

〔資 料〕

## アメリカ合衆国における死刑囚の 精神医学的特性

辻 本 義 男

### ま え が き

死刑は、もっとも厳しい刑罰である。それ故に、その行為が特に凶悪とおもわれる殺人者に対して、そして軽減事由がほとんど認められない場合に限って、死刑が科せられる。しかし、高い殺人率に比べてこの厳しい刑の適用が比較的稀であるということも現実である。それにもかかわらず、ある者には死刑が科せられる。なぜその者に死刑が科せられるのであろうか。

1967年から1976年の約10年間、アメリカ合衆国は死刑の一時停止を行った。これは、合衆国最高裁判所が死刑が違憲かどうかの問題を考慮している間、すべての処刑を猶予した1967年に始まった。1972年に、ファーマン対ジョージア州 (*Furman v. Georgia*) 判決<sup>(1)</sup>で、最高裁判所は、合衆国で行われている死刑は合衆国憲法修正第8および第14に反すると判決した。最高裁判所の裁判官は、死刑を適用するに相当するごく僅かな者に対してのみ死刑が宣告されることを認めた。誰が死刑囚になるかどうかということは偶然性に依存し、超法規的で、予測不能な変数に依存していた。裁判官と陪審は、誰を死刑囚にするかに関し幅広い自由裁量権をもっていたのである。

合衆国最高裁判所が死刑を言い渡すことができる事由を明確にした1976年に、死刑の一時停止に終止符が打たれた<sup>(2)</sup>。死刑は、量刑に関する別個の審問手続きで言い渡され、加重事由および軽減事由に関する指針が判決を言い渡す者に与えられ、そして上訴でこの手続きに対する再審理が行われるときに限って<sup>(3)(4)</sup>、その後、各州は明確に合憲と判決された死刑法を再び制定し、処刑を再開するようになったのである。

この国の異常に高い殺人率を考えると——毎年、謀殺 (murder) と過失でない非謀殺 (non-negligent manslaughter) による逮捕者は24,000人前後<sup>(5)(6)</sup>——、毎年わずかな殺人者に対して死刑が宣告されている (それはおよそ250人、1%である)。そして今までに処刑されたのは、そのうちの僅かな部分にしか過ぎない。この奇妙な統計は、どんな種類の者が死刑を宣告されるのかという問題を提起する。神経精神医学的障害に関する証拠を含む軽減事由を量刑陪審に提出されることを求める制定法があるので、主として社会病質者集団を構成する死刑囚は、自己の統制衝動能力を変換させ、あるいは現実と空想を区別する能力に障害のある重度の神経精神医学的障害が存在するとの証拠を欠く者であると考えられている。

現在までのところ、死刑を宣告された者の神経精神医学的状态についてはほとんど知られていない。実際、多くの法律家や社会学者によってなされた研究は、臨床的な問題よりも、死刑囚の人種的な特性やその被害者に焦点がおかれたものであった<sup>(7)(8)(9)</sup>。

死刑囚と面接を行って、いくつかの一般的な説明がなされたこともあった<sup>(10)(11)(12)</sup>。しかし、われわれが知る限りでは、死刑囚の神経精神学的状態について系統だった臨床調査は行われたことがなかった<sup>(13)</sup>。臨床的研究にもっとも近いものは、処刑を待つ者についての説明であり、これらの研究は拘禁の死刑囚に与える影響に焦点がおかれていた。たとえば、ブルーストーン (Bluestone) とマックガイー (McGahee) は、シンシン刑務所で処刑を待つ18人の男女に関するケーススタディを行った<sup>(14)</sup>。この論文の焦点は切迫した処刑の影響におかれ、多くの被収容者の防衛機構に関する

る記述は、それら対象者の何人かに潜在的精神病が存在することをうかがわせるものであった。たとえば、ある被収容者は、弁護士や医者に罪に陥れられたと確信しており、「徐々により疑い深くなり、態度が大袈裟になる」者があり、「ブードー教の呪文に夢中になる」者があり、また、だんだん誇大となったある者は、ユダヤの陰謀の犠牲者だと信じており、「いい加減につくられた誇大妄想的な仕組みを發展させている」者もいた。また、8人の死刑囚に対する拘禁の影響に関する他の研究は、刑務所に適応しているかどうかのみ焦点がおかれていた<sup>(15)</sup>。

