

死刑と医の倫理

辻 本 義 男

一 は じ め に

ヒポクラテスの宣誓は、⁽¹⁾医師の使命は、人の健康の擁護にあり、医師の知識と良心は、この使命の達成のために捧げられるべきものであることを医師の倫理的教義の重要な構成部分とした。医師は世界医療機構(World Medical Association—WMA)のジュネーブ宣言の「私は私の患者の健康が私の最も強い関心事である」という言葉に拘束され、⁽²⁾また「人間としての存在の肉体的・精神的抵抗力を失わせるような行為上の忠告は、その人間の利益のためにのみ行うことができる」という医学倫理の国際法典に拘束されている。⁽³⁾

このように医の倫理は、人間の生命に対して最高の敬意を払うことを強調し、医師に対しその患者を益する治療を施し、決して害を与えないことを求めている。それにもかかわらず、医師はしばしば死刑の執行に直接にあるいはその他の方法で参与することを求められている。

医師は死刑の執行に直接に、あるいは間接に参与するように求められる結果、死刑をめぐる倫理問題が医療関係

者のあいだでしばしば生じてきている。とくにアメリカで医学にもとづく処刑方法である致死薬注射による処刑が導入されて以来、医師の死刑への参与の度合いはますます高くなってきた。これに対して、多くの医学団体は、医療関係者が処刑に参与することは医の倫理に反するという声明を行い、あるいは決議を採択して、死刑制度そのものに反対を表明している。⁽⁴⁾

(1) ヒポクラテスの宣誓

医神アポロ、アクスレピオス、ヒギュア、パナケイアおよびあらゆる男神女神の前に私は、この制約、義務を、私の能力、判断の限り守ることを誓う。

私のこの技術を教えた師を親と同じように崇め、禍福をともし、私の物を分かち、彼が必要と望む時には与えます。彼の子孫を私の兄弟と同様に扱い、彼らが医学を学びたいという時には、無報酬、無条件でそれを授けます。我が子、我が師の子、および学籍に登録された医師規約により宣誓した者には、戒律、講演その他すべての医学知識を伝授するも、それ以外の人々には与えません。私の能力と判断により、私の患者の利益になると考えられることを行い、害になると思われることを排斥します。何人が求めようとも致死薬を与えず、そのような指導をせず、女性に堕胎用の器具を与えません。純潔と敬愛の念を持って自分の生を送り、医学を施します。決して自ら載石術を行わず、これを業務とする人に委ねます。いずれの家に行こうとも、患者の安寧を第一とし、不善不義を避け、特に男女を問わず、自由民、奴隷とを問わず情交を結ぶようなことは行いません。業務上より見聞し、または人の私生活に關して知りえた秘密は厳守して口外しません。

私がこの誓いを守り続ける限りは、私の生および医学を幸多きものにし、永く世人の尊敬を受けられるようにして下さいます。もしこれを私が破るようなことがあったならこの逆のことを甘受します。

(2) ジュネーブ宣言（一九六八年シドニー修正版）

医師の一員として承認された機会におよび、

私は私の人生を人間性に対する奉仕のために専心させることを厳かに制約する。
私は私の師を尊敬し、彼らが当然受くべき謝意を表明する。

私は医師としての職業を良心と尊厳をもって遂行する。

私の患者の健康が私の最も強い関心事である。

私は私に打ち明けられた秘密を尊重する、これは彼の死後も続く。

私はすべての意味において医という職業の尊厳と高貴な伝統を力の限り遵守する。

私の同僚を兄弟と同じように尊重し、

私と患者間においては宗教、国籍、人種、政党、社会的地位による区別はありえない。

私は人間を胎児の時期からその人間性を尊重し、いかなる迫害があろうとも、自分の医学上の知識を人間性に反する目的のためには用いない。

私はこれらの誓約を厳かに自分の意志により私の名誉にかけて約束する。

(J・K・メイソン、A・M・スミス 前掲書、三九七頁による)。

(3) 医学倫理の国際法典

医師の一般的義務

医師は職業人として常に最高の水準を保っていなければならない。

医師は自分の利益という動機によって治療を行ってはならない。

次のような行為は非倫理的であるとみなされる。

(a) 医学倫理の国家による要綱による方法以外の自己宣伝を行うこと。

(b) 医師の職業的独立を脅かされるような形による共同医療行為の実施。

(c) 患者の治療に関連して、たとえ患者の納得の上でも、適切な職業上の報酬以外の金を受け取ること。

人間としての存在の肉体的・精神的抵抗力を失わせるような行為上の忠告はその人間の利益のためにのみ行うことができる。

治療上の発見や新しい技術の公表において医師は充分な注意の下で行わなければならない。

医師は自分で確かめた事実についてのみ診断書を書いたり、立証することができる。

医師の患者に対する義務

医師は人間の生命を守るという義務を一時も忘れてはならない。

医師は患者に対し忠誠を尽くし、自分の知識は患者から与えられたものであることを忘れてはならない。診断や治療が自分の手に負えぬ時には、必要な能力を有する医師を召還しなければならぬ。

患者の彼に対する信頼に鑑み、彼の患者について知りえた事柄については完全な秘密を守らなければならない。

医師は他の能力のある人間が緊急治療を施そうとしていることが確実な場合を除き、人道上的見地から緊急治療を行わなければならない。

医師相互間の義務

医師は彼の同僚に対しては、自分が彼からしてほしいように自ら行動せねばならない。

医師は他の医師から患者を奪ってはならない。

医師は世界医療機構(WMA)により採択された「ジュネーブ宣言」の趣旨を尊守しなければならない。

(J・K・メイソン、A・M・スミス 前掲書、三八〇―三八一頁による)。

- (4) Amnesty International ed., *When the State Kills, The death penalty v. human rights*, Amnesty International Pub, 1989, p. 92, note 10 and 11.

