The University of Osaka
Institutional Knowledge Archive

Title	鑑定書に現れる意思能力の存否に関する経験則の検討（1）
Author(s)	髙原，知明
Citation	阪大法学. 2025, 75(2), p. 193-215
Version Type	VoR
URL	https://doi.org/10.18910/102510
rights	
Note	

The University of Osaka Institutional Knowledge Archive : OUKA

https://ir.library.osaka-u.ac.jp/

The University of Osaka

研究ノート

鑑定書に現れる意思能力の存否に関する経験則の検討（1）

髙 原 知 明

1　はじめに
2　事案の概要
3　鑑定書の概要等
(1)　鑑定事項
(2)　診療経過
(3)　考察
(4)　鑑定結果
4　鑑定人による精神医学的判断の構造
(1)　伝統的診断基準による検討
(2)　操作的診断基準による検討
ア　認知症診断
イ　認知症の病因診断
ウ　認知症の重症度診断
エ　総合診断
(3)　精神疾患及びその重症度に関する診断
(4)　意思能力評価（以上、本号）
(5)　精神医学的判断に現れる経験則
5　裁判官による心理学的判断の構造
6　精神医学的判断と心理学的判断の交錯
7　裁判実務への示唆
8　むすびに代えて

1　はじめに

本稿の素材は、アルツハイマー型認知症に罹患していた97歳の高齢者（花

（阪大法学）75（2-193）447〔2025．7〕

子）が配偶者（太郎）の相続に係る自己の相続分を長女に無償で譲渡した契約が意思能力を欠く状態でしたものとして無効とされ、他の相続人による太郎の遺産確認請求が認容された事例[(1)]において提出された鑑定書である。本稿では、この鑑定書の構造や内容を分析し、その中に現れる精神医学的判断及び心理学的判断の前提となる経験則を抽出し、これらがどのように関連しているのかを検討するとともに、意思（無）能力が争われる事案における審理及び裁判の在り方について一定の示唆を得ることを目的とする。

民法（明治29年法律第89号）制定以来長い間、意思能力に関する明文規定はなかったが、解釈上当然に認められていた。その経緯については幾つかの先行業績があるが[(2)]、本稿との関係では、我妻榮の理解を議論の出発点とする。我妻は、平成11年法律第149号による改正前の民法７条にいう「心神喪失」を「自分の行為の結果について合理的な判断をする能力のないこと」や「自分の行為の結果を判断することのできる精神的能力であって、正常な認識力と予期力とを含むもの」と定義するが、「精神病理学ないし精神医学で心神喪失という語がどのような意味に用いられているかは、直接には関係ない」とし、これを前提として当時の禁治産宣告をするかどうかは、鑑定人による「医学上の見解を基礎として、これを民法のいわゆる心神喪失となすべきかどうかを決定する」ものと説明していた[(3)]。この説明は、岡松参太郎が提唱し[(4)]、鳩山秀夫がこれを継承しつつ発展させた議論[(5)]の延長線に位置付けられるものであり、心理作用と精神状態の両方面から判断すべきことをいうものである。意思能力概念は学説上理解が分かれていくが、この範囲では異論はみられない。以上の議論状況は、平成29年法律第44号による改正により民法３条の２の規定が追加された後も、変わらない。

内科や外科といった身体医学では、診断や治療の前提となる患者の症状は、多くは物理的、化学的検査の結果により判定される。精神医学における分野においても根本的には異ならないとされるが、患者の症状を把握するには、現在においても心理学的方法が必要であるとされる。すなわち、患者本人や家族の問診ないし面接により患者の既往歴、家族歴、生活史、家庭環境、職場環境、性格や現病歴を聴き取り、これに現在症としての精神医学的面接所見を併せて

患者の診断を行うのが常態であり、各種理化学的検査や心理検査は必要な場合に行われることになる。このような実情の下では、精神医学的判断と心理学的判断とは前提情報において重なり合う部分が多く、一方における考慮要素が他方における考慮要素となることもある。(6)

本稿では、以上のような問題関心に基づき、鑑定書の前提となっていると思われる事案の概要（後記２）、鑑定書の概要等（後記３）を順次紹介する。続いて、鑑定人が一定の結論に至るまでの過程を分析し、意思能力の精神医学的判断に現れる経験則を明らかにする（後記４）。他方で、裁判官による意思能力の心理学的判断に現れる経験則を明らかにする（後記５）。以上を踏まえ、両者がどのように交錯するのかを考察し（後記６）、争点及び証拠の整理手続や、集中証拠調べや鑑定の各場面における裁判実務に対する一定の示唆を得て（後記７）、むすびに代える。

2　事案の概要

鑑定書の内容を紹介する前提として、本判決（原判決を引用する部分を含む。）及び記録により認められる事案の概要を、花子を出発点とする形でまとめる。

⑴　花子は、大正２〔1913〕年＊月＊日に生まれ、22歳の時に太郎（大正２年生まれ）と婚姻し、太郎との間に子を６名もうけた。長男 X1、長女 Y1、二女 X2、三女 Y2、四女（幼少時に死亡）、五女丙川桜子である。三女は統合失調症のため昭和50年〔花子当時62歳〕以降、近くの病院に長く入院している。記録によれば、長女、二女及び五女は、いずれも実家を出て婚姻し、長女は福島市内、二女は新潟県新発田市、五女は東京都内に居住していた。

⑵　花子（当時86歳）は、平成11年当時、福島市内所在の太郎所有地上にある自宅で太郎、長男一家と同居していたが、同年７月頃、長女の夫と子の共有建物が同土地上に新築された。その後、太郎・花子夫婦は、同共有建物で長女一家と同居を開始することになった。記録によれば、花子は平成元年頃に直腸癌の手術を受けたほか、めぼしい既往歴はない。(7)

⑶　太郎は、平成16年頃から寝たきりとなり、24時間の中心静脈栄養で鎖骨下のＣＶポートから栄養を摂取するようになった。輸液に気泡が入ったり太郎が点滴を抜いたりするとアラームが鳴り、輸液を調整したり医師や看護師を呼んで点滴を差し直したりする必要があったほか、太郎は尿の出が悪く尿道カテーテルを入れており、ほぼ毎日膀胱洗浄が必要であった。記録によれば、花子（当時91歳）も、平成16年３月[8]から、後述する Q5 とは異なる指定居宅介護支援事務所による居宅サービスを受けるようになる。

