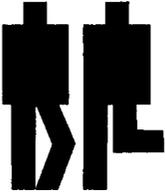


LAPP 
Life AIDS Project
NEWS LETTER

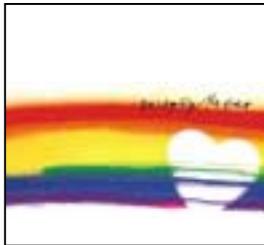
Vol.24

'98.8.1





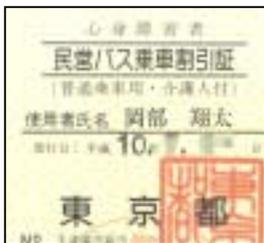
Life AIDS Project News Letter Vol.24-PDF



3



16



20



22

南北格差だけでないギャップ、新薬情報、会議の意義、今後の課題

第12回国際エイズ会議報告 3

[フシギダネ/福田光/沢村たかこ/沢崎康/高田昇/上野譲治/松尾健一]

ノービア・カプセル(リトナビル) 製造一時中止の問題について
経緯、今後の対応、ノービア液剤、その他の選択 [今村顕史] 13

保健所からのエッセー
変な診断書パート2 [JINNTA] 16

身体障害者手帳の使い勝手 [岡部翔太] 20

G-men祭シンポジウム報告
「日本のゲイコミュニティとエイズ」 [寺田和善] 22

サンフランシスコ視察報告
鬼塚直樹さんに会ってきました [阿部 努] 23

人権とは何だろう? ~弱者と弱者の線引き~ [草田 央] 25

LAPホットラインエイズ電話相談案内 12

LAP入会案内 15

LAPニュースレター18号~22号無料送付のお知らせ 19

LAPパソコン講座のお知らせ 24

HIV・エイズ関連新聞記事 30

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

TEL03-5685-9716 FAX03-5685-9703

[電話相談] TEL03-5685-9644 (毎週土曜日午後4時~7時)

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

[銀行口座] 三井住友銀行横浜西支店 695729 (普通)

「ライフ エイズ プロジェクト 代表 シミズシゲノリ」

[電子メール] lap#lap.jp #->@

[ホームページ] <http://www.lap.jp/>

<http://www.campus.ne.jp/~lap/>

第12回国際エイズ会議報告

94年の横浜、96年のバンクーバー（カナダ）に続き、98年6月28日〜7月3日までスイスのジュネーブで第12回国際エイズ会議が開催されました。

テーマは「Bridging the Gap」（格差の橋渡しを目指して）。国連エイズ計画（UNAIDS）の報告ではHIV感染者は昨年末で約三千万人。その9割が途上国の人々であり、「南北格差」が大きな課題であると指摘されています。

もちろん「ギャップ」はそれだけではありません。いったいどんなギャップが存在しているのか。また新薬などの新しい医療情報は？。そして今回の会議の意義、今後の課題等について、各方面の方にレポートしていただきました。

国際会議で分かった「日本」

フシギダネ

まずはカスラーシップにチャレンジしたが…

「今回は目玉になるような話題ないじゃん」「インターネットで情報とれるよ」と周囲に言われても、「だって次の南アフリカ遠いからさ」。今行かないとさ」とかいつて、行ってきました国際エイズ会議

事前の割引があるにしても登録料が10万円近くかかる。高い！感染者にはスカラシップがあるので、応募して通れば飛行機代と宿



泊と参加費が無料になる。書類ははつきりいつてたいしたことはない。僕は一応応募したけどだめだったので自費。でも、「メディア登録」といってマスコミ関係者として無料でパスをもらう方法を利用

現在および、近い将来の抗HIV薬リスト

一般名・略名・記号等	商標・予定商標	承認の有無、予想時期
核酸系逆転写酵素阻害剤		
AZT(ZDV)	レトロビル	日・米
ddl	ヴァイデックス	日・米
ddC	ハイビッド	日・米
d4T	ゼリット	日・米
3TC	エピビル	日・米
アバカビア(1592U89)	Ziagen	(米98年中)
MKC442		
AZT(ZDV)+3TC合剤	Combivir	米
非核酸系逆転写酵素阻害剤		
ネビラピン	Viramune	米(日本の拡大治験は秋頃)
デラビルジン	Rescriptor	米
Loviride		
エファビレンツ(DMP266)	Sustiva	(米98年夏?)
(一日一回服用。ネビラピンとの交叉耐性あり)		
ヌクレオチド系逆転写酵素阻害剤		
Bis-Pom PME(A) (Adefovir)	Preveon	(米98年中?)
(一日一回服用。サイトメガロウイルス、B型肝炎ウイルスにも効果)		
PMPA		
プロテアーゼ阻害剤		
サキナビル	インビラーゼ	日・米
サキナビルソフトジェル	Fortovase	米
(サキナビルの吸収をよくしたタイプ。日本での治験予定なし)		
リトナビル	ノービア	日・米
インジナビル	クリキシパン	日・米
ネルフィナビル	ビラセプト	日・米
アンブレナビル(141W94;KVX-478)		(米98年後期?)
ABT-378		
KNI-272		
その他		
Hydroxyurea		
インターロイキン2(IL-2)		

用した。知り合いの業界の人に「派遣取材記者」である証明書類をつくってもらったのだ。このスカラシップ、金持ち日本人は優先順位が低いのかと思っただけ、

何人が日本人ももらっていたし、可能性は誰にでもあると思っ。来年のマレーシア(アジア太平洋国際エイズ会議)、2年後の南アフリカ(国際エイズ会議)にチャレ

人 外国で超国内的な日本

ンジしてもいいかもしれない。「国際なんか」が好きなのだ

日本人は、国内でもナントカ国際セミナーって多い。でも「国際」の場であまり相手も期待もされていないし、好きな割には態度や政策が超ドメ(超ドメスティック「国内的の略」。英語もタイとか他のアジアの国の代表に比べて、これはまずいでしょうってレベル。去年のマニラでのポスター演題でも「日本の感染率の低さは高学歴が理由」みたいなこと、どうどうと書いといてさ。もちろん学歴と感染リスクは関係ないということ。世界中の通説(逆に学歴と英語力は関係あるんじゃないのか?)。指差して笑われていたもん。こういう人達が日本では「権威」だからね。ま、財布のひものゆるい。ちが外国の人もいい顔しているんじゃないの。はつきりいつて、言葉も通じない、小さな島国がどうなるかと世界の関心事じゃないよね。自分たちのことは自分たちでやらないと、という覚悟を参加者は認識しないとね。

新しい治療薬

バンクーバーのときのプロテアーゼ阻害剤のような盛り上がりはなかった。日本では現在9種類の抗HIV薬がある。もつづく非核酸系逆転写酵素阻害剤のネビラピンの拡大試験がはじまる。アメリカではこのネビラピンの他にデラビルジンというのもあるし、プロテアーゼ阻害剤ではサキナビルのソフトジェルカプセル(商品名: Fortovase)がある。

これに加えてエファビレンツ(非核酸系逆転写酵素阻害剤)、アバカビア(核酸系逆転写酵素阻害剤)、アンプレナビル(第二世代プロテアーゼ阻害剤)とか、アメリカでは順々にFDAが認可していくだろうとのこと。日本ではネビラピンの後に新しい薬が入る話はない。まったく新しい薬が入る話があったら買いに行け、輸入しろということか? せっかく手帳を

もらって医療費の心配から開放されたのになあ。誰に文句いえないの? 厚生省? 製薬

会社? 僕は一日一回のエファビレンツにとっても期待しているけど、たかえはネビラピンを飲んで、耐性になっちゃったら同じ非核酸系のデラビルジンもこのエファビレンツも効かなくなるから、せっかくの拡大試験だけじゃ、じつと耐えてもつといい条件の薬を待つ方がいいんじゃないかと思ってしまう。こういう可能性を医者はずちやんと患者に説明してくれるのか不安だ。でも待つても薬が認可されないとしたら、すぎる気持ちで新しい薬を待っている人にはつらい話だ。

7月末の「リトナビルの製造がストップする」というニュース(注:13頁に詳細情報あり)もそうだけど、この先治療薬の供給が不安定とか不透明じゃ困るよね。専門家の人はあらゆる努力をしてほしい。よろしくお願いします。

アドヒアランス

この会議、猫も杓子もアドヒアランス、と念仏のようだった。医療者と患者の関係が注目されている。でも日本の医者や看護婦にはそもそも患者の話と同じ立場で聞く姿勢なんか感じないけど(僕が出会っていないだけか?)。出した薬は当然飲んでいるだろうと思いついて入っている医者、教育・指導が大好きな看護婦、自分たちの態度をあらためるなんて発想自体あるのかな。患者もいいこと言えるように努力しないと医療は変わらない。あの短い診察の中で、白衣の専門家を前にいたいことを言うためには、もつと勉強してそれをもつとずつとすくなくならないといけない。

でもさ、どんなにえらそうになっても、言っても胸はドキドキハラハラ。そんな事情を察してほしいよな。

PWAラウンジ

国際エイズ会議にはPWAラウンジがあつて、感染者は横になつてリラックスしたり、食事を楽しんでたりできる。薬を忘れてしまつたりなくしてしまつた場合は処方してもらえぬ。もちろんすべて無料。薬はみんなが堂々と飲んでるので、「おつと時間だ」とつまく管理できている人も多かつたんじゃないか(しかし時差つてのはたいへんだ。来た時帰る時と調整がいる)。このラウンジは自分で感染したとわかつて(思つて?)いる人だけが入れる。ここで、「おつ、カッコイイ」「今フリーか?」と愛も生まれていた。演題でも、薬を飲んで元気になった若い感染者が性的に活発になつていくという報告があつた。会場で「こんなにいらぬよ」「つてくらいコンドーム配っていたから、なかつたから使えない」という

