

# 刑事施設における医療倫理の国際的スタンダード

相澤育郎

(立命館大学立命館グローバル・イノベーション研究機構)

本稿の目的は、国際機関（国連、世界保健機構、世界医師会等）の文書等を検討することを通じて、刑事施設における医療倫理の国際的なスタンダードを明らかにすることである。2000年代初頭以降、日本の刑事施設は様々な領域で改革を迫られ、刑事施設における医療のあり方はその最も重要なトピックの1つであった。医療に関する立法や施策が行われる一方で、刑事施設における医療倫理的課題の研究には、必ずしも十分な関心が払われていない。本稿の検討により刑事施設における医療倫理の国際的な到達点は以下の通り示された。①医師は患者の最善の利益を追求する義務があり、患者は適切な医療を受ける権利を有している。この関係性は刑事施設の医療においても妥当する、②刑事施設の被収容者は、いつでも医師に対するアクセスを有する、③刑事施設で提供される治療その他の医療的措置は、一般社会と同等の条件でなされる、④医療上の守秘義務およびその例外は、刑事施設においても一般社会と同様に扱われる、⑤刑事施設の医療においてもインフォームドコンセントは不可欠である、⑥刑事施設の医療職員は、一般社会と同じ専門職の独立性を有している。

キーワード：刑事施設、ヘルスケア、医療倫理  
立命館人間科学研究, No.36, 55-66, 2017.

## はじめに

2002年に発覚した刑務官による一連の受刑者暴行致死傷事件（名古屋刑務所事件）は、監獄法下の日本型行刑を見直す重要な契機となった<sup>1)</sup>。この事件をきっかけとして受刑者の死因記録（死亡帳）等の医療関連情報が開示され、医療措置や医療体制の不備が指摘された<sup>2)</sup>。2003年

の行刑改革会議提言では、刑事施設における医療のあり方が重要な論点となり、医療体制全般の検討と改革の方向性が打ち出された。2006年に成立した「刑事収容施設及び被収容者等の処遇に関する法律」56条は、「刑事施設においては（……）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を講ずるものとする」とした。2015年には、懸案であった医師不足解消を目的とした「矯正医官の兼業及び勤務時間の特例等に関する法律」が成立した<sup>3)</sup>。また一部施設では、医療業務を外部の一般病院へと委託する試みも実施されている<sup>4)</sup>。こう

渡・福島（2007）を参照のこと。

3）本法の紹介として久家（2016）を参照のこと。

4）紅野（2016）によれば、月形刑務所、喜連川社会復帰促進センター、長野刑務所、島根あさひ社会復帰促進センターおよび美祢社会復帰促進センターにおいて医療業務の外部委託が実施されている。

1) 2001年から2002年の間、名古屋刑務所の刑務官らが集団暴行により受刑者3名を死傷させた事件。革手錠付きベルトで腹部を締め、受刑者2名を死傷させた「革手錠事件」と、肛門に消防用ホースで放水して受刑者1名を細菌性ショックにより死亡させた「放水事件」がある。「革手錠事件」では、当時の刑務官4名が特別公務員暴行陵虐致死および同致傷で、「放水事件」では、当時の刑務官4名が特別公務員暴行陵虐致死でそれぞれ有罪判決が確定している。

2) 法務省矯正局は、当初そのような記録の存在を否定していた。死亡帳公開の経緯等に関しては、海

した諸改革への評価はひとまず置くとしても、刑事施設における医療のあり方に対して、学問のおよび実務的観点からの関心は高まっている。

他方で、刑事施設における医療倫理的課題の包括的な検討やスタンダードの策定には、諸外国に比べあまり関心が払われていないのが日本の現状であるように思われる<sup>5)</sup>。その一方で、特に欧州を中心に、当該領域で先駆的な研究および試みが数多くなされておられ、日本の刑事施設医療のあり方を見直す上で示唆に富んでいる。そこで以下では、国際連合 (United Nations, UN)、世界保健機構 (World Health Organization, WHO)、世界医師会 (World Medical Association, WMA)、欧州評議会閣僚委員会 (Committee of Ministers of the Council of Europe, CM) および欧州拷問等防止委員会 (European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment, CPT) 等の国際機関が示している、規則、宣言、声明、決議、マニュアルおよびガイドライン等を参照し、刑事施設における医療倫理に関する国際的なスタンダードを明らかにする。もっとも、これらは刑事施設において一般医療とは異なる特有の医療倫理が妥当するというのではなく、一般社会と同じ医療倫理が人間の自由を奪う刑事施設という特殊な環境下でいかにして貫徹されるのかという点に検討の主眼があることに留意すべきである。諸外国の議論を検討することを通じて、今後の当該領域の論考的および実践的研究に貢献することが本稿の目的である。

5) 柴田・遠藤 (2011) は、刑務所服役中に意識障害で発見され、一般病院に移送された69歳の男性受刑者の事例につき「本症例の医療倫理を考察すると、患者本人に意識障害、失語があるため、自己決定権が行使できず、利益、無害、正義も入院中は病院任せで、転院では倫理は守られていなかった。受刑者では発症前の本人の希望、living willの確認記録、受刑者に対する倫理的対応の診療ガイドライン整備が必要であろう」と結論づけている。

