

総説

薬物依存症と治療の概説

Overview of Drug Users and Treatment

杉本悠貴恵¹⁾, 喜花 伸子¹⁾, 小島 賢一²⁾

Yukie SUGIMOTO¹⁾, Nobuko KIHANA¹⁾ and Kenichi KOJIMA²⁾

¹⁾ 広島大学病院輸血部・エイズ医療対策室, ²⁾ 荻窪病院血液凝固科

¹⁾ Division of Blood Transfusion, AIDS Care Team, Hiroshima University Hospital and

²⁾ Department of Hematology, Ogikubo Hospital

日本エイズ学会誌 23 : 53-62, 2021

序

HIV 医療においては、効果的で忍容性のよい治療薬が開発され、現在は1日1回1錠でウイルスコントロールが可能となり、身体面では非 HIV 感染者とほぼ変わらない生活を送れるようになってきた。

しかし、日本では、いまだにセクシャルマイノリティや HIV 感染症に対するスティグマが根強く残り、HIV 陽性患者の精神的健康へ大きな影響を与えている^{1,2)}。これまでに、ゲイ・バイセクシャル男性の精神疾患の罹患率の高さや HIV 陽性者の精神疾患併存率の高さが報告され、それとともに精神的健康上の問題として、薬物乱用・依存が指摘されている。実際、HIV 診療を行っている医療機関を対象とした調査では、約 50% の医療者が HIV 陽性患者の薬物使用を知った経験があると回答し、約 90% の医療者が薬物依存に関わる支援が必要と回答している。平成 30 年に通知された厚生労働省「後天性免疫不全症候群に関する特定感染症予防指針（エイズ予防指針）」³⁾ に、薬物乱用・依存症を抱える HIV 陽性患者の個別的支援が明記されており、HIV 診療における支援の必要性も指摘された。しかし、約 90% の医療者が診察等の場面で薬物使用に対する対応に困難を感じ、薬物使用に関する聴き取りや支援に戸惑っていることが報告されており⁴⁾、薬物依存症への支援方法に関する実践的な情報へのニーズは高いと言えるだろう。以上を踏まえ、本総説では薬物依存症の概要および現在の専門医療機関等で行われている薬物依存症の治療について概観する。

なお、本稿では、乱用を「社会的許容から逸脱した目的

や方法で薬物を自己使用する」こと、また、依存を「やめようと思っても自らの意志で容易にやめることのできない状態」と定義して使用するが、引用部分については「乱用」、「使用」、「中毒」等は執筆者の表現を尊重し、そのまま使用する。

1. HIV 感染症と薬物依存の問題

犯罪白書⁵⁾によると、薬物犯罪の検挙人員は毎年 14,000 件前後で推移しており、令和元年は 13,860 件が検挙され、覚せい剤使用による事犯はその 60% 以上を占めている。覚せい剤使用で主に用いられる静脈注射は、HIV の感染経路の 1 つであり、海外では大きな問題となっている⁶⁾。加えて、薬物を使用している HIV 陽性者は、非薬物使用者と比較して、うつ病や不安障害といった問題を抱えていることが多いことも報告されている⁷⁾。幸い日本では、新規感染報告者数は静脈注射によるものが非常に少ない⁸⁾。しかし Futures Japan の Web 調査では、HIV 陽性患者の生涯の薬物使用率は 77.4%、さらに過去 1 年以内の使用経験率は 18.1% という結果が示されている⁹⁾。ゲイ・バイセクシャルの男性は、覚せい剤やラッシュなどを Sex Drug として使用する機会が多いとの報告もある¹⁰⁾。また、薬物使用経験のある HIV 陽性者を対象としたインタビュー調査では、セクシャリティからの疎外感や自己否定感、家庭での虐待やいじめなどによる居場所のなさも薬物使用のリスクとしてあげられた¹¹⁾。さらに、通院患者を対象とした聴き取り調査では、何からの違法薬物使用経験が約 60% という結果も報告されている¹²⁾。また、国内外の調査でも、薬物使用により性交渉時のコンドーム使用が減少して、HIV 感染を含む性感染症の罹患率が高くなることが指摘されている^{13,14)}。日本の調査において、使用している違法薬物の種類が多いほど、神経細胞や臓器へのダメージが大きく、抗 HIV 薬との相互作用により身体状態の悪化が引

著者連絡先：杉本悠貴恵（〒734-8551 広島市南区霞 1-2-3 広島大学病院エイズ医療対策室 広島大学病院輸血部・エイズ医療対策室）

2021 年 2 月 26 日受付

き起こされる報告がされている¹⁵⁾。さらに、薬物使用のある HIV 陽性患者は、非薬物使用者と比較して通院自己中断が多いとの調査もあり¹⁶⁾、HIV 感染症治療の受診行動や服薬アドヒアランスへの悪影響が懸念されている。

2. 「依存症」とは

日本の薬物依存症の予防啓発では、「ダメ、ゼッタイ」というスローガンが有名である。しかし、飲酒したすべての人がアルコール依存症というわけではないように、一度違法薬物を乱用しただけですべての人が薬物依存症になるわけではない。依存には、「身体依存」と「精神依存」の2種類が存在する。身体依存は、長年の物質使用で身体順化が生じ、物質が取り込まれているときは問題が生じないが、物質の効果が切れてくると離脱症状（震え、イライラ感など）が生じ、苦痛を和らげようと再度物質を使用する状態である。主にニコチンの摂取時に出現しやすいといわれている。一方、「精神依存」は、物質の効果が切れても身体的な離脱症状はなく、日常の活動に不具合もないが、物質の影響下による刺激を脳が求めてしまい（渴望）、その渴望をコントロールしきれず、再使用（乱用）する状態である。このように、渴望と乱用が繰り返されることによって、最終的に物質依存症（物質を使用することを自らコントロールできない状態）となる¹⁷⁾。また、アルコールと同様、覚せい剤なども徐々に耐性が生じるため、使用頻度や使用量が増加し、重症化しやすい。また、依存症となった場合、物質を断っても再使用しやすく、長期間物質を断った場合においてもふたたび使用すれば、連続使用となりやすい。これは、物質乱用により「苦痛の緩和」の回路が脳内で作られたために、意図や断薬期間に関係なく、物質への欲求が生じるためであり、寛解はありえるが完治はしないとされている¹⁸⁾。