⑷　平成17年以降、花子（当時92歳）は、物忘れ症状により Q3 クリニックの R1 医師の往診診療を受けるようになった。長女の述べるところによれば、その頃に、花子から鞄に入っていた１万円がなくなったが、長女が取ったのかと尋ねられたことを契機に、長女が R1 医師に相談したという。R1 医師は花子にアルツハイマー型認知症の診断をし、抗認知症薬として知られるアリセプトの投与を始め、R1 医師による定期的な往診診療が続いた。

記録から、この４年余の間における花子の自宅や通所先における言動等をうかがい知ることは難しい。花子は、この間、貧血等の治療のために平成17年10月27日～同年11月16日の21日間 Q1 病院に入院[9]したことがあったほか、平成20年４月24日～同年８月２日の間 Q2 病院に何度か通院[10]し、同年12月11日～29日の19日間 Q1 病院に入院[11]し、平成21年２月７日～同年３月12日の32日間 Q2 病院に入院[12]したことがある。なお、花子（当時95歳）の Q2 病院に入院中である平成21年２月12日に五女が死亡したが、当時の診療記録には、五女の死亡に関する記載は見当たらない。

⑸　記録によれば、花子に対する介護支援は、当時の指定居宅介護事務所（上記⑶参照）の廃業に伴い、Q5 指定介護支援事業所に引き継がれた[13]。また、花子の往診治療も、Q3 クリニックの R1 医師から Q4 医院の R3 医師に引き継がれた。

R3 医師は、平成21年３月12日以降、おおむね１週間に１度の割合で花子を往診するようになった。アリセプトの処方は中止された。花子は、太郎の介護ベッドに並べて設置された介護ベッドで自宅介護を受けるようになった。

花子の往診の際の状況は、R3 医師作成の診療録[14]に詳しく記録されている。

平成21年４月９日の診療録には「健忘症状は強く入院したことも忘れている」との記録[15]が残る一方で、同年８月12日の診療録には「読書（単行本）している！たいしたものだ。認知症状だいぶ良くなっている様子」との記録[16]、同年11月３日の診療録には「認知はあるものの ADL は結構保たれている」との記録[17]等が残る。平成21年２月12日には五女の一周忌を迎える。当時の花子の言動は不明であるが、その６日後に花子を往診した R3 医師の同月18日の診療録には「花子の娘（Y1 の妹）が亡くなったことを忘れている。一周忌であり、それを聞いて泣いていたが、すぐに忘れるようだ。」との記録[18]が、同年６月３日の診療録には Y1 の話として「認知症が進んでおり、下の世話が大変」との記録[19]が残る。

⑹　平成22年９月４日には夫太郎が死亡した。その５日後である同月９日の R3 医師の診療録には「太郎が亡くなったことは何度も教えられ、その都度泣いていた。すぐに忘れるようだ。分かってるわい、とは言うが」との記録[20]が残る。同年10月21日頃には四十九日法要で来客に対して挨拶をしたという。同年12月16日の診療録には「Y1 の話では花子はまだ太郎が存命であると思っているようだ」との記録[21]が残る。この前後において、花子のデイサービスやショートステイ Q6 の利用が増える[22]。Y1 は、太郎の死亡後、X1・X2 と太郎の遺産分割につき協議をしたが、その協議に、太郎の共同相続人の一人である花子が参加したことをうかがわせる記録は見当たらない。なお、太郎の介護ベッドは、引き続き花子の介護ベッドに並べて置かれ続けていたようである。

⑺　花子は、平成23年１月に６日間ショートステイ Q6 に入所した記録が残る。平成23年２月については前後２回のショートステイ Q6 入所計画が立てられており、１回目は同月７日～13日、２回目は同月21日～27日の各７日間の予定であった[23]。

１回目の様子につき、本判決（原判決103頁左段30～32行目を引用）は「フロアで過ごす際にはテレビ鑑賞をしたり、職員や他の利用者と会話を楽しむ。夕方に帰宅願望を口にすることがある」との記載があると判示している。この間の同月８日、北野弁護士ほかを代理人として、福島家庭裁判所に対し、Y1 を申立人、花子、X1、X2、Y2～Y4（亡丙川桜子の相続人）を相手方とする

太郎の遺産分割を求める家事調停が申し立てられている（後に取下げ[24]）。

２回目の様子につき、本判決（原判決103頁左段34～37行目を引用）は「本人の体調に合わせて、フロアで他の利用者と談笑したり居室で休んだりして穏やかに過ごす。時折帰宅願望を口にする。機能訓練体操に参加する」との記載があると判示している。記録によれば、２回目のショートステイの日程が１日短縮されたのは、ショートステイ１日目である平成23年２月21日の夕方のことであり、次のような記録が残る。「平成23年02月21日（月）（長女さんより連絡）」「16：30」「～２/27までのショートを26日までに変更したい。月曜日に来客がある。お泊まりから戻ってすぐだとぼんやりしてしまうかも知れないので、一日早めたい[25]」。これに伴い、Y1 は、上記の日程変更の際に、平成23年２月27日に Q5 指定介護支援事業所の在宅介護ヘルパーを依頼している[26]。花子は、同日は介護ヘルパーや Y1 の介護を受けて、Y1 の自宅で過ごしていたと推測される。

⑻　本判決（原判決99頁右段30～33行目を引用）は、花子と被告 Y1 は、平成23年２月28日、花子が被告 Y1 に太郎の相続に係る相続分を全部譲渡する旨が記載された相続分譲渡証書と題する書面〔本判決にいう本件譲渡証書。甲１の１〕を作成したと認定している。本件譲渡証書の作成経緯に関する事実認定は原判決と本判決とで異なっている。R3 医師がその２日後の同年３月２日に花子を往診した際の同日の診療録には「2011/03/02」、「先月スエに相続の問題で弁護士さんとの面談があり、大役をこなしてくれたとのこと……」、「認知症はあるものの会話は可能であり、元気である」との記録[27]がある。

⑼　平成23年３月10日に開かれた上記⑺の家事調停の調停期日には、Y1、X1 及び X2 が出頭したが、花子は出頭しなかった。Y1 は、同期日において、上記⑻において作成された相続分譲渡証書（甲１の１）及び脱退届（甲１の２）を福島家庭裁判所に提出した[28]。

⑽　その翌日（３月11日）に東日本大震災が発生した。R3 医師の平成23年４月６日の往診録には「本日は非常に多弁。元気である。また太郎さんが亡くなったと聞かされて忘れている。短期記憶は欠乏状態。会話は成り立つのだが……」との記録[29]が残る。

花子は、平成23年６月３日に意識障害発作が出現した。同月25日以降、花子はショートステイサービスを利用しなくなり、R3医師の往診診療を受けるほか、居宅介護サービスの利用を受ける生活が４年弱続いた。この間の花子の様子はR3医師の診療録やQ5指定介護支援事業所の日報に詳しい。