一九八一年にアイルランド医師会が、一九八六年にデンマーク、フィンランド、アイスランド、ノルウェーおよびスウェーデンの北欧五ヶ国の医師会からなる北欧医師会が、処刑に医師が参与することに反対する決議を行った。一九八一年に、オーストラリア医師会の連邦評議会は、世界医師会(WMA)の採択した死刑に医師が参与することに反対する声明を支持することを決議し、ポルトガル医師会も同様の立場をとった。一九八三年に、ニュージーランド医師会の評議会は世界医師会の決議を支持した。王立オランダ医師会、日本医師会、ポルトガル医師会、シンガポール医師会およびフランス全国医師組合は、世界医師会の決議を支持し、医師が死刑に参与することに反対することを明らかにした。

さらに、一九八〇年の第二回ペルー医師大会は死刑反対宣言を行い、「医師は、その刑罰がいかなる理由で科せられたかにかかわらず、死刑囚の死に参与し、検証し、立証し、あるいは確認することを拒否することができ、また、それらを行う義務を負うことはない」と述べた。スイス医師連合会中央委員会も同様の立場に立ち、一九八二年に死刑廃止を表明し、医師が死刑に参与することは医の倫理を侵すものであるとする死刑に医師が参与することに関するアムネスティ・インターナショナルの宣言の支持を決定した。チリ医師会の総会は一九八七年一月に、死刑反対および処刑に医療専門家の参与に反対する旨の声明を行い、囚人が処刑を免れた場合に、医師は特赦状を要請できるよう法律を改正するよう求めた。チリ医師会は「処刑執行人とともに執行に参与し、あるいは協力することは医師の職務ではなく、また、死亡していないならば再度銃殺するために処刑された者が死亡しているかどうかを決定することは、倫理的に許されないことである」と述べた。

二 死刑の執行に参与

死刑の手續に参与することによって生じる問題が、一九七八年の『臨床精神医学雑誌 (Journal of Clinical Psychiatry)』でいきいきと描かれている。

セイロン（現スリランカ）の刑務所に勤める若い医師アブドル・H・フセイン (Abdul H. Hussain) 博士は、死刑囚に医学的な措置を施し、処刑の前に健康状態を診断し、処刑の妨げとなる頸部の異常の有無を調査し、ロープの最適の長さを死刑執行人に知らせ、最後に処刑に立ち会い、死亡を確認するように命じられた。

四五歳の囚人は、処刑の前日に肉体的には異常はなかったが、汗でびっしりとなり、脈拍が早まり、血圧が上昇していた。そして、檻に閉じ込められた動物のように房の床をゆっくりと歩きまわっていた。処刑場の落としたが聞き、フードを被せられた囚人が下の穴に落ちたとき、「数分間、囚人の身体が太いロープの端にぶら下がり苦

痛のために暴れていたが、そのうちに静かになった。フセイン博士は狭い階段を伝って穴に降り、激しくしかし規則的に動いている囚人の心臓音を聴いた。だんだん鼓動はゆっくりとなり、不規則となり、およそ一三分後に止まった。それから死体がロープからはずされた」。

この記事によれば、「今日でもフセイン博士は、この行為における医師、精神医として、医学的検査官としての役割に、まだ激しく悩んでいた。……彼は罪悪感を抱き罪を意識し、若い、未熟な医師の時に、このようなことに利用されたことに憤りを感じている。彼は、今日これと同じ状況に直面したならば、任務を果たすより刑務所に行く道を選ぶと激しい調子で断言している。間違った戦争で自分の国のために人を殺した兵士のように、フセイン博士は自身を殺人者と思い、他の方法をとらなかつた自分の弱さを悔いているのである。……医師として、彼は自身を悲惨な目に会っている人間の治療者であり、その悲惨さを緩和する者であると考えていたのである。しかし、ここでは彼は人の生命を奪うことを求められたのである」⁽¹⁾。

一九七七年に、アメリカのオクラホマ州とテキサス州が、世界で最初の処刑方法として致死薬注射を採用した。

一九八〇年に、二人の医師が医の倫理規範にてらして致死薬注射の手續を分析し、医師に致死薬注射の準備を命じ、処置を行い、その監視を命じることは、医の倫理に反し「非医学的な目的に生体臨床医学的な知識と技術を悪用すること」となるとした。とくに「薬物を施用する際に死刑囚の状態を監視し、心拍と呼吸が停止したときその死亡を宣告するために監視行為を行うことは、医師として倫理的に妥当性を欠く……とおもわれる。そのような継続的な役割は殺人という全体的な行為に密接な部分であって、別個の医学的な行為であるとは考えられない。……それは、拷問や長期におよぶ取調の際に定期的に囚人を診断して、肉体的には苦しみに耐えられると報告する医師となんら変わるところがない」とした。⁽²⁾

一九八〇年七月、アメリカ医師会の評議員会は、「医師は、いかなる状況においても現行法が定めるところに従って、死を決定し確認することができる」が、「医師は、生命が維持できる望みがある時には生命を維持することに携わる職業人として、法的に認められた死刑に参与すべきでない」という決議を採択した。⁽³⁾

