

# LAP

Life AIDS Project

## NEWS LETTER

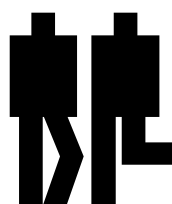
**Vol.41**

**2006.7.**



# LAP Positive TALK

## 2006-2007



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、講師の話の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(ミックス)、対象を限定したグループ(ゲイの方限定、ビギナーの方限定)を毎月1回ずつ開催します。

### ■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(ビギナー限定の回は1~5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？

毎月3回、19:00~20:45まで、都内の貸会議室で行います。日程はホームページやLAPホットラインで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](mailto:talk@lap.jp)



# Life AIDS Project News Letter Vol.41-PDF

HIVをめぐる状況はどう変化したのか、どんな動きがあったのか

**この一年から明日を覗く** [小島賢一] **4**

抗HIV薬、自立支援法、迅速検査、保険点数、医療体制

自立支援医療の自己負担の概要(2006年4月現在) **6**

公衆衛生医からのエッセー

**医療もお金で換算する社会になった** **10**

提供されるものは「適切な医療」だったが… [JINNTA]

ゲイ・HIV ポジティブの相互サポートグループ

**HEARTY NETWORKの活動から見てきたもの** **13**

病気を持って生きるという部分での共感 [館林 稔]

知った気でいるあなたのための

**セクシュアリティ入門⑨～なんかにやさしいの～** **19**

木谷さんはフェミニストなんですか? [木谷麦子]

同じ立場に立つ、共通項を持つ者によるカウンセリング

**ピア・カウンセリングの限界と可能性** **29**

専門職によるカウンセリングとは異なる役割が求められる [草田 央]

LAP入会案内 **12**

LAPホットライン・エイズ電話相談案内 **28**

2006 AIDS文化フォーラムin横浜案内 **32**

HIV・エイズ関連ニュース **33**

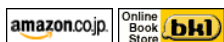
LAPニュースレターバックナンバーのお知らせ **40**

●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



## 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)

# この一年から明日を覗く

荻窪病院 血液科 カウンセラー 小島 賢一

HIVをめぐる状況はこの1年で、どのように変化したのだろうか。また、どのような動きがあったのか――

HIV感染者に関する話題、HIVに携わる人たちが知っておきたいトピックスを、荻窪病院の小島賢一氏にまとめていただいた。難しく感じられる話もあるかも知れないが、医療や治療にも、社会福祉においても、確実に変化が起きている。自らのアンテナを張っておくことがますます大事になっている。

## 1. 抗HIV薬を巡って

レイアタツツ(ATV)に始まった新薬発売の流れは、ピリアード

(TDF)、エブリコム(3TC+ABC)、レクシヴァ(FAPV)、と続き、昨年春のエムトリバ(FTC+TDF)の発売をもって一段落した。ここ

一年で新しい薬の発売はなかったものの、これらの薬は急速に浸透し1日1回処方当たり前なものにした。さらにアプティバス(TPV・テイプラナビル)などの抗HIV薬も発売を控えており、飲みやすい処方ますます一般化すると思われる。

## 1日1回処方の方で発売中止になる薬も

その一方で、いよいよ抗HIV薬も淘汰の時代に入った気配がある。フォートベイス(SQV・SGC)が今秋に発売中止になる

ようだ。SQVに関してはHG C(ハードジェルカプセル)が継続販売されるので、現在服用中の患者さんに大きな問題はない。しかし、今後、他の薬も発売中止されたらどうなるのか。その薬しか効かない、その薬しか飲めない患者さんへは、エイズ治療薬研究班から例外的に供給されるのだろうか。もつとも、薬自体が製造中止となってしまうば、それも無理な話である。製薬会社に社会的責任を訴えて、販路の限られた薬を赤字で製造してもらうのにも限界がある。

開発途上国では薬のロイヤリティーを無償または廉価にせよとの運動も起きている。製薬会社も莫大な研究費をかけて開発した薬が低価格でコピーされてはたまらない。国連などでどこまで費用負担をしてくれるのだろうか。売れなくても作らなくてはならない薬、開発してもすぐにコピーされる薬…面倒な薬に関わるのは嫌だ

※1 エイズ治療薬研究班 <http://www.ijnet.or.jp/aidsdrugmh/>

日本で承認済み抗HIV薬リスト(2006年6月現在)

①は1日1回投与が可能な抗HIV薬

一般名	商品名	略号等
<b>●核酸系逆転写酵素阻害薬 (NRTI)</b>		
ジドブジン	レトロビル	AZT(ZDV)
①ジダノシン*	ヴァイデックス ヴァイデックスEC	ddl ddl-EC
ザルシタピン	ハイビッド	ddC
サニルブジン	ゼリット	d4T
①ラミブジン	エビビル	3TC
ジドブジン/ラミブジン	コンビル	AZT/3TC
①アバカビル	ザイアジェン	ABC
①テノホビル	ピリアード	TDF
①ラミブジン/アバカビル	エブジコム	3TC/ABC
①エムトリシタピン	エムトリバ	FTC
①エムトリシタピン/テノホビル	ツルパダ	FTC/TDF
<b>●非核酸系逆転写酵素阻害薬 (NNRTI)</b>		
ネビラピン	ピラミュン	NVP
①エファビレンツ	ストックリン	EFV
デラビルジン	レスクリプター	DLV
<b>●プロテアーゼ阻害薬 (PI)</b>		
インジナビル	クリキシバン	IDV
サキナビル	インピラーゼ フォートベイス	SQV-HGC SQV-SGC
リトナビル	ノーピア・ソフトカプセル ノーピア・リキッド	RTV
ネルフィナビル	ピラセプト	NFV
アンブレナビル	ブローゼ	APV
①ロピナビル・リトナビル ***	カレトラ・ソフトカプセル カレトラ・リキッド	LPV・RTV
①アタザナビル	レイアタツツ	ATV
①ホスアンブレナビル	レクシヴァ	FPV

\*ddl-ECのみ可能。 \*\*\*海外では初回治療で可能とされている。

## 2. 障害者自立支援法を巡って

抗HIV薬は高価である。我々が2005年に行った「抗HIV薬の組合せ調査(通称、何飲んで

と、会社が抗HIV薬開発・発売に消極的にならないことを祈りたい。)

る研究)では、服薬者1人が月平均17万3千658円(自費想定、三割負担で月5万2千円)かかっている計算になった。並みのサラリーマンが毎月支払えるような額ではない。当然、健康保険、医療費補助、社会福祉制度等を利用しなくてはやっていけないが、これまで患者・感染者の治療を支えて

きた障害者認定制度と更生医療に關して、変化があった。こうした面にはもつとも詳しいLAPの機関紙であるので、ここで詳細は述べないが、大雑把に言えば、更生医療が「自立支援医療」に変わり、これまでほとんど医療費がかからなかった方の多くが、上限で二万円程度の月々の負担が生じるよう

## 医療費負担増による病院離れの危惧

ここで何より怖いのは、病院離れ・治療途絶の危惧である。検査したくても、薬が欲しくても金銭が支払えないので行けない、あるいは病院への受診間隔を長くせざるを得ないといった例が増加するのではないか。この変更は障害者自立支援法の成立に伴うもので、本来は障害者の社会的自立を促進し、支援する目的の立法であったが、患者・感染者の就労についての差別撤廃、障害者職業訓練の充実、企業への働きかけは不十分で、現状では差別のある職場で苦勞して医療費を支払うよりも、自立せず生活保護に頼り医療費負担を無くした方がよい」と考える方を

## 自立支援医療の自己負担の概要(2006年4月現在)

更生医療は「自立支援医療」に変わりました。

所得区分	一定所得以下			中間所得層		一定所得以上
	生活保護世帯	市町村民税非課税 本人収入≤80万	市町村民税非課税 本人収入>80万	市町村民税>2万 (所得割)	2万≤市町村民税 <20万(所得割)	20万≤市町村民税 (所得割)
高額治療継続者(「重度かつ継続」)以外	負担0円	1割負担 負担上限月額: 2,500円	1割負担 負担上限月額: 5,000円	1割負担 負担上限月額: 医療保険の自己負担限度額	1割負担 負担上限月額: 医療保険の自己負担限度額	自立支援医療の対象外
高額治療継続者(「重度かつ継続」) <sup>*</sup>	負担0円	1割負担 負担上限月額: 2,500円	1割負担 負担上限月額: 5,000円	1割負担 負担上限月額: 5,000円	1割負担 負担上限月額: 10,000円	1割負担 負担上限月額: 20,000円 <sup>**</sup> 3年間の経過措置

<sup>\*</sup> 免疫機能障害は腎臓機能障害や小腸機能障害等と同様に、『高額治療継続者(「重度かつ継続」)』となり、負担額はグレーの欄になります。ただし、『高額治療継続者(「重度かつ継続」)』の範囲については、「実証的な研究結果を踏まえ、順次、対象の明確化等を図る」とされています。

<sup>\*\*</sup> 「一定所得以上」かつ『高額治療継続者(「重度かつ継続」)』の者に対する1割負担・負担上限月額20,000円の設定は「経過措置」であると明記され、「施行後3年を経た段階で医療実態等を踏まえて見直す」とこととされています。

また、表の利用者負担及び軽減措置は、「3年後に障害者自立支援法全体の見直しを行う際に、利用者負担についても、併せて見直しを行います」とされています。

※表には示していませんが、育成医療(児童福祉法)の経過措置もあります。

(<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/jiritsushienhou02/6.html> および <http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/jiritsushienhou04/>)

○この他、入院時の食費(標準負担額:日額780円)は原則自己負担となります。

○自立支援医療の世帯の範囲は住民票上の世帯の如何にかかわらず、同じ医療保険に加入している家族となります。

## 障害者自立支援法後の障害者福祉サービスと"自立"の定義

障害者自立支援法が施行され、障害者福祉サービスの体系は大きく変わることになる。提供されるサービスは「介護給付」(居宅介護、行動援護、短期入所等)、「訓練等給付」(機能訓練・生活訓練、就労移行支援等)、「自立支援医療」(旧精神通院医療、更生医療、育成医療)および「補装具」からなる<自立支援給付>と、<地域支援事業>(移動支援、地域活動支援センター、福祉ホーム等)に大別される。

変化のポイントは、①障害種別(身体障害・知的障害・精神障害)に関わらず共通のサービスを利用できるよう制度を再編(三障害の統合)、②実施主体の市町村への一元化、③利用者に応益負担(原則1割の定率負担)を課し、国と地方自治体の費用負担をルール化、④就労支援の強化、⑤支給決定手続きの明確化(ケアマネジメントの導入)である。ただし、③の行政による費用負担のうち、義務的経費(国庫負担金)となるのは<自立支援給付>のみで、<地域生活支援事業>は裁量的経費(国庫補助金)である。⑤の支給決定手続きにおいては、単なる給付管理(制度手続き)ではなく、利用者の真のニーズの把握のために、ICF(国際生活機能分類)で用いられている活動制限や参加制約といった個人と環境との相互作用のアセスメントおよび、その結果を踏まえた判定が必要であり、市町村審査会がどの程度、障害者の生活に関わる判断の専門性を担保できるかが課題であると指摘されている。

なお、障害者自立支援法の「目的」は、「障害者及び障害児がその有する能力及び適性に応じ、自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう、必要な障害福祉サービスに係る給付その他の支援を行い、もって障害者及び障害児の福祉の増進を図る」ことである。従来、「自立」とは、ADL(日常生活動作)自立、経済的自立であると考えられていたが、1960年代に米カリフォルニア大学パークレー校で障害を持つ学生から始まった自立生活運動(Independent Living Movement)は、「自立」を、自己決定権の行使により自己選択をすることと定義した。日本においても、「自立とは、自らの人生におけるあらゆる事柄を自分で選択し、自分の人生をじぶんなりに生きていくこと」(全国自立生活センター協議会:JIL <http://www.j-il.jp/>)と考えられている。(よしおか)

<参考文献・資料>

厚生労働省「障害者福祉」ホームページ <http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/>

パンフレット『平成18年4月、障害者自立支援法が施行されます』(厚労省、全国社会福祉協議会) <http://www.shakyo.or.jp/pdf/pamphlet.pdf>

小澤温「障害者自立支援法とソーシャルワーク」『ソーシャルワーク研究』31(4), 2006年 p20-25.

大曾根寛・小澤温編著『障害者福祉論』財団法人放送大学教育振興会, 2005年 p.34-40.

