

特集：困難事例とカウンセリング

HIV 拠点病院における薬物依存患者へのカウンセリング

—SMARPP プログラムを導入した事例—

Counseling for the HIV-Infected Illicit Drug User at the Hospitals

Providing HIV Care : A Case Study of the SMARPP Program

渡 邊 愛 祈

Aki WATANABE

国立国際医療研究センター病院エイズ治療・研究開発センター

National Center for Global Health and Medicine AIDS Clinical Center

はじめに

内閣府薬物乱用対策推進会議の報告によると、わが国の覚醒剤検挙人員は毎年1万2,000人と高止まりしているが、そのうちの6割以上は再犯者であり、再発乱用防止が喫緊の課題とされている¹⁾。また、合法ハーブ等と称して販売される薬物（近年では「危険ドラッグ」と称される）の使用により二次的な犯罪や健康被害を起こす事例が多発しており¹⁾、HIV感染者の違法薬物の使用も後を絶たない。このような薬物使用の問題に対して、医療スタッフにはどのような対応が求められ、また心理カウンセラーとしてどのような心理的支援ができるのがHIV医療の大きな課題となっている。

1. HIV感染者と薬物使用の実態

わが国における一般人口の違法薬物の生涯経験率は2.5%と報告されている²⁾。一方で、当院の新規HIV患者の34.7%に薬物使用歴があり³⁾、全国8ブロック拠点病院およびACCを対象に行われた大規模調査においては、55.1%の患者が、薬物使用の生涯経験があると答えている⁴⁾。このようにHIV感染者の薬物使用頻度は、一般人口と比較して圧倒的に高いと言えるだろう。

2. 薬物使用がHIV治療に及ぼす影響

海外では注射薬物使用（Injection Drug Use ; IDU）によるHIV感染が多く、深刻な問題とされているが⁵⁾、日本ではIDUによるHIV感染は0.3%と非常に低く⁶⁾、それほど深刻な状況として捉えられていない。

日本でHIV感染者の薬物使用が問題となるのは、薬物が性行為時にセックスドラッグとして使用され、リスクの高い性行動を誘発することである。たとえセーフセックスに関する正しい知識を持っている者でも、薬物を使用することによって判断力が低下し、リスクのある性行動に及んでしまう例は少なくない。

また、薬物使用による判断力の低下は、抗HIV療法（Anti-Retroviral Therapy ; ART）の服薬忘れや受診忘れなどを引き起こし、受診中断のリスク因子になる。当院の受診中断患者と定期通院患者を比較したところ、薬物使用患者は、非薬物使用患者よりも受診中断のリスクが2倍高かったことが報告されている⁷⁾。

このように薬物使用は、リスクの高い性行動、服薬アドヒアランス低下、ひいては受診中断を引き起こし、HIV治療を阻害するものとして看過できない問題である。

3. 国内の薬物依存治療

薬物依存の治療は、幻覚妄想状態などの精神症状がある場合、入院治療によって抗精神病薬などを用いた薬物療法が行われる。外来では、後述する医療機関で行われるプログラムがあり、病院外ではNA（Narcotics Anonymous）やダルク（DARC ; Drug Addiction Rehabilitation Center）といった当事者による自助グループがある。NAのグループミーティングは、薬物依存に悩む者同士が集まり、基本的に“言いつばなし”“聴きつばなし”のスタイルで、非難や批判なく、お互いの経験を分かち合う場である。ダルクは薬物依存の民間リハビリ施設で、半年～2年ほど入所して、規則正しい生活リズムを身につけ、NAと同様のプログラムやダルク独自のプログラムを実施する。

著者連絡先：渡邊愛祈（〒162-8655 東京都新宿区戸山1-21-1
国立国際医療研究センター病院エイズ治療・研究開発センター）

2016年2月29日受付

4. HIV 医療における薬物依存治療の課題

4-1. 専門病院や自助グループにつながらない患者の存在

医療スタッフが患者に専門病院や自助グループを紹介しても、薬物依存の治療やケアになかなかつながらない患者や、つながってもすぐに中断してしまう患者もいる。このような患者はしばしば次のようなことを理由として語る。

