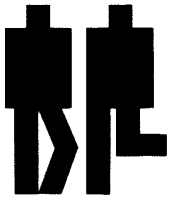
LAP

Life AIDS Project

NEWS LETTER

Vol.39 2005.5.

LAP Positive TALK 2005-2006



時間限定で
じっくり、
話してみたい

「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、自分の話にしっかりと耳を傾けてもらう場として、無料・匿名で行われる当事者限定の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、講師の話を聞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・患者ご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いています。LAPスタッフが司会・進行をさせていただきます。「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・場所は? 費用は? 申し込みは?

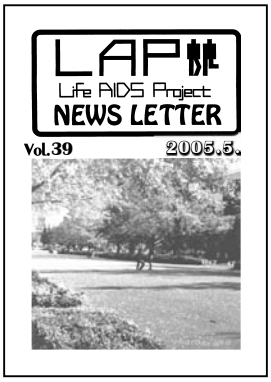
2005年6月20日〜2006年3月まで、19時から都内の貸会議室で行います。日程は決まり次第、ホームページに掲載するほか、LAPホットラインでもご案内させていただきます。

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/
http://www.lap.jp/ptalk/k/

LAPホットライン・エイズ電話相談
03-5685-9644(毎週土曜日午後4時〜7時)

主催: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 URL http://www.lap.jp/ E-mail talk◎lap.jp



Life AIDS Project News Letter Vol.39-PDF

病気の基礎知識・治療ガイドライン・副作用のあれこれ
当事者に役立つ医療講座・初級編 ［日笠　聡］ **4**
免疫って何?、HIVのライフサイクルと薬の効果、副作用への対処方法

ゲイの人たちの手で運営されているdrop in station
コミュニティスペースdistaの活動について **20**
設立の背景・経緯、事業目的、機能 ［辻　宏幸］

セックスをより一層楽しめる可能性
気持ちのいいセーファーセックスのすすめ **25**
アダルトビデオ視聴者の勘違い、フェラチオ専用グッズ ［草田　央］

公衆衛生医からのエッセー
直言「勝ち組・負け組はもうやめませんか」Part1 **29**
一見ありがたく見える混合診療、競争原理と採算 ［JINNTA］

全国のHIV/AIDS関連団体が参加
2003・2004年度ボランティア指導者研修会参加報告 **32**
エイズをどう伝えるか、HIV/AIDSの今日的課題とコミュニティの役割

過去最高の参加を記録した「市民のフォーラム」
「2004 AIDS文化フォーラムin横浜」参加報告 **38**
飯島愛、出前授業、ネットワーキングパーティ、夜回り先生

LAPホットライン・エイズ電話相談案内 **30**

LAP入会案内 **31**

HIV・エイズ関連ニュース **42**
LAPニュースレターバックナンバーのお知らせ **48**

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 シミズシゲノリ」
［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bk1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
amazon.co.jp　Online Book Store bk1

病気の基礎知識・治療ガイドライン・副作用のあれこれ

当事者に役立つ医療講座・初級編

兵庫医科大学病院 医師 日笠 聡

どうもみなさん、こんにちは。兵庫医大の日笠といいます。初級編ということで、もうご承知の方にとってはつまんないかもしんないですけど、とりあえずお話をさせていただきます。

お話しする内容は病気についての基礎的なお話ですね。あとは、治療のガイドライン（治療の手引き）に関すること、最後に少しだけ副作用のことをお話しします。

基礎講座ですので、病気のことを説明するのに『My Chiocce & My Life』という冊子に書いてあるようなことをお話ししようと思います。ここに書いている図のオリジナルは私が作ったので、一応それを使ってお話をしようと思っています。

病気についての基礎知識

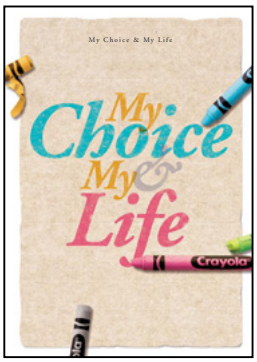
免疫っていうのは何か？

AIDSという病気の話ですが、日本語では「後天性免疫不全症候群」**【図表1】**という名前なんですけども、この名前を見てですね意味がパッと分かる人はまあ、医療従事者だけだと思います。

後天性とは「生まれつきじゃない」ということです。生まれつきの病気は先天性といいます。生まれつきじゃない病気で、免疫っていうのがおかしくなる病気、という名前がついているわけですね。

じゃあ、その免疫っていうのは何か？ まあ平たくいうと、細菌とかウイルスとかカビとか、病気の元になる病原体、病気のもとになるバイ菌に対して抵抗する力、というのが免疫なんです。私たちは普段、生活している上で、あらゆるところ、外にもこの部屋の中にも、机の上にも、いろんな細菌とかウイルスとかカビとかがついているわけですね。消毒して全部、

HIV感染症「治療の手引き」第8版
http://www.hivjp.org/



My Chiocce & My Life
http://www.hivcare.jp/

※この記事は2005年2月11日に開催された「LAP Positive TALK講習会 当事者に役立つ医療講座・初級編」を再構成したものです。

[図表2] AIDS診断の指標疾患

A. 真菌症
1. カンジダ症（食道、気管、気管支、肺）
2. クリプトコッカス症（肺以外）
3. コクシジオイデス症
4. ヒストプラズマ症
5. カリニ肺炎

B. 原虫症
6. トキソプラズマ脳症
7. クリプトスポリジウム症
8. イソスポラ症

C. 細菌感染症
9. 化膿性細菌感染症
10. サルモネラ菌血症
11. 活動性結核（肺結核又は肺外結核）
12. 非定型抗酸菌症

D. ウイルス感染症
13. サイトメガロウイルス感染症（肝、脾、リンパ節以外）
14. 単純ヘルペスウイルス感染症
15. 進行性多巣性白質脳症

E. 腫瘍
16. カポジ肉腫
17. 原発性脳リンパ腫
18. 非ホジキンリンパ腫
19. 浸潤性子宮頸癌

F. その他
20. 反復性肺炎
21. リンパ性間質性肺炎/肺リンパ過形成：LIP/PLH complex
22. HIV脳症（痴呆又は亜急性脳炎）
23. HIV消耗性症候群（全身衰弱又はスリム病）

※症状等に「生後1ヶ月以上」「1ヶ月以上続く」「多発」などの条件がつくものがあります。
※詳細はこちらをご参照ください。http://api-net.jfap.or.jp/mhw/document/doc_01_17.htm

[図表1] AIDSとHIV

Acquired	**後天性**	…生まれつきじゃない
Immuno-	**免疫**	…病原体に抵抗する力
Deficiency	**不全**	…その力がおとろえてくる
Syndrome	**症候群**	…いくつかの症状がともなって起きる病気

Human	**ヒト**
Immunodeficiency	**免疫不全**
Virus	**ウイルス**

滅菌しないとそういうのが消えない状態であるわけですが、普段、私たちがその病原体に感染をして、体の調子が悪くなるっていうことはまあ、ふつうはありません。が、その免疫不全という免疫がおかしい状態になると、病原体が体の中に入ってきたときに、普段、私たちがかからないようないろんな症状が出るようになります。

後天性免疫不全症候群という病気の原因は「ヒト免疫不全ウイルス」。HIVという略号がついていますけど、このウイルスに感染をすると、最初、インフルエンザのような症状が出るといわれています。熱が出たり、関節が痛くなったり、湿疹が出たり、リンパ腺が腫れたり、そういう症状がいろいろ出るわけですね。でも、これは数週間のうちにまあ、一応、治って、あとはとりあえず何も症状がない時期が来ます。何も症状がない時期というのは、2年から15年以上といわれていますが、もっと長い人もいます。とにかくこの間は何も症状がないので、みなさんはふつう通り、仕事をしたり、学校に行ったりして日々を過ごすわけです。

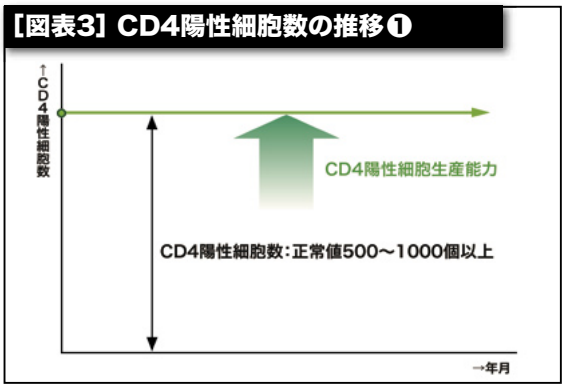
この間、自分で分かるような症状、どこかが痛いとか、苦しいとか、しんどいのはあんまりないんですけど、体の中ではだんだん免疫という力がおとろえてきて、ある一定以上おとろえると、特定の症状が出てきて、AIDSということになります。

HIV感染症とAIDSの違い

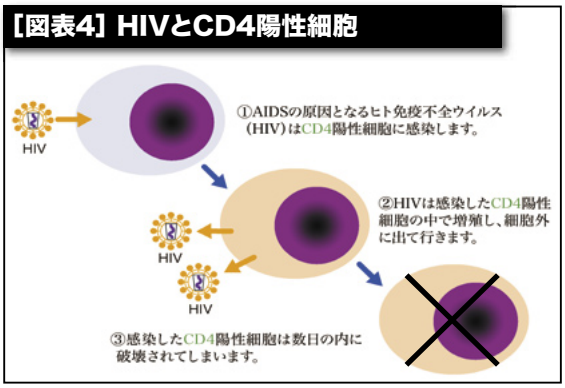
で、感染してるだけの人の病気の診断は「HIV感染症」になります。まあ、世の中一般の人も、医療従事者も専門外の人はたいがいこの区別がついていなくて、AIDSと呼ぶ人が多いんですけど、感染してるだけの人はあくまでもHIV感染症という診断名に

なります。ＡＩＤＳという診断名がつくのは感染していて、抵抗力がおとろえていて、何らかの指定された特別な症状が出ている人のことをいいます。感染していて抵抗力がおとろえているだけの人もやっぱりＨＩＶ感染症。感染して抵抗力がおとろえていて何か症状が出ているけど、それが指定された特定の症状ではない場合はやっぱりＨＩＶ感染症の患者さんという診断になります。

[図表3] CD4陽性細胞数の推移❶



[図表4] HIVとCD4陽性細胞

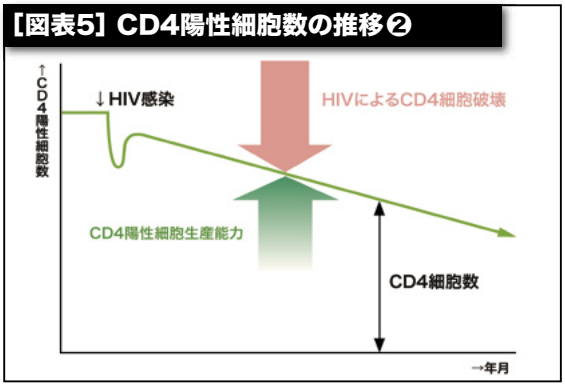


診断のための指標疾患【図表2】は23個あり、この病気になったら初めてＡＩＤＳという診断がつきます。どんなに調子が悪かろうとも、この23個の病気じゃなかったらＡＩＤＳじゃない、ということになるわけです。

白血球、リンパ球が病気に対する抵抗力の源

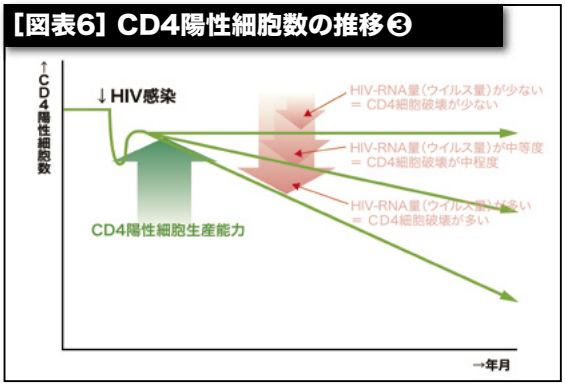
免疫という力に関して、じゃあ体の中で何がその役割をしているかというと、主に血液の中に流れている白血球、あるいはリンパ球というような細胞が病気に対する抵抗力の源です。この白血球とかリンパ球とか呼ばれる細胞の中には、いろんな種類があるんですけど、その中の一つにＣＤ４陽性細胞[※1]という名前のついた細胞があります。ＣＤ４細胞とも呼びますけど、リンパ球という細胞の一つの種類です。他にも免疫の細胞はいっぱいあるんですけどね。

[図表5] CD4陽性細胞数の推移❷



ＣＤ４陽性細胞は血液を採って調べるとだいたい１マイクロリットルの中に５００個から１０００個ぐらいあります。勘定すると、この細胞は常に５００個から１０００個がずうっと長い間生きていて、それがずうっと流れてるわけじゃありません。古い細胞は死んじゃうし、新しい細胞はどんどん生まれてくる。生まれてくる細胞と、死んでいく細胞がだいたい同じだから、血液の中には常に

[図表6] CD4陽性細胞数の推移❸



※1 CD4陽性細胞 —— 白血球の中の、リンパ球の一種であるヘルパーT細胞のうち、CD4という目印のある細胞。免疫の中心的役割を果たしている。CD4陽性とはCD4という目印があるという意味。

同じぐらいあるということです。

【図表3】HIVはCD4陽性細胞に感染し、増殖する

HIVというウイルスはこのCD4細胞にまず感染する性質を持っています。感染すると中で増殖して、この細胞の中からもとのウイルスの子どもが生まれてきます。で、感染した細胞は子どもを生んでいくわけですけども、何日か経つと死んじゃう。感染していない細胞の寿命よりもはるかに短い時間で死んじゃうということになります。【図表4】

ですから、感染した細胞から次々にウイルスの子どもが生まれて、次の細胞に感染して、また次々子どもを生んでいくわけですが、ふつうの寿命より短い間に死んじゃうので、ウイルスが感染し続けている限り、CD4細胞がずんずん死んじゃう。ふだんより早いスピードで死んでいく、ということになります。

私たちの体はふつう通りCD4細胞を毎日作ってるんですけど、HIVに感染して死んじゃう細胞が増えれば増えるほど数が減っていく、作るスピードよりも減るスピードの方が速くなるので数が減っていく、ということになります。【図表5】

CD4細胞数は今の体の抵抗力を表す数字

みなさんが病院に出掛けていって血液を採って、CD4細胞の数を検査してもらっていると思いますけど、その値というのは、検査をした日の時点で、体の中の抵抗力がどれぐらい弱くなっているのか、あるいは弱くなっていないのかを表す数字になります。

500個より少なくなってくると、まあちょっと抵抗力が弱くなりつつあるということです。でも450と500はほとんど差がありません。200個ぐらいになると抵抗力がおとろえてきましたよ、ということになります。もっと下がって100個になるとかなり免疫の力が弱いということになります。ゼロ個の人も、1個の人もいます。こうなると非常に抵抗力が弱いということになります。

AIDSを発病する可能性がだんだん高くなってくるのは200個より下のところです。300個ぐらいではふつうあまり発病することはない。でも、200個以下になったら絶対発病するというわけではありません。50個でも発病していない人もいるし、20個でも発病せずに済んだ人もいます。

ウイルス量はCD4細胞の減少速度の目安

CD4細胞数は今の体の抵抗力の状態を表す数値ですけど、このCD4を減らす力、どのぐらいのスピードでCD4が減っていくかというのをだいたい表す数字をHIV-RNA定量検査というもので計れます。HIVのRNA量はウイルス量ともいいます。

このウイルス量と呼ばれる検査、人によって多い人もいるし、少ない人もいます。少ない人は、ウイルスがCD4細胞を壊すスピードが遅い、壊れていく細胞が少ないということですから、多少、一生懸命CD4を作れば充分、減る分は補えるわけです。

ウイルスの量が中ぐらいになってくると、まあ、それなりにCD4が感染によって壊れていくので、同じ力で一生懸命CD4を作っていてもやっぱり追いつかなくて減っていく。

ウイルス量がとっても多い人はCD4を壊す力がとても強いのでどんどんCD4が壊れていって、作っても作っても追いつかないから数が減っていくということになります。【図表6】

ウイルス量は人によって少ない人も多い人もいますけど、多い人というのはだいたいまあ10万を超

えた時、10万とか100万の単位の場合です。1万の桁の人、1万とか5万とか7万とかの人はまあ真ん中ぐらい。千より下は少ない。9千とか8千も少ないと思っていただいたら結構です。

まあ、100万ぐらいある人はウイルスの量が多くて病気の進行が早くなります。2万とか3万位の人はウイルスの量が真ん中ぐらいですので、病状の進行はゆっくりですけども、まあやっぱり進む。ウイルスの量がとても少ない人、5千とか千とか、あるいは700とか、50とか、とても少ない人はCD4が減るスピードは遅くて、病気の進行は遅くなります。

どうしてウイルス量によって進行のスピードが変わるのか

どうしてウイルスの量で病気のスピードが変わるのか。ちょっと専門的になりますけど、このHIVというウイルスが体の外からやってくるとCD4に感染するわけですが、その感染した細胞からどんどんHIVの子どもができてくる。で、新しくできたやつはまた次のCD4に感染して、ここからまた新しい子どもができます。感染しちゃった細胞はものすごいスピードで死んでいくわけですが、死ぬ前にまた新しい子どもをどんどん生み続けることになります。血液の中にでき上がったウイルスというのは、私たちの体が頑張って、毎日毎日、できあがった分と同じぐらいは体の外へ排除、除去してくれています。殺してくれてると言ってもいい。ただ、数がとても多い。1日100億個のウイルスの子どもが生まれますので、100億個なんとか頑張って私たちの体がそれを殺してくれてるんですけど、なんせ相手が100億もいますので、一部はそれをすり抜けて新しい細胞に感染することになります。

