

2007年4月27日

CAT ネットワーク 拷問等禁止条約NGO 主張のポイント

私たちCATネットワーク(The CAT Network Japan 以下、CATネット)は、日本国内で刑務所や入管収容施設、精神病院などで自由を奪われた人達の人権を守る活動をしているNGOの連合です。今回国連・拷問禁止委員会へ提出したNGOレポートは、拷問禁止・防止に関する私たちの関心や、日本政府報告書に関する追加情報をまとめた報告書です。

日本政府報告書の審査は、2007年5月9～10日にジュネーブで予定されており、CATネットからも審査の傍聴とロビー活動のために参加します。

*CATネット構成団体

監獄人権センター

監獄人権センターは刑事拘禁施設の人権状況を国際水準に合致するよう改善することを目的として、1995年に、弁護士や、研究者、人権問題に関心のある市民によって設立された、非政府、非営利の団体である。アムネスティ・インターナショナルやピナル・リフォーム・インターナショナルなどの国際NGOと協力して、日本で国際的なセミナーや会議を開催している。

入管問題調査会

入管問題調査会は1994年に市民、弁護士、研究者によって設立された、非政府、非営利、また特定の宗教によらない団体である。日本国内のみならず、ペルー、フィリピン、中国、イランといった国ぐににおいて、日本から強制送還された人たちなどからの聞き取りをし、証言を集める活動をしている。

東京精神医療人権センター

東京精神医療人権センターは、東京都の精神医療サービス利用者のために、裁判や行政への申し立てなどの「法的アドボカシー」をおこなっている権利擁護団体である。栃木県宇都宮病院において傷害致死事件が発覚したことを受けて、弁護士、精神医療の専門家、地域の社会福祉関係者、患者やその家族が集まり、1986年に設立された。東京精神医療人権センターでは、電話相談サービス(ホットラインサービス)、入院患者の問題解決のための精神病院への訪問、人権情報に関する書籍の出版を行っている。

私たちの報告書における主張のポイントは次の通りです。

1 刑務所

刑務所では以下点につき、2006年の受刑者処遇法施行後もなお課題として残されている。

(1) 適切な医療を受ける権利の確保

刑事施設内で働く医師の数が少なく、医師に代わって看護師資格の医務官が診察したり、薬を処方したりしている。

過剰収容により、刑務官の数が少ないため、外部で医療を受けることに非常に消極的で

ある（外部での治療では、治療中の被収容者の逃走防止等の目的のために刑務官の人手がとられるとされている）。

こうした問題の解決のためには、医師が医師としての職業倫理にしたがって、被収容者に対して医療を施すことが重要である。我々は、刑事施設内の医療については、法務省から厚生労働省に移管し、一般社会における医療制度のなかに統合していくべきであると提言している。

（２）長期の昼夜間独居拘禁の廃止

１９９８年の自由権規約委員会による最終見解で懸念が表明された、長期にわたる昼夜間独居拘禁は、被収容者の心身に重大な悪影響を及ぼしている。３０～４０年を越えて昼夜間独居拘禁処遇となっている者もいるという状況は深刻であり、拘禁の必要性を判断するための、最長期限を義務づけるべきである。

受刑者処遇法下においても、形を変えて、長期独居拘禁を容認するような制度が残されている（受刑者処遇法 53 条の隔離、制限区分第 4 種の指定）。

（３）不服申立を受理し、調査する独立機関の設置

名古屋刑務所事件の発覚以降、内部的な調査及び行刑改革会議審議過程において、様々な刑事施設内部の情報が明らかとなったことは、歓迎するが、限界があることは認めなくてはならない。依然として法務省内部が情報をコントロールできる状況にあり、独立した外部機関が調査できる経路が必要である。

名古屋刑務所事件を通じて、不服申立制度に問題があったことが明らかとなり、これは受刑者処遇法によって、法律上は改善された。しかし、新たな不服申立制度にも、手続きが複雑である、申立可能期間が非常に短い、不服の申立ができる範囲があらかじめ制限されているなどの問題点がある。

