

非正規滞在外国人の処遇からみる人権保障
——収容施設における医療処遇を中心に——
Human Rights Protection from the Perspective of Medical
Treatment of Irregular Residents

三浦 萌華
MIURA Moeka

This paper discusses medical care for illegal residents at the detention center of the immigration bureau in Japan. Through an interview survey of illegal residents who have been detained here, I found that detainees do not receive adequate medical care. By clarifying the detainees' position in Japanese society and the protection of their human rights, I lay the groundwork for future research into illegal residents.

キーワード：非正規滞在者 (Irregular Residents)、入国管理局 (Immigration Bureau)、収容施設 (Detention Center)、医療処遇 (Medical Treatment)、人権 (Human Rights)

1. はじめに

東京都板橋区で外国人を支援する NPO 法人 Asian People's Friendship Society (以下、APFS) で筆者がボランティアを始めて 6 年が経った。APFS は 1987 年の設立から現在まで一貫して非正規滞在者の支援を続けている数少ない市民団体である。APFS を通じて出会った非正規滞在者の多くは、入国管理局に収容された経験を持ち、収容中の処遇についてなんらかの不満を抱えている。たとえば、収容施設では国籍も言葉も異なる見ず知らずの外国人との共同生活を強いられるため、心が休まる場所はなく、日常的なストレスから体調不良を訴える者が多い。さらに運動も十分にはできず、食事は全体的に味が濃く、毎日のおかずがコロケとゆで卵で野菜の摂取量が明らかに少ないなど、食事の面でも不健康を助長し、糖尿病や高血圧などの病気に罹患しやすい生活を強いられている。そして、かれらがかたがたも不満を抱いているのが、収容施設内に設置された診療室である。筆者がデータ収集を目的として聞き取りをおこなった収容経験者だけでなく、イベントやデモ活動などで出会った非正規滞在者との何気ない会話においても、収容施設内診療室での処遇のひどさが自発的に語られる。そして、かれらは口をそろえて言うのである。「あれはクリニックなんかじゃない」と。収容施設内において唯一医療にアクセスできるはずの診療室が「クリニックじゃない」状態であるとするれば、収容によって人身の自由が奪われるだけでなく、受診する医療機関を選択する余地のない被収容者にとって、医療を受ける権利はどこまで保障されているのだろうか——。

収容施設における医療処遇についてはいくつかの先行研究が存在し、1990 年代半ば以降、処遇改善を求めた具体案が提示されている (佐々木 1995: 160、山村 2007: 147-8)。さらに 2010

年には入国管理局の「処遇の一層適正化に向けた取組」として入国者収容施設等視察委員会（以下、視察委員会）が設置され、視察委員会からの意見に対して入国管理局が可能なものから措置を講じ、その結果を毎年公表している。しかしながら、処遇改善をめぐる要望と措置について未だに経年的なフォローアップはなされていない。したがって本稿では、第一に視察委員会設置後を含めた処遇改善をめぐる経年的な整理を試みる。そして第二に収容経験者および現在収容中の当事者への聞き取りから、2010年代における医療処遇の実態を明らかにすることで、今後の非正規滞在者にかんする研究の展望を示したい。

本稿で対象とするのは、APFS が支援する非正規滞在者 3 名である。フィリピン人男性の A さん（60 代）は、同国人の妻と 20 年来オーバーステイ状態にあり、日本で生まれた息子も非正規滞在状態にある。2007 年に家族全員が摘発を受けたが、A さんのみが収容され、約 1 年後に仮放免された。その後 2009 年に東京入国管理局に再収容され、東日本入国管理センターには 2010 年 12 月に移管、2012 年 4 月まで収容されていた。現在は仮放免中である。筆者は 2016 年から不定期で入管手続きに同行し、自宅でインタビューもおこなっている。フィリピン人女性（収容当時 50 代）の B さんは、30 年以上オーバーステイ状態であったが 2012 年 8 月に摘発を受け、同年 12 月から 2013 年 8 月まで東日本入国管理センターに収容されていた。仮放免が許可される直前の 2013 年 7 月に東日本入国管理センターにて筆者と面会をしており、仮放免中に 2 回のインタビューをおこなった。2016 年 6 月に再収容となり、その間 9 回にわたり面会を続けたが、翌 2017 年 1 月末に自らの意思で帰国した。帰国後もフィリピンでインタビューをおこなっている。C さんは来日 30 年のバングラデシュ人男性（50 代）で、2018 年 11 月現在、大村入国管理センターに収容中である。刑事事件を起こしたため 2018 年 2 月まで服役しており、逮捕前は「永住者の配偶者」の在留資格で正規に滞在していた。服役中に在留期限が切れたため、そのまま福岡入国管理局に移管された。同年 3 月から大村入国管理センターに収容されており、筆者は 2018 年 6 月から 8 月にかけて計 4 回の面会をおこなっているほか、電話でのインタビューも継続している。それぞれ収容時期が異なるため断片的なデータではあるが、いまだ報告のない 2010 年代における医療処遇の実態を把握するための手がかりとして、今後の研究の蓄積に貢献できるものと考えている。

