



Title	責任能力論における精神の障害について
Author(s)	森, 裕
Citation	阪大法学. 2006, 56(3), p. 199-228
Version Type	VoR
URL	https://doi.org/10.18910/54754
rights	
Note	

The University of Osaka Institutional Knowledge Archive : OUKA

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

The University of Osaka

責任能力論における精神の障害について

森

裕

はじめに

第一章 生物学的要素と心理学的要素の関係

第一節 責任能力の本質が生物学的要素の内容に与える影響

第二節 伝統的な責任能力判断基準における精神疾患名

第二章 生物学的要素と精神疾患名の関係

第一節 精神疾患分類方法

第二節 シュナイダーの理論から生じる矛盾

第三節 身体的原因

第四節 疾病概念の相違

第五節 精神疾患合併例

第三章 生物学的要素としての精神状態像・精神症状

第一節 認識能力・制御能力を基礎付ける精神状態像、精神症状

第二節 不変とされる生物学的要素

第四章 生物学的要素と行為者との関係

第一節 精神障害者概念の影響

第二節 一過性とされる生物学的要素
小 括

第五章 責任能力判断における精神疾患名

第一節 精神疾患名の「精神の障害」をめぐる境界線

第二節 精神疾患名の意義と機能

おわりに

はじめに

「精神の障害」は、大審院昭和六年十二月三日判決を契機とし、これまで一貫して、わが国における混合的方法を維持する一要素として存在し続けている。しかし、混合的方法を採用するドイツ刑法が、より具体的に生物学的要素の内容を列挙していることは異なり、「精神の障害」については、その具体的内容は明らかにされていない。

近年、わが国の精神医学において、シュナイダーらドイツ語学派による伝統的疾病分類や疾病概念を凌駕するほどに、DSM-IV：精神疾患の診断・統計マニュアル⁽⁴⁾やICD-10：国際疾病分類第10改訂版精神および行動の障害⁽⁵⁾といった操作的診断基準が浸透するようになり、このことは、責任能力判断の資料となる精神鑑定についても例外ではないといえよう。⁽⁶⁾そして、このような精神医学における潮流の転向は、精神疾患を定義付ける概念や分類方法の革新を伴い、生物学的要素である「精神の障害」の内容について、どのような概念として把握されるのかといった点において、変化を生じさせるよう思われるのである。

本稿は、このような問題意識を前提とし、生物学的要素が列挙されているドイツ刑法二〇条及び二二条を手掛か

りに、シュナイダーの疾病分類方法、並びに精神病理学理論と、操作的診断基準である DSM-IV の理論との比較検討を行い、「精神の障害」の内容を明確にすることを目的とする。そして、明らかにされる「精神の障害」の内容を踏まえながら、責任能力判断における精神疾患名の意義と機能についての提示を行おうとするものである。

第一章 生物学的要素と心理学的要素の関係

第一節 責任能力の本質が生物学的要素の内容に与える影響

判例と通説が採用する責任能力判断方法は、混合的方法⁽⁷⁾と呼ばれるが、墨谷が、「責任能力の基準の所属は、その背後にどのような責任論・刑罰論を据えるかによって決定される⁽⁸⁾」とするように、それを構成する生物学的要素と心理学的要素の関係については、各責任論から、責任能力の本質をどのように理解するのかという見解の相違により影響を受けることになろう。そして、責任能力判断におけるより実践的な観点からは、この見解の相違は、生物学的要素と心理学的要素のうち、どちらをより重視するのか、さらに、生物学的要素である精神の障害の具体的内容が何であるのかといった問題として顕在化するように思われる。

まず、各責任論における責任能力の本質に対する見解が、生物学的要素と心理学的要素との関係をどのように把握するのかという検討が必要であろう。

責任能力の本質を、刑罰適応性として捉える見解⁽⁹⁾においては、責任能力は、刑罰を科すことにより、刑罰の目的を達成することができる行為者の地位、つまり、社会防衛措置を受けなければならない地位として把握される。この見解においては、責任能力判断の基礎は、行為者の社会的に危険な性格に向けられるから、危険性という行為者の素質を持⁽¹⁰⁾、い、続⁽¹¹⁾的な行為者の属性として理解すると、決定的な要素は生物学的要素であることになる。そして、生物

学的要素を重視する見解の中でも、町野が、「責任能力の有無の判断は、行為者には、行為時に、弁識能力・制御能力を阻却し、あるいは著しく侵害するような精神障害が存在したかを判断するのである」¹⁰⁾と主張するように、生物学的要素を、「刑法的に弁識能力・制御能力に影響を持つ精神の障害」¹¹⁾として、心理学的要素に影響を与えうる限りにおいて限定的に捉えるのであれば、心理学的要素は、生物学的要素を限界付ける生物学的要素の前提としての意義を有するに過ぎないことになる。そして、ここでの生物学的要素は、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、或は疾病概念として理解されることになるといつてよいであろう。

他方、責任能力の本質を、有責任行為能力として捉える見解からは、責任能力は、行為について道義的責任を負担する能力¹²⁾、或は違法な行為について法的責任を負担する能力¹³⁾、つまり、意思決定能力、及び行為決定能力として理解されることになる。この見解からは、責任非難の対象は、行為者が成した個々の行為について向けられ、実際に意思決定能力、及び行為決定能力が存在していたかどうか責任能力判断の分水嶺になるから、責任能力判断において、決定的な要素は認識能力や制御能力という心理学的要素であることになる。もともと、林(美)が、「心理学的要素は生物学的要素の重大性の指標と捉えられる」¹⁴⁾と主張することに対しては、生物学的要素の態様や程度が、経験科学的に、精神病理学的法則に則って、心理学的要素の程度を推定させる機能を有するに留まるという意味において理解できよう。このように、責任能力の本質を有責任行為能力として捉える見解においては、生物学的要素は、疾患概念、或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、或は精神症状であり、心理学的要素判断の前提としての意義を持つに過ぎないことになる。

