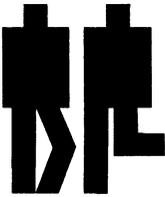


**LAP** 

Life AIDS Project

**NEWS LETTER**

**Vol. 38**

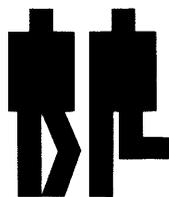
**2004.6.**



*PHOTO by off-G*

# LAP Positive TALK

## 2004-2005



### ■「LAP Positive TALK」って何？

当事者同士が、お互いの思いや体験を分かちあったり、話しあったり、自分の話にしかりと耳を傾けてもらう場として週1回、時間を限定して行われるグループミーティングです。

いわゆるセルフ・ヘルプ・グループ、ピア・サポート・グループのひとつであり、講師の話を書くといった講演会ではありません。

感染経路にかかわらず参加していただけるグループや、対象を限定したグループを週替わりで開催します。

### ■話したいことはあるけど、話せるか不安…

安心して集える場とするために参加者はHIV感染者・患者で本人限定とするなどした「参加に関するご注意」を定め、定員は10名程度にさせていただきます。LAPスタッフが司会・進行

をさせていただきます。

参加者がその思いや体験を分かちあったり、話しやすいようにするため、「LAP Positive TALK」ではニックネーム(ご自身が呼ばれたい名前)を用います。

### ■日時は？ 場所は？ 費用は？ 申し込みは？

2004年7月28日～2005年3月まで、水曜日の19時から都内の貸会議室で行います(計30回)。参加費は無料で、LAPへの入会の有無に関わらず参加していただけます。参加には事前のお申し込みが必要です。参加を希望される方はLAPまでご連絡ください。(ホームページからもお申し込みが可能です)

LAP Positive TALKホームページ

<http://www.lap.jp/ptalk/>



# Life AIDS Project News Letter Vol.38-PDF

これからの10年、次から次に起きる波を乗り越えていくために

## 当事者に役立つ福祉講座 ソーシャルワーカーの活用法

[磐井静江] 3

「お金の相談ができる人」、現状の福祉サービス、医療費抑制の嵐

## ICFという「新しい考え方」で何が変わる?

12

## ソーシャルワーカーに聞いてみたい。こんなこと、あんなこと

13

## 当事者たちのLIFEを考える3講座

17

公衆衛生医からのエッセー

## 正しい知識に気をつけよう Part2

[JINNTA] 18

初心に戻って、性教育の基本などを

## 知った気であるあなたのためのセクシュアリティ入門 ⑦

20

出川の"失敗"、隠居できない理由、発想は学生の現実から [木谷麦子]

求められているのは気持ちに寄り添うこと

## 遺族の心理ケアを考える

26

拡散しすぎたPTSDという概念、グリーフワークの視点 [草田 央]

## LAPホットライン・エイズ電話相談案内

14

## LAPニュースレターバックナンバーのお知らせ

44

## LAP入会案内

43

## HIV・エイズ関連ニュース

38

## 厚労省「身体障害認定基準等の取扱いに関する疑義について」

37

## 身体障害者のための主な保健福祉サービス

31

## ライフ・エイズ・プロジェクト(LAP)

〒100-8691 東京中央郵便局私書箱490号

TEL03-5685-9716 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] 三井住友銀行横浜駅前支店 695729 (普通)

「ライフ エイズ プロジェクト 代表 シミズシゲナリ」

[電子メール] lap@lap.jp ※◎を@に変えてください

[ホームページ] <http://www.lap.jp/> (メインサイト)

<http://www.campus.ne.jp/~lap/> (ミラーサイト)

### ●インターネットで本を買って

#### LAPをご支援ください

LAPホームページのリンク集からamazon、オンライン書店bklに移動し、書籍を購入すると購入代金の中からLAPに3%の紹介料が入ります(どなたが購入されたのかLAPには知らされません。購入方法等は通常と同じです)。

○URL <http://www.lap.jp/cgi-bin/search/search.asp>

○LAPホームページ→LAP1→LINK→下のアイコンをクリック



これからの10年、次から次に起きる波を乗り越えていくために

# 当事者に役立つ福祉講座 ソーシャルワーカーの活用法

都立広尾病院 医療ソーシャルワーカー 磐井静江

医療ソーシャルワーカーって聞いたことはあるけど、どんなことをする人なのかよく分かんない——そう思っている人もけっこういるみたい。病院の医療相談室ってところにいる(いない病院もあるんだけど)、「心理・社会的な相談援助業務をする人」で、いろんな福祉サービスに詳しいんだって。ちなみに医療職ではなく福祉職なんだとか!?

ソーシャルワーカーが何をしている人なのか、まず事例を通して紹介します。それから今の医療制度や福祉サービスがどんな状況にあるのか(ひと言でいえば「厳しい」んだそう...)をワーカーの視点から解説します。これからの10年を見据えて、自分自身の生活設計をしていくために欠かせない講座です。

## 病院のソーシャルワーカーって何をしてる人?

LAPの清水さんから、ソーシャルワーカーって制度やなんかを教えてくれて生活を支援してくれる人らしいけど、それぐらい自分で勉強すればいいってこともあって、病院に行っても素通りをしてしまう人が多いとか、実際何をしている人なのかよく分からないという人も多いから、それを

まず説明してほしいというリクエストがありました。

まず、ソーシャルワーカーは何をしている人なのか、事例を通してご紹介します。

## 「事例紹介」病棟の看護師から依頼のあったケース

カリニ肺炎で敗血症の40代の男性のケースです。紹介経路は病棟の看護師さんからでした。「入院

※この記事は2003年12月14日に開催された「これからの10年を見据える3講座 講座2 当事者に役立つ福祉講座」を再構成したものです。

**【図表1】ソーシャルワーカーの仕事**

病気にならなければ経験しなかった悩みの解決のための支援を社会福祉制度を利用しながら行います。たとえば…

**■就労・家族問題**

- ・突然の入院で就労継続や家族のお世話ができない

**■受診・転院問題**

- ・訪問看護ステーション、往診医を探して欲しい
- ・医師や看護師・看護相談室との調整をして欲しい
- ・介護保険のしくみや利用法を教えてください
- ・長期に療養できる場所を探して欲しい

**■生活費・医療費の問題**

- ・医療費助成制度・社会保障制度が分からない
- ・身体障害者 難病 休業補償 何が何だか分からない
- ・障害年金というのがないと聞いたけど……

**■その他**

- ・どこに相談したらよいかわからない
- ・自宅で不安なく、快適に生活ができるようにしてほしい

中の患者さんが医療費の件で不安がっているので相談に乗って欲しい」と医療相談室に依頼があり、病棟に行きました。ソーシャルワーカーがまず何をするかというと、病棟でカルテや看護記録を見て、家族背景等を確認した上で患者さんと面接をします。この場合はマスク使用の上で入室との指示が看護師からありました。病室に入って、まず自己紹介をするわけなんです、私、28年この仕事をしています。ソーシャルワーカーの仕事「図表1」はいろいろありますが、医療費の問題から入っていくことが多いと思いま

す。これ以外にもコミュニティワークと違って地域との関係をつくっていったりする援助方法などもあります。

**「ソーシャルワーカーはお金の話ができる人」**

患者さんの抱えている問題を解決していくために、ソーシャルワーカーは面接の中で「預貯金はいくら持っているか」「生命保険は入っているか」「就労継続のために会社が協力的か」といったことを聞くことがあります。何でもんなことを聞かれるのか、と不愉快な思いをされる方もいるかもしれないんですが、それは次の生活の組み立てを考えると聞くために聞いているのです。社会保障制度をどこまで活用できる方なのか、資産がどれくらいある人なのかは生活支援上必ず必要な情報です。個人のプライバシーにかかわることなので、本人の同意を得ない限りスタッフにも伝えません。

この場合、貯金があり当面の生活費には困っていない。しかし医師から「入院費もかかるし、薬もはじめなきゃいけない、薬をはじめたら毎月これぐらいかかりますよ」という説明を受け、医療費の心配が生じたことが分かりました。ご本人は「高度で大変な治療をする」ということだけが頭の中に入って、右往左往していたのです。ただ、お金がないと思われるのは非常にプライドが傷つくことなので、それは言いたくなかったのです。私が「お金の話ができる人」ということでホッとされた顔をされました。また、同居している痴呆の母親の介護を非常に心配されていました。なぜこんなにこじらせてしまったかという、ご本人もちよつと具合が悪いとは思っていたんですが、痴呆のお母さんの介護をしなきゃいけないということで初診が遅れたという話をされました。

社会保障制度についての知識が

ほとんどの方でしたので、その説明をする必要がありました。お金があるから身体障害者手帳はいらないと言われるのですが、今後の治療継続をきちつとしていくためには手帳の取得により、服薬環境の整備が必要ではないかとお話

【図表2】医療費自己負担の基本

区分	医療費(月額)	自己負担限度額【要高額療養費請求】
上位所得世帯※	466,000円超	139,800円+(医療費-466,000円)×1%
	466,000円以下	139,800円
一般世帯	241,000円超	72,300円+(医療費-241,000円)×1%
	241,000円以下	72,300円
市民税非課税世帯		35,400円(1%の加算なし)

■上位所得世帯

- (1) 基礎控除後の総所得金額が670万円を越える世帯
- (2) 所得の確認ができない方がいる世帯

【図表3】病院の機能分化

医療費請求基準が病院によって異なります。

■入院基本料による違い

一般病院(28日まで)		看護基準	看護資格者
入院基本料1	12,160円	2:1	7割
入院基本料2	11,130円	2.5:1	7割
入院基本料3	9,430円	3:1	4割
入院基本料4	8,380円	3.5:1	4割
入院基本料5	7,880円	4:1	4割

(患者数:看護職員数)

■各種の加算

14日以内	4,520円	急性期病院加算(14日以内)	1,550円
15日以上30日以内	2,070円	※「入院基本料1」の病院は合計1日18,710円(14日以内)が基本となる。(月額 約52万円+検査料・投薬料・注射料・リハビリ料・手術・処置料)	
180日以上	500円減		
夜勤勤務等看護加算	480円		
重症者等環境特別加算	3,000円		
救急医療加算(1日のみ)	6,000円		

今後の生活設計を立てるために

生活設計は病状的に今後どのような経過をたどるのかを考慮して立てなければいけません。ご本人

ししました。

がどうい病状の理解をしているかが今後の生活に非常に重要になってきますので、次に、医師から病状をどのように説明されているのか、またご本人の病状の理解について確認します。この方はH1Vに感染している

ことは分かっている、医師からは1ヶ月ぐらいの入院が必要と説明を受けていました。私たちソーシャルワーカーはこれまでの経験からある程度、分かっていますから、この状態で1ヶ月で退院できるわけではないな、と思うんですね。医師は患者さんをあまり落胆させないように、最初から長期の入院が必要だと話す治療意欲がなくなるのでといった配慮があるんですが、私たちは多めに長めに、最悪の状態を考えて手当をしておかなきゃいけない立場にあります。私たちは超シビアに生活設計を考えます。

たとえば生活保護は申請主義ですから申請した当日からしか受けられない、さかのぼつての申請はできません。他の福祉サービスも申し込んでから利用できるまでに時間がかかってしまうものもあります。

面接の結果、①傷病手当金の申請をする、②ちょうどやめたいと

\*1 傷病手当金——健康保険(社会保険)加入者が病気やケガで働けなくなったとき支給される所得保障制度(最長1年6ヶ月間、給料の約6割)。申請が必要。国民健康保険加入者は対象外。

思っていたところなので会社はしばらくしたらやめて他の会社を探します。退職後も傷病手当金が支給されれば生活可能。障害年金についてもゆくゆく考えていく、③きょうだいには告知済みとのことなのでお母さんの面倒を2ヶ月みてもらうように調整依頼、④医療費については身体障害者手帳を取得し、更生医療申請も行う。役所には顔見知りがあるので申請に行きたくないとのことであったので代理申請をソーシャルワーカーが行うことになりました。

この他、ソーシャルワーカーが日頃どのような相談を受けているのかは13頁の「質問集」を参照してください。

## 現状の社会保障と福祉サービス

社会保障制度や福祉サービス、社会資源はたくさんあり過ぎて、それを全部、ご紹介することはとてもできないので、ここではポイントだけを解説することになってしまします。詳しいことは病院のソーシャルワーカーなどにご相談ください。

## 医療費抑制の嵐はH1Vにも

さて、日本の医療が今、どうなっているか。抗H1V薬の一日一回の服薬が可能になりそうだが、という話もあるのですが、一方、国が何を考えているのかといった医療費抑制です。医療費抑制の嵐がふきあれていて、H1V感染症も決して人ごとではないのです。

ソーシャルワーカーは人と社会との関係を調整するのが仕事です。そのために、当事者の方にはまず、医療保険制度がどうなっている、自分たちの医療費がどういうふうに出ているかを認識していただかないといけません。そうしないと、うまい社会関係はできない、ということでお話をしたいと思います。

## 医療費の自己負担と高額療養費の請求

医療費の自己負担は自営業者などの国民健康保険もサラリーマンなどの健康保険(社会保険)も3割に統一されました。高額療養費の請求をすることで自己負担額を抑えられます。所得が600万〜700万円くらいの方は「**図表2**」

の一般世帯になります。自己負担額が月14万円近くになってしまう上位所得世帯は「基礎控除後の総所得金額が670万円を超える世帯」の方、また、これだけは忘れないで欲しいのですが「所得の確認ができない方がいる世帯」。つまり所得税の申告をしていない人も上位所得世帯とされてしまうのです。フリーターで働いている方は所得税の申告をしていない人も多いです。私たちソーシャルワーカーの仕事はまず、患者さんに所得税の申告をしていただくことなんです。たとえばカリニ肺炎で入院

していて動けない状態でも、委任状をもらって私が役所に申告の手続きに行く。そうしないと上位所得世帯になってしまうのです。所得税の申告はゼロでもいいんです。ゼロでもいいから申告する。申告することが福祉サービスを受ける基本になります。

高額療養費はカレンダー1月ごとに(つまり月末締めで)、入院と外来が別々に計算されます。対象となるのは保険適用分の医療費です。入院時の食事代(1日780円)、差額ベッド代、保険外負担は対象外です。別途、支払う必要があります。差額ベッド代については「後天性免疫不全症候群の病原体に感染している者(以下「H1V感染者」という。)が個室に入院した場合には、H1V感染者本人の希望の有無にかかわらず、治療上の必要から入室したものとみなして、基本的に重症者等療養環境特別加算の対象とすることとし、特別の料金の徴収を行う

てはならない」(厚生省保険局医療課長通知 平成8年4月24日 保険発第六四号)とされているので、取られることはないはずですが、差額ベッド代として計算されている医療費は戻ってきません。

## 平均在院日数の削減に忙殺されている医療者

病院の機能分化が進行していることをご存じでしょうか。厚生労働省の政策として進められているのですが、みなさん、病院に来て初めて知ってビックリして、ソーシャルワーカーが説明をしても「前向きな話をしたいのに、後ろ向きな話しばかりする」と言われてしまい、ソーシャルワーカーは今、「ひどい人」「悪い人」と、嫌われる存在になりつつあります。HIV感染者の方が通われている拠点病院といわれる病院の多くは「**【表3】**」の「入院基本料1」になります。1日入院すると何も治療しなくても1万2千円の保険

点数が付きまします。さらに、いろいろな加算(下線の部分)がついて1日1万8千710円が基本料金になります(2週間以内の場合)。看護師さんが少なかったり、看護資格者の割合が低い病院は入院基本料が下がる仕組みになっています。

この機能分化の何が問題なのでしょう。問題点の一つめは「17日以内」という日数です。この日数は平均在院日数です。いろいろな加算がつくのは病院の経営にとつてもありがたいことなのですが、加算額は平均在院日数が長いと減ってしまいます。また、「入院基本料1」をとるには17日以内でないとけません。つまり重症患者の長期入院がほとんど不可能になりつつあるのです。急性期の入院はなんとかなっても、慢性期の長期の入院には対応できないのです。多くの人は知らないと思いますが、病院の中では医師も看護師も事務職員もソーシャル

ワーカーも平均在院日数の削減に忙殺されているのが現状です。たとえば、あるHIV感染者の方が拠点病院に半年入院しなくてはならなくなつたときに、その方の在院日数を他の在院日数が短い方と平均しないといけないんですね。ですからいくら医師らが頑張ってくれたとしても、おのずと限界がでてきます。

