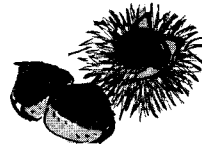


# 小金井 かんえんの友



会報 110号 2013年9月30日

発行所 小金井地区肝友会

事務局 〒184-0003

小金井市緑町4-17-16（杉田）

Tel&Fax 042-383-2024

郵便振替 00170-1-96677

## 生老病死こそ人生そのもの（二） 安部 欣一

その時——2013年9月8日早朝、日本中が2020年オリンピック開催地が、東京に決定し沸き立っていた。

その時——私はこの原稿を書き始めた。前編が2011年9月1日だから、ちょうど2年経過したことになる。その間に、いくつかの出来事があった。まず第1は、制がん剤の《ネクサバル》の服用開始である。この薬を服用して1年5カ月の先輩増田智海さんに、手とり足とり、服用の経験と教訓を教えてくださいました。その増田さんも、5月24日西国分寺の東福寺での葬儀では、われわれも参加することになったのである。

次に心に残って離れないのが、山田百合子副会長の死である。何事にも前向きな彼女は、会の日常の仕事から、他の会議への代表としての出席、その上、染色・織りものまで、伝統工芸の研究など実に熱心に取り組む人だった。

先日、私達は日野邦彦先生から《肝硬変の「代償期」「非代償期」を生きる》というテーマで学んだ。私は、死をふくむ死の直前までの臨床について知りたかったのである。

肝臓病について真正面から対峙しようと思えば、肝臓病の終末について学習することは不可欠の要件だと思ったし、何よりもまず自らの臨死の想定から、「死」そのものを考えてみたかった。

人生は躍動の累積であるとともに、不安と失敗の連鎖でもある。成功に失敗の落とし穴があったり、失敗のなかに成功の緒口（いとくち）があったりする。そこで、患者としての病中人生を四期に分けてみた。

第一期は、まさに発症の時であって、不安・動揺に包まれる。まさに疑心暗鬼の時期である。しかしそこが人間の人間たる所以である。必らず、光を探し出す。そこで第二期に入っていく。医学全般にわたっての求知の時であり、また人間として成長していく、すばらしい契機がひそんでいる。その時に、医師・看護師・薬剤師・療法士、まさに大コンサルタント集団なのである。これを活かさない手はない。おまけに、患者仲間がそこにあたたかい手をさしのべてくれる。うっかりすると自分が患者であることを忘れてしまう。そして第三期は、病気の治療、新しい治療法などの挑戦の時なのである。かくして、第四期に入る。人生の終決を控えてその人らしい曙光を見出すにちがいない。（終）

（筆者は当会相談役）

## 「いのちが最優先される社会」の実現へ

——肝炎問題の現状と今後について聞く——

参議院議員 川田 龍平先生（みんなの党）

去る4月14日、小金井市商工会館萌え木ホールで行われた当会主催の講演会における講演録です。大変お忙しい中、参議院議員川田龍平先生にお話をさせていただき、その後の質疑にも丁寧にお答えいただきました。ありがとうございました。

## はじめに

ご紹介いただきました川田です。私は生まれも育ちもこの会場のある小金井市の隣の、小平市小川町の萩山駅近くの萩山団地で育ちました。小平高校に進学して、大学は東京経済大学を出ております。ですから私にとってはこの辺は地元となります。今日は肝炎の患者会の皆様がいらっしゃるということで肝炎を中心に話を進めたいと思います。

## 血液製剤

私自身もC型肝炎に感染をしております、薬害エイズとC型肝炎も同じ血液製剤から感染しております。エイズウイルスが騒がれるより前にすでに肝炎問題は起きておまして、1970年代のまだC型肝炎が非A非B型肝炎と呼ばれていた時代にすでに問題となっております。私は1976年の生まれで生後6カ月から血液製剤を使い始めて、そのあと3才半（1979年）から輸入の濃縮された血液製剤を使っていて感染したわけです。

この血液製剤はどのような経緯で使われるようになったかと言いますと、これは戦争と非常に大きくかかわりがありました。血液を輸血する代わりに何か代用になるものがないかということで、戦争中に731部隊で人体実験が行われておりました。このデータを戦後GHQがアメリカへ持ち帰って、これらの研究者も研究を続けるということで免責されてその後各大学や研究機関で教授として残って働いておりました。この中で血液の研究をしていた人たちが血液製剤の研究もして、この製剤を私は3才半から使い出したわけです。この血液製剤はベトナム戦争の時代に研究が進みました。戦場という過酷な状況の中、電気も通ってなくて冷蔵庫も用意できない、つまり生の血液を保管できないような場所で血液を確保する方法として濃縮の血液製剤というものが開発されたのです。血液製剤を濃縮させてそれを蒸留水で溶いて過酷な土地でも使えるようにしたものです。やがてベトナム戦争が終わってアメリカ国内でこの血液製剤が余ってしまったわけです。1975年にベトナム戦争が終わって、そ

## ＜川田龍平先生プロフィール＞

1995年3月（19歳） HIV感染を実名公表

1995年7月 薬害エイズ・人間のくさり「あやまってよ95」

1996年2月（20歳） 菅直人厚生大臣が国の責任を認め謝罪

1996年3月 東京HIV訴訟で実質勝利し和解

2007年7月 参議院選挙東京選挙区にて68万余票を得て初当選

2007年10月 環境委員会初質疑で地震や原発事故による放射能の危険を指摘

2008年 ジャーナリスト堤未果と結婚

2009年12月（33歳） みんなの党入党

2011年 IPU列国議員連盟特別アドバイザーに就任

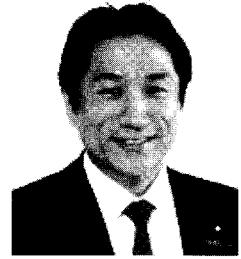
2011年8月（35歳） 原発放射能から子どもと妊婦を守る法案策定

2012年6月（36歳） 参院与野党共同提案で「子ども・被災者支援法」成立

2013年1月（37歳） 子ども・被災者支援議連を設立、事務局長に就任

ライフワークとなる薬害再発防止に向けた議連も設立

2013年7月21日 第23回参議院選挙に、みんなの党比例区から立候補、11万余票の得票でトップ当選



その後1978年にそれが日本に入ってくるようになりました。

このアメリカから輸入された製剤の中にエイズウイルスや肝炎ウイルスが入っていたということです。1981年にエイズという病気が発見されたわけですが、当時は病名もなく奇病と呼ばれアメリカでの男性同性愛者や麻薬常習者、また血友病患者の中にこの奇妙な病気ははやっていることだけがこの年にわかってきました。日本ではこの年の7月20日の毎日新聞が初めて報道いたしました。自分の母親もこれを見て大変心配して、その切り抜きを当時の主治医に持って行ったのですが、問題ないということでそのまま血液製剤を使い続けていたわけです。日本ではこの血液製剤に熱を加えたものが認可されて販売されるまで、アメリカに比べて2年4カ月余計に時間がかかりました。アメリカでは1983年の7月に認可されているのに、日本では1985年までかかりました。結局その2年4カ月の間加熱されていない、つまりウイルスを不活化させていない危険な血液製剤が市中に出回っていたわけでありました。それだけではなくさらにその後も2年4カ月にわたって回収もしなかったために在庫がすべて使われてしまったという結果になり、これらのことによって日本の血友病患者の約4割、つまり2,000人弱の人がHIVに感染するという薬害事件が起こってしまいました。

