

首に掛けられたロープ

日本における精神衛生と死刑

アムネスティ・インターナショナル報告書



**AMNESTY
INTERNATIONAL**

公益社団法人 アムネスティ・インターナショナル日本
amnesty.or.jp

首に掛けられたロープ

日本における精神衛生と死刑

目次

1. 序論	4
少ない死刑の適用	5
死刑、精神衛生および人権	6
「執行が可能なほど精神状態が正常である時とは？」	9
本報告書の目的	9
主な勧告	10
政府に対して：	10
日本の医療従事者団体に対して：	10
2. 日本における死刑	11
法的根拠	11
司法精神医学	13
法医学鑑定	13
単独室へのアクセスと独自の監視	15
死刑の適用の免除	17
年齢と執行	18
刑の宣告および収監	19
死刑確定者の生活	19
執行の告知	23
3. 死刑確定者の健康管理	25
精神疾患を有する死刑確定者	27
上訴の拒否または取り下げ：死刑が確実に	28
規律と精神障害者	29
4. ケーススタディ	30
袴田巖	30
松本健次	32
松本美佐雄	32
堀江守男	32
村松誠一郎	33
法医学鑑定書	34
袴田巖	35
岡田教授の鑑定書	35
中島医師の考察	35
堀江守男	37
5. 医の倫理と死刑	39
職業倫理規定	40

6. 死刑に関する国際的視点	43
日本政府の姿勢	43
国際社会の監視	45
国連	45
欧州評議会	48
非政府組織	48
精神衛生と死刑に関する米国の事例	49
7. 結論	50
勧告	50
日本政府に対して：	50
日本の医療従事者団体に対して：	52
8. 付録	53
付録1：関連する日本の法律の抜粋	53
付録2：死刑に関する国際基準	56
付録3：国際医療倫理	58

名前に関する注釈

日本人の名前は、姓の後に名(たとえば、袴田巖)がくる形式となっている。本報告書は、この形式を採用する。

非日本語の文脈(英文の印刷物など)の中で引用される名前(日本人以外を含む)は、名の後に姓がくる形式を取る(たとえば、John Smith)。

略語

ABA	American Bar Association (米国法曹協会)
AMA	American Medical Association (米国医師会)
APA	American Psychiatric Association (米国精神医学会)
CPR	Center for Prisoners' Rights (監獄人権センター)
FIDH	Federation Internationale des Ligues des Droits de L' Homme (国際人権連盟)
HRC	(United Nations) Human Rights Committee ((国連)自由権規約委員会)
ICCPR	International Covenant on Civil and Political Rights (市民的および政治的権利に関する国際規約)
JFBA	Japan Federation of Bar Association (日本弁護士連合会)
JMA	Japan Medical Association (日本医師会)
JNA	Japan Nursing Association (日本看護協会)
NGO	Non-government organization (非政府組織)
JSPN	Japanese Society of Psychiatry and Neurology (日本精神神経学会)
WMA	World Medical Association (世界医学協会)
WPA	World Psychiatric Association (世界精神科学会)

1. 序論

「あれは書いただけのことであって、こちらは無罪の判決をもらっているんだね。無罪っていえば事件にはならんわね。10年間ずっと練習。特別に。魔法の知恵が働きたんだね。機械が作った。学習院の機械……。書いただけ、それだけ。存在してない。終わったこと。本当じゃない」
— 弁護士の支援について質問されたある死刑確定者の反応

「死刑の言渡を受けた者が心神喪失の状態に在るときは、法務大臣の命令によって執行を停止する。」— 刑事訴訟法(法律第131号)第479条1項

2003年、精神疾患を有すると伝えられていた向井伸二が、弁護人による再審請求の準備中に刑を執行された¹。

2007年8月23日、脳梗塞が原因で精神疾患があり、被害妄想や攻撃性があったという竹澤一二三(1937年生まれ)ほか3人に死刑が執行された。裁判報道によると、検察側弁護側双方の鑑定医とも竹澤が精神疾患を患っていると鑑定したという。しかしながら裁判所は、完全に責任能力があるとして死刑を宣告した²。

死刑執行の前に精神疾患があったと伝えられていた人々は他にも存在する。2007年12月7日、藤間静波と2人の男性死刑確定者が刑を執行された。藤間静波は以前に最高裁で訴訟能力なしと判定されたが、2004年6月、同裁判所で死刑が確定した³。

宮崎勤は、1988年から89年の間に4歳から7歳の4人の女兒を殺害し切断したとして1997年に有罪判決を受けた。彼は1989年7月に女兒への猥褻事件で身柄を確保され逮捕された。反省の色はなかったという。何度も精神鑑定を受け、解離性同一性障害⁴あるいは精神分裂病(現在、統合失調症に改称)と診断された。しかし東京地裁は、事件の重大性と結果については認識できており、責任能力はあったとして1997年4月14日に死刑判決をくだした。2001年6月28日に東京高裁が原判決を支持、さらに2006年1月17日に最高裁で上告が棄却された。10年以上精神科の治療を受けていたが、2008年6月17日、他の2人の死刑確定者とともに刑の執行を受けた⁵。

犯罪者の行為に対して精神疾患が及ぼす影響は、犯罪に対する有責性および適切な刑罰の決定に関わる要因として以前から認識されてきた⁶。罪を犯した時点で「心神喪失」であったか、またはその後心神喪失となった者に対

¹ Amnesty International, "Will this day be my last?" *The death penalty in Japan*, Index: ASA 22/006/2006, London, 2006. (アムネスティ「今日が最期の日? 日本の死刑」) <http://homepage2.nifty.com/shihai/shiryou/JapanDPReport2006.pdf>

² Amnesty International. "Submission to UN Human Rights Committee." <http://www2.ohchr.org/english/bodies/hrc/docs/ngos/AIJapan92.pdf>

³ 藤間静波のケースは、死刑執行当日に氏名が発表された最初の事例(同日に執行された他の2人とともに)である。これ以前は法務省から氏名の公表はなかった。

⁴ この用語は、米国精神医学会の定めた精神障害の診断と統計の手引き(DSM-IVTR)による名称である(コード番号300.14)。世界保健機関の『疾病および関連保健問題の国際統計分類』第10版(ICD-10)では、多重パーソナリティ障害(Multiple Identity Disorder)が使われている(コード番号F44.8)。<http://www.dis.h.u-tokyo.ac.jp/byomei/icd10/>

⁵ 監獄人権センター(CPR)によると、宮崎は、統合失調症患者の治療のための薬物投与を受けていた。CPR、市民のおよび政治的権利に関する国際規約第40条に基づく日本政府の第5回定期報告に対するNGOレポート、2008年、8頁。

⁶ 日本では、8世紀に導入された法規定である養老律令は、心神喪失者に適用できる刑罰を減軽している。昼田源四郎「日本における精神障害者の責任能力と監護に関する法制度」精神神経学雑誌、第105巻第2号、187-193頁、2003年。13世紀の英国の法学者ブラクトンの著作には、「……子どもや狂人について言えるように、傷つけようとする意図が存在しない限り、犯罪は成立しない。何故なら、意図の欠如が一方を保護し、また不親切な運命が他方を許すから」と記されている。Bracton Online: *Bracton: De Legibus Et Consuetudinibus Angliae* (Bracton on the Laws and Customs of England, attributed to Henry of Bratton, c. 1210-1268) Vol 2, p. 384. ハーバード大学ロースクール図書館ウェブサイト <http://hls15.law.harvard.edu/bracton/Common/calendar.htm>

する死刑の適用は、一部の法域においては何世紀にもわたり禁じられてきた⁷。国際人権基準は、精神障害者に対する死刑の宣告および執行を禁じている⁸。本報告書は、日本における精神衛生および死刑の問題を考察するものであり、日本において精神疾患を有する死刑確定者が刑を執行されまたは過酷な状況で執行を待って拘禁されているとの報告が続いていることから作成されたものである。

日本の死刑に関する調査に取り組むことへの壁は厚い。日本の刑事司法制度は秘密主義である⁹。国会議員、司法制度改革に取り組む人々、国の内外の非政府組織(NGO)ならびに外国の政治家はすべて、死刑確定者が収容されている単独室への立ち入りや個々の死刑確定者への面会を拒否されてきた。その上、個々の死刑確定者の健康に関する信頼し得る情報は、当該死刑確定者の弁護人ですら容易に入手できない。刑務所の医療従事者から直接入手することはまったく不可能である。死刑確定者の家族でさえ、その血縁者の健康の重要な側面についてはっきりとは知らされない¹⁰。

少ない死刑の適用

日本においては、死刑の適用は例外的である。犯罪率は、類似の社会経済的発展水準の他の国々と比較しても低い。また殺人件数も少ない¹¹。被拘禁者も比較的少ない¹²。死刑判決を受けた者の数は、すべての死刑相当犯罪で有罪を宣告された者のごく一部で、1%を若干上回るに過ぎない¹³。にもかかわらず、人口10万人当たりの収容者率は、過去20年を通じて上昇しており、36人から63人となっていることをもって、犯罪が増加しているという認識が生み出され、また部分的に裏付けていると考えられている¹⁴。死刑に関する報道は、主に殺人などの凶悪

⁷ US Supreme Court. Brief of Legal Historians, *Panetti v. Quarterman*, 127 S. Ct. 2842 (2007) (No. 06-6407). 18世紀以降の慣習法における「心神喪失者」の死刑執行の禁止を論評している。<http://deathpenaltyinfo.org/Legal%20Historians%20Brief.pdf> 法廷での審理でいう「心神喪失」は、法的概念であり、現在もいくつかの法律に組み込まれている(日本の法律を含め)。精神の健康と疾患の概念は、刑事責任および有責性の議論にますます入り込んできており、また国際人権法は、精神衛生および精神障害を重要考慮事項としてますます重視している。

⁸ W. Schabas, “The abolition of the death penalty in international law”, Cambridge University Press, 2002を参照。基準については、たとえば国連経済社会理事会(ECOSOC)の1984年5月25日の決議第1984/50号、死刑に直面する者の権利の保護の保障に関する決議を参照。禁止は、知的障害を有する者にも拡大適用される。

⁹ 日本の秘密主義の度合いは、とりわけ民主主義国家としては、極端である。ある人は、前日に刑務所で行われた執行に関する情報を求める国会議員と刑務所所長との間の異常なやりとりを引用している。死刑執行が既に新聞で報道されていたにもかかわらず、その刑務所所長は、執行があった事実を認めることさえ拒否した。D. T. Johnson, “Japan’s Secretive Death Penalty Policy: Contours, Origins, Justifications, and Meanings”, *Asian-Pacific Law & Policy Journal*, 2006, Volume 7, Issue 2, pp. 62-124.

¹⁰ 精神障害を有すると伝えられるある死刑確定者の姉が、弟は糖尿病にかかっていると言われたり、かかっていないと言われたりしたとアムネスティに話した(2009年2月)。かかる情報を家族に教えないことの正当な理由はないと思われるし、また教えないことは、国際基準に違反する。

¹¹ 法務省犯罪白書(2006年)、資料1-8、日本の殺人率をその他の4先進国(日本は5カ国の中で殺人率が最低)と比較する「5カ国における殺人・窃盗の認知件数および率(1988-2004)」を参照。<http://hakusyo1.moj.go.jp/> 2006年には、殺人で有罪となり収監された人数は、615名であった(法務省矯正局のウェブサイト(英文)を参照。<http://www.moj.go.jp/ENGLISH/CB/cb-01.html> 日本の長期殺人趨勢は下方傾向にあり、殺人件数は、1950年代以降約70%減少している(D. T. Johnson, “The Homicide Drop in Postwar Japan”, *Homicide Studies*, 12(1), pp. 146-160)。

¹² 日本の収容者率は人口10万人当たり63人で、たとえば、フランス、ドイツ、スペインおよび英国よりも低く、デンマークおよびフィンランド(欧州の収容者率の最下端)に匹敵する。また、米国のわずか8%である。ロンドン大学キングスカレッジ国際刑務所研究センター、世界刑務所概要を参照。<http://www.prisonstudies.org/info/worldbrief/> 2009年3月9日現在。

¹³ D. T. Johnson, “Japan’s Secretive Death Penalty Policy: Contours, Origins, Justifications, and Meanings”, *Asia-Pacific Law & Policy Journal*, 2006, Volume 7, Issue 2, pp. 106-124.

¹⁴ D. T. Johnson, “Japanese punishment in comparative perspective” 犯罪社会学研究、第33号、46-66頁、2008年(以下、D. T. Johnson, “Japanese Punishment”と省略)。犯罪率および収容者率の変動の理由は複雑で、犯罪通報のありかた、検察の対応および一般の人々の治安への不安を考慮する必要がある。浜井浩一、T. エリス“*Genbatsuka*, Growing penal populism and the changing role of public prosecutors in Japan?”、2008年、犯罪社会学研究、第33号、67-91頁を参照。2008年12月23日付USA Today “Japanese homicides fall but hangings rise”も参照。

犯罪が与えた恐ろしい衝撃を事細かに記すことに限られている¹⁵。精神疾患と犯罪に関する公の議論は殆ど行われない。また 2006 年以降、執行が急増している¹⁶(この急増は、最近の各法務大臣の執行への意欲の増大を反映している。法務大臣は、関連法規に基づき死刑の執行を承認しなければならない。法務大臣が承認しなければ、執行は行われない)。

最近の調査によれば、日本は、死刑の適用が増加しているアジアのわずか 2 カ国のうちのひとつであり、また死刑および収監の双方に関してますます厳しい方針を示していると報告される唯一のアジア国家である¹⁷。日本の刑務所の状況は過酷であり、国内¹⁸のみならず国際 NGO¹⁹および国連機関²⁰の長年の批判の対象となっている。中でも死刑確定者が置かれた状況は最も過酷で、精神疾患を有する死刑確定者は、厳格な規則に違反しがちであり、懲罰を受けやすい傾向にある。

死刑、精神衛生および人権

少なくとも 1966 年の市民的小および政治的権利に関する国際規約 (ICCPR) の採択以降は、死刑の使用が、国際人権法において制限を必要とするものとして、またその廃止が、短期間のうちに促進され得る限り速やかに実現されるものと認識されてきた²¹。その後、死刑に関する多くの国際および地域基準が制定された。中でも重要なものは、とくに精神障害を有する者に対する死刑の使用を制限する国連経済社会理事会の 2 つの決議²²および元国

¹⁵ しかしその一方で、「死刑を暴く」をテーマにした 4 部構成の記事が 2008 年から 2009 年に読売新聞に掲載された。D. McNeil and the *Yomiuri Shimbun*, “Unmasking Capital Punishment: A Wave of Executions, The Yomiuri and Japan’s Death Penalty” *The Asia-Pacific Journal : Japan Focus*, 47(3), 18 November 2008. [http://www.japanfocus.org/David McNeil yomiuri/2953](http://www.japanfocus.org/David%20McNeil_yomiuri/2953) また読売新聞「死刑」2009年6月12日付を参照。

¹⁶ 日本では、執行方法は、絞首である。2006 年から 2008 年の期間にわたり、絞首刑の数はそれぞれ 4、9 および 15 件(2008 年の数字は、33 年中の年間最大数である)であった。死刑確定者が徐々に増加していることについて、22 頁のグラフに示す。

¹⁷ D. T. Johnson, “Japanese Punishment” p. 56.

¹⁸ 監獄人権センター、市民的小および政治的権利に関する国際規約第 40 条に基づく日本政府の第 5 回定期報告に対する NGO レポート、2008 年 9 月。 http://cpr.jca.apc.org/sites/all/themes/cpr_dummy/Doc/reportOct2008.pdf 日本弁護士連合会、拷問等禁止条約の実施状況に関する第一回日本政府報告書に対する日本弁護士連合会報告書、2007 年、東京。 http://www.nichibenren.or.jp/library/ja/kokusai/humanrights_library/treaty/data/alternative_report_ja.pdf

¹⁹ Amnesty International, “Japan: Submission to UN Human Rights Committee” September 2008. Human Rights Watch, *Prison Conditions in Japan*, New York, 1995. (邦訳ヒューマン・ライツ・ウォッチ・アジア、プリズン・プロジェクト著『監獄における人権/日本』刑事立法研究会訳、現代人文社、1995 年) Federation Internationale des Liques des Droits de l’ Homme. *The Death Penalty In Japan, A Practice Unworthy of a Democracy*, Paris, May 2003. (国際人権連盟 (FIDH) 「死刑：民主主義国家にあるまじき行為」2003 年 5 月、パリ) <http://www.fidh.org/IMG/pdf/jp359j.pdf#search=%E6%AD%BB%E5%88%91+%E5%9F%B7%E8%A1%8C%E5%81%9C%E6%AD%A2+%E5%9B%BD%E9%80%A3+%E6%B8%9B%E5%88%91+%E9%81%85%E6%BB%9E%E3%81%AA%E3%81%8F>

²⁰ 1998 年に(国連)自由権規約委員会により行われた批判(最終見解：日本、1998 年 11 月 19 日、UN Doc. CCPR/C/79/Add.102)の多くは、同委員会の最新の報告書(最終見解：日本、2008 年 10 月、UN Doc. CCPR/C/JPN/CO/5)にも記載されている。

²¹ 1971 年、国連総会は、「すべての国で死刑を廃止することが望ましいという観点から、死刑を科すことのできる犯罪の数を段階的に制限する」ことの重要性を確認した(1971 年 12 月 20 日の国連総会決議第 2857(XXVII)号)。10 年後、自由権規約の履行監視および解釈を行う自由権規約委員会は、締約国は規約の第 6 条に基づいて「(死刑)の使用を・・・制限した、特に、最も重大な犯罪以外について廃止する義務を負う。従って、締約国は、この点に関して刑法の見直しを検討すべきである。本条はまた、廃止が望ましいことを強く示唆する文言(第 2 項および第 6 項)で、一般的に死刑廃止に言及している」と述べた(一般的意見 6：生命に対する権利(第 6 条)、1982 年 4 月 30 日)。2007 年、国連総会は、死刑の執行停止を求める決議を採択した。決議は、まだ死刑を廃止していない国に、特に、「死刑の廃止を視野に、執行を停止する」よう求めるものである(下線追加、国連総会決議第 62/149 号)。2008 年には、国連総会でさらに多数の賛成票を得てこの決議が再確認された。

²² 国連経済社会理事会決議第 1984/50 号、死刑に直面する者の権利の保護の保障に関する決議、1984 年 5 月 25 日。国連経済社会理事会決議第 1989/64 号、死刑に直面する者の権利の保護の保障に関する決議の履行、1989 年 5 月 24 日。この 2 つの決議および死刑に関するその他の国際および地域基準については、Amnesty International. “International Standards on the death penalty.” Index: ACT 50/001/2006, January 2006 を参照。

連人権委員会の精神障害を有する者に対する死刑の宣告と執行の禁止を求める決議²³である。超法規的・即決・恣意的処刑に関する国連特別報告者は、「知的障害者または心神喪失者」の執行の国際法による禁止を支持している²⁴。さらにまた、様々な人権機関が、様々な観点から具体的な理由で、死刑に反対している²⁵。

アムネスティ・インターナショナルは、死刑は生命に対する権利および残虐、非人道的または品位を傷つける刑罰を受けない権利を侵害すると主張している。アムネスティは、犯罪の性質、死刑が科される個人の特性および国家が使用する執行方法にかかわらず、すべての場合に例外なく、死刑に反対している。実際に死刑は、恣意的に、もっぱら周縁化された人々に対して適用される。死刑は取り返しがつかず、刑を宣告された者およびその愛する人々に多大な苦しみを負わせる。また、死刑に特別な抑止効果があることを証明した研究はない²⁶。

個人が犯罪行為で裁かれ、有罪判決を受け刑罰を科される際に、いくつかの要因を考慮に入れなければならないことは、刑法および国際人権法で広く認識されている。一部の要因、たとえば犯行時の暴力の度合いは、被告人に不利かもしれないが、別の要因、たとえば自己防衛のための行為または重大な精神障害の影響下での行為は、情状酌量されまたは無罪とさえなるものと見なされる²⁷。各国家は、精神状態から生じる情状酌量要因を様々な方法で説明している。精神疾患を有する犯罪者の事件では、「心神喪失により無罪」、「有罪、ただし精神障害」「心神耗弱による傷害致死(殺人ではなく)で有罪」などの判決がなされることがある。裁判で有罪となった場合、量刑は、被告人の精神状態により減輕されることがある(必ずしも減輕されるとは限らないが)。

国際人権基準は、一定のカテゴリーに属する人々に死刑を科すことを禁じている(未成年時犯罪者、知的障害者、高齢者、妊産婦など)²⁸。死刑が法律で存置・使用されている国に対して、国際法は、精神疾患を有する者に対する死刑の適用および執行を禁止・回避することを当局に要求している²⁹。精神障害者に対する死刑の執行禁止が広く受け入れられているのは、ある行為について限られた理解力と限定責任能力しか持たない者に究極の刑罰を科すことに対して、人々が抵抗感を持っていることの表れである。さらに、精神障害者に対する死刑の執行は、精神障害者の生命を抹殺するという点においてのみ、犯罪能力剥奪が成り立つため、刑罰の目的(懲罰、矯正、抑止)を果たしていない³⁰。たとえば、米国最高裁のルイス・パウエル判事は、1986年のフォード対ウエインライト事件で、死刑の懲罰機能は、「自分が受けようとしている刑罰およびそれを受けねばならない理由を理解してい

²³ 国連人権委員会決議第 2005/59 号、2005 年 4 月 20 日採択。

²⁴ 1993 年 12 月 7 日の国連報告書 E/CN.4/1994/7、パラ 686、および 1997 年 12 月 23 日の E/CN.4/1998/68、パラ 117 を参照。

²⁵ Amnesty International, “When the State Kills… The Death Penalty v. Human Rights”, Amnesty International Publications, 1989. (邦訳アムネスティ編『死刑と人権—国が殺すとき』辻本義男訳、成文堂、1989 年)において論じられている。

²⁶ Amnesty International, “When the State Kills… The Death Penalty v. Human Rights”, Amnesty International Publications, 1989. (邦訳アムネスティ編『死刑と人権—国が殺すとき』辻本義男訳、成文堂、1989 年)

²⁷ マクノートン事件における英国貴族院の画期的判決—いわゆる 1843 年マクノートン判決—は、精神障害(現代の用語を使用)を理由に被告人を無罪とするには、「行為をなした時点で、被告人が、精神疾患から、自分の行っている行為の性質が分からないほど、またはそれが分かっていたとしても、自分が行っていることが悪いことだと分からなかったほど理性の欠けた状態にあったことを明確に立証しなければならない」と述べた。Daniel M’ Naghten’s Case, 8 ER 718(UKHL 1843)を参照。これは、死刑判決の際の基準となっている。

²⁸ W. Schabas, *The Abolition of the Death Penalty in International Law*, Second Edition, Cambridge University Press, 1997. N. Rodley, “The United Nations’ work in the field of the death penalty”, In: Council of Europe. *Death Penalty: Beyond Abolition*, Council of Europe, 2004, pp. 125-57. 執行の上限年齢制限の基準は、国連経済社会理事会決議、死刑に直面する者の権利の保護の保障に関する決議の履行(1989年5月24日の決議第1989/64号)に述べられている。米州機構の米州人権条約は、70歳を超える者に対する死刑の執行を禁じている。

²⁹ 国連経済社会理事会の 1984 年 5 月 25 日の決議第 1984/50 号、死刑に直面する者の権利の保護の保障に関する決議および同理事会の 1989 年 5 月 24 日の決議第 1989/64 号、死刑に直面する者の権利の保護の保障に関する決議の履行。特に注目を集める事件では、犯罪に対する国民の嫌悪や政治的思惑から、被告人が精神疾患を有するという強力な証拠を裁判所が却下して死刑を適用することがある。

³⁰ こうした刑罰の目的が死刑に関連することについての批判的検討に関しては、HA Bedau. *Killing as Punishment: Reflections on the Death Penalty in America*, Boston: Northeastern University Press, 2004 を参照。

ない」者の死刑執行を除外すると述べている³¹。この事件では、これが米国最高裁が「心神喪失者」の死刑執行に反対した理由となっている³²。

精神障害者に対する死刑の宣告と執行を事実上回避していない国は日本だけではない。米国の刑事司法制度を監視するある人は、「(米国の刑事司法制度は)特に精神障害を有する被告人に公正な弁護を保障せず、犯罪時の心神耗弱の主張に対して道徳上適切な情状酌量の効果を認めず、また有罪宣告後の手続きにおいて前記の欠陥を是正しないことにより、死刑事件において重大な精神疾患の影響をまったく適切に考慮していない」と記述している³³。国際機関においても、被告人の精神状態を鑑定しかつ考慮に入れるメカニズムおよび上訴の手続きが不適切であるという証拠がいくつか存在する³⁴。

不公正な裁判の後に死刑の判決がなされることがしばしばある。また死刑判決を受けた者が経験する拘禁状況は、国際基準に適合していないことも多い。実際に国連の条約監視機関は、日本の死刑適用に関して、この2点につき懸念を表明している。死刑囚の拘禁状況に関して、日本が違反していると思われる人権基準は数多くある。たとえば、市民的および政治的権利に関する国際規約、被拘禁者処遇最低基準規則³⁵、あらゆる形態の抑留または拘禁の下にあるすべての者の保護のための諸原則(被拘禁者保護原則)などである。公正な裁判に関しては、代用監獄で得られた自白への過度の依存、弁護人との秘密接見の欠如および再審請求が死刑執行の延期に影響を及ぼさないことに関する深刻な懸念がある。自由権規約委員会は、10年以上にわたり、日本政府に具体的問題を提起してきている³⁶。

精神衛生と死刑

下記のような精神衛生に関するいくつかの概念については、死刑を含めた刑事司法制度内部での検討を必要とする。

精神疾患：思考や気分、行動に障害が起き、法に従って理性的に行動する能力が低下しているおそれのある状態。

知的障害(知的発育不全)：知的能力が小児期・青年期に発達せず、自立した生活や意志決定を行う能力が平均よりも低い状態。

限定責任能力：精神障害を有する人は、物事の判断能力のある人と同等の責任能力を持ちえない場合があるという見方を示す、医学用語というより法律用語。

パーソナリティ障害(とくに、反社会性または境界性パーソナリティ障害)：投薬や療法での治療が可能な精神疾患ではなく、他人への共感や理解を欠き、社会的なルールや法律を軽視する行動をとるおそれがある状態³⁷。

³¹ *Ford v. Wainwright*, 477 U.S. 399, 422(1986) (パウエル判事の賛成意見)

³² *Ford v. Wainwright*, 477 U.S. 399 (1986).

