

第 53 回福岡県産業医学大会

(ハイブリッド開催)

と き：令和 7 年 10 月 25 日（土）14：00

ところ：福岡県医師会館、サテライト会場、個人端末

主 催：福岡県医師会・福岡県産業医学協議会
福岡ブロック医師会

協 賛：福岡県・古賀市・福岡労働局
福岡県労働基準協会連合会

第 53 回福岡県産業医学大会(ハイブリッド開催)

日 時：令和 7 年 10 月 25 日（土）14：00～17：00

場 所：福岡県医師会館、サテライト会場、個人端末

1. 開 会 の 辞 福岡ブロック医師会世話人 菊 池 仁 志
2. 主催者挨拶 福岡県医師会長
 福岡県産業医学協議会長 蓮 澤 浩 明
3. 祝 辞 福岡県知事 服 部 誠太郎
 古賀市長 田 辺 一 城
 福岡労働局長 鈴 木 一 光
4. 表 彰 福岡県知事表彰
 福岡県産業医学協議会長表彰
5. 特 別 講 演
 I テーマ：『仕事と治療の両立支援について』
 座 長：粕屋医師会副会長 上 野 毅一郎
 講 師：産業医科大学医学部両立支援科学講座准教授 永 田 昌 子

 II テーマ：『従業員のうつ病と認知症について』
 座 長：粕屋医師会長 松 尾 喬 之
 講 師：福岡大学医学部精神医学教室教授 堀 輝
6. 閉 会 の 辞 福岡県医師会副会長 平 田 泰 彦

主 催：福岡県医師会・福岡県産業医学協議会・福岡ブロック医師会

協 賛：福岡県・古賀市・福岡労働局・福岡県労働基準協会連合会

※ 修 得 単 位

- ① 日本医師会認定産業医制度基礎研修後期 2 単位・生涯研修更新 1 単位、専門 1 単位
- ② 日本医師会生涯教育講座 2 単位（CC：11、70）

令和7年度産業保健事業功労者表彰一覧表

※福岡県知事表彰

今 村 博 孝 (福 岡 市 医 師 会)
家 守 光 雄 (福 岡 市 医 師 会)

※産業医学協議会長表彰（個人の部）

案 浦 美 雪 (福 岡 市 医 師 会)
岡 部 信 郎 (福 岡 市 医 師 会)
笹 栗 学 (福 岡 市 医 師 会)
林 由紀子 (宗 像 医 師 会)
香 月 周 三 (久 留 米 医 師 会)
富 安 信 夫 (大 牟 田 医 師 会)
城 戸 祐一郎 (八 女 筑 後 医 師 会)
合 原 る み (八 女 筑 後 医 師 会)
大 城 昌 平 (柳 川 山 門 医 師 会)

特 別 講 演 I

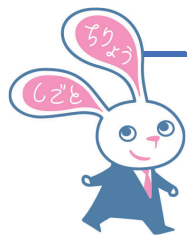
「仕事と治療の両立支援について」

座 長：粕屋医師会副会長

上 野 毅一郎

講 師：産業医科大学医学部両立支援科学講座

准教授 永 田 昌 子



第53回 福岡県産業医学大会



治療と仕事の両立支援

産業医科大学 医学部 両立支援科学 永田昌子



-
1. 治療と仕事の両立支援とは
 2. 治療と仕事の両立支援が求められる背景
 3. 治療と仕事の両立支援の流れと病院での実際
主治医の役割
 4. 産業医の役割
 - 事例対応
 - 両立支援を行うための環境整備



労働施策の総合的な推進並びに労働者の雇用の安定及び職業生活の充実等に関する法律等の一部を改正する法律の概要（令和7年法律第63号、令和7年6月11日公布）

改正の趣旨

多様な労働者が活躍できる就業環境の整備を図るため、ハラスメント対策の強化、女性活躍推進法の有効期限の延長を含む女性活躍の推進、治療と仕事の両立支援の推進等の措置を講ずる。

改正の概要

1. ハラスメント対策の強化【労働施策総合推進法、男女雇用機会均等法】

- ① カスタマーハラスメント（※）を防止するため、事業主に雇用管理上必要な措置を義務付け、国が指針を示すとともに、カスタマーハラスメントに起因する問題に関する国、事業主、労働者及び顧客等の責務を明確化する。
※ 職場において行われる顧客、取引の相手方、施設の利用者その他の当該事業主の行う事業に関係を有する者の言動であって、その雇用する労働者が従事する業務の性質その他の事情に照らして社会通念上許容される範囲を超えたものにより当該労働者の就業環境を害すること
- ② 求職者等に対するセクシュアルハラスメントを防止するため、事業主に雇用管理上必要な措置を義務付け、国が指針を示すとともに、求職者等に対するセクシュアルハラスメントに起因する問題に関する国、事業主及び労働者の責務を明確化する。
- ③ 職場におけるハラスメントを行ってはならないことについて国民の規範意識を醸成するために、啓発活動を行う国の責務を定める。

2. 女性活躍の推進【女性活躍推進法】

- ① 男女間賃金差異及び女性管理職比率の情報公表を、常時雇用する労働者の数が101人以上の一般事業主及び特定事業主に義務付ける。
- ② 女性活躍推進法の有効期限（令和8年3月31日まで）を令和18年3月31日まで、10年間延長する。
- ③ 女性の職業生活における活躍の推進に当たっては、女性の健康上の特性に配慮して行われるべき旨を、基本原則において明確化する。
- ④ 政府が策定する女性活躍の推進に関する基本方針の記載事項の一つに、ハラスメント対策を位置付ける。
- ⑤ 女性活躍の推進に関する取組が特に優良な事業主に対する特例認定制度（ブラチナえるぼし）の認定要件に、求職者等に対するセクシュアルハラスメント防止に係る措置の内容を公表していることを追加する。
- ⑥ 特定事業主行動計画に係る手続の効率化を図る。

3. 治療と仕事の両立支援の推進【労働施策総合推進法】

- 事業主に対し、職場における治療と就業の両立を促進するため必要な措置を講じる努力義務を課すとともに、当該措置の適切・有効な実施を図るための指針の根拠規定を整備する。

等

施行期日

公布の日から起算して1年6月以内で政令で定める日（ただし、1③及び2②から④までは公布日、2①及び⑥並びに3は令和8年4月1日）



治療と仕事の両立支援とは

“疾病を抱えながらも働く意欲のある労働者に対し、治療と仕事の両立ができるような支援”

両立についての本人の考え
「どう治療を進めたいのか」「どう働きたいのか」



医療機関

職場

目指すところ

個々の患者にとっての
最善の医療
Shared Decision making

①安全に、疾病を増悪させずに働けるように
②いきいきと働けるように



治療と仕事の両立支援とは

“疾病を抱えながらも働く意欲のある労働者に対し、治療と仕事の両立ができるような支援”

両立についての本人の考え
「どう治療を進めたいのか」「どう働きたいのか」

どんな職場で、どんな仕事
をしているのか？
どんな配慮が可能なのか？



連携 情報共有
が必要

どんな病気なのか
どんな治療、長期にわたる
のか、副作用は、？

医療機関

職場

目指すところ

個々の患者にとっての
最善の医療
Shared Decision making

①安全に、疾病を増悪させ
ずに働けるように
②いきいきと働けるように



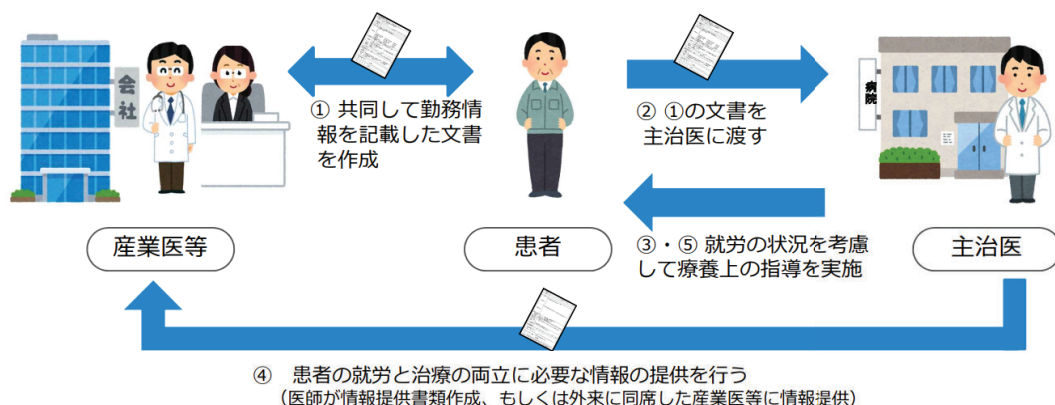
治療と
仕事の
両立支援

参考資料 療養・就労両立支援指導料（H30新設、R2・R4改定）

- 患者本人と企業が共同で作成した勤務情報書に基づき、主治医が、患者に療養上必要な指導を実施し、企業に対して診療情報を提供した場合について評価するもの
- また、診療情報を提供した後の勤務環境の変化を踏まえ、療養上必要な指導を行った場合についても評価される

対象となる疾患

がん（平成30年度）
脳血管疾患、肝疾患（慢性経過）、指定難病（令和2年度追加）
心疾患、糖尿病、若年性認知症（令和4年度追加）



治療と
仕事の
両立支援

治療と仕事の両立支援のポイントと役割の整理

ポイント	医療機関	職場																
時間的制約に関する支援 (治療を受けやすく)	仕事を休まなくても治療を受けられる ・放射線療法の時間を固定 ・土曜や夜間の診療 1 年次有給休暇の付与日数 (1) 通常の労働者の付与日数 <table><tr><th>継続勤務年数(年)</th><th>0.5</th><th>1.5</th><th>2.5</th><th>3.5</th><th>4.5</th><th>5.5</th><th>6.5以上</th></tr><tr><th>付与日数(日)</th><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>14</td><td>16</td><td>18</td><td>20</td></tr></table>	継続勤務年数(年)	0.5	1.5	2.5	3.5	4.5	5.5	6.5以上	付与日数(日)	10	11	12	14	16	18	20	治療時間に配慮して仕事の時間を決められる ・時差出勤制度 ・短時間勤務制度 ・在宅勤務 ・時間単位の年次有給休暇
継続勤務年数(年)	0.5	1.5	2.5	3.5	4.5	5.5	6.5以上											
付与日数(日)	10	11	12	14	16	18	20											
病状等と職務の組み合わせ に応じた配慮や支援 (仕事を続けやすく)	治療の選択時に 仕事の復帰やキャリアに大きな支障とならないかを考慮にいれる アピアランスケア	会社の安全配慮の履行 ①仕事が持病を悪化させる恐れ ②事故・災害リスク 合理的配慮 ①働きやすくする配慮 ②体調への配慮																
治療と仕事の両立に関する 意思決定支援 	治療の選択肢の提示 情報提供や相談 傷病手当金や障害年金等 医療費助成	情報提供や相談 利用できる制度の説明 会社																
生活保障		GLTD(団体長期障害補償保険)等 																



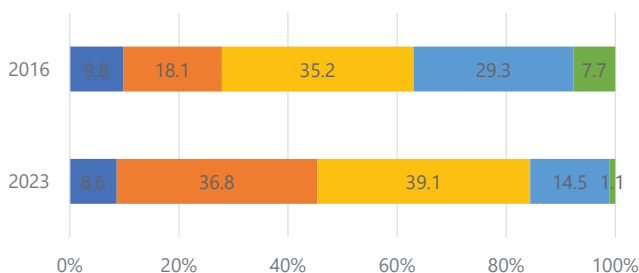
両立支援

時間的な制約に関する支援（治療を受けやすく）

内閣府 がん対策に関する世論調査

Q. 現在の日本の社会では、がんの治療や検査のために2週間に一度程度病院に通う必要がある場合、働き続けられる環境だと思いますか。この中から1つだけお答えください。

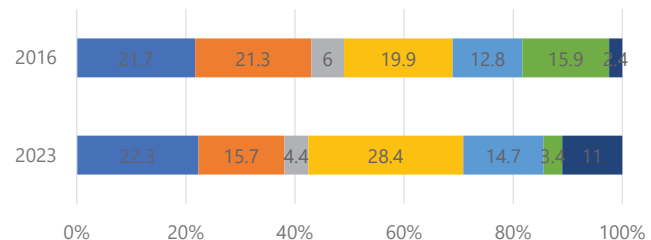
- 1. そう思う
- 2. どちらかといえばそう思う
- 3. どちらかといえばそう思わない
- 4. そう思わない
- 無回答



左の質問でそう思わないと答えた方に対して。

がんの治療や検査のために2週間に一度程度病院に通う必要がある場合、働き続けることを難しくさせている最も大きな理由は何だと思いますか。この中から1つだけお答えください。」

- 1. 代わりに仕事する人がいない、いても頼みにく
- 2. 職場が休むことを許してくれるかわからない
- 3. 休むと職場での評価が下がるから
- 4. がんの治療・検査と仕事の両立が体力的に困難



治療と
仕事の
両立支援

治療と仕事の両立支援のポイントと役割の整理

ポイント	医療機関	職場																
時間的制約に関する支援 (治療を受けやすく)	仕事を休まなくても治療を受けられる ・放射線療法の時間を固定 ・土曜や夜間の診療 1 年次有給休暇の付与日数 (1) 通常の労働者の付与日数 <table><tr><th>継続勤務年数(年)</th><th>0.5</th><th>1.5</th><th>2.5</th><th>3.5</th><th>4.5</th><th>5.5</th><th>6.5以上</th></tr><tr><th>付与日数(日)</th><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>14</td><td>16</td><td>18</td><td>20</td></tr></table>	継続勤務年数(年)	0.5	1.5	2.5	3.5	4.5	5.5	6.5以上	付与日数(日)	10	11	12	14	16	18	20	治療時間に配慮して仕事の時間を決められる ・時差出勤制度 ・短時間勤務制度 ・在宅勤務 ・時間単位の年次有給休暇
継続勤務年数(年)	0.5	1.5	2.5	3.5	4.5	5.5	6.5以上											
付与日数(日)	10	11	12	14	16	18	20											
病状等と職務の組み合わせ に応じた配慮や支援 (仕事を続けやすく)	治療の選択時に 仕事の復帰やキャリアに大きな支障とならないかを考慮にいれる アピアランスケア	会社の安全配慮の履行 ①仕事を持病を悪化させる恐れ ②事故・災害リスク 合理的配慮 ①働きやすくする配慮 ②体調への配慮																
治療と仕事の両立に関する 意思決定支援 	治療の選択肢の提示 情報提供や相談 傷病手当金や障害年金等 医療費助成	情報提供や相談 利用できる制度の説明 会社																
生活保障		GLTD(団体長期障害補償保険)等																



両立支援

1. 治療と仕事の両立支援とは
2. 治療と仕事の両立支援が求められる背景
3. 治療と仕事の両立支援の流れと病院での実際
主治医の役割
4. 産業医の役割
 - ・事例対応
 - ・両立支援を行うための環境整備

