

東日本入国管理センター被收容者死亡事案に関する調査報告書

平成29年11月

法務省入国管理局

報告書目次

第1	はじめに	1
第2	身分事項及び退去強制手続の状況等	1
第3	調査経過（判明した事実関係等）	
1	生前の健康状態及び動静	1
2	椎骨動脈の解離性動脈瘤破裂によるくも膜下出血について	3
3	東日本センターの診療体制について	7
第4	調査結果等	
1	予見可能性について	7
2	救命可能性（結果回避可能性）について	8
第5	東日本センターを含む各地方入国管理官署における医療体制の在り方及び医療に関する警備処遇の在り方について	9

第1 はじめに

平成29年3月25日、入国者収容所東日本入国管理センター（以下「東日本センター」という。）において、被収容者一名が死亡するという事案が発生した。

当局としては、被収容者の死亡事案が発生した事実を重く受け止め、本件事案に係る事実関係を明らかにする必要があるものと認め、同センターの保管記録等を精査し、本件事案発生当時に勤務していた入国警備官やその当時に収容されていた他の被収容者など関係者から事情聴取を行い、さらには、外部医療機関の専門医に医学的知見を踏まえた意見を求めるなど、以下のとおり調査を実施した。

第2 身分事項及び退去強制手続の状況等

1 身分事項等

国籍(性別) ベトナム(男性)

生年・年齢 1969年生(死亡当時47歳)

退去強制事由 出入国管理及び難民認定法第24条第4号チ《薬物関連刑罰法令違反》・同号ロ《不法残留》該当

2 退去強制手続の状況等

平成6年10月4日 上陸許可「定住者(3年)」(1回更新あり)

平成11年11月8日 薬物関連刑罰法令違反で実刑判決

平成12年10月4日 在留期限、同日の経過により不法残留

平成16年11月24日 前刑仮釈放に伴い、収容令書に基づき東京入国管理局(以下「東京局」という。)に収容

平成17年1月11日 退去強制令書発付、東京局で収容継続
その後、3回、仮放免許可を受けたが、いずれも、仮放免期間中に刑罰法令違反を犯し、実刑判決により刑務所に収容され、各刑の仮釈放もしくは満期釈放に伴い、東京局等当局収容施設に再収容

平成25年5月17日 仮放免許可(4回目)

平成28年12月7日 仮放免条件違反(就労不可条件違反)による仮放免許可取消に伴い、東京局に再収容

平成29年3月16日 東日本センターに移収
25日未明 死亡確認

3 死因

左椎骨動脈の解離性動脈瘤破裂によるくも膜下出血(病死)

第3 調査経過(判明した事実関係等)

1 生前の健康状態及び動静

(1) 東京局収容以前(～平成28年12月7日)

本人は、仮放免中計36回にわたり、入国警備官と面談をしているところ、その際、入国警備官に対し、自己の健康状態について、「良好」「健康でどこも悪く

ない」旨申告しており、頭痛や頸部痛を訴えたことはなかった。

(2) 東京局収容中（平成28年12月7日～平成29年3月16日）

本人は、東京局収容開始日に提出した「健康状態に関する質問書」において、「体のどこかに調子の悪いところがありますか？」との質問に対し、「ない」欄にチェックをし、かつ、「頭痛がする」欄にはチェックをしておらず、その後もしばらくの間は、頭痛を訴えることがなかったものの、平成28年12月31日から翌29年3月14日までの間、断続的に頭痛を訴えることがあり、救急常備薬である頭痛薬を服用させると頭痛は治まった様子であった。

(3) 東日本センター収容中（平成29年3月16日から同月25日まで）

ア 3月18日～19日

3月18日20時47分頃、同室者からの訴えを受けて職員が居室に急行したところ、本人は、2段ベッドの上段で仰向けの状態で悶えており、呼吸も荒く、また、意識が朦朧とした状態で声掛けに応じず、使用していた枕カバーには血のような染みが付いていた。