増加させてしまう危惧もある。

## 住む地域や処方の方 で負担が変わる可能性

また四月からの施行に伴い、現場でも混乱している。例えば毎月受診・処方してもらおうと毎月上限の支払いが出るが、ある月に三ヶ月分まとめて処方してもらい、あとの二ヶ月は定期受診と検査程度にすれば、安くすむという話がある。これについては自立支援法について厚生労働省からQ&A(疑義回答書)が出、複数月まとめて処方されても、一ヶ月分の上限支払いでよいと回答された。しかし予算的には国と自治体が折半しているの、自治体が二ヶ月分請求しても国では口を挟めないとも言っている。実はこれまでも院外処方方で二ヶ月間出すと、更生医療費も一ヶ月分ですませる自治体と二ヶ月分を請求する自治体があった。これからも同じ薬の組合せを同じ量飲んでいて、住む地域や処

方の仕方によって負担が倍以上違ってくる可能性がある。これでは混乱しない方がおかしい。

医療側としても一特に都内は患者・感染者数が増加して主要拠点病院の外来は限界にきており、安定している患者さんに長期処方するのは都合が良いはずである。今、あえて一ヶ月処方するのは副作用の危惧、アドヒアランスの調整、他の疾患との関連や検査の必要などの必要性があるからだ。患者さんにこうした事情をしっかりと理解してもらおうための説明責任は大きくなる。また支援者の皆さんも、安易に「長期処方にしないのは患者の不利益だ」と主張されることがないよう、そのあたりの状況はしっかりと把握していただければ幸いである。

いづれにしても自治体、個人の状況や病院の経験数によって支払額に相違が出ると思われる、しばらく混乱が続くのではないだろうか。



「保健所等における即日検査のガイドライン」即日検査を導入する背景、即日検査の内容、準備すべき事項や留意点等がまとめられている。HIV検査相談マップ(<http://www.hivkensha.com/>)の「検査・相談の担当者向け資料」のページにPDF版および「即日検査受検者へ手渡す資料」の様式(word版)が掲載されている。

### 3. 迅速検査を巡って

昨年、一気に迅速検査の採用が拡大した。迅速検査は一時間かからずにHIV抗体の有無がわかるというもの。東京、神奈川、埼玉、千葉、群馬、栃木、山梨など、首都圏ではほとんどの自治体が様々な形で取り入れた。迅速検査採用保健所においては、受検者数も3〜5倍程度増えている(ただ地域性から匿名が保ち難い保健所においてはそれほど増加はなかったようだ)。早く結果を知りたいという人々の要望に合致した導入である。

このように広く使われるように

なった迅速検査だが、反面、いくつかの問題も指摘されている。最も大きいのは目視判定のため、ある程度経験が必要なこと、慣れない者が判定すると相当数の偽陽性が出現してしまう。適正な判定には、複数の目視確認者を養成する必要がある。また、それでも検査の性格上、1%程度の偽陽性は出現する。判定保留と言われて更に一週間以上、最終判定を待つ身はかなり辛い。その対処も問題である。

また、迅速検査は陽性者の早期発見だけが目的ではない。陰性者へ予防啓発も大切な役割である。短時間、大人数の中でどう働きか

けるかは難しい課題となる。更に言えばHIVは即日になったが、他の検査、例えばクラミジアなどは相変わらず結果がでるまでに時間がかかるためにHIVの迅速検査のみを希望する人が多く、クラミジア検査の受診者を相対的に減少させた。クラミジア感染は感染症防御が不十分なことの証であり、クラミジア感染者に予防を働きかけることはHIV感染予防にとっても欠かせない対策である。

## ガイドラインの内容を現場で実現する努力を

なお、これらについて「HIV検査体制の構築に関する研究班」(今年度より「HIV検査相談機会の拡大と質的充実に関する研究班」が作成した「保健所等における即日検査のガイドライン」で詳しく述べられているので、関係者には是非、参照して欲しい。その内容を現場で実現するにはかなりの努力を覚悟しなくてはならない

が、それにも関わらず、今年も迅速検査は広がってゆくだろう。

## 4. 保険点数の改訂を巡って

健康保険制度では、一つ一つの医療行為に診療報酬点数(1点10円)が決まっています、二年に一度その診療報酬点数は改訂される。今年はその大改訂があった。

### ウイルス疾患指導料の点数加算

HIV関連では新たに、条件を満たす病院は専門病院として診療に対して220点が加算されることになった。苦勞してHIV診療を行っている医療機関には朗報に聞こえる。しかし条件がなかなか厳しい。例えば「専従看護師を配置しなくてはならない」とある。専従とは外来看護師と病棟看護師を兼ねない、主にAIDS患者・HIV感染者を診ている看護師を意味する。人手不足の昨今、専従

者をおける病院はどれだけあるだろう。しかも今日から置きますと病院が宣言しても、点数が加算されるには専従二年以上の経験が必要であり、すぐには点数化されない。二年たつてもその人が転勤すればおしまい。恒久的に加算を求めるなら、常に二人以上の専従看護師を置かねばならない。さて、それができる医療機関は何箇所あるか。

### 療養型病院の定額制(包括医療制度)の壁

他にも長期の療養施設の問題がある。病院には比較的短期に収容して加療する施設と長期間の収容を前提とした療養型の病院があるが、現在、保険点数のシステムにおいて、療養型病院には定額制(包括医療制度。通称「まるめ」)が適用されている。これは治療、検査や投薬に関わらず一定額を病院に支払うというものだ。独身を通した患者・感染者が高齢になり、体

調不良になった際にはそういった医療機関を利用せざるを得ないが、その定額には高価な薬剤費は「想定外」となっている。つまり療養型病院が高価な抗HIV剤を服薬している患者さんを預かると一定額しか保険で払ってもらえないために、必ず赤字になるのである。ただでさえ長期療養施設では感染症は嫌われるが、これではますます入院できなくなる。莫大な差額を自費で支払うことを要求されても、大丈夫な方はどれくらいいるのだろうか。既に首都圏では出始めている問題であり、年々大きくなっていく。

## 5. 医療体制を巡って

経済界では貧富の格差や大都市・地方格差が騒がれているが、HIV医療においても格差は広がりつつある。同じ拠点病院でも数百人を常時診ている病院と診療経験の全くない病院があり、医療水準、職員の意識、対応に大きな差



が出ています。特に地方ではこの傾向が顕著である。

### 各都道府県に一箇所の 中核拠点病院を整備

これに対して厚生労働省では各都道府県に一箇所ずつ中核拠点病院を設置しようと計画した。全国的に減少しているエイズ医療予算を集中的に配分して、自治体中心の細やかな医療情報の提供や指導・研修を行うためと言う。

しかし中核に指定された病院が現実に地域の主導・指導でできるだろうか。そして「患者さんを見つけても中核拠点病院に送ればいい」、「普通の病気であつても感染者は専門病院で見てもらおうべき」といった逆メッセージとして一般拠点病院に受け取られる危険性はないだろうか。既にHIV診療拠点病院を辞退する施設も現れており、今回の体制改革が患者・感染者の受け入れ機関を狭め、HIVを「特別な病気」にしてしまう結

果にならなければよいが…。今年動きを見守りたい。

### 6. その他の話題を 巡って

#### ・ICAAP(神戸会議)

参加者に聞いても、この国際会議の評価・印象は様々である。P I(プロテアーゼ阻害剤)を一般国民の治療に使える国は日本、韓国、シンガポール、タイ、台湾、マレーシア、香港の一部程度とアジアにおいて限定されている。また

た売血、麻薬、買春などの社会問題の国情の違いも大きい。治療や予防の話も同じ土俵の上で議論できないところもあつたようだ。飲み方が悪くて耐性を作つてしまふ話題、専門家の薬へ強い興味・関心は共通していたと言う。社会的支援の点では、日本はもはや出遅れていて、アジアを啓発していく立場ではなく、学ぶ側になつた。健康保険制度を持ち、自立支援法が本来の効果を發揮して

くれれば良いが、就業・就職への壁は厚く、外国人の医療へのアクセスも対応が大きく遅れている日本。アジア各国政府では医療、就業、予防体制整備に熱心に取り組み、ノウハウを蓄積し、実績を上げていくようだ。他国では首相クラスが挨拶するこの会議、今回厚生労働大臣の挨拶すらなかつた日本

の姿勢は、そのままわが国のHIVへの姿勢として受け取られている。明日の日本はどこまで社会的支援を考えていくのだろうか。

#### ・針刺し事故後、対応

新薬の登場を受け、医療者の針刺し事故後の処方についても見直しが始まつており、これまでのAZT+3TC+NIFVに加えてLPVやTDFの組合せも推奨されるようになった。EFVは1日1回であるが、服薬直後には発熱や精神症状も出現するので、事故後の服薬には適さない。これらも今後の新薬の発売状態によつては更に変わってくる可能性がある。

#### ・カウンセラーの国家資格化

カウンセラーの国家資格化は持ち越された。患者・感染者の心理的な支援を主に担当しているのが「臨床心理士」であるが、国家資格ではないことから、今回の保険点数の改訂の中でも何も記載されていない。前国会では議員立法の寸前までいったが、今年の国会で動きがあるものか、現段階では不明である。

### 7. おわりに

駆け足で昨年の話題のいくつかを追つた。世間で大騒ぎされることはなくなつてきたものの、確実に医療・治療でも、社会福祉や感染者動向の面でも変化は起つていく。知らん顔しているとんでもないことが起こつていたり、決まっていたりもする。こうした情報誌を見るだけでもいい。アンテナを張つておくことは、明日に向けて、ますます大切なことになろう。

「小島賢二」

\*2 エイズ治療の中核拠点病院の整備について(平成18年3月31日 健発第0331001号厚生労働省健康局長通知) [http://api-net.jfap.or.jp/mhw/document/doc\\_01\\_0331001.htm](http://api-net.jfap.or.jp/mhw/document/doc_01_0331001.htm)

# 医療もお金で換算する社会になった

公衆衛生医師  
JINNATA

提供されるものは「適切な医療」だったが…

このたび障害者自立支援法が施行された。介護保険もそのカバーする領域が拡大し、いずれは高齢者の健康面も含めかなりの部分をみることになる。

さて、一連のこの流れの中で、注意してほしいことがある。これらの制度改革は、社会保障のあり方のできるだけお金の助成に変えようとするものである。たとえば、このたび育成医療という制度が廃

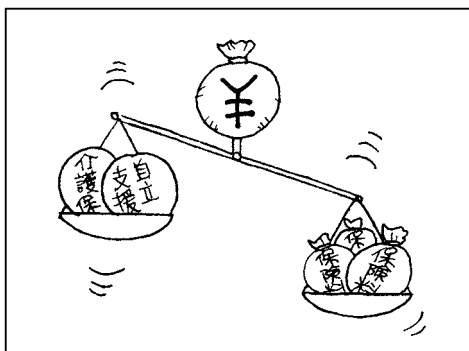
お金という軸で動くようになる

これまで、日本の福祉的な医療は、お金そのものを足す（助成）のではなく、医療そのものを給付するという形をとってきた。このことは、お金という軸で考えるのではなく、公がモノを保障するという考えが表に出ている。

今度の制度は、医療そのものを保障されているというのではなく、医療をお金で買って、その一部を助成してあげようという考えである。

お金という軸で動くようになる、お金の都合で制度はどんどん変えられる。そのような仕組みに変わってしまった訳だが、それ以上に、公が保障するという考え方が後退してきているのではないかと思われるのが、ある意味恐ろしい。

これは福祉関係者とか、有識者や国民が気をつけていなければならない。



とかもしれない。しかし、制度になつたものは、その理念や、導入したときの了解事項から離れて、一人歩きするのである。それだけに制度や法律というのは大事である。どのように運用されるか、時代によってどう変化しうるかを予測しなければならぬのである。

**健康管理は「保険者（健康保険）」の役割に**

健康面についてはもつと憂慮すべき状態になってきている。今後、健康管理は基本的に「保険者（健

康保険」の役割になる。保険は  
ほぼ100%、金の論理で動くシ  
ステムである。

今回、保険者が行う健康管理は  
生活習慣病対策のうち、「メタボ  
リックシンドローム」を中心とし  
た循環器病や糖尿病、肥満といっ  
たものがターゲットとなつてい  
る。もちろん、これらの病気は将  
来重大な後遺症を起す。そのた  
め予防することが求められる。こ  
れまでは、老人保健法によって市  
町村役場が、そして労働安全衛生  
法によって事業場が行ってきた。  
それは、国民的な問題であるので、  
基本的な人権の観点から、公的な責  
任によって行うべしと言う理論か  
らである。

しかし、これを保険ですること  
には意味がある。これらは悪化す  
ると医療費がかかるので、予防し  
て医療費をかけないようにするの  
が、実は大きな隠れた目的である。  
お金がかかると一生懸命やるだ  
ろうということ、もう一つは保

険というのはお金を武器にして、  
被保険者（保険に加入している  
人）を従わせることができるので  
ある。

### 保険料をあげるなどの ペナルティ

たとえば、現在、健診受診率の  
低い加入者に対しては、保険料を  
あげるなどのペナルティが考えら  
れている。これが進んでゆけば、  
いろいろなことが考えられるだろ  
う。たとえば健診や保健指導を受  
けなければ保険証を渡さないとい  
か、肥満度によって保険料が変わ  
るとか、障害があるものすごく  
保険料が高いつか、そういう時代  
が来るかもしれない。

なお、がん対策は外されている  
が、本格的ながん対策を保険でし  
ないのは、がんを早期発見しても  
医療費は減らないからである。不  
謹慎な言い方であるが、あまり早  
く見つけないで、さつさと死んで  
しまった方が、医療費の面では安

上がりと言うことらしい。もつと  
も、年金制度などは、年金をあま  
り受けとらないうちに死んでくれ  
た方が助かるという矛盾もある。

### 短期間の効果を見込 んでのもの

これらのお金は、もちろん短期  
間の効果を見込んでのものであ  
る。  
長期的に見ると、人間は必ず死  
ぬので、ある病気を予防すれば、  
別の病気で死んでゆくことにな  
る。そして、高齢になってかかる  
る病気ほど、からだがかたつてい  
ることから、医療費がかさむこと  
になる。若いときにがんで死ぬよ  
り、老人になって寝たきりで長期  
間治療する方が医療費はかさむ。

予防をすれば医療費が  
減るといのは幻想  
わが国では、かつて、脳卒中対  
策を一生懸命やった、胃がん対策  
を一生懸命やって、50〜60代の

死亡をぐつと減らすことができ  
た。しかし、その結果得られたも  
のは、寝たきり老人と認知症老人  
の医療と介護であった。これは50  
〜60代の人が脳卒中や胃がんで  
死ぬまでにかかった医療費をはる  
かにしのぐ医療費がかかっている  
のであって、病気の予防をすれば  
医療費が減るといのは幻想でし  
かない。30年たてば、莫大その  
ツケが回ってくるのである。今の  
医療費問題は、あきらかに昭和30  
〜40年代の政策のツケである。

### 生活モデルに従った対 策が欠かせない

しかし、それを負担するのは現  
在の若い世代と子ども世代だか  
ら、今をしのげれば、あとは野と  
なれ山となれ、と言ったところだ  
ろうか。もつと長期的ビジョンが  
必要だと思われる。

このことから、健康寿命という  
概念が出され、できるだけ高齢ま  
で元気で、そして病気をしたら医



『生草医者のひとりごと〜おちこほれ公衆衛生医のエッセー〜』  
保健計画総合研究所 研究所長  
福永一郎  
ISBN4-9901753-4-4  
¥1,575  
(特別寄稿：清水茂徳、岩室紳也、榎本真津、藤内修二、北條不可思)

「金は天下の回りもの」と言うように、長期的展望はお金では立てにくい。お金（経済効果）は短

**健康には長期的展望が必要**

療費をできるだけ使わないであつという間に死ぬ、と言うことをめざさうという動きがある。しかし、健康寿命を延ばすには生活習慣病の予防だけではなく、高齢者の生きがいづくり、豊かな人間関係づくり、経済的自立の確保など、生活モデルに従って対策をやらなければならぬ。しかし、この点での取り組みとお金の配分は、非常にお寒い状況である。

http://homepages3.nifty.com /hnsk/jintata/

ホームページURL：  
e-mail: jintata @ nifty.com

期的な対策に導入されるべき概念である。むしろ、健康と言った長期的展望が必要なものについては、公による保障をどうするか、そのためのお金をどう捻出するか、といった議論が徹底的に行われるべきであろう。

.....

