

LAP 

Life AIDS Project

NEWS LETTER

Vol.21

'98.3.1





Life AIDS Project News Letter Vol.21-PDF

社会医学・看護などのセッションも充実
 第11回日本エイズ学会レポート [1] [うえきたかよし] 3
 生活実態調査、初の本格的全国調査、服薬についての発表が次々と他



12

4月1日より実施 障害者認定についての続報 [よしおか] 10
 障害者認定の持つ意味、認定基準の解説、4級でも医療費補助他

保健所からのエッセー
 エイズ教育の周辺 1 ~ヘルスプロモーション考~ [JINNTA] 12



20

薬害HIV被害救済に関わる調査研究のあり方 [上野譲次] 16
 医療費負担の実際 その2 [岡部翔太] 18

選択肢が一つ増えた
 使用感が違う、ウレタンコンドームとは? [清水茂徳] 20

感染症予防法案への疑問 [草田 央] 22
 積極的疫学調査は機能するか、どうして感染症の分類が必要なの? 他



22

LAPパソコン講座のお知らせ 9
 LAP入会案内 19
 HIV・エイズ関連新聞記事 31

ライフ・エイズ・プロジェクト (LAP)

〒100-8691 東京中央郵便局私書箱490号
 TEL03-5685-9644 FAX03-5685-9703

[郵便振替] 00290-2-43826 加入者名:LIFE AIDS PROJECT

[銀行口座] 住友銀行横浜駅前支店 695729 (普通) 注
 「ライフ エイズ プロジェクト 代表 清水茂徳」

[電子メール] NIFTY-Serve ID:
 INTERNET ADDRESS:

[ホームページ] <http://www.lapjp.org/>
<http://www.campus.ne.jp/~lap/>

このニュースレター
 発行事業は、社会福
 祉・医療事業団（高
 齢者・障害者福祉基
 金）の助成金の交付
 によって行っている
 ものです。

注：銀行の支店名が「横浜駅前支店」へ変更されました。口座番号の変更はありません。

第十一回日本エイズ学会 レポート「1」

しゅえき

日本エイズ学会は毎年開催されている日本で唯一のエイズ専門の学会である。そもそもこの学会は医師らによる臨床面での成果や情報の交換という主目的ではじまっているらしいのだが、最近では臨床や基礎研究のみならず、社会医学や看護など非常に広範囲にわたっている。そのため参加者の数もつなぎのぼりのようで、多彩な方々に会うチャンスともなっている。

ボランティア団体関係者も積極的に参加していて、数多くの団体が研究発表そのものにもかかわっている。

市電が走る熊本で開催された

第11回日本エイズ学会は九州の熊本で12月4日と5日の二日間開催された。熊本と言えば、熊本城と水前寺公園といった名所があるが、会場は中心街にほど近い熊本市産業文化会館。多くの参加者は前日に熊本入りし、会場の近くにホテルをとって拠点とし、最終日の夜に帰るといったパターンをとっていた。要は



第11回日本エイズ学会の抄録集

皆同じ行動。だから、行きや帰りの飛行機など皆エイズ関係の人だらけで、うっかりどこかの病院や医師の窓口など言えないという雰囲気であった。二日目の午後の水前寺公

日 程 表

12月4日(木)

A会場		B会場		C会場		D会場	
7F大ホール		6F第6会議室		6F視聴覚研修室		6F第5会議室	
8:10 受付(6F、7Fロビー)							
8:50 会長挨拶							
9:00 座長: 藤田 哲 産長: 木村 白樹	9:00 ウィルスⅠ 座長: 原田信志 副座長: 足立明夫	9:00 動物モデルⅠ 座長: 遠水正憲 田中勇悦	9:00 疫学Ⅰ 座長: 鎌倉光宏 景山誠二				
10:12	10:12	10:21	10:03				
10:05 疫学Ⅱ 座長: 曾田研二 橋本直二							
10:14 座長: 若本愛吉 福武勝幸	10:14 ウィルスⅡ 座長: 志田壽利 副座長: 武部 豊	10:23 動物モデルⅡ 座長: 海井智三郎 佐多賢太郎	10:41 社会医学Ⅰ 座長: 横岸昌功 山形操六				
11:44	11:26	11:35	10:43				
11:28 ウィルスⅢ 座長: 島田 隆 副座長: 松下修三							
11:46 座長: 花房秀次 白飯球彦	12:04	12:13	11:30 予防・ワクチンⅠ 座長: 滝口雅文 清野 誠	11:30 社会医学Ⅱ 座長: 池上千壽子 船在 徹			
12:13	12:04	12:13	12:06				
12:25 ランチョンセミナーⅠ 「プロテアーゼ阻害剤」 座長: 山本直樹 馬場昌範							
13:30 座長: 山本直樹 馬場昌範	12:15 ランチョンセミナーⅡ 「GMV感染症」 座長: 岡 慎一 副座長: 松本雅則	13:28	13:30 予防・ワクチンⅡ 座長: 清野 誠	13:30 社会医学Ⅲ 座長: 桜井賢樹 五島真理為			
13:32 座長: 山本直樹 馬場昌範	14:42	14:42	14:24				
14:28 治療薬Ⅰ 座長: 山本直樹 馬場昌範							
15:40	14:44 座長: 橋本一夫 相楽裕子	14:45 座長: 本多三男 高橋秀実	14:26 座長: 高田 昇 矢水由里子				
15:40	15:56	15:30	15:20				
15:42 分子生物学Ⅰ 座長: 小樽義夫 加藤真吾							
16:45	15:56 座長: 高松純樹 松田重三	16:26	15:32 座長: 上田重晴 水落次男	15:22 教育 座長: 本村正治 井上悦子			
17:00	16:50	16:26	16:00				
17:00 特別講演 (A会場: 7F大ホール) 「HIV感染症の病態と治療」 David Ho 博士 18:30 司会: 高月 清							
19:00	懇 親 会 (ホテルキャッスル 2Fキャッスルホール)						
21:00							

日 程 表

12月5日(金)

A会場		B会場		C会場		D会場	
7F大ホール		6F第6会議室		6F視聴覚研修室		6F第5会議室	
8:10 受付(6F、7Fロビー)							
9:00 ケアⅠ 座長: 櫻原昌功 小野綾江							
9:00 治療薬Ⅱ 座長: 庄司吉三 伊藤正彦		9:00 分子生物学Ⅱ 座長: 藤井雄一 藤本幸夫					
10:21		10:39					
9:00 ケアⅡ 座長: 山元泰之 木村真知子							
9:00 ワークショップ 「ケモカイン」 座長: 曾田研二 橋本直二		10:23 治療薬Ⅲ 座長: 中島秀喜 大竹 徹					
10:00 ケモカインレセプター 座長: 内山 卓		11:35 座長: 神奈木真理 堀田達雄 星野洪郎					
12:30		11:37 座長: 藤 隆 田村和夫		10:41 検査Ⅱ 座長: 石川栄治 伊藤 章		11:01 ケアⅢ 座長: 黒木久美子 前田のどみ	
12:30		12:11					
12:15 ケアⅣ 座長: 折澤礼子 有馬美奈							
12:51							
12:30 昼 食							
13:30 総 会 A会場(7F大ホール)							
14:30 シンポジウムⅠ・Ⅱ「HIV研究最新の進歩」							
14:30 1. Dr. C. Davis 「HIV感染におけるケモカインレセプターの構造と機能」 60分							
16:30 2. Dr. J. Erikson 「プロテアーゼ阻害剤耐性発現に関する研究」 60分 (A会場) 座長: 高屋裕明、松島綱治							
17:00 公開シンポジウム「HIV感染症・臨床と研究の現状」							
19:00 1. 臨床研究—最新の進歩と課題— 高屋裕明 2. 基礎研究—最新の進歩と課題— 原田信志 3. 看護カウセリング・ケアの現状と課題 矢水由里子、木村真知子 4. 患者・感染者の状況とNGOの課題 斉藤祐治							

第11回 日本エイズ学会

種別: _____
 名前: _____

エイズ学会の日程表。

左は参加者に配られたネームプレート。

園などは、医師や看護婦でこつたがえしていたらしい。
 熊本という町で私が好きなのは、市電がトコトコ走っていることだ。結局忙しくて乗れなかったのだが、会場の前には市電の駅があり、何度も目にできたのは嬉しかった。そのほか観光名所にも行きたかったけれども、全然行けずじまい。
 ということで、ぐちつぽく話を始めてしまったが、ここでは二回に分けてその学会に出席した報告を簡単にしたいと思う。ただし、当然のことながらすべてのセッションには出られなかったのでごく一部の報告になってしまふ。その辺はぜひご了承願いたい。

充実した社会医学や看護・ケアのセッションが非常に充実していたと思う。参加者の関心も非常に高くなっており、これらのセッションの行われた部屋は満員。
 これほど注目を浴びたために一日目の社会医学の時にはあまりにも人が入りすぎて部屋が暑くなり、火災報知器が鳴る騒ぎになったり、二日目の看護の時には部屋に入れない人が百人以上も出てしまつて大きなクレームが付き、苦肉の策として定員を増やすために、発表を途中で中断して椅子を撤去して床に直接座らされたりした。スライドも見えにくいし、床は硬いし、隣の人とは膝が擦れ合うし、なんだか「最低の学会」と言いたくなつた。社会医学や看護のセッションをあんなに小さな部屋で開催しようとした所など、いかにも臨床のドク

今回の日本エイズ学会で

だが、暑かつた
 だが、暑かつた
 だが、暑かつた

「達がこれらの分野を軽視している結果ではないかと思つた。今回のエイズ学会は東京の砂防会館。いろいろな大会を行うことで有名な場所だ。ぜひぜひ社会医学やケアの部屋をずっと大きいものにしてほしいものである。」

社会医学のセッションは臨床のセッションとかなり重なっていたためにあまり出るこゝとができなかつたし、特にボランティア団体によるコミュニケーションベースのリサーチ結果が聞けなかつたのは残念としか言えないのだが、出られたところについてごく一部だけ紹介しておこう。

血液製剤感染者と性感染者の経済状況を比較した失敗研究

駒込病院の味澤氏からは、HIV診療で在日外国人に対する病院側の医療費の負担が

かなり高額になっていくといふ報告があつた。この視点は非常に興味深かつた。在日外国人の医療費について、政策的にしつかりと対応策を考えていかないと、最終的には「治療をせざるに見捨てる」ということが一般化しかねないような危惧を感じている。今、この問題にはぜひ真剣に取り組む必要があると思つた。

東京都足立保健所の鷹菅氏による「エイズ感染者・HIV感染者生活実態調査」は、その内容の一部が新聞などでプレスリリースされたりしたので、ご存じの方も多いと思つた。今回は特に経済状況について焦点をあて、血液製剤による感染者と性感染者とを収支において比較したときに、性感染者は血液製剤による感染者に比べてかなり経済的に苦しい、したがって性感染者に対する支援が必要であると

