

不安症の「仮面」を外す： サブタイプ分類から導く 認知行動療法と心理教育

プライマリ・ケアにおける的確な診断と、
特化型アプローチの実践



「眠れない」「お腹が痛い」——身体症状の背後に潜む見逃されやすい疾患

うつ病への注目が高まる一方で、不安症は日常診療において見逃されがちです。
患者は「不安」を直接訴えるのではなく、マスクされた身体症状として外来を訪れます。

患者の訴え（表面）



不眠（眠れない）



腹痛（お腹が痛い）



頭痛（頭が痛い）



呼吸苦（息苦しい）

不安症（Anxiety Disorders）

見逃されやすい真の課題（深層）

うつ病（PHQ-9）だけでなく、日々の診療で「不安症」への感度を高めることが重要です。

疾患の境界線を見極める：スクリーニングと「日常機能障害」の確認

国際標準のスクリーニング尺度（カットオフ値：各10点以上）

うつ病の疑い：PHQ-9

不安症の疑い：GAD-7

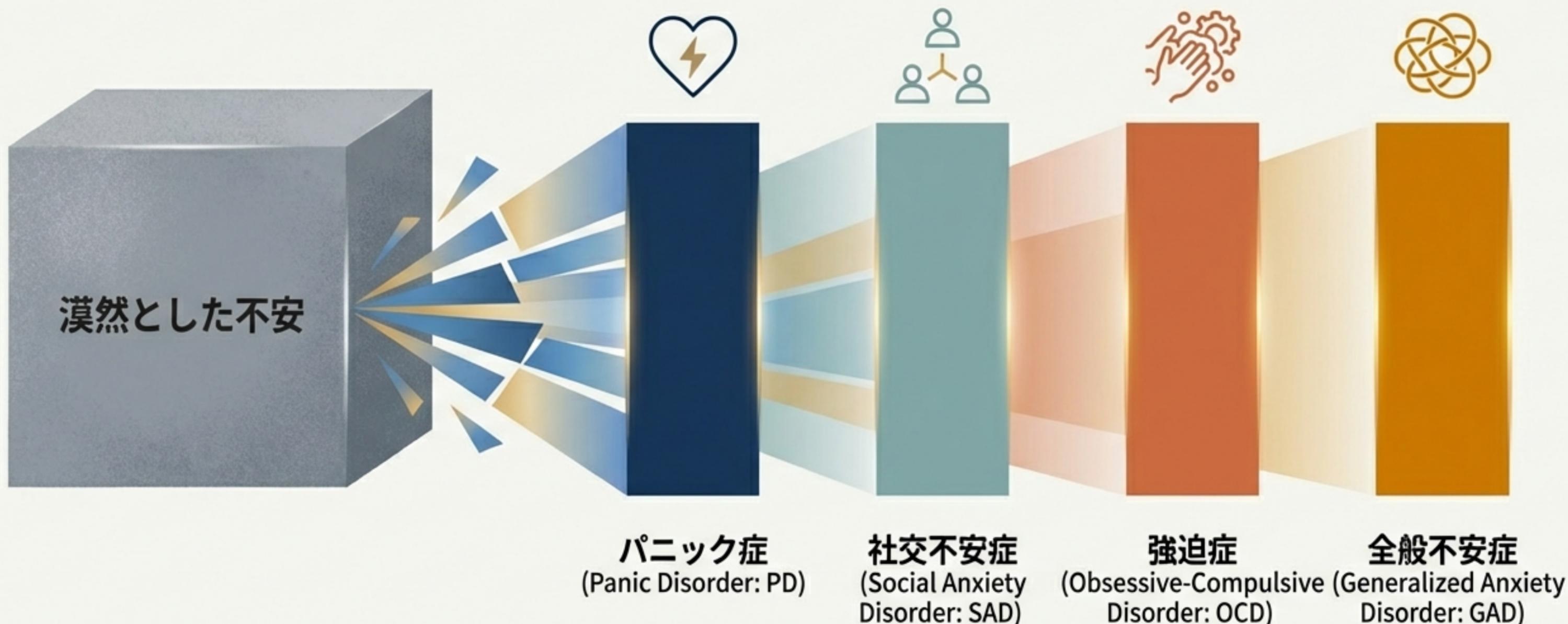


「性格」か「病気」かの分水嶺

- 神経症傾向などのパーソナリティの問題として片付けない。
- GAD-7の8番目の項目（日常機能障害）を確認する。
- 不安によって「日常機能に障害が出ている」場合は、性格ではなく「病気」として患者に明確に伝える（心理教育の第一歩）。

「不安」を一括りにしない：DSM-5-TRに基づく4つのサブタイプ

漠然と「不安症」として扱うのではなく、DSM-5-TRに基づき的確にサブタイプへ分類し、個別の病名をつけて診療することが治療の鍵となります。



患者の特有な訴えから見抜く「4つの顔」

パニック症
(PD)



“
急な胸のドキドキや息苦しさ。外出や電車に乗ることが怖くなる。”

社交不安症
(SAD)



“
人前での発表や会話への恐怖。不登校や引きこもりの原因にもなる。”

強迫症
(OCD)



