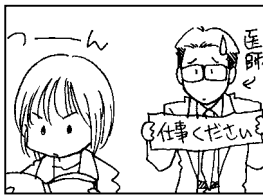


LAP 
Life AIDS Project
NEWS LETTER

Vol.26

'99.2.1





Life AIDS Project News Letter Vol.26-PDF

臨床、社会、服薬...。今後の日本の治療は？

第12回日本エイズ学会レポート [モーニングおばさん] 3

第13回日本エイズ学会事務局ホームページ案内 5

『非カク熱血液製剤によるHIV感染被害者の健康・医療・生活・福祉に関する総合基礎調査報告』 [磯崎一男] 9

「教科書にはない HIV診療のコツ」 [よしおか] 12
Frequently Asked Questions

東京都衛生局主催
エイズボランティア講習会報告 [田村祐司] 14

性感染症 (STD) の最近の動向
日本性感染症学会第11回学術大会報告 [福田光] 16

公衆衛生医からのエッセー
公衆衛生に働く医師について [JINNTA] 23

新しい啓発を始めよう [草田 央] 27

LAPホットラインエイズ電話相談案内 11

LAP入会案内 13

LAPニュースレターバックナンバー紹介 32

HIV・エイズ関連新聞記事 33

無料送付のお知らせ
LAPニュースレター
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までお知らせください。

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/>

今後の日本の治療は？

第12回日本エイズ学会レポート

モーニングおばさん

97年の熊本に続く、第12回日本エイズ学会は98年12月1日、2日まで東京の永田町で開かれた。

応募演題は全て採用されているというつわさだが、抄録によれば今年の演題数は275。発表者・参加者も基礎・臨床からNGOと幅広い。この傾向は国際エイズ会議と同じようだ。本当はワクチンの研究の進捗状況とか、数だけはそろったものの地域や医療者の格差がいわれている拠点病院制度についての情報を得られればと思ったけど、つまみぐいをしながら各会場を渡り歩くのは不可能なので、今回は「今後、日本の治療はどうなるんだろっ」というあたりからみた報告をしてみようと思う。

日本初のガイドライン・暫定版

まず、学大会前夜に開かれたシンポジウムでは、日本初の抗HIV薬ガイドラインの暫定版（別名：とりあえず版？）が発表された。内容を見ると、日本独自というものはなく、とにかく「日本語で書かれている」ということに意味があるのかな。すでに治療をしている医師ならば当然知っているのではないかと、ということばかりであったので、これはまだ治療についてよく知らない医



第12回日本エイズ学会の抄録集

師が間違った処方をしていないために出されたのだろうかと思う。だとすると、「ガイドラインの考え方処方の実際」というような手引き的なものがないのではないかと感じられた。つまり、情報としては出回りやすくなったかわりに、

日程表
12月1日(火)

A会場		B会場		C会場		D会場	
淀・信濃		木曾		六甲		穂高	
受付							
9:00 9:50	臨床1 座長：岩本愛吉 杉浦 亘	9:00 10:50	社会1 座長：高山俊雄 本橋宏一	9:00 9:40	予防1 座長：本多三男 高橋秀美	9:00 9:40	検査1 座長：石川栄治 景山誠二
9:50 11:40	臨床2 座長：松下修三 花房秀次	10:50 12:10	社会2 座長：池上千典子 帖佐 徹	9:40 11:10 12:10	予防2 座長：滝口雅文 奥田研爾 教育 座長：池田京子 井上賢子	9:40 10:40 11:50	検査2 座長：吉倉なみ子 土江秀明 検査3 座長：今井光信 大竹 徹
昼食							
12:00 13:30	ランチョンセミナーI Dr. Charles F. Farthing 座長：高屋裕明			13:00 13:50	治療1 座長：任司省三 中島秀喜	13:00 13:50	カウンセリング心理 座長：山中京子 奥山圭一
13:40 14:20	臨床3 座長：桑尾 大 吉野直人	12:50 15:00	薬業 座長：栗原 健 村上米知子	13:50 14:40	治療2 座長：伊藤正彦 木曾良明	13:50 15:40	カウンセリング心理2 座長：広瀬弘志 五島眞由美
14:20 15:20	臨床4 座長：松田晋三 加藤真吾			14:40 15:40	治療3 座長：上田重晴 馬場昌範	15:40 16:00 16:20	臨床6 座長：片野晴隆 臨床7 座長：橋本一生
15:20 16:20	臨床5 座長：横武勝彦 白飯琢磨	15:00 16:00	ウイルス1 座長：青木本眞理 阪部俊夫				
特別講義 (A会場) "Insights into HIV Pathogenesis and Strategies for HIV Chemotherapy" Dr. Douglas D. Richman 座長：山本真樹							
16:30 18:00	公開シンポジウム 「HIV療法とアドヒエ アランスーエッジ1444」 座長：山元孝之 高田 界		18:30 20:40	ウイルス2 座長：永井美之 星野法昭 村上 努			

日程表
12月2日(水)

A会場		B会場		C会場		D会場		
淀・信濃		木曾		六甲		穂高		
受付								
9:00 9:40	ウイルス3 座長：田中勇悦 横田恭子	9:00 9:50	臨床8 座長：関 慎一 味 薫			9:00 10:10	ケア1 座長：黒木久美子 有馬美奈	
9:50 12:00	ランチョンセミナーII 「HIV最新突破の動向」 Dr. Didier Trono 座長：三島屋純一 佐多達太郎 Dr. Charles F. Farthing 座長：高野裕明 Dr. Randall R. Lerner 座長：滝野浩一 佐野賢朗	9:30 10:20 10:20 11:00	臨床9 座長：三島屋純一 佐多達太郎 臨床10 座長：白崎 龍 高松純博 臨床11 座長：大石和博 中村哲也 臨床12 座長：横井 昌 相家裕子	9:00 11:00	疫学 座長：鎌倉光宏 木原正博	10:10 10:50	ケア2 座長：丸山千寿子 石原美和	
12:00 13:00	昼食		12:00 13:00	ウイルス4 座長：佐野浩一 佐野賢朗			10:50 12:00	分子生物1 座長：岡 隆子 小柳洋直樹
総 (A会場) 会								
14:00 16:00	ウイルス5 座長：武部 豊 石川晃一 生田和良	14:00 15:40	社会3 座長：山形隆六 岸川海彦 桜井賢博	14:00 15:10 15:10 16:00	動物モデル1 座長：清水正憲 向井線三郎 動物モデル2 座長：森 一孝 井戸栄治	14:00 15:00	分子生物2 座長：岡本 尚 志田壽利	
16:00 17:00	ウイルス6 座長：藤田信志 堀田達雄	15:40 17:00	臨床13 座長：木村 哲 伊藤 章			15:00 16:30	分子生物3 座長：足立昭夫 増田貴夫	

「ああ、こつやつて出せばよいのだ」というかたちで、本人が治療のことをよくわからないうちにとか心の準備が不十分なうちに薬が出て、最終的に「ちやんと飲めない」「耐性」というような問題が生じるように思つたのだ。しかも印刷物は訂正がきかないので、日々新しくなる大元のガイドラインの流れを継続的に得ていく手段をもたない医師はひたすらこれを書いて何年も処方してしまわないうだろうか(どこかの大学教授の講義と同じだな)? とか思つていたらこの翌日アメリカの保健福祉省からは改訂版のガイドラインが発表になった(嘘のような本当の話)。まあ暫定版だからそのうち新しいのも定期的に出してくれるのかな。でもいつ出るという話はなかった気がする。服薬指導をしてる薬剤師さんとかもメンバーに入ったらもう少し親切な説明の内容とかも入ると思つただけ。バンクーバーの時に「新しい情報

報」であった「治療や検査技術の進歩」が、その後日本に取り入れられて、臨床や治療を受けている患者の生活・人生にどのような変化をもたらしたのだろうか。
多剤併用が一般的に。ウイルス量検査も活用
「臨床」の演題をみわたすと、抗HIV薬の多剤併用が一般的になり、また治療の開始や効果判定にウイルス量検査が活用されていることがわかる。しかしすでに外国で経験しているように、治療に失敗した場合の次の選択肢や、長期的な副作用など、長期的な管理が前提となっているこの治療による負の面についての報告もされ始めた。
都立駒込病院の味澤氏の「AZT+3TC+IDV投与におけるAZTの投与量の検討」では、副作用の頻度の高いAZTの量を米国のスタンダードの800mgではなく300mg、400mgとして投与しての効果

を報告した。一見地味な研究の気もするが、一定期間がたったところで、日本人における副作用や治療効果を含めての量的質的な検討は貴重である。日本では新しい薬の承認の迅速化が決まっており、そのうちAZTと3TCが一緒になったCombivir（コンビル）：1回1錠1日2回（も入ってくるのだから）、このタブレットにはいつているAZTは300mgであるので、1日量は600mgになる。そのあたりをどう考えるか。自分に心配する副作用がおこるかどうかがわからないところが難しい。

東京医大の山元氏「プロテアーゼインヒターの中長期的有害事象について」、国立国際医療センターエイズ治療研究開発センター（以下ACC）の安岡氏「プロテアーゼ阻害剤の副作用」は、この病気の治療のよい面ばかりをみていてはいけないのだということ、現在治療がつまづいているとしてもこの先もOKというわけでは

ないのだということをつきつけられた気がする。こうした情報はこれから治療をしようとする感染者、またすでに治療を始めている患者にも伝えてほしいが、学会に参加していない医師の方が多いのが現実。いつまでも「時代はHART」「注1」だ！ さあ、今日から薬を飲んでもらおうか」という医師のフォロワーは誰がしてくれるんだろう。

先にふれたガイドラインもそうだが、「どうしようかなあ」「いつから飲もうかなあ」と悩んでいるうちに新しい薬やガイドラインが出てくることもあるのだから、悩んでいる間にウイルス量やCD4が激変しないのだとしたら、治療によって得られるメリットとか経験するかもしれない副作用をどう考えるか、どう対処すればいいのかということを含めて今より慎重に治療のことを考えなければならぬということだ。だから、ACCの吉澤氏の「急性期における

抗レトロウイルス療法」肝機能の正常化した2例」は、どうとらえればよいのだらうと思った。いろいろ不安や疑問のある急性期、先の長期的な副作用の情報などを検討して、「今すぐ」開始するほどのメリットがあるのかとか、そういう検討は必要度がうすくなるということか？ 肝機能によってはとにかく早く始めた方がいいということなんだろうか？

医療者の積極的な福祉情報の提供を求める声

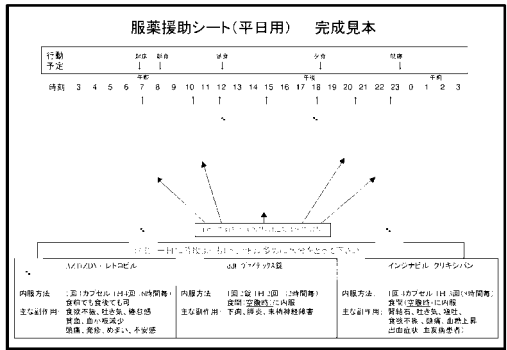
「社会」では、ぶれいす東京をはじめ、感染者本人、またはその支援活動をしている立場からの発表がたくさんあった。専門職といわれている人たちの演題よりも、研究の手法、研究対象に対する倫理的配慮などが洗練されていた。逆にこれは学会で発表する演題（研究）なのか？ というものもこの分野には多かった。活動報告はスライドで細かい字で説明され

第13回日本エイズ学会事務局ホームページ

第13回日本エイズ学会（会長：根岸昌功・東京都立駒込病院、理事長：栗村敬・大阪大学）事務局の公式ホームページ。演題募集等の事務局からのアナウンスや入会案内、学会の歴史、サテライトシンポジウム・セミナーのお知らせ、交通・宿泊のご案内、リンク集等を掲載。

URL <http://www.lapjp.org/aidsgk13/>





この服薬援助シートは次のようなメリットが考えられます。

1. 多剤併用療法を考えた上で、医療者側にも、より服薬しやすいメニューにしようとする動機が生じる。
2. 投薬のメニューを決定していくことで患者-医療者間に日々の生活と服薬に関するイメージが統一しやすい。
3. 服薬援助、指導をする職種種との連絡時にも、互いのイメージをすり合わせやすい。
4. 患者さんに服薬のシミュレーションをしてみたら、どの薬剤のどの時間の内服がもっとも困難か、それを解決するための方法があるかを検討しやすい。
5. 服薬を始める患者さんにとっては、まだ薬剤を見たことがないのに薬剤名を並べられても簡単に覚えられない。写真を小さくすることにより、何々の薬剤について確認しやすくなる。
6. すでに服薬を開始した後の患者さんの場合には、服薬状況の確認のために使用できる。

