

令和5年度厚生労働科学研究費補助金(障害者政策総合研究事業)
分担研究報告書

国内外の薬物依存および行動嗜癖の診療ガイドラインにおける 集団療法の位置づけに関する研究

分担研究者: 吉永尚紀
宮崎大学医学部看護学科

研究趣旨：集団療法は、様々な対象、形態、内容（認知行動療法、精神力動的療法）があり、その臨床場面における集団療法の位置づけは十分に整理されていない。本研究では、方法：国内外の薬物依存および行動嗜癖の診療ガイドライン等における集団精神療法の位置づけを把握するために、関連するガイドラインを検索した。その結果、イギリス、アメリカ、ドイツ、フィンランド、ベルギー、日本の薬物依存・乱用に関連した診療ガイドラインが同定した。治療ステージ（無関心期、関心期、準備期、実行期、維持期）の中で、無関心期・関心期では、危険な中毒や離脱症状を治療するための薬物療法などの医療マネジメントを受けたり、治療に対するモチベーションの評価を行い、治療への動機づけが行われる。実行期・維持期では、随伴性マネジメントや治療アドヒアランス向上を目指す物質使用や嗜癖行動の中止の達成および継続を目的としたプログラムや、回復のために地域と連携した再発予防を行うプログラムが実行される。なお、有害飲酒や軽度物質依存などハイリスク者や、うつ病や不安症への併発としての物質乱用に焦点化したプログラムなど複合的な障害を扱う際には、それらを対象の開発されたプログラムが行われる。以上を踏まえると、物質使用障害や行動嗜癖への効果的な集団療法であるためには、対象者集団の治療ステージや重症度など一連の治療ステージの位置づけを考慮したプログラムが重要である。また医療資源の有限性を考慮すれば、集団療法と通常ケアの併用、他の治療や支援との組み合わせを考慮する必要がある。

共同分担研究者

中川敦夫 聖マリアンナ医科大学・教授

中島美鈴 肥前精神医療センター・公認心理師

藤澤大介 慶應義塾大学医学部・准教授

A. 研究目的

集団療法は、様々な対象、形態、内容（認知行動療法、精神力動的療法など）があり、その臨床場面における集団療法の位置づけは十分に整理されていない。このような背景から、先行して実施した Common mental illness（うつ病、不安症、統合失調症）に引き続き、本研究では、物質依存および行動嗜癖に関する集団療法の国内外のエビデンスの整理を目的とした。本研究では、国内外の物質使用障害および行動嗜癖の診療ガイドライン等における集団精神療法の位置づけを調査し、検討する。

B. 研究方法

International Guidelines Library, Guidelines International Network (GIN) [<http://www.gin.net/>]を用いて、関連ガイドラインを検索した。キーワードには、「abuse」「addiction」「misuse」を用いた。初回検索は2023年8月7日に実施し、最終のアップデートは2023年11月4日である。その他、研究者によるハンドサーチも行った。

（倫理面への配慮）

患者等の個人情報扱わないため特段の倫理的な課題は想定されない研究であるが、ヘルシンキ宣言や研究倫理諸規則に則り実施した。

C. 研究結果

データベース検索およびハンドサーチの結果、イギリス、アメリカ、ドイツ、フィンランド、ベルギー、日本の薬物依存・乱用に関連した診療ガイドラインが同定された。なお、行動嗜癖に関連するガイドラインは英国で作成中（2024年3月公開予定）のギャンブル障害に関するもののみであった。

ここでは、薬物依存・乱用に関するイギリス、アメリカ、日本の診療ガイドラインでの一般的な推

奨事項ならびに集団療法の位置づけについての概要をまとめる（詳細は資料参照）。

【イギリス】

ガイドライン名: Alcohol-use disorders: diagnosis, assessment and management of harmful drinking (high-risk drinking) and alcohol dependence [NICE ガイドライン-アルコール使用障害: 有害な飲酒（ハイリスク飲酒）とアルコール依存症の診断、評価、管理] (National Institute for Health and Care Excellence. Alcohol-Use Disorders: Diagnosis, Assessment and Management of Harmful Drinking (High-Risk Drinking) and Alcohol Dependence (Clinical Guideline CG115). 2011. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg115>)

すべての介入の一般原則:

- アルコールを乱用するすべての人に対して、初期評価の一環として動機付け介入を実施する。
- アルコールを乱用するすべての人に対して、地域ベースの環境で、禁酒または適度な飲酒を促進し、再発を防ぐための介入を適切に提供する。
- アルコール依存症でホームレスになっている人には、最長 3 か月の住宅リハビリテーションを提供することを検討する。サービス利用者が退院前に安定した宿泊施設を見つけれられるよう支援する。
- コミュニティサポートネットワークや自助グループ（アルコホーリクス・アノニマスや SMART Recovery など）の価値と利用可能性に関する情報を提供する。
- 地域支援ネットワークや自助グループへの参加を支援するために、ミーティングへの参

加を奨励したり、参加を可能とするための支援を調整する。

ケアの調整とケースマネジメント:

- アルコールを乱用する人のケアと治療に携わるスタッフによる日常的なケア調整と、評価・治療・モニタリング・フォローアップを含むケアのあらゆる側面の提供に関わる集中的なケースマネジメントを行う必要がある。

有害な飲酒(高リスク飲酒)および軽度のアルコール依存症に対する介入:

- アルコールに関連した認知、行動、問題、ソーシャルネットワークに焦点を当てた心理的介入(認知行動療法、行動療法、ソーシャルネットワークおよび環境に基づく療法など)を提供する。
- 治療に積極的に参加してくれるパートナーがいる人に対してカップル行動療法を提供する(現在家庭内暴力を受けている、あるいは現在の加害者であるという兆候がない場合に限り)。
- 心理的介入だけでは反応しない、あるいは薬理的介入を希望する人に対しては、個別の心理的介入(認知行動療法、行動療法、またはソーシャルネットワークおよび環境に基づく療法)と併用して、アカンプロサートカルシウムまたは経口ナルトレキソンの提供を検討する。

<心理療法の提供方法>

- アルコール関連の問題に焦点を当てた認知行動療法:通常、週に1回の60分間のセッションを12週間行う。
- アルコール関連の問題に焦点を当てた行動療法:通常、週に1回の60分間のセッションを12週間行う。

- アルコール関連の問題に焦点を当てたソーシャルネットワークおよび環境ベースの療法:通常、12週間にわたる8回の50分のセッションで構成される。
- 行動カップル療法:アルコール関連の問題とそれが関係に及ぼす影響に焦点を当てる。禁酒、またはセラピストとサービス利用者が合理的かつ安全であると事前に決定し合意した飲酒レベルを目標とする。通常、週に1回の60分のセッションを12週間行う。

断酒を支援する上での評価と介入:

- 通常、1日あたり15単位以上のアルコールを飲む人や、AUDITで20点以上の人には、地域ベースの断酒をする上での評価と支援を行う。地域ベースの断酒支援について安全上の懸念がある場合、アルコール専門サービスでの評価と管理を行う。
- 断酒支援が必要な人には、通常、地域ベースのプログラム(投薬計画と動機づけ面接を含む心理社会的支援)が提供されるべきであるが、そのプログラムの強度は、依存の重症度、利用可能な社会的支援、併存疾患の有無に応じて変化させる必要がある:
 - 軽度から中程度:最初の1週間を通じて、スタッフとサービス利用者との接触が平均して2~4回行われる、外来ベースの断酒支援プログラムを提供する。
 - 軽度から中等度かつ複雑なニーズ(併存精神疾患、不十分な社会的サポート、ホームレスなど)を抱える人、あるいは重度の人:断酒支援後の集中的なコミュニティプログラムを提供する(3

週間にわたって、週 4 ～ 7 日の頻度で行われる 1 日プログラムで、心理学的介入[個人療法、集団療法、心理教育的介入、自助グループへの参加支援、家族あるいは支援者へのサポートと支援と関与、ケースマネジメントを含む]によりサポートされた投薬計画)。

- 1 日あたり 30 単位以上のアルコールを飲む人、アルコールとベンゾジアゼピンからの同時離脱が必要な人、重大な精神医学的・身体的併存疾患や学習障害・認知機能障害があり定期的に 1 日あたり 15 ～ 30 ユニットのアルコールを飲んでいる人などには、入院または施設での断酒支援を検討する。

成功後の中等度および重度のアルコール依存症に対する介入:

- 個別の心理的介入(認知行動療法、行動療法、またはソーシャルネットワークおよび環境に基づく療法)と併用して、アカンプロサートまたは経口ナルトレキソンを提供することを検討する。
- 治療に積極的に参加してくれるパートナーがいる人に対して、カップル行動療法と併用して、アカンプロサートまたは経口ナルトレキソンを提供することを検討する。
- 禁酒の目標はあるが、アカンプロサートと経口ナルトレキソンが適さない人、あるいはジスルフィラムを好み、この薬を服用することの相対的なリスクを理解している人に対して、心理的介入と組み合わせてジスルフィラムを提供することを検討する。

