

# 刑事収容施設における医療アクセス・質保証に向けて

## —医療政策・機構研究からの検討—

松田 亮三<sup>i</sup>

監獄法から刑事収容施設法に改められる中で、日本の刑事収容施設において提供されるべき医療は、社会一般の水準と同等のものであるべきという同等性基準が定められた。本稿では、医療政策・機構研究として、この基準を実施するためにどのような刑務所医療機構を編成すべきなのかを、英国、フランスなど一般医療機構と刑務所医療機構を統合した国の研究を含む先行研究をもとに、継続的に革新が進んでいる組織として医療機構を把握する視点を重視し検討する。まず、同等性基準をふまえた医療機構設計のために検討すべき諸論点について、医療機構の構成要素と医療の変化という視点から整理する。次に、同等性基準の実現が含意する目標としてアクセス・質保証の同等性をとりあげ、それぞれの概念と実施上の複雑性を検討した上で、状況把握について先行する経験を紹介する。最後に、アクセス・質保証に向けた刑務所医療機構の編成について検討する。これには、どの省庁が所管し、どのような仕組みのもとで刑事収容施設において医療供給を行い、どのようにその費用を賄うのか、という問題が含まれる。

キーワード：刑務所医療機構、同等性基準、持続的革新、医療政策・機構研究、アクセス保証、質保証

### はじめに

監獄法から刑事収容施設法に改められる中で、日本の刑事収容施設において提供されるべき医療の基準は明確となった。すなわち、「社会一般の保健衛生及び医療の水準に照らし適切な保健衛生上及び医療上の措置」（刑事収容施設法第56条）を行うこと、本稿でいう同等性基準が刑務所医療の実施基準となっている（林ほか、2017）。この基準そのものは、2015年に国際連合が定めた被拘禁者処遇最低基準規則（ネルソン・マンデラ・ルールズ）（規則24）と大枠で合致したものであり、行刑改革会議が述べたように、「被収容者に対しては、国は、基本的に、一般

社会の医療水準と同程度の医療を提供する義務を負い、そのために必要な医師、看護師その他の医療スタッフを各施設に配置し、適切な医療機器を整備し、被収容者が医師による診療を望んだ場合には、合理的な時間内にこれを提供する責任を負う」との考え方が、刑務所医療の基本に据えられねばならない（行刑改革会議、2003: 36）。

しかし、問題はこの基準をいかに実現するかである。例えば、米国では、Estelle 対 Gamble についての連邦最高裁判決（1976年）において、収監者の医療アクセス（診断・治療、専門的判断、医師の指示による治療の実施）が権利として明確化され、その後の20年において刑務所医療の劇的変化が生じた（Greifinger, 2007）。ケアは、現代医学に見合った質を備えたものでなくてはならないことが明確となり、米国医師会や米国矯正医会などが専門家としての立

i 立命館大学産業社会学部教授、人間科学研究所所長

場から基準を定めた。この中で、専門職によるケアが原則となり、受刑者に対する医療を一般社会での医療供給機関に統合することが検討課題となっている (McDonald, 1999)。

日本においても矯正医療体制の整備が行われているところであるが、同等性基準をいかに実現するかという大枠の議論よりは、「矯正医療崩壊」を回避すべく、医師確保など喫緊の問題の対応に追われてきた面がある (矯正医療の在り方に関する有識者検討会, 2014; 西岡, 2018; 日本弁護士連合会, 2013)。このようなことから、異なる制度のもとで編成・実施されている刑務所医療を、いかにして一般社会と同等なものとして実現・維持するかという保証の体制については、刑事収容施設における医療の法務省から厚生労働省への移管という日本弁護士会による問題提起はありつつも (日本弁護士連合会, 2013)、あまり検討が進んでいない。しかしながら、英国やフランスでは1990年代より刑務所医療機構と一般医療機構との統合が進められてきており、概ね積極的な評価がなされている中で (三島, 2017; 赤池, 2007)、より本格的な検討が求められている。

本稿では、医療政策・機構研究 (health policy and systems research) として、刑事収容施設における医療アクセス・質の保証を一般社会と同等に実現するため、アクセス・質保証の仕組みをいかに設計するかという課題について、先行研究をもとに検討する。なお、ここで医療政策・機構研究とは、「社会が健康目標を実現すべく行う自らの編成を改良する新しい知識の創成であり、患者の臨床管理や基礎科学研究ではなく、政策、組織、事業に焦点をあてるもの」のことである (Bennett et al., 2008)。

検討の際、健康権の漸進的実現という過程の中に一般医療機構がおかれていること、別の言い方をすれば、必要に応じた適切な質の医療を利用可能としていく革新が医療機構で継続していることを重視し、そのような革新の中で同等性基準を実現・維持するためには、いかなる医療機構設計が望ましいかを考える。

まず、同等性基準をふまえた医療機構設計のために検討すべき諸論点について、医療機構の構成要素と医療の変化という視点から整理する。次に、同等性基準の実現が含意する目標としてアクセス・質保証の同等性をとりあげ、それぞれの概念と実施上の複雑性を検討した上で、状況把握について先行する経験を紹介する。最後に、アクセス・質保証に向けた刑務所医療機構の編成について検討する。これには、どの省庁が所管し、どのような仕組みのもとで刑事収容施設において医療供給を行い、どのようにその費用を賄うのか、という問題が含まれる。なお、本論文では刑務所医療という言葉で、刑事施設の一部としての刑務所での医療という意味ではなく、刑事収容施設一般における医療を簡便に示す用語として用いる。

## 1. 同等性基準実現に向けた医療機構設計への検討課題

同等性基準を実現する上で重要なのは、今日の一般医療の特徴をふまえて、その特徴に合致した実施体制を編成していくことである。

今日の医療は、一般的にいつて、財政・供給・規制という構成要素を備えた複雑な仕組みの上で実施されている。また、技術革新、疾病構造などの必要の変化、質向上と保証の徹底、効率性の追求など、複合的な目標を同時に追求していく必要がある。さらに、医療サービスは、新たな技術手段やサービスの開発に伴い絶えず更新されていくべきものであり、常に変化をしているものである。とりわけ近年における医療の変化は、情報技術の活用やバイオ製薬の開発にみられるように急激に生じており、そのような変化に速やかに対応することが医療供給体制に求められている点に注意しなければならない。住民の期待する医療に対応し、かつ専門的視点からもみて適切な質を保証する課題、専門医に関わる制度変更など新たな環境のもとでそれを実施していく課題にも直面している (OECD, 2004=2005, 2010=2011)。

一般の医療機構がこうした多くの課題に直面し、その解決に取り組んでいることを前提とし、刑事収容施設における医療サービスを同等性基準により保証しようとするならば、ある一時点において同等性を実現するというだけでなく、変化にすみやかに対応し、常に一般の医療機構と同等の医療サービスを提供できるようなサービスの更新を可能とする仕組みを組み込んだものにしていかねばならない。

このような点を考えるならば、まずは現在日本の一般社会における「医療提供体制の確保」の目標とされている「地域において切れ目のない医療の提供を実現することにより、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制」<sup>1)</sup>を確保することが、刑務所においても目標とされるべきこととなる。そして、拘禁という生活上の制限がある中で、このような目標を実現する具体的方策を検討することが、刑事収容施設における医療体制編成の基本的視点とならねばならない。