³³ R. J. Bonnie, “*Panetti v. Quarterman*: Mental Illness, the Death Penalty, and Human Dignity.” 5 *Ohio State Journal of Crim. Law*, 2007, pp.257-283.

³⁴ R. Ferris, J. Welsh, “Doctors and the Death Penalty: ethics and a cruel punishment”, *Capital Punishment: Strategies for Abolition*, Cambridge University Press, 2004. (邦訳「医師と死刑—倫理と残虐な刑罰」 菊田幸一監訳『死刑制度 廃止のための取り組み』2009年、明石書店、63-88頁)

³⁵ 最低基準規則は、たとえば、刑務所内の秩序が「安全な拘禁および秩序だった共同生活に必要な制限を超えることなく」維持されるものとしている(規則27)。日本では、死刑確定者が面会人に会ったりまたはその他の方法で人と接触したりすること、また日光および新鮮な空気に触れることさえ厳しく制限しているのが通例である。

³⁶ 脚注20および21を参照。

³⁷ 世界保健機関『疾病および関連保健問題の国際統計分類』第10版(ICD-10)、精神および行動の障害。ジュネーブ。精神疾患、知的障害およびパーソナリティ障害は、集散的に精神障害と言われることもある。<http://www.dis.h.u-tokyo.ac.jp/byomei/icd10/>

「執行が可能なほど精神状態が正常である時とは？」³⁸

精神障害は、犯罪を引き起こしたり、その主な要因となったりすることがあり得る。しかしまた、特定の犯罪の遂行に直接関係がない可能性もある。行刑上の慣例だけでなく国際人権基準にも適合させるために、被告人または有罪判決を受けた者の精神状態を考慮に入れることは、刑事司法制度の責任である。

さらにまた、こうした精神障害などの要因は、裁判手続きの様々な段階で考慮しなければならない。精神障害(知的障害、妄想、幻覚、うつ病を含む)や、薬剤、アルコールまたは精神状態に影響を及ぼす物質などによって誘発される一時的な精神的変化は、犯罪の遂行、被告人の訴訟能力、上訴を取り下げる能力、執行可能かどうかにかかわる可能性がある。また、警察の取調べおよび自白への圧力に対する被疑者の脆弱性を認識することに関連する可能性もある。

こうした精神障害などの要因の評価に際して、裁判所は、精神医療専門家の意見をしばしば引き合いに出す。しかしながら、精神が健康なのか疾患があるのか、あるいは執行が可能か可能でないかの間の境界は、不変ではなく、医療専門家が異なれば、異なる判断がなされる。自分の決定がもたらし得る結果の1つが死刑囚の死であるかもしれないという事実は、評価手続きに際して大きなプレッシャーとなる。

精神状態の鑑定以外に、死刑を執行できないと判断された死刑囚を治療するために精神医療専門家が呼ばれることがある。この治療の最終目的は、執行できる状態になった死刑囚への刑の執行である可能性がある。ここでもまた、当該医療専門家の倫理観に圧力がかかることになる。執行できるかどうかの判断の問題と、治療による能力の回復の問題は、死刑制度がある結果として医師が直面する2つの倫理的ジレンマである。アムネスティは、これらのジレンマの解決は、死刑を廃止しまたすべての死刑判決を拘禁刑に置き換えることにより最善の形で達成することができると考えている。

本報告書の目的

本報告書は、日本において死刑の実施に際して精神衛生がどの程度考慮に入れられるかを考察する。本報告書は、2009年の1月から4月にかけて日本で実施された調査に基づいている。本報告書は、人権基準ならびに精神疾患を有する人々の権利に関する国内および国際法の基準を踏まえて、日本の死刑制度を概観する。

アムネスティ代表団は、2009年の2回の日本訪問期間中に、さまざまな弁護士、医師、家族、学者、NGOなどに会った。代表団は、日本のNGO、国際NGO、弁護士、医師および学者による報告書を含め、入手可能な文書を精査した。可能な場合には、政府関係者および専門職団体へのインタビューを行った。死刑確定者との面談は、拘留所当局により拒否された。

本報告書は、アムネスティの調査結果を記載するとともに、日本政府および日本の医療従事者団体に対して多くの勧告を行っている。これらの勧告は、次項で要約を掲げ、50-51頁に詳述する。

³⁸ M. Mello. "Executing the mentally ill: when is someone sane enough to die?" *Criminal Justice* Volume 22, Number 3, Fall 2007.

主な勧告

本報告書は、多くの結論を導き出すとともに、日本政府および日本の医療従事者団体に対していくつかの勧告を行っている。主な勧告は、以下の通り(50-51 頁に詳述)である。



◦ AI。東京拘置所。日本で死刑確定者に刑が執行される7カ所のうちの1つ。死刑判決を受けた者は、長期間、あるいは数十年も、本来未決拘禁のために設計された施設に単独室拘禁される。

政府に対して：

死刑に関するアムネスティの立場は簡潔で、よく知られている。死刑は、生命に対する権利の侵害である。また死刑は、究極の残虐、非人道的かつ品位を傷つける刑罰である。従ってアムネスティは、あらゆる状況下での死刑の廃止をめざして活動している。アムネスティは、死刑を存置するすべての国に対し、執行の停止を確立し、その間に死刑を廃止するために必要な諮問措置および実地的措置を講じることを求めている。これらの措置とは別に、国際人権基準に抵触する法律および慣行をただちに改正し、また刑務所での慣行の是正に繋がる改革の導入を検討するよう存置国政府に求める。この精神に則って、特に精神疾患が関連要因となっている既存の事件を見直すことにより精神衛生と死刑の問題に取り組み、死刑のあらゆる側面の透明性を高め、死刑確定者の健康に関わる責任を厚生労働省に委譲し、死刑確定者およびその家族に対する執行の通知が無いことを改め、死刑判決を受けた者の環境を改善することを日本政府に求める。勧告の詳細は、50-51 頁に後述する。

日本の医療従事者団体に対して：

アムネスティは、日本の医師会、精神神経学会および看護協会に対し、専門家として死刑に関与することに反対する立場を明確に声明していることを確認するよう要請し、倫理に基づく良好な刑務所健康管理を促進し、刑務所健康管理が外部機関による透明性の審査および説明責任の対象となるよう求める。

2. 日本における死刑

法的根拠

日本には古くから死刑があるが、本報告書ではそのすべてを網羅するわけではない³⁹。ここでは、第二次世界大戦後、1946年に新憲法が日本の当局により採択されたが、それは米国占領軍の影響を受けたものであったことは疑いないと記すだけにとどめる⁴⁰。死刑は刑罰に組み込まれたが、憲法は、死刑には触れていない。1948年、最高裁は、死刑は憲法に基づく刑罰であり、さらに、死刑は拷問および残虐な刑罰を禁じる憲法に違反していないと判決した⁴¹。

死刑は、何世紀にもわたって日本の刑法制度の一部であった。死刑は多くの法律に定められている(その一部は、付録に記載)。これらの法律によって、死刑が適用される枠組みが定められている。死刑が適用される犯罪は18ある。もっとも、実際に死刑が適用される主な犯罪は、殺人または死亡を伴う強盗である⁴²。

刑法(法律第45号)は、死刑は、絞首で執行されること(第11条1項)、心神喪失者の行為は罰しないこと(第39条)と定めている。刑事訴訟法は、第314条で、「被告人が心神喪失の状態に在るときは、検察官および弁護人の意見を聴き、決定で、その状態の続いている間公判手続を停止しなければならない」と定めている。さらに同法は、「死刑の言渡を受けた者が心神喪失の状態に在るときは、法務大臣の命令によって執行を停止する」と規定している(第479条)。

死刑判決を下す法的根拠に関する日本の最高裁の解釈は、1983年の判決に示されている。

「死刑制度を存置する現行法制の下では、犯行の罪質、動機、態様ことに殺害の手段方法の執拗性・残虐性、結果の重大性ことに殺害された被害者の数、遺族の被害感情、社会的影響、犯人の年齢、前科、犯行後の情状等各般の情状を併せ考察したとき、その罪責が誠に重大であつて、罪刑の均衡の見地からも一般予防の見地からも極刑がやむをえないと認められる場合には、死刑の選択も許されるものといわなければならない。」⁴³

日本の法律は、死刑確定者の精神面の健康に重点を置いている。法律には、死刑確定者の「心情の安定」を維持する当局の義務に対して明確に言及している

⁴⁴ 矯正局もまた、これらの原則を口にしてしている。法務省の成人矯正課の職員が次のように発言したと2004年の新聞記事に報道されている。「私たちは、死を待っている人たちの精神の安定を維持したい」。同氏はまた「感情的には、彼らが平安にその最後の瞬間に向き合うことを誰もが望んでいる」とも言っている⁴⁵。

³⁹ Petra Schmidt (2002). Capital punishment in Japan. Leiden, Brill.

⁴⁰ 1946年11月3日公布。 http://www.shugiin.go.jp/itdb_annai.nsf/html/statics/shiryo/dl-constitution.htm

⁴¹ 日本国憲法第36条。最高裁は、邑神一行の事件において(大法廷、最高裁判所刑事判例集第2巻3号191頁)、死刑は憲法第36条に違反しないと判決した。以下に引用：趙炳宣「韓国と日本の死刑—“アジアの価値”そして死刑に関する論争」『死刑制度 廃止のための取り組み』明石書店、259-274頁。さらに2件の裁判において(1955年判決の帝銀事件と1961年判決の強盗殺人事件)、最高裁は、絞首刑は残虐な刑罰ではないと判決した(同上、263頁)。

⁴² 18の犯罪(7つの異なる法律に規定される)は、市民的および政治的権利に関する国際規約第40条1(b)に基づく日本政府の第5回報告に詳述されている(パラ124)。本報告書執筆時に19番目の犯罪—海賊行為に起因する死亡—が国会で審議中である。

⁴³ 最高裁第2小法廷、1983年7月8日判決。 http://www.courts.go.jp/hanrei/pdf/js_20100319115431776990.pdf

⁴⁴ 刑事収容施設および被収容者等の処遇に関する法律(法律第50号)、第32条、第120条、第139条。

⁴⁵ B. Wallace, *Awaiting death's footsteps*, *Los Angeles Times*, 2 March 2006.

<http://articles.latimes.com/2006/mar/02/world/fg-deathrow2>

アムネスティの代表団には、ある犯罪学者の見方が、法律と慣行の関係をより正確に要約していると思われた。「法律は、(死刑確定者の)心情の安定は保護されるべきだと言う。しかしそのやり方は、心を破壊するものだ」。

46



○ AI。東京、最高裁判所。死刑判決は、第一審(地方裁判所)で下されることが多いが、検察側控訴により高裁で初めて死刑判決が出る場合もある。上告は、最高裁判所で審理される。

有罪判決および死刑判決に繋がる手続には、精神衛生の重視に相反するいくつかの受け入れ難い点があり、人権を侵害するものとなっている。(i)逮捕後、警察留置場の代用監獄での最大 23 日間の勾留、これは国連の条約機関により再三再四批判されている⁴⁷。(ii)自白証拠への裁判所の過剰依存、これは、自白を引き出すための拷問の使用を奨励する危険があり、また精神疾患、パーソナリティ障害または知的障害を有する者の場合、信頼できないとして繰り返し批判されている⁴⁸。(iii)死刑事件における義務的上訴制度の欠如。(iv)死刑囚の事実上の「社会的消滅」⁴⁹の手続。(v)いくつかの事件では、数十年に及ぶ長期の単独室拘禁および死刑囚がさらされるその他の過酷な状況。(vi)精神疾患を有する死刑囚の不適切な診断および処遇。(vii)透明性および説明責任の欠如⁵⁰。

これらの懸念は、国連の条約機関により日本の当局に対して提起された。条約機関は、当局がこれらの懸念に対応しないことに憂慮を示している。

2002 年、日本弁護士連合会は、日本の死刑制度問題に関する提言を公表した⁵¹。日本弁護士連合会は、高齢者および精神障害者の死刑を禁じる国際基準を当局が遵守していないことへの懸念を提起し、死刑確定者の精神障害を確認することですら、「弁護人による弁護権の保障や外部交通が保障されていないことや、死刑執行について本人、家族等に対する事前の告知がなく、また、情報も開示されないことから、(中略)不可能な状況にある」と述べた⁵²。

⁴⁶ 菊田幸一教授へのインタビュー、2009 年 2 月。

⁴⁷ 自由権規約委員会の最終見解：日本、2008 年、パラ 18。拷問禁止委員会の結論および勧告、2007 年、パラ 15。日本弁護士連合会『世界も驚く「DAIYO-KANGOKU」』東京、2007 年。http://w3.nichibenren.or.jp/en/activities/statements/data/daiyo_kangoku.pdf

⁴⁸ 同上。

⁴⁹ D. T. Johnson (2006) “Japan’s Secretive Death Penalty Policy: Contours, Origins, Justifications, and Meanings” *Asian-Pacific Law & Policy Journal*, Volume 7, Issue 2, p.73. この特徴は、死刑確定者の物理的隔離、面会および接触の制限、家族との接触の喪失、看守との会話または視線を交わすことすらも禁止する点である。

⁵⁰ 本報告書 14-16 頁の議論を参照。

⁵¹ 日本弁護士連合会、死刑制度問題に関する提言、2002 年 11 月。

⁵² 同上、13 頁。

司法精神医学

司法精神医学は、精神医学の下位専門分野で、その専門知識が利用されるのは、精神衛生や行動に関連する民事、刑事、矯正または立法分野の法的側面においてである⁵³。日本の司法精神医学の枠組みには、過去10年間に大きな変化が見られた⁵⁴。しかし、重要な改正がまだ行われていない。精神科医の作業部会により2001年から2004年の間に行われた調査により、精神疾患を有する者に対する精神鑑定および刑罰の適用に関する基準に一貫性と透明性がないことが判明した。さらに精神鑑定の様式および内容に、地域による相違があった⁵⁵。

司法精神医という概念は発展しつつあるが、さらに強化の必要がある。被告人の精神の健康状態の診断および治療に、より効果的に対応する試みがなされており、このために新しい法律が導入され、心神喪失者等医療観察法に基づく30を超える指定入院医療機関（心神喪失者等医療観察法による）が設置された。しかしながら、現在の施設の数では需要を満たすには不十分とみられる。専門的職業としての司法精神医の地位は、日本では未だ発展段階にあり、司法精神医の資格基準が作られ、司法精神医として発言する職業団体が設立されれば、司法精神医学の基準およびその改善への道が開かれるであろう。

法医学鑑定

死刑事件における法医学鑑定には、簡易鑑定と正式鑑定がある。簡易鑑定、つまり短い「一回限りの」診断は、被告人の精神状態について迅速に検察官に助言することを目的としており、また通常は、その検察官が知る医師により行われる。アムネスティの代表団がインタビューした弁護士らによると、この役割を果たす医師は検察官に好意的で、検察官が欲する鑑定結果を出すという。この主張を立証する証拠を集めることは容易ではないが、ある医師の経験は、こうしたことがあり得ることを示している。この医師は2001年の雑誌の記事の中で、次のように述べている。「ある簡易鑑定を提出したところ、その結論を変更するよう担当検察官から何度も電話を受け、断り続けたところ、その検察庁からの簡易鑑定の依頼がぱたりと来なくなった」。⁵⁶

日本の検察官は、代用監獄制度の下、取調べをスムーズに進めるために、被疑者を最長23日間勾留することができる。簡易鑑定は、この期間中に行われる。原則として、検察官に指名された医師は、精神疾患か否かの判断はしなくてよく、このことが被疑者を起訴し、裁判にかける道を開く。弁護士や被疑者は、取調べの段階で第三者機関による精神鑑定を請求することはできない。

正式鑑定は、精神衛生専門家による一層綿密な鑑定である。アムネスティは、複数の弁護士から、死刑裁判における被告人またはその弁護人は、勾留期間中は被告人の正式鑑定を請求することができないと聞いた。正式な法医学鑑定は、裁判所または検察官の請求に基づいて初めて行われる。検察官が医師の診断を求めるのは、通常、取調べ段階においてである。裁判所もまた、医師の鑑定を請求することができる。相当の経験と地位を持つ医師が、裁判所の命令に基づく正式鑑定のために指名される。

⁵³ たとえば以下を参照。RI Simon, LH Gold (eds.). *Textbook of Forensic Psychiatry*. American Psychiatric Publishing, 2004. R. Rosner (ed). *Principles and Practice of Forensic Psychiatry*. Arnold, 2003. 日本語では、五十嵐禎人編『刑事精神鑑定のすべて』(2008年、中山書店)を参照。

⁵⁴ K・Yoshikawa, P Taylor. "New forensic mental health law in Japan." *Criminal Behavior and Mental Health*; 13(4), pp. 225-228, 2006.

⁵⁵ 平田豊明、中島直、吉岡隆一、飯森眞喜雄、伊藤哲寛、岡江晃他「簡易鑑定および矯正施設における精神科医療の現状」精神神経学雑誌、第106巻第12号、1539-1582頁、2004年。

⁵⁶ 中島直「精神障害者をめぐる刑事司法手続とその問題点」精神神経学雑誌、第103巻第9号、655-659頁、2001年。

簡易鑑定が精神疾患の可能性を排除しなかった場合、被疑者は正式鑑定のため病院に送られる。起訴前の取調べの終了後または公判中には、正式鑑定しか行われない。その鑑定の結果、無能力の認定となるか(この場合、その後公判は行われない)または何らかの能力が認定されることとなる(この場合、公判は続行される)。正式鑑定は、取調べ時の簡易鑑定よりも長い時間を要する。弁護人は、鑑定結果を知ることはできず、また、異なる鑑定を請求する権利も持たない。簡易鑑定の結果は、弁護側に開示されない。もっとも、正式鑑定の結果は、その後の手続の中で判明するが、情報を開示するか否かを決定するのは検察官である。

鑑定は所定の手続ではなく、検察側または裁判官の請求に応じて行われる。おおよそ日本の死刑事件 20 件のうち 1 件で、精神鑑定が行われる⁵⁷。すべての場合に、鑑定は、裁判所が選任する精神科医により行われる。独立の精神科医がこの役割を果たすことはない。例外的な場合にのみ、公判に寄与することができるだけだ。

裁判官は、訴訟手続きの期間が延長される(通常 3 カ月)ことから、正式鑑定を好まないと言われている。鑑定結果については、公判で異議を申し立てられることが多く、それがまた公判手続きを長引かせると考えられている。最近では、裁判所は、国と弁護側との間で鑑定結果を調整しようと試みている⁵⁸。

裁判官は、鑑定中に行われた診断を参考にする。裁判官には、診断を受け入れる義務はない。責任能力とは、法律上の定義であり、裁判官は、精神医学的証拠ならびに犯罪や被告人に関連するその他の要因に基づいて決定を下す。手続きの(i)取り調べ段階と(ii)公判段階を担当する裁判官は別である。それぞれの裁判官は、別個に責任能力の鑑定を実施させることができる。

拘置所の医師は、受刑者またはその弁護人に情報を開示はしない。弁護人からの正式な情報開示請求は、刑務所長を通じて回答される。日本弁護士連合会(もしくは地方の弁護士会)または裁判所は、被告人の健康状態に関して刑務所長に照会することができる。

日本の死刑をめぐる数字(2009 年)

最高裁の確定判決を受けた死刑確定者	97 名
死刑確定者の年齢	26 歳～85 歳
控訴・上告中の者	59 名
1979 年から 2008 年の間に死刑執行された者	89 名
精神疾患を有する死刑確定者のうち執行された者	情報入手不可能
執行された時の死刑確定者の年齢(1979 年以降)	36 歳～77 歳
死刑判決から執行までの期間	1 年～30 年
精神疾患を有する死刑確定者	情報入手不可能
1979 年以降、再審で無罪となり釈放された死刑確定者	4 名
精神衛生上の理由に基づいた訴えにより、死刑執行を最終的に免れた死刑確定者	0 名

医療関係者による鑑定意見は、検察官側と弁護側で相違することがある。たとえば、松本智津夫のケース⁵⁹において、裁判所ではなく弁護人の依頼で鑑定を行った 5 名の医師は、松本は訴訟能力がないとの結論を出した。検察官の相談を受けた 2 名の医師は、松本は訴訟手続きを理解できると述べた。その後、裁判所は正式鑑定を命じ、裁判所が選任した専門家の鑑定結果に基づいて、松本は訴訟能力があると裁定した(裁判所により請求された以外の鑑定が可能な場合でも、その鑑定は、短時間の、また面談をテープに録音できないという、不適切な状況下で行われる可能性がある。従って、裁判官が一貫して、裁判所が任命した専門家の結論を受け入れることは、おそらく当然であろう)。

⁵⁷ 安田 好弘へのインタビュー、2009 年 2 月。

⁵⁸ 同上。

⁵⁹ 現在アレフとして知られる、宗教団体オウム真理教の元教祖。麻原彰晃としても知られている。

責任能力があるという結論に異議を申し立てることは、通常、日本の制度下では困難である。死刑事件で公判に付される能力(訴訟能力)に異議を申し立てて認められた例は、過去に2件しかない。

- 堀江守男：最高裁小法廷が同人を心神喪失状態と判定し、1992年から1997年までの間、公判が停止された。詳細は後述(35-37頁)。
- 藤間静波：控訴し、その後自らその控訴を取り下げた。控訴取り下げに対して、弁護士より異議の申し立てがなされた。裁判所は、藤間が控訴を取り下げる能力を有しないと認め、その後公判は18カ月間停止した。その後、裁判所は同人の責任能力を認め、2004年に最高裁で死刑が確定した。そして2007年12月7日、東京拘置所で死刑を執行された。

単独室へのアクセスと独自の監視

被収容者は人権侵害を受けやすい立場にある。したがって、拘禁施設内での手続に関しては法の支配を厳格に適用し、透明性を維持しかつ説明責任を明らかにする必要がある。日本においては、非公式な場面での透明性は、被収容者の家族、友人、弁護士(ごくまれに第三者機関の医師)の面会を保障することで得られているかもしれないが、面会が制限されていること、被収容者が厳重に隔離されていること、弁護士が情報を得ることが著しく困難であることなどは全て、透明性への障害となっている。

2006年に政府は、医師、弁護士およびその他一般市民で構成される視察委員会による刑務所訪問の新制度を導入した⁶⁰。こうした委員会の機能を評価するには、まだ時期尚早である。アムネスティは、委員会設置が一步前進を意味すると考えているが、同委員会の権限は限られており、またほんの一握りの被収容者にしか会っていない。通知なしに訪問したり、委員会が訪問時期を選択したりすることは、通常はできない。委員会に医師および弁護士が加わっていることは、歓迎すべきことである。しかしながら、刑務所の精神衛生問題の規模を考えれば、精神衛生専門家の参加はさらに有益であろう⁶¹。委員会の権限は、拷問等禁止条約選択議定書⁶²で想定される権限に

⁶⁰ こうした委員会は、国連被拘禁者処遇最低基準規則の55で要求される監査機構に対応するものと思われる。委員会は、都道府県の医師会により推薦された医師1名、同じく都道府県の弁護士会により推薦された弁護士1名、3ないし5名のその他の地元職員で構成される。

⁶¹ 医師たちは、日本の刑務所における精神障害者の割合は、一般社会におけるそれよりも著しく多いとアムネスティ代表団に述べた。この所見は、国際統計と一致している。

⁶² 拷問および他の残虐な、非人道的な又は品位を傷つける取り扱い又は刑罰に関する条約の選択議定書。2002年12月18日の第57回国連総会において採択、決議第57/199号。Amnesty International's 10 Guiding Principles for the Establishment of National Preventive Mechanism. Index: IOR 51/009/2007, 12 October 2007も参照。

比べて、極めて弱いと思われる⁶³。英国の刑務所監査制度などの既存の国家機構でさえ、独自の監査および調査結果の一般公開の権限を有している⁶⁴。

日本で外部の訪問者(家族および弁護士以外)が死刑確定者に面会しようとしても、拒否されるのが通例だ。国会議員も長い間訪問を拒否されていたが、2003年、日本の国会議員の代表団は、2003年7月22日に東京で新しい絞首台を、それを使用する前に見学することを法務大臣より許可された。国会議員(法務委員会委員)は、1973年以降に刑場を視察する最初の「部外者」となった⁶⁵。外国の訪問者も、死刑確定者に面会することを常に禁じられてきた。2001年、欧州評議会の法務人権委員会のグンナール・ヤンソン委員長は、単独室への視察を拒否されている⁶⁶。2002年、元欧州委員会人道援助局委員のエマ・ボニーノもまた死刑確定者との面会を拒否された。彼女は、訪問は「死刑確定者の『心情の安定を妨げる』恐れがある」との説明を受けた⁶⁷。国際人権連盟(FIDH)の代表団は、2002年にアクセスを拒否されている。FIDHの代表団は、2008年に東京拘置所の所長と長時間面談する機会を与えられたが、代表団は、そこに収監されている死刑確定者に会うことはやはりできなかった⁶⁸。アムネスティも2009年に同じ体験をしている。被収容者は訪問者に会うことを拒否する権利を持つべきだが、日本の刑務所の方針および慣行は、訪問者の数を絶対最小数に限定し、被収容者に誰と会うかの選択肢を与えない⁶⁹。この方針のため、被収容者は監獄の外にいる人たちとの接触を増やす機会を奪われ、また監獄内部に対して正当な関心を持つ人の知る権利を奪っている。

訪問および独自の監視は、医療および医学的調査においても利益をもたらす。現在まで独自の医学的調査に対する分厚い壁が存在している日本の状況と異なり、米国における精神衛生および死刑の医学、法律学および社会科学側面に関わる調査は、注目に値する。当該調査には、人種と執行、死刑囚の家族に対する執行の影響、死刑囚の精神衛生状態、および死刑に関連する各種措置への医学参加の倫理などの社会問題についての研究が含まれる。さらにまた、死刑制度には、精神の健康および知的能力を判定するよう規定されており、この情報は被告人および弁護人に提供される⁷⁰。

⁶³ 自由権規約委員会は、日本政府の第5回報告に関する2008年の最終見解において、結論20に以下のように記している。「委員会は、2006年制定の刑事収容施設および被収容者等の処遇に関する法律によって設置された刑事施設視察委員会および留置施設視察委員会、あるいは、法務大臣によって却下された不服申立てを審査する『刑事施設の被収容者の不服審査に関する調査検討会』、さらには、被留置者から提出される審査の申請、事実の申告および苦情の申出の審査について責任を有する都道府県の公安委員会のそれぞれが、刑事施設又は留置施設への外部モニタリングや不服申立制度が実効的であるために必要な独立性、資源および権限を欠いていることを懸念する。この観点から、委員会は、2005年から2007年までの間に、留置担当官が暴行陵虐罪で有罪判決や懲戒処分を受けた事案のないことに留意する(第7条および第10条) …締約国は、次の事項を確保すべきである。(a) 刑事施設視察委員会および留置施設視察委員会に対し、その任務を効果的に実行するための十分な装備および関連情報へ完全にアクセスできる機会を与えること、また、これらの委員会の委員が、刑事施設又は留置施設の管理者により任命されないこと。(b) 『刑事施設の被収容者の不服審査に関する調査検討会』の構成員が適切に配置され、その意見が法務省に対して拘束力を有するものであること。(c) さらに、被留置者から提出された不服申立ての審査に関する権限を、都道府県公安委員会から外部の専門家によって構成される独立機関に移すこと。また、締約国は、次回の政府報告に、被収容者および被留置者から受けた不服申立て、犯罪者に科された刑および懲戒処分並びに被害者に提供された補償の件数や内容に関する統計データを含めるべきである」。

⁶⁴ 英国王立刑事施設視察委員会は、刑務所、少年犯罪者施設および移民収容施設に収容されている者の状況および処遇につき報告する独立の(政府が出資しているが)機関である。委員長は、刑務所関係者以外から任命される。

<http://inspectorates.homeoffice.gov.uk/hmiprisons/>

⁶⁵ 'Diet members tour execution chamber', *Japan Times*, 24 July 2003.

