

〔 論 文 〕

薬害エイズ問題と官僚機構

小 森 治 夫

はじめに…… 本稿の課題

Ⅰ. 薬害エイズ問題の背景…… 戦後の血液事業と血液行政

Ⅱ. 薬害エイズ問題の論点

Ⅲ. 官僚機構改革の課題

おわりに

はじめに…… 本稿の課題

薬害¹⁾ エイズ²⁾ 問題は本当にひどい事件である。

キーワード：薬害，エイズ，血友病，血液製剤，官僚機構

- 1) 「薬害」と「副作用」とは違う。「副作用」とは、副作用を評価する条件（① 効果とのバランス、② 代わりの薬があるか、③ 副作用の症状の重さ、④ 病気の重さ、⑤ 副作用がもとに戻るか、⑥ 副作用が頻繁に起きるか、⑦ 患者が妊娠・高齢など特殊な状態にあるか）を考慮して、受忍せざるをえない場合をいう。「薬害」とは、「副作用」のように受忍できない健康被害をいう。日本における主要な薬害問題としては、ペニシリンショック、サリドマイド、アンプルかぜ薬、キノホルム、コランジル、クロロキン、ワクチン、筋短縮症、血糖降下剤、X線造影剤、血液製剤によるエイズ感染、フェニルブタゾンなどの消炎剤、メナテトレノン、ポパテ、ソリブジンなどがある（片平洸彦「薬害としてのエイズ」、日野秀逸・片平洸彦・高野真樹・藤崎和彦『人間にとって医学とは何か』、新日本出版社、1995年、86～88ページ）。なお、日本の薬害事件の特徴について、次のような指摘がある。「わが国の大規模な薬禍・薬害事件の経過を辿ると、かならずおなじ軌跡にぶつかる。開発段階の試験データの死蔵と隠蔽、ほとんど無審査の製造許可、偽りの能書での販売促進、薬禍・薬害の無視・軽視、危険情報隠しと薬剤回収のサボタージュ。加えて、珍説・奇説をもってする不毛な因果関係論争の展開である。国が製薬会社とくつわをならべて、予見義務と安全確保義務の違反はなかったと、毎日の生活にあえぐ被害者とながれ争うのも定まったコースである。」（高橋利明「特集にあたって」、『法と民主主義』1996年11月号、3ページ）
- 2) エイズ（AIDS）とは、1981年6月にアメリカで初めて報告され、1983年にウイルス（後にHIVと命名）による感染症であることが指摘された疾患である。感染経路は、① 感染者との性交渉、② HIVを含む血液との濃厚な接触（200ccの輸血で98%が感染）、③ 感染者の母親から子

HIV（ヒト免疫不全ウイルス）に汚染された非加熱製剤により、日本の約5000人の血友病患者³⁾のうち、約2000人という大量のHIV感染者を出し、既に400人以上が死亡し、さらに現在も4日に1人が死亡している。

つまり、血友病患者は、生まれつきの血友病にともなうさまざまな悩み・苦しみに加えて、その治療のために用いた輸入濃縮製剤⁴⁾によってHIVに感染させられ、本人はもちろん、その家族・遺族たちも極度の苦しみを経験させられているのである⁵⁾。

近年は、「性行為感染症」としてのHIV感染者が増加してきたため、次第に下がりつつあるが、HIV感染者に占める血友病患者の占める割合はまだまだ高く、過半数を占めている。それに比べて、欧米では、血液製剤によるエイズ

供への母子感染、がある。感染の有無は血液の抗体検査でわかり、抗体は感染後通常6～8週、長い時には12週で陽性となるので、感染の機会から3か月後に検査を受ける必要がある。感染した場合、1週間以内に風邪のような症状（発熱、関節痛など）が出る場合もあるが、多くは長期にわたり無症状のまま経過する。HIVのため、免疫の働きが徐々に低下して、免疫不全の症状（カリニ肺炎、カンジダ症、サイトメガロウイルス感染症など）を発症する例が多く報告されている。発症した場合の死亡率はきわめて高く、1年以内に50～90%とされている（片平、同上論文、91～92ページ）。

- 3) 血友病とは、血液凝固に必要な凝固因子のうち、第八因子または第九因子と呼ばれる蛋白質が先天的に欠乏している病気で、前者を血友病A、後者を血友病Bと呼ぶ。こうした因子が欠乏する原因は、従来は「伴性劣性遺伝」、すなわち、母親が血友病の遺伝子をもっていた場合、男の子に遺伝するとされていた。しかし、遺伝的な関係が証明されない「孤発例」が約4割見つかかり、「突然変異」により発症する可能性が指摘され、また、発症は男子だけでなく、少数ながら女子にもあると報告されている（片平、同上論文、89～90ページ）。
- 4) 血友病患者の出血治療は、1970年前後までは、全血ないし血漿の輸血しか方法がなかった。ところが、1964年、プールがクリオプレシピテートを開発し、治療は飛躍的に進歩する。わが国では、1967年にコーン分画製剤、1970年に乾燥クリオプレシピテート製剤の製造が承認され、血友病Aの患者に用いられた。血友病Bの患者に対しては、クリオが第九因子を含まないため使えなかったが、1972年から濃縮製剤（乾燥人血液凝固第九因子複合体）が承認されて使えるようになった。血友病Aに対しては、1978年以降、濃縮製剤（乾燥濃縮抗血友病人グロブリン製剤）の輸入・製造が承認され使用された。なお、クリオは1～2人の血液から作るため安全であるが、濃縮製剤は多人数（2000人とも、2万人とも言われる）の血液をプールして作るため、供血者の中に1人でもウイルスの感染者がいると、感染する危険性がある（片平、同上論文、90～91ページ）。
- 5) 1918（大正7）年、東京帝国大学医科大学精神病学教室主任であった呉秀三博士は、精神病患者が国や社会から見捨てられている状況を鋭く批判して、「我邦十何万ノ精神病患者ハ実ニ此病ヲ受ケタル不幸ノ外ニ、此邦ニ生レタルノ不幸ヲ重ヌルモノト云フベシ」という有名な言葉を残したが、血友病患者の場合は、血友病という生まれつきの病に加えて、国と製薬会社により現代のペストと言われ、現在、特効薬がない病エイズを感染させられ、その上に社会的差別を受けるといふ、三重の不幸を背負わされたと言えよう。

