

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12月17日（水）19:00

場所：福岡県医師会館 5階研修室

令和7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12月17日（水）

1) 「連携」編 19:00～20:00

演題「～連携編～」

講師：九州大学病院精神科神経科

講師 村山 桂太郎 先生

(C C : 20 「不眠」 1 単位)

2) 「実践」編 20:00～21:00

演題「～実践編～」

講師：九州大学病院精神科神経科

講師 平野 昭吾 先生

(C C : 69 「不安」 1 単位)

3. 閉　　会

講 演

『～連携編～』

九州大学病院精神科神経科

講師 村山 桂太郎

かかりつけ医 心の健康対応力向上研修

3. 「連携」編

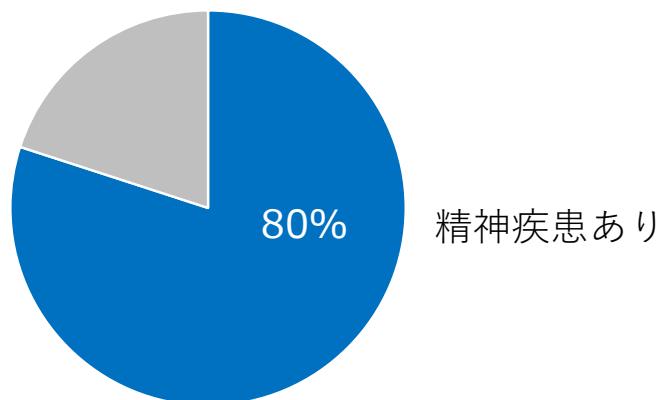
九州大学病院 精神科神経科
村山桂太郎

本日の内容

- はじめに
- 地域におけるうつ病に関するかかりつけ医の役割
- 地域において利用可能な制度や社会資源について
- 診療報酬について

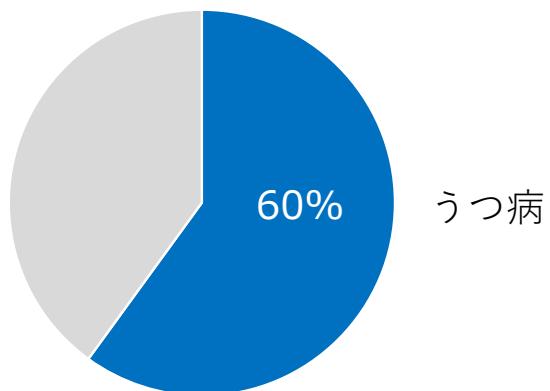
なぜ、かかりつけ医が「心の健康」への対応力向上を
求められているのでしょうか？

自殺者の中のうち**80%**に何らかの精神疾患が関与している



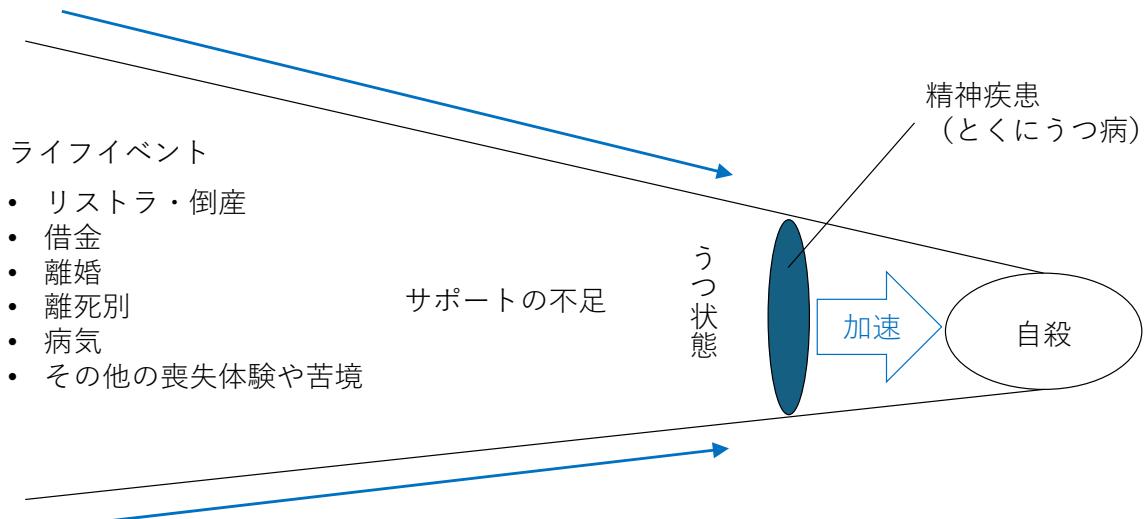
Ferrari et al. Plos One, 2014

自殺者の精神疾患のうち50~60%が「うつ病」と推定されている



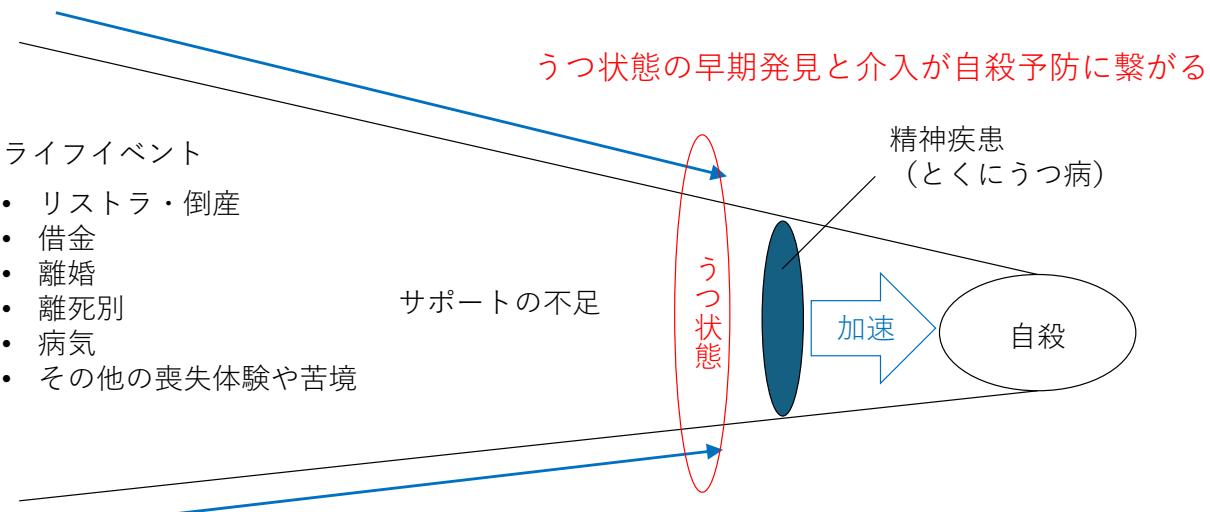
Hawton et al. J Affect Dis, 2013

うつ病が自殺を加速させる



張賢徳. 精神医学 p144

うつ病が自殺を加速させる



張賢徳. 精神医学 p144

「自殺総合対策大綱」（令和4年10月閣議決定）（概要）

- 平成18年に自殺対策基本法が成立。
- 同法に基づく「自殺総合対策大綱」に基づき、自殺対策を推進。

現 行：令和4年10月14日閣議決定
第3次：平成29年7月25日閣議決定
第2次：平成24年8月28日閣議決定
第1次：平成19年6月 8日閣議決定

第1 自殺総合対策の基本理念

誰も自殺に追い込まれることのない社会の実現を目指す

- ✓ 自殺対策は、社会における「生きることの阻害要因」を減らし、「生きることの促進要因」を増やすことを通じて、社会全体の自殺リスクを低下させる

阻害要因：過労、生活困窮、育児や介護疲れ、いじめや孤立等
促進要因：自己肯定感、信頼できる人間関係、危機回避能力等

第2 自殺の現状と自殺総合対策における基本認識

- ✓ 自殺は、その多くが追い込まれた末の死である
- ✓ 年間自殺者数は減少傾向にあるが、非常事態はいまだ続いている
- ✓ 新型コロナウイルス感染症拡大の影響を踏まえた対策の推進
- ✓ 地域レベルの実践的な取組をPDCAサイクルを通じて推進する

第3 自殺総合対策の基本方針

- 生きることの包括的な支援として推進する
- 関連施策との有機的な連携を強化して総合的に取り組む
- 対応の段階に応じてレベルごとの対策を効果的に連動させる
- 実践と啓発を両輪として推進する
- 国、地方公共団体、関係団体、民間団体、企業及び国民の役割を明確化し、その連携・協働を推進する
- 自殺者等の名誉及び生活の平穡に配慮する

第4 自殺総合対策における当面の重点施策

- 地域レベルの実践的な取組への支援を強化する
- 国民一人ひとりの気付きと見守りを促す
- 自殺総合対策の推進に資する調査研究等を推進する
- 自殺対策に関わる人材の確保、養成及び資質の向上を図る
- 心の健康を支援する環境の整備と心の健康づくりを推進する
- 適切な精神保健医療福祉サービスを受けられるようにする
- 社会全体の自殺リスクを低下させる
- 自殺未遂者の再度の自殺企図を防ぐ
- 遺された人への支援を充実する
- 民間団体との連携を強化する
- 子ども・若者の自殺対策を更に推進する
- 勤務問題による自殺対策を更に推進する
- 女性の自殺対策を更に推進する

第5 自殺対策の数値目標

- ✓ 誰も自殺に追い込まれることのない社会の実現を目指すため、当面は先進諸国の現在の水準まで減少させることを目指し、令和8年までに、自殺死亡率（人口10万人当たりの自殺者数）を平成27年と比べて30%以上減少させることとする。
(平成27年：18.5 ⇒ 令和8年：13.0以下) ※令和2年：16.4

第6 推進体制等

- 国における推進体制
- 地域における計画的な自殺対策の推進
- 施策の評価及び管理
- 大綱の見直し

第4 自殺総合対策における当面の重点施策

1. 地域レベルの実践的な取組への支援を強化する
2. 国民一人ひとりの気付きと見守りを促す
3. 自殺総合対策の推進に資する調査研究等を推進する
4. 自殺対策に関わる人材の確保、養成及び資質の向上を図る
5. 心の健康を支援する環境の整備と心の健康づくりを推進する
6. 適切な精神保健医療福祉サービスを受けられるようにする
7. 社会全体の自殺リスクを低下させる
8. 自殺未遂者の再度の自殺企図を防ぐ
9. 遺された人への支援を充実する
10. 民間団体との連携を強化する
11. 子ども・若者の自殺対策を更に推進する
12. 勤務問題による自殺対策を更に推進する
13. 女性の自殺対策を更に推進する

なぜ、かかりつけ医が「心の健康」への対応力向上を求められているのでしょうか？

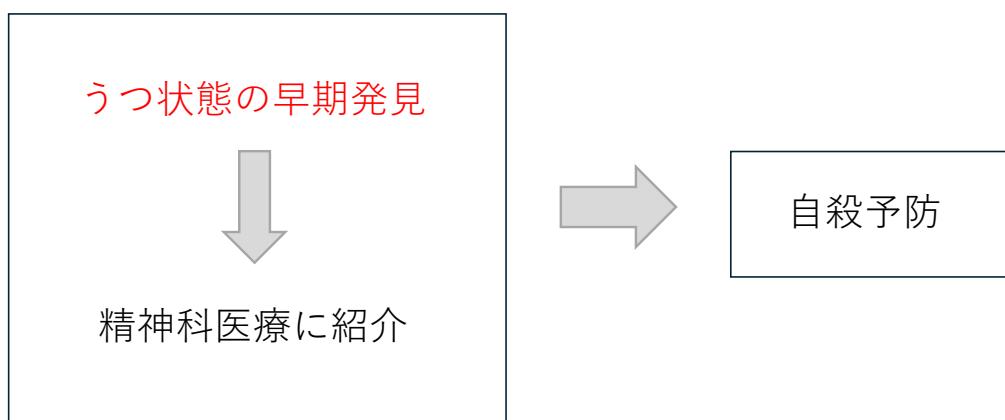
うつ状態を早期に発見し、適切な介入を受けることができるよう促す



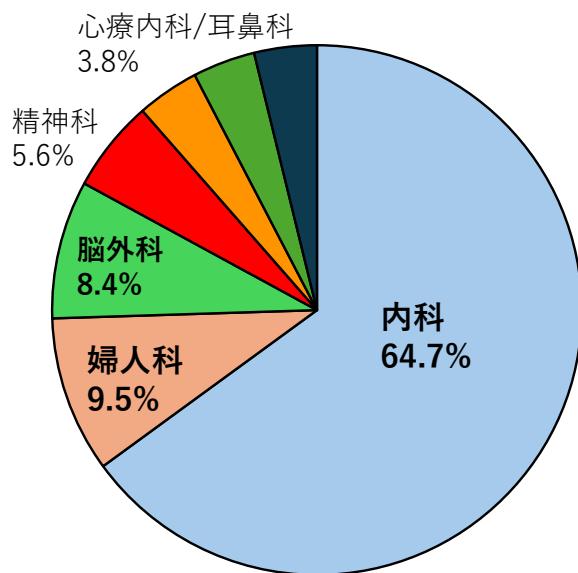
自殺者数の低減に寄与するため

- はじめに
- 地域におけるうつ病に関するかかりつけ医の役割
- 地域において利用可能な制度や社会資源について
- 診療報酬について

地域におけるうつ病に関するかかりつけ医の役割



うつ病患者の初診の多くは身体科を受診する



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

なぜうつ病の患者が身体科を受診するのか？

- うつ病では精神症状以外に身体症状が出現する

うつ病の患者の**77%が身体症状のみ**を訴えて医師の診察を受けていた¹⁾

1) Simon G. E. et al. *New Eng J. Med.* 1999

うつ病の精神症状

精神症状：「抑うつ気分」と「興味関心の低下」

—— 抑うつ気分（悲しみ、空虚感、絶望感） ——

- 切ない
- 侘しい
- 心細い
- 重苦しい
- 失意の
- 苦しみ悶えて

うつ病に生じる身体症状（1）：日本からの報告

身体症状	人数 (%)
易疲労感	78 (86%)
不眠	72 (79%)
嘔気・嘔吐	46 (51%)
息切れ	35 (38%)
動悸	35 (38%)
腰痛・背部痛	33 (36%)
下痢	27 (30%)
頭痛	25 (27%)

N=91

三家典子ら. レジデント, 2017

うつ病に生じる身体症状（2）：海外からの報告

身体症状	(%)
いつも疲労感がある	78
頭痛	43
腰部痛	40
筋肉痛	38
頸部痛	38
関節痛	37
腕や足が重い感じ	35
四肢の冷え	32

N = 2191

A. L. Vaccarino et al. J Affective Disorder, 2008

プライマリケアの場面でうつを予測する因子

- ・ 器質的要因を認めない（医学的に説明がつかない）身体症状がある
- ・ 不眠を認める¹⁾
 - ・ うつ病患者の90%は不眠をもつ
 - ・ 不眠を訴える患者の5人に1人がうつ病患者である
 - ・ うつ病を有していない不眠を訴える患者も3年以内にうつ病を発症する危険率が一般の4倍

1)尾崎紀夫. プライマリケア医と精神科医の連携

プライマリケアで「うつ」をスクリーニングする方法

2質問法

- この1ヶ月間、頻繁に気分が沈んだり、ゆううつな気持ちになったことがありますか？
- この1ヶ月間、頻繁に物事に対して興味がわかない、あるいは心から楽しめない感じがありましたか？

一つでも「Yes」であれば陽性（感度97%，特異度67%）

B. Arroll et al. BMJ, 2003

- 地域におけるうつ病に関するかかりつけ医の役割
- 地域において利用可能な制度や社会資源について
- 診療報酬について

- 地域におけるうつ病に関するかかりつけ医の役割
- 地域において利用可能な制度や社会資源について
 1. 精神保健福祉センター
 2. 自立支援医療および指定医療機関
 3. 地域の相談窓口・社会資源マップ
 4. 久留米市のうつ病診療連携による自殺対策