花子は平成27年７月16日にQ2病院に入院し[30]、その３日後の同月19日に死亡した。

3　鑑定書の概要等

第１審において、裁判所（単独体）は、W1〇〇大学医学部教授を鑑定人に選任し、鑑定を命じた。鑑定人は、平成31年１月21日付け「花子鑑定書」（以下「鑑定書」という。）を提出したほか、令和元年５月27日付け「花子鑑定補充書」（以下「鑑定補充書」という。）を提出した。

鑑定書は本文が24頁あり、末尾に参考資料のうちの１つ（参考資料２）が添付されている。本文の全体の構成[31]は、「第１　鑑定事項」、「第２　診療経過」、「第３　考察」及び「第４　鑑定結果」であるが、第５として「受領した以外の鑑定資料[32][33]」が列挙されている。

⑴　鑑定事項[34]

「平成23年２月28日当時における亡花子（大正２年＊月＊＊日生まれ、平成27年７月19日死亡）の意思能力の有無[35]。」

⑵　診療経過

診療経過の記載は、⑴家族歴、生活歴、⑵既往歴、⑶現病歴で構成されている。⑴、⑵は既に２⑴で紹介した内容と重なるので、以下では、⑶の現病歴（患者の発病以来の病状と経過）について紹介する。

鑑定人は、まず、花子が入通院した医療機関作成の診療記録に基づき、1)Q3クリニックからの往診治療[36]、2)Q1病院での１回目の入院治療[37]、3)Q2病院での通院治療[38]、4)Q1病院での２回目の入院治療[39]、5)Q2病院での１回目の入院治療[40]、6)Q4医院からの往診治療[41]、7)Q2病院での２回目の入院治療（この入院中に花子は死亡[42]）の順に小項目を立てて整理する。

続いて、花子が生前利用していた指定居宅介護支援事業所やショートステイ施設の介護記録等に基づき、8)Q5 指定居宅介護支援事業所からの居宅介護支援[43]、9)ショートステイ Q6[44]につき小項目を立てて整理している。このほか、医療従事者として、10)看護師からの訪問看護[45]につき小項目を立てて紹介する。

鑑定人は、上記のとおり診療記録等に記載された医療・介護従事者らの花子に関する陳述内容を整理した後に、事件関係者の陳述内容を、X2、Y1、南野葉子弁護士の順に整理する。すなわち、11)平成30年 4 月 7 日の二女 X2 の陳述書（甲12[46]）、12)平成28年11月 4 日の長女 Y1 の陳述書（乙Ａ36[47]）、13)平成28年11月11日の長女 Y1 の原告・X2 の陳述書に関する反論陳述書（乙Ａ42[48]）、14)平成30年 6 月 4 日の長女 Y1 の第 3 回口頭弁論調書[49]、15)平成28年10月27日の南野弁護士の陳述書（乙Ａ35[50]）の順で小項目を立てて整理する。

鑑定人は、以上のような、第三者的な医療・介護従事者の陳述（診療録等記載内容）と、それ以外の関係者の陳述内容を考察して、16)現病歴のまとめをする[51]。その際には、「家族の間で財産相続をめぐって係争があること、また、弁護士は相続分譲渡契約に直接関わっていることから、これらの人々の陳述は慎重に解釈」する方針を明示する。

「本人〔花子〕は、平成14年から記憶障害とそれから派生する物盗られ妄想[52]を発症した可能性がある。平成17年からは明らかな記憶障害が認められ、物盗られ妄想、アパシー[53]もみられた。これらのため、アルツハイマー型認知症の診断を受け、本疾患の治療薬を処方されることになった。しかし、その後記憶障害はさらに進行し、五女の死亡、夫の死亡、食事したことなども忘れるようになった。身内の人物の失認、時間の見当識障害が出現し、理解力・判断力・意思伝達能力も低下した。食事・排泄・更衣など身辺処理にも介助を必要とするようになった。認知症に伴うことが多いせん妄もしばしばみられたが、前期〔ママ〕の症状はせん妄がない時にも明らかに存在した。なお、この期間に、平成16年から貧血がみられ、平成20年12月には意識障害、平成21年 2 月には吐血を呈した。最初は膵頭部癌を疑われたが、平成21年 2 月には十二指腸ポリープの存在が明らかになった。平成21年 2 月16日にポリープは脱落したが、これによる精神状態の変化はなかった」。

この現病歴のまとめを踏まえ、鑑定人は、17)平成23年２月28日当時の〔花子の〕精神状態につき論じる。[54]

「記憶障害が進行しており、五女の死亡、夫の死亡、食事したことなども忘れるほどであった。身内の人物の失認、時間の見当識障害がみられ、理解力・判断力・意思伝達能力も低下していた。アパシーがみられ、食事・排泄・更衣などの身辺処理に介助を必要とする状態であった。これらの症状は、医療従事者のみならず同居している家族からも観察されており、短時間とはいえ家で一人にしておくのが心配な状態であった」。

⑶　考察

鑑定人は、花子の診断に先立って、1)アルツハイマー型認知症について、2)アルツハイマー型認知症の診断基準、3)アルツハイマー型認知症における情動と記憶との関係、4)アルツハイマー型認知症と鑑別が必要な疾患、5)「カルテ記載バイアス」[55]について、小項目を立てて総論的な説明を行う。[56]

詳細の紹介は省略するが、精神医学では、論者により差異はあるものの、アルツハイマー型認知症患者の経過を第１期（初期）、第２期（中期）、第３期（末期）に分けて説明する。鑑定人の説明による第２期の臨床症状を紹介する。「記憶障害が次第に進行して、物をしまった場所を忘れて盗られたといって騒いだり（物盗られ妄想）、食事をしたのに忘れて家人が自分に食べさせてくれないといったりする。最近の記憶の障害が起こるが、古い記憶はかなり後まで保たれる。記憶障害が高度になると健忘症候群の形をとり、見当識障害が顕著になり、時や場所がわからず、人物の見当識障害のため家族や知人の名前や顔もわからなくなる。記憶の欠陥をつくろうために作話もみられる。理解力が低下し、注意が散漫で集中力がなくなり、話が回りくどくなり、同じことを繰り返して話す。抽象的思考や計算もできなくなり、感心〔ママ〕は自分の身体や家族など狭い範囲に限られるようになる。高次機能の障害として巣症状（失語、失行、失認）などが始まる。失語は最初は健忘失語が主であるが、進行すると言語そのものが崩壊し、理解も発語も出来なくなる。失行でまず目立つのは着衣失行で、服を裏返しに着たり、服の上に下着のシャツを着たりし、ボタンが掛けられなくなる。失認は、自分を介護してくれる娘が分からなくなり、『ど