アルコール乱用に伴う症状に対する介入:

- うつ病や不安症を併発している人には、ま

ずアルコール乱用の治療を行う(うつ病や不安症が大幅に改善される可能性がある)。3 ～ 4 週間の禁酒後もうつ病や不安が続く場合は、うつ病や不安を評価し、特定の疾患に関連する NICE ガイドラインに沿った紹介と治療を検討する。

- 重篤な精神的健康障害を併発している人や、自殺の危険性が高い人には、効果的な評価・治療・リスク管理計画が確実に講じられるよう精神科医に紹介する。

ガイドライン名: Drug misuse in over 16s: psychosocial interventions [NICE ガイドライン-16 歳以上の薬物乱用: 心理社会的介入] (National Institute for Health and Care Excellence. Drug misuse in over 16s: psychosocial interventions (Clinical Guideline CG51). 2007. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg51>)

簡易介入:

- 日常的な接触や臨機応変な対応(例えば、注射針と注射器の交換など)において、スタッフは、血液媒介ウイルスへの曝露を減らすための情報と助言を、薬物を誤用しているすべての人に提供すべきである。これには、性行為や注射の危険行動を減らすための助言も含まれるべきである。スタッフは、血液媒介ウイルスの検査を提供することを検討すべきである。
- 血液媒介ウイルスへの曝露を減らすことや、薬物乱用している人の性行為や注射のリスク行動を減らすことに関する情報を提供する集団でのベースの心理教育的介入は、日常的に提供されるべきではない。

- 行動変容の動機づけを目的とし、建設的なフィードバックを提供しながら、薬物使用と治療の可能性についての両価性を探る 10～45 分のセッションを 2 回実施すべき。

セルフヘルプ:

- ナルコティクス・アノニマスやコカイン・アノニマスなどの 12 のステップに基づく自助グループに関する情報を提供する。関心を示した場合、予約や初回セッションへの動向など自助グループへの参加を支援することを検討する。

体系的な心理社会的介入:

- Contingency management (随伴性マネジメント): 禁欲や違法薬物使用の減少、健康増進介入への参加などの前向きな行動に対するインセンティブの提供(薬物陰性検査や感染症の検査の実施、これらに伴ない商品券などのバウチャー・インセンティブを与えるなど)[National Treatment Agency for Substance Misuse (NTA)が主導する段階的实施プログラムの一環として]
- 行動カップル療法: サービス利用者の薬物乱用に焦点を当て、少なくとも 12 週間のセッションで構成されるもの
- ナルトレキソン(オピオイド拮抗薬)の治療順守向上のための介入
- 認知行動療法や精神力動療法: 薬物乱用の治療に焦点を当てた認知行動療法や精神力動療法は日常的に実施されるべきではない。大麻や覚せい剤乱用者、禁酒を達成している人、またはオピオイド維持治療で安定している人に併存するうつ病と不安障害の治療選択肢として考慮する。

老人ホームや入院環境、刑務所などにいる人でも、これらの心理社会的介入について利用・アクセスできるようにすべきである(各セッティングで追加の対応についても推奨があるがここでは割愛する)。

【アメリカ】

ガイドライン名: Practice Guideline for the Treatment of Patients With Substance Use Disorders [アメリカ精神医学会-薬物使用障害患者の治療のための診療ガイドライン]

(American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with substance use disorders, 2nd edition. 2006.

https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/site-wide/practice_guidelines/guidelines/substanceuse-1410197810077.pdf)

本ガイドラインのコーディング・システムは以下の通りである:

- I. 臨床的にかなりの信頼を持って推奨される
- II. 臨床的に中程度の信頼を持って推奨される
- III. 個別の状況に基づいて推奨される場合がある

一般的な治療原則:

<アセスメント>

包括的な精神医学的評価が不可欠である[1]。

- 1) 患者の過去および現在の薬物使用の詳細な履歴、および患者の認知、心理、行動、および生理学的機能に対する薬物使用の影響
- 2) 一般的な病歴および精神医学的病歴と検査
- 3) 精神科の治療歴とその結果
- 4) 家族歴および社会歴

- 5) 使用された物質についての血液、呼気、または尿のスクリーニング
- 6) 物質使用障害と併発することが多い症状の有無を確認するためのその他の臨床検査
- 7) 患者の許可を得て、追加情報を得るために大切な人に連絡する

<精神医学的管理>

精神医学的管理は治療の基礎となる[1]。

目的:

- 患者の変化への動機付け
- 患者との治療提携の確立と維持
- 患者の安全性と臨床状態の評価
- 患者の酩酊状態と離脱状態の管理
- 患者の治療計画の策定と遵守の促進
- 患者の再発予防
- 物質使用障害についての患者教育
- 物質使用障害の罹患率と後遺症の軽減

精神医学的管理は通常、地域密着型の機関、診療所、病院、解毒プログラム、居住型治療施設などの様々なセッティングで、さまざまな分野の専門家と協力しながら実施される特定の治療と組み合わせられる。多くの患者にとって自助グループへの参加は有益であり、精神医学的管理の一環として奨励される。

<特定の治療>

[薬物療法]

薬物療法は、特定の物質使用障害を持つ患者にとって有益である [1]。

- 中毒および離脱状態を治療するための薬物療法
- 乱用物質の強化効果を減少させるための薬物療法
- アゴニスト維持療法

- アンタゴニスト療法
- 断酒促進および再発予防療法
- 併存する精神疾患を治療するための薬物療法

[心理社会的治療]

心理社会的治療は、包括的な治療プログラムの不可欠な要素である[1]。

科学的根拠に基づいた心理社会的治療:

- 認知行動療法(例:再発予防、ソーシャルスキルトレーニング)
- 動機づけ強化療法(MET)
- 行動療法(例:コミュニティ強化、緊急時対応)
- 12段階のファシリテーション(TSF)
- 精神力動療法/対人関係療法 (IPT)
- 自助マニュアル
- 自己行動コントロール
- 簡易介入
- ケースマネジメント
- 集団療法
- カップル療法
- 家族療法

物質使用と精神障害を併発する患者に対する統合的治療の有効性を裏付ける証拠がある(例:特定の物質使用障害の治療に使用される心理社会的療法と、他の精神医学的診断に対する心理社会的治療アプローチ(たとえば、うつ病に対する認知行動療法)を組み合わせる)。

その他、一般原則として<治療計画の策定と実施><治療のセッティング><治療に影響を与える臨床的特徴>について記載されており、また疾患別(ニコチン使用障害、アルコール使用障害、大麻使用障害、コカイン使用障害、オピオ

イド使用障害)についての推奨もあるが、ここでは割愛する。

一方で、一般的な治療原則の中で集団療法を行う上での基本原則等についての言及があったため、ここに紹介する。

一般的な治療原則

<心理社会的治療:集団療法>:

多くの薬物使用障害患者に対して、集団療法は不可欠かつ価値ある治療計画の一部とみなされている。認知行動療法、対人関係療法、行動カップル療法、修正型力動的的精神療法、相互作用療法、論理情動療法、ゲシュタルト療法、心理劇療法などが、集団形式で用いられてきた。

集団療法はセラピストの時間を効率的に使うことができ、さらに、薬物使用障害のある患者にとって、集団療法は個人治療よりも効果的である。例えば、薬物使用のコントロールを失ったことに社会的スティグマがつきまとうことを考えると、同じような問題を抱える他のグループメンバーの存在は、慰めになる。さらに、回復が進んでいる他のグループメンバーは、薬物使用をやめようとする試みが無駄ではないことを示す模範となる。このような経験豊富なグループメンバーは、熟練したセラピストが知っている以上の多種多様な対処法を提供してくれる。さらに、グループメンバーはセラピストとは異なり、グループセッションの外でも継続的なサポートを提供する「相棒(Buddies)」として行動できることが多い。

集団療法は公的性格をもつため、再発を避ける強力な動機を個人に与える。禁酒日数を公言できるということは、再発を公に認めなければならないという恐怖と相まって、内面化された抑制メカニズムの崩壊を特徴とする障害と闘うグループメンバーを助ける強力な力となる。薬物使用障害のある人は、内的な自己コントロールのメカニズ

ムがうまく機能していないという特徴があり、グループのプロセスは外的コントロールの強固な資源を提供することができる。さらに、グループは物質使用障害から回復した人で構成されているため、メンバーは、物質使用障害の個人的な経験がないセラピストよりも、お互いの隠れた物質使用や早期再発の兆候を察知しやすいかもしれない。

薬物使用障害に対する集団療法の臨床試験は比較的少ないが、個人療法と同等の有効性を示す研究もある。薬物使用障害に対する集団治療と個人治療のどちらを選択するべきかについて十分なエビデンスはない。多くの患者が集団療法または個人療法の経験を持っているため、どちらかを選択する、あるいは複合的な治療プログラムを開発する場合には、患者の好みを考慮すべきである。