1. 精神保健福祉センター

- 精神保健の向上や精神障がい者の福祉の増進を図る機関

- 各都道府県および政令指定都市に設置

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

北九州市精神保健福祉センター

- **かかりつけ医からの相談・紹介窓口**として、地域資源との連携を図る
- 住民対象の電話相談窓口の設置

1. 精神保健福祉センター

福岡県の住民を対象とした電話相談窓口

心の健康相談



こころの健康、こころの病気に関するご本人やご家族、身近な方からのご相談を、精神科医、保健師、心理士等の相談員が電話や面談で伺います。

○精神保健福祉相談

「精神的な病気ではないかと心配している」「こころの病気に関する医療機関や自助グループを探している」ときなどにご利用いただく相談窓口です。

【受付時間】月～金 8：30～17：15 【TEL】092-582-7500

○心の健康相談電話

悩みなどの話を聞いてほしい方のための専用電話です。

【受付時間】月～金 9：00～16：00 【TEL】092-582-7400

○専門相談（来所・予約制）

▶アルコール・薬物相談（ギャンブル等依存症含む） 第1～4火曜日 9：00～12：00
薬物やアルコール等の依存症でお悩みのご本人やご家族の相談に応じます。

▶思春期精神保健相談 第1・3木曜日 9：00～12：00
思春期のこころの問題でお悩みのご本人やご家族の相談に応じます。

【予約受付時間】月～金 9：00～17：15 【TEL】092-582-7500

- 地域におけるうつ病に関するかかりつけ医の役割
- 地域において利用可能な制度や社会資源について

1. 精神保健福祉センター
2. 自立支援医療および指定医療機関
3. 地域の相談窓口・社会資源マップ
4. 久留米市のうつ病診療連携による自殺対策

2. 自立支援医療および指定自立支援医療機関

自立支援医療

- 心身の障害を除去・軽減するための医療について、医療費の自己負担を軽減する公費負担医療制度
- 対象：**精神通院医療**・更生医療・育成医療

【月額医療費の負担イメージ】 * 医療保険加入者(生活保護世帯を除く)

医療保険(7割)	自立支援医療費 (月額医療費 - 医療保険 - 患者負担)	患者負担 (1割又は負担上限額)
----------	----------------------------------	---------------------

2. 自立支援医療および指定自立支援医療機関

- 障害者等の心身の障害の状態の軽減を図り、自立した日常または社会生活を営むために必要な医療を行う医療機関
- 病院、診療所、薬局等の開設者の申請により、自立支援医療の種類ごとに都道府県知事が行う。



トップページ > 健康・福祉・子育て > 障がい福祉 > 障がい福祉情報 > 指定自立支援医療機関名簿（精神通院医療）

トップページ > 健康・福祉・子育て > 障がい福祉 > 自立支援医療機関 > 指定自立支援医療機関名簿（精神通院医療）

指定自立支援医療機関名簿（精神通院医療）を掲載しています。

（注意）名簿にある住所等の表記は、原則として医療機関からの申請内容をそのまま記載しています。

■ [指定自立支援医療機関（精神通院医療）（令和7年12月1日現在 病院）\[PDFファイル／309KB\]](#)

■ [指定自立支援医療機関（精神通院医療）（令和7年12月1日現在 薬局）\[PDFファイル／471KB\]](#)

■ [指定自立支援医療機関（精神通院医療）（令和7年12月1日現在 訪問看護）\[PDFファイル／381KB\]](#)

■ [指定自立支援医療機関（精神通院医療）（令和7年12月1日現在）\[Excelファイル／281KB\]](#)

- ・地域におけるうつ病に関するかかりつけ医の役割
- ・地域において利用可能な制度や社会資源について
 1. 精神保健福祉センター
 2. 自立支援医療および指定医療機関
 3. 地域の相談窓口・社会資源マップ[°]
 4. 久留米市のうつ病診療連携による自殺対策

3. 地域の相談窓口・社会資源マップ[°]

県内の地区ごとに

「精神保健福祉社会資源情報一覧」

「社会資源マップ」

- ・ 福祉担当課
- ・ 相談支援事業所
- ・ 訪問看護
- ・ 就労支援
- ・ グループホーム

情報が整理されている

例) 筑紫地区

福岡県
Fukuoka Prefecture

テーマから探す
目的から探す
組織から探す
Google 検索

トップページ > 健康・福祉・子育て > 健康 > こここの健康 > 精神保健福祉社会資源について

精神保健福祉社会資源について

更新日：2025年4月1日更新

筑紫地区社会資源情報

筑紫保健福祉環境事務所では、筑紫地区の精神保健福祉に関する情報を地域住民の皆さんに周知することを目的に、社会資源情報一覧を作成しましたのでご活用ください。また、筑紫地区地域自立支援協議会では、「筑紫地区社会資源マップ」が作成されています。詳しくは、関連リンク先を確認ください。

[筑紫地区_精神保健福祉社会資源情報一覧 \[PDFファイル／724KB\]](#)

筑紫地区 精神保健福祉 社会資源情報一覧

令和7年度版 R7.4.1 現在
筑紫保健福祉環境事務所作成

医療

病院：病床を有し、外来治療に加えて入院治療も可能な医療機関です。

住所	電話番号	特記事項
太宰府市五条3-8-1	092-922-3137	福岡県依存症専門医療機関
筑紫野病院	092-926-2292	
医療法人牧和会 牧病院	092-922-2853	福岡県認知症医療センター
医療法人同人会 乙金病院	092-503-7070	
医療法人十全会 おりん病院	092-581-1445	福岡県依存症専門医療機関
自衛隊福岡病院	092-581-0431	

診療所：外来治療を受けることができる医療機関です。

住所	電話番号
筑紫野市原田7-5-11	092-926-8812
医療法人社団うら梅の郷会このはなクリニック	092-408-9990
ゆくり心療医院	092-719-5990
いでわき医院	092-408-1602
医療法人順心堂 いなば心療クリニック	092-583-7011
医療法人永和会 永尾クリニック	092-591-1123
西江こころのクリニック	092-588-2444
馬場内科・乗本こころのクリニック	092-558-3128
医療法人 ゆう心と体のクリニック	092-584-1501
医療法人健美会 にしころの診療所	092-585-6868
さたけこども発達クリニック	092-915-2250
医療法人くすの木会 くすの木クリニック	092-921-8333
のぞみメンタルクリニック	092-953-5800
春日メタルクリニック	050-5830-1286

訪問看護：看護師がお宅に訪問し、病気や障がいに応じた看護を行います。利用には主治医の指示が必要です。
(指定自立支援医療機関(精神通院医療)として指定されている訪問看護事業者のみを掲載)

※医療情報については、福岡県障がい福祉課が公表している (指定自立支援医療機関(精神通院医療))」から引用	電話番号	訪問地域
桜台訪問看護ステーション	092-923-7003	○ ○ ○ ○ ○ ○
四季のいすみ訪問看護ステーション	092-921-5050	○ ○ ○ ○ ○ ○
訪問看護ステーション タイム	092-918-1511	○ ○ ○ ○ ○ ○
みどりの風訪問看護ステーション	092-555-3188	○ ○ ○ ○ ○ ○
あいぞら訪問看護ステーション福岡	050-8884-8312	○ ○ ○ ○ ○ ○
リアン訪問看護	092-555-7244	○ ○ ○ ○ ○ ○
医療法人みらい 訪問看護ステーション「まもるん」	092-926-1691	○ ○ ○ ○ ○ ○
訪問看護ステーションReefちくしの	092-403-0070	○ ○ ○ ○ ○ ○
二日市温泉翔裕園訪問看護ステーション	092-921-8201	○ ○ ○ ○ ○ ○
訪問看護ステーション つばき	050-1721-7515	○ ○ ○ ○ ○ ○
福岡プライマリケア訪問看護ステーション	092-517-6313	○ ○ ○ ○ ○ ○
福岡徳洲会訪問看護リハビリテーションやよい	092-915-4110	○ ○ ○ ○ ○ ○
訪問看護ステーション光	092-582-2515	○ ○ ○ ○ ○ ○
訪問看護ステーションホークス	092-915-3240	○ ○ ○ ○ ○ ○
訪問看護ステーションはるか	092-555-8377	○ ○ ○ ○ ○ ○
訪問看護ステーションココエル 畝町	092-501-0200	○ ○ ○ ○ ○ ○

精神科病院

精神科クリニック

訪問看護

自立相談支援機関：生活困窮者やその家族の相談・支援を行います。 家計や仕事など生活に関する困りごとに幅広く対応する窓口です。		
	住所	電話番号
筑紫野市 暮らしの困りごと相談	筑紫野市石崎1-1-1 2F	092-923-1111(内445)
春日市 生活困窮者自立相談支援窓口 くらしサポート「よりそい」	春日市界町3-101 (春日市社会福祉センター1F)	092-515-2098
大野城市 福祉サービス課 福祉政策担当	大野城市曙町2-2-1	092-580-1961
太宰府市 生活支援課生活支援係	太宰府市觀世音寺1-1-1	092-921-2121
那珂川市 困りごと相談室	那珂川市西隈1-1-1	092-408-8789

地域包括支援センター：保健師、社会福祉士、主任介護支援専門員などが配置され、高齢者の健康の保持及び生活の安定のために必要な援助を行う窓口です。（小中学校区等の生活圏域ごとに設置されています。）			
市	名称	住所	電話番号
筑紫野市	地域包括支援センターむさし	湯町2-9-2	092-925-2775
	地域包括支援センター天拝の園	立明寺618-1	092-918-5788
	地域包括支援センターちくしの荘	原田462	092-926-2871
春日市	北地域包括支援センター	桜ヶ丘4-23	092-589-6227
	南地域包括支援センター	塙原台3-129	092-595-8188
	東地域包括支援センター	宝町1-12-7	092-404-0310
大野城市	基幹型地域包括支援センター	曙町2-2-1	092-501-2306
	中央地区地域包括支援センター	上大利1-3-9	092-595-6802
	南地区地域包括支援センター	つづじヶ丘3-1-31	092-589-2632
太宰府市	北地区地域包括支援センター	仲畑3-10-21	092-501-3838
	東地区地域包括支援センター	中2-3-1	092-504-5858
	地域包括支援センター	五条3-1-1	092-929-3211
那珂川市	地域包括支援サブセンター	通古賀197-3	092-918-2200
	第1地域包括支援センター	西隈1-1-1	092-408-9886
	第2地域包括支援センター	片縄北4-2-20	092-951-1600

社会福祉協議会：各種の福祉サービスや相談、市民活動の支援、必要に応じて障がい者の金錢管理等を行っています。			
	住所	電話番号	
筑紫野市社会福祉協議会	筑紫野市大字岡田3-11-1 総合福祉センターカミーリヤ内	092-920-8008	
春日市社会福祉協議会	春日市界町3-101	092-581-7225	
大野城市社会福祉協議会	大野城市曙町2-3-2 大野城市総合福祉センター内	092-572-7700	
太宰府市社会福祉協議会	太宰府市白川2-10 総合福祉センター内	092-923-3230	
那珂川市社会福祉協議会	那珂川市西隈1-1-2 福祉センター内	092-952-4565	

自立相談支援機関

家計や仕事などの生活相談

地域包括支援センター

高齢者の健康保持、生活安定に必要な援助

社会福祉協議会

各種の福祉サービスや相談

3. 地域の相談窓口・社会資源マップ

- ひきこもり
- 依存症
- 発達障がい

医療だけでなく、福祉社会資源を通じた包括的支援が必要



○福岡県内の相談窓口一覧

[福岡県内の相談窓口一覧 \[PDFファイル／252KB\]](#)



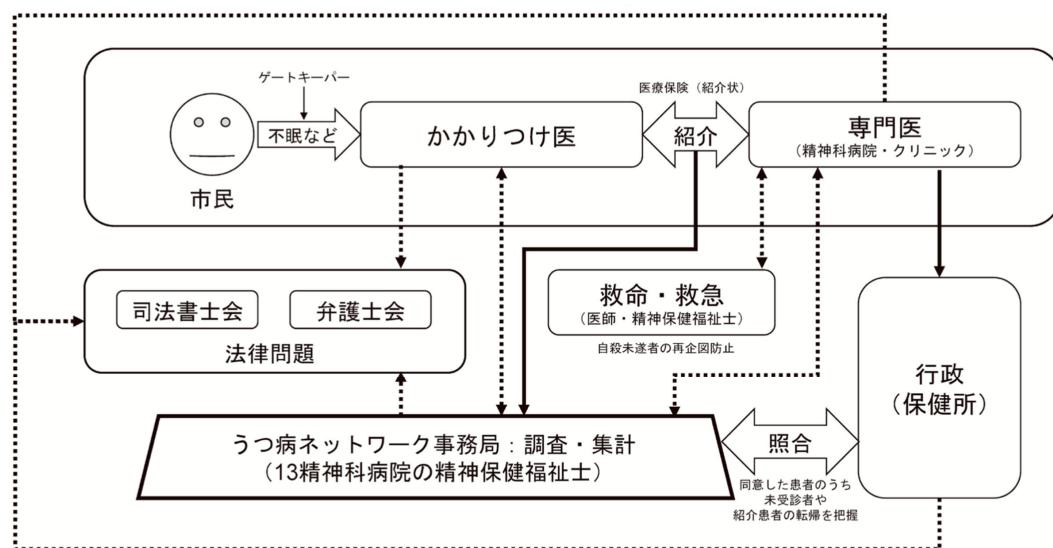
うつ病など、心の病に関する悩み、アルコール・薬物・ギャンブルなどの依存症、ひきこもり・不登校など青少年の心の悩み	
■ 福岡県	
○福岡県精神保健福祉センター (月～金／8:30～17:15) 092-582-7500	
○各保健福祉(環境)事務所 (いずれも月～金／8:30～17:15) 筑紫野市 柏原屋 092-939-1185 糸島 092-322-3326 宗像・遠賀 0940-36-2473 嘉穂・鞍手 0948-21-4875 田川 0947-42-9307 北筑後 0946-22-3965 南筑後 0944-72-2176 京築 0930-23-2966	
○福岡県若者自立相談窓口 (月～木／10:00～19:00) 092-710-0544	
■ 福岡市	
○福岡市精神保健福祉センター (アルコール・薬物・ギャンブル等依存症) 「ひきこもり」 火、木／10:00～13:00 (第1・3水曜日／10:00～13:00) 092-737-8829	
○各区保健福祉センター－ 健康課健康づくり係 (いずれも月～金／9:00～17:00) 東 区 092-645-1079 博多区 092-419-1092 中央区 092-761-7339 南 区 092-559-5118 城南区 092-831-4209 早良区 092-851-6015 西 区 092-895-7074	
■ 久留米市	
○久留米市保健所(保健予防課精神保健チーム) (月～金／8:30～17:15) 0942-30-9728	
■ 北九州市	
○北九州市立精神保健福祉センター (アルコール・薬物・ギャンブル等依存症) (第1・3水曜日／13:30～16:30) 093-522-8729	
○各区高齢者・障害者 相談コーナー (アルコール) (いずれも月～金／8:30～17:00、木のみ19:00まで) 門司区 093-331-1881 小倉北区 093-582-3430 小倉南区 093-951-4126 若松区 093-751-4800 八幡東区 093-671-4800 八幡西区 093-642-1445 戸畠区 093-881-4800	

- ・地域におけるうつ病に関するかかりつけ医の役割
- ・地域において利用可能な制度や社会資源について

1. 精神保健福祉センター
2. 自立支援医療および指定医療機関
3. 地域の相談窓口・社会資源マップ
4. 久留米市のうつ病診療連携による自殺対策

4. 久留米市のうつ病診療連携による自殺対策

かかりつけ医が精神科に紹介したものの受診にいたらなかった件数等が把握される



久留米市の自殺率の推移



<https://www.city.kurume.fukuoka.jp/1050kurashi/2050safecommu/3030data/files/11.pdf>

- ・地域におけるうつ病に関するかかりつけ医の役割
- ・地域において利用可能な制度や社会資源について
- ・診療報酬について

注意とお断り

- ・診療報酬改定が2026年度（令和8年度）にありますので、最新の厚生労働省からの告知等をご参照ください。

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）

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）

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（250点+200点）

- ・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なった上で患者の紹介を行なった場合は、精神科医連携加算として200点加算