以下に紹介する論文は、やや古いものであるが、1986年5月10～16日にワシントン D. C. で開催されたアメリカ精神医学会の第139回年次総会で発表され、アメリカ精神医学誌 (American Journal of Psychiatry) の143号に、D. O. ルイズ (Dorothy Otnow Lewis)、J. H. ピンカス (Jonathan H. Pincus)、M. フェルドマン (Marilyn Feldman)、L. ジャクソン (Lori Jackson) および B. バード (Barbara Bard) の諸氏が、「アメリカ合衆国における15人の死刑囚の精神医学的、神経病的、心理学的学習能力の特性」(Psychiatric, Neurological, and Psychoeducational Characteristics of 15 Death Row Inmates in the United States) と題して発表されたものである。なお、ここで、本論文の翻訳・引用につき許可を与えて下さったニューヨーク大学医学部精神医学科の D. O. ルイズ医学博士と、その紹介の労をとっていただいたうえに、医学的知識につき多くの助言をいただいた、東京医科歯科大学の陳紀澤氏に感謝の念を表したい。

この論文の目的は、合衆国に死刑が復活した1976年から、本研究が行われた1984年の間に、合衆国で死刑を宣告された15人の男女の精神医学的状態を報告することである。これらの対象者は、精神病理学的な証拠に基づいて選ばれたのではなく、大部分は、彼らの処刑が切迫していることと、特赦の申し出を利するために、かつて見逃されていたかもしれない機能の領域を調査することを、その弁護人が要望したことによるものである。



## 「アメリカ合衆国における15人の死刑囚の精神医学的、 神経病的、心理的学習能力的特性」

### サンプル

対象者は、異なった5州の15人の死刑囚（男子13人、女子2人）である。13例で、対象者は上訴のほとんどすべての途を使い果たしたので、処刑の日も間近であると考えられていた。彼らは精神病理学的な理由で選ばれたのではなく、その公選弁護人が、上訴の最終段階にきているので、知事に対する特赦の上申に組み入れられるかもしれない、現在のところまだ認定されていない臨床的な要因があるかどうかを決定してほしいと要請したので選ばれたのである。事実、4人の対象者はすでに処刑されてしまっている。残りの2例では、対象者が死刑が最近再び導入された州で、死刑相当犯罪で起訴されている。その弁護人は、精神障害の抗弁の根拠が存在するかどうか、またその依頼人が神経医学的な疾病に罹っているかどうか——そのような疾病に罹っていれば、量刑に関する審問手続きで軽減のためにそれを用いることができるかもしれない——の評価を要求した。両例で、対象者は有罪を宣告され、死刑を言い渡され、それぞれの州で差し迫った処刑に直面していた。このような理由で、彼らはサンプルに含められたのである。明白な精神病理学的な理由からでなく、処刑の切迫の故に対象者が選ばれたのであるから、彼らが合衆国で処刑を待つ被收容者を代表していると考えられる。

### 臨床的評価

15人全員は、委員会が認定した精神医（Board-certified psychiatrist: D. O. L.）により、4時間から16時間におよぶ精神医学的評価を受けた。この

評価の性質と特別な兆候の存在に対する基準は、以下に記述されている。精神力学的要因を探究し、注意深い精神的状態の評価を行うために、精神医は詳細な医学、家族、社会および教育に関する経歴に留意しなければならない。

公選弁護人の事務所で調査者が両親に面接したのが3例ある。何人かの対象者は、犯行前に、一般病院や精神病の診療所に入院して精神医学的な治療や処置を受けていたので、これらの施設からの記録が可能なときには入手して、検討された。精神障害の抗弁が行われたが成功しなかった例(4例)では、弁護人と検察官から得たすべての臨床記録も検討された。

精神医は、15人全員の詳細な神経医学的な病歴——周産期の障害、頭部の傷害、病気あるいは中枢神経系に影響することが知られている薬物の過量摂取、意識の喪失、失神、一時的意識喪失あるいはその他の中断、発作、および精神運動の痙攣性の症候——を入手した。中枢神経系の発作の病歴を入手したときは常に、身体検査(例えば、傷痕、神経医学的な兆候)、家族面接、記録調査、および特別な検査(例えば、脳波図[EEG]、コンピュータX線体軸縦層写真[CATスキャン])を行って、その病歴を確認する努力をした。9例で、委員会が認定した精神医が標準的な神経医学的な検査を行った。8例は、われわれの1人(J. H. P.)がそれを行い、1例は他の特別な神経医が行った。この検査の性質については他のところに記述されている。10番目の例では、重大な頭部傷害をうけた後、一般病院で行われた神経医学的な検査と特別な検査について検討された。5例では、時間的な制限(例えば、差し迫った処刑)のために、正式な神経医学的な検査は行われなかった。それ故に、これらの事例の神経医学的な状態に関する情報は、すでに記述されていた神経医学的な病歴と、精神状態および神経医学的検査の結果に限られた。5例では、脳波図が検討され、3例では脳波図とCATスキャンの結果が検討された。