いう結論になつていた。

これに対して会場から強い反発の声が挙がつた。この発表において特に二つの点でミスがあるとしていた。一つは製剤による感染者の収入に「医薬品副作用機構」からのお金も含まれている点(この点で、鷹菅氏は「扶助」と表現していたがこれは誤りで薬害被害に対する「補償」であるという指摘もあつた)、そしてもう一つは、本来他疾患

の患者や一般の人の経済状況とHIV感染者の経済状況を比較しなければいけないのに、血液製剤感染者と性感染者とを比較しただけで「血液製剤による感染者はお金持ち」みたいな印象がある結論を出してしまつている点であつた。この指摘に対し鷹菅氏はピンと来ていないような気もしたし、指摘された方が「この研究は全く意味がない」とまで

言つたので少々感情的にもなつていたような印象も受けたが、これらの指摘はきわめて正しいと私も思つた。当事者が全くかわらない体制でこの種の調査研究をしてしまうと、視点やアプローチの手法を思いつきり誤つてしまう可能性がよくあるのだが、この発表などまさに典型的な例であると言えるのではないだろうか。

東京医科歯科大学・難治疾患研の片平氏は「薬害エイズの二次、三次感染被害の実態と要因」なる報告をしていた。一次感染よりも二次感染の判明が早かつた例なども紹介されるなど、どちらかというところドキュメンタリータッチになつており、被害者の声が生々しく感じられるものだった。事実会場からは「へえ、かわいそうに」というささやきも聞かれていた。プレゼンター

234 HIV診療体制に関する報告

横浜市立市民病院 ○梅津 晶子、小谷 優子、大堀 恵美
内田 順子、相楽 裕子

10:05～10:59 看護ケアⅡ 座長 山元 泰之・木村真知子

235 エイス治療・研究開発センター・専門病棟開設準備経過と今後の課題
国立国際医療センター・エイズ治療研究開発センター・専門病棟 ○澤本美佐緒、坂口 美秀、立入ヒロミ

236 HIV感染者/AIDS患者の療養スタイルに関する調査(1)患者特性
横浜市衛生局医療対策部 ○折津 礼子
横浜市立市民病院 梅津 晶子
横浜市立大学看護短期大学部 武田 望子、平井さよ子

237 HIV感染者/AIDS患者の療養スタイルに関する調査(2)受診行動
横浜市立大学看護短期大学部 ○武田 望子、平井さよ子
横浜市衛生局医療対策部 折津 礼子
横浜市立市民病院 梅津 晶子

238 HIV感染者/AIDS患者の療養スタイルに関する調査(3)悪業行動
横浜市立市民病院 ○梅津 晶子
横浜市衛生局医療対策部 折津 礼子
横浜市立大学看護短期大学部 武田 望子、平井さよ子

239 HIV感染者/AIDS患者の療養スタイルに関する調査(4)生活様式の変更
横浜市立大学看護短期大学部 ○平井さよ子、武田 望子
横浜市衛生局医療対策部 折津 礼子
横浜市立市民病院 梅津 晶子

240 HIV感染者/AIDS患者の療養スタイルに関する調査(5)
横浜市衛生局医療対策部 ○折津 礼子
横浜市立大学看護短期大学部 武田 望子
横浜市立市民病院 梅津 晶子
横浜市立大学看護短期大学部 平井さよ子

11:01～12:13 看護ケアⅢ 座長 中 淑子・前田ひとみ

241 エイス患者の意思決定に基づいたセルフケアの援助
熊本大学・医学部付属病院、第二内科5階病棟 ○幸 史子、木村真知子、木山 麗子
熊本大学・医療技術短期大学部 前田ひとみ

242 HIV感染者のセルフケア行動への看護援助についての考察
東京都立駒込病院・看護部 ○瀧見 佳子、有馬 美奈

243 患者のセルフケア能力についての一考察

横浜市立市民病院感染症科 ○小谷 優子、大堀 恵美、内田 順子

244 エイス患者の社会生活に向けての援助
熊本大学・医学部付属病院、第二内科5階病棟 ○木山 麗子、幸 史子、木村真知子

245 HIV感染者の健康管理—内服薬自己管理の指導を通じて—
東京医科大学病院・看護部 ○早川 聖子、南原 幸子、竹村 直子
大和 良子、宮崎留美子
鈴木裕美子、大沼 恵、住吉 珠美
森川 純子、清起 玲子、山口加代子
和田 清香、浅川 典子、日幡 繁野
吉田 悠一、山元 泰之、西田 恭治
東京医科大学・臨床病理科 福武 勝幸

246 抗HIV薬の服薬状況
国立国際医療センター・エイズ治療・研究開発センター ○野々山未希子、石原 美和
池田 和子、井上 洋士、岡 慎一

247 抗HIV薬治療における看護婦の内服指導とその役割
兵庫医科大学・看護部 ○乃村 万里、鈴木 光子

248 HIV外来診療での服薬指導における看護ニーズと課題
東京都立駒込病院・感染症外来 ○堀 成美
東京都立駒込病院・感染症科 藤野 泰子、望月 洋子、有馬 美奈

12:15～12:51 看護ケアⅣ 座長 折津 礼子・有馬 美奈

249 CMV感染症を認めた患者の在宅療養に向けての援助
聖路加国際病院・7階西病棟 ○牛坂 昭子、木村 留美、寺井美穂子
聖路加国際病院・内科感染症科 吉川 恵一

250 HIV感染症患者の病態変化と栄養摂取量について
日本女子大学・家政学部・食物学科 ○丸山千寿子、木村 佳子、柏木 浩子
市川 直子
東京都立駒込病院・感染症科 榎岸 昌功

251 サイトメガロウイルス感染症患者の看護—硝子体内注入、インプラント、HPNを施行した一例を通して—
東京都立駒込病院・看護部 ○光村 真弓、有馬 美奈

252 慣れと認識との関係について—HIV看護における知識と行動—
兵庫医科大学病院・11東病棟(看護部) ○日吉 理想、中村 由香、高橋 正子
岩永 幸子

シオン手法も優れていて、目に見るように被害が伝わる感じがした。ただし、これは私の感覚だが、薬害エイズ裁判も安部氏の問題は残っているとしてもとりあえずひと段落し、薬害とその被害というもの存在が市民権を得た形で認められた現在、すでに補償としての恒久対策のあり方を検討することが主な柱となつてきている。こういった時にこういう発表をするということは、この分野で片平氏が少々時代の流れに取り残されているという事ではないか、そんな印象を持たざるを得なかった。

SHIPの井上氏は、SHIPのクライアントを対象とした調査研究結果を報告していた。特にHIV感染者とHIVにかかわる医療従事者について中心的に報告していたが、HIV感染者について言

えば、HIV感染者同士での治療情報の交換がよく行われており、交換されている情報について信用でき役にも立つと評価していること、眼底検査の必要性などHIV感染症の治療や健康維持のために最低限必要な情報を必ずしも医師などから得ていないこと、厚生省や製薬会社の情報についてかなり評価が低いことなどが報告されていたのが印象的で説得力があった。

同氏らはここ数年、HIV感染者の自己決定や医療体制における問題点などを感染者の立場に立つて分析する研究発表をしてきたが、今回は情報の流れと内容、質、それらに対する評価についてかなり詳細に検討している。SHIPの活動が感染者向けの情報提供を中心としているがゆえの問題意識とも言え、非常に大切な視点を提示してくれた

横濱市立大学看護短期大学部
衛生局医療対策部の折津氏、
送りたいと思うのは、横濱市
看護ケアの発表で大拍手を

初の本格的全国患者調
査研究は拍手もの
期待しよう。

常に見られるとも聞いている。
この研究は、恐らく日本では
初めての全国的な本格的HIV
患者調査という意味で画期
的であり、対象者も全国47都
道府県のエイズ治療拠点病院
およびHIV治療機関の外來
に通院する患者四百二名と非

と見えそうだ。この調査結果
は近いうちに二冊の報告書に
まとめられるとも聞いている。
期待しよう。

看護ケアの演題表(12月5日)。様々な発表がされた。

一般演題	
12月5日(金)	
D会場	
9:00~10:03 看護ケアI 座長 根岸 昌功・小野 織江	
228 AIDS患者の家族の苦悩—家族の奮闘から— 国立厚木病院・本館5階病棟	○丹野真智子・湯ノ口信子 加藤 陽子・古財 直代、瀬戸由緒子 高野寿美子・鳥谷部ルイ子、 山口 佳子
229 HIV/AIDS専門医療機関における診療モデルコーディネーターナース導入の試み 国立国際医療センター・エイズ治療・研究開発センター 臨床研究開発部	○石原 美和、池田 和子 野々山美希子、岡 慎一、 井上 洋士 訪問看護ステーション吉祥寺 山田 雅子 榎 華子
230 静岡県におけるエイズ・HIV感染者医療の充実に向けて—実態調査第一報— 静岡県立こども病院・看護部 静岡県立こども病院・血液腫瘍科	○黒木久美子 堀越 泰雄、三間隆純一
231 エイズ診療における病診連携について 西村くりく	○西村 有史、村上 ゆき
232 東京HIV診療ネットワークのこれまでの経過 東京医科大学・東京HIV診療ネットワーク事務局	○根岸 昌功、青木 眞、味澤 眞 榎井 静江、岡 慎一、榎井 賢樹 木村 哲、小島 賢一、西田 恭治 花房 秀次、平林 直次、福江 英尚 福武 勝彦、山元 泰之
233 抗HIV薬の処方可能日数制限による問題点について 東京医科大学・東京HIV診療ネットワーク事務局	○山元 泰之、根岸 昌功、青木 眞 味澤 眞、榎井 静江、岡 慎一 榎井 賢樹、木村 哲、小島 賢一 西田 恭治、花房 秀次、平林 直次 福江 英尚、福武 勝彦 広島大学・輸血部 高田 昇

回収率は57パーセントと、こ
種の調査にしては非常に高
い。
療養スタイルについて、充
実した分野と膨大な内容を含
んだ調査結果であり、それに
見合って発表もその一からそ
の五までの五つに分けられて
いたにもかかわらず、非常に
速いスピードでの報告となっ
てなかなか全貌を把握しづら
かったのが少々残念で、近い
うちに報告書が出てくるのが
とても楽しみである。

しかし、そんな中で記憶に
残っていたのは以下の様な点
であった。
・医療や治療についての満足
感ほどの項目についても非
常に低く、医師に対する不
満足は7割程度、看護婦に
至っては9割となっている
・看護婦に満足している人ほ
ど自分のデータ記入をして
いない

社会福祉・医療事業団(高齢者・障害者福祉基金)助成事業

LAPニュースレター無料送付中!