4-1-1. 「集団の場で話せない」「グループになじめない」

本来ならば、薬物使用に至る経緯や自己開示をする自助グループなどの場合は、薬物依存者にとって守られた安全な空間である。しかし、HIV 感染者の場合、主にセックスドラッグとして薬物を使用しているため、HIV 感染やセクシャリティなどのプライベートな内容をどこまで話せばよいのかと躊躇してしまうことや、複数の人々の前で語ることに不安感を持つ場合がある。

4-1-2. 「仕事が忙しくて、グループに参加できない」

自助グループはさまざまな場所で昼夜を問わず開催されているが、就労している患者にとってその時間を割くことは難しいようである。外来通院中の HIV 感染者の 7 割以上が就労しており、その大半は会社に病気のことを知らせていないため⁴⁾、HIV の定期通院の他に休暇をとって自助グループに参加することは簡単なことではない。治療への動機づけが低くなれば「仕事が優先」という理由で中断してしまう。

4-1-3. 「自分はそのままで依存していない」「コントロールできているから大丈夫」

HIV 薬物使用者は、薬物に依存しているという感覚が乏しく、病識が希薄である。拠点病院通院中の薬物使用のある HIV 感染者（拠点病院群）とダルク 4 施設利用者（ダルク群）の物質使用障害の重症度を比較した研究では、拠点病院群の重症度スコアはダルク群に比べて有意に低いと報告されている⁸⁾。また、全国のブロック拠点病院に通院中の薬物使用経験のある HIV 患者の 92.3% は、自身の薬物使用量や回数をコントロールできていると回答している⁴⁾。これらの研究から、依存の重症度が低く、使用量や回数を自分でコントロールしていると認識している HIV 薬物使用者は、自分は治療が必要な“病気”だという病識が乏しいと考えられ、このことが治療中断につながっている理由としてあげられる。

4-2. 薬物依存患者の受け皿は少ない

HIV 医療における薬物依存治療のもう一つの課題は、薬物依存患者を受け入れる医療体制が十分に整っていないことである。

国内に薬物依存患者の診療経験がある施設がどのくらいあるかという点、有床精神科医療機関 1,201 施設のうち 262 施設 (16.4%) であった⁹⁾。さらに、HIV 感染症患者の精神

科的治療の経験がある施設は、クリニックを含む 1,255 施設のうち 149 施設 (11.9%) であった¹⁰⁾。このように薬物依存の治療を行う医療機関も少なければ、HIV 感染者の精神科的治療を行う医療機関も少なく、これら両方に対応できる病院はごくわずかであることは想像にかたくない。

4-3. HIV 医療スタッフは薬物の相談をしやすい存在

若林らの調査によれば、薬物使用に関して誰にも相談しないと答えた患者は 56.1% であり、相談すると答えた患者のなかでは、友人やパートナーが 48.4%、そして、HIV 治療の医療者が 6.9%、精神科が 2.2%、NA やダルクなどが 1.4%、薬物専門の医療機関や相談機関に相談する人は 1.1% という結果であった⁴⁾。

この結果は、いくつかの問題と可能性を示唆している。一つは、半数以上の患者が薬物使用への社会的非難や後ろめたさから、誰にも相談できずに孤立しやすく、たとえ誰かから助けを得たくてもつながりにくい状況にあるということである。また、患者にとって薬物依存専門病院や自助グループの門戸を叩くことは敷居が高く、すぐにはつながらないことが推察される。一方で、友人やパートナーといったプライベートな関係に次いで、HIV 治療の医療者が相談しやすい立場にあることは、HIV 医療スタッフが医療機関のなかでも HIV 薬物依存者のゲートキーパーになりうることを示唆している。