ウェクスラー成人知能検査、ベンダー・ゲシュタルト・テストおよびロールシャッハ・テストを含む神経医学的テストが11人の対象者に行われ

た。8例では、ニューヨーク大学医学部の特別な精神医の監督のもと、神経学の博士課程の学生がそれらの調査を行った。3例では、経験をつんだ特別臨床心理学者が心理学的なテストを行った。3例では、神経心理学的なテストのハルステッド・レイタン検査 (Halstead-Reitan Battery) が利用され、1人の対象者に対しては、ベンダー・ゲシュタルト・テストおよび人物画テストが利用された。

8例では、ウッドコック・ジョンソン心理教育テスト (Woodcock-Johnson Psychoeducational Battery) の中から選ばれたサブテストで、心理学的学習能力評価が行われた。このテストは、学習能力を欠く問題についての特別な専門家であるわれわれの中の1人 (Barbara Bard) が行った。これらのサブテストは、同義語と反義語、量的概念、言語発声 (読書)、読解、綴字、計算、および概念構成を含んでいた。

15人全員について、統一した神経医学的および心理教育的なデータが得られることは、望ましいことであったが、これは不可能であった。しかし、特別な検査の実施や、その実施が不十分であったことは、臨床的な考慮によるよりもむしろ行政的な障害と時間的な制約によるものであった。実際、中枢神経系の障害の病歴の記録のある3人の対象者は、神経医学的および心理学的評価が完成される前に処刑された。

臨床的データが存在しない対象者が何人かいたにもかかわらず、この15人の死刑囚のサンプルから得られた豊富な臨床的な情報は、今日、文献にそのようなデータがないこととあいまって、これらの調査結果を報告するに値するものとおもわれる。

## 調査結果

表1にみられるように、対象者全員に頭部傷害の病歴がある。この傷害は、傷痕、頭蓋の圧痕、特別な神経医学的な障害、病院の記録、家族から得られた記録、および3例ではCATスキャンの一つあるいはそれ以上によって確認することができた。

表2は、神経医学的および認識機能障害の証拠を記録している。この研究で、ほとんどすべての対象者が経験した多数のさまざまな中枢神経系の損傷のために、どの傷害あるいはそれらの組み合わせが、特定の神経医学的な障害に導いたかを決定することは通常不可能なことである。しかし、ある例では病歴は非常に特殊な神経医学的障害（例えば、車輪による左の圧痕と右の半不全麻痺、右の顔面神経と右の運動皮質の障害が右の顔面麻痺となり、左の半不全麻痺と左のバビンスキー徴候 [Babinski sign: 連続運動反復不能の徴候] を伴う自動車事故による傷害）と一致していた。全体として、5人の対象者には重大な神経医学的な障害発作、麻痺、および皮質萎縮を含むがあり、他の7例では、一時的意識喪失の病歴、眩暈、さまざまな精神運動痙攣徴候、および多くの軽い神経医学的な徴候がみられた。脳機能不全の疑いのあった5例では、正式な神経医学的な検査あるいは特別な原因分析のための手続きを行うことができなかった。

表2は、認識機能不全の10例にみられた、心理学的および学習テストの調査結果を要約している。表2にみられるように、10例中1例を除く他は通常の知能であった。しかし、ウェクスラー成人知能検査の特別なサブテスト、ペンダー・ゲシュタルト・テストによる再生と想起、とくに困難なウッドコック・ジョンソン・テストの概念構成サブテスト、そして特別に行われた神経心理学的テスト（例えば、ハルステッド・レイタン・テスト）で、中枢神経系機能不全の一層客観的な指標を与えることができた。

表3は、サンプルの精神医学的症状の性質とその罹病率を示している。とくに注意することは、15人の対象者のうち9人が、十分に診察を受ける必要がある重度のおよび／または通常の教室に出席することもできないほどの重度の精神医学的的症状を、少年期に示していた。これらの対象者の中の3人は、少年期に自殺を企て、1人は思春期に自殺を試みていた。

