



ヤコブ・ネット NEWS No.9

2006年3月24日(金)

発行 ヤコブ病サポートネットワーク
 本部 〒508-0041 岐阜県中津川市本町4丁目2-28
 TEL・FAX (0573) 62-4970
 e-mail cs-net@takenet.or.jp
 HP http://www.cjd-net.jp
 郵便振替 00130-5-702430
 加入者名 サポートネットワーク

- ◇ 表紙
 (イラストと歌詞「母さんのコスモス」)
- ◇ 大津研修会・相談会
 (2005年7月・大津市) 2
- ◇ 国際ヤコブデー集会・厚労省交渉
 (2005年11月・東京都) 6
- ◇ CJD 受入可能病院一覧 8
- ◇ 北海道集会 (2005年5月・函館市) 13
- ◇ 米国産牛肉の輸入問題について 13
- ◇ 原告の手記から 15
- ◇ お知らせ・編集後記 16



画／三重 利典 (大津弁護士)

母さんのコスモス

作詞・作曲 林

学

一. 母さんの育てたコスモスが
揺れている

父さんにやさしく押されてる
車椅子の母さん

語ることもほほえみも
もうできないけれど

コスモスの花が咲いている
揺れて美しく

二. 涙をぬぐった父さんの
悔しさは

いのちの尊さつたえてる
心をこめて

答えられない母さんに
今日もはなしかけた

コスモスの花が咲いている
揺れて美しく

三. 母さんの育てたコスモスが
揺れている

母さんのやさしくあたたかな
ほほえみのように

いつも一緒に歩いている
ともに生きている

コスモスの花が咲いている
揺れて美しく

ヤコブ・ネット研修会・相談会 2005年7月3日 大津市

硬膜移植による CJD 発症予測について

京都大学医学部附属病院 探索医療センター兼同外来化学療法部・教授 福島 雅典 氏



私は専門はまた別ですが、従来より医薬品の適正使用と副作用被害防止の活動に深く関与して来ましたが、現在は京都大学で新しい医薬品の開発の責任を担っています。日本が初めて京都大学につくった探索医療センター（トランスレーショナルリサーチセンター）で、大学の基礎研究等

で出てきた成果を医薬品に結びつける仕事をしています。これまで莫大な科学研究費を投入しながらも大学からは本当の意味での薬とか新しい医療技術はごくわずかしか出てこなかった。本格的な薬を開発しようということで、私がおの責任者になりました。ですから新しい薬品を作り出し、できるだけ早く患者さんのお手元に届けるようにすることが私の仕事です。

もうひとつ私はがんの専門でありまして愛知県がんセンターに22年在職しまして2000年4月1日付けで京都大学に来ました。京都大学では薬剤疫学という全く新しい日本で最初の講座を立ち上げました。この薬剤疫学という医薬品の適正使用、それから副作用被害防止、平たく言えば薬害防止の科学を立ち上げる、これは日本で初めてのことでした。ヤコブ病に関与することになったのは薬剤疫学の1期生の院生が非常に熱血漢であり、今日お話しするスライドはその貞池君が作ったものです。この1月19日にちょうど薬剤疫学5周年の記念シンポジウムがあり、彼の研究成果がだされました。その貞池君が今奇しくも農林省におりまして、将来 BSE と闘うことになるのでしようけれども、彼は薬害根絶ということを考えていました。彼はご家族に薬害にあった方がいるということで、何か薬害を防止することをしたいとテーマを探して、今起こりつつある薬害、あるいはそういった被害を拡大しないために事前に察知してそれを防ぐようにと、彼が言い出したのはヤコブ病の発症についてのことでした。

これはある意味で人類が初めて、実際には2回目くらい、はからずも行ってしまったとんでもない実験、大変な過ちです。全てその時点の科学の水準と社会の仕組み・法律・制度あらゆるものがここに集約されている訳ですが、これらのデータを科学的に客観的に集めて評価して解析することでしかこの病気の解明の糸口はたぶん得られないだろうと思います。そういうことで彼が非常に熱心に情報を集めていろいろ解析しました。ちょうど BSE がイギリス

で大騒ぎになっていた頃で有名な科学誌等では BSE の今後の発症を予測する論文が1~2出ましたが、そういうことをまだ日本ではやったことがありませんでした。ちょうどヤコブ病の患者さんのホームページに過去のヤコブ病の発症についてデータが公開されていました。端的に手術年と発症年が患者さんについて全部わかれば今後患者さんの数がどれくらい発生するかを予測することができます。つまり移植した硬膜の数がどれだけあるか事前にだいたい大雑把にわかっていますので、そういうことから確率的に計算してある程度の幅で予測することができる、そういう科学的な統計学的・数学的な方法が適用できる。それをやってみようということで、彼は一生懸命データを集めて、その結果は国際的な雑誌、ニューロエピデミオロジー（神経疫学）に2つ発表しました。ひとつは日本における異常な硬膜移植ヤコブ病の発生の予測、具体的には2000年以降20年の間に21人~84人の数で発症することはまず間違いないだろうという予測です。しかしながらそれは大幅に反対に低く見積もりすぎだったことは5年間でもう新たに32人出ているということではっきりしている。

もうひとつはヤコブ病というのは自然史、どういうふうな経過でどういうふうな経過をたどるのかという自然史（ナチュラルヒストリー）が、まだ実際にはぜんぜんわかっていません。一部クールーとか研究がすすみましたけれども、ほとんどまだ医原性のヤコブ病についてまで自然史はわかっていない。ましてバリエーション、変異型の CJD について本当にわかっていない。しかしながら硬膜移植の CJD は曝露した年月がわかるという特異なタイプです。曝露した年月つまり感染を起こす原因にさらされた時期・時点、それぞれ移植する原因となった疾患、そういうことから経過がわかるということです。vCJD は確かに狂牛病の感染ですけれども、いつどの時点であるということがさっぱりわからないので、そういう意味では硬膜移植の CJD は感染した日がわかるという非常に特異な特徴的な研究のメリットを持っていますし、それを研究することによって人の免疫的な防御機能がどうなっているのかとか他の重要な研究も進めることができる。これは日本でしかできないことです。ですから、やはりもう少し科学的な基盤を強化することが必要です。

プリオン病はたぶん人類最後の敵だと思います。地球上の最後のもっとも厄介な敵であるプリオンを我々はまだほとんど知らない。ある意味で人類自ら招いた災厄であり、もっとも重大な感染性の病原であるプリオンについて解明するという認識の下にこの研究を始めています。国際的な主導的なジャーナルやアメリカの神経学会でも発表して

事実をきちんと公表しています。発症予測というサイエンスは日本ではまだほとんどできていない。硬膜移植の各個別の簡単なデータ、年齢・性別・それから移植年月日・発症日・死亡日・手術の理由、その数項目だけでいいのです。それだけあれば、発症予測ができる。ですからこれを毎年きちっと公開していただき、疾病の予測の精度を高めたいと考えています。

我々が予測しているのはヤコブ病発症ですが非常に懸念されるのはこの疾患について誤診がおそらくかなりの率で起こっているだろうということです。BSEの問題が生じる前、2001年の1月に厚生大臣と農林大臣あてに「全頭調査を施行しなさい。肉骨粉は全て焼却しなさい。あらゆる海外からの物資に関連しているものは規制しなさい。それから若年性の50歳以下のアルツハイマーないし痴呆と診断された患者さんは全例登録して徹底的に調べなさい。病理解剖を義務付けなさい」。それだけくらいのことを箇条書きにして関連論文をつけて意見書を提出しました。その意見書がまた復活してきたようで、ある記者が取材に来て「あの時点でああいう意見書を出されていたんですね。国会でも議論になっているようです」と。こういう国民の健康や日常生活に重大な影響を及ぼすようなことがらについて情報がきちっと開示されていないというのは非常に困った問題で、結局我々が何とかしないとイケない。幸い情報公開法もありますし、情報公開請求もできますから、これは対処しないとイケないと考えています。

スライドに基づいて、背景と硬膜移植 CJD の歴史と基礎的な解析と発症の予測、こういうものを扱う学問の概要を少しお話しします。これはプリオン病というカテゴリーに包括されます。プリオンはたんぱく質です。DNA を持ったウイルス疾患であればわかりやすいのですが、なぜたんぱく質が増えてしまうのかという根本的なまだ生物学的に解明していない問題があります。増えるというよりももともとある正常なものが異常なものになってしまうのですが、そのメカニズムがさっぱりよくわからない。結果として異常なプリオンが脳内に蓄積してしまうのです。

神経系の遅発性進行性痴呆というふうに捉えられます。通常は60歳以上の成人が罹患するとされている。治療方法は何も無い。3～12ヶ月で、何らかの感染症たいていは肺炎を併発して亡くなられる。発症前に診断することは非常に難しい治療法がないということでこれは最も悲惨な病気です。4つのタイプが知られている。弧発性・家族性・医原性(硬膜移植、あるいは下垂体からとった成長ホルモン等が問題化している)・それから狂牛病からうつってくる新変異型です。硬膜移植由来 CJD を含む医原性の CJD はたくさんのタイプが知られている。脳の中に感染源が入れば起こるわけで、手術器具で電極を使って感染したとか、角膜の移植でも報告され、それから硬膜、下垂体由来の成長ホルモン、これはヨーロッパでかなりたくさんの患者が報告されて、この場合もどれくらい発生するだろうかという予測した論文があってそれが非常に対策に役立つ