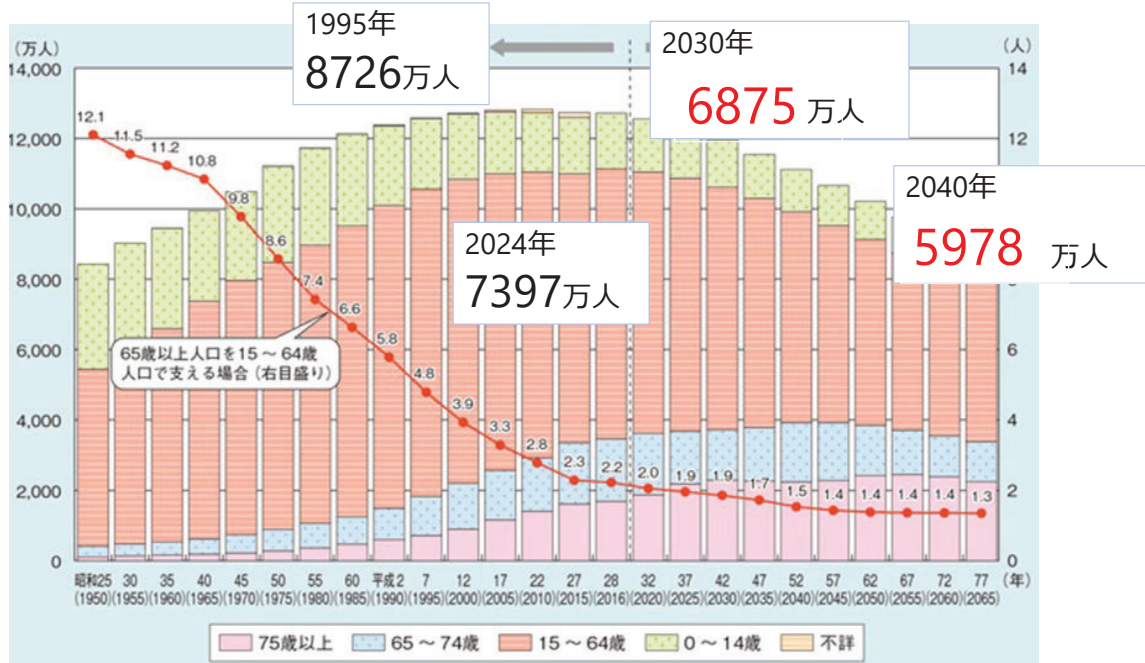


治療と
仕事の
両立支援

治療と仕事の両立支援が求められる背景 ①

生産年齢人口（15～64歳）の減少

出典）2015年までは総務省「国勢調査」（年齢不詳人口を除く）、
2020年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成24年1月推計）」



働き方改革実行計画（2017年3月28日閣議決定）「1億総活躍社会」

1. 同一労働同一賃金など非正規雇用の処遇改善
2. 賃金引き上げと労働生産性の向上
3. 時間外労働の上限規制の在り方など長時間労働の是正
4. 雇用吸収力の高い産業への転職・再就職支援、人材育成、格差を固定化させない教育の問題
5. テレワーク、副業・兼業といった柔軟な働き方
6. 働き方に中立的な社会保障制度・税制など女性・若者が活躍しやすい環境整備
7. 高齢者の就業促進
- 8. 病気の治療、子育て・介護と仕事の両立**
9. 外国人材の受入れの問題



健康経営認定制度

2015年 経産省と東京証券取引所が**各業種1銘柄**に健康経営銘柄の指定

2017年 健康経営優良法人 大企業・中小企業版 **(基準を満たせば認定)**

2021年 上位500社をブライト500に認定



健康経営銘柄



健康経営優良法人

	健康経営銘柄	健康経営優良法人 (大規模)	健康経営優良法人 (中小規模)
2015	22	—	—
2016	25	—	—
2017	24	235	328
2018	26	541	775
2019	37	820	2502
2020	40	1480	4816
2021	48	1801	7934
2022	50	2,299	12,255

経済産業省 HPより抜粋



健康経営銘柄2022選定及び健康経営優良法人2022（大規模法人部門）認定要件

大項目	中項目	小項目	評価項目	認定要件	
				大規模	銘柄・ホライズ500
1. 経営理念・方針		健康経営の戦略、社内外への情報開示	健康経営の方針等の社内外への発信	必須	
		自社従業員を超えた健康増進に関する取り組み	①トップランナーとしての健康経営の普及	左記①～⑯のうち13項目以上	必須
2. 組織体制		経営層の体制	健康づくり責任者の役割	必須	
		実施体制	産業医・保健師の関与		
		健保組合等保険者との連携	健保組合等保険者との協議・連携		
3. 制度・施策実行	従業員の健康課題の把握と必要な対策の検討	健康課題に基づいた具体的な目標の設定	健康経営の具体的な推進計画	必須	
		健診・検診等の活用・推進	②従業員の健康診断の実施（受診率100%）		
			③受診勧奨に関する取り組み		
			④50人未満の事業場におけるストレスチェックの実施		
	健康経営の実践に向けた土台づくり	ヘルスリテラシーの向上	⑤管理職・従業員への教育 ※「従業員の健康保持・増進やメンタルヘルスに関する教育」については参加率（実施率）を測っていること	左記①～⑯のうち13項目以上	左記②～⑯のうち13項目以上
		ワークライフバランスの推進	⑥適切な働き方の実現に向けた取り組み		
		職場の活性化	⑦コミュニケーションの促進に向けた取り組み		
		病気の治療と仕事の両立支援	⑧私病等に関する復職・両立支援の取り組み		
	従業員の心と身体 の健康づくりに関する具体的対策	保健指導	⑨保健指導の実施および特定保健指導実施機会の提供に関する取り組み ※「生活習慣病予備群者への特定保健指導以外の保健指導」については参加率（実施率）を測っていること		
		具体的な健康保持・増進施策	⑩食生活の改善に向けた取り組み		
			⑪運動機会の増進に向けた取り組み		
			⑫女性の健康保持・増進に向けた取り組み		
			⑬長時間労働者への対応に関する取り組み		
		⑭メンタルヘルス不調者への対応に関する取り組み			
		感染症予防対策	⑮感染症予防に向けた取り組み		
		喫煙対策	⑯喫煙率低下に向けた取り組み		
		受動喫煙対策に関する取り組み	必須		
4. 評価・改善	健康経営の推進に関する効果検証	健康経営の実施についての効果検証	必須		
5. 法令遵守・リスクマネジメント			定期健診を実施していること、50人以上の事業場においてストレスチェックを実施していること、労働基準法または労働安全衛生法に係る違反により送検されていないこと、等。 ※誓約事項参照	必須	



健康経営優良法人2022（中小規模法人部門）認定要件

大項目	中項目	小項目	評価項目	認定要件
1. 経営理念・方針			健康宣言の社内外への発信・経営者自身の健診受診	必須
2. 組織体制			健康づくり担当者の設置	必須
			(求めに応じて)40歳以上の従業員の健診データの提供	必須
3. 制度・施策実行	従業員の健康課題の把握と必要な対策の検討	健康課題に基づいた具体的な目標の設定	健康経営の具体的な推進計画	必須
		健診・検診等の活用・推進	①従業員の健康診断の受診(受診率実質100%)	左記①～③のうち2項目以上
			②受診勧奨に関する取り組み	
			③50人未満の事業場におけるストレスチェックの実施	
	健康経営の実践に向けた土台づくり	ヘルスリテラシーの向上	④管理職・従業員への教育	左記④～⑦のうち1項目以上
		ワークライフバランスの推進	⑤適切な働き方の実現に向けた取り組み	
		職場の活性化	⑥コミュニケーションの促進に向けた取り組み	
		病気の治療と仕事の両立支援	⑦私病等に関する両立支援の取り組み	
	従業員の心と身体への健康づくりに関する具体的な対策	保健指導	⑧保健指導の実施または特定保健指導実施機会の提供に関する取り組み	左記⑧～⑬のうち4項目以上
			⑨食生活の改善に向けた取り組み	
			⑩運動機会の増進に向けた取り組み	
			⑪女性の健康保持・増進に向けた取り組み	
		具体的な健康保持・増進施策	⑫長時間労働者への対応に関する取り組み	
			⑬メンタルヘルス不調者への対応に関する取り組み	
			⑭感染症予防に関する取り組み	
			⑮喫煙率低下に向けた取り組み	
		喫煙対策	受動喫煙対策に関する取り組み	必須
4. 評価・改善			健康経営の取り組みに対する評価・改善	必須
5. 法令遵守・リスクマネジメント			定期健診を実施していること、50人以上の事業場においてストレスチェックを実施していること、労働基準法または労働安全衛生法に係る違反により送検されていないこと、	必須

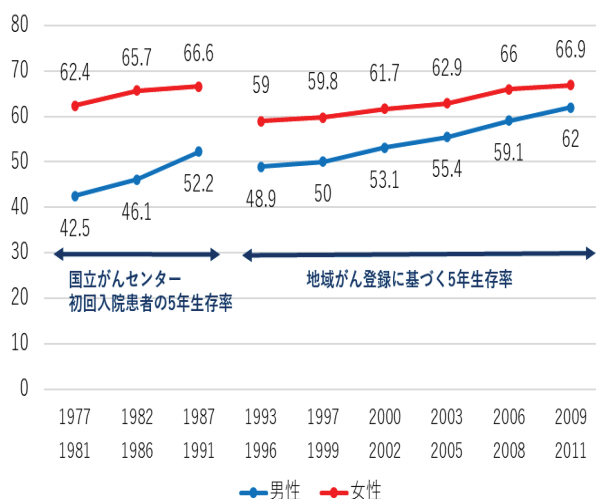
上記のほか、「健康経営の取り組みに関する地域への発信状況」と「健康経営の評価項目における適合項目数」を評価し、上位500法人を健康経営優良法人2022（中小規模法人部門（ブライツ500））として認定する。



治療と仕事の両立支援が求められる背景 ②

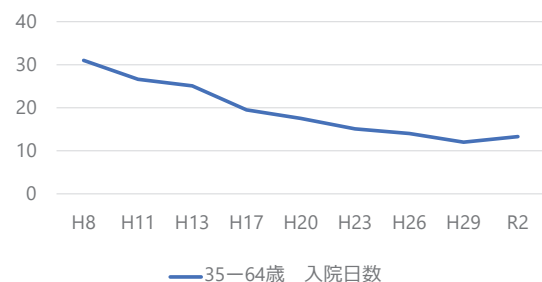
医療の進歩などにより “不治の病”⇒付き合っていく病気に

がん 5年生存率の改善



入院期間の半減(厚生労働省患者調査より)

35-64歳 新生物の平均在院日数



病気を抱える労働者のうち

就労継続を希望する割合 **92.5%**

H25 厚労省 治療と職業生活の両立の支援対策事業調査結果

治療と仕事の両立支援 政策のあゆみ

2012年 第2期がん対策推進基本計画
「がん患者の就労を含めた社会的な問題」が初めて明記された

2013年 がん患者の就労に関する総合支援事業

2016年 厚労省「事業場における治療と職場生活の両立のためのガイドライン」

改正がん対策基本法成立

2017年 働き方改革実行計画に
「病気の治療と仕事の両立支援」が明記

改正がん対策基本法

第四節 がん患者の就労等
(がん患者の雇用の継続等)

第二十条 国及び地方公共団体は、がん患者の雇用の継続又は円滑な就職に資するよう、事業主に対するがん患者の就労に関する啓発及び知識の普及その他の必要な施策を講ずるものとする。

(がん患者における学習と治療との両立)

第二十一条 国及び地方公共団体は、小児がんの患者その他のがん患者が必要な教育と適切な治療とのいずれをも継続的かつ円滑に受けることができるよう、必要な環境の整備その他の必要な施策を講ずるものとする。

2018年 第3期がん対策推進基本計画
「がん患者の就労を含めた社会的な問題」が明記された

療養・就労両立支援指導料 診療報酬として新設

2020年 療養・就労両立支援指導料 診療報酬改定で対象拡大
2022年

2024年 第4期がん対策推進基本計画 就労支援



治療と
仕事の
両立支援

1. 治療と仕事の両立支援とは
2. 治療と仕事の両立支援が求められる背景
3. 治療と仕事の両立支援の流れと病院での実際
主治医の役割
4. 産業医の役割
 - ・ 事例対応
 - ・ 両立支援を行うための環境整備



治療と
仕事の
両立支援

療養・就労両立支援指導料

対象疾患 2018年：がん
2020年：脳卒中、肝疾患、指定難病
2022年：心疾患、糖尿病、若年性認知症

初回：800点

(情報通信機器を用いて行った場合：696点)

①患者と事業者が共同で勤務情報提供書を作成する

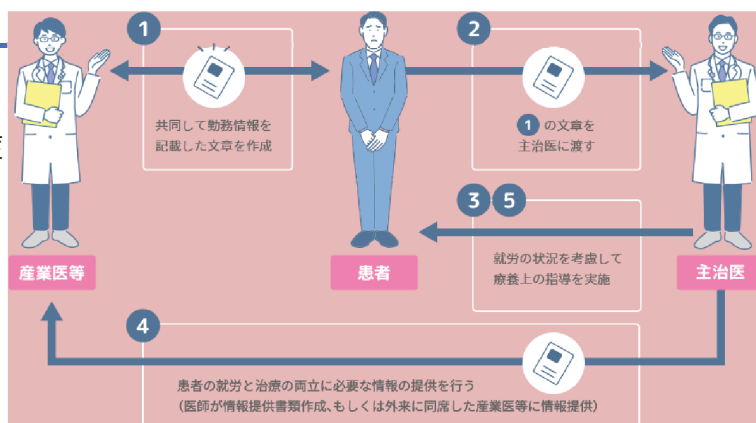
②勤務情報提供書を主治医に提出する

③患者に療養上必要な指導を実施する

④主治医が事業者に対して診療情報を提供する (AもしくはBによる)

- A) 患者の勤務する事業場の産業医等に対して、就労と治療の両立に必要な情報を記載した文書の提供を行う。
B) 当該患者の診療に同席した産業医等に対して、就労と治療の両立に必要なことを説明する。

※産業医等：産業医、保健師、総括安全衛生管理者、衛生管理者、安全衛生推進者、衛生推進者



勤務情報を主治医に提供する際の様式例

(主治医所属・氏名) 先生
今後の就業継続の可否、業務の内容について職場で配慮したほうがよいことなどについて、先生にご意見をいただくための従業員の勤務に関する情報です。
どうぞよろしくお願い申し上げます。

従業員氏名	生年月日	年	月	日
住所				
職 種	※事務職、自動車の運転手、建設作業員など (作業場所・作業内容)			
職務内容	☐ 体を使う作業 (重作業) ☐ 体を使う作業 (軽作業) ☐ 長時間立位 ☐ 暑熱場所での作業 ☐ 寒冷場所での作業 ☐ 高所作業 ☐ 車の運転 ☐ 機械の運転・操作 ☐ 対人業務 ☐ 遠隔地出張 (国内) ☐ 海外出張 ☐ 単身赴任			
勤務形態	☐ 常勤勤務 ☐ 二交替勤務 ☐ 三交替勤務 ☐ その他 ()			
勤務時間	時 分 ~ 時 分 (休憩 時間。週 日間。) (時間外・休日労働の状況:) (国内・海外出張の状況:)			
通勤方法	☐ 徒歩 ☐ 公共交通機関 (着座可能) ☐ 公共交通機関 (着座不可能)			
通勤時間	☐ 自動車 ☐ その他 () 通勤時間: () 分			
休業可能期間	____年 ____月 ____日まで (____日間) (給与支給 ☐ 有り ☐ 無し 傷病手当金 ● %)			
有給休暇日数	残 日間			
その他 特記事項				
利用可能な 制度	☐ 時間単位の年次有給休暇 ☐ 傷病休暇・病欠休暇 ☐ 時差出勤制度 ☐ 短時間勤務制度 ☐ 在宅勤務 (テレワーク) ☐ 試し出勤制度 ☐ その他 ()			