## 療養型の病院では抗HIV薬が使えない

問題点の二つめは「療養型の病院ではHIVの投薬はできない」ということです。療養型の病院とは療養型病床群と言われる長期療養者向けの病院(病床)です。療養型の病院は包括医療といつて、1日あたりの入院費が検査、投薬、注射、処置の費用も含めた定額制になっているため、抗HIV薬の薬代は出せません。療養型の病院が入院させたがっている患者さんというのは毎月の薬代が1万円以

内で済む方です。がんばっても3万円以内の方です。抗HIV薬のように月20万円も薬代がかかる患者さんが入院したら病院の経営が成り立たなくなつてしまう。これが現在の制度です。みなさんが運動して、がんばって勝ち取ればなんとかなるかもしれませんが、今は大変な状態なんだということです。

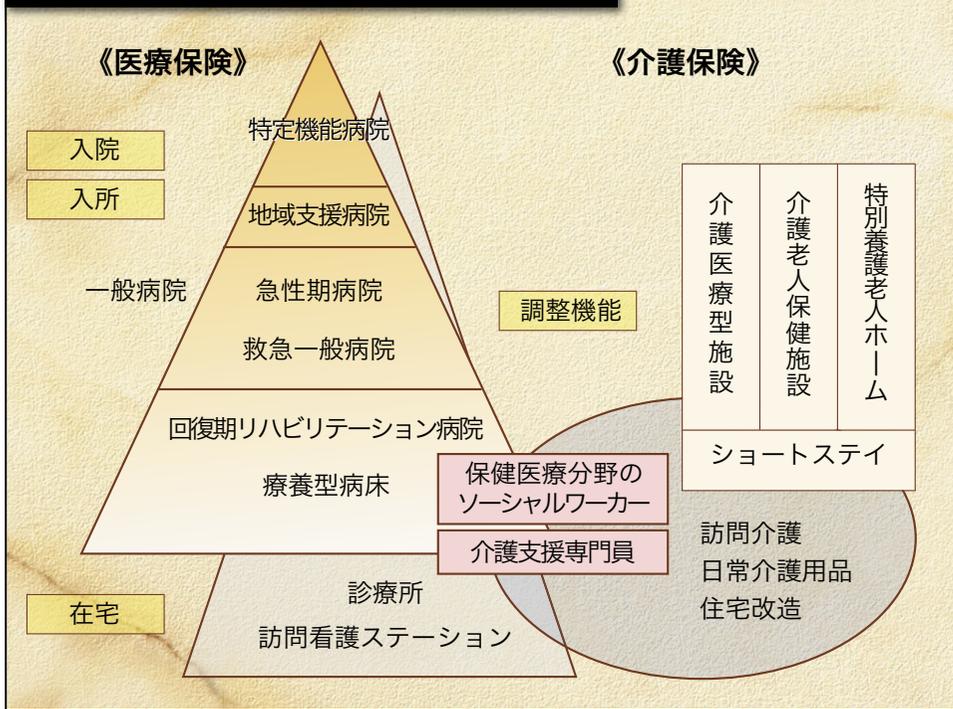
以上の2つは病院(医療)の話でしたが、福祉や介護(福祉施設や介護保険など)の様々なサービスの利用についても問題があります。「介護が必要な人の受入先がない」ということです。HIV感染者の方の受入状態がどうなるかは今後の大きな課題です。

## 医療保険と介護保険からみた社会保障制度

「**【表4】**」は私がまとめたものです。拠点病院と呼ばれている病院の多くは上に出ている三角の「急性期病院」「救急一般病院」か

\*\*2 [http://api-net.jfap.or.jp/mhw/document/doc\\_02\\_36.htm](http://api-net.jfap.or.jp/mhw/document/doc_02_36.htm)  
(エイズ予防情報ネット 資料室 エイズ対策関係法令より)

【図表4】医療保険と介護保険からみた社会保障制度



ら上にある病院です。平均在院日数が17日以内ですと「入院基本料1」がとれます。入院してちよつとした検査と治療をすると1日で2万5千円ぐらいかかります。1ヶ月で75万円。抗HIV薬など

の薬代を足して100万円とする  
と、自己負担は高額療養費を申請  
して一般世帯の方で8万円+食事  
代で計10万円強。上位所得者の方  
で14万5千円+食事代で計17万円  
弱になります。入院基本料が安い  
病院に入れば、看護師さんは少な  
いですが基準が違うから安くなり  
ます。以前は「同一診療同一支払  
い」でしたが、今はこうした構造  
になっています。  
後にひかえている三角は在宅の  
ためのもので、診療所や訪問看護  
ステーションがあります。お金の  
面からも国が進めていて、高齢者  
についてはこの部分が有効に働き  
つつあるわけですが、HIVの場  
合も、在宅診療をうまくやってい  
くためには上手な連携をしていつ  
て、利用しやすい制度に変えて  
いって、できるだけ医療費がかか  
らなくて、みなさんの生活も安定  
するという仕組みをみんなと一緒に  
考えていかないと大変なことに  
なるのではないかと思つてます。

### 調整機能がソーシャル ワーカーの役割なのだ けど…

図の真ん中に「調整機能」とあ  
りますが、保健医療分野のソ  
シャルワーカーと介護支援専門員  
(ケアマネージャー)がご本人の  
療養生活の調整をしています。介  
護支援専門員(ケアマネージャー)  
は介護保険を利用できる方を対象  
としています。保健医療分野の  
ソーシャルワーカーは病院や地域  
において、すべての方を対象に、地  
域との関係を調整し、つくってい  
く仕事をしています。  
右側にある「特別養護老人ホ  
ム」「介護老人保健施設」「介護医  
療型施設」は介護保険の施設です。  
HIV感染者の方でももう60代、  
70代でこうした施設を利用しな  
きゃいけない人がいるのですが、  
うちでは薬が出せないからお断  
り、というケースが現実に出てき  
ています。断られたケースにソ

シャルワーカーは非常に苦慮しています。制度がないわけですから、解決のしようがないんです。いまいる病院にいるしかない。先生に「退院しても行く所がないですから、入院させておくしかないんじゃないですか」と言ったら私たちはプロとして役に立たない存在になってしまうんですが、どうすることもできない。3ヶ月間をなんとか在宅で過ごせば計算の仕方が変わってくるので、帰れるときはいつたん自宅に帰つてもらおうとか、他の病院になんとかお願いすることも考えなきゃならない。また、入院が180日を過ぎると入院基本料の15%が自己負担になります(病院によつて違うが月4万円くらい)。いろんな問題が次から次へと出てきてまして、全ては「医療費総抑制」なんです。

## 身体障害者手帳と更生医療

1998年4月よりHIV感染

症も内部障害のひとつとして<sup>※3</sup>身体障害者手帳の交付を受けられるようになり、医療費の助成をはじめ、さまざまな福祉サービスが受けられるようになりました。

手帳の申請に必要な申請書、意見書(診断書)は(診断書を書くことのできる指定医のいる)医療機関にあらかじめ備えているところもあります。基本は役所の窓口で診断書の用紙をもらつてくることになっています。申請は区市町村の申請窓口ですが郵送での申請も可能です。診断書は「指定医」の資格を持った医師に記入してもらいます。顔写真はスナップ写真の切り抜きでも大丈夫です。

東京都などでは心身障害者医療費助成(マル障)に自己負担が導入されたため、更生医療を申請する方が多くなりました。更生医療の自己負担額は所得に依じて異なりますが、20万〜29万円ぐらいの所得税を払っている世帯は月3万5千700円(外来は半額の

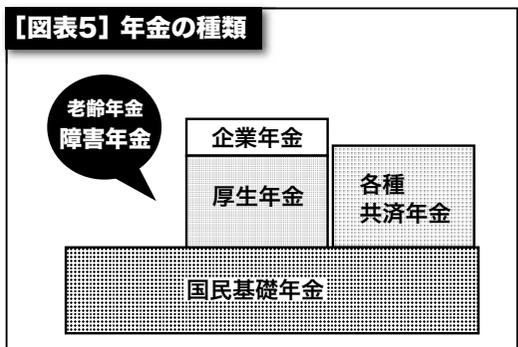
1万7千850円)です。全額自己負担になるのは所得税を396万1円以上も払っている世帯です。

ここでも制度の矛盾があります。医師が薬を60日分処方してくれたにもかかわらず、更生医療は月単位なので月1回受診が必要のため、30日分しか出さないというケースが出ています。毎月1回、患者さんに来ていただかないと更生医療の自己負担分が減収になるといのがその理由です。

## 生活を支えるための、年金保険制度

次に、生活を支えるために一番身近な、また今、国を挙げての問題になつている年金保険制度について触れておきたいと思えます。【図表5】のように年金は国民基礎年金という1階の部分と、サラリーマンなどが加入している厚生年金、公務員などの共済年金の上乗せ部分(2階)、大手企業

の上乗せ部分(2階)、大手企業



などの企業年金(3階)といった構造になっています。最近、国も広報するようになってきました。年金には老齢年金他に障害年金があります。障害年金は掛け金が安くて今の世の中では考えられないぐらいのお得な保険です。

障害基礎年金が支給されるのは①初診日から起算して1年6ヶ月を経過した日(障害認定日)に、②初診日が年金加入期間であり、③納付要件を満たしており、④年金基準による障害等級(手帳の基

<sup>※3</sup> 東京都の身体障害者手帳交付数は約38万人(2003年3月末現在)。うち免疫機能障害は1,507人(2003年末現在)。

**【図表6】 障害基礎年金申請資格**

- ① 国民年金の被保険者であること。
- ② 国民年金の被保険者であった者であって、日本国内に住所を有し、かつ、60歳以上65歳未満であること。

※ 初診日の前日において、初診日の属する月の前々月までに被保険者期間があるときは、その被保険者期間に係る保険料納付済期間と保険料免除期間とを合算した期間が被保険者期間の2/3未満であるときは支給されません。

※ ただし、平成18年4月1日前に初診日のある障害（初診日において65歳未満の人に限り）については、2/3以上の納付要件を満たさなくても、初診日の前日において初診日の属する月の前々月までの1年間のうちに保険料の未納期間がない場合には、障害基礎年金が支給されます。

**【図表7】 障害基礎年金(年額)**

**■1級** 日常生活に常に介助を必要とする状態  
996,800円+子の加算

**■2級** 日常生活に介護を必要とする状態  
797,000円+子の加算

※ 20歳前に初診の方…所得額が398万4千円(2人世帯)を超える場合には年金額の1/2相当額に限り支給停止とし、500万1千円を超える場合には全額支給停止とする二段階制がとられています。

**【図表8】 障害厚生年金(年額)**

**■1級** 日常生活に常に介助を必要とする状態  
(報酬比例の年金額) × 1.25  
+ 配偶者の加給年金額 (229,300円)

**■2級** 日常生活に介護を必要とする状態  
(報酬比例の年金額) + 配偶者の加給年金額 (229,300円)

**■3級** 労働に制限を加わる程度の障害  
※最低保障額 597,800円

準とは異なる)の1級または2級に該当したとき、また、⑤障害認定日に1級または2級に該当しなかった人が65歳に達する日の前日までに該当したとき、です。納付要件については「図表6」を参照してください。平成18年4月1日前に初診日がある人は2/3以上の期間払っていないなくても、初診日からさかのぼって約1年間未納がなければ支給されます。

障害基礎年金の支給額は「図表7」のとおりです。20歳前に初診のある方は2段階の所得制限があります。障害厚生年金の支給額は「図表8」のとおりです。障害基礎年金との大きな違いは「労働に制限を加える程度の障害」という3級があることです。1級、2級の「日常生活」とは考え方が違うことを押さえておきたいと思えます。

繰り返しになりますが、社会的な問題が増大しています。財政上の医療費が本当に問題になっていまして、予算がないから抑制するという方向です。削られる一方で、こうした中、当事者の啓発活動への参加が必要だと私は思っています。

**これから10年、当事者ができること**

ます。10年前、私は当事者の生活の安定を目指して、身体障害者手帳を取れるように求めてきました。しかし、これからは当事者の人たちが社会に貢献していつて、なおかつ自分たちの生活が保障される、そういういい関係性をつくっていくことが非常に重要になってくると思います。当事者の方が何をしたいかが問われてきているのではないかと私は思っています。押しつけがましく、申し訳ないかもしれないですけど、そうしないと自分たちの身も守れないかもしれないということを申し上げたいと思います。当事者の方が話す方が、私が話すよりよっぽど啓発活動になると思えます。

**手帳の取得は早めに**

身体障害者手帳は早く取得しておいた方がいいということや今日は申し上げたいと思います。手帳を持つと障害者のレッテル張りや

されるからイヤだという方もたくさんおられるのですが、手帳の認定基準の解釈がずれることもありえます。手帳の認定に該当するデータがそろっているなら、手帳を使うか使わないかは後日、じっくり考えればよいということで、できるだけ早く手帳をお取りになつておいた方がいいと思います。

## 新国際障害分類（ICF） F)の活用を

みなさんのいろいろな方面の啓発活動やご自分たちの利益を守るために、新国際障害分類（ICF）<sup>※4</sup>の活用を考えてはいかがでしょうか。

私がHIV感染者の方にどうして手帳が欠かせないかを考えたときの基本にあつたのは、病院に勤めはじめて感じていた不条理です。病人という名前のもとに病気を治せばいいとされている人たちが、心理的な悩みや、生活の問題や、家族からの阻害を受けて

## WHOが2001年5月に採択

# ICFという「新しい考え方」で何が変わる？

障害当事者が最大限、策定作業に参加し、  
障害は人と環境が相互に影響しあつて発生すること、誰にでも起こりうることを明示。

WHOが1980年に制定した国際障害分類（ICIDH）<sup>10</sup>を改訂し、2001年につくられたのが新国際障害分類（ICF）<sup>11</sup>国際生活機能分類）である。ICIDHの図とくらべるとICFの図は込み入つていて分かりづらい。それはICFが「新しい考え方」を提示しているからである。ICIDHは病気やケガ（例：脳卒中）による心身の生理的、解剖学的な障害を「機能障害」（例：

片マヒ）とし、そのために実際の生活の活動が制約されて「能力障害」（例：字が書けない）が発生し、さらにそのためにその人が社会的役割を果たせなくなるのを「社会的不利」（例：仕事をやめた）とし、3つのレベルで障害を把握しようとした。世界各国の福祉行政や当事者活動等に大きな影響をあたえ、画期的と言われたが、80年代後半には「医療中心の障害観（医学モデル）だ」、「矢印が一方方向なので『原因↓結果』とみられてしまつ」、「社会的不利が生じる理由に答えられない」等の批判が寄せられた。1990年代に入り、研究者、臨床実務者、障害当事者がそれぞれ1/3ずつ関わる中、改訂版の策定作業が開始された。

ICFでは「原因↓結果」とみられがちだった点を是正するために双方の矢印（↑↓）が取り入れられ、障害は人と環境が相互に影響しあつて発生すると考える「相互作用モデル」の立場をとる。

また、環境因子、個人因子の2つが加わつた。環境因子を改善していく方策、概念のひとつがバリアフリーである。

ICFは障害者だけでなく、全ての人を対象とし、「機能障害」の代わりに「心身機能・構造」、「能力障害」の代わりに「活動（activity）」、「社会的不利」の代わりに「参加（Participation）」という中立的な言葉を使っている。障害とは活動や参加が制限・制約されている状態であり、誰にでも起こりうるものであることを明確に示している。一方、主観的満足度を考慮にいれていない点への批判もある。

