

福岡県医師会
かかりつけ医 心の健康対応力向上研修

日時：令和7年2月4日（火）19：00

場所：福岡県医師会館 5階研修室

**令和6年度
かかりつけ医 心の健康対応力向上研修（ハイブリッド開催）**

1. 開 会

2. 講 義

【2日目】令和7年2月4日（火）

1) 「**連携**」編 19:00～20:00

演題「**かかりつけ医 心の健康対応力向上研修 連携編**」

講師：久留米大学医学部神経精神医学講座

助教 増本 政也 先生

（CC：20「不眠」1単位）

2) 「**実践**」編 20:00～21:00

演題「**かかりつけ医 心の健康対応力向上研修 実践編**」

講師：久留米大学医学部神経精神医学講座

講師 中村 倫之 先生

（CC：69「不安」1単位）

3. 閉 会

講 演

『かかりつけ医 心の健康対応力向上研修 連携編』

久留米大学医学部神経精神医講座

助教 増本 政也

かかりつけ医 心の健康対応力向上研修

Ⅲ「連携」編

久留米大学医学部神経精神医学講座

増本政也

注意とお断り

- 本講演では、社会福祉制度や診療報酬に関わる内容があります。
- 制度変更や診療報酬改定がありますので、最新の厚生労働省からの告示等をご参照ください。

「連携」編の研修内容

1. 地域において利用可能な制度や社会資源について
2. 地域におけるうつ病に関するかかりつけ医の役割
3. 地域における専門医療機関の紹介
4. 診療報酬について

など

「連携」編の研修内容

1. 地域において利用可能な制度や社会資源について
2. 地域におけるうつ病に関するかかりつけ医の役割
3. 地域における専門医療機関の紹介
4. 診療報酬について

など

うつ病の初診診療科

- うつ病の初診診療科は内科が最も多く（64.7%）、次いで婦人科、外科、精神科(5.6%)だった¹⁾。

1)三木 治,プライマリ・ケアにおけるうつ病の実態と治療. 心身医学. 42: 585-591, 2002

かかりつけ医等心の健康対応力向上研修事業

1. 事業の目的

うつ病は精神症状以外に身体症状が出ることも多く、内科等のかかりつけの医師を初めに受診することが多い。

かかりつけの医師に対し、適切なうつ病等精神疾患に関する診療の知識、技術及び精神科等の専門の医師との連携方法、家族からの話や悩みを聞く姿勢等を習得させるための研修を実施することにより、うつ病等精神疾患の早期発見・早期治療による一層の自殺対策の推進を図ることを目的とする。

かかりつけ医等心の健康対応力向上研修事業実施要綱から引用し、演者が一部改変

かかりつけ医等心の健康対応力向上研修事業

かかりつけ医うつ病対応力向上研修

「基礎知識」編、「診断・治療」編、「連携」編、「実践」編の各60分

Ⅲ 「連携」編

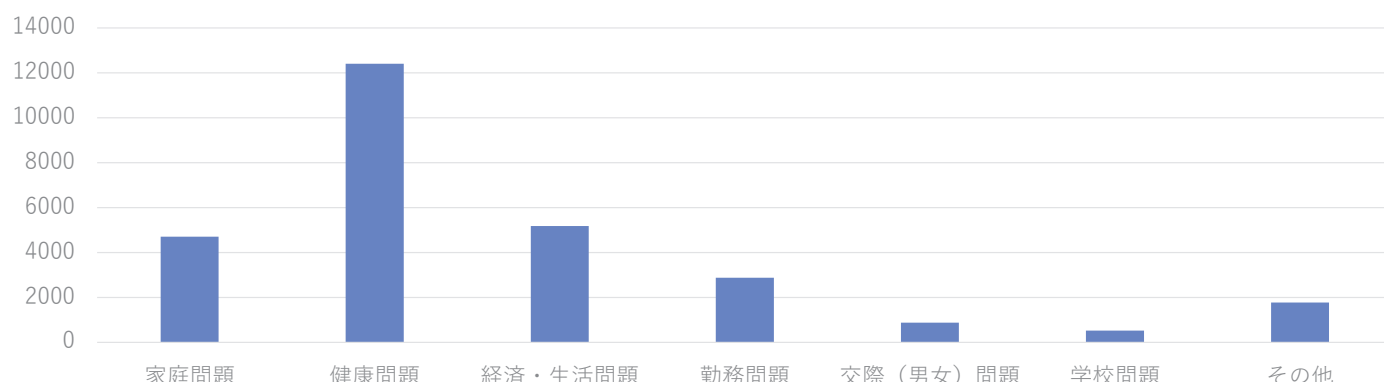
- 地域における利用可能な制度や社会資源について
- 地域におけるうつ病に関するかかりつけ医の役割
- 地域における専門医療機関の紹介
- 診療報酬について など

年齢階級別死因順位(2022年)

年齢階級(歳)	第1位	第2位	第3位
20～24	自殺	不慮の事故	悪性新生物
25～29	自殺	悪性新生物	不慮の事故
30～34	自殺	悪性新生物	心疾患
35～39	自殺	悪性新生物	心疾患
40～44	悪性新生物	自殺	心疾患
45～49	悪性新生物	自殺	心疾患
50～54	悪性新生物	心疾患	自殺
55～59	悪性新生物	心疾患	脳血管疾患
60～64	悪性新生物	心疾患	脳血管疾患
65～69	悪性新生物	心疾患	脳血管疾患
70～74	悪性新生物	心疾患	脳血管疾患

厚生労働省政策統括官(統計・情報システム管理、労働関係担当)『令和4年人口動態統計』
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/houkoku22/dl/all.pdf>から引用し、演者改変

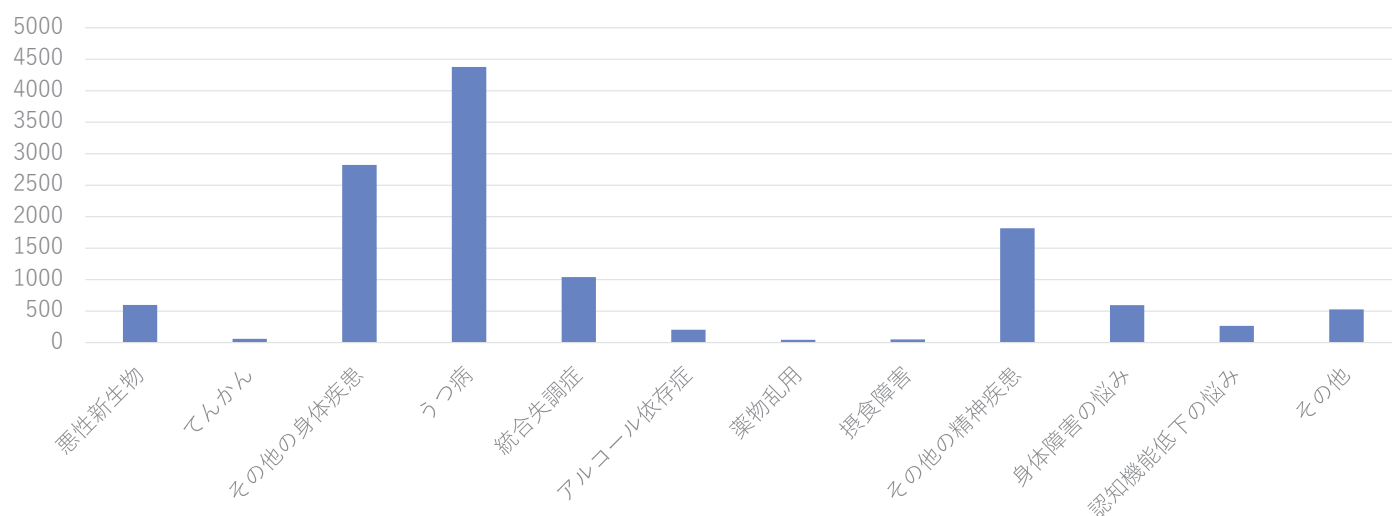
自殺の原因・動機(2023年)



※遺書や家族の証言から、自殺一人につき4つまで計上可能

令和5年中における自殺の状況
 厚生労働省自殺対策推進室 警察庁生活安全局生活安全企画課
<https://www.npa.go.jp/safetylife/seianki/jisatsu/R06/R5jisatsunojoukyou.pdf>
 から引用し、演者が図を作成

健康問題の内訳(2023年)



令和5年中における自殺の状況
 厚生労働省自殺対策推進室 警察庁生活安全局生活安全企画課
<https://www.npa.go.jp/safetylife/seianki/jisatsu/R06/R5jisatsunojoukyou.pdf>
 から引用し、演者が図を作成

自殺対策

- 2006年に自殺対策基本法が制定され、自殺対策は国や地方公共団体等の責務と規定された。自殺は「個人の問題」ではなく「社会の問題」と認識されるようになった。
- 2007年に自殺総合対策大綱が策定。かかりつけ医等がうつ病と診断した人を専門医につなげるための医療連携体制や様々な分野の相談機関につなげる多機関連携体制の整備を推進することとなった。

自殺総合対策大綱

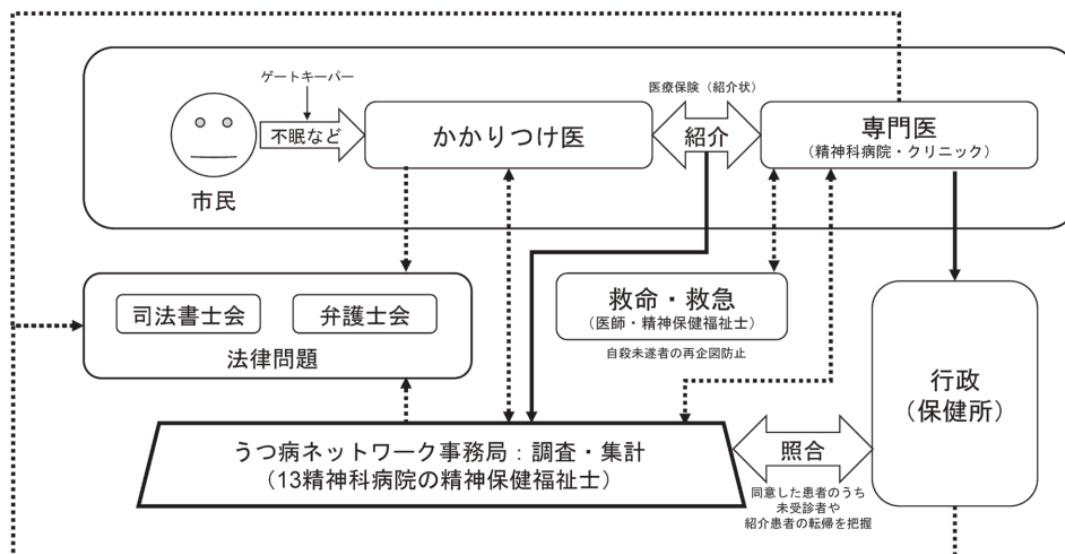
<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12200000-Shakaiengokyokushougaihokenfukushibu/0000172329.pdf>

