

# 「精神の障害」と刑事責任能力（2）

竹 川 俊 也

はじめに

背景事情

問題意識と研究手法

本稿の構成

第1章 アメリカにおける議論状況

第1節 責任能力基準における「精神の障害」要件の位置づけ

第2節 ダラム・ルール成立の背景

第3節 ダラム・ルールが内包していた諸問題

第1款 「所産」の意義について

第2款 「精神の疾患ないし欠陥」の意義について

第3款 「精神の障害」と精神鑑定人の役割 (以上、本誌158号)

第4款 Fingarette による「精神の障害」概念の再構築

第4節 検討—「精神の障害」の多義性と責任能力基準における地位

第2章 「精神の障害」の判断基盤

第1節 精神医学における疾患概念

第1款 伝統的精神医学における疾患概念—シュナイダー理論を軸として

第2款 現代的精神医学における疾患概念  
—操作的診断に基づく疾患概念を軸として

第3款 伝統的精神医学と現代的精神医学

第1項 両者の基本的な考え方の相違について

第2項 精神鑑定において現代的疾患分類を用いた場合の弊害について

第2節 「精神の障害」の判断基盤

第1款 症状論 (以上、本号)

第2款 診断論

第3節 検討—責任能力論における「精神の障害」の意味内容

第1款 症状論と診断論をめぐる議論の到達点

第2款 弁識・制御能力と「精神の障害」

第3章 責任能力論における「精神の障害」の位置づけ

第1節 責任能力の実体要件として「精神の障害」に独自の意義を認める見解

第1款 「精神の障害」から責任能力の判断結果を導出する余地を認める立場

第2款 「精神の障害」から責任能力の判断結果を導出する余地を認めない立場

第 2 節 責任能力の実体要件として「精神の障害」に独自の意義を認めない立場

第 1 款 安田拓人の見解

第 2 款 検討

第 3 節 検討

第 1 款 「精神の障害」を実体要件として認めた場合の不整合性について

第 2 款 「精神の障害」不要説について

おわりに

第 4 款 Fingarette による「精神の障害」概念の再構築

Fingarette によれば、「疾患」という語のイメージによって、ダラム・ルールにおける「精神の疾患ないし欠陥」概念からは医学領域の問題との印象を受けるものの、この要件によって心神喪失者と正常な者を分かち目的や、その線引きの基準を採用するしかるべき権限は、主として非医学的なもの——責任能力の判断場面では裁判所——の側に存在する。<sup>(83)</sup>

このように、「精神の疾患ないし欠陥」の意味内容は心神喪失抗弁の司法上の目的によって決せられ、医学的な理論や事実の探求によって解決することは不可能である。<sup>(84)</sup>しかし、この概念を限界づける権限が精神医学の側に存しないからといって、精神鑑定人が法廷で果たすべき役割が消失することにはならない。<sup>(85)</sup>彼によれば、自らの専門領域の内部に閉じこもり、純粋な学術・科学領域外の問題について判断を下さない者は、そもそも専門家 (consultant) とは呼べないのであり、精神鑑定人は自らの専門知識に基づいて、法律分野の問題を理解するよう努めなければならない。換言すれば、精神鑑定人には、事実認定者が法の目的に従いながら「精神の疾患ないし欠陥」への該当性を判断する手助けを与えることが求められるのである。<sup>(87)</sup>

Fingarette によれば、「精神の疾患ないし欠陥」の該当性判断における特殊性や困難性は、その境界線が引かれる目的や、その境界を設定するしかるべき権限が司法の側にある一方で、そうした線引きがなされる次元が医学的な専門領域に属することに求められる。<sup>(88)</sup>この問題について理解を容易にするために Fingarette は、自動車の運転に必要な視力を決する交通当局の権限と眼科医の関係性を持ち出して説明を加える。これによれば、「不十分な視力」

が医学上の概念であり、眼科医がこれに関連する重要な情報を提供することが可能であるにもかかわらず、一定の視力が「自動車の運転に十分であるか」を判断する正統な権限は、眼科医の側には存在しない。<sup>(89)</sup>

こうした理解を責任能力の判断場面に引き直せば、精神異常が医学上の概念であり、精神鑑定人が被告人の精神状態に関して重要な情報を提供することが可能であるにもかかわらず、一定の精神異常が「法的に心神喪失とされるのに十分であるか」を判断する正統な権限は裁判所に属することになる。この点を捉えてFingaretteは、「精神の疾患ないし欠陥」という要素が、「さまざまな非医学的な問題を、医学的専門領域という事実の相へ引き込むために用いられる」<sup>(90)</sup>ものだと論を展開するのである。

かようにして、医学的な疾患概念と切り離された「精神の疾患ないし欠陥」が（弁識・制御能力の喪失や減弱といった）法的見地から再構成されたとしても、精神鑑定人が法廷で果たすべき役割が消失するわけではなく、また、事実認定者の職分とも厳密には区分されることになる。精神鑑定人に求められるのは、被告人の精神状態が精神医学における疾患概念に該当するかどうかの判断ではなく、被告人の精神状態を（弁識・制御能力の喪失や減弱といった）法的な観点から見た場合に、その医学的な専門知識の及ぶ範囲で意見を述べることなのである。

それでは、上記のように法的見地から再構成された「精神の疾患ないし欠陥」は、責任能力基準においてどのような地位を占めるべきだろうか。この問題についてFingaretteは、「精神の疾患ないし欠陥」と（弁識・制御能力などの）機能基準を並置する判断枠組みを採用せず、法的な見地から理解された「精神の疾患ないし欠陥」による一元的な基準を提示する。<sup>(91)</sup> もっとも、彼は、弁識・制御能力概念の妥当性に対する疑問から、「精神の疾患ないし欠陥」に付与されるべき法的意味内容を再考する必要性を強調し、以下のよう

「責任能力の問題の核心に真の意味で近づくためには、認識・意思作用の

単なる存在や不存在ではなく、その者が行為に至る過程についての要素や、行為態様の異常性、私たちが『精神疾患 (mental disease)』という言い回しを用いて暗に言及するものに着目する必要がある。この異常性 (defect) によって、その者は責任無能力となるのである。<sup>(92)</sup>