依存症は大きく分けて2種類あり、主に体内に取り込まれた化学物質（薬物やアルコールなど）による依存を「物質依存」、何らかの行動（ゲーム、ギャンブルや買い物など）の依存を「行動嗜癖」と分類されている。国際疾病分類（ICD-10）では、精神作用物質使用による精神および行動の障害として、健康に害を及ぼす精神作用物質の使用を「有害な使用」とし、ある物質あるいはある種の物質使用が、その人にとって以前にはより大きな価値を持っていた他の行動より、はるかに優先するようになる一群の生理的、行動的、認知的現象を「依存症候群」と分類し、物質使用による依存について明記している¹⁹⁾。一方、精神障害の診断および統計マニュアル（DSM-5）への改訂時に、物質依存を物質関連障害と記載し、行動嗜癖の1つであるギャンブル依存症が非物質関連障害群に加わった²⁰⁾。つまり、依存症は意志薄弱状態、生活環境の問題ではなく、診

断が確立された「疾患」であると言える。

2020年にWHOと国連薬物犯罪事務所（UNODC）が共同で改訂した薬物使用障害の治療に関する国際基準でも「薬物依存は、自ら獲得した悪習慣ではなく、社会的不利や敵意を含む生物学的および環境的要因の長期的な総合作用の結果であり、人々の健康および公衆安全を改善するために予防し、適切に対処することができる²¹⁾」としている。ここには心理・社会的側面を重視した治療や支援が不可欠であるという考え方がみてとれる。乱用が繰り返される要因として、「自己治療仮説」が提唱されている²²⁾。「自己治療仮説」とは、これまで抱えてきた苦痛を和らげるために薬物を乱用してしまうことである。特に幼少期の虐待経験は、摂食障害や自傷行為、薬物乱用のリスク因子と言われている。たとえ、薬物を使用するきっかけが、「快楽を得るため」であったとしても、使用後に、これまで抱えてきた苦痛の「緩和」も得られたと感じるなら、乱用が繰り返され、依存症のリスクとなる。

依存症専門治療機関では、依存症を「慢性疾患」の1つであるとする考え方が一般的である²³⁾が、理由として「再発と寛解を繰り返す」とことと「完治しない」とことの2つの意味をあげている。実際、覚せい剤事犯の検挙数のうち、再犯者の割合が66.3%を占めている²⁴⁾ことは、依存症からの回復までに再使用が繰り返されやすいことの証左となる。世界保健機構（WHO）も、依存症を「精神に作用する化学物質の摂取や、ある種の快感や高揚感を伴う行為を繰り返し行った結果、それらの刺激を求める耐えがたい欲求が生じ、その刺激を追い求める行為が優勢となり、その刺激がないと精神的・身体的症状を生じる、精神的・身体的・行動的状态」と定義しており、司法より医療の支援が重要であると言われる²⁵⁾。

また、近年、睡眠薬・抗不安薬に依存するケースも年々増加しており、2018年に行われた全国精神科医療機関を対象とした調査では、薬物関連障害者の主たる症例比率は睡眠薬・抗不安薬が17.1%、市販薬が5.9%となっている²⁶⁾。処方薬依存の中でも特に、ベンゾジアゼピン系薬剤であるflunitrazepamの使用症例が最も多く、triazolamやetizolam, zolpidemなどの短時間作用型のベンゾジアゼピン系薬剤もみられる²⁷⁾。以前から、HIV陽性患者のメンタルヘルスの問題は課題となっており、睡眠薬等の適切な服用を確認できる診療体制が重要になっている。

3. 依存症の治療の歴史

本節では主に依存症治療の歴史について紹介する。治療の具体的な内容については、後の節にて紹介する。

依存症治療はアルコール依存症者への治療から始まった。欧米では、第二次世界大戦以前から依存症の問題があ

り、精神科領域では依存症に対する精神療法が行われていたが、依存症への治療効果は乏しく、再発（再飲酒）が繰り返されていた。1930年頃、米国のアルコール依存症者らが断酒のためのミーティングを開始すると、依存に苦しむ仲間が集まり、アルコール依存症の回復モデルの1つとして注目された。1935年には自助グループAA (Alcoholics Anonymous; 無名のアルコール依存症者たち) が設立され、徐々に世界に浸透していった。AAにおいて、フェロウシップ（助け合い）は仲間と共通の話題を分かち合うことであり、当事者が飲まない時間を過ごすために大きな役割を果たしていた²⁸⁾。ほかに専門治療病院でも依存の治療法が開発され、動機づけ面接法²⁹⁾や変化のステージモデル³⁰⁾なども依存症の治療の中で徐々に開発されてきた。