ICFという「新しい考え方」によつて何が変わるのか、何が変わらないのか。それはこれからの私たち自身の課題である。

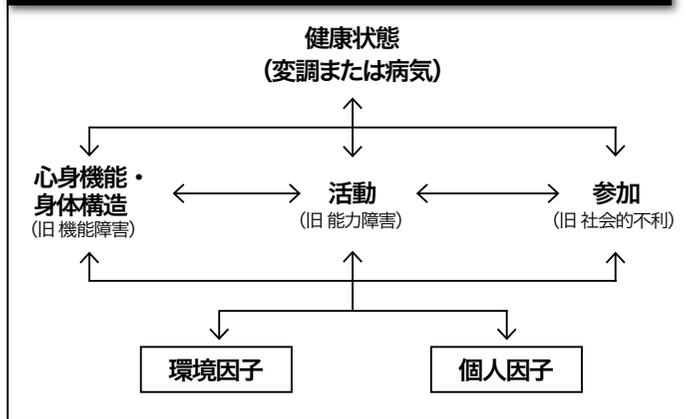
（よしおか）

※参考文献 『よくわかる障害者

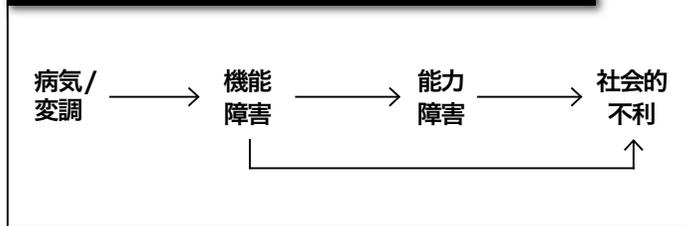
福祉』小澤温編、ミネルヴァ書房

2000年

【図表9】新しい障害分類 ICFの構成要素間の相互作用



【図表10】従来の国際障害分類 (ICIDH, 1980)



いる。これは障害ではないか、社会との関係における障害ではないかと私は思つたんです。これを日本の障害者手帳の中に入れ込まなければ、この人たちの抱えている問題が解決できないと思ひました。ここで基本となる考え方は、「活動」する上において、「社会参加」する上において、何がその人

加する上において、何がその人たちの障害、弊害になるかを考えることです。WHOが最近まとめて出てきたのがICFという考え方です。ICFは「こういう人を障害者と言ふんだよ」というのではなく、障害というのはいろんな要因から、いろんなメカニズムでできていふということを明らかにしてい

ます。ですから、そのことをその社会の人たちが知つて、その人たちが生きやすい環境をつくつていきましようというのがICFの考え方です。

**次から次に起きる波を乗り越えていくために**

感染症はプライバシーの問題もあつて、なかなか顔を出せない、発言しづらいことがあると思ひます。ハンセンの方もいまだに故郷に帰れない状況があるわけですから、そうしたことは痛いほど分かりますが、ご自分たちのこれから将来や、充実した生活をつくつていく、守つていくためには患者

会などの発言する土台をつくつていく必要があると思ひます。ボランティア団体だけでなく、当事者団体というのが絶対にできなきゃダメです。当事者団体をつくらな

いことには、次から次に起きる波を乗り越えていけないと思ひます。感染したことは恥ずかしいことでも何でもなくて、それを社会が受け入れない方が悪いわけですから、このICFの考え方を活用して、これからの10年のためになんとか頑張つてほしいと思ひますし、私たちソーシャルワーカーができることがあれば、ぜひ協力したいと思ひます。

〔磐井静江〕

**LAP関係者から出たワーカーへの質問集**  
**ソーシャルワーカーに聞いてみたい。こんなこと、あんなこと**

**Q** 会社のリストラ対象になり  
そんな心配がして気が気で  
ないんです…

**A** 誰もが心配していること  
ですね。ましてや病気を抱え  
ている人は気が気ではありません

\*4 国際生活機能分類: 国際障害分類改定版 (International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF) 日本語版は <http://www.mhlw.go.jp/houdou/2002/08/h0805-1.html> に掲載。

ん。問題を2つに分けて考えてください。

- ・会社の経営状態の問題なのか
- ・自身の健康問題なのか

両方と言われるでしょうが、どちらが重いか考えて対処すべきだと思います。後は、不安な点を吐き出せるソーシャルワーカーを見つけてください。一緒に問題を共有してもらうことから始めてみましょうかがでしょうか。

**Q** 医者とは10年先のことも考えて治療を、なんて言うんだけど、そんな先のことなんて分からないし…

**A** 医師の言うことは医学的見地からおおよそ正しいのだと思います。選択する当事者がどのような理解をするかで答えは異なります。

・理解例1 医師の言うことは、今は正しい見解でも医学の進歩で投薬開始しなくてもよかったといふこともあるかもしれない

・理解例2 医師の言うことは、そのとおりだが、自分の生き方は違う。10年後に死んでもかまわないので今の自由が欲しい。

など、医師の言うことに対する捕らえ方は様々です。しかし、迷う部分があるのであれば情報を十分集めて、ご自分の人生を納得いくものにするには大切なのだと思います。

**Q** 主治医が信用できない。この先生の評判ってどうなの？

**A** 医療界にはよくありますね。まず、相性というのがありますし、実際に治療方針が納得できない場合もあります。

長年、同じ医療機関で主治医はほとんど変更できないのが常識でしたが、最近は患者の権利が尊重される傾向にありますので相談してみたら主治医を変更することも可能かもしれません。相談からは

じめましょう。

**Q** ひとり暮らしより、親と同居した方がいいのか？

**A** 家族に何を求めるかです。介護が必要になってみたりで生活を続ける方もいます。

精神的な支えになるのか、かえって気疲れするのか、同居することによって家族が安心して暮らせるからといってプラス思考で考える人もいますね。

**Q** 年をとったとき、HIVでもホームヘルパーに来てもらえるのでしょうか。施設には入れますか？

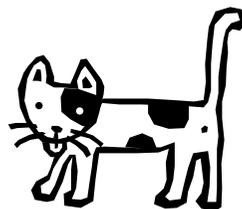
**A** 原則は制度に添った利用法であれば差別なく利用できます。また、お金があれば何でもできます。ただし、人間社会ですから適当に理由をつけて排除する事業所もあるかもしれません。そのときはソーシャルワーカーにご相談ください。施設についてもす

# 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



<sup>※5</sup> 憲法第25条: すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する。2. 国は、すべての生活部面について、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない。

で老人保健施設を利用した方もおられます（ただし、抗HIV薬未投薬の方）。ただし、今の制度では介護保険は65歳からで、HIVは加齢に伴う疾患ではありませんので、65歳までは身体障害者の支援費制度を利用しなくてはなりません。これは自治体によってサービスが大きく異なりますので身体障害者の福祉サービスの充実も緊急な課題となります。

**Q 患者会を作りたいんだけど、どうしたらいい？**

**A** 患者会を作るためには、3人発起人が必要で、そのうちリーダー役を2人が認めて行動できることが必要だと思います。その上で、医師・看護師などの相談役を捕まえてソーシャルワーカーに立ち上げまでのコーディネートを手を頼むと上手くいくと思います。

3人そろわなくてもまず、相談してみたらどうでしょう。

**Q 生活保護は親やきょうだいがいても受けられるの？**

**A** 生活保護は世帯単位の原則になっています。憲法25条の生存権保障と憲法13条の幸福権の兼ね合いで制定されています。その時代の政治的な判断で解釈が異なる場合が考えられますが、現在は世帯単位の原則を用いていますので親族と別世帯で親族に扶養能力がない、又は関係性の問題で扶養する気持ちになれない場合などで実際には扶養能力があつても関係が破綻しているという理由から生活保護を受けられている方は多いと思います。

現在生活保護法の見直しの審議会が持たれていますのでその結果いかによつては親族への扶養義務強化ということも考えられますが、今現在は個人単位で生活が保障されていますので同居している方や近隣に住んでいる親族が扶養能力がない限り当事者の意思が曲げられることはないと思います。

これは、当然のことですが、生活保護費を受け取りながら親族から援助を受けた場合はその分は福祉事務所に返金しなければなりません。年金などは違い、全て税金で負担しているものですから、制度を超えた余力を持つことはできません。（2004年4月から老齢加算が見直され、減額された）

**Q 福祉事務所でひどい対応を受けた。もう行きたくない**

**A** 病院のソーシャルワーカーは間に入って調整し、理解のない福祉事務所の方をサポートしています。精神的打撃を受けたのだと思いますが、福祉事務所の担当者は2〜3年で変わりますし、福祉事務所の意見と言うわけでもないことがあります。生活していく上で欠かせない憲法で守られた国民の権利ですから、今度は病院のソーシャルワーカーに間に入っていただくことと生活保護法を理解して余分な苦勞をしないで

済むような抵抗力を身につけることも必要と思います。

**Q 体がつらくても働きたくないんです。時間に追われず、のんびり暮らしたい**

**A** わが国の決まりは原則稼働年齢（20歳から65歳）までは国民として勤労の義務と納税の義務があります。その間に働かなくて生活を保障してもらうためには、療養上労働困難な状況であるという医師の診断書が必要です。また、障害年金の該当にならないか検討してください。HAR Tをしている方で厚生年金加入時が初診であれば3級の障害年金が受給できます。ただ、3級程度では1カ月5〜10万円程度の年金しか受給できないのでそれでのんびりというわけには行かないでしょう。

**Q 病気のことをいろいろ話したいんだけど、話せる人が**

\*6 憲法第13条：すべて国民は、個人として尊重される。生命、自由及び幸福追求に対する国民の権利については、公共の福祉に反しない限り、立法その他の国政の上で、最大の尊重を必要とする。

誰もいないんです

**A** 病氣自身のことは医師と話し、看護師に理解促進の手伝いをしてもらうといいですね。

それ以外には、患者さん同士で気楽に情報交換できる場所が必要ですね。そんなところはお持ちなのですか。

**Q** 薬も飲んでないし、数値も悪くないのに病院に来るのは面倒。もう来たくない。来るのやめようかな

**A** ご自分で年に2回受診の機会を作るとかできませんか。あまり行かないと投薬開始が必要なのに遅れたら困りませんか。

**Q** 薬をこんなにがんばって飲んでるのに数値がよくならない。なんだかがんばるのに疲れてきた

**A** 服薬指導は受けていらつしやるのでしょうか。飲まないというようになるかの説明も受けて

いらつしやると思いますが、もし受けていないのであれば受けてください。

全て頭では理解できていてそれでも悩んでいるのなら、自分が本当にどうしたいと思っているのかカウンセリングを受けたほうがよいかもれません。改善を望んでいることは無論ですが、改善しないわけですよ。

飲むのをやめたという結論を出されている方もいますが、自己決定していればいろいろな選択肢はあると思います。

ただ、服薬をやめて、具合が悪くなるかと医療関係者は残念なため、あまり好意的な対応にはなりません。

**Q** 最近、パートナーと別れて何もやる気がおきなくて…

**A** 診療継続の意味でも意欲は重要です。心の整理ができるまで時間が必要ですのでソーシャルワーカーや臨床心理士に相

談できるといいですね。

**Q** 来週、パートナーの誕生日をお祝いしたいんだけど、今の僕じゃなにもできない

**A** パートナーをお祝いするのは苦手なのでこの質問は私には無理ですが、お祝いしてあげたいという気持ちももてるあなたが羨ましいです。

**Q** ナースがなれなれしいんですよ。大声で名前を呼んで話しかけてくるんですけど。めいわくなんですよねー

**A** はつきり、困りますといったほうがいいと思います。誰かに代わりに言ってもらおうとも、あなたが迷惑がっていることを伝えてもいい、と言わないと解決しないと思います。

**Q** (パートナーから) 本人は僕の前ではとても元気で病気を受け入れているようにふる

まってるけど、本当にそうとは思えない。HIVをそんなに簡単に受け入れられるわけがない。もっと頼ってくれていいのに

**A** そう振舞うのが本人の今の表現したい気持ちだと思います。頼って欲しいのはあなたで、あなたが寂しいのでしょう。本人のよきパートナーであれば黙って見守ることこそ重要な役割だと思います。

**Q** 感染していることを親に言うたら「おまえを残して先に死ねない」と泣きだしちゃって。親より先に死ぬことはないと思ってるんだけど、どうしたら親はわかってくれるのかな

**A** 医師に説明してもらおうことだと思います。その後、両親にも勉強の機会をたくさん作ってみたらいかがでしょうか。ご両親に役割意識を持ってもらうのがよいと思います。 [回答：磐井静江]

当事者たちのLIFEを考える

# これからの10年を見据える3講座

2003年12月14日に東京で行われた医療、福祉、当事者の3つの講座をDVD-Videoとホームページで公開中。

昨年12月に行われた「これからの10年を見据える3講座」主催：LAP、後援：独立行政法人福祉医療機構（高齢者・障害者福祉基金）の講演がDVD・R（DVD-Video）になり、また講演ムービーをLAPホームページに掲載しています。医療、福祉、当事者、それぞれの立場から「当事者たちのLIFE」について考えています。DVDの無料送付をご希望の方はLAPにお問い合わせください。

## 講座①当事者に役立つ医療講座

都立駒込病院医師 今村顕史

① 応用編② 抗HIV薬の耐性

ジェノタイプ 遺伝子型	フェノタイプ 表現型
遺伝子上の耐性変異を解析する	増殖した患者ウイルスで直接薬剤感受性をみる
間接的	直接的
検査時間が短い 専門的な解析必要	時間がかかる 技術的に難しい

「当事者に役立つ医療講座」今村顕史  
2003.12.14

「参加者アンケートから」

- ・ 今、服薬を考えているので非常に役立ちました
- ・ たいへん勉強になりました。でも、医療は難しいです
- ・ 耐性について取り上げて下さってありがとございました
- ・ 最新の情報を「かゆい所まで手が届く」くらいわかりやすく教えて下さりとてもよかったです

## 講座②当事者に役立つ福祉講座

医療ソーシャルワーカー 磐井静江

② 現状の社会保障と福祉サービス

### 更生医療申請方法

- ・ 18歳以上の身体障害者手帳を所持する医療費を助成する制度。
- ・ 必要書類
- ・ 更生医療診断書(指定医のみ書けます)
- ・ 原則、事前申請です。
- ・ 給付内容  
診察・薬剤(指定医療機関のみ利用可)

「当事者に役立つ福祉講座」磐井静江  
2003.12.14

「参加者アンケートから」

- ・ 今後、継続的に治療を受けるためにも制度の変化に気をつけていきたいと思います
- ・ 制度と患者の間に立って奮闘してる様子がリアルでした
- ・ 私の県の拠点病院にはワーカーがいるのかいないのか、どこまでしているのか全く知らないところが問題だと思います

## 講座③当事者から当事者へその課題と希望

Janp+代表 長谷川博史

② 治療の自己決定権と自己決定能力

### 2. 治療に関する自己決定権と自己決定能力

- ① 医療環境と患者の自立
1. 治療における自己決定権は保障されているか
2. 治療姿勢を自主的に構築できているか
3. 治療に関して選択が状況を鑑みできているか
4. 患者の自己決定能力が十分に育つ状況が作られているか
5. 求める社会資源が手に入りやすい状況があるか

「当事者から当事者へ」長谷川博史  
2003.12.14

「参加者アンケートから」

- ・ 海外NGOとの連携の話に興味を持ちました
- ・ 当事者の声がどうすれば制度や社会の変化に役立てるか、考えたいです。
- ・ 自分にも気がつかない差別があるかもしれないと思いました
- ・ 氏のかきさらない発言は聞いていても気持ちよいですね

# 正しい知識に気を つけよう Part 2

公衆衛生医師  
JINNTA

世間では、大衆が支持したことが「社会的に」正しいことになる。多数決の原理と言えそうかも知れないが、実は少数の人たちが大衆を動かして、少数の人の考えが正しいとすることが多いように思われる。従って、為政者により都合のよいことが正しいことになりやすく、多くの人が利益を受けることが正しいことになりやすい。勝てば官軍と言いが、そのとおりである。

## 正義としての戦争

たとえば、不況があるとする。

不況を打開するには他国を侵略してその資源を収奪することが一つの選択肢であるとする。幸いに、その他国は別の国から軍事的、経済的に侵略を受けている。これを解放するのは正義である。そうすると、戦争をすることが正しいこととなりかねない。実は、これが日本が明治以降行ってきた戦争である。だから多くの国民には、私たちは正しいとされたことを行ってきただけ、という感覚が残るのである。

## 所属集団によって違う

その人の所属集団によって正しいことは異なってくる。会社をとってみてもそうである。経営の立場から言えば、会社員は会社に忠誠を誓い、24時間会社のことを考え、惜しみなく会社のために働き、しかも個人の利益を主張しないことが正しいことである。これが労働組合の立場から言えば、労働者の権利を守るために行動することが正しいこととなる。それはおおむね経営の立場から言うときと異なることとされることも多い。経営陣は、社員教育という形で自らが「正しい」とすることを植え付け、組合はオルグで自らが「正しい」とすることを植え付ける。こういう中で、会社員は「正しい」ことがダブルスタンダードで存在する職場で働かなければならない。従って、上手な人は自分で適当に選択して自分なりの「正しい」をつくることができるが、それができない人は、片方の「正しい」にとどまりつかるか、両方の葛藤