兵庫医科大学、鈴木氏・日笠氏が発表した服薬援助シート

いのだろうか。

どっしたらうまく薬が飲み続けられるのか？

そして「服薬」。このテーマが盛り上がるのだらうということはいま誰かが予想はしていたのではないだろう。実際に13の演題が並び、また12月1日夜には服薬に関する公開シンポジウムが開かれた。発表も薬剤師・医師・ナースと多様で、外来における話題が多かったのも特徴といえる。これまでは治療の失敗原因や飲みにくさ報告が多かった。今回は、専門家の試行錯誤といつかたちで具体的な努力や成果が発表として出てきていた。

療法を用いて、「は病棟の症例を報告した。入院前から異常行動があり、幼児性が見られた患者にオペラント条件づけ(反射的にすりこまれた行動をとるといふやつ)で「適切な服薬訓練指導」を行ったとある。会場からの質問でもあったが、脳症でなくても導入継続また副作用モニタリングが難しい治療の同意(またはその代理)をどのようにとり、周囲の協力の中長期的な見通してをたてたのだろうかと思った。

兵庫医科大学、鈴木氏・日笠氏が発表した服薬援助シート「図」は、開発までの経緯や実際の援助例が具体的にわかりやすかった。外来の演題が多い中、ACCの外園氏の「エイズ脳症患者への内服自己管理へのアプローチ」行動

T (direct observation therapy) : 直接監視下で内服を確認する。結核の治療で発展)といつことが言われていたが、日本では実際に在宅で独居に近い患者のところにも服時間の度にボランティアがいくほどのリソースは見当たらない。この先も治療は保留にせざるをえない層が、治療薬や保険システムがあっても一定の割合で存在するのではないかという印象の方が強い

てもよくわからない。ポスターなどの展示形式にしてゆっくり見たかった。実際に外国人・MSM「注」など対象ことの分析をする動きは、漠然とした調査紙研究が多い行政や研究者といわれるひとたちよりも迅速であるといえるのではないだろうか。

98年4月から始まった障害認定について、利用者にとっての関心や問題点についての調査結果を都立駒込病院の堀氏が報告した。印象に残ったのは「自治体・担当者

によって対応やサービスが異なる」「医療者が積極的に情報提供をしないと、制度への疑問や不安のある患者はこの制度の利用がしにくい」ということであった。一人ひとりに制度の説明が徹底されている病院もあれば、壁にポスターが貼ってあるだけの病院もある。現在でもまだ診断書の書き方がよくわかっていない認定医がいるという現実、こつした発表は肝心の人たちにはとどかないだろうという究極の現実をぶついたらいい

く残った。

抄録にある演題名を見渡すだけでもいくつか気づくことがあった。ACCの古澤氏の演題「ダブルプロテアーゼの服薬状況」。同じACCの医師の瀧永氏は「プロテアーゼ阻害薬2剤併用療法の臨床効果」という演題名。他のいくつかの演題のタイトルの中にわざわざ「書ききり」「double PI」もつちよつと正確で統一された表記はないものか。

ちなみに最近の英語の文献は「dual PI」となっている。「ダブルプロテアーゼ」というのはいわゆる「ネルフィナ」「インディナ」というような略称じゃなからうか。まあいいか。

このリトナビルとサキナビルの例のようなプロテアーゼ阻害剤の併用はトライアルを含めると97年のアジア太平洋エイズ会議（マニラ）においてもすでに報告がありこの時点でもサルベージ（治療の失敗後の救済療法）としての長期

効果はのぞめず、やるなら第一選択のコンビネーションとしてするべきではないかということが言われていた。日本において今後、どのような位置づけになるのかは今回の学会の発表では見えてこなかった。

さて。薬の専門家といえはやはり薬剤師なのだろう。国立大阪病院の桑原氏、関西医科大学附属洛西ニュータウン病院の山下氏、国立病院九州医療センターの西野氏の3つの演題があった。西野氏の演題はカウンスラー・ナース・栄養士・医師が含まれていたが、発表の中では実際にどの程度具体的に連携しているのかはよくわからなかった。桑原氏と山下氏は抗HIV療法における服薬指導についての特質を踏まえ、医師やナースとはちがった切り口、さらに患者の生活の質へのコメントもあり心強い印象を受けた（これからは薬剤師さんとも仲良くなるつもり）。

東大医科研の村上氏「服薬アド

ヒアランスに影響を与える因子についての考察」では、何が内服の継続を難しくしているのかということ丁寧検討するものであった。実際に表面的な会話で「飲めているかどうか」を確認する医療者は多い。「飲ませる」という医療者サイドの目的からの判定や一方的な指導ではなく、一緒に問題を検討していくという作業・姿勢が大切なのではないかと思つた。これはHIVに特別な関わりなのか、それとも通常の服薬ということでも医療者が必ず行っていることなのだろうか。私は病院通い自体が初めての体験なのでわからないけど。。。

患者と医療者の相互関係重視アドヒアランス

このセッションでよく聞かれた「コンプライアンス」と「アドヒアランス」という言葉の違いがよくわからず困っていたが、その謎解きは夜の公開サテライトシンポ

サテライトシンポジウムを記念して作られたポストカードには「Antiretroviral Therapy and Adherence」が書かれている



ジウムを待たなければならなかった。シンポジウム「抗HIV療法とアドヒアランス」失敗しないためのポイント」から得た情報としては、「アドヒアランス」はコンプライアンス（医療者の指示にだけ患者がしたがうかという見方）をあげることを志向して使われている概念で、コンプライアンスとの違いとしては、治療そのも

1日の夜開催された公開サテライトシンポジウムプログラムの当日使用されたスライドや報告の大部分は中四国エイズセンターのホームページ (<http://www.aids-chushi.or.jp/>) で公開予定。

抗HIV療法とアドヒアランス-失敗しないためのポイント

司会：高田昇（広島大学輸血部）、山元 泰之（東京医科大学臨床病理科）

プログラム

- | | |
|--|-----|
| 1. 抗HIV療法とアドヒアランス概説：山元 泰之 | 10分 |
| 2. ある診察室の風景 出演：実行委員他、多数 | 30分 |
| 3. アドヒアランスに関するリサーチ結果
非加熱血液製剤によるHIV感染者の服薬状況—「総合基礎調査」の結果から
報告者：井上 洋士（エイズ予防財団） | 25分 |
| 休 憩 | |
| 4. 各職種・患者からのコメント
患者から：代読
医師から：味澤 篤（都立駒込病院感染症科） 7分
薬剤師から：栗原 健（国立大阪病院薬剤科） 7分
ナース：清水 恵（国立名古屋病院看護部） 7分
カウンセラー：山中 京子（東京都衛生局エイズ対策室） 7分
医療相談員：藤平 輝明（東京医科大学病院医療福祉相談室） 7分 | |
| 5. 問題解決の視点ととりくみ（有用な手法、道具や方法論の紹介・提示）
・服薬援助シートの紹介、服薬状況の評価法の紹介
報告者：日笠 聡ほか 15分
・服薬援助のための検討会の実践・事後アンケートから
報告者：山元 泰之、堀 成美 15分 | |
| 6. 討論とまとめ | 15分 |

の難しさ（薬の飲みにくさや服薬の条件など）・医療者側の情報・知識・説明の仕方やコミュニケーション・患者と医療者の相互関係といった様々な因子を重視するということだろうか。こうした因子それぞれの向上・改善抜きに

この治療はうまくいかないということだ。シンポジウムでの「ある診察室の風景」では「あるある」というような医者・ナースと患者の「よくない例」の寸劇があった。会場は大いに盛り上がり笑いがおこっていたが、あの笑いにはどん

な意味が込められていたのだろう。他人事と笑っている医師こそヤバイのではないか。企画・運営・出演までしていたという現場の医師らの世代を見ると、時代のうつりかわりを感じた。問題や暗い現実ばかりが目につく学会でこのシンポジウムだけやけに熱かったような印象が残った。

注釈

「注1」HAART
highly active antiretroviral therapyの略。カクテル療法などの強力な抗ウイルス療法のこと。96年に米国で打ち出された。日本では97年から本格的に行われるようになり、HIV感染者の入院減少、死亡数の減少がみられている。しかし、血中ウイルス量を検出限界以下に維持できるHIV感染者は期待できるほど多くはないのが現状。一時は「早期にできるだけ強い治療を」ともいわれていた。しかし、本文4頁にあるよ

うに、患者への服薬援助の対応が十分でないなどの状況での不意な治療開始による治療失敗が耐性ウイルスの出現を引き起こす可能性も大きく、現在は「早期の治療は望ましいが、あまり早すぎても」という意見が広がっている。

（参考：サテライトシンポジウム味澤篤氏資料）

「注2」MSM

Men Who Have Sex With Menの略。男性とセックスをしている男性の「男」。男性とセックスをしている男性でも自身を「ゲイ」と認識するかどうかは本人の自己規定に左右されることが大きい。疫学的あるいは公衆衛生学的に、行動によって規定された「MSM」のほつが、HIV感染予防の対象となる社会の一つのセグメントをより適確に規定していることからアメリカで使われるようになった。

（参考：LAPニュースレター 第18号）

「非加熱血液製剤によるHIV感染被害者の健康・医療・生活・福祉に関する総合基礎調査報告」 「磯崎一男」

学会2日目に発表された注目の大規模調査

エイズ学会2日目の午後、注目を集めていたのが「非加熱血液製剤によるHIV感染被害者の健康・医療・生活・福祉に関する総合基礎調査（以下、「総合基礎調査」と略）だ。第1報から第9報までの演題が続けて発表された。また1日の夜に行われた公開サテライトシンポジウムでも服薬状況に関する部分が発表された。

調査の経緯

被害救済・恒久対策の実現のためには調査研究による実態の把握と問題の解明、それに基づく政策提言が必要と位置つけた「はばたき福祉事業団」（96年3月にHIV訴訟が和解にいたったのを機に、被害者救済をはかる目的で東京訴訟の被害者が和解金の一部を拠出し設立された）が96年末、研究者に調査研究を依頼。その共同作業として着手されたのがこの「総合基礎調査」である。

対象と方法

98年5月半ばから、生存HIV感染被害者約500名を対象にはばたき福祉事業団の送付ルートを用い

て自記式質問紙（30頁）を配付。無記名回答、密封郵送回収で実施された。98年10月半ばまでの有効回答数は283票、有効回収率約57%だが、9月末までの275票が分析に用いられた（一部除く）。

調査結果の要点

過半数に日和見感染既往C型肝炎告知に課題あり

HIV感染症の状態については26.4%の人がCD4数が200未満、100未満の人も9.1%だった。血中ウイルス量は検出限界以下（400コピー以下）に抑えられている人は55.3%。CD4数が200未満の人では

血中ウイルス量が二万コピーを越える人が26.5%を占めていた。

何らかの日和見感染症の既往のあった人が53.4%。肝炎の既往のある人は49.6%、肝硬変にまで進行している人も5.1%にのぼった。しかし一方でC型肝炎ウイルスの感染有無が「わからない」も約1割あり、C型肝炎の告知が不十分であるとも考えられた。

1ヶ月の間の身体的な症状としては「疲れやすい」（65.8%）、「皮膚の湿疹・かゆみ・できもの」（60.7%）、「下痢」（60%）を6割以上の人が経験していた。また、「口内炎や口の中の痛み」（37.5%）、「口の乾き」（38.2%）、「息切れ」（36.0%）、「37度以上の発熱」（28.7%）、「手足のしびれ・痛み」（26.9%）などの頻度は同世代の一般の人には見られない高さだった。

身体的症状数が「健康度自己評価」に影響

現在の健康状態についての自己

160ページにおよぶ調査報告書。編集は『薬害HIV感染被害調査研究委員会』、発行は『はばたき福祉事業団』。本文で紹介した以外にも告知や精神健康など調査・分析は多項目にわたる。



評価（健康度自己評価）は「まあ良い」（69.5%）が最も多く、「あまり良くない」（17.1%）または「悪い」（25%）人は約2割だった。この割合は一般住民の調査の値と大きな差はなく、様々な疾患をあわせてもっている人が多いにも関わらず健康度自己評価は悪くなかった。

しかし、健康度自己評価はCD4数、AIDS発症の有無、身体的症状数と関連がみられ、特に身体的症状が7個以上ある人では約4割が「あまり良くない」「悪い」と答えていた。身体的症状の数と同程度の人のうちではAIDS発症の有無により健康度自己評価に差がみられず、AIDS発症の

有無よりも身体的症状数の方がより強い影響を与えていることが示された。この結果をふまえて、報告書では「AIDS発症や日和見感染症の予防・治療に加えて、身体的症状の緩和がはかれることが重要であると考えられる」と述べられている。

医療機関が「遠い」4割 通院に片道平均約2時間

この1年間にHIV感染症や血友病であることで受診を拒否された（1.9%）り、あきらめた（4.3%）りする経験を持つ人が数%いた。HIV感染症で主に受診している医療機関が「遠い」と感じている人は39.6%で、特に関東ブロックで51.7%と突出して多く、この人たちの平均通院時間は片道113.5分にも及んでいる。

