

HIV感染予防介入の実践方法論としての 「プリベンション・ケースマネジメント」の理解と導入に関する研究

分担研究者: 藤原良次 (NGOりょうちゃんず)

研究協力者: 鬼塚直樹 (カリフォルニア大学サンフランシスコ校エイズ予防研究センター)、早坂典生 (NGOりょうちゃんず)、橋本謙 (東京都立農業高等学校)、宮島謙介 (MASH東京、成城墨岡クリニック)、村上典子 (神戸赤十字病院)

A. 研究の目的:

近年HIV感染予防介入の必要性が広く認識され、様々な研究や活動が活発に繰り広げられてきている。しかしこれまでの感染予防介入においては、社会通念や常識の変革、あるいは情報伝達に重きが置かれ、個人がとっているリスク行為そのもの自体に焦点を当て、行動変容を促そうとする、いわゆる個人レベルでの介入がなかなか実現できないという状況が続いてきている。HIVはセックスという人間の取る行動によって感染するものであることを考慮する時、その感染予防介入において、個人が取る行動に働きかける要素を取り込んでいかなければならないことは不可欠である。また先行の研究において、HIVやエイズに関する知識や情報は、それだけでは個人の行動変容には結びつかないということが、次第に認識されるようになってきた。こういった状況の中で、正確な知識・情報の提供に加えて、個人が取り組もうとしている感染予防を目的とした行動変容に、支援を提供しようとする予防介入の方法論の開発・導入が、強く必要とされている。

当研究では、HIV感染予防介入策開発の一環として、まずアメリカで実際に行われてきたプリベンション・ケースマネジメント (PCM) の理念と実践の理解を図り、それに基づいて、日本への導入の可能性とその方法の検証を進めることを目的とし、同時に、人材育成やプロジェクトのデザインを行い、対象グループを設定した介入プログラムの実施にむけての状況整備も併せて目的とする。

B. 研究の方法:

当研究の長期目標は、HIV感染予防介入の一方法論としてのプリベンション・ケースマネジメントの効果を検証し、実践導入と事業化への足がかりをつくることにある。そのため本年度は、パイロットスタディーを全国的に展開した。まずはモニターの募集に始まり、実際のPCMサービスの提供、スーパーバイザー・システムの構築と活用、スキルアップ研修、ケースカンファレンスなどに取り組んだ。その結果として、様々な情報が集積されており、その分析を重ねる中で、クライアントに見られたHIV予防効果の測定を行い、PCMの実践プログラムの検証を行ってきた。また、これらの情報や分析を基に、ケースマネージャーの養成研修プログラムの再編成、さらなる展開と事業化に向けての運営委員会ならびに認定委員会設立などへ繋げる方向性をつくりだした。

プリベンション・ケースマネージャー: 藤原良次、早坂典生、木下一枝、岡本 学、間島孝子、西山敬子、山縣真矢、大野稔子、最上いくみ
スーパーバイザー: 橋本 謙、宮島謙介、村上典子
コーディネーター: 鬼塚直樹

1) パイロットスタディー

a. 概要

モニターの総数は10名を目標としていたが、ケースマネージャーの減少(1名)に伴い目標を9名に変更した。2005年2月現在では、7名のモニターが集まっており、そのうち3名はすでにPCMサービスは終了している。地域別では、札幌3名、東京2名、大阪1名、広島1名で、仙台ではモニターの応募が今のところ見られていない。

また、7名のモニターの内、MSMが5名で、血友病患者が1名、いずれもHIV陽性者であった。1名は女性で、HIV陰性であった。

b. モニター(クライアント)募集

モニターの募集は、将来におけるクライアントの募集方法に示唆を与えるものであるため、注目点であった。まずは当研究のホームページを作成し、関連団体へのリンクの要請を行った。

リンク先団体:

ライフ・エイズ・プロジェクト(LAP)
AGP

また、医療機関からの協力を取り付けるため、研究依頼書を病院長及び看護部宛に提出した。

研究依頼提出先医療機関:

北海道大学病院
札幌医科大学医学部附属病院
広島大学病院

モニター募集のチラシを作成し、東京を中心としたHIV抗体検査場に配置してもらい、リクルートにもとりこんだ。

チラシ配置機関:

独立行政法人国立病院機構仙台医療センター
東京都南新宿検査・相談室
世田谷区保健所
ライフ・エイズ・プロジェクト(LAP)
多摩小平保健所

PCMサービスを開始した事例は 2005 年2月中旬現在、7名にのぼっている。7名それぞれの地域・確保ルート・サービス進行状況を以下の表に示す。

PCM モニターの地域・確保ルート・進行状況

モニター	地域	確保ルート	進行状況
TO-1	東京	個人紹介	10回(終了)
SA-1	北海道	医療機関	10回(終了)
SA-2	北海道	ネット	7回(終了)
SA-3	北海道	医療機関	8回(終了)
OS-1	大阪	ネット	4回
TO-2	東京	個人紹介	2回
HI-1	広島	個人紹介	1回

c. スーパーバイザーの活用と評価

スーパーバイザーは3名。1名(心療内科医)は神戸在住で、広島及び大阪地区を担当し、2名(臨床心理士)は東京在住で、東京、仙台、札幌を担当した。スーパービジョンの方法は、直接面談、メールや電話によるセッションなど、状況に合わせ様々な方法がとられた。

d. ケースカンファレンス

ケースカンファレンスは、当初日時場所をあらかじめ決定し、地域別にケースマネージャーが集まり、スーパーバイザーの進行で行う予定であったが、予算や日程の関係上、それが困難であることが判明した。よって、ケースカンファレンスは、スーパーバイザーとケースマネージャーとのセッションや、スキルアップ研修の一環として、できうる限り行ってきた。来年度においてパイロットスタディーが終了した時点で、スーパーバイザー間でのケースカンファレンスが望まれている。

e. スキルアップ研修

パイロットスタディーを推進する中、ケースマネージャー自身が自分の持つスキルを実践で使用し、経験を積んでいくという作業が行われるわけであるが、同時に現実には接し摩擦していきものもあると考えられる。したがって基本的なスタンスとスキルを常に新たにしていくことは重要なことである。また実践をふまえた上での研修は、より深い学習が可能となり、効果性の高い実践力に直接的に繋がっていくことが考えられる。本年度は3回のスキルアップ研修を行った。

研修の回数と開催場所:

PCMスキルアップ研修:第一回目

日時	平成 16年5月8、9日
場所	山西福祉記念会館(大阪)
受講者人数	4名
講師・ファシリテーター	3名
研修合計時間	52 時間(研修時間x参加人数)
指導合計時間	39 時間(研修時間x指導陣人数)

PCMスキルアップ研修:第二回目:

日時	平成 16年7月24、25日
場所	水道橋グランドホテル(東京)
受講者人数	8名
講師・ファシリテーター	3名
研修合計時間	96 時間(研修時間x参加人数)
指導合計時間	36 時間(研修時間x指導陣人数)

PCMスキルアップ研修:第三回目

日時	平成 16年9月25、26日
場所	北海道大学病院研修室(札幌)
受講者人数	5名
講師・ファシリテーター	3名
研修合計時間	60 時間(研修時間x参加人数)
指導合計時間	36 時間(研修時間x指導陣人数)

平成16年度PCMスキルアップ研修の合計:

	参加人数	受講時間	指導時間
第一回目	4	52	39
第二回目	8	96	36
第三回目	5	60	36
合計	17	208	111

f. モニター(クライアント)に見られた予防介入の効果
当研究ではすべてのセッションごとに、ケースマネージャーがプログレスノートをとっており、クライアントの言動やそこに見られた変化などが記録されている。また、サービス提供開始と終了の時点において、性行動に関する質問票にも答えてもらっている。HIV感染予防という観点から、次の二点において報告する。

1. 量的な変化と考察

質問票に見られたクライアントの性行動に関する変化としては、知識面での正答数はサービス開始前、終了後でどのモニターも変化は見られなかった(全問正解あるいは1-2問不正解の範囲)。

性行動の対象と頻度についても、すべてのモニターにおいて変化は無かった。

そのモニターが主要な性行動としている行為において、1例(過去6ヶ月以前からサービス期間中と通して性行為の一切をしていない事例)を除いてコンドームの使用頻度はどれも上がっているとクライアントから報告された。

コンドームに対する意識や性行為の相手とのコンドームネゴシエーションが出来る自信、そしてコンドームの入手能力については、上記の一例については数値的に下がったと報告され、その他2例のモニターは反対に上がったと報告された。

服薬アドヒアランスの維持という目標については、本パイロットスタディーにそれを数値化する質問票が無いために数値化されていないが、服薬を初めている一例に置いてははじめから終わりまで一貫して 100%服薬が出来ていると記録されている。

2. 質的な変化観察と心理的背景の考察 知識の確認というプランについて

知識は質問票の回答の限りほぼ正確なのだが、確信が持てないので調べ直す確認というニーズやプランが立つ事例が複数見られた。またこのプリベンション・プランは簡単に達成できている。

(考察)これまでの終結事例においてはすべて、もともとの知識が的確で、サービス前後の変化も数値的には無かった。よって知識を確認するプランが知識に直接効果を持ったかどうかを伺い知ることは出来ない。さらに知識を確認するプランが間接的に行動変容に結びついた因果関係を示すものも無い。