2. 入国管理局収容施設における医療処遇にかんする経年整理

(1) 処遇問題顕在化の背景

1985 年のプラザ合意をきっかけとする急激な円高に伴い、1980 年代後半の日本は大変な好景気にあり、中小企業を中心としてさまざまな職種において人手不足が深刻化していた。バブル経済と称されるほどの好景気は、多くのアジア諸国との賃金水準格差を広げ、日本に就労機会を求める外国人が急増した（明石 2010）。特に建設業や製造業の分野においては、当時査証免除協定を結んでいたバングラデシュやパキスタンを中心に、国内失業率の高いフィリピンなどからも多くの労働者が職を求めて来日した。しかしながら、その多くは就労が認められていない観光や留学を目的とした「短期滞在」ビザでの入国だった。つまり、資格外の「不法」就労者として働き、在留期限を超過しても「不法」残留を続けるなど、入管法に違反してまで来日するほど経済的要因が大きくなっていったのである（明石 2010）。こうしたことを背景に非正規滞在となった外国人は 1993 年に約 30 万人に上り、入国管理局による摘発・収容が強化され

た結果、収容施設における処遇問題が顕在化してきた。

(2) 暴行事件の横行と人権侵害

被収容者に対する処遇の内実を明らかにしようと、市民団体のメンバーや弁護士などが被収容者へおこなった聞き取りなどを中心にした先行研究が複数存在する。1990年代半ばまで放置されてきた、退去強制手続や収容施設における処遇についてはじめて言及した弁護士の水野は、1994年に起こった東京入国管理局収容場における中国人女性への暴行事件をきっかけに、被収容者への聞き取りからたまたま外部に知れた事実や国会議員などによる収容施設の視察などから判明した処遇の実態を7項目にまとめている(水野 1995: 154-72)。ごくわずかな情報からではあるが、医療体制について「収容前からの持病や、相当程度の負傷などについては、病院に連れて行っているようである。しかしながら、被収容者が体の不調を訴え医者に行きたいと願い出ても、所長の許可がおりず、なかなか容易には医者に診察を受けられない」(水野 1995: 168-9)と、処遇の実態を明らかにした。中国人女性への暴行事件と時期を同じくして、東京入国管理局に収容中のイラン人男性が亡くなる事件が起き、収容施設におけるさまざまな人権侵害が明るみに出るなか、入管問題調査会が立ちあげられた。同会では被収容者らに証言を求め、入管職員らによる被収容者への暴行事件が複数件起こっていたことや女性の被収容者に対する男性職員からの性的虐待の事実を明らかにした(高橋 1996: 102-3)。同会が新聞記事や雑誌などに掲載された情報をまとめた「入国管理局における外国人への人権侵害一覧」によると、1982年から1995年にかけて、職員や警備官からの暴行は13件に上り、女性の被収容者への性的虐待・性的嫌がらせは7件報告されている(入管問題調査会 1996: 68-71)。

被収容者の人権を無視した運営実態が次々と明らかになり、入管問題調査会の一員でもある法学者の佐々木は、収容施設において被収容者の人権を国際水準に近づける努力が必要であるとしたうえで、入管当局も適正な人員増加を図ることや人権教育を含めた研修体制の確立に取り組み、専門家やNGOを加えた協議会の設置を検討してはどうかと処遇改善のための具体案を提示した(佐々木 1996: 160)。

(3) 医師による面会調査

佐々木の提案を受けてか、これまでの職員による被収容者虐待を「正当な制圧行為」としてきた入国管理局内部では、2000年代に入り改善に向けた努力はみられている(高橋 2007: 51)。たとえば2001年には、入管職員からの処遇に不服がある場合7日以内であれば所長に調査を依頼できるという「不服申立制度」が導入されたり、職員向けの人権研修にNGOメンバーや国際人権に詳しい学者が呼ばれるなど、改善に向けた動きがみられる。さらに1990年代までに多発していた女性の被収容者に対する性的暴行などは聞かなくなり、2005年には長期収容されていた被収容者が相次いで仮放免された(高橋 2007: 51)。一方で、入管職員による暴行事件は引き続き起こっており、暴行によるけがに対して適切な治療がなされなかったことから、重度の後遺症を負ったケースが複数報告されている(高橋 2007: 56-60)。

こうしたなか、収容施設における処遇のなかでも医療問題に取り組んだのは、医師の山村である。どのような収容環境でどのような症状が現れ、入国管理局はどのような医療対応をしたのかを明らかにするため、山村は2003年からの5年間で202名の被収容者に聞き取りをおこなった(山村 2007: 100-48)。長年の調査により、症状としては不眠、食欲不振、頭痛や体の痛み