血液の中のウイルスの量を測るということは、血液中にわいて出てきたウイルスの子どもの量を勘定していると思っていただいたら結構です。ウイルスの多い人はHIVが新しく感染するCD4細胞が多いということから、毎日毎日、HIVが感染しちゃって死んでいくCD4細胞がとても多いということになります。逆にウイルスの量が少ない人はHIVが新しく感染するCD4細胞が少ないので、毎日毎日、壊れていく細胞も少ない。だから死んでいく細胞も少ないということになります。CD4細胞を中心にしてウイルスがどんどん増殖していきますが、中には他の細胞にも一部、感染しています。

ともかく、ウイルスの量が多い人はCD4の下がりが早くて、真ん中ぐらいの人はCD4の下がり具合がゆっくりしてて、少ない人はCD4の下がりはない、ほとんど病気は進行しないということになるわけです。

HIV感染症の治療

CD4数、ウイルス量をもとに治療方針を考えていく

CD4の数を測れば、今、みなさんがどれぐらい体の抵抗力があるかがだいたい分かります。ウイルス量を測れば、みなさんの病気のスピードが速そうなのか遅そうなのかが分かります。これを外来に来ていただいた患者さんには、私たちはいつも検査していて、これをもとに治療をどうしていくか考えていくことになります。

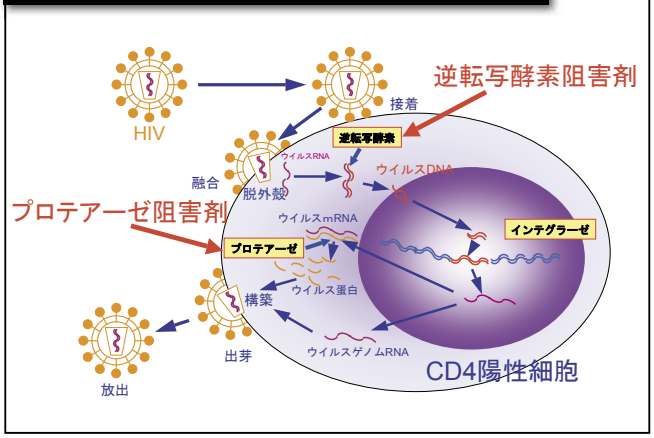
CD4を作るスピードとは人によって多少、違いがあり、たくさん作れる人とあんまり作れない人とがいるので、ウイルス量が病気の進行を全部決めてるかというとそうではなくて、多少、個人差はありますが、一番大きく病状の進行に影響を与えているのはウイルス量ということになります。特に病気の進行がどんどん進んでいく

と、CD4を作る力自体、根本的なCD4の種自体がなくなってくるのでなかなか回復のスピードも遅くなります。一応、平均的な数値を見ると、感染してから発病するまで平均はだいたい10年です（無治療の場合）。100人の人が今日、感染したら2015年までに50人が発病して、残りの50人はまだ発病していないというような感じになるんですね。

HIVのライフサイクルと薬の効果

今、私たちはこのウイルスに対する薬をたくさん使っています。種類はどんどんどんどん毎年、新しい薬が出てくるので、今、20種類を超えた薬が日本で使えます。で、この薬っていうのはどういうところに効いているかというのをお話しするためにこのHIVのライフサイクルというのをお話しするんですが、ウイルスというのは外からやってくるとCD4細胞にまずぺちゃっとひっつきます。ひっつくと中にめり込んでいくんですね。見たわけじゃないんですけどね。めり込むらしいです。めり込んでいくと中の遺伝子が出てきて、その遺伝子を逆転写酵素というウイルスの持つ酵素を使って複写します。複写した遺伝子が私たちのCD4の細胞の中の遺伝子に組み込まれるわけです。で、組み込まれた遺伝子からウイルスの子どもを作る遺伝子がわいて出てきて、あるいはその遺伝子からウイルスの外側の殻を作る遺伝子が出てきて、プロテアーゼという酵素を使って外側の殻を作ります。外側の殻の中にウイルスの遺伝子を入れて、外へ出てきたら新しい子どもになる、ということになるわけです。【図表7】

【図表7】HIVのライフサイクルと薬の効果



現在の薬はウイルスの増殖を止めるための薬

私たちが今、使っているお薬というのは、ウイルスの増殖を止めるために逆転写酵素というのを働かないようにする薬と、プロテアーゼという酵素を働かないようにする薬です。ですから、私たちが使っているお薬は血液の中に出てきたウイルスの子どもを退治する、殺す薬ではありません。あくまでも次の子どもが出てこないようにする薬です。次の子どもが出ないようにすると、もうできちゃったやつは、なんとか自分の力で、私たちの体の力で退治を一応はしてくれます。だから子どもさえできないようにすれば、できちゃったやつはいずれ死んじゃう。死んじゃうと新しくHIVが感染するCD4細胞はもうなくなるわけですね。新しく感染する細胞がないということは、もう感染してしまったCD4細胞は寿命が何日かで死んでしまうので消えていきます。そうすると同じペースでCD4細胞を作っていれば、もう死なないで済むわけですから、数が増えていくことになります。

ですから、今、HIVのお薬を飲んで治療を開始すると血液中のウイルスの量をものすごく少なくすることができます。そうすると同じスピードでCD4を作っていると減る量が少なくなるので、C

D4は増えていく、というのが治療の理論になるわけです。

きっちり治療をすれば今、50以下という検査では見つけられないぐらいまでウイルスを減らすことができます。ただし、十分じゃない治療の場合は薬が効かないウイルスがわいて出てきて、ウイルスがまた増えてしまうというケースがありますので、思いきり強力な治療をする必要があるわけです。

HIVを体内から消し去るには約60年かかる

この治療をずっと続けていくと、最終的には、HIVが感染した細胞もいずれ寿命が尽きて死んでしまいます。新しい細胞に入れかわったときにはその細胞は感染していない状態になるわけですので、ここまで来たら、ひょっとしたら薬を止めても体の中にはウイルスは一粒もないし、感染した細胞、ウイルスの子供を生む力のある細胞も一つもないということになるので、ここまでこれれば治ったという状態が理論的には来るはずなんです。理論的にはです。

ただ、残念ながら、HIVが感染していて、ウイルスの遺伝子を抱えたままずっと生きてる細胞というのがリンパ腺の奥の方にあるというのが分かって、密かにウイルスの遺伝子を抱えたまま生きている細胞の寿命（半減期）がだいたい4〜5年はある、と言われるようになりました。そうすると、長く遺伝子を抱えたまま生き続けている細胞が全部、体の中から、寿命が尽きて死んでしまって新しい細胞に入れかわるまで、全部考えると、60年ぐらいかかる。薬を止めても、もう体の中にはウイルスは一粒もいないし、ウイルスの遺伝子も一粒もないという状態を達成するには、今のところ60年ぐらいかかるということが分かっています。したがって、今の治療薬ではだいたい一生、という長い時間、HIVを体内から完全に消し去ることはできません。検査では見えないようになるけど、体のどっかにウイルスの遺伝子を抱えた細胞が残ってしまうということです。だから、治療としてはウイルスが少なくとも検査できないぐらい少ない状態をできるだけ長い間、維持することで、病気の進行を阻止するのが今の治療、ということになるわけです。

三つ、四つの薬で強力に治療するのが原則

無症状の間でも、治療を全くしなければ、CD4を作り続けるスタミナがだんだん切れてきて、息切れしてきて、もう作れなくなってくるとCD4は減ってきて、病気が発病するということになるわけです。ですから治療というのは、Hit HIV early and hard（早く強力にHIVをたたく）という標語があるんですが、HIVを早いうちから、症状が出始めるより前に、頑張って薬を使って増殖を抑えることが基本的なスタンスになって、そのためには強力に治療しないといけません。強力というのは、薬が20個以上ありますけども、その中の三つか四つぐらいを使って一気に治療しましょう、というのが原則になります。

治療開始の推奨時期は今は「200を切る前」

今、治療の推奨基準、治療を始めるにふさわしい時期というのはどこか、というのはだいたい「CD4が200個を切るよりも前」です。発病しそうになるより前に、350から200の間に治療開始を決めるということですね。人によっては300の人もいるでしょうし、220で決断する人もいるでしょうし、まあいろいろでしょう。少なくとも400で始める必要はない、200を切ったらやっぱりあんまり悠長なこと言うてないでさっさと薬を飲みましょう、ということになる。200より手

前で始めるのが原則です。

薬が効かないウイルスが出てくる仕組み

先ほど、強力に薬を三つ、四つ使ってというお話をしましたけど、なんでこんな必要があるかというのをこれからお話しします。

このウイルスはどんどん1日100億個も増殖するわけですけども、増殖のたびに、一定の確率で突然変異をしたウイルスが生まれます。で、また増殖すると一定の割合でまた突然変異をしたウイルスが生まれます。突然変異をしたウイルスというのは、まあ、聞こえはだいぶ恐ろしげに聞こえるんですけども、基本的には体の機能が充分じゃないウイルスです。本来の姿が一番強い。突然変異をしたウイルスにはなんか弱みがある。感染する力が弱いとか、病原性が弱いとか、増殖する力が弱いとか、いろいろです。ただ、特別の条件の中では、妙に才能を発揮して強くなる場合があります。たとえば、HIVの増殖を抑える黄色い薬を飲んでいる時、当然、増殖は抑えられてウイルスは子どもを作ることができないんですけども、突然変異をした黄色のウイルスだけは、この黄色い薬の中で増えることができる。こういう才能を身に付けている場合があるんです。同じように青い薬を飲んでいるときは、ふつうは増殖できないはずなんですけど、青いウイルスだけはなぜかしら増殖する力を持っている。赤の中では赤だけ増殖する力がある。こういう性質を身に付けることがあるんです。

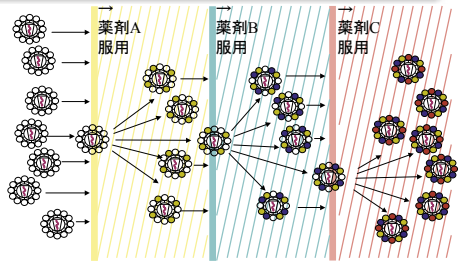
だから、たとえばまず一つだけ、黄色い薬を飲んでもらいましょう、ということで飲み始めると、確かに最初は効くんですけど、中に黄色いウイルスが生まれてしまうと、このウイルスは黄色い薬が効かないウイルスですので、どんどん増えちゃう。薬が効かなくてどんどん増えると免疫がまただんだん悪くなってしまうことになります。じゃあ、青い薬に変えましょうか、ということで変えると、最初は効くんですけど、やっぱり、青い突然変異が出てくると効かなくなる（黄色＋青）。効かなくなったから赤い薬に変えると最初は効くんですが、赤い突然変異が出てくるとやっぱり効かなくなる（黄色＋青＋赤）。**【図表8】**

ここまでくると、じゃあ最初に戻ってまた黄色い薬を飲んでもらいましょうか、ということになっても、体の中のウイルスには黄色い色がついてますから、黄色い薬は効かない。黄色と青と二ついっぺんに飲んでもらいましょうと言っても効かない。全部飲んでも効かない、というのがたくさん色の付いたウイルスです。

3種類なら1万分の1の3乗で1兆分の1に

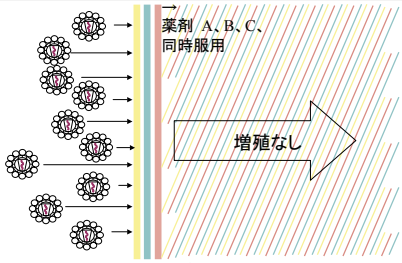
これを最初から全部、薬を3種

[図表8] 薬を一つずつ飲んだ場合



抗HIV薬を1つではHIVの増殖を抑制する効果が不十分です。
このため抗HIV薬を1つずつ順番に変更していくと、それぞれの薬剤が効かない薬剤耐性ウイルスの増殖を招きます。

[図表9] 薬を三ついっぺんに飲んだ場合



数種類の薬剤を同時に併用する事によってHIVの増殖は強力に抑制されます。
しかも薬剤耐性ウイルスの出現も予防できます。

類飲んでもらうとすると、ＨＩＶの増殖を抑える薬を三つも飲みますので、増殖する力がほとんどなくなります。【図表9】

三つの薬を飲んでいる状況の中で生き残れるウイルスがあるとすれば3色入ったウイルスだけです。黄色いウイルスが生まれても、青と赤の薬が効いているので増殖できない。黄色と青のウイルスが生まれても赤い薬が入っているので増殖できない。三つの色が入ったウイルスだけが増殖できる。

突然変異のウイルスというのはだいたい1万個に1個ぐらい生まれるんですけども、真っ白なウイルスから3色、3種類の突然変異を一気にしたウイルスが生まれる確率は、黄色い突然変異が生まれる確率1万分の1×青い突然変異の確率1万分の1×赤い突然変異の確率1万分の1、ということでとても数が少ない（1兆分の1）。薬を何種類も飲んでいると薬が効かないウイルスがとても生まれにくくなるということになります。だから薬は3種類以上使いましょうというのが基本になります。

どのくらいの期間、薬が効くのか？

で、どのくらい効くかというと、昔、薬が1個しかない頃は患者さんに薬を飲んでもらうと、ＣＤ４はだいたい1ヶ月後に40個ぐらい増えて、半年もすれば元に戻っていたわけです。薬が増えてきて、じゃあ2個いっぺんに飲んでもらってた時期はだいたいＣＤ４は70個ぐらい増えるんですが、半年もすればやっぱりまた減ってくるわけです。三つ以上の薬を飲むとＣＤ４は１５０個以上増えて、それがずっと維持できることが証明されています。

どのくらいウイルス量が減るのか？

ウイルスの減少量で見ると、一つの薬ではウイルスが10の0.5乗ぐらい下がる（約1／3）。二つの薬では10の1.5乗ぐらい下がる（約1／30）。三つの薬を飲むとウイルスは10の2.5乗以上、下がります（約1／300）。

病気の進行が早い人は10万個、１００万個ウイルスがいると言いましたけど、１００万個のウイルスというのは10の６乗個ですから、10の2.5乗を引くと10の3.5乗（約３０００個）になります。すなわち、ウイルスの量が真ん中ぐらいの人になるわけです。ウイルスの量が真ん中ぐらいになるということは単純計算で、病気の進行がゆっくりした人にかわるということを意味しています。

ウイルスの量が真ん中ぐらいの人はだいたい1万とか5万とか言いましたけど、だいたい10の4乗ぐらいです。そこから10の2.5乗を引くと、10の1.5乗になり、ウイルス量が１００とかそれ以下という

【図表10】ウイルス量の換算表

コピー /ml	ログ（10の何乗か）
1,000,000	6.00
700,000	5.85
500,000	5.70
300,000	5.47
200,000	5.30
100,000	5.00
70,000	4.84
50,000	4.70
30,000	4.48
20,000	4.30
10,000	4.00
5000	3.70
3000	3.48
1000	3.00
400	2.60
50	1.70

※乗数はgoogleでも計算できる。たとえば「10^2.5」と入力し検索すると「316.22…」と表示される。http://www.google.co.jp/

※ウイルス量の変動は次のように表記される場合がある。

0.5ログ減少→　約1/3に減少
1.0ログ減少→　1/10に減少
1.5ログ減少→　約1/30に減少
2.0ログ減少→　1/100に減少
2.5ログ減少→　約1/300に減少
3.0ログ減少→　1/1000に減少
3.5ログ減少→約1/3000に減少
4.0ログ減少→　1/10000に減少

ことになりますから、ウイルスがとっても少ない人にかわります。

今、一番強力な治療をするとウイルスの量は10の2.5乗以上、3.5乗とか4乗とか下がります。そうすると、たとえ病気の進行が早いと思われていたウイルスの多い人も、単純計算で遅い人にかえられるし、遅い人は進行しない人にかえることができる。それが今の治療の効果です。

治療にはいいことが沢山あるが上手くいかない人もいる

この治療のおかげでアメリカではAIDSを発病する人、発病して亡くなる人は1995年を境に激減しました。日本もそうです。従って、今のお薬を使って、症状がない時期から治療を開始するということに関してはとてもいいことが沢山あります。ウイルスが増殖できないし、薬が効かないウイルスはできない。だからウイルスの量が減って、おかげで免疫不全に進行しなくなって、AIDSを発病しなくなって寿命が延びるというようなことがメリットになります。

しかしながら、残念ながら、どの患者さんも全部、今の治療薬で上手く治療ができるかというとそうでもない。上手くいかない人もいます。上手くいかない人っていうのはどういう人かというと、薬が効かないウイルスがどんどん増えて来て、薬を飲んでいるんだけど効かないというような人が、上手くいかない人ということになるわけです。

