

# 主なこころの病気

—— 世界保健機構(WHO)による国際疾病分類(ICD-10)に基づく千葉精診担当理事監修 ——

さらなる精神科医療の飛躍と  
地域医療の発展を目指して

千葉県精神神経科診療所協会  
Chiba Association of Neuro-Psychiatric Clinics

# はじめに

精神科領域において、今後さらに多様化する医療ニーズまたは複雑化する情報ソースに対し、専門医療機関としての意識や見解統一は、患者対応のみならず社会的役割を果たす上でも重要な要素といえます。

古くは、1960年代の初めから、世界保健機構(WHO)は、その精神保健プログラムの中で、精神障害の診断と分類の改善に取り組んできており、その基準に対する研究が開始されました。

1970年代に入ると、精神医学的分類法の改善に対する関心は世界的に高まり、国際間交流の進展や国際共同研究の施行および新たな治療法の導入などを促してきました。

また、1978年にWHOは、精神障害およびアルコール・薬物関連問題にかかわる分類と診断の改善を企図して米国との長期的な共同研究をスタートさせました。1982年のデンマーク・コペンハーゲンで行われた国際会議に報告され、それらのガイドラインの概要がまとめられました。

その成果は、統合国際診断面接、精神神経学臨床評価表、国際人格障害検査表などの開発に繋がっています。

さらに、用語の定義、健康諸問題の定義などの修練過程を通して、ICD-10・第V章(Fコード)の分類に必要なデータを生み出す評価手段も開発されました。

千葉精診では、臨床ガイドラインの見解統一とその認識をさらに高めていく必要があると考え、上記ICD-10(Fコード)に基づき、千葉精診の協会担当理事監修のもと、主なところの病気を紹介し、精神疾患に対する正しい理解と医療サービスの向上を目的に、代表的な疾病や症例を本冊子にて解説しております。

本冊子が医療機関の情報ツールのひとつとして、そして地域のみなさまに「こころの病気」への理解を深めていただくことができる一助となれば幸いです。

平成25年4月

一般社団法人 千葉県精神神経科診療所協会

## ICD-10(Fコード)

世界保健機構(WHO)による、死因や疾病の国際的な統計基準として公表されている分類。

正式名称は、「疾病及び関連保健問題の国際統計分類:International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems」

ICDとは、異なる国や地域から、異なる時点で集計された死亡や疾病のデータの体系的な記録、分析、解釈及び比較を行うため、世界保健機関憲章に基づき、世界保健機構(WHO)が作成した分類である。

最新の分類は、ICDの第10回目の修正版として、1990年の第43回世界保健総会において採択されたものであり、ICD-10(1990)と呼ばれている。

現在、我が国では、ICD-10(2003)に準拠した「疾病、傷害及び死因分類」を作成し、統計法に基づく統計調査に使用されるほか、医学的分類として医療機関における診療録の管理等に活用されている。

ICD-10(Fコード:F00-F99)は、「精神および行動の障害」の分類を表しており、以下のような体系となっています。

- F0 症状性を含む器質性精神障害
- F1 精神作用物質使用による精神および行動の障害
- F2 精神分裂病、分裂病型障害および妄想性障害
- F3 気分(感情)障害
- F4 神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害
- F5 生理的障害および身体的要因に関連した行動症候群
- F6 成人の人格および行動の障害
- F7 精神遅滞
- F8 心理的発達の障害
- F9 小児期および青年期に通常発症する行動および情緒の障害

# 世界保健機構(WHO)による国際疾病分類から、 ICD-10・第V章(Fコード)を基本に選定疾患記載

---

F0 器質性精神障害[F00アルツハイマー病の認知症、F01血管性認知症、F02その他の疾患による認知症]  
(ワコウクリニック 青嶋 和宏)

F1 精神作用物質使用による精神および行動の障害 [F10 アルコール関連 アルコール依存症]  
(いやしのメンタルクリニック 菅田 岩崎 弘一)