⁶⁶ J. Watts. TOKYO: Harsh criticism of Japan's treatment of death-row prisoners. *Lancet*; Vol. 357, p.941, 2001.

⁶⁷ 2002年1月26日、共同ニュース。

⁶⁸ Federation Internationale des Liques des Droits de l' Homme. *The Death Penalty In Japan, A Practice Unworthy of a Democracy*, Paris, May 2003. (国際人権連盟(FIDH)「死刑: 民主主義国家にあるまじき行為」2003年5月、パリ)

<http://www.fidh.org/IMG/pdf/jp359j.pdf#search=%E6%AD%BB%E5%88%91+%E5%9F%B7%E8%A1%8C%E5%81%9C%E6%AD%A2%E5%9B%BD%E9%80%A3+%E6%B8%9B%E5%88%91+%E9%81%85%E6%BB%9E%E3%81%AA%E3%81%8F> FIDH. *The death penalty in Japan: the law of silence, going against the international trend*, Paris, 2008, p. 5.

⁶⁹ 被拘禁者処遇最低基準規則は、規則37で、「受刑者は、必要な監督の下に、通信および面会の両方によって、その家族および信頼できる友人と定期的に意思疎通を行うことを許可されねばならない」と定めている。

⁷⁰ 米国の刑事司法制度は、日本よりもはるかにオープンであるが、死刑制度の機能には依然として大きな欠陥がある。たとえば、アムネスティの報告書(<http://www.amnesty.or.jp/>で入手可能)および死刑情報センターのウェブサイト

死刑の適用に関する透明性は、恣意的な生命の剥奪を防止するための基本的な適正手続の1つである。透明性を確保するために必要なのは、公開での審理と判決、被告人に対する実際上および手続き上の権利に関する適切な告知、さらに被告人、家族および弁護人に対する死刑判決および執行の時期に関する通知などである。総じて、透明性は、一般の人々に死刑の適用および裁判行政全般に関する十分な情報を得た上での評価を可能とするという目的に役立つ。

2006年、超法規的・即決・恣意的処刑に関する国連特別報告者は、死刑に関する日本の透明性の欠如を強く批判した。同氏の批判の要点に対して、その報告が発表されてからの3年間で、真剣な取り組みがなされたとは思われない。もっとも、一部の情報は、一般の人々に提供され(執行された死刑囚の名前など)、また政府は、国連自由権規約委員会および事務総長(死刑に関する5年毎の報告書)など国連機関に情報を提供している⁷¹。

死刑の適用の免除

前述(7頁)したように、国際人権基準は、妊婦、罪を犯した時点で18歳未満の青少年および知的障害を有する人々を含め、一定のカテゴリーの人たちに死刑の適用を免除することを義務付けている。こうした免除は、人道的配慮からであり、また、刑罰には刑事責任能力を考慮に入れる必要があることを反映している。18歳未満の青少年および知的障害の影響を受ける者については、その犯罪の最高刑に見合う(場合によっては、いかなる刑罰であれ全く)責任を負うことができないことが広く認識されている。

刑事責任能力、精神的能力および限定責任能力の概念は、司法制度が機能している世界のほとんどの地域における刑事司法制度の運用において、広く共有される概念である⁷²。日本の法律は刑事司法部門において、能力を3つの方法で、すなわち3つの段階で考慮している。第1段階は、行動の責任に関する能力、即ち刑事責任能力の有無である。アムネスティがインタビューした弁護士らは、殺人などの死刑に相当する罪で起訴された者は、取調べ段階で裁判官または検察官の請求により能力の鑑定を受けることがあると説明している。弁護人は、こうした鑑定を請求する権利を持たない。公判の時点で被告人の精神的能力に疑問が生じた場合、裁判官、検察官または弁護人は、被告人の鑑定を請求することができる。

第2段階は、被告人の裁判手続に関与する能力の有無である。これは、日本では、訴訟能力と言われている。起訴内容を理解し、弁護人と論理的にコミュニケーションを取り、自身を防御しまた上訴行為に関して合理的な決定を行うことができる能力である。刑事訴訟法第314条は、「被告人が心神喪失の状態に在る」場合、公判手続を停止しなければならないと規定している。

第3段階は、刑罰を受けたり死刑を執行されたりする能力の有無である。刑事訴訟法は、第479条1項で、「死刑の言渡を受けた者が心神喪失の状態に在るときは、法務大臣の命令によって執行を停止する」と定めている⁷³。この法規定は滅多に適用されることはない。ある弁護人は、アムネスティの代表団に、第479条が精神障害を有する依頼人の場合に再審を訴える根拠となるか否かにつき質問されたときに、悲観的な答えをした。その悲観論にははっきりした根拠があった。下級裁判所の有罪判決後に、精神的無能力を理由として死刑裁判が停止した例は、過去に2件しかない。即ち、堀江守男(31-32頁参照)と藤間静波の裁判で、訴訟能力を理由とする停止しかない。刑事訴訟法第479条の規定に基づいて、執行に関する無能力により死刑判決が停止されたことは一度もない。

(www.deathpenaltyinfo.org)で入手できる批判的報告書を参照。ただし米国では、裁判所の見解を含む広範な情報が入手でき、それが死刑に関する議論・討論に貢献している。

⁷¹ 国連経済社会理事会(ECOSOC)、死刑および死刑に直面する者の権利の保護の保障に関する決議の履行、事務総長の報告書 UN Doc. E/2005/3.

⁷² R Hood, C Hoyle. *The Death Penalty: A Worldwide Perspective*. Fourth Edition. Oxford University Press, 2008.

⁷³ 刑法等の関連抜粋は、付録1を参照。

歴代の法務大臣は、第 479 条により彼らが負う明確な責任—これは、裁量的な権限ではなく、義務である—からただただ目をそむけてきたものと思われる。死刑が取り返しのつかないものであることを考えれば、死刑確定者の精神が刑事裁判および上訴手続き後の拘禁中に重大な危険にさらされた場合、当該死刑確定者が刑を執行されないよう適切かつ透明性ある手続きが取られていることを示すのは、法務大臣の責務である。

年齢と執行

日本では、年齢は、死刑を宣告すべきか否かを決定する要因となっている。日本の法律は、犯行時 18 歳未満の者に、その犯罪について死刑の判決を言い渡すことを禁じる国際法に従っている⁷⁴。実際には、日本は、20 歳未満の者を未成年者と見なしており、19 歳（以下）の者に死刑の判決を行うことはまれである。

しかしながら、高齢の死刑確定者に対しては偏って適用されているように思われる。2006 年 1 月から 2009 年 1 月までの 3 年間に、日本では、32 人が執行された。このうち 15 人は 60 歳未満で、17 人が 60 歳を超えていた。この 17 人のうち 5 人は 70 歳代であり、そのうちの 1 人は 77 歳だった。またある 75 歳の男性死刑確定者は、車椅子で絞首台に連れていかねばならなかった。彼らは、執行された世界最高齢の死刑囚たちに含まれる。1984 年に採択された決議の履行に関する国連経済社会理事会 (ECOSOC) 決議の勧告に従って、執行の年齢上限を設定している国もある⁷⁵。日本は、そのような上限を定めていない。平沢貞道は、1987 年に八王子医療刑務所で自然死した。95 歳であった。現在奥西勝は、85 歳で単独室に収監されている⁷⁶。他にも 80 歳代の死刑確定者が 2 人いる。

2008 年に NGO であるフォーラム 90 が行った調査で、調査に応じた 74 人の死刑確定者の年齢層が記録された。20 歳代が 1 人、30 歳から 49 歳が 20 人、そしておよそ 3 分の 2 にあたる 53 人が、50 歳から 89 歳であった⁷⁷。

高齢の死刑確定者については、利用可能な高齢者医療の内容や質に関して、また、高齢化に伴う認知症やその他の障害が受刑能力に影響を及ぼす可能性に関して、懸念がある⁷⁸。

死刑執行はどこで行われるか

国内 75 カ所にある刑務所および拘置所の中で、死刑執行設備を有しているのは 7 カ所である。それは、高等裁判所のある福岡、広島、名古屋、大阪、札幌、仙台、東京である（高松にも高裁があるが、死刑執行のための設備を有していないため、高松高裁で死刑判決を受けた者は東京に送られる）。中でも東京拘置所は死刑確定者の数が最大の施設で、国内の約半数を占める。

⁷⁴ 子どもの権利条約第 37 条。

⁷⁵ 1989年5月24日、国連経済社会理事会 (ECOSOC) 決議第1989/64号、死刑に直面する者の権利の保護の保障に関する決議の履行。この決議は、「死刑の判決を受けたり執行されたりする上限の年齢」を設定することを各国に要求した (ECOSOC 自体は、年齢制限を定めなかった)。台湾は上限を80歳とし、スーダンは70歳を超えた者の処刑を行わない。カザフスタン (通常犯罪につき死刑廃止) は65歳を上限とし、またロシア (事実上死刑廃止) もまた上限を65歳としている。モンゴル、ウズベキスタンおよびグアテマラは、60歳を超えた人々の死刑を執行しない。R. Hood, C. Hoyle (2008), *The Death Penalty: A Worldwide Perspective*. Fourth Edition, Oxford: Oxford University Press, p. 194.

⁷⁶ 奥西勝は第 1 審裁判所で無罪判決を得たが、控訴審で原判決破棄、上告審もこれを支持した。現在、再審請求中である。

⁷⁷ フォーラム 90 『命の灯を消さないで 死刑確定者からあなたへ』2009 年、インパクト出版会。

⁷⁸ 米国の状況の議論に関して (91 歳の老人が執行を待っていた) は、M. Vandiver, D. Giacomassi. Geriatric executions: growing old and dying on death row を参照。この論文は、2007 年 11 月 14 日の米国犯罪学会の年次総会で発表された。

刑の宣告および収監

2008年1月現在、日本には187の矯正施設がある。内訳は、刑務所60、少年刑務所8、拘置所7、刑務支所8、拘置支所104である。1万9000人を超える職員が、およそ8万人の被収容者を処遇・管理している。60歳以上の受刑者は、1996年から2006年の間に倍以上に増え、受刑者のおよそ1割を占めている⁷⁹。

有罪判決がなされた殺人事件のうち、死刑を宣告されたのは、極めて少数である⁸⁰。政府は、殺人などの重罪に限り死刑の判決がなされており、実際には、各年度に死刑判決を受けた者の数は少ないと国連自由権規約委員会に説明した⁸¹。

死刑確定者の生活

死刑囚を収容する厳重な刑務所体制の調査は困難だが、それでも、精神面を含め、死刑囚の健康を悪化させる可能性のある要因を特定する多くの(主として米国からの)情報が存在する。こうした要因として、執行が差し迫っていると知らされること以外に、隔離されること、刺激がないこと、新鮮な空気および太陽光を得られないこと、嫌がらせ、面会制限、懲罰の脅威、長期にわたる拘禁などがある⁸²。

孤独が被収容者の健康および精神状態に及ぼす悪影響は、少なくとも19世紀以降、認識されている。たとえば、1854年に、ドイツのハレ刑務所の医長は、隔離拘禁されている受刑者に「拘禁反応」を見出し、隔離には「非常に有害な影響」があるとして、隔離を中止すべきであると勧告した⁸³。米国、英国およびその他の調査で、同様の結論が出された。カナダの調査は、「拘禁反応」の特徴を、「完全に分離された区画での長期間の物理的隔離と無活動により生じる、幻覚および妄想を特徴とすることの多い精神反応」とした⁸⁴。

画期的な判例

他の国においては、死刑囚監房の状態および収監期間に関する重要な判決がなされている。死刑囚監房におけるクオリティ・オブ・ライフ(生活の質)は、ソーリング対英国の裁判における欧州人権裁判所(ECHR)による画期的判決の根拠となった⁸⁵。米国バージニア州は、殺人の容疑でジェンズ・ソーリングの引渡を求めたが、彼の申し立ては、多くの懸念項目、なかでもバージニア州の死刑囚が置かれている状況に基づいていた。

1989年7月7日に下された判決で、ECHRは、「バージニア州の判決後の手続きの複雑な規定がいかにも善意のもので、有益である可能性がある」と、結果として、死刑囚は、死刑囚監房の生活条件や、絶えず付きまとう死の影の中で生きる苦痛と高まる緊張に長年耐えねばならない」と述べた(パラ106)。続いてECHRは、保安上の必要性から厳しい条件は原則として正当化されるが、「メクレンバーグ郡(バージニア州)の死刑囚監房で実施されていた特殊な体制は過酷であり、しかも平均6年から8年という長期間耐えねばならないことで過酷さが増している」と付け加えた。裁判所は、「対象者を米国に引き渡すという(英国)国務大臣の決定が実施された場合、欧州人権

⁷⁹ 法務省矯正局『日本の刑事施設 Penal institutions in Japan』2008年、4頁。<http://www.moj.go.jp/ENGLISH/CB/cb-02.pdf>

⁸⁰ 日本は、すべての起訴の99%を上回る圧倒的な有罪判決率を有している。殺人による起訴における有罪判決率は、およそ95%である。2005年に死刑を宣告された者は、殺人で有罪となった者のうちわずか1.3%、強盗致死で有罪となった者のうちわずか1.6%である(2006年犯罪白書第2編第3章第2節1、<http://hakusyo1.moj.go.jp/>)

⁸¹ 市民的および政治的権利に関する国際規約第40条1(b)に基づく第5回政府報告、パラ124。
http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/kiyaku/pdfs/40_1b_5.pdf

⁸² MD Cunningham, MP Vigen (2002). Death row inmate characteristics, adjustment, and confinement: a critical review of the literature. *Behavioral Sciences & the Law*, 20(1-2), pp. 191-210.

⁸³ この例は、その他の例とともに、S. Shalev. *A Sourcebook on Solitary Confinement*. London: Mannheim Centre of Criminologyの10頁に引用されている。www.solitaryconfinement.org

⁸⁴ G.D. Scott, P Gendreau. Psychiatric implications of sensory deprivation in a maximum security prison. *Canadian Psychiatric Association Journal*; 14(4), pp. 337-41, 1969. 前記脚注84の文献に引用されている。

⁸⁵ 欧州人権裁判所、ソーリング対英国, 11 Eur. Ct. H.R. (Ser. A) (1989)。

条約第3条の違反となる」(「何人も拷問または非人道的もしくは品位を傷つける処遇または刑罰を受けない」と総意で判決した。

ジェンズ・ソーリングは最終的に、死刑を科さないとバージニア州が保証した後、同州に引き渡された。2つ目裁判、即ち、プラットおよびモーガン対ジャマイカ司法長官の裁判の場合(1993年)¹、英国上院の枢密院は、「判決から5年以上経過してから執行される場合、遅延は『非人道的もしくは品位を傷つける刑罰またはその他の処遇』であり死刑判決は終身刑に減刑されるべきと考える強い根拠となる」と裁定した。その後、枢密院の管轄権内の死刑囚は死刑判決を終身刑に減刑され、また死刑の適用は格段に減少した。

日本で死刑確定者が置かれている拘禁状況は、過酷でかつ市民のおよび政治的権利に関する国際規約に基づく日本の義務に反している⁸⁶。死刑確定者は、他の死刑確定者との会話を禁じられているが、これは、厳重な隔離状態に置くためである。外部との接触は、家族、弁護士またはその他の承認された訪問者による刑務官立ち会いで面会に限定される。面会は頻繁にはできず、時間は、拘置所長の裁量で、5分ないし30分間である。面会には常時刑務官が立ち会う。死刑確定者は、1日に7頁までの手紙を1通出すことができる。原則として、死刑確定者が受け取れる手紙は、親族や弁護士などからに限られ、一般の人々からの支援の手紙などは、届かない。通信は、発受ともに検閲の対象となる。死刑確定者は、テレビを見たり個人的な活動や運動を行ったりすることは認められないが、請願作業をすることはできる(政府は、2007年の国連自由権規約委員会への提出文書で、死刑確定者はビデオを見ることができるとしているが、人権団体は、テレビに関する慣行が変更されたとは承知していないと報告している)。また、承認を得て、本を冊数の制限なく入手できる(2007年までの旧法時は、3冊までという制限があった)という。運動は、独房から出て、土日を除く毎日(刑事収容施設処遇法57条。施行規則において毎日30分以上と規定している。なお、2007年以前の旧法時は夏季週二回、冬季週三回、30分のみ認められていた)、認められている⁸⁷。刑務官は、この運動時間中、監視している。死刑確定者はこの間1人である。こうした運動およびトイレを除き、死刑確定者は、独房内を動き回することは許されず、ずっと座っていなければならない。

死刑確定者の社会との接触の機会も、厳格な規則で制限されているだけでなく、家族が訪問を中止したりあまり来なくなったりすることも多く、それによりさらに減少する。また、何らかの理由で死刑確定者自身が面会を拒否することがある(後述の袴田巖の場合を参照)。もっともそのような場合、訪問者を拒否する死刑確定者の考えまたは理由を確認することは困難である。

執行

2008年の読売新聞の連載記事に、死刑執行の過程が描かれている。

「青いカーテンで2つに仕切られ…(中略)手前の壁の祭壇には、阿彌陀如来像と十字架が納められ、カーテンの奥には、天井から太さ約3センチのロープが下がる。中央の床には、ボタン操作で下に向かって開く110センチ四方の踏み板がある」⁸⁸

死刑確定者は刑場の中心にある踏み板の上に立ち、首にロープがかけられる。

⁸⁶ これは、自由権規約委員会などの国連機関の見解である(第3回報告に関する最終見解 UN Doc. CCPR/C/79/Add. 28, 5 November 1993, comment 4. 第4回報告に関する最終見解 UN Doc. CCPR/C/79/Add. 102, 19 November 1998, para. 23. 第5回報告に関する最終見解 UN Doc. CCPR/C/JPN/CO/5, 18 December 2008, para. 21)。アムネスティなどの非政府組織もまた、日本は国際条約の義務に違反していると考えている。

⁸⁷ 2009年4月の東京拘置所の訪問中、アムネスティの代表団は、上部を金網で覆われたおよそ2m × 5mの1人用運動場を見た。外壁上部にもある厳重な金網のせいで視界がふさがれ、外の地形を見ることはできない。またこの外壁があるため、壁の間隙で眺めか屈みこまな限り、どこからも何も見えない(見えるのは空だけ)。拘置所には、アムネスティは見ることができなかったが、他にも外部への開放性がさらに低い運動用の区域がある可能性がある(代表団は、同拘置所の職員から、運動は毎日行っていると聞いた)。

⁸⁸ D. McNeill and the *Yomiuri Shimbun* (2008), “Unmasking Capital Punishment: A Wave of Executions, The Yomiuri and Japan’s Death Penalty” *The Asia-Pacific Journal: Japan Focus* Vol. 47-3-08, 18 November 2008. <http://japanfocus.org/yomiuri/2953> 『死刑』読売新聞社会部、中央公論社、2009年。

「執行ボタンは、別室にいる三人の刑務官が押す。準備が整い、一斉にボタンを押すと、そのうちの1つと連動した踏み板が片開きで下に向かって開く。落下の衝撃で回転するロープを、上からぐっと押さえる役目の刑務官もいる」

新聞への情報提供者によると、自分の体の重みで首の骨が折れ、呼吸が止まるが、心臓は動き続けるという。また執行に複数回立ちあつた医師によると、心停止までの時間は平均で15分程度だという。

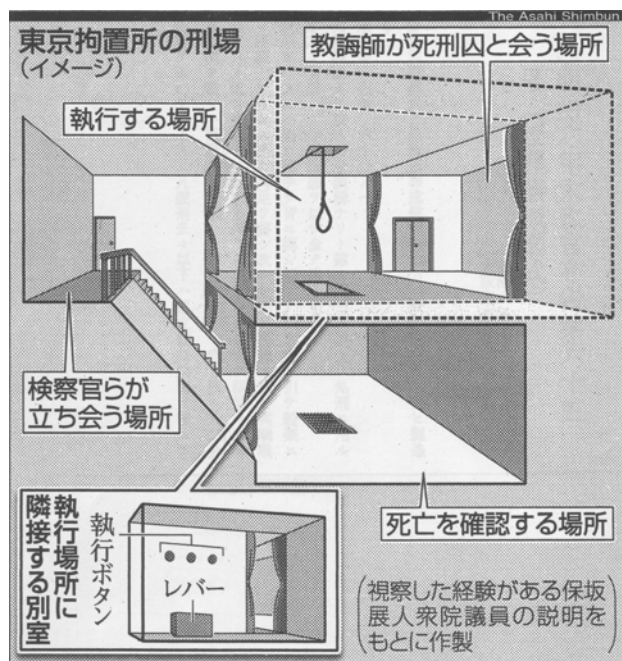
「踏み板から下の床までの高さは約四メートル。医師は脚立を数段上り、…左胸に聴診器をあてる」

刑の執行は、医師が心停止を告げると終了する。

「遺体はその場で清拭され、白装束に着替えさせられる」⁸⁹

2006年に提出された国連自由権規約委員会への第5回定期報告に記載された自由権規約第6条に関する項目の中で、政府は、次のように述べている。

「(死刑確定者は)拘禁の性質上、極めて大きな精神的不安と苦悩のうちにあるであろうことは言うまでもなく、拘禁施設としては、できる限り死刑確定者の心情の安定が得られるよう配慮する必要がある。したがって、このような観点からの制限を受けることはやむを得ないところである…」⁹⁰



これは、2009年3月10日付朝日新聞で報じられた東京拘置所の刑場のスケッチである。視察を行った保坂展人(元)衆議院議員の記憶に基づいて作成された(刑場についての公式の図や情報は入手できない)。絵の右上に執行室があるが、その右側には教誨師が死刑確定者と会うことのできる場所がある。執行室に隣接する別室(絵の左下に記載)には、執行ボタンが3つあり、3人の職員が同時にボタンを押す。そのうちのただ1つが絞首刑執行ボタンである。執行室の左側に立ち会い区画がある。検察官が、死刑確定者の首に縄が巻かれているのを見た後カーテンが閉められ死刑が執行される。執行室の下で、医師が死亡を確認する。©朝日新聞