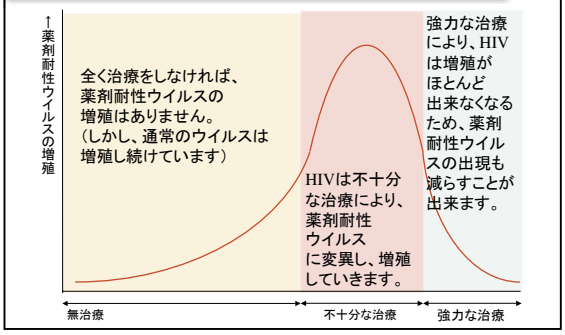
薬が効かないウイルスが出てくる仕組み②

じゃあ、どうして薬が効かないウイルスがいっぱいわいて出てくるかというと、ウイルスが突然変異をする性質をもともと持っているということが一つあるんですけども、薬の効き目が悪い時にそうなります。薬の効き目が悪いときというのはだいたい血液の中の薬の濃度が低いときです。血液の中の薬の濃度が低くなる最大の理由は、薬がちゃんと飲めていないことです。

薬を飲んでいる時は当然、薬が血液中を流れているわけですけど、永遠に流れるわけではなく、次の薬を飲む頃にはだんだんなくなってきているわけです。ずうっと毎回忘れずに飲んでいる人は血液の中に十分な薬が流れている状態を維持することができるので、ウイルスは増殖しなくなるわけですが、飲んだり飲まなかったり、飲んだり飲み忘れたり、飲んだり時間が遅れたりすると薬の血液の中の濃度が低い時間帯ができてウイルスが増殖する、と。中途半端に薬を飲んでいると、薬が中途半端に流れている時に適応したウイルス、すなわち、薬があっても増殖する力があるウイルスが生き残っていく、それがどんどん増えていくということになります。

薬が効かないウイルスが増えちゃった人になっちゃうと、そっから使う薬が何もない、どの薬も効かないということもまあ、あり得るわけです。薬が効かないウイルスは、薬を全然飲んでいない時にはあまり出てきません。全く薬を飲んでいないときに薬が効かないウイルスが突然出てくることはあまりありません。一方で、薬を完璧に、全部忘れずに飲んでいる

[図表11] 薬剤耐性ウイルスの増殖



状態の人に薬が効かないウイルスがわいて出てくることもあまりありません。一番、薬が効かないウイルスが出やすいのは時々忘れるとか、よく忘れるとか、そういう状態の時です。【図表11】

生活に合わせて薬の飲み方を決めていく

薬がちゃんと飲めないという状態は医療従事者と患者さんの間でなんとか、飲める方法を相談しあって、忘れないようにする解決方法を見つけていかないといけない。医師はまあ、朝晩薬を飲んでくださいね、というふうによく薬を出しますが、昼間働いて夜は寝てるという生活をしている人ばかりではありません。夜勤があったり、三交代勤務だったり、夜は接待で忙しかったりもします。皆さんがどんな生活をしているか、いろんな都合を聞いた上で、その人が一番飲みやすい時間帯にどういうふうに薬を飲んでいくかを相談して決めていって、治療を考えるという必要があるんです。

薬は95%以上ちゃんと飲んで欲しい

どれぐらい飲んで欲しいかというと、とりあえず95%以上、ちゃんと薬を飲んで欲しい。95%以上ちゃんと薬を飲むということは、朝と晩、1日2回薬を飲むチャンスがあるとすると10日に1回ぐらい忘れるのはまあ、なんとか我慢できますが、それ以上は忘れないで欲しい。1週間に1回とか2回以上忘れると、半分以上の確率で薬が効かないウイルスがわいて出てきてしまいます。

薬を早い時期から飲むのはなかなか難しい

ですから、治療は上手く続けるのが難しいんですね。早く始めたらいいことはいっぱいあるんですが、CD4がたとえば400とか450ある頃から始めないといけないかというと、そうも言えない。早くから薬を始めると副作用が出てしんどかったり、飲むのが不便だったり、長い間同じ薬を飲んでいるとどんな副作用が出るかまだよく分かってない。さらに、上手く治療がいかなかった場合は薬が効かないウイルスが早く出来てしまう。そうすると将来、体の状態が悪くなって薬が効いて欲しい時に使う薬が減っていく。あるいは薬が効かないウイルスを持った人が別の人にそのウイルスをうつすような出来事があったら、うつされた人は最初から薬が効かない。

ですので、薬を飲むのはまあ、早い方がいいんだけど、なかなか早くから飲むのは難しい。治療を実行すると、患者さんは長い間ずっと、飲み方が難しかったり、色が毒々しかったり、味がまずいとか、粒がでかいとか結構、飲むのに苦労する薬、副作用がいっぱい出る薬を忘れずに、95%以上ずうっと飲んでもらわないといけない羽目になります。

一方、患者さんとしてはもともと症状がないので、どうも薬を飲むのが忘れがちになりやすい。頭が痛い時に頭痛薬を飲むのは簡単ですし、症状があるときにその症状を治す薬はだれでも飲める。けど、症状がない時に忘れずに薬を飲むのはなかなか難しい。薬を飲んでも、体の調子が良くなったという感触もない、いつまで続けるか見通しはない。

若い人も多いですので、拠点病院というような大きな病院がやってる時間帯、ウイークデイの午前中に病院に行くという作業は結構、難しい。会社を休んでいかないといけないとか、有給休暇を取っていかないといけないとか、いろんな苦労がある。お金がかかったりする。

あるいは病気のことをお話ししていない人の前ではなかなか薬は飲めないというのも難しい理由になります。日本人は親切なので、

お友達が目の前で薬を飲んでいると、つい、どこが悪いの？　って聞いてしまう習性があります。まあその人は別に、悪気があって聞いているわけじゃないんでしょうけど。トイレで薬を飲んだりする人もいっぱいいますけど、何が悲しくてトイレで薬を飲まなあかんねん、と思うこともしばしばあると思います。

症状がない時期に薬を飲み続けるのは思うほど簡単ではない

そんなこんなで、どうしても、頑張って治療する気になっても、ずっと続いてくるとだんだん嫌になってくる。これは仕方がないですね。でも、この病気はちゃんと薬を飲まないと、将来使う薬が減るんです。高血圧とか糖尿病とか、ずうっと薬を飲む慢性疾患は他にもいっぱいありますけど、この病気が他の病気と違うのは、薬が効かないウイルスができるというところです。高血圧や糖尿病はたとえ薬を飲むのを忘れていたり、中途半端に飲んでいても、その薬が将来、効かなくなるということはほとんどない。将来、またちゃんと飲めば、ちゃんと効く。そこが違う。

だから、この病気を治療するというのは、飲みにくい薬を飲みにくい背景のある患者さんに頑張って一生懸命、確実に飲んでもらわないと、将来をずっとよくしていくことがなかなかできない。そこが難しい。症状があんまりない時期に、薬を規則正しく、毎日忘れずに飲み続けるのは、飲んでる方は分かると思いますけど、思うほど簡単ではありません。規則正しく飲めないときには、治療が上手くいかなくて、将来の薬の選択肢が減ることになるかもしれない。だから、薬を飲む準備が整っていない状況で治療を始める、焦って治療を開始するっていうことは、何かあって薬が飲めない時期が来た時に、薬が効かなくなってしまう。そうすると将来の不利益になるということになります。

治療開始はよく準備をし、よく相談した上で

幸い、この病気は感染して発病するまでが結構長い病気ですから、今日、治療しないといけないわけじゃない。明日でも構わないし、来週でも構わない。再来年からというとちょっと長すぎるんですけど、まあ、よく準備をして、よく主治医と相談した上で、治療をいつ始めるかということと、どんな薬にするかというのを考える。それが重要です。

ガイドラインの移り変わり

薬には流行すたりがあり、治療指針（ガイドライン）も変わる

薬はたくさんあって名前を覚えられないと思いますけど、覚える必要もあまりないんですけどね。自分が何を飲んでいるかぐらい分かっていただければと思います。

たくさん薬があるんですが、全部が同じ頻度で使われているわけではありません。最近よく使われている薬はだいたい7つぐらい。全部で20個以上ありますけど、そのうちの10個ぐらいはあまり使われないとか、昔は使われていたけど、最近はあんまり流行っていないという薬もあります。よく使われていない薬が悪いわけじゃないんですけどね。どうしてもこう、流行すたりがでてきます。

抗ＨＩＶ薬治療のガイドライン、治療指針が冊子にまとめられたりしています。治療指針って書いてあるとさもこれはもう、法律みたいに絶対守らないといけないとか、これに背いているといけないと思ってしまうかもしれないんですが、そういうものではない。治療指針はいつまでもずーっと動かないで同じ方針かというとそうでもない、ということをこれからお話します。

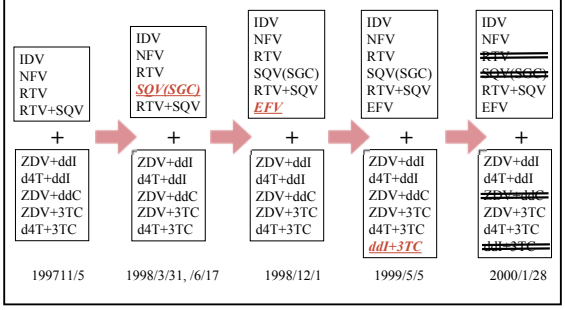
今、分かっている範囲でまとめてある

ＨＩＶは他のどんな病気よりも治療の進歩が早い病気の一つです。次々に新しいことがわかって、次々に新しい薬が開発されて、次々に新しい治療法が出てくる。それだけ新しいものが頻繁に出ている病気なんです。ガイドラインというのは、そういういろんな治療の状況を、とりあえず今、分かっている範囲で一番いいと思われる治療方針をまとめてるんですが、１９９６年以降、年に１回以上改訂されてるんですね。だから、今日、みなさんにお話しするようなガイドラインも来年には変わっているわけです。ガラッと変わることはないんですけど、徐々に古い治療から新しい治療、よりよい治療へと改訂されていくということになります。今、分かっている範囲でもっともいいと思う治療方針が、明日以降、もっともいいかどうかは分からない。もっとよく効く薬が出てきたらそっちの方がいい治療になるわけです。

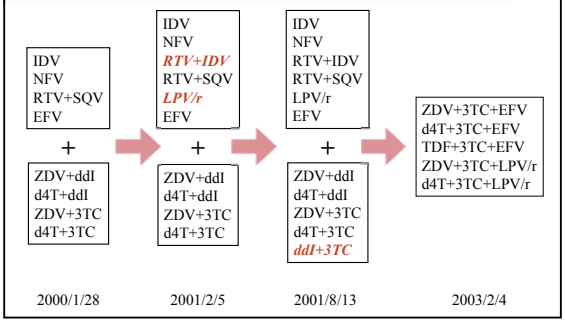
[図表12] 初回治療推奨薬剤(2004.10)

NNRTI-Based Regimens			
AZT	+3TC	(or FTC)	+EFV
TDF	+3TC	(or FTC)	+EFV
PI-Based Regimens			
AZT	+3TC	(or FTC)	+LPV/r
d4T	+3TC	(or FTC)	+LPV/r

[図表13] 初回治療推奨薬剤の変遷❶



[図表14] 初回治療推奨薬剤の変遷❷



今のガイドラインにたどり着くまでの変遷

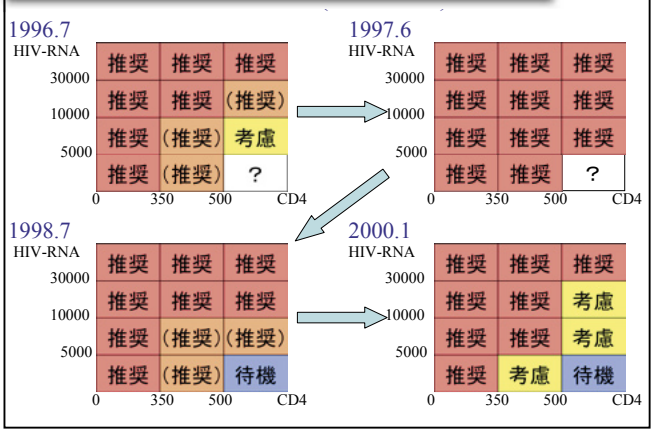
ガイドラインに書いてあることはだいたい、いつから始めるかとか、どの薬を始めるかとか、上手くいかないときはどの薬に変えるかとか、そういうことが大筋にまとめてあるわけですけども、今、推奨される組み合わせ【図表12】は４種類です。２００４年10月の時点で、初めて治療を開始する患者さんに出す薬はこの組み合わせが一番いいように思います、というのがこれです。

ところがですね、１９９７年の11月現在、一番いいと思う治療は【図表13】の一番左とされていました。上の四つと下の五つの中から一つずつ選んで、４×５の20通りの中のどれかが一番いいですよというのが最初のガイドラインでした。翌年は５×５で25種類、同じ年にもう１回改訂されて６×５で30種類、翌年に６×６で36種類がいいですよ、となった。36通りもいいですよっていう処方があって、どれを選ぶんが一番いいかよく分からないという時代があったんですが、それもまたどんどん改訂されて、今の処方にたどり着いているわけです。

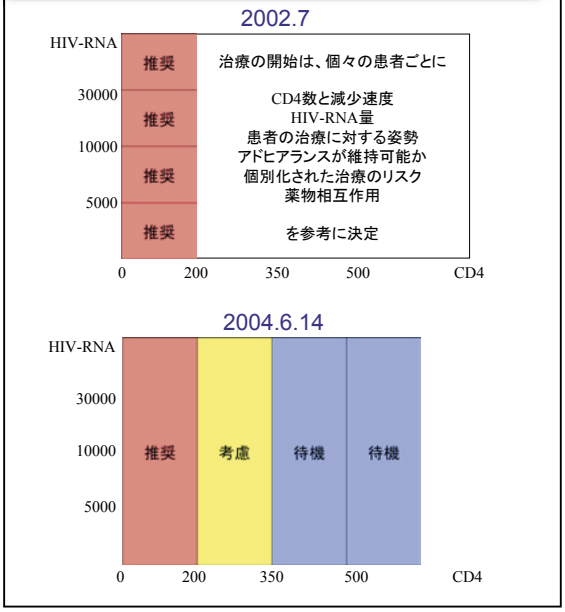
当然、新しく製造されるような

薬は「いいですよ」というランクにランクインするし、新しくいい薬が出てきたおかげで、ちょっと前に出たちょっと効き目が悪いやつはランクダウンしてしまうわけですね。治療指針に載っている薬はいつまでも素晴らしい薬かどうかは分からない。とりあえず今の流行、といってもいい。薬というのは毎年毎年、より効果が強くて、より副作用が少なくて、より飲みやすい薬が開発されてきています。治療は昔と比べてどんどん良くなっているのは事実。良くなっているが故に、流行したりがある。さらに、毎年毎年、どの薬とどの薬を組み合わせて治療をするのがもっとも効率的かというのがデータとして蓄積されてきているので、毎年毎年、去年はこっちって言ってたけど、今やったらこっちの方がいいというデータが出てきたな、というのがガイドラインにまとめられる。すなわち、推奨薬剤は頻繁に変更されています。

[図表15] 治療開始基準(IAS-USA)の変遷❶



[図表16] 治療開始基準(IAS-USA)の変遷❷



新しい薬に変えていくのがいいとは限らない

今、薬を飲んでおられる方がいて、今のガイドラインと違う薬じゃないかと思われるかもしれませんけど、その患者さんが飲み始めた頃は、その薬は一番いい処方だった。じゃあ、新しい処方に次々変えていくのがいいかというと、そうとも限らない。新しく、いいよと言われた薬は、新登場、新製品ですから、長いこと飲んでる人が少ないんですね。5年前に出た薬を5年間飲んだ患者さんはいますが、1年前に出た薬を5年間以上飲んでいる人はいないわけです。ですから、新しい薬は確かに、短期的な効果はとてもいいかも知れない、副作用も少ないかも知れない。でも、5年間飲んだ経験がある人がいない薬は5年後、何が起きているか、予知することは今できないわけですね。たぶん、何にもないだろうと思って薬は出してるんだけど、15年飲んだらどうなるか全然、誰も分からない。新しいのに飛びついて次々変えるのがいいかというと、そうでもない。今、飲んでいる薬が体に合ってい

て、治療状況が上手くいっているのであれば、とりあえずそれを続ける。今飲んでるお薬で何らかの不都合があって、どうしても違う薬の方が良さそうだ、そういう時に薬を変える必要がある、ということです。

治療開始は最近、遅くなる傾向にある

開始基準も、ずんずん変わってます。【図表15】

昔はCD4が500を切ったら治療を始めましょうという感じでした。400でも350でも治療はしましょう、という状況でした。でも、その時代に薬を飲み始めた人は、やっぱり副作用とかで長いこと薬を続けられないことが分かったとか、いろんなことが新しく分かってきたおかげで、どんどん治療開始は遅くなって、200個〜350個の間で、200を切る前に治療をする【図表16】というところに今、たどり着いているわけです。

治療開始基準も頻繁に変わっています。今後、もっと飲みやすくて、もっと副作用が少なくて、たとえば薬剤耐性、薬が効かないウイルスなんかできない薬、そういうのができてくれば、CD4がもっと多い時期から治療を始めましょうというふうに変わってくるかも知れません。

副作用のあれこれ

副作用の出る時期はだいたい決まっている

最後に副作用の話を少しします。このHIVの治療薬にはそれぞれいろんな、たくさんの副作用があります。それぞれの副作用が出るかどうかは人それぞれです。何にも出ない人もいます。たくさん出る人もいます。