### 薬害エイズ裁判

この薬害事件は防げたのではないかとということで、裁判に訴えて、そのことにより多くの人がこの事実を知っていただいたおかげで結果的にこの裁判に勝利することが出来ました。薬害エイズ裁判というのは1989年に始まったわけですが、この時はほとんどの人は薬害エイズがなんであるか知りませんでした。

一人目の原告であります愛媛の赤瀬さんは、大阪の裁判で実名を出しておりました。この時はこの方だけが名前を出して闘っていたのですが、東京の裁判では一人も名前を出しておりませんでした。東京の原告では草伏さんという方がペンネームで名前は出していましたが、顔を出すことはしておりませんでした。大阪ではほかに京都の石田さんという方も名前を出すのですが、家族の方が出ることもなくお一人で闘っていました。1989年から1995年までというのは、名前を出す方も顔を出す方もいらっしゃいましたけれど、血液製剤が出来る前からの血友病の患者さんであったために、障害を持っていて足が不自由だったり、お年を召していたりしていたことにより、血液製剤を使って感染したことに対して一般の人に薬害であるということがなかなか伝わりませんでした。

### 裁判への参加

私は1995年の3月6日に薬害エイズの被害者として東京の原告として初めて実名と顔を出して公表いたしました。当時19才でしたが、この年齢つまり未成年者の立場で実名を公表したのは私が初めてでありました。このことがニュースとしてセンセーショナルに取り上げられて多くの人を知ることになりました。若い人たちにも身近な問題として考えられるようになって、彼らが行動を起こして世論が盛り上がってきたわけです。この時に大学生の人たちが自分たちに何かできることはないかとボランティアで活動に参加して、裁判を応援するための運動として3,500人の人たちが厚生省を取り囲む「人間の鎖」という集会がその年の7月24日に行われました。この時に初めて新聞とテレビがヘリコプターを飛ばして取材をしました。学生運動と言われている若い人たちの社会運動が、ヘリコプターまで飛ばして取材したというのは東大の安田記念講堂の事件以来と言われています。若い人たちが社会問題に関心があるということ自体がニュースになったようでした。

### 政治家が動き和解へ

この結果薬害エイズの問題がクローズアップされてその当時の政治家が動くということにつながって行きました。それまでは薬害エイズの問題について政治家もほとんど取り上げてくれませんでした。当時「新党さきがけ」という政党がありまして、党の方針の中に薬害エイズの問題の早期解決を取り上げてくれていました。この政党の中にいた枝野幸男さんが薬害エイズについて一生懸命取り組んでいました。この枝野さんと社民党の五島正規さん、自民党の衛藤晟一さん達の若い議員さんが取り上げてくれて、自民党、社民党、さきがけの連立政権の中で画期的な裁判での和解という道をつくるきっかけとなりました。これは非常に政治的な力が働いた結果であったと思います。1996年の1月12日に橋本政権が出来た訳ですけれど、その時は小平市も実は中選挙

区で菅直人さんの地元でありました。ある講演会に母親と呼ばれて講演に行きましたが、その会場に菅直人さんの奥様の伸子さんがいらっしゃいました。奥様がこの話を聞いた後で、家に帰り菅直人さんに政治は何をやっているのかと怒ったそうです。これがきっかけとなって菅直人さんが動くようになり大臣の時に薬害エイズ裁判で和解の道に進んだのです。菅直人さん本人は大臣になるまではあまりこの件に関して積極的に動いてはいなくて、それまでいろいろ動いていた枝野さんたちからするとトンビに油揚げをさらわれたと思っているようです。実際には党内でうまくまとまるように動いていた人はたくさんいたのですけれど、話題にはならず菅直人さんが謝罪をしたというニュースだけが大大的に流れて、彼のまるで手柄のようになってしまったわけです。菅直人さんが全国的に厚生大臣の時にこれだけ話題をさらったということで民主党が出来るきっかけになったのです。1996年の2月の和解の謝罪会見があって、3月に和解をして10月に1回目の小選挙区の選挙があったわけですが、この年に民主党が結成されました。

### 繰り返される薬害問題

自分はこの時に政治に対して関心があったわけではなかったけれど、薬害エイズの裁判を通して国を相手に闘ってきて、どうすればこの国を変えられるのであろうか考えてみると、昔からサリドマイドとか様々な薬害が繰り返されてきたことを考えると、そもそもこの国の仕組みとして構造的な欠陥があったのではないかと思い始めました。特に薬害を引き起こしてきているのは厚生省の官僚が製薬会社に天下って行き、その企業から多額の政治献金が政治家に入っていく、さらには官僚出身の人が政治家になって行く、学者や医師も製薬企業から研究費をもらおうといった政治家と官僚と企業と学者や医者といった、人が癒着した構造が薬害を引き起こしていたわけです。実はサリドマイドの事件が起こった時は患者の人たちに当時の薬務局長が謝罪をして二度と繰り返しませんと言ったのですが、この人がそのあと薬害エイズを引き起こしたミドリ十字の社長になっていたわけです。また、薬害エイズの時に薬務局長だった持永和見さんという方は自民党の国会議員になっているというように、薬害を引き起こした人がまた起こすという構造になっていました。

国相手の裁判で勝つということは非常に難しいのです。実際に被害を立証しなければならぬのは被害者の側にあります。C型肝炎問題のカルテの問題でもそうですけれど、カルテのない人は自ら被害を立証することができません。このように繰り返されていくこの薬害を何とか止めたいという思いがあり、また心からの謝罪を求めて私が裁判で訴えてきました。私が訴えたかったことは真相究明です。菅直人さんが実際に和解を受け入れて謝罪をしたのは画期的でしたが、この時に厚生省内に調査プロジェクトを作って官僚に薬害エイズの資