## 性教育の2つの立場

性教育にしても同じである。N o s e xこそが正しいと考えている人たちは、夫婦間の種族保持のための必要最小限の s e x が正しいことであり、それ以外はすべて正しくないことである。正しくないことをする知識は知らせる必要がない。知識を知らせれば正しくないことをするおそれがある。彼らにとつて、種族の保持に貢献しない性活動は邪悪な欲望であり、それは夫婦間以外では抑制することが正しいのである。だから欲望を引き起こすような知識、すなわち性の知識は夫婦になつてはじめて知ればよいのである。だから、夫婦間以外の s e x の可能性を引き起こすと考える性の知識や技術を伝達することには異常な警戒を示す。彼らにとつては、正しくないことだからである。

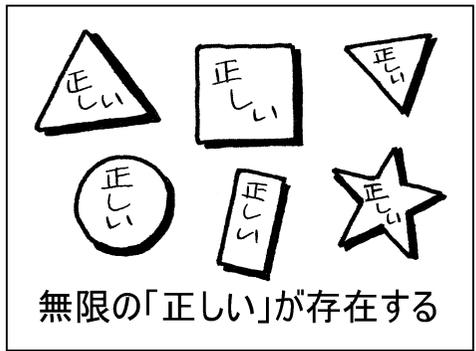
一方、実態として、現在、s e x

は夫婦になつてからはじめて行う  
と言うことは珍しいことになつて  
いる。また、性被害に遭うことも  
深刻な問題である。従つて、この  
実態がある限り、知識がないため  
に不利益を得ることは極力避けら  
なければならない、と言う考え  
に立脚すれば、早期に性知識を伝  
達することが正しいと言うことにな  
る。なお、性教育は単なる性知  
識の伝達ではなく、生命の重要さ  
を教育するなどの側面もあり、現  
代社会ではこれも重要であると思  
うが、話がややこしくなるのでこ  
こでは言及しない。

前者は演繹的、後者は帰納的と言  
えるかもしれない。

### 「正しい」は相対的な 積み木細工の上にある

正しいと言うことは、このよう  
に相対的な積み木細工の上に乗つ  
かっていることが多いのである。  
相対的な積み木細工は所属する集  
団によつて異なつており、10の集



団があれば10の正しいことがある  
と言つてよい。無限の「正しい」  
が存在するのである。

多くの若者は、いい大学に行き  
いい会社にはいるのが正しいとよ  
く教えられる。これは社会的規範  
である。だから、そこからはみ出  
ることは正しくないことであり、  
はみ出た場合、罪の意識を植え付  
けられることが多い。アウトサイ  
ダーというのは、相対的に正しい  
ことに乗つかれなかつた人のこと  
を言うのである。

また、積み木が崩れれば正しい

とされていたことは容易に崩壊す  
る。たとえばわが国では、戦後の  
混乱がよく物語っている。

### 「正しい」が破れるとき

これまで正しいと信じてきたこ  
とが破れることがある。それは、  
自分の所属集団の論理とは別の何  
かに接したときである。それは他  
の集団の論理である場合もあれ  
ば、感情である場合もある。たと  
えば戦争で敵を殺すことは正しい  
ことである。日本で流行している  
コンピュータゲームもそういうのが  
多い。しかし、人を殺すことが  
正しくないという感情が芽生えれ  
れば、正しいという「規範」と、  
それに疑問を呈している「心の訴  
え」との間で、非常に苦しむこと  
になる。

### 科学では答えは出ない

本当に正しいこと、というの  
は、おそらく相対の世界ではなく  
絶対の世界であろう。科学は絶対

を追究すると言われるが、科学は  
決して正しい、正しくないに答え  
を出すことはできない。ただ、事  
実を提供するだけである。おそら  
く、本当に「正しい」と言う世界  
は非常に個別的なものであつて、  
個人が絶対を追求して行き、自分  
を知ろうとするにより得よう  
とするものではないだろうか？  
この世間で行われている数々の活  
動は、おそらく個人の絶対を揺り  
動かすためのアプローチである。

正しい知識は奥が深い。正しい  
ことは美しいことであり、美し  
くないことは正しくないことであ  
る。これも何となく納得させられ  
るフレーズであるような気もす  
る。ここでは十分にまとめられな  
かった。書いている自分でも、正  
しいとは何かということをよくか  
み砕くことができないのである。  
また機会があれば続きを書いてみ  
たい。

JINNTA (公衆衛生医)

知った気でいるあなたのための

# セクシュアリティ入門⑦

初心に戻って、性教育の基本などを

木谷麦子

「なん  
だこいつ？」という顔  
をした理由

「塊魂」やりたさに、ついにブ  
レステ2を購入して、はまってい  
たゴールデンウィーク。あいまいに  
「踊るさんま御殿」を見ていたら、  
自分を「おかま」と称するメーク  
アップアーティストが出ていた。  
まあ、男が好きなオネエキャラの  
男である。

その場での好みは16歳の俳優で  
あったが、この子が激しく拒否す  
ると、まわりの大人たちが、それ  
をほとんどなだめにかかってい

た。

曰く、この年代は一番抵抗感あ  
るよね、拒否感が激しいほうが実  
はそうだったことがあるよね。

まあ、バラエティのトークで、  
その前に磯野キリコが夫を「おま  
え」向こうが「あなた」と言っ  
ているという話を「おかし」と盛  
り上がっていたわけで、べつにそ  
れをジェンダー論で切るようなも  
のではない。

ものではないから逆に、その場  
のみんながふつーに、「男好きの  
男がいたっていいじゃないか」的  
な発言をしていたのがちょっとお  
もしろかった。女が亭主を「おま

え」っていうのがおかしってい  
うメンバーがだよ（まあ、キリコ  
がおまえって言うってても、じつは

おかしくないと思んながおもって  
いるからこそネタになるんだって  
ことだろうけど）。

極めつけは出川。

「オレの知り合いにも、そういう  
人いるんだ。で、どうして男が好  
きなかつて聞いたら、『てっちゃん  
は女が好きだろ。女が好きなの  
に理由なんてないだろ？』って言  
われたんだ」

さんまはじめ、みんなが「なん  
だこいつ？」という顔で出川を見  
ていたが、それは、彼が言うこと



がおかしいのではなく、「こいつ  
お笑いの癖に何まっとうな発言し  
てるんだ？」という、何をいまさ  
らのな空気だった...と思う。

**性教育はもう、バラエ  
ティにお任せ!?**

いやあ、この連載の最初のほ  
うで、70年代からの隔世の感をつ  
ぶつたけれど、80年代からもそう  
だね。

この出川のセリフ、80年代後半  
に、「同性愛」の教育を始めた教

師たちが世に訴える勢いで語ったことであり、それ以前に、その教師たちに「同性愛」という視点を性教育に入れることを提案していった、私も含めた数人がせっせと語ったことなのであった。そしてさらにそれ以前に、私はアメリカや日本で、何人かの同性愛者からわざわざ言われたことなのである(あ、出川といっしょか)。

当時はこのせりふを言っても、なかなか浸透しなかったものである。それが、べつに性教育とかジェンダー論とかご専門でない方々が、ふつーに公共の電波で言ってくれるのである。しかも、視聴率が高い。教師よりバラエティの方がぜってー影響力あるよな。なにげに。

そう思うと、性教育に関する私の仕事はもう終わった、と思つた時代の必然とともに、この20年ちゃんと来て、まあまあなどこまできたじゃん。隠居してせんべ食いながらお笑い三昧……。

といいたるところなのだが、どーもこれがそもも言っていられない。

たとえば、大学で最近ジェンダー論に触れた人が、興味を持ったものの、社会的「社会的役割分担」の「ジェンダー」と、性同一性障害の「自認の性」がごっちゃになってしまつとか、そういうことはべつにいい。それはこれから学んでくれればいいことだ。

隠居もしてられないかなあと思つたのは、昨年、2つのきっかけがあつたのだ。



### 隠居できない理由①

私のいる学校の学生に昨年エイズの話をしたら、授業後の感想文に「エイズがどうやって感染するのか知らなかつたので、とてもよかつた」というのがあつた。それを書いた学生は、話はちゃんと聞いてメモを取るし、いままで教育を受けた体験があつたら、ぜんぜん覚えてないって事はないだろう、というタイプだったので、ちよつとショック。

まあね、エイズは「病気」であつて、そのように扱うのが性教育での位置づけだけど、エイズの授業をちゃんとやれば、性行為の話もちゃんとやることになる。また、セクシュアリティの話をちゃんとやれば、性行為の話をし、さらに性感染症や避妊に触れることになる。エイズの感染経路をちゃんと知らないということは、エイズのことも性のもちゃんと知らないということだ。

葉書エイズ訴訟をメディアがさかんにとりあげていたころは、中学でのエイズ教育も盛んで、私のいる学校にやってくる学生の大半が、私が教えられる程度のことでは知つていた。中に知らない学生、覚えていない学生がいると、私が言うまでもなく、みんなが「そんなことも知らないでどうする」といわんばかりに、よつてたかつて教えていたものだ。学校とメディアが、彼らにちゃんとそれだけの知識を伝えていた。

それで、私はそれにちよつと補充したり、大事なところを別の視点で話し合つたり、関連機関を紹介したり、それくらいの補助作業でいいかな、と思うことが数年続いた。

そして、自分自身が「セクシュアリティにはもう飽きた」時期も重なつて、それまでのように必ずエイズやセクシュアリティの授業を一定時間以上やるということをやめて、古文や国語学の楽しい話



をやる先生……私は国語科なんである……になっていったのだ。それが、去年のその反応。その学生だけが知らなかったのではなく、他の学生の反応を見ても、一時期のように、「それはもう知っているよ」という顔ではなかった。「聞いたことあるけど自信ない」「知らない」という顔が多かったのだ。

うへえ、しまった。「時代は常に前に進むものじゃない」ってことは、文学と歴史を愛好するもの

として学生にも語っているのに、自分がそのミスをしてしまった。たった数年ごとにこんなに変わっちゃうものなのである。

## 転ばぬ先の杖としての性教育

職員室で、たまたまエイズの話が出たときに、ある教師が、中学でコンドームの実物でつけたかの授業をしているのを「いきすぎじゃないか」と言っていた。私は黙って聞いていたのだが、ほかの教師たちが、「若い子がちゃんと知識がないから、10代、20代の感染が広がっている。教育は必要」「それくらい北欧などでは小学校からやっている」と反論。そして「ねえ?」といわんばかりに私に視線を送ってくるので、うなずいていたのだが。

そう。性感症も人工妊娠中絶率も、ちゃんと上がっているし、実際、自分の学生や他の10代の人々から相談を受けるケースがい

くつもある。実際に感染・妊娠したという場合もあるが、それ以前の段階での相談が多い。まあ、私は感染や妊娠の場合に具体的に役立つ道の専門家でもないので(国語のセンセイ)、どちらかというところ、漠然とした不安の状態のとき、具体的にだれに相談すればいいかわからないときの相手に選ばれるというのは妥当な位置づけであることだ。また、別の言い方をすれば、実際にそうした専門家を必要とする状態以前に、相談したいことがある数というのが、その何倍か存在する、ということではないだろうか。……こういうのは、エイズ・サポート・グループに関わる方々には釈迦に説法ですよ。まあいっおう現状認識ということだ。

性教育っていうのは、そういう役目だと思っただよ。転ばぬ先の杖「蛇の道はあつちだよ」的な。

## 隠居できない理由②

とある教育現場の人から、相談を受けた。

やはり女子生徒が妊娠したとか、男子生徒が彼女の妊娠で青くなつてるとか、ということが起きているということだ。この人は「性教育」のことはぜんぜん知らない。自分に子どもがいるから、その範囲での知識認識である。その職場でも、それ系の話はぜんぜんないらしい。

で、該当生徒の問題を職員間に提起しつつ、性教育についての勉強会をもとと考えると、強ええ、と、答えた。

しかし、結局、該当生徒のことは、担当とその周囲でサポートし、問題提起や勉強会にはもっていかなくつたらしい。

「年配の人などの抵抗感も考慮して、みんなに出すのはやめました。資料があるので、関心のある人は声をかけてくださいとアナウ

ンスしました」

ああ……時間が20年戻ったかと思っただけ。

あれは80年代の初めだった。私が新卒で入った学校で、性教育を始めようとしていた教師たちが集め、計画も組み上げ、準備万端だったのに、それを職員会議に出すのをためらっていた。それだけでなく単細胞なのに、当時より世間知らずだったひよつこの私は、「なんでですか？ いいことじゃないですか！ やりましょうよ！」と言い、それが起爆剤になってその学校で本格的に性教育が始まったのだった。

だが、はじめてみてわかった。教師たちの抵抗感があるのだ。詳しい分析は割愛するが、要するに自分自身が性についての抵抗感があるから、道徳を持ち出したりなにしていろいろな邪魔をするのである。ある意味、教師だって

自分と自分のプライバシーは守りたいじゃないか。性についてどうこうすることが、それを脅かす場合だつてある。

それでなくても単細胞なのに今よりちゃんと若かった私は、押しだめなら爆破しろとばかりに新卒の癖に一步も引かず、先輩教師から「3G」と呼ばれた「強引・強情・頑固」。だっていいことじゃーん。PTAの母親たちのほうが協力的で、結果かなり充実した性教育が実践されたのだった。私がセクシュアル・マイノリティというテーマに出会う以前のことである。

……なあって回想を、久しぶりにしてしまったぜ。

なあなかなか、私はもう一度あの3Gをやらかしてあげるつもりはない、と、その相談者に言った。年取ったからやる気がなくなっただけじゃない。20年むだに老いたわけじゃないからね。自分の必

80年代初頭の性教育…



然ど関心でいろんなこといっばいやったんだよ。「塊魂」に言えば、いろんなもの巻き込んで塊大きくして、曲りなりに星一個作ったと思ってるんだよ。

私には他にも必然も関心もあるし、今はそのカタマリ作りたいたい、それに……自分がクリアしてきたことを他人が通る手助けをするために道を戻るのは、なかなかある。自分か新しい場所に立つことが趣味なの。

相手が学生だと、ちよつとしたことでも「わかった！」とか目を輝かせると、すげーうれしくて、そのために手を変え品を変え、学生に受けて何ぼの授業を組み立てることに飽きないんだけどね。

でもまあ、結果的に学生に反映することなら協力は惜しまないから、というスタンスが現在である。

ほかのテーマの資料ならみんなに流すのに

私のことはどうでもよかった。問題はここである。

「年配の人などの抵抗感も考慮して、みんなに出すのはやめました。資料があるので、関心のある人は声をかけてくださいとアナウンスしました」

まあ、このニュースレターの読者には今さらだとは思いますが、セクシュアリティをとりまく現実であるので、この報告について考えてみよう。

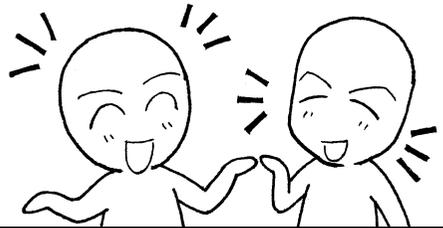
最大の問題点は、この場合の職

員「サポートする立場の人間が、「性」について自然に話せる環境にないということである。この報告をしてくれた、最初の問題意識を感じた人自身がそうだし、その「場」がそうである。

このことを言ったら、彼女はすぐに気づいてくれて、「そういえば、ほかのテーマの資料ならすぐみんなに流すのに、これだけ、『関心のある人は』って不自然でした。私がふつうに扱えてませんでした」

もちろん知識や資料も大切なのだが、自然に話せるかどうかということがもつとも大切である。右でも書いたが、学生を直接サポートする立場の人間というのは、学生サポートの専門家であって、医療なりなんなりについては、学生が「自分で調べられる」ところまでもつていける程度の知識を持つていけば、基本的にはいいと思う。まあもちろん、「その程度の知識」には、「多様性」というのは欠か