久留米市のかかりつけ医うつ病ネットワーク

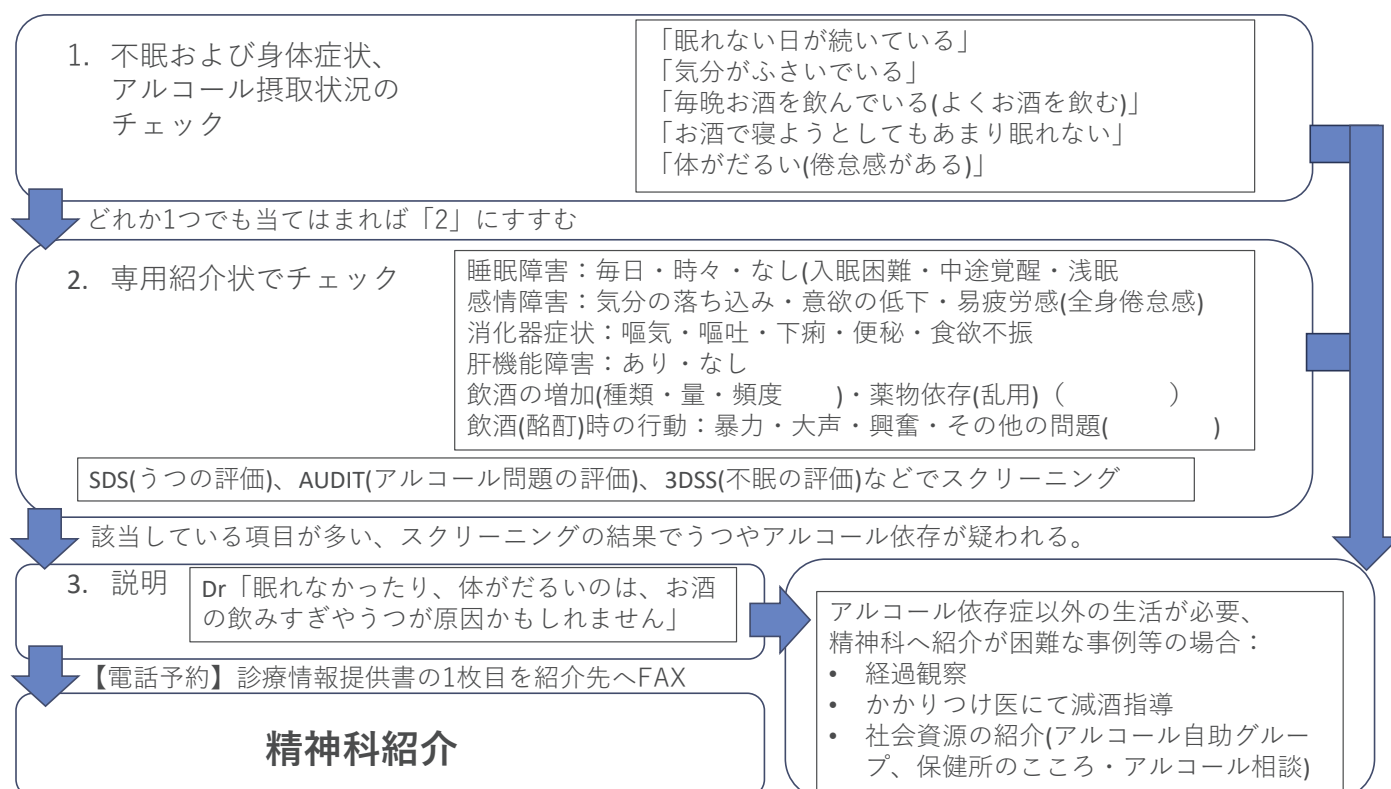
- 2010年度からはじまった、久留米市内の4つの医師会、精神科医のいる13病院、保健所が共同する地域ネットワークを構築する自殺対策事業。
- ①紹介システムの構築と記録の共有、②コーディネート機能の強化、③地域連携会議の継続的な実施
- 精神保健福祉士が連携推進員となり連携強化、定期的な検証。
- かかりつけ医、産業医、精神科医、看護師、保健師、精神保健福祉士、保健所などの行政職員が意見交換や事例検討できる場を設け課題を共有
- 司法書士会や弁護士会とも連携を取り、法律問題への対応。

久留米市における精神科と一般診療科との連携 システム連携推進員を介した、かかりつけ医うつ病ネットワークいわゆる「久留米方式」について. ふくおか精神保健(58): 2013;82-5
地域における自殺予防対策.日本公衛誌(71):2024;483-90

自殺対策「久留米方式」の概要



※ゲートキーパー：自殺の危険を示すサインに気付き、適切な対応(気付き、声をかけ、話を聞き、必要な支援につなげ、見守る)を計ることができる人
地域における自殺予防対策.日本公衛誌(71):2024;483-90



「不眠・うつ及びアルコール健康障害が疑われる患者さんが受診したら」を引用し、一部改変

福岡県の自死問題支援者相談制度

- 福岡県弁護士会では2013年から「自死問題支援者法律相談制度」事業があり、自殺の危険性がある本人ではなく、本人を支援する人々(家族、医療関係者、福祉関係者など)から無料で法律相談を受け付ける制度。
- 久留米市ではかかりつけ医うつ病ネットワークとタイアップ。



福岡県弁護士会のホームページ

https://www.fben.jp/suggest/archives/2022/05/post_410.html

<https://www.town.umi.lg.jp/uploaded/attachment/15113.pdf>

連携推進員による訪問

- 連携推進員が久留米市内の各医療機関を訪問し、連携システムの周知、患者情報の収集、調査が行われた。420の医療機関のうち、346件(81.4%)に訪問し、332件(78.1%)が調査に協力。
- かかりつけ医のうつ病患者への対応：すぐに精神科医へ紹介する 53%
自院で治療を開始する 47%
- かかりつけ医が留意するべき点：
 - ①精神科へ紹介した患者が受診した際、精神科を受診したか確認
 - ②自院で治療を行う際に、治療の限界を説明しておく、その後に精神科医へ紹介する際に患者からの理解を得られやすい
 - ③精神科紹介時の患者の拒否反応に注意すること

久留米市における精神科と一般診療科との連携 システム連携推進員を介した、かかりつけ医うつ病ネットワークいわゆる「久留米方式」について. ふくおか精神保健(58): 2013;82-5

地域精神保健福祉活動の推進

- 精神保健福祉センターと保健所は、地域生活保険福祉活動を推進。
- 「入院医療中心から地域生活中心へ」の理念や、精神障害者の人権、医療保護入院同士やの在り方等が議論されてきた。
- 「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築」「多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制」を軸とした方向性が打ち出された。

精神保健福祉センター

精神保健福祉センターは精神保健の向上及び精神障害者の福祉の増進を図る期間で、各都道府県及び政令指定都市に設置されている。電話相談窓口も設置されている。

- 福岡県精神保健福祉センター
- 福岡市精神保健福祉センター
- 北九州市立精神保健福祉センター



ひとりで悩まずに
お電話ください。

福岡県精神福祉センターのホームページ
<https://www.pref.fukuoka.lg.jp/soshiki/4404407/>

- 二次医療圏に規定する区域とおおむね一致
- 業務は「1.企画調整」「2.普及啓発」「3.研修」「4.組織育成」「5.相談」「6.訪問指導」「7.社会復帰及び自立と社会参加への支援」「8.入院等関係事務」「9. ケース記録の整理及び秘密の保持等」「10. 市町村への協力及び連携」

精神障害にも対応した地域包括ケアシステム

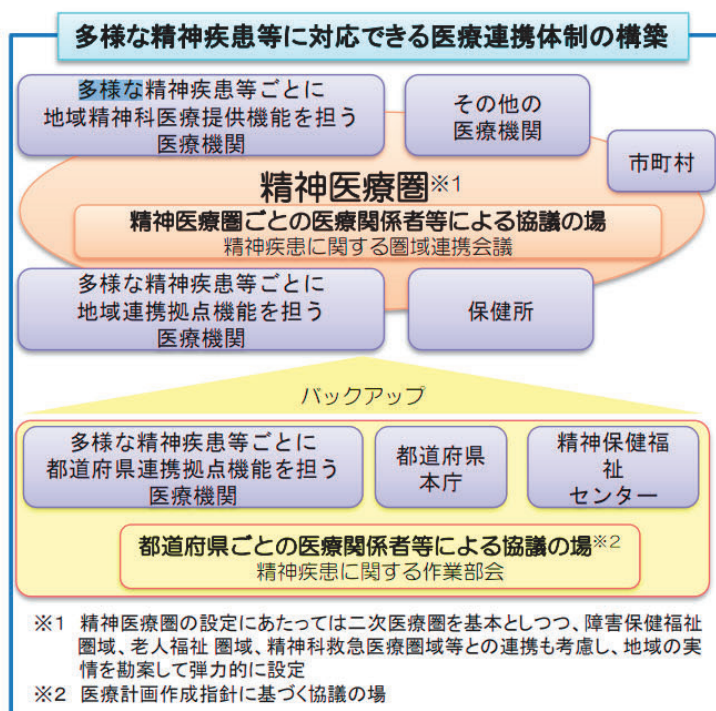
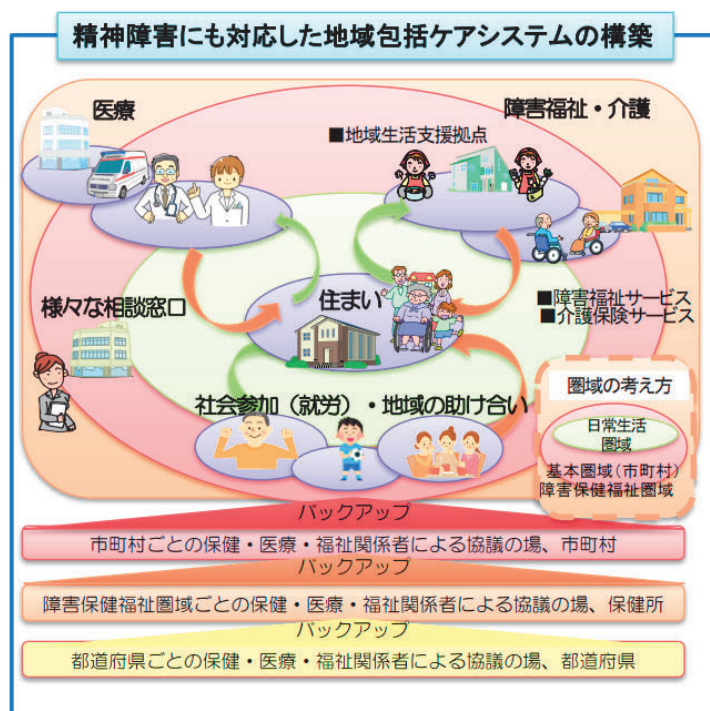
- 精神障害の有無や程度に関わらず、誰もが安心して自分らしく暮らすことができるよう、重層的な連携による支援体制を構築する。
- 「地域共生社会」を実現するための「システム」「仕組み」と解される。