たということです。これくらいが教科書的には知られていません。

今後どうということが起こってくるかわかりませんが基本的には脳内神経組織にある異常プリオンが感染することは確かです。このデータは2000年にブラウン先生がニューロロジー(Neurology)という雑誌にまとめを出した記述から取ったものです。ここにあるようにわが国では2004年9月までに108名の CJD が報告されている。この硬膜移植というのは海外にもあると思うのですが、ただ調べられてきちんと報告されていないだけだと思うのですが、大半は日本人ということで国際的には報告されています。

硬膜移植の歴史、つまりリスクへの曝露の期間については、ライオデュラの輸入を開始したのが1973年で、チュトプラストの輸入開始が1985年。1987年にアメリカ CDC が注目して MMWR で硬膜の第1例を公表しました。即座にアメリカの医師会雑誌はこれをきちっと取り上げて全医師に伝わるようにし、1987年にライオデュラはプリオンの不活化を開始しました。ですからこの期間に作られて日本に入ってきたものが汚染源・感染源ということになります。アメリカの FDA は直ちにライオデュラの使用を禁止するように勧告しています。本当に何ヶ月もたたないうちにあつという間にこういう措置を取ります。しかしながら厚生省がこういうことを知って硬膜の使用を禁止したのはそれから10年後でありました。MMWR は CDC が発行している週間雑誌です。専門家が見て感染に関する重大な情報は全部そこから入手できる。CDC がつかんだ情報。日本には国立感染研究所とかありますが、そういうところが全医師に向けてそういう情報をきちっとした形では出していない、こういう欠陥がある。CDC や FDA やアメリカの厚生省にあたるデパートメントの情報を知りたければアメリカ医師会雑誌を見ればよいというインフォメーションの伝達の構造になっているけれども、日本では医師会雑誌を見てもそういう情報が掲載されていない。ですから情報の流通を完璧にしようと思ったらアメリカの医師会雑誌の全訳をきちっとした形で伝播する仕組みを作り上げることが最も合理的です。そういうことで MMWR に出た重要な情報は医師会雑誌を通じて全医師に周知されると、ですから知らないということは医者者の責任になります。

1987年にはすぐに FDA の方からそれに対して禁止措置が取られるという非常にアクションが速い。疑わしものはほかす。日本は「因果関係がわからないからもうちょっと待とう」です。典型的な例は NSAID。非ステロイド性の抗炎症薬です。アスピリンとかインドメタシンとか、通常使う痛み止めとか抗炎症薬など、非ステロイド性の抗炎症薬とインフルエンザ脳症が別のよい例です。インフルエンザ脳症はアメリカでかつて広範に起こったライ症候群というのがあるのですが、これはアスピリンがどうも関与しているのではということが疑われて、アスピリンの子どもへの投与は事実上禁止になりました。インフルエンザ脳症も

同じような非常に似た疾患ですので、日本ではアスピリンはあまり使っていないのですけれども、もっと強い非ステロイド性の炎症薬が使われている、それをやめるべきだということを厚労省の責任者に直接言いました。「すぐやめなきゃいかん」と。教科書にも子どもにそういう非ステロイド性の抗炎症薬は使うべきでないと、アスピリンを使うべきでないとちゃんと書いてある。だからそんなものを使う必要はないと、アセトアミノフェンでいいんだということも言っても、「とは言ってもみんな使っている訳だし、もうちょっと様子を見てみよう。また死亡例があるようならやめましょう」なんてことを言っていた。そしたら1~2ヶ月の間に2人亡くなってしまって、ようやくそれについての規制を厚労省はしたわけです。要は「疑わしきは罰する」ということをしないと駄目なんですね。こういう安全性に関しては。

厚労省は規制が10年遅れて、この間に曝露された患者さんの数は何万人を超える規模になってしまいました。立石先生がえらく前に曝露の規模を推定されて書かれたのですが、このライオデュラは1985年までに年間2万枚日本では販売され、さらに1985年以降は年間1.2万枚、1997年以降は禁止されましたから、これをこのまま年月で掛け合わせて20万枚とか20何万枚、本当に使われたかどうか何とも言えませんけれども、ベースにはこれだけ広範に販売されていたということは事実だと考えていい。相当な数が曝露されて、これも一定の調査をすれば、推計学的にどの程度の数が本当に曝露されているのかはわかる訳なので、そういうことをするべきだと思うのですが、なされておられません。

幸いヤコブ病の患者さんのホームページに、研究班・専門委員会・厚労省、いろんな情報が出ていましたので、これだけの項目について調べて、そして解析することができるといわけです。これによりますと性別・生年月日・硬膜移植年月・移植時の年齢・硬膜の商品名・CJD発症年月日・潜伏期間・移植の原疾患、この項目だけで十分です。これだけの情報があれば発生数を予測することができるのです。平均するとこの時点(2000~2001年)で44.8歳、明らかに教科書的な60歳というより若い。それから潜伏期間は9.3年、中央値は9年、これは日本のデータだけですけれど。後で述べますけれど、実は海外でブラウン先生が書いた論文では6年ぐらいですので大幅に延びているんですね。男女比は1対1.54で女性の患者が多い。これはほぼ有意差があります。潜伏期間が女性のほうが短い、これも明らかに有意になります。男性より女性のほうが潜伏期間は短いし、女性のほうが患者になる数が多い。

これは76人の時のデータです。ですから数が108になればもっと精度が高いと言えます。確実に言えることはおそらく平均潜伏期間がもっとずっと延びているということです。それが恐ろしい。これはその年に硬膜移植を受けた患者さんの数と、発症した患者さんの数です。ぱっと見てわかるように、移植したときから発症までのずれがそれぞれ

の潜伏期間というわけです。潜伏期間を一人ずつ計算してその分布を見ます。非常に早い人は2年で発症している。それから遅い人は18年、これが76人の時のデータです。ところが今の方では20年とかですからもっと延びている。ここに108人の数字を入れるとどのように変わるか。76人と108人ですから30人以上の患者さんが既にいるわけです。そういう方がどこに位置するかで話が全然変わってくるわけです。

これを見るとみなさんすぐお分かりのように、左側のかたまりと真ん中のかたまりと右側のかたまりがあります。そういうことを統計的にきちっと数字的に出すこと、1.4~6.2年、7.0~11.9年、12.9~17.6年、これが科学的に統計学的にクラスター分類と言います。そういうクラスター、つまり硬膜移植を受けた患者さんの発病が非常に早い場合は数年以内に発病するし、中間では10年くらいで発病する人、それからさらにもっと10何年たってから発病する人とに分かれるということです。恐ろしいのはこの次の山があるのではないかということ直感的に考えたわけです。20年以上たって発病すると、非常に厄介な、たぶんおそらくもっと医学的に調べていくと典型的なCJD、非常に激しいCJDはこの潜伏期間の短い場合はそういうふうになる可能性がある、だけど遅くなればなるほどアルツハイマーと診断しちゃってCJDを考えないような場合もあるかもしれない。そこが恐ろしいんですね。はじめはアルツハイマーとして何年も治療してケアしていたかもしれない、後になってこれはやっぱりCJDじゃないかということになると非常に恐ろしいことだと思います。

これは女性のほうが潜伏期間が短い、それと数が多いということを示している数字なんですけど、ここに原疾患が書いてある。顔面の痙攣、それから髄膜腫の手術で硬膜を移植、それから動脈瘤の手術で硬膜を移植する。つまり硬膜を取り除いて欠損したところをパッチのように貼って補うのです。あとこれは聴覚神経腫瘍ということでいくつかのタイプに分かれています。

ここでわかったことは、潜伏期間の非常に短い方はほとんど顔面痙攣で手術した人で、数年以内に発症している。これは極めてびっくりしたことです。こうして手術で移植した硬膜が大きいとか小さいとかが関係ないということがわかりました。顔面痙攣は10円玉くらいの穴で補うので小さい、だけど動脈瘤や脳腫瘍の場合はもっと大きなパッチで補いますから、当然私は大きな手術をした人ほど潜伏期間が短いんじゃないか、感染源のプリオンが多ければ短いんじゃないかと考えたのですけれど、どういう訳かわからないのですがそうではなかった。これがもしもですね、手術をした施設が同定できれば施設によって違いがあるという可能性はある。とするとその施設には汚染したものがかなりたくさん入ってしまったということになるのかもしれない。だから科学的に何を知らたいかさ意識して調査項目を増やしていけばかなりのことがわかると言えます。

まとめますと、日本におけるヒト硬膜移植後のCJDの特徴ですが、孤発型のCJDに比べたら発症年齢は著しく早い。若い人で記憶障害・睡眠障害があって痴呆が出た場合には常にこれを考えるべきだと思います。手術時の年齢は潜伏期間に影響していません。潜伏期間として現時点では3つのクラスターを同定することができる。どういうわけかわかりませんが顔面痙攣の潜伏期間は有意に短い。始めは脳に侵襲を与えるつまり脳組織をいろいろと破壊するような操作を伴う手術の場合に発病が早くなるんじゃないかと思ったのですが、どうもそういうこととも関係ない、顔面痙攣の場合には医者はほとんど脳には触っていません。非常にマイルドな簡単な手術です。ですからこの理由がどういふわけかわかりません。この辺を突き止めることによってプリオン病の発病の形とか手がかりが得られる可能性があります。移植のサイズとか部位との関係はどうも薄いようです。あれだけのデータ、たった5項目のデータからこれだけのことがわかる。ここから現代の我々が手に持っている統計学的な推計学的なあるいは数学までの武器を全部投入してそこからあらゆる仮説を引き出して、そしてその仮説を立証するように研究を進めれば非常に早く進むわけです。