日本では、第二次世界大戦後の高度経済成長とともにアルコールが安価で販売され、手軽に飲酒できるようになり、アルコール依存症者が増加した。それを受けて1961年に国策として取り組みが始まったが、当時はアルコール依存症者の自己中心的行動や反社会的な言動から、異常性格者と病名がつけられ、精神科医療でも依存症治療を行う機関は限定されていた。当時の主な治療は離脱による痙攣や妄想などの緩和が中心となっていた。そのような状況の中、当事者たちがAAを原型とした断酒会を結成し、1963年に全日本断酒連盟を立ち上げ、やがて全国に支部が置かれるようになって、依存症への回復を支え合った。現在、AAは世界各国にグループが存在する。

さらに、1963年には国立療養所久里浜病院（現：久里浜医療センター）にもアルコール専門病棟を開設された。酒害教育や入院治療プログラムが行われ、2000年以降、海外で開発されたさまざまな治療モデルを参考にしてGT-MACK (Group Treatment Model of Alcohol dependence based on Cognitive Behavioral Therapy, Kurihama Version) という入院治療プログラムを開発された³¹⁾。以降、全国に専門治療機関が設けられ、現在は50以上もの施設で治療プログラム等を用いた支援が行われている。アルコール依存症治療が開始された当初は完全断酒に向け、抗酒剤などの治療薬が用いられてきたが、近年は、飲酒量低減薬が用いられ、断酒プログラムや自助グループなどの心理社会的支援と組み合わせることで、治療へ継続率や飲酒量の低減への効果を上げている³²⁾。

アルコール以外の薬物依存の問題は、特に欧米では深刻化しており、対策がとられるようになった。1980年代頃に、依存症治療理論が提唱されるようになり、さまざまな治療が行われ始めたが、離脱症状を引き起こしやすいヘロイン依存症者に効果のあった3カ月の入院治療プログラムは、コカインや覚せい剤といった離脱症状の少ない薬物依存症者に対しては治療中断が多く、治療の効果が得られに

くかった。それを踏まえ、このような依存症者向けに外来で行うMatrix Modelという治療プログラムが開発され、現在の日本で用いられている治療プログラムのもとになった³³⁾。

日本におけるアルコール以外の薬物依存症の問題は、覚せい剤が第二次世界大戦以降に旧日本軍からの流出や国内製造により、市中に出回ったことが契機になっている。1951年に覚せい剤取締法が施行され、覚せい剤使用による保健衛生上の被害防止を目的に、覚せい剤の輸入や輸出、所持、製造、譲渡、譲受および使用が原則禁止となった。しかし、抑制効果が弱く、覚せい剤使用者による殺人事件が起きたことから、厳罰化が進んでいった。また、覚せい剤使用者の自傷他害行為が認められたときは、精神科病院への措置入院の対象にもなった。同様に大麻やアヘンなどその他の薬物乱用者も増加し、対策が求められてきたが、覚せい剤乱用者に比べ自傷他害行為が少ないことから、当初「措置入院」の対象となり得なかった。1954年、ようやく精神衛生法が大麻使用者に自傷他害行為がみられない場合でも乱用が繰り返されると指定医が判断すれば措置入院の対象になると改訂されたものの、当時の日本において、依存症に対する効果的な治療法はなく、集団療法などが試行されてきた。

その後、AAから派生して1981年に薬物依存症の自助グループ (Narcotics Anonymous; 以下、NA) が、1985年に薬物依存症リハビリ施設 (Drug Addiction Rehabilitation Center; 以下、DARC) が設立され、薬物依存症専門治療機関における集団療法と併せて、自助グループとの連携がより重視されていくようになった。

さらに、2006年には、せりがや病院（現：神奈川県立精神医療センター）によって、欧米で用いられていたMatrix Modelをもとに、認知行動療法に基づいた物質依存回復プログラム (Serigaya Methamphetamine Relapse Prevention Program: 以下、SMARPP) が開発された³⁴⁾。後にSMARPPは断薬へ効果が認められ、2016年から依存症集団療法として診療報酬加算の対象となっている。薬物依存症者の治療機関も拡大し、現在、全国80施設以上もの行政機関や治療施設で使用されている。また、薬物依存症者は、アルコール依存症者ほどの身体へのダメージは少ないものの、社会生活面での困難を抱えていることが多いため、作業プログラムや心理療法を用いて、薬物使用以外のストレス対処法の習得に向けた治療も行われている。

4. 近年の薬物依存症の回復に向けた取り組みと治療

4-1. 薬物依存症の回復に向けた取り組み

日本では、長年にわたって薬物依存症者の更生には、罰則（刑罰）を与え、底つき感を味わわせ、薬物使用につい

て反省させることが重要であるという考え方が根強い。しかし、覚せい剤取締法違反の入所者を対象にした研究によると、累入者（刑務所に複数回収容された人）は覚せい剤の平均使用日数が少なくても、薬物依存重症度が高くなりやすく³⁵⁾、薬物依存症が罰の効果を希薄化し、社会から孤立させ、再使用を促してしまうと言われている。これらを踏まえ、薬物依存症の治療は最終目標を一定期間の断酒・断薬ではなく、再使用も想定しつつ、長期間支援を続けるべき「慢性疾患」として認識されるようになった³⁶⁾。