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムを構成する要素

地域精神保健及び障害福祉 - 市町村における精神保健に関する相談指導等について、制度的な位置付けを見直す。 - 長期入院者への支援について、市町村が精神科病院との連携を前提に、病院を訪問し利用可能な制度の説明等を行う取組を、制度上位置付ける。	精神医療の提供体制 - 平時の対応を行うための「かかりつけ精神科医」機能等の充実を図る。 - 精神科救急医療体制整備をはじめとする精神症状の急性増悪や精神疾患の急性発症等により危機的な状況に陥った場合の対応を充実する。	住まいの確保と居住支援 - 生活全体を支援するという考えである「居住支援」の観点を持つ必要がある。 - 入居者及び居住支援関係者の安心の確保が重要。 - 協議の場や居住支援協議会を通じた居住支援関係者との連携を強化する。
社会参加 - 社会的な孤立を予防するため、地域で孤立しないよう伴走し、支援することや助言等を行うことができる支援体制を構築する。 - 精神障害を有する方等と地域住民との交流の促進や地域で「はたらく」ことの支援が重要。	当事者・ピアサポーター - ピアサポーターによる精神障害を有する方等への支援の充実を図る。 - 市町村等はピアサポーターや精神障害を有する方等の、協議の場への参画を推進。	精神障害を有する方等の家族 - 精神障害を有する方等の家族にとって、必要な時に適切な支援を受けられる体制が重要。 - 市町村等は協議の場に家族の参画を推進し、わかりやすい相談窓口の設置等の取組の推進。
		人材育成 「本人の困りごと等」への相談指導等や伴走し、支援を行うことができる人材及び地域課題の解決に向けて関係者との連携を担う人材の育成と確保が必要である。

厚生労働省ホームページ：精神疾患における第8次医療計画について

<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001041839.pdf>



厚生労働省ホームページ：精神疾患における第8次医療計画について

<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001041839.pdf>

福岡県精神科救急医療システム

- 福岡県では福岡、北九州、筑豊、筑後の4医療圏に分ける形で精神科救急システムが実施されている。
- 対象者は、自傷他害のおそれがあるなど、精神疾患の急発・急変により速やかな医療を必要とする救急患者。
- 平日17時～9時および休日は県医師会が運営する精神科救急情報センターが窓口となり、各ブロックの当番病院へ紹介が行われる。

一般社団法人 福岡県精神科病院協会ホームページ
https://fukuseikyou.com/?page_id=979

「連携」編の研修内容

1. 地域において利用可能な制度や社会資源について
2. 地域におけるうつ病に関するかかりつけ医の役割
3. 地域における専門医療機関の紹介
4. 診療報酬について

など

うつ病の早期発見と初期対応

- うつ病の初診診療科は内科が最も多く（64.7%）、次いで婦人科、外科、精神科(5.6%)だった¹⁾。
- 日本での単施設研究²⁾。一般内科外来で6日間で受診した427人中312人が組み入れ基準を満たした。PHQの結果から27人(8.7%)がうつ病であり、そのうち医師は21人に精神障害があると診断した。21人の内、3人がうつ病、3人が不安障害、14人を不眠症と診断した。27人中3人が抗うつ薬の投与を受け、精神科に紹介された人はいなかった。

1)三木 治,プライマリ・ケアにおけるうつ病の実態と治療. 心身医学. 42: 585-591, 2002

2)Ohtsuki et al. BMC Psychiatry. 2010;10:30.

うつ病の早期発見と初期対応

- 不眠を呈する患者の20-30%がうつ病であり、うつ病の初診患者の90%が不眠を示す。**不眠の訴え**があればうつ病について考慮する。
- 不眠の訴えがあれば、食欲について聞く。「おいしいものをおいしいと感じますか?」「おいしいものを食べたいと思いますか?」
- ゆうつな気持ちになるか?物事に対して興味がわかない心から楽しめない感じがよくあったか?など抑うつ気分や意欲低下について聞く。
- 自分を責めてしまうか?この世からいなくなった方がいいと思うか?など自責感や希死念慮について聞く。

西岡 和郎,早期発見・早期治療. 日本臨牀. 65(9): 1660-1664, 2007

PHQ-9：うつ病のスクリーニング検査

- ☐物事に対してほとんど興味がない、または楽しめない
- ☐気分が落ち込む、憂うつになる、または絶望的な気持ちになる
- ☐寝つきが悪い、途中で目が覚める、または逆に眠りすぎる
- ☐疲れた感じがする、または気力がない
- ☐あまり食欲がない、または食べ過ぎる
- ☐自分はダメな人間だ、人生の敗北者だと気に病む、
または自分自身あるいは家族に申し訳がないと感じる。
- ☐新聞を読む、またはテレビを見ることなどに集中することが難しい
- ☐他人が気付くぐらいに動きや話し方が遅くなる。
あるいは反対にソワソワしたり、落ち着かず普段よりも動き回ることがある。
- ☐死んだ方がましだ、あるいは自分を何らかの方法で傷つけようと思ったことがある。

PHQ-2：うつ病のスクリーニング検査

- ☐物事に対してほとんど興味がない、または楽しめない
- ☐気分が落ち込む、憂うつになる、または絶望的な気持ちになる

精神科医への紹介

- 自殺念慮、衝動行為、双極性障害、統合失調症、妄想などの精神病症状を伴っている、依存症 は精神科への紹介が適切
- 特に具体的な計画を伴う自殺念慮（練炭を購入済等）や自殺企図歴は緊急性が高い
- 上記以外でも、患者・家族の希望、治療の長期化、診断に自信が持てないなどでも精神科へ紹介となることが多い
- 動機付けが不十分、精神科への葛藤がある場合などは精神科受診につながりにくいこともある。

山田 宇以. 内科医と精神科医の協働:内科医の視点から. 日内会誌 :2023;2239-43

精神科に関する制度や社会資源

1. 医療費の補助に関する制度
2. 休職に関わる制度
3. 就労支援に関する制度
4. 障害者としての支援を受けるための制度
5. 障害年金

医療費の補助に関する制度

1. 自立支援医療（精神通院医療）

対象：精神科に通院し治療を受けている患者

内容：医療費の自己負担が3割➡原則1割（所得に応じて上限額あり）

申請方法：市区町村の窓口で申請書と精神科医からの診断書を提出。

2. 高額療養費制度

1ヵ月で支払う医療費が上限を変えた場合、超えた額を支給する制度

休職

- 休職は労働基準法や労働契約法で定められた制度ではなく、勤務先の就業規則に基づいて行われる制度
- 期間は企業により異なり数か月から最大1-3年程度が多い。
- 休職中に症状が改善しない場合退職や解雇になる場合がある
- そのため、**就業規則**を確認する必要がある。
- 休職期間中は給与は支払われず、傷病手当金を利用できる。

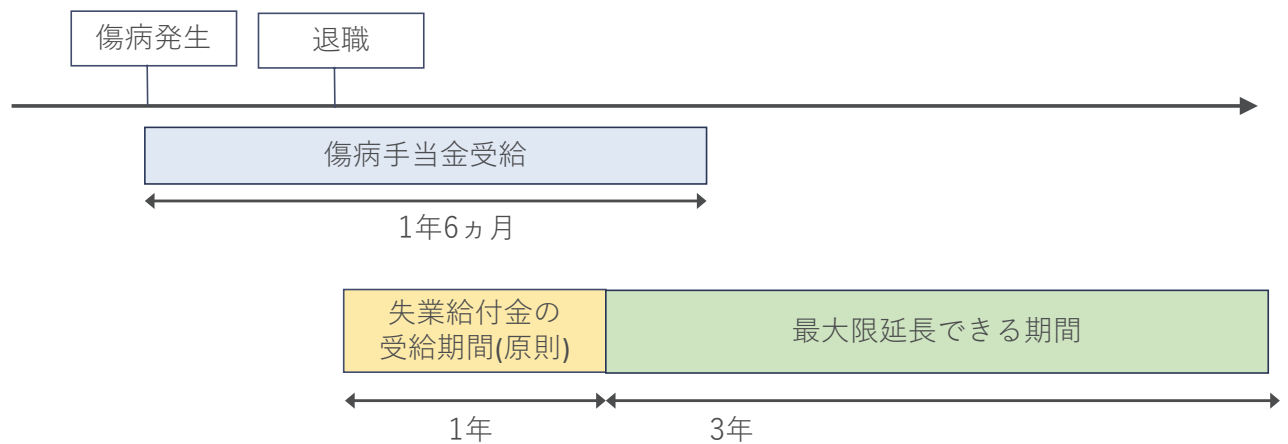
傷病手当金

- 健康保険・共済組合から支給される給付金
- 休職日から3日経過した日から、休職した期間支給
- 標準報酬額の3分の2
- 最長で1年6ヵ月(健康保険：支給開始から1年6ヵ月まで
共済組合：支給期間が1年6ヵ月まで)
- 退職時点で傷病手当金を受給している場合、退職後も継続して受給可能

失業給付金

- 雇用保険に加入していた期間が直近2年間で12か月以上あり、ハローワークで求職活動を行っていることが条件。
- 自己都合退職では7日間の待機期間と2ヵ月の給付制限期間の後から支給
- 健康上の理由で退職し「特定理由離職者」として扱われる場合2ヵ月の給付制限期間は適応されず、7日間の待機期間を経て支給開始。
- 退職前6か月間の平均賃金の50-80%
- 受給期間は原則1年(申請すれば最大4年まで延長)。給付日数は条件により異なり90日-330日。
- 傷病手当金が終了した後に失業給付金を受給することも可能。