このように、責任能力の本質に対する見解の相違や、責任能力判断方法の相違によって、生物学的要素である精

神の障害の内容は変化しうるものであるといえる。

第二節 伝統的な責任能力判断基準における精神疾患名

これまで、生物学的要素である精神の障害について、判例の検討¹⁵⁾や精神医学の側からは、各精神疾患名が責任無能力であるのか、或は限定責任能力であるのかといった、責任能力判断基準に照準を定めた帰納法的検討が行われてきたように思われる。確かに、「従前の裁判例を集積して帰納的に導く方が、より実際的で有効である」¹⁷⁾と指摘されるように、このような方法論を以て、精神疾患名を基礎とした責任能力判断の大凡の基準が定立されることは、精神鑑定を行う精神科医や、責任能力判断を行う裁判官の参考に資し、評価されるべきである。しかし福島が、統合失調症を持つ人の責任能力判断基準について、「症状の人格に及ぼす影響・支配力などを十分慎重に考慮して、その認識能力・制御能力の障害の程度を判断すべき」¹⁸⁾と、心理学的要素の検討に際し、精神症状の考慮を強調し、青木が、「分裂病の程度が重症の場合や犯行が幻覚・妄想等の病的体験に直接支配されている場合には、心神喪失が認められ、それ以外の場合には、総合的判断方法によって心神耗弱とされる例が多い」¹⁹⁾と指摘するように、統合失調症という疾患概念、或は疾病概念としての存在が決定的のではなく、その程度や、幻覚・妄想などの精神症状が、責任能力判断にとってより重要な内容であるように思われるのである。さらに、いわゆる慣例を強調する中田も、「慣例というものはあくまでも大枠であって、個々の事例についてはこの大枠の中で種々のバラエティーは許されるものであり」²⁰⁾と、疾患概念、或は疾病概念としての生物学的要素から、即座に責任能力の結論が導かれるとは限らない点を認めている。

そこで、次章以下において、わが国と同様に、混合的方法を採用するドイツにおける責任能力判断基準とわが国

の判例を踏まえ、生物学的要素の内容は、精神疾患名として与えられるのか、或は、精神状態像や精神症状として与えられるのかといった問いについて、DSM-IVなどの操作的診断基準の導入により生じてきている問題点を手掛かりに、精神疾患を持つ人の属性の検討を加えながら、明らかにしてゆくことにする。

第二章 生物学的要素と精神疾患名の関係

第一節 精神疾患分類方法

責任能力判断における生物学的要素を、精神疾患名として理解した場合、その内容は、疾患概念、或は疾病概念として与えられるといえよう。そして、シュナイダーらドイツ語学派による伝統的診断基準と操作的診断基準であるDSM-IVは、精神疾患分類方法が異なっており、このような両者の立場の違いによって、精神疾患名が持つ意味内容が変わる場合が予想される。そこで、まず、両者の精神疾患分類方法についての検討から始めることにする。

ドイツ刑法二〇条、及び二二条においては、生物学的要素は、「病的な心神の障害、根深い意識障害、精神薄弱あるいはその他の重大な心神の変性」⁽²¹⁾と規定される。「病的な心神の障害」は、精神病を指すと理解され、シュナイダーの疾病分類方法⁽²²⁾によると、身体的原因が存在する「病氣」だけが「病的な心神の障害」に該当する。そして、身体的原因が存在しない精神疾患は、「その他の重大な心神の変性」に含まれることになる。また、ドイツ旧刑法において、精神病質は、身体的原因が存在しないから、責任無能力とされる生物学的要素である「精神活動の病的障害」に該当せず、「精神病と等価」である場合を除き、高々、限定責任能力に留まるとされていた。つまり、ドイツ旧刑法においては、ある精神疾患について、責任無能力と限定責任能力を限界付けるメルクマールは、身体的原因の有無にあったといえる。しかし、このような理解に立った場合、ある精神疾患について、身体的原因が明ら

かになるや否や、「その他の重大な心神の変性」が「病的な心神の障害」に転じることになり、分子生物学的手法など、精神疾患の身体的原因の探索技術の進歩に伴い、ドイツ刑法二〇条、及び二二条に列挙されたそれぞれの生物学的要素について、責任能力判断を基礎付ける指標としての意義が失われるように思われるのである。もっとも、現行のドイツ刑法二〇条、及び二二条においては、列挙されている生物学的要素は同一であるから、このような指摘は妥当しないようにも思われるが、ドイツ旧刑法においては、精神病質に責任無能力を認めうるかといった切実な問題として顕在化したといえよう。

他方、操作的診断基準である DSM-IV⁽²⁴⁾ においては、シュナイダーの疾病分類方法における身体的原因に相当するような、精神疾患全体をカバーするような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が存在することになる。そして、それぞれの診断カテゴリーの特徴を表す指標が、各診断カテゴリーによって異なるため、DSM-IV が扱う全ての精神疾患の相互関係において、それぞれの精神疾患の体系的位置付けが明確でないことになる。つまり、ドイツ刑法二〇条、及び二二条に列挙された生物学的要素について DSM-IV の理論を適用すると、疾病分類方法といった観点からは、精神疾患名以外の相違点が存在しないことになり、それらは、没価値的、且つ均質的なものとして把握されることになる。また、同様のことは、「統合失調症およびその他の精神病性障害」という診断カテゴリーに含まれる統合失調症と、「人格障害」という診断カテゴリーに含まれる反社会性人格障害（精神病質）⁽²⁴⁾ の関係においても妥当する。つまり、DSM-IV の理論に従うと、身体的原因の有無によって、精神疾患を分類することはできないから、統合失調症であれば責任無能力、人格障害であれば限定責任能力、といった精神疾患名に基づいた責任能力判断基準上定立の説明が困難となるのである。さらに、今後、新規の精神疾患が、DSM に登場した場合、その精神疾患は、疾病分類方法といった観点からは、他の診断カテゴリーに存在する精神

疾患と均質的なものとなり、これまで同様、精神疾患名が異なるといった相違点しか存在しないことになるから、責任能力判断に関わる指標は抽出されないことになるう。

第二節 シュナイダーの理論から生じる矛盾

さて、先に指摘したように、ドイツ旧刑法において、精神病質は、「精神病と等価」の場合に限って、責任無能力が認定されうる余地が存在していたといえる。そして、このことは、身体的原因の有無によって「病氣」であるのか、或は「病氣」ではないのかといった疾病観を厳格に維持したシュナイダーの疾病分類方法からは、精神病質が「病氣」として扱われることになり、一見、矛盾した事態が生じるように思われる。

確かに、シュナイダーの理論を採用する限り、責任無能力が認められうるのは、「病氣」であることを定義付けている身体的原因が存在する統合失調症²⁵などであり、身体的原因が存在しないとされる精神病質は、高々、限定責任能力に留まることになる。

しかし、ここには、生物学的要素の内容を精神疾患名として理解するという前提が存在しているように思われる。ドイツ旧刑法において、責任無能力が規定されていた「精神活動の病的障害」を、「病氣」である精神疾患名として理解すれば、「精神病と等価」であるからといって精神病質が、即座に、精神医学的な「病氣」になることは、あり得ないはずである。

ところが、この「精神病と等価」という概念について、「精神活動の病的障害とは精神医学的意味の精神病だけではなく、正常かつ精神的に成熟した人間にも存在し、意思形成のために能力を与える観念と感情を害するすべての障害をも含む²⁶」という説明がなされるように、そこでは、もはや精神医学的な概念は後景に退き、法的概念がそ