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）

B005-12 こころの連携指導料（Ⅰ）（350点/月一回）

【対象】

- ・外来患者
- ・精神疾患が増悪するおそれがあると認められる者、または精神科もしくは心療内科を担当する医師による療養上の指導が必要と判断された者
- ・SAD Personsスケール、EPDS、PHQ-9またはK-6等によるスクリーニングにより、精神科または心療内科科への紹介が必要と認められる患者

【内容】

- ・診療および療養上必要な指導を行う
- ・患者の同意を得て、精神科又は心療内科を標榜する保険医療機関に対して当該患者に係る診療情報の文書による提供等

B005-12 こころの連携指導料（Ⅰ）（350点/月一回）

【対象】

- ・外来患者
- ・精神疾患が増悪するおそれがあると認められる者、または精神科もしくは心療内科を担当する医師による療養上の指導が必要と判断された者
- ・SAD Personsスケール、EPDS、PHQ-9またはK-6等によるスクリーニングにより、精神科または心療内科科への紹介が必要と認められる患者

【内容】

- ・診療および療養上必要な指導を行う
- ・患者の同意を得て、精神科又は心療内科を標榜する保険医療機関に対して当該患者に係る診療情報の文書による提供等

SAD Persons スケール：自殺リスク

SAD PERSONS スコア 10 項目

<input type="checkbox"/> SEX	男性
<input type="checkbox"/> Age	20 歳未満と 45 歳以上
<input type="checkbox"/> Depression	うつ状態
<input type="checkbox"/> Previous Attempt	自殺企図の既往
	自殺企図 自傷
<input type="checkbox"/> Ethanol abuse	アルコール・薬物の乱用
<input type="checkbox"/> Rational thinking loss	幻覚・脳器質症候群、精神病状態
<input type="checkbox"/> Social support deficit	社会的援助の欠如
	職場での孤立 乏しい家族関係 失業 社会的地位の低下 経済的損失 病気怪我による生活への影響 予想外の失敗 配偶者のダメスティックバイオレンス 他者の死の影響 不安定で乏しい治療関係
<input type="checkbox"/> Organized plan	組織的な計画性
	致死性の高い手段（縊首、飛び降り、ガス etc） 複数の手段の併用 手の込んだ計画・強い / 動搖する自殺念慮
<input type="checkbox"/> No spouse	配偶者がいない
	未婚 离婚 別居 配偶者との死別
<input type="checkbox"/> Sickness	身体疾患
	慢性消耗性の疾患 生活に大きな支障がある 大きな苦痛を感じている

- 10項目あり1項目1点

- 5~6点は中等度リスク

- 7~10点は高リスク

2項目質問でYesが一つあり、
5点以上は精神科医療に繋げる

エジンバラ産後うつ病質問票 (EPDS)

最近のあなたの気分をチェックしてみましょう。今日だけではなく、過去7日間にあなたが感じたことに最も近い答えに○をつけて下さい。必ず10項目全部に答えて下さい。

うつ
項目

1 笑うことができたし、物事のおもしろい面もわかつた。

- (0) いつもと同様にできた。
(1) あまりできなかつた。
(2) 明らかにできなかつた。
(3) 全くできなかつた。

2 物事を楽しみにして待つた。

- (0) いつもと同様にできた。
(1) あまりできなかつた。
(2) 明らかにできなかつた。
(3) ほとんどできなかつた。

[全問共通の留意事項]

1点以上の項目については、「どんな時か」、「どんな気持ちか」、「どのくらいの頻度か」、「サポートを求めたか」などのことを必ず聴きます。

臨床的うつ病診断項目のひとつです。
「どういうことができないのですか?」など
具体的に質問します。

エジンバラ産後うつ病質問票（EPDS）

育児不安項目

- 3 物事がうまくいかない時、自分を不必要に責めた。
(3) はい、たいていそうだった。
(2) はい、時々そうだった。
(1) いいえ、あまり度々ではなかった。
(0) いいえ、全くなかった。
- 4 はつきりした理由もないのに不安になったり、心配したりした。
(0) いいえ、そうではなかった。
(1) ほとんどそうではなかった。
(2) はい、時々あった。
(3) はい、しょっちゅうあった。
- 5 はつきりした理由もないのに恐怖に襲われた。
(3) はい、しょっちゅうあった。
(2) はい、時々あった。
(1) いいえ、めったになかった。
(0) いいえ、全くなかった。
- 6 することがたくさんあって大変だった。
(3) はい、たいてい対処できなかった。
(2) はい、いつものようにはうまく対処できなかった。
(1) いいえ、たいていうまく対処した。
(0) いいえ、普段通りに対処した。

産後うつ病でなくとも、多忙の時などに得点が高くなることがあります。
「不必要に」「理由もなく」がキーワードです。

集中力がなくなり、判断できなくなるうつ病の症状について質問しています。

https://www.pref.nagano.lg.jp/seishin/heisetsu/jisatsuyobo/documents/sangoutu_p05_06.pdf

うつによる睡眠障害

- 7 不幸な気分なので、眠りにくかった。
(3) はい、ほとんどいつもそうだった。
(2) はい、時々そうだった。
(1) いいえ、あまり度々ではなかった。
(0) いいえ、全くなかった。

うつ病による睡眠障害を質問しています。
「夜中に赤ちゃんのために何回起きますか？」
「横になってから眠りにつくまでに時間がかかりますか？」
「朝早く目覚めてしましますか？」
「眠れないことですごく疲れていますか？」
「昼間に時間があれば睡眠をとることができますか？」
など不眠の状況を総合的に把握します。

うつ項目

- 8 悲しくなったり、惨めになったりした。
(3) はい、たいていそうだった。
(2) はい、かなりしばしばそうだった。
(1) いいえ、あまり度々ではなかった。
(0) いいえ、全くなかった。

どういう状況の時に、どんな頻度でなるのか、サポートを求めたかを聴いていきます。本人にもわからないけれども、1日の大半で悲しくなったり、涙が出たりするのはうつ病の母親が経験する抑うつ症状です。

- 9 不幸な気分だったので、泣いていた。
(3) はい、たいていそうだった。
(2) はい、かなりしばしばそうだった。
(1) ほんの時々あった。
(0) いいえ、全くなかった。

- 10 自分自身を傷つけるという考えが浮かんできた。
(3) はい、かなりしばしばそうだった。
(2) 時々そうだった。
(1) めったになかった。
(0) 全くなかった。

1点以上の場合は内容を具体的に聴きます。
「最近、一番そのような気持ちになったのはいつどんな状況でしたか？」
「実際にどんな考えが浮かびましたか？」
「そんなに辛い気持ちになったことを後で、夫や家族に話しましたか？」
などのように具体的な状況を聴きとります。

周産期のうつ病

- 周産期女性のうち17%がうつ病に罹患する¹⁾
- 周産期うつ病は一般人と比較して自殺行動のリスクが3倍²⁾

エジンバラ産後うつ病質問票 (EPDS) —————

- 10項目の質問
- 過去1週間の気分について、それぞれの項目を0~3点で自己評価
- 本邦では産後4週目において合計点が9点以上の場合、
産後うつ病が疑われる^{3), 4)}

1)Shorey S. et al. *J Psychiatric Res*, 2018. 2)Yu H. et al. *JAMA Network Open*, 2024. 3)岡野禎治ら. 1996. 山下洋ら. 2003

PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9) : 抑うつの評価

		全く ない	数日	半分以上	ほとんど 毎日
1	物事に対してほとんど興味がない、 または楽しめない	0	1	2	3
2	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	0	1	2	3
3	寝付きが悪い、途中で目がさめる、 または逆に眠り過ぎる	0	1	2	3
4	疲れた感じがする、または気力がない	0	1	2	3
5	あまり食欲がない、または食べ過ぎる	0	1	2	3
6	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	0	1	2	3
7	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	0	1	2	3
8	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	0	1	2	3
9	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	0	1	2	3

5~9点：軽度うつ状態

10~14点：中程度のうつ病

15~19点：中度から重度のうつ病

20~27点：重度のうつ病

K-6：うつ病や不安症のスクリーニング

過去30日の間にどれくらいの頻度で次のことがありましたか

	項目	全くない	少しだけ	ときどき	たいてい	いつも
1	神経過敏に感じましたか	0	1	2	3	4
2	絶望的だと感じましたか	0	1	2	3	4
3	そわそわ、落ち着かなく感じましたか	0	1	2	3	4
4	気分が沈み込んで、何が起こっても気が晴れないように感じましたか	0	1	2	3	4
5	何をするのも骨折りだと感じましたか	0	1	2	3	4
6	自分は価値のない人間だと感じましたか	0	1	2	3	4

10~12点：うつ・不安障害が疑われる

13点以上：重度のうつ・不安障害が疑われる

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）

B005-10-1 ハイリスク妊産婦連携指導料（Ⅰ）（1000点月に一回）

*厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た産科または産婦人科であること

【対象】

- 外来患者
- 妊婦または出産後二ヶ月以内
- 精神疾患を有する又は精神疾患が疑われるもの

【内容】

- 患者の同意を得て、医師（産婦人科）および保健師、助産師または看護師が共同して、精神科又は心療内科と連携し、診療および療養上必要な指導を行なった場合

謝辞

福岡県精神保健福祉センターの畠部暢三先生にご助言、資料の提供を
いただきました。

深く感謝申し上げます。

ご清聴ありがとうございました。

講 演
『～実践編～』

九州大学病院精神科神経科
講師 平野 昭吾 先生

2025年12月17日

福岡県医師会

かかりつけ医心の健康対応力向上研修



NEUROPSYCHIATRY
KYUSHU UNIVERSITY

IV 「実践」編

九州大学病院 精神科神経科

平野 昭吾



COI開示

開示すべきCOIはありません

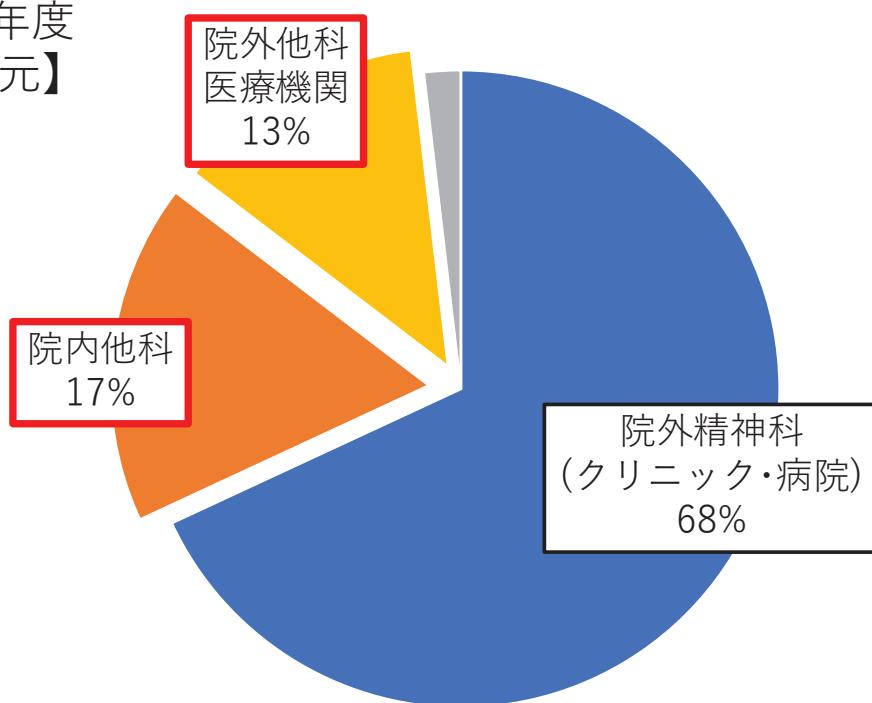
※出典のないスライドは演者が作成しています

※症例は自験例をモデルにした架空の症例です

九州大学病院精神科神経科外来初診



令和6年度
【紹介元】

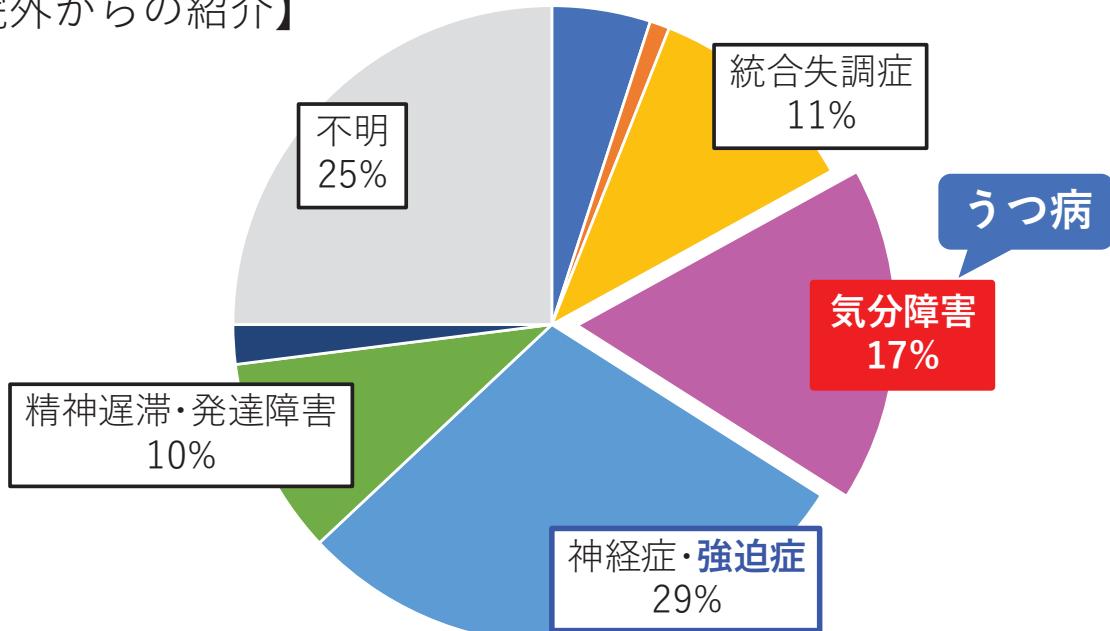


九州大学病院精神科神経科外来医長大橋先生のご厚意による

九州大学病院精神科神経科外来初診



令和6年度
【院外からの紹介】



九州大学病院精神科神経科外来医長大橋先生のご厚意による



①うつ病の症状とは？

②うつ病の診断をしてみましょう

③抗うつ剤を使ってみましょう

気分障害の分類



【DSM-5-TRにおける主な気分障害】

● 抑うつ症群：うつ状態だけを生じる

a. うつ病

「抑うつエピソード」を生じる

b. 持続性抑うつ症（気分変調症）

ほとんど毎日2年以上、抑うつエピソードを満たさないうつ状態が続いている

● 双極症（双極性障害）：躁状態とうつ状態を生じる

a. 双極症Ⅰ型

「躁エピソード」を生じる

b. 双極症Ⅱ型

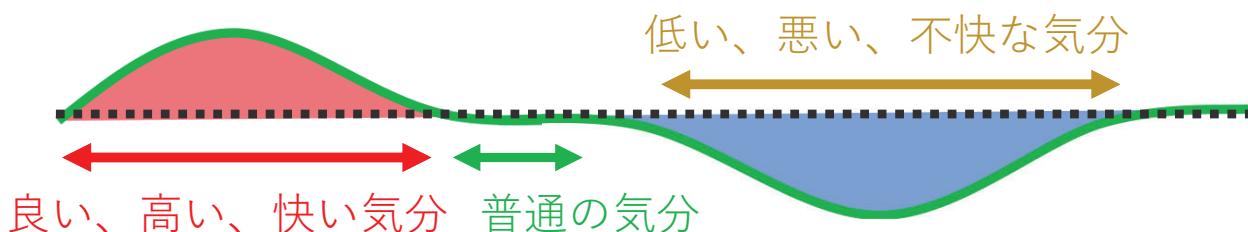
「軽躁エピソード」と「抑うつエピソード」を生じる

c. 気分循環症

2年以上に渡って、多数の軽躁病を満たさない軽躁症状と多数の抑うつエピソードを満たさないうつ状態を生じる

そもそも「気分」とは？

- 数時間～数週間と比較的長時間続く感情の基本的な状態
いわゆる感情のベースライン
- 日常的に「気分」「テンション」「調子」等で表される
- いつもどおり、どうもないといった普通の状態がある
- その程度は「高い↔低い」、「良い↔悪い」、「快↔不快」等対極的に自覚される事が多い
- 健康な人にも気分変動(mood swing)はある
- 気分変動は理由があるときも無いときもある

