

精神保健専門家のいない保健医療の場における
精神・神経・物質使用障害のための

mhGAP介入ガイド



長崎大学

NAGASAKI UNIVERSITY

長崎大学大学院 精神神経科学教室
監修 小澤寛樹 黒滝直弘 中根允文



メンタルヘルス・ギャップ・アクション プログラム

本書は2010年に世界保健機関により「mhGAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings」と題して出版されている。© 2010 World Health Organization

「精神保健専門家のいない保健医療の場における精神・神経・物質使用障害のためのmhGAP介入ガイド」
© 2015 長崎大学大学院 精神神経科学教室

長崎大学大学院精神神経科学教室は、世界保健機関により本書の日本語版の翻訳・出版権を与えられており、翻訳に関する責任の一切を負うものとする。

日本語版への問い合わせ先：

長崎大学大学院 精神神経科学教室
〒852-8501 長崎市坂本1-7-1
TEL 095-819-7293
FAX 095-819-7296
<http://www.med.nagasaki-u.ac.jp/psychtry/>

精神保健専門家のいない保健医療の場における
精神・神経・物質使用障害のための

mhGAP介入ガイド

第1版



長崎大学
NAGASAKI UNIVERSITY

長崎大学大学院 精神神経科学教室
監修 小澤寛樹 黒滝直弘 中根允文

メンタルヘルス・ギャップ・アクション プログラム

mhGAP介入ガイド 日本語版の発行にあたって

本書は、世界保健機関（WHO）が2008年に開始したメンタルヘルス・ギャップ・アクション プログラム（mhGAP）に基づき作成されたものである。

精神的に満たされてこそ、本当に健康である。—No health without mental health.

WHOは、精神衛生に関する様々なGAP 一 格差（地域的、経済的、人種間など）を是正することを目標として掲げている。そのために、プライマリケアや一般病院など、精神保健を専門としない保健医療の現場でも質の高いメンタルヘルスケアを提供できるよう、人的資源の開発が必要であるとしている。

本書『mhGAP介入ガイド』は、それらの目的を達成するために編纂されたものである。その内容は、精神疾患とメンタルヘルスの問題に関して、精神科医のみばかりでなく、一般のドクター、看護師、保健師、ソーシャルワーカー、医療政策に携わる行政官といったメンタルヘルスに関わる人々や、この分野に関心のあるすべての人々に、具体的かつ実践的にその対応法を示している。

この本との出会いは、2010年、九州精神神経学会・九州精神保健学会合同シンポジウム「アジアにおける新しい精神医学・医療の展開」において、ゲストスピーカーとして、WHOジュネーブ本部・Mental Health and Substance Abuse部門のディレクター Shekhar Saxena先生にお越しいただいたことがきっかけとなった。

その後、WHOの協力もあり、日本語訳の翻訳を許可して頂き、多くの方のご協力を得て、本書を発行するに至った。

本書が、日本におけるメンタルヘルス医療の質をより一層向上させる一助となり、WHOのミッションである精神保健医療格差の解消に少しでも貢献できれば幸いである。

長崎大学大学院 精神神経科学教授

小 澤 寛 樹

※なお、本書に記載された薬物療法の用量は国際基準に基づくものであり、実際の使用にあたっては各薬品の添付文書に記載されている用法・用量及び使用上の注意に従ってください。（例えば、p14抗うつ薬治療、p21薬理的介入の項などにおいて）

目次



日本語版の発行にあたって.....	ii	IV モジュール	
序文.....	iv	1. うつ病（中等度－重症）.....	10
謝辞.....	v	2. 精神病.....	18
略記および記号.....	vii	3. 双極性障害.....	24
I はじめに.....	1	4. てんかん / 発作.....	32
II ケアの一般原則.....	6	5. 発達症 / 発達障害.....	40
III マスターチャート.....	8	6. 行動症 / 行動障害.....	44
		7. 認知症.....	50
		8. アルコール使用とアルコール使用障害.....	58
		9. 薬物使用と薬物使用障害.....	66
		10. 自傷 / 自殺.....	74
		11. 他の重要な情緒的あるいは 医学的に説明不能な愁訴.....	80
		V 心理社会的介入・上級編.....	82

序文



全世界の保健システムは、精神・神経・物質使用障害をもつ人びとへケアを提供し、人権を保護するうえで、多大な課題に直面している。利用できる資源は十分ではなく、平等に配分されておらず、効率的に使用されていない。結果として、これらの障害をもつ人の大部分が、全くケアを受けていない。

2008年に、世界保健機関（WHO）は、特に中低所得国において精神・神経・物質使用障害に苦しむ人びとのケアの欠如に対応するために、メンタルヘルス・ギャップ・アクション プログラム（mhGAP）を開始した。世界の疾病負荷の14%はこれらの疾患に因っており、その内の4分の3近くは、中低所得国で起こっている。これらの国々で使用できる資源は十分ではなく、大部分の国々では保健予算の2%以下しか精神保健に配分しておらず、多くの中低所得国において75%以上の治療格差を生み出している。

行動を起こすことは、経済的にも意味がある。精神・神経・物質使用障害は、子どもの学ぶ能力、成人の家庭、仕事、そして社会全体において役割を果たす能力を大いに妨げる。また、行動を起こすことは、貧困に立ち向かう対策でもある。これらの障害は、他の多くの健康問題のリスクまたは結果であり、貧困や社会からの疎外、そして社会的不利と関連していることがあまりにも多い。

精神保健の改善には、精緻で高価な技法や高度に専門化されたスタッフが必要であるという、広く認識された、しかし誤った考えがある。実際には、高い死亡率と罹患率にいたる精神・神経・物質使用状態のほとんどは、精神保健専門家ではない保健医療提供者によって治療される。必要なことは、統合されたケアパッケージを提供するために、研修と支援、そしてスーパービジョンによって、プライマリケア体制における能力を高めることである。

このような背景のもとで、mhGAP プログラムの実施のための専門的ツールとして、「精神保健専門家のいない保健医療の場における、精神・神経・物質使用障害のためのmhGAP 介入ガイド」を喜んで紹介したい。この介入ガイドは、エビデンスの系統的レビュー、それに引き続く国際的なコンサルテーション、そして参加型のプロセスを経て開発された。資源の乏しい場の一次医療施設（プライマリケア）および二次医療施設（セカンダリケア）において、精神保健専門家以外の保健医療提供者が質の高いケアを提供できるように、あらゆる提言を示している。また、臨床判断のプロトコルを用いて、優先度の高い状態・疾患に対する総合的な対応法を示している。

本ガイドが、精神・神経・物質使用障害の人びとのニーズを満たすために、保健医療提供者、政策決定者、プログラム管理者に役立つことを希望する。

我われは、知識を持っている。我われの現在の重要な課題は、これを行動に結びつけて、最もニーズのある人に手を差し伸べることである。

マーガレット・チャン 博士
世界保健機関 事務局長

謝 辞



ヴィジョンと構想

Ala Alwan, 事務局長補、非感染疾患と精神保健、WHO; Benedetto Saraceno, 前部長、精神保健・物質乱用部、WHO; Shekhar Saxena, 部長、精神保健・物質乱用部、WHO.

プロジェクト調整と編集

Tarun Dua, Nicolas Clark, Edwige Faydi (†), Alexandra Fleischmann, Vladimir Poznyak, Mark van Ommeren, M Taghi Yasamy, Shekhar Saxena.

貢献とガイダンス

貴重な資料および支援、助言を WHO 本部、地域および国事務所の技術職員、そして多数の国際的な専門家から頂いた。これらの貢献は、介入ガイドの開発に必須のものであった。

WHO ジュネーブ本部

Meena Cabral de Mello, Venkatraman Chandra-Mouli, Natalie Drew, Daniela Fuhr, Michelle Funk, Sandra Gove, Suzanne Hill, Jodi Morris, Mwansa Nkowane, Geoffrey Reed, Dag Rekve, Robert Scherpbier, Rami Subhi, Isy Vromans, Silke Walliser.

WHO 地域および国事務所

Zohra Abaakouk, WHO ハイチ国事務所; Thérèse Agossou, WHO アフリカ地域事務所; Victor Aparicio, WHO パナマ准地域事務所; Andrea Bruni, WHO シエラレオネ国事務所; Vijay Chandra, WHO 南東アジア地域事務所; Sebastiana Da Gama Nkomo, WHO アフリカ地域事務所; Hashim Ali El Mousaad, WHO ヨルダン国事務所; Carina Ferreira-Borges, WHO アフリカ地域事務所; Nargiza Khodjaeva, WHO ヨルダン川西岸およびガザ事務所; Ledia Lazeri, WHO アルバニア国事務所; Haifa Madi, WHO 東地中海地域事務所; Albert Maramis, WHO インドネシア国事務所; Anita Marini, WHO ヨルダン国事務所; Rajesh Mehta, WHO 南東アジア地域事務所; Linda Milan, WHO 西太平洋地域事務所; Lars Moller, WHO 欧州地域事務所; Maristela Monteiro, WHO 米州地域事務所; Matthijs Muijen, WHO 欧州地域事務所; Emmanuel Musa, WHO ナイジェリア国事務所; Neena Raina, WHO 南東アジア地域事務所; Jorge Rodriguez, WHO 米州地域事務所; Khalid Saeed, WHO 東地中海地域事務所; Emmanuel Streeel, WHO 東地中海地域事務所; Xiangdong Wang, WHO 西太平洋地域事務所.

事務的支援

Frances Kaskoutas-Norgan, Adeline Loo, Grazia Motturi-Gerbail, Tess Narciso, Mylène Schreiber, Rosa Seminario, Rosemary Westermeyer.

インターン

Scott Baker, Christina Broussard, Lynn Gauthier, Nelly Huynh, Amanda Ifie, Kushal Jain, Kelsey Klaver, Jessica Mears, Manasi Sharma, Aditi Singh, Kanna Sugiura, Stephen Tang, Keiko Wada, Aislinn Williams.

国際専門家

Clive Adams, 英国; Robert Ali, オーストラリア; Alan Apter, イスラエル; Yael Apter, イスラエル; José Ayuso-Mateos *, スペイン; Corrado Barbui *, イタリア; Erin Barriball, オーストラリア; Ettore Beghi, イタリア; Gail Bell, 英国; Gretchen Birbeck *, 米国; Jonathan Bisson, 英国; Philip Boyce, オーストラリア; Vladimir Carli, スウェーデン; Erico Castro-Costa, ブラジル; Andrew Mohanraj Chandrasekaran §, インドネシア; Sonia Chehil, カナダ; Andrea Cipriani, イタリア; Colin Coxhead, スイス; Jair de Jesus Mari, ブラジル; Carlos de Mendonça Lima, ポルトガル; Diego DeLeo, オーストラリア; Christopher Dowrick, 英国; Colin Drummond, 英国; Julian Eaton §, ナイジェリア; Eric Emerson, 英国; Cleusa P Ferri, 英国; Alan Flisher †*, 南アフリカ; Eric Fombonne, カナダ; Maria Lucia Formigoni §, ブラジル; Melvyn Freeman *, 南アフリカ; Linda Gask, 英国; Panteleimon Giannakopoulos *, スイス; Richard P Hastings, 英国; Allan Horwitz, 米国; Takashi Izutsu, 国連人口基金; Lynne M Jones §, 英国; Mario F Juruena, ブラジル; Budi Anna Keliat §; インドネシア; Kairi Kolves, オーストラリア; Shaji S Kunnukattil §, インド; Stan Kutcher, カナダ; Tuuli Lahti, フィンランド; Noeline Latt, オーストラリア; Itzhak Levav *, イスラエル; Nicholas Lintzeris, オーストラリア; Jouko Lonngqvist, フィンランド; Lars Mehlum, ノルウェー; Nalaka Mendis, スリランカ; Ana-Claire Meyer, 米国; Valerio Daisy Miguelina Acosta, ドミニカ共和国; Li Li Min, ブラジル; Charles Newton §, ケニア; Isidore Obot *, ナイジェリア; Lubomir Okruhlica §, スロヴァキア; Olayinka Omigbodun * §, ナイジェリア; Timo Partonen, フィンランド; Vikram Patel *, インド、英国; Michael Phillips * §, 中国; Pierre-Marie Preux, フランス; Martin Prince * §, 英国; Atif Rahman * §, パキスタン、英国; Afarin Rahimi-Movaghar *, イラン; Janet Robertson, 英国; Josemir W Sander *, 英国; Sardarpour Gudarzi Shahrokh, イラン; John Saunders *, オーストラリア; Chiara Servili §, イタリア; Pratap Sharan § †, インド; Lorenzo Tarsitani, イタリア; Rangaswamy Thara * §, インド; Graham Thornicroft * §, 英国; Jürgen Ünutzer *, 米国; Mark Vakkur, スイス; Peter Ventevogel * §, オランダ; Lakshmi Vijayakumar * §, インド; Eugenio Vitelli, イタリア; Wen-zhi Wang §, 中国.

* WHO mhGAP ガイドライン作成グループメンバー

§ ロックフェラー財団主催「WHO メンタルヘルス・ギャップ・アクション プログラム精神・神経および物質使用障害の必須パッケージ開発」会議参加者

† 物故者

謝 辞

専門的レビュー

更に、草稿にフィードバックや意見が下記の国際機関や専門家から寄せられた。

組織

‡ Autistica (Eileen Hopkins, Jenny Longmore, 英国); Autism Speaks (Geri Dawson, Andy Shih, Roberto Tuchman, 米国); CBM (Julian Eaton, ナイジェリア; Allen Foster, Birgit Radtke, ドイツ); Cittadinanza (Andrea Melella, Raffaella Meregalli, イタリア); Fondation d'Harcourt (Maddalena Occhetta, スイス); Fondazione St. Camille de Lellis (Chiara Ciriminna, スイス); 赤十字国際委員会 (Renato Souza, ブラジル); 国際赤十字赤新月社連盟 (Nana Wiedemann, デンマーク); International Medical Corps (Neerja Chowdary, Allen Dyer, Peter Hughes, Lynne Jones, Nick Rose, 英国); カロリンスカ研究所 (Danuta Wasserman, スウェーデン); 国境なき医師団 (Frédérique Drogoul, フランス; Barbara Laumont, ベルギー; Carmen Martinez, スペイン; Hans Stolk, オランダ); ‡ Mental Health Users Network of Zambia (Sylvester Katontoka, ザンビア); National Institute of Mental Health (Pamela Collins, 米国); ‡ Schizophrenia Awareness Association (Gurudatt Kundapurkar, インド); Terre des Hommes, (Sabine Rakatomalala, スイス); 国連難民高等弁務官事務所 (Marian Schilperoord); 国連人口基金 (Takashi Izutsu); World Association for Psychosocial Rehabilitation (Stelios Stylianidis, ギリシャ); World Federation of Neurology (Johan Aarli, ノルウェー); WHO Collaborating Centre for Research and Training in Mental Health and Service Evaluation (Michele Tansella, イタリア); 世界精神医学会 (Dimitris Anagnastopoulos, ギリシャ; Vincent Camus, フランス; Wolfgang Gaebel, ドイツ; Tarek A Gawad, エジプト; Helen Herrman, オーストラリア; Miguel Jorge, ブラジル; Levent Kuey, トルコ; Mario Maj, イタリア; Eugenia Soumaki, ギリシャ, Allan Tasman, 米国).

‡ 市民団体 / ユーザー組織

専門家レビュー者

Gretel Acevedo de Pinzón, パナマ; Atalay Alem, エチオピア; Deifallah Allouzi, ヨルダン; Michael Anibueze, ナイジェリア; Joseph Asare, ガーナ; Mohammad Asfour, ヨルダン; Sawitri Assanangkornchai, タイ; Fahmy Bahgat, エジプト; Pierre Bastin, ベルギー; Myron Belfer, 米国; Vivek Benegal, インド; José Bertolote, ブラジル; Arvin Bhana, 南アフリカ; Thomas Bornemann, 米国; Yarida Boyd, パナマ; Boris Budosan, クロアチア; Odille Chang, フィジー; Sudipto Chatterjee, インド; Hilary J Dennis, レソト; M Parameshvara Deva, マレーシア; Hervita Diatri, インドネシア; Ivan Doci, スロバキア; Joseph Edem-Hotah, シエラレオネ; Rabih El Chammy, レバノン; Eric Emerson, 英国; Saeed Farooq, パキスタン; Abebu Fekadu, エチオピア; Sally Field, 南アフリカ; Amadou Gallo Diop, セネガル; Pol Gerits, ベルギー; Tsehaysina Getahun, エチオピア; Rita Giacaman, ヨルダン川西岸・ガザ地区; Melissa Gladstone, 英国; Margaret Grigg, オーストラリア; Oye Gureje, ナイジェリア; Simone Honikman, 南アフリカ; Asma Humayun, パキスタン; Martsenkovsky Igor, ウクライナ; Begoñe Ariño Jackson, スペイン; Rachel Jenkins, 英国; Olubunmi Johnson, 南アフリカ; Rajesh Kalaria, 英国; Angelina Kakooza, ウガンダ; Devora Kestel, アルゼンチン; Sharon Kleintjes, 南アフリカ; Vijay Kumar, インド; Hannah Kuper, 英国; Ledia Lazëri, アルバニア; Antonio Lora, イタリア; Lena Lundgren, 米国; Ana Cecilia Marques Petta Roselli, ブラジル; Tony Marson, 英国; Edward Mbewe, ザンビア; Driss Moussaoui, モロッコ; Malik Hussain Mubbashar, パキスタン; Julius Muron, ウガンダ; Hideyuki Nakane, 日本; Juliet Nakku, ウガンダ; Friday Nsalamo, ザンビア; Emilio Ovuga, ウガンダ; Fredrick Owiti, ケニア; Em Perera, ネパール; Inge Petersen, 南アフリカ; Moh'd Bassam Qasem, ヨルダン; Shobha Raja, インド; Rajat Ray, インド; Telmo M Ronzani, ブラジル; SP Sashidharan, 英国; Sarah Skeen, 南アフリカ; Jean-Pierre Soubrier, フランス; Abang Bennett Abang Taha, ブルネイ・ダルサラーム国; Ambros Uchtenhagen, スイス; Kristian Wahlbeck, フィンランド; Lawrence Wissow, 米国; Lyudmyla Yur'yeva, ウクライナ; Douglas Zatzick, 米国; Anthony Zimba, ザンビア

製作チーム

校正: Philip Jenkins, フランス
グラフィックデザイン、レイアウト: Erica Lefstad and Christian Bäuerle, ドイツ
印刷調整: Pascale Broisin, WHO, ジュネーブ

財政支援











以下の組織は介入ガイドの開発と製作に経済的な面で貢献した。
American Psychiatric Foundation, 米国; 愛知県精神科病院協会, 日本; Autism Speaks, 米国; CBM; イタリア政府; 日本政府; オランダ政府; International Bureau for Epilepsy; International League Against Epilepsy; Medical Research Council, 英国; National Institute of Mental Health, 米国; Public Health Agency of Canada, カナダ; ロックフェラー財団, 米国; Shirley Foundation, 英国; Syngenta, スイス; 国連人口基金; 世界精神医学会。

略記および記号

略記

AIDS	acquired immune deficiency syndrome 後天性免疫不全症候群
CBT	cognitive behavioural therapy 認知行動療法
HIV	human immunodeficiency virus ヒト免疫不全ウイルス、エイズ・ウイルス
i.m.	intramuscular 筋肉内注射
IMCI	Integrated Management of Childhood Illness 小児疾患統合治療
IPT	interpersonal psychotherapy 対人関係療法
i.v.	intravenous 静脈注射
mhGAP	Mental Health Gap Action Programme メンタルヘルス・ギャップ・アクション プログラム
mhGAP-IG	Mental Health Gap Action Programme Intervention Guide メンタルヘルス・ギャップ・アクション プログラム介入ガイド
OST	opioid-substitution therapy オピオイド代替療法
SSRI	selective serotonin reuptake inhibitor 選択的セロトニン再取り込み阻害薬
STI	sexually transmitted infection 性感染症
TCA	tricyclic antidepressant 三環系抗うつ薬

記号

	乳幼児／小さい子ども		病院へ紹介
	子ども／青年		薬物療法
	女性		心理社会的介入
	妊婦		専門家へ相談
	成人		アセスメントを終了する
	高齢者		
	注意点／問題点		
	移動 (このモジュールはとばして)		
	してはいけない		もし「はい」なら
	補足		もし「いいえ」なら

はじめに

メンタルヘルス・ギャップ・アクション プログラム (Mental Health Gap Action Programme : mhGAP) - 背景

中低所得国の精神・神経・物質使用障害に対する保健医療サービスが必要としている人のうち、約5人に4人がそれらのサービスを受けていない。サービスが利用可能な場合でも、それらの介入は多くの場合、エビデンスに基づいておらず、質も高くない。WHOは近年、精神・神経・物質使用障害へのケアを拡充することを目的として、中低所得国に向けたメンタルヘルス・ギャップ・アクション プログラム (mhGAP) に着手した。このmhGAP 介入ガイド (mhGAP-IG) は、精神保健専門家のいない保健医療の場において、mhGAP 関連のエビデンスに基づいた介入の提供を促進するために開発された。

広く知られてはいるが、間違った考え方として、精神保健に関する介入はすべて精緻なものであり、高度な専門性をもったスタッフによってしか提供できない、というものがある。近年の研究では、精神保健専門家のいない保健医療の場における薬物による介入や心理社会的介入の提供が実行可能であることが実証されている。このモデルガイドは、この領域における利用可能なすべての科学的知識のレビューに基づいており、中低所得国において使用が推奨される介入を提示している。mhGAP 介入ガイドには、いくつかの優先度の高い状態・疾患を特定しそれに対処するための、エビデンスに基づく介入に関するガイダンスが含まれている。ここで扱われている優先度の高い状態・疾患とは、うつ病、精神病、双極性障害、てんかん、子どもや青年における発達症/発達障害および行動症/行動障害、認知症、アルコール使用障害、薬物使用障害、自傷/自殺、他の重要な情緒的あるいは医学的に説明不能な愁訴である。これらの優先度の高い状態・疾患は、死亡率、罹患率、障害における負担の大きさ、経済的損失の大きさ、人権侵害との関連性という観点から選択された。

mhGAP 介入ガイド (mhGAP-IG) の開発

mhGAP 介入ガイドは、集中的なエビデンスのレビューを経て作成された。エビデンスに基づいた提案を作成するために、系統的なレビューが行われた。この過程には、WHOのガイドライン開発グループ (WHO Guideline Development Group) の各国の専門家が、WHO事務局と密接な連携のもとに関わった。作成された提案はその後、再び各国の専門家グループの協力を得て、明示的な段階的介入へと形が換えられた。その後 mhGAP 介入ガイドは、全ての多様な助言を取り入れるように、さらに広く各国の専門家間で回覧された。

このmhGAP 介入ガイドは、精神・神経・物質使用障害への介入に関するmhGAP ガイドライン (mhGAP Guidelines on interventions for mental, neurological and substance use disorders) (http://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/en/) に基づいている。mhGAP ガイドラインとmhGAP 介入ガイドは、5年後に見直され更新される予定である。それまでの改訂や更新はこの文書のオンライン版で反映される。

mhGAP 介入ガイドの目的

mhGAP 介入ガイドは、精神保健専門家のいない保健医療の場で使用するために開発された。これは、一次医療施設 (プライマリケア) および二次医療施設 (セカンダリケア) で働く保健医療提供者向けである。これらの保健医療提供者は、保健センターや地区レベルの病院や診療所の臨床チームの一員として働いているだろう。これらには、一般医、家庭医、看護師、臨床職員などが含まれる。その他の精神保健を専門としない保健医療提供者も、必要な手直しを加えて、mhGAP 介入ガイドを用いることができる。一次医療施設としては、医療専門家との最初の接点となり、外来患者へ医療や看護ケアを提供する保健医療センターが含まれる。サービスは、一般開業医や一般医、歯科医、臨床職員、地域看護師、薬剤師、助産師らによって提供される。二次医療施設としては、最初に紹介されるレベルの病院が含まれる。ある決められた対象人口を有し、ある行政組織に管理される地区や限定された地域に対して責任をもつ、地区保健医療対応チームのような病院である。地区の臨床家や精神保健専門家が、一次医療施設のチームに助言を与えたり紹介を受けたりして支援する。

mhGAP 介入ガイドは、中低所得国の忙しい精神保健を専門としない保健医療提供者の介入を促進するため、簡便になっている。何をすべきかについては詳細に記述されているが、どのようにすべきかという記述には踏み込んでいない。精神保健を専門としない保健医療提供者が、精神・神経・物質使用障害をもつ人びとをアセスメントし対応するにあたってmhGAP 介入ガイドを使用するには、研修を受け、スーパーバイズと支援を受けることが重要である。

はじめに

mhGAP 介入ガイドは、保健医療サービスの開発までは意図していない。WHO には既に、サービスの開発のための指針となる文書がある。それには、精神保健システムをアセスメントするツール、精神保健政策およびサービスガイダンスパッケージ (Mental Health Policy and Services Guidance Package)、精神保健をプライマリケアへ統合することについての資料などが含まれる。mhGAP を実施するための情報は、メンタルヘルス・ギャップ・アクション プログラム：精神・神経・物質使用障害のケアの拡充 (mental health Gap Action Programme: Scaling up care for mental, neurological and substance use disorders) にて提供されている。有用と思われる WHO の文書やそのウェブサイトへのリンクはこの「はじめに」の章の末尾に載せている。

mhGAP 介入ガイドは主に精神保健を専門としない保健医療提供者により実施されることを想定しているが、専門家もまたその仕事の中でこの有用性に気づくだろう。加えて専門家には、研修、支援、スーパービジョンといった、不可欠で大きな役割がある。mhGAP 介入ガイドには、専門家への相談や紹介が必要とされるところが示されている。地区に専門家がいない場合には、創造的な解決法を見つけることが必要となる。例えば、資源が乏しければ、精神保健を専門としない保健医療提供者へさらなる精神保健の研修を実施し、専門家がいない場合にある程度専門家の機能を果たすことができるようにするなどである。専門家もまた、プログラムの公衆衛生的視点やサービスの組織についての研修から得るものがあるだろう。mhGAP 介入ガイドの実施には理想的には、公衆衛生の専門家と管理者と、公衆衛生への志向をもつ献身的な精神保健専門家との協働が必要である。

使用する国・地域の状況に応じた mhGAP 介入ガイドの適応化 (adaptation)

mhGAP 介入ガイドはモデルガイドであり、国や地域の状況に応じた適応が不可欠である。このガイドを使用する者は、有病率や資源の利用可能性の違いに基づき、適応して実施すべき優先度の高い状態・疾患や介入の一群を選択してよい。ある特定の国において特に大きな負担となっている状態・疾患に対応したり、保健医療施設内の精神・神経・物質使用障害をもつ人びとのケアに影響を及ぼすその地域の事情に対して mhGAP が適切であるようにするために、mhGAP 介入ガイドの適応化が必要である。適応のプロセスは、疾病の状態に関する専門的課題についての合意形成の機会として利用すべきであり、これには、国の主要な利害関係者の参加を求めることが必要である。適応には、言語の翻訳と、介入が社会文化的文脈において受け入れられ、また、地域の保健医療システムに適したものであるようにするということが含まれるであろう。

mhGAP の実施－主要な課題

国レベルでの実施は、国内の利害関係者の会議の計画、ニーズの評価、ケアの拡充への障壁の特定から始めるべきである。続いて、ケアの拡充とアドボカシー (人権擁護)、人的資源の開発と配分、財政的問題、優先度の高い状態・疾患についての情報システムの開発、および定期的なモニタリングと評価に関する行動計画を準備する。

地区レベルでの実施は、国レベルでの決定が実行に移されると、はるかに容易になる。地区レベルでは一連の調整会議がまず必要となる。特に精神保健がその業務責任に新たに加わる分野となる場合には、地区の医療保健に関わる全ての職員が概要を把握している必要がある。mhGAP 介入ガイドがシンプルであり、自分たちの状況へ適用可能であり、保健医療システムの中へ統合できるということが分かれば、mhGAP 介入ガイドを提示することで彼らはより安心できるだろう。精神保健ケアの能力向上のためには、最初のトレーニングに加え、継続的な支援とスーパービジョンが必要となる。しかしながら、mhGAP 介入ガイドを提供するためのトレーニングは、現在継続中のサービスの提供を妨げない形で調整されなければならない。

はじめに

mhGAP 介入ガイドの使い方

- » mhGAP 介入ガイドは「**ケアの一般原則**」から始まる。ここでは、保健医療提供者が精神保健ケアを求めてきた人と関わる際の良質の臨床実践を提示している。mhGAP 介入ガイドの使用者はみな、これらの原則に精通し、可能な限り従うことが望ましい。
- » mhGAP 介入ガイドには「**マスターチャート**」が含まれており、優先度の高い状態・疾患においてよく見られる症状の現れ方について情報を提供している。これは臨床家が参照すべきモジュールへ進むための指標となる。
 - **併存疾患（同時に 2 つの疾患が存在する）**の可能性がある場合には、臨床家は併存疾患を確認し、それから、全体的な治療計画を作ることが重要である。
 - 最も重症である状態・疾患に最初に対応すべきである。次回のフォローアップでは、その他のなんらかの優先度の高い状態・疾患の存在を示している症状や兆候にも改善が見られているか否かの評価を行うべきである。**もしその状態・疾患が緊急事態であれば、それにまず対応する必要がある**。例えば、その人が激しく身震いしているのであれば、てんかんの存在についての詳細な病歴を得る前にまず、その急性のエピソードに対応すべきである。
- » **モジュール**は、優先度の高い個々の状態・疾患ごとに配列しており、臨床的な意思決定と対応のためのツールである。各モジュールはそれぞれ別の色を用いて色分けしており、区別が付きやすくなっている。各モジュールの始めに導入部があり、そのモジュールがどの状態・疾患を扱っているのか説明している。