本人は、21時2分頃、職員に対し日本語で「大丈夫」などと答えたものの、同室者の他のベトナム人が、本人の話している内容が支離滅裂である旨申し立てたことから、職員は、21時9分頃、直ちに病院搬送を要するとは考えなかったものの容態観察を行う必要があると判断し、本人を休養室に移室した。その際、本人の下衣が濡れており失禁していることを確認したことから、移室後、着替えを行った。また、本人は、職員に対し、頭痛及び頸部痛を訴え、アイスノンの貸与を受けた。

その後、容態観察を行っていたところ、19日12時50分頃、意識朦朧状態からの回復が認められ、自ら用便もできている状態であり、意思の疎通ができていたことから、容態が落ち着いたものと判断し、休養室から退室させた。

イ 3月21日

本人は、18日以降、数回にわたり、頭痛等を訴えるとともに、「痛みはありますが、痛み止めを服用すれば大丈夫です。」などと述べて、救急常備薬である頭痛薬を服用するなどしていたものの、他方で、昼夜を問わずに頭痛等を訴えていたことや頭痛薬の効果がないなどと申し出たこともあったことから、職員からの進言により、21日、東日本センター内の診療室において、ベトナム語の電話通訳を介して、非常勤医師の診療を受けたところ、筋緊張性頭痛と診断され、頭痛薬（エチゾラム）及び首用コルセットが処方された。

ウ 3月23日

本人は、19時42分頃から22時48分頃までの間、当時の居室において、断続的に、大声で、頭痛や頸部痛を訴えていた。その間、職員は、頭痛薬を処方し、バイタルチェック（結果は正常値の範囲内）をするなどしたものの、頭痛や頸部痛の訴えが続いたことから、22時51分頃、直ちに病院搬送を要するとは考えなかったものの容態観察を行う必要があるものと判断し、本人を休養室に移室した。

エ 3月24日～25日

その後、職員は、容態観察を行いつつ、引き続き頭痛薬を処方するなどしていたところ、24日8時44分頃、頭痛等を訴える回数も減った上、本人の申出により変更支給されたかゆ食もほぼ完食していたことから、容態が落ち着いたものと判断し、本人を休養室から退室させ、単独室に帰室させた。

8時44分頃から22時頃（消灯時間）までの間、20回弱、職員が本人の居室に赴き、薬やアイスノンを渡したり、声を掛けたりしていた。

本人は、19時21分頃、居室で、呻き声や咳き込む声を発していたものの、その後、それらの声が聞こえなくなった。

職員は、22時52分頃、本人が居室でうつ伏せの状態で見床したのを確認した後、翌25日1時2分頃までの間、本人の就床姿勢が変わっていなかったことから、その頃、本人に呼び掛けをしたものの反応がなく、1時12分頃、同居室に入室したところ、本人の意識がなく、呼吸もしていなかったため、救命措置を実施するとともに救急車の出動を要請し、2時2分頃、救急車で本人を病院に搬送したが、2時20分、本人の死亡が確認された。

2 椎骨動脈の解離性動脈瘤破裂によるくも膜下出血について

(1) 3月21日に庁内診療をした非常勤医師（以下「非常勤庁内診療医」という。）の意見等

本人は、庁内診療の際、普通に会話ができ、どこが痛いのか尋ねたところ、「首から頭にかけて痛みがある。頭痛持ちである。肩こりもある。」「頭痛は良くなったり、悪くなったりする。ここ数日痛みが強くなってきた。」と訴えていた。また、「(職員に)『頭が痛い』とは言ったが、医者に診てもらいたかったわけではない。」とも言っていた。

本人は、首用コルセットを求めてきたので、看護師がこれを本人に渡すと、自ら首に巻き、ニコッと笑って、「もう大丈夫。バイバイ。」と言って勝手に診療を終わらせ、診療室から出て行ってしまったので、診察らしい診察をさせてもらえなかった。

本人の訴えから筋緊張性頭痛と考へて、筋弛緩作用のある頭痛薬を処方した。

3月18日に尿失禁等の症状があり、翌日の診療で頭痛を訴えていたのであれば、前日の尿失禁等と頭痛の関係を疑うが、本人の場合は、3日後の21日に診療を受けており、しかも、診療の際は普通に会話ができていた。このことから、報告のあった視線が定まらないとか尿失禁といった症状は、本人に統合失調症の既往歴があるとのことだったので、むしろそちらの影響かと思った。