（４）厳罰化による拘禁刑の増加、及び拘禁の長期化（仮釈放の消極化）

過剰収容が進んでいることによって、刑事施設内の環境が悪化している。このような悪化した環境が、拷問等の防止にとってマイナス要因であることを強調しておきたい。

２ 入管収容施設

（１）収容施設に対する第三者的な監視のシステムの欠如

今まで当局がおこなってきた改善は内部努力でしかなく、その実効性もあまり期待できない。生じた人権侵害に対して内部には調査能力がなく、裁判でも救済されない。収容を停止する権限を持った監視機関により、日常的な監視と、人権侵害が生じた場合の通報システムが必要である。

（２）収容の要件を明確化

収容要件を明確化し、収容に適さない人の収容をさせないシステムを作る必要がある。

病人、妊婦、未成年者、高齢者、労災治療中、難民申請者、在留申請中、裁判係争中などの者については収容の禁止を明確にするべきである。また、難民手続きを入国管理システムから独立させるべきである。さらに、収容に頼らずに退去強制手続きがすすめられるようなシステムを作るべきである。

(3) 収容期間の上限の明確化

現状では、収容令書に伴う収容期間は上限が30日間、延長してさらに30日間が限度だが、退去強制令書による収容には上限が定められていない。無期限長期収容を避けるために、退去強制令書による収容にも、収容期間の上限を設けるべきである。

3 精神医療施設

(1) 世界一の精神科病床数

2005年現在、日本では、33万人以上もの精神障害者が入院させられている精神科病床数は世界一である。これは国内の総病床数の21.7%を占めている。世界的には病床数は減少しており、日本に置いても非施設化の努力をするべきである。

(2) 平均入院期間の長期化

2005年の数値では、一般病院の平均入院期間が19.8日であるのに対して、精神病院への平均入院期間は327.2日であって、精神病院への平均入院期間が一般の入院期間よりはるかに長い。2003年6月の全国の精神科病院(1662病院)における1日の調査では、24時間閉鎖処遇患者数140,075人(42.6%)、隔離患者数7,741人、拘束者数5,109人であった。

(3) 精神医療サービスに対する国家の差別的な政策

政府は、医療法の中で精神科には差別的な特例を設け、他科と比べ、医者は3分の1、看護職は3分の2のスタッフ数でよいとしている。

(4) 患者に対する過剰な行動制限と権利侵害

精神保健福祉法には、医師の指示による隔離が規定されており、裁量によって12時間まで認められている。この時間制限は長すぎるため改善する必要がある。

(5) 男女、未成年者患者と成人の同室収容

男女が、あるいは未成年患者と成人患者が同じ病棟や同室で処遇されている。東京都では、思春期専門の精神病院があり、2003年の統計でも、19歳以下の入院者数の50%の191人はそこで処遇されている。しかし、残りの50%が一般精神病院に収容されている。大都市以外の地方においては、思春期精神医療の専門家や専門病院や病棟が存在しない。それぞれ別々の病院や病棟に収容するべきである。

4 難民保護

(1) 庇護希望者の実質的な司法審査へのアクセス

難民認定申請の異議申立却下の後、裁判を提起することが可能である半年間を待たずして、自発的帰還以外の送還を行わないよう確保する手段がない。そのため、行政手続き終了直後に送還されてしまうケースがある。裁判提訴期間の6ヶ月以前の帰還については、その自主性を判断するために国際機関等の関与を確保するべきである。

(2) 難民認定申請に関する個人情報の出身国政府との共有

2005年6月22日に施行された改正出入国管理及び難民認定法により、難民認定申請に関わる情報を、出身国政府を含む外国政府と共有することが明文化された。これにより、難民認定申請者の個人情報や申請を行ったという事実自体が出身国政府に共有され、難民申請者の迫害のおそれを決定的なものにしてしまっている。

(3) 生活支援及び就労の禁止

庇護希望者は、司法手続きにおいて在留資格も与えられず、就労も許可されないことがある。公的な生活保障も一切なく、生存すら否定されかねない状況にある。司法手続きは複数年を要することが通常であり、その間、一切の生活保障がなく暮していくことは困難で、逆に生活困難のため、実質的にノン・ルフールマンを確保できない状況にも陥りやすい。裁判中においても、最低限の生活が保障され、かつ就労が認められるべきである。