- » 各モジュールは 2 つのセクションからなっている。最初のセクションは、**アセスメント（評価）**と**マネジメント（対応）**のセクションである。このセクションは、複数の判断ポイントを含めたフローチャートの枠組みで提示してある。各判断ポイントは質問の形式となっており、それぞれ順番に数字が振られている。各判断ポイントでは、情報を 3 列、すなわち「**評価する、判断する、対応する**」に配列して提示してある。



- 左の列には、アセスメントするための詳細が記載されている。これは、「**評価する**」にあたる列であり、本ガイドラインの使用者がどのように臨床状態をアセスメントするかの指標となる。使用者は次の列へ移る前に、この列の全ての要素を考慮しなければならない。
- 中央の列は、保健医療提供者が出会う様々な状況を特定している。これは「**判断する**」にあたる列である。
- 右の列には、その問題にどのように対応すればよいかということについての提案が記載されている。これは「**対応する**」にあたる列である。ここには、ある特定の判断ポイントに関して、心理社会的介入や薬物による介入についての情報や助言が記載されている。対応の助言は、細かすぎてフローチャートに含めることのできなかつた適切な介入の詳細へリンク（相互参照）している。適切な介入の詳細はコードによって同定される。例えば **DEP 3** は、うつ病のモジュールの**介入の詳細 3**を意味している。

- mhGAP 介入ガイドは、フローチャートの**評価する、判断する、対応する**にあたる列の中で、ある側面を強調するために一連の記号を使用している。記号とその説明の一覧は、略記および記号のセクションにある。

はじめに

注意：mhGAP 介入ガイドの使用者は、対象者のための包括的な対応計画を作成するために、アセスメントとマネジメントのセクションの最初から始め、全ての判断ポイントを通過する必要がある。

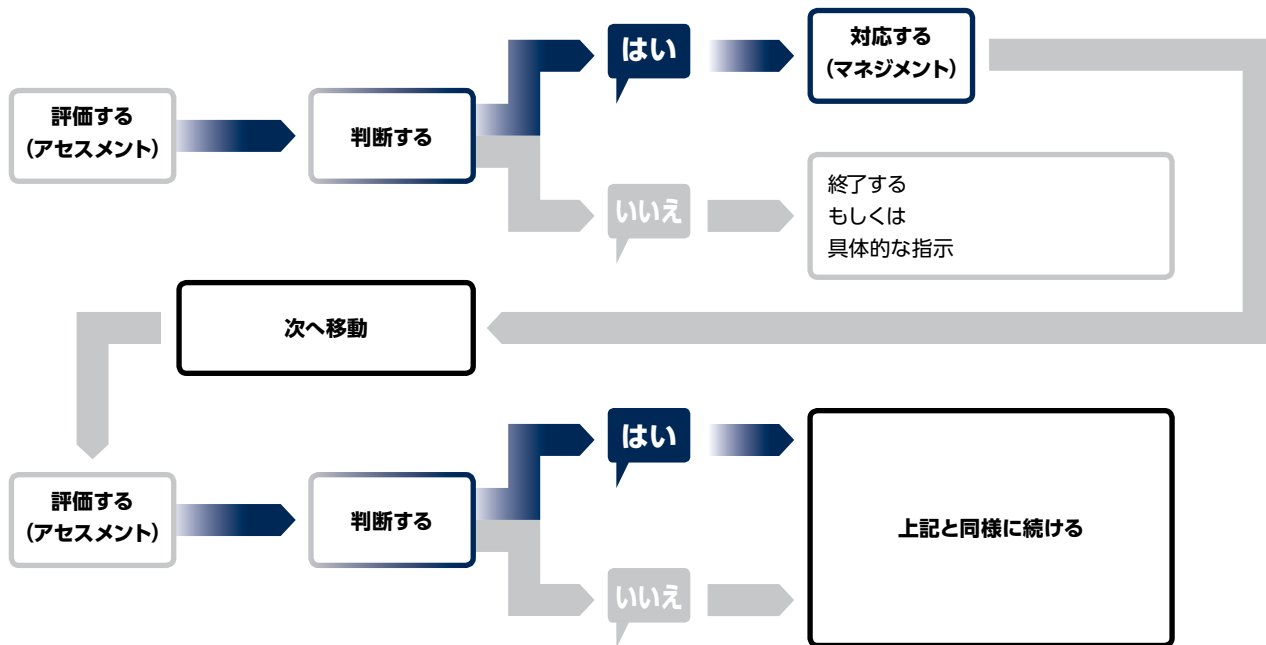


図 フローチャートを正しく包括的に使用するための指示

» 各モジュールの2つめのセクションは、**介入の詳細**からなっている。ここでは、フォローアップ、紹介、再発予防、心理社会的 / 非薬物および薬物による治療のさらなる専門的な詳細、そして重要な副作用や相互作用などについて、より詳しい情報を提供している。介入の詳細は、一般的な形式で提示している。これらは地域の状況や言語への適応が必要であろうし、理解や受容をすすめ、関心を集めるように、例や説明を付け加えることも必要かもしれない。

» mhGAP 介入ガイドは主に臨床的な介入や治療に焦点を当てているが、保健医療提供者は地域において、精神・神経・物質使用障害を予防するためのエビデンスに基づく介入を提供する機会がある。いくつかの状態・疾患については最後に、これらの介入に関する**予防**についてのBOX（囲み記事）を掲載している。

» 第V章では、「**心理社会的介入・上級編**」を紹介している。mhGAP 介入ガイドでは、「心理社会的介入・上級編」という言葉で、保健医療提供者が学ぶために数時間を越える時間を要し、通常は実施するのに数時間以上を要する介入を示している。このような介入は、精神保健専門家のいないケアの場で実施することは可能であるが、それは十分な人的資源と時間が利用可能な場合のみである。モジュールの中のフローチャートにおいては、このような介入には略記 **INT** を付け、比較的、人的資源を集中的に必要とすることを示している。

はじめに



関連するWHOの文書がダウンロードできるリンク先

Assessment of iodine deficiency disorders and monitoring their elimination: A guide for programme managers. Third edition (updated 1st September 2008)
http://www.who.int/nutrition/publications/micronutrients/iodine_deficiency/9789241595827/en/index.html

CBR: A strategy for rehabilitation, equalization of opportunities, poverty reduction and social inclusion of people with disabilities (Joint Position Paper 2004)
http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241592389_eng.pdf

Clinical management of acute pesticide intoxication: Prevention of suicidal behaviours
http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/pesticides_intoxication.pdf

Epilepsy: A manual for medical and clinical officers in Africa
http://www.who.int/mental_health/media/en/639.pdf

IASC guidelines on mental health and psychosocial support in emergency settings
http://www.who.int/mental_health/emergencies/guidelines_iasc_mental_health_psychosocial_april_2008.pdf

IMCI care for development: For the healthy growth and development of children
http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/imci_care_for_development/en/index.html

Improving health systems and services for mental health
http://www.who.int/mental_health/policy/services/mhsystems/en/index.html

Infant and young child feeding – tools and materials
http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/iyfc_brochure/en/index.html

Integrated management of adolescent and adult illness / Integrated management of childhood illness (IMAI/IMCI)
<http://www.who.int/hiv/topics/capacity/en/>

Integrated management of childhood illness (IMCI)
http://www.who.int/child_adolescent_health/topics/prevention_care/child/imci/en/index.html

Integrating mental health into primary care – a global perspective
http://www.who.int/mental_health/policy/Integratingmhintoprimarycare2008_lastversion.pdf

Lancet series on global mental health 2007
http://www.who.int/mental_health/en/

Mental Health Gap Action Programme (mhGAP)
http://www.who.int/mental_health/mhGAP/en/

mhGAP Evidence Resource Centre
http://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/en/

Pharmacological treatment of mental disorders in primary health care
http://www.who.int/mental_health/management/psychotropic/en/index.html

Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care: A guide for essential practice
http://www.who.int/making_pregnancy_safer/documents/924159084x/en/index.html

Preventing suicide: a resource series
http://www.who.int/mental_health/resources/preventingsuicide/en/index.html

Prevention of cardiovascular disease: guidelines for assessment and management of cardiovascular risk
http://www.who.int/cardiovascular_diseases/guidelines/Prevention_of_Cardiovascular_Disease/en/index.html

Prevention of mental disorders: Effective interventions and policy options
http://www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_of_mental_disorders_sr.pdf

Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice
http://www.who.int/mental_health/evidence/MH_Promotion_Book.pdf

World Health Organization Assessment Instrument for Mental Health Systems (WHO-AIMS)
http://www.who.int/mental_health/evidence/WHO-AIMS/en/

保健医療提供者は、ケアを求めている人びとすべてとの関わりにおいて、良質の臨床業務を行うべきである。保健医療提供者は、精神・神経・物質使用障害のケアを求める人びとのプライバシーを尊重し、当事者や保護者とよい関係を築き、先入観から判断せず、スティグマを与えず、支持的な態度で、ケアを求める人びとに応じるべきである。mhGAP 介入ガイドを実践する際には、この章で述べる鍵となる行動を考慮すべきである。これらについて、各モジュールで繰り返し記載しない。

1. ケアを求める人・その保護者とのコミュニケーション

- » 明確で、共感的なコミュニケーションをとり、年齢、性別、文化、言語的な違いについて細やかに対応する。
- » いつでも、親しみやすく、礼儀正しく、先入観をもたずに対応する。
- » 簡単で明快な言葉を使う。
- » 個人的で苦痛を伴う情報（例、性暴力や自傷）を打ち明けられた時には、慎重に対応する。
- » その人にとってわかりやすい言葉で、健康状態に関する情報を提供する。
- » 自分自身の状態をどう理解しているか、質問する。

2. アセスメント

- » 必要に応じて、病歴、現症に関する経緯、既往歴と家族歴を尋ねる。
- » 一般的な身体的評価を行う。
- » 併存する医学的疾患があれば、適宜評価や治療、あるいは紹介をする。
- » 過去の、また現在継続中の、社会的・人間関係上の問題、生活・経済状況、その他現在起こっているストレスの大きいライフイベントについて留意しながら、心理社会的な問題を評価する。

3. 治療とモニタリング

- » 対象者にとっての治療の重要性と、対象者のケアへの参加意欲について判断する。
- » 病気にかかった人の治療目標を決定し、彼らの治療法の選択（適宜、ケア提供者の選択も）を尊重した治療計画を作成する。
- » 治療継続および経過観察の計画を対象者と相談しながら作成する。
- » 治療に見込まれる期間、介入により起こりうる副作用、代替治療法、アドヒアランス（訳者注：治療計画を守ること）の重要性、予想される予後について、対象者に説明する。
- » 治療に関する対象者の疑問や心配事に対応し、よりよく役割を果たせるようになることや回復することについて、現実的な希望を伝える。
- » 治療効果と転帰、薬物相互作用（アルコール、市販薬、他の補助的/伝統的薬物を含む）、治療の副作用について継続的にモニターし、適宜調整する。
- » 必要に応じて、可能な場合には専門家に紹介する。
- » 対象者を地域の支援につなげるように努める。
- » 経過観察時に、対象者の治療に対する期待、臨床状態、治療に関する理解、治療へのアドヒアランスについて再度アセスメントし、誤解があれば正す。

- » 症状の自己モニタリングを勧め、どのような時に直ちにケアを求めるべきかを説明する。
- » ケース記録に対象者と家族との関わりにおける重要な点について記載する。
- » 経過観察に來なかつた人と連絡をとるために、家族や地域の資源を活用する。
- » 妊婦や妊娠を予定している女性には、より頻繁な受診を求める。
- » 妊婦や授乳中の女性にケアを提供する際には、胎児や乳幼児に対する起こりうる薬物のリスクについてアセスメントする。
- » 授乳中に母親が薬物療法を受けている場合は、乳幼児への副作用や離脱症状についてモニターし、必要に応じて包括的な検査を行う。
- » 優先度の高い状態・疾患であり、それによって自立性が低下している、あるいは社会的に孤立している高齢者には、より頻繁な経過観察の受診を求める。
- » 人びとが全人的治療を受けられるようにし、身体障害をもつ人の精神保健上のニーズに加え、精神障害をもつ人の身体健康上のニーズにも応えるようにする。

4. ソーシャルサポートの活用と提供

- » その人が直面するかもしれない社会的な課題に対して細やかに配慮し、これらが身体的・精神的健康、そして幸福感にどのように影響するかに注意する。

ケアの一般原則



- » 適切ならば、その人のケアにケア提供者や家族を関わらせる。
- » 利用可能ならば、自助グループや家族支援グループに参加するよう勧める。
- » 教育、住居、就労支援といったその地域で利用できる社会・地域資源を確認して活用する。
- » 子どもや青年には、可能なら教育や社会的支援を活用できるように学校と調整する。
- » 守秘義務のほかにも、プライバシーの権利について特に注意を払う。
- » 対象者の同意に基づいて、アセスメント、治療、経過観察、その他起こり得る副作用などに関する事柄を含め、その人の健康状態についてケア提供者に伝えるようにする。
- » 雇用、教育、社会的（住居を含む）、その他の関連のある団体と強力な連携を築くことで、精神・神経・物質使用障害の人のスティグマや社会からの疎外、差別を防ぎ、社会的参加を進める。

6. 全体的な幸福への配慮

- » 身体活動と健康的な体重を維持するように助言をする。
 - » 有害なアルコールの使用について教育する。
 - » たばこと物質使用の中止を勧める。
 - » その他のリスクを伴う行為（例、無防備な性交渉）について教育する。
 - » 定期的な身体健康チェックを行う。
 - » 思春期や閉経などの発達的な変化に備えさせ、必要な支援を提供する。
 - » 出産可能な年齢の女性と妊娠計画や避妊法について話し合う。
- » 各国の法律、および国際的な人権基準に格別の注意を払う（BOX 1）。
 - » 自律性や、地域での自立した生活を促進し、脱施設化を進める。
 - » その人の尊厳を尊重するような方法でケアを提供する。つまり、その人の文化に対して細心の注意を払い、人種、肌の色、性別、言語、信仰、政治やその他の見解、国籍、民族、先住民やその他社会的出自、財産、家柄、年齢、その他の状態によって差別されることがないようにする。
 - » 対象者が提示された治療法について理解し、自由意志に基づくインフォームドコンセントを提供できるように留意する。
 - » 成長とともに変化する能力に応じて、子どもや青年を治療決定に関わらせ、他人のいないところで自分の心配事について話しあう機会を提供する。

BOX 1 主要な国際人権基準

拷問および他の残虐で非人道的なまたは品位を傷つける取り扱いまたは刑罰に関する条約、国連総会決議 39/46、付属文書、39 UN GAOR Supp. (No. 51) at 197, UN Doc. A/39/51 (1984). 1987年6月26日発効。

<http://www2.ohchr.org/english/law/cat.htm>

女性に対するあらゆる形態の差別の撤廃に関する条約（1979年）国連総会決議 34/180 として 1979年12月18日採択。

<http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/cedaw.htm>

障害者権利条約選択議定書。2006年12月13日に国連総会で採択。
<http://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-e.pdf>

子どもの権利条約（1989年）国連総会決議 44/25 として、1989年11月20日採択。

<http://www2.ohchr.org/english/law/crc.htm>

市民のおよび政治的権利に関する国際規約（1966年）国連総会決議 2200A (XXI) として、1966年12月16日採択。

<http://www2.ohchr.org/english/law/ccpr.htm>

経済的、社会的および文化的権利に関する国際規約（1966年）国連総会決議 2200A (XXI) として、1966年12月16日採択。

<http://www2.ohchr.org/english/law/cescr.htm>

mhGAP 介入ガイドマスターチャート：どの優先度の高い状態・疾患が評価されるべきか？

1. これらのよく見られる症状が現れた場合、各モジュールにてアセスメントが必要である。
2. 複数の状態・疾患の特徴を呈している場合には、関連する状態・疾患すべてについてアセスメントを行う必要がある。
3. 特に明記されている場合を除き、すべての状態・疾患は全年齢に適用される。

通常よく見られる症状

アセスメントすべき状態・疾患 参照

- ▶ エネルギー低下、疲労、睡眠や食欲の問題
- ▶ 持続する悲しみや不安な気分、易刺激性
- ▶ かつて興味があったり、楽しめた活動に対する興味や喜びの低下
- ▶ 明らかな身体的原因がないところでの複数の症状（例、様々な痛み、動悸、しびれ感）
- ▶ 通常の仕事、学校、家事、あるいは社会的活動を遂行するのが困難

うつ病 *[▲]

DEP

10

- ▶ 異常な、あるいはまとまりのない行動（例、滅裂あるいは的外れな会話、独特な外見、セルフネグレクト（訳者注：自己放任、自分に対するケアができていない状態）、だらしない外見）
- ▶ 妄想（誤った確固とした信念や疑念）
- ▶ 幻覚（存在しないのに、声が聞こえたりものが見えたりすること）
- ▶ 仕事、学校、家事あるいは社会的活動に関して通常負っている責任を果たさないこと
- ▶ 躁症状（数日間続く次の症状；異常な幸福感、エネルギー過剰、話しすぎ、非常に怒りっぽい、眠らない、無謀な行動）

精神病 *

PSY

18

- ▶ けいれん運動やひきつけ/発作
- ▶ けいれんの最中に：
 - －意識消失あるいは意識障害
 - －硬直、強剛
 - －舌を噛む、外傷、尿便失禁
- ▶ けいれん後：疲労、傾眠状態、眠気、錯乱、異常行動、頭痛、筋肉痛、身体の片側の脱力

てんかん /
発作

EPI

32

- ▶ 発達の遅延：同年齢の他の子どもよりも以下のような活動の獲得が非常に遅い
笑う、座る、立つ、歩く、話す/コミュニケーションする、そして他の発達領域（例えば読み書きなど）
- ▶ コミュニケーションの異常、限定された、反復する行動
- ▶ その年齢にとって通常の日常活動を遂行することが困難

発達症 /
発達障害

DEV

40

- ▶ 度を超えて不注意でぼんやりしており、完成する前に何度も作業を中断したり他の活動に移る
- ▶ 度を超えた過活動：過度に走り回ったり、座っていることが非常に困難で、話しすぎたり、落ち着きがない
- ▶ 衝動性が非常に高い：たびたび、事前に見通しを立てずに物事を行う
- ▶ 他人の迷惑になる行動を繰り返したり続けたりする（例、非常に頻繁で激しいかんしゃく、残酷な行動、持続して激しい反抗、盗み）
- ▶ 回避や怒りを含む、行動や仲間関係の突然の変化

行動症 / 行動障害

BEH

 子どもと青年

44

- ▶ 記憶力（ひどい物忘れ）と見当識（時間、場所、人物の認識）の低下と問題
- ▶ 無気力（無関心に見える）や、怒りっぽいといった気分や行動上の問題
- ▶ 情動制御の欠如—気が動転しやすく、怒りっぽく、涙もろい
- ▶ 通常の仕事、家事、社会的活動を遂行するのが困難である

認知症

DEM

 高齢者

50

- ▶ アルコールに酔っているように見える（アルコール臭、酩酊して見える、二日酔い）
- ▶ 外傷を負って受診する
- ▶ アルコール使用に関連した身体症状（例、不眠、疲労、食欲不振、吐き気、嘔吐、消化不良、下痢、頭痛）
- ▶ 通常の仕事、学業、家事、社会的活動を遂行するのが困難

アルコール使用障害

ALC

58

- ▶ 薬物の影響があるように見える（例、エネルギー低下、焦燥、そわそわ、呂律が回らない）
- ▶ 薬物使用のサイン（注射跡、皮膚感染症、だらしない格好）
- ▶ 鎮静剤（睡眠剤、オピオイド）の処方要求
- ▶ 経済的困難あるいは犯罪に関連した法的問題
- ▶ 通常の仕事、家事、社会的活動を遂行するのが困難

薬物使用障害

DRU

66

- ▶ 現在の、自傷あるいは自殺の考え、計画、あるいは行為
- ▶ 過去の、自傷あるいは自殺の考え、計画、あるいは行為

自傷 / 自殺

SUI

74

* 双極性障害 (BPD) モジュールは、精神病モジュールあるいはうつ病モジュールのいずれかを介してのみ使用できる。

▲ 他の重要な情緒的あるいは医学的に説明不能な愁訴 (OTH) モジュールは、うつ病モジュールを介してのみ使用できる。

中等度－重症うつ病

典型的なうつ病エピソードでは、2週間以上の抑うつ気分、興味や喜びの喪失、エネルギーの減退があり、これによって活動性が低下する。うつ病の人の多くは、不安症状や医学的に説明のつかない身体症状も経験する。

このモジュールでは、小児期、青年期、そして高齢期を含む生涯にわたる中等度 - 重症のうつ病を取り扱う。

mhGAP 介入ガイドの中等度 - 重症うつ病のカテゴリーに該当する人は、うつ病の症状のために、通常の仕事、学校、家事、あるいは社会活動を遂行することに困難を覚える。

中等度 - 重症うつ病の程度に達しない症状の管理については、他の重要な情緒的あるいは医学的に説明不能な愁訴のモジュールで取り扱われる。» **OTH**

深刻な困難に遭っている人は、うつ病の症状と同じ心的問題を体験することがあるが、彼らは必ずしも中等度 - 重症うつ病ではないことに注意すべきである。中等度 - 重症うつ病かどうかを検討する際には、症状だけでなく、症状による日常生活機能の問題をアセスメントすることが必要である。

アセスメント（評価）とマネジメント（対応）ガイド

1. 中等度-重症うつ病か？

» 過去2週間以上にわたり、その人は以下のうつ病の主要な症状のうち少なくとも2つあったか？

- 抑うつ気分（ほとんど1日中、ほぼ毎日）、（子どもや青年の場合：神経の過敏もしくは、抑うつ気分）
- 通常楽しめる活動に対する興味や喜びの喪失
- エネルギー低下あるいは易疲労性

» この2週間のうちに、その人は少なくとも3つの他のうつ病の特徴があったか？

- 集中力や注意力の低下
- 自尊心や自信の低下
- 罪責感や無価値感
- 将来に対して暗く、悲観的な見方
- 自傷あるいは自殺の考えや行動
- 睡眠障害
- 食欲低下

» 通常の仕事、学業、家事、社会的活動を遂行するのが困難か？

最近の死別や過去2ヶ月間に起こった他の重大な喪失体験を確認する。

はい

もし3項目すべてが「はい」であれば
中等度-重症うつ病の可能性がある。

- » 心理教育。» DEP 2.1
- » 現在の心理社会的なストレス因について対処する。» DEP 2.2
- » 社会的ネットワークを再活性化する。» DEP 2.3
- » 抗うつ薬の使用を検討する。⚠️ » DEP 3
- » 可能な場合には、対人関係療法、行動活性化、あるいは認知行動療法を検討する。» INT
- » 可能な場合には、補助療法を検討する：構造化された運動プログラム » DEP 2.4、リラクゼーション訓練や問題解決療法。» INT
- » 注射や他の効果的でない治療（例、ビタミン）で訴えに対応してはいけません。❌
- » 定期的にフォローアップする。» DEP 2.5

いいえ

3項目のうち1つでも「いいえ」があり、かつmhGAP介入ガイドマスターチャートにある他のどの優先度の高い状態・疾患にも該当しない場合

» このモジュールは終了し、他の重要な情緒的あるいは医学的に説明不能な愁訴をアセスメントする。» OTH



最近の死別や他の重要な喪失体験の場合

上記の助言に従うが、抗うつ薬や心理療法を第一選択治療として考えてはいけません。❌ 文化的に適切な悲嘆/適応を話し合い、支援する。



うつ病

アセスメント（評価）とマネジメント（対応）ガイド

2. 双極性うつ病か？

- » 非常に高揚した、開放的な、またはいらだたしい気分、活動性の亢進、極度の多弁、観念奔逸、極度の睡眠欲求の減少、誇大性、極度の注意散漫や無謀な行動といった、**躁症状の過去のエピソード**を尋ねる。
双極性障害モジュール参照。» BPD

はい

- 対象者が以下に該当する場合、**双極性うつ病**の可能性はある
- » 少なくとも1週間以上続く躁症状が3つ以上ある、あるいは
 - » 過去に双極性障害の診断が確定されている場合

- » 双極性うつ病を治療する。
双極性障害モジュール参照。» BPD

注意：双極性うつ病の人びとは、躁状態に発展するリスクがある。彼らに対する治療法は通常のうつ病治療とは異なる！

3. 精神病性の特徴（妄想、幻覚、昏迷）を伴ったうつ病か？

はい

もし「はい」なら

- » 専門家に相談して、上記の中等度-重症うつ病の治療に加えて、抗精神病薬にて増強治療を補う。🚫
精神病モジュール参照。» PSY

4. 併存症状

- » **自殺/自傷のリスクを（再）検討する**（mhGAP介入ガイドマスターチャート参照）
- » **アルコール使用障害や他の物質使用障害の存在の可能性を（再）検討する**（mhGAP介入ガイドマスターチャート参照）
- » **併存する医学的疾患を探す**。特に甲状腺機能低下症、貧血、腫瘍、脳卒中、高血圧、糖尿病、HIV/AIDS、肥満やうつ病の原因となったり増悪させる他の薬物（ステロイドなど）の使用を示唆する兆候や症状

はい

もし、併存症状がある場合には

- » 中等度-重症うつ病と併存症状両方の治療を行う。
- » うつ病はアドヒアランス（処方された治療を守ることを）低下させるかもしれないので、併存する医学的疾患の治療へのアドヒアランスをモニターする。

5. 出産可能な年齢の女性の場合



はい

妊娠あるいは授乳中



上記の中等度-重症うつ病への対応に関する助言に従う。しかし、

- » 妊娠中や授乳中は、抗うつ薬は可能な限り避けるべきである。✖
- » 心理社会的治療の効果が無い場合、最少有効量の抗うつ薬の使用を検討する。
- » 専門家に相談する 🗣️
- » 授乳中なら、フルオキセチンなどの長時間作用薬剤は避ける。
(訳者注：2013年現在、本邦では未認可)

下記を尋ねる

- » 現在妊娠しているか、またはその可能性があるか
- » もし妊娠しているなら、最終月経はいつか
- » 授乳中か

12歳未満の場合

- » 抗うつ薬は処方してはいけない。✖
- » 親に心理教育を行う。» DEP 2.1
- » 現在の心理社会的ストレス因について対処する。» DEP 2.2
- » 定期的にフォローアップする。» DEP 2.5

12歳以上の場合

- » 治療の第一選択として、抗うつ薬を検討してはいけない。✖
- » 心理教育。» DEP 2.1
- » 現在の心理社会的ストレス因について対処する。» DEP 2.2
- » 利用可能な場合には、対人関係療法 (IPT) や認知行動療法 (CBT)、行動活性化を行う。» INT
- » 利用可能な場合には、補助療法を検討する：構造化された運動プログラム » DEP 2.4、リラクゼーション訓練や問題解決療法。» INT
- » 心理社会的な介入が、効果が無いと判明した際には、フルオキセチンの使用を検討する(しかし、その他のSSRIやTCAは検討しない)。» DEP 3
- » 定期的にフォローアップする。» DEP 2.5

6. 子どもや青年の場合



介入の詳細


ii 心理社会的/非薬物療法による治療と助言

2.1 心理教育

(適宜、その対象者と家族に対して)

- » うつ病は誰にでも起こりうる、ありふれた問題である。
- » うつ病の人は、自分自身、生活、将来について非現実的なほどに否定的な見方をする傾向にある。
- » 効果的な治療が可能である。うつ症状の軽減が認められるのに少なくとも数週間かかる傾向がある。処方された治療法が何であれアドヒアランスは重要である。
- » 以下のことを強調すべきである。
 - **以前は興味を持てたり楽しめたりした活動を**、現在そう思うかどうかに関わらず、可能な限り**継続することの重要性**
 - **通常の睡眠パターン**の維持（例、毎晩同じ時間に就寝する、かつてと同じ睡眠時間をとるよう心がける、過眠を避ける）に努めることの重要性
 - 可能な限り、**定期的に運動**を行うことの利点
 - 地域の社会活動への参加などといった**通常**の社会活動を可能な限り行うことの利点
 - **自傷や自殺に関する考え**を認識し、このような考えが浮かぶようであれば、助けを求めに受診すること
 - 高齢者においては、身体健康上の問題について医療的支援を求め続けることの重要性

2.2 現在の心理社会的なストレス因への対処

- » 対象者と**話す機会**をつくる。他人のいない場所が好ましい。その人なりの症状の原因に関する理解の仕方について尋ねる。
- » 現在の**心理社会的なストレス因**について尋ね、可能な限り、関連のある社会的問題について対処し、心理社会的なストレス因や人間関係上の困難について、地域のサービス/資源の支援を得て、問題の解決を行う。
- » **不適切な養育、虐待**（例、ドメスティックバイオレンス）、**ネグレクト**（例、子どもや高齢者への）について評価を行い、対応する。適宜、法的そして地域の社会資源と連絡をとる。
- » **家族の中で支持的な人を同定し**、可能な限り、そして適切な範囲で**その人の関与を得る**。
- » **子どもや青年では：** 
 - 親の**精神・神経・物質使用問題**（特にうつ病）について（mhGAP 介入ガイドマスターチャート参照）評価や対応を行う。
 - 親の**心理社会的ストレス因**を評価し、可能な限り地域のサービスや社会資源の支援を得て対応する。
 - **不適切な養育、排除やいじめ**について評価・対応する（子どもや青年にこれらの問題について直接尋ねる）。
 - **学校での問題**がある場合には、生徒をどのように支援するかについて、教師と話し合う。
 - 利用可能であれば、文化に沿った育児トレーニングを提供する

2.3 社会的ネットワークの再活性化

- » もし再開したら、直接的あるいは間接的な心理社会的支援になるような、支援対象者の**以前の社会活動**を確認する（例、家族の集まり、友人との外出、隣人を訪ねる、職場における社会的活動、スポーツ、地域活動）。
- » その人の強みや能力に根ざし、可能な限り**以前の社会活動を再開**するように積極的に働きかける。

2.4 構造化された運動プログラム

(中等度 - 重症うつ病に対する補助療法)

- » 中程度の時間の（例、45分間）運動を、週3回計画する。
- » その人にとってどのような運動がよりおもしろそうだと感じられるかを検討し、例えば最初は5分程度の運動から開始し、その人の運動量を徐々に増やすよう支援する。

2.5 定期的なフォローアップ

- » 定期的に経過を観察する（例、外来で本人に会う、電話で、あるいは地域保健従事者を通じて）。
- » 改善点について再評価を行う（例、4週間後）。

抗うつ薬治療

3.1 抗うつ薬治療の開始

» 抗うつ薬を選択する

- その国における、あるいは WHO の処方薬剤集から選択する。フルオキセチン（これ以外の選択的セロトニン再取り込み阻害剤 (SSRI) は含まれていない) と、アミトリプチリン（他の三環系抗うつ薬 (TCA) も）は、WHO の処方薬剤集に掲載されており、WHO の必須薬剤のモデルリストに掲載されている。参照

» DEP 3.5

- 対象者の抗うつ薬を選択する際には、その人の症状パターン、薬物の副作用プロファイル、もしあれば過去の抗うつ薬治療の有効性を考慮する。
- 併存する医学的疾患に対して：抗うつ薬を処方する前に、薬剤が疾患に与える影響など薬剤と疾患の関連性について考慮する。他の疾患に対しての薬剤を併用するときには、薬剤間の相互作用についても考慮する。その国の、あるいは WHO の処方薬剤集を参考にする。
- 他の向精神薬と抗うつ薬を併用する場合には、専門家のスーパービジョンやコンサルテーションが必要である。

» 対象者や家族に以下を伝える。

- 効果発現には時間がかかること。
- 起こりうる副作用とそれによるリスクについて。副作用が苦痛を伴う場合には、すぐに受診するなど速やかに援助を求めること。躁状態の兆候を特定する方法。
- 薬の飲み忘れによって離脱症状が出る可能性があること。通常はそれは軽度で自然に治るが、特に薬剤の使用を急に中止した場合には重篤になることもある。離脱症状を引き起こす可能性はあるものの、抗うつ薬には依存性はないこと。
- 治療期間について。抗うつ薬はうつ病の治療と再発防止の両方に効果があること。

3.2 特別な注意を要する人への抗うつ薬治療!