の内容を占めているといえよう。このように理解するならば、「精神病と等価」であることは、必ずしも、精神医学的に、精神疾患名として「精神病と等価」であると理解する必要はないことになる。つまり、精神病質であっても、責任無能力を肯定しうるような精神状態像、或は精神症状が、「精神病と等価」に存在する場合、責任無能力が認定されるというように理解するのであれば、矛盾は生じないであろう。そして、このような理解に立てば、「精神病と等価」であることを担保する精神状態像、或は精神症状の評価は、依然として、精神医学的な評価として残るから、「精神病と等価」という法的概念と、精神病質という精神医学的概念を結合させる必要性は生じないことになる。

他方、厳格に、DSM-IV の理論を堅持するのであれば、「病気」であるのかどうかということは、疾患分類方法の観点からは重要ではないことになるから、「精神病と等価」といった概念を持ち出すまでもなく、各精神疾患の前にして、責任無能力を肯定しうるような精神状態像、或は精神症状が存在しているかどうかを評価すれば足りることになる。

第三節 身体的原因

シュナイダーの疾病分類方法によると、身体的原因の有無は、疾病分類を目的とした指標として捉えられることになるが、身体的原因を精神疾患が発症する病因として捉えた場合、それがどのような境界線を以て身体的原因に該当するのかしないのかといった明確な定義は存在しないように思われる。そこで、一例として、身体的原因を決定付ける境界線を定義するのであれば、以下のようなになるう。

まず、身体的原因を、外来因子として把握するレベルである。シュナイダーの分類では、「中毒」、「進行麻痺」、

そして「その他の感染症」などがこのレベルに相当する。次に、身体的原因を、精神機能を司る中枢神経系の解剖学的変化、或は機能的変化に求めるレベルが存在するであろう。シュナイダーの分類では、「脳奇形」などがこのレベルに相当する。最後に、発症した精神病によって精神状態像や精神症状が現れる。たとえば、統合失調症と覚せい剤中毒後遺症は、ともに、ドーパミン作動性神経系の異常といった中枢神経系の機能的変化と、幻覚妄想状態といった精神状態像を呈しうる。

ところが、身体的原因の境界線を、中枢神経系の解剖学的変化によって定義するとしても、神経細胞という細胞レベルに求めるのか、或は、神経細胞の核に存在する遺伝子レベルに求めるのかといった、さらに下位の境界線を考慮する必要性が生じてしまうのである。これら下位の境界線は、分子生物学的手法など、精神疾患の身体的原因の探索技術に依存し、今後も、さらに下位の境界線が生じる可能性が存在する。また、体内の様々なレベルで生じる変化について、「正常範囲」の変化と「病的範囲」の変化とが想定されるから、その境界線を明らかにするためには、「何を以て病的と判断するのか」といった価値判断が必要になろう。そして、このような価値判断は、経験科学に基づきながらも、体内の変化をどのように理解するかという立場によって変化しうるものといえる。身体的原因の概念をこのように理解するのであれば、精神疾患の身体的原因を決定付ける一律な境界線は存在しないことになる。同様のことは、精神疾患の病因としての、心理社会的原因、環境的原因など様々な原因についても妥当する。

そして、先に挙げたように、統合失調症と覚せい剤中毒後遺症については、ドーパミン作動性神経系の異常といった中枢神経系の機能的変化のレベルにおいては共通している。しかし、両者の精神疾患名の相違に着眼し、責任能力判断の傾向を指摘するのであれば、東京高裁昭和五九年十一月二七日判決²⁷⁾において判示されたように、覚せい

い、剤中毒後遺症については、「被告人の人格が妄想や幻覚に完全に支配されていたとは認められない」というフリーズが繰り返され、限定責任能力に留まることが多いといえよう。そこでは、統合失調症と覚せい剤中毒後遺症の共通した身体的原因のレベルが、責任能力判断にとって決定的ではなく、「人格が妄想や幻聴に完全に支配」されていたかどうかといった判断、つまり、精神状態像の人格への支配性に留意しながら、実際に存在していたであろう精神状態像、或は精神症状の評価とともに、「被告人は前記のとおり妄想や幻覚の現れた異常な精神状態にあったが、なお被告人は、自己の行為の意味やその反規範性を認識する能力、他人に対する配慮をし、事態に応じ自己の意思により行為する能力がある程度保持していた」として、具体的に、認識能力と制御能力という心理学的要素などの評価を加味し、混合的方法に則って限定責任能力が認定されているのである。

また、身体的原因の有無により責任能力判断の基準が定立される場合、最も深刻な問題となるものは、疾病概念においては、病因として共通の基盤を有するとされ、病状の程度や軽重により精神疾患名が異なり、しかも、その精神疾患名に基づく責任能力判断基準が異なる場合であろう。このような場合として、DSM-IVにおいて、人格障害の分類として把握される統合失調型人格障害と統合失調症との関係が指摘できる。⁽²⁸⁾ わが国の判例において、これまで、人格障害を持つ被告人に対して、責任無能力が認定されたことはないといっているから、統合失調型人格障害の疾病概念に囚われず、「人格障害」という精神疾患名が重視されるのであれば、責任無能力は認定されないことになる。他方、統合失調症を持つ被告人については、責任無能力が認定されうることになる。このような事情を踏まえると、責任能力判断の基準として、身体的原因の存在は決定的ではないことになる。むしろ、このような病状の程度や軽重を利用した疾病概念が存在するように、単純に、精神状態像、或は精神症状の評価を前提として、認識能力や制御能力の評価を加えながら、責任能力判断がなされる方が、より簡潔であり自然である。

第四節 疾病概念の相違

さて、生物学的要素の内容を精神疾患名として理解した場合、身体的原因など病因の違いによって精神疾患名が異なり、さらに、それぞれの精神疾患名について責任能力判断の基準が異なるような場合だけではなく、同一の病態²⁹に対して異なった疾病概念（精神疾患名）が与えられる場合にも、責任能力判断の結論に差異が生じるように思われる。

たとえば、DSM-IV³⁰には、覚せい剤の長期使用による脳機能障害が生じるという考え方が定着しておらず、わが国でいう覚せい剤中毒後遺症に相当する疾病概念は存在しない³¹。つまり、わが国において覚せい剤中毒後遺症と把握される病態は、DSM-IV³²の理論に従った場合、覚せい剤依存と統合失調症の合併として把握されることになる。

そして、このような同一の病態に対して、わが国独自の診断基準（覚せい剤中毒者対策に関する専門家会議、一九八六年）を利用した場合には、覚せい剤中毒後遺症（覚せい剤精神病・遷延持続型）の診断が与えられ、責任能力判断については、限定責任能力に留まることが多いことに對し、DSM-IV³³の診断基準を利用した場合には、覚せい剤依存と統合失調症の合併診断が与えられ、統合失調症という精神疾患名の存在を理由に、責任無能力が認定される。