HIV 患者の薬物依存は、今まで専門病院や自助グループに任せきりだったが、薬物使用の相談を受ける機会が多い HIV 治療病院においても、薬物依存に対する何らかの介入をしていくことが望まれるのではないだろうか。

5. SMARPP とは？

医療機関で実施できる薬物依存の治療プログラムとして、国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所薬物依存研究部の松本らによって開発された『SMARPP (Serigaya Methamphetamine Relapse Prevention Program) ; せりがや覚醒剤依存再発防止プログラム』がある。このプログラムは覚醒剤だけではなく薬物全般およびアルコール依存を対象とした、外来薬物依存治療プログラムである。

5-1. SMARPP の概要

SMARPP は、援助者がワークブックを患者と一緒に読み合わせ、そこに書かれている内容について患者と話し合いながら進めていく認知行動療法によるプログラムである。このプログラムは全国で 43 カ所の精神科医療機関と 17 カ所の保健・行政機関、20 カ所の民間回復施設（ダルクなど）で実施されており¹¹⁾、また、司法機関においても実施されている。

国立精神・神経医療研究センターでは、薬物依存の基礎知識や SMARPP の実施方法を学ぶ研修会が毎年開催され

ており、知識や経験に乏しい援助者でも研修を受けて技術の向上を図ることができる (<http://www.ncnp.go.jp/nimh/kenshu/>)。

5-2. SMARPP による介入効果

米国のガイドラインでは、薬物依存に有用な治療は、ある特定の治療技法ではなく、治療を長期間継続することが重要であると指摘している¹²⁾。

外来通院患者の初診後3カ月時点において、SMARPP 参加群と非参加群の治療継続率を比較した研究では、SMARPP 参加群の治療継続率のほうが高かった¹³⁾。また、外来通院患者のうち、新たに自助グループ (NA) につながった患者の割合は SMARPP 参加群のほうが多かった¹³⁾。この結果から、SMARPP は、治療を長期間継続させ、自助グループへの橋渡しの役割を果たす効果的な治療プログラムであると示唆される。

5-3. SMARPP の構成

SMARPP はセッションの回数によって SMARPP-16、SMARPP-28 などバリエーションがあり、施設の性質や患者の特徴によってプログラム実施期間の長短が選択できるようになっている。

SMARPP-16 は16章から構成され、毎週1章ずつ読み進めていく (図1参照)。薬物やアルコールの基礎知識が平易な言葉でまとめられており、患者はそれを読みながら、薬物依存のメカニズムを知り、欲求を刺激する引き金 (トリガー) やその適切な対処スキルについて理解し、自身の認知や行動の癖に気づけるようになっている。

- | | |
|------|------------------------|
| 第1回 | なぜアルコールや薬物をやめなきゃいけないの？ |
| 第2回 | 引き金と欲求 |
| 第3回 | 精神障害とアルコール・薬物乱用 |
| 第4回 | アルコール・薬物のある生活からの回復段階 |
| 第5回 | あなたの回りにある引き金について |
| 第6回 | あなたのなかにある引き金について |
| 第7回 | 生活のスケジュールを立ててみよう |
| 第8回 | 合法ドラッグとしてのアルコール |
| 第9回 | マリファナはタバコより安全？ |
| 第10回 | 回復のために一信頼、正直さ、仲間 |
| 第11回 | アルコールをやめるための三本柱 |
| 第12回 | 再発を防ぐには |
| 第13回 | 再発の正当化 |
| 第14回 | 性の問題と休日の過ごし方 |
| 第15回 | 「強くなるより賢くなれ」 |
| 第16回 | あなたの再発・再使用のサイクルは？ |

図1 SMARPP-16の目次

カウンセラーは、できる限り支持的に対応し、患者の断薬への動機づけが低くても否定や叱責はせず、プログラムを継続できていることや正直に話せることを評価する。医療スタッフにとっては、SMARPP のワークブック自体が日本の役割も果たすため、たとえ知識や経験が乏しくても、一定水準の治療プログラムを実施することが可能となる。

