

LAP 
Life AIDS Project
NEWS LETTER

Vol.22



off-G

'98.3.31



Life AIDS Project News Letter Vol.22-PDF

日本の厚生行政を変えていく一歩に

HIV感染者の障害者認定がもたらしたもの [磐井静江] 3

「支える宣言」、初めて難病に認定、軽症であるほど社会的不利が大きい他

資料 障害程度等級認定基準（13歳以上） 10

身体障害者診断書・意見書（13歳以上用）記入例見本

一日8回！食後、食間、6時間毎、8時間毎…どうしたらうまく飲めるのか

薬の服用と生活リズム [岡部翔太] 13

楽ちんな選択、薬を飲むための食事、同僚との関係、生活の幅を広げるには他

保健所からのエッセー

エイズ教育の周辺 ～ヘルスプロモーション考2～ [JINNTA] 22

抗HIV薬の併用療法等の発表が目白押し

第11回日本エイズ学会レポート [2] [うえきたかよし] 25

HIV検査結果の献血者への通知を考える [草田 央] 29

LAPニュースレター無料送付のお知らせ 9

LAPパソコン講座のお知らせ 24

LAPホットラインエイズ電話相談案内 26

LAP入会案内 28

HIV・エイズ関連新聞記事 34

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:GCD00301
INTERNET ADDRESS:lap#lap.jp #->@

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

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。



3



13



22

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。

日本の厚生行政を変えていく一歩に

HIV感染者の障害者認定 がもたらしたもの

東京都職員共済組合清瀬病院
医療ソーシャルワーカー

磐井 静江

医療費が助成される、ホームヘルパーが派遣される、税金の控除がある、手当てが出る…。いろいろな福祉サービスが受けられるようになったけど、それだけじゃない。

HIV感染者の障害者認定が開始されたことは日本の福祉にとって大きな意味を持っている。HIV感染者の障害者認定がもたらしたものは何なのか。その実現に福祉の立場から尽力された医療ソーシャルワーカーの磐井静江さんに伺った。

〔構成 清水茂徳〕

身体障害者手帳を取らなければ福祉サービスにつなげられない

講演会に呼ばれたり、話をする機会があるたびに私はHIV感染者の方を身体障害者手帳の対象者にすべきだ、と4年ぐらい前から一貫して話してきたんです。身体障害者手帳を取らなければ日本では福祉サービスにつなげられないから、ぜひ入れてくれと。当時は理想は理想なんだけれど、という「絵に描いた餅」のような話でした。

でも、いくらボランティア団体が頑張っても、基本となるベースのサービスがなければ大変です。政府の政策が何もなくて全部ボランティアがやってくれ、というのでは人も時間も足りないというのは当然のことなんです。その基本ベースのサービスを提供するはどうしたらいいかというと、日本においては身体障害者手帳に位置づけるしか方法がないんです。手帳が交付されれば、医療費の助成、ホームヘルパーの派遣などのサービスが等級に応じて受けられます。

国と国民が社会参加を保障していく「宣言」になっている

しかし一番大きい意義は、国と国民が責任を持って、障害者認定された人に対して、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「支える宣言」になっていることです。H1V感染者は差別と偏見で大変だと枕詞のようにいわれますが、この国で社会的な位置を築き、社会認識を高めるためには現行法の中では身体障害者手帳の対象者として認められることが、とりあえず一番いい方法。これが全てではないけれどもとりあえずいい方法なんです。

これまで難病の人は認められていなかった

私は病院のソーシャルワーカーとして福祉の仕事をしているわけですが、身体障害者手帳に難病の

人が入っていないのはおかしいとずっと感じています。今までの法律は医学レベルということで、機能障害だけを見ている。目で見て分かる障害、臓器だったらこが完全に不全になっている、足だったらこがないとか、そういうようなものでしか認めてくれなかった。でも、病院で私たちに相談をしてくる人たちの多くは病気に変動があるわけです。ある時は体も動かさなくらい辛いけれど、ある時は外に散歩に出られるような時もある。仕事もアルバイト程度ならできることもあるし、全くできない時もある。それが病人というものじゃないですか。病状は可変的なものなんです。なのに、こういう人たちは法律になじまないということと、ずつと門前払いを受けていたんです。

だからといって、なら仕方ないですね、諦めましょうとは私ほんとにも思えない。日本の福祉社会を作っていくためには健康人とは

違う様々な不利な状況があるような人たちを、全体的に障害者ということで認めていって、本当に必要なサービスが国民も国も援助するようにになっていかないとけないんじゃないでしょうか。

困っている人に必要なサービスが行き届くように

日本の中では福祉でお金が取れたとか、得したとか、そういう話になりがちなんですよね。努力しない奴が役所の金をもらっている、みたいな。それも誰かコネのある人に言ったり、役所に知ってる人がいたりするともらえるというイメージがなきにしもあらずではなかったのかと思うんです。何でそうやってしまうのかといったら、平等じゃないからなんです。本当に困っている人に本当に必要なサービスが行き届いていたら、みんなそんなふうには思わない。なんであの人にこんなサービスが

いくのとか、こんなに困っているのに何でなんにも社会的支援がないのとか、そういうことがあるから何となく税金のぶんどり合戦をしているような感じがするんだと思うんです。福祉っていうものが見えにくくなっちゃって恩恵だけという感じになってしまっている。

原告団から身体障害者認定の要望書が出された

原告団から身体障害者認定の要望が厚生省に出されたと聞いて、私はボランティア団体や当事者の人に血友病の人はこうしてるけれども、性感染の人も要望書を出すのなら今がチャンスだよ、と伝えました。国は血友病の恒久対策の一環としてやるということがあくまで主眼で、性感染の人たちが要望書を出して通るとも思えなかったけれども、今、ちゃんと自分たちの要望を言うことが大事だと思

ったんです。

東京HIV診療ネットワークでも先生たちに厚生省の障害者認定の審議会のメンバーになって欲しいと声がかかっていたから、急にクロージングアップされました。だけど医師は福祉のことをよく知らないんですよ。私は福祉関係者の中で優れてるわけでもなんでもないけど、私程度の知識でも、先生方には役立つことがあるということとで障害者認定の話をしてきました。

厚生省の審議会には福祉関係者が一人も入っていません

福祉関係者ってというのは非常に劣悪な状況におかれていて大学教授をはじめ、ちゃんと研究者がいるのに審議会のメンバーには福祉関係者が一人も入っていません。医師ばかり。あとは厚生省のお役人たちが入っている。

そもそも身体障害者手帳という

のは何なのか、という所から先生方が勉強される。そのレクチャーは厚生省の役人の方がする。ほとんどは正しいんだけど、一つの見方でしかないという情報だつてあるわけです。なので、東京HIV

診療ネットワークで社会事業大学の佐藤先生に話をしてもらいました。私は佐藤先生の話をかみ砕いて、それを現実のHIVの問題にしたらどういふふうになるかという話を話しました。



「社会的不利」を認定基準に取り入れるべく尽力された磐井静江さん

井静江さん

先生方も

審議会に福祉関係者を誰か入れたと言っていたんです

が、厚生省は入れる気がなさそうだとこのことが分かった。じゃあどうやって福祉関係者の意見を入れていくのかってことになったんです。そこ

で、HIVソーシャルワーカーネットワークというグループをつかって、HIVの患者に関して障害者と言えるだけの社会的不利にはどのようなものがあるかということとを調査しようということになりました。

先進福祉諸国は医学レベルだけでなく「社会的不利」も障害に含めようとしている

社会事業大学の佐藤先生は身体障害者手帳をもっと広範な障害者の手帳にしていくべきだと言われているんです。それはWHOやアメリカ、ヨーロッパなどの先進福祉諸国の考え方からきています。日本のような医学的なレベルで、固定された機能障害だけを基準とするような考え方はないんですよ。他の国は予算の関係で日本よりも貧弱なサービスも多いのだけど、少なくとも障害に関しては、病人の人もかなり入っている。



WHOは医学的レベルだけで障害を判定するのではなく、社会的不利というものを含めて判定すべきだとし、そのスケール作りのための調査を各国でしています。例えば車いすの人にとって道路が全部まっ平になったりマンションが全部バリアフリーになったりすればそれだけ障害は少なくなる。それから障害者雇用法によって障害者が公務員などに雇われれば、就職困難なこの時期にもしかしたらかえって得しちゃうってことだつてあるわけです。だから障害は社会がその人たちをどういうふうに受け入れるかで変わってくる。差別とか偏見が解消されることによつてその人の不自由さつていうのは違ってくるわけですよ。

そこで佐藤先生に伺つたんですが、差別とか偏見というのは社会的不利に入れていくつていうのはかなり難しいですね、わかるけどかなり難しいって言うんですね。ただ、医療費が恒常的にかかり過ぎて生活が苦しくなるとか、働

病気のことをオープンにしたつて働ける社会だし、差別されないで生きていける社会なんですから。だから入れて欲しかったんだけれども、私も勉強していく中でWHOの考え方からしても、それを今入れるつていうのは、なかなか厳しいものがあるなど少しは分かつていったつてところがあるんですけどね。

軽症であればあるほど社会的不利が大きい

HIVソーシャルワーカーネットワークで調査項目を考えたときに、福祉集団がやるんだから嘔吐とか下痢とか検査の数値とかという医学的なことは先生方にまかせて、それ以外に何がこの人たちを不自由にさせてるかということにターゲットをあわせようということになりました。日常生活での不自由さとかセックスの不自由さ、福祉サービスを利用するときの不自由さ、といった普段ワーカーと

して感じる不自由さから7項目の調査票を作つて東京HIV診療ネットワークのメンバーの協力を得て、感染者の人に答えてもらいました。70数例集まつた回答を解析したら、重症になれば差別と偏見を感じる人が減り、社会的不利が減る。軽症であればあるほど差別や偏見を感じる人の割合がとても高いということが分かつたんです。社会経済活動をすると差別や偏見をいつも感じていなきやならないんだけど、仕事もやめちゃうて病人になりきつちゃうつてるときにはそれはすごく少ない、と。だから、医学的レベルだけで判定しちゃうとこの人たちの生活の不自由さ、生活障害つていうのは反映されなくなつてしまふんです。

「これまでの仕組みを一から考え直さないとダメだ」

こうした、何がHIV感染者の生活障害になるのかについての分

析結果を審議会の中でアピールすることになりました。

CD4が二百でも五百でも投薬を開始していると生活障害はほとんど変わらない。HIV感染者の生活障害は投薬開始からはじまる。社会に出ればでるほど差別や偏見を感じて生活がしにくくなる。今回の調査結果を加味して認定基準を考えていただかないと、HIV感染者の方たちのためにわざわざ障害者手帳を作るのに感染者の人に意味をなさないものになります、ということを私は話しました。

私が退席した後、ある審議委員の人は「これまでの仕組みそのものを一から考え直さないとダメだ」といつてくれたそうです。

「日常生活活動制限の内容」に2つの項目が加わった

それは私が言ったからというのではなく、そうなっていくベース

があっただんです。厚生省もWHOの「医学的レベルだけで障害を判定するのはダメだ」という答申について日本はどうするんだ、といわれているし、以前、障害者基本法が改正されたときに難病患者のことも考えなきゃいけないという国会の付帯決議がついてる。だからつつかれたら国はいろんなことをやらなきゃいけないわけなんですよ。

それで審議会ではもう一回振り出しに戻って検討しましょうということになった。ただ、審議委員の医師の多くは医学的レベルでの判断を捨てたくはなかつたんです。そんな中、根岸先生たちは社会的不利やWHOの新しい国際障害者基準（障害の項目を細分化して実態に合うものとした。社会的不利も具体的に詳しい内容になっている）を検討し、審議会ですごく粘ってくれたんですよ。その結果、「日常生活活動制限の内容」という12項目の中に「生鮮食品

の摂取禁止等の日常生活活動上の制限が必要である」「軽作業を超える作業の回避が必要である」という2項目が加わったんです。

これは感染者の社会的不利を反映するための項目なんです。厚生省などから見れば「軽作業を超える作業の回避が必要である」というのは身体上の問題で労働制限があるということなんでしょうけど、例えば通院を頻繁にしなければ軽作業ができないというケースも該当するわけです。厚生省の文書にも、貧血がひどいからとか、どこそこ身体上の問題で、といった理由を求める記述はありませぬ。現実に「軽作業を超える作業の回避が必要である」なら該当するんです。

「生鮮食品の摂取禁止等の日常生活活動上の制限が必要である」という項目についても「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る」

と書いてあります。

診断書を書く指定医師の先生がこうした事情を知らない、不必要に該当者を制限してしまうことにもなりかねません。本来、認定されるはずの人が認定されないことも起こり得るんです。そうしたことを避けるために、ボランティア団体の人にもこの2項目が加わった理由を広めていって欲しいんです。指定医師が充分理解されていないと感じたときは「厚生省か審議会の先生に問い合わせるて下さい」といってねいをお願いしてみてください。