» 自傷や自殺の考え、計画、あるいはその行動がある人

- SSRI が第一選択である。
- 頻繁にモニターをする（例、週に 1 回）。
- 自傷や自殺の切迫したリスクがある人の過量服薬を防ぐために、そのような人は限られた量の抗うつ薬しか入手できないようにする（例、週 1 回の処方）。自傷 / 自殺モジュール参照。

» SUI 1

» 12 歳以上の青年

- 心理社会的介入の効果がない場合には、フルオキセチン（ただし、他の SSRI や TCA ではなく）を検討する。
- 青年の治療にフルオキセチンを用いる際には、可能なら精神保健専門家に相談する。
- 治療開始後の 1 ヶ月間は、自殺念慮の出現を確認するために、フルオキセチンを用いて治療をしている青年を頻繁にモニターする（理想的には、週 1 回）。その青年と家族に、自殺念慮のリスクが高まること、そしてそのような傾向がある場合には、至急連絡するよう伝える。

» 高齢者

- TCA は可能なら処方されるべきでない。SSRI が第一選択である。
- 特に、TCA について慎重に副作用をモニターする。
- 薬物相互作用のリスクが高まることを考慮し、薬物の反応をみるのにより時間をかける（薬物療法の効果がないと考えるには、少なくとも 6～12 週間、もし期間中に部分的な反応があれば、12 週間の反応をみる）。

» 心血管疾患のある人

- SSRI が第一選択である。
- 重篤な心原性不整脈のリスクのある人や最近の心筋梗塞の既往のある人には、TCA を処方してはいけない。

- すべての心血管疾患の患者において、TCA を処方する前に血圧を測定し、TCA の処方を開始したら起立性低血圧について観察する。

3.3 抗うつ薬治療を受けている人のモニタリング

- » もし治療中に躁症状が発現したら、抗うつ薬を速やかに中止し、躁病や双極性障害の評価と対応を行う。


- » SSRI が処方されている人で顕著な / 遷延するアカシジア（内的不穏あるいは静座不能状態）が現れたなら、処方薬剤を見直す。TCA への切り替え、あるいは短期間（1 週間）ジアゼパム（5～10mg/日）を併用する。TCA へ切り替えをする場合には、SSRI に比較してしばしば認容性が低く、心毒性のリスクと過量服薬での毒性が高まることに注意する。

- » アドヒアランスが不良の場合には、その理由を見つけ、対処するようにする（例、副作用、費用、その人の疾患や治療に関する信念）

- » もし適切な反応がみられないなら（症状が悪化したり、4～6 週間経過しても改善しない）、診断を再検討し（併存疾患の診断も含む）、薬物が定期的に服用されているか、また最大用量の処方があるかを確認する。増量を検討する。もし、最大用量処方されても症状が 4～6 週間持続するなら、別の治療への切り替えを検討する（例、心理療法 » INT、他のクラスの抗うつ薬 » DEP 3.5）。抗うつ薬を別のものに切り替える場合には、慎重に行う。フルオキセチンから TCA に切り替えるときには、フルオキセチンを中止して 4～7 日間空けてから、TCA を少量から開始する。TCA から他の TCA に切り替える場合には、中止する TCA を段階的に減量しながら、慎重に新しい TCA を少量から開始する。


うつ病

介入の詳細

- » 適切な 2 種類の抗うつ薬治療に対して**反応が得られない場合**、あるいは適切な 1 種類の抗うつ薬治療と CBT か IPT の 1 コースを終了しても反応が得られない場合には、**専門家に相談する。** 

3.4 抗うつ薬治療の終了

- » (a) 対象者にうつ症状がみられない、あるいは最小限の症状のみとなって 9～12ヶ月経過し、(b) その期間中日常生活を行うことができる状態であるなら、**抗うつ薬の中止を検討する。**
 - » 以下の方法で**コンタクトを終了する**
 - 前もって、治療終了について本人と話す。
 - TCA とほとんどの SSRI について（ただし、フルオキセチンについてはより速いペースで）、少なくとも 4 週間以上の期間をかけて漸減する。人によってはより時間をかける必要があるかもしれない。
 - 薬剤の中止あるいは減量時の離脱症状の可能性について、これらの症状はたいてい軽度であり自然に軽快するが、特に急に薬物を終了する場合には重度にもなりうることを対象者に伝える。
 - 再発の早期症状（例、3 日以上続く睡眠や食欲の変化）と定期的な経過観察のために受診する時期について助言する。
 - 治療の終了に関連した心理教育上のメッセージを繰り返し伝える。
- » DEP 2.1

- » **抗うつ薬の離脱症状**（よくある症状:めまい、疼き、不安、易刺激性、疲労感、頭痛、嘔気、睡眠問題）を**モニターし、対応する。**
 - 軽度の離脱症状: 対象者を安心させ、症状をモニターする。
 - 重度の離脱症状: 効果的な用量で抗うつ薬を再開し、さらに時間をかけて漸減する。
 - もし重大な離脱症状が持続するならば、**専門家に相談をする。** 
- » 抗うつ薬を減量・中止している期間の**うつ症状の再発をモニターする**。もし症状が再度発現するなら、更に12ヶ月間、かつての効果がみられた抗うつ薬の同じ用量を処方する。

介入の詳細

本情報はクイック・リファレンスのためにあり、薬物療法、増量法、副作用に関する包括的な指針を意図したものではない。補足的な詳細情報は、「プライマリケアにおける精神疾患の薬物療法（“Pharmacological Treatment of Mental Disorders in Primary Health Care” (WHO, 2009))に記載されている。
(http://www.who.int/mental_health/management/psychotropic/en/index.html).

3.5 SSRI と TCA に関する情報

選択的セロトニン再取り込み阻害剤 (SSRI : 例、フルオキセチン)

重篤な副作用 (まれ)

- ▶ 顕著な/遷延するアカシジア (内的不穏あるいは静座不能状態)
- ▶ アスピリンと他の非ステロイド性抗炎症薬 (NSAID) を定期的に服用している人における異常出血 (出血傾向)

通常みられる副作用

- (ほとんどの副作用は数日で消失する。永続的ではない)
- ▶ 不穏、神経質、不眠、食欲不振、その他の胃腸障害、頭痛、性機能不全

注意点

- ▶ 双極性障害のある人においては、躁状態を引き起こすリスクがある。

適切な用量を開始してから反応までの時間

- ▶ 4～6週間

健康な成人におけるフルオキセチンの服用

- ▶ 1日 20 mg から治療を開始する (アドヒアランスを損なう副作用のリスクを減らすために、1日 10mg (例、1/2錠) で開始し、もし薬物に認容性が認められる場合には 20mg に増量してもよい)。
- ▶ もし 4～6週間以内に反応がなかったり、6週間以内に部分的な反応しかない場合には、認容性、症状の反応に応じて 20mg ごとに (最大用量 60mg) 増量する。

青年におけるフルオキセチンの服用

- ▶ 治療は 1日 10mg (例、1/2錠) から開始し、1～2週間したら 20mg に増量する (最大用量 20mg)。
- ▶ もし、6～12週間で反応がなかったり、12週間で部分的な反応しかなければ、専門家に相談する。

高齢者あるいは身体疾患を持っている人におけるフルオキセチンの服用

- ▶ 1～2週間かけて、1日 10 mg 錠 (入手可能なら) から開始するか、20mg を 1日おきに服用するようにし、もし薬物に認容性が認められる場合には 20mg に増量する。
- ▶ 6～12週間以内に反応がなかったり、12週間で部分的な反応しかない場合には漸増する (最大用量 60mg)。健康な成人よりも時間をかけて漸増する。

三環系抗うつ薬 (TCA : 例、アミトリプチリン)

重篤な副作用 (まれ)

- ▶ 心原性不整脈

通常みられる副作用

- (ほとんどの副作用は数日で消失する。永続的ではない)
- ▶ 起立性低血圧 (転倒のリスク)、口渇、便秘、排尿困難、めまい、複視、鎮静

注意点

- ▶ 特に双極性障害のある人では、躁転のリスクがある。
- ▶ ある特殊技能 (例、運転) を行う上での能力低下 - 薬剤に慣れるまで注意する。
- ▶ 自傷のリスク (過量服薬をした場合、致命的となることがある)
- ▶ アルコール常用者に使用する場合、抗うつ効果は弱くなり、鎮静効果が強くなる。

適切な用量を開始してから反応までの時間

- ▶ 4～6週間 (痛みと睡眠症状は数日で改善する傾向にある)

健康な成人におけるアミトリプチリンの服用

- ▶ 就寝前 50mg から開始する。
- ▶ 1～2週間ごとに、25mg から 50mg ずつ増量し、反応と認容性に応じて 4～6週間で 100～150mg を目標とする。
- ▶ もし、4～6週間で反応が得られなかったり、6週間で部分的な反応しか得られなければ、分割投与 (もしくは夜間の単回投与) にて漸増する (最大用量 200mg)。

青年におけるアミトリプチリンの服用

- ▶ 青年にアミトリプチリンを処方してはいけない。❌

高齢者あるいは身体疾患を持っている人におけるアミトリプチリンの服用

- ▶ 就寝前 25mg から開始する。
- ▶ 毎週 25mg ごと増量し、4～6週間で 50～75mg を目標とする。
- ▶ 6～12週間で反応が得られなかったり、12週間で部分的な反応しか得られない場合には、分割投与にて漸増する (最大用量 100mg)。
- ▶ 起立性低血圧をモニターする。

精神病は、思考と知覚の歪みおよび、不適切あるいは範囲の狭まった感情を特徴とする。話が支離滅裂または的外れな場合もある。幻覚(そこに存在しない声を聞いたり物を見たりすること)、妄想(固定的で、誤った特異な思い込み)または過度あるいは不当な疑念が生じることもある。解体した行動、激越、興奮および無活動または過活動等、著しい異常行動が見られることがある。感情の障害、例えば強度のアパシー(無気力)や、報告された感情と観察される情動(顔の表情および身ぶり)の間の食い違い等も見られる。精神病のある人は人権侵害にさらされるリスクも高い。

1. 急性精神病状態であるか？

- » 支離滅裂または的外れな話
- » 妄想
- » 幻覚
- » 引きこもり、激越、解体した行動
- » 思考が挿入されているという思い込み、または思考が周囲に漏れているという思い込み
- » 社会的引きこもり、仕事・学校・家庭・社会での活動に関係する通常の責任をおろそかにする

はい

複数の症状が存在する場合、**精神病**の可能性が大きい。

このエピソードが精神病症状として、下記である場合

- » 初めてのエピソード、または
- » 再発、または
- » 悪化

急性精神病エピソードである。

- » 本人とケア提供者に精神病とその治療について教育を提供する。» **PSY 2.1**
- » 抗精神病薬治療を開始する。⚠️ » **PSY 3.1**
- » 可能であれば、家族療法や生活技能療法等の心理学的・社会的介入を提供する。» **INT**
- » リハビリテーションを促進する。» **PSY 2.2**
- » 定期的にフォローアップする。» **PSY 2.3**
- » 現実的な希望と楽観主義を維持する。

❗ **注意**：抗精神病薬の副作用を防止するため、抗コリン作用薬をルーチンとして**処方してはならない**。❌

その人またはケア提供者に尋ねる

- » このエピソードはいつ始まったか
- » 何か先行するエピソードが起きていたか
- » 以前のまたは現行の治療の詳細

下記の原因による精神病症状ではないことを確認する

- » アルコール・薬物の中毒や離脱症状（アルコール使用障害/薬物使用障害のモジュール参照 Ⓜ️ » **ALC**および Ⓜ️ » **DRU**）
- » 脳マラリア、全身性感染症/敗血症、頭部外傷といった急性の医学的疾患によるせん妄

はい

症状が3ヶ月以上持続している場合は

慢性精神病の可能性が大きい

- » 本人とケア提供者に教育を提供する。» **PSY 2.1**

❗ **その人が何も治療を受けていない場合、急性精神病エピソードのための治療を開始する。**

- » 治療のアドヒアランスの再検証をする。
- » 反応を十分に示さない場合、現行薬剤の増量または変更を考慮する。⚠️ » **PSY 3.1および3.2**
- » 可能であれば、家族療法や生活技能療法等の心理学的・社会的介入を提供する。可能であれば一例として認知行動療法等、それまでに提供されていない心理社会的介入の追加を考慮する。» **INT**
- » 定期的にフォローアップする。» **PSY 2.3**
- » 現実的な希望と楽観主義を維持する。
- » リハビリテーションを促進する。» **PSY 2.2**

2. 慢性精神病をきたしているか？

精神病

PSY1

アセスメント（評価）とマネジメント（対応）ガイド

3. 急性躁病エピソードをきたしているか？

はい

もし「はい」なら、これは双極性障害が疑われる

» このモジュールを飛ばして**双極性障害のモジュール**に進む。» BPD

下記の症状は診てとれるか

» 数日間の：

- 明らかに高揚した気分またはイライラした気分
- 過度の活力および活動
- 多弁
- 無謀な行動

» 過去の既往

- 抑うつ気分
- 活力と活動の低下(詳しくはうつ病のモジュール参照)。» DEP

注意：

- » (うつ病を伴わず)躁病エピソードしかみられない人も双極性障害と分類される。
- » 双極性障害ではエピソードとエピソードの間は完全な回復が一般的である。

はい

もし「はい」なら、

» 精神病と併存症状の両方に対応する。

4. 併存症状はみられるか？

» アルコール使用障害または薬物使用障害

» 自殺/自傷

» 認知症

» 併存する身体疾患：特に、脳卒中、糖尿病、高血圧、HIV/AIDS、脳マラリアまたは薬剤(例、ステロイド剤)が疑われる兆候/症状について考慮する。

出産可能な年齢の女性か？

- » 妊婦の場合、可能であれば母性保健専門家と連携してケアを統合する。
- » 産科的合併症および精神病の再発（特に、薬剤を変更または中止する場合）など、母子にとってのリスクを説明する。
- » 妊娠を計画していたり、妊娠中または授乳中の精神病をもつ女性には、低用量の経口ハロペリドールまたはクロロプロマジンによる治療を行う。
- » 抗精神病薬デポ剤の継続的投与は避ける。

心理社会的介入

2.1 心理教育

» 精神病のある人へのメッセージ

- その人には回復する能力があること
- 定期的な社会的、教育的および職業的活動をできる限り継続することの重要性
- 苦しみや問題は治療で軽減できること
- 定期的に服薬することの重要性
- 自分の治療に関わるどの決定にも自ら関与する権利があること
- 健康でいることの重要性(例、健康的な食事、身体的に活発でいること、衛生状態を持続すること)

» 精神病のある人の家族への補足的メッセージ

- 精神病のある人は、実際にはない声が聞こえたり、真実ではない事を固く信じたりすることがある。
- 精神病のある人は、しばしば自分が病気であることを認めなかったり、ときに敵対的な態度を示したりする。
- 症状の再発/悪化について認識すること、および再評価を受けるために通院を続けることの重要性。
- その人を家族や他の社会活動に参加させることの重要性。
- 家族は、精神病のある人に向けて絶え間なくあるいは手厳しく批判すること、または敵対的な態度を示すことを避けるべきである。
- 精神病のある人は差別を受けることが多いが、全ての人と同じ人権を享受すべきである。
- 精神病のある人は、ストレスが多い仕事または生活環境において、回復または役割を果たすことが困難な場合がある。
- 精神病のある人にとっては、職を持つなど、有意義な活動に取り組むのが望ましい。

- 一般的に、精神病のある人にとって、家族または地域の人々の支援を受けられる病院外の環境で、共に暮らすことが望ましい。長期にわたる入院は避けるべきである。

2.2 地域社会でリハビリテーションの促進

精神病のある人とそのケア提供者を、これらの介入の計画、実施、評価に積極的に関わらせる。

- » 保健スタッフや障害のある人の支援に取り組む組織などの社会福祉サービスで働く人との間で介入を調整する。
- » 利用できる医療資源および社会資源との連携を促し、家族の身体的、社会的、精神保健的ニーズを充足させる。
- » 社会的、教育的および職業的活動を適宜再開することを積極的に奨励し、このことについて家族に助言する。社会的・文化的に適切な援助付き雇用を含め、経済・社会的活動への参加を促進する。精神病のある人は差別を受けることが多いため、内外の偏見を克服し、できるかぎり質の高い生活に向けて努力することが重要である。最寄りの諸機関と協力し、本人のニーズおよび技能レベルに基づいて雇用または教育の機会を模索する。
- » 必要かつ可能であれば、住居/支援付き生活サポートを検討する。人権に配慮しながら、最適な住居の手配を助言し手助けする際には本人の機能的能力とサポートのニーズを慎重に考慮する。

2.3 フォローアップ

» 精神病のある人には定期的なフォローアップが必要である。

» 初期のフォローアップは、急性症状が治療に反応し始めるまで、できる限り頻繁に（毎日でも）行う必要がある。症状が治療に反応し始めてからは、スタッフの対応可能状況、クリニックからの距離等の臨床的ニーズと実施可能性に基づき、月1回から3ヶ月に1回のフォローアップが推奨される。

» 治療中、現実的な希望と楽観主義を維持する。

» フォローアップの度に、症状、薬剤の副作用、アドヒアランスについて評価する。治療が遵守されないことはよく見られ、そのような場合にはケア提供者にケアに関与してもらうことは不可欠である。

» 併存する医学的疾患を評価し、対応する。

» フォローアップの度に、心理社会的介入のニーズを評価する。



薬理的介入

3.1 抗精神病薬治療の開始

- 急性精神病症状を迅速にコントロールするには、保健医療提供者は評価後すぐに抗精神病薬の投与を開始する必要がある。緊急処置としての筋肉内投与は、経口投与が実施できない場合にのみ考慮する。急性精神病症状を迅速にコントロールするためにデポ剤/持続性注射薬を処方してはならない。
- 一度に1種類の抗精神病薬を処方する。
- 「少量で開始し、緩やかに増量する」。治療範囲内の低用量で開始し(詳しくは抗精神病薬の表参照)、最小有効量まで徐々に増量して副作用リスクを低減する。
- 無効と判断するには至適用量の薬剤を少なくとも4～6週間試みてからにする。
- 経口ハロペリドールまたはクロルプロマジンに精神病性障害のある人に定期的に提供するべきである。

表：抗精神病薬

薬剤	ハロペリドール	クロルプロマジン	フルフェナジンデポ/持続性
開始用量	1.5-3mg	75mg	12.5mg
標準的有効量(mg)	3-20mg/日	75-300mg/日*	2-5週毎に12.5-100mg
投与経路	経口/筋肉内(急性精神病の場合)	経口	臀部への深部筋肉内注射
代表的な副作用			
鎮静	+	+++	+
排尿困難	+	++	+
起立性低血圧	+	+++	+
錐体外路症状**	+++	+	+++
神経遮断薬性悪性症候群***	まれ	まれ	まれ
遅発性ジスキネジア****	+	+	+
心電図変化	+	+	+
禁忌	意識障害、骨髄抑制、褐色細胞腫、ポルフィリン症、基底核疾患	意識障害、骨髄抑制、褐色細胞腫	子ども、意識障害、パーキンソン症候群、著しい脳アテローム性動脈硬化症

これは早見表であり、薬剤とその投与および副作用の包括的ガイドを意図したものではない。詳細の補足は「一次医療における精神疾患の薬理的治療 (Pharmacological Treatment of Mental Disorders in Primary Health Care)」(WHO, 2009)(http://www.who.int/mental_health/management/psychotropic/en/index.html)に掲載されている。

- * 重篤な症例では最大1gまで必要な場合がある。
- ** 錐体外路症状は、急性ジストニア反応、チック、振戦、歯車様硬直および筋硬直を含む。
- *** 神経遮断薬性悪性症候群はまれであるが生命に危険をもたらす恐れがある疾患で、筋硬直、体温の上昇、および高血圧が特徴である。
- **** 遅発性ジスキネジアは抗精神病薬の長期副作用で、特に顔面、手および体幹の不随意筋運動が特徴である。



薬理学的介入

3.2 抗精神病薬治療を受けている人の経過観察

» 一度に1種類の抗精神病薬を十分な期間、十分な用量投与し、効果がみられず、且つ、2種類以上の抗精神病薬を投与しても期待される反応がみられない場合

- 診断（および併存診断）を再検証する。
- アルコールまたは精神作用物質の使用により誘発された精神病ではないことを確認する（たとえ初めに確認されていたとしても）。
- アドヒアランスを確認する。遵守改善の視点から、デボ剤/持効性で注射可能な抗精神病薬を考慮する。
- 現行薬の増量または他剤への切り替えを考慮する。
- ハロペリドールまたはクロルプロマジンの代替薬として、費用および入手可能性に制約がなければ第二世代抗精神病薬(クロザピンを除く)を考慮する。
- 他の抗精神病薬を十分な投与量で十分な期間投与しても反応が得られなかった人にはクロザピンを考慮する。クロザピンの使用は、精神保健を専門としない保健医療提供者が考慮してもよいが、精神保健専門家の監督下で使用することが望ましい。クロザピンは、生命に危険をもたらす無顆粒球症のリスクがあるため、定期的な検査によるモニタリングが可能である場合に限り考慮すべきである。

» 錐体外路症状（パーキンソン症候群またはジストニア）が生じた場合

- 抗精神病薬の用量を減じる、および
- 他の抗精神病薬への切り替えを考慮する（例、ハロペリドールからクロルプロマジンへの切り替え）。
- 上記の対策が無効、または錐体外路症状が急性・重篤・障害をきたす場合、抗コリン作用薬の短期投与を考慮する。

抗コリン作用薬

ビペリデンは、必要であれば、経口または静脈内投与で1日2回の1mg投与から開始し、1日あたり3～12mgの標的用量まで増量する。副作用には、特に高齢者においては鎮静、錯乱および記憶障害がある。まれな副作用には、閉塞隅角緑内障、重症筋無力症、消化管閉塞がある。

トリヘキシフェニジル（ベンズヘキソール、本邦ではアーテン）は、1日あたり4～12mgの用量で代替薬として使用可能である。副作用はビペリデンと同様である。

3.3 抗精神病薬の中断

- » 急性精神病の場合、抗精神病薬治療は完全寛解後12ヶ月継続する。
- » 慢性精神病の場合、症状が数年間安定していれば、家族との相談において本人の希望を考慮しながら、薬剤による副作用の可能性と中断後の再発リスク上昇を比較検討し、治療中断を考慮する。
- » 可能であれば、抗精神病薬中断の決定に関して**専門家に相談する。**



双極性障害は、気分と活動レベルが著しく障害されるエピソードによって特徴づけられる。この障害は、気分が高揚しエネルギーや活動が増加する時期（躁）と、気分が落ち込みエネルギーや活動が減少する時期（うつ）から構成される。エピソードのない時期には完全に寛解する特徴がある。躁病エピソードのみを経験する者も、双極性障害に分類される。

1. 躁状態であるか？

下記の症状は診てとれるか

- » 気分の高揚、開放的あるいは、いらだたしい気分
- » 活動性の亢進、落ち着きのなさ、興奮
- » 会話量の増加
- » 正常な社会的抑制の喪失
- » 睡眠欲求の減少
- » 自尊心の肥大
- » 注意散漫
- » 性的エネルギーの増加あるいは性的無分別

下記を尋ねる

- » 症状の持続期間
- » 症状が仕事、学校、家庭、社会活動に関連する通常の実行を妨げているか
- » 入院は必要か

はい

もし以下があれば

- » 症状が複数ある
- » 最低1週間以上持続している
- » 仕事や社会活動を顕著に妨げるほど、または入院が必要であるほど重篤

躁の可能性がある。

- » リチウム、バルプロ酸、カルバマゼピンまたは抗精神病薬を用いて、急性の躁の治療を開始する。☑️ » BPD 3.1
- » 行動上の障害やいらだちに対し、短期間のベンゾジアゼピン（ジアゼパムなど）による治療を考慮する。 » BPD 3.2
- » 抗うつ薬の使用を中止する。 » BPD 3.3
- » 生活習慣を変えるよう助言する。双極性障害とその治療についての情報を提供する。 » BPD 2.1
- » 定期的にフォローアップする。 » BPD 2.4

躁症状が薬物中毒と関連する場合、薬物使用障害モジュールを参照

☑️ » DRU

はい

もし「はい」なら、双極性うつ病の可能性がある。

- » 気分安定薬で治療を始める。☑️ » BPD 4
- » うつ病モジュールの提案に従い、中等症および重症うつ病に対しては抗うつ薬と気分安定薬の併用を考慮する。☑️ » DEP

! 抗うつ薬投与を開始する前に、本人に躁転のリスクについて説明すること。

- » 生活習慣を変えるよう助言する。双極性障害とその治療についての情報を提供する。 » BPD 2.1
- » 社会的ネットワークを再活性化する。 » BPD 2.2
- » 利用可能であれば、心理学的介入を考慮する。 » INT
- » フォーマルおよびインフォーマルなシステムを利用し、適切な経済的・教育的活動を含みリハビリテーションを行う。 » BPD 2.3
- » 定期的にフォローアップする。 » BPD 2.4

2. 躁病のエピソードの既往があり、現在うつがあるか？

(うつ病モジュールに従って評価すること » DEP)

双極性障害

BPD1

アセスメント（評価）とマネジメント（対応）ガイド

3. 併存症状はあるか？

- » アルコール使用または薬物使用障害
- » 認知症
- » 自殺/自傷
- » 合併する医学的疾患、特に甲状腺機能亢進症または甲状腺機能低下症、腎臓または心臓血管疾患

はい

もし「はい」なら、

» 双極性障害と併存症状のどちらにも対応する。

4. 現在、躁でもうつでもないが、過去に躁の既往があるか？

はい

恐らく双極性障害を有しており、
現在病相間である可能性が高い。

もし以下が当てはまれば、再発予防策をとる必要がある。

- » 2回以上の急性エピソード（躁病エピソードが2回、あるいは躁病とうつ病のエピソードが各1回ずつなど）

あるいは

- » 顕著にリスクが高い不利益な結果を伴う単回の躁病エピソード

- » 気分安定薬治療をしていない場合は開始する。🔴 **» BPD 4**
- » 生活習慣を変えるよう助言する。双極性障害とその治療についての情報を提供する。 **» BPD 2.1**
- » 社会的ネットワークの再活性化を行う。 **» BPD 2.2**
- » フォーマルおよびインフォーマルなシステムを利用し、適切な経済的・教育的活動を含むリハビリテーションを行う。
» BPD 2.3
- » 定期的にフォローアップする。副作用とアドヒアランスをモニターする。 **» BPD 2.4**

5. 右のグループに該当するか？

はい

» 妊娠または授乳している



- » 可能であれば、**専門家に相談する。**
- » **気分安定薬による治療の開始を避ける。**
- » 少量のハロペリドールの投薬を考慮する（**注意しながら**）。
- » 妊婦が気分安定薬投与中に急性躁病を呈した場合、少量のハロペリドールへの切り替えを考慮する。