日本の司法においては薬物依存症の回復には、専門医療機関や自助グループへの参加が重要と認識されるようになって、2016年6月から「刑の一部執行猶予制度」が施行された。この制度は、「薬物使用等の罪を犯した者に対する刑の一部執行猶予に関する法律」に基づき、裁判所が3年以下の懲役または禁錮刑を言い渡した場合において、その刑の一部の執行を猶予する制度であり、保護観察期間中は薬物再乱用防止プログラムの受講や尿検査が求められる。加えて2018年に改訂された日本の物質使用障害の治療ガイドライン³⁷⁾にも「薬物使用の再犯防止には、刑罰よりも地域内での治療が有効」と記載され、地域での支援が強調されている。法改正後は保護観察期間中の薬物依存症者を対象に、できるだけ早期に地域の資源につなげるために保護観察所と医療機関、さらに地域の精神保健福祉センターが連携し、定期的に電話で状況を聞き取り、ニーズに応じてさまざまな相談や情報提供を行う支援プロジェクト（Voice Bridges Project）が開始されている³⁸⁾。日本の司法制度は「厳罰主義」から地域の中での「回復支援」へと流れを変えている。また、各地でも、精神保健福祉センターや保護観察所でSMARPPが実施されており、施設を超えてプログラムに参加できるシステム構築にむけた研究も行われており、薬物依存症者が地域の中で回復できる、さまざまな仕組みが構築されつつある。

4-2. 薬物依存症への治療

次に日本の自助グループの活動と薬物専門医療機関での具体的な支援内容について紹介する。

自助グループ：薬物依存症者の回復支援にはDARCやNAなどの自助グループの支援が必要不可欠である。DARCは、薬物を使用しない生き方の基礎作りと自助グループへの参加定着を目的に、現在、120の回復施設が10,000人以上の薬物の問題を抱えた人のために活動している。このDARCは、施設の規模や形態、プログラム等が施設ごとで異なっているのが特徴で、それぞれの施設が独立して展開している。たとえば「スポンサーシップ（特定の相談相手）」というシステムを取り入れ、再使用への欲求が高まった際にスポンサーに相談し、薬を使わずに一日を過ごす取り組みが行われている施設がある。その他にも

「すべての仲間が誰かの役に立つ」という姿勢を重要視し³⁹⁾、施設への入所期間や再使用頻度、断薬期間に関係なく、学びあえる仲間として、相互に回復を支えることもDARCの特徴である。2018年にはDARC利用者の追跡調査結果で、利用後24カ月後の再使用率が10%程度という高い効果が国立精神・神経医療研究センターから報告⁴⁰⁾されている。AAの流れを汲むNAでは、アルコールに対する無力な自分を認めることなど、12のステップが存在する⁴¹⁾。依存症の問題の1つとして「否認の病」であることが言われているが、12のステップを通して、依存症であることを直面化し、独力で物質使用から脱却できないことを意識することが出発点となる。また、自助グループのミーティングは毎日開催され、薬物を使う以前からの生きづらさを認めて、それを改善するためにプログラムに取り組む。依存症ミーティングの大きな特徴は、「言いつばなし、聴きつばなし」ということである。自らの体験を語り、批判せずに聞いてくれる仲間の存在や回復している仲間の体験を聞くことで、今日一日薬物を使わない日の積み重ねにつながり、結果的に依存症からの回復につながるとされる。

物質使用障害治療プログラム（SMARPP）：この集団プログラムでは、ワークブックを利用して依存症に関する知識や薬物を使わずに過ごすノウハウを学ぶことができ、自身に合った工夫の習得や他者からの発言による新たな気づきを得ることもできる⁴²⁾。特徴は外来で行うことが可能で、経験年数が浅いスタッフでも比較的容易に一定水準の支援を提供できる点である。2016年度より「依存症集団療法」として一定の条件のもとで診療報酬の算定対象となり、多くの依存症専門医療機関で実践されている。国立精神・神経医療研究センターの調査によると、プログラムに参加した薬物依存症者の67%がSMARPP参加前より薬物の使用状況が改善し、1年間の完全断薬率（薬物をまったく使用しなかった割合）が40%であり、プログラムへの参加回数が多いほど、断薬の継続に効果的であることが示された。また、SMARPPへの参加は、DARCなどの自助グループの参加率も上昇させ、断薬に加え、仲間と協力するきっかけとして効果をあげている⁴³⁾。一部の依存症専門治療機関や精神保健福祉センターなどでは、SMARPPをもとに独自のプログラムを実施している。

Seeking Safety：薬物依存症者のうち、12～34%にPTSD（Post Traumatic Stress Disorder）の併存が報告されている。PTSD併存の薬物依存症者への治療において、どちらか一方の疾患の治療を先に始めると、もう一方の疾患が悪化するため、治療が難渋しがちであった。そこでPTSDと薬物依存症の両障害を同時に治療する「統合的治療モデル：Seeking Safety」が提唱された⁴⁴⁾。このモデルは物質使用を

低減することだけでなく、自殺リスクを減じるといった包括的な内容を含んでいる。これに参加することで自身の感情的な痛みや困難な人間関係をコントロールするための知識やスキルを習得し、生活における自己効力を高める効果が期待されている。

公衆衛生プログラム（ハームリダクション）：海外には薬物依存症者への支援として、「ハームリダクション」という公衆衛生プログラムが実施されている。ハームリダクションとは、物質使用を「やめる・減らす」ことではなく、物質使用に関連する「被害を軽減する」ことを目的とした政策・プログラム・その実施と定義されている⁴⁵⁾。この被害は、依存症者自身の被害だけでなく、社会や経済などへの被害も含まれている。オランダやカナダなどの欧米では、注射の回し打ちによる HIV や HCV の感染者数の増加やヘロインの過剰摂取による死亡例の増加が大きな問題となった際、刑罰ではなく福祉的な立場から使い捨ての注射器の配布⁴⁶⁾、代替麻薬の提供⁴⁷⁾などが行われるようになった。ただ日本では1990年半ば頃から使い捨て注射器や針が手に入るようになったこともあって、注射針の共有率が低く、欧米と比較して静注薬物使用による HIV 感染例が少ないと言われている⁴⁸⁾。このように日本と欧米では、社会背景が大きく異なるため同じ対策を導入することは馴染まない。しかし、日本の薬物依存症者においてもスティグマによる生きにくさ、社会的差別による傷つきが存在し、それがハームとなり、薬物の再使用につながるリスクは高く、加えて HIV 感染症やセクシャリティに対する差別・偏見が加われば、ハームは倍加されうる。日本においてもハームリダクションのあり方については議論が続いている。