感染は、全体の1%内外と非常に少ない。このHIV感染者の多数を血友病患者が占めるという特徴こそが、「日本型エイズ」と言われるゆえんである⁶⁾。

本稿の課題は、なぜこのような悲惨な薬害事件がおこったのか、その問題点の所在を明らかにし、二度と再び悲惨な薬害事件をおこさないためには社会システムをどう改革すればよいのか、を明らかにすることである。その際の検討の視点は、薬害の社会的原因の視点である。薬害には自然的原因（原因物質）と社会的原因とがある。自然的原因の視点からみれば、日本で薬害エイズ問題がおきたのは、「日本で血友病の治療に用いた濃縮血液製剤の原料血漿がエイズウイルス（HIV）に汚染されていたため」である。しかし、本稿では、社会的原因の視点、すなわち、「その物質（薬）をまさに原因として作用させた社会的な仕組み、メカニズム」の視点から検討する⁷⁾。

次に、本稿の構成であるが、I章では、薬害エイズ問題の背景を明らかにするために、戦後の血液事業と血液行政を3期に時期区分して検討する。II章では、薬害エイズ問題の諸論点のうち、いわゆる「謎の1週間」問題と日本人のエイズ患者第1号の認定問題を検討し、薬害の社会的原因の視点から、当時のアメリカのエイズ事情、加熱製剤の緊急輸入問題、薬価差益問題、血液製剤の回収問題を検討する。III章では、薬害エイズ問題の教訓をふまえて、官僚機構改革の課題を提起する。

I. 薬害エイズ問題の背景……戦後の血液事業と血液行政

薬害エイズ問題の原点は、日本の血液事業と血液行政の歪みにある。ここでは、薬害エイズ問題の背景として、戦後の血液事業と血液行政を3期に時期区分して検討してみよう⁸⁾。なお、この画期は約15年ごとに、病気によっても

6) 厚生省のエイズ患者・感染者の報告には、①「国内」「日本では」という表現で、外国人、つまりほとんどが性交渉による感染者を含む数字にして、血液製剤による感染者の割合を相対的に減小させる、②血液製剤による感染者から性交渉で感染した人を異性間性的接触に分類する、という二つのトリックがある（広河隆一『薬害エイズ』、岩波書店、1995年、3ページ）。

7) 片平洸彦『構造薬害』、農文協、1994年、84ページ。

8) 本章は、池田房雄『白い血液』潮出版、1985年、増補版、1992年、を参考にした。

たらされているのが特徴である。すなわち、第1回目は梅毒、第2回目は血清肝炎、そして、今回はエイズである。

第1期は、売血主体の保存血液の時期である。

1948（昭和23）年、東大分院で輸血による梅毒感染事件が発生する。この衝撃的な事件を契機に、GHQは厚生省と東京都に血液銀行の設置を促すが、進捗しない。そのうちに、朝鮮戦争が勃発した。戦争は血液産業による血液銀行の建設にはずみをつけた⁹⁾。その営業形態は株式会社、公立、日赤立、財団および社団法人立とさまざまだったが、日赤を除いてその採血形態は売血に依存していた。この血液の多くは、乾燥血漿となり、朝鮮戦争の前線へと空輸された。乾燥血漿の製造には高度な技術が要求される。時代の激変に日本が柔軟に対応できたのは、戦時中に七三一部隊で血液研究が行われていて¹⁰⁾、血液銀行の開設にその技術が転用できたからである。朝鮮戦争の泥沼化にともない、日本は血液の巨大な調達基地と化す。しかし、1953（昭和28）年7月、朝鮮戦争は終熄する。これにより、血液産業も乾燥血漿の売りさばき先を失い、保存血液への本格的な参入を開始する。翌年には、保存血液が薬価基準に収載された。この措置により、それまで別格扱いされていた血液は、流通上、他の医薬品と区別がつかない存在になってしまった。そして、保険加入者ならだれでも輸血が受けられるかわりに、血液が薬の一種として安易に使用される傾向を生んだ¹¹⁾。ここに血液の大量消費の時代が到来する。

このような血液銀行の設立による保存血液の供給は、画期的な出来事ではあったが、売血依存の体質が払拭されないまま、日本の血液事業が新たな第1歩を踏み出した点に、後に発生する矛盾の源があったのである。

第2期は、昭和40年代の、売血制度を払拭し献血制度に移行した時期であ

9) 七三一部隊長石井四郎の右腕と言われた内藤良一氏が、ミドリ十字の前身である日本ブラッド・バンクを創立したのは、1950（昭和25）年11月である。なお、ミドリ十字については、毎日新聞大阪本社編集局遊軍編『偽装—[調査報道] ミドリ十字事件』、晩聲社、1983年、参照。

10) 森村誠一『悪魔の飽食』、光文社、1981年。同『続・悪魔の飽食』、光文社、1982年。同『<悪魔の飽食>ノート』、晩聲社、1982年。同『悪魔の飽食 第三部』、角川書店、1983年。

