

資料 4

<資料4>

被験者用面接基準

参加協力施設： オーストラリア 日本 フィリピン タイ
被験者番号：
面接者イニシャル：

患者の入院日： (月) / (日) / (年)

面接実施日： (月) / (日) / (年)
面接の実施場所：

面接者への注意：面接に際して、キュー・カードおよびプロトコルの付録Ⅲ (Manchester Scale Scoring) の準備が出来ていることを確認すること。面接中の MINI PLUS を実施する前に、プロトコルの付録Ⅳを読んでおいて下さい。

インフォームド・コンセント

面接者：先に進む前に、被験者からインフォームド・コンセントが得られていることを確認すること。
面接に対する ICF 用紙が記入されたことを確認すること。
フォローアップ面接に対する ICF 用紙が記入されたことを確認すること。

前置き

このたびは、ATS 使用による健康問題に関する WHO プロジェクトへの参加に同意していただきまして、ありがとうございました。ご存じの通り、本研究は、現在 4 カ国で実施されています。インタビューは、およそ 45 分くらいかかります。ATS に関するあなたの経験や意見、そしてその他にも使ったことがあるかもしれない薬物についてお聞きします。インタビューは匿名で行われ、話された内容の秘密は完全に守られますのでご安心ください。

聞き取りの時間的枠組みを伝える

インタビューを始める前に、これから見て行きたい時間的枠組みについて申し上げておきましょう。これからお尋ねする内容は、いくつかの時間的枠組みに沿ったものとなります：

- ・これまでの全人生
- ・過去 12 カ月間
- ・過去 90 日間
- ・過去 30 日間

来所経路： 自発 家族 友人 福祉 警察
その他 (特定せよ)

入院時の同伴者： なし 家族 友人 福祉 警察
その他 (特定せよ)

スクリーニングのための臨床データ

毒性学試験結果および健康状態のスクリーニング結果を以下に要約すること

薬物毒性学試験 Opiates (- or +) 大麻 (- or +) ベンゾジアゼピン系薬物 (- or +)
メタンフェタミン (- or +) その他のアンフェタミン類 (- or +)
その他の薬物 (- or +) (特定せよ))
検査結果なし

肝機能 GGT： ; AST： ; ALT： ;
検査結果なし
注：GGT (gamma glutaryl transferase, γ -GTP) ,
AST (aspartate amino transferase, GOT) , ALT (alanine transaminase, GPT)

血液を媒介とする感染症

HIV 抗体 (- or +) B 型肝炎抗体 (- or +)
B 型肝炎抗原 (- or +) C 型肝炎抗体 (- or +)
検査結果なし

入院前1週間のメタンフェタミン使用の特定方法

自己申告 (- or +)
関係者からの報告 (- or +) 報告者 _____
その他(- or +) 特定せよ _____
入院時のメタンフェタミン中毒の臨床的状態の有無 (- or +)

入院時の身体検査所見

血圧 (/) 脈拍 _____ 体重 _____ Kg

過去の精神科既往歴 列挙せよ:

精神病の家族負因 (- or +)

物質関連障害 (薬物 および/または アルコール) の 家族負因 (- or +)

身体的既往歴 列挙せよ:

入院前の投薬:

薬名	1回量	頻度

刺青: (- or +)

動作障害 (Movement Disorders) :

蟻走感 (知覚異常あるいは幻触の一種で、小さい虫が皮膚の下を這っているように感じる事) (- or +)
口唇ジスキネジア(モグモグ) (- or +) 常同運動 (- or +)
レストレス・レッグス (- or +)
その他 (特定せよ) (- or +) _____

セクション1: 社会・人口統計学的情報

始める前に、あなたに関する幾つかの情報を記録させてください。

- 1.1 何歳ですか? _____ 歳
- 1.2 性別 男 ¹ 女 ²
- 1.3 どちらの国で生まれましたか? _____ 国
- 1.4 人種 参加協力施設のコーディネーターが適切な人種を記載すること
- 1.5 現在の婚姻状態は?
既婚 ¹ 同棲 ² 独身 ³ 離婚 ⁴ 死別 ⁵ 別居 ⁶
その他 ⁷ (特定せよ) _____
- 1.6 お子さんはいらっしゃいますか? いいえ ¹ はい ² 「はい」の場合、何人ですか? _____
- 1.7 そのお子さんの中で、現在、あなたと一緒に暮らしているのは何人ですか? _____
- 1.7.1 あなたの兄弟姉妹の中で一緒に暮らしているのは何人ですか? _____

1.8 以下のうち、現在のあなたの居住形態（居住場所）を最もよく現しているのはどれですか？

両親と一軒家または集合住宅に居住 ¹

友人と／グループで一軒家または集合住宅に居住 ²

パートナー/子供と一軒家または集合住宅に居住 ³

大学の学生寮に居住 ⁴

下宿（外部）⁵ 単身で一軒家または集合住宅に居住 ⁶ 避難場所/シェルターにいる ⁷
その他（特定せよ）

1.9 大まかに言って、現在の居住形態にどの程度満足していますか？数字の1から7で、1が非常に不満、4が満足、7が非常に満足だとすると、いくつくらいになりますか？