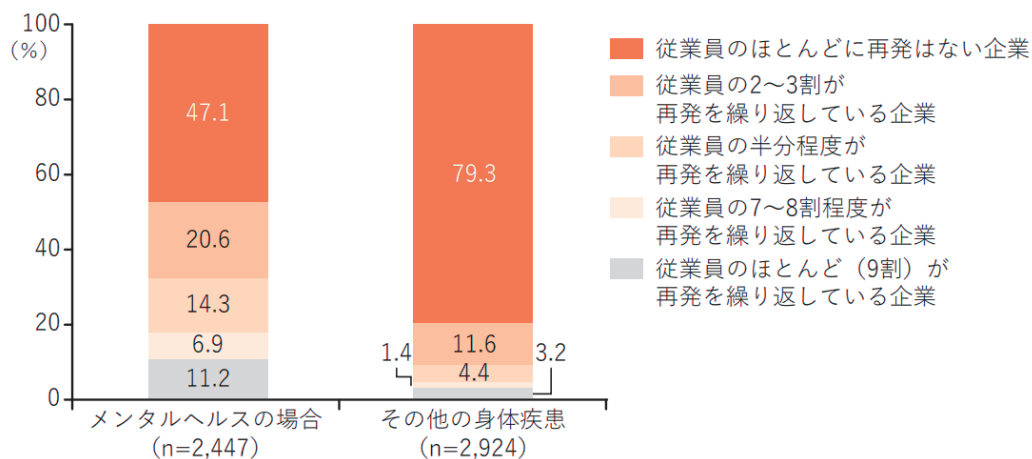
傷病手当金と失業給付金の期間



※受給期間と給付日数は意味が異なるため、ご注意ください

復職

- 精神疾患では身体疾患に比べ復職後の再発の割合が高い傾向がある。



日医かかりつけ医機能研修制度 令和4年度応用研修会「かかりつけ医と精神科専門医との連携」長瀬幸弘、来住由樹
https://www.med.or.jp/dl-med/jma/nichii/zaitaku/20220807kakari/20220807kakari_f.pdf

リワーク

- 気分障害などの精神疾患を原因として休職している労働者に対し、職場復帰に向けたリハビリテーション。復職支援プログラムや職場復帰支援プログラムともいう。

日本うつ病リワーク協会の会員リワーク施設

かなめクリニック	北九州市
黒崎中央医院	北九州市
医療法人社団翠会 八幡厚生病院	北九州市
河野医院 リワークトレーニング	福岡市
医療法人 加藤神経科クリニック	福岡市
医療法人涓江堂 油山病院	福岡市
医療法人せいわ会 みなかぜ病院	糸島市
医療法人飯塚恵仁会 たていわ病院	飯塚市
医療法人社団堀川会 堀川病院	久留米市

日本うつ病リワーク協会のホームページ
<https://utsu-rework.org/list/>

就労支援に関する制度

1. 障害者雇用制度
2. 就労移行支援
3. 就労継続支援

障害者雇用制度

- 障害者雇用促進法は障害者の職業の安定を図ることを目的とした法律
- 障害者雇用率制度：身体障害者、知的障害者、精神障害者を対象とし、一定数以上の障害者(2024年現在、民間企業で2.5%以上)を雇用する義務
- 40人以上の従業員がいる場合障害者を1人以上雇用しなければならない
- 障害者雇用率にカウントされるのは**障害者手帳**がある人。

就労移行支援・継続支援

	就労移行支援	就労継続支援A型	就労継続支援B型
対象者	一般希望への就職希望者	一般企業へ就職が困難	一般企業へ就職が困難
目的	就職に必要なスキル習得	働く場所の提供	働く場所の提供
雇用契約	なし	あり	なし
賃金	原則なし	最低賃金以上(月7万程度)	工賃(月1-2万程度)
就労時間	制度的には規定なし 実際は就労を想定した時間	原則週5日、1日4-8時間	週1日、1日1時間からでもOK

精神障害者保健福祉手帳

- 障害には身体障害、知的障害、精神障害がある。
- 精神疾患の診断を受け長期的な生活支障がある場合に対象。
- 初診から6か月以上経過していないと申請できない
- 対象疾患は統合失調症、うつ病、双極性障害、てんかん、薬物依存症、高次脳機能障害、発達障害、その他の精神疾患(ストレス関連障害等)
- 知的障害は療育手帳の対象。
- 障害者雇用、公共料金の割引、税制優遇、就労支援などのサービス

障害年金

- 病気やケガにより生活や仕事が制限される場合に受け取れる年金
- 初診から1年6か月以上経過していないと請求できない
- 日常生活や労働の制限など障害の程度に応じて1級から3級まで等級がある(3級は厚生年金だけ。国民年金は1級と2級のみ。)
- 2級：必ずしも他人の助けを借りる必要はなくても、日常生活は極めて困難で、労働によって収入を得ることができない状態。例えば家庭内で軽食を作るなどの軽い活動はできても、それ以上重い活動はできない等。

「連携」編のテーマ

1. 地域において利用可能な制度や社会資源について
2. 地域におけるうつ病に関するかかりつけ医の役割
3. 地域における専門医療機関の紹介
4. 診療報酬について

など

連携に関する診療報酬

- B009 診療情報提供料（Ⅰ）
- B005-12 こころの連携指導料（Ⅰ）
- B005-13 こころの連携指導料（Ⅱ）
- B005-10-1 ハイリスク妊産婦連携指導料（Ⅰ）
- B005-10-2 ハイリスク妊産婦連携指導料（Ⅱ）

B009 診療情報提供料（Ⅰ）

- ・ 保険医療機関が別の保険医療機関に紹介を行った場合 250点を算定
- ・ 精神科以外の診療科を標榜する保険医療機関が、うつ病等の精神障害の疑いにより、精神科を標榜する別の保険医療機関に当該患者が受診する日の予約を行った上で患者の紹介を行った場合は、精神科医連携加算として200点加算。

B005-12と13 こころの連携指導料

・ 施設基準
・ 届出

	こころの連携指導料（Ⅰ）	こころの連携指導料（Ⅱ）
点数	350点	500点
算定回数	月に1回	月に1回
医療機関	精神科または心療内科と連携体制を構築している医療機関	精神科または心療内科
内容	精神疾患が増悪するおそれがあるものに対して、診療及び療養上必要な指導を行い、精神科または心療内科へ診療情報の文書による提供を行う	こころの連携指導料(Ⅰ)を算定し紹介された患者に対して、診療及び療養上必要な指導を行い、患者を紹介した医師へ診療情報の文書による提供を行う

※B009 診療情報提供料（Ⅰ）は同時に算定できない

※「精神疾患が増悪するおそれがあるもの」とは(SAD personsスケール、EPDS、PHQ-9またはK-6等のスクリーニングにより精神科等に紹介が必要と認められる患者

スクリーニング検査

- SAD personsスケール : 自殺リスク
- EPDS : 産後うつ
- PHQ-9 : 抑うつ
- K-6 : うつや不安障害

SAD personsスケール：自殺リスク

- | | |
|---|-----------------|
| ☐ Sex | 男性 |
| ☐ Age | 20歳未満or 45歳以上 |
| ☐ Depression | うつ状態 |
| ☐ Previous Attempt | 自殺企図の既往 |
| ☐ Ethanol abuse | アルコール薬物乱用 |
| ☐ Rational thinking loss | 幻覚・脳器質症候群、精神病状態 |
| ☐ Social support deficit | 社会的援助の欠如 |
| ☐ Organized plan | 組織的な計画 |
| ☐ No spouse | 配偶者がいない |
| ☐ Sickness | 身体疾患 |

EPDS：産後うつ

- ☐笑うことができたし物事のおもしろい面も分かった
- ☐物事を楽しみにして待った。
- ☐物事がうまくいかない時、自分を不必要に責めた。
- ☐はっきりした理由もないのに不安になったり、心配した。
- ☐はっきりした理由もないのに恐怖に襲われた。
- ☐することがたくさんあって大変だった。
- ☐不幸せな気分なので眠りにくかった。
- ☐悲しくなったり、惨めになった。
- ☐不幸せな気分だったので泣いていた。
- ☐自分自身を傷つけるという考えが浮かんできた。

PHQ-9：抑うつ

- ☐物事に対してほとんど興味がない、または楽しめない
- ☐気分が落ち込む、憂うつになる、または絶望的な気持ちになる
- ☐寝つきが悪い、途中で目が覚める、または逆に眠りすぎる
- ☐疲れた感じがする、または気力がない
- ☐あまり食欲がない、または食べ過ぎる
- ☐自分はダメな人間だ、人生の敗北者だと気に病む、
または自分自身あるいは家族に申し訳がないと感じる。
- ☐新聞を読む、またはテレビを見ることなどに集中することが難しい
- ☐他人が気付くぐらいに動きや話し方が遅くなる。
あるいは反対にソワソワしたり、落ち着かず普段よりも動き回ることがある。
- ☐死んだ方がましだ、あるいは自分を何らかの方法で傷つけようと思ったことがある。

K-6：うつや不安障害

- ☐神経過敏に感じましたか
- ☐絶望的だと感じましたか
- ☐そわそわ、落ち着かなく感じましたか
- ☐気分が沈み込んで、何か起こっても気が晴れないように感じましたか
- ☐何をするのも骨折りだと感じましたか
- ☐自分は価値のない人間だと感じましたか

B005-10-1と2 ハイリスク妊産婦連携指導料

・施設基準
・届出

	ハイリスク妊産婦連携指導料（Ⅰ）	ハイリスク妊産婦連携指導料（Ⅱ）
点数	1000点	750点
算定回数	月に1回	月に1回
医療機関	産科	精神科または心療内科
内容	精神疾患を有するまたは疑われ、精神科へ紹介が必要と判断された妊婦または産後2ヵ月以内の患者を対象。精神科と連携し診療及び療養上の指導を行った、診療情報提供書を提供。	妊婦または産後6ヵ月以内。参加にかかっていて、診療情報が相互に定期的に行われている。2ヵ月に1回カンファレンスが開催されている。 ※ハイリスク妊産婦連携指導料(Ⅰ)と同時に算定できない

D285 認知機能検査その他の心理検査

- 1 操作が容易なもの
 - イ 簡易なもの 80点
 - ロ その他のもの 80点
- 2 操作が複雑なもの 280点
- 3 操作と処理が極めて複雑なもの 450点

D285 認知機能検査その他の心理検査

検査名	評価するもの	点数
SDS	うつ	80点
AUDIT	アルコール	なし
3DSS	不眠	なし
SAD personsスケール	自殺リスク	なし
EPDS	産後うつ	なし
PHQ-9	うつ	なし
K-6	うつや不安障害	なし

精神科の診療報酬

- 精神科専門療法料は、特に規定する場合(※心身医学療法)を除き、精神科を標榜する保険医療機関において算定する。
- 精神疾患とはICD-10の第5章「精神及び行動の障害」に該当する疾患、アルツハイマー病、てんかん、睡眠障害に該当する疾患
- 精神科専門療法料 + 薬剤料で算定
- 薬価が15円以下の場合は算定されない。15点を超えた場合、10円ごとに1点を加算して計算される。