11) 「このとき急先鋒となり厚生省に圧力を加えたのが、ミドリ十字の専務だった内藤良一と日本製薬の女社長、竹内寿恵である。」（池田、前掲書（注8）、69ページ）

る。この移行の契機は、血清肝炎という病気である。

1960（昭和35）年9月、国際輸血学会が東京で開かれた。当時、日本は売血がほぼ100%を占め、日赤の献血はわずかに0.5%程度であった。この学会では、「日本はオール売血に近い状態だ」と日本の血液の内幕が暴露され、各国から激しい非難を浴びた。先進国の血液事業は、国家あるいは赤十字社の手で行われていたからである。前者はイギリス、フランス、スウェーデン、ノルウェー、ブルガリア、ハンガリー、後者はオーストラリア、カナダ、オランダ、南アフリカ、スイスなどである。血液というデリケートな領域を血液産業の放恣に任せているのは、日本ぐらいのものであった。進むべき道は献血と決まっていた、と言えよう。

この流れの中で、学生たちの献身的な行動が果たした役割は大きいものがある。1962（昭和37）年5月、早稲田大学の学生8名が日赤献血学生連盟を結成して、都内の大学での献血運動を展開するとともに、山谷の売血実態調査に取り組み、『売血から献血へ』と題する小冊子を発行する。この小冊子を機に、マスコミも動き始める。このマスコミの精力的な「黄色い血追放」キャンペーンが、献血への道を敷設しながら売血追放へと導いた、と言えよう。

また、その当時、大きな衝撃を与えたのは、ライシャワー事件である。1964（昭和39）年3月、アメリカ駐日大使のライシャワー氏が刺されて重傷を負う。その時に治療に用いられた保存血液で、彼は血清肝炎を併発した。その保存血液が売血だったのである。「黄色い血」は政治問題化し、時代は献血へと大きくうねり始める。そして、8月には、「保存血液を献血により確保」するために日赤と地方自治体が主体となりその体制を整備するという、「献血推進について」の閣議決定が行われた。

このような経過で、献血者は急激な上昇カーブを描きだした。従来、保存血液に占める献血者の割合は2.5%程度であったが、1964年5月には6.4%、7月には9.8%、10月には10%を突破し、12月には12.8%に達した。翌1965（昭和40）年には19.6%へ、そして1966（昭和41）年には、何と49%にまで迫ったのである。

このような献血の飛躍的な伸びは、血液産業の後退のピッチを早めた。1966年4月、保存血液の60%を供給していたミドリ十字が、保存血部門からの撤退を宣言した。そして、1969（昭和44）年、ついに保存血液（全血製剤）用の売血は消滅した。1974（昭和49）年には、預血も姿を消した。このようにして、保存血液の献血100%が実現されたのである。

しかし、ここに大きな落とし穴があった。日本においてようやく全血製剤用の血液が献血ですべて賄えるようになった頃、世界の趨勢は成分製剤と血漿分画製剤¹²⁾の時代へと推移していたのである。

第3期は、血液のすべての成分を輸血する全血輸血から、成分だけを輸血する成分輸血へと転換した、昭和50年代後半以降である。この第3期への移行の背景には、絶対的な血液不足がある。

1960年代、ヨーロッパやアメリカなどの先進国は、絶望的な血液不足に悩まされたが、血液のすべての成分を輸血していた全血輸血の時代から、成分輸血へと移行することによって、その苦悩を切り抜けた。つまり、血液学、輸血学などの著しい進歩に即応した、血液成分製剤や血漿分画製剤の製造と供給にその中心を移すことに成功したのである。

この60年代に先進国を襲った血液不足が、10年遅れて、1970年代の日本にやってきた。その背景には、①老人医療の充実による単なる延命的輸血の増加、②医学の進歩によってそれまで不治の病とされていたガンなどの難疾患に対する血漿分画製剤による治療の増加、③医療機関の点数かせぎのための輸血の乱用、などがあげられる。そのために、日赤がいくら採血しても需要に追いつかないという、悪循環が始まった。これは、厚生省と日赤が、全血輸血から成分輸血への転換という世界の趨勢に、対応しきれなかったことに原因がある。

言いかえれば、第2期の売血から献血への転換の背景には、血液の細胞部分

12) 血液は血球部分（赤血球、白血球、血小板）と血漿部分からなる。血漿分画製剤とは、血液中の血漿に含まれている有用な蛋白質（アルブミン、グロブリン、凝固因子など）を取り出し精製して製剤化したものであり、アルブミン製剤、グロブリン製剤、凝固因子製剤などがある。

は日赤の献血が担当し、血漿部分は血液産業にまかせるという分業関係があったのである。そして、その後、血液産業は血漿分画製剤の製造・販売に活路を見いだそうとした。

それが、70年代の血液不足により、転用血の減少と血漿分画製剤の需要増大で、血液産業は原料血漿の輸入を開始する¹³⁾。さらに、70年代末からは、海外メーカー¹⁴⁾が日本の市場に輸出を始め、販売競争が激化して、値引き合戦が始まり、血漿輸入と製品輸入がさらに加速されることとなった。この背景には、1975年のベトナム戦争終結により巨大な市場を失い、新たな海外市場の開拓が必要であった、アメリカの血液産業の存在がある。

実際、成分輸血の割合は、1980(昭和55)年に50%を突破し、1982(昭和57)年には70%を超えた。また、1979~1984(昭和54~59)年の5年間に、血漿分画製剤の使用量は4.6倍と急激な増加を示している。そして、その原料の96%までが、外国の売血である。

こうして、日本の血液製剤および原料血漿の輸入量は倍々ゲームで増加した。結果として、日本の血漿分画製剤の市場は、全世界の3分の1以上を占めるに至った。そして、日本は世界の血液の3分の1以上を消費する「血液大国」となり、「吸血鬼ニッポン」と批判された。中央アフリカの単なる風土病にすぎなかったエイズを世界中に広めて深刻化させたのは、このような資本主義の血液貿易である。日本の薬害エイズ問題もここから発生したのである¹⁵⁾。