## I 被收容者の患者としての権利と医師の義務

世界医師会は各種の宣言および声明等において、一般的な医師の義務と患者の権利を明らかにしている<sup>6)</sup>。ジュネーブ宣言は、医師が患者の健康を第1の関心事とすること、患者の秘密を本人の死後も守ること、人種、信条および社会的地位といったあらゆる要因で患者を差別しないこと、人命を最大限に尊重すること、ならびに人権や自由の侵害に医学的知識を利用しないこと等を宣誓している (WMA 2006a)。医の国際倫理綱領は、医師の一般的な義務として、専門的判断の独立性と水準の確保および患者の意思決定の尊重等、また患者に対する医師の義務として、生命尊重、患者の最善の利益に基づく医療の提供、患者への完全な忠誠 (loyalty) および守秘義務の尊重等を挙げている (WMA 2006d)。世界医師会によれば、患者に対する医師の義務は、法よりも高い基準の行為を要求しており、場合によっては医師に非倫理的行為を求める法に従わないことをも要求する。法が国によって異なるのに対し、倫理は国境を越えて適用されると理解されている (WMA 2015: 11-12)。

これに対し患者の権利に関するリスボン宣言は、患者の権利に関係する11項目を列挙している。主要なものを要約すれば<sup>7)</sup>、1) 良質の医療を受ける権利として、すべての患者は差別なく、独立した医師による最善の利益に即した治療を受ける権利を有する、2) 選択の自由の権利として、患者は、担当の医師、病院または健康サー

6) 世界医師会の宣言等は最新のものをホームページ (2017年2月23日取得 <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/index.html>) より参照した。翻訳があるものについては日本医師会のホームページ (2017年2月23日取得 <http://www.med.or.jp/jma/international/wma/003453.html>) より参照したが、引用文中で一部訳語に変更を加えている箇所がある。

7) 以下、半括弧数字は原文の見出し番号または項番号を示している。

ビスを自由に選択かつ変更し、そして他の医師から意見を求める権利を有する、3) 自己決定の権利として、判断能力のある成人患者は、何らかの診断手続きまたは治療に際して同意を与えるまたは差し控える権利を有し、かつ決定に必要な情報を得る権利を有する、4) 5) 省略、6) ただし、特別に法が定めるか医の倫理原則に合致する例外的な場合に限り、患者の意思に反した診断手続きまたは治療を行うことができる、7) 情報に対する権利として、患者はいかなる医療上の記録であっても自己情報を手に入れる権利を有し、また自己の状況を含む健康状態について十分な説明を受ける権利を有する、8) 守秘義務に対する権利として、患者の健康状態、症状、診断、予後および治療に関して個人を特定しうるあらゆる情報および他のあらゆる個人情報はその死後も守られなければならない。秘密情報は患者が明確に同意を与えるか、法律に明確に規定される場合に限り開示することができる、10) 尊厳に対する権利として、患者の尊厳およびプライバシーに対する権利は、治療と医学教育の中で常に尊重される。あわせて同宣言は、法律、政府の行為または他の行政または慣習が患者の権利を否定する場合には、医師がこれらを守るまたは回復させると声明している（WMA 2005b）。

刑事施設における医師の義務と患者の権利の関係性は、一般社会と同じ倫理によって規律されると考えられている。2015年に改訂された被拘禁者処遇最低基準規則<sup>8)</sup>（以下、マンデラ・ルールズとする）32は、「医師およびその他のヘルスケア専門職と被収容者との関係は、一般社会において患者に適用されるものと同じ倫理的および職業的基準によって支配される（governed by the same ethical and professional standards as those applicable to patients in the community）」とする（UN 2015）。また国際刑事施設医療業務

8) 改訂の経緯等に関しては、杉山（2016）を参照。

評議会（International Council of Prison Medical Services）のいわゆるアテネの誓い（Oath of Athens）は、「我々、刑事施設で働く保健医療専門職は（……）いかなる理由で刑事施設に収監された者に対しても、偏見なくかつ我々各自の職業倫理の範囲内で、可能な最善の医療を提供するよう努めることを誓う」としている（Coyle 2014: 7）。欧州評議会のマニュアルも同趣旨である（ただし、本マニュアルは必ずしも同会の公式見解を反映したものではない）（Lehtmetts & Pönt 2014: 9）。