上記内容を確認しました。

平成 年 月 日 (本人署名) _____

平成 年 月 日 (会社名)

治療の状況や就業継続の可否等について主治医の意見を求める際の様式例 (診断書と兼用)

患者氏名	生年月日	年	月	日
住所				
病名	(運動や業務遂行に影響を及ぼし得る症状や薬の副作用等)			
現在の症状				
治療の予定	(入院治療・通院治療の必要性、今後のスケジュール (半年間、月1回の通院が必要、等))			
退院後/治療中の就業継続の可否	☐ 可 (職務の健康への悪影響は見込まれない) ☐ 条件付きで可 (就業上の措置があれば可能) ☐ 見送り点で不可 (療養の継続が望ましい)			
業務の内容について職場で配慮したほうがよいこと (望ましい就業上の措置)	例: 重いものを持たない、暑い場所での作業は避ける、車の運転は不可、残業を避ける、長期の出張や海外出張は避ける など (注) 提供された勤務情報を踏まえて、医学的見地から必要と考えられる配慮等の記載をお願いします。			
その他配慮事項	例: 通院時間を確保する、休憩場所を確保する など (注) 治療のために必要と考えられる配慮等の記載をお願いします。			
上記の措置期間	____年 ____月 ____日 ~ ____年 ____月 ____日			

上記内容を確認しました。

平成 年 月 日 (本人署名) _____

上記のとおり、診断し、就業継続の可否等に関する意見を提出します。

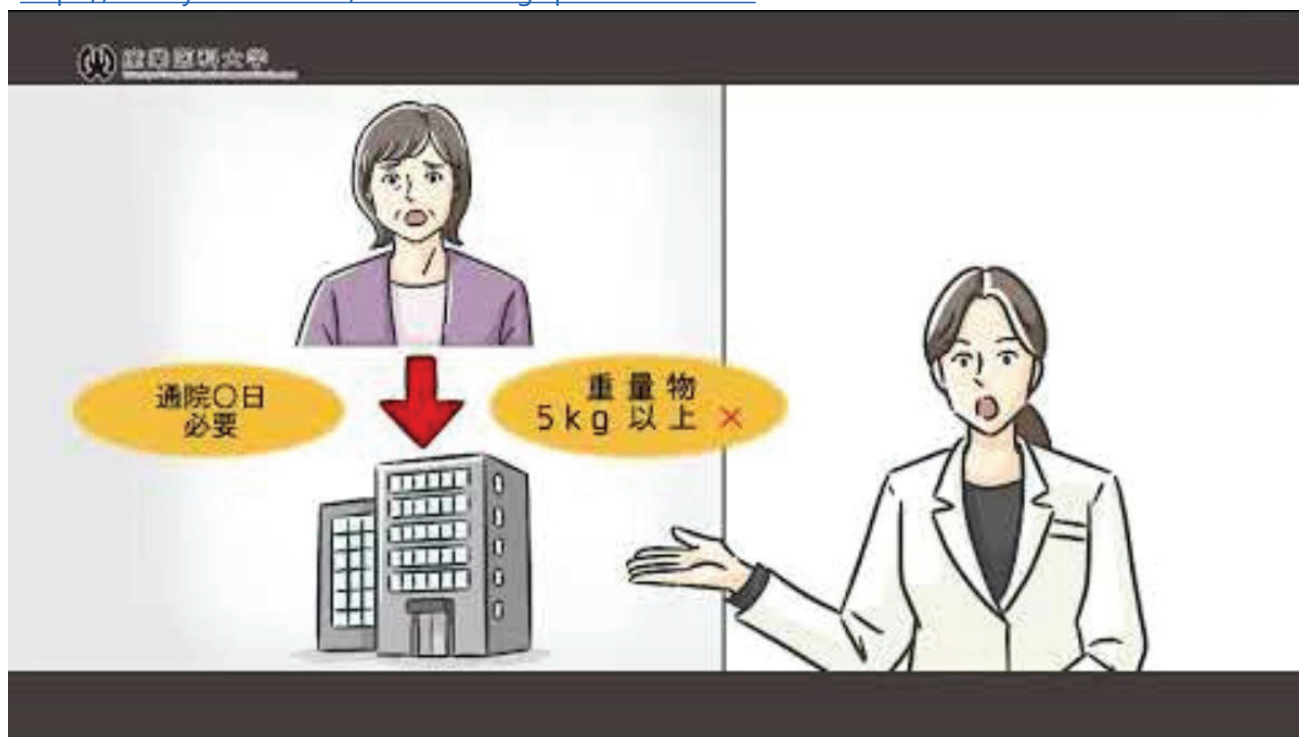
平成 年 月 日 (主治医署名) _____

(注) この様式は、患者が病状を悪化させることなく治療と就労を両立できるように、職場での対応を検討するために使用するものです。この書類は、患者本人から会社に提供され、プライバシーに十分配慮して管理されます。

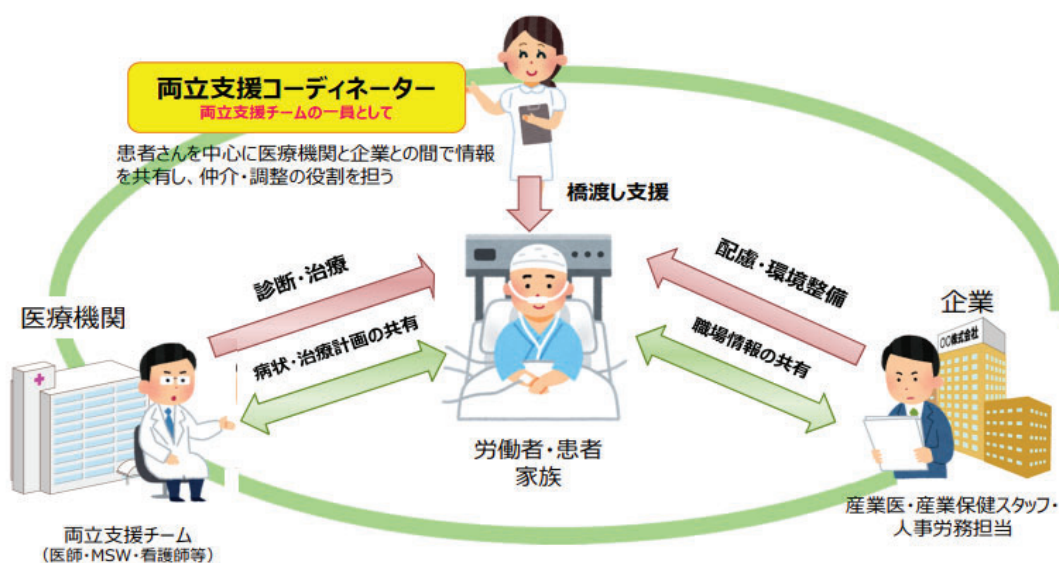


動画供覧

<https://www.youtube.com/watch?v=C8gDpYHFNhk&t=1s>



両立支援コーディネーター 養成



【目標】

職場復帰や治療と仕事の両立を希望する患者(労働者)さんの同意を得た上で、治療や業務等の状況に応じた必要な配慮内容やその見通しを整理して、本人に提供する「両立支援コーディネーター」の配置と養成

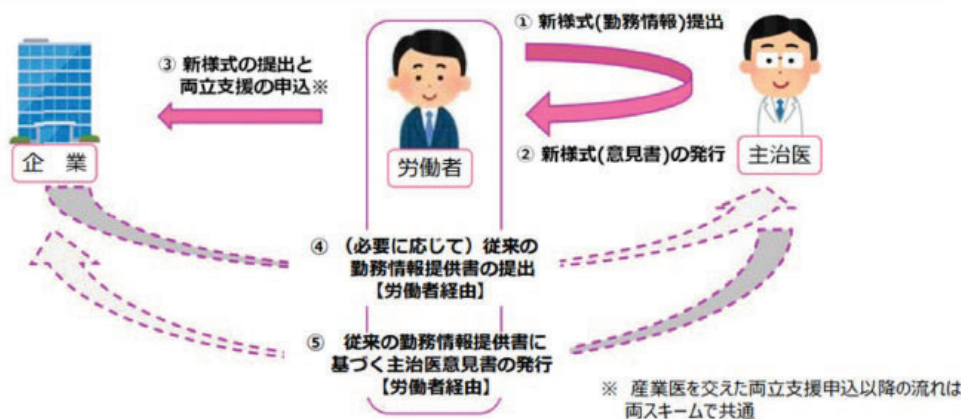


新様式：治療と仕事の両立支援カード 2024.4月～

1 現在のスキーム



2 追加するスキーム



I. 本人記載欄

氏名	生年月日
住所	
職務内容(有期雇用の場合は雇用契約期間も併せてご記入ください)	
勤務時間 時 分～時 分(休憩 時間。週 日間。)	
1 上記職務内容に含まれる作業(右記(1)～(3)について該当する作業に○を記してください)	(1)身体上の負荷がある作業 ① 立位作業 ②-a 重量物の取扱作業 ②-b 体を大きく動かす作業 ③ 暑熱/寒冷/屋外作業 ④ 振動工具の取扱作業 ⑤-a 不特定多数の人と対面する作業 ⑤-b 病原体等の取扱作業 ⑥ 化学物質や粉塵等で呼吸用保護具を装着する作業
	(2)事故の可能性が高まる作業 ① 1人作業 ② 高所作業 ③ 危険な機械操作・自動車運転
	(3)心身の負担が高いと感じられる作業 ① 残業・休日労働など(長時間労働) ② 出張 ③ 夜勤 ④ その他
	(1)～(3)の作業について、特に医師意見を求める作業内容およびその理由
2 利用可能な社内制度 □時間単位の年次有給休暇 □半日単位の年次有給休暇 □傷病休暇・病気休暇 □勤務日数短縮(週 日勤務) □短時間勤務 □時差出勤 □フレックスタイム □試し出勤 □在宅勤務 □その他()	
勤務形態 □常駐勤務 □交替勤務(深夜勤務なし) □交替勤務(深夜勤務あり) □その他 ※例: 自発的な離席が困難な勤務形態等()	
通勤方法(該当するに○し通勤時間をご記入ください) □徒歩 □公共交通機関(着座可能) □公共交通機関(着座不可能) □自動車 □通勤なし(在宅勤務) □その他(通勤時間 片道 分)	
年次有給休暇日数 残 日間	

II. 医師記載欄

診断名																			
現在の症状																			
今後の治療内容																			
通院頻度																			
就労に関する意見	□可 □下記A～ウの条件付き可(年 月 日～ 年 月 日) □現時点で不可																		
A 病勢の悪化や労働災害など事故に巻き込まれることを防ぐために配慮が必要な事項(本人記載欄1の作業に対応する配慮事項)	<table border="1"> <tr> <td>(1)①作業</td> <td>□作業可 □立位の時間の制限 □椅子等の準備 □作業は当面不可</td> </tr> <tr> <td>(1)②作業</td> <td>□作業可 □作業時間や回数の制限 □負荷の削減 □作業は当面不可</td> </tr> <tr> <td>(1)③作業</td> <td>□作業可 □作業時間や回数の制限 □空調機器の利用 □作業は当面不可</td> </tr> <tr> <td>(1)④作業</td> <td>□作業可 □振動の少ない工具の利用 □作業時間の制限 □作業は当面不可</td> </tr> <tr> <td>(1)⑤作業</td> <td>□作業可 □作業時間の制限 □保護具の着用 □作業は当面不可</td> </tr> <tr> <td>(1)⑥作業</td> <td>□作業可 □作業時間の制限 □作業強度の制限 □作業は当面不可</td> </tr> <tr> <td>(2)作業</td> <td>□作業可 □当人や他者への危害を防止する安全装置等 □作業は当面不可</td> </tr> <tr> <td>(2)作業</td> <td>□作業可 □当人の安全を確認できる配置等 □作業は当面不可</td> </tr> <tr> <td>(3)作業</td> <td>□作業可 □作業は当面不可</td> </tr> </table>	(1)①作業	□作業可 □立位の時間の制限 □椅子等の準備 □作業は当面不可	(1)②作業	□作業可 □作業時間や回数の制限 □負荷の削減 □作業は当面不可	(1)③作業	□作業可 □作業時間や回数の制限 □空調機器の利用 □作業は当面不可	(1)④作業	□作業可 □振動の少ない工具の利用 □作業時間の制限 □作業は当面不可	(1)⑤作業	□作業可 □作業時間の制限 □保護具の着用 □作業は当面不可	(1)⑥作業	□作業可 □作業時間の制限 □作業強度の制限 □作業は当面不可	(2)作業	□作業可 □当人や他者への危害を防止する安全装置等 □作業は当面不可	(2)作業	□作業可 □当人の安全を確認できる配置等 □作業は当面不可	(3)作業	□作業可 □作業は当面不可
(1)①作業	□作業可 □立位の時間の制限 □椅子等の準備 □作業は当面不可																		
(1)②作業	□作業可 □作業時間や回数の制限 □負荷の削減 □作業は当面不可																		
(1)③作業	□作業可 □作業時間や回数の制限 □空調機器の利用 □作業は当面不可																		
(1)④作業	□作業可 □振動の少ない工具の利用 □作業時間の制限 □作業は当面不可																		
(1)⑤作業	□作業可 □作業時間の制限 □保護具の着用 □作業は当面不可																		
(1)⑥作業	□作業可 □作業時間の制限 □作業強度の制限 □作業は当面不可																		
(2)作業	□作業可 □当人や他者への危害を防止する安全装置等 □作業は当面不可																		
(2)作業	□作業可 □当人の安全を確認できる配置等 □作業は当面不可																		
(3)作業	□作業可 □作業は当面不可																		
B 本人記載欄1の作業について、上記A以外の必要な配慮事項・Aの配慮の補足事項	<table border="1"> <tr> <td>□負担の少ない保護具着用 □紫外線をできるだけ避ける</td> </tr> <tr> <td>□食事内容により病勢が悪化するため食事を避ける</td> </tr> <tr> <td>□排尿・排便回数が多くなるためトイレが利用しやすい環境整備</td> </tr> <tr> <td>□残業・休日労働(長時間労働)の制限 □出張の制限 □夜勤の制限</td> </tr> <tr> <td>□その他</td> </tr> </table>	□負担の少ない保護具着用 □紫外線をできるだけ避ける	□食事内容により病勢が悪化するため食事を避ける	□排尿・排便回数が多くなるためトイレが利用しやすい環境整備	□残業・休日労働(長時間労働)の制限 □出張の制限 □夜勤の制限	□その他													
□負担の少ない保護具着用 □紫外線をできるだけ避ける																			
□食事内容により病勢が悪化するため食事を避ける																			
□排尿・排便回数が多くなるためトイレが利用しやすい環境整備																			
□残業・休日労働(長時間労働)の制限 □出張の制限 □夜勤の制限																			
□その他																			
C 本人記載欄2の利用可能な内制度を踏まえた、上記A以外の、患者が働き続けたいために医学的理由から配慮が望ましい事項	<table border="1"> <tr> <td>□治療スケジュールに合わせた休暇等 □作業中の適宜休憩</td> </tr> <tr> <td>□短時間勤務 □時差出勤 □フレックスタイム □試し出勤</td> </tr> <tr> <td>□在宅勤務 □その他 ※例: 長時間情報機器作業を制限する等</td> </tr> </table>	□治療スケジュールに合わせた休暇等 □作業中の適宜休憩	□短時間勤務 □時差出勤 □フレックスタイム □試し出勤	□在宅勤務 □その他 ※例: 長時間情報機器作業を制限する等															
□治療スケジュールに合わせた休暇等 □作業中の適宜休憩																			
□短時間勤務 □時差出勤 □フレックスタイム □試し出勤																			
□在宅勤務 □その他 ※例: 長時間情報機器作業を制限する等																			
※次ページ<配慮の例>も参照の上で、ご記入ください																			
医師署名欄	上記の通り診断し、就労の可否や配慮に関する意見を提出します。 令和 年 月 日 医療機関名 (主治医署名)																		
本人署名欄	上記内容を確認し、職場での配慮に関する措置を申請します。 令和 年 月 日 (本人署名)																		



