

# 「精神疾患のさまざま ～学生時代および大学卒後のメンタルヘルス～」

医療法人出島診療所長および  
長崎大学名誉教授

中 根 允 文

## 1. はじめにー私自身のこと

ご紹介いただきました中根です。私、今日こういうタイトルでお引き受けいたしましたけれども、ごあいさついただいた先生方のご意向にどのぐらい添えるか、ちょっと自信がないんです。私が今日一応準備してきたことを1時間ちょっとお話をさせていただいて、あと何かご質問があれば、そのときにまたいろいろ私の気持ち、あるいは考えなどをご紹介できればと思います。もしかしたら、今日お集まりの方のご期待に添えない内容なのかもしれませんが、ご容赦いただきたいと思います。

いま、私のことを紹介していただきましたけれども、最近はいろんなこういう外で講演をするときに、自分をまずディスクローズするというのが大事だといわれていまして、自分自身がどういうものかというのを、一応皆さんに知っていただきたいと思って、自己紹介を詳しく書いておきます。

私、1938年生まれですので、今ちょうど70歳です。韓国で生まれて、それから引き揚げてきて、父親が学校の教師をしていましたので、父の転勤によりしょっちゅう転校していました。高校に入って、それから九州大学に入りました。先ほどちょっとお話がありましたけど、昔はある学部に入っても転学ができていたんですね。私ぐらいの年配でないとご存じないかもしれませんが、九大理学部に入って、どうも理学部は合わないなと思ったから、医学部が変わったんですね。当時、教養課程の間に医学部に進級できるだけの単位を取っていれば、転学部ができたわけですね。そのとき九州大学の医学部を受けたけど、転学というのはものすごく倍率が高くて、長崎大学医学部に入りました。長崎大学医学部を卒業して、あと大学院に入り、大学院を卒業すると同時に精神科の講師・助教授・教授ということになりました。

講師になって間もなく、デンマーク政府のスカラシップを取って、向こうに留学して、いろんな指導を受けて帰ってきました。1984年からは、私どもの精神神経科学教室がWHOの研究協力センター（Collaborating Centre）に正式指定されていたので、そのセンター長になったり、長崎大学を辞めた後はWHOのExpert Advisory Panel Memberということで仕事を引き受けてきて、来週から1週間またジュネーブに行くことになっております。

生まれて1カ月目のときには金大中さんの故郷である光州での写真、それから五木の子守歌で知られている五木の小学校の写真などが残っています。最近、川辺川ダム問題で知られているところです。ダム建設の所為で、私が通っていた五木東小学校が壊されるときに偶然立ち会うはめになった思い出があり、非常に複雑な気持ちになった覚えがあります。人吉高校・九大・長崎大学、そして国際大学それぞれに写真があり、通知表も幾つか残っています。父親が学校教師であったもので、引き揚げた小学2年生を除いて、小学1年生から高校卒業まで全部そろっています。1年生のときは、韓国の光州中央公立国民学校初等科第1学年の通知表になっており、国民学校だったせいかどうか知りませんが、甲乙丙丁の評価になっています。私の通知表では、この1回だけが甲乙丙丁になっているのです。自分自身ふりかえてみて、非常に厳しい思いをしたなというのは、小学校・中学校・大学と、高校以外は全部転校をしているんです。小学校などは確か7回転校しています。中学校は2回、大学は2回。だけど、何とかそのことでつぶれないで済んだというのは不幸中の幸いだったなと思っています。それから、今一つは、自分がやりたいこと、高校から転学して医学部に入り、精神科を選ぶに当たっても、余り反対がなくてやってこられたというのがあります。幸いにそうしたハンディを負いながらも何とかやってこられたのは周囲のサポートのせいだと感謝しております。そういうところが、自己紹介です。

## 2. うつ病の2例

これから、今日のテーマのお話に入ります。

ケースを2例人だけ紹介します。これらは私の経験例から選んだものですが、誰であるかを確認できないように可能な限り修飾しています。ですから、こういう人がそばにいたなと思っても、その人ではありませんので、細かくは詮索しないで聞いて欲しいと思います。

まず、最初の事例は30歳の男性です。

家族歴・既往歴には、特別なことはありません。性格は、引っ込み思案で、周囲の目を気にしやすい傾向があります。公務員の父と専業主婦の母のもと、2名同胞中第二子長男として出生。幼少時より両親や姉から可愛がられ、何不自由なく育っています。地元小中高を上位の成績で卒業し、大学に進学。企業に勤めたいと思っていましたが、親の勧めで教職につきました。その後、現在の妻と恋愛結婚。妻と二人暮らしで、初診してきたとき妻が最初の子を妊娠中でした。

現在までうつ病の既往はなかったということです。ある年の今（新患受診）から5ヶ月前に、現在の職場に異動しました。それまでは周囲からの評価はよく、人気もあったとのこと。異動当初は新しい職場で張り切っていましたが、高圧的な上司とうまくいかず、また生徒からも揶揄されたりするようになり、教師の適性について悩むようになりました。1ヶ月前からは

不眠、授業への集中力低下、涙もろさが出現し、仕事も休みがちとなり、妻の勧めで総合病院精神科を受診してきました。

最初の診察時、スーツを着用して、見かけ上に乱れはありません。表情は暗く、自ら教師として適格ではないと述べ、涙を流したりします。会話における内容の貧困さや思考抑制は認めません。入眠困難・中途覚醒などの不眠、食欲低下、「何もないのに非常に寂しくて涙が出てくる」と抑うつ気分、「趣味の読書ができず、楽しくない」と興味の喪失を認めました。頭痛・肩こり・易疲労感などの身体症状を認めます。希死念慮を認めましたが、自傷行為や自殺企図の既往はなく、また自殺しないという約束も結ぶことができました。微小妄想など精神病症状は認めません。ICD-10でF32.11中等症うつ病エピソード（身体症候群を伴うもの）と診断し、患者さん自身とその家族に診断を伝えました。治療については、十分な休養をとるようにと伝えて、診断書を作成し、次の学期までの傷病欠勤を指示しました。薬物療法として新しい抗うつ薬であるSNRIを開始しました。

約1週後の第2回目診察時には「旅行に行ってきました」と笑顔で診察室に入室してきて、趣味の読書も楽しめるようになり、睡眠や食事も取れるようになったとのことで、活動性が亢進し、抑うつ症状は急速に改善したように思われました。しかし、薬効の発現時期と精神症状のギャップから、抗うつ薬による躁転の可能性を考えて、先の薬剤は中止し、気分安定薬を主剤としました。その結果、一過性の活動性の亢進は軽快しましたが、職場の近くに行くと発作的に強い不安感、胸部苦悶といった不安発作に襲われることが続きました。そのため新学期の復職の際にも、一度は学校まで行ったものの学校にすることができずに復職を延長することになりました。友人と遊びに行くなど家の外での活動性は保たれる一方、家では「うつ病だから」と、身重の妻の世話もせず横になっており、その事を妻に指摘されると妻と口論することもありました。診察の場では、抑うつ気分や意欲低下を涙ながらに訴え、上司や生徒たちに対する他罰的な発言が主となり、自分の教師としての適性の問題は棚上げされているようでした。

これは最近のうつ病に非常に増えてきているスタイルなんですね。本来、うつ病の特徴というのは「自罰」的なんです。自分のせいでこんなになっていると思込んでしまうのに、この彼の場合、最初は典型的なうつ病だと思っていたにもかかわらず、ちょっと治療を始めて見ると、本人が抱えている性格的な問題が表に出てきてしまったみたいです。最近よくいわれるようになった特殊なタイプ、いや最近はこのが多くなっているのかもしれないと思います。

次の事例は、30代の女性です。某神社宮司の家庭で2名同胞中末子として出生。高卒後アルバイトしたり神社の手伝いをしていて、20歳で恋愛結婚。夫は5名同胞中第3子(長男)で、鉄工所に勤務。数年して男児出産。家計を考えて、期間限定でのアルバイト始めたが、昨年夏の終わり頃にはアルバイトがなくなったとのことです。

身体的に著患なく成長。結婚1年後に子宮外妊娠あり、その後不妊治療を受けていましたが、

結婚9年目に自然妊娠して長子を授かっています。その後も今一度妊娠したが人工中絶。それからしばらく不正出血が続いたので、子宮癌検診を受けましたが、異常を指摘されていません。

昨年夏から体調を崩して、同年12月に神経科クリニックを訪ねてうつ病と診断され、薬を処方されたが服用せず、別の総合病院内科に変わったりしています。12月中旬からは当人の実家に戻って静養し、下旬には先の総合病院内科に入院、退院後も実家で静養中でした。

本人は次のように訴えます。昨夏以来、アルバイトもなくぼんやりとしているうち、何か気力がなくなり、自分で何したらいいのか分からなくなった。子どもは可愛いけど、どう接して良いか分からず、言い聞かせることもできず、そのような自分に何とも云いようのない情けない雰囲気だ。母親としての責任は果たせず、可哀想だとは感じて、ただ涙ぐんでいるだけで、可愛がり方もどうしたらいいのかとばかり思ってしまう。総合病院を退院後、日中はゴロゴロしているだけで、TVも取りあえず見ているといった感じで殆ど集中していない、新聞や本は読めないし感動もしない。気分の悪さは終日変わらない感じで、余り感情がわいてこない、人の話を聞いても心底から聞いておらず、自分自身、何を考えたらいいのか分からない。周りとお喋りせず閉じ籠もったようにして、家事をすることもない。睡眠はとれないことが多く、特に夜中に目覚めてしまう。食欲は余り落ちておらず、日々動かないせいか、少し体重が増えた。寝る前になると、これから先の自分の生活が不安に思えてしまい、このままで良いのかと思うと、眠れなくなってしまふ。毎日が楽しくなく、夫や子供に心配かけ、早く夫の元へ帰らなければと思うが、何もできはしないし、自分を責めることしかできない。生きていても仕方がないと思って、死んだがましだと考えたりするが、実際にそのようにしたことはない。フッと家出して、みんなの前から居なくなってしまいたいと思うこともある。兄嫁や周囲から誘われて外出しても何をしたらいいのか、何を買えばいいのか分からない。対人恐怖症というか人間不信みたいで、人との会話ができない。もう7・8ヶ月経ってしまったが、今が最低みたい。

診察してみると、精神的には鬱陶しいような、かつ生気に乏しい表情。問いかけるとキチンと応答するが必ずしも活発ではなく、抑揚が少なく、声のトーンは低く、会話量も多くはない。殆ど笑顔は見られず、面接中の体動も多くありません。気分の落ち込み・抑うつ気分は明らかで、無感動に近いといえます。思考は渋滞しがちであり、判断・決断力は著しく低下し、集中力も落ちている(優柔不断の傾向)。喜怒哀楽の感情は鈍り、喜びや楽しみの感情の欠落が明らかです。意欲の低下も認められ、積極性に欠け、不活発な時間を過ごしていることが多く、不安感の存在は窺えるが、焦燥感は見られません。对人的社交性にも欠け、引き籠もりがちです。自責感もあり、希死念慮を認めるが、現実の自殺企図には至らないでいます。不眠傾向は見られるものの食欲低下は余りなく、身体症状も顕著でない。気分の日内変動は見られず、ただ夕刻になると将来への不安感が目立ってくると訴えます。