更生医療の対象に認められた

HIV感染により障害者認定を受けた人は更生医療の対象に認められることになりました。これは画期的なことです。

これまで更生医療は固定化された障害を改善するための医療に適応されてきました。人工透析は腎

臓が全く機能しなくなってしまう人が生命を維持するために続けるといふことで認められています。心臓のペースメーカーもそうです。じゃあ、HIVに更生医療といふのはどういふことなんだろうという話になるわけですが、今回、更生医療の概念の変化を感じる内容になっています。発症予防のための治療もその人自身が悪くならないようにするための治療として認めましょうということになったんです。福祉を知っている人間の既成概念からみると、悪くしないための治療に更生医療が適応されるのは驚きでした。

更生医療は等級に関係なく受けられます（所得に応じた自己負担金があります。自治体で障害者の医療費助成を行っていますが、これに該当しない人も利用できません）。

育成医療（18才以下の人が身体障害者手帳の有無に関係なく利用できる制度）も認められるように

なり、医療費の問題はほぼ解決しました。お金がないから薬を飲まないという人はほとんどいなくなるでしょう。ポリシーで飲まない人、副作用が恐くて飲まない人はいるでしょうけど、経済的問題で薬を飲まないという人は理屈上はほとんどいなくなります。

ただ更生医療を行うには指定医療機関になる必要があります。拠点病院などは申請をしていると思いますが、小さな診療所などは指定医療機関の要件に足りないため申請しても更生医療が認められない場合があります。

申請にはソーシャルワーカーも同行してもらう手もある

一番大きい問題は患者さんが身体障害者手帳を取るかどうか、取った後、様々なサービスの申請をするかどうかということです。

いくら制度ができたといっても、やっぱり残るのはプライバシー

ー保護の問題です。システムのプライバシーがちゃんと守られるという保証がなければいくら「勇気をもって申請したら」といっても申請する勇気をもてるわけはないんですから。

でも、これまで生活保護などの時もそうだったんですが、申請にソーシャルワーカーがついていて「ちょっと相談があるんで」と個室に行つて、担当者に万二プライバシーが漏れたら大変ですよ、エイズ予防法で罰せられますよと念を押しておけば役所はすごく慎重にやると思いますよ。

不安がある人はソーシャルワーカーについて行つてもらおうのがいと思います（忙しくて断るソーシャルワーカーもいますが）。

HIV感染者のデイケアセンターが作れるかもしれない

国が今後、提供していく関連福祉サービスとしてあげているのは

デイケア、ショートステイ、ホームヘルパーの派遣です。やる言った以上、国は整備しなくちゃいけない。

感染者の人が集まってシエルターが欲しいと思つたら、認可を取つてデイケアセンターが作れるかもしれないんです。そうしたことに助成金ができればすごいじゃないですか。

毎日は無理だけど週数回だったら仕事ができるという人もいますから、作業的なのを作つて事業を起こすこともできるかもしれない。

今までボランティア団体で活動してきた人たちがそつちにシフトしていくことだってできるわけです。

ホームヘルパーが行うのは基本的に家事の援助です。申請すれば都内の1級2級の単身者なら週に3時間、つづ2〜4回程度は来てくれると思います。

日本の厚生行政を変えていくための重要な一歩を踏み出した

HIV感染者に障害者認定が認められたことで、肝炎の人や膠原病の人など難病の人たちへの障害者認定にもつながっていくんじゃないかと思っています。それはこれから何年もかけてやっていく話になるかもしれませんけど。

私は今回、HIV感染者の障害者認定の件に関われて本当によかったと思っています。

20数年病院に勤めていて、何で病人がこんなに差別を受けるんだろうとずっと感じてました。職場に行けば「治してからいらつしゃい」といわれるし、慢性疾患の人は「そんなにあてにならない人は来てもらわなくていい」といわれる。社会参加しようとしてもできないのが病人じゃないですか。そうした人たちをみんなで支援していくのが福祉の基本なのに、取り

残されていたんです。

でも、社会的支援があれば病人ももつともつと社会参加できるかもしれない。企業のローテーションの組み方一つで仕事ができるようになる可能性だって秘められているんだから。そうしたことが進んでいけば、病人であつても生き生きと生きていけるし、ずっと病人になつていなくてもすむ。慢性疾患の患者さんは純粹に病気だということももちろんあるんですが、中には社会からどうでもいい人間と見られることによつて病気をずっとやつてなければいけない、と心因反応を起している人だつていっぱいいるわけですよ。私は患者さんからの相談を受けていてそう感じています。

病人であつても生き生きと生きていける社会を作ること、それが病院にいるソーシャルワーカーとしての私のライフワークだと思つていました。今回、こうした機会に恵まれて、本当に原告団の方に

は頭が下がる思いです。原告団の人たちは薬書を受け、その恒久対策を協議していく中でみんなに還元できるようなことをしよう、と考えてくださった。それが実を結んでみて、もしかしたら日本の厚生行政を変えるかもしれない。それは素晴らしいことですよ。石田さんたちの死は無駄じゃなかったということに本当の意味でなるんじゃないでしょうか。命を削つて亡くなられてしまった人たちにとっては、恒久対策として日本の社会を変えるようなものがなければ証^{あか}しがないわけですよ。

身体障害者手帳にのつたということで、社会的不利や差別や偏見で仕事を追われてしまうような人たちが国の法律で救われることになった。これは本当にすごいことだと思えます。



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

障害程度等級認定基準（13歳以上）

「身体障害者障害程度等級表」より（98年4月1日より適用）

- ア 等級表**1級**に該当する障害はヒト免疫不全ウイルスに感染していて、次のいずれかに該当するものをいう。
（ア）CD4陽性Tリンパ球数が**200/ μl 以下**で次の項目（a～l）のうち**6項目以上**が認められるもの。
- a 白血球数について3,000/ μl （マイクロリットル）未満の状態が4週以上の間隔をおいた検査において連続して2回以上続く
 - b Hb量について男性12g/d l （デシリットル）未満、女性11g/d l （デシリットル）未満の状態が4週以上の間隔をおいた検査において連続して2回以上続く
 - c 血小板数について10万/ μl （マイクロリットル）未満の状態が4週以上の間隔をおいた検査において連続して2回以上続く
 - d ヒト免疫不全ウイルス-RNA量について5,000コピー/ml（ミリリットル）以上の状態が4週以上の間隔をおいた検査において連続して2回以上続く
 - e 一日1時間以上の安静臥床を必要とするほどの強い倦怠感及び易疲労が月に7日以上ある
 - f 健常時に比し10%以上の体重減少がある
 - g 月に7日以上不定の発熱（38℃以上）が2か月以上続く
 - h 一日に3回以上の泥状ないし水様下痢が月に7日以上ある
 - i 一日に2回以上の嘔吐あるいは30分以上の嘔気が月に7日以上ある
 - j 口腔内カンジダ症（頻回に繰り返すもの）、赤痢アメーバ症、带状疱疹、単純ヘルペスウイルス感染症（頻回に繰り返すもの）、糞線虫症及び伝染性軟属腫等の日和見感染症の既往がある
 - k 生鮮食料品の摂取禁止等の日常生活活動上の制限が必要である
 - l 軽作業を超える作業の回避が必要である
- （イ）回復不能なエイズ合併症のため介助なくしては日常生活がほとんど不可能な状態
- イ 等級表**2級**に該当する障害はヒト免疫不全ウイルスに感染していて、次のいずれかに該当するものをいう。
（ア）CD4陽性Tリンパ球数が**200/ μl 以下**で、アの項目（a～l）のうち**3項目以上**が認められるもの。
（イ）**エイズ発症の既往があり**アの項目（a～l）のうち**3項目以上**が認められるもの。
（ウ）**CD4陽性Tリンパ球数に関係なく**アの項目（a～l）のうち**aからdまでの1つを含む6項目以上**が認められるもの。
- ウ 等級表**3級**に該当する障害はヒト免疫不全ウイルスに感染していて、次のいずれかに該当するものをいう。
（ア）CD4陽性Tリンパ球数が**500/ μl 以下**で、アの項目（a～l）のうち**3項目以上**が認められるもの。
（イ）**CD4陽性Tリンパ球数に関係なく**アの項目（a～l）のうち**aからdまでの1つを含む4項目以上**が認められるもの。
- エ 等級表**4級**に該当する障害はヒト免疫不全ウイルスに感染していて、次のいずれかに該当するものをいう。
（ア）CD4陽性Tリンパ球数が**500/ μl 以下**で、アの項目（a～l）のうち**1項目以上**が認められるもの。
（イ）**CD4陽性Tリンパ球数に関係なく**アの項目（a～l）のうち**aからdまでの1つを含む2項目以上**が認められるもの。

身体障害者診断書・意見書 (13歳以上用) 【記入例見本】 [1] ※これは記入例見本です。また、この「診断書・意見書」は指定医が記入する必要があります。

様式第2号 (11) (第3条関係)

身体障害者診断書・意見書 (免疫機能障害 13歳以上用)

総括表

氏名	ら、ろ、大蔵	545年 1月 1日生	男	女
住所	埼玉県大宮市大門町 〇〇-〇〇			
① 障害名 (部位を明記) ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害				
② 原因となった ヒト免疫不全ウイルス感染 (疾病、先天性、その他) 疾病・外傷名 ヒト免疫不全ウイルス感染 (疾病、先天性、その他)	交際、労災、その他の事故、戦傷、戦災、			
③ 疾病・外傷発生日	1994年 4月 10日	場所	日本	
④ 参考となる経過・現症 (エックス線写真及び検査所見を含む)	1994年4月 ヒト免疫不全ウイルス抗体陽性と判明 1996年9月には CD4陽性リニン球数が 189まで減少した			
⑤ 総合所見 検査上 (12g/dL以下、Hb量減少) 強い倦怠感および発熱、夜間盗汗、体重減少、リンパ球数の増加あり	障害固定又は障害確定 (推定) 年 月 日			
⑥ その他参考となる合併症状 帯状疱疹の既往	上記のとおり診断する。あわせて以下の意見を付す。 1998年 4月 1日 病院又は診療所の名称 5、35総合病院 所 在 地 東京都港区〇-〇-〇 診療担当科名 内科 医師氏名 5、35 花子 身体障害者福祉法第15条第3項の意見 (障害程度等級) についても参考意見を記入) ○該当する () / 級相当			

注意 1 障害名には現在起きている障害、例えば両眼失明、両耳ろう、右上下肢まひ、心臓機能障害等を記入し、原因となった疾病には、身障程度、先天性難聴、脳卒中、常染色体劣原因となった疾患名を記入してください。
2 障害区分や等級決定のため、地方社会福祉審議会から改めて次ページ以降の部分についてお問い合わせする場合があります。

免疫機能の障害の状況及び所見 (13歳以上用)

1 HIV感染確認日及び確認方法
HIV感染を確認した日 1994年 6月 10日

(1) 又は (2) のうちいずれかの検査による確認が必要である。

(1) HIV抗体検査方法及び結果

区 分	検査方法	検査日	検査結果
スクリーニング法	EIA	94年6月10日	陽性・陰性
による判定結果			
確認法による判定結果	WB	94年6月10日	陽性・陰性

注1 スクリーニング法及び確認法の双方の検査結果について記載すること。
注2 「スクリーニング法」では、PA法、EISA法等のうち一つを行うこと。
注3 「確認法」では、Western blot法又はIFA法のうちいずれかを行うこと。

(2) 病原検査の結果

検査方法	検査日	検査結果

注4 「病原検査」とは、HIV抗原検査、ウイルス分離、PCR法等の検査をいう。

2 **エイズ感染症の状況**
注1 エイズを罹患している者の場合は、次に記載すること。
特徴的症状とその診断根拠

注3 「特徴的症状」とは、「サーベイランスのためのAIDS診断基準」(厚生省エイズサーベイランス委員会、1994)に規定するものをいう。

回復不能なエイズ合併症のため	不	能	可	能
介助なしでの日常生活				

身体障害者診断書・意見書 (13歳以上用) 【記入例見本】 [2]

※これは記入例見本です。また、この「診断書・意見書」は指定医が記入する必要があります。

3 CD4陽性Tリンパ球数 (／μl)

検査日	検査値	平均値
96年9月13日	189 /μl	194 /μl
96年10月11日	198 /μl	

注6 検査値欄には4週間以上の間隔において実施した連続する2回の検査値を記入し、平均値欄にはその平均値を記入すること。

4 検査所見及び日常生活活動制限の状況

(1) 検査所見

検査日	96年10月11日	96年11月8日
白血球数	5,220 /μl	4,570 /μl
検査日	96年5月10日	96年6月14日
Hb量	11.5 g/dl	11.8 g/dl
検査日	96年5月10日	96年6月14日
血小板数	22.5万 /μl	22.3万 /μl
検査日	97年2月14日	97年4月11日
ILV-RNA量	15,000 copy/ml	13,000 copy/ml

