

## 巻 頭 言

# 裁判官でも診断できる DSM-IV などの操作的診断

三國雅彦 日本精神神経学会理事

Masahiko Mikuni

外来で加療中であった演技性パーソナリティ障害の患者さんが院内自死するという痛ましい医療事故が起こり、最近、医療担当側が敗訴したことは記憶に新しい。ただ、民事裁判でもあり、ここでは判決内容に立ち入るつもりはない。また、裁判所が医療事故に対応する専門部・集中部制を設けたり、精神疾患についての理解を深めるために精神科医との事例検討会を開催したりするなどの努力をしておられることも承知している。それにしても、この度の仙台地裁、高裁の裁判官が法廷でのやり取りから、その精神症状について「DSM-IVの診断基準等の医学的知見を併せて検討すれば、本件事故当日までの5年間、うつ状態が継続・反復していたことが認められるが、そればかりでなくうつ病と診断され得る症状をも呈していたことが認められる」と、判決文にDSM-IVの診断基準を明記して認定している。しかも、これらの審理には精神科専門医の参考意見が求められる場面は全くなかった。

ここで問題として取り上げたいのは、裁判官でも診断できると思ひ込んでしまう、DSM-IVなどの操作的診断システムの欠陥についてである。Andreasenの指摘(Schizophrenia Bull, 2007)を待つまでもなく、精神病理学を放棄し臨床的表現型のみで依拠した診断が個々の症例に対する見立てに基づく治療という精神医学の体系をゆがめてしまったことは重大問題である。また、個々の症状項目数だけからうつ病が診断できるとしてしまうことは、客観的なしゃべるスピード、語彙数、表情や立ち居振る舞い、性格傾向など全体をみて診断すべきであるのに、「木を見て森を見ない」の愚を犯していることにもなる。

操作的診断システムが研究対象の均一化に大きな役割を果たしているという期待があるようであるが、実は大変な事態が進行していないかと危惧している。そ

の一例として、うつ病における視床下部-下垂体-副腎皮質系の機能を評価する、デキサメサゾン/コルチコトロピン遊離促進ホルモン負荷テスト(DEX/CRH)での非抑制という異常の陽性率が15年前にミュンヘン精神医学研究所で開発された当時(非抑制が80%)と最近のミュンヘン大学精神科の報告(非抑制が30%; Schule, et al., PLoS one, 2009)を比較すると、ともに入院症例での検討であるのに、明らかに低下している点である。その原因が種々考察されているが、15年前に比べてDSMにのみ依拠する精神医療がドイツで進行しているということではないのかと危惧する。

幸い、カルテにDSM診断とICD診断を記載するとともに、伝統的診断を記載する習慣がわが国の大学病院などではまだ残っている。このためわが国の臨床バイオマーカー研究は、DSMでの診断範疇に属するのは当然として、従来の臨床精神病理学に基づく診断がなされた精神疾患についてのみ実施されている可能性が高い。実際、2007年のわれわれの報告ではうつ病の非抑制が75%に認められている(Aihara, et al., Psychiatry Res: Neuroimaging, 2007)。また、近赤外線スペクトロスコピー(NIRS)を用いた解析により、言語流暢性課題負荷時の前頭葉における酸素化ヘモグロビンの反応パターンが単極性うつ病、双極性障害、統合失調症、健常対照でそれぞれ異なっていることを明確にしたことに基づき、NIRSがF2、F3のうつ状態の鑑別診断補助法として世界で初めて、昨年から先進医療に認められている。この背景にも対象疾患群の均一性が担保されていることが挙げられる。DSMやICDの改訂にあたってのEBMとして、日本からのデータが重要になるはずであり、すべきであると考える。