副作用には薬を飲み始めてから割と短期間のうちに、飲んだ日とか飲んで2〜3日したらとか、そういう短期間のうちに出るものもあるし、2年、3年飲んでると何か出てくるというのもあります。いろんな副作用がありますけど、それぞれの副作用の出る時期はまあ、だいたい決まっています。人によって多少、違いはあるけど、この薬のこの副作用は薬を飲み始めて2週間以内に起きる、というのはだいたい分かる。この薬は飲み始めて1年以上飲まないと出ないとかいうのもあるわけです。

で、それぞれの副作用も出るか出ないかの二つに一つじゃありません。程度も様々です。たとえば、吐き気がするという副作用のある薬がたくさんありますが、何かどうも食欲がないような気がするなあ、で済む人もいるし、何か胃がもたれたような気がするなあ、で済む人もいるし、もう食欲がなくて食べれない、ムカムカしてしんどいという人もいるし、ゲーゲー吐いてたまらん、という人まで様々。いろいろあります。どれが出るかをあらかじめ予想することは残念ながらできません。

だんだん軽くなるものも重くなるものもある

副作用の中には、薬をずうっとがんばって飲んでたらだんだん軽くなってくるものもあるし、逆に飲めば飲むほど重くなるやつもあります。たくさんの副作用が出て、処方を変えないといけなくなる人もいます。でも、今はたくさん薬が増えたので、最初はこれ飲んでみましょう、という薬が飲めなくても、変更する選択肢はあります。

全部、それぞれの薬の副作用を並べて説明すると2時間も3時間もかかると思いますけど、飲み始めて比較的短い間、飲み始めた日とか、翌日から2、3日に出る主な副作用として一番多いのは、なんか食欲がないとか、吐き気とか、吐いちゃうとか。あるいは下痢とか湿疹。めまい、ふらつきが出る薬もあります。

一般的に、新しい薬は昔の薬よ

り副作用が少ないものが多いです。昔の薬より副作用が多い薬は売っても売れないので、薬屋さんも売りませんので、新しい薬の方が、少なくとも短期的な副作用は少ないものが多い。でも、新しい薬は長く飲んでるとどんな副作用が出てくるか、まだ充分には分かっていない。古い薬は長く飲んでるとどのぐらいの時期にどんな副作用が出るかはだいたい分かっています。

長く飲んでると出やすい副作用は、血液中の脂肪が増えてきたり、糖尿病が出てきたり、お腹が出て手足が細くなるような体型変化が出てきたり、骨がもろくなったり、乳酸アシドーシスというとても大変な死にそうな状況になったりする場合もあります。

【図表17】副作用への対処方法

しばらくすれば慣れてくるものもある。
→耐える
→副作用を抑える薬を処方してもらう

耐えられないものは飲み続けられない。
→薬をやめる
→薬を変える

＜原則＞
・どれを選ぶかは主治医と相談すること。（まず電話）
・やめる場合、薬剤耐性を作らないよう、上手に薬をやめる必要がある
→やめ方を主治医と相談すること。

副作用が出た時どうするかは主治医に相談を

それぞれの薬の細かい副作用を言っても時間が経つだけなので、とりあえずの大ざっぱな見込みとして対処方法【図表17】をお話しすると、しばらくすれば慣れてくるものもあるので頑張って耐えてみるか、吐き気や下痢などの場合は耐えれそうにない間だけ吐き気止めや下痢止めを出してもらう。しかし、どんなに頑張っても無理なやつは無理です。その時は止めるか変えるしかありません。

耐えるか、副作用を抑える薬を処方してもらうか、止めるか変えるかというのは、できれば自分でバッと決めないで欲しい。あらかじめ、こんな症状が出ますよというような説明をしてくれる病院、医師、あるいは薬剤師さんがいれば、当然、その対応も説明してもらえばいいわけですけれども、そういう説明がない状況で薬が始まったような人が副作用が出た時どうするかというと、とりあえず主治医に連絡してください。電話でもいいです。「これこれこんな副作用が出ました。とても耐えれません。なんとかしてください」って言うたら、止めなさいって言われるか、変えるから病院に来なさいと言われるかもしれない。「耐えれないわけじゃないんだけどしんどいです」という程度だったら、副作用にもよりますけど、もう少し頑張れそうなら頑張りましょうって言われるかもしれないし、あるいは次に来た時に副作用を抑える薬を出します、と言われるかもしれない。とりあえず相談をしてください。

止め方にもコツがあるので主治医に相談を

一番よくないのは、勝手に止めることですね。薬を飲んだり飲まなかったりすると薬が効かないウイルスが生まれると言いましたけど、薬を止めて何日かの間、薬が体の中から抜けていくまでの時間は薬が中途半端に血液の中を流れていることになります。ですので、止める時に注意をしないと、その薬が効かなくなってしまうかもしれません。だから、止め方にもコツがある場合があるので、止めようと思う時にも主治医に、そのままスッと止めたらいいのか、止めるための準備としてこれこれこういうことが要るのか、相談をしてください。

［日笠聡］

コミュニティスペース distaの活動について

MASH 大阪事務局　辻 宏幸

設立の背景

わが国では、日本国籍男性のＨＩＶ感染者、ＡＩＤＳ患者報告数は増加が続いており、中でも男性同性間の性的接触による感染増が著しく、大阪地域においても報告増の兆しが見られています。そういった今日の男性同性間のＨＩＶ感染拡大に対して、ＭＡＳＨ大阪としては、ゲイ男性が利用する商業施設が多い地域に啓発普及の活動拠点を整備・運営し、有効なＨＩＶ／ＳＴＩ感染予防に向けた啓発プログラムを展開することが有効であると考えました。そこでゲイ男性を集客する堂山地域内にドロップインセンター（ｄｉｓｔａ）を設置し、当事者性を重視した啓発をゲイ・コミュニティレベルで実施し、関係機関（ＮＧＯ／ＮＰＯ、行政等）との連携・協働により、セクシャルヘルスの増進、セーファーセックスへの環境づくりをめざすこととしました。

設立の経緯

drop in center の設立構想が２００１年11月に松原新氏より提案され、実現に向けて動きだしました。２００２年３月にＭＡＳＨ大阪の事務所を現在の場所に移転し、あわせてｄｉｓｔａを開設しました。当初は私費にて運営されていましたが、ｄｉｓｔａの活動実績が評価され、２００３年７月から㈶エイズ予防財団の委託事業となり、運営に関わる費用はエイズ予防財団からの事業費で賄われるようになりました。

同時に東京にもａｋｔａという名称の同様の施設を設置することとなり、翌２００４年には名古屋にも３Ｎという名称の同様の施設を設置することとなりました。【図１】

事業目的とクライアント

ｄｉｓｔａはコミュニティベー

新たなネットワークの構築を目指して

distaって…？

distaは厚生労働省がエイズ予防財団を通じて出資をし、コミュニティの人たちが気軽に立ち寄れる場所としてゲイの人たちの手で運営されている「ふらっと立ち寄れる場」（drop in station）です。好きなときに自由にフラっと立ち寄ってください。

distaはdrop in stationを省略したものです。「drop in＝ふらっと立ち寄る」という意味で、ゲイ・バイセクシャル男性のコミュニティのメンバーが、文字通り気軽にふらっと立ち寄って、情報を手に入れ、人と出会って繋がりを持ち、時間と体験を共有する。そんな場所でありたいと考えています。そしてふらっと立ち寄ってもらうことで、そこからさらに新たなネットワークが構築され、そのネットワークを通してHIVを含む性感染症（STI）の予防や共生のメッセージ・正しい情報が（人から人への確実な伝達で）伝わってゆくことを目指しています。

まずは、ネットワークを広げることが第一段階ですから、distaでは、カフェイベントを行ったり、英会話や手話等の各種の講座を開催したり、楽しめる企画をいろいろ開催して、たくさんの人達に来てもらうということを行っています。その中で、話をしたり、資材を持ち帰ってもらうことで、MASH大阪のメッセージを伝えています。

2005年4月からのオープン時間は、月～金曜日17時～22時／土曜日17時～29時（5時）／日曜日と年末年始は原則休み。（連休等で翌日が休日にあたる日曜日17時～22時／連休最終日は休み。）となります。

友達との待ち合わせや暇つぶしにフラっと…、イベントの情報やフライヤーが欲しい…、HIV／AIDSや性感染症（STI）の情報や検査のことを聞きたい調べたい…、などなど、好きなときに自由にフラっと立ち寄ってください。質問や相談などがあったらスタッフに気軽に声をかけてください。

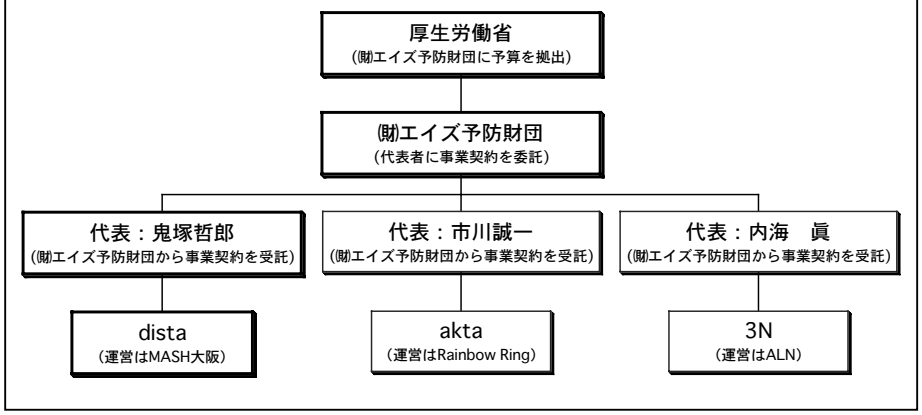
distaを利用して何かをやりたいという方や、NGO／NPO・サークルなどのミーティングや活動場所としての利用にも開放していますので気軽にお問い合わせください。

distaの連絡先

〒530－0027
大阪市北区堂山町17－5巽ビル211
TEL／FAX
06－6361－9300
ホームページ http://www.mash-osaka.com/dista/

スの予防啓発促進の強化をはかる事を目的としており、「大阪地域のゲイ・バイセクシャル男性のうち、ゲイ関連商業施設利用者や、それらに足あまりを向けない層」に対して、当事者性を重視した啓発をゲイ・コミュニティレベルで実施し、関係機関（NGO／NPO、行政等）との連携・協働により、セクシャルヘルスの増進、セーファーセックスへの環境づくりをめざしています。

[図1] エイズ予防啓発委託事業の受託と予算



コミュニティスペースdistaの機能

distaは以下のような機能を持っています。

1. 多目的な利用が可能で、ゲイコミュニティの情報がいつでも手に入るコミュニティスペース

コミュニティの人がふらっと自由に立ち寄れて、コミュニティの情報を持ち帰ることができる場所としての機能（情報還元・普及の機能）、コミュニティ交流プログラム会場としての機能（地域交流機能）。

2. HIV／AIDSやSTIの資料や情報がいつでも手に入る情報ステーション

コミュニティの人がふらっと自由に立ち寄れて、セクシャルヘルスに必要な情報を持ち帰ることができたり、相談できたりする場所としての機能（情報還元・普及の機能）、セーファーセックス勉強会・ワークショップ会場としての

機能（啓発普及機能）

3．HIV／AIDSやSTIの予防啓発や共生に関わる活動の拠点

アウトリーチ（コンドーム、SaL+、他の啓発資材などの配布）のベース基地としての機能（啓発企画・実施・普及の機能）、啓発活動のミーティング場としての機能（啓発企画・運営機能）、予防啓発にかかわるスキル研修会・講習会会場としての機能（人材育成機能）、コミュニティからのダイレクトなリアクションをフィードバックさせる機能（情報収集機能）

実施したプログラム

distaの存在をもっと多くの人に知ってもらい、たくさんの人達に来場してもらうために、英会話や手話等の各種の教室や講座、展覧会やイベント、カフェなどを開催しました。2004年度の主なものは以下の通りです。

《教室・講座》

「手話教室-Sign-」毎月2回（2003年度より継続）、第1・3木曜日開催。毎回約15名参加。

「英会話教室―ベラベラ―」毎月2回（2003年度より継続）、第2・4木曜日開催。毎回約15名参加。

「中国語教室―説説看看―」毎月2回、第2・4日曜日開催。毎回1～3名参加。

「韓国語教室―一般ハングル―」毎月2～3回、第2・4・5日曜日開催。毎回15～20名参加。

「気功教室―気功deリラックス―」毎月2回、第1・3月曜日開催。毎回1～3名参加。

「パソコン教室-digi-」不定期（申込のあった時）、火曜日開催。毎回1～2名参加。

《カフェ》

「中国茶会―東方美男―」月1回（5月より開催）、第1土曜日開催。毎回15名～40名参加。

「フリーマーケット-FREE×FLEA-」月1回（4・5月開催）、第2土曜日開催。毎回20名～30名参加。

「Salon de Oni」月1回（6月より開催）、第2土曜日開催。毎回15名～30名参加。

「Café Link」月1回（昨年度より継続）、第3土曜日開催。毎回20名～40名参加。

「Café Lab」月1回（7・9月開催）、第3土曜日開催。毎回15名～40名参加。

これら以外にも、連休などに臨時のカフェイベントを開催しています。

《展覧会》

「ホモエロティック陶芸展〈The Symbol〉」8月2日～8月15日開催。48名。

「Moriuo展〈EXPO2004+〉」11月14日～11月28日開催。来場者数152名。

「ぶぶ漬けのような関係展」3月12日～3月20日開催予定。

《勉強会・懇談会》

「CHAT」毎月1回（4月より開催）、第4土曜日開催。毎回約5～10名参加。

「ハッテンバオーナー懇談会」年1回、4月22日開催。12名参加。

達成目標の設定と成果

ｄｉｓｔａを運営するＭＡＳＨ大阪は事業の評価を客観的に行うために、達成目標を定めています。２００４年度はｄｉｓｔａ利用者を増加させコミュニティネットワークを広げることを目指し、①平日利用者10名、週末利用者50名、合わせて毎週１００名（毎月４００名）の利用者獲得をめざす、②毎月20人の新規来場者獲得をめざす、③コミュニティでのｄｉｓｔａの認知率を50％以上に引き上げる、という目標を設定しました。

このため、「ふらっと来た人」を大幅に増加させることを目標に置いたプログラムの開発・執行をおこなった結果、上記の目標はほぼ達成できたといえます。

２００４年４月から２００５年1月の間の、利用状況をみると、来場者合計はのべ４９１５名（月平均４９１名）、そのうち教室・講座、カフェ、展覧会、勉強会・懇談会などのイベントで来場した人はのべ１８６４名（月平均１８６名）、そのうち「ふらっと来た人」はのべ１９３０名（月平均１９３名）、「ふらっと来た人」のうち初めて訪れた人は１９８名（月平均20名）でした。これ以外にＭＡＳＨ大阪の業務での利用者がのべ７１１名（月平均71名）、ミーティングなどでの貸出の利用者がのべ４１０名（月平均41名）でした。

前年度と比較して月平均利用者数は1.9倍となっていて、着実に利用者が増加しています。イベント来場者（各種教室や企画展への参加者など）として来場したクライアントがその後日常的に利用しており（ふらっと来た人）、また、毎月10～35名の人たちが初めてふらっとやって来ている事実は、ｄｉｓｔａがコミュニティスペース（公民館）の役割を果たしつつあるといえるでしょう。

ｄｉｓｔａの認知度についても、２００３年度の26％から44％に増加しました。しかし、実際に足を運んだことがない人がまだまだ多く、そのような人達を呼び込める企画の展開が必要です。

現状の分析と課題

ｄｉｓｔａの存在が、徐々にコミュニティの中で浸透・定着しつつあります。しかし、まだ訪れたことがない人も多く、その人達にも足を運んでもらえるようにしていく必要があります。

着実に利用者が増加していますが、その反面、相談の機能を果たすことは難しくなっているなど、現有のスペースでは、稼動時間、利用者数ともにキャパシティに達しており、運営に支障をきたしている時もあります。スペースの拡充が必要となってきました。

来場者に接するスタッフの確保が難しい現状があり、リクルートシステム・研修システムの整備が課題となっています。［辻宏幸］

草田コラム

気持ちのいいセーファーセックスのすすめ

草田 央

コンドームの国内出荷量は十年前の六割

エイズが登場して以降、セーファーセックスが叫ばれて久しいが、状況は、むしろ逆行しているように感じられる。コンドームの国内出荷量は、一昨年で約三百万グロス。その十年前の六二％に過ぎない数字だ。これは何も少子高齢化による影響とばかりは言えないであろう。たとえば性感染症（STD）の報告数。定点での報告のみで、その解釈には異論が多いが、少なくとも性器クラミジア感染症は漸増傾向を示している。人工妊娠中絶件数は、総数では減少傾向となっているが、二四歳以下でのみ増加しているという。

昨年の流行語大賞は「チョー気持ちいい」だったが、インターネットでは、この数年、「中出し」という言葉が急増している印象を受ける。「中出し」とは、コンドームを装着せず、膣や肛門に射精することをいう。そのほとんどは、アダルトビデオなどで用いられている言葉だと思うが、はたして実態を反映していないとまで言い切れるのかどうか疑問である。