2001年の時点で76例についての平均年齢をみると44.8歳、2003年は55歳、だんだん高齢のほうにずれて行っています。この理由は潜伏期間です。潜伏期間が長くなっていることがこれだけからわかります。これに2004年までの発症者32人のデータを加えて改めて解析すればどういうことになるかということです。だんだん潜伏期間が長くなっているのではないかとということが簡単に予測できます。男女比は少しずつ近づいて来ている。この時点では女性が多かったけれどだんだん近づいてきている。年月とともに疾患というのは病像が変わってくる。これも全く同じことが言えるかもしれない。最終的にはこんな激しい病気でなくてアルツハイマーとほとんど近くて、ただ違うのはちょっと痙攣とか何か激しいという程度になるのかもしれない。だけど現時点で潜伏期間がどんどん長くなってきていることは非常に恐ろしいことだと思っています。

それぞれの医原性CJDの潜伏期間、いままで報告されているのを見ても、脳内の深部に電極を挿入した場合は1.5年、角膜移植が1.5年、ヒト硬膜移植6年、これはブラウン先生の先ほど紹介した例ですが、全然間違っているわけですね、もうすでに潜伏期間が倍です。我々調べた時は9年だけけど今やれば10年を超えていると思います。だんだん欧米でのまとまったデータに近づいていますから、たぶん潜伏期間の中央値は10年を超えるとみていい。

発生数、今後どれだけ発症するかの予測ですが、ここで見てみますと色んなやり方があるんですけども、優れた統計家ならさらに他のやり方もやって確かめる、色んなやり方によってもうぜんぜん違ってきます。例えば潜伏期間はワイブル分布でみると11~19年と、もうひとつロジスティックさらに精度の高いものでやると実際にはもっと長くな

るという、やはりちょっとこわい結果になります。で発症数もワイブル分布ですと比較的少ない21~52人、その場合、合計はここ20年間に97~128人くらいのところで落ち着くだろうというような話ですけれども、もうすでに108人ですからこの分布でやったら全然だめだと。もうひとつの分布で調べると109~160人というのが想定されるということで、この20年間で21~84人発症するだろうというふうには我々は予測したわけです。今108人ということですから、これがこの2つの分布の曲線ですけれども、すでに大幅に超えてしまっている。2004年の1月の時点でこれだけまでになっている。さらにこれが2005年1人増えているわけですからもう一度きちっとしたことをやり直して、実際どれくらいこの数の患者さんが発生するのか、そういう方に対する対応をどうするか、国は責任を持ってやらなきゃいけない。

プリオン病の発生数の予測を見ますと、潜伏期間が非常に長期化していったということをイギリスもフランスもアメリカも同じように見ているんですね。BSEに対してもかなり強力な政策をとって発症数は当初は何百万とか何十万とかの予測だったけれども今は新変異型については63人から13.6万人と減茶苦茶な幅ですけれども常に彼らはウォッチしてサーベイランスして何人かということも予測しています。今イギリスで昨年12月の時点で147人ということも落ち着いて、たぶんそんなに何万とまでは行かない可能性がある。

しかし怖いのは潜伏期間がどんどん延びていくという事、これはプリオンに対する身体の防御メカニズムによって、それから病原体とのせめぎ合いによってだんだん延びていく。かつて梅毒もそうでした。はじめコロブスの頃は非常に激しい病気でしたが、今やほとんど病気でないといったほうがいいくらいになってしまった。そういうふうには病原体に対して人類の身体というのはどんどんそれに対して抵抗力を持つようになるんですね。そうすると病形が変わってくるということです。

我々はディシジョンメイキング (Decision-making, 意思決定) をその都度していかねばなりませんから、正確な情報を持って対処する必要があります。医学的な基盤を全部ここに集中して万全の対策をとらないといけない。全例に対してプリオンの遺伝子検査をするように予算をつけていく。全例調査でただ調査票を配ってアンケートして集計するというのではなくて、しっかりした研究体制の下にてプロトコル (研究計画書) をつくって、どういうふうには調査するか、調査項目は何と何にするか事前によく検討しないといけない。そういう調査票はプロでないといけない。これは高度にプロフェッショナルな仕事です。漏らさず完璧なものを作らないといけない。そして過去の症例を徹底的に解析しないといけない。

もうひとつは他の国の例を徹底的に参考にしていくということです。これはナショナルクロイツフェルトヤコブ病のサーベイランス委員会です。イギリスでは狂牛病が大問

題になり、多分アメリカでももう気付いています。アメリカには相当な数のバリエーションの CJD が発症していると全く予想ですが私は見ている。あのような形でサーベイランスもしていないので相当いると考えていい。アメリカはがんについては早期からしっかりした2000万人規模の調査をしていますからやろうと思えばやれる国なんで、アメリカの動向を見ていく必要がありますが、いずれ大問題になるでしょう。アルツハイマーが急速に増えているが、そのうちの一部がやはりプリオンに関係しているのではないかと予測している学者もたくさんいます。

日本は我々がもっと声を強めて国に対してこの対策を強化するように、予算措置をより膨らますように要求する必要があります。彼らが言うのは「100万人に1人なんだから」と。がん対策については大騒ぎしてやっていますけれど、正直なところもうがんの研究費をゼロにせよとは言わないけども、こちらの方がはるかに重要ですよ。私はがんの専門家だから言うけれど、がんなんか放っておいたらどうってことない。ただ患者の数が多というだけで、なんとでもなる。この病気については我々未知の病気です。

私も1年ぐらい牛肉を食べないで辛抱してみたけど、やっぱり力が出ないので誘惑に負けて食べるとこんなに力が出るな〜と、時々食べていますが、怖いですねやっぱり。どこでどういうふう汚染されるのか、つまり牛肉が汚染しているなら豚はどうかとみんな考えるわけですよ。牛を蚊がさしたらどうかとか、当然そういうことも問題になっているわけですよ。わかんないわけです。

イギリスでは狂牛病の牛を土に埋めてそれで解決したと思ったらその草を食べた牛がまた狂牛病になったという話がある。やはり狂牛病については本当にわからない。現時点で引き出せるプリオンに関する情報を全部引き出して、プリオン病に対してどうするかという科学的なアプローチ

を我々がいくつか開発する最も重要な局面だと思います。公開されている情報をみんなが色々な形で利用し、科学的に妥当なことをやっていかないといけない。情報公開が鍵ですから、情報が隠されたらさっぱりわからない。

もうひとつはこの CJD に限らず、SARS もそうですが、色々な疾患がグローバルな規模ですぐに蔓延します。環境もどんどん劣悪になって来てる中でどういう病気がどういう形で入ってくるかわからない。それにしても CJD はもうやれるだけのことはやっているけれども、日本は感染症を防ぐという意味では非常に遅れてしまっている。そしてまたそれに対する学者の取り組みにもやはり相当問題があると思います。検討会は、国民の負託を受けてやっているのであって、ほんとに真剣に自分のミッションだと思ってやっている人が選ばれるべきです。大変な問題を我々は抱えているのであってこういうことに対する対策が日本では系統的に行われていない。

貞池君は段ボール箱5つくらいになる膨大な論文を調べ上げてそしてこういう研究されて、農林省に勤めることになったのですが、結局何も解決していないんです。我々が言った事についても厚労省は聞く耳は持たない。聞いてくれなくても情報さえあれば我々は何とでもなるが、情報を隠されてしまったらどうにもならない。彼らは国費を使ってそういう情報を集めているわけで、その情報を国民に還元しないとしたら一体何だと、文字通り税金泥棒じゃないですか。

次の院生がプリオンをやりたいと言っており、情報開示請求をしないといかんかなあと思っているところです。できましたら一緒に連携して情報開示させ、発症予測、その規模、それに対してどのように国は対策をやってくれるのかを国ときちんと話していく、そういう時期になっていると思います。とにかく108人、109人というのは我々の予測を大きく上回っていると思っています。

国際ヤコブデー & 厚労省交渉

2005. 11. 11(金) 東京

国際ヤコブデーにあわせて恒例となっている厚生労働省交渉に、薬害ヤコブ病被害者・弁護団全国連絡会議およびサポートネットから原告・弁護団・相談員が参加しました。



◆ 要望書への回答

1. CJD 受け入れ可能病院について

前回6月の交渉に対する要望の中で、受け入れ可能病院が増えたことは評価しながらも、地域によるばらつきと、その中で実際は受け入れ不可能とする医療機関があったことを伝え、国立病院機構を介しての調査が2005年10月に予定されている旨の回答を得た。

調査結果の提示と受け入れが不可能である医療機関の理由を明らかにされたい。

〈回答〉

平成17年10月1日現在では、39都道府県・73施設の国立病院が受け入れ可能となり、平成16年10月1日の37都道府県・65病院に比べて若干増えている。受け入れが不可能という病院の理由は、神経内科専門医が不在のためと聞いている。

〈質疑応答〉

○150ほどある国立病院のうち半分はCJD患者の受け入れができない状況だが、神経内科専門医がいないからといって、受け入れられないというのでは困る。もともとCJD患者は少なく、診る機会は少ないため医師に指導できないのかもしれないが、受け入れ可能病院をもっと増やして欲しい。→マニュアルをもとに先生のレベルアップに努めていきたい。CJDの患者さんが少ないので先生のレベルアップがなかなか難しい印象はある。

○前回の時65から73に病院が増えたのは評価できる。北海道も1つから2つに増えた。しかしまだない県もある。増やしていく方法と見通しを教えてください。→前回の要望を伝え北海道は2箇所になった。要望はまた改めて伝えておきたい。また、国立病院は最終的な受け入れということで、他の民間病院なども受け入れはある。今後も増やしていくように取り組みたい。