表4でみられるように、6人の対象者は慢性的な精神障害であった。彼らは、評価の際に精神障害の症状を明らかに示し、そして彼らの病歴は、その精神障害は拘禁前からのものであることを示していた。これらの対象

者は、曖昧かつ非論理的な思考過程をとり、妄想と幻覚に苦しみ、しばしば突飛な、ときには残虐な行為を行った。他の3人の対象者は、一時的な精神障害であったので、現実にはテストを行う時間的余裕があった。連続的に精神障害の病状を有する9人の対象者の他に、2人の対象者が、アメリカ精神医学会精神障害診断統計用語集III (DSM-III) の両極性気分変調の症候の基準に一致する病状を示していた。

表3で示された症状のリストは、このグループの精神病理学的な酷さを示しているが、一見して対象者の誰にも重い精神分裂症とみられるものはいなかったことを強調しなければならない。長期におよぶ面接、病院の記録の検討、心理学的な評価、グループの精神病理学的な性質と範囲を理解するために親族との面接とが求められた。これらの対象者は(1人を除いて)、「狂気」と思われるよりも「悪人」とおもわれようとして精神病を軽いものに見せようとしていた。

大部分の例で、対象者の神経学的な欠損と精神病の症状が複雑に組み合わされた病像のために、明確な精神医学的定義をくだすことは出来なかった。しかし、記録された精神病の病状は、対象者が有罪とされた犯罪より先にみられ、それ故にそのような精神的な症状はおそらくは拘禁の結果ではないであろうとおもわれる。

## 検 討

合衆国最高裁判所が死刑を再度導入したとき、軽減事由を探究するための別個の量刑に関する審理手続きを定めた。中枢神経系の機能不全を含む精神病あるいは欠陥の証拠は、判断、現実の価値判断および自己統制に影響するので、量刑審理手続きには欠くことができないものなのである。

調査した15人の対象者が死刑囚を代表するものであるならば——そして、彼らを選んだ基準のために、対象者が死刑囚の代表であると考えているのであるが——合衆国の多くの死刑囚はおそらくは今までのところ認知されていない多様な精神医学的および神経学的な病気——刑の減の考慮に



関連する——にかかっていると結論しなければならない。

これらの問題を考える前に、対象者が仮病を使っているかどうかの可能性を考慮することが重要である。たしかに検査者に障害をもっていると確信させることで、彼らは多くのものを得たであろう。しかし、明確にされたほとんど大部分の異常が客観的な証拠で確認することができたものであるために、臨床で発見されたこのような結果は説得力がある。報告された発病は、病院の記録あるいは両親との面接で確認された。頭蓋の一方の打撃は、麻痺と身体の反対側の萎縮で確認された。自動車事故による傷害は、CAT スキャンで見られる皮質の萎縮にあらわれた。その他の中枢神経系の障害は、心理学および教育的テストによる認知運動の機能不全と認知障害にあらわれた。そして、精神障害の病状は、それに先立つ精神医学的入院治療や抗精神病剤の投与による措置の記録と一致した。この死刑囚のグループにひどい神経精神医学的な障害が存在すると仮定すれば、なぜそのような重大な病気がいままでに確認されず、無防備のまま、出廷し、量刑の間も、あるいはその後の上訴の際に出廷していたかの問題が提起される。

この問いに対する答えは複雑である。おそらくいままでに彼らの無防備さを明確にできなかった主な理由は、誰もその存在を疑わず、それゆえに誰もそれを探究しなかったからであろう。さらに、殺人者は「刑罰を免れる」ために病気を装う単なる社会病質者にすぎないという一般の認識があり、対象者の大部分も自身を病気あるいは障害があるとは考えておらず、特別な評価も要求しなかったのである。激しい状況を示す精神障害者はほとんどいなかったのも、その弁護人も彼らの神経精神医学的な状態を注意できなかったのもである。

いままでの認知されていない重大な精神病理学あるいは神経学的な障害の指標が明確にされたとき、常になぜこのような病気が他の医師あるいは弁護士がいままで議論しなかったかの調査を行った。その回答はしばしば類似したものであった。たとえば、自身は犯していないと確信している犯

罪者が処刑の直前に検査された。その結果、神経学的な病歴の調査の途中で、長年にわたって一時的な意識の中断があったことが明らかになった。その際に何度か彼はほとんど車をクラッシュしそうになったと述べた。さらに、このようなエピソードは、調査をすることができた他の者も、そのようなことがあったと証言している。なぜそのようなエピソードを誰にも話さなかったのかと質問されると、威厳をもって「私はそれに関連するとは思わなかった」と答えた。