(4) 補完的保護 (Complementary forms of Protection) の基準の明確化

2005年5月に施行された改正出入国管理及び難民認定法において、難民申請が不認定であっても「在留を特別に許可すべき事情がある」場合には(入管法第61条の2第2項条より)在留が許可されるとされた。補完的保護の一形態として導入において歓迎されている。しかし、それ以上の基準が公表されておらず、また正確な unique number も公表されていない。とりわけ、拷問等禁止条約第3条の趣旨を確実に取り入れていくような、規則の明文化が求められる。

【連絡先】

特定非営利活動法人 監獄人権センター

〒101-0052 東京都千代田区神田小川町3-28-13 8F 菊田法律事務所気付

TEL&FAX : 03 - 3259 - 1558

拷問等禁止条約・NGO事前レポート

CATネットワーク

CATネットワーク(The CAT Network Japan)では、2007年5月9～10日の拷問等禁止条約日本政府報告書の審査に向けて、二つのレポートを準備した。このレポートは、2006年10月にジュネーブの拷問禁止委員会宛に送付したNGO事前レポートである。

第1条

日本政府報告書(以下政府報告書)のパラグラフ2および17において、日本国憲法36条は「公務員による拷問及び残虐な刑罰」の絶対的禁止を規定している。しかし、憲法で規定されている「拷問及び残虐な刑罰」は、条約1条にいう「拷問」と、条約16条にいう「残虐な、非人道的な又は品位を傷つける取扱い又は刑罰」を合わせていうものと解すべきであるが、この点政府報告書では明確でない。

さらに、憲法にいう「公務員による拷問」は、条約上の定義の諸要件をカバーするものより狭く解釈されているようである。

第2条

政府報告書には、「拷問等行為の発生の防止」という観点に基づいた、「条約19条に基づき拷問禁止委員会に対して締約国が提出する第一回報告書の形式と内容に関するガイドライン」(CAT/C/4/Rev.3)に沿うような国内の法制度とその適用実態に関する説明がない。

国民保護法には、有事の際の自由権利の制限において拷問等が除外されることや自衛隊法や警察法に、拷問行為に対する抗命を認めることが明記されていない。

第3条

2004年に出入国管理及び難民認定法の難民認定に関する部分が制度施行の1982年以降で初めて改正され、2005年より施行された。この改正で、難民認定申請中であれば、退去強制の執行停止が確保されることになった。しかし、第三国を経由せずに日本に入国する等の条件を満たさなければ、退去強制手続きが進み、退去強制令書が発付される制度上の課題は変わらない。また、異議申し立て却下通知直後に裁判を受ける権利を文書で渡しておきながら、弁護士に連絡をとらせることなく退去強制を行った事例がある。よって、ノン・ルフルマン(非送還)の原則という拷問等禁止条約第3条の規定の実施に

において大いに課題がある。

さらに、当局が裁判手続を行う権利を侵害しているとの報告がなされている。たとえば、異議申し立て却下通知直後に弁護士への連絡を取らせることなく送還することや、担当弁護士がおおよそアクセス不可能と思われる地域へ収容することなどである。また、司法手続きにおける生活保障は一切ない。

第4条

刑法194条から196条の規定は、公務員の職権濫用や暴行行為等に対してとくにより重い刑罰を科している。政府報告書では、これらの規定を含む刑法・特別法の規定によって公務員による拷問行為を処罰することができるとするが、実際には、何件（人）がこれらの規定によって起訴され、あるいは判決を受けているのか明らかではない。

さらに、刑法の特別公務員暴行凌虐罪等の規定（194条から196条）について政府報告書では次の点が明らかにされていない。

特別公務員暴行凌虐罪等の適用範囲は、条約1条の「公務員その他の公的資格で行動する者」の定義と一致するのだろうか。たとえば、自衛官、入管職員や、精神保健福祉法にもとづく措置入院・医療保護入院（非自発的入院）に関わる指定医や病院の医師・看護師に対して適用されるのか明らかでない。（民営の精神病院の職員（日本では多くの病院が民営である）や、入管収容施設で働く民間企業に雇用された職員などによる暴行事案の報告がある。）