を訴える被收容者が多いことなどが判明したほか、收容施設内診療室における処遇の実態も明らかになった。たとえば、「検査や触診がなくどんな薬を飲まされているのかわからず医者が怖い（信頼関係の欠如）」、「高血圧で4ヶ月の間に何度も発作を起こしているが、医師からは精神安定剤と胸痛止めを処方され、外部医療機関に連れて行ってもらえない（外部診療拒否）」、「かぜと診断されたが、深夜に容態が悪化し外部医療機関に連れて行かれたところ虫垂炎で手術を受けた（誤診）」、「医師の不在時に失神し、氷枕のみで何時間も放置された。次に失神した時もまともな診療をしてもらえない（緊急時対応の不備）」などである（山村 2007: 111-8）。このように人権を無視した医療処遇の事例が何件も報告されている。

山村はこうした処遇について「質的にみても不十分な医療対応しかできないのは、医療行為が入管組織から独立しておらず、收容と送還を優先しているからである」（山村 2007: 118）とし、「被收容者の医療を受ける権利を保障するためには、入管から独立した第三者の医療機関で診療と治療がなされなければならない」（山村 2007: 147）と述べている。そして、それができなければ、①医療の質向上のため、臨床経験豊富で異文化に理解のある医師やカウンセラーを配置すること、②結核対策として長期收容者にスクリーニング検査を実施すること、③医療専門通訳者を配置すること、④職員に緊急時の基本的医療知識を身に付けさせること、⑤外部医療機関との連携を整え、患者の要望があった際や病状悪化の際には至急連絡手配すること、⑥第三者医療機関の監視を定期的に受けること、⑦弁護士が要請した医師の診察を受けさせ、診療記録を開示すること、⑧仮放免や強制送還時には病院に紹介状を書き、收容中服用していた薬を一ヶ月分処方すること、を絶えず要求するとした（山村 2007: 147-8）。

（4）入国者收容所等視察委員会の設置

これまでの処遇改善を求める声の高まりを受け、入国管理局は「処遇の一層の適正化」を図るため入国者收容所等視察委員会（以下、視察委員会）を2010年に設置した。この組織は、收容施設の視察や被收容者への面接のほか、運営にかんして意見を述べることができ、処遇の改善や透明性を確保することを目的としている（入国管理局 2010）。視察委員会は、学術経験者や法曹界関係者、医師、NGO・国際関係機関、地域住民などの幅広い分野における有識者によって組織され、設置以来、各分野から2名ずつ、計10名によって構成されている。東京入国管理局と大阪入国管理局に拠点を置き、全国22か所の收容施設を視察したり被收容者との面会をおこなったりし、各施設長にその運営に対する意見を述べるのが主な活動である。視察委員会からの意見について、各施設長は改善できるものから速やかに措置を講ずるよう努めることとされ、同委員会の活動状況はプレスリリースとして毎年公表されている（入国管理局 2011-2017a）。視察委員会について言及した文献は数少ないが、同委員会の制度と運用における問題点を指摘した東澤が述べているように、実際に改善措置がとられたものや検討中との回答があったものについては、その後どういった措置がとられた／とられなかったのかの経年的なフォローアップが必要である（東澤 2014: 59）。しかしながら、視察委員会設置から8年が経ったいまなお、そうしたフォローアップはおこなわれないうままでいる。次章では、視察委員会が提出した医療にかんする意見の一部についてのみではあるが、処遇の改善に向けて入国管理局がどのような措置を講じてきたのか／こなかったのかを、收容経験者の語りを中心に整理したい。

3. 入国者収容所等視察委員会設置後の医療処遇—収容経験者たちの語りを中心に

(1) 東日本入国管理センター

入国管理局は視察委員会の活動報告として、毎年、処遇にかんする意見とそれに対する入管側の措置等をまとめた一覧を公表している。視察委員会が設置された2010年7月から翌2011年6月の間に提出された医療処遇についての意見では、2000年代に多数の報告があったように、症状を訴えてもよく聞いてもらえないなど医師との信頼関係が構築できていないことや外部医療機関の受診が認められないことに対する不満などが挙げられた。外部診療について入管は、「まず収容施設内で診療を受けさせ、医師の指示があった場合や急病人については外部診療を認めるなど、適切な対応をしている」旨を回答している（入国管理局 2011b）。しかしながら、筆者が聞き取りをおこなったフィリピン人男性のAさんからは、とても「適切な対応」とは言い難いことが語られている。

2010年12月にはじまった2回目の収容中、高血圧を理由にAさんは何度も仮放免の申請をしていたが、その度に不許可になっていた。Aさんが倒れたのは、収容が1年4ヶ月と長期にわたっていた2012年4月のことだった。2度目の収容ということもあり、極度のストレスによって血圧は常に高い状態にあった。収容施設の医師から処方された血圧を抑える薬は効果がなく、Aさんはついに居室内で意識を失った。当時の様子を、Aさんの妻はこう振り返る。

妻：いつも仮放免だしてだめ。だめだめ。それであの…旦那さんも病気で、あの高い、high blood

*：あああ血圧。

妻：そ、血圧高いからあ、あそこの薬もらっても、効かない。だってすごい、ね、ストレスなっちゃうとかいろいろ。だからいつも高いね。

*：ずっと高くて、薬飲んでも下がらない。

A：うん。だから意味ない。

妻：それでつぶれちゃった（たおれちゃった）、あそこで。そのときだれか…わたし電話して、あ、あの友だち、茨城に電話して、「早くこっち、茨城行って。あの…ちょっとあの、わたしは…元気出してね、旦那さんがいま危ないって、あの、あの

*：たおれちゃった

妻：たおれちゃった。で、行った。病院で。その…その日はわたし早目に行って、それで…あの、入管の人は「あれ、なんで…」もう「somebody call me and I want to see my husband and then... ah...He(息子) told me that he was not ***hospital but he was only bring to that **** ah... If need help あの... There is help only…あの、病院連れてってもらえなくて、very dangerous. And he said once or twice “need help”.