## II 医療へのアクセス

医療への自由なアクセスは、受刑者にとって極めて重要な権利である。欧州評議会のマニュアルでは、刑事施設の被収容者は、その拘禁の執行制度がどのようなものであれ、いつでも医師へのアクセスを有していなければならないとされている（Lehtmetts & Pönt 2014: 12）。欧州刑事施設規則40の3も、被収容者はその法的地位に関係なく、国の保健サービスにアクセスできなければならないとしている（CM 2006）。医師へのアクセスを保障する具体的な場面として、拷問等防止委員会は以下の水準を求めている。はじめに施設への入所時検診である。全ての被収容者は、入所後可能な限り早い段階で医師による適切な問診を受け、必要であれば健康診断を受けることが推奨される。その際、施設でのヘルスケア・サービスや保健衛生を説明したリーフレット等が提供されることが望ましい。次に入所中、被収容者はいつでもかつ遅滞なく医師への診察を申し出ることができなければならない。この申し出は封書等によって秘密が守られる方法でなされる必要がある。また緊急事態に備えて、医師はいつでも呼び出しに応じることができなければならない。医師が不在の場合に備えて、応急措置が可能者が施設に常駐して

いなければならない、これは看護師の資格を持つ者であることが望ましい。最後にフォローアップである。施設での外来治療はヘルスケア・スタッフによって適切に監督されるべきであり、被收容者自身のイニシアティブに任せるのは不十分である (CPT 2011: 39)。

### Ⅲ 医療の同等性

拷問等防止委員会によれば、不適切な水準の医療は直ちに「非人道的および品位を傷つける取り扱い」の範囲に含まれる状況に至りうる (CPT 2011: 38)。刑事施設で提供される医療は「外部社会で患者が享受するものと同等の条件 (in conditions comparable)」でなければならない (CPT 2011: 40)。マンデラ・ルールズ 24 は、「一般社会において利用可能なものと同じ基準 (same standards)」 (UN 2015) とする。欧州刑事施設規則 40 の 2 は、刑事施設の保健政策が「国の保健政策に統合され、かつ同等のもの (integrated into, and compatible)」であるべきとしている (CM 2006)。このケアの同等性 (equivalence of care) は、医療や看護のみならず、適切な食事、理学療法、リハビリテーションおよび他の必要な専門的ケアにおいても要求される (Lehtmets & Pönt 2014: 11)。そのため刑事施設の医療設備は、被收容者に適切なケアを提供するために十分なスタッフと機器が備わっていないなければならない (UN 2015)。もっとも、刑事施設がこうした要求を満たすことはしばしば困難であり、地域の民間病院等との連携の必要性が強調される。ここには民間病院への移送体制の整備が含まれるが、このことがしばしば保安上の問題をもたらしうる。この点、欧州評議会のマニュアルは、治療を受けるために民間病院に移送された受刑者がベッドや家具に物理的に拘束されてはならないとしている。保安的要請を満たす他の手段が検討されなければ

ならず、病院内に特別のユニットを設けることは、そのありうる方法の1つと考えられている (Lehtmets & Pönt 2014: 11)。

なお欧州評議会閣僚委員会は、刑事施設における医師へのアクセスと医療の質という観点から、施設のヘルスケアを一般医療サービスへ統合することを推奨している (CM 1998)<sup>9)</sup>。

### Ⅳ 医療上の守秘義務

医療上の守秘義務 (confidentiality) の問題は、刑事施設医療において特有の問題を提起する。欧州評議会のマニュアルによれば、刑事施設における医療上の守秘義務は、一般国民に対するものと同じ程度の厳格さで保持かつ尊重されなければならない (Lehtmets & Pönt 2014: 12)。この点につき、同マニュアルは以下の水準を要求している。被收容者によるヘルスケア・サービスへのアプローチは、封書等による秘密が守られた手段によらなければならない。刑事施設の職員は、被收容者からの診察の申し出を選別してはならない。被收容者は集団ではなく個別に診察を受け、その際、非医療従事者は同席してはならない。診察中、被收容者は手錠をされてはならず、保安職員は声が届く範囲の外かつ視野の外にいないなければならない。ただし、医師または看護師がこれを求める場合には例外が認められうる。診察中に突然、被收容者が興奮または威迫するような例外的な状況に備えて、医師によるコール・システムを設置することはありうる解決策の1つである。薬剤の配布は原則として医療専門職によって行われるが、やむを得ず刑事施設の職員にこれを委託することがありうる。その際、あらかじめ医療職員が薬剤を服薬ボックスに詰めておき、薬剤の名前と量が

9) Coyle (2014: 7) によれば、刑事施設の医療が国の一般医療へ統合された例としてノルウェー、フランスおよび英国がある。

配布する職員に知られないようにする必要がある。被収容者の医療ファイルを保管する責任は医師にある。被収容者の移送の際には、秘密が守られる方法を用いて受け入れ先の医師に送付されなければならない（Lehtmetts & Pönt 2014: 12-13）。ただし一般的な倫理原則と同様に、患者自身または第三者に対する危害が差し迫っており、守秘義務に反する以外に当該危害を回避することが不可能な場合には、患者の情報を開示することは倫理に反しない（WMA 2006d）。