集団で行うことを前提としている SMARPP ではあるが、プログラム開発者の松本は、HIV 薬物依存患者の場合には、HIV やセクシュアリティに配慮して、個人療法も行っている¹⁴⁾。

6. SMARPP を取り入れたカウンセリングの事例

さて、上述したような HIV 医療における薬物依存患者への治療および支援に関する課題から、筆者は HIV 薬物依存患者への SMARPP を取り入れた個人カウンセリングを行った。以下では、その事例を紹介し、考察を行いたい。なお、プライバシーへの配慮のため、事例の一部内容を修正している。

6-1. 事例 30代 MSM (Men who have Sex with Men)

他院で HIV 陽性が判明し、当院で紹介された。初診時 CD4 数は $\leq 100/\mu\text{L}$ 、HIV-RNA 量は $\geq 10,000$ copies/mL、AIDS 指標疾患の発症は認められなかった。ART が導入されたものの、精神的な問題が生じた時や薬物使用時にたびたび内服忘れがあった。

薬物使用は20代前半から始まり、過去の使用薬物は、ラッシュ、5-Meo-DIPT、MDMA、覚醒剤、脱法ハーブだった。精神科既往歴、および精神疾患の遺伝的負因はなく、薬物使用に伴う幻覚妄想状態も認められなかった。

初診時より精神的問題が示唆されていたため、主治医からカウンセリング導入が提案された。初回カウンセリングで患者は、HIV 感染へのショック、薬物使用の問題、今後の就労に関する不安と焦り、希死念慮について泣きながら語った。

6-2. SMARPP 導入の経緯

患者は医療スタッフから専門機関の受診を勧められ、最初は自助グループに参加していたが、集団への苦手意識が強くなり途中で中断してしまった。そのため、HIV 治療チームでは、今後の方針として、カウンセリングに SMARPP を導入して薬物依存へのアプローチも行っていくこととした。カウンセリングは週1回50分で、前半は SMARPP にそって行い、後半は自由に語る時間とした。

6-3. カウンセリングの面接経過

6-3-1. カレンダーの活用

毎回初めに1週間を振り返り、カレンダーにシールを貼ってもらった。青のシールは【薬物を使わなかった日】、赤のシールは【再使用した日】、黄色のシールは【再使用



図 2 介入半年前の薬物使用状況



図 3 介入後の薬物使用状況

への渴望がとても強く危険だった日】とした。これは認知行動療法の技法の一つである随伴性マネジメントに基づく手法で、望ましい行動に対して報酬を与えて強化することが目的である。患者の自己申告による薬物使用頻度がピークだった時期（介入半年前）の薬物使用状況を図2に示した。

6-3-2. SMARPPによる薬物再使用のサイクルと対処法の検討

ワークブックを毎週1章ずつ読み進めて、薬物使用に至るトリガーの同定とその対処スキルを検討した。その結果、薬物使用に至る経緯として、患者は自分が邪魔者に思えて見捨てられる不安や寂しさをきっかけに、自暴自棄になり、SNSで一緒に薬物を使ってセックスする相手を探し、相手が見つかるセックスドラッグとして薬物を使用していた。特に給料日後の休日前夜は薬物使用につながりやすかった。このように、SMARPPのワークブックを用いることによって、患者は今まで漠然としていた薬物使用に至るサイクルを視覚的に理解することができた。