なお、被収容者の健康は一般人口に比して悪いことから、健康格差を縮小する視点から刑務所における保健・医療を重視すべきとする観点も示されている（Eckstein, Levy, & Butler, 2007; Wildeman & Muller, 2012）。この観点からは、同等性だけではなく追加的な対応を求めることとなるが、これについては同等なアクセス・質保証という課題の延長上に展望する課題として位置付けたい。

さらに、この編成は刑事収容施設内で孤立したものではなく、地域との連携を含めたものでなければならない。つまり、「地域において切れ目のない医療の提供を実現する」ために、「医療提供者は、患者本位の医療という理念を踏まえつつ、医師・歯科医師とその他の医療従事者がそれぞれの専門性を発揮しながら協力してチーム医療を推進していくことはもとより、地域において、患者の視点に立った医療提供施設相互間の機能の分担及び業務の連携を確保するための体制の構築にも積極的に協力していく」<sup>2)</sup>ことが求められる。つまり、刑事収容施設における医療サービスの構築だけではなく、地域在住の医療

機関との医療連携体制を構築していくことが求められている。

以上のことをふまえた上で、本稿では、このような医療供給体制ならびに医療連携そして医療福祉の連携体制を確保する上で、医療供給体制の編成をどのように行っていくのがよいのか、ということについて、各国の経験と先行研究をもとに検討する。そうした検討をもとに、日本の刑務所医療改革への示唆を導くことも試みたい。

## 2. アクセス・質保証の複雑性と同等性基準の実現

### (1) アクセス・質保証の複雑性

刑務所医療機構の編成を考えるためには、供給・財政のデザインの前に、機構として目指すべき目標を検討する必要がある。以下では、先に引用した医療供給体制の目標のうち、「切り目のない医療」という医療アクセスに関する問題と、「良質かつ適切な医療」の提供という医療の質保証に関する目標とに分けて、その概念と具体化における複合的な性質を述べる。そして、特に状況と課題の把握に関する方法とその体制について、重要な事項を検討する。その際、医療へのアクセスや医療の質への取り組みは、継続的に更新されていく性質を持っており、そうした更新を組み込む仕組みが重要となる点を指摘する。

#### ① アクセス保証

医療アクセスは多義的に用いられてきているが、医療利用の衡平との関わりで議論されてきた。つまり、医療の必要に応じたアクセスが目指すべき有力な理念として提示されてきている（松田, 2017a）。ここで、医療アクセスとは、患者が必要とするときにはいつでもどこでも利用できることであり、どこに行けばよいか明確になっていること、利用にあたって地理的、時間的、経済的、社会的な障壁が無

視できる程度のものであること、などによって評価される (Bodenheimer, 1970)。

医療法第1条の2では、「医療は、生命の尊重と個人の尊厳の保持を旨とし、医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療の担い手と医療を受ける者との信頼関係に基づき、及び医療を受ける者の心身の状況に応じて行われる」としており、上記アクセス概念に相当する内容が医療の性質として示されている。これを含めた理念に基づき、「国民に対し良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制が確保されるよう」努力する義務が、国及び地方公共団体に課せられている (第1条の3)。このため、一般医療では、現在都道府県医療計画などにおいて、具体的な疾病や事業をもとに医療機関の配置等を計画し、また人員確保のための各種施策がすすめられている。

しかしながら、日本において、地域、疾病、専門領域等により、実際にアクセスがどの程度実現されているかについての把握は系統的になされているとはいいがたく、治療の遅れなど目立った問題が生じた場合によく対応がなされた例もある。例えば、2006年に奈良県の病院で意識不明になった妊婦の救急搬送先が見つからず、死亡する事故が生じたのちに、厚生労働省が総合周産期母子医療センターを中心とした周産期医療ネットワークの整備を求めた (恩田, 2007)。

つまり、一般医療機構においても、アクセスの状況把握は、なお今後精緻に検討されるべき事項なのである。その際、単に施設がありそれを利用できるということだけでなく、サービスの質、直接・間接の費用、情報のあり方、適時性の程度、医療労働力など多くの事項が考慮されねばならない (Agency for Healthcare Research and Quality, 2016)。

このような一般医療機構におけるアクセス保証の取り組みと合わせて、刑務所医療機構の取り組みをすすめていく必要がある。刑務所においても、一般医療と同様のアクセス上の問題が生じうるが、とりわけ被収容者の医療への接点が制限されていることから、対応すべき疾病や提供すべきサービスに応じ

た連携体制を具体的に構築することが求められる。また、適時性確保の観点からは、被収容者の訴えが医師の診療につながるまでの過程も重要な検討課題となる。

その際重要になるのは、被収容者の医療アクセスについて、一般人口との比較、被収容者の経験に関する調査、サービス提供場面において課題を残した事例の検討など、多面的な接近法を用いて総合的に状況を把握し、そこでの課題を明らかにすることである (松田, 2017a)。その上で、アクセス障壁がある場合には、対応する措置を国は実施していかなければならない。

例えば、カナダの州未決拘禁施設で2組各6名のフォーカス・グループにより行われた研究では、収容されていた女性が感じている医療アクセス障壁として、医療を利用するための知識不足と医療利用の手続きの複雑さがあること、地域社会への移行に際して継続した医療サービスがなく手続きがばらばらであること、などが示されている (Ahmed, Angel, Martel, Pyne, & Keenan, 2016)。複雑な手続きとは、医療サービス利用願を被収容者が提出し、必要と見なされた場合にまず看護師が状態を評価し、さらに必要が認められた場合によく医師の診察が実施される、というものである。この仕組みは、日本の刑事収容施設における医療利用の仕組みと類似したものであり、同様の調査を日本で実施する意義を示唆している。さらに、調査参加者の議論には、より総合的な入出所時の健康評価、不足している健康についての知識を増やすこと、出所後のケアに向けたネットワーク、といった提案も見出された。

質的手法を用いた研究では、刑務所医療が国民医療サービス (NHS) に移管されて後に、2005年にイングランドで行われた12施設被収容者111名を対象とした調査がある。この調査は、施設によって医療アクセスの状況が異なることとともに、看護師の評価を通して医師の診察につながるという手順について二つの異なる見方があることを示した。つまり、看護師と迅速に相談できるという面を評価する声と



ともに、医師に診察を希望する場合にはわずらわしいものであるとの声が出されたのである（Condon et al., 2007）。一方、これに合わせて行われたスタッフの調査では、看護師がトリアージを行わねばならないことへの戸惑いや研修不足などが語られている（Powell, Harris, Condon, & Kemple, 2010）。

ここにあげたのはあくまでも例であるが、同等性基準の理念のもとで医療アクセスを保証していくためには、後述する体系的な調査とともに、被収容者の経験や問題事例を整理し、教訓化していくしくみを構築することが重要と思われる。

## ② 質保証

医療の質は、複雑な概念であり、それは、古典的には構造、過程、結果のそれぞれの側面から捉えられるべきものとされている（Donabedian, 2007）。ここで、構造は医療を実施する人員や医療施設の質と量のことであり、適切に訓練を受けた医療専門職が必要な治療を行うのに適切な設備を備えた施設で実施しているかどうか、という点に関わる。過程は診療の内容が適切であるかどうかということであり、ある状態から医学的に実施的になされるべき検査がなされているか、またなすべき治療がなされているか、当然点検されるべき兆候が見落とされていないかなど、具体的な診療に関するものである。結果は診療を受けた患者がどのような経過をたどるかに関わる問題であり、治癒者の割合、5年間の生存率、症状の軽減の割合などをみるものである。