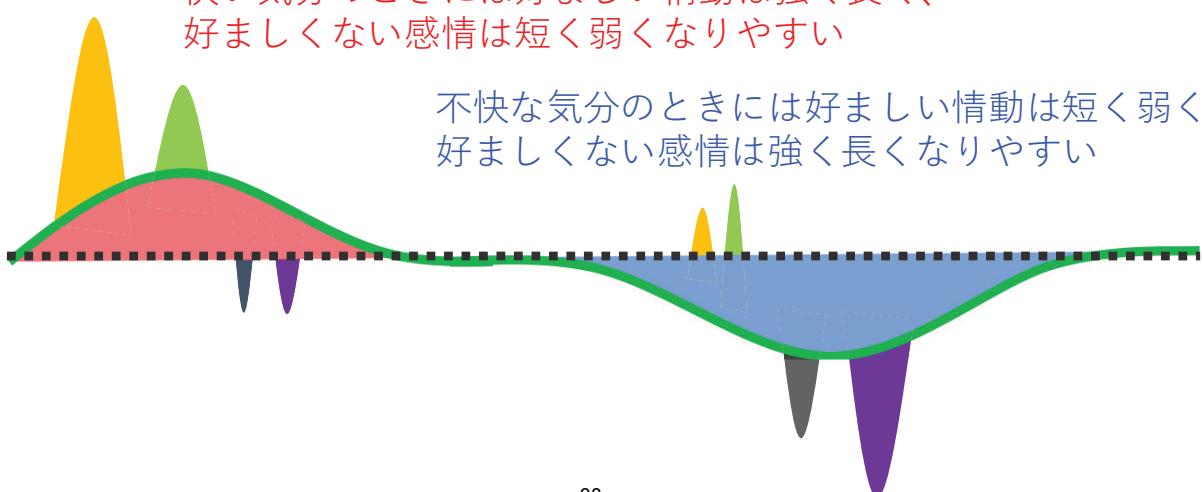


では喜怒哀楽は？「情動」です！

- 刺激に基づく数分～数時間の比較的短時間の感情の変化
→ 理由があって生じ、理由がなくなると急速に弱まる
- その程度は対極的ではなく、強弱で自覚される
- 情動が生じる時点での気分の影響を受ける

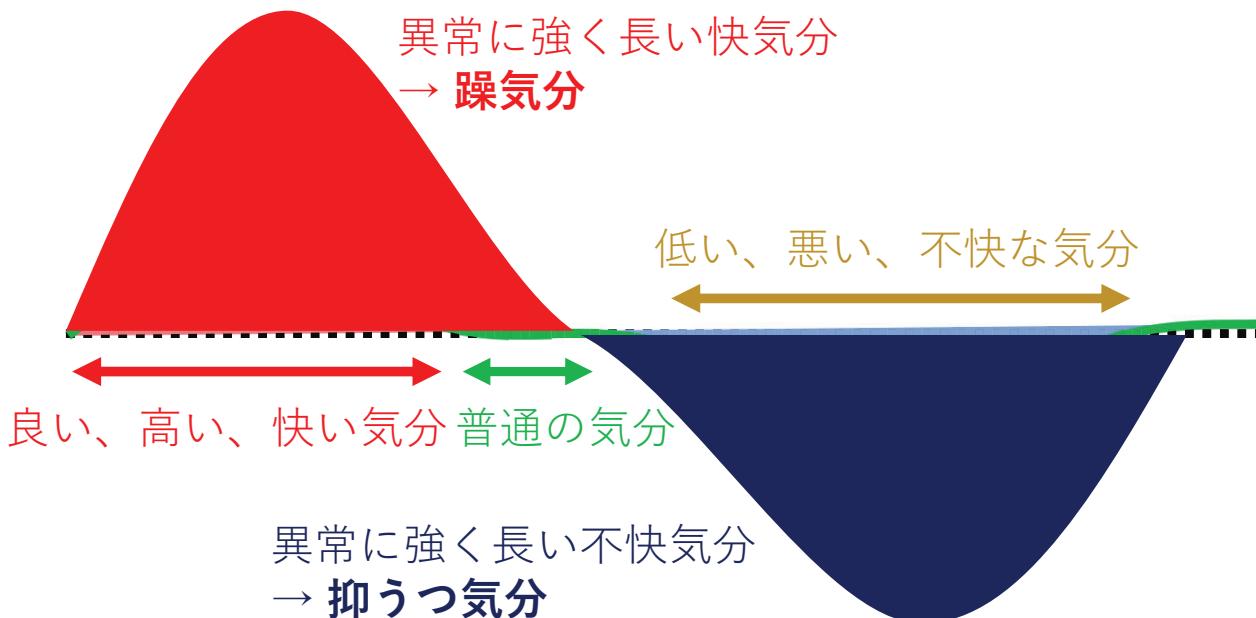
快い気分のときには好ましい情動は強く長く、
好ましくない感情は短く弱くなりやすい

不快な気分のときには好ましい情動は短く弱く、
好ましくない感情は強く長くなりやすい



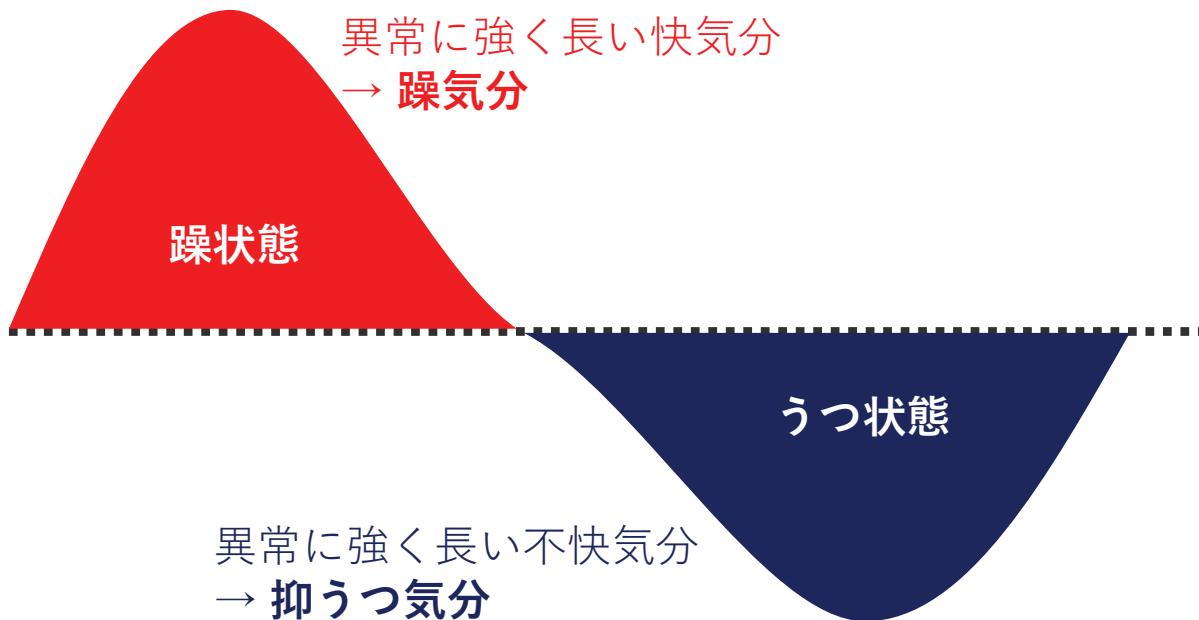
では異常な「気分」とは？

- 気分が高いもしくは低い状態が**異常に強く長く**生じる
- 情動(喜怒哀楽)の問題ではありません！



では「気分障害」とは？

- 異常な気分である抑うつ気分や躁気分を生じる精神疾患
- **うつ病や双極症(双極性障害)**が代表的な疾患





気分障害の分類

【主な気分障害】

● 抑うつ症群：うつ状態だけを生じる

a. うつ病

「抑うつエピソード」を生じる

b. 持続性抑うつ症（気分変調症）

ほとんど毎日2年以上、抑うつエピソードを満たさないうつ状態が続いている

うつ状態

● 双極症（双極性障害）：躁状態とうつ状態を生じる

a. 双極症Ⅰ型

「躁エピソード」を生じる

b. 双極症Ⅱ型

「軽躁エピソード」と「抑うつエピソード」を生じる

c. 気分循環症

2年以上に渡って、多数の軽躁エピソードを満たさない軽躁症状と多数の抑うつエピソードを満たさないうつ状態を生じる

アメリカ精神医学会 DSM-5-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル

「抑うつエピソード」とは？

「毎日のように」

うつ病の主症状



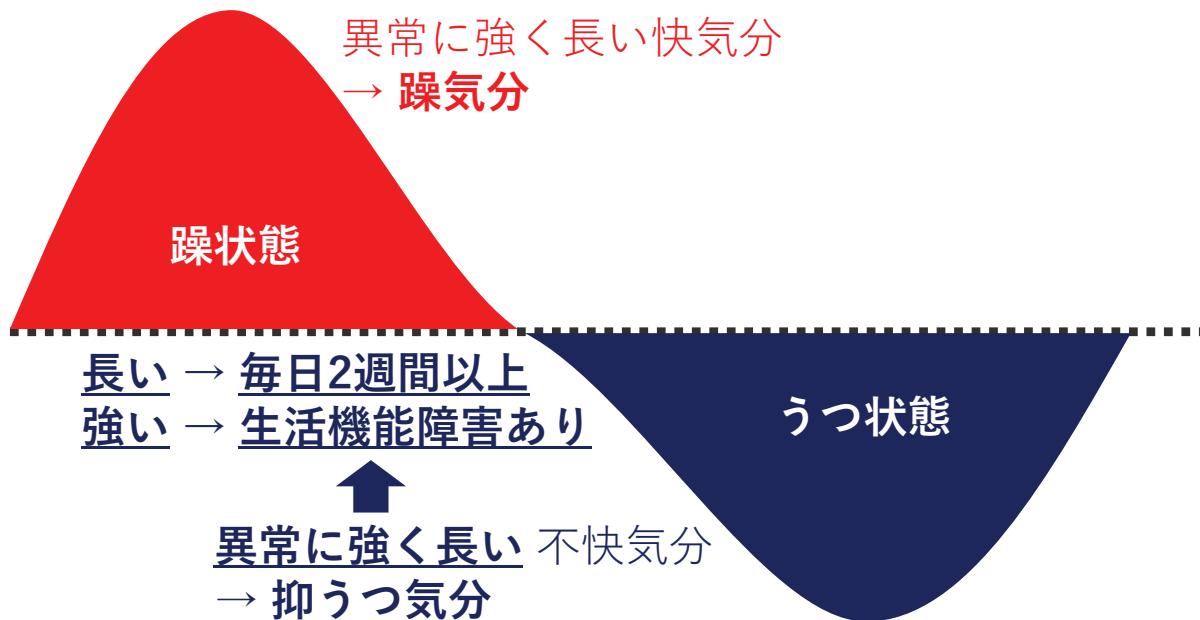
1. 【抑うつ気分】ほとんど一日中憂うつで、沈んだ気持ちになる
2. 【興味または喜びの喪失】ほとんどのことに興味を失い、普段なら樂しくやっていたことも楽しめなくなる
3. 【食欲または体重の変化】食欲が低下（または増加）したり、体重が減少（または増加）する（例えば1ヶ月で体重の5%以上の変化）
4. 【不眠または過眠】寝つきが悪い、夜中に目が覚める、朝早く目が覚めるなどの不眠が起るか、あるいは眠りすぎてしまうなど、睡眠の問題が起こる
5. 【精神運動制止または興奮】話し方や動作が鈍くなるか、あるいはいらいらして落ち着きがなくなる
6. 【疲労感や気力減退】疲れやすいと感じ、気力が低下する
7. 【無価値感や過剰もしくは不適切な罪責感】「自分には価値がない」と感じ、自分のことを責めてしまう
8. 【思考力や集中力の減退】何かに集中したり、決断を下すことが難しい
9. 【希死念慮や自殺企図】「この世から消えてしまいたい」「死にたい」などと考える

上記の症状のうち5つ以上が同じ2週間の間に存在し、病前の機能からの変化を起こしているこれらの症状のうち少なくとも1つは1.または2.である

- その症状は臨床的に意味のある苦痛、または社会的、職業的または他の重要な領域における機能の障害を引き起こしている
- そのエピソードは物質の生理学的作用、または他の医学的状態によるものではない

40 アメリカ精神医学会 DSM-5-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル

「異常に強く長い」をどうする



「抑うつエピソード」の例

(症例) Aさん 44歳 女性

Aさんは自分がまもなく死ぬと確信していたため、精神科外来に紹介されてきた。彼女には身体疾患の徵候がなく、彼女の主治医は彼女が健康だと言っていた。6週間前、その1週間前に事故で亡くなった妹の葬儀を終えて帰宅したとき、彼女にはほとんど活気がなく動くことができなかった。彼女は涙もろく、仕事中も泣いていた。6週間で体重が7kg減少した。彼女は長時間睡眠がとれず、集中力が落ちて子供に対していらだった。彼女は社会活動や娯楽に完全に興味を失い、自分の友だちに会うこともやめた。彼女は職場から家に戻って何時間も何もしないで座っていることがあった。彼女は精神科医にまもなく死にそうだといった。その理由は、彼女の妹が死んで間もなく、父親の魂が彼女を訪れたからだという。彼女は自殺の意思はないと言った。



「抑うつエピソード」の例

(症例) Aさん 44歳 女性

Aさんは自分がまちがったことを恥じて、精神科外来に紹介されてきた。彼女は2週間以上続く6つの症状を抱いていたため、精神科外来に紹介された。彼女は健康だと言つた。終えて帰った。彼女は涙もろく、4.不眠（ほとんど寝ても泣いた）。彼女は長時間睡眠がとれず、集中力が落ちて子供に対していらなかった。彼女は社会活動や娯楽に完全に興味を失い、自分の友だちに会うこともやめてしまった。彼女は職場から家に戻って何時間も何もしないで座つた。2.興味または喜びの喪失（彼女は精神科医にまもなく死にそうだといった。その理由は、彼女の妹が死んで間もなく、父親の魂が彼女を訪れたからだという。彼女は自殺の意思はないと言った）。

1.抑うつ気分および2.興味および喜びの喪失を含んで6つの症状が2週間以上続く

→ 抑うつエピソード

ICD-10ケースブックより引用、発表者が一部改変

うつ病では色々な症状が出ます

- 何週間も、一日中、毎日毎日、ゆううつな気分が続く（**抑うつ気分**）
- いやな気分は朝に強いことが多い（**日内変動**）
- 朝、暗いうちから目がさめてしまい（**早朝覚醒**）、いやなことばかりが頭にうかぶ、自分自身を責めてしまう（**自責感**）
- ひどいときには、体が全く動かず、寝つきになり、何を考えようとしても、まったく考えが進まない（**精神運動制止（抑制）**）
- 「破産した」（**貧困妄想**）「恐ろしい罪をおかした」（**罪業妄想**）「死んでしまうような病気になった」（**心気妄想**）などの**抑うつ気分と関連した微小妄想**がでることもある
- **抑うつ気分と関連しない妄想**が出現することもある
- 逃げ場のない苦しみから、生きていてもしかたない、と考えてしまうこともあります（**希死念慮**）、実際に自殺を図ることもある（**自殺企図**）
- のどがかわく、便秘、立ちくらみ、頭痛など、さまざまな**自律神経症状**が現れ、身体の働きが全体的に悪くなってしまう