このように、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ことになる。そして、このような事実を指摘するのであれば、精神疾患名は、生物学的要素の内容の本質ではないように思われるのである。

第五節 精神疾患合併例

本章の帰結として、精神疾患の合併をめぐる問題について検討しておこう。DSM-IVなどの操作的診断基準の導入により、精神疾患の合併診断⁽³³⁾が指摘されるようになっていたが、このことは、同一人に対して、複数の精神疾患名が与えられることを意味する。また、DSM-IVの導入を待たなくても、たとえば、元来、精神病質を有していた人が、後に統合失調症を発症する場合も十分に想定しうるであろう。もっとも、このような場合、DSM-IVの理論に従うと、反社会性人格障害（精神病質）と統合失調症という精神疾患名だけでは、それぞれ、精神疾患名が異なり、異なった診断カテゴリーに位置付けられるといった分類上の差異しか存在しないことになるから、責任能力判断基準の根拠となる指標は見出せないことになる。

ところが、シュナイダーの疾病分類方法によると、統合失調症は、「病氣」であるから、責任無能力が想定されることに對し、精神病質は、「病氣」でないから、たとえば、ドイツ旧刑法を適用すると、限定責任能力に留まることになる。さらに、このような身体的原因の有無を根拠とした責任能力判断基準だけではなく、わが国の判例においても、精神病質に責任無能力が認定されたものは存在しないといえるから、実務上も、統合失調症と精神病質の責任能力判断基準は異なっていることが指摘できよう。また、先に検討したように、中枢神経系の機能的変化という共通した病因を身体的原因として看做すと、統合失調症と覚せい剤中毒後遺症は同一の身体的原因を有することになるにも関わらず、責任能力判断の基準は異なっているといえる。しかし、症状の横断的観察だけでは両者の鑑別は困難であるものの、元来、統合失調症を持っている人が、覚せい剤を使用し、そのことにより幻覚妄想状態を呈する場合も十分に想定しうるのである。

このような精神疾患の合併を予定すると、DSM-IVの理論やシュナイダーの疾病分類方法などといった疾病分

類方法の違いに関わらず、どちらの精神疾患が、責任能力判断にとってより価値があるのか決定することが可能であるとしても、その価値を評価する過程において、精神疾患名という外形的事実だけを重視するのではなく、それらの精神疾患を持つ人の行為時における具体的精神状態像、或は精神症状の評価が必要となろう。そして、このような前提に立つと、精神疾患名は、それを定義付けている精神状態像、或は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くなり、「認識能力と制御能力」という心理学的要素に影響を与え得る精神状態像、或は精神症状」が、責任能力判断基準の根拠として重要な意義を有することになるのである。

第三章 生物学的要素としての精神状態像・精神症状

第一節 認識能力・制御能力を基礎付ける精神状態像、精神症状

これまで検討してきたように、精神疾患名が、生物学的要素の内容ではないとしても、どのような精神状態像、或は精神症状が、責任能力判断に影響しうるのが問題となろう。ドイツ刑法二〇条、及び二十一条には、「病的な心神の障害」と「その他の重大な心神の変成」³⁴以外に、生物学的要素として、「根深い意識障害」と「精神薄弱」が列挙されている。ここで、人の精神機能を、いくつかの要素に分けると、「根深い意識障害」は意識という精神機能における障害、「精神薄弱」は知能という精神機能における障害として、それぞれ理解することが可能となる。もっとも、意識という精神機能のうち、覚醒度として把握される意識については、その障害により、全精神活動の機能低下が容易に想定されうるから、精神機能のうち、認知機能としての認識能力や、意思の制御機能としての制御能力の欠如や低下は免れないことになる。また、知能という精神機能についても、その先天的な障害により、知覚という認知機能の一部が正常であっても、知識の獲得がなされない場合が想定されうるから、認識能力の欠如や

低下は免れないことになる。

しかし、人の精神機能のうち、人格という精神機能については、その障害により、認識能力や制御能力が欠如する場合や低下する場合が、即座には想定され得ないように思われる。

シュナイダーの理論によると、人格は、注意、知能、意識などの精神機能とともに、他の精神機能を「制約」する機能を有すると理解される。また、DSM-IVによると、人格は、「広範囲の社会的および個人的状況で示される環境および自分自身を知覚し、人間関係を持ち、および思考する持続的様式」³⁶と定義される。

ここで、意識という精神機能と人格という精神機能を比較すると、意識については、もっぱら、病的状態である「意識障害」が、他の精神機能の活動水準を規定することに対し、人格は、それが病的状態であるのかどうかに関わらず、他の精神機能の体験の様式を規定しているといえよう。また、人格を知能と比較すると、知能については、確かに、詐欺罪のような知能犯においては、「違法行為を行う」知能といったように、法規範の側からの価値概念が妥当する精神機能であるようにも思われる。しかし、ここでは、知能という精神機能を利用して、「違法行為を行う」決意をした意思に対して責任非難が向けられるのであり、知能という精神機能そのものに対して、「違法行為を行う」知能といった価値概念が、直ちに妥当するとはいえないであろう。

ところが、人格は、「法律にかなう行動という点で社会的規範に適合しないこと。これは逮捕の原因になる行為を繰り返す行うことで示される」という項目が、DSM-IVの反社会性人格障害の診断基準の一つとしてあるように、精神医学的にも、法規範の側からの価値概念が妥当することがあるといえる。また、先に検討したように、覚せい剤中毒後遺症を持つ人に対する責任能力判断において、多くの場合、「被告人の人格が妄想や幻覚に完全に支配されていたとは認められない」として、限定責任能力が認定されるに留まるということからは、人格という精神

機能が僅かでも残されていたのであれば、その残された人格という精神機能が、「違法行為を行う」ような人格であるのかどうかに関わらず、その人格を駆使して、違法行為を思い留まるということ、法規範を遵守することが要請されているように思われるのである。そして、このような人格の精神機能としての特性は、認識能力や制御能力といった責任能力という枠組みを超え、犯罪論体系における責任非難を根拠付けるものとしても理解しうるであろう。もっとも、反社会性人格障害を持つ人が行った違法行為に対して、「法律にかなう行動という点で社会的規範に適合しない」といった特性を捉え、法規範の側からはより強い責任非難が求められるとしても、衝動性が亢進したために、人格による意思の統制が逸脱してしまい、実際に、制御能力の欠如や低下が免れないような場合も十分に想定されるのである。

