

## 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・物質使用状態に対する保健医療サービスを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 (mhGAP Intervention Guide ; 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。

広く知られている、しかし間違った考え方として、精神保健に関する介入はすべて洗練されており、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-IGには、いくつかの優先度の高い状態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である。ここで扱われている優先度の高い状態とは、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および行動障害、認知症、アルコール使用障害、薬物使用障害、自傷/自殺、他の重大な感情的もしくは医学的に説明できない訴えである。これらの優先度の高い状態は、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点で選択された。

#### mhGAP介入ガイド (mhGAP-IG) の開発

mhGAP-IGは、集中的なエビデンスのレビューの過程を経て作成された。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。このプロセスには、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-IG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-IG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/](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-IG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-IG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、第1次および第2次施設で働く保健医療従事者向けである。これらの保健医療従事者は、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従事者も、必要な手直しを加えて、mhGAP-IGを用いることができる。第1次施設としては、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。第2次施設としては、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性のある、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、第1次保健医療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-IG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従事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従事者は、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-IG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。

mhGAP-IG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・物質使用障害へのケアの改善 (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-IGは主に精神保健を専門としない保健医療従事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-IG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従事者へさらなる精神保健の研修を実施し、専門家がない場合にそれらの機能のいくつか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-IG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専門家との協働が必要である。

## mhGAP-IGの適応

mhGAP-IGはモデルのガイドであり、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に対応したり、保健医療施設にいる精神・神経・物質障害をもつ人びとのケアに影響を及ぼす、その地域事情に対してmhGAPが適切であるようにするために、適応することが必要である。適応のプロセスは、疾病の状態に関する専門的課題に関する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、ニーズアセスメント、改善への障壁の特定から始めるべきである。そして、改善のためのアクションプランの準備、アドボカシー、人材育成および人材内における業務移行、資金および予算の問題、優先度の高い状態のための情報システムの開発、モニタリングと評価へと進むべきである。

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では、地区の医療保健に関わる全ての役人が概要を把握している必要がある。mhGAP-IG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-IGを提示することで彼らをより安心させることができる。精神保健ケアの能力向上のためには、最初の研修に加え、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-IGを提供するための研修は、継続的なサービスの提供を妨げないかたちで調整されなければならない。

### mhGAP-IGの使い方

>> mhGAP-IG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びとと関わるための良質の臨床業務を提示している。mhGAP-IGの使用者はみな、これらの原則に精通し、可能な限り従わなければならない。

>> mhGAP-IGには「概略図」が含まれており、優先度の高い状態のよく見られる症状の現れ方についての情報を提供している。これは臨床家が関連するモジュールへ進むための案内となる。

□ 併存疾患（同時に2つの障害が存在する）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、ひとつの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へ最初に対応すべきである。次回の訪問時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含めるべきである。もしその状態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ごとに配列しているが、臨床的な意志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、そこでそのモジュールがどの状態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、アセスメントと対応のセクションである。このセクションでは、内容は、複数の決定ポイントを含めた

フローチャートの枠組みで提示している。各決定ポイントは数字で同定され、質問の形式となっている。各決定ポイントでは、情報を3列、すなわち「アセスメントする、決定する、対応する」に配列して提示している。

>> 各モジュールの2つめのセクションは、**介入に関する詳細情報**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、重要な副作用や相互作用などについてのより詳しい情報を提供している。介入に関する詳細情報は、一般的な形式で提示している。これらは地域の状態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-IG は主に臨床的な介入や治療に焦点を当てているが、保健医療従事者は地域において、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。いくつかの状態については最後に、これらの介入に関して、予防についての囲み記事を掲載している。

>> 第5章では、「**心理社会的介入-上級編**」を紹介している。mhGAP-IG の目的としては、「**心理社会的介入-上級編**」という言葉で、保健医療従事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意味している。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、これらは人的資源の比較的集中的な (**intensive**) 使用を必要とすることを示した。