【日本】

ガイドライン名:新アルコール・薬物使用障害の診断治療ガイドライン(新アルコール・薬物使用障害の診断治療ガイドライン作成委員会. 新アルコール・薬物使用障害の診断治療ガイドライン. 新興医学出版社. 2018)

物質依存症および使用障害の治療目標に関する一般的推奨事項:

1. 物質依存症の治療目標は、継続した断酒・断薬であり、これがもっとも安定的かつ安全な目標である。
2. 特に非合法薬物に対する依存症や有害な使用の場合には、断薬が一の治療目標である。もし法であっても、法的に摂取禁止が推奨されている場合(例えばアルコール依存症に伴い飲酒運転を繰り返す)には、それに従う。

3. アルコールや処方薬等合法物質依存症については、使用量低減も治療目標になりうる。また、後者については、より安全性の高いまたは依存性の低い物質への代替えも考慮する。
 4. 治療目標設定に関しては、物質使用を続けた場合、止めた場合、減らした場合のメリットや問題点を患者に十分説明し、同意を得て設定する。
 5. 使用量低減目標に関しては、患者本人と家族等との間で意見の食い違う場合がある。目標を達成するためには、家族等からの支援も重要であるため、十分に説明のうえ、目標に関して家族等からも同意を得る努力をする。
 6. 依存症では、治療の継続が重要である。したがって、目標をめぐる治療からドロップアウトする事態は避けなければならない。例えば、患者が物質使用任減を主張するのであれば、それを目標にしてドロップアウトを避ける選択肢もある。その場合：当面の目標を任減にして、うまくいかなければ断酒・断薬に切り替える方法もある。
 7. 依存症まで至っていない合法物質の有素な使用ケースについては、患者本人が断酒・断薬を望む場合、またはその他特別な事情がない限り、使用量低減を治療目標にする。
 8. 治療目標は、単に断酒・断薬や物質使用の低減に留まらず、それによってもたらされる身体的・精神的健康状態や社会的機能の改善にあることも患者に理解してもらう。
- このように行動を目指すような認知行動療法にもとづく。
- B. 変化のステージモデル:トランス・セオティカル・モデル(TTM)に基づく。回復段階を5つのステージ(関心期、準備期、実行期、維持期)に分けて認知の変化の動機づけを高めていく。
 - C. 動機づけ面接:WR ミラーによって開発された人間の変化を支援することを基本として作られた方法。変化を促進するときに用いられるチェンジトークなどが有名。
 - D. SMARPP(Serigaya Methamphetamine Relapse Prevention Program):せりがや覚醒剤依存再発防止プログラム。薬物依存症に対する心理教育や治療動機の掘り起こし、回復のための社会資源に関する情報提供を行う。全国各地の精神保健福祉センターや保護観察所、刑務所で実施されており、法務省がエビデンスを蓄積している。
 - E. CRAFT(Community Reinforcement and Family Training:コミュニティ強化と家族トレーニング):CRA(本人向け)、CRAFT(家族、支援者向け)治療を受け入れやすい環境を作ることによって、自ら治療を選んでもらうためにコミュニケーションを変えることを目的とする。日本では2010年に厚労省研究班がひきこもりの評価・支援に関するガイドラインで紹介し、家族支援のCRAFTが先行して注目された。
 - F. ARP(Alcoholism Rehabilitation Program:アルコール依存症社会復帰プログラム)入院および外来治療における集団精神療法に、絵画療法、ロールレタリング、ストレスマネジメント、運動療法なども取り入れている。
 - G. 自助グループ:共通の問題を抱える者同士が支え合い、問題解決を図ろうとするグル

代表的な介入プログラム:

- A. 久里浜版新認知行動療法:患者のアルコールに対する認知を検討、修正し、断酒と

ープ。断酒会、AA(Alcoholics Anonymous)やNA(Narcotics Anonymous)があり、グループ形式で自分のことについて話す例会(ミーティング)が行われている。

※注:A、B、D、F、Gについては、基本的に集団形式で実施される。なお、A、B、D、Fは、集団療法と区分される。

D. 考察

物質使用障害や行動嗜癖への集団療法の位置づけを考える際、当該集団療法が一連の治療ステージ(無関心期、関心期、準備期、実行期、維持期)の中でどの段階を担っているかを整理しておくことが重要といえる。

無関心期・関心期では、危険な中毒や離脱症状を治療するための薬物療法などの医療マネジメントを受けたり、治療に対するモチベーションの評価を行い、治療への動機づけが行われていく。物質使用障害や行動嗜癖の治療において集団療法が選好される理由の一つとして、物質使用障害や行動嗜癖に伴う問題の否認を打破し、治療の動機づけを獲得するためには、医療者より当事者の発言あるいは助言の方が説得力があり、主体的治療に関わっていることを感じられる点にあるとされている。

実行期・維持期では、Contingency management(随伴性マネジメント)や治療アドヒアランス向上を目指すなど、物質使用や嗜癖行動の中止の達成および継続を目的としたプログラムが実行されたり、回復のために地域と連携した再発予防を行うプログラムが実行されたりする。

なお、有害飲酒や軽度物質依存などハイリスク者や、うつ病や不安症への併発としての物質乱用に焦点化したプログラムなど複合的な障害を扱う際には、それらを対象の開発されたプロ

ラムが行われている。

E. 結論

物質使用障害や行動嗜癖に対する効果的な集団療法であるために、対象者集団の治療ステージや重症度などを考慮したプログラムが重要である。特に、医療資源の有限性を考慮すれば、集団療法と通常ケアの併用、他の治療や支援との組み合わせを考慮する必要がある。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

1. Kurita K, Obata T, Sutoh C, Matsuzawa D, Yoshinaga N, Kershaw J, Chhatkuli RB, Ota J, Shimizu E, Hirano Y. Individual cognitive therapy reduces frontal-thalamic resting-state functional connectivity in social anxiety disorder. *Frontiers in Psychiatry*. 2023;14:1233564.
2. Ishigaki T, Shimada T, Tanoue H, Yoshinaga N, Nishiguchi Y, Ishikawa R, Hosono M. Reliability and validity of the NBS for delusions and overvalued ideas in chronic schizophrenia: analysis of a preliminary pilot study. *Frontiers in Psychiatry*. 2023;14: 1298429.
3. Asakura S, Yoshinaga N, Yamada H, Fujii Y, Mitsui N, Kanai Y, Inoue T, Shimizu E. Japanese Society of Anxiety and Related Disorders/Japanese Society of Neuropsychopharmacology: Clinical Practice Guideline for Social Anxiety Disorder (2021). *Neuropsychopharmacology*

- Reports. 2023; 43(3): 288-309.
4. Tanoue H, Hayashi Y, Shikuri Y, **Yoshinaga N**. Cognitive behavioral therapy for mood and anxiety disorders delivered by mental health nurses: Outcomes and predictors of response in a real-world outpatient care setting. *Journal of International Nursing Research*. 2023; 2(2): e2022-0023.
 5. **Yoshinaga N**, Thew GR, Hayashi Y, Matsuoka J, Tanoue H, Takanashi R, Araki M, Kanai Y, Smith A, Grant SHL, Clark DM. Preliminary Evaluation of Translated and Culturally Adapted Internet-Delivered Cognitive Therapy for Social Anxiety Disorder: Multicenter, Single-Arm Trial in Japan. *JMIR Formative Research*. 2023;7: e45136.
 6. **Nakashima M**, Matsunaga M, Otani M, Kuga H, **Fujisawa D**. Development and preliminary validation of the Group Cognitive Therapy Scale. *Psychiatry and Clinical Neurosciences Reports*. 2023; 2(3): e128.
 7. 丹野義彦, **中島美鈴**, **藤澤大介**, 久我弘典, 伊藤正哉, 杉山崇, 菊池俊暁, 古川洋和, 古村健, 中尾智博, 田中増郎, 吉橋実里. 公認心理師のおこなう認知行動療法の現状と期待: 日本認知行動療法学会との合同企画. *認知療法研究*. 2023;16(2): 155-163.
 8. **中島美鈴**. 発達障害に伴う実行機能障害への対応はどのようなものがありますか. いま, 知っておきたい発達障害 Q&A98. *精神医学*. 2023; 65(5): 784-787.
 9. **中島美鈴**. 大人の注意欠如・多動症の認知行動療法. *総合病院精神医学*. (in press)
 10. **中島美鈴**, 鄒玟羚, 高詹燦. 幫自己喊停!: 無痛戒癮3分鐘魔法筆記, 治好你的暴食・「滑」習慣. 台灣東販(台湾). 2023/08/28.
 11. 小関俊祐, 西山恵太, 石田勝紀, 狩野みき, 田中博史, 帆足暁子, 東ちひろ, 赤坂真二, 竹内明日香, 篠原信, 高濱正伸, 石井知哉, 菊池洋匡, **中島美鈴**, 藤枝静暁, 日高みちえ, 鈴木邦明, 加藤善一郎, 掛井一徳, 芳川玲子, 永谷研一, 松丸未来, 小野寺敦子, 鳥居俊, 桑原靖, 望月貴博, 石原新菜, 仁科幸子. 思考力・探究心・自己肯定感 AI 時代を生き抜く力を育む子育て30の極意. *日経BP*. 2023/08/03.
 12. 監修: 伊藤直文, 岡田裕子, 下山晴彦、著: **中島美鈴**. (担当範囲: 第10章 司法・犯罪領域の制度と法(1) 刑事). *関係行政論*. ミネルヴァ書房. 2023/04/21.
 13. **中島美鈴**. 「人の期待」に縛られないレッスン (NHK 出版新書 714). NHK 出版. 2024/2/13.
 14. 著: 春野あめ, 監修: **中島美鈴**. 発達障害が理解されにくいワケを自分で考えてみた (バンブーエッセイセレクション). 竹書房. 2024/02/29.
 15. 編集: 寺尾岳, 著: 寺尾 岳, 要 斉, **中島美鈴**, 山下 瞳. *リワークの始め方とレベルアップガイド -みんなで喜びを分かち合えるプログラムを目指して-*. 星和書店. 33-67. 2024/03/25.
 16. 編集: 金生由紀子, 編集協力: 今村明, 辻井農亜、著: **中島美鈴**. 発達障害Q&A—臨床の疑問に答える104問. 286-290. 医学書院. 2024/03/31.
 17. Katayama N, **Nakagawa A**, Umeda S, et al.