精神科専門療法料

I 000	精神科電気痙攣療法	I 008	入院生活技能訓練療法
I 000-2	経頭蓋磁気刺激療法	I 008-2	精神科ショートケア
I 001	入院精神療法	I 009	精神科デイ・ケア
I 002	通院・在宅精神療法	I 010	精神科ナイト・ケア
I 002-2	精神科継続外来支援・指導料	I 010-2	精神科デイ・ナイト・ケア
I 002-3	救急患者精神科継続支援料	I 011	精神科退院指導料
I 003	標準型精神分析療法	I 011-2	精神科退院前訪問指導料
I 003-2	認知療法・認知行動療法	I 012	精神科訪問看護・指導料
I 004	心身医学療法	I 012-3	精神科訪問看護指示料
I 005	入院集団精神療法	I 013	抗精神病特定薬剤治療指導管理料
I 006	通院集団精神療法	I 014	医療保護入院等診療料
I 006-2	依存症集団療法	I 015	重度認知症患者デイ・ケア料
I 007	精神科作業療法	I 016	精神科在宅患者支援管理料

精神科を標榜していなくても算定可能

I 000	精神科電気痙攣療法	I 008	入院生活技能訓練療法
I 000-2	経頭蓋磁気刺激療法	I 008-2	精神科ショートケア
I 001	入院精神療法	I 009	精神科デイ・ケア
I 002	通院・在宅精神療法	I 010	精神科ナイト・ケア
I 002-2	精神科継続外来支援・指導料	I 010-2	精神科デイ・ナイト・ケア
I 002-3	救急患者精神科継続支援料	I 011	精神科退院指導料
I 003	標準型精神分析療法	I 011-2	精神科退院前訪問指導料
I 003-2	認知療法・認知行動療法	I 012	精神科訪問看護・指導料
I 004	心身医学療法	I 012-3	精神科訪問看護指示料
I 005	入院集団精神療法	I 013	抗精神病特定薬剤治療指導管理料
I 006	通院集団精神療法	I 014	医療保護入院等診療料
I 006-2	依存症集団療法	I 015	重度認知症患者デイ・ケア料
I 007	精神科作業療法	I 016	精神科在宅患者支援管理料

心身医学療法

- 心身医学療法とは、心身症の患者について、一定の治療計画に基づいて身体的傷病と心理・社会的要因との関連を明らかにするとともに、当該患者に対する心理的影響を与えることにより、症状の改善または傷病からの回復を図る治療法を言う。
- この心身医学療法には、自律訓練法、カウンセリング、行動療法、睡眠療法、バイオフィードバック療法、交流分析、ゲシュタルト療法、生体エネルギー療法、森田療法、絶食療法、一般心理療法及び簡便型精神分析療法が含まれる。
- 算定する場合は診療報酬書の傷病名欄において、身体傷病の次に(心身症)と記載する。例：「胃潰瘍（心身症）」

処方料・処方箋料の減算規定

【向精神薬多剤投与による減算】

1回の処方では抗不安薬3種類以上、睡眠薬3種類以上、抗うつ薬3種類以上、抗精神病薬3種類以上、抗不安薬と睡眠薬合わせて4剤以上した場合減算。

処方料 42点→18点 処方箋料 68点→28点

【ベンゾジアゼピン受容体作動薬の長期処方による減算規定】

1年以上連続して同一の成分を1日当たり同一用量で処方した場合減算。

処方料 42点→29点 処方箋料 68点→40点

ご清聴ありがとうございました。

講 演

『かかりつけ医 心の健康対応力向上研修 実践編』

久留米大学医学部神経精神医学講座

講師 中村 倫之

IV 「実践」編



久留米大学神経精神医学講座 中村 倫之



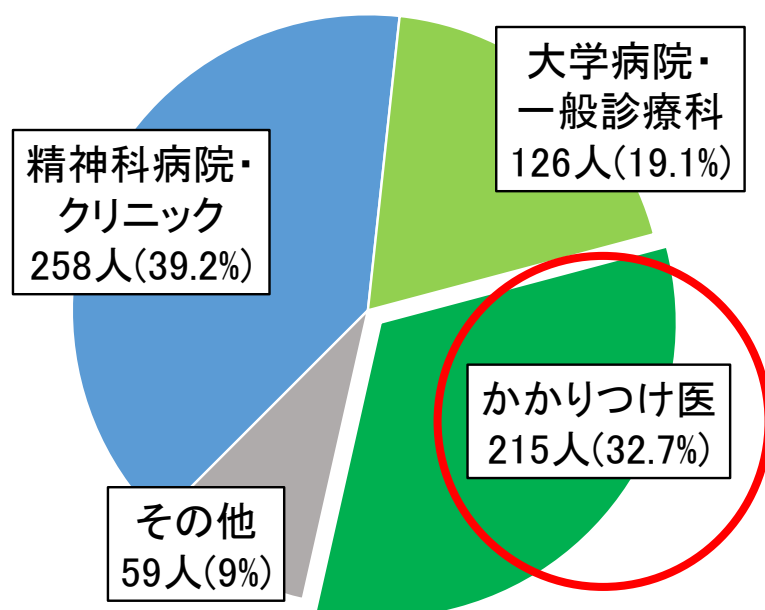
COI開示

開示すべきCOIはありません

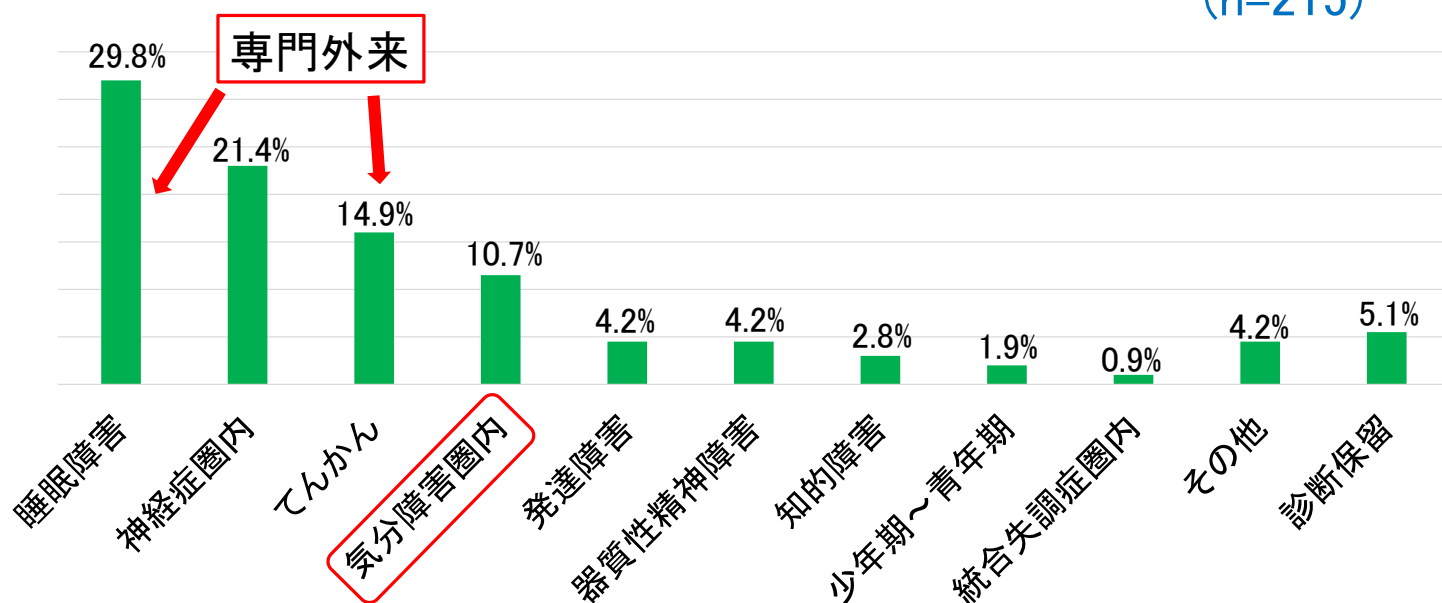
※出典のないスライドは演者が作成しています。
※症例は本人が特定されないよう一部内容を改変しています。



久留米大学精神神経科外来初診(紹介元) 2023年度



かかりつけ医→当科外来紹介となった患者の初診時診断 (n=215)



症例① うつ病の症状

症例② うつ病の診断/評価方法

症例③ 抗うつ薬を使ってみる

症例① うつ病の症状

症例② うつ病の診断/評価方法

症例③ 抗うつ薬を使ってみる

症例 ①

(うつ病の症状)

(※症例は個人が特定されないように、一部内容を変更しています)



症例 50代男性

同胞3人第1子、出生発育に特記異常は指摘されていない。
理系の大学を卒業後、パソコン関連会社に就職した。仕事は順調であったものの、上司との人間関係に悩むようになり、X-2年に自ら退職した。X-1年に電話関連の会社に再就職。しかし慣れない仕事に疲労感を感じるようになった。
徐々に、【人から言われたことを覚えていない】とを感じるようになり、また周囲からは【会話が噛み合わない】と指摘されるようになったため、同年2月に近医内科を受診。

受診時、身体症状や血液生化学所見に明らかな異常はなかった。
しかし、簡易認知症評価尺度の低下(※)を認め、若年性認知症の可能性を疑われ、X年6月に当科へ紹介となった。

※前医(X年2月)

- ・長谷川式簡易認知症評価尺度(HDS-R): 23/30点
- ・MMSE(Mini Mental State Examination): 24/30点



【当科外来にて】

当科受診時、表情の変化が乏しく淡々とした口調で返答をした。

質問に対し、何か考え込んだ後に「どんな質問でしたか？」と聞き返す姿がみられた。同居する家族の促しで何とか食事を摂ることは出来ていたが、不眠(入眠困難)を認めた。気分の落ち込みは明らかではなかったが、趣味の音楽や映画鑑賞はこの2か月出来ずにいた。

○飲酒歴: 機会飲酒

○身体所見 → 特記異常なし

○採血 → 特記異常所見なし

○頭部MRI → 明らかな占拠性病変はなく、大脳萎縮も目立っていなかった。

→最終的に「うつ病」の診断に至り、休職の上で抗うつ薬を開始。

→約4か月間の治療により、気分症状の改善を認め復職。

→HDS-R:23点 → 29/30点 MMSE:24点 → 30点/30点

うつ病とは (ICD-10より抜粋)