F3 気分障害 [うつ病] (大塚クリニック 大塚 明彦)

F4 [F40恐怖症性不安障害、F41他の不安障害] (こころクリニック船橋 大塚 芳克)

F4.43 適応障害 (きっかわクリニック 橘川 清人)

F4.45 身体表現性障害 (新検見川メンタルクリニック 佐々 毅)

F7 精神遅滞 [知的障害] (ひだクリニック 肥田 裕久)

F9.90 多動性障害 (稲毛海岸神経科クリニック 森本 浩司)

F20 統合失調症 (木更津メンタルクリニック 遠藤 博久)

F42 強迫性障害 (高洲公園心療医院 織田 辰郎)

F44 解離性障害 (御所クリニック 木村 直人)

F50 摂食障害 (なのはなクリニック 塚田 純子)

F60.3 情緒不安定性パーソナリティ障害 (志津クリニック 志津 雄一郎)

F84 広汎性発達障害 (森メンタルクリニック 森 博史)

G40 てんかん (館山メンタルクリニック 渡辺 啓治)

## F0 器質性精神障害 [F00アルツハイマー病の認知症、F01血管性認知症、F02その他の疾患による認知症]

日本の認知症患者は現在250万人。2030年には420万人にも迫ると推定されています。ちなみにH24年10月の千葉市の人口は約96万人です。以下の症状があったらまず疑う事。

- ①同じことを言ったり聞いたりする
- ②物の名前が出てこない
- ③置き忘れ、しまい忘れが目立つ。

疑ったらまずかかりつけ医に相談へ。医療への導入が一番難しいが信頼関係のあるかかりつけ医が適任と思われます。医療サイドでは

- ①まず認知症かそうではないか
- ②認知症の場合はその分類A) 治る認知症(脳外科系・内科系)B) 狭義の認知症 i) 脳血管性 ii) 脳の神経細胞性さらに ii) は①アルツハイマー型②レビー小体型③前頭側頭型などに分類します。

大切なことはまず診断し、そしてその後の対応です。症状は中核症状(記憶力低下・判断力低下)と周辺症状(お金を取った・浮気をしている・徘徊等)に二分されるが、後者の方が困ることが多いです。しかしそれら是对応の仕方、社会資源の利用及び薬物で従来より症状の進行及び家族の負担も軽減可能です。又、2011年より新しい薬が使用可能になり早期服薬でより機能を落とさずに生活することも実証されています。

(ワコウクリニック 青寫 和宏)

## F1 精神作用物質使用による精神および行動の障害 [F10 アルコール関連 アルコール依存症]

アルコールを摂取(飲酒)したい強い欲望が持続していて、飲酒をやめることができない状態です。アルコール依存には精神的な依存と身体的な依存があります。精神的な依存はアルコールへの渴望で、断酒するとイライラや不眠が出現します。身体的には、断酒により手指のふるえや発汗が出現し、ひどい時には幻視が出現します。断酒による禁断症状(離脱症状)を緩和するために飲酒する悪循環ができあがり、さらに大量のアルコールに依存してしまいます。飲酒により、仕事に行けなくなったり、家庭内での不和、身体への悪影響、酩酊時の問題行動等が発生します。アルコール依存症の治療は、依存症であることを自覚して、断酒の意志を強くすることです。そのためには断酒会への参加、抗酒薬(この薬を服用した後に飲酒するとひどい症状が出現する)の使用も有用です。

(いやしのメンタルクリニック 誉田 岩崎 弘一)