(2) 司法解剖執刀医の意見等

ア 解離性動脈瘤が破裂するまでの機序等

(ア) 頸部外傷や急激な血圧の変動等何らかの原因（なお、本人の場合、血管病変が認められなかったため、病気が原因ではないと考へる。）で、血管が弱くなっていたり、傷ついていたところ、血液によって弱くなっていた血管の内膜が破綻して、血液がどんどん抜け道を求めて破綻した内膜から血管を引

き裂いていき、その過程で血管の壁が膨らんで動脈瘤ができ、最終的には、外側に抜け道を見つけたときに外膜が破けて破裂するのが発症機序である。

(イ) 血管の内膜が破綻してから、動脈瘤ができて、最終的に破裂するまでに、どのくらいの時間がかかるかについては、はっきりと言えない。動脈瘤ができた時点では、症状がかなり進行している状態である。血管の内膜が破綻して、血管を引き裂いている状態が生じたとしても、その後、一気に動脈瘤ができ、破裂するのではなく、その間に、止血と出血を何回も繰り返し、その過程で、動脈瘤ができていくのが通常である。

動脈瘤が破裂した後は、止血が生じないので、出血が多量で、その出血の部位が脳幹部に近いような場合は、破裂から死亡までは長くとも数分内外でほぼ即死と考えてよいと思う。

イ 解離性小動脈瘤、くも膜下出血による症状、痛み等

(ア) 本件の死因となった疾患の症状としては、頭痛や頸部痛以外にはないと思われる。くも膜下出血を起こすとかなり激しい痛みを伴うと言われている。血管から流出した血液がくも膜などを含む髄膜を刺激したり、血管内の血流のアンバランスが起きたりして痛みを感じるとされる。本人は、以前から、軽度の頭痛などの違和感を感じていたと思う。

(イ) 本人は、激しい頭痛、頸部痛を訴える場面もあったが、頭痛薬を服用すると症状が和らいだ様子であったとのことであるが、頭痛薬は神経鎮痛剤なので痛みを一般的に軽減させる効果がある。頭痛薬を服用すれば、薬が効いている間、痛みは軽減するが、薬の効果が切れたら痛みは再発すると思われる。また、首の動きに伴って痛むので、コルセットをしても、痛みは和らぐと思われる。

(ウ) 病変そのものはずっと進行していたと思われるが、痛みの感覚は、次第に鈍麻してくるので、なんとなく鈍い痛みを感じながらも、痛みは間欠的であったと思われる。

ウ 予見可能性・救命可能性（結果回避可能性）

(ア) 頸部の動脈瘤を疑うには他の可能性を除外していかななくてはならない。CTやMRAで、まずは骨、神経、筋肉を診て、異状があれば、まずは頸椎症等を考える。脳の病変を疑っていれば、血管造影までするが、そこに至るまでには、通常、他の疾患を除外するための多くの診断を経る必要がある。

(イ) 今回の疾患は、医者でも色々な検査をした上で、他の疾患の可能性を排斥していかないのとどりに着かないものと思われる。医者もそこまでの検査が必要であるかの判断が難しい。施設が整った病院で丹念に診察していけば、もしかしたら発見できたかもしれないが、それでも助かったかどうかは別問題。

(ウ) 手術（コイル塞栓術）をして治療しようとするれば、小脳動脈等の血管も閉塞しなければならないが、そうすると血流が途絶え、急死や後遺症を残す可能性がある。また、そもそも、CTやMRA等の検査を行って、動脈瘤を発見し、手術をセットアップして、実際に施術を始めるまでに、最低でも2週

間程度要するので、その間に動脈瘤が破裂し、死亡した可能性が高い。

(エ) 解剖所見のみから判断することは大変に難しいが、非常に希な疾患であること、症状が非特異的な頭痛や頸部痛でしかないこと、頭蓋内に占拠性病変がなく、また病変自体も大変に微細であり、画像検査をしてもすぐに見つかるような類いのものではなく、画像診断で病変が見つからなければ、診断ができないことを考え合わせれば、仮に脳動脈瘤などを疑ってCT検査を行ったとしても診断は不可能であったと推定される。