第二節 不変とされる生物学的要素

さて、知能という精神機能について、その障害である「精神遅滞」を持つ人の特徴のうち、適応機能は、治療的努力により改善しうるとされるが、認知性知能指数は、より安定した特性として持続するとされる。³⁹⁾端的にいうと、知的指数の改善見込みはないことになる。また、人格という精神機能についても、先に挙げた DSM-IV の定義から明らかなように、その内容が持続するとされ、その特性は、「人格障害」についても妥当する。このように、「精神遅滞」と「人格障害」は、「持続する」といった点において、共通した特性を有しているといえよう。このように理解すれば、「精神遅滞」を持つ人や、「人格障害」を持つ人の責任能力判断について、精神状態像、或は精神症状について「持続する」といった特性が妥当するであろうから、精神疾患名を基準とした場合だけではなく、精神状態像、或は精神症状を基準とした場合にも、その結論は、生涯変わらないようにも思われる。

ところが、軽症痴愚の状態にある精神遅滞を持つ人が行った詐欺、窃盗、強姦致傷の事案について、窃盗、強姦致傷については限定責任能力が認定され、詐欺については完全責任能力が認定され、行為類型によって、異なった責任能力判断がなされた判例⁽⁴⁰⁾が存在している。そして、この判例においては、精神遅滞という精神疾患を定義付けている知能の障害から、知能犯といわれる罪に対して、即座に限定責任能力であるか否かを決定すべきでないとしている。確かに、知能の障害によって、文書偽造が許されないことはわからなくても、窃盗や殺人についてはわかる⁽⁴¹⁾とされるように、一見、より高度な知能が必要とされるような罪種については責任能力が低下するとし、そうではない自然犯のような罪種については責任能力が認められるとすることは、妥当性を有しているようにも思われる。しかし、この判例においては、窃盗、強姦致傷については限定責任能力が認定されており、詐欺については、「特に平常の状態においてさほど重症とは言えない精神薄弱者例えば魯鈍者、軽症痴愚者にあつては、精神作用の各分野における発達の度合は必ずしも一樣でないばかりでなく、その精神状態も常に一定不変のものとは言えず、特殊な生活経験を有する行動場面においては常人と変らぬ知能を発揮することがあり得るのであるから、このような者がたまたま詐欺、偽造等のいわゆる知能犯といわれる罪を犯した場合には、その者の現在属する精神薄弱の程度から直ちに一般的な推理を用いて心神耗弱か否かを決すべきものではなく、特定の行為についてその具体的状況をあわせ検討する必要がある」ことを理由にして完全責任能力が認定されているから、知能の障害が存在していたことが明らかであっても、個別具体的に、精神症状と行為との関連を重視すべきとして、責任能力判断が行われたといえるであろう。このような判示からは、責任能力判断に際し、精神状態像、或は精神症状が重視されるだけではなく、それらの精神状態像、或は精神症状が安定して持続するような特性を有していたとしても、個別具体的な行為との相対的な評価を重視すべきであるといえよう。

もつとも、このような問題は、刑法学においては、部分的責任能力を認めうるかといった問題として議論されてきたといえる。そして、部分的責任能力というものの存在を認めると、犯行と精神障害との因果関係が明らかである場合に限って責任無能力を認めることになるといった指摘⁴³⁾や、文書偽造や詐欺の意味を理解できない者は、傷害や窃盗のような単純な行為であっても、その社会生活における意味を十分に理解することができないと考えることが妥当であるといった指摘⁴⁴⁾が存在する。しかし、部分的責任能力を認めるか認めないかといった議論は、責任能力判断における生物学的要素を精神疾患名として理解する場合に問題になるように思われ、行為者の個別具体的な精神状態像、或は精神症状を重視するのであれば、何ら、問題は生じないといってよいであろう。

これまで検討してきたように、精神状態像、或は精神症状が生じる精神機能の領域の違いによって、責任能力判断における効果が異なることが指摘できたであろう。とくに、人格という精神機能は、責任論の枠組みにおいて、責任非難を根拠付ける方向性と、責任能力が低下することにより責任非難を減少させる方向性といった、相反する効果が発生することがあるといえよう。また、「認識能力と制御能力に影響を与え得る精神状態像、或は精神症状」が生じる精神機能について、それらが安定して持続するといった特性を有していたとしても、責任能力判断の際には、個別具体的な行為との相対的な検討を行う必要性が指摘できるであろう。

第四章 生物学的要素と行為者との関係

第一節 精神障害者概念の影響

さて、「統合失調症者」といった用語の存在から、統合失調症という精神疾患名が与えられる対象は、一見、その精神疾患に罹患している「人」であるように思われる。確かに、同様のことは、精神障害者といった用語の存在

からも容易に想定される。しかし、ここで、身体医学に着目すると、たとえば、胃癌という疾患名は、胃癌に罹患している「人」ではなく、細胞病理学的に定義される癌細胞そのものの存在に与えられるといえる。そして、同様のことは、精神医学を医学の一分野として把握する限り、精神疾患名についても妥当するように思われる。精神疾患は、様々な概念によって定義付けられるが、精神疾患名は、それを定義付けている概念に対して与えられると理解できる。つまり、統合失調症という精神疾患名が与えられるのは、統合失調症に罹患している「人」ではなく、その人が、幻聴、妄想、或は感情鈍麻などといった精神症状を呈した場合に、それらの存在によって統合失調症として概念化される精神状態像、或は精神症状に与えられるといえるであろう。このような理解からは、ある人に対して、統合失調症という精神疾患名が与えられたとしても、その人は、統合失調症者ではなく、「統合失調症を持つ人」として理解されることになる。

また、精神保健福祉法には、「精神障害者」とは、精神分裂病、精神作用物質による急性中毒又はその依存症、知的障害、精神病質その他の精神疾患を有する者⁽⁴⁴⁾と規定され、精神障害者を、精神疾患を有する者という医学的概念で捉えていることに対し、障害者基本法では、「障害者」とは、身体障害、知的障害又は精神障害（以下「障害」と総称する。）があるため、長期にわたり日常生活又は社会生活に相当な制約を受ける者⁽⁴⁵⁾と規定され、精神障害者を、能力障害に着目した概念で捉えている。つまり、精神障害者は、精神医学的概念と能力障害に着目した概念の両者によって概念化される。そして、精神障害者を、能力障害に着目した概念として捉えた場合、「長期にわたり」精神障害者であり続けることが予定されているように思われ、ある人に対して、統合失調症という精神疾患名が与えられた場合、その人に対して、統合失調症者として理解されうるようにも思われる。