○診療マニュアルはすでに改訂して2年以上たつが、どのくらい普及しているのか。また、受け入れ可能病院には配布されているのか。→全国都道府県担当者会議（今年は5月）で県内の医療機関に知らせてもらうようお願いしている。また、このマニュアルはインターネットでダウンロードできる。

○ヤコブ病は専門家でないと診られないという病気ではない。一般のねたきり老人に対するケアに、経管栄養を入れる・酸素を入れる・気管切開などの対応ができればいい。また各県に専門医が必ずいるのだから、何かあったらその専門医に相談すればいい。病院に神経内科の医師がいた方が良いが、いなくてもCJD患者の受け入れはできる。→神経難病の診療を行っている医療機関等であれば状態に応じて診ることは可能だと思う。

2. 国立大学病院を中心とした医療機関における早期転院を迫られるケースについて、その後の変化を明らかにされたい。

〈回答〉

このようなケースについてはこの半年間は把握していない。サポートネットワークの方で把握した時は情報提供していただきたい。

3. CJDに対する心理的ケアについて

前回交渉時に「プリオン病及び遅発性ウイルス感染に関する調査研究」の班研究において過去の情報を集めてモデルを検索中とのことであったが、平成16年の報告の内容は、当ネットワークの内容の把握を見ても調査報告が不十

分であったと考える。現在、水澤班長に状況調査依頼中ではあるが、貴省としての考えを示されたい。

〈回答〉

本年についてはプリオン病患者の多様なニーズに応えるため聞き取り調査を実施する予定と聞いている。

〈質疑〉

○田村智英子先生の論文は、ヤコブ・ネットに関する事実把握に誤りがある。ヤコブ・ネットの代表は医師であり、2ヶ月に1回専門家による学習会もしている。このような報告を厚労省の研究としていいものか。この報告書がどういう経過で出されたものか明らかにして欲しい。

○このまま放置されるなら、別のアクションを考えねばならない。サポートネットワークにとっては深刻な問題である。そちらの方でもきちんと受け止めて対応してほしい。

〈回答〉

田村先生には、ヤコブ・ネットの資料を渡したい。先生ご自身も患者様のニーズを知りたがっていると聞いている。しっかり進めてもらうよう、水澤先生と相談する。

4. 現在、私どもに家族性CJDの家族から匿名の相談が寄せられている。父親がCJDを発症し、遺伝子検査で変異が認められたケースだが、詳細は不明であるがその家族への主治医からの精神的なケアなどはない模様である。家族性においての相談は大変デリケートで私どもも相談に大変神経を使うケースであり、このようなケースがあることからより早期に専門的なサポート体制を作る必要があると考えるが、今後の展開について具体的な見解をあきらかにされたい。

〈回答〉

家族性CJD患者さんの相談にあたってはヤコブ病サポートネットワークの経験をつんだ相談員でも困難な場合があると聞いているが、研究班の田村先生にも昨年度より検討していただいているところ。

医療全体の問題としては、ヤコブ病に限らず、医療ソーシャルワーカーの数・質の向上が図られている途中と認識している。

〈質疑応答〉

○遺伝の問題、移植後の発症不安の問題、BSEにかかわるvCJDの問題の3点に関して、デリケートな部分もあるので、ヤコブ・ネット任せではなく、厚労省としても今後の対応をどうして行くのか考えて欲しい。→牛肉の問題に関しては、厚労省へ照会して頂ければ対応します。

(10頁に続く)

独立行政法人国立病院機構 C J D受入可能病院一覧 2005年10月1日現在

	県名	名 称	郵便番号	所 在 地	電話番号	診療科
1	北海道	独立行政法人国立病院機構 道北病院	070-0901	北海道旭川市花咲町7-4048	0166-51-3161	神経内科
2		独立行政法人国立病院機構 札幌南病院	061-2276	北海道札幌市南区白川1814	011-596-2211	神経内科
3	青森県	独立行政法人国立病院機構 青森病院	038-1331	青森県青森市浪岡大字女鹿沢字平野155	0172-62-4055	神経内科
4	岩手県	独立行政法人国立病院機構 岩手病院	021-0015	岩手県一関市山目字泥田山下48	0191-25-2221	神経内科
5	宮城県	独立行政法人国立病院機構 宮城病院	989-2202	宮城県亘理郡山元町高瀬字合戦原100	0223-37-1131	神経内科
6		独立行政法人国立病院機構 西多賀病院	982-8555	宮城県仙台市太白区鉤取本町2-11-11	022-245-2111	神経内科
7	秋田県	独立行政法人国立病院機構 あきた病院	018-1393	秋田県由利本荘市岩城内道川字井戸ノ沢84-40	0184-73-2002	神経内科
8	山形県	独立行政法人国立病院機構 山形病院	990-0876	山形県山形市行才126-2	023-684-5566	神経内科
9		独立行政法人国立病院機構 米沢病院	992-1202	山形県米沢市大字三沢26100-1	0238-22-3210	神経内科
10	茨城県	独立行政法人国立病院機構 水戸医療センター	311-3100	茨城県東茨城郡茨城町桜の郷280	029-240-7711	神経内科
11		独立行政法人国立病院機構 霞ヶ浦医療センター	300-0812	茨城県土浦市下高津2-7-14	0298-22-5050	内科、精神科
12	群馬県	独立行政法人国立病院機構 沼田病院	378-0051	群馬県沼田市上原町1551-4	0278-23-2181	内科
13	栃木県	独立行政法人国立病院機構 宇都宮病院	320-8580	栃木県宇都宮市中戸祭1-10-37	028-622-5241	神経内科
14	埼玉県	独立行政法人国立病院機構 埼玉病院	351-0102	埼玉県和光市諏訪2-1	048-462-1101	神経内科
15		独立行政法人国立病院機構 東埼玉病院	349-0196	埼玉県蓮田市大字黒浜4147	048-768-1161	神経内科
16	千葉県	独立行政法人国立病院機構 下総精神医療センター	266-0007	千葉県市川市緑区辺田町578	043-291-1221	精神科
17	東京都	独立行政法人国立病院機構 東京病院	204-8585	東京都清瀬市竹丘3-1-1	0424-91-2111	神経内科
18	神奈川県	独立行政法人国立病院機構 相模原病院	228-0815	神奈川県相模原市桜台18-1	042-742-8311	神経内科
19		独立行政法人国立病院機構 箱根病院	250-0032	神奈川県小田原市風祭412	0465-22-3196	神経内科
20		独立行政法人国立病院機構 横浜医療センター	245-0063	神奈川県横浜市戸塚区原宿3-60-2	045-851-2621	神経内科
21	新潟県	独立行政法人国立病院機構 新潟病院	945-0847	新潟県柏崎市赤坂町3-52	0257-22-2126	神経内科
22		独立行政法人国立病院機構 西新潟中央病院	950-2074	新潟県新潟市真砂1-14-1	025-265-3171	神経内科
23		独立行政法人国立病院機構 さいがた病院	949-3116	新潟県上越市大潟区犀潟468-1	0255-34-3131	神経内科
24	長野県	独立行政法人国立病院機構 中信松本病院	399-0021	長野県松本市大字寿豊丘811	0263-58-3121	神経内科
25		独立行政法人国立病院機構 東長野病院	381-8567	長野県長野市上野2-477	026-296-1111	内科
26		独立行政法人国立病院機構 長野病院	386-0022	長野県上田市緑が丘1-27-21	0268-22-1890	神経内科
27	石川県	独立行政法人国立病院機構 医王病院	920-0171	石川県金沢市岩出町二73	076-258-1180	神経内科
28		独立行政法人国立病院機構 金沢医療センター	920-0939	石川県金沢市下石引町1-1	076-262-4161	神経内科
29		独立行政法人国立病院機構 七尾病院	926-0841	石川県七尾市松百町八部3-1	0767-53-1890	神経内科、内科
30	静岡県	独立行政法人国立病院機構 天竜病院	434-0015	静岡県浜北市於呂4201-2	053-583-3111	神経内科
31		独立行政法人国立病院機構 静岡てんかん・神経医療センター	420-0953	静岡県静岡市漆山886	054-245-5446	神経内科
32	愛知県	独立行政法人国立病院機構 名古屋医療センター	460-0001	愛知県名古屋市中区三の丸4-1-1	052-951-1111	神経内科
33		独立行政法人国立病院機構 東名古屋病院	465-8620	愛知県名古屋市長区梅森坂5-101	052-801-1151	神経内科
34		独立行政法人国立病院機構 東尾張病院	463-0004	愛知県名古屋市守山区大字吉根字長廻間3248	052-798-9711	精神科
35	三重県	独立行政法人国立病院機構 三重病院	514-0125	三重県津市大里窪田町357	059-232-2531	神経内科
36		独立行政法人国立病院機構 鈴鹿病院	513-0004	三重県鈴鹿市加佐登3-2-1	0593-78-1321	神経内科
37	滋賀県	独立行政法人国立病院機構 紫香楽病院	529-1803	滋賀県甲賀郡信楽町牧997	0748-83-0101	神経内科