Fingarette によれば、正常な者と心神喪失者を分かちるのは、ある一連の行動を選択する方法が通常の者と異なること——行為の選択に至る過程があまりに非合理的 (irrational) であること——であり<sup>(93)</sup>、法的見地から理解される「精神の障害」は、合理性 (rationality) という概念を軸に構成されることになる。

確かに、この思考方法は、「精神の疾患ないし欠陥」による統一的な基準を提唱する点で、ドラム・ルールを想起させる。しかし彼によれば、ドラム・ルールの問題性は、心神喪失抗弁の原理的根拠について適切な説明を加えてこなかったことに認められ<sup>(94)</sup>、心神喪失 = 法的精神異常 = (法的見地から再記述された)「精神の障害」という枠組みを否定することにはならないのである。

ドラム・ルールに対しては、「心神喪失 (insanity)」という語を「精神の疾患 (mental disease)」に置き換えるのみでは不十分との批判が向けられ、多くの論者は責任能力基準の文言を現代化し、他法域で一般に用いられる認知・制御能力要件を強調しようと試みるものの、こうした方策によって真の問題解決は図れないと Fingarette は主張する。<sup>(95)</sup>

かようにして、Fingarette 説において法的見地から再記述された「精神の障害」は、弁識・制御能力と並ぶ責任能力基準の一要素ではなく、「心神喪失」と同義の概念として位置づけられ、この「精神の障害」は、合理性の欠如という法的視座から再記述されることになるのである。<sup>(96)</sup>

#### 第 4 節 検討—「精神の障害」の多義性と責任能力基準における地位

本章では、責任能力基準における「精神の障害」に関するアメリカの学説

のうち、ダラム・ルールをめぐる議論過程に着目して分析を加えた。

ダラム・ルールでは、事実認定者と精神鑑定人のコミュニケーションを容易にするとの目的から、(弁識・制御能力といった)法的な機能基準を内包しない純粋な生物学的方法が採用された。しかしこの基準は、責任能力制度の根拠を非難可能性に求める伝統的な立場を放棄せず、「精神の疾患ないし欠陥」について具体的な内容を規定しなかったために、事実認定者と精神鑑定人の職分が不明確になるとともに、鑑定人による陪審の支配現象が生じることになる。その結果、「精神の疾患ないし欠陥」には法的な定義が与えられ、精神鑑定人による証言範囲が限定されるという、当初の目的に反する事態に至ったのである。

ダラム・ルールの経験から得られた知見は、以下のように整理できよう。まず、①責任能力基準における「精神の障害」は、医学領域における精神疾患の概念とは区別され、法的見地から再構成される必要がある。また、②精神鑑定人の役割は、事実認定者が「法的に心神喪失とするのに十分な能力低下か否か」を判断するための手助けであり、(弁識・制御能力の喪失や減弱といった)法的観点から行為者の精神状態について、医学的専門知識の及ぶ範囲で意見を述べることに認められる。さらに、Fingaretteの指摘に見られたように、③「精神の障害」を法的見地から再記述することを認める以上、生物学的要素と心理学的要素の両者を併せて考慮する、混合的方法による責任能力基準の妥当性に再考の余地が生じることになる。

このうち、③の点についてFingaretteは、「精神の障害」による一元的な基準を採用する。このことから、同説において、ダラム・ルールに対して提起された一連の批判が本当に回避されているのかとの疑問は残るものの、これまでの実体基準のあり方に再考を促すという意味では、なお示唆的であると考えられる。既述のように、わが国の刑法学においては混合的方法による枠組みが圧倒的な通説であり、Fingaretteのような思考枠組みを採用する論者は見当たらない。しかし、精神医学者の西山詮は、心神喪失と心神耗弱がいずれも「精神障害の態様に属する」と指摘した大審院判例（前掲大判昭和

6年12月3日)を念頭に、以下のように述べる。

「心神喪失も心神耗弱も“精神障害の態様に属する”というのが重要である。法的概念である心神喪失も心神耗弱も精神障害の一種であるといっているのである。……この“精神障害の態様”はすでに生物学的要素ではない。心神喪失の場合を例にとりて説明すると、“精神の障害”によって弁識能力または制御能力を欠如するほどに達した状態が心神喪失という“精神障害の態様”なのである。したがって、この“精神障害の態様”は、“精神の障害”という生物学的要素を心理学的要素のふりいにかけて残った状態であるから、治療の必要性などに定位した臨床精神医学的存在ではなくて、すでに高度に法的な存在なのである。これに対して“精神の障害”は判例の中で用いられてはいるが、精神医学的疾患概念またはそれにきわめて近い概念と考えてよかろう。<sup>(97)</sup>」

西山説における「法的疾患概念」ないし「精神障害の態様」は、「生物学的要素をなす精神医学的疾患のうち、心理学的要素(弁識能力または制御能力)に本質的な影響を与える種類、程度であると判断されたもの」<sup>(98)</sup>を意味し、精神医学的な意味における無限定の疾患概念を心理学的要素のふりいにかけるのが司法精神医学の必須の作業だと理解される。すなわち、西山によれば、「精神の障害」が行為者の精神状態に関する精神医学的な記述であるのに対し、「心神喪失」や「心神耗弱」といった責任能力の判断結果が「法的疾患」ないし「精神障害の態様」として位置づけられることになる。こうした理解の下で西山は、司法精神医学の役割について、精神医学的な疾患概念たる「精神の障害」を法的文脈に引き直し、「心理学的要素」の有無や程度の評価を可能にすることだと指摘するのである。

この西山の分析は、「精神鑑定人が責任能力判断で果たすべき役割」という観点から「精神の障害」を再定位するものとして、傾聴に値する。これによれば、責任能力の判断場面における「精神の障害」は多義的であり、①弁

識・制御能力の認定資料としての「精神の障害」（行為者の精神状態に関する医学的見地からの描写）と、②弁識・制御能力が喪失・減退した精神状態を表現するための「精神の障害」（法的精神異常、「精神障害の態様」、心神喪失・心神耗弱）は明確に区別され、かつ、異なる次元に位置づけられる。