料を探させたのです。そのことで省内から資料が出てきました。それまで官僚がないと言っていた資料が出てきたのは画期的でした。実はあったのにないと厚生省は隠していたのです。彼らは自分たちに都合の悪い資料は絶対に出してきません。出す時でも選んで出してくるのです。実際には本当に重要な資料は未だに出てきていません。薬害エイズの問題でもあれだけ資料が出てきたと言っても、まだまだ出てきていない資料はあります。特に当時課長であった郡司篤晃氏が持っていた郡司ファイルというものがあるのですが、このファイルの一部が抜かれているのです。この部分はいまだに出てきていません。すべての資料が出てきていないこともあり、いまだに薬害エイズは防ぎようがなかったと言っている人もいます。薬害というのは被害者の側が繰り返し言い続けると加害者の論理が通ってしまうということがよくあります。

### イレッサの裁判

実は一昨日4月12日に最高裁の判決が出ました。みなさん記憶にあると思いますが、肺がん抗がん剤のイレッサの裁判で原告側が敗訴する結果になっています。この問題についても厚生省はおかしなことをやっております、和解勧告が裁判所から出た時に和解勧告をつぶすような意見を学会から出させたのです。学会にこの和解勧告はおかしいということを声明として出してほしいということをお願いして和解をつぶしてしまいました。このようなことを厚生省が主導して行った背景にはスピード承認と言って異例の速さで審査を通したことが原因と考えられます。実はアメリカでもヨーロッパでもまだ承認されていないという状況です。この薬を日本が初めて使ったわけですけど、日本で承認されるための審査の時に副作用情報がちゃんと報告されていなかったのです。そのためにイレッサの最初の添付文書に「間質性肺炎」という重篤な副作用情報が目立つところに書いていませんでした。そのために承認後すぐに間質性肺炎で何人も人が亡くなって行く結果になりました。本来承認前の薬について広告宣伝は出来ないのですが、イレッサについては副作用の少ない患者にとって夢の新薬であると記事の形で新聞に出た訳です。こうなると患者としては早く新薬を使いたいという気持ちになるのは当然のことです。飲み薬であることも災いして、患者さんが飲んで体調が多少おかしくなってもすぐに医師のところへ行かず、その結果手遅れになる例が多かったのです。肺がんなのだから肺が苦しいのはしょうがないと思ってしまったようです。これも薬害であるのではないかと裁判になったわけですけど、今回の判決では抗がん剤に対してがんそのものが治らない病気なのだから、これについての副作用は薬害ではないとの判断があったようです。抗がん剤に対する副作用まで気にして承認審査を行っていたら認可なんて出来ないという理屈で、まるで被害者が裁判に訴えること自体が目的であるとか、お金が目的なのではないとかで責め立てられたとのこ

とです。裁判になったことをきっかけにしてこの添付文書は何度も改訂されて間質性肺炎について注意喚起されて医師が慎重に使うようになりました。この薬はもともとアメリカではほかの薬が効かなかった場合に使う薬であり、ヨーロッパでは効果があるかどうか遺伝子の検査をしてから使うということで最初から使うことを考えてはいないものでした。これを日本の場合には副作用の少ない夢の新薬ということで皆がそれに飛びついてしまったのです。のちにこのイレッサは使う人によって効果があるないがわかるようになってきました。裁判を起こしたことは決して無駄ではなかったように思います。抗がん剤に対する副作用被害というものも世の中に認識されましたので、今後の課題となってきます。副作用情報を医師がちゃんと患者に伝えなければならないし、患者自身も理解しないと薬害の問題、特に副作用の問題はなくならないでしょう。

### 私とC型肝炎

薬害肝炎の問題はエイズと同じく血液製剤でC型肝炎に感染しております。私もC型肝炎にも感染しており、インターフェロンを10才の時から使ってきました。その頃のインターフェロンは $\beta$ というもので点滴での静脈注射で週2～3回打っていました。打つと副作用としてすぐに高熱が出て大変つらかった思い出があります。週に3回打つとその度に熱が出ますので、最初は解熱剤を使っていたのですが、そのうちに慣れてきて、熱が出て寝ることが出来るようになり、夜点滴をしてそのまま朝まで寝ることにしました。高校生ぐらいまで打っていました。そのうちに $\alpha$ に切り替えてからこれは皮下注射ですのでお腹に打ってもらっていました。点滴よりは副作用は楽だったのですが、そのうちにペグインターフェロンとリバビリンを使うようになってからC型肝炎ウイルスは減ってきて現在では検出限界以下になっています。

今肝炎はあまり心配することはなくなったのですが、一時期GPT、GOTの値は400だとか800なんて高い時があって当時は即刻入院させられました。HIVのほうは薬を飲みながら治療を続けていますが、肝炎のほうは治療の必要はない状態です。ですから私も肝炎から肝硬変、肝がんになる怖さは十分に理解できますし、一時は本当に心配でした。肝炎の問題は血友病患者にとっては避けられないと言われていました。妊婦の方が出産のために使ったりして感染した人は一回とか少ない量で感染していくわけですが、血友病患者の場合は何回も何年にもわたって薬を使っていたので、どこで感染したかを証明することが難しいのです。肝炎の問題が起こったのは1970年代でその頃からの感染を立証して裁判で認めさせるのは非常に難しかったのです。薬害C型肝炎の裁判では血友病患者は原告から抜かれています。血友病患者でHIVに感染している人はHIV訴訟の原告として裁判で和解に至っているのですが、血友病患者でHIVの感染は免れてC型肝炎に感染した人は裁判に参加できて

いないのです。これは弁護士が血友病患者を原告に入れると裁判が難しくなるということで入れなかったのですけれど、この人たちの問題は未だに何も解決していません。また、カルテのない人たちについても同じで解決できていません。今まで和解した人はわずかしきありません。C型肝炎で支給が認められているのは1,987人で、1万人以上と言われていた被害者のうち2割に過ぎません。いまだにカルテがみつからない、お医者さんもないということで証明するものが何もなく和解が認められない人がたくさんいます。これらの人のために実際に和解に至った1,987人の人たちがどういう状態でどのように薬を使ったのか、どこの病院で治療を受けたのかが分かれば証明するものがないの中に同じような人がいると思い、その情報を知りたく厚生労働委員会に質問をしたのですが、厚生労働省は出しておりません。カルテのない人でも何とか助けてあげたいと思っており、これからも活動していきます。