13) 血漿分画製剤の原料となる血漿は、①日本の売血、②血漿輸入(外国の売血)、③日赤の期限切れ血液、の3つのルートで確保されていたが、③については1983(昭和58)年10月に中止され、血液産業の手になる血漿分画製剤の原料は、すべて売血ということになった。なお、身体から離れた血液は、どんな保存法を駆使しても21日間しかもたない。血液中の赤血球が破壊され、輸血の用をなさないからである。これらの全血製剤は期限切れ血液として破棄される。この運命をたどる血液の量は予想以上に多いと言われている。

14) 「(アメリカの)トラベノール社、レブロン社、それに西ドイツのバイエル薬品は、世界の血漿分画市場の70%を押え、この三社は『オペック・オブ・ブラッド』(OPEC OF BLOOD)とよばれ、その買血はアメリカにとどまらずアフリカ、ラテン・アメリカ、アジアなど第三世界にまでおよんでいる。血の商人とよばれる所以である。」(池田、前掲書(注8)、204ページ)

15) 「血液産業は第三世界の売血をレッド・ゴールドとよんでいる。赤い黄金という意味である。安く買い叩かれた血液が高額の医療品に化けてしまうからだ。……(中略)……赤い黄金は四つの流れの束を形成していた。それはメキシコ、中南米、そしてラテン・アメリカからアメリカへ、

なお、注目すべきは、1975（昭和50）年の「血液問題研究会答申」である。この答申は、「血液は臓器であり、輸血は臓器移植」とするWHO（世界保健機構）の指導にならい、血漿分画製剤も血液であり、その輸血は臓器移植であるとし、医療に必要な血液は献血により確保されるべきであるとしていた。

「全血輸血や血液成分製剤輸血は、従来から臓器移植と考えられている一方、血漿分画製剤は一般生物学的製剤としての概念にも近いが、すべてその源となる血液はあくまでも人体のみから得られる生態臓器であって、一般医薬品とは基本的に異なるものである。」

「医療に必要とされるすべての血液は、原則として、献血によって確保されるべきである。血液センターで確保される血液は、すべて献血によるが、まだ一部の血漿分画製剤は売血によって製造されており、また、相当量の新鮮血と血液成分製剤は献血制度にのらないファミリードナー等の提供によって確保されている実情にある。一方、今後の医療では保存血液に代って血漿分画製剤や血液成分製剤の使用が多くなることは明白であることから、献血を一層推進し、医療に必要なすべての血液製剤は献血によって確保されるという体系を早急に確立する必要がある。」

しかし、この答申は無視され、原料血漿の輸入は急拡大したのである。

戦後の血液事業と血液行政の検討から導き出される結論は次のとおりである。血液は人間の臓器である。その臓器を資本の放恣にゆだねた厚生省の政策ミスが、血友病患者にエイズ被害を集中的にもたらした。つまり、「日本型エイズ」は血液事業の矛盾がつくりだした薬害であり、この薬害の背景には地球規模の血液貿易があったのである。

II. 薬害エイズ問題の論点

片平洸彦氏は、薬害エイズの発生過程における問題点として、次のような点

アフリカやブラジルから西ドイツへ、アメリカから日本へ、西ドイツから日本へという流れである。すべての流れの束は、最終的には日本へとなだれ込んでいたのである。赤い黄金の軌跡は異常である。昭和50年に17万リットルだったそれは、10年後の昭和60年には22倍の384万リットルに増加し、アメリカでエイズが猖獗していた昭和58年から3年間は、いずれも300万リットルを上回る量が輸入されていたのである。」（池田、前掲書（注8）、277ページ）

を指摘しておられる¹⁶⁾。

- ① 製薬会社は肝炎対策を行わずに、濃縮製剤を非加熱で製造・販売し、厚生省はそれを許した。
- ② 製薬会社は非加熱濃縮製剤の HIV 汚染の可能性を知らず、患者には「安全」と販売した。
- ③ 厚生省も非加熱濃縮製剤の HIV 汚染の可能性を知らず、販売を認め続けた。
- ④ 厚生省は 1983 (昭和 58) 年 7 月の段階でエイズと疑われた血友病患者をエイズと認定せず、1985 (昭和 60) 年 5 月に至って認定した。
- ⑤ 血友病専門医の一部は、日本の血友病患者が輸入濃縮製剤のためエイズにかかる危険性を予知しながら、そのことを患者には知らせず、逆に濃縮製剤の「安全性」を強調した。
- ⑥ 安倍英帝京大学教授は、1984 (昭和 59) 年秋には日本の血友病患者が HIV に感染しているという事実を知らず、非加熱製剤を使い続け、HIV 感染者を発生させた。
- ⑦ 東京の血友病患者会は、濃縮製剤の安全性を疑い、情報収集・要請等の活動をしたが、これには非難や妨害があった。

以上に加えて、ここでは次の問題点を追加しておきたい。

- ⑧ 1985 年 7 月に加熱処理の血液製剤の製造が承認され、翌 8 月には販売が開始されたにもかかわらず、製薬会社は危険な非加熱血液製剤を回収せず、厚生省も製薬会社に回収命令を出さなかった。

以上の問題を念頭に置きつつ、ここでは、これらの問題と関連の深い二つの重要な問題、すなわち、いわゆる「謎の 1 週間」問題と日本のエイズ患者第 1 号認定問題を取り上げる¹⁷⁾。