97年度中に発行されるLAPニュースレター第18号~22号は社会福祉・医療事業団(高齢者・障害者福祉基金)の助成事業のため希望者には無料で送付しています。ご希望の号数と部数、送付先をLAPまでお知らせ下さい。

〒100-8691 東京中央郵便局私書箱490号 LAP TEL03-5685-9644 FAX03-5685-9703

・ 2割の人が通院に2時間以上かけている

・ 体調が悪い人、看護婦の対応に不満を持つ人ほど通院の中断や中止が多い

・ 自己判断による薬の中断者の率が他の疾患の一般外来患者に比べて低い

・ 薬害によるHIV感染者が患者会から情報入手をすることがほとんどない

そもそもエイズ診療体制の整備を進めるにあたって、例えば専門ナースの必要性などを主張する人もいるものの、その方向性やニーズを裏付ける根拠が欠けていることが多く、よって効果的な体制づくりができないという事実がある。

そのことを考えると、今回の調査研究には大きな意義があるだろう。今後調査項目を吟味した上で同様な調査研究をすることが望まれる。

「コーディネーターナース導入の試み」

一方、看護ケアのセッションで特筆すべきレベルの低い発表といえば、何と言ってもエイズ治療・研究開発センターの石原氏による「HIV・AIDS専門医療機関における診療モデルコーディネーターナース導入の試み」であろう。

彼女の発表では、一九九六年と一九九七年のコーディネーターナースの仕事内容の変化を指摘し、服薬方法についての活動が増加しているとしていた。この発表が以下の二つの理由から全く意味のないものだということは、少なからぬ出席者が気づいていた。一つは、活動内容量についての調査が一九九六年は「活動時間」で測られているのに一九九七年は「相談された件

数」となっており、全く比較することができない点。もう一つは、一九九六年と一九九七年の調査における医療機関が異なっているという点である。異なる医療機関でのナースの活動を異なる変数で比較することなど、この研究自体がナンセンスであることを示すわけで、何も発表しなかったのと同じである。このような発表が行われているようでは日本のエイズ看護研究のレベルを高めていくことはできない。今後、このような発表は行わないようにしてもらいたい。同時に、このようなデータラメを発表してしまう医療従事者が臨床で患者と接しているのかと思うと、実にこわい。

服薬についての発表が つぎつぎと登場

服薬状況に関する発表が非

常に多く目立っていたのも今回の学会の特徴と言えるよう。事実、看護ケアのセッションだけでも4つの題目があった。駒込病院の堀氏は「コンプライアンス」という概念はすでに古いもので「アドヒランス」という概念を服薬においては導入すべきではないかという点を強く発言していた。確かに欧米ではこの概念が多く取り入れられており、非常に興味深いしアピール度も高くて説得力があった。

また東京医大は、患者に質問紙での調査を行った結果を発表していた。東京医大のこの調査研究については、聞くところによると、すでに簡単な報告書としてまとめてあり、通院してくる患者さんにも配布してあるということだった。よくこの種の調査を行うと、データはとるもののその結果を対象者に返さないというこ

とが多いので、大変好感を持てる話であり、他の医療機関でもぜひ東京医大を見習ってほしいと思う。

国立国際医療センターの野々山氏による発表が非常に面白かった。統計的に数で取って状況把握をすると、とかくその要因や詳細が無視されてしまうことが多いのだが、この発表ではどのような服薬上の間違いがあるのか、その原因は何かなど、短時間の発表にもかかわらず非常に細かいところまで紹介されており、他にはないレベルの高さを感じさせられた。野々山氏にはその研究上のセンスのよさを、今後ともぜひ活かしてもらいたい。

では、例えばインジナビルについては副作用で服薬中止のケースが医療機関によってまちまちで、中止率が1割程度のところから5割程度になるところまであった。これらの差というのは、実は医療者の患者に対する説明や指導の量の違いから来る結果ではないだろうかと思っていた。ところが、服薬状況については、各病院がそれぞれなりにバラエティに富んだ項目でデータ取りをしているせいもあって、比較がしづらいところもあったし、比較してもかなりデータが異なるという印象ももった。ある程度服薬状況アセスメントの手法を全国的に統一したほうが今後のためになるのではないだろうか。ぜひ服薬についての全国的ネットワークでも作って、検討し直した方がいいだろう。

「続く」

LAPではパソコンの使い方講座を行っています

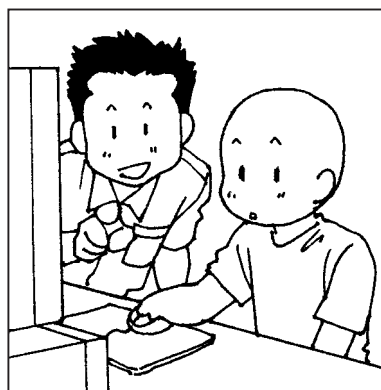
～ PHA 技能修得事業のお知らせ～

インターネットをはじめ、PHA（HIV感染者・エイズ患者）の生活に様々な可能性を提供してくれるパソコンですが、初心者の方にはなかなか敷居が高いもの。LAPではパソコンに興味を持つPHAやその友人等を対象にした「パソコン講座」を行っています。

講座の内容は初級コースから、インターネットの利用法、ワープロ、ホームページ作り、イラストやデザイン、DTP、マルチメディアタイトルの制作まで、参加者のご要望に合わせてご用意いたします。

また、将来的にはパソコンを使った在宅勤務などの実践を目指します。興味を持たれた方はどうぞお気軽にLAPまでご連絡ください。

PHA技能修得事業は朝日新聞社・朝日福祉助成金、マクロメディア株式会社、クオークジャパン株式会社より助成、支援を受けています。



4月1日より実施決定！

HIV感染者の障害者認定

についての続報

「よしおか」

4月1日からHIV感染者の障害者認定がスタートすることが決定しました。国も自治体も病院もその準備に大忙

しなのですが、認定基準や申請の手続きについて少し詳しく紹介したいと思います。細かい部分などまだ未確定のところもありますので実際に申請する際にはソーシャルワーカーなど詳しい方にご相談されることをお勧めします。

障害者認定の持つ意味

HIV感染者の障害者認定の実現に尽力された東京都職員共済組合清瀬病院・医療ソ

ーシャルワーカーの磐井静江さんは障害認定の持つ意味について次のように言っています。

「障害者認定の持つもつとも大きな意義の一つは、国と国民が責任を持って障害者認定を受けた人の社会参加を保障するような意識を持ち、行動しなければならぬという『宣言』になっていることな

ります。確かに、これまで「HIV感染者は差別や偏見でたいへんだ」「正しい知識を持つ」などとさんざん言われてきましたが（多くは言われていただけだったのですが）、よう

やく具体的に実効的な形で社会的支援が行われていくようになったわけです。

磐井静江さんのインタビュー

ーは次号で掲載予定です。

これまで行政機関などから、どちらかといえば社会防衛のための「管理」の対象と捉えられていたHIV感染者ですが、今後は福祉の対象者となり、行政機関などは感染者のために「努力」していくことになります。

認定基準の解説

障害等級に関わる認定基準は前号でご紹介した通りですが、3月2日付の厚生省の文書等をもとにもう少し詳しく解説します。

CD4細胞数は「4週以上の間隔をおいた連続する2回の検査値の平均値のこれまでの最低値とする」。つまり現

在はカクテル療法等でCD4細胞数が増えていても、申請はこれまでの最低値をもとにすることができるということです。白血球数、Hb量、血小板数、ウイルス量の検査についても同様で、これまでの最低値となっています（ウイルス量は数値が低いものではなく高いものが最低値）。それぞれ検査の時期が一致している必要ありません。

「7日以上」「1日3回以上」「10%以上」等の期間や回数、数値と下痢・嘔気等の症状の確認は「カルテにもとづく医師の判断によるものとする」ことになっています。吐き気やだるさなど日頃の体調の悪さについて医師にきちんと説明することが大切です。これまでの症状について医師に伝えていなかったことがある人は申請前に伝え、一つひとつカルテに記入しても

らいましょう。

「1週」は連続する7日を意味し、「1月」は連続する30日を意味します（暦月ではない）。つまり「月に7日以上」とは連続する30日の間に7日以上（連続している必要はない）、ということになります。

「日常生活上の制限」には生水の摂取禁止、脂質の摂取制限、長期にわたる密な治療、厳密な服薬管理、人混みの回避も含まれます。

「軽作業」とはデスクワーク程度の作業を意味します。

申請書の提出は郵送も

代理人でも可能

申請に必要な申請書、診断書、意見書は（診断書を書くことのできる指定医のいる）医療機関にあらかじめ備えることになっており、わざわざ取りに行かなくてすみます。

申請書の提出は郵送ですることも可能になりました。また本人でなくても提出することができまます。親族、友人、ソーシャルワーカー、支援団体等に頼んでみるのもいいでしょう。その際、依頼状などといった書面は必要ありません。

福祉事務所の対応がきちんとするまでにはしばらく時間がかかるでしょうから、「役所がちゃんと対応できるように教育してやろう」という意気込みのある人以外は一人で行くのは避けた方がいい、と磐井さんはアドバイスしています。

手帳の受け取りも郵送でももらえますが、申請者以外の人宛に送ってもらうことはできません（手帳の交付には1〜2ヶ月かかります。決定された等級や不交付決定に納得できないときは不服申立て

や訴訟を提起することができまます）。

また厚生省は各都道府県等に対し、「HIV感染者の身体障害認定を住民に広報する際には、広報紙等の文中に、身体障害者手帳には『免疫機能障害』と記載する旨を広報することは避けるようお願いします」と注意を促しています。ちなみに東京都障害者手帳の交付を受けている人は約31万人です。

4級でも医療費補助

「更正医療」の対象に

前号で医療費補助について解説しましたが、新たに更正医療というものが認められることになりました。

前号でご紹介したのは各都道府県が独自に行っている制度（HIV診療はもちろん、全ての医療費の自己負担分を全額助成。1級、2級のみ

「東京都は3級も」。所得制限あり「東京都の場合五六七万六千円」で、更正医療は国が行っている制度です。更正医療は適応される治療の範囲が限定されますが、3級や4級でも受けることができます（所得に応じた自己負担あり）。適応される範囲は「抗

HIV療法、免疫調整療法等HIV感染に対する医療」とされています。

駐車禁止の場所にも車を駐車できるステッカーの支給は何級までか、航空運賃の割引対象になるか、障害者雇用枠（雇用の2%前後）の義務規定に入るかどうかなど、まだ未確定な点もあります。引き続き、ニユースレーターもご紹介していく予定です。最新情報はインターネットホームページでもご紹介しています。

<http://www.lapjp.org/>

エイズ教育の周辺1

ヘルスプロモーション考

FAIDSスタッフ JINNTA

まずは言い訳から…

さて、前回で予告いたしましたエイズトークの話ですが、地元コミュニティエフエム局でかなりつつこんだエイズトークを行って、また、身近な友人をエイズで亡くされたアーティストさんたちのトークもはいつていたのですが、反響が…ない。ということであまりこの話は書けません。なぜ反響がないのか…。そ