-
1. 治療と仕事の両立支援とは
 2. 治療と仕事の両立支援が求められる背景
 3. 治療と仕事の両立支援の流れと病院での実際
主治医の役割
 4. 産業医の役割
 - 事例対応
 - 両立支援を行うための環境整備



事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン

厚生労働省（労働基準局、健康局、職業安定局）2016年2月、毎年改訂

事業場における治療と仕事の
両立支援のためのガイドライン

1. 治療と仕事の両立支援を巡る状況
2. 治療と仕事の両立支援の位置づけと意義
3. 治療と仕事の両立支援を行うに当たっての留意事項
4. 両立支援を行うための環境整備（実施前の準備事項）
5. 両立支援の進め方
6. 特殊な場合の対応

平成31年3月改訂版

厚生労働省



産業医の役割

1. 事例対応

- 共同して勤務情報提供書を作成
- 主治医との情報共有
- 就業上の措置及び治療に対する配慮への意見

2. 両立支援を行うための環境整備



事業場における治療と職業生活（仕事）の両立支援のためのガイドライン

厚生労働省（労働基準局、健康局、職業安定局）2016年2月、2019年3月改訂



1. 治療と職業生活の両立支援を巡る状況
2. 治療と職業生活の両立支援の位置づけと意義
3. 治療と職業生活の両立支援を行うに当たっての留意事項
4. 両立支援を行うための環境整備（実施前の準備事項）
5. 両立支援の進め方
6. 特殊な場合の対応



治療と仕事の両立支援を行うに当たっての**留意事項**

「事業場における治療と職業生活（仕事）の両立支援のためのガイドライン」

- ① 安全と健康の確保（安全配慮）
- ② 労働者本人による取組（自己保健義務）
- ③ 労働者本人の申出
- ④ 治療と仕事の両立支援の特徴を踏まえた対応
- ⑤ 個別事例の特性に応じた配慮
- ⑥ 対象者、対応方法の明確化
- ⑦ 個人情報保護
- ⑧ 両立支援にかかわる関係者間の連携の重要性

産業医の事例対応

医学知識をもとに
配慮等について
意見を述べる



職場での配慮の分類

安全配慮≡『医学的』に禁忌

- ① 仕事をさせると持病が悪化する
- ② 事故・災害リスクがある

- ・上腕骨骨折のある労働者に重量物作業禁止
- ・レイノー症状がある膠原病の労働者に振動工具の使用禁止

Reasonable Accommodation

* 広義の合理的配慮

働くための環境や仕組みを整理すれば無理なく働ける
原則、本人の申し出に基づく

- ・ホルモン療法→ 扇風機の使用の許可
- ・下痢が頻回→ トイレに行きにくい窓口業務を免除

要求業務の大幅な変更

仕事をする上で調整不可能な能力の欠損がある



勤務情報を主治医に提供する際の様式例

(主治医所属・氏名) 先生

今後の就業継続の可否、業務の内容について職場で配慮したほうがよいことなどについて、先生にご意見をいただくための従業員の勤務に関する情報です。
どうぞよろしくお願い申し上げます。

従業員氏名	生年月日	年	月	日
住所				
職 種	※事務職、自動車の運転手、建設作業員など (作業場所・作業内容)			
職務内容	☐ 体をを使う作業 (重作業) ☐ 体をを使う作業 (軽作業) ☐ 長時間立位 ☐ 暑熱場所での作業 ☐ 寒冷場所での作業 ☐ 高所作業 ☐ 車の運転 ☐ 機械の運転・操作 ☐ 対人業務 ☐ 遠隔地出張 (国内) ☐ 海外出張 ☐ 単身赴任			
勤務形態	☐ 常勤勤務 ☐ 二交代勤務 ☐ 三交代勤務 ☐ その他 ()			
勤務時間	時 分 ～ 時 分 (休憩 時間。週 日間。) (時間外・休日労働の状況:) (国内・海外出張の状況:)			
通勤方法	☐ 徒歩 ☐ 公共交通機関 (着座可能) ☐ 公共交通機関 (着座不可能)			
通勤時間	☐ 自動車 ☐ その他 () 通勤時間: () 分			
休業可能期間	年 月 日まで (日間) (給与支給 ☐ 有り ☐ 無し 傷病手当金 ● %)			
有給休暇日数	残 日間			
その他 特記事項				
利用可能な 制度	☐ 時間単位の年次有給休暇 ☐ 傷病休暇・病気休暇 ☐ 時差出勤制度 ☐ 短時間勤務制度 ☐ 在宅勤務 (テレワーク) ☐ 試し出勤制度 ☐ その他 ()			
上記内容を確認しました。				
平成 年 月 日	(本人署名) _____			
平成 年 月 日	(会社名)			

患者と共同して 勤務情報提供書を作成

・職務内容

安全配慮を行うために懸念する作業

・その他特記事項

その他の懸念事項



就業上の措置について意見を述べる際の注意点

1. 就業制限の期間を決める

- ✓ 病状は固定ではない
- ✓ 治療も固定ではない
- ✓ 働く意欲も固定ではない

2. 周囲への影響の検討

- ✓ その就業制限によって周囲 (上司、同僚) に何らかの影響がかかっていることを念頭に置く
- ✓ 周囲に何らかの影響がかかっている状態が持続可能なのか。

3. 過度な制限は雇用に影響を与えるケースも



広義の合理的配慮の注意点

例)

30代女性：営業職

抗がん剤の副作用による脱毛 ウィッグを注文 復職を希望



上司が**本人に相談なく**
「営業の外回りは人の目も気になるだろうから内勤のみで復職」



ウィッグをつけても気になっていたので、
内勤から始めたいです。
ありがとうございます！



ウィッグつけて働くので、
今まで通り働きたいです！
(私、人前に出ちゃだめですか、、、！？)

どう働きたいか、どのように配慮を受けたいか
本人の意向を確認する

上司が支援に取り組みやすいように

・ 上司は復職支援のキーパーソン

Holmgren K ; Supervisors' views on employer responsibility in the return to work process. A focus group study.; J Occup Rehabil. 2007 Mar;17(1):93-106.など

上司に必要な能力

[Aa, RW et al; Leadership qualities in the return to work process: a content analysis. J Occup Rehabil. 2008 Dec;18\(4\):335-46](#)

- ・ 接触する（日々のコミュニケーション）
- ・ 思いやりのある
- ・ 理解のある
- ・ 共感的
- ・ 尊重する
- ・ 判断できる
- ・ コミュニケーションできる
- ・ 聴く
- ・ 受け入れる
- ・ 問題を解決する

29



上司に必要なコンピテンシー

[Johnston V. et al; Supervisor competencies for supporting return to work: a mixed-methods study. J Occup Rehabil. 2015 Mar;25\(1\):3-17](#)

- ・ プライバシーの問題などの取り扱い
- ・ 仕事の中身と負荷の理解
- ・ 正直であること
- ・ 衝突をコントロールできること
- ・ フェアであること
- ・ 適切な方法でのコミュニケーション
- ・ 上司の法的な責任の理解

30



-
1. 治療と仕事の両立支援とは
 2. 治療と仕事の両立支援が求められる背景
 3. 治療と仕事の両立支援の流れ
 4. 産業医の役割
 - 事例対応での考え方
 - 両立支援を行うための環境整備
 5. 参考情報) 英国の事例 Fitnote



両立支援を行うための環境整備

1. 事業者による基本方針の表明と労働者への周知
例) 衛生委員会で議題にする 朝礼等で話す
2. 研修等による両立支援に関する意識啓発
例) 健康経営の一環として研修
3. 相談窓口の明確化
例) 人事総務部門の担当者、診断書などの窓口をしている担当者、産業保健スタッフ
4. 両立支援に関する制度・体制等の整備
 1. 休暇制度、勤務制度の整備
 - ☐ 時間単位の年次有給休暇
 - ☐ 時差出勤制度
 - ☐ 短時間勤務制度
 - ☐ 在宅勤務
 2. 関係者の役割の整理
 - ☐ 人事労務担当者
 - ☐ 上司
 - ☐ 産業保健スタッフ



-
1. 治療と仕事の両立支援とは
 2. 治療と仕事の両立支援が求められる背景
 3. 治療と仕事の両立支援の流れと病院での実際
主治医の役割
 4. 産業医の役割
 - 事例対応
 - 両立支援を行うための環境整備



ご清聴
ありがとうございました



特 別 講 演 II

「従業員のうつ病と認知症について」

座 長：粕屋医師会長

松 尾 喬 之

講 師：福岡大学医学部精神医学教室

教授 堀 輝

労働者のうつ病と認知症について

2025年10月25日（土）
第53回福岡県産業医学大会
福岡大学医学部精神医学教室
堀 輝



日本におけるうつ病と就労の問題

うつ病の罹患



- ✓ 就労機能が落ちる
- ✓ 休職に至ることがある
- ✓ 再休職率が高い



健康関連コスト↑

労働災害↑

他の労働者への影響

製品、サービスの質↓

健康状態の悪化

QOLの悪化

将来のAbsenteeismを予測

日本におけるうつ病の社会的コストの推計（2008年）

	平均値（円）
直接費用	2090億3600万
医療費用	2085億6300万
保険医療費用	2080億300万
措置入院費用	2億3600万
医療観察法費用	3億2300万
社会サービス費用	4億7300万
間接費用	2兆8810億1300万
罹病費用	2兆123億7200万
アブセンティズムとプレゼンティズム	1兆5287億4800万
非就業費用	4836億2400万
死亡費用	8686億4200万
合計	3兆900億5000万

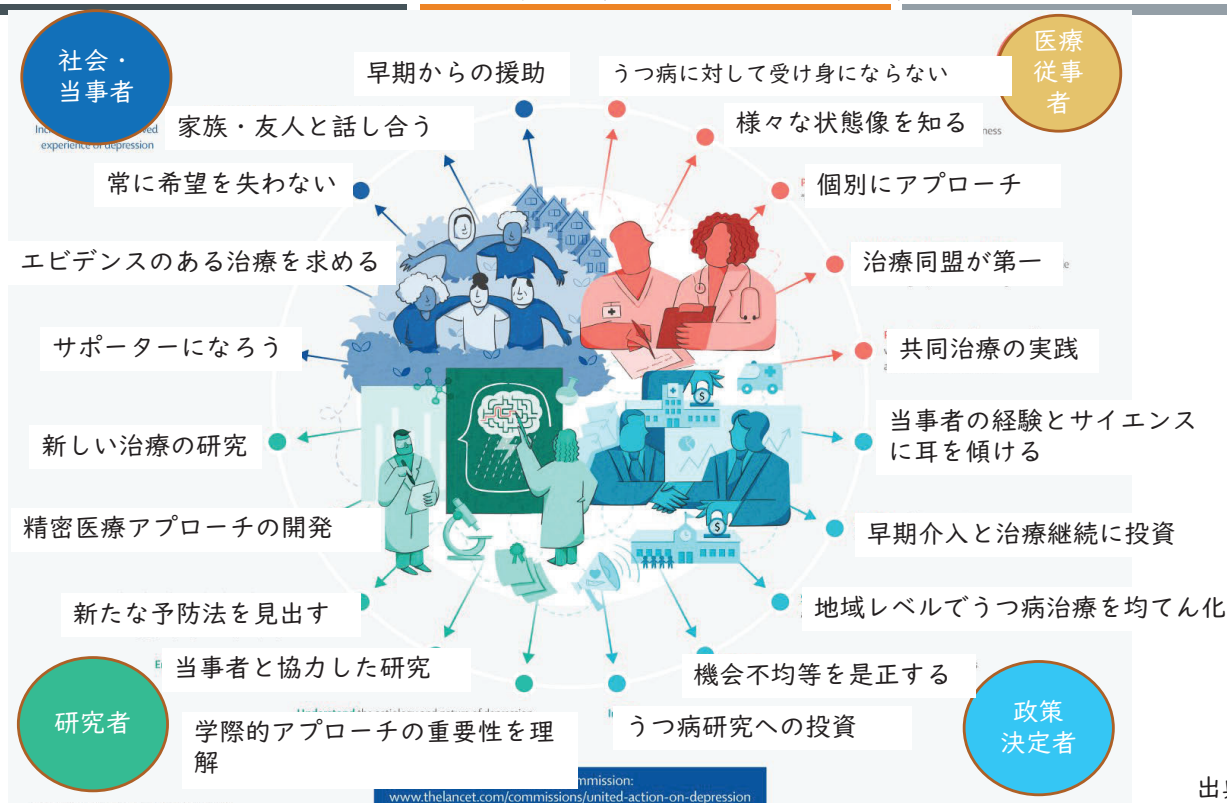
【対象・方法】2008年の1年間の日本におけるうつ病性障害の社会的コスト（疾病費用）の推計を行うことを目的に、うつ病性障害（ICD-10: F32.0-F33.9）を対象とし、費用の推計のために必要なデータは、すでに公表されている統計データや先行研究の文献などから収集した。2008年のデータが存在しない場合には、できるだけ該当年に近い年のデータで代用した。また疾病費用推計の対象は成人（20歳以上）とした。日本における確度の高いデータが存在しない場合にのみ、諸外国の文献から引用できるデータがないか検討を行った。各障害の疾病費用の推計にあたっては、不確実性を伴うパラメータを使用した。これらの不確実性を結果に反映するため、確率感度分析を実施し、各障害の疾病費用の平均値とそれらの標準誤差を求めた。

【Limitation】1) 統合失調症、うつ病性障害、不安障害の疾病費用の推計以外の精神障害の疾病費用の推計を行っていない。2) インフォーマルケア費用が含まれていない。3) 間接費用、特に罹病費用の推計で不確実性を伴うパラメータを多数使用したために、間接費用の不確実性が高くなった。4) 疫学研究による情報が不十分であるため、推計にあたりいくつかの仮定をおかざるを得なかった、など。