### 肝炎対策基本法

肝炎対策基本法が通ってからでも実は肝炎に対しての予算はほとんどついていません。患者からももっと治療を受けやすくしてほしいと要望も出ていますが、これについても予算は付いていないのが現状です。肝炎の患者数は大変多いので国策として、取り組むべきだということで肝炎対策基本法が出来たのに機能していかないのは、議員立法というものについて官僚側が「あれは議員が作ったものだから」ということで本腰を入れて動こうとしていないからです。これはがん対策基本法も自殺対策基本法も同じです。要するに内閣が提出する閣法というものに対しては内閣のほうで自分たちが出したものだとすることで責任を持って対応するのですが、議員が出したものについて、官僚は「あれは議員が作ったものだから」という自分が作ったわけではないとの気持ちがあり責任感がないのです。しかも基本法という名ですので具体化の中身がないので、それに対して詳しい計画を作るとか協議会で諮ってもらい報告書をもらうことを政府に働きかけなくては前に進みません。これを我々がやらないと形だけの法律が出来てそれで終わりという結果になりかねません。これからの課題はこれらの法律を生かしていくことが重要です。それには国会議員を使うということをお皆さんに行ってもらいたいです。よく、国会議員をどうやって動かすのかと聞かれるのですが、まずは地元の国会議員を動かすことです。特に有権者を意識するのは選挙前です。この時期が有権者として最も力を発揮できる時期です。これについては超党派でいいのです。とにかく地元の国会議員であれば自分が支持していなくても関係ありません。この人をまずは動かすことが大切です。ぜひ実行に移して下さい。以上で本日の話は終わります。



## 《質疑応答》

引き続き参加された方々からの質問に川田先生から答えていただきました。

また聴衆として参加されていた肝炎対策推進協議会委員の天野聡子さんからは、同協議会の活動の実態について、補足的な説明をいただきました。有難うございました。なお質疑の小見出しは当編集部において便宜的に付けさせていただいたものです。

**\* 議員立法に予算をつけるプロセスを教えてください**

**質問：**議員立法で成立したものに対し、予算をつけるための大まかなプロセスをお聞かせ下さい。（60才代 男性）

**答え：**予算を決定することになるので、野党の議員には全く力がありませんので、与党の議員に働きかけるしかありません。特に今ですと公明党の議員に強く働きかけることが重要だと思います。自民党もそうですけれども当事者に近い人を動かすのが大切です。たとえば子宮頸がんワクチンに予算がつきましたけれど、この件は公明党が非常に頑張っているという経緯があります。確かに市議会とか区議会で公明党の議員が意見書を出したり請願をあげたりと活動していたのですが、国会議員では松あきらさんが活躍していました。ここでは詳しくは言えませんが、裏でいろいろ利益が出る人があり、その辺の力関係もあったようです。後は、先ほど話をしましたが、超党派で行うこともあり得ます。

**\* 署名や請願はほんとうに効果があるのでしょうか**

**質問：**・肝炎患者会では毎年のように署名活動を行い、国会請願をしています。実際のところ効果のある活動なのでしょうか。もし続けるとしたらどうすればさらに効果的かを教えてください。

・地元の国会議員に選挙前に迫る具体例を教えてください。（60才代 女性）

**答え：**国会請願は委員会の理事会で通るか通らないかが決まるのですが、全会一致でないと通らないのです。そうするとだいたい自民党が反対して通らないことがほとんどです。まれに通るものもあります。腎臓病の患者会の人たちが出されたものが何回か通っています。なぜかという、絶対に出来ない請願項目が入っていないものでした。たとえば請願項目の中に「即時」とか「すぐに行く」と入っているとそれだけで通りません。また「全員を」とかの幅広い請願もダメな場合がほとんどです。自民党にとって都合の悪いものも通りません。また、前文をつけますが、これも与党に都合の悪いものでは駄目です。これらは書き方によるのですけれど、作文力に左右されてしまいます。この辺は私の事務所に持ってきていただければどうすれば通りやすいかスタッフでわかりますので、ご相談に応じます。たとえば「即時」とかをやめて「検討する」とかなら通りやすいのですが、そうすると意味のない請願になってしまうこともあり得ます。請願を通すことに重点を置くのか、それとも国会を通過しなくても出すことに意味があるのかを考えるとやはり通すことに重点を置くべきだと思います。

国会で承認させることが出来なければいつまでたっても国会で保留ということになってしまいます。通したことによってこれは国会が認めたのですよということになると役所に持っていきやすくなります。彼らも国会を通ったものだとやらなければならないと思うはずですが、ただし、たとえば「即時」と入っていなければ下手をするとそのままになりかねませんので、引き続き圧力をかけ続けることが大切です。その時は圧力をかける政治家を使うことになります。

次に地元の国会議員に迫る方法ですが、まずは会う時間を作ってもらうことが第一です。秘書なら会えるという時でも何とか本人に会えるようにするべきだと思います。会わない人は多分その問題に関心がないはずですので、会ってくれる議員を見つけるのが重要です。その他に議員の家族などが肝炎である等の情報が得られればそのような人はより近い存在であると思いますので、味方になってくれる可能性はあります。

**\*新薬等の治療で裏目に出た場合の補償はありますか**

**質問：**不幸にして新薬、新治療で裏目に出た患者を裁判等の闘争によらず救済するような立法は考えられないのでしょうか（65才 男性）

**答え：**効果がまだはっきりしていない薬について患者さんがチャレンジしたことによって何か補償の道があるかという、これは非常に難しい問題だと思います。治験とか臨床試験はそうですけれど、患者さんはそのリスクを合わせて受け入れて治療にチャレンジするしかないのではないのでしょうか。このご質問については裁判に訴えること自体が難しいと思います。ただしすでに結果が出ているものについてその結果を提示されないで被害が出た場合が薬害ということになります。

**\*「薬害」を断ち切るために私たちに出来ることは？**

**質問：**薬害を生む構造、官僚、政治家、学者、製薬企業の癒着構造を断ち切るためにどうすればいいのでしょうか。私たち患者に出来ることは何でしょうか。製薬企業と学者との癒着をなくするためのガイドラインも骨抜きにされてしまいました。政権が自民党に戻ってから、癒着をなくそうという姿勢が消えているような気がします。やはりマスコミに動いてもらい、世論を動かさないと政治を動かすのは難しいと考えます。しかし今はマスコミに対する政治の圧力も強いので、マスコミを動かすのも難しいように思います。（50才代 男性）

**答え：**おっしゃる通りで、マスコミが動いて世論を作り出すことがあったのですが、最近では安倍首相がテレビ・新聞等マスコミの社長、論説委員と毎日のように食事をしているのです。僕が考えるにマスコミは懐柔されてしまっています。民主党政権の時もそうでしたが、官房機密費がマスコミにかなり流れたりしてあまり政権をたたかなくなってきたように思います。どうすればいいかと申しますと、天下りの問題をなくしていくのも重要ですし、国民がそれらをしっかり監視していくしかないでしょう。学者と製薬企業との関係も情報公開するようにとの声が出ているのですが、