独立行政法人国立病院機構 C J D受入可能病院一覧 2005年10月1日現在

	県名	名 称	郵便番号	所 在 地	電話番号	診療科
38	京都府	独立行政法人国立病院機構 舞鶴医療センター	625-0052	京都府舞鶴市字行永2410	0773-62-2680	神経内科
39		独立行政法人国立病院機構 南京都病院	610-0113	京都府城陽市中芦原11	0774-52-0065	神経内科, リハビリテーション科
40	大阪府	独立行政法人国立病院機構 刀根山病院	560-8552	大阪府豊中市刀根山5-1-1	06-6853-2001	神経内科
41	兵庫県	独立行政法人国立病院機構 兵庫中央病院	669-1515	兵庫県三田市大原1314	079-563-2121	神経内科
42	奈良県	独立行政法人国立病院機構 奈良医療センター	630-8053	奈良県奈良市七条2-789	0742-45-4591	神経内科
43	鳥取県	独立行政法人国立病院機構 鳥取医療センター	689-0203	鳥取県鳥取市三津876	0857-59-1111	神経内科
44	島根県	独立行政法人国立病院機構 浜田医療センター	697-0024	島根県浜田市黒川町3748	0855-22-2300	神経内科
45		独立行政法人国立病院機構 松江病院	690-0015	島根県松江市上乃木5-8-31	0852-21-6131	リハビリテーション科
46	岡山県	独立行政法人国立病院機構 岡山医療センター	701-1192	岡山県岡山市田益1711-1	086-294-9911	神経内科
47		独立行政法人国立病院機構 南岡山医療センター	701-0304	岡山県都窪早島町大字早島4066	086-482-1121	神経内科
48	広島県	独立行政法人国立病院機構 呉医療センター	737-0023	広島県呉市青山町3-1	0823-22-3111	神経内科
49		独立行政法人国立病院機構 東広島医療センター	739-0041	広島県東広島市西条町寺家513	082-423-2176	神経内科
50	山口県	独立行政法人国立病院機構 岩国医療センター	740-0041	山口県岩国市黒磯町2-5-1	0827-31-7121	神経科
51		独立行政法人国立病院機構 関門医療センター	751-0826	山口県下関市後田町1-1-1	0832-22-6216	神経内科
52	徳島県	独立行政法人国立病院機構 徳島病院	776-0031	徳島県吉野川市鴨島町敷地1354	0883-24-2161	神経内科
53	香川県	独立行政法人国立病院機構 高松東病院	761-0103	香川県高松市新田町乙の8	087-841-2146	神経内科
54	愛媛県	独立行政法人国立病院機構 愛媛病院	791-0203	愛媛県東温市横河原町366	089-964-2411	神経内科
55	福岡県	独立行政法人国立病院機構 九州医療センター	810-0065	福岡県福岡市中央区地行浜1-8-1	092-852-0700	神経内科
56		独立行政法人国立病院機構 大牟田病院	837-0911	福岡県大牟田市大字橋1044-1	0944-58-1122	神経内科
57	佐賀県	独立行政法人国立病院機構 肥前精神医療センター	842-0104	佐賀県神埼郡東脊振村大字三津160	0952-52-3231	精神科・神経内科・内科
58		独立行政法人国立病院機構 嬉野医療センター	843-0301	佐賀県藤津郡嬉野町大字下宿丙2436	0954-43-1120	神経内科
59	長崎県	独立行政法人国立病院機構 長崎病院	850-0835	長崎県長崎市桜木町6-41	095-823-2261	内科
60		独立行政法人国立病院機構 長崎医療センター	856-0835	長崎県大村市久原2-1001-1	0957-52-3121	神経内科
61		独立行政法人国立病院機構 長崎神経医療センター	859-3615	長崎県東彼杵郡川棚町下組郷2005-1	0956-82-3121	神経内科
62	熊本県	独立行政法人国立病院機構 熊本再春荘病院	861-1102	熊本県菊池郡西合志町大字須屋2659	096-242-1000	神経内科
63		独立行政法人国立病院機構 熊本医療センター	860-0008	熊本県熊本市二の丸1-5	096-353-6501	神経内科
64		独立行政法人国立病院機構 熊本南病院	869-0524	熊本県宇城市松橋町豊福2338	0964-32-0826	神経内科
65		独立行政法人国立病院機構 菊池病院	861-1116	熊本県菊池郡合志町大字福原208	096-248-2111	精神科
66	大分県	独立行政法人国立病院機構 別府病医療センター	874-0011	大分県別府市大字内竈1473	0977-67-1111	神経内科
67		独立行政法人国立病院機構 西別府病院	874-0833	大分県別府市大字鶴見4548	0977-24-1221	神経内科
68	宮崎県	独立行政法人国立病院機構 宮崎病院	889-1301	宮崎県児湯郡川南町大字川南19403-4	0983-27-1036	神経内科
69		独立行政法人国立病院機構 宮崎東病院	880-0911	宮崎県宮崎市大字田吉4374-1	0985-56-2311	神経内科
70	鹿児島県	独立行政法人国立病院機構 指宿病院	891-0403	鹿児島県指宿市十二町4145	0993-22-2231	神経内科
71		独立行政法人国立病院機構 南九州病院	899-5241	鹿児島県始良郡加治木町木田1882	0995-62-2121	神経内科
72	沖縄県	独立行政法人国立病院機構 琉球病院	904-1200	沖縄県国頭郡金武町7958-1	089-968-2133	神経内科
73		独立行政法人国立病院機構 沖縄病院	901-2214	沖縄県宜野湾市我如古3-20-14	098-898-2121	神経内科

(7頁の厚労省交渉の続き)

5. 以前からサーベイランスでの情報をより多く開示できる旨を申し入れてきた。発症予測などをする意味で、手術時期、病气、発症日、死亡日などの情報開示していただきたい。また、Dura-variantCJDの症例数、病態の詳細、判断基準も公表されたい。

〈回答〉

患者個人のプライバシーにかかる内容については、これまで同様情報公開はできない。Dura-variant CJDは、変異型と紛らわしいので区別するため、非典型DuraCJDと呼ぶようになったと聞いている。専門家によるとサーベイランスでは30%程度占めるといふ。病態の詳細については緩徐進行、脳波でPSDを認められない症例など、判断基準としては「典型的な硬膜例とは違うもの」を全て非典型DuraCJDという聞いている。

〈質疑応答〉

○典型とどれか1つでも違うと非典型となるのか。→弧発性CJD診断基準がほとんど硬膜例と一緒にある。どれとは決まらず、どれかが基準と違うと非典型になると聞いている。

○緩徐進行例の生存期間等について、統計など把握はされているのか。→1例ごとの把握はされているが、全体としての分析は厚生労働省科学研究班で現在実施中であると聞いている。いつ頃結果が発表されるかはまだ研究班に聞いている。

○硬膜移植例は日本で多発しているの、そのデータは世界的に発信し、今後の全体的なCJDの研究のために必要である。その基礎的・典型的データが出てこないとならばWHOの議論が進まない。成果については早急に発表して欲しい。→研究者に伝えておく。

○サーベイランス委員長の山田正仁先生の金沢大学で分析が大体行われていて、この間の学会で主任研究員の野口先生が担当され、もう結果は出ていると聞いている。ヤコブ病等の委員会なり、サーベイランス委員会などで議論した上で結果として発表するタイムスケジュール等わかっていたら知らせたい。→現時点ではまだわからない。要望は研究班に伝える。

○前回のサーベイランス委員会は、こちらの要望を反映したのか、それ以前より少し報告の仕方が変わり、丁寧な発表に変わったようだ。個人情報の開示を要求しているのではなく、硬膜移植と発症の時期・年齢、移植の部位などが統計的にわかるようなデータとして公開していただきたい。発症予測についてなど、使用目的を限定したうえで個人の同意を得られれば開示できるはず。その点を検討して欲しい。→個人情報にかかわるので開示は難しい。

6. 日本における剖検率の低さゆえにCJD患者の診断感度が低いとする新聞報道があった。変異型CJDの発生をみた本邦においてCJD患者の見逃しは避けなければなら

ないと考えられる。サーベイランス委員会や全国専門医担当者会議において診断率の向上のための検討がなされていると聞くが、より具体的な働きかけについて意見と取り組みを聞きたい。

〈回答〉

日本での剖検率が低いのは事実であるが、それによって即CJD患者さんの診断感度が低いとは考えていない。CJD患者さんの解剖率が低い理由のひとつとして、サーベイランス委員会より解剖実施可能な施設が感染予防の観点から少ないとされており、厚生労働省としては、来年度予算で解剖にかかる器具や患者輸送費等を要求している。また、解剖は実施されることが望ましいが、診断技術の向上により臨床所見による分類が不可能な症例はごく少数に限られていると聞いている。特に日本の研究者は、分類が困難な症例を臨床所見によって診断することについて際だった業績を出していると聞いているので、今後ともそのような研究を推進していただきたいと考えている。

〈質疑応答〉

○新聞の声欄に6年前にCJDを発症し亡くなった家族の投書が載っていた。硬膜移植例で海外旅行歴もある方だったらしい。このような方の追調査はしないのか。→新聞報道は知っているが、投書などの限られた情報では追跡調査は困難である。CJDと診断されていれば、厚生労働省に報告することになっているので、情報は届けられていると思われる。

○施設に対する補助金や剖検の輸送費などについて予算が出すように働きかけるということだが、一般の神経内科を持つ病院にも周知徹底して欲しい。一部の専門家の先生はわかっているが、全ての神経内科を持つ市町村の病院の先生方も含めて知らせたい。今もインターネットで情報を流しており、これはいい方法だと思うが、まだ限られた人にしか情報は届いていない。→予算を確保することができたら、地方自治体や医師会等を通じて周知徹底を図りたい。

7. ①薬害教育における現在の取り組みについて報告されたい。②大学の医学部については薬害教育がかなり普及してきたが、国立病院では薬害教育がなされていない。国立病院における薬害教育について、厚労省はどういう対応で臨んでいるのか、報告されたい。