次に、それぞれのトリガーについて、具体的な対処スキルの検討を試みた。患者は、食べること、友人に話すこと、パートナーや家族と過ごすこと、自慰行為などをあげた。しかしこれらの対処スキルは不安や寂しい気持ちを一時的に紛らわせる手段としかなりえなかった。患者はストレスを紛らわせるために暴飲暴食をする一方、体重増加による外見変化から洋服をお洒落に着こなせないと落胆した。また、パートナーや家族と一緒にいると、しばしば喧嘩に発展して、その結果さらにイライラし、一人になったときにいっそう精神的に不安定になっていた。患者は対処スキルの行動だけでは薬物使用への渴望を抑えることは困難であった。そのため、カウンセラーはトリガーである見捨てられ不安や寂しさなどの感情をコントロールする必要があると考えた。

6-3-3. 感情コントロールへの介入

患者は人あたりがよく、“楽しい時間”を共に過ごす友人はいたが、悩みを相談して分かち合える相手はおらず、一人で抱え込む傾向があった。悩みは「ムカつく」の一言に

集約されることが多く、具体的にどのような状況で何がどのように腹が立ったのかについては言語化されなかった。カウンセラーは、衝動的な行動以外の手段で心理的ストレスに対処するためには、漠然とした不安を言語化するトレーニングと、見捨てられ不安や精神的自立を促すための介入が必要であると考えた。

患者は断薬するために本人なりに我慢と努力と工夫を重ね、薬物への渴望と戦っていたが、ある日泣き腫らした目でカウンセリングにやってきた。患者は、親から薬物を使用したことを疑われ、さらには同性愛に対する偏見も突きつけられ、「こんな子どもに育てた覚えはない」と泣かれてしまったという。そして、親に長年迷惑をかけてきたことを申し訳なく思い、薬物依存から抜け出たくても抜け出せない葛藤から「生まれてこなきゃよかった…」とつぶやいて涙を流した。家族にはたびたび叱咤激励の言葉をかけられたが、精神的に段々と追い込まれていき、ある日患者は自宅で大暴れをした。患者は自宅を出て、行く当てもなくパートナーを頼ったが、そこでも断られ、自暴自棄になって再使用に至った。

次のカウンセリングで患者は、正直に再使用してしまったこと、ARTの内服をやめるつもりでいたことを語り、受診中断を考えていたが、「でも、カウンセラーの顔が浮かんだから、来た」と言った。カウンセラーは、気まずい思いをしながらも来院したことに、正直に再使用について話してくれたことを称賛した。

このような関わりを重ねていくうちに、患者にも少しずつ変化が生まれてきた。たとえば、患者に初めてのHIV陽性者の友人ができ、カウンセラー以外にも悩みを打ち明けられるようになった。また、感情の起伏が激しく以前はパートナーを振り回していたが、衝動的な言動から生じるパートナーとの喧嘩も減少した。そして、薬物使用頻度にも変化が見られ、薬物使用のピーク時と比べて、再使用のスパンが長くなった（図3参照）。

7. 考 察

患者は、SMARPPを用いて薬物使用時の心理的プロセ

スを整理できた。また、対人関係の不和によって生じる見捨てられ不安や寂しさなどの鬱積した感情を薬物で紛らわせてきたことに気づき、理解することができた。その鬱積した感情をカウンセリングで表現し、客観的に検討することによって、少しずつ感情をコントロールできるようになり、カウンセリング介入以前よりも薬物使用頻度は減少した。また、カウンセラーとの間で形成された安定した対人関係は、その後の患者のプライベートでの対人関係に変化をもたらすこととなった。

7-1. HIV 治療病院で SMARPP を導入するメリットと留意点

SMARPP を導入することで、薬物依存の臨床経験が乏しい医療者でも、安心して一定水準の薬物依存プログラムを提供することが可能となる。また、ワークブックを用いることで、患者は視覚的に問題となるトリガーや対処スキルを検討でき、カレンダーを用いることで目に見えて自分の努力を実感することができるため、達成感や自己効力感の向上にもつながる。本事例のように、HIV 治療の定期通院時にプログラムを行うことで、就労している患者にとっては、アクセスしやすく、継続的な関わりが期待できる。