また、仮に偶然に診断できたとしても、本件では動脈瘤の中央付近から後下小脳動脈が出ていることから、治療も困難で救命は不可能であったと推定される。

椎骨動脈の破綻部近くには延髄を栄養する非常に細い穿通枝が2～5本出しており、治療によって椎骨動脈を閉塞する際に、これらの血管の血流が途絶えると急死すると言われている。したがって仮にコイル塞栓術を実施したとしても救命できる確率は極めて低いとされている。

本件の死因となった疾患は極めて希なものであるのに、症状には特異性がなく、また頸部痛や頭痛などの症状がいったん軽快している場合には、通常は骨や筋肉に由来する比較的軽度なものが多いこと、さらに本件では事前に血管病変として捉えられるような占拠性病変がないことより、予見可能性はなかったとしても矛盾はない。

(3) 第三者専門医（脳神経外科医）の意見

ア 椎骨動脈の解離性動脈瘤破裂によるくも膜下出血の特徴等

(ア) 椎骨動脈の解離性動脈瘤破裂によるくも膜下出血は良く起こり得る疾患であるが、患者の訴える症状が、筋収縮性頭痛等の患者が訴える症状と同じ頭痛や後頸部痛のみなので、見落とすことが多くあり、筋収縮性頭痛などと、安易に診断されやすい。

(イ) 椎骨動脈の解離性動脈瘤は、中年期の男性で、筋肉質、高血圧の人がなりやすい。健康な人が急になることもある。急激に首をひねると椎骨動脈が解離し、そのような外傷を契機に生じることもある。特に、動脈硬化が強い患者が首をひねるのはよくない。

(ウ) 早期の段階で、CT検査でくも膜下出血を発見し、さらに、MRA検査やMRI検査で動脈瘤を発見できれば、数時間で治療は可能である。

イ 椎骨動脈の解離性動脈瘤破裂によるくも膜下出血の機序・治療法等

(ア) 動脈瘤ができ始めてから破裂するまでの期間について明確な答えはない。数年の場合もあれば、数か月の場合もある。解離性動脈瘤破裂は、血管に裂け目が生じて、始めは漏れるように少量の出血が生じるが、なかなか修復されないため、出血が一旦止まっても再破裂を起こし、どんどん出血が広がってしまうため、命を落とす危険性が高く、早期の対応が必要となる。なお、最初の動脈瘤破裂で出血を生じてから、死亡に至るまでの期間についても、個人差がある。

(イ) くも膜下出血を起こすと、「ハンマーで殴られたような」激しい痛みを伴うと言われている。また、解離性動脈瘤破裂の場合、血管が裂けるときも同じような激しい痛みがあると言われている。くも膜下出血の痛みに対して経口の飲み薬を服用しても痛みは軽減しない。痛みを感じさせないようにするには、静脈麻酔くらいしかない。なお、一旦出血が止まり再出血しなければ、痛みそのものは少しずつ軽快していく。

(ウ) 解離性動脈瘤ができて、血管が裂けただけで破裂せずにそのままの状態の患者もいれば、破裂はしなかったものの血流が悪くなって脳梗塞になる患者もいる。脳梗塞の場合は手術をせずに安静療法にすることが多いが、解離性動脈瘤破裂の場合は、外科的治療をしなければ死に至る。

ウ CT画像や本人が生前に訴えていた症状等から推測できること

(ア) 搬送先の病院で撮影されたCT画像には出血の箇所が写っており、脳外科医が画像を見れば明らかに「くも膜下出血」だと分かる。脳の左側に出血があり、その出血の一部が脳室内に逆流していることが分かる。ただし、CT画像からは、出血の原因までは分からない。

(イ) 収容中に呻き声を上げながら頭痛を訴えていて、3月18日には「意識朦朧」、「失禁」の各症状があったということは、その頭痛は重篤なものであったということであり、3月18日の時点で動脈瘤が破裂したと考えられる。