〈回答〉

①医師について、文部科学省と連携して行っている。医師国家試験については平成17年より「医薬品・医療器具の副作用」「血液・血液製剤の安全性」「薬物療法の副作用」「輸血・移植・人工臓器の適用」について出題することとしている。平成16年4月より始まった臨床研修医制度では到達目標を掲げ、「薬物の作用・副作用・相互作用について理解する」「医療の持つ社会的側面の重要性を理解し社会に貢献するために医薬品や医療用具による健康被害の発生防止について理解し適切に行動できる」という項目を設けている。

薬剤師国家試験に関しては、平成15年度出題基準に「薬害」という項目を明記した。平成17年度の大学の薬学部では62大学中55大学で薬害問題に関する授業が行われた。平成18年度から薬学教育が6年制を導入するが、各薬学部・薬科大学において薬害の項目を含んだモデルコアカリキュラムを参考としたカリキュラムが編成されると聞いている。今後も文部科学省と連携を図りながら薬剤師の医薬品・医療機器等の安全性に関する関心・知識が高まるように努めていきたい。

②国立病院としては、国立がんセンター・ハンセン病療養所がある。医療の場で資質向上のために職員の研修など行っているが、薬害教育に限定した研修はない。医薬品の健康被害の未然防止等ができるように、薬剤管理指導業務の積極的な実施、副作用報告の厚生労働省への積極的な報告をナショナルセンター等の関係者に機会あるごとをお願いしている。

〈質疑応答〉

○大学での薬害教育には少しずつ前進してきていると感じている。国立病院に勤務している職員については、研修等の自己研鑽などは一定されていると思うが、それだけでは不十分である。どの分野でも専門家の組織的な研修を一定の時期にやっていく必要がある。研修の度に薬害の項目を挙げていただき、必須の課題として研修するよう厚労省としても検討していただきたい。

○薬害の被害者の声を聞くということでも優先してやっていただくと助かる。医師や病院の態度が気になるという患者・家族が多いので、せめて被害者の声を聞くということだけでもやって欲しい。

○文部科学省の報告によると、薬学教育は医学部で79大学中73大学、薬学部で62大学中55大学とかなりの割合で実施されているが、被害者の生の声を聞く機会は医学部で21大学27%、薬学部で10大学16%となっており、まだまだ少ない。また、薬害教育のタイミングとしては、動機付けに1年生でとか、出口の6年生でとか様々な意見があ

るが、複数回学べるようなカリキュラムをつくるなど、文部科学省とも連携して進めて欲しい。

○薬害教育が副作用被害の未然防止、その最重要のポイントは薬剤管理の徹底という話だったが、薬害はそれで改善されるものではなく、大企業のずさんな製造、輸入業者のずさんさ、国がずさんな管理で安易に承認してしまったという構造で起きると思うが、どのように考えているか。→国立病院の医療に携わる人としては、副作用を早く発見して対応することが重要ではないかという意味で言った。

○文科省は薬害の教科書は作って言いといていたが、どうなったのか(薬被連との交渉の場で)。厚労省が予算を出してくれば作るというような話だったが。→中学生向けの教材であれば、一義的には文部科学省が担当と考えている。

○国立病院でも薬害被害者の声を聞いてもらう機会を持って欲しいという点について、答えて欲しい。心が痛むような話は患者や被害者から話を聞く機会を持つことが大事。→研修自体については、今後とも必要な研修は行って行くものである。薬害被害者の声を聞くことを「研修」として行うことについては、今ここでお答えできることは申し訳ありませんがありません。

8. 2002年3月25日の確認書調印により薬害ヤコブ病はその全面解決の枠組みを決め、同日、大津東京の両地裁では、ポッシブルCJD3例を含む20例の和解が成立した。そしてその後両地裁で鋭意和解が続けられている。

改めて、全ての薬害ヤコブ病患者を救済する貴省の決意を確認したい。

〈回答〉

和解時に交わした確認書に基づき、ヒト乾燥硬膜ライオデューラ移植によるヤコブ病患者のうち未提訴者についても提訴後は必要な証拠調べを行った上、当事者と確認を行ない順次和解していきたい。

〈国際ヤコブデー 記念講演〉

「クロイツフェルト・ヤコブ病(プリオン病)」

青山学院大学理工学部科学・生命化学科教授 福岡 伸一 氏

歴史的に見て病名はその時点での社会的不安を反映して名付けられることが多い(黒死病など)。狂牛病も、当時の人々が不安を込めて名付けた用語であり、現在も歴史的社会的意義を持った言葉である。狂牛病については、いまだに分かっていないことが多い。操作的、機械的な「BSE」との言葉に言い換えることは、不明な点が多いこの病気を、コントロール下にあるかのような印象を与えるものである。従って、「狂牛病」を使うべき。

〈狂牛病問題〉

1985年にイギリスの牧場で一頭の牛に異変が見つかったことが、狂牛病が発見されたきっかけだった。イギリス全土で同時に牛の異変が多発するようになった。色々な可能性が検討され、最終的に飼料の問題が残った。促成的肥育により効率的にミルクを生産するため、子牛は生後すぐに母牛から引き離され、代用乳(肉骨粉を水で溶いたもの)を与えられていた。肉骨粉の原料の中にはあらゆる病死牛、羊があった。狂牛病の原因について、現在は、羊のプ



リオン病であるスクレイピーに感染した羊が原料に混入していたものと考えられている。

1988年、イギリス政府は飼料規制を行った。しかし、肉骨粉を国内の牛や羊のみに与えることを禁止するという甘い規制にすぎなかった。そのため、イギリス国内の肉骨粉製造業者は輸出を開始した。まずフランスへ、そしてフランスがあわてて輸入規制措置をとると、アジアやアメリカに輸出され、現在の状況を引き起こすこととなった。

狂牛病の病原体の潜伏期間は4～5年程度と言われており、イギリスで多発した狂牛病の牛は1980年ごろに感染したものと推定された。しかし、肉骨粉の製造自体は1920年代から行われていたし、羊のスクレイピーは200年以上前から確認されていた。どうしてこの時期に狂牛病が多発したのが問題となった。肉骨粉は、原料を大なべて煮込み、乾燥させて作られており、燃料として多くの石油が必要となる。ところが、1970年代後半から第4次中東戦争によって原油価格が高騰したために、製造業者は工程変更を行った。これまでより短い時間、低い温度で原料を煮込み、乾燥時間も短くした。この工程変更によって、病原体の不活化が不十分となって感染が起こったものと考えられている。

この間、ヒトに対する感染根拠のない楽観論が支配的であった。危険の可能を指摘する声もあったが、政府は無視し甘い飼料規制以外には何もしなかった。業界の混乱を避けるという意思が働いていたことも容易に想定できる。しかし、病原体には増殖や変異という特徴がある。羊スクレイピーの病原体が牛に感染する過程で、ヒト感染型が現れたと考えられる。

1994年頃から、イギリスでは10代、20代の若者がヤコブ病を発症するようになり、プリオンのパターンが狂牛病のパターンとほぼ完全に一致したことで、政府も狂牛病からの感染を認めなければならなくなった。

〈日本の状況〉

日本では、イギリスの狂牛病問題は対岸の火事と考えられ、対策らしい対策はとられなかった。わずかに農水省が肉骨粉の牛や羊への投与の自粛を通達するのみだった。しかし、厚生省が国内のヤコブ病患者について調査を行ったところ、今回の薬害ヤコブ病が明らかになった。

2001年9月に日本の狂牛病第1症例が発見されパニックとなった。そして2003年にはアメリカでも狂牛病が確認され、日本はアメリカからの牛肉輸入を禁止した。

2004年春、内閣府に設置された食品安全委員会は、政府からの諮問もなく独自に検討を行い、全頭検査の見直しに

関する意見をまとめた（月齢20ヶ月未満の牛は検査をしても分からない）。これは、日本と同程度の安全対策がとられていない狂牛病発生国からの輸入を禁止するという国策を前提として、アメリカからの輸入再開圧力を考えて、日本のハードルを下げたと考えるべきものである。

その時点での日本の体制は、①全頭検査、②特定危険部位（脳、脊髄、回腸、扁桃腺）の除去を獣医の立会いの下、全頭で行うこと、③飼料規制（肉骨粉を全ての家畜に与えることの禁止）、④個別牛の履歴を追跡できるように記録を管理するトレーサビリティ体制だった。

これに対して、アメリカでは、①毎年3500万頭の屠殺牛のうちわずか0.5%が検査されるのみ、②特定危険部位の除去も生後30ヶ月以上のみ、③脳や脊髄を肉骨粉とすること、それらを鳥や豚に与えることは禁止せず、④トレーサビリティ体制もなかった（生まれた牛の登録制度がない）。しかし、日本では2005年にも6頭の狂牛病が出ており、累計で20例に達している。それらに肉骨粉を与えた記録がない。日本では、肉骨粉ではなくオランダからの牛脂とアメリカの牛血しょう蛋白を原料として代用乳が作られており、20例中13例で同一メーカーの代用乳が与えられていた。農水省は有意な関連性が認められないとして全く追及を怠っている。

食品安全委員会の議論をふまえて初めて農水省は諮問を出し、委員会は、特定危険部位の除去がなされている20ヶ月未満の牛を全頭検査から除外しても変異型ヤコブ病罹患リスク上昇は非常に小さいとの答申原案を作成した。しかし、これは非常に問題が大きい。まず、前提が空論である。アメリカではトレーサビリティ体制がなく月齢を特定できない。また、危険部位の除去について獣医の立会いもない（日本では獣医の立会いにより3割が除去不十分で差し戻しているのが実態）。また、20ヶ月で線引きなどできない。イギリスでは20ヶ月の感染牛が確認されている。日本でも21ヶ月、23ヶ月の例がある。これはその月例で食肉とされたことから確認されているのであって、それ以前に見つかったかかも知れない。さらに、日本では、全頭検査の廃止を決めつつ、全都道府県が全頭検査を維持するために3年間補助継続をすることとなっており、ねじれ現象も起きている。