米国の権威ある学術機関は、医療の質を「現時点での専門知識に合致し、単一および集団としての人に対する医療サービスが、望まれる結果を確実にもたらす程度」と定義した上で、患者が望む結果とともに、安全性、効果、患者中心志向、適時性、効率、衡平という6つの目標を追求することを提唱している（Institute of Medicine, 2001=2002）。また、近年の議論としては、過程と結果に関わって、臨床上の効果、患者の安全性、患者の体験、という側面、とりわけ患者の身体や体験が重視されるようになって

ている（OECD, 2004=2005）。

多面的な性質をもつ医療における質向上をいかに実現するかについては、日本の医療政策では具体的には示されていない。「医療提供体制の確保に関する基本方針」においては、「安全で質が高く、効率的な医療」という文言はみられるものの、具体的な方策は「都道府県が中心となって、その医療計画に基づき自らの創意工夫で施策を企画立案及び実行」することとされている。厚生労働省は、2017年に公表した「第7次医療計画」において、疾病・事業ごとに、構造・過程・結果に区分して、多岐にわたる評価項目をあげており、質の保証は供給体制の確保以上のものであることが示されている。患者の体験に関する評価項目は盛り込まれていないが、質の向上に結びつく施策の基盤として、こうした評価項目は継続的に更新されていくものと考えられる。

このように医療の質の向上とその保証は一般医療においても漸進的に取り組まれており、またその評価には複合的な視点が用いられている。刑務所医療と一般医療との同等性を追求する上で、このような医療の質をめぐる現状を把握した取り組みが重要となる。つまり、一般医療と同様に多面的な取り組みを進めていくことが、刑務所医療機構においても求められる。

ただし、同等性を評価しようとするならば、刑務所医療の質と一般医療のそれとを比較することが求められる。このような比較を行う試みは、いくつか行われている。まず、1990年代の半ばに Reed and Lyne (1997) は、イングランドとウェールズの19施設と、一般医療との比較を試みた。この研究は、医師および看護師による視察によって、専門の見地から基礎医療や紹介などいくつかの領域について評価を行ったものである。施設間で質の大きな違いが見いだされ、ここから質保証の取り組みをすすめる必要性が述べられた。なお、同じ英国で、イングランド公衆衛生庁により2016年に行われた状況評価では、文献調査と関係者によるインタビューから、ケアの質は間違いなく向上しているという一致した見解が

示されたものの、実際上多くの課題があることも示されている (Leaman, Richards, Emslie, & O'Moore, 2017)。

被收容者を患者としてみた場合に、どのような医療満足度を持っているかを検討する試みも行われている。ノルウェーでは Bjørngaard, Rustad, and Kjelsberg (2009) が、被收容者の医療への満足度を調査し、一般人口と比較した。被收容者の医療満足度の平均点は100点中38 (SD = 22) であり、外来精神患者の平均点69 (SD = 18) と比べてかなり低い水準であることが示された。

ここで述べたのは、患者の体験をもとにした、古典的な意味でいう結果による質の評価であるが、医師などの医療従事者数や検査の利用程度など構造や過程を比較することも不可欠である。そうした点を含めて、同等性基準の実施程度を評価するために、一般医療における医療の質向上の取り組みに合わせて、刑務所医療の質に関する状況を系統的に把握し取り組みをすすめていくことが求められる (Ahalt, Trestman, Rich, Greifinger, & Williams, 2013)。

なお、刑務所医療の質を向上するうえでは、診療にあたる専門職の質を向上することが重要であるが、その点では研修等を高度化していくとともに、被收容者の状況をふまえた診療ガイドラインなどの整備が重要となる。イングランドでは、政府が設立した独立医療技術評価機関が身体的健康と精神的健康のそれぞれに関する診療ガイドラインを2016年に公表している (Bradshaw et al., 2017)。また、米国ではいくつかの専門職団体がガイドラインを公表している (Anno, 2001)。ただし、米国での基準はあくまでも専門職の実務上のガイドラインであり、それらを用いた認証も任意的に実施されるものに過ぎず、多くの刑務所医療施設が利用していない点にも注意する必要がある (Freudenberg & Heller, 2016)。

## (2) 刑事収容施設におけるアクセス・質保証の状況把握—いくつかの例

上記のようにアクセスと質を—少なくとも一般医

療と同程度には—保証していくには、被收容者の健康とそれに関するリスクと同じく、それらに関する状況を系統的に把握することが重要となる (松田, 2017b)。すでに述べたように、アクセスも質もそれらを系統的に把握する試みは医療一般において現在進行中の課題であるが、同等性基準からすればこうした仕組みが確立してから刑事収容施設に導入するのではなく、むしろ施設の環境に適合した仕組みを平行して検討していくことが望ましい。以下では、そうした取り組みを考えていく上で示唆的な取り組みをいくつか紹介しておく。

まず、オーストラリアの全国被收容者健康データ集約 (National Prisoner Health Data Collection, NPHDC) は、一般的な医療サービスの利用状況、刑務所における診療利用状況、投薬、矯正事業への参加状況、刑務所で利用した医療サービスの内容、釈放手続きにおける適切な対応、などの医療についての項目を含んでいる (Australian Institute of Health and Welfare, 2015)。この調査は一般住民との比較が可能となっており、例えば、25-44歳の非先住民についてだが、一般地域住民と比べると、過去12か月の間に一般医 (GP) と歯科医の診察を受けた割合が、被收容者では低いことが示されている (表1)。

この調査では、地域社会において、医療専門職の診察・相談を必要としたが診察・相談を受けなかった刑務所入所者の割合が34%であり、収容期間において医療専門職の診察・相談を必要としたが診察・相談を受けなかった者の割合が15%であったことも示されている。診察・相談を受けなかった理由は、必要とは思わなかったなどの自己判断が多かったが、それに続くものとして、地域社会では多忙、飲酒、交通、法的な問題、待ち時間・タイミングなどが述べられたのに対して、刑務所では待ち時間・タイミング、必要な時にサービスがない、費用などがあげられていた。

いくつかの健康関連のサービスについては、具体的に利用状況が把握されている (表2)。困難なく

表1 最近12ヶ月に診察を受けた人の割合（％）（一般地域居住者と刑務所入所者との比較）

医療専門職	性別	一般の非先住民		刑務所に入所した非先住民	
		25-34歳	35-44歳	25-34歳	35-44歳
一般医（GP）	男	68	74	52	61
	女	87	86	62	68
歯科医	男	35	45	15	12
	女	47	53	17	25

出所：Australian Institute of Health and Welfare (AIHW) (2015). The Health of Australia's Prisoners 2015. Canberra, AIHW, p. 122.