LAP ニュースレターに連載したエッセーが本になりました。清水さん、岩室さんの特別寄稿もあります。ぜひお買い求めください。

**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

ゲイ・HIVポジティブの相互サポートグループ

# HEARTY NETWORK

## の活動から見えてきたもの

HEARTY NETWORK代表 館林 稔

1998年に8人のメール友達から始まったHEARTY NETWORK。「数値に振り回されず、病気を持って生きるといふ部分で共感することができれば」と、ゲイのHIVポジティブを対象とした交流会を月1回のペースで開催し、参加者は延べ1300人を超えた。その成り立ちから、活動の実際、そして「病の体験」に根ざした思いについて、代表の館林稔氏にまもていただいた。

### 陽性者のオフ会

HEARTY NETWORK  
はインターネット上のある掲示板

に集まった8人のメール友達から  
始まりました。現在とは異なり、  
1998年当時はまだ陽性者の  
ホームページや掲示板は少なく、

掲示板でのやりとりが始まった  
けでなく、掲示板を通じてメー  
ルのやりとりが始まったのは今思え  
ば何かの縁があつたのかもしれま  
せん。

最初は掲示板を通じてメールの  
やりとりが始まり、最初は一人  
つながら、二人つながら、最後  
はわたし自身が直接知らない人も  
含めて一度陽性者だけのオフ会<sup>※1</sup>  
しようという話になりました。当  
時は陽性者の数もまだ少なく、更  
にゲイの狭い世界のことだったの

で、オフ会に参加するだけでも  
ても勇気のいることだったことを  
よく覚えています。

オフ会の席はいたってなごやか  
なものでしたが、オフ会に参加  
するまでのことをみんなに聞いて  
みると、誰か知っている人に会っ  
てしまうのではないかと、本当にプ  
ライバシーは守られるのだろうか  
と、参加するまでは心中穏やか  
ならざるものを感じていた人が少  
くありませんでした。

### 友達からサポートグ ループへ

最初のオフ会の開催の時点で  
は、友人同士の不定期のオフ会を  
考えていましたが、いざ初めてみ  
るとオフ会の継続を願う声が多  
く、活動を継続する上での基盤の  
必要性を感じるようになりまし  
た。積極的にオフ会の準備にかか  
わっていた数人が自然とスタッ  
フとなり、オフ会が3回目を迎え  
る1999年の1月からは横浜A

<sup>※1</sup> オフ会—— 掲示板やメール等で出会ったネット上(オンライン)の知り合  
いが、実際に集まって行う会合のこと。オフラインミーティングとも言う。

I D S 市民活動センター内に事務所を借りるようになりました。それと同時に N G O としての資金基盤を固めるため同センターからの支援金を活用するようになりました。この時点からオフ会は H I V 陽性者の交流会となり、H E A R T Y N E T W O R K というサポートグループの活動が始まりました。

交流会のための掲示板を新たに開設し、友達や知り合いだけでなく、新たに参加を希望する参加者を募りました。参加者の募集は主にインターネット経由でしたが、インターネット環境を持たない人は参加者からの紹介の段取りを踏んで参加してもらっていました。初めてのオフ会は居酒屋を利用していました。交流会を継続するために会場を探しました。初めてのオフ会の時の参加者の不安を考え、交流会参加のグランドルールを作り、アンケートを実施し、参加者にとってどのような集まりが

### グランドルール(参加規約)

○HEARTY NETWORKは参加者一人ひとりが自ら運営していく団体です。このことから、運営に関する提案や要望、批判は積極的に提示してください。また、会への参加は自分の意志で決定してください。

○HEARTY NETWORKの参加者個人を特定できる情報は決して他言しないでください。ここでいう個人的な情報とは、氏名やニックネーム、身体的特徴、職業などの社会的情報、病状などをさします。そこでHEARTY NETWORK内におきましては、参加者同士は通称で呼び合う事としてますが、HEARTY NETWORK内以外でその通称を呼ばれる事を嫌がる人もいることを承知しておいて下さい。

○同じHIVポジティブではあっても、病状をはじめ、健康状態や社会的環境、思想・信条、精神状態はさまざまです。お互いの立場を尊重した上で、言動してください。また、宗教や政治団体への勧誘などを決して行わないで下さい。

○HEARTY NETWORKでは、個人に関する情報を会内部の特定者が責任を持って管理しますが、個人間で行われる情報交換は自己責任のもとで行って下さい。

○懇親会のご案内を送付するに当たっては、懇親会参加者(スタッフも含む)のプライバシーを最大限尊重するため、参加決定者だけに会場や開催時間をお知らせしています。会場名・会場住所・集合場所・時間等の情報、更に懇親会に参加するメンバーの個人的情報については、伝える相手がポジティブ、ネガティブの区別なく、第三者(友人、家族、パートナー等も含む)に口外しないでください。たとえ、本人と第三者が親しい間柄にある場合も例外ではありません。

必要であるかを調べました。ボランティアに関する知識もなく、同じような活動もなかったため手探りの連続でしたが、少しでも参考になる研修会や勉強会に参加し、

した。LAPさんにはこの頃からお世話になっていきます。

### 交流会(懇親会)

中でもLAPさんが開催していたピア・カウンセリング講習会への参加はHIV/AIDSのボランティアを知る上で大きな視野を得る経験となりました。更にこの研修会で現在もHEARTY NETWORKのスタッフをしているメンバーと知り合うこともできま

交流会に参加するには多少の段取りがあります。まず参加希望のあった人に参加条件を明記したメールを送ります。HEARTY NETWORKの交流会はゲイまたはバイ・セクシユアルの陽性者の集まりであるため、以上の二点を確認しています。ゲイであることも、陽性者であることもとかく

差別を招きやすいことであるため、このような段取りになっています。中には陽性者ではないパートナーからの参加希望や女性やヘテロの男性からの参加希望や要望もいただきました。陽性者であればどなたでも参加してもらいたい気持ちはありませんが、スタッフのできる範囲のことということでゲイまたはバイ・セクシユアルの陽性者だけに限定させてもらっています。交流会はいたって気楽な集まり



ゲイ・HIV陽性相互サポートを目的とするNGO「HEARTY NETWORK」は、メインの活動として月1回のペースでゲイまたはバイセクシュアルを自認するHIV陽性の方を対象とする交流会（懇親会）を1998年から開催。2006年5月までに77回開催され、参加者総数は221人（延べ1,354人）にのぼる。  
<http://www.netlaputa.ne.jp/~hearty/index.html>

で、飲食をしながら思い思い、好きな話題を話してもらっていいです。現在は午後3時に始まり、6時には集まりは終わりますが、かつては午後1時に集まり、9時に終了、そのまたあとに二丁目までまでという無茶をしていた時期もありました。8年の月日が過ぎ、スタッフも同様に年を重ねてきましたので、現在はそんな無茶はしませんが、当手を振り返ると、話

しても話しても足りないくらい話すことがあり、不安もあつたのだろうと思います。当時はまだ薬の選択肢も少なく、現在のよう副作用の少ない、服薬回数の少ない薬もありませんでした。実際交流会の最中に副作用で吐いてしまったり、おなかをくだしてしまったり、熱を出して病院に運び込まれたりする人もいました。もちろん基本的に病人の集まりなので、メ

ンバーの免疫の状態はさまざまです。元気な人もいれば調子の悪い人もいます。メンバーには無理をしないように、スタッフもメンバーもお互い気遣っていました。が、集まりで調子が悪くなった人がまた次の集まりににこにこ出てくるのを見ると、体調を気遣って早く家に帰ったほうがいいとはなかなか言い出せませんでした。このせつば話まつた少々破天荒な情熱が現在も変わらず交流会を支えているのではないかと思います。

## 発症という経験

HEARTY NETWORKでは交流会を始める前に、毎回必ず自己紹介をします。たとえばわたしの場合、こんな感じになります。

「はじめまして、椛といいます。感染告知は〇〇〇〇年で、同じ年に服薬を始め現在まで同じ薬を服薬しています。通っている病院は〇〇病院、担当医は〇〇先生です。

健康状態はまあまあということろで、可もなく不可もなく生活しています。」

自己紹介には決まったフォームがあるわけではなく、内容も各自のプライバシーに応じて話してもらっています。この自己紹介を見てもらうとわかると思うのですが、わたしは自己紹介の際にCD4とウイルス量は言わないようにしています。なぜ言わないようにしているのかを今からお話したいと思います。よくある自己紹介にこのようなものがあります。「自分はCD4は800で、ウイルス量は1万。現在数値が高いので健康です」。「自分はまだ服薬をしていないので元気です」。初めての参加の方に特に多いように思います。この自己紹介自体わたしはまったく問題はないと思っています。すし、率直に自分の病気のことを話せるのが交流会の良いところだと思つています。ただ問題はこの元気な人たちの隣に日和見感染症

で入院していた人、退院して間もない人、服薬している人がいることです。もちろんベテランの人は慣れているのでいいのですが、初めて参加したときに体調や数値の悪い人は「元気です」と言われて落ち込んでしまう人も中にはいま

す。恐らく自己紹介の中で元気があることを表明するのは、病気が進行して発症することに対する不安の裏返しもあるでしょうし、服薬しても元気な人がいたり、発症後順調に回復している人がいることを知らないという、単なる知識

や経験の不足もあるでしょう。ただたんに率直に自分の現状を述べているだけかもしれません。それ自体は全く問題はありません。ただわたしが気にかかるのは、予防メッセージが発するエイズとHIVは違う、という情報の交流会での取り扱いです。

た誰かが感じることです。陽性のネガティブなイメージに発症のネガティブなイメージが加わることで、そのつらさは実際に発症を経験した人にしかわからないことなのかもしれません。

交流会に参加する人の中で発症前／発症後、服薬前／服薬後でこ

確かに予防や治療の観点からすれば、少しでも早く感染がわかり対処をすることで最適化された治療ができるのかもしれませんが。ただ集まりには元気な人も、具合の悪い人もおり、健康状態はさまざまです。実際集まりに来て間もない発症経験者の話では、発症したら終わりだと思っていた、発症前の人と自分は違うのだと思っていた、という人が少なくありません。それ以前に陽性告知の際にも同じような経験をし、陽性になったら終わりだと考えた経験のある人は少なくありません。更に問題なのは陽性であることの絶望に加え、発症経験の絶望を交流会の席でま

のような生と死のどちらかに自分がいるという感覚を持つ人がいます。感染からまだ間もない人によくあることです。検査数値の変動に一喜一憂する人がいます。無理もないことだと思います。もちろん治療生活への慣れの問題もあるでしょう。それ以上に検査数値のどこに自分が位置しているかが自分の生死を決定してしまうという思いがあるのでしょうか。陽性者であれば誰もその思いから自由になるのは難しいことなのかもしれません。ただ集まりを続ける中でわたしたちがよく話すのは、自分の数値は自分の数値、高い数値で生活する人も低い数値で生活す





る人も、それぞれが自分にとって一番快適な生活をすればいいという事です。スタッフの一人が「低空飛行」という言葉を使ったことがあります。飛んでいるところは低いかもしれないけれどもそれでも元気に暮らしている。味わい深い言葉だと感心したことがあります。

## 疾病と病い

確かに支援団体へのアクセスも無く、医療機関と家との往復をしている陽性者が医療のメジャーで自分の人生をとらえてしまうのは無理もないことかもしれません。ただ実際に自分が生きていくというレベルでは数値が低くてもその数値に合わせて大丈夫です。生きていくことになりません。集まりでよく「自分の数値」という言い方をしますが、それは医療のメジャーに振り回されず、自分の数値でマイペースで生きていく、そんな思いを込めてこの言葉を使っ

ています。告知から間もない頃は自分の数値と自分の人生をなぞらえて考えてしまいがちです。ただ病気を抱えて生きていくためには、自分の数値をもっと大切に生きてもらいたいなあと思うことがあります。

数値に振り回されず、病気を抱えて生きていくという部分で共感することできれば——活動を続ける中でそう思うことがすくなくあります。かつては次から次から日和見感染症を発症し、長期の入院を強いられる人をよく見ました。幸い現在は治療も進み、薬も改善され、発症後も時間はかかるけれどもじわじわと数値を上げてくる人も増えていきます。服薬を始めることもかつては少ない選択肢と副作用との戦いという面がありました。今は選択肢も増え、副作用も軽く、服用回数も少なく、万が一副作用が出た場合のオプションも数多くあります。

活動を始めた頃は、発症した人

や服薬を開始した人、治療を変更せざるを得ない人に対して何を言えよばよいか悩んだ時期もありました。しかし今は、「発症しても大丈夫」、「服薬は怖くない」、「他にもまだ薬はある」、やつとそう言えるようになりました。もちろん

現在でも発症が原因で亡くなる方もいますし、副作用に悩まされる方も少なくありません。薬の選択肢に恵まれない人もいます。ただ一生病気を持って生きる人間として、わたしたち陽性者は医療とは違ったところから病気を眺め、病気を憎んだり遠ざけるだけではなく、病気と共にうまく生きていかなければならないと思っっています。確かにベテランのメンバースには治療についてよく勉強をし、自分の病気の進行状態を把握している人がいます。でもその人ですら、なんとか生きていけると思うまでさんざん時間をかけて悩み、落としどころを見つけ、自分の病状を冷静に受け止められる

ようになってきたのだと思えます。

告知直後の陽性者にとって、一番の関心事は「生きられるかどうか」「もし生きられるならどうやって生きていくか」です。そのとき誰かが「大丈夫生きられる」と言ってくれば、いつかは「何があっても自分は生きる」と思えるようになるのではないかと考えています。生きる時間が限られていると思ったとき、感染によって失われた時間をその量ではなく質で取り返そうとする人がいます。その一方で失われた時間を取り戻せないことに絶望してしまう人がいます。そのどちらもCD4とウイルス量がはじぎだす医学的時間や疾病観に過剰に悩まされているのではないかと、実際は感染を知る前までと同じ時間を生きているのではないかと、そんなことをいつも考えます。HIVをめぐるメッセージの中に医学のつきつける厳しい現実、もう一つ陽性者自身が感

じるもう一つの病いの体験が加わることで何か変わるのではないかと考えることが少なくありません。告知を境に人生が全く変わってしまったという陽性者が少なくありません。陽性告知は確かに大きな人生の岐路なのかもしれません。ただこの活動を続ける中で、わたしは交流会に参加するすべての人に、多少の制限はあるかもしれないけれど、告知前と変わらぬ人生を送ってもらいたいと心から願っています。