一九八一年九月二十九日にリスボンで開催された第三四回世界医師大会で、世界医療機構は「医師が死亡の確認を行うことを妨げはしないが、医師が死刑に参与することはその倫理に反する」と述べた総会決議を採択し、さらに医師の死刑への参与の問題について継続して審議していくことも決議した。この決議のなかで、同年九月一四日にアメリカのオクラホマ州で死刑執行が予定されていたトーマス・S・ヘイズ (Thomas S. Hayes) に対して、大会に先だって世界医療機構が行った記者会見にもふれられている。⁽⁴⁾ヘイズは商店主殺害のかどで一九七七年に死刑を宣告された。彼は一九八一年に開かれた控訴審で弁護人を公然と非難したため、裁判所は控訴を取り下げたものとなった。今回の控訴は、彼が再度控訴を行いたいという意向を示したため、彼に代わって控訴が行われたものであった。

右の記者会見で、世界医療機構は「いかなる医師も死刑の執行に積極的に参与することを求められるべきではない。医師は生命を守ることをその職としている。・・・死刑執行者としての行為は医学の実践ではなく、たとえ死刑執行の場合以外では医業に役立つ薬剤や器具を使用していたとしても、医師の業務として死刑の執行が要求されることはない。・・・死刑において医師の演じる役割があるとするならば、それは死刑を執行した際に、その死を証明することだけであろう」と述べた。⁽⁵⁾

一九八二年一月二七日に、チャールズ・ブルックス・ジュニア (Charles Brooks Jr.) がテキサス州ハンツビル刑務所で、アメリカで最初の致死薬注射により処刑された。世界中からの数多くの死刑延期の嘆願がウイリアム・ク

レメンツ (William Clements) テキサス州知事に寄せられたが、知事は嘆願を受け入れず処刑を行った。連邦最高裁判所も、六対三の多数でこの事件に介入しないことを決定した。

ブルックス・ジュニアは一九七六年に自動車技術者を射殺したかどで有罪とされた。彼の共犯者は分離裁判で四〇年の拘禁刑を言い渡された。検察官は彼とその共犯者のどちらが致命傷を負わしたかを特定できなかった。

ブルックス・ジュニアの処刑の際には、二人の医師が立ち会い、通常は麻酔薬として使用されるチオペンタールナトリウムを静脈に注射する方法で処刑が行われた。医師の一人、ラルフ・グレイ (Ralph Gray) 博士はテキサス州矯正局の医務局長 (Medical Director of the Texas Department of Corrections) であった。彼自身は注射を行わなかったが、使用された薬剤は彼が提供し、また注射を行った彼の助手 (medical technicians) を指導し、さらに死が確認されるまで聴診器で心臓の鼓動を監視していたと伝えられる。⁶⁾ 処刑の際に助手の一人がブルックス・ジュニアの静脈にカテーテルの針を挿入し、壁にはめこまれた片面鏡越しに死刑囚を見ながら致死量のチオペンタールナトリウムを注入した。五分後、聴診器で心臓の鼓動を監視していたグレイ博士は、もう二、三分薬剤の注入を継続するよう指示した。死亡の確認は刑務所の医官が行った。

世界医療機構のアンドレ・ワイネン (André Wynen) 事務局長は、この処刑に関し「医師が処刑者として行為することは、医の実践といえない。処刑の方法として医療の現場で用いられる薬学的な資材や器具が使用されることがあっても、医療行為は死刑を行うことを求められない。国が死刑を執行した際に医師が果たす役割があるとすれば、死を確認することだけである」と述べた。⁷⁾

テキサス州のウォーカー・マディソン・トリニティ郡 (Walker-Madison-Trinity County) の医師会は、グレイ博士らが処刑に参与したことはテキサス州医師会が定めたガイドラインの侵害であるとして同医師会にグレイ博士を

告発した。一九八四年二月、テキサス州医師会は、同医師会のガイドラインは静脈注射のためにカテーテルを實際に挿入すること、および致死薬を實際に導入するような致死薬注射による処刑に医師が直接参与することを禁止しているものであって、グレイ博士の行為は同医師会が定めた死刑への参与の禁止を侵害したのではなく、したがって医の倫理を侵したものでないと審決した。その後、テキサス州医師会は、処刑に参与することは「死刑の執行の手法そのものに係わることでなく、医師でない職員の監督」も含むものであるとした法案を提出した。この法案は成立しなかったが、グレイ博士の後任者アーマンド・スタート (Armand Start) 博士は処刑に医師が参与することを避け、その後の処刑の際には処刑の立ち会いも行わず、処刑後死の確認のために処刑室に入るだけであつたと言われている⁽⁸⁾。

しかし、その後の処刑の際に、職員の不手際から処刑が長引き、死刑囚に苦痛を与える結果になった場合が多く、医師の処刑への参与がないとき、経験の乏しい職員による致死薬注射はかえって苦痛を与え、致死薬注射を導入した理由、すなわち苦痛を与えることのない「人道的な処刑法」に反する結果となり、医師と州の執行者の双方に大きなジレンマを生じることになった。

- (1) Abdul H. Hussain and Seymour Tozman, "Psychiatry and death", *Journal of Clinical Psychiatry*, March 1978, pp. 183ff. (Amnesty International ed., *op. cit.*, pp. 77-78. 12456)
- (2) William J. Curran and Ward Casscells, "The ethics of medical participation in capital punishment by intravenous drug injection", *New England Journal of Medicine*, 302, (1980), pp. 226.
- (3) Amnesty International ed., *op. cit.*, p. 92, note 9. なお、アメリカ合衆国下院に提出されたアメリカ医師会司法委員会の報告書は、処刑に参与して生命を奪うことと、死亡の確認との違いを説明している。報告書は、医の倫理は「まずもって害を与えない」という考えに基づいているとし、「生命を奪うことは害であり・・・医師が処刑に積極的に参与を求