言い訳はできないけど、あの盛り上がりの中ではたして使えるか難しいところだ。だから演題の内容も、治療が可能になってセーフティセックスへの意識が低下しているというものが目立った。

日本のエイズ学会も感染者やNGOの参加が増えたらラウンジできるかなあ。去年の熊本、例のD会場（何のことかわからない人は22号、23号を読んでね）では環境は最悪だったし、車椅子とか松葉杖の人が中に入れないで立ちっぱなしとか、これが医療関係者の集まりか？ って思ったもん。

日本からの参加者

日本からの参加者は少なくとも厚生省関係のお金で派遣されている20数名はいたはずだ。ホームページで検索したら日本の演題は94。多いのはウィルスの研究者とかの基礎医学で外国との共同研究。トトラックBの臨床の演題は30

で、検査とかウイルスが多い。患者に焦点をあてたいわゆる現場からの演題は、広島大学医学部附属病院、都立駒込病院、東大医科研究所の3つ。他の分野では日本のNGOの演題もポスターでかなり通っていた。これだけの数あるんだから日本で日本語で発表してほしいな。

今回の大拍手はSHIP。なんと演題が二つも通っていた。個人郵送分の読者の質問紙調査で、感染者とケア提供者による差を比較していた。詳しくはそのうちSHIPで報告があるだろう。

たくさんありすぎてまわりきれないブリスやポスター、オーラルセッションの中を、せつせと必要な情報を集めてまわる人たちもいた。朝から晩まで会場にいるんじゃないか？ と思っくらい見かけたのは東京医科大学の山元氏と都立駒込病院の味澤氏。第一線の臨床医としても有名なこの二人は、社会医学分野への理解も深く

仲間うちの評判もグッドで、去年のエイズ学会から注目しているのだが、仲良しらしく話したい一緒にあんまりいい話しを聞かない日本のHIV医療だけど、連携できる関係もちゃんとあるんだなああとちょっと安心した。

展示ホール

面白そうなセッションがないときにブラブラしていた展示ホールの話を少ししよう。

まずエイズ予防財団のブリス。残念ながらブリスを開いて何をしたいというアイデアや意欲が伝わらない。厚生省批判のはばたき財団の英語のニュースレター、内容が随分古い予防パンフレットが置いてあった（在庫処分が目的か？）。でもポスターは好評のようであるながれくれと寄ってきた。ブリスを担当した財団の沢崎氏は流暢な英語・スペイン語をあやつり、さらに数か国語で挨拶

をしていたからびつくりだ。聞けば博士号を持ち、ハーバードへの留学経験もあるという日本に数少ない公衆衛生分野でのエキスパート。日本に途上国の専門家を招いて研修を提供するというプログラムの中で築いた人脈で、各国の研修修了者からよく声をかけられていた。「何考えているんだかわからない日本人」という評価はあるけど、こういう信頼関係を築ける人もちゃんといるんだと安心した。

そのとなりにF AIDS（エイズフォーラム）。パソコン通信のニフティサーブにリアルタイムで書き込みをしているとのことだった。どこよりも早い日本語の情報はどこで読めたようだ。他にはABCキルト、人権情報センターがブリスを出していた。小さな国でブリスが4つ。メンバーやスタッフもかなり来ていた。どんなに否定しても「金持ち」なのだ日本人は。

Gapをひめる

そんな日本を苦々しく思いながらも、国際会議を口実にヨーロッパ旅行なんかしちゃった僕もその日本人の一人だ。この会議のテーマだったBridging the Gap（ギャップを埋めよう）。毎月「金ないぞ〜」と文句いいながらも飛行機代やホテル代を払え、バッグの中には薬がちゃんとはいつている。何の義務もなく気ままに評論家気取りで参加した。特別な活動を国内でしているわけでもない。ラウンジで隣に座ったある男性は、初めての外国でちゃんと国の代表としての意見を語る。治療はしていない。このギャップをどうしたらよいのだ。

次はマレーシア！

次の国際会議が開かれる南アフリカのダーバンは遠すぎる気がし

て自分が行くかどうか、その時の健康状態がどうなんだかさっぱり見当もつかない。でも来年の秋のクアラルンプールは参加しようと思っている。まわりがなんと評価しようが、英語がへたくそといわれようが、やはりアジアで日本が

フィリピンから見た国際会議

日本感染症学会会員（マニラ在住） 福田 光

はじめに

6月28日から7月3日まで、ジュネーブ（スイス）で開催された第12回国際エイズ会議に参加してきました。国際エイズ会議は、前々回の横浜、前回のバンクーバー（カナダ）に続いて、3回目になります。なお、今回は二〇〇〇年にダーバン（南アフリカ）、次回は二〇〇二年にバルセロナ（スペイン）で開催される予定です。ちなみに、来年、一九九九年

とる役割はあるだろうし、出遅れた感の日本の感染者の活動を日本の専門家や外国の人に伝えていきたいと思う。おっと、これ以上熱く語ると熱が出そうだからこれでおしまい。



にはクアラルンプール（マレーシア）で、昨年マニラ（フィリピン）に引き続いて、第5回アジア太平洋エイズ会議が開催されます。

それでは、今回の国際エイズ会

議に参加して、いくつか感じたことを書いてみます。

南北問題が大きな焦点になっている

エイズは、現代社会の様々な問題を図らずも表面化させるという作用をもたらしました。

同性愛、婚姻観・夫婦観、薬物使用、売買春、小児性的虐待、貧困、人種差別、男女格差、トランス・ジェンダー、移民、医師患者関係、医療過誤などなど、様々な問題がエイズとの関連で、様々な機会に表面化し、社会の注目を集めるとともに、解決が迫られました。

しかし、どうやら最近では、南北問題、特に南のアフリカと北の西ヨーロッパの対比に象徴される南北間の経済格差に主たる焦点が当てられているようです。

今回の会議のテーマである“Bridging the Gap”とは、様々な垣根や溝を無くしていくことという

ことですが、会議の雰囲気は北と南の掛け橋という感じで、南北の対立が存在することを逆に感じさせました。

南の人々は、北の人々からの経済的な援助、特に経済的な理由から最先端のエイズ治療を受けられない人々に対する経済的な支援を強く期待しているようです。その一方で、北の人々は、エイズの治療費が際限無く増加していく現状を見て、南の人々の治療費まで負担することに躊躇いと恐れを抱いているようです。

かつてエイズが不治の病で、速やかに死に至る恐ろしい病気であった時代には、激しい差別や偏見が存在する一方で、慈愛や奉仕の精神から無制限の援助を行う意思があったように思えます。しかし、エイズが必ずしも不治の病でも死の病でも無くなったとき、経済的な負担という現実的な問題に、多くの人々が直面しているのだと思います。

ワクチン開発に対する期待が高まっている

HIV感染症とエイズの治療に、ある程度の見通しが持てるようになった現在、従前に増してワクチン開発に対する期待が高まっています。この期待の中には、北の人々の経済的な思惑、すなわち、ワクチンによる予防が成功すれば、南の人々からの治療費援助要求をかかわすことができるという思惑もあるようです。また、UNAIDS、WHOを始めとした国際機関にも、限られた予算で最大の効果が期待できる手段として、ワクチン実用化に対する期待が高まっているようです。

また、教育に重点をおいた予防活動が政情不安定な地域や経済的な困窮に陥っている地域では、十分な成果を挙げ得ないという現実に対する失望感も、ワクチンに対する期待を高めています。

恐らく、日本を始めとした北の

国々では、ワクチンの導入は限定的な効果しかもたらさない一方で、ワクチンの過信による弊害がもたらされるだろうと思いが、多くの南の国々では、ワクチンの導入は劇的な効果をもたらすでしょう。ただし、これは安全で効果的なワクチンが実用化されるという達成困難な条件が整えられた場合に限りません。

いずれにしても、僕の個人的な感想を言えば、ワクチンに対する期待が政治的な思惑から過度に喧伝されているように感じました。

治療に関してはある程度の展望が開けている

プロテアーゼ阻害剤が実用化される直前のような、治療法の大きな進歩に対する期待は、乏しくなった反面、今後とも治療法は着実に進歩していくだろうという楽観的な見通しが大勢を占めているように感じました。もちろん、HIVは確実に、各種薬剤に対する耐性を

を獲得して行くものと予想されていますが、それにも増して新薬の開発、投薬法の改善が図られていくだろうという期待が感じられました。

必要な治療費さえ工面でき、適切な治療を受けることができれば、たとえ完治しなくとも、当面は症状の進行を遅らせることができ、その間に、治療法がさらに進歩するだろうという期待を多くの人々が抱いているようです。

しかし、その一方で、貧しい人はエイズで死ぬが、豊かな人は死なないというエイズ患者、HIV感染者の中での新たな格差が生じてしまっていると言えるでしょう。

最後に

ジュネーブは日本から遠いということもありますが、国際エイズ会議への日本人の参加者が回を経ることに少なくなっていると感じ

ました。次回の開催地、ダーバンは、ジュネーブよりもさらに日本から遠いので、今回よりも、さらに日本人の参加者が少なくなるかも知れませんが、もちろん、参加者が少ないのは、多額の旅費を使う