5. HIV 感染症患者の薬物依存に関する対応

HIV 医療において、薬物依存の問題を把握したときに、どのような対応が可能であるかについて触れたい。依存症が「慢性疾患」であると述べたが、臨床においては HIV 陽性患者から薬物乱用を告白された際、警察へ通報するか迷う場面も想定される。現在、すべての違法薬物に関して医療者に通報を義務付けた法令はないが、通報を禁じる法令もない。刑罰より治療が有効と判断した場合は、刑法134条第1項の「医療者は、各業法（医師法、保健師助産師看護師法等）に定められた守秘義務を原則優先」により、通報しない判断が推奨されている⁴⁹⁾。推奨されないとは言っても治療施設内で違法薬物を他者に譲ろうとするような行為があれば、警察への通報が考慮される⁵⁰⁾。また、受診に来た HIV 陽性患者が薬物影響下で酩酊、騒乱状態にある場合は、自傷他害の危険性も鑑み、早急な精神科への係属などの危機介入も求められよう。

回復期においては、記述の専門治療機関や自助グループ、さらには各県の精神保健福祉センターなどが提供する薬物依存症の相談や支援など⁵¹⁾（表1、表2）、依存症への長期的かつ、治療的かわりが必要である。ただ依存症は「否認の病」と言われ、支援を受けることには抵抗感が強く、特に HIV 陽性患者の場合は、HIV 感染症やセクシャリティへの理解が得られない不安、就労中の患者は時間的制約もあり、支援を求めにくい現実がある⁵²⁾。HIV 陽性患者のみの薬物依存集団でプログラムを行うことはプライバシーの観点から容易ではない。個別対応での薬物回復プログラムは、他者からの学びに限界が生じることが課題であるが、一定の効果が報告されている⁵³⁾。スタッフの確保の問題⁵⁴⁾やプログラムの提案に抵抗を示す課題もあるものの、HIV 診療内で専門治療機関で使用されている回復プログラムを個別に実施することは有効な選択肢の1つである。患者にとっては HIV 医療の中で薬物使用の経験を打ち明けると自身が依存症に対する援助を求める第一歩となる。

最後に薬物依存症者が自ら回復するための支援として用いられている「動機づけ面接」の視点をもとに臨床心理士からみた対応のポイントについて取り上げる。動機づけ面接は、「行動変容への動機を形成・強化するための協働的な会話技法」であり、よい変化に向けた行動を高める技法である⁵⁵⁾。薬物依存症者自身も断薬の必要性を認識しているが、変わることに大きな迷いが生じており、「変化への両価的な思い」が存在する。また、変化に向けた準備性も流動的で、行動変容までに時間を要する場合もあるため、長期のかかわりを続けることが重要である。加えて、断薬と再使用が繰り返されることもあり、一進一退であることも念頭においたかかわりが重要である。

そして、行動変容の準備段階にいる依存症患者に対して、問題を認めさせようと説得する、変化することの利得について論じる、変化の方法を指導する、現状維持の結果を警告するなどの「間違い指摘の反射」は、たとえ善意であったとしても、薬物の乱用をやめない理由に目を向けてしまい、行動変容に対する心理的抵抗を強めてしまうことが言われている⁵⁶⁾。まずは、誰にも話してこなかった依存の問題を正直に打ち明けてくれたことをねぎらう姿勢が重要である。そして、依存症専門治療機関の紹介や自助グループに関する情報提供を行うが、拙速に強要することは得策ではない。まずは、薬物使用に至った経緯や気持ちに寄り添い、あくまで回復の方法として専門治療機関や自助グループがあることを情報提供するなど、本人のペースに合わせた戦略的な技法を用いながら、「継続した支援（つながり）」を続けることが重要であると考えられる。