められることはない」と述べている。死亡の確認は、死亡の事実を公式に証明する公的な記録のために法律に基づいて求められるものであって、アメリカ医師会司法委員会の見解によれば、かかる死亡の確認は「処刑そのものではなく、それ故に不当なものでないのである」。

(4) 『アムネスティ・インターナショナル・ニュースレター』一九八二年一月号、一三一—一四頁。第一〇巡回控訴裁判所は、オクラホマ州で一九八一年九月一日に処刑が予定されていたトーマス・S・ヘイズに対し、その処刑を延期することを求めた。もし処刑が行われていれば致死薬注射による最初の処刑となっていた。この巡回控訴裁判所の決定は、それに先立つ九月八日に連邦地方裁判所で認められた処刑の三〇日間の猶予に続いて行われたものである。

(5) 『アムネスティ・インターナショナル・ニュースレター』一九八二年一月号、一四頁。

(6) 『アムネスティ・インターナショナル・ニュースレター』一九八三年三月号、一二頁。

(7) Amnesty International ed., *United States of America The Death Penalty*, Amnesty International Pub., 1987, p. 140.

(8) *Ibid.*, pp. 141-142.

三 医師と死刑囚の処遇

右に述べた医の倫理に関する議論は、主に直接に処刑に参与する者についてであったが、現行の医の倫理法典が及ばない倫理的ジレンマに医の専門家が陥る領域が二つある。それは、医の専門家の鑑定証拠が被告人の処刑につながるかもしれない法廷での証言の領域と、囚人の処刑を早めることになるかもしれない死刑囚の精神状態や身体状態の判断、または健康管理の領域である。⁽¹⁾

医の専門家、とくに精神医の証言は、被告人の訴訟遂行能力や、被告人の行為責任を決定するために法廷で通常行われることである。死刑が科せられる法域では、精神医やその他の精神医療の専門家の提出する証拠は、死刑囚

の生死に関する重要な要因となる。犯行時の犯罪者の精神状態や一般的な精神能力についてどのように証言するかは、死刑事件でない場合に証拠が演じる役割と、死刑事件で証拠が演じる役割とでは大きな質的な違いがある。診断された者の死に直接につながる証言は、「決して害を与えない」という基本的な倫理的要請に対する挑戦である。

死刑囚が処刑に十分に耐えられるかの判定を国家から求められる医の専門家も、同様のジレンマに陥る。実際に、専門家の判断と生命の価値に関する個人的な関心とが衝突する、生か死かの決定をするように求められるのである。同様の問題は、ある法域で、身体的あるいは精神的な病気を理由として処刑が延期されている死刑囚は、処刑するに十分な健康状態に回復されねばならないと法律が定める場合にもみられる。

一九八六年に、連邦最高裁判所は、残虐かつ異常な刑罰を禁じる修正第八条は、精神異常者の処刑を禁じていると明言した。⁽²⁾ この決定があるまでは、死刑を適用している各州は、精神異常者の処刑を禁じる条項を備えていたが、その処刑の免除は、行政的恩恵を根拠とするものとされていて、憲法上の権利の問題とはされていなかった。それは行政府の裁量に委ねられていたので、精神能力なしと決定する際に用いられる手続は、不明確、不規則かつ欠点の多いものであった。フォード事件で再検討されたフロリダ州の制定法は、(1)当該の死刑囚の能力を決定する手続から死刑囚本人が排除されていること。(2)能力を鑑定するために州が任命した精神医の鑑定に対して異議を申し立てる権利を死刑囚に認めていないこと。および(3)能力が回復するまで、一時的に処刑を猶予するかどうかの最終的決定が、中立とはいえない州知事の手に委ねられていること、の三点を根拠として無効であるとされた。

フォード判決の結果として、現在フロリダ州では、州の電気椅子が収納されている場所を巡回裁判区とする裁判官によって受刑能力があるかどうかを決定する。この裁判官は、弁護人が提出した受刑能力なしとする証拠を審理することもできるが、それが必要的要件とはされていない。この手続が適用された最初の事件（一九八七年一月）

で、州知事の要請により一時間にわたって死刑囚の受刑能力を鑑定した精神医は、死刑囚が実際に受刑能力があることについて疑いがないと法廷で宣誓した。⁽⁴⁾ この決定とこの決定にいたった手続について、現在、連邦裁判所で異議の申立がなされている。他の州は、目下フロリダ州の事例から学ぶことができる判決を待っているという状態である。

最近これらの問題について発言する著作も多くみられるようになり、⁽⁵⁾ これらの中でもふれられていることであるが、精神異常により受刑能力を欠くことを理由とする処刑の猶予は一時的のものであり、永久的のものではない。死刑囚に適切な精神医療上の処置が施され、受刑能力を回復すると、死刑囚はふたたび受刑適格を回復し、処刑されることになるのである。実際、処刑の猶予は医学的、および／または精神医学的処置が成果をあげると、その猶予期限が切れてしまうのである。そのために、医師あるいは医療関係の専門家は、その治療が成功すれば患者の死につながることを知って倫理的にそれを行うことができるか、と問われるのである。