◆ 中心的な精神症状として、**抑うつ気分**と**興味関心の低下**の2つ

◆ 通常、2週間以上症状が持続する

1. 抑うつ気分

健常人でも気分の落ち込みを一時的に経験することはあるが、うつ病の場合はその程度が激しく、抑うつ気分と呼ばれる

2. 興味関心の低下

今までやっていたことに関心を示せなくなる

3. 他の精神症状

集中力と注意力の低下、自己評価や自信の低下

罪責感・無価値感、悲観的な思考、自傷/自殺念慮・行動

睡眠障害、食欲低下

気分の日内変動、性欲の減退、情動反応の低下

うつ病は認知機能障害を認めることがある¹⁾ 【仮性認知症】

注意

- ・会話、テレビ・映画鑑賞、読書中に情報が入ってこない。
- ・仕事に集中出来ない。

記憶

- ・仕事内容を覚えていない
- ・物を忘れる、無くす
- ・メモが必要

実行機能

- ・意思決定が出来ない
- ・意思決定を避け、他人に任せる
- ・結果への不安と恐れ

処理速度

- ・少量の仕事にも時間がかかる
- ・脳が働いていない感じ

- 抑うつ症状出現前から発現し、うつ症状改善後も遷延する事がある²⁾。
- うつ病エピソード中の94%、寛解期に44%もの認知機能障害が出現/残存する³⁾。(3年間の前向き研究)

うつ病は身体症状を認めることがある

【表2 うつ病の身体症状】

症状	出現率 (%)	症状	出現率 (%)
睡眠障害	82-100	めまい	27-70
倦怠感	54-92	異常感覚	53-68
食欲不振	53-94	月経異常	41-60
頭痛・頭重感	48-89	心悸亢進	38-59
性欲減退	61-78	悪心・嘔吐	9-48
呼吸困難感	9-77	関節痛	30
便秘・下痢	42-76	振戦	10-30
口渇	38-75	耳鳴り	28
体重減少	58-74	発汗	20
頻尿	70		

慢性疾患はうつ病を併発しやすい

【表1 うつ病の併発率】

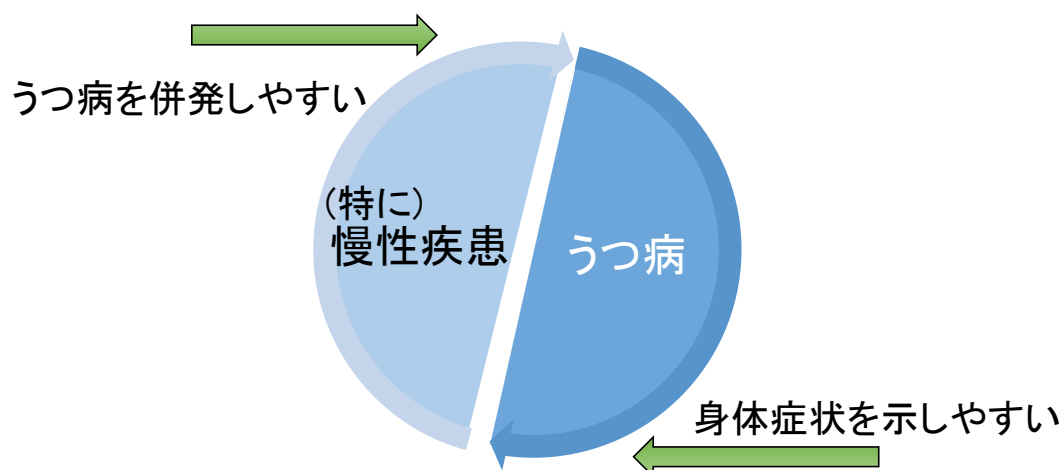
身体疾患	有病率 (%)	身体疾患	有病率 (%)
がん	20-38	血液透析	6.5
慢性疲労症候群	17-46	HIV感染症	30
慢性疼痛	21-32	ハンチントン舞蹈病	41
冠動脈疾患	16-19	甲状腺機能亢進症	31
クッシング症候群	67	多発性硬化症	6-57
認知症	11-40	パーキンソン病	28-51
糖尿病	24	脳卒中	27
てんかん	55		

「死」への恐怖、身体的な不自由・苦痛
治療期間が長い、「改善」の希望を持ちにくい



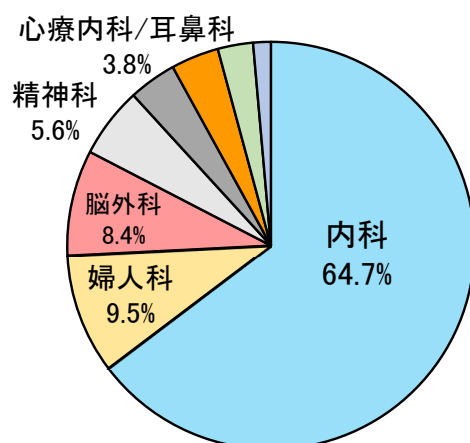
一般的には急性疾患よりも
慢性疾患はうつ病を発症しやすい

うつ病と身体疾患の関係



何かしらの症状(身体症状、精神症状)が出現した時に、
必ずしも適切な診療科を受診するわけではない。

うつ病患者の初診診療科



【うつ病としてクリニック通院中の患者の初診診療科】

- 精神科受診への敷居の高さ（なじみのかかりつけ医には相談しやすい）
 - そもそも、身体症状が主訴であることがある
- ➡ 身体評価と身体症状が合致しない場合には精神疾患が背景にある可能性がある

当科外来で【うつ病】と診断された方の主訴 (n=18)

【精神症状】

意欲低下	4人
気分の落ち込み	1人
不安	4人
希死念慮	2人
いらいら感	1人
物忘れ	1人
パニック症状	1人
頭が回らない	1人

【身体症状】

倦怠感	5人
力が入らない	1人
息苦しさ	1人
体重減少	1人
味覚障害	1人
喉の痛み	1人
不眠	3人
日中の眠気	1人
起床困難	1人

症例①のまとめ (うつ病の症状)

- うつ病は気分症状だけでなく多彩な症状(認知機能障害や身体症状)が出現することがある。
- うつ病患者の大半がまず最初にかかりつけ医を受診する。

症例① うつ病の症状

症例② うつ病の診断/評価方法

症例③ 抗うつ薬を使ってみる

症例 ②

(うつ病の診断/評価方法)

(※症例は個人が特定されないように、一部内容を変更しています)



症例 30代女性

同胞2人第1子、出生発育に特記異常は指摘されていない。
工業高校卒業後、半導体関連の会社に就職し12年間勤務。不眠で数回のみ精神科クリニックを受診したことがある。X-6年に結婚するも、X-1年に離婚した。
離婚後、X年3月に他県へ転居し、飲食店でのアルバイトに就いた。

接客業は思いのほか楽しく充実していたが、同年7月頃から明らかな誘因なく抑うつ気分、意欲低下、不眠や倦怠感を認めるようになった。同年9月に帰郷し実家で生活し始めるも症状は遷延し、同年10月に近医クリニックを受診。

うつ病と診断され、エスシタロプラム(抗うつ薬)が開始され、十分量使用されたが、改善はなく、同年12月に当科紹介となった。



【診断/評価方法】:うつ病の2質問法

①最近2週間にわたって、気持ちが沈んでいたり、落ち込んでいたり、絶望的であったりしましたか？

②最近2週間にわたって、何をするにもほとんど興味が持てなかったり、喜びを感じられなかったりしましたか？

いずれかの質問に「はい」と返答した場合、
陽性的中率:57% 陰性的中率:98%

うつ病とは (ICD-10より抜粋)

- ◆ 中心的な精神症状として、抑うつ気分と興味関心の低下の2つ
- ◆ 通常、2週間以上症状が持続する

1. 抑うつ気分

健常人でも気分の落ち込みを一時的に経験することはあるが、うつ病の場合はその程度が激しく、抑うつ気分と呼ばれる

2. 興味関心の低下

今までやっていたことに関心を示せなくなる

3. 他の精神症状

集中力と注意力の低下、自己評価や自信の低下
罪責感・無価値感、悲観的な思考、自傷/自殺念慮・行動
睡眠障害、食欲低下
気分の日内変動、性欲の減退、情動反応の低下

【診断/評価方法】: 症状評価尺度を使ってみる

うつ状態の重症度を数値化し評価する。

SDS うつ性自己評価尺度

CES-D うつ病(抑うつ状態)自己評価尺度

- ➡ 自記式なので容易
- ➡ 非専門医であれば、症状の見落としを防ぐ。
- ➡ 触れにくい話題のきっかけにしやすい。
- ➡ 保険点数を取得できる

D285 認知機能検査その他の心理検査

D285-1: 操作が容易なもの 80点

- ➡ 自記式のため、点数が過度に高値になる人がいる

SDS (Self-rating Depression Scale)

	ないか、 たまに	ときどき	かなりの あいだ	ほとんど いつも	点数
1. 気が沈んで憂うつだ	1	2	3	4	
2. 朝がたは いちばん気分がよい	4	3	2	1	
3. 泣いたり、泣きたくなる	1	2	3	4	
4. 夜よく眠れない	1	2	3	4	
5. 食欲は ふつうだ	4	3	2	1	
6. まだ性欲がある (独身の場合) 異性に対する 関心がある	4	3	2	1	
7. やせてきたことに 気がつく	1	2	3	4	
8. 便秘している	1	2	3	4	
9. ふだんよりも 動悸がする	1	2	3	4	
10. なんとなく 疲れる	1	2	3	4	
11. 気持ちは いつもさっぱりしている	4	3	2	1	
12. いつもとかわりなく 仕事をやれる	4	3	2	1	
13. 落ち着かず、じっとしてられない	1	2	3	4	
14. 将来に 希望がある	4	3	2	1	
15. いつもより いらいらする	1	2	3	4	
16. たやすく 決断できる	4	3	2	1	
17. 役に立つ、働ける人間だと思う	4	3	2	1	
18. 生活は かなり充実している	4	3	2	1	
19. 自分が死んだほうが ほかの者は楽に暮らせ ると思う	1	2	3	4	
20. 日頃していることに 満足している	4	3	2	1	
素点の合計					

正常	23	35	47
神経症	39	49	59
うつ病	53	60	67

症例②の経過

- 日中は家事等は何もする気にならず、臥床しぼーっとしていると1日が終わっている。
- 好きだった小物作りも出来ない。入浴やお風呂、化粧も億劫。
- 仕事をしていた頃は、いつもの作業手順が分からず時間がかかる
- 返信内容がまとまらずLINEの未返信がたまる。



⇒ **うつ病**と改めて診断 SDS:53点
 PHQ-9:17点(中等症)
 PDQ-5:8点

・採血⇒甲状腺機能含め問題なし
(眼球突出様)
・脳波⇒正常脳波
・頭部CT⇒明らかな占拠性病変なし

PHQ-9 (自記式うつ病評価尺度)

17点 ————— 8点 ————— 6点 →

PDQ-5 (自記式: 認知機能障害。0~20点)

8点 ————— 6点 ————— 4点 →

2週

4週

6週

8週

無理なく家事の手伝いをするようになる
テレビを見て面白いと思うようになる
仕事復帰への焦りが軽減する

外出し、久しぶりに友達と会う
福岡市まで出て買い物する
小物作りをやってみようかと思う。

プレクスピラゾール1mg (開始)

エシタロプラム20mg (継続)