れはいくつか考えられます。

テーマが重すぎて…(トークのお相手のアナウンサーさんが「重たいけどやりたかった」と言っていたっけ) …「ご意見ご感想」があっても、なかなか文章にできない
文字通りあまり関心がないため。自分の身近な問題としてなかなか認識されない。
コミュニティ放送なので、聴取者が少ないから

やっぱり避けたい…という

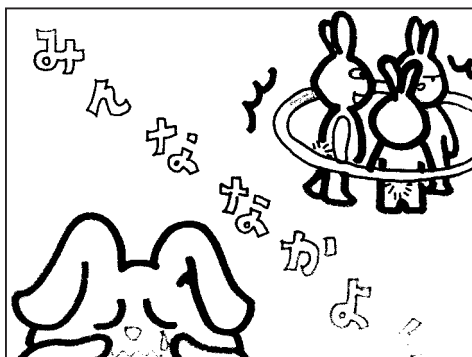
気持ち働いているのかな
みんなこころでは感じるものはあるけど、シャイだから…と言っ希望的観測
一方、講演会などでの反響は? という、この1年で
…若い人向け…ではなくてどちらかというと30代から40代向けのエイズ講演を結構やりました(中学生向け、高校生向けも少しはやりましたけど)。皆さん、結構真剣に聞いておられます。つまり、手

応えはあるのです。

と言っことで前回の予告が果たせなかった「言い訳」をちよっとして、本題に入りましょう。

ヘルスプロモーション考

次頁の文章は、私がある自治体の住民向け広報誌に執筆した(まだ発行されていませんが)ものです。今回はこの原稿をネタにすこしお話ししてみましよう。



とある自治体の住民向け広報誌より

今回はエイズ教育や性教育に必要とされる社会の援助について、性に関するトラブルを防ぐためには何が必要かという点を中心に、私の経験から述べてみたいと思います。

エイズや性感染症の予防、避妊、といった話になりますと、ついつい、医学的な面とか予防の技術ばかりに目をとられて、その土台にあるいろいろなことがらを忘れてしまいがちになります。

保健所では、エイズや性に関する相談をお受けしています。そこでの多くのエイズに関する相談事や、性に関する困りごとは、単に個人が予防できなかったという「失敗」という範囲を超えているのが現状です。

私は仕事柄、エイズや性のトラブルに関する相談をかれこれ百回以上お受けしておりますが、これらの相談に共通したこととして、エイズや性に関する病気の心配や、望まない妊娠などを未然に防ぐ行動がとれなかったのは、「知らなかったため」、あるいは「知っていても関心が呼び起こされず、自分のものとして結びついていなかったため」という場合があります。これらは、自分が当事者になるということを知らなかったためおこっているわけです。そしてもう一つは「予防が必要とは思っていても、行動できなかったため」という場合があります。これは、多くは性パートナーとの人間関係など、自分ひとりでは限界のあることがらによっておこっています。これらの相談事は、いずれも悩み困ったあげくに相談に来られているのが現状です。

これらの困りごとは、単に個人の問題、個人の責任としては片づけられないたくさんのことながら関係しています。たとえば、性に対する情報はいろいろなものが氾濫しています。たとえば週刊誌をめくればたくさんの性情報がありますが、その中には正しくない知識や、営利目的のために都合良くゆがめられた情報、性に対する偏見に基づく情報もたくさんあります。エイズや性の相談には、このような情報に振り回されて、その結果、悩み、苦しんでいる人たちがたくさん来られます。ことに、「予防が必要とは思っていても、行動できなかった」という失敗は、女性が男性の偏見に基づく言動に振り回され、自分で自分を守ることができなかったという場合が多く含まれています。性に関するトラブルは、こういった女性に対する偏見や男女の不平等に基づくものも少なくありませんが、それらは間違った情報が作り上げてしまったものとも言えます。

現実問題として、思春期にある子どもたちは、それらの性にまつわる情報を好むと好まざるとにかかわらず目にしてゆくことになるのですが、その情報がきちんとしたものなのかを判断し、自分の行動を自分で決めることができなければ、エイズや性の病気を予防したり、望まない妊娠を避けることはできません。これには、科学的に正しいとされる知識をきちんと伝達することや、考える習慣を身につけること、自分のことを他人任せにしないで自分で決められること、やさしさや思いやりをはぐくむこと、自分の思っていることをちゃんと表現し、相手に伝える力を養うことなどが必要になります。それには、学校と家庭が協力し、エイズや性について真正面からじっくり話ができる社会をみんなで作ってゆくことが重要です。

エイズ教育に対する理解を深めてゆくには、住民のみなさんの援助が不可欠です。今後ともエイズ教育へのご理解とご支援をお願いします。

エイズに限らず、健康的な暮らしというものを送るには、個人の努力だけでは限界があります。一日一日を有意義に、よりよく暮らしてゆくためには、暮らしやすい社会（世間と言ってもいいかな）を作り出してゆかなければなりません。これは個人と社会との共同（協働）作業です。この文章は、実はそのことが言いたかっただけかもしれませんが。

WHOの定義

さて、エイズ業界（というより公衆衛生業界ですが）ではかなり一般的な考え方に、「ヘルスプロモーション」と言う考え方があります。東京都のエイズ対策はこの理論で行われたと言われていますが、このヘルスプロモーションとはWHOによれば以下に定義されます（偉い学者さんたち



や公衆衛生活動家の方々の受け売りですが…）。

「人々が自らの健康をコントロールし、改善することができるようにするプロセスで」

1. 個人が健康を増進する能力を備える
2. 個人を取り巻く環境を健康に資するように変える（改善する）を2つの柱とする「ものです」。

エイズ対策に当てはめてみますと、たとえば私たちが描く夢（目的）は「新たな感染を起こさずにすむ社会」「P

WAがいきいきと暮らしてゆける社会」といったようなものでしょう。たとえば新たな感染の予防であれば、「能力を備える」とは予防ができる能力（性行動に関する「自覚」をきちんと持つ、コンドームを「きちんと」使える）を持たせることです。PWAの生活で見れば、自己決定に基づく納得した医療を受け、自立した生活ができる能力を持たせることとなります。しかし、個人の能力を高めるためには、個人の努力だけではどう

してそのことを推進する活動（行政の活動とか、医師や看護職、学校の先生をはじめとした専門職集団の活動とか、NGOやCBOの活動）が必要となってきました。PWAの生活で見れば、「医療体制の整備」「ケア・サポートの充実」「差別偏見の除去」というおなじみの言葉が並ぶこととなります。

しかし、これらが単なるセリフではなく、実際に行われなければ意味がありません。つまり、「言わなければならぬ」けど、単に「言っただけ」でもダメだし、行動のための方法を考えてゆかねばなりません。

5つの具体的な戦略

ヘルスプロモーションでは、これらを行動につすため、以下の5つを具体的な戦略と

位置づけています。

1. 健康的な公共政策づくり
2. 健康を支援する環境づくり

3. 地域活動の強化（住民参加の必要性）

4. 個人の技術の開発（新しいアイデアと方法論の開発）

5. ヘルスサービスの方向転換

これらについては一つ一つ解説してみたいのですが、今回は紙面の関係もありますし、とりあえず項目だけをあげていきまして、次回以降にゆっくりとお話ししてみようかと思っています。

3つのプロセス

そして、ヘルスプロモーションでは具体的なプロセスとして次の3つをあげています。ただし、解説文は私見です。

1. 唱道（Advocate）
文字通り、道を説くことです。現状をお話しし、きちんと必要な情報を提供し、方向性を示すことではないかと思えます。

2. 能力の付与（Enable）

能力をもつためのアプローチです。個人の技術の開発や地域活動の強化の項目を具体化するプロセスでしょう。

3. 調停（Mediate）

目的を共有して、みんなが協働するために行う連絡調整や保健計画のことと思えます。

そしてこれらの戦略やプロセスが実際にどのようなようになっているかを評価することが夢（目的）の実現の第1歩となります。

こう見てゆくと、私はほんのささやかな活動ではありますが「唱道」をやっているの

かな…、と最近思うのです。みんなで大きな夢を描ければいいですね。

次回はもっと掘り下げてお話をしてみたいと思います。

追伸

能力の付与の話？ に引っかけた…

コンドームを使えないというゲイの方が相談にみえられました。それはいざコトに及ぶときの雰囲気がいびいて、「コンドーム」を言い出す間がとれないと言つことなのです。「ちょっとガサガサするけど、コンドームをお尻に貼っておいたら」とお話ししましたが…。何か名案があれば教えてください。

JINNATA (FAIDSスタッフ)

ホームページ [http://www3.](http://www3.justnet.ne.jp/~jinta/)

[justnet.ne.jp/~jinta/](http://www3.justnet.ne.jp/~jinta/)

LAPホームページのアドレス(URL)が変更

独自ドメインを取得しました

LAPはインターネットの独自ドメイン (lapjp.org) を取得しました。当分の間はこれまでのアドレス (URL) でもアクセスが可能ですが、ぜひブックマークを更新してください。

新アドレス (URL) <http://www.lapjp.org/>



「薬害HIV被害救済に関わる調査研究のあり方について」

上野讓次

「はばたき福祉事業団」

「はばたき福祉事業団」という名前を「存じでしょうか？ 本当はもつと有名になってもいいこの名前なのですが、まだ知る人ぞ知るといレベルにある気がします。パレットによれば「はばたき福祉事業団は、薬害エイズ

被害者（感染者本人と遺族を含む）の救済事業を行うために、被害者が和解金の一部を拠出し、一九九七年四月に設立」されています。もとはといえば東京原告が中心になって作られた財団のようで、さまざまな事業が企画されています。その一環らしいのですが「薬害HIV被害救済に関わ

る調査研究のあり方について」という報告書が手に入ったので紹介しましょう。これは一九九七年十二月にはばたき福祉事業団の調査研究準備委員会から発行された二十六頁にわたるものです。

一九九六年の和解後、薬害HIV被害者の生活と健康を改善する恒久対策を実現していくためには、本来現状の把握や問題の解明が不可欠のはずなのですが、今までは厚生省などに施策に関して働きかけるという場合も、感覚的に方向性を決めていたところがあつて根拠に欠けるところがありました。また薬害HIV被害者についての調査研究はあまりなされておらず、学会

等での発表も数えるほどしかないのが実状です。そこでこの報告書では「どのような調査研究が全体的に必要なのか、どのような体制で、どの

ような手順で各調査研究を実施するのが有効なのかを検討」した結果が記載されています。

八つのテーマを 詳細に解説

興味深いのは、この調査研究準備委員会のメンバーに当事者である薬害HIV感染者本人、遺族、家族が全国から参加して加わっているということです。

基本方針についても「当事者が調査研究の計画からまとめに至るまで参加する方式のリサーチ」が望ましいとしており、とても新しく、またぜひとも必要と考えられる手法と思われる。