まず、第一の問題点は、いわゆる「謎の 1 週間」問題である。

16) 片平, 前掲論文 (注 1), 112~134 ページ。

17) 南日本新聞, 1996 年 10 月 24 日。広河隆一『裁かれる薬害エイズ』, 岩波書店, 1996 年。

1983年7月4日付けの「AIDSに関する血液製剤の取り扱いについて」と題する厚生省の文書では、①加熱製剤の使用を勧め、②非加熱製剤はアメリカの原料のものは使わないように指導し、③加熱製剤の承認申請を急がせる、という方針を出していた。しかしながら、1週間後の7月11日付けの「AIDSに関する血液製剤の取扱いについて」という同じタイトルの文書では、非加熱製剤の継続使用へと180度方針転換をした問題である。

これについては、1983年6月頃、厚生省OBの天下りであるミドリ十字社長以下3名が、厚生省薬務局長を訪れていたという事実がある¹⁸⁾。厚生省薬務局と製薬会社との癒着の構造が、エイズ対策を方向転換させたのではないかと推測される¹⁹⁾。

また、1983年6月27日～7月1日に、製薬会社がスポンサーである国際血友病連盟(WFH)の総会がストックホルムで開かれた。そして、6月29日の総会では、現時点では証拠が不十分であるため、血友病の治療法を変更する必要はない、つまり、非加熱製剤は継続使用すべきであるという勧告が決議されている。この総会に参加していた製薬会社から日本血液製剤協会²⁰⁾を通じて、あるいは厚生族の議員たちを通じてなど、さまざまなルートから厚生省に圧力がかけられた可能性がある。このような政・官・業の癒着関係とともに、これらに深く関係する一部の医者の方針にはおおいに注目すべきであろう。

18) ミドリ十字の創立者である内藤良一氏が、厚生省OBの天下りを積極的に受け入れたことから、ミドリ十字は「厚生省薬務局分室」とまで言われた。また、ミドリ十字社長をつとめた厚生省OBの松下廉蔵氏は、厚生省関係者の中では、天下りの道をつくった功労者とみなされている(松下一成『噂の真実—厚生省の犯罪』, ジャパン・ミックス, 1996年, 6ページ)。他方、内藤氏は当時副社長の松下氏を評して、経営者としては駄目だが厚生省OBとしては使える、天下りの連中は厚生省対策だけしてくれればいい、と言っていたという証言がある(『週刊ポスト』, 1996年3月22日号)。

19) 「現役の方にとって一番大きなポイントは、先輩の顔に泥を塗らないということです。ですから役所の先輩の天下り先をパンクさせるなんてことはタブーです。触れたら最後、自分のクビが飛びますよ。」(佐高信・宮本正於『官僚に告ぐ!』, 朝日新聞社, 1996年, 68ページ, 宮本正於氏の発言)

20) 血液製剤メーカーの団体で、1957年に内藤良一氏の指導下に設立された日本血液銀行協会が、1965年に日本血液製剤協会と改称し、現在に至る。厚生省の高級官僚の天下り先として重要な役割を果たしている。

第二の問題点は、日本人のエイズ患者第1号の認定問題である。

厚生省は、いわゆる「帝京大症例」とされる安倍英氏の血友病患者（1983年7月死亡）を、日本人のエイズ患者第1号として認定することを拒否した。アメリカのエイズ研究の第一人者である、国立防疫センター（CDC）のスピラ博士が、エイズと認めていたにもかかわらずである。そして、2年後の1985年3月になって、アメリカ在住の同性愛の日本人男性（いわゆる「順天堂症例」、塩川優一氏の患者）を第1号に認定した。

この日本人のエイズ患者第1号の認定が、きわめて政治的なものであることは明らかである。日本人のエイズ患者第1号として血友病患者を認めれば、厚生省の責任が問われる。そこで、厚生省は、当時すでに確認されていた血友病のエイズ患者、さらにはその後も次々と確認される血友病のエイズ患者を隠してまで、同性愛の日本人エイズ患者が出るのを待ち、彼を日本人のエイズ患者第1号として認定したのである。もし「帝京大症例」が日本人のエイズ患者第1号として認定されていれば、非加熱製剤の危険性が明らかとなり、加熱製剤の緊急輸入などの方向に進んでいて、エイズ患者も半数程度に減少していたであろう²¹⁾。しかし、厚生省の意を受けた学者により、「帝京大症例」のエイズ認定は見送られたのである²²⁾。

このように薬害エイズ問題についてはさまざまな問題点が指摘できるが、以下では、薬害の社会的原因の視点から血液産業と血液行政の問題点について検

21) 「厚生省自体の調査で、日本の血友病患者の半数が83年以降にエイズに感染したことが分かっている。厚生省 HIV 感染者発症予防治療に関する研究班が、全国の病院に保管されている血友病患者の血液を調べて、感染時期を割り出したもので、それによると国や企業の主張する82年1月よりも1年以上後の、83年3月中旬が平均点になることが明らかにされた。これは国や企業の加熱処理への取組みが早ければ、半数の1000人は感染を防げたことが証明されたことになり……（以下略）」（広河隆一『エイズからの告発』、徳間書店、1992年、244ページ）

22) 塩川優一氏は、エイズ研究班の第1回会議（1983年6月13日）では、「帝京大症例」のエイズ認定に積極的な姿勢をみせていたが、第2回会議（7月18日）では、態度を大きく変えて認定反対派に回った。厚生省から認定しないように圧力が加かったのであろう。その後、安部氏を班長とするエイズ研究班は1年余りで解散し、1984年9月には、塩川氏を委員長とする「エイズ調査検討委員会」が発足した。厚生省はコントロールしにくい安部氏を嫌い、塩川氏を登用したのであろう（松下一成『ミドリ十字と731部隊』、三一書房、1996年、102ページ）。

