

## 特集 精神鑑定の科学化を目指して

## 操作的診断基準と精神鑑定

古茶 大樹

今日、司法目的とくに責任能力鑑定において、DSM-IVあるいはICD-10いずれかの診断基準が一般的に使われている。DSM-IVのような操作的診断基準を法廷で使用することには、いくつかの危険性がある。DSM-IVを使うことの、危険性と有用性、使用に際しての注意について論じた。DSM-IVとICD-10を比較すると、診断的情報が必ずしも十分に得られない犯行時の精神状態の診断については、ICD-10の方が混乱を生ずる可能性が低く、望ましい。精神鑑定は2つのステップからなる。第1のステップは経験科学に基づくもので、ケースに精神医学的な診断をつけることである。そして第2のステップは規範学に基づいており、その診断を司法精神医学の参照枠（4つのグループ）に移し替え、法曹関係者に犯行時の責任能力判定に必要な情報を提供することである。鑑定の標準化には、国際的な診断基準を使うだけでなく、各グループ内での責任能力判定の原則論が必要である。

<索引用語：精神鑑定，責任能力，操作的診断基準，司法精神医学の参照枠>

## はじめに

今日、刑事責任能力の精神鑑定（以下、鑑定）において、DSM-IVあるいはICD-10いずれかの診断基準が一般的に使われている。DSM診断が普及する以前は、利用できる資料に変わりがなくても同じケースについての診断が、鑑定医によって異なることが稀ではなく、ときには、下された複数の診断のうち、どれが正しいのかということが法廷で議論されることもあった。ところが、そのような診断の食い違いが、鑑定医の学問的な立場・理論的背景の違いを反映したものであったりすると、この問に対する答えはそもそも存在しない。法曹関係者はそういった事情を知る由もなく、解決不能な精神医学上の問題が、法廷に持ち込まれてしまうことが少なくなかった。そのような無益な議論が鑑定そのものの信頼性を損ねる一因になったことは疑う余地がない。

もちろん今日でも鑑定のたびに診断が違うということが完全になくなったわけではない。それで

も共通の分類体系・診断基準を使用することによって、診断のプロセスが検証可能となり、診断の違いは少なくなった。鑑定に次ぐ鑑定という悪循環は減った。グローバル・スタンダードの診断基準を使うことの大きなメリットは積極的に認めてよい。しかし、鑑定は精神医学的診断で完結するものではない。国際的診断基準を使うだけでは、鑑定の標準化には到達しない。標準化には、その先の作業、つまり責任能力判定そのものについても、一定の原則論を共有することが必要不可欠である。

## I. 鑑定と臨床における診断の比較

診断とはいっても、鑑定と臨床ではいくつかの実際立った違いがある(表)。これらの違いを理解していないと、質の高い適切な鑑定はできない。鑑定では通常、犯行時と現在という2つの隔たりのある時点での診断を求められる。重きを置かれるのはもちろん、すでに過去となってしまった犯行

表 精神鑑定と臨床における診断の比較

	精神鑑定	臨床診断
目標	犯行時の責任能力判定	治療方針の決定
求められる診断	犯行時と現在の精神状態 精神障害の有無とその程度, 犯行に及ぼした影響	現在の精神状態 基本的には状態像診断
主な資料	調査, 公判記録, 問診, 検査	問診, 検査
精神障害の存在	それが「疾患であるか, 否か」が重要	「疾患であるか, 否か」をあえて問わない
注意すべきこと	暗示的質問を使えない (問診による精神状態の変化を可能な限り避ける) 詐病や匿病 供述変遷の有無 (記憶の歪みの評価) 責任能力と情状との区別	批判的態度を控え, 治療関係を構築する努力 感情移入と共感的態度 問診そのものの治療的効果

時の診断であり, 常に現在が重視される臨床との大きな違いがある。臨床で求められる診断は基本的には状態像診断で, 患者の行動は診断をつけるための材料にすぎない。一方, 鑑定で求められるものは, ある特定の行動つまり犯行に, 精神障害が影響を及ぼしたかどうか問われるのである。状態像にはとどまらない, 「心の動き」について評価しなければならない。