## V 医療措置への同意と拒否

原則として、医療専門職は患者の同意なしに検査および治療を行ってはならない。判断能力のある患者は、誰でも治療または他の医療的介入を自由に拒否することができる。この基本原則に対する例外は、法に基づき、一般社会で適用されうる例外的状況に明確かつ厳格に関連する場合にのみ許される。この点は、刑事施設の医療においても変わるところはないとされる（Lehtmetts & Pönt 2014: 15）。マンデラ・ルールズ 32 (b) は、自己の健康に関する被拘禁者の自律性と患者-医師間のインフォームドコンセントの厳守を要求している（UN 2015）。また真の同意には適切な情報が不可欠である。その際考慮されるべきは、刑事施設の被収容者にしばしば見られる非識字、理解力の困難および言語の壁である。特に治療への不同意の場合、患者が自らの決定の意味を理解しているのかどうか、そして患者が当該決定をいつでも撤回できることを知らされているのかどうか、医師は確認する必要がある（Lehtmetts & Pönt 2014: 14）。

患者の治療への同意と拒否に関連して、被収容者によるハンガー・ストライキは、刑事施設の医療において困難な問題を生じさせる。この局面では、身体の完全性および生命の保護に対する当局（または医師）の義務と、身体の自由

処分に対する個人的権利という2つの価値の衝突が起こる。こうした状況は刑事施設のヘルスケア職員にとって難問であり、しばしばそのプレッシャーは医師へとかかってくる。行刑もしくは司法当局が医師の決定を操作することさえ考えうる（Restellini & Restellini 2014: 14）。この問題に関して、拷問等防止委員会は、各国訪問レポートの中でかつて検討したことがあった。それによれば、国の関係当局は、被収容者に対するケアの義務を有している。この義務には自殺および他の死または不可逆的ダメージをもたらす行為の予防を伴う、被収容者の生命の保護が含まれる。したがってハンガー・ストライカーに対する意思に反した栄養投与の判断は、不可逆的な身体へのダメージまたは死から被収容者を保護するために原則的に正当化されうるとしていた。他方で、欧州における各国法制度の大多数は、関連する国際的な医療倫理綱領と同じく、たとえそれが当人の生命を救うものであっても、判断能力のある成人は医療措置の拒否を選択することができるとしている（Lehtmetts & Pönt 2014: 41）<sup>10)</sup>。ハンガー・ストライカーに関する世界医師会マルタ宣言も、基本的には後者の立場である。要約すると、1) 医師は個人の精神能力（mental capacity）を査定しなければならない。ここには断食意思が本人の健康への判断能力を深刻に衰退させる精神的減退によるものでないかの確認が含まれる、2) 医師は可能な限り早期にハンガー・ストライカーの病歴を手に入れなければならない。医師は彼らに平易な言葉で断食による不利益な結果を説明しなければならない、3) ハンガー・ストライカーの全身検査は、断食の当初に行われなければならない、4) 一定の介入への拒否が感染症または苦痛の治

10) フランスもそのような国の1つである。適切な情報、拒否理由の理解、自己決定阻害要因の評価と除去、医師と患者による議論といった一定のプロトコルに従ったうえで、場合によっては患者の死が許容される（Elger 2006）

療といった他の医療的ケアを否定してはならない, 5) 医師は秘密かつ他の者に声が届かない場所で, ハンガー・ストライカーと話し合いをしなければならない, 6) 医師は食料または治療の拒否が個人の自発的な選択であるということを確信している必要がある。医師または他のヘルスケア職員は, ストライキを止めさせるためにハンガー・ストライカーに何らかの不当な圧力をかけてはならない, 7) 治療または人口栄養の拒否を良心を理由に固守することができない医師は, 最初の時点でそのことを明確にし, これが可能な別の医師を紹介しなければならない, 8) 医師とハンガー・ストライカーの間の継続的なコミュニケーションは決定的に重要である。ハンガー・ストライカーがもはや意味のあるコミュニケーションをとることが不可能となった時でも, 医師は毎日その者の意思を確認しなければならない, 9) 意識が失われた時のためにハンガー・ストライカーによる何らかの事前指示 (advance instruction) が検討される必要がある。事前の治療拒否要求は, それが能力のある時点での本人の自発的な希望を反映している限り尊重される, 10) 仮に当事者と議論が不可能であり, かつ事前の指示も存在しないのであれば, 医師はその者の最善の利益と考えることに従い行動すべきである。このことは, ハンガー・ストライカーの身体的な健康のみならず, その事前に表明された希望ならびに個人的および文化的価値観を考慮することを意味する, 11) 医師は, 例えば治療拒否の事前指示が脅迫のもとで作成されたと思われるという理由から, これに従わないことを正当と見なすことができる, 12) 人工的な栄養投与は, 判断能力のあるハンガー・ストライカーの同意があれば倫理的に妥当なものとなりうる。同様に, 判断能力のない者が栄養投与を拒否する事前指示を残していない場合も許容される, 13) 強制栄養は倫理的には決して許されない。たとえ本人の利益となること

が意図されていても, 脅迫, 強制, 実力または拘束手段の使用が伴う栄養投与は, 非人道的および品位を傷つける取り扱いの一形態となる (WMA 2006c)。刑事施設等におけるハンガー・ストライカーの取り扱いに関しては, 国内の医師会, 医療専門職ならびに医療倫理専門家が共同して厳格なプロトコルを作成する必要がある。