キューカードAを提示

非常に不満 **①-②-③-④-⑤-⑥-⑦** 非常に満足

1.10 就労状態はどのようになっていますか？

常勤¹ 非常勤² 失業中³ 学生⁵ 5なら1.12に飛ぶ

その他⁶（特定せよ）

1.10.1 仕事をしている場合：どのようなお仕事をなさっていますか？

管理職⁶ 専門職⁵ 貿易⁴ 事務³ 販売員² 機械操者/運転手¹ 労務労働者⁰

1.11 過去6ヶ月間のうち、失業していたのはどのくらいの期間でしたか？（学生、主婦は除く）

全期間⁴ ほとんど全期間³ 約半分くらい² 一時期¹ 失業していたことはない⁰

1.12 あなたがお持ちの最も高い学歴は何ですか（貿易実務専門学校、看護専門学校、私立短大なども含めること）。

中学校を卒業した ³

高校に相当する学校に在籍していた ⁴

高校に相当する学校を卒業した ⁵

専門学校に在籍していた ⁶

専門学校を修了した ⁷

大学に在学していた ⁸

大学の課程を修了した ⁹

その他 ¹⁰ 特定せよ）

セクション2:ATS使用歴

2.1 アンフェタミン類の薬物を初めて使用したのは何歳の時でしたか？ 才

2.2.1 これまで使用したことのある、ATSの種類を全て教えていただけますか？

メタンフェタミン/アンフェタミン	いいえ <input type="checkbox"/> ⁰	はい <input type="checkbox"/> ¹	使用年数_____
エフェドリン	いいえ <input type="checkbox"/> ⁰	はい <input type="checkbox"/> ¹	使用年数_____
エクスタシー	いいえ <input type="checkbox"/> ⁰	はい <input type="checkbox"/> ¹	使用年数_____
カフェイン錠剤	いいえ <input type="checkbox"/> ⁰	はい <input type="checkbox"/> ¹	使用年数_____
メチルフェニデート	いいえ <input type="checkbox"/> ⁰	はい <input type="checkbox"/> ¹	使用年数_____
デキサアンフェタミン	いいえ <input type="checkbox"/> ⁰	はい <input type="checkbox"/> ¹	使用年数_____
その他（下記に列挙せよ）	いいえ <input type="checkbox"/> ⁰	はい <input type="checkbox"/> ¹	使用年数_____

2.3 これまでに、24時間以内に使用したことがあるATSの**最大量**はどのくらいですか？

グラム数 及び 価格、

2.4 過去12ヶ月間、どのくらいの頻度でATSを使用しましたか？

キュー・カードCを提示

全くなし 1-2回だけ 3-5回 2カ月に一度 毎月 月に2-3回 週1日 週2-3日 週4-6日 毎日
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

2.5 口から(飲み込むかたちで)ATSを摂取したことがこれまでに**1度**でもありますか？

いいえ ⁰ はい ¹

2.5.1 「はい」の場合、過去90日間に、このような方法でATSを摂取したことはどのくらいの頻度でありましたか？

キュー・カードCを提示

全くなし 1-2回だけ 3-5回 2カ月に一度 毎月 月に2-3回 週1日 週2-3日 週4-6日 毎日
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

2.7 鼻から直接吸い込む形 sniffing でATSを使用したことが**1度**でもありますか？ (snorting)

いいえ ⁰ はい ¹

2.7.1 「はい」の場合、過去90日間に、このような方法でATSを摂取したことはどのくらいの頻度でありましたか？

キュー・カードCを提示

全くなし 1-2回だけ 3-5回 2カ月に一度 毎月 月に2-3回 週1日 週2-3日 週4-6日 毎日
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

2.8 ATSを吸煙/吸引によって摂取したことが**1度**でもありますか？
(例：アルミホイルの上での「あぶり」、または紙巻き煙草にして)

いいえ ⁰ はい ¹

2.8.1 「はい」の場合、過去90日間に、このような方法でATSを摂取したことはどのくらいの頻度でありましたか？

キュー・カードCを提示

全くなし 1-2回だけ 3-5回 2カ月に一度 毎月 月に2-3回 週1日 週2-3日 週4-6日 毎日
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

2.9 ATSを注射によって摂取したことはこれまでに**1度**でもありますか？

いいえ ⁰ はい ¹

2.9.1 「はい」の場合、過去90日間に、このような方法でATSを摂取したことはどのくらいの頻度でありましたか？

キュー・カードCを提示

全くなし 1-2回だけ 3-5回 2カ月に一度 毎月 月に2-3回 週1日 週2-3日 週4-6日 毎日
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

2.10 面接者は、使用された摂取経路の全てを記録すること

飲み込む ¹ 鼻から吸引 ² 吸煙/あぶり ³ 注射 ⁴

2.11 過去 12 ヶ月間のあなたの ATS 使用のパターンは、以下の内どれにあてはまりますか？

ウィークデイにも週末にも使用していた ³

ウィークデイにのみ使用した ²

週末にのみ使用した（金曜の晩から、月曜の朝までの間） ¹

特に一貫した使用パターンはなかった ⁴

2.12 過去 12 カ月間、典型的な週末の 1 日あたりに使用した ATS の量はどのくらいでしたか？

グラム数 及び 価格

2.13 過去 12 カ月間、典型的なウィークデイの 1 日あたりに使用した ATS の量は、どのくらいでしたか？

グラム数 及び 価格

2.14 過去 12 ヶ月間、24 時間以内に使用した ATS の最大量はどのくらいですか？

グラム数 及び 価格

2.15 今回の治療入院につながるようになった、最後の ATS 使用の説明

- 2.15.1 入院前の 1 週間の内、何日間 ATS を使用しましたか？ _____ 日
- 2.15.2 1 日にどのくらいの ATS を使用していませんか？ _____ グラム数 及び 価格、
- 2.15.3 入院前に最後に ATS を使用したのはいつでしたか？ _____ 時間前 / 日前 [○をする]
- 2.15.3 ATS 使用を止める前の 1 日あたりの睡眠時間は？ _____
- 2.15.4 入院前 1 週間にその他に使用した違法薬物はありますか
 列挙 _____

2.16 これから並ぶ質問は、ATS を使用中に、経験した可能性のある問題に関してです。

キュー・カードDを提示

過去 12 ヶ月間に以下のことを どのくらいの頻度で経験しましたか？	全くなし 0	稀に 1	時々 2	頻繁に 3	いつも 4
a. ATS を使用した結果、気分が悪くなったり、 具合が悪くなったりしたことは？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ATS を使ったときの効果が、弱まったり、 止んだりすることを願ったことは？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ATS を使った結果、不安になったり、 神経質になったことは？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ATS を使った結果、事故にあつて怪我をしたことは？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. ATS 使用中に乗り物（車 / バイク 他）を運転したことは？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. ATS を使用した結果、仕事 / 学校を休んだことは？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. ATS を手に入れるための金銭や物品を獲得するために 法律を犯したことはありますか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. ATS の作用下で、法律を犯したことはありますか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. アルコールに酔った状態で、法律を犯したことはありますか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. ATS を使用した結果、皮膚の下に異常な（虫が這うような） 感覚を覚えたことは？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. ATS を使った結果、（他の人には感じられないような）異常な 臭いに悩まされたことはありましたか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. 家で独りでいるときに ATS を摂取したことはありますか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.23 過去1ヶ月間に、再使用する前に注射針を消毒剤できれいにしたことはどの位ありましたか？