知識を確認するというプランに、効果を仮定するとしたら、一つには形式的にせよプランを立てて自分から動いて達成できたという、効力感を増す道具になった可能性、もう一つにはおそらくは初めて積極的に知識を求めた体験、あるいは良好な関係にあるマネージャーが知識を保証してくれたかのような体験が最終的な行動変容に結びついたと考えられる。

服みはじめた抗HIV役の副作用である吐き気を克服するために口当たりの良い食事レシピを自分で調べてみる、というプランもこれに近いと考えられる。

性行動・治療行動に関するプランのプロセスについてその他のプランには、コンドームと使うように特定のパートナーに掛け合う、性行為を行う可能性のある場面にはなるべくコンドームを持ち歩く、主治医に尋ねる内容訴える内容を明確化し伝える、モニターからは、セーフセックスのことをパートナーと話すなどの実践的なプランもあげられた。これらの目標も達成されている。

その他のモニターの気づき、マネージャーの気づきプリベンション・プランからの観点を離れると、「PCM面接の場がセックスのことを気軽に話せる初めての/数少ない場所であった」という報告も複数記述されていた。また、マネージャーからは、混沌とした状況から、具体的なモニター自身の問題点が明確化されていた。

g. ケースマネージャーに見られた意識やスキルの変化

ケースマネージャーは、パイロットスタディーということもあり、頻回にスーパーバイザーと面談や連絡を取っていた。それらのセッションでは以下の内容が主にテーマとなった。

性行動やセクシュアリティについて話し合う事が辛そうな事例に対して、本サービスの目標の大きな柱の一つであるセーフセックスへの行動変容をどのように動機付けして行ったら良いのか。

MSMの活動についてある程度詳細な理解が無いことから、クライアントの発言の理解やアセスメントが鈍る。

方向性が立ちにくい関係中で、マネージャーのもともとの職域のサービスに両者が安定しようと引っぱられ、本来のPCMサービスの焦点から外れそうになる。(いわゆる転移-逆転移の力が働く)

ケースマネージャーとモニターとのセッションの時系列からスーパービジョンを考えた場合、とりわけサービス初期にモニターに記入してもらう「質問票」からそのモニターのリスクを拾い上げ、次にモニターが意識しているニーズや潜在能力と摺り合わせる段階では、スーパーバイザーをはじめとする複数の観察者の意見が有効であった。

h. サービスを終了後したクライアントからのプロセス評価

PCMサービスを終結させたクライアントに「クライアントからの評価」として以下の項目を、評価を5件法および自由記述で記入してもらった。(回収件数現在3例)

1. リクルーティング
2. インテイク
3. リスクアセスメント
4. ニーズアセスメント
5. プリベンション・プランの設定
6. プリベンション・プランとの取り組み
7. サービスの終了時
8. ケースマネージャーの態度や言葉づかい
9. ケースマネージャーの時間厳守について
10. プログラム全体について

「5(満足している)」以下の評価が一つでもついた項目とそれに付随する自由記述を以下に引用する。

1. リクルーティング

「大概の説明は受けたが、中々具体的に言う行動がつかめなかった。」「参加してみるまで、どういう内容か、詳しくわからなかった部分がある。」「実際に会う前(メールでのやり取りの段階で)ケースマネージャーの性別がわかっていると安心感があるのではないだろうか。(私は自分からたずねた)」

4. ニーズアセスメント

「少し難しい内容ではあったが、概ねクリア出来た。」

リクルーティングに関して点数が厳しく、はじめに担当マネージャーと面会してサービスの説明を聞くまで、モニターにとってはサービスの内容がよく把握できていないことが示唆された。

診療機関看護師がモニターを勤める札幌地域が、他の地域よりもサービス提供数が増えている事実も、紹介もとがマネージャー本人であること、つまりより現実的な説明が出来たからであると考えられる。今後の展開では、モニターを紹介してくれる可能性のある関

係団体・関係機関に対面で本事業の説明をするなど、より有機的でスムーズな連携を模索することが重要であろう。

2) PCM研修の再編成—養成委員会の設立

CDCのガイドラインに沿って構築された研修プログラムは、現行のパイロットスタディーをふまえ、さらなる体系化が望まれている。本年度はその準備段階に入り、これまで、基礎研修とPCM養成研修とに別れていたものを、さらに細分化し単位制のカリキュラムを作成中である。その主な内容は次の通りである。

- ◆ HIV疾病概論
- ◆ HIV治療概論
- ◆ 福祉支援組織特論
- ◆ カウンセリング概論
- ◆ ケースマネジメント概論
- ◆ プリベンション・ケースマネジメント実践論

3) ケースマネージャーの質的保証—評価委員会の設立

養成プログラムを終了したケースマネージャーは、プリベンション・ケースマネジメントに関する知識やケースマネージャーとしての資質や技術について、到達目標に達しているかどうかを、下記の点において評価されることになる。現在パイロットスタディーにおいても、この評価はスーパーバイザーが随時行っている。評価委員会を設立し、さらなる体系化を計っているところである。

1. カウンセリングの姿勢やスキル

- ◆ オープン／クローズドクエスションの使い分けやパラフレーズなど、基本的なスキルを理解し使用する力
- ◆ 批判的にならない(ノンジャッジメンタル)ことや、個人的な体験や意見を押しつけないなど、カウンセリングの基本的な姿勢を守る力
- ◆ クライアントの感情について話し合う力
- ◆ 対話を通して情報とクライアント自身の気づきを導き出す力
- ◆ 面接構造(枠)を守って必要な感情の逸脱を防ぐ力

2. PCM運用の理解と実行力

- ◆ サービスの内容の説明、インフォームドコンセント、同意書、質問票などの導入
- ◆ リスクやニーズのアセスメント、プリベンション・プランの抽出、開発、作成
- ◆ 社会資源に関する情報をクライアントに適切に提供できる能力
- ◆ HIV／エイズに関する一般的な知識(感染経路や予防法など)
- ◆ 医療や治療に関する一般的な知識(抗HIV薬やアドヒアランスなど)

C. 結果と考察:

1. パイロットスタディーの運営に関して:

まず、モニターの募集が遅れがちになる状況があった。これはコミュニティーが持つプリベンション・ケースマネジメントという予防介入方法、あるいは個人レベルの予防介入自体への違和感が、原因ではなかったかと考えられる。この点に関しては、HIV諸サービス提供機関との連携が不可欠と考えられる。

サービス提供時に使用されたフォーム類は、若干の訂正は加えられたものの、使用感は概ねよいものであった。ただ、アメリカ式の「同意書」に対する抵抗が、クライアントとケースマネージャー、両方に感じられたようで、別紙扱いであったものを、プリベンション・プランなどの本体に付加させる型式に移行するなどの対処を行った。

PCMのセッションを行う場所は、それぞれのケースによって異なった。しかしクライアントとケースマネージャーが静かに話が出る場所は、何らかの形で確保できたようで、定点ではなく、ケースマネージャーがクライアントの都合のいい場所においてサービスの提供が可能であることが示唆された。

2. モニターの属性に関して:

7名のモニターの内5名がMSM、1名が血友病患者で、いずれもHIV陽性者であった。また残りの1名は女性でHIV陰性であった。これは、医療機関や個人的な紹介からのモニター応募が多かったことから、周りにその個人が持つPCMのニーズを認知できる人が存在したことが、一つの理由として考えられる。一方、CDCは2003年に打ち出した予防指針において、マイノリティー性の高いグループ、及び二次感染予防を必要とするグループへのPCM導入を推奨しているわけであるが、当研究におけるモニターの属性も、ケース数はすくないものの、同じような傾向が見られたのは興味深いところである。この現象はさらなるモニタリングが必要であろうが、PCMのような個人レベルの予防介入は、マスのアプローチの予防介入の対象となり得ないグループ、つまり特殊性やマイノリティー性の高いグループにその効果を発揮できるのではないかと考えられる。

3. クライアント(モニター)に見られた感情的及び行動学的な変化に関して:

既にサービスが終了したモニターに関する諸記録から次の事柄が観察できた。

- ・知識の再確認
- ・具体的な性行為でのコンドーム使用頻度の増加
- ・コンドームイメージやアクセシビリティの変化(増加と減少、両方が見られた)
- ・パートナーとのネゴシエーションの実践

これらの行動変容を起こしたプロセスとして、次のような事柄が推測できた。

・日常生活では話題にしにくい性行動の話やHIV診療の話題を、設定された安全環境と訓練されたケースマネージャーと共有することで、安心感が得られた。

・能動的に知識を獲得して行く作業を通して、昔から持っていた知識に現実味や有効性を持たせることが出来た。

・実践可能なプリベンション・プランを作成し、乗り越えて行く行為を通して「自分はやれる」という自己効力感が養われ、サービス終了後も自分で続けることが出来る問題解決のための考え方を学習することが出来た。

・性行為における相手への信頼感、診療行為における治療者への信頼感が本サービスによって増し、以前よりも積極的にその人たちとネゴシエーションすることが可能になった。

4. ケースマネージャーに見られた意識やスキルの変化に関して:

PCMサービスを進行させて行く上で、ケースマネージャーはその手続きを熟知することと同時に、モニターそれぞれの行動と、その背景にある社会的心理的要因、そして活かせる能力を査定する力も必要になってくる。継続研修およびスーパービジョンでは後者の研鑽が中心となり、ケースマネージャーは自分とは違う属性の地域社会資源や行動様式の背景を自習することに意欲的になった。同時にそうしたわかりにくかった世界に対して、質問があればモニターに率直に尋ねるという態度も養われた。

5. スーパーバイザーの活用に関して:

パイロットスタディー開始当初は、ケースマネージャーとスーパーバイザーとの交信頻度は高くなかったが、今年度途中で逐次メールでセッションを報告し、フィードバックして行くことを確認した。その結果、スーパービジョン回数が増したのと同時に、毎回のモニターとのセッションでケースマネージャーが抱え込んでいた疑問や感情的な引っかかりがよく見通せるようになり、モニターから与えられたデータの解釈も多様になるようになった。

とりわけケースマネージャーがイニシャルケース(自分が初めて関わるモニター)にPCMサービスを提供している場合と、「質問票」などのサービス初期で集めたデータからそのモニターのリスクを予想する段階においては、多少集約的にスーパーバイザーが介入するべきであると思われる。

D. 来年度の課題:

課題1. 諸委員会の設立

本年度終盤において取りかかったPCM運営委員会、プリベンション・ケースマネージャー養成委員会、及び認定委員会の設立が急務である。現在9名のケースマネージャーはいるが、さらなる全国展開を考える場合、養成プログラムを体系化し、その先に質の保証を実現するための認定プログラムを設定する必要性は大きい。またプロジェクトを拡大させる際、その運営を司る委員会の設立も重要な課題と言える。

課題2. 養成研修カリキュラムの作成

現在使用している研修テキストはCDCのガイドラインを基にして編集されたものであり、そこに日本の状況下で必要とされているものを付加していくことによって、より現実に即した体系的な研修カリキュラムへの再編集が必要である。

課題3.

認定システムの構築

認定委員会を設立させ、現行のケースマネージャーの評価システムを拡大し、ケースマネージャーの質的な保証を確保すべく、取り組みを強化する。

課題4.

パイロットスタディーの続行

来年度の前半期までパイロットスタディーの期限を延長し、継続してモニターの募集を行い、パイロットスタディーの件数を増加させ、更なるデータの蓄積に努める。

課題5.

PCMガイドラインの作成

プリベンション・ケースマネジメントが一つのHIV感染予防介入プログラムとして、日本の現状の中に根付かせていくためPCMガイドラインを作成する。

E. 参考資料:

以下に本年度に研究で作成された文書の一部を添付する。

添付資料

モニター募集用チラシ

感染している人も、していない人も、
まだ分からない人も、



「なんとかしたいとは思いますが、一人だと上手くいきな

いなあ。」なんて思っていることはありませんか？

たとえば・・・

- ★興味はあるけどエイズのことをよく分からない
- ★なんとなくセーフター・セックスが出来なくて不安
- ★検査に行きたいと思うのになかなか行けない
- ★セックスしたいけど、感染している事どうしよう？
などなど・・・

様々な不安を減らすための支援を
あなたに合わせて提供します。

プリベンション・ケースマネジメント
モニター募集中

？Q&A？

Q：一度連絡をすると、自動的にモニターになるの
ですか？

A：いいえ。担当のケースマネジャーと面談をしてい
ただき、そこで同意を頂いたら正式にモニター
になっていただきます。もちろん面談後に断って
いただいても結構です。お気軽にお問い合わせて
ください。

Q：期間は6カ月となっておりますが、延長したり短
縮したりすることはできますか？

A：場合によると思います。しかし、3カ月以下ある
いは1年以上に渡るということはないと思います。

Q：面談の場所はどこになるのですか？

A：ケースマネジャーと話し合っ、両方にとって一
番良い場所を選んでいただきます。こちらとして
は静かな喫茶店やホテルのロビーといったところ
を考えています。ケースマネジャーやモニターに
なっていただいた方の目目で行うということはあ
りません。

Q：もう少し内容を詳しく知りたいのですが？

A：質問、疑問、その他興味をお持ちの方は、ホーム
ページ上の「モニター申し込みフォーム」をご利
用ください (<http://prc-mbz/O1.html>)。

お問い合わせをお待ちしております！

● 私たちは「プロジェクト・オブ・PCM」と
いうグループで、厚生労働省の「HIV 感染症の動
向と予防モデルの開発・普及に関する社会疫学的
研究班」という HIV 感染予防の研究班の一員で
ます。現在、私たちのプロジェクトに協力してい
ただける、モニターを募集しています。

● 応募の資格は 18 歳以上で、男女を問いませ
ん。HIV の感染予防に興味があり、自分の健康を
自分で守っていこうと思っている人を対象にし
ています。

● 募集している都市は、東京近辺、大阪近辺、
広島、札幌、仙台です。

● モニターに御協力いただける方には、毎回、
面談時にかかるお茶代その他、交通費として千円を
支給させていただきます。

● サービス期間は約6ヶ月間で、その間に少な
くとも10回の面接（1回約1時間程度）が予
定されています。モニターの方にはサービス終了
時に、サービスの受け手として正直な感想を述べ
ていただき、アンケートに答えていただきます。

● プライバシーは厳守いたします。研究の発表
はしますが、個人が特定できるような情報が外へ
漏れる心配はありません。

PCMCサービス紹介

①インタビュー（第一回目の面談）

サービスの内容やモニターとしての役割を理解していただき、同意書を取り交わします。そしてこれらのサービスの流れを把握していただき、連絡先などの情報の交換を行います。

②リスクアセスメント

（リスクの明確化）

プリベンション・ケースマネジャーとクライアント（モニター）が共同作業で、クライアントがかかえる感染リスクをより明確にしていきます。

③ニーズアセスメント

（リスク低減に必要なものを抽出）

どうしても感染リスクを低くすることができの話を話し合い、簡潔書きしていきます。

④プリベンション計画の作成

プランに基づいた作業で作り上げます。作業期限も設定します

⑤予防計画の実施

マネージャーとクライアント（モニター）との共同作業で、予防計画の実施に段階的に取り組みます。その中で修正や追加の計画などを考えていきます。

⑥リスクの再評価

感染リスクにどういった変化が見られたのかを明確にしていきます。

⑦サービスの終結

モニターとクライアント（マネージャー）の到達点に達したと感じるまで、サービスを提供し続けます。もしも、できなかった原因を探っていきます。

<プロジェクトの紹介>

HIV 感染予防の一方法として、アメリカで開発された「プリベンション・ケースマネジメント（PCM）」を、日本の文化土壌や言語環境に即したものと咀嚼していくこと、また同時にその導入の方法を模索していく事が、私たちの目標です。そのためこの一年間、ケースマネジャーの養成研修を重ねてきました。そして研修受講生の中から10名のプリベンション・ケースマネジャーを選出しました。

プロジェクトの次の段階として、試験的に実際にサービスを受けてくれるモニターの方々が必要になってきます。私たちが考えそして研修を積んできた「PCM-予防を目的としたケースマネジメント」を実際に提供し、モニターの方々にサービスを受けていただきます。そして、その中でのご感想や意見などを、私たちとシェアしていただきたいと思います。それらの貴重なフィードバックを採り入れていく作業を通して、より効果性と整合性の高いHIV 感染予防策としての「プリベンション・ケースマネジメント」を確立していきたいと思っております。

薬物乱用・依存者におけるHIV感染の実態と ハイリスク行動についての研究（2004年度）

分担研究者：和田 清（国立精神・神経センター精神保健研究所薬物依存研究部）

班 員：石橋正彦（十全病院）、小田晶彦（下総精神医療センター）、中村亮介（都立松沢病院）、前岡邦彦（瀬野川病院）、森田展彰（筑波大学）

研究協力者：飯田信夫（回生病院）、伊波真理雄（雷門メンタルクリニック）、尾崎 茂（国立精神保健研究所）、狩山博文（久米田病院）、高 直義（久米田病院）、末次幸子（アパリクリニック）、千葉ダルク、津久江一郎（瀬野川病院）、藤原永徳（久米田病院）、鹿島ダルク、他