特別公務員暴行凌虐罪等の規定の適用は日本の公務員に限られており、外国の公務員には適用されず、他の犯罪と同様に暴行、傷害などで処罰されるにすぎない。したがって、条約4条2項にいう「その重大性を考慮した適当な刑罰」を科することはできないと思われる。

さらに、条約にいう公務員による「黙認の下に」行われた場合、刑法その他の規定によって処罰が可能であるかどうか不明である。

第5条～9条

政府報告書パラグラフ33から54のとおり、日本の法制度においては、条約4条に該当する被疑者の犯罪についての法制度は存在している。勾留や、犯罪人引渡及び司法共助についてはいくつかの規定がある。しかし、前述の通り条約4条については、日本の刑法では特別公務員にのみ適用されるものである。それゆえ、政府や日本社会は拷問行為についてあまり深刻に考えていないという傾向がある。そのことを端的に示すのが、2000年に来日したフジモリ元ペルー大統領への取扱いである。

フジモリ氏については、その大統領在任時代に秘密部隊を用いて行った虐殺や誘拐の容疑で、ペルー政府が2003年に条約などの国際基準に基づいて日本政府に引渡を求めた。

また被害者やその遺族も引渡を求めていた。しかし、日本政府は、フジモリ氏が日本国籍を持っていたことと国内法が日本国民の引渡を禁止していることを理由に、引渡の要求を拒否した。さらに日本政府は日本国内での捜査にも着手しなかった。日本政府のこの行為は条約に違反する重大な問題である。

第10条

1995年から国連の「人権教育のための10年」キャンペーンが繰り広げられたことにより、日本でも人権教育の行動計画の実現に向けた動きがあった。刑務所、入管施設における被収容者の取扱いや職員の規律向上に関しては、一定の進展があった。

しかし、現在実施されている教育プログラムに効果があるかは疑問がある。大部分のプログラムはおよそ同じ機関(省庁内)の職員による一方的な講義形態をとる。研究者やNGOスタッフなど外部から講師を招いて講義をした事例も以前よりは増えていると聞かすが、招かれる講師の範囲は限定されている。さらに、講義内容は、職務内容の異なる公務員に対し、一般的な議論の紹介が中心である。それぞれの公務員の職務内容に適した人権教育を提供すべきである。

第11条

(1) 警察留置場

裁判前の被疑者の多くは「代用監獄」といわれている警察留置場に勾留され、起訴までの間、警察の管理下に置かれる。被疑者は最長で23日間勾留される。この23日の間、警察の捜査官や検察官は自由に尋問ができ実際のところ尋問の時間に制限はない。容疑を否認したり、黙秘したりしている被疑者に対しては、深夜に渡る取調が継続される。さらに、尋問の記録は、被疑者の同意なしに差し替えや改ざんなどがされていることもある。

政府報告書のパラグラフ79では、「留置業務を指導する立場にいる警察官が、管下の警察署等の留置場を計画的に巡視」と記載されているが、この計画的な巡視はほとんどされておらず、同じ警察組織内の職員による内部査察であり、法律に基づく制度ではない。

(2) 刑事拘禁施設

既決の被収容者(受刑者)については2006年5月に施行された「刑事施設及び受刑者の処遇等に関する法律」(以下、受刑者処遇法)が適用され、人権保障の観点において進展が見られる。

受刑者処遇法においては、内部監査に加えて、刑事施設視察委員会(以下、刺殺委員会)という独立した訪問機関が設立された。刺殺委員会は、施設を訪問し、被収容者に面接することができる。被収容者は、委員に対して意見を申し立てることができる(ただし、委員会は不服申し立て機関ではない)委員は、日弁連や医師会などからの推薦によって法務