(ウ) 3月21日の庁内診療時には会話が普通に出来ていて、「ニコッと笑って『もう大丈夫。バイバイ。』と言っていた。」ということは、18日に動脈瘤が破裂して出血した部位が21日の時点では一旦出血が止まったと考えられる。出血が止まれば痛みも落ち着き、患者も元気な様子になる。

(エ) 3月21日の庁内診療後も、断続的に頭痛、頸部痛を訴えていて、3月24日19時21分に、呻き声、咳払いを確認した後、動きがなくなったとのことであるから、その頃に、動脈瘤が再破裂し、大きな出血が生じて、意識を失い、その後、死亡したものと考えられる。

(オ) 動脈瘤の大きさとして、約0.7cmは珍しくない大きさである。

エ 予見可能性・救命可能性（結果回避可能性）について

(ア) 3月18日に「意識朦朧」、「失禁」という二つの症状が認められたのであるから、医師であれば、この時点で、通常の筋収縮性頭痛ではなく、もっと重篤な頭痛ではないかと考えて、対応する必要性が生じた。18日の時点で、既にくも膜下出血が始まっていた可能性があり、その日にCT検査をしていればくも膜下出血の診断はできたと考えられる。また、くも膜下出血が始まっていなくても、MRA検査やMRI検査をしていれば動脈瘤を発見できた可能性があると考えられる。

(イ) 3月21日の庁内診療後も、断続的に頭痛、頸部痛を訴えていたことや、同月23日夜以降、時折呻くような大声を上げながら、頻繁に頭痛を訴えていたことからすれば、その時点において、医師であれば、何らかの重大な疾患を疑う。21日の庁内診療後も痛みを訴えていたのであれば、21日から

24日までの間にCT検査等をしていけば、やはり、動脈瘤やくも膜下出血を確認することは可能であったと考えられる。

3 東日本センターの診療体制について

本件事案発生当時の東日本センターの診療体制は、日替わりによる非常勤医師を招へいし、看護師2名（うち1名は隔週月曜・毎週木曜のみ。）及び薬剤師1名により、月曜日から金曜日（不定期で休診日あり）を診療日として、被收容者からの申出等による診療のほか、入所後1か月以内の胸部エックス線検査及び6か月ごとの定期健康診断を実施していた。

また、診療室には、各種薬剤、薬分包機のほか、エックス線撮影機器、心電計、超音波診断装置及び全自動血圧測定器等各種医療機器が備え付けられているが、更に専門的な検査（CT検査、MRA検査、MRI検査）や診療が必要な場合には、医師の指示を受けて、近隣の外部病院に連行して受診させていた。

第4 調査結果等

1 予見可能性について

本件の死因である「椎骨動脈の解離性動脈瘤破裂によるくも膜下出血」について、医学文献によれば、解離性脳動脈瘤は、脳動脈瘤によるくも膜下出血全体の約3パーセントであり、その年間発生率が30万人に1～2人程度であり、症例として比較的少ないものである。

また、第三者専門医によれば、椎骨動脈の解離性動脈瘤は、血管に裂け目が生じて、始めは漏れるように少量の出血が生じ、その出血が一旦止まっても再破裂を起こすと出血が広がり、くも膜下出血を起こすところ、血管が裂けたときや、くも膜下出血を起こしたときに、激しい痛みを伴う頭痛や後頸部痛を感じる一方、それらの症状が一旦治まったときは、その痛みが落ち着くこともあると認められる。

さらに、第三者専門医は、この痛みについて、筋収縮性頭痛等の患者が訴える症状と同じ頭痛や後頸部痛のみなので、椎骨動脈の解離性動脈瘤破裂によるくも膜下出血であることを見落とすことが多くある旨述べており、実際には、医師であっても、単なる頭痛及び頸部痛と鑑別することが難しいものであったと認められる。

