PHQ-9｜内容を理解して評価する

日本語解説＋採点・臨床記録 改訂版

本人が過去2週間の症状の頻度を回答する9項目の質問紙です。以下は内容を理解するための短い見出しで、正式な質問文ではありません。回答には採用する日本語版を併用します。

9項目が確認する内容

項目	内容の見出し	項目	内容の見出し
1	興味・楽しみ	6	自己評価・罪責感
2	抑うつ気分	7	集中
3	睡眠	8	動きの遅さ・落ち着かなさ
4	疲労・気力	9	死・自傷に関する考え
5	食欲	別欄	生活上の困難（合計外）

回答から得点へ

原版の4段階の頻度を0・1・2・3点に対応させ、9項目を合計します。範囲は0〜27点で、逆転項目はありません。未回答を0点として埋めず、確認してから合計します。身体疾患があるという理由だけで、睡眠・疲労などの回答を独自に減点しません。

総得点の目安：0〜4点＝最小限、5〜9点＝軽度、10〜14点＝中等度、15〜19点＝中等度から重度、20〜27点＝重度。診断は面接・経過・身体状態と合わせて行います。

項目9は合計点と別に確認

1点以上の場合は、現在の気持ち・意図・計画・行動歴などを対応可能な専門職が確認します。陽性だけで切迫性は決めません。0点でも懸念があれば確認し、切迫した危険が疑われる場合は一人にせず緊急評価につなぎます。

正式日本語版と記録の使い方

1. 下記リンクから正式用紙を開いて回答する。
2. 次ページに各得点・合計・必要な対応を記録する。
3. 3ページ目で生活背景、連携、再評価を残す。

PHQ-9日本語版（2018）を開く ／ 提供元・利用案内
出典：Muramatsuら，2018。日本語版の質問文には転載・改変の制限があるため、本紙は内容解説と臨床記録です。

PHQ-9｜採点・確認・連携の臨床記録

01｜正式用紙の結果を確認し、その日の対応を決める

氏名／ID：_____ 評価日：_____ 評価者：_____

使用版：_____ 対象期間：_____〜_____（2週間）

回答方法：□本人記入 □読み上げ・代筆 補助内容：_____

9項目の得点転記｜質問文は正式用紙で確認

項目	1／A	2／B	3／C	4／D	5／E	6／F	7／G	8／H	9／I
得点									

各0〜3点 合計：_____／27点 未回答：□なし □あり（項目：_____）

逆転項目なし。未回答を0点として補わず、確認できない場合は合計を保留。

生活上の困難（正式用紙から転記・合計には加えない）：_____

総得点の目安｜診断・治療方針は面接と合わせて判断

点数	抑うつ症状の程度
0〜4	最小限
5〜9	軽度
10〜14	中等度
15〜19	中等度から重度
20〜27	重度

10点以上は追加評価の目安。10点未満でも生活障害や項目9の回答を確認する。

項目9は合計点とは別に確認｜0点でも懸念があれば面接

項目9：_____点 確認者：_____ 確認時刻：_____

1点以上なら、その場で現在の気持ち・意図・具体的な計画・行動歴などを確認し、
施設の手順に沿って医師／対応可能な専門職へつなぐ。陽性だけで切迫性は決めない。

□個別面接 □医師へ連絡 □緊急対応 □継続支援 □未完了（理由：_____）

現在の切迫した危険が疑われる場合は一人にせず、緊急評価につなぐ。

日本不安症学会：正式日本語版・利用案内 ／ Muramatsuら，2018
質問・実施は原版をご確認ください。本紙は正式質問紙や自殺リスク判定尺度ではありません。

PHQ-9｜採点・確認・連携の臨床記録

02｜背景・連携・再評価を一つの流れで残す

氏名／ID：_____ 記録日：_____ 担当：_____

症状の背景と、生活で困っていること

□睡眠 □疼痛 □疲労 □薬の影響 □身体疾患 □失語症・認知面
□喪失体験 □支援環境 □躁／軽躁を疑う経過（診察へ共有）

いつから／生活への影響／本人の言葉：_____

項目9・その他の懸念についての確認記録（必要時）

現在の考え・意図・計画、最近の行動、支援者など／確認した専門職：

_____

次の対応とその理由：_____

連携を完了する｜紹介しただけで終わらせない

連絡日時・相手	伝えた内容／受けた指示	次の担当・確認日

生活支援｜本人が選ぶ小さな目標

目標／活動：_____

頻度・負担の調整／必要な援助：_____

本人と共有した連絡先・困ったときの対応：_____

再評価｜総得点・項目9・生活機能を分けて追う

日付	合計／27	項目9	生活上の変化・条件

次回：_____ 担当：_____ 症状悪化時の前倒し連絡先：_____

数点の変化だけで回復・悪化を断定しない。安全上の確認を再評価日まで待たない。