

第19回日本エイズ学会シンポジウム記録

薬害エイズ問題から見えてくるもの —医療安全の視点からの検証と教訓—

三間屋純一¹⁾, 田口 宏昭²⁾, 徳永 信一³⁾, 川田 龍平⁴⁾,
栗岡 幹英⁵⁾, 白幡 聰⁶⁾, 郡司 篤晃⁷⁾

¹⁾ 静岡県立こども病院血液腫瘍科, ²⁾ 熊本大学文学部, ³⁾ 大阪 HIV 訴訟弁護団弁護士,
⁴⁾ 松本大学, ⁵⁾ 奈良女子大学文学部, ⁶⁾ 産業医科大学小児科, ⁷⁾ 聖学院大学大学院

日本エイズ学会誌 8 : 67-77, 2006

I. はじめに

1979年以降1,427名の血友病患者がHIVに感染し, 2004年の時点で既に572名の方が死亡されている。この事実を重く受け止め2004年静岡で開催された第19回日本エイズ学会において会長シンポジウムとして「HIV感染症と血友病一回顧と展望」を取り上げた(日本エイズ学会誌 Vol. 7, No. 2, 2005掲載)。医療, マスコミ, 司法, 元原告, 社会学, 患者友の会および元支援者の視点より様々な意見や提言がなされたが, 時間的な制約もあり十分な議論がなされたとは言い難く, 特に会場の参加者との討議が不充分であったことは否めない。学会終了後シンポジウムの内容につき賛否両論様々な意見がよせられた。再発防止のためには医療安全における危機管理体制を確立することが重要である。今回我々が経験したこの薬害エイズ問題はその意味でも多くの教訓を与えてくれているものと確信している。そのためにも更なる検証が必要であり, 決して風化させてはならない問題であろう。1982年より当事者として深くこの問題にかかわってこられた郡司氏, 川田氏, 白幡氏および司法ならびに社会学の立場からこの問題に取り込んでこられた徳永氏, 栗岡氏らにはシンポジストとして, それぞれの立場から, 何が教訓としてえられたか, それを今後に生かすには何をすべきか, 前向きの発言と提言を頂いたので, 本稿では各シンポジストの発表内容を紹介し, 総合的な討議内容をまとめたので報告する。

II. 「薬害エイズ神話」の功罪

—「血友病とHIV感染症～回顧と展望」を受けて—

大阪 HIV 訴訟弁護団弁護士 徳永信一

1) 「血友病とHIV感染症～回顧と展望」

2004年の第18回日本エイズ学会では, 今回のシンポジウムと同じく血友病患者のHIV感染の問題を取り上げたシンポジウム「血友病とHIV感染症～回顧と展望」が行われた。

そこでは, コーディネーターの福武勝幸(東京医科大学)のオーバービューのもと, 医師の視点から西田恭治(東京医科大学)が, 社会学の視点から北村健太郎(立命館大学)が, 原告の視点から花井十伍(大阪 HIV 訴訟原告団長)が, 患者会の視点から大西赤人(血友病友の会)および草田央(ライフ・エイズ・プロジェクト)が, 報道の視点から出河雅彦(朝日新聞社)が, そして司法の視点から徳永信一(大阪 HIV 訴訟弁護団)が, それぞれの立場において関係した「薬害エイズ」問題について多角的に論じ, 現時点での課題等についての様々な発言がなされた。

2) 「薬害エイズ神話」の弊害

そこでなされた発言に共通していたものは「薬害エイズ神話」の功罪という視点であった。

「薬害エイズ」事件は, 医師と政府が利潤を優先する製薬会社と結託したために血友病患者の大量HIV感染を招いたという「産官医の癒着」という図式的理解のもとで世間に流布し, その単純明解さゆえにたちまち多くの国民の支持をえて, 平成8年の歴史的和解が導かれた。しかし, そこで語られた図式は単純であるがゆえの問題を孕んでいた。血友病医は薬価差益を得るために危険を承知で製剤を投与し, 患者は全く危険を知らざれないまま無自覚に医師の意思に従い, 政府は危険情報を隠蔽して製薬企業の便宜を図ったという極端な固定観念が十分な検証も経ないまま広まり, 事実と乖離した「神話」を形成していることによる弊害が各方面から指摘された。西田は, 血友病医の立場

著者連絡先: 三間屋純一 (〒420-8660 静岡市葵区漆山860 静岡県立こども病院血液腫瘍科)
Fax: 054-247-6243

2006年4月19日受付

から、そうした薬害エイズ神話が専門家に対する過剰な不信を生んでいることの弊害に注意を喚起すべきだとした。大西と草田からは、患者が何も知らされていなかったとくくってしまうことにより、危険情報に接した患者の主体性、それに基づく選択の問題は、むしろなおざりにされてしまったとの注目すべき指摘がなされた。また、社会学研究は「薬害エイズ」問題が顕在化した後に調査に取り組み始めた経緯から、原告の運動戦略が強く影響した図式的理解に留まっているのではないか、との問題提起が北村からなされた。花井は問題の本質をより顕在化させる命名として「血液エイズ」を提唱し、出河は、安部英の刑事法廷に提出された録音テープにより、厚生省が隠蔽したとされていたトラベノールの回収情報が実は公表されていたことが明らかとなったという例をあげて犯人探しに終始したジャーナリズムの報道姿勢を問題視した。徳永は「薬害エイズ」が実は世界規模で発生した先進国の薬害であることが失念されており、それが技術革新や先進医療が持つ潜在的危険が地球規模で現実化したものであるという危険認識とこれに対する管理対策が置き去りにされてきたのではないかという懸念を述べた。

3) 神話の見なおしと今後の課題

「産官医の癒着」を体現するとみなされていた安部英に対する無罪判決は、大きな衝撃をもって世間に受け止められた。衝撃の理由はその図式に多くの国民とマスコミが囚われていたからである。判決に対しては、学会のリーダーだった安部英の責任が他の一般的血友病医のそれと同じでよいとしたこと等に対する疑問があるが、特筆すべきことは、製薬会社との癒着その他の金銭的動機に関する事実を全く取り上げなかったことであり、これは当局の強制捜査の結果に基づくものであった。そもそも日本社会の特殊構造としての「産官医の癒着」が安部英なる魔王を中心に成立していたことが「薬害エイズ」の原因であるなら、日本以外の先進国、例えばアメリカ、ドイツ、イギリス、カナダ、フランス等においても、血友病エイズが猖獗を極め、日本を凌ぐ犠牲があったことを説明することができない。「薬害エイズ」が地球規模で生じた薬害であることに思いを致すとき、はじめて、それがグローバル社会における現代医療が抱える危険の大きさを示唆するものであることに気付くのである。むしろ、日本において問題とされるべきは、「産官医の癒着」などというものではなく、かかる危機が現実に迫る「有事」における統制と責任の問題、いいかえれば緊急時のリーダーシップにあるのではないかということが、当時の日赤と厚生省とのやりとりから浮かびあがってくるのである。