はい

» 高齢者



- » 薬剤は少量を投与する。
- » 薬物間相互作用のリスクの増加に備える。

はい

» 青年



- » 発現している症状は非定型でありうる。
- » アドヒアランスが確実になされるように特に配慮をする。
- » 可能であれば、**専門家に相談する。**

双極性障害



BPD2

介入の詳細

心理社会的介入

2.1 心理教育

双極性障害のある人（現在急性躁状態にある者を除く）と双極性障害のある人の家族へのメッセージ

- » **説明**: 双極性障害は、異常な気分を有する精神保健上の状態である。重度の抑うつや疲労困憊といった気分から、極度にエネルギーになったり、いらいらしたり、過度に興奮した感情に移っていくものである。
- » いらだち、怒り、幸福感などの気分の記録を毎日つけるなど、**気分をモニターする方法**が必要である。
- » **規則正しい睡眠サイクル**の維持が重要である（毎晩同じ時間に布団に入る、病前と同じ量の睡眠をとるよう努める、普段より短時間の睡眠は避けるなど）。
- » 睡眠が短くなる、浪費が増える、普段よりもエネルギーに満ちている感覚があるといった症状が再発した場合、これに気づき、治療を再開することにより**再発を予防する必要がある**。
- » 躁状態にある人は、**自分が病気であるという病識がなく**、むしろ幸福感と高いエネルギーを享受している。よって、再発予防策にはケア提供者を必ず含める。
- » **アルコールや他の精神作用物質**の摂取は避けるべきである。
- » **生活習慣の改善**は必要なだけ、つまり場合によっては永久に続けなくてはならないため、持続性を考慮した計画を立てるべきである。
- » 重要なライフイベント（死別など）の後には、**支援を求め**、家族や友人と話をするように勧めるべきである。

- » 仕事や学校の予定を適切に管理して睡眠不足になるのを予防したり、社会的支援システムを改善したり、重要な決定（特にお金に関わることや重要な義務に関する事項）について話し合っ、助言を求める、といった**一般的なコーピング方法**が強化される必要がある。
- » **家族の身体・社会的ニーズおよび精神保健のニーズ**を考慮する。
- » **信頼関係の構築**: 双極性障害のある人にとって、良好な治療同盟は特にアドヒアランスを改善し長期予後の良いものとする可能性があり、医療提供者と双極性障害のある人との相互的な信頼関係構築は不可欠である。

2.2 社会的ネットワークの再活性化

- » 以前の社会的活動の中で、再開することにより、直接的間接的な心理社会的支援をもたらす可能性のあるものを同定する（家族間の集まり、友人との外出、隣人を訪問すること、職場での社会的活動、スポーツ、地域活動など）。
- » このような社会的活動を再開するよう積極的に推奨し、家族メンバーにも助言する。

2.3 リハビリテーション

- » 利用可能なフォーマルまたはインフォーマルなシステムを利用し、本人やケア提供者が彼らの文化的環境に適した経済的、教育的、文化的活動に参加できるような機会を設ける。
- » 通常の雇用を新たに獲得したり続けたりすることが困難な人に対し、支援付きの雇用を考慮する。

2.4 フォロアアップ

- » **定期的なフォロアアップが求められる**。再発率は高く、躁状態にある人は治療の必要性を理解できないことが多いため、治療アドヒアランスが守られないことは一般的であり、このような時期においてはケア提供者を巻き込むことが重要である。
- » フォロアアップ時には、毎回、症状、薬の副作用、服薬状況、心理社会的介入のニーズを評価する。
- » 躁の人の評価は頻繁に行うべきである。躁病エピソードが収束するまでは、より頻繁に行わなければならない。
- » 本人とケア提供者に対し、病気と治療についての情報、特に、躁の兆候と症状、症状のない場合も含むアドヒアランスの重要性、時に治療の必要性を理解することに困難を覚えるという特徴について、情報提供しなければならない。もしケア提供者や定期的に状況を確認してくれる人がいない場合、その人の関係者の中から誰かを見つけるように勧める。この場合、友達か家族のネットワークから見つけることが望ましい。

急性躁の治療

3.1 リチウム、バルプロ酸、カルバマゼピン または抗精神病薬

急性の躁の治療には、リチウム、バルプロ酸、カルバマゼピンまたは抗精神病薬を考慮する。リチウムは、臨床かつ検査室での血中濃度のモニタリングが可能な場合のみ検討する。抗精神病薬は効果の発現が気分安定薬よりも早いいため、症状が重篤である場合、使用を検討する。

用量、モニタリング、副作用などに関する詳細は、双極性障害の維持療法における気分安定薬に関するセクションと表を参照。

» BPD 4

抗精神病薬の使用の詳細は、精神病モジュールの薬理的介入を参照のこと。🔴 » PSY 3

3.2 ベンゾジアゼピン

いらだちを伴う躁状態にある人には、ジアゼパムをはじめとするベンゾジアゼピンの短期使用が効果的な場合がある。

ベンゾジアゼピンは耐性が発現するため、症状が改善し次第、徐々に中止すべきである。

3.3 抗うつ薬

もし抗うつ薬服用中の人に躁が発現した場合、抗うつ薬が躁病を悪化させるリスクと、薬を中断することによって生じる症状のリスクを考慮しながら、これらリスクのバランスに応じてすぐにあるいは徐々に、できる限り速やかに抗うつ薬の使用を中止する（うつ病モジュールの薬理的介入を参照のこと » DEP）。🔴

双極性障害のある人は、躁を誘発するリスクがあるため抗うつ薬、特に三環系抗うつ薬を単体で服用すべきでない。抗うつ薬は、リチウムや抗精神病薬またはバルプロ酸と併用する場合、躁を引き起こす可能性は減少する。

3.4 モニタリング

定期的に治療をモニターし、3週後および6週後に効果を評価する。

もし、6週後も改善が見られない場合、使用していない薬剤への変更や、抗精神病薬に気分安定薬を追加するといった他の薬剤の併用を考慮する。併用しても効果がない場合、**専門家に相談する**。🔴

双極性障害



BPD4

介入の詳細

双極性障害の維持療法

気分安定薬の選択 (リチウム、バルプロ酸、カルバマゼピン)

4.1 リチウム

- 臨床及び検査室での血中濃度のモニタリングが可能な場合にのみ、リチウムの投与を考慮する。
- リチウムの単剤療法は躁うつ双方の再発予防に効果を有するが、抗躁に最も効果を有する。
- リチウムによる治療を始める前に、可能な限り、腎機能の検査、甲状腺機能の検査、総血球数、心電図、妊娠検査を行う。

注意：

リチウムの有効治療域は狭く、リチウム治療の際には血清レベルの密なモニタリングが求められる。加えて、甲状腺機能の検査を6ヶ月から12ヶ月毎にする必要がある。検査室での検査が不能であったり現実的でない場合には、リチウムの投与は避けるべきである。間違った服薬やリチウムの突然の中断は再発リスクを高める。リチウムの供給が安定していない場合、リチウムの処方を行ってはならない。

- 少量の用量（300mg/毎晩）から開始し、7日ごとに血中濃度をモニターしながら0.6~1.0mEq/lまで徐々に用量を増やす。治療的血中濃度が達成された後は、2~3ヶ月毎に血中濃度を確認する。

- 双極性障害の維持療法としてのリチウムの効果を判断するには最低6ヶ月が必要である。
- 特に汗をかいた後、また長時間の静止や発熱の場合には水分補給をするよう助言する。
- 下痢や嘔吐がある場合、医学的な注意を払う。
- リチウムを服用している人は、医師の処方のない非ステロイド性抗炎症薬を避ける。
- 代謝あるいは呼吸の問題が生じた場合、最大7日間リチウム治療を中断する。

4.2 バルプロ酸

- バルプロ酸による治療を始める前に、心臓血管、腎臓、肝臓の疾患の既往歴を調べる。
- 少量の用量（500mg/日）から開始し、目標の用量まで徐々に（患者の認容性に依じて）増やす。
- 効果、副作用、アドヒアランスを密にモニターする。血液疾患や肝臓疾患の兆候や症状を説明し、それらが現れた場合には速やかに医療的対応を求めるように助言する。
- もし耐えられないほどの副作用が続く場合、用量を減らす。服薬用量を減少しても効果がない場合、他の抗躁薬への切り替えを検討する。

4.3 カルバマゼピン

- もしリチウムやバルプロ酸が効果的でなかったり、認容性に問題がある場合、もしくはこれら薬剤による治療が可能でない場合には、カルバマゼピンを考慮する。
- カルバマゼピンによる治療を始める前および治療中には、心臓血管、腎臓、肝臓の疾患の既往歴を調べる。
- 少量の用量（200mg/日 就寝前）から開始し、600~1000mg/日まで徐々に増やす。
- 保健医療提供者は、肝代謝酵素誘導のため、2週間後に用量の調整を考慮する。
- もし耐えられないほどの副作用が続く場合、用量を減らす。服薬用量を減少しても効果がない場合、他の抗躁薬への切り替えを検討する。

妊婦に対しては、リチウム、バルプロ酸、カルバマゼピンの使用は避ける。妊娠の可能性のある年齢の女性においては、これらの薬物のリスクと利益を比較検討する。

もし再発を繰り返したり、機能障害が継続する場合、異なる気分安定薬に切り替えるか、別の気分安定薬を追加する。

専門家に相談する。

双極性障害の維持療法

4.4 気分安定薬の中断

- » 躁および抑うつ状態がしばらく見られない場合（双極性障害のエピソード間寛解期）、3ヶ月毎にフォローアップする。治療を継続し、再発を厳密にモニターする。
- » 最後の双極性エピソードから最低2年間は気分安定薬による維持療法を継続する。
- » もし精神病症状のある重症エピソードや度重なる再発がある場合、2年経過後の維持療法を中断する決定に関しては**専門家に相談する**。
- » 服薬を中止する際は、数週間から数ヶ月かけて徐々に減らしていく。
- » もし他の薬剤に変更する場合、最初の薬剤とその薬剤を2週間併用し、次第に初めの薬剤の量を減らしていく。

表：気分安定薬

この表は、投薬、用量、副作用について網羅的な指針を示すことを意図したものではなく、簡便な参考情報でしかない。更なる詳細については、*[Pharmacological Treatment of Mental Disorders in Primary Health Care]* (WHO, 2009) に記載されている (http://www.who.int/mental_health/management/psychotropic/en/index.html)。

薬剤	リチウム	バルプロ酸	カルバマゼピン
開始用量 (mg)	300	500	200
標準的有効量 (mg)	600-1200	1000-2000	400-600
投与経路	経口	経口	経口
有効血中濃度	0.6-1.0mEq/ℓ 躁：0.8-1.0mEq/ℓ 維持：0.6-0.8mEq/ℓ 定期的な血清濃度のモニタリングが必須	定期的には必要ない	定期的には必要ない
代表的な副作用	協調運動障害、多尿、多発形成障害、認知的問題、不整脈、尿崩性、甲状腺機能低下	肝臓疾患を伴う場合は注意が必要、頭髮の脱毛、稀に膵炎の可能性	複視、協調運動障害、発疹、肝酵素上昇、稀にスティーブンス・ジョンソン症候群、再生不良性貧血
鎮静	++	++	++
震え	++	++	++
体重増加	++	++	++
肝毒性	-	++	+
血小板減少	-	+	+
白血球減少、中等症無症候性	-	+	+

てんかんは、特に誘因のない反復性の発作を特徴とする慢性の病態である。いくつか原因があり、遺伝的なものや分娩時外傷、脳感染および頭部損傷の既往症が考えられる。特異的な病因が特定できないこともある。発作は脳での異常放電が原因で起こり、さまざまな種類がある。てんかんのある人には2種類以上の発作が起きる可能性がある。発作には大きく分けてけいれん発作と非けいれん発作の2種類がある。非けいれん性てんかんには、意識、行動、情緒および知覚（味覚、嗅覚、視覚、聴覚など）の変化といった他の精神疾患の症状とほぼ同じ特徴がみられるため、混同されることがある。けいれん性てんかんには突然の筋収縮などの特徴があり、倒れて硬直状態になった人では、筋肉の弛緩と硬直が交互に起きる。腸や膀胱の調節機能が喪失することもある。けいれん性てんかんの方が大きなスティグマ（偏見）を伴い、罹患率や死亡率が高い。ここではけいれん性てんかんのみを取り上げる。

てんかん/発作

アセスメント（評価）とマネジメント（対応）ガイド「緊急の場合」



緊急の場合のアセスメントとマネジメントは同時進行が必要！

1. けいれんまたは意識消失が見られるか？

測定する

- » 血圧、体温、呼吸数

下記の症状は診てとれるか

- » 重篤な頭部・脊椎外傷の兆候
- » 瞳孔の散大、針穴瞳孔、不同瞳孔、対光反応の消失
- » 髄膜炎の兆候
- » 局所神経障害

下記を尋ねる

- » 意識がなければ付添者に最近けいれんがなかったか尋ねる
- » 意識障害、けいれんの持続時間
- » けいれんの回数
- » 頭部外傷または頸部損傷の既往
- » その他内科的疾患、投薬治療および中毒（有機リン酸エステル中毒など）、物質使用（精神刺激薬中毒、ベンゾジアゼピン、アルコール離脱など）» ALCおよび» DRU
- » てんかんの既往

はい

全例を対象に

- » 気道、呼吸、循環を確認。
- » 負傷しないように保護。火気など損傷の恐れのある場所を避け、安全な場所を確保。
- » 一人にしない。可能なら助けを求めろ。✖
- » 体の側面を下にして寝かせ、誤嚥を防ぐ。
- » 口内に何も入れない。✖

はい

けいれんがみられる場合

- » 点滴をして、ゆっくりと水分を補給する（30滴/分）。
- » グルコースを静脈内投与する（成人には50%グルコースを50ml、子どもには10%グルコースを2~5ml/kg）。
- » 可能であれば、ジアゼパム10mg（子ども：1mg/歳）をゆっくりと静脈内投与するか、ロラゼパム4mg（0.1mg/kg）を静脈内投与。（訳者注：ロラゼパムの注射薬は本邦では未認可）
- » 静脈ラインの確保が困難である場合、ジアゼパム（上記と同用量）を直腸内投与する。
- » **ジアゼパムを筋肉内投与しないこと。** ✖
- !» **ジアゼパムの初回投与後10分経ってもけいれんが治まらない場合、ジアゼパムかロラゼパム（初回と同用量）を再度投与し、大至急病院に紹介する。** ⊕
- » **ジアゼパム投与は2回以上は行わない。** ✖

妊娠を除外



妊娠後期または分娩後1週間以内で、

かつ、てんかんの既往がない場合、

子癇の疑いあり

- » **硫酸マグネシウム10gを筋肉内投与。** 注射器に同剤5g（50%溶液を10ml）と2%リグノカイン1mlを入れ、片側臀部上外1/4の部位に深く筋肉内投与。
- » **拡張期血圧が110mmHgを超えたら、ヒドララジン5mgをゆっくり（3~4分）静脈内投与する。** 静脈内投与ができない場合には、筋肉内投与する。拡張期血圧が90mmHgを超えた状態が持続する場合、90mmHg前後に落ち着くまで30分間隔で投与を繰り返す。総用量が20mgを超えないこと。
- !» **大至急病院に紹介し、各国の妊婦、分娩、産後ケア管理指針に従うこと。** ⊕

はい

頭部外傷、頸部損傷または神経感染症が疑われれば

- » 上記の通り、けいれんを管理する。
- !» **大至急病院に紹介する。** ⊕
- » **頭部損傷および頸部損傷の場合、頸椎損傷の恐れがあるので、頸部を動かさない。** ✖
- » **神経感染症の場合、各国の指針に従って感染症を管理する。**

てんかん/発作

EPI 1

アセスメント（評価）とマネジメント（対応）ガイド※緊急の場合



2. けいれんが持続しているか？

けいれんが

- » 30分以上持続している
- または
- » 発作が頻発するために、次の発作までに意識が回復しない
- または
- » ジアゼパムを2回投与しても奏効しない

疑われる状態
てんかん重積状態



⊕ 大至急病院に紹介し、病院で対応。

- » 気道、呼吸、循環を確認する。
- » 酸素吸入をする。
- » 多様な薬物が複合的に投与されていれば挿管/換気が必要かを確認する。
- » 体の側面を下にして横に寝かせ、誤嚥を防ぐ。
- » けいれんが持続している間は口内に何も入れない。⊗

投与

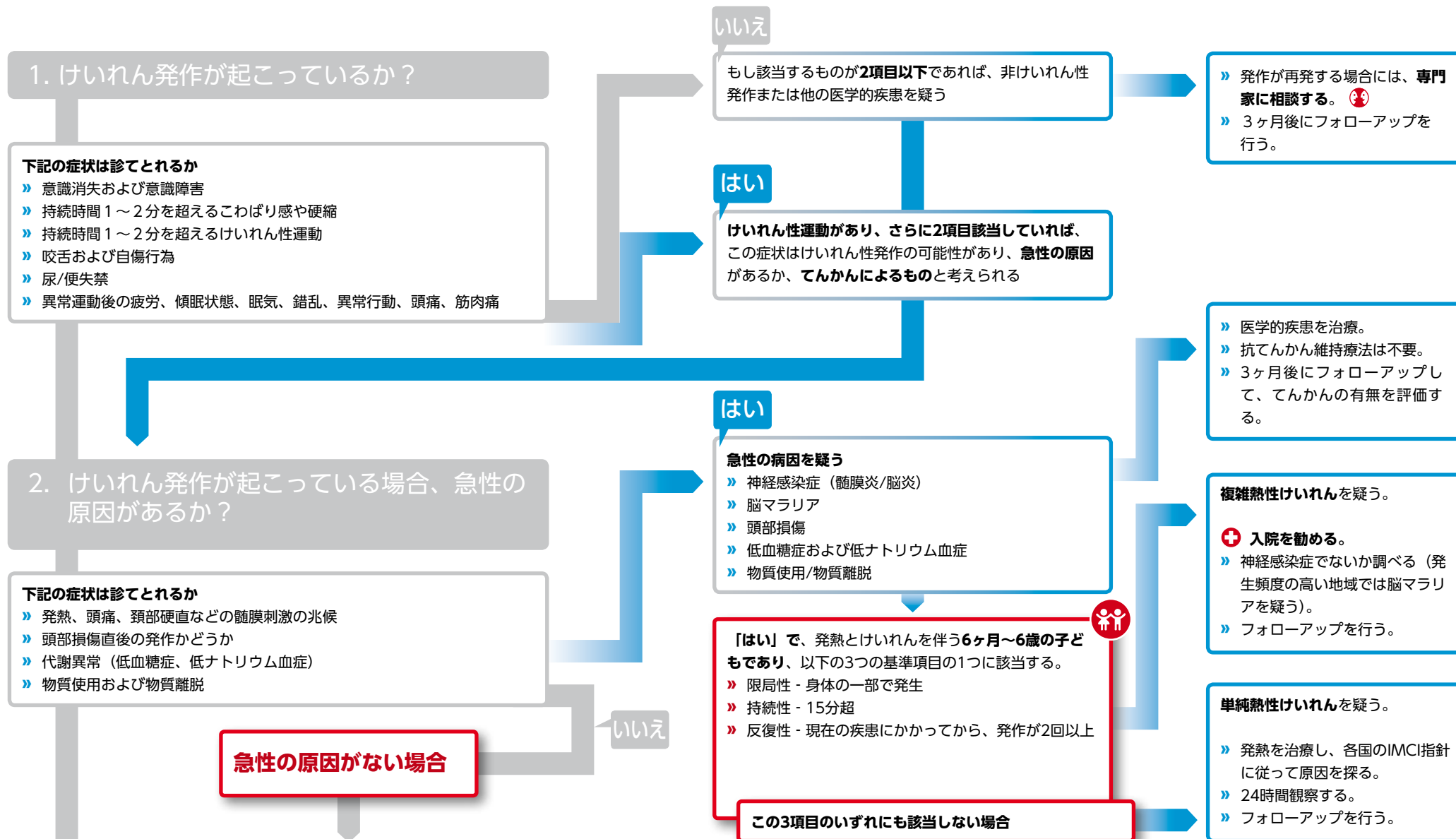
- » フェノバルビタール10~15mg/kgを静脈内投与（速度100mg/分）、または
- » フェニトイン15~18mg/kgを60分かけて静脈内投与する（ジアゼパムとは別ライン）。フェニトインは腐食性が強く、血管外遊出すると重大な局所損傷を起こす可能性があるため、静脈ラインの確保が重要。

けいれんが持続していれば

- » （可能であれば）他の薬を投与するか、フェニトイン10mg/kgを30分かけて追加静脈内投与する（ジアゼパムとは別ライン）。
- » 呼吸抑制を起こさないようにモニターする。

緊急の場合のアセスメントとマネジメントは同時進行が必要！





てんかん/発作

EPI 1

アセスメント（評価）とマネジメント（対応）ガイド

急性の原因がない場合

3. 過去1年間、日を違えて2回以上のけいれん性発作を起こしたことがあるか？

下記を尋ねる

- » 重症度
 - 発生頻度
 - 過去1年間の発生回数
 - 直近の発作発生時期
- » 有力なてんかんの原因（出生時仮死、分娩時外傷、頭部損傷および脳感染症の既往、けいれんの家族歴）

いいえ


はっきりした原因がなく、単発のけいれん性発作を起こした

てんかんではない。

- » 抗てんかん薬の維持療法は不要。
- » 3ヶ月後にフォローアップする。他にけいれんを示唆する異常運動があれば、てんかんの可能性を評価する。

はい

もし「はい」なら、**てんかんを検討**

- » 抗てんかん薬投与を開始  » **EPI 2.1**。フェノバルビタール、フェニトイン、カルバマゼピンおよびバルプロ酸ナトリウムのいずれか。» **EPI 2.3**
- » 疾患、生活習慣、安全性の問題、アドヒアランスの重要性、定期的なフォローアップについて教育する。» **EPI 3.1**
- » 定期的にフォローアップする。» **EPI 2.2**

4. 特別なグループに属する人たち

子どもにおいては、知的能力障害（発達症/発達障害のモジュール参照 » DEV）や、行動上の問題（行動症/行動障害のモジュール参照 » BEH）に関連がないか調べる。

出産可能年齢の女性

5. 併存症状

うつ病や精神病もしくは自傷が存在する可能性を考慮する。（mhGAP介入ガイドマスターチャート参照）

はい

知的能力障害や行動症/行動障害に関連する場合

- » 使用可能であればカルバマゼピンもしくはバルプロ酸を考慮する。 » EPI 2.3（フェノバルビタールやフェニトインは避ける）
- » 関連する知的能力障害や行動症/行動障害を管理する。 Ⓞ
- » DEV » BEH

はい

妊娠中である場合

- » 全ての出産可能年齢の女性に葉酸摂取(5mg/日)を勧める。 Ⓞ
- » 全ての出産可能年齢の女性にバルプロ酸の使用は避ける。 ✖

はい

授乳中である場合

- » 妊娠中の女性にバルプロ酸の使用は避ける。 ✖
- » 妊娠中の女性に多剤併用療法は避ける。 ✖
- » 病院で出産するよう勧める。 ⊕
- » 出産時に、出血性の疾患を防ぐため新生児に1mgのビタミンKを筋肉注射する。

はい

併存症状がある場合

- » フェノバルビタール、フェニトイン、カルバマゼピンかバルプロ酸のいずれかを開始するか、すでに抗てんかん薬の治療が開始されていた場合はその薬剤を継続する。

- » てんかんと併存症状の両方を管理する。 Ⓞ

てんかん/発作



EPI2

介入の詳細

薬理的治療と助言

2.1 抗てんかん薬治療の開始

！
 大多数のけいれん発作は抗てんかん薬によってコントロール
 することができる。（発作を止めたり頻度を減らすことができ
 る）

- » 各国で利用できる基準に従って、フェノバルビタール、フェニトイン、カルバマゼピン、バルプロ酸ナトリウムを処方する。
- » 1種類のみ抗てんかん薬で治療を開始する。
- » 低用量で治療を開始し、発作のコントロールが完全に得られるまではゆっくりと増量する。
- » 治療の目的は、少ない維持量で発作を完全にコントロールすることである。
- » てんかんのある人や家族に以下のことを告げる。
 - 効果発現の時期と治療の時間経過
 - 可能性のある副作用とこれらの症状の危険性：それらが苦痛であるならば速やかに医療的援助を求めるため
 - 飲み忘れによる突然の薬剤中断/離脱症状の危険性
 - 定期的なフォローアップの必要性
- » 本人や家族にけいれん発作が起きた日付を記録してもらう。
- » 併存する医学的疾患のために以下のことを行う：抗てんかん薬を処方する前に薬剤性疾患や薬物間相互作用について考察する。各国の医薬品集やWHO処方集を参照。

2.2 フォローアップ

- » 症状の変化と副作用、アドヒアランスについて質問し調べる。
- » 副作用は高用量の抗てんかん薬によって引き起こされている（例えば、傾眠、眼振、複視、運動失調など）、もしくは特異体質によって引き起こされている（例えばアレルギー反応、骨髄抑制、肝不全など）可能性がある。それぞれの抗てんかん薬の詳細については、EPI2.3を参照。» **EPI 2.3**
- » 抗てんかん薬の正しい用量とは、副作用がなく完全にけいれん発作をコントロールできるような最小限の用量である。
- » ある決まった用量で副作用が出た場合は、薬剤を減量する。特異体質による反応が起きた場合は、その薬剤を中止し、別の抗てんかん薬に切り替える。
- » アドヒアランスが良いにも関わらず、反応が乏しい（けいれん発作の頻度の低下が50%未満である）場合、最大耐用量まで増量する。
- » それでもなお反応に乏しい場合は、別の薬剤での単剤治療を試みる。2番目の薬剤を開始し十分量もしくは最大耐用量まで増量してから、その後最初に使用していた薬剤をゆっくりと漸減する。
- » **けいれん発作が高頻度で起きる場合や、薬剤の高用量の使用によって副作用が引き起こされた場合、完全にけいれん発作がなくなることが決して治療の目標ではない。**

- » 2種類の抗てんかん薬の単剤治療を試みてもしけいれん発作が続くときは、診断（併存疾患を含む）やアドヒアランスを見直し、必要であればさらなる評価と治療を行うために専門家に相談する。
- » 副作用がある場合や反応が乏しい場合は毎月フォローアップする。
- » けいれん発作が十分コントロールされていれば、3ヶ月に1度の診察を続ける。

抗てんかん薬の中止方法と中止の時期

- » 過去2年間にけいれん発作がない。
- » けいれん発作が再発する危険性を検討し、本人・ケア提供者と一緒に決定について話し合う。
- » てんかんの症例によっては、長期間にわたる抗てんかん薬が必要となる場合がある。例えば、頭部外傷や感染性脳炎による二次性てんかんやコントロールの難しいけいれん発作などの症例である。
- » 2ヶ月以上かけて徐々に減量する。

介入の詳細

2.3 薬理的療法と助言

フェノバルビタール

- » 1日1回のみの内服でよい。
- » 就寝前に投与する（日中の眠気を減らすため）。
- ⚠️ 成人：1mg/kg/日（60mg錠）から開始し2週間続ける。反応が乏しい場合は、2mg/kg/日（120mg）まで増量し2ヶ月間続ける。けいれん発作が続く場合は、3mg/kg/日（180mg）まで増量する。
- ⚠️ 子ども：2mg/kg/日から開始し2週間続ける。反応が乏しい場合は、3mg/kg/日まで増量し2ヶ月間続ける。けいれん発作が続く場合は、最高6mg/kg/日まで増量する。
- » フェノバルビタールの血中濃度が安定するまで14～21日間の継続的な管理が必要である。それゆえ、けいれん発作がこの期間に起きても治療の失敗とみなしてはいけない。
- » 副作用：用量依存的出現：傾眠、不活発、子どもにおける多動。
特異体質的出現：皮膚発疹、骨髄抑制、肝不全。

カルバマゼピン

- » 薬剤は1日2回内服。
- » 定常状態に達するまで8日間かかる。
- » 副作用：皮膚のアレルギー反応（重篤となり得る）やかすみ目・複視（二重視）・運動失調（失調歩行）・嘔気。後者の症状はたいてい治療開始時が高用量使用時にみられる。

フェニトイン

- » ⚠️ 子どもは1日2回内服、⚠️ 成人は1日1回内服。
- » 少量の増量でも血中濃度が大きく変動することがあるため、増量は25～30mgずつ行うべきである。
- » 用量依存的出現：傾眠、運動失調、不明瞭言語、筋攣縮、精神の錯乱、顔面の粗大化、歯肉過形成、多毛（まれ）。
特異体質的出現：貧血やその他の血液学的異常、皮膚発疹を含む過敏性反応、肝炎。

バルプロ酸

- » 種々の製剤が利用できる。通常は1日2もしくは3回内服。
- » 副作用：鎮静と振戦（用量依存的出現）、一時的な脱毛（普通は6ヶ月以内に再生する）、体重増加、肝機能障害（特異体質的出現）。

	子ども		青年/成人	
	初期用量	維持量	初期用量	維持量
カルバマゼピン	5mg/kg/日	10-30mg/kg/日	100-200mg/日	400-1400mg/日
フェノバルビタール	2-3mg/kg/日	2-6mg/kg/日	60mg/日	60-180mg/日
フェニトイン	3-4mg/kg/日	3-8mg/kg/日 (最大1日300mg)	150-200mg/日	200-400mg/日
バルプロ酸	15-20mg/kg/日	15-30mg/kg/日	400mg/日	400-2000mg/日

てんかん/発作



EPI2

介入の詳細

心理社会的治療と助言

3.1 てんかん/発作のある人とケア提供者への心理教育

以下のことを説明する

- » てんかん/発作とは何なのか（例：「発作やひきつけは脳に関係する問題である。てんかんは発作が再発するような病気である。てんかんは伝染病ではなく、また魔法や霊によって引き起こされるものではない」）。
- » 発作の特徴と可能性のある原因について。
- » 慢性的な状態ではあるが、発作は、75%の人では完全にコントロールされるものであり、そのような状態になれば、残りの人生は治療薬なしで生きていくことができるということ。
- » 種々の治療の選択肢について。
- » 病院に紹介する理由（紹介する必要があるときに）。