ちら様でしょう』などといったりする。感情面では、意欲、自発性が低下し、家にひきこもりがちになる。思考の柔軟性がなくなり頑固になる。行動障害の１つに夜間不穏があり、昼間はうとうとと眠っていて夜間に落ち着きがなくなり、ときにせん妄状態になる」。

以上の総論的説明を踏まえて、鑑定人は、まず、花子の中核症状が上記のとおりのアルツハイマー型認知症の中期の臨床症状の記載と一致することを指摘する[57]。この点は後記４(1)で改めて取り上げる。

鑑定人は、続けて、上記2)で紹介した米国精神医学会の診断・統計マニュアル（DSM）の第５版（DSM-Ⅴ）の診断基準によれば、認知症の診断基準を満たし、行動障害（アパシー）を伴うものといえると診断し、同診断を前提とするアルツハイマー病による認知症の診断基準を満たすとして、「確実なアルツハイマー病による認知症（アルツハイマー型認知症）」と判断している。その検討過程の中で、鑑定人は、後述する血管性認知症やレビー小体型認知症の特徴的な症状がないこと、後述する貧血性低酸素症の原因となった十二指腸ポリープ消失後も記憶障害を始めとする認知機能の低下がみられたことを指摘する[58]。この点も後記４(2)で改めて取り上げる。

花子の認知症の重症度について、鑑定人は、DSM-Ⅴの診断基準によれば食事、更衣など基本的な日常生活動作について完全に依存していたことから重度と判定されることを指摘した上で、臨床認知症評価尺度（CDR）を花子の症状に適用して「総合的な認知症の重症度は明らかに中等度以上でかなり重度に近かった」ものと判断する。この点は後記４(1)、(2)で改めて取り上げる。

鑑定人は、7)意思能力とその判定についての文献的考察[59]をした後、8)平成23年２月28日における本人の意思能力を検討する[60]。

鑑定人は、上記7)において、意思能力は、おおよそ「自分がある行為を行う際に、その行為に関連する状況と情報を理解し、その行為が自分と周囲に及ぼす影響を理解したうえで一定の判断を下し、その判断の理由と経過を周囲に説明することが出来る能力」と定義する。鑑定人は、花子の平成23年２月28日当時における相続分譲渡の意思能力につき、花子の精神状態を確定した上で、相続分譲渡契約の過程で必要となる精神的機能と花子の精神状態とを照らし合わ

せて評価する。鑑定人は、①花子が相続分譲渡に関連する状況と情報としての太郎の死亡及び・又は五女桜子の死亡を忘れていた可能性があり「本人は相続分譲渡に関連する根本的な状況と情報を理解していなかったと考えるのが妥当である」こと、②「自分に与える影響はさておき、自分の相続分譲渡が周囲に与える影響を理解したうえで判断を下すことが出来た可能性は低い」こと、③花子が「簡単な受け答えはさておき、相続分譲渡の判断の理由や経過を周囲、特に財産相続で不利になる長女以外の子どもたちに説明できる能力はなかったと考えるのが妥当である」ことを指摘して、次のように結論づける。花子は平成23年２月28日「当時、本人の相続分譲渡契約についての意思能力は無かったと考えられる」。

⑷　鑑定結果

結論として「平成23年２月28日における亡花子の意思能力は無かったと考えられる」とし、その理由として「本人は当時、アルツハイマー型認知症に罹患しており、記憶力、理解力、判断力、意思伝達能力が著明に低下していた」ことを挙げる。

4　鑑定人による精神医学的判断の構造

⑴　伝統的診断基準による検討

鑑定書は、花子の「症状の中核は、平成14年に発症した可能性があって平成17年からは明らかになった進行性の記憶障害であり、加えて物盗られ妄想、人物失認、時間の見当識障害、理解力・判断力・意思伝達能力の低下、食事・排泄・更衣などの身辺処理能力の低下もみられた」とした上で、我が国において権威ある精神医学の教科書に記載された「アルツハイマー型認知症」の「中期の記載と一致する」ことを指摘する[61]。これは、精神医学における診断基準の一つである伝統的診断ないし従来診断を用いた診断結果を示したものと考えられる。

精神医学の教科書[62]によれば、精神科の診断では、① 状態像診断、② 従来診断、③ 操作的診断が使われるという知見があるとされる[63]。状態像診断は、患

者の現在の精神状態に基づく分類とされる。従来診断は、成因に基づく分類（病因論的診断分類）とされる。器質因、身体因や中毒因が明らかなものを「外因」、症状の原因は明証されていないが脳の素因が想定されるものを「内因」、ストレス反応やパーソナリティ的要因によるものを「心因」と３つに分類する。[64] 鑑定人は、精神医学の別の教科書『現代臨床精神医学』[65] の最新版に基づき、アルツハイマー型認知症[66] の直接原因を「脳の一次的変性と萎縮」、成因を「素因、加齢に伴う諸要因、そのほかいくつかの要因が関与するもの」として、[67] アルツハイマー型認知症を外因性の器質性精神疾患の一つと捉えるのであろう。この把握によれば、「中枢神経系そのものに病変が生じ」た結果と考えられる記憶能力等の低下に着目することになる。鑑定人が依拠した精神医学の教科書によれば、老年期になって、特別な原因なしに記憶障害（記銘障害）と人格水準低下を主とする顕著な認知症が出現するときには、まずアルツハイマー病を考えるとし、晩発性アルツハイマー病の認知症と健康老人の「物忘れ」との鑑別は、長谷川和夫の見解に沿って、次のような点に留意するものとされる。①健康老人の物忘れは体験の一部を忘れるが、認知症の記憶障害は体験の全部を忘れる。②健康老人の物忘れは頻度が次第に増えても物忘れにとどまるが、認知症者のそれは認知障害、失見当識などに進行する。③健康老人は物忘れを自覚し心配するが、認知症者では自己の欠陥を自覚せず、かえって物忘れを否定したりすること等。

鑑定人は、（遅くとも）平成17年～平成23年の花子の言動について医療・介護関係者が日常業務の中で見聞した情報を経時的に把握して「進行性の記憶障害」の存在を認識したものと思われる。この認識に基づき、花子にみられた「物盗られ妄想、人物失認、時間の見当識障害」は、記憶障害があって、周囲の状況変化についていけない状況を示すものであり、健康老人の「物忘れ」とは質的に異なると解釈したものと思われる。花子の理解力、判断力や意思伝達能力の水準やその動向をうかがわせる資料は記録上乏しいが、平成22年以降、特に配偶者（太郎）の死亡後に失人物見当識の存在を推測させる言動が増えたことなどを重視して「理解力・判断力・意思伝達能力も低下」したという推認をしたものと考えられる。