精神障害の存在については, 法的にはその精神障害が「疾患であるか, 否か」が問われる。それは健全な心に疾患という異質なものが入り込んでくる (闖入する) ことが, 責任能力喪失の根拠となっているからである。ところが, 身体ではなく他ならぬ心の医学において, 自然科学的視点から疾患を定義することは容易ではない<sup>3)</sup>。従来の精神医学は, 了解概念を「疾患であるか, 否か」のメルクマールとして重視してきたが, 無理論をモットーとする DSM ではこれもまた退けられてしまった。そして現代精神医学は, 「疾患であるか, 否か」をあえて問わない, つまり疾患を定義することを棚上げにして, この難題を回避したのである。この「疾患であるか, 否か」という視点は, DSM 登場以前の伝統的精神医学の根本的思想 (実証することができないという意味で, 本質的には思想や理念と表現すべきものであろう) であり, その意味では鑑定はこの伝統的視点を今で

も継承しているといえるだろう。

鑑定では, 臨床では必要とされない特別な注意が求められる。問診には暗示的な質問を使うことができない。詐病や匿病の構えについて常に注意を払う必要もある。逮捕勾留あるいは裁判という場合は, 人を特別な心理状態に置くことになる。保身の心理機制の働いている状態で, 犯行時という過去のある時点をふりかえるわけであるから, たいていは記憶に歪みが生ずる。この「記憶の歪み」を吟味するには, 供述変遷の有無を検討しなければならないし, 保身の心理機制によって修飾されている, 問診時の供述を丁寧に評価してゆく作業が求められる。後述するように精神障害によっては, 責任能力の問題ではなく, 情状酌量として取り扱われるべきものがあるという点も, 鑑定結果の混乱と無関係ではない。このように鑑定には, 臨床では要求されない高度な問診技術や配慮, 結論の導き方を必要とされることは強調しておかなければなるまい。

## II. DSM 分類を鑑定に使用する際の利点と欠点

### 1. DSM 分類・診断の特徴

さて, 上記のような鑑定と臨床との違いを念頭に置き, 鑑定における操作的診断の使用について考察する。ここでは厳密な操作的診断を採用している DSM-IV-TR<sup>1)</sup>を取り上げる。この体系は,

臨床、教育、研究を目的とした、共通する1つの診断・分類体系である（目的には法廷での使用は含まれていない）。前述したように、この体系は疾患（disease）の定義を避け、障害（disorder）による分類を採用している。理論的な立脚点が違うことによる診断の不一致を可能な限り回避するために、DSMは、特定の理論を採用しない（atheoretical）記述精神症候学的分類となっている。カテゴリー間の境界が明瞭になるように、診断を操作する操作的診断を採用していることが大きな特徴である。しかしそれと同時に、呈示されている診断基準やカテゴリーの境界はあくまで暫定的であり、将来の変更可能性をあらかじめ想定している。いわば作業仮説としての診断基準なのである。改訂作業は可能な限りエビデンスに基づいているが、それでもカテゴリーの妥当性については議論が絶えない。特定の理論を採用していないことをモットーとするDSMであるが、その改訂作業を含めた全体的な志向性は、精神症候学の水準で鑑別可能な疾患単位論を目指しているように思える<sup>2,4)</sup>。

## 2. DSM診断を法廷で使用することの危険性について

DSM-IV-TRのイントロダクション<sup>1)</sup>では、この体系が法廷で使用されることへの危険性、つまり診断に含まれる情報が誤用され、誤解される可能性が高いということが指摘されている。それは、法廷が関心を寄せる疑問・責任能力判定とDSM診断に含まれる情報とがかみ合っていないことから生ずるものである。たとえば、DSMにおける精神障害は、法的な「精神障害」「精神病」あるいは「精神的欠陥」の存在を確定するには不十分であること、責任能力判定についてはさらなる情報が必要であること、責任能力はそれぞれのカテゴリーの中でも大いに異なるもので、特定の診断の割り当てが責任能力判定に直接は結びついていないことが挙げられている。もっともDSMはこの体系を法廷で使うことを禁じているわけではない。唯一の体系であるから、診断についてはこ

れを使わざるを得ないというべきかもしれない。しかし、その使用に際しては、非臨床家である法曹関係者にその危険性や限界についてしっかりと伝えておく必要があると明記されている。具体的には、①DSM診断は個々の精神障害の原因について、なんら必然的な意味をもっていないこと、②ある障害と関連がある行動について、当該個人がその行動をコントロールできるかどうかについて、必然的な意味をもっていないこと、③DSM分類は、その公表時のコンセンサスを反映したものにすぎず、診断基準やカテゴリーの変更可能性、つまり見直しの可能性を前提にしていること——とある。