スボレキサント5mg (開始)

PHQ-9

この2週間、次のような問題にどのくらい頻繁（ひんばん）に悩まされていますか？

	全く ない	数日	半分 以上	ほとんど 毎日
(A) 物事に対してほとんど興味が無い、または楽しめない……………	☐	☐	☐	☐
(B) 気分が落ち込む、憂うつになる、または絶望的な気持ちになる……………	☐	☐	☐	☐
(C) 寝付きが悪い、途中で目がさめる、または逆に眠り過ぎる……………	☐	☐	☐	☐
(D) 疲れた感じがする、または気力がない……………	☐	☐	☐	☐
(E) あまり食欲がない、または食べ過ぎる……………	☐	☐	☐	☐
(F) 自分はダメな人間だ、人生の敗北者だと気に病む、または 自分自身あるいは家族に申し訳がないと感じる……………	☐	☐	☐	☐
(G) 新聞を読む、またはテレビを見ることなどに集中することが難しい……………	☐	☐	☐	☐
(H) 他人が気づくぐらいに動きや話し方が遅くなる、あるいは反対に、 そわそわしたり、落ちつかず、ふだんよりも動き回ることがある……………	☐	☐	☐	☐
(I) 死んだ方がましだ、あるいは自分を何らかの方法で傷つけようと思 ったことがある……………	☐	☐	☐	☐

4点以下：なし、5-9点：軽度、10-14点：中等度、15-19点：中等度～重度、20点以上：重度

KURUME UNIVERSITY

PDQ-5

過去1週間において

- ① 物事をうまく整理できないことがありましたか？
- ② 何かに集中することが出来ないことがありましたか？
- ③ 日にちを忘れてしまい、調べないといけないことがありましたか？
- ④ 電話をした後に、電話中に何を話したか覚えていないことがありましたか？
- ⑤ 頭が完全に真っ白になったように感じることはありませんか？

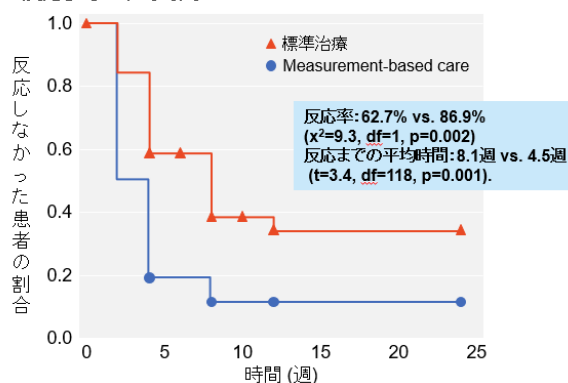
0:1度もない、1:ほとんどない、2:時々ある、3:たびたびある、4:ほとんどいつもある

KURUME UNIVERSITY

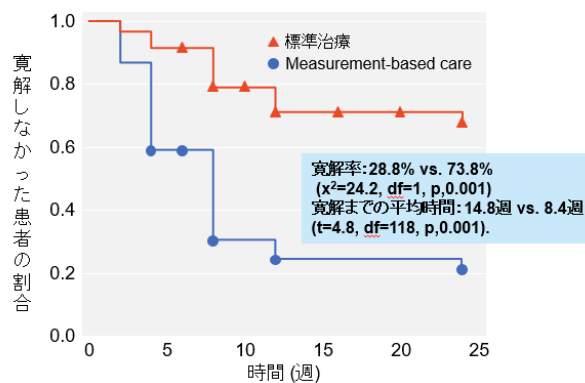
症状評価尺度を使いましょう Measurement Based Care (MBC)

- MBCによる介入は標準治療に比べ、反応率ならびに寛解率を高め、反応や寛解までの時間を短縮した¹⁾。(下記A/B) (メタ解析)
- MBC介入群は、通常治療群に比べ、寛解率と重症度の改善が有意に優れていた²⁾。

A. 反応までの平均時間



B. 寛解までの平均時間



おすすめ⇒自記式評価尺度(PHQ-9、QIDS-SR、PDQ-5など)

1) Reprinted with permission from the American Journal of Psychiatry, Volume 172, Issue 10, "Measurement-Based Care Versus Standard Care for Major Depression: A Randomized Controlled Trial With Blind Raters," Guo et al., p. 1009 (Copyright © 2015). American Psychiatric Association. All Rights Reserved.
2) Zhu M, Hong RH, Yang T, et al., The Efficacy of Measurement-Based Care for Depressive Disorders: Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials, The Journal of Clinical Psychiatry. 82(5):21r14034., 2021. Copyright 2021, Physicians Postgraduate Press. Reprinted by permission.

大塚製薬提供資料より演者作成

精神疾患の診断の流れ

- (1) 意識障害の有無
(せん妄であれば原因検索)
- (2) 身体因性精神障害の有無
(薬物や症候性、器質性)
- (3) 内因性精神障害
(統合失調症、うつ病、躁うつ病)
- (4) その他の精神疾患
(不安障害、知的障害、発達障害、パーソナリティ障害)

ポイント

・うつ症状が中心であっても、まず身体疾患や内服薬による影響を考慮する

・採血⇒甲状腺機能含め問題なし
(眼球突出様)
・脳波⇒正常脳波
・頭部CT⇒明らかな占拠性病変なし

PHQ-9 (自記式うつ病評価尺度)

17点 ————— 8点 ————— 6点 →

PDQ-5 (自記式: 認知機能障害。0~20点)

8点 ————— 6点 ————— 4点 →

2週

4週

6週

8週

無理なく家事の手伝いをするようになる
テレビを見て面白いと思うようになる
仕事復帰への焦りが軽減する

外出し、久しぶりに友達と会う
福岡市まで出て買い物する
小物作りをしてみようかと思う。

プレクスピラゾール1mg (開始)

エシタロプラム20mg (継続)

スポレキサント5mg (開始)

抑うつを呈しやすい身体疾患と薬剤

【身体疾患】

内分泌疾患

甲状腺機能障害
副甲状腺機能障害
性腺機能障害
電解質異常(特に低Na血症)

中枢神経疾患

パーキンソン病
多発性硬化症
脳血管性認知症
アルツハイマー病
正常圧水頭症
慢性硬膜下血腫

その他

膠原病(SLE, 関節リウマチ)
インフルエンザ
膵炎

悪性腫瘍

【薬物】

降圧薬

レセルピン
 α -メチルドパ、 β 遮断薬

ホルモン製剤

副腎皮質ステロイド
黄体卵胞混合ホルモン
ブセレリン酢酸塩

抗潰瘍薬

H2受容体拮抗薬

抗パーキンソン病薬

アマンタジン、L-DOPA

免疫調整薬

インターフェロン

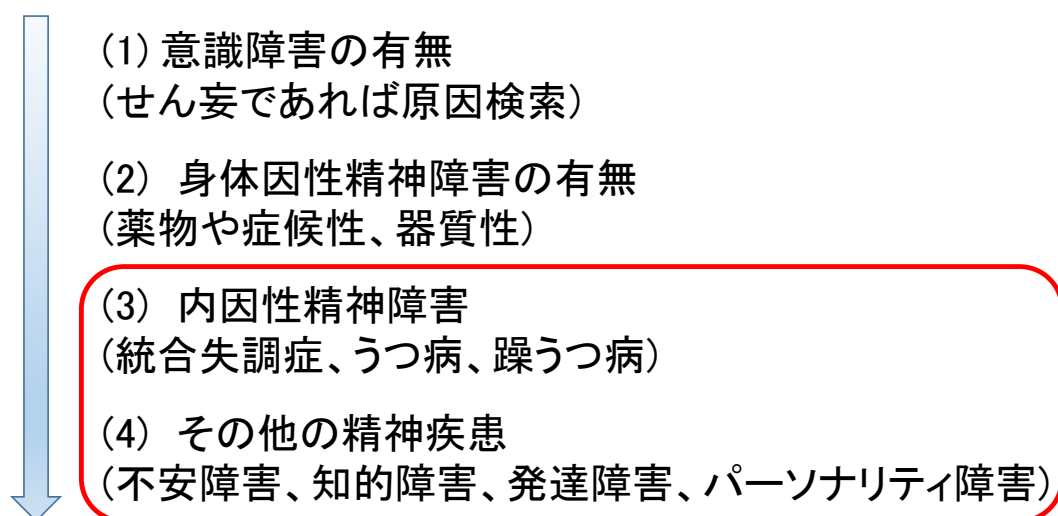
抗精神病薬

ハロペリドール

抗酒薬

ジスルフィラム

精神症状の診断の流れ



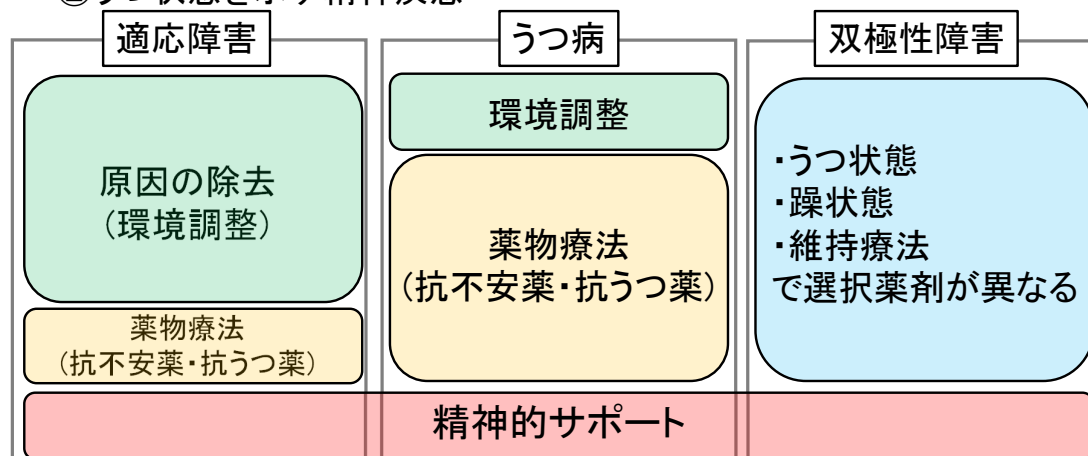
ポイント

・うつ症状が中心であっても、まず身体疾患や内服薬による影響を考慮する

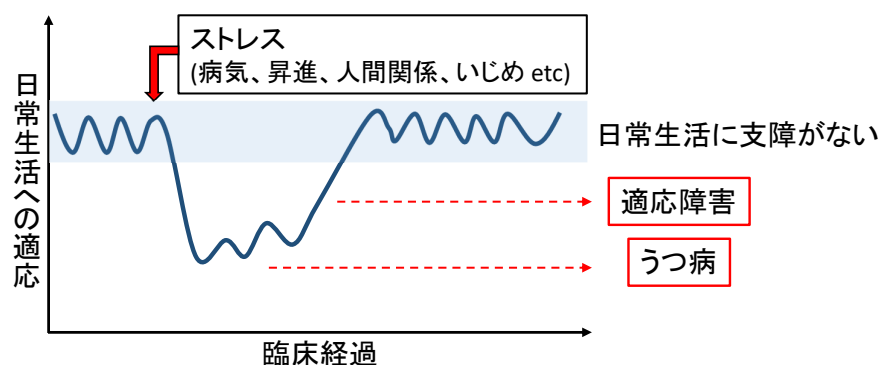
うつ病/うつ状態の治療

- ①身体因性(器質性/症状性/薬剤性)によるうつ状態
- ・原疾患の治療、もしくは原因薬剤の変更
(例：甲状腺機能低下症の加療、ステロイド製剤の減薬など)
 - ・場合によっては、抗うつ薬の使用を検討する