このジレンマにいくつかの医の倫理規範が係わってくるが、最も中心的なものは、慈恵と秘密の保持である。

慈恵の原則は医療に係する専門家に、患者に害を与えず、可能な害を防ぎまたは取り除くことによって患者の利益を保持することに役立つことを求める。この重要な指針は、場合によっては医療に係する専門家に恩情主義的に行爲することを求める。未成年者や無能力者の場合には、ある種のパターンリズムが不可避である。医師、保護者、裁判所およびその他の意志決定者は患者のために最善の利益を選択しなければならず、患者の最善の利益を決定しなければならない。⁽⁶⁾ 医師によるごまかしの行爲でさえ、患者の最善の利益について感情的な関わりをもつことによって正当化されると論じる者もある。⁽⁷⁾ 患者を処刑するためにその患者を治療することは、患者の最善の利益にならない。⁽⁸⁾ 逆に、ある種のパターンリズムは、害から患者を守ることを医師に要求するであらう。この場合に処

刑のために死刑囚を措置することを要請するためには、慈恵の原則より上位の原則を見出さなければならない。

さらに第二の医の倫理規範の秘密の保持の問題が生じる。ヒポクラテスの宣誓には「業務上より見聞し、または人の私生活に関して知りえた秘密は厳守して口外しません⁽⁹⁾」とある。医療に関係する専門家は受刑能力のない死刑囚を処遇する際に知りえた情報を、死刑囚の受刑能力が回復したかどうかを決定する職務にある者に漏らすことが要求される。また、どのような情報を死刑囚である患者の医療報告に記録しなければならないかの問題も生じる。

医師と患者との出会いでの秘密の保持は絶対的な権利でないことは自明のことであるが、生と死のはざまにいる死刑囚を処遇する医の専門家にとっては、秘密の保持という権利を侵害することができ、あるいは侵害することと求められるかは大きな問題である。医師は犯罪によると思われる傷害、伝染病、一定の性病、幼児虐待や性的虐待、その他の第三者に害を与えるかもしれない危険について公的な機関に通告しなければならない義務が課せられる。このような場合に、自己防衛のための社会の利益は、患者の利益より優先するのであるが、精神病の死刑囚の場合には、自己防衛のための社会の利益という議論を支持することは困難であるようである。しかし、合法的に科せられた死刑を行う国家の利益は、そのみで秘密の保持の破棄を合法とすることができると論じることでもできる。医の専門家は国家と患者というもつとも困難な二人の主人に仕えているために、秘密保持に関する問題に関しては、両者を満足させるような答えを得ることはできないのである。

さらに、精神障害のために受刑能力を欠く死刑囚の処遇を行う医の専門家が直面する倫理的ジレンマとして、そのような処遇が引き起こす医師―患者関係の信頼性に対する脅威がある。相互に信頼できる状況で、秘密を保持し、真実を語るというオープンなコミュニケーションの確立は、治癒を促進するのに必須のものである。医の専門家がその患者を害悪にさらすことによってこの信頼を破壊するならば、その医師と患者の間の信頼関係はなくなり、そ

の結果、治療ができなくなる。この意味で、治療が成功した死刑囚の処刑は、その治療を成功させるに必要な前提条件である信頼関係の侵害によって行われるものであるともいえる。

アッペルバウム (P. S. Appelbaum) は精神医療の専門家が受刑能力を欠く死刑囚の治療に際して求められる要求に対する態度として三つの立場を概説している。⁽¹⁰⁾ 第一は、臨床医は結果のいかに関わらず、可能なときはいつでも精神病患者を治療することを義務と⁽¹⁰⁾ 思い、患者を治療することにのみに専念し、患者の運命については他の者の議論に委ねるとするものである。しかし、このような治療に対しては、患者の福祉を根底に置かない治療は本質的に不正であると非難することができると同時に、患者の運命を決する者が公正にその責務を果たすことができるかどうかの問題が焦点となる。第二に、治療を望む死刑囚の治療だけを医師が選択する立場である。この立場では、受刑能力を欠く死刑囚は治療を受けることに対して同意をする能力も欠いていることが問題となる。そのためこの立場では、医師と死刑囚の弁護人との間で密接な連絡が必要とされる。第三の場合は、治療を求める者(たとえば州)の目的が患者の生命を短縮するものであるとき、その患者の治療を無条件に拒否する立場である。

しかし、このような議論は抽象的な思考には役立つが、受刑能力を欠く死刑囚が治療のために文字通り病院の入り口に運んでこられたとき、どうすべきかを決めることは全く別の問題である、以下において、現在、受刑能力なしと公式に認められた唯一の死刑囚ゲイリー・アルボード (Gary Alford) の処遇に関して実際に生じた問題を検討する。

(1) 「将来の危険性」に関する正確な医学的予測の問題もある。鈴木義男「刑事司法と精神障害——アメリカ法曹協会の提案——刑事法ノート(55)」「判例タイムズ」五一七号、三四頁以下、とくに三九頁以下参照。なお、アメリカ看護婦協会の倫理委員会は、一九八三年に「法的に認められた死刑の執行に直接に、あるいは間接にむすびつく活動に参加する