### 性について、話し合えることが第一歩



せないものだ。学生は生身の多様なからだから。

まあ、これは、昔アメリカの性教育研修を受けたときにもやっていたものだが、ちよつと性教育やつていればわかる、一番大事なことである。

### 要するに自分に抵抗があるのである

さらに。相談した数人で、「年配の人には抵抗があるだろう」ということで抑えたということなのだが、これが、いいわけがましい。

要するに自分に抵抗があるのである。

だから、無意識のうちに避けたいから、年配の人を言い訳にする。もしくは、自信がないから、つっこまれたときに対応できない自分がいるから。そのことに気づいていない。

でもまあ、そういう言い方はせずに、「年配の男性には意外に通じるものですよ」という話をした。私が性教育の話を大人向けにした、多くない経験の中からのことだが、じつはそう。つまり、保守的な、昔風「ヘテロ男」が、もつていきかたによつては意外と関心を持つてくることがあるのだ。んー、以前この連載で、「男つてどうして自他のちんぽにこだわろうの？」と書いたが、これも、その副作用(?)。つまり、自他のちんぽにこだわりながら「男役」を生きてきたおっさんたちの、そのよりどころがタタなくなるのである。これもう、根本的に、性と

自己を考えちゃうものらしい。「男はくだ」が、自分自身に通じなくなつており、しかも、昔のことばかり語るにはまだ現役、という層である。

ただまあ、この層と、「性」というと妊娠・出産・子育てが日常であるタイプの女性層とは、ただおいておくと話がかみ合わないところがあるようだ。問題に共有するところがないから、当然だが。んでもって、考えてみたら、結婚しないでセックスしないでラブラブ・パートナーシップな層(私)も本来どつちともかみ合わないんだよね。

### 性教育の第一歩は自然に話し合えること

何事も、第一歩は極意と同じ、なのかもしれない。

性教育の第一歩は、性について自然に話し合えることであり、そのためには自分と異質なものを受け入れる柔軟さが必要なのだ。

2004 AIDS 文化フォーラム in 横浜

 横浜でお会いしましょう

HIV/AIDSに関わるNGO/NPOと市民ボランティアによる手弁当持ち寄り型の市民フォーラム、AIDS文化フォーラムが今年も開催されます。LAPIは木谷麦子氏の講演と展示を行います。ぜひご来場ください。

||||LAP講演|||||

**セクシュアリティ入門  
～性教育の基礎～**

講師：木谷麦子氏

日時：2004年8月7日(土) 13:00～

※変更の可能性もあります。下記HPでご確認ください。

期間：2004年8月6日(金)～8日(日)

場所：かながわ県民センター(横浜駅西口徒歩5分)

主催：AIDS文化フォーラムin横浜 組織委員会

共催：神奈川県

HP <http://www.yokohamaymca.org/AIDS/>

「避妊」と「性感染症」  
がべつべつ？

このときの会話で、もう一つ  
思ったことがあった。

彼女は、避妊についての話をし  
ていたのだが、私はその流れで、  
右の事例を思い出し、「エイズが  
どうやってうつるのかわからない、  
という反応もあった」ということ  
を話した。そうしたら、彼女の反  
応が、「性感染症のこともありま

すね。」

んー、まるで私がまったく別個  
の問題提起をした、というような  
反応だった。なんか、「避妊」と「性  
感染症」がべつべつなんだよね。

はて。  
彼女は、本人は子持ちだし、今  
回の問題提起も、「異性間性交」  
の問題である。とすれば、彼女の  
頭の中にある「性教育」は、そ  
の優先順位が断然高くなっていた  
はず。それなのに、である。

いや、避妊と感染症の予防や対  
応は違う問題ですよ、もちろん  
「問題」としては。

でもね。

やるこたいつしよでしょ。  
異性間性交の場合、エイズのう  
つり方と子どものでき方って、か  
なりかぶっていると思う。

んでもって、単純な話、コン  
ドームちゃんをつければどっちも  
ストップできるわけで。そのコン  
ドームをつけてないってところに問  
題があるわけですよ(まあ、避妊  
にはピルもあるけど)。

彼女は、10代の妊娠についての  
産婦人科系の資料を持っている。  
その中で医師が、「コンドームを  
つけてといえない女の子がまだい  
る」と言っている。

この点において、「感染予防」  
と「避妊」とは、「性教育」にとっ  
て「同じ」だといえる。生身の学  
生を相手にするものであるからに  
は、学生の現実と日常から考えた  
らそつでしよつ。

セックスがしたいわけだよ、つ  
まり。彼らの(われわれもだけど)  
意識の順番からいったら、それに  
妊娠とかエイズとかもろもろのも  
のがくつついてきちゃった、とい  
うことになるわけでしょう。

いや、私も彼女の反応に違和感  
を持って、初めてこのことに意  
識的になったというわけなんだけ  
ど。

はい、性教育の基礎その2。発  
想は、学生の現実から出発しよつ。

そう、今回はこういうお話。

世間では性教育バッシング(?)  
的なことも起きていますが、しかし  
世間は20年前、30年前よりはすつ  
とやわらかくなりつつあると思  
う。やわらかくなりつつ相変わら  
ずの無知と保守の中で疑問を持た  
ない部分もあると思う。

なんか、初心に返っちゃったん  
だよ。今年度は初心をちゃんと  
やってみようと思つてます。

「木谷麦子」



草田コラム

# 遺族の心理ケア を考える

草田 央

## 遺族の半数以上にPTSDの疑い

薬害エイズ民事訴訟の元原告団および原告弁護士団は、昨年、アンケート調査により、遺族の半数以上にPTSDの疑いがあると発表しました。

PTSD (PostTraumatic Stress Disorder) とは、心的外傷後ストレス障害のことで、有斐閣の『心理学辞典』には、次のように書かれている。

「自分自身や他人の死や重篤な傷害に至る恐れのある事件を経験するといった外傷体験によって発症し、激しい恐怖感や無力感などを症状に含む不安障害の一種である。具体的には、戦争、地震、津波、火災、交通事故などを経験したり、テロ、強盗殺人、レイプなどの犠牲者になるといったことをきっかけとして発症してくる。

病像としては、(一)悪夢やフラッシュバックによって外傷的出

来事を繰り返し再体験する、(二)

外傷的出来事と関連した刺激を持続的に回避しようとするか反応性の鈍麻を示す、さらには感情が萎縮し極度のうつ状態をきたしたり未来に対して展望をもつことができなくなる、(三)睡眠障害、易

怒性、集中困難、過度の警戒心・驚愕反応・生理的反応など、覚醒の持続的な亢進を示す症状が認められる、の三つが中心となっている。これらの症状は非常に耐え難い苦痛を伴うため、日常生活は破壊され、対人恐怖、性的困難、離婚、失職、アルコール依存、自殺などさらなる障害や不都合をきたすことも珍しくない。アメリカなどではヴェトナム戦争の復員兵などに多くの発症者があり、アメリカ精神医学会がDSM-IIIで臨床単位として整理して以来注目されてきたが、日本でも一九九四年の北海道南西沖地震、九五年の阪神大震災と大災害が続き、注目を集めるに至った。…」



『2003 薬害HIV感染被害者遺族調査の総合報告書-3年にわたる当事者参加型リサーチ-』薬害HIV感染者(遺族)生活実態調査委員会、2003年12月

それでは、そのDSM(精神疾患の分類と診断の手引)四版による定義を見てみよう。

「A. その人は、以下の二つがともに認められる外傷的な出来事に曝露されたことがある。

- (1)実際にまたは危うく死ぬまたは重症を負うような出来事を、一度または数度、あるいは自分または他人の身体の保全に迫る危険を、その人が体験し、目撃し、または直面した。
- (2)その人の反応は強い恐怖、無力感または戦慄に関するものである。

B. 外傷的な出来事が、以下の一

- つ(またはそれ以上)の形で再体験され続けている。
- (1)出来事の反復的、侵入的、かつ苦痛な想起で、それは心像、思考、または知覚を含む。
- (2)出来事についての反復的で苦痛な夢
- (3)外傷的な出来事が再び起こっているかのように行動したり、感じたりする(その体験を再体験する感覚、錯覚、幻覚、および解離性フラッシュバックのエピソードを含む、また、覚醒時または中毒時に起こるものを含む)。
- (4)外傷的な出来事の一つの側面を象

徴し、または類似している内的または外的きっかけに曝露された場合に生じる、強い心理的苦痛

- (5)外傷的な出来事の一つの側面を象徴し、または類似している内的または外的きっかけに曝露された場合の生理学的反応

C. 以下の三つ(またはそれ以上)によって示される、(外傷以前には存在していなかった)外傷と関連した刺激の持続的回避と、全般

- (1)外傷と関連した思考、感情、または会話を避けようとする努力
- (2)外傷を想起させる活動、場所または人物を避けようとする努力
- (3)外傷の重要な側面の想起不能
- (4)重要な活動への関心または参加の著しい減退
- (5)他の人から孤立している、または疎遠になつていくという感覚
- (6)感情の範囲の縮小(例:愛の感情をもつことができない)
- (7)未来が短縮した感覚(例:仕事、

結婚、子供、または正常な寿命を期待しない)

D. (外傷以前には存在していなかった)持続的な覚醒亢進症状で、以下の二つ(またはそれ以上)によって示される。

- (1)入眠、または睡眠維持の困難
- (2)易怒性または怒りの爆発
- (3)集中困難
- (4)過度の警戒心
- (5)過剰な驚愕反応

E. 障害(基準B、C、およびDの症状)の持続期間が一月以上

F. 障害は、臨床上著しい苦痛、または社会的、職業的、または他の重要な領域における機能の障害を引き起こしている。」

## あまりに拡散したPTSDという概念

実は、PTSDという概念には批判が多い。興味のある人は、『精神疾患はつくられる』DSM診断の罫(日本評論社)やアラン・ヤング著『PTSDの医療人類学』

(みずす書房)、矢幡洋著『危ない精神分析』などに詳しいので一読してみるのもいいかもしれない。ともかく、PTSDのDSMへの採用は、ベトナム戦争からの帰還兵たちの救済を求める政治運動が影響していることは確かだろう。その点で、きわめて政治的・イデオロギー的色彩の濃い、出自を持つているといえるだろう。

前述のように、PTSDと診断されるには、外傷体験があることが絶対条件となっている。原因(加害)があつて結果としての症状(被害)があるという構成は、民事訴訟における損害賠償請求事件における被害立証に極めて都合がいい。近年、日本でも、交通事故裁判などでPTSDが認められつつあるという。臨床的というより、法的要請から、PTSDが広まりつつあるといえるのかもしれない。

結果としての臨床像は、前述のように多様である。前提として

の外傷体験があるグループを調査し、何らかの臨床的症狀があつた場合、それらはすべてPTSDと診断されてしまう可能性を秘めている。PTSDと診断してしまうことで、その他の精神的・肉体的疾患を見逃すことになってしまうのではないかと批判も、注目に値するだろう。

さらに、岡田美里がPTSDを離婚原因に掲げたことにもみられるように、もはやPTSDという概念は、社会的な広がりを見せてしまった。たとえば、(感染原因を問わず)HIVの感染告知後も、PTSD的<sup>1)</sup>な症状に陥ることが知られている。家族を何の理由であつても亡くした人は、やはりPTSD的<sup>2)</sup>な状態になりがちだ。一方、そうした広義のPTSDの診断には、治療(臨床)上、あまり意味がないといわれる。むしろ、他の疾患名による適切な治療(ケア)の方が効果が高いといえるだろう。あまりにもPTSD

概念が拡散してきているので、もはや、まともな科学者や臨床家は、それと距離を置きつつあるというのが個人的な印象である。原因(過去)があつて結果(現在)がある、という精神分析的思考が、古典としては尊重されても、もはや臨床的には過去の遺物となりつつある現状も、反映されているのかもしれない。

狭義のPTSDの治療法として近年、注目を集めている方法に、EMDR(眼球運動による脱感作と再処理法)がある。外部(治療者)からの働きかけにより、外傷体験となつている記憶を再構成(変容)させてしまうという手法である。おそらく、アメリカで起きた同時多発テロの被害者に対しては、こぞつて行なわれているだろう治療法でもある。戦争や災害、レイプなどの、むしろ「忘れたほうがいい」外傷体験には有効かもしれない。しかし、愛する人を亡くしたという外傷体験者にとつて、故人

との記憶を半ば強制的に操作されることは、抵抗を感じるのではないだろうか。

## グリーンワークの視点

もとより、悲惨な状況に放置されてきた遺族の精神状態に、異論をはさむつもりは毛頭ない。それどころか、もはや慢性疾患になりつつあるHIV感染被害者本人よりも、むしろ状況としては深刻度を増しているのではないかと思つている。そこで、提言したいのは、グリーンワーク(グリーンケア)の視点である。グリーン(Grief)とは、若林一美著『死別の悲しみを超えて』(岩波現代文庫)によると、次のように解説される。「死別による悲しみを、英語では“Grief”(悲嘆)と呼び、たんなる『悲しみ』と区別している。それは再びとりもどすことのできない関係、喪失などによつて生じる悲しみで、その人自身の存在そのものを揺るがすような大きく深い衝

撃であり、個人の内面に焦点が  
おかれる。」(二二頁)

この言葉は、フロイトが、死  
別から回復までの過程を「グリー  
フ・ワーク」と称したことに始ま  
る。このプロセスに関する研究が、  
さまざまな研究者によってなされ  
ている。たとえば、キャサリン・  
M・サンダーズは、「ショック」、  
「喪失の認識」、「引きこもり」、「癒  
し」、「再生」の五段階説を主張し  
ている(『魂の成長』を含めると六  
段階となる。筑摩書房『死別の悲  
しみを癒すアドバイスブック』参  
照)。上智大学のアルフォンス・  
デーケン教授は、さらに細かく、  
「精神的打撃と麻痺状態」、「否認」、  
「パニック」、「怒りと不当感」、「敵  
意とルサンチマン(うらみ)」、「罪  
意識」、「空想形成、幻想」、「孤独  
感と抑うつ」、「精神的混乱とアパ  
シー(無関心)」、「あきらめ―受  
容」、「新しい希望―ユーモアと笑  
いの再発見」、「立ち直りの段階―  
新しいアイデンティティーの誕

生」の十二段階説である(春秋社  
『△突然の死▽とグリーフケア』  
等参照)。

必ずしも一方に進んでいくわ  
けではない。逆行りすることもあ  
れば、次の過程に移行する年月に  
は個人差がある。しかし、何らか  
の理由により、何年も同じ段階に  
留まっていたりする場合、それを  
「複雑な悲嘆」とか「病的悲嘆」と  
称することがある。いわば、遺族  
のPTSD様症状は、このような  
状況に該当すると思われる。その  
ような遺族を、適切な回復へと進  
ませる手助けが「グリーフ・ケア」  
と称されるのである。

まず必要なのは、個々の遺族が、  
それぞれどの段階にあるのかを認  
識(判定)することである。それ  
ぞれの段階では、個別の事情を加  
味しながら、次の段階に進むため  
に、やったほうがいいこと、やら  
ないほうがいいことなどがある。

グリーフ・ケアには、読書療法、  
セルフ・ヘルプ・グループによる

グループ・ワーク(二ニュースレター  
三四号『患者会のあり方に関する  
提言』参照)、専門家によるカウ  
ンセリングなどが有効だといわれ  
る。しかし、これも一律ではなく、  
ケース・バイ・ケースで対応して  
いくことが望まれるところだ。グ  
リーフ・ワークは病気とは捉えら  
れないが、さまざまな肉体的・精  
神的疾患にかかりやすい過程でも  
あることは、注意を要するもので  
ある。

薬害エイズの遺族調査報告書で  
は、グリーフ・ワークを超える状  
態としてPTSD症状を想定して  
いるようだ。けれども、グリーフ・  
ワークを基本として、その上で特  
殊要因を加味していったほうが、  
実践的なケアの指針としては、は  
るかに有意義であるように思われ  
る。

## 薬害エイズ遺族の特質

以上は、いわば一般論であるの  
で、薬害エイズ遺族の特質につい

ても触れておきたい。

エイズに対する差別・偏見をお  
それて、死因すらも口に出せな  
いことが、グリーフ・ワークの大  
きな障壁になっていることは想像  
に難くない。また、非告知や診療  
拒否などの死別以前の体験が、医  
療を始めとする様々な不信感を根  
付かせてしまったともいえるだろ  
う。血友病としての、特に母親と  
息子の共依存的関係性は、死別の  
苦痛が大きい背景ともなっている  
ように思う。