- Functional connectivity changes between frontopolar cortex and nucleus accumbens following cognitive behavioral therapy in major depression: A randomized clinical trial. *Psychiatry Research: Neuroimaging*. 2023;332:111643.
18. Amano M, Katayama N, Umeda S, Terasawa Y, Tabuchi H, Kikuchi T, Abe T, Mimura M, **Nakagawa A**. The effect of cognitive behavioral therapy on future thinking in patients with major depressive disorder: A randomized controlled trial. *Frontiers in Psychiatry*. 2023;14:997154.
 19. **藤澤大介**. ベックの認知療法における認知と行動. *精神療法* 49(6), 791-795, 2023
 20. 厚生労働科学研究: 効果的な集団精神療法の施行と普及および体制構築に資する研究班 (**藤澤大介**, 田島美幸, 岡田佳詠, 大嶋伸雄, 岡島美朗, 菊地俊暁, 耕野敏樹, 佐藤泰憲, 高橋章郎, **中川敦夫**, **中島美鈴**, **吉永尚紀**, 近藤裕美子, 田村法子, 大野裕). 本邦における集団精神療法の現状と展望. *最新精神医学* 28(3), 225-230, 2023
 21. 岡島美朗, **藤澤大介**. 集団認知行動療法: グループとしての特徴と治療の実際. *集団精神療法* 39(1), 47-52, 2023
 22. 幸田るみ子, **藤澤大介**. 死別後悲嘆に対する短縮版ミーニング・センタード・サイコセラピーの試み. *精神療法* 49(3), 395-405, 2023
 23. **藤澤大介**. 認知行動療法と治療同盟. *精神科* 43(2), 235-240, 2023
 24. **藤澤大介**. 老年期のメンタルヘルス—人生100年時代のこころの健康を守る: 認知行動療法. *カレントセラピー* 41(1), 41-45, 2023
- ## 2. 学会発表
1. **藤澤大介**, 岡田佳詠, 天野敏江, 根本友見, **中島美鈴**, 大嶋伸雄, 高橋章郎, 岡島美朗, 田村法子, **吉永尚紀**, 丹野義彦. 集団認知行動療法実践者養成プログラムの開発. ポスター (P41). 第23回日本認知療法・認知行動療法学会. 広島県医師会館, 広島. 2023/12/02.
 2. 岡田佳詠, **吉永尚紀**, 石川博康, 白石裕子, 齋藤嘉宏, 田上博喜, 上等里江. 簡易型の認知行動療法の看護場面での実践. シンポジウム (大会企画シンポジウム 10: SY10). 第23回日本認知療法・認知行動療法学会. 広島県医師会館, 広島. 2023/12/02.
 3. **吉永尚紀**. 社交不安症 (対人恐怖症) に対する認知行動療法のエビデンス構築と普及. シンポジウム (異分野融合と社会実装3「健康科学からの発信」). 第7回黒潮カンファレンス. ANA ホリデイ・インリゾート宮崎 (宮崎). 2023/07/23.
 4. **吉永尚紀**. 社交不安症に対する認知療法・認知行動療法の普及と実装に向けた取り組み. シンポジウム (シンポジウム 2: わが国における認知行動療法の普及・実装: 最新の取り組みとその課題). 第20回日本うつ病学会総会. 仙台国際センター展示棟 (宮城). 2023/07/21.
 5. **Yoshinaga N**. Transporting UK-Developed Internet-Delivered Cognitive Therapy for Social Anxiety Disorder (iCT-SAD) to Japan. Symposium (Symposium 08: Experiences and Advancements in the Dissemination of Internet-Delivered Cognitive Therapy for Social Anxiety Disorder (iCT-SAD)). 10th

- World Congress of Cognitive and Behavioral Therapies. COEX Convention Centre (Seoul, South Korea). 2023/06/02.
6. **吉永尚紀**. Clark & Wells (1995) にもとづく 社交不安症の認知療法 Up to Date. シンポジウム(シンポジウム 4: 不安症・不安症状に対する様々な心理アプローチ). 第 15 回日本不安症学会学術大会. 大田区産業プラザ PiO (東京). 2023/05/20.
 7. **中島美鈴**. よくない行動を減らすための司法矯正分野における認知行動療法～全国初・福岡県大麻使用少年用プログラム F-CAN の作成に至るまで～. 教育講演. 第 23 回認知療法・認知行動療法学会広島医師会館(広島). 2023/12/02.
 8. オーガナイザー, 松本 一記, 話題提供, 松本 一記, 濱谷 沙世, 角南なおみ, 前野 明子, **中島美鈴**, 指定討論, 肥後祥治, 井上 雅彦. (シンポジウム 2 令和日本の「いま、ここ」で ADHD を持つ子どもと大人の支援ニーズを念頭に「未来」の認知行動療法を考える) ADHD を持つ成人の時間管理習慣化アプリの効果. 第 23 回日本認知療法・認知行動療法学会 広島医師会館(広島). 2023/12/01.
 9. **中島美鈴**, 前田エミ, 牧野加寿美, 吉原翔太, 要齊. 成人期の注意欠如・多動症患者の集団認知行動療法の長期的効果とその後 の APP 介入効果検討. 日本認知・行動療法学会第 49 回大会 北海道大学(札幌). 2023/10/08.
 10. **Nakashima M, Fujisawa D**. A systematic review of scales for assessing the quality of group cognitive-behavioral therapy therapists. 10th World Congress of Cognitive and Behavior Therapies. and Behavioral Therapies. COEX Convention Centre (Seoul, South Korea). 2023/06/01.
 11. **Nakashima M**, Maeda E, Makino K, Kaname H. Factors Affecting the Effect of Group Cognitive Behavioral Therapy for Adults with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. 10th World Congress of Cognitive and Behavior Therapies. COEX Convention Centre (Seoul, South Korea). 2023/06/01.
 12. **Nakashima M**, Kodama N, Mori H, Shimane T. Development of juvenile cannabis relapse prevention program (F-CAN) focusing on communication skills with familiar people. 10th World Congress of Cognitive and Behavior Therapies. COEX Convention Centre (Seoul, South Korea). 2023/06/01.
 13. **Nakashima M**, Maeda E, Makino K, Yoshihara S, Kaname H. Long-Term Effects of Group Cognitive Behavioral Therapy for Adult Patients with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder and Subsequent APP Intervention. 10th World Congress of Cognitive and Behavior Therapies. COEX Convention Centre (Seoul, South Korea). 2023/06/01.
 14. Shimizu K, Tajima M, Tamura N, Kondo Okada Y, Kikuchi T, **Fujisawa D**. The current practice of group psychotherapy in Japan: a nationwide survey. 10th World Congress of Cognitive and Behavioural Therapies, (Seoul, South Korea). 2023/06/01.
 15. **藤澤大介**. 集団認知行動療法の普及と発展に向けて. 日本集団精神療法学会第 41 回学術集会. 兵庫県明石市. 2024/3/16-17.