報告書は続けて、これらの権限に基づいて制限が課されることは極めてまれで、殆どの死刑確定者は弁護人に相談したり訪問者と面会したりすることができる」と述べている。

アムネスティが入手し得たすべての情報⁹¹が示すのは、家族および友人との社会的な接触の機会の制限、他の死刑確定者との接触の可能性の排除、拘置所職員との会話の防止、文通の制限および検閲、ほとんどすべての人間との身体的接触の阻止、教育の機会の制限および読み物またはビデオ品目の自由な選択の阻止など、死刑確定者には、特に過酷な制度が適用されているということである。たとえば、独房内を動き回ることが禁じられている時間に動き回る、騒音を立てるまたはその他騒ぎを起こすなどで、規律に違反した者は、懲罰(閉居罰)を受け

⁸⁹ 出典同上。

⁹⁰ 市民的および政治的権利に関する国際規約第40条1(b)に基づく第5回政府報告、パラ128。

http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/kiyaku/pdfs/40_1b_5.pdf

⁹¹ 弁護士、NGOへのインタビューおよび公表された報告書から収集した情報。

る。懲罰房では、書籍などの所持が制限される。精神疾患を有する死刑確定者は、他の死刑確定者よりも行動に自制がききにくいことから、懲罰を受けやすい。ただし、重篤の場合、懲罰を受けない。

政府は、自由権規約委員会に対し、次のように述べている。

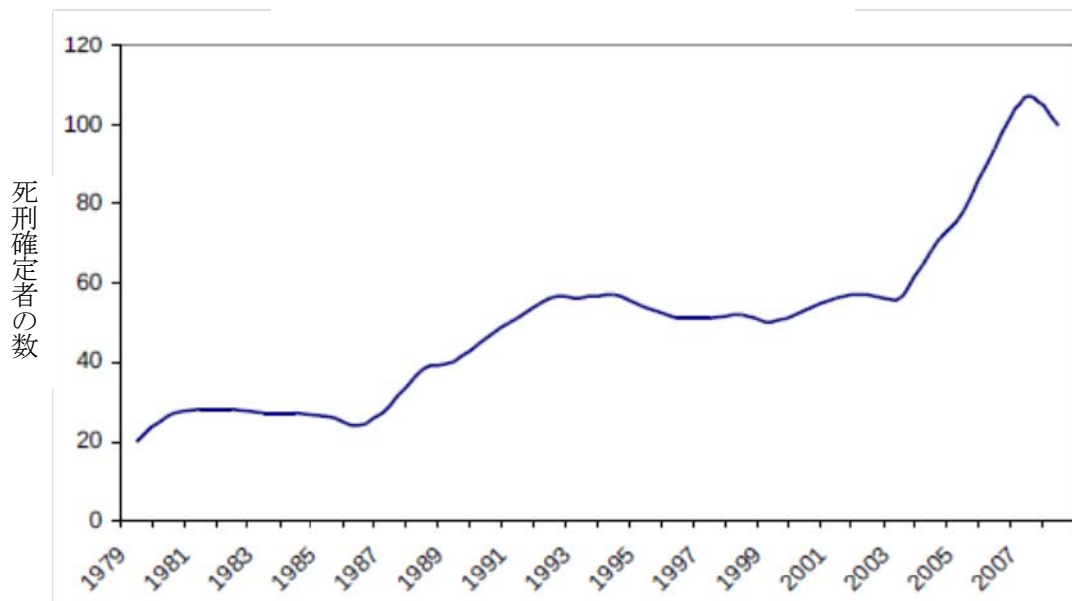
「死刑囚は、来るべき自己の死を待つという特殊な状況にあり、極めて大きい精神的苦痛と動揺のうちにあるであろうから、刑事施設においては、死刑囚の身柄を確保するとともに、その者が心情の安定を得られるように注意する必要がある、刑事収容施設および被収容者等の処遇に関する法律第36条は、死刑囚の処遇は、昼夜、単独室において行うこととし、原則として、居室外においても相互に接触させてはならないと定め、死刑囚の単独処遇を原則としているが、死刑囚が心情の安定を得るために有益と認められる場合には、他の死刑囚との接触を許すことも可能である旨をも定めている。

また、死刑囚が孤独に苦しむことがないよう、自弁を許す物品の種類を、受刑者はもとより、未決拘禁者よりも広く認め、かつ、ビデオやテレビの視聴の機会を与えるなど(中略)実施している」⁹²

国連自由権規約委員会に対する日本政府の報告に関するカウンターレポートのなかで、監獄人権センター(CPR)は、刑事収容施設および被収容者等の処遇に関する法律において導入された改革につき、それが引き起こし得る好ましい変化に注目して論評している⁹³。

CPRは、家族および弁護人以外の者と被収容者との交通制限の緩和を前向きに受け止めている。しかしながら、CPRは、この変更を運用するにあたり当局に広範な裁量があることに注目している。たとえば、誰が被収容者の「心情の安定」に貢献するかを決定するのは当局である。従って、訪問者に関する新規定は被収容者にとって大きな改善に繋がる可能性がある反面、現実には、新たな制限が見られる。CPRによれば、死刑確定者を収容する7拘置所すべての当局は、会いたいかまたは手紙のやりとりをしたい5名の人たちの名前リストを提出することを認めている。当局は、リストを注意深く調べた上で、通常それらのうちの3名を訪問者または文通相手として承認する。しかし新法は、被収容者が接触できる人たちの最大数に制限を設けていない。CPRは、このような慣行によって、被収容者が現在いる弁護人以外の潜在的擁護者と出会う可能性を制限するような、法律に違反する新しい規則が作られることになると考えている。

日本における死刑確定者の増加 1979-2008



⁹² 市民的および政治的権利に関する委員会からの質問事項に対する日本政府回答(仮訳)(第5回政府報告審査)、23-24頁。

http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/kiyaku/pdfs/jiyu_kaito.pdf

⁹³ 監獄人権センター、国際人権(自由権)規約委員会第5回日本政府報告書審査に対するNGOレポート、東京、2008年9月。

自由権規約委員会に対する別途提出された更新した報告書において、日本弁護士連合会は、刑事収容施設および被収容者等の処遇に関する法律下において死刑確定者の単独処遇をあらため、集団処遇を行っているという情報はないとしている⁹⁴。

執行の告知

日本の死刑で、人権面で特に重大な意味合いを持つのは、当日の朝にしか執行が告知されないという慣行である⁹⁵。この残酷な慣行のため、すべての死刑確定者は、毎朝、「今日が最期の日？」との疑問に向き合うことになる⁹⁶。当局は、死刑確定者を保護しまたその心情の安定を保つために必要として、この慣行を正当化している。

死刑確定者本人に対する死刑執行の告知は、執行の当日、執行に先立って行う取扱いとしている。これは、執行の当日より前の日に告知した場合、当該死刑確定者の心情に及ぼす影響が大きく平穏な心情を保ち難いと考えられること等の理由によるものである⁹⁷。



◎ AI。東京の指定入院医療機関。被収容者の精神衛生の診断のために設立された全国で30を超える施設の1つである。この施設の被収容者の過半数は、統合失調症と診断されている。

⁹⁴ 日本弁護士連合会、「日本の第5回定期報告の審査に関連して検討すべき問題一覧」に対するアップデートレポート、14頁。
http://www.nichibenren.or.jp/library/ja/kokusai/humanrights_library/treaty/data/JFBA_Update_5thICCPR_ja.pdf#search=%E6%97%A5%E5%BC%81%E9%80%A3+%E6%97%A5%E6%9C%AC%E3%81%AE%E7%AC%AC5%E5%9B%9E%E5%AE%9A%E6%9C%9F%E5%A0%B1%E5%91%8A%E3%81%AE%E5%AF%A9%E6%9F%BB%E3%81%AB%E9%96%A2%E9%80%A3%E3%81%97%E3%81%A6

⁹⁵ アムネスティの代表団は、2009年4月の外務省訪問中に、執行の事前告知を行った後に死刑確定者が自殺したため、当日告知をするようになったと聞かされた。

⁹⁶ Amnesty International, “Will this day be my last?” *The death penalty in Japan*, Index: ASA 22/006/2006, London, 2006. (アムネスティ「今日が最期の日? 日本の死刑」) <http://homepage2.nifty.com/shihai/shiryou/JapanDPRreport2006.pdf>

⁹⁷ 市民のおよび政治的権利に関する国際規約第40条1(b)に基づく第5回政府報告(仮訳)、パラ130。
http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/kiyaku/pdfs/40_1b_5.pdf

この方針は、執行が終わるまでそれを通知されない死刑確定者の家族にも影響を及ぼしている。ある事例では、息子を訪ねて拘留所にやってきた母親は、後で来るように言われた。再度訪問したところ、息子は執行されたと聞かされた⁹⁸。この残酷な方針の理由も、家族と死刑確定者のために思ってという思いやりがあるような説明がされている。

死刑確定者の家族等に対し、死刑執行の日時を事前に告知することにより、通知を受けた家族に対し無用の精神的苦痛を与えること、仮に通知を受けた家族との面会が行われ、死刑確定者本人が執行の予定を知った場合には、本人に直接告知した場合と同様、当該死刑確定者の心情に及ぼす影響が大きく平穏な心情を保ち難いと考えられること等の理由によるものである⁹⁹。

2008年の普遍的定期審査において、日本の代表団は、前もって執行日を告知した場合には、心情の安定を害し、かえって過大な苦痛を与えることになりかねないため、執行についての最小限の告知を行う現在の慣行を「やむを得ない」と説明した¹⁰⁰。

この方針は、国連機関、欧州評議会、国際NGOおよび日本の人権擁護団体により批判されている¹⁰¹。たとえば、国連自由権規約委員会は、「死刑執行に備えるための機会の欠如によって引き起こされる精神的苦痛を軽減するという観点から、死刑囚およびその家族に対して執行予定日時が合理的に事前通知されるよう保証すべきである」と勧告している¹⁰²。

2009年4月、朝日新聞は、死刑確定者には執行の当日に知らせるのではなく、少なくとも一両日前に告知すべきであると東京拘留所視察委員会が施設長に対して勧告したと報じた¹⁰³。委員会は、「死刑執行を執行の日の朝に死刑確定者に告知していることは、不必要な不安を日々抱かせるものである」との結論に至ったと報じられた。これは、当局がこの慣行によりもたらされる不安に気付いていたことを示すものと思われるが、この不安の軽減は、最低限のものに過ぎない。この勧告は、超法規的・即決・恣意的処刑に関する国連特別報告者や条約機関により提起された懸念に全く答えていない。

⁹⁸ 木村修治のケース。Amnesty International, “Will this day be my last?” *The death penalty in Japan*, Index: ASA 22/006/2006. London, 2006, p. 5. (アムネスティ「今日が最期の日? 日本の死刑」2頁)

<http://homepage2.nifty.com/shihai/shiryou/JapanDPReport2006.pdf>

⁹⁹ 市民的および政治的権利に関する国際規約第40条1(b)に基づく第5回政府報告(仮訳)、パラ131。

http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/kiyaku/pdfs/40_1b_5.pdf

¹⁰⁰ 国連、普遍的定期審査作業部会の結果文書：日本。UN Doc. A/HRC/8/44、パラ59。

http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/jinken_r/pdfs/upr_sk0805j.pdf

¹⁰¹ 以下の各文書を参照。自由権規約委員会、規約第40条に基づき締約国より提出された報告の審査、自由権規約委員会の最終見解：日本、CCPR/C/JPN/CO/5、2008年10月30日。http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/kiyaku/pdfs/jiyu_kenkai.pdf 欧州評議会議員会議決議第1349号、欧州評議会オブザーバー国の死刑廃止(2003年10月1日に採択)。脚注1、2、19に引用されたFIDHおよびアムネスティの報告書。脚注9、48、52に引用されたJFBAおよびCPRの報告書。R. フッドおよびC. ホイルの前掲書(脚注76)。

¹⁰² 自由権規約委員会、規約第40条に基づき締約国より提出された報告の審査、自由権規約委員会の最終見解：日本、CCPR/C/JPN/CO/5、2008年10月30日、パラ16。http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/kiyaku/pdfs/jiyu_kenkai.pdf

¹⁰³ ‘Japan May Provide Notice for Execution of Inmates, Asahi Says’ *Bloomberg News*, 2 April 2009.

3. 死刑確定者の健康管理

犯した罪を別にすれば、日本の死刑確定者を明確に特徴づけるのは、その隔離状態である。死刑確定者は他の被収容者から隔てられ、余計な話をしてはならないとして刑務官から隔てられ、外界からも隔てられている¹⁰⁴。死刑確定者が家族から拒否されることは珍しいことではなく、面会に訪れる人も少ない。そのことで、外界からの孤立は一層強まっている。2006年の日弁連の調査によれば、調査した79人の死刑確定者のうち4分の1は、定期的に面会に訪れる人がいなかった。17年間1人も面会者がいなかった死刑確定者が1人、また11人の死刑確定者が1年以上誰も面会に来ていないと答えた¹⁰⁵。2008年に行われた同様の調査でも、面会者が少ないという結果が出ている¹⁰⁶。死刑確定者の健康管理も、この隔離の壁の内側で行われている。原則的には、死刑確定者の医療ケアは死刑確定者以外の被収容者に準ずる。通常、准看護師(刑務官で、基本的な看護研修を受けた者)が、医師と被収容者の最初の橋渡しをする¹⁰⁷。この准看護師が健康上の申し立てを聞いて回り、取捨選択して医師に伝える。その後、医師は被収容者を診察し、必要なら処置を施す。健康管理については、詳しく後述する。

刑務所内での健康管理上の問題点とは別の問題として、被収容者の健康管理が外界から隔離されていることがあげられる。弁護士が、依頼人の健康状態について、(被収容者本人の合意のある)情報を入手するのは難しい。弁護士と医療スタッフが直接会うことは通常許可されない。被収容者の健康に関する情報開示は刑務所長の裁量に委ねられている。最近、これを端的に示す事例の裁判があった。宇治川正(1951年生まれ)の弁護士が、東京拘置所長に対し、宇治川正の診療記録を、以前に収監されていた前橋刑務所時代の記録も含めて開示するよう、第二東京弁護士会を通じて請求した件である。当時の規定では、被収容者が移送された場合には、本人とともに記録も移されなければならなかった。しかし前橋刑務所と東京拘置所はどちらも、前橋刑務所における宇治川正の診療記録はないと述べた。さらに本人が、東京拘置所にある自身の診療記録を開示するよう東京矯正管区に申請したが却下された。そのため弁護士が東京地方裁判所に提訴した。これも棄却されたのち、最高裁判所に上告したが、2009年6月4日、実質的な理由づけなしに退けられた。

診療記録開示拒否の理由は、プライバシーに関する日本の法律(行政機関の保有する個人情報の保護に関する法律)を限定的に、はっきりいえば歪めて解釈している点にあるとみられる。プライバシーに関する法律が当該個人の利益を守るためにあるのに対し、刑務所当局が情報開示を拒否することは、あきらかにこの利益に反している。宇治川正の弁護団は、最高裁判所への上告の際に、米国司法省情報プライバシー局のダニエル・メトカルフェ元局長の供述書を提出した。この中でメトカルフェ氏は、「死刑囚が自らの拘置中の診療記録を、情報開示を訴える目的のために請求した場合、米国であれば入手できることは間違いない」と述べている¹⁰⁸。さらに、「このようなこと(死刑囚への情報開示拒否)は米国の法律では考えられない。日本でこのような結果が確定することは想像しがたい」と付け加えた¹⁰⁹。すでに行刑改革会議が、刑務所の診療記録は当該個人に開示されるべきだと提言する一方で、開示を保証する仕組みはないことを認めている。そして、このような仕組みを作る必要があると提言している¹¹⁰。

¹⁰⁴ 拘置所当局は規則の運用について大幅な実権を握っている。そして死刑確定者たちは事実、外界との接触が厳しく制限された過酷な状況に置かれている。

¹⁰⁵ 2006年4月6日付のジャパン・タイムズ紙に掲載されたアソシエイテッド・プレス通信社の報告。外界からの隔離は死後も続く。死刑を執行された人の遺体の大半が家族に引き取りを拒否される(遺体引き取りのための時間が短いことも一因)。

¹⁰⁶ 死刑廃止国際条約の批准を求めるフォーラム90編『命の灯を消さないで 死刑確定者からあなたへ』東京、インパクト出版会、2009年。

¹⁰⁷ 中には実際にベテラン看護師なみの実力を持つ准看護師もいるという。日本看護協会によれば、准看護師は協会の資格を持つ。

¹⁰⁸ ダニエル・メトカルフェ氏の宣誓供述書。宇治川正の事件、最高裁判所、2008年9月14日。

¹⁰⁹ 出典同上、第14パラグラフ。

¹¹⁰ 行刑改革会議提言、2003年12月。<http://www.mo.j.go.jp/KANBOU/GYOKEI/KAIGI/teigen.pdf> 英文の概要は2004年の犯罪白書第2編第4章第1節2にある。http://hakusyo1.mo.j.go.jp/en/50/nfm/n_50_2_2_4_1_2.html

関連する診療記録を被収容者やその弁護人に開示しないことは、あらゆる形態の抑留または拘禁の下にあるすべての者の保護のための諸原則に違反するものと思われる。同原則 26 には、「拘禁された者または受刑者が健康診断を受けた事実、医師の氏名および検査の結果は、正しく記録されなければならない。これらの記録へのアクセスは、保障される。そのための手続は、各国法の関連法規に従う¹¹¹」とある。各国に幅広い裁量権が与えられているものの、日本における診療記録へのアクセス制限は、(機密性と安全性の保持という点では望ましいものであるという以外)合理的といえる範囲をはるかに逸脱している。

日本の拘禁施設で健康管理を担当するのは、医師、看護師、准看護師で、厚生労働省ではなく法務省が雇用・監督している(アムネスティの代表団が厚生労働大臣や厚生労働省職員と会見しようとしたが拒否された。被拘禁者の健康管理については管轄外だからというのが職員の説明だった)。

各拘禁施設には医師と補助職員がいる。ある医師がアムネスティに自分の体験を語った。それによると、短期受刑者 800 人から 1000 人ほどを収容するある刑務所には 6 人の医師(そのうち 2 人は精神科医)と 4 人の准看護師がいたという。准看護師は週に 2 回、各房を訪れ、医師への診察願いをまとめ、診察を受ける者を選びだした。国際的な基準では、「司法あるいはその他の機関に対し、別の医学的検査を受けたり意見を求めたりすることを要求または請願する権利」が被収容者本人とその弁護人に認められている。日本では、被収容者に対してこの規定が保障されていないようだ¹¹²。

各拘禁施設で受けられる医療以外に、4 つの矯正管区に「医療刑務所」がある(北九州、八王子、岡崎、大阪)。その他さらに 6 カ所が医療重点施設に指定されている¹¹³。これらの施設は、通常の拘禁状態の中では受けられないケアを必要とする被収容者の治療にあたる。

2009 年 3 月の報道によれば、2008 年 4 月現在で日本の矯正施設に勤務している医師は 291 人で、適切な医療行為に必要とみなされる医師数 332 人に達していないと、法務省矯正局が述べたという¹¹⁴。33 施設で医師が不足し、そのうち 5 施設では常勤医が不在だとのことだった。

アムネスティの代表団は、2009 年 4 月に東京拘置所を訪問した際、診断・診察区画を視察した。ここにはレントゲンや CT スキャン、歯科治療の設備があった。さらに、複数の診察室や、診察を待つ被収容者を拘束しておく約 70 センチ×90 センチの仕切りがあった。この仕切りは、拘置所における他の拘束手段と同じく、保安の必要からだと説明された。

診察区画においてでさえも、被収容者たちが互いに会話したり、刑務官に話しかけたりしないように、絶えず注意が払われているが、医療スタッフとの会話は許されている。しかし刑務所内での医療をはじめあらゆる手続きの最終承認は刑務所長が行うため、診療における医療スタッフの独立性は不確かなものである。その上、診療情報をどの程度まで極秘にするかという点に問題がある。これは、刑務官でもあり保健職員でもある准看護師にとつとくに悩みとなる。診察に刑務官が立ち会うことで、守秘義務や診療の独立性はさらに危うくなっている。

アムネスティの代表団が複数の情報源から得た情報によれば、弁護人は刑務所の医師から直接医療上の情報を得ることは、例外を除き通常はできず、弁護士会を通じて刑務所長に書簡で情報開示請求を提出しなければならないという。刑務所長はその請求を刑務所の医療スタッフにまわし、医師の報告書を受け取る。刑務所長は、弁護

¹¹¹ あらゆる形態の抑留又は拘禁の下にあるすべての者の保護のための諸原則(国連被拘禁者保護原則)、1988 年 12 月 9 日、国連総会で採択、決議第 43/173 号。

¹¹² あらゆる形態の抑留又は拘禁の下にあるすべての者の保護のための諸原則。「被抑留者又は被拘禁者又はその弁護人は、司法あるいはその他の機関に対し、別の医学的検査を受けたり意見を求めたりすることを要求又は請願する権利を有する。その場合、収容施設の安全と秩序を維持するための、合理的な条件のみには従う」。(原則 25)

¹¹³ 法務省犯罪白書(2006年)、第2編第4章第2節4 を参照。<http://hakusyol.moj.go.jp/> また、石川義博“The treatment of mentally disordered offenders in Japanese medical prisons” 精神神経学雑誌、第48巻付録、85-95頁、1994年を参照。

¹¹⁴ 全国188の矯正施設のうち約90カ所が、診療所や病院を併設している。2009年3月3日付、共同通信社。

士会に送る前に、この報告書を修正する権限を持っている。これは望ましいことではなく、情報へのアクセスと透明性について重大な懸念を生じさせるものである。

精神疾患を有する死刑確定者

受刑者の精神疾患を特定・理解・治療する上での問題は、死刑確定者にも同じようにあてはまる。訴追を受けた犯罪行為の要因となった可能性のある、もともとあった精神疾患に加え、死刑確定者は過酷な状況に直面するため、精神状態の悪化が進んだり、重い精神疾患が引き起こされたりするおそれがある¹¹⁵。

日本では多くの死刑確定者が、精神疾患があるにもかかわらず死刑を執行されていると伝えられている。精神疾患の可能性のある死刑確定者はまだいる。死刑確定者は厳しく隔離され、拘禁施設の状況や死刑確定者の健康は秘密のベールにおおわれ、第三者機関の精神医療の専門家の目が届かないために、死刑確定者の精神状態について判断するためには、かなりの部分を二次的証言や記録に依拠する必要がある。ある国会議員は、2009年4月にアムネスティ代表団のインタビューに応じた際に、面会は原則的には可能だと言った。しかしアムネスティは、死刑確定者にせめて1人でも面会しようと試みたが、果たせなかった。

弁護士は、家族以外で面会に訪れるごくわずかな人々に含まれ、精神面の健康状態に関する重要な情報源である¹¹⁶。

川中鉄夫(1993年執行)の弁護士だった中道武美はジャパン・タイムズ紙の記者にこう語った。

私の依頼人は執行されてはいけなかった。1984年に死刑判決が出た時、彼の精神状態にはすでに疑問がありました。(1989年に)会った時、「電波やコンピューターがあって自分の考えが分かってしまおう」と言っていました。拘禁されている間、彼は6カ月の間隔で診察を受け、精神安定剤を投与されていました¹¹⁷。

精神疾患を有する死刑確定者の執行数については、確かな情報はないが、向井伸二(2003年執行)、藤間静波(2007年執行)、宮崎勤(2008年執行)らは、精神疾患があったと強く推定されるケースである(これらのケースについては4頁参照)。他のケースについては以下に述べる。

精神疾患の内容と法律上の死刑を受ける能力欠如は別個のものであることを知ることは重要である。しかし、死刑事件の手続きは秘密のベールに覆われているため、死刑確定者の精神状態の判定や、裁判官が死刑執行の可否を判断する際にこの判定がどのように考慮されているかが適正に行われているかどうかは不明である。

¹¹⁵ 日本では調査がないが、米国では、長期にわたる過酷な拘禁が被収容者の精神状態に影響を与えるとする証拠がある。たとえば、L. Rhodes. Pathological Effects of the Supermaximum Prison. *American Journal of Public Health* 95, pp.1692-5, 2005を参照。

¹¹⁶ 被収容者は、面会に応じたい相手を指定することもできるが、それを認めるかどうかは刑務所当局が決める。多くの死刑確定者には、家族も支援者も面会に来ない。アムネスティの他に、自由権規約委員会や日本弁護士連合会が、面会に課せられる制限を批判してきた。

¹¹⁷ 1993年4月17日付、週刊ジャパン・タイムズに掲載されたもの。Human Rights Watch. *Prison Conditions in Japan*. New York, 1995, p. 54. (邦訳ヒューマン・ライツ・ウォッチ・アジア、プリズン・プロジェクト著『監獄における人権/日本』刑事立法研究会訳、現代人文社、1995年)

上訴の拒否または取り下げ：死刑が確実に

日本では、死刑事件について義務的上訴の制度がない。このため、死刑確定者は上訴しなければ執行を早めることになり、どこかの段階で上訴を取り下げれば審理の見直し手続きを短縮することになる¹¹⁸。

死刑に直面する者の権利の保護の保障に関する決議6には、次のように定められている。「死刑を宣告された者は誰でも、上級の裁判所に上訴する権利を有する。また、このような上訴を義務的とすることを保証するための措置がとられなければならない」

自由権規約委員会と拷問禁止委員会はいずれも、死刑を宣告された者の義務的上訴制度がないことに重大な懸念を示し、このような制度の導入を勧告した¹¹⁹。

宅間守(1963年生まれ)のケースは、義務的上訴の仕組みがないことが及ぼす影響と、精神疾患が執行を早めた可能性とを示すものだ。宅間守は若くして(1980年代の初め頃)精神疾患があると診断された¹²⁰。1984年には強かんて起訴されるが、取り下げられている。精神病院に入院中、病院の屋上から飛び降りて顎を骨折した。後に自主退院したが、2件の強かんて事件ですぐに逮捕された。そして以前と同じく統合失調症と診断された。しかし起訴時の精神鑑定では、パーソナリティ障害と診断された。有罪となり3年の刑を言い渡され、その後出所して10年間、さらに犯罪行為を繰り返したが、精神状態を理由に、有罪判決は出なかった。その後精神病院に措置入院し、そこでパーソナリティ障害という診断が統合失調症に変更されたが、再びパーソナリティ障害と診断された。退院後も異常行動および精神障害の徴候を示し続けた。2001年半ばに首つり自殺を試みた。それから2週間もしないうちに、小学校で20人の子どもたちと2人の教師を刺し、そのうち8人が死亡した。

宅間守は大阪地方裁判所で裁判を受け有罪となり、精神病歴があるにもかかわらず、2003年8月28日に死刑判決を言い渡された。宅間は死への願望を口にし、控訴しなかった。そして、事件から3年後の2004年9月14日、死刑が執行された。

他にも、上訴をしたものの取り下げで死刑判決が確定し、いつ執行されるかわからない状態になるケースがある。

被収容者が上訴を取り下げる決断をするにあたって、精神疾患が重大な役割を果たすことを、米国での調査や事例証拠は示している¹²¹。上訴を取り下げることになる要因について、日本で同様の調査をしようとしても、死刑をめぐる厳しい密行主義のために困難であろう。

¹¹⁸ 死刑の執行を停止するための法的手段としては、他に再審請求や恩赦出願があるが、どちらにしても自動的に執行が停止されるわけではない。2008年10月に日本が自由権規約委員会に提出した政府報告の公開審査で、委員会から、再審請求や恩赦出願中の執行停止の考慮について質問があった。日本代表は、「もしも恩赦の出願で執行が停止するなら、次々と出願が繰り返される限り永久に刑の執行を為し得ないこととなります。そうすると、刑事裁判の実現を期することは不可能になります」と答え、それゆえ「再審請求中や恩赦出願中のすべての死刑確定者の執行を停止することは適当ではないのです」と続けた。日本政府がこのような立場をとっているために、再審手続き中の死刑確定者が絞首刑になるケースがある。市民的および政治的権利に関する委員会からの事前質問に対する日本政府回答、UN Doc. CCPR/C/JPN/Q/5/Add. 1、2008年9月23日。

¹¹⁹ 自由権規約委員会は日本に対し、「死刑事件について義務的再審査制度を採用し、死刑事件の再審又は恩赦請求が執行停止の効力を持つことを確保すべき」だと勧告した(パラ17)。 http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/kiyaku/pdfs/jiyu_kenkai.pdf また、拷問禁止委員会の結論および勧告：日本(パラ20)も参照。 <http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/gomon/pdfs/kenkai.pdf>

¹²⁰ K. Yoshikawa, P. J. Taylor. “Editorial. New forensic mental health law in Japan.” *Criminal Behaviour and Mental Health* 13, pp. 225–228, 2003.