鑑定人は、続いて、非アルツハイマー型認知症との鑑別を行い、血管性認知症[68]及びレビー小体型認知症[69]についてはそれぞれ「特徴的な症状がない」ことを理由に否定的な所見を示した上、貧血性低酸素症[70]（による二次性認知症）につき、貧血の「原因となった十二指腸ポリープ消失後も記憶障害を始めとする認知機能の低下がみられ」ることなどを指摘して否定的な所見を示している[71]。

冒頭で引用した鑑定書の指摘は、以上のような伝統的診断基準による検討過程を経て導き出されたものである。

鑑定人の依拠する教科書によれば、「認知症の程度を量的に評価し、その段階づけを行うことは容易ではないが、認知症は記憶障害を中心とする知能障害が中核症状であるから、この面の機能低下を評価するのが実際的である」とされる。その方法として、長谷川式簡易知能評価スケール（改訂版）（HDS-R）、Mini-Mental State Examination（MMSE）のほか、前述の臨床認知症評価尺度（CDR）があるとされる[72]。CDR は症状観察による評価尺度であり、①記憶、②見当識、③判断力と問題解決、④社会適応、⑤家庭状況及び趣味・関心、⑥パーソナルケアの６項目ごとに０（健康）、0.5（認知症の疑い）、１（軽度認知症）、２（中等度認知症）、３（重度認知症）に相当する説明文が付されており、検査者が各項目につき５段階の評価をして０～３の得点を付け、最後に各項目の合計得点を記入し、一定の基準により全体的重症度判定を行う[73]。

花子につき、平成17年に Q3 クリニックの R1 医師がアルツハイマー型認知症と診断した際に、何らかの認知症検査がされた可能性が高いが、記録によれば、花子に対する認知症検査をしたか否かに関する手がかりは、肯定方向・否定方向いずれも見当たらない。R1 医師の往診診療時、その間の複数の入院治療時にこれらの検査が実施された形跡はなく、R1 医師を引き継いだ R3 医師等において花子に検査を実施した形跡もない。花子はこのような診療経過を経て鑑定開始までに死亡している。以上のような状況を踏まえ、鑑定人は、重症度につき CDR を用いた評価を実施し、項目①②④⑥については重度の障害があり、項目③⑤については中等度又はそれ以上の障害があると判断している。

⑵　操作的診断基準による検討

操作的 operational な基準とは、判定者の主観が入りにくい基準を意味する。

鑑定人は、上記の伝統的基準のほか、操作的診断基準の典型として知られる米国精神医学会の診断・統計マニュアル（DSM）を用いて、花子の精神障害の有無及び程度を検討する。平成23年当時はその第４版の本文改訂版（DSM-Ⅳ-TR）が最新のものであったが[74]、その２年後に第５版（DSM-Ⅴ）が公表されている。なお、DSM-Ⅴは2022年に本文が改訂されており（DSM-Ⅴ-TR）、その後も微修正が続いているが[75]、操作的診断基準は継承されている[76]。鑑定人は、以上の状況の中で、鑑定時点での最新版である DSM-Ⅴを用いて評価したものと思われる。

ア　認知症診断

DSM-Ⅴの原文では、「認知症」は Major Neurocognitive Disorder と表記される。この Major Neurocognitive Disorder は DSM-Ⅳ及びその本文改訂版（DSM-Ⅳ-TR）で痴呆 dementia とされた状態に対応するとの説明がある[77]。以下この意味で「認知症」の語を用いる。

認知症の診断基準は次のとおりとされる。A．１つ以上の認知領域（複雑性注意、実行機能、学習および記憶、言語、知覚―運動、社会的認知）において、以前の行為水準から有意な認知の低下があるという証拠が以下に基づいている：⑴本人、本人をよく知る情報提供者、または臨床家による、有意な認知機能の低下があったという懸念、および⑵可能であれば標準化された神経心理学的検査に記録された、それがなければ他の定量化された臨床的評価によって実証された認知行為の障害。B．毎日の活動において、認知欠損が自立を阻害する（すなわち、最低限、請求書を支払う、内服薬を管理するなどの複雑な手段的日常生活動作に援助を必要とする）。C．その認知欠損は、せん妄の状況のみで起こるものではない。D．その認知欠損は、他の精神疾患によってうまく説明されない。

つまり、診断者としては、ある患者に認知症の診断をするには、基準Ａの柱書、⑴及び⑵並びに基準Ｂを満たすとともに、除外基準としての基準Ｃ及びＤを満たしていることを確認する必要がある。基準Ａの柱書にいう認知領域は上記のとおり６領域ある。鑑定人はこのうち「実行機能」及び「学習と記憶」の領域を検討したと思われる。DSM-Ⅴでは、「実行機能」領域として計画性、

意思決定、ワーキングメモリ、フィードバック／エラーの訂正応答、習慣無視／抑制、心的柔軟性を挙げ、重度障害の症状や所見の例として「複雑な計画を放棄する。一度に一つの仕事に集中する必要がある。日常生活に役立つ活動を計画したり意思決定をするのに他者に頼る必要がある」ことを挙げる。「学習と記憶」として即時記憶、近時記憶（自由再生、手がかり再生、再認記憶を含む）、長期記憶（意味記憶、自伝的記録）、潜在学習を挙げ、重度障害の症状や所見の例として「しばしば同じ会話の中で同じ内容を繰り返す。買い物をするときの品物品目や１日の予定を思い出すことができない。作業が正しくできるためには、手がかりが頻繁に必要である」ことを挙げる。

鑑定人は、基準Ａの柱書のうち「実行機能」と「学習および記憶」の２つの認知領域について基準Ａの⑴を満たすとともに、入院時看護記録の評価を当てはめれば同⑵も満たすと判断した上で、同Ｂを満たし、除外基準としての基準Ｃ及びＤを満たしているという操作的判断により、花子を認知症と判断したものであると思われる。