今回が初めての発症ですが、既に約半年を経過しており、気分状態に軽快傾向はうかがえず

明らかに慢性化していると考えました。病前性格では、明らかな執着傾向とはいえませんが、嫂の陳述や心理検査の結果からは、それと考えると可笑しくはないといえます。

少量の抗不安薬とともに新規の抗うつ薬であるSSRIを徐々に増量という方法で治療開始し、そのうち次第に改善兆候を見ました。精神科通院開始から4ヶ月を経過したとき、夫が見ても表情は明るくなり、会話にも活気が見られるようになったとのことでした。面接場面では、はきはきした口調になり、本人の実家近くに家を購入して家族3人で暮らしたい。しかし、夫は頼りなく、夫の実家に居たいらしいなどと述べます。次の週になると、更に気分が良くなり、友人と映画を観に行った、今度は先生と行きたいなどと言うまでになりました。家を買う手はずを始めたいとも言います。夫がはっきりしないから、子どもと二人だけでも暮らし始めたいなどとも言います。更に次の週には、夫と初夏に離婚する、家の購入契約はすみ手付け金を渡した、もう一人子供が欲しいので以前に入院した総合病院で産科医の指導を受けて問題のない妊娠をしたいなどと訴えて、同産婦人科に出かけたところを、家族に発見されました。家族が本人を連れてきて精神科への入院を希望し、「躁状態」であることに本人も納得して任意入院となりました。約2ヶ月後には退院し、通院を再開しましたが、軽い抑うつ気分が持続していました。抗うつ薬は処方しないまま、睡眠薬のみで経過観察していたところ、年の暮れが近づいた頃から夫と口論し交友関係で兄弟から注意されると立腹し、夫に内緒で借金するなど、急速に不眠・徘徊・多動・抑制欠如の傾向が顕著になり、2回目の躁病相ということで入院治療となってしまいました。約2週間で落ち着き退院しています。

この人の場合、典型的なうつ病なのですが、非常に長いうつの状態に続いて、今度は躁の状態が2回起こってきた、いわゆる躁うつ病、双極型気分障害と診断されるものです。

ですから、うつ病の診断と治療というのは非常に簡単なようでも、実際はいろんな問題をはらんでいます。以前に恐らく皆さんお聞きになったことがあるだろうと思いますけど、うつ病は「心の風邪」みたいなものという言葉が非常にはやりました。でも、私としては、これはあまり使わないほうがいいと思っております。うつ病は、ただの風邪では済まないということを知っておいてください。

### 3. 自殺について

特に、最近いろんなところで良くいわれるからご存じだろうと思いますが、うつ病がもたらす問題として、自殺がありますね。1998年から自殺による年間の死亡数が3万人を超えるようになって、それ以後ずっと続いていて、それ以下になっていないわけです。図1の中には、厚生労働省からの報告（点線で示してある）と警察庁からの報告（同じく実線）があるのですが、厚労省の方がいつもチョット少ないんですね、自殺死亡数の頻度が。なぜかという、厚労省は死亡診断書などに基づいていてドクターのためらいを反映しているところがうかがわれており、一方警察では事故・事件があるときに直接でかけていって自殺かどうかを確認するという



方法ですから、どうしても多くなってるのではないのでしょうか。厚労省によると、2000年から2002年の間はごく僅かに3万人以下になっているんです。とはいえ、ひとまず、これを大きな話題にしないで、ここ10年ずっと3万人を超えているよという報道が続いているということになります。

これを年齢別・性別に見ると（図2を参照）、増えているのは男性だけで、それも50代、60代の男性の自殺が増えたというのが問題なんです。日本人全てが過剰に心配し過ぎる必要はないんですけど、専門家がもっと細かい解析をしながら、皆さんに理解してもらうことが大事だと思います。

さきの図は警察と厚労省両方からのものでしたけど、厚労省からは更に原因別死亡統計として順位別のトップテンが発表されています（表1を参照）。それを年齢群別に見ていくと、死亡数が増えたのは確かに50代・60代なんですが、死因で自殺がトップになるのは男性・女性ともに、20代・30代なんです。

ですから、大学生あるいは大学卒直後といった年代で、自殺という問題は軽視できないということになります。男性では44歳まで自殺がトップに来ています。男性の場合、もっと若い15歳から、ハイティーンの時もやはり自殺がトップです。女性でも、同じ年代でトップあるいは2位になっています。このように、自殺が死因の1位・2位を占めているということは、きちんとやはり頭の中に入れておく必要があると思うんですね。確かに最近増えたのは50代から60代であるにしても、性・年齢別に見たときの死因としてはもっと若い世代でトップあるいは第2位を自殺が占めていることを。

昨年から、警察は死因の背景について、原因あるいは動機などについて詳しく調査報告することにしました。例えば、年齢別に自殺者の動機を調べてみると、家庭問題や健康問題、経済生活問題、勤務問題、それから男女問題、その他いろいろの関与が分かっています（図3を参照）。健康問題を原因ないし動機とするのは特に60代に多く、50代でも少なくないし、大体通してトップになっています。その健康問題の中でも、60代以上では身体的な健康問題が断然多いのが分かります（図4を参照）。しかし、その他は全部精神的な問題であり、特に自殺へのかかわりとして「うつ病」の中で占める割合は少なくありません。図の中で、ブルーの部分は断然多いわけです。ですから、うつ病に関しては的確な判断ができるようにしておかないといけないということだと思います。

#### 4. うつ病について

そこで、少しうつ病の話をしておきます。うつ病というのは、自分自身が病的な状態に至るだけでなく、それによって様々な社会的な損失というのも起こります。例えば、個人的には自殺や事故、あるいは失業とか、昇進や進学の失敗などが起こってきますけど、社会的には職場での機能が十分に果たせないために生産性が落ちる、あるいは業務上の障害などが起こってき

たりするとかがあるということですね。自殺そのものは、うつ病の症状の一つでもありますから、絶対に無視できないということになります。

うつ病といっても、「うつ」すべてを病気といっているわけではありません。英語では Depression と表現します。Depression には、「生理的なうつ」、ちょっと今日は体調が悪くて元気が出ないといったことが1日・2日ぐらい続いても、それは全く生理的で、そういう人まで病院にいらっしゃいとは私どもは言いません。また、身内や親友の誰かが亡くなったり、あるいは誰かが家を出て行って居なくなったということで、やはり気落ちしてしまう落ち込むなど、別離とか喪失など、正常の心理で分かるような反応も「うつ」ではあるんですけども、病気ではないわけです。ですから、生理的あるいは正常心理的な抑うつは、原因もはっきりせず強度に深い抑うつと区別して、これを「病理的うつ」と私たちは言います。病理的でないものは、原則として治療の対象ではないんです。ただ、この病理的というのをどのようにして見分けるかというのは、実際は非常に難しいんです。さっき紹介した2つの事例は明らかに、例えば日常生活にいろんな支障が来ている、あるいは社会生活でもいろんな滞りが起こっているといった場合、やはり病的、病理的なものと言わざるを得ません。結局、生理的あるいは正常な心理と病理的なうつの区別というのは、うつの期間とうつの深さというのを大事にします。ですから、例えばいろんな方が亡くなったりして反応性に気分が落ち込むということはあっても、ある一定期間を過ぎれば、大体は自然に治まってくるはずです。ふつう、ある一定期間を過ぎれば、気分の落ち込みはいくらか残っていても、作業に影響が出たり日常生活に影響が出るようなことはまずないと思うんです。ですから、それを越えるほどの長さ、それを越えるほどの深さの抑うつがあるときに、これを病理的と判断します。ここを区別するというのは、一見たやすそうですけども、実はそう容易にはいきません。私どもの基準としては、うつの期間として2週間以上続いていることにしています。それもほとんど毎日起き上がれないぐらいに、あるいは日常生活に支障が来るぐらいにひどいうつであれば、これを病理的、あるいは病的なうつとして治療の対象にするということになります。

実際にどのぐらいの人がうつになるのかということ、非常に大規模な調査をしました。日本で初めてのデータなんです、WHOの共同研究の一部として4,000人ぐらいにインタビューをしました。全国7～8カ所、長崎でも300人ぐらいを面接して行った研究です。

病気の頻度を現すのに有病率というのがあります。それにはこの1ヶ月間病気だった人の割合を月間有病率、1年間に病気になっていた人の割合を年間有病率、さらに調査時期までに病気に罹ったことのある人の割合を生涯有病率とします。そこで、うつ病の生涯有病率は表に示すようになっています。まとめてみると、表2に示すように、20～70歳までの人の全部を対象にしたらうつ病の生涯有病率が7.5%だということになったんです。生涯有病率7.5%ということは、国民の約13人に1人が生涯に一度はうつ病を発症する可能性があるということです。で

すから、あまり他人の話としては済まされない、自分ももしかしたらそうなるかもしれないということを考えておく必要があるでしょう。男女を比べると、断然女性がなり易いんです、2倍。

この話を聞いていて、フッとひらめく方がおられるかもしれませんが、さっきまで男性の自殺が多いと言っていたじゃないか。うつ病が女性に多いというのだったら、なぜ女性のうつ病による自殺は自殺死亡数に影響しないのか。うつ病の男性が女性より自殺しやすいのかということになりそうです。実際は自殺の企図や計画は、断然女性に多いんです。自殺企図に成功する頻度、つまり既遂に至る率が男性が多いということなんですね。女性の自殺にはどこかためらいがあって、自殺未遂に終わる企図が多いということです。

さっき紹介した事例はこれまでにあった症例ですが、私どもは一般市民における精神保健に関係する知識や理解がどのくらいあるかを知る全国調査で、仮想の事例を作ってみました。長崎や福岡を含む全国25地点の日本人2,000人に、この事例を使ってインタビューしました。私どもが出版している国際疾病分類（ICD-10）の本、後で紹介しますが、その本に挙げられた診断基準に合致するよううつ病または統合失調症の仮想例（ヴィネットといいます）を呈示して、この人についてどう思いますかというようなことを聞いてみたんです。そのヴィネットを紹介してみます。

「A雄（B子）さんは30歳です。彼（彼女）は、この数週間、これまでに経験したことのないほどの悲しみと不幸を感じています。彼（彼女）は、いつも疲れているのに、殆ど毎晩よく眠れないでいます。食欲はなく、体重が減ってきています。彼（彼女）は、仕事のことを考えられず、あらゆる決断を先延ばしにしています。日々の勤めさえ、もはや自分の手に負えないように見えます。彼（彼女）の上司もこれに気付いており、彼（彼女）の業績が落ちたことを気遣っています。