## VI 医療専門職の自律性と独立性

### 1 一般的な事項

刑事施設の医療専門職は, 二重義務またはデュアルロイヤルティ (dual loyalty) の危険に常にさらされている。彼らの患者, つまり疾病に罹患した被収容者に対するケアの義務は, しばしば施設の管理や保安, 場合によっては社会の安全への考慮と対立する。この点につき, 世界医師会は専門職的自律性 (professional autonomy) と臨床的独立性 (clinical independence) に関するソウル宣言において, 以下のように声明している。専門職的自律性と臨床的独立性の中心的な要素は, 個々の医師が患者のケアおよび治療において外部の団体や個人から不当な干渉を受けずに, その職業的判断を自由に行使することを保障するところにある。政府および行政機関が臨床的独立性に不合理な制約を課すことは, 少なくとも患者と医師との関係に不可欠な信頼を失う恐れがあるという点で, 患者の最善の利益に反する (WMA 2008)。また医師と大学関係者からなる国際デュアルロイヤルティ・ワーキンググループ (International Dual Loyalty Working Group, IDL) は, 刑事施設で働く実務家向けのガイドラインにおいて次のように述べている。医療専門職は常に患者の最善の利益に基づき行動すべきであり, デュアルロイヤルティの状況においてもその目的は変わらない。医療専門職は不当な外部からの干渉なく, 独立

した臨床のおよび倫理的判断を下す確実な権利を有している。しかし、医療専門職は、しばしば国または第三者から医療情報の無視、改ざんまたは隠蔽を要求されることがあり、医療専門職を援助する仕組みが必要とされる（IDL 2002）。

医師をはじめとした医療専門職の自律性と独立性が問題となる具体的ないくつかの局面がある（拷問等への関与の禁止は次項でふれる）。第1に死刑手続きへの関与である。国際デュアルロイヤルティー・ワーキンググループは、医療専門職は執行直前または執行後に行われる検査も含み、どのような方法、または手続きのどの段階においても死刑に関与すべきでないとしている（IDL 2002）。第2に保安目的等から医学知識または技術の転用を当局等から要請される場合である。国連の医療倫理原則3は、身体または精神の健康を評価、保護および促進する目的以外の医師－患者の関係性を禁じ、同原則4（a）は被収容者への尋問を援助するための医学知識や技術の転用を倫理原則違反としている（UN 1982）。世界医師会は身体検査に関する声明の中で、特に体腔検査（body cavity search）は医療的な訓練を受けた者がすべきであるが、被収容者に医療を提供する医師が自ら遂行してはならないとしている（なお本声明は当該検査自体を最終手段とすべきとしている）（WMA 2005a）。第3に上記にも関係するが、懲罰手続きへの関与である。とりわけ厳正独居拘禁（solitary confinement）またはそれに類する処分の意思決定手続き（適性判断等）に医師は関与してはならない。ただし、既に厳正独居拘禁に付されている者の健康状態に責任を持つのは、刑事施設の医療職員である。医療職員は各措置の実施を知らされなければならない。実施後直ちに、それ以降は少なくとも1日1回被収容者を訪問し、適切な援助と治療を提供しなければならない。また被収容者の健康状態が深刻なリスクにさら

されている場合、直ちに刑事施設の長に報告しなければならない（Lehtmetts & Pönt 2014: 24）。欧州刑事施設規則43の2以下も同趣旨である（CM 2006）。マンデラ・ルールズ46も同様に、医療職員が規律違反に対する制裁その他の制限措置を科すことに関してもいかなる役割も果たすべきではないとしている（UN 2015）。

## 2 拷問等からの保護

拷問およびその他の残虐な、非人道的もしくは品位を傷つける取り扱いまたは刑罰からの被収容者の保護に関する医師等の役割は、刑事施設の医療において特有の問題領域を形成する。様々な国際的倫理基準および規則において、関心が向けられる分野である。

マンデラ・ルールズ32（d）は、積極的であるか消極的であるかを問わず、医療職員の拷問等への関与を絶対的に禁止し、同34はこれら徴候を認めた場合の記録と関係当局への報告を医療職員に要求している（UN 2015）。また拷問等に関する効果的な調査と記録のためのプロトコルが国連により出されている（UN 2004）。世界医師会による拘禁下にある者への拷問等に関する医師のためのガイドラインを示した東京宣言は、医師による人命の尊重と人道に反する医学知識の使用禁止を求め、以下の7点を声明している。要約すると、1）医師はいかなる者に対しても拷問等の実施を支持、黙認または参加してはならない、2）医師は拷問等を容易にするまたはそれらに対抗する被害者の能力を減じる、いかなる建物、器具、薬剤または知識を提供してはならない、3）尋問を受ける被収容者に医療支援を与える医師は、医療情報に対する守秘義務に留意し、ジュネーブ条約違反があれば関連当局に報告すべきである。また医師は、医学知識もしくは技能または特定個人に対する医療情報を、それら個人の尋問を容易にしたりは助けるために用いる、または用いられてはならない、4）