そうすると、東日本センター職員は、くも膜下出血など死亡に至る可能性のある疾病に罹患していることまでは認識することは困難であり、また、激しい痛みを伴う頭痛及び頸部痛を訴えられたとしても、経口の頭痛薬等を服用させれば、その訴えがなくなることがあったことから、外見上、頭痛薬等により、これらの痛みが収まり、もしくは、緩和されている様子に見えたものと認められ、東日本センターの職員において、本人の訴えていた頭痛及び頸部痛がくも膜下出血など死亡に至る可能性のある重篤な疾患に基づく症状であることを認識することは困難であったと認められる。

加えて、非常勤庁内診療医による庁内診療において、「頭痛」と診断され、特に、外部医療機関における受診などの指示がなされなかったことなどからすると、東日本センターの職員において、本人が庁内診療受診前とは異なる症状を訴え始めるな

どの特段の事情がない限り、医師が診断した結果が誤りではないかなどと疑いを抱く合理的な理由はなく、非常勤庁内診療医が診断したとおり、単なる頭痛であり、同医師が処方した薬や、救急常備薬の頭痛薬を服用させるなどしておけば、健康状態に特段問題が生じることはないと考え、外部医療機関において受診させる緊急性、必要性がないものと判断することは、やむを得なかったものとする。

ところで、本人は、平成29年3月23日夜、頭痛薬を服用したにもかかわらず、断続的に、大声で、頭痛や頸部痛を訴えていたことが認められるところ、その状況から、東日本センターの職員において、本人の容態や病状の訴えが異状なものであると認めて、本人を外部医療機関に搬送し、医師による診察を受けさせるべきであるとの判断も可能であったのではないかと考えられる。しかし、①本人は、同日夜になって、突如、頭痛等を訴え始めたわけではなく、それ以前からたびたび頭痛等を訴えていたもので、それらの際には、頭痛薬等を服用してしばらくすると、頭痛等の痛みが収まり、もしくは、緩和されている様子が認められたこと、②2日前の同月21日に、本人について、非常勤庁内診療医による診療を受けさせ、「頭痛」という診断結果を得ていたこと、③同月23日夜に実施した本人のバイタルチェックの結果が正常値の範囲内であったこと、④同日夜に休養室に移室し、同月24日朝まで、容態観察を行いつつ、引き続き頭痛薬を処方するなどしていたところ、次第に、頭痛等を訴える回数も減った上、本人の申出により変更支給されたかゆ食もほぼ完食していたことから、職員において、本人を、直ちに外部医療機関に搬送し、医師による診察を受けさせる緊急性、必要性があるとまでは考えず、まずは、休養室に移室して、頭痛薬を投与しつつ、本人の頭痛等の痛みが収まり、もしくは、緩和されるか否かについて、容態観察を行い、その結果を踏まえて、容態が回復しているとは認められず、あるいは、悪化していると認められた場合に、外部医療機関に搬送し、医師による診察を受けさせる必要性を判断するとしたことが、明らかに誤った判断であったとは言い難い。

よって、東日本センターの職員において、本人の頭痛ないし頸部痛が単なる頭痛や頸部痛ではなく、重篤な疾患に基づく症状であると認識することは困難であったと言わざるを得ず、(左椎骨動脈の解離性動脈瘤破裂による)くも膜下出血など死亡に至る可能性のある疾病に罹患していることを認識することは困難であり、死亡に至ることを予見することはできなかつたものとする。

2 救命可能性(結果回避可能性)について

遅くとも本人の声が最後に確認された3月24日19時21分頃の数時間前までに、本人を、CT検査、MRA検査やMRI検査等を実施できる医療機関に搬送して受診させていれば、かかる各種検査等により、椎骨動脈に解離性動脈瘤が形成されていることが判明し、その症状に応じた各治療法に基づく施術を受けさせて、その治療を完了させることができ、死亡結果を回避できた可能性があったとも考え得る。しかしながら、本件において、死亡に至るまでの具体的な機序については、客観的に明らかにすることができず、司法解剖執刀医においても、その機序を特定することが困難である。また、第三者専門医は、一般的に、解離性動脈瘤ができ始め