HIV 医療の中で薬物依存症の問題を抱えている患者へ

表 1 全国の依存症相談機関一覧

令和 2 年 9 月 30 日現在

都道府県	相談機関	
北海道	道立精神保健福祉センター 札幌市精神保健福祉センター	札幌こころのセンター 各保健所
青森県		
岩手県	岩手県精神保健福祉センター	
宮城県		
秋田県		
山形県	山形県精神保健福祉センター	
福島県	福島県精神保健福祉センター	
茨城県	茨城県精神保健福祉センター	
栃木県		
群馬県	群馬県こころの健康センター	
埼玉県	埼玉県立精神保健福祉センター	さいたま市こころの健康センター
千葉県	千葉県精神保健福祉センター	千葉市こころの健康センター
東京都	東京都立中部総合精神保健福祉センター 東京都立多摩総合精神保健福祉センター	東京都立精神保健福祉センター
神奈川県	神奈川県精神保健福祉センター 横浜市こころの健康相談センター	川崎市精神保健福祉センター 相模原市精神保健福祉センター
新潟県		
富山県	富山県心の健康センター	
石川県	石川県こころの健康センター	
福井県	福井県総合福祉相談所	
山梨県	山梨県立精神保健福祉センター：依存症相談窓口	
長野県	長野県精神保健福祉センター：依存症相談ホットライン	
岐阜県	岐阜県精神保健福祉センター	医療法人杏野会 各務原病院
静岡県	精神保健福祉センター：依存相談	浜松市精神保健福祉センター
愛知県	名古屋市精神保健福祉センター	
三重県	三重県こころの健康センター（県拠点）	県保健所 8 か所（地域相談拠点）
滋賀県		
京都府	京都府精神保健福祉総合センター	京都市こころの健康増進センター
大阪府	大阪府こころの健康総合センター 大阪府・中核市保健所（東大阪市除く）（15） 東大阪市保健センター（3）	大阪市こころの健康センター 堺市こころの健康センター
兵庫県	ひょうご・こうべ依存症対策センター	
奈良県	奈良県内の全ての保健所：4 か所	
和歌山県	和歌山県精神保健福祉センター	
鳥取県	社会医療法人明和会医療福祉センター 渡辺病院 精神保健福祉センター	各保健所
島根県		
岡山県	精神保健福祉センター	岡山市こころの健康センター
広島県	県立総合精神保健福祉センター	広島市精神保健福祉センター
山口県	県精神保健福祉センター	
徳島県	精神保健福祉センター	
香川県	精神保健福祉センター相談窓口	
愛媛県	愛媛県心と体の健康センター	
高知県	高知県立精神保健福祉センター・高知県依存症相談拠点	
福岡県	精神保健福祉センター	北九州市立精神保健福祉センター
佐賀県	肥前精神医療センター：依存症相談室	佐賀県精神保健福祉センター
長崎県	長崎県長崎こども・女性・障害者支援センター	
熊本県	熊本県精神保健福祉センター	熊本市こころの健康センター
大分県	大分県こころとからだの相談支援センター	
宮崎県	精神保健福祉センター	
鹿児島県	県精神保健福祉センター：依存症相談窓口	
沖縄県	沖縄県立総合精神保健福祉センター	

出典：依存症対策全国センターホームページより改変。

表2 依存症専門医療機関および依存症治療拠点機関リスト

令和2年9月30日時点

都道府県	医療機関名	
北海道	旭山病院 石橋病院 旭川圭泉会病院 千歳病院	医療法人北仁会 旭山病院 医療法人耕仁会 札幌太田病院 札幌太田病院
宮城県 山形県	東北会病院 社会医療法人公德会若宮病院 山容病院	※宮城県が、県全域を対象に選定
茨城県 埼玉県	茨城県立こころの医療センター 埼玉県立精神医療センター 埼玉県済生会鴻巣病院	埼玉県立精神医療センター
千葉県 神奈川県	※R2年度中に選定予定 神奈川県立精神医療センター 北里大学病院	医療法人社団祐和会 大石クリニック 医療法人財団青山会 みくるべ病院 関病院
新潟県	さいがた医療センター かとう心療内科クリニック	ささえ愛よろずクリニック
石川県	石川県立高松病院 松原病院	
山梨県 長野県 岐阜県 静岡県 愛知県	公益財団法人住吉偕成会 住吉病院 長野県立こころの医療センター駒ヶ根 医療法人杏野会 各務原病院 聖明病院 桶狭間病院藤田こころケアセンター 西山クリニック	医療法人静風会 大垣病院 服部病院 医療法人岩屋会 岩屋病院 絃仁病院
京都府	医療法人稲門会 いわくら病院 京都府立洛南病院 安東医院	医療法人稲門会 いわくら病院 京都府立洛南病院 安東医院
大阪府	大阪精神医療センター 一般財団法人成研会 結のぞみ病院 医療法人 東布施辻本クリニック	医療法人 藤井クリニック 医療法人 利田会 久米田病院
兵庫県 鳥取県 島根県 岡山県 広島県	公益財団法人復光会垂水病院 社会医療法人明和会医療福祉センター渡辺病院 医療法人同仁会こなんホスピタル 岡山県精神科医療センター 瀬野川病院 福山友愛病院	草津病院 呉みどりヶ丘病院
山口県 徳島県 香川県 愛媛県 福岡県	山口県立こころの医療センター 藍里病院 医療法人社団光風会三光病院 公益財団法人正光会 正光会今治病院 医療法人富松記念会 三池病院 医療法人社団堀川会 堀川病院 医療法人コミュニティ風と虹のぞえ総合心療病院 医療法人和光会 一本松すずかけ病院 医療法人社団翠会 行橋記念病院 医療法人十全会 おおりん病院 県立精神医療センター 太宰府病院 社会医療法人聖ルチア会 聖ルチア病院	医療法人優なぎ会 雁の巣病院 うえむらメンタルサポート診療所 医療法人社団飯盛会 倉光病院 医療法人十全会 回生病院 医療法人優なぎ会 雁の巣病院 うえむらメンタル サポート診療所 医療法人社団飯盛会 倉光病院
佐賀県 沖縄県	肥前精神医療センター 琉球病院	

出典：依存症対策全国センターホームページより改変。

のかかわりのポイントとしては、①支持的に対応すること、②正直に話せる場所を提供すること、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、④患者が再使用してもめげないことがあげられている⁵⁷⁾。

おわりに

薬物依存症の回復には長期的なかかわりと複数の支援先が必要である。HIV 感染症は一生涯の通院が必要であり、医療者とは長期的に関わる。この診療の特徴を活かし HIV 診療の場が、薬物依存者にとって安心して何でも打ち明けられる場となるよう、関係性を構築できれば理想的な薬物依存の治療の場となろう。