しかし、統合失調症者であっても、その者が呈する精神状態像、或は精神症状は、軽快や増悪を繰り返しながら

変動しうるものであり、その影響を受けながら、日常生活、又は社会生活における能力障害も変動しうるといえるから、精神障害者を、能力障害に着目した概念で捉えたとしても、能力障害が存在するという持続性の指標が与えられるに留まり、能力障害の動揺性や、改善性までも否定することにはならないであろう。また、いん啞者の責任能力について規定した刑法四十条が、平成七年に削除されたことも同様の理解に立つように思われる。同条が削除された経緯は、聴覚障害者に対する機能訓練やリハビリテーションなどの効果により、聴覚以外の他の精神機能発達、とくに、言語機能への影響を最小限に抑えることができるようになったことや、この規定が聴覚障害者に対する偏見を生じかねないということにあるとされる。聴覚障害によって二次的に生じる精神機能発達への影響を、聴覚障害者の能力障害として捉えたと、その能力障害の程度を改善するという可能性が、いん啞者の責任能力規定が削除された一つの根拠であると理解することが可能であろう。

このように、精神障害者を、医学的概念、或は能力障害に着目した概念のいずれによって捉えようとも、精神障害者の精神状態像、精神症状、並びに能力障害は、変動しうるものといえるから、責任能力判断について、統合失調症者といったような精神障害者であるということから、演繹的に、認識能力や制御能力という責任能力の判断を基礎付ける根拠は導出されないことになる。そして、責任能力判断において、精神障害者であるという指標は、「健常者であるのか否か」といった、行為者の属性を分類する機能しか持ち得ないことになり、具体的責任能力判断に関わる情報は、即座には得られないことになる。

第二節 一過性とされる生物学的要素

最後に、本章の結論を導く上で、健常者に生じうる情動行為についての検討を試みよう。情動行為は、なんと特

別な素質を持っていない健常者について、責任能力が欠如、或は低下する場合であるとされる。⁽⁴⁶⁾ 武村は、シュナイダーの定義を引用しながら、情動を「急性で強度の、かつ身体随伴症状を伴う反応性の感情」⁽⁴⁸⁾などと定義される一群の精神現象として捉える。⁽⁴⁹⁾そして、健常者に生じうる情動について、情動が、ごく強く激しい場合には、意識喪失が起こりうるというレルシュの見解を紹介しつつも、武村自身は、身体的な障害条件を欠く健常者の情動は、責任能力の減免の前提条件となるような意識障害を招来しないという見解を主張する。⁽⁵⁰⁾つまり、健常人に生じる情動について、意識障害、とくに、責任無能力を導くような程度の意識障害を伴うかどうかで見解が分かれていることを認めながら、情動行為が情動という感情の領域に出現しうる精神現象が原因になっていることや、情動が健常者に出現しうる精神現象であるということについては、多くの見解において一致をみることを認めている。

ここで、健常者という用語の内容が問題となろう。確かに、健常者を、精神疾患を持っていない人として捉えようと、精神障害者ではなくても、責任能力が欠如、或は低下する場合を認めることになるから、精神疾患の有無は、責任能力判断には決定的ではないともいえる。このような理解からは、生物学的要素を精神疾患名として理解した場合、認識能力や制御能力そのものだけが責任能力判断の基準になるであろう。

もっとも、健常者を、精神疾患を持っていない人として捉えたとしても、精神遅滞や広汎性発達障害など、生来的に精神機能の領域に現われることがある精神疾患を除いて、精神疾患は、元来、精神疾患を持っていない人、つまり、健常者に発症すると理解してよいであろうから、情動行為における健常者という用語は、精神障害者という用語とともに、責任能力判断において決定的な意義を持たないことになるであろう。このような理解からは、行為者についての精神疾患の有無は、責任能力判断に影響を与えないことになる。

結局、情動行為は、障害の発症という時間軸に沿った視点からは、統合失調症のように慢性の経過を辿るのでは

なく、一過性に出現しうる場合であるといえるから、「健常者に生じうる」と理解されることが納得できよう。そして、情動行為が、責任能力が欠如、或は低下する場合とされるのは、情動という感情の領域に出現しうる精神現象が原因となり、その結果、意識障害などの、「認識能力と制御能力に影響を与え得る精神状態像、或は精神症状」が生じうる可能性が存在しているからといえるであろう。

小 括

これまでの検討から、操作的診断基準である DSM-IV の導入により、責任能力判断における生物学的要素の内容として、単純に、精神疾患名として理解することの限界が明らかとなったであろう。そして、このような限界を認めた上で、これまで検討してきたように、ドイツ旧刑法が、精神病質に対して責任無能力を認定しようとした際、「精神病と等価」といった程度概念を作出したことや、わが国の判例において、覚せい剤中毒後遺症に対して、限定責任能力を認定する際、多くの判例が、「人格が妄想や幻覚に完全に支配されていない」というフレーズを援用すること、さらに、病状の程度や軽重により、精神疾患名が異なることがあるといったことなどを踏まえると、なるほど、責任能力判断におけるより実践的な観点からは、生物学的要素の内容は、精神状態像、或は精神症状として把握されることの妥当性が示されたであろう。

また、精神状態像、或は精神症状が生じる精神機能の領域の違いによって、責任能力判断における効果が異なり、健常者や精神障害者といった行為者の属性からは、即座に、責任能力判断基準の指標が導出されないことが明らかとなった。さらに、情動行為についての検討から、意識障害などといった精神状態像、或は精神症状が、認識能力や制御能力という責任能力に影響を与えることが示されたといつてよいであろう。

そして、責任能力を有する行為能力として理解する限り、その内容は、認識能力や制御能力に求められるといえるから、生物学的要素の内容は、「認識能力と制御能力に影響を与え得る精神状態像、或は精神症状」として与えられることになるのである。

第五章 責任能力判断における精神疾患名

第一節 精神疾患名の「精神の障害」をめぐる境界線

ここで、責任能力判断における「精神の障害」は、「認識能力と制御能力に影響を与え得る精神状態像、或は精神症状」として理解されることが明らかとなった。そして、このような理解からは、精神疾患名と責任能力判断における「精神の障害」との境界線が問題となろう。

精神疾患名は、精神疾患分類の目的、病因論といったような、それぞれの観点からア・プリオリに定義されたものであり、精神疾患名が定義されるそれぞれの領域における医学的価値概念を含んだものであるといえる。たとえば、DSM-IVに存在する「原発性不眠症」⁽⁵³⁾も、医学的価値概念を含んだ精神疾患名として把握されることになる。しかし、通常、このような精神疾患名から、即座に、認識能力や制御能力に影響を与え得るような精神状態像、或は精神症状を呈する場合を汲むことは想定外となろう。

また、本稿の見解においては、責任能力判断における「精神の障害」は、「認識能力と制御能力に影響を与え得る精神状態像、或は精神症状」であるから、精神疾患名の定義方法の多様さとも相まって、方法論として、たとえば、統合失調症と「原発性不眠症」について、責任能力判断における精神医学的な観点からの差異を指摘することには困難が伴うであろう。たとえば、精神疾患名から、認識能力や制御能力の低下の可能性が推定されるような情報