¹²¹ J. Blume. “Killing the Willing: Volunteers, Suicide and Competency”, *Michigan Law Review* 103, pp. 939–1009, 2005.

規律と精神障害者

日本の矯正局は次のように言う。「被収容者の中には、協調性に欠け、自分勝手な生活や行動をする者も少なくありません。このような行為をする者を放っておくと、まじめに生活している他の多くの被収容者に迷惑がかかります。そこで、反則行為をした者には、懲罰を科し、反省を促す措置が執られます¹²²⁾」。

だが、被収容者に精神疾患がある場合、それが行動に影響を及ぼし、そのために規律違反で処罰されやすくなることも考えられる。ある弁護士がアムネスティに語ったところによれば、被収容者がストレスから部屋の壁を叩くと、1週間の懲罰房入りになる可能性があるという。懲罰房に入れられている間は、風呂に入れない。トイレに立つ以外は、毎日12時間座ったままでいなければならない。そして何もせずに扉を見つめていなければならないのだ¹²³⁾。アムネスティの代表団は、これと同じような話を他の弁護士からも聞いた。受刑者の精神状態を考慮せずに懲罰の内容が決定・実施されていることで、状況はより過酷なものになっている。これは改善すべき点である。

¹²²⁾ 法務省矯正局『日本の刑事施設 Penal institutions in Japan』2008年、20頁。<http://www.moi.go.jp/ENGLISH/CB/cb-02.pdf>

¹²³⁾ 安田好弘へのインタビュー、2009年2月。

4. ケーススタディ

以下では個別のケースを少し詳しく検証し、各事件において精神疾患が及ぼした影響について、裁判所や法務省の考慮が妥当だったかどうかについて問題を提起する。

袴田巖

袴田巖(1936年3月10日生まれ)は、1966年6月30日に勤務先の工場の専務とその家族3人を刺殺したとして、同年逮捕され殺人罪で起訴された。袴田巖は逮捕後20日間にわたって警察の取調べを受けた。弁護人の立ち会いはなかった。被疑者は最長23日間、代用監獄(代用刑事施設)に勾留して尋問することができる。取調べの時間制限はない上に、弁護人の接見は厳しく制限される¹²⁴。1968年9月11日に行われた静岡地方裁判所での第一審の裁判で、袴田巖は自白を撤回し、警察に無理やり自白調書に署名させられたと証言した。にもかかわらず袴田は有罪となり、死刑判決が言い渡された。東京高等裁判所に控訴したが1976年に棄却、1980年には最高裁に上告したがこれも棄却され死刑が確定した。



◎AI. 姉の袴田ひで子。弟からの数百通に及ぶ手紙の一部。1991年以降、袴田巖は手紙を書かなくなった。

¹²⁴ 最高裁判所の1988年の判例で、長時間の取調べが許容されることが示された。事件番号昭和60年(あ)826号の強盗致死事件では、自白をとるために午後11時半過ぎから22時間近くにおよぶ連続の取調べが行われたが、第三小法廷は、この取調べを許容できるとした。

最高裁で死刑が確定してから数カ月もしないうちに、袴田巖は思考と行動に深刻な障害の徴候を示し始めた。弁護人との意思疎通ができなくなり¹²⁵、姉との文通や会話も混乱したものになった¹²⁶。それでも袴田巖は、1991年8月までは、かなり無秩序ではあるものの手紙を書きつづけた。しかしそれ以降は完全に意味不明になったと姉は言う。袴田ひで子はアムネスティに対し、こう語った。「死刑が確定してすぐ、弟は毎日私に手紙(1通につき便箋7枚まで許可される)を書くようになりました。ですから、私は毎日手紙を受け取っていたわけです。手紙にはおかしい意味不明のことが書かれていましたが、何も来ないよりマシだと思っていました。でもそのうちに、看守は手紙を検閲しなければならぬのですから、こんな意味不明の手紙を全部読むのが面倒で、弟に手紙を書かないように言ったのではないかと思います…¹²⁷」。

死刑確定者となった袴田巖が面会を許可されたのは、ごく限られた人々だった。姉と、3人の支援者である。しかし1994年8月になって、袴田巖は一切の面会を拒否した。それから12年間、姉は毎月面会に訪れたが、弟に会うことができなかった。2006年11月に、再び姉との面会に応じたが、その後1年間拒否し、2007年に再開したが、みたび姉と(あるいは他の誰とも)会わなくなった。彼女は東京拘置所での面会手続きを次のように語った。

面会に行くと、まず住所、氏名を記入し、姉だと言って、署名して、身分証明書を見せます。それから番号を渡されて、30分ほどで自分の番号が電光掲示板に表示されると、10階へ上がります。たいていは5番の面会室に入るように言われまして、入るのですが、たいてい、中にはどなたかがおられます。たぶん看守だと思います¹²⁸。

2006年2月20日、親の死亡に伴い袴田家の遺産の分割が行われた。家庭裁判所に、後見人専任を申し立てた。裁判所はまず精神科医を指名しなければならないと判断し、ここで初めて袴田巖の精神鑑定が実施された。岡田幸之は袴田巖の状態を「拘禁反応」だとして、家庭内の問題には対処できないので後見人が必要だという結論を出した¹²⁹。にもかかわらず、東京家庭裁判所は後見人選任申立を却下した。東京高等裁判所が家裁の決定を破棄・差し戻したため、東京家庭裁判所は結局、姉のひで子を保佐人として認めた。

2008年にひで子が弟の再審請求を申し立てる際に、袴田巖は中島直医師に診察を受けているが、同医師の出した結論は、岡田教授の結論と重なる部分がある。

同じく2008年、アムネスティは袴田巖のためのキャンペーンを行い¹³⁰、隔離されている期間が長いことや精神の健康が危機的状況にあること、冤罪の可能性などを訴えた¹³¹。アムネスティは2009年4月に袴田巖との面会を求めたが、法務省は拒否した。

¹²⁵ 西嶋勝彦へのインタビュー、2009年2月。

¹²⁶ 袴田ひで子へのインタビュー、2009年2月4日。

¹²⁷ 袴田ひで子へのインタビュー、2009年2月4日。

¹²⁸ 袴田ひで子へのインタビュー、2009年2月4日。

¹²⁹ 岡田幸之教授、袴田巖の鑑定書、東京家庭裁判所、第80326号、2007年11月7日。

¹³⁰ AI Index : ASA 22/007/2008

<http://www.amnesty.org/en/library/asset/ASA22/007/2008/en/7a396cce-9c60-11dd-b0c5-35f205e84de0/asa220072008en.pdf>
1968年に有罪判決を出した裁判官のうちの1人が、袴田巖は無実だと思うと述べた発言が含まれていて、冤罪の可能性があるとの懸念についても記している(脚注134を参照)。

¹³¹ 袴田巖に第一審で死刑判決を言い渡した3人の裁判官のうちの1人、熊本典道は、当時も今も袴田巖は無実だと思っていると述べた。しかし、裁判官3人の多数決により判決が言い渡された。2008年に国連で行われたアムネスティのシンポジウムで発言した熊本典道は、次のように語った。「1968年に、私はこの事件を担当する3人の裁判官の1人となりました。袴田氏が逮捕されたのは、性格と行動に関するうわさがあったからでした。客観的に見れば、袴田氏が犯人であるという証拠はほとんど何もありませんでしたが、捜査側は最初から袴田氏を犯人だと考えていました。そのため警察は見込み捜査をしたのです。袴田氏は勾留され、逮捕した目的を達成せんがために、自白させられました」。「死刑に関する判事および検事の証言」アムネスティのパネルディスカッション、国連、2008年10月21日。

松本健次

松本健次(1951年2月3日生まれ)は、1990年9月から1991年9月にかけて起きた2件の強盗殺人事件で有罪となり、1993年9月17日に死刑判決を受けた。兄とともに起訴され、兄が自殺した後も松本健次に対する裁判は続いた。1996年2月21日に大阪高等裁判所で控訴棄却、続いて最高裁への上告も棄却され、2000年4月4日に死刑が確定した。これ以降は、いつ死刑が執行されるかわからない状態になっている。

現在は大阪拘置所に収監されていて、車いすを使っているようだ。松本健次は胎児性水俣病からくる知的障害で、裁判手続きを理解できないと弁護団は主張している。再審請求中だが、2008年10月に支援者が受け取った手紙には、レーダーとマイクロ波で調べられていて、そのせいでけがをしたと書かれていた。さらに、日本の首相、米国の大統領、米国の有名映画女優から賞金をもらったとも書かれていた。アムネスティが聞いたところでは、この執拗で支離滅裂な手紙は、松本健次のその場限りの思考の表れだという。他の死刑確定者たちは、松本健次の健康が心配だと自分の弁護人に訴えている。

松本美佐雄

松本美佐雄(1965年2月20日生まれ、松本健次とは無関係)は、1990年12月と1991年7月に発生した殺人2件、傷害致死1件、強盗1件で有罪となり1993年8月24日に死刑判決を言い渡された。逮捕前から精神の健康に問題があり、シンナー吸引歴があった¹³²。1994年9月に東京高等裁判所に控訴して棄却。続いて1998年に最高裁判所に上告したが、同年12月1日、死刑が確定した。

事件の共同被告人が、松本美佐雄は1件の殺人には関与していないと証言し、松本は再審請求している。現在、マイクロ波放射線に曝されているとか、血液が紫色であると言うなどの妄想がある。頭痛を訴えたためCTスキャンの検査が行われた。これによって、潜在的な病気はないことがわかったらしいが、弁護人らは検査結果を知ることができない。弁護団が再審請求しているが、松本美佐雄の精神状態が悪く、自身の弁護活動に関与することができなくなっているようだ。また、再審を請求していても、いつ執行されるかわからない。

堀江守男

堀江守男は、1986年に1組の夫婦を刺殺したことで有罪となった。堀江は、地元企業の重役だった被害者男性と知り合いで、男性の会社に就職させてもらおうとしたが、聞き入れられなかった。起訴状によれば、堀江はある時点で殺意を抱き、一度犯行に失敗したが、その後、「運勢判断」を利用した。堀江は寅年生まれで、被害者は酉年生まれだった。2月20日は虎が鶏を食べる日だという言い伝えがある。起訴状によれば、堀江が男性とその妻を刺殺したのは、1986年2月20日だった。

弁護人によれば、堀江は殺人を認めているが、実際には相手は死んでいなかったと言っているという¹³³。1991年3月29日、堀江は仙台高等裁判所で開かれた公判で、「男性を殺害したが、その男性はまだ生きている」と述べた。弁護人によれば、堀江は、殺したのは「サイボーグ」(人造人間)だと主張しているという。裁判所の記録にも、堀江が被害者を「人形」だと言ったとある。しかし何度か、人間を殺したと認めたことがある。堀江が死刑判決に対する上告を取り下げようとした後、1993年5月31日に最高裁判所は、「検察官および弁護人の意見を聴き、刑法414条、404条、314条1項本文により、裁判官全員一致の意見で、次のとおり(公判手続を停止すると)決定する」とした¹³⁴。1993年6月21日、堀江は東京の

¹³² 塗料を薄める有機溶剤で、日本では揮発状態になることを目的に用いられる多くの溶剤の1つ。吸い続けると精神面の問題を引き起こすことがある。小林豊生、福居顕二、早川滋人、古賀恵理子、小野泉、福居義久他「慢性有機溶剤乱用者の心理特性について」アルコール研究と薬物依存、第30巻第5号、358-366頁、1995年。<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8534223> で英文の抜粋が参照できる。

¹³³ 舟木友比古へのインタビュー、仙台、2009年2月6日。

¹³⁴ 最高裁判所第二小法廷(大西裁判長)、事件番号平成3(あ)519、1991年。

八王子医療刑務所に移送された¹³⁵。申立人の無能力を理由に死刑事件の公判手続きが停止したのは、日本ではこれが初めてのケースだった。5年後、同じ小法廷は、「被告人が心神喪失の状態でなくなった」ものと認め、以前の決定を取り消した¹³⁶。どちらの審理についても、鑑定書を作成したのは福島章教授だった。

裁判所に出された3番目の鑑定書は、堀江は死刑の執行が可能な精神状態にあるという結論だったため、2005年9月26日、死刑判決が確定した。これ以降、堀江には1人も面会者がいない¹³⁷。別の死刑確定者が自分の弁護人に語ったところによれば、堀江が房内で何かを蹴って音を立てるのが聞こえ、そのあと、保護房に連れて行かれたという。

堀江は拘禁中に幾度もIQテストを受けたが、その結果は、低ければ54で、高ければ76だった。知的障害の指標として通常使われる数値よりも低い場合と高い場合があった¹³⁸。このように、障害の可能性があるという証拠があるにもかかわらず、1989年の国連経済社会理事会決議¹³⁹が規定する、知的障害を理由として死刑の受刑能力がないという決定を求める申し立ては行われていない。

被収容者たちのようすや行動について、伝え聞いた話に信ぴょう性があることもあるが、精神状態については法医学的検査をしたほうがよい。とくに、その検査が刑務所や検察から独立した精神医学の専門家によって行われた場合はなおさらである。不幸なことに、このような第三者機関による監視は、以下の村松誠一郎のケースで見られるように、日本では非常に実施困難である。

村松誠一郎

村松誠一郎は1985年9月26日に第一審で死刑判決を言い渡され、1998年10月8日に最高裁で確定した。そして2001年2月27日に日弁連に人権救済を申し立てた。村松の申立内容は、東京拘置所が「違法に新技術を用いたポリグラフ実験を私に対して行っている¹⁴⁰」とか「マイクロ通信器をインプラントしての人工テレパシー実験、遠隔痛覚実験などの被験者扱いを受けている」というものだった。

「国家神道を揺るがす『天空カレンダー』の著作権を思い通りに使えないと思い込んだその関係者役人が国家機関が私を脅す等して、その著作権や商標などを譲れと強要している¹⁴¹」。

日弁連はこの申立を「まったく意味不明」だと結論したが、一方で、申立人が死刑確定者であったために、調査を行うべきだと考えた。日弁連人権擁護委員会は第三者である精神科医、中島直医師に相談した。中島は、村松誠一郎は精神科医の間診を受けるべきだと言った。

¹³⁵ 舟木友比古へのインタビュー、2009年2月6日。

¹³⁶ 決定言い渡し、1998年3月17日。

¹³⁷ 舟木友比古へのインタビュー、2009年2月6日。

¹³⁸ 知的障害についての死刑事件における最も詳しい検討は米国で行われたもので、アトキンス対バージニア州事件(2002年)で最高裁判所に提出・検討されたものである。裁判所は、州が知的障害のために死刑を執行できないと判断するための厳密な基準を設けなかったが、知的障害について3つの主な判断ポイントに言及した。「知的障害の臨床上的定義は、知的能力が平均を下回るだけでなく、意思疎通能力、自立能力、自律能力などの適応能力が著しく劣っていることが18歳になるまでにはっきり表れることである」。アトキンス対バージニア州事件 122 S. Ct. 2242(2002) section IV。判決脚注5に、次のように記されている。「人口の1パーセントから3パーセントが、IQ70から75の間か、あるいはそれより低いと推定される。この数字は通常、知的障害者の知能の限界値と考えられる。2 B. Sadock & V. Sadock, Comprehensive Textbook of Psychiatry 2952(7th ed. 2000)」。判決は、<http://www.findlaw.com/cascode/supreme.html> で検索可能。

¹³⁹ 国連経済社会理事会(ECOSOC)、死刑に直面する者の権利の保護の保障に関する決議の履行、決議第1989/64号、1989年5月24日。米国では、知的障害は死刑を免除する理由である。最高裁でのアトキンス対バージニア州事件の判決があるため、知的障害を持つ犯罪者の死刑執行は、残虐で異常な刑罰であるという理由で禁止されている。

¹⁴⁰ 日弁連人権擁護委員会、村松誠一郎の申立に関する意見書、2004年1月10日、1頁。

¹⁴¹ 出典同上。

しかし拘置所当局は、被収容者を動揺させる可能性があると思うようなことには、どんなことにも強く抵抗を示す。日弁連は2002年10月30日付で東京拘置所長に手紙を送り、日弁連がこの事件を調査する一環として、精神科医を伴った弁護人が村松に面会することを認めるかどうかたずねた。1週間後、東京拘置所から口頭で回答があった。その内容は、精神科医が直接面会したり、医学的な判断をしたりすることは、被収容者の処遇に重大な影響があることを理由に、精神科医の同席は望ましくないとするものだった¹⁴²。2002年11月11日、東京拘置所からこの回答を確認する文書が届いた。それには以下のような内容が書かれていた。「かかる被収容者に対し、医学的見地からさまざまな質問をする目的で、弁護人が精神科医を伴って面会に訪れるとのことですが、この被収容者の法的立場を考慮しますと、そのような行動は当人の精神に好ましくない影響を与え、後に問題を引き起こすおそれがあると懸念しています。したがって、遺憾ではありますが精神科医の同行は遠慮していただくようお願いします」。

こうして拒否されたため、中島医師は面会はずに、入手可能な情報の分析を行った。その報告書の概要が、2003年2月5日に日弁連に届いた。それによると、「(報告書にまとめた)あらゆる症状から、統合失調症および拘禁反応であり、病状は深刻である¹⁴³」というのが中島医師の結論だった。

日弁連の人権擁護委員会は、意見書を完成させる前に、村松の健康管理の確認のため、東京拘置所に再び連絡をとった。2003年5月15日に回答があり、それには「申立人は、医師の診察を受けるようにという当局のすすめを(この30カ月間に)13度にわたって頑なに拒否、あるいは無視しました。また、血液検査、血圧測定、投薬も拒否しています」(日弁連作成の意見書概要より)と書かれていた。また、「房の扉を激しく叩いたり、物を壊したり、激しく興奮したり叫んだりしたため、4度にわたり合計13日間、保護房に収容しました」ともあった。中島医師は、報告書にあらたに付け加えることはない判断した。

日弁連は、村松は「統合失調症あるいは拘禁ノイローゼのさまざまな症状(被害妄想、幻聴、誇大妄想、思考の混乱)を示している。申立人が重篤な精神病に罹患していると認められるので、執行命令に署名しないよう」人権擁護委員会から法務大臣に勧告することを決めた¹⁴⁴。

村松は今も執行の危機にある。村松は、1992年6月29日に行われた第二審以降、自分の弁護人(安田好弘)を「敵」とみなしている。村松は安田を解任したが、安田は村松の弟の弁護を続けている¹⁴⁵。

法医学鑑定書

第三者が法医学鑑定をするには障害があるにもかかわらず、精神医学の専門家による面会は何度か実現した。面会は、通常、他国の場合よりもずっと短時間である¹⁴⁶。法手続き関連で弁護人が見ることができる記録を、アムネスティも見ることができた。

アムネスティは拘禁施設で現在勤務している保健職員に話を聞くことはできなかった。しかし弁護士や刑事施設の前職員である医師に補足説明を聞くことができた。また、前述ケースのうち2件については、裁判手続きに関わる診療記録の一部を入手できた。

¹⁴² 出典同上。

¹⁴³ 出典同上、パラ 4f。

¹⁴⁴ 出典同上、6 頁。

¹⁴⁵ 安田好弘へのインタビュー、2009年2月。

¹⁴⁶ 日本では1時間か2時間。米国など他の国ではもっと長時間であることが多い。

袴田巖

袴田巖は30年近く精神疾患の症状を呈している¹⁴⁷。しかし裁判のための最初の精神鑑定は、死刑判決を受けた事件がらみではなく、母親の死去に伴い遺産相続の当事者となる能力があるかどうか判断するため、家庭裁判所が求めたものだった。袴田を鑑定したのは岡田幸之教授で、2007年10月23日と25日に1時間ずつ行われた。岡田教授の鑑定書は2007年11月7日に提出された。袴田事件については、2008年1月16日に中島直医師が1時間にわたる検査を行い、その意見書は2008年8月11日に完成した。

岡田教授の鑑定書

国立精神・神経センター精神保健研究所の岡田幸之教授は、特定の機能に関する知能を鑑定した。その機能とは、意思疎通、記憶力、見当識、計算能力、理解・判断力、知能、行動である。

岡田教授の結論は次のようなものだった。「現時点では、妄想の傾向があるという以外には何らかの精神状態にあるとの診断はできない。本人に関する特定の話題に触れない限り、会話には何の支障もなかった。あいさつをするし、裁判官をじっと見るし、裁判官の声が聞こえなければ聞こえないと言うし¹⁴⁸、面接は終わりだと言われれば会話をやめた。意思疎通能力は欠如していない」。袴田の財政管理・処分能力(保佐人が必要かどうかの問題にかかわる能力の一つ)を判定するにあたり、岡田教授は次のように記した。「袴田は、人類が数えられる限界のお金を持っているとか、今日は5兆円が入ってきたなどと言い、まともなやりとりは成立しなかった」。

袴田が現在の精神状態から回復する力があるかどうかという問題について、岡田教授は次のように書いている。「面接と検査の結果、袴田は(認知症のような)回復不可能な精神障害とは考えられない。実際、袴田に見られる精神障害は、妄想の傾向だけである。これは、長期間の拘禁が原因である」。

岡田教授の診断は、袴田は「精神の障害があり、それは拘禁反応である。前記症状のため、自己の財産を管理・処分できない。もし拘禁が解かれるならば、その能力を回復する可能性は極めて高い」というものだった。言いかえれば、袴田の精神障害の原因は、拘禁そのものだということである。

中島医師の考察

2007年8月27日、袴田の再審を請求している西嶋勝彦弁護士が、日本精神神経学会の法・倫理関連問題委員会に、再審請求にあたり、袴田の精神の健康に関する事柄について意見を出すよう求めた。論点は次の3つである。

- 袴田の現在の心身の状況は医学的に診断してどのような状態か
- いわゆる訴訟能力を充足していると言えるか
- 袴田が刑事訴訟法479条にいう「心神喪失の状態」にあると言えるか

中島医師は、法・倫理関連問題委員会の意見書作成担当だった。中島の検討材料は、2008年1月16日の1時間の面接から得られたもののみに限られていた。この時の面接には、西嶋勝彦弁護士と、小澤優一弁護士が同席していた。また同年には、袴田の姉、ひで子に対しても、面会および電話での聞き取りが行われた。