1年延期することになっており、この辺は本来マスコミが大きな力を発揮できるはずなのです。マスコミ内部で声を上げていく人はいるのですが、結局この人たちは組織にすることが出来なくなってフリーになって行くわけです。そうすると書く場所もあまりなく、せいぜいインターネットに出したり、本を書く程度の活動しか出来ておりません。

実際に私の妻が出ているラジオのJ-WAVEの番組ですが、環境省のがれきの広域処理の問題を取り上げようとして、ごみ問題に詳しい弁護士を呼んでインタビューするという企画を立てたのですが、急に環境省がスポンサーになって広告を出したのです。そしてこの企画はプロデューサーからやらないでくれということが実際にありました。政府広報ですとか、今言った環境省がスポットでCMを出したりして番組自体に圧力をかけているというのが現状です。東京電力や電気事業連合会もそうです。われわれは東京電力以外から電気を買うことはできないにもかかわらずCMを見させられていたのは、マスコミを操作するためにメディアを買っていたのではないのでしょうか。今後葉のコマーシャルが増えてくると報道番組でも大事なニュースが取り上げられなくなる可能性があります。こうなるとわれわれがマスコミに頼るのではなく自分たちで声を上げていくしかないと思います。ツイッターとかフェイスブック等のソーシャルネットワークをうまく使っていくことが重要であります。

#### \* 「肝炎対策基本法」への期待と幻滅ということについて

質問：「肝炎対策基本法」に対する、期待と幻滅ということについてご意見を承りたいと思います。同基本法が出来た際、私を含め多くの肝炎患者は、肝炎問題の前途に明るい未来を感じたと思います。それは、何よりも国が初めてウイルス性肝炎の感染と蔓延とについて、自らの「責任」を認め、今後の援助施策の方向性を明らかにしたからでした。しかしその後の現実はどうでしょうか。肝炎患者への援助を含むすべての施策は同法で規定された「肝炎対策推進協議会」という審議機関に集約されてしまい、患者側が直接に国（厚労省）に意見や要求をぶつける場合は保障されておりません。完全に役所が取り仕切る審議会の中で、中立団体代表や専門医・学識経験者などの委員に交じって細々とも申すというのが実態のようです。本来ならば、患者代表が国に援助・救済要求を突き付けその貫徹をはかるべく果敢に闘うというのが、あるべき交渉の姿であったはずですが。

ところが実態は、国と協調してセレモニー的なイベントを成功させたり、肝炎ウイルスの早期検診を呼びかける「社会奉仕活動」を展開するというのが、私たちが見聞きしている実態です。何とお上品で、紳士的で、ご立派なことでしょうか。このままでは基本法の理念はついに絵に描いた餅に終わるのか、という空しさを禁じえません。現行の一元的に審議会に集約されている交渉を、国VS患者会という当事者間の直接交渉に移すべく、同法の改正、もしくは運用上の改革というのは、可能なのでしょうか。その是非、可能性というものについて、率直なご意見をお伺いいたします。（70才代

男性)

答え：まずは肝炎対策推進協議会委員の天野聡子さんが本日いらしているので協議会についてお聞かせいただけるでしょうか。

天野さん：私は患者ではなく主人がC型の肝硬変、肝がんでした。5回目の肝がんによって5年前に亡くなっております。3年前に厚労省が肝炎対策基本法に基づいて肝炎対策基本指針を定めて、そのあと肝炎対策推進協議会が設置されて、その時に患者遺族代表委員として選任されました。3年間協議会に参加してまいりました。主人の闘病を長年支えてきましたので、肝硬変、肝がん患者の厳しい実態をよく知っておりますので協議会では肝硬変、肝がん患者の医療費支援、生活支援を毎回訴えてきておりました。また、肝臓病患者に対する障害認定が厳しすぎるので見直しをしていただきたいとも訴えてきました。肝炎対策協議会で患者委員は、他の委員と比べて大変積極的に発言しております。患者委員は頑張ってはおります。この点は理解していただきたく、医療費支援、生活支援そして障害認定について訴え続けてきたのですが、厚労省は肝硬変、肝がん患者に対しての支援については財源に限りがあるとのことで全く動く気配はありませんでした。これが現状です。せめて肝硬変、肝がん患者の支援に向けて実態調査を行ってほしいと訴えまして、調査である程度分かってきたら途中でもいいから施策に反映してもらいたいと訴えてきているのですけれど、2月に開催された第8回の協議会で厚労省の研究班が行ったアンケート調査の中間報告が行われました。その中で患者からは、治療法の開発と早期の保険適用、それと患者の医療費、生活支援の2つにおいて要望が高いという結果が出ています。研究の途中であっても肝硬変、肝がんで1日に120人も亡くなっている現状を見て何とか患者のために考えてほしいと訴えています。厚労省は動く気配がありません。当初から限られた財源の中での医療費の支援はハードルが高いという言い方をしておきまして、厚労省に対策をゆだねることに今大きな限界を感じております。そこで川田先生にお願いしたいのですが、先ほど行政が動くことが大切とのことで肝炎対策基本法が超党派で成立したこともあり、そのように患者支援を含む肝炎対策の推進というものを超党派の議連を組織していただきたいと思っています。お力添えをよろしく願いいたします。現在の肝炎対策協議会では厚労省の大きな壁に突き当たってしまっており、患者の意見が組み入れられておりません。

答え：ありがとうございます。協議会の現状については私も十分に把握しておりませんでしたのでよくわかりました。今のお話を伺っていて厚労省側は予算が限られているためにすべての施策が抑えられていることがよくわかります。減らす方向にばかりシフトしておきまして、社会保障費全体が増えていく中で今まで出ていたものでさえも削られていくことになっています。その一方でワクチンなどには多くの額が出ているわけですが、予算の使い方に偏りがあるようで、もっと使うべきものに使うのが重要だということを感じます。そういうことだと、おっしゃられたように議連を作る意味はあると思います。今後検討していかなければならないでしょう。ただし、