## 治療を続ける難しさ

最近の傾向として、告知後病院に通院していない人、一度通院したものの通院をやめてしまった人からの相談を受けることがあります。通院中断の理由もさまざま、そもそも病気のことを考えたくないというものから、病院での対応に問題があり、通院を中断したというものまであります。

相談を受けた人で幸いに集まり

に参加した人からよく聞くのは、病院に行くと自分が健康ではないような気がするというのがあります。この病気は確かに数値にはつきり免疫の状態が出ます。しかし数値が下がらないかぎりにはさほど日常生活に支障を来すこともなく、病気であることを感じることは多くないと思います。自分の日常的な感覚では健康なのに、病名を告知され、一生病院に通い続けなければならぬと言われることに抵抗を感じる人がいても無理はありません。ただ問題は病気の意識の問題にとどまりません。

通院していない人や通院を中断した人の話をよく聞いてみると、告知前と告知後の病気に対するイメージが変わっていないことがよくあります。前にも述べた、死に至る病気、治らない病気など、病気のネガティブなイメージに悩まされて、自分が病気を持って普通に生きていくことをうまくイメージできない人がいます。自分は健

康だ、元気だということを言い続ける人と話していると、実は病気が進行しているのではないかという不安に悩まされていることがあります。通院の躊躇には発症者に対するネガティブな反応や服薬に対するネガティブなイメージと同じ問題が潜んでいるような気がします。

一般に陽性告知の問題は疾病の告知の問題であると考えられています。しかしこの場合も病気の問題を越えて人生の問題に多くの人は突き当たっています。告知はそのありようによつて、死刑宣告にもなり、長い治療生活への支援にもなります。

陽性者のグループのようなピア・グループ活動の中で、よくロール・モデルということが言われることがあります。特にHIV感染症のように定期的で長期にわたる通院や服薬が必要な病気の場合には、グループの中のロール・モデルが大切だという話を聞きます。

す。グループの中で模範的な治療姿勢を提示することももちろん大切ですし、自分の病気のフェーズを知ることでも大切だと思います。ただそれよりも大切なのは医療のメジャーとは違うメジャーを提示することだと思います。病状の如何にかかわらず、それぞれの陽性者が自分の数値、自分のリズムで納得して生活し、病気を持つていてもそれなりにやっていけると実感してもらおうことが大切だと思います。

かつては5年後に自分が生きていないのではと思つて生きていました。それが治療の進歩により10年、20年生きるかもしれないと言われています。しかし生きる期間の長短にかかわらずわたしたち陽性者が今生きていることをどのように肯定し、快適に生きていくかサポートグループはこの問いを問いつつ、い続ける必要があると思つていきます。

「館林捻」

知った気でいるあなたのための

# セクシュアリティ入門⑨

〜なんかにやさしいの〜

木谷麦子

Thecher 『フェミニスト』って  
「うん、どんなイメージ？」

Student 「……」

Thecher 「……フェミニストっ  
ついで言葉知ってる？」

Student 「……」

Student 「……なんかね、なんか  
に優しいの。なんにやさしいんだ  
かわかんないけど……」

ウチの連中がのんびりしすぎて  
いるのか、それとも「今時の10代  
は」なのか。

木谷さんはフェミニス  
トなんでしょっか？

どうして私がこんなことを生徒

に聞いたかというと、29歳の友人  
Aさん(♀)とのメールがきっかけ  
だ。

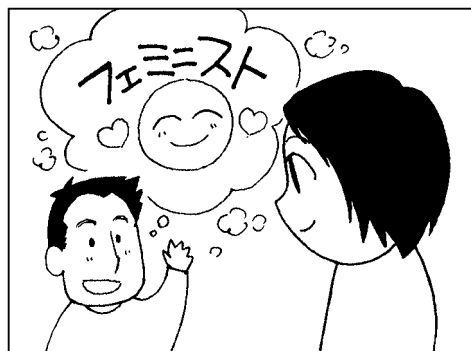
彼が、この連載の前回の分を読  
んで、メールをくれた。読みやす  
かったと言った後、こんな記述が。  
(※これ以降私信から勝手に抜き  
出して引用しますが、Aさんには  
快話してもらっています。また、  
彼の文面も私の文面も、いちいち  
提示しないでどこどこを削除し  
てあります。この文章の流れを簡  
潔にするためです。)

「ちょっと疑問に思ったのです  
が、木谷さんはフェミニストな

んでしょっか？ そんな風にカ  
テゴライズすることは僕嫌い  
だし、木谷さんはフェミニスト  
じゃないのかもしれないので  
が。

僕フェミニズムとか振り回す意  
見って大嫌いで、そんな人も嫌  
いだつたのですが、木谷さんと  
出会って考え方が大きく変わ  
りました。木谷さんがフェミニス  
トなら、良いフェミニストだ  
と思います。ガンダム風に言つと  
良いジオンです。

んー、あたしや世代的にガンダ  
ムの直前なんだよな、まあ同世代



でガンダム好きはいくらでもいる  
けど、そもそもアニメは興味ない  
し、たとえがよくわかんないけど  
……てなことはどうでもよく、こ  
の部分に関してはこんな返事を書  
いた。

「カテゴライズすることが嫌い」  
なのは私こそなので、「フェミ  
ニスト」と名乗ったことはあり  
ません。  
でも、フェミニズム周辺の本は  
いくつか読んだことがあります。

—— ゴシック体はAさんの文章  
…… 明朝体は木谷さんの文章

**セクシュアリティ入門バックナンバー**

- NL32号 ①2001 AIDS文化フォーラム講座より  
～「次」の見方をめざまししよう～
- NL33号 ②セクシュアル・オリエンテーション(性的  
指向)はどこへ向かうのか
- NL34号 ③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
- NL35号 ④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
- NL36号 ⑤「宇田川フリーコースターズ」のコント・  
ライブからみるセクシュアリティ
- NL37号 ⑥セックスレスから考えるセクシュアリティ  
～もう1年以上、懸案のテーマ～
- NL38号 ⑦初心に返って、性教育の基本などを  
～隠居できない理由
- NL40号 ⑧YESと言える女～10代の性について  
10代に聞いてみた～

※LAPニュースレターのバックナンバーをご希望の方は巻末の  
お知らせをご覧の上、郵便振替または切手にてお申し込みく  
ださい。

(1)「フェミニズムとか振り回  
す意見」って具体的にどんなも  
の？  
(2)「フェミニズム」について、  
本を読んだり講義を受けたら、  
基礎的な情報を学んだことがあ  
りますか？

あ、もちろん「フェミニスト」っ  
てなのらなくても「分類」され  
ることはあるわけですが、そう  
いうときは、「私はナルシスト  
でエゴイストです」って名乗っ  
てます(´▽`)

質問。

2番目の質問をしたのは、これ  
より少し前に、30すぎの友人Bさ  
ん(♂)から、「ジェンダー論っ  
て知ってますか？ おもしろいで  
すよ！」と言われたからだ。彼は  
そのころ大学で江原由美子氏の

ジェンダー論の授業を受けた。彼  
にとつてはとても新鮮で、いろい  
ろ話してくれるのだが、内容は  
フェミニズム系のきちんとした視  
点で、まあ私にとつては70年代か  
ら親しんだ種類のお話である(江  
原氏の著作もちよつとは読んだ  
し)。用語が「ウーマンリブ」⇕  
「フェミニズム」⇕「ジェンダー  
論」と変わってきたけど、根ざす  
ところはおなじものでしょ？ だ  
から彼がうるんと教えてくれる  
ファーストステップともいべき  
ものは、高校生のときから通過し  
てきた。が、彼がうれしそうなの  
で、うんうんと聞いていた。  
私にちよつとおもしろかったの  
は、彼は私が「同性愛や性同一性  
障害」のことを多少は知ってる人  
間だということを知っている。そ  
ういうことについて質問してきた  
こともあった。それでいて、「ジェ  
ンダー論って知ってますか？」に  
なるわけだし、私が女性論視点を  
通過したうえで「セクシュアル・

マイノリティ」に至った、とい  
うふうにも想像しないわけだ。ほ  
んつとに、初体験なんだね。  
私としては男性がこうしたこと  
をこんなに素直におもしろがって  
いるのを初めて見たので、ある意  
味での「フェミニズム」は終わっ  
たのかなあと漠然と思ったもの  
だ。  
この体験に照らして、Aさんに  
も聞いてみたわけだ。同じような  
情報を得ていながら、感じ方が違  
うのかもしれないからね。  
さて、Aさんの答え。  
「フェミニスト」田嶋  
陽子」というイメージ  
なるほど。恐れ多いこと書い  
てしまいました。  
僕こそフェミニストについて全  
く勉強不足なんです、まずは  
フェミニストって聞くと、田嶋  
陽子さんしか想像できないので  
すが、あの人大嫌いなんです。

▽質問

▽(1)「フェミニズムとか振り回す意見」って具体的にどんなもの？

ちよつと調べてみたのですが、まだ、日本国内じゃフェミニズムの定義はまだちゃんとされてないようです。

「男女同権」だったらまだいいのですが、「女性地位向上」となるとすぐ男が槍玉になることが多い気がします。

それに「この問題は男が悪い」「あの問題は女が悪い」って話あまり好きじゃないんですよ。血液型占いみたいで。そういう悪い事例を生み出している人間もいるけど、そうじゃない人もいますよね？って考えているためなんです。

何となく「日本人は悪」であるといっている中国人のよう。また「中国人はみんな敵対意識を持っている」と決め付けてい

る日本人のよう。

▽(2)「フェミニズム」について本を読んだり講義を受けたり、基礎的な情報を学んだことがありますか？

何がきっかけなんだろう。ある時期からあえてその道は避けて通っておりませう。きつと田嶋陽子さんのせいです。

でも今から勉強するならいいかもしれません。



昨日違う角度からも見てみようと思っただけですが、フェミニズムやフェミニストの対義語って何でしょう？ ファシストやファシズムだとちよつと違う気が...

かわゆいのう。いっしょうけんめい応えてくれておる。

それにしても、キーワードは「田嶋陽子」だな。

「ちよつと調べた」ということは、ネットで「フェミニズム」を検索してみたんだろうな。やってみると...なるほど、出てくる。例の有名ネット百科事典に「フェミニズムを主張する人が『フェミニスト』である。女性解放論者、女権拡張論者、女権論者。」って。

まあ、そうなんだけど、こういう訳語って、私はなんだかサキの短編集思い出しちゃうんだよね。百年前のイギリスだよ？ まあ、そこまでいなくても、現代的にピンとくる訳語ではないよね、も

はや。歴史的な理解が必要になってくると思う。そのうえで「現代でも同様の問題は残っている」という認識にいたる、という道筋が必要なのでは？

質問(1)のところで彼が言っていることは、ずつとフェミニズムのネックであることだ。ゲイリブのネックでもある。彼が上げている民族間でも。ずれてるんだけどね、彼が言っていることは。このずれを、拒否感を感じさせずに上手に理解させてあげたいなあ。

え？ どうして「拒否感を感じさせずに」かって？ 私は彼を好きなので、ちゃんと理解させてあげたいからだ。んーこれが、「理解してほしい」じゃなくて「理解させてあげたい」なのは、ミソ、かも。そして返事。

**せめて上野千鶴子を「嫌い」と言って(汗)**

▽僕こそフェミニストについて全く勉強不足なんです、

だろ〜(^^)

まずはフェミニストって聞くと、田嶋陽子さんしか想像できないのですが、あの人大嫌いなんです。

でた！

田嶋さんのどこが嫌いですか？

私は田嶋関係で嫌な思い出がある。

ある大学教授と仕事したことがあるのだが、彼は私に「フェミニスト」のレッテルをはり、田嶋さんと同じところに分類し、私の顔を見るや田嶋さんへの苦情を言ってくるのだ（彼は田嶋氏と面識がある）。「私は田嶋さん存じ上げませんし、考え方も違うと思います」と言っても聞く耳持たなかった。

田嶋陽子は、私的に言つと「フェ

ミニズムに偏見を持った連中が、偏見を助長する宣伝材料に使っているピエロ」ですね。

愛すべきAさんが、ちゃんとその宣伝効果を証明しているわけです(^^)

せめて上野千鶴子を「嫌」と

言つてください(^^)！

いやあ(^^) 私信だもので好き勝手なこと書いてます。田嶋さん、ごめんなさい。

でも、二つは事実。

一つは、フェミニズムが嫌いというなら、日本で生きているならせめて上野千鶴子にしろ、と思う。彼女が日本のフェミニズムの「第一人者」とかは思わない（そもそもそういう設定が無意味だし、ほかに上記の江原氏はじめきちんとした研究者・しっかりした運動家は多々いるのである。ただ、とくにそのテーマに打ち込んだことがない人でも「触れる」こと

できる一般性をフェミニズムに持たせたという功績（功罪という人もいるだろうけど）は上野氏が随一だと思う。それだけのおもしろさ、切れ味も持っているし。だから「せめて上野を嫌いといえ」なのである。あ、一つでも読んでからね(^^)！

二つ目は、田嶋氏が世間に対して負った役割。「テレビタックル」という番組でね。彼女は自分でフェミニストと言っているからフェミニストなのであろうが、かならずしもフェミニズムが積み上げてきた情報收拾や理論の積みあげを、上手に電波に乗せたとはいえない。人の発言にかぶせて単純な男性攻撃をする、というのは、私から見ても否定できない。彼女自身が本当にああいう人なのであるのか、それともなにか思うところあつてあの役割を負つたら、結果がこうなつてしまったのか（「フェミニスト」と言っているからには、いくらなんでも次代を担

う若者に「フェミニストはすぐ男を槍玉に挙げるだけ、嫌い」と思わせたいと意図したとは思えない）。この「フェミニスト」田嶋」というイメージの固着は、これ以前にもいろいろところで観察できた現象である。テレビ&バラエティおそるべし。

かくいう私自身(^^) あれですっかり「テレビタックル」が見たくなつたのである（ま、その後、阿川佐和子なんか出ていると、あらずっかり嫌われない女が出る番組になつたのね的なことも思つたりして。あ、阿川さんはきらいではないのだよ。

んー、あの大学教授も、そんなわけで、『性』がどーたら言う女Ⅱ男を頭から否定する女Ⅱ全員田嶋一になつちやつたのでわ。客観的データ收拾と冷静な分析がなりわいの学者さんですのに……つてか、彼の専攻からして、それこそ上野や江原を云々すべきなのでわ……つてゆうのは素人了解かしら