イ　認知症の病因診断

DSM-Ⅴは、認知症と診断する場合、診断者に病因による下位分類[78]を特定することを求める。このうち、アルツハイマー病による認知症の診断基準は次のとおりとされる。Ａ.認知症または軽度認知障害の基準を満たす。Ｂ.１つまたはそれ以上の認知領域で、障害は潜行性に発症し緩徐に進行する（認知症では、少なくとも２つの領域が障害されなければならない）。Ｃ.以下の確実なまたは疑いのあるアルツハイマー病の基準を満たす：⑴家族歴または遺伝子検査から、アルツハイマー病の原因となる遺伝子変異の証拠がある。⑵以下の３つすべてが存在している：(a) 記憶、学習、および少なくとも１つの他の認知領域の低下の証拠がある（詳細な病歴または連続的な神経心理学的検査に基づいた）。(b) 着実に進行性で緩徐な認知機能低下があって、安定状態が続くことはない。(c) 混合性の病因の証拠がない（すなわち、他の神経変性または脳血管疾患がない、または認知の低下をもたらす他の身体疾患、または全身性疾患がない）。（中略）Ｄ.障害は脳血管疾患、他の神経変性疾患、物質の影響、その他の精神疾患、神経疾患、または全身性疾患ではうまく説明されない。

鑑定人は、基準Ａ（認知症）を満たし、基準Ｂについては上記のとおり「実行機能」と「学習および記憶」の２認知領域につき障害が発症し緩徐に進行したとし、基準Ｃの⑵(a)、(b)とともに、伝統的判断基準による場合と同様の事情を考慮して除外基準としての同(c)を満たし、基準Ｄを満たすとして、花子を「確実なアルツハイマー病による認知症（アルツハイマー型認知症）」と判断したものと思われる。

ウ　認知症の重症度診断

DSM-Ⅴは、認知症と診断する場合、診断者に、行動障害を伴うか否かの特定を求めるほか、現在の重症度の特定を求める。DSM-Ⅴによると、手段的日常生活動作の困難（例：家事、金銭管理）を認める場合を「軽度」、基本的な日常生活動作の困難（例：食事、更衣）を認める場合を「中等度」、完全依存を認める場合を「重度」と定義している。

鑑定人は、花子の診療経緯に照らし、行動障害（アパシー）を肯定した上で、「食事、更衣など基本的な日常生活動作について完全に依存していたと思われる」ことを指摘して「重度ということになる」と判断したものと思われる。

エ　総合診断

鑑定人は、上記ア～エの検討を踏まえ、DSM-Ⅴによる操作的診断により、花子を「確実なアルツハイマー病による重度の認知症」で、行動障害を伴うものと判断したものと思われる。

⑶　精神疾患及びその重症度に関する診断

鑑定人は、花子の精神疾患及びその重症度につき、「平成23年２月28日当時、平成14年から平成17年にかけて発症したアルツハイマー病の中期にあり、重症度はかなり重度に近い状態で、記憶力、理解力、判断力、意思伝達能力が著明に低下していた[(79)]」と判断した。

⑷　意思能力評価

鑑定人は、花子の「平成23年２月28日当時における……相続分譲渡契約に関する意思能力」を検討し、上記のとおり３点を指摘する。上記⑴～⑶の診断結果を踏まえると、この３点の指摘は、次のような含意があるものと思われる。

第１に、鑑定人は、同日の相続分譲渡に関するやり取りは北野弁護士と花子

との間で行われものであることを前提に、太郎の死亡及び・又は五女桜子の死亡を忘れていた可能性（上記３⑶①）を指摘するが、花子の発言を外形的に北野弁護士（Y1 代理人）に対する相続分譲渡契約の申込みとみる余地があるとしても「その時点での具体的な質問ではなく、将来夫が亡くなった時についての質問と捉えて、『一般的にはそんなもんでないか』くらいの軽い気持ちで答えた」可能性を示唆する。

鑑定人は、鑑定補充書において、花子の発言等をアルツハイマー型認知症の第２期でみられる行動異常の１つとしての対人接触のもっともらしさ又は人格の形骸化と呼ばれる症状の一環として説明する。すなわち、花子の北野弁護士に対する発言は「夫の死亡を確実には認識していないし、五女の死亡や財産の金額については全く認識していないにもかかわらず、夫の財産をどうするのかと聞かれて、『親の面倒をみた子どもが相続するのが当たり前だ』というもっともらしい答えを返した可能性が高い」と解釈する。この鑑定人の解釈は Y1 やその場にいた北野・南野弁護士の述べる当日のやり取り自体を否定しようとする趣旨ではない。花子がその場で北野弁護士に対して確定的な相続分譲渡の申込みの意思表示をしたといえるかについても疑問を投げかけているにとどまるものである。[80]

第２に、鑑定人は、北野弁護士からの問いかけがやや抽象的なものであったほか、その場で五女桜子に関するやり取りがあったとは誰も供述していないことを踏まえて、花子が、自分の相続分譲渡が、自己及び Y1 以外に共同相続人がいることを前提として、Y1 以外の子らに与える影響を理解した上で判断を下すことができた可能性が低いことをいう。鑑定書では直接に言及がないものの、上記２でみた事実経過に照らすと、花子は、太郎の相続をめぐり自己以外の共同相続人、特に X1、X2 と Y1 間で太郎の遺産の範囲や遺産分割の方法につき紛争が生じており、花子自身も遺産分割調停の相手方当事者となっているという認識があったとはおよそ思われない。このことは、鑑定人も当然の前提としていた可能性が高いが、この事情も、鑑定人の判断の正当性を補強する有力な材料と思われる。

第３に、鑑定人は、外形的には相続分譲渡の判断の理由や経過を周囲、特に

財産相続で不利になる長女以外の子どもたちに説明できる能力の不存在を指摘しているようにみえるものの、上述した鑑定人の論理を追っていくと、「説明」の前提として、相続分譲渡を（確定的に）する旨の意思決定能力についても問題としていたことが分かる。鑑定人は、DSM-Ⅴを用いた操作的診断を行った際に、学習と記憶領域のほか「実行機能」領域を検討したと思われるところ、「実行機能」領域の重度障害の症状や所見の例として計画性、意思決定、ワーキングメモリ、フィードバック／エラーの訂正応答、習慣無視／抑制、心的柔軟性を挙げ、重度障害の症状や所見の例として「複雑な計画を放棄する。一度に一つの仕事に集中する必要がある。日常生活に役立つ活動を計画したり意思決定をするのに他者に頼る必要がある」ことが挙げられていることは既に触れたとおりである。本判決にいうY1の本人尋問の結果によれば、花子は、北野弁護士から、相続分譲渡証書（花子氏名部分の記載がないもの）を渡されて、その場でボールペンを用いて自己の氏名を手書きしようとしたものの、「手が震えて書けず、『私書けないから、先生たち、そっちで書いてください。』と言い出し、北野弁護士はこの花子の申出を受け入れて、Y1に代筆をさせて本件譲渡証書を完成させた」という。このエピソードは、他の経時的事情と相まって、アルツハイマー型認知症により花子の実行機能領域が重度に障害されていたという判断を根拠づける症状の一つと位置付けられる。