発作が起きている最中、家庭で取るべき措置

- » 呼吸しやすくし、分泌物や吐物を吸い込むのを防ぐため、頭部を横向きにして寝かせる。
- » きちんと呼吸をしているか確認する。
- » 決して、押さえつけたり、その人の口に何か物を入れてはいけない。
- » 発作が治まり、その人が覚醒するまで傍にいる。
- » てんかんのある人は、発作が起きそうであることがわかったり、感じることもある。そのような場合は、転倒から身を守るために、どこか安全な場所に横になるべきである。
- » てんかんは伝染病ではないので、助けることでてんかんがうつることはないと考えておく。

生活様式の問題を検討する

- » てんかんのある人は普通の生活が送れる。結婚し子どもを持つこともできる。
- » 両親は、子どもにてんかんがあるからといって、学校に通わせないことがあってはならない。
- » てんかんのある人も、ほとんどどんな仕事にも就くことができる。しかしながら、重機を扱うもしくは重機の近くで働くような仕事は避けるべきである。
- » てんかんのある人は直火で料理することや一人で水泳を行うのは避けるべきである。
- » てんかんのある人は過度のアルコールと嗜好品の摂取、普段より少ない睡眠や閃光のある場所に出かけることなどは避けるべきである。
- » 運転とてんかんの問題に関係する国の法律は守る必要がある。

発達症/発達障害とは、知的能力障害/精神遅滞や、自閉症を含む広汎性発達障害などを含んだ包括的な用語である。これらの障害は通常小児期に発症し、中枢神経系の成熟に関連した機能における障害または遅延がみられ、他の多くの精神障害に特徴的な寛解と再燃を繰り返す経過ではなく、一定した経過をたどることが多い。小児期の発症にもかかわらず、成人期まで持続する傾向がある。発達症/発達障害のある人は、身体疾患に対してより脆弱であり、かつ mhGAP 介入ガイドで述べている他の優先度の高い状態・疾患に陥りやすい。よって保健医療提供者はそれらの人々により多くの注意を払う必要がある。

知的能力障害

知的能力障害は、発達段階を通じての複数の発達領域（認知、言語、運動、社会性）に及ぶ能力の障害によって特徴付けられる。知的能力が低いために、毎日の生活に必要なことに順応する能力が減退する。知能指数（IQ）検査は個人の能力の指標となりえるが、その妥当性が確認されている集団においてのみ使用されるべきである。

広汎性発達障害（自閉症を含む）

広汎性発達障害の特徴は、社会的行動、コミュニケーションおよび言語における障害と、興味の範囲の狭さと各人に特有な反復性の行動である。幼児期または小児期早期に発症する。常にではないが、通常はある程度の知的能力障害を伴う。上記の行動は、しばしば知的能力障害のある人にもみられる。

1. 発達の遅延があるか？

子どもの発達を、その地域の発達の指標または同じ国の同年齢の子とも比較することにより評価する。

(例えば、笑う、座る、ひとり立ちする、歩く、話す、指示を理解する、他者とコミュニケーションをとるなどができるようになった年齢を同定する)

児童に対しては、学校の勉強や毎日の家庭での活動にどう取り組んでいるかについても留意する。

下記を尋ねる

- » コミュニケーションにおける奇妙さ（例えば言語の社会的慣習の欠如、言語使用の柔軟性の欠如など）
- » 限定的、反復的（常同的）な行動・興味・活動のパターン
- » これらの特徴がみられる時期、連続性、推移
- » それまでに獲得された能力の喪失
- » 発達症/発達障害の家族歴
- » 視覚・聴覚障害の存在
- » てんかんの併存
- » 運動障害または脳性麻痺の兆候の併存

はい

もし発達の遅延や前述のコミュニケーションや行動における奇妙さがあるとき

ヨード欠損を含む栄養失調や医学的な疾患があるか

はい

» IMCIガイドラインを使用して、ヨード欠損を含む栄養上の問題と医学的な疾患について対処する。

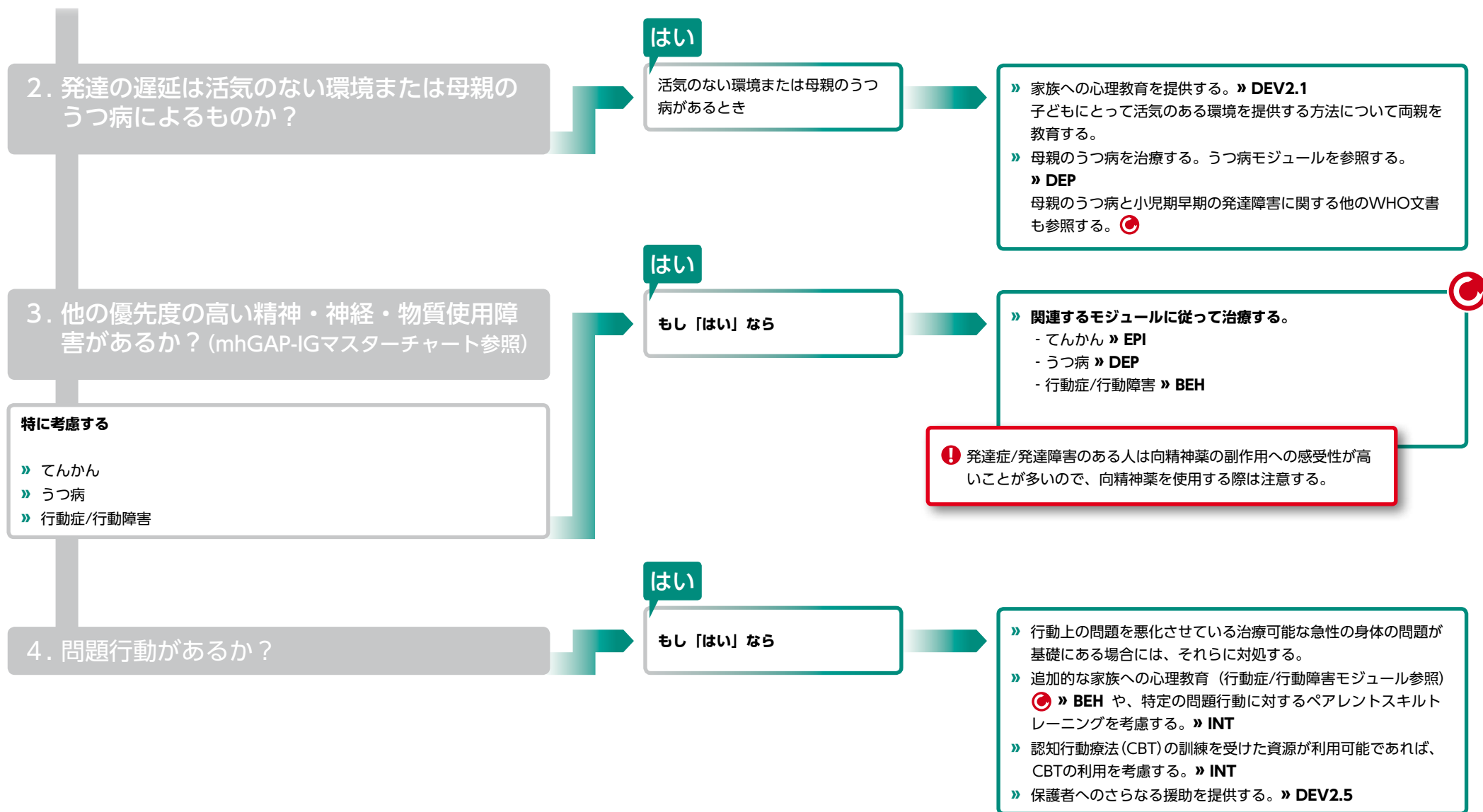
全てのケースにおいて

- » 家族への心理教育を開始する。» DEV2.1
- » 利用できるならば、ペアレントスキルトレーニングを考慮する。» INT
- » 利用できる教育上ならびに社会的なサービスについて情報を提供し、それらと協力する。
- » 子どもとその保護者に同意を得たうえで子どもの学校と連絡をとり、助言を与える。» DEV2.2
- » もし利用できるならば専門家に相談した上で、現在の適応的な機能のレベルを評価する。🧠
- » 視覚・聴覚障害のような併存する医学的な問題に対処する。
- » 生活上困難と予想される状況に対しての援助を提供する。
- » 地域密着型リハビリテーションサービスを促進し協力する。» DEV2.3
- » 子どもと家族の人権の増進と擁護を援助する。» DEV2.4
- » 保護者を援助する。» DEV2.5
- » 利用できるならば、病因のさらなる評価について専門家に相談する。
- » 定期的フォローアップする。» DEV2.6

発達症/発達障害

DEV1

アセスメント（評価）とマネジメント（対応）ガイド



心理社会的治療と助言

2.1 家族への心理教育

心理教育は発達症/発達障害のある人とその家族が対象となるが、状況の重篤さと日常生活における家族の構成員の役割と重要性による。親または家族の重要な構成員は、次のように教育を受けることが必要である。

- ▶ 発達症/発達障害のある子どもを受け入れ、世話をする。
- ▶ その子どもにとって何がストレスとなり、何を幸せに感じるか、何が問題行動を引き起こし、何がそれを防ぐのか、その子どもの得意なこと・苦手なこと、最もよい学習方法は何かを学ぶ。
- ▶ 新しい状況に直面したときに困難を感じるかもしれないことを理解する。
- ▶ 食事、遊び、学習、睡眠など、規則正しい日課を立てる。
- ▶ 単純な作業を一度に一つ行うことから始め、日常生活に参加させる。
- ▶ 可能な限り学校に登校させる。たとえ限られた時間でも、普通学級に通わせることが望ましい。
- ▶ 一般的な衛生状態に気をつけ、子どもにセルフケアについて教える。
- ▶ よい行動に対しては褒め、行動に問題があった場合には褒めない。
▶ BEV2.1
- ▶ 子どもを虐待から守る。

▶ 子どもが安心でき、快適で、好きなように動き回り遊ぶことができる、目に見える境界線に区切られた安全地帯をもつ権利を尊重する。

▶ 同様の問題をもつ子どもの親と交流し、情報を共有する。

2.2 教師への助言

▶ **特殊な教育上のニーズへの対処法について計画を立てる。簡単なコツとしては以下のとおり。**

- 教室の前のほうに座るよう求める。
- 課題について理解できるように十分な時間を与える。
- 長い課題は小さく分ける。
- いじめがないか注意し、あれば止めさせるための適切な行動をとる。

2.3 地域密着型リハビリテーション (Community-based rehabilitation : CBR)

CBRは、障害のある人とその家族の生活の質を向上させるために、地域社会の協力を得ることに焦点を当て、基本的なニーズへ対応し、社会にとけ込み参加することを確実にしていくものである。CBRでは、障害のある人自身の地域で、主に地元の資源を使ったリハビリテーションに参加できるようになる。これらは、家庭、学校、地域の中心的な場所で行われる。また、発達症/発達障害のある子どもとその家族、地域社会、適切な医療・教育・就労・社会サービスとの間の協力体制を通じて実施される。これにより、障害のある人の人権を尊重し保護する気風を育て、子どもを教育し、家族に力を与え、ストレスの軽減に役立ち、発達症/発達障害への対処方法の改善となる。介入の範囲は広く、日常生活から学校の紹介、職業訓練、両親への支援にまで及び。

2.4 子どもと家族の人権の促進と擁護

- ▶ ケアについての一般的な原則を再確認する。基本的人権と人間の尊厳に関する問題に十分注意を払う。
 - インフォームドコンセントがない場合には、介入を開始してはならない。虐待を予防する。
 - 施設に収容することを避ける。
 - 通学や他の形態での教育の機会を促進する。

2.5 保護者への援助

- ▶ 保護者にとっての心理社会的な影響を同定する。
- ▶ 保護者のニーズを評価し、家族の生活や雇用、社会的活動、健康にとって必要な援助と社会資源の活用を勧める。レスパイトケア、すなわち他の信頼できる者が一時的にケアの提供を代わることができるよう調整する。

発達症/発達障害



介入の詳細

心理社会的治療と助言

2.6 フォローアップ

- » 定期的にフォローアップする。
- » 小児期早期では IMCI ガイドラインを使用してフォローアップする。
- » 紹介の基準
 - 発達と行動に改善がみられないとき、またはさらに悪化がみられたとき。
 - その子どもや他の人への危険が予見されるとき。
 - 身体的な健康が害されるとき（例えば栄養問題など）。

どこに紹介するか

- » (a) 上記の紹介の基準を満たし、かつ (b) 認知、言語、運動、社会性といった複数の発達領域に及ぶ全般的な遅延という知的能力障害に合致する症状があるとき
 - 施設に収容することは避ける。
 - 利用可能であれば、外来で行われる知的能力障害を専門としたサービスを紹介する。
 - 利用可能であれば、外来で行われる言語療法サービスを紹介する。
- » (a) 上記の紹介の基準を満たし、かつ (b) 社会的相互作用、コミュニケーションおよび行動（限定的/反復性）の問題という広汎性発達障害に合致する症状があるとき
 - 施設に収容することは避ける。
 - 利用可能であれば、外来で行われる広汎性発達障害または自閉症を専門としたサービスを紹介する。

発達症 / 発達障害の予防

- » 妊婦に対してケアを提供し、栄養障害と感染症を予防・治療する。安全な分娩を提供し、分娩後に新生児にケアを提供する。幼児、子どもの頭部外傷と神経系感染症、栄養障害を予防する。
- » 十分に養育されておらず頻繁に病気になったりするなど、リスクの高い子ども達を同定してケアを提供する。両親との面談や家庭への訪問を行う。
- » 母親と幼児の相互関係を改善する方法と、その子どもに心理社会的刺激を与える方法について両親を教育する。
- » 母親にうつ病がある場合には、母親の治療を開始する。心理社会的介入を提供することが望ましい。
- » うつ病や他の精神・神経・物質使用による問題をかかえる母親に対して、追加的な心理社会的援助を提供する。これには家庭への訪問、心理教育、母への子育てに関する知識の提供などが含まれる。
- » 妊娠中または妊娠を計画している女性は、禁酒を考えるべきである。受胎直後の数週間であっても、脳の発達は特にアルコールの影響を受けやすい。

他の WHO 情報源

- » IMCI : http://www.who.int/child_adolescent_health/topics/prevention_care/child/imci/en/index.html
- » 妊娠の安全化 : http://www.who.int/making_pregnancy_safer/en/
- » 精神障害の予防 : http://www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_of_mental_disorders_sr.pdf

「行動症/行動障害」は、多動性障害や注意欠如・多動症/注意欠如・多動性障害（ADHD）、他の行動症/行動障害などの特異的な障害を含む包括的な言葉である。様々な程度の行動に関する症状は、一般的によくみられるものである。家庭や学校など複数の状況で、中等度から重度の心理・社会的、教育・職業に関わる障害がある子どもと青年に対してのみ、行動症/行動障害と診断すべきである。行動症/行動障害のある子どもの一部では、その問題が成人期まで持続することもある。

注意欠如・多動症/注意欠如・多動性障害（ADHD）

主な特徴は、注意障害と過活動である。注意障害とは、急に課題を中断したり、活動を終了させないまま放っておくことである。その子どもや青年は、頻繁に一つの活動から別の活動へと行動を移す。子どもや青年の年齢・知性に対して、このような持続力や注意力の不足が過度であり、正常な機能と学習に影響する場合でのみ、障害と診断すべきである。過活動とは、静かにしなければならない状況での過度の落ち着きのなさを意味し、そこら中を走ったり飛び跳ねたり、じっと座っていることが要求される場面でいすから立ち上がったたり、過度におしゃべりしたり騒いだり、あるいはソワソワしたりモジモジしたりする。このような特徴的な行動の問題は早い時期に発症し（6歳未満）、持続期間が長く（6ヶ月を超える）、そして1つの状況だけに限定されるものではない。

他の行動症/行動障害

非常に頻度の多い激しいかんしゃくと、持続する重度の反抗がみられる。素行症/素行障害は反社会的、攻撃的あるいは挑戦的な行為が、繰り返し継続するパターンが特徴である。そのような行動は最も極端な場合には、普通の子どものぽいいたずらや、思春期の反抗心に比べ、はるかに重度でなくてはならない。行動に関する例を挙げると、過度のレベルのけんかや、いじめ、動物や他者への残酷行為、放火、所有物に対する激しい破壊行為、窃盗、繰り返し嘘をついたり学校や家から逃げ出す行為などがある。他の行動症/行動障害の有無に関しては、子どもや青年の発達上のレベルと問題行動の持続期間（少なくとも6ヶ月間）を考慮して判断すべきである。

1. 不注意と過活動の問題を抱えているか？

本人と保護者に以下を尋ねる

- » 不注意
 - » 課題をすぐに中断してしまう
 - » 課題を未終了のまま放置してしまう
 - » ある行動から次の行動へと頻繁に移る
- » 多動
 - 過活動（内容や状況に対して過剰）
 - じっと座ってられない
 - 過剰なおしゃべりや騒がしさ
 - そわそわしたり、もじもじしている
- » 発症年齢と複数の状況における持続性
彼らは親、教師、兄弟、友達との間、またはそれらすべての間でトラブルを抱えていることもある。
問題がただ1つの領域に限られるのであれば、その領域で特定の原因を考慮する。

» 症状が、その子どもの発達上のレベルに見合ったものかどうか評価する

» 以下の影響を検討する

- 社会的、家族的、教育的、職業的因子
- 医学的問題


除外する



- » **行動症/行動障害を引き起こす可能性のある医学的疾患あるいは他の優先度の高い状態・疾患**
(例、甲状腺機能亢進症、うつ病、アルコールまたは薬物使用)

はい

- もしいくつかの症状が認められ、かつ
 - » 複数の状況で持続している
 - » 年齢や知的レベルが同じ他の子どもたちよりも著しい
 - » 6歳以前からある
 - » 少なくとも6ヶ月間持続している
 - » 子どもとしての年齢相応の機能が著しく損なわれている

があれば、**注意欠如・多動症/注意欠如・多動性障害（ADHD）**を考慮する

- » 家族に心理教育を提供する。» **BEH 2.1**
- » 利用可能ならペアレントスキルトレーニングを考慮する。» **INT**
- » 学校へ通っており、本人と保護者から承諾が得られるなら、学校の先生と連絡をとって、教育上の特別なニーズに関するアドバイスと計画を提供する。» **BEH 2.2**
- » 利用可能性に基づいて認知行動療法（CBT）や生活技能訓練などのような心理社会的介入を考慮する。» **INT**
- » 家族が、子どもの行動に影響を与えている社会的および家庭内の問題に対処できるようサポートする。利用できるなら問題解決技法を利用する。» **INT**
- » 行動症/行動障害が保護者に与える影響を評価し、彼らに個人的、社会的、精神的健康のニーズに関するサポートを提供する。» **BEH 2.3**
- » もし保護者にうつ病がある場合、mhGAP介入ガイドの適切なモジュールを参照する。» **DEP** 

- » 以下の場合には、メチルフェニデート使用に関して**専門家に相談する**。 
 - » **BEH 3**
 - 上記の介入がうまくいかなかった
 - 注意深い評価が行われている
 - 6歳以上である
 - » **メチルフェニデートは6歳未満の子どもに使用してはならない**。 
- » 副作用と、誤使用・享樂的使用の可能性をモニターする。
- » ケース記録に、詳細な処方内容と副作用を定期的に綿密に記録する。

行動症/行動障害

BEH 1

アセスメント（評価）とマネジメント（対応）ガイド

2. 他の行動症/行動障害の兆候を示しているか？

下記を尋ねる

- » 以下のような繰り返し継続する反社会的、攻撃的、挑戦的な行為があるか
 - ・ 過度のけんかやいじめ
 - ・ 動物や他者への残虐行為
 - ・ 所有物への激しい破壊行為
 - ・ 放火
 - ・ 窃盗
 - ・ 繰り返される虚言
 - ・ 学校の無断欠席
 - ・ 家出
 - ・ 頻繁で激しいかんしゃく
 - ・ 挑戦的で挑発的な振舞い
 - ・ 絶え間ない激しい反抗
- » 症状が始まった時期と持続期間

症状が子どもの発達上のレベルに見合ったものかどうか評価する

以下の影響を検討する

- » 社会的、家族内、教育的、職業的な要素
- » 医学的問題
- » アルコールまたは薬物使用

除外する

- » **行動症/行動障害を引き起こす可能性のある医学的疾患あるいは他の優先度の高い状態・疾患**（例、甲状腺機能亢進症、うつ病、アルコールまたは薬物使用）

はい

- もしいくつかの症状が存在し、かつ
- » 普通の子どもっぽいいたずらや思春期の反抗心と比較してはるかに重度である。
 - » 少なくとも6ヶ月持続している。
 - » 子どもの発達上のレベルに見合っていない。
 - » 重度の社会的、家庭内、教育的なストレス因に対する単なる反応ではない。

があれば、他の行動症/行動障害の診断を考慮する。

- » 家族に心理教育を提供する。» BEH 2.1
- » 利用可能ならペアレントスキルトレーニングを考慮する。» INT
- » 学校へ通っており、本人と保護者から承諾が得られるなら、学校の先生と連絡をとって、教育上の特別なニーズに関するアドバイスと計画を提供する。» BEH 2.2
- » 主要な生活変化（思春期、入学、または兄弟の出生など）を予測して、個人的・社会的サポートを準備する。
- » 利用可能性に基づいて認知行動療法（CBT）や生活技能訓練などのような心理社会的介入を考慮する。» INT
- » 行動症/行動障害が保護者に与える影響を評価し、彼らに個人的、社会的、メンタルヘルスのニーズに関するサポートを提供する。» BEH 2.3
- » 子どもと青年の行動症/行動障害に対して薬を使用しない。❌
前記した注意欠如・多動症/注意欠如・多動性障害に対してのみメチルフェニデート使用を考慮する。

3. 問題行動は恐怖や心的外傷に対する反応ではないか？

検討する

- » 子どもが家の外でいじめられたり、危害を加えられているか
- » 家の中で怪我もしくは脅威の懸念があるか
- » 親に何らかのサービスを必要とする優先度の高い状態・疾患があるか
(mhGAP介入ガイドマスターチャートを参照)

はい

もし「はい」なら

- » 親と面接する。
- » 親への教育と家庭訪問を行う。重大なリスクがあるとき、または介入に対して全く反応がないときは、他の利用可能な社会資源や専門家に関わりを求める。
- » 地域の法律に従って法的な介入を考慮する。
- » メンタルヘルスサービスが必要でそれらを受けることに同意した親に対して、アドバイスをを行いサービスを提供する。

4. 他の優先度の高い状態・疾患があるか？

(mhGAP介入ガイドマスターチャートを参照)

下記の症状は診てとれるか

- » 発達症/発達障害
- » うつ病
- » アルコールまたは薬物使用
- » てんかん
- » 精神病
- » 自殺行動

はい

もし「はい」なら

その障害に対する適切なモジュールに従って、併存する症状に対応する。

- » 発達症/発達障害 » DEV
- » うつ病 » DEP
- » アルコール使用障害 » ALC
- » 薬物使用障害 » DRU
- » てんかん » EPI
- » 精神病 » PSY
- » 自殺/自傷 » SUI

行動症/行動障害



BEH 2

介入の詳細

心理社会的介入

2.1 家族への心理教育

- » 行動症/行動障害のある子どもを受け入れ、世話する。
- » 子どもが許されることと許されないことに関して、一貫した態度を示す。
- » 好ましい行動を観察したら、ほめるか、または報酬を与える。そして、最も重大な問題行動に対してのみ対応する。厳しい対立あるいは予見できる難しい状況を避ける方法を見つける。
- » 子どもができそうな、よく見られる行動のいくつかに的をしぼって、行動を変化させていく。
- » 子どもには、してはならない事よりも、すべきことを強調した明確・簡単に短い指示を与える。
- » 決して肉体的、精神的に子どもを虐待してはならない。罰は、賞賛と比べて軽く行い回数も少なくする。例えば、子どもが適切に振る舞わなかったら、報酬（例、御馳走や娯楽活動）を差し控える。
- » 罰の代わりに、子どもが問題行動を示したときは短く明快な「タイムアウト」を使用する。「タイムアウト」は、楽しみのある環境から一時的に子どもをはなれさせるもので、行動を修正させるための計画的、記録的プログラムである。この方法を行うことが必要なときに、どのようにしたらよいか親に簡潔に説明する。
- » 親は、自分が落ち着くまでの間は、子どもと話をしない。

2.2 教師へのアドバイス

子どもの特別な教育ニーズに応えるための計画を立てる。そのコツは以下のとおり。

- » 教室の前方に座るように子どもに求める。
- » 課題を理解するために子どもに余分な時間を与える。
- » 長い課題は、より小さい部分に分ける。
- » いじめがないか注意をし、あれば止めさせるための適切な行動をとる。

2.3 保護者に対するサポート

- » 保護者への心理社会的影響を確認する。
- » 保護者が必要としているものを評価し、家族生活、雇用、社会的な活動、健康に関する必要なサポートと社会資源を勧める。レスパイトケア（一時休息期間）を準備する。レスパイトケアとは、他の信頼のおけるケア提供者が、時々代わりに世話を引き継ぎ保護者が休息を得ることを意味する。

介入の詳細

薬学的介入：メチルフェニデート

- ▶ 専門家への相談なしに、プライマリケアにおいて薬物を使用しては**ならない**。
- ▶ 子どもと青年の一般的な行動症/行動障害に薬物を使用しては**ならない**。
6歳以上の子どもに対して、慎重に評価をしたうえで、心理社会的介入が失敗した場合のみ多動性障害へのメチルフェニデートの使用を考慮する。メチルフェニデートの使用により管理が困難となる場合には使用の対象とならない。
- ▶ 精神刺激薬の使用は、常に心理的、行動的、教育的な介入を含む包括的な治療計画の一部でなくてはならない。
- ▶ 処方量と処方した日付、薬物の効果と副作用を、定期的にカルテに記録する。

メチルフェニデート

3.1 メチルフェニデート治療の開始

- ▶ **入手可能性**：メチルフェニデートは多くの国で使用が制限されている。精神刺激薬の処方と供給に関する法令を熟知する。
- ▶ **剤形**：通常は即効型の10mg錠が使用される。放出形式を調整された製剤（徐放剤）が使用できる国もある
- ▶ **メチルフェニデートの治療前評価**
フローチャートで示した評価項目に加えて、次のことを評価する
 - 心血管系：既往症、脈拍、血圧、心臓検査（臨床的に適応があれば心電図を記録する）
メチルフェニデートは心血管疾患に対して禁忌である
 - 身長、体重

- 物質使用、薬物乱用のリスクの評価
- 特定の疾患（例えばADHDとてんかんの両方をもっている子どもに対しては、メチルフェニデートの使用に注意を要する）
- 他の精神障害。メチルフェニデートは不安を増悪させる可能性があり、また精神病に対して禁忌である

- ▶ 専門家の監督なしで処方しては**ならない**

3.2 用量・用法

- ▶ **即効型製剤**
 - 1日5mgから開始。1日1～2回に分けて服用。
 - 症状の改善がそれ以上見込めず、副作用が許容できる範囲内で用量を漸増する。増量は4～6週間かけて徐々に行い、1日2～3回に分服する。1日最大容量は60mg（1日2～3回に分服）。
- ▶ **徐放剤**：入手可能であるならば、1日1回、朝に服用する。

3.3 効果判定

用量変更の都度、症状と副作用を記録する。薬の効果が次第になくなり多動が再出現してきた場合は、用量を分割して夕方以降に内服させてもよい。

3.4 副作用

- ▶ **よくみられるもの**：不眠、食欲減少、不安、気分変化
 - 減量し、**専門家に相談する**
- ▶ **より頻度の少ないもの**：腹痛、頭痛、吐き気、一時的な成長遅延、低体重（身長と体重を測定する。成長を追いつかせるために学校の休業期間中に薬物療法を一時中断することを考慮する）、血圧・脈拍の変化（用量を変更した場合はその前後で測定する。以降は3ヶ月に1度モニターする。2回以上の記録で変化が持続していた場合には、内科医に相談する）、嘔吐（食事と一緒に内服させる）、チック
- ▶ 血液検査と心電図はルーティンで実施する必要はない。臨床上の適応があるときのみ行う。

3.5 フォロアアップ

- ▶ 1ヶ月が経過してもメチルフェニデートの効果が認められないときは、使用を中止する。
- ▶ 体重を3ヶ月毎に、身長を6ヶ月毎に測定する。いずれかの増加が停止した場合は、メチルフェニデートを中止して**専門家に相談する**。
- ▶ メチルフェニデートの効果がみられた場合は1年間使用を継続し、その後あらためて継続の適否について**専門家に相談する**。

（訳者注：現在日本では、メチルフェニデートは徐放剤のため、1日1回投与が原則である。）

認知症は脳疾患による症候群であり、通常は慢性かつ進行性である。認知症の原因となる疾患は、精神活動、パーソナリティ、行動面においての変化をもたらす。認知症のある人には一般に、日常活動をするのに必要な記憶や能力に関しての問題が生じる。認知症は通常の老化の一部ではない。どんな年齢層でも起こりうるが、高齢者により多い。

認知症のある人からは、よく物忘れや気分の落ち込みの訴えがある。感情コントロール、社会的行動、意欲の面で、荒廃がみられる場合も多い。認知症のある人は全くこれらの変化に気づかないことが多いので、援助を求めない場合が多い。そのため、家族がケアを求めてくることもよくある。家族が、記憶の問題、パーソナリティ、行動上の変化、錯乱、徘徊、失禁に気づくのである。しかし、認知症のある人やその介護者が、記憶障害やそれに関連した問題を否認したり、過小評価する場合もある。