医師は拷問等が用いられる、または威迫される場面に同席してはならない、5) 医師は医療上責任を負う者のケアに対して判断を下すにあたり、臨床上完全な独立を有していなければならず、いかなる個人的、集团的または政治的動機も優先してはならない、6) 判断能力があると見なされる被収容者が食物を拒否する場合、医師はその者に対して人工的な栄養投与をしてはならない。判断能力の判断は少なくとも2名の医師によって確認されなければならない、7) 世界医師会は拷問等の黙認を拒否したために脅迫または報復に直面している医師およびその家族を支援し、かつ国際団体、各国医師会およびその同僚にそうした医師等を支援するよう奨励すべきである (WMA 2006b)。この最後の点に関して、拷問等への関与を拒否する医師の支援に関する世界医師会の宣言がある。それによれば、医療専門職組織は医師として人道に資することに誇りを持ち、倫理違反行為に反抗するよう医師らを奨励し、困難に直面している医師を支援する責任を有する。世界医師会は、医師の拷問等への関与に対して国際的に反対し、これに反抗する医師に支援と保護を提供するとともに、各国医師会にそれを行うよう要求する (WMA 2007a)。拷問等に関する医師の記録と告発に関する世界医師会の決議は次のように述べている。要約すると、1) 医師による注意深いかつ一貫した拷問等の記録と告発が被害者の保護に資する、2) 拷問等の後遺症の確認および被害者の治療を行なった医師は人権侵害の特権証人 (privileged witnesses) である、3) 心理的な後遺症の結果、拷問等の被害者は自ら告発することがしばしばできない、4) 医師による拷問等の記録と告発がないことは、被害者にとって許容や無助力と見なされる、5) にもかかわらず医療倫理綱領や法律の中に一貫しかつ明白な医師の義務に関する言及がない。以上を認識したうえで、世界医師会は各国の医師会に次のように勧奨する。主

要なものを要約すると、1) 被拘禁者または拷問等の被害者による独立したヘルスケアへの即時的なアクセスの確保、2) 省略、3) 拷問等の効果的な調査と記録に関するイスタンブール・プロトコル (UN 2004) の普及、4) 証拠として使用可能な記録を作成するために、各種拷問等の特定に関する医師の訓練の推進、5) 6) 7) 省略、8) 医師による拷問等の兆候の査定および記録によって、被拘禁者を危険にさらさないような手続き上の予防措置の組み入れ、9) 各国の倫理規則および法制度における、医師の拷問等に関する報告義務の確認、報告における守秘義務の例外の定立、ならびに被害者の報告による危害回避に対する医師への注意喚起、の採択である (WMA 2007b)。

#### むすびにかえて

以上、必ずしも網羅的ではないが、国際機関の規則等を検討することで、刑事施設における医療倫理の国際的なスタンダードが明らかになったように思う。要約すると、①医師は患者の最善の利益を追求する義務があり、患者は適切な医療を受ける権利を有している。この医師と患者の関係性は、刑事施設の医療においても妥当する、②刑事施設の被収容者は、その拘禁の執行制度を問わずいつでも医師に対するアクセスを有していなければならない、③刑事施設における医療の水準は、一般社会と同じ基準または条件でなければならない、④医療上の守秘義務は、刑事施設においても一般社会と同じ程度の厳格さで尊重されなければならない、これに対する例外も一般社会と同等の原理によって許容される、⑤医師等の医療専門職は、患者の同意なしに検査および治療を行なってはならず、刑事施設の医療においてもインフォームドコンセントは厳守されなければならない、⑥刑事施設の医療専門職は、外部からの不当な干渉なく、

独立した臨床および倫理的判断を下す権利を有している。医師の拷問等への関与は絶対的に禁止される。

刑事施設における医療倫理に関する国際的な一致点を明らかにするという本稿の性質上、個別具体的な論点に踏み込んで検討することはできなかった。被收容者の医療アクセスを確保する体制や手続き、医療情報保護システムならびにハンガー・ストライカーへの対応プロトコル等に関しては、諸外国の法制度や実務を踏まえたより一層の検討が必要である。また医療倫理研究には、実務を反映したケース・スタディが欠かせない。そのためには、法学研究者のみならず刑事施設医療に携わる医療専門職との共同研究も必要となる。加えて刑事施設における精神科医療をめぐる倫理的課題は、それ自体極めて広大かつ専門的な研究領域を形成している。本稿で明らかにされた国際的な刑事施設の医療倫理スタンダードを、こうした個別領域にどのように適用しうるのかといったさらなる論考的および実践的検討は今後の課題としたい。

### 謝辞

本論文は JSPS 科研費基盤研究 (B) 「矯正施設における医療・健康・人権の社会的構成に関する比較法政策学的研究 (JP15H03298)」の助成を受けた研究成果の一部である。

### 引用文献

Committee of Ministers of the Council of Europe (1998) CM Recommendation No. R (98) 7 of the Committee of Ministers to Member States concerning the ethical and organisational aspects of health care in prison adopted by the Committee of Ministers on 8 Apr. 1998. Strasbourg: Council of Europe.