表2 被収容者の医療利用に関する指標（抜粋）  
（オーストラリア 2015年調査）

<ul style="list-style-type: none"> <li>健康問題がある場合に、医療専門職（一般医または看護師）の容易に会うことができたとする退所者の割合（91％）</li> <li>刑務所において、（糖尿病やがんなど、ある程度経過をみる必要がある-著者注記）健康上の問題について、治療を受けた退所者の割合（57％）</li> <li>診療所での診察の際に、自身の状態について受けた情報に満足したという退所者の割合（90％）</li> <li>刑務所診療所での診察の際に、理解できる返答を受けたという退所者の割合（94％）</li> <li>診療所での診察の際、治療決定に関わることができたという退所者の割合（83％）</li> <li>診療所での診察の際、十分な時間があったという退所者の割合（79％）</li> <li>刑務所診療所での医療を「すばらしい（excellent）」と評価した退所者の割合（27％）<sup>（注2）</sup></li> </ul> <p>出所：Australian Institute of Health and Welfare (AIHW) (2015). The health of Australia's prisoners 2015. Canberra, AIHW.</p> <p>注1：これらの指標は、医療利用の状況、アクセス、健康問題などに関わる内容を含んでおり、その解釈はそれぞれ慎重に行う必要がある。</p> <p>注2：他の回答は、「よい」54％、「よくも悪くもない」10％、「悪い」または「酷い」4％、であった。</p>
--

一般医か看護師に会えたという退所者の中で、医師の診察を容易に受けることができたとする退所者の割合はおおよそ4人に3人であった。退所者のうち84％が診療所を利用し、うち41％は退所前利用であった（AIHW, 2015: 124-125）。

米国の刑務所においても、医療の満足についての調査が行われている。2011-12年に連邦・州刑務所ならびに地方拘置所の被収容者を対象として行われた調査では、刑務所内での医療について「大変満足している」「ある程度満足している」「まったく満足していない」と答えた者の割合は、連邦・州刑務所被収容者では、それぞれ12.6％、43.8％、43.6％、地方拘置所の被収容者の場合には、それぞれ14.3％、36.9％、48.8％であった（Maruschak, Berzofsky, & Jennifer, 2015 (revised Oct 4, 2016)）。また、ランド研究所は、2009年より連邦刑務所局、ミズーリ州、ニューヨーク州、オハイオ州、テキサス州、ワシ

ントン州の行刑部局の取り組みを調査し、すべての組織で通常の診療を受けるまでの時間などの医療の適時性、アクセスに関する項目が収集されていたことを報告している。上記で示したような患者としての経験についての調査は2組織のみが実施しており、有用性を認めた組織と想定されるバイアスから有用とはいえないとした組織があった（Damberg, Shaw, Teleki, Hiatt, & Asch, 2011）。このような施設間あるいは州間の違い、そして供給されている医療の量・質を確実に把握することの困難性は、刑事収容施設への収容者増加を検討した米国科学アカデミーの委員会においても指摘されている（National Research Council, 2014）。

こうした指摘はありつつも、米国での医療の質・アクセス把握は進展してきている。近年各州の取り組みは全体としてみれば進展しており、2016年度の調査では50州中35州において質状況把握がなされ、

うち34州では州内の全施設で把握がなされていた (The Pew Charitable Trusts, 2017)。ここで、質の状況把握がされているのは、データに基づく活動があること、州関連部局によって設けられ監督されていること、少なくとも過半数の施設で一貫性をもって適用されていること、継続的に取り組まれていること、という4つの条件を満たしている場合のことである。実施している州のうち、アーカンソー州、カリフォルニア州、マサチューセッツ州、ネヴァダ州、ニューヨーク州、ワシントン州では、行刑担当部局だけでなく公衆衛生担当部局にも状況が報告されるようになっていた。

この調査では、個別課題も検討し、多くの州が、アクセス (34)、スクリーニング・疾病予防 (33)、感染症治療 (32)、行動医学的問題への対応 (30)、慢性疾患治療 (28)、緩和ケアなどその他の治療・サービス (14)、について把握していることが示された (括弧内は、なんらかの把握を行っていた州の数、以下も同じ)。さらに詳細にみると、アクセスの把握については、ケアの適時性 (32)、(看護師などによる) トリアージュに要した時間 (29)、専門医の診察の適時性と適切性 (28)、検査と画像診断の適時性と適切性 (26)、苦情への対応に要した時間 (24)、などが把握されていた。これら質情報データを刑務所運営に活用する仕組みを、ジョージア州、ミズーリ州、ペンシルバニア州、ワシントン州では導入していた。

以上述べたような、被收容者に対する医療の質・アクセスの系統的把握と、また特別な必要のある被收容者に対する丁寧な状況の把握は、刑務所医療において一般医療と呼びさせながら質・アクセスの保証を行っていくうえで決定的に重要であり、同等性の担保という意味で不可欠ともいえる。ここで紹介したように、すでにそうした取り組みを行っている国、州の取り組みを参考にして、日本においてもそうした検討の体制を構築することが望まれる。

### 3. アクセス・質保証に向けた医療機構の編成

#### (1) 刑務所医療機構編成の原理と論点

ここまで状況あるいは課題の把握の方法と重要性について述べてきたが、以下では、日本弁護士連合会が問題提起した刑務所医療の所管省庁の移管の是非という問題を検討する準備作業として、刑務所における医療編成デザインについて検討していく。

まず、冒頭においても述べたが、刑務所医療が一般医療と同等であること、言い換えれば今日的に求められる医療の水準を効果的にまた効率的に実施できるようにすること、そして、医療アクセス・質の保証が結果として同等となること、これが刑務所医療の編成デザインの基礎原理とならなければならない。

ここで刑務所医療の編成デザインとは、どのようなルールのもとで、どのような組織が、どのような支払いの仕組みにより、サービスを供給するかということである。このルールには、行政組織内に適用されるサービス等に対する規範とともに、サービス供給に関わって行われる金銭上の収受に含まれているインセンティブ構造を含めて考える必要がある。というのは、医療サービス研究が示すところによれば、医療の質はサービス供給者に対するインセンティブによって左右されるからであり、その点の検討を抜きにして、上記の原理を実現するための体制を整えることは難しいからである (Figueras, Robinson, & Jakubowski, 2005)。

上記の基本原理をふまえて、刑務所医療の編成デザインを考えるならば、少なくとも以下の3つの論点を上げることができる。第1に、政府において、刑務所医療の編成と実施に誰が責任を持つのかということである。多くの国で非收容者への医療サービス供給の責任は国家におかれているが、ここで問題にしているのはその点ではない。問題は政府がどのようにしてその責任を果たしていくかであり、どの単一あるいは複数の政府部局が所管し施策を実施す



るかという点である。

第2に、医療サービス供給をどのような体制によって整備していくかという問題である。これは、医療実施に必要な医師等の専門職、設備・機器、医薬品・検査材料などの物品をどのように調達し、いかなる指揮監督のもとにおくかという問題である。

第3に、医療サービス供給およびそれに関連して生じる管理の費用をいかに賄うかという問題がある。一般的にあって、医療供給者への支払いはサービスの内容、質にかかわるインセンティブをもっており、これをどのように設計するかは、同等性基準の実現という意味で無視しえない。

以下では、この3つの論点について、国際的な知見をふまえつつ、検討する。

## (2) 医療機構諸要素の原理的検討

### ① 刑務所医療機構編成の所管省庁

多くの国において刑務所医療の編成・実施に責任をもっていたのは、刑事収容施設の組織に責任を持つ政府部門であったし、今もおそらくそうであろう (Levy, 2007)。しかしながら、近年、被収容者の医療における同等性基準が理念的にも法的にも明確化され、英国、フランス、ノルウェー、オーストラリア・ニューサウスウェールズ州などにおいて、刑務所医療を一般医療機構に基づくものに変更する改革、あるいは医療編成の責任を刑行担当部局から医療担当部局に変更する改革が行われてきた (Dubois, Linchet, Mahieu, Reynaert, & Seron, 2017; 森久, 2017)。

こうした取り組みの方向は国際的にも提唱されており、2003年にモスクワで開催された専門家会議では、「公衆衛生サービスと刑務所医療を緊密に結びつける、あるいは統合する必要」が述べられ、健康を所管する省庁と刑事収容施設を所管する省庁とが、緊密に協力し諸課題に立ち向かっていくことが勧告されている<sup>3)</sup>。