しかし、一旦国民の意識に刷り込まれた「薬害エイズの神話」は揺らぎはしたもの、いまなお根強く残っている。

コーディネーターの福武が指摘したように、この図式が定着した理由の一つとして医療関係者の沈黙があった。専門家が集うエイズ学会のような場でこそ、これまで口を閉ざしてきた医療関係者も含め、事実に即した冷静な議論ができる場を確保し、血友病エイズ被害の発生と拡大の原因と再発防止の観点からする危機管理の問題について広範な議論を続けていく必要があると考える。

III. 薬害エイズから見たいのちと人権

—真相解明と心からの「謝罪」・過ちを二度と繰り返さないために—

松本大学 川田龍平

1) はじめに

僕はいま、松本大学で講師をしています。

11年前に実名公表し、10年間各地で講演してきました。そんな中でこのエイズ学会において、昨年の静岡での学会で初めて正面から社会学的なことを取り上げるということを伺って参加させていただいたのですが、聞いていて辛い気持ちになりました。そして今回この会に参加するのも苦痛であり、複雑な心境でした。さきほどの徳永先生のような話がでていましたし、血友病専門医でエイズ/HIV専門医となった医者たちと出会うことになるエイズ学会に出るのは苦痛なのです。それは厚生省や製薬会社の責任ある人たち、そして医師たちの多くが薬害エイズの真実を語らず、責任はないと繰り返していて、それは被害者としては苦痛以外のなものでもないのです。

しかし、一方では今までにさまざま血友病専門医に命を救っていただいてきました。生後6ヶ月で血友病と診断されてから、血液製剤を使い始め、何度もあぶない目にあってきました。乳児期には脳内出血を二回経験し、二回とも国産のクリオ製剤で治療がおこなわれました。医師たちの献身的な治療で後遺症もなく治していただきました。

その後、口腔内の大量出血の際にも口腔外科の医師が必死になり、馬乗りになって止血してくださり、本当に一生懸命に治療してくれて、命を救っていただきました。

また昼間に出血した痛みは、夜になって増してきて、夜中に親が大学病院まで連れて行ってくれたことも一度や二度ではありませんでした。そのたびに医師が自宅から駆けつけて治療してくださっていました。

僕は血友病に加えてHIV感染という重荷を背負って生きることになったのですが、さまざまな人たちに出会ってこうして生きてこられました。

年が明ければ30歳になります。10歳で感染の告知を受け、19歳で実名を公表したときも、とてもここまで生きてこられるとは思えませんでした。今、生きていることのす

ばらしさを感じ、あらためて多くの人に感謝しています。そんな中で今回19回になるエイズ学会に参加したのは、前回の第18回エイズ学会で、初めて「薬害エイズ問題」が正面からとりあげられたとき、どんな前向きな提案がされるか期待して参加しましたが、議論を聞いていて、深い失望に襲われました。でも今回も座長を引き受けられた三間屋先生が大変なご苦労の中、このシンポジウムを継続していくことを約束されましたので、僕はそこに一条の希望を見出したいと思ったからです。

三間屋先生に感謝して、発言します。

2) 医学界の責任

今回のシンポジウムで誰に話をしてほしいかということを三間屋さんに聞かれたときに、「郡司さん」を提案させていただきました。

1999年、NHKスペシャル「薬害エイズ16年目の真実」で郡司氏と対談しました。その中で、郡司氏は「医学界は、形の上では、このエイズの問題について、何の反省もないですよ。これ、また起りますね」と言いました。その言葉は頭から去ることはなく、忘れられなかったのです。

あれから6年が経ちました。昨年のこのシンポの議論を聞いて、医学界の中で医療の本質に関わる問題として話し合われる事を期待していましたが、それはありませんでした。そこで今回、三間屋先生に誰をシンポジストにしたいかと尋ねられたとき、郡司氏にこのシンポに出てきて「何の反省もしていない医学界」に提言してほしいと期待して郡司氏を推薦しました。

薬害エイズがなぜ防げなかったのか。歴史の検証の作業に対して、「結果論だ」とか、「後知恵だ」という人もいますが、たとえそうであっても後世のために、どの時点で何をすれば、HIVの感染拡大、被害が防ぎ得たのかということをしっかりと明らかにする必要があります。自己の責任を免れるための発言ではなく、二度と繰り返さないために医学界が自ら真実を明らかにする責任があるのです。

3) いのちの重さ

現在、僕の住んでいる松本市に忠地さんご夫妻が住んでいます。2人の息子さんは血友病で、ともに12歳でエイズによって亡くなっています。

兄の広太君は1980年に生まれています。弟の健君は1983年9月24日に生まれています。もし1983年6月の研究班発足の当時に、禁輸の措置や新生児に対する治療が配慮されていれば、彼らの感染は防げたかもしれません。感染してしまっているのだからと切り捨てられてしまったのではないかと思っています。

僕が血液製剤によって感染した事実を母親から聞いたのは1986年12月です。僕は10歳でした。その後、横浜の向

山小児科医院に通ったり、HIV感染者を一人も出さなかった川崎幸病院の杉山医師のところへ通院したりしました。

僕は感染してしまったけど、あきらめないで、新たにウィルスを体内に大量に入れることを防ぎました。僕はそのことが今日も生き続けられている原因の一つかもしれないとも思っています。

薬害エイズの多くのケースで、一度感染してしまっているのだからと、あきらめてしまい、何の対策もとられなくなってしまったのではないだろうかと思うのです。そのことが被害の深刻な拡大や、二次感染や母親の針刺し事故の被害等、深刻な問題になっていったのではないかと思います。

4) 現在（いま）を生きる者の責任

血友病患者たちがどのような経緯で、血液製剤によって感染していったのかという論文発表の事実を考えると、医者たちが血友病患者をHIVの純粋培養器とみていたのではないかとさえ疑ってしまいます。

最近、石井四郎731部隊長の戦後のメモが発見されました。731部隊の元隊員は、人体実験や細菌兵器の実験データを占領国である米国へ提供することで、戦争責任を免責されました。そしてその人たちが、後のミドリ十字となる日本プラッドバンク社を設立したり、国立予防衛生研究所（現感染症研究所）の幹部になっていき、細菌学の権威となった人がいます。

そういう人たちが、今回の日本の薬害エイズでの重要なポストにあったということを考えると、歴史は繰り返されているのではないかと思うのです。

もちろん、患者のためを思って治療にあたっている医師が大多数だと信じたいと思います。自分自身ここまで生きてこられたのは、医師の力、助けがあってのことだとは思っています。

先ほど触れた忠地さんご夫妻は息子たちが遺した絵画を展示するためにギャラリーを開いています。ギャラリーを維持するため必死に働いています。ご夫妻は薬害エイズの民事裁判の原告にならずにギャラリーの維持をしています。なぜ裁判に参加しないかという理由は、あの裁判は製薬企業と国の責任を問う裁判であり、医師の責任を問わない裁判だったから納得できないということでした。賠償金が欲しいということではないということで裁判の原告になていません。忠地さんのような人がいることを知ってほしい。