[彼（彼女）は、苦痛から逃れるために、自分のいのちを終わりにする方法をずっと考えています。]

この事例を見て、あなたはどう思いますかということ、まず2,000人の半分の方に聞いたわけですが、そのあと精神科医、一般の開業医、精神保健福祉士（PSW）、それから作業療法士（OT）、精神科ナース、精神科以外のナースなど、全部で3,400人ぐらいに調査をいたしました（うつ病ヴィネットだけでは、これの約半数に対してです）。その結果、紹介したヴィネットについてどんな病名を付けるかと聞いたところ（表3を参照）、うつ病ですとはっきり言ったのが20数%だけなんです。今日ここにおいでの方には、すでに2例紹介していますから、このヴィネットがうつ病であろうと、おわかりになるだろうと思います。しかし、このように偶然ケースを見させられたときは、うつ病だと認識できるのは3人に1人だったということです。精神科医は考え過ぎて100%にならないけど73%、開業医は63%、精神保健福祉士や作業療法士の



方が精神科医より良いくらいでした。私たちとしては、一般開業医の先生方がもう少し7割ぐらいまでなってもらえると有り難いなと思うんです。ここで、ちょっと気になるのは、精神科ナースが何故こんなに低いのかという感じです、一般人と変わらないですよ。精神科ナースが悪い説明がつかないのですが、こういう調査をした者として、私なりに理屈をつけないと、このまま看護師さんに見せたら怒りますよね。今ひとつ考えているのは、あんなに軽い症状の人を世話することがないからというのがあります。自分たちが日頃お世話しているあるいは関わっている人たちというのは、もっと本当に大変なうつ病の人なんで、あの程度は病気と言えないんじゃないですかと言われるように思ったのです。調査に協力した人の半分は、ここに紹介したうつ病ヴィネットを見せられ、残りの半分は統合失調症ヴィネットを見せられて、同じようにどのような病名が付けられるかなどをお聞きしました。

こうしたことから、うつ病を知るといのはやはり難しいということになります。

そこで、これからうつ病の典型的な症状を簡単に紹介しておきます。典型的な症状には、まず身体の変化があるということです。今まで何度もお聞きになっているでしょうから、おわかりだと思います。眠れない、食欲がない、性欲が落ちるなどですね。また、気力・活力の低下、疲労の増強などもあります。もう一つは精神症状として、気分の落ち込み、あるいは興味・関心・意欲の低下、および思考力の低下などです。

家に居たときにはどういところで目に付くのか。実際には、配偶者の方が気付くことです。いつもより朝早く目が覚めてしまう。朝起きたときに、気分が冴えない。新聞やテレビを見る気にならない、服装や身だしなみに関心が持てなくなったとかいう感じです。「朝刊症候群」ってお聞きになったことがあると思います。朝、新聞が見られない。サラリーマンあるいはビジネスマンは、ふつう仕事に出掛ける前にまず新聞を見ていこうという人が多いと思うんですが、それができなくなる。そういう状態を朝刊症候群といいますけど、こういったことはうつ病にとって極めて特異的です。それから、身だしなみに無関心。特に女性の場合、お化粧をしなくなるんですね。

私はつい最近、女優の小山明子さんに講演をお願いして、福岡でうつ病啓発の市民公開の講演会をやりました。そのときに、彼女は夫の大島渚さんが脳梗塞を起こしていて、彼自身もうつ病的になったんでしょうけど、彼女の方が断然ひどいうつ病になって、何度か入退院を繰り返しているんですね。その間に、彼女は本当に自殺も考えるぐらいだったんですけど、何とか退院して家にいる頃に、大島渚さんをリハビリに連れていったというんです。そのとき、隣に自分と同じくらいの年頃の婦人が来て、「あれは大島渚じゃない、そうだよな？」と、彼女に聞いたんです。「あなた、知ってる？」と彼女に聞いてきたわけですね。彼女はびっくりして、「私は彼の妻よ」と言いたかったけど、何故か言えなかった。それを言わなくて良かったのは、帰ってきて鏡を見たら、これは女優の顔なんかじゃない。それで、それから絶対お化粧しようということになって、何回も悪かったうつ病が治っていったという話をしてくれたんですね。

ですから、女性の場合というのは、お化粧でかなり変わるというのがあります。私、今ではありませんが、大学病院精神科にいる頃、回診していると、患者さんがみんなベッドに座って回診を待っているんですね。あるとき、いつもより、きれいにお化粧した女性の患者さんがすわっているんですね。それで、「今日は誰かとデートですか」とか聞いたら、「いや、今日は先生の回診があるから、お化粧して待っていました」とか言ってくれたりする。そんなふうにならなくなっているかどうかというのが、お化粧なんかでもわかるぐらいに、見掛けというのは非常に大事だと感じます。

一方、家から出て行くと、仕事に取り掛かれない、根気が続かない、決断がつかない、あるいは人に会う気がしない、いらいらする、などが見られます。うつ病でいらいらというのは、意外に頭に浮かばないかもしれないんですけど、うつ病の苛々感というのは非常に辛いものなんですね。自分で何とかしないといけないと分かってはいるんだけど、それができないことでの苛立ってくるというのがあります。特にこれは50代・60代のうつ病、高齢者のうつ病ではよく訴えられます。家に戻ってくると、かえって気持ちが落ちついてしまう。しかし、頭が重たかったり、痛んだり、性欲が落ちたり、食欲が落ちたりとかいったようなことを訴えることになります。

## 5. うつ病に関係すること

次は、うつ病の治療について、まず治療薬として現在最もよく使われているのが、先ほど紹介したケースに何度か出ていたSSRIとかSNRIがあります。これはセロトニンとか、ノルアドレナリンとかいうものが、うつ病に関与するということがわかっていて使われるようになりました。神経内を伝わっていく刺激が、ある神経細胞から次の神経細胞に行くとき、両細胞間隙のシナプスでセロトニンやノルアドレナリンなどといった伝達物質が少なくなっていることがうつ病発症のメカニズムの一つだということがわかってきたのです。そこで、この少なくなった2つを増やすようなものがうつ病治療薬となっているわけです。ですから、これはかなり合理的な治療法でもあります。もちろん、薬物療法だけでなく、精神療法も私たちはいたします。心理的な治療は重要であり、他にもいろんなことをやるんですけども。

また、管理職にある人には、ぜひ頭の中に入れておいていただきたいこと、上司によくある誤解というのがありますので紹介しておきます。これは、私が書きだしたものではなく、東海大学精神科教授の保坂先生がまとめたもので、次の通りです。

- 部下のことは何でも知っておかなければいけない—部下の性格をよく理解して、うつ病にならないように予防すべきだ
- うつ病は気合いが入っていないだけだ—うつ病は脳の病気である
- うつ病は気の弱い性格のやつが罹る病気だ—うつ病はいい人か真面目な人が罹る病気だ
- うつ病はやる気で治せ—うつ病は休養と薬物療法によって治る

- うつ病はこころの風邪のようなものだーうつ病は心の気管支炎か肺炎のようなものだ
- 自殺の話をするすると却って自殺されてしまうー自殺の話をする「分かってくれた人がいる」と安心することが多い (保坂隆：産業メンタルヘルスの実際、2006)

それから、自殺の話をする、本当に自殺をしてしまうんじゃないか。だから、自殺のことは話題にできないと思われるかもしれませんが。私どもは最初のケースのときにお話ししましたように、まず自殺のことはきちんと聞きます。自殺はしないでほしいと。そして、自殺する気があるのかどうかということを引きちんと話をする事で自分のことを本当にわかってくれる人がいるんだなといったふうな信頼感を持ってもらえると思うんです。だから、信頼感に応えるだけのことができない人は言わないほうがましです。だけど、本当に責任を持って、彼女のこと彼女のことは世話してあげたい、相談に乗ってあげたいと思うときには、本当に死ぬ気があるのかなのかということを引きちんと聞いていくというのも大事だと思います。

今度は、これは東京女子医大の精神科教授の坂元薫先生による「うつ病にならないための7つのストップ」を紹介します。これは次のようなものです、

- ①完全主義をやめる(頑張りすぎない)
- ②自分のミスに厳しすぎることをやめる (自分をほめることも必要)
- ③すべてをコントロールしようとしな
- ④よけいなかわりをもつをやめる
- ⑤自分の健康や体調を無視するのをやめる

(基本的な生活リズムが何よりも大切、十分な睡眠・食事・運動・休養・余暇活動など)

- ⑥見栄をはって助けを求めないことをやめる
- ⑦ストップして自分や家族のために時間をとる

これは非常に私はわかりやすくいいなと思って、紹介しました。ただ、これは従来からの典型的なうつ病に言えることで、今日最初に示した男性例の場合は、最近増えてきた非定型的なうつ病というので、必ずしも上のストップが妥当でないかも知れません。この非定型あるいは現代型のうつ病といっても、実際にはいろんなところで違いがあるし、詳しく触れるのはやめますが、従来型との違いとして最も大きいのは「他罰的」になっているところだと思います。

## 6. 精神的な病気に関して

これから少し、いろんな精神科の病気の頻度について説明しておきます。これには、さっき言ったうつ病の人がどのぐらいいるかということも含まれます。これは、岡山、長崎、鹿児島、栃木、山形、神奈川で、総数4,134人に、一定の方法で精神科的面接をしたんですね。長崎が一番最初だったのですが、そのあと全国各地でやってきました。これだけ沢山の人が協力してくれた調査は初めてであり、たくさんストレスを抱えた人がいるということも分かりました(表4を参照)。さっき言ったうつ病の場合7.5%、神経症圏・ストレス関連のものが9.2%

ということになっています。うつ病や神経症圏の病気、精神作用物質などの使用による精神の障害などのうち、いずれかの病気に罹っている人は17%です。特に、大学生あるいは大学を卒業してすぐぐらいの30代前半までの人では21.7%ということですから、現在20歳から34歳にある人たちの約5人に1人が何らかの精神科疾患に一生のうち一度はかゝる可能性があるということです。ですから、大学における大学生のためのメンタルヘルスに関する保健管理とか、大学を卒業してすぐのころは、精神的な病気に罹りやすいリスクのある人たちだということを理解しておく必要があると思います。年代別で見えていって、この年代、特に今日のお話の対象となる年代だと思いましたから分けてみたのですが、こうしたデータがもっと公表されると良いのですが。まだ充分解析が済んでいないので、これからWHO本部からの許可を得て英語論文などとして、少しずつ発表されていくと思います。

これほどまで明らかな病気がありながらも、実際に精神科医のところに行く人というのは非常に少ないんです。これがまた、問題です。何らかの病気になる人が結構沢山いるにもかかわらず、医師に診療してもらっているのは日本で30%しかいないという結果も得ています。残りの70%ぐらいはほったらかしている、全然治療を受けていないのです。病気に対する理解や認識が、日本にあってもまだ低いということを思い知らされました。