うつ病は認知機能障害をもたらす¹⁾

注意

- 会話、テレビ・映画鑑賞、読書中に情報が入らない
- 仕事に集中できない

記憶

- 仕事内容を覚えてない
- 物を忘れる、なくす

実行機能

- 意思決定が出来ない
- 意思決定を避ける

処理速度

- 仕事に時間がかかる

- **仮性認知症**と呼ばれることがある
- 主症状改善後も注意や記憶の障害が遷延することがある²⁾

1) Gonda et al. 2015 2) Semkovska et al. 2019

うつ病は多彩な身体症状を生じる

東京大学心療内科外来初診患者: 総数91人

身体症状	人数 (%)	身体症状	人数 (%)
易疲労感	78 (86%)	頭痛	25 (27%)
不眠	72 (79%)	胸痛	25 (27%)
嘔気・嘔吐	46 (51%)	四肢の痛み	18 (20%)
息切れ	35 (38%)	耳鳴	17 (19%)
動悸	35 (38%)	めまい	17 (19%)
腰痛・背部痛	33 (36%)	腹痛	16 (18%)
下痢	27 (30%)	関節痛	15 (16%)



うつ病は多彩な身体症状を生じる

複数施設で行った無作為化二重盲検のプラセボ・実薬対照試験において
大うつ病と診断された外来患者：2191名

身体症状	苦惱の強度(1-5)	苦惱3以上の割合(%)	HAMD17との相関	身体症状	苦惱の強度(1-5)	苦惱3以上の割合(%)	HAMD17との相関
易疲労感	3.5 ± 1.2	78	0.50	めまい	2.0 ± 1.2	28	0.28
友人より不調	2.9 ± 1.4	59	0.42	痺れ・むずむず・灼熱感	2.0 ± 1.2	28	0.27
過去数年で最不調	2.8 ± 1.3	54	0.32	聴力低下感	1.9 ± 1.2	27	0.19
身体の脱力感	2.5 ± 1.3	45	0.41	動悸	1.9 ± 1.1	25	0.28
頭痛	2.5 ± 1.3	43	0.31	腹痛	1.8 ± 1.1	22	0.27
腰痛	2.3 ± 1.3	40	0.26	視覚の障害	1.8 ± 1.1	21	0.17
筋肉の強張り	2.3 ± 1.2	38	0.30	筋肉のびくつき	1.7 ± 1.0	19	0.26
頸部痛	2.3 ± 1.3	38	0.27	胸痛	1.7 ± 1.0	20	0.23
関節痛	2.3 ± 1.3	37	0.26	喉のつかえ	1.7 ± 1.1	19	0.25
四肢の重だるさ	2.2 ± 1.2	35	0.34	耳鳴	1.7 ± 1.0	18	0.17
手足の冷え	2.1 ± 1.3	32	0.26	呼吸困難感	1.7 ± 1.0	18	0.25
頭・鼻の詰まり感	2.1 ± 1.2	32	0.27	便秘	1.7 ± 1.0	18	0.15
消化不良	2.1 ± 1.2	30	0.27	ふらつき	1.6 ± 1.0	17	0.22
ほてりや悪寒	2.0 ± 1.2	30	0.24	嘔気・嘔吐	1.6 ± 0.9	13	0.25
各項目平均				2.1 ± 0.7	12	0.43	

Vaccarino et al. 2008より発表者が作成



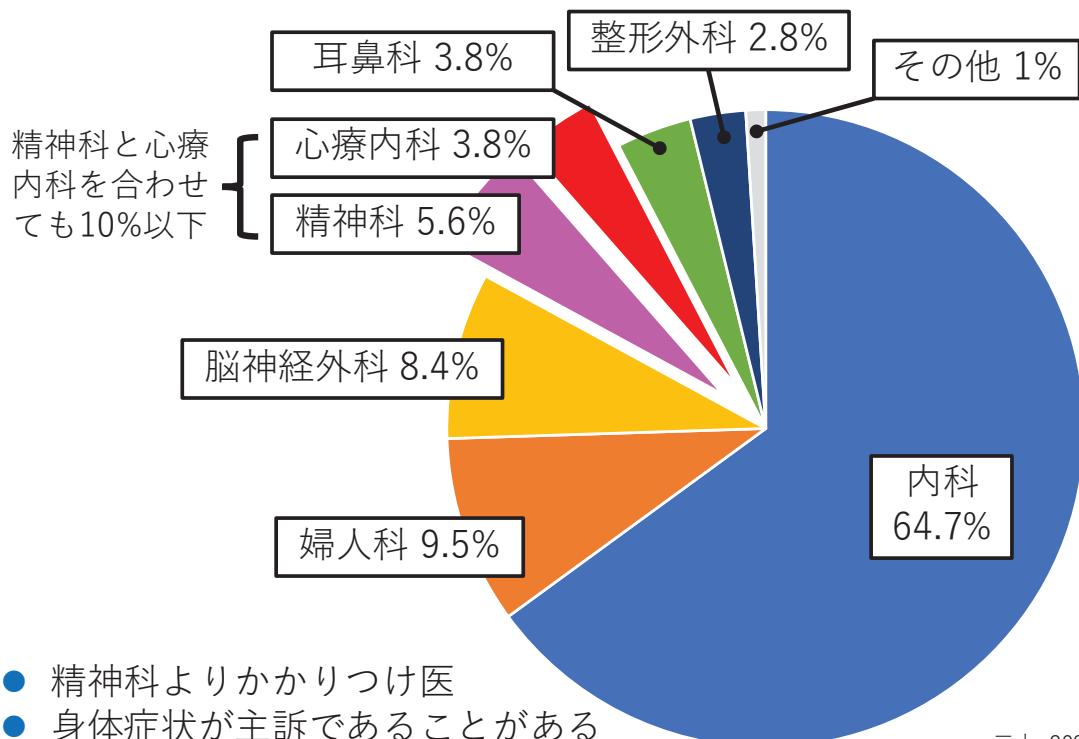
身体疾患はうつ病を合併する

身体疾患におけるうつ病の併存率

	うつ病の割合		うつ病の割合
癌	15%	関節リウマチ	17%
糖尿病	15%	SLE	24%
心筋梗塞	15～20%	脳卒中	2～31%
心不全	19%	パーキンソン病	17%
慢性腎不全：血液透析	23%	てんかん	22%
慢性腎不全：腎移植	26%		

うつ病患者は身体科を受診する

心療内科のプライマリケアにおける初診患者330例の実態調査



三木. 2002より発表者が作成

①うつ病の症状のまとめ

- うつ病の主症状は「抑うつ気分」や「興味や喜びの喪失」
- うつ病は気分症状だけでなく、認知機能障害や身体症状も生じる
- うつ病患者の多くはかかりつけ医を受診する

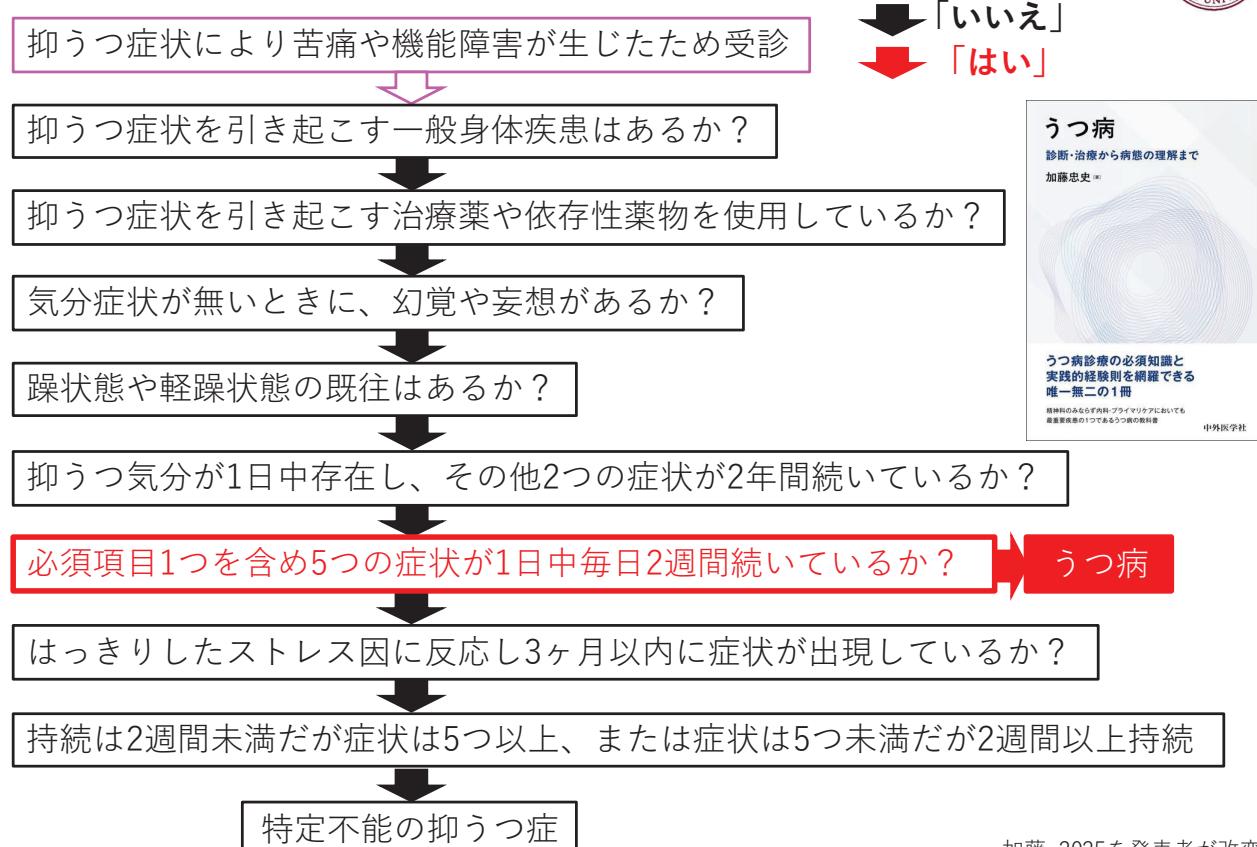


①うつ病の症状とは？

②うつ病の診断をしてみましょう

③抗うつ剤を使ってみましょう

うつ病診断フローチャート



うつ病診断フローチャート



抑うつ症状により苦痛や機能障害が生じたため受診

「いいえ」
「はい」

抑うつ症状を引き起こす一般身体疾患はあるか？

抑うつ症状を引き起こす治療薬や依存性薬物を使用しているか？

気分症状が無いときに、幻覚や妄想があるか？

躁状態や軽躁状態の既往はあるか？

抑うつ気分が1日中存在し、その他2つの症状が2年間続いているか？

必須項目1つを含め5つの症状が1日中毎日2週間続いているか？

はっきりしたストレス因に反応し3ヶ月以内に症状が出現しているか？

持続は2週間未満だが症状は5つ以上、または症状は5つ未満だが2週間以上持続

特定不能の抑うつ症

加藤. 2025を発表者が改変

うつ病診断では**鑑別が必要** 「毎日のように」

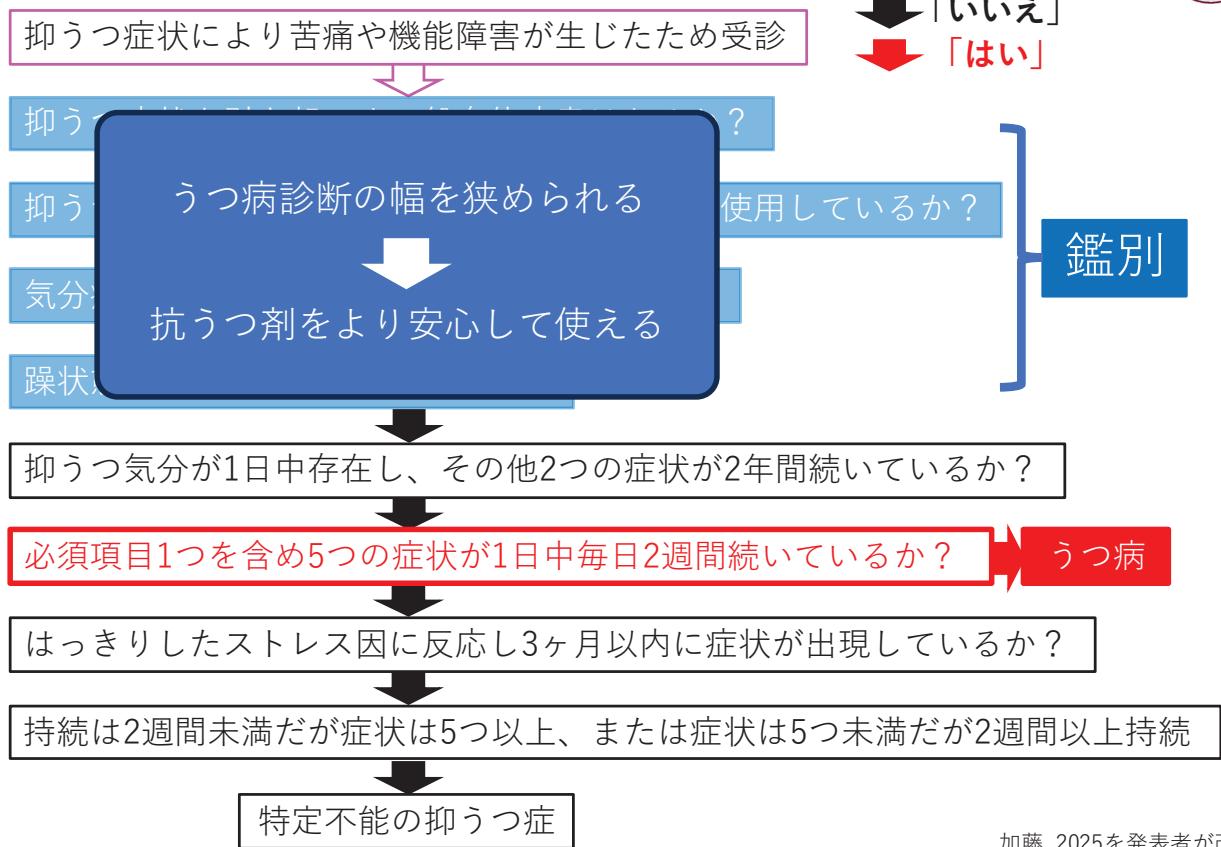


- 【抑うつ気分】ほとんど一日中憂うつで、沈んだ気持ちになる
- 【興味または喜びの喪失】ほとんどのことに興味を失い、普段なら楽しくやっていたことも楽しめなくなる
- 【食欲または体重の変化】食欲が低下（または増加）したり、体重が減少（または増加）する（例えば1ヶ月で体重の5%以上の変化）
- 【不眠または過眠】寝つきが悪い、夜中に目が覚める、朝早く目が覚めるなどの不眠が起るか、あるいは眠りすぎてしまうなど、睡眠の問題が起こる
- 【精神運動制止または興奮】話し方や動作が鈍くなるか、あるいはいらいらして落ち着きがなくなる
- 【疲労感や気力減退】疲れやすいと感じ、気力が低下する
- 【無価値感や過剰もしくは不適切な罪責感】「自分には価値がない」と感じ、自分のことを責めてしまう
- 【思考力や集中力の減退】何かに集中したり、決断を下すことが難しい
- 【希死念慮や自殺企図】「この世から消えてしまいたい」「死にたい」などと考える

上記の症状のうち**5つ以上**が同じ**2週間**の間に存在し、病前の機能に**影響**している
これらの症状のうち**少なくとも1つは1.または2.**である

- その症状は**臨床的に意味のある苦痛**、または社会的、職業的または**機能の障害**を引き起こしている
- そのエピソードは**物質の生理学的作用、または他の医学的状態によるものではない**

うつ病診断フローチャート



うつ病診断フローチャート

抑うつ症状により苦痛や機能障害が生じたため受診

まず、うつ病の「2質問」(M.I.N.I.-J¹⁾)をしてみましょう

- ① この2週間以上、毎日のように、ほとんど1日中ずっと憂うつであったり沈んだ気持ちでいましたか？
- ② この2週間以上、ほとんどのことに興味がなくなっていましたり、大抵いつもなら楽しめていたことが楽しめなくなっていましたか？