注7 4週間以上の間隔において実施した連続する2回以上の検査値を記入すること。

検査所見の該当数 [2 個] ……①

(2) 日常生活活動制限の状況

以下の日常生活活動制限の有無について該当する方を○で囲むこと。

日常生活活動制限の内容	左欄の状況の有無
1日に1時間以上の安静臥床を必要とするほどの強い倦怠感及び易疲労が月に7日以上ある	有・無
健常時に対し10パーセント以上の体重減少がある	有・無
月に7日以上の上の発熱(38°C以上)が2か月以上続く	有・ (無)
1日に3回以上の泥状ないし水様下痢が月に7日以上ある	有・無
1日に2回以上の嘔吐あるいは30分以上の嘔気が月に7日以上ある	有・ (無)
「等級を解説」6にト免疫不全による免疫の機能障害(1)の(ア)の(イ)に示す日和見感染症の既往がある	有・無
生鮮食料品の摂取禁止等の日常生活活動上の制限が必要である	有・無
軽作業を超える作業の回避が必要である	有・無
日常生活活動制限該当の数 [6 個] ……②	

注8 「日常生活活動制限の該当数」には、「有」を○で囲んだ数を記入すること。

注9 「生鮮食料品の摂取禁止」のほか、「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」又は「入浴みの回避」が同等の制限に該当するものであること。

(3) 検査所見及び日常生活活動制限の該当数

回復不能なエイズ合併症のため介助なしでの日常生活	不可能	可能
CD4陽性Tリンパ球数の平均値 (／μl)		194 /μl
検査所見の該当数 (①)		2 個
日常生活活動制限の該当数 (②)		6 個

どうしたらうまく飲めるのか

薬の服用と生活リズム

岡部翔太

最近、HIV感染者の間でよく話題になるのがこの、薬の服用と生活リズムの話。感染者同士で遊びに行っても「俺、薬の時間だから何か食べなきゃ」「僕はあと一時間後じゃないと」なんて感じになっちゃったり。

プロテアーゼ阻害剤が出てから服薬管理の大切さが強調されてるけど、一体、みんなどうやって飲んでるの？

まただよ。これで最後にしようと思ってるのに、原稿を書くはめになってしまってる。もっとうまく書ける人はいっぱいいるはずなのに、どうしてなんだろう。…と、愚痴を言ってもしょうがない。書くから。と言いつつ喜んで書いてる翔太でした。

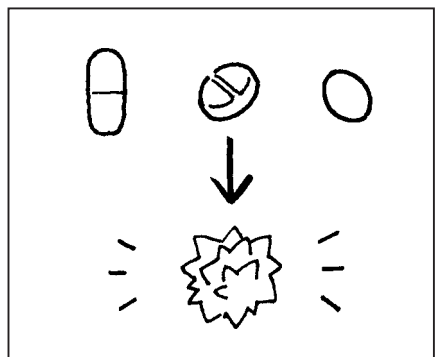
本当はこの原稿と平行して次号

の取材までしてるのです。結構これが楽しくって、今は言えないけど、ぜひ次号を楽しみにしてください。

前々回の20号の医療費負担について書いたものに対していろいろな意見をいただきました。本当にありがとうございます。はげましの御言葉だったり、間違いの御指

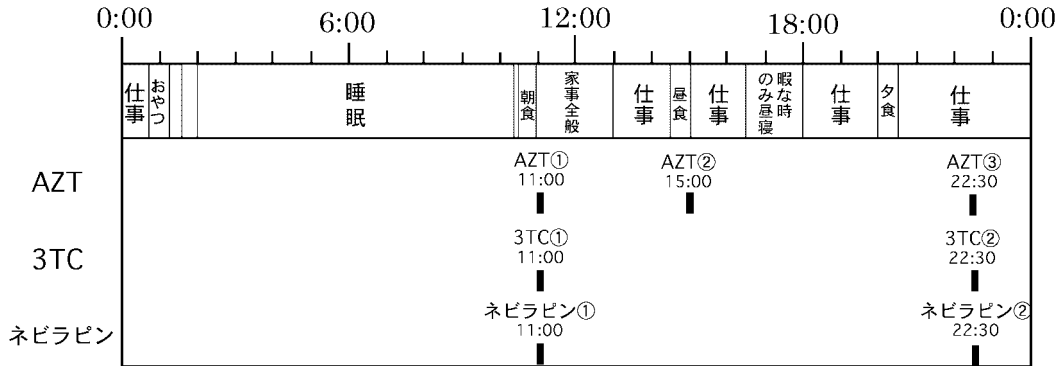
摘だったり反応は様々でしたが、なんでもうれしもんなんです。書いた本人にとっては。翔太的には、どんな反応であれ、一応は目を通してもらっているという実感が初めて湧いたので、書いた方がいいがあったと思っています。それから、インタビューに協力してくれた感染者の方々にもとても感謝しています。ホントっすよ。

今回は感染者が薬と生活のリズムをどうやって組み立てているのかというところを書いてみようかと思っています。今回も数人の感染者の人達に協力してもらいました。そして、その方々に一日のスケジュール表を書いてもらって、医療



従事者の方にコメントとアドバイスを付けてもらいました。ただ、コメントを付けてくれた医療従事者はスケジュール表を書いてくれた感染者の状況などは知らないで、すべてのケースにあてはまるというわけではありませんが、大変参考になるコメントであることは確かです。ただ、ここに出てくる薬の飲み方を実践する前には必ず医療従事者に相談することを忘れずに。そして何より自分に責任を持って実行するように。体調悪くなったら行って文句言われても君の責任っすよ！

岡部翔太の服薬状況【毎日】



コメント&アドバイス

質問！ なんでAZT[3]、ネビラピン[2]は22:30なの？
夕食が20:00～22:00までかかるからってこと？ 別にイミ
ないんだったら、23:00にしちゃったら、という気もします。
それでAZT[2]をもう少しズラして、17:00頃にするとうちよう
ど（11～23の内）均等割になる。

でも、仕事の合間に（といってもフリーだそうですが）そ
うちょこちょこ薬のんだりできない時もあるよね。そうす
ると、やっぱりこれなのかなー。

この仕事の間の食事時間って大体決まってるの？ フリ

ーの仕事だと自分のペースで仕事するだろうから、食事時間
と生活時間も共にズレて、服薬のタイミングをのがしちゃっ
たりしないかなあと。

しかし、仕事、12時間もしてるんだね。あとは、めしくっ
てるか、寝てるか、家事してるかじゃない（もちろん、これ
だけってことはないだろうけど）。

原則をいえばAZTは8時間毎か12時間毎なので、AZT[1]
を11:00、AZT[2]を19:00～20:00（夕食の前とか）、AZT[3]
を2:00として、より原則に近づけることも可能かもしれない。

翔太の楽ちんな選択

僕が今飲んでる薬は、AZT、
3TC、ネビラピンで、グリチロ
ンも併せて飲んでます。

以前、会社で働いているときか
ら人前で平気で飲んでいたので、
これと言って気を使っているこ
ろはありません。

フリーの仕事をしているので、
薬のスケジュールを立てるのは簡
単！ かと思つてしようが、これ
がフリー故に、薬も不規則になり
がちなんだな。2回目に飲む、
AZTを1錠だけの時なんか特に
飲み忘れがあるんだよね。

仕事が詰まっている時は、3回
目のAZT、3TC、ネビラピン
まで飲み忘れてしまい、俗に言う
『治療に積極的でない感染者』と
化してしまつた。

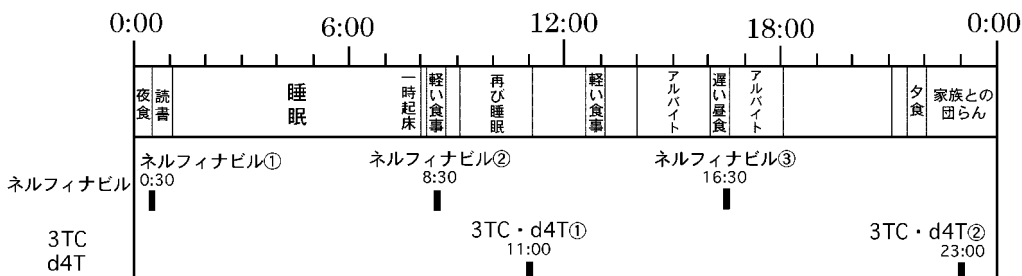
ところが、この原稿を書くにあ
たって、いろいろ取材してみると、
こんな薬の飲み方もあるんだとい



うことがいろいろ分かり、もつ
すうちに、僕は実践をしているので。
主治医の許可も取らずに。だって、
大して効果が変わらないならフ
チンの方がいいじゃん。

それは、AZTを2回に分けて
飲んでしまつた方法なんだ。3
錠飲んでるので、1回目2錠、
2回目1錠って感じで。そうす
ると、1日に薬を飲む回数が2回に
なって飲み忘れも少なくなると思
うんだ。だからって、決して勧め
てる訳じゃないからね。体の調子
が悪くなったとか主治医に怒られ
たなんて苦情はやメテネ。

泰ちゃんの服薬状況 [毎日]



コメント&アドバイス

マニュアル的な服薬ですね。ネルフィナビルは食後で、しかも8時間毎。3TC、d4Tは12時間毎。

でも、全部で5回服薬しているけど、大変じゃないですか？ たとえば3TC・d4T[1]を8:30のネルフィナビル[2]と一緒に飲む。そして、21:30の食事の前後に飲むってことにすれば、少なくとも1回は減るけど…

あと、かなり夜型っぽいので、きつとこのインターバルは泰ちゃんにあってるんでしょうけど、16:00に必ず昼食を食べるんでしょうか？ 飲み忘れちゃったりしなかなと心配。

ネルフィナビルはとにかく「食後」が優先ということを考えて、必ずしもきっちり8時間毎でなくてもいいのでは…と思うのですが。ま、理論上は、定期的に服薬して血中濃度を一定に保つというのは、耐性ウィルス防止に非常に効果的とは思いますが。あとは自分の生活との兼ね合いでしょうか？

それと、食事回数が5回ですが、カロリーはいかがですか？ あと、朝の軽い食事と夜食の中味は何でしょうか？ あまり軽いと吸収率が下がるような気がして心配…。

泰ちゃんの薬を飲むための食事？

— 今、飲んでる薬は何？

ネルフィナビル、3TC、d4Tの三剤併用です。

— どこで飲むことが多い？

家が多いかな。水が手に入るところで一人になれるところならどこでもいいけど、できるだけ他人に見られたくないよね。

ネルフィナビルが8時間おき、3TCとd4Tが12時間おき。

おなかすいたから食事するんじゃない、薬に合わせるから、自由に時間をとれないのが辛いかな。

— 泰ちゃん見ると、ホント良くてよね。時間が来たらちゃんと何か食べて薬飲むって感じだもんね。今までで一番いやだった薬は？

d4T。食後2時間以上、食前1時間以上あげないといけないって、いつ食事したらいいのって感じで大変でした。



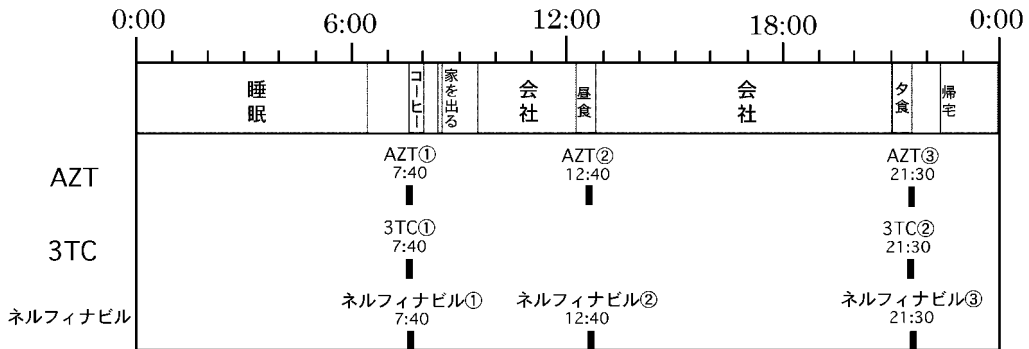
時間の運び方を自分で決められない時もあるでしょ。そういう時に薬を飲む時間、食事をする時間を作り出すのはかなり面倒。

— 薬がなかったらこんなことが薬のようになって思ふことある？

時間にはばられないし、病気のことを忘れられる。薬があるから他の時間も管理しなければならぬし、薬見るたびに病気のことで考えちゃうからね。

でも、昔のことを思えば、贅沢な悩みなのかな。複数の薬の服用時間のコントロールが難しいなんというのは。

タケルさんの服薬状況【平日】



コメント&アドバイス

休日もそうなので恐らく朝が弱くてコーヒーだけなんだろうけど、このコーヒーはブラック？

もし、ブラックだとほとんど空腹時に近くなってしまうのでは？ できれば、クリーム（乳脂肪分の高いリッチな生クリーム）をたっぷり入れたコーヒーにするか、何か一緒に食べるかした方が吸収率を考えるとよいのでは？