ん。

んで、わたしの返事にはまだ続きがあります。

## なぜそういう思想が出てきたのか、が大事

▽「男女同権」だったらまだいいのですが、「女性地位向上」となるとすぐ男が槍玉になることが多い気がします。

そのふたつってあまりちがわないですけどね、実質的に。

男が槍玉になる、というのはわかります。

んー、そこで、男性そのものを否定するような言辞になってしまふことがあることはたしかですね。でも、ある意味「事実」でもあったわけですよ。私は「あつた」って言います。今の日本の女性の地位が低いのは「オンナがバカ」だからだと思っ

▽それに「この問題は男が悪

い」「あの問題は女が悪い」って話あまり好きじゃないんですよ。血液型古いみたいで。そういう悪い事例を生み出している人間もいるけど、そうじゃない人もいるでしょう？ っていうことをためなんですか。

そんな単純なものじゃないですよ。…… フェミニズムは、

たとえば読んでくれた私の文章中にあつた、選挙権・財産権・教育権がそもそも不平等であつたとか、その背景とか、ソレを改革してくる経過とか、そういうものを総合して考えませんと。

▽何となく「日本人は悪」であるといっている中国人のよう

付けている日本人のよう

で。えーとこれも、「その意識が作られた経過」があるのです。

昔の「オンナのほうが人間として下」と信じていた男たちの、また女自身の意識改革のためにフェミニズムは出てきたわけです。その言い方が、そういう意識をほとんど持たなくなつた現代の男性に「無意味に否定される」ように感じられるのは確かだと思います。

しかしまた一方で、田嶋レベルの「フェミニズム嫌い」が日本人の「作られた意識」になつてきている。それに私はやはりある種の「逆行」の危機意識を感じますね。

▽でも今から勉強するならいい

かもしれません。女性史や婚姻史をまなぶと、「なぜそういう思想や運動が出てき

たのか」がわかります。フェミニズムの運動的部分についての擁護・批判の議論は私は不毛だと思つので。

▽フェミニズムやフェミニストの対義語って何でしょう？  
▽ファシストやファシズムだとちょっと違う気が…。

「女性蔑視」「男権主義」ですかね。

ま、言葉からよりも、「どうしてそういう運動が出てきたか」じゃないでしょうか。つて、これはいつもの私の思考手順か

## 「個人の実感」を受け取れるセンス

稚拙な説明だなあ↓自分。さすがフェミニズム不勉強なだけのことはある。

でも、「なぜそういう思想が出てきたのか」はとても大切だと思

う。

以前、かなりセクシュアリティのことを勉強していたCさん(♀)が、「セクハラ」について電話をかけてきた。友人の女性から、「それはセクハラだ」といわれ、非常に不意で憤懣やる方なかったので、なにか納得したかったらしい。

彼もいい人なので、これもまたうんうんと聞いていた。いい人っていうのは、「セクハラ」といわれて彼自身が混乱していたから。混乱するのは柔軟なセンスの表れだ。……彼はこんなことを言った(だいたい前なのでうろおぼえ御免)。

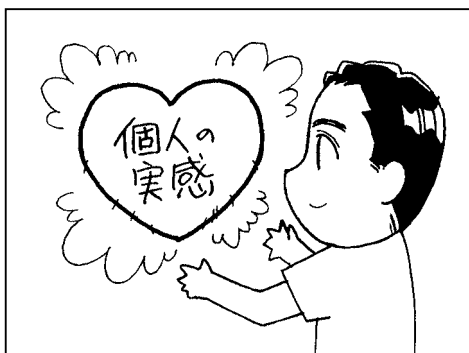
彼「法律関係の知人に聞いたら、セクシュアルハラスメントというの、そもそもアメリカの法廷用語として制定されたものなんです。友達なのに、なんでそういう法廷用語を持ち込まれなきゃいけないのかなって」

妻「それは、どうして法廷用語に

なつたんですか?」

彼「え? 裁判などで使ったために」  
妻「どうして?」  
彼「……」

妻「私は、法律とその制定の経過は知らないので推測ですけど、そういう用語が公的に設定される以前に、累々と事実と訴えが積み重なっていたんだと思いますよ。何もないところいきなりからつぽの用語だけ作られないでしょう。セクシュアルハラスメントと呼ばれるような個々の事実が、女性にとって非常に重要でありながら非常に表現しづらく、一方男性には非常にわかりづらいものであることは、私も女性としての経験から、よくわかっています。その通じなさが、女性にとっては、解決されない事実の負担の上にさらに精神的負担になってきたんです。『セクシュアルハラスメント』という言葉が設定されたということは、そうい



う認識が公的になつたというだけのことです。あなたの友達があなたに訴えたのは、その、法的にどうこうされる前に積み重なってきた、個人の実感そのものだったんじゃないですか?」

彼「ああ、それなら……それならわかります、わかりました」

……さすがだCさん。ちゃんと「個人の実感」を受け取れるセンスを持つてるんだ。

その彼がその女性の友人とそんなにぶつかつてしまい、怒りのや

り場なく私に電話してきたのは、おそらく、彼女は傷ついた気持ちを表現するのに彼を男性を攻撃するような形になり、そうなければ彼の方は守りに入り、防衛はまた攻撃になり、彼女の側からすれば最初に攻撃されたのにまた攻撃されるという理不尽さに地団太踏み……となつたんだろうなあ。想像だけど。想像だけど、そういう場面はいくらでもあるからね。

だからさ、私は文学の人で、つまり個人の実感の人で、だから「イズム」は参考にはなつても自分のものではないっていう感じもするわけだったり。

んで、さらにAさんの返事。

## セロリ嫌いな「フェミニスト嫌い」

▼田嶋さんのどこが嫌いですか?

僕はですね。言っている内容は全部嫌いって訳じゃないんで



す。

たまに共感できる面もありますし、なるほどーってのもあるんですが、主に田嶋さんの喋り方など、生理的な好き嫌いで、嫌いなんです。セロリ嫌いに近いかもしれません。

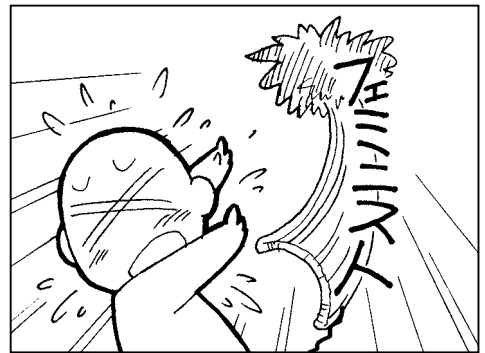
▼私は田嶋関係で嫌な思い出がある。

なるほど。それは厳しいですね…。

まあ田嶋さんは目立つし、ある意味フェミニズムを社会的に認知させた最たる一人なのでしょうから、比べようとするので、つい名前を出さざるをえないのでしょうかね？

上野千鶴子さんという方は知りませんでした。

ふうむ。「言ってる内容は全部嫌いってわけじゃない」というの



は彼らしい聡明さだ。聡明というのは、先入観や感情論とはべつに淡々と物事を把握できるセンス。しかし(… セロリ嫌いに「フェミニスト嫌い」を生産するとは、やはりバラエティおそろべし。

しかも田嶋が「フェミニズムを社会的に認知させた最たる一人」で、上野は「という方」なんだ…。これはバラエティ恐るべしでもあると同時に、世代つものかしら。彼は80年代小学生だったわけだから、そのころの上野氏の

華々しさは認識になかったんだろうなあ。

▼そんな単純なものじゃないですよ(… フェミニズムは。

なるほど。そうでしょうとも。歴史的背景を考えるのは大切ですね。

まあ僕が言いたいのには男と女という2つの極だけで考えるのが微妙な問題だと思っんですよ。ゲイ社会の方たちも増えてきてますし、その社会も認められつつはあつても、確立した地位は全然ないじゃないですか。それにもっと精神的に微妙などちらにも属さないような人も増えて

いるらしいです。それに僕も男という大別で頭ごなしに分類批判されてしまうのは、正直あまり気分よくないですからね。でも今までは女性は「女つてものは…」って言われてきた過去があるのだから、僕が多少気分

悪くなるよつで何かが少しでも清算されればいいのかもしれない。

そうそう、そのとおりだ。彼はちゃんと自分で「ジェンダー論」への道筋を踏んできている。

女性論以前・もしくは同時にゲイや「もっと微妙な」人たちの情報を持っているというのは、これはもう、今時のワカモノである。80年代小学生だとうなるのだから、80年代はそういうものが表に出、一般に見えるようになってきた時代だったから。

### ある種の「逆行」の危機意識

▼えーとこれも、「その意識が作られた経緯」があるのです。

▼しかしまた一方で、田嶋レベルの「フェミニズム嫌い」が日本人の「作られた意識」になつてきている。それに私は

やはりある種の「逆行」の危機意識を感ずる。

それはきつと歴史的背景を、知識でしか知らないか、もしくは知識もないか、つまり体験として背景を記憶している人間が少なくなってきたためじゃないでしょうか？

僕フェミニズムはきつと嫌いなんです、その対義語の主義はもつと嫌いだと思えます。それを田嶋さんのように「強烈な個性」で唱える人がいないため、フェミニズム側だけが槍玉に当たっているのだと思えます。そもそも、強い主義・主張を唱える人を叩こうとするのが、日本人の「作られた意識」になりつつあるのだと思えます。やっぱり宗教とかないからかな？（漠然）僕これは平和だとは思いますが、危険だとも思いません。

ここを読んで、樹村みのりのマンガを思い出した。「あざみの花」。サッコとヴァンゼツティ事件を題材にしたストーリーだ。主人公の駆け出し記者が、二人の死刑反対デモを見ながらこう言う（あ、例によって元本がないので、キオク）。

「こんなにたくさんの人たちが反対しているのに、どうして決定がくつがえらないのでしょうか」

すると老編集長がこう答える。「たくさんの人？ いいえ、もつとたくさんの方が彼らを死刑にしたがつている。彼らは何も言わない、何も行動しない、でも、彼らの意志が社会を動かしている」

怖ええ〜！ でもそのとおりなのだ。

Aさんの文面から私が感じたのは、以前この連載の3回で書いたこと。柔軟なヘテロ男はここにもいたじゃん、というところ。僕フェミニズムはきつと嫌いなんです

が」というのは、ちゃんと知る機会があればきつと少し別の言い方になるだろう（好きになるとは言わないが、私も別に好きじゃないし）。「その対義語の主義はもつと嫌いだと思います」ここが大切この感覚・考え方が、無銘のフェミニズムとも言えると思う。

田嶋「なんかかわい  
い服とか着てる人」

さて、そんなわけで、冒頭の会話になったわけだ。

すごいな、「なんかにやさしい」って、それはレディファースト的フェミニズムのことではあるまいか。で、フェミニンって言葉なら知ってる？ みたいなところからフェミニズムの話をか〜くした。なんか、賛同も抵抗感さえない。なんだこれ？

Thecher「ウエノチツコって知ってる？」

（二人ぐらいが手を上げる）

Thecher「どこで知ったの？」

Student「親の本棚」

Thecher「読んだ？」

Student「ぼらぼらと見たけど

……フェミニズムとかっていつの  
で……なんかやめた」

Thecher「タジマエウコって知っ

てる？」

（半数ぐらいが手を上げる）

Student「……なんか、議員の人だよ」

Thecher「ん、すぐやめちゃっ

たけどね。タジマさんっていうと

どんなイメージ？」

Student「……」

Student「……」

Student「……なんか、かわいい服とか着てた」

あらためてすげーな、メディア。数年前までだったら、Aさんのように田嶋「フェミニストで、フェミニズムが何を言っているかも知

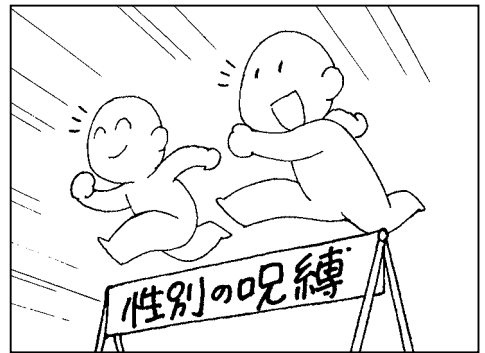
らないくせして、「声高にもの言うフェミニストだけが表面に出てきているのが問題だ」とか、そりゃ親の口移しだろ&親もフェミニズムかじったこともないだろ的な意見がいくらでも出てきたのに。そう、「Aさん周辺世代」となるわけだな、これが。そしてすでに世代交代だ。

田嶋陽子は、言われてみれば路線変更した(マスメディア面でという意味)。今は、なんかかわい服とか着てバラエティの片隅にいる印象の薄いおばさんなのだ。

これはもしや最近言われている「フェミニズムの敗北」ってやつ? 反感の次は知りもしない、という? よくわかんない。

## 次の「骨抜き」は「セクハラ」か?

セクハラといえば、先日テレビをつけたらまたまた映っていた番組で、こんなのがあった。んー、



何の番組かわからない。「これはセクハラか?」というもの。

たとえば「見せパン」を見たらセクハラか?