大臣から任命される。刺殺委員会に関するコメントは12条関連に掲載した。

(3) 入管収容施設

入管収容施設の透明性の確保や、拷問および非人道的な取り扱いの防止については、いくつかの改善が見られる。被収容者が自由に外部に電話をかけることができる電話が設置された施設は増加している。いくつかの収容施設では、被収容者は施設職員の立会いなしに知人や外部の弁護士と面会ができる。

第12条

(1) 警察留置場

政府報告書のパラグラフ8では警察組織の機能について述べているだけである。実際に、警察が警察組織内で拷問や非人道的な行為が発生したと疑われる場合について迅速かつ公平な調査を行ったというケースは承知していない。そのような事例がある場合には、政府はあきらかにすべきである。

(2) 刑事拘禁施設

受刑者処遇法の制定を含む一連の刑務所改革は、2001年から2002年にかけて発生した名古屋刑務所事件に対する批判の高まりによっている。政府報告書では、同事件は過剰収容や処遇困難者の増加を原因として生じたとされているが、そのみが原因ではない。すでに過剰収容等の問題が生じる以前より、同種の暴行事案は報告されていた。施設内において拷問等が発生する構造的な問題を明らかにし、改善すべきである。

(3) 入管収容施設

入管施設の職員による拷問や非人道的な取り扱いについての報告は多数あるが、当局がその事実を認めることはまれである。

第13条

(1) 警察留置場

(b) 被拘禁者のとりうる措置・留置場

政府報告書のパラグラフ112と113では、「内部」の不服申立制度についての説明がなされている。現状では、「外部機関」による効果的な不服申立制度と警察留置場の査察制度は存在しない。2006年6月に「刑事収容施設及び被収容者等の処遇に関する法律」(以下、刑事被収容者処遇法)が成立した。これによって視察委員会は設置されるが、不服申立を審理するための第三者機関は設置されない。

(2) 刑事拘禁施設

政府報告書パラ 114 が述べるように、被収容者は救済を求めて訴訟に訴えることはできるが、実施には多くの困難に直面する（14 条関連部分を参照）。

受刑者処遇法のもとで、不服申立制度は改正された（政府報告書パラ 115）。また 2006 年 1 月には、「刑事施設の被収容者の不服審査に関する調査検討会」が設置され、5 人の独立した委員が法務大臣によって棄却された不服申立を審査したことは評価できる点である。1998 年の自由権規約委員会・最終見解が勧告したように、恒常的な独立した不服申し立て機関の設置が検討されるべきである。

(3) 入管収容施設

日本政府報告書パラグラフ 117 から 119 のとおり、2001 年 11 月に入管法にもとづく「被収容者処遇規則（法務省令）」の一部が修正され、「不服の申出」制度が導入された。

しかし、この不服申立制度はまともに機能していない。新聞の報道によると、入管施設内での職員による被収容者への暴行・虐待の不服が 68 件あったが、当局はいずれも『申立てに根拠がない』として退ける決定をしており、不服を受けて処遇の改善したものは 1 件もなかった。68 件のうち 23 件は不受理を不服として法相に異議を申し立てたものの、すべて却下されている。

(4) 精神医療施設

政府報告書のパラグラフ 122 のとおり、1987 年に精神保健法が成立し、患者が不服を申立てる精神医療審査会が設置されたが、この機関は患者の観点から見ると実効性に乏しいものである。2004 年の入院患者約 330,000 人であり、そのうち 1902 件（患者の 0.6%）の退院請求がなされた。しかし、請求が認められたものは 122 件（認可率は 6.4%）である。患者は退院したのではなく、他の入院形態（より規制の少ない入院形態）へ移行しただけである。処遇改善請求は 177 件で、請求が認められたものは 16 件である。上級審査機関が存在しないので、患者は審査結果の不服申立ができない。

第 14 条

被収容者にとって、拷問等の人権侵害について救済を得る手段としては、国家賠償法に基づく訴訟によることがもっとも効果的と言えるが、賠償を得ることは極めて困難である。

確かに、受刑者処遇法の施行によって、訴訟を行う際の代理人となる弁護士との面会に、立ち会いがつかないことが原則となった点は評価できる。しかし、以下のような問題点が、依然として残っている。