平成22年度厚生労働省障害者福祉総合推進事業補助金「精神疾患の社会的コストの推計」事業実績報告書より作成
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/cyouasajigyou/dl/seikabutsu30-2.pdf>(2025年3月参照)

アブセンティズム (Absenteeism) : 休職・欠勤していることにより労働生産性が低下した状態
プレゼンティズム (Presenteeism) : 出勤しているにもかかわらず健康上の問題により労働生産性が低下した状態

世界精神医学会からの提言 (Lancet 2022)



出典より演者作成

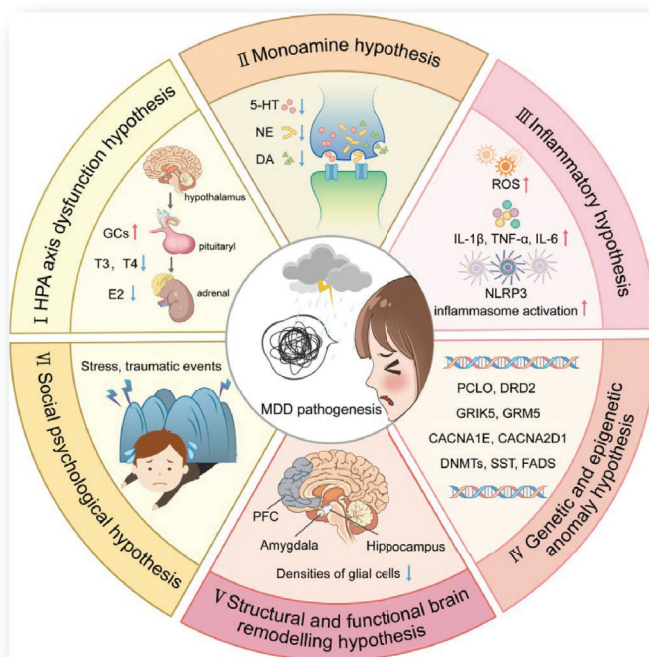
うつ病の仮説

(Cui L et al., Signal Transduct Target Ther 2024)

モノアミン仮説

HPA axis機能不全仮説

心理社会機能仮説



炎症仮説

遺伝ーエピジェネティック仮説

脳機能不全仮説

単独でうつ病の病態は説明はできない

うつ病の診断基準

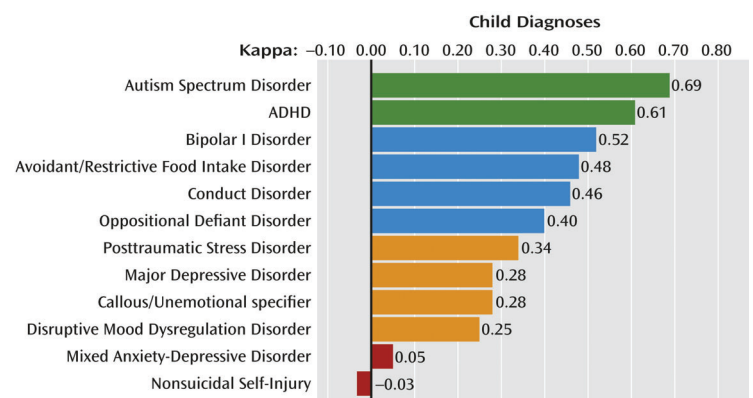
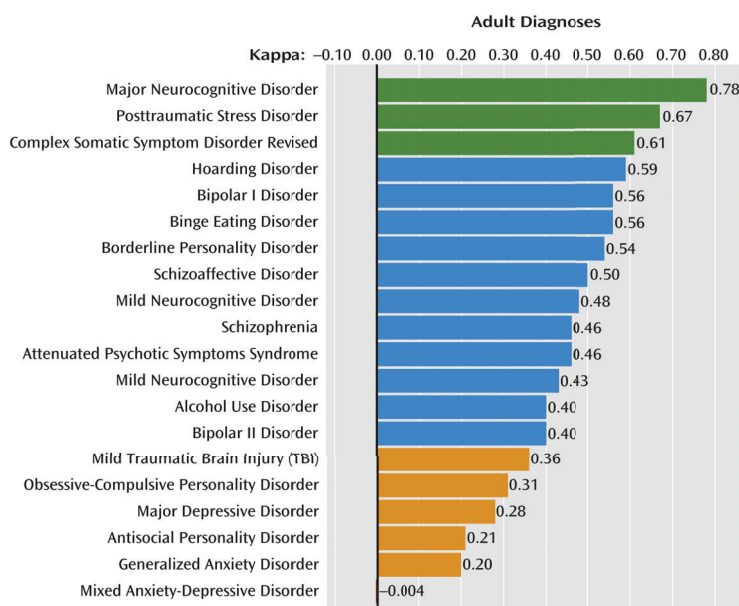
表 大うつ病性エピソードの診断基準 (DSM-5) 2013

A	以下の症状のうち5つ(またはそれ以上)が同一の2週間に存在し、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抑うつ気分または②興味または喜びの喪失である (1)ほとんど毎日の1日中続く抑うつ気分 (2)ほとんど毎日の1日中続く興味や喜びの消失 (3)食欲・体重の変化 (4)睡眠障害 (5)精神運動性の制止または焦燥 (6)気力の減退 (7)無価値感や罪責感 (8)思考・集中・決断の困難 (9)自殺念慮や自殺企図
B	症状は臨床的に著しい苦痛または社会的・職業的・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
C	エピソードが物質や他の医学的状态による精神的な影響が原因とされない
D	大うつ病性障害の出現は、統合失調感情障害、統合失調症、統合失調症様障害、せん妄障害または他の特異的、非特異的な統合失調症スペクトラムおよび他の精神病性障害ではうまく説明ができない
E	過去に躁病性エピソードや軽躁病性エピソードはなかったこと

[日本精神神経学会(日本語版用語監修)、高橋三郎・大野 裕(監訳):DSM-5精神疾患の診断・統計マニュアル. p.160, 医学書院, 2014]

DSM-5 Field Trial (診断は一致しない)

Freedman R et al., Am J Psychiatry 2013



Very good agreement
Good agreement

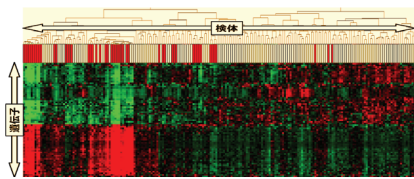
Questionable agreement
Unacceptable agreement

診断への挑戦(様々なBiomarkerを探る)

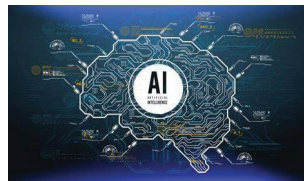
表 大うつ病性エピソードの診断基準 (DSM-5) 2013

A	以下の症状のうち5つ(またはそれ以上)が同一の2週間に存在し、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抑うつ気分または②興味または喜びの喪失である (1)ほとんど毎日の1日中続く抑うつ気分 (2)ほとんど毎日の1日中続く興味や喜びの消失 (3)食欲・体重の変化 (4)睡眠障害 (5)精神運動性の制止または焦燥 (6)気力の減退 (7)無価値感や罪責感 (8)思考・集中・決断の困難 (9)自殺念慮や自殺企図
B	症状は臨床的に著しい苦痛または社会的・職業的・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
C	エピソードが物質や他の医学的状態による精神的な影響が原因とされない
D	大うつ病性障害の出現は、統合失調症感情障害、統合失調症、統合失調症様障害、せん妄障害または他の特異的、非特異的な統合失調症スペクトラムおよび他の精神病性障害ではうまく説明できない
E	過去に躁病性エピソードや軽躁病性エピソードはなかったこと

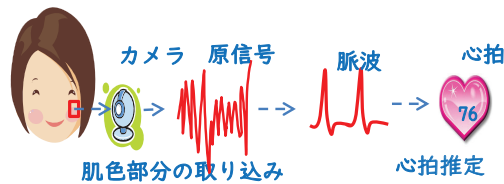
[日本精神神経学会(日本題版用語監修)、高橋三郎・大野 裕(監訳):DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル, p.160, 医学書院 2014]



未治療うつ病と健常者の遺伝子発現パターン

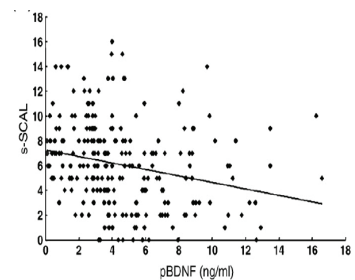


医工連携・人工知能実装研究事業 (AMED)



(Suga K, Hori H et al., 2017)

生物学的バイオマーカー



(Okuno K, Hori H et al., 2012)

身体疾患を見逃さない

(George S Alexopoulos. Lancet 2005)

- ウイルス感染症
- 内分泌疾患 (甲状腺機能低下、甲状腺機能亢進、副甲状腺機能亢進、クッシング病など)
- 悪性腫瘍 (白血病、lymphoma、膵癌など)
- 脳血管性疾患 (ラクナ梗塞、脳梗塞、脳血管性認知症)
- 心筋梗塞
- 代謝障害 (Vit B12低下、栄養不良)

- メチルドパ
- ベンゾジアゼピン
- プロプラノロール
- レセルピン
- ステロイド
- 抗パーキンソン病薬
- B-blockers
- シメチジン
- クロニジン
- タモキシフェン
- ヒドララジン
- エストロゲン
- プロゲステロン
- ビンクリスチン
- ビンブラスチン
- デキストロプロポキシフェン

症例提示

(阿竹聖和、山田健治、堀 輝、中村純 2010)

80代 女性

【生活歴】

同胞7人の第2子。最終学歴は小学校卒業。

X年5月、夫の入院後より一人暮らし。

【病前性格】

几帳面、わがまま、友人は少ない

【既往歴】

高血圧

X-1年7月 鼻部基底細胞がん（術後）

病歴

X-19年：うつ病の診断で加療。三環系抗うつ薬の投与で症状改善し、治療終結

X年4月：明らかな誘因はなかったが、食欲低下、意欲低下、抑うつ気分が出現

X年5月：著しい食欲低下、3ヶ月で約10Kgの体重減少、不眠、「動きたくない」

「私の人生は幸せではなかった」と話す

X年6月：かかりつけの内科医からの紹介受診

任意入院となる

入院時現象

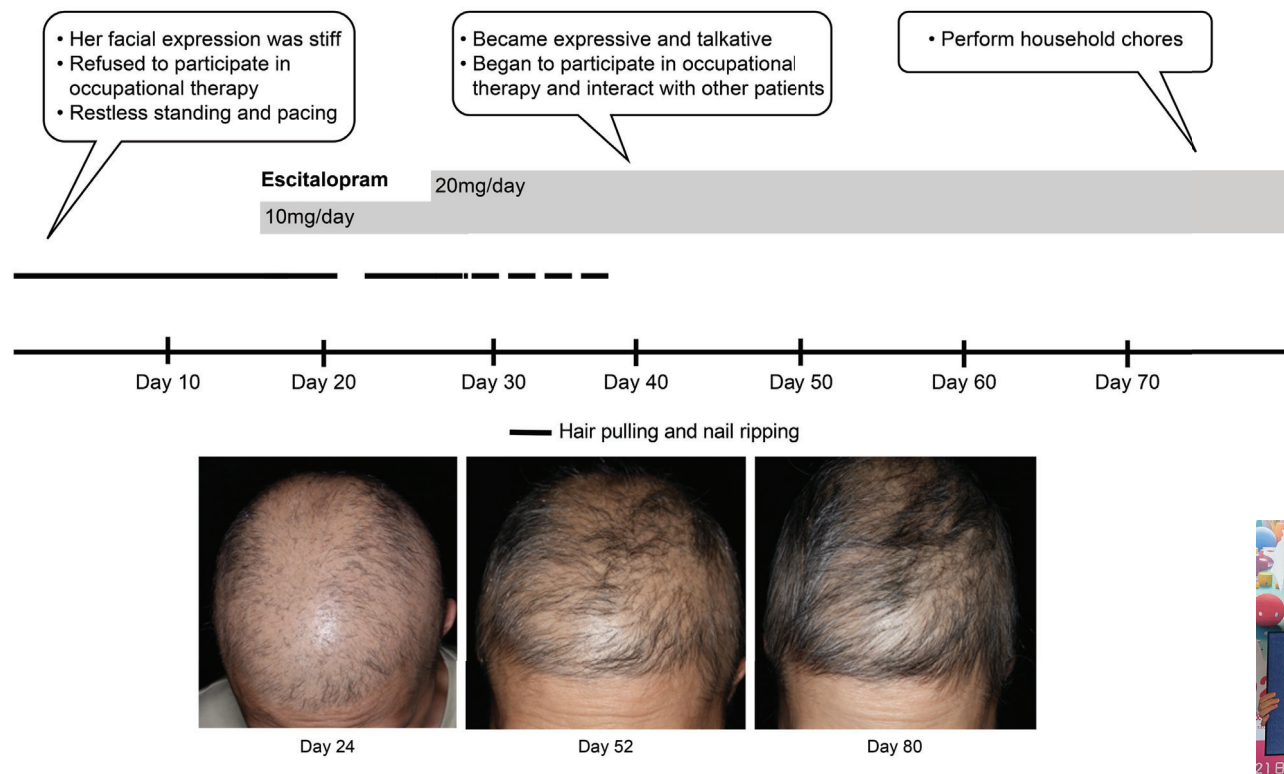
身長：156.4cm、体重：60.4Kg

眼球結膜：貧血（+）、腹部：膨隆著明、波動（+）、四肢：浮腫（+）

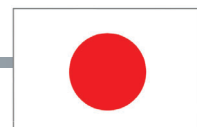
血液検査：TP 5.3g/dl、Alb 2.6g/dl

入院後経過

- sulpiride 100mgにmilnacipran 30mgを加え漸増
- 血液データの推移より低アルブミンが進行
- 全身CTにて大量の胸腹水貯留あり
- 腹水穿刺で悪性腹水（class V adenocarcinoma）
⇒精神症状が身体的要因に起因していた可能性
- 専門科による精査と全身管理が必要
⇒消化器内科へ転科となった
- 上部消化管内視鏡で、4型進行胃がんの所見
- 家族と話し合いbest supportive careの方針



大うつ病の診療課題



Neuropsychiatric Disease and Treatment

Dovepress

open access to scientific and medical research

Open Access Full Text Article

ORIGINAL RESEARCH

Assessment of current clinical practices for major depression in Japan using a web-based questionnaire

This article was published in the following Dove Press journal:
Neuropsychiatric Disease and Treatment