認知症は知的機能の低下をもたらし、通常は洗濯や着衣、食事、衛生状態、排泄活動といった日常生活活動に影響を及ぼす。

1. 認知症か？

- » 本人とその人をよく知る人物に、記憶・見当識・会話・言語についての問題や、基本的な役割や活動を行う上での困難について尋ねる。
- » 見当識、記憶、言語について検査する。» DEM2
- » その人と介護者に症状について以下のことを尋ねる。
 - 症状に最初に気付いたのはいつか
 - 何歳のときか
 - 発症は突然だったか、数ヶ月から数年をかけて徐々にであったか
 - 発症してからの期間はどれくらいか
 - 夜間に症状は悪化するか
 - 症状に眠けや意識障害を伴っているか
 - 発症に頭部外傷や意識消失、脳卒中との関連があるか
- » 以下の病歴があるか。
 - 甲状腺腫、徐脈、皮膚乾燥、甲状腺機能低下症
 - 性感染症（STI）やHIV
 - 心血管系の疾患
 - 食事摂取不良、低栄養状態、貧血

はい

- 認知機能障害や記憶の症状が
- » 少なくとも6ヶ月間続いている
- » 進行性である
- » 社会機能障害を伴っている

ならば、認知症の可能性がある

- » 評価の結果を伝える。» DEM3.1
- » 認知機能障害に対して心理社会的治療を提案する。» DEM3.2
- » 自立を促進し、機能を維持させる。» DEM3.3
- » フォローアップする。» DEM3.6

いいえ

- » 発症が突然で、持続期間が短い（数日から数週）場合
- » 夜間により強い症状がみられ、意識障害を伴っている場合
- » 時間、場所についての見当識障害がある場合

せん妄の可能性がある

» 専門家に相談する。

いいえ

以下のようなその他の普通ではない特徴がみられる場合

- » 60歳以前での発症
- » 甲状腺機能低下症の症状
- » 心血管系の疾患
- » STIやHIVの病歴がある
- » 頭部外傷や脳卒中の病歴がある

» 専門家に相談する。

認知症

DEM1

アセスメント（評価）とマネジメント（対応）ガイド

2. 他の優先度の高い精神疾患があるか？

» 中等度から重度のうつ病

注：うつ病は認知症でよくみられるが、本人から症状を聞き出すのが難しいときもあるので、最近の重要な変化について介護者の報告に基づいて判断することも必要である。

» 精神病

(mhGAP介入ガイドマスターチャートに従って評価する)

はい

中等度から重度のうつ病がある場合

はい

精神病がある場合

- » 関連する中等度から重度のうつ病 » DEPまたは精神病 » PSYに対応する。
- » うつ病の治療に成功した後、認知症の診断を再検討する。認知障害が、認知症というよりも重度のうつ病の結果であるかもしれない。もし完全に回復すれば、一義的な問題はうつ病であった可能性がある。

3. 認知症の行動・心理症状があるか？

介護者に以下のことを尋ねる

- » 行動：徘徊、夜間の不穏、焦燥感、攻撃性
- » 心理症状：幻覚、妄想、不安、抑うつ気分
- » いつこれらの症状が起きるか、どのくらいの頻度か
- » これらの症状によって、本人や介護者に問題が生じているか

潜在因子を調べる

- » 痛みや便秘、尿路感染症などの身体的因子
- » うつ病のような心理的因子
- » 混雑した場所や、なじみのない場所への移動（リロケーション）などの環境的因子

❗ **本人や介護者への害となる切迫したリスクがないか確認する**（例：徘徊、介護者を脅かしたり、誰かを傷つけるような攻撃的行動）

はい

行動・心理症状がある場合

はい

本人や介護者への害となる切迫したリスクがある場合

- » 心理社会的な治療を用いて対応する。» DEM3.4
- » フォローアップする。» DEM3.6

- » 心理社会的な治療を提供する。» DEM3.4
- » 加えて、薬理的な介入を提案する。❗ » DEM4

4. 心血管系の疾患やリスクファクターがあるか？

以下を評価する

- » 高血圧
- » 高脂血症
- » 糖尿病
- » 喫煙
- » 肥満（体重、ウエスト・ヒップ比）
- » 心疾患（狭心症や心筋梗塞）
- » 脳卒中や一過性脳虚血発作の既往

はい

心血管系のリスクファクターや疾患がある場合

- » 心血管系のリスクファクターを減らす（各国のガイドラインに従う）
 - 禁煙するよう助言
 - 高血圧の治療
 - 肥満に対して体重を減らすような食事を助言
 - 糖尿病の治療
- » 適切な専門家に紹介する。🚫

5. 他の身体疾患があるか？

- » 栄養、視力、聴力、歯の状態、膀胱や腸の機能、疼痛を評価する
- » 尿検査を行う
- » 使用中の薬剤のチェック。特に抗コリン作用をもつもの（アミトリプチリン等の抗うつ薬、多くの抗ヒスタミン薬、抗精神病薬）

はい

特に以下のような、身体的な問題を伴っている場合

- » 低栄養状態
- » 尿路感染症
- » 便秘や下痢
- » 薬物の相互作用や副作用

- » 認知機能を改善させる可能性があるため、関連する身体的な問題を治療する。
- » 適切な専門家に紹介する。🚫

6. 介護者が負担を感じたり、サポートを必要としているか？

以下を評価する

- » 主な介護者は誰か
- » 他に介護者がいるか。いる場合、どのような介護をしているか
- » 介護者が特に対応が難しいと感じることがあるか
- » 介護者は対処できているか。負担を感じているか。落ち込んでいるか
- » 介護のために、収入の減少や出費の増大に直面しているか

はい

介護者が以下の状態の場合

- » 負担を感じている
- » 落ち込んでいる
- » 莫大な治療コストに直面している

- » 介護者に介入する » DEM3.5
- » 心理社会的な介入を検討する
 - 障害サービスのような財政的な支援
 - 対象者の状態に関する情報
 - レスパイトケア
 - 地域支援ネットワークの活性化
 - 可能なら家族療法や個人療法
- » フォローアップする » DEM3.6
- » うつ病モジュールに従って介護者のうつ病を評価し、対応する。
🚫 » DEP

認知症

アセスメント（評価）とマネジメント（対応）ガイド

認知症の確定

判断するためには、以下のことが必要である

- » 記憶と認知機能を簡易な検査を使って評価する。

かつ

- » 家族やその人をよく知る人から聞き取りを行い、それらの問題が以下のものであることを確認する。

- かなり最近になって出現した
- 悪化している
- 日々の仕事や家庭内・社会的活動を行うことが困難になってきている

認知症は、各国で妥当性が確認された尺度で評価してもよい。

2.1 記憶と認知機能の評価

- » 3つのありふれた言葉を復唱させたのち、3～5分後にもう一度その言葉を尋ねるといった手法で、記憶力を評価する。
- » 時間（時刻、曜日、季節、年）や、場所（検査を行っている場所、または、自宅から一番近い市場や商店）などの見当識を評価する。
- » 体の各部位の名前を尋ねたり、「金槌はどのように使いますか？」などと道具の使い方を説明してもらうことで、言語スキルを検査する。

2.2 重要な情報提供者への聞き取り調査

- » 重要な情報提供者（その人をよく知る人）への聞き取りを行い、判断力や論理的思考、記憶、見当識に最近変化がないか尋ねる。時々もの忘れをすることは高齢者ではよくあることだが、たまにだとしても重大になりうる問題はある。
- » 例えば、ものを置いた場所をよく忘れないか尋ねる。昨日起きたことを忘れていないか、自分がどこにいるかわからなくなることはないかを尋ねる。
- » いつこれらの問題が始まったか、徐々に悪化していないか尋ねる。数日または数週間以上持続して、思考や記憶が完全に正常に戻る期間があるかを尋ねる。
- » もし家族が問題を過小評価していたり、問題が比較的小さいものだったり、家族が日常的に幅広く支援やケアをしていたら、かえって日常活動での問題を確認するのが難しいかもしれない。家計のやりくりや買い物や料理などのより複雑な作業に最初に影響が出やすい。着衣や洗濯、食事、排泄などの核となるセルフケア活動は、あとになってしか影響を受けない。
- » 高齢者とその家族にとって、その地域における「日常活動」とは何かを知っておく必要がある。最近の何らかの進行的な変化がないか調べる。その人が作業で間違えたり、時間がかかったり、以前より上手く行えなかったり、活動を諦めたりしていないかを調べる。

心理社会的な介入

3.1 評価の結果を伝える

認知症についての評価を受ける人に対して、診断を知りたいか、本人以外には誰に伝えてよいかを尋ねておく。理解力や記憶力に応じて適切に結果を説明する。

基本的な情報を提供することから始める。情報が多すぎて負担にならないよう注意しながら、以下のようなことを伝える。

- » 認知症は脳の病気で、時間と共に悪化していく傾向がある。
- » 認知症が完全に治るということはないが、本人と家族を助け支援するためにできる事はたくさんある。
- » 認知症に特有な多くの問題・行動が生じるかもしれないが、それらには対応することができる。本人が快適に過ごし、介護者のストレスを少なくするためにできることはたくさんある。

現在行われている支援やサポートに対して、現実的な提案をする。また本人や介護者にその地域で利用できる他の支援を教える。

3.2 認知機能障害への心理社会的な介入

- » 時間、場所、人物についての見当識を保つ手助けをするために、曜日、日付、天気、時間、人の名前などの見当識についての基本的な情報を提供する。
- » コミュニケーションを促進させ、最近の出来事に関心をもたせ、記憶を刺激し、彼らの経験を分かち合い尊重することができるように、新聞、ラジオ、テレビの番組、家族のアルバム、家財道具などの題材を用いる。
- » 明確な言語コミュニケーションをとるために、簡潔な短い文章を用いる。ラジオ、テレビ、他の人の会話などの邪魔になるような雑音をできるだけ小さくするようにする。その人が言おうとしていることに注意深く耳を傾ける。
- » 物事を簡潔にし、いつもの日課を変えたり、なじみがなく困惑するような場所に連れていくことはできるだけ避ける。

3.3 自立、機能、移動能力を促進する

できる限り自立した活動ができ、機能を高め、いろいろなスキルを身につけさせ、支援の必要性を最小限にするように、日常生活の活動を計画する。介入の計画と実行に本人と介護者を参加させることで、地域でのリハビリテーションを促進する。利用できる社会資源と連携して、援助する。

特に次のことを考慮する

- » 排泄能力における自立を維持するために、水分摂取の促しや制限を含む適切な助言をする。(失禁が起こった場合、それが永続的なものと考える前に、原因の可能性のある全てのことを評価し、治療を試すべきである)
- » 転倒の危険を減らすために家の床を散らかさないようにしておくことが重要であると家族に伝える。
- » 家の改修を勧める。手すりやスロープをつけると役に立つ。トイレ、浴室、寝室などの要所に標識があると、家にいるとき迷子になるなどの見当識障害を予防する手助けになり得る。
- » 移動能力を維持し、転倒の危険を減らすために、身体活動と運動を勧める。
- » 認知症の程度に合わせたレクリエーション活動を勧める。
- » もし可能なら、作業療法を検討する。
- » 拡大鏡や補聴器などの適切な道具を用いて、視力低下や聴力低下のような感覚障害に対応する。

認知症



DEM3

介入の詳細

心理社会的な介入

3.4 行動・心理症状への対応

- ▶ 痛み、感染など、行動に影響を及ぼすかもしれない根本的な身体的健康問題を同定し、治療する。
- ▶ 適切な座席、安全に歩き回れる場所や標識（例えば玄関に「出口ではありません」の標識、トイレへの案内標識）のような、環境面の改良を考慮する。
- ▶ 問題行動に先行したり、引き金になったり、増強したりするかもしれない出来事（例えばごった返した市場での買い物）や要因（例えば一人で外出する）を確認し、可能であれば改善を図る。
- ▶ 特にいらいらしている時には落ちつかせたり、穏やかにさせたり、気を紛らわせたりする方法を考慮する。例えば、散歩する、音楽を聴く、会話をするなど、本人が楽しいと思う活動を勧める。

認知症のある人は虐待やネグレクトの危険があるので、保健医療提供者は、その人たちを守るために気を配らなければならない。この点については、地域の関連する施策の全てを適応するべきである。!

3.5 介護者への介入

- ▶ 介護者の心理的な苦痛や心理社会的な影響を確認する。家庭生活や仕事、社会活動、健康にとって必要な支援や資源を確保するために、介護者のニーズを評価する。

- ▶ 認知症の人を介護するのは非常にもどかしくストレスを感じるものであることを認識する。敵意を向けたり、ネグレクトしたりすることを避けながら、介護を続けることが重要である。認知症の人を自分の人生の決定にできる限り参加させるなど、認知症の人の尊厳に敬意を払うように、介護者を促す必要がある。
- ▶ 診断の時から、家族や他の普段の介護者だけでなく認知症の人にも、情報を与える。これはきめ細かく、本人と介護者の希望を考慮して行う必要がある。
- ▶ もし必要なら、困難な行動に対応するといったような特定の技術に関する訓練や支援をする。これらの介入を最大限効果あるものにするために、例えばロールプレイをするなどして、介護者が積極的に参加するよう導く。
- ▶ 可能であれば、在宅でのレスパイトケアなどの実践的な支援の提供を考慮する。通常の家環境で行うことが望ましい。他の家族や適当な人物が認知症のある人を観察し世話することができれば、主な介護者の負担が軽くなり、休息をとったり他のことをしたりできるようになる。
- ▶ 何らかの障害手当・年金や他の社会的・経済的支援を受ける資格がないか調べる。これには、政府あるいは民間の資源や社会ネットワークからのものが考えられる。
- ▶ 実現可能なら、問題解決型のカウンセリング、認知行動的介入を用いて、介護者の心理的負担を支援し、対応する。(うつ病、心理社会的介入・上級編モジュール参照) **!** ▶ DEP と **!** ▶ INT
- ▶ 介護者における中等度から重度のうつ病を評価し治療する。(うつ病モジュール参照) **!** ▶ DEP

3.6 フォローアップ

- ▶ 少なくとも3ヶ月に1回の頻度で、定期的に医学的・社会的ケアについて再検討する。
- ▶ **フォローアップごとに以下のことを評価する**
 - 視力・聴力障害、痛み、失禁などの身体的精神的併存疾患
 - 認知症の症状が安定しているか、進行しているかの確認。新しい症状や急速な変化がないかの検討。
 - 日常生活の活動に参加する能力や、何らかの新たな介護の必要性
 - 安全性に関するリスク。例えば、運転、財産や薬の管理、料理や喫煙によるリスク、徘徊の可能性など **!**
 - うつ病の存在や重症度
 - 認知症の行動・心理症状の存在や重症度
 - 自傷のリスク
 - もし何らかの治療を行っている場合には、治療の効果、副作用やアドヒアランス、認知症状や標的症狀
 - 治療への参加を妨げるもの
 - 介護者の負担とそれへの対処法、情報、訓練、支援の必要性
- ▶ 現在の評価を過去の記録と比較し、わかったことを本人や介護者と話し合う。
- ▶ 本人や介護者に何らかの新たな支援の必要があるかを判断し、必要に応じて手助けをする。
- ▶ 治療計画に変更がある場合には、それについて話し合い、了承を得る。

介入の詳細

薬理的介入

- » 認知症の行動・心理症状に対しては、心理社会的な介入の効果が不十分であったときに、ハロペリドールや他の非定型抗精神病薬のような、抗精神病薬での薬物治療を考慮する。また、症状が持続し、自分や他者を害する切迫したリスクがある場合には、これらの薬物を考慮する。
- » **専門家に相談する**
- » 必要なら、ハロペリドールを経口または筋肉注射で、0.5 mgから開始する。ハロペリドールの静脈注射は避ける。ジアゼパムは避ける。
- » 「低用量から開始し、ゆっくり進める」。漸増し、少なくとも月 1 回は定期的に必要性を再検討する。また錐体外路系の副作用もチェックする。効果量の最低限の用量を使用する。
- » 抗精神病薬の薬物療法の詳細は精神病モジュールを参照。

» PSY3

全ての認知症ケースにルーチンでアセチルコリンエステラーゼ阻害薬（ドネペジル、ガランタミン、リバスチグミン）やメマンチンを使用しない。アルツハイマー病の診断がきちんと確定しており、かつ、適切な支援や指導が専門家によって行われており、介護者によって副作用のモニタリングができる場合にのみ、使用を考慮する。

様々なアルコール消費様式の結果として生じる状態には、急性アルコール中毒、有害なアルコール使用、アルコール依存症、アルコール離脱状態がある。急性中毒は、アルコール摂取に続いておこる一時的な状態で、その結果として、意識障害、認知障害、知覚障害、感情や行動の障害などがおこる。アルコールの有害な使用とは、健康へ有害な影響を与えるようなアルコール摂取の様式を指す。有害な影響には、身体的なもの（例えば、肝臓疾患）や精神的なもの（例えば、うつ病）がある。その結果、頻繁に社会的な影響をもたらす（例えば、家族の問題や仕事上の問題など）。

アルコール依存症は、生理学的、行動学的、認知機能的な現象の集合である。それはアルコール使用が、その人にとって、過去により大きな価値をもっていた他のどんな行動よりもより高い優先順位を帯びるようになってしまうということである。またアルコール離脱状態とは、長期にわたるアルコールの日常的な使用後の中断によって引き起こされる一連の症状のことである。

アルコール使用とアルコール使用障害



ALC1

アセスメント（評価）とマネジメント（対応）ガイド」緊急の場合



1. 急性アルコール中毒であるか？

下記の症状は診てとれるか

- » 息にアルコール臭
- » ろれつが回らない
- » 抑制の外れた行動

評価する

- » 意識レベル
- » 認知と知覚

はい

直近のアルコール摂取によって、意識レベルや認知、知覚、感情や行動面の障害が認められるのであれば

急性アルコール中毒の可能性が高い

- » 気道と呼吸状態を評価する。
- » 嘔吐の際の誤嚥を防止するため横向きに寝かせる。
- » 必要があれば病院を紹介する⁺、もしくはアルコールが抜けるまで経過観察とする。
- » **メタノール中毒が疑われる場合は、救急管理の為に病院を紹介する。**⁺

2. アルコール離脱の特徴があるか？

アルコール離脱は頻回の大量のアルコール摂取の中断後に起こる。典型的には、最後の飲酒の6時間後から6日後の間に起こる。

下記の症状は診てとれるか

- » 手の振戦
- » 発汗
- » 嘔吐
- » 脈拍と血圧の上昇
- » 焦燥

下記を尋ねる

- » 頭痛
- » 吐気
- » 不安感

注意：重症例では、けいれんや錯乱が生じることもある

はい

離脱症状は重篤化しそうか？下記の症状は診てとれるか

- » せん妄やけいれんを含む重症のアルコール離脱の既往
- » 他の医学的もしくは精神医学的問題もしくはベンゾジアゼピン系薬物依存
- » 飲酒をやめてほんの数時間ですでに出現している重篤な離脱症状

- » **速やかにジアゼパムによる治療をする。** ALC3.1
- » もし利用可能であれば病院や解毒センターでの治療をする。⁺
- » **もし離脱がせん妄によって複雑化していたら** ALC3.1
 - ジアゼパムで離脱を治療する。
 - 安全な環境で対応する。
 - 十分に水分補給する。
 - 他の離脱症状の治療にもかかわらず、せん妄や幻覚が持続する場合は、抗精神病薬の使用を考慮する。例えばハロペリドール 2.5~5mg を1日3回まで内服など。
- » **もし離脱症状がけいれん発作によって複雑化していたら、直ちにジアゼパムで治療する。** 発作の予防のために抗けいれん薬を使用してはならない。

アルコール使用とアルコール使用障害



ALC1

アセスメント（評価）とマネジメント（対応）ガイド※緊急の場合



3. 最近の大量のアルコール摂取歴がある人に生じた急性の錯乱や意識の混濁か？

はい

急性ウェルニッケ脳症、頭部外傷、アルコール離脱せん妄か？

- ▶ ウェルニッケ脳症による眼振や運動失調などがないか検査する。
重症例では、眼筋麻痺が起こることもある。
- ▶ 頭部や耳の周りの裂傷、出血など頭部外傷の兆候を調べる。
- ▶ アルコール離脱せん妄がないか再評価する。

急性ウェルニッケ脳症

- ▶ 急性ウェルニッケ脳症が疑われる全例に対して、筋注または静注でチアミン100mgを1日3回、3～5日間投与する。
- ▶ 至急病院へ紹介する。+

頭部外傷

- ▶ 意識レベルを定期的に観察する。
- ▶ 外科医に相談する。+

アルコール離脱せん妄

- ▶ アルコール離脱せん妄の治療をする。▶ ALC3.1

他の一般的な錯乱の原因、例えば感染症、低酸素症、低血糖、肝性脳症、脳血管障害などは除外する



1. アルコール摂取様式とアルコール関連有害事象を診る

» 飲酒するかを尋ねる

「はい」なら

» 自身を危害のリスクにさらすような方法で飲酒するかを問う

飲酒の量と頻度

- 過去12ヶ月以内に基準飲酒量*の5単位以上の飲酒（あるいは60gのアルコール）があったか
- 平均して毎日2単位を越える飲酒をするか
- 1週間のうち毎日飲酒するか

* 基準飲酒量とは、飲酒量を、摂取した純アルコールの量で表す尺度であり、通常は8~12gを1単位とする。もしその国の基準飲酒量1単位のアルコール量がこの基準から外れるようであれば、基準飲酒量の値は補正する必要がある。

注意：日常ケアの中でのアルコール使用障害の検出

有害飲酒とアルコール使用障害は一般にみられる事象である。アルコール摂取量がきわめて低い地域を除いて、保健医療施設を受診する人々にアルコール摂取量を尋ねるべきである。これは略式で尋ねたり、WHO-AUDITやWHO-ASSISTなどの質問票を用いたりする。

はい

もし「はい」なら

- » 有害飲酒か依存症かを見極めるために、より詳細な病歴を聴取する (次頁の2.と » ALC2.1 参照)

アルコール依存症ではない場合

- » 医学的評価は危険飲酒もしくは有害飲酒である

- » アルコール使用の評価結果をはっきりと提示する。また、アルコール使用のレベル、その人の健康問題、そしてこの使用のレベルのままであることの短期的および長期的なリスクとの関連を本人に説明する。
- » 他の物質使用についても尋ねる。☞ » DRU2.1
- » その人のアルコール使用の理由について短く話し合う。

📌 詳細は、簡易介入を参照 » ALC2.2

- » より安全な飲酒量に減らす、もしくはきっぱりと酒を断つことが推奨されること、そして医療提供者はそれを手助けする意志があることを明言する。
 - もし自ら節酒や断酒の意志があるなら、この達成法について話し合う。
 - もしそうでなければ、その人にとって節酒や断酒が可能であることを自信を持って説明する。この事柄について、さらに話し合いたいと思ったときには再訪するよう促す。

- » 次の機会までフォローアップする。
- » 簡易介入に反応せず、アルコールの有害使用を続ける人々に、必要に応じて、専門家のアドバイスを求める。☹️

👤 もし対象者が青年であれば、» ALC2.6を参照

👤 もし対象者が妊娠中や授乳中であれば、» ALC2.7を参照

アルコール使用とアルコール使用障害

ALC1

アセスメント (評価) とマネジメント (対応) ガイド

2. アルコール依存症があるか？

アルコール使用歴の詳細を調べる » ALC2.1

下記の症状は診てとれるか

- » アルコール摂取についての強い渴望または切迫感
- » アルコール使用について、その開始や転帰、使用の程度についての制御能力の明らかな障害
- » アルコールの使用中止や減量の際に、アルコール離脱症状に特徴的とされるような身体的な離脱状態がある、または、離脱症状を和らげたり、回避する意図をもって同様の（または極めて近縁の）物質の使用がある
- » 耐性の証拠。もともとはより少ない量で得られていたものと同じ効果を得るためのアルコール使用量の増加がある
- » アルコール使用を原因とする、他の楽しみや興味などに対する悪化していく否認がある。アルコールを手に入れたり、摂取したり、またその効果から回復するための時間が増加している
- » 肝障害や抑うつ状態や認知機能障害など、明らかに有害な結果を引き起こしている明白な証拠があるにもかかわらずアルコールの使用を継続すること

はい

3つ以上にあてはまるなら

医学的評価はアルコール依存症である。

- » 評価の結果をはっきり述べる。そして現在のレベルでアルコール使用を続けた場合の短期的および長期的リスクについて説明する。
- » その人のアルコール使用の動機について、短く話し合う。簡易介入の項参照 » ALC2.2
- » 断酒を勧める。
- » 毎日チアミン100mgを摂取するように勧める。
- » もしその人が断酒に挑戦することを受け入れるなら、それを手助けする。
 - 断酒の為にふさわしい環境を決める
 - 断酒のプランを立てる
 - 必要に応じて、解毒治療を準備をする
 - 解毒治療の間ではジアゼパムによって離脱症状を治療する (罎) » ALC3.1
- » 解毒治療の後、もし利用可能なら薬物による再発予防を行う (ナルトレクソン (日本未発売)、アカンプロセート、ジスルフィラム) (罎) » ALC3.2
- » 身体的・精神的な併存症について、評価し治療する。理想的には、2~3週間の断酒の後に、断酒に伴ってそれらの問題が解決することもある。
- » アルコホーリクス・アノニマスなどの自助グループや地域の治療的なコミュニティへの紹介を考慮する。 » ALC2.3
- » 治療という名目で処罰を与えてはいけない。 (✕)
- » 住居と就労に関して支援する。 » ALC 2.4
- » 対象者、介助者や家族に対して、情報を提供し、サポートする » ALC2.5
- » 利用可能であれば、家族カウンセリングや家族療法、問題解決カウンセリングや問題解決療法、認知行動療法、動機づけ強化療法、随伴性マネジメント療法など、心理社会的な介入を提供する。 » INT
- » 専門治療施設への紹介を考慮する。 (⊕)
- » 最初のうちは頻回に、必要なフォローアップをする。
- » 必要ならば、専門家のサポートを求める。 (⊕)

介入の詳細

2.1 アルコール使用歴の聴取

アルコール摂取について尋ねるとき

- ▶ 好ましい答えをほのめかすことなく質問する。どのような答えが返ってきて驚きは表現しないように努める。
- ▶ アルコール摂取の程度と様式について尋ねる。自分または他者の健康を害するおそれのある、アルコール使用に関連した全ての行動について尋ねる。(例、普段は、どこで、いつ、誰とアルコール摂取をするか、アルコール摂取のきっかけとなるのは何か、酩酊時の行動、家計への影響、子どもの養育能力、他人への暴力など)
- ▶ 以下のようなアルコールによる害について尋ねる。
 - 酩酊中の車の運転、事故
 - 人間関係の問題
 - 肝疾患や胃潰瘍などの医学的問題
 - 法律的・金銭的問題
 - 後悔をするような、危険性を伴う酩酊中の性行動
 - ドメスティック・バイオレンス (DV) を含むアルコール関連の暴力
- ▶ アルコール使用の開始と経過について、年代順に、他のライフイベントとの関連を含めて尋ねる。
- ▶ 危険または有害なアルコール使用の証拠があれば、依存の有無を調べるために、耐性の進行や離脱症状があるか、予期した以上に使用する量や時間が増大しているか、アルコール使用に関連する問題に直面しても飲酒を続けているか、節酒や断酒が困難であるか、アルコール使用への渴望感があるかを尋ねる。
- ▶ 社会的ネットワークやその人のアルコールや他の薬物摂取様式について尋ねる。

診察時に調べること

- ▶ 酩酊と離脱の存在
- ▶ 長期間の大量のアルコール摂取を示す証拠。肝疾患（肝臓の腫大など肝障害を示す末梢所見）、小脳障害、末梢神経障害など。

(可能であれば) 考慮すべき検査

- ▶ 肝逸脱酵素などの血液検査

2.2 有害なアルコール摂取を減らすための簡易介入

▶ 有害または危険なアルコール摂取を減らす可能性のある方法の例

- 家でアルコールを飲まない。
- パブなど、他人がアルコールを飲んでいる場所に行かない。
- 家族や友人の助けを求める。
- 家族や友人とともに保健所に戻ってきて、そこで一緒に前向きな話し合いをするように求める。

▶ なぜアルコールを飲むかという理由について人々と話す

- その人の生活にとって最も大事なことは何かを考慮しながら、アルコールがもたらしていると感じられる利益と、現実的・潜在的な害の両方について話すことができることを保証し、アルコール使用についての話し合いに参加させる。
- アルコールについての、過大に評価された利益と、恐らく控えめに述べられた不利益を検証しながら、アルコールの影響におけるプラスとマイナスの側面がバランス良く評価されるように話し合いのかじを取る。
- 抵抗感がある場合には、議論をすることを避け、他の言い方で表現するように試みる。アルコールが生活に及ぼしている実際の影響について、現時点での可能な限りの理解が得られるように努める。
- 現在のアルコール使用の是非についてバランスよく話し合ったのちに、アルコール使用様式を変える意志があるかどうか、自分自

身で決めるように促す。

- 断酒または節酒の意志が固まっていない場合には、さらに話し合うために再訪するよう求める。

2.3 自助グループ

- ▶ アルコール依存症のある人々に、AA（アルコホーリクス・アノニマス）の様な自助グループへの参加を助言することを検討する。予約を取ったり、一回目のセッションに同席する等して、参加しやすくなるよう配慮する。

2.4 住居と就労に関する支援

- ▶ 利用可能であれば、地域の機関や地域資源と連携し、仕事に戻りたい人や仕事を探している人に援助付き雇用を提供し、その人のニーズやスキルに合わせて地域社会で雇用（もしくは教育）を受ける機会を利用できるよう支援する。
- ▶ 利用可能であれば、地域の機関や地域資源と連携し、必要に応じて支援住宅や生活支援施設あるいは単身生活をするための物件を探す。最も適した住居を用意するにあたり、その人の能力やアルコール・他の物質の入手のしやすさを十分考慮する。

アルコール使用とアルコール使用障害

介入の詳細

2.5 家族とケア提供者の援助

家族やケア提供者とアルコール使用や依存の影響、特に彼ら自身やその子どもも含めた家族に与える影響について話し合う。家族からのフィードバックを基に：

- ▶ 個人的・社会的なニーズ、メンタルヘルスに関するニーズのアクセスメントを提案する。
- ▶ アルコール使用と依存症についての情報と教育を提供する。
- ▶ アルコール使用に関連するストレス因を特定するよう支援し、効果的な対処法を探し、促進する。
- ▶ 支援グループ（家族やケア提供者の自助グループなど）や、その他の社会資源について説明し、利用できるように援助する。

