房に拘禁して脱水死させている。

・大阪拘置所 942

夏に二度にわたって保護房に拘禁して、脱水症状で死に至っている。

(6) 喘息発作の管理ができないで重責発作で死亡させている。

・古川拘置支所 471

法務省報告が明確な医療過誤として報告している。

・松山 578

・黒羽 976

午後5時45分に処置し、還房させた医務当直者副看守の対応が不適切だったのではないかと。午後7時53分ころの対応。本人が喘息発作を知らせるために「扉を叩いている」行動について、あろうことか規律違反容疑として「処遇部門調べ室へ連行」している。緊急の医療の必要な者に対して、保安市に接する職員の対応が直接受刑者の死亡に結びついている。

(7) 心臓疾患に対する管理が失敗して死なせている。

・横浜 1453

夜間、胸が苦しいと訴え、ニトロールの舌下投与を受けた受刑者がそのまま放置され、死亡して発見された事案。

法務省報告では、心臓疾患に罹患した被収容者処遇に対する職員の教育と夜間医療体制の充実の観点から参考とすべき事例とされている。

以上