コンドームの装着の仕方などの情報も大切だと思うが、「だって生のほうが気持ちいいじゃん！」という若者の行動変容には、即座には、つながりにくいように思う。かといって、エイズをダシに使った脅しには反対だ。もっと、情緒的な動機付けが必要なのではないかと思ったりする。ということで、今回は、その試みを提示してみる。

アダルトビデオ視聴者の大きな勘違い

まともな性教育が行なわれていない我が国において、アダルトビデオ（AV）の影響は少なくないと思われる。しかしながら、AVは、当然のことながら性教育を目的としているわけではない。視聴者を性的に興奮させるべく、さま

ざまな演出が、ほどこされているわけだ。その演出を（演出と知らずに）手本として実際にやってしまうところに、大きな勘違いがあるように思う。

たとえば、カリスマAV男優の加藤鷹氏は、何かの番組で「必ずコンドームを装着している」と語っていた。しかし、装着されているコンドームは、モザイクがかけられていて、視聴者にはわからない。加藤氏に限らず、ほとんどのAV作品では、コンドームが使用されている。けれども、プロの俳優ではなく、素人を使った作品では、コンドームを使用しないケースも増えてきているらしい。ある意味、AVの世界に、素人の「生でやる」という実態が、侵食し始めているのかもしれない。

コンドームを素早くはずすという演出

さて、前述のようにAVではモザイクがかけられている。AVの歴史は、より興奮を求めた演出として、リアルさを追求してきたいっても過言ではないかもしれない。そこで、本番（本当に挿入していること）を実証する演出として、膣外射精が用いられるようになってきた。性器にはモザイクをかけなければならないけど、精液なら、そのまま見せられるというわけだ。実際には、コンドームを装着して挿入しているから、射精の直前、膣からペニスを抜き、（視聴者にバレないように）素早くコンドームをはずし、射精する…という手順になる。これをスムースに行なえることが、AV男優の必須テクニックとなっているのだ。

この影響で、膣外射精は、メジャーな避妊法になった気がする。そもそも、コンドームを装着しない膣外射精では、避妊にも性感染症の予防にもならないし、コンドームを装着した上での膣外射精など意味不明だ。AVでは、あくまで演出上の見せ方として、やっているに過ぎないのだ。

だいたい、挿入している側である男性の興奮は、射精の瞬間にピークとなるはずだ。その絶頂前に、わざわざ膣から抜いて、場合によっては、手でしごいて射精するなど、悲し過ぎるにもほどがある。ちゃんとコンドームを装着して、膣内で射精するほうが、気持ちいいに決まっている！

精液は目に入るととんでもなく痛い！

射精の際に、相手の顔に向けて射精し、精液をぶっ掛けることを「顔射」（ガンシャ）という。これも過激なAVの演出に過ぎないわけだが、若い人の中には「顔にかけるもの」と誤解する向きもあるらしい。

そもそも精液が目に入ると、とんでもなく痛いことをご存知だろうか（僕は経験ないけど）。たとえ顔射の際に目をつぶっていても、精液は顔に付着し、また流れてきたりもするから、しっかり洗い流すまで、目を開けられない！という事態が生じるのだ。

そんなこんなで、顔射されることを喜ぶ人は少ないだろう。少なくとも、お互いが気持ちよくなるセックスとは、違う気がするのだ。

映ってないところで擬似精液を注入

前述の「中出し」についても、考えてみよう。

まともなAVでは、コンドームを装着しているのだから、本当に中出ししているわけがない。あれは、映っていないところで、擬似精子を注入していると考えるべきだろう。

で、単なる中出しだけでは、視聴者に中出ししたことがわからないから、必ず射精（したという設定）後に、膣から精液を出す（もしくは、あふれ出る）シーンが映し出されることになる。

この精液を見せる理由として、

中には「早く出さないと妊娠しちゃう」というセリフがあったりする場合もあるのには、笑える。これでは、「コーラで洗うと妊娠しない」という迷信と、同じレベルではないか！

コンドームを使ってもっと精神的に自由にセックスを楽しむ

僕が思春期の頃に読んだハウツー・セックス本には、事前に、相手に見えるように、コンドームを置いておく…と書かれていたように思う。相手に気づかれないように、そっと装着する…のではないのだ。

セックスの気持ち良さには、単なるテクニックだけが影響するのではない。「精神の解放」ともいうべき側面が、非常に大きな位置を占めるように思う。コンドームの使用を、事前にお互い確認し合うことは、セックス中の様々な不安をぬぐい去る効果が期待できるのだ。それは、生でやるのよりも、もっと精神的に自由に、セックスを楽しむことができることを意味していると思う。

それに「生が気持ちいい」って、それでは早くイッて（射精して）しまう結果にならないかい？　それは私には、時間をかけたセックスが精神的にも肉体的にも、はるかに気持ちいいことを知らない、「幼いセックス」でしかないように思えるのだ。「生がいいに決まっている」なんて言っているあなたは、本当の気持ち良さを知らない、オコチャマに過ぎないと言っておこう。

フェラチオ専用グッズ「トリップスキン」

フェラチオ専用グッズを試してみた

オーラルセックスについても触れておきたい。オーラルセックスでは、HIV感染のリスクは低いものの、他の性感染症感染経路の一つであり…なんてことは、今回は関係ない。

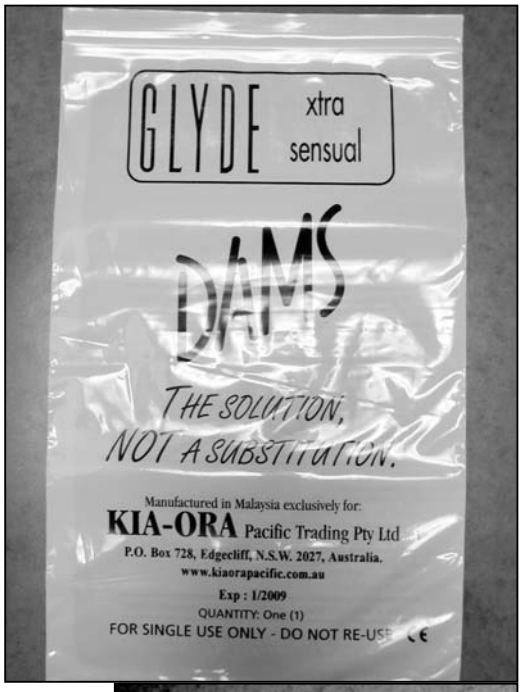
「あなたはフェラチオをしてもらっています。無性に相手をいとおしく感じたあなたは、キスをしたくなりました。さて、あなたは次のうちどれを選びますか？

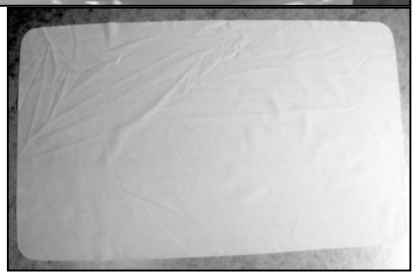
a）自分の精液で一杯になった口でも関係なくキスをする。b）射精前なら我慢してキスをする。c）間接的にも自分のペニスにキスをすることになるので、コンドームを装着した上でフェラチオしてもらう。」

もちろん「キスをしないで我慢する」とか「急いで口をすすいでもらう」という選択肢もあるかもしれない。でも、個人的にセックスよりもキスが好きで、いつでもどこでもキスをしたいタイプなので、それらはあり得ない（私のことは、誰も聞いてないって！）。かといって、自分のペニスに間接キスするような（b）とか、ましてや自分の精液を口に含むことになる（a）なんて、絶対に避けたい。となると、（c）が無難な選択かなと思ったりしている。

味付きだか香りつきのコンドームも、いろいろあることは、ご存知の方も多いだろう。ただ、「ラテックス（を口にくわえるの）が嫌だ」という人もいるかもしれない。「トリップスキン」というフェラチオ専用グッズを見つけたので、試しに買ってみた。プラスチック製のリングがあって、それに筒状のラップが取り付けてある。筒の先は、もちろん閉じてあって、リングの反対側にはスポンジでフタがされている。スポンジには切れ目が入れられてあって、その切れ目からラップの内側に、添付のジェル（潤滑剤）を注入する。でもって、スポンジの切れ目からペニスを入れて装着するという仕組みだ。このジェルを内側に入れるあたりが、「生よりも気持ちいい」と話題のゆえんなのだろう。

ただ、ラップだから、コンドームと違って、けっこう扱いづらい（慣れてないせいもあるかもしれない）。それに、これだったら、家庭用のラップで代用できないかしらん。ペニスにジェルつけて、うまくラップで包み込めばいいわけで。もちろん、コンドームの内側にジェルを塗る方法もあり。





デンタルダム

ラップがあればフェラチオにもクンニリングスにも使える

同様のことは、クンニリングスでも言える。私は、基本的に、クンニリングスは生派だったのだが、クンニ後のキスを彼女に拒絶されたことがある。彼女にしてみれば、やはり自分の膣分泌液をなめるような感覚があり、嫌だったのだろう。

そんな場合に、クンニリングス用のグッズもある。デンタルダムだ。もともとは歯医者さんで用いられるラテックスシートを応用したものらしい。B5サイズ弱くらいの薄いラテックス製のシートで、サラサラしていて香料付き。ゴム臭さは、ほとんどない。これを相手の性器にあてがい、使用するらしい。

代用品としては、やはり家庭用のラップが利用できるらしい。結局、ラップ一つあれば、フェラチオにもクンニリングスにも使えて、便利ということか。

セックスをより一層楽しめる可能性

あなたは「生が気持ちいいに決まっている！」と言うけど、本当にそうだろうか？　単に情報におどらされているだけではないのか。コンドームなどのグッズは、相手とのコミュニケーションの中で用いれば、決してあなたを縛り付けるものではない。むしろ、セックスを、より一層楽しめる可能性に満ちているものなのだ。

［草田央］aids◎t3.rim.or.jp

公衆衛生医からのエッセー

直言「勝ち組・負け組はもうやめませんか」Part1

公衆衛生医師
JINNTA

力の強いものが勝つ。これが有史以来、人間社会を支配してきた考え方の一つである。力にはいろいろなものがある。たとえば腕力も力であるし、財力も力であり、体力、政治力、かけひき、脅し、情報収集力、宣伝力、その他もろもろのものがある。

生きるためには何らかの力を持たなければならない。それは真理かもしれない。また、勝つための競争は社会に活力を生むだろう。ただ、問題は、社会には、こういう勝ち負けをつけることにそぐわないことがあるのではないかということである。

健康や医療の場へも、勝ち負けの考え方が取り入れられつつあるのが現在の情勢である。人生の勝ち組が健康を享受しよい医療を受けられ、そうでない人はそれなりの健康や医療しか手に入れられない、そういう時代がやってくるかもしれない。

一見ありがたく見える混合診療

現在論議されているものに混合診療がある。

これは、健康保険が適用されない治療を受ける場合、すべての費用を自費で持たなければならなかったものを、健康保険が適用されない部分だけ自費で持ち、あとは保険でまかなえるという一見ありがたい制度である。たとえば、ガン治療など（エイズ診療もかなり該当するであろう）では医療費の大幅な軽減が期待できる（「かもしれない」としておきます）。いわゆる先端医療、高度医療を受ける必要のある人や、そういった医療機関に従事している人にとっては目の前の問題を解決する方法である。

しかし、一見ありがたく見えるこの制度は、決して弱者救済という考え方から出たものではなく、実はパワーゲームの産物であることを認識すべきであろう。世の中の「勝ち組」から出てきた論理であり、一般市民である「負け組」のことは考慮されていないのである。「勝者の論理」であって、弱者救済ではない、このことは十分に認識しておく必要があるだろう。

混合診療が実現すると、一般診療には厳しい時代が来る。

医療費のパイは限られている。混合診療に回される医療費はどこで削るのか？　それは少し考えてみればわかるのであるが、保険適用の治療や検査を減らすことである。正しくいえば、新しく効果的で一般化するような治療法が開発されても、保険診療ではこれまで以上になかなか認めないということであろう。これは容易に想像できる事態である。ことに、難病と

JINNTA e-mail : jinnta◎nifty.com
ホームページ : http://homepage3.nifty.com/hksk/jinnta/

呼ばれる疾患にはかなり影響が大きいであろう。

いわゆる「欧米では普通に使われている治療法」が「日本では保険が通らない」事態そのものは全く解消できないどころか、混合診療を盾に、長期間保険適用を据え置かれる可能性も出てくる。しかし医療は公的なもののはずである。それなら、本当は、早急に保険適用になるべきではないのか？

混合診療は基本料金を保険で、それ以上のオプションは自費でという制度である。金のある人はどうぞオプションを、ない人は基本料金で我慢しなさい、ということであるが、医療費を削減するという美名のもと、その基本料金部分が非常にお粗末なものになる可能性が高い。オプションをつけたければ、世の中の「勝ち組」になれということなのである。

医療も金次第の時代

混合診療は、生活保護（精神障害者などに多い）や、公費医療受給者にとっては縁遠い制度である。この人たちは弱者であり、弱者のための医療費のパイは確実に減らされる。

すなわち、金のない人はあきらめるしかないのであって、あきらめる範疇が今後飛躍的に拡大する可能性が高いということである。つまり、医療も金次第の時代がやってくるのである。

ただ、混合診療では、「小金」のある人は自分の金をつぎ込むことによって、今まで「大金」がかかっていた医療を受けられるようになる。実際は貯金をはたいたり借金をしたり家屋敷を処分したりで小金を作るのかもしれないが・・・。

なお、現在の公費医療は保険優先（健康保険でまかなった後の自費分を公費でカバーする）であるから、保険適応がないものは公費でカバーされることも難しいであろう。

勝ち負けと競争原理と採算性

さて、ここでは混合診療の話を例として述べたのであるが、本稿は混合診療の是非を論じているのではない。すべてにつけ現在の動きは勝ち負けと競争原理と採算性である。

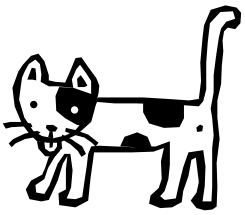
競争原理が働くと、一般に供給されるサービスはユーザーの要求にかなったものになるといわれる。従って、行政が行ってきた健康関連サービスや、公的な保険で平等性を担保しながら行われてきた医療も、競争原理を導入して、自由競争へ転換が図られるというのが流れかもしれない。

もっとも、極端に競争が進むと、少数の勝ち組が多くの負け組を支配して、市場を支配するようになり、サービス内容が極度に規格化されたり、不採算部門は切り捨てられるなど、かえってユーザーのニーズに合わないものになってゆ

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

く可能性もある。

平等を守るための仕組

競争原理ではみんなは幸せになれない。勝ったものだけが生き残り、負けたものは無惨な結果となる。厳しい世界であるが、もとよりビジネスの世界はこうである。強いものが弱いものを飲み込み支配するのである。もとより、みんな幸せと言うこと自体が、存在し得ないことかもしれないが・・・。

確かに、平等と言うことは、よりよいものを求める人への足かせになるかもしれない。基本的に平等とは富の再配分であり、不採算部門への公権力による担保であって、平等を守るための仕組みは利益が生まれにくいが、水準を確保しなければならないところに使われるわけである。そしてそれを求めるのは国民の権利でもある。

「勝ち組」は一握りの人

今の社会は、実は、ほとんどの人が「勝ち組」にはなれない。「勝ち組」になる人は一握りの人である。多くの人は、勝ち組の論理に振り回され、勝ち組の人たちの道具としての人生を送り、最後は生活習慣病でぼろぼろになってゆくのである。自分は中流だという錯覚にとらわれながら・・・。

たとえば順風満帆に生きてきた人が、慢性に経過する病気にかかったとたん「勝ち組」から滑り落ちる。そんな冷たい社会にしたくはない。

世の中の閉塞感

現在の世の中に蔓延する閉塞感は、世の中の大部分の人が（「勝ち組」の価値観からいう）「負け組」だからである。若者が、閉塞感にうちひしがられているのも、「負け組」の人たちの姿（多くは、家庭内をはじめ、周りにたくさん存在する）を日々見せつけられているからだろう。（つづく）

JINNTA（公衆衛生医）

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、バディ活動、交流会、ニュースレターの発行、勉強会・研修会の開催などの活動を行っています。

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

個人会員（維　持）	年会費　5,000円	（一口。何口でも可）
個人会員（一　般）	年会費　3,000円	
個人会員（学　生）	年会費　2,000円	（但し、相談に応じます）
団体会員（営　利）	年会費 30,000円	
団体会員（非営利）	年会費 10,000円	（但し、相談に応じます）
資料送付料（非会員）	年　間　3,000円以上	

振込先：郵便振替　00290-2-43826
口座名義　LIFE AIDS PROJECT

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

全国のHIV/AIDS関連団体が参加

ボランティア指導者研修会参加報告

厚生労働省委託・財団法人エイズ予防財団主催「ボランティア指導者研修会」が2003年度に神戸で、2004年度に東京で開催されました。この研修会はボランティア指導者育成事業として毎年開催されているもので、全国のHIV/AIDS関連団体が参加しています。