ダラム・ルールをめぐる議論からも明らかのように、責任能力の実体要件としての「精神の障害」は法的見地から再記述されなければならないが、行為者の精神状態に関する医学的見地からの描写（上記①の「精神の障害」）は、責任能力の実体要件として実用に耐えるものではないだろう。他方で、Fingarette や西山の指摘に見られたように、法的見地からの精神異常は、心神喪失や心神耗弱——つまり、責任能力の判断結果——と同義なのではないかとの疑問に繋がりをうる。

「精神の障害」の法的構成については、既述のようにわが国の刑法学説においてもコンセンサスが得られつつあるものの、筆者は、わが国の通説的見解が「精神の障害」の多義性に無自覚なままに、法的見地から再構成した「精神の障害」を弁識・制御能力と並ぶ責任能力基準の一要素として存置する点は問題だと考える。換言すれば、混合的方法という責任能力基準の規定方式を維持したまま、生物学的要素に関する議論進展を通じて「精神の障害」に従来とは異なる（法的な意味）内容を与えてきた点に、「精神の障害」概念をめぐる混乱の原因を見出すことができるように思われるのである。

次章では、責任能力基準における「精神の障害」の意味内容を明らかにするため、精神医学における疾患概念に関する議論を概観した上で、わが国の刑法学説における症状論と診断論をめぐる議論に検討を加える。

## 第2章 「精神の障害」の判断基盤

本章では、第一段階要素としての「精神の障害」の意味内容を考察する。具体的には、精神医学における代表的な疾患概念を取り上げ、その基本的な考え方を確認する。確かに、精神医学における疾患概念への該当性は、「精

「精神の障害」を実体要件として存置するか否かを問わず、責任能力の成否とは無関係とする理解が優勢である。しかし、後述のように、「精神の障害」の判断基盤に関するわが国の刑法学説の中には、精神医学領域の議論進展を自説の根拠として援用するものが見受けられることから、本稿でも必要な限度でこの問題に立ち入って検討を加える。

そして、精神医学領域の議論を踏まえた上で、「精神の障害」の判断基盤に関するわが国の議論を分析する。本章の最後では、弁識・制御能力要件に関する私見の立場にも触れながら、筆者の立場から、第一段階要素としての「精神の障害」に求められる内実を提示する。

### 第 1 節 精神医学における疾患概念

伝統的な精神医学は、統合失調症や躁うつ病などの内因性精神病を主体として、精神科病院での経験をもとに発展してきた一方で、今日の精神医療は、境界例や摂食障害、軽症うつ病や睡眠障害などにその守備範囲を拡大している。<sup>(99)</sup>このことは、精神医学的に異常、ないし病氣とされる人々が増えていることを意味し、その要因としては、「臨床閾値が下げられたこと、またパーソナリティの異常に対する医学的評価が厳しくなったこと」<sup>(100)</sup>が挙げられよう。例えば、アメリカ精神医学会が定める診断基準 (DSM-5) は、精神障害の概念を以下のように定義づけている。

「精神障害 (mental disorder) とは、精神機能の基盤となる心理学的、生物学的、または発達過程の機能障害によってもたらされた、個人の認知、情動制御、または行動における臨床的に意味のある障害 (disturbance) によって特徴づけられる症候群である。精神障害は通常、社会的、職業的、または他の重要な活動における著しい苦痛または機能低下と関連する。よくあるストレス因や喪失、例えば、愛する者との死別に対する予測可能な、もしくは文化的に許容された反応は精神障害ではない。社会的に逸脱した行動 (例：政治的、宗教的、性的に) や、主として個人と社会との間の葛藤

も、上記のようにその逸脱や葛藤が個人の機能障害の結果でなければ精神障害ではない。」<sup>(101)</sup>

アメリカ精神医学会によっても、「DSM-5に示されるすべての障害のすべての側面をとらえることのできる定義はない」とされるように、精神障害（疾患）を定義づけることの困難性は広く認識されている。<sup>(102)</sup> 上記の定義においても、後半部分で一定の限定が課されているものの、身体的な疾患とは異なり、「精神の面で正常か異常かの区別は、人の属す社会・文化が立脚する準拠枠に負うところが大きい」<sup>(103)</sup>ことから、精神障害の定義づけに際しては不可避的にその解釈に幅が生じることになる。<sup>(104)</sup>

以下では、ヤスパースに始まってシュナイダーによって完成された、いわゆるハイデルベルク学派の理論を伝統的精神医学とし、DSM-IIIなどの分類体系に代表されるワシントン学派（セントルイス学派あるいは新クレペリン学派）の理論を現代的精神医学と位置づける。<sup>(105)</sup> 精神医学における2つの異なる立場の基本的な思考方法を概観した上で、両者の関係性をめぐる議論のうち、両者を択一的に捉えるのではなく、相補的なものとして理解すべきとする見解に着目して検討を加える。

### 第1款 伝統的精神医学における疾患概念—シュナイダー理論を軸として

クルト・シュナイダーの理論体系において精神異常は、①心のあり方の異常変種、②統合失調症（精神分裂病）や躁うつ病（循環病）といった内因性精神病、③身体的原因が明らかな精神病の3層に大別される。シュナイダーによれば、このうち、身体的原因の存在が明らかなもの（類型③）と身体的原因が要請されるもの（類型②）のみが疾患として位置づけられる。こうしたシュナイダーによる疾患体系の特徴としては、⑦医学的な疾患概念に基づいて疾患群と非疾患群を区別し、<sup>(106)</sup> ④内因性精神病の疾患仮説を堅持してこれを疾患群に組み入れる点を指摘できるだろう。<sup>(107)</sup>

まず、⑦の点についてシュナイダーは、疾患体系の構築に際して厳密な医

学的疾患概念を前提に据える。彼によれば、「疾患そのものは身体内にしか存在しないのであるから、心的異常が疾患的な器官過程に帰し得る場合に、その心的異常を『疾患的』と呼ぶ<sup>(109)</sup>」ことになる。というのも、精神医学においては、自らの健康が害されているという認識を患者が有さず、あるいは、生命の危険に繋がらない場合であっても、疾患として認めるべき場が存在し、精神医学における疾患概念の確定に際しては、身体医学とは異なり「患者の健康感の欠如」や「生命の危機」といった尺度を用いることはできず、その基盤を身体の疾患的变化に求めるほかないからである<sup>(110)</sup>。