研究要旨 ①薬物乱用・依存者におけるHIV感染を含めたSTD感染の実態を把握し、あわせて、注射器注射針の使用実態、性行動等HIV感染に関わるハイリスク行動を調査することによって、薬物乱用・依存者に対するHIV対策の基礎資料に供することを目的とした。②研究は「1.精神科医療施設に入院した薬物依存・精神病患者調査」（病院群）、「2.医療機関を受診していない薬物依存者調査」（非病院群）、「3.精神科医療施設に入院した外国人精神障害者調査」（外国人調査）の3部門調査から成っている。各研究においては、対象者の同意の下で、調査用紙によるハイリスク行動の聞き取り調査と採血による血清学的検査、ないしは診療録からの転記調査を実施した。③HIV抗体陽性者は、1993年より開始された一連の本調査において、2001年に1名が始めて特定され、2002年調査では2名特定されたが、今回の2004年調査では、覚せい剤依存の既往とCSWの経験のある33歳女性のエイズ患者1名が特定された。④薬物乱用・依存者のHIV感染は、性行為による感染の可能性と重複しており、その両面からHIV感染の実態を把握してゆく必要がある。⑤一方、毎年1～2人のHIV感染者が確認されることの多かった外国人調査では、昨年同様、HIV感染者は認められなかった。1995年当時とは、来日する外国人の質が変わってきている可能性がある。⑥病院群での覚せい剤関連患者では、HCV抗体陽性率が37%と高く、82%の者に、これまでに注射による薬物使用の既往（以下、注射の既往）があり、この1年間でも59%の者に注射の既往があった。また、60%台の者にシリンジ及び針の生涯共用経験があり、最近1年間に限っても、30%弱の者にシリンジ及び針の共用経験があった。ただし、経年的には注射経験率、注射針の共用経験率は低下を示していた。その背景には「あぶり」の普及があると推測された。⑦病院群における「あぶり」の経験率は2000年以降、定着したようである。この「あぶり」は、HIV感染と直接の関連はないが、その気軽さ及びファッションナブルな感覚から覚せい剤乱用自体を拡大させる危険があり、薬物乱用防止の視点からは決して歓迎される形態とは言えない。同時に、その気軽さ及びファッションナブルさから、性行動と結びつきやすい傾向が伺え、今後、薬物使用と性行動との関係に関する対応が必要である。⑧非病院群の覚せい剤関連患者でのHCV抗体陽性率は23%であり、病院群の37%よりは低い、そもそも高いことには変わりはない。⑨覚せい剤関連患者について、病院群と非病院群とを比較すると、平均年齢は非病院群の方が約1歳若く、このことはこの群の特徴の一つである。同時に、「根性焼き」「自傷痕」のある者の率が、非病院群で明らかに高く（11:23、10:15）、非病院群の者は、若くして薬物乱用を初め、精神病理学的リスクも高い者が多いことを物語っていた。しかし、この群でのHCV陽性率は病院群よりも年次毎の低下の度合いが著しく、この1年間での注射経験率、針の共用経験率も低く、この群の者たちが、薬物を断ち切るために、回復支援グループの指導の元で共同生活を送りながら、薬物依存からの回復を目指していることの表れであると考えられた。⑩病院群、非病院群に関係なく、HCV抗体の陽性・陰性について、年齢、注射による薬物使用歴の有無、入れ墨の有無を独立変数とした判別分析を行った。その結果、正答率は71.7%と、モデルとしては良好とは言えなかったが、構造行列は、年齢：0.822、入れ墨：0.635、注射による薬物使用の経験：0.240であり、年齢、入れ墨、注射による薬物使用経験では、この順に判別に寄与する程度が大きかった。⑪また、これまでの注射による薬物使用回数とHCV抗体陽性率との関係では、注射回数が増加するほどHCV抗体陽性率が増加する傾向が伺えた。⑫以上により、今回の2004年調査では、覚せい剤依存の既往とCSWの経験のある33歳女性のエイズ患者1名が特定された。⑬薬物乱用・依存者のHIV感染は、注射行為のみならず、性行為による感染の可能性と重複していることが多そう、今後も、その両面からHIV感染の実態を把握してゆく必要がある。

A. 目的

薬物乱用・依存者におけるHIV感染を含めたSTD感染の実態を把握し、あわせて、注射器、注射針の使用実態、性行動等HIV感染に関わるハイリスク行動を調査することによって、薬物乱用・依存者に対するHIV対策の基礎資料に供することを目的とした。

B. 研究グループの構成と研究方法

本研究グループは、下記のように3つのサブグループより成り立っている。

1. 精神科医療施設に入院した薬物依存・精神病患者調査（病院群調査）

首都圏①病院

③病院

近畿圏⑧病院

中国圏②病院

九州圏⑥病院

⑦病院

2. 医療機関を受診していない薬物依存者調査（非病院群調査）

首都圏某薬物依存者回復支援グループ④

鹿島ダルク⑬

千葉ダルク⑭

3. 精神科医療施設に入院した外国人精神障害者調査（外国人群調査）

首都圏③病院

わが国で乱用されている依存性薬物は、乱用者数の上では、有機溶剤と覚せい剤が圧倒的に多い。この両薬物は、乱用の繰り返しにより、高頻度に精神病を引き起こすため、薬物乱用・依存者を調査するには、精神科医療施設での調査が効果的である。また、覚せい剤の乱用は、静脈注射によることが多いため、HIV感染の危険がきわめて高い。

そこで、当研究グループでは、薬物乱用・依存者が多く考えられる地域の、かつ、薬物依存・精神病患者を多く診ている病院を調査地点とし、患者の承諾を得た上で、診療録からのデータの転記調査を実施した（図1）。調査地点の6病院で、わが国の覚せい剤関連精神疾患患者全体の約19%（2001年6月30日現在、全国精神

平成15年における覚せい剤事犯の人口10万人に対する
検挙人員（都道府県別分布図）

「覚せい剤等薬物事犯の統計資料」（平成15年data）
人口は、自治省行政局「住民基本台帳人口要覧」
（平成15年3月31日）

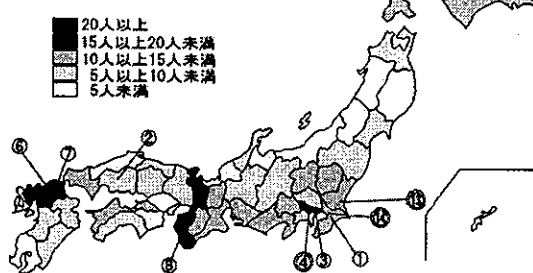


図1 平成15年度における覚せい剤事犯の人口10万人に対する検挙人員と調査地点

病院の病名別在院患者数より。169人/884人。)は捕捉できると推定している。

また、薬物乱用・依存者の全てが医療施設を受診するわけではないから、薬物依存者回復支援グループの協力を得て、医療施設を受診していない薬物乱用・依存者に対する個人面接聞き取り調査・採血調査も、本人の同意の下で実施した。

さらに、これまでの本研究グループによる調査より、外国人精神障害者での薬物乱用経験率は日本人に比べて明らかに高いことがわかっている。そこで、外国人精神障害者を多く診ている首都圏の病院で、患者の同意の下で、外国人精神障害者に対する診療録からのデータの転記調査を実施した。

いずれの調査も、調査期間は2004年1月1日～2004年12月31日である。

覚せい剤等の使用は、わが国では、それ自体が犯罪行為であり、本調査は違法行為の掘り起こしの側面を持っており、調査への同意を得ることが極めて困難な調査である。しかも、ハイリスク行動に関する聞き取り調査には、調査者側の訓練・経験が必要であり、調査実施の困難性はなおさらである。

C. 本年度の目標

「1. 精神科医療施設に入院した薬物依存・精神病患者調査」はすでに、最低限の調査地点を確保（図1）し、年間400～500人の薬物依存・精神病患者調査を実施できる体制になっている。本年度は「2. 医療機関を受診していない

薬物依存者調査」を強化することに力を注いだ。しかし、一担当調査者の転勤により、4カ所での調査予定が従来通りの3カ所のままとなってしまい、この目標は今後の継続課題となってしまった。

なお、この「2. 医療機関を受診していない薬物依存者調査」は、調査実施と共に、HIV感染及び肝炎予防啓発プログラムという意味も兼ねており、肝炎患者については、必要に応じて医療機関を紹介すると共に、薬物依存についても、必要に応じて、医療機関に依存者を結びつけるというアウトリーチ的プログラムとして実施している。

D. 各研究結果

研究1 精神科医療施設に入院した薬物依存・精神病患者調査（病院群調査）

対象患者をICD-10分類に従って分類し、各カテゴリー毎に人口統計学的属性・血清検査結果、身体所見を示したものが表1である。

性別では、ICD-10分類に関わらず、これまで同様に男性が圧倒的に多く、男：女は約3：1であった。

年齢はICD-10分類に対応して特徴的である。「揮発性溶剤」（有機溶剤）では20歳代、「多剤」及び「覚せい剤」、「鎮静睡眠薬」では30歳代半ばであり、これまでと同じであった。

ICD-10分類に関わらず、独身者が多い一方で、離婚歴のある者の割合が一般人口での割合より明らかに高かった。

一連の本調査では、2001年調査で、初めてHIV感染者を認めた（累積で1人/1868人）。そのケースは覚せい剤依存の30歳男性であったが、注射による薬物乱用歴はなく、タイでのCSWとの性接触による感染と考えられるケースであった。しかし、2002年調査では、注射による薬物使用者（IDUs）である性的伴侶から感染したと考えられる31歳の覚せい剤依存者（女性）1名とMSM間での性行為により感染したと考えられる27歳の多剤依存者（男性）1名が特定された。