学会、医学界というところが何を提案するのかを、患者、被害者、亡くなった人々や家族、遺族は注目しています。学会という場で薬害エイズの検証をされることが大事なことだと思っています。

僕は被害者としての立場もあるけれども、自分自身が大学で教える立場になってみて、研究者としてどのように自分自身も関わることができるかと考えるようになってきました。大学生と接していくうちに、世界のエイズ爆発の問題もあるけれども、日本国内のHIV感染者、エイズ患者が広がり続けていることを見据えて、性感染症としてのエイズを語らなければならないと思うようになってきました。そして薬害としてのエイズだけではなく、性感染症としてのエイズを自分で語っていく立場にたったとき、二度と同じ過ちを繰り返さないために真実を解き明かしていくことがいっそう大切だと痛感したのです。

なぜ薬害エイズは防ぐことができなかつたのか。どの時点で何をすれば、被害の拡大を防ぎ得たのかをいま明らかにすべきだと思います。

今年、安部英氏が亡くなりました。真実を明らかにするのは、現在を生きるものたちがやらなければなりません。このままでは事実を知っている人たちが亡くなってしまいます。事実を語らずにどんどん亡くなってしまうことを考えたときに、この学会で真実を明らかにしておくことがたいへん重要だと思ったのです。二度と同じことを繰り返さないようにするために、ぜひこの学会の場で実現していってほしいという思いで、この立場に立ちました。この後の討論の場で期待したいと思っています。

IV. 社会学と「薬害 HIV」の調査

奈良女子大学文学部 栗岡幹英

私たちは、非営利活動法人ネットワーク医療と人権（略称MERS）との協力の下、輸入血液製剤によるHIV感染被害問題調査研究委員会（養老孟司委員長・村上陽一郎副委員長）を結成し、2つの科研研究、「輸入血液製剤によるHIV感染被害問題の社会学的研究—医師への聞き取り調査を中心にして—」（栗岡幹英代表、2002～05年）および「被害当事者・家族のライフヒストリーの社会学的研究—薬害HIV感染被害問題を中心に—」（好井裕明代表、2005～07年）を行っている。そこでは、社会現象の意味付けの経験を解きほぐす構成主義的社会学（構築主義的・社会問題論）の立場から、徹底的な聞き取り調査を行っている。はじめから「薬害ありき」と考えてその「真相を究明すること」でなく、「薬害」との意味づけをした、受けた経緯の記録と分析をめざす。原因（と責任者）の同定にあまり関心はなく、したがって「加害責任」論を展開するつもりもなく、政策提言も直接の課題とはしていない。

では、構築主義的社会学はなにをするのか。私たちは、まず当事者の体験を聞くことに専念したい。誰がいつを知っていたのか、知らなかったのか、知ってどう行動した

のか、そのとき状況や他者の存在をどう考えていたか、知って行動したこと、あるいは知らずにいたことを事後にどう受け止めたか、こうした事柄について当事者の「語り」を収集する。このアプローチは、個人の行う意味づけを「体験」として記録し、これらの体験を付き合せ、提示するという課題をもつ。

語りに表現される体験は、個人のものでなく、重要な他者との相互作用を通して形作られている。何人かの被害者の場合、パートナーとしての医師との相互作用が断ち切られてしまった。人生に重要な意味をもつ他者であった医療者との相互作用を回復しなければ、体験（人生）として完結しない。この意味で、当時主治医がなにを考えていたのかを知りたいという思いは理解できる。社会学がその橋渡しをできるかもしれない。他方、医師の側では、第一に共感してほしい患者を結果として傷つけた、あるいは信じていたもの（近代医学と医薬品）に裏切られたという事情から、その職業への意味づけが困難になったものと想像される。社会学はその経過と医療・患者への思いをどう再構築したのかを尋ね、記録したい。

血友病治療において、濃縮血液製剤は、患者のQOLと満足度を高める有効な治療の実現を約束し、医療（とそのなかの医師-患者関係）のあるべき姿を構築する強力な手段に見えた。もしその治療に「間違い」があったとしたら、それはあまりに「有効」に思えたために「医薬品」（というモノ）への過度に依存したことだったのではないか。必要だったのは、医療（治療）はまず第一に人ととの相互作用に支えられていることの認識だったと思われる。医師は製剤を与えるだけの存在でなかったはずであり、こうした観点から良好な関係を構築していれば、感染が判明した後でも紛争化にくかったと推定される。私たちは、一部の患者から、感染させた医師を恨んでいないという語りを得ているのである。

未遂の課題として、事後的でも医師-患者関係の再構築を行う必要がある。医師も患者も、まず思いを語り、他者の語りを受け止め、そして体験を共有することが必要だ。社会学的聞き取り調査は、双方のその作業を手伝える。

V. 薬害回避への提言

—医療者の立場から—

産業医科大学小児科 白幡 聰

明らかな投薬ミスのような医療過誤を別にすると、薬害の予防対策は、(1)新たに開発される薬剤による有害事象の発生を回避する対策と、(2)すでに市販されている薬剤に新たな問題が生じた時に、その被害を拡大させないための対策に分けられる。前者では、製薬企業と行政当局の役

割が大きいが、市販されている薬剤にそれまで未知であった問題が発生した時、その被害を最小限に食い止めるためには、製薬企業や行政当局の役割が重要であると同時に、医師、とくに専門医の責任が大きい。薬害エイズの拡大は、専門医が責任を十分に果たせなかつたことが一因であり、そのひとりとして深く反省している。

2004年のシンポジウムでは、薬害回避のためにインフォームド・コンセント（以下IC）の重要性が述べられたが、私は、未知の、あるいは原因がはっきりしない問題が生じた時の予防策として、ICはそれ程役に立たないと考えている。ICは利便性も含めて、それぞれの診断方法や治療方法のプラス面とマイナス面がはっきりしている場合に、そのことを丁寧に説明して、治療効果やQOLの改善と一緒に考えてゆくという状況において大きな意義を發揮するのであって、情報が錯綜している段階では一情報を伝えることは無論、必要であるが一同意という形で患者さんやそのご家族の判断を仰ぐことは、却って医療者側の責任回避につながりかねない。従って、薬害エイズのように、これまで知られていなかった問題が発生した時には、これからも専門医の判断が強く求められる。

薬害エイズを「産・官・学の癒着」という単純な構図で括ることは、裁判を進める上で有利ではあったが、「再発の予防」という観点ではむしろマイナスであるというのが昨年のシンポジストの多数意見であった。しかし、結果的に見ると、我々専門医がリスクを低く見積もり過ぎたのは確かであり、その要因をひとことで言えば一言葉が適切かどうか判らないが一比較衡量にバイアスがかかった、ということだと考える。当時、我々は、クリオプレシピテートと比べて、はるかに使い勝手が良い濃縮製剤を、もし問題が少なければ続けてゆきたいという気持ちがあった。その結果、いろいろなところから入ってくる情報の中で、濃縮製剤の続行を支持する情報に、より大きなウエイトをおくことになった。