研究者側からは東京大学医学系研究科健康社会学教室の山崎喜比古氏を筆頭に、同教室の研究者数名、大阪市立大学生生活科学部長寿社会科学研

研究室の小澤温氏、エイズ予防財団の井上洋士氏などが並んでいます。ワーキンググループや会議を重ねて作ったこの内容が書いてありますが、実際これだけの報告書を作るのにはかなり大変だったのではないかと想像されます。それくらいしっかりしているのです。

**当事者も参加しての
調査研究を提案**

内容ですが、基本方針に引き続き「当面する調査研究の主なテーマ」として八つが並んでいます。薬害HIV感染者・家族・遺族のQOL、医療の質・制度・政策、差別・偏見、福祉・雇用・就労、セルフヘルプグループといったところが大まかな項目です。これらのテーマについて詳細に記した上で、「実施計画と初年度調査の提案」という章

があり、初年度にも総合基礎調査が必要であることが力説されています。

薬害エイズの和解後の今、次に何をすべきかを具体的に考えていく必要があることは言うまでもありません。この報告書は将来に向けての方向づけをしてくれる契機になる気がします。またはばたき福祉事業団としてもこの調査研究活動を事業の中心的な活動として位置づけていくという話も聞いています。ぜひこの報告書に記載されている調査研究が計画通り実現され、将来的にもその結果が役立つことを願っています。

興味のある方や研究者の方は、はばたき福祉事業団に連絡してみるのはいかがでしょうか。



この報告書に関するお問い合わせは、はばたき福祉事業団（東京都新宿区小川町9番20号 新小川ビル5階 TEL03・5228・1200）まで



98年1月30日に発行された会報「はばたき」の創刊号

医療費負担の実際

「その2」 岡部 翔太

たいした取材もしないで原稿なんて書くもんじゃないです。いや、でもちゃんと読んでくれている人たちがいるんですね。どうもありがとうございます。今回は、その方々から御指摘いただいた訂正をさせていただきます。どうかと思います。

最新の治療法ではないです

まずは前号7ページの和馬クンの薬の量。『AZTを4錠と3TCを3錠』と書いてありますが3TCは2錠の間違いでした。すみません！

「どこの病院でしょうか？」

とか「最新の治療法ですか」という問い合わせがありました。たが、完全なミスです。申し訳ないです。3TCを3錠処方するのは保険適用外だし、普通はありえない処方です。もし、3錠飲んでる人は医師に確認してみてください。

9ページにタケルさんのネルフイナビルの治療が1月で終わっちゃったと書いてありますが、3月6日に認可されたので、その間は治療の時に同様に無料でした。ちなみに薬価は1錠188円70銭で

サキナビルと同額。3錠ずつ一日3回飲むのも一緒なので一月分の薬価も同額の5万949円(2割負担で1万1900円、3割負担で1万5285円)です。

コア治療と拡大治療

コア治療と拡大治療の違いですが、これはかなり難しいです。詳しく知りたい方は医療従事者に聞くのが一番かもしれません。お寄せいただいた文章などを参考に、僕も確認しながら書きます。

コア治療は臨床検査値等の基準に合致している方が適応で、更に人数制限があります。また、拡大治療よりも厳密なインターバルで検査が行われます。拡大治療は臨床検査値の除外基準が緩い、人数制限が実質的にない等、規制が少なくより多くの方が参加でき

るようになっていきます。どちらも同種同効薬・検査診断料は製薬会社負担が原則です。

例えばカリニを疑って胸部レントゲンを撮ったとしても、その検査料と診断料は製薬会社負担となるけれど、カリニの予防としてペンタミジンを点滴した場合は、同種同効薬剤とは異なるという理由で自己負担となります。したがって治療中の検査費用は全て製薬会社負担と言えます。

また、コア治療の目的は抗HIV薬の効果を見ることですが、拡大治療の目的は安全性試験を主眼としています。そのため前記の様な制限、規制があるものと考えられます(この場合の安全性とは広い意味での安全性であり、毒性という意味ではない。毒性、効果を確認したものについて、最終的に多人数で安全性を確認するという「仕上げ」

の意味が含まれている。また、現行の治験制度では、効果が確認されていても実際の認可となるまでに結構な時間を要するため、できるだけ早い時期に患者さんに薬を供給するという目的もある。

ということですよ。わかりましたか？

「ウイルス疾患指導料」

『私立って高い？』のコラムの中で書いた指導料の件ですが、何故とられていないの？という問い合わせがありました。どうしてなのでしょう。僕にもわかりませんが、確かに僕の通っている病院では取られていません。これは、厚生省の定める医科点数の中で「ウイルス疾患指導料」として制定されていて、HIV感染者で病院に通院している方ならば、月に一度取られてい

るそうです。これはHIVやB型肝炎等の慢性感染症に罹患している方へ必要な医学的指導を行った場合に請求できるもので、HIV感染症の場合は、月に一度、請求する仕組みになっているそうです。

ただし、この「ウイルス疾患指導料」は「請求できる」というものであって、「請求しなければならぬ」ものではないそうです。ですので、病院によっては請求していないところもあるかもしれない、とのことでした。ふ、よかった。



みなさん、本当にありがとうございました。御指摘いただいたおかげで、僕自身の勉強にもなりました。

次号では新たなヒアリング調査報告(?)を掲載するべくこりずに準備を進めています。お楽しみに！「岡部翔太」

あなたにしかできないことを、そしてあなたにもできることをお手伝いください

ライフ・エイズ・プロジェクト(LAP)は「HIV感染者・患者のためのサポートグループ」として、93年2月に発足しました。以来、感染者・患者のための宿泊、休憩施設「PWAシェルター」の運営をはじめ、電話相談、パディ活動、交流会、ニュースレターの発行、勉強会・研修会の開催などの活動を行っています。

LAPではこうした私たちの活動を支援して下さる「会員」を募集しています。会員制度は、LAPの活動を維持し、できる限りの支援活動をしていくための人と資金を確保するための制度です。会員の皆様にはニュースレターや勉強会・研修会等の各種資料をお届けいたします。まだ会員の登録をされていない方はぜひ、希望する会員の種類とお名前、ご住所をお書きの上、郵便振替でお申し込み下さい。

- 個人会員(維持) 年会費 5,000円(一口。何口でも可)
 - 個人会員(一般) 年会費 3,000円
 - 個人会員(学生) 年会費 2,000円(但し、相談に応じます)
 - 団体会員(営利) 年会費 30,000円
 - 団体会員(非営利) 年会費 10,000円(但し、相談に応じます)
 - 資料送付料(非会員) 年間 3,000円以上
- 振込先: 郵便振替 00290-2-43826
口座名義 LIFE AIDS PROJECT



お問い合わせは 〒100-8691 東京中央郵便局私書箱490号 LAPまで

使用感が違う ウレタンコン ドームとは？

清水 茂徳

山之内製薬と相模ゴムから、今までのラテックス製のコンドームとは素材が違う、ポリウレタン製のコンドームが2月に発売された。いったい、ポリウレタン製のコンドームとは、どんなものなのか？ 山之内製薬にインタビューをしてみました。

実際に試して自分より合ったものを見つけて欲しい。

ウレタンという素材を選んだ理由は？

ウレタンという素材は人工血管や人工の心臓弁など、医療関係ですでに使われています。冷えると固くなり、温めると柔らかくなるという、ゴムとは違った特質があるという所にメーカー（相模ゴム）が着目しました。

開発から完成までどれく

らいかかりましたか？

東京オリンピックの頃からだと聞いています。

発売して間もないですが反響は？

悪くないんじゃないかという動きをしています。住宅街と繁華街では差がありますが

。繁華街の方が売れています。

油性のオイルでも破損が少ないということですが。

性質的にはウレタンというのはウレタンというのには耐えうる。ゴムの場合は、油分を吸収するので破損しやすいのですが、ウレタンは吸収がないと言われています。

使用上のこ



山之内製薬と相模ゴムのポリウレタン製コンドームは製品の一部から不良品がみつき、自主回収されました。98年8月現在、販売されていません。

注意で、コンドームに塗ってある以外のオイルなどを使わない様にと書いてあります。が、素材的には油性のオイルでも大丈夫ということなのですね？

素材的には耐えうるのですが、使用上の注意にも書いてある通り、本来の目的以外の

ウレタンコンドームの特徴

- 1、ゴム臭なし...ウレタンにはゴムのような特有の臭いが無い。香料なども使用していない。
- 2、丈夫で薄い...破裂圧や引っ張り強度がラテックス製のコンドームの3倍、薄さ30ミクロン。
- 3、表面がなめらかで熱伝導性が高い...ラテックスに比べウレタンは表面がつるつる。また7倍も早く体温を伝えるためよりフィットした感覚が得られる。
- 4、取り出しやすく品質を守る新包装...一つひとつがプリスターパック（使い捨てコンタクトレンズなどで使われているような専用ケース）に封入されている。
- 5、ゴムアレルギーの人にも安心...ウレタンだからゴムアレルギーの人でも使える。

使用はしないで下さいということ。安全上の事で、そう書いてある訳です。

この製品にはシリコンオイルを使っているのですが、それ以外の物は使わないで欲しい。これは、メーカー側の常識だと思うんですね。何でも、大丈夫という訳ではないということ。ゴムよりもウレタンの方が締め付けが弱いから、あま

りオイルを付けすぎると抜けやすくなるのではと思ったのですが。

そういうことはないと思います。伸縮性からいってもゴムの場合約8倍、ウレタンの場合約6倍伸びます。今のところワンサイズですが、それほど問題になる事ではないでしょう。

今後、大きめとか小さめとかのサイズを出すことは？

技術的にはできないことではありません。ただモニターの結果などから見て、それほど大きなフアクターではないと思っています。

従来のコンドームに比べて熱伝導率がアップしたということですが。

7倍といわれています。使用感が無いというのは、そういう所から来ているのではないかと思っています。ただ、使用感というのは、感性のものなので、実際に使ってみて判断して欲しいですね。

従来のコンドームのパッケージから新しいものに変えられたのは、従来のものではマズイからですか？

安全性の点からです。エイズの問題が出て来たら、薄さを追求するより、ある程度の厚さでという傾向です。商品を安全かつ安定した包装にするにはこの形がいいとメ

ーカー側が認めた訳です。フィルム製の包装で、ペチャと重ねると、今回のような包装とは明らかに差が出てくるのです。取りやすく、安全かつ安定した状態を保っておく、という前提に立って作ったのです。もう一つは、今までの『コンドーム』というイメージを感じさせないという配慮も成されています。