2003年度・神戸

2004年3月、「2003年度ボランティア指導者研修会」(実施：BASE KOBE)が神戸で開催されました。

「エイズをどう伝えるか」をテーマとし、3月19日～21日の2泊3日の日程で行われました。会場は神戸YMCAでした。

【1日目】04年3月19日

講座1「セクシャルマイノリティへのアプローチ」

特定非営利活動法人ゲイとレズビアンの会執行理事　柏崎正雄

平成12年から14年までの3年間の事業成果の報告が行われた。

そのなかで「リスク行動を促進する要因」として、1位「主張スキルが乏しい」(性行為時に意思を伝えられない、ノーと言えない、コンドームを使いたいと言えない)、2位「周囲規範が乏しい」(周囲の人が性行為の時にコンドームを使っていない)、3位「変容意図が乏しい」(コンドームを使おうとする意思が弱い)、4位「魅力、快感に負けてしまう」(相手がタイプだったらコンドームを使わない、どうでもよくなる)、5位「関心が乏しい」(エイズについて関心が低い)があげられた。地域によって差はあるものの、このような要因をふまえて、個人レベル、小グループレベル、コミュニティレベルでの働きかけ、啓発事業に取り組んでいることが報告された。

ワークショップ「エイズをどう伝えるか」

FM MOOV　小林延行

参加メンバーが4つのグループに分かれて話しあった。地元のFMラジオ番組で5分間だけ枠をもらい、番組を作るという設定で「エイズをどう伝えるか」をテーマにグループ発表が行われた。その中で優秀グループは、実際にその夜のDJ小林氏の番組に出演し、放送される。セイファーセックスを訴えるグループや正しい知識を訴えるグループなど、リスナーに訴えかける番組を作っていた。

焼き肉ラグ亭にてタ食(FM放送試聴)

その夜、優秀賞に輝いたグループは地元FM局のスタジオへ向かい、それ以外のメンバーは研修会場近くの焼き肉屋で交流会が行われた。食べてる途中にラジオの放送が流れるため、会場にラジオを持ち込み、宴会が始まった。肉の焼ける音、メンバーの声、店員の声、場が盛り上がった頃、ラジオのオンエアーが始まった。そして、二次会はバー「どん底」にて、ラ

ジオ出演したグループのメンバーとも合流して行われた。

【2日目】04年3月20日

講座2「セックスワーク」

SWASH　水島希

日本の性風俗産業／売買春の職種分類とサービス内容についての説明や日本の女性セックスワーカーの従事する性風俗産業の構成、非ホンバン産業とホンバン産業の分類や関連する法律についての講座であった。また、セックスワーカーの女性の内部事情として、働いている時に鬱病になることが多かったり、フェラチオの時の射精は舌の裏で受け止める、25歳を過ぎれば、熟女系や人妻系の店でしか仕事がなくなり、さらにコンドームが使いにくくなるという。また、セックスワーカーはこんなノベルティグッズがあればいいと思っている、という話しもされた。例えば、検査無料のチケットや自分でできる検査キット、性病の写真や絵など。

水島氏は「当事者が実際何をやっているのか、それを評価し、セックスワーカー自身の知恵袋を共有できるようにしたい」と語っていた。

講座3「薬害エイズの心」

特定非営利活動法人HIV情報センター理事長　稲葉美代子

薬害エイズでご子息を亡くされた稲葉氏の思い、和解によって「医療進歩」「障害者認定」が得られたことなどが熱く語られた。

また、稲葉氏は被害者の無念の思いを知ってもらいたいと、実名を公表し遺品を公開した。命の重みを知ってもらおうと公開に踏み切った。「人は病名がついて社会的に特別な人間になる。それまでは普通の人間なのに。」という言葉が胸に響いた。

講演1「家族とエイズ」

平安女学院大学助教授　深江誠子

性教育の必要性、そして、性感染症のこと、エイズのことを熱く語られた。「性教育をすると、フリーセックスが増えると思っているのは大間違い!!」「性教育が自分を守ることになる」「高校生では遅すぎる。小学校や中学校からしないと」。また、「コンドーム配布だけでは意味がない」「同性愛でも異性愛でも悩みはある」。また、「性教育で大切なのは自尊感情が一番大切である」とし、次に「性って素敵よ!」と教えることが重要であると指摘された。

パネルディスカッション1「エイズをどう伝えるか」

毎日新聞大阪本社編集委員　砂間裕之、毎日新聞大阪本社社会部記者　藤後野里子、BASE KOBE　繁内幸治

昨年、毎日新聞で連載された特集「告知※されて―6人のHIV感染者」（たった一度の性行為で夫から感染した妻／同性愛者の男性／妊婦／薬害エイズ被害者の青年など）について、その担当であった記者からの話を中心に質疑応答で始まった。

今回の連載に当たり、社内では「身近にいる、誰でも感染しうる病気なんだということを知らせたい。無関心層にどうすればこの声は届くのだろうか?」ということを考えていたようである。しかし、連載が始まると、無関心層からの反応メールなどは他の特集の時よりも少なかったとのこと。HIV関係者（団体）からのメールなどが多かったようだ。この記事はネットで見ることができ、そのヒット数が過去最大であり、社内の反応もすこぶるよいとのことであった。無関心層をどう取り込んでいくかが今後の課題である。参

※http://www.mainichi.co.jp/osaka/kokuchi/001.html
http://www.mainichi-msn.co.jp/kansai/kokuchi/archive/

加者からは紙面に電話相談や無料検査のことを大きく載せて欲しいという声がたくさん寄せられた。

【3日目】04年3月21日

パネルディスカッション2「エイズ教育の実践」

神戸市保健所主幹　白井千香、BASE KOBE　繁内幸治

最近の事情として、行政には金がない、エイズより今の生活が大変という人が増えてきていることが話された。また、学校などでいきなりエイズの話をすると受け入れられないこともあるので、段階を踏んで、一年目は命の大切さを話して、二年目は性感染症、三年目はエイズについて話すようにしているとの報告があった。パネリストからは、活動の場が減ってきているので、きっちり打ち合わせをしていかないといけないとの指摘や、何回か呼んでもらい、ハードルを下げてもらうといった意見も出ていた。

講演2「太平洋島嶼国におけるHIV/AIDS問題から学ぶ/国際協力（フィージーからの報告）」

神戸大学大学院教授　ロニー・アレキサンダー

エイズにかかわるキーワードとして、医療化、国際化、安全保障化、経済化、道徳化の五つに分けて語られた。そのなかでも貧困化の悪循環というキーワードに特に関心を持った。フィジーは人口が比較的若く、失業が多い。都市人口のスラム化や、教育水準が問題になっており、栄養不足で貧血が多い。こうした中、コンドームへのアクセスが困難であり、貧困の中でHIVは広がりやすい。逆にHIVは貧困化を促進するとの指摘があった。お金を開発のために使うのか、病気のために使うのか、その選択が難しいところである。アメリカでは、かつて、金持ちの息子がHIVになった為に、活動が盛んになったという話も興味深かった。

閉会式

上映会の会場に移動する前に閉会式が行われ、修了証書の授与があった。この研修後も連絡を取れるようメール交換など行った。これからは各団体がこれまで以上に協力関係を築き、活動を行っていくことだろう。

神戸市民エイズ映画鑑賞会とエイズ講演会

ジャンププラス代表　長谷川博史（上映：「フィラデルフィア」場所：シーガルホール）

長谷川氏は「十年前の映画だけど、薬以外の状況はあまり変わっていない。依然、差別は残っている」「世界中には4200万人のHIVの患者がいるが、そのうちの5%しか治療を受けられない現実がある」と指摘された。また、アメリカではHIV感染を公表しているパブリックスピーカーは多く、この映画にも出演しているが、「日本ではパブリックスピーカーは10人もいない」。それだけ日本では人前に出られない状況があり、本人に差別が起こってくる可能性があることを話された。「ひとはどれほど優しくなれるのか、どこまで愛に生きられるのか!!」と語っていたのが印象的だった。

［セリ］

2004年度・東京

2005年1月22日～23日の1泊2日の日程で「2004年度ボランティア指導者研修会（実施：法政大学地域研究センター）が開催されました。「HIV/AIDSの今日的課題とコミュニティの役割」をテーマとし、会場は法政大学市ケ谷キャンパスでした。

「ボランティア指導者」というにはまだまだ未熟ですが、今回こ

のような研修会に参加させて頂きましたのでその報告をしたいと思います。

【1日目】05年1月22日

講座1「NPO活動家として必要なHIV／AIDSの学習」

今回の研修会では、実施団体が法政大学地域研究センターだったためか、会場は法政大学のキャンパスの建物の中。1月22日朝、少し緊張しながらキャンパス内の会場に向かいました。受け付けを済ませて会場に入ると、そこにはもう何人かの参加者が座って開会式が始まるのを待っています。もうすでに会話が弾んでいるようでした。適当に席を見つけて座ると、目の前の机の上には2日間の研修の資料がぎっしり詰まったバインダーが置かれていました。資料を眺めているうちに参加者が増え、いよいよ研修会のはじまりです。

開会式後の午前中の講座は、「NPO活動家として必要なHIV／AIDSの学習」として、東京大学医科学研究所先端医療研究センターの岩本愛吉先生の「感染症をどう考えるか?」、国立国際医療センターエイズ治療研究開発センターの立川夏夫先生の「HIV医療の今日と課題」の2つのプログラムがありました。

岩本先生は、感染症の大規模化の要因や新しい感染症がどこからきているか等、HIV／AIDSだけでなく天然痘や腸管出血性大腸菌O157等の感染症も交えて説明してくださいました。立川先生は、HIV感染細胞はかなり長期に体内に存在し、薬剤でウイルスの増殖を抑えても遺伝子としてヒトの細胞内に存在していることから、長期にわたって抗HIV薬の服薬が必要なことや、ウイルスの増殖を抑制し、薬剤耐性を誘導しないような薬物の血中濃度を保つためには、100%抗HIV薬の服薬が必要なことなど、抗HIV薬の服薬の大切さやその他免疫系の話もしてくださいました。

ランチョンセミナー「Welcome ICAAP ～バンコックから神戸へ」

なんとなく研修会の雰囲気が分かってきたところで、昼食の時間です。ランチョンセミナーではエイズ予防財団の橋本幹雄さんからICAAP（International Congress on AIDS in Asia and the Pacific：アジア太平洋エイズ国際会議）のプログラム・トラック・イベントの紹介がありました。ICAAPは今回で7回目を迎え、平成17年7月1日から5日にかけて神戸で行われます。

昼食後の休憩時間はいろんな方と自己紹介しあいながら談笑・・・していた方が多かったようですが、私は残念ながらこの時あまり多くの方と話すことはできませんでした。さすがに指導者研修会だけあって、コミュニケーションの上手な方がとても多いように感じました。私は数人の方と話をすることで精一杯。もっと積極的に、と思いながらもなかなか口も体も動かず歯がゆい思いでした。

ワークショップ1・2「コミュニケーションの深化と多様性」「エゴグラムと適性」

昼食後はライフ・エイズ・プロジェクト（LAP）代表、清水茂徳氏のワークショップ「コミュニケーションの深化と多様性」「エゴグラムと適正」でした。「コミュニケーションの深化」ではいろいろな出会いのパターン（目を合わさない・目が合ったらパッとそらす・目を合わせて軽く会釈する等）やコミュニケーションの深まり・多様性を実際参加者同士で体験し、「エゴグラムと適正」では参加者がそれぞれ自分のエゴグラム（人の心を5つの領域に分類し

てグラフにしたもの）を作成しました。

事例研究「プライマリーケアとQOL」

午後3時からは、「プライマリーケアとQOL」として、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コーディネーターの池田和子さんの「拠点病院におけるコーディネーターの役割」、NPO法人ぷれいす東京NESTの矢島嵩さんの「新陽性者のためのPeer Group Meeting（PGM）の概要」の2つのプログラムがありました。

池田さんはHIV感染者の初診日や服薬開始後におけるコーディネーターの役割を話してくださいました。また、自身のこれまでのコーディネーターとしての経験から、HIVの治療は決して楽ではないから予防がとても大切であること、感染者に対してはまわりの理解が必要であることを強調されていました。矢島さんはPGMの概要や意義、これからの課題について話してくださいました。PGMは原則として感染を告知されてから6ヶ月以内の方を対象とした交流と情報交換の場で、①告知後間もないうちに、安全が確保された居場所が得られ、同じ立場の陽性者、先輩陽性者との相互交流が実現される、②今後の生活に役立つような知識や体験を共有する、③精神的な安定が得られて、HIV陽性者として生きるより良いスタートがきれる、ということを目的としているそうです。

講座2「疫学と予防啓発活動について」

少しの休憩の後、さらにプログラムは続きます。午後5時からは名古屋市立大学看護学部大学院教授の市川誠一先生とaktaのスタッフの方が「疫学と予防啓発活動について」という題で話してくださいました。

市川先生はHIV／AIDSを疫学の視点からみると、エイズ患者の報告が中高年齢層で増加していること、若年層でのHIV感染者の報告は男性同性間感染での増加が顕著であること、HIV感染は、同性間・異性間ともに若年層にシフトしていることや、予防啓発を進めるにあたっては啓発の目標は同じでも対象は異なるのでそれぞれのニーズに焦点をあてたものが必要であることをおっしゃっていました。またaktaは平成15年8月に男性同性間の性的接触における感染予防対策として新宿に設立されたHIV情報普及・予防啓発のコミュニティーセンターで、スタッフの方がakta設立の経緯や運営、利用状況等について話してくださいました。

イブニングセミナー「楽しい予防啓発事例の紹介」

午後7時、場所を大きなホールに変え、会食をしながらのイブニングセミナーがはじまりました。午前中あまり他の参加者の方と話ができなかった分、ここで挽回と気合いは十分。結局なんとか午前中よりはたくさんの方と話ができたものの、ふと気づくと飲食に夢中になってしまっていることも多々ありました。会食中にはとてもユニークな新しい予防啓発事例の紹介もあり、楽しい時間を過ごすことができました。

午後9時を過ぎ、そろそろ研修会第1日目終了の時間。この日は研修会会場近くのホテルで泊まることになります。同じ部屋に泊まることになった方とホテルに向かい、しばらく部屋の中で飲みながら話をしました。そしてそろそろ寝ようかと思ったところに、どうやら別の部屋で参加者が集まっているという情報をキャッチしました。2人でその部屋に向かうと、部屋ではたくさんの方が飲みながら語り合っている姿があります。

早速その中に入れてもらい、夜な夜な語り合いました。結局元の部屋に戻ったのは深夜4時半頃でした。

【2日目】05年1月23日

ワークショップ3「アイスブレーク&ロールプレイ」

2日目は午前9時からプレイバッカーズの佐藤久美子さんのワークショップではじまります。睡眠時間が3時間弱でしたから、正直なところ頭が少しぼーっとしていましたが、このワークショップは即興劇を取り入れたグループワークで、体を存分に動かしたり、また頭を使うことも多く、完全に眠気は吹っ飛んでしまいました。

講座3「共同事業の構想と手法」

午前10時からはNPO法人ぷれいす東京代表の池上千寿子さんによるプログラム「共同事業の構想と手法〜ぷれいす東京の予防啓発プロジェクト〜」でした。コンドームの使用に関する調査結果や、コンドームを女性が買いやすいようにと、他との連携をとりながら共同開発していること等を話してくださいました。

講座4「グローバルエイズと日本のエイズ」

午前11時30分からはNPO法人アフリカ日本協議会の稲場雅紀さんとジャンププラス代表の長谷川博史さんによるプログラム「グローバルエイズと日本のエイズ〜GIPAと世界エイズ会議・世界PLWHA会議〜」でした。稲場さんは世界におけるHIV/AIDS問題の実態と対策の現状について、長谷川さんは世界におけるHIV/AIDS問題をHIV陽性者の視点から話してくださいました。

稲場さんはエイズとの闘いのキーポイントとして、①社会総体でHIV/AIDSに取り組む体制作り、②HIV/AIDS対策に十分な資金が供給されること、③より根底的な問題へのアプローチ、を挙げていました。長谷川さんは、世界のHIV陽性者は同じ問題を共有しており、ただその国や地域の経済・文化・社会などによって表れ方が異なるだけであるということ、治療アクセス以外のエイズ対策は一部の途上国に比較しても日本は後進性を示していること等おっしゃっていました。

この日の昼食時間のランチョンセミナーでは、ジャンププラス代表の長谷川さんが、ICAAPの各種イベントやフォーラムについて話してくださいました。

講座5・6「NPOに必要なグループマネジメント講座」

いよいよプログラムは法政大学社会学部講師の宮木いっぺい先生の「NPOに必要なグループマネジメント講座」を残すのみとなりました。この講座は、イントロダクション→場面提示→グループワーク→発表→方向付け、という流れの参加型プログラムで、トラブルの生じたNPOの具体例を提示され、どのように解決していくかを参加者が数グループに分かれて話し合い、それを代表者が発表するというものでした。私のグループは皆さん積極的に発言されていて、途中で私は傍観者になってしまいました。指導者研修会ですから、やはりもっと積極性が必要であるとこの2日間を通じて痛感しました。

閉会式・修了証授与式を終え、プログラムは全て終了しました。本当にあっという間の2日間でした。この2日間で得たことはこれからの活動で必ず生かしていきたいと思います。今回の研修会に関わってこられた皆様、有意義な研修会を本当にどうもありがとうございました。

［坂東裕基］

過去最高の参加を記録した「市民のフォーラム」

「2004 AIDS文化フォーラムin横浜」参加報告

坂東裕基＆穂中英美梨

2004年8月6日～8日まで、かながわ県民センター（神奈川県横浜市）にて「いのち～市民が続けるAIDSへの取り組み」をテーマに、第11回AIDS文化フォーラムin横浜が開催されました。過去最高の83のプログラムに6031名が参加しました。その一部をご紹介します。