医療行為の中で、人為ミスは起こりうるという前提で安全対策を講じることが必要なと同様に、薬害の予防対策を考える時に、バイアスによる判断ミスは起こりうる、すなわち、その時点で収集可能な資料ができるだけ丹念に集めても、解釈あるいは評価の段階で、それぞれの立場でのバイアスが必ずかかるという前提に立つべきである。従って、そのバイアスをできるだけ薄めて、客観的な結論を導き出すシステム—様々な立場でものを考えることのできる人達が同じ土俵の上で、公平に、透明性の高い議論ができる場—を構築することが重要である。幸い、最近、薬事制度の見直しが行われて、血液製剤に関しては、安全な血液製剤の安定供給の確保等に関する法律が施行された。また、これと併行して、国の血液事業を総合的に検討する薬

事・食品衛生審議会血液事業部会の委員に血液製剤を使用する患者さんを代表して2名の委員が加わり、積極的に意見を述べている。この部会には、疫学や法学などの専門家、ジャーナリストも加わっている。会議は原則公開で行われ、その会議録はすみやかに厚生労働省のホームページに掲載されるので、透明性も確保されている。今後は、こうした検討部会がさらに発展してその機能を發揮し、安全性をモニタリングするとともに、問題が発生した時に特定のバイアスがかからない方針を打ち出すことが、薬害の再発防止に大きな役割を果たすのではないだろうか。

最後に、医療者側の取組みとして、日本血栓止血学会標準化検討部会血友病委員会が中心となり、正確な情報を迅速に伝えるネットワークの構築や、治療を標準化するためのガイドラインの作成などの作業が進められていることを報告する。

VII. HIV 問題から何を学ぶべきか

聖学院大学大学院 郡司篤晃

1) はじめに

私の在職期間：1982年8月～84年7月であった。問題の本質は「現在、最良と思われている治療について、次第に危険が明らかになって行くとき、いつ、どのようにしてその治療を諦めるべきか？」である。

2) 國際的な構造問題

1975年、WHO総会は、①売血の否定、②自給自足の原則を決議したが、アメリカだけが従わなかった。1962年、赤十字を独占禁止法違反とし、それ以後、付加価値の高い分画製剤に私企業が進出した。民間企業は開発力にすぐれ、濃縮製剤を開発、世界市場をほぼ独占した。

3) 不幸な一致

アメリカの血液製剤企業が世界の濃縮製剤市場をほぼ独占したとき、アメリカで同性愛が流行し、彼らの性行動がHIVを爆発的に増幅した。その結果、アメリカは世界中にHIVを輸出してしまった。

4) 日本の構造問題

日本では、日本赤十字社が血液事業（原料血）を独占していたが、濃縮製剤のライセンスはなかった。製薬企業はライセンスを持っていたが、原料がなかった。そして、医師も患者も最新の治療（濃縮製剤による治療）を望んだ。その結果、濃縮製剤の95%が製剤、または原料血漿として輸入に依存する状態となった。

1983年2月、自己注射が保険収載され、血友病患者のQOLは著しく改善した。1983年ごろから、AIDSのリスクが次第に明らかになるが、出来れば治療法を後退させたくないと思っていたのは日本の患者や医師だけではない。

当時、日本の採血基準は、200 ml の全血のみで、増大する需要との間に、ひどいアンバランスがあった。そこで、400 ml 献血と成分献血のための基準の作成が急がれていた。

5) HIV の侵入と行政の対応

1982 年暮れ、村上省三氏から、USA で数百名の AIDS 患者が発生しているとの私信が、生物製剤課に届いた。内

3 名の血友病患者が含まれていた。AIDS は大都市部で、同性愛者に多発しており、病原体が見つからないということから、感染力の弱い、ビールス感染症が疑われた。そこで、そのリスクを評価するために、1983 年度の「血液事業研究」で取り上げることとした。

6) AIDS 関連年表 (表 1)

表 1 AIDS 関連年表

1964		閣議決定「献血の推進について」
1975	WHO	無償の献血を基本とする国営血液事業を勧告
1975	厚生省	「血液問題研究会」の意見具申
1981.	MMWR	ロスで 5 例のカリニ肺炎 (PCP) を報告
. 9	Lancet	8 例のカボジ肉腫 (KS) を報告、いずれも男性同性愛者
. 12	NEJM	PCP、カンジダ症などに罹患した 4 名の男性同性愛者でヘルパー T 細胞/サプレッサ T 細胞の比が低下、cytomegaro virus を疑うと考察。
1982. 1	NEJM	CDC の特別レポート ; '81.7~11 までに 159 例、死亡率、女性 1 名のみ。内同性愛が確認できたもの 136 例。
. 6	MMWR	5 月末までに 355 例。うち男性同性愛者 281、女性 13 名
1982. 7	MMWR	男性同性愛者にニューヨークで 20 例、カリフォルニアで 6 例のカボジ肉腫を報告
. 7	MMWR	3 名の血友病患者の PCP を報告
. 8	MMWR	CDC に特別班を組織、1976~81 の間に 108 例の症例があった。うち男性同性愛者が 96 名
. 9	MMWR	1982.9.15 までに 593 例、死亡率 41% と報告、"AIDS" と命名
. 9	JAMA	AIDS の総説
. 9	Hemophilia News Note	「エイズに関する Q&A」、NHF は 2 万人の血友病患者中エイズ発症者は 4 名に過ぎず、血友病患者はけっして自己の判断では治療方法を変更してはならない、とした。
. 12		アメリカ血液学会年次総会、エイズの原因の諸説を紹介
. 12. 10	MMWR	4 名の血友病の症例を報告
. 12	FDA	FDA 内の血液製剤諮問委員会は、現段階ではいかなる生物製剤基準の変更も勧告しない、と結論した。
. 12. 21	Hemophilia News Note	NHF は幼児 (4 歳以下)、新鮮例、軽症者にクリオを recommend。
1983. 1. 13		アメリカ公衆衛生局 (PHS) は CDC, FDA, NHF, 赤十字, AABB を集め対策を協議。感染症の可能性あるが、スクリーニングを強化すること以外はさしたる結論はです。
. 1. 13	NEJM	M.M. Lederman らはクリオによって治療を受けているものの方が濃縮製剤治療群より T4/T8 比が正常者に近いと報告 (M.M. Lederman, 1983)
		J.A. Menitove らはクリオによる受療者 8 名と濃縮製剤による受療者 14 名と T4/T8 比を比較し、濃縮製剤群で 57% が低下、クリオ群ではなかったと報告 (J.A. Menitove, 1983)
		これらの論文を受けて、J.F. Desforges は濃縮製剤の自己注射は変更するべきとの意見を述べた (Desforges, 1983)。
. 3. 4	MMWR	患者数 1,300 例、うち血友病 11 名。CDC, FDA, NIH が共同でエイズ予防対策に関する勧告を報告。 1) ハイリスク者との性的接触の回避、2) ハイリスク者が供血を回避。3) スクリーニング方法の研究、4) 自己輸血の推奨、5) 血友病患者のためのより安全な製剤の開発
. 3. 21	FDA	B 型肝炎対策として加熱製剤承認
. 3. 24	PHS	FDA が血液業界に「血液提供者からのエイズ伝播にリスクを減少させるための勧告」を発出。疑わしい人からの血液は廃棄するよう勧告。
. 4. 25	NIH	はじめて AIDS に研究費を出す。\$ 240,000.
. 5. 11	H. News Note	NHF は「血友病の患者のエイズ発症率は極めて低いので（2 万人中 11 名）患者は治療医師の処方どおり濃縮製剤、あるいはクリオの使用を継続するように勧告する」とした。
. 5. 20	Science	R.C. Gallo らは 3 名のエイズ患者の T 細胞を培養し、1 名から HTLV-I の抗原を検出し、エイズの原因は HTLV-I ではないかとした (R.C. Gallo, 1983)。L. Montagnier らは HTLV ではあるが HTLV-I ではないとした (F. B-Sinoussi, 1983)。
. 5. 24	PHS	E.N. Brandt, Jr. が加熱製剤に対する期待表明 ; "We can't be sure, but we hope that..."
. 5. 26	NEJM	letter to the Editor で Desforges に対する反論が多数のる。