〈リスク論に関して〉

そもそも、消費者の判断に委ねられるべきものではなく、行政の不作为の連鎖で起きたことであり行政が責任を持つべき。最低限でも選択肢の開示が前提だが、多くは加工品、外食、給食に回ることになり、選択肢を開示されないうままに消費者の口に入ることになってしまう。

委員会は、リスクを定量化する評価機関である。しかし、「非常に小さい」という価値判断を含んだ定性的表現しかできなかったことから明らかのように、機能不全に陥っている。科学者にこの問題でのリスク総量を見極めることはできない。科学の限界であり、もはや科学者のみに委ねら

れるべきことではない。リスクの受忍者としての消費者の声を政策決定プロセスに反映させることが必要だが、アリバイ的なパブリックコメントを行ったのみ。7割が反対ないし不安を表明していたのに全く政策に反映しなかった。

また「リスクの定量」とは、ありていに言えば死者の数である。リスク論からは、狂牛病での変異型ヤコブ病感染のリスクは非常に低く、政府の施策はより高いリスク（例えば、交通事故対策、自殺対策）の回避に向けられるべきという考えも出る。しかし、自分はそのような考え方には賛成できない。リスク論では、リスクの質と由来が見えなくなる。狂牛病は予見と回避が可能だった問題であり、行政の不作为の連続によって引き起こされた問題である。

狂牛病問題は、さまざまな行政の不作为や人災の連鎖によって引き起こされ、いまや消費者にまでリスクが及んで

いるという問題である。ベネフィット（利益）とリスクが同一人であって初めて正義が保たれる。しかし、狂牛病問題では、リスクを負う消費者が利益を受けているのではない（せいぜい安い牛肉を口にできるということ）。実際には、近代畜産で草食動物を肉食動物とし、危険を分かっている飼料を売りさばっている人達が利益を得ていたのである。

狂牛病問題は、まだ終わっていない。感染牛をできるだけ早く見つけて消費のサイクルからはずすこと、乳牛に動物性飼料を与えないようにして正しいプロセスでの農業に戻すことが最低限必要と考える。出口リスクの低下だけを考えるのではなく、プロセス全体での適正な手続きを目指すことである。

ヤコブ・ネット北海道集会2005 in 函館

～薬害の根絶を願って～ 2005年9月10日 函館市

北海道での研修会・相談会を今回初めて函館市で開催しました。「北海道難病連函館支部」と「薬害オンブズパーソン・タイアップグループ函館」との共同開催という形で取り組み、また新たな広がりをつくることができました。

会場となった函館市保健センターには、地元函館や北海道内、そして全国各地から約80名の参加者が集いました。函館市を拠点に活動している上記2団体の働きかけで、渡島支庁・函館市・函館保健所・函館市医師会及び薬剤師会・北海道看護協会道南支部のご後援をいただきました。

上田宗代表の挨拶の後、第1部は、北海道医療大学教授

の森若文雄先生を講師に招き、記念講演「プリオン病：北海道における発症の状況と今後の課題」行われました。続く第2部は「ノーモア・ヤコブコンサート」として、薬害ヤコブ病被害者家族3名の方がそれぞれの思いを訴えた後、シンガーソングライターの山本さとしさんによる歌声に、命の尊さを確かめ合うひと時となりました。最後に現地実行委員から北海道難病連函館支部長の佐藤秀臣さんが閉会の挨拶に立たれ、無事集会を終えることができました。

紙面の都合上、次号にて詳しい報告を予定しています。

米国産牛肉の輸入問題 消費者の生命・健康を守る 立場から質問状を提出

薬害ヤコブ病被害者・弁護団全国連絡会議では、2005年11月14日付けで、内閣府食品安全委員会・農林水産大臣・厚生労働大臣への質問状「米国産牛肉の輸入問題について」を提出しました。

〈質問状の抜粋〉

10月末に食品安全委員会プリオン専門調査会が「答申案」をまとめたことから、マスコミにより、「米国産牛肉が12月にも輸入再開」などと報じられています。

私たちは、ヤコブ病の被害者家族・遺族とその支援者で作る団体で、ヤコブ病の恐ろしさを身をもって体

験、または知っています。それだけに、この問題に、重大な関心を寄せております。牛肉で生計を立てている日米の業者の方々が、早く輸入を再開してほしいというお気持ちはわかりますが、この問題では、何よりもまず、消費者の生命・健康を守ることが優先されなければなりません。

私たちは、そうした立場から、米国産牛肉の輸入再開問題について、以下のような事項をお伺いする次第です。

これに対し、2006年年1月10日付にて、内閣府食品安全委員会事務局・評価課長より回答がありました。

〈回答書の抜粋〉

ご指摘のいただいた「米国の我が国への輸出プログラムにより管理された牛肉等のリスク評価」に関しては、12月8日の第123回食品安全委員会において審議が行われ、厚生労働省及び農林水産省に対し、
・米国及びカナダに関するデータの質・量ともに不明

な点が多いこと、及び管理措置の遵守を前提に評価せざるを得なかったことから、科学的同等性を評価することは困難としつつ、

・他方、リスク管理機関から提示された輸出プログラムが遵守されるものと仮定した場合、米国及びカナダ産牛肉と我が国の牛肉の差は非常に小さいという内容の答申を行ったところです。

なお、答申の付帯事項として、リスク管理機関が施策を実施する場合には、

- ・国民に十分な説明を行うとともに、
- ・輸入再開の場合は、輸出プログラムの遵守の確保の責任を負うこと、が付されています。

〈質問と回答〉

(問1-1) 月齢20ヶ月齢以下の牛はBSEに感染しないのでしょうか？報道では、「異常プリオンが脳せき髄に蓄積しにくい」とのことです。ということは、月齢20ヶ月齢以下でも、感染し、体内に異常プリオンが存在する、ということになりますか、いかがでしょうか？

(答) 牛におけるBSEの感染メカニズムに関して不明な点も多いですが、20ヶ月齢以下の牛であっても、BSEプリオンが存在する可能性は否定できません。ただし、平成17年5月にとりまとめた、我が国における牛海綿状脳症(BSE)対策に係る食品健康影響評価では、「2005年3月現在、20ヶ月齢以下である2003年7月以降に生まれた牛における感染率は『非常に低く』、感染牛のBSEプリオン蓄積量は『少ない』ものと考えられる」とされています。

(問1-2) 米国において、牛が「月齢20ヶ月齢以下」であることは、どのようにして確認・証明されているのでしょうか？また、そのことについては、日本としては、どのように確認するのでしょうか？

(答) 日本に輸出される牛肉及び内臓は、米国の日本向け輸出プログラムにより管理されます。輸出プログラムでは、20ヶ月齢以下の牛は、出生証明書(個体月齢証明、集団月齢証明)、あるいは枝肉の生理学的成熟度(A40以下)により判別されることとなります。また、リスク管理機関は、米国及びカナダから日本向けに輸出される牛肉及び牛の内臓について実施されるリスク低減措置が適切に実施されることが保証されるシステム構築を行う必要があります。考えられるシステムとして、日本向け輸出牛肉等を処理加工する施設の認定制度及びそれら施設への行政による定期的な立入調査等を含む管理システムが有効なものとして考えられます。なお、厚生労働省及び農林水産省から米国及びカナダにおける日本向け牛肉認定施設の査察について(結果報告)がプレスリリース(<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2005/12/h1226-2.html>)されており、ご覧頂きますよう、お願いいたします。

(問2) もう一つの重要な「前提」は、「全頭からの特定

危険部位の除去」です。しかし、この問題については、「答申案」では、「(米国・カナダの)と蓄場の監視実態が不明であり、安全担保の実効性に疑問が残る」との付帯事項を付けています。このような疑問を解明するため、今後どのような現地確認・監視を予定されているのですか？

(問3) 「答申案」の付帯事項では、「健康牛を含めたBSE検査の継続が必要」ということもあげています。このことを、米国等にどのように求めていく予定ですか？

(問4) 「答申案」の付帯事項では、さらに、「危険部位の利用禁止と飼料への利用禁止」を米国等に求めることが記されています。このことについても、米国等にどのように求めていく予定ですか？ 11月10日の報道では、米国では食品医薬品局(FDA)の飼料検査には時間がかかり過ぎ、「汚染が確認された時には、問題の飼料がすべて消費されていることになりかねない」と会計検査院が警告しているとのこと。禁止だけでなく、その検査態勢の問題も含め、調査・確認をして下さい。

(答2~4) リスク管理機関に係るご意見ですので、当方からの回答は差し控えさせていただきます。

(問5) 食品安全委員会では、29日までの期間、国民からの意見(パブリックコメント)を募集しています。このようなことを費用・時間をかけてするのは、輸入再開をかどうかを決めるための重要な参考意見を聞くためであって、形の上で行うだけということでは決してない、と理解いたします。食品安全委員会は、寄せられた国民の意見に十分耳を傾け、尊重されると理解いたしますが、そのような理解でよろしいでしょうか？

(答) 募集期間中にお寄せいただいた意見・情報は、プリオン専門委員会の専門委員に送付させていただきました。このうち、誤植や分かりにくいのご指摘を踏まえ、評価書案を修正するとともに、ご意見に対する回答案を作成し、さらに、食品安全委員会における報告・審議を経て、リスク管理機関に評価結果を答申しました。