てからこれが破裂し、くも膜下に出血が生じて、最終的に死亡するに至るまでのそれぞれの期間については、個人差もあり明確にすることができない旨述べている。

そうすると、いつまでに、本人を、MR A検査やMR I検査等の各種検査を実施できる医療機関に搬送して受診させ、施術を受けさせて、その治療を完了させることにより、死亡結果を回避することが可能であったかどうかについて特定することは極めて困難である。

よって、理論上は、救命できた（死亡結果を回避できた）可能性があったとは言えるものの、その終期を特定することが困難である以上、任意のある時点において、本人を、医療機関に搬送して受診させ、施術を受けさせたとしても、現実には、本人を救命すること（死亡結果を回避すること）が困難であった可能性も否定できないものとする。

第5 東日本センターを含む各地方入国管理官署における医療体制の在り方及び医療に関する警備処遇の在り方について

今後、本件のような被收容者の死亡事案の発生を全局的に防止するためには、常日頃から、收容施設を設けている各地方入国管理官署における医療体制について検討を重ね、在るべき医療体制を着実に実践していくとともに、医療に関する警備処遇の在り方についても、よりよいものに改善し続けていくことが肝要である。

1 新規入所後速やかな医師による健康診断の実施

現在、各地方入国管理官署において收容開始日に入国警備官により実施している健康状態の確認及びバイタルチェックに加えて、喫煙歴・飲酒歴があつて高血圧と認められる新規入所者、本人又は家族に心疾患（心筋梗塞等）・脳疾患（脳梗塞等）の既往歴がある新規入所者、過去における刑罰歴等に鑑み、規制薬物（麻薬等）の使用歴がある新規入所者、移収元の各地方入国管理官署又は矯正施設若しくは留置施設等の刑事收容施設から治療・投薬の引継ぎがあつた新規入所者については、数日中に出国が予定されている者を除き、入所後速やかに、庁内診療において、医師による診察を必ず受けさせ、さらに、同医師の判断に基づいて、外部医療機関において必要な診療及び検査を受けさせることができるように、所要の体制を整えること。

2 收容中の速やかな医師による診察への連携について

職員は、疾病に罹患している被收容者が予め医師による診療等を受け、確定診断を得るとともに、医師からの適切な医療上の指示等を得ているのであれば、かかる指示等を踏まえて、看守業務を行っていくこととなる。

しかし、被收容者が予め医師による診療等を受けていなかった場合はもちろんのこと、診療等を受けていた場合であっても、被收容者の容態に特異な症状などが認められたり、従前から自己の病状について訴えていた被收容者の病状に関する訴えに変化などが認められたりしたとき、職員は、医学上の専門的知見に乏しいことから、当該被收容者の容態や病状が重篤な疾患に基づく症状であるか否かについて正確に判断することは困難である。

このように、被収容者の容態に特異な症状などが認められたり、被収容者の病状に関する訴えに変化などが認められたりした場合は、職員自ら、その容態や病状の軽重を判断しようとはせず、速やかに、医師による専門的診断を仰ぐようにすることが重要である。

特に、頭部や胸腹部など身体の枢要部に係る激しい痛みを訴えているような場合には、むしろ重篤な疾病を患っているのではないかと常に疑い、速やかに、外部医療機関に搬送するなどして、医師の診察を受けさせることが重要である。

3 動しよう業務及び動しよう記録業務の徹底について

前記2のとおり、被収容者の容態に特異な症状などが認められたり、被収容者の病状に関する訴えに変化などが認められたりした場合は、速やかに、医師による専門的診断を仰ぐようにすることが重要であると考えるところ、そのためには、職員において、常日頃から、被収容者の容態や病状の訴え、更にはこれらの変化等を正しく把握することが必要となる。

特に、休養室等に収容した者など、特に処遇上注意を要する被収容者については、定期的な動しようやモニター監視による容態観察や動静把握を的確に行い、必要に応じて、直接、被収容者に声掛けをするなどして、被収容者の細かな動作・様子を含め、詳細に動しよう勤務記録等に記載することが重要である。

4 職員間の連絡・報告・相談の徹底について

被収容者の健康状態に関する事項については、特に、職員間の連絡・報告・相談を徹底して行い、職員間で被収容者の健康状態に関する情報等を共有していくことが重要である。

以上