身体の疾患的变化に基づいて疾患群と非疾患群を区別するシュナイダーの試みは、彼が精神医学における種（疾患単位）と類型（症候群）の区別を慎重に用いていた点にも見て取れる。疾患の種とは、原因が明らかな疾患（単位）を指し、身体的基盤が確立している場合に初めて認められる一方で、類型とは、「いくつかの症状（ないし特徴）の同時出現という経験的事実から『これらの症状（特徴）がそろったら何々と呼ぶ』という約束事<sup>(111)</sup>」を意味するとされる。病気の身体的基盤を明らかにすることを診断とするならば、文字通りそれが可能なのは種に限られ、「ある症例がその種であるか、ないかということが出来る」一方で、「類型については、症例がその類型に属するか属さないのかではなく、どの程度あてはまるのかが問題になる<sup>(112)</sup>」に過ぎないことになる。このように、種と類型では、症例の診断の決着のつき方が異なることになる。

他方で、①の点について言えば、内因性精神病に関して、全例に共通する身体的基盤は未だ見つかっていない。それにもかかわらずシュナイダーは、「それらの基盤に疾患があることは、極めてよく支持される要請であり、極めて十分な理由に基づく仮説<sup>(113)</sup>」だとして、内因性精神病を疾患概念に包含させる。シュナイダー理論において内因性精神病が疾患だとみなされる根拠は、「生活発展の意味連続性の切断」（体験とのつながりを有していないこと）に見出される。対象者の、その人なりに意味ある心のまとまりを時間軸に沿って吟味した場合に、「内因性精神病においては、どこかでその人の人格や

表：シュナイダー理論における精神障害の階層性について<sup>(120)</sup>

	名称	種と類型の区別	身体的原因	カテゴリーの性質	診断の性質
第1層	心のあり方の異常変種	純粋な類型	想定されない	類型学的分類	類型であって診断ではない
第2層	内因性精神病	種であることが想定されている類型	要請される	状態—経過に基づく類型学的分類	他の層との境界は鑑別診断
第3層	身体的原因が明らかな精神病	種	明らかに存在	疾患単位	鑑別診断

体験とは結びついていない変化が決定的に生じ、そのために連続性が切断されている<sup>(114)</sup>とされる。

上記のように、シュナイダー理論における疾患概念は、基本的には存在概念とされ、身体的基盤が認められるものに限られるものの、「それをあてはめることができない場合に限り、生活発展の意味連続性の中断をメルクマール<sup>(115)</sup>としている」のである。シュナイダー理論において、内因性精神病が未だ不明の身体的基盤に基づくという要請が堅持されたのは、経験科学としての精神医学は作業仮説として疾患の存在を措定すべきであり、こうした想定<sup>(116)</sup>のみに実証可能性があると考えられていたからである。

これに対して、「異常人格、また精神病質人格の規定においては、科学的研究の対象から外れる価値規範を基礎にしていることをふまえ、異常人格また精神病質人格は疾病ではなく、健常者の変異にとどまる<sup>(117)</sup>」ことが強調される。「精神病質を規定する尺度となる『正常』は価値、理想といった一般社会において望ましいあり方であるだけに、時代や社会のあり方によって変わる性格<sup>(118)</sup>」を有しており、精神病質の概念を定めるに際しては「中立的かつ記述的にとどめることを旨とし、疾患との結びつきは括弧に入れ、特定の疾患との関係を含意する予断的な立場を排する<sup>(119)</sup>」ところに、疾患群と非疾患群を二分する趣旨があったとされるのである。

## 第 2 款 現代的精神医学における疾患概念

### —操作的診断に基づく疾患概念を軸として

現代精神医学における国際的な精神障害分類として知られる国際統計協会の国際疾病分類 (ICD) やアメリカ精神医学会の「診断・統計マニュアル」(DSM) では、すべての疾患に操作的診断基準が付されている。

操作的診断基準とは、「原因不明なため、検査法がなく、臨床症状に依存して診断せざるを得ない精神疾患に対し、信頼性の高い診断を与えるために、明確な基準を設けた診断基準」を指し、これを用いて「均一の患者群を抽出することによって、病態解明の研究や疫学調査を推進することに加え、治療成績や転帰の比較検討を可能にする」といった意義がある<sup>(121)</sup>とされる。操作的診断基準は、1980年発表の DSM-III における採用に端を発し、精神医学の表舞台に登場した<sup>(122)</sup>。

DSM-III が採用される以前のアメリカでは、「精神分析学の影響があまりにも強く、力動的な心理社会モデルを中心に精神医学が発展し、Kraepelin によって代表される疾患分類にはほとんど関心が払われなかった<sup>(123)</sup>」とされる。しかしながら、1960年代以降の実証的な実験により、「精神分裂病の診断が国によってははなはだしく違っている<sup>(124)</sup>」ことが明らかにされて以降、記述的経験主義や疾病分類学が再興し、「疫学的・遺伝的・場合によっては生化学的もしくは精神生理学的な考察に走るとともに、数量化に助力を求める方向<sup>(125)</sup>」へ向かったのである。

こうした動向が生じた別の背景には、抗精神病薬の普及に伴い、精神病を神経伝達物質の異常から解明しようとする生物学的精神医学に関心が向けられる中で、「精神障害の生物学的解明には研究者の誰もが一致できる診断があり、そのための診断基準の制定が求められていたという事情<sup>(126)</sup>」がある。すなわち、操作的診断基準の当初の目的は研究使用にあり、「目標の中心には疾患の (身体的) 原因追及があった<sup>(127)</sup>」のである。

上記の思想背景のもとに1980年に公表された DSM-III について、ピエール・ピシヨールは以下のように述べている。

「[DSM-IIIでは] 疾患分類の基礎として、証明済みでない病因・病原的な要素はすべて除外されている。従って、内因性とか神経症などの用語が消え、代わって本質的に記述的方法が採用された。各症候群は、評価尺度法を用いた厳密、かつ一部は量的な診断基準によって定義づけられている。これは診断を下す評価者間の判定を一致させ、その考え方が力動的であろうと社会的であろうと生物学的であろうと、すべてのアメリカ人精神科医によって受け入れられることを目的としている。」<sup>(128)</sup>