「仲間」からの健康管理の支援がキー

治療・健康管理のための情報獲

得機会の多さは、受診機関の専門性や受診頻度とは関連しないことが明らかとなった。特に医療評価については、患者自身がより主体的に情報を収集して得ていると考えられた。

感染事実を伝えた人の広がりには、HIVに関連する情報を得る機会の増大と関連があった。主にHIV感染者の友人や患者会、薬害裁判関係の知り合いといった「仲間」からの健康管理の支援がキーになって、主治医に対して積極的に質問できる関係を築くことができていくようであることも明らかになったことから、医療への患者の積極的な参加が、医療者によつてではなく、インフォーマルなサポートネットワークによつて促されている関係にあることが示唆された。

サポートの有無と服薬状況の意外な関連

服薬については抗HIV薬を処

方されている人のうち、全部服用していると答えた人は66.2%、一部しか服用していないと答えた人が33.8%だった。服薬状況は主に受診している医療機関別にみて全くと言っていないほど差は認められなかった。また年令、CD4数、血中ウイルス量、抗HIV薬の数、精神健康、ストレス対応能力による有意な差も認められなかった。

サポートネットワークの有無と服薬状況との関連を見ると、治療や健康管理のことで相談ののってくれる人に「父・母」「配偶者・恋人」をあげている人はあげていない人に比べて、「全部服用している」人の割合が有意に少なかった。また医者や看護婦を支援者としてあげているかどうかでは服薬状況に有意な差は認められなかった。このことから、サポートの有無から服薬状況を判断することは必ずしも妥当ではないと発表者は指摘していた。医師に質問をする人のほうがむしろ薬が飲めていないと

いうデータも報告されていた。

「有罪認識」と「怒り」、製薬会社、厚生省に9割、血友病専門医に8割

HIV感染被害者が製薬会社、厚生省などの薬害要因に対してどのような認識と感情を持っているかについては、「責任がどの程度あったか」（有罪認識）、「疑問や怒りを感じた程度」（怒り）がともに強かった（責任は「きわめて重大」「かなりある」とし、かつ疑問や怒りを「強く感じた」「かなり感じた」）人の割合が、製薬会社（93.7%）と厚生省（93.0%）で9割を超えていた。血友病専門医は80.5%、当時の主治医たちが56.1%、テレビ・新聞等のマスコミに対しても42.4%の人が強い有罪認識を持ち、強い疑問や怒りを感じていた。

就労率は約6割。非就労者の約8割が就労を希望

HIV感染被害者の就労率は約6割。特に20代男性で5割と低かった。非就労者の約8割が就労を希望していた。自分の就労収入を得ている人は約6割。29才以下では他の年齢に比べて自分の就労収入を主な収入源とする割合がやや低く、健康管理費用・貯金の取り崩しが主な収入源であるとする割合が高かった。

経済的な暮らし向きについては、今は何とかやっていっている人が多かったが、将来的な不安を訴えている人が6割にもおよんでいた。

こういった中、救済策の一つである身体障害者手帳を半数の人が受けておらず、調査実施時点では必ずしもこの制度が救済策として役立つとは言えない現状があった。特に3人に1人が「薬害被害者として救済されるべき」と指摘しており、一般の福祉と医療対策にのみ解消されることへの危惧を表明していた。

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

教科書にはない HIV診療のコツ Frequently Asked Questions

よじおか

Frequently Asked Questions :

よく尋ねられる質問のQ&A。F A
Q&A略すこともある。

.....

臨床の現場から出た

Q&A集

「危険なUnsafeセックス後のPEP（暴露後感染予防）として抗HIV薬の内服を希望する人に対応するか」

「エファビレンツ（商品名：サス

テーパー）の使い心地や副作用は？」

「耐性検査は実用性のくらい近づいているのか」

「コンパクトにまとめられたこの小冊子を開くと、そこに載っている質問の多様さにまず驚く。読み進んでいくと、そのうち、これが

聞きたかったという質問が見つかる。」

『教科書にはないHIV診療のコツ・FAQ』はQ&A形式で構成された30ページ前後のA5版の小冊子だ。発行者は国立国際医療センターエイズ治療・研究開発センター 医療情報室長の青木眞氏。20の質問にコ罗拉ド大学感染症科のロバート・スクリー教授などが回答を寄せ、青木氏の解説が加えられている。

全ての質問が臨床の現場から寄せられたものであり、実際の有



教科書やガイドラインでは対処できない臨床の現場からの質問に答える『教科書にはないHIV診療のコツ Frequently Asked Questions』。発行は第一弾：98年7月、第二段：98年12月。

益な情報が詰まっている。医師を中心にQ&Aが進められているのでPHA（HIV感染者・患者）が読むには多少「難しめ」なのが残念だが、その辺りはSHIP（ステイ・ヘルシー・インファメーション・プロジェクト）ニューズレターなどと併せて読むと理解しやすくなる。

タイムリーな情報を随時 更新しながら提供

抗HIV薬の組み合わせをどうしたらいいか、という点は多くの

エイズボランティア

講習会報告

田村祐司

毎年、東京都衛生局が開催しているエイズボランティア講習会が今年度（平成10年度）も東京・飯田橋のセントラルプラザで11月19日～21日まで、3日間の日程で行われました。申し込みはHIV関連団体ごとに行われ、LAPをはじめとするNGO・NPOから多数の参加がありました。

民間の支援団体を対象に、こうした講習会を続けられている東京都には頭の下がる思いです。ここでは1日目と2日目の講習について簡単に報告します。

エイズ・ボランティア講習会プログラム

- 11月19日（木）午後6時30分～9時00分
「HIV感染症の治療と看護の現場から」
都立駒込病院医師 今村顕史
看護婦 有馬美奈
- 11月20日（金）午後6時30分～9時00分
「ボランティア活動の進め方」
NPO研修・情報センター代表 世古一穂
- 11月21日（土）午前10時00分～午後5時00分
「カウンセリング技術を高めるために」
東京都エイズ専門相談員 山中京子、松本智子

治療開始は患者自身の準備が整ってから

1日目の講習「HIV感染症の治療と看護の現場から」は2部構成でした。第1部はHIV感染症についての一般論で、教科書的な内容から現在の治療状況までを医師の今村氏が主に解説されました。一般論とはいっても、HIV治療戦略においてCD4数とウィ

ルス量が持つ意味についてや、抗HIV薬内服の開始には薬剤の知識、生活費、継続の意志など患者自身の準備が整っていることが必要という視点を含んだ「治療開始前のチェックポイント」など、その内容は実際のPHA（HIV感染者・患者）の支援活動を行っていく上で欠かすことのできないものだと感じました。

第2部は実際のHIV感染症診療上の様々な問題について症例や資料をもとに「現在のHIV診療の課題について一緒に考えてもらう」ことを目的とし、看護婦の有馬氏が主に担当されました。抗HIV薬内服、外国人、女性、ティーンエイジャー、日和見感染症治療、医療者という項目に問題点を分類し、具体的な症例の呈示も含めて講習が行われました。初診や再診時のナースによる



オリエンテーションでは「他の人たちはどうしてるんですか?」という質問が多く、患者さんの手記などが載った冊子を渡すこともあるとのこと。外来のラックにはNGOの会報をはじめとする様々な資料を置いてあります。また、アドヒアランスや服薬援助の重要性についても多くの時間を割かれていました。

当日、配付された約40ページの資料は今村氏が患者さんやその家族、NGOの方、カウンセラー、MSW(メディカルソーシャルワーカー)、看護婦等を対象につく

られたものだということ、とても分かりやすく、かつ充実しているものでした。一度聞いただけではよく理解できなかったことも家に帰って復習でき、また残念ながら参加できなかった人へもこの資料をもとに講習の内容を伝えることができます。今村氏は新しい情報に対応していくために今後も定期的な年数回程度の改定を行い、近々、インターネットホームページにも掲載する予定だそうです。

NPPOの活動には何が 必要なのか

2日目の講習「ボランティア活動の進め方」はタイトルの通り、ボランティア活動を進めていく上での示唆に富む講習でした。NPPO (Nonprofit Organization = 民間非営利組織) とは何か、その役割は、そしてNPPOには何が必要かといったことがらについて講師の世古一穂氏(NPPO研修・情報センター代表)が解説されました。

ボランティア する人	ボランティアを 受ける人
○	○
○	×
×	○
×	×

- ⇒ お互いハッピー
- ⇒ おせっかい
- ⇒ 犠牲
- ⇒ 社会の迷惑

○=満足・ハッピー x=不満・アンハッピー

個人としての「ボランティア」と組織として継続した活動をする「NPPO」の違いを認識する必要など、ハッとさせられる講習でした。本当に基本的なことなのですが、「満足・不満の関係図」がとても印象に残ったのでご紹介します「右図」。

また施行を間近に控えていた特定非営利活動推進法(NPPO法)の概要と意義等の解説もされました。

た。寄付した人への税制の免除がないことから、法人格を取っても意味がないという意見について世古氏は、法人格を取ることについては自分が何者であるか、その存在証明をすることである、免税があるかどうかは別の問題、と言われていました。ちなみにNPPO法に書かれている「社員」とは「団体の構成員」という意味だそうです。

特定非営利活動推進法(NPPO法) 民間非営利団体の法人格取得を可能にする法律で98年12月1日から施行された。同法で定める「特定非営利活動」には「保健、医療又は福祉の増進を図る活動」「社会教育の推進を図る活動」等が挙げられており、HIV関連のNPPO、NGOのほぼ全てが該当するとみられる。法人格取得にはこれ以外にも様々な条件や手続きが必要だが、事務所を借りるときなどの契約や銀行口座の開設等も行いやすくなるなどNPPOの発展を促進し、活動の継続性を高めるものとして期待されている。

日本性感染症学会第11回 学術大会報告

日本性感染症学会会員

福田 光

98年12月5日（土）に東京で開催された日本性感

染症（STD）学会第11回学術大会に参加してきま

した。その中で、HIV疫学（演題29・32）、HIV

（演題33・35）、STD疫学（演題39・42）、STD動向

（1）&（2）（演題43・48）、教育講演「梅毒の現状

と臨床的变化」、シンポジウム「ピル解禁とSTD」、

イブニングセミナー「HIVの母子感染」について

簡単に報告します。

なお、次回の日本性感染症学会学術大会は99年

（平成11年）12月5日（日）に再び東京にて、また

次々回は2000年に愛知県で開催される予定です。

一般演題「HIV疫学」

29 我が国におけるHIV感染妊産婦への対応ならびに母子感染に関する調査

都立天塚病院産婦人科宮澤豊先

生らが組織する東京都立病産院H

I V母子感染発生機序の解明と予

防に関するプロジェクト研究班に

よる報告です。妊産婦に対するH

I V抗体検査の実施率、HIV陽

性妊産婦による出産事例等につい

て、200の全国産科医療機関施設を

対象として調査を行い、146施設が

らの回答をまとめたものです。

この調査によると、約80%の施

設において、妊産婦に対するルー

チン検査として、HIV抗体検査

を行っていました。今から5年ほ

ど前に妊産婦に対するHIV検査

の費用に対する公費補助が一部で

始まった時には、HIV陽性妊産

婦に対する診療・分娩拒否あるい

は中絶勧奨等が行われるものではな

いかと大いに危惧したものです

が、その後、感染妊産婦による出

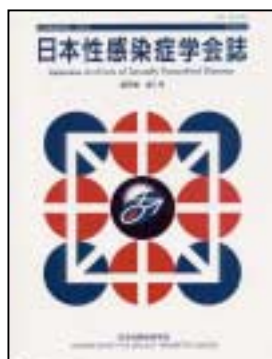
産事例の蓄積もあり、かなりの施

設でルーチン検査として、HIV

抗体検査を行った上で分娩が行わ

れるようになったようです。

また、帝王切開による出産の方



日本性感染症学会第11回学術大会プログラム

1. 会期：平成10年12月5日（土）9:00～18:00
2. 会場：コクヨホール東京都港区港南1-8-35（品川駅より徒歩5分）
3. プログラム（一般演題を除く）
 - (1) 招請講演「HIV and Other STD's Epidemiologic Synergies」
Prof. Allan Ronald
(President of the International Society for Infectious Diseases,
St - Boniface Central Hospital, Manitoba, Canada)
座長：木村哲（東京大学医学部教授）
 - (2) 教育講演「梅毒の現状と臨床的变化」
大里和久（大阪府立万代診療所所長）
座長：新村真人（東京慈恵会医科大学教授）
 - (3) シンポジウム「ピル解禁とSTD」
井上栄（国立感染症研究所情報センター長）
池上千寿子（ぶれいす東京代表）
北村邦夫（家族計画協会クリニック所長）
堀口雅子（虎の門病院嘱託医、性と健康を考える女性専門家の会会長）
座長：熊本悦明（札幌医科大学名誉教授）
 - (4) イブニングセミナー「母子感染をめぐる諸問題とその対策」
沼崎啓（札幌医科大学講師）
小林隆夫（浜松医科大学助教授）
座長：川名尚（東京大学医学部教授）