危険性や限界があることを十分に踏まえた上でなら、いくつかの有用性もある。それは、①十分に検討され確立した体系を使用することで、その決定についての価値と信頼性を高めること、②適切な文献調査に基づいた概要を提供することで、法曹関係者に精神障害の重要な特徴についての理解を促すことができること、③根拠のない憶測をチェックする役割を担うこと、④法的問題が過去あるいは未来の時点での精神的機能に関係する場合、縦断的経過に関する診断情報は、その意思決定に寄与することができる——とある。

以上がDSM-IV-TR<sup>1)</sup>のイントロダクションで指摘されている内容であるが、この体系を法廷で使用することへの危険性と有用性が用心深く述べられている。

3. DSM-IV-TRとICD-10のどちらを使うべきかさて、国際的分類には、DSMの他に、ICD-10<sup>7)</sup>がある。2つの体系には多くの共通点があるが、どちらを使っても同じというわけではない。鑑定にはどちらが適しているのだろうか。2つの体系は、使用される目的によって有用性に違いがある。

DSM-IVはあらゆる目的に1つの体系で対応しているのだが、厳密な操作的診断の採用により、カテゴリー間の境界は明瞭となり、診断の一致率（信頼性）は高い。目の前にいる対象を、手際よく分類することに長けていて、研究目的には適して

いる。その一方で、診断基準（境界）は明瞭でありながら暫定的であることも強調されており、臨床や教育において「この境界にどれだけの意味があるのだろうか」と考え始めるとすっきりしない。犯行当時の精神状態を扱うときのように、利用可能な情報がどうしても不足している場合には、厳密な操作的診断は機能不全をきたし、かえって混乱が生じやすくなる。

ICD-10には、臨床用 (Clinical descriptions and diagnostic guidelines) と研究用 (Diagnostic criteria for research) という2つの版が用意されている。目的に応じて2つの版を使い分けることは、臨床的にはカテゴリー間の境界が本質的に明瞭ではないこと、その一方で研究には信頼性を高める (境界を明瞭にしなければならない) 必要があるという、精神医学特有のジレンマに対する適切な方策である。臨床用バージョンは、操作的診断を部分的には使っているが、厳密ではない。臨床記述を充実させ、そこからその障害の特徴を読み取り、診断を下すという、いわば伝統的な診断プロセスである。信頼性についてはDSMに劣るかもしれないが、情報が不十分であっても使用は可能で、過去にさかのぼる「犯行時の診断」を重視する鑑定にはより適している。筆者はもっぱら鑑定にはICD-10を使っている。

さて責任能力判定においては、精神医学的診断の先にあるさらなる作業が必要となる。それは犯行と精神障害との関連を吟味することではあるが、その具体的作業に移る前に、精神医学的診断を、司法精神医学に特化した参照枠に移し替える必要がある。そしてこの枠組みは最終的な責任能力判定の土台となるものでもある。

### Ⅲ. 責任能力判定のための参照枠

ここからは純粋な経験科学ではなく、規範学の領域になる。ここに紹介するのは、ドイツ司法精神医学で採用されている責任能力判定のための参照枠 (4つの導入指標) である<sup>5,6)</sup>。この参照枠は法曹には比較的浸透しているのだが、法的な精神障害の捉え方として鑑定医もまた熟知しておく必

要がある。筆者はこの参照枠を15年以上、起訴前精神診断の場で使っているが、検事との対話のツールとしてとても役に立っている。この揺るぎない体系は、今後も改訂の度に变化しうる臨床分類や診断に対し、鑑定作業に (ひいては法廷においても) 一定の秩序を与えるものである。新たに採用された概念 (病名) についても、それがどこに位置づけられるものなのかを法曹に説明することで、その具体的内容について十分熟知していなくとも、責任能力判定は可能となるだろう。

以下に呈示する4つの群に振り分ける作業は、個々の精神障害が法的にどのような意味をもつか、どのような位置づけにあるのかを明らかにしている。たとえば統合失調症とパーソナリティ障害は、どちらも臨床的には精神障害であるが、法的には同列に扱うべきではないという考えである。それぞれの概念の出所を考えると、なるほどと納得がいく。

精神障害はまず疾患的な精神障害と、疾患的ではない精神障害に分けられる。後者は、深刻な意識障害、精神発達遅滞、重いその他の精神的偏倚に振り分けられる。この振り分け作業と、それぞれの群の中での責任能力判定の着眼点を明確にする作業が、精神医学的知識をもつ鑑定医の役割である。4つのカテゴリーについて説明する。