現場に居合わせたフィリピン人の被収容者が、Aさんが倒れた旨をAさんの妻に電話をしてくれたため、妻は息子とともに東日本入国管理センターに向かった。Aさんは意識を失った後、収容施設内診療室に運ばれた。しかしながら、そこでは「ただベッド、それだけ。ただ寝るだけ」で、なんの処置もされなかったという。「need help」とささやくことしかできないAさんは、結局、外部医療機関を受診することができなかった。駆け付けた支援者らが所長に抗議し、

2週間後によろやく仮放免が許可され収容を解かれたが、その間、Aさんに対しては一切の医療行為がなされず、外部診療も認められなかった。

こうした処遇は、とても「適切な対応」とは言い難いものであるが、この一件があった2012年春以降、長年「入管収容施設は（速やかな送還）を任務とする。疾病、あるいは健康上の問題があったとしても、完治させる義務は有しない」としてきた東日本入国管理センターにおいて、被収容者の外部診療件数は増加しているという（佐藤 2013）。2012年12月から2013年8月の間、東日本入国管理センターに収容されていたフィリピン人女性のBさんへの聞き取りから、この期間に限ったことではあるが、複数回の外部診療が確認できた。

B：あとは、だから病気になる子たちが。手術、同じ部屋にね、3回か4回、スリランカ人なんですよね。スリランカ。でその子は2回くらい入管が（治療費を）払ったんですよね、もちろん。

*：もう出しちゃったほうが入管は手がかからないですよ。

B：そう、かからない。だからその、どんどんどんどん厳しくなっちゃった。もしあの子が出るんだったらビザあげれば入管のお金…手術2回くらいやってたんですよ。でまた部屋入れたんだよ。普通、出るでしょと思うんだけど。で、そのあとは何日か経って、何ヶ月間かりハビリやって。それで仮放免。

*：でも手術してまたすぐ戻ってって、それも本人もつらいというか。

B：そうなんです。もう3回か4回か…。同じ部屋で…。で、あともう一人同じ部屋の…こういう爪切りの間違ってカットしちゃって、

*：ああ、膿んじやった。

B：そう、バイ菌入って、こーんなんなっちゃった。

*：うわー…

B：でかーくなっちゃった。それがもう、手術するとまた入管払わなくちゃいけないじゃないですか。あれ、治るまで。

Bさんの同室だった被収容者は爪を切る際に誤って指を傷つけてしまい、膿を抜く手術ために複数回の外部診療が認められたことや、首に大きなこぶができた被収容者がその切除のために外部医療機関で手術を受けるなど、Bさんの語りから、短期間で複数件の外部診療が認められたことが確認できた。一方で、こうした外部診療増加の背景には、収容施設における深刻な医師不足も関係していると推測される。常勤医師が退職した2012年以降、東日本入国管理センターでは未だに常勤医師は決まっていない。2018年11月現在も入国管理局のホームページでは「医師の募集について」の要項が記載されたファイルを掲載しており、採用月日は「随時」となっている（入国管理局 2016c）。2013年4月末に提出された、常勤医師の確保に努めるよう求めた視察委員の意見に対し、入国管理局は「2011年末頃から、常勤医師確保のため、（中略）本年4月以降も引き続き医療関係機関に常勤医師の派遣を依頼しているところである。さらに、ハローワークに医師募集を依頼するとともに、入国管理局ホームページ、茨城県地域医療センターホームページ及び茨城県医師会の会報紙に医師募集の掲示を依頼するなどして常勤医師の確保に努めている」（入国管理局 2013b）と回答があったが、翌2014年の回答においても「引き続き常勤医師の確保に努める」（入国管理局 2014b）と回答していることから、医師不

足が深刻である様子がわかる。

山村によると、医師は入管の本来の目的である収容と強制退去を手助けしているにすぎず、個人が問題意識をもったとしても、入管制度などの構造そのものによって医師として独立した判断ができなくなっている（山村 2007: 146）。さらにその状態が続けば、職員自身の精神をむしろ非人間的な態度にさせていき、医師として倫理に欠ける行動へとつながる。したがって、理性を持った医師はそれに気づいて辞めていくのだという（山村 2007: 146）。たしかにそうした意味では入管制度自体が慢性的な医師不足を招いている最大の要因であるといえるだろう。