- 0 再使用せず
 1 毎 回
 2 しばしば
 3 時 々
 4 稀 に
 5 一度もせず

セクション3:ATS使用状況

3.1 これまでに1回のATS購入に使った**最高額**はいくらですか？

(地元通貨)
価格

3.1 ATSを欲しいと思いつつも手に入れることが出来なかったことが**これまでに1回**でもありましたか？

- いいえ 「いいえ」ならセクション5に飛ぶこと
 はい

3.2.2 「はい」なら：代わりとして何か使いましたか？ いいえ はい 何を代わりに使いましたか？

3.2.3 代わりとして使用された主な薬物の名称（アルコールを含む）

1. _____ 2. _____
 3. _____ 4. _____

セクション5:その他の薬物使用

このセクションでは、あなたがこれまで使用したことがあるかもしれない薬物について質問をします。
 面接者：回答用カードを使用すること

面接者：キュー・カードCを提示

過去12ヶ月における使用頻度

全くなし	1-2回だけ	3-5回	2カ月に一度	月1日	月に2-3回	週1日	週2-3日	週4-6日	毎日
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

過去90日における使用頻度

全くなし	1-2回だけ	3-5回	2カ月に一度	月1日	月に2-3回	週1日	週2-3日	週4-6日	毎日
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

摂取経路

経口=0 経鼻=1 吸煙/吸引=2 注射=3

薬物の種類	初めて摂取した年齢	過去12ヶ月間の摂取日数	過去90日間の摂取日数	過去90日間の摂取経路
1. アルコール				
2. 有機溶剤（接着剤/ガス/燃料類）				
3. 大麻				
4. LSD/キノコ				
5. ヘロイン				
6. その他の違法なオピエート類 特定せよ				
7. ケタミン				
8. 乱用したベンゾジアゼピン系薬物の 主なもの。 特定せよ				
8. コカインパウダー				
9. クラック/ロック・コカイン				

セクション6:社会環境および状況

6.1.1 現在、近い関係の人はいますか？ はい いいえ 「いいえ」なら6.2に飛ぶ
(恋人、配偶者、同居人)

6.1.2 その人はATSを使用しますか？ はい いいえ

6.2 あなたの家族の中にATSを使用する人はいますか？ はい いいえ

6.3 あなたがつきあいのある人の中で、ATSを使用している人は何人いますか？

キュー・カードFを提示

全員 ¹ 過半数 ² 約半数 ³ 半数以下 ⁴ いない ⁵

6.4 あなたがつきあいのある人の内、エクスタシーを使用している人は何人いますか？

キュー・カードFを提示

全員 ¹ 過半数 ² 約半数 ³ 半数以下 ⁴ いない ⁵

6.5 あなたがつきあいのある人の内、大麻を使用している人は何人いますか？

キュー・カードFを提示

全員 ¹ 過半数 ² 約半数 ³ 半数以下 ⁴ いない ⁵

6.6 あなたがつきあいのある人の内、コカインを使用している人は何人いますか？

キュー・カードFを提示

全員 ¹ 過半数 ² 約半数 ³ 半数以下 ⁴ いない ⁵

6.7 あなたがつきあいのある人の内、ヘロインを使用している人は何人いますか？

キュー・カードFを提示

全員 ¹ 過半数 ² 約半数 ³ 半数以下 ⁴ いない ⁵

6.8 あなたがつきあいのある人の内、アヘンを使用している人は何人いますか？

キュー・カードFを提示

全員 ¹ 過半数 ² 約半数 ³ 半数以下 ⁴ いない ⁵

セクション7: 法律的問題

このセクションでは、あなたが警察や司法機関ともったことのある関わりの全てに関心があります。詳細についてまでは知る必要はありません。ここであなたがお話になる全ての内容について、秘密は完全に守られますので、ご安心ください。

7.1 警察に逮捕／補導されたことは何回ありますか？

キュー・カードGを提示する

一度もない	1回だけ	2-5回	6-10回	11-20回	21回以上
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

7.1.1 この中に薬物に関連した逮捕／補導はありましたか？

いいえ ⁰ はい ¹

7.2 違法行為で有罪判決を受けたことは何回ありますか？

7.3 これまでに、刑務所または少年院や自立支援施設に入ったことはありますか？ いいえ はい 何回？

7.3.1 .初めて実刑判決／少年院・自立支援施設への入所措置を受けた年齢 _____ 歳
7.3.2 .刑務所／少年院・自立支援施設内で過ごした期間の合計 _____ ヶ月

セクション8: 性行動

これからの質問は、あなたの最近の性行動に関するものです。これらの質問に対して、率直に回答できないと考えられる場合には、どうぞ答えたくない旨、お知らせください。しかしながら、重ねて強調しますが、ここで話される内容は、全て完全に秘密を守られますのでご安心ください。

このセクションへの回答拒否 あり ¹ なし ⁰

8.1 過去1ヶ月間に、どなたとセックスしましたか？

セックスしなかった ¹ …該当する場合はセクション9に飛ぶ

異性とのみセックスした ² 男性とも女性ともセックスした ³ 同性とのみセックスした ⁴

8.2 (客も含めて) 実数にして何人と過去1ヶ月間にセックスしましたか？

なし ⁰ 人数を記入:

8.3 過去1ヶ月間に、決まった相手 (1人または複数) とセックスしましたか？ いいえ ⁰ はい ¹

8.3.1 過去1ヶ月間、決まった相手 (1人または複数) とセックスしたときに、どのくらいの頻度でコンドームを使用しましたか？

決まった相手はいない ⁰ 毎回 ¹ しばしば ² 時々 ³ 稀に ⁴ 一度もない ⁵

8.3.2 過去1ヶ月間、決まった相手 (1人または複数) とセックスする前に ATS を使用したことはどのくらいの頻度でありましたか？

決まった相手はいない ⁰ 毎回 ¹ しばしば ² 時々 ³ 稀に ⁴ 一度もない ⁵

8.3 過去1ヶ月間に、その場限りの相手 (1人または複数) とセックスしましたか？ いいえ はい

注: 「その場限りの相手」には、行きずりの相手以外にも、支払ってセックスした相手も含む

8.4 入院前の1ヶ月間、その場限りの相手 (1人または複数) とセックスしたときに、コンドームをどのくらいの頻度で使用しましたか？

その場限りの相手はいなかった ⁰

毎回 ¹ しばしば ² 時々 ³ 稀に ⁴ 一度もない ⁵

8.4.2 過去1ヶ月間、その場限りの相手 (1人または複数) とセックスする前に ATS を使用したことはどのくらいの頻度でありましたか？

その場限りの相手はいなかった ⁰

毎回 ¹ しばしば ² 時々 ³ 稀に ⁴ 一度もない ⁵

8.5 過去1ヶ月間に、支払い(金銭、薬物、食べ物、寝る場所の提供によって)を受けてセックスしたことはありましたか？

いいえ ⁰ はい ¹

8.5.1 過去1ヶ月間に、支払い(金銭、薬物、食べ物、寝る場所の提供によって)を受けてセックスした際、どのくらいの頻度でコンドームを使用しましたか？

支払いを受けてセックスしたことはなかった ⁰

毎回 ¹ しばしば ² 時々 ³ 稀に ⁴ 一度もない ⁵

8.5.2 過去1ヶ月間、支払い(金銭、薬物、食べ物、寝る場所の提供によって)を受けてセックスする前に ATS を使用したことはどのくらいの頻度でありましたか？

支払いを受けてセックスしたことはなかった ⁰

毎回 ¹ しばしば ² 時々 ³ 稀に ⁴ 一度もない ⁵

8.6 過去1ヶ月間、どのくらいの頻度で肛門性交(アナル・セックス)をしましたか？

なし ⁰ 人数を記入

8.7 過去1ヶ月間、肛門性交（アナル・セックス）をした際、コンドームをどのくらいの頻度で使用しましたか？

肛門性交をする相手はいない ⁰
 毎回 ¹ しばしば ² 時々 ³ 稀に ⁴ 一度もない ⁵

8.8 過去1ヶ月間、肛門性交（アナル・セックス）をする前に ATS を使用したことはどのくらいの頻度でありましたか？

肛門性交をする相手はいない ⁰
 毎回 ¹ しばしば ² 時々 ³ 稀に ⁴ 一度もない ⁵

セクション9: 身体的・精神的 健康状態

9.1 入院前の1ヶ月間、あなたの健康状態は、概してどのようでしたか？

キュー・カードHを提示

極めて良かった ⁴ とても良かった ³ 良かった ² 悪くなかった ¹ 悪かった ⁰

9.2 これからの質問は、あなたが入院前の1ヶ月間に、典型的な1日の中でした可能性のある活動に関するものです。あなたの健康状態のせいで、これらの活動に制約が加わったことがありましたか？あった場合、それはどの程度でしたか？

キュー・カードIを提示

	大変制約されました <input type="checkbox"/> ²	少し制約されました <input type="checkbox"/> ¹	全く制約されませんでした <input type="checkbox"/> ⁰
a. テーブルを動かしたり、家を掃除するなどの中等度の活動	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ⁰
b. 階段を何階分か上がる	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ⁰

9.3 入院前1ヶ月間に、あなたの身体的な健康状態のせいで、仕事や日常の活動に以下のような問題が一つでも起きましたか？

	はい <input type="checkbox"/> ¹	いいえ <input type="checkbox"/> ⁰
a. 望んでいた量をこなせなかった	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ⁰
b. その種の仕事やその他の活動において能力を発揮できなかった	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ⁰

9.4 入院前1ヶ月間に、あなたの情緒的な問題（うつ状態や不安など）のせいで、仕事や日常の活動に以下のような問題が一つでも起きましたか？

	はい <input type="checkbox"/> ¹	いいえ <input type="checkbox"/> ⁰
a. 望んでいた量をこなせなかった	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ⁰
b. その種の仕事やその他の活動において能力を発揮できなかった	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ⁰

9.5 入院前の1ヶ月間、痛みが普段の仕事（外での仕事および家事の両方を含む）の妨げになったことはどのくらいありましたか？

キュー・カードJを提示

全くない ⁰ 少し ¹ どちらとも言えない ² かなり ³ 極めて ⁴

9.6 これからの質問は、入院前の1ヶ月間にあなたがどのように感じ、どのような状況にあったかに関するものです。

キュー・カードKを提示	常に <input type="checkbox"/> ⁰	ほとんどいつも <input type="checkbox"/> ¹	かなりの時間 <input type="checkbox"/> ²	時々 <input type="checkbox"/> ³	稀に <input type="checkbox"/> ⁴	全くなかった <input type="checkbox"/> ⁵
a. 穏やかで平和に感じましたか？	<input type="checkbox"/> ⁰	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
b. エネルギーにあふれていましたか？	<input type="checkbox"/> ⁰	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
c. 落胆したり、落ち込んだりしましたか？	<input type="checkbox"/> ⁰	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
d. 身体的または精神的な健康状態が社会活動（友人や親戚を訪ねる等）の妨げになりましたか？	<input type="checkbox"/> ⁰	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵

MINI PLUS

M. 精神病性障害 - Part 1

「はい」と答えた場合、それぞれ例をあげてもらおう。それらの例において、思考や知覚に関する明らかな矛盾があったり、文化的にみて適当でない場合に「はい」に○をつける。○をつける時にその妄想が“奇異”であるかどうか検討する。

その妄想が“奇異”であるとの判断:それが明らかに信じがたい、ばかげている、理解に苦しむものであり、普通の生活では生じ得ないことに関する場合。

その幻覚が“奇異”であるとの判断:その人の考えや行動について口出する声であったり、2人以上で互いに話し合っている声の場合。

質問に対する患者の反応は全て、A欄にコードすること。臨床家判断欄(B欄)については、他の外的証拠(例えば、家族からの情報)から、本人は否定していても症状が存在していることを分かっている場合にのみ使用すること。