## ケアの一般原則 (GPC)

保健医療従事者は、ケアを求めている人びとすべてとのやりとりにおいて、良質の臨床業務を行うべきである。保健医療従事者は、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て、彼らとその家族とよい関係を築き、批判的にならず、ステイグマを与えず、支持的な態度でケアを求める人に応じるとよい。mhGAP 介入ガイドを実践する際には以下の主な行動を考慮するとよいだろう。これらについて、各章で繰り返し記載はしない。

## ケアの一般原則(General Principles of Care :GPC)

### 1. ケアを求める人とその家族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、批判的でない対応をする。
- » 簡単で明快な言葉を使う。
- » 個人的でストレスを伴う情報（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。
- » その人にとって理解できるような形で、健康状態に関する情報を提供する。
- » 各自の状態の理解の仕方について、その人に質問する。

### 2. アセスメント

- » 関連性に応じて、病歴、現症に関する経緯、既往歴と家族歴を尋ねる。
- » 一般的な身体的アセスメントを行う。
- » 併存する医学的問題があれば、適宜アセスメントや治療、あるいは紹介をする。
- » 過去と現在続いている、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注意しながら、心理社会的な問題をアセスメントする。

### 3. 治療とモニタリング

- » 対象者にとっての治療の重要性に加えて、ケアへの参加準備性について判断する。
- » 病気にかかった人の治療目標を決定し、彼ら（適宜、ケアラー）のケアへの好みを考慮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に相談しながら作成する。

- » 治療に見込まれる期間、介入による起こりうる副作用、代替の治療法、アドヒアランス（訳者注：治療計画を守ること）の重要性、起こりうる予後について、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ついて対応し、よりよく役割を果たせることと回復について現実的な希望を伝える。
  - » 治療効果とアウトカム、薬物相互作用（アルコール、市販薬、他の補助的/伝統的医療を含む）、有害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、利用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、もしあれば誤解を正す。
- 
- » 症状の自己モニタリングを勧めて、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交流での重要な点について記載する。
  - » 経過観察に来なかった人に連絡をするために、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、より頻回の受診を求める。
  - » 妊婦や授乳中の女性にケアを提供する際には、薬物の胎児や乳幼児に対する起こりうるリスクについてアセスメントする。
  - » 授乳中に薬物療法を受けている女性については、乳幼児の有害事象や離脱について確認し、必要に応じて包括的な検査を行う。
  - » 優先度の高い状態、自立性の低下している、あるいは社会的に孤立している高齢者に、より頻回の経過観察の受診を求める。
  - » 人びとが全人的な方法で治療されるようにし、身体障害をもつ人びと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動員と提供

- » 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、そしてウェルビーイングにどのように影響するかに注意する。
- » 適切ならば、その人のケアにケアラーや家族を関わらせる。
- » 利用可能ならば、セルフヘルプや家族支援グループに参加するよう勧める。
- » 教育、住居、就労支援といった考えられる社会や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するように学校と調整する。

#### 5. 人権保護

- » その国の、そして国際的な人権基準に格別の注意を払う（囲み記事1）。
- » 地域で自律し、自立した生活を促進し、施設化しないようにする。

- » その人の尊厳を尊重するような方法でケアを提供する。それは、文化的に繊細な注意を払い、適切であり、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、生まれ、年齢、その他の状態によって差別されることはないようにする。
- » 相談者が提示された治療法について理解し、自由意思に基づくインフォームドコンセントを提供するようにする。
- » 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、協力して参加させ、人前では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。
- » 守秘義務のほかにも、プライバシーへの権利について注意を払う。
- » 対象者との同意に基づいて、アセスメント、治療、経過観察、その他起こり得る副作用といったその人の健康状態についてケアラー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セクターと強力な連携を築き、精神・神経・物質使用障害の人のスティグマ化や社会からの疎外、そして差別を防ぎ、社会的包摂を進める。

#### **6. 全体的なウェルビーイングへの配慮**

- » 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人びとに教育する。
- » 禁煙と物質使用の中止を勧める。
- » 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、必要な支援を提供する。
- » 出産可能な時期の女性と妊娠計画や避妊法について話し合う。