(2) 大村入国管理センター

大村入国管理センターにおいても、受診の申出から実際に診療を受けるまでは、最短でも 1 週間はかかるという。2013 年以降、視察委員からはほぼ毎年「診療までの期間の短縮」を求める意見が出されているが、目に見える改善はなさそうである。C さんによると、申出の際に強かった痛みは、診療時にはほぼなくなっていることが多々あるという。そうしたときも、医師は「ああ！痛くなくなってるなら大丈夫！」と、なんの根拠も示さずに判断し、それ以上の診察をしないのである。さらに驚くべきことに、この医師は「84 とか 85 歳くらいのおじいちゃん」だそうである。正確な年齢は把握できないが、この高齢の医師は常に手が震えていえる状態で、「怖くて注射は頼めない」ほどだという。それでも被収容者たちが医療を受けることができるのは、この診療室のみである。大村入国管理センターに移管されてから、C さんは顔に蕁麻疹のようなものが出て肌荒れがひどく診療室で受診したが、医師はおもむろにスマートフォンを取り出し、「肌荒れ、塗り薬」と言いながら薬を検索し、ヒットした薬を処方した。処方された塗り薬をしぶしぶ使っていた C さんだが、数日後、症状が悪化し顔が赤く腫れたため、再診を申出た。診療室に入ると、C さんの顔を見て医師が放ったのは「あれ、間違えちゃった」の一言だったという。なんと、スマートフォンで薬を検索した挙句、処方すべき薬を間違えたのである。そして、それをまったく悪びれるようすもなく「ごめん、ごめん」で済まそうとする医師に、C さんは声を荒げて「ありえないでしょ！ほんと医者じゃないですよ！」と訴える。C さんに処方されたのは塗り薬だったためすぐに異変に気付くことができたが、これが内服薬だったら、と想像すると背筋が凍る思いである。C さんは肌荒れのほかにも急な胸痛やめまい、血圧が安定しないなど心因性とみられる症状が出ている。しかしながら、こうした症状を訴えても、医師は「大丈夫、大丈夫」としか言わず、まともに取り合わないのだという。

C:「あ～、大丈夫、大丈夫」って、そればかりですね。それしか言わない。でもわたしが知りたいのは、理由ですね。なんで痛くなるか。理由、説明してほしいんですね。でも医者さんはいいかげんですよ。前と言ってること違う。前はなんで痛くなるか聞いたら「運動しなさすぎだから」。でも次言うは「あなた運動しすぎなんじゃない」。おかしい、ほんとに。言ってること違うんですよ。

そして、緊急性が高いような場合においても対応が遅れているようすも語られる。

C:たとえばね、誰か倒れるでしょ。それなのに、2時間とか3時間とかそのまま。(居室に)寝かせておいてほったらかしますね。で、それから上の人(役職の高い職員)に言っ

てるかもしれない、その間に。それで（診療室、あるいは外部病院に）連れて行ったとしても、もうもっと時間経ってますね、5時間とか。半日経っちゃう。もう手遅れなんでしょう、そんなん。

Cさんから語られるものの多くは、これまでの調査報告や視察委員会、当事者・支援者からの要望書などで十数年にわたり再三指摘されてきたものばかりである。つまり、入管は「措置を講じた」「適切な対応をおこなっている」と紙の上では言うものの、それらが運営に反映されていないことがわかる。Cさんの場合はすぐ異常に気付くことができたが、処方ミスをしたうえに「間違えちゃった」となんら悪びれるような医師においても、被收容者に対する人権意識の低さが透けて見えるようである。

(3) 相次ぐ死亡事件

常勤医師の不在等、医療体制の不備が続くなか、2013年10月14日に東京入国管理局收容場でロヒンギャ難民の男性が亡くなり、2014年3月29日には東日本入国管理センターでイラン人男性が、翌30日にカメルーン人の男性が立て続けに亡くなった。そして2014年11月22日には東京入国管理局收容場でスリランカ人男性が亡くなった。これらはすべて医療過誤によっておこった死亡事件であるとされており、いずれも外部診療を求める緊急性の高い申出に対し、医師ではない入管職員が「大丈夫だ」との医療的判断を下したことに問題があると言える（仮放免者の会 2015）。その後、入管は東日本入国管理センターでの2件にかんして記者会見をおこない、3月30日に亡くなったカメルーン人男性の事件については、入管側の措置と医療体制の問題点を認めた（仮放免者の会 2015）。