2.6 青年の物質使用

- ▶ ヘルスケアの話し合いで得られる情報についての守秘義務を明らかにしたうえで、どのような状況で親などに情報を伝えるか、明示しておく。
- ▶ 青年にとって、最も重要な潜在的な論点をはっきりさせる。青年は、しばしば自分の問題を上手く表現できないことを認識しておく。以下の‘HEAD’の頭文字で表される領域について、オープン・クエスチョンで尋ねるとよい。Home：家庭、Education：教育、Employment：雇用、Eating：食事、Drugs and alcohol：薬物とアルコール、Sexuality：性行動、Safety：安全、Suicide：自殺。更に、それらについて話し合う十分な時間を取るべきである。

- ▶ 青年が抱える薬物乱用の問題は、あまり重篤でないことが多いが、若い故に重篤な依存状態になることもある。従って、青年に薬物やアルコール問題のスクリーニングをすることは、成人と同様に重要である。
- ▶ 青年やその親に対して、アルコールや他の薬物が、個人の健康や社会機能に与える影響に関する情報を与える。
- ▶ その青年が問題児であると焦点づけて直接介入するよりは、むしろ、本人の周囲の環境に何らかの変化をもたらすような働きかけをする。例えば、本人の時間を活用するような就学・就労をしたり、その後の活動にいそむように働きかけたり、また、本人のスキルの獲得や、社会やコミュニティに貢献しているという感覚を持つような集団活動に参加するよう働きかけること。彼らが興味を持つ活動に夢中になることも重要である。
- ▶ 青年がどこにいるか、誰といるか、実際に何をしているか、何時に帰宅するのかを把握し、青年が自身の行動について責任をもつことができるように、その子の親や保護者に促す。
- ▶ 青年に親が期待することを明確に示し（その内容を、青年本人と話し合って決める準備をしておく必要がある）、その期待に反する青年の行動がもたらす結果について、青年と話し合うことができるように親を支援する。
- ▶ アルコールを買い与えたり、物質の使用のための金銭を与えたりするなどの、子どもの物質使用につながる可能性のある行動をしないように、親を指導する。親のアルコール・薬物の使用が子どもに与える影響について、常に留意する。

2.7 女性－妊娠と授乳について

- ▶ 妊娠中または妊娠を考えている女性には、アルコールを完全に避けるよう助言する。
- ▶ たとえ少量のアルコールであっても、妊娠初期には胎児の発育に有害であり、大量のアルコール摂取は、胎児性アルコール症候群（FAS）と呼ばれる重篤な発達の問題を引き起こすことを、女性に伝える。
- ▶ 授乳中の女性には、アルコールを完全に避けるよう助言する。
- ▶ 特定の時期の授乳（特に最初の6ヶ月間）の有益性を考えると、アルコール摂取を続けている母親にはアルコールの摂取を控え、母乳に含まれるアルコール量を最小限にすべきとアドバイスする。例えば、飲酒する前に授乳をし、アルコール血中濃度が0になるまでは授乳しない（基準飲酒量1単位を摂取するごとに2時間を要す。もし2単位飲めば4時間は授乳しない）。もしくは、搾乳した母乳を使う。
- ▶ 小さな子どもがいる、有害な物質使用をしている母親に対しては、生後訪問、ペアレントトレーニング、病院受診時の子どもの世話等、受けられる社会支援サービスについて伝える。

介入の詳細

3.1 アルコール離脱への対応

- ▶ 離脱症候群のリスクのある人には注意を払う。例えば、地域の病院での診断未確定のアルコール依存症の人など。
- ▶ 離脱症候群が発現しているという証拠がある場合（もしくは、計画的にアルコールを中止する場合は離脱が発現する前に）は、ジアゼパムを処方する。Ⓢ 初期投与量は、40mg/日（例：10mgを1日4回、または20mgを1日2回）までで、それを3～7日間継続する。肝機能障害がある人（例、肝不全や高齢者など）では、1日1回の低用量（5～10mg）の初期用量とし、その効果の持続時間をみて次の処方量を決定する。

⚠
ジアゼパムの処方量と処方期間は、離脱症状の重症度と他の身体疾患の存在に応じて、個々に決めるべきである。入院中の場合、ジアゼパムは必要であれば、頻回のアセスメントに基づいて、より頻回に（例えば1時間ごと）投与したり、より高用量で（最初の3日間は120mg/日まで）使用してもよい。

訳者注：日本でのジアゼパム投与の最大量は15mg/日である。

- ▶ ウェルニッケ脳症のようなチアミン欠乏性症候群の発症と進行を防ぐために、チアミンを処方する。Ⓢ 100mg/日、経口で5日間。より長期間必要なこともある。他のビタミン・サプリメント使用も検討する。
- ▶ 十分な水分と電解質を確保する。典型例ではカリウムとマグネシウムの血中濃度が低下するので補正を行う。
- ▶ ケア提供者へのサポートを行う。

- ▶ できるだけ静かで、不要な刺激を避けられる環境を準備する。そこは、日中も十分に明るだけでなく、夜間も対象者たちが急に起き上がった時の転倒を防げるような明るさが必要である。
- ▶ 対象者が重度のアルコール依存症（重篤なアルコール離脱、けいれん発作またはせん妄の既往）だったり、重篤な身体疾患や精神疾患が併発していたり、もしくは十分なサポートが受けられない状況に置かれていれば、可能なら、**専門家に相談する。**Ⓢ
- ▶ 他の身体的な問題（例、ウェルニッケ脳症や肝性脳症、消化管出血、頭部外傷とそれに伴う硬膜下血腫など）の有無を検討して治療する。ベンゾジアゼピン系薬剤は肝性脳症や呼吸抑制のある人には使用すべきでない。

どこでアルコールから離脱するか？

- ▶ 過去に重篤な離脱症状やけいれん発作またはせん妄のエピソードがあるか。
- ▶ 他に重大な身体疾患や精神疾患があるか。
- ▶ 最後に飲酒してから6時間以内に著しい離脱の兆候が出現しているか。
- ▶ 外来通院中に離脱に失敗したことはあるか。
- ▶ ホームレスであったり、ソーシャルサポートがない状態か。
- ⚠ もし、上記のいずれかが該当すれば、入院した上での離脱治療が望ましい。

アルコール離脱せん妄

- ▶ 刺激が少なく安全な環境下で治療を行い、対象者が自傷行為をするのを防ぐ。
- ▶ 潜在的なアルコール離脱をジアゼパムによって治療する。Ⓢ
- ▶ チアミン100mgを1日に3回、筋注または静注で5日間投与する。Ⓢ
- ▶ 必要であれば、精神病症状が出ている期間に限って、抗精神病薬を使用する（例、ハロペリドール2.5～5mgを経口で1日3回）。Ⓢ
- ▶ 水分補給を維持する。
- ▶ 身体抑制は避ける。

せん妄や幻覚に関する他の原因を常に検討する（例、頭部外傷、低血糖、感染症（最も一般的なのは肺炎）、低酸素症、肝性脳症、脳血管障害など）。

アルコール使用とアルコール使用障害

ALC3

介入の詳細

3.2 アルコールから離脱後の再発予防薬物治療

アルコール依存症の治療に有効で、断酒を継続する可能性を高めるような薬物療法がある。 主要な薬物療法はアカンプロセート、ナルトレクソン、ジスルフィラムである。どの薬剤を使うかの決定は、その人の好みと、リスク対ベネフィットの評価を考慮する。(例、その治療が医学的訓練を受けていない人から行われる場合、または肝障害がある場合や他の薬物を使用中の場合に過度の危険性があるか) また、これら3つの薬剤は全て、妊娠中あるいは授乳中の女性では避けるべきである。また、顕著な腎障害や肝障害がある場合なども避けるべきである。しかし、全ての状況は個別に検討されるべきである。また専門的治療センターが利用できるのであれば、上記の治療法や他の治療法の為に紹介してもよい。これらの治療によって、完全な断酒ではないにせよ、アルコール摂取の量や頻度の減少などの治療効果が得られるかもしれない。

3.2.1 アカンプロセート

アカンプロセートは、アルコール依存症者の飲酒衝動を抑制する。最適な開始時期は、アルコールの離脱が達成された直後である。これは、毎回2錠（1錠に333mgのアカンプロセート含有）で1日3回投与する。但し、体重が60kg以下の場合、2錠を1日2回投与という具合に減らして処方する。治療は通常12ヶ月間施行する。アカンプロセートによる治療に関連する副作用は、約20%の人におこり、下痢、嘔気、嘔吐、腹痛、皮膚のかゆみ、時には斑状丘疹状皮疹、そして稀な水泡性皮膚反応などがある。

3.2.2. ナルトレクソン（日本未発売）

ナルトレクソンもまた飲酒衝動を抑制する。アルコールの離脱後に50mg/日から始め、50～100mgで12ヶ月間維持する。ナルトレクソン開始の前の7日間に、対象者はオピオイド薬物を摂取してはならないことは重要である。さらに、もしオピオイドによる鎮痛が必要となった場合でも、ナルトレクソンがその鎮痛作用を阻害することを対象者に伝えておかなければならない。副作用は20%の人に起こり、その中には、嘔気、嘔吐、腹痛、不安、睡眠困難、頭痛、活動性の低下、関節痛や筋肉痛などが含まれる。ナルトレクソンを高用量で使用した場合に肝毒性が起こりうるので、可能であれば肝機能検査を定期的に行う。

3.2.3 ジスルフィラム

ジスルフィラムの効果は不快で危険を招くおそれのある身体反応に対する恐怖感に基づいている。その反応は、ジスルフィラムを服用している人がアルコールを摂取してしまった時に起こり、顔面の紅潮、嘔気、嘔吐、失神をきたす。この薬を服用する人は、その作用機序とジスルフィラム・アルコール反応の性質を、次の事実も含めて教示しておく必要がある。それは、この治療を受けた人の15,000人に1人がジスルフィラム・アルコール反応によって亡くなるが、これは未治療のアルコール依存症者が亡くなるリスクに比べて低い、という事実である。ジスルフィラムは、治療アドヒアランスが、治療者やケア提供者または家族によってモニターされ得るような、動機づけのはっきりとした人に提供されるべきである。保健医療提供者は、ジスルフィラム・アルコール反応も含めた副作用の可能性について注意を払いつつ治療を行う。用量は、一般的には200mg/日である。副作用には、傾眠、倦怠感、嘔気、嘔吐、性欲減退、稀なものとして、精神病的反応、アレルギー性皮膚炎、末梢神経炎、肝細胞障害などが含まれる。ジスルフィラムは、冠動脈性心疾患、心不全、脳血管障害の既往、高血圧、精神病、重篤なパーソナリティ障害、自殺リスクのある人に対しては禁忌である。

薬物の使用が引き起こす問題として、鎮静系薬物の過量摂取、精神刺激薬の急性中毒や過量摂取、有害または危険な薬物使用、大麻依存、オピオイド依存、精神刺激薬依存、ベンゾジアゼピン依存、これらの離脱症状などがある。

薬物の有害な使用とは、健康を害するおそれのある方法で薬物を使用することである。その害には身体的なもの（薬物使用に関連した感染症など）と精神的なもの（うつ病など）があり、しばしば社会的な障害（家庭の問題、法的な問題、仕事に関する問題など）を伴う。

薬物依存とは、薬物使用が他のどの行動よりも高い優先順位を占める、という生理的・行動的・認知的な一連の現象である。

薬物の離脱状態とは、長期間、日常的に使用していた薬物の使用を中断することで引き起こされる一連の症状のことである。

薬物使用と薬物使用障害



DRU1

アセスメント（評価）とマネジメント（対応）ガイド 緊急の場合



1. 鎮静系薬物の過量摂取か？

その過量摂取は

- ・オピオイド
- ・アルコール過飲を伴う／伴わない混合薬物
- ・他の鎮静系薬物
- » 反応なし、ほとんど反応なし
- » 呼吸数の低下
- » 著しい縮瞳（オピオイドの過量摂取の場合）

はい

- もし
- » 呼吸数<10回/分
- もしくは
- » 酸素飽和度<92%

- » 気道確保し、呼吸・循環の管理をする。
- » ナロキソン0.4mgを皮下注/筋注/静注する（オピオイドの過量摂取に対し投与する。他の鎮静系薬物の過量摂取には無効）。必要に応じて投与を繰り返す。
- » ナロキソン投与後1～2時間は経過観察を行う。
- » 長時間作用型オピオイドの過量摂取の場合は、ナロキシソンの点滴投与や補助換気が必要であるため病院へ搬送する。+

ナロキソンが無効である場合 !

- » 気道確保や補助換気をして、病院へ搬送する。

2. 急性覚醒剤中毒もしくは過量摂取の状態か？

- » 対光反射の遅延
- » 興奮、観念奔逸、思考障害、パラノイア
- » 最近のコカインや覚醒剤の使用歴
- » 脈拍や血圧の上昇
- » 攻撃性、常軌を逸した行為、暴力

はい

コカインやアンフェタミン系覚醒剤の中毒・過量摂取

- » 軽く鎮静がかけられ落ち着くまでジアゼパムを適量投与する。
- » 精神症状がベンゾジアゼピンに反応しない場合には、短期間の抗精神病薬投与を考慮する。
- » 長期間、抗精神病薬を投与してはいけない。✖
- » 血圧、脈拍、呼吸数、体温を2～4時間毎に測定する。
- » 胸痛を訴えた場合や、頻脈性不整脈がある場合、暴力的であったり管理しきれない場合には病院へ搬送する。+
- » 中毒の急性期を脱した後は、希死念慮や自殺企図に注意する。

3. オピオイドの急性離脱症状を呈しているか？

- » オピオイド依存症の病歴があり、しばらく断薬していたが最近多量摂取したことがある
- » 筋痛、腹部けいれん、頭痛
- » 嘔気、嘔吐、下痢
- » 対光反射の遅延
- » 脈拍や血圧の上昇
- » 欠伸、流涙、水様性鼻漏、立毛（鳥肌）
- » 不安、落ち着きのなさ

はい

オピオイドの離脱症状

- » オピオイドもしくはαアドレナリン作用薬を漸減しながら、観察下の処方量または日ごとの使用量に基づいて治療する。
- » 必要に応じて各々の症状（下痢、嘔吐、筋痛、不眠）に対する治療をする。
- » オピオイド作動薬維持療法の開始を考慮する。
- » 必要に応じて、水分の経口摂取または点滴をする。

薬物使用と薬物使用障害

DRU1

アセスメント（評価）とマネジメント（対応）ガイド

1. 違法/非正規薬物を健康を害するおそれのある方法で使用しているか？

- » 最近の薬物使用について尋ねる。» DRU 2.1
- » 薬物関連の有害事象はあるか。

注： WHO-ASSISTのようなスクリーニング調査票は、薬物使用や薬物関連問題のスクリーニングとして用いることができる。

はい

もし「はい」なら
依存（次頁2.参照）や薬物関連の有害事象についても評価する。もし薬物依存でないなら、医学的評価は

危険な薬物使用
もしくは
有害な薬物使用となる。

- » 薬物使用の評価結果を明確に伝え、薬物使用の程度と健康被害の関連、現在の使用量を継続した場合の短期的・長期的な危険性について説明する。
- » アルコールや他の薬物使用についても聴取する。🔴 » ALC 2.1
- » 薬物を使用している理由について簡単に話し合う。
- » **詳細は簡易介入の頁を参照する。» DRU 2.2**
- » 有害な薬物使用を止めるよう勧め、手助けをする意志があることをはっきりと伝える。
 - 薬物使用を減量したり止める意志があるのなら、それを達成できる方法について話し合う。
 - 薬物使用を減量したり止める意志がないのなら、有害薬物は止めることができると自信を持って伝え、この問題について話し合いたい時には再受診するように勧める。
- » 青年の場合は、青年の物質使用の頁を参照する。🔴 » ALC 2.6
- » 妊娠中・授乳中の女性である場合は 🚫 » DRU 2.7を参照する。
- » 次回受診時にフォローアップする。
- » 簡易介入を行っても有害な薬物使用を継続している場合は、必要に応じて専門家に助言を求める。🚫

注： 症例探索

薬物使用障害の有病率は背景によりかなり変化する。薬物使用の多い地域では、全ての患者に薬物使用について質問することが適切であり、簡略に聴取するだけでも良いし、WHO-ASSISTのような調査票を用いたりしても良いだろう。その他の地域では、臨床症状が薬物使用を疑わせる場合に質問をする。薬物使用を疑わせる場合とは、身なりがだらしなかったり、負傷や感染、精神的に問題をきたしている場合等である。

2. 薬物依存の兆候はあるか？

» 詳細な薬物使用の評価を行う。» DRU 2.1

以下のことを調べる。

- » 薬物使用への強い欲求や衝動。
- » 発症、転帰、使用量の点から見て薬物使用を抑制することの困難さ。
- » 薬物使用を中止・減量した際に典型的な薬物離脱症候群として表される生理学的な離脱症状があること、もしくは離脱症状を治療・予防するために同種の（もしくは類似の）物質使用があること。
- » もともと低用量で得られていた効果を得るために、摂取用量が増加するといった耐性の存在が明らかであること。
- » 薬物を入手するための時間や薬物の作用から回復するための時間が増え、物事に対する興味や関心が徐々に失われていくこと。
- » 有害な結果を引き起こしているのが明らかであるにも関わらず、薬物使用に執着していること。

はい

3つ以上当てはまる場合は、

医学的評価は
薬物依存となる。

- » 診断をはっきり伝え、短期的・長期的な健康被害の危険性について説明する。
- » 簡易介入の手法を用いて、薬物使用に陥っている理由を調べる。» DRU 2.2
- » 物質使用を完全に止めるよう助言し、その目的のために手助けをする意志があると伝える。
- » 物質使用を止める意志があるか尋ねる。

» 大麻もしくは覚醒剤依存

- より徹底的な簡易介入を行う（例：最高45分のセッションを3回まで）。» DRU 2.2
- 離脱症状に対処する。» DRU 3.3
- 必要に応じて計画的解毒治療を行う。

» オピオイド依存

- 依存の重症度を評価する。» DRU 2.1
- たいていの症例ではオピオイド作動薬維持療法（オピオイド代替療法（opioid-substitution therapy, OST）ともいう）を勧める。可能であればOSTを行う。» DRU 3.1
- 必要に応じて計画的解毒治療を行う。» DRU 3.1

» ベンゾジアゼピン依存

- ベンゾジアゼピンを漸減するような処方をする。入院治療であればより早い漸減が可能である。» DRU 3.2

全ての症例において

- » 自助グループ、リハビリテーションや共同治療施設へ通わせることを考慮する。» DRU 2.3
- » 住居や仕事が必要かどうかを聞く。» DRU 2.4
- » 本人、介護者、家族に情報を提供し援助する。» DRU 2.5
- » もし可能であれば、家族のカウンセリング、問題解決療法、認知行動療法、動機付け強化療法、随伴性マネジメント療法等の心理社会的な介入を行う。» INT
- » 注射による薬物使用をしていた人には、ハームリダクションを勧める。» DRU 2.6

薬物使用と薬物使用障害

介入の詳細

2.1 評価

薬物使用歴の聴取

薬物使用について尋ねるとき

- » たばこ・ニコチンやアルコール、その他の従来から習慣的に使用されている薬物について尋ねたあとで、批判を加えない中立的な立場で、違法な薬物の使用について尋ねる。
- » 薬物摂取の程度と様式について尋ねる。自分または他者の健康を害するおそれのある、薬物使用に関連した全ての行動について尋ねる。(例：薬物の吸入・注射、酩酊時の行動、家計への影響、子どもの養育能力、他人への暴力など)
- » 薬物使用の開始と経過について、年代順に、他のライフイベントとの関連を含めて尋ねる。
- » 以下の様な薬物使用による害について聞く。
 - 怪我や事故
 - 薬物影響下での車の運転
 - 人間関係の問題
 - 薬物注射とそれに関連する健康リスク
 - 法律的・金銭的問題
 - 後悔をするような、危険性を伴う薬物酩酊状態での性行動
- » 依存の有無を調べるために、耐性の進行や離脱症状があるか、予期した以上に使用する量や時間が増大しているか、薬物使用に関連する問題に直面しても薬物を使い続けているか、使用の中止や量の節減が困難であるか、薬物への渴望感があるかを尋ねる。

診察時に調べること

- » **注射痕**：一般的な注射部位は肘前窩か鼠径部である。本人が注射部位を指し示してくれることもある。古い注射痕は色素沈着、皮膚の菲薄化として認められることがある。新しい注射痕は小さく、普通は軽く発赤しており炎症を起こしている。注射薬物（ヘロインのような）の依存では、新旧両方の注射痕が認められるはずである。
- » **中毒症状や離脱症状の存在**
 - オピオイド中毒症状：眠気、こっくりこっくり「點頭運動」をしている、遅い話し方、縮腫、呼吸抑制
 - オピオイド離脱症状：不安、対光反射の遅延、腹部けいれん、欠伸、水様性鼻漏、立毛（鳥肌）
 - ベンゾジアゼピン中毒症状：鎮静、遅く不明瞭な話し方、呼吸抑制
 - ベンゾジアゼピン離脱症状：不安、興奮、筋けいれん、腹部けいれん、脈拍や血圧の上昇、不眠、重症時はけいれん・せん妄
 - 覚醒剤中毒症状：多動、早い話し方、対光反射の遅延
 - 覚醒剤離脱症状：倦怠感（初期）、食欲増大、イライラ、抑うつ、不安
 - 大麻中毒症状：眼球結膜充血、反応の遅延、瞳孔は正常大
 - 大麻離脱症状：気分の易変性、不安、筋けいれん（症状が何も認められないこともある）
- » **容貌と精神状態**。容貌は自己管理ができるかどうかの判断に有用である。
- » **薬物注射の一般的な合併症**：HIV（関連疾患）、B型・C型肝炎、局所感染、結核のリスクは増えるだろう。

- » **薬物使用に関連するその他の一般的な健康状態**：口腔内の不衛生、皮膚の寄生物（虱、疥癬）、性感染症、栄養失調。

考慮すべき検査

- » 尿中薬物スクリーニング：特に薬物使用が疑われる人が真実を話さない場合には、それを確かめる有用な方法である。OSTを始める前に行うべきであり、そうすれば3回目の投与前に検査結果が得られる（OSTを開始した非オピオイド依存症の人への過量投与を防ぐ目的）。信頼性は下がるが尿試験紙法も利用することができる。
- » 血液伝播ウイルス（HIV、B型・C型肝炎ウイルス）の血清検査。
- » 性感染症の検査（STI）。
- » 喀痰検査（結核が疑われる場合）。

心理社会的介入

2.2 簡易介入の手法

物質使用についての話し合いの進め方

- » その人の生活にとって最も大事なことは何かを考慮しながら、薬物がもたらしていると感じられる利益と、現実的・潜在的な害の両方について話すことができることを保証し、物質使用についての話し合いに参加させる。
- » 物質についての過大に評価された利益と、恐らく控えめに述べられた不利益を検証しながら、物質の影響におけるプラスとマイナスの側面がバランス良く評価されるように話し合いのかじをとる。
- » 抵抗感がある場合には議論をすることを避け、他の言い方で表現するように試みる。物質が生活に及ぼしている実際の影響について、現時点での可能な限りの理解が得られるように努める。
- » 物質使用の現状の是非についてバランスよく話し合いを行った後に、物質使用様式を変える意志があるかどうか、自分自身で決めるように促す。
- » 物質使用を止めたり減らしたりする意志が固まっていない場合には、さらに話し合うために再訪するよう求める。家族や友人が一緒でもよい。

2.3 自助グループ

薬物依存症のある人々にナルコティクス・アノニマスの様な自助グループへの参加を助言することを検討する。予約を取ったり、一回目のセッションに同席する等して参加しやすくなるよう配慮する。

2.4 住居と就労に関する支援

- » 利用可能であれば地域の機関や地域資源と連携し、仕事に戻りたい人や仕事を探している人に援助付き雇用を提供し、その人のニーズやスキルに合わせて地域社会で雇用（もしくは教育）を受ける機会を利用できるよう支援する。
- » 利用可能であれば地域の機関や地域資源と連携し、必要に応じて支援住宅や生活支援施設あるいは単身生活するための物件を探す。最も適した住居を用意するにあたり、その人の能力やアルコール・他の物質の入手のしやすさを十分考慮する。

2.5 家族とケア提供者の援助

薬物使用および薬物使用障害が、自分自身や子どもを含む家族に対して与える影響について、家族やケア提供者と一緒に話し合う。家族からのフィードバックに基づき：

- » 個人的・社会的なニーズ、メンタルヘルスに関するニーズのアセスメントを提案する。
- » 薬物使用と薬物使用障害についての情報と教育を提供する。
- » 薬物使用に関連するストレス因を特定するよう支援し、効果的な対処法を探し、促進する。
- » 支援グループ（家族やケア提供者の自助グループなど）や、その他の社会資源について説明し、利用できるように援助する。

薬物使用と薬物使用障害



介入の詳細

心理社会的介入

2.6 ハームリダクション

- » 薬物注射の危険性について説明する。
- » より危険性の少ない注射手技や、滅菌注射器を使うことの重要性について情報を提供する。
- » 針・シリンジを交換できる支援プログラムの情報や滅菌注射器の入手先についての情報を提供する。
- » 可能な限り血液伝搬ウィルスの検査を勧める。
- » 現時点で、薬物使用を止めることを本人が望まなかったとしても、薬物使用による合併症や他の身体的・精神的問題の治療、心理的サポートを申し出る。
- » 薬物注射を行っている人との間に信頼関係ができれば、薬物使用障害の治療を受けるよう強く勧めるべきである。

2.7 女性—妊娠と授乳について

- » 月経周期を尋ね、薬物摂取によって月経周期が乱れることがあり、それが時として妊娠は不可能であるといった間違った印象を与えてしまうということを説明する。
- » 妊娠中の女性には、全ての向精神薬の使用を止めるように助言し支援する。オピオイド依存の妊娠女性に対しては、一般的にメタドンの様なオピオイド作動薬への置換療法を受けるよう助言すべきである。
- » 薬物使用障害の母親から生まれた子どもは、離脱症状（新生児薬物離脱症候群として知られる）の有無をスクリーニングする。母親のオピオイド使用による新生児薬物離脱症候群に対しては、低用量のオピオイド（モルヒネなど）やバルビツールで治療を行うべきである。
- » 授乳中の女性には、向精神薬を使用しないよう助言し支援する。
- » 専門家が授乳を禁じている場合を除き、物質使用障害の母親に対し生後6ヶ月間は授乳に徹するよう助言し支援する。
- » 小さな子どもがいる、有害な物質使用をしている母親に対しては、生後訪問、ペアレントトレーニング、病院受診時の子どもの世話等、受けられる社会支援サービスについて伝える。

介入の詳細

薬物療法


3.1 オピオイド離脱症状への対応

❗ 特に注射によりオピオイドを摂取していた場合は、退薬を開始する前から注意が必要である。退薬によりオピオイドの耐性が低下するので、もしオピオイドを再び使用してしまうと過量摂取になってしまう。入所しリハビリを行える場合には、退薬はとてもうまくいく。また、メタドンかブプレノルフィンを用いたオピオイド作動薬維持療法が考慮されることもある。退薬を行うことを決定する際には、退薬により出現が予想される症状や治療期間を説明し、以下の中から治療法を選択する。

- ❖ **ブプレノルフィン**は1日4~16mgを3~14日間、舌下投与する。ブプレノルフィンを用いた治療を行う前に、オピオイドの離脱症状や兆候が出現するまで待つのが重要である（ヘロインを最後に使用してから少なくとも8時間、メタドンを最後に使用してから少なくとも24~48時間）。これはブプレノルフィンがオピオイドの離脱症状を引き起こす危険性があるからである。他にも催眠鎮静薬が処方されている場合は、特に注意が必要である。
- ❖ **メタドン**は1日15~20mgの経口投与で開始し、必要に応じて30mgまで増量、そして3~10日間以上かけて漸減する。他にも催眠鎮静薬が処方されている場合は、特に注意が必要である。
- ❖ **クロニジンやロフェキシジン**は1回0.1~0.15mg（体重により調整）、1日3回投与する。ふらつきや鎮静が出現する場合もある。嘔気に対し制吐薬、疼痛に対し鎮痛薬、不眠に対し催眠鎮静薬を投与する等、対症療法を行う。血圧を頻繁に測定する。

3.2 ベンゾジアゼピン離脱症状への対応

ベンゾジアゼピンからの待機的離脱は、長時間作用型のベンゾジアゼピンに置換すると共に、8~12週間以上かけて漸減する。心理的サポートも並行して行う。

ベンゾジアゼピンの離脱症状が重度で管理しきれない場合（もしくはこれらの薬物を急に中止し予期せぬ離脱症状が起きている場合）は**専門家や高用量ベンゾジアゼピン鎮静療法に詳しい医師・入院施設に相談する。**

❗ よく知らない外来患者にベンゾジアゼピンを処方することは避ける。

3.3 その他の薬物の離脱症状への対応（アンフェタミン、大麻、コカイン）

- ❖ 嘔気に対し制吐薬、疼痛に対し鎮痛薬、不眠に対し催眠鎮静薬を投与する等、出現した離脱症状の治療を行う。
- ❖ 水分補給を継続する。
- ❖ 拘束するのは避ける。
- ❖ 本人が治療施設から退院することを望んだ場合には、それを許可する。
- ❖ 離脱中や離脱後に出現する抑うつが、うつ病の前駆症状であることがある。自殺の危険性については十分に注意する。