. 6. 2	トランプノール社回収報告
. 6. 13 厚生省	「AIDS の実体把握に関する研究班設置」
. 6. 29 WFH	世界血友病連盟の年次総会（ストックホルム）が開催され、1) 現時点では治療方の変更はしない、現在の治療を継続すべきである、2) 治療方はリスクとベネフィットの比較で正しく決定すべきであるとした。
. 7. 18 厚生省	第2回エイズ研究班会議、日本におけるエイズ様症例の検討を行う。帝京大学の一症例のみが疑似症例となる。
. 7. 22 厚生省	ハイリスク者から供血されたものでない旨の証明書添付を指示
. 7. 22 厚生省	ドナー・スクリーニング証明書の添付を指示
. 8. 19 厚生省	第3回研究班会議；小委員会設置を決める。
. 9. 14	第1回血液製剤小委員会
. 9 MMWR	2,259例、うち血友病患者1%
. 9. 22 「全国ヘモフィリア友の会」 厚生省に陳情：治療の進歩を後退させないよう、必要な製剤確保、ほか5項目を要望	
. 10. 14 厚生省	第4回エイズ研究班会議
. 11. 10 厚生省	加熱製剤開発の関連事項の説明会を開催、1) 第一相試験の省略、2) 治験症例数を伝達。
. 12. 2 MMWR	血友病患者のエイズ合計で21名（Aが19人、Bが2人）
1984. 2～	日本で加熱製剤の治験開始。
. 3. 29 厚生省	第5回エイズ研究班会議
. 5. 4 Science	GalloらエイズビールスをHTLV-IIIと確定。抗体検査法を開発したと報告（M. Popovic, 1984）
. 9. 29 Lancet	エイズビールスの加熱による不活化を証明

references

Desforges, J.F. (1983). AIDS and preventive treatment in hemophilia. NEJM, 308 (2), 94-95.

F. B-Sinoussi, L. M., et al. (1983). Isolation of a T-Lymphotropic Retrovirus from a Patient at Risk for Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS). Science, 220 : 868-870.

J.A. Menitove, et al. (1983). T-lymphocyte subpopulations in patients with classic hemophilia treated with cryoprecipitate and lyophilized concentrates. NEJM, 308 (2) : 83-86.

M.M. Lederman, et al. (1983). Impaired cell-mediated immunity in patients with classic hemophilia. NEJM, 308(2) : 79-83.

R.C. Gallo, et al. (1983). Isolation of Human T-Cell Leukemia Virus in Acquired Immune Deficiency Syndrom (AIDS). Science, 220 : 865-867.

M. Popovic, R.C. Gallo, et al. (1984). Detection, Isolation, and Continuous Production of Cytopathic Retroviruses (HTLV-III) from Patients with AIDS and Pre-AIDS, Science 224 : 497-500.

Piet J. Hagen ; Blood : Gift or Merchandise, Alan R. Liss, 1982. p147. アメリカ赤十字社が独占禁止法で違反とされることの記載。

Lauren B. Leveton, Harold C. Sox, Jr., and Michael A. Stoto(ed) ; HIV and the Blood Supply, Institute of Medicine, National Academy Press, 1995.

Laurie Garrett ; The Coming Plague, Farrar, Straus and Giroux/New York, 1994 (11th print in 1995).

7) 加熱製剤について

加熱製剤の問題点は、日本は血液製剤の大量消費国で、世界の血液資源のほぼ1/3を、日本1カ国で消費して、世界から非難されていたこと、また因子は加熱により失活するので、95%の輸入をさらに何倍にも増やすこととなることであった。また、加熱によりインヒビターの発生頻度が高まることも心配だった。

そもそも、加熱濃縮製剤は、B型肝炎が必発であるという欠点に対する対策として考えられたが、日本では血清由來のワクチンは完成しており、製造承認される直前まで来ていた。ワクチンの方が加熱よりも確実な方法であると考えられたため、積極的な加熱製剤の導入は考えられなかった。

しかし、加熱製剤導入の決断をしたのは、①血友病患者のAIDS発症者が増加しつつあり、②クリオへの回帰は否

定され、③加熱しても失活しないような技術の可能性が示されつつあったからである。そこで、未整備であった治験基準を同等性の証明と定めて公表したことから、わが国においても加熱製剤の治験が開始された。しかし、そのころすでに感染のピークを迎えていた。

8) 学ぶべきこと

- 1) AIDS裁判は、新たな「現代型訴訟」であった。しかし、裁判には時間と大きな労力がかかる。無過失保障制度を創設し、大規模な被害が予想される場合には、まず被害者を救済し、必要に応じて裁判などをすべきである。
- 2) 「薬害」という言葉は問題の本質を誤解させる。公害物質には効用はないが、薬剤はその時代の最良の治療法である。従って、リスクとのバランスを何時諦めるべきかが問われるるのである。

- 3) 危機管理の意思決定機構の整備が必要である。行政には、正式な情報の入力装置が不十分である。AIDSのような情報が乏しい段階でリスクを評価するには、超専門家がad hocに集まり判断する必要がある。AIDSにおける情報提供は村上氏個人から、課長個人に対して行なわれた。これらをシステムとするためには学会等との協力が必須である。
- 4) 科学的なリスクの評価と行政の対応を分離する必要がある。そして、リスク評価者をメディア・パニックから保護する対策も必要である。さもないと、一個人が責任を追及されることを恐れるあまり、科学的であるべき判断や対応が、世界的常識から見て著しく偏る可能性がある。