精神障害の生物学的・統計学的研究に向けて相当数の標本を参照するための迅速な診断が求められる一方で、質の高い研究結果をもたらすためには診断基準に高い信頼性（評価者間の一致率）が要求されたため、<sup>(129)</sup> 操作的診断基準のもとでは、「伝統的診断のように疾患の本質を示すことよりも、疾患同士を切り分ける境界線の明確化に力点が置かれ」<sup>(130)</sup> る傾向がある。精神障害の原因については今日でも不明なものも多く、「多様な理論（遺伝論、身体論、心因論など）が交錯しているために、この精神障害の原因についてはひとまず不問に付し、精神症状の記述だけに徹し、その症状記述だけからとりあえずの精神障害を診断してゆこうとする方針」<sup>(131)</sup> が採られたのである。

### 第3款 伝統的精神医学と現代的精神医学

#### 第1項 両者の基本的な考え方の相違について

以上、疾患概念をめぐる伝統的精神医学と現代的精神医学の基本的な考え方を概観した<sup>(132)</sup>。すでに遺伝子レベルに到達している今日の医学によっても、精神医学の主要領域において疾患単位（種）を確立するには至っておらず、「精神障害の大半は、疾患単位ではなく、精神症候学的な類型にとどまっている」<sup>(133)</sup> と評される。

現代の精神医学は、シュナイダー理論の疾患概念に対する厳格な態度とは対照的に、現代社会において価値規範による正常性の規定が優勢になっていることを背景とし、「(広義の) 正常と臨床レベルの異常に連続性を認める動

きが際立っている」とされる。<sup>(134)</sup> 患者の理解や治療が強調されるのに伴い、疾病概念は治療の必要性に沿って形成されることがますます多くなり、「[シュナイダーの] 身体的基礎の要請は、生物学的精神医学の作業仮説へと後退し、疾病の社会心理学的起因性の作業仮説がこれに肩を並べる」<sup>(135)</sup> ことになる。

シュナイダー理論においては、「その強度の如何にかかわらず、『疾患』の結果である病的発現を示すために、精神病という用語を厳密に用いるべき」とされていた一方で、DSM などの現代的な疾患基準は、「障害の強さを『精神病』の特徴の唯一の基準として用いている」<sup>(136)</sup>。このことから明らかなように、ICD や DSM などの疾患基準においては、シュナイダー理論で用いられた疾患の種と類型の区別がなされていない。すなわち、いずれの疾患基準も「疾患 (disease)」の語を避け、「障害 (disorder)」という水準で分類体系をまとめることによって、「疾患であるものと、疾患ではないと考えられているものが横並びになり、種と類型の本質的な違いも見えにくくなっている」<sup>(137)</sup> とされるのである。

確かに、身体医学の領域であれば、①身体に原因があり、器官変化のあるもの (健常とは明らかに区別することのできる身体的異常の存在)、②健康感の欠如、③生命危険性という形で、比較的明瞭に疾患の定義を与えることが可能である。しかしながら、既述のように、精神医学領域において疾患の確実な定義は存在せず、DSM や ICD は、困難を極める疾患定義を避け、その代わりに障害 (disorder) という概念・水準で分類体系をまとめている<sup>(138)</sup>。疾患の類型を境界が明瞭な種と同様に扱うためには、統一的な基準による操作的診断に従うほかないものの、「提唱された基準・条件は約束でしかないので、どの程度、厳密に当てはめるかは本質的に任意」<sup>(139)</sup> となる。かようにして、ICD や DSM では、すべての疾患 (障害) 類型について、その診断基準の下での約束事に過ぎないはずの類型が種のように扱われることになるのである。

## 第2項 精神鑑定において現代的疾患分類を用いた場合の弊害について

現代精神医学における国際的な疾患分類の影響力は強く、今日では、ほぼすべての精神鑑定において、精神障害の分類にDSMあるいはICDが用いられていると指摘される。<sup>(140)</sup> そうだとすれば、精神鑑定において操作的診断基準による疾患分類を用いた場合に、どのような点で伝統的精神医学による疾患分類との差異が生じるのかが問題となる。精神医学者の林拓二は、精神鑑定において操作的診断基準のみに依拠した場合の問題性について、以下のよう

「実際の精神鑑定においてDSMの診断を用いると、往々にして、たとえば『行為障害』、『性障害』、『解離性障害』という分類名の羅列になることがある。DSMが精神症状をあまりに多くの断片に分けすぎ、そして、あまりに多くの障害を用意したことによるためと思われるが、これらの3つの障害名を思い浮かべて、いかなる症例を想像することができるであろうか。<sup>(141)</sup>」

林によれば、司法精神医学に求められる精神障害の分類と診断は、単に患者にラベルを貼ることに留まらないことから、ある症例の全体像をどのようにとらえたらよいのかという視点を欠く操作的診断基準のみに依拠することは適切でない。<sup>(142)</sup> このことから林は、精神鑑定においてはDSMによる診断のみでなく、伝統的診断を併用しながら、「症例の全体像を浮かび上がらせ、可能な限り、病気の原因、成り立ち、予後、さらには犯行当時の精神状態や責任能力について考察することが必要」<sup>(143)</sup> だと指摘する。

確かに、医学上の診断名を与えるのみでは精神鑑定人に求められる役割を果たしたことになる点については、ダラム・ルールの下でも1950年代には認識されていた。このことから明らかなように、この問題は操作的診断に固有のものではなく、伝統的精神医学における疾患基準に従った場合にも、同様の弊害は生じうる。しかしながら、鑑定書に求められる最大の焦点

が、「本人が当該犯罪行為を行うに至った過程」<sup>(144)</sup>についての説明であることを考慮すれば、「ひとりの人間のその現在だけを切り取りそれを症状として分類・整理し、それらを寄せ集めて精神障害の配置図のどこかに位置づける」<sup>(145)</sup>という操作的な診断法のみでは、具体的な犯罪行為に至った過程の説明としては不十分な場面も想起できるだろう。

この意味で、「伝統的な精神医学と同じく、DSM もまた単に『一つの思想』であって、『唯一の真理』ではない」のであり、「操作的診断の長所は、診断の客観性・信頼性であり、精神鑑定における有用性に疑問の余地はない」ものの、「DSM では症例の全体をとらえることができず、鑑定では、DSM とともに診断思想の異なる伝統的分類の結果を併記するべき」<sup>(146)</sup>との指摘は傾聴に値する。