私が、ある本を調べていたら、いろんなストレス症候群の名前が出ているのを発見しました。次に示しますが、私が知らないものも少なくありません。

#### 「聞いたことがありますか、ストレス関連の症候群」

- ビジネスマンにとって：長期不況症候群、ワーカホリック (workaholic, 仕事中毒症)、仕事依存症候群、休日神経症、燃え尽き症候群 (Burn-out syndr.)、慢性疲労症候群 (Chronic Fatigue syndr.)、さび付き鈍化症候群、甘味依存症候群、セルフナーバス症候群、昇進うつ病、朝刊症候群、イメージギャップ症候群、ギャップ・アップ・アップ・シンドローム、サンドイッチ症候群 (Sandwich syndr.)、帰宅恐怖症候群、入社拒否症 (出勤困難症)、上昇停止シンドローム、途中下車症候群、超高層ビル症候群、五月病 (六月病)、コンピューター管理ストレス症候群、テクノストレス症候群、VDT (visual display terminal) 症候群、情報関連ストレス症候群、情報探索症候群、情報対応ストレス症候群、情報疲労症候群
- ビジネスウーマンにとって：スーパーウーマン症候群 (キャリアウーマン症候群) など
- 普通のヤングレディにとって：愛と注目欠乏症候群、「サインはV」症候群、サザエさん症候群、かぐや姫症候群、ダイアナ症候群、異性回避症候群、月経前症候群
- その他：異文化ストレス症候群、外傷後ストレス症候群、むずむず脚症候群 (Restless legs syndr., 脚不穏症候群)、空の巣症候群 (Empty nest syndr.)、患者会ストレス症候群、ストックホルム症候群、アライグマ症候群、アダルトチルドレン、わし族症候群、濡れ落ち葉状態、ペットロス症候群、過換気症候群 (過呼吸症候群)、過敏性腸症候群 (Irritable bowel

syndr.)

特に大学生や若いビジネスマンにとってのストレス症候群

- 自分探し [理想を求めて転々] = アイデンティティ拡散症候群 (Identity diffusion syndr.)、アパシー症候群 (Apathy syndr., 無気力症候群)、青い鳥症候群 (Blue bird syndr., 途中下車症候群)、ピーターパン症候群 (Peter Pan syndr.)、イイコ症候群
- 五月病 (May disease, 六月病) [ 思い描いた予想と違って精神的不安に陥る]
- 退却神経症 [仕事より自分の趣味が大事]
- 触れ合い恐怖症候群 [対人恐怖症の一種]、ヤマアラシ症候群 [協調性の欠如から孤立無援]

この中の幾つかは医学用語になっているのもありますが、多くはメディアによる造語であったり、小説などのタイトルになって流行語になったものもあります。

例えば、Burn-outというのは、かなりうつ病に近いわけですね。完全癖のある几帳面な人が本当に必至で仕事をした揚げ句に、疲れ果てる。一番バーンアウトを来しやすいのは、今は学校の先生です。その次にバーンアウトを来しているのは看護師さんです。最初話題になったのはナースだったんです。私も大学病院のナースを対象にバーンアウトのチェックリストで調査したところ、確かにひどい状態だったというのを覚えています。

サンドイッチ症候群などは、よくお聞きになるだろうと思うんです。中間管理職で、上司からはしっかりやれとハッパかけられ、下からは突き上げられる。そこでどうしたらいいかわからない状態という感じですね。

それから、空の巣症候群、これはempty nest syndromeという医学用語としても知られており、既にご存じだろうと思います。子どもたちが自立して行って、残された母親などが、自分はどうしたらいいんだろう、どうなるのだろうなどと考え込み、やはりデプレッションになっている状態です。

特に大学生や若いビジネスマンにとってのストレス症候群については、多少は頭の中に入れておいてもいいかなと思って、分けて挙げてみました。大学生時代を中心に、いわゆる自分探しということが云々されますが、本当は自分探しほど怖いものはないと言う人もいるぐらいに、あまり自分探しをするというのは良くないんです。上に上げた症候群名から大体見当がつくだろうと思うんですけれども、理想の自分探しをしていくために次々と職場を変わっていく。だから、途中下車症候群みたいになるし、青い鳥を探し求めて、そして結局何をやるべきかを見失ってしまっている状態をアイデンティティ拡散症候群とかアパシー症候群などと呼びます。それから、May disease五月病も、これもやはりある種は自分探しだろうと思うんです。入学前に思い描いていた予想と違ったために、精神的不安になる。大学に入ってみたらこんなところだったのというふうなことでがっくりきて、落ち込んでしまう。これは、今や口にされることは少なくなりましたが、相変わらずあることは事実です。



退却神経症、仕事よりも自分の趣味のほうが大事だということで、もうほとんど仕事に出てこなくなる。同じようなことで、触れ合い恐怖症候群。対人恐怖症の一種で孤立無援になっている状態。何かヤマアラシが針の毛を広げてしまっている状態で、人が寄ってくるのは嫌だよと、いわゆる協調性が欠如している。

自分探しというとき、モラトリアムということも話題になります。小此木啓吾さんがモラトリアム症候群と言ったのをどこかでお聞きになったことがあるかもしれません。あまり早々と大人になりたいかと思うから、できるだけ大学に残っていたい。理由もなく留年したいというふうな形になってしまうんですね。どこの大学でもそうだと思いますけど、退学や留年が多いとかいわれるんですね。社会に出ていくことに対する不安感というのが背景にあるのではないのでしょうか。逆に言えば、そういうモラトリアムをどうやって突き崩してあげるか、どうやってアイデンティティーを彼らに確立させてあげるかというのも、大学教官として考えなきゃいけないテーマかもしれないと思うんですね。しかし、これは非常に難しい話題だと思います。たゞ、大学の教官スタッフが理解しておく必要があります。大学時代というのはアイデンティティー確立の時代ですから、確立を遅らせるようなシステムの中では、恐らく退学や留年は増えるだろう、あるいは多いだろうと思います。

## 7. 精神疾患のさまざま

これから、今日の本来のテーマである「精神疾患のさまざま」に入ります。

精神疾患はただ一つ、1種だと思っておられる方は、今やどなたもいらっしゃらないと思います。非常にたくさんの精神科の病気があります。お手元にあるのは、今厚生労働省が出している疾患分類です。世界保健機関（World Health Organization、WHO）が開発したもので、詳しくはInternational Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems、これを略して普通はInternational Classification of Disease, 10th Revision (ICD-10)、国際疾病分類第10改訂版といわれます。これが、今の日本における身体的病気、精神的病気の分類の基本になっています。厚労省によると、正式呼称として「疾病及び関連保健問題の国際統計分類」となっています。ただ、一般的にはICDのほうがわかりやすいので、これでいきます。

ICDは、当初は死因分類だったので、臨床的にあまり使い物にならなかったんですけど、1946年にWHOが関係するようになって、臨床統計に使えるようになりました。現在活用されているICD-10には、下に記しているように22章まであります。身体的な病気として、感染症、寄生虫症、新生物（悪性腫瘍など）、血液疾患、代謝疾患、神経疾患、眼科疾患、耳鼻科疾患、循環器疾患、呼吸器疾患、消化器疾患、とまあ身体のすべての病気が網羅され、さらに精神的な病気が含まれているわけです。先天奇形までが病気ですね。18章から22章には、こういった病気に影響する背景因子を記載するようになっています。これをアルファベットでAからZまで、ずらっと並べてあります。F00からF99までのところが「精神科疾患」を分類するとい

うこととなります。ですから、非常にたくさんの病気があることをわかってもらえると思います。

「F」で始まる第5章が精神科疾患です。それを今日お手元に資料として配ってあります。これ全部を説明していったら相当の時間かゝりますから、幾つか選んで説明をしてみたいと思います。

まず、F00というのが認知症などに関連のものが含まれる、いわゆる脳の神経細胞に何らかの器質的な変化があって起こってくる病気のグループです。慢性的な変化であれば認知症が、急性に起これば意識障害としてせん妄が起こってきます。認知症は今やほとんどがアルツハイマー病を原因として起こってきます。以前は、日本では血管性認知症が断然多かったのですが、今は大部分がアルツハイマー病によるとされます。このタイプの認知症は、男女どちらに多いかといえば女性です。血管性認知症はどちらかといえば男性に多いのですが、認知症の人はまもなく200万人を超えるといわれており、今後は更に相当増えてくるだろうといわれます。

私は、この認知症という名称をあまり好きじゃないんです。ただ、メディアが先行して使いはじめたもので、厚労省もそれに倣って決めて、このようになっています。うつ病でも統合失調症でも神経症でも認知障害は起こるわけです。そういうとき、認知症と認知障害とはどう違うかということ、いちいち説明しないとけないこととなりますからね。

これと非常に似た言葉で、知的障害というのがあります。知的障害というのは、精神遅滞のことをいうんです。でも、知的障害といえば認知症も知的障害なんです。だから、大人の知的障害が認知症で、子どもの知能障害とか知的障害が精神遅滞、ちょっと誤解を招きそうです。医学用語を無定見にころころ変えるのはよくないと思います。

「F1」は、精神に作用する物質を尋常でない使い方、つまり乱用（アブユーズ）などによって起こってくる問題の一群をさします。例えばF10というのはアルコール依存症であり、アルコールを使ったことで起こってくるさまざまな問題を分類します。他に、アヘンとか大麻、鎮静剤、睡眠薬、コカインとかカフェイン、幻覚剤、更にタバコも入ります。タバコも使い方では精神障害の一つになると認知されたということは知っておくべきでしょう。大学内では喫煙されないとありますが、そのせいかよそでどんどん吸って、その周辺では受動喫煙せざるを得なくなることもまた問題になるということもありますから、できれば吸わないですむほうがいいと思うんです。いくら喫煙の害を訴えられても、断固禁煙しなかった人がいます。非常に有名な精神科医なんです。喉頭がんになって、心臓も悪くなったにもかかわらず、また周囲からタバコをやめないと生きてはいけないと言われたのに、ずっとやめなかった人です。どなたかご存じでしょうか。フロイト（Sigmund Freud）です。私どもは、フロイトでさえ止められなかったタバコなんだから、禁煙することの難しさをもっと訴える必要があると思っています。お酒は意外にやめられるんですね、やめようと思えば。あるいは、お酒は自分が飲んでいて、飲んだくれてつぶれたって他に迷惑が及ばない限り構わないんですけど、タバコは受動喫煙と

いうのがありますから、自分だけの問題では済まないということからすると、禁煙は大事だと思うんです。フロイトでさえやめられなかったから、自分もやめられない、もうしょうがないというんじゃないくて、がんにもなるし、心臓も悪くなるようなことがあるから、やっぱり吸わないほうがいいんじゃないかということです。