それらとともに、民事訴訟の和  
解過程が、さらに回復を複雑にし  
ている面もあることを指摘してお  
かなければならない。

一つは、判決を経ない形での早  
期和解という解決方法にある。そ  
のため、ほとんどの遺族が、ヒア  
リングや原告本人尋問という形  
で、被害を自ら語る機会を逸して  
しまっている。その是非とは別に、  
種々の公害やその他の薬害裁判の  
被害立証過程が、自ら被害を語る

というグリーン・ワークとしても機能していた可能性は、あるように思われる。

第二は、全員和解という形式である。遺族の中には、判決を望む者もあつたことだろう。また、刑事裁判でのミドリ十字ルートの被害者のように、勝訴を勝ち取れる可能性の高い遺族もあつたはずである。しかし、生存原告の全員救済が優先するとして、担当弁護士の説得に応じ、和解が成立したという事情が存在する。集団訴訟という限定された状況の中での決断は、必ずしも個々の遺族の意向を完遂し切れなかつた形での解決であつた。

また、一律救済という形での和解は、生存原告なら支給されている健康管理費用もしくは発症者健康管理手当が、遺族に対しては一時金のみという不平等感をもたらしている。この不平等感はい金銭的観点のみならず、医療の充実とともHIV感染症が慢性疾患とな

りつつある状況の中での「不当感」につながっていると考えられる。和解成立前後、各原告が一時金から百万円ずつ拋出する形で財団法人を設立し、遺族年金の給付や遺児育英奨学金制度を創設する計画があり、厚生省の内諾もあつたという。しかし、財団化実現の目途は、いまだにたつていない。それらの金銭的要求は、大臣交渉において毎年のように掲げられているが、和解の枠組みを超えるものであるので実現する可能性はかなり低いといわざるを得ないだろう。

### 求められたツノの気 持ちに寄り添ひたい

遺族に対する調査研究は、おうにして心理的ケアの妨げになると考えられている。それは、調査研究が公開を前提としているのに対し、カウンセリングの基本は、クライアント（遺族）の話を絶対外部に漏らさないことを保障するという安全な環境の確保が大前提

となるからだ。そのため種々のグリーン・ワークの研究は、ケアを中心に遺族に寄り添いながら、最終的に回復に至つた遺族の意向を踏まえ（許諾を得て）まとめられたものが多いように感じる。今回のように回復途上にあるグループに対し、最初から公開を前提に調査研究が行なわれることはきわめて異例な事態のような気がする。

質問紙法による心理テストを含むアンケート調査を、郵送にて配布・返送するという手法にも、いささか慎重さに欠ける印象を受ける。適切なインフォームド・コンセントや、専門的な心理職に個別につなげる対応が十分できないのではないかと危惧するのだ。

もつとも、この調査研究が、遺族の心理的ケアそのものに焦点があるのではなく、「広く社会にアピール」することを目的とし、「加害構造を視野に収め」、「被害構造研究の一環」として設計されたものであることを考えると、いわば

マクロとしては、一定の成果をおさめているのだろう。その意味では、遺族の心理ケアという、ミクロ的な視点での私の批判は、的外れであるともいえる。

しかしながら、近時、薬害エイズの発生・加害構造の問題点は、被害を完全には未然に防げない状況の中で、「たつた一人でも多くの人を救う」という視点の欠如だつたのではないかと印象を強くしている。民事訴訟の和解における弊害があつたとすれば、それはやはり一人一人の原告の心情を尊重することに欠けていたことに見出せるような気もする。アドボカシーのための調査研究も必要かもしれないが、いま早急に求められているのは、一人でも多くの（たとえ、それがたつた一人しか可能でなくとも）人の話に耳を傾け、気持ちに寄り添うことではないかと思えるのだ。

「草田史」 aids◎t3rim.or.jp  
http://www.t3rim.or.jp/~aids/

# 身体障害者のための主な保健福祉サービス

※(1)～(5)のサービスは全て自治体の予算の範囲で提供されるもので保障ではありません。

※このリストは障害者サービスの一部を紹介するものです。また自治体等によって内容が異なる場合があります。

※ここで言う「身体障害者」とは、「身体障害者福祉法に定める身体障害者手帳を所持する者」です。

## (1) 身体障害者居宅介護等事業

施策の概要	利用者が居宅において日常生活を営むことができるよう、当該利用者の身体その他の状況及びその置かれている環境に応じて、身体の介護、家事、及び外出時の移動の介護その他の生活全般にわたる援助を適切に行う。
対象者	在宅の身体障害者
サービス内容	①身体介護…入浴、排泄、食事等 ②家事援助…調理、洗濯、掃除等 ③移動介護…社会生活上必要不可欠な外出及び余暇活動等の社会参加のための際の移動の介護 ④日常生活支援…身体介護、家事援助、見守り等の支援
申請方法等	サービスの利用を希望する者は、援護の実施者である市町村に対して、利用を希望するサービス毎に <b>支援費</b> の支給申請を行い、支援費支給の決定を受けて受給者証を交付してもらう。支給決定を受けた利用者は、支給内容に基づいて事業者と直接契約しサービスの提供を受ける。
利用者負担	利用者負担額は、負担能力に応じてまず利用者本人が負担することとし、その負担額が利用者本人に係る支援費基準により算定した額に満たない場合は、その不足分については負担能力に応じて主たる扶養義務者から負担を求めるものとする。

## (2) 身体障害者短期入所事業（ショートステイ）

施策の概要	居宅においてその介護を行う者の疾病その他の理由により、施設への入所を必要とする者を対象に、短期間の入所をさせ必要な保護を行う。
対象者	在宅の身体障害者
サービス内容	指定短期入所事業所等において、利用者の身体その他の状況及びその置かれている環境に応じ短期間の入所による保護を適切に行う。
申請方法等	サービスの利用を希望する者は、援護の実施者である市町村に対して、利用を希望するサービス毎に <b>支援費</b> の支給申請を行い、支援費支給の決定を受けて受給者証を交付してもらう。支給決定を受けた利用者は、支給内容に基づいて事業者と直接契約しサービスの提供を受ける。
利用者負担	利用者負担額は、負担能力に応じてまず利用者本人が負担することとし、その負担額が利用者本人に係る支援費基準により算定した額に満たない場合は、その不足分については負担能力に応じて主たる扶養義務者から負担を求めるものとする。また、日常生活において通常必要とされるものに係る費用であり、その支払いを利用者に負担させることが適当と認められるものについては、特定費用として利用者から徴収することができる。

## 主な保健福祉サービス

### (3) 身体障害者デイサービス事業

施策の概要	身体障害者の自立の促進、生活の質の向上、身体の機能の維持向上等を図ることができるよう、通所により創作的活動、機能訓練等の各種の便宜を供与する。
対象者	在宅の身体障害者、又はその介護を行う者
サービス内容	①入浴、給食の提供 ②創作的活動…手芸、工作、絵画、書、陶芸等 ③機能訓練…日常生活動作、歩行、家事訓練 ④介護方法の指導…家族等に対する介護技術の指導 ⑤社会適応訓練…会話、手話、点字、カナタイプ等 ⑥更生相談…医療、福祉、生活等 ⑦レクリエーション
申請方法等	サービスの利用を希望する者は、援護の実施者である市町村に対して、利用を希望するサービス毎に <b>支援費</b> の支給申請を行い、支援費支給の決定を受けて受給者証を交付してもらう。支給決定を受けた利用者は、支給内容に基づいて事業者と直接契約しサービスの提供を受ける。
利用者負担	利用者負担額は、負担能力に応じてまず利用者本人が負担することとし、その負担額が利用者本人に係る支援費基準により算定した額に満たない場合は、その不足分については負担能力に応じて主たる扶養義務者から負担を求めるものとする。また、日常生活において通常必要とされるものに係る費用であり、その支払いを利用者に負担させることが適当と認められるものについては、特定費用として利用者から徴収することができる。

支援費制度＝行政がサービスの受け手を特定し、サービス内容を決定する「措置制度」にかわり、平成15年4月からスタートした制度。障害のある人自らがサービスを選択し、事業者や施設との対等な立場に立った契約によりサービスを利用する。

### (4) 福祉施設の利用

施設の種類	内容	利用料	申し込み
更生施設	身体に障害のある者を入所させ、家庭復帰に必要な日常生活能力の回復に重点をおいて各種のリハビリテーション等を行う施設。	施設支援サービスの利用に要する費用を本人の扶養義務者の負担能力に応じて支払う。	市町村
生活施設	身体上の著しい障害のため常時介護を必要とし、家庭での介護が困難な最重度障害者を入所させ、治療及び療護を行う。	施設支援サービスの利用に要する費用を本人の扶養義務者の負担能力に応じて支払う。	市町村
	身体障害者福祉ホーム	低額。	当該施設

施設の種類		内容	利用料	申し込み
作業施設	身体障害者授産施設	身体障害者で雇用困難又は生活に困窮する人を対象とし、必要な訓練を行い、職業を与えて自活させる施設（最終的には一般事業所に就職若しくは自営等で自活させることを目的としているので、入所期間は一定ではない）	施設支援サービスの利用に要する費用を本人の扶養義務者の負担能力に応じて支払う	市町村
	身体障害者通所授産施設	内容は身体障害者授産施設と同じであるが、利用は通所に限られる。		
	身体障害者小規模通所授産施設	内容は身体障害者授産施設と同じであるが、利用は通所に限られ、常時利用する者が20人未満であるもの。	諸経費について実費負担	当該施設
	身体障害者福祉工場	作業能力があっても、職場の設備構造や通勤事情等のため、一般の企業に就職することの困難な重度の身体障害者のための工場。		
地域利用施設	身体障害者福祉センター（A型）	身体障害者の各種の相談に応ずるとともに、健康の増進、教養の向上、スポーツ、レクリエーションなどの便宜を提供する施設。	無料又は低額	当該施設
	身体障害者福祉センター（B型）	外出や就労の機会が得られない在宅重度の障害者が通所して、創作的活動、機能訓練、社会適応訓練等を行うための施設。		
	身体障害者デイサービスセンター	地域において、就労等の機会が得られない在宅重度障害者が通所して、創作的活動、機能訓練、社会適応訓練、入浴・給食サービス等を行う施設。		
	障害者更生センター	障害者、家族、ボランティア等が気軽に宿泊休養するための施設。	当該センターの定めによる	

更生施設＝更生はりハビリテーションと同義。日常生活能力の獲得や職業訓練を目的に入所または通所する通過施設（おおよその利用期間が定められている施設）

生活施設＝介護と生活の場を提供する長期利用施設

作業施設＝就労のための訓練を行ったり、一般就労が困難な人に就労の場を提供する施設

地域利用施設＝在宅で暮らす身体障害者が生活改善や自立生活を行うことができるよう、相談事業や機能訓練等のサービス提供を行う施設

## 主な保健福祉サービス

### (5) 医療費の公的負担制度

施策の概要	自治体ごとに、対象者に応じて様々な制度があり、重度心身障害者医療に関しては、障害者が安心して暮らせるよう医療費の一部を助成する。
対象者	概ね重度の心身障害者(身障手帳の1～3級、療育手帳のA判定等)
医療の範囲	医療保険の対象となる疾患
申請方法等	身体障害者手帳や療育手帳等を健康保険証とともに提示し、市町村長に対して受給者証の交付を申請する。
費用負担	本人又は扶養義務者の所得税の課税状況に応じ、費用の一部又は全部の負担がある。ただし、生活保護世帯は対象外。(詳細については、各自自治体によって運用が異なる)

### (6) その他の施策

制度	内容	金額等	問い合わせ先	備考
JRの旅客運賃割引	[第1種]介護者が同行する場合は区間制限なし。普通乗車券及び急行券等が適用。 [第2種]上記以外の身体障害者は100kmをこえるとき。	本人と介護者1人各々5割引  本人のみ5割引	各駅 福祉事務所 町村役場	発売窓口で身体障害者手帳を呈示し割引乗車券を購入のこと。その他の鉄道においてもJRに準じて割引を行っているところもあるので利用するときは照会のこと。
航空運賃割引	日本航空、全日本空輸、日本エアシステム、日本トランスオーシャン航空、ジャルエクスプレス、北海道国際航空、エアーニッポン及びスカイマークエアラインズの定期航空路線の国内線全区間。	各社の規定による(介護者についても同様)	各航空会社支店、営業所及び指定代理店又は福祉事務所	手帳の1種2種の区分を準用する。
携帯電話の使用料金の割引	身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳のいずれかの交付を受けている者が所有する携帯電話について、使用料金を割引。	基本使用料50%割引等(事業者によってサービス内容は異なる)	NTTドコモ、KDDI株式会社、ボーダフォン株式会社、ツーカーグループ	各販売店等で申し込み。 ※実施日 NTTドコモ(H15.9.1より)、ボーダフォン株式会社(H15.10.1より)、KDDI株式会社・ツーカーグループ(H15.11.1より)

NTTドコモなどは携帯電話の障害者割引申し込み時に手帳のコピーを行わないことを明言しています。詳しくは <http://www.lap.jp/lap2/data/syogai3.html> をご参照ください。

制度	内容	金額等	問い合わせ先	備考
有料道路の通行料金の割引 (ETC利用を含む) ※H15.12.1より割引実施。H16.1.20よりETC利用の割引実施(ETC未整備料金所の場合、ETCの運用開始日より実施)	身体障害者が自ら自動車を運転する場合又は重度の身体障害者が乗車し、その移動のために介護者が自動車を運転する場合。	50%以下	福祉事務所 町村役場	福祉事務所又は町村にて手帳に押印し、必要事項を記載。さらに重度の身体障害者の場合は介護者印の押印、ETC利用の場合は証明書の発行を受ける。
ETCの車載器購入の助成 ※H15.12.1より実施。	有料道路の通行料金の割引対象の身体障害者に対しETC車載器購入に必要な経費を一部助成。	1人当たり 10,000円	財団法人道路サービス機構	先着15万人限定。
NHK放送受信料の減免	身体障害者のいる貧困世帯・視・聴覚障害者又は、肢体不自由者(1、2級)が世帯主	全額免除 半額免除	放送局 福祉事務所 町村役場	市区町村長又は福祉事務所又は町村で証明書を発行。
生活福祉資金の貸与  (平成15年度)	身体障害者更生資金 ・生業費  ・支度費 ・技能習得費  ・福祉資金 身体障害者福祉資金 身体障害者自動車購入資金 中国残留邦人等国民年金追納資金	貸付限度額 141万円以内 (特別460万円以内)  10万円以内  91.8万円以内 (特別124.8万円以内)  75万円以内 205万円以内 446万円以内	市町村社会福祉協議会	償還期間 9年以内  8年以内 8年以内  (利率年3%) 6年以内 6年以内 10年以内
公営住宅の優先入居	・4級以上の身体障害者及びその世帯 ・4級以上の単身身体障害者		町村役場 福祉事務所	
駐車禁止規制の適用除外	身体障害者の利用する自動車に対し駐車禁止規制除外標章を交付し駐車を認める		警察署 都道府県公安委員会	

## 主な保健福祉サービス

### (7) 年金制度

公的年金制度に加入している期間中等に被った傷病により障害者になった場合に年金、一時金（手当金）が支給されます。（年金額は平成15年度）

制度の種類		金額（年額）	問い合わせ先	備考
国民年金	(旧) 障害年金	2級=797,000円（最低保障額）	市町村役場	<ul style="list-style-type: none"> <li>・昭和61年3月までに受給権の発生した拠出性受給者</li> <li>・従来の障害福祉年金受給者及び昭和61年4月以降受給権が発生した受給者 ※申請資格等については11ページを参照</li> </ul>
	障害基礎年金	1級=996,300円 2級=797,000円 <子の加算> 第1子・第2子（1人につき） 各229,300円 第3子以降（1人につき） 各76,400円		
厚生年金	障害厚生年金	1級=報酬比例部分×1.25+加給年金額 2級=報酬比例部分+加給年金額 3級=報酬比例部分 （最低保障額597,800円） [1・2級は障害基礎年金の上乗せとして支給される] ・加給年金（配偶者） 229,300円	社会保険事務所	<ul style="list-style-type: none"> <li>・昭和61年4月以降受給権の発生した受給者</li> <li>・報酬比例部分 （平均標準報酬月額）× 7.125/1,000×（被保険者期間の月数）</li> <li>・加入期間中の傷病による障害に対して支払われる （ただし、障害基礎年金の支給要件を満たしている者であること）</li> </ul>
	障害手当金	報酬比例部分×2.0 1,206,400円（最低保障額）		