母子感染予防と配偶者間人工授精

沢村たかこ

AZTの短期間服用でも母子感染率が半分に

私は会議には参加できなかったのですが、母子感染について知ったかったので、インターネットや参加された方の報告などを集めてみました。その内容を簡単にご紹介したいと思います（実際に現地まで行かなくても、情報は結構手にはいるのだと実感しました）。妊娠中から分娩後までの母親と、新生児にAZTを投与することで、母子感染の確率を低くできることは既に知られていますが、

とまで、国際エイズ会議に参加するメリットが少ないということもあるでしょうが、エイズに対する日本人全般の関心の低下を反映しているようにも思えました。

今回、短期間の服用に関する発表がありました。妊娠36週から分娩時まで母親だけにAZTを投与することで、予防しない場合に比べ、母子感染率が約半分の18・9%になったそうです。これまで発展途上国などで薬の費用の面から使用できなかった人たちのハードルが少し低くなったと思える情報でした。

選択肢の一つとしての配偶者間人工授精

また私が一番知っていたのは、配偶者間人工授精（AIH）につ

いてです。AIHとは男性から精液をとり、人工的に女性に入れるという不妊治療の方法の一つです。男性がHIV感染者の場合、その精液から遠心分離やフィルターを通すなど、様々な方法でウイルスを除去し、男性から女性への感染と母子感染を防ぐというものです。医学専門誌ランセットにも報告を載せたことのあるDr.Sempriniによると、AIHを一五四回実施し、二四〇回の妊娠が認められ、配偶者間感染および母子感染はゼロだったそうです。ただ、AIHによる夫から妻

女性や途上国の人々の存在が増えた

(財)エイズ予防財団 国際協力部主任 沢崎 康

日本からも多彩な顔ぶれが参加していた

第12回世界エイズ会議には、今回(財)エイズ予防財団から私だけの参加となったので、私は財団

への感染率は理論的にゼロにはならないため、この方法に反対する医療従事者がいることも事実です。AIHはイタリア、スペイン、イギリスなどで行われていますが、アメリカでは行っていません。日本ではどうなるのか、とても気になりますが、「自分の子供が欲しい」という日本人の思い(文化?)はアメリカよりヨーロッパに近いのではないかと、指摘もあります。AIHがHIV感染者の選択肢の一つとして日本でも提供されることを私は願っています。

のフースを中心に会議に参加した。日本からの参加者の顔触れを見てみると、財団のスカラシップ参加者を中心に、研究者のみならずPWA、NGOの方々など多彩な顔触れであった。

ギャップは大きくなつたみたい

広島大学医学部附属病院輸血部 高田 昇

第12回国際エイズ会議に出席した。同僚の藤井DRがポスター発表するので、私は付き添いだった。今回は一言で言うと、前回のウァンクワァー会議ほどの大きな進歩はなかった。HIVが隠れ住んでいる体内の細胞には寿命が長いものがある、途中で手を休めるとまたHIVが出てくる。当初の2~3年でHIVが消えるという期待は消え、今のところ治療は一生続く覚悟しなきゃならない。また1ml中のHIV-RNA量も50コピーとか500コピー以下など、可能な限り低値に保つ方が長期的には良さそうだ。

治療面では近くアメリカで認可になる予定の薬が目についた。服薬回数の減少、耐性HIVにも効果期待できそう。従来薬の中では、色々なプロテアーゼ阻害剤を2剤同時に使う方法が試みられてきた。救済療法と言つより初回療法になるかもしれない。多くの症例を扱った比較研究の結果を待ちたい。

検査を10万円で請け負う検査会社も現れた。多数の薬剤を経験して耐性になった患者から、セックスで耐性HIVが感染した例も報告された。この例は接触から数日後に発熱があり、初診の開業医は急性HIV感染症と診断している(HIV抗体陰性、HIV p24抗原陽性など)。

患者が服薬を忠実に守ることをアドヒアランスがよいと言つ。耐

坑ウイルス剤などの組み合わせの効果とその限界などに関するレポートも多かった。今回は、前回のバンクーバー会議ではなほなく注目を浴びたこのカクテル療法にあたるような脚光を浴びるようなものはなかった。むしろこの各種組み合わせにも限界を指摘するよつな報告や、多量の薬を飲み続けなければならない感染者に対しての服薬の問題などが新しいテーマとしてでてきたよつである。

しかしながら他方で、世界の感染者の大部分が集中するアフリカやアジアの一部地域ではAZT単剤、あるいは抗体検査さえも受けられない途上国がほとんどであること、そしてそれはいくら新しいカクテル療法の組み合わせがみつかつても、地球上の多くの人には全く無縁であることなどを、こつした会議の場であらためて知らされた。

全体の雰囲気としては先進国と途上国とのギャップ、研究者とNGO・活動家とのギャップ、その他さまざまな利害関係にあつたり、意見が異なる人たちのギャップの橋渡しをし、連携しようという考えが色々なところで見られた。日本からの参加者もこつした会議で、日本のおかれている状況を客観視することができ、エイズ問題を資源の乏しい途上国への援助などの必要性等グローバルな視点で新たに認識してもらつた良い機会であつたと思われる。

最後に、第5回のモントリオール会議以降、今回も含め8回の会議に参加してきた中で感じたのが、これまで会議場の中で、欧米系白人のゲイの男性の存在が大きかったが、その存在は以前よりは少なくなり、かわつて女性や途上国の人々の存在が増えたことである。HIV/AIDSの感染者の中心が移行しつつあることを実感した。

今回の会議のテーマ(Bridge the Gap)にあるように、会議の

耐性検査の試薬がいくつか発表さ

性HIVと治療失敗の大半は、アドヒアランスの悪さが原因で、多数の報告とシンポジウムがあった。小児でも積極的に多剤併用療法（HARTと呼ぶ）が行われるが、幼児は味が悪いと絶対に飲まない。胃痙、つまり胃と体表の間に細いチューブを通し、口を経由せずに直接胃の中に薬を注入する方法で乗り切るという報告があ

望まれるガイドラインの充実

上野謙治

臨床に直接反映できずうな発表が欲しかった

ジュネーブの学会で何があったのかをサマリーすることはとても難しい。自分でもまだ全然整理ができていない。
なにしろ五千を超す演題があったのである。これらをバツと見て回るだけでも精一杯。タイトルを見るのも大変だった。だから、

り、「そこまでするか」と驚いてしまった。HIV感染症・エイズをめぐる情報は進歩が早く、インターネットの利用が不可欠である。関連した演題発表やトレーニングコースがあった。
国際会議のテーマは「ギャップに橋渡し」というものだったが、「あらゆる面でギャップはますます広がっている」とため息が出た。

こんなところには報告を書くこと自体無理な話
そこで、「ここは正直に、興味があつて何となく気になったことだけを、ちょっとだけ並べてみよう。内容は超偏っている、そこはお手柔らかに。ただの感想文だ。

抗HIV薬はたくさん新しいのが出てきたようだ。でも何をどう飲んだらいいんだろう。しだいにわからなくなってきた。ガイドラ

インをさらに充実させていかないと、ますます現場で混乱するだろう。
それに、「2剤よりも3剤が効果あつた」とするごく当たり前の結果が多く報告されていた。それよりは「どんな3剤がいいのか」というような、今の臨床に直接反映できそうな研究発表が欲しいのに。そういう結果はいいいい出るのだろうか。たくさん薬を飲んだことがある人は、そのあとどんな薬を飲んだらいいのか、それについての報告が多くなされるのか。あと何年後なのだろうか。

それと、日本でも米国とほぼ同時に拡大治験などによって薬を入手できる状況を作らないと、薬が足りないという時代も近いうちに来るのではないかと心配だ。

C型肝炎の問題も結構大きくなっている。海外ではIDU（薬物使用者）の問題として扱われているが、日本では非加熱血液製剤による感染者の問題が大きい。プロ

テアーゼを飲むことで一時的にC型肝炎が悪化するかもしれないというデータもあつた。
けれども、だからといってプロテアーゼを止めようという結論にはならないという。じゃあ、どうしたらいいのだろうか。

社会復帰や服薬援助に焦点をあてたNGO

NGOが一時に比べて元気がないように見えたのは僕だけか？
なんだかHIV感染者が元気になるのと反比例しているのではないか。

でも、そんな中でも今の問題点やニーズをしっかりとらえて活動しているところもあつた。今まで体調が悪かった人が元気になったりどうつ社会に復帰したりしている。自分に合わせて薬を飲むにはどうしたらいいのだろうかという点などに焦点をあてていた。

抗HIV薬が進歩したことを感染していない人たちが「HIVは

治療できるようになった」と勘違いしてセーフター・セックスをしなくなっている可能性の指摘もあった。

一方ですごく元気だったのは抗HIV薬を出している製薬会社の

小さなギャップに橋をかけることから

看護大生 松尾健一

個人個人の内面にも存在しているギャップ

では多くのセッションで「いかに橋をかけるか」が真剣に討論されてきました。

今回の国際会議のテーマは「Bridging the Gap」。ギャップといわれる「南」と「北」のギャップが思い浮かぶかも知れませんが、例えば、治療薬一つとっても薬剤耐性の出現を最小限に抑え、最大限の治療効果をあげるためにどうしたらいいか、と論じている「北」と、まず治療薬を入手することから始めなければいけない「南」とでは、やはり両者の間に大きなギャップがあります。会議

ブース、日和見薬のブースはかわいそうだった。最後に言いたいのは「会場が広すぎる」ということ。足がとつても疲れたぞ！

しかし、こうした世界的規模のギャップだけではなく、あらゆるところにギャップは存在しています。個人個人の内面に存在するギャップもその一つです。これは、患者さんの治療姿勢や医療従事者の仕事への関わり方、またある意味ではその人の生き方までもを方向づける、非常に重要なものではないでしょうか。