これから、人によっては体験することもある変わった経験についてお尋ねします。

		A 欄 患者の反応	B 欄 臨床家の判断 (必要に応じて)	
		奇異性	奇異性	
M1	a 今までに、誰かがあなたをつけ回していたり、あなたを畏にはめようとしたり、あなたを傷つけようとしているなどと確信したことがありますか？	いいえ はい 奇異	はい 奇異	1
	b 「はい」なら：現在もそのように確信していますか？ 注:実際につけ回されている場合を除外するために例をあげてもらおう。	いいえ はい 奇異	はい 奇異	2
M2	a 今までに、誰かがあなたの心を読んだり、あなたの考えを聞くことができたり、または、あなたが実際に人の心が読めたり、人の考えを聞くことが出来ると確信したことがありますか？	いいえ はい 奇異	はい 奇異	3
	b 「はい」なら：現在もそのように確信していますか？	いいえ はい 奇異	はい 奇異	4
M3	a 今までに、誰か、または外部からの何らかの力によって、あなた自身の考えではないことを心に吹き込まれたり、普段のあなたならしないようなことをさせられたりしたと確信したことがありますか？ 今までに、何かに取り憑かれたと感じたことがありますか？ 臨床家へ:例をあげてもらい、精神病的でないものは除外する。	いいえ はい 奇異	はい 奇異	5
	b 「はい」なら：現在もそのように確信していますか？	いいえ はい 奇異	はい 奇異	6
M4	a 今までに、テレビやラジオ、新聞などからあなた向けの特別なメッセージが送られたり、個人的には知らなかった人があなたに特別な関心を抱いていると確信したことがありますか？	いいえ はい 奇異	はい 奇異	7
	b 「はい」なら：現在もそのように確信していますか？	いいえ はい 奇異	はい 奇異	8
M5	a 今までに、あなたの親族や友人から、あなたの信じていることはおかしいとか普通じゃないと指摘されたことがありますか？ 面接者へ:例をあげてもらおう。その例が明らかに妄想観念である場合にのみ、「はい」に○をつける(たとえば、心気妄想、宗教的な妄想、誇大妄想、嫉妬妄想、罪業妄想、破滅妄想や貧困妄想、またはM1からM4の間で扱われていないその他の妄想)	いいえ はい 奇異	はい 奇異	9
	b 「はい」なら：彼らは今でもあなたの信じていることはおかしいと思っていますか？	いいえ はい 奇異	はい 奇異	10

M6 a 今までに、他の人には聞こえない、たとえば声などを聞いたことがありますか？ いいえ はい はい 奇異 11
 下記の質問に「はい」と答えた場合にのみに「奇異」に○をつける:

「はい」なら: その声はあなたの考えや行動に口出しをしたり、2人以上で互いに話し合っているような声でしたか？ 奇異

b 「奇異」なら: ここ 1 カ月以内にもそのような声は聞こえていますか？ いいえ はい 奇異 はい 奇異 12
 患者が自分の考えや行動に口出しをしたり、2人以上で互いに話し合っているような声を聞いた場合には「奇異」に○をつける。

M7 a 今までに、あなたは、起きているときに幻を見たり、他の人には見えないものが見えたりしたことがありますか？ いいえ はい はい 13
 臨床家へ: これらのことが文化的に見て不適切でないか確かめる。

b 「はい」なら: ここ 1 カ月以内にもそのようなものが見えていますか？ いいえ はい はい 14

臨床家による診断

M8 b 現在患者には、支離滅裂さや、解体した会話、明らかな連合弛緩が認められる？ いいえ はい 15

M9 b 現在患者には、解体型、または緊張型の行動が見られる？ いいえ はい 16

M10 b 面接中、たとえば、明らかな感情の平板化、会話の貧困さなどの他、何か新しいことを始めようとしたり、目的に向かって行動し続けることが出来ないといった精神分裂病の陰性症状が明らかに認められる？ いいえ はい 17

M11 a M1~M10b の中に、「はい」が少なくとも1つある？ いいえ はい

M11 b

現症は、M1~M7(B欄)及び、M8b または M9b または M10b で臨床家によって同定されたものだけ？

「いいえ」なら、先に進む

いいえ	はい
特定不能の精神病性障害*	
現在 <input type="checkbox"/>	
生涯 <input type="checkbox"/>	
*現時点で入手可能な情報が不十分であることによる、暫定診断	

注意 「b」質問の中に「はい」が少なくとも1つあるなら、M11c 及び M11d にコードすること
「b」質問が全て「いいえ」なら、M11d にだけコードすること

M11 c

M1からM10bで: 1つ以上の「b」項目で「奇異」に○がついているか？

または

「b」項目の中に、「はい」でありながら、「奇異」でないとされている項目が2つ以上あるか？

いいえ
なら、現在、精神分裂病の診断基準"A"を満たさない。

はい
なら、現在、精神分裂病の診断基準"A"を満たす。

M11 d M1からM10bで:1つ以上の「a」項目が「奇異」に○されている
または

「a」項目で、「はい」でありながら、「奇異」ではないとされている項目が
2つ以上ある?
その2項目が同時期に起きたものであることを確認すること)

いいえ
なら、これまで(生涯)に、精神分裂病の診断基準"A"を満たしたことはない。

または M11cで「はい」に○がついている

はい
なら、これまで(生涯)に、精神分裂病の診断基準"A"を満たしていたことがあった。

- M12 a これらの症状が始まる直ぐ前に、何か薬物あるいは薬(医薬品)を
摂取していましたか? いいえ はい 18
- b これらの症状が始まる直ぐ前に、何か身体的な病気をしていましたか? いいえ はい 19
- c 臨床家としての判断では、上記どちらかが患者の精神病状態の直接的原因
であると考えられるか? いいえ はい 20
(必要なら、その他の詳細を尋ねる質問もすること)
- d 器質的原因は除外されたか? いいえ はい 不確定 21

M12d = 「いいえ」なら: M13(a, b) にスコアし、次の障害へ進むこと
M12d = 「はい」なら: M13(a, b) で「いいえ」に○をつけ、M14 に進むこと
M12d = 「不確定」なら: M13(a, b) で「不確定」に○をつけ、M14 に進むこと

M13 a M12d が「いいえ」とコードされたのは、一般身体疾患が原因か?

「はい」なら、最も最近のエピソードが下記に当てはまるかを特定せよ

現在(M1~M10bの「b」質問の少なくとも1つが「はい」)
かつ/または、M1~M10b の生涯("a"または"b")項目で「はい」
に○がついている。

いいえ はい 22
一般身体疾患を示すことによる
精神病性障害
現在
生涯
不確定なら、あとでコードせよ

M13 b M12d が「いいえ」とコードされた原因は薬物か?