16. **藤澤大介**. 認知行動療法の共通基盤: 従来型の概念化と強みに基づいた概念化. 第 23 回日本認知療法・認知行動療法学会 (広島). 2023/12/1-3.
17. **藤澤大介**. オンラインによるスーパービジョンの勘どころ: 厚労省認知行動療法研修事業の経験から. 第 23 回日本認知療法・認知行動療法学会 (広島). 2023/12/1-3.
18. **藤澤大介**, 岡田佳詠. 集団認知行動療法の普及に向けて: 全国の状況と取り組み. 第 23 回日本認知療法・認知行動療法学会 (広島). 2023/12/1-3
19. 田島美幸, **藤澤大介**. 精神科医療・地域保健における集団精神療法の実態と課題. 第 23 回日本認知療法・認知行動療法学会 (広島). 2023/12/1-3.
20. 熊谷直樹, 辻本哲士, **藤澤大介**, 田島美幸. 精神保健福祉センターにおける集団精神療法の実施状況と課題. 第 23 回日本認知療法・認知行動療法学会 (広島). 2023/12/1-3.
21. **藤澤大介**, 田島美幸, 田村法子, 近藤裕美子, 原祐子, 熊谷直樹, 辻本哲士, 内田勝彦, 清古愛弓. 全国の保健・行政機関における集団精神療法の実態と課題に関する調査. 第 23 回日本認知療法・認知行動療法学会 (広島). 2023/12/1-3.
22. **藤澤大介**. 人生の意味に焦点をあてた精神療法: Meaning-centered psychotherapy. 第 36 回日本総合病院精神医学会. 仙台. 2023/11/17-18.
23. **藤澤大介**. 木を見て森も見ろ: 集団認知行動療法における個人・集団・チームの見立て. 第 14 回集団認知行動療法研究会 学術総会. 東京. 2023/10/22.
24. **藤澤大介**. 認知行動療法の普及と実践者の育成. 一般社団法人公認心理師の会 2023 年度年次総会. 東京. 2023/8/20.
25. **藤澤大介**. 個人・集団認知行動療法の均てん化に向けた基礎調査とマニュアル整備. 第 119 回日本精神神経学会 (横浜). 2023/6/22-24.
26. **藤澤大介**. マインドフルネス心理療法の概略と展開. 第 119 回日本精神神経学会 (横浜). 2023/6/22-24.
27. **藤澤大介**. マインドフルネス認知療法: エビデンスと概略. 第 6 回日本うつ病リワーク協会年次大会. 千葉県千葉市. 2023/5/27.
28. **藤澤大介**. 身体疾患の不安・不眠への精神療法: 認知行動療法, マインドフルネス, 人生の意味. 第 15 回日本不安症学会. 大田区産業プラザ PiO (東京). 2023/5/19-20.

G. 知的所有権の取得状況(予定も含む)

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

薬物依存および行動嗜癖の診療ガイドラインにおける
 集団療法の位置づけに関する研究
 —資料—

データベース検索およびハンドサーチの結果、イギリス、アメリカ、ドイツ、フィンランド、ベルギー、日本の関連診療ガイドラインを同定した。ここでは、イギリスとアメリカの診療ガイドラインでの推奨事項ならびに集団療法の位置づけについてまとめるとともに、国内における推奨事項およびエビデンスについて紹介する。

【イギリス】

Alcohol-use disorders: diagnosis, assessment and management of harmful drinking (high-risk drinking) and alcohol dependence[アルコール使用障害:有害な飲酒(ハイリスク飲酒)とアルコール依存症の診断、評価、管理](National Institute for Health and Care Excellence. Alcohol-Use Disorders: Diagnosis, Assessment and Management of Harmful Drinking (High-Risk Drinking) and Alcohol Dependence (Clinical Guideline CG115). 2011. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg115>)

成人および10～17歳の若年者における有害な飲酒(ハイリスク飲酒)とアルコール依存症の診断、評価、管理についての推奨をまとめたものである。以下に概要を示す。

すべての介入の一般原則

- アルコールを乱用するすべての人に対して、初期評価の一環として動機付け介入を実施する。
- アルコールを乱用するすべての人に対して、地域ベースの環境で、禁酒または適度な飲酒を促進し、再発を防ぐための介入を適切に提供する。
- アルコール依存症でホームレスになっている人には、最長3か月の住宅リハビリテーションを提供することを検討する。サービス利用者が退院前に安定した宿泊施設を見つけられるよう支援する。
- コミュニティサポートネットワークや自助グループ(アルコホーリクス・アノニマスや SMART Recovery など)の価値と利用可能性に関する情報を提供する。
- 地域支援ネットワークや自助グループへの参加を支援するために、ミーティングへの参加を奨励したり、参加を可能とするための支援を調整する。

ケアの調整とケースマネジメント

- アルコールを乱用する人のケアと治療に携わるスタッフによる日常的なケア調整と、評価・治療・モニタリング・フォローアップを含むケアのあらゆる側面の提供に関わる集中的なケースマネジメントを行う必要がある。

有害な飲酒(高リスク飲酒)および軽度のアルコール依存症に対する介入

- アルコールに関連した認知、行動、問題、ソーシャルネットワークに焦点を当てた心理的介入(認知行動療法、行動療法、ソーシャルネットワークおよび環境に基づく療法など)を提供する。
- 治療に積極的に参加してくれるパートナーがいる人に対してカップル行動療法を提供する(現在家庭内暴力を受けている、あるいは現在の加害者であるという兆候がない場合に限り)。

- 心理的介入だけでは反応しない、あるいは薬理的介入を希望する人に対しては、個別の心理的介入(認知行動療法、行動療法、またはソーシャルネットワークおよび環境に基づく療法)と併用して、アカンプロサートまたは経ロナルトレキソンを提供することを検討する。

<心理療法の提供方法>

- アルコール関連の問題に焦点を当てた認知行動療法:通常、週に1回の60分間のセッションを12週間行う。
- アルコール関連の問題に焦点を当てた行動療法:通常、週に1回の60分間のセッションを12週間行う。
- アルコール関連の問題に焦点を当てたソーシャルネットワークおよび環境ベースの療法:通常、12週間にわたる8回の50分のセッションで構成される。
- 行動カップル療法:アルコール関連の問題とそれが関係に及ぼす影響に焦点を当てる。禁酒、またはセラピストとサービス利用者が合理的かつ安全であると事前に決定し合意した飲酒レベルを目標とする。通常、週に1回の60分のセッションを12週間行う。

断酒を支援する上での評価と介入

- 通常、1日あたり15単位以上のアルコールを飲む人や、AUDITで20点以上の人には、地域ベースの断酒をする上での評価と支援を行う。地域ベースの断酒支援について安全上の懸念がある場合、アルコール専門サービスでの評価と管理を行う。
- 断酒支援が必要な人には、通常、地域ベースのプログラム(投薬計画と動機づけ面接を含む心理社会的支援)が提供されるべきであるが、そのプログラムの強度は、依存の重症度、利用可能な社会的支援、併存疾患の有無に応じて変化させる必要がある:
 - 軽度から中程度:最初の1週間を通じて、スタッフとサービス利用者との接触が平均して2~4回行われる、外来ベースの断酒支援プログラムを提供する。
 - 軽度から中等度かつ複雑なニーズ(併存精神疾患、不十分な社会的サポート、ホームレスなど)を抱える人、あるいは重度の人:断酒支援後の集中的なコミュニティプログラムを提供する(3週間にわたって、週4~7日の頻度で行われる1日プログラムで、心理学的介入[個人療法、集団療法、心理教育的介入、自助グループへの参加支援、家族あるいは支援者へのサポートと支援と関与、ケースマネジメントを含む]によりサポートされた投薬計画)。
- 1日あたり30単位以上のアルコールを飲む人、アルコールとベンゾジアゼピンからの同時離脱が必要な人、重大な精神医学的・身体的併存疾患や学習障害・認知機能障害があり定期的に1日あたり15~30ユニットのアルコールを飲んでいる人などには、入院または施設での断酒支援を検討する。

成功後の中等度および重度のアルコール依存症に対する介入

- 個別の心理的介入(認知行動療法、行動療法、またはソーシャルネットワークおよび環境に基づく療法)と併用して、アカンプロサートまたは経ロナルトレキソンを提供することを検討する。
- 治療に積極的に参加してくれるパートナーがいる人に対して、カップル行動療法と併用して、アカンプロサートまたは経ロナルトレキソンを提供することを検討する。
- 禁酒の目標はあるが、アカンプロサートと経ロナルトレキソンが適さない人、あるいはジスルフィラムを好み、この薬を服用することの相対的なリスクを理解している人に対して、心理的介入と組み合わせてジスルフィラムを提供することを検討する。

アルコール乱用に伴う症状に対する介入

- うつ病や不安症を併発している人には、まずアルコール乱用の治療を行う(うつ病や不安症が大幅に改善される可能性がある)。3～4週間の禁酒後もうつ病や不安が続く場合は、うつ病や不安を評価し、特定の疾患に関連する NICE ガイドラインに沿った紹介と治療を検討する。
- 重篤な精神的健康障害を併発している人や、自殺の危険性が高い人には、効果的な評価・治療・リスク管理計画が確実に講じられるよう精神科医に紹介する。