こうした所管の問題は、各国や刑務所医療におけるアクセス・質保証を推進していく上で、不可欠で

はないかもしれないが、基本的には進めていくべき改革と思われる。その理由は、第1に、先に述べたように、アクセス・質保証は一般の医療においても現在進行中の課題であり、常に革新していく医療サービスの内容を刑事施設医療において実施していくためには、それに関連する施策を所管する部局が行うことが望ましいからである。つまり、同等性基準からいえば、一般医療の質向上の取り組みに合わせて刑務所での医療においてもその取り組みを同時に実現していくことが求められる。例えば、一般医療において医療のアクセス・質保証のための状況把握の仕組みが普及されるならば、その検討過程の中で刑務所医療においても可能な方策を検討し、一般医療の導入と同じ時期に刑務所医療においても実施されるべきである。

第2に、今日の医療ではアクセス・質保証の実施を行う上で、地域医療体制の一部として実施していくことが望ましい。医師をはじめとした医療従事者について、医療の必要に応じて確保するだけでなく (Marshall, Simpson, & Stevens, 2001)、新たな知識・技能を獲得する技術的要請にも対応すること、さらには、被収容者の高齢化の中で、緩和ケアを介護と合わせて実施するなど新しい課題に対応する能力を培っていくことが要請される。

このようなことを効果的また効率的に実施していくためには、一般医療施策一例えば、必要医師数の推計、施設の計画—などに刑務所医療を最初から組み込んでおくことが望ましい。また、診療ガイドラインや診療指標の作成などが、今日の医療においては積極的に取り込まれつつあるが、こうした動きに迅速に呼応していくためにも、矯正医療が一般医療の一部として各種施策の対象となる必要がある (Bradshaw et al., 2017)。

第3に、後述するように、医療サービス実施場面においては、医療専門職の指揮系統を刑務所の指揮系統から切り離すことが望ましい。そうであるならば、医療サービス供給の編成について刑務所および行刑部局が責任を持つ必要はなく、むしろ医療供給

に責任を持つ部局が担当し、事業を推進することが自然である。なお、例えば、刑務所とは別の管理システムをもつ医療供給組織を法務部門内に形成して、一定の独立性を担保するといった中間的な組織形態もありうるであろう。重要なのは、サービス提供現場における指揮システムを、もっぱら被收容者への医療供給に責任をもつ組織の中で位置づけることである。

もちろん、行刑所管部門が医療所管部門と緊密に連携を結ぶことにより、上記のことは相当実現される可能性がないわけではない。しかしながら、一般医療施策の計画などに刑務所医療が組み込まれることがルーチン化するような状況を想定した場合に、行刑所管部門が医療所管部門の要請に応じて自らの医療組織を修正するといういたずらに複雑な組織編成とするよりは、医療所管部門が刑務所の医療供給について編成を行うことを前提とした上で、刑の執行と更生に責任をもつ行刑所管部門と連携する方が効果的かつ効率的に施策を実施できるように思われる。

とはいえ、実際このような所管の移転を行うとするならば、上記の連携がどのように機能するかについて実現可能性を見込む必要があり、一足飛びに改革をすすめることは難しいであろう。すでに改革を行った国においても、行刑部門から保健医療部門への移管は段階的に実施していることを考えると (UK Department of Health & International Centre for Prison Studies, 2004)、方向性を明確にしつつ具体的な方策を検討していくことが重要と思われる。

## ② 供給デザインについての諸論点

刑事收容施設において具体的に各施設においてどのように医療サービス供給が編成されるかが、ここでいう供給デザインの問題である。歴史的にみると、刑事收容施設においては、そもそも専門家による医療が編成されていないような場合や、保安要員あるいは被收容者自身がケアを行う場合もあった。多くの先進諸国では、こうした状況から被收容者に対する医療が行刑部門の下で組織された医療専門職によ

って担われる方式が整備されてきた (Levy, 2007)。

しかし、これ以外の方式による医療の編成も近年行われるようになってきている。まず、一般医療との統合により行われるものであり、地域の医療供給者が行う場合や、刑務所専門の基礎医療サービスを行っている供給者による場合がある<sup>4)</sup>。また、中央政府の関係部局からの入札を受け、公私各種の主体によって医療が行われる場合、例えば民間委託によって実施する場合である (Levy, 2007)。

本論の趣旨からすれば、どのような供給デザインが、同等性基準を実現する上でもっとも有効なのがここでの検討課題となる。以下、英国で開催された会議での論点を参考にし、いくつかの論点を提示していきたい (UK Department of Health & International Centre for Prison Studies, 2004)。

第1の論点は、英国 NHS のような医療供給組織に所属している医療専門職は、收容施設に所属していないので、施設運営上の課題と切り離れた医療的判断を行いやすい。また、ハーム・リダクションの取り組みなど刑事政策的な観点からは直ちに実施困難な課題についても、専門的観点からの見解を述べやすい。刑事收容施設では、医師は独立した専門職として扱われるものの、刑事施設の位階の中での職務遂行や孤立した環境の継続によって、そのような独立性が揺らぐおそれ、すなわち「二重忠誠」の問題が生じる可能性がある (相澤, 2017)。所属組織を供給組織とすることは、この問題をもたらず構造を回避する手段ともいえる (Pont et al., 2018)。また、被收容者からみても、施設外の医療供給者によって雇用され、独立している医療スタッフは、被收容者によって信頼を得る可能性が高くなるが見込まれる。

これに関わって、医師等の専門職が刑事收容施設のみで孤立して従事することは、医学の進歩に伴う診療上の革新を導入する上で困難に直面する可能性がある。一般医療機構との統合あるいは緊密な結合はこれを回避する有効な方法である。刑事收容施設における医療は、一般医療における診療の革新と被

収容者特有の課題をふまえて実施する必要があり、このような力量を医療スタッフが維持していくためには、限定的な研修だけでは困難であり、日常的に一般医療の変化に触れていくことが重要である (Gatherer, Enggist, & Møller, 2014)。また、医療サービス実施上特別な配慮が必要な被収容への対応など、一般医療においても現在進行中の課題について迅速に対応していくためには、一般医療の実務レベルでの緊密な連携があった方がよい。つまり、一般医療と呼応して、常に刑事収容施設での医療について、社会一般で生じる新たな進展を導入していく動的な仕組みを構築すること、そしてそれを支える各種の研修・研究を整備し、スタッフの質を維持・向上していくことが求められる。

さらに、刑務所医療は資源を用いるだけでなく、被収容者という往々にして複雑な状況をかかえた人々への診療を経験し、医師が力量を高める機会とするなど、医療資源の形成に寄与する可能性にも注意を払っておくべきであろう (Amouyal et al., 2014)。

第3の論点は、一般医療との統合はケアの継続性を実施する上で有利というものである。ケアの継続性は、まずもって被収容者の健康の保持をしていくために重要である。同時にそれは社会の公衆衛生上の利益にも結び付きうる。つまり、多くの受刑者は地域社会に復帰していくので、感染症をはじめとした疾病対策の重要な介入場面として収容施設は位置付けうるということである (Glaser & Greifinger, 1993)。