て論じる必要があります。私たちは「個人の規模ですべきこと」について語り、橋をかけていくことが求められています。

「個人の規模ですべきこと」

患者さんをはじめ、ドクター、ナース、カウンセラー、ソーシャルワーカーなど、HIV感染症に関わるそれぞれの個人が抱えるギャップにその個人がいかに関わっていけるか。そこがポイントなのではないか。

私たちがまずしなければいけないのは、医療従事者の人たちが患者さんにこうしたいのにできない、患者さんがドクターやナースにこう言いたいと言えない、こんな小さなギャップの数々に橋をかけていく作業なんじゃないか。それが無いと何も始まらないのではないか。そんな当り前のことを会議全体を通して改めて感じました。

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

服用している人は主治医と相談を

ノービア・カプセル(リトナビル) 製造一時中止の問題について

この原稿は98年8月10日現在の情報をまとめたものです

都立駒込病院 今村顕史

現時点(8月10日現在)の情報をお伝えします

7月29日、アボット社の生産販売しているプロテアーゼ阻害薬であるノービア・カプセル(一般名リトナビル)の製造一時中止という緊急情報がありました。

現時点で同剤を内服中、あるいは今後使用の可能性のあった患者さん方にとっては深刻な問題であり、できるだけ詳しい情報をお知らせする必

要があると思います。今回、本件についての原稿依頼があり、改めて現時点(8月10日現在)の情報をまとめてみました。

なお本稿の内容はあくまでも執筆時点の内容であり、今後も新しい情報には注意していく必要があります。

1. 製造一時中止に至った経緯について

現在のところ米国アボット社の公開している理由とし

て、ノービア・カプセルの内容物が不溶性の結晶となってしまうという問題があげられています。今のところ入手している情報から推測すると、ノービア・カプセルは非常に

複雑な工程で製造されているため、ある一定の割合で製剤規格に適合しない薬剤が混在してくるものと考えられます。これは予想以上に解決が困難な問題だったので、米国では新規抗HIV薬の開発承認を急いで行う必要があ

ったために、製造されたカプセル剤に対してアボット社が溶出試験を行い、規格にあつた薬剤のみを出荷していくという対応をとっていたようです。

今回の製造一時中止には最近の本剤の世界的な使用状況も大きく関わっていることが予想されます。プロテアーゼ阻害薬の想像以上の交叉耐性による本剤への治療薬変更、さらにダブルプロテアーゼ阻害薬併用療法で用いる1剤と

しての世界的な使用量増加により、これまでの製造工程による薬剤の継続的な供給が困難になってきたのも一因ではないかと考えられます。

2. 製造再開はあるのか

今のところ製造は一時中止ということになっていますが、現時点では再開のめどは立っていないようです。

前述の問題が原因であるとすると、本力プセル剤が開発されてから問題を解決するための努力が、これまでもなされてきたはずですが。

したがって、この問題解決が、予想以上に困難であるケースも考えておく必要があります。

3. 出荷処方されている薬剤は問題ないのか

最初に述べたように、今ま

でのものについては、アボット社において規格試験がおこなわれ問題がないと判断されたもののみが出荷されています。したがってこれらについてはその有効性、安全性等の問題はないと考えて下さい。

4. 今後の在庫はどうなっているのか

世界的には8月上旬までのストックしかないと発表されていますが、日本の窓口であるダイナポット社では今までの使用量から9月末までの数量が国内在庫として十分に確保できており、米国アボット社で保管されている在庫のうち日本向けに確保されているものを含めると少なくとも12月末までの分も入手可能なようです。

5. 対応はどうすればよいのか

現在、日本とインド以外の国ではノビビア・カプセルとともに液剤も承認されており、今後この液剤が申請され認可される方針となりそうです（その計画および手続きについては現在進行中です）。

したがってリトナビル液剤が使用可能になれば、カプセルから液剤への変更がまず第一の選択となるでしょう。使用可能となる時期は未定ですが、できるだけ早く変更できるように、関係者が全力をあげて努力しているところです。

6. ノビビア液剤とは

基本的には、ノビビア・カプセルの中に含まれる薬剤と効果や副作用は同じです。これまでのカプセル剤との大きな違いはアルコールの含有量とその味でしょう。

リトナビルのカプセル剤6

00 mg相当にあたる液剤7・5 ml中にその40%にあたる3 mlのアルコールが含まれていることになるので、アルコールにもともと弱い方は注意が必要です。

また、その味は独特であり、これにより内服困難な人が多くなっています。実際に内服している人の意見では、この味により口周囲の感覚異常や悪心・嘔吐、全身倦怠感等が出てくる場合もあるようです。対応としては、チョコレートミルクなどの同時服用などがあげられています。

なお液剤はいままでどおり基本的には2〜8の冷所保存とすることです（米国添付文書では、開封後30日以内に服用し終り、かつ25度以下に保存するという条件付きで室温保存が可能であるというような内容が追記されましたが、日本で承認された場合に

8月12日現在、アボット社はノビビア液剤の「2〜8度の冷所保存」を「常時20〜25度の室温保存」に変更しました。また現在市販されているノビビア液剤の有効性、安全性には何ら問題がないとされています。インターネットホームページ (<http://www.rxabbott.com/product/nor/norpi.htm>) に本情報が掲載されています。

ノービアカプセル製造一時中止

どのような対応になるのかはまだわかりません。

7. その他の選択や注意事項について

液剤は前述のとおり、その味という点で大きな欠点をもっています。

世界のノービアの使用をみても、小児以外にはほとんど液剤が使用されていないこともこの味の問題が大きいようです。

したがって、本液剤への変更後、継続使用が無理となる可能性も考えて、主治医と慎重に方針を立てておく必要があるでしょう。

液剤が内服困難な場合、もしこれまでの治療が有効で、使用していないプロテアーゼ阻害薬があるならそちらへの変更も考えられます。効果からはインジナビル（商品名クレンシバン）が第1選択、ネ

ルフィナビル（商品名ビラセプト）が第2選択になると考えられます。

また、未確認の情報ですが、米国ではノービアの他剤形（ソフトジェルタイプのカプセル剤）も、既にアボットが米国FDAに対して申請を出しており、現在その承認待ちという段階のようです。しかしこの場合は液剤と異なり、新たな剤形としての申請が必要となるため、日本での認可には時間がかかることが予想されます。

現在安定して内服し、外来通院している患者さん方は、おそらく12月まであと数回の受診予定でしょう。

その間に、これまで述べてきたようなことを参考にし、冷静に今後とっていく方針について主治医と相談して下さい。

「今村顕史」

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、パティ活動、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

変な診断書

パート2 FAIDSスタッフ JINNNTA

以前「このコラムで変な診断書というエッセーを書きました（16号）。

今回は、STDの診断書を題材に、感染症と社会について、少しだけ述べてみたいと思います。

.....

結婚時の健康診断書交換を推奨している法律

ご存じの通り、性病予防法では、結婚の際、健康診断書（内容は「梅毒反応陰性」の診断書）を交換することを推奨している。これと関連して「結婚のためエイズの検査の

「冠婚葬祭」の本にも書かれているが：

実際には「結婚」の際、STDの診断書の交換ということが行われるのはあまりないように思うが、それだけ、「性病」の診断書の交換というのは意識上にあるらしい。ことに見合いだ、そういう習慣は特に意識せずに行われているのかもしれない。たしかに、「冠婚葬祭」の本では、必ずといっていいほど「健康診断書の交換」が書かれている。そういう本を読んで、診断書を要求されたら、「そういうものか」とストレートに受け入れることになるだろう。私が今まで受けた相談でひどいのになると、結婚相手の家から、梅毒、HIV、B型肝炎をはじめとして、EBウイルスとMRSAがないことを証明してもらえと言われ



たという話がある。

「どうして必要だと思っ
つのか」考えて欲しい

結婚のためにSTDの診断書が必要だ、という問いかけには、どうして必要だと思っのか考えてみて欲しいことをお話ししている。

いくつかの論点があり、まず、心配がないのなら受ける必要があるのかという問いかけをする。普通、STDの検査というのは感染の心配があ

るから受けるのである。つきに何か心配があり、結婚を機会に確認しておきたいというのなら、希望によって検査をすすめることになるが、それをわざわざ証明しなければならぬのかという問いかけをする。つまり、自分の感染の有無を知り、相手を思いやるというのであれば、自分が知っていればよいであろうし、結果を知らせるにしても、お互いによく話し合いをしていただければ済むことではないか、そこにもし距離があるならこれから結婚して一緒に生活してゆくのなら、そこを埋める努力も必要ではないか、ということである。

つまり、診断書を交換しなければならぬ状況になっているのは、実際には当事者以外の誰かから要求される場合である。これは検査の強制ではないかということである。



あなたのプライバシーが、相手の親戚とか媒酌人などの関係のない人にまで知られることを、あなたはOKしていると言うことですよという問いかけをすることもある。

この場合、見合い結婚の場合少し障壁がある。それは、見合い結婚では、相手を選択する一つのバロメーター、すなわち「性生活」や「病気」に関するバロメーターの一つとして利用するという部分があるからである。それと、や

はり「家」思想がある。結婚は当事者の合意のみによってなされるというのが日本の法律であるが、古くから結婚というのは親族や地域社会に足入れするという概念があるので、そこに健康でないものは排除したいという社会防衛意識が働く余地がある。これはSTDに限らず、種々の病気でもそうである。

感染者排除の意識

これらの診断書は、一見、単なる個人的な利益を得るための民事的なものに思われる。しかし、診断書を交換すること自体、感染者は排除しますよということのうら返しである。たとえば受けることを拒否した場合、それは感染しているから受けないのだと解釈され、結婚話が破談になるかもしれない。つまり、受

