
精神科領域に対する鍼灸 適応症と紹介を検討する状況と除外基準について



本指針は、精神医療に携わる医療者を対象に、
鍼灸の紹介を検討する状況と除外基準の要点を整理したものです。
うつ・不安・不眠・身体化症状・ストレス関連症状などに、
補完療法として鍼灸の臨床活用に役立つ指針となることを目的としています。



大慈松浦鍼灸院

精神科医療における鍼灸の適応症（候補）

鍼灸は精神科医療の補完療法として、安全体制のもと導入が検討されます。

以下は、臨床的に応用が期待される主な領域です。鍼灸は抑うつや不眠、不安症状などに対し、薬物療法を補完しながら生活の質を高める選択肢となり得ます。

- (1) 軽～中等度の抑うつ（補助療法／単独が検討される場合もある）
 - (2) 不眠（慢性不眠／睡眠の質改善）
 - (3) 不安障害（GAD、慢性不安、パニックの補助）
 - (4) PTSD（外傷後ストレス障害）および関連症状
 - (5) 身体症状を主体とする心身症・身体表現性障害・「仮面うつ」的ケース
 - (6) 慢性疼痛に伴う抑うつ・不眠（疼痛マネジメントの一環）
 - (7) がん関連の精神症状（疼痛・不眠・不安・化学療法副作用の緩和）
 - (8) 早期介入（診断閾値未満の未病）— 予防的介入
-

安全体制と連携の原則

鍼灸はあくまで補完療法であり、単独で急性症状やリスクの高い症例に対応するものではありません。主治医（精神科医／内科医）との情報共有を確保し、異常時には速やかに連絡・紹介できる体制が必要です。導入にあたっては、まずトライアルを行い、経過を確認しながら進めることが安全管理の基本姿勢となります。

鍼灸師は「診断」や「精神療法」を担う立場にはなく、診断・投薬の責任は医師にあります。施術を行う際には、治療目的・限界・リスクを明確に伝え、インフォームドコンセントを適切に取得することを努めます。

精神科医が“鍼灸”の紹介を検討する状況

1) 軽症うつ（診断基準は満たすが薬物を希望しない／非薬物治療を試したい場合）

- ・ガイドラインで鍼灸が軽症うつの選択肢として示されることがあります。
 - ・薬を希望されない方、副作用を懸念される方に有用なオプションとなります。
-

2) 抗うつ薬・抗不安薬の効果不十分／副作用で薬継続困難

- ・鍼灸は薬物療法の補助として用いられることがあります。
 - ・症状軽減や副作用軽減に寄与する研究があり、薬単独で十分でない患者さんのQOL改善を期待できます。
-

3) 不眠が主要な訴え（薬物に抵抗／副作用／減量希望）

なぜ紹介するか

- ・複数のレビューで主観的・客観的睡眠改善が報告されています。
 - ・薬剤依存を避けたい患者さんに有用な非薬物選択肢となり得ます。
-

4) 慢性疼痛や身体症状を伴う精神症状

- ・慢性痛と抑うつ・不安は高率に合併します。
 - ・鍼灸は疼痛改善エビデンスが確立しており、痛み改善を介した気分改善も期待できます。
-

5) 妊娠中・授乳中／高齢者で薬物を避けたい場合

- ・薬を使いにくい状況で、非薬物療法の提示が必要となります。
 - ・鍼灸は適切であれば代替・補助治療として検討可能です。
-

6) 精神科をためらう患者さんに、まず鍼灸から介入したい場合

- ・鍼灸院は心理的敷居が低く、治療関係を築きやすいことがあります。

- ・必要時に医療機関へ橋渡しする「つなぎ」として有用です。
-

7) 薬の副作用緩和を目的とする場合

- ・一部研究で不安・吐き気・倦怠感などの緩和に寄与する報告があります。
 - ・副作用で QOL が低下している患者さんに補助的な意味を持ちます。
-

8) 緩和医療・がん関連の精神症状（疼痛・不眠・不安）

- ・鍼灸はがん領域で疼痛や化学療法関連症状の緩和に用いられています。
 - ・精神症状の軽減や QOL 向上の一助となります。
-

9) 治療抵抗性うつ（複数治療を試したが不十分）

- ・十分なエビデンスはないものの、補助療法としての研究が進んでいます。
- ・患者さんと合意の上で統合的アプローチの一部として試みることがあります。

鍼灸院への除外基準

- アクティブな自傷行為やコントロール不能の強い自殺念慮・自傷行為がある患者は、まず精神科での緊急評価と安全確保を優先します。
- 明らかな妄想や高度な解離、現実検討力の著しい低下などにより治療協力が得られない患者は、まず精神科での対応が優先されます。
- 治療協力が得られない、施術中に危険行為を起こす可能性が高いと判断される患者は、鍼灸治療の対象としません。
- 施術部位に明らかな皮膚感染や開放創がある場合は、施術を行いません。
- 重度の凝固障害（明らかな血小板低下や未管理の出血性疾患）や、抗凝固薬を使用していて出血コントロールが不能と判断される場合は原則 NG とします。ただし、主治医と十分に連携したうえで個別に判断する余地はあります。

慎重に検討するケース（個別判断）

- 統合失調症・難治性精神病：一部の研究はあるものの、急性増悪期や不安定な時期はまず精神科的安定化を優先します。安定期であれば、リスク評価のもと個別に検討します。
- 双極性障害（特に躁状態や混合状態の既往がある場合）：躁転や混合エピソードが見逃されると安全管理や治療方針に重大な影響を与える可能性があります。
- コントロール不良のてんかん・発作既往（頻回発作や最近の発作あり）：刺激（特に電気刺激を併用する場合）や過度の身体刺激が稀に発作誘発に関与する可能性があるためです。
- 重度の人格障害（反復する自傷・衝動性が高い、治療協力が乏しい場合）：施術中の安全確保や治療継続性の確保が困難になるリスクがあるためです。
- 活動性の高い物質使用・急性アルコール・薬物の離脱期：興奮・錯乱・不安定な身体状態、循環動態の変動や合併症リスクが高まるためです。
- 高度の認知症や重度の認知機能障害（現実検討力・協力性の低下）：同意能力の有無、施術中の理解・協力、転倒や誤動作のリスクが問題になるためです。
- 重度の摂食障害（電解質・循環・低栄養などの医学的不安定がある場合）：低体重・電解質異常（心律不整リスク）など医学的リスクが高く、安全面で配慮が必要です。
- 急性のせん妄・意識障害（混乱状態）：意識・注意の変動により同意不能であり、安全確保が困難なため、まずは原因検索と医学的対応が優先されます。
- 最近の大きな脳血管イベント（急性期の脳梗塞・脳出血や直後の時期）
- 重度の循環器疾患や不安定な内科合併（例：未管理の高血圧・不安定狭心症）
- 強い解離症状やトラウマ反応で施術が過度に刺激となる可能性がある場合
(PTSD 重度例)