また、ケアの継続性の実現については、1990年代の半ばから米国で試みられている「公衆衛生モデル」による刑事収容施設医療の供給に興味深い知見を示している (Conklin, Lincoln, & Flanigan, 1998; Conklin, Lincoln, Wilson, & Gramarossa, 2002; Lincoln, Miles, & Scheibel, 2007)。このモデルは、ケアの継続性に加えて、健康問題の早期発見・アセスメント、データ活用などを目的として実施されたが、一時的に居住を変更した地域社会の成員として被収容者を扱う点が特徴である。実施にあたって貧

困者を主な診療対象とする複数の地域健康医療センター<sup>5)</sup> (高山ほか, 2016)、マサチューセッツ州公衆衛生部、ハンプデン・カウンティ保安部が連携し、センターが拘置所で医療サービスを供給した。被収容者はもともと居住地をもとに、センターに属する4つの医療チームのどれかに割り当てられ、各チームが拘置所の内外で診察・ケアを継続した。ここで、それぞれのチームには、医師2人、看護師1名、ナース・プラクティショナー (高度専門看護実践師) 1名<sup>6)</sup>、ケース・マネージャー1名がいることが望ましいとされた<sup>7)</sup>。チーム員のうち医師とケース・マネージャーはセンターと刑務所の両方で診療サービスに従事し、看護職は刑務所のみで従事した。

このモデルの効果についての評価は、対照群がないことなどから、なお精査が必要とされているが、出所後の受診率の高さなど、ケアの継続性への効果が示されている (Lincoln et al., 2007)。このような供給に関する新モデルの開発を行っていく上でも、一般医療機構と刑務所医療機構が呼応して働く仕組みとすることが望ましい。

### ③ 医療財政デザインについての論点

一般的に医療財政の仕組みとしては、財源、資金保有 (pooling)、支払い、の3点について検討しなければならず (Mossialos, Dixon, Figueras, & Kutzin, 2002=2004)、刑事収容施設についてもこれは同様である。

これら医療財政をどのようにデザインすることが、同等性基準を実現する上でもっとも有効かが、ここでも課題となる。財源、資金保有、支払いは、機能的には区別され、ある程度独立して設計することが可能であるので、以下、それぞれについて検討する。なお、財政デザインについては、他の公的支出との整合性など別の論点もあるが、ここでは割愛する。

財源は誰が支払うかという問題であり、刑事収容施設の場合は多くの場合最終的に国が負担、すなわち税によって支払われている。国連被拘禁者処遇最低基準規則第24条にあるように、被拘禁者に対する

医療の提供には国が責任をもっているからである。したがって、ここではあまり大きな争点はない。ただし、被収容者による一部負担を導入している場合には、医療アクセスの障壁とならないように限度額を規制する必要がある (Restum, 2005)。

資金保有は、その財源の運用実務の方法であり、例えば保険者の編成や被保険者の加入義務についての規制、あるいは税にもとづく医療機構をもつ国であれば各地方への資金配分法などの論点がある。刑務所医療についていえば、中央政府から刑事収容施設にどのように資源配分を行うかという問題である。

ここで問われる課題は、一般医療機構での財政がどのようなものであり、刑務所医療機構がそれとどのように関わるかにより、変わってくる。税による医療機構の場合ならば、医療予算から刑務所医療に支出する予算をどのように定めるかという問題となり、社会保険の場合であれば通常の保険者からの支払いのルールを修正するかどうか、修正するとすればどのように修正するか、という問題となる。

伝統的な資源配分の考え方からすれば、このような資源配分の問題は、大まかにいって刑務所における医療の必要と、医療提供に関する費用をどのように見積もるかという問題となる (Smith, 2008)。前者についていえば、収容者の健康状態の把握を行うことが前提となり、さらには健康格差の縮小に向けた資源配分をどの程度行うかという判断が伴うことになる。後者については、刑務所という場面での供給にどの程度の追加費用を要するのか、ということになる。社会保険による医療機構の場合でも、同様の論点を考慮して、追加の支払いを行うかどうか問われることになる。

ただし、一般医療機構と刑務所医療機構で資源配分の仕組みが異なる場合は、刑務所医療機構への資源配分の妥当性が簡単には分かりにくくなってしまふ。例えば、日本のように、一般医療は主に社会保険によって支払われており、刑務所医療は法務省所管の予算によって賄われているという状況の場合、医療支出が適切かどうかなどの検討を行うことは容

易ではない。このように資源配分の透明性やアカウントビリティの観点からいえば、一般医療機構と刑務所医療機構の資源配分方式は共通のものにしていくことが望ましい。

支払いとは、医療サービスを実施する組織にどのように支払うかということであり、出来高払い、包括払い、人頭制などがある (池上, 2014)。医師の所得と医療機関への支払いとの関係も含めて、この仕組みに含まれる経済的インセンティブは、診療の質を担保しまたその効率を考える上でいよいよ真剣に考えるべき問題として議論されるようになってきている (Navathe, Emanuel, & Volpp, 2018)。刑務所医療においては、組織統制の中で支払いの仕組みが、どのように臨床実践に影響を与えるか、つまり組織・経済インセンティブを検討する必要がある。

設計上の理念としては、一般医療と同様に医療のアクセス・質保証を実現し、かつ無駄な費用を除き、効率を実現していくことになる。一般医療機構と刑務所医療機構が類似の支払いの仕組みを用いている場合は、それらにも類似の組織・経済インセンティブが含まれており、医療サービスに与える影響も類似のものが見込まれる。そこでは、取り組むべき課題や対応方策も、組織・経済インセンティブの限りにおいて類似性を生むことが予想される。

これに対して、一般医療機構と刑務所医療機構が異なるインセンティブを持っている場合には、異なる効果を生むことが想定される。例えば、日本の刑務所医療は法務所予算によって行われており、利用者負担がなく、公務員である医師によって診療が行われているので、診療を抑制する経済インセンティブは通常であればあまりないと考えられる。しかし、公財政の執行においては、予算制約や支出の適切性が施設長に問われる。このような仕組みのもとでは、医療支出が増加すると、診療を抑制する組織的インセンティブが働く可能性がある。行刑改革会議の取り組みで行われた医師アンケートでは、医薬品の価格や医療コストの高さを指摘され、必要性を「他部門の職員」に説明したという例が述べられていた



（法務省矯正局矯正医療問題対策プロジェクトチーム，2003）。

理論的にいえば、医師が予算制約を意識せざるを得ない環境では、必要な医療を抑制するインセンティブが働くおそれがあり、最終的な医療サービスの質が同等となることを目指すのであれば、そうしたインセンティブを打ち消す仕組みを導入しなければならないことになる。こうした例を一般化するならば、一般医療と異なる組織・金銭的インセンティブやルールが診療現場、医療実践に作用する場合には、その作用の性質を検討し、刑務所医療に求められる質・アクセスの保証を担保していく必要がある。このようなことを、複雑な医療サービスを対象として、刑務所という制限の強い場面において実現することは、容易なことではない。このようなことを考えると、むしろ共通の支払いの仕組みを用いることが妥当と考えられる。

以上のように、同等性基準の実現を詳細に検討するならば、資源配分や支払い方法においても一般医療機構と共通の仕組みを刑務所医療において用い、それを必要に応じて補正することが望ましいと考えられた。