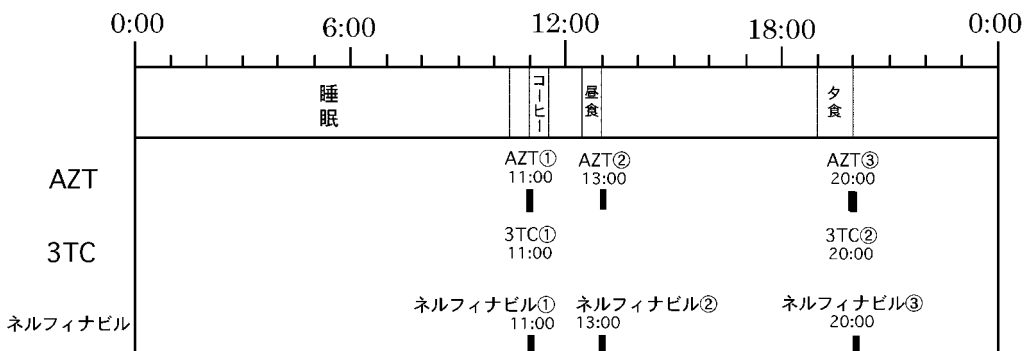
あとは、タケルさんのキャパシティで充分がんばってるのでは？

ネルフィナビルはとにかく、食後に服用だし、AZT、

3TCはベストは12時間毎だけど、7:40-19:40、9:30-21:30はどちらも難しいでしょう。

忘れずに確実に飲むってことも考えるとやっぱりこれが妥当かなと思う。ま、それに±2時間以内だしね（7:40-21:30が）。

タケルさんの服薬状況【休日】



コメント&アドバイス

『すげー、よく寝てる！』というのが第一印象（でも、このぐらい休日は皆、寝てるよね）。

ネルフィナビル[1]の服用前のコーヒーに関しては平日編と同様に脂質（乳脂肪分の高いリッチな生クリームなど）を加えるか、さもなければ、朝のネルフィナビルはおやつでもとってその時に内服するかに方がいいのでは？

それと、ネルフィナビル[1]と[2]のインターバルがかなり短いけど、これも、もし動かせたらベストなんだろうけどなぁ。後ろに動かすと、後がきつくなるんで、いったん

起きて何か食べて寝るか…。

でも、きっと、朝弱いんだろうしなぁ。やっぱ、おやつを15~16時にとって飲む方がいいのかも？

あと昼食12:30でネルフィナビル[2]が13:00ってのは、食事に30分かかってるって理解していいですよね？

薬を飲んでるところを
見られないように...

— タケルさんが飲んでる薬は？

AZT、3TC、ネルフィナビ

ルとグリチロンです。

— 会社で飲むこともありますか？

ありますよ。会社の人に見られないように充分気を使って、給湯室で飲んだりします。

— 一度、飲んでるところを見られたことがあってさ、「どこか悪いの？」としてこく聞かれたことがあって...。それ以来、充分注意してるよ。そんなときって、気分的には、一抹の辛さを感じる。

— 会社で飲むのって大変だよな。やっぱり、薬飲むのって面倒臭いかな？

— 以前ほど面倒臭いとはあまり思わなくなったけど、会社とかで人と一緒にいる時なんかは色々タイピングを考えてしまっよね。

— プロテアーゼの3剤併用だと時間の配分も難しいと思うけど、

スケジュールとか立ててますか？

— う〜ん、朝起きてなんとなく飲んで、昼は食後に飲んで、夜は外でご飯食べて帰宅してからって感じかな。

— 翔太が聞いた話だと、ネルフィナビルって、プロテアーゼ阻害剤の中で一番体内に留まってるんだって。だから1回の錠数を増やして1日2回にする工夫もあるかもしれないよね。でも、ネルフィ

ナビルって下痢の副作用が強いっていうのも聞いたから、回数を減らすのに1回に飲む量を増やすと下痢がひどくなるかもしれないけどね。アメリカでは1日3回を2回にする治療が行われていて、長期に渡る効果はわかっていないんだけど、短期間では効果があるってことがわかってるらしい。ただ、インジナビルについても同様の治療が行われているけど、こちらの効果はまだよく分かっていないので、薬によるみただけ。今まで飲んだ薬で一番飲みにくか



った薬は？

— 絶対d d rだよ。簡単には飲み込めないし、味が悪い。よくアメリカ人の味覚を疑うほどマズイっていうけど、ホントそうだよ。人に見られないようにしても、飲み込めるまでとても時間がかかったから大変だった。

— d d rってテツカイ錠剤のやつでしょ。僕は飲んだことないんだけどあれは飲み込むの大変そうだよな。それに、本当にマズイらしいね。僕も一度飲んでみればよかった。じゃあ、こんな薬があったらいいなという希望はある？

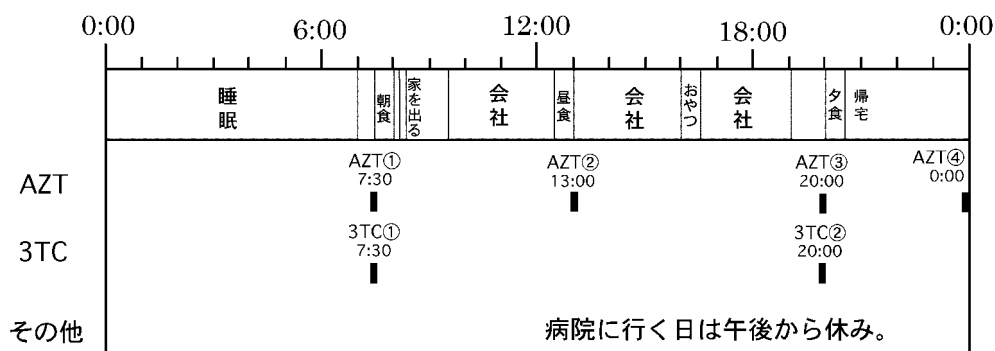
— 3剤が一カプセルに入っていればいいと思う。あるいは、一袋にセットされて入っていたら便利かな。

— 僕もそう思う。調剤する時に1回分の薬を一パックにして欲しいなって思うよね。自分でピルケースに小分けするのって結構面倒なんだよね。最後に薬を飲まなければこの部分が薬になるってころは？

— 薬のことを気にしないでいられる。例えば、薬をもらいに月1回、会社を休んだり遅刻して病院に行かずに済むだろ。結構、大変なんだよね。会社に毎月それなりの理由をつけて会社を遅刻するのって、それに、忙しい時期とか周りの雰囲気でも簡単に遅刻できそうにない時でも病院に行かないわけにはないからね。なかなか辛いもんだよ。会社勤めって。

— そっという人が大部分なんだろ。うね。はたして安心して薬を飲む日は来るんだろうか。

和馬くんの服薬状況【平日】



コメント&アドバイス

質問！ 何故、AZTを4回に分けて飲んでるんですか？
4回ってことは100mg（1カプセル）×4回ですよ？
だったら、のみ忘れ防止、携帯という点からも、3TCと一緒に2回で服用してしまう方がいいのでは？

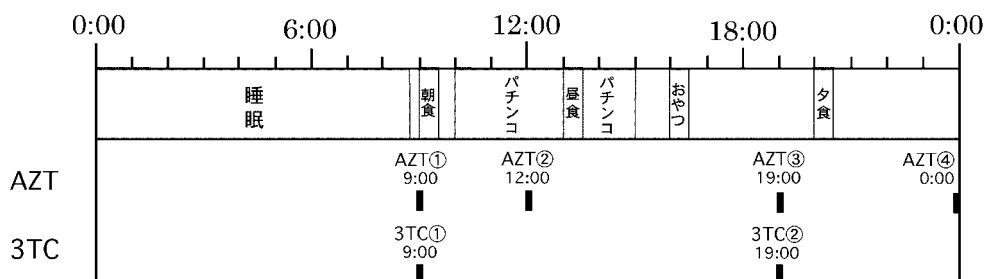
特にこれから、インジナビルを加えるとすると、今、服用中の薬スケジュールを整理しておく必要があると思うんですが。

時間のインターバルはいいんじゃないかと思います。

あとはこれからインジナビルをどこに組み込んでいく

かですよ。事前にシュミレーションしてみた方がいいと思います（ビオフェルミンでもビタミンでもいいから飲んでみる）。

和馬くんの服薬状況【休日】



コメント&アドバイス

平日と同じく、のみ忘れ防止、携帯という点からも、3TCと一緒に2回で服用してしまう方がいいのでは？

AZT、3TCが9:00と19:00だけど、この程度のズレなら問題ないと思う。ただ、やっぱり、ズレのリミットは±2時間位なのかと思います（もし1日に3、4回飲むんだったらいいけど、2回服用でインターバルが空きすぎると、それだけ血中濃度の低い時間が長くなってしまふんで）。

パチンコ、5時間もやるんだー（いくら位やるんだらう？）。

あと、なんで、AZT[2]は昼食前なの？ 後にしたほうがより間隔が空いていいと思うんだけど。AZT[3]と3TC[2]も夕食前だけ…。食事と一緒にお酒飲むんで、よっぽらってのみ忘れるのを防ぐためなんですか？ それともAZT[4]との間隔をとるため？

和馬クンの 同僚との関係

——和馬くんは今は何飲んでるんだっけ？

AZTと3TC。もしかしたら4月からインジナビルを併せるかもしれない。

——和馬くんも会社勤めだから会社で飲むこともあると思うんだけど、気分的にはどうですか？

最初の頃は、周りに気を使って「こそこそ」して飲んでた。でも今は、同僚の方から「薬飲みました?」って声かけてくれるので、結構気楽に飲んでるよ。

——タケルさんとは対照的だね。自分が薬の時間を忘れても周りが声かけてくれたら忘れずに飲めるもんね。いつも思うけど、ホント理想的な社会環境だね。でも、簡単に今の状況を作りあげてきたわけじゃないんだよね。ここでは話せない辛いことがあるいろいろあった和馬くんもだね。じゃあ

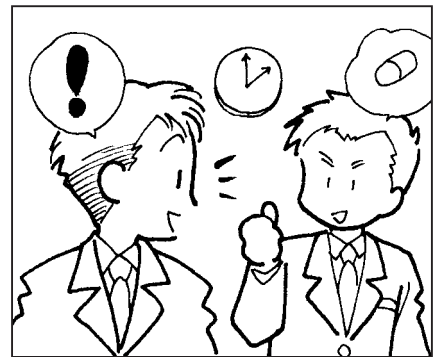
薬の時間のスケジュールはあまり立ててないのかな？

別に立ててないよ。でも、薬を飲むのに、飯食わないと胃が大変だからさ。朝なんか、もう少し寝ていたくても、早めに起きて、朝食食わなきゃいけない。薬の時間っていうより、睡眠時間が削られて大変だね。

——薬を飲まなければこんな事が楽になるといふのはある？

うーん!? 薬を飲まないですめばな〜とは思っけど、言ったらきりないし、あきらめてるから考えないようにしてる。

——ゴメンゴメン。そうだよ。変な質問だったね。そんなこと考えても疲れるだけだよ。悩んでもどうにもならないものは考えてもしょうがないか。そつだ。和馬くんはAZT4錠でしょ。アメリカでは朝2錠、夜2錠、という飲み方もあって、日本でも、もつすでにそつしている人がいるんだって。そついう飲み方だと割と楽だ



よね。僕もそつしてる。今まで飲んだ薬で困ったことがある？

特に時間的なことでは問題はなかったと思う。ただ、うちの病院AZTと3TCを1錠つつ袋詰めにしてくれるんだ。

——えっ。ホント? うちもピンでくれるよ。

——そうなんだ。その袋をいちいち破ってピルケースにつめるのってスゲー面倒臭くてヤダ!

——それは確かにヤダね。どうせ袋詰めにしてくれるんだったら1回分つつ分けてくれるればいいのね。病院ってホントわかんない

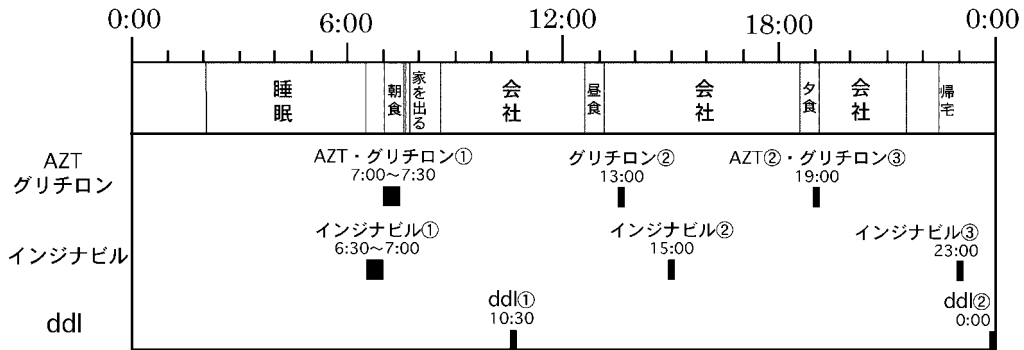
よね。どうせ手を掛けるなら患者にとつていい方に手をかけてくれればいいのね。アツ、ヤベ、病院批判になっちゃってるかな? そつそう、病院も大変なんですよ。最後にこんな薬があったらいいなという希望はある?