しかし、そうは言っても、HIV 治療病院で導入する SMARPP は、専門病院の治療や自助グループの機能を補完するものであることを忘れてはならない。自助グループでは、薬物依存から回復したメンバーが患者のロールモデルとなることや、渴望と戦う苦しさや再使用への不安を当事者メンバーと分かち合い、理解や励まし、安心を得ることができる。専門病院での治療や自助グループへの参加は、このような集団や当事者同士の治療的作用を得られ、長期的な断薬を継続するうえで重要な援助資源である。米国のガイドラインでは、効果的な介入頻度は週 2 回以上とされており¹²⁾、HIV 治療病院での SMARPP と専門病院での治療あるいは自助グループを組み合わせて行うことが理想的であろう。

また、薬物依存に関するより専門的な知識を必要とするケース、あるいは精神症状が併発するケースもあるため、日頃から薬物専門病院や精神科医との連携が必要とされる。

7-2. 薬物使用のある HIV 感染者の理解と対応のポイント

以下では、先行研究を踏まえ¹⁵⁾、本事例のような薬物使用のある HIV 感染者との関わりで、筆者が留意しているポイントを述べる。

7-2-1. 支持的に対応すること

医療スタッフは、患者が勇気を持って薬物に関する相談をしたときに、ありきたりな説教や反省を求めることはせず、共感的で支持的な態度で接し、治療関係を維持することに重点を置く。

7-2-2. 正直に話せる場所を提供すること

法的規制がある薬物使用は、すなわち「犯罪」と捉えられやすく、医療者側も対応に忌避的になりやすい。薬物依存の司法的問題への対応については、松本¹⁶⁾が詳しくまとめているので、ご参照いただきたい。端的に述べると、どの違法薬物についても、医療者が「警察」へ「通報」することを義務付けた法令はなく、公的な立場にあっても、更生・治療上の観点から守秘義務を優先することは許容される¹⁶⁾。そのため、医療者側は忌避的にならず、薬物依存からの回復や治療を優先し、安全で正直に話せる場所を提供することが有用であろう。

7-2-3. その患者固有の問題と薬物使用の引き金を捉えること

薬物依存の背景には、幼少期からのさまざまな心理社会的ストレスが積み重なっているように思われる。特に、セクシュアリティとセックス、薬物使用は密接に関係していることが多いため、これらの患者固有の心理社会的背景を理解し、薬物使用の引き金となるトリガーとの関連をアセスメントすることが必要である。この患者の心理社会的背景を理解するためには、生島らが作成した「HIV 陽性 MSM における薬物使用状況に関する試行モデル」が参考となるだろう¹⁷⁾。

7-2-4. 患者が再使用しても、めげないこと

患者が薬物を再使用すると、医療者にも落胆や無力感が生じる。ときには「ここまで頑張ったのに」と悲しくなってイライラしてしまうことや、無意味さを感じることもあるだろう。しかし、薬物依存の治療に求められるのは、何よりもまず継続性である。再使用を大ごととして捉えるよりも、それによって治療からドロップアウトしてしまうことを問題視するスタンスで関わるのが大切である。

おわりに

本稿では HIV カウンセリングに SMARPP を導入し、薬物依存への支援を試みた事例を紹介した。HIV 感染者の薬物依存の問題について、HIV 治療病院がゲートキーパーとなることで、今後の薬物依存の回復のための支援につなげていけることを、筆者は願っている。

利益相反：本研究において利益相反に相当する事項はない。

文 献

- 1) 内閣府：第四次薬物乱用防止五か年戦略. <http://www.8.cao.go.jp/souki/drug/known.html> (2016/2/24 アクセス)
- 2) 和田清, 邱冬梅, 嶋根卓也：薬物使用に関する全国住民調査. 平成 25 年度厚生労働科学研究費補助金 (医薬品・医療機器等レギュラトリーサイエンス総合研究