“
手洗いがやめられない、確認行為がやめられないといった強い不安。”

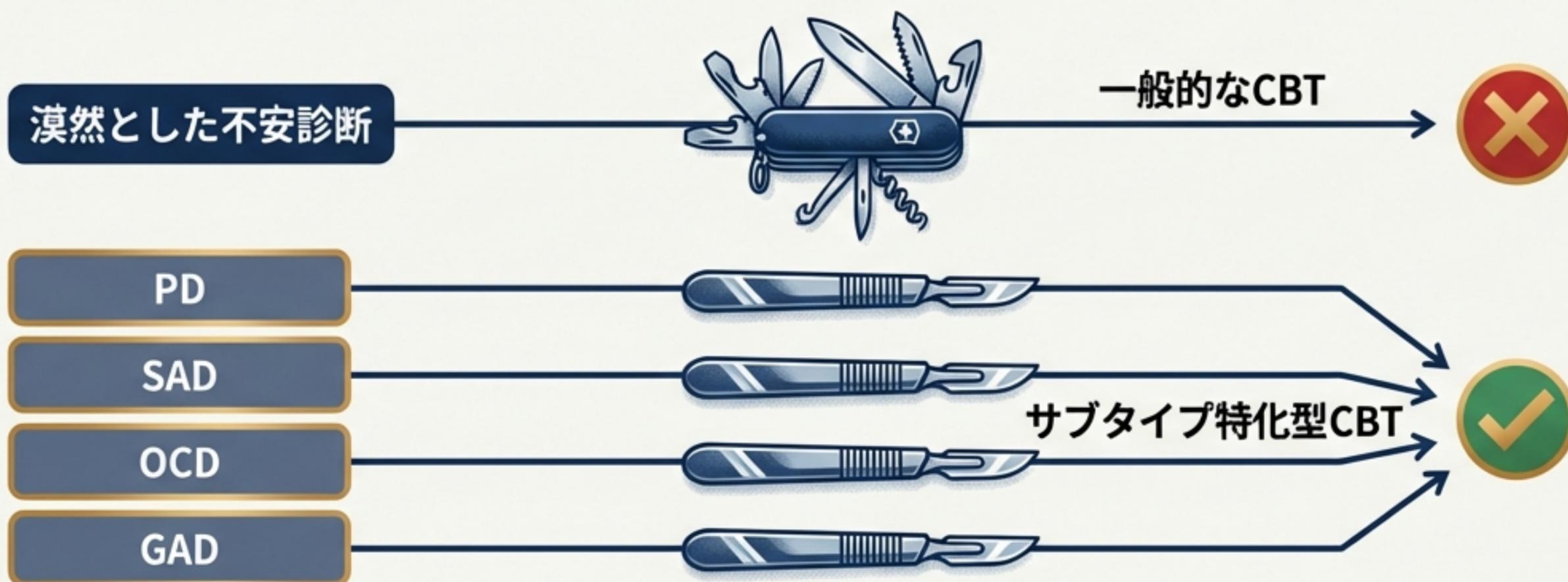
全般不安症
(GAD)



“
仕事、家庭、将来、経済、健康など、対象が1つに定まらず次から次へと連鎖する過剰な心配。”

最大の理由：サブタイプごとに「特化された認知行動療法（CBT）」が存在する

不安症の治療において、認知行動療法は「万能薬」ではありません。パニック症、社交不安症、強迫症、全般不安症のそれぞれに対して、完全に特化されたCBTのプロトコルが存在します。



的確に診断を分けなければ、正しい認知行動療法を選択することはできません。
サブタイプ分類は、効果的な治療の大前提です。

診断名と疾患の違いを伝える「心理教育」の力

患者は、自分の得体の知れない苦しみに「名前」と「理由」が与えられることで救われます。

- 患者に疾患の説明を行う際、それぞれぞれの不安症の「違い」を明確に伝える。
- 「あなたは全般不安症という状態であり、単なるパニックではありません」と個別の特徴を教える。
- 正しい知識（心理教育）から治療をスタートすることが、患者にとって極めて有益な介入となる。



臨床を支える最新のガイドラインと学会の継続的なサポート

日本不安症学会は、日本神経精神薬理学会と共同し、医学的根拠に基づいた診療ガイドラインの整備・アップデートを続けています。

今後: 全般不安症 (GAD) の
診療ガイドラインを作成予定

2025年: パニック症 (PD) 、
強迫症 (OCD) の診療ガイド
ライン発表

2021年: 社交不安症 (SAD)
の診療ガイドライン発表

身体症状の奥にある不安を見極め、個別化された治療へ



1. 気づく

身体症状（不眠・疼痛）の背景にある不安を疑い、GAD-7等でスクリーニング（日常機能障害の確認）。



2. 見分ける

DSM-5-TRに基づき、4つのサブタイプ（PD, SAD, OCD, GAD）のどれに該当するかを的確に診断する。



3. 導く

疾患ごとの違いに基づく「心理教育」を行い、それぞれに特化した「認知行動療法（CBT）」へ繋ぐ。

プライマリ・ケアの先生方の気づきが、患者の未来を変えます。
本学会の趣旨をご理解いただき、日々の診療でのご支援をお願いいたします。