そういう場面をスキットで演じ、マジヤマジヤが、「セクハラだっ!」という。

そして「丸山弁護士はこう言つ」と紹介する。彼は「自分が見せてるんだからセクハラじゃない」という。

なるほど、次の「骨抜き」は「セクハラ」か。とかんぐる。

私がCさんと話したような「個

人の実感」はおくびにも出さずに戯画化し、「セクハラ」という言葉で「決めつけ」として登場させる。そして「丸山弁護士はこう言う」と、つまりこれは彼の意見にすぎませんよ、といういい方で紹介しつつ、別の意見は紹介しない。

なつて問題提起し、嫌われながら動かした部分抜きでも、彼は今ほど自由だったろうか? とも思う。

ま、どーなるんでしような。これだけじゃなくて、時代というもののさりげなきにいろいろ危機は感じるけれど。いちいちあげあしとつてもしょうがないと思いつつ、すわりの悪いときはちゃんと言つとくことにするが。

ま、私と同世代でも彼ら以上にやわらかい男だつていられるわけよ、うちの相方みたいに(でれでれ)、個人差あるけどさ、でも平均値として、ぜんぜん男たちが自由になつた。フェミニズムだけでなく、「男性論」とかわざわざ作つてが

## 性別の呪縛からより自由になった若い世代

Aさん・Bさん・Cさん、みな私より1世代かそれ以上若い。

彼らは私の世代の平均値よりもやわらかい、つまり彼ら自身が性別の呪縛からより自由であると

感じる。Aさんはフェミニズムは嫌いだと思うというけれど、ウーマンリブやフェミニズムが躍起に

たばかりのBさんは、彼らがいっしょうけんめい越えたハードルをひよいつと越えている。もしかしたら最初からこちら側にいる。彼らにとつてジェンダー論(含フェミニズム)は、すでに生育環境の中にあつたから。個人差はあるといいつつ、世代論的な見方も当てはまると思う。

今の、フェミニズムは「なんかにやさしいの」(↑ある意味卓見)な10代は、15年後、AさんBさん

の年齢になったらどうなるのだろう。

**「実感」を見ることだけは伝えよう**

あ、15年といえば。先日一人の卒業生に会った。卒業以来だから約15年ぶり。80年代の高校生だ。彼とこんな会話をした。

「先生の、同性愛とかの授業、よくおぼえていますよ。あれ、あつてよかった。あのあとアメリカ行っただんですけど、そこでクイアな人たちと知り合っことがあつて、でも下地ができてたからすんなりいけたし。日本に帰ってから、そういうのふつうにできて」

「ああ、役に立っただらよかった」「いまでもやっつてるんですか?」「ん。あのころとはだいぶかわったけどね。あれほど単純じゃなくなつた」

「時代も変わりましたからね。世

間一般の情報と認識がぜんぜん違

う。そういう意味で、もうやらなくてもいいのかな、とも思うのだ、しばしば。でも、「エイズ」の情報で思つたように、時代は前にだけ進むものではないので、ちよつとずつは入れていこう。

——フェミニズムもだ。私はフェミニストではないが、消えてしまつていい認識だとも思わない。まあ、かつてフェミニズムと云つた認識はいまはジェンダー論に入つてゐるらしいけど。なまえばどうでもいいのだよ、私は学者じゃないから定義とかは任じやない。それらのもつ「実感」を見ることだけは伝えよう。

**授業で紹介した「オス  
スメの本」**

授業では毎週「オススメの本・映画」を一つずつ紹介しているのだが、先日はこれをオススメした。

『ザ・フェミニズム』上野千鶴子・小倉千加子著、ちくま文庫、714円



『ザ・フェミニズム』 上野千鶴子・小倉千加子

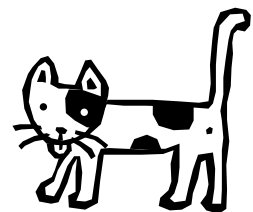
曰く、70年代以来の知識がないとわかりづらいところもあると思ふけど、まあそのへんはとぼしつ……。フェミニズムがどうこう言うより、この二人はとてもクレバーだ。そして、意識的に議論したり、煽つたりしつ、自分の思つていことをいねいに表現しようとする能力を持つてゐる。そういう頭脳に触れるのは意義があると思ふよ。

……生徒たちはコクコクとうなずいた。

ま、読まないだろうけど

「木谷美子」

**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

草田コラム

# ピア・カウンセリング の限界と可能性

草田 央

**同じ立場に立つ者による  
カウンセリング**

近年、エイズ業界においても、ピア・カウンセリングが積極的に推進されつつある印象を受ける。ピア・カウンセリングの「ピア」とは、「仲間」といった意味で、「ピア・カウンセリング」とは、同じ立場に立つ者（例えばHIV感染という共通項を持つ者）によるカウンセリングを意味するのだと思われる。

……といったような文言上の理解はできても、では一体、ピア・カウンセリングと専門職（カウンセラー）によるカウンセリングとは何が違うのか？ メリットばかりが聞こえてくるけれど、デメリット（限界）はないのか？ そもそも、ピア・カウンセリングの本質って何？ というのが、わからなかつたりする。そこで、自分の頭の中を整理するうえで、私論の展開を試みてみたいと思う。

**対等な立場に聞き手と話し手が入れ替わる可能性の担保**

ピア・カウンセリングは、一九七〇年代初め、アメリカのアルコール依存症患者の社会復帰を支援する自立生活運動の中で始まったと言われる。その意味では、セルフ・ヘルプ・グループ（ニューズレター三四号参照）の延長線上にあるものと思われる。つまり、そこで最も重要視されるべきなのは、「対等な立場」ということになるだろう。「対等な立場」である以上、聞き手と話し手が相互に入れ替わる可能性が担保されていることが必要だと感じる。

もちろん聞き手には、「最低限の倫理的配慮や必要とされる知識について保持していることが望まれる。そのための講習も必要かもしれない。しかし、それらは専門職が要請されているものとはレベルの異なる、いわば「人生の先輩」

といったようなスタンスが求められていてと考えられる。聞き手が専門化（すなわち聞き手と話し手が代替不能になること）した場合、もはや「ピア」ではなくなってしまう恐れを感じる。それさえ注意していれば、セルフ・ヘルプとしてのピア・カウンセリングは、一面において有効性の高さが期待できる気がするのである。

## 専門職によるカウンセリングとは異なる役割が求められている

その点で、ピア・カウンセラールのプロ化の動きには危惧を感じる。ピア・カウンセラーとして収入を得ることが目的化してしまうと、それはクライアント（話し手）の自立を目指したのではなくなってしまうという本末転倒が生じてしまわないだろうか。ピア・カウンセリングというセルフ・ヘルプ活動に何らかの経済的支援が行なわれること自体は否定しない

が、その原則はセルフ・ヘルプ（自助活動）として、ボランティア・ベースで行なわれることが望ましいように感じる。

ハンディキャップを持つ者が自立を目的としてカウンセラーを目指すのなら、それは短期講習でできてしまうような「ピア・カウンセラー」などというのではなく、その養成には十年かかるとも言われる専門職としてのプロのカウンセラーになるべきだろう。他人（ひと）の心を扱うカウンセリングというのは、一般に思われているより危険なものなのだ。近年では医療と同様、カウンセリングにおいても科学的根拠に基づくことが要請されており、そこには高い専門性が要求されている。ピア・カウンセリングが、そこまでの責任を負わずにすむというのは、「ピア」というボランティア精神が存在しているのではないかと感じるのである。

ボランティアによるNPO活動

が、営利企業や公共機関に劣るものではなく、それらを補完する役割が求められているのと同様、ピア・カウンセリングも専門職によるカウンセリングとは異なる役割が求められているのだと思われる。以上の点において、ピア・カウンセリングとは、カウンセリング・マインドによるセルフ・ヘルプ活動と言えるのかもしれない。

## 「わかってくれるはず」という思い込みに注意

ピア・カウンセリングをカウンセリング的に見た場合、「ピア」であることに内在する危険性に気づく。

ピア・カウンセリングは、「ピア」であるがゆえ、話し手と聞き手の間にラポール（信頼関係）が形成されやすいというメリットが指摘されている。ラポールは、カウンセリングの大前提をなす非常に重要なものなのだ。しかし、その信頼感は、「ピア」であるというカ

ウンセリング以前の情報によってもたらされたものであり、話し手と聞き手の出会いによって形成されたものではない場合も考えられるかもしれない。そうすると、それは「自分のことを聞き手は、わかってきているはずだ」という話し手の思い込みにつながり、それは「自分は、話し手のことをわかっていているはずだ」という聞き手の思い込みにつながる危険性がある。

もちろん、同じ体験を経た者ゆえの「共感」というものもある。けれども、同じ体験をしたからといって、皆が皆、同じように感じるとは限らない。逆に、同じ経験をしていないからといって、「共感」できないものでもないのである。お互いの違いを認識できれば、「わかってもらおう」とか「わかってあげたい」との努力が生じ、よりいっそう深い相互理解が生まれる可能性もあるのである。

つまり恐いのは、言語を介さな

い、そうした思い込みであり、その辺を双方が自覚していないと、ピア・カウンセリングが持つていく利点が一転して欠点になってしまう危険性を指摘できよう。特に、HIV感染症が慢性疾患となってきた昨今では、単に「HIV感染」のみでは、「ピア」とはなりえなくなっている気がする。致死性の疾患としてのHIV感染の衝撃そのものではなく、その人がもともと持つていた問題を顕在化させる「きっかけ」としてHIV感染症を捉える必要があると思われる。双方の違いを自覚した上で、どのような共通項でピアをカッピングするかは、非常に難しくかつ重要な問題であろう。

**「ピア」であるがゆえ、同じトラウマを抱えている可能性も**

また、同じような経験を経てきた仲間であるがゆえ、話し手と聞き手が同じトラウマを抱えている

可能性も高い。話し手の話が聞き手のトラウマに触れるような問題だった場合、聞き手が話し手を受け止めきれなくなってしまう危険性も指摘できよう。聞き手が「先輩」として、すでに自分の問題を棚上げできていることが理想とされる。しかし、個人的には、そこまでピア・カウンセリングに期待するのは酷という気がする。

そのような問題が生じやすいピア・カウンセリングであるがゆえ、いかに安全策を講じるかが重要となってくる。専門職であるカウンセラーを同席させるなど、カウンセラーとの連携を確保しておくことも重要であろう。また、ピア・カウンセリングをロール・プレイ（役割演習）として位置づけ、話し手の期待が高まらないようにするのにも一法と思われる。

**ピアカウンセリングにおける「枠」とは？**

カウンセリングにおいては、非

日常の「枠」を設定する。それは、家族や友人には言えないことも、親しい間柄ではないがゆえ、カウンセラーには話せる…という効果があるからだと言われる。セルフ・ヘルプ・グループにおいて匿名が用いられるのも、この非日常という「枠」づくりに貢献しているのである。

ピア・カウンセリングにおける聞き手は話し手にとって、専門職であるカウンセラーよりも親密な存在であると位置づけられよう。それはメリットであると同時に、話し手と聞き手双方の日常に侵食する可能性のある曖昧な存在でもあるように思われる。かといって、ことさら枠を設定することに固執しては、ピア・カウンセリングの本質から離れていってしまう気もする。適度な距離感を保つことを意識しておくことは必要と思われるが、日常における家族や友人の存在が決して無意味（それどころか、それはそれで重要な役割を果

たしていると思われる）ではないのと同様、「ピア」にはピアの役割（それは専門職によるカウンセリングとは異なる）があるのでないかと思われる。

ピア・カウンセリングにおいては、聞き手が先輩として話し手の自立生活「モデル」となることが指摘されている。つまり、話し手は自分の将来像を聞き手に見ることと、自立への道を歩み始めることが期待できるというわけだ。それは、聞き手が自立した存在であることを前提すると同時に、実は「聞き手」という役割を演じることよって、聞き手の自立が進められる可能性もあるのではないかと感じさせる。

**サービスを提供する側となることの効果**

先に「クライアント（話し手）の自立を目指したものではなく、なってしまうという本末転倒が生じ」てしまうのではないかと書いて

だが、実は、この「本末転倒」こそが、ピア・カウンセリングの本質なのではないかと感じるのだ。医療や福祉サービス（健常者から）提供されるだけの存在であったのが、聞き手を「演じる」ことにより、サービスを提供する側となり、それによって生きている実感が得られる…このことこそがピア・カウンセリングの最大の効果なのではないかという気がするのである。

## 情報提供という重要な機能

ピア・カウンセリングの重要な機能の一つに、（話し手への）情報提供が挙げられている。

一般にカウンセリングでは、クライアントへのアドバイスは行われない。それは、クライアント自らが回復する力を信じ、クライアントに寄り添いながら、クライアントの気づきを待つというスタンスをとるからだ。したがって、

ピア・カウンセリングのありようというのは、「心のサポート」という意味合いとは異なる可能性がある。

ピア・カウンセリングで提供される情報にはソーシャル・サポートに関するものであったり、性教育の現場では「ピア・エデュケーション」とでも呼ぶべきものが「ピア・カウンセリング」と称されているケースも多い。相互教育は高い学習効果が期待される反面、伝言ゲームのように、あやふやな情報が誤った情報へと変質していく危険性にも注意を払う必要がある。そこでは、セルフ・ヘルプ・グループでの語りと同様、一人称として、あくまで自分の経験の範囲内という前提条件をつけることを必須としながら、情報提供を行なっていく工夫が必要だろう。

## 人との関係性が人を癒す力を持つ

カウンセリングでは、カウンセ

ラーとクライアントは、主体（私）と主体（私）の関係（出会い）であると同時に、主体（カウンセラー）と客体（カウンセラーの観察対象としてのクライアント）の関係でもある。こうした同時並行処理が専門職には求められるのだが、ピア・カウンセリングでは、主体（私）と主体（私）の関係性のみで単純化できよう。

人との関係性が人を癒す力を持つことを考えると、このことはピア・カウンセリングの大きなメリットと考えられる。

したがって、カウンセリング技法や聞き手などといった役割にとられることなく、セルフ・ヘルプ・グループを二人でやる感覚で、「先輩」と「後輩」の出会いとなれば、安全性も高く有効性も期待できるのかもしれないと思ったりするのである。

AIDS SCANDAL

草田央

<http://www.t3rjm.or.jp/~aids/>

# 2006 AIDS文化フォーラム in 横浜

つながる空間 ～Living Together～

2006年8月4日（金）～6日（日）

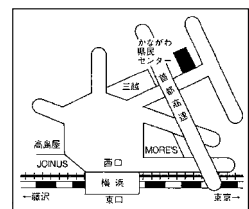
場 所：かながわ県民センター（横浜駅西口徒歩5分）

主 催：AIDS文化フォーラムin横浜 組織委員会

企画運営：AIDS文化フォーラムin横浜 運営委員会

事務局：横浜YMCA 共催：神奈川県

LAPIはブースの  
出展を行う  
予定です





# HIV・エイズ関連ニュース

(2005年5月22日～2006年1月27日)

## ○HIV感染者への診療、歯科医3割「断る」 厚労省調べ

5月22日・朝日新聞

全国の歯科医の3割がHIV感染者の診療を「原則として断る」と考えていることが、厚生労働省の研究班(主任研究者＝五島真理為・HIVと人権・情報センター理事長)の調べで分かった。これを受けて厚労省は、適切な感染防止策を講じれば問題ないとして全国の歯科医に対し、診療を拒否しないよう求める通知<sup>\*</sup>を都道府県を通じて出した。

調査は、04年末までに全国500の開業医や勤務医を対象に実施(回収率88%)。患者がHIV感染者であることが判明した場合、診療を「受け入れる」は33%だったのに対し、拒否が28%にのぼった。残りは「他院を紹介する」だった。一方、研究班が今年1月に感染者と患者30人に行った面接調査では、「診療拒否が心配」などの理由から、半数を超す16人が感染を告げずに歯科診療を受けると答えた。告知すると答えたのは5人だけだった。