毎日、3回とかじゃなくて、1日1回の服用ですんだらすっごい楽だろうな。それでなおかつ、お薬子感覚で飲めるのがあったらいいよね。

——職場の人が薬の時間を教えてくれるほど、職場の人たちが理解しているなんて、本当に羨ましいと思う感染者は多いんじゃないかな? 翔太くんは世の中がこうなればいいと本当に願っているけれど、悲しいかな、和馬くんの例はたぶんまれなことなんだろうね。

会社という組織を放棄してしまつた翔太くんには何も言う資格はないんだけど、和馬くんの同僚たちのように、みんなぎつとなれるはずだよ。

慎二さんの服薬状況【平日】



コメント&アドバイス

んー。すごい一言。とにかく、このメニューをこなしているだけで、まずすごいぞ。一日8回の服薬！細かいことを言えば、インジナビル服薬後1時間以上空けずに朝食を食べているけど、これは中味は何なの？ 恐らく、これ以上前にもってくることは不可能だろうから(寝る時間がなくなってしまふ)朝食の中味を工夫するしかないよね。あとインジナビル[3]とddl[2]の間が1時間だけど原則は2時間以上空けることになっている。だから本当は、たとえば夕食後2時間後の21:00に飲んで、2時間おいてインジナビルが理想な

んだろうけど。だとするとddlを2回分職場に持って行かなくちゃいけない。これは忘れるかもしれないし、もし回りに知らない人がいたら飲みにくいして、あんまり現実的じゃないかな。だったら、たとえば、10:30に2回分1度に内服してしまとかはどうでしょうか？ あとは特にいうことない位の、すごいスケジュールです。

しかし、これだけしっかり薬飲んで、仕事も12時間以上やって、睡眠も5時間半じゃストレスたまるでしょう。ちゃんと気を抜いてるかな。少し工夫した方がいいかもしれないよ。

真二さん。もう少しで勉強してるとは…

慎二さんのスケジュール表を見るとホントすごいね。飲んでる薬とどうしてそういう飲み方をしてるのかを教えてください。

今飲んでる薬は、AZT、ddl、インジナビルです。この薬を組み合わせる人は少ないと思いますよ。ddlとインジナビルは2時間以上あける必要がある。AZTは食後に飲む。そうすると1日に8〜9回の服用になるから大変なんですよね。

じゃあ、まずはAZT、インジナビルの組み合わせにddlを選んだ理由はなんで。

本当はいけないのかもしれないんですけど、ddlは他の薬に比べて、体内に留まる時間が一番長いんですよ。だから服用時間にも幅をもたせられるんじゃないかと思うんですよ。

ddlとインジナビルの飲み

合わせってどうなのかな？

ddlの制酸剤がインジナビルの吸収を悪くするそうなので、ddlよりインジナビルを先に飲むようにしています。

それから、インジナビルは飲んでから1時間ぐらいで血中濃度が最高になるので、1時間で吸収されたと考えて、インジナビルの間隔を1時間程度にしてddlを飲んでみます。

インジナビルは食間に飲む薬でしたっけ？

インジナビルは食間に飲むと言われているけど、脂肪分が少ない食事にすれば、そんなに影響はないんじゃないかと思えます。

翔太くんとしてはちょっといいわるなのでこのスケジュールをホントにこなしてるの？ って気がするんだけど…。

うーん！ 脂っぽい夕食をとってしまっただけ、食後2時間後にインジナビルを飲んで、そのあと2時間後にddlを飲まなきゃいけ

ないんだけど、2時間は待てなくて寝てしまっ(´・ω・´)…。その時は、d-dはあきらめて、インジナビルを取る。

優先順位1位はプロテアーゼ阻害剤。プロテアーゼ阻害剤は耐性ができやすいので、他の薬はあきらめても絶対プロテアーゼは抜かないようにします。

—ふうん。それでもその程度しかあきらめないんだね。すごい一言です。1日3回を2回にしただけで薬になったとか言ってる翔太くんにはとても真似出来ないです。そんな慎一さんにとって、今まで飲んだ薬で一番困った薬って何ですか？

d-dの散薬かな。ドライシロップのやつ。あれって、水に溶かさなきゃならないじゃないですか。毎日、職場の給湯室に行っ、溶かしてました。

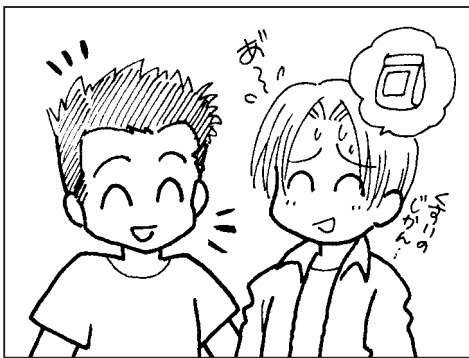
—職場で飲むっていうのは気分的にどうですか？

自分がH-I-Vに感染しているこ

とを多くの人知っているので、特に気にならないですね。

ただ、仕事をしている時、どのタイミングで飲むのか、例えば会議の前とか出勤後2時間たってからのスケジュールは立ててますね。
—薬を飲まないですれば楽になることってありますか？

薬の副作用から来ているらしい不眠症に悩まされているんですよ。あまり眠れないので、薬をストップしたら熟睡できるんじゃないかと思えます。薬たるなあって。
—薬に対して希望はありますか？



1日1回の内服ですむ薬です。
—みんな似たような事言ってるけど、慎一さんが言つと説得力ありますね。

生活の幅を 広げていくには…

今回、協力していただいた医療従事者の方々に聞いたお話は本当に参考になりました。そこで翔太くんは感じたのです。

「薬に合わせて生活を変えなきゃいけない」という人が医療従事者の中にいるけど、本当にそうなんだろうか。アメリカでは、患者の負担を減らして、かつ薬の効果を維持する為の服薬方法を様々な研究者や医療従事者たちが模索しています。日本でも今回協力いただいた医療従事者のような方々もいますが、またまた原則論を持ち出して患者を指導するだけの医療従事者がほとんどではないでしょうか。でも、原則論で患者を指導するだけでは、患者の利益を確保

することはできないと思いませんか？

原則論通り薬の指導をしていれば、患者の体調を維持できますか？ 例のないやり方はダメですか？ 薬の仕様書に書かれてある通りの服薬指導しかできないのなら、翔太くんはだつて出来ませぬ。決して原則論がいけないと言ってるわけではありません。もちろんそれが第一の方法です。

今回インタビューした感染者のお話を聞いてもわかるように、生活リズムは薬中心になりがちです。そのために食事の時間をずらしたり、常に時間とにらめっこ状態です。

生活に合わせて薬を選んだり、飲み方を工夫していくことも大切なのではないですか？ 医療従事者の方々、聞いてますか？

今回は、障害者手帳の申請などについてちょっと翔太くんのいたずらが牙をむいた面白い記事にしたいと思っています。

エイズ教育の周辺

―ヘルスプロモーション考2―

FAIDSスタッフ JINNTA

5つの具体的な戦略

さて、前回「ヘルスプロモーション」という何とも難しげな話を出してみました。今回はこのネタでちよつと続けてみます。

ヘルスプロモーションではこれらを行動にうつすため、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
つたない解説をしてみましよう。

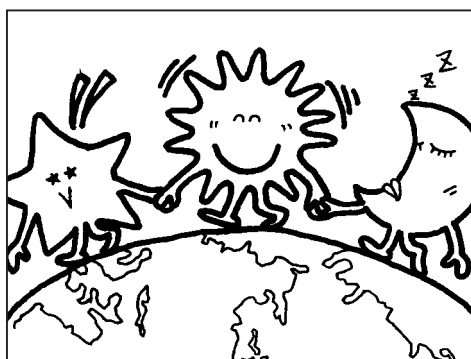
ヘルスサービスの

方向転換

「5. ヘルスサービスの方

向転換」というのは、書くのは簡単です。「病気になるなということ、病気を克服すること」という目的に向かって個人個人が必死にはいざりあがる。専門家はそれを時には説教時には鼓舞し、がむしゃらにアメとムチで引きずりあげようとする。その落伍者は福祉で救済してやろう」という従来の活動はもうやめてしまいましよう。同じ努力をするんなら、そういう「根性物語」ではなく、もっとメルヘンチックに？ よりよい暮らしを目指して、健康ということを手段として「みんなの手を取り合って一緒に歩きましょう」と言うことを実現するための転換です。

……とはいえ、これが実際に簡単ではないというのはすぐわかります。手を取り合って一緒に歩くどころか、いっしょに話をする事自体が、けつこうむずかしいんですよ。どうやって殻を破るか、考えていかなければならない。



個人の技術の開発

「4. 個人の技術の開発 (新しいアイデアと方法論の開発)」。個人へのアプローチは具体的な技術を与えることです。そのための具体的な技術の開発(援助の仕方も含め)が必要です。以下、エイズ教育についての問題点をアトラダムに書いてみましょう:

- ・ただやかましく「ああせいこうせい」と言って効果が現れるような生やさしいものではない(このことがわかっていない人が多い)。
- ・挙げ句の果てに、せっかくな教えてやったのに「できなかったのはお前のせいだ」などというのは本末転倒ということになる。
- ・一時流行した「コンドームを配れば予防ができる」ような甘いものではない。



- ・つまり行動ができるようにする方法を開発しなければならぬわけである。
- ・だれでもが予防行動をできるようにするにはどうしたらよいか。
- ・「コンドームを使えるようにする個人技術の開発」とは何なのだろうか?
- ちよつと思ひ出してください。平成4年のエイズ啓発の盛り上がりの時代を。多くの役所がやったのは「ああせいこうせい」でした。で、結局今、エイズ予防「冬の時代」

を迎えているわけです。でも、一部のお役所や、多くのNGO団体は、「ああせいこうせい」ではなくて、どうしたらいいのかを真剣に模索し、実行していました。私たちは、この先例を参考にしなければなりません。

ちよつとエリアは違いますが、「生活習慣病」でいえば、たとえば、「塩を取りすぎれば高血圧になる。だから塩を制限しなさい」と言うだけでは高血圧の予防には役にたつたんという事です。「どうやったら塩を制限できるのか」ちゃんと「実行できるような」方法を開発し、そしてその気になるような上手な教え方も開発しなさいと言うことですね。

地域活動の強化

「3. 地域活動の強化(住

民参加の必要性)」というのは何を隠そうLAPのことで…:要は、地域の組織をお役所のご都合の良い手足としてこき使うのではなくて、必ずしも専門家ではないみんなの個人個人の力を組織化して、主体的な活動の担い手になつてもらおうようにする。行政や専門家はそのサポートをするべきだということです。これには、みんなが大きな目的を描いて、それに向かって進んでゆく必要があります。

公共政策と環境

「1. 健康的な公共政策づくり」と「2. 健康を支援する環境づくり」は一連のものです。

健康を支援する環境づくりとは何か。エイズの予防だと言つてコンドームと騒いでも、夜買える店がないんでは使う

どころか手にも入らない。コンドームを使うなんてヤツは遊び人だとかいわれたら使いたくても使つてといえない。そういうのは予防にとつては障害になってしまうわけで、個人の努力の限界を超えています。コンドームと言いだせない社会、性のことを語るのが憚られ、場合によっては敵視される社会（特に、セクシヤルマイノリティ）、これは確実にエイズを蔓延させるわけですが（アメリカの過去のエイズを思い出してください）、そういう社会は健康を支援しない環境だし、コンドームと言いだせる社会、性のことが語れる社会、セクシヤルマイノリティが受け入れられる社会といったものをつくるには、たとえば保健だとか医療、だとかの枠を越えた、もっと大きなコンセンサスを作るような公共政策（たとえば、

保健の領域をこえた学校教育とか）が必要なのではないでしょうか。

この話は、子育てではよく取り上げられています。子育ての問題などは、どんなに保健や医療の人間ががんばっても変えられないことがたくさんあることがわかっていきます。エイズでも、PWAの生活の質を向上させるには、保健や医療の領域だけでなく、身近な生活環境がPWAの健康状態に直結しています。労働とか経済を巻き込んだ、社会全体のシステムを変えてゆかなければ、それを支持する公共政策が望まれますね。

J I N N T A (F A I R D S スタッフ、
エイズ教育会議室担当)