＊　本稿は、科学研究費（課題番号21K20089）による成果の一部である。

（1）　仙台高判令和３年１月27日判例タイムズ1492号89頁（以下「本判決」という。）とその原判決である福島地判令和元年12月13日同号99頁（以下「原判決」という。）。本文の「花子」、「太郎」その他本稿における関係者や関係機関の仮名処理は、上記掲載誌の例による。なお、本判決に対しては上告受理の申立てがされたが、令和３年11月12日不受理決定がされ、確定している。

（2）　須永醇『意思能力と行為能力』（日本評論社、2010）に収録された諸論考、熊谷士郎『意思無能力法理の再検討』（有信堂高文社、2003）等。

（3）　我妻榮『新訂民法総則』（岩波書店、1965）60頁、76頁。

（4）　岡松参太郎「意思能力論⑴～⑸・完）」法学協会雑誌33巻10号（1915）1659頁、

11号1891頁、12号2061頁、34巻２号（1916）264頁、３号435頁。岡松は、意思能力を「心理作用ニ異常ナキコト」及び「精神状態ニ缺陥ナキコト」で構成されるものとし、「意思能力トハ正當ニ行為（容態）ノ動機及結果ヲ認識シ且其認識ニ從ヒ意思ヲ決定スル（行為スル）能力ニシテ其一作用ニ異常アルトキハ意思能力ノ欠缺ヲ來ス」ものとしつつ、それでは足りず「其異常カ精神状態ノ缺陥（Defekt）ニ基クコト」を要するという枠組みを示しており、「老耄性痴呆（Dementia Senilis）」は「精神障礙」に含まれる旨論じていた。1910年代において既に「客観的ニ理性ナル行為モ必シモ精神ノ理性的作用ノ結果ナリト云フヲ得サル」ことを指摘していたことが注目される。

（５） 鳩山秀夫『日本民法総論（上）』（岩波書店、1923）54頁。

（６） 精神科医である西山詮は「人の精神能力を判断するにあたっては、懐古的な方法をとる刑事精神鑑定および診断（責任能力）や狭義の民事精神鑑定（遺言能力、責任能力等）も、展望的方法をとる成年後見鑑定も、共通の構造をもっている」という。「第一段は、『精神の障害』や『精神上の障害』があるかどうか、あるとすればその種類・程度に関する判断で、いわゆる生物学的要素とよばれるものであ」り、「第二段は、上記障害により弁識能力……が低下しているかどうか、低下しているとすればその程度を判断するもので、これが心理学的要素とよばれ……これを『判断能力』とよび、さらに端的には『自己の財産を管理・処分する能力』と表現」するという。その上で、成年後見鑑定における「第三段は後見、保佐、補助の開始をするかどうかの判断であり、これがもっぱら裁判所の仕事であることに異論はない」という。新井誠＝西山詮編著『成年後見と意思能力――法学と医学のインターフェース』（日本評論社、2002）143、144頁〔西山詮〕。

（７） 鑑定書２頁。

（８） 甲３（Q5 指定居宅介護事業所作成の居宅サービス計画書(1)）には、初回サービス計画作成日として「平成16年03月01日」の記載がある。

（９） 診療記録は乙Ａ９の１号証。

（10） 診療記録は乙Ａ32号証。

（11） 診療記録は乙Ａ30号証。

（12） 診療記録は乙Ａ21号証、乙Ａ32号証。

（13） 乙Ａ20号証等。

（14） 乙Ａ19号証（電子診療録をプリントアウトしたもの）。

（15） 同３頁。

（16） 同12頁。

（17） 同17頁。

（18） 同22頁。

(19)　同27頁。
(20)　同32頁。
(21)　同36頁。
(22)　これはY1や家族の負担軽減のみならず、花子に対する行動療法という側面もあったものと思われる。
(23)　以上につき、乙A21号証。
(24)　家事調停申立書写しは甲14（平成23年2月8日付けの福島家庭裁判所の受付印が押されている。）。甲14の原本には2枚の付せんが貼付されていたようであり、1枚は「申と同居中　98才？」と記載され、もう一枚は「申立人に譲渡」と記載されていた。
(25)　乙A20号証（記録622丁裏）。
(26)　同上。
(27)　乙A19号証の40頁。
(28)　この相続分譲渡証書及び脱退届は、当時の家庭裁判所実務で使用されていた書式にほぼ準拠して北野弁護士等が作成したものである。
(29)　乙A19号証41頁。
(30)　診療記録は乙A32号証。
(31)　全体の構成は、西山詮『民事精神鑑定の実際』（新興医学出版社、1995）5、6頁の構成を参照しているものと推測される。西山によれば、三宅鑛一『精神鑑定例』（南江堂、1937）が「日本の今日に至る精神鑑定の標準を提供するものである」。
(32)　具体的には次の9点である。原著大熊輝雄、「現代臨床精神医学」第12版改訂委員会編『現代臨床精神医学改訂第12版』（金原出版、2013。以下『現代臨床精神医学』という。）、同書の付表6「Clinical Dementia Rating（CDR）」（同書546頁）、髙橋三郎＝大野裕監訳『DSM-5精神疾患の診断・統計マニュアル』（医学書院、2014）、池田学「認知症診断に必要な記憶障害の臨床」老年期認知症研究会誌17号（2010）57頁、松下正明総編集『臨床精神医学講座　第10巻　器質・症状性精神障害』（中山書店、1997）353頁〔丸井規博〕、中島健二ほか編『認知症ハンドブック』（医学書院、2013。以下、本稿では第2版〔2020〕で引用する。）456頁以下〔村松太郎〕、松下正明総編集『司法精神医学4　民事法と精神医学』（中山書店、2005）54頁〔松下正明〕、日本神経学会「認知症疾患診断ガイドライン2017」（医学書院、2017）、前掲『司法精神医学4　民事法と精神医学』42頁〔五十嵐禎人〕。
(33)　鑑定補充書には、次の3点が「受領した以外の鑑定資料」として列挙されている。松下正明「Alzheimer病にみる行動異常―高次精神機能の解体の一側面―」

日本臨牀45巻２号（1987）366頁、原田憲一「老人における痴呆の臨床類型」精神神経学雑誌83巻３号（1981）117頁、山崎英樹ほか「老年期における重度痴呆の類型分類」老年精神医学雑誌５巻２号（1994）199頁。