が経膈分娩による出産よりも母子感染率が低いという結果になっていますが、これは一般に帝王切開の方が分娩管理が容易であるということによるものだと思います。

30 HIV感染妊婦における他の性感染症合併に関する検討

男女を問わず、何らかの性感染症に感染していると、HIVに感染する確率が高くなるとも言われますが、この報告によると、HIV感染妊産婦21名（日本人9名、その他12名）について調べた限りでは、日本人の一般妊婦と比較した場合、他の性感染症の合併に差異はないとの結果が得られています。

症例数があまり多くないので、断定的なことは言えませんが、HIV感染と関連があるのは、性感染症の既往の有無自体ではなく、性行動の差異ではないかと示唆する結果でした。すなわち、特定の

性行動を行った場合には、性感染症の感染率が高まると同時に、HIV感染の確率も高まると言えることが推測されます。

31 本邦におけるHIV-1母子感染

国立感染症研究所で行ったHIV感染妊産婦から生まれた小児のHIV感染の有無を調べた検査結果をまとめたものです。新生児の場合、母親からの移行抗体があることから、成人と同じような抗体検査では感染の有無を判断することができず、多少特殊な検査を行います。

この報告によると、検査した53件のうち13件（24.5%）が陽性でした。この数字は演題29の報告による母子感染率^{27.6%}と近いものであり、現時点の日本における母子感染率は25%程度と見て良いのではないかと思います。諸外国の研究事例によれば、HIV感染に対する適切な治療が早期に行われ、感

染妊産婦の状態が良い（HIV血中ウイルス量が少なく、CD4が多い等）ほど、母子感染の確率は低減しますから、妊産婦あるいは妊娠可能な女性のHIV感染を早期に発見することにより、日本における母子感染率を数%程度にまで下げることが可能ではないかと期待しています。

32 STD症例及びHIV感染例における各種STD及びHIV抗体陽性所見の関連性の検討

HIV感染例26例と各種STD症例4190例、それに健康成人37例、妊婦1545例、Commercial Sex Worker (CSW = 性産業従事者) 1741例を比較して、各種STDとHIV感染との関連性を調べたものです。
この報告によると、HIV症例STD症例、CSWにおける各種STD抗体陽性率は、ほぼ同じで健康成人に比べて高くなっています。

す。STD感染がHIV感染の危険を高める可能性は否定しませんが、それよりも、むしろSTD感染を招くような性生活ないし性行動がHIV感染の危険をも同時に高めていると思われる。逆に言えば、STDの予防は、すなわちHIVの予防にもなるということでしょう。また、同時に潜伏期の長いHIVの今後の流行状況を予想する上で、潜伏期が短く動向が早期に明らかになるSTDの流行状況を把握することの重要性を物語るものと思われます。

一般演題 『HIV』

33 一般社会人のエイズに関する意識・知識、性行動の実態について

サラリーマン291名（男217名、女73名）に対して、エイズに関する意識調査を行ったものです。
この報告によると、大部分の人は、自分がエイズに感染する可能性は低いと考えています。これはHIVの感染様式等を理解した上で、感染予防を行っているから可能性が低いと考えているのではなく、ただ漠然と大丈夫だろうと思っているだけのようです。
報告者らは、感染予防のための健康教育の重要性を訴えています。が、予防方法だけでなく、もう少し基礎的なHIVの感染様式に関する知識の普及も必要ではないかと感じました。

34 HIV感染症と顕性梅毒合併症の2例

梅毒の症状を訴えて来院した患者について、HIV抗体検査を行ったところ、いずれもHIV抗体陽性であったと言った臨床事例の報告です。
典型的な梅毒とは、やや異なる症状も見せていますが、これが梅毒とHIVとの重複感染によるものなのか、あるいは、感染時の梅毒菌量が多かった等、この患者に

特有の他の原因によるものなのかは分かりません。
いずれにしても、STD患者の診療に際しては、HIVとの重複感染についても念頭において診療すべきであることを示唆するものです。今後は皮膚科、泌尿器科、性病科等におけるHIV抗体検査により、HIV感染が判明するケースが増えるかも知れません。

35 HIV-1における2',3'-Fluoro-2',3'-Dideoxyadenosine (F-ddA) 耐性の誘導

最近、米国において開発されたばかりの抗HIV-1ヌクレオシド系逆転写酵素阻害剤について、その耐性株を人工的に作製し、特異的アミノ酸変異を検索することによって、耐性メカニズムを明らかにしようとしているものです。
研究としては、面白いものでしょうが、まだ、実用化されていない新薬に対する耐性株をわざわざ

人工的に作り出すと言つ手法について、若干の不安と疑問を感じました。

一般演題『STD疫学』

39 10年間の男子尿道炎の臨床的研究

ある病院を受診した男子尿道炎患者686例について、分類したものです。

淋菌性尿道炎が39%、非淋菌性尿道炎が61%と非淋菌性尿道炎の方が多くなっています。また、非淋菌性尿道炎の61%にはクラミジアが検出されていますが、淋菌性尿道炎においても20%に同じくクラミジアが検出されており、クラミジアの検出率は併せて45%となります。つまり、男子尿道炎の原因としては、クラミジア単独37%、淋菌単独31%、クラミジアと淋菌の重複8%、その他24%といつこになります。

また、感染源については、淋菌

は特殊浴場とファッションマッサイジが多く、クラミジアは友人が多くなくなっています。おそらく淋菌については、CSWを介しての他の男性患者からの間接的な感染、クラミジアについては、症状の軽い女性患者からの感染が主たる原因ではないかと推察しています。

40 Commercial Sex Worker(CSW)におけるG型肝炎ウイルス感染

最近、発見された新しいタイプ

の肝炎ウイルスであるG型肝炎について、性感染症と考えて良いかどうかを検討するために、CSWにおける各肝炎ウイルス等の感染率を調べ、HCV高浸透地区の同年代の女性と比較したものです。この報告によると、CSWのG型肝炎ウイルス感染率は有意に高くなっています。しかし、その一方で、C型肝炎(HCV)、B型肝炎(HBV)、梅毒の感染とG型肝炎の感染との間に相関関係は

認めませんでした。

この報告から、直ちにG型肝炎をSTDの一つと位置付けるのは早計かも知れませんが、G型肝炎が性行為によって感染し得るものであることには、今後、十分に注意を払うべきではないかと思えます。

41 Commercial Sex Worker(CSW)STD罹患状況

過去10年間に広島のある診療所において、ソープランド嬢185人に対して行われた延べ1069回の淋菌とクラミジアに関する検査結果をまとめたものです。

淋菌陽性が26人(14%)、クラミジア陽性が94人(50.8%)という結果ですが、クラミジアについては複数回陽性となった人が約半数に見られ、再発ないし再感染の多さが窺われました。

42 性感染症の危険因子

に関する調査研究

複数の診療所に来院したCSW 100人を対象として、日記式アンケートを行ったものです。

避妊具を使用していないにもかかわらず、妊娠歴が少ないことに注目して、環境ホルモン云々と報告していましたが、何が言いたいのか、良く分かりませんでした。他の研究発表などによると、オーラル・セックスの頻度と口腔内STD感染の頻度が高まっていることが示されているので、むしろ経膺性交の減少ないしは膺外射精の増加といった側面から、捉えたほうが良いのではないかと思えます。

一般演題『STD動向(1)&(2)』

43 上海における性感染症の罹患率

上海の大学病院産婦人科を受診した患者1000名について、淋菌とクラミジアの感染を調査した



シンポジウム「ピル解禁とSTD」

ものです。

この報告によると、クラミジアの罹患率は4.8%、淋菌の罹患率は1.4%です。淋菌の感染率については、各集団ごとに有意の差異は見られませんでしたが、クラミジアについては、独身者や中絶希望者においては感染率が高くなっていました。なお、中国政府の公式統計では、クラミジアの罹患率は2.5%、淋菌は0.06%であり、特に淋菌の感染率について、この調査との間に大きな相違が見られました。

44 宮崎県における性感症の現況

宮崎県内の泌尿器科を受診した患者1167名（男1102名、女65名）について調査したものです。

男性の疾患別頻度はクラミジア感染症^{33.7%}、淋疾^{27.7%}、非淋菌性非クラミジア性尿道炎^{24.1%}、陰部ヘルペス^{5.8%}、尖圭コンジローマ

3.9%、女性の疾患別頻度はクラミジア感染症^{52.9%}、淋疾^{19.1%}、陰部ヘルペス^{10.3%}でした。男性の感染源は女友達^{36.7%}、CSW^{28.1%}、ゆきずり^{18.6%}であり、女性の感染源は男友達^{50.1%}、夫^{29.2%}でした。発表者らは宮崎を田舎と評していましたが、STDの動向と云う点では都会と差異が無いと言った結果になっています。

45 北九州におけるSTDの現況

北九州市内の医療施設を受診した患者79名（男58名、女21名）について調査したものです。

疾患別頻度は、男性ではクラミジアと淋疾が各30%、女性ではクラミジアが55%、性器ヘルペスが30%でした。年齢別では、30代までの若年者が多いが、トリコモナスと毛虱については40代での罹患が多くなっています。

46 兵庫県における性感

感染症学調査の問題点について

全国調査の一環として兵庫県で行われている感染症サーベイランス事業の結果と、兵庫県STD研究会の調査結果とを比較して、問題点を調べたものです。

クラミジア性尿道炎の頻度が少ない、女性における陰部ヘルペスと尖圭コンジロームの頻度が少ないなどの問題点が指摘されました。

47 1994年～1997年のSTDの動向

広島市周辺の医療施設を受診した患者 男2161人 女79人について調査したものです。

疾患別頻度は、男性では非淋菌性尿道炎が74%、クラミジア性尿道炎が25.5%、淋菌性尿道炎が13.7%、陰部ヘルペス6.8%、尖圭コンジローム4.7%であり、女性では非淋菌性子宮頸管炎が66.0%、クラミジア性子宮頸管炎が44.3%、陰部ヘルペス

24.5%、臍トリコモナス3.8%、尖圭コンジローム2.9%、淋菌性子宮頸管炎2.4%、でした。年齢別では20歳代が約4割、30歳代が約3割、40歳以上が約2割でした。男性の淋菌性尿道炎に増加傾向が見られています。

48 一般泌尿器科医院におけるSTDの動向

過去10年間にある泌尿器科医院を受診した患者 男6940人 女458人について調査したものです。

疾患別頻度は、男性では、非淋菌性尿道炎、淋菌性尿道炎、クラミジア性尿道炎、性器ヘルペス、尖圭コンジローム、毛じらみ、梅毒の順であり、女性では淋菌性子宮頸管炎、非淋菌性子宮頸管炎、クラミジア性子宮頸管炎の順でした。1991年まで患者数は増加傾向にありましたが、その後、著名に減少し、一時は最盛期の約半分にまで減少しました。しかし、

1996年以降、再び増加し、特に淋菌性尿道炎におけるオーラルセックスによる感染の頻度が5%から40%以上へと著明に増加しています。

教育講演 『梅毒の現状と臨床的变化』

大阪府立方代診療所長大里和久先生による梅毒についてのレクチャーであり、主な内容は次のとおりです。

(1) フェラチオによる感染の場合、感染時の菌量が多くなり、初期硬結から硬性下疳という通常の経過をとらず、当初から複数の下疳を発症することが多い。

(2) 臨床医においても、STS抗体価とTP抗原系抗体価の違いを理解していないことが多く、しばしば混乱を招いている。すなわち、梅毒の治療後、STS抗体価は低下し、陰性化するが、TP抗体価は低下せず、梅毒治療後も長期間、抗体陽性を持続することがある。

(3) 従来、梅毒は臨床症状に依りて1期から4期までに分類されていたが、最近では、感染2年以内を早期梅毒とし、それ以降を晩期梅毒とする病気分類が行われている。

シンポジウム 『ピル解禁とSTD』

過去30年以上にわたって、日本における解禁の是非が議論されてきた低容量ピル、すなわち避妊を目的とした経口ホルモン剤について、最近ではAIDSをはじめとしたSTDの流行を助長するのではないかと議論が行っています。このシンポジウムは、ピル解禁によるAIDS/STDの流行への影響について、4人のパネリストがそれぞれ意見を述べるという形で行われました。

各パネリストの意見を正確に伝えることは難しいのですが、敢えて要約すれば、国立感染症研究所

の井上栄先生は、ピル解禁によってコンドームの使用率が減少し、AIDS/STDの感染率が高まる虞があるという意見であり、ぶれいす東京の池上千寿子さんは女性のエンパワメントを強調して

ました。日本家族計画協会の北村邦夫先生は、望まない妊娠を防ぐために、避妊法としてのピルの有用性を訴え、虎の門病院の堀口雅子先生は、「生殖の性」とは別に「喜びの性」の観点から、男女が責任を持って妊娠を避けるための手段としてピル解禁を訴えています。