②うつ状態を示す精神疾患



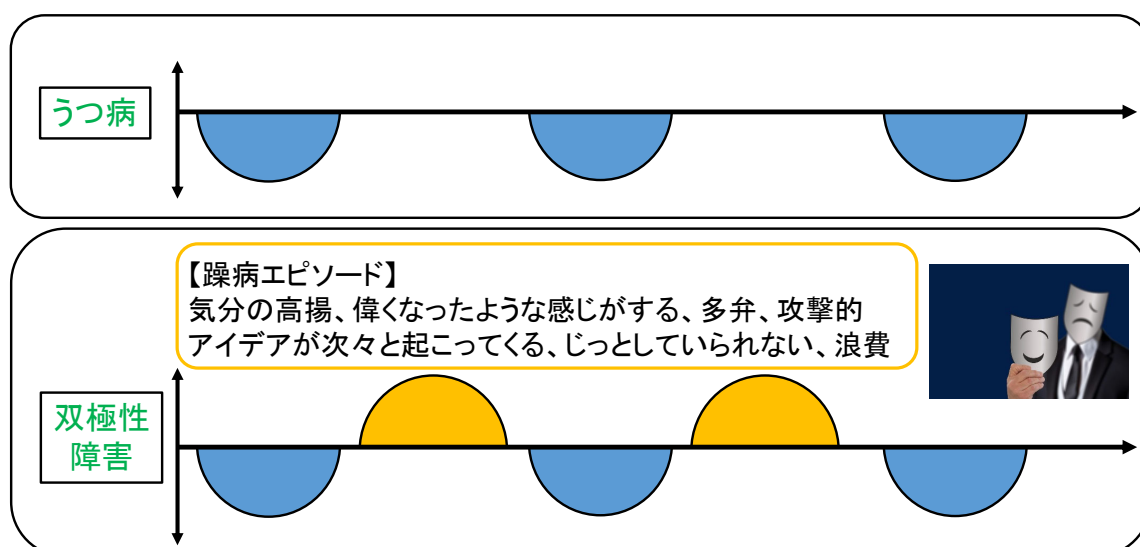
うつ症状を示す精神疾患（適応障害）



- 明確なストレス因があり、それによって日常生活に支障をきたすほど、抑うつ気分や不安など多彩な精神症状が出現する。
- ストレスに直面している時に症状が悪化しやすく、ストレス因から離れると安定する。
- 治療はストレス因の除去で、一般的に抗うつ薬は効きにくい。

はっきりと確認できるストレスに反応して、気持ちや行動に異常が生じるのが特徴

うつ症状を示す精神疾患（双極性障害）



長くうつ病として加療している患者でも、後に躁症状が出現した時点で「うつ病」から「躁うつ病」に診断が変更となる

症例②のまとめ（うつ病の診断/評価方法）

- ①2質問法をおさえる
- ②症状評価尺度を使ってみる
- ③身体疾患/薬剤に伴ううつ病かどうかの鑑別

症例① うつ病の症状

症例② うつ病の診断/評価方法

症例③ 抗うつ薬を使ってみる

症例 ③ (抗うつ薬を使ってみる)

(※症例は個人が特定されないように、一部内容を変更しています)



症例 60代女性

同胞3人第3子、出生発育に特記異常は指摘されていない。
短大卒業後は事務職として勤務し、25歳時に現夫と結婚し退職した。
現在は、夫、子供2人との4人生活。

X年5月、入院中であった義母が他界。コロナ禍でほとんど面会に行けなかったことに罪悪感を感じ、その後の葬儀の慌ただしさを負担に感じた。

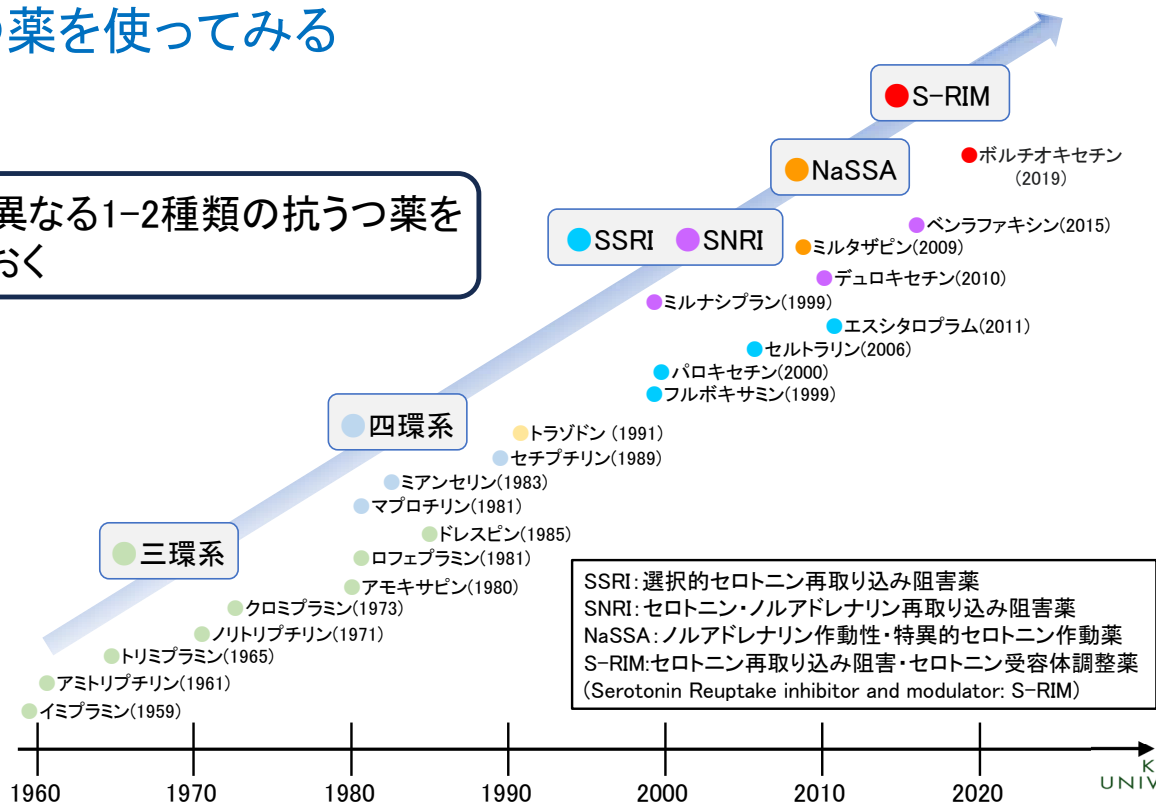
同年6月頃からは、胃の不調や下痢が出現し、**近医内科**を受診。整腸剤等を処方され改善したが、徐々に不眠を認めるようになった。不眠に対しては、ゾルピデム(マイスリー®)5mgが開始され寝つきは良くなったが、すぐに覚醒した。

同年8月頃からは倦怠感を認め、家事が億劫となり、気分も塞ぎがちになった。
【うつ病】と診断され、**ミルタザピン**や**ベンラファキシン**といった抗うつ薬が使用されたが、症状の改善なく、同年10月に当科紹介となった。



抗うつ薬を試してみる

系統の異なる1-2種類の抗うつ薬を決めておく



抗うつ薬を試してみる

適切なうつ病診断がなされているか

【必ず確認しておきたい】

- うつ状態を示しやすい身体疾患、薬剤
- うつ状態を示しやすいうつ病以外の精神疾患

抗うつ薬を試してみる（一般診療科用）

- 抗うつ薬を開始する場合には、**嘔気・嘔吐、下痢**などの主要な副作用が起こりうる可能性があることを事前に説明する。
- また「**アクチベーション症候群**」を起こす可能性があり、少量から開始し、1週間以上の間隔を空けて増量する。（添付文書に沿って）

【アクチベーション症候群】

焦燥感や不安感の増悪、不眠、パニック発作、アカシジア、敵意・易刺激性の亢進、躁・軽躁状態などが出現する状態

- 抗うつ薬の**効果は早くとも1週間～10日**かかる。
効果判定には**最低4週間は継続**する。
- 十分量を試してみる。急に止めない。

抗うつ薬使用時の注意点（躁うつ病の見極め）

躁うつ病のうつ状態に対して抗うつ薬を使用した場合、**躁転化**(躁状態になる)する可能性があるため、原則使用しない。

ただし、長年うつ病と診断された患者が実際には躁うつ病であることがある。

【躁うつ病である可能性を疑うポイント】

- 若年発症(20代早期)
- エピソードの回数が多い
- 治療抵抗性(抗うつ薬への反応が不良)
- 抗うつ薬治療による気分高揚の経験
- 躁うつ病の家族歴

今症例の場合

【前医処方】

効果を判断するには期間が短い

ミルタザピン(リフレックス®) 15mgで1週間、30mgで1週間⇒効果不十分で中止
ベンラファキシン(イフェクサー®)75mgで6週間使用⇒効果不十分で中止

効果を判断するには用量が少ない

【当科受診後】

当科を受診後、改めてうつ病と診断された。

うつ病に対し、**エシタロプラム**が開始され、最大用量まで増量された。

治療開始から、約1か月頃から徐々に気分症状の改善を認め、4か月後には家事をするなど、日常生活に支障がないほどに改善した。

症例③のまとめ(抗うつ薬を使ってみる)

- ①適切な診断がなされているか確認する
- ②系統の異なる1-2種類の抗うつ薬を決めておく
- ③副作用、効果が出るまでの期間を把握しておく
- ④十分量・十分期間使ってみる

うつ病患者を精神科専門医に紹介する状況 (日本医師会ガイドライン)

- ①診断に苦慮する場合
- ②SSRI、SNRI、sulpirideを投与しても、症状が改善しない場合
- ③うつ病が重症の場合
- ④産後うつ病
- ⑤躁状態
- ⑥自殺念慮が強いうつ病
- ⑦なじみの精神科医を作っておく