立て続けにおこったこの死亡事件以降、視察委員会からも、緊急搬送等の対応を徹底するよう求める意見が多数提出された。次に示すのはその一例である。「被收容者からの速やかな医師による受診を求める趣旨の訴えがあった場合には、救急搬送又は外部病院連行の要否について、職員限りで判断することなく、速やかに医療従事者に連絡するよう努められたい（ただし、明らかに救急搬送を要すると認められる症状については、医療従事者に連絡することなく、直ちに救急車の出動を要請すること）。なお、医療従事者が不在などの理由で速やかに医療従事者に連絡できない場合は、電話による受診相談を徹底されたい」（入国管理局 2016b）。これに対し、入管は次のように回答している。「被收容者が体調不良を訴えた場合、速やかに体温、血圧、心拍数の数値を確認するとともに、在庁している医師又は看護師に状況報告し、指示を仰ぐこととしている。また、執務時間外や休日等において医師らが不在のときは、電話で報告（ただし、水虫、運動による筋肉痛など、一般人でも明らかに緊急性がないと認められるものを除く）し、その助言を得て対応するよう改めて職員に周知を図った。なお、明らかに診療を要する又は救急搬送を要すると認められる症状については、医療従事者に連絡することなく、直ちに救急車の出動を要請することとしている」（入国管理局 2016b、下線部筆者加筆）。

視察委員会からは同様の意見が全国の收容施設に提出され、日弁連や仮放免者の会をはじめとした当事者・支援者らも、改めて收容施設における医療処遇について改善を求める要望書等を法務省に提出するなど、これ以上医療過誤による死亡事件がおきないよう医療体制を徹底するよう訴えてきた。ところが2017年3月25日、再び東日本入国管理センターにおいてベトナム人男性がくも膜下出血により死亡した。この件について入国管理局は同年12月4日、「1週

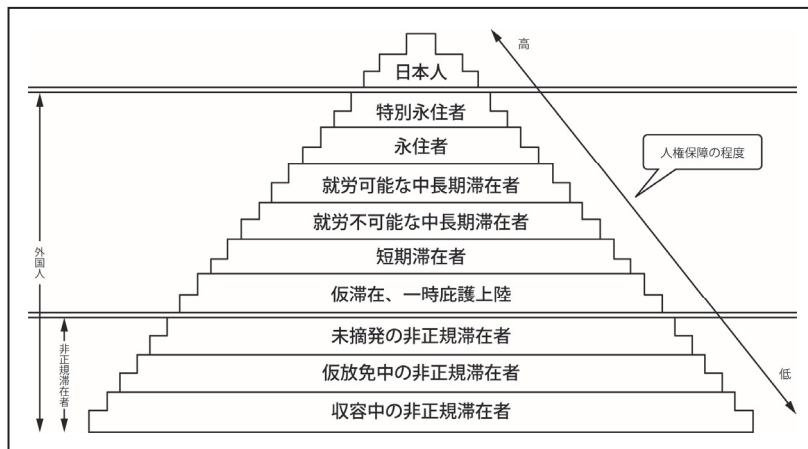
間前から体調不良を訴えていたが、外部の病院で専門的な検査を受けさせていなかった」と明らかにした。法務省の調査報告書では、外部脳神経科医が「頭痛の訴えを受けた段階で専門的な検査を受ければ、くも膜下出血を確認できた」と指摘したが、服薬により一時的に回復したことなどから「重篤な病気と認識するのは難しかった」とし「センターの対応に過失はなかった」と結論づけた（小松隆次郎『朝日新聞デジタル』2017年12月5日）。視察委員会からの意見に対し「明らかに診療を要する又は救急搬送を要すると認められる症状については…」と回答しているにもかかわらず「口から泡を吹き失禁、意識がない状態」の被收容者を放置するのは、とうてい「被收容者の人権により一層配慮した処遇に努めている」（入国管理局 2016b）とは言えないような運営実態が明らかになった。

4. 非正規滞在者の人権保障と日本社会における位置づけ

ここまで、收容経験者たちの語りを提示しながら、收容施設における医療処遇の変遷を整理した。さいごに、在留期限超過などで「不法」に滞在している非正規滞在者の人権がどの程度保障されているのかを確認し、非正規滞在者の日本社会における位置づけを明確にしたい。

外国人の人権保障の程度には段階があり、非正規滞在者は人権保障がもっとも及びにくい状況に置かれている（関 2015）。これは、在留期間の更新を不許可とした処分を取り消すとした1978年のマクリーン判決に大きく影響を受けている。この判決では「基本的人権の保障は、日本に在留する外国人に対しても等しく及ぶべきである」と外国人が憲法上の人権享有主体であることを認めながらも「外国人に対する憲法の基本的人権の保障は、外国人在留制度の枠内で与えられているにすぎない」とされ、外国人の人権享有が在留制度の枠内に限定されたとの理解が過度に強調された（関 2015、高橋 2016）。その結果、まさに在留制度の枠外におかれた非正規滞在者は、あらゆる人権保障が及びにくい状況におちいっているのである。

図1 人権ピラミッド



（関 2011: 24、2015: 159 の図に基づき筆者が簡略化）

図1のように、日本人がすべての人権を保障されるとするならば、身分に基づく在留資格で

ある「特別永住者」>「永住者」>「就労可能な中長期滞在者」、そして活動に基づく在留資格である「就労不可能な中長期滞在者」>「短期滞在者」>「仮滞在者」の順に人権保障の程度が低くなっていく。そしてピラミッドの最底辺に位置づけられるのが非正規滞在者である。渡戸は、非正規滞在者は「総体として、“国民国家においてもっとも脆弱な存在”」であるという（渡戸 2007: 26）。かれらは在留資格がないために、セーフティーネットとなる社会保障制度についても制度上から除外されてしまう。つまり社会保険や公的扶助、社会福祉など、ほぼすべての分野で適用外となるのである（関 2015）。