明らかに、客観的に立証できた躁鬱病のエピソードをもつ者に、処刑直前の審理の際に、彼を診断した他の精神医に、なぜ躁病の症状を話さなかったのかと尋ねた。彼の答えは、「医者たちが私に質問しなかったからだ」というものであった。ある女性は、検査者が見ることができない傷痕があるかと尋ねられたとき、額の髪の毛をかきあげて、子どものときの怪我である大きなはっきりした瘤をみせた。彼女は今まで誰にもこのことを話したことがなかった。「とても醜いので隠していたの」と説明した。大部分の対象者は、この種の事故、傷痕、そして症状が検査で明るみに出ても、彼らの犯罪行動に関連することになるであろうとは考えてもいなかったのである。

診断上の偏見と曖昧な法の適用の証拠が、4例の調査結果から導きだされた。検察側の神経学者は、複雑な部分的な発病と一般的な発病の病歴、黄変性脊髄液、異常な脳波図、そしてCAT スキャンによる前頭葉の萎縮を示した男子に、「器質障害の証拠なし」とした。この例では、弁護人は再度の神経学的評価を得ることができなかった。

死刑囚が臨床的に異なるのかどうか、あるいは同様の暴力を行使したにもかかわらず軽い刑の言い渡しを受けた者とどこが違うのかの問題が残る。この研究の際には、不運にもその生命が助けられた殺人者を評価する許可が得られなかった。死刑囚はとくに神経精神医学的に障害のある者からなるという可能性は存在する。しかし、全体的な臨床的、あるいは法的な手続きの欠陥のために、裁判時に有能な代理人を得るか、あるいは軽減

の目的のために重要な神経精神医学的な障害を記録するという時間がかかる仕事を行って弁護人を援助するかのいずれもが、他の被告人に比べて困難なこととなるのである。

表1 15人の死刑囚がいままでに受けた頭部の損傷

対象者	年齢	損傷・障害
1	3歳	父に死ぬほど殴打される(顔にいくつもの傷痕あり)
	幼児期	頭から流しに投げこまれる
	思春期後期	ボクシングの際に、一時意識を喪失したというエピソード
2	少年期	両親に角材(two-by-four)で殴打される
	少年期	あな(pit)に落下、数時間意識不明
	17歳	自動車事故で右目に損傷
	18歳	明らかな一時的意識障害により屋根から転落
3	6歳	樹木からガラス瓶が落下し、頭部を直撃(頭蓋の頂部に触知できる傷痕あり)
	8歳	車にはねられる
	9歳	プラットフォームから転落し、頭部に受傷
	14歳	走行中の車から飛び出し、頭部を打撃
4	13歳	自転車に乗っていて車にはねられ、ボンネットの上に落下
	16歳	走行中のトラックから転落
	19, 23, 33歳	自動車事故で、頭部と顔面に受傷(傷痕あり)
	43歳	後頭部を殴打される(意識喪失、硬膜下血腫、大発作の開始)
5	4歳	ポーチから転落し、意識不明
	9歳	野球のバットで頭部を打たれる(右後頭部に傷痕あり)
	12歳	車の車輪に頭部を轢かれる(頭蓋骨の左頭頂部に圧痕あり)
6	出生時	外傷性的出産(頭蓋骨変形、右目眼球萎縮)
	16歳	自動車事故、2週間半昏睡状態(右顔面神経に損傷の結果、右顔面麻痺。右運動皮質損傷。顎挫傷)
7	4歳	コンクリートの歩道に転落、意識の喪失なし(額中央部に傷痕)
	7歳	転落、一時意識不明
8	21歳	太い金属パイプで前頭部を殴打される(額中央に3センチメートルの傷痕)
	28歳	重い分銅で頭部を殴打される
	思春期~成人	数回の自動車事故、受傷の程度不明
9	3歳	ポーチから転落、意識不明
	少年期	母親が顔面部を鞭で打つ(顔面に多くの傷痕あり)