E M A I L

pdf01076#niftyserve.or.jp

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

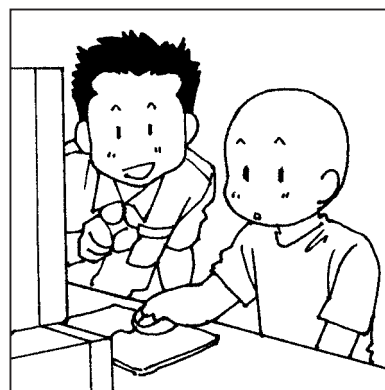
～PHA技能修得事業のお知らせ～

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。



抗HIV薬の併用療法等の発表が目白押し

第十一回日本エイズ学会

レポート「2」

うえき たかよし

前号に引き続き今号でも、昨年12月に熊本で開催された日本エイズ学会からいくつかお伝えしたいと思う。看護や社会科学などのセッションにおける場の雰囲気については、前号を読んでいただきたい。今回は臨床を中心として紹介しよう。

ただし、全部出席できたわけではないのでこれがすべてではないし、例えばデビッド・ホー氏による講演は非常に重要な情報が恐らく山のようにあったのだと思うのだが、実際には英語がわからず、満屋氏との英語でのやりとりがアメリカンで格好いいとただただ眺めていたりすることもあったので、よろしく。

プロテアーゼ阻害剤が 発表の主役

今回の日本エイズ会議の臨床面での特徴として、プロテアーゼ阻害剤を含む抗HIV薬の併用療法についての発表が非常に多かったことが挙げられるだろう。どれくらい効果があったのか、どの薬が効果があったのか、副作用がどれくらい出現したのかということなどについてである。

「HIV感染者およびAIDS患者におけるプロテアーゼ阻害剤を含む抗HIV剤多剤併用療法の効果について」

という長いタイトルがついているのが、静岡県立こども病院の高嶋氏による発表であった。

この発表は、副作用と薬剤耐性出現について考慮に入れた場合、プロテアーゼ阻害剤を使用することに対して比較的否定的なイメージを持たせられるものであった。同氏によれば、インジナビルを内服している9例のうち6例が腎結石で内服を中止しているという（抄録には3例となっている）。症例数が少ないため、これだけでは何とも言えないのだろうが、この報告での副作用の出現率が一般的なものに比べて少々高いという印象を持たざるを得ない。要因は何だろうか。

エイズ治療・研究開発センターの患者データから見たプロテアーゼ阻害剤の臨床効果についてまとめたものが、同

センターの菊池氏による発表である。特にサキナビルとインジナビルについて、その効果や副作用をコンパクトにまとめている。

内服をはじめからウイルス量が検出限界以下になった割合は、サキナビルが30%、インジナビルが63%、T4リンパ球数の平均増加数はサキナビルが一二六、インジナビルが一九〇と、サキナビルに比べるとインジナビルの効果はかなり高いという結果が出ている。

副作用による中断例はサキナビルが25例中2例、インジナビルは52例中7例と低い値だったという。これらの発表をそつなく菊池氏はこなしていたが、質疑応答になるとかなりしどろもどろになって焦点のはっきりしない応答が多かった。

エイズ治療センターの臨床

の質がどれくらいなのかを察するに、同センターの本田氏の発表における質疑応答からは、その質に疑いの目を持たずにはいらなかった。彼女はプロテアーゼ阻害剤で治療中に顕在化した抗酸菌性リンパ節炎の症例を報告していた。そのうち一例では、インジナビルとリファンピシン（結核治療のため）を併用しているということを発表しており、当然のことながら会場から「なぜ一緒に飲んでいけないとされる薬を飲んでいるのか？」という質問が来た。

「研究的な検査や治療薬へのアクセスが容易というだけである」などという指摘も聞かれている。一部の患者が感じたことだけならばよいのだが、立ち上げから2年目に入った現在、実際的にはどうなのだろうか。恐らく4月に行われる感染症学会の報告などからも判断できることになるだろう。

治療失敗例の要因

しかし本田氏はこの二つの薬の併用が禁忌であることすら認識してないような反応を示していた。センターの治療レベルというのはこんなものなのだろうか。

東京医大の山元氏からは「プロテアーゼインヒビター投与症例における治療失敗の要因」という発表がなされた。これは処方日より百日以上経過している30症例41ケースについてデータ及び病歴をまとめたもので、T4リンパ球数、ウイルス量、服薬コンプライアンス、通院コンプライアンス、治療失敗の率と要因につ

確かに同センター通院患者や入院患者からは、「それほど医療のレベルが高いとは思

えない」

LAPホットライン

エイズ電話相談

03-5685-9644 毎週土曜日16時～19時



いて整理している。

この報告によれば、治療失敗を、(1) ウイルス量に関する失敗(ウイルス量の再上昇あるいは一度も検出限界以下にならないなどウイルス量の反応不良)、(2) 30日以内の早期離脱(内服に耐えられなかったり有害事象が発生したりする)、(3) 30日以降の有害事象、の3つに分類している。

特にウイルス量がもともと少ない人、T4リンパ球数がもともと少ない人に治療失敗が多く、これは有意差が見られている。通院コンプライアンスの悪い要因として生活関連で遠隔地、仕事が挙げられており、一方服薬コンプライアンスの悪い要因としては生活関連では仕事、学校など、有害事象関連としては消化器症状、腎結石、体調悪化、味覚障害などが挙げられていた。

データの分析を含め非常にコンパクトにまとめているのが特徴的で、服薬に関する今後の医療者の対応の仕方のヒントを得ることができる発表であった。

この4月に大阪で開催される感染症学会でも、治療センターの池田氏がインジナビルについて同様の発表をする。さらに詳細にかつ分析的な新たな見知が得られることをおおいに期待したい。

プロテアーゼ

阻害剤の副作用

薬の副作用について、特にインジナビルに限った形で臨床的検討を行っているのが、駒込病院の味澤氏による報告である。97年9月末までのインジナビルを飲んでいた53症例を対象として、副作用として何が起こったかをまとめている。

もつとも多いのは嘔気で19例、次に腎結石の11例、味覚異常の6例、皮膚乾燥の5例、倦怠感の5例、頭痛の4例と続く。また先ほどの本田氏の発表とも重なるのだが、非定型抗酸菌症の悪化が2例、また重症肝炎も1例報告されている。服薬中止は10例のとこであった。

一方、血友病患者がプロテアーゼ阻害剤を内服するにあたって気をつけなければならない点として、なぜか理由はわからないが出血が増加することが挙げられていることをご存じだろうか。今まではほとんど血液凝固因子製剤を使用していなかったのに、プロテアーゼ阻害剤を服薬し始めてから大量に使わなければいけなくなってしまう例もよく耳にする。

広島大学医学部の藤井氏はここに注目して、血友病患者

のHIV感染者におけるプロテアーゼ阻害剤投与前後6ヶ月間の出血回数、出血部位の変化、血液凝固因子製剤の投与量などの変化を分析している。

対象者が少ないため一般化は容易でないし、藤井氏もその点に言及していたが、同大医学病院での症例では内服開始前に比べて後のほうが明らかに血液凝固因子製剤投与量は増加しているという結果が示されていた。今後もこれに関連した情報に注意したほうがいいだろう。

C型肝炎の治療に

インターフェロン

血友病患者のHIV感染者の場合、血液凝固因子製剤によって感染したのはHIVだけでなくC型肝炎も含まれていることが多い。しかし、実際にはC型肝炎の治療を放

置しておかれたために、HIVそのものの問題よりもむしろ肝硬変や食道静脈瘤などのほうが大きな問題になっていくことも多い。

やっとこのあたりのことの重大さに気づいた人も多いらしく、今回の学会ではC型肝炎をどう治療したらいいのか一つの大きな議題となっていた。

荻窪病院の花房氏は、インターフェロン α による積極的なC型肝炎治療を行った結果、投与中に約8割、投与後も約4割弱がHCV-RNAが消失していた。さらに、HIVプロテアーゼ阻害剤を投与してHIV-RNAが顕著に減少している人の多くではHCV-RNAも減少していたという。

花房氏はこの結果から早急に結論は出せないとするものの、インターフェロンを使っ

てC型肝炎の治療をすること、を前向きに検討する意義は大きいと指摘している。また、プロテアーゼ阻害剤がC型肝炎を改善させる働きもあるのではないかと指摘している。

一方、帝京大学の合地氏によれば、HIV感染症に対する大きな悪影響なしにインターフェロンは使用でき、しかもその効果は半数の患者において見られる、したがってインターフェロン使用は有用であるとの結論を出していた。

インターフェロンをC型肝炎治療に使用することに対しては本来さらに検討が必要で、ウイルスのタイプなどにも大きくかわる話である。この学会での議論をきっかけに今後さらに具体的な方策が解明されたいものである。



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

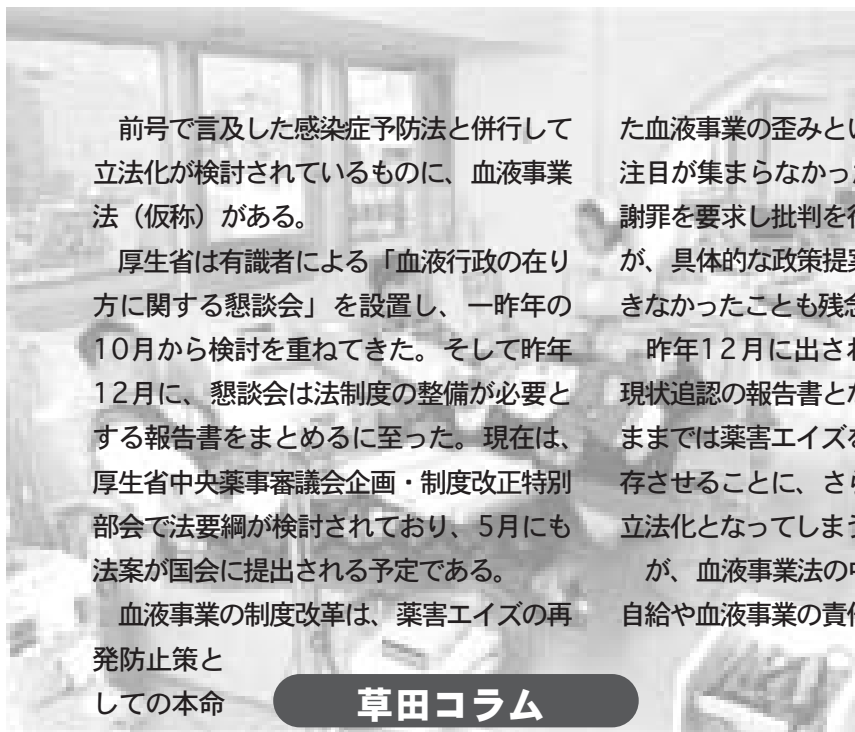
ライフ・エイズ・プロジェクト（LAP）は「HIV感染者・患者のためのサポートグループ」として、93年2月に発足しました。以来、感染者・患者のための宿泊、休憩施設「PWAシェルター」の運営をはじめ、電話相談、バディ活動、交流会、ニュースレターの発行、勉強会・研修会の開催などの活動を行っています。

LAPではこうした私たちの活動を支援してくださる「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



前号で言及した感染症予防法と併行して立法化が検討されているものに、血液事業法（仮称）がある。

厚生省は有識者による「血液行政の在り方に関する懇談会」を設置し、一昨年（2017年）10月から検討を重ねてきた。そして昨年（2018年）12月に、懇談会は法制度の整備が必要とする報告書をまとめるに至った。現在は、厚生省中央薬事審議会企画・制度改正特別部会で法要綱が検討されており、5月にも法案が国会に提出される予定である。

血液事業の制度改革は、薬害エイズの再発防止策と

しての本命である。そのことは、世界各国で薬害エイズを契機とした血液事業体制の見直しが行なわれたことから伺える。しかし

ながら我が国では、産官学の癒着だとか薬価差や情報公開といった薬害エイズ以前から指摘されてきた問題点ばかりが強調され、薬害エイズによってようやく明らかとされ

た血液事業の歪みといった固有の問題点に注目が集まらなかったと言えよう。また、謝罪を要求し批判を行なってきた市民運動が、具体的な政策提案への動きへと移行できなかったことも残念でならない。

昨年12月に出された懇談会報告書も、現状追認の報告書となってしまった。このままでは薬害エイズを発生させた構造を温存させることに、さらにお墨付きを与える立法化となってしまう危惧すらある。