①または②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%²⁾

うつ病の主症状を尋ねる

「毎日のように」

うつ病の主症状



1. 【抑うつ気分】ほとんど一日中憂うつで、沈んだ気持ちになる
2. 【興味または喜びの喪失】ほとんどのことに興味を失い、普段なら樂しくやっていたことも楽しめなくなる
3. 【食欲または体重の変化】食欲が低下（または増加）したり、体重が減少（または増加）する（例えば1ヶ月で体重の5%以上の変化）
4. 【不眠または過眠】寝つきが悪い、夜中に目が覚める、朝早く目が覚めるなどの不眠が起ころか、あるいは眠りすぎてしまうなど、睡眠の問題が起こる
5. 【精神運動制止または興奮】話し方や動作が鈍くなるか、あるいはいろいろして落ち着きがなくなる
6. 【疲労感や気力減退】疲れやすいと感じ、気力が低下する
7. 【無価値感や過剰もしくは不適切な罪責感】「自分には価値がない」と感じ、自分のことを責めてしまう
8. 【思考力や集中力の減退】何かに集中したり、決断を下すことが難しい
9. 【希死念慮や自殺企図】「この世から消えてしまいたい」「死にたい」などと考える

上記の症状のうち**5つ以上**が同じ**2週間**の間に存在し、病前の機能からの変化を起こしているこれらの症状のうち**少なくとも1つは1.または2.**である

- その症状は臨床的に意味のある苦痛、または社会的、職業的または他の重要な領域における機能の障害を引き起こしている
- そのエピソードは物質の生理学的作用、または他の医学的状態によるものではない

アメリカ精神医学会 DSM-5-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル

うつ病診断フローチャート



抑うつ症状により苦痛や機能障害が生じたため受診



うつ病の「2質問」(M.I.N.I.-J¹⁾)をしてみましょう

- ① この2週間以上、毎日のように、ほとんど1日中ずっと憂うつであったり沈んだ気持ちでいましたか？
- ② この2週間以上、ほとんどのことに興味がなくなっていましたり、大抵いつもなら楽しめていたことが楽しめなくなっていましたか？

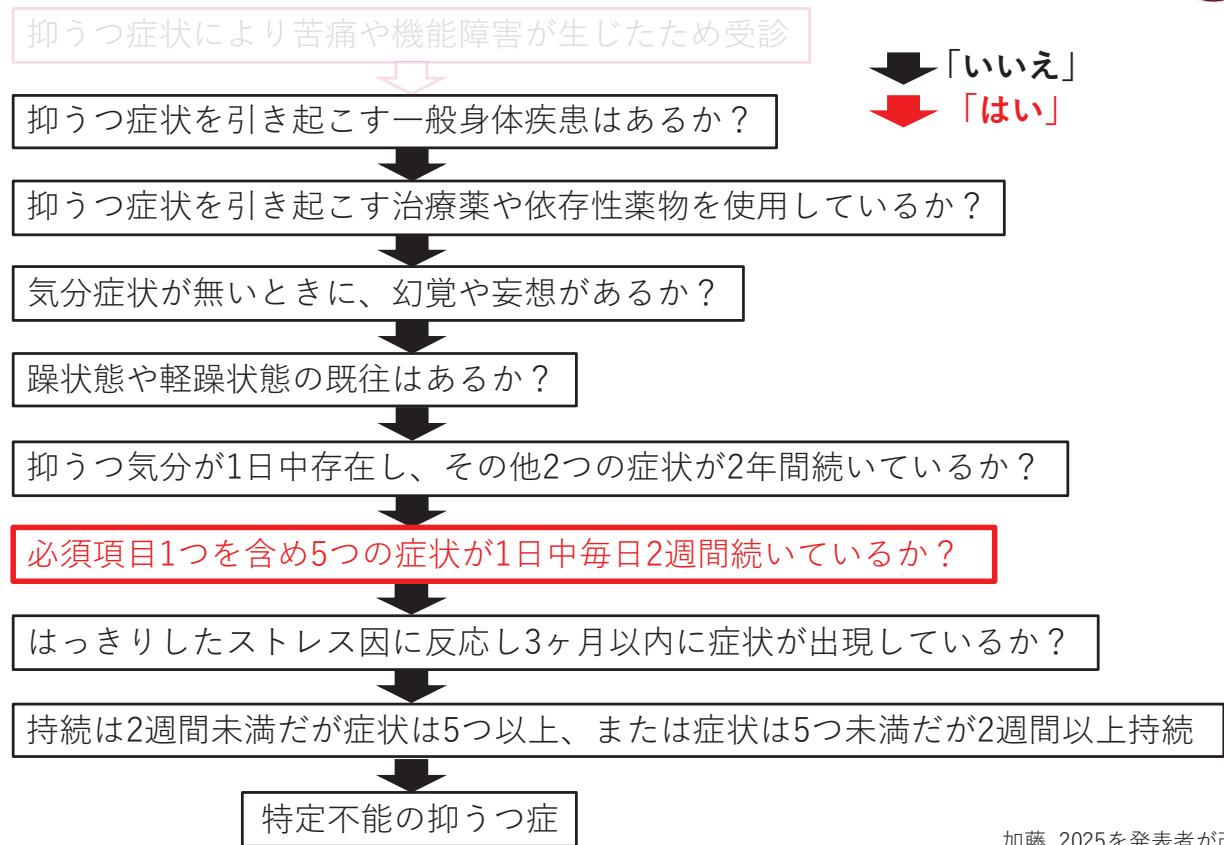
①または②の質問に「はい」と返答した場合

陽性的中率：57% 陰性的中率：98%²⁾

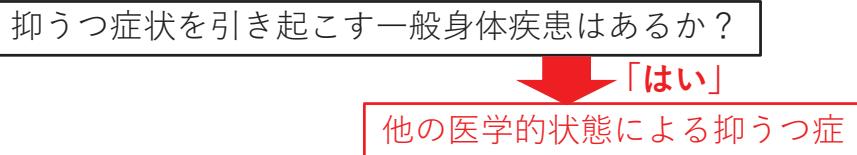
「いいえ」ならば、ほぼ「うつ病」と診断されない

→ 抗うつ剤を処方する根拠に乏しい

うつ病診断フローチャート



うつ病診断フローチャート



内分泌疾患

甲状腺機能障害

クッシング症候群

下垂体機能低下症

電解質異常 など

中枢神経疾患

パーキンソン病

多発性硬化症

脳血管性障害

アルツハイマー病

正常圧水頭症

脳腫瘍 など

脳腫瘍以外の悪性腫瘍（膵癌は例外¹⁾）

虚血性心疾患

糖尿病

疼痛性疾患

呼吸器疾患 など

これらの疾患は抑うつ症状を併発すると考える

膠原病

SLE

関節リウマチ など

これらの疾患は抑うつ症状を生じうる



症例① 40代男性

【生活歴】

同胞2名中第1子、大学を卒業し営業職に従事
30代で結婚し2子をもうけたが、離婚し独居していた

【既往歴】

X-2年 胃GISTに対し腹腔鏡下噴門側胃・下部食道切除術、食道残胃吻合術

【家族歴】

精神疾患を含め、特記すべき家族歴はない

【現病歴】

X-2年6月 健康診断で胃GISTが判明
X-2年12月 胃GISTに対し手術施行、その後**食欲低下**
X-1年7月 肝転移が判明し、化学療法開始
気分の落ち込みや不眠を認めるようになった
X年3月 自動車事故を起こす
当院受診時には**話し方や動作は鈍く、思考力の低下**を訴えていた

「抑うつエピソード」とは？

「毎日のように」



1. 【抑うつ気分】ほとんど一日中憂うつで、沈んだ気持ちになる
2. 【興味または喜びの喪失】ほとんどのことに興味を失い、普段なら楽しくやっていたことも楽しめなくなる
3. 【食欲または体重の変化】食欲が低下（または増加）したり、体重が減少（または増加）する（例えば1ヶ月で体重の5%以上の変化）
4. 【不眠または過眠】寝つきが悪い、夜中に目が覚める、朝早く目が覚めるなどの不眠が起るか、あるいは眠りすぎてしまうなど、睡眠の問題が起こる
5. 【精神運動制止または興奮】話し方や動作が鈍くなるか、あるいはいらいらして落ち着きがなくなる
6. 【疲労感や気力減退】疲れやすいと感じ、気力が低下する
7. 【無価値感や過剰もしくは不適切な罪責感】「自分には価値がない」と感じ、自分を責めてしまう

- ？ 【思考力や集中力の減退】何かに集中したり、決断を下すことが難しい
【希死念慮や自殺企図】「この世から消えてしまいたい」「死にたい」などと考える

上記の症状のうち**5つ以上**が同じ**2週間**の間に存在し、病前の機能鑑別が必要している
これらの症状のうち**少なくとも1つは1.または2.**である

- その症状は**臨床的に意味のある苦痛**、または社会的、職業的または**機能の障害**を引き起こしている
- そのエピソードは**物質の生理学的作用、または他の医学的状態によるものではない**



症例① 40代男性

【現病歴】

X年4月 当科を紹介され初診

「抑うつエピソード」とは？

「毎日のように」



【抑うつ気分】 「そこまでないです」 で、沈んだ気持ちになる



【興味または喜びの喪失】 「趣味の釣りはする気にならない」 一時なら楽しくやっていたことも楽しめなくなる



【食欲または体重の変化】 「食事の量が増えず、ここ1ヶ月体重は変わらない」 する（例えば1ヶ月で体重の5%以上の変化）



【不眠または過眠】 「22時から6時まで」「眠れている」 が覚めるなどの不眠が起こるか、あるいは眠りすぎてしまふなど、睡眠の問題が起る



【精神運動制止または興奮】 「(本人)ないと思う」「(家族)ばんやりしている」 がなくなる



【疲労感や気力減退】 「疲れやすいです」「気力もない」



【無価値感や過剰もしくは不適切な罪責感】 「ないです」「ない」と感じ、自分のことを責めてしまう



【思考力や集中力の減退】 「少しほーっとするかもしれません」



【希死念慮や自殺企図】 「ないです」「したい」「死にたい」 などと考える

上記の症状のうち ~~5つ以上~~ が同じ ~~2週間~~ の間に存在し、病前の機能鑑別が必要している
これらの症状のうち 少なくとも1つは1.または2.である

- その症状は 臨床的に意味のある苦痛、または社会的、職業的または の重要な領域における機能の障害を引き起こしている
- そのエピソードは 物質の生理学的作用、または他の医学的状態によるものではない



症例① 40代男性

【現病歴】

X年4月

当科を紹介され初診

初診時 **うつ病** の診断基準は満たさない
身体疾患による体力消耗？

本人は薬物療法を望まず

立ち眩み や **歩行時のふらつき** を認めていた

X年5月

立ち上がりれない、ペットボトルの蓋が開けられない、呂律が回らない、**複視** といった症状が出現

近医での脳MRIにて異常なし

精査のため入院

入院時に **歩行困難**、**会話のまとまりの乏しさ** からの意思疎通困難、**複視** を認めた

入院時の血液検査で **ビタミンB1低値** と脳波の徐波化を認め **Wernicke脳症** を考えた

ビタミンB1補充を行い、意思疎通は改善

うつ病診断フローチャート



抑うつ症状により苦痛や機能障害が生じたため受診

「いいえ」

抑うつ症状を引き起こす一般身体疾患はあるか？

「はい」

抑うつ症状を引き起こす治療薬や依存性薬物を使用しているか？

気分症状が無いときに、幻覚や妄想があるか？

躁状態や軽躁状態の既往はあるか？

抑うつ気分が1日中存在し、その他2つの症状が2年間続いているか？

必須項目1つを含め5つの症状が1日中毎日2週間続いているか？

はっきりしたストレス因に反応し3ヶ月以内に症状が出現しているか？

持続は2週間未満だが症状は5つ以上、または症状は5つ未満だが2週間以上持続

特定不能の抑うつ症

加藤. 2025を発表者が改変



うつ病診断フローチャート

抑うつ症状を引き起こす治療薬や依存性薬物を使用しているか？

「はい」

物質・医薬品誘発性抑うつ症

2008年：厚生労働省による「薬剤惹起性うつ病」の報告

・インターフェロン　・副腎皮質ステロイド

年度	医薬品名	件数	年度	医薬品名	件数
2018	エチゾラム	6	2019	ベンラファキシン塩酸塩	13
	プレガバリン	5		オランザピン	5
	トリアゾラム	3		エチゾラム	4
	ベンラファキシン塩酸塩	3		ラモトリギン	4
	リュープロレリン酢酸塩	3		エスシタロプラムシュウ酸塩	3
	アモキサピン	2		クエチアピンフル酸塩	3
	エスシタロプラムシュウ酸塩	2		バレニクリン酒石酸塩	3
	クロチアゼパム	2		アガルシダーゼベータ(遺伝子組換え)	2
	ノルエチステロン・エチニルエストラジオール	2		アセナビンマレイン酸塩	2
	ヒドロコルチゾン	2		アミトリptyリン塩酸塩	2
	プラミベキソール塩酸塩水和物	2		インドシアニングリーン	2
	プレドニゾロン	2		カルバマゼピン	2
	プロチゾラム	2		ソホスブビル	2
	プロマゼパム	2		テクネシウムスズコロイド	2
	その他	37		その他	49

厚生労働省. 2008, 2022を発表者が一部改変

うつ病診断フローチャート



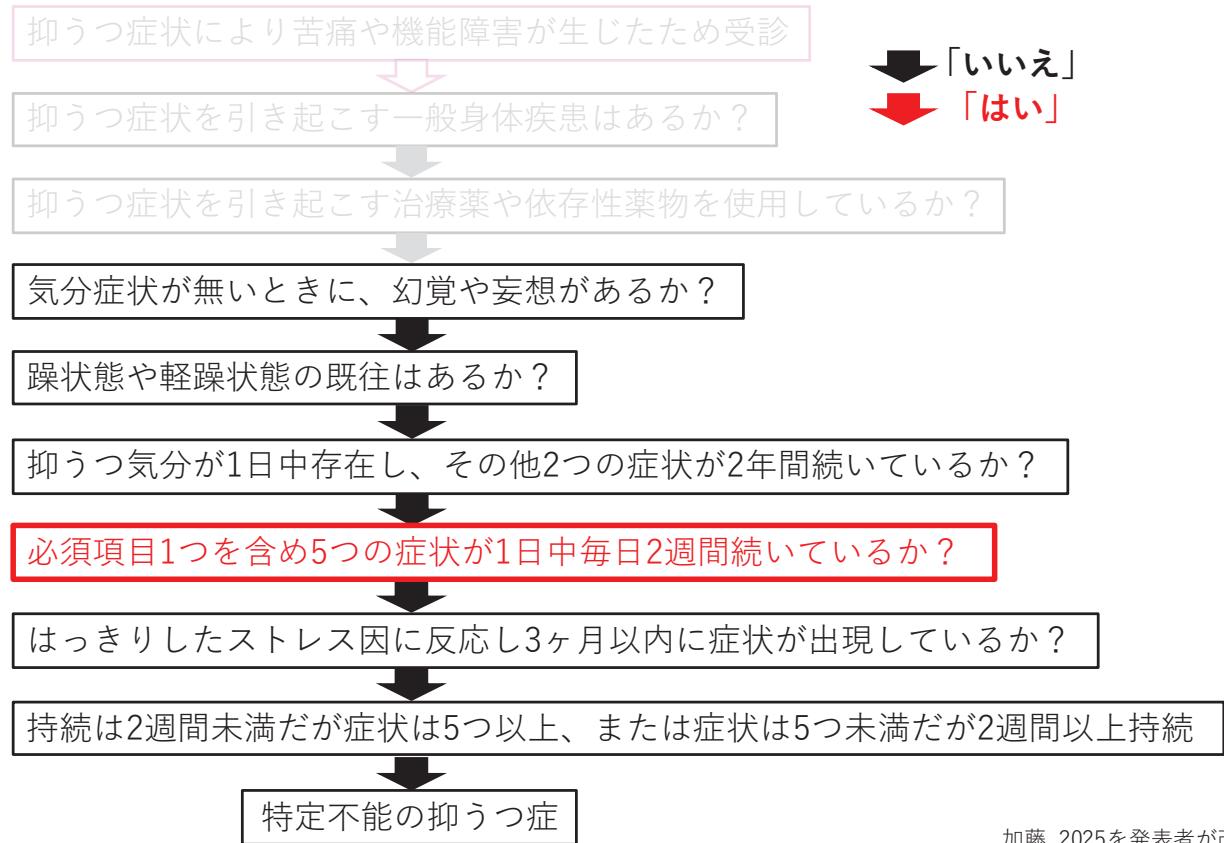
抑うつ症状を引き起こす治療薬や依存性薬物を使用しているか？

「はい」

物質・医薬品誘発性抑うつ症

- アルコールや依存性薬物はうつ状態を引き起こす可能性がある
- アンフェタミンやコカインは躁状態を惹起する可能性があるが、その離脱により抑うつを呈する場合がある