## F3 気分障害 [うつ病]

この病気になる割合は非常に多く、世界保健機構(WHO)によると、2020年には全ての疾患の中で2番目に経済的打撃を与えると予想されています。

この病気は、気分障害とも言われ、抑うつ気分や不安、イライラ感、無気力、悲哀感等の精神症状と共に自律神経失調(症状:寝汗、口渇、便秘、慢性疼痛)が次々に移動した症状として、その他内科的検査では異常所見はないが体調不良等が認められます。最も一般的に本人が感じる苦痛は、不眠と精神的・身体的不調の日内変動(朝が悪くて午後から夜に軽くなる)と夕方4時ごろの一時的な症状の増悪が特徴的です。体内時計によって症状の動揺が認められます。ほとんど必発の症状は不眠で脳の働きの変調を示す警告信号です。症状が多彩に出るために、早期治療が遅れて重症化し、自死に至ることもあります。

(大塚クリニック 大塚 明彦)

## F4 [F40恐怖症性不安障害、F41他の不安障害]

### (恐怖症性不安障害・他の不安障害)

不安は、人が生きていく上で必ず体験する感情の一つで、危険を回避するためには無くてはならない機能です。しかし不安がしばしば平穏であるべき人の生活を脅かすことがあります。理由が分からないまま、様々な物事に不安を感じたり、恐怖心から人を立ち往生させたりすることがあります。このような状態が遷延すると抑うつを強め、うつ病などを併発することもあります。多くの場合は基底に慢性的なストレスを抱えていますが、それを当然のこととして無防備に受け容れている生活態度がみられます。その結果、疲労した心や身体は緊張し、過剰な反応を惹き起こし、動悸などの自律神経の失調を来し、その突然の事態に、人は不安を持って対処することになります。特別な不安や恐怖心が惹き起こされる原因としては、個人の資質、生育史や社会・文化的要素が関与していると考えられていますが、抗不安薬やSSRI等によって症状を軽減させることができます。

(こころクリニック船橋 大塚 芳克)

## F4.43 適応障害

適応障害とは、個人的な不幸(ストレス要因)にうまく適応することができずに生じた病的状態のことです。

この障害は、明らかなストレス要因から生じていること(状況要因)、それに対する反応が著しいこと(個人的要因)、しかし他の診断がつくほど症状が重くないこと(除外診断)の三つの条件から診断されます。

ストレス要因は、生命を脅かすような破局的なものより、失恋、離婚、転職などの日常的なできごとである方が一般的です。

症状は、不安、抑うつ、自律神経症状、不眠からさまざまな行動上の問題(無断欠勤、破壊行為、喧嘩など)までさまざまです。

治療は、ストレス要因に関する環境調整、ストレス要因への適応を助ける精神療法、補助的な薬物治療の3つが柱になります。

予後は、適切な治療が行われればふつう良好ですが、ストレス要因が慢性的であったりすると長引くこともあります。

(きっかわクリニック 橘川 清人)

## F4.45 身体表現性障害

さまざまな身体症状(痛み、しびれなど)があり日常生活に支障をきたすものの、それを説明するような身体疾患、薬物の影響、他の精神疾患が認められない障害です。下記に主な身体表現性障害の分類を示します。

### (身体化障害)

さまざまな身体症状が長期にわたって続くが、検査や診察をしても身体的な病気として十分に説明することができないもの。

### (心気障害)

たとえばガンなど、1つ以上の重大で進行性の身体疾患になっているという考えに頑固にとらわれているもの。

### (身体表現性自律神経機能不全)

自律神経の支配下にある心血管系、呼吸器系、消化器系などの系統や器官の症状が出現するが、検査等ではそれらの系統や器官そのものの障害は認められないもの。例として「心臓神経症」「心因性過呼吸」「神経性下痢」などがあります。

### (持続性身体表現性疼痛障害)

頑固で強く苦しい痛みが持続しているが、痛みを説明できる十分な身体的異常がないもの。

(新検見川メンタルクリニック 佐々 毅)