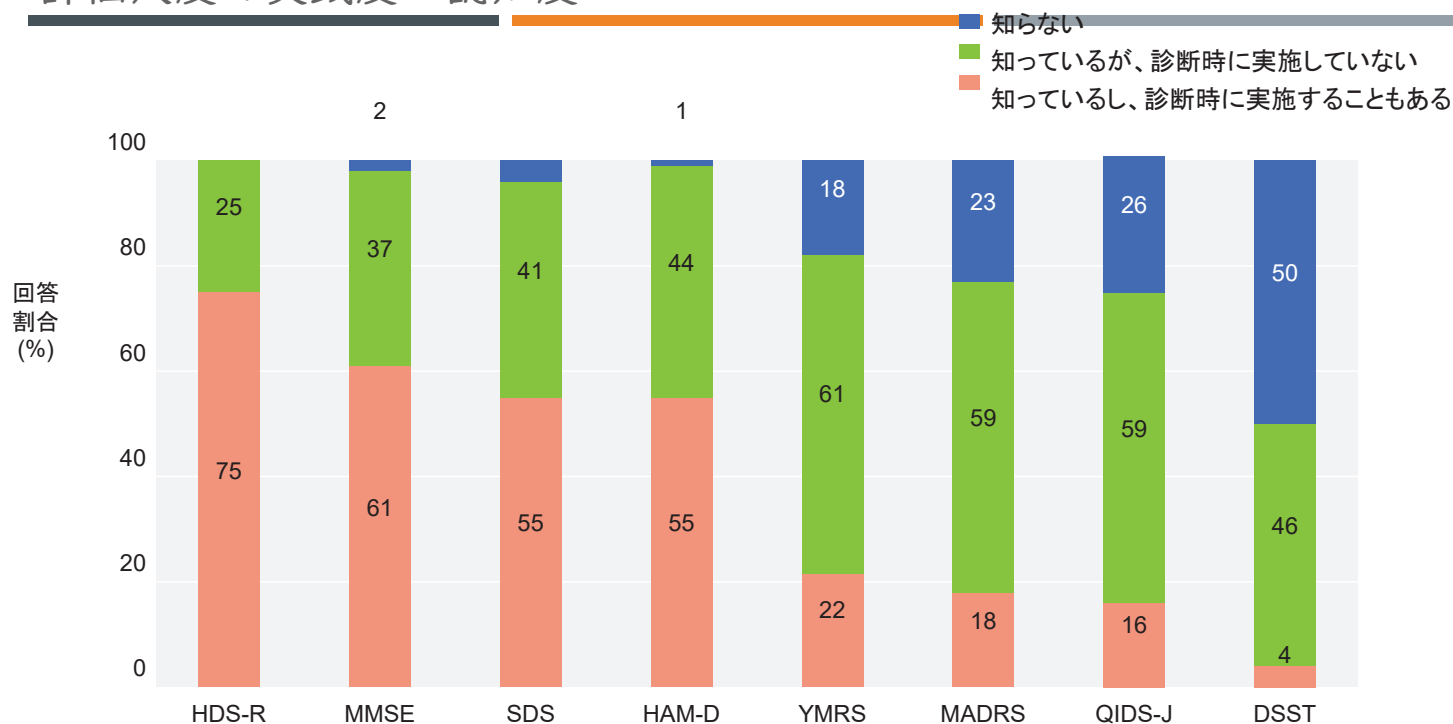
Hikaru Hori¹
Kentarō Yamato²

¹Department of Psychiatry, University of

Purpose: To investigate the current clinical practice of Japanese physicians in the diagnosis and management of major depression (major depressive disorder [MDD]).

Patients and methods: Japanese physicians specializing in psychiatry or psychosomatic

評価尺度の実践度・認知度



Hori and Yamato. Neuropsychiatric Dis Treat 2019; 15 :2821-32

復職時にはどのような状態の患者が復職継続できるのか？

(Hori H et al., BMJ Open 2019)

休職中の勤労者うつ病患者を対象に復職決定時に、背景情報、精神症状、社会適応度、認知機能障害を評価し、その後前向きに1年間フォローアップを行い、復職継続予測因子について検討した。

背景情報

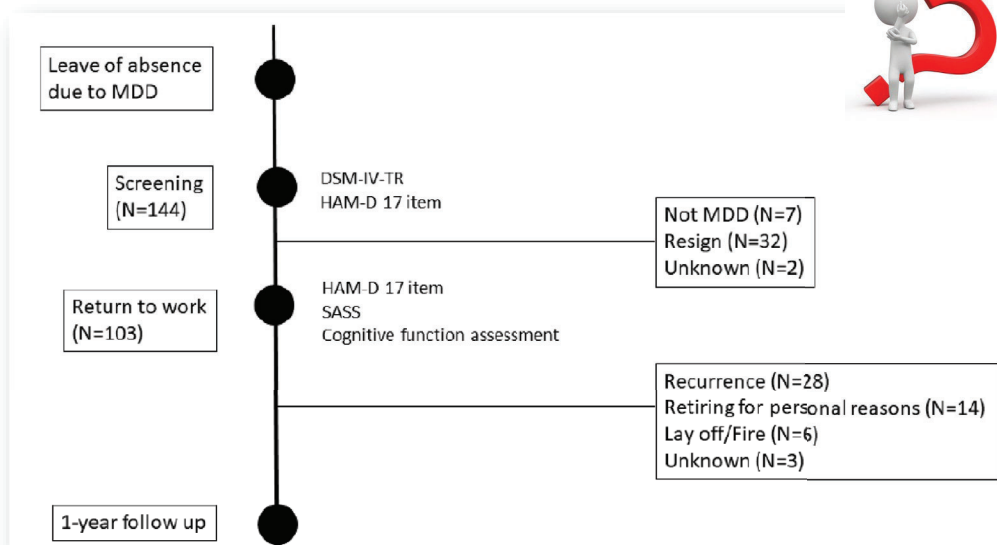
性、年齢
教育年数
転職回数
休職回数
入院回数
婚姻状況
抗うつ薬投与量
ベンゾジアゼピン系薬剤投与量

精神症状：HAM-D

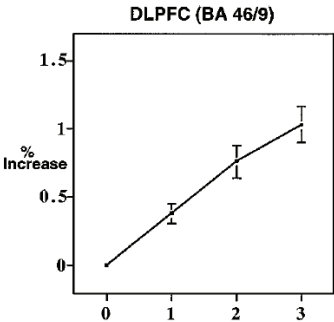
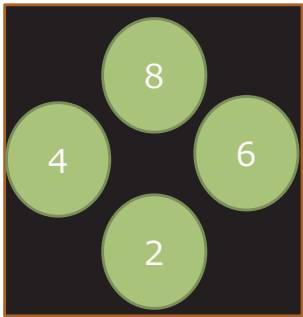
社会適応度：SASS

認知機能

言語流暢性 (Letter, Verbal)
CPT
N-back (0,2,3)
WAIS digit span total score



要因	HR	95%CI	P value
SASS得点	0.95	0.92-0.99	0.019
3-back課題正答率	0.97	0.95-0.99	<0.001
ジアゼパム換算	1.07	1.01-1.12	0.014



社会適応度評価

SASS : Social Adaptation Self-evaluation Scale

- うつ病患者の社会適応を評価
- 1997年にBoscらが発表
- 自己記入式の評価尺度
- 20項目(0～60点)で構成
- 得点が高いほど社会機能が保たれている

- 就労群と非就労群のSASS得点のcut-offは25/26点

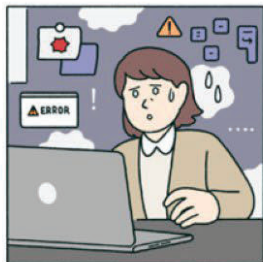
N Ueda, et al., PCN 2012; 65: 624-9

➤ 復職成功群と失敗群におけるcut-offは30/31点

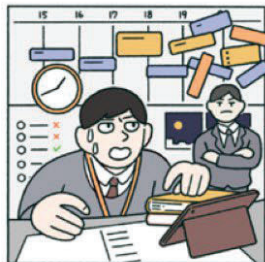
K Atake, H Hori, et al., Psychiatry Res 2020; 291: 113209

就労中のうつ病患者さんの職場における困りごと（例）

- ✓ 集中力が保てない、ミスが多くなる



- ✓ 締切に遅れる



- ✓ 単純な仕事にも時間がかかる



- ✓ 複雑なことや新しいことが覚えられない



- ✓ 同僚を避けてしまう

- ✓ 泣いてしまう、イライラする

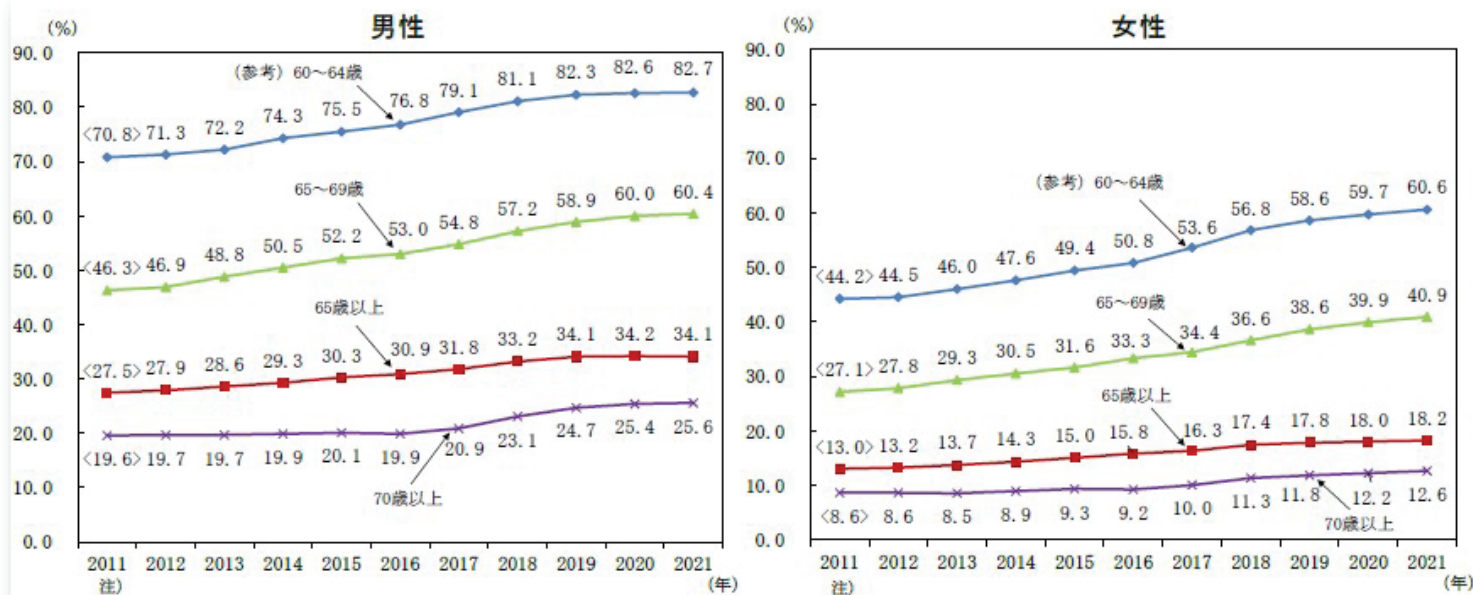
- ✓ 居眠りする

監修: 福岡大学医学部 精神医学教室 教授 堀 輝

各認知機能と就労機能の関係（例）



監修: 福岡大学医学部 精神医学教室 教授 堀 輝



高年齢者雇用安定法

企業には

- ① 60歳未満の定年禁止
 - ② 65歳までの雇用確保措置が義務付けられている
 - 1) 65歳までの定年年齢の引き上げ (80%)
 - 2) 65歳までの継続雇用制度の導入 (19.4%)
 - 3) 定年制を廃止 (2.7%)
- のいずれかを講じなければならないこととしている

年齢階級および原因・動機別自殺者数と構成割合

厚生労働省：令和4年版自殺対策白書。

総数	家庭問題	健康問題	経済・生活問題	勤務問題	男女問題	学校問題	その他	計	■：家庭問題 ■：健康問題 ■：経済・生活問題 ■：勤務問題 ■：男女問題 ■：学校問題 ■：その他			
	3,200	9,860	3,376	1,935	797	370	274		16.2%	49.8%	17.0%	
	118	199	11	30	59	197	13	～19歳	18.8%	31.7%		31.4%
	257	842	413	402	300	166	28	20～29歳		35.0%	17.2%	16.7%
	415	908	515	401	212	7	26	30～39歳	16.7%	36.6%	20.7%	
	613	1,520	751	502	131	0	43	40～49歳	17.2%	42.7%	21.1%	
	626	1,655	832	419	67	0	50	50～59歳	17.2%	45.4%	22.8%	
	332	1,450	518	136	16	0	24	60～69歳	13.4%	58.6%	20.9%	
	471	1,889	261	39	9	0	45	70～79歳	17.4%	69.6%	9.6%	
	368	1,396	74	6	3	0	45	80歳～	19.5%	73.8%	6.9%	
	0	1	1	0	0	0	0	不詳		50.0%	50.0%	

加齢に伴い健康問題が自殺原因や動機となりやすい

(McIntyre RS et al., World Psychiatry 2020)

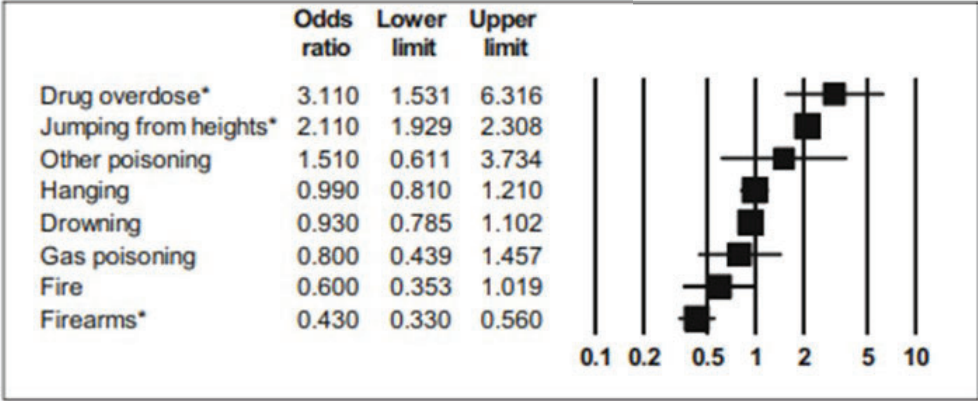
失業率 1 % ↑



自殺率 1 % 上昇

Suicide methods and severe mental illness: A systematic review and meta-analysis

M. Trott^{1,2,3} | S. Suetani^{2,4,5,6} | U. Arnautovska^{1,2,3} | S. Kisely^{1,3,7} |
M. Kar Ray^{1,3} | T. Theodoros^{3,8} | V. Le¹ | S. Leske^{1,9,10} | M. Lu^{1,3} |
R. Soole^{1,2} | N. Warren^{1,3} | D. Siskind^{1,2,3}



MDDでは
過量服薬が3.11倍高く
飛び降りが2.11倍高い

	病気の悩み (悪性新生物)	病気の悩み (てんかん)	病気の悩み (その他身体の病気)	病気の悩み・影響 (うつ病)	病気の悩み・影響 (統合失調症)	病気の悩み・影響 (アルコール依存症)
60〜69歳	95	5	506	671	130	41
70〜79歳	236	4	887	680	75	23
80歳〜	142	5	909	336	25	10

	病気の悩み・影響 (薬物乱用)	病気の悩み・影響 (摂食障害)	病気の悩み・影響 (その他の精神疾患)	身体障害の悩み	認知機能低下の悩み	その他
60〜69歳	4	5	207	79	17	68
70〜79歳	3	6	212	163	100	102
80歳〜	0	11	136	215	169	144