「F2」は統合失調症と関連の精神病のところですか。これは2002年だったと思いますが、精神分裂病といていたものを統合失調症という病名に変えたんです。なぜ変えたかということが大事です。ただ、病名を変えればいいということではなく、中身である概念も変えないといけないです。精神分裂病といわれていた頃、「精神が分裂している」と言われた患者さんは大変なショックだったと思うんです。自分の精神が分裂しちゃったというのですから。schizophreniaという英語は、splitting mindとなるから、「精神の分裂」というふうになるわけだけど、ここでいうマインドは心というより思考だったんです。thinkingあるいはthoughtですね。ですから、thinkingのsplitting、思考がまとまらず、思考統一ができない状態、つまり思考の統合が失調しているという病名に変更されたということです。それと、今はいろんな薬が出てきますから、かなり治癒率も上がってきています。そういったことから、精神分裂病という呼称は、概念上からも用語上も誤解を与える。特に、その病気にかかった人にしてみたら、本当に助からない、もうひどい呼び名だったということで、私どもは使うことをやめたんです。ただ、精神分裂病という呼称は日本人には頭に刷り込まれてしまっているんですね。ですから、古くは精神分裂病でしたって、つい言っちゃうんです。たゞ、そんなふうに言ったら、本当は何にもならないので、やはりこれからは統合失調症だけでいきたいんです。ただ、精神分裂病という用語を最初に作った人は長崎大学の教授だったんです。だから、本当はもう忘れないといけないと思うんですが、初代の精神科教授が「分裂病」という用語をドイツ語からとり入れたという歴史的経過があるもので、それにはちょっと触れておきたいと思います。

私が、初代教授に関する業績を含む医学史を著書にして医学書院から出しています。その中に、彼が書いた「新撰精神病学」という教科書の一節に「プロイラーと言え者、分裂病について……」と書いたところがあり、日本で最初にこの単語を導入したというのを紹介しました。

統合失調症にはいろんなタイプがありますが、あまり専門的ですから止めます。

先ほどからお話ししているうつ病は、大きいくくりでは「F3」気分障害の病気になります。気分障害のタイプには幾つかのものがあ、先ほど紹介した事例は最初のうつ病エピソードなんです。ちょっと非定型的で、特定不能とされるかも知れません。2番目の人は躁うつ病に変わった女性例です。分類法が細かくあって、専門領域の人は4桁まで分類しますが、一般医や保健所などの統計では3桁分類を使います。

従来から神経症と言っていたグループが、この「F4」神経症性障害、あるいはストレス関連障害、身体表現性障害という呼び名になりました。いわゆる神経症という言葉はなくなった

んですね。神経症性の病気として、不安障害とか強迫性障害とかが含まれます。これも3桁病名まで書いています。4桁になって初めて、皆さんがお聞きになる「心的外傷後のストレス障害、PTSD」という病名が出てきます。これは4桁ですから、本来は普通の人は知らないでもいいんですけども、メディアの情報で勢いみんなの頭の中にプリンティングされたということでしょう。

つい先週だと思います。イギリスのBBC作成の報道で、イラクに派兵されてPTSDになって帰って来た母親についての報道がNHKであってました。BBCによるアメリカのPTSDに関する情報ですが、非常に典型的なPTSDの話でした。帰還したあと、自分の子どもを愛せない・育てきれないということでPTSDの入院治療を受けていました。あれほどきれいにとったフィルムはなかったと思うほどでした。戦争で起こってくるストレス関連の病気というのが話題になっています。アメリカの精神医学を見ていると、戦争によって精神医学が進歩していると、非常に皮肉なことが起こっているように思うんですね。イラク戦争に関係して相当多数の自殺者が出ているとか、あるいはPTSDが出ているなど、戦争にかかわるセカンダリーな問題がいろいろと起こっているわけですね。帰還兵に起こってきた問題というのがアメリカでの精神医学の発展に寄与したという、極めてシニカルなシチュエーションだと思います。PTSDという言葉が日本に入ってきたとき、日本ではこれは翻訳のしようがないぐらいに難しい概念だと思ったんです。今はもう逆にどこに行っても、私はPTSDかもしれないというぐらいに、拡大解釈されやすい状況になっている。

私自身、長崎大水害、雲仙普賢岳噴火災害、阪神淡路大震災などの折りに出掛けていって関わってきていますけれども、実際にPTSDのケースに出会うというのは、そんなに多いものではありません。今回のBBC情報を見ても、典型的なPTSDは戦場などに行かないとおこらないと思いました。同僚あるいは自分自身が負傷したり、死傷者を見たときのトラウマというのは本当にただならぬものだろうという感じでした。

それから、良く耳にする適応障害も4桁のところで出てくるわけですけども、こういう診断をつける先生も増えているように思います。本来はある特異な場面に適応できない人に生じた問題をいうのですから、誰でも彼でも適応障害とは使うべきでないと思うんです。やはりある種、特定のシチュエーションじゃないといけないんです。これも診断が広がり過ぎている可能性があります。

「F5」は、からだに問題があって、結果的に精神的な影響が起こる生理的な障害のためのグループです。例えば、eating disorder、sleep disorderなどがここで分類されるようになっております。

「F6」は、パーソナリティー障害。これも、本当はもうちょっと考えないといけないんです。以前、人格障害と書いていたんです。人格が障害されていると言われるのも、またちょっとたまったもんじゃないということで、今は、仮に片仮名でパーソナリティー障害と書いてお

り、今少し検討する必要があります。

最近では性同一性障害、Gender Identity Disorder、GIDというのにも関心が高まっています。

特定のパーソナリティ障害としては、ここに示しているようにいろんなタイプがあります。以前は多重人格も、このパーソナリティ障害に入っていましたけれども、今は別のところに入れられています。

「F7」の知的障害は、オフィシャルには厚労省の指定した用語ですが、医学的にはやはり精神遅滞としておきたいと思っています。さっき言いましたように、認知症も知的障害ですから、知的障害と診断を書くと、認知症なのか精神遅滞なのか分からなくなるので、知的障害をカッコ書きにしています。

そのほかに、知的な発達障害でない、心理的な発達障害が「F8」に分類されています。3桁分類では広汎性発達障害の中に、自閉症、非定型自閉症、そのほかアスペルガー症候群などがあります。これは、昨年ここで話題になったように聞いています。しかし、アスペルガー症候群ってそんなに多いものではないと思います。典型的なアスペルガー症候群を診断するというのは容易なんですけれども、辺縁群のアスペルガー症候群を確定診断することはそんなに簡単でないと思います。私は15年間、児童相談所などで仕事をしていたんですけど、その頃にアスペルガー症候群と診断したのは本当に数例に過ぎないくらいでした。今はアスペルガー症候群の概念が広くなりすぎていないか、いま一度考える必要があると思います。アスペルガー症候群と言ってしまうと、広汎性発達障害とか心理的発達障害がすべて分かったかのように思われるのはよくないし。特に、アスペルガー症候群の治療システムというのはまだ十分に確立されていないですから、それがきちんと確立されていくためには、真にアスペルガー症候群と思われる人に対する治療成果というのがもっと出てこないといけないと思います。私が知る限り、まだエビデンスになるようなものはほとんどないです。今ようやく幾つかのものがトライアルとしてあることは知っています。それが長期的に見て有効であるのかどうかというのはこれからの問題であって、まだまだ慎重であるべきだろうと私は思います。

長崎でいろいろな少年事件が起っています。ああいった事件のときの精神鑑定というのはものすごく入念にするわけですが、そこでアスペルガー症候群の可能性が出てくれば、確かにそのように診断しないとイケない場合があります。しかし、ああいう事件の中でアスペルガー症候群と診断すると、アスペルガー症候群はそういう殺人事件にかかわってしまうのではないといった誤解を招きかねないんです。実際は、アスペルガー症候群になる人は、恐らく去年に講演された先生もおっしゃっていたであろうと思いますけど、大部分が被害者になってしまうはずなんです。アスペルガー症候群の子どもの診断基準は提案されているけど、成人してアスペルガー症候群だったんだなといわれるような場合が多くなっているの、大人のアスペルガー症候群の診断基準をもっと早くに作らないと、誤解を与えてしまいやしないか思ったりしています。例えば、人になじめなかったり、頭はいいけど人間関係が悪ければ、それはアスペルガー



症候群だとしてしまうのには、私は反対です。現時点では、きちんとアスペルガー症候群として子どもに提案されている診断基準が適応できるようなことを既往歴や病歴として持っているときに限ってなら言っても構わないと思うんですが、大人になった時点だけからアスペルガー症候群と診なすのは間違いが多いのではないかと思います。これらのことについては、私はいろんなところですでに書いております。私自身、自閉症関連の心理的発達障害に関するものはかなり書いておりますが、やはり子どもに関しては未だ十分に整理が付いていないところがあるように思います。「F90-F98」の中で、多動性障害とか行為障害みたいなものについても、まだ十分に統一された見解になっていないところがあります。行為障害というのは、以前にいわゆる非行とっていた部類のものをいいます。だけど、非行といたとき何をもって非行とするのか、社会的に認められない行為を非行という言葉にしたのでしょうか、あるいはもっと別の考え方もありそうだし、そういう意味では非行という言葉に概念が難しいので、非行という言葉をやめて、行為障害という病名になっています。これは大人になったときに、性格異常あるいはパーソナリティ障害という形に展開することもありますし、なかなか難しいところでもあるかもしれません。行為障害についても、単独でやる行為障害と集団でやるものがあります。チックも、一過性のチックから多発性のチックなど、いろいろあるということです。こういったところが、精神科の病気を非常に駆け足で見たことになります。

## 8. おわりに

余談を入れながらお話をしたこともあって、かなり長くおしゃべりをしてしまいました。精神科の病気というのは、今ようやく診断基準が確立され、あるいは疾患分類体系が確立されてきました。私、こうした疾患分類などについて幾つか本を出しており、なんとか関心を持っていただいている、売れています。ICD関連の本は、かなりの刷りになっているみたいです。医学書院からだした本でも、初版ですぐに絶版になったのが何冊かあるんです。なかなか精神科の本というのは売れないですね。精神科の診断分類が少しずつ分かっていただけようになって、精神科以外のところでも読んでもらっています。精神鑑定の際に必要なことから、裁判官とか検察なんか司法関係で参考にしてもらっているのを知ってちょっと驚きました。

最近、そういう意味では、精神医学そのものの範囲が広がってきたというのはありがたいことだと思います。精神医学の広がりというのは、出生前から死後までというふうになりました。いわゆる胎生期の精神医学、妊娠中の母胎内における精神医学から、亡くなった後に残された遺族へのケアなどまでということです。それをただ一つの診療科でカバーするのは、到底無理だという感じになっています。内科の場合などは、小児科から老人科までいろんな科に分かれていると同じように、精神科も本来なら児童精神医学から老年精神医学、いろんな分野が、本当は幾つかの教室がないと追いつかないぐらいだろうと思うんですけれども、現実的にはまだほとんど1人2人の教授と共に、少いスタッフが頑張っているという時代だと思うんです。