3.4 解毒治療後の継続的な治療と支援

解毒治療に成功した後は、治療法に関わらず全ての人に継続的な治療、支援、経過観察を行う。

3.5 オピオイド作動薬維持療法（オピオイド代替療法ともいう）

オピオイド作動薬維持療法を行う際には、管理の行き届いた確立された治療指針が必要である（このような治療指針がない場合、この治療法は行うべきではない）。この治療法は、メタドンやブプレノルフィンの様な長時間作用型オピオイドを、管理下に1日単位で処方するというのが特徴である。メタドンとブプレノルフィンを使用したオピオイド作動薬維持療法により、違法な薬物使用、死亡率、HIV感染や犯罪が減少し、身体的・精神的な健康や社会的機能が向上するといった明らかなエビデンスが存在する。

管理：オピオイド作動薬維持療法で使用される薬剤は、転用や悪用されるおそれが常にあるため、治療者は管理下でのみ使用する等、転用のリスクを最小限にするような対策が必要である。

自殺は、故意に自らの命を奪う行為である。自傷とは、死ぬ意志の有無や結果的に死に至るかどうかに関わらず、意図的な毒物摂取や傷害といったより広義の行動を指す言葉である。以下のいずれかの状態を経験している10歳以上の人の全てに対して、過去1ヶ月間の自傷念慮や計画および過去1年間の自傷行為の有無について尋ねる。

- » 何らかの他の優先度の高い状態・疾患
(mhGAP 介入ガイドマスターチャート参照)
- » 慢性的な痛み
- » 急性の情緒的苦痛

最初に自傷念慮・計画・行為を評価し、その後も定期的に必要に応じて評価を行う。その人の精神状態と情緒的苦痛を注意して聴く。



自傷について尋ねることが自傷行為を誘発することはない。自傷について質問することは、自傷念慮あるいは自傷行為に伴う不安を和らげたり、自分が理解されていると感じさせることにもつながりうる。しかし、自傷について尋ねる前に、信頼関係の構築に努めなければならない。自分を傷つける理由について説明してもらうことも重要である。

1. 自傷行為が医学的に重篤であるか？

自傷の痕跡の観察

下記の症状は診てとれるか


- » 毒物摂取あるいは中毒の兆候
- » 以下のような救急医療処置が必要な兆候/症状
 - 自傷による傷口からの出血
 - 意識の喪失
 - 極度の眠気・無気力

下記を尋ねる

- » 最近の毒物摂取あるいは他の手段による自傷


はい

自傷行為に対して救急医療処置が必要な場合

- » 外傷や中毒を治療する 
- » 急性農薬中毒の場合、農薬中毒管理に従う » SUI2.3
- » 治療のため入院が必要な場合、自殺を予防するために、厳重に観察を継続する

いいえ

「いいえ」の場合、自傷/自殺の切迫したリスクを評価する

- すべての場合において評価をしている間は、医療施設内の安全かつ支持的環境において保護する（一人にさせない）。
- » 自傷を行った人へのケア » SUI2.1
- » 心理社会的支援の提供と促進 » SUI2.2
- » 利用可能であれば精神保健専門家に相談 
- » 定期的な連絡とフォローアップ » SUI2.4

自傷/自殺

アセスメント（評価）とマネジメント（対応）ガイド

2. 自傷/自殺の切迫したリスクはあるか？

本人やケア提供者に尋ねる

- » 最近の自殺あるいは自傷の念慮あるいは計画
- » 過去1ヶ月の自傷の念慮および計画、または過去1年間の自傷行為
- » 自傷の手段へのアクセス

下記の症状は診てとれるか

- » 重篤な情緒的苦痛
- » 絶望
- » 極度の焦燥
- » 暴力
- » 打ち解けない様子
- » 社会的孤立

はい

以下がある場合

- » 現在、自殺/自傷の念慮/計画をもっている
あるいは
- » **極度の焦燥、暴力、情緒的苦痛**、あるいは**打ち解けない様子**を呈している人で、過去1ヶ月の自傷の念慮/計画あるいは過去1年間の自傷行為がある

自傷/自殺の切迫したリスクがある。

» 以下の予防措置を講じる ❗

- 自傷の手段の除去。
- 安全で支持的な環境を用意する。可能な限り、待ち時間には静かな個室を提供する。
- 一人にしない。
- 安全を確保するために、担当スタッフまたは家族の誰かを、目を離さないように指導する。
- 精神状態や情緒的苦痛に注視する。

» 心理社会的支援の提供と促進 » SUI2.2

» 可能であれば精神保健専門家に相談する。👩🏻‍⚕️👨🏻‍⚕️

» 定期的な連絡とフォローアップ » SUI2.4

いいえ

自傷/自殺の切迫したリスクはないが、**過去1ヶ月間に自傷念慮/計画、または過去1年間に自傷行為**がある場合

» 心理社会的支援の提供と促進 » SUI2.2

» 可能であれば精神保健専門家に相談する。👩🏻‍⚕️👨🏻‍⚕️

» 定期的な連絡とフォローアップ » SUI2.4

3. 他の優先度の高い精神・神経・物質使用障害が併存しているか？

(mhGAP介入ガイドマスターチャートを参照)

- » うつ病
- » アルコールあるいは薬物使用障害
- » 双極性障害
- » 精神病
- » てんかん
- » 行動症/行動障害

はい

他の優先度の高い状態・疾患が併存している場合

前述の介入と連動して、併存する状態・疾患に対応する（関連モジュールを参照）。

4. 慢性的な痛みはあるか？

はい

慢性的な痛みがある場合

痛みに対応し、関連する医学的疾患を治療する。

5. 臨床的介入が妥当であると判断される程の重篤な情緒的症狀があるか？

- » 通常の仕事や学校、家庭内、社会活動の遂行が困難である
- » 著しい苦痛がある、あるいは援助を繰り返し求めている
- » 情緒的苦痛や説明不能な身体症状に対するセルフメディケーションを繰り返している

はい

「はい」の場合、症状に対して追加の臨床的介入が妥当である

他の重要な情緒的あるいは医学的に説明不能な愁訴モジュールを参照 » OTH

自傷/自殺



SUI2

介入の詳細

ii 助言および治療

2.1 自傷を行った人へのケア

医療施設内の安全で支持的な環境に保護する（一人にさせない）。治療まで待ち時間がある場合、苦痛を最小化するような環境を提供する。可能であれば静かな個室で監督下におき、担当スタッフあるいは家族との定期的な接触を持つことで安全確保を行う。

- » 自傷の手段を除去する。
- » 可能であれば精神保健専門家に相談する。🚫
- » 切迫したリスクのある間は、家族、友人や他の関係者あるいは利用可能な地域資源を動員し、リスクのある人の観察と支援を行う。
 - » SUI2.2
- » 自傷を行った人に対し、他の人と同様にケアを提供し、尊敬の念を持って接し、プライバシーを確保する。さらに、自傷に関連して情緒的苦痛があるかもしれないことに十分配慮する。
- » アセスメントや治療において、本人がケア提供者のサポートを必要と感じる場合には、ケア提供者にも同席してもらう。しかし、通常の心理社会的アセスメントでは、個人的な懸念や問題を話やすくするために、本人とヘルスワーカーが1対1で面接を行う。
- » 必要があれば、精神的支援を家族やケア提供者にも提供する。
- » ケアを確実に継続して行う。

» 自傷行為の予防を目的として、精神科ではない一般病院に入院させることは勧められない。自傷の結果による医学的問題の対応のために一般病院（非精神科）への入院が必要な場合、自傷行為が繰り返されないように厳密に観察する。

» 薬を処方する場合 🚫

- 過量服薬の可能性を考慮し、最もリスクの少ない薬を使用する
- 短期間分を処方する（一度に1週間分など）。

2.2 心理社会的支援の提供と促進

心理社会的支援の提供

- » 本人に支援を提供する。
- » 生き続ける理由や方法を探す。
- » これまで問題をどのように解決してきたかについて話してもらうことにより、その人が有する肯定的な強みに焦点をあてる。
- » 過去1年以内に自傷行為をした人に対する治療として、十分な人材がある場合、問題解決療法を検討する。» INT

心理社会的支援の促進

- » 家族、友人、関係者あるいはその他の利用可能な資源を動員し、リスクが続く限り、綿密にモニタリングする。
- » 自傷の念慮や計画、行為がある間は、本人やケア提供者に対し自傷の手段（農薬や他の有毒物質、医薬品、銃器など）へのアクセスを制限するよう助言する。
- » 利用可能な地域資源の中から社会的支援を効果的に利用する。これには、親族、友人、知人、同僚、宗教指導者といったインフォーマルなもの、危機介入センターや地域の精神保健センターなどのフォーマルな地域資源とがある。
- » 自殺について尋ねることは、しばしば、安心感を生んだり理解されたという感覚を生じ、不安の感情を軽減させることにつながることをケア提供者や他の家族に伝える。
- » 自傷のリスクのある人にケアを提供する人は度々深刻なストレスを経験する。必要であれば、家族やケア提供者に対する精神的支援を提供する。
- » 自殺のリスクのある人に対して心理的にフラストレーションを感じることがあっても、その人に対して敵意を向けたり厳しい非難をするべきではないことを、ケア提供者に伝える。

介入の詳細

助言および治療

2.3 農薬中毒管理

» 医療施設に最低限の技術と資源がある場合、WHO急性農薬中毒の臨床管理 (http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/pesticides_intoxication.pdf) を使用し治療すること。

そうでない場合、すぐに以下の資源のある施設に搬送する

- 蘇生と農薬中毒の臨床的特徴のアセスメントについての技術と知識
- 気道管理、特に人工呼吸器が設置されるまでの間の気管挿管と呼吸維持についての技術と知識
- コリン作動性の中毒の兆候が発現した場合のアトロピンとその静脈内投与の手段
- けいれんが発現した場合のジアゼパムとその静脈内投与の手段

» 意識があり、インフォームドコンセントが得られ、かつ毒物摂取から1時間以内である場合、活性炭を与えることを考慮する。

» 催吐は勧められない。

» 経口補液は与えるべきでない。

2.4 定期的な連絡とフォローアップ

» 定期的に連絡をとり（電話、訪問、手紙、連絡先カードなど）、**はじめはより頻繁に**（例えば、最初の2ヶ月は毎週）行い、改善があれば頻度を少なくしていく（2~4週間に1回）。必要があれば、より頻繁に、長期的に連絡をとり続けることを考慮する。

» 自殺のリスクがある限りフォローアップを行う。連絡をとる度に毎回自殺念慮や計画について評価する。切迫したリスクがある場合、アセスメントとマネジメントのセクション内の「自傷/自殺の切迫したリスク」へ進む。» SUI1

2.5 自殺予防

優先度の高い状態・疾患の臨床的評価と対応に加えて、地域レベルの保健担当官や保健医療提供者は以下のような自殺予防のための行動を取ることができる。

» 自傷の手段へのアクセスの制限（農薬、銃器、高所など）

- 積極的に地域を巻き込み、自殺の手段へのアクセスを減らすため実行可能な住民レベルの介入方法を検討する。
- 保健医療と他関連分野との連携を構築する。

» 特にアルコール使用の頻度の高い集団においては、**自殺予防施策の一つとして、アルコールの有害な使用を減らすための政策を展開する。**

» 自殺に関し、メディアが責任ある報道を実践するための支援と促進

- 自殺を煽情的に扱ったり、または普通のこととする表現、問題解決の方法の1つとする表現をしない。
- 自殺の写真を公開したり、自殺方法を詳細に記述したりしない。
- どこに支援を求めたらいいかという情報を提供する。

mhGAP 介入ガイドの「他の重要な情緒的あるいは医学的に説明不能な愁訴」の分類には、不安、抑うつ、医学的に説明不能な身体的症状をもつ人たちが含まれる。彼らは、本書のどのモジュールの状態にも当てはまらない人たちである（自傷の可能性は除く）。ここに分類される人は、mhGAP 介入ガイドでは触れられていない「通常」の情緒的苦痛あるいは精神障害（身体表現性障害、軽症うつ病、気分変調症、パニック症/パニック障害、全般不安症/全般性不安障害、心的外傷後ストレス障害、急性ストレス反応、適応障害など）の可能性が考えられる。

mhGAP 介入ガイドでトレーニングを受けた医療者による「他の重要な情緒的あるいは医学的に説明不能な愁訴」への対応には、向精神薬の薬物療法を含まない。しかし、この分類に属する人の一部では、mhGAP 介入ガイドには記載されていない症状に対し、診断や証拠に基づいた治療のトレーニングを受けた、資格のある医療者による薬物療法が有用な場合もある。

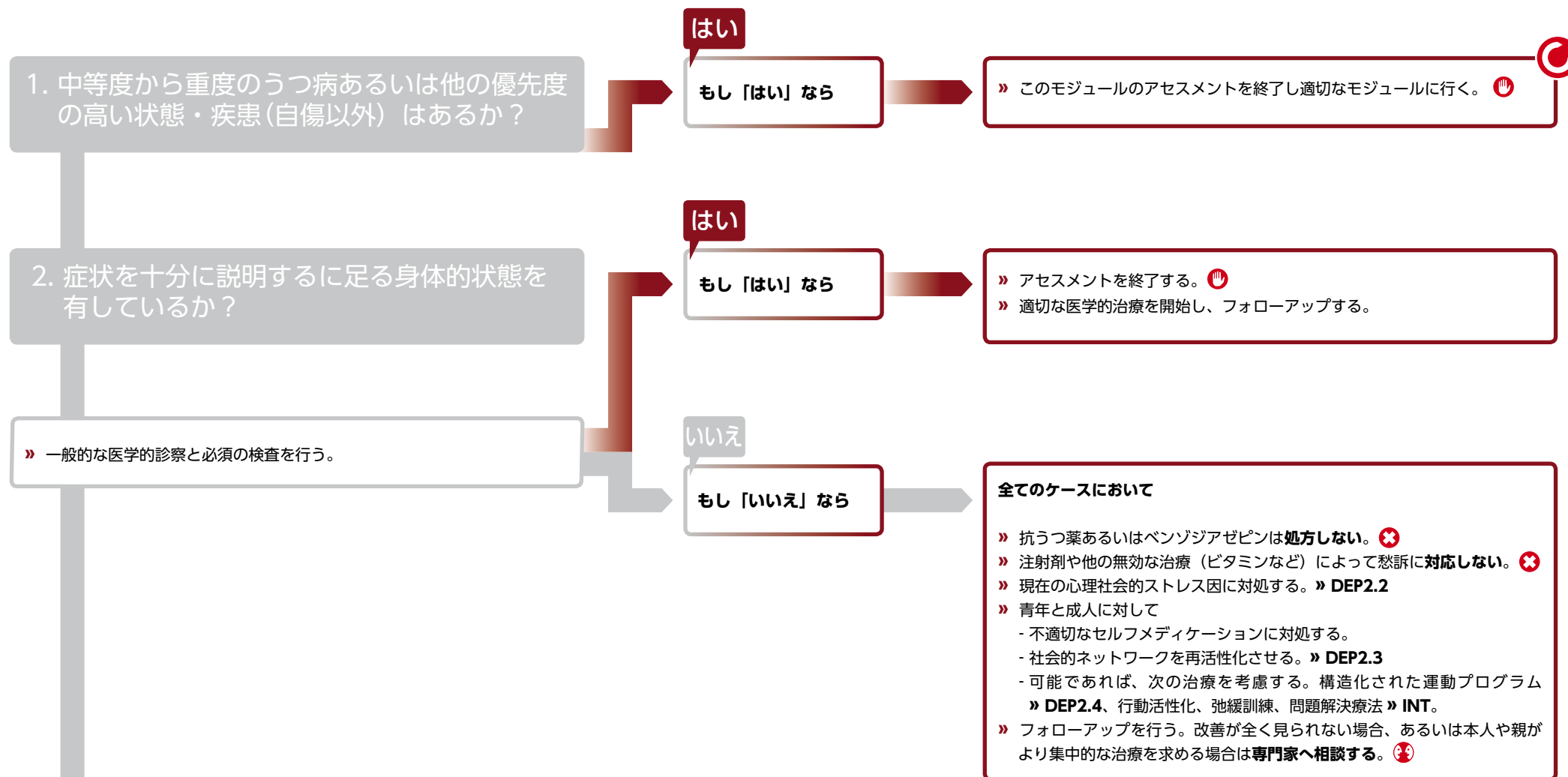


- » このモジュールは、mhGAPの他の優先度の高い状態・疾患の基準を満たす人に対しては考慮すべきではない（自傷は除く）。
- » このモジュールは、中等度・重度うつ病でないことが明確に確認できた場合にのみ使用すべきである（»DEP）。

他の重要な情緒的あるいは医学的に説明不能な愁訴

OTH1

アセスメント（評価）とマネジメント（対応）ガイド



他の重要な情緒的あるいは医学的に説明不能な愁訴

OTH1

アセスメント（評価）とマネジメント（対応）ガイド

3. 顕著な医学的に説明不能な身体症状があるか？

はい

もし「はい」なら

前述の全てのケースに対する助言に加えて

- » 不必要な医学的検査や紹介を避け、プラセボを提供しない。❌
- » 症状を「架空」のものでないと認める。
- » 検査・診察の結果を伝える。そして危険な病気はみられないが、苦痛をもたらしている症状に対処することは重要であると話す。
- » 自分の身体症状をどう解釈しているかを尋ねる。
- » 身体的な感覚（腹痛、筋肉の緊張）が感情とどのように関係しているかを説明し、自分の身体的な感覚と感情の間にどのような関連がありそうかを尋ねる。
- » 通常の活動の継続（あるいは段階的な復帰）を奨励する。
- » 症状が悪化した場合には再度相談するように助言する。

4. 最近、極度のストレス因に暴露されたか（喪失体験や心的外傷体験）？

はい

もし「はい」なら

前述の全てのケースに対する助言に加えて

- » 死別の場合：文化的に適切な悲嘆/適応ができるよう支援し、社会的ネットワークを再活性化させる。» DEP2.3
- » 最近の心的外傷体験後の急性の情緒的苦痛の場合：基本的な心理的支援（心理的応急処置）として次のようなことを行う。話すことを強制することなく耳を傾ける、ニーズと心配事を評価する、基本的な身体的ニーズが確実に満たされるようにする、社会的支援を提供・活用してそれ以上の危害を受けないようにする。
- » 心理学的デブリーフィングを行わない。すなわち、ストレスとなった最近の出来事における認知や考え、情緒的反応を、手短かに、しかし系統的に語るよう求めることによって、感情の表出を促すことをしない。❌

5. (a) 過去1ヶ月の自傷/自殺念慮および計画、あるいは、(b) 過去1年間の自傷行為があるか？

はい

もし「はい」なら

- » 重要な情緒的あるいは医学的に説明不能な愁訴（上記参照）と自傷のリスクの両方に対応する。» SUI1

精神保健を専門としない保健医療提供者による精神障害等へのケアの拡充を目指す、という mhGAP 介入ガイドの目的に沿って、「心理社会的介入・上級編」では保健医療提供者が学習・実践するのにそれぞれ数時間以上を要するような介入法について取り扱う。これらの介入は、十分な人的資源と時間が利用できる場合においては、精神保健専門家のいない保健医療の場でも実施することが可能である。

この章では、十分に専門的な時間をかける必要のある心理的・社会的な介入法について述べる。そのいくつかは、心理療法や心理的治療法といわれているものである。世界中でこうした治療は、特別に訓練された専門家によって提供される傾向にあるが、訓練・スーパーバイズを受けた非専門家の保健従事者によって提供される事もありうる。これらの心理的治療は、通常、個別またはグループで、数ヶ月にわたって週に1回のペースで行われる。

認知行動療法や対人関係療法などは、低所得国においても、地域保健従事者によって、介入がうまく行われている。地域の保健従事者が介入方法を学習し、実施できるようにするための研究プログラムの一環としてである。こうした事例は、これらの介入が非専門家でも提供できることを示しており、精神保健の場におけるケアの拡大の可能性を示唆している。

ケアを拡大するには、投資が必要である。つまり、保健制度管理者は、精神・神経・物質使用障害の人をケアするのに十分な人的資源の配置に努めなければならない。そうすることで、この章で述べている介入が広く実施されることが確実となる。

この章では、アルファベット順に各介入法についての概要を示す。各モジュール内では、これらの介入が必要な箇所には**INT**と表記しており、比較的、集中的な人的資源による介入を必要とすることを示している。精神保健専門家のいない保健医療の場においてこうした介入を実施するためには、具体的なプロトコルやトレーニングマニュアルを開発する必要があるだろう。

行動活性化 (Behavioural activation)

うつ病の認知行動療法の構成要素でもある行動活性化は、やりがいのある活動を回避しないように励ますために、計画的に行動することに焦点を当てた心理療法の一つである。mhGAP介入ガイドでは、この治療法を双極性うつ病を含むうつ病や他の重要な情緒的あるいは医学的に説明不能な愁訴に対する治療オプションとして推奨する。

認知行動療法 (Cognitive behavioural therapy, CBT)

認知行動療法 (CBT) は、感情が考えや行動の影響を受けるという考えに基づく。精神障害のある人は、非現実的で歪曲した思考をする傾向にあり、もし放っておけば、無益な行動に繋がらう。CBTは一般的に、認知療法的要素（非現実的で否定的な考えを認識し、間違っていると感じる能力を高める）と、行動療法的要素によって構成される。CBTはまた、精神保健の問題の種類によって、方法がそれぞれ異なる。mhGAP介入ガイドでは、この治療法を双極性うつ病を含むうつ病、行動症/行動障害、アルコール使用障害、薬物使用障害、さらに急性期を過ぎてすぐの精神病への治療オプションとして推奨する。

随伴性マネジメント療法 (Contingency management therapy)

随伴性マネジメント療法とは、治療を受ける、治療時に適切な行動をとる、有害な物質を使用しない等の特定の望ましい行動に対して報酬を与えるという、構造化された方法の一つである。この報酬は日常生活において自然に得られる報酬・喜びが定着してくれば、少しずつ減らしていく。mhGAP介入ガイドでは、この治療法をアルコール使用障害や薬物使用障害のある人に対する治療として推奨する。

家族カウンセリング・家族療法 (Family counseling or therapy)

家族カウンセリングまたは家族療法には、可能であれば本人も参加するべきである。数ヶ月間にわたって、複数のセッション（通常6回

以上）を計画的に行う必要があり、個々の家族または家族のグループを対象に行う。この方法には、支援・教育・治療の役目があり、問題解決のための協議や危機管理作業を含む事も多い。mhGAP介入ガイドでは、この治療法を精神病、アルコール使用障害や薬物使用障害のある人への治療として推奨する。

対人関係療法 (Interpersonal psychotherapy, IPT)

対人関係療法は、家族、友人、パートナーなど他者との関係における問題を明確にし、その問題に対処する手助けをするように考えられた心理療法である。mhGAP介入ガイドでは、この治療法を双極性うつ病を含むうつ病への治療オプションとして推奨する。

動機づけ強化療法 (Motivational enhancement therapy)

動機づけ強化療法とは、通常4回以内のセッションで行う構造化された心理療法であり、アルコールや薬物など物質への依存をもつ人を支援するためのものである。この治療法には、有害なアルコール摂取を減らすための簡易介入のセクション(▶ALC 2.2) で述べた動機づけ面接の技法を用いて、行動の変化を促すアプローチが含まれる。mhGAP介入ガイドでは、この治療法をアルコール使用障害や薬物使用障害のある人への治療として推奨する。

心理社会的介入・上級編



行動症/行動障害のある子ども・青年の親のためのペアレントスキルトレーニング (Parent skills training for parents of children and adolescents with behavioural disorders)

行動症/行動障害のある子どもの親のためのスキルトレーニングは、ポジティブな親子関係と情緒的なコミュニケーションに焦点を当てたトレーニングであり、一貫した子育ての大切さを教える、子どもを厳しく罰することを止めさせる、子どもと一緒に新しいスキルを身につけさせるといったものである。トレーニングの内容には文化的な配慮が必要ではあるが、国際的に承認されている原則に従い、子どもの基本的人権を侵害することがあってはならない。親をトレーニングするにあたっては、保健医療提供者自身がトレーニングを受けておく必要がある。

発達症/発達障害のある子ども・青年の親のためのペアレントスキルトレーニング (Parent skills training for parents of children and adolescents with behavioural disorders)

発達症/発達障害のある子どもの親のためのスキルトレーニングは、家庭や地域社会において子どもが健全に発達し、役割を果たし、参加できるようにするために行われるものであり、文化的に適切なトレーニングの教材を使用する必要がある。このトレーニングは、影響を与えている環境要因を変えるために、新しい行動をほめることでその行動を覚えさせたり、問題行動の誘因を慎重に分析することで問題行動に対処する、などの行動原理を利用して、特定の社会的なスキル、コミュニケーションと行動におけるスキルを教えるものである。訓練の際には、親を支援する必要がある。様々なレベルの知的能力障害や特定の問題行動のある子どもの親は、それぞれの子どものニーズに合ったスキルを伸ばしていく必要がある。保健医療提供者は、親にトレーニングを提供できるようになるために、更にトレーニングを受ける必要がある。

問題解決カウンセリング・問題解決療法 (Problem-solving counseling or therapy)

問題解決カウンセリング・問題解決療法は、直接的で実践的な支援を提供する心理的な治療法である。治療者と対象者が一緒になって、対象者の精神保健上の問題に関与していると思われるキーとなる問題の領域を同定する。そしてそれを明確でかつ対処可能な課題に分割して問題を解決し、さらに問題に対する対処法を身につけることを目指す。mhGAP介入ガイドでは、この治療法を双極性うつ病を含むうつ病の補助的な治療オプションとして、さらにアルコール使用障害と薬物使用障害の治療オプションとして推奨する。また、自傷、他の重要な情緒的あるいは医学的に説明不能な愁訴および行動症/行動障害のある子どもと青年の親に対しても推奨される。

弛緩訓練 (Relaxation training)

リラクゼーション反応を引き出すような呼吸法や漸進的弛緩法などの技術を用いてトレーニングを行う。漸進的弛緩法とは、特定の筋肉群を意識しリラックスさせる方法を教えるものである。弛緩訓練は、通常は少なくとも1～2ヶ月間は毎日行う。mhGAP介入ガイドでは、この治療法を双極性うつ病を含むうつ病の補助的な治療オプションとして、他の重要な情緒的あるいは医学的に説明不能な愁訴への治療オプションとして推奨される。

生活技能療法 (Social skills therapy)

生活技能療法とは、日常生活における精神的苦痛を軽減するために、対人関係におけるスキルや社会的な対処能力を回復させることを目的とした治療法である。具体的には、ロールプレイング・社会的作業への参加・動機づけ・対人交流の奨励などを行い、コミュニケーションや対人関係における能力を向上させる。この治療法は、個人に対しても、家族単位、グループ単位でも実施可能である。通常は45～90分間のセッションを最初の3ヶ月間は週1・2回、その後は月1回のペースで行う。mhGAP介入ガイドでは、この治療法を精神病と行動症/行動障害のある人への治療オプションとして推奨する。

監修

小澤寛樹 長崎大学大学院 医歯薬学総合研究科 精神神経科学 教授
黒滝直弘 長崎大学大学院 医歯薬学総合研究科 精神神経科学 准教授
中根允文 長崎大学 名誉教授

監訳

Peter Bernick 長崎大学 障がい学生支援室 助教
山田聖剛 長崎総合科学大学 工学部共通教育センター 准教授
長崎大学大学院 医歯薬学総合研究科 精神神経科学
楠本優子 長崎大学大学院 医歯薬学総合研究科 精神神経科学
野中俊輔 長崎大学大学院 医歯薬学総合研究科 精神神経科学

監訳アドバイザー

瀬戸屋雄太郎 Technical Officer, Mental Health, Division of Pacific Technical Support, Western Pacific Regional Office, World Health Organization
丸田敏雅 東京医科大学 精神医学分野 准教授
松本ちひろ 東京医科大学 精神医学分野
茅野龍馬 WHO神戸センター 健康危機管理官

訳者 (翻訳章順)

鈴木友理子 (独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 成人精神保健研究部災害等支援研究室 (序文～Ⅲ章、Ⅳ章1)
深澤舞子 (独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 成人精神保健研究部災害等支援研究室 (序文～Ⅲ章、Ⅳ章1)
中根秀之 長崎大学医学部保健学科 臨床作業療法学 (Ⅳ章2)
井筒 節 世界銀行 東京開発ラーニングセンター (Ⅳ章3)
中野 健 (独)国立病院機構長崎医療センター 精神科 (Ⅳ章4)
渡辺尚子 長崎大学病院 精神科神経科 (Ⅳ章4)
野中俊輔 長崎大学大学院 医歯薬学総合研究科 精神神経科学 (Ⅳ章5)
野口 学 長崎県精神医療センター (Ⅳ章6)
一ノ瀬仁志 医療法人見松会 あきやま病院 (Ⅳ章7)
木下裕久 長崎大学病院 精神科神経科 (Ⅳ章8)
田山達之 長崎大学病院 精神科神経科 (Ⅳ章9)
堤 敦朗 国連大学国際グローバルヘルス研究所 (Ⅳ章10、11)

(2015年3月末現在)

mhGAP 介入ガイド (日本語版)

2015年6月 第一刷発行

編著 世界保健機関 World Health Organization

監修 小澤寛樹、黒滝直弘、中根允文

企画 長崎大学大学院 精神神経科学教室

発行協力 長崎新聞社

印刷製本 昭和堂

ISBN 978-4-904561-89-8

詳細などお問い合わせ先：

Department of Mental Health
and Substance Abuse
World Health Organization
Avenue Appia 20
CH-1211 Geneva 27
Switzerland

Website: [www.who.int/mental_ health/mhgap](http://www.who.int/mental_health/mhgap)

長崎大学大学院 精神神経科学教室
〒852-8501 長崎市坂本1-7-1
TEL 095-819-7293
FAX 095-819-7296
<http://www.med.nagasaki-u.ac.jp/psychtry/>