### (8) 更生医療の給付

施策の概要	身体障害者の障害を軽くしたり、回復させたりする手術を行う等、身体障害者の更生に必要な医療を指定医療機関に委託して行う。
対象者	更生のために、医療が必要な身体障害者
医療の範囲	障害の除去、軽減のための手術等（ただし、保険適用に限る）
申請方法等	市町村長に申請し、身体障害者更生相談所の判定を経て更生医療指定医療機関で医療を受ける。
費用負担	本人又は扶養義務者の所得税の課税状況に応じ、費用の一部又は全部の負担がある。ただし、生活保護世帯及び市町村民税非課税世帯は無料。

## (9) 補装具の給付（身体障害者福祉法に係るもの）

施策の概要	身体障害者の日常生活や職業生活の能率の向上を図ることを目的に、失われた身体機能を補完・代償する用具の交付や修理を行うもの。 (労災保険法、厚生年金法などの他制度による給付もある)
対象者	他制度の適用を受けない者
申請方法等	市町村へ申請し、必要に応じて身体障害者更生相談所の判定を受けて、市町村が給付する。
費用負担	本人又は扶養義務者の所得税の課税状況に応じ、費用の一部又は全部の負担がある。ただし、生活保護世帯及び市町村民税非課税世帯は無料。 (「重度身体障害者に対する日常生活用具の給付」事業もある)

## (10) 税の減免

分野	内容
国税	所得税：障害者控除、特別障害者控除等 消費税：身体障害者物品（厚生労働大臣が指定するもの） 関 税：身体障害者用に特に製作された器具等 相続税：障害者控除、特別障害者控除等 贈与税：特別障害者扶養信託契約に基づく財産の信託
地方税	住民税：障害者控除、特別障害者控除等 事業税：重度の視力障害者の行うあんま・はり等医業に類する事業に対する非課税 自動車税 軽自動車税及び自動車取得税の減免 不動産取得税・事業税等の非課税・減免

※第3回疾病・障害認定審査会身体障害認定分科会参考資料「身体障害者のための主な保健福祉サービス」（2004年2月5日）をもとに作成

### 厚生労働省「身体障害認定基準等の取扱いに関する疑義について」('04.4.1改正)

平成16年4月1日付けで厚生労働省より発出された「身体障害認定基準等の取扱いに関する疑義について」の通知改正により、免疫機能障害の障害認定について次の点が確認されました。

#### 《検査数値は治療開始前のものでよい》

→「すでに抗HIV治療が開始されている者については、治療開始前の検査数値をもって認定して差し支えないが、治療をしなかった場合を想定して認定することは適当ではない。」

#### 《行政からの再認定の指定は不要》

→「抗HIV療法を継続実施している間については、この障害の特性を踏まえ、原則として再認定

は要しないものとする。ただし、治療の経過から、抗HIV療法を要しなくなると想定される場合については、再認定を付記することは考えられる。その場合、抗HIV療法を要しなくなった後、改めて認定基準に該当する等級で再認定を実施することとなる」

※ここでいう「再認定」とは行政から要求されるものです。障害が重くなった場合等に本人が希望して行う「再交付申請」とは異なります。

■改正内容については下記HPをご参照ください。  
[http://www.chuohoki.co.jp/teisei-hoi/tsuiho\\_4475.html](http://www.chuohoki.co.jp/teisei-hoi/tsuiho_4475.html)

# HIV・エイズ関連ニュース

(2003年7月21日～2003年12月29日)

## ○HIV感染は理由にならず 手術拒否訴訟の鑑定書指摘

7月21日・共同通信

HIV感染などを理由に手術を拒否され下半身に障害が残ったとして、タイ人女性が病院を運営する甲府市などに約千五百万円の損害賠償を求めた訴訟で、甲府地裁の依頼により提出された鑑定書が「発症まで進行していなければ、感染を理由に手術を回避すべきでない」と指摘していることが二十日、分かった。鑑定は、甲府地裁が原告と被告の質問を取りまとめ、国分正一東北大学医学系研究科教授に依頼。HIV感染について九二年当時の基準で「原則的に治療方針決定に影響を与えない。医療関係者への感染は厳重な防御策と細心の注意で避けられる」としている。

## ○耐性HIVが国内で増加 厚労省が対策検討へ

7月30日・共同通信

特定治療薬に対し耐性を持つHIVが国内でも増加していることが三十日、国立名古屋病院臨床研究センターの調査で分かった。内海真・同センター長によると、調査は同病院で1999年から昨年にかけて、治療を受けていない感染者からHIVを採取して実施。この結果、耐性HIVの感染者は2001年までは75人中4人(5.3%)にとどまっていたが、02年は41人中7人(17.1%)に増加した。このうち日本人は01年までは1人だけだったが、02年は6人に急増した。

## ○JT、エイズ治療薬で米の会社とライセンス契約

8月1日・読売新聞

日本たばこ産業(JT)は31日、米医薬品会社ギリアド・サイエンシズ社と、同社が開発したエイズ治療薬を日本国内で独占販売するライセンス契約を結んだと発表した。JTが国内で独占販売するのは、米国、欧州で販売中の「ピリアード」など、エイズウイルス(HIV)の増殖を助ける酵素などの働きを抑える3種類の抗HIV剤。

## ○<厚労省>薬害エイズ問題受け、血液監視組織を発足

8月11日・毎日新聞

薬害エイズなどの問題を受け、厚生労働省は11日、血液事業の新しい監視組織を発足させた。委員5人のうち2人が薬害エイズ被害者で、日本赤十字社が行っている血液製剤の安全対策などを話し合う。初会合の後、委員長代理に選ばれた被害者の大平勝美・はばたき福祉事業団理事長は「患者の立場から、血液事業は安全でなければいけないという姿勢を通したい」と抱負を述べた。発足したのは、薬事・食品衛生審議会(厚生労働相の諮問機関)の下部組織の血液事業部会運営委員会(委員長、清水勝・杏林大学客員教授)。現在行われている血液事業を定期的にチェックし、緊急事態が発生した場合は対応を話し合う危機管理的な役割も担う。

## ○国内初エイズ予防学センター設立へ 京大教授ら来春にも

8月18日・朝日新聞

先進国で唯一、HIV感染者が増えている日本に、予防対策の拠点となる「エイズ予防学研究センター」を設立する動きが進んでいる。大学教授らが中心になり、医学だけでなく社会学や心理学、教育学も含めた学際的な「エイズ予防学」を確立し、効果的な予防対策を考えていく。来春にも設立する予定で、国内初の「エイズ予防」を専門とした研究機関になる。設立の中心となるのは京都大学大学院医学研究科の木原正博教授(国際保健学)と妻の木原雅子助教授(同)。センターの活動の柱は(1)日本の文化に適した予防モデルの構築(2)国内外の予防対策専門家の養成(3)疫学情報の収集・発信。

## ○HIV予防の拠点オープン 東京・新宿に厚労省

8月22日・共同通信

増え続ける同性愛者のHIV感染を予防しようと、厚生労働省とエイズ予防財団は二十二日、非政府組織(NGO)と協力して啓発センター「akta(アクタ)」を東京都新宿区新宿二丁目に開設した。大阪市で今春、一足早く始動したセンター「DI STA(ディスタ)」とともに、公的な取り組みの拠点となる。センターはゲイ、バイセクシュアルの男性が集まる新宿二丁目のビル内に置き、パンフレットによる情報提供やコンドーム配布、ワークショップ開催、情報交換などの拠点として活用する。この日はオープンに合わせ、写真展やボランティアによる街頭でのコンドーム、チラシ配布を実施した。

## ○安いエイズ治療コピー薬、輸入承認で決着 WTO

8月31日・朝日新聞

世界貿易機関(WTO)の決定機関である一般理事会は30日、途上国にエイズ治療薬などの安いコピー薬の輸入を認める制度づくりで合意した。制度は、特許権の保護をうたった貿易関連知的財産権(TRIPS)協定の例外となるもので、エイズ、マラリア、結核などの感染症治療薬が中心となる。エイズ治療薬の場合、正規価格の1割程度で同じ内容のコピー薬を輸入できるとみられており、成人のHIV感染率が最高で4割近くに達する南部アフリカ諸国などは、大きな恩恵を受ける。

## ○拘置所HIV差別で改善策 法務省が川田さんらに回答

9月4日・共同通信

HIVに感染した男性被告が京都拘置所で差別的な処遇を受けた問題で、法務省は四日までに、東京HIV訴訟の元原告川田龍平さんと川田悦子衆院議員が提出していた人権教育の徹底などを求める要請書に回答、全国の拘置所に適正な処遇をするよう文書で指導することを明らかにした。法務省は回答の中で、男性被告に職員がビニール手袋をつけて接したり、理髪の際に使った洗面器に「HIV」と記載したり、差別的な処遇をしたことを認め、職員に正しい医療知識や人権意識がなかったとした。

## ○耐性HIVに厚生省が対策 検査強化、予防研究推進

9月6日・共同通信

治療薬に対し耐性のあるHIVを持つ患者が増えていることから、厚生労働省は六日、検査体制を強化するとともに、耐性HIVの発生を防ぐ研究を進める方針を決めた。六日に開かれた同省薬剤耐性プロジェクトチームの会議では、薬剤耐性HIVの増加を抑えるには①規則正しい服薬②ウイルスのタイプに合った適切な投薬③精度の高い検査④耐性HIVの発生動向調査—が必要との認識で一致。厚生省は新たに研究班をつくり、服薬支援や治療法のマニュアル整備、医師らに対する教育を進めるほか、エイズ拠点病院などの関係医療機関が連携した検査体制を整備することになった。

## ○HIV感染者の日常描く 国内最大規模の写真展

9月19日・共同通信

世界各国のHIV感染者の日常の姿をとらえた国際写真展「ポジティブ・ライブス」が十九日、東京都渋谷区の国連大学ビル内「UNギャラリー」で始まった。入場は無料で十月十八日まで。日本や英国、インドなど十七カ国の報道写真家が撮影した百二十点を展示しており、HIV関連の写真展としては国内最大規模という。ポジティブ・ライブスは感染者を数字ではなく、顔のある「人間」として伝えようという国際プロジェクトで、一九九三年に英国で発足した。

## ○エイズへの取り組み、130の国・組織が報告 国連

9月23日・朝日新聞

国連総会は22日、エイズ問題で本会議を開き、シラク仏大統領、パウエル米国務長官ら130を超える国・組織の代表が取り組みを報告した。01年のエイズ特別総会で採択した政治宣言の履行ぶりを検討し、今後の取り組みに拍車をかけるのが目的。アナン国連事務総長は「この日公表された」中間報告を読めば、今の進み具合では05年の目標をどれも達成できないのは明らか」として、様々な分野で取り組みの「飛躍的な改善」を求めた。

## ○HIV受刑者救済申し立て 「8カ月治療受けられず」

9月25日・共同通信

HIVに感染している名古屋刑務所の五十代の男性受刑者が、感染が分かった後も約八カ月間、専門医の治療を受けられなかったとして名古屋弁護士会に人権救済を申し立てたことが二十五日、分かった。同弁護士会は「受刑者も最善の医療を受ける権利があるのに刑務所は侵害した」として、今後は早期に治療するよう名古屋刑務所に要望書を送った。

## ○<薬害エイズ>再検証調査始まる 被害者らが委託

10月2日・毎日新聞

これまで被害者側の視点で語られることが多かった薬害エイズ事件を「加害者」の医師らに語ってもらい、問題点を再検証する調査研究が、栗岡幹英・静岡大学教授らの手で始まった。委託したのは被害者らで作るNPO(非営利組織)「ネッ

トワーク医療と人権」(大阪市)。調査の実施主体は、全国16大学1機関に在籍する社会科学部門の研究者19人で作る「輸入血液製剤によるHIV感染問題調査研究委員会」(委員長・養老孟司北里大学大学院教授)。

### ○家西氏の民主公認困難に 党、比例区単独認めぬ方針 衆院選

10月8日・朝日新聞

衆院議員で元大阪HIV薬害訴訟原告団代表の家西悟氏(43)が次期総選挙の民主党公認を得られない見通しとなった。同党は比例区単独立候補を認めない方針を固めており、家西氏には来年の参院選比例区立候補を打診しているという。家西氏は感染症法の改正や性同一性障害者特例法の成立に携わっており、「私はマイノリティー(少数者)の代表として公約を果たしてきたのに、なぜ立候補できないのか。党の都合で議員を辞めるのは悔しい」と話している。

### ○エイズの母子感染11人 96年以降7人は死亡か発症

10月12日・共同通信

妊娠中に適切な措置を取ればHIVの母子感染を防げるようになったにもかかわらず、防止策が確立した一九九六年以降も対策を取らなかった母親から生まれた十一人の赤ちゃんが感染、うち三人が死亡、四人がエイズを発症したことが、厚生労働省研究班の調査で十一日までに、分かった。小児科の調査によると、母に複数の抗HIV薬を投与し帝王切開で出産後、子にも同薬を飲ませる感染防止策が確立した一九九六年以降では、この方法で出産した八十六人からは一人も母子感染が起きていなかった。しかし、この方法をとらなかった五十人のうち十一人が母子感染していた。

### ○エイズ国際会議、05年7月に神戸で開催

11月19日・時事通信

「アジア・太平洋地域エイズ国際会議(ICAAP)」について、日本組織委員会(委員長・岸本忠三前大阪大学長)は19日、第7回会議を2005年7月に神戸市内で開催すると発表した。

### ○妊婦のHIV急増、99年以降は年100人超す

11月25日・読売新聞

妊娠時のHIV検査で感染が判明する日本人の妊婦が、1999年から急増していることが、厚生労働省研究班の調査で分かった。国立成育医療センターの塚原優己医師らが、産科を持つ約1670病院を対象に調査。その結果、妊娠時のHIV検査で感染が判明した日本人の妊婦は、87—98年までは毎年数人程度におさまっていたが、99年は17人に急増。その後も年間11—16人の間で推移している。99—2002年で、感染者の割合は年平均で妊婦10万人当たり10・5人(外国人を含める)であることから、妊婦の感染者は年間約125人に上ると推計されるという。

### ○エイズ死者、年間300万人 感染は4千万人 国連推計

11月26日・朝日新聞

国連エイズ計画(UNAIDS)は25日、世界でHIVに感染している人が03年末に4000万人、死者は年間300万人に達するとの最新推計を発表した。1年前の発表(感染者4200万人、死者310万人)よりも低い数字だが、推計方法をより正確なものに見直した結果で、患者が減ったわけではないという。03年、新たに感染した人は500万人と推定している。

### ○「避妊知っている」中学男子45%女子70%

11月28日・読売新聞

中学生は避妊や中絶に対する理解が不足している実態が、京都大学大学院医学研究科の木原雅子助教授らの大規模なアンケート調査でわかり、日本エイズ学会で27日発表された。調査は、西日本の約20万人規模の市に住む中学生約7100人が対象。「避妊について知っているか」との質問に、「知っている」と答えたのは、男子が約45%、女子も約70%にとどまった。「中絶」についての問いではさらに少なくなり、「知っている」のは男子が約40%、女子は約65%だった。

### ○飯島愛さんと予防語ろう 世界エイズデーで厚労省

11月29日・共同通信

十二月一日の世界エイズデーに合わせ、厚生労働省とエイズ予防財団は三十日午後、JR新宿駅前の街頭で、タレント飯島愛さんと専門医がエイズを本音で話し合うトークショーなどのイベントを開く。中学校、高校でエイズ予防を講演している

---

岩室紳也・地域医療振興協会ヘルスプロモーション研究センター長と飯島さんがエイズの知識やコンドームを使った感染予防法などを話し合う。周辺ではボランティアが普及啓発用のコンドーム約一万七千個を無料で配布する。

## ○親がHIV感染で幼児の入園拒否 甲府市の私立保育園

### 11月29日・朝日新聞

親がHIVに感染している幼児の入園を、甲府市の私立相川保育園（山本元家園長）が昨年2月に拒否していたことが29日、分かった。甲府市子育て支援課や同園によると、昨年2月に「子どもを預かってほしい」と親が園に来た。園はその際、付添人から親がHIVに感染していることを知ったという。園は一時預かりとして、数日間通わせた。しかし、「他の園児や親が知った時、どんな反応をするか分からない」「職員にも正確な知識がなく動揺している」などとして市に相談。市は県などと協議したうえで「私立の保育園で不安があるなら」と、幼児を市内の公立保育所に受け入れた。