が、血液事業法の中心テーマである国内自給や血液事業の責任主体といった問題を

草田コラム

HIV検査結果の献血者への通知を考える

草田 央

考えることは、LAPの主旨ではない。ここではエイズと直接関係する献血者への検査結果通知問題を提起することで、議論の入り口としてもらおうと思う。

献血者のHIV陽性率は年々増加の一途

昨年十二月に出された懇談会の報告書には「検査目的の献血の防止及びHIV検査結果の通知」という項が設けられている。「献血者に対するHIVの検査結果の通知については」「陽性者には原則として検査結果を通知すること」とされたのである。今まで日本では、献血された血液のHIV検査は行なっているものの、検査目的の献血を抑止するため、原則として検査結果を献血者に通知しないとされてきた。いわば、その方針が転換されたことになり、懇談会報告書の内容よりも、このことの方がマスコミに大きく報道されてもいたわけである。

「検査目的の献血の防止」と「HIV検査結果の通知」は、明らかに矛盾する。懇談会報告書では、HIV検査結果の「通知に際しては、献血者自身が通知を希望していることをあらかじめ確認することが必要である」と述べている。一般にHIV検査では本人の検査意思の確認が重要で、検査後カウンセリングとともに検査前カウンセリングも欠かせないとされているからだ。ところが「献血者自身が通知を希望」しているということは、すなわち「検査目的の献血」と言えないだろうか。懇談会では、検査結果の通知を望む人を検査目的として排除することの有効性を示唆する意見も出されていた。

検査目的の献血が問題なのは、主に「ウインドウ・ピリオド」の問題があるからだ。HIVに感染しても抗体が発現するまでに1週間を要し、感染性がある。検査目的の献血でチェックできない期間が存在するのである。PCR法など、このチェックできない期間を短縮させようとの研究と導入準備が行なわれているが、今の科学水準では完全に「ウインドウ・ピリオド」を消失させることは不可能である。しかも輸血用液に関しては、加熱処理や洗浄法などのウイルス不活化処理ができない。つまり現在の日本の輸血でも、百パーセントの安全性は確保されているわけではないということである。我が国の場合、三年間在一例の輸血によるHIV感染が

起きてもおかしくないと指摘する専門家もいる。現に昨年五月、この「ウインドウ・ピリオド」での輸血によると初めて確認されたHIV感染事例を厚生省は発表した。

HIV検査を受けようという思いが強くなるのは、感染危険行為の直後であることが少なくない。したがって、献血の動機が検査目的であればあるほど「ウインドウ・ピリオド」に該当している可能性が高くなることになる。諸外国では献血者のHIV陽性率は年々低下しているが、逆に我が国では年々増加の一途をたどっている。検査目的の献血が相当数あり、それが排除できていないことは、関係者が認めることなのである。

輸血される血液の安全性確保のための検査

それでは、なぜ方針が変更されたのだろうか。検査結果通知の理由を報告書は「陽性者の早期治療、

(お願い)
輸血を受ける患者さんのために

●赤十字血液センター

献血にご協力いただきありがとうございます。血液センターでは、より安全な品質の血液製品をお客さまにお届けするため、エイズ抗体検査を有効な指標とする検査を実施しております。エイズに感染した場合は、最初の献血はエイズ抗体検査で判定させていただきます。

献血された血液は、すぐに患者さんに輸血されますのでエイズ感染等の心配があるため自分の献血血液を使わないで欲しいと思う方は、献血後の出来るだけ早い時間(3時間以内)に電話でご連絡をお願いします。

なお、ご連絡をいただいた方の情報は確実に守られますので安心ください。

エイズ感染の可能性のある方

(1) 不特定多数の女性あるいは男性と性的接触のあった男性

(2) 不特定多数の男性と性的接触のあった女性

(3) 売血(買)行為をされている人

(4) エイズ検査・感染検査は受ける思いのある人

(5) 麻薬・覚醒剤を使用している人

(6) 上記1~5のひとと最近3か月以内に一度でも性的接触のあった人

1. 連絡方法 (1) ご自宅の電話か携帯電話(03)4263-2222に電話を掛(1)から15分以内の場合
☎0120-999-9999
(2) 献血センターの電話(03)4263-2222に電話か自動通話機、留守番電話機からかけられる

※ この電話は夜間休日の深夜も通話料がかかります。

※ なお、(1)より早く献血センターの電話受付に連絡をお願いします。

2. 連絡内容 ① あなたの献血番号()と
② あなたの生年月日を教えてください。

3. その他 献血センターではエイズ抗体検査の結果をお知らせにはお答えしておりません。
※ エイズ感染の可能性があると判断された場合は関係機関での検査が主となります。

※献血者に対する献血は、必ず「受け取りますので、エイズ検査の結果をお知らせいたします。」

二次感染防止等の重要性にかんがみ」と述べている。今までも日本赤十字社では、検査結果を通知しないことを原則としながら、現実には陽性であった場合、本人に告知してきているという。実際、呼び出されて恫喝されるように告知された例を聞くのは、一人ではない。通知しないことをタテマエとしながら、非公式に告知を行なっている現状よりも、公然と通知を行なった方が告知などの体制整備ができるとの判断が方針転換の理由の一つになっているようだ。

近年、薬害エイズの和解成立とともに、感染者が告知を受けるメリットは大きくなってきている。以前のように、感染告知を受けても診療拒否にあい、解雇される危険性さえある状況は改善されつつある。拠点病院は徐々に整備されつつあり、身体障害者認定を受ければ簡単に解雇される恐れもなくなるだろう。しかしHIV感染の告知が、その人の人生に重大な影

響を及ぼすことには変わりはない。

日赤が通知をしないことで二次感染が生じた場合、日赤の倫理的・法的責任を指摘する声もある。けれども今まで「原則として通知しない」とされてきたのは、献血された血液のHIV検査が患者に輸血される血液の安全性を確保するための検査であり、献血者のために行なう検査ではないとされてきたためである。それゆえ、いわば献血者の同意なしの『無断検査』が許されてきたと言える。

感染者が性的関係のある（あった）パートナーへ自ら告知しない場合、第三者がそのパートナーに通知すべきかどうかについても、必ずしもコンセンサスが得られていくわけではない。二次感染防止を考えれば「パートナーにも通知すべき」となるだろう。しかし検査の目的を、検査を受けた本人の利益のためと捉えれば、パートナーへの通知は感染者本人がするべき問題で、第三者が介入すべきで

はないとの見解もある。二次感染防止などの社会防衛の見地から検査を行なってはならないということだ。献血された血液の検査目的は、輸血を受ける患者のためである。そうであるならば、献血者の健康には（それが献血によって生じる健康被害でない限り）介入すべきではないとの考えも成り立ち得るだろう。

諸外国では検査結果の通知を行なう方向に

一方、昨年三月にアメリカの連邦会計検査院（GAO）が出した報告書には「永久に供血できない供血症に対し、その事実と医学的理由を知らせること」という項目が含まれており、検査結果の通知を勧告している。実は、諸外国では血液提供者に対しHIV検査結果の通知を行なう流れとなっており、このことが日本の方針転換の一つの要因であったことが懇談会の議事録から読み取れる。し

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/>





かしながら、アメリカをはじめとする諸外国と日本とは、血液提供の環境が大きく異なることを指摘しておかなければならない。

まず第一に、アメリカをはじめとする諸外国では、検査目的での血液提供の問題は生じていない。それゆえ、検査結果の通知と血液の安全性確保とは（日本と異なり）矛盾しないのである。アメリカでは献血だけではなく売血も多いため、供血者の責任ということも強く主張されてきている。供血者はHIV感染のリスクがないことを確認する声明書に署名させられるのが一般的で、問診や自主的申告などの機会が何度も設けられ、少しでも感染リスクのある供血者は徹底的に排除されるシステムとな

っている。

そもそも供血者に検査結果を通じてよとの勧告は、G A O 報告を読むかぎり、第一義的に血液の安全性確保にある。というのは、緊急輸血では検査が省略されることがあるし、そうでなくても照合の手違いが生ずることもある。陽性とわかつているなら本人に言っても今後は献血しないようにしてもらう方が、輸血の安全性を高められるとの考えである。我が国でもこの点は当てはまる。日赤の献血者への感染告知が「なんで献血なんてしたんだ！」という恫喝に近いものであったという話を何度か聞いた。これは輸血の安全性に対する日赤の危機感のあらわれでもあった。さらに日赤には経営効率

の要請から人員削減や廃棄血液削減の圧力があり、陽性血を陰性と誤判定してしまう可能性が増大しているとの内閣府発表もある。だが、過去に陽性と判定された人の血液は、献血者名簿の整備と照合を徹底させることで排除できるのではないか。誤判定の問題は、それ自体が問題であり、献血者の通知で逃げる問題でもないと言えよう。

何のための

「国内自給」なのか

諸外国に比べて血液の国内自給率の低い我が国では、今後、国内自給への圧力が高まることが予想される。そこで、たとえ検査目的でも見逃し、献血量を増やそうとの意図が働くことを最も警戒するのである。懇談会報告書でも、国内自給推進ばかりが至上命令と化し、何のための国内自給なのかを忘れられているのではないかとの印象すらある。検査目的で献血されたとしても、ほとんどの場合は

輸血用血液として適格なものである。たとえ感染者の血液であったとしても、検査でチェックできるケースの方が圧倒的に多い。検査目的によるリスクの増大よりも、献血量増大のメリットの方が大きいとの考えも成り立ち得るのである。

実際、我が国は短期間に世界有数の献血率を達成してしまった。その背景には、献血思想の普及というよりは、横並び意識に基づく集団献血の推進であったり、健康診断がわりの検査目的であったりしたのが少なからぬ数を占めているのではないだろうか。輸血を受ける患者の存在は献血者からはあまり見えず、輸血の安全神話とともに、よもや自分の献血した血液によって誰かが死の危険にさらされるなど想像できなくなっている。それゆえ検査日を確認し、平日にわざわざ出向かなければならない保健所よりは、いつでも気軽に立ち寄れる場所にある献血の方

が検査目的として好まれるのである。

献血のあり方を国民的に議論しなおす時期にきているような気がする。そうした議論が、検査目的での献血を減らし輸血の安全性を高める早道でもあると思うのだ。

輸血によるHIV感染者への救済問題

最後に「ウインドウ・ピリオド」等の事情により不幸にも輸血によってHIVに感染してしまった患者の救済問題について提起しておきたい。

現在は、エイズ予防法の見返りで成立した「血液製剤によるHIV感染被害救済制度」によって、凝固因子製剤以外の血液製剤による被害であつても、ある程度の救済がなされることになっている。しかしながら、この主に薬害エイズの被告企業の抛出による救済制度は、薬害エイズの和解の確認書で「平成十三年三月を目処として

廃止する方向で検討する」と明記されているのである。凝固因子製剤以外の輸血用血液によるHIV感染では、薬害エイズの和解による賠償の対象とはされない。

輸血によるHIV以外の感染症等の被害については、今も何らの救済制度は存在しない。医薬品副作用被害救済制度からは、抗がん剤などとともに輸血による被害は対象から除かれている。製造物責任法（PL法）の対象には含まれたが、「ウインドウ・ピリオド」によるHIV感染は当時の科学技術に関する知見では認識できない欠陥とされ、PL法による救済対象とはされないだろう。

PL法の成立にあたり国会では「輸血用血液製剤による被害者については、その特殊性にかんがみ、特別の救済機関等の設置に努めること」との付帯決議がなされている。救済制度の創設を望む声は多いが、昨年十二月に出された懇談会報告書には何も盛り込まれず、

議論された形跡もない。〔草田 央〕

HIV・エイズ関連新聞記事

(1998年2月4日～1998年3月24日)

○ 血液事業研究議連を結成 国内自給の確立など検討

2月4日・共同通信

薬害エイズ事件のような血液製剤による健康被害を繰り返さないために、国会議員の有志約六十五人が四日、血液の国内自給体制の確立や製剤の安全監視対策などを検討する「血液事業研究議員連盟」を結成した。

連盟は薬害エイズの被害者である家西悟衆院議員らの呼び掛けで発足。四日、東京・永田町の衆議院第一議員会館内で開かれた結成総会には議員や秘書ら約百三十人が参加した。

議員連盟の規約などを決めた後、血液製剤調査機構の中井一士調査業務部長が講演し、欧米の血液行政の現状を説明した。中井部長は「米国やカナダでも薬害エイズで多くの被害者を出したが、議会在公聴会を開くなど積極的な調査に乗り出し、今後の血液行政を方向付ける報告書をまとめた」と国会の果たす役割の重要性を強調した。

○ 3剤に抗がん剤併用で効果 米国でエイズに新治療法

2月6日・共同通信

【ワシントン5日共同】新タイプのエイズ薬「プロテアーゼ阻害剤」と従来の薬との三剤併用に、抗がん剤を加えた新しい治療法で、エイズ患者のウイルスが激減するなどの著しい効果があった、と米ジョージタウン大学のフランコ・ロリ博士らが五日、シカゴで開かれているレトロウイルス日和見感染症会議で発表した。

ロリ博士らは二十四人のエイズ患者を対象に、従来型の薬であるddIなど二剤とプロテアーゼ阻害剤の計三剤のほか、抗がん剤の水酸化尿素（商品名・ハイドリア）と呼ばれる薬を加えた四剤を投与した。