「はい」なら、最も最近のエピソードが下記に当てはまるかを特定せよ

現在(M1~M10bの「b」質問の少なくとも1つが「はい」)
かつ/または、生涯(M1~M10bの"a"または"b"項目の1つ以上が
「はい」)

いいえ はい 23
物質誘発性の
精神病性障害
現在
生涯
不確定なら、あとでコードせよ

M14 こうした確信や体験は、最長でどのくらいの期間続きましたか?
1日を越える場合は、次のセクションに進むこと _____ 24

M15 a こうした確信や体験があった期間中、あるいは、その期間の後に、仕事や
人間関係、または自分の面倒を見ることに困難を覚えたことがありましたか? いいえ はい 25

b 「はい」なら、そういった困難は、どのくらいの期間続きましたか?
6カ月以上なら、M16に進む _____ 26

c 投薬による治療を受けましたか、それとも、こうした確信や体験、または
その結果生じた困難のために入院しましたか? いいえ はい 27

d 「はい」なら、投薬治療を受けたり、こういった問題のために入院していた期
間は最長どのくらいでしたか? _____ 28

M16 a 患者が障害を報告(M15aが「はい」)した。または、精神病性障害のために治療を受けるか、入院していた(M15c=「はい」)。 いいえ はい 29

b 臨床家の判断: 経験的に、精神病性の障害によってこの患者が示した生涯の障害レベルを評定せよ

- | | | | |
|-------|--------------------------|---|----|
| 障害なし | <input type="checkbox"/> | 1 | |
| 軽度障害 | <input type="checkbox"/> | 2 | |
| 中等度障害 | <input type="checkbox"/> | 3 | |
| 重度障害 | <input type="checkbox"/> | 4 | 30 |

M17 急性期(M14)、関連する困難(M15b)および精神科治療(M15d)を考慮すると、精神病性障害の持続期間の総計はどのくらいか 1日~1カ月未満 31
1カ月~6カ月未満
6カ月以上

- 1
2
3

時間的経過

M18 a それらの普通でない確信や体験を初めて持ったのは何歳の時でしたか? _____ 歳 32

b 最初の発症以来、そのような普通でない確信や体験を伴うはっきりそれとわかるエピソードが何回ありましたか? _____ 回 33

A. 大うつ病エピソード

(→ の意味: 診断ボックスまで進み、全ての診断ボックスの「いいえ」に○をつけ、次のモジュールに進む)

モジュールMが既に完了し、精神病性の症状が既に同定(M1~M10b)されている場合:
うつ症状が精神病性障害の存在によってうまく説明されないならば、下記の質問を実施し、指示に従ってコードすること。

A1	a 今までに、少なくとも2週間以上、毎日のように、ほとんど一日中ずっと憂うつであったり沈んだ気持ちでいたことがありますか?	いいえ	はい	1
	A1a=「はい」なら:			
	b この2週間、毎日のように、ほとんど一日中ずっと憂うつであったり沈んだ気持ちでしたか?	いいえ	はい	2
A2	a 今までに、少なくとも2週間以上、ほとんどのことに興味がなくなったり、大抵いつもなら楽しめていたことが楽しめなくなりましたか?	いいえ	はい	3
	A2a=「はい」なら:			
	b この2週間、ほとんどのことに興味がなくなったり、大抵いつもなら楽しめていたことが楽しめなくなっていましたか?	いいえ	はい	4
	A1a または A2a で「はい」に○がついているか	いいえ→	はい	

現在うつ状態にある場合(A1bまたはA2b=「はい」): 現在のエピソードについてのみ検討する
現在うつ状態にはない場合: もっとも症状が顕著だった過去のエピソードについて検討する

あなたが憂うつであったり、ほとんどのことに興味がなくなっていた2週間についてお尋ねします。

		現 在	過去のエピソード	
A3	a 毎日のように、食欲が減退あるいは亢進しましたか? 意識しないうちに、体重が減少、または増加しましたか? (例、1ヶ月間に、体重の±5%、つまり70kgの人なら±3.5kgの増減) 食欲または体重の変化のどちらかがある場合、「はい」に○する。	いいえ	はい	5
	b 毎晩のように、睡眠に問題(たとえば、寝付きが悪い、真夜中に目が覚める、朝早く目覚める、寝過ぎてしまうなど)がありましたか?	いいえ	はい	6

- c 毎日のように、普段に比べて話し方や動作が鈍くなったり、またはイライラしたり、落ち着きがなくなったり、静かに座っていられなくなりましたか？ いいえ はい いいえ はい 7
- d 毎日のように、疲れを感じたり、または気力がないと感じましたか？ いいえ はい いいえ はい 8
- e 毎日のように、自分に価値がないと感じたり、または罪の意識を感じたりしましたか？ いいえ はい いいえ はい 9

A3e=「はい」なら:具体例をあげてもらうこと

具体例は妄想観念と一致している いいえ はい

- f 毎日のように、集中したり決断したりするのが難しいと感じましたか？ いいえ はい いいえ はい 10
- g 自分を傷つけたり自殺することや、死んでいればよかったと繰り返し考えましたか？ いいえ はい いいえ はい 11

A3への回答に「はい」が3つ以上あるか？

(または、A1aまたはA2aの過去エピソードが「いいえ」、もしくは、A1bまたはA2bの現在エピソードが「いいえ」だった場合、A3に「はい」が4つ以上あったか)

いいえ はい いいえ→ はい

報告された症状が、同じ2週間の期間内に起きたものかどうかを確認する。

A4で現在のエピソードに関する回答が「いいえ」の場合、A3a~A3gは、最も症状の多かった過去のエピソードについて尋ねること。

- A5 憂うつだったために、ひどく苦しんだり、仕事、社交、その他の重要な場面でうまく機能するのに支障を来しましたか？ いいえ→ はい 12
- A6 その症状は、愛する人を失ったこと(死別)が原因ですか?重症度、障害の程度、持続期間において、同じ様な状況下であれば、ほとんどの人が体験するであろう苦しみと、ほぼ同様であるといえますか?もしそうなら、これは通常の死別反応です。

単純死別反応は除外されたか?

いいえ→ はい 13

- A7 a こうした症状が始まる直ぐ前に、何か薬物あるいは薬(医薬品)を摂取していましたか? いいえ はい
- b これらの症状が始まる直ぐ前に、何か身体的な病気をしていましたか? いいえ はい

臨床家の判断で:上記どちらかが患者の精神病状態の直接的原因であると考えられますか?必要に応じて、詳細を尋ねる質問を追加すること。

A7(まとめ):器質的原因は除外された?