Drug misuse in over 16s: psychosocial interventions[16歳以上の薬物乱用:心理社会的介入]
(National Institute for Health and Care Excellence. Drug misuse in over 16s: psychosocial interventions (Clinical Guideline CG51). 2007. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg51>)

医療および刑事司法制度においてオピオイド、覚醒剤、大麻を誤用・乱用する人々の治療における心理社会的介入の推奨をまとめたものである。以下に概要を示す。

簡易介入

- 日常的な接触や臨機応変な対応(例えば、注射針と注射器の交換など)において、スタッフは、血液媒介ウイルスへの曝露を減らすための情報と助言を、薬物を誤用しているすべての人に提供すべきである。これには、性行為や注射の危険行動を減らすための助言も含まれるべきである。スタッフは、血液媒介ウイルスの検査を提供することを検討すべきである。
- 血液媒介ウイルスへの曝露を減らすことや、薬物乱用している人の性行為や注射のリスク行動を減らすことに関する情報を提供する集団でのベースの心理教育的介入は、日常的に提供されるべきではない。
- 行動変容の動機づけを目的とし、建設的なフィードバックを提供しながら、薬物使用と治療の可能性についての両価性を探る10～45分のセッションを2回実施すべき。

セルフヘルプ

- ナルコティクス・アノニマスやコカイン・アノニマスなどの12のステップに基づく自助グループに関する情報を提供する。関心を示した場合、予約や初回セッションへの動向など自助グループへの参加を支援することを検討する。

形式的な心理社会的介入

- **Contingency management (随伴性マネージメント)**:禁欲や違法薬物使用の減少、健康増進介入への参加などの前向きな行動に対するインセンティブの提供(薬物陰性検査や感染症の検査の実施、これらに伴ない商品券などのバウチャー・インセンティブを与えるなど)[National Treatment Agency for Substance Misuse (NTA)が主導する段階的实施プログラムの一環として]
- **行動カップル療法**:サービス利用者の薬物乱用に焦点を当て、少なくとも12週間のセッションで構成されるもの
- **ナルトレキソン(オピオイド拮抗薬)の治療順守向上のための介入**
- **認知行動療法や精神力動療法**:薬物乱用の治療に焦点を当てた認知行動療法や精神力動療法は日常的に実施されるべきではない。大麻や覚せい剤乱用者、禁酒を達成している人、またはオピオイド維持治療で安定している人に併存するうつ病と不安障害の治療選択肢として考慮する。

老人ホームや入院環境、刑務所などにいる人でも、これらの心理社会的介入について利用・アクセスできるようにすべきである(各セッティングで追加の対応についても推奨があるがここでは割愛する)。

【アメリカ】

Practice Guideline for the Treatment of Patients With Substance Use Disorders[薬物使用障害患者の治療のための診療ガイドライン](American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with substance use disorders, 2nd edition. 2006.

https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/substanceuse-1410197810077.pdf

薬物使用障害患者に対する推奨治療、背景情報、利用可能なエビデンスのレビューを含む診療ガイドラインである。以下に概要を示す。なお、本稿のコーディングシステムは下記となっている：

コーディングシステム：

- [I] 臨床的にかなりの信頼を持って推奨される
- [II] 臨床的に中程度の信頼を持って推奨される
- [III] 個別の状況に基づいて推奨される場合がある

一般的な治療原則：

<アセスメント>

包括的な精神医学的評価が不可欠である [I]

- 1) 患者の過去および現在の薬物使用の詳細な履歴、および患者の認知、心理、行動、および生理学的機能に対する薬物使用の影響
- 2) 一般的な病歴および精神医学的病歴と検査
- 3) 精神科の治療歴とその結果
- 4) 家族歴および社会歴。
- 5) 使用された物質についての血液、呼気、または尿のスクリーニング。
- 6) 物質使用障害と併発することが多い症状の有無を確認するためのその他の臨床検査
- 7) 患者の許可を得て、追加情報を得るために大切な人に連絡する。

<精神医学的管理>

精神医学的管理は治療の基礎となる [I]

目的：

- 患者の変化への動機付け
- 患者との治療提携の確立と維持
- 患者の安全性と臨床状態の評価
- 患者の酩酊状態と離脱状態の管理
- 患者の治療計画の策定と遵守の促進
- 患者の再発予防

- 物質使用障害についての患者教育
- 物質使用障害の罹患率と後遺症の軽減

精神医学的管理は通常、地域密着型の機関、診療所、病院、解毒プログラム、居住型治療施設などの様々なセッティングで、さまざまな分野の専門家と協力しながら実施される特定の治療と組み合わせられる。多くの患者にとって自助グループへの参加は有益であり、精神医学的管理の一環として奨励される。

<特定の治療>

[薬物療法]

薬物療法は、特定の物質使用障害を持つ患者にとって有益である [1]

- 1) 中毒および離脱状態を治療するための薬物療法
- 2) 乱用物質の強化効果を減少させるための薬物療法
- 3) アゴニスト維持療法
- 4) アンタゴニスト療法
- 5) 断酒促進および再発予防療法
- 6) 併存する精神疾患を治療するための薬物療法

[心理社会的治療]

心理社会的治療は、包括的な治療プログラムの不可欠な要素である [1]。

科学的根拠に基づいた心理社会的治療:

- 認知行動療法(例:再発予防、ソーシャルスキルトレーニング)
- 動機づけ強化療法(MET)
- 行動療法(例:コミュニティ強化、緊急時対応)
- 12段階のファシリテーション(TSF)
- 精神力動療法/対人関係療法(IPT)
- 自助マニュアル
- 自己行動コントロール
- 簡易介入
- ケースマネジメント
- 集団療法
- カップル療法
- 家族療法

物質使用と精神障害を併発する患者に対する統合的治療の有効性を裏付ける証拠がある(例:特定の物質使用障害の治療に使用される心理社会的療法と、他の精神医学的診断に対する心理社会的治療アプローチ(たとえば、うつ病に対する認知行動療法)を組み合わせる)。

<治療計画の策定と実施>

治療の目標と、これらの目標を達成するために選択される具体的な治療法は、患者によって異なる場合があり、さらには同じ患者であっても病気の異なる段階で異なる場合がある [1]

物質使用障害の多くは慢性的なものであるため、治療の強度や具体的な構成要素は時間の経過とともに変化する可能性があるが、通常、長期にわたる治療を必要とする [1]

治療計画の要素:

- 1) 精神医学的管理
- 2) 禁欲を達成するため、あるいは乱用物質の影響や使用を軽減するための戦略
- 3) 治療プログラムの継続的な遵守を強化し、再発を予防し、機能を改善するための取り組み
- 4) 精神疾患や全身疾患を併発している患者に必要な追加の治療

治療期間は個々の患者のニーズに合わせて調整する必要があり、数か月から数年までさまざまである [I]

患者の再発リスクが高い期間(治療の初期段階、より強度の低い治療レベルへの移行時期、および積極的な治療を中止してから1年後など)の薬物使用のモニタリングを強化することが重要である [I]

<治療のセッティング>

治療のセッティングは、特定の治療法の利用可能性、乱用される可能性のある物質へのアクセス制限の程度、一般的な医療および精神科ケアの利用可能性、全体的なセッティングと治療原理／哲学によって異なる。

患者は、安全で効果的であると考えられる最小限の制限の設定で治療されるべきである [I]。一般的に利用できる治療のセッティングには、病院、居住型治療施設、部分入院プログラム、外来プログラムなどがある。ケアのセッティングに関する決定は、提供される治療に協力して患者がそのベネフィットを受けられるか、薬物の違法使用を控える、リスクの高い行動を回避するかどうか、治療構造やサポートのニーズ、あるセッティングでのみ利用可能な特定の治療の必要性などに基づいて決定されるべきである [I]。患者は、これらの要因と、異なるレベルのケアから安全にベネフィットを受ける能力の評価に基づいて、あるケアレベルから別のケアレベルに移行する [I]。

入院治療は下記のような患者に適している [I]:

- 1) 薬物の過剰摂取があり、外来または救急外来では安全に治療できない
- 2) 重度または医学的に複雑な離脱症候群のリスクがある(例、振戦せん妄の病歴、非常に大量のアルコール使用および高い耐性の記録された病歴)
- 3) 外来での解毒が安全ではない一般的な病状を併発している
- 4) 比較的集中的ではないセッティング(例:居住地、外来)での治療に参加しなかった、あるいはそこでの治療によるベネフィットが受けられなかった
- 5) 治療に参加する能力、治療を遵守する能力、または治療の恩恵を受ける能力を著しく損なうレベルの精神医学的併存疾患を患っている、またはそれ自体で病院レベルの治療が必要となる併発疾患を患っている(例:自殺念慮を伴ううつ病、急性精神病)
- 6) 自分自身や他者に対して深刻な危険をもたらすような物質使用あるいはその他の行動が明らかに存在する
- 7) 比較的集中的ではない治療に反応しないか、またはそれに従うことができず、他者を危険にさらす、または身体的および精神的健康に継続的な脅威をもたらす物質使用障害を抱えている