うつ病診断フローチャート



うつ病診断フローチャート



- うつ病では抑うつ気分に関連した幻覚や妄想が出現することがある
- 抑うつ気分に関連した妄想は微小妄想と呼ばれる

三大微小妄想

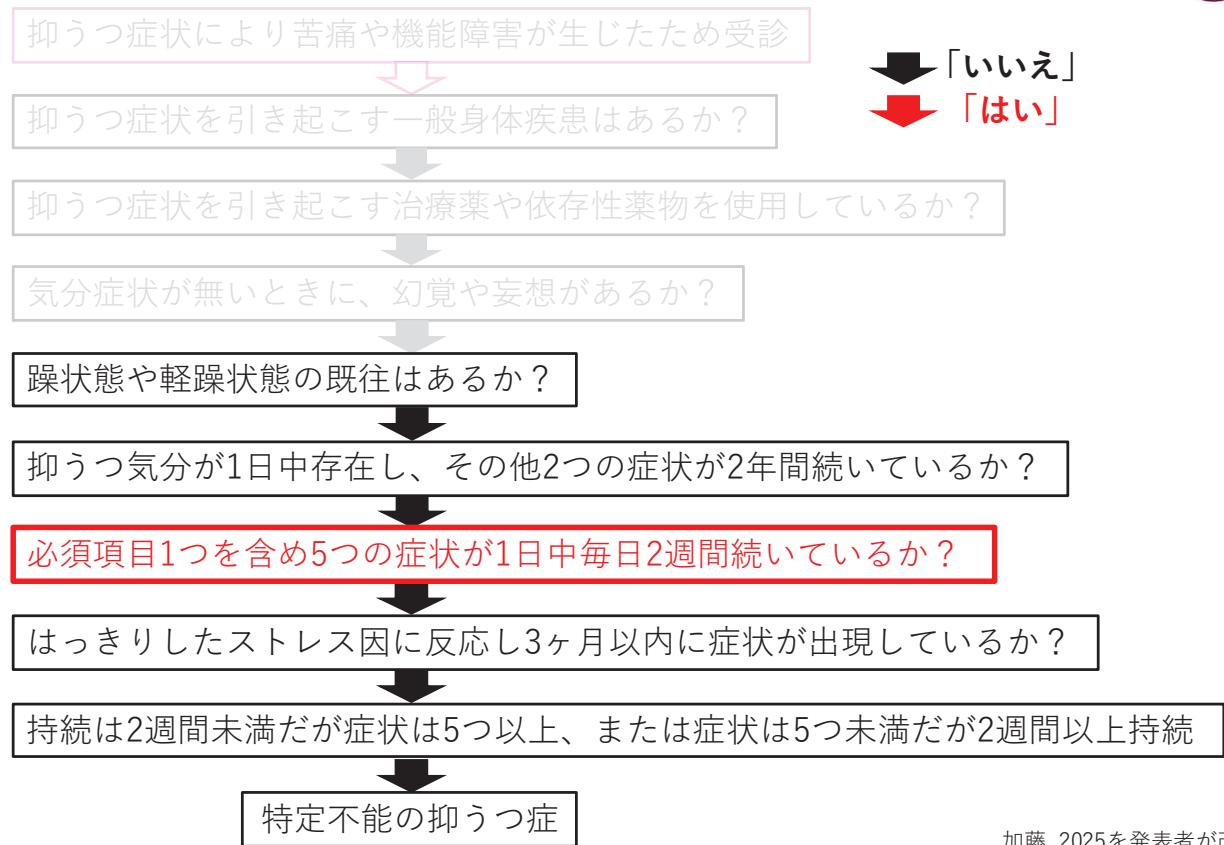
貧困妄想：「破産してしまった」

罪業妄想：「とんでもない罪を犯した」

心気妄想：「癌に違いない」

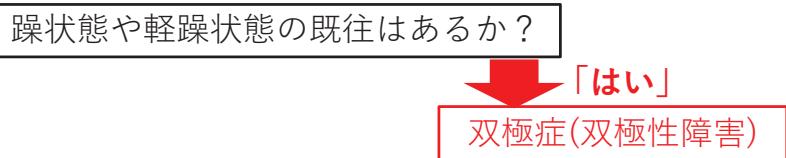
- ↓
- 幻覚や妄想などの精神病状を伴ううつ病はICD-10では重症うつ病へ分類されている
 - 鑑別診断や治療方針が異なる可能性があるので、精神科へどうぞご相談下さい

うつ病診断フローチャート

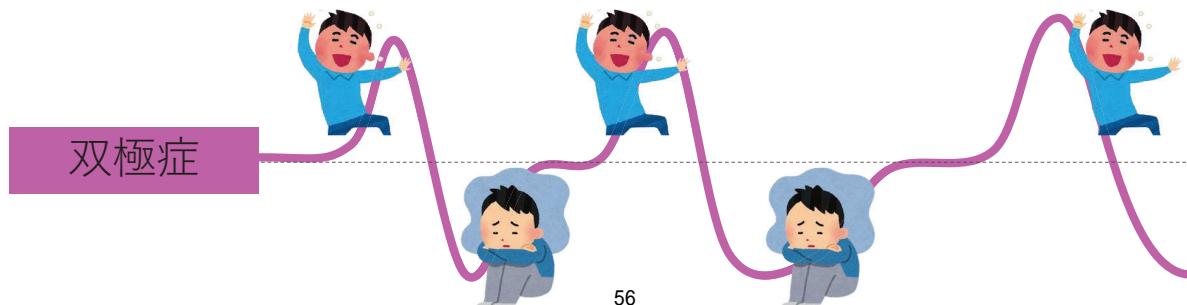


加藤. 2025を発表者が改変

うつ病診断フローチャート



- **抑うつ症群** : うつ状態だけを生じる
 - a. うつ病
「抑うつエピソード」を生じる
- **双極症（双極性障害）** : 躁状態とうつ状態を生じる
 - a. 双極症Ⅰ型
「躁エピソード」を生じる
 - b. 双極症Ⅱ型
「軽躁エピソード」と「抑うつエピソード」を生じる



「躁エピソード」とは？

「毎日のように」



1. 【躁気分】気分が良すぎたり、ハイになったり、興奮したり、怒りっぽくなったりして、他人から普段のあなたとは違うと思われてしまう
 2. 【睡眠欲求の減少】1~2時間眠っただけでも十分休息がとれたと感じる
 3. 【自尊心の肥大または誇大】自分が偉くなったように感じる
 4. 【多弁】いつもよりおしゃべりになる
 5. 【観念奔逸】色々な考えが次々と頭に浮かぶ
 6. 【注意転導性の亢進】注意が非常にそれやすい
 7. 【活動性増加や精神運動興奮】活動性が高まり、ひどくなると全くじっとしていられなくなる
 8. 【脱抑制】後で困ったことになるのが明らかなのに、つい自分が楽しいこと（買い物への浪費、性的無分別、ばかげた商売への投資など）に熱中してしまう
- といった症状のうち、少なくとも**1.**を含む、4つ以上（1が怒りっぽいだけの場合は5つ以上）が、

◎**躁エピソード ← 1週間以上** 続いて生活や人間関係に著しく支障を来したり、**入院が必要になる程** であれば診断される

○**軽躁エピソード ← 4日以上** 続いて、生活や人間関係に著しい支障を来さない程度であれば診断される

アメリカ精神医学会 DSM-5-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル

うつ病診断フローチャート



躁状態や軽躁状態の既往はあるか？

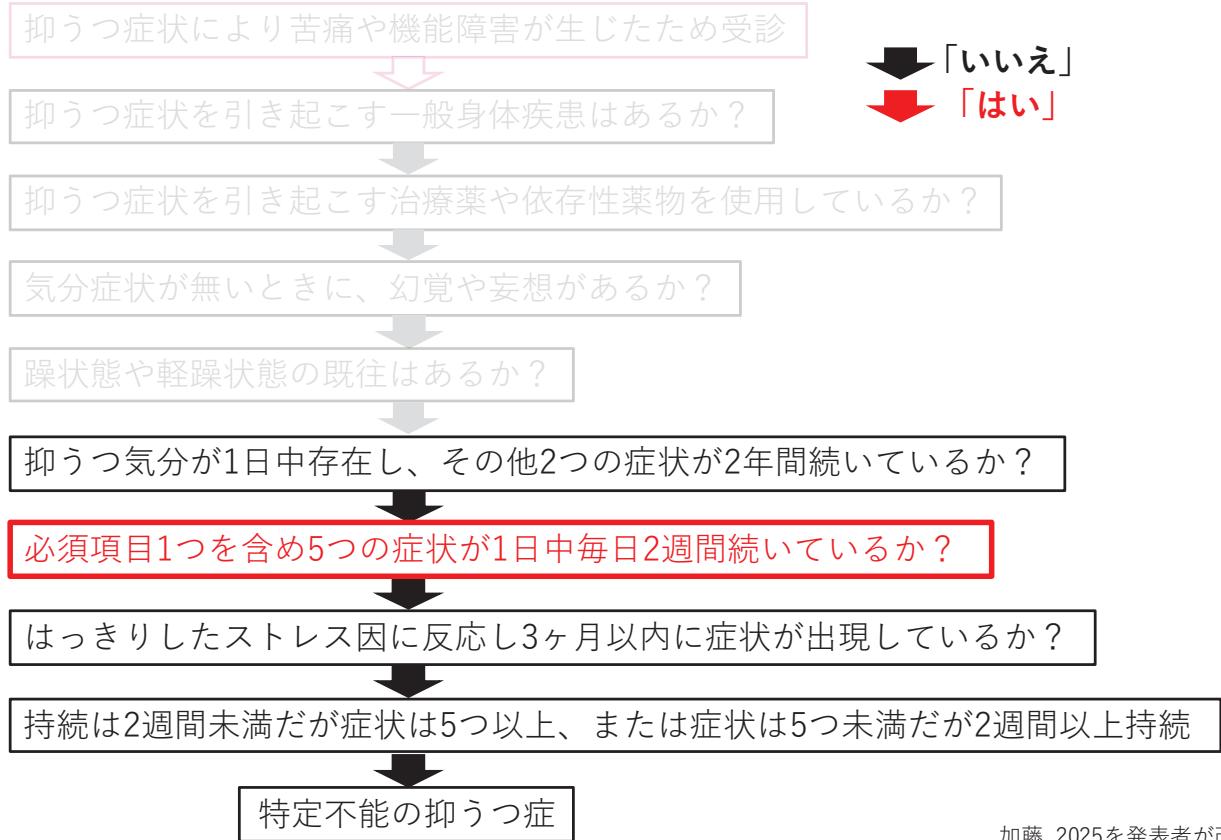
↓ 「はい」

双極症(双極性障害)

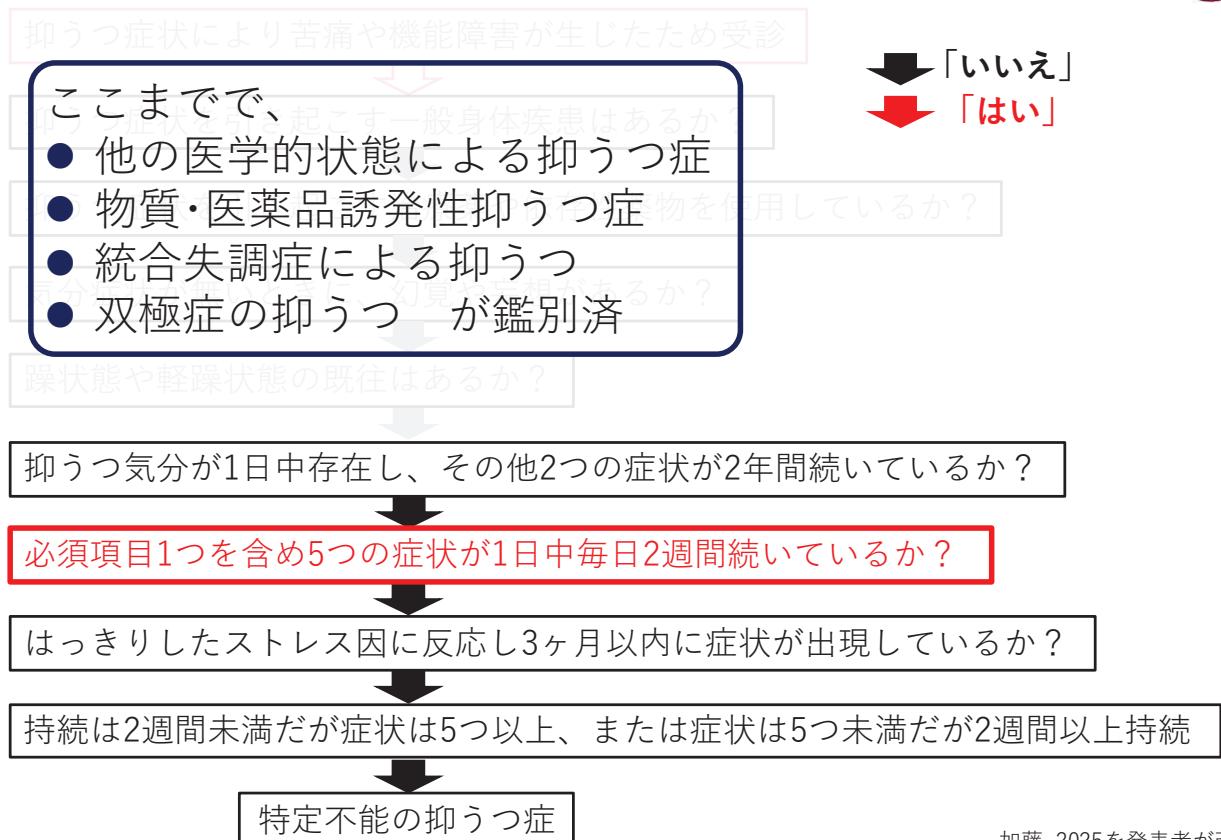
- 「躁状態」をくり返す慢性の病気だが、「うつ状態」を生じることもある
→ うつ病と双極症はどちらもうつ状態を生じることがあるが、**違う病気**だと考えられている
- 過去にうつ病と診断された患者が、後に躁状態を生じて双極症に診断が変更されることがある
- うつ病では抗うつ剤、双極症では**気分安定剤**(例：炭酸リチウム)が主剤となる
→ うつ病と双極症は**治療方針が異なる**



うつ病診断フローチャート



うつ病診断フローチャート



うつ病診断では鑑別が必要

「毎日のように」



1. 【抑うつ気分】ほとんど一日中憂うつで、沈んだ気持ちになる
2. 【興味または喜びの喪失】ほとんどのことに興味を失い、普段なら樂しくやっていたことも楽しめなくなる
3. 【食欲または体重の変化】食欲が低下（または増加）したり、体重が減少（または増加）する（例えば1ヶ月で体重の5%以上の変化）
4. 【不眠または過眠】寝つきが悪い、夜中に目が覚める、朝早く目が覚めるなどの不眠が起るか、あるいは眠りすぎてしまうなど、睡眠の問題が起こる
5. 【精神運動制止または興奮】話し方や動作が鈍くなるか、あるいはいろいろして落ち着きがなくなる
6. 【疲労感や気力減退】疲れやすいと感じ、気力が低下する
7. 【無価値感や過剰もしくは不適切な罪責感】「自分には価値がない」と感じ、自分のことを責めてしまう
8. 【思考力や集中力の減退】何かに集中したり、決断を下すことが難しい
9. 【希死念慮や自殺企図】「この世から消えてしまいたい」「死にたい」などと考える