肝炎対策基本法が出来た時は自民党が確か退席していた時に可決したのだったと思います。超党派で成立はしているのですが、自民党の中でこの問題にちゃんと関わってくれる人を見つけないと何も進みそうにありません。また、民主党から肝炎の患者さんが出て国会議員になったことがあって、これについても自民党は非常にこの件に対して怒っていたという経緯もあります。福田総理の時に超党派で頑張って一生懸命成立させたのに、民主党から出たということで自民党としては肝炎の問題については取り上げないということにこだわっている議員がいます。ですから超党派と言ってもまずは自民党の議員にどう働きかけるかが第一歩となるのではないのでしょうか。現在は自民党の中にも元原告の人がいますので話をしてみたいと思います。ただ彼は一年生議員ですのでどの程度の結果が出るかはわかりません。政治の世界にはたとえば自民党の手柄にしたくないとか、いや民主党の手柄にしたくない程度のくだらないことで政争に使われて、結局このような大事な問題が進まないことがよくあるのです。くだらないことですが、どちらが先に手をあげたか、どちらが先に法律を提案したか程度のことでやるやらないが決まってしまう。たとえばとってもいい提案でも共産党が出したらその内容が何であれ自民党は絶対に乗りませんなんてことはあります。ですからこのような問題は時間をかけて根回しをして、超党派で動かないと物事が進みません。特に根回しについては自民党が最も必要です。まあ、根回しがなくて民主党は失敗しましたがけれど、自民党は根回ししすぎて物事が進まないことも事実です。超党派で何か行うにしても誰に相談に行くかも重要ですし、誰から相談するかの順番も大切になってきます。ここで間違えると全く物事は進まないのが政治の世界です。このような手順を踏んで力のある政治家が動いて官僚に「お前、やれよ」と言って始めて動くのです。一年生の議員が厚労省に行ったって何も動きません。行政を動かす力のある議員が必要です。

天野さん：自民党の田村憲久厚生労働大臣は日肝協の方々とよくロビー活動で訪問しておりまして、野党の時には大変理解していただいております。今回与党になりましたので、今後の対応に期待しております。

答え：田村大臣は私としても期待している方です。今薬害再発防止のための制度実現に取り組む議員連盟を立ち上げたばかりですが、これはちょうど薬害肝炎の再発防止と検証の検討会がありまして、この検討会が出した報告書の中に再発防止のための第三者機関を作るべきだと書いてあります。これを厚労省は覆したくて自分たちの審議会にもう一度かけたのですが、その審議会でも再び同じ答申が出てきております。ということで厚労省はやらなくてはならなくなったわけですが、それを民主党の時代に長妻昭さん、細川律夫さん、小宮山洋子さんと3代の大臣にわたってやりますと言っておきながら何もやらなかったのです。結局何もしないでどうしたかということ、最後に長妻さんが厚労の主査になっていたので議員立法で出してきたのです。結局それは廃案になったのですが、その問題の時に議連を作ろうということになって田村さんを事務局長にして私が次長になって皆に呼びかけて準備をしていました。そしたら解散

ということになってしまい、議連を設立総会の前に作ることができませんでした。そのうちに田村さんが大臣になってしまったわけで、どうするか田村さんに相談したら、田村さんの意向を受けた福岡資麿さん（自民党厚生労働部会長）にすべて任せるといふことで事務局長をお願いすることで動いていたのですけれど、与党が会長及び事務局長をしてしまうとあまりにも野党に対してバランスが悪いので私が事務局長になって福岡さんが次長で会長は尾辻秀久さんをお願いして超党派で週一回のペースで会合を持っていたのです。田村さんはこの問題に対して最も理解のある人なので参議院選挙までに手柄を立てたいと思っているはずなのです。ですから田村さんにはいろいろ持って行って強くお願いするのがいいと思います。しかも予算が、今回15カ月予算ということでバカ高い予算が付いています。見かけは25年度予算はあまりないように見えますが、実際は補正予算でぎりぎりに通した前年度のものが使われないでそのままあるので結構潤沢にあります。予算に潜り込ませるのは今がチャンスだと思います。

あと、法改正の話ですね。法律に見直しの規定が書いてあるといいのですが、これがないと改正案自体を出すことが困難になります。肝炎対策基本法には見直しの規定がないのでそう簡単には改正は出来ないということになります。世論であるとか何か機運が盛り上がってくると国会議員が動くことになります。

天野さん：肝炎対策基本法を変えられないかとのお話でしたけれど、これは本当に基本的なことだけ書いてあるわけですので変えるのは難しいと思いますが、基本法に基づいて肝炎対策の推進に関する基本的な指針というものが厚生労働大臣によって出されております。これはこれから肝炎対策基本法に基づいてどのように施策を進めていこうかというのが具体的に書いてあるのですけれど、少なくとも5年に1回見直すことになっておりますので、推進協議会ではそのところは考えていきますので、皆さまからも直してもらいたいところをあげていただきたいと思います。

以上

肝炎対策推進協議会委員  
次号は **天野 聰子さん** のお話を掲載します



## 杉田清子前会長の「慰労会」を開催 稲葉孝彦小金井市長もご出席

さる7月21日昼、調布市深大寺の老舗のそば懐石柏亭にて、杉田清子前会長（現名誉会長）の永年のご労苦に感謝する「杉田さんご苦労様！の会」が開催され、会員有志24名が出席して和やかな一時を過ごしました。同会にはご多忙の中、小金井市の稲葉孝彦市長も駆けつけられ、私たちの活動への変わりない励ましの気持ちをお伝えいただきました。



前列中央、花束を持つのが杉田前会長、その右隣は安部康談役、左隣が稲葉小金井市長、その左が川田会長

28年もの長いご貢献に対し、会からはささやかな記念品を贈って、感謝の気持ちでお応えしました。

## いま暴かれる「薬害犯罪」の全貌

新刊紹介

今井 彰『赤い追跡者』（新潮社）

「薬害エイズ」追及するNHK取材班の執念

私たち市井の庶民は、官庁の役人も、製薬会社の幹部も、お偉い医学者の方々も、みな「患者本位」と考えて、いつも善意で行動してくれていると信じている。

ところがそんなことは甘い幻想にすぎず、己のポスト維持、会社の利益、保身や名誉欲を第一に、汲々としている、そのために多少の人命が失われようと、病気になろうと、自分が直接的な加害責任さえ問われない限り屁とも思わない——そういう鉄面皮で鬼畜のような人種がごろごろとこの国の中枢にはいるのだということを本書は教えてくれている。

「薬害エイズ事件」をめぐるっては、すでに多くのことが報道され、裁判上は一応の決着が付いているし、本号の川田龍平議員の講演でも明らかにされている。しかしその真実がいかにして暴かれていったか、本書は当時NHK取材班のキャップとして、文字通り身命を賭して巨悪を追及し、解明に成功した取材班スタッフたちの労苦を、小説化して描ききった作品である。非命に斃れて行った年若い患者たちの無念は、哀惜の涙なしに読むことはできない。（13年6月刊、1700円）（萩尾記）



萩尾 邦生 様

入...日	2013年5月27日～
主病名	閉塞性肥大型心筋症
入院目的	閉塞性肥大型心筋症に対し
病状および 治療計画	閉塞性肥大型心筋症に対
	※別紙、病状
入院予定期間	約15日間