居住型施設での治療の適応となるのは、臨床的な入院基準を満たしていないが、生活や社会的交流の焦点が主に薬物使用となっており、社会的・職業的スキルを欠き、外来のセッティングで薬物を使わずに禁酒を維持するための社会的支援が不足している患者である [II]。3か月以上の居住型施設での治療は長期的な改善に寄与する [II]。オピオイド使用障害の患者には、治療的コミュニティが効果的である [II]。

部分入院での治療を考慮するのは、集中的な治療が必要であるが、制限されたセッティング以外では物質乱用を控える可能性が高い患者の場合である [II]。再発のリスクが高い状態で退院または居住型施設を離れている患者によく用いられる。

外来治療は、より集中的なレベルの治療を必要としない臨床状態や環境状況にある患者に適している [I]。他の治療環境と同様に、必要に応じて行動モニタリングとともにさまざまな心理療法的および薬理学的介入を使用する、包括的なアプローチが望ましい [I]。アルコール依存・乱用患者の治療のほとんどは、病院の外（外来または部分入院環境など）で問題なく実施できるが [II]、アルコール離脱患者は、頻繁な臨床評価と必要な治療が提供される環境で解毒する必要がある [I]。多くのコカイン使用障害の患者には、コカインの断薬の維持に焦点を当て、様々な治療法を併用する集中的な外来治療が有効である [II]。ニコチン依存症またはマリファナ使用障害のある患者の治療は、基本的に外来で行う [I]。

<治療に影響を与える臨床的特徴>

治療を計画・実施するには以下の要因も考慮すべきである [I]：

- 併存する精神疾患と一般的な病状
- 性別に関連した要因
- 年齢
- 社会的環境と生活環境
- 文化的要因
- ゲイ/レズビアン/バイセクシュアル/トランスジェンダーの問題
- 家族の特徴

物質使用障害と他の精神障害の併存率が高いことを考慮すると、物質使用の症状と他の障害の症状との診断上の区別には特に注意が払われるべきであり、併存疾患に対する特定の治療が提供されるべきである [I]。患者が精神疾患の併存、心理社会的ストレス要因の存在、物質使用障害を悪化させたり治療を妨げたりするその他の生活環境が認められる場合には、さまざまな精神療法も適応となる場合がある [I]。物質使用をやめることは、精神症状や薬剤の代謝の変化（例、禁煙に伴うチトクロム P450 1A2 による抗精神病薬の代謝の変化）と関連する可能性があるため、向精神薬の投与量の調整が必要となる [I]。

出産適齢期の女性では、妊娠の可能性を考慮する必要がある [I]。このガイドラインで議論されている各物質は胎児に影響を与える可能性があり、妊娠中の断酒・断薬を促す心理社会的治療が推奨される [I]。物質によっては、継続的に物質を使用するよりもアゴニスト治療を併用した方が好ましい場合がある。妊娠中の喫煙者には、ニコチン置換療法 (NRT) による治療が役立つ場合があります [II]。オピオイド使用障害のある妊婦の場合、メサドン [I] またはブプレノルフィン [II] による治療は心理社会的治療の有用な補助となりうる。

ニコチン使用障害：

<薬物療法>

薬物治療は、禁煙を望んでいるが薬理的な薬剤なしでは禁煙できない人、またはそのような薬剤の使用を望む人に推奨される [I]。ニコチン依存症に対して米国食品医薬品局 (FDA) によって承認されている薬剤は 6 つあり、これには 5 つの NRT (パッチ、ガム、スプレー、トローチ、吸入器) とブプロピオンが含まれる。これらはすべて、禁断症状の緩和と喫煙の削減に効果的な第一選択薬である。これらはいずれも、患者の好み、投与経路、副作用の内容に基づいて使用できる [I]。心理社会的治療と薬物療法を組み合わせた治療は最も良好な効果をもたらすが、これらの薬物療法は心理社会的治療が提供されな

い場合でも効果がある [I]。これらの第一選択治療の組み合わせも効果を高める可能性がある [II]。ノルトリプチリンとクロニジンは第二選択薬として有用だが、副作用が出現しやすい [II]。

<心理社会的治療>

心理社会的治療もニコチン依存症の治療に効果的であり、認知行動療法 [I]、行動療法 [I]、簡易介入 [II]、動機づけ強化療法 [II]を、個人形式 [I]、グループ形式 [I]、電話 [I] により提供したり、セルフヘルプ [III] やインターネット [III] により提供する。

アルコール使用障害:

<中毒と禁断症状の管理>

急性の酩酊患者は安全な環境でモニター・管理される必要がある [II]。中等度から重度の離脱症状にある患者の治療には、中枢神経系の過敏性を軽減し、生理学的恒常性を回復するための取り組み [I] が含まれ、一般にチアミンと輸液 [I]、ベンゾジアゼピン [I] を使用し、一部の患者では 抗けいれん薬、クロニジン、抗精神病薬などの薬剤を使用する [III]。状態が安定した場合には、必要に応じてベンゾジアゼピンおよびその他の薬剤の減量を実施し、離脱症状の再発や精神疾患の併発を示唆する兆候や症状の出現を観察する必要がある [I]。

<薬物療法>

アルコール依存症に対する特定の薬物療法は有効性が十分に確立されており、中程度の効果が示されている。ナルトレキソンは、アルコールの強化効果のいくらか弱める可能性がある [I]、その長期的な有効性に関するデータは限られている。長時間作用型の注射可能なナルトレキシソンの使用がアドヒアランスを促進する可能性があるが、研究は限られており、FDA の承認は保留中である。γ-アミノ酪酸 (GABA) 類似体であるアカンプロサートは、禁酒中のアルコール渴望を減少させる可能性があり、心理社会的治療を併用している動機づけの高い患者にとって効果的な補助薬となる可能性がある [I]。また、何らかのイベントを契機にアルコール渴望が急激に増大する可能性があり、かつ、動機づけの高い患者には、ジスルフィラムも包括的な治療プログラムの効果的な補助薬となる [II]。

<心理社会的治療>

アルコール使用障害のある一部の患者に効果的である心理社会的治療には、動機づけ強化療法 [I]、認知行動療法 [I]、行動療法 [I]、TSF [I]、カップルセラピーおよび家族療法 [I]、集団療法 [II]、精神労働療法・対人関係療法 [III]が含まれる。患者にアルコールクス・アノニマス(AA)などの自助グループへの参加を勧めることは、多くの場合患者の手助けとなる [I]。

大麻使用障害:

大麻使用障害の治療に関する研究は限られている。大麻離脱または依存に対する特定の薬物療法は推奨できない [I]。心理社会的療法に関しては、動機付け介入と対処スキル開発を組み合わせた集中的な再発予防アプローチが効果的である可能性がある [III]、さらなる研究が必要である。

コカイン使用障害:

<中毒と禁断症状の管理>

通常は支持的ケアのみで対応する [II]。ただし、コカイン中毒では高血圧、頻脈、発作、被害妄想が発生する可能性があり、特別な治療が必要な場合がある [II]。急性の校風を求める場合には、ベンゾジアゼピンによる鎮静が有効である可能性がある [III]。

<薬物療法>

薬物治療は通常、初期治療としては適応されない。ただし、心理社会的治療だけでは反応しない場合、心理社会的治療に組み合わせる形で一部の薬物療法(トピラメート、ジスルフィラム、またはモダフィニル)を併用することで効果が期待できる場合もある。

<心理社会的治療>

断薬に焦点を当てた心理社会的治療は効果的である [I]。特に、認知行動療法 [I]、行動療法 [I]、12ステップ指向の個別薬物カウンセリング [I] は有用であるが、その有効性は患者のサブグループによって異なる。自助グループへの定期的な参加の推奨により、一部の患者の転帰が改善される可能性がある [III]。

オピオイド使用障害:

<中毒と禁断症状の管理>

軽度から中等度の急性オピオイド中毒には、通常、特別な治療は必要としない [II]。しかし、呼吸抑制を特徴とする重度のオピオイド過剰摂取は死に至る可能性があり、救急または入院での治療が必要となる [I]。ナロキソンは、呼吸抑制やオピオイドの過剰摂取によるその他の症状を回復させます [I]。