けたくなければ、結婚という目的が達せられないわけで、受ける側にとっては苦渋の選択になる場合もあるし、自分は陽性であるはずはないだろうと思っていいたら、検査結果に異常があつて、そこから苦しみを抱える場合もある。これは、B型肝炎ウイルススマーカーなどでは、見られうる現象である。B型肝炎の感染は、母児感染によるものが多く、発病しないことも多いので、本人には心当たりがない場合が大部分である。

慢性疾患を排除する「ミニミニティ」の存在

こういった診断書が存在するのは、慢性の感染症は「一部の特異な人たち」「自分には関係ない」というところから派生しているものであり、「忌み嫌われた」歴史があるからである。前回のコラムで

も書いたが、かつて、慢性感染症の一部は、精神障害、知的障害や先天異常等とともに、優生保護法で排除される存在であった。読者のコミュニケーションでは実感がないかもしれないが、障害児が生まれたら「嫁が悪い」と、「家」どうしのトラブルになり、障害児の早期療育を勧めよとしたら「家の恥」と言われ、子どもが療育される機会を逃してしまふようなコミュニケーションが現実には少なからず存在する。そういうコミュニケーションだと、慢性感染症は排除されるか、表に出ないように隠し通すしかないであろう。

結核という病名を告げない医療機関も

たとえば、結核と言つ病気は、感染と発病にタイムラグがあり、ほとんどの人は発病せず天寿を全つする。発病に

はからだの免疫状態が関係し、それには生活習慣や、免疫低下をおこす状態、ストレスなどの環境が作用する。また、かつては死のイメージが定着していたが、実際には発病しても自然治癒する軽微な場合も多かった。

昭和30年くらいまでは、結核患者さんが多く、排菌している患者さんに接する機会はある患者さんにあつたから、大部分の人は大人になるまでに感染したと推測されている。つまり、高齢者にとっては、結核にはだれでも発病する可能性があり、多くの人にとっては他人事ではないのである。しかし、昔の人は「肺病」と呼ばれることを好まなかつた。従つて、診療する側も「結核」ではなく、「ろくまく」だとか「はいしんじゅん」という病名を告げてきたのである。結核の場合は、保健所からは

原則として家庭訪問をしていろいろな相談にのるのであるが、今でも、病名を告げていない医療機関が時々あり、患者さんや家族のケアに困ることがある。

「結核でなく、肺ガンでよかつた」

結核は感染症なので、家族内感染をよくおこし、その結果、同一家族内からの発病が多い傾向にある。このことがかねてから「結核は遺伝病」として誤解されているむきもかなりある。

私は結構、結核に関する活動をしているが、結核予防講演にいくと、

「結核は、昔は『ろくまく』とか『はいしんじゅん』とか言っていました。『自然陽転』は結核に感染したことをしめします。結核は感染しても発病しなければ全く問題はあり



ません。戦前、戦中、戦後直後に青春時代を過ごした人は、菌を出していた患者さんがたくさん街にあふれていたもので、どこかで菌をもらつて、大部分の人が感染しているというデータがあります。この『結核菌』は、感染しても胸の中に冬眠状態で閉じこめられていますから、体が弱ることがなければ目が覚めることはありません。発病しないように健康づくりに励みましよう」

というようなお話をする。

とたんに顔色が変わる受講者がいる。「ろくまく」や「はいしんじゅん」や「自然陽転」が結核ということに結びつけられることは、実際にはタブーになっているのである。かつて結核は「検診さえ受けていればとにかく安心」とプロパガンダされており、年1回検診を受けることがコミュニケーションに暮らすための「踏み絵」であった感もあって、その影響も大きいと思われる。

もとより検診は発病を早期にとらえるためのもので、残念ながら感染している人たちが発病させない方法ではない。胸のX線で肺がんが発見され、家族が「結核」でなくて「肺がん」でよかった、『結核』だったらここには住めなくなる」と言った、というよつな、笑えない話も数年前には実際にあった。そういう点では、結核予防法という

のは、患者さんのフォロワーとプライバシー配慮に重点が置かれていた点で比較的良好できた制度である。もちろんこれとて、いろいろな社会的状況や経験を経て、今日のような制度の運用に変化してきたものである。現在、結核対策での活動は、このような状況を打破するため、感染拡大の防止の他に、患者さんのケアやフォロワーと知識の普及に多くがさかれている。しかしそれでもまだいろいろな問題は多い。



優生思想や差別意識の壁を打ち破る努力を

「変な診断書」は、優生思想や差別意識に根ざしている部分が多い。私たちは科学の力と信念に基づいた良心をもつてその壁をうち破る努力をしなければならぬ。しかし現実の壁は途方もなく厚い。

今の日本は、一方では、人権の擁護をうたいながら、感染者排除につながる検査を法律で勧めているという点が何ともつらい部分である。性病予防法の廃止が目前に迫っているが、「結婚の診断書」は、今後どのような行く末をたどるのであるのか。

JINN TA (FAIDS スタッフ)

エイズ教育会議会担当)

EMAIL

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

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

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18~22号無料送付中!

97年度中に発行された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

身体障害者手帳の 使い勝手

岡部翔太

手帳によるメリット

〜岡部翔太の場合〜

最近、天狗になってる岡部翔太であります。なんだか、LAP ニュースレターに載ってる岡部翔太の文の内容を見て、講演依頼とかコンタクトをとりたがる人が増えてきてまして、本当なら『ありがとっございます』と言っべきなんだろうけど、はつきり言っってウザイっす。忙しいのよ。それに、決して岡部の文章が良いわけじゃなくて、登場人物が本当に素晴らしい方々なのでそれに岡部の文章が

助けられてるのです。

そして、今回もその素晴らしい方々に助けられて、取材をしようと思っただけで、何せ忙しい。時間がな〜い。頭が働かな〜い。と、いうことで、今回はこれで、終わり。そんなわけにはいかないのね。

今回は、身体障害者手帳を手にして実際にはどれだけのメリットがあったか、手帳を使っってデメリットはあったか、などを書こうと思っっていたんですよ。でも、数人に聞いてみると、「医療費の負担がなくなっただから、それ以上は望まない」

という感じで、実際に医療費の助成以外のサービスを使うことってあまりないようなのです。

翔太クンのように、せっかくならばとっただから使い倒さなければと思っっている人は少ないみたいですね。そういうことで、今回は、翔太クンの例をちょっとだけ、お話ししようと思います。

デートの必需品？

翔太クンが申請して貰えたモノは、身体障害者手帳（2級）、心身障害者医療費受給者証（マル障といわれるもの）、都電・

都バス・都営地下鉄無料乗車券、民営バス乗車割引証などです。翔太クンの住んでいる区にはタクシー券はありません。このタクシー券も地域によって違うらしく、金券としてくれるところ、割引券としてくれるところがあるようです。「翔太のこのタクシー券くれられないの〜?」と友達に見せびらかせる奴もいるので、ちょっと羨ましいけど、こればかりはしょうがないですね。でも、是非欲しいサービスの一つではあります。

心身障害者医療費受給者証（マル障）は本当にありがたいよつです。これを提示すれば医療費の自己負担分が無料になるからです。翔太クンの場合は病院が都内ではないので一度払って、あとから福祉事務所に払い戻しの申請をしているので、いまのところ有り難みをそれほど感じないのですが、この先、その戻ってきたお金を回して医療

シンポジウム報告 「日本のゲイコミュニティ ティとエイズ」 「寺田和善」

98年5月3日、5日まで、ゲイ雑誌ジーマン(20号参照)の主催で行われた「ジーマン祭」(後援:財団法人エイズ予防財団)。最終日の5日には、「日本のゲイコミュニティとエイズ」と題されたシンポジウムが立ち見まで出る盛況の中、開かれました。

今回のシンポジストの顔ぶれは、鬼塚直樹氏(エイズ予防研究センター)、サンフランシスコ在住エイズケアスマネージャー)、市川誠一氏(神奈川県衛生短期大学助教授)、河口和也氏(動くゲイとレスビアンの会)、清水雅生氏(AIDSケア・プロジェクト)。

グループ、砂川秀樹(ぶれいす東京)、大石敏寛氏(セカンドカミングアウト)といった多彩な面々。研究者とNGOの協力関係の樹立が大きなテーマの一つでもありました。

総合司会の清水(LAP代表)の進行で始まったシンポジウム。ジーマン編集長の長谷川龍男氏の挨拶の後、まずは鬼塚直樹氏の講演「サンフランシスコのゲイコミュニティの発達とエイズアクティビズム」。サンフランシスコでの経験から「ゲイ・リブ活動とAIDS予防活動は分けた方が良い」など示唆に富むお話でした。続いて、市川誠一氏から平成8年度HIV疫学研究班で行われた

講演に熱が入る鬼塚直樹氏



ジーマン編集長の長谷川龍男氏



「関東地区における男性・同性間性的接触者(MSM)集団におけるコンドーム使用及びHIV感染に関する疫学調査」(18号参照)についての再報告があり、各団体からコメントがありました。

休憩をはさんだ後、「HIV感染予防とHIV感染者・患者への支援活動の今後」について会場の参加者も含めて話し合われました。HIV感染拡大を防ぐために

総合司会はLAP代表の清水茂徳



ジーマンでの連載も好評な砂川秀樹氏



何ができるのか、ゲイコミュニティはHIV感染者・患者を受け入れているか、現況を見すえながら「これから」について考えていくというセッションでした。

このシンポジウムの会場に集まった人の多くはジーマンという雑誌の読者の人たちでした。HIV関連のイベントは初めてという人も多くみられ、支援の輪の広がりを感じられました。