## 「精神障害者への対応への国際比較に関する研究」研究班名簿

主任研究者 中根 允文 長崎大学 名誉教授

分担研究者：岡崎 祐士（総括補佐）東京都立松沢病院 院長

伊藤 弘人 (独)国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所  
社会精神保健研究部長

川口 貞親 産業医科大学産業保健学部 教授

佐々木 一 医療法人爽風会 佐々木病院 院長

白石 弘己 東洋大学ライフデザイン学部 教授

新福 尚隆 西南学院大学、人間科学部 社会福祉学科 教授

鈴木 満 岩手医科大学岩手医科大学 神経精神科学講座

客員准教授

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 災害等支援研究室長

竹島 正 (独)国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所

中根 秀之 長崎大学大学院医歯薬学総合研究科、保健学専攻 教授

西田 淳志 (財)東京都医学研究機構・東京都精神医学総合研究所  
心の健康づくりプロジェクト

研究協力者 青柳 芳克 外務省、領事局海外邦人安全課 上席専門官

秋山 剛 NTT 関東病院 精神科

吾妻 壮 大阪大学大学院医学系研究科 精神医学教室

荒川 亮介 厚生労働省 精神・障害保健課 心の健康づくり対策官

安藤 俊太郎 王立ロンドン大学精神医学研究所

五十嵐禎人 千葉大学社会性新保険教育研究センター

石本 佳代 東京都立松沢病院

井筒 節 国際連合 管理局 審理官

乾 剛 東京都立松沢病院

今井 淳司 東京都立松沢病院

植本 雅治 神戸市看護大学 教授

梅田 ゆい 東京都立松沢病院

梅津 寛 東京都立松沢病院精神科

大澤 達哉 東京都立松沢病院

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
神山 昭男	有楽町桜クリニック 院長
川上 緒	東京都立松沢病院
木下 裕久	長崎大学大学院医歯薬学総合研究科、精神神経科学 講師
倉林 るみい	独立行政法人労働安全衛生総合研究所 上席研究員
久保 陽子	産業医科大学産業保健学部 助教
小池 進介	東京大学大学院医学系研究科
児玉 幸子	産業医科大学産業保健学部 助教
厚東 知成	東京都立松沢病院
崎川 典子	東京都立松沢病院
重村 淳	防衛医科大学校 講師
杉浦 寛奈	横浜市立大学精神医学教室
反町佳穂子	東京都立松沢病院
田中 和宏	在タイ日本国大使館 医務官
趙 香花	(独)国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所
陳 心怡	産業医科大学医学部精神医学教室 大学院生
堤 敦朗	独) 国際協力機構 JICA 専門官
野田 寿恵	(独)国立精神・神経医療研究センター 室長
野中 俊宏	東京都立松沢病院
林 直樹	東京都立松沢病院
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 災害等支援研究室長
藤本 美智子	National Institute of Health
前野 有佳里	九州大学医学研究院保健学部門 助教
増田 尚久	東京都立松沢病院
三木 良子	東洋大学ライフデザイン学部
水野 雅文	東邦大学 教授
村上 裕子	東京海上日動メディカルサービス 臨床心理士
山崎 修道	東京大学医学部附属病院
山中 浩嗣	千葉県精神医療センター 医師
山中 友理	摂南大学法学部
山本 輝之	明治学院大学法学部
吉川 潔	在仏日本国大使館 医務官

(五十音順)

平成 22 年度厚生労働科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）  
「精神障害者への対応への国際比較に関する研究」  
研究報告書

発行日 平成 23 年 3 月

発行者 「精神障害者への対応への国際比較に関する研究」  
主任研究者 中根允文

発行所 長崎大学医歯薬学総合研究科学術協力課学術交流係  
〒852-8523 長崎市坂本町 1 丁目 12 番 4 号  
TEL 095-819-7198 FAX 095-819-7199