- 事業) 分担研究報告書, 2013.
- 3) Nishijima T, Gatanaga H, Komatsu H, Takano M, Ogane M, Ikeda K, Oka S : High prevalence of illicit drug use in men who have sex with men with HIV-1 infection in Japan. *PLoS One* 8 : e81960, 2013.
 - 4) 若林チヒロ, 生島嗣, 大槻知子, 大木幸子, 遠藤知之, 渡部恵子ら : HIV 陽性者の生活と社会参加に関する研究. 厚生労働科学研究費補助金 (エイズ対策研究事業) 地域において HIV 陽性者等のメンタルヘルスを支援する研究. 平成 26 年度総括・分担研究報告書 : 79-187, 2015.
 - 5) Mathers BM, Degenhardt L, Phillips B, Wiessing L, Hickman M, Strathdee SA : Global epidemiology of injecting drug use and HIV among people who inject drugs : a systematic review. *Lancet* 372 : 1733-1745, 2008.
 - 6) 厚生労働省エイズ動向委員会 : 平成 26 (2014) 年エイズ発生動向一概要一. エイズ予防情報ネット. <http://api-net.jfap.or.jp/status/2014/14nenpo/h26gaiyo.pdf> (2016/2/24 アクセス)
 - 7) Nishijima T, Gatanaga H, Komatsu H, Takano M, Ogane M, Ikeda K, Oka S : Illicit drug use is a significant risk factor for loss to follow up in patients with HIV-1 infection at a large urban HIV clinic in Tokyo. *PLoS One* 8 : e72310, 2013.
 - 8) 嶋根卓也 : 薬物依存と HIV 感染. *HAND Forum*2015, 東京, 2015.
 - 9) 松本俊彦, 高野歩, 谷渕由布子, 立森久照, 和田清 : 全国の精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査. 平成 26 年度厚生労働科学研究費補助金 (医薬品・医療機器等レギュラトリーサイエンス政策研究事業) : 95-128, 2014.
 - 10) 廣常秀人, 梅本愛子, 吉田哲彦, 疇地道代, 山路國弘, 安尾利彦ら : 抗 HIV 療法に伴う心理的負担, および精神医学的介入の必要性に関する研究. 厚生労働科学研究費補助金エイズ対策研究事業「HIV 感染症及びその合併症の課題を克服する研究班」報告書, 2012.
 - 11) 厚生労働省. SMARPP などの「薬物依存症に対する認知行動療法プログラム」の国内実施状況. <http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000070789.html> (2016/2/24 アクセス)
 - 12) American Society of Addiction Medicine. PUBLIC RESOURCES. Principles of Drug Addiction Treatment : A Research-Based Guide (National Institute on Drug Abuse). <http://www.asam.org/public-resources/treatment> (2016/2/24 アクセス)
 - 13) 小林桜児 : 専門外来における認知行動療法プログラムの開発と効果に関する研究. 厚生労働省科学研究費補助金 (障害者対策総合研究事業)「薬物依存症に対する認知行動療法プログラムの開発と効果に関する研究」総合研究報告書, 2013.
 - 14) 松本俊彦 : 精神疾患と薬物依存. *HIV BODY MIND* : 41-46, 2013.
 - 15) 松本俊彦 : 薬物依存症 精神療法としての助言や指導—私はどうしているか—. *臨床精神医学* 43 : 1161-1166, 2014.
 - 16) 松本俊彦 : 薬物使用障害臨床における司法的問題への対応. *精神科治療学* 28 : 294-299, 2013.
 - 17) 生島嗣, 野坂祐子, 岡本学, 山口正純, 中山雅博, 大槻知子ら : 薬物使用者を対象とした聞き取り調査—HIV と薬物使用との関連要因をさぐる—. 厚生労働省科学研究費補助金 (エイズ対策研究事業)「地域において HIV 陽性者等のメンタルヘルスを支援する研究」平成 26 年度総括・分担研究報告書, 2015.