訴訟を提起したことによって、厳正独居に付されるなど、施設職員による報復的取り扱いを受ける可能性がある。適切な弁護士を見つけること、拷問等が生じたことを証明するための証拠の収集、証人を探すことも容易ではない。

裁判官が、施設側の証言に比して、被収容者の側の証言をなかなか信用しない、という問題もあると聞く。

訴訟提起の時効もまた、障壁となる。外国人の被収容者の場合、国家賠償法上の相互主義の問題も存在する。

以上の、問題点は、入管収容施設や精神病院における人権侵害の救済を求めて、国賠を起こす場合にも同様にあてはまるものと言えよう。

第16条

(1) 入管収容施設について

入管収容施設において、不当な取り扱いであり、重大な問題であるとして以下の点を指摘する。

被収容者の処遇をたやすくするために、入管職員が、被収容者に対して大量の向精神薬や睡眠薬、その他の薬物を投与した事件が複数発生している。

長期および無期限の収容である。長期の収容によって、被収容者の心身の健康が損なわれている。被収容者の自殺未遂、自損、健康被害に関する多くの事例が報告されている。

難民申請者（裁判係争中の場合）、高齢者、妊婦、心身の障害者、未成年者といった人々の収容の問題がある。

(2) 精神医療施設について

新法（下記の「その他」の項を参照）の下では、個室で処遇される患者も出てきており、大きな進歩ではあるが、全てが閉鎖病棟内での処遇である。特に、退院を間近に控えている患者も閉鎖処遇しか受けられないことは問題である。

その一方で、多くの患者が大部屋（多床室）で処遇されている。20歳未満の未成年者は、成人患者と別に処遇されるべきである。さらに、高齢の長期入院者は、プライバシーの全くない大部屋（多床室）ですっと生活している。

その他の問題として、隔離・身体拘束を伴う多量の向精神剤投与は、患者にトラウマを与えている。

一人ひとりの患者の状態に合わせた治療が施されるべきである。

その他

(a) NGO との協力

政府報告書提出の直前に、NGO との「協議」が 2 施された。しかし、この協議は、両者が単にそれぞれの意見を述べるだけであって、事実上の議論は行なわれなかった。さらに、事前や協議中に資料が配布されることはなく、政府が報告書にどのようなことを書こうと

しているのかについてNGOは全く知ることがなかった。これらの協議は、実態のないただの見せかけに過ぎず、満足のできるものではなかった。

(b) いわゆる代用監獄について

代用監獄に関する問題は、自由権規約委員会で日本の政府報告書が審査されるたびに論点となっている。代用監獄制度は、日本において、長い間、人権侵害、特に拷問の象徴となっている。

警察留置場は、本来、逮捕された者が裁判官に引致されるまでの間、一時的に勾留される場所であって、取り調べの目的で被疑者を長期間勾留するために使用してはならない。警察の留置場は、「代用監獄」として被疑者および被告人を勾留するために使用され、政府報告書によると「約1,300の警察留置場が警察署等に設置されている」。統計資料によると、留置場に勾留されている者の人数は、少なくともこの10年の間、拘置所に収容されている者の人数よりも増加している。2003年には、全国で117カ所の拘置所で収容定員の合計は17,000人であったのに対して、警察留置場は1,300カ所あり、収容定員の合計は約19,000人であった。

代用監獄の特徴は、捜査当局が被疑者を管理下に置くことである。警察の意に沿う被疑者には、便宜を与え、否認している者には、拘禁生活において不利益を蒙るかのよう不安にさせる。直接的な暴行や脅迫が加えられなくても、被疑者は朝から晩まで長時間の取り調べを受け、精神的にも肉体的にも苦痛を味わい、最終的には自白するのである。

この制度の構造は、警察署内で捜査係と留置係を分離しないかぎり、変えることができない。

(c) 第22条に規定されている個人通報制度

政府は、「(個人通報)制度は、憲法の保障する司法権の独立を含め、司法制度との関連で問題が生じるおそれがあり慎重に検討すべき」であると主張し、自由権規約の第一選択議定書についても、同様の主張をしている。研究者や弁護士からは、この政府の見解に対する反論があがっている。