中島医師はまた、袴田事件に関する60冊を超える裁判記録と膨大な手紙も調べなおした。中島医師は、「直接触れることもできないし、それ以外の診察方法も許可されなかったので、手に入る情報はほんのわずかだった」と認める。しかし、歩くときに左足をひきずるようすがある以外には、はっきりした身体の障害は見られなかった。

¹⁴⁷ 姉の袴田ひで子がアムネスティ代表団に語ったところによれば、弟の思考と行動の変化に最初に気づいたのは、1980年の死刑確定から数カ月もしない頃だったという。弁護人は、1980年代半ばに精神の著しいアンバランスに気付いた(両者へのインタビューは2009年2月)。

¹⁴⁸ 裁判官が鑑定に立ち会った。

袴田の物腰が丁寧で、早口であることに触れた後、中島医師は数ページにわたって、面会時の会話を記録した¹⁴⁹。全体的に、会話は脈絡もまとまりもなかった。死刑の執行がどういうものか理解しているかと聞かれた時、袴田はこう答えた。「知恵というのは死なない。そういう知恵において、これは知恵だからね。死にやあせんわね。世界に女性いっぱいいるし、動物いっぱいいるし。これでみんな物を感じて生きてる。象だって竜だって。私が死ぬわけないんだから」。執行されたら死ぬんだと言われて、袴田は、「死なないわね。死んじやう人はいない。どっかで神のところで生きることにはできるわね」と答えた。

(事件について)裁判官に言いたいことがあるかと聞かれて、袴田は「私自身がその対象だから、私は警視総監だから。裁くとしたら、外の世界の問題。儀式的側だからできん」と答え、こう付け加えた。「学習院で、それは書いてるんだから、証拠がない。国が触ってるという証拠がない。機械が書いてるんだから。嘘だからね」。

袴田との面接や受けた印象について検討するにあたり、中島医師は日本精神神経学会が出した3つの論点に触れた。まず中島は、袴田の精神状態の診断を試み、「拘禁反応」が袴田の思考過程や発言の原因となっていると考えた。中島医師によれば、「拘禁反応とは、拘禁されることをきっかけに引き起こされる精神障害で、症状は、幻覚、妄想、興奮、知覚麻痺、的外れ応答などである…」という。中島医師は、拘禁反応という診断は世界保健機関や米国精神医学協会の診断基準¹⁵⁰の中にはないが、上記の症状自体はこれらの診断基準の中に含まれていると述べた。そして、詐病(IBC-10のZ76.5)や「虚偽性障害」(ICD-10のF68.1)ではないと判断した。

刑事訴訟法第479条との関連について、中島医師は、日本の法律には死刑執行が可能かどうかの判定基準がないとして、米国の法体系と法精神医学におけるこの点についての議論に言及した。とくに中島は、死刑囚を回復させて執行することの倫理的ジレンマについて述べている。

中島医師の結論は次のようなものだった。「本人は、拘禁反応に罹患しており、誇大妄想、思考障害を呈している。治療を要し、強制的な投薬を含め、精神科病院への入院が望ましいが、それが不可能な場合には医療刑務所への移送が考慮されるべきである。現在は、刑事訴訟法439条1項4号の『心神喪失の状態』に該当する¹⁵¹。最終的に中島医師は、「袴田は自分の状態を理解できず、自分自身の裁判についての手続きを準備・実行することに協力できない。したがって、死刑適応能力を欠いた現状にある¹⁵²」という結論に達した。

国家が被拘禁者を管理する義務の中には、精神医療を含めて適切な医療ケアを提供する義務も含まれている¹⁵³。被拘禁者の精神の健康を保護しないことは、人権に関する規定に違反する可能性がある。たとえば、欧州人権裁判所で審理されたリビエール対フランスのケースでは、申立人の拘禁状況が、精神障害のある人にとって適切ではなかったとして、欧州人権条約第3条(非人道的かつ品位を傷つける取扱の禁止)の違反があったことが満場一致で認められた。同裁判所は、「申立人の現状に即した医学的管理なしに拘禁され続けたことが、とくに深刻な苦痛となり、ストレスや悩みの原因となった」として、フランス政府に対する申立人の訴えを支持した。

袴田の弁護団は、再審を求め続けている。アムネスティが姉のひで子に、弟のためにどのような結果を望むかと尋ねると、彼女は次のように答えた。「日本では、弟を救う唯一の方法は、再審請求が認められることです。もし再審請求が認められれば、無罪となり釈放されるでしょう。でも、再審請求が認められることは、とても難しいのです」。

2009年4月、アムネスティは、袴田巖が面会室に車いすで現れたという情報を得た。その理由はつかめていない。

¹⁴⁹ 中島医師は、袴田が早口だったことと、録音機器の使用が許可されなかったため、会話の記録に正確でない部分があるかもしれないと記している。袴田の話が支離滅裂であるため、会話の英訳もまた困難である。

¹⁵⁰ それぞれ、世界保健機関『疾病および関連保健問題の国際統計分類』第10版(ICD-10)、2007年、<http://www.dis.h.u-tokyo.ac.jp/byomei/icd10/> および米国精神医学会『精神疾患の分類と診断の手引(DSM-IV-TR)』新訂版。

¹⁵¹ 刑事訴訟法第439条1項4号によれば、有罪の言渡を受けた者が「心神喪失の状態に在る」場合には、その兄弟姉妹が再審請求することができる。

¹⁵² 中島直医師の意見書、47頁。

¹⁵³ たとえば、国連被拘禁者処遇最低基準規則22を参照。

堀江守男

堀江守男は1992年3月27日に上告を取り下げた時に、裁判所の要求で精神鑑定を受けた。担当したのは福島章教授で、鑑定は1992年6月29日に実施され、その鑑定書は1993年2月10日に最高裁判所第二小法廷に提出された。この中で福島教授は、堀江が見せる拘禁反応の危険因子について論じている。

「被告人についていえば、堀江守男は初犯でしかも重罪を犯している。知能は低く、境界線上である。さらに、てんかんの傾向があり、第一審で死刑判決を受けた未決囚として処遇されてきた。またこの7年間の大半を、単独室か、あるいは保護房や懲罰房に収容されてきた。被告人がそれほど若くないということのをのぞけば、深刻な拘禁反応を誘発しやすいすべての条件がそろっている。したがって、拘禁反応であったとしても驚くにはあたらない¹⁵⁴」。

堀江守男は「臨床検査でみられた精神障害の症状の多くから考えて、てんかんの」可能性がある。「自身の体験についての供述は必ずしも一貫性がみられず、てんかんによる脳の異常な電氣的活動と関係があるのは明らかである」。その上、「死刑判決の意味が理解できないほど知能指数は低くない。しかし殺人罪でせいぜい5年か6年の刑を言い渡されるだろうと思っていたふしがあるのは、知能が低いことと関係している可能性がある。だが、上告を取り下げたら死刑になることが認識できないほど知能が低いわけではない…¹⁵⁵」。

1993年5月30日、鑑定結果に基づき、最高裁判所は公判手続きを停止した。1993年6月17日、堀江は裁判所命令により東京拘置所から八王子医療刑務所に移された。

1997年6月12日、最高裁判所第二小法廷の大西勝也裁判長は、堀江守男の再度の精神鑑定を命じた。鑑定は前回と同じく福島章教授によって行われた¹⁵⁶。鑑定時、堀江守男は以下の薬を投与されていた。カルバマゼピン(てんかんの薬)400 mg、ブロムペリドール15 mg、ハロペリドール(向精神薬)8 mg、ジアゼパム(精神安定剤)8 mg、プロメタジン(副作用抑制)80 mg。

福島教授の鑑定書によれば、堀江は八王子医療刑務所に移送された直後の時期に「幻聴、興奮、多動などの精神疾患の重篤な症状がみられ、大声を出したり扉をたたくなどの規則違反が頻繁にあった」という。しかしその後、状態がよくなり、精神障害の症状は軽くなり、異常行動も少なくなった。状態は快方に向かい、「幻聴(テレパシー)が原因の規則違反は1996年以降は見られなくなった¹⁵⁷」。

鑑定書に記載された膨大な面接記録には、たとえばすでに症状がない「テレパシー(幻聴・幻覚)」があったことを認めるといった、自分自身の過去の精神状態を認識している男の姿が示されていた。しかし、言ったり書いたりする中に混乱や矛盾も見受けられた。

一連の心理測定検査で、堀江が知的障害の境界線上にいることが示された。また、適応能力や生活を運営する能力を測定する検査でも数値が低かったことから、米国で増えつつある、知的障害者に死刑を執行することを禁じた判決¹⁵⁸の対象となると思われる。

福島教授は、38頁におよぶ鑑定書を次のようにまとめた。「堀江は知能レベルが低く、衝動的で情緒不安定である。認知力は前回の心理測定に比べて上昇した。妄想観念は、治療を通して改善したもの、まだ見受けられる」。

¹⁵⁴ 福島章教授、堀江守男の精神鑑定書、1993年2月10日、85頁。

¹⁵⁵ 同上、72頁。

¹⁵⁶ 福島章教授、堀江守男の精神鑑定書、1997年。

¹⁵⁷ 同上、2頁。

¹⁵⁸ 米連邦最高裁、アトキンス対バージニア州(00-8452) 536 U.S. 304 (2002年)事件を参照。連邦最高裁は、合衆国憲法の「残虐で異常な刑罰」の禁止に違反するとして、知的障害者に対する死刑執行を禁止した。

鑑定書の結論は、堀江は統合失調症など重大な精神障害とはいえないというものだった。この結果、最高裁は公判手続きの停止措置を撤回し、堀江は仙台拘置所に戻された。

3度目の精神鑑定は2003年に行われた。担当したのは西山詮教授だった。西山は鑑定書の中で、1987年の保崎教授の鑑定、1989年の小田教授の鑑定、1992年と1997年の福島教授の鑑定結果を再検討した。西山は知能指数について、保崎教授と小田教授の検査では70を超えているのに、福島教授の2回目の検査と西山自身が行った検査では70を下回っていると記している。つまり、福島教授が述べたように「常に正常と知的障害の境界線上にいる」¹⁵⁹。

検査結果から、西山教授は以下のように結論づけた。

1. 被告人は現在、拘禁反応の状態にある。徴候学から見れば、空想虚言症¹⁶⁰である。テレパシー(幻聴)、無罪妄想その他の病的症状や支離滅裂な思考など、精神疾患と思われる症状は、被告人の願望から起きており、願望をかなえたいという目的を持っている。これは、被告人の置かれた状況から容易に理解できるものである。
2. 上記に述べた症状は、ほとんどが裁判の状況および被告人と接触する人々の言動に起因している。被告人の空想傾向を刺激することなく忍耐強く会話を続けるならば、被告人は法的な行為が可能であると思われる。

弁護士らは今も、堀江守男の精神状態を心配し、いつ執行されるかわからないことを憂慮している。

¹⁵⁹ 福島教授による鑑定書、1997年、64頁。

¹⁶⁰ 空想虚言症とは、病的に虚偽や嘘を言うこと。多くの精神障害の症状として、嘘をつくなど欺瞞行為がある。この症状のあるものに、詐病、作話、ガンザー症候群、虚偽性障害、境界性パーソナリティ障害、反社会性パーソナリティ障害などがある。CC Dike, M. Baranokki, EEH Griffith (2005). "Pathological Lying Revisited." *Journal of the American Academy of Psychiatry and Law* 33, pp. 342-9, 2005. <http://www.jaapl.org/cgi/reprint/33/3/342>

5. 医の倫理と死刑

死刑執行は、医療従事者の倫理に大きなプレッシャーをかける。日本の拘禁施設での医療ケアの現場では、被収容者に選択の余地はなく、またインフォームド・コンセントは必ずしも保証されていない。被収容者が主体性を持たないということ、拘禁施設では日々思い知らされる。

死刑囚の置かれた環境のゆえに、医師は、死刑囚が潜在的に抱える問題やそれに付随する医学的な問題の多くを解決できない。死刑囚は、長期間の単独室収容など、ストレスや病気を起こしやすい環境で収容されている。さらに、医師は臨床上、本当の意味で独立していない。一般社会では可能なアドバイスが、拘禁施設の医師にはできない。長期の孤独に起因する問題を解決するのに、たとえば、他人との接触がもっと必要とされる治療法を用いることができないのだ。その上、医師たちは二重忠誠の義務を持つことで厳しいジレンマに直面している¹⁶¹。医師は、雇用者や拘置所長、矯正局などの要求にこたえなければならないが、同時に死刑囚の必要に応じて、医療倫理の原則に沿った治療を行わなければならない。この2つの義務は両立しないことが多い。とくに、医師は異議申し立てができないという規則が拘禁施設にあることが、死刑囚に不利益をもたらしている。

精神科医の職務と倫理の間のジレンマはもう1つある。それは、死刑囚の状態についての法医学鑑定である。鑑定結果(裁判官が執行可能と決定する一助となる可能性のある鑑定結果)が死刑執行を早める可能性があることが、深刻な倫理上の問題を提起する。倫理的立場に立つにあたり重要なことは、誰が執行の可否を判定するのかを理解することである。世界精神医学会は、精神科医に対し、死刑執行が可能かどうかの判定をしないよう呼びかけている¹⁶²。しかし、一部の精神科医は、裁判手続きに加わることで、執行すべきでない状態の死刑囚の死刑判決を覆すことができるかもしれないと信じて、精神状態の判定を行う。どちらの立場も、死刑執行が可能だという判断を出すことは精神科医の役割ではないという点で一致しているが、法医学的判断を専門家が自粛することから悪い結果が起きる可能性を指摘する人もいる。つまり、医師が関与を拒否することの結果は、心神喪失かもしれない死刑囚の執行であるかもしれないというのである¹⁶³。しかしながら、死刑執行が可能かどうかは医学上の概念ではない。国家が死刑を執行したければ、刑事司法制度の枠組みの中で、医療倫理に矛盾しない形でこの判断がなされるよう保証すべきである。

関連する問題で、米国で比較的に一般的に存在し、日本ではあまり事例がないのが、死刑執行すべきでない死刑囚を治療して執行できるようにすることの倫理上の問題である。日本の法律は「心神喪失」の死刑確定者の執行を除外しているが、こうした死刑確定者を、治療により執行できるようにすることがある。堀江守男のケースはこれにあたる(35-37頁参照)が、米国の法廷や文献で議論されている方法(すぐに執行できるようにするための向精神薬の投与が中心)¹⁶⁴とは異なっている。堀江守男は1993年に心神喪失と判断され、その後、八王子医療刑務所で5年間治療を受け、執行可能と判定された。

20年あまり前にラデレットとバーナードによってなされた提言¹⁶⁵がある。それは、治療の前に死刑囚者を減刑すべきだというものである。この提言は、死刑囚を執行可能状態に戻すことなく、治療自体を目的として死刑囚の

¹⁶¹ International Dual Loyalty Working Group (2002). *Dual Loyalty & Human Rights in Health Professional Practice; Proposed Guidelines & Institutional Mechanisms*. Boston: Physicians for Human Rights. Boston: Physicians for Human Rights. <http://physiciansforhumanrights.org/library/documents/reports/report-2002-duelloyalty.pdf>

¹⁶² 本報告の付録(57頁)参照。

¹⁶³ 横藤田誠「心神喪失者の死刑執行をめぐる法的論議 —アメリカの憲法判例を中心に—」精神神経学雑誌、第107巻第7号、681-687頁、2005年。

¹⁶⁴ たとえば、シングルトン対ノリスの議論を参照。SF Depanfilis, “Singleton v. Norris: Exploring the Insanity of Forcibly Medicating, then Eliminating the Insane” (September 1, 2004). *University of Connecticut School of Law. Connecticut Public Interest Law Journal*. Paper 38. <http://lsr.nellco.org/uconn/cpilj/papers/38>

¹⁶⁵ M. Radelet, G. Barnard. “Treating those found incompetent for execution: ethical chaos with only one solution.” *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and Law* 16(4), pp. 297-308, 1988.

精神の健康を回復させることを趣旨とすると明言している。その後、米国医師会¹⁶⁶がこの立場をとり、さらに米国法曹協会も同様の勧告を行った¹⁶⁷。また、日本精神神経学会も同じ内容の声明を出した¹⁶⁸。

職業倫理規定

日本医師会の医の倫理に関する簡潔な綱領は、医師が死刑執行に関与することに反対しているとみられる。「医学および医療は、病める人の治療はもとより、人々の健康の維持もしくは増進を図るもので、医師は責任の重大性を認識し、人類愛を基にすべての人に奉仕するものである」¹⁶⁹。これ以外に、医師と死刑に関する日本医師会の具体的な声明はない。だが日本医師会はアムネスティの質問に対し、世界医師会が死刑執行への医師の参加を禁止している点を支持すると明言した。一方で日本医師会は、拘禁施設の医療スタッフが特別な倫理上のジレンマに直面しているという点には同意しなかった。また、拘禁施設における健康管理の所管を法務省から厚生労働省に移すことについては、厚生労働省内で予算がつくのでない限り、効果的かどうかは疑わしいと述べた¹⁷⁰。

各国の医師会で、倫理と死刑についてもっとも綿密な検討を行っているのは米国医師会である¹⁷¹。米国医師会は、死刑に賛成か反対かは各医師が個人的に決める権利があると認めつつも、医師が死刑に関与することは倫理に反するとして、同医師会が非倫理的だとみなす行為を以下のように規定している。

- 死刑執行手続の一環として、精神安定剤やその他の向精神薬を処方または投与すること
- 死刑執行の刑場で、あるいは別室で、生命反応を監視する(心電図をモニターすることも含む)こと、医師として死刑執行に関与したり立ち会ったりすること
- 死刑執行に関して専門家の立場から助言をすること

さらに米国医師会は次のような立場をとっている。

「医師は、その死刑執行が適法かどうかを判断すべきではない。医師としての意見は、裁判官あるいは審問官といった法的決定権者が考慮に入れる情報の1つにとどまるべきである」。

米国医師会の声明には、精神疾患を持つ死刑囚に関して、医師の果たす役割について3つの重要な項目が含まれている。

その第1は、「死刑を執行すべきでないと判断された場合、医師は、治療開始前に減刑命令がない限り、執行可能状態にする目的で治療を行うべきではない」。

第2は、「死刑囚の再鑑定は、第三者機関の医師によって行われるべきである。執行できないと判断された死刑囚が、精神疾患あるいはその他の病気で非常な苦痛を味わっているなら、その苦痛を和らげるための医学の介入は倫理的に許される」。

¹⁶⁶ 米国医師会は、倫理と死刑に関するコメントを出しているが、そこにはこう述べられている。「死刑確定者が執行できないと判断された場合、治療開始前に減刑命令がない限り、医師は執行できるようにすることを目的に治療すべきではない……」。

¹⁶⁷ 「ここに唯一の賢明な方針がある。それは、死刑確定者が執行不可能とみなされた場合には、自動的により軽い刑罰(どのような刑罰に減刑するかはその司法管轄区の法制による)に減刑すべきだということだ」。American Bar Association. "Recommendation and Report on the Death Penalty and Persons with Mental Disabilities." *Mental and Physical Disability Law Report* 30(5), pp. 668-677, 2006.

¹⁶⁸ 中島直「死刑執行への精神科医の関与に関する学会声明に向けて」精神神経学雑誌、第107巻第7号、676-680頁、2005年。

¹⁶⁹ 日本医師会、医の倫理綱領。 <http://www.med.or.jp/doctor/member/000967.html>

¹⁷⁰ 日本医師会役員へのインタビュー、東京、2009年4月22日。

¹⁷¹ American Medical Association. Code of medical ethics. Opinion 2.06 Capital punishment. http://www.ama-assn.org/ama1/pub/upload/mm/Code_of_Med_Eth/opinion/opinion206.html

第3に、米国医師会は次のように述べている。「医師は、その個人的信条に反して、死刑の執行が可能かどうかを認定する手続きに加わったり、執行できないとされた死刑囚の治療に関与したりさせられるべきではない。こうした場合、医師は、他の医師に担当を交代することを許されるべきである¹⁷²」。

米国医師会は、医師が死刑に関与することに反対しているが、米国には、死刑の執行停止¹⁷³または死刑の適用中止¹⁷⁴を求めている団体もある。

世界医師会は、米国医師会と同じ立場をとっている。世界医師会はその構成員に対し「死刑へのいかなる形での関与も」倫理に反することであると「すべての医師に知らせるよう」「断固たる態度で」要求している。そして、「医師がいかなる形でも死刑に関与することに反対し、そのために各国政府や議員に積極的に働き掛ける」ことを求めている¹⁷⁵。

世界精神医学会は1998年に、「医師が(死刑に)関与することは、職業倫理に反する¹⁷⁶」と宣言し、その後、精神科医に対し、「いかなる状況下にあっても」「法的に認可された処刑や、死刑執行のための能力評価」に関与しないよう呼びかけた¹⁷⁷。国際看護師協会も、すべての加盟国に対し、死刑廃止のために活動するよう求めている¹⁷⁸。

日本の医療団体の立場¹⁷⁹

日本医師会

日本医師会は日本の公立・民間の機関の医師をまとめる国内医療団体で、世界医師会に加盟している。日本医師会は各地方医師会と並存し、国際関係、方針、医療倫理などを担当している。同医師会は世界医師会の死刑に関する立場を支持しているが、拘禁施設内の重大な倫理上の問題を認識していないとみられ、また、医師会内部で死刑について議論したこともないと思われる¹⁸⁰。

日本精神神経学会

日本精神神経学会は世界精神医学会に加盟しており、方針の中でもまた社会問題としても死刑に言及している。詳しくは後述。

日本看護協会

日本看護協会は国際看護師協会に加盟している。日本看護協会は死刑について論じたことはなく、また組織としての方針も持たないが、被拘禁者を含めたすべての人に平等の健康管理をするべきだと述べている。¹⁸¹

日本精神神経学会は、精神科医が死刑に関与することについて、2002年に暫定的に反対の立場表明を行った¹⁸²後、正式な立場を表明した¹⁸³。2005年に開かれた第100回日本精神神経学会シンポジウムに提出された論文には、日本精神神経学会の立場の要点が述べられている。

¹⁷² 同上。

¹⁷³ American Psychiatric Association (2002). *Position Statement on Moratorium on Capital Punishment in the United States*, Position Statement of the American Psychiatric Association. APA Document Reference No. 200006. Washington, DC.

¹⁷⁴ 米国内科学会、米国公衆衛生協会。

¹⁷⁵ 世界医師会、医師の死刑への関与に関する世界医師会決議、1981年採択、2008年に最新の改訂。日本医師会は世界医師会に加盟している。

¹⁷⁶ 世界精神医学会、精神科医の死刑への関与に関する宣言。日本精神神経学会は世界精神医学会に加盟している。

¹⁷⁷ 世界精神医学会、マドリッド宣言、1996年採択。

¹⁷⁸ 国際看護師協会。日本看護協会は国際看護師協会に加盟している。

¹⁷⁹ 2009年4月20日から24日にかけて、ここにあげた3つの団体が東京で会合を開いた。

¹⁸⁰ 日本医師会へのインタビュー、2009年4月、東京。

¹⁸¹ 日本看護協会へのインタビュー、2009年4月、東京。

- 法務省や矯正施設の秘密主義は打破されなければならない。
- 矯正施設の精神科医は死刑囚の診療に関与すべきではない。
- 外部の医師による場合であっても、死刑執行に関する能力の有無の鑑定は行うべきでない。
- 死刑の受刑能力を回復させることを目的とした治療は行ってはならない。
- えん罪の問題がある。
- 精神科医が鑑定等に携わらなければならない役割が強いられる状況のもとでは、(中略)死刑を受ける能力が問題となった死刑囚は自動的に無期刑に減刑されるべきである¹⁸⁴。

自由権規約委員会は、死刑は将来的に廃止されるべきものとみなしているが、現時点では、国際法上では、適用の制限はあるけれども合法である。しかし各国内の司法部門は、もっと明確な立場をとることもある¹⁸⁵。南アフリカ共和国政府は1996年に憲法に死刑廃止を盛り込んだ。死刑についてのこうした解釈が優勢になるにつれて、これを倫理規定に反映させることが職業団体にとってますます重要になっていくだろう。アムネスティは、今がその時だと考えている。

¹⁸² 「死刑執行への精神科医の関与に関する当学会の当面の態度について」(2002年3月16日)。精神神経学雑誌、第104巻第7号、641-642頁、2002年。中島直による引用「死刑執行への精神科医の関与に関する学会声明に向けて」精神神経学雑誌、第107巻第7号、676-680頁、2005年。

¹⁸³ 「死刑執行への精神科医の関与に関する当学会の見解」(2004年12月24日)。精神神経学雑誌、第107巻第7号、776-777頁、2005年。

¹⁸⁴ 中島直「死刑執行への精神科医の関与に関する学会声明に向けて」精神神経学雑誌、第107巻第7号、676-680頁、2005年。

¹⁸⁵ たとえば、南アフリカ共和国憲法裁判所は、1995年6月の国対マクワニャネ・ムチュヌ事件で画期的な判決を出した。それは、「当時の国際人権監視機関の判断例を総合的に再検討した結果、死刑はどのような場合においても、残虐、非人道的かつ品位を傷つける刑罰であるとみなされなければならないという確固たる結論に到達した」というものだった。1995年6月6日の判決、事件番号 CCT/3/94、拷問に関する特別報告者による引用、UN Doc. A/HRC/10/44、パラ 45。

6. 死刑に関する国際的視点

日本は、死刑制度改革を求める声に否定的である。2007年12月、国連総会で初めて採択された「死刑の執行停止」を求める決議第62/149号に日本は反対票を投じた。さらに、この決議採択に反対する少数の国による口上書提出にも加わった¹⁸⁶。その1年後の国連総会では、再び地球規模での死刑執行停止決議第63/168号が、賛成106、反対46、棄権34で採択されたが、日本はこれにもやはり反対票を投じ、その立場を再確認した¹⁸⁷。

日本国内の死刑廃止の声

日本弁護士連合会

日本弁護士連合会(日弁連)は、日本のすべての弁護士および地方弁護士会の連合体である。日弁連は個別の事件について意見を表明し、また、死刑停止を求めている。

人権団体、被拘禁者支援団体

アムネスティ日本、監獄人権センター、死刑廃止国際条約の批准を求めるフォーラム90、Ocean、日本死刑情報センター、東京精神医療人権センターなどは、死刑に関する人権監視を行い、政府に結果を提出している。

議員連盟

超党派の議員連盟が、死刑を監視し、死刑に反対している。死刑廃止議員連盟のメンバーの中には、それを公言することができないと感じる人々もいる。死刑に反対することは、政治的に不利だと考えられるからである。

宗教団体

日本の一部の宗教団体の代表は、死刑制度反対を公言したり、特定の事件について死刑反対を表明したりしている。日本キリスト教協議会、日本聖公会、天台宗は、死刑廃止の立場をとっている¹⁸⁸。

新聞

日本の新聞には、はっきりした死刑廃止の声は出ていない。通常、日本の新聞が死刑に関して報道するのは、犯罪発生時と裁判進行中だけである。読売新聞は2008年から2009年にかけて、死刑についての4部構成の連載を掲載した。この連載は、主に被害者遺族の視点から書かれたものだった。

先進7カ国(G7)で死刑を存置しているもう一つの国 -米国- では、死刑囚や死刑事件の被告人の弁護人は、自分の側により有利な状況にするために、精神鑑定を求めることができる。また、こうした被拘禁者が、外部の医療専門家が含まれている可能性のある訪問者と面会することも可能である。さらに、医学者が調査と分析をすることもできる¹⁸⁹。

日本政府の姿勢

国民、国会議員、政府閣僚の死刑支持率は高い。しかし、これは死刑が隠されていて、死刑と代替刑について広く議論が行われていないからである。とりわけ、メディアでの死刑批判の声がないことが大きい。

¹⁸⁶ 国連事務総長にあてた口上書、UN Doc. A/62/658、2008年1月11日。

¹⁸⁷ 世界的な死刑の執行停止を求める国連総会決議第62/149号、2007年12月18日。この決議は賛成104、反対54、棄権29により採択された。再確認の決議は、2008年12月18日、国連総会決議第63/168号。

¹⁸⁸ Yasuda Yoshihiro (2004). "The death penalty in Japan" In: Council of Europe. *The death penalty: Beyond Abolition*, Strasbourg, 2004, pp. 215-231.