サンフランシスコ視察報告

鬼塚直樹さん に会って来ま した

阿部 努

サンフランシスコ視察
と言ったら鬼塚さん

今年2月、サンフランシスコ視察に行ってきました。

サンフランシスコと言ったら、やっぱり鬼塚さんですね。

でも、いつも忙しい鬼塚さん、本当は「あそこ、ここ」と、それにここに連れてって通訳して「なんて甘えたかったのですが、それはグツと抑

えて、「インタビューさせて下さい」とだけの連絡を入れたのサンフランシスコ到着となりました。

HIV陽性者のケアセンター「UNプラザ」

「じゃ、土曜日の午後は時間があるから、UNプラザで待ち合わせよう。UNプラザにHIV陽性者のためのケアセンターがあるんだよ。そこに行った後、お茶でも飲みなが

ら少し話をしましょ」とアポイントメントをいただきます。

しかし、土曜日だったためそのケアセンターはお休みしてました。それでは、お話だけでも聞きしたいと、UNプラザの近くのファーストフード店を場所を移してインタビュー。

一語一句漏らさずメモしようとしていた僕に、「そんなインタビューなんかじゃなくてさあ、おしゃべりしよう」と鬼塚さん。インタビューは一転、楽しい茶話会となりました。

「一人でも多くの人に」

鬼塚さんは、日本からの看護婦さん達



のサンフランシスコでの研修プログラムのコーディネートをするとのこと。鬼塚さんがおっしゃるには、本当に大切なのは、サンフランシスコで研修をしたということではなくて、日本へ帰ってから、サンフランシスコ研修時に設定した「日本に帰ってからの目標」を達成できたか、どう

人権とは何だろっ？

弱者と弱者の線引き

草田 央

「人権」の定義は何ともハッキリしない

感染症予防法案の議論などを追っていると、何だか人権というものがわからなくなる。「人権」という言葉は何度も何度も登場するのだけれど、誰もその言葉を定義しては用いていない。

「何だ、お前は人権の定義も知らないのか」とお叱りを受けそうだが、ちょっと調べてみたところでは「人権」という概念は、時代や国によって異なるものだ」という何ともハッキリしない結論に到達してしまっただけ。感染症予防法案の議論でも、ある人は日本国憲法上

の人権を指し、ある人はWHOの健康政策上の人権を指している。

同じ「人権」という言葉を用いても、その定義が異なれば、議論が噛み合わないのは当然とも言えよう。ましてや「新しい時代の感染症対策」という『人権』にあって先端的な領域での議論なのであるから。

必要のない人までを隔離する法案の人権議論

感染症予防法案は、患者・感染者の行動規制に主眼を置いた法律だと言える。しかし、不思議なのは「人権 人権」と叫ばれつつも患者・感染者の法規制に、ほとん

どの人が異を唱えないことである。人権派を自称する人たちからも「必要最小限」「例外的」などという限定はつけられてはいる

が、患者・感染者の強権的な管理の必要性は認められてしまっている。では、何が議論になっているか

というと、それは主に手続論である。厚生省は、もちろん法案の継続規定で十分であるとするのに対し、人権擁護の観点から、もっと厳格な法的手続規定を求める声があつて、それが現状である。

しかし、そもそも隔離などの法的規制が必要なのだろっか。たと

えばエボラ出血熱。法案では、最も危険な一類感染症に分類され、第一種感染症指定医療機関へ隔離されることになっている。第一種感染症指定医療機関の病室は、病原体が外部へ流出しないよう密閉され陰圧が保たれ、人権への配慮からインターホンを通じての面会の自由の保障や通信の自由の確保から電話の設置などを義務づけるという。そして、このような設備を充実させるための「資本の投下」こそが感染症対策に必要と強調されている。

けれども、エボラ出血熱は血液感染しにくい病気である。空気感染するわけではないから、病室を陰圧に保って隔離する必要なんて毛頭ないのである。医学的には血液への接触制限さえすれば、感染予防は達成できるとされている。

ところが、医療関係者の一部からこのような主張がなされていて、誰も耳を貸そうとはしていない

い。いくら厳格な手続がとられたとしても、隔離の必要がない者を隔離することは、はたして人権の擁護と言えるのだろうか。

たとえば法的規制がなくても、医療現場では、柔軟な接触制限による感染予防措置が図らわつつあるというのが現実である。例えば水痘症は、感染症法案では隔離などの必要のない四類感染症に分類される予定である。しかし病態によっては、院内感染防止の観点から、個室への入院などによる接触制限が行われているのが現実である。

では、感染者が、それらの感染予防のための指示に従わなかった場合、どうするのか。これこそが、エイズ予防法のとくと同様、強権力の発動による法的規制が必要とされている理由である。しかし欧米諸国では、そのように感染者が故意に第三者へ危害を加えるような行動をしたときは、刑法の傷害罪で個別に罰じよつという方向

性があるように思う。日本のように、患者・感染者だからといって一律に管理（規制）の網をかぶせるのではなく、ケース・バイ・ケースで対処していこうというものが、刑事手続に委ねた方が、人権に配慮したより厳格な法的手続が期待できるとも言える。

しかし、こうした考え方は、法案の土台を根底からくつがえすものであり、「とどだい通る話ではない」ということらしい。そこで、実現可能な修正を勝ち取るためには手続論、ということになっていくのかもしれない。

「危険」「怖い」が生み出す差別と偏見

それにしては法案での感染症分類は、感染力や重篤性もしくは治療法が確立しているか否かという一見科学的な、その実あいまいな基準によって分類することで、新たな差別をもたらしている気がする。

感染力が強く、感染すると死亡率が高く、治療法も確立していない病気は、危険な怖い病気だ。だから法規制が必要なのだ。という、いわば脅しの論理を展開しているのが、厚生省などの法案支持者の考え方だ。これに対してHIV感染症は、感染力が弱く、医学

医療の進歩により慢性疾患ともいえる状態になりつつあり、それゆえ法規制は必要ないと主張が当然のごとく語られている。そしてHIV感染症が行動規制を伴う指定感染症に将来指定されることがないよう、何とか行動規制を伴う

『危険な』感染症とHIV感染症との間の線引きをしようとの主張も一部に見られたのである。（ちなみに、厚生省はHIV感染症に対し指定感染症に指定して行動規制をかけるなどということば、まったく考えていないと言明している）

「危険」とか「怖い」といった情緒的な脅しの論理は、必然的に

差別・偏見につながる。たとえばその背景に、感染力や重篤性といった科学的根拠があったとしても、感染力が強かったり、根治療法が確立していなくて死亡率が高かったりしたら、差別してもいいのだろうか。

公害であった水俣病や薬害であったスモンなどは、当初、伝染病説が出て、それが差別・偏見に大きくつながっていったと思う。伝染病説を主張し続ける被告企業に責任を負わせるためでもあるが、原告らは伝染病でないことを強調していく。それは、伝染病であれば差別されても仕方のない日本の歴史的経緯に根差しているようにも感じる。らい予防法は廃止されたが、謝罪されたのは根治治療法が確立した後もなお法律の見直しが遅れたことにある。すなわち、根治治療法が確立していなければ、ハンセン病のように感染だけでは発病しない病気であっても隔離などの差別的措置が是認されることを

意味する。間違いなく感染症で、かつ根治療法のないエイズはいわば差別されても仕方のない『業』を伴って登場してきたと言える。

私たちは常に他者との線引きをして、身の安全を図ってきたように思う。それは何も健康者と病者の間の線引きだけではない。病者の間でも線引きが行われてきたのである。例えば、HIVの感染力の弱さを表現するために、いまだに「B型肝炎ウイルスより感染力が小さい」ということが言われる。それは学問的真実ではあるが、そのことによって肝炎患者・感染者への差別・偏見が助長されていることを忘れてはならない。B型肝炎ウイルスは感染力も弱く、その感染予防対策も確立している。感染力も弱く感染予防も容易なB型肝炎と同じように、HIVも心配する必要はないんだよ」という他の疾患への共感がなければ、それは単に差別的線引きをしているに

過ぎない。

「エボラ出血熱は怖い」と連呼することに唯一かみついたのが、家西議員だ。エイズもエボラと同じように「怖い、怖い」と連呼され、それが差別・偏見につながっていった経緯を踏まえ、正しい知識の普及の重要性を指摘している。そこには、HIV感染者として日本で初めてカミングアウトされた赤瀬さんの「あたりまえに生きたい」との想いから続く、家西議員の「人間として扱われたいだけなんだ」との信条が垣間見られ、(まだ見ぬ)エボラ出血熱患者への共感が感じられたように思う。

弱者への配慮を欠いた 権利主張の正当性とは

HIV感染者への告知の是非に関する議論でも、常に言われ続けたのが「エイズは、ガンと違って感染する病気なんだから」という主張である。これを聞くたびに私

は「じゃあ、感染しない病気は告知しなくていいの？ ガンは告知しなくていいの？」と思ってしまった。

感染症であろうとなかろうと、医療情報をコントロールする権利はプライバシー権に属し、患者本人のものである...という考え方がある。HIV不当解雇訴訟の判決でも認められた考え方で、少なくともガンだって、本人に告知しないまでも患者の家族には告知される。医療者側だけが情報を秘匿するなんてことはない。

また、告知されてこそ、患者本人が治療に積極的に参画できるようになり、その方が十分な治療が可能となり、治療効果も上がるのだ...という主張もある。ガンの告知が推進されつつあるのも、こうした理由があるからだ。