拷問等禁止条約の選択議定書に関しては、国連で選択議定書が採択された1999年以降、NGOは日本政府と話し合い、批准を促進するためのキャンペーンを行ってきたが、今日までにほとんど進展は見られていない。刑務所については、刑事施設視察委員会を2006年に設置した。この委員会は、議定書に定められた国内の拷問防止メカニズムの一つとして発展していくことが期待されている。さらに、選択議定書の加入によって、国際的な拷問防止メカニズムの利用が可能となり、拷問防止により効果的に機能するであろう。

(d) 死刑制度

死刑囚の外部交通(家族、弁護士、友人との面会や信書の発受信)は、2006年6月に制定された刑事被収容者処遇法に基づき、いくつかの改善がなされる予定である。しか

し、死刑囚の処遇に関する政府および司法当局の態度は、1998年の自由権規約委員会の審査時と変わっていない。日本社会におけるさらなる厳罰化政策のもとで、死刑判決および死刑囚が増加や、(仮釈放の可能性がない)無期懲役判決の増加を懸念している。

(c) 戒具および保護房の使用、(f) 処遇上の厳正独居拘禁、および(g) 懲罰

(1) 刑事施設について

戒具や保護房、独居拘禁、懲罰の頻繁な使用や残虐な方法による行使は、1998年の自由権規約委員会は最終見解で、規約7条および10条との適合性に重大な疑問を提起している。特に30人以上のも受刑者が10年以上も厳正独居拘禁にされたままの状態にある。最長の受刑者は、40年以上も厳正独居拘禁である。

1998年以降、少しずつ改善されているようである。さらに、受刑者処遇法や施行規則では、戒具および保護房、厳正独居拘禁、懲罰に関して、以前よりも詳細な規定を設けている。しかし、この新制度下での運用状況については、現在のところ十分な情報が得られていない。

(1) 入管収容施設について

皮手錠が伸縮性を備えたものに代わり、被収容者の手首への圧迫が多少緩和されるようになったことは、一つの進展である。しかし、金属ワイヤーの入った新たな戒具が使われるようになり、これは、皮手錠以上に被収容者に苦痛を与える可能性がある。保護房の使用については、拷問等禁止条約第16条の非人道的な取扱いに該当すると思われる事案もある。

(3) 精神医療施設について

精神保健福祉法は、事実上、2種類の措置入院を規定している。第29条で、患者は、都道府県知事の許可に基づいて入院させられると規定している。そして、第33条で、保護者の同意に基づく入院が規定している。2003年度には、36.3%の患者がこれらの規定に基づいて入院させられた。

「(精神保健福祉法)第36条において、身体的拘束の必要性や入院の継続の必要性について、精神保健指定医が判定を行う」と政府は述べている。同法第36条の「行動制限」には、3種類の患者の行動制限、すなわち、閉鎖病棟への24時間拘禁、隔離室での拘禁、患者の身体の制限がある。1,662病院(患者の総数は、329,096人)を対象に2003年6月30日に行なわれた調査によると、140,075人の患者が閉鎖された病室に拘禁され、7,741人の患者が隔離室、5,109人が身体の制限を経験した。

患者およびその家族から得た情報によると、法においては懲罰に関する規定がないにも関わらず、懲罰のような医者による隔離や患者の行動の過度な制限といったことが行なわれていると推測される。

問題の新法、「心神喪失の状態で重大な他害行為を行なった者の医療及び観察等に関する

法律（心神喪失者医療観察法）」が2005年7月に施行された。この新法の下では、心神喪失を理由として不起訴あるいは無罪の判決が確定した者、もしくは刑が軽減された者が、裁判官と精神保健審判員（精神科医）からなる裁判によって、入院する必要があるかどうか審判される。現段階で、特定の判断をすることは非常に難しいが、裁判にもちこまれる前に、医学的介入および患者の行動の自由への制限の行使に対して立法上の保護手段がないことは問題である。