私たちがいくら「コンドームを使って下さい」といっても、「ゴム嫌いだから」という反応があったのですが、この製品によって選択の幅が広がりましたね。

今までは、薄さ、色、形で差別化をしてきましたが、ここで初めて素材という選択ができるようになってきました。ゴムが嫌いな大きな理由に「臭い」があると思うのですが、ポリウレタンにはゴム臭さはありません。

エイズやエボラ出血熱のような新しい感染症（新興感染症）、結核などのように再び勢いを増してきた感染症（再興感染症）を背景に、国際的には世界保健規則の改正論議、国内的にはO157（腸管出血性大腸菌感染症）対策を契機として、感染症対策が急務となってきた。1996年6月30日までに、厚生省は伝染病予防法を100年ぶりに改正し、エイズ予防法など関連法を廃止・統合する方針をまとめ、7月2日に公衆衛生審議会へ提案した。

公衆衛生審議会の伝染病予防部会で一年以上の審議が行なわれ、昨年12月

8日に「新しい時代の感染症対策について」と題する報告書がまとめられた。今年2月3日には厚生省が感染症予防法案（仮称）制定要綱を提示し、3月にも国会に法案が提出され、この文章を皆さん

が読まれている頃には、国会での審議が始まっているのではないかと思う。

これを書いている段階では法案が提示されているわけではないので、感染症予防法案の詳細は不明だが、制定要綱で概略は明らかとなった。そして言えるのは、エイズ予防法と同様、感染症予防法案が奇々怪々であるということだ。感染症の拡大防止には、何の役にも立ちそうにない。

草田コラム

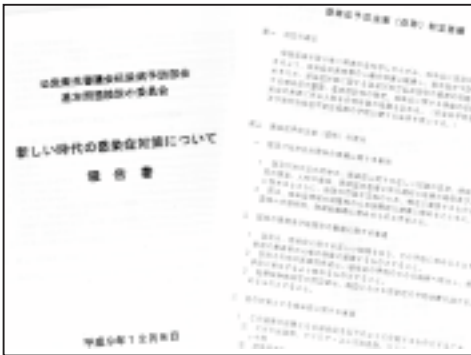
感染症予防法案 への疑問

草田 央

そこで、いくつかの疑問点を提示し、だまされないための参考にさせていただきたいと思う。なお、ニュースレター9号に書いた『エイズ予防法とは』もあわせて読んでいただけるとありがたい。

国際保健規則改正前に なぜ国内法を制定？

現在WHOで国際保健規則の改正作業が進められており、来年五月のWHO総会に提案される予定である。「WHOの主要参加国である日本が、百年前の伝染病予防法を抱えていたのでは恥ずかしい」と厚生官僚が考えたかどうかはわからないが、厚生省が国際保健規則改正を意識していることは確かだ。しかし、国際保健規則改正



伝染病予防部会の報告書

正の論議をCDCの論文などから読み取ると、国際保健規則改正前に国内法を制定しようとする事のおかしさが浮かび上がってくる。

たしかに国際保健規則改正への動きは、新興感染症や再興感染症対策の必要性から出ている。現行の国際保健規則は、コレラノペストノ黄熱病しか対象にしていなかったのだ。その点では、我が国の伝染病予防法改正の視点と同一のものだ。しかしながら、改正により何を獲得しようとしているのかという点になると、WHOと日本とはニュアンスが大きく異なる。

現行の国際保健規則は、コレラなど三疾病しか対象となっており、なおかつ強制力を持たなかった。そのため、各国が独自の法規制を行なってしまった。例えば、一九九一年のラテンアメリカで起きたコレラ騒動では、ペルーが輸入・入国規制を行なってしまった

〇一五七は「三類感染症」に



いる。一九九四年のインドでのペスト騒動では、インドからの輸入・入国を規制する国が続出した。エイズでは、日本のエイズ予防法のように、入国規制を行なう国が出た。新型インフルエンザ騒動でも、中国や香港からの二ワトリの輸入禁止や旅客の検疫強化に乗り出す国が相次いでいる。各国が独自に過度の対策を取り始める

と、自国の経済的不利益を回避するため、どの国でも適切なサーベイランス(疫学情報の収集)を行なって情報公開をすることを嫌うようになってしまった。そうすると適切な感染症対策も行なうことができなくなり、諸外国も疑心暗鬼に陥り、ますます過度の規制を行

カイワレ大根を食べる菅直人



なつという悪循環に陥ってしまうと考えられている。

つまり、国際保健規則の改正は各国が独自の規制に走らないように、情報公開のもとで各国が協調して感染症対策を行なっていくというものなのだ。感染症予防法案により、我が国独自の規制をつくらせようとするのは正反対の目的だということだ。したがって、少なくとも国際保健規則が改正されるまで国内法の制定は待つというのが筋というものだ。我が国としては、国際保健規則の改正に積極的に尽力し、WHOで改正案が採択された後は、国内法を国際保健規則に準拠するよう改正するべきなのではないだろうか。

就業規制で〇一五七

は予防できるの？

一昨年の〇一五七騒動で、厚生省は伝染病予防法の指定伝染病として感染者の就業規制を行なった（就業規制そのものは、伝染病予防法の適用前から健康政策局計画課長・エイズ結核感染症課長・食品保健課長の3課長の連名で指示されていたものである）。今度の感染症予防法案でも〇一五七は「二類感染症」に分類され、特定職種への就業制限が行なわれることになっている。

しかし、感染者が就業していることよって〇一五七の感染が広まったという話は、ついぞ聞いたことがない。また、伝染病予防法が適用されたことよって、感染拡大が食い止められたとする見方もない。

もはや日本の常在菌となつている〇一五七で、あれほどの被害を生じさせた大きな要因の一つは、

給食制度という同一食材の広域・大量消費であろう。視察に訪れた

CDCの職員は、日本の給食制度を知つて、「クレイジーだ」とつぶやいたという。感染症の危機管理において、広域・大量消費ほど無防備なことはない。しかしながら、〇一五七を契機とした伝染病予防法の見直しであつたはずなのに、同一食材の広域・大量消費については、議論にすらなつていない。

〇一五七の教訓は、またある。原因究明の遅れである。感染症の危機管理においては、迅速な初動調査が必須なのである。〇一五七では、この初動調査に失敗したため、カイワレ大根説は浮上したものの、今もつて原因は特定されていない。感染症予防法では積極的疫学調査により原因究明を行なつてことを明記しているが、後述の理由から機能するとも思えない。食材の監視体制を強化しようこの動きもない。また、治療体制や治療情報の遅れも指摘できる。〇一五

七では、エイズのときと比べれば健闘したとも言えるかもしれないが、それまでに存在した〇一五七に関する数多くの知見が、迅速に活かされたとも言えない。これについても感染症予防法案は、具体的な対策を何も提示していない。

〇一五七騒動は、かつてのエイズパニックと同様、感染者への甚大な差別と偏見をもたらしている。もし法律の適用が必要たしたら、差別や偏見にさらされている感染者を保護することにある。伝染病予防法が適用されなくても、感染者の就業は管理者の自主的判断及び行政の指導によって、過度に規制されていた。本来は就業制限の必要のない保母さんの就業まで制限されたのだ。仕事を休んでも解雇されない、もしくは解雇でなく一時的に他の仕事に移り、治療に専念できる措置が必要だつたのに、伝染病予防法の適用は、その差別・偏見に拍車をかけることになつた。感染症予防法案

は、さらに感染者の住所・氏名の報告義務まで課すつてしている。

エボラ出血熱の入院患者に入院命令を出して意味があるの？

近年、エボラ出血熱が小説などでセンセーショナルな話題となっているせいか、感染症予防法案でもエボラ出血熱などを「一類感染症」に分類し、七十二時間以内の強制入院など最も厳しい措置を規定している。

エボラ出血熱は、たしかに致死率の高い疾患である。しかし血液感染しかせず、空気感染のない、比較的感染力の弱い疾患でもある。まず我が国でエボラ出血熱の蔓延が起きることは考えにくい。

エボラ出血熱発生の報告は、当然のことながら病院からもたらされる。「発症者と思われる患者が入院した」との一報であるはずだが、その対応として考えられるのは、移送が可能ならば治療能力の高い

感染症予防法案



Ebola Zaire virus の電子顕微鏡写真

Electron micrograph of Ebola Zaire virus. This is the first photo ever taken, in 1976, by Dr. Frederick A. Murphy, now of the University of California - Davis, then director of the National Center for Infectious Diseases. Diagnostic specimen in cell culture at 160,000 x magnification. (Source: Access Excellence.)

感染症指定医療機関に移送するこ
とであり、移送が不能ならば医療
チームを派遣することである。そ
れとともに疫学調査チームを派遣
し、感染原因の特定を急ぐことが
必要である。

しかしながら、感染症予防法案
に規定されているのは、まず七一
時間以内の入院勧告である。入院
している患者に入院勧告とは滑稽
な話だ。さらに感染者の立ち入っ
た建物や場所の封鎖・消毒、死体
の移動禁止などが続く。まさに映
画『アウトブレイク』を想起させ
る対策で、伝染病予防法に規定さ
れていたものと同じだ。伝染病予
防法の交通遮断や死体の移動禁止
は、公衆衛生審議会の報告書で
「極めて大規模の感染症の集団発
生があった場合を想定した措置
で」「現代の公衆衛生水準を考慮
すると想定し難く」「社会的に認
め難い」として廃止の勧告を受け
ているものである。

映画『アウトブレイク』は、地
域封鎖の上、住民抹殺によって感
染症の拡大を防止するのか？ 原
因を究明し、感染した住民の治療
を行なっていくのか？ の対立を
描いていた。さすがに感染症予防
法案には住民抹殺の規定はない

話題となった『アウトブレイク』
と『ホットゾーン』



が、前者の対策が中心であること
は確かだ。感染症出現の可能性が
高いのは、人口が密集し移動の激
しい都市部である。もちろん東京
が最も確率が高いことになる。は
たして東京を封鎖することが可能
なのだろうか？ 東京を封鎖した
として、感染症の拡大を防止でき
るのだろうか？

積極的疫学調査は 機能するか？

感染症予防法案では、積極的疫
学調査（アクティブ・サーベイラ

ンス）を行なうことを掲げている。
積極的疫学調査とは、感染症の原
因究明と感染拡大状況把握のため、
病院等を訪問するなどして情報
収集を行なうことである。『エ
イズに学ぶ』（日本評論社）の中
で菅沢正見氏は「WHOあたりで
はアクティブサーベイランスとい
うことは使い、サーベイランス
は、ただ上がってきたものを漫然
とながめて、患者数が上昇した、
下降したというだけではいけな
い、対象を絞って行動を起こすの
が望ましいといっています」（一
三二頁）と紹介している。アクテ
ィブ・サーベイランスとは、文字
どおり行動をとるための調査なの
である。エイズ予防法のように、
報告された数字を集計して発表し
ているだけでは、何の対策（行動）
にもつながらないわけだ。