が得られた場合であっても、その精神疾患名から、症候論に基づく特徴的症状を例示することはできるが、その精神疾患名を持つ当該行為者が具体的に呈していた精神状態像、或は精神症状は明らかとはならないのである。

結局、「認識能力と制御能力に影響を与え得る精神状態像、或は精神症状」を出現しうる精神疾患名と、そうでない精神疾患名との境界線を観念するとしても、理論上、その境界線を決することはできないといえ、本稿の見解に立つ以上、その必要性も見出せないことになるう。

第二節 精神疾患名の意義と機能

では、責任能力判断において、精神疾患名は、何ら意義を有しない存在となるのであろうか。

確かに、「精神の障害」である生物学的要素を、「認識能力と制御能力に影響を与え得る精神状態像、或は精神症状」として定義すると、責任能力判断において精神疾患名が占めうる地位は存在しないようである。しかしそうではないことが、以下のように明らかとなる。

まず、「認識能力と制御能力に影響を与え得る精神状態像、或は精神症状」の程度や質といった症候論的な情報を提供するという機能が挙げられよう。換言すると、この機能は、具体的責任能力判断の際に参考とされる機能である。たとえば、覚せい剤中毒後遺症を持つ人に生じた「幻覚妄想状態」について、統合失調症のような情意鈍麻、人格全体の荒廃が覚せい剤中毒後遺症では著しくはなく、統合失調症を持つ人の犯罪の多くが人格疎遠・人格異質であることに對して、覚せい剤中毒後遺症を持つ人の犯罪の多くは人格親和的であるとし、限定責任能力、或いは完全責任能力の余地を認める見解⁵⁴が有力である。つまり、「幻覚妄想状態」という精神状態像、或は精神症状が、覚せい剤中毒後遺症を持つ人に生じた場合は、「情意鈍麻、人格全体の荒廃」が著しくないという覚せい剤中毒後

遺症の症候論的特徴により、その「幻覚妄想状態」の程度や質を規定しうることになる。確かに、精神疾患名と、精神状態像、或は精神症状との境界が曖昧な精神疾患名⁵⁵⁾が、精神医学の領域には多く存在することも事実である。しかし、このような場合においても、なお、生物学的要素の内容を占めるものは、「認識能力と制御能力に影響を与え得る精神状態像、或は精神症状」であり、精神疾患名の機能についての理解の仕方が異なる訳ではない。

次に、刑法三九条の適用を推定させる様々な事情のうちの一要素を構成する機能である。「認識能力と制御能力に影響を与え得る精神状態像、或は精神症状」の評価は、必ずしも、精神疾患名から提供される情報だけではなく、たとえば、対人関係において生じた葛藤の存在（情動行為など）や、アルコールの飲用による意識障害など、精神疾患名とは無縁な様々な指標によっても影響を受けるものであるといえよう。このことは、情動行為や病的酩酊に対して、責任能力が低下しうると理解されることから裏付けられよう。

すなわち、精神疾患名は、刑法三九条が適用される様々な事情の中で、精神医学によってこれまで明らかにされている経験を利用、及び法則を適用する契機を与えるに留まり、「精神の障害」について具体的な定量化を促す機能を有する存在に過ぎないのである。

おわりに

以上、責任能力判断における生物学的要素に着眼し、DSM-IVの理論を汲みながら、伝統的なシュナイダーの理論の限界を示すことにより、生物学的要素の内容を明確にした。

また、精神疾患名の意義と機能について、刑法三九条の適用が考慮される様々な事情の中で、精神医学という経験科学が寄与する一場面を誘導する指標を有しているに過ぎないこと、さらに、生物学的要素についての情報を提

供する機能を有しているに過ぎないことを示した。

もつとも、本稿においては、生物学的要素の内容を、「認識能力と制御能力に影響を与え得る精神状態像、或は精神症状」と定義することに留まり、責任能力判断において、鑑定人たる精神科医に求められる生物学的要素の判断、さらに、認識能力や制御能力の判断については、具体的な方法論を提示することはできていない。これらの内容については、刑法学における解釈論に立脚しつつ、精神医学だけではなく最新の神経科学の知見を踏まえ、今後の課題としたい。

- (1) 大審院昭和六年十二月三日判決・刑集一〇卷六八二頁。
- (2) 法務省『改正刑法草案』（昭和四九年五月二九日）、前田宏ほか編『改正刑法草案・刑法・準備草案等対照条文』（昭和四八年）。
- (3) たとえば、岩館敏晴ほか「精神分裂病の概念と用語に関するアンケート」精神神経学雑誌九九卷八号五八八頁以下。
- (4) The American Psychiatric Association『DSM-IV 精神疾患の診断・統計マニュアル』高橋三郎ほか訳（平成八年）、Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition。
- (5) World Health Organization『ICD-10 精神および行動の障害 臨床記述と診断ガイドライン』融道男ほか監訳（平成五年）『The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders Clinical description and diagnostic guidelines』。
- (6) 高橋誠ら「DSM 診断はいつまで受け入れられたか？」精神医学四三卷八号八三二頁以下、高橋三郎ら「起訴前簡易鑑定と DSM 診断52事例の経験」精神医学四五卷二号一五三頁以下。
- (7) ドイツ刑法、英国、及び米国の多くの州におけるマクノートンルール、また、米国模範刑法典と、その修正版ともいえるカレンズルールやニューヨーク新刑法ルールなどが混合的方法による責任能力判断基準といえる。詳しくは、白井滋夫「責任能力に関する各国の法規」『現代精神医学大系二四卷（司法精神医学）』（昭和五十一年）一一頁以下参照。また、

