

アール ティエムエス
r TMS療法
(反復経頭蓋磁気刺激療法)のご案内

◆治療のしくみ

うつ病は、近年の研究により心の病ではなく、脳の疾患であることが解明されてきています。うつ病によって脳本来の機能が損なわれている部位（左背外側前頭前野）を刺激し、機能を回復することでうつ病が改善すると考えられています。

◆治療の適応について

18歳以上の方

- ・中等度以上のうつ病の方
- ・抗うつ薬治療によっても、効果が十分に認められない方

【以下を有す方は、治療の適応とならない方】

- ・人工内耳
- ・磁気性体クリップ
- ・心臓ペースメーカー有する方など

※治療適応の判断は、r-TMS専門外来にて、専門医が個別に行います。



◆治療期間

基本的には入院治療にて行います。一回の治療は約40分を週に5回を目安に、4週間～6週間行います。治療期間中は、心理検査等にて効果を確認して治療を進めていきます。

◆治療の有効性

治療の効果には個人差があります。世界で報告された臨床試験の結果によると、抗うつ薬によって十分な効果が得られない患者さんの3～4割が安全性の高いrTMS療法によって抗うつ薬と同等の治療効果を示すと言われています。

◆治療による副作用

電気けいれん療法や従来の抗うつ薬治療に比べて、副作用が少なく安全性が高いことが特徴です。頻度の高い副作用は、刺激中の頭痛・刺激痛（30%前後）です。ほとんどが、刺激中に限定した副作用で、刺激強度を下げたり、慣れの効果によって軽減されます。重篤な副作用として、けいれん発作（0.1%未満）がありますが、抗うつ薬によるけいれん誘発の危険率（0.1～0.6%）と比較しても、r TMS療法が特別にけいれん誘発のリスクが高いわけではありません。



NeuroStar TMS装置

◆治療機器について

当院では、NeuroStar TMS装置（Neuronetics社製）を使用し、当院のTMS治療室において、訓練を受けた医師とスタッフによって定められたやり方で行われます。

◆費用について

各種健康保険が適用となります。施行回数や入院期間によって費用（入院費の自己負担額）は異なります。高額療養費制度などの医療費助成制度がございます。詳しくは病院スタッフまでお尋ねください。

※医療費助成制度 ・ [高額療養費制度](#)（厚生労働省） ・ [限度額適用認定証](#)（全国健康保険協会）
※外部サイトへリンクします

～高額療養費制度を利用して入院した場合の費用イメージ～
（r TMS治療費、その他の治療費、食事負担費などを含む）

費用イメージ①

・69歳以下
・年収 約370万円以下
自己負担額 月額約100,000円

費用イメージ②

・69歳以下
・年収 約370～770万円
自己負担額 月額約130,000円

費用イメージ③

・69歳以下
・年収 約770～1160万円
自己負担額 月額約220,000円

※上記は、あくまで一例です。詳細についてはスタッフにご確認ください。

r TMS療法までの流れ

まず当院へご電話下さい。 聖ルチア病院 0942-33-1581
「r TMS療法について相談したい」とお伝えください。
担当看護師がご案内いたします。

治療をご希望される際は、必要書類をご準備いただきます。

★必要書類★

- ①かかりつけ医療機関からの紹介状（診療情報提供書）
 - ②「反復経頭蓋磁気刺激（r TMS）療法の適性に関する質問票」
- ※質問票は、当院より郵送又はFaxいたします。なお、当院ホームページよりプリントアウトしてご使用頂くこともできます。（[質問票](#)）
※必要書類のご準備が整いましたら、当院へ郵送、またはFAXをお願いいたします。

治療適応の可能性がある方

担当看護師よりr TMS治療専門外来受診の
予約連絡を行います。

★r TMS治療専門外来★
毎週火曜日・木曜日の午前中

治療適応とならなかった場合

担当看護師より、ご本人様、かかりつけ
医療機関様へ連絡を行います。

r TMS治療専門外来の受診

専門医による適応判断を行います。
※診察に加え、心理検査などの必要な検査を行います。当日の混み具合によっては時間を要す場合がございますので、時間に余裕をもってお越しください。また、当日、適応の可否が判断できない場合は、後日改めて担当看護師よりご連絡させていただきます。

治療適応の場合

担当看護師より入院日の日程調整の連絡を行います。その他入院に関する事前説明を精神保健福祉士にて行います。

治療適応とならなかった場合

担当看護師より、ご本人様、かかりつけ医療機関様へ連絡を行います。

入院治療開始

主治医より入院治療についての説明を行います。
※入院治療開始後に適応外になる場合がございますので、予めご了承ください。

本治療は日本精神神経学会が定める「[r TMS適性使用指針](#)」に沿って治療を実施いたします。
※外部サイトへリンクします

反復経頭蓋磁気刺激療法（rTMS）の適正に関する質問票

反復経頭蓋磁気刺激療法（rTMS）を安全に行うために以下の質問に分かる範囲でお答えください。後ほど本質問票と現在の処方内容に基づいて担当医より問診し、rTMS療法の適性を判断いたします。

1. 過去に以下の経験があれば教えてください。

- ① rTMS 治療を受けたことがある。 はい いいえ
※「はい」と回答された方
rTMS 治療のあとに副作用などの不快な経験をしたことがある。 はい いいえ
- ② 電気けいれん療法（ECT）を受けたことがある。 はい いいえ
※「はい」と回答された方
電気けいれん療法のあとに副作用など不快な経験をしたことがある。 はい いいえ
- ③ けいれんを起こしたことがある。 はい いいえ
- ④ 突然、意識がなくなった経験がある。 はい いいえ
- ⑤ 脳卒中（脳梗塞や脳出血など）を起こしたことがある。 はい いいえ
- ⑥ 頭部に意識がなくなるほど、ひどい外傷を負ったことがある。 はい いいえ
- ⑦ 頭部の手術をしたことがある。 はい いいえ
- ⑧ 脳外科もしくは神経内科の病気を患ったことがある。 はい いいえ
- ⑨ 脳障害を起こす可能性のある内科疾患にかかったことがある。 はい いいえ
- ⑩ アルコールや薬物の乱用をしていたことがある。 はい いいえ

2. 現在、以下のことはありますか？

- ① 頻繁に頭痛がある。または我慢できないほどのひどい頭痛がある。 はい いいえ
- ② 頭の中に金属や磁性体（チタン製品かどうか要確認）が入っている。 はい いいえ
- ③ 体内埋込み式の医療器具（心臓ペースメーカーなど）を付けている。 はい いいえ
- ④ 多量の飲酒や薬物の乱用をしている。 はい いいえ
- ⑤ 妊娠中、もしくは妊娠の可能性がある。 はい いいえ
- ⑥ てんかんを持っている家族がいる。 はい いいえ

「はい」とチェックした項目について、より詳しく教えてください。

患者署名： _____（日付： _____ 年 _____ 月 _____ 日）

担当医署名： _____（日付： _____ 年 _____ 月 _____ 日）

原本病院保管・写し本人

社会医療法人聖ルチア会 聖ルチア病院