アクティブ・サーベイランスは
感染症対策に欠かせないもので、
厚生省が欧米の感染症対策から十
数年遅れて取り組む姿勢を見せた

ことは大いに評価できる。しかしながら感染症予防法案では、患者や関係者への質問や調査に関する行政への権限付与のみをもって積極的疫学調査としている。アクティブ・サーベイランスには、ウィルス同定のための検査体制の整備や、治療対策まで含まれると解される。しかし、感染症予防法案での積極的疫学調査には、そのような視点は無い。これでは何のため「積極的に」調査するのか不明ではないのか。

そもそもアクティブ・サーベイランスで適切な情報を収集するには、感染者や医療者、住民などからの協力が欠かせない。協力が行なわれるには、行政への信頼がなくてはならないはずだ。今の行政は、感染者や住民から積極的に協力が得られるほど信頼されているだろうか。感染者の住所・氏名などの報告も、疫学情報の信頼性を高めるためには必要だと私は考えている。エイズ予防法のように、

過度にプライバシーに配慮しては、ダブルカウントや行方不明が続発し、疫学データの信憑性が大いに欠くことになるのだ。しかしながら、感染症予防法案のように、入院命令や就業規制を前面に押し立て、行政への調査権限付与による強制的調査に、誰が積極的に協力しようとするものか。

アクティブ・サーベイランスにより感染症の原因に肉薄しようとする調査官は、それなりに感染症に罹患する危険性を伴うものである。それが未知の感染症であれば、なおさらである。もし調査官が感染してしまった場合、最高度の医療が提供されるべきだろう。その保障がなければ、専門家であっても、自らの身を危険にさらす人は少ない。感染者の医療を保障しなければならぬ理由が、ここにもある。入院命令を出して終わりでは、調査チームの士気は高まらないに違いない。

感染症予防法案の「積極的疫学

調査」は、WHOなどが推奨する「アクティブ・サーベイランス」とは似て非なるもの。単なる「強制的疫学調査」に過ぎない。これでは感染症対策を行なうための調査ではなく、感染者への脅しのための調査だ。

感染症は人からしか感染しないの？

感染症は病原体が体内に侵入して起こる疾患であり、その病原体が侵入するルートは様々に考えられる。我が国でエボラ出血熱が発生するとしたら、輸入された猿などに起因してのものだろう。潜伏期間の関係から、感染者が発症する前に入国する事態は考えにくいのである。

〇一五七では給食が原因であったことは確かだ。エイズでは、輸血や血液製剤によって多大な感染被害を生じさせた。人からの感染しか想定していないエイズ予防法では、放置された非加熱製剤による

感染拡大を防げなかった。MRS Aでは院内感染が問題であり、それは抗生物質の使い過ぎや病院内衛生管理の問題であった。近年問題となっている感染症は、感染者が原因となって感染拡大が起こるような感染症ではない。感染者の管理では防げない感染症が問題となっており、それが国際保健規則や伝染病予防法の改正の根拠の一つでもあったのだ。

ところが感染症予防法案では、相変わらず感染者の管理一本槍である。公衆衛生審議会からは猿を原則輸入禁止にするよう勧告されている。しかし厚生省が出してきた感染症予防法案や検疫法改正案では、猿を検疫対象にし獣医に報告義務を課しただけの対策となっている。食料品や医薬品が原因の感染症対策には触れられてもいない。

感染症予防法案では未知の感染症出現への対策として、「新感染症」を定義し、エボラ出血熱など一類

感染症予防法案

感染症に準じた扱いを規定している。ところが、その新感染症の定義には「人から人に伝染すると認められる疾病であつて」との条件がつけられているのである。人から人に伝染すると認められない未知の感染症に対しては、それがどんなに感染力が強くと、それがどんなに致死率が高くても、この感染症予防法案では対策しないことが明言されていることになる。

『伝染病』 予防法案であることが、ここでも明らかとなっている。

感染してしまつた「人」は管理されてしまつけれど、その原因となつた動物や食料品・医薬品などは放置されてしまつ。それが感染症予防法案である。

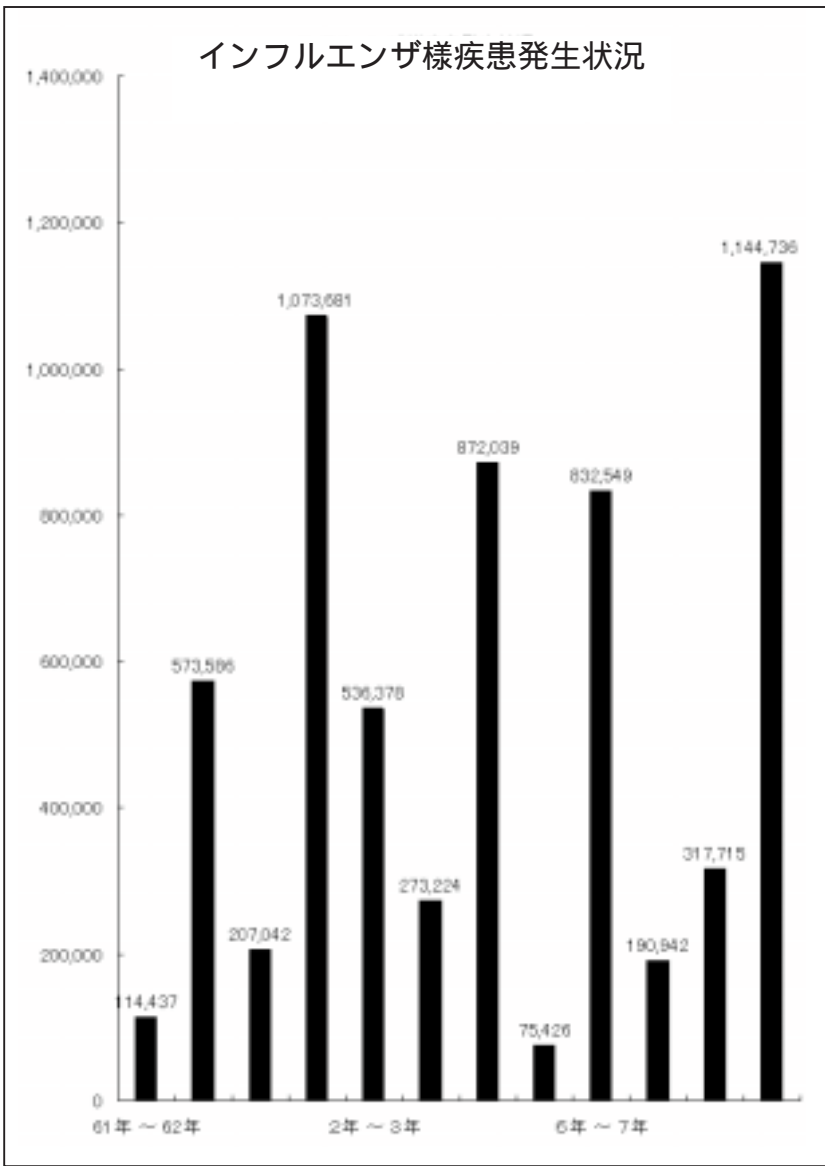
インフルエンザ 対策は十分か？

香港の新型インフルエンザ・ウイルスが話題だが、インフルエンザ

は毎年日本で数百人もの死者を出す感染症である。都内の特別養護老人ホームでは、一年前のインフルエンザで四一人もの死者を出している。我が国の感染症の中で毎年最も死者数が多いのが、こ

のインフルエンザだ。空気（飛沫）感染することからわかるように、感染力も強い。感染症予防法案の感染区分類基準である「感染力、罹患した場合の重篤性等に基づく総合的な観点から」考えれば、イ

ンフルエンザこそ「危険性が極めて高い感染症」だと言える。ところがインフルエンザは、エイスなどと同じ「四類感染症」に分類されている。つまり、感染者数の報告義務しか課せられていな



いのである。おそらくインフルエンザ・ウイルスの感染者は（感染力が強い）あまりに多く、強権的な規制がかけられないとの判断なのだろう。逆に言えば、エボラ出血熱の感染者なんて（感染力が弱いため）出てもわずかでしかない。小人数ならば強権的な規制も可能だという判断だ。

しかし、これでは明らかに論理矛盾だ。入院命令という名の隔離措置などの規制が必要だとしたら、それは感染力が強く感染拡大が危惧されるからだ。感染力が弱く感染拡大の心配がないときにだけ規制したのでは、全く意味がない。欧米で隔離措置などの規制を「中世の方法」として近現代の感染症対策から却下してきた事情には、そうした理由があるのである。

どうして感染症の分類が必要な？

感染症予防法案では、エボラ出血熱などを一類感染症に、「コレラ

などを二類感染症に、〇一五七を三類感染症に、そしてエイズなどを四類感染症に分類し、それぞれの規制措置を定めている。

そもそも感染症対策の見直しは、百年前に制定された伝染病予防法では、新興感染症や再興感染症に対応できなくなってきたことにあつた。今後とも未知の感染症や、制圧したと思つた感染症が再び増えてくる事態は十分予想される。新しい法律は、そうした将来の事態に柔軟に対応できることが望まれているはずだ。感染症名を限定列挙した法律では、伝染病予防法と同様、早晚陳腐化してしまうことは避けられない。

そのため感染症予防法案では、五年ごとに法の対象とする感染症を見直すことを規定している。しかし、五年ごとに法改正を行なつたというのは、いかにも無理がある。感染症予防法案では、政令で指定できる「指定感染症」や「新感染症」も規定して、法律の柔軟さを

確保している。それでは、なぜ全ての感染症分類を政令に委ねてしまわないのか？

それは法律が国民の規制を行なうものだからである。行政の暴走を抑止するため、行政が国民に規制を行なおうとする場合は、事前に法律による厳格な規定が求められるのである。ところが、感染症予防法案が対象とする具体的な疾病名を列挙し分類し規制を定めている理由なのである。にもかかわらず感染症予防法案は、政令によって自由に指定できる余地も残している。実質的には、行政に無制限な権限を付与しているに等しい。公衆衛生審議会の議論や報告には、行政が権限行使に萎縮しないよう法的責任が問われない免責条項を入れよとの文言もあつた。

感染症対策を規制ではなく、内外の協調によって成し遂げよといった趣旨ならば、法律に感染症名を限定列挙する必要もなく、個々の感染症に対し、そのときの知見

草田央ホームページ“ AIDS SCANDAL ”

インターネットに草田央さんのホームページ“ AIDS SCANDAL ”が開設されています。「薬害エイズ」をはじめとする、エイズをめぐる様々な事件・話題を扱い、とても読みごたえのあるホームページです。ぜひ一度ご覧下さい。