他方、寄せられた意見・情報のうち、米国産牛肉等の輸入再開に対する是非、管理措置の遵守等、リスク管理機関に関わるものについて、既にリスク管理機関に送付し、適切な対応を求めております。

質問2~4については、管轄外とのことで内閣府食品安全委員会からの回答はありませんでした。これに対し、1月18日付けで厚生労働省と農林水産省へ回答を求める質問状を再度提出しました。

原告の手記から シリーズ④

■意見陳述より

(2001年5月28日 大津地裁にて)

大津原告 上田 衛代氏



上田衛代でございます。主人が亡くなり、1年と5ヶ月半が過ぎました。他人様は、月日が解決してくれ

ますから…と慰めてくださいますが、私は、日が経てば経つほど、空しさが、悲しさが、悔しさとなって、1日として涙の乾く日などございません。何故ならば、主人と過ごした40数年間のいろいろな事柄が昨日のこのように頭の中をよぎるからです。

主人は、「人は裸で生まれ、裸で死んでいく。僕は、思いきって無から始めたいと思う。黙ってついてきてくれないだろうか。僕があなたの片足になる。あなたは僕の片腕となってほしい…」そう言って、その4年3ヶ月前に、突然目と足が不自由になった私に、求婚してくれました。結婚生活は、山あり、谷あり…、それはそれは「大変」の連続でした。でも、苦しいと思ったことは一度もありませんでした。

月日の経つのは本当に早いもので、私たちも元気な2人の子どもに恵まれ、本当に絵に描いたような幸せな日々でした。娘が小学4年生のときでしたか、「私、大きくなったらお父さんと結婚したい」と主人に言ったとき、主人は笑いながら、「やだよ…」と言ったことを思い出します。息子は中学3年生の弁論大会の時、「僕が父に、父の跡を継いで医者になりたいと言ったとき、父は『人の命を預かる大変な仕事だ。人の命は金で買えないからなあ。無理をするんじゃないぞ』と一言一言かみしめるように言いました。僕はこの言葉で、医者になる決心を固めました」と述べました。あとでこのことを聞いた主人は、あまり言葉にはしませんでした。心の中でどれほど喜んでいたことでしょう。

主人は、誠実で、親切、心から優しい人。山をこよなく愛し、親思いでした。また、兄弟姉妹も本当に仲良しで、そんな上田家の一員に加えていただいた私も、大変幸せ者です。

1998(平成10)年の6月8日、私の69歳の誕生日でした。主人は私に、「実は、もと(私のこと)が60歳まで生きられるだろうかと、1年1年が本当に怖かった。でも本

当によかった」と言ってくれました。それは私が心臓病を患っていたからです。私は、その時の主人の嬉しそうな顔が、今も忘れることができません。

「来年は2人とも70歳。宗くん(息子のこと)が帰ってきてくれるだろうか。そうになったらやっとなら第二の人生だね。いろいろと考えていることがあるんだ」と、嬉しそうに缶ビールを、「今日は1本だけ」と言わず「もう1本」と言い、「宗くんと一緒に病院をするのが最高なかもしれない。しかし昔の医療とだいぶ違うからなあ。僕は全面的に宗くんに任せて、僕たち2人で病院周りの草むしりと掃除でもしよう。学会とか用事のあるときは、僕が替われば安心して行けると思う。そうになったら、まず兄ちゃんと姉ちゃんと4人で四国の八十八か所巡りをしたい。それから2人でエジプト、最後にドイツに連れて行きたい」と言いました。

そんな夢と希望を語り、主人と、私の誕生日を喜んだのも束の間、その2ヵ月後には足の痛みを訴え、毎晩恐ろしい夢を見るようになり、夜な夜なベッドから落ちるようになりました。

1998(平成10)年12月の孫の誕生日に、主人は、「どうしても行きたい。もう最後かもしれない」と強く私に言いました。私たちは娘の車で、名古屋に行きました。小さな声で盛んに「最後」と言っていました。食事が始まっても、遂に好きなお酒は、口に運ばませんでした。どうにか震える手で、孫の口にケーキを持っていくのが精いっぱいでした。翌日とうとう主人は入院しました。

そして2週間、この考えてもみなかった恐ろしいヤコブ病と診断されました。主人は、息子に告知を受けたのです。主人は、息子の説明をそれは静かに聞いていました。息子は主人の冷静な姿に少し安堵して、名古屋に帰って行きました。それからです。主人は、ベッドから起き上がったかと思うと、私に向ってこう叫んだのです。「厚生省に行ってくる、厚生省に。靴を、靴を貸して！」それは本当に大変でした。私ではとても支えることはできませんでした。看護婦さん呼びました。主治医の先生も飛んでこられました。

主治医の先生から、「先生、歩けませんよ。どうしました。厚生省には、僕から話しますから」。そう言われても、主人は、それ以前にも増して激しくベッドで暴れました。主人はとうとう、ベッドに手足を結わえられてしまいました。

しばらくして、主人は静かになりました。そして、私に、「どうして、どうしてこの僕が…。どうして…。僕は、人の病を治す医者だよ。どうして…。本当にどうして…」と言いました。それから少し間をおいて、「僕はもう終わったんだ。最後なんだね」。小さな声で「ごめんね…」と言いました。「いったい誰に謝ってるの。あなたは何も悪いことをしてないのに」そう言おうとして、私は主人の顔を見ました。主人の目に、あふれ出た涙が溜まっていた。私は、横にあった白いタオルで、そっと涙を押さえました。

そして、ベッドに結わえられた主人の手をしっかりと握って、大きな声で泣きました。

そんな主人の言葉が、今も、私の足を毎日、お墓に向けさせます。主人が、最後に、私を連れて行きたいといったところが、ドイツであるというのも、なんとも不思議に思えます。ピー・ブラウン社のヒト乾燥硬膜が、主人の命取りになろうとは…、誰が想像できたでしょう。この硬膜さえ輸入されていなかったら、厚生省が、いち早くこの硬膜の使用を禁止してくれていたなら、主人も、また私たち家族も、ここに立つことはなかったのです。

人の命を預かるべき人たちが、人の命を奪う。本当に許せません。残念です。初心に帰り、人の心、人の道のわかる人間になってほしいと思います。そうしたならば、「2、3人の犠牲者はしかたない」とか、「ヤコブ病と一緒だ。頭の中が空っぽになる」とか、そんなことは口に出ないはずです。許せません。本当に悔しいです。

悔しさ、無念の思いで亡くなった多くの方々は、冷たい冷たい土の下でどう思っているでしょう。1日も早く、安らかな眠りにつくことができますよう、また今なお、この病気と闘っている皆様に、そして家族の方々に明るい光を与えてくださいますよう、正しい心ある審判を、切に、切にお願い申し上げます。

『葉害ヤコブ病の軌跡 第2巻 被害・運動編』 葉害ヤコブ病被害者・弁護団全国連絡会議：編 日本評論社 2004)

ヤコブ病サポートネットワーク相談窓口

◇岐阜県中津川市(本部) 0573-62-4970

*eメール cs-net@takenet.or.jp

*ホームページ http://www.cjd-net.jp

◇滋賀県大津市 **0748-72-1478**

◇東京都 **03-5391-2100**

◇札幌市 **011-813-7049**

〈表紙の解説〉

◇イラスト「ハリストス正教会」

函館の坂の上に立つ塔のきれいな教会です。この町は好きで、煉瓦倉庫、ななかまど、八幡坂などをこれまで書いています。今は、無謀ですが、夜景に取りかかり悪戦苦闘しています。(大津弁護士・三重利典)

◇うた「母さんのコスモス」

東京原告の池藤勇さんが、大津原告の谷たか子さんを見舞った時に、亡くなった妻・幸子さんの姿に似ていることに衝撃を受け、「ヤコブ病訴訟を支援できる、みんなでうたえる歌をつくりたい」と書いた詩がもとになりました。この詩が、弁護団のつてで作曲家・林学氏に届けられ、林氏によって作詞・作曲されたのが「母さんのコスモス」です。葉害ヤコブ病訴訟のなかで最初に生まれた歌です。

〈ヤコブ病サポートネットワーク〉 2006年度総会のお知らせ

と き：5月28日(日)13:00~17:00

ところ：日本福祉大学名古屋キャンパス

(鶴舞駅徒歩5分)

1. 記念講演：葛原茂樹教授
(三重大学医学部神経内科)
2. 総会：2005年度活動報告・会計決算
2006年度活動方針・会計予算等
3. 地方相談会
◆参加費無料。どなたでも参加できます。

編 集 後 記

- ◆2月に東京で開かれた「プリオン病のサーベイランスと対策に関する全国担当者会議」に初めて参加しました。各研究者の方々の報告を聞き、大変勉強になりました。また、サポートネットの役割についても改めて考えさせられる機会となりました。3ヶ月間の本部勤務を終え、4月初めに札幌へ帰ります。しばらくは札幌にて、専任相談員として勤務しますので、どうぞよろしくお願いたします。(浅川)
- ◆岐阜はこのところ少しずつ暖かくなり春の訪れを感じさせます。3月末の桜の開花が今から楽しみです。(井上)
- ◆『ヤコブ・ネットNEWS』へのご意見・ご感想をお寄せください。手記・絵手紙・イラスト・詩・短歌・俳句・川柳等も随時募集しています。採用された方には薄謝(図書券)を進呈いたします。

〈送付先〉

〒003-0806 札幌市白石区菊水6条3丁目3-5-201

ヤコブ病サポートネットワーク 北海道相談窓口まで