S病院による萩尾への診断

「肝外病変」とおぼしき

〈閉塞性肥大型心筋症〉  
克服闘病記

萩尾 邦生

「肝炎ウイルス」とは、文字通り肝臓に巣くって肝炎を発症させるウイルスですが、そのウイルスが永年の間にまれに肝臓以外の場所にもさまざまな症状を引き起こすことがあります。「肝外病変」と呼ばれています。この度、当会の萩尾邦生が「肝外病変」が原因と疑われる〈閉塞性肥大型心筋症〉の手術を受け、無事成功して元気を取り戻したので、この間の経緯を簡単に報告し、同病者の方々のご参考とさせていただきます。（筆者は当会事務局長）

\*それは「立ちくらみ」から始まった「異変」が始まったのは10年前くらいになるだろうか。正確な記憶は不確かなので、あるいはもっと前からかもしれない。

ふつうに道を歩いている途中で、不意に「立ちくらみ」に襲われ、身体全体が棒のように固まってしまう異変が起き始めた。めまいでもない、ふらつきでもない、一瞬にして頭から血が引いてしまう感じで、「立ちくらみ」と表現するしかない。その度にしばらくだまって耐えていると、血流が戻ったのか、正常に戻って動き出すことができた。

「立ちくらみ」が起きる頻度は、最初の頃は「ほんのたまに」であり、ストレスからの疲れではないかと、深刻には考えないようにしていた。しかし

次第に様子が変わってきた。「たまに」が数日おきに、やがて日に数回と、頻度が増してきた。これは身体の異常と考えるしかない。

まず疑ったのは、脳の虚血——脳神経外科でCT検査を受けたところ、脳梗塞の所見なし。次に神経内科、医師は言った。「脳外科の医師はすぐにCTに頼って、それだけで判断するんですよね。しかし脳には、CTには写らないラクナ脳梗塞という微細な異状があって、それが原因です」。そして血流をよくするバイアスピリンを処方され、症状が治まらなると、より強力なワーファリンを飲まされた。それでも治らなかった。

その間、貧血を疑ってかかりつけの内科に、異常なし。メニエール氏病を疑って耳鼻科へ、異常なし。心臓病を



疑って循環器科へ、異常なし。原因が特定されないまま、月日は経ち、「立ちくらみ」はいよいよひどくなり、外出して歩き出すと、とたんに異変が始まり、まともに歩き続けることが困難になってきた。

そういう2～3年前のある日、私の胸に聴診器を当てていた内科医が「心臓に雑音が聞こえます。エコーをとりましょう」と言った。エコーの映像には、信じがたいものが写っていた。小さなロケットの噴射炎のような、血流が激しく流れる様であった。これはなんですかという問いに、医師は「LVOT」です、と言った。「LVOT」って何ですか、との問いに「LVOTって言うんです。そういう病気です」。「LVOT」が何かは、そのときは分からなかったが、とにかく患者にも分からない、日本語にもなっていない心臓の異常というものが、はたして存在するものなのか。その内科には、今ひとり、大学の医局に籍を持つ心臓専門医がいて、その見立てでは「あなたの病気は、心臓病の教科書にも載っていない特異な症状で、とにかく試行錯誤的に薬で抑えていくしかありません」。そこで処方された薬剤（シベノール他）で、多少は症状を緩和することができた。

#### \* 四柳先生の「肝外病変」論との出会い

前段のような「心臓専門医」たちの珍奇な診断に不信と疑問を強めていたころ、東大医学部准教授の四柳宏先生の肝外病変のお話しに出会った。とくに小金井地区肝友会での講演の後、先生に質問する機会があった。私の心臓の異常もそれなのではないかとの問いに、先生は、それを証明するのは難

しい、かりに証明されたとしても、「肝外病変科」という特別の臨床科があるわけではなく、結局ふつうの循環器科で変わった心臓病として対応するしかない、とのことであった。私が期待したようなお答えではなかったが、理に叶ったご説明にとりあえずは納得するしかなかった。

私が「肝外病変」説にこだわったのには、論拠があった。それは患者会の若い会員から、心筋症と肝外病変との関連を裏付ける研究が、厚生省で以前に行われたことがあると聞いていたからである。私はインターネットや図書館のレファレンスサービスを駆使して、その研究のありかを探り、ついにその論文（サマリー？）のコピーを入手することができた（図版参照）。そこには、厚生省特別研究班の研究として、「C型肝炎ウイルスによる心筋症とHLAの関連」という論文があり、明確に関連性を認定していたからである。ネット検索では他の資料にも同様のことが明記されていた。

しかし、これらは残念ながら「傍証」的なものでしかない。しかし直接証明されないから該当しないということにはならない、十分疑わしいと考えるのがより合理的な判断であると私は信じている。

#### \* ついに診断確定から手術へ

肝心の「立ちくらみ」症状は、シベノールの服用以来少し緩和されていたが、それでも体力・体調の全体的な不調はいちじるしく、ちょっと急ぎ足をしただけでも息が上がるといった状態はつづいており、毎日うっとうしい気分であった。それに「心臓病の教科書にも載っていない」変な病気の正体は何

## 1052

## C型肝炎ウイルスによる心筋症とHLAの関連

京都大学医学研究科循環病態学 松森 昭

大橋直弘・原 正剛・篠山重威

東海大学医学部分子生命系遺伝情報 猪子英俊・

成瀬妙子・松澤由美子

厚生省特発性心筋症調査研究班 共同研究

【目的】近年、われわれの研究により拡張型心筋症(DCM)および肥大型心筋症(HCM)の病因としてC型肝炎ウイルス(HCV)感染の重要性が明らかになった。HCV感染者の肝炎発症にはHLAクラスII抗原の多型性が関与していることから、HCV抗体陽性心筋症の発症にHLAの多型性が関与している可能性が考えられる。HCV抗体陽性のDCMおよびHCM患者について、HLAタイピングを施行し、HCV抗体陽性心筋症の発症とHLAの関連について検討を行った。【方法】HCV抗体陽性心筋症患者31例(DCM19例およびHCM12例)の末梢血より、HLAクラスIのA、B、C抗原については血清学的検査法、クラスIIのDRB1、DQA1、DQB1、DPB1遺伝子についてはPCR-RFLP法にて、DNAタイピングを行い、健常一般集団136例と比較検討した。【結果】HCV抗体陽性のDCMでは、A11が患者群6例(42.9%)、対照群21例(15.4%)、R.R. 4.11、 $p < 0.021$ 、B67が患者群2例(14.3%)、対照群2例(1.5%)、R.R. 11.2、 $p < 0.043$ 、DPB1\*0901が患者群8例(42.1%)、対照群22例(16.2%)、R.R. 3.77、 $p < 0.012$ と有意な増加が見られ、Cw3が患者群2例(14.3%)、対照群55例(40.4%)、R.R. 0.25、 $p < 0.046$ と有意に減少していた。また、HCV抗体陽性のHCMでは、DRB1\*0407が患者群2例(16.7%)、対照群2例(1.5%)、R.R. 13.40、 $p < 0.03$ 、DRB1\*0901が患者群7例(58.3%)、対照群36例(26.5%)、R.R. 3.89、 $p < 0.02$ 、DQB1\*0303が患者群7例(58.3%)、対照群36例(26.5%)、R.R. 3.89、 $p < 0.02$ と有意な増加を認めた。【総括】HCVによるDCMにおいては、HLA-A11、-B67、-DPB1\*0901が疾患感受性、HLA-Cw3が疾患抵抗性と考えられ、HCVによるHCMでは、HLA-DRB1\*0407、-DRB1\*0901、-DQB1\*0303が疾患感受性と考えられた。