VII. 総合討論のまとめ

熊本大学文学部 田口宏昭

1) はじめに

「薬害エイズ問題から見えてくるもの—医療安全の視点からの検証と教訓—」という主題をめぐって、5人の報告・討論者の方々にそれぞれの立場・視点から問題提起を行っていただき、また討論にも参加していただいた。このシンポジウムにおける議論を通して、薬害エイズ問題から何が見えてくるのであろうか。それを医療安全の視点から検証し、その結果を今後の教訓として生かしていくことが本シンポジウムの中心課題であった。このシンポジウムにおいて座長の一人をつとめた筆者の最後の役割は、そのまとめをここに記し、また若干のコメントを加えることである。

シンポジウムにおける報告と議論を振り返ると、5人の報告者の見解は、それぞれの立場・視点によって時に相互に鋭く対立し、あるいはズレがあり、20年余り前の非加熱製剤からのHIV感染事件について検証していくという課題に対する姿勢にも開きがあった。したがって検証という課題を達成するという面では容易に検証内容の合意に至るような状況ではなかった。

にもかかわらず今回のシンポジウムにおいて、永年この問題に係わってきた人々が一堂に会し、率直な意見交換を行えたことは画期的なことであり、また薬害エイズ問題を教訓にし、医療過誤や医療ミスの再発を防ぐシステムづくりを進めることの必要性について概ねの合意があったことは大きな成果であった。

2) 各報告の概要

最初に、以下5名の報告者の各報告について、その内容の概要を順次記す。5人の報告者のうち最初に、法曹の立場から大阪HIV訴訟弁護団の弁護士として薬害エイズ訴訟にかかわってこられた徳永信一氏から「薬害エイズ神話」の功罪—「血友病とHIV感染症一回顧と展望」を受けて」と題す

るテーマのもとに問題提起がなされた。これは昨年の第18回日本エイズ学会のシンポジウムの統一テーマ「血友病とHIV感染症一回顧と展望」を受けての問題提起である。

氏はまず薬害エイズ事件が、医師と政府と製薬会社の三者が結託したために血友病患者の大量HIV感染を招いたという「産官医の癒着」という図式的理解を意味する「薬害エイズ神話」の弊害を指摘した。またこの神話が定着した理由の一つとして「産官医の癒着」という、いわば外側からの癒着批判に対する医療関係者の沈黙があったことも付け加えた。氏によれば、「産官医の癒着」というが、これは癒着というよりはむしろ責任の所在を明確にしないまま、決定を成り行きに委ねてしまうという状況があったのである。

また批判の矛先をジャーナリズムにも向け、ジャーナリズムが例によって薬害エイズの犯人探しに終始し、その結果、関係者間に今もその「後遺症」が残ると論じた。最後に血友病HIV被害の発生と拡大の原因についてのさらなる検証、再発防止と危機管理の観点からの議論を尽くす必要性について訴え、問題提起を締めくくった。

続いて、薬害エイズ事件の被害者の立場・視点から、川田龍平氏（松本大学）が「薬害エイズから見たいのち・人権—真相解明と心からの「謝罪」・過ちを二度と繰り返さないために—」と題するテーマで問題提起をおこなった。10歳のときにHIV感染を告知され、20歳のときにカミングアウトし、薬害エイズ訴訟の中心にいた同氏は、薬害エイズはまだ終わっていないと訴え、徳永氏の所論である「薬害エイズ神話」論への同意を保留した。

血友病と診断された乳児期以来、氏は危機的状況のなかで多くの医師の献身的で懸命の助力によって一命を取りとめることができたことが一度ならずある一方で、医師を通してエイズの危険情報が患者や家族に開示されなかったこと、医療行政官をはじめ関係者が薬害エイズの被害の責任を誰もとろうとしないことに疑問を持ち続け、そのことに悩まされてきたことなどを語った。

そして薬害エイズ患者がその後も様々な人生模様を描きながら自分たちの人生と向き合い懸命に生きようとしている現状を、子ども二人を薬害エイズで亡くしたにもかかわらず薬害エイズ訴訟の原告団に敢えて加わろうとしたなかった遺族の事例なども含めて、具体例を織り込みながら紹介した。

最後に、当時の血液製剤使用の是非に関して、医療者や行政による国民や患者に対する情報開示の不足の問題をあらためて指摘し、また患者のいのちや人権がもっと守られるよう医療者や行政の反省を促し、薬害エイズ事件の過ちを二度と繰り返さないようにと訴えた。

三人目の問題提起者である栗岡幹英氏（奈良女子大学）からは社会学者の立場から、「社会学と薬害HIV事件の調

査」と題するテーマで、薬害 HIV 事件への社会学の取り組みの現状についての報告がなされた。

まずこの問題への社会学の取り組みの一視点、すなわちすべての「客観的事実」は社会生活の枠組みのなかで一定の意味づけをなされているという視点、ならびに社会科学におけるデータ収集の一方法である当事者からの聞き取りという方法についての説明があった。前者について補足すると、この視点に立てば、純粋に客観的な事実、人間の主観からまったく独立した客観的事実はあり得ないということになる。極端に言えば、客観的事実は語る人ごとに異なる可能性がある、ということである。自然科学における客観主義モデルに慣れ親しんだ者にとってはなんとも馴染みにくい発想であるが、薬害エイズ問題のように、物事によってはこのような視点が「現実」を把握するうえで大いなる有効性を持つ場合がある。

次いで、この視点と方法に基づいて進行させている患者と医師を対象とする聞き取り調査を通して浮き彫りになりつつある三つの点を挙げた。一つは、この事件を日本の薬害の歴史のなかにいかに位置づけるかという問題、第二に、この事件が、日本の高度先端医療革命が始まろうとしていた矢先、血友病治療が自己注射や包括医療の導入によって活性化しようとしたそのときに生じたということ、第三に、この事件は本来なら治療という目的のために協力しあえるはずの同じカテゴリーに属する人々、とりわけ医師と患者の間に深い亀裂を生じさせたということである。

氏は特に第三の点に関し医療が人間の相互作用（コミュニケーション）によって支えられており、人間への技術の単なる適用ではないことを強調した。特に血友病患者は、生後間もなくから医師と共に人生を歩むことを運命づけられているのであるから、亀裂の入った医師-患者の関係を修復し、本来的な関係へと再び構築していくことが今後の課題であると述べた。

4人目の問題提起者である白幡聰氏（産業医科大学）は、医療者の立場から、「薬害回避への提言—医療者の立場から—」と題して問題提起をおこなった。血友病止血治療における最大の難関はインヒビターの発生であるが、これを回避するための対策が現在でも医療者の間で真剣な検討課題であることを前置きしたうえで、1983年から85年にかけてのHIV 感染事件を、「産官医の癪着」という単純な構図ではとらえられないという判断を示した。しかし、他方で氏は当時、血友病治療に当たっていた医療者の側の判断ミスもあったことを率直に認めた。