一連の本調査により、IDUs間でのHIV感染が確認されたのは、この2002年調査が初めてであったが、これを偶発的な事態と見るよりは、薬

物依存者におけるHIV感染の広がりの反映の可能性ととらえた方が現実的であろう。

幸い、今回の2003年調査ではHIV感染者は認められなかった。

しかし、本年（2004年）調査では、覚せい剤依存の既往とCSWの経験のある33歳女性のエイズ患者1名が特定された。

以上のように、薬物乱用・依存者のHIV感染は、性行為による感染の可能性と重複しており、その両面からHIV感染の実態を把握してゆく必要がある。

HCV感染については、これまで同様、覚せい剤関連患者におけるHCV抗体陽性率が高く、37.4%であった。

身体所見では、覚せい剤・揮発性溶剤・多剤関連患者における「歯の著明不良あり」「注射跡あり」「入れ墨あり」の率が高く、覚せい剤関連患者では「指つめあり」の者も認められ、この群での社会的偏りを示唆していた。

また、「根性焼き」とは、有機溶剤乱用時（ICD-10では揮発性溶剤F18）に、タバコの火を自らの手の甲に押しつけることによって出来る火傷痕であるが、その存在は有機溶剤乱用の既往を推測させるものであり、「揮発性溶剤」患者のみならず、覚せい剤関連患者やその他の薬物関連患者にも認められ、有機溶剤の乱用が覚せい剤等の乱用へとつながり易いという経験則を裏打ちしている。

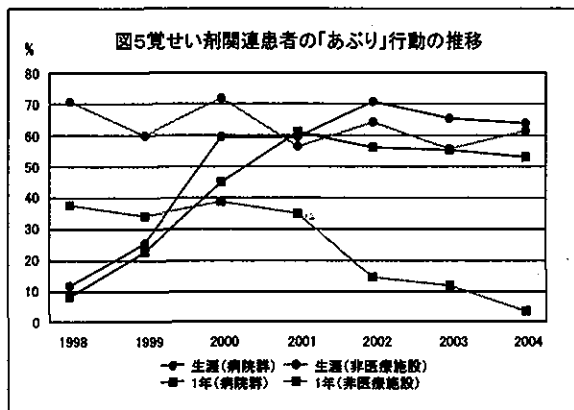
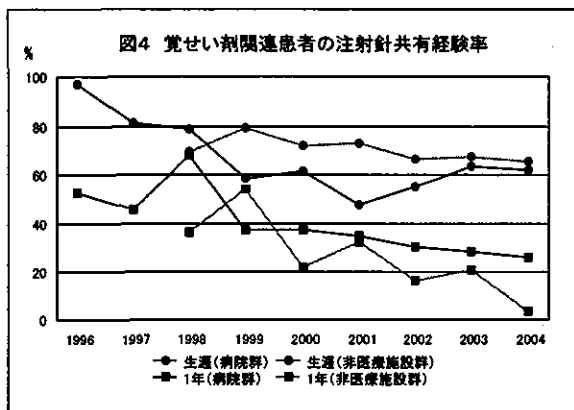
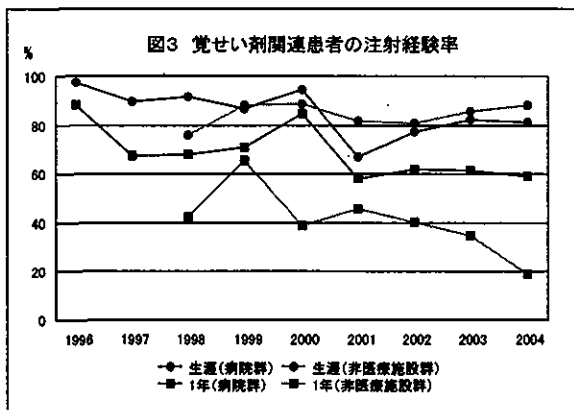
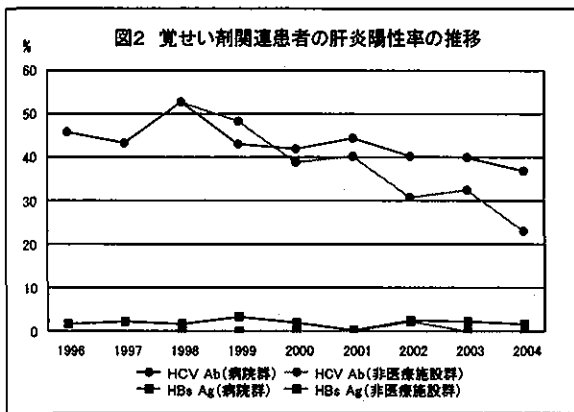
覚せい剤関連患者における肝炎抗体（抗原）陽性率の推移を図2に示した。1996年以降、緩やかながら、減少傾向にあるようである。

表2は、注射行動・性行動等のHIV感染に関する危険行動調査の結果である。

わが国では、依存性薬物の静脈注射とは、事実上、覚せい剤の静脈注射を意味している。表2に示すように、覚せい剤関連患者の生涯注射経験率は81.5%と高く、覚せい剤関連患者の約60数%の者に、シリンジ／針の生涯共用経験があることがわかる。

最近1年間に限れば、注射経験率は下がるが、それでも覚せい剤関連患者の約60%に最近1年間での注射既往があり、約30%の者にシリンジ／針の共用経験もあった。

図3は覚せい剤関連患者の注射行動の推移を



示している。1996年以降、注射経験率には緩やかながら低下傾向が認められる。その背景には「あぶり」の普及が影響していると推定される。(図5)。

また、図4は注射針の共用経験率の推移を示している。ここでは、前述の注射経験率より顕著な減少傾向が認められる。その背景には、同じく「あぶり」の普及が影響していると推定できる(図5)。

第2次覚せい剤乱用期(1970年～1994年)には、覚せい剤の乱用と言えば、静脈注射一辺倒であったが、その後の第3次乱用期(1995年～現在)では、覚せい剤を火であぶって吸う「あぶり」が若い年代の覚せい剤乱用者間で広がった。図5は「あぶり」の経験率を示しているが、2000年以降、「あぶり」が定着した感がある。

また、この1年間で、注射と「あぶり」のどちらが多かったかを調べたが(表2-1)、2001年調査で、初めて「あぶり」が注射を上回ったがものの、2003年調査、2004年(本年)調査では再び注射優位となっていた。

「あぶり」はHIV感染とは直接の関連はないが、その気軽さ及びファッションナブルな感覚から、覚せい剤の乱用自体を拡大させる危険があり、薬物乱用防止の観点からは決して歓迎される形態とは言えない。しかも、その気軽さ、ファッションナブルさから、性行動との結びつきの促進が憂慮され、看過できない問題である。

最近1年間での「風俗」での性交渉経験率は、高いとは言えないようであるが(表2-1)、その際のコンドームの使用は徹底されておらず、啓発が必要である。

「風俗」以外での不特定多数との性交渉(「行きずり」の性交渉)経験率も、最近1年間での「風俗」での性交渉経験率と同じような解釈ができる。

最近1年間での海外渡航者(表2-2)は、数の上では少ないが、渡航先での薬物使用率、性接触率はむしろ高く、注意を要する。

また、国内での外国人との性接触は「風俗」で多く、これもHIV感染の危険因子と考えられる。

表3は、ICD-10分類にかかわらず、注射の既往、入れ墨の有無による人口統計学的属性、血

清検査結果、身体所見を示したものである。

最近1年間で注射既往のある者の平均年齢は約37歳であり、これまでに注射既往のない者のそれは31歳で、以前には注射既往があるが、この1年間ではない者のそれは39歳であった。この年齢の相違は、これまでと同じであり、「あぶり」で始まり、注射に移行し、その後は注射をやめても、薬物依存ないしは精神症状が残るといった経過パターンを象徴していると考えられた。

また、HCV抗体陽性率は、注射による乱用経験のある二つの群で明らかに高く、HCV感染が注射針の共用に起因することを強く示唆している。

また、注射経験者では「入れ墨」保有率が高く、「指つめあり」の率も低くなく、注射経験者の社会的属性の偏りを示唆している。

また、「入れ墨」は、皮膚を彫る際の針によってHIV感染等の感染危険行動になり得る。表3に示したように、「入れ墨」保有者でのHCV抗体陽性率は54%と高かった。

表4は、ICD-10分類に関わらず、調査対象を注射既往、入れ墨の有無から、注射行動、性行動についてみたものである。

この1年間にも注射の既往がある群では、この1年間での「風俗」での性接触も3群中最も高く、全体的に考えて、HIV感染の危険が最も高い群であると推定できる。

以上より、覚せい剤関連患者では、注射行動という危険行動に加えて、入れ墨保有率も高く、性行動上の危険因子も含めて、複合的に危険性が増していると考えられる。

研究2 医療機関を受診していない薬物依存者調査

表5は医療機関を受診していない薬物依存者のICD-10分類にもとづく、人口統計学的属性、血清検査結果、身体所見を示している。

性別はほとんどが男性である。覚せい剤関連患者の平均年齢は約35歳であり、病院群より約1歳若い。このことはこの群の特徴の一つである。未婚者が多いと同時に離婚経験者も多いことは、病院群と同じであった。

また、覚せい剤関連患者でのHCV抗体陽性率は23%であり、病院群の37% (表1) よりは低いが、そもそも高いことに変わりはない。

覚せい剤関連患者についての両群の比較では、「入れ墨」のある率と「指つめ」のある率は、それぞれ病院群：非病院群=33:31と10:8であり、ほとんど同じであった。「根性焼き」「自傷痕」のある率は、非病院群で明らかに高かった (11:23、10:15)。