オピオイド離脱の治療は、安全に急性症状を改善し、患者がオピオイド使用障害の長期治療プログラムに入りやすくすることを目的とする [I]。有効な戦略としては、オピオイドの代わりにメタドンまたはブプレノルフィンを使用しその後漸減する方法 [I]、離脱症状を抑えるためにクロニジンを使用してオピオイドを突然中止する方法 [II]、クロニジン-ナルトレキソンによる解毒 [III] などがある。他の物質、特にアルコール、ベンゾジアゼピン、または他の抗不安薬や鎮静薬の同時使用や離脱は、オピオイド離脱の治療を複雑にする可能性があるため、担当医は患者に他の物質、特にアルコール、ベンゾジアゼピン、または他の抗不安薬や鎮静薬があるかどうかを評価することが不可欠である [I]。麻酔補助急速オピオイド解毒法 (AROD) は、有効性が証明されておらず、リスクとベネフィットの比が悪いため、推奨されない。

<薬物療法>

メタドンまたはブプレノルフィンによる維持療法は、オピオイド依存の病歴が長期間(1年以上)ある患者に適している [I]。治療の目標は、オピオイド作動薬の安定した維持量を達成し、包括的なりハビリテーションプログラムに参加しやすくすることである [I]。ナルトレキソンによる維持療法は別の戦略であるが [I]、その有用性は患者のアドヒアランスの欠如と治療継続率の低さによって制限されることがしばしばある。

<心理社会的治療>

心理社会的治療は、オピオイド使用障害患者に対する包括的治療計画の有効な構成要素である [II]。行動療法(随伴性マネジメント) [II]、認知行動療法 [II]、精神力動的な心理療法 [III]、集団療法および家族療法 [III] は、一部の患者に有効である。自助グループへの定期的な参加を勧めることも有用である [III]。

<補足>

以上が各疾患の推奨となるが、一般的な治療原則の中で集団療法を行う上での基本原則等についての言及があったため、ここに紹介する。

一般的な治療原則<心理社会的治療:集団療法>

多くの薬物使用障害患者に対して、集団療法は不可欠かつ価値ある治療計画の一部とみなされている。認知行動療法、対人関係療法、行動カップル療法、修正型力動的な精神療法、相互作用療法、論理情動療法、ゲシュタルト療法、心理劇療法などが、集団形式で用いられてきた。

集団療法はセラピストの時間を効率的に使うことができ、さらに、薬物使用障害のある患者にとって、集団療法は個人治療よりも効果的である。例えば、薬物使用のコントロールを失ったことに社会的スティグマがつきまとうことを考えると、同じような問題を抱える他のグループメンバーの存在は、慰めになる。さらに、回復が進んでいる他のグループメンバーは、薬物使用をやめようとする試みが無駄ではないことを示す模範となる。このような経験豊富なグループメンバーは、熟練したセラピストが知っている以上の多種多様な対処法を提供してくれる。さらに、グループメンバーはセラピストとは異なり、グループセッションの外でも継続的なサポートを提供する「相棒(Buddies)」として行動できることが多い。

集団療法は公的性格をもつため、再発を避ける強力な動機を個人に与える。禁酒日数を公言できるということは、再発を公に認めなければならないという恐怖と相まって、内面化された抑制メカニズムの崩壊を特徴とする障害と闘うグループメンバーを助ける強力な力となる。薬物使用障害のある人は、内的な自己コントロールのメカニズムがうまく機能していないという特徴があり、グループのプロセスは外的コントロールの強固な資源を提供することができる。さらに、グループは物質使用障害から回復した人で構成されているため、メンバーは、物質使用障害の個人的な経験がないセラピストよりも、お互いの隠れた物質使用や早期再発の兆候を察知しやすいかもしれない。

薬物使用障害に対する集団療法の臨床試験は比較的少ないが、個人療法と同等の有効性を示す研究もある。薬物使用障害に対する集団治療と個人治療のどちらを選択すべきかについて十分なエビデンスはない。多くの患者が集団療法または個人療法の経験を持っているため、どちらかを選択する、あるいは複合的な治療プログラムを開発する場合には、患者の好みを考慮すべきである。

【日本】

新アルコール・薬物使用障害の診断治療ガイドライン(新アルコール・薬物使用障害の診断治療ガイドライン作成委員会. 新アルコール・薬物使用障害の診断治療ガイドライン. 新興医学出版社. 2018)

物質依存症および使用障害の治療目標に関する一般的推奨事項:

1. 物質依存症の治療目標は、継続した断酒・断薬であり、これがもつとも安定的かつ安全な目標である。
2. 特に非合法薬物に対する依存症や有害な使用の場合には、断薬が一の治療目標である。もし法であっても、法的に摂取禁止が推奨されている場合(例えばアルコール依存症に伴い飲酒運転を繰り返す)には、それに従う。
3. アルコールや処方薬等合法物質依存症については、使用量低減も治療目標になりうる。また、後者については、より安全性の高いまたは依存性の低い物質への代替も考慮する。
4. 治療目標設定に関しては、物質使用を続けた場合、止めた場合、減らした場合のメリットや問題点を患者に十分説明し、同意を得て設定する。
5. 使用量任減目標に関しては、患者本人と家族等との間で意見の食い違う場合がある。目標を達成するためには、家族等からの支援も重要であるため、十分に説明のうえ、目標に関して家族等からも同意を得る努力をする。
6. 依存症では、治療の継続が重要である。したがって、目標をめぐる治療からドロップアウトする事態は避けなければならない。例えば、患者が物質使用任減を主張するのであれば、それを目標にして

ドロップアウトを避ける選択肢もある。その場合：当面の目標を任減にして、うまくいかなければ断酒・断薬に切り替える方法もある。

7. 依存症まで至っていない合法物質の有素な使用ケースについては、患者本人が断酒・断薬を望む場合、またはその他特別な事情がない限り、使用量低減を治療目標にする。
8. 治療目標は、単に断酒・断薬や物質使用の低減に留まらず、それによってもたらされる身体的・精神的な健康状態や社会的機能の改善にあることも患者に理解してもらう。

上記は、以下に示す海外における物質使用障害治療ガイドラインや既存の治療エビデンスや専門家のコンセンサスをもとに作成された：

- American Psychiatric Association (APA) : Practice Guideline for the Treatment of Patients with Substance Use Disorders, Second Edition. APA, 2010.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE) : Alcohol-Use Disorders : Diagnosis, Assessment and Management of Harmful Drinking and Alcohol Dependence. NICE, 2011.
- Rolland B, Paille E, Gillet C, et al. : Pharmacotherapy for Alcohol Dependence : The 2015 Recommendations of the French Alcohol Society, Issued in Partnership with the European Federation of Addiction Societies. CNS Neurosci Ther 22 : 25-37, 2016.

代表的な介入プログラム：

- A. 久里浜版新認知行動療法：患者のアルコールに対する認知を検討、修正し、断酒という行動を目指すような認知行動療法にもとづく。
- B. 変化のステージモデル：トランス・セオティカル・モデル(TTM)に基づく。回復段階を5つのステージ(関心期、準備期、実行期、維持期)に分けて認知の変化の動機づけを高めていく。
- C. 動機づけ面接：WRミラーによって開発された人間の変化を支援することを基本として作られた方法。変化を促進するときに用いられるチェンジトークなどが有名。
- D. SMARPP(Serigaya Methamphetamine Relapse Prevention Program)：せりがや覚醒剤依存再発防止プログラム。薬物依存症に対する心理教育や治療動機の掘り起こし、回復のための社会資源に関する情報提供を行う。全国各地の精神保健福祉センターや保護観察所、刑務所で実施されており、法務省がエビデンスを蓄積している。
- E. CRAFT(Community Reinforcement and Family Training:コミュニティ強化と家族トレーニング)：CRA(本人向け)、CRAFT(家族、支援者向け)治療を受け入れやすい環境を作ることによって、自ら治療を選んでもらうためにコミュニケーションを変えることを目的とする。日本では2010年に厚労省研究班がひきこもりの評価・支援に関するガイドラインで紹介し、家族支援のCRAFTが先行して注目された。
- F. ARP(Alcoholism Rehabilitation Program: アルコール依存症社会復帰プログラム)入院および外来治療における集団精神療法に、絵画療法、ロールレタリング、ストレスマネジメント、運動療法なども取り入れている。
- G. 自助グループ：共通の問題を抱える者同士が支え合い、問題解決を図ろうとするグループ。断酒会、AA(Alcoholics Anonymous)やNA(Narcotics Anonymous)があり、グループ形式で自分のことについて話す例会(ミーティング)が行われている。

共同分担研究者・中島コメント：

- A、B、D、F、Gについては、基本的に集団形式で実施されている。
- このうち、集団精神療法と定義されるものは、A、B、D、Fであろう。

- 物質使用障害の治療に集団精神療法が好まれる背景について、否認といった防衛機制の打破、すなわち自己を洞察し、回復への動機づけを得るために、治療者よりも同じ病気の仲間の発言あるいは助言の方が共感を得やすく、治療の中で主体的になることが期待できる点にあるとされている。