たとえば、非正規滞在者たちにとって、社会保険、とりわけ国民健康保険に加入できないことが深刻な問題となってきた。国民健康保険への加入要件は、2012年の在留制度改正後からは「3ヶ月を超える在留資格がある、または客観的な資料等により3ヶ月を超えて日本に滞在することが認められる」こととなっている（改正前までは「外国人登録をしていること」かつ「1年以上の在留資格がある、または客観的な資料等により1年以上日本に滞在すると認められる」という要件であった）。したがって、非正規滞在者は国民健康保険に加入することができないのである。こうしたセーフティーネットからの除外は、図1の人権ピラミッドでいう未摘発や仮放免中の非正規滞在者にとって非常に苦しい状況を強いている。

まず未摘発の非正規滞在者は、一般社会で働いていることが多い。1980年代後半以降、バブル経済に沸く日本に職を求めて来日した「外国人労働者」のなかでも、資格外で働く「不法」就労などを含む非正規滞在者は、建設業や製造業における人手不足を補ってきた（駒井 1993）。しかしながら、かれらは資格外あるいは在留資格をもたずに「不法」に働いているため、賃金未払いなどの不当な扱いを受けるほか、危険な機械操作などに従事させられることなどから労働災害にあう可能性も高い。しかしながら、労災が発生すると労働基準監督署の摘発を受けるため、雇用者側が「労災隠し」のために労災申請をせず、けがの治療は自由診療とさせられる場合もある（平野 2003）。また仮放免中の非正規滞在者は、収入を得る行為自体を固く禁じられている。在留資格がないため当然であるとはいえ、普段の生活でもけがや病気に罹る可能性は充分にあり、収容中に罹患した疾病の治療が必要な者もいる。それでも保険に加入できないため、高額な治療費を工面できずに適切な治療を受けられなかったり、治療を断念したりする非正規滞在者も多い（山村 2005、吉成 1993 ほか）。しかしながら、こうした一般社会に生きる非正規滞在者たちは、金銭面がクリアになれば、あるいは無料定額診療所や支援団体がセッティングする無料健康診断にアクセスできれば、（限定された範囲内であったとしても）自らが受診する医療機関を選択し、医師の診察を受けることが可能である。

ところが、図1を見るに、非正規滞在者のなかでも最底辺に属する収容中の非正規滞在者は、「送還可能のときまで」実質的に無期限収容されることにより人身の自由さえも奪われ、自ら医療機関を選択することはできない。しかも、前章まで確認してきたように、収容施設内で唯一医療にアクセスできるはずの診療室が正常に機能していない。慢性的な医師不足や医師としての倫理的な判断を欠いた者による処置は医療行為とは言い難く、結果的に誤診や対応の遅れから、症状の悪化や最悪の場合死に至るケースが後を絶たない。しかしながら、こうした実情を目の当たりにし、生きる権利さえ剥奪されかねない状況においても、被収容者は体調を崩せば否応なく「クリニックなんかじゃない」収容施設内診療室で診察を受けなければならないのである。したがって、渡戸が「総体として、“国民国家においてもっとも脆弱な存在”」（渡戸 2007: 26）であるとした非正規滞在者のなかでも、収容中の非正規滞在者こそが、本当の意味で

「もっとも脆弱な存在」であると位置づけられるだろう。

5. おわりに

本稿では、基本的人権である非正規滞在者の生存にかかわる医療処遇について経年的な整理をおこなうことで、非正規滞在者の多くが経験しうる収容生活の一側面として、収容施設内診療室の運営実態の一部を明らかにすることができた。入国管理局への収容はすべての非正規滞在者が通る可能性の高いライフコースであるといえる。非正規滞在者は違反調査の結果、その多くが収容令書に基づき「全件収容主義」のもと原則として全員が収容されるためである。ところが、これまでの社会学の分野における非正規滞在者にかんする研究では、「労働力」から次第に生活基盤を定着させ日本社会の「生活者」へと変化していく過程や、それに伴う正規化への道をさぐる文脈、あるいは非正規滞在者への支援という視点から論じられ（駒井・渡戸・山脇 2010、鈴木 2009、近藤・塩原・鈴木 2010 など）、ほとんどの非正規滞在者が収容を経験するにもかかわらず、収容施設内での生活そのものに焦点をあてた研究はおこなわれてこなかった。また、弁護士や医師らによって単に「人権侵害の告発」の視点のみから報告されがちであった収容施設における処遇全般を、「非正規滞在者の多くが経験しうる収容生活の実態」として丁寧にとらえなおす必要がある。そうすることで、今後の収容施設の処遇改善に必要な取り組みを見いだすことができるだろう。本稿で示した収容経験者への調査では、サンプル数が十分でないことやそれに伴う調査の空白期間などいくつかの課題が残る。継続的なケースの積み重ねと、医療のみならず処遇全般にかんする収容経験者への丁寧な聞き取りを今後の課題としたい。