	少年期 22歳	自転車事故、意識不明（唇に鮮明な傷痕あり） 太い金属棒で頭部を殴打され、頭蓋骨破断
10	4歳 8歳 思春期～成人	タクシーにはねられ、1ブロックひきずられたと申立てる 浴槽に落ち、24時間意識不明 81回ボクシングの試合を行うが、殴打され意識不明になったことなし
11	4歳 16歳 26歳	ひどい感染症（瀕死の状態） 野球のバットで後頭部を殴打され、意識不明 自動車事故、意識不明
12	幼児期 14歳 24歳 45歳	受傷（額中央部に瘤） 自転車事故、意識の喪失なし 車にはねられ、庭越えに投げ出され、意識不明 自動車事故、頭部を打撃、意識の喪失なし
13	12歳 17歳	自動車事故（鼻に傷痕あり） 木の棒で頭部を殴打され、意識不明、鼻から出血（左後頭部に圧痕あり）
14	周産期 5歳 少年期 17歳	周産期障害 コンクリート壁で頭部打撲（触知できる瘤） 角材で頭部および顔面を殴打される（鼻に損傷あり） バルビツール剤の過量服用、2週間半昏睡状態
15	7歳 11歳 16歳	ブランコで頭部を打撃（右頭頂部に傷痕あり） 進行中のトラックから転落、失神 自動車事故、鼻に損傷（顔面および頭皮に傷痕あり）

表2 15人の死刑囚の神経学的・認識機能不全

対象者	神経学的機能不全に関する 主観的な症状	神経学的機能不全に関する 客観的な症状
1	眩暈、しばしば既視感、アルコールにより軽拳に暴力行為にはしる	神経学的評価なし、脳波図なし
2	一時的意識中断、一時的な眩暈、記憶喪失の発現（息子を殴打しているのに気付くが、その理由は不明）、嗅覚および味覚の幻覚	2つの異常な脳波図、おおくの小さな神経学的徴候
3	一時的意識中断、記憶喪失、眩暈でよろめく、吐き気を伴うひどい頭痛、思考促迫、しばしば既視感、変視症	神経学的評価なし、脳波図なし

4	頭痛、記憶喪失の発現、硬直、自動発作的行動、変視症、嗅覚の幻覚	少年期に大発作、脳波図で異常図1および正常図2、前頭部の萎縮（CATスキャン）、硬膜下血腫による黄変性脳脊髄液
5	一時的意識中断、嘔吐と衰弱を伴う頭痛、意識不明、少年期に記憶喪失の発現、しばしば既視感	左の側頭部壁部位の圧痕、大きな右の空洞（CATスキャン）、左筋肉組織の萎縮、左に連続運動反復不能症、脳波図なし
6	記憶喪失の発現、変視症、反復性の行為、しばしば既視感	左顔面部の麻痺、右目盲目、左半不全麻痺、左に連続運動反復不能症、足関節の急激で反復的な攣縮、脳波図なし
7	ときどき一時意識中断	右目の視野狭窄、脳波図なし
8	なし	神経学的評価なし
9	アルコールが誘因となった発作的怒りと夢幻状態、記憶喪失の発現（子どもを投げつけたが、記憶なし）	活動亢進性腱反応、積極性下顎痙攣および筋肉硬直症状、神経学的障害の明確な証拠なし、脳波図なし
10	なし	神経学的検査では顕著な異常は認められず、脳波図なし
11	記憶喪失の発現	身体の右側面に対するピン刺しの感覚低下、前頭部の萎縮（CATスキャン）左頭頂部の異常（脳スキャン）、脳波図なし
12	一時的意識喪失、一時的な眩暈、ひどい頭痛、自動症、意識障害の発作	神経医学的評価なし、正常な脳波図1
13	一時的意識喪失、ひどい頭痛、前兆とそれに続く眩暈と昏睡の後の発作的暴行、記憶喪失、発育過度、アルコールが促進する暴力	神経医学的評価なし、左後頭部位の頭蓋骨に圧痕、脳波図なし
14	発作的な怒り、記憶喪失の発現、アルコールが促進する暴力	跳躍能力なし、積極性下顎痙攣反応、活動亢進性腱反応、脳波図なし
15	瞬時完全な意識喪失、ときどき既視感	跳躍能力なし、中庸の企図震頭、活動亢進性腱反応、積極的な鼻および下顎痙攣反応、脳波図なし