#### 1. 疾患的な精神障害 (krankhafte seelische Störung)

「疾患的な」とは「疾患を原因とする」という意味である。ここでの疾患という言葉は、純粋医学的な意味で使われており、「疾患そのものは身体内にしか存在しない」という含意がある。心に、身体的・異質なものが闖入する (心に質的な変化が生ずる) からこそ、責任能力の問題が生ずるわけである。これに相当するのは、いわゆる真正精神病——器質性・症状性・中毒性精神病といった身体的基盤が明らかな精神病と身体的基盤が要請 (仮定) される内因性精神病——である。歴史的にも、そして現時点においても、科学的に「疾患である」というコンセンサスが得られているのはこ

の群だけである。

この群の責任能力判定の原則は、犯行時に精神病の状態であったことが明らかであれば、その精神病が、その人の意思能力を喪失させないことが立証されない限り、責任能力喪失とするというものである。ただし、ここには重要な例外があつて、酩酊犯罪にはこの原則がそのまま適用されることはない。アルコール単純酩酊は医学的には急性中毒であるが、法的な精神病とはみなされない。酩酊に対してはより高いハードルが与えられており、特別な状態でない限りは完全責任として扱われている。単純酩酊による抑制消失で、いわゆる制御能力が明らかに低下していても精神病とみなされないのは、なぜだろうか。ここには「自らを酩酊状態に置く」という心の動き・意志があるからこそ、その人に責任があるとみているわけである。昨今の大きな懸念となっている脱法ハーブによる犯罪もまた、アルコールに準じて高いハードルを設けるべきだろう。この例外は、責任能力判定の本質的側面、つまりこれが規範学であるということを示していると同時に、差別的解決は現行の鑑定においても暗黙裡に採用されていることを示している。

## 2. 深刻な意識障害 (tiefgreifende Bewusstseinsstörung)

情動行為にみられる、ごく短時間の「意識障害」(器質性・症状性・中毒性精神病の意識障害は「疾患的な精神障害」である)を指す。情動行為とは激怒や絶望などの感情の高まりが、ごく短時間だけ非常に激しく変化し、理性的な人格がそれに対してうち勝つことができないとされるもので、爆発反応あるいは短絡行為の形をとる。器物損壊や殺人などの犯罪行為に及ぶことがあるが、この概念は司法精神医学に特有なもので、臨床分類の中にこれにびたりとあてはまる診断名はない。ここでの判定の原則は、「深刻な」という形容詞が重要であるとされる。情動行為に至るまでの前史、犯行時の意識障害の程度(典型的な経過、完全な健忘、見当識障害)が評価の対象となる。健常人で

生じた情動行為は完全責任とされることが多く、パーソナリティ障害や発達障害が背景にある場合、加えて抑うつ状態や著しい心身の疲弊が加重されると限定責任と判定されることがある。

## 3. 精神発達遅滞 (Schwachsinn)

あたりまえのことだが、知能の偏り(統計学的な異常知能)は、低い側の偏りしか異常とはみなされない。これは科学的基準ではなく、価値基準である。ここでいう法的な精神発達遅滞は、奇形や疾患の結果ではないものだけを対象としている(奇形や疾患の結果が明らかであれば、それは「疾患的な精神障害」である)。偏りの程度は軽度が多く、正常との明瞭な境界はなく、それゆえ中等度や重度と比較すると犯罪との関係がより深いといえるかもしれない。判定の原則は、犯行内容と知的能力との関係により判断することである。多くの精神発達遅滞者は、生活の知恵を身につけているもので、ここでは知能指数よりも生活の自立度を重視してよい。その犯行には、ストレス耐性が低く爆発しやすい、新奇の刺激に引き寄せられやすい、我慢することが難しいという特徴が現れているものである。ここには責任能力を問題にすべき場合と情状酌量を考慮すべき場合とがあるように思える。

## 4. 重いその他の精神的偏倚 (schwere andere seelische Abartigkeit)

パーソナリティ障害、欲動異常、発達障害、精神病を伴わない薬物依存症などがこのグループに含まれるが、自らが悩むか社会適応の妨げとなっているために、精神障害として採り上げられているものである。個々の障害は、理念型である類型概念として提唱されているものなので、正常との明瞭な境界はない。疾患と呼ぶことはできず、やはりパーソナリティやその反応の偏り・偏倚とみなすべきものである<sup>3)</sup>。