その他の身体の病気やうつ病、認知機能低下が自殺の動機や原因となる

Qualitative analysis of blood from patients engaging in deliberate self-harm: Differences between prescribed and detected drugs

Masato Masuda¹ | Brian Waters² | Leo Gotoh^{1,3} | Yoshihiko Nakamura⁴ |
Yoshifumi Kato⁵ | Shigeki Nabeshima⁵ | Shin-ichi Kubo² | Nobuaki Eto¹ |
Hiroaki Kawasaki¹

76%で、処方薬以外の薬物が検出された

日本うつ病学会ガイドライン（新・ガイドライン？大改訂？）

日本うつ病学会は、
2012年に初版の「うつ病治療ガイドライン」を公表
2013年、2016年と計2度の改訂を行ってきた。
これらの改訂では、初版の構成を維持したまま、新たな知見や臨床現場のニーズを反映しながら必要な内容を加筆・修正し新たな治療手段やエビデンスをアップデートしてきた。しかしながら、その結果として全体の構成が複雑化し、読者にとってガイドラインの全体像や主旨が把握しにくくなっていたことは否めない。

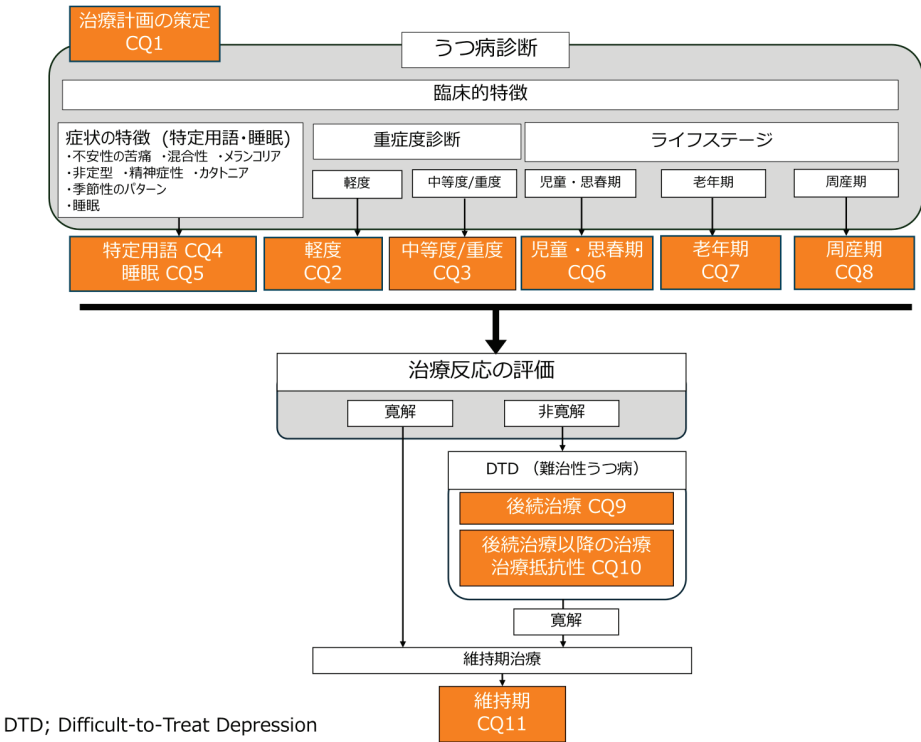
新ガイドライン

- ・従来の加筆修正型の手法から脱却し、ゼロベースから全面的に構築
- ・Mindsマニュアルに則り、科学的根拠（エビデンス）に基づく推奨
- ・児童、高齢者、周産期といったライフステージや重症度、そして睡眠障害やDSM-5における特定用語といったこれまで以上に詳細に分類した“サブタイプ”に対応した横軸と、後続治療（初回の抗うつ薬で効果が不十分な場合）、難治性（2剤以上で効果不十分な場合）、維持治療といった、“治療過程のフェーズ”に対応した縦軸といった観点から独立した章設定を行い、より個別性の高い診療支援を実現している。
- ・SRの形式に適さないが臨床上重要、あるいは今後さらなる臨床活用が期待されると判断された7つのテーマについては「トピック」として構成した。

統括	渡邊 衡一郎（杏林大学） 馬場 元（順天堂大学）
ワーキンググループプロジェクトリーダー（実務統括）	加藤 正樹（関西医科大学）
ナラティブパートリーダー	伊賀 淳一（愛媛大学） 堀 輝（福岡大学）
SRパートリーダー	岸 太郎（藤田医科大学）
SRパートサブリーダー	田近 亜蘭（京都大学）
SRオブザーバー	渡辺 範雄（蘇生会総合病院）

堀 輝

うつ病ガイドライン全体フローチャート



老年期うつ病

CQ7-1 老年期うつ病の治療開始に際して考慮すべきことはなにか？

CQ7-2 老年期うつ病の治療法は何か？

CQ7-3 老年期うつ病に精神療法は有用か？

CQ7-4 老年期うつ病に抗うつ薬による治療は有用か？

CQ7-5 治療抵抗性の老年期うつ病に対する薬物療法は何か？

CQ7-6 老年期うつ病に対してその他の有用な治療は何か？

CQ7-6-1: 老年期うつ病にニューロモデュレーション
(rTMS、ECT) は有用か？

CQ7-6-1: 老年期うつ病に対してその他の有用な治療は何か？
(ニューロモデュレーション以外)

CQ7-1: 老年期うつ病の治療開始に際して考慮すべきことはなにか？

【要約】

- ① 身体疾患や脳器質性疾患による抑うつ状態、低活動型せん妄、アパシーとの鑑別を行い、認知症への移行や合併に注意する。
- ② 老年期うつ病の臨床的特徴（自殺念慮、精神運動焦燥、心気症、身体症状が特徴的で、再発率が高く、低栄養やフレイルに注意が必要）を理解しておく。
- ③ さまざまな喪失体験を背景とした老年期心性に配慮する。
- ④ 加齢による薬物動態および薬物感受性の変化により有害事象が出現しやすいため、注意する。

表1 抑うつ状態と低活動型せん妄の臨床的鑑別のポイント（岡嶋美朗，2013より作成）

	抑うつ状態	低活動型せん妄
発症様式	亜急性（週単位）	急性（時間～日単位）
臨床経過	持続性 日内変動（午前中の不調）	動揺性 日内変動（特に夜間の悪化）
持続期間	長期間（週～月単位）	短期間（時間～週単位）
意識	正常	低下、動揺性、見当識の障害
知覚	目立たない	錯覚、幻覚（特に幻視）
思考	抑制	錯乱、夢幻様
脳波所見	正常	全散性徐波化

表2 抑うつ状態とアパシーの臨床的鑑別のポイント（馬場，2018より一部改変）

	抑うつ状態	アパシー
感情・情動	抑うつ気分 落ち込み、悲哀、不安、焦燥、絶望	無感情、感情の平板化 あらゆる出来事に対する 情動反応の減退・喪失
興味・関心	興味・喜びの喪失 否定的出来事・自己の変調・不調に対する関心はむしろ過剰（心気など）	無関心 肯定的・否定的な出来事に対する関心の喪失 自己に対する関心も喪失
意欲・行動	精神運動抑制 行動するモチベーションは保たれる 活動性の低下に葛藤・苦痛を伴う	自発性の低下 行動するモチベーションの欠如 活動性の低下に葛藤・苦痛を伴わない

表3. 加齢による薬物動態および薬物感受性の変化（押淵英弘，2017より作成）

薬物動態	吸収	消化管機能が低下するが、吸収への影響は少ない
	分布	細胞内水分が減少するため水溶性薬剤の血中濃度が上昇しやすい 脂肪量は増加するため脂溶性薬剤が蓄積しやすい
	代謝	肝血流量の低下、肝細胞数の減少、酵素活性の低下、肝細胞に薬を運搬する薬物トランスポーターの減少により代謝が低下するため、肝代謝率の高い薬剤で血中濃度が上昇しやすい
	排泄	腎血流量の低下、腎機能低下、腎機能障害によって腎排泄型薬剤の血中濃度上昇しやすい 脳血液関門のP糖タンパク質発現低下によって脳から静脈への薬剤排泄が遅延しやすい 消化管のP糖タンパク質発現低下によって体内各組織からの薬剤排出が遅延しやすい 胆汁分泌遅延によって排出が遅延しやすい
薬物感受性		加齢により上昇する

CQ7-2: 老年期うつ病老年期うつ病に対する治療は何か？

【要約】

- ① 軽度から中等度の患者に対しては、精神療法を行うことを提案する。
- ② 中等度から重度の患者に対しては、有害事象に注意しつつ、抗うつ薬による治療を行う。
- ③ 初期治療に成功しない患者に対しては、前治療薬に反応がない場合や、忍容性が不良な場合などには抗うつ薬の変更を考慮し、前治療薬に部分的な反応がある場合は、補助療法（特にアリピプラゾール）を考慮する。抗うつ薬の併用は、睡眠や食欲の改善などを目的に、少量投与にとどめることが望ましい。
- ④ 薬物療法の治療効果が得られない患者に対してはrTMSやECTを考慮する。
- ⑤ 運動療法や高照度光療法，オメガ 3 不飽和脂肪酸による食事療法も検討できる。
- ⑥ 寛解後少なくとも 1 年は維持期治療を行い、その後の維持期治療期間は再発リスクや患者家族の希望を考慮して決定することを提案する。

労働者のうつ病

薬物相互作用

断眠療法や光療法

精神療法

今後期待される治療

漢方

ニューロモジュレーション

堀 輝

労働者のうつ病

薬物相互作用

断眠療法や光療法

精神療法

今後期待される治療

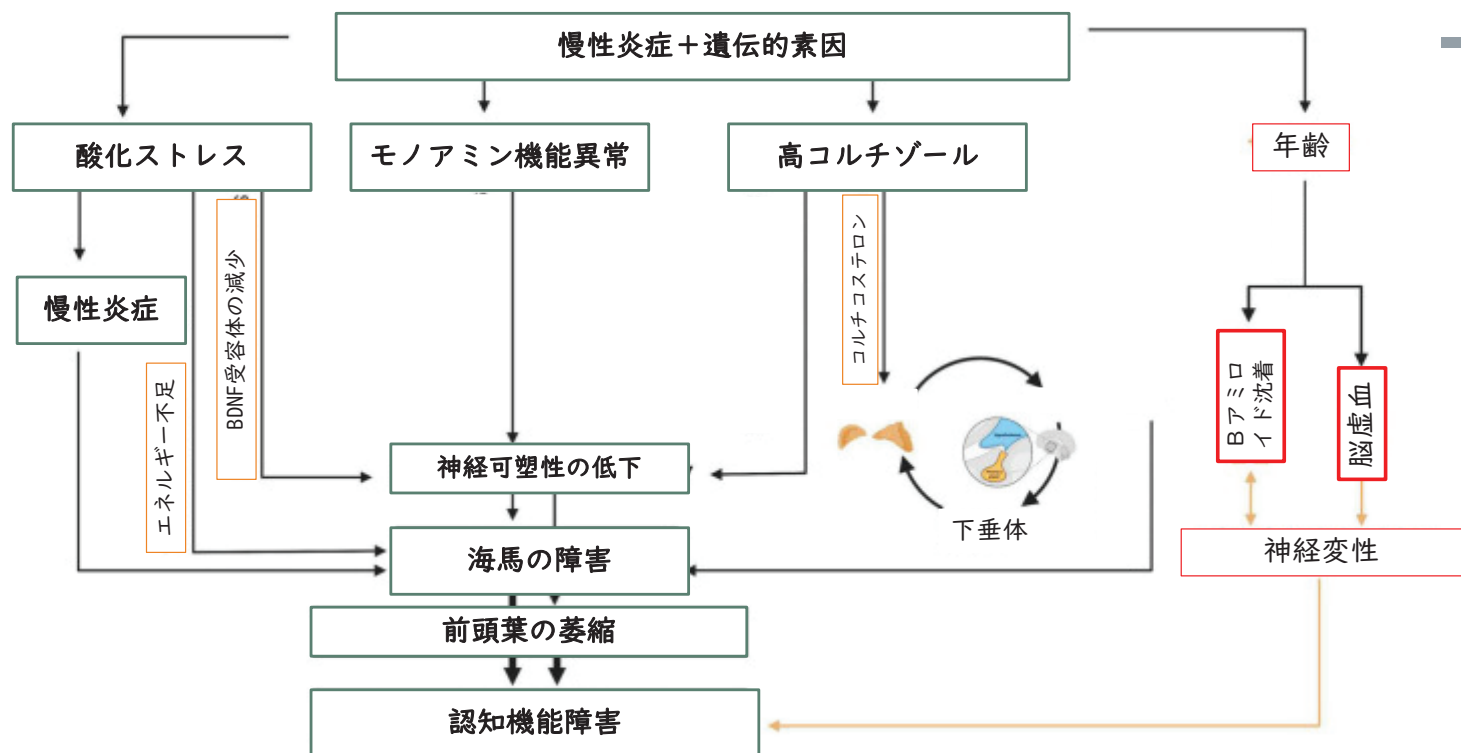
漢方

ニューロモジュレーション

堀輝（福岡大学医学部精神医学教室・教授）
有馬秀晃（品川駅前メンタルクリニック・院長）
江口尚（産業医科大学精神保健学・教授）
大木洋子（慶應義塾大学SFC研究所・上席所員）
丸山崇（産業医科大学第一生理学教室・教授）
横山太範（さっぽろ駅前クリニック・理事長）

- ①就労しながら治療？休職して治療？
- ②復職準備期間に必要なこと
- ③職場復帰のステップ
- ④職場復帰時の診断書について
- ⑤リワークプログラムについて

堀 輝

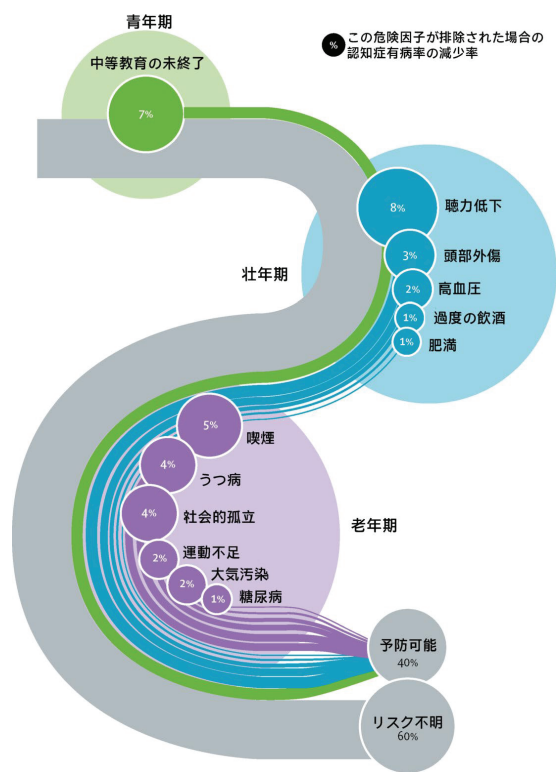


(演者作成)