ピルの使用に対して、日本では何故か異を唱える人が多いようで、主要国の中では、ほとんど唯一といって良いピル禁止国となつてしまいました。

カソリックの影響も強くピルに限らず避妊薬・避妊具や人工中絶に対するアレルギーの強いフィリピンでもピルは認可されていません。コンドームがごく普通に街で

売られ、人工中絶が公然と行われている日本において、なぜピルだけが禁止されているのか、不思議に思う人も多いのではないかと思います。

ピル解禁に対する反対論としては、その時々により、長期に服用した場合の危険性、STD流行の懸念、環境ホルモンとしての危険性など様々な理由が挙げられてきました。また、いずれもピルを禁止する理由としては、いささか根拠が乏しいのではないかと思っています。また、バイアグラが異例のス

ピードで認可されようとしていることに比べて、ピルの認可が遅れているのは、日本の政治が男性中心の旧態依然とした体質のままだからではないかと言っや穿つたような見方もありますが、各界の権威と言われる人たちを見ていると、日本的な長老支配の伝統がピル解禁を阻害していると言っ議論にも共感できるような気がします。

いずれにしても、コンドームの使用目的を避妊と認識している人々が70ないし90%を占める現状では、ピル解禁によるコンドーム使用率の減少と言っ事態を招く虞が十分にあります。今後はAIDSに限らず、広くSTDの予防のために、コンドームを使おうと言っキャンペーンが必要ではないかと思ひます。

イブニングセミナー 『HIVの母子感染』

浜松医科大学小林隆夫助教授によるHIV感染妊婦から児へのHIV感染についてのレクチャーであり、主な内容は次のとおりです。

- (1) 母子感染の機序としては、
- 1) 経胎盤感染、2) 経産道感染
- 3) 経母乳感染の3つが考えられるが、一般に妊娠末期(35週以降)

子宮収縮などにより母体血が胎児側に流入しやすくなる時期から分娩時にかけて、HIVに感染する可能性が高い。

(2) 経胎盤感染は妊娠早期に子宮内膜から胎盤絨毛細胞を介して、胎児内血液へHIVが侵入することによって成立するが、この時期には、たとえ感染が成立しても流産することが多く、臨床的に母子感染として問題になることは少ない。

(3) 母子感染のリスクファクターとしては、破水後4時間以上経過した分娩、絨毛羊膜炎、早産、低出生体重児、妊婦のHIV RNA高値、CD4リンパ球低値等があげられ、これらを軽減する上で、また、経産道感染のリスクを軽減するために、帝王切開は有用である。米国では、HIV感染妊婦へのAZT(抗HIV剤)投与が勧められている。

福田光ホームページ
Personal Health Center (PHC)
 URL
<http://www.mars.dti.ne.jp/~frhikaru/>

公衆衛生に働く 医師について

FAIDSスタッフ
JINNTA

保健所から大学へ赴任

私は公衆衛生医師である。長らく保健所に勤めていたが、つい最近、大学の教員に赴任した。公衆衛生と呼ばれる領域に働く医師は、あまり多くはないが、それなりの人数がいる。もちろん、医師はすべてが公衆衛生の向上に寄与する存在であると医師法は告げており、その意味では臨床医師も公衆衛生的存在であるが、ここでは

一般に、公衆衛生領域と呼ばれるものを指すことにする。日本のエイズ対策では、その対策が奏功しているところは、公衆衛生医師が中心となつて行われてきているのが実際である。

理解されていない「公衆衛生医師」

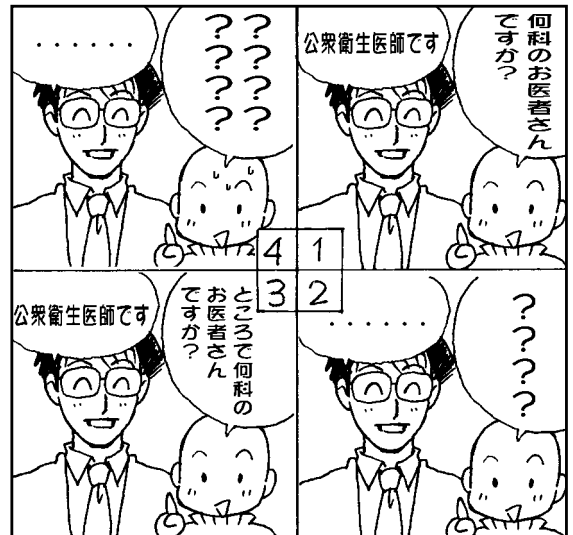
さて、肩書きが医師であるとかあると、「何科のお医者さんですか」と聞かれることが多い。私は公衆衛生医師であるが、このこと

を説明するのに時間がかかる。残念ながら日本では公衆衛生医師という専門への理解はあまりないのが現状である。

同じ領域で働いているのに

とりわけ残念だった経験がある。ある町の保健婦さんに、私の専門が公衆衛生であることを告げると、大

変不思議そうな顔をして、「公衆衛生っておもしろいんですか。変わってますね」というのである。おそらく彼女らの実感は、公衆衛生領域に進む医師というのは、珍しいものなのだが、臨床医に比べて、保健婦と同じ領域で働いている、きわめて身近なパートナーであるべき「公衆衛生医師」に対する意識は、多くはこの程度のものである。変な話だが、その保



健婦さん自身公衆衛生業界で働いているわけだから、自分の仕事がよくわかっていないのかもしれないけれど、もっとも、不思議そうな顔をされること自体は、公衆衛生医師自身が築いてきた歴史にも責任があるよつだが、ここで述べることとは避けることにする。

地方自治体の行政機関 である保健所に多い

公衆衛生領域では、産業医をの

ぞくと、大学の衛生学、公衆衛生学教室や、行政（中央官庁、地方自治体）が医師の働き場となる。この中で、おそらくもつとも働く医師が多いのは地方自治体の行政機関である保健所である。現在は、保健所長は医師でなければならぬとされており、また所長以外の医師がいて、2人以上勤務している場合も少なくない。ただし、2人目の医師の仕事は、きちんとしたものが確立していない自治体が多いのも現状である。保健所医師の仕事は、診療以外のところ、俗に「アタマの部分」（後述する）といわれるところにあるのだが、そのことへの理解は自治体内部でもあまり得られていないので、2人目の医師は、孤軍奮闘というところも少なくない。

昭和30年代から希望者が激減

GHQが公衆衛生対策を進めていた戦後間もない時期は、保健所

に勤務する医師は多かったといふ。しかし、結核や腸管感染症の流行がおおむね片づいた昭和30年代から希望者が激減している。国民皆保険で医療機関の数が増大したことや、急性感染症という華やかな仕事がなくなつたせいだろうといわれている。一部の先人は意欲に燃え、進んで保健所医師の道を選んだが、それはごく一部であった。自治体としては、医師の免許を持つ保健所長をおかなければならないが、なり手がないうという時代が長く続いたのである。

先進的な人たちは難しい時代を開いていった

そこで、病院の医師をしていて全く公衆衛生経験がなく、しかも公衆衛生を知らない人をつれてきて保健所長にするケースが珍しくなかつた。医師を保健所長にするときには資格要件があるが、これまでは一定の卒業後の年数があれば、臨床から転向してもまず、所長

になれた。もちろん、一部の先進的な人たちは公衆衛生に進んでこの難しい時代を開いていったのであるが、大部分の公衆衛生医師は、臨床に疲れて転身した人たちであつたのである。私は臨床から公衆衛生への転向組であるが、臨床の教授に「保健所に行きたい」といったら、「まだ若いのに、医師の墓場に行くのか」と言われたことを覚えている。

「保健行政のエキスパート」としての活用を

もつとも、その要件は、まもなく大変厳しいものになる予定である。それは、年数の条件に加え、国立公衆衛生院でかなり長期間の研究を義務づけていることである（ただし現在すでに所長になっている人には適用されない）。これは、公衆衛生経験のない人、いきなり地域の公衆衛生の第一線機関の責任者である「保健所長」にしないための英断であると思われる

る。なお、これらの研修は自治体から派遣されて受けるようになるが、もし、地方分権推進委員会のいっように、保健所長の資格要件「医師でなければならぬ」（医師要件）が撤廃されれば、自治体が予算を確保しない限り、保健所に就職した医師は、単に「診療マシン」として使われるだけで、保健所長にはなれないということにもなる。つまり、万一、医師要件がなくなつた場合は、自治体に医師を保健行政のエキスパートとして活用する気があるか、それともただの「診療マシン」として位置づけるかという要素が大きくなると思われる。後者になつた場合、エイズ対策を含め、科学的な視点に立脚した行政活動は、大幅に縮小されることになるだろう。

保健所を自ら希望した医師たちの足跡

さて、「保健所たそがれ」の状況に変化がみられ出したのは、昭

和50年代のおわりころからである。昭和50年代のおわりから60年代にかけて、20代、30代の医師が続々と保健所に職を求めてきたしたのである。この人たちの大部分は、卒業、あるいは臨床経験の中から、「公衆衛生」がやりたいと進路を探した結果、医師の定員がある「保健所」にたどり着いたという人々である。このグループはさまざまな悪条件を克服しながら公衆衛生での医師の役割を作っていた人たちであるが、多くの人は現在40代になっており、この人たちの足跡として、地域公衆衛生の科学性が高められ、地域活動が強化されるに至っていることは、もっと紹介されてよいと思う。

「保健所医師のアイデンティティショック」

医師にとって、公衆衛生領域が臨床と大きく違う点がある。それは、臨床では医師が指示せんを書き、他の医療職がそれに従って仕



事をする体系であるのにくらべ、公衆衛生領域では、医師は、単なる一人のスタッフ(駒)でしかないということである。臨床から転向してくる医師が、まず、とまとう点がこれである。保健所長として転身した医師は、医師としてではなく、いわゆる「保健所長権限」があるのでまだしも、所長ではない医師として転身してきた者は、職員が誰一人として「医師の指示」では動かないという現実にショックを受け、自らのアイデンティティを求めてさまざまうごことになる。ひどいところでは、あからさまに「検診の時聴診器だけ当てておい

てくれたらよい、あとは本でも読んで時間をつぶしてくれ」と命じられる場合もあるという。これは俗に「保健所医師のアイデンティティショック」と呼ばれている。このショックに耐えられず、公衆衛生から臨床に転向あるいは復帰した人は多い。

日本にも求められる体系的な養成システム

「アイデンティティショック」の克服は、公衆衛生を志す医師を公衆衛生医として一人前になるようきちんと養成することが一番の解決法である。外国では、公衆衛生大学院があつて、公衆衛生を志す医師は公衆衛生大学院に進学する(ちなみに公衆衛生専門職になりたい人は、医師以外も進学する)。日本では、公衆衛生医師の体系的な養成システムは、実はほとんど機能していない。臨床では「ギルド」だとか「インテリヤクザ制度」などといわれながらも、大学の各科臨床教授を頂点とする「医局制度」というものが存在している。一般には、臨床を志す医師は、卒業後とこかの「医局」に入局して卒後の診療と研究画面でのトレーニングを受けることとなり、一定レベル以上の診療及び研究能力を持った医師を作り出すシステムが確保されている。しかし、公衆衛生分野では、公衆衛生医師の養成機関である国立公衆衛生院で学べるチャンスが得られる医師はごく一部であり、大学の衛生志望、公衆衛生学の教室も、「医局制度」のようなシステムを持っていないわけではないので、研究者の養成は

できて、トータルな「公衆衛生医師」の養成ができるようなことはあまり多くはないのが現状である。現に、多くの保健所医師は、大学の衛生学、公衆衛生学教室に関わりを持たずに就職していることが少なくないので、大学の応援すら得られないことが多い。

公衆衛生医師に求められる3つの能力

保健所に勤務する公衆衛生医師に求められる技術は、診療能力ではない。要約すると、「行政能力」「疫学・公衆衛生学の能力」「プライマリケアの能力」の3つである。残念ながら、保健所に医師を採用後、これらの能力を意識して育てている自治体はそう多くはない（たぶん、数えるほどしかない）。従って、心ある保健所医師はその能力を獲得するために、血のにじむような思いをして独学することになる。「疫学・公衆衛生学の能力」は、自治体から派遣しても

らい国立公衆衛生院に留学するか（させてくれる自治体はそう多くはない）、自分の費用で医科大学の衛生・公衆衛生学の研究生として大学で学ぶという道があるが、「行政能力」は法律や行政学や経営学（マネジメント）を独学した上、実践は自治体内部で勉強するしかないし、「プライマリケア」もある程度の臨床経験が必要となるので、臨床研修を終えてから就職するか、自治体に理解を得るしかない。

はずせない大学（衛生学、公衆衛生学）との交流

保健所医師が学会や研修に行きたくとも、財政難で公務出張が難しくなりつつあるし、私費で勉強していくにしても、そうそう仕事を休むわけにもいかないのだから、若い医師の勉強の機会はずっと狭められる傾向にある。それは公衆衛生医の質の低下という現象を介して、地域住民に対する保健活動、

