

## rTMS 紹介シート

受入をスムーズにするため、診療情報提供書とは別にこちらの記載もお願いいたします。  
各項目ご確認の上、□にチェックを入れてください。  
記載内容によっては事前に確認のためのお問い合わせをする場合があります。

**rTMS の適応について** 以下の条件を満たしているか確認をお願いします。

- うつ病（これ以外は保険適応外となります）
  - 1 剤以上の抗うつ薬を十分量・十分期間使用したが効果が認められない。
  - 重症度は中等度以上である（HAMD-17= ）
- 中等度の目安：HAMD-17 で 14～18 点です。可能であれば HAMD-17 実施願います

**rTMS の適応外ではない**

以下に該当項目がないことを確認をお願いします。（該当すれば実施はできません）

1. 18 歳未満の若年者
2. 同一のうつ病エピソードに、十分な rTMS 療法を 1 クール実施したが、効果を認めなかった場合
3. 明らかな認知症や器質性あるいは症状性の気分障害
4. 中等症以上のうつ病エピソードの診断基準を満たさず、以下が主診断・主病態  
成人のパーソナリティおよび行動の障害、自閉スペクトラム症、注意欠如・多動症
5. 精神病症状をともなう重症エピソード、切迫した希死念慮や緊張病症状（ECT が推奨される状態）
6. 抗うつ薬の著しいアドヒアランス低下（ただし、抗うつ薬の顕著な副作用による低耐性は適応）
7. 精神作用物質あるいは医薬品使用による残遺性感情障害

**rTMS の禁忌はないか**

以下に該当項目がないことを確認をお願いします。（該当すれば実施はできません）

・頭の中に金属や磁性体（チタン製品かどうか要確認）

脳動脈瘤クリップ又はコイル、頸動脈又は脳血管ステント、脳深部刺激装置及び電極、迷走神経刺激装置、頭部金属製インプラント、磁力装着する義歯・インプラント、人工内耳、耳鼻咽喉科インプラント、埋め込み型補聴器アンカー・インプラント、強磁性金属を使用している眼内インプラント又はステント、脳脊髄液シャント

・体内埋め込み式の医療機器（心臓ペースメーカーなど）

心臓ペースメーカー、植込み型除細動器、用型除細動器、心臓ステント、下大静脈フィルター、心臓弁、装着型注入ポンプ、植込み型インスリンポンプ、磁的にプログラム設定できるシャントバルブ、伝導性・強磁性・その他の磁気感受性の強い金属

**rTMS の相対禁忌、警告に該当事項はないか**

以下に該当項目があればチェックをお願いします。

科内、必要時は身体科と協議し、実施を見送る場合もあります。

- てんかん・けいれん発作の既往
- けいれん発作のリスクのある頭蓋内病変（脳卒中・頭部外傷の既往、電解質異常など）
- けいれん発作の閾値を低下させる薬物（メチルフェニデート、ケタミンなど）の服用
- アルコール・覚せい剤の乱用・離脱時
- 妊娠、もしくは妊娠の可能性が否定されない
- 重篤な身体疾患を合併（具体的に： ）
- 3 剤以上のベンゾジアゼピン系の抗不安薬（1-2 剤に減量が望ましいです）
- 抗てんかん薬の使用（中止が望ましいです）