## F7 精神遅滞 [知的障害]

精神遅滞とは、全体的な知能(知的能力)の発達が遅れた状態にとどまるものをいいます。このため、日常生活を送る上で、知的面での支障をきたすことがあります。発症率はおよそ2%で、男女比は約1.5:1とされます。原因は多様であり、先天性の理由もあれば、疾患や事故によるものもあります。いずれも、発達途上に遅滞が生じた場合を指します。それ以降の事故による障害や認知症などは含みません。精神遅滞は、その程度によって分類され、軽度精神遅滞は、知能指数(IQ)50~70を目安とし、精神遅滞の75%程度を占めもっとも多いです。中等度・重度精神遅滞は、IQ20~50程度の精神遅滞を指し、精神遅滞のほぼ20%とされます。最重度精神遅滞は、IQ20未満の精神遅滞を指し、精神遅滞の5%に相当します。

精神遅滞であると診断をされた場合、申請すれば療育手帳が交付され、様々な福祉支援を受けられます。

(ひだクリニック 肥田 裕久)

## F9.90 多動性障害

### (多動性障害の特徴)

この障害は、生後5年以内に発症することが多いといわれています。

「不注意」と「多動」はこの障害の中心的な特徴で、通常この両者を同時に認めます。この2つの特徴のため、何かやるべきことに取り組んでいても1つの活動が完結することなくまた次の活動へと移る傾向を生むこととなります。

このような問題は通常学齢期を通じて続き、時には成人期までみられます。ただし、成人期を迎えると多くの場合行動や注意の改善がみられます。

### (学校生活において特徴的なこと)

学習の障害と運動の不器用さはしばしばみられます。

多動性障害のある子どもはしばしば向こうみずで、衝動的で、事故を起こしやすく、軽率な規則違反を犯しやすい傾向があります。また、しばしば普通にみられるはずの注意や遠慮がありません。このため、他の子どもからは人気がなく、孤立しがちになります。その結果、二次的に反社会的行動や低い自己評価を生むことがあります。

多動性障害は男児に多く、女児の数倍多く出現します。

(稲毛海岸神経科クリニック 森本 浩司)

## F20 統合失調症

統合失調症は、およそ100人に1人がかかる頻度の高い精神疾患です。今日なお原因不明であり、一つの疾患と考えるよりは疾患群と考えたほうがよいとする意見もあります。

基本障害は、思考のまとまりの悪さ(連合障害)、現実との生ける接触の喪失(自閉傾向)、感情の平板化(情動性障害)などの概念が唱えられていますが、いずれも理論的産物です。副次的には現実には存在しない声が聞こえたり(幻声)、ありえないことを信じたり(妄想)、自分の考えや行動が他者によって操られている(させられ体験)など様々な症状がみられます。また治療によって病的体験は回復しても、認知機能障害や意欲減退や集中力低下などの陰性症状が残りやすいと言われていきます。発病する人のうち80%が15歳から30歳までの間に発症すると言われ、家族からの独立、進学、恋愛、結婚、就職、外国留学などの環境の変化が発症の誘因となりやすいとも言われています。治療としては、主には薬物療法ですが、現在では新規の非定型抗精神病薬が第一選択です。各々の抗精神病薬で効果の差は大きくありませんが、副作用のプロフィールが異なっており、それに配慮することが求められます。次に心理社会的療法があります。これには心理教育、家族支援、集団精神療法、レクリエーション療法、作業療法、社会生活技能訓練などが含まれます。回復期にはデイケアや訪問看護の利用も考慮されます。

(木更津メンタルクリニック 遠藤 博久)

## F42 強迫性障害

出かける時に電気のスイッチ、ガス栓、窓や玄関の鍵を何度も確認する人がいます。道路の糞に実際には触れていないのに触れてしまったのではないかと不安になる人がいます。強迫とは、これらのような行動や思考が、無意味であるとわかっているのに頭に浮かび繰り返される、苦痛をともなう病態を言います。強迫には強迫観念と強迫行為があります。強迫観念の例としては、戸締まりや火の始末をしまったのではないかと疑念、触れたもので手が菌に汚染されたのではという不安、外出すると体が汚れるという思い、「殺す」などの禁じられた言葉が浮かび不安になること、隣の席の女性に触ってしまうのではないかといや触ってしまったのではないかとという思い、などがあります。これらの強迫観念を打ち消し、逃れるための思考・行動が強迫行動です。必要以上に戸締まりの確認行動を何度も繰り返したり、頻回かつ長時間手を洗い続けたり、外出後は必ずシャワーを浴びるなどの行動を取ったりします。この程度が増すと、生活に大きな支障が出たり、抑うつ症状を合併したりします。