この判断ミスに関して氏は次のような諸点をあげた。HIV 感染の危険情報を専門家である医師自らの手で察知し加熱製剤という選択肢をとるべきであったのにとらなかったこと。濃縮製剤が発売された時期に関節内出血など

の合併症をおこしている子どもたちが多くいて、これに対処するため自己注射が可能な濃縮製剤の普及を進めようとしていたこと。この濃縮製剤を使用したところ良好な結果が得られていたこと。また医師の間ではクリオ製剤による重篤な副作用が認められていたためクリオ製剤による治療に対して抵抗感が強かったこと。これらのが非加熱製剤のリスク評価を低く見積もる結果になってしまったこと。さらに判断に迷いがあった時期にアメリカの血友病患者協会が非加熱濃縮製剤を当面のあいだ継続して使用するという宣言を出し、それを信じてしまったこと。

このような判断ミスを防ぐために今後、医療者の意識改革が必要であることを強調した。ただし意識改革だけではなく、薬害を回避するための適正なシステムを構築する必要性をも訴えた。その際、医療者の立場からは、一方において国全体の方針決定にどうかかわっていくかという視点、また他方において一人ひとりの患者・家族にどうかかわっていくかという二つの視点からシステム構築にかかわることの重要性を指摘し、報告を締めくくった。

最後の報告者である郡司篤晃氏（聖学院大学）は、元血液行政の担当者の立場から、「HIV 問題から何を学ぶべきか」と題する報告をおこなった。氏はまず、ジャーナリズムの議論が AIDS について非常に偏った視点からのものであったと前置きしたうえで、国際的視点と国内的視点という二つの視点からみて、血液製剤をめぐる構造的問題が存在したことを指摘した。

この構造的問題とは、要約すれば第一に、営利企業が血液分画製剤を製造販売しているのが米国だけであること、それ故に米国の血液製剤企業が世界の血液分画製剤の市場でほぼ独占的な地位を築いていったことである。

第二に、採血された血液から血液分画製剤を製造するという方法が米国で開発されたのとほぼ同時期に、米国の同性愛者の間でエイズが広がり、しかも同性愛者が社会的認知を求めて積極的に献血に協力し、そのことが結果的に潜伏期間の長い HIV 感染を広げてしまったことである。

第三に、日本における血液製剤（血漿を原料にして作成されたものも含めて）の消費量の 95 パーセントが輸入に頼り、しかもそれが全世界の消費量の 3 分の 1 に達していたことである。この第三の点の背景として、一方において日米貿易摩擦をめぐる交渉の進行、他方において米国の血液製剤企業による市場独占と血液製剤の流通のグローバル化の進行、優れた製剤に対する日本の医師や患者のニーズがある。

この構造的問題が横たわる状況のなかで HIV が侵入し、それに対して行政がどのように対応したか、AIDS 本体がどのように同定されていったか、さらに HIV に対する検査法がどのように確立されていったか等の内容について、

氏は詳細な年表形式のデータを示しながら説明を進めた。

また氏はその説明のなかで、ある時点ではベストであると思われていた治療法に問題、リスクがありそうだと気付き始めたときに誰が、何時、どのような根拠でその治療法を継続するか、それとも中止するかをめぐる意思決定の仕組みを整備することを強調した。そして氏はエイズ感染の危険情報を当時知人からいち早く個人的に知らされ、そのことをエイズ研究班に伝えたことにも触れ、今後はこれらの情報を即刻伝達・共有するシステムをつくっていくことが重要であると述べた。

時間の関係で報告のなかでは触れられなかったが、「抄録」において言及されていた次のことを最後に付け加えておく。氏は、関係者にとって学ぶべき教訓として、医療技術や薬剤に対する危険の評価という機能と行政処分ないし行政判断という機能の分離をおこない、危険の評価という機能における専門学会の役割と責任に期待を表明した。

3) 論点の整理

以上五つの報告がなされた後、報告者間相互の意見交換がなされ、また会場の参加者から報告者に対しても質問が出された。川田氏は6年ぶりの顔合わせとなった郡司氏に、最も核心に触れる部分での血液行政に携わっていたものとしての責任の問題に率直に触れられていないことへの不満を表明し、会場からは花井十伍氏が、郡司氏の立場に鑑み皇室出身の人を総裁とする日本赤十字社と官僚の関係の持ち方の難しさを指摘する場面もあった。その他いくつかの議論が出され、意見の交換もおこなわれた。

これらの報告や議論の内容を再度振り返ってみると、徳永氏の問題提起からは、「産官医の癒着」という図式的な理解（「薬害エイズ神話」）をもとに薬害エイズの犯人探しをするだけでは建設的ではないというメッセージが伝わってくる。この図式的理解に対する疑問は、白幡氏や郡司氏の見解のなかでもニュアンスの差こそあれ提起された。徳永氏の癒着神話批判に対して、川田氏の問題提起からは、「産官医の癒着」は実際に存在し、被害者に対する関係者の真摯な謝罪を求めたいというメッセージが伝わってくる。栗岡氏の問題提起からは、客観的事実というものを固定的に見ないで、当事者に接近し、当事者の心の内面にまで入りこみ、当事者と同じ目線になって当事者の声に直接耳を傾け、それぞれの目に映った「事実」を通して真相の解明をし、生じた亀裂を修復していく必要がある、というメッセージが伝わってくる。このメッセージは次の白幡氏の問題提起につながってくる。氏は「産官医の癒着」という図式的な理解は問題の真相解明を妨げるしつつも、医療者の判断ミスを率直に認めるメッセージを発している。このメッセージは栗岡氏の言う、亀裂が生じたままになっていた医師-患者関係の修復の第一歩となるかもしれない。同

時にまた白幡氏のこのメッセージは川田氏の訴えに応える姿勢とも受け取れる。最後の郡司氏の発言からは、「偏った」ジャーナリズムの報道に対する不快感と裏表の関係にあるのだが、当時の国際情勢も含めて広い視野から薬害エイズ問題をとらえてほしいというメッセージとして受け取れる。広い視野から問題を捉えるべきだとの氏の提案はある意味で肯けるところがある。しかし、エイズ研究班に非加熱製剤の危険情報を伝えた後の、核心に触れる処理の推移の詳細、ならびに当時の微妙で、かつぎりぎりの行政判断をめぐる行政責任の所在についてのすっきり納得のゆく明確な言及がなかった点は物足りなかったとも言える。