討する。

第一は、当時のアメリカのエイズ事情である²³⁾。

エイズは1981年6月にアメリカで初めて報告され、1982年1月には最初の血友病患者が死亡した。血液製剤を介して感染する新種の病気のニュースは、世界中の防疫機関に知れわたった。7月、食品医薬品局（FDA）と国立防疫センターは会議を開いたが、この会議には血友病専門医と製薬会社で構成される血友病財団の代表者も出席した。ここでは、濃縮血液製剤を使用禁止にする緊急措置が提案されたが、血友病専門医と製薬会社が強く反対をした。1983年1月、国立防疫センターで開かれた会議は、血友病患者を守るか、製薬会社の利益を守るかの正念場となったが、血友病専門医や製薬会社ののりくらりした態度に、国立防疫センターのドン・フランシス博士は「あと何人死ねばいいのか！」と激怒したという有名なエピソードがある。

エイズウイルスを殺すには加熱が必要であることがわかり、3月、食品医薬品局はトラベノール社の加熱製剤を承認し、5月には他社にも加熱製剤開発を指示した。このような中、血友病患者は不安から血液製剤の使用を控えたため、83年5月時点で、濃縮製剤の使用が30%程度減少した。パニックに陥った製薬会社は、この販売落ち込み分の販路を日本に求めたのである。

第二は、加熱製剤の緊急輸入の問題である²⁴⁾。すなわち、1983年3月にアメリカで認可されたトラベノール社の加熱製剤が、なぜ日本に緊急輸入されなかったのか、である。

世界に先駆けて加熱製剤を開発したトラベノール社は、世界の血液製剤のシェアを拡大する絶好のチャンスと考え、日本やフランスに激しいセールスを行った。しかし、この売り込みは失敗に終わった。

その理由は、当時、ミドリ十字と化血研は加熱製剤の製造技術をもっていなかったため、加熱製剤が輸入されると一気に日本市場を失う可能性があったた

23) マサミ・コバヤシ・ウィーズナー『血の帝国—日米薬害エイズの舞台裏』、彩流社、1996年。

松下、前掲書（注22）、65～78ページ。

24) 広河、前掲書（注17）。

めである。そこで、製薬会社は加熱製剤の輸入に反対し、厚生省に圧力をかけた。そして、厚生省の官僚たちは国内の製薬会社の利益を守るために、トラベノール社の加熱製剤を緊急輸入しなかったのである²⁵⁾。

第三は、日本国内の薬価差益の問題である²⁶⁾。

日本の医療保険制度では、医療機関が安く仕入れた薬でも、国が定めた定価(薬価)を支払うという制度になっており、この差額が薬価差益となる。アメリカの製薬会社は、売れなくなった危険な非加熱製剤をダンピング同様に値引きして、日本に大量に輸出した。日本は危険な非加熱製剤を大量に買い続け、製薬会社は激しい値引競争を展開した。そして、医療機関は患者を薬づけにすることにより、薬価差益による莫大な収入を得ようとした²⁷⁾。

また、クリオへの緊急避難が妨げられたことも、薬価差益と深い関係がある。クリオとは、1~2人分の血液でつくられる血液製剤のことであり、当時、クリオ製剤の材料が日本人の血液であれば確実に安全であった。しかし、多くの

25) フランスの場合は、日本とは違って、血液製剤に関するあらゆる商業的活動は禁止されており、国立輸血センターが輸血事業を独占的に行っていた。当時の所長のミッシェル・ガレット氏は、1985年3月には生産した非加熱製剤のHIV汚染を知りながら、9月末に非加熱製剤を使い切るまで放置し、HIV感染を拡大させた。また、5月にはトラベノール社が加熱製剤の輸入を提案していたにもかかわらず、ガレット氏はその売り込みを断っている。その理由は、野心家のガレット氏は血液自給体制の確立をめざして新装置への巨額の投資を行ったが、導入技術の選択ミス、つまり製造後の製剤に加熱処理をするトラベノール社の技術ではなく、製造過程で加熱処理をするインムノ社の技術を導入した上に、財政的な事情から生産技術を切り替える追加投資ができなかったために、HIV汚染した非加熱製剤の在庫を売り尽くす必要に迫られていたからである。こうしてガレット氏は、センターが加熱製剤を生産できるまで、在庫の非加熱製剤がHIV汚染しているという情報を隠したのである。その後、1992年10月、フランスの血友病患者のHIV感染の責任を問う裁判で、フランスの血液行政の中枢にいた人物たちに、刑事責任を厳しく追及する判決が下された。当時の所長ガレット氏に懲役4年、罰金50万フラン、同研究部長のジャン・ピエール・アラン氏に懲役4年執行猶予2年、罰金10万フラン、厚生省保健局長のジャック・ルー氏に懲役4年執行猶予4年である (Caroline Bettati, Responsables et Coupables, 1993, 幸田礼雅訳『エイズ裁判-裁かれる人々』, 新評論, 1994年)。

26) 広河, 前掲書(注6)。

27) 製薬会社からみれば、血液製剤は巨額の利益を生み出すビジネスである。血友病患者の数は少ないが、個々の患者にかかる医療費は驚くほど高いからある。これには、1983年2月から家庭における濃縮製剤の自己注射が健康保険適用となったことが大きい。この家庭療法は予防投与(出血後に治療のために血液製剤を注射するのではなく、普段から注射をして、少々のことでは出血しない体にする方法)とセットで広められたため、血液製剤の大量使用を招き、製薬会社の収益は急激に増加した(広河, 前掲書(注6))。