ところが、こういつた患者の権利の確立を目指しているはずの人たちから、なぜか「エイズはガンと違って感染する病気なんだか

ら、本人告知は欠かせない」ということが強調された。感染者本人が主張することも多い。たしかに二次感染の防止には本人告知が有効な手段だ。しかしそれはあくまで、社会防衛的発想である(社会防衛が悪いとは思わないが)。このような発想に立てば、献血者の間に感染者が見つかった場合にも、本人への告知を推進しようという立場につながる。検査前カウンセリングなんてなくても、発見次第ほとんど告知しよう。感染者が子供をつくるなんてもつてのほかだ。こうした主張につながるのではないが。

血友病患者者に非告知の方針がとられていた八〇年代、自らが感染していないことを知ったある患者が医師に「全員に告知しないのは、感染していない者の人権侵害だ」と食ってかかったことがあるという。感染していない人にだけ検査結果を通知しても、感染している人にバれてしまったため、感染して

いない人に対しても告知してない
かったからだ。

感染してしまった患者のことを
第一に考えていたその医師は、ま
すます態度を硬化させた。今でも
HIVの感染告知には、カウンセ
リング体制など十分なサポートが
必要とされている。何でもかんで
も告知してしまえばいい...という
話ではないのである。当時、その
ようなサポート体制は、社会的に
も医療機関としても、望むべくも
ない状況にあった。

もちろん、非告知の方針が、結
果として、本人にとっても家族に
とつても、さらなる被害を生んで
しまったことは事実である。しか
し、二次感染防止も含め非感染者
の権利を言い立てると、感染者
の精神的動揺を考え告知を躊躇し
てしまったこと、どちらに共感
するかと言われれば、個人的には
後者である。弱者への配慮を欠い
た権利主張に正当性を感じるこ
と
はできない。

HIV感染者と発症者 との線引きによる不幸

「HIV感染とエイズとは違っ
て...」という主張も、いまだによ
く聞く表現だ。エイズ・パニック
が生じていたころ、マスコミでは
盛んにカボジ肉腫ができてやせ衰
えたエイズ患者の映像を流し、そ
れが感染者への差別・偏見を助長
したとも言われる。それに対抗す
る形で、HIVとエイズの違いが
強調されてきた。「HIV感染者
は、ただちにエイズを発症し、あ
んなグロテスクになるわけではな
いんだ」「HIV感染者は、見か
けではわからない、普通の人間な
んだ」といった主張だったように
も思う。

あの差別・偏見の嵐の中での戦
略としては、必ずしも誤っていた
とは思わないが、カボジ肉腫を発
症する患者もやせ衰えていく患者
がいるのも事実である。今もなお
発症してしまった患者への差別・

偏見を動かしがたいものとして、
感染者と発症者との間の線引きに
躍起になるのはいかななものだろ
う。少なくとも医学的には「HIV
V感染症」として、感染直後から
「患者」として扱われるべきもの
となりつつあるように思うのだ。

感染者が発症すると多大な精神
的ショックを受けるのは、無意識
のうちにエイズ患者への差別意識
が感染者にも根づいてしまってい
るから、という気がする。発症前
と発症後では、肉体的苦痛のある
なしという違いがあるのは当然で
もあるが、「アメリカではCD4
が二〇〇を切ると発症で」という
感染者からの主張は何度も耳にし
た。アメリカと同様に、発症基準
を引き上げることで、もっと早い

段階から社会援助を受けようとの
政治的意図からスタートした主張
であった。にもかかわらず、CD
4が二〇〇を切ったときの、感染
者の精神的ダメージは、何なんだ
らうか。二〇〇を超えていた昨日

までの自分と、二〇〇を切った今
日の自分と、どれほど肉体的断絶
があると言っただろうか。

血液を媒介にした感染を まったく想定していない

現行のエイズ予防法は、特別の
場合を除いて、患者・感染者の氏
名の報告までは義務つけていな
い。しかし、献血血液の安全性確
保の観点から、患者・感染者に献
血歴があつた場合、任意で氏名の
報告をもらっているというの
が現実のようだ。ウインドウ・ピ
リオドと違って、感染性があつて
も検査ではチェックできない期間
があるからである。

エイズと違い、法律の規定がな
く予算事業でサーベイランス（発
生動向調査）を行っているクロイ
ツフェルト・ヤコブ病も同様だ。
報告された氏名は、日赤の献血者
データベースで照合し、汚染され
ている可能性のある血液製剤を回
収しようとしているのである。こ

これはルック・バック（追跡調査）方式と言われ、薬害エイズを機に世界各国で盛り上がった血液の安全性確保対策の大きな柱として期待されているものである。

だが、感染症予防法案では、血液を媒介にした感染などという事態は、エイズ予防法と同様にまったく想定されていない。HIV感染症は、プライバシー保護の観点から、患者・感染者の氏名は報告されないことになっている。

「今までも任意で氏名の報告をしてもらってきたんだから、法律に義務づけなくても、これからも任意でやっていた方がいいんじゃない」という考え方もあるだろう。しかし、論議すらなされないというのは、なぜなんだろう。

本当に、血液媒介も含めて感染症の拡大防止を図るつもりがあるのか？ 本当に、患者・感染者のプライバシーを含む人権を守るつもりがあるのだろうか？ エイズ予防法の教訓どころか、薬害エイ

ズの教訓すら生かされていない気がするのである。

**無意識のうちに加害者
になってしまつては…**

エイズを通じて少なからず人権の問題にかかわってきたはずの私たちであったが、知らず知らずのうちに『加害者』になってしまつてはいないだろうか。

草田 央

草田央ホームページ “ AIDS SCANDAL ”

URL

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



H I V ・ エイズ関連新聞記事

(1998年6月1日～1998年7月31日)

イタリア、ついに死因トップに

6月1日・共同通信

ANSA通信によると、一九九五年のイタリアの二十五歳から四十四歳までの男性死亡者のうちエイズで死亡した人は五千人に達し、交通事故を抜いてトップになった。

ナポリで最近開かれたエイズ関係の学会で公表されたもので、同じ年齢層の女性の死因でも、トップのがんに次いで二位がエイズだった。発表したベツォッティ氏によると、イタリアでは現在、約一万二千人のエイズ発症者がいるが、新たな発症例は九六年以来、減っている。同国のエイズウイルス感染者は八万五千人から十万人と推定されている。

尿でエイズ感染判定できる新薬 米食品医薬品局が承認

6月3日・時事通信

【ワシントン2日時事】米食品医薬品局(FDA)は二日までに、カリプト化学薬品(本社カリフォルニア州)が開発した、尿によってエイズウイルスへの感染の有無を判定する検査薬を承認した。従来の血液検査に比べて「安価で安全に検査ができる」のが特長。同社によると、従来の血液検査によってエイズ感染が認められた七百四十八人を対象に新しい検査薬を使って精度を調べた結果、陽性と判定されたのは七百四十六人で精度は九九・七%に達した。この検査薬は当面、生命保険会社などを通じて、病院や診療所に販売されるが、今後は家庭用の検査薬としての認可を受けるため追加試験を行う。また同社は、日本の大塚製薬を販売元としてアジア各国への売り込みを図りたいとしている。

エイズワクチン開発、最終臨床試験へ 米

6月4日・読売新聞

【ワシントン3日=大塚隆一】米食品医薬品局(FDA)は三日、米カリフォルニア州のバックスジェン社が開発したエイズワクチンについて、最終段階の臨床試験に進むことを許可すると発表した。

同社によると、第三段階となる今回の臨床試験は北米の約五千人を対象に三年計画で行う。またタイでも約二千五百人を対象とした臨床試験を予定している。世界では四十種類以上のエイズワクチンの臨床試験が行われているが、販売許可の一手前までこぎつけたのは初めてだという。

ただ、専門家の間では、ワクチンの効果について懐疑的な声も出ており、エイズの予防につながるかどうかは不明だ。

<低用量ピル>新たに認可検討班設置 認可はさらに遅れる見通し

6月4日・毎日新聞

新薬の承認について審議する中央薬事審議会の常任部会が4日開かれ、1991年から審議が続いている経口避妊薬、低用量ピルの内分泌への影響に関する検討班を新たに設けることを決めた。環境ホルモンがクローズアップされていることを重視した結果だが、低用量ピルの認可はさらに遅れる見通しとなった。

エイズ基金創設はとん挫 WHO中島宏事務局長

6月8日・共同通信

【ワガドゥグ8日共同】アフリカ統一機構(OAU)首脳会議出席のため西アフリカのブルキナファソの首都、ワガドゥグ入りしている世界保健機関(WHO)の中島宏事務局長は七日、共同通信と会見し、アフリカのエイズ患者にも高価なエイズ治療を受ける機会を与える「エイズ基金」創設が資金難でとん挫していることを明らかにした。

エイズ研究班のテープ内容明るみに、薬害エイズ裁判

6月17日・朝日新聞

薬害エイズ事件にからみ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(五七)に対する十七日の公判で、一九八三年六月に開かれた厚生省エイズ研究班の第一回会合の様子を録音した内容が、検察側によって初めて明らかにされた。松村元課長の前任者で当時の郡司篤晃・生物製剤課長(六〇)が、「緊急事態には超法規的措置