## ○遺族の6割、PTSDの疑い

### 11月29日・毎日新聞

薬害エイズで死亡した患者の遺族の約6割に、PTSD（心的外傷後ストレス障害）の疑いがあるという調査結果が29日、日本エイズ学会で発表された。4分の3の親が現在も「血友病患者の子を生んだことに自責の念がある」と頻繁に感じていることも判明。結果として、エイズに巻き込んでしまった後悔が遺族に重くのしかかっている実態が明らかになった。

東京、大阪の薬害HIV訴訟原告団や研究者らの「感染被害者（遺族）生活実態調査委員会」による、遺族の現状と支援のあり方を探るための全国調査。01年に34人に面接、昨年10～12月には392家族にアンケートを郵送し、225家族307人から有効回答を得た（回収率57.4%）。来月に最終報告書をまとめる予定。PTSD調査は、「思い出すと気持ちがふり返す」「怒りっぽい」など22項目に該当するかを質問する計測テストを採用。その結果、59.3%が基準値を超える「疑い例」とされた。委員の大平勝美さん（54）は「大切な人の命を奪われた深い悲しみは癒えない。遺族への更なる支援と、犠牲者の死を無駄にしないよう再発防止策の徹底を求めている」と話している。

## ○保険未加入の治療患者わずか13%

### 11月29日・毎日新聞

外国人のHIV感染者について、厚生労働省の研究班が関東・中部地方の病院来院者を対象に調査したところ約半数が健康保険を持っておらず、その多くが重症になってから来院していたことが分かった。神戸市で29日まで開かれた日本エイズ学会で発表した。エイズ治療拠点病院の15の医療機関にアンケートを送付。99年7月～昨年6月に11病院で初診を受けたHIV感染者137人について回答があった。それによると約半数の68人が健康保険に未加入だった。また、数値が低いほど病状が進行していることを示す「CD4細胞数」は、保険加入している外国人の「254」に対し、未加入者は「99」と顕著に悪化していた。また加入者は、84%が受診を継続。一方、未加入者の受診継続は13%にとどまり、59%が帰国、不明・中断が合わせて24%あった。研究班メンバーの神奈川県労働者医療生活協同組合港町診療所の医師、沢田真志さんは「治療を受けたくても保険がなく治療が受けられない外国人が多い。著しい人権侵害だ。在留資格の有無にかかわらず安心して病院にかかる仕組みを望みたい」と話している。

## ○特許料値引きで合意 エイズ薬で英独の製薬大手

### 12月11日・共同通信二

エイズ治療薬の特許料が不当に高いとして、患者らが西欧の大手製薬二社を訴えていた問題で南アフリカ競争委員会（公正取引委員会）は十日、英グラクソ・スミスクライン社が、通常より安い特許料で他の製薬会社にコピー薬の製造を認めることに合意したと発表した。ドイツのベーリンガー・インゲルハイム社も、近く同じ内容で合意する見込み。合意特許料は南ア国内の総売上高の5%。通常は20～45%が相場という。患者支援組織は「薬価が下がり多くの患者が入手できる」と歓迎している。地元では、特許料値下げの代わりに両社がアフリカでのエイズ新薬やワクチンの開発から撤退するのはとの懸念も出ていたが、グラクソ社幹部は「今回の合意でわが社の研究計画が変わることはない」と否定した。

## ○安部被告の訴訟能力鑑定へ＝弁護団が公判停止申し立て

### 12月16日・時事通信

薬害エイズ事件・東京高裁薬害エイズ事件で業務上過失致死罪に問われ、1審で無罪判決を受けた元帝京大副学長

安部英被告(87)について、東京高裁の河辺義正裁判長は16日、訴訟遂行能力を確認する鑑定を行うことを決めた。弁護団は「鑑定の結果次第で、公判が停止する可能性がある」としている。弁護団は、安部被告が高齢により心神喪失状態にあり、意思の疎通ができないとして、公判停止を高裁に申請。これに対し、検察側は反対の意見を申し立てていた。

### ○検察「帝京大ルート無罪は誤認」…エイズ控訴審初公判

**12月18日・読売新聞**

薬害エイズ事件で業務上過失致死罪に問われ、1審・東京地裁で禁固1年、執行猶予2年の有罪判決を受けた元厚生省生物製剤課長・松村明仁被告(62)の控訴審第1回公判が18日、東京高裁で開かれた。公判では松村被告が危険な非加熱製剤の販売を中止しなかった「不作為」について刑事責任が問えるかが争われ、1審は安全な加熱製剤が承認された1985年末以前の不作為を無罪、以後の不作為を有罪と認定したが、検察側は無罪部分について事実誤認を主張した。検察側は控訴趣意書で「松村被告は85年以前にも、専門家の調査結果などから、非加熱製剤を投与すれば死の危険があることを理解していたことは明らか」と指摘した。これに対し、弁護側は「加熱製剤の承認前も承認後も、いずれも非加熱製剤の危険性は予見できなかった」として、松村被告の全面無罪を訴えた。

### ○エイズ検査「義務化」へ ボツワナ医療機関で世界初

**12月18日・共同通信**

深刻なエイズ禍を抱えるアフリカ南部ボツワナの医療機関で来年1月、HIV検査の「義務化」が始まる。「世界初の試み」(政府関係者)という。エイズの検査と治療が無料にもかかわらず、国民の1割しか検査を受けていないため。公的医療機関で治療を受ける患者は初診の際、体温や血圧の測定と並んでHIV検査を受けることになる。検査を拒めば治療を受けられない。かなりの強硬手段だが、ボツワナでは15-49歳のHIV感染率が国連エイズ合同計画の推計で38.8%(2001年末)と世界最悪で「国家滅亡の危機だ」と訴えるモハエ大統領が決断した。

### ○成人の死因トップはエイズ=心臓疾患、結核が続く-WHO

**12月18日・時事通信**

世界保健機関(WHO)は18日、2003年の世界健康リポートを発表した。それによると、2002年の成人(15-59歳)の死因の1位はエイズで全世界で228万人に達した。2位は心臓疾患(133万人)、3位は結核(104万人)。リポートはエイズについて「南部アフリカでは毎日6000人が死亡、平均寿命を低下させている」などと、深刻な状況を指摘している。

### ○「薬害エイズ」重複感染、6割が肝疾患死

**12月27日・読売新聞**

血液製剤が原因でHIVとC型肝炎ウイルスに重複感染している血友病患者のうち、今年に入って過去最高の9人が、エイズではなく肝疾患で亡くなっていることがわかった。薬害エイズ被害者らで作る「はばたき福祉事業団」が1994年から行っている調査で判明した。エイズ治療の進歩で、死亡者総数はピーク時の4分の1以下にまで激減したが、進行が速い重複感染者の肝炎の治療体制の整備が遅れているのが原因。同事業団では「これ以上悲劇を繰り返したくない」と来年早々、全国で講演会を開き、深刻な状況を訴えるとともに、国にも早急に対策を講じるよう求めていく。

### ○輸血でHIV初感染報告 緊急会議で対応策検討

**12月29日・共同通信ニュース速報**

HIVに汚染された献血血液が日赤の高感度検査で「陰性(感染なし)」として出荷され、輸血を受けた患者がHIVに感染していたことが二十九日、厚生労働省が緊急開催した血液事業部会運営委員会で報告された。日赤が一九九九年に高感度検査を導入して以来、HIV汚染血液がすり抜けて出荷されたのは初めて。厚生労働省と日赤は感染者が確認されたことに衝撃を受け、対応を検討している。関係者によると、この献血者は最近献血に訪れた時、検査でHIV感染が判明。日赤が過去にさかのぼって保管検体を調べた結果、以前の献血時の血液からHIV遺伝子が検出された。日赤が出荷先を調べた結果、この血液は既に患者に輸血されていた。日赤が導入しているのは、HIVなどのウイルスの一部を増幅して検出する核酸増幅検査(NAT)。しかし、献血時検査は五十人分をまとめて調べるため、感染直後でウイルス量が少ないと検出できないことがある。日赤では昨年、HIV感染者の血液がNATをすり抜けた例が一例確認されたが、日赤が保管中に回収し、出荷されなかった。日赤は現在、NATの検査対象を五十人分より少なくする精度向上策を検討している。

## ○エイズ拠点病院、6割が「患者増に対応困難」 本社調査

12月29日・朝日新聞

HIVに感染、または発症する患者が国内で増え続けている。その治療の中軸である拠点病院の6割が「増加傾向が続けば、対応は困難になる」と考えていることが、朝日新聞社の調査でわかった。診ている患者が10人未満の病院では、その3割が、患者の状態に応じて薬を選ぶといった最適治療が難しいと答えた。背景に専門医や診療経験の不足などがあり、人材難と病院間格差が大きき問題になりつつある。

朝日新聞社は治療体制に関する課題を探るため、全国368のエイズ拠点病院（4月現在）にアンケート用紙を送った。28日までに213病院（58%）から回答があった。今後確実視されている受診者の増加に対応できるかどうかについては、17%が「現状でも厳しい」と回答。「今のペースで増えれば難しい」を合わせると58%にのぼる。50人以上の患者を診ている病院では8割がそう答えた。理由は「50人以上の患者がいるが、専門医が2人しかいない」（関東の総合病院）、「日常診療が忙しく、新しい専門知識が必要なHIVの診療についていけない」（西日本の国立病院）など。一方、4分の1の病院が現在は患者を診ていなかった。「10人未満」を含めると73%になる。これまで患者を一人も診たことのない病院も9%あり、患者が都市部の大規模病院に集中する傾向を示した。

治療の中心は飲み薬で、10種類以上の中から複数選んで組み合わせる。感染しても適切な薬を飲み続ければ、エイズの発症を抑えられる。ただし、飲み忘れたり中断したりすると、薬の効かない耐性ウイルスを生む可能性がある。服薬指導やウイルス検査に基づく処方変更など適切な治療が必要だが、患者が50人を超える病院はすべて「可能」と答えた。しかし、10人未満の病院の3～4割は「不可能」「積極的には行えない」といった状態だった。関東の総合病院は「新たな薬が続々と開発され、どう選択したらいいかわからない。専門医の助言を仰ぎたい」。九州の総合病院は「最小限の薬剤しか常備しておらず、適正な抗HIV治療ができない」という。途中で治療をやめてしまった患者がいた病院は45%。「患者の2～3割」という病院も少なくない。理由は、吐き気や下痢といった副作用、服用が面倒、経済的理由など。半数近くの病院が「薬を正しく飲んでいない患者がいる」と答えた。

注：この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。

## 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「PHA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



**7号『在宅看護視察』『社会保障』** 全36ページ  
サンフランシスコ在宅看護視察/障害年金/TG用語集 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 クラミジア 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 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 他

**11号『HIV陽性者のセックスライフ』** 全40ページ  
PWAの恋愛日記 僕たちの場合(1)/A型肝炎解説 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」/B型肝炎解説 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/食事作り/B、C型肝炎解説 他

**14号『免疫学入門(前編)』** 全32ページ  
免疫学講座(前)/日本感染症学会/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/「免疫学講座」(後)/食中毒 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「初級講座」/保健所エッセイ 他

**17号『ピアカウンセリング』** 全32ページ  
ピアカウンセリング/薬害和解の成果と課題/感染症対策 他

※ **22号『障害者認定』『5人の服薬生活』** 全36ページ  
障害者認定は厚生行政を変える一歩/診断書・意見書記入例 他

**23号『障害者認定申請窓口の対応』** 全28ページ  
窓口突撃調査/本来の公衆衛生/コラム「ウイルスは消えない」 他

**24号『南北格差だけではないギャップ』** 全32ページ  
第12回国際エイズ会議(ジュネーブ)報告/ノーピアカプセル(リトナビル)製造一時中止/保健所からのエッセイ 変な診断書(2)/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」/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イ 保健所ってどういうところ?(1)/書籍紹介『ある日ぼくはエイズと出会った〜シミズクンのエイズサポートグループ設立記』/障害者雇用促進法の対象に/コラム「非営利」に関する考察 他

**26号『第12回学会、性感染症学会』** 全36ページ  
第12回日本エイズ学会(東京)レポート/HIV感染被害者の総合基礎調査報告/日本性感染症学会第11回学術大会報告/公衆衛生に働く医師について/東京都衛生局主催エイズボランティア講習会報告/「教科書にはないHIV診療のコツ」/コラム「新しい啓発」 他

**28号『福祉の現場からの報告』** 全28ページ  
HIV感染者の身体障害者手帳取得にまつわる問題と今後の課題/第13回日本エイズ学会(東京)レポート/医師向け特別教育セッション「症例から学ぶHIV感染症診療のコツ」/服薬を支えているものについての研究/思いやり教育/コラム「予防指針に関する雑感」 他



バックナンバーをご希望の方は郵便振替で代金をお振り込みください。郵便振替用紙の通信欄にご希望の号数・部数、郵送先をご記入ください。(1万円以下の場合は同額分の切手でも可)

■料金 1冊250円 ■送料 1冊目190円、2冊目から1冊につき80円加算  
■郵便振替 00290-2-43826 「LIFE AIDS PROJECT」  
■切手送付先 〒100-8691 東京中央郵便局私書箱490号 LAP宛

**30号『横浜文化フォーラム報告』** 全32ページ  
7年目を迎えた市民による市民のためのフォーラム「2000 AIDS文化フォーラム参加報告」/公衆衛生医からのエッセイ「インターネット雑感」/HIV関連インターネット情報/AIDS&Societyフォーラム報告「疫学研究の成果をどう活かすか」/コラム「エイズの時代」 他

**31号『学会報告・分野を越えての交流』** 全28ページ  
第14回日本エイズ学会(京都)レポート/日本性感染症学会第13回学術大会報告/第8回日本HIVカウンセリングワークショップ/公衆衛生医からのエッセイ「サービス利用者の満足は、従事者の満足からはじまる」/コラム「プライバシー権の概念とその限界」 他

**32号『セクシュアリティ入門』** 全32ページ  
木谷麦子「知った気ているあなたのためのセクシュアリティ入門講座」/2001 AIDS文化フォーラム参加記/HIV感染不安者への対応/ボランティア指導者研修会報告/公衆衛生医からのエッセイ「わかりあう」/コラム「感染を知らない自由の尊重が必要だ」 他

**33号『セクシュアルオリエンテーション』** 全36ページ  
入門講座②「セクシュアル・オリエンテーションはどこへ向かうのか」/MSMを対象としたHIV検査会(名古屋)/HIVポジティブの人々を応援するサイト「Positive Street」紹介/エイズ学会報告/「自分のことを自分で決めるのは難しい?」/コラム「血液-高まる危険性」 他

**34号『プリベンション・ケースマネジメント』** 全32ページ  
HIV感染予防介入策としてのプリベンション・ケースマネジメント(PCM)/公衆衛生医からのエッセイ「“かいた”ということ」/セクシュアリティについてよく知らない人に話すときのココロエ/薬害エイズ裁判和解6周年記念集会/コラム「患者会のあり方に関する提言」 他

**35号『名古屋のゲイコミュニティとHIV』** 全40ページ  
ANGEL・LIFE・Nagoya河村氏の活動報告/厚労省検討会/患者さん、医療者へ。3つの視点から情報発信/2002 AIDS文化フォーラム参加報告/プレカブ神戸2002報告/ヘテロ(異性愛者)がどうしてセクシュアリティのことをやるのか/コラム「エイズ・ノイローゼ」 他

**36号『フィリピン共和国における疫学』** 全36ページ  
フィリピン共和国におけるHIV/AIDS流行の疫学/2002年度ボランティア指導者研修会/宇田川フリー・コースターズから見るセクシュアリティ/季刊「にじ」/公衆衛生医からのエッセイ「spiritual health考」/第16回学会/コラム「SARSはエイズパニックの再来か」 他

**37号『警視庁 HIV感染者解雇訴訟』** 全44ページ  
警視庁の敗訴確定-原告の手記/検査をしてもいい職種はあるのか/家西悟氏の目指す社会/セックスレスから考えるセクシュアリティ/携帯電話割引引きへの要望と回答/公衆衛生医からのエッセイ「道徳を超えて」/2003文化フォーラム/山元泰之医師インタビュー 他

※22号は無料送付しています。

▼この掲載された「号」は品切れです。▼定期購読された方は会費をきくは送料送付料をお振り込みください。詳しくはXIIページをご覧ください。