その結果、三人は薬が必要なくなるほどに症状が改善した。一人の患者は薬の投与をやめてから一年以上健康で、これほど改善したケースは初めてとしている。残りの患者も血中のエイズウイルス（HIV）の数が激減した。

ハイドリアは、慢性骨髄性白血病などの抗がん剤として約三十五年前から使われている。エイズ薬のddIやプロテアーゼ阻害剤とは作用の仕組みが異なり、HIVの増殖に必要なリポヌクレオチド還元酵素の働きを阻害し、リンパ節などに潜むHIVの増殖を抑える、という。

○ エイズの本当の姿知って！ 高校生が仏の感染女性招き講演会一京都

2月7日・時事通信

エイズの本当の姿を知って！ 私立京都西高校（京都市右京区）の生徒たちが七日、HIV（エイズウイルス）に感染した体験を本にした仏女性バルバラ・サムソンさん（二三）を招き、同市内で講演会を開いた。数百人の若者らが出席し、バルバラさんの話に熱心に耳を傾けた。

企画したのは同校三年の森陽子さん（一七）ら「京都西校AIDS啓発プロジェクトチーム」のメンバー。森さんが昨年六月、バルバラさんの著書「不真面目な十七歳」を読んで感動、手紙を送ったことがきっかけとなり、友人や教師に募金などの協力を呼び掛けて実現した。

バルバラさんは講演で、十七歳の時に好きな男性との性行為によってHIVに感染、絶望から自殺未遂を繰り返したが、家族や友人に支えられながらエイズ啓発活動に取り組むことで立ち直ったと話し、「社会の中には必ず自分の居場所があり、どんな時も希望を失ってはだめ」などと訴えた。

○ 故意のエイズ感染は終身刑 英政府が導入検討

2月8日・共同通信

【ロンドン7日共同】八日付の英紙インディペンデント・オン・サンデーは、エイズなど生命を危機に陥れる疾病を故意に他人に感染させた者を終身刑にすることを盛り込んだ刑法改正を、英政府が検討していると報じた。

現行法改正に併せて、エイズやサルモネラ菌、在郷軍人病（レジオネラ症）などの故意による感染を新たに犯罪として明記するという。エイズ患者の血液の入った注射器で注射するケースや、エイズ感染を知らながら複数の女性と関係を持った男性を現行法で罪に問えなかったケースなどを考慮し、内務省を中心に刑法の見直し作業が行われていた。

○男性は40代後半が最多 男性異性間のエイズウイルス感染

2月8日・共同通信

昨年一年間に異性間の性的接触でエイズウイルス（HIV）に感染していることが確認された日本人男性のうち、年齢層で最も多かったのは四十代後半（45—49歳）だったことが八日までの厚生省エイズ動向委員会の調査で分かった。

女性のHIV感染で最も多かったのは二十代前半（20—24歳）で、厚生省は「今後は全般的なエイズ防止策よりも、性別や年齢別にターゲットを絞った対策が重要になる」と話している。

同委員会によると、一九九七年に異性間の性的接触で「HIV感染」した日本人男性は九十三人。これを十歳未満から六十歳まで五歳ずつの年齢構成で分類すると、最も多い年齢層は四十代後半の十八人で、次いで四十代前半の十五人、二十代後半の十四人、三十代後半の十人と続く。35—49歳が計四十三人で半数近くの四六%を占めた。

一方、異性間の性的接触で「発症」した男性患者は八十八人で、四十代後半と五十代前半の年齢層が最も多く各十五人。次いで、三十代後半の十四人と、HIV感染者と同様の傾向を示した。

前年の性的接触によるHIV感染者は三十代前半が最も多かったが、二番目は四十代前半。エイズ患者は四十代後半から五十代前半が多かった。女性の性的接触によるHIV感染者をみると、九七年は二十九人で、多い順で二十代前半が七人、二十代後半が五人、三十代前半が四人。九六年では二十代後半、二十代前半の順。

公衆衛生の専門家は「異性間の性的接触による感染は四十代の男性と二十代の女性という傾向が浮き彫りになった」と分析している。

○エイズの売春婦の写真公開 伊で約5000人と交渉か

2月16日・共同通信

【ローマ15日共同】十五日付のイタリア各紙によると、同国ラベンナ検察庁は、イタリア人売春婦（49）が、自分がエイズだと知りながら二年間にわたり、予防措置を講じずに売春していたとして、注意喚起のため名前と写真を公開、各紙が写真を掲載した。

この女性はイタリア北部を中心に数多くの都市で、コンドームを使わずに売春しており、関係した男性は約五千人に上るとみられている。ラベンナ警察当局は二本のホットラインを開設、問い合わせに応じてともにエイズ検査の情報を提供している。女性は現在、入院中。なぜ感染を知りながら売春を続けていたかは分かっていない。検察庁は「非常に多くの男性と関係を持ったとみられ、市民の健康を守る観点から公開した」としている。

○「厚生省指導なく」／大阪の医師が証言／薬害エイズ裁判

2月18日・朝日新聞

薬害エイズ事件で、業務上過失致死の罪に問われた元厚生省生物製剤課長・松村明仁被告（五六）に対する第十六回公判が十八日、東京地裁で開かれた。大阪の被害者が肝臓病の手術を受けた際に、非加熱製剤（第九因子）の投与を決定した医師が検察側証人として出廷し、「加熱製剤が承認されているのに、危険な非加熱製剤を野放しにした厚生省とミドリ十字の対応は信じられない」と両者の対応を批判した。

証人として出廷したのは、当時大阪府内の病院で消化器内科を専門としていた医師。エイズで死亡した被害者の男性が一九八六年四月に肝臓病の手術を受けた際の責任者で、止血剤として三回にわたり、ミドリ十字が発売した非加熱製剤「クリスマシン」の投与を指示していた。

○中薬審メンバーに血友病患者／血液事業法案について審議

2月21日・朝日新聞

薬害エイズ事件への反省などから、安全な血液供給体制づくりのために血液事業法制定を目指す厚生省は、法案要綱を審議する中央薬事審議会（厚相の諮問機関）の企画・制度改正特別部会の臨時委員に血友病患者を加えることを決めた。同省によると、中薬審のメンバーに患者が参加するのは初めて。同部会は三月はじめに第一回の会合を開き、審議は公開される見通しだ。

輸入血液製剤を通じて約二千人の血友病患者らがエイズウイルス（HIV）に感染した問題では、厚生省が血友病患者者に情報を開示しないまま、専門家だけで構成するエイズ研究班で対策を検討したことが被害の拡大につながったと批

判された。東京、大阪のHIV訴訟原告・弁護団が中薬審の委員に両原告団のメンバーを一人ずつ加えるよう求め、厚生省が受け入れた。同省は特別部会の審議を経て、今国会に法案を提出したい考えた。東京HIV訴訟弁護団の清水洋二弁護士は「薬害エイズ事件は日本の血液事業の構造的欠陥と患者不在の危機管理に起因している。オランダなど先進各国では国の血液政策に血液製剤の恒常的ユーザーとして血友病患者の代表者が参画し、実績をあげてきた。今回の委員選任は患者参加を進めるうえでの重要な第一歩だ」と話している。

○エルトン・ジョンさんがナイトに エイズ患者支援へ四十二億円の寄付 2月25日・共同通信

【ロンドン24日共同】エリザベス英女王は二十四日、ダイアナ元皇太子妃の葬儀で追悼歌「キャンドル・イン・ザ・ウインド（風の中のろうそく）」を歌ったポップス歌手、エルトン・ジョンさんに「サー」の称号で呼ばれるナイト爵位を授与した。英ポップス音楽とエイズ慈善団体への貢献が評価された。ジョンさんは数年前からエイズ患者支援の寄付を続け、「エルトン・ジョン・エイズ財団」を創設。「キャンドル・イン・ザ・ウインド」のCDは世界で三千三百万枚売れ、収益金の二千万ポンド（約四十二億円）をダイアナ記念基金に寄付した。

○J T、抗HIV剤・ネルフィナビルを販売 厚生省認可受け下旬から 3月6日・共同通信経済

日本たばこ産業（J T）は6日、抗エイズウイルス（HIV）剤「ピラセプト」が同日付で厚生省から新薬として正式認可されたため、3月下旬から国内で発売すると発表した。

ピラセプトは、HIVに感染、発症した人の症状を抑える効果のあるプロテアーゼ阻害剤で、J Tは米国のアグロン製薬と共同開発した。米国では昨年3月に新薬として承認され、欧州でも今年1月承認されている。今後J Tが製造・発売元となり、日本ロシュと吉富製薬が販売を担当する。薬価は1錠188円70銭。

J Tの箕正三常務は「海外でのロイヤルティー収入が今年3月期決算で50億円から60億円期待できる。米国ではシェアがトップになっており、今後期待ができる」としているが、日本国内では「患者数が少なく収益にはほとんど影響しない」としている。

○エイズ感染させ、禁固8年 オーストラリア 3月6日・共同通信

【シドニー6日共同】オーストラリア・ビクトリア州の地方裁判所で6日、エイズに感染している男性が、その事実を隠し、予防措置もしないまま性行為をし、複数の相手の生命に危険を与えたとして、禁固八年の実刑判決を受けた。

エイズ関連の裁判で、これだけ長期の禁固刑が下されたのは異例という。

判決を受けたのは、同州南東部ラトロープパレーに住む五十二歳の実業家。一九九四年から二年間にわたり、二十代の男性三人と性関係を持ち、うち二人がその後エイズ感染していることが分かった。さらに二次感染した男性と付き合い合っていた女性一人もエイズに感染した。裁判長は判決で「被告はコンドーム装着など必要な予防措置をしないまま、自らの満足のために他人の生命を危険に陥れた」と厳しい判断を下した理由を述べた。

○「薬害エイズの真相語れ」で大混乱 3月7日・読売新聞

薬害エイズ問題の真相を知りうる立場だったと言われている元厚生省生物製剤課長の郡司篤晃・東大教授（60）が今月末に医学部を定年退官することになり、最終講義が六日午後、同学部講堂で開かれた。しかし講義終了間際に、薬害エイズの患者や家族、学生らが「薬害エイズに関する真実を明らかにしてから退官すべきだ」などと言って壇上に詰め寄り、講義は一時大混乱した。

講義のテーマは「我が国の医療システムのビジョンを求めて」で、一般にも公開して開かれた。

しかし薬害エイズの問題に全く触れずに、郡司教授が講義を終えようとしたため、聴講していた患者や家族、支援者ら約十人が「薬害エイズの真相を語るべきだ」などと言って壇上に駆け寄り、ガードする大学職員約十人と小競り合いになった。郡司教授もネクタイがはずれそうになるほどもみくちゃにされたが、「きょうは難しいが、必ず話し合いの時間をもうけます」と患者らに答え、十数分後ようやく騒ぎはおさまった。

○非加熱製剤で30代男性がHIV感染 血友病以外の治療で

3月17日・毎日新聞

関西の総合病院で15年前、30代の男性が血友病以外の治療で非加熱の血液製剤「クリスマシン」の投与を受け、エイズウイルス（HIV）に感染していたことが17日、分かった。厚生省の全国調査で11人の血友病以外の感染者が判明しているが、この男性は調査から漏れていた。男性は同日午後、国と非加熱血液製剤を販売した製薬会社、ミドリ十字（大阪市）を相手に損害賠償請求訴訟を大阪地裁に起こす。損害額は1億1500万円としているが、当面は100万円を請求する。関係者によると、男性は今年1月に体調を崩して、病院で診断を受けたところ、HIVに感染していることが分かった。同病院がカルテを調べた結果、男性が1983年に内科の疾患で入院した際、非加熱のクリスマシン計15本が投与されていた。男性は既に発症しており、通院治療を続けているという。

厚生省が血友病以外の感染者の実態を全国調査した結果、約2200人以上に非加熱血液製剤が投与され、このうち11人の感染を確認していた。

○薬害エイズの黒塗り資料提出求める＝野党が予備的調査を初要請－衆院＝

3月24日時事通信

共産党を除く民友連など野党三会派の衆院議員六十三人は二十四日、薬害エイズ事件に関連し、エイズ予防法の策定過程を明らかにするほか、一部が非公開だった厚生省ファイルの全面公開を求めた「予備的調査」の要請書を伊藤宗一郎議長に出した。同調査の要請は今回が初めて。昨年十二月の国会法改正で、四十人以上の国会議員もしくは国政調査権を持つ衆参両院の各委員会は、国会での審査に先立ち、これまで調査権限のなかった両院事務局に予備的調査を命令できるようになった。

今回公開が求められた厚生省ファイルは一九九六年に公表されたが、八八年に成立したエイズ予防法の制定過程に深く関係しているとみられる部分は黒塗りにされており、HIV訴訟原告団などがその開示を求めていた。

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。