いろんな兼職しながらやっているという、あまり好ましい状況ではないと思います。

ちょっと駆け足になりましたけれども、今日準備してきたものをご紹介いたしました。何かの参考になれば幸いです。どうもご清聴ありがとうございました。

日本では優柔不断であっても病的とは認められないんですね。だけど、個人主義の西欧諸国、例えばオーストラリアなどではそうはいかない、そうしたことができないと、もうお前さんは駄目だとなって、すぐ病気とわかってしまう。自分で決断できなくなったら、周囲から直ちに病気だと分かってしまう。そのあたりの境界がはっきりしているというのもあって、学習効果も上がったんだと思うんですけど、やはり日本でもうつ病の教育というのは大事なんじゃないかなと思います。

それから、軽うつと中等度うつ、あるいは重度うつとの区別は、幾つかの著書には記載されています。例えば、軽いうつだとこれ・これの症状が幾つずつ揃っている場合をいうなどとなります。何個以上になったら中等度、更に何個以上になれば重度だというふうに、重症度が分けられるようになっていきます。だけど、私たちはあんまりそういうのを見ないで診断しますから、mild depressionだとか、severeだとかmoderate とかは、臨床的な判断です。ですから、実際に診断書を持ってきたときに、何でこれがmildなのかと疑いたくなることもあり、詳しく聞いてもらわないとわからないと思います。smiling depressionというのもありますから、軽いうつ病だろうと思っていると、お話の間にこやかで少しほほ笑みさえ浮かべながらも気分の落ち込みについて話しされているうちに、実際はものすごく深刻な問題だったりしたということだってあります。だから、そういうときはやっぱり見掛けではわからない。すみません、そのぐらいしか言えません。

**司会者** ほかにどうぞ。フロアのほうから。

**質問者** 工学部のものです。ちょっと一つ教えていただきたいんですけど。前半のお話の中で、病理的なうつ、診断基準として、原因がなくて、深いうつということで話がありましたんですけども、原因があるということではないんですか。その原因を調べて、その原因を取り除いてやると改善されるとかいうふうな考えは間違いですか。

**中根** 誤解を招く表現だったことをお詫びします。原因がないとは言ってしまえないんです。確かに今おっしゃるように、原因が大凡はあります。だけど、それは原因というよりは誘因であって、それが中心的ではない可能性がある。きっかけにはなるかもしれないけれども、それですべてが説明できるとは思えないという感じです。例えば、誰かが亡くなってから「うつ」になって、それが長期的にひどくなって病的になれば、それはもう亡くなられたことが原因でうつになったと言わざるを得ないこともあるわけですから、全く原因がないとはいえないということです。

じゃあ、その亡くなられた人が元に戻ってくるということはありませんから、原因が取ればといっても。ですから、そういったところからある程度時間が経って、その死別体験に自

に、皆さんおっしゃる、最近の学生って、何かえらくもろいよねというんですね。壊れやすいという、傷つきやすいというか。何なんだろうって僕は思って、ずっと考えてもよくわからないんですけどね。

例えば、僕らのころって、結構怒られ、殴られしながら育ちましたよね。今の子どもたちって、どっちかという褒め殺しの文化の中で来た感じもしましてね。教師のほうは、僕らの世代ってそうじゃないですか。だけど、学生君が上がってきたときには、国立大学に入った子って、ほとんど怒られたことがない子が多いわけですよ。そのギャップって大きいのかなとも思ったりもするんですけど。ある人に言わせれば、軍国主義のね、何やっても殴られる時代、あんがいもろくなかったって、壊れなかったっていうかね。何なんだろう、これはって、先生、何かご意見があったら教えてください。

**中根** いや、これは難しいですよ。確かに私が長崎大学にいた頃には、ここにおられる方はご存じだと思いますけど、大学紛争の時代もあり、その頃は本当にある種生き生きしていたわけですね。攻撃してくる側も防衛する側ですよ。そういうことがあった時代というのは、やっぱり何か生きがいがあったのかもしれないと思いますね。だけど、今はその生きがいを探すことというのが非常に難しくなっている。ですから、今少し大学にいて、決まった時間以上に余分にいて、その間に自分を確立しようと思っている。だから、結局、今や大学院が以前の大学みたいな感じになってはいないかなというのが、私の今の感じ。今の大学生に期待できることというのは、幾らかレベルを落としてやっていかないといけないときも多少は出てきているというのが事実なんだろうかなと思います。

大学院に入って初めて叱咤激励して、いろいろなリサーチがやれるという感じも否定はできないですね。これは大学の教員、教科の責任というよりは、もっとずっと前からの最近の風潮というのもあるんじゃないかなと思います。逆に言えば、私たち大人が今のそういう人たちに対して、彼らを養育していくときの育て方に甘さがあったのかもしれない、厳しさがなかったのかもしれないという気はします。結局、振り出しに戻ってしまっているというか、私たちももっと厳しく彼らを育てたら、自分たちの子どもに対してですね。そしたら、もっとまた違っていたのかもしれない。やはり自分たち自身がまあいいよというところがどこかにあると思うんですね。

だから、今は、先生がおっしゃるように、もろいのは事実だろうと思うんです。私がモラトリアム人間という言葉を知った頃は、まだそれはほとんど一般化していなかったと思うんです。けども、今はもうモラトリアムを我先にと待っている学生・生徒が多いんじゃないかなという気がするんですね。対応策は、私も頭に浮かびません。すみません。

**質問者** 一つ、内科のほうから見ると、身体症状が先に出て、いろんな検査をするために、

いろんな病院を転々とする、仮面うつ病という患者がいます。言葉が前はあったんですけど、僕が見落としかもしれないが、今回のゼロから99に名前はなかったような気がするんですけど、これはどういうふうな分類に入るのでしょうか。

**中根** 仮面うつ病という概念は精神科医が言い出したわけじゃなかったんです。あれは一般診療科といいますか、内科医、心療内科の先生方が診断をされるときに、身体症状がメインに出てきているものについて、よく聞いてみたらうつ的なところもある。うつが、身体症状に仮面をかけられているという感じでおっしゃっていたのだと思います。私たちは、うつ病について元からそう思っていたんですけども。

さっき私がお話ししましたように、身体症状と精神症状の両方あるのがうつ病の特徴ですから、仮面うつ病という言葉は要らないだろうと思います。仮面うつ病という言葉について、少しお話ししますと、これは子どもの状態に言及したものだだったんです。というのは、古くから子どもにいわゆるうつ病はないと言われていたんですね。では、子どもにとってうつ病的とは何なのかというと、登校拒否だったんです。登校拒否の子どもに話を聞いていくと、うつ病が背景にある。うつ病が登校拒否という仮面をかぶって出てきている。登校拒否の仮面うつ病的なものという言葉で出てきたんですね。それがいつの間にか大人にも使われ出してきてということで、本来はうつ病エキバレント（うつ病代理症）みたいなことを仮面うつ病といていたんですね。

**質問者** 2～3点、まだお聞きします。先ほど自分探しのため、今の若い人は3年したらすぐやめるとというのが世間一般になってきています。自分の思ったとおりにならない、思った展開にならない、思いどおりにさせてもらえないという理由です。こういう人たちが相談に来てやめると言い出します。僕たちに来たときは、もう既に決意して来ますから、もう覆せないんですけど。こういう人たちを減らすには、どう努力したらよろしいのか。何かアドバイスがあれば、ご意見をお願いします。

**中根** これは本当に難しいと思いますけれども、大学制度そのものがもっとフレキシブルになって、例えば長崎大学は総合大学ですから、他の学部との共同授業・講義、最近そういう試みがなされつつあるわけですから、他学部の単位を取りながら、少し広く視野を据えるというか、そういうことができればいいと思うんですね。

私は九大学生のとき、九大の教養課程ではラテン語を受講できたんですね。理学部において。後々、医学部に行けばラテン語が要るかもしれないと、偶然思いついてラテン語講義に行ったりした。いろんな学部があると、いろんな教科があって、いろんな知識が修得できる。それを単位として認知できるようにして、総合大学の特殊性を生かした広がりを持てるような教育、



もっと良ければ、それが転学部にもつながればなお良いんですけど、それはちょっと難しいだろうと思う。

ただ、以前は教養課程とか教養部というのがあったんですね。今はなくなっていますけれども。そういうところというのは、いろんなところのいろんな学部単独の教養じゃなくて、他の講義も聞けたというのがあったんですね。だから、あまりリジッドになると、学生も自分のやりたい勉強を自由にやれなくなっているところはないのかな。だから、できれば総合大学だからこそできる広がりを持った教育を提供するというのは、いかがでしょうかというぐらいしか言えません。

**質問者** ありがとうございます。最後に、あるビジネス書によると、僕たちの時代でもアフターファイブに元気な人がいたんです。ある人が、私はうつですから海外旅行に行ってきますと言って上司に言ってきた。上司が驚いて、こんなうつ病があるのかというエピソードを書かれていました。これを読んで私もびっくりしたんですけども、こういううつ病というのが本当に世間で今はやっているのかということを最後に質問します。

**中根** これは増えてきていると思いますね。非定型うつ病といいながらも、非定型が定型になりつつあるぐらいに増えてきていると思います。朝青龍の例を見ても、日本では良くなりなからと、向こうに行ってサッカーやっていたら良くなったり、サッカーできるぐらいになっていたとかいうのがあってですね。やはり非定型的で、彼の問題だったんだと思うんですけども、周りの大人からすると、ちょっと考えられないことなんですけれども。ああいったことというのは普通の社会の中で、若い人のうつ病というか、20代、30代ぐらいのうつ病の人には多くなっていると思います。

ですから、そういうことを理解して、治療のシステムを考えないといけない。以前だと本人だけの問題だったのが、周囲に波及するような言われ方をしていきますから、そのあたりを十分理解しておかないと。医者自身も問い詰められますね。良くしきらん医者ということで、攻撃されます。

**質問者** 先生に専門的なところで教えていただきたいことがあります。最近学生も非常に多様化してしまっていて、授業中に突然質問するんですけども、ピント外れの質問であったり、同級生より何か変なやつと言った学生が以前より目立つようになってきました。

本学の休退学者は、塚元先生のご指摘のように、結構多くて、その中には発達障害の休退学者も含まれます。大学教員として、休学した学生は、いずれ戻ってきてもらいたいという気持ちはあるんです。治療しながら学業を続けるというのがベストだとは思いますが、休学を余儀なくした後、戻ってきた時の支援を、先ほど総合大学であればいろんな所で対応が取れるんじ

ないかとのアドバイスをされましたが、どういう支援が必要なのかをお教えいただければと思います。

**中根** 今、一番問題になるのは復帰した後、どう対応するか。これは、本来大きな問題だと思うんですね。私たちが治すことは何とか努力して治せると思います。何年待ってでも、とにかく治すという努力だけはできますけれども、治っていく最後のところは、学生であれば学校に戻れるかどうか。戻っていったときに、周囲がどういうふうにかバーしてあげるかというのが大事だろうと思うんです。