血液病専門医は、クリオの使用を嫌がった。クリオでは薬価差益がでないためである。

第四は、血液製剤の回収問題である²⁸⁾。

1985年7月、日本でも加熱製剤の製造が承認され、8月には販売が開始された。しかし、製薬会社は危険な非加熱製剤を回収しなかったし、厚生省も製薬会社に対して回収命令を出さなかった。

かつて、西ドイツ及びオーストリアからの輸入ワインに、発がん性物質が混入していたことがあったが、当時、日本政府は大慌てで回収させた。発がん性物質も危険だが、もっと恐ろしいエイズウイルスに汚染された非加熱製剤であるにもかかわらず、厚生省は使用禁止と回収の緊急措置をとらなかった。

それは、当時、製薬会社が危険な非加熱製剤の在庫一掃をはかるために、値引販売競争に必死であったからである。製薬会社は患者の生命よりも、会社の利益を優先したのである。そして、厚生省は、製薬会社の利益優先行為を黙認したのである。つまり、厚生省は、本来、国民の健康や生命を守るべき省庁であるにもかかわらず、国民の人権と健康の上に“省益”をおいたのである²⁹⁾。なお、薬害エイズ問題をはじめとする数多くの薬害問題を引き起こしたのは厚生省薬務局であり、「厚生省薬務局は、厚生省の中でもっとも、業者とつながりがあるといわれていた部署で、具体的に“薬九層倍”といわれる製薬業界と

28) 広河、前掲書(注17)。櫻井よしこ『エイズ犯罪—血友病患者の悲劇』、中央公論社、1994年。

29) 宮本正於氏は、当時、厚生省も製薬会社もエイズの危険に対する緊迫感が欠けていたことだけは事実と指摘して、次のような薬務局の友人の話を紹介している。「こんなひどい状況になることが最初からわかっていたら、ミドリ十字も、もっと迅速で適切な対策をとっていたはずだ。今の損害のほうがはるかに甚大だからだよ。」(佐高・宮本、前掲書(注19)、65ページ)。他方、ミドリ十字の創業者でありワンマン経営者であった、内藤良一氏の死後の集団無責任経営がHIV被害の拡大を野放しにした、という次のような論説もある。「1982年7月7日、内藤は75歳で世を去った。『血液製剤がエイズ感染の原因となる疑いがある』との報告がアメリカで発表されたのは、その9日後。内藤の死を待っていたかのようなタイミングだ。これを境に、ミドリ十字は舵取りのできぬままエイズ禍をまき散らす道へと進んでいく。役員会は内藤の死で混乱した。もともと石垣八郎社長(銀行OB)、松下廉蔵副社長(厚生省OB)のトップ二人が外様で、営業活動も社内掌握もほとんどできていなかった。このため、当時研究開発担当の須山忠和専務、営業担当の後藤寿専務、生産担当の川野武彦常務らが合議制で経営するスタイルになった。しかし、誰一人内藤の後を埋めるほどの人物ではなく、集団経営もバラバラの状態が続いた。」(『週刊東洋経済』、1996年10月12日号)。

表1 薬害エイズ問題の経過

1978年	非加熱濃縮製剤の輸入販売承認される
1981年 6月	アメリカ国立防疫センター (CDC), 初のエイズ患者 (同性愛者) 報告
1982年 7月	CDC, 3人の血友病患者の HIV (エイズウィルス) 感染を初めて報告
11月	安倍英帝京大学教授, 血友病患者友の会総会で血液製剤の危険性を示唆
1983年 1月	CDC, 血液製剤からのエイズ予防を製薬メーカーらに勧告
2月	厚生省, 血友病患者の家庭療法 (自己注射) に健康保険適用を認可, 非加熱製剤の大量使用開始
3月	アメリカ食品医薬品局 (FDA), 加熱製剤を承認
6月 2日	トラベノール社 (現バクスター社), 輸入した血液製剤が HIV 汚染されているとして出荷停止したことを厚生省に報告, しかし同省は報告せず
6月 13日	「エイズの実態把握に関する研究班 (エイズ研究班)」(班長・安倍英帝京大医学部長), 第1回会議
6月 27日	世界血友病連盟 (WHF) 総会, スtockホルムにて開催 (~7月1日)
7月 4日付	[郡司メモ] 非加熱製剤に対する危機感を強く反映
7月 11日付	[郡司メモ] 一転して「非加熱製剤の一律輸入禁止は行わない」となる
7月 18日	第2回エイズ研究班会議, 安倍氏「非加熱製剤の継続治療は世界の潮流」と主張, エイズ患者認定 (「帝京大症例」) の検討
8月 19日	第3回エイズ研究班会議, 厚生省エイズ研究班内に血液製剤小委員会 (委員長・風間睦美帝京大教授) を設置
8月 29日	CDC のスピラ博士来日, 「帝京大症例」をエイズと認定
1984年 3月	小委員会, 「輸入非加熱製剤は継続使用する」との最終報告を提出, 研究班とともに解散
4月	アメリカ国立がん研究所のギャロ博士, エイズの病原ウィルス発見を発表
9月	安倍氏, ギャロ博士より帝京大の 48 症例中 23 例が抗体陽性の結果を受ける
9月 28日	第1回エイズ調査検討委員会 (班長・塩川優一順天堂大教授)
11月 22日	厚生省「輸血後感染症に関する研究班」会議, 栗村敬鳥取大教授が HIV 抗体検査の結果, 血友病患者 22 人のうち 4 人が陽性と報告
1985年 3月 22日	「検討委員会」, アメリカより一時帰国した同性愛者を日本人の第1号エイズ患者として発表
5月 30日	「帝京大症例」を含む 3 人の血友病患者を初めてエイズと認定
6月	アメリカ, 非加熱製剤の製造禁止
7月	厚生省, 加熱製剤 (第VIII因子製剤) を承認, 非加熱製剤の回収指示せず
12月	厚生省, 加熱製剤 (第IX因子製剤) を承認, 非加熱製剤の回収指示せず
1988年 12月	エイズ予防法成立
1989年 5月	大阪 HIV 訴訟提訴
12月	東京 HIV 訴訟提訴
1994年 6月	厚生省, 非加熱製剤による血友病以外の HIV 感染者 (第四ルート) を初めて確認
1995年 3月 6日	川田龍平君, 実名公表
7月 24日	「人間のくさり」大行動, 3500 人が厚生省前に集う
10月 6日	東京, 大阪両地裁が和解勧告
1996年 1月 23日	菅直人厚生大臣, 「血液製剤による HIV 感染に関する調査プロジェクトチーム」を設置
2月 9日	厚生省, 83 年当時の薬害エイズ資料の「発見」を公表
2月 14日	薬害エイズ被害者, 厚生省前で座り込み (~16日)
2月 16日	菅厚相, 原告・遺族に直接面会して謝罪, 恒久対策実施を約束
2月 21日	厚生省, 「発見した」資料の中の「郡司ファイル」を公表
3月 29日	東京, 大阪 HIV 訴訟の和解が成立
4月 26日	厚生省調査プロジェクトチーム, 最終報告発表
8月 21日	大阪地検, ミドリ十字を強制捜査
29日	東京地検, 安倍・前帝京大副学長を業務上過失致死容疑で逮捕
9月 19日	ミドリ十字の元・前・現の 3 社長を業務上過失致死容疑で逮捕
10月 4日	松村明仁・元厚生省生物製剤課長を業務上過失致死容疑で逮捕
7日	厚生省, 非加熱製剤が納入された病院のうち, 投与状況を特定できない 344 の病院名 (廃院含む) を公表
16日	厚生省, 非加熱製剤が納入されていた 2413 施設を公表