(34)　鑑定書１頁。

(35)　記録によれば、鑑定事項を定める際に、原告側と被告側の意見の隔たりが大きかったようであり、結果的に、このような鑑定事項となっている。

(36)　鑑定書２頁。

(37)　鑑定書２、３頁。

(38)　鑑定書３頁。

(39)　鑑定書３、４頁。

(40)　鑑定書４～６頁。

(41)　鑑定書６～８頁。

(42)　鑑定書８頁。

(43)　鑑定書８、９頁。

(44)　鑑定書９頁。

(45)　鑑定書９頁。

(46)　鑑定書10、11頁。

(47)　鑑定書11頁。

(48)　鑑定書11頁。

(49)　鑑定書12頁。

(50)　鑑定書12頁。

(51)　鑑定書13、14頁。

(52)　物盗られ妄想とは、記憶障害により、物をしまった場所を忘れて取られたといって騒ぐことをいう。『現代臨床精神医学』165頁等。

(53)　アパシーとは、自発性の低下、やる気のなさなどにより日常生活活動が減少することであり、趣味、家事、対人交流等に興味を示さなくなる状態である。うつ症状と似ているといわれるが、アパシーは抑うつ気分や不安焦燥、罪悪感、不快な気分、自律神経症状を伴わない点でうつ症状とは異なるとされる。『認知症ハンドブック〔第２版〕』245頁。

(54)　鑑定書14頁。

(55)　『認知症ハンドブック〔第２版〕』463頁〔村松太郎〕は、「カルテとは一般に、患者について観察されたすべてが平等に記されているものではな」く、「明らかに重篤な認知機能障害があれば、医療者は毎日それをカルテに記すことはせず、逆に、残存している認知機能が言動に現れた場合に、ことさらにそれを記すことが多い」ことを指摘し、「カルテが証拠として用いられるとき、患者の認知機能

の実態が裁判所に誤った形で認識されるおそれがある」と論じる。

(56)　鑑定書15～19頁。

(57)　鑑定書19頁。

(58)　鑑定書19頁。

(59)　鑑定書20、21頁。

(60)　鑑定書21～23頁。

(61)　鑑定書19頁。

(62)　尾崎紀夫・三村將監修『標準精神医学〔第９版〕』（医学書院、2024。以下『標準精神医学』という。）

(63)　『標準精神医学』89、90頁。「従来診断と、DSM、ICD による操作的診断〔後述〕の２種類からつけるのが望ましい」という。

(64)　『標準精神医学』24、25頁。

(65)　前掲注(32)。

(66)　かつては、老年期（65歳以上）に、加齢に伴う脳の一次性萎縮病変に伴って起こる認知症が高度になり、社会適応が困難になった状態は、従来、老年痴呆と呼ばれ、特別の原因疾患なしに初老期に発症する認知症を初老期認知症 Alzheimer 病と呼んで老年認知症と別個に扱われていたが、近年、両者の神経病理学的所見には本質な差異がないことがわかっているという。『現代臨床精神医学』158、159頁。

(67)　『現代臨床精神医学』159頁。

(68)　鑑定人によれば「脳出血や脳梗塞の既往、比較的急激な発症、症状の変動性、人格の核心が保たれていること、まだら認知症の傾向、麻痺や知覚低下などの神経学的症状で特徴づけられる」という。鑑定書18頁。

(69)　鑑定人によれば「進行性の認知機能障害に加えて、パーキンソン症候群、幻視を伴う精神病状態、激しい認知機能レベルの変動などで特徴づけられる」という。鑑定書18頁。

(70)　鑑定人によれば「出血や重症貧血により脳への酸素の運搬が障害され、一過性の意識障害が起こる。永続的な後遺症は少なく、通常は急性期の間の健忘が残るのみである。しかし、低酸素症が遷延するか致命的なほど重篤な場合は永続的な記銘力障害や自発性の低下が残ることがあり、認知症に至ることもある」という。鑑定書18頁。

(71)　鑑定書記載のこれらの所見は、本文(2)で後述する操作的診断基準による診断のみならず、本文(1)の伝統的診断基準による鑑定人のアルツハイマー型認知症診断にも妥当させようとする趣旨と思われる。

(72)　『現代臨床精神医学』166、167頁。

(73)　『現代臨床精神医学』167、168頁。

(74)　土井文美「遺言能力（遺言能力の理論的検討及びその判断・審理方法）」判例タイムズ1423号（2016）15頁、特に26頁、27頁では、DSM-Ⅳ-TR の認知症 dementia の診断基準を参考にして「共通する特徴」を挙げる。

(75)　最終修正は2024〔令和６〕年９月の改訂である。その冒頭には次のような記載があることに注意を要する（筆者による仮訳）。「DSM-V-TR は、臨床、教育、研究の場で使用するために開発された精神障害の分類である。診断カテゴリー、診断基準、本文の記述は、適切な臨床訓練を受け、診断の経験を積んだ人が使用することを意図している。DSM-V-TR は、臨床的訓練を受けていない人が機械的に適用しないことが重要である。DSM-V-TR に含まれる具体的な診断基準は、臨床的な判断に基づくガイドラインとしての役割を果たすものであり、厳格なレシピ本のように（in a rigid cookbook fashion）使用されるものではない」。

(76)　『標準精神医学』21、22頁。

(77)　我が国では、その前から dementia に「認知症」という訳語を当てており、DSM-Ⅴ日本語版では dementia を「認知症（dementia）」と表記している。DSM-Ⅴでは、「認知症（dementia）」に至らない軽度認知障害 mild neurocognitive disorder もある。

(78)　具体的には次のとおりである。アルツハイマー病、前頭側頭葉変性症、レビー小体病、血管性疾患、外傷性脳挫傷、物質・医薬品の使用、HIV 感染、プリオン病、パーキンソン病、ハンチントン病、他の医学的疾患、複数の病院、特定不能。

(79)　鑑定書22、23頁。

(80)　本判決は、Y1 の陳述書や本人尋問における供述の信用性を否定するほか、鑑定意見の内容を「鑑定人も、そのアルツハイマー型認知症患者に関する専門的知識・経験に照らし、被控訴人 Y1 の供述の真実性に強い疑問を抱いていたことをうかがわせるもの」であり、「鑑定人が有するアルツハイマー型認知症患者に関する専門的知識・経験に照らせば、そもそも被控訴人 Y1 が主張するようなやり取りが存したとは考えにくいという見方をうかがわせるものと捉えることとが相当である」などというが、これらの判示内容は、鑑定人の見解を正しく理解しないもののようにみえる。