福岡大学病院認知症疾患医療センター (Since 2014)



認知症の一部は予防ができる



うつ病とアルツハイマー型認知症の発症リスク Ownby RL et al., Arch Gen Psychiatry 2006

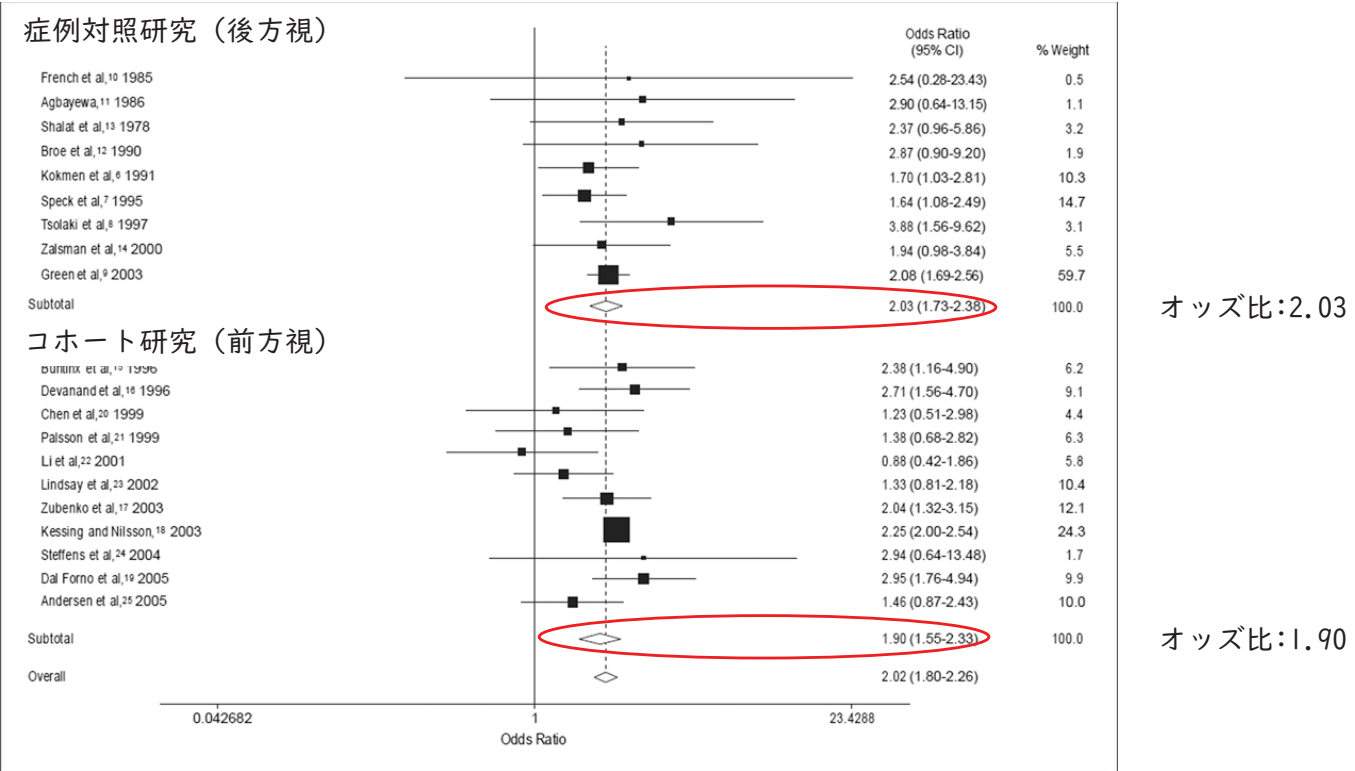


Table 3. Metaregression Analyses

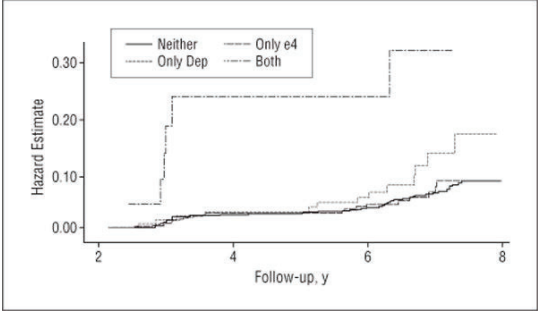
Variable	OR (95% CI)*	z Score	P Value	τ^2 Statistic†	Coefficient	z Score	P Value
Unadjusted	2.03 (1.81-2.28)	12.00	<.001	0.0053	...	...	...
Adjusted for interval (in years) between depression and AD diagnoses	1.53 (1.11-2.11)	2.58	.01	0.00	0.04‡	2.01	.04

Abbreviations: AD, Alzheimer disease; CI, confidence interval; OR, odds ratio; ellipses, not applicable.
 *Indicates OR for developing AD in individuals with a history of depression without and with adjustment for interval between diagnoses of depression and AD.
 †Indicates the estimate of between-study variability.⁴¹
 ‡Indicates the regression coefficient for the variable representing the interval between the two diagnoses.

うつ病がアルツハイマー型認知症発症のリスク？
 うつ病はアルツハイマー型認知症の前駆状態？

うつ病およびアルツハイマータガ認知症と診断された間隔とAD発症リスクに正の相関
 おそらく **うつ病自体がADのリスクファクター**である可能性が高い

71～90歳のホノルル在住の日系アメリカ人男性1932名
 ベースラインの
 ・ うつ症状
 ・ APOE ε 4(ADの遺伝的リスク因子)
 の有無と将来の認知症を追跡したもの



うつのみでは認知症リスクは有意となる
 APOE ε 4のみでは認知症リスクは有意ではない

		Hazard Ratio (95% Confidence Interval)			
		どちらもなし	ε 4のみあり	うつのみあり	両方あり
すべての認知症					
Extended model	I [Reference]		1.1 (0.6-1.8)	1.6 (0.8-3.0)	7.1 (3.0-16.7)
アルツハイマー型認知症					
Extended model	I [Reference]		1.6 (0.8-3.1)	2.2 (0.9-5.2)	13.0 (4.3-39.5)
血管性認知症					
Extended model	I [Reference]		NA	0.6 (0.1-4.8)	4.1 (0.5-33.7)

レビー小体型認知症

DLBの診断には、社会的あるいは職業的機能や、通常の日常活動に支障を来す程度の進行性の認知機能低下を意味する認知症であることが必須である。初期には持続的で著明な記憶障害は認めなくてもよいが、通常進行とともに明らかになる。注意、遂行機能、視空間認知のテストによって著明な障害がしばしばみられる。

- 1. 中核的特徴 (最初の3つは典型的には早期から出現し、臨床経過を通して持続する)
 - 注意や明晰さの著明な変化を伴う認知の変動
 - 繰り返し出現する構築された具体的な幻視
 - 認知機能の低下に先行することもあるレム睡眠行動異常症
 - 特発性のパーキンソニズムの以下の症状のうち1つ以上：動作緩慢、寡動、静止時振戦、筋強剛
- 2. 支持的特徴
 - 抗精神病薬に対する重篤な過敏性；姿勢の不安定性；繰り返し転倒；失神または一過性の無反応状態のエピソード；高度の自律機能障害（便秘、起立性低血圧、尿失禁など）；過眠；嗅覚鈍麻；幻視以外の幻覚；体系化された妄想；アパシー、不安、うつ
- 3. 指標的バイオマーカー
 - SPECT または PET で示される基底核におけるドパミントランスポーターの取り込み低下
 - MIBG 心筋シンチグラフィでの取り込み低下
 - 睡眠ポリグラフ検査による筋緊張低下を伴わないレム睡眠の確認
- 4. 支持的バイオマーカー
 - CT や MRI で側頭葉内側部が比較的保たれる
 - SPECT、PET による後頭葉の活性低下を伴う全脳性の取り込み低下 (FDG-PET により cingulate island sign を認めることあり)
 - 脳波上における後頭部の著明な徐波活動

Probable DLB は、以下により診断される

- a. 2 つ以上の中核的特徴が存在する
- または
- b. 1 つの中核的特徴が存在し、1 つ以上の指標的バイオマーカーが存在する

Probable DLB は指標的バイオマーカーの存在のみで診断するべきではない

Possible DLB は、以下により診断される

- a. 1 つの中核的特徴が存在するが、指標的バイオマーカーの証拠を伴わない
- または
- b. 1 つ以上の指標的バイオマーカーが存在するが、中核的特徴が存在しない

DLBの診断の可能性が低い

- a. 臨床像の一部または全体を説明する、他の身体疾患や脳血管疾患を含む脳障害の存在 (ただし、これらは DLB の診断を除外せず、臨床像を説明する複数の病理解を示しているかもしれない)
- b. 重篤な認知症の時期になって初めてパーキンソニズムが出現した場合

DLB は認知症がパーキンソニズムの前か同時に出現したときに診断されるべきである。PDD は、明らかな Parkinson 病の経過中に起こった認知症を記載するために用いられるべきである。実際の場合では、その臨床状況に最も適した用語が用いられるべきで、Lewy 小体病 (Lewy Body Disease) といった総称がしばしば役立つ。DLB と PDD の区別が必要な研究では、認知症の発症がパーキンソニズム発症の 1 年以内の場合 DLB とする "1 年ルール" を用いることが推奨される。

うつ病とDLB

(Boot BP et al., Neurology 2013)

Risk factor	Published risk estimate (95% CI)						OR estimate in this study (95% CI, p value)			
	AD vs controls			PD vs controls			DLB vs controls		DLB vs AD	
Family history										
PD	RR ⁹	2.4	(1.0-5.8)	OR ¹⁰	2.2	(1.2-4.0)	4.6	(2.5-8.6, <0.0001)	5.0	(2.4-10, <0.0001)
Dementia	RR ⁷	3.5	(2.6-4.6)	HR ⁸	1.4	(1.03-1.8)	1.4	(0.89-2.1, 0.15)	0.98	(0.61-1.6, 0.91)
Medical history										
Anxiety	ND	ND	ND	OR ¹³	2.2	(1.4-3.4)	7.4	(3.5-16, <0.0001)	1.7	(0.83-3.4, 0.15)
Depression	OR ¹⁴	2.0	(1.8-2.3)	HR ¹⁵	2.2	(1.7-2.9)	6.0	(3.7-9.5, <0.0001)	4.3	(2.4-7.5, <0.0001)
Stroke	HR ³⁴	1.3 ^b	(0.73-2.4)	OR ³⁵	1.7	(1.5-2.0)	2.8	(1.3-6.3, 0.01)	1.4	(0.6-3.2, 0.43)
Cancer	HR ²²	0.72	(0.52-1.00)	RR ²³	0.69	(0.62-0.78)	0.44	(0.27-0.70, 0.0006)	0.78	(0.48-1.3, 0.37)
Diabetes	RR ²⁴	1.4	(1.2-1.7)	OR ²⁵	0.75	(0.50-1.1)	0.64	(0.36-1.1, 0.13)	1.8	(0.87-3.9, 0.11)
Oophorectomy	HR ³¹	1.07 ^b	(1.01-1.1)	HR ³²	1.5	(0.86-2.8)	0.96	(0.38-2.4, 0.92)	4.2	(1.6-10.8, 0.003)
Oophorectomy ≤45 y	HR ³³	1.9 ^b	(1.4-2.6)	HR ³²	1.8 ^c	(0.98-3.5)	4.3 ^d	(0.97-19, 0.056)	7.6	(1.5-39, 0.015)
Head injury	OR ²⁸	1.6	(1.2-2.1)	OR ²⁹	1.1	(0.9-1.3)	1.4	(0.7-2.6, 0.33)	0.89	(0.44-1.8, 0.75)
Genetic										
APOE ε4	OR ¹¹	3.8	(3.6-4.1)	OR ¹²	1.0	(0.91-1.1)	2.2	(1.5-3.3, <0.0001)	0.61	(0.40-0.93, 0.02)

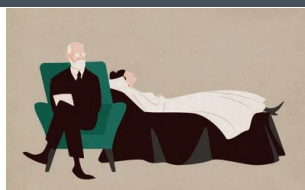
健常者と比べてOdds比 6.0でADよりもリスクが高い

AD：病初期から記憶障害、特に記銘力が強く障害される。
近似記憶が障害され、再認障害も見られる

DLB：REM睡眠行動障害、嗅覚障害、起立性調節障害、排尿調節障害
発汗異常、向精神薬への過敏性、寡動、易転倒性

FTD：脱抑制、アパシー、固執・常同性、思考や食行動の変化

福岡大学病院精神神経科 専門外来一覧



精神分析的セラピー外来

職場のメンタルヘルス外来



治験



アスリートメンタルヘルス外来

リカバリー外来

- ・気分症（うつ病、双極症）
- ・統合失調症



性別違和

自殺予防外来 自死遺族外来



認知症

周産期



児童・思春期

ご清聴ありがとうございました



各診察室に1冊！！



▶ 各章内の構成

※以下のとおりではない Chapter もあります

Point

その章の概要、Hack となるところなどを3点ほど挙げています。

1 ○○薬について

2章から10章の各薬剤群について標準的な対応疾患や分類、作用機序、薬剤登場の歴史などを解説しています。

2 標準的な処方や治療

各Chapterで取り上げている薬剤群に対応している疾患に関し、ガイドラインやエビデンスに基づいた標準的な処方・治療を解説しています。すでに実践している内容もあるかもしれませんが、③以降のパートをより深く理解するためにもいまだ一度確認しておきましょう。

3 海外でのエビデンスや処方

本邦では適応外とされている処方を中心に、海外ではどのような処方が行われているのか示しています。まだ国内では承認されていない効能・効果や、海外では標準になりつつある処方を数多く紹介、文献表記も充実しており、単に海外の情報だと受け止めずに実践のヒントを得てください。

4 私はこうしている！



本書の特長だと自負しているパートです！標準的な処方を感じられるモヤモヤや課題、一般的なイメージに対し、各執筆陣それぞれがまさに「私はこうしている！」という実践法を記してくれています。思わぬ処方や意外な対応が満載のはず。ぜひ新たな気づきを得てください。

5 架空症例

ここまでの記載をもとに架空症例を掲載しています。自身でも対応したことがある似たようなケースを思い返したり、これから遭遇するかもしれない患者を想定しつつ、臨床をイメージしながら確認してみましょう。

Chapter 1 適応外処方

Chapter 2 抗精神病薬

Chapter 3 抗うつ薬

Chapter 4 リチウム

Chapter 5 抗てんかん薬

Chapter 6 睡眠薬

Chapter 7 抗不安薬

Chapter 8 ADHD 治療薬

Chapter 9 抗認知症治療薬

Chapter 10 漢方薬

Chapter 11 副作用への対応

※ここにも注意！のトピックス

- Chapter 1 服用回数について
- Chapter 2 第一世代抗精神病薬の活かし方
- Chapter 3 三環系抗うつ薬の活かし方
- Chapter 4 妊産婦・授乳
- Chapter 5 高齢者
- Chapter 6 トラゾドン、ミアンセリン、ヒドロキシジン
- Chapter 7 タンドスピロンの使い道
- Chapter 8 児童・思春期
- Chapter 9 抗認知症薬はいつ止めるのか
- Chapter 10 肝機能障害
- Chapter 11 腎機能障害