なのか、そのまま放置しておくのもがまんがならない。

私はある医師の紹介状を得て、N総合病院の循環器科のO医師の診断を乞うた。同部長のO医師は、造影エコーや造影カテーテル検査ののち、「閉塞性肥大型心筋症」との診断を下し、何らかの原因で心臓中隔の心筋の一部が肥大し、左心室から大動脈弁に至る血流が障害されて脳への順調な血流が阻害され、立ちくらみ症状が生じているとのことであった。私が長年のC型肝炎との闘病過程を語り、「肝外病変」ではとの問いには、証明はされないが「疑うに足る十分な理由がある」との返答であった。

治療としては、当面は薬剤の投与で経過を見ようというものであった。薬剤はやはりシベノール他の服用であって、症状としては劇的に好転するということはなかった。半年ほど経過したのち、私は意を決して「手術で根治できるものなら、リスクを冒してでももっと元気になりたい」旨を申し出た。O医師は「そうですか、ここでもできないことはないが、もっといい病院がありますので、紹介しましょう」。このO医師の度量の広さ、謙虚な姿勢には心から敬服させられた。

紹介されたのが、心臓専門病院として知られるS病院であり、そこでカテーテル手術の権威として著名なT医師であった。T医師を訪ねると、快く引き受けていただいた。懸案の「肝外病変説」については否定的であった。その理由は、C型肝炎ウイルスが原因なら、肥大型にはならず拡張型になる、肥大型はどちらかといえば遺伝性の素因が疑われるというものであった。しかし、私の近くに肥大型心筋症の家族

歴はなく、しかも先の厚生省特別研究班のレポートにも、肥大型含め証明されているのではなからうか。

ただ、今は大先生と病因論を争っている場合ではない。病因を突き止めることよりも、不愉快な症状を取り除き、少しでも快適な日常生活を取り戻すことが急務であった。入院は5月末から6月中旬までの2週間、手術は入院4日目に行われた。局部麻酔による心臓カテーテル手術で、右鼠蹊部動静脈、右手首動脈、右頸静脈の三カ所から何本ものカテーテルを心臓まで送り、そこから心筋の肥大部を特定して、純度100%のアルコールでその一部を焼灼するというものだった。

手術直後は、多少の物理的な不自由さは残ったが、心臓は全く別人に生まれ変わったかと錯覚するほど快調で、身体が軽くなり動きがスムーズになった。もっと早く原因が特定され、もっと早くに手術を受けていれば、どんなに楽であっただろうか。

手術の翌週から早速リハビリが始まった。この病院の優れていることは、心臓を単に臓器の治療で終わりとするのはなく、実際に心臓が生きて働く環境に順応できるようトレーニングも併せて行うという理念にある。専門のPT（理学療法士）が付き、毎日短時間だが、歩行などの鍛錬を受けた。リハビリは退院後も継続しており、毎週一回通っている。その目標は「全力疾走できるまで」としている。

しかし私には、依然として鬼門ともいべき肝硬変・肝がんが待ち受けている。すでに4度も肝がんの手術を受けてきた。いつ5度目のがんを発症するのか、楽観は許されない現実がある。  
(了)

# 「小金井市民まつり」にお出かけ下さい

◆日時：平成25年10月19日（土）、20日（日）午前10時～午後5時

◆場所：小金井公園テント村

◆内容：肝臓病資料配布、

患者による相談、交流会、

バザー品の販売

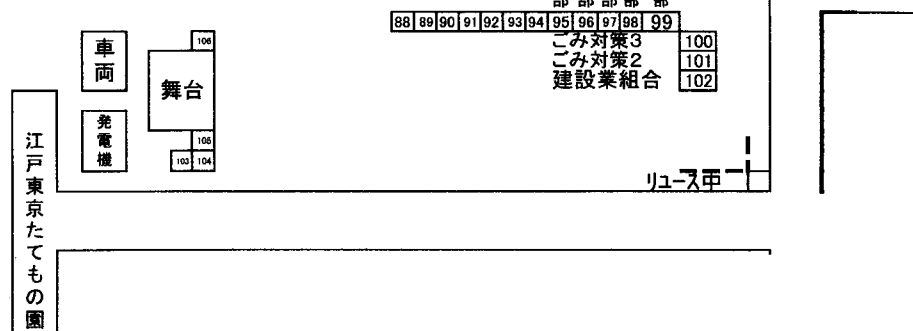
爽やかな秋の一日、散歩をかねて  
 ご家族づれでいらしてください。

シニアSOHO	87
国際交流	86
民主商工会	85
希望の家	84
スリランカ	83
原水協	82
中央医療2	81
中央医療1	80
肝友会	79
農工天	78
ローステップ	77
らく福祉会	76
あい	75
和福祉会	74
学習センター	73
小金井桜	72
北上	71
あん工房	70
商工会 女性部	69
長野県人会	68
明るい社会づくり	67

ここあたりです

三宅島友好協会2	66
三宅島友好協会1	65
シルバー人材2	64
シルバー人材1	63
出茶庭	62
衛真澄	61

電通正推進	88
自立支援	89
社会労働	90
食品衛生	91
警衛協	92
消防場	93
警察協	94
救護協	95
警備協	96
本本本本	97
本本本本	98
本本本本	99
こみ対策3	100
こみ対策2	101
建設業組合	102



＜お願い＞バザー用品（贈答品など）がありましたら  
 ご寄付をお願いします。当日現地まで。

■お問い合わせ先 小金井地区肝友会  
 渡辺 042 - 384 - 1400 / 杉田 042 - 383 - 2024