2005年は8月5日～7日に開催されます。

1994年から毎年行われているAIDS文化フォーラムin横浜（以下、文化フォーラム）ですが、私が文化フォーラムの存在を知ったのは2000年5月に池袋保健所の「エイズ知ろう館」で行われたCAI（Campus AIDS Interface）とLAPの合同勉強会に参加した時でした。その時はAIDSに関して関心はあったものの私の住む地方ではあまりAIDSのことを学ぶ機会がなかったので、文化フォーラムにはとても興味を持ちました。

2000年8月に初めて参加した文化フォーラムでは3日間できる限りたくさんのプログラムに参加しましたが、とにかくプログラムひとつひとつが新鮮でした。また、感染者の話を実際に聞くことができたことは私にとってとてもインパクトのあることでした。それ以来、私にとって文化フォーラムへの参加が毎年の欠かせない行事になりました。

今年で5回目の参加となりますが、毎年恒例になっているパトリックさんのプログラム、映像でカンボジアの内戦やAIDSを訴える後藤勝さんのプログラム、大学1年生のグループのプログラムなど興味深いものがたくさんありました。その中で、今回私が参加したプログラムを紹介し、文化フォーラムの雰囲気を伝えることができればと思います。

AIDS文化フォーラムin横浜ホームページでは2005年の告知が始まっている。http://www.yokohamaymca.org/AIDS/

飯島愛といのち・エイズ・愛・セックスを語ろう

フォーラム運営委員会

今回参加したプログラムの中で特に印象深いものでした。会場は平日にも関わらず満員で、会場に入れない人もたくさんいました。このプログラムでは、会場の参加者が携帯電話から壇上のパソコンのメールアドレスに質問のメール

を送って、飯島さんや医師の岩室先生がそれに答えるという試みがされました。メールであれば直接聞きにくいことも聞きやすいのではないか、ということです。また飯島さんはこのようにエイズ等の性病に知識のある人に、気軽にメールで悩みを相談したり質問できるような環境をもっと普及させるべきだと強く訴えていました。そこで今回のプログラムのために用意したパソコンのメールアドレスをこれからも相談の窓口としてずっと使えるようにしてほしいと熱弁をふるう姿は、飯島さんがエイズのことを真剣に考えていることを象徴しているようでした。

医療系大学生1年生 何も知らない私たち～今HIV／AIDSを考える～

横浜市立大学海外医療研究会

横浜市立大学の海外医療研究会の学生が「タイでのHIV／AIDS、エイズホスピス」「HIV／AIDSの啓発活動」などいくつかの項目に分けて、実際に活動されている方の話やその話を聞いて感じたことなどを発表形式で行っていました。大学1年生で立派に発表している彼等、彼女等がとてもうらやましく思えました。ぜひ来年、再来年と続けて欲しいと思います。

Positive!!!!!

パトリック&紳也

毎年恒例になりつつある、感染者のパトリックさんと主治医の岩室先生のトークです。パトリックさんの雑誌の連載が終わり次に本を出版したこと、前年は元気がなかったこと、恋に関すること、仕事のこと、両親のことなど話題は盛りだくさんで飽きることがありません。あっという間に時間は過ぎてしまいましたが、聞き終わった後には何かパワーをもらった気分になります。

AIDS出前授業 この10年から学ぼう！

横浜エイズ勉強会

1995年から啓発教育を行ってきたという、横浜エイズ勉強会のプログラムです。横浜エイズ勉強会では情報・知識を一方的に伝えるだけでなく、参加者一人一人が自分のこととして考えるように工夫を行っています。このプログラムでは「コンドームの装着法」という参加者に分かりやすいテーマで、説明する側が独特のキャラクターになりきってコンドームの装着法を説明するという大変ユニークな試みがありました。とても楽しく学べるとともに、質問しやすい雰囲気でリラックスして考えることができると感じました。

エイズ治療最新事情

中村哲也：東京大学医科学研究所

HIV／AIDSの豊富な治療経験を持つ、東京大学医科学研究所の中村哲也先生のプログラムです。まず、HIV感染症とはどういう病気なのかということについて、次に最新の治療法についての説明がありました。その中の今後のHIV感染症の治療計画として挙げられた「計画的に抗HIV薬を中断する」という治療法は、私にとってとても興味深いものでした。抗HIV薬の服薬を中断するとすぐに耐性ウイルスができて良くないと思っていたからです。臨床成績が限られているようですので、これからの研究によって効果のある治療法として確立してほしいと思います。

後藤勝スライド上映会 Who Cares? They do care! カンボジアとエイズ

後藤勝・由美（Reminders Project）

フォトジャーナリストとして活

躍されている後藤勝さんのスライド上映会。カンボジアでの内戦やエイズの現状を映像で紹介するというものでした。その中で、病院の所長、ミセスコンドームと呼ばれている学校の校長先生、HIVに感染している女性など5人に焦点を当てた映像がありましたが、その映像に写っていた人々の「目」は、ひとりひとり、何かメッセージを訴えているようで、とても胸に詰まるものがありました。

ネットワーキングパーティー!!!

土曜日のプログラム終了後の交流会です。ボランティアで参加している高校生、学校の先生、プログラムを主催している方、運営委員会の方などメンバーは様々。リラックスした雰囲気の中でとても楽しい時間を過ごすことができました。金曜日のプログラム後には「ネットワーキング・TEA・パーティ!!!」もありました。どちらも誰でも参加できるので、次回文化フォーラムに参加して何かやってみたいと思った方は、このような場に参加してみるのもいいかと思います。

展示会場でのLAPのブース（8月6日～8日）

「特別な存在ではなくなった」

今回の文化フォーラムは、参加者同士で意見を言い合ったり、話し合ったりするというプログラムが充実していたように思います。最初に参加者同士で簡単な連想ゲームをしたり、参加者同士で1枚の絵を完成させるということでまずお互いの緊張をときほぐすという工夫がされていたプログラムもありました。

簡単に紹介しましたが文化フォーラムの雰囲気が伝わったでしょうか？　私はこれまで参加してきて、自分自身の心の中で確実に変化したことがあります。それは、感染者が特別な存在ではなくなったということです。参加する前までは、まだ私にとって感染者は何か他の病気にかかった方とは違う、特別な病気にかかった、特別な存在でした。それが年々参加していくにつれ、私にとってAIDSはいつの間にか特別な病気ではなくなり、感染者も特別な存在ではなくなっていました。私は今大学で医学を専攻し、AIDSに関して学ぶこともありますが、文化フォーラムのプログラムやそこでのいろんな人達との出会いを通じて、大学では学ぶことができないことを教えてもらったような気がします。「AIDS文化フォーラムin横浜」は誰でも参加できます。文章では伝えきれないこともたくさんありますので、ぜひ、実際に足を運んでみてほしいと思います。

もしこのレポートを通じて文化フォーラムに興味を持ち、プログ

ラムの感想や雰囲気等もっと詳しく知りたい方がいらっしゃいましたら、次のアドレスにメールをいただけたら幸いです。
roki◎zephyr.dti.ne.jp
［坂東裕基］

文化フォーラムに参加して
水谷修・夜回り先生

フォーラム運営委員会

会場のホールはたくさんの人でうめつくされていました。…夜の街で生徒と向き合った教師…ということでどんなお話がきけるのだろうと楽しみにしていましたが私の期待を裏切らない深い意味をもつお話が聞けました。水谷先生は夜間高校で教えていた時、教えている内容よりもその前に生徒が睨んでいるその状態を目にして、まず人間関係をつくることが大事だと思ったそうです。夜回りを通して、夜の闇に沈んだ子ども達ときあうようになりました。闇に沈んだ子ども達はそこしか居場所がない。世の中が攻撃的になり夜眠れないこどもたちがいる。ということで、いくつかの現代社会の問題点を挙げてお話をされました。

①第4次少年犯罪多発期。全犯罪者の半分が少年。窃盗・万引きの異常な増加。その少年たちが口々に言う「みんなやってたから」…ものを自分で考えれない。現代はTVや親子関係の中でも1対0のコミュニケーションになっていて子どもは一方的な受取手になっていることが多い。「何やろうか？」自由に自分の意見を言えたりする1対1のコミュニケーションがとても大事である。大人は生き生きと生きているのだろうか？生きる楽しさを子どもに伝えることが大切である。②売春の増加、③女子の犯罪増加。自信や自己肯定感は育っているのだろうか？ジェンダーフリーと言われながら一方でマンガの世界では男に尽くす女が描かれている。与えられた愛が多い程人はよく育つ。女子にはそれがとても必要。④凶悪・異常犯罪の増加。日本は暴力に甘い社会である。人を殴るゲームに触れる機会も多い。ひきこもりや不登校に対しては、ただ学校には行かなくていいというのではなく、いろんな居場所を作ることが大切なのではなかったか。現象で子どもを罰してどうするのか。⑤薬物依存。AM2：00から電話がかかってくる。人は人を求めている。薬物は1回はめれたらぬけられない。真面目で弱く素直でいい子が真面目に真面目に死んでいく。愛では救えない薬の恐さがある。

LAPの講座「セクシュアリティ入門〜性教育の基礎〜」（講師：木谷麦子氏）。
「教育をどう考えていったらいいのか」をテーマとし、セクシュアリティの多様性や多様な価値観を認識する上で欠かせないものは何なのか？　講師の体験を含めて取り上げた。後半は講師を囲んでのディスカッション、意見交換を行った。

最後に「笑顔を見せてください」と水谷先生は言っていました。私自身とても傷つくと感じることが多くて、自然体で笑顔を見せることがでないことが結構あったりするので、ウソの笑顔はいらない。でも心から自然にでてくる笑顔ならそれは素晴らしい。そんな笑顔でいっぱいの社会になればいいと思いました。そしてその社会を作っていくのは私達ひとりひとりなのだと思っています。
［穂中英美梨］

2005年は「かながわ県民センター」にて、8月5日（金）〜7日（土）に開催されます。

HIV・エイズ関連ニュース

（2004年1月4日～2004年12月9日）

○ “日本人向け” HIVワクチン、東大が臨床試験開始
1月4日・読売新聞

東大医科学研究所付属病院（東京都港区）が、エイズウイルス（HIV）の治療用ワクチンを実際に感染者に投与する臨床試験を、国内で初めて開始した。同病院の岩本愛吉院長らは、感染者から取り出した健全な免疫細胞とHIVの断片を体外で混ぜ合わせ、標的とすべきウイルスの特徴を覚え込ませたうえで免疫細胞を体内に戻し、攻撃を促す方法を考えた。免疫細胞がHIVを見分ける目印として、HIVに含まれる7種類のペプチド（たんぱく質のかけら）を人工合成した。目印のペプチドは免疫遺伝子の型で異なるが、日本人の7割は同じ遺伝子を持つ。臨床試験では、現在の標準的な治療法である3種類の抗ウイルス薬服用と同時に、このワクチンを2週間おきに計6回接種。抗ウイルス薬の服用を中断しても発症を防げるウイルス量に抑え込めるかどうかを、副作用とあわせ、2年間にわたり調べる。

○エイズ薬4割値下げで合意　製薬5社とブラジル
1月16日・共同通信

ブラジルのコスタ保健相は十五日、欧米の製薬会社五社から購入する五種類のエイズ治療薬について、平均37%値下げさせることで合意したと発表した。ロイター通信などが伝えた。ブラジルは一九九六年からすべてのエイズウイルス（HIV）感染者にエイズ薬を無料で提供し、国際的に高く評価されているが、薬の購入費が国の予算を大きく圧迫していた。

○HIVすり抜け、輸血の安全対策見直し…厚労省方針
1月23日・読売新聞

HIVに感染した献血者の血液が日本赤十字社の高精度検査をすり抜け、輸血を受けた患者がHIVに感染した問題で、厚生労働省は23日、献血の提供者から日赤を経て、医療現場や患者に至る輸血の過程全般を見直して、健康な献血者の登録制度導入などを検討し、安全性向上を目指す方針を明らかにした。また日赤ではこれまで50人分をまとめて行っていた高精度検査を早急に20人まで減らすことや、輸血に伴う副作用の原因となる白血球の除去などを実施する方針。

○HIV新規感染が過去最多　献血時の判明増える　厚労省
1月27日・共同通信

2003年に国内で報告された新規のエイズウイルス（HIV）感染者は速報値で627人と過去最多を更新したことが27日、厚生労働省エイズ動向委員会のまとめで分かった。献血時に感染症拡大を防ぐため実施している検査で見つかったHIV感染者は87人に上り、献血者十万人当たりの感染者数が1.548人と過去最多に達した。また2003年に保健所や病院でHIV検査を受けた人の数は約七万六千人で、2002年の約六万二千人から急増した。

○エイズワクチン実用化でNPO＝研究者ら、安価な供給目指
2月20日・時事通信

安価な供給目指す国際的な課題となっているエイズワクチンの実用化に向け、開発に携わる研究者や医師らが20日までに、民間非営利団体（NPO）「エイズワクチン開発協会」（山崎修道理事長）を設立した。当面、国立感染症研究所グループが開発中のワクチンの臨床試験を支援し、できるだけ安価に提供できる体制を整えたいとしている。

○薬害エイズの安部被告公判、心神喪失で停止決定
2月23日・朝日新聞

薬害エイズ事件で業務上過失致死罪に問われ、一審・東京地裁で無罪判決を受けた帝京大元副学長・安部英（たけし）被告（87）について、東京高裁（河辺義正裁判長）は23日、元副学長が心神喪失状態にあるとして刑事訴訟法に基づき公判を停止する決定をした。公判は事実上、元副学長の最終的な刑事責任が確定しないまま終結する見通しとなった。

○エイズ孤児110万人　ケニア政府に危機感
2月27日・共同通信

人口約三千万人のケニアで、エイズのため両親を失った孤児は約百十万人に上ることが、ケニア政府が二十七日までに発

表した二〇〇三年の統計調査で分かった。妊娠している女性の十人に一人がHIVに感染していることも分かった。

○女性のエイズ拡大警告　国連事務総長
3月9日・共同通信

国連のアナン事務総長は八日、「国際女性の日」の会合で演説し、女性のエイズ感染者が急速に拡大していると警告した。事務総長は、世界の新規感染者の半数以上が女性で、二十四歳以下の若者では三分の二近くを女性が占めている実態を報告した。

○土日のHIV検査、拡充へ　安全な献血確保で厚労省
3月20日・共同通信

エイズウイルス(HIV)などに感染していないか確かめる検査目的の献血を無くし、輸血用血液の安全性を高めるため、厚生労働省は十九日、平日夜や土日に匿名でHIVの無料検査を受けられる窓口を二〇〇四年度に全国三カ所に整備する方針を決めた。夜間、土日の検査室は〇三年度からモデル事業として取り組んでいる東京都南新宿検査・相談室に加え、名古屋、大阪両市の繁華街に一カ所ずつ新設する方向で両市と協議を進めている。費用は国が負担し、具体的な場所などは今後詰める。三カ所の運営を見ながら、全国に増やすことも検討するという。

○<献血>日赤が受付時に本人確認を開始
3月30日・毎日新聞

日本赤十字社は30日から、東京・大阪・北海道の各血液センターで、献血受付時に身分証の提示を求める「本人確認」を試験的に始めた。検査目的の献血防止対策の一環。今後、実施地域を順次拡大し、10月をめどに全国で実施する予定という。日赤は本人確認によって「責任ある献血」を国民に呼びかけ、血液製剤の安全性をより向上させたいとしている。

○性感染症や性器の名称削除　文科省、厳格な姿勢
3月30日・共同通信

エイズを性感染症として紹介した5、6年の保健の教科書には「程度が高すぎる」と待ったが掛かった。3、4年で扱われる性器の名称も、従来は認められた「ペニス」などが「文科省の学術用語集に準拠していない」と意見が付き、削除。発展的内容を認める流れの中で、性教育だけは逆に基準を厳格に守らせる傾向が目立った。ある教科書は「病原体と病気」の項目で発展として、エイズを「HIVは、感染している人の血液や精液、ちつで出される液などが、ねんまくやきず口などから入ることでうつります」と紹介したが、検定後「感染している人の血液などが、きず口などから入ることでうつります」と差し替えた。

○C型肝炎での死亡原因が半数超に
4月3日・毎日新聞

非加熱血液製剤でエイズウイルス(HIV)に感染した血友病患者で、昨年死亡した15人中9人はエイズではなくC型肝炎ウイルス(HCV)感染による肝疾患が原因だったことが支援組織「はばたき福祉事業団」の調査で分かった。事業団は「治療法の進歩でエイズの死者は減ったが、肝炎の治療体制の整備は遅れた。重複感染者は肝炎の進行が速い」と訴えている。85年に加熱血液製剤が導入されるまでは、製剤中のHIV以外のウイルスも不活化されていなかった。事業団によると、このため薬害エイズ被害者の9割以上がHCVにも感染させられた。被害者のうち、これまでに亡くなったのは555人。年別の死者数は94年の64人が最高で以後は減少傾向にある。抗HIV薬を複数投与する「カクテル療法」などの治療効果とみられている。だが、HCV感染が原因の死者は逆に増えた。今年も既に3人が死亡した。

○輸入抗HIV薬「ビリアード」を発売
4月10日・共同通信

日本たばこ産業(JT)は5日、米ギリアド・サイエンシズ社が開発した抗HIV薬「ビリアード錠300mg」の輸入承認を取得し、グループの鳥居薬品が12日に発売すると発表した。2011年度には薬価ベースで年間11億円の売り上げを目指す。