生物学的・統計学的な診断精度を向上させ、研究目的のために作成された DSM の診断分類は、精神科医のあいだでの診断一致度（信頼性、reliability）を上げたものの、疾患そのものへの適合性（妥当性、validity）は低いままと指摘される。<sup>(147)</sup>このことから、「病いを理解し一つの疾患として捉えようとする科学的普遍性をめざす営みと、その病いを病む患者一人ひとりの苦悩を理解しようとする個別性（あるいは多様性）<sup>(148)</sup>をめざす営みとの間」には未だ隔たりがあると評しうる。

精神医学者の古茶大樹も、林と同様に、伝統的な精神病理学が果たすべき役割について興味深い考察を加える論者の一人である。古茶は、「われわれが『心』といえば、それは常に『心』全体を意味するし、要素の寄せ集めでは語り尽せ」ず、「たとえ多くの項目を取り入れた構造化された問診でさえ、それは全体ではなく、ある側面・部分での評価でしかない」<sup>(149)</sup>とし、個別分析的な要素に分解して疾患名を当てはめる操作的診断の不十分性を指摘する。

古茶によれば、伝統的精神医学はもっぱら臨床的用途に使われるもので、DSM とは異なり身体的原因追及には直接結びつかないものの、「純粋な心の観察に基づく精神病理学的分類」<sup>(150)</sup>であることから、行為者の精神状態について個々の要素ではなく統合された全体像の推移を対象とする途が開かれる

ことになる。他方で古茶は、現代的精神医学が「精神障害の原因追及のための体系」であり、いかなる類型を疾患単位の表現型に見立てるかという議論は続くものの、この目的においては「今日のDSMの思考様式が正しい<sup>(151)</sup>」との評価を与える。かようにして古茶は、伝統的精神医学と現代的精神医学は相互排他的なものではなく、臨床精神医学がこれらの異なる視点を相補的に用いる必要性を指摘するのである。

以上、本節では、責任能力基準の第一段階要素としての「精神の障害」の内実を明らかにするための準備作業として、精神医学における疾患概念に関する議論を概観した。ドラム・ルールをめぐる議論からも明らかとなったように、精神医学における疾患概念への該当性は責任能力判断に直結せず<sup>(152)</sup>、精神鑑定人には、弁識・制御能力といった法的観点から行為者の精神状態について意見を述べるのが求められる。こうした法的観点が司法の側によって提示されるべき性質のものだとすれば、伝統的精神医学と現代的精神医学のいずれの立場を採るにせよ、精神医学者に求められる意見の内容に差異は生じないことになるだろう。

しかしながら、その点を割り引いたとしても、精神医学における疾患概念のあり方をめぐる議論の中で顕在化した、対象者の精神状態をいかなる視座から理解すべきかという問題は、刑法学における責任能力規定のあり方に対しても、以下のような意味で一定の示唆を与えるものと考えられる。

わが国の刑法学における通説は、弁識・制御能力の意義について、行為の違法性を認識し、その認識にしたがって行為を思いとどまる個別具体的な能力を意味するとの立場を採用する。行為時の弁識・制御能力といった個々の症状の有無や程度を問題とするこの立場を念頭に置いた場合には、弁識・制御能力の認定資料としての「精神の障害」は、現代的精神医学における個別分析的な手法で足りることとなり、精神鑑定人の役割は、個別の精神症状の記述に尽きることになる（症状論）。この立場からは、弁識・制御能力と「精神の障害」の意味内容は重なり合うこととなり、実体要件としての「精神の障害」の意義が後退するとの見通しが立てられるだろう。

他方で、弁識・制御能力の意味内容について上記の思考枠組みを共有しつつも、責任能力判断の基礎に置かれるべきは診断によって精神医学的に評価・解釈された行為者の全体像でなければならないとする立場（診断論）が存在する。この立場によれば、臨床精神医学において個別の症状の記述のみでは症例の全体像を捉えられないのと同様に、責任能力判断に際しても個別の精神症状の記述ではならず、弁識・制御能力とは異なる観点が「精神の障害」に内包され、あるいは、従来の弁識・制御能力要件の意義が相対化されなければならない。この立場は、伝統的精神医学の意義を強調する上述の見解と親和性を有し、「精神の障害」に実体要件として独自の意義を見出すことになるだろう。

次節では、症状論と診断論をめぐる刑法学の議論に検討を加えた上で、私見の立場から、第一段階要素としての「精神の障害」に求められる内実を明らかにする。

## 第 2 節 「精神の障害」の判断基盤

### 第 1 款 症状論

既述のように、現在の精神医学においては操作的診断基準を伴う疾患分類が主流であり、シュナイダーに代表される伝統的疾患概念は影をひそめ、診断名の意義が低下しているとされる。というのも、DSM など操作的診断を念頭に置いた疾患基準においては、精神疾患全体をカバーする分類の指標は存在せず、予め用意された各診断カテゴリーに対象者の症状がどの程度あてはまるのかが検討され、その症状記述によって診断を確定することが予定されているからである。こうした診断基準の下では、それぞれの精神疾患の体系的位置づけが不明確となるのみならず、疾患間の差異は没価値的・均質的なものとなり、責任能力判断に関わる指標は何ら抽出されないことになるだろう。<sup>(153)</sup>

精神医学領域では、1960年代以降の薬物治療の発達により、かつては重大な精神病とされていた統合失調症（精神分裂病）が不治の病ではなくなった。

統合失調症患者が回復し、社会に復帰することも珍しくない現代において、かつてのような障害者観を維持することの困難性も指摘される。<sup>(154)</sup>

こうした精神医学の潮流と相関する形で、刑法学の分野においても、コンヴェンション論——精神医学上の診断名と責任能力の判断結果に一定の結びつきを認める立場——の衰退が見られる。このことを決定的に印象づけるのは、昭和59年の最高裁決定であろう。<sup>(155)</sup>同決定では、「被告人の精神状態が刑法39条にいう心神喪失又は心神耗弱に該当するかどうかは法律判断であるからもっぱら裁判所の判断に委ねられている」旨が判示され、責任能力判断に際して心神喪失を示唆する鑑定を採用せず、被告人の犯行当時の病状や生活状態、犯行の動機・態様などを総合判断して心神耗弱に留まるとした原審の判断が支持された。<sup>(156)</sup>急性期の統合失調症であれば心神喪失であるとの図式が明示的に否定されたことを受け、責任能力判断において精神鑑定人によって明らかとされる「精神の障害」が果たす役割が相対化されたと評しうらるう。