ひいては健康水準の低下につながる。地域の健康水準を保つためには、公衆衛生医師の系統的な養成システムを早急に確保する必要があると思う。また、「疫学・公衆衛生学の能力」は、ただ単に教科書的に理解するというレベルではなく、実際に地域での理想の状態をえがくことができ、地域の問題を科学の目で考えることができるだけの基本的な研究能力（せめて自分の地域の問題に対して研究できて科学論文が書けるレベル）にまで高められておかなければなら

エイズ対策を担っていく公衆衛生医師

エイズ対策は公衆衛生学的アプローチを実践するには非常に良いモデルである。公衆衛生医師の質が低下してきたり、行政からいなくなったりすれば、地方でのエイズ対策は益々おぼつかないものとなっていくことは自明である。

身近にどのような人がいてほしいか、お役所の問題とかわずい一度考えてみてはどうでしょうか。

JINNTA / エイズフォーラムスタッフ

e-mail:

jinta#ma3.jstnet.ne.jp



新しい啓発を始めよう

草田 央

十年前から変わらない
予防キャンペーン

一九九八年は、HIV感染者の
身体障害者認定制度がスタートし
た画期的な年であった。しかし、
制度はスタートしても、福祉の領
域に感染症が入ってくるこの福
祉関係者の戸惑いは大きく、今ま
での身体障害者たちからの反発も
強い。今やHIV感染者よりも深
刻な状況に陥っていると言える肝
臓病患者などに福祉の手を差し延
べるためにも、HIV感染者も含
めた既得権者の権益を解放し、従
来の福祉制度の解体・再構築を迫
る年にしなければならないはずで

あった。それゆえ、十二月三日の
「国際障害者デー」から十二月九
日の「障害者の日」までの「障害
者週間」などで、この問題も一つ
の大きなテーマとして取り上げら
れるのではないかと期待していた
ものだ。少なくともエイズ関係者
からは、そのような取り組みがな
されるのではないかと思ってい
た。

あつた。それゆえ、十二月三日の
「国際障害者デー」から十二月九
日の「障害者の日」までの「障害
者週間」などで、この問題も一つ
の大きなテーマとして取り上げら
れるのではないかと期待していた
ものだ。少なくともエイズ関係者
からは、そのような取り組みがな
されるのではないかと思ってい
た。

を退き、何もなかった私に発言
権があるのかどうかはわからない
が、今のような状況を許してきて
しまった者の一人として、いくつ
か指摘しておきたいと思う。

WHO等は人間行動科
学重視の感染症対策へ

電車の中等で、ブラック・ジャ
ックを使ったエイズの啓発ポスタ
ーを目にした。エイズに必要なも
の。それは「正しい知識」である。
……と書いてある。かつて、「知
識こそが唯一のワクチン」といつ
たキャンペーンが永年続けられて
いたが、そこから一歩も進んでい
ない。八〇年代と異なり、ある程

度の「正しい知識」は、みな持つ
ているというのが現状であろう。
つまり、もはや「正しい知識」だ
けでは、感染予防のための行動の
変容もできないし、差別偏見のこ
れ以上の解消もできない……とい
うことが、ここ数年で明らかにな
ったと言えるのだ。効果がないと
わかっている手法を続けるのは、
単なる税金のむだ遣いでしかな
い。実際、近年のエイズキャンペ
ーンは、真に啓発の効果を狙った



ものではなく、単なる予算消化措置に成り下がっているとの指摘は多い。

では、どうしたらいいのか。アメリカやWHOなどは、エイズを含め感染症対策に人間行動科学を重視し始めている。人間は「正しい知識」を与えられれば正しい行動をとるなどというシロモノではないのだ。特に性行為感染症は、その傾向が強い。何がネックで適切な行動がとれないのか、どうすれば人間の行動を変容させることができるのか、それを個別具体的に研究し、対策に役立てていくこととしている。もはや、日本のような先進国で、不特定多数の一般大衆を対象にした画一的な啓発キャンペーンをやっている時代ではない。やってはいけないとは言わないが、それしかないのが日本の悲劇である。

が多い。

日本のHIV感染者は急増中？

皆さんの中には、最近、日本のHIV感染者が急増しているようなイメージを持っているだろうか。実際、厚生省エイズ動向調査委員会の発表でも「過去最高」「過去何番目」といった表現が何度も出てくる。

そこで、累積の患者・感染者数をグラフ化してみた「グラフ1」。累積だから、右肩上がりは当たり前。この傾きが患者・感染者の増加分である。傾きが年々きつくなってくれば「急増」もしくは「急増」と言えるだろう。傾きが年々ゆるくなってくれば、「減速」もしくは「頭打ち」と言える。日本の場合、その傾きは、そのどちらでもなく、ほぼ直線。つまり、毎年、ほぼ一定数の患者・感染者が報告されていることを表わしている。厚生省HIV感染症の疫学研

究班は、これを「漸増」（少しずつ増えること）と表現している。

しかも日本のサーベイランス（動向調査）システムは本人の同意をしないため、相当数のダブルカウント、トリプルカウントがあると指摘されている。受診してきた感染者が、すでに報告されている患者かどうかが、感染者本人はもちろん医師にもわからないのだ。動向調査委員会でも、それを確認できない。それゆえ、相当数水増しされた数字になっていることが予想されている。生年月日やインシヤルなどで本人を特定し、より信頼性の高いデータにする必要は、疫学研究班でも提言されているところである。

感染率が低いとはいえず、いまだ減速の兆しが見えないということ。対策が有効に機能していないことを意味し、予断を許さない状況ではある。かといって、急増しているわけではないので、パニックやセンセーショナルリズムに走る

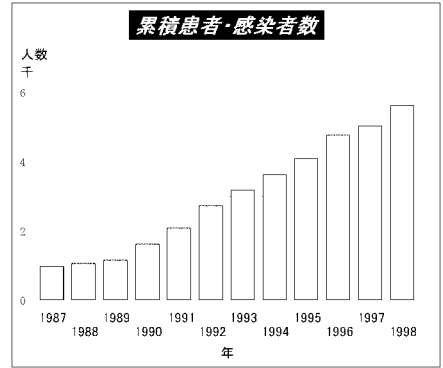
ことなく、冷静に着実に対応していくことが、日本の客観的な状況に最もふさわしいと言えるのではないだろうか。

男性同性愛者への個別具体的な啓発が必要

感染経路別では、異性間の性的接触が主流であると強調されていないだろうか。たしかに同性間性的接触に比べ、異性間性的接触による感染者数は多い。けれども、母数となる男性同性愛者（両性愛者を含む）と異性愛者とは、圧倒的に後者の数が多いはずだ。同性間だろうと異性間だろうと、性的接触の感染リスクにほとんど差はないのだから、母数の大きい異性愛者の感染者が多いのは、当たり前の話なのだ。

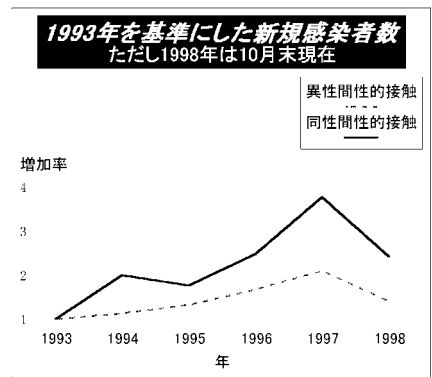
男性同性愛者と異性愛者の人口がわからないので、一九九三年のそれぞれの新規把握感染者数を基準として、それ以降の新規把握感染者数の推移をグラフにしてみ

て、感染者数の増加率を比較できるようにした「グラフ2」。基準値が同性間性的接触の方が小さいので、異性間性的接触より変動が大きく出やすいとは言えるが、それでもずっと異性間性的接触より同性間性的接触の方が新規把握感染者数の増加率が高いことが示されている。日本では、異性間性的接触より同性間性的接触の方が緊急の課題なのだ。少なくとも男性同性愛者に対する啓発が、うまく機能していないことを示していると言えぬ。



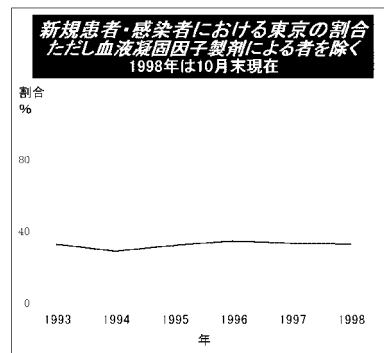
[グラフ 1]

したがって、男性同性愛者をターゲットにした、個別具体的な啓発が、いま求められているのである。不特定多数の一般大衆をターゲットに「異性間性的接触が主流です」などというキャンペーンを行なうことは、日本の現状を正確に反映しているとは言いがたい。男性同性愛者には間違っただ安ん心感を、異性愛者には無用な不安を与えるだけである。それぞれのグループに対して、異なった啓発が必要とされるゆえんである。興味深いのは、同性愛者的接触



[グラフ 2]

にしる異性愛者的接触にしる、昨年(十月末まで)の新規感染者数が少なくなっていることだ。残り二か月分を足してみても、おそらく前年レベルに達しないだろう。これが一時的なものか、それとも継続的な「頭打ち」現象なのかは、数年を経てみなければわからない。しかし「こども」でも、感染者が「急増」しているかのような主張は、誤りだと言えるだろう。



[グラフ 3]

都市部と地方では啓発の内容・手法を変える

日本の感染状況は、依然として都市部(首都)集中型だと言われる。それを確認するために、都道府県別の累計から東京の割合の推移をグラフ化してみた「グラフ3」。ただし、薬害エイズの被害者に関しては、都道府県別のデータが公表されていないので、ここからは除かれている。

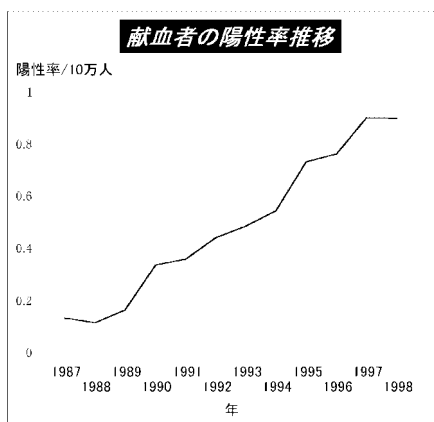
すると一貫して三割強で推移しており、首都集中の様相に変化が見えることが見て取れる。ここから言えることは、東京をはじめとする感染者の多い都市部と、感染者の少ない地方とは、啓発の内容・手法を変えなければ意味がないということである。厚生省に右ならえしただけの啓発キャンペーンは、各自治体およびNGOの怠慢でしかない。それぞれの地域の実情に沿った啓発でなければ、効果が無いからである。

また、都道府県別の累計から薬害エイズ被害が除かれていることも、医療体制(二次予防)を整え

る意味で、大きなネックとなっている。各都道府県ごとに必要なベッド数すら算定できないからだ。エイズ予防法が廃止され感染症予防法が施行される四月以降、薬害エイズ被害も含めた統一的なサーベイランス（動向調査）が行なわれることが、求められるところである。

とどまる様子を見せない献血の陽性率増加

次に、献血における陽性率の推移をグラフ化してみた「グラフ4」。これもほぼ一直線の右肩上がりになっている。日本の累積感染者数を反映していると言えるかもしれない。しかし、欧米では薬害エイズを契機として輸血の安全対策が講じられ、さまざまキャンペーンも行なわれて、献血における陽性率は低下してきている。欧米だって、累積の感染者数は増加しているにもかかわらず、



〔グラフ4〕

た場合、血液の安全性確保の問題は、いまも大きな地位を占めていなければならぬはずである。

にもかかわらず、啓発キャンペーンで血液の問題に触れることはほとんどない。献血キャンペーンでも「献血に協力を」という主張はあっても、「検査目的での献血はやめてください」という主張はほとんど耳にすることはない（献血の現場ではやっていると言いが）。献血を集めることも大事だが、安全性確保はもっと大事なはずだ。限りなく売血に近い「検査目的での献血」を排除するキャンペーンをもっと大々的に行なう必要があるのではないだろうか。

考えてみれば、感染告知を受けた本人が献血をすることは考えにくい。すなわち、日本の献血における陽性率の増加は、無自覚な感染者と検査目的での献血の増加を意味していると考えられる。実際、国によっては献血者が罰せられる虚偽申告も、日本では見られるという。

日本の献血の陽性率はスウェーデンを超え、イギリスなどと同程度のレベルに達している。しかも、その増加がとどまる様子を見せていないのだ。感染予防を考え

差別ではないかと、ニコラスレタ―一四号での「人権とは何だろう？」で指摘しておいた。少しばかり反響があったので、今回は医学的にも説明しておきたいと思う。

そもそもエイズ（後天性免疫不全症候群）における「症候群（シンドローム）」とは何だろうか。それには、まず病気診断の四つのレベルについて説明しなければならぬ。第一のレベルは「症候論的診断（もしくは臨床的診断）」、第二レベルは「病理解剖学的診断」、第三レベルは「原因診断」、そして第四レベルが「機能診断（もしくは病態生理学的診断）」であるという。