Committee of Ministers of the Council of Europe (2006) CM Recommendation Rec (2006) 2 of

the Committee of Ministers to member states on the European Prison Rules<sup>1</sup> adopted by the Committee of Ministers on 11 January 2006 at the 952nd meeting of the Ministers' Deputies. Strasbourg: Council of Europe. 吉田敏雄 (訳) (2008) 欧州刑事施設規則 (1) - 2006年1月11日の欧州会議閣僚委員会勧告2号. 北海学園大学学園論集, 135, 95-114. 同 (訳) (2008) 欧州刑事施設規則 (2・完) - 2006年1月11日の欧州会議閣僚委員会勧告2号. 北海学園大学学園論集, 136, 117-137.

Coyle, A. (2014) Standards in prison health: the prisoner as a patient. Enggist, S., Möller, L., Galea, G. and Udesen, C. (eds.) *Prisons and Health*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 6-11 (Retrieved Feb. 22, 2017 <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/prisons-and-health>).

Elger, B. (2006) Problématique éthique de l'exercice de la médecine en prison. Bertrand, D. and Niveau, G. *Médecine, Santé et Prison*. Genève: Médecine & Hygiène, 125-142.

European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (2011) *CPT standards*. Strasbourg: Council of Europe (Retrieved Feb. 17, 2017 <http://www.cpt.coe.int/en/docsstandards.htm>).

International Dual Loyalty Working Group (2002) *Dual Loyalty & Human Rights: In Health Professional Practice; Proposed Guidelines & Institutional Mechanisms*. United States: Physicians for Human Rights and the School of Public Health and Primary Health Care, University of Cape Town, Health Sciences Faculty (Retrieved Feb. 17, 2017 <http://physiciansforhumanrights.org/library/reports/dual-loyalty-and-human-rights-2003.html>).

海渡雄一・福島至 (2007) 刑事施設医療—悲劇から何を学ぶべきか. 菊田幸一・海渡雄一 (編) 刑務所改革. 日本評論社, 191-216.

紅野幸男 (2016) 網走刑務所の常勤医師確保に向けた取組みについて. 刑政, 127 (7), 90-98.

久家健志 (2016) 矯正医官の兼業及び勤務時間の特例等に関する法律. 法令解説資料総覧, 411, 4-9.

Lehtmetts, A. and Pönt, J. (2014) *Prison Health Care and Medical Ethics: A Manual for Health-Care*

- Workers and Other Prison Staff with Responsibility for Prisoners' Well-being*. Strasbourg: Council of Europe (Retrieved Feb. 17, 2017 <https://book.coe.int/eur/en/penal-law-and-criminology/6882-pdf-prison-health-care-and-medical-ethics.html>).
- Restellini, J. P. and Restellini, R. (2014) Prison-specific ethical and clinical problems. Enggist, S., Møller, L., Galea, G. and Udesen, C. (eds.) *Prisons and Health*, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 11-18 (Retrieved Feb. 22, 2017 <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/prisons-and-health>).
- 柴田靖・遠藤望 (2011) 刑務所受刑者の急性期脳梗塞入院加療－倫理的考察. 脳卒中, 33 (1), 150-153.
- 杉山多恵 (2016) 被拘禁者最低基準規則改正について. 刑政, 127 (3), 78-93.
- United Nations (1982) UN Principles of Medical Ethics relevant to the Role of Health Personnel, particularly Physicians, in the Protection of Prisoners and Detainees against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment adopted by General Assembly resolution 37/194 of 18 December 1982. New York: United Nations.
- United Nations (2004) *Istanbul Protocol: Manual on the Effective Investigation and Documentation of Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment*. New York: United Nations (Retrieved Feb. 24, 2017 <http://www.ohchr.org/Documents/Publications/training8Rev1en.pdf>).
- United Nations (2015) UN Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners: the Nelson Mandela Rules adopted by the First United Nations Congress on the Prevention of Crime and the Treatment of Offenders, held at Geneva in 1955, and approved by the Economic and Social Council by its resolutions 663 C (XXIV) of 31 July 1957 and 2076 (LXII) of 13 May 1977, and adopted by General Assembly Resolution 70/175 of 17 Dec. 2015. New York: United Nations. 監獄人権センター (訳) (2015) 国連被拘禁者処遇最低基準規則 (マンデラ・ルール) (2017年2月24日取得 <https://www.penalreform.org/resource/standard-minimum-rules-treatment-prisoners-smr/>).
- World Medical Association (2005a) WMA Statement on Body Searches of Prisoners adopted by the 45th World Medical Assembly, Budapest, Hungary, October 1993 and editorially revised by the 170th WMA Council Session, Divonne-les-Bains, France May 2005. World Medical Association.
- World Medical Association (2005b) WMA Declaration of Lisbon on the Rights of the Patient adopted by the 34th World Medical Assembly Lisbon, Portugal, September/October 1981, and amended by the 47th WMA General Assembly Bali, Indonesia, September 1995, and editorially revised at the 171st Council Session, Santiago, Chile, October 2005. World Medical Association.
- World Medical Association (2006a) WMA Declaration of Geneva adopted by the 2nd General Assembly of the World Medical Association, Geneva, Switzerland, September 1948 and amended by the 22nd World Medical Assembly Sydney, Australia, August 1968 and the 35th World Medical Assembly Venice, Italy, October 1983 and the 46th WMA General Assembly Stockholm, Sweden, September 1994 and editorially revised at the 170th Council Session, Divonne-les-Bains, France, May 2005 and the 173rd Council Session, Divonne-les-Bains, France, May 2006. World Medical Association. 日本医師会(訳) (2007) 世界医師会ジュネーブ宣言. 日本医師会.
- World Medical Association (2006b) WMA Declaration of Tokyo - Guidelines for Physicians Concerning Torture and other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment in Relation to Detention and Imprisonment adopted by the 29th World Medical Assembly, Tokyo, Japan, October 1975 and editorially revised by the 170th WMA Council Session, Divonne-les-Bains, France, May 2005 and the 173rd WMA Council Session, Divonne-les-Bains, France, May 2006. World Medical Association.
- World Medical Association (2006c) WMA Declaration of Malta on Hunger Strikers adopted by the 43rd World Medical Assembly, St. Julians, Malta, November 1991 and editorially revised by the 44th World Medical Assembly, Marbella, Spain,