¹⁸⁹ たとえば以下を参照。Lewis DO, Pincus JH, Feldman M, Jackson L, Bard B. Psychiatric, neurological, and psychoeducational characteristics of 15 death row inmates in the United States. *American Journal of Psychology*, 143(7), pp. 838-845, 1986.

日本政府は、自由権規約第40条に基づく自由権規約委員会への報告の中で次のように述べた。「我が国においては…重大な犯罪の罪種の中でも特に重大なもの(殺人または人の生命を害する重大な危険のある故意の行為)についてのみ死刑が適用されるような法制が採られている¹⁹⁰」。さらに、以下の事実を強調した。「国民世論の多数が極めて悪質、凶悪な犯罪については死刑もやむを得ないと考えている…。多数の者に対する殺人、強盗殺人等の凶悪犯罪がいまだ後を絶たない状況等にかんがみれば、その罪責が著しく重大な凶悪犯罪を犯した者に対しては、死刑を科することもやむを得ず、死刑を廃止することは適当でないと考えている¹⁹¹」。

自由権規約委員会への回答の中で、日本政府は、すべての死刑確定者に対する死刑の執行を一般的に停止することは適当ではないとの立場をとった。死刑の適用を継続したいというのではなく、むしろ、執行停止は望ましくないというのが日本政府の言い分である。日本政府代表は、「死刑の執行が停止された後にこれが再開された場合、死刑確定者に死刑が執行されないという期待をいったん持たせながらこれを覆すことになり、かえって非人道的な結果にもなりかねない。したがって、すべての死刑確定者に対して一般的に死刑の執行停止の措置をとることは適当ではない¹⁹²」と述べた。

報告の中で日本政府はまた、仮釈放を認めない終身刑などの死刑の代替刑については「一生拘禁されることにより受刑者の人格が完全に破壊されるなど、刑事政策上問題の多い刑である¹⁹³」との懸念も示している。しかし、死刑の執行を待ちながら過酷な状況の中で、20年、30年、あるいは40年以上も拘禁されている事例において、死刑確定者の人格がどの程度「完全に破壊されるおそれがあるか」についての分析はない。

政府は、死刑確定者の心情の安定に配慮を示し、死刑確定者の家族の「精神的苦痛」を最小限に抑えることが望ましいとしながらも、実際の手続きは(意図的にしろ偶然にしろ)、逆効果となっている。「構造的不安」-いつ執行されるかわからないが執行されることはわかっているという状態-からくるストレスが、死刑確定者本人にとっても家族にとっても、強く長く続く¹⁹⁴。死刑確定者は、その精神状態によっては、上訴を取り下げたり、弁護人を解任したりして、死刑執行を事実上「願う」かのような決断をすることがある。このような態度は、心から反省している証というよりは、病気によるものである可能性が高い。死刑確定者の上訴取り下げを認めることは、精神疾患を持つ人の死刑執行への近道になることは間違いないようだ。実際、精神病歴があつて複数の殺人で有罪となった宅間守は、第一審で死刑が宣告されてからちょうど1年後の2004年9月に死刑が執行された。異例の早い執行だった。もっと一般的に言っても、死刑確定者が上訴を取り下げた執行時期を早めることになる要因として、精神疾患は除外できない¹⁹⁵。

¹⁹⁰ 市民のおよび政治的権利に関する国際規約第40条1(b)に基づく第5回政府報告、パラ124。

http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/kiyaku/pdfs/40_1b_5.pdf

¹⁹¹ 市民のおよび政治的権利に関する国際規約第40条1(b)に基づく第5回政府報告、パラ125。

http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/kiyaku/pdfs/40_1b_5.pdf

¹⁹² 市民のおよび政治的権利に関する委員会からの質問事項に対する日本政府回答、問12への答。

http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/kiyaku/pdfs/jiyu_kaito.pdf

¹⁹³ 市民のおよび政治的権利に関する国際規約第40条1(b)に基づく第5回政府報告、パラ126。

http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/kiyaku/pdfs/40_1b_5.pdf

¹⁹⁴ M. Radelet, M. Vandiver, F. M. Barado (1983). Families, prisons, and men with death sentences: the human impact of structured uncertainty. *Journal of Family Issues*, Vol. 4, No. 4, pp. 593-612, 1983.

¹⁹⁵ 日本の死刑執行は秘密に覆われているので、この仮説が正しいかどうかを証明するための第三者機関による調査はできない。米国では、上訴を取り下げる被拘禁者の中に精神疾患のある人が高い割合で存在することが調査でわかっている。ブルームが研究した事例のうち70パーセント以上で、申立人に精神疾患があつた (J. Blume, "Killing the Willing: Volunteers, Suicide and Competency" *Michigan Law Review* 103, pp. 939-1009, 2005)。

国際社会の監視

日本の拘禁施設の状況と死刑の適用について、国際社会は長年にわたって検討し発言してきた。

国連

自由権規約委員会

自由権規約委員会は、(国の代表ではなく)独立した専門家によって構成され、締約国の規約遵守状況を監視している。10年以上前、同委員会は規約に基づき日本が提出した第4回政府報告に対する最終見解で次のように述べた。「死刑囚の拘禁状態について、引き続き深刻な懸念を有する。特に、委員会は、面会および通信の不当な制限並びに死刑囚の家族および弁護人に執行の通知を行わないことは、規約に適合しないと認める。委員会は、死刑囚の拘禁状態が、規約第7条、第10条1に従い、人道的なものとされることを勧告する¹⁹⁶」。

この勧告が行われてから現在まで、状況はほとんど変化していない。そのため2008年10月の第5回政府報告の審査の際、「委員たちは、日本が前回の委員会のコメントを検討しなかったことに失望」させられた。「委員会は、勧告の実施には障害があることを理解しているが、対話を続けることによって進展があることを期待している¹⁹⁷」。

委員会は、第5回政府報告に対する最終見解のパラ16、17、21で次のように述べた。

委員会は、実際に死刑が殺人を含む犯罪のみに課されていることに留意する一方、死刑によって処罰される罪の数が未だに減少していないことおよび近年執行の数が着実に増加していることへの懸念を再度表明する。死刑囚がしばしば長期間単独室に収容され、執行の当日まで事前の告知がなされずに執行されること、いくつかの事例では、高齢者または精神障害者であるにも関わらず執行を行っていることについても懸念する。恩赦(大赦、特赦)、減刑、刑の執行の猶予が行われておらず、またかかる救済措置を求めるための手続に関する透明性が欠けていることも懸念事項である。(第6条、第7条、第10条)

世論調査の結果如何にかかわらず、締約国は、死刑廃止を前向きに考慮し、公衆に対して、必要があれば、廃止が望ましいことを伝えるべきである。廃止までの間、B規約第6条2に従い、死刑は最も重大な犯罪に厳しく限定されるべきである。締約国は、死刑囚の処遇並びに高齢者および精神障害者の執行について、より人道的なアプローチを採ることを検討すべきである。締約国は、死刑執行に備えるための機会の欠如によって引き起こされる精神的苦痛を軽減するという観点から、死刑囚およびその家族に対して執行予定日時が合理的に事前通知されるよう保証すべきである。恩赦(大赦、特赦)、減刑および刑の執行免除(reprieve)が実際にも適用可能であるべきである。

…委員会は、上訴権を行使しないまま、死刑の宣告を受ける被告人の数が増加していること、裁判所が再審開始を決定するまでは再審請求を担当する弁護士と死刑囚との面会に刑務官が立ち会い、監視すること、および再審請求あるいは恩赦請求が死刑執行の停止に影響を及ぼさないことにも懸念をもって留意する。(第6条、第14条)

締約国は、死刑事件について義務的再審査制度(mandatory system of review)を採用し、死刑事件の再審または恩赦請求が執行停止の効力を持つことを確保すべきである。執行停止の乱用を防止するた

¹⁹⁶ 規約第40条に基づき日本から提出された報告書の検討 B規約人権委員会の最終見解：日本、UN Doc. CCPR/C/79/Add.102、1998年11月19日、パラ21。 http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/kiyaku/2c2_001.html

¹⁹⁷ 国連欧州本部、ジュネーブ。

めに恩赦請求の回数に制限を設けることはありうる。また締約国は、死刑囚と再審に関する弁護士との間の全ての面会の厳格な秘密性についても保証すべきである。

さらに委員会は、「精神的・心情的安定を確保するためとして、死刑囚が昼夜間単独室に収容されていること」に懸念を示し、日本に対し「死刑囚を単独室に収容するという規則を緩和し、単独室収容は期間を限定した例外的な手段であることを保証し、最長期間を明確化し、また、保護室に留置される者の事前の健康診断や精神鑑定を必要とすべきである」と勧告した¹⁹⁸。

拷問禁止委員会

拷問禁止委員会は国際的な専門家で構成され、拷問等禁止条約の遵守状況を監視している。2007年に第1回報告を提出した際、日本政府は次のように述べた。

我が国の死刑制度は、刑法に定められている罰であり、本条約第1条1にいう「合法的な制裁」に該当し、本条約にいう拷問に当たるものではない。また、現在我が国の採用している絞首刑が、他の方法に比して人道上残酷な方法とは考えられず、「残虐な、非人道的なまたは品位を傷つける」刑罰に該当するものでもない。さらに、死刑制度は、(法律に従って)厳格に運用されている¹⁹⁹。

委員会はこれに対し、拘禁の状況および死刑の適用方法に重大な懸念を示した²⁰⁰。政府への勧告は以下の通りだった。

- 医療設備および医療職員を(現行の法務省ではなく)厚生労働省の管轄下に置くことを検討すべきである。(パラ17)
- 国際的な最低水準に従って、単独室収容が限られた期間内の例外的措置に留まるよう、現行法を改正すべきである。(パラ18)
- 国際的な最低基準に合致するよう、死刑囚の収容状況を改善するためのすべての必要な措置を採るべきである。(パラ19)
- 死刑執行の即時モラトリアムおよび減刑のための措置を採ることを検討し、恩赦措置の可能性を含め手続上の改革を行うべきである。すべての死刑判決について、上訴権が義務的なものとされるべきである。(パラ20)

超法規的・即決・恣意的処刑に関する特別報告者

特別報告者は2006年に発表した2つの報告書²⁰¹の中で、日本の死刑執行に透明性が欠けている点について批判的なコメントを出した。

「日本では透明性に限界があり…プライバシーと尊厳に対する個人の権利を保護するのに必要な程度に達しておらず、公開することで得られる保護手段がない」。

¹⁹⁸ 規約第40条に基づき締約国より提出された報告の審査 自由権規約委員会の最終見解：日本、パラ16、17、21。

http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/kiyaku/pdfs/jiyu_kenkai.pdf

¹⁹⁹ 拷問等禁止条約第19条1に基づく第1回日本政府報告、2007年、パラ145。

http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/gomon/pdfs/houkoku_01.pdf

²⁰⁰ 拷問禁止委員会の結論および勧告：日本、2007年。<http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/gomon/pdfs/kenkai.pdf>

²⁰¹ “Extrajudicial, summary or arbitrary executions: Report of the Special Rapporteur, Philip Alston” UN Doc. E/CN.4/2006/53. “Transparency and the Imposition of the Death Penalty: Report of the Special Rapporteur on Extrajudicial Summary or Arbitrary Executions, Philip Alston” UN Doc. E/CN.4/2006/53/Add.3. <http://www2.ohchr.org/english/bodies/chr/sessions/62/listdocs.htm>

特別報告者は、次のように結んだ。「直前になって本人に執行を告知し、家族には執行後に知らせるというやり方は、『非人道的かつ品位を傷つける』ものである²⁰²」。

日本政府は、報告書が出た後に実施された改革によって問題が解決したと述べた。(人格識見が高く、かつ、刑事施設の運営の改善向上に熱意を有する者のうちから、法務大臣が任命する10人以内の委員で組織される)刑事施設視察委員会が設置された。日本政府は、「同委員会の設置およびその他の措置によって、行刑運営の透明性が確保されている」と述べた²⁰³。このような委員会は拘禁制度を外部から監視するためにあらたに加えられたものとして歓迎すべきだが、委員の選出、委員の監視可能範囲、説明責任と実施義務、および一般国民に対する報告の仕組みなどは、公の説明責任と実施義務に合う基準にはまだ達していない。

死刑を廃止すること

米国・ニューメキシコ州 2009年

「国際人権の展望から見れば、この問題について米国が他の国々に遅れをとるべき理由はない。死刑を存置し、執行を続けている国の多くは、世界でもっとも抑圧的な国々でもある。誇れることではない。

個人の生命と自由を他の何よりも大事にする社会においては、また、復讐ではなく正義が刑法制度の唯一の指針である社会においては、間違った有罪判決によって、そんなことがあってはならないが、無実の人を処刑する可能性があるということは、人間として根源的に耐えられないことである。だから私はこの法案に署名し、立法化するのである」(ビル・リチャードソン知事、2009年3月18日、死刑廃止法案への署名の際の発言)

英国 1965年

「反逆罪に対する死刑(執行方法は、絞首の後、まだ息のあるうちにおろし、生きながら内臓を取り出し、その後四つ裂きにする)を廃止したのは、反逆者に同情したからではなく、この刑罰が、もはや私たちの自尊心とは相いれないものだと考えたからだ」(大法官、ガーディナー卿、1965年、議会での死刑廃止についての審議にて)

普遍的定期審査

2008年5月、日本の人権記録が国連人権理事会の普遍的定期審査(UPR)作業部会で審査された²⁰⁴。審査中、多くの国が日本で死刑が行われていることに懸念を示し、とりわけ、執行を停止するよう日本政府に勧告した。アムネスティが遺憾に思うのは、日本政府がこうした勧告に対する回答として、死刑に対する従来の立場をあらためて確認し、「日本は、死刑執行停止の検討および死刑廃止のいずれについても適当ではないとの立場である」と述べたことである²⁰⁵。

²⁰² “Transparency and the Imposition of the Death Penalty: Report of the Special Rapporteur on Extrajudicial Summary or Arbitrary Executions, Philip Alston” UN Doc. E/CN.4/2006/53/Add.3, para. 32. 2009年3月、東京拘置所視察委員会は法務大臣に対し、死刑確定者への執行の当日告知を改め、一兩日前に知らせるべきであると勧告した(2009年4月2日付朝日新聞)。このような改革への動きは措置としては歓迎すべきだが、死刑にひそむ残虐性にはまったく触れていない。

²⁰³ 法務省矯正局『日本の刑事施設 Penal institutions in Japan』2008年、6頁。「法務大臣は、毎年、委員会が刑事施設の長に対して述べた意見およびこれを受けて刑事施設の長が講じた措置の内容をとりまとめ、その概要を公表する」。
<http://www.moj.go.jp/ENGLISH/CB/cb-02.pdf>

²⁰⁴ UPR 日本政府審査・結果文書、UN Doc. A/HRC/8/44。 http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/jinken_r/pdfs/upr_sk0805j.pdf

²⁰⁵ UPR 結果文書・補遺、UN Doc. A/HRC/8/44/Add.1。 http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/jinken_r/pdfs/upr_skt0808j.pdf

欧州評議会

日本と米国は、1996年から欧州評議会のオブザーバー資格を持っている²⁰⁶。2001年6月25日、欧州評議会議員会議は決議第1253号を採択した。これは、日本と米国で死刑が引き続き執行されていることが、決議第93(26)号で定められたオブザーバー資格の要件に違反しているとして2003年までに改正のための措置をとるよう求めたものである²⁰⁷。

しかし両国による改正は行われなかったため、議員会議は「日本と米国は、死刑を続行していることで、成文決議第93(26)号に基づいて人権を尊重する基本的な義務に違反したと再度結論せざるを得ないことに」遺憾の意を示す決議を採択した。

「議員会議は日本の議会および政府に対し、この問題について欧州評議会と建設的な対話を継続し、深めていくことを求める。一方で議員会議は、『死刑囚監房』の状態をただちに改善すること、死刑執行をとりまく密行主義をやめること、『死刑囚』が有罪判決後や上訴後に再審を受けられる門戸を広げることを要請し、以上のようなことの実現あるいは死刑の執行停止のために活動している日本の政治家やNGOの運動を支持するものである²⁰⁸」。

2006年、議員会議は死刑を廃止していない国(日本を含む)に関するあらたな決議を採択した²⁰⁹。

非政府組織

アムネスティは、日本の拘禁施設に蔓延する過酷な状況を批判してきた²¹⁰。また、世界の存置国および日本²¹¹での死刑の実態についても批判してきた。1995年にはヒューマン・ライツ・ウォッチが日本の拘禁施設の状況について、死刑確定者の状況も含めて細かく検討し批判した²¹²。国際人権連盟(FIDH)は2003年以降、日本の死刑について2つの詳細な報告書を発表している²¹³。FIDHはどちらの報告書においても、死刑確定者の拘禁状況や死刑制度にまつわる慣行が国際基準を満たしていないとしている。

²⁰⁶ 欧州評議会閣僚委員会のオブザーバー資格を持つ国は、他に、カナダ、バチカン、メキシコ。

²⁰⁷ C. Ravaut. The Case-law of the institutions of the European Convention on Human Rights. In: Council of Europe, *The Death Penalty-Beyond Abolition*, Strasbourg, 2004, pp. 97-123.

²⁰⁸ Council of Europe Parliamentary Assembly Resolution 1349 (2003): Abolition of the death penalty in Council of Europe Observer states, paras 7 and 9. <http://assembly.coe.int/> 日本はこうした決議に対応しなかった。日本政府は決議に沿うためだけに政策を転換したりはしないという外務省の論理は、アムネスティの代表団には納得できなかった。

²⁰⁹ Parliamentary Assembly. Recommendation 1760 (2006). Position of the Parliamentary Assembly as regards the Council of Europe member and observer states which have not abolished the death penalty. <http://assembly.coe.int/Main.asp?link=/Documents/AdoptedText/ta06/erec1760.htm>

²¹⁰ Amnesty International. "Japan: The Death Penalty: Summary of concerns." AIIndex: ASA 22/001/1997.

²¹¹ Amnesty International, "Will this day be my last?" *The death penalty in Japan*, Index: ASA 22/006/2006, London, 2006. (アムネスティ「今日が最期の日? 日本の死刑」) <http://homepage2.nifty.com/shihai/shiryou/JapanDPReport2006.pdf>

²¹² Human Rights Watch, *Prison Conditions in Japan*, New York, 1995. (邦訳ヒューマン・ライツ・ウォッチ・アジア、プリズン・プロジェクト著『監獄における人権/日本』刑事立法研究会訳、現代人文社、1995年)

²¹³ Federation Internationale des Liques des Droits de l' Homme. *The Death Penalty In Japan, A Practice Unworthy of a Democracy*, Paris, May 2003. (国際人権連盟(FIDH)「死刑:民主主義国家にあるまじき行為」2003年5月、パリ) <http://www.fidh.org/IMG/pdf/jp359j.pdf#search=%E6%AD%BB%E5%88%91+%E5%9F%B7%E8%A1%8C%E5%81%9C%E6%AD%A2+%E5%9B%BD%E9%80%A3+%E6%B8%9B%E5%88%91+%E9%81%85%E6%BB%9E%E3%81%AA%E3%81%8F> FIDH, *The Law of Silence, Going Against the International Trend*, Paris, 2008. <http://www.fidh.org/The-law-of-silence-going-against>

死刑の使用は減少の方向

19世紀の昔にすでに死刑を廃止していた国もあるが、1960年代までは、はっきりした国際的な死刑廃止運動はなかった。アムネスティが1977年に死刑に関する国際会議を開いた時、全面的に死刑を廃止していたのは20カ国に満たなかった。しかし、2009年初めには、以下のようになっている。

あらゆる犯罪に対して死刑を廃止している国	92
通常の犯罪に対してのみ死刑を廃止している国	10
事実上の死刑廃止国(この10年間死刑を執行していない国)	36
死刑を存置し、適用している国	59 ¹

精神衛生と死刑についての米国の事例

重大な精神疾患(および知的障害)のある者に対する死刑の執行を禁止した連邦最高裁の判例があるにもかかわらず、実際には精神疾患のある死刑囚が今も死刑を執行されている²¹⁴。

フォード対ウェインライト事件(1986年)やアトキンス対バージニア州事件(2002年)を含め、精神疾患がからむ最高裁の判決は多く、そのすべてについて秀逸な解説や分析があり、米国の法学の分野を形成している。こうした判決がきっかけとなって、現行法の下で死刑を除外されるべき人々の法的保護を強化する目的でさらに深い思索がすすめられてきた。たとえば、米国法曹協会の活動によって、職業団体は、精神医療と死刑に関する現行の姿勢を純化させている。2003年、米国法曹協会は知的障害と死刑に関する作業部会を設置した²¹⁵。米国法曹協会はこの作業部会が出した勧告を採択し、その後、米国精神科学会と米国心理学会も作業部会の勧告を支持した。作業部会の報告書はまず、犯行時に知的能力や適応性に大きな制約をもたらすような認知症あるいは脳外傷があった者には死刑を言い渡さないように求めた。米国法曹協会は、知的障害者の死刑を禁止したアトキンス対バージニア州事件の判決の精神を支持し、死刑の除外対象を広げ、類似の症状のある障害者もこれに含めた。

次に報告書が勧告したのは、「提示された犯行時の知的・心理的な機能障害を考慮した場合に、犯した罪に比べて死刑判決が重すぎる場合」には、重い精神障害を持つ人に死刑を適用しないようにということだった²¹⁶。

勧告の第三は、すでに死刑判決を受けた人に起こり得る以下の3通りの状況において死刑を執行しないようにというものだった。

- 死刑囚が、有罪判決や量刑を維持する目的で、上訴や付随手続きをしないことを望む場合。
- 有罪判決後の手続きや、人身保護法の手続きを行う能力が損なわれた場合。
- 本人が刑罰の質や目的を認識していない場合、またはなぜ死刑になるのか理解できない場合。

さらに米国法曹協会は、ある死刑囚が執行すべきでないといみなされた場合、その司法管轄区で死刑の次に重い刑罰に自動的に減刑されるべきであるとしている。

²¹⁴ Amnesty International. *USA: The execution of mentally ill offenders*. AI Index: AMR 51/003/2006, 2006.
<http://www.amnesty.org/en/library/info/AMR51/003/2006>

²¹⁵ R. J. Tabak. "A more rational approach to a disturbing subject." *Human Rights* Vol. 34 No. 2, 2007.
<http://www.abanet.org/irr/hr/spring07/tabakspr07.html> 報告書と勧告は、*Mental & Physical Disability Law Report* 30, p. 668 (Sept.-Oct. 2006)を参照。

²¹⁶ R. J. Tabak, 同上。

7. 結論

死刑制度についての改革はここ数年間にいくつかあったが、それらは大変些細なものだった。触法精神障害者処遇施設の整備、刑事施設視察委員会の設置、(実際上はともかく、少なくとも法律上では)面会の制限が緩和されたことなどは歓迎すべきである。一方で、死刑制度に内在する欠陥については、改革では実質的には触れられないままである。

日本の死刑制度を特徴づけるのは、以下の点である。

- 代用監獄制度と自白の偏重による冤罪の危険性。
- 不十分な透明性。死刑のあらゆる面が隠されている。刑事司法制度が適正に機能するために必要な情報の流れが、不当な密行主義によって阻害されている。
- 司法精神医の公式養成や資格認定制度がない。このような養成と資格認定制度があれば、死刑事件における専門技術のレベルを上げ、専門的な証拠の価値を強化することになる。
- 精神鑑定人を選任できるのは検察官と裁判官だけで、独立した医療専門家が果たすことのできる役割は非常に限られている。
- 拘禁の状態は非常にストレスの多い抑圧的なもので、被収容者の心情の安定を保護するためという点から見ると皮肉な状況である。
- 死刑や刑罰の目的についての議論が少ない。

日本の刑事司法制度について、ある人は次のように語った。「日本の刑事司法制度は外部からの監視に対して非常に敵対的で、問題の多くがどういうものなのか、知ることも指摘することもできないままである²¹⁷」。アムネスティなどの人権監視団体や弁護士も同じ経験をしてきた。

米国の事例にあるように²¹⁸、現在の手続の下で精神疾患のある人に死刑が執行されてきたし、これからも執行されるだろう。そして今も、国際基準に違反して、彼らは死刑に直面し続けている。

アムネスティは死刑に反対している。そして死刑の廃止こそ、最善の策であると考えている。

勧告

日本政府に対して：

アムネスティは日本政府に対し以下の措置をとるよう求める。

死刑の執行停止

- 2007年12月18日に採択された国連総会決議第62/149号に定められているように、死刑廃止を視野に入れて、死刑の執行を停止すること。そして、すべての死刑囚をただちに拘禁刑に減刑すること。
- 死刑廃止について、情報を提供した上で一般・議会での議論を始めること。

²¹⁷ D. T. Johnson, "Japan's Secretive Death Penalty Policy: Contours, Origins, Justifications, and Meanings" *Asia-Pacific Law & Policy Journal*, 2006, Volume 7, Issue 2, pp. 106-124.