「発症」診断をする医学的意味は存在しない。「HIV感染とエイズとは違う」というキャンペーンがエイズ患者

「症候論的診断」は、患者の訴える症状と医師がその場で入手できる情報（触診や血圧計などを用いて）で診断されるレベルであるという。具体的には発熱や体重減少、咳などで診断されるレベルを言っただろう。「病理解剖学的診

断」とは、生検や内視鏡、レントゲン写真などにより病変を可視化して診断するレベルを言う。カリ二肺炎をレントゲン写真で診断したりする場合は、これに該当するだろう。「原因診断」は、遺伝であったり感染であったりと病気の根本的な原因によって診断するレベルで、HIV抗体検査などがこれに該当すると思われる。「機能診断」とは、病気による機能障害の程度によって診断するレベルであって、CD4値の測定などがこれに該当するかもしれない。

で、「症候群」とは、その診断レベルが第一レベルのみにとどまり、その組み合わせとして構成されているものを言う。つまり、原因ウイルスが特定されるなど、その診断レベルが第三、第四レベルまで可能なとき、「症候群」とは呼べないことになる。

エイズという病名がつけられたとき、原因ウイルスは特定されていなかった。ただ、カリ二肺炎や

カポジ肉腫などの日和見感染症が、疫学的に共通の因子によってグループ化できたことから、原因究明のため「症候群」として位置づけられたのだと思う。現在は原因ウイルスも特定されて、当初の「症候群」として診断する医学的役割は終えている。今は、歴史的経緯と原因診断ができない発展途上国の問題や保険の支払いなどの政治的要請から「症候群」という概念が残っているに過ぎない。少なくともエイズという発症診断をする医学的意味は存在しないことは認識しておく必要があるだろう。

感染告知をする際に、患者に少しでも動揺を与えないようにと「HIV感染とエイズとは違う」という説明をする場合があるという。テレビドラマ『神様、もう少しだけ』でも、そんなシーンがあった。しかし、これはインフォームド・コンセントとして適切ではない。危険情報も含めて正確な情

報を伝達するのがインフォームド・コンセントで、不正確な情報で患者に安心感を与えることではないからだ。もし感染告知をする相手が発症基準に合致していたら「HIV感染とエイズとは違ってあなたの場合はエイズよ」とも言うのだろうか。

古い啓発を捨て去り、新しい啓発を始めよう

エイズが男性同性愛者の病気であるかのような誤解が蔓延していた八〇年代、異性愛の性的接触を強調することは適切であると考えられた。エイズのグロテスクな映像ばかりが放送され、実態以上に人々に恐怖感を与えていた時期には、無症候期をアピールし、HIV感染とエイズとを区分けするレトリックも有効であっただろう。しかし、エイズの登場から二十一年近くが経過した。そのような先入観を持たない人に対して、昔のレトリックを是とする人々が、

わざわざ差別・偏見を植えつけているように私には思えるのだ。エイズ啓発キャンペーンに予防効果がないだけでなく、膨大な時間とお金をかけて差別偏見を助長しているだけではないかと。時代は刻々と変わっている。今までの古い啓発を捨て去り、新しい啓発を始めなければならぬ。いつまでも古い概念にとらわれている人には、退場してもらわなければならない。

草田 央

草田央ホームページ “ AIDS SCANDAL ”

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



バックナンバーのお知らせ

AIDS・HIVに関する最新情報やPHAのための生活情報などを満載したLAPニュースレター。バックナンバーは7号以降のみ在庫があります。ご希望の方はご希望の号数・部数、送付先を添え郵便振替で代金をお振込ください。また1万円以下の場合と同額分の少額切手でもお申し込みいただけます。

料金 1冊250円 送料 1冊目190円（2冊目以降1冊につき80円加算）

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

切手送付先 〒100-8691 東京中央郵便局私書箱490号LAP宛

7号『在宅看護視察』 全36ページ

サンフランシスコ在宅看護視察 / 在宅看護のポイント / 社会保障 障害年金受給の概要 / 基礎知識講座(2) / T-GAP トランスジェンダー用語集 / エイズホスピス構想 / 東京都ボランティア講習会報告 他

8号『障害年金の申請手順と解説』 全48ページ

障害年金の申請手順と流れ / 性感染症解説 淋病 クラミジア / PWAの医療環境 / 東京HIV訴訟結審 / 資料・薬害エイズの歴史的経緯と被害者の現状 / HIV感染者不当解雇訴訟判決と解説 他

9号『HIV感染症の医療環境』 全32ページ

PWAの医療環境の現状と今後(2) / エイズ予防法の問題点 / ぼちぼちインターネット(1)路上教習 / ホームヘルパー講習体験記 / 性感染症解説 陰部ヘルペス 尖圭コンジローム トリコモナス感染症 他

10号『入院生活のすごし方』 全36ページ

入院患者Aさん・看護婦Bさんの一日 / 薬害エイズの加害責任 / 第3回アジア太平洋地域エイズ会議(チェンマイ)報告 / 性感染症解説 梅毒 アメーバ性赤痢 ランブル鞭毛虫感染症 毛じらみ かいせん 他

11号『HIV陽性者のセックスライフ』 全40ページ

あきらめかけていた一郎さん「愛人28号」まで頑張る大輔さん 他 / PWAの恋愛日記 / インフォームド・コンセントの持つ意味 / 性感染症解説 A型肝炎 / 薬害エイズ「東京地裁の和解勧告と所見」 他

12号『セーフエストセックス講座』 全44ページ

岩室紳也医師の「セーフエストセックス講座」 / 介護研修 / PWAの恋愛日記(2)セックスのこと / コラム「特効薬願望を捨てよ」 / 95年度東京都ボランティア講習会報告 / 性感染症解説 B型肝炎 他

13号『医者との上手な付き合い方』 全48ページ

人はどうやって医者になるのか / 「あなた」との関わりを持つ医療 / PWAの恋愛日記(3)カミングアウト / 食事作り / 『第四ルート』なんて存在しない / 性感染症解説 B型肝炎 C型肝炎 他

14号『免疫学入門』 全32ページ

林直樹医師の「免疫学講座」(前編) / 日本感染症学会報告 / パソコン通信で海外最新情報共同翻訳 / コラム「薬害エイズの真相究明を叫ぶのは誤りだ」 / インスタントシニア体験 / ハンセン病講習会 他

15号『インターネット活用法』 全32ページ

PWAのインターネット活用法 社会との新しい接点 / 「免疫学講座」(後編) / コラム「自分の頭で考えるということ」 / 第11回国際エイズ会議報告 / 食中毒の原因とその予防 WHOのゴールデンルール 他

16号『ウイルス学初級講座』 全32ページ

山本直樹東京医科歯科大学教授の「ウイルス学初級講座」 / PHAの社会的自立支援事業レポート パソコンでお仕事(1) / 新薬情報 プロテアーゼ阻害剤 / 新連載 保健所からのエッセー 他

17号『ピアカウンセリング』 全32ページ

鬼塚直樹エイズケースマネージャーの「ピアカウンセリング・ワークショップ」 / コラム「エイズ問題における薬害和解の成果と課題」 / パソコンでお仕事(2) / 今後の感染症対策の方向について 他

18号『社会的自立支援事業』 全28ページ

PHAの社会的自立支援事業レポート(3)自分で決めた生きるすべ / 何のための障害者認定か / 保健所からのエッセー エイズ教育の周辺 / HIV疫学研究班WS報告 研究者とゲイコミュニティの協力 他

19号『アジア太平洋地域エイズ会議』 全32ページ

第4回アジア太平洋地域エイズ会議(マニラ)報告 / コラム「ミドリ十字の遺伝子導入実験は発症を早める!?」 / 平成9年度全国保健所等HIV抗体検査(夜間・土日・外国語等)実施リスト 他

20号『感染者の医療費負担』 全32ページ

感染者たちの医療費負担 ケース別治療費例 / 障害者認定のメリット / ゲイ雑誌月刊G-men編集長インタビュー 実際の行動に一番近い情報発信 / 地方のエイズ啓発 / 避妊ビル認可とエイズ 他

21号『日本エイズ学会報告』 全32ページ

第11回日本エイズ学会レポート(1) / HIV感染者の障害者認定 認定基準の解説 / ヘルスポモーション考 / 「薬害HIV被害者救済に関する調査研究のあり方について」 / 感染症予防法案への疑問 他

22号『障害者認定』『服薬援助』 全36ページ

磐井静江医療ソーシャルワーカーインタビュー 障害者認定は厚生行政を変える一歩 / 身体障害者診断書記入例 / 薬の服薬と生活リズム 生活の幅を広げていくために / 献血者への抗体検査結果通知 他

23号『障害者認定申請窓口の対応』 全28ページ

障害者認定自治体窓口突撃調査 / 保健所からのエッセー 本来の公衆衛生を取り戻そう / ボランティア指導者研修会参加報告 / 97年度東京都ボランティア講習会報告 / コラム「ウイルスは消えない」 他

24号『南北格差だけでないギャップ』 全32ページ

第12回国際エイズ会議(ジュネーブ)報告 近い将来の抗HIV薬リスト / ノーピアカプセル(リトナビル)製造一時中止 / 身体障害者手帳の使い勝手 / コラム「人権とは何だろう」 他

25号『ピアカウンセリングの可能性』 全24ページ

日本向けピア・カウンセリングの可能性 / 保健所からのエッセー 保健所ってどういうところ? / 書籍紹介『ある日ばくはエイズと出会った』 / 障害者雇用促進法の対象に / 『非営利』に関する考察 他

18号～22号は社会福祉・医療事業団(高齢者・障害者福祉基金)の助成事業のため無料で送付しています。ご希望の号数・部数・送付先をお知らせいただければお送りいたします。

H I V ・ エイズ関連新聞記事

(1998年10月14日～1999年1月2日)

複数の薬効かないH I V、国内感染者の四割に

10月14日・朝日新聞

複数のエイズ治療薬が効かない多剤耐性のエイズウイルス(H I V)が、国内感染者の四割に広がっていることが、国立感染症研究所などの調査でわかった。十三日、東京で開かれている日本ウイルス学会で報告した。二年前に登場した新しいタイプの薬が効かないウイルスも半数近くを占め、専門家は「新薬の開発を急ぐ必要がある」と警告する。

この調査は、全国十六施設で一年間以上エイズ治療薬を飲んでいるH I V感染者二百十五人分の血液のうち、感染研が三回以上遺伝子解析をした百八十六人分が対象。このうち、五種類ある従来の薬で、よく使われる二種に耐性を持っているものは四三%。四種類ある新しいタイプの薬のうち、二年前にでた三種に耐性を持っているものは四四%、一年半前にでたものは七%だった。それぞれの症例が、何種類の薬に耐性をもつかを見ると、四一%が二種類以上の耐性をもっており、五%は四種の薬が、一%は五種類も薬が効かなくなっていた。

H I V感染の因子発見 T細胞の受容体に作用

10月23日・共同通信

武田薬品工業(大阪市中央区)は二十三日、エイズウイルス(H I V)が人の免疫にかかわるリンパ球「T細胞」に入り込んで感染する際、重要な役割を果たすT細胞表面の受容体の一つに作用する因子を発見したと発表した。エイズウイルスは、まずT細胞表面の「CD4」と呼ばれる分子に結合した後、別の受容体を介して細胞内に侵入する。同社の医薬開拓研究本部(茨城県つくば市)は、うち「APJ受容体」の機能にかかわるアミノ酸分子を発見し「アペリン」と命名。アペリンをつくる遺伝子も特定した。アペリンが特定されたことで、同社は二年後をめどに、APJ受容体を「閉鎖」してウイルス感染を防ぐ抗エイズ薬開発を目指したい、としている。

同性愛糾弾をマハティール首相の長女が批判 マレーシア

10月23日・読売新聞

同性愛を含む「異常性行為」などの罪でアンワル前副首相兼蔵相が起訴されたマレーシアで、マハティール首相の支持者らが同性愛糾弾の組織を結成したところ、首相の長女マリナさんが「偏見と差別を助長するもの」と批判、波紋を呼んでいる。この組織は「反同性愛のための人民の自主的行動」という名称で、二十一日、与党・統一マレー国民組織の幹部らが結成した。同国では刑法で処罰対象とされている同性愛をさらに厳しく取り締まるよう政府に求めている。これに対し、マレーシア・エイズ評議会の議長でもあるマリナさんは二十二日、声明を発表、「(同性愛者に対する)偏見をさらにおももの、何の利益ももたらさない。マレーシア社会の偏狭さを示すだけ」と批判した。