- ことは看護婦の倫理法典に反する」と宣言し、一九八八年八月にイギリスのプリストルで開催された第三回矯正医療世界大会は、医療関係者は処刑に参加してはならないと決議した。(Amnesty International ed., *When the State Kills. The death penalty v. human rights*, p. 80. 以下同)
- (2) Ford v. Wainwright, 106 S. Ct. 2595 (1986). なお、詳しくは、辻本義男「アメリカにおける死刑と精神異常者の問題」『中央学院大学法学論叢』創刊号、一九八七年を参照。
- (3) *Ibid.*, 2601, note 2
- (4) T. Lyons, "Judge rules death row inmate is competent to be executed", *Gainesville Sun*, November 7, 1987, p. 1B-2B.
- (5) 'ふてかゆてか' P. A. Appelbaum, "Competence to be executed: Another conundrum for mental health professionals", *Hospital Community Psychiatry*, 37, 1986, pp. 682-684.
- M. Benjamin, "Extent of procedural due process required to adjudge the competency of a condemned prisoner", *University of Florida Law Review*, 38, 1986, pp. 681-91.
- P. A. Dawson, "Ford v. Wainwright: Eighth Amendment prohibits execution of the insane", *Morcer Law Review*, 38, 1987, pp. 949-68.
- (9) B. A. Ward, "Competency for execution: problems in law and psychiatry", *Florida State University Law Review*, 14, 1986, 35f.
- (7) H. T. Engelhardt, *The Foundations of Bioethics*, Oxford University Press, 1986, p. 280.
- (8) 一般的には処刑が予定されている死刑囚の治療は、その者の最善の利益ではないが、例外として処刑されることを望んでいる死刑囚の場合が考えられる。NACCP弁護基金の資料によれば、一九七六年以降アメリカで処刑された、一〇〇件の中一一件が合意にもとづいたものであった。これらの事件のなかで受刑能力に関する問題は含んでいなかったが、受刑能力なしとされた者が、実際に処刑されたいと希望することは理論的にありうることである。すべての同意による処刑と同様に、このような場合に、「死刑囚が死を望むというようなのは気が狂っているにちがいない」という循環論法

を避ける必要があるが、死刑囚の希望を尊重すべきかの問題に医の専門家は直面することになる。W. S. White, "Defendants who elect execution", *University of Pittsburgh Law Review*, 48, 1987, pp. 853ff.

(9) 注(1) 参照。

(10) Appelbaum, *op. cit.*, note 5.

四 ゲイリー・アルボードの事例

ゲイリー・アルボードは、一九七三年にタンパ(Tampa)における押し込み盗で三人の女性を絞殺したとして一九七四年に有罪を言い渡された。被害者の一人は強姦されていた。アルボードは七歳の時に始めて矯正施設に収容され、一三歳のときに精神分裂症と診断され、ミシガン州の精神病院に収容された。彼はのちにこれらの病院や施設から逃走し、一九七〇年に少女を誘拐して強姦したとして起訴されたが、心神喪失を理由に無罪の言渡を受けた。一九七三年、アルボードは再び施設から逃走してフロリダ州に向かった。そこで同年の年末に彼の死刑判決に至った殺人事件を犯したのである。

一九七五年にアルボードの有罪の言渡と死刑判決がフロリダ州最高裁判所で支持された。⁽¹⁾その後、彼の弁護人が、心神喪失を理由として無罪となったことを彼に納得させなかったので、彼は弁護人の効果的な援助を否定されたと主張してフロリダ州最高裁判所に対し上訴を申し立てたが、この上訴は棄却された。⁽²⁾しかし、一九八三年に連邦地方裁判所が、公判判事が一部分不適切な加重事由——すなわち将来の危険性について——に基づいて判決したとして、アルボードに言い渡された判決を破棄した。⁽³⁾しかし、この命令はのちに連邦巡回上訴裁判所によって覆され、⁽⁴⁾連邦巡回上訴裁判所はその年末にその決定を再審理することを拒否した。⁽⁵⁾

アルボードは一九八四年一月二九日に処刑されることになっていたが、その直前に、彼の弁護士はアルボードに受刑能力があるかどうかの問題を提起した。アルボードの弁護士は一九七九年にもこの問題に簡単に触れたが、この問題を追求する前に、他の問題の解決に重点を置いたために問題とされなかった。弁護人の申し立てにより州知事は三人の精神医を指名して、アルボードの受刑能力を鑑定することを命じた。アルボードは処刑の三日前に鑑定を受けた。精神医がアルボードは受刑能力を欠くとおもわれるとした報告書を提出した後、州知事は死刑の執行を猶予し、アルボードをチャタフーチー (Chattahoochee) の州立精神病院に移送するように命じた。なお、ここでさきの精神医の報告書がアルボードに受刑能力なしとする結論を提供しただけであるということに注目しなければならぬ。どのようなテストが行われたか、あるいはどのような医学的な障害があるかについてなら詳細に述べられたものでなく、五つのセンチンスからなる報告書に過ぎなかったのである。そして、アルボードに受刑能力なしと決定したのは州知事ではなくて、実際には精神医であったのであり、精神医が医の専門家と裁判官の双方の役割を果たしたのである。

一九八四年二月一日にアルボードがチャタフーチーの州立精神病院に到着したことは、早速議論を呼び起こした。⁽⁶⁾ほとんど即時に病院の人権擁護委員会が、死刑囚の存在は「施設の患者とスタッフの双方の士気に否定的な影響を与えるであろう」との声明を出した。同時に委員会はアルボードの処遇に参与することを拒否するスタッフに対し支持を与えると表明し、死刑囚が受刑能力なしとされたとき、終身刑に減刑されるようフロリダ州の法律を改正することを要求した。委員会は、また、精神医に対し受刑能力の鑑定をボイコットするように求めているフロリダ州精神衛生協会に加盟した。