治療はSSRIという新規抗うつ薬が認可されています。従来の三環系抗うつ薬や抗不安薬が有効なこともあります。

(高洲公園心療医院 織田 辰郎)



## F44 解離性障害

解離とは、解け離れるという意味です。解離性障害とは、ストレスや心的な外傷体験により、記憶や意識、感覚や知覚、運動能力や場合によっては、人格が解け離れる障害です。記憶が解離した場合、過去の一時期の記憶が無くなったり、すべての生活史の記憶が無くなったりします。記憶を失い、全く別の場所で、別の人間として生活を始めていることもあります。同じように、意識が無くなったり、けいれん発作を起こしたり、目が見えなくなったり、耳が聞こえなくなったり、声が出せなくなったり、手や足が麻痺したり、歩行困難となったりします。もっとも重い解離性障害は、解離性同一性障害と言い、一般的には多重人格と言われるものです。これは一人の人の中に複数の人格が存在する障害で、幼児期の外傷体験で、人格が解離したと考えられています。

(御所クリニック 木村 直人)

## F50 摂食障害

精神疾患の一種であり、厚生労働省の特定疾患(難病)に指定されています。思春期の女性に発症例が多く

- (1) 体重に対する過度のこだわり                      (2) 自己評価の体重・体形への過剰な傾斜

といった心理的要因に基づく食行動の重篤な障害です。病識に欠けるきらいがあります。症状は、拒食症、過食症、あるいは拒食症から後になって過食症に移行するものなど多様です。拒食症では極端な食物制限が中心であり、体重を減らそうとして過度な運動や下剤の乱用などがみられ、そのため異常な低体重、無月経になることもあります。摂食行動以外にも、抑うつ症状や気分の変動、自傷行為・アルコール乱用、不安障害、パーソナリティ障害による精神症状などを合併することが多くみられます。

又、嘔吐や下剤乱用による電解質代謝異常、脱水、消化管の損傷や、痩せや栄養失調による感染症や貧血、低蛋白血症によるむくみ、骨粗鬆症等、過食による肥満や糖尿病、胃拡張といった内科的疾患を併発することがあります。治療としては、身体管理を十分に行いながら、精神療法や認知行動療法および症状にあった薬物療法が必要となります。

(なのはなクリニック 塚田 純子)

## F60.3 情緒不安定性パーソナリティ障害

DSM-IV (米国精神医学会診断基準)では境界性パーソナリティ障害(BPD、ボーダーライン パーソナリティ ディスオーダー)と名付けられています。

- 症状
- (1)見捨てられることへの不安 \_\_\_\_\_  
「見捨てられ不安」を種として激しい感情が出現する  
⇒①やけくそ、自暴自棄(リストカット、薬物大量服用など) ③抑うつ、空虚感  
②激しい怒り ④不安
  - (2)自分の中に「いろいろな自分」がいる \_\_\_\_\_  
⇒スプリット(分裂)という  
自分の中に両極端の自分がある。人との関係もある時は親密にある時は嫌悪にと極端に変わる
  - (3)問題行動が多出する \_\_\_\_\_  
⇒リストカット、繰り返される自殺企図、過食・嘔吐、大量服薬、暴力、喧嘩、薬物やアルコール依存、性的逸脱
  - (4)対人操作 \_\_\_\_\_  
⇒自分に同情的な人をそばに引きつけておくため、周囲の人間関係をこじらせる様な話や態度をする
  - (5)一時的な妄想、幻覚と解離性症状の出現 \_\_\_\_\_