非病院群では、若くして薬物乱用を初め、精神病理学的リスクも高い者が多いことを物語っている (表1、表5)。

図5に示したように、この群は病院群よりも早い時期から「あぶり」を含めて、あらゆる方法で薬物を使用してきた者が多い傾向にあり、薬物依存症の「重傷」群でもある。しかし、この群でのHCV陽性率は病院群よりも低下の度合いが著しく (図2)、この1年間での注射経験率 (図3)、針の共用経験率 (図4) も低い。これらは、この群の者たちが、薬物を断ち切るために、回復支援グループの指導の元で共同生活を送りながら、回復を目指していることの表れであると考えられる。

研究3 精神科医療施設に入院した外国人精神障害者調査

2004年中に20カ国48人の入院があった (表9)。表12は、1995年以降の対象者数と調査結果の推移を示しているが、2000年に落ち込んだ対象者数は、その後増加したものの、1995年の数には届かず、一定してきた感がある。

入院理由が、依存性薬物使用による者は2001年調査では2名、2002年調査では9名、2003年調査では4名であったが、2004年調査では5名であった (表10)。

本2004年調査では、HIV感染者は認められなかった (表11)。表12に示すように、2002年調査を除けば、1995年以降、薬物使用歴+、静脈注射歴+、「風俗」経験+、不特定多数との性交渉+の者の割合は、減少かつ安定傾向にあり、1995年当時とは、来日する外国人の質が変わってきている可能性がある。

本年の調査では、際だった特徴は認められなかった。

E. HCV感染に関するハイリスク因子について

本調査研究では、HIV感染者は極めて限られた結果ではあるが、調査の度にHCV感染率が高率である。そこで、病院群と非病院群の双方を併せて、HCV感染に関するハイリスク因子について検討した。

図6は、注射による薬物使用の経験の有無とHCV抗体陽性率との関係を示している。注射による薬物使用の経験がある者でのHCV抗体陽性率が明らかに高かった。

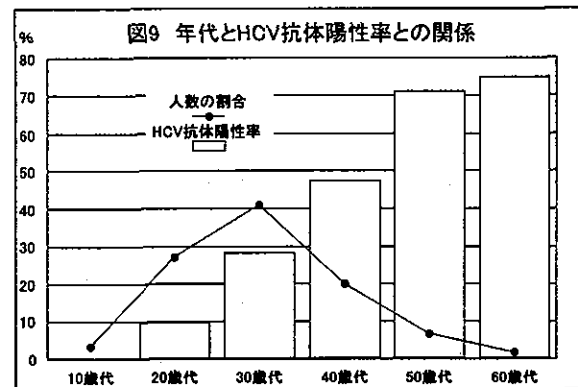
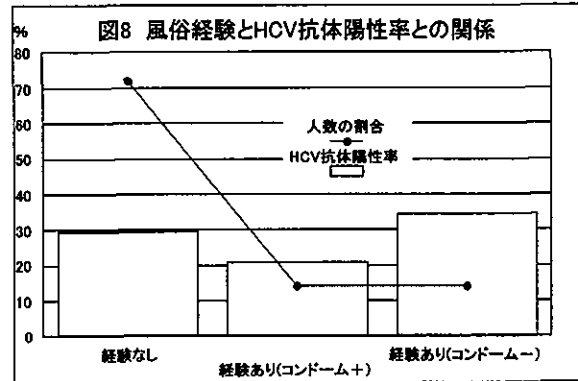
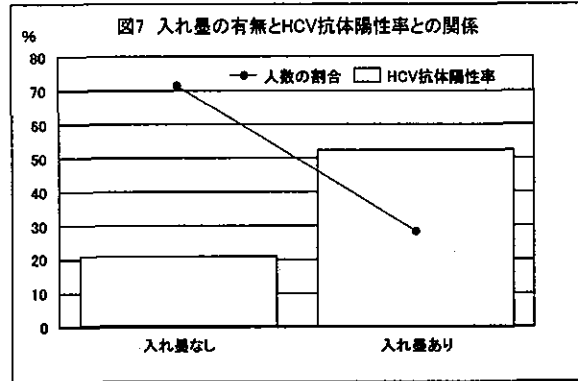
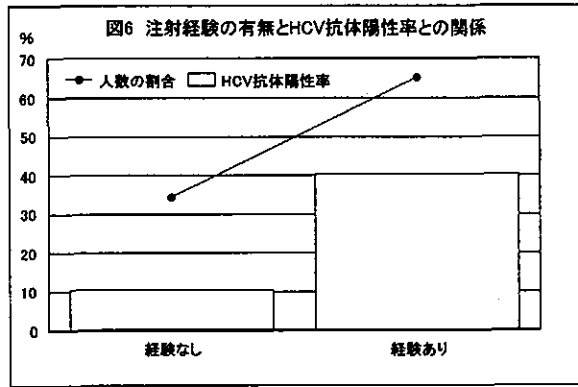
図7は、入れ墨の有無とHCV抗体陽性率との関係を示している。入れ墨のアル者でのHCV抗体陽性率は明らかに高かった。

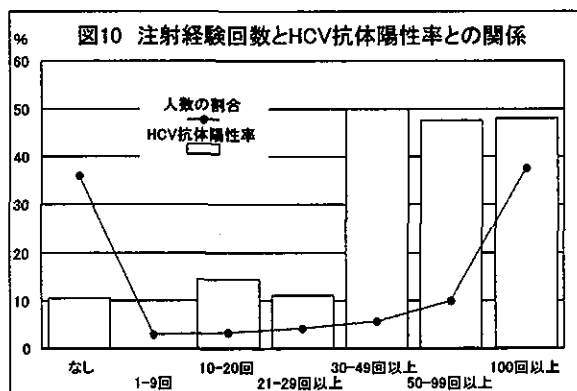
図8は、この1年間での風俗経験とHCV抗体陽性率との関係を示している。この1年間での風俗経験とHCV抗体陽性率との間には、明らかな差異は認められなかった。

図9は、年代とHCV抗体陽性率との関係を示している。年代が上がるほどHCV抗体陽性率が高くなることが明らかとなった。

そこで、HCV抗体の陽性・陰性について、年齢、注射による薬物使用歴の有無、入れ墨の有無を独立変数として、判別分析を行ってみた。その結果、正準判別関数では、固有値が0.290、Wilksのラムダが0.775 (ただし $p < 0.000$) であり、正答率は71.7%と、モデルとしては良好とは言えなかった。しかし、構造行列では、年齢：0.822、入れ墨：0.635、注射による薬物使用の経験：0.240であり、年齢、入れ墨、注射による薬物使用経験では、この順に判別に寄与する程度が大きいことが判明した。

当研究者らは、判別に寄与する程度の大きさは、注射による薬物使用経験の有無が最も大きいのではないかと推定していた。しかし、解析の結果は年齢であった。一般人口における年齢とHCV抗体陽性率との間には、高齢になるほどHCV抗体陽性率が高まるという、年齢による累積効果とでも言うべき現象が存在するようであるが、図9に見る本調査の対象群における年代とHIV抗体陽性率との関係は、その現象の範囲を





超える上昇ぶりである。これは、注射針の共有が同世代の薬物乱用・依存者間で繰り返されてきた結果ではないかと考えられる。

ちなみに、図10は、これまでの注射による薬物使用回数とHCV抗体陽性率との関係を示している。注射回数が30回を超えると、HCV抗体陽性率が急激に増加するようであると解釈したいところであるが、これまでの注射回数というものは信頼性に欠ける面があり、確かなことはこれまでに注射による薬物乱用の経験が無いという場合と、100回以上と言って良いほど多数回の注射経験があるという2点であろうと推定できる。従って、図10の意味するところは、注射回数が増えれば増えるほど、HCV抗体陽性率は高まると解釈すべきであろう。

F. 結論

① 薬物乱用・依存者におけるHIV感染を含めたSTD感染の実態を把握し、あわせて、注射器注射針の使用実態、性行動等HIV感染に関わるハイリスク行動を調査することによって、薬物乱用・依存者に対するHIV対策の基礎資料に供することを目的とした。

② 研究は「1.精神科医療施設に入院した薬物依存・精神病患者調査」(病院群)、「2.医療機関を受診していない薬物依存者調査」(非病院群)、「3.精神科医療施設に入院した外国人精神障害者調査」(外国人調査)の3部門調査から成っている。各研究においては、対象者の同意の下で、調査用紙によるハイリスク行動の聞き取り調査と採血による血清学的検査、ない

しは診療録からの転記調査を実施した。

③ HIV抗体陽性者は、1993年より開始された一連の本調査において、2001年に1名が初めて特定され、2002年調査では2名特定されたが、今回の2004年調査では、覚せい剤依存の既往とCSWの経験のある33歳女性のエイズ患者1名が特定された。

④ 薬物乱用・依存者のHIV感染は、性行為による感染の可能性と重複しており、その両面からHIV感染の実態を把握してゆく必要がある。

⑤ 一方、毎年1~2人のHIV感染者が確認されることの多かった外国人調査では、昨年同様、HIV感染者は認められなかった。1995年当時とは、来日する外国人の質が変わってきている可能性がある。