いいえ はい 不確定 14

- A8 A7(まとめ)=「はい」または「不確定」の場合、「はい」に○をする。

エピソードが現在のものか、及び/または過去のものか、両方(反復性)かを特定せよ

いいえ	はい
大うつ病エピソード	
現在	<input type="checkbox"/>
過去	<input type="checkbox"/>

- A9 A7b=「はい」及びA7(まとめ)=「いいえ」の場合、「はい」に○をする。

エピソードが現在のものか、及び/または過去のものか、両方(反復性)かを特定せよ

いいえ	はい
一般身体疾患を示すことによる気分障害	
現在	<input type="checkbox"/>
過去	<input type="checkbox"/>

A10 A7a=「はい」及びA7(まとめ)=「いいえ」の場合、「はい」に○をする

エピソードが現在のものか、及び/または過去のものか、両方(反復性)かを特定せよ

いいえ	はい
物質誘発性の 気分障害	
現在	<input type="checkbox"/>
過去	<input type="checkbox"/>

時間的経過

A11 抑うつ症状を初めて持つようになったのは何歳の時でしたか？ _____ 歳 15

A12 これまでの人生で、このような抑うつ症状（毎日、最低2週間）を呈したことは、何回ありましたか？ _____ 回 16

B.気分変調症

(→ の意味:診断ボックスまで進み、全ての診断ボックスの「いいえ」に○をつけ、次のモジュールに進む)

患者の症状が現在、大うつ病エピソードの診断基準を満たしている場合、現在の気分変調症については尋ねず、過去の気分変調症について尋ねること。探っている過去の気分変調症が、過去の大うつ病エピソードと重なっておらず、しかも、その前に大うつ病エピソードがあった場合には、気分変調症との間に最低2ヶ月間の完全寛解期間があったことを確認すること[うつ病の二重診断に関心がある場合にのみこのルールを適用すること]。

このモジュールで探る時間的枠組みを特定せよ

現在	<input type="checkbox"/>
過去	<input type="checkbox"/>

B1	この2年間、ほとんどずっと、悲しく、沈んで、憂うつであると感じていましたか？ (過去の気分変調症を探っている場合には、「過去に2年間ずっと悲しく、沈んで、憂うつだったことがありましたか?」)	いいえ→	はい	22
B2	この2年間の中で、2カ月以上、特に気分の問題のない期間がありましたか？	いいえ→	はい	23

B3 ほとんどずっと憂うつであると感じていた期間に、あなたは：

- a 食欲が著しく変化しましたか？ いいえ はい 24
- b 眠れなかったり、寝過ぎてしまうことはありましたか？ いいえ はい 25
- c 疲れを感じたり、気力がないと感じましたか？ いいえ はい 26
- d 自信をなくしていましたか？ いいえ はい 27
- e 物事に集中したり、物事を決断しづらい感じがありましたか？ いいえ はい 28
- f 希望がないと感じましたか？ いいえ はい 29

B3に2つ以上「はい」がある？ いいえ→ はい

B4 抑うつ症状のせいで、ひどく苦しんだり、仕事、社交、その他の重要な場面に支障を来しましたか？ いいえ→ はい 30

B5 これらの症状が始まる直ぐ前に、何か薬物あるいは薬（医薬品）を摂取していませんか？
これらの症状が始まる直ぐ前に、何か身体的な病気をしていましたか？
臨床家の判断で：上記どちらかが患者のうつ病の直接的原因であると考えられるか？
必要に応じて、詳細を尋ねる質問も追加すること。

器質的原因は除外されたか？ いいえ はい 31

B5は「はい」に○がついている？

いいえ	はい
気分変調症	
現在	<input type="checkbox"/>
過去	<input type="checkbox"/>

時間的経過

B6 2年間のほとんどずっと続く抑うつ症状を初めて持つようになったのは何歳の時でしたか？

歳 32

D(軽)躁病エピソード

(⇒ の意味: 診断ボックスまで進み、全ての診断ボックスの「いいえ」に○をつけ、次のモジュールに進む)

モジュールMが既に完了し、精神病性の症状が既に同定(M1~M10b)されている場合:
(軽)躁症状が精神病性障害の存在によってうまく説明されないならば、下記の質問を実施し、指示に従ってコードすること。

D1	a	今までに「気分がいい」とか「調子が高い」と感じたことはありますか？ または、トラブルに巻き込まれたり、周りの人からいつものあなたではないと言われるほど、活力に満ちて、自信にあふれている期間がありましたか？ (薬物を使用したり、アルコールに酔っていた時は含めないでください)	いいえ	はい	1
	b	現在、「気分がいい」とか「調子が高い」、または活力に満ちていると感じますか？	いいえ	はい	2
<p>患者がこちらの言う「気分がいい」、「調子が高い」の意味が理解できなかったり、戸惑っている場合以下のよう説明する: 「気分がいい」とか「調子が高い」「調子が上がって」ということは、有頂天になって、活力が増して、あまり眠らなくても平気になって、頭の回転が速くなって、次々と考えが浮かんで、生産性、やる気、創造力が増大して、衝動的行為が増えることを意味しています。</p>					
D2	a	今までに、口論や、口喧嘩や、殴り合いの喧嘩をしたり、家族以外の人を怒鳴りつけたりするほどに、何日間か続けて怒りっぽかったことがありますか？たとえ、あなたが正しいと感じる状況であっても、あなたが普段より怒りっぽかったり、大げさに反応していることを、自分で気付いたり、周囲の人に指摘されたことがありましたか？	いいえ	はい	3
	b	あなたは現在、持続的に怒りっぽい感じがありますか？	いいえ	はい	4
D1aまたはD2aが「はい」ですか？			いいえ→	はい	
D1aまたはD2aが「はい」なら: 現在のエピソードのみを検討する					
D1b またはD2bが「いいえ」なら: 最も症状が顕著だった過去のエピソードを検討する					

D3 D1b またはD2bが「はい」なら: 現在のエピソードのみを検討する
D1b またはD2bが「いいえ」なら: 最も症状が顕著だった過去のエピソードを検討する

	現在エピソード	過去エピソード
調子が高い、活力に満ちている、または、怒りっぽいと感じていた期間、あなたは:		
a 他の人が出来ないことが出来ると感じたり、自分が特別に重要な人物であると感じたことがありましたか？ 「はい」なら具体例をあげてもらう 具体例は妄想観念と一致している <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	いいえ はい	いいえ はい 5
b あまり眠らなくても大丈夫に(例えば、2~3時間の睡眠だけでよく休めたと感じる)になりましたか？	いいえ はい	いいえ はい 6
c 切れ目なくしゃべりすぎたり、周りの人が分かりづらいほど早口で話しましたか？	いいえ はい	いいえ はい 7
d いくつもの考えが競い合ってくるような感じがありましたか？	いいえ はい	いいえ はい 8
e ちょっとした刺激で注意がそらされるほど集中できませんでしたか？	いいえ はい	いいえ はい 9

f 周囲の人が心配するほど、活動的となったり、休みなく動き回りましたか？ いいえ はい | いいえ はい 10

g 危険や、結果をかえりみないほど、快楽を得るための行動に夢中になりましたか（例えば、浪費、無謀運転、性的無分別など）？ いいえ はい | いいえ はい 11

D3(まとめ): D3に3つ以上「はい」がある？

(あるいは、D1aが「いいえ」または、D1bが「いいえ」の場合、D3に4つ以上の「はい」がある？)