上記の症状のうち**5つ以上**が同じ**2週間**の間に存在し、病前の機転としている
これらの症状のうち**少なくとも1つは1.または2.**である

鑑別が必要

- その症状は**臨床的に意味のある苦痛**、または社会的、職業的または**機能の障害**を引き起こしている
- そのエピソードは**物質の生理学的作用、または他の医学的状態によるものではない**

アメリカ精神医学会 DSM-5-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル

うつ病診断フローチャート



抑うつ気分が1日中存在し、その他2つの症状が2年間続いているか？

「はい」

持続性抑うつ症(気分変調症)

- 抑うつエピソードは満たさない
- しかし、2年以上症状が続いているのは臨床的に重症
- 経過の中で症状が増えてうつ病の診断となることもある
- 症状が遷延するのは、様々な理由がある
十分な休養や薬物療法が行えていない
そもそも薬物療法抵抗性など

「いいえ」

必須項目1つを含め5つの症状が1日中毎日2週間続いているか？

「はい」

うつ病



②うつ病の診断のまとめ

- 主症状の「抑うつ気分」や「興味や喜びの喪失」が2週間以上続いているか尋ねる
- 身体疾患や薬物によるうつ状態を鑑別
- 精神症(精神病性障害)や双極症(双極性障害)を鑑別



①うつ病の症状とは？

②うつ病の診断をしてみましょう

③抗うつ剤を使ってみましょう

治療を始めるにあたって

- 適切な「うつ病」の診断がなされている
- 患者に病気であって治療が必要なことを説明している

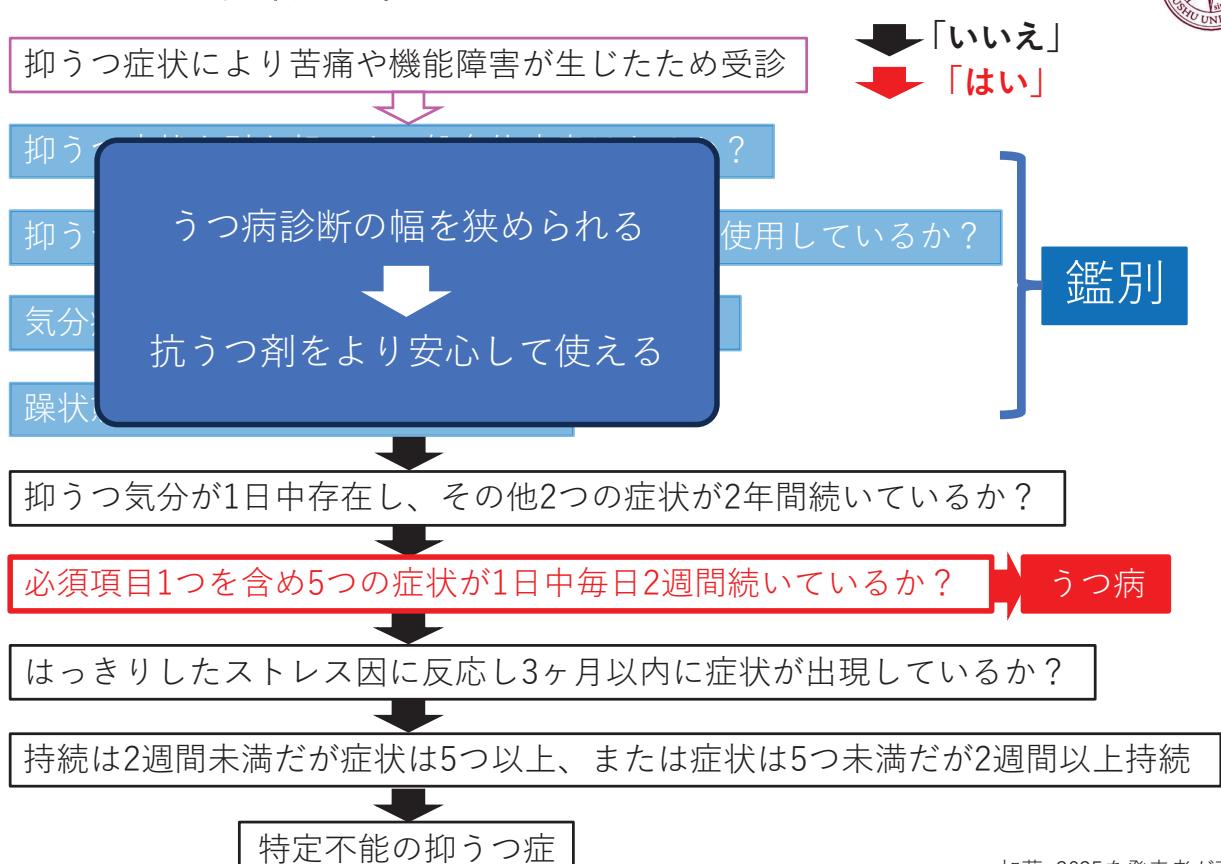
患者は抑うつ気分のために否定的な認知に偏りやすい

「病気ではない」

「治療をうける権利はない」

「治療をしても良くならない」

うつ病診断フローチャート





治療を始めるにあたって

- 適切な「うつ病」の診断がなされている
- 患者に病気であって治療が必要なことを説明している

患者は抑うつ気分のために否定的な認知に偏りやすい

「病気ではない」

「治療をうける権利はない」

「治療をしても良くならない」

抗うつ剤

- 赤字の薬剤は鎮静作用が比較的強い
→ 不眠には使えるが眠気には不利
- 系統の異なる薬剤を1~2剤使えると良い



世代

古

新

- 三環系(1959)
イミプラミン、アミトリプチリン、クロミプラミンなど
- 四環系(1981)
マプロチリン、ミアンセリンなど
- その他(1991)
トラゾドン
- SSRI(選択的セロトニン再取り込み阻害薬)(1999)
セルトラリン、エスシタロプラム、パロキセチンなど
- SNRI(セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬)(1999)
デュロキセチン、ベンラファキシンなど
- NaSSA(ノルアドレナリン作動性・特異的セロトニン作動薬)(2009)
ミルタザピン
- S-RIM(セロトニン再取り込み阻害・セロトニン受容体調整薬)(2019)
ボルチオキセチン



薬物療法について

- **単剤**で始める
- 開始する前に、**嘔気・嘔吐**や**下痢**など主要な副作用の可能性を説明しておく
- 「**アクチベーション**(症候群)」を生じる可能性があるので、添付文書に沿って少量から開始し漸増する
アクチベーション→焦燥感や不安感の増大、不眠、パニック発作、アカシジア、敵意・易刺激性・衝動性の亢進、躁・軽躁状態などの出現する状態
- 抗うつ薬の**効果は早くとも1週間～10日**はかかる
- 効果判定には**最低4週間継続**する
- **十分量使用する**
- **急に止めない**

日本うつ病学会うつ病治療ガイドライン第2版. 2017に発表者が追記

症例② 70代女性



【生活歴】

同胞2名中第1子、高校を卒業し事務職に従事し定年退職
25歳時に結婚し2子をもうけ、現在は夫と二人暮らし

【既往歴】

2型糖尿病、高血圧症、高脂血症

【家族歴】

精神疾患を含め、特記すべき家族歴はない

【現病歴】

X年4月 長男が借金を背負ったことが判明した後に、
気分の落ち込み、不眠、食欲低下、不安で落ち着かない、物事が決められない、死にたい
と訴えるようになる

X年5月 近医総合病院を受診



症例② 70代女性

【現病歴】

X年5月 身体所見 → 特記異常所見なし
血液検査 → 特記異常所見なし
頭部MRI → 占拵性病変や萎縮を認めない
うつ病と診断

【薬物療法開始】

1. セルトラリン25mg投与開始 **用量が少ない・期間が短い**
→ 吐き気が強く2週間で中止
2. デュロキセチン20mg投与開始 **期間が短い**
→ 効果乏しく1週間後に40mgに增量
→ 1週間後も効果乏しく食欲低下や焦燥感が増悪

症状改善乏しく、当科を受診

症例② 70代女性



【当科受診後】

あらためて**うつ病**と診断
不眠や焦燥感の訴えが強く、鎮静作用のある**ミルタザピン**を開始し、最大用量まで増量した
治療開始約2週間ほどで、不眠や焦燥感は軽減し、約1ヶ月後には徐々に気分症状の改善を認めた

- 抗うつ剤の**効果は早くとも1週間～10日**はかかる
- 抗うつ剤の効果判定には**最低4週間継続**する
- 抗うつ剤は**十分量使用する**



双極症の可能性に配慮する

双極症の抑うつエピソードに抗うつ薬を処方すると、
躁転や急速交代化(1年に4回以上気分症状を繰り返す)の
リスクがある

- 過去の躁・軽躁状態の存在
診断が双極症になる
- **混合性**の特徴を伴うもの
- **混合性**抑うつ状態
混合性：うつに躁の特徴が混じる
- **双極性うつ病**
抑うつエピソードから発症する双極症
もある

双極性うつ病(5つ以上)
過眠
食欲亢進(体重増加)
その他の非定型うつ病像
精神運動性の抑制
精神病症状
気分症状の不安定さ
若年発症(25歳以下)
抑うつ相の再発(5回以上)
双極症の家族歴

日本うつ病学会うつ病治療ガイドライン第2版. 2017

混合性とは → うつに躁が混じる



「混合性の特徴を伴う」(DSM-5-TR)

1. 【気分高揚】高揚した、開放的な気分
2. 【自尊心の肥大または誇大】自分が偉くなったように感じる
3. 【多弁】いつもよりおしゃべりになる
4. 【観念奔逸】色々な考えが次々と頭に浮かぶ
5. 【気力または活動性増加】社会的、職場または学校内、性的のいずれか
6. 【脱抑制】後で困ったことになるのが明らかなのに、つい自分が楽しいこと（買い物への浪費、性的無分別、ばかげた商売への投資など）に熱中してしまう
7. 【睡眠欲求の減少】普段より睡眠時間が短いのによく寝た気がする

といった症状のうち、**抑うつエピソード**の大半の日に**3つ以上**存在する

- 上記は他者によって観察可能で、その人の普段の行動から変化を起こしている
- 物質の生理学的作用によるものではない



双極症の可能性に配慮する

双極症の抑うつエピソードに抗うつ薬を処方すると、
躁転や急速交代化(1年に4回以上気分症状を繰り返す)の
リスクがある

- 過去の躁・軽躁状態の存在
診断が双極症になる
- **混合性**の特徴を伴うもの
- **混合性**抑うつ状態
混合性：うつに躁の特徴が混じる
- **双極性うつ病**
抑うつエピソードから発症する双極症
もある

双極性うつ病(5つ以上)
過眠
食欲亢進(体重増加)
その他の非定型うつ病像
精神運動性の抑制
精神病症状
気分症状の不安定さ
若年発症(25歳以下)
抑うつ相の再発(5回以上)
双極症の家族歴

日本うつ病学会うつ病治療ガイドライン第2版、2017

症例③ 20代女性

【生活歴】

同胞3名中第2子、大学を卒業し営業就職とともに独居を開始

【既往歴】

特記事項なし

【家族歴】

母親：双極症Ⅱ型

【現病歴】

X年6月

就職後2ヶ月で特に誘因なく**気分の落ち込み**や**食欲増加**、**過眠**、**疲れやすさ**を生じるようになった

好きだった動画鑑賞もしなくなった

X年7月

次第に仕事を休むようになり、家族の電話に**死にたい**と話したり**多弁にまとまりなく話したり**していた

双極性うつ病(5つ以上)
過眠
食欲亢進(体重増加)
その他の非定型うつ病像
精神運動性の抑制
精神病症状
気分症状の不安定さ
若年発症(25歳以下)
抑うつ相の再発(5回以上)
双極症の家族歴



症例③ 20代女性



【現病歴】

X年7月 心配した家族に連れられて精神科クリニックを受診
疲弊し入浴や更衣も十分に出来ていない状態
身体所見 → 特記異常所見なし
血液検査 → 特記異常所見なし
うつ病と診断
抗うつ剤投与開始
1週間後の再来を指示



症例③ 20代女性



再来予約日には受診せず、さらにその10日後に来院

(本人)

「すっかり元気だから来る必要がない」

「病気なんかじゃないのに頼まれたから来た」

「寝ているのがもったいない」

派手な化粧と服装 初診時とは全く違い多弁多動

(家族)

薬を飲みだして1週間くらいしたら急に元気になったので良かったなと思っていたら、元気になりすぎて困っています。夜も寝ずにずっと大きな声で話していて、私たちが疲れたようになら急に怒り出します。そうかと思ったら急に機嫌が良くなって、夜中でも急に出かけて、コンビニとかでたくさん物を買ってくるんです。そうかと思えば友達に電話をして、また急に怒り出したりして。とにかくじっとしていません。

症例③ 20代女性



(家族)

職場にも行ったようですが、急に帰ってきました。上司から電話がありましたが、「ささいなことで急に怒り出して勝手に帰ってしまって私たちも心配しています」と話していました。いつもの本人とは全く違うので心配だから病院に行こうと言ったら「私は全然元気だから病院には行かなくていい」「あんな医者のいうことなんて聞かなくていい」といって聞かなくて来られなかつたんです。「もうこんな薬はいらぬ」と言って1週間ほど前からもらったうつの薬は飲んでいません。今日はお願ひだから病院に行ってほしいと頼み込んでなんとか一緒にきました。

抗うつ剤を中止後も、上記の状態は1週間以上持続
担当医は**躁エピソード**と判断し、診断を**双極症Ⅰ型**とした

精神科への紹介



うつ病患者を一般診療科から精神科へ紹介する臨床的適応

うつ病の重症度	重い精神運動抑制、拒食、身辺の無視、栄養不良
高い自殺の危険度	以前の自殺企図、差し迫った自殺の危機、強い罪責感と絶望感、 不安性の苦痛
洞察の欠如	幻覚妄想状態、拒薬などの病識欠如
特殊な型の臨床像	パニック症、強迫症、不穏、興奮、過眠
治療の失敗	遷延性うつ病、精神療法やrTMS(反復経頭蓋磁気刺激療法)などの非薬物療法
緊急治療の必要性	抗うつ剤の点滴投与、電気けいれん療法
うつ病期の頻繁な出現	
躁転した双極症の抑うつ	

「どうぞご相談下さい」





不安性の苦痛とは

「不安性の苦痛を伴う」(DSM-5-TR)

1. 張りつめた、または緊張した感覚
 2. 異常に落ち着かないという感覚
 3. 心配のための集中困難
 4. 何か恐ろしいことが起こるかもしれないという恐怖
 5. 自分をコントロールできなくなるかもしれないという感覚
- といった症状のうち、抑うつエピソードや持続性抑うつ症の大半の日に**2つ以上**存在する

アメリカ精神医学会 DSM-5-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル



精神科への紹介

うつ病患者を一般診療科から精神科へ紹介する臨床的適応

うつ病の重症度	重い精神運動抑制、拒食、身辺の無視、栄養不良
高い自殺の危険度	以前の自殺企図、差し迫った自殺の危機、強い罪責感と絶望感、 不安性の苦痛
洞察の欠如	幻覚妄想状態、拒薬などの病識欠如
特殊な型の臨床像	パニック症、強迫症、不穏、興奮、過眠
治療の失敗	遷延性うつ病、精神療法やrTMS(反復経頭蓋磁気刺激療法)などの非薬物療法
緊急治療の必要性	抗うつ剤の点滴投与、電気けいれん療法
うつ病期の頻繁な出現	
躁転した双極症の抑うつ	

「どうぞご相談下さい」