⑥ 病院群での覚せい剤関連患者では、HCV抗体陽性率が37%と高く、82%の者に、これまでに注射による薬物使用の既往(以下、注射の既往)があり、この1年間でも59%の者に注射の既往があった。また、60%台の者にシリンジ及び針の生涯共用経験があり、最近1年間に限っても、30%弱の者にシリンジ及び針の共用経験があった。ただし、経年的には注射経験率、注射針の共用経験率は低下を示していた。その背景には「あぶり」の普及があると推測された。

⑦ 病院群における「あぶり」の経験率は2000年以降、定着したようである。この「あぶり」は、HIV感染と直接の関連はないが、その気軽さ及びファッションブルな感覚から覚せい剤乱用自体を拡大させる危険があり、薬物乱用防止の視点からは決して歓迎される形態とは言えない。同時に、その気軽さ及びファッションブルさから、性行動と結びつきやすい傾向が伺え、今後、薬物使用と性行動との関係に関する対応が必要である。

⑧ 非病院群の覚せい剤関連患者でのHCV抗体陽性率は23%であり、病院群の37%よりは低いながらも、そもそも高いことに変わりはない。

⑨ 覚せい剤関連患者について、病院群と非病院群とを比較すると、平均年齢は非病院群の方が約1歳若く、このことはこの群の特徴の一つである。

同時に、「根性焼き」「自傷痕」のある者の率が、非病院群で明らかに高く(11:23, 10:15)、

非病院群の者は、若くして薬物乱用を初め、精神病理学的リスクも高い者が多いことを物語っていた。

しかし、この群でのHCV陽性率は病院群よりも年次毎の低下の度合いが著しく、この1年間での注射経験率、針の共用経験率も低く、この群の者たちが、薬物を断ち切るために、回復支援グループの指導の元で共同生活を送りながら、薬物依存からの回復を目指していることの表れであると考えられた。

⑩ 病院群、非病院群に関係なく、HCV抗体の陽性・陰性について、年齢、注射による薬物使用歴の有無、入れ墨の有無を独立変数とした判別分析を行った。その結果、正答率は71.7%と、モデルとしては良好とは言えなかったが、構造行列は、年齢：0.822、入れ墨：0.635、注射による薬物使用の経験：0.240であり、年齢、入れ墨、注射による薬物使用経験では、この順に判別に寄与する程度が大きいことが判明した。これは、注射針の共有が同世代の薬物乱用・依存者間で繰り返されてきた結果ではないかと考えられる。

⑪ また、これまでの注射による薬物使用回数とHCV抗体陽性率との関係では、注射回数が30回を超えると、HCV抗体陽性率が急激に増加する傾向が伺えたが、これは注射回数が増えれば増えるほど、HCV抗体陽性率は高まると解釈すべきであろう。

⑫ 以上より、今回の2004年調査では、覚せい剤依存の既往とCSWの経験のある33歳女性のエイズ患者1名が特定された。

⑬ 薬物乱用・依存者のHIV感染は、注射行為のみならず、性行為による感染の可能性と重複していることが多そうなので、今後も、その両面からHIV感染の実態を把握してゆく必要がある。

G. 発表論文 なし

H. 知的所有権の取得状況 なし

表1 【医療機関を受診した薬物依存者】の属性・血清検査・身体所見(%)

		ICD-10							全体
		F10	F11	F12	F13	F15	F18	F19	
		アルコール	アヘン類	大麻	鎮静睡眠薬	覚せい剤	揮発性溶剤	多剤	
		3[0.7]	1[0.2]	3[0.7]	27[6.4]	303[72.3]	52[12.4]	30[7.2]	419[100]
性別									
	男	2(66.7)	1(100)	3(100)	12(44.4)	226(74.6)	45(86.5)	24(80.0)	313(74.7)
	女	1(33.3)	0(0)	0(0)	15(55.6)	77(25.4)	7(13.7)	6(20.0)	106(25.3)
年齢					n=25				
	20歳未満				1(4.0)	7(2.3)	7(13.5)		15(3.6)
	20歳代		1(100)	2(66.7)	7(28.0)	75(24.9)	22(42.3)	6(20.0)	113(27.2)
	30歳代			1(33.3)	13(52.0)	122(40.5)	21(40.4)	15(50.0)	172(41.4)
	40歳代	1(33.3)			3(12.0)	65(21.6)	2(3.8)	8(26.7)	79(19.0)
	50歳代	1(33.3)			1(4.0)	26(8.6)		1(3.3)	29(7.0)
	60歳代	1(33.3)				6(2.0)			7(1.7)
	平均年齢±SD	52.3±8.5	26.0	29.3±5.1	33.2±7.3	35.9±10.1	28.2±6.8	35.7±8.0	34.8±9.9
現在の配偶歴		n=3	n=1	n=2	n=18	n=119	n=12	n=18	n=173
	未婚		100	50.0	38.9	55.5	91.7	50.0	54.7
	既婚	66.7		50.0	50.0	26.1	8.3	38.9	29.5
	離婚	33.3			11.1	17.6		5.6	14.5
	死別					0.8		5.6	1.2
	不明								
	離婚歴あり	66.7	0	0	11.1	21.0	8.3	5.6	17.9
血清検査(%)		n=3	n=1	n=3	n=27	n=302	n=51	n=30	n=417
	HIV抗体陽性	0	0	0	0	0.3	0	0	0.2
	HCV抗体陽性	66.7	0	0	11.1	37.1	12.0	16.7	30.8
	HBs抗原陽性	0	0	0	0	1.7	6/50	0	128/416
	HBs抗体陽性	0	-	0	0	1.0	0	0	1.2
	HBc抗体陽性	-	-	0/2	0/18	1/105	0/11	0/18	5/417
	TPHA陽性率	0	0	0	0	1.7	0/2	0/9	0.6
									1/157
									1.5
									1/66
									1.2
性病既往(自己申告)(%)		n=3	n=1	n=2	n=18	n=126	n=12	n=18	n=180
	毛ジラミ	0	0	0	5.6	12.7	16.7	5.6	11.1
	淋病	0	0	0	0	11.9	16.7	5.6	10.0
	クラミジア	0	0	0	0	2.4	16.7	11.1	3.9
	梅毒	0	0	0	0	4.8	0	5.9	3.9
身体所見(%)		n=3	n=1	n=2	n=18	n=126	n=12	n=18	n=180
	輸血の既往+	66.7	0	0	0	1.7(2/120)	8.3	0	2.9(5/174)
	歯の著明不	33.3	100	0	0	15.9	41.7	16.7	16.7
	注射痕あり	0	0	0	0	32.5	0	0	22.8
	入れ墨あり	0	0	0	0	33.3	16.7	38.9	28.3
	指つめあり	0	0	0	0	10.3	8.3	5.6	8.3
	根性焼きあ	0	0	0	5.6	11.1	16.7	27.8	12.2
	白傷痕あり	0	0	0	5.6	9.5	25.0	27.8	11.7

表2-1【医療機関を受診した薬物依存者】の注射行動・性行動(%)

	ICD-10							全体
	F10	F11	F12	F13	F15	F18	F19	
	アルコ ール	アヘン 類	大麻	鎮静睡眠 薬	覚せい剤	揮発性溶 剤	多剤	
	3[0.7]	1[0.2]	3[0.7]	27[6.4]	303[72.3]	52[12.4]	30[7.2]	419[100]
これまでに(%)	n=3	n=1	n=2	n=18	n=124	n=12	n=18	n=178
注射経験あり	33.3	0	50.0	0	81.5	8.3	55.6	64.0
					n=114		n=16	n=167
シジブ 共用経験+	33.3	0	0	0	65.8	8.3	47.1	50.9
					n=114		n=16	n=167
針の共用経験	33.3	0	0	0	62.3	8.3	47.1	49.1
注射回数					n=117		n=17	n=169
なし	66.7	100	50.0	100	19.7	91.7	47.1	37.6
1~49回			50.0		19.7	0	11.8	15.3
50~99回	33.3				12.0	0	29.4	11.8
100回以上					48.7	8.3	11.8	35.3
最近1年間で	n=3	n=1	n=2	n=18	n=123	n=12	n=18	n=177
注射経験あり	0	0	0	0	59.3	0	44.4	45.8
シジブ 共用経験+	0	0	0	0	29.5	0	17.6	21.8
					33/112		3/17	36/165
針の共用経験+	0	0	0	0	25.9	0	17.6	19.4
注射回数					29/112		3/17	32/165
なし	100	100	100	100	43.1(50/116)	100	66.7(10/15)	57.5(98/167)
1~49回					49.1(57/116)		33.3(5/15)	37.1(61/167)
50~99回					5.2(6/116)		0	3.6(6/167)
100回以上					2.6(3/116)		0	1.8(3/167)
これまでに「あぶり」の経験あり	n=1	n=2	n=18	n=122	n=11	n=18	n=175	
	0	100	50.0	0	63.9	0	61.1	52.0
この1年間で「あぶり」の経験あり	n=1	n=2	n=18	n=122	n=11	n=18	n=175	
	0	0	0	0	53.3	0	61.1	43.4
この1年間ではどちらが多いか?	n=1	n=2	n=18	n=117	n=11	n=17	n=168	
注射					41.9		5.9	29.6
「あぶり」		100	50.0		36.8		29.4	29.6
同程度					6.8		23.5	7.1
どちらもなし	100		50.0	100	14.5	100	41.2	33.7
「風俗」での性接触あり(最近1年間)(%)	n=2	n=1	n=2	n=18	n=114	n=11	n=18	n=166
なし	100	0	50.0	94.4	67.5	72.7	88.9	72.9
あり(常にコンドーム+)	0	0	0	5.6	17.5	0	11.1	13.9
あり(コンドーム-のことあり)	0	100	50.0	0	14.9	27.3	0	13.3
「風俗」以外での不特定多数と性接触あり(最近1年間)(%)	n=3	n=1	n=2	n=18	n=119	n=12	n=18	n=173
なし	100	100	100	88.9	84.0	83.3	72.2	83.8
あり(常にコンドーム+)	0	0	0	5.6	9.2	8.3	22.2	9.8
あり(コンドーム-のことあり)		0	0	5.6	6.7	8.3	5.6	6.4