- 治療
- (1)BPD治療に精通した精神科による適切な薬物療法
  - (2)BPDに精通した臨床心理士などによるカウンセリング
  - (3)危機介入病棟を持つ精神科医療施設への短期的入院

(志津クリニック 志津 雄一郎)

## F84 広汎性発達障害

広汎性発達障害は、脳機能の障害であり、他の人との社交能力やコミュニケーション能力、想像、思考力などが成長段階で正常に発達しないという障害です。アスペルガー症候群や、知的障害の見られない広汎性発達障害(IQ70以上とされている)を、高機能広汎性発達障害といいます。逆に、障害を抱えていても気づかれにくいということが、かえって複雑で難しい様々な問題(いじめ、不登校、ひきこもり、他の情緒障害など)を産み出す原因となっています。

特徴としては以下のものがあります

- ★友達づきあいが苦手:友だちと仲よくなりたいが、友だち関係を上手に築けない。友達のそばにいても、一人で遊んでいる。会話をしている、場面や相手の気持ちを理解しにくい。
- ★コミュニケーションが苦手:皮肉やいやみ、冗談を言われても理解できず、字義通りに受け止めてしまう。言っではいけないことを「本当のことだから」と言ってしまう。抑揚のない話し方、一本調子、ですます調の丁寧な話し方など独特の話し方で話す。聞かれている意味が理解できない。仲間と協力して何かすることが苦手。
- ★こだわりが強い:限定された興味に熱中する。自分なりの手順があり、それが変更になることを嫌がる。空想の世界、ファンタジーに浸ることがある。
- ★その他…感覚の過敏や鈍感など:光がまぶしい。偏食がひどい。痛みや鈍感で怪我をしても気づかない。音に敏感。触られるのを嫌う。昔のいやな出来事がフラッシュバックしてパニックになる。ストレスが強くなると、ひとり言を言ったり、同じ場所を行ったり来たりする。

広汎性発達障害の治療は、教育(療育)によって問題となる行動を軽減する、また必要な社会的スキルを身に付けさせるということが第一です。二次的な併存障害には、薬物療法が行われることもあります。あくまで補助的に用いられるものであり、副作用などにも注意しながら少しずつ処方していくことが大切です。

(森メンタルクリニック 森 博史)

## G40 てんかん

てんかんは発作を繰り返す神経疾患で、心の病気ではないが慢性の経過により二次的に心の問題が生じることがあります。生涯の間にてんかんを発病する可能性は約1%で、特に発症率が高いのは20歳未満と高齢者です。てんかん発作は大脳皮質の神経細胞の過剰な興奮によって引き起こされ、大脳のどの部分が興奮するかにより様々な症状が生じます。意識障害やけいれんだけでなく、運動や感覚の異常、自律神経症状、精神症状等も生じます。大脳全体が興奮するタイプを全般発作、大脳皮質の一部にてんかん放電が生じるものを部分発作と呼びます。原因が不明なものを遺伝的なものも含めて特発性てんかんと言ひ、脳血管障害や頭部外傷後に生じるなど原因が明らかものを症候性てんかんと言ひます。タイプによって有効な抗てんかん薬が異なり、服薬により約80%の人が発作が消失します。難治性てんかんに脳の手術が有効なことがあります。診断には脳波が不可欠で、脳画像検査等も必要です。

(館山メンタルクリニック 渡辺 啓治)



千葉県精神神経科診療所協会  
Chiba Association of Neuro-Psychiatric Clinics

[編集発行元] 一般社団法人 千葉県精神神経科診療所協会 事務局

[協力] 公益社団法人 日本精神神経科診療所協会

---

〒285-0846 千葉県佐倉市上志津 1669 ヴァンペール志津 202号 TEL&FAX. 043-460-5155 e-mail. capc@v7.com