利益相反: 本研究において利益相反に該当する事項はない。

文 献

- 渡邊愛祈, 西島健, 高橋卓巳, 小松賢亮, 菊池嘉, 今井公文, 岡慎一: 抗 HIV 療法が確立した時代の HIV 定期通院患者の精神疾患有病率とその特徴. 日本エイズ学会誌 20 : 47-52, 2018.
- 高橋卓巳, 吉川正孝, 筒井卓実, 松永力, 加藤温, 今井公文: HIV 感染症患者における適応障害について—国立国際医療研究センター病院における精神科リエゾンから—. 日本総合病院精神医学会誌 22 : 203-209, 2010.
- 厚生労働省: 政策について>各分野別の制作一覧>健康・医療>健康>感染症情報> HIV/ エイズ予防対策>後天性免疫不全症候群に関する特定感染症予防指針, 2018. <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/0000191837.pdf> (2021 年 1 月閲覧)
- 大木幸子, 阿部幸枝, 生島嗣, 岡野江美, 高城智圭, 中澤よう子, 野口雅美, 古屋智子, 谷部洋子: HIV 及び精神保健の専門機関における支援と連携に関する研究. 厚生労働省科学研究費補助金エイズ対策政策研究事業: 平成 25 年度総括・分担研究報告書. 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. 7-29, 2014.
- 法務総合研究所: 令和 2 年度版犯罪白書, 2021.
- Zamani S, Gouya MM, Ono-Kihara M, Ichikawa S, Kihara M : Shared drug injection inside prison as a potent associated factor for acquisition of HIV infection : implication for harm reduction interventions in correctional settings. 日本エイズ学会誌 9 : 217-222, 2007.
- Vasylyev M, Davtyan H, Denisiuk O, Jayaraj JC, Koval T, Piddubna A, Sluzhynska M, Mulcahy F : Anxiety, depression, and quality of life among HIV positive injection drug users in Ukraina, 2017. J Infection Developing Countries 13 : 111-117, 2019.
- API-Met : エイズ動向委員会報告>四半期報告 2020 年 [令和 2 年]> HIV 感染者及び AIDS 患者の国籍別, 性別, 感染経路別報告数の累計 (表 2). https://api-net.jfap.or.jp/status/japan/data/2020/2009/20200915_HYO-02.pdf (2021 年 2 月閲覧)
- HIV Futures Japan プロジェクト: 第 2 回 HIV 陽性者のためのウェブ調査, 2018.
- 生島嗣, 野坂祐子, 山口正純, 林神奈, 藤田彩子, 大島岳, 三輪岳史, 大槻知子: MSM の薬物使用・不使用に関わる要因の調査. 7-12, 2016.
- 生島嗣, 野坂裕子, 岡本学, 山口正純, 中山雅博, 大槻知子, 肥田明日香, 白野倫徳: 薬物使用者を対象とした聞き取り調査— HIV と薬物依存との関連要因をさぐる—. 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 24 年度総括・分担研究報告書, 63-69, 2013.
- 白野倫徳, 笠松悠, 後藤哲志, 豊島裕子, 松本美由紀, 市田裕之, 瀧浦その子, 山手香奈: 当院受診 HIV 陽性者における各種薬物使用実態—大麻, 覚せい剤, 合成麻薬, 亜硝酸エステル, 5-MeO-DIPT, ED 治療薬について—. 日本エイズ学会誌 17 : 41-46, 2015.
- 西島健, 高野操, 岡慎一, 瀧永博之: 薬物使用が HIV 感染者の健康に及ぼす影響. 日本エイズ学会誌 18 : 1-6, 2016.
- Molitor F, Truax RS, Juan D, Richard K : Association of methamphetamine use during sex with risky sexual behaviors and HIV infection among non-injection drug users. J Med 168 : 93-97, 1998.
- Kuwahara T, Nakakura T, Oda S, Mori M, Uehira T, Okamoto G, Yoshino M, Sasakawa A, Yajima K, Umemoto A, Takada K, Makie T, Yamamoto T : Problems in three Japanese drug users with human immunodeficiency virus infection. J Med Invest 55 : 156-160, 2008.
- 嶋根卓也, 今村顕史, 池田和子, 山本政弘, 辻麻理子, 長与由紀子, 松本俊彦: 薬物使用経験のある HIV 陽性者において危険ドラッグ使用が服薬アドヒアランスに与える影響. 日本エイズ学会誌 20 : 32-40, 2017.
- 和田清: 物質の乱用・依存・中毒とは. 日本臨床 73 : 1450-1455, 2015.
- 松本俊彦: 薬物依存とアディクション精神医学. 東京, 金剛出版, 2012.
- 融道男, 中根允文, 小見山実, 尾崎祐士, 大久保善朗 (監訳): ICD-10 精神および行動の障害—臨床記述と