表 2-2 【医療機関を受診した薬物依存者】の注射行動・性行動(%)

	ICD-10							全体
	F10 アルコ ール	F11 アヘン 類	F12 大麻	F13 鎮静睡 眠薬	F15 覚せい剤	F18 揮発性溶 剤	F19 多剤	
	3[0.7]	1[0.2]	3[0.7]	27[6.4]	303[72.3]	52[12.4]	30[7.2]	419[100]
国内で外国人との性接触あり(最近1年間)(%)	n=3	n=1	n=2	n=18	n=119	n=12	n=18	n=173
なし	100	100	100	100	88.2	100	88.2	90.8
あり(常にコンドーム+)	0	0	0	0	2.5	0	5.6	2.3
あり(コンドーム-のことあり)	0	0	0	0	9.2	0	5.6	6.9
性接触ありの場合の相手					n=14		n=2	n=16
「風俗」で					85.7		50.0	81.3
「風俗」以外で					7.1		50.0	12.5
両方で					7.1		0	6.3
海外渡航歴のある者(最近1年間)(%)	n=3	n=1	n=2	n=18	n=126	n=12	n=18	n=180
	0	0	50.0	0	4.0	8.3	0	3.9
上記のうち			n=1		n=5	n=1		n=7
渡航先で薬物使用のあった者			100		60.0	0		57.1
渡航先で性交渉のあった者			0		60.0	0		42.9

表3 【医療機関を受診した薬物依存者】の注射経験、入れ墨と属性・血清検査・身体所見

	これまでに 注射経験なし 64[36.2]	これまでに注射経験あり		入れ墨	
		1年間にはなし 34[19.2]	1年間にもあり 79[44.6]	なし 129[71.7]	あり 51[28.3]
性別					
男	40[32.5]	26[21.1]	57[46.3]	78[62.4]	47[37.6]
女	24[44.4]	8[14.8]	22[40.7]	51[92.7]	4[7.3]
年齢	n=62	n=33	n=79	n=127	n=50
20歳未満	2[50.0]	0[0]	2[50.0]	3[75.0]	1[25.0]
20歳代	27[56.3]	4[8.3]	17[35.4]	41[83.7]	8[16.3]
30歳代	24[35.8]	17[25.4]	26[38.8]	52[76.5]	16[23.5]
40歳代	7[18.9]	4[10.8]	26[70.3]	23[60.5]	15[39.5]
50歳代	1[6.3]	8[50.0]	7[43.8]	7[43.8]	9[56.3]
60歳代	1[50.0]	0[0]	1[50.0]	1[50.0]	1[50.0]
平均年齢±SD	31.3±8.2	38.9±11.0	37.1±10.1	33.7±9.2	39.6±10.9
現在の配偶歴	n=63	n=34	n=75	n=123	n=50
未婚	57.1	55.9	53.3	57.7	48.0
既婚	34.9	29.4	24.0	30.1	28.0
離婚	6.3	14.7	21.3	11.4	22.0
死別	1.6	0	1.3	0.8	2.0
離婚歴あり	9.5	23.5	21.3	15.4	24.0
血清検査(%)					
HIV抗体陽性率	0 0/63	2.9 1/34	0 0/79	0.8 1/129	0 0/50
HCV抗体陽性率	12.7 8/63	50.0 17/34	39.2 31/79	23.3 30/129	54.0 27/50
HBs抗原陽性率	0 0/63	0 0/34	5.1 4/79	2.3 3/129	2.0 1/50
HBs抗体陽性率	0 0/61	0 0/32	1.6 1/62	0.8 1/118	0 0/39
HBc抗体陽性率	0 0/26	8.3 1/12	0 0/28	0 0/47	5.3 1/19
TPHA陽性率	0 0/63	2.9 1/34	1.3 1/79	0.8 1/129	2.0 1/50
性病既往(自己申告)(%)		n=34	n=79	n=124	n=49
毛ジラミ	4.7	14.7	15.2	8.1	20.4
淋病	3.1	11.8	15.2	5.6	22.4
クラミジア	4.7	5.9	2.5	5.6	0
梅毒	0	2.9	7.6	3.2	6.1
身体所見(%)	n=64	n=34	n=79	n=129	n=51
輸血の既往あり	4.8(3/63)	2.9	1.3(1/76)	2.4(3/123)	3.9(2/51)
歯の著明不良あり	9.4	26.5	17.7	14.7	21.6
注射痕あり	1.6	11.8	43.0	18.6	33.3
入れ墨あり	14.1	47.1	31.6	0	100
指つめあり	1.6	17.6	8.9	0.8	27.5
根性焼きあり	9.4	11.8	15.2	11.6	13.7
自傷痕あり	12.5	17.6	8.9	12.4	9.8

表 4-1 医療機関を受診した薬物依存者】の注射経験、入れ墨と注射行動・性行動

		これまでに			これまでに注射経験あり		入れ墨		
		注射経験なし	1年間にはなし	1年間にもあり	なし	あり			
		64[36.2]	34[19.2]	79[44.6]	129[71.7]	51[28.3]			
性別	男	40[32.5]	26[21.1]	57[46.3]	78[62.4]	47[37.6]			
	女	24[44.4]	8[14.8]	22[40.7]	51[92.7]	4[7.3]			
これまでに (%)			n=34	n=79	n=127	n=51			
注射経験あり			100	100	56.7	82.4			
シジ 共用経験あり			n=34	n=68	n=116	n=51			
			82.4	82.4	42.2	70.6			
針の共用経験あり			n=34	n=68	n=116	n=51			
			79.4	79.4	39.7	70.6			
注射経験の注射回数			n=34	n=71	n=119	n=51			
なし			0	0	46.2	17.6			
1~49回			41.2	16.9	15.1	15.7			
50~99回			14.7	21.1	10.1	15.7			
100回以上			44.1	62.0	28.6	51.0			
最近1年間で (%)				n=79	n=127	n=50			
注射経験あり				100	43.3	52.0			
シジ 共用経験				n=67	n=115	n=50			
				53.7	19.1	28.0			
針の共用経験				47.8	15.7	28.0			
注射経験の注射回数				n=71	n=118	n=50			
なし				0	61.0	49.0			
1~49回				87.3	34.7	42.9			
99回				8.5	2.5	6.1			
100回以上				4.2	1.7	2.0			
これまでに「あぶり」の経験あり (%) n=63			n=34	n=76	n=124	n=51			
			34.9	52.9	50.0	56.9			
この1年間で「あぶり」の経験あり (%) n=63			n=34	n=76	n=124	n=51			
			33.3	44.1	43.5	43.1			
この1年間ではどちらが多いか? (%) n=63			n=34	n=72	n=119	n=50			
注射			0	0	25.2	40.0			
「あぶり」			34.9	52.9	30.3	28.0			
同程度			0	0	8.4	4.0			
どちらもなし			65.1	47.1	36.1	28.0			
「風俗」での性接触あり (最近1年間) n=62			n=32	n=70	n=120	n=46			
なし			82.3	75.0	77.5	60.9			
あり (常にコンドーム+)			11.3	9.4	13.3	15.2			
あり (コンドーム-のこともあり)			6.5	15.6	9.2	23.9			
「風俗」以外での不特定多数と性接触あり (最近1年間) (%)			n=63	n=33	n=75	n=124	n=49		
なし			79.4	78.8	83.7	83.7			
あり (常にコンドーム+)			14.3	12.1	11.3	6.1			
あり (コンドーム-のこともあり)			6.3	9.1	4.8	10.2			
国内で外国人との性接触あり (最近1年間) (%)			n=63	n=33	n=75	n=124	n=49		
なし			98.4	90.9	96.0	77.6			
あり (常にコンドーム+)			0	3.0	0.8	6.1			
あり (コンドーム-のこともあり)			1.6	6.1	3.2	16.3			
性接触ありの場合			n=1	n=3	n=5	n=11			
「風俗」で			100	100	80.0	81.8			
「風俗」以外で			0	0	20.0	9.1			
両方で			50.0	0	0	9.1			