表3 15人の死刑囚の精神医学的徴候、症状、行動、およびいままでの措置

対象者	精神医学的な病状
1	8歳の時に自殺を企図（殺鼠剤の摂取）、成人期に抑鬱病の徴候と症状、精神異常の病状なし
2	少年期に精神医にかかる、19歳の時精神病院に入院治療、精神分裂病治療薬フェノチアジンによる治療、曖昧で非論理的な話し方、幻聴、キリストが彼を救うために殺人を犯させたとの妄想
3	幼稚園期から精神医学的な障害、曖昧で非論理的な話し方、幻聴、外力にコントロールされ、彼の母親が彼を溺れさせようとするとの妄想（幼児期に溺れたことがあった）
4	彼の被害者が彼を毒殺しようとしているとの妄想、ブードー教で自己の行為を統制、ときどき幻聴
5	12歳より精神病の発作、12歳の時に自殺を企てる、放浪、支離滅裂、非論理的な話し方、外力に統制されているとの妄想
6	放浪、大袈裟な話し方、特異で奇怪な観念作用、造語症、幻聴、妄想性迫害症
7	思春期後期に精神病院入院、刑務所で鬱病を経験、麻薬中止による虚脱、著しい体重軽減、全身脱毛、刑務所内で2度自殺を企図（数日間昏睡）、精神病の症状なし
8	両極性気分変調、30ポンドまで体重軽減、不眠、生きる意欲喪失、自殺企図2度（数日間昏睡）、衝動的、馬鹿騒ぎに耽る
9	5歳の時溺死による自殺企図、妄想性の観念作用、悪い力に影響されている妄想
10	9歳のときに精神医にかかる、非論理的で漠然とした特異な話し方、妄想性の幻聴による誤解、突飛な行動（例えば、血が顔を流れるのを見て、額に切りつける）
11	幼児期から多重人格の徴候と症状、両極性気分変調、幻聴、妄想性の観念作用突飛な加虐的な行動
12	少年期に自殺企図、鬱病で精神病院に入院し両極性気分変調、荒れた行動を伴う躁病の発現
13	ときどき幻視、妄想性幻聴による誤解、自殺企図
14	少年期に精神障害（正規のクラスで機能できなかった）17歳で自殺企図（1ないし2週間昏睡）、突飛な行為（例えば、教会に押し入り、床に排便をする）
15	望みを喪失して軽い気分障害にかかる、罪悪感、睡眠障害、理由なしにときどき多幸感、精神病の病状なし

表4 神経学および認識機能不全に対する心理学的、学習的テスト

対象者	ウェクスラー成人 知能検査 知能指数			ペンダー・ ゲシュタルト テスト	ハルシュテッド ・レイタン	その他の 心理学的 発見事実	ウッドcock ジョンソン 検査 (級)
	言語性 検査	動作性 検査	全検査				
1	78	91	81	—	—	4本の指を折り、3本の指をおこすことの反復のみ可能	第7—第10
2	95	95	95	—	—	積木や指印が困難	第4—第12
3	—	—	—	—	—		—
4	82	82	82	—	左前頭部に軽い障害	複雑な調整困難	—
5	50	50	50	—	両大脳に拡散した損傷		第1—第4
6	84	107	93	多くの回転	—	4本の指を折り、3本の指をおこすことの反復のみ可能	
7	103	96	100	想起貧弱	—	積木や指印が困難	—
8	—	—	—	器質損傷を示す多くの誤り	—		
9	81	79	78	—	—	具体的な反応、集中力が限定	第4—第12

10	100	90	96	3度回転、 連続困難			
11	92	82	87	—	左右の脳損傷	調整および秩序化に重度の障害、かって知能指数114	—
12							
13			90	—	—	裁判時の知能指数77	—
14	91	92	91	—	—	認識運動に問題、主に指で計算、刑務所におけるMMPI検査で精神分裂症、パライノイア型	第5—第12
15	107	88	97	—	—	積木で非常に低い点	第6—第12



### あとがき

著者たちは、精神心理病理学に基づく証拠があるというのではなく、処刑が切迫しているという理由で選ばれた15人の死刑囚に関する臨床的評価の結果を提供した。全員がひどい脳障害の過去があり、5人は神経学的な障害があり、他の7人はその他のあまり重要でない神経学的な問題（例えば、一時的な意識障害や軽度の兆候）をかかえていたことを明らかにした。



また、心理学的学習能力評価テストは、中枢神経系の機能の異常に関する明確な証拠を示した。6人の対象者は、拘禁前に精神分裂型精神病であり、他の2人は躁鬱病であった。著者たちは、多くの死刑囚は、おそらくは軽減事由の考慮に関連する、認知されていない精神医学的、神経学的、および認識に関する病気に罹っているものと結論する。

正常な精神状態にない者は、その行為について刑事責任を問われないことは広く認められていることである。さらに今日では、そのような犯罪者は、刑事司法制度の通常的作用の下では、死刑を宣告されないことになっている。正常な精神状態にない死刑囚は、刑罰を理解する能力に欠けるという理由で、死刑を宣告されないとする同種の原則もある。