われわれは「精神障害があるから、社会適応が悪い」と考えがちだが、これらの概念の出所を調べてみれば、事実はその逆であることがわかる。

つまり「社会適応が悪いから精神障害として採り上げている」のであって、これもまた純粋な科学的判断ではなく、価値基準と切り離すことができないものである。

ここでは「重い」という形容詞が重視され、重くないこれらの精神障害は司法精神医学的には完全責任となる。さてこの「重い」という意味は、よくよく考えてみると判断が難しい。重い、軽いという形容詞は連続性のある変化を表現する際に使われるが、その一方で、この「重い」という意味は「疾患的な精神障害に準ずるものでなければならぬ」とも記されている<sup>5,6)</sup>。「疾患的な精神障害」は心の質的な異常(健常時との質的な違い)が強調されていたはずであるから、この「重い」という連続体を表現する形容詞とどこか矛盾する。この一見矛盾する表記が意味するところは、この群は完全責任が原則であることを示唆しているように思える。また社会適応や性格傾向を問題にしている以上、責任能力ではなく、情状酌量を積極的に考慮すべきと解釈するのが正しい理解ではなかろうか。

### おわりに

責任能力判定は、経験科学である精神医学に依拠しているが、その本質は規範学である。最終的な判断は司法によって下されるものだが、鑑定医には、その専門的立場から司法が結論を導くのに必要な材料を呈示するという重要な役割がある。責任能力という視点から必要な情報を取り出す作業を続けていけば、そのケースについての最終的な判定についても、(明言するかどうかは別として、また迷うことはあっても)鑑定医なりの見通しがつく。鑑定書を作成する段階では、その見通しに向けて、提示すべき情報を取捨選択しているというべきかもしれない。鑑定医の見通しと、司法の最終的判断がかけ離れてしまわないために

も、責任能力判定について、法曹と鑑定医とが共有することのできる原則が必要である。素人の参加する裁判員裁判ではなおのことである。その原則は、1つ1つの精神障害にではなく、前述した4つのグループに適用されるものである。各群の性質・意味を考慮するなら、真正精神病については責任能力喪失、限定責任、完全責任の3つを、疾患ではない精神障害についてはその性質上、責任能力喪失を想定することは難しく、限定責任と完全責任の2つをあてるといふ差別的解決を推奨したい。それと同時に、疾患ではない精神障害については、情状面での十分な配慮を行うべきであることを重ねて強調したい。

なお、本論文に関して開示すべき利益相反はない。

### 文 献

- 1) American Psychiatric Association : Diagnostic and Statistical Manual of Psychiatric Disorders. Fourth Edition. Text Revision (DSM-IV-TR). American Psychiatric Press, Washington, D. C., 2000
- 2) Kendell, R., Jablensky, A.: Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnoses. *Am J Psychiatry*, 160 ; 4-12, 2003
- 3) 古茶大樹, 針間博彦: 病の「種」と「類型」, 「階層原則」—精神障害の分類の原則について—. *臨床精神病理*, 31 ; 7-17, 2010
- 4) 古茶大樹, 針間博彦, 三村 将: 現代精神医学のジレンマ. *精神医学*, 54 : 325-332, 2012
- 5) Nedopil, N., Müller, J. L.: *Forensische Psychiatrie* 4. Auflage. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 2012
- 6) Rasch, W., Konrad, N.: *Forensische Psychiatrie* 3. Auflage. Kohlhammer, Stuttgart, 2004
- 7) World Health Organization : *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders : Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. World Health Organization, Geneva, 1992

## The Use of Operational Criteria for Evaluations of Mental Competency

Hiroki KOCHA

*Department of Neuropsychiatry, Keio University School of Medicine*

Today, either the DSM-IV or the ICD-10 is generally used for forensic purposes, especially for evaluations of mental competency. The use of operational criteria, such as the DSM-IV, in forensic settings has some risks. Here, these risks, as well as the advantages of operational criteria and precautions for their use, are discussed. Compared with the DSM-IV, the ICD-10 is preferred because this tool is less likely to complicate evaluations of the mental status of a criminal at the time of the crime when sufficient information is not available to make a diagnosis. The evaluation consists of two steps. The first step, which is based on empirical science, is to provide a psychiatric diagnosis. The second step, which is based on normative science, is to allocate the diagnosis to one of four categories of a forensic frame of reference and to provide useful information for judicial members to make a judgment about the mental competency of the criminal. To standardize evaluations, the use of not only global standard criteria, but also a general rule for the judgment of mental competency within each allocated category is needed.

<Author's abstract>

<**Keywords** : psychiatric evaluation, mental competency, operational criteria,  
forensic framework of reference>

---