参考文献

- 明石純一, 2010, 「2010「歓迎されざる」越境者への対応」『入国管理政策—「1990年体制」の成立と展開』, ナカニシヤ出版, 198-235.
- 東澤靖, 2014, 「出入国管理手続における収容と視察委員会—人権基準と政策からみた課題—」『明治学院大学法科大学院ローレビュー』第20号, 53-66.
- 平野(小原)裕子, 2003, 「定住外国人の健康問題と保険・医療・福祉」『—講座 グローバル化する日本と移民問題 第II期 第4巻—移民の居住と生活』, 明石書店, 90-132.
- 近藤敦・塩原良和・鈴木江理子編, 2010, 『非正規滞在者と在留特別許可: 移住者たちの過去・現在・未来』, 日本評論社.
- 駒井洋, 1993, 『外国人労働者定住への道』, 明石書店.
- 駒井洋・渡戸一郎・山脇啓造編, 2010, 『超過滞在外国人と在留特別許可: 岐路に立つ日本の出入国管理政策』, 明石書店.
- 小松隆次郎, 2017, 「入管、検査受けさせず 頭痛訴えたベトナム人死亡」『朝日新聞』, 朝刊, 2017年12月5日.
- 水野彰子, 1995, 「退去強制手続と人権侵害—東京入管・中国人女性暴行事件」『監獄と人権—制度化された隔離と暴力 その改革をめざして』, 海渡雄一編, 明石書店, 154-72.
- 佐々木光明, 1996, 「入管法上の身柄拘束における法的規制原理と法的地位」『密室の人権侵害—入国管理局収容施設の実態』, 入管問題調査会編, 現代人文社, 152-60.
- 佐藤直子, 2013, 「入管収容施設の被収容者」『人権年鑑2013』, (社) 部落解放・人権研究所.

- 関聡介, 2011, 「日本における外国人の人権を巡る「壁」と「格差」再考」『移民政策研究第3号』, 移民政策学会編, 現代人文社, 23-36.
- , 2015, 「非正規滞在者の権利」『外国人の人権へのアプローチ』, 近藤敦編著, 明石書店, 155-74.
- 鈴木江理子, 2009, 『日本で働く非正規滞在者：彼らは「好ましくない外国人労働者」なのか?』, 明石書店.
- 高橋徹, 1996, 「バブル崩壊と入管行政のバンク」『密室の人権侵害 入国管理局収容施設の実態』, 入管問題調査会編, 現代人文社, 96-111.
- , 2007, 「日本の外国人政策と入管収容施設」『壁の涙 法務省「外国人収容所」の実態』, 『壁の涙』製作実行委員会, 現代企画室, 42-65.
- , 2016, 「我が国の出入国管理及び難民認定法の沿革に関する一考察」『中央ロー・ジャーナル』第12巻4号, 63-117.
- 渡戸一郎, 2007, 「社会の構成員としての外国人とシティズンシップ—「非正規滞在」という存在形態が問いかけるもの」『在留特別許可と日本の移民政策—「移民選別時代」の到来』, 明石書店, 25-35.
- 山村淳平, 2005, 「法務省・入管収容所での人権侵害 医師による実態報告」『法学セミナー609号』, 日本評論社.
- , 2006, 「在日難民／移住労働者の健康をいばむもの」『講座 外国人の医療と福祉—NGO の実践事例に学ぶ』, 外国人医療・生活ネットワーク編, 86-90.
- , 2007, 「入管収容の実態—その証言と解説」『壁の涙 法務省「外国人収容所」の実態』, 『壁の涙』製作実行委員会, 現代企画室, 76-148.
- 吉成勝男, 1993, 「国際都市 TOKYO—バングラデシュ人とともに」『バングラデシュ人の海外出稼ぎ労働者』, 長谷川安朗・三宅博之編, 明石書店, 61-90.
- 仮放免者の会, 2015, 「なぜ入管の収容施設で死亡事件があいつぐのか?—医療処遇について仮放免者の会の見解」, 2015年5月11日 (http://praj-praj.blogspot.com/2018/06/blog-post_24.html 2018年9月27日 アクセス).
- 法務省入国管理局, 2016c, 「医師の募集について (東日本入国管理センター)」 (<http://www.immi-moj.go.jp/others/ishi.html> 2018年11月16日 アクセス).
- , 2011-2017年b, 「各入国者収容所等視察委員会の意見に対する措置等報告一覧」 (<http://www.moj.go.jp/content/001267342.pdf> 2018年9月25日 アクセス).
- , 2011-2017年a, 「入国者収容所等視察委員会の活動状況」 (http://www.moj.go.jp/nyuukokukanri/kouhou/nyuukokukanri02_00028.html 2018年9月25日 アクセス).
- , 2010, 「入国者収容所等視察委員会の設置」 (<http://www.immi-moj.go.jp/newimmiact/koumoku5.html> 2018年9月25日 アクセス).