4) 検討課題と教訓

ここで再び今回のシンポジウムのテーマを確認しよう。テーマは「薬害エイズ問題から見えてくるもの—医療安全の視点からの検証と教訓—」であった。このテーマのもとに課せられた課題をシンポジウムはどの程度達成できたであろうか。シンポジウムに参加した人々に期待された共通の視点は、医療安全という視点である。医療安全という場合の医療とは、医科学的知識に支えられ、またその具体化としての医療技術を患者の疾病現象に適用し、治癒または病状の改善に導くための諸活動の総体である。医療をこのように理解したとき、薬害エイズ問題から得られるべき検証課題と教訓を次に整理し、合わせて筆者からの提言を記しておきたい。

第一に、血液製剤の使用の検証。白幡氏の報告のうちに示唆されているように、1983年から1985年にかけての時期に一般的に医療安全についての意識が皆無でないにしても今日に比べれば希薄であったために、医師が非加熱製剤の魅力に引きつけられ、それについての警戒心を強くもてなかっただということである。その結果、大量に血友病患者がHIVに感染してしまったわけである。この時期の血友病患者を診る多くの医療者が直面したであろう微妙な判断の過程とその結果に対する医師自身の事後評価について、栗岡氏たちの研究グループがその聞き取り調査を通して今後明らかにしてくれることに期待したい。個々の医師によるリスク評価には限界がある。次の第二に述べるシステムにもとづく学会レベルでの広い視野を持った組織的な情報収集と組織的なリスク評価によらなければならないであろう。

第二に、医療安全の制度化である。医療安全あってこそこの治療であり、病状の改善であるから、医療安全を確保することは最優先課題であるはずである。学会が担うことを期待されるリスクの評価機能と行政判断の機能の分離が必要であるというのが郡司氏の興味深い提言であった。しかし学会だけがその機能を担うことは荷が重すぎはしないか。むしろ国立の実験研究機能を併せ持つ「医療安全情報分析センター」とでも名づけられる組織を、より自立性を

持たせるために厚生労働省内ではなく、総務省の附属研究施設として設置するよう働きかけてはどうだろうか。

センターは正確な情報の入手方法を整備し、さらに医療安全を最大限確保できるようなリスク評価基準の設定を行う必要があろう。この組織の個々の活動については、学会をはじめとする外部組織から推薦された委員を含むメンバーから構成される倫理委員会が審査を加え、また活動全般については外部評価を受けなければならないようとする。研究員たちは集団でリスク評価活動を行うが、最終的には外部委員を加えた評価委員会でリスク評価が決定される。

もしこのような構想が実現すれば、研究員が収集・分析し、委員会で評価の確定した危険情報は速やかにセンターのホームページ上に流され、医療関係者ならびに患者、一般市民の間で迅速かつ広範な情報の共有化が進むであろう。

第三に、リスク評価機能と行政判断機能を分離するならば、上記のセンターのような別組織が下したリスク評価にもとづいて行政が動き出すというシステムになるだろう。そして恐らくその逆にはならないであろう。行政判断と学会専門家によるリスク評価が混在したために、世俗的配慮抜きの冷静なリスク評価も責任の所在もあいまいになってしまったかつての失敗の教訓を生かすならば、このようなシステムがよい。

第四に、医療にかかわる各セクターは相対的独立という課題を達成することであろう。マルセル・モース（フランスの著名な人類学者、社会学者。1872-1950。『贈与論』がその代表的著作）に従えば、人間の社会では受け取ったものに対して返礼の義務がある。この義務は古今東西を通して広く見出される普遍性の顕著な規範である。贈与と返礼の関係が、第三者に影響を及ぼさない完結した関係である場合は、それは美風とも言えるが、反対に第三者に甚大なマイナスの影響を及ぼす場合は、それは惡習である。個人であれ団体であれ、将来における利益供与、便宜、手加減に対する期待があれば、進んで贈与も行いたくなるのが人情でもあるが、一旦贈与を受ければ返礼の義務が生じ、期待は実現される。ここにふつう「腐れ縁」というものが発生する。ミドリ十字の例をみれば明らかであろう。上記の課題を達成することも、再発防止のためのシステムつくりの一環と言える。

このように今回のシンポジウムを振り返ったとき、水俣病問題との少なからぬ共通点も見え始めた。企業が製造物の安全確認を怠ったこと、行政が企業活動に対してその監督責任を十分果たしえなかっこと、医学・医療の専門家集団が健康への影響を十分チェックできなかっこと、情報の秘匿ないし非開示（意図的なものと非意図的なものを含めて）と事なき主義が被害を拡大させたということがそれである。薬害エイズ問題においてその関係者の相互の

関係に注目した場合、「産官医の癒着」が不幸の原因のすべてであるとは決めつけられないが、日常的な癒着やもたれあいが不幸の温床ではまったくなかったとも言い切れないところがあろう。「産官医の癒着」神話に関して、シンポジウムの議論のなかでこの神話に対する批判的見解が示されたが、もちろんその批判にも一理ある。というのも、強引にひとつの「癒着ストーリー」を描こうとするジャーナリズムの手法は、国民にはわかりやすいのだが、物事を単純化しすぎるきらいがあるからである。最初に結論ありき、の強引で一見したところ明快なジャーナリズムの議論は人々の耳目を集め、世論を喚起する大いなる働きを持っているが、その間に見失うものもまた多い。

今後は異なる立場の人々が同じ土俵のうえにのぼってシステムづくりの前提とも言える「検証」を冷静にすすめ、それをもとに患者本位の医療の確立という共通目標に向かってシステムづくりを共同で推進することが長期的にみて最も重要な課題であろう。薬害エイズ問題から導き出された危機管理システムが、やがて他の分野での危機管理システムのモデルとして採用される日が遠からず訪れる事を期待したい。そしてその際、何よりも重要なことはHIV感染者の人生の失われた可能性と深い悲しみや憤りに対する謙虚な配慮、対立・不信・確執を乗り越えるための相互の寛容であろう。

VIII. おわりに

先日2006年3月25日に、はばたき福祉財団とエイズ裁判原告団主催で薬害エイズ裁判一和解10周年記念集会が東京で開催され、筆者も参加させていただきました。集会には多くのご遺族、感染当事者、現、元厚生労働省、政党関係者、マスコミ関係者など多くの方々が参加され、当時の状況や和解に至るプロセス、遺族ならびに感染者の現状や苦しみが語られました。まだまだ多くの解決すべき難題が積み残されている事を実感しました。和解という事実はある意味評価されるべきとおもいますが、あくまで解決に向けたスタートであり、これから10年が重要であるとの認識が参加者全員に共有されました。薬害の再発防止のためには過去の検証が必須であり、その意味でも今回のシンポジウムの内容は意義あるものと考えています。

文 献

- 1) 三間屋純一、福武勝幸、西田恭治、出河雅彦、徳永信一、花井十伍、北村健太郎、大西赤人、草田央：HIV感染症と血友病—回顧と展望—。日本エイズ学会誌7：61-76, 2005.
- 2) 三間屋純一：わが国におけるHIV/AIDS医療の現状と課題、日児誌109：1192-1204, 2005.