以上のような精神医学や刑法学の潮流にあっては、医学上の疾患名を「精神の障害」と同一視し、責任能力判断に際して重要な要素とする立場を維持するのは困難となる。こうした考えを推し進めると、責任能力判断に際して精神鑑定人に求められるのは医学上の診断名ではなく、行為者の犯行当時の心理状態（精神症状・精神状態像）の解明に尽きることになる。こうした方向性を刑法学の立場から明確に打ち出したのは、森裕であった。

前提として、森は、「精神の障害」要件にどのような意味を込めるかは責任本質論の理解に依拠するとし、以下のような関係性を指摘する。まず、社会的責任論の系譜から責任能力は刑罰適応性と理解され、生物学的要素が決定的要素となる。この立場における生物学的要素は、「個々の行為時に存在していたとされる精神状態像、或いは精神症状としての内容ではなく、精神の障害の存在そのもの、つまり、疾患概念、或いは疾病概念」<sup>(157)</sup>として理解されることになる。他方で、道義的責任論の系譜から責任能力は有責行為能力と理解され、心理学的要素が決定的要素となる。この立場から生物学的要素

は、「疾患概念、或いは疾病概念としてではなく、その態様や程度、換言すると、個々の行為時に実際に存在していたとされる精神状態像、或いは精神<sup>(158)</sup>症状」と理解される。森は、刑法学における責任能力の通説的理解（有責行為能力説）に基づけば、「精神の障害」の内実は行為者の犯行当時の精神状態像・精神症状と解されるべきであり、こうした理解が操作的診断基準を伴う疾患分類が主流となっている精神医学の動向とも合致すると主張するのである。

森は、シュナイダーに代表される伝統的疾患概念における疾患名を責任能力判断における「精神の障害」概念に用いた場合の問題性を、以下のように整理する。すなわち、①シュナイダー流の伝統的疾患概念が前提とする「身体的原因」<sup>(159)</sup>の境界が曖昧であり、②症状の程度・軽重で精神疾患名が異なる場合を伝統的疾患概念の立場から説明できない<sup>(160)</sup>。また、③同一の病態に対して、種々の診断基準が採用する疾病概念の相違により精神疾患名が異なることが想起でき、さらに、④この立場からは精神疾患の合併例を適切に考慮<sup>(161)</sup>できない。

かようにして森は、精神医学における議論動向を援用しながら、責任能力を有責行為能力と解する限り、その実体は認識・制御能力に求められ<sup>(162)</sup>、責任能力基準における生物学的要素は「認識能力と制御能力に影響を与えうる精神状態像、或いは精神症状」と解するのが整合的だと論を展開する。森によれば、「同一の病態に対して、それぞれの診断基準が採用する疾病概念の相違により精神疾患名が異なり、その結果、責任能力判断の結論に差異が生じるというのであれば、ある病態に対して精神疾患名を与えるというプロセスそのものは、責任能力判断において決定的な意義は存在しない<sup>(163)</sup>」。このことから、精神疾患名は、それを定義づける精神状態像や精神症状についての症候論的な情報を提供するに過ぎない存在として位置づけられ<sup>(164)</sup>、「生物学的要素の本質ではない<sup>(165)</sup>」ことになるのである<sup>(166)</sup>。

[未完]

- (83) FINGARETTE, *supra* note 19, at 41.
- (84) *Id.* at 42.
- (85) *Id.* at 43.
- (86) *Id.*
- (87) *Id.* at 43-44.
- (88) *Id.* at 39-40.
- (89) *Id.* at 38.
- (90) *Id.* at 41.
- (91) *Id.* at 173. Fingarette 説における合理性概念について、拙稿「刑事責任能力論における弁識・制御能力要件の再構成（１）」早稲田法学会誌66巻2号（2016年）359頁以下参照。
- (92) FINGARETTE, *supra* note 19, at 171.
- (93) *Id.* at 172.
- (94) *Id.* at 173.
- (95) *Id.* at 174. アメリカにおけるダラム・ルール以降の責任能力基準の変遷と認知・制御能力要件の問題性について、拙稿・前掲注91・338頁以下参照。
- (96) FINGARETTE, *supra* note 19, at 171.
- (97) 西山詮「責任能力の精神医学的基礎」松下正明編『臨床精神医学講座 第19巻 司法精神医学・精神鑑定』（中山書店、1998年）33頁。
- (98) 西山・前掲注97・40頁。
- (99) 林拓二「精神疾患の分類と診断—司法精神医学のために」松下正明総編集『司法精神医学概論』（中山書店、2006年）19頁参照。
- (100) 加藤敏「現代精神医学における正常／異常概念の検討」神庭重信＝松下正明編『精神医学の思想』（中山書店、2012年）28頁。
- (101) AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS 5TH EDITION: DSM-5, 2013, at 20. [hereinafter DSM]〔訳出に際しては、日本精神神経学会監修『DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル』（医学書院、2014年）20頁を参照したもの、完全に同一ではない。〕
- (102) DSM, *supra* note 101, at 20. [日本精神神経学会監修・前掲注101・20頁参照。]
- (103) Slobogin, Rethinking Legally Relevant Mental Disorder, 29 OHIO N.U. L. REV. 497, 2003, at 499.
- (104) 加藤・前掲注100・28頁。
- (105) Slobogin, *supra* note 103, at 499.