いいえ → はい

ルール: 発揚感/誇大感の必要条件はD3症状3つのみ。一方、怒りっぽい気分だけの場合、D3症状を4つが必要。

それぞれの症状が同時期に起きたものかどうかを確認すること。

- D4 a こうした症状が始まる直ぐ前に、何か薬物あるいは薬（医薬品）を摂取していませんか？ □いいえ □はい
 b これらの症状が始まる直ぐ前に、何か身体的な病気をしていませんか？ □いいえ □はい

臨床家の判断で: 上記どちらかが患者の(軽)躁状態の直接的原因であると考えられるか？ 必要に応じて、詳細を尋ねる質問も追加すること。

D4(まとめ): 器質的原因は除外された？ いいえ はい 不確定 12

- D5 これらの症状は、少なくとも1週間続き、かつ、そのために家庭、職場、学校であなたの手に負えないほどの問題を引き起こしましたか？また、これらの問題のために入院しましたか？ いいえ はい | いいえ はい 13

D5が現在のエピソードに関して「いいえ」の場合、D3,D4,D5は最も症状が顕著だった過去のエピソードについて検討すること。

- D6 D3(まとめ)＝「はい」かつD4(まとめ)＝「はい」か不確定、かつ、D5＝「いいえ」であり、D3aで妄想観念が一つもなかった場合、軽躁病エピソードは「はい」に○すること。

同定されたエピソードが現在のものか、過去のものを特定せよ

いいえ	はい
軽躁病エピソード	
現在	<input type="checkbox"/>
過去	<input type="checkbox"/>

- D7 D3(まとめ)＝「はい」かつD4(まとめ)＝「はい」か不確定であり、かつ、D5＝「はい」またはD3aで妄想観念が報告された場合には、躁病エピソードは「はい」に○すること。

同定されたエピソードが現在のものか、過去のものを特定せよ

いいえ	はい
躁病エピソード	
現在	<input type="checkbox"/>
過去	<input type="checkbox"/>

- D8 D3(まとめ)、D4b、D5が全て「はい」、かつ、D4(まとめ)＝「いいえ」の場合、「はい」に○すること。

同定されたエピソードが現在のものか、過去のものを特定せよ

いいえ	はい
一般身体疾患を示すことによる(軽)躁病エピソード	
現在	<input type="checkbox"/>
過去	<input type="checkbox"/>

- D9 D3(まとめ)、D4a、D5が全て「はい」、かつ、D4(まとめ)＝「いいえ」の場合、「はい」に○すること。

同定されたエピソードが現在のものか、過去のものを特定せよ

いいえ	はい
物質誘発性の(軽)躁病エピソード	
現在	<input type="checkbox"/>
過去	<input type="checkbox"/>

D8またはD9＝「はい」なら、次のモジュールに進むこと

亜 型 (SUBTYPES)

急速交代型
12ヶ月以内に4回以上の気分障害エピソードを体験したことがありますか？

14	いいえ	はい
急速交代型		

混合性エピソード
最低1週間、ほぼ毎日、患者は躁病エピソードと大うつ病エピソードの診断基準の両方を満たす。

15	いいえ	はい
混合性エピソード		

季節型
発症と寛解、またはうつ病から躁病あるいは軽躁病への交替が一貫して1年の特定時期に起きる

16	いいえ	はい
季節型		

エピソード間欠期に完全回復を伴うもの
もっとも最近起きた2回的气分障害エピソードの間に完全に回復していた期間がありましたか？

17	いいえ	はい
エピソード間欠期に完全回復を伴う		

下記のうち、一つに○をすること

最も最近のエピソードは 躁病/軽躁病/混合性/うつ病 エピソードであった。

重症度

- | | | |
|----|-------------------|--------------------------|
| X1 | 軽症 | <input type="checkbox"/> |
| X2 | 中等症 | <input type="checkbox"/> |
| X3 | 重症、精神病性の特徴を伴わないもの | <input type="checkbox"/> |
| X4 | 重症、精神病性の特徴を伴うもの | <input type="checkbox"/> |
| X5 | 部分寛解 | <input type="checkbox"/> |
| X6 | 完全寛解 | <input type="checkbox"/> |

時間的経過

- D10 躁病/軽躁病エピソードの症状が初めて出てきたのは、何歳の時でしたか？ _____ 歳 18
- D11 最初の発症以来、そのような躁病/軽躁病エピソードの症状を伴うはっきりそれとわかるエピソードが何回ありましたか？ _____ 回 19

**精神病性障害—PART 2
精神病性障害および気分障害の鑑別診断**

M19～M23の質問については、患者が最低1つの精神病性症状を報告し(M11a=「はい」かつ M11b=「いいえ」)、それが器質的原因によって説明できない場合(M12d=「はい」または「不確定」)にのみ、コードすること。

- | | | | |
|-------|---|--------------|----|
| M19 a | 患者は現在および/または過去の <u>大うつ病エピソードについてありとコードされているか(質問A8は「はい」に○されているか)</u> | いいえ | はい |
| b | <u>「はい」なら:A1(抑うつ気分)は「はい」に○されているか。</u> | いいえ | はい |
| c | 患者は現在および/または過去の躁病エピソードについてありとコードされているか(質問D7は「はい」に○されているか) | いいえ | はい |
| d | M19aまたはM19cは「はい」とコードされているか | いいえ | はい |
| | | ↓ | |
| | | 止まる。M24 に飛ぶ。 | |

注:M20からM23までの質問に対する回答は、M11c及びM11d、A8及びD7で既に同定されていた精神病性、うつ病(A8)、躁病エピソード(D7)に関するものであることを確認すること。不一致がある場合には、生活上の重大な出来事に考慮して、障害が起きた順序を再び探り、それに従ってM20からM23にコードすること。