- 英米法を中心とした責任能力判断基準について、墨谷葵『責任能力基準の研究』（昭和五五年）など。
- (8) 墨谷・前掲書二二二頁。
- (9) 牧野英一『重版日本刑法上巻』（昭和二年）一五五頁以下。
- (10) 町野朔『精神障害』と刑事責任能力…再考・再論』『内田文昭先生古稀祝賀論文集』（平成一四年）一四六頁。
- (11) 町野・同論文一四六頁。
- (12) 小野清一郎『新訂刑法講義総論』（昭和二五年）一四〇頁。
- (13) 内藤謙『刑法講義総論（上）』（昭和五八年）一一二頁。
- (14) 林美月子『責任能力判断の検討』刑法雑誌二六卷六二頁。
- (15) 島田仁郎・島田聡一郎『大コンメンタル刑法（第三卷）』『大塚仁ほか編』（二版・平成一一年）三七四頁以下。
- (16) 中田修『責任能力の判定に関する実際の諸問題』『現代精神医学』大系二四卷（司法精神医学）（昭和五二年）四六頁以下。
- (17) 島田仁郎・島田聡一郎・前掲書三七四頁。
- (18) 福島章『精神鑑定』（昭和六〇年）一一六頁。
- (19) 青木紀博『責任能力の判定基準（二）』刑法判例百選総論第四版（平成九年）七〇頁。
- (20) 中田・前掲論文四六頁。
- (21) 法務省『法務資料四三九号ドイツ刑法典』宮沢浩一訳（昭和五七年）。
- (22) Kurt Schneider『臨床精神病理学』平井静也ほか訳（昭和三年）一頁以下、Klinische Psychopathologie。
- (23) 浅田和茂『刑事責任能力の研究上巻』（昭和五八年）一九五頁。
- (24) もっとも、DSM-IVにおいても「人格障害」と「精神遅滞」は、第Ⅱ軸診断として把握される。
- (25) シュナイダーの疾病分類方法において、統合失調症の身体的原因については、「？」が記載されている。この点についてシュナイダーは、「あるかどうか」という疑問符ではなくて、「何であるか」という疑問符である」とする。
- Schneider・前掲書五頁以下。
- (26) 仲宗根玄吉『西ドイツ刑法51条の改正と同条における病気概念』精神神経学雑誌第七七巻第四号二六八頁。

- (27) 東京高裁昭和五十九年十一月二七日判決・高等裁判所刑事裁判速報集二七六六、判例時報一一五八・二四九。
- (28) World Health Organization・前掲書一〇五頁。
- (29) 精神疾患名は、価値判断を含んだものであるが、その価値判断を与える対象の総体であるといつてよいであろう。
- (30) 覚せい剤精神病・遷延持続型・覚せい剤中毒者対策に関する専門家会議（一九八六年）。
- (31) DSM-IV が作成された米国では、わが国でいう急性覚せい剤中毒の一類型とする見解が有力であり、アンフェタミン様誘発性精神病性障害として理解されることになる。そして、覚せい剤が体内から排泄された後には、精神病性のエピソードは回復するとされ、精神病性のエピソードが一ヶ月以上続く場合は、その診断は否定されることになる。
- (32) 厳密に DSM-IV の診断基準に従うのであれば、「アンフェタミン様依存 (Amphetamine-Like Dependence)」である。The American Psychiatric Association・前掲書二七頁以下。
- (33) 広瀬徹也「Comorbidity 概念の歴史的概観と現代的意義」臨床精神医学二七巻二号一四九五頁以下など。
- (34) 「人間の精神機能は全体的な働きとして現れるものであるから、これを知覚、感情、思考など種々の要素に分け、それぞれの要素機能の障害を加えあわせることによって精神症状を把握しようとする方法には問題がある」（大熊輝雄『現代臨床精神医学』（改訂第二版・昭和五十八年）六八頁）とされることもあるが、シュナイダーが、著書『精神病質人格』において、「たとえ、これらが密接な関連を持っているとしても、知能、人格、生氣的な感情と欲動の生活とをそれぞれに中心課題にして別箇に考察してゆくことは可能である」（Kurt Schneider『精神病質人格』懸田克躬ほか訳（昭和二十九年）四頁、Die Psychopathischen Persönlichkeiten）とするように、精神機能を各要素に分析して観察することは可能であろう。精神機能を構成する各要素とは、概ね以下のようなものといつてよいであろう。①意識、②知能、③記憶、④知覚、⑤思考、⑥感情・情動、⑦意志・意欲、⑧人格、⑨果症状など。
- (35) Schneider・同書三頁以下。
- (36) The American Psychiatric Association・前掲書二二〇頁。
- (37) The American Psychiatric Association・前掲書六四九頁。
- (38) 殺人の事案につき、「本件犯行当時、被告人は、ヒステリー性精神病質者としての人格特性のため、その激烈な不快感情の爆発的短絡反応による衝動的発作を抑制する意思の力が著しく減弱した状態」と判示され、心神耗弱が認定された

- もの（東京高裁昭和四一年一〇月二二日判決・下級裁判所刑事裁判例集八・一〇・二二九七）など。
- (39) The American Psychiatric Association・前掲書五八頁。
- (40) 福島地裁昭和三四年三月一四日判決・下級裁判所刑事裁判例集一・三・六六一。
- (41) 団藤重光「責任能力の本質」日本刑法学会編『責任』刑法講座三卷三八頁以下。
- (42) 中田修『犯罪と精神医学』（第二版・昭和四六年）一七八頁以下など。
- (43) 平野龍一『刑法総論』（昭和五〇年）二八八頁。
- (44) 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律五条。
- (45) 障害者基本法一条。
- (46) 内村祐之「俳優片岡仁左衛門殺し事件」福島章ほか編『日本の精神鑑定』（昭和四八年）一八八頁。
- (47) Schneider・前掲『臨床精神病理学』一六六頁。
- (48) 武村信義「情動行為」『現代精神医学体系二四卷（司法精神医学）』（昭和五一年）九一頁、Kurt Schneider: Klinische Psychopathologie. 5. Aufl., G. Thieme, Stuttgart, 1959を引用。
- (49) 武村・同論文九一頁。
- (50) 武村・同論文九三頁。
- (51) たとえば、窃盗の事案につき、「覚せい剤中毒による精神障害は、人格が破壊され病的体験が全人格を支配する精神分裂病とは異なり、人格を深く支配するものではないとされていること」といった鑑定人の指摘を採用し、完全責任能力を認定したもの（札幌高裁昭和五八年四月一九日判決・判例タイムズ四九六・一六九）など。
- (52) DSM-IV には、「すべての医学的狀態は、種々のレベルの抽象化によって定義される―例えば、構造の病理（例：潰瘍性大腸炎）、症状の呈示（例：片頭痛）、生理学的規範からの偏り（例：高血圧）、病因（例：肺炎球菌による肺炎）。精神疾患もいろいろな概念によって定義されてきた（例：心痛、制御不能、不利、能力低下、不合理、症候型、病因、統計的偏り）。この各々が精神疾患を示すための有用な用語であるが、どれもがその概念とは等価ではなく、異なった状況には異なった定義が必要である」（The American Psychiatric Association・前掲書序二二頁以下）と記載されている。
- (53) The American Psychiatric Association・前掲書五五七頁。

(54) 福島章『覚せい剤犯罪の精神鑑定』（平成六年）二二頁以下。

(55) たとえば「Hippocrates の記載にあるように、全身けいれんをすればてんかん、憂うつになればメランコリーなどというもので、この場合は症状と疾患との区別は判然としない」（金吉晴「日本における精神疾患概念および分類の時代的変遷」『臨床精神医学講座第一巻 精神症候と疾患分類・疫学』（平成一一年）四三九頁。）と指摘される。