例えば、そういった人が出てきてから、お前よう帰って来たな、じゃあ、お前に聞いてみようなどと言われたら、それはもう一発で参りますね。やはりそのあたり、登校してきたら、やはり慣れるまでは余り無理するなよとかいった声掛けから、できるだけ静かに注目してあげる。心配りしながら注意しておく。アドバイスよりは、注目しているというのが大事だろうと思うんですね。

会社なんかだと出勤してきたからといって、思いっきり、あれもせろこれもせろということになったりすると、それでもう再発をしてしまう。ですから、結局どのようにリカバリーしていくかということについて計画を立てないといけないと思うんです。例えば、登校拒否の子どもの場合などでは、今日は家の玄関の外まで出る、次の日は学校の門近くまで行く、次の日は校門を通り抜ける、その次は教室に入る。そして、しばらく授業を聞いて帰るなどと、ステップを踏むわけですね。だから、それと全く同じことを大学生にやったほうがいいなどとは思いませんけれども、復帰してきた学生にとってどういう復帰の仕方が良いかということ、できれば支援センターみたいなどころなでプログラムを立てていく。

職業人には、リワークシステムというのを厚労省は準備していますね。メンタルヘルスの問題で休職をした人が企業に戻っていくときには、厚労省が勧めているリワークシステムを活用して社内に個別のリワークプログラムをつくらるところがあります。私は、ある企業の精神保健相談医ですので、そこからリワークを頼んで、個別にプログラムを立ててもらおう。リワークで例えば3カ月ぐらいトレーニングしてもらって、それから今度は企業に戻ってきて、3カ月から4カ月して、いわゆる一人前の状態に復帰できるように持っていく。それと同じようなシステムが、学生であってもやはり考えてあげる必要があるだろうと。

具体的には、恐らく個別の問題になるだろうと思うんですけど、絶対必要だろうと思います。復帰してきて駄目になるということは、少なくないと思いますから、今おっしゃったことは非常に大事なんじゃないかなと思っています。

## 謝 辞

**司会者** それでは、最後となりましたが、今回の講演会を主催いたしました学生相談支援等協議会議長の管原副学長から謝辞があります。

**管原** 本日は中根先生に「精神疾患のさまざま」の演題で、専門的な立場からわかり易くお話いただき、出席された方々は、かなりの知識を得られたことと思います。大学では、教育と並んで大切なのが学生支援です。メンタル面でハンディを持つ学生の支援も重要であり、この講演会を通じて一層の充実に結び付けていくことができると思います。

今日は本当にありがとうございました。

**司会者** ありがとうございました。

それでは、今回の講演をしていただきました中根先生に感謝の意味を込めて、再度拍手をお願いいたします。

これをもちまして、平成20年度長崎大学メンタルヘルス講演会を終了します。ありがとうございました。

# 図 表

図 1 年次別自殺者数

警察庁生活安全部地域課 (2008.06.19) 厚生労働省、人口動態統計資料

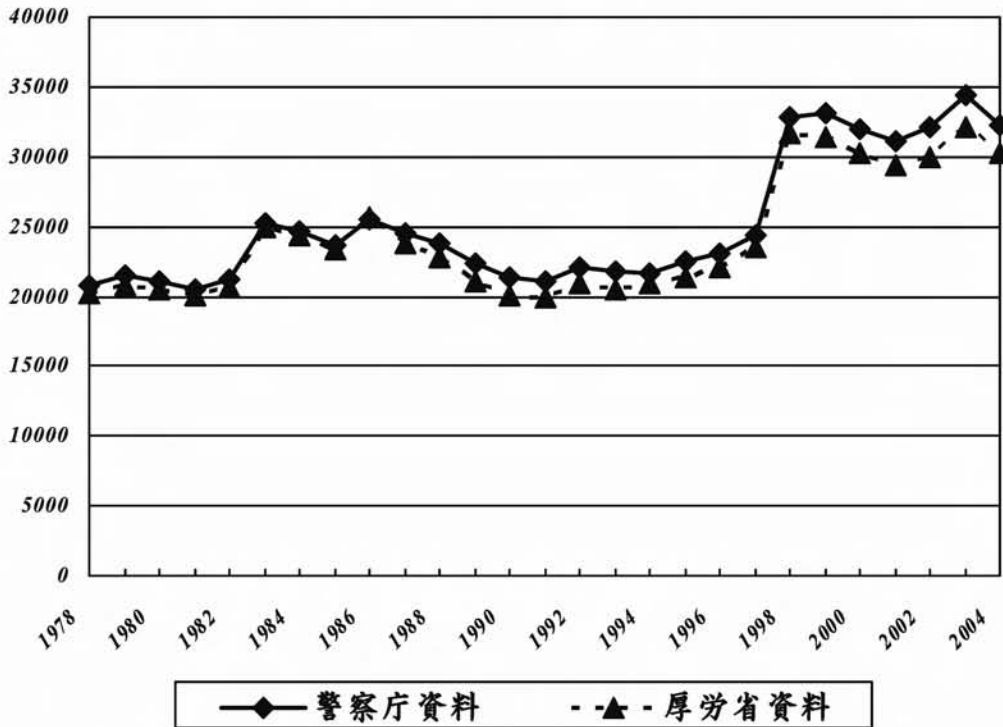


図 2 年代別自殺者数の推移

警察庁生活安全部地域課 (2008.06.19)