## むすび

本稿では、刑事収容施設における医療の同等性基準を実現するための医療編成の在り方について、所管、供給、財政の3点について、医療機構の研究成果と刑務所医療に関する先行研究から検討し、同等性基準を実現する上で、一般医療機構と刑務所医療機構が共通の仕組みで動くようにしていくことが望ましいことを主張した。もとより、医療と刑事収容というともに複雑な社会的実践が関わる領域において、改革を実際に進めようとするれば、関係者の協力のもとで綿密に実態を把握し、最適な方策を検討し広く社会の中で議論しつつ方針を定め実施していくことが要請される。このような改革を行うには時間がかかり、段階的にすすめていくことも必要かもし

れない。その意味では、政策関係者により、改革のための下準備が早期に進められ、具体的検討の場が設定されることを期待したい。

## 注

- 1) 「医療提供体制の確保に関する基本方針」（平成19年厚生労働省告示第70号）（「医療提供体制の確保に関する基本方針の一部を改正する件」平成29年厚生労働省告示第88号、による改正後）。この基本方針は、「良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を図る」（医療法第30条の3第1項）べく、厚生労働大臣が定めるものである。
- 2) 上記「基本方針」。引用にあたり注記を省略している。
- 3) “Declaration on Prison Health as Part of Public Health”, adopted in Moscow on 24 October 2003 at the international meeting on Prison Health and Public Health, which was jointly organized by the World Health Organization and the Russian Federation.
- 4) 基礎医療（primary care）は、眼科や救急状態などあらかじめ専門医の対応を必要とすることが明らかでない場合に、基本的にすべての健康問題に対する相談・治療を行う医療サービスの区分である。近年我が国で議論されている総合診療医が行う医療もこれにあたる（専門医の在り方に関する検討会，2013）。
- 5) 米国の地域健康医療センター（community health centers）は、日本の保健所とは異なり、行政が設置しているものではない。地域住民に依拠し、地域住民に寄与することを目的として、非営利組織などの設立主体が開設し、主に外来診療機能を提供するものである。ただし、連邦政府による補助事業など公共の制度も関与している。
- 6) ナース・プラクティショナー（高度専門看護実践師）は、看護資格を取得後一定の実践を経験し、その後少なくとも修士課程以上の教育・訓練を修了したものが得る資格で、多くの州で医師の指示を要せず処方や検査を含めた幅広いケアを実施することができる（Hayakawa, 2018）。
- 7) ケアの継続性については、以下のような活動が

重要とされた。患者の日常生活上重要な食・住居・交通等に関心を向けた取組、ケース・マネジメントの迅速な開始と継続、退所前の人的つながりの構築、施設内外の両方で従事する医療専門職、社会復帰計画の適時性、地域社会でのフォロー、入所中の重要情報の地域での活用、退所後の社会・医療給付の確保、地域社会と行刑施設との近接性。

## 参考文献

(西欧語文献)

- Agency for Healthcare Research and Quality. (2016). *National Healthcare Quality and Disparities Report: Chartbook on Access to Health Care*. (AHRQ Publication No. 16-0015-5-EF). Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality.
- Ahalt, C., Trestman, R. L., Rich, J. D., Greifinger, R. B., & Williams, B. A. (2013). Paying the price: the pressing need for quality, cost and outcomes data to improve correctional healthcare for older prisoners. *Journal of the American Geriatrics Society*, 61(11), 2013-2019.
- Ahmed, R., Angel, C., Martel, R., Pyne, D., & Keenan, L. (2016). Access to healthcare services during incarceration among female inmates. *International Journal of Prisoner Health*, 12(4), 204-215.
- Amouyal, M., Lognos, B., Lermoyer, J., Bourrel, G., Jourdan, J., & Oude Engeberink, A. (2014). Pertinence du stage en milieu pénitentiaire à partir du vécu des internes de médecine générale. *Sante Publique*, 26(3), 331-336.
- Anno, B. J. (2001). *Correctional Health Care: Guidelines for the Management of an Adequate Delivery System, 2001 edition*. National Commission on Correctional Health Care, U.S. Department of Justice, & National Institute of Corrections
- Australian Institute of Health and Welfare (AIHW). (2015). *The Health of Australia's Prisoners 2015*. Canberra: AIHW.
- Bennett, S., et al. (2008). From Mexico to Mali: progress in health policy and systems research. *The Lancet* 372(9649): 1571-1578.
- Bjørngaard, J. H., Rustad, Å.-B., & Kjelsberg, E. (2009). The prisoner as patient - a health services satisfaction survey. *BMC Health Services Research*, 9, 176-176.
- Bodenheimer, T. S. (1970). Patterns of American ambulatory care. *Inquiry*, 7(3), 26-37.
- Bradshaw, R., Pordes, B. A. J., Trippier, H., Kosky, N., Pilling, S., & O'Brien, F. (2017). The health of prisoners: summary of NICE guidance. *British Medical Journal*, 356.
- Condon, L., Hek, G., Harris, F., Powell, J., Kemple, T., & Price, S. (2007). Users' views of prison health services: a qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*, 58(3), 216-226.
- Conklin, T. J., Lincoln, T., & Flanigan, T. P. (1998). A public health model to connect correctional health care with communities. *American Journal of Public Health*, 88(8), 1249-1250.
- Conklin, T. J., Lincoln, T., Wilson, R., & Gramarossa, G. (2002). *A Public Health Manual For Correctional Health Care*. Massachusetts, MA: Hampden County Sheriff's Department & Massachusetts Public Health Association
- Damberg, C. L., Shaw, R., Teleki, S. S., Hiatt, L., & Asch, S. M. (2011). A review of quality measures used by state and federal prisons. *Journal of Correctional Health Care*, 17(2), 122-137.
- Donabedian, A. (1980=2007). *Explorations in Quality Assessment And Monitoring*. Health Administration Press. 『医療の質と定義と評価方法』健康医療評価研究機構.
- Dubois, C., Linchet, S., Mahieu, C., Reynaert, J.-F., & Seron, P. (2017). *Organization Models of Health Care Services in Prisons in Four Countries*. Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre.
- Eckstein, G., Levy, M., & Butler, T. (2007). Can health inequalities be addressed? An assessment of Prisoner Health Services in New South Wales, Australia. *International Journal of Prisoner*