- 診断ガイドライン一。東京，医学書院，2017。
- 20) 日本精神神経学会：DSM-5 精神疾患の分類と診断・統計マニュアル。東京，医学書院，2014。
- 21) World Health Organization and United Nations Office on Drug and Crime: International standards for the treatment of drug use disorders : revised edition incorporating results of field-testing, Switzerland, 2020.
- 22) Khantzian E J, Albamese M J : Understanding addiction as self, medication : finding hope behind the pain. Rowman & Littlefield Pub, Lanham, 2008. (松本俊彦 (訳) : 人はなぜ依存症になるのか。東京，星和書店，2013.)
- 23) 松本俊彦：薬物依存症。東京，ちくま新書，2018。
- 24) 法務総合研究所：令和2年度 犯罪白書，2021。
- 25) WHO : Expert committee on drug dependence thirty-fifth report, 2018.
- 25) 松本俊彦：平成30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) 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，2018。
- 26) 松本俊彦：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総合研究事業) 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，2018。
- 27) AA 日本出版局 (訳編) : 12のステップと12の伝統。東京，NPO 法人 AA 日本ゼネラルサービス，2019。
- 28) Miller RW, Rollnick S, Stephen R : Motivational interviewing. Guilford publication, New York, 2002. (松島義博，後藤恵 (監訳) : 動機づけ面接法，基礎・実践編。東京，星和書店，2007.)
- 29) Prochaska OJ, Velicer FW : The transtheoretical model of health behavior change. Am J Health Promat 12 : 38-48, 1997.
- 30) 佐久間寛之：GTMACKについて。日本アルコール関連問題学会雑誌 16 : 138-140, 2014。
- 31) 白坂知信：いしばし病院における飲酒量低減治療の実際。日本アルコール・薬物医学会雑誌 55 : 107, 2020。
- 32) 小林桜児：統合的外来薬物依存治療プログラム—Serigaya Methamphetamine Relapse Prevention Program (SMARPP) の試み—。精神神経学雑誌 112, 877-884, 2010。
- 33) 今村扶美：薬物依存症の回復支援プログラム「SMARPP」の実際。新薬と臨牀 69 : 33-36, 2020。
- 34) 谷真如，高野洋一，高宮英輔，嶋根卓也：覚せい剤取締法違反により刑事施設に入所した刑の一部執行猶予者の心理・社会的特徴。犯罪心理学研究 57 : 1-16, 2020。
- 35) 小島賢一：薬物乱用問題の概観。日本エイズ学会誌 13 : 8-12, 2011。
- 36) 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 (監修) : 新アルコール・薬物使用障害の診断治療ガイドライン。東京，新興医学出版社，2018。
- 37) 松本俊彦，高野歩，熊倉陽介，宇佐美貴士，伴恵理子，窪田和巳：保護観察の対象となった薬物依存症者のコホート調査システムの開発：「Voice Bridges Project」。更生保護学研究 14 : 3-18, 2019。
- 38) 市川岳仁 (編集責任者) : ダルク 回復する依存症者たち—その実践と多様な回復支援—。東京，明石書店，2018。
- 39) 加藤隆：八王子ダルクの活動と地域連携。新薬と臨牀 69 : 47-52, 2020。
- 40) 国立精神・神経医療研究センター (編集) : ダルク 追っかけ調査 2018 —利用者データブック—。東京，2019。
- 41) 西野敏夫：心理療法と12ステップ。臨床心理学研究 41 : 65-78, 2004。
- 42) 松本俊彦：マトリックスモデルとは何か？。治療プログラムの可能性と限界。龍谷大学矯正・保護研究センター研究年報 7 : 63-75, 2010。
- 43) 谷渕由布子，松本俊彦，今村扶美，若林朝子，川地拓，引土絵未，高野歩，米澤雅子，加藤隆，山田美紗子，和知彩，網干舞，和田清：薬物使用障害患者に対する SMARPP の効果：終了後1年後の転帰に影響する要因の検討。日本アルコール・薬物医学会雑誌 51 : 38-51, 2016。
- 44) Najavitz LM : Seeking safety : a treatment manual for PTSD and substance abuse. New York, Guilford Press, 2001. (松本俊彦，森田展彰 (監訳) : PTSD・物質乱用治療マニュアル「シーキングセーフティ」。東京，金剛出版，2017.)
- 45) Harm Reduction International : What is Harm Reduction ?. 日本語資料。 https://www.hri.global/files/2016/04/06/What_Is_Harm_Reduction_JP_2015.pdf (2021年1月閲覧)
- 46) Gibson RD, Flynn MN, Pereles D : Effectiveness of syringe exchange programs in reducing HIV risk behavior and HIV seroconversion among injecting drug users. AIDS 15 : 1329-1341, 2001。
- 47) Karow A, Reimer J, Schafer I, Krausz M, Haasen C, Verthein U : Quality of life under maintenance treatment with heroin versus methadone in patients with opioid dependence. Drug Alcohol Dependence 112 : 209-215,

- 2010.
- 48) 和田清, 小堀栄子: 薬物依存と HIV/HCV 感染—現状と対策—. 日本エイズ学会誌 13 : 1-7, 2011.
- 49) 松本俊彦: 薬物依存をめぐる法整備. 臨床精神医学 46 : 437-442, 2017.
- 50) 谷渕由布子: Psychiatric Lecture 治療 薬物事犯の精神科的治療. 精神科臨床 6 : 32-35, 2020.
- 51) 依存症対策全国センター: 全国の相談窓口・医療機関を探す. 依存症専門医療機関及び治療拠点病院の一覧. <https://www.ncasa-japan.jp/you-do/treatment/treatment-map/> (2021 年 1 月閲覧)
- 52) 松本俊彦: 精神疾患と薬物依存. HIV BODY MIND 2 : 41-46, 2013.
- 53) 喜花伸子, 杉本悠貴恵, 高浦睦美, 松岡明子, 山崎尚也, 齋藤誠司, 藤井輝久, 丸山栄子, 宮原明美, 池田有里, 木下一枝, 村上英子, 高田昇: 広島大学病院における薬物再乱用防止プログラム導入状況の報告. 日本エイズ学会誌 19 : 230, 2017.
- 54) 岩室紳也, 加瀬博貴, 岩崎弥生, 西村浩, 福島ゆきよ, 中村繭子, 川口明子, 岩崎春菜: HIV 診療チームによる薬物使用者支援, 薬物依存症のプライマリケア体制づくり (その 1) ~個々の専門性と個性を活かしたチームの必要性~. 日本エイズ学会誌 19 : 229, 2017.
- 55) 中村英司: 現場で使える動機づけ面接. デイケア実践研究 23 : 34-40, 2019.
- 56) Rosengren DB, 原井宏明 (監訳): 動機づけ面接を身につける一人でもできるエクササイズ集. 東京, 星和書店, 2017.
- 57) 渡邊愛祈: 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—. 日本エイズ学会誌 18 : 130-135, 2016.