ピッタリ寄り添っていて、“厚生省のなかの通産省”と呼ばれている。」³⁰⁾

Ⅲ. 官僚機構改革の課題

以上の検討から明らかなように、薬害エイズ問題における最大の問題点は、厚生族議員、厚生官僚、製薬会社、医者 of 癒着構造、つまり、政・官・業・医の癒着構造である。

そして、今やこの癒着の構造は、日本社会全体の宿痾とでもいうべき問題となっている。“公共事業”を食い物にする建設族議員、建設官僚とゼネコンの癒着問題が代表的であるが、近年では証券スキャンダルや住専問題など、大蔵官僚と金融・証券との癒着関係がクローズアップされている。また、1996（平成8）年は“官官接待”問題が国民の厳しい批判を受けるとともに、老人ホーム建設をめぐる厚生官僚、石油業界をめぐる通産官僚のスキャンダルに加えて、1997（平成9）年には関西国際空港をめぐる運輸官僚のスキャンダルが明らかになった。

このように、90年代に入ってバブル経済は崩壊し、日本社会は大きな歪みを露呈している。また、あらゆる制度が行き詰まっており、社会の閉塞感が強まっている。さらに、金儲け至上主義がばっこし、倫理観や社会的責任が薄らいでいる。従来、日本経済の成長に貢献してきたと言われてきた「日本型社会システム」は完全に崩壊し、その疎外物に転化したのである。

その典型の一つが、官僚機構が情報を独占して「最良の選択」を行うことにより、事がスムーズに展開し秩序が保たれる、という考え方である。これは、明治時代以来の「よらしむべし、知らしむべからず」の感覚であり、国民に対するアカウンタビリティ（説明する義務）をまったく考えていない³¹⁾。これは、戦後改革により、憲法上は国民が主権者で公務員は「全体の奉仕者」となったにもかかわらず、国民の民主主義的コントロールが不十分なために、国

30) 佐高信『新・日本官僚白書』、光文社、1997年、26ページ。

31) Karel van Wolferen, *The Enigma of Japanese Power*, 1989, 篠原勝訳『日本／権力構造の謎』、早川書房、1990年。

民は選挙の日だけ主権者で、それ以外は官僚機構が国民を統治しているからである。戦前においては、日本の官僚は天皇にのみ忠誠を誓うシステムであったが、戦後においては、天皇という絶対権力者がいなくなったために、いわば官僚機構が自らを絶対権力者にしたと言えよう。

薬害エイズ問題の場合、本来、国民の人権と健康を守るはずの厚生省が、自らのメンツとOBの利益のみを考えて、いわば「最悪の選択」を行い、「エイズの悲劇」をひきおこして拡大させたのである。これは、住專問題において、大蔵省が天下りしたOBを守るために、根本的な解決策の提起を先送りし、結局は国民の負担を増やすこととなったケースときわめて酷似している。いわば官僚機構は制度疲労しているのである。

それでは、従来の「日本型社会システム」に代わる新しい社会システムとは、いったいどのようなものであろうか。この問題を官僚機構改革の課題として検討してみたい³²⁾。

まず、第一の課題は、高級官僚の天下りの禁止である³³⁾。

ミドリ十字に限らず、厚生官僚は製薬会社関係へ多数天下りしている（表2参照）。これは厚生官僚に限ったことではなく、建設官僚は建設業界関係へ、大蔵官僚は金融・証券業界関係へと天下りしていく。もっともこのようなことができるのは、キャリア組と言われるごく一部のエリート官僚のことである。つまり、国家公務員I種試験合格者である幹部候補生は、入省してから課長補佐、課長、局長と出世レースを展開するが、うまく上のポストに就けなかった者は徐々に「勇退」していき、最後に同期入省の誰かが事務次官に上り詰めた時点で、残りは全員「勸奨退職」ということが慣行的に行われている。こ

32) 「政」と「業」の関係については、会社や業界団体の政治献金により政党や