を取ることもある」と発言するなど、厚生省が非加熱の輸入血液製剤をめぐる被害の発生に危機感を募らせていた様子を示している。

この日は、八三年当時のエイズ対策の責任者だった郡司元課長が刑事裁判で初めて証人として東京地裁の法廷に立った。検察側が示した録音テープの記録によると、研究班の会合で郡司元課長は、フランスが米国からの血液製剤輸入について禁止措置を取ったと一部メディアが報道したことに触れ、「(輸入禁止のような)緊急事態になればどういう選択肢があるのか検討してみて、超法規的措置も考えなければならない」と提言していた。検察官から発言の趣旨を聞かれた郡司元課長は「加熱製剤の緊急輸入は含んでおらず、国内製剤を優先的に血友病患者に回すことを考えていた」と証言した。またテープには研究班の班長だった前帝京大副学長・安部英被告(八二)＝業務上過失致死罪で別途公判中＝が非加熱製剤の投与について「毒が入っていると思いながら注射している」と発言していたことなども含まれていた。

H I V表面タンパク質解明 エイズワクチン開発に期待

6月18日・共同通信

エイズウイルス(H I V)が、人間の白血球に侵入する時に中心的な役割を果たすウイルス表面タンパク質の構造解明に米コロンビア大のピーター・ロング博士らのグループが成功し、十八日発売の英科学誌ネイチャーに発表した。H I Vが免疫を逃れる絶妙な仕組みを持っていることが判明するなど、ワクチン開発の貴重な資料になると期待される。

このタンパク質はg p 1 2 0と呼ばれ、白血球の特定部位に結合して白血球内への進入経路を作る役割がある。

これまで数種類のエイズワクチンがg p 1 2 0を標的に作られた。ところが、抗体はできるのに感染を防げないのが大きなぞになっていた。構造解析の結果、g p 1 2 0は白血球に取り付く直前まで、抗体の標的となる部分を隠して攻撃を逃れていることが初めて判明した。さらに、g p 1 2 0の表面を炭水化物分子が覆っていることも分かり、ワクチンが失敗続きだった理由が明らかになった。

一方、g p 1 2 0の特定の部位にはこれらの防御機構が及んでいないことも確かめた。米国立アレルギー感染症研究所のアンソニー・ファウチ所長は「エイズ治療薬やワクチンが標的とすべき部分が明確になった」と指摘している。

身障者手帳あるのに...警視庁、H I V感染者の駐禁除外“拒否”

6月28日・毎日新聞

非加熱製剤でH I V(エイズウイルス)に感染し、身体障害者に認定された東京都内在住の男性(38)が今月中旬に駐車禁止の対象除外ステッカー(標章)を申請したところ、「交付対象ではない」と警視庁に拒否されていたことが27日、分かった。薬害エイズ訴訟の和解に伴って今年4月、H I V感染者も障害者の対象に加わったが、警視庁はその身体障害者福祉法施行令の改正を「知らなかった」(都市交通対策課)ため、その後、26日までに、障害者1級と認定された感染者に交付するよう各署に連絡した。

治療の南北格差テーマに 世界エイズ会議が開幕

6月29日・共同通信

【ジュネーブ28日共同】第十二回世界エイズ会議が二十八日、各国の医療専門家や科学者、製薬業界関係者、非政府組織(N G O)活動家ら一万二千人を集め、エイズ治療の南北格差をどう解消するかをテーマに、七月三日までの日程でジュネーブで始まった。会議は二年に一度開催されるが、今回は二十九日から「基礎科学」「治療分野」「公衆衛生」「社会問題」の四つの分科会で、エイズ治療に携わる専門家や福祉活動家らによる研究の成果が発表される。欧米の製薬会社による新薬の発表も行われる予定だ。

H I V検査など原則禁止 企業の個人情報で報告書

6月29日・共同通信

人事や賃金、資産状況など企業が持つ従業員の個人情報の取り扱いに関し、労働省の研究会(座長・諏訪康雄法政大教授)は二十九日、政治信条、犯罪歴、組合活動歴、性的な私生活などの収集を制限し、うそ発見器やH I V検査などを通じた情報収集は原則禁止すべきとする報告書をまとめた。

報告書を受けて、労働省は「当面は個人情報保護のガイドラインを策定できるか検討したい」としている。

研究会が、千二百社についてまとめた調査結果では、電話の傍聴や録音を行っていると回答した企業が一・二%あつ

たほか、うそ発見器を使用しているとの回答も ・二%あった。

注射針交換せず予防接種 松戸市の中学で学校医

6月30日・共同通信

千葉県松戸市の市立中学校で四月、結核予防のBCG接種を実施した際、学校医(65)が注射針を使い回し、八人の生徒に針を交換せずに接種していたことが三十日、分かった。同市教委によると、学校医は四月二十二日に同校の一年生と二年生の計六十一人に予防接種したが、このうち二年生の男子生徒計八人には、二人ずつ同じ針を使った。

米国で6種類もの薬剤が効かぬHIV患者見つかる

7月2日・読売新聞

【ジュネーブ1日=宮崎敦】六種類ものエイズ治療薬が効かない多剤耐性のHIV(エイズウイルス)に感染した患者が米国で見つかり、一日、スイス・ジュネーブで開かれている国際エイズ会議で報告された。二年前に登場した「プロテアーゼ阻害剤」が効かない多剤耐性HIVの報告は初めてという。報告をしたのは、カリフォルニア大学サンフランシスコ校のフレデリック・ヘイト博士。

薬害エイズ、過失致死罪で ファビウス仏元首相ら起訴 共和国法廷予審部

7月18日・読売新聞

【パリ17日=中井康朗】フランスで一九八五年に発生した、血液製剤によるエイズウイルス感染事件(約千三百人がウイルスに感染、うち約四百人が死亡したとされる)を調べていた仏共和国法廷(CJR)予審部は十七日、ファビウス元首相(国民議会議長)とデュフワ元社会問題相、エルベ元保健問題閣外相の三人を、過失致死罪で起訴することを決めた。すでに当時の仏国立輸血センターの所長らが実刑判決を受けている。

血液製剤製造で遺伝子検査 ウイルス感染の危険半減

7月21日・共同通信

輸血などに使われる血液製剤にエイズや肝炎のウイルスが混入するのを防ぐため行われる従来の「抗体検査」では、感染を十分にチェックできないため、厚相の諮問機関「中央薬事審議会」の血液製剤特別部会は二十一日、献血などの原料血しょう中のウイルスの遺伝子を調べる「核酸増幅検査」をメーカーに義務付ける方針を決めた。

厚生省は今後、具体的な検討に入り、早期実施を目指す。導入後はウイルスが検査をすり抜ける危険が半減するという。特別部会はまた、献血の検査で成人T細胞白血病(ATL)のウイルスが検出された場合に、献血者本人に告知することも決めた。

献血血液でHIV 5例目の感染報告 厚生省

7月29日・読売新聞

献血による血液から採取した赤血球製剤を九〇年に輸血された四十歳代の男性が、HIV(エイズウイルス)に感染、エイズを発症したことが、二十八日開かれた厚生省のエイズ動向委員会で報告された。献血時にHIV感染をチェックする抗体検査をすり抜け、輸血されたものとみられる。一九八六年に抗体検査が導入されて以降、献血血液が原因とみられるHIV感染が報告されたのは五例目。

早期の承認申請を指導 リトナビル液剤で厚生省

7月30日・共同通信

効果的なエイズ治療薬とされる「リトナビル」のカプセル剤が、米医薬品メーカー、アボット・ラボラトリーズ社の製造上の問題から供給困難に直面しているため、厚生省は三十日までに、日本での輸入販売元であるダイナボットに対し、日本では未承認ながらカプセル剤の代替品となる液剤の承認申請を急ぎ、患者への薬剤供給を途切れさせないように指導した。

リトナビルは、エイズ患者の延命や感染者の発症予防に効果があるとされる「プロテアーゼ阻害剤」の一つ。液剤と、カプセル剤の二種類がある。日本ではカプセル剤だけが承認され、約百二十人の患者が投与を受けている。

ダイナボットによると、リトナビルのカプセル中に薬液の結晶ができ、カプセルが溶けにくくなってしまうトラブル

が発生。原因不明だが、アボット社はカプセル剤の製造を中断。このため、国内の在庫では九月末までの供給分しかなくなってしまった。

こうした事態に厚生省は、液剤についてダイナボットから承認申請があれば優先審査、早期承認をする方針で、同社にできるだけ早期の申請と、患者への十分な情報提供を指導した。

研究班テープ、法廷で再生 「患者、あす出るかも」

7月31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（57）の公判が三十一日、東京地裁（永井敏雄裁判長）で開かれ、存在が明らかになった一九八三年六月の厚生省エイズ研究班第一回会議を録音したテープが証拠調べのため初めて法廷で再生された。

エイズの原因がまだ分からなかった中で、班長の前帝京大副学長、安部英被告（82）＝公判中＝が「（患者が）あす出るかもしれない」と発言するなど関係者が既に強い危機感を抱いていたことが判明。事務局の郡司篤晃・元同課課長（61）が「安全として許可している薬をどうするかが問題」と指摘、厚生省は危険な非加熱製剤の転換をも視野に入れて会議に臨んでいたことが浮き彫りになった。

ハンセン病国賠訴訟 きょう提訴 薬害エイズの支援者が応援

7月31日・毎日新聞

「HIV薬害訴訟を支える九州連絡会」（事務局・大分市、1700人）が「ハンセン病国家賠償訴訟」の支援に乗り出す。ハンセン病訴訟が熊本地裁に提訴される31日、支援団体の準備会を発足させる。

連絡会はエイズ訴訟を支援する市民団体で構成。年内にも予想されるハンセン病訴訟の第1回口頭弁論前に、1000人規模の支援団体発足を目指す。

注：この新聞記事データは各社の「速報記事」等をもとに編集したものです。