エイズで平均寿命下がる アフリカ29カ国

10月28日・共同通信

【ニューヨーク27日共同】国連の経済社会局が二十八日付で発表した世界人口推計で、エイズの感染率が高いアフリカ二十九カ国の平均寿命が現在四十七歳で、エイズ感染が全くないと仮定した場合より七歳も低いことが分かった。しかし出生率が高いため、ボツワナで二五年には一九九五年比で人口が二倍に増えると予測されるなど、エイズのために人口が減少する国はないという。

血液製剤投与の医師によるH I V感染告知は5割未満「総合基礎調査」

10月29日・朝日新聞

輸入血液製剤で血友病患者らがエイズウイルス(H I V)に感染した薬害エイズ問題で、製剤を投与していた医師から感染を告知された患者は五割に満たず、告知時期も遅れていたことが東大大学院医学系研究科の山崎喜比古助教授らの調査でわかった。調査結果は二十九日の日本公衆衛生学会で発表される。詳細は9ページ参照

調査は、薬害エイズ被害者と遺族でつくる「はばたき福祉事業団」の依頼で行われた。生活、医療、健康管理などの面で被害者がどのような問題を抱えているかを正確に把握し、今後の恒久対策に生かすのがねらい。

山崎助教授は「感染の遅れが治療の開始を遅らせ、患者と医師の信頼関係を破たんさせているケースが多いことがわかる。治療薬が進歩しているといっても、感染被害によって大きなダメージを受け、人生に希望を失っている人が特に若い世代で目立った。仕事に生きがいを見だしている人が多いので、今後、就労の支援が重要になってくるのではないか」と話している。

エイズ治療薬の承認を簡略化、厚生省

11月4日・朝日新聞

厚生省は四日、外国で承認されたエイズ治療薬について、外国での臨床試験データだけでも申請を受け付け、承認する方針を決めた。すでに承認されている十種のエイズ治療薬は、承認されるまで平均して一年弱の期間がかかったが、同省は四カ月に短縮したいとしている。申請から承認までの期間の短縮化は、患者や医師らが強く要望していた。

国内で通常行われる臨床試験は三段階に分かれている。第一段階は健常者に投与し、安全性を確認、第二段階で、数百人の患者に投与し、安全性や有効性をみる。その後、千人単位で患者に投与する第三段階の臨床試験を経て申請する。最近では、承認を早めるため、第三段階だけは外国のデータが使用できた。今回の決定では、エイズ治療薬に限り、第一段階からすべての臨床試験について、外国のデータで申請できるようにした。しかし、日本で使われたことのない薬だけに、副作用の可能性もあり、厚生省は市販後調査の徹底を求めていくほか、「承認しても臨床試験のつもりで使うよう指示したい」としている。

H I V感染者を障害者雇用対象に

11月6日毎日新聞

労働省は6日、H I V感染者を、障害者雇用促進法上の身体障害者の範囲に新たに加える同法施行令の改正を行い、12月から施行すると発表した。これによりH I V感染者は、障害者雇用率制度の対象労働者となる。

同法では、労働者56人以上の企業の事業主に、身体、知的障害者を全労働者の1・8%雇用することを義務付け、各種の助成金を支給している。同省は「12月までにパンフレットを作り、雇用主への啓発活動を行ない、H I V感染者の雇用促進をすすめていきたい」と話している。 詳細は25号16ページ参照

女性はH I Vの進行早い 早期治療をと米報告

11月6日・共同通信

【ニューヨーク6日共同】エイズウイルス(H I V)に感染、一定の血液検査では同じ段階にあると判定された男性と女性では、実は女性の方が感染の段階が進んでおり、よりエイズ発病の可能性が高いとする研究結果を、米ジョンスホプキンス大公衆衛生学部がまとめ、六日、英医学誌ランセットに発表する。六日付の米紙ニューヨーク・タイムズが報じた。同紙によると、ジョンスホプキンス大の研究は、H I Vに感染した男女六百五十人を対象に行われた。それによると、米公衆衛生局はH I V感染者の血中H I Vレベルが一定の値になった時をエイズ治療を開始する時期とする治療ガイドラインを定めており、男女とも同じ血中H I Vレベルの値を当てはめている。しかし、同大の研究結果では、女性はH I Vの血中レベルが男性の半分でも、エイズ発症の危険性が同じ程度まで進んでいることが分かった。

エイズ研究班録音テープなど一般公開

11月11日・読売新聞

薬害エイズ事件の公判で、一九八三年の厚生省エイズ研究班第一回会議を録音したテープと、第三、四回会議の議事メモが明らかになった問題で、厚生省は十一日、録音テープの内容を文書化したうえで、議事メモのコピーとともに、きょう十二日から同省内の行政相談室で一般公開すると発表した。録音テープと議事メモは九六年八月、東京地検に押収されていたが、先月までに同省に返還付されたため、H I V訴訟の原告らの要求を受けて、異例の公開となった。

検察側、厚生省の資料改ざんを指摘 = 薬害エイズ公判

11月11日・時事通信

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の第29回公判が11日、東京地裁(永井敏雄裁判長)で開かれた。検察側は、製剤メーカーがH I Vの感染危険性が高い「非加熱血液第8因子製剤」を自主回収した時期について、厚生省が実際より最大で半年早めた日付に改ざんし、資料を作成したと指摘した。

エイズ治療拠点病院のうち高度救急医療可能 45%

11月12日・朝日新聞

全国のエイズ治療拠点病院で命にかかわる病気やけがなどの高度救命医療ができるのは半分にすぎないことが、日本医科大学付属千葉北総病院救命救急部の工広紀斗医師らの調査でわかった。また、感染の危険が高い緊急手術などは、院内の協力が得にくい実態も明らかになった。十二日から高松市で始まった日本救急医学会で発表した。

昨年秋、エイズ治療拠点病院に指定されていた全国三百四十八施設を対象にアンケートをし、二百六十六施設から回答を得た。エイズウイルス（HIV）感染者に対し、高度救命医療ができる病院は四五%、軽い症状も含め二十四時間受け入れ可能な病院は七八%にとどまった。HIV感染者の救急診療をした実績があるのは九十六病院だった。

緊急の手術や分娩は、それぞれ二割の施設が「関係する診療科の協力が得にくい」と指摘。その理由として「職務上の感染に対する過剰な恐怖感」「専門治療の知識不足」を挙げ、院内のエイズ教育が不十分であることがわかった。感染防御のためのゴム手袋は九四%が備えていたが、感染から目を守るゴーグルは四七%しか備えていなかった。

新感染者・患者は118人 厚生省のエイズ動向委員会

11月24日・共同通信

厚生省のエイズ動向委員会は二十四日、九十月の二カ月間に全国の医師からエイズ患者四十一人とHIV感染者七十七人の計百十八人が新たに報告された、と発表した。患者と感染者の累計は一九八四年の調査開始以来、五千五百三十四人となった。委員会によると、新たな感染者の内訳は男性五十九人、女性十八人で、感染原因は「異性間の性的接触」が三十人、「同性間の性的接触」が二十八人など。患者は男性が三十四人、女性が七人で、異性間接触が十六人、同性間接触が十一人のほか、母子感染が一人おり、残りは不明。男性同性愛の患者、感染者は計三十九人で、動向委員会への二カ月ごとの報告では過去最高。今回、十四人の死亡が報告され、死者の累計は千八十三人となった。

世界のエイズ感染、今年新たに580万人

11月24日・読売新聞

国連エイズ計画は二十四日、九八年に新たにエイズに感染したのは、世界で五百八十万人で、感染・患者総数は三千三百四十万人となる、との見通しを発表した。一分間に十一人が感染している勘定になるという。また、五百八十万人の新感染者のうち約半分は、十五歳から二十四歳の年齢層だという。地域的に見ると、今年の新しい感染者のうち、四百万人は、サハラ砂漠以南のアフリカ諸国で、エイズが確認されて以来、同地域での感染・患者総数は三千四百万人、うち千二百万人はすでに死亡したという。これに対して、北米、西欧諸国では、最新治療のおかげで感染後の生存率が高くなった影響で、九五年から九七年の二年間でエイズによる死者の数は、三分の一になったという。

福祉制度専門の回線開設 28日から36時間エイズ相談

11月26日・共同通信

十二月一日の「世界エイズデー」に合わせ、エイズ患者や家族らを支援する民間ボランティア団体「HIVと人権・情報センター」が二十八日午前十時から二十九日午後十時まで、三十六時間連続の電話相談を実施する。九年以来、九回目となるが、免疫機能が低下したHIV感染者やエイズ患者を対象に、身体障害者として認定する制度がことし四月からスタートしたのを受け、障害者手帳の申請などを含めた福祉制度専門の相談回線を東京と大阪で初めて設ける。

エイズ予防財団の運営がピンチに 寄付激減

11月29日・朝日新聞

エイズ問題でさまざまな取り組みを進めているエイズ予防財団（事務局・東京都港区）の運営がピンチに立たされている。啓発・研究活動や市民団体への助成などに充てるため、企業・団体や個人から募っている寄付が激減しているからだ。今年度は落ち込みが深刻化し、昨年度の約7400万円から3分の1以下の約2200万円に。担当者は「PRはしているが、猛烈な不況風が吹き、エイズそのものへの熱も冷め、先行きは暗い」と嘆いている。

<世界エイズデー> 厚生省、エイズ予防財団主催のイベント開催

12月1日・毎日新聞

「世界エイズデー・イベント」(厚生省、エイズ予防財団主催)が1日、東京の新宿駅南口特設ステージで行われた。午後5時半には大きなレッドリボンを巻いた高さ3メートルのイルミネーションツリーの点灯式が行われ、会場は歓声に包まれた。1日午後2時半から始まったチャリティーオークションやミニコンサートで雰囲気盛り上がり、各団体から寄せられたメッセージが次々に読み上げられた。

エイズワクチン研究費増額 米

12月2日・共同通信

一日、クリントン米大統領は米国のエイズワクチン研究費を昨年度より三三%増やして二億ドル(約二百四十四億円)にするなどの新エイズ対策を発表した。大統領は治療研究や開発途上国の専門家養成に一億六千四百万ドルを支出する、と発表。さらに途上国のエイズ孤児支援に一千万ドルを援助する計画を明らかにした。

国に損害賠償を命じる エイズでイタリア裁判所

12月2日・共同通信

【ローマ1日ロイター=共同】ローマの裁判所は一日までに、イタリア保健省に対し一九八〇年代以降、輸血でエイズウイルス(HIV)やC型肝炎に感染した三百八十五人への損害賠償を命じた。原告側弁護団が、同日明らかにした。裁判所は、保健省が血液の管理や回収などをせずに注意義務を怠った、などとして責任を認定した。死亡者には最高一億五千万リラ(約千百万円)が、生存している感染者には同千五百万リラが支払われる。地元の市民団体によると、イタリアではこれまでに約二千人が国が供給した輸血用血液で感染し、七百人が死亡したという。

エイズ治療薬を発売へ 日本ベーリンガー

12月2日・共同通信

日本ベーリンガーインゲルハイム(兵庫県川西市)は二日、日本で初めてとなる非核酸系エイズ治療薬「ネビラピン」(商品名ビラミュン)の国内販売を十一日から始めると発表した。独ベーリンガーインゲルハイムの米国法人が開発した錠剤で、米国から輸入する。日本ベーリンガーが昨年七月に厚生省に輸入認可申請し、こと十一月承認された。ネビラピンは米国で一九九六年八月に発売され、現在では欧州やカナダなど三十数カ国で販売されている。

スイス赤十字の元研究所長、血液製剤によるHIV感染で有罪判決

12月9日・朝日新聞

スイスのジュネーブ州裁判所は八日、血友病患者にエイズウイルス(HIV)に汚染された可能性のある血液製剤を感染の危険を知らずに供給したとして、アルフレッド・ヘシッグ元スイス赤十字中央研究所長(七七)に懲役一年の有罪判決を言い渡した。高齢などを理由に、執行猶予付きの判決となった。ただ、八五年の時効成立以後の患者であっても、HIV感染はそれ以前の可能性もあるとして、傷害罪については無罪となった。

病院職員がエイズ感染 オーストラリア、元患者に検査実施

12月21日・共同通信

【シドニー21日共同】オーストラリアのキャンベラ公立病院でこのほど、病院職員の一人がエイズウイルスとB型肝炎ウイルスの両方に感染していることが判明、このため同病院は職員が手術に立ち会った元患者約二百五十五人に、感染の有無を調べる検査を開始した。病院側は、この職員の性別や手術中にどのような役割を果たしたかなどを明らかにしていない。対象者への検査は、二十日夜から行われているが、病院側は「手術の際、執刀医ら全員がゴム手袋を二重にするなど、安全対策に努めていた」と強調、二次感染の可能性は極めて低いとしている。

<死去>山形操六さん80歳 = エイズ予防財団専務理事

1月2日・毎日新聞

山形操六さん80歳(やまがた・そうろく=エイズ予防財団専務理事、元環境庁大気保全局長)1日午後5時17分、こうとうがんのため横浜市栄区の病院で死去。葬儀・告別式は9日午後2時、亀戸教会で。

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。