チャタフーチーでの最初の一〇ヶ月間、アルボードは主として訴訟能力に問題のある者の治療を行う四五〇床の

病院の分院である法医学部に收容されたが、一九八五年一〇月にチャタフーチーの病院の理由で、新しく開設された矯正精神医療施設 (Correctional Mental Health Institute—CMHI) に移送された。この施設は、フロリダ州で服役する重罪受刑者で長期にわたって精神病に罹患している者を收容するために六ヶ月前に新設されたもので州の保護局と矯正局が共同で運営にあたっていた。この施設に居住している者は收容者と呼ばれ、患者とは呼ばれず、監房でなく病室と呼ばれる部屋に居住することになっていた。⁽⁷⁾ アルボードは一九八七年までこの施設に收容されていた。

フロリダ州の制定法は、精神障害の死刑囚を「病院の長が死刑囚が心神喪失の状態から回復したと認めるまで」州立病院に收容しなければならないと定める。死刑囚が心神喪失の状態から回復すると、「病院の長はその決定を知事に通告し、知事は〔死刑囚の受刑能力を公式に再鑑定するための〕委員会を任命しなければならない」と定めている。⁽⁸⁾

チャタフーチーの病院のスタッフは、アルボードの事件を処理するためには、医学的役割と法的役割の間で微妙なバランスを保つために従来用いられてきた手続きやモデルがほとんど役立たないと考え、(1)訴訟能力モデル、(2)チーム接近モデル、(3)分割モデルの三つのモデルを順次経由して州の命令に対応した。⁽⁹⁾

(1) 訴訟能力モデル

アルボードがチャタフーチーに来ることになったときに最初に考えられたモデルで、彼を訴訟能力を欠く者と同様に扱おうとするものであった。訴訟能力を欠く者は治療チームに割り当てられ、そのチームのメンバーの一員である心理学の専門家が法律問題の鑑定者に任命された。この鑑定者が施設收容者に訴訟能力ありと判定したとき、その判定を裁判所に通告し、裁判所はそれにもつぎ公式に審問を開くことになっていた。しかし、このモデルをアルボードの事件で採用することは即座に拒否された。その主な理由はこのモデルでは死刑囚の運命を支配するす

べての責任が鑑定者に背負わされるからであった。そして責任を分担するモデルの採用が望まれた。

(2) チーム接近モデル

これは、アルボードがチャタフーチーに着いたとき最初に採用されたモデルであった。このモデルでは、能力鑑定の責任が一人の医の専門家に背負わされる代わりに、治療チーム全員（精神医、心理専門家、ソーシャルワーカー）が治療者と鑑定者の双方の役割を行うものとされた。知事に収容者の能力が回復したと通告する前に、全員一致で病院の意見を構成することが必要とされた。しかし、このモデルも、鑑定者と治療者の役割を分けることができないという理由で結局は採用が見送られた。スタッフはこれら治療者と鑑定者の二つの役割の要求がするべく自身のなかで対立することが分かったからである。

(3) 分離モデル

矯正精神医療施設（CMI）が開設されたとき、治療者と鑑定者の役割の抵触は避けることができないので、鑑定者を完全に治療チームから分離することを決定していた。このモデルでは、鑑定者は収容者の受刑能力についてのすべての問題について意見をいうことはできず、医学的な文書によってその能力の基準を議論することもできなかった。鑑定者は収容者の行動を記述した報告を書くが、その解釈は施設の長に委ねられた。しかし、このモデルでは鑑定者は鑑定を行うことによって、患者の福祉を増進するという施設の目的を弱体化しているのではないかと、この感情にとりつかれ、また患者に対して自分は治療を行っているのではないということを明確にしようとするほど、その説明が患者に充分に理解されているかどうかの不安におそわれた。さらに、鑑定者は病院のスタッフの一員として治療者を知っており、友人であり、打ち解けて交際する関係であったため、担当する事件について明示的あるいは黙示的なコミュニケーションを避けることができず、この分離モデルでも、完全な分離が不可能な

ことがわかった。

一九八七年三月二三日、精神医、心理専門家、病院長はアルボードの一〇頁にわたる臨床記録に署名した。それは入院以来のアルボードの社会的および医療的な生活史と彼の精神状態（その中には変化も含まれる）を要約したものである。彼らはとくに受刑能力に関する意見を提出することを拒み、矯正精神医療施設（CMHI）外の専門家がアルボードの受刑能力を鑑定するために任命されるよう勧告した。七月二四日に、州知事は再鑑定のために三人の精神医を任命した。八月四日に、三月二三日の報告書に二ページの補遺がつけられ、アルボードは「長期にわたる精神分裂病を主とする精神病の回復期にあり」「矯正精神病院に入院することで最大の利益を得ることができた」と結論した。

さらに、アルボードは精神能力の検査のために一五〇マイル東のフロリダ州立刑務所に移送された。検査は九月一九日に行われることになっていたが、当日になってアルボードの弁護士が、(1)この手続はフォード事件の連邦最高裁判所の判決に直接に抵触し、(2)その他の法律的な理由（精神能力に関係のない）でアルボードの死刑判決が取り消されたとき、検査でカバーされなかった資料が再度判決する際に用いられることがあることを理由として検査に協力できないとした。検査の謄本によれば、アルボードは沈黙している権利についてなんら事前に知らされることなくに精神医が行った六四の質問に「応答なし」であったことが明らかになった。州知事に任命された三人の精神医はアルボードが面接を拒むのは「適当に応答し得る」ことを示すものと考えられるが、「彼の受刑能力に関しては合理的な医学的な可能性という範囲で意見を出す」ことはできないとした。一九八七年一〇月一五日、州知事は受刑能力なしとして一九八四年に言い渡した死刑の執行の猶予を撤回した。現在アルボードはフロリダ州立刑務所にいる。彼に対する執行令状は何時でも署名される状態にある。