※[http://api-net.jfap.or.jp/mhw/document/doc\\_0506001.htm](http://api-net.jfap.or.jp/mhw/document/doc_0506001.htm)

## ○米のエイズ感染者100万人超す

6月14日・時事通信

米国内のエイズ感染者が2003年末時点で100万人以上に達し、特に黒人やホモセクシュアルなどの間に感染が広がっていることが13日、米政府機関の報告書で明らかになった。ジョージア州アトランタで15日まで開催中のエイズに関する会合で、米政府機関の疾病管理・防止センター(CDC)が公表した報告書によると、感染者のうち黒人が47%、白人34%、ヒスパニック17%で、アジア系や先住民の割合は1%程度。性別では男性が感染者の74%を占める。また、感染者のうちホモセクシュアルの男性の割合は45%、注射を使う薬物中毒者も22%に達している。CDCによれば、エイズ検査を受ける人は年間4万人にとどまっている。

## ○桜井さん逆転勝訴確定 薬害エイズ名誉棄損訴訟

6月16日・共同通信

薬害エイズ事件に関する月刊誌記事と単行本で名誉を傷つけられたとして、安部英・元帝京大副学長(4月に死去)が、ジャーナリストの桜井よしこさんに1000万円の慰謝料などを求めた訴訟の上告審判決で最高裁第1小法廷は16日、400万円の支払いを命じた2審東京高裁判決を破棄、安部氏の請求を棄却した。桜井さんの逆転勝訴が確定した。

## ○エイズ薬で初の特許「強制」使用=WTOドーハ宣言に準拠

6月27日・時事通信

ブラジルは27日、米薬品大手アボット・ラボラトリーズのエイズ治療薬「カレラ」について、特許の使用料を支払わずにコピー薬を製造すると発表した。国内でのエイズ被害が拡大する中、ブラジルは同社と価格の引き下げ交渉を行ったが合意に達しなかったため、2001年の世界貿易機関(WTO)ドーハ宣言に基づく、世界で初めての特許の強制使用に踏み切る。

## ○元社長2人の実刑確定へ=薬害エイズ事件で初

6月29日・時事通信

HIVが混入した非加熱血液製剤を投与された患者が感染し、死亡した薬害エイズ事件で、業務上過失致死罪に問われた製薬会社「ミドリ十字」(現三菱ウェルファーマ)の歴代社長、松下廉蔵(84)、須山忠和(77)両被告について、最高裁第3小法廷(上田豊三裁判長)は29日までに、被告側上告を棄却する決定をした。松下被告を禁固1年6月、須山被告を同1年2月と、いずれも実刑とした2審大阪高裁判決が確定する。決定は27日付。薬害エイズ事件で、有罪確定は初めて。

## ○コーヒー飲みアフリカ孤児支援 札幌の民間団体が豆販売

7月1日・朝日新聞

アフリカ・ウガンダ特産のコーヒーを飲むことで、エイズで親を失った同国の子どもたちを救おうと、札幌市のボランティア団体「Peace」がコーヒー豆の販売に乗り出した。同国のジェームスババ駐日大使も感謝の気持ちを伝えに札幌を訪ねた。ウガンダは親をエイズで失った孤児が200万人いるともいわれる。日本での販売は1袋200グラムで700円。これで現地の農民の収入は100円ほどになるという。

## ○「予防進め、感染半減」 エイズ国際会議開幕

7月1日・共同通信

アジア・太平洋地域エイズ国際会議が1日、神戸市で開幕、国連共同エイズ計画 (UNAIDS) のピーター・ピオット事務局長は記者会見で「予防に力を入れれば、この5年で、アジア・太平洋地域で600万人の新規感染を防げる」と強調、対策をスピードアップするよう呼び掛けた。会議に小泉純一郎首相や尾辻秀久厚生労働相は出席しないが、事務局長は、日本政府が「世界エイズ・結核・マラリア対策基金」に5億ドル (約550億円) の資金拠出を表明したことに触れ、「金は物をいう。重要なことだ」と評価した。

## ○エイズ新薬開発、体内ウイルス「激減」 熊本大教授

7月6日・朝日新聞

副作用がほとんどなく、従来の薬が効かなくなった人にも効果の高いエイズ新薬を開発したと5日、熊本大の満屋裕明教授 (内科学) が神戸市で開かれたアジア・太平洋地域エイズ国際会議で発表した。同教授によると、コードネーム「AK 602」 (aplaviroc) というこの新薬は、細胞の表面にあるCCR5というたんぱく質にくっつく。このたんぱく質は、HIVが人間の細胞に入り込む入り口。ここに異物がくっつくことで、ウイルスは細胞に入れなくなる。米国のエイズ患者計40人を対象に臨床試験を実施。ウイルス量が平均約100分の1に減り、600分の1まで減った患者もいた。

※2005年10月、小野薬品工業とグラクソ・スミスクライン社は aplaviroc の第3相臨床試験を断念しました。

## ○政府、中国のエイズ対策を技術支援へ

7月7日・毎日新聞

政府は、HIVの感染拡大が懸念されている中国のエイズ対策を支援するため、政府開発援助 (ODA) による無償の技術協力を実施することを決めた。今夏国際協力機構 (JICA) が中国内陸部に調査団を派遣今年度内に援助を始める方針で、中国のエイズ対策への初の本格的支援となる。国連共同エイズ計画 (UNAIDS) の試算によると、アジア・太平洋地域の HIV感染者は約820万人。中国は約84万人の感染者がおり、感染拡大が最も懸念される国の一つに挙げられている。

## ○HIV感染者が急増＝国民の14％に＝南ア

7月13日・時事通信

南アフリカ共和国保健省は12日までに、昨年の国内のHIV感染者数が、最大で国民の14％に当たる657万人に達した恐れがあることを明らかにした。2003年は推定560万人だった。

## ○80円でエイズ薬提供 タイ、10月から補助制度拡大

7月15日・朝日新聞

タイ政府は10月から、30パーツ (約80円) でエイズ薬を患者に提供する。約5万人の貧しいエイズ患者には、すでに無料でエイズ薬を配っているが、補助制度を広げることにした。低所得者には、診療の患者負担が1回30パーツの医療制度がある。この制度にエイズ治療も組み込み、ウイルスの増殖を抑えるタイ製の薬を処方する。同国のエイズ患者は約60万人で、一定の症状を示す患者が対象だ。廉価で幅広く薬を提供するのは「世界初の試み」 (政府) としている。

## ○大阪府立大でコンドーム無料配布 エイズ予防啓発で

7月20日・共同通信

大阪府立大は20日、エイズ予防啓発のため25日に開く講習会で、コンドームを学生らに無料配布すると発表した。1000-2000ダースを会場の受け付けに置き、希望者に受け取ってもらう。講習会でエイズ予防法などを話す予定の看護学部教授らが発案したという。

## ○<手術拒否>エイズ理由に 市民病院に賠償命令 甲府地裁

7月26日・毎日新聞

HIV感染を理由に入院先の病院で手術を受けられず下半身まひの後遺症が残ったとして、タイ国籍の女性 (97年に死亡、当時26歳) が甲府市などに対し計約1562万円の損害賠償を求めた訴訟の判決が26日、甲府地裁であった。

新堀亮一裁判長は「医学的根拠のない差別的取り扱いで、原告の人格権を侵害した」などとして、訴訟を引き継いだ女性

---

の両親(タイ在住)に感謝料計100万円を支払うよう市に命じた。女性が最初に入院した山梨県鯉沢町の医療法人峡南病院については「過失があったとまでは言えない」と請求を棄却した。

## ○4月4日～7月3日、HIV感染者の新規報告171件

### 8月12日・毎日新聞

厚生労働省のエイズ動向委員会は12日、4月4日～7月3日の四半期で、エイズウイルス(HIV)感染者の新規報告件数が171件(前期比36件減)で、エイズ患者の報告数は89件(同10件増)だったことを明らかにした。性別では、男性が感染者160件、患者83件で、それぞれ9割以上を占めた。年齢別で見ると、感染者は20～30代が72%を占めた。

## ○独でコンドーム配布中止 法王お国入りに配慮

### 8月20日・共同通信

ローマ法王ベネディクト16世が参加し世界各国から約40万人の若者らが集まったドイツ西部ケルンのカトリック世界青年大会で、警察団体が計画したコンドーム配布が「教会側からの圧力」で、直前に中止されていたことが20日までに分かった。カトリック教会は避妊などに反対の立場。ドイツの警察団体は大規模集会がある際に街頭でエイズ予防を訴える慣習があり、ケルンの警察も今回、コンドームの配布を計画。しかし、警察団体は大会を前に「問題の微妙さをかんがみて中止する。教会指導部から抗議と圧力があった」と発表した。

## ○ミャンマー支援中止 エイズ基金「軍政が活動妨害」

### 8月22日・朝日新聞

途上国でのエイズ対策などを支援している「世界エイズ・結核・マラリア対策基金」(本部・ジュネーブ)が、ミャンマー(ビルマ)への支援を中止することを決めた。軍事政権に、同国内での活動を妨げられたとの理由からだ。軍事政権は欧米からの人権問題などへの批判に反発し、より閉鎖的な姿勢を強めてきており、人道支援への規制強化もその一環とみられる。

## ○ネットの誇大広告に対策を 薬害根絶デーで要望

### 8月24日・共同通信

全国薬害被害者団体連絡協議会は24日、薬害の再発防止をうたった厚生労働省の「誓いの碑」前で、インターネット上の薬の誇大広告について具体策を求める要望書を、尾辻秀久厚労相に手渡した。薬害エイズの反省から、1999年8月24日に碑が建てられたことにちなみ、協議会は同日を「薬害根絶デー」と名付け、毎年行政への要請をしている。要望書はほかに、血液製剤「フィブリノゲン」によるC型肝炎感染問題で、昨年12月に公表された納入先医療機関のうち、患者への対応を怠っているところがあるとして、厚労省に指導や再調査も求める。

## ○半数はHIV感染者不可 ホスピスの全国調査

### 9月8日・共同通信

HIVに感染した人ががんの末期症状になり、緩和ケア病棟(ホスピス)への入院を希望しても、48%の施設は感染を理由に「受け入れは困難」と考えていることが8日、国立病院機構東京病院の永井英明緩和ケア病棟医長の調査で分かった。国内で報告されたHIV感染者とエイズ患者の累計は1万人を突破。発症を抑える治療法は進んだが「安らかな最期」を迎えられる体制は整っていない現状が浮かんた。調査は1～2月、全国の139施設に実施し、98施設が回答。7月の日本緩和医療学会で報告された。余命半年以内と診断されたがん患者がHIV感染者だった場合、受け入れ可能としたのは52%。残りは「受け入れは困難」とし、理由は「経験がない」「体制が整っていない」などだった。一方、エイズ末期の患者から入院の申し込みを受けたことがあるのは全体の17%に当たる17施設で、そのうち受け入れたのは5施設だけだった。

## ○<米ハリケーン>エイズ患者の処方薬、入手困難に

### 10月3日・毎日新聞

ハリケーン「カトリナ」による被災で、ニューオーリンズ近郊から避難した約8000人にのぼるHIV感染者やエイズ患者の処遇が大きな問題となり始めている。患者らへのケアを担う行政窓口が活動停止に追い込まれたことに加え、避難生活の長期化などで処方薬の入手が困難となっていることなどが背景にある。処方薬が不足し、容体が悪化している重症患者が出始めているが、米政府や州の対応はにぶく、支援関係者は「放置すれば命にかかわる」と強い懸念を示している。

**○サウジでエイズ予防に着手 国連、若者に講習会****10月6日・共同通信**

サウジアラビアで先週、国連開発計画 (UNDP) が若者を対象にエイズに関する講習会を開催、性行為などの話題を避けがちなイスラム教国で、感染拡大を防ぐ取り組みに着手した。ロイター通信によると、首都リヤドで開かれた講習会には10代の若者25人が参加。HIV感染者への差別などを話題に、エイズへの理解を深めた。

**○エイズ薬46%値下げで合意 ブラジルと米アボット****10月12日・共同通信**

ブラジル保健省は11日、米製薬大手アボット・ラボラトリーズとの間で、同社から購入しているエイズ治療薬の価格を約46%値下げさせることで合意したと発表した。値下げしなければブラジル国内ではこの薬の特許を認めず、コピー薬の生産を始めるとして強く譲歩を求めている。値下げで合意したのは治療薬「カレトラ」。

**○<HIV抗体検査>自治体の3割、利便性高い夜間・休日・迅速検査実施せず****10月15日・毎日新聞**

都道府県や政令市、中核市など、保健所を設置している自治体の3割が8月31日現在、HIV抗体検査のうち、利便性の高い夜間、休日、迅速 (即日) の3検査をいずれも導入していないことが、厚生労働省の調査で分かった。厚労省はHIV感染者の早期発見、早期治療のため、各自治体に3検査の実施を促していく方針だ。

**○エイズの広がりに歯止めを 厚労省が検査普及週間****10月20日・共同通信**

感染者と患者の増加傾向が続くエイズの事態悪化に歯止めをかけようと、厚生労働省はHIV感染検査体制を強化する「HIV抗体検査普及週間」をつくることを決めた。20日に開催したエイズストップ作戦本部 (本部長・尾辻秀久厚労相) で明らかにした。普及週間は、12月1日の世界エイズデー半年前の毎年6月1日から1週間。地方自治体の保健所や検査室で、無料、匿名の検査や相談を行う。厚労省は検査の促進が「増加抑制の鍵だ」としている。

**○エイズ感染者を150万人に抑制=2010年の目標設定 中国****10月22日・時事通信**

新華社電によると、中国政府は22日、エイズ感染者を2010年に150万人以内に抑制するとの目標を明らかにした。有効な措置を講じなければ、同年の感染者は1000万人に達する恐れがあるとして警戒を強めている。

**○<ユニセフ>反エイズ、世界キャンペーンで支援訴え NY****10月26日・毎日新聞**

「子どもたちのために、エイズと闘おう」を合言葉に国連児童基金 (ユニセフ) は25日、5年にわたる「子どもとエイズ」世界キャンペーンを始めた。米ニューヨークの国連本部ビルでは同日夜、子どもたちの顔やキャンペーンのシンボルのリボンなどを壁に映し出し、支援を訴えた。ユニセフによると、世界で毎日、15歳未満の子ども約1400人がエイズに関係のある病気で死亡し、15~24歳の6000人以上が感染。03年末時点で、1500万人以上の子どもたちが親をエイズで失っている。