○途上国に低価格エイズ薬　世銀、基金が共同で
4月6日・共同通信

世界銀行は6日、クリントン前米大統領が発展途上国のエイズ対策のために設立した基金などと共同で、120カ国以上

の発展途上国向けに低価格のエイズ診断、治療薬を提供する計画を始めると発表した。薬はインドや南アフリカなどの製薬会社が低価格で提供することに合意。今後数年間で数百万人が、エイズの診断や治療を受けることができるようになるという。ブッシュ米政権は、米国など先進国の製薬会社から比較的高い価格でエイズ薬を購入、途上国援助に向ける計画を進めているが、今回の計画では、これに先手を打つ形で、より安い価格のエイズ薬が大量に途上国に提供されることになる。

○エイズ基金、寄付4割減…企業など大口がめっきり
4月10日・読売新聞

国内のHIV感染者や患者の支援活動などに活用される、エイズ予防財団の「日本エイズストップ基金」への昨年度の寄付金額が、設立以来の最低となったことがわかった。開設当初のわずか3分の1で、2002年度から4割減と大幅に落ち込んだ。企業など大口寄付の減少が原因だ。初年度は約7710万円で、その後急減したが、99年度から飲食、理容業界などの協力で、4000万—5000万円を維持していた。だが、昨年度は約2816万円と過去最低となった。

○男優が感染　米加州のポルノ業界が2カ月業務停止
4月16日・毎日新聞

15日、人気ポルノ男優がエイズウイルス（HIV）に感染したことが判明し、米カリフォルニア州のポルノ映画業界は感染拡大を防ぐため約2カ月間、業務を停止することになった。地元報道によれば、映画撮影のためにこの男優と関係を持ったポルノ女優、女優のパートナーなど約45人がHIV検査を受けている。同産業で働く約1200人の俳優たちは3週間ごとにHIV検査を受けることが義務づけられている。男優のHIV感染は99年、98年にも起きている。

○献血手帳05年度からIT化　データ管理と身元確認
4月23日・共同通信

厚生労働省と日赤は、献血手帳を2005年度から電子カード化することを決めた。献血血液の安全性向上のため献血者の身元確認をしやすくするのが狙いで、コレステロール値など健康管理に役立つ検査データも記録できるようにする。また献血が原因で健康を害した人を救済する制度創設を目指し、近く専門家の懇談会を設置する。

○自己注射解禁を協議へ　HIVと肝炎の感染者に
5月24日・共同通信

厚生労働省は24日までに、治療が難しいエイズウイルス（HIV）とC型肝炎ウイルス（HCV）との重複感染者に対し、肝炎治療薬インターフェロンの自己注射の保険適用を認めるかどうか検討を始めた。専門家と原告らが話し合う協議の場も設ける考え。坂口力厚労相が同日、東京、大阪のHIV訴訟原告団との面談で明らかにした。インターフェロンは吐き気や不眠、うつ症状などの副作用があり、自己注射は現在、保険適用されていない。

○HIV感染すぐ判明　即日検査、保健所に普及へ
5月27日・共同通信

国内でエイズウイルス（HIV）感染が拡大しているのに、無料で実施している保健所のHIV検査を受ける人数が低迷する中、厚生労働省は27日までに、30分–1時間程度で結果が分かる即日検査法のガイドラインを作成、全国約560カ所の保健所に配布して普及に乗り出した。昨年から試験導入した栃木県内の保健所では検査数が前年の4倍近くに増え、今年4月には北海道内の28カ所でもスタートした。即日検査は、少量の血液を診断キットに付着させれば約15分で感染の有無が分かる。ただ、感染していないのに陽性と出るケースが1%程度あり、陽性の場合はより正確な検査を行う。ガイドラインは今井光信・神奈川県衛生研究所長を主任とする研究班が作成。感染が分かった人への相談体制整備なども必要なため「全国1律ではなく、地域の実情に合わせた検討を」と促している。

○エイズ拠点病院が二極分化　厚労省研究班調査
6月12日・共同通信

エイズ拠点病院の二極分化が進み、エイズ患者とエイズウイルス（HIV）感染者を計400人以上も診療している病院がある一方で、診療経験が全くない病院も10%を超えることが12日、厚生労働省研究班の調査で分かった。増え続ける患者らが都市部の先進的な病院に集中しているためで、過去2年間の新たな受診者がゼロという施設は3分の1に上った。患者

集中病院では専門医の70%以上が「このままだと2年以内で限界」と破たん寸前の現状を訴え、研究班は「拠点病院の底上げと病院間の連携・分担が必要」と指摘。国立国際医療センターエイズ治療・研究開発センター（ACC）が本年度から首都圏で拠点病院に専門家を派遣するなど、各地でエイズ診療体制の見直し作業が始まる。調査は木村哲ACCセンター長を主任とする研究班が昨年12月、364のエイズ拠点病院を対象に実施。これまで256施設（70%）が回答した。

○バンコクのホテルで会議出席のエイズ感染者を“隔離”
6月18日・読売新聞

7月に第15回国際エイズ会議が開かれるタイの首都バンコクのホテルで、今月、エイズ対策に関する会議に出席したエイズ感染者らが“隔離”されていたことが17日、わかった。タイ保健省職員の指示による措置で、同省幹部は本紙に対し、事実関係を認めたうえで担当者を厳重に注意したことを明らかにした。関係者によると、対策会議は同省が主催、民間活動団体（NGO）、エイズ感染者ら約60人が参加した。この際、保健省担当者は感染者がいることをホテル側に告げ、このグループを他の客から離して扱うよう指示した。ホテルは食事の際、レストランに会議参加者のための別コーナーを設け、他の客と隔離。会場や宿泊用の30部屋も、別の2フロアを用意した。

○エイズ予防財団専務理事の山田兼雄さん死去
6月19日・朝日新聞

山田兼雄さん（やまだ・かねお＝エイズ予防財団専務理事）が19日、すい臓がんで死去、76歳。元聖マリアンナ医大病院副院長で、旧厚生省のエイズ研究班長を務めた。

○都市部自治体、HIV予算7割減
6月22日・読売新聞

東京、大阪など都市部11自治体のエイズ対策費が、10年で67%も減ったことが読売新聞調査でわかりました。95年度と今年度の予算比は、東京都65%減、千葉県90%減と患者・感染者増の中、対策の後退が目立ちました。

○エイズ死者、累計2千万人超える　国連最新推計
7月7日・朝日新聞

国連合同エイズ計画（UNAIDS）は6日、世界のエイズウイルス（HIV）感染者が03年末に3780万人にのぼり、同年の新たな感染者が480万人、エイズによる死者は年間290万人とする最新推計を発表した。また、81年に最初の患者が報告されて以来の死者累計が2000万人を超えたことも明らかにした。昨年11月時点の03年末推計（感染者4000万人、死者年間300万人、新規感染者500万人）よりも低い数字となっている。地域別の感染者はサハラ砂漠以南のアフリカが2500万人で最多だが、頭打ちの傾向にある。一方、アジア地区では伸びが目立ち、感染者数が740万人、うち03年の新規感染者数が過去最高の110万人に達した。

○予防・治療の機会均等訴え＝国際エイズ会議が開幕－タイ
7月11日・時事通信

約160カ国から政府、医療関係者ら約1万5000人が参加する第15回国際エイズ会議が11日、バンコク近郊で開幕した。国連合同エイズ計画（UNAIDS）などが主催し、会期は6日間。同会議の開催は東南アジアでは初、アジアでは1994年の横浜に次いで2回目。「アクセス・フォー・オール（すべての人が利用できるように）」をテーマに、地域や性別、貧富を問わず、すべての人がエイズの適切な医薬品や予防方法、知識を得られる方策を討議し、最終日の16日に具体的な取り組みを盛り込んだ「バンコク声明」として採択する。

○家西悟氏が当選　参院比例区民主党
7月12日・朝日新聞

民主党の比例区で立候補した元衆院議員の新顔、家西悟氏が当選した。元大阪HIV薬害訴訟原告団代表。訴訟の和解が成立した96年の衆院選に小選挙区奈良1区から立候補、重複立候補した比例区近畿ブロックで復活当選し、2期務めた。昨年11月の総選挙で比例区単独での立候補を目指したが、党が比例区単独候補を認めない原則を打ち出したため、参院へくら替えした。

LAP NEWSLETTER Vol.39 2005 45

○エイズ孤児、10年には最大26万人に＝偏見が拡大–中国
8月14日・時事通信

中国疾病予防センターはHIVで親を失った「エイズ孤児」が現在、7万–8万人に上り、2010年までに13万8000人から26万人に達するとの予測を示した。中国指導部もエイズ孤児問題に重大な関心を示しており、北京で14日までの5日間、孤児を対象にした初のサマーキャンプを開催。9–16歳の健康な72人が参加した。ただ、主催者が孤児の宿泊するホテルや学校などを探した際、40カ所近くが使用要請を拒否。偏見が拡大している実態が浮かび上がった。

○「薔薇族」が廃刊　同性愛専門誌の草分け的存在
9月22日・朝日新聞

同性愛専門誌の草分け的存在として、33年間続いてきた月刊誌「薔薇（ばら）族」が今月発売中の382号を最後に廃刊されることが決まった。伊藤文学編集長（72）は「不況で広告収入が激減し、これ以上の経営は困難と判断した」と話している。薔薇族は71年7月の創刊。「男同士の愛の場所は薔薇の木の下だった」というギリシャ神話から引用した。

○HIV感染者、刑務所に180人隔離　旧政権
9月28日・毎日新聞

イラクの旧フセイン政権が、感染者はいないとして国内のエイズ・ウイルス（HIV）問題を隠すため、少なくとも感染者180人を刑務所に隔離していたことが28日、感染者と遺族らの証言でわかった。暫定政府がようやくHIV対策を開始したが、薬品も入手できず、国際社会の支援が不可欠な状況だ。

○母から感染の子、9人死亡　厚労省研究班調査
10月17日・毎日新聞

国内で母親からエイズウイルス（HIV）に感染した子が84～03年の20年間で少なくとも35人に上り、このうち9人が死亡、7人がエイズを発症していたことが16日、分かった。一方、非感染児27人の追跡調査で、2人が突然死し、7人が貧血などの症状を起こしていたことも判明。調査した厚生労働省の研究班は「母子感染を防ぐには、妊娠初期にHIV抗体検査を徹底する必要がある。非感染児の追跡調査も急務だ」としている。

○HIV「迅速検査」好評、導入の保健所は受検者10倍
10月18日・読売新聞

国内のエイズウイルス（HIV）の新規感染者が年々増える中、検査したその場で結果の分かる「迅速検査」に希望者が殺到している。東京都内で唯一、今年度から導入した江戸川保健所では、昨年度に比べて受検者数が10倍以上も増えており、他の自治体でも導入が進んでいる。予想以上の反響に、厚生労働省も「さらに普及させたい」と意欲的だ。

○四半期の感染者、患者とも過去最多
10月21日・毎日新聞

厚生労働省のエイズ動向委員会は21日、今年6月末～9月末のエイズウイルス（HIV）感染者の新規報告件数が209件にのぼり、四半期では過去最多だったことを明らかにした。従来の最多は今年3月末～6月末の199件。エイズ患者の新規報告数も126件で、過去最多だった昨年9月末～12月末の106件を上回った。感染者の感染経路は、同性間の性的接触の120件が最も多く、異性間の性的接触の58件が続いた。患者では、同性間と異性間の性的接触がそれぞれ44件でトップ。年齢別では、感染者が20代、30代で全体の76%（158件）を占め、患者は30代が43件で最も多く、続いて40代の33件、50代以上の32件となっている。20代の17人のうち、日本人は13人。

○エイズ死者増加、年間310万人に　国連が04年末推計
11月23日・朝日新聞

国連合同エイズ計画（UNAIDS）は23日、04年末の全世界のエイズウイルス（HIV）感染者が、最新推計で前年同期比160万人増の3940万人となり、年間の死者も同20万人増の310万人に達するとの報告書を発表した。日本を含む東アジアの感染者は110万人で、2年で5割の増加。特に中国が目立ち、効果的な措置がとられなければ、現在は推計で100万人弱の感染者が、6年後に1000万人に達する可能性があると警鐘を鳴らしている。

○世界エイズデー前に飯島愛さんらが呼びかけ
11月28日・読売新聞

来月1日の世界エイズデーを前に、エイズ予防を呼びかける「レッドリボンキャンペーン2004」が28日、東京の六本木ヒルズで行われた。知人をエイズで亡くしたタレントの飯島愛さんも参加し、国内でHIV感染者やエイズ患者が増加している現状を示し、「エイズは身近で切実な問題」と訴えた。会場では、その場でHIV感染の有無が分かる迅速検査も無料で行われ、受検した俳優の照英さんは「自分自身を確かめ、恋人を守るために勇気を出して検査を受けよう」と語りかけた。

○チャリティーコンサート　12月1日東京・渋谷で
11月29日・毎日新聞

12月1日の世界エイズデーに合わせ歌手、森山良子さんを中心に開いているAAA（アクト・アゲンスト・エイズ）チャリティーコンサート（毎日新聞社など後援）が、同日午後6時半、東京都渋谷区のBunkamuraオーチャードホールで開かれる。今年で12年目。矢野顕子さん、ANRIさん、寺井尚子さん、平原綾香さんがゲスト出演する。

○名古屋で約220人がキャンドルパレード
12月1日・毎日新聞

世界エイズデーの1日夜、名古屋市の栄で、約220人がキャンドルパレードを行った。エイズで亡くなった人への追悼と、病気に対する関心を高めることを目的として、同市内の患者支援団体など6団体が開催。約1時間にわたって、ピエロやチアリーダーの格好をした人たちも加わって、キャンドルを手に「エイズについて考えてみて下さい」などと訴えながら街を歩いた。

○「HIV2型」2例目、国内在住の外国人から検出
12月3日・読売新聞

世界で広がるエイズウイルス（HIV）とは遺伝子タイプの違う「2型」と呼ばれるウイルスを、大阪府立公衆衛生研究所などが、国内に住む外国人男性から検出していたことが2日わかった。国内で確認されたのは2例目。2型ウイルスは、西アフリカ地域に限局的に流行しているとされるタイプ。1型に比べ感染から発症までの潜伏期間が長く、感染力も弱い。

○3割がエイズ診療拒否　歯科医、厚労省調査
12月3日・共同通信

エイズ患者の診療受け入れに関する厚生労働省研究班の調査で、回答した歯科医師253人の約32%が「原則として断る」と答えたことが3日、分かった。HIV感染者の診療拒否も約26%だったが、B型やC型の肝炎ウイルス感染者では1%台。主任研究者の特定非営利活動法人HIVと人権・情報センターの五島真理為理事長は「予防対策をしていれば、通常の歯科診療でエイズウイルスが感染することはない。エイズへの偏見や認識不足を改めてほしい」としている。

○HIV感染者4割が離転職＝病名隠しで心に負担－初の就労状況調査
12月7日・時事通信

エイズウイルス（HIV）感染者の約4割が、感染を知った後に離職や転職を経験していることが、厚生労働省研究班の初の就労状況調査で分かった。病名を隠すことの精神的負担も重く、感染者が働く上での困難さが浮き彫りとなった。研究班の生島嗣・NPOぷれいす東京専任相談員は「医療が進み感染者も長期的な社会参加を考えられるようになったが、社会の側に受け入れ態勢ができておらず、感染を知られることへの漠然とした不安が強い」としている。

○フィブリノゲン納入先公表　6611医療機関、実名で
12月9日・共同通信

薬害肝炎問題に絡み、C型肝炎ウイルスの感染を広めたとされる血液製剤フィブリノゲンについて、厚生労働省は9日、販売元の三菱ウェルファーマ（旧ミドリ十字）の提出資料を基に、1980年以降に納入されたとみられる全国の医療機関のリストを公表した。名称や所在地が確定できたのは6611施設。同社は、これらの施設で28万人余が投与され約1万人が肝炎を発症したと推計している。自覚症状が乏しく感染に気付かない人も多いとみられ、厚労省はリストをホームページに掲載し「94年以前にこれらの施設に受診し、出産や手術で大出血した人などは肝炎検査を受けてほしい」と呼び掛けている。

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。

LAP NEWS LETTERバックナンバーのお知らせ

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『セーフェストセックス講座』 全44ページ
岩室紳也医師の「セーフェストセックス講座」／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」／保健所エッセー　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／ノービアカプセル（リトナビル）製造一時中止／保健所からのエッセー　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ー　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

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

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ー「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

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

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ー「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「知った気で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ー「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ー「“効いた”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／プレカップ神戸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ー「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／携帯電話割引きへの要望と回答／公衆衛生医からのエッセー「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

38号『当事者に役立つ福祉講座』 全44ページ
ソーシャルワーカーの活用法／ICFという新しい考え方／ワーカーに聞いてみたい。こんなこと、あんなこと／身体障害者のための主な保健福祉サービス／性教育の基本／公衆衛生医からのエッセー「正しい知識に気をつけよう2」／コラム「遺族の心理ケアを考える」　他

※22号は無料送付しています。

▼ここに掲載されていない号は品切れです。▼定期購読されたい方は会費もしくは資料送付料をお振り込みください。詳しくは31ページをご覧ください。