- (106) この分類は、古茶大樹「伝統的精神医学からみた診断学と精神疾患分類」臨床精神医学43巻2号(2014年)153頁による。
- (107) シュナイダー(針間訳)・前掲注9・7頁参照。
- (108) シュナイダー(針間訳)・前掲注9・8頁参照。
- (109) シュナイダー(針間訳)・前掲注9・7頁。
- (110) シュナイダー(針間訳)・前掲注9・8頁参照。
- (111) 古茶・前掲注106・154頁。
- (112) 古茶・前掲注106・154頁以下。
- (113) シュナイダー(針間訳)・前掲注9・8頁。
- (114) 古茶・前掲注106・154頁。
- (115) 古茶・前掲注106・154頁。
- (116) 針間博彦「Schneider K『臨床精神病理学』の現代的意義」臨床精神医学43巻2号(2014年)148頁参照。
- (117) 加藤・前掲注100・35頁。
- (118) 加藤・前掲注100・35頁。
- (119) 加藤・前掲注100・36頁。
- (120) 古茶・前掲注106・156頁の表を一部改変して引用した。
- (121) 塩入俊樹「操作的診断基準(精神疾患の)」([https://bsd.neuroinf.jp/wiki/操作的診断基準\(精神疾患の\)](https://bsd.neuroinf.jp/wiki/操作的診断基準(精神疾患の)))2015年10月26日閲覧)
- (122) 古茶大樹「操作的診断の時代における精神病理学の意義とその進むべき道」神庭重信=松下正明編『精神医学の思想』(中山書店、2012年)137頁参照。
- (123) 林・前掲注99・28頁。
- (124) ピエール・ピシヨ(帯木蓬生=大西守訳)『精神医学の二十世紀』(1999年、新潮社)205頁。
- (125) ピシヨ(帯木=大西訳)・前掲注124・204頁。
- (126) 松本雅彦『精神病理学とは何だろうか[増補改訂版]』(星和書店、1996年)211頁以下。
- (127) 古茶・前掲注122・138頁。
- (128) ピシヨ(帯木=大西訳)・前掲注124・237頁以下。
- (129) 古茶・前掲注122・139頁参照。
- (130) 岡田幸之「刑事責任能力と精神鑑定」ジュリスト1391号(2009年)84頁脚注4。
- (131) 松本・前掲注126・312頁。

(132) 本稿は、シュナイダーに代表される伝統的精神医学とDSMに代表される現代的精神医学の基本的な考え方の差異を強調している。もっとも、具体的な症状の記述を重視する点で、両者の発想に共通性が見られることには留意する必要がある。というのも、操作的診断においては、「時間を要する縦断的観察ではなく、横断面の状態像に、本質的な鑑別点を見出そうとする」（古茶・前掲注122・139頁）傾向があるとされ、他方でシュナイダーの見解においても、「『精神医学の診断は原則的には状態像に基づくべきであり、経過に基づくべきではない』と自己限定」（松本・前掲注126・134頁）がなされ、個別の症状を重視する立場が採られているからである。また、シュナイダー理論において医学的疾患概念が念頭に置かれ、内因性精神病における疾患仮説が堅持された点を捉え、「こうした医学としての精神医学の立場は、医学的（生物学的）研究の前提となる」（針間・前掲注116・148頁）との評価がなされていることを考慮すれば、両者を対極に位置づけることがどこまで妥当性を有するかは別途検討を要するだろう。例えば、シュナイダーによる分裂病の診断基準（「第一級症状」の記述）は、その信頼性と妥当性を評価され、DSM-IIIに取り入れられた。力動精神医学が一般的であった当時のアメリカにおけるシュナイダー理論の導入は、「アメリカ精神医学に一つの統一かつ包括的な観点を作り出そうとする試み」（松本・前掲注126・141頁以下）であったと評価されている。

(133) 古茶・前掲注122・138頁。

(134) 加藤・前掲注100・37頁。

(135) 西山・前掲注97・38頁。

(136) ビショール（帯木＝大西訳）・前掲注124・158頁。

(137) 古茶・前掲注106・155頁。

(138) 古茶・前掲注122・143頁参照。

(139) 古茶・前掲注106・155頁。

(140) 林・前掲注99・29頁参照。

(141) 林・前掲注99・30頁以下。

(142) 林・前掲注99・30頁参照。

(143) 林・前掲注99・31頁。

(144) 西村由貴「精神鑑定と疾患分類・診断基準」松下正明総編集『刑事事件と精神鑑定』（中山書店、2006年）139頁。

(145) 松本・前掲注126・312頁以下。

(146) 林・前掲注99・31頁。

- (147) *E.g.*, Andreasen, DSM and the Death of Phenomenology in America: An Example of Unintended Consequences, 33 SCHIZOPHR. BULL. 1, 108, 2007, at 111.
- (148) 松本・前掲注126・1頁。
- (149) 古茶・前掲注122・141頁。
- (150) 古茶・前掲注122・150頁。
- (151) 古茶・前掲注122・150頁。
- (152) これに対して、例えばシュナイダー流の伝統的精神医学における疾患概念を刑法学における「精神の障害」に一致させた場合には、「いわゆる神経症や人格障害、衝動・欲動障害などはどんなに重症でも疾病として認められないで、生物学的要素から除外されるから、責任無能力はおろか、限定責任能力も例外的にしか認められない」(西山・前掲注97・38頁)という帰結が導かれる。
- (153) 森裕「責任能力論における精神の障害について」阪大法学56巻3号(2006年)205頁以下参照。
- (154) 例えば、五十嵐禎人「触法精神障害者の処遇とわが国における司法精神医学の課題」町野朔ほか編『触法精神障害者の処遇〔増補版〕』(信山社、2006年)139頁参照。
- (155) 最決昭和59年7月3日刑集38巻8号2783頁。元自衛官殺人事件の第二次上告審決定である。
- (156) 高橋省吾「判解」最判解刑事事篇昭和59年度358頁以下参照。
- (157) 森・前掲注153・202頁。
- (158) 森・前掲注153・202頁。
- (159) 森・前掲注153・208頁参照。
- (160) 森・前掲注153・209頁参照。
- (161) 森・前掲注153・211頁参照。
- (162) 森・前掲注153・201頁以下参照。
- (163) 森・前掲注153・210頁。
- (164) 森・前掲注153・212頁参照。
- (165) 森・前掲注153・210頁。
- (166) 刑法学説においても、症状論の思考方法は安田拓人や林幹人によって支持されている。安田・前掲注11・70頁、林幹人「責任能力の現状—最高裁平成20年4月25日判決を契機として」上智法学論集52巻4号(2009年)47頁以下参照。