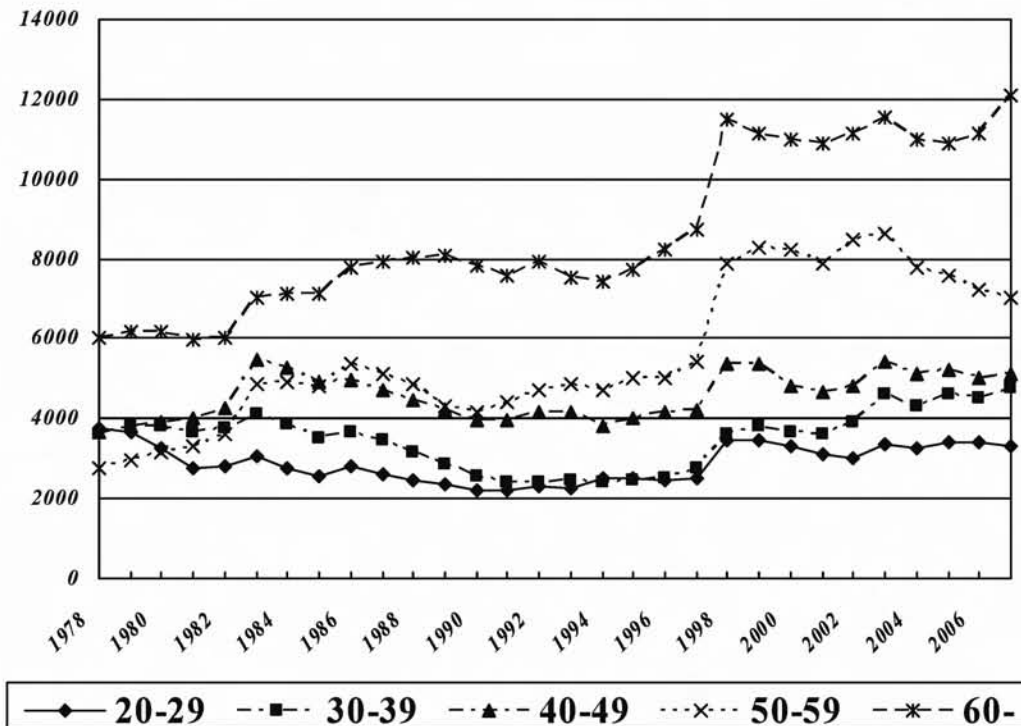


図3 年齢別および原因・動機別の自殺者数（警察庁、2007年）

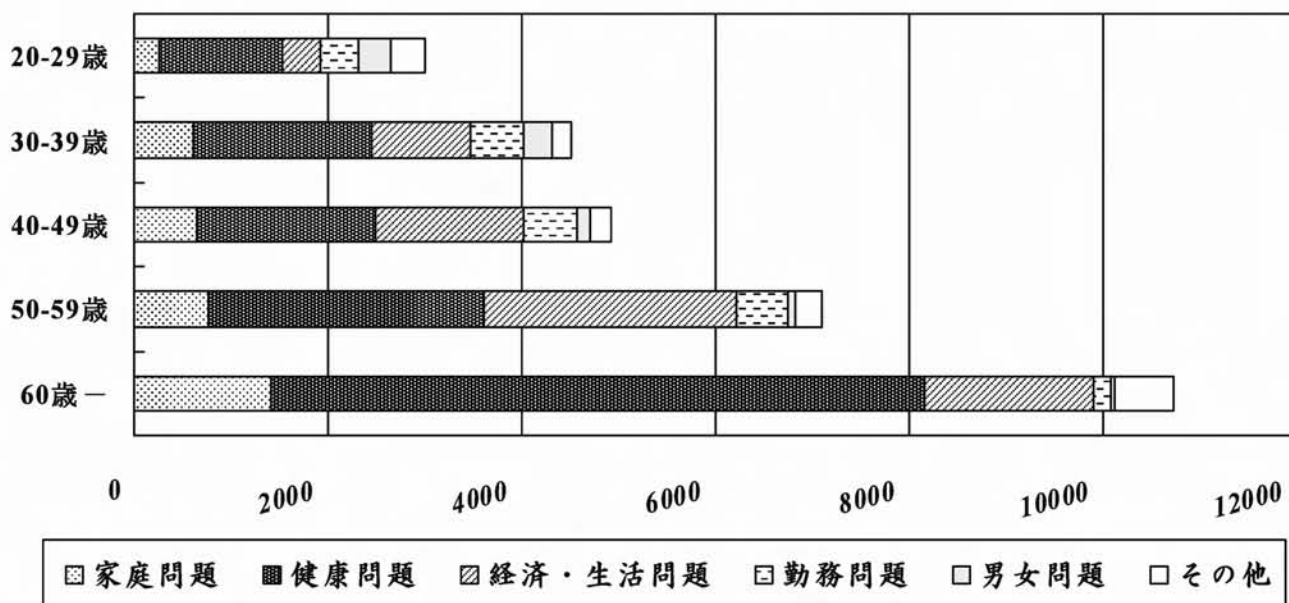


図4 健康問題の内容別にみた年齢別自殺者数（警察庁、2007年）

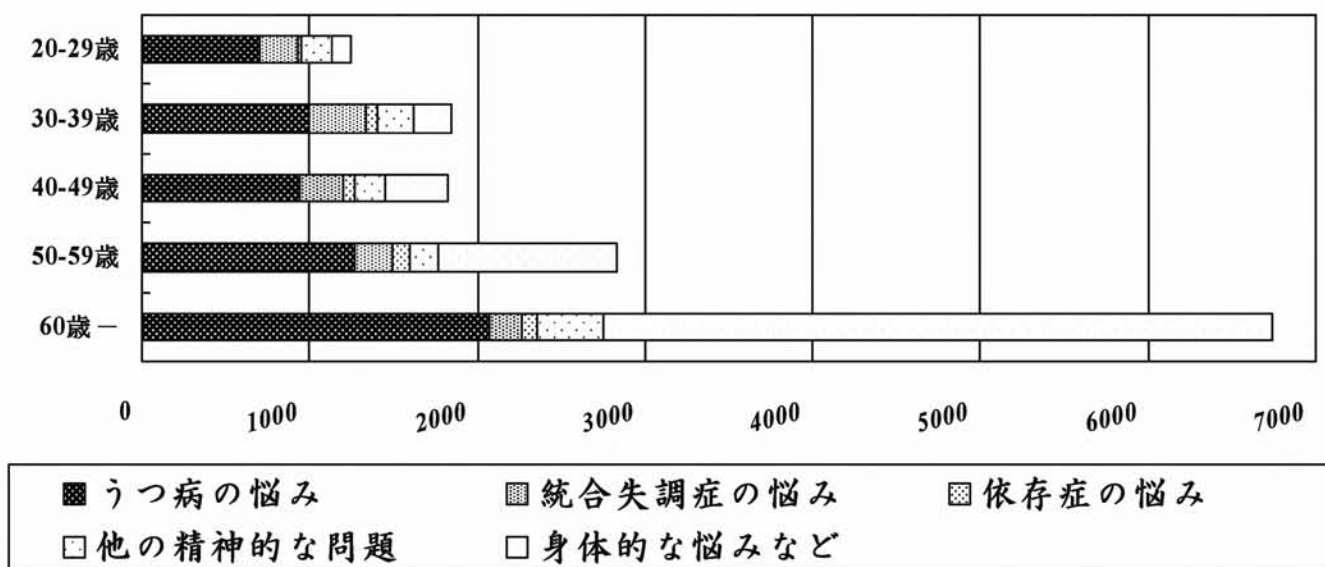




表1 性・年齢別に見た死因順位 -2003年-

厚生労働省大臣官房統計情報部 人口動態・保健統計課

	第1位		第2位	
	男性	女性	男性	女性
15-19歳	不慮の事故	自殺	自殺	不慮の事故
20-24歳	自殺	自殺	不慮の事故	不慮の事故
25-29歳	自殺	自殺	不慮の事故	悪性新生物
30-34歳	自殺	自殺	不慮の事故	悪性新生物
35-39歳	自殺	悪性新生物	悪性新生物	自殺
40-44歳	自殺	悪性新生物	悪性新生物	自殺
45-49歳	悪性新生物	悪性新生物	自殺	自殺
50-54歳	悪性新生物	悪性新生物	心疾患	脳血管疾患

表2 気分障害（うつ病など）の頻度（%, ICD-10）

	生涯有病率	年間有病率	月間有病率
20-34歳	10.4	4.8	0.4
35-44歳	8.1	2.1	0.3
45-54歳	9.7	3.6	1.0
55-64歳	7.9	2.4	0.7
65歳以上	3.8	0.8	0.2
全対象	7.5	2.5	0.5
男性	4.6	1.4	0.3
女性	9.9	3.4	0.7

注：生涯有病率7.5%とは、国民の約13人に1人が、生涯に一度はうつ病を発症する可能性があることを表す。

表3 一般人および各種専門家群におけるうつ病の認識度 (%)

一般人 (面接調査)	28.8 (n=1,000)
精神科医 (郵送調査)	72.7 (n=88)
一般医 (郵送調査)	63.0 (n=46)
精神保健福祉士 (郵送調査)	70.2 (n=188)
作業療法士 (郵送調査)	72.0 (n=157)
精神科看護師 (郵送調査)	29.1 (n=86)
一般看護師 (郵送調査)	35.8 (n=134)

統合失調症ウィネットに対する被調査群が別に同数あるため、うつ病に関する対象者数(n)は先の調査対象の半数となっている。

表4 調査対象精神疾患の頻度「何らかの精神障害」に関して (全)

	生涯有病率	年間有病率	月間有病率
全対象	17.0	7.5	4.1
男性	16.3	6.1	3.7
女性	17.6	8.6	4.5
20-34歳：全	21.7	11.4	5.4
35-44歳：全	19.9	9.1	5.0

注) 重みづけを考慮していないため、神経症性・ストレス性障害、精神作用物質による精神・行動障害、何らかの精神障害の頻度は過小評価している可能性がある。

注：生涯有病率21.7%とは、現在20~34歳の人たちの約4.6人に1人が、生涯に一度は「何らかの精神疾患」を発症する可能性があることを表す。

# 資 料

長崎大学メンタルヘルス講演会 (2009.9.30) 資料

## 国際疾病分類第 10 改定版

### International Classification of Diseases Tenth Revision, ICD-10 世界保健機関, World Health Organization; WHO

正規呼称：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

「疾病、傷害及び死因分類」(厚生労働省による慣用呼称)

**ICD-10 の分類の構成 (基本分類表) :** 以下の 22 の章から構成

- 第 1 章 感染症及び寄生虫症(A00-B99)
- 第 2 章 新生物(C00-D48)
- 第 3 章 血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害(D50-D89)
- 第 4 章 内分泌、栄養及び代謝疾患(E00-E90)
- 第 5 章 精神及び行動の障害(F00-F99)
- 第 6 章 神経系の疾患(G00-G99)
- 第 7 章 眼及び付属器の疾患(H00-H59)
- 第 8 章 耳及び乳様突起の疾患(H60-H95)
- 第 9 章 循環器系の疾患(I00-I99)
- 第 10 章 呼吸器系の疾患(J00-J99)
- 第 11 章 消化器系の疾患(K00-K93)
- 第 12 章 皮膚及び皮下組織の疾患(L00-L99)
- 第 13 章 筋骨格系及び結合組織の疾患(M00-M99)
- 第 14 章 腎尿路生殖器系の疾患(N00-N99)
- 第 15 章 妊娠、分娩及び産じょく<褥>(O00-O99)
- 第 16 章 周産期に発生した病態(P00-P96)
- 第 17 章 先天奇形、変形及び染色体異常(Q00-Q99)
- 第 18 章 症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの(R00-R99)
- 第 19 章 損傷、中毒及びその他の外因の影響(S00-T98)
- 第 20 章 傷病及び死亡の外因(V01-Y98)
- 第 21 章 健康状態に影響を及ぼす要因及び保健サービスの利用(Z00-Z99)
- 第 22 章 特殊目的用コード

**The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders,  
ICD-10 精神および行動の障害 新訂版, 2007 (2 桁・3 桁表)**

**F0 症状性を含む器質性精神障害**

- F00 アルツハイマー病型認知症
- F01 血管性認知症
- F02 他に分類されるその他の疾患による認知症
- F03 特定不能の認知症
- F04 器質性健忘症候群、アルコールおよび他の精神作用物質によらないもの
- F05 せん妄、アルコールおよび他の精神作用物質によらないもの
- F06 脳損傷、脳機能不全および身体疾患による他の精神障害
- F07 脳疾患、脳損傷および脳機能不全によるパーソナリティおよび行動の障害
- F09 特定不能の器質性あるいは症状性精神障害

**F1 精神作用物質使用による精神および行動の障害**

- F10.- アルコール使用による精神および行動の障害
- F11.- アヘン類使用による精神および行動の障害
- F12.- 大麻類使用による精神および行動の障害
- F13.- 鎮静剤あるいは睡眠薬使用による精神および行動の障害
- F14.- コカイン使用による精神および行動の障害
- F15.- カフェインおよび他の精神刺激薬使用による精神および行動の障害
- F16.- 幻覚剤使用による精神および行動の障害
- F17.- タバコ使用による精神および行動の障害
- F18.- 揮発性溶剤使用による精神および行動の障害
- F19.- 多剤使用および他の精神作用物質使用による精神および行動の障害

**F2 統合失調症、統合失調型障害および妄想性障害**

- F20 統合失調症
- F21 統合失調型障害
- F22 持続性妄想性障害
- F23 急性一過性精神病性障害
- F24 感応性妄想性障害
- F25 統合失調感情障害
- F28 他の非器質性精神病性障害
- F29 特定不能の非器質性精神病

### **F3 気分（感情）障害**

- F30 躁病エピソード
- F31 双極性感情障害 [躁うつ病]
- F32 うつ病エピソード
- F33 反復性うつ病性障害
- F34 持続性気分（感情）障害
- F38 他の気分（感情）障害
- F39 特定不能の気分（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**

- F40 恐怖症性不安障害
- F41 他の不安障害
- F42 強迫性障害 [強迫神経症]
- F43 重度ストレス反応および適応障害
- F44 解離性（転換性）障害
- F45 身体表現性障害
- F48 他の神経症性障害

### **F5 生理的障害および身体的要因に関連した行動症候群**

- F50 摂食障害
- F51 非器質性睡眠障害
- F52 性機能不全、器質性の障害あるいは疾患によらないもの
- F53 産褥に関連した精神および行動の障害、他に分類できないもの
- F54 他に分類される障害あるいは疾患に関連した心理的および行動的要因
- F55 依存を生じない物質の乱用
- F59 生理的障害および身体的要因に関連した特定不能の行動症候群

### **F6 成人のパーソナリティおよび行動の障害**

- F60 特定のパーソナリティ障害
- F61 混合性および他のパーソナリティ障害
- F62 持続的パーソナリティ変化、脳損傷および脳疾患によらないもの
- F63 習慣および衝動の障害
- F64 性同一性障害
- F65 性嗜好障害
- F66 性の発達と方向づけに関連した心理および行動の障害
- F68 他の成人のパーソナリティおよび行動の障害



F69 特定不能の成人のパーソナリティおよび行動の障害

## **F7 精神遅滞 [知的障害]**

- F70 軽度精神遅滞 [知的障害]
- F71 中度[中等度]精神遅滞 [知的障害]
- F72 重度精神遅滞 [知的障害]
- F73 最重度精神遅滞 [知的障害]
- F78 他の精神遅滞 [知的障害]
- F79 特定不能の精神遅滞 [知的障害]

## **F8 心理的発達の障害**

- F80 会話および言語の特異的発達障害
- F81 学力の特異的発達障害
- F82 運動機能の特異的発達障害
- F83 混合性特異的発達障害
- F84 広汎性発達障害
- F88 他の心理的発達の障害
- F89 特定不能の心理的発達の障害

## **F90-F98 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**

- F90 多動性障害
- F91 行為障害
- F92 行為および情緒の混合性障害
- F93 小児期に特異的に発症する情緒障害
- F94 小児期および青年期に特異的に発症する社会的機能の障害
- F95 チック障害
- F98 小児期および青年期に発症する他の行動および情緒の障害

## **F99 特定不能の精神障害**

- F99 精神障害、他に特定できないもの