- September 1992 and revised by the 57th WMA General Assembly, Pilanesberg, South Africa, October 2006. World Medical Association.
- World Medical Association (2006d) WMA The WMA International Code of Medical Ethics adopted by the 3rd General Assembly of the World Medical Association, London, England, October 1949, and amended by the 22nd World Medical Assembly, Sydney, Australia, August 1968, the 35th World Medical Assembly, Venice, Italy, October 1983, and the WMA General Assembly, Pilanesberg, South Africa, October 2006. World Medical Association. 日本医師会（訳）（2006）WMA 医の国際倫理綱領. 日本医師会.
- World Medical Association (2007a) WMA Declaration of Hamburg concerning Support for Medical Doctors Refusing to Participate in, or to Condone, the Use of Torture or Other Forms of Cruel, Inhuman or Degrading Treatment adopted by the 49th WMA General Assembly, Hamburg, Germany, November 1997 and reaffirmed by the 176th WMA Council Session, Berlin, Germany, May 2007. World Medical Association.
- World Medical Association (2007b) WMA Resolution on the Responsibility of Physicians in the Documentation and Denunciation of Acts of Torture or Cruel or Inhuman or Degrading Treatment Adopted by the 54th WMA General Assembly, Helsinki, Finland, September 2003 and amended by the 58th WMA General Assembly, Copenhagen, Denmark, October 2007. World Medical Association.
- World Medical Association (2008) Declaration of Seoul on Professional Autonomy and Clinical Independence Adopted by the 59th WMA General Assembly, Seoul, Korea, October 2008. World Medical Association. 日本医師会（訳）（2008）プロフェッショナル・オートノミーと臨床上の独立性に関する WMA ソウル宣言. 日本医師会.
- World Medical Association (2015) *Medical Ethics Manual*. Ferney-Voltaire: World Medical Association (Retrieved Feb. 24, 2017 <http://www.wma.net/en/30publications/30ethicsmanual/index.html>). 樋口範雄（監訳）（2016）WMA 医の倫理マニュアル. 日本医事新報社.
- 山崎公士（2003）名古屋刑務所事件が提起したもの. 法学セミナー, 583, 6-7.

（受稿日：2017. 2. 27）

（受理日：2017. 4. 12）

## Practice & Discussion

# International Standards of Medical Ethics in Prison

AIZAWA Ikuo

(Ritsumeikan Global Innovation Research Organization, Ritsumeikan University)

The purpose of this study was to evaluate the international standards of medical ethics in prison in reference to documents released by international organizations (e.g., the United Nations, the World Health Organization, the World Medical Association, etc.). Since the beginning of this century, the Japanese prison system has required reforms in various areas, with prison health care service being one of the most important issues. While several legislations and reforms have been implemented, less attention has been paid to ethical issues in the medical practice at penal institutions. This study clarifies the ethical standards of prison health care from the international standpoint as follows: (1) The relationship between the duties of the doctor for the patient's best interests and the rights of the patient to adequate medical care is relevant to the prison health care service. (2) Prisoners should have an access to a doctor at all times. (3) The provision of prison health care services, which include medical treatment and nursing care, as well as appropriate diets, physiotherapy, rehabilitation and any other necessary special facilities, should be comparable to that enjoyed by patients in the outside community. (4) Medical information should be treated in the same manner as in public hospitals. (5) Informed consent is essential in prison health care. (6) The prison health care staff should have the same professional independence as their professional colleagues working in the community.

**Key Words** : prison, health care, medical ethics

*RITSUMEIKAN JOURNAL OF HUMAN SCIENCES, No.36, 55-66, 2017.*

---