²¹⁸ Amnesty International. *USA: The execution of mentally ill offenders*. AI Index: AMR 51/003/2006, 2006. <http://www.amnesty.org/en/library/info/AMR51/003/2006>

人権への責務

- 死刑が廃止されるまでの間、日本の法律とその運用が国際人権基準を満たすように、国連自由権規約委員会および国連拷問禁止委員会によるすべての関連勧告を実施すること。
- 刑法、刑事訴訟法その他の刑事司法関連の法律で、本質的に、あるいは解釈や運用面で国際人権基準を満たしていないものを廃止・改正すること。

精神疾患が関連要因である可能性がある事例の見直し

- 死刑判決を受けた人が、現在精神疾患にかかっている、刑事訴訟法第479条が適用され得るという信頼できる証拠があるすべての事例について、ただちに第三者による見直しを開始すること。

死刑判決後の精神障害または知的障害

- 死刑確定者が精神障害または知的障害のために、以下の能力に著しい欠如がある場合には、死刑が執行されないように保証すること。(i) 有罪判決・量刑の妥当性に異議を申し立てるための判決後の手続きをしなかったり取り下げたりするにあたり、理性的な決断をする能力 (ii) 当面の問題に関係のある情報を理解したり伝達したりする能力、または、死刑確定者本人の関与なしには適正に解決することができないような、有罪判決・量刑の妥当性についての特定の申し立てについて、弁護人に協力する能力 (iii) 刑罰の質や目的を理解する能力、または、自分に死刑が言い渡された理由を理解する能力

透明性

- 以下の点を保証すること。(i) 死刑に関わるすべてのプロセスが公開されること。(ii) 定期的再審理および説明責任と実施義務に関する、より有効な仕組みを導入すること。(iii) 被拘禁者本人およびその弁護人、保健職員、学者、一般の人々への情報の流れおよびこれらの人々の情報へのアクセスを定めるため法律を改正すること。

精神疾患のケースの刑事司法制度からの除外

- 精神疾患が原因で起きた犯罪のケースを、刑事司法制度ではなく保健管理の枠組みに移すための改革を続けること。

拘禁施設での健康管理

- 被拘禁者が適切で倫理的な健康管理を受ける権利および医師が患者に医療行為を施す権利を明確化するため、被拘禁者の健康管理の管轄を法務省から厚生労働省に移すこと。

健康管理のための職員増加

- 拘禁施設での保健職員の数と資格を見直すこと。医療職員、とくに看護職員の教育プログラムと研修を推進し、矯正システム内部での精神医療が適切な水準であるよう保証すること。
- 精神障害のある犯罪者に対する診断と治療の能力を向上させるため、また、こうした犯罪者を拘禁制度の枠組みの中から減少させることを可能にするため、触法精神障害者処遇施設の整備をさらに推進することを保証すること。

依頼人の情報への弁護人のアクセス

- 逮捕時およびその後定期的に、すべての被拘禁者が適正な健康診断を受けられるよう保証すること。
- 各健康診断の結果とそれに関連する被拘禁者の訴えの内容および医師の診断結果が医師によって書面に記録され、それを被拘禁者本人とその弁護人が閲覧できるよう保証すること。

法医学鑑定へのアクセス

- 被拘禁者(およびその弁護人)が捜査、裁判、上訴の過程で、法医学的鑑定を求めるための(合理的な範囲の)権利を有するよう保証すること。

手続中の死刑確定者の執行停止

- 再審請求や恩赦の出願に執行停止の効力を持たせるよう保証し、再審請求中の死刑確定者が、その審理の前に刑を執行されるおそれをなくすこと。
- 死刑事件について、義務的再審査制度を採用すること。

死刑の執行について、死刑確定者本人とその家族に適切な時間的余裕を持って事前告知する

- 死刑の執行を本人に十分に前もって事前告知すること。
- 死刑確定者の家族に、執行後まで知らせない慣行をやめること。家族と死刑確定者は、死刑の執行予定日時を適切な時間的余裕を持って事前告知されるべきである。

死刑確定者の拘禁状況の改善

- 死刑確定者の長期にわたる日常的な単独室収容をやめ、単独室収容は例外的かつ期間を限定して行われるよう保障すること。
- 国連被拘禁者処遇最低基準規則や、あらゆる形態の抑留または拘禁の下にあるすべての者の保護のための諸原則などの国際基準に合致する拘禁状況を保障すること。
- 死刑確定者に、有意義な自主活動の場を提供すること。

あらたに創設された刑事施設視察制度の評価

- 面会制度を見直し、その機能を査定し、必要な改善点を見つけ出すこと。刑事施設視察委員会が、十分に、ただちに、障害なく、拘禁施設を(事前通知がない場合も含めて)視察でき、実質的に被拘禁者に面会できる(当局の立ち会いなしに面会できるべき)よう、また、すべての関連情報に無制限にアクセスできるよう保障すること。

国際社会における責務

- 拷問等禁止条約の選択議定書を批准すること。
- 国連の特別手続に協力し、恣意的拘禁に関する国連作業部会の訪問要請に積極的に応じたり、自由訪問の受け入れ対象をすべての特別手続に対して拡大したりすること
- 2008年5月の普遍的定期的審査でなされた死刑に関する勧告について、これを受け入れて完全に実施することを視野に入れつつ、日本政府の立場を再検討すること。
- 死刑の廃止に向け、死刑廃止条約を批准すること。

日本の医療従事者団体に対して：

アムネスティは日本の医療従事者団体に対し以下のことを求める。

- 保健従事者が死刑に関与することに反対の立場を明確に表明すること。
- 刑事施設における職務行為強化を推進すること、倫理に反する慣行および被拘禁者の健康を損なうような慣行をやめるよう求めること。
- 被拘禁者の健康管理を、法と秩序に関する事項を担当する法務省ではなく、国民の健康に関するあらゆる事項を担当する厚生労働省が管轄するものとして推進すること。
- 刑事施設の健康管理において倫理が守られているか監視を続ける点で、ますます大きな役割を担うこと。

8. 付録

付録 1：関連する日本の法律の抜粋²¹⁹

刑法

(明治四十年四月二十四日法律第四十五号)

(死刑)

第十一条 死刑は、刑事施設内において、絞首して執行する。

2 死刑の言渡しを受けた者は、その執行に至るまで刑事施設に拘置する。

(刑の時効)

第三十一条 刑の言渡しを受けた者は、時効によりその執行の免除を得る。

(時効の期間)

第三十二条 時効は、刑の言渡しが確定した後、次の期間その執行を受けないことによって完成する。

一 無期の懲役または禁錮については 30 年

(心神喪失および心神耗弱)

第三十九条 心神喪失者の行為は、罰しない。

2 心神耗弱者の行為は、その刑を減輕する。²²⁰

(法律上の減輕の方法)

第六十八条 法律上刑を減輕すべき一個または二個以上の事由があるときは、次の例による。

一 死刑を減輕するときは、無期の懲役もしくは禁錮または十年以上の懲役もしくは禁錮とする。

(内乱)

第七十七条 国の統治機構を破壊し、またはその領土において国権を排除して権力を行使し、その他憲法の定める統治の基本秩序を壊乱することを目的として暴動をした者は、内乱の罪とし、次の区別に従って処断する。

一 首謀者は、死刑または無期禁錮に処する。

(外患誘致)

第八十一条 外国と通謀して日本国に対し武力を行使させた者は、死刑に処する。

(外患援助)

第八十二条 日本国に対して外国から武力の行使があったときに、これに加担して、その軍務に服し、その他これに軍事上の利益を与えた者は、死刑または無期もしくは二年以上の懲役に処する。

(現住建造物等放火)

第八十八条 放火して、現に人が住居に使用しまたは現に人がいる建造物、汽車、電車、艦船または鉱坑を焼損した者は、死刑または無期もしくは五年以上の懲役に処する。

²¹⁹ 法務省の HP より。

²²⁰ 日本の法律書の多くが、「心神耗弱」を「心神喪失に準じる状態」と解釈している。

HANGING BY A THREAD

(現住建造物等浸害)

第一百九条 出水させて、現に人が住居に使用または現に人がいる建造物、汽車、電車または鉱坑を浸害した者は、死刑または無期もしくは三年以上の懲役に処する。

(汽車転覆等および同致死)

第二百二十六条 現に人がいる汽車または電車を転覆させ、または破壊した者は、無期または三年以上の懲役に処する。

2 現に人がいる艦船を転覆させ、沈没させ、または破壊した者も、前項と同様とする。

3 前二項の罪を犯し、よって人を死亡させた者は、死刑または無期懲役に処する。

(水道毒物等混入および同致死)

第四百四十六条 水道により公衆に供給する飲料の浄水またはその水源に毒物その他の健康を害すべき物を混入した者は、二年以上の有期懲役に処する。よって人を死亡させた者は、死刑または無期もしくは五年以上の懲役に処する。

(殺人)

第九十九条 人を殺した者は、死刑または無期もしくは五年以上の懲役に処する。

(強盗致死傷)

第二百四十一条 強盗が、人を負傷させたときは無期または六年以上の懲役に処し、死亡させたときは死刑または無期懲役に処する。

(強盗強かんおよび同致死)

第二百四十二条 強盗が女子を強かんしたときは、無期または七年以上の懲役に処する。よって女子を死亡させたときは、死刑または無期懲役に処する。

刑事訴訟法

(昭和二十三年七月十日法律第三百一十一号)

第八十九条 保釈の請求があつたときは、左の場合を除いては、これを許さなければならない。

一 被告人が死刑または無期もしくは短期一年以上の懲役もしくは禁錮に当たる罪を犯したものであるとき。

二 被告人が前に死刑または無期もしくは長期十年を超える懲役もしくは禁錮にあたる罪につき有罪の宣告を受けたことがあるとき。

第二百五十条 時効は、次に掲げる期間を経過することによって完成する。

一 死刑に当たる罪については二十五年

第三百十四条 被告人が心神喪失の状態に在るときは、検察官および弁護人の意見を聴き、決定で、その状態の続いている間公判手続を停止しなければならない。但し、無罪、免訴、刑の免除または公訴棄却の裁判をすべきことが明らかな場合には、被告人の出頭を待たないで、直ちにその裁判をすることができる。

第四百七十九条 死刑の言渡を受けた者が心神喪失の状態に在るときは、法務大臣の命令によって執行を停止する。

2 死刑の言渡を受けた女子が懐胎しているときは、法務大臣の命令によって執行を停止する。

3 前二項の規定により死刑の執行を停止した場合には、心神喪失の状態が回復した後または出産の後に法務大臣の命令がなければ、執行することはできない。

刑事収容施設および被収容者等の処遇に関する法律

(平成十七年五月二十五日法律第五十号)

(死刑確定者の処遇の原則)

第三十二条 死刑確定者の処遇に当たっては、その者が心情の安定を得られるようにすることに留意するものとする。

2 死刑確定者に対しては、必要に応じ、民間の篤志家の協力を求め、その心情の安定に資すると認められる助言、講話その他の措置を執るものとする。

(死刑確定者の処遇の態様)

第三十六条 死刑確定者の処遇は、居室外において行うことが適当と認める場合を除き、昼夜、居室において行う。

2 死刑確定者の居室は、単独室とする。

3 死刑確定者は、居室外においても、第三十二条第一項に定める処遇の原則に照らして有益と認められる場合を除き、相互に接触させてはならない。

(面会の相手方)

第二百二十条 刑事施設の長は、死刑確定者(未決拘禁者としての地位を有するものを除く。以下この目において同じ。)に対し、次に掲げる者から面会の申出があったときは、第四百四十八条第三項または次節の規定により禁止される場合を除き、これを許すものとする。

一 死刑確定者の親族

二 婚姻関係の調整、訴訟の遂行、事業の維持その他の死刑確定者の身分上、法律上または業務上の重大な利害に係る用務の処理のため面会することが必要な者

三 面会により死刑確定者の心情の安定に資すると認められる者

2 刑事施設の長は、死刑確定者に対し、前項各号に掲げる者以外の者から面会の申出があった場合において、その者との交友関係の維持その他面会することを必要とする事情があり、かつ、面会により刑事施設の規律および秩序を害する結果を生ずるおそれがないと認めるときは、これを許すことができる。

(面会の立ち会い等)

第二百二十一条 刑事施設の長は、その指名する職員に、死刑確定者の面会に立ち合わせ、またはその面会の状況を録音させ、もしくは録画させるものとする。ただし、死刑確定者の訴訟の準備その他の正当な利益の保護のためその立ち会いまたは録音もしくは録画をさせないことを相当とする事情がある場合において、相当と認めるときは、この限りでない。

(面会の一時停止および終了等)

第二百二十二条 第一百十三条(第一項第二号二を除く。)および第一百十四条の規定は、死刑確定者の面会について準用する。この場合において、同条第二項中「一月につき二回」とあるのは、「一日につき一回」と読み替えるものとする。

(発受を許す信書)

第三十九条 刑事施設の長は、死刑確定者(未決拘禁者としての地位を有する者を除く。以下この目において同じ。)に対し、この目、第四百四十八条第三項または次節の規定により禁止される場合を除き、次に掲げる信書を発受することを許すものとする。

一 死刑確定者の親族との間で発受する信書

二 婚姻関係の調整、訴訟の遂行、事業の維持その他の死刑確定者の身分上、法律上または業務上の重大な利害に係る用務の処理のため発受する信書

三 発受により死刑確定者の心情の安定に資すると認められる信書

2 刑事施設の長は、死刑確定者に対し、前項各号に掲げる信書以外の信書の発受について、その発受の相手方との交友関係の維持その他その発受を必要とする事情があり、かつ、その発受により刑事施設の規律および秩序を害するおそれがないと認めるときは、これを許すことができる。

(死刑の執行)

第七十八條 死刑は、刑事施設内の刑場において執行する。

2 日曜日、土曜日、国民の祝日に関する法律(昭和二十三年法律第七十八号)に規定する休日、一月二日、一月三日および十二月二十九日から十二月三十一日までの日には、死刑を執行しない。

(解縄)

第七十九條 死刑を執行するときは、絞首された者の死亡を確認してから五分を経過した後、絞縄を解くものとする。

付録2：死刑に関する国際基準

市民のおよび政治的権利に関する国際規約(ICCPR)

第六條

- 1 すべての人間は、生命に対する固有の権利を有する。この権利は、法律によって保護される。何人も、恣意的にその生命を奪われぬ。
- 2 死刑を廃止していない国においては、死刑は、犯罪が行われた時に効力を有しており、かつ、この規約の規定および集団殺害犯罪の防止および処罰に関する条約の規定に抵触しない法律により、最も重大な犯罪についてのみ科することができる。この刑罰は、権限のある裁判所が言い渡した確定判決によってのみ執行することができる。
- 3 生命の剥奪が集団殺害犯罪を構成する場合には、この条のいかなる想定も、この規約の締約国が集団殺害犯罪の防止および処罰に関する条約の規定に基づいて負う義務を方法のいかなるかを問わず免れることを許すものではないと了解する。
- 4 死刑を言い渡されたいかなる者も、特赦または減刑を求める権利を有する。死刑に対する大赦、特赦または減刑はすべての場合に与えることができる。
- 5 死刑は、十八歳未満の者が行った犯罪について科してはならず、また、妊娠中の女子に対して執行してはならない。
- 6 この条のいかなる規定も、この規約の締約国により死刑の廃止を遅らせまたは妨げるために援用されてはならない。

市民のおよび政治的権利に関する国際規約第二選択議定書

第一條

- 1 何人も、この選択議定書の締約国の管轄内にある者は、死刑を執行されない。
- 2 各締約国は、その管内において死刑を廃止するためのあらゆる必要な措置をとらなければならない。

国連経済社会理事会決議第 1984/50 号

死刑に直面する者の権利の保護の保障に関する決議²²¹

- 1 死刑を未だ廃止していない国において、死刑は最も重大な犯罪についてのみ科すことができる。その範囲は、人の生命を奪う、あるいはその他の極めて重大な結果を伴う故意犯罪の程度を超えてはならないものとする。
- 2 死刑は、犯行時に法律によって死刑が規定されている犯罪についてのみ科すことができる。犯行後法律によってより軽い刑罰が定められたときは、被告人はその利益に浴するものとする。
- 3 犯行時 18 歳未満の者は死刑を宣告されない。また死刑判決は、妊産婦または心神喪失者に対しては執行されない。
- 4 死刑は、起訴された者の有罪が、事実について別の説明の余地がないほど明白かつ説得力のある証拠に基づいている場合にのみ科すことができる。
- 5 死刑は、公正な裁判を確保するために可能なあらゆる保護措置がとられた法手続の後に、権限のある裁判所の確定判決に基づいてのみ執行することができる。公正な裁判は、少なくとも市民のおよび政治的権利に関する国際規約の第 14 条に定めるものと同等でなければならず、死刑を科すことができる犯罪の嫌疑を受けまたは起訴されている者が有する権利には、訴訟手続のすべての段階で適切な法的援助を求める権利も含まれる。
- 6 死刑を宣告された者は、上級の裁判権を有する裁判所に上訴する権利を有する。また、かかる上訴を必要とすることを確実にするための方策がたてられなければならない。
- 7 死刑を宣告された者は、恩赦または減刑を求める権利を有する。恩赦または減刑は、すべての死刑について与えることができる。
- 8 死刑は、上訴またはその他の請求手続、あるいは恩赦もしくは減刑に関する他の手続が行われている間は、執行されない。
- 9 死刑が執行される場合は、最小限の苦痛を与える方法によって執行される。

国連経済社会理事会決議第 1989/64 号²²²

1. 加盟国に対し、可能な場合には、以下の方法により、死刑に直面する者の権利の保護の保障を履行し、かつ強化するための措置をとるよう勧告する。
 - (a) 死刑が適用されない事件について与えられる保護に加えて、すべての手続の段階で適切な法的援助が与えられることを含め、弁護の準備のための時間と便益を与えられることによって、死刑が定められている犯罪の起訴に直面している者に特別の保護を与える。
 - (b) すべての死刑事件において、義務的上訴または恩赦や減刑を含めた判決見直しを規定する。
 - (c) 死刑の宣告または執行を受ける年齢の上限を定める。
 - (d) 死刑の宣告または執行のいずれかの時において、知的障害のある者あるいは精神的能力が極度に限定された者に対しては、死刑は適用しない。

死刑の執行停止に関する国連総会決議(2007 年)²²³

総会は、

1. 死刑が引き続き適用されていることに深い懸念を表明し、
2. 未だ死刑を存置しているすべての加盟国に対し以下を求める。

²²¹ 死刑に直面する者の権利の保護の保障に関する決議、経済社会理事会決議第 1984/50 号、1984 年 5 月 25 日採択。

http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/h_comp41.htm

²²² 死刑に直面する者の権利の保護の保障に関する決議の履行、経済社会理事会決議第 1989/64 号、1989 年 5 月 24 日採択。

²²³ 第 62 回国連総会第三委員会(人権)議題項目 70(b)、死刑執行の停止。A/C.3/62/L.29。2007 年 11 月 1 日。

- (a) 死刑に直面する者の権利の保護の保障を定めた国際基準、とくに、1984年5月25日の経済社会理事会決議第1984/50号の付則に定められた最低基準を尊重すること。
- (b) 事務総長に対し、死刑の適用ならびに死刑に直面する者の権利の保護の保障に関する決議の遵守に関する情報を提供すること。
- (c) 死刑の適用を漸進的に制限し、死刑を科すことのできる犯罪の数を削減すること。
- (d) 死刑の廃止を視野に入れて、死刑の執行停止を確立すること。

国連人権委員会決議第2005/59号

死刑問題

人権委員会は、

- 5. 未だ死刑を存置しているすべて加盟国に対し、以下のことを求める。
 - (a) 死刑を全面的に廃止すること。それまでは、死刑の執行を停止すること。
 - (b) 死刑を科すことのできる犯罪の数を漸進的に制限し、少なくとも、現在死刑を科していない犯罪に対して適用を拡大しないこと。
 - (c) 死刑の導入に関して、またいかなる執行予定に関しても、情報を公開すること。
 - (d) 死刑の適用ならびに死刑に直面する者の権利の保護の保障に関する決議の遵守に関する情報を事務総長および関連する国連諸機関に提供すること。
- 6. 市民的および政治的権利に関する国際規約の締約国で、まだ同規約の死刑廃止を目的とした第二選択議定書の締約国でないすべての国に対し、同議定書に加入もしくは批准することを検討するよう求める。
- 7. 未だ死刑を存置しているすべての加盟国に対し、以下のことを求める。
 - (c) 精神遅滞または知的障害のある者に対し死刑を適用したり、執行したりしないこと。
 - (d) 死刑は最も重大な犯罪のみについて、独立・公平かつ権限のある裁判所による確定判決に基づいてのみ適用すること、公正な裁判を受ける権利ならびに恩赦または減刑を求める権利を保障すること。
 - (i) そのために、死刑を執行する場合には、最小限の苦痛を与える方法によって執行するよう保証すること。
 - (j) 国際的または国内的なレベルで、関連する法手続きが続いている限り、執行しないこと。

付録3：国際医療倫理

精神科医の死刑関与に関する宣言

(世界精神医学会、1989年)

以下の宣言は、1989年10月、世界精神医学会のアテネ大会総会で採択された。

精神科医は医師としてヒポクラテスの誓いを守る。「患者の利益になることを行い、決して害になることをしない」

世界精神医学会は、77の団体が構成される国際機関である。

国連医療倫理原則が、鑑定および心身の健康状態の保護あるいは促進を除いて、医師(従って精神科医も)が被收容者といかなる関係も持つことを否定するよう求めていることを考慮し、そしてさらに、世界精神医学会のハワイ宣言で、精神科医は患者の最善の利益のために奉仕し、すべての人間には尊厳があるのだからそれぞれの患者を気遣いと尊敬をもって治療し、第三者が倫理原則に反する行為を要求した場合は、精神科医は協力を拒否しなければならないと決議していることをも考慮し、

- 精神科医は死刑の執行に関連する何らかの行為への関与を求められる可能性があることを自覚し、こうした行為へのいかなる形の関与も職業倫理に反するものであると宣言する。

マドリッド宣言

(世界精神医学会、1996年)

いかなる状況下にあっても、精神科医は、法的に認可された処刑や、死刑執行のための能力評価に関与すべきでない²²⁴。

医師の死刑への参加

(世界医師会、1981年-2008年)

医師は、どのような方法においても、または死刑執行手続のどの段階にあっても、死刑に関与することは倫理に反するものであると決議した。これには、死刑執行手続の段取りを立てたり、執行人員に指示を出したり研修したりすることも含まれる。

世界医師会は、

上記のような死刑への関与は倫理に反するものであると全医師に忠告するよう、構成団体に強く要請し、死刑に医師が関与することに反対の立場を、自国政府や議員に対して積極的に主張するよう構成団体に求める。

拷問、死刑、看護師の死刑執行への関与

(国際看護師協会、1998年-2006年)

国際看護師協会は、死刑は容認できないと考えているが、死刑囚に対する看護師の責任は、執行まで続くことは明白である。

国際看護師協会は、構成団体である各国の看護師協会に対し、死刑の廃止を呼びかけ、拷問ならびに死刑執行への看護師の関与に積極的に反対するよう求める。また、死刑を宣告された人々あるいは拷問を受けた人々の世話について内部的助言や援助を提供する体制を構築することを求める。

²²⁴ 1996年8月25日、スペインのマドリッドにおいて世界精神医学会総会で承認。後に改定。