- Health*, 3(1), 69-76.
- Figueras, J., Robinson, R., & Jakubowski, E. (Eds.). (2005). *Purchasing to Improve Health Systems Performance*. Maidenhead: Open University Press.
- Freudenberg, N., & Heller, D. (2016). A review of opportunities to improve the health of people involved in the criminal justice system in the United States. *Annual Review of Public Health*, 37(1), 313-333.
- Gatherer, A., Enggist, S., & Møller, L. (2014). The essentials about prisons and health. In S. Enggist, L. Møller, G. Galea, & C. Udesen (Eds.), *Prisons and Health* (pp. 1-5). Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe.
- Glaser, J., & Greifinger, R. B. (1993). Correctional health care: a public health opportunity. *Annals of Internal Medicine*, 118(2), 139-145.
- Greifinger, R. B. (2007). Thirty years since Estelle v. Gamble: looking forward, not wayward. In R. B. Greifinger (Ed.), *Public Health Behind Bars: From Prisons to Communities* (pp. 1-10). New York, NY: Springer New York.
- Hayakawa, S. (2018). The shifting division of labor systems and significance of nurse practitioners : focused on the changes of medicine. 『広島国際大学医療経営学論叢』 11, 19-51.
- Institute of Medicine. (2001=2002). *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington, DC: The National Academies Press. 『医療の質：谷間を越えて21世紀システムへ』 日本評論社.
- Leaman, J., Richards, A. A., Emslie, L., & O'Moore, E. J. (2017). Improving health in prisons - from evidence to policy to implementation-experiences from the UK. *International Journal of Prisoner Health*, 13(3/4), 139-167.
- Levy, M. (2007). International public health and corrections: models of care and harm minimization. In R. B. Greifinger (Ed.), *Public Health Behind Bars* (pp. 73-87).
- Lincoln, T., Miles, J. R., & Scheibel, S. (2007). Community health and public health collaborations. In R. B. Greifinger (Ed.), *Public Health Behind Bars* (pp. 508-534).
- Marshall, T., Simpson, S., & Stevens, A. (2001). Health care needs assessment in prisons: a toolkit. *Journal of Public Health Medicine*, 23(3), 198-204.
- Maruschak, L. M., Berzofsky, M., & Jennifer, U. (2015(revised Oct 4, 2016)). *Medical Problems of State and Federal Prisoners and Jail Inmates, 2011-12*. (NCJ 248491). Washington, DC: US Department of Justice, Bureau of Justice Statistics.
- McDonald, D. C. (1999). Medical care in prisons. *Crime and Justice*, 26, 427-478.
- Mossialos, E., Dixon, A., Figueras, J., & Kutzin, J. (2002=2004). *Funding Health Care: Options for Europe*. Maidenhead : Open University Press, 『医療財源論：ヨーロッパの選択』 (光生館).
- National Research Council. (2014). *The Growth of Incarceration in the United States: Exploring Causes and Consequences*. Washington, DC: The National Academies Press.
- Navathe, A. S., Emanuel, E. J., & Volpp, K. G. (2018). Aligning patient and physician incentives. *Journal of American Medical Association*, 320(16), 1635-1636.
- Organisation for Economic Co-operation and Development. (2004=2005). *Towards High-performing Health Systems*. Paris: OECD., 『世界の医療制度改革：質の良い効率的な医療システムに向けて』 明石書店.
- Organisation for Economic Co-operation and Development. (2010=2011). *OECD Health Policy Studies: Value for Money in Health Spending*. Paris: OECD., 『OECD医療政策白書：費用対効果を考慮した質の高い医療をめざして：第2回 OECD 保健大臣会合背景文書』 明石書店.
- Pont, J., Enggist, S., Stöver, H., Williams, B., Greifinger, R., & Wolff, H. (2018). Prison health care governance: guaranteeing clinical independence. *American Journal of Public*

- Health*, 108(4), 472-476.
- Powell, J., Harris, F., Condon, L., & Kemple, T. (2010). Nursing care of prisoners: staff views and experiences. *Journal of Advanced Nursing*, 66(6), 1257-1265.
- Reed, J., & Lyne, M. (1997). The quality of health care in prison: results of a year's programme of semistructured inspections. *British Medical Journal*, 315(7120), 1420-1424.
- Restum, Z. G. (2005). Public health implications of substandard correctional health care. *American Journal of Public Health*, 95(10), 1689-1691.
- Smith, P. C. (2008). Resource allocation and purchasing in the health sector: the English experience. *Bulletin of the World Health Organization*, 86(11), 884-888.
- The Pew Charitable Trusts. (2017). *Prison Health Care: Costs and Quality*. Retrieved from [https://www.pewtrusts.org/~media/assets/2017/10/sfh\\_prison\\_health\\_care\\_costs\\_and\\_quality\\_final.pdf?la=en](https://www.pewtrusts.org/~media/assets/2017/10/sfh_prison_health_care_costs_and_quality_final.pdf?la=en) (2018年8月17日閲覧).
- UK Department of Health, & International Centre for Prison Studies. (2004). *Prison Health and Public Health: The Integration of Prison Health Services, Report from a Conference*.
- Wildeman, C., & Muller, C. (2012). Mass imprisonment and inequality in health and family life. *Annual Review of Law and Social Science*, 8, 11-30.
- 〈日本語文献〉
- 赤池一将 (2007) 「刑事施設における医療一日仏における改革の比較をとおして」 菊田幸一・海渡雄一編 『刑務所改革—刑務所システム再構築への指針』 日本評論社.
- 相澤育郎 (2017) 「刑事施設における医療倫理の国際的スタンダード」 『立命館人間科学研究』 (36): 55-66.
- 池上直己 (2014) 『医療・介護問題を読み解く』 日本経済新聞出版社.
- 恩田裕之 (2007) 「産科医療の問題点」 『調査と情報』 (575): 1-10, 巻頭11p.
- 行刑改革会議 (2003) 「行刑改革会議提言～国民に理解され、支えられる刑務所へ～ (平成15年12月22日)」。 法務省.
- 矯正医療の在り方に関する有識者検討会 (2014) 「矯正施設の医療の在り方に関する報告書 (平成26年1月21日)」.
- 専門医の在り方に関する検討会 (2013) 「専門医の在り方に関する報告書」。 法務省.
- 高山一夫・松田亮三・石橋修編 (2016) 『諸外国における社会包摂志向の医療展開についての研究』 非営利・協同総合研究所.
- 西岡慎介 (2018) 『詳解 矯正医官特例法』 矯正協会.
- 日本弁護士連合会 (2013) 「刑事施設医療の抜本的改革のための提言」.
- 林真琴・北村篤・名取俊也 (2017) 『逐条解説刑事収容施設法 第3版』 有斐閣.
- 法務省矯正局矯正医療問題対策プロジェクトチーム (2003) 「行刑施設に勤務する医師に対するアンケート結果」 法務省.
- 松田亮三 (2017a) 「医療のアクセス障壁：実態分析への接近と状況把握について」 『いのちとくらし研究所報』 (59): 2-9.
- 松田亮三 (2017b) 「刑務所の公衆衛生：被収容者の健康課題把握と戦略形成」 『矯正講座』 (37): 239-262.
- 三島聡 (2017) 「刑事施設独自の医療から社会共通的な医療へ：イングランド刑事施設医療の保健省移管をめぐる」 『矯正講座』 (37): 143-165.
- 森久智江 (2017) 「オーストラリア・ニューサウスウェールズ州 (Nsw) における矯正医療の現状と日本への示唆」 『矯正講座』 (37): 167-192.



## Ensuring Access to Quality Care in Prisons : A New Perspective from Health Policy and Systems Research

MATSUDA Ryozo <sup>i</sup>

**Abstract** : The new Law Concerning the Treatment of Inmates, revised from the old Prison Law, has established the principle of equivalence in prison healthcare delivery: healthcare equivalent to public standards of healthcare is to be provided in penal institutions. The article draws a new perspective on how prison healthcare systems shall be organized in order to put this principle into practice using knowledge of Health Policy and Systems Research, by conducting a selected literature review, including studies conducted in such countries as the United Kingdom and France where prison healthcare systems have been integrated into the general healthcare systems. It emphasizes that health care systems have been evolving so as to assure access and quality. First, the paper considers elements and transitions of healthcare systems to develop prison healthcare systems. Then it discusses concepts and complexities of access and quality assurance, as targets implied by the principle of equivalence, and describes precedent experiences of monitoring them. Finally, the paper elaborates how to organize prison healthcare systems in order to achieve access and quality assurance under the principle of equivalence by examining the following aspects: who shall be in charge of administering prison healthcare, in what ways shall health care in prisons be delivered, and who shall pay for that, and how?

**Keywords** : Prison healthcare system, the principle of equivalence, continuous innovation, health policy and systems research, access assurance, quality assurance

---

<sup>i</sup> Professor, Faculty of Social Sciences/Institute of Human Sciences, Ritsumeikan University