**○新規感染者は過去3番目 厚労省エイズ動向委****10月26日・共同通信**

厚生労働省エイズ動向委員会は26日、7月から約3カ月間に報告されたエイズウイルスの新たな感染者が205人 (男性190人女性15人) で報告制度が始まった1984年以降で3番目に多かったと発表した。新たな発症患者は89人 (男性85人、女性4人) で、今年4月からの3カ月間と同じ。新規感染者の約64%は20~30代。感染者、患者の感染経路は、不明や複数の原因が考えられる場合を除き、男性は同性間の性的接触が異性間の約2倍に上る一方、女性は全員が異性間だった。

**○HIV・HCV二重感染、「非加熱製剤で」患者提訴へ****10月27日・読売新聞**

国立がんセンター中央病院 (東京都中央区) で1986年に骨髄移植手術を受けた男性が、「非加熱製剤を投与され、

---

10歳でHIVに感染した」として、27日、国と製薬会社に損害賠償を求める訴訟を東京地裁に起こす。男性はHIVとC型肝炎ウイルス(HCV)の感染が92年に判明していたが、その後、10種類以上の北米型HCVの遺伝子型が体内に存在することが分かった。多数の人の血液を混ぜて作る非加熱濃縮血液製剤を投与された薬害エイズ患者の特徴と同じだが、がんセンターは「非加熱製剤を投与した記録は残っていない」としている。この男性は、都内の病院に入院している山本義則さん(29)。現在、同センターで受けた献血血液の輸血でHIV感染したとして国の救済対象となっているが、「真実が知りたい」として、実名を公表し、提訴を決めた。薬害エイズ訴訟の和解手続きに沿って、国などとの和解を求める。

## ○<セックス調査>日本は平均回数が世界最少

11月9日・毎日新聞

イギリスコンドームメーカー「デュレックス」が世界41カ国で実施したインターネットによる「性と健康に関する意識調査」によると、セックス回数は、世界の平均が年間103回だったのに対し、日本人は45回。昨年の調査に比べて、日本人のセックス回数は1回減り、2年連続で世界で最も少なかった。最も多かったのは、ギリシア人の138回。セックスの満足度については、世界のほぼ半数が性生活に「満足している」と答えたが、日本人のほぼ4分の3は「満足していない」と回答した。

## ○治療なしにエイズ消滅?=英国人男性

11月13日・時事通信

HIVに感染したものの、治療も受けないまま、自然に治癒していたケースが英国で報告され、「奇跡」として医療関係者らを驚かせている。13日付の英各紙によると、エイズの「自然治癒」が確認されたのは現在ロンドンに住むアンドルー・ステインブソンさん(25)。2002年8月、3回にわたりHIVの抗体が確認された。しかし、「03年10月、12月、さらに04年3月の検査ではいずれも陰性」(タイムズ紙)との結果が出た。

## ○性交渉歴偽って献血 HIV感染者ら起訴 シンガポール

11月14日・朝日新聞

献血をした時に問診票に性交渉歴を偽って記入したとして、シンガポール司法当局はHIV感染者5人を感染症法違反の罪で起訴した。ストレーツ・タイムズ紙(10日付)によると、起訴されたのは21~37歳の男性。4人はほかの男性との性行為があり、残る1人は複数の相手と性交渉をしていたのに、こうした行為を「していない」と問診に答えたという。献血では、リスクのある人物からの提供を防ぐため、性交渉歴などを聞いている。5人とも、採取した血液が検査でHIV感染と判明した。

## ○36時間連続でエイズ相談 全国11カ所で受け付け

11月18日・共同通信ニュース速報

12月1日の「世界エイズデー」を前に、HIV感染者らを支援している特定非営利活動法人(NPO法人)「HIVと人権・情報センター」(東京)は26日午前10時から27日午後10時まで、36時間連続の電話相談を実施する。今年で16回目。北海道から九州までの11カ所で、ボランティアのスタッフ約250人が交代で受け付け。

## ○<コンドーム>「いつも着用する」は10代で7割を上回る

11月22日・毎日新聞

セックスをするとき、いつもコンドームを使用する人が10代では約7割に上ることが民間企業のアンケート調査で分かった。20代後半でいつも使用する人が5割を割り込んだのは対照的で、10代の性感症への意識が高いことが分かった。調査を行ったのは、音楽ビデオ放送「エム・ティ・ヴィー・ジャパン」(東京都港区)。同社は今年度から「HIV/AIDS啓発活動」を始めており、若者の性意識を把握する目的でアンケートを実施した。インターネットで男女300人を対象に今年10月から11月に実施。15~19、20~24、25~29歳の男女それぞれ50人ずつから回答を得た。

## ○660カ所でエイズ検査 厚労省がキャンペーン

11月24日・共同通信

12月1日の世界エイズデーの前後に、全国約660カ所でエイズ検査を実施するキャンペーンが行われる。保健所に加え、大学のキャンパス(広島県)やショッピングセンター(秋田県)などでも開設。エイズ拡大に歯止めをかけるには、利用しやすい検査環境が欠かせないと、厚生労働省が全国の127自治体に呼び掛けて実現した。

## ○エイズ感染防止へ避妊具使用を 東京で「レッドリボン」

11月27日・朝日新聞

12月1日の世界エイズデーを前にエイズへの関心を高めようと、東京の六本木ヒルズのアリーナで26日、「レッドリボンキャンペーン2005」(厚生労働省、朝日新聞社など主催)が開かれた。会場には、2000個以上のコンドームを使って「レッドリボン」を表現したオブジェが登場。HIVの感染予防にはコンドームの正しい使用が効果的であることを訴えた。タレントの佐藤江梨子さん、パンチ佐藤さんらによる「エイズ…あなたは『関係ない』と思いませんか?」と題したトークショーでは、日本では今年、HIV感染者とエイズ患者の累計が1万人を超えたことなどが報告された。

## ○拡大に対策追いつかず 4千万人超すHIV感染者

11月29日・共同通信

エイズの感染拡大が止まらない。12月1日の世界エイズデーを前に国連共同エイズ計画(UNAIDS)と世界保健機関(WHO)が公表した2005年版のエイズ報告書<sup>\*</sup>によると、世界のHIV感染者は今年の新たな感染者490万人を含め、推計約4000万人に上る。UNAIDSのピオット事務局長は「封じ込め対策が感染拡大に追いつかないのが実情。長期的で包括的な対策が必要だ」と訴えている。報告書によると、アフリカのケニア、ジンバブエと中米のカリブ海諸国(バハマなど5カ国)で成人のHIV感染者数が減少した例がみられるものの、東アジア、東欧、中央アジアで感染者数が急増している。特に、人口が多い中国とインド、インドネシアでの対策強化が求められている。しかし、依然として事態が最も深刻なのは南部アフリカだ。報告書によると、人口では世界全体の10%強にすぎない同地域に、HIV感染者は全世界の60%以上に相当する2580万人が暮らしている。南アフリカでは、1990年に1%未満だった成人の感染率が10年後には約25%に跳ね上がった。

※日本語全訳 <http://api-net.jfap.or.jp/siryou/worldnow/2005/2005.htm>

## ○薬効かないエイズウイルスじわり 新規感染者の5%

12月2日・朝日新聞

薬が効かない薬剤耐性のHIVが国内でも広がっていることが厚生労働省研究班による全国的な調査で明らかになった。新たな感染者の約5%で、耐性ウイルスが見つかった。欧米の10～20%よりは低率だが、本格的な感染拡大が心配される。1日、熊本市で開催中の日本エイズ学会で発表された。研究班は、HIV感染者の治療にあたる全国約30の医療機関で、03～04年に新たに感染が判明した575人(国内新規感染判明者の約3割)を対象に調べた。その結果、31人(5.4%)でウイルスの遺伝子配列が薬剤耐性に変異していた。

## ○<エイズ>インド首相が「安全なセックス」で議論呼びかけ

12月2日・毎日新聞

世界エイズデーの1日、インドのシン首相は国民に対しエイズのまん延を防ぐために「安全なセックス」についてオープンに語り合おうと呼びかけた。シン首相は「我が国の若者にエイズの感染経路を教え、健全で安全な性生活に導く必要がある」と強調し「タブー視をやめて家庭で性について語り合おう」と強く呼びかけた。同国では政府発表で513万人がエイズに感染し南アフリカに次ぐ世界2位のエイズ感染国とされる。しかし性をタブー視する社会習慣がなお根深く、公の場でセックスの安全性が語られることは極めて異例。首相の呼びかけはエイズまん延に対する危機感の表れとみられる。

## ○エイズ予防ネット発足 神戸市が200万円拠出＝兵庫

12月2日・読売新聞

世界エイズデーの1日、神戸市が「エイズ予防サポートネット神戸」を発足させた。市によると横浜市に続き全国2例目。企業や団体などから101万円の年会費を集め、市内で予防啓発活動を行うボランティア団体などに、年20万円を上限に支援金を交付する。元市エイズ総合対策推進協議会長でウイルス学専門の本間守男・神戸大名誉教授と、矢田立郎市長が発起人。市は今年度200万円を拠出する。

## ○エイズ防げ! 300人行進 名古屋

12月2日・朝日新聞

「世界エイズデー」の1日、名古屋市中区でパレードが行われた。約300人がキャンドルを手に行進し、エイズへの理解を

---

訴えた。患者の支援団体や男性同性愛者のグループなど9団体、一般参加者の計約300人が参加。病気への理解と支援の象徴である「レッドリボン」を身につけ、「大切な人のためコンドームを使おう」と書かれたのぼりを持って歩いた。

## ○日本エイズ学会：治療・新薬開発を報告 国内外から800人参加 12月3日・毎日新聞

日本エイズ学会の第19回学術集会・総会が、1日から、熊本市で開かれている。3日までの期間中、専門家による最新の研究発表やセミナーが行われる。国内外から約800人が参加。2日は、同市桜町の市民会館などで原田信志・熊本大学大学院医学薬学研究部教授による講演やエイズ治療・新薬開発の報告があった。最終日の午前10時からは、原田正純・熊本学園大教授らによる水痘病とハンセン病についての教育講演も予定されている。

## ○薬の特許保護緩和、「コピー」調達容易に 途上国対象、WTO決定 12月8日・朝日新聞

世界貿易機関(WTO)は6日、一般理事会を開き、アフリカなどの発展途上国がエイズなどの治療で安価な「コピー薬」を調達しやすくするため、医薬品の特許保護の在り方を定めた知的財産権に関するWTO協定の修正を決めた。自国では治療薬を製造できない国が、インドやブラジルなどコピー薬を製造できる国に製造を依頼することを認め、特許権侵害の例外措置とする。07年12月1日までにWTO加盟国の3分の2以上が修正を批准すれば、正式発効する。WTOは03年8月末に特許保護の緩和を暫定措置として決めていた。

## ○HIV、熟年女性に拡大の懸念 12月12日・読売新聞

50歳以降に初めてHIV感染がわかる女性のうち、体調不良などで偶然見つかる場合が4割強に上がることが、東京都立駒込病院感染症科の調査でわかった。エイズは性行動の活発な若者の病気というイメージが強いが、調査を担当した看護師の堀成美さんは「中高年にも新たな出会いが広がり、リスクが低いとされた熟年以降に感染が広がる懸念もある」と警告している。日本エイズ学会で発表した。1986～2004年に、同病院でHIV感染が初めて確認された50歳以上の女性は14人で、50歳代が8人、60歳代が6人だった。このうち「夫などのエイズ発症、感染」をきっかけに感染がわかったのは57%。「自分の体調不良」「他の疾患の治療」がそれぞれ21%と、自ら進んで検査を受けた例はなかった。

## ○E・ジョンさんが挙式 英、「シビル・パートナーシップ法」に基づき 12月21日・共同通信

英国で事実上の同性婚を認める「市民パートナー法」が施行されたのに伴い、人気歌手のエルトン・ジョンさん(58)とパートナーのカナダ人テレビプロデューサー、デービッド・ファアニーニッシュさん(43)が21日午前(日本時間午後)、ロンドン西郊のウィンザー公会堂で、正式パートナーになる「結婚式」を挙げた。この日は、英国内で700組のカップルが誕生するとみられる。

## ○タイ エイズ死者が前年の3分の1に 1月14日・毎日新聞

タイ保健省のまとめによると、同国のHIV感染による死者は昨年1年間で1640人と、04年(5020人)の3分の1に激減した。同省は、国を挙げての啓発活動が功を奏したに加え、感染者への抗HIV薬の支給を始めたことが大きな要因と指摘している。政府は今後2年間で100万人以上といわれる感染者への支給を進める方針だ。

## ○2005年の献血者、HIV陽性率が低下 1月27日・朝日新聞

昨年1年間に献血をした531万2830人(速報値)のうち、78人がHIVに感染し陽性反応が出ていたことが26日、厚生労働省の調べでわかった。88年以降、毎年増加傾向にあり、04年は92人と過去最高になったが、初めて前年を下回った。献血者10万人あたりでみても、感染者は04年の1.68人から1.47人に減った。厚生労働省は「保健所などで夜間や休日の検査が普及したため、検査目的で献血する人が減ったことが一因ではないか」と分析している。

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。

▼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お書き添付料をお振り込みください。詳しくは12ページをご覧ください。

**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『入院生活のすこし方』** 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

**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/コラム「人権」 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/保健所ってどういうところ? 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 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  
木谷妻子「知った気であ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



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

**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「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/家西梧氏の目指す社会/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

**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イ「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

**39号『当事者に役立つ医療講座・初級編』** 全48ページ  
病気の基礎知識・治療ガイドライン・副作用のあれこれ/distaの活動/2003・2004年度ボランティア指導者研修会/2004 AIDS文化フォーラムin横浜参加報告/エッセイ「勝ち組・負け組はもうやめませんか」/コラム「気持ちのいいセーフアセックスのすすめ」 他

**40号『LAP Positive TALK参加者インタビュー』** 全52ページ  
感染を知ってからこれまでのこと、これからのこと/第7回アジア・太平洋地域国際会議レポート/2005年度ボランティア指導者研修会/堀成美さんインタビュー「女性とHIV」/エッセイ「勝ち組・負け組はもうやめませんか」Part2/セクシュアリティ入門「YESと言える女」 他

※LAPニュースレターは順次、ホームページに全文掲載しています。