- (1) Alford v. State, 322 So. 2d 533 (1975)
- (2) Alford v. State, 396 So. 2d 184 (1981)
- (3) Alford v. Wainwright, 564 F. Supp. 459 (1983)
- (4) Alford v. Wainwright, 725 F. 2d 1282 (1984)
- (5) *Ibid.*, 1486.
- (6) Michael L. Radelet and George W. Barnard, "Treating Those Found Incompetent for Execution: Ethical Chaos with Only One Solution", *Bulletin American Academy Psychiatry Law*, 16, 1988, pp. 300ff.
- (7) S. J. Adler, "The cure that kills", *American Lawyer*, September 1, 1984, pp. 29ff.
- (8) Michael L. Radelet and George W. Barnard, "Ethics and the psychiatric determination of competency to be executed", *Bulletin American Academy Psychiatry Law*, 14, 1986, note 4 at p. 51.
- (9) Michael L. Radelet and George W. Barnard, *op. cit.*, pp. 301ff.

五 おわりに

医の専門家、とくに精神医の証言は、被告人の訴訟遂行能力や、被告人の行為責任を決定するために法廷で通常行われることである。死刑が科せられる法域では、精神医やその他の医の専門家の提出する証拠は、被告人や死刑囚の生死に関する重要な要因となる。犯行時の犯罪者の精神状態や一般的な精神能力についてどのように証言するかは、死刑事件でない場合に証拠が演じる役割と、死刑事件で証拠が演じる役割とは大きな質的な違いがある。診断された者の死に直接につながる証言は、「決して害を与えない」という基本的な医の倫理の要請に対する挑戦である。

死刑囚が処刑に十分に耐えられるかの判定を国家から求められる医の専門家も、同様のジレンマに陥る。実際に、専門家の判断と生命の価値に関する個人的な関心とが衝突する、生か死かの決定を行うように求められるのである。同様の問題は、ある法域で、身体的あるいは精神的な病気を理由として処刑が延期されている死刑囚は、処刑するに十分な健康状態に回復されねばならないと法律が定める場合にもみられる。

アルボードの事件は決して終わつた訳ではないが、この事件からいくつかの教訓を得ることができる。

第一の教訓は、病院の医の専門家に精神能力を欠く死刑囚の治療から手を引くことを認めた病院行政の智恵であつた。精神能力を欠く死刑囚の治療の問題は、明確になっていない。この病院のスタッフは、お互いに耳を傾け、お互いに他の者の良心的な決定を尊重することを学ぶことによって成長してきた。この事件は軋轢を生じたが、治療者が無関係なままにとどまることを認めた行政は、当然に緊張を減少させ、大規模なスタッフの内紛を防ぐことに成功した。

第二に、この事件は、立法者、裁判官、州の行政府の担当者に一つの教訓を与えた。これらの者は精神障害の死刑囚の鑑定と治療を求められるまでは——実際に命令されるまでは、精神医の意見を求めなかった。フロリダ州の最高裁判所も受刑能力が鑑定できるか、どのように鑑定するか、治療を行うべきかどうかにつき、精神医やその他の専門家から意見を求めなかった。

第三に、精神障害の死刑囚を治療するように要求することは、必ず治療スタッフの心に葛藤を生じる。患者の生命は危機に瀕しているのである。

第四に、スタッフ内の心の葛藤の主要な源は、医の倫理に抵触するという理論的なものからよりは、アルボードが刑務所に復帰し処刑されるのを見ることを想像することによる情緒的なものに起因していた。

最後に、この事件に費やされたスタッフの困惑の時間、とくに州の精神衛生業務にたいする非常に多くの不当な要求は、精神障害の死刑囚に対し減刑が行われないことによって医療資源の浪費をまねいたのである。

倫理的なジレンマは、処刑されることができるように死刑囚を治療するよう求められることから生じる。唯一の解決は精神に障害のある死刑囚を長期の拘禁刑に減刑することである。この解決法はメリーランド州で採用されている。⁽¹⁾しかしメリーランド州の解決法には問題がある。この解決法は仮病の機会を増やし、精神医が精神能力を評価する際に死刑に反対したいという魅力にますます取り付かれる。

アルボードのような事件で行政的に恩赦を行う先例は豊富にみられる。⁽²⁾フォード事件で、精神に障害のある死刑囚は処刑されない憲法上の権利をもつことが確認された。アルボードの経験から、医の専門家は、人々がその死をやめるために医学的技術をもって治療するという要請に直面しない権利を与えられ、かつ保証されるべきである。

(1) Maryland Code Annotated, Article 27, Section 75A (a) (1987) 一九八七年七月一日施行。

(2) E. Abramowitz and D. Paget, "Executive clemency in capital case", *New York University Law Review*, 39, 1964, pp. 36ff. L. Braithwaite, "Executive clemency in California: A case study interpretation of criminal responsibility", *Issues in Criminology*, 1, 1965, pp. 77ff. R. F. Drinan, "The state and insane condemned criminals", *Jurist*, 12, 1952, pp. 2ff.