1984年に国連経済社会理事会が採決した、死刑に直面する者の権利の保護の保障に関する決議（国連経済社会理事会1984/50号）は、第3項で「……死刑は、……精神異常者に対しては執行されない」と定め、国連事務総長が1985年4月26日に発表した死刑に関する報告書は、精神障害者に対する死刑の排除につき「精神病に関しては、多くの国が精神病が死刑判決あるいは死刑の執行を妨げるものであると報告している」と述べた。1988年8月に国連犯罪規制統制委員会は、さらに一步前進して、国連経済社会理事会に、死刑を存置している国連の加盟諸国に「精神遅滞者または極度に限定された精神能力を有する者は、量刑あるいは処刑の段階を問わず」死刑を免除されるよう助言するよう勧告した。さらに、1989年12月15日の国連第44回総会の死刑に直面している者の権利の保護の保障の履行に関する決議（44/162号）では、「判決の段階または処刑の段階を問わず、精神または極度に限定された精神能力者に対する死刑を排除すること」が明定された。

このようにみえてくると精神障害者の死刑の免除は、世界的な合意であるかのようにおもわれるが、いくつかの死刑存置国が、犯行後に精神異常になった者に対する死刑の執行を法律で禁じるような保護が行われていないとの報告が国連になされており<sup>(10)</sup>、アメリカ合衆国においては、いまだ

に精神障害者の処刑が問題にされており、多くの死刑囚が精神障害あるいは精神病であることを示す証拠がある<sup>(17)</sup>。アムネスティ・インターナショナルによれば1982年以降、アメリカ合衆国で50人以上の精神障害の囚人が処刑されたことが記録されている<sup>(18)(19)</sup>。

今日、かなりの数の精神無能力者が死刑を宣告されたり、処刑されていることは、精神異常の基準および診断に関する合意がないことと、多くの地域で精神異常を診断する施設が欠けていることを明らかにしている。著者たちの研究が契機となって、今後、この種の死刑囚の精神医学的特性の関する研究が数多く行われ、これらの問題の解明に期待したい。

注

- (1) *Furman v. Georgia*, 408 US 238 (1972)
- (2) *Gregg v. Georgia*, 428 US 153 (1976)
- (3) Amnesty International: *The Death Penalty*, London, Amnesty International, 1976, pp.160-164
- (4) Curran W. J.: *Psychiatric evaluations and mitigating circumstances in capital punishment sentencing*, New England Journal of Medicine, 307: 1431-1432, 1982
- (5) 法務総合研究所『犯罪白書 平成7年版』29頁(大蔵省印刷局 1995年)。
- (6) なお、Pace of executions in US quickens, *New York Times*, Dec. 13, 1984参照。
- (7) Reidel M.: *Discrimination in the imposition of the death penalty: a comparison of the characteristics of offenders sentenced pre-Furman and post Furman*, Temple Law Quarterly 49: 261-287, 1976
- (8) Sellin T.: *The Penalty of Death*, Beverly Hills, Calif, Sage Publications, 1980, pp.55-68
- (9) Wolfgang M. E.: *Racial discrimination in the death sentence*, in *Executions in America*, edited by Bowers I.W., Lexington, Mass., DC Heath, 1974
- (10) Wolfe B. H.: *Pileup on Death Row*, Garden City, NY, Doubleday, 1973
- (11) Magee D.: *Slow Coming Death, Interviews on Death Row*, New York, Pilgrim Press, 1980
- (12) Jackson B. and Christian D.: *Death Row*, Boston, Beacon Press, 1980

- (13) Bolsen B. : *Strange bedfellows : death penalty and medicine*, JAMA 248 : 518-519, 1982
- (14) Bluestone H. and McGahee C. L. : *Reaction on extreme stress : impending death by execution*, American Journal of Psychiatry 119 : 393-396, 1962
- (15) Gallemore J. L. Jr, and Panton J. H. : *Inmate responses to lengthy death row confinement*, American Journal of Psychiatry 129 : 167-171, 1972
- (16) ロジャー・フッド (辻本義男訳) 『世界の死刑』57頁 (成文堂 1990年)。
- (17) 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89頁以下 (1987年)。
- (18) Amnesty International, AI Index : AMR 51/25/93.
- (19) 1994年の例として、辻本義男「アメリカ合衆国の死刑状況 (その6) —1994年—」中央学院大学法学論叢 9 卷 1 号20頁以下 (1995年) 参照。