URL <http://www.t3.rim.or.jp/~aids/>



に基づいた適切で柔軟な対応が可能となる。しかしながら、厚生省

が感染症対策の見直しについて公衆衛生審議会に諮ったのは、最初から「規制の対象となる疾病の選

定にあたって、規制の根拠を何に求めるべきか」「どのような感染症についてどの程度の行政的な防疫対策が必要か」ということであ

った。感染症対策の中心を『規制』に置くことは、厚生省にとって規定路線だったのだ。それゆえ、公

衆衛生審議会が「新しい時代の感染症対策について」と題し、「個々の国民の感染症予防及び良

質かつ適切な医療の提供を通じた早期治療の積み重ねによる社会全

体の感染症予防の推進」と提言しても無視し、公衆衛生審議会が行

なった感染症分類のみを感染症予防法案に盛り込むことになるのである。厚生省が公衆衛生審議会に

期待したのは、規制を行なったため

を提言してもらったことは望んでいなかったらしい。

なぜ結核が入っていないの？

感染症対策の見直しの背景の一つは、結核に代表される再興感染症の問題であった。しかし、結核予防法は感染症予防法案に統合されないことになっている。なぜか？ それは「結核予防法がよ

くできた法律だから」といっ

つまり、感染症予防法案が結核予防法より、明らかに見劣りする法律であることを、厚生省自ら認

めているからだろう。

結核予防法が他の感染症関連法に比べて評価されているのは、一

次予防（感染予防）だけでなく二次予防（治療）まで規定した法律

だからである。結核予防法は第一条で「この法律は、結核の予防及

び結核患者に対する適正な医療の普及を図ることによつて、結核が

個人的にも社会的にも害を及ぼす

ことを防止し、もつて公共の福祉を増進することを目的とする」と

明言している。わずかではあるが患者の治療を受ける権利にも言及されているのである。

感染症対策において、一次予防（感染予防）だけでは機能せず、感染拡大の防止すら成功させることができないのは予防医学の常識

でもある。感染していない人には感染予防を、感染した人には適切な治療を、治療が成功した人には

社会復帰を、感染者も含め全ての国民の被害を未然に防ぐのが、本

当の意味での「予防」なのである。そして、感染していない人は、感

染者の治療や社会復帰を支援し、感染者は感染していない人が感染

しないよう努力する。人類の敵は同じ人間である感染者ではない。

感染した人も感染していない人も、協力して感染症に立ち向かう

H I V ・ エイズ関連新聞記事

(1998年1月26日 ~ 1998年2月3日)

「 4 人の患者も納得している 」 = エイズ遺伝子治療の正式断念で - 熊本大 = 1月26日・時事通信

国内で初めてエイズ（HIV）感染者への遺伝子治療に熊本大と共同で取り組んでいた製薬会社のミドリ十字が厚生省に同治療の試験の中止を申請したことを受け、同大は二十六日、実施断念を正式に決めた。同試験審査委員長の松田一郎教授は「（今回の遺伝子治療は）理論的には間違った方法ではないが、米国の試験で有効性がみられないだけに、現時点では中止せざるを得ない」と語った。

実施担当者の松下修三教授によると、四人の患者には二十六日にも正式に中止を伝えるが、「中止の可能性が高くなったことを既に説明しており、四人とも納得している」という。

現在、患者の免疫機能は比較的安定しており、従来通りの抗ウイルス剤による治療を続けるが、同治療計画の総括責任者である原田信志教授は「抗ウイルス剤も完べきではない。また新たなプロジェクトができれば申請していきたい」と語り、別のエイズ遺伝子治療の方法を検討していく意向を示した。

昨年のエイズ患者、過去最高の 2 5 0 人 = 感染拡大傾向続く - 動向委員会 = 1月27日・時事通信

一九九七年の一年間に報告されたエイズ患者は前年比十五人増の二百五十人に上り過去最高を記録するなど、血液製剤による血友病患者らを除いた感染者・患者とも前年を上回ったことが二十七日、厚生省のエイズ動向委員会（委員長・山崎修道国立感染症研究所長）のまとめで分かった。欧米では近年患者・感染者とも減少している国もあるのに対し、日本では依然として感染の拡大傾向が続いているとして、同委は危機感を強めている。

同委によると、感染者は前年比二十二人増の三百九十七人で、外国人感染者の多かった九十二年の四百四十二人に次いで多かった。感染形態では、異性から感染した男性では四十歳代が最も多く、同委員会は売春を通じて感染した例が多いとみている。また男性同性愛者の感染者と、女性の感染者は二十歳代が最も多く、今後は若年層を対象としたきめ細かい啓発活動が一層重要になるとしている。また昨年十一、十二月の二カ月に報告された感染者は六十七人、患者は四十人だった。新たに二十人が死亡し、これまでの死亡者累計は千十三人になった。

加熱製剤は承認前に輸入 供給急ぎ厚生省指示と証言 1月29日・共同通信

薬害エイズ事件で業務上過失致死罪に問われた元厚生省生物製剤課長松村明仁被告（56）の公判が二十八日、東京地裁（永井敏雄裁判長）で開かれ、検察側証人の製薬会社バクスター社員に弁護側が反対尋問した。社員はエイズウイルス（HIV）感染の危険がない加熱血液製剤の輸入販売を開始した一九八五年当時、供給を急ぐため、医薬品としての承認を見越して事前に輸入しておく異例の措置を、厚生省が指示していたことを証言した。公判で松村被告は「加熱製剤の早期承認などに努力した」と主張しており、証言はそれに沿う内容。検察側も松村被告が加熱製剤供給を急がせたことは認めているが、それ以前にクリオ製剤への転換などが可能だったのに怠ったと指摘している。

証言によると、同社は米国製加熱製剤の承認を八五年四月に厚生省に申請。七月に承認を受け、八月に出荷を開始した。通常、新薬は承認を待って発注、その後出荷まで三、四カ月かかるが、加熱製剤については厚生省が事前輸入を指示した上、出荷前に行う国家検定も通常より短い期間で済んだという。社員は「こういうケースは他にない」と述べた。

「謝罪の上での廃止を」 エイズ予防法でパンフ作成 1月31日・共同通信

今国会に提出の感染症予防法（仮称）の成立に伴って廃止されるエイズ予防法について、HIV薬害訴訟を支える会・大分は「血友病患者らへの差別と偏見の元凶だった」として、廃止に当たり政府の謝罪を求める運動をまとめたパンフレット「エイズ予防法を問う」（A4判、約七十ページ、五百円）を二千部作製した。

パンフには、一九九六年春に公開されたエイズ予防法に関する厚生省の内部資料や九七年十一月、同会が厚相に提出

した要求書などが掲載されている。

同会は二月一日に大分県別府市で「エイズ予防法の廃止を求める市民集会」を開き、謝罪の上での廃止を政府に求める。集会では同法廃止への動きについて講演がある。九州HIV訴訟弁護団の徳田靖之弁護士は「過ちを認めさせて廃止させるため、できることを精いっぱいやりたい」と話している。

エイズの障害認定で説明会 4月から業務開始 厚生省 2月2日・共同通信

免疫機能の低下したエイズウイルス（HIV）感染者やエイズ患者を今年四月から身体障害者として認定することについて厚生省は二日、都道府県などの担当者に対する説明会を東京・霞が関の同省で開いた。

説明会には身体障害者の認定業務担当者ら約百八十人が出席。厚生省は担当者らに対し、認定業務をする際、感染者らのプライバシー保護に万全を期するよう要請した。

特に感染者らが偏見や差別を恐れて申請をためらうことが予想されるため、厚生省は（1）本人に代わって関係者が申請できる（2）申請書の提出や身体障害者手帳の交付は郵送でもできる（3）手帳に記入する傷病名は「免疫機能障害」とすることを指導した。また、認定に当たって「十三歳以上」と「十三歳未満」の感染者では認定基準が異なることや、当面の間、エイズ拠点病院の専門医が認定のための診察に当たることを求めている。

この日の説明会には感染者本人で出席した人もいて、ある感染者は「地方では申請者が少ないため目立ちやすい。プライバシーの保護には最大限配慮してほしい」と訴えた。

新感染症法制定に向け諮問 厚生省が公衆衛生審に 2月3日・共同通信

感染症対策の改善、強化のため、厚生省は三日、感染症予防法（仮称）の制定などを盛り込んだ法案要綱を公衆衛生審議会に諮問した。審議会は同日の伝染病予防部会で審議を始め、今月中旬にも答申をまとめる予定で、厚生省は三月中旬に国会への法案提出を目指す。現在の伝染病予防法は制定から百年が経過し、医学の進歩や社会情勢の変化にそぐわなくなり、エボラ出血熱などの新興感染症も想定していないため、時代に即した法体系を整備するのが目的。

要綱は伝染病予防法とエイズ予防法、性病予防法を廃止して感染症予防法に統合、また国や地方自治体の責務を明確化している。同時に狂犬病予防法や検疫法の一部改正も諮問された。結核予防法と予防接種法は存続する。

感染症予防法は、患者の隔離による社会防衛を柱とする伝染病予防法から「患者への適切な医療の確保と人権の保護に努める」と、患者の権利を重視した内容に変わっているのが特徴。インフルエンザからエイズ、エボラ出血熱まで既知の感染症を、感染力や症状などを基に四つに分類、さらに未知の感染症と合わせ、それぞれに対応する専門病棟などの対策が規定されている。入院命令など公権力の発動に対するチェック機関も設けられる。動物由来感染症の危険を低減するため、サルをはじめとする動物の輸入検疫強化も盛り込まれた。

米エイズ死者、一気に44%減少

2月3日・読売新聞

【ワシントン2日＝大塚隆一】米疾病対策センター（CDC）の当局者は二日、米国の昨年前半のエイズによる死者数が前年同期に比べ、一気に四四%減ったことを明らかにした。「プロテアーゼ阻害剤」と呼ばれる新タイプの治療薬を従来の二種類の薬と組み合わせて使う三種併用療法の効果と見られる。死の病と言われたエイズは、完治できないまでも、薬でコントロールできる可能性が出てきた。

CDCによると、一九九五年に約四万三千人に達した米国のエイズ死者は、九六年初めて減少に転じ、前年比二六%減の約三万二千人まで落ち込んだ。九七年に入ると減少傾向はさらに加速、六月までの死者数は前年同期の約二万一千人から約一万二千人に激減した。死者数が減り始めたのは、三種併用療法が普及した時期と一致するという。

この療法を使うと、エイズ患者や感染者の体内のウイルス量が大幅に減り、発症を遅らせたり、症状の進行を抑えたりすることができる。ただ、毎日二十錠以上を決まった時間に服用し続けなければならない、吐き気などの副作用に苦しむ人もいる。治療薬の効果がいつまで続くか不明という問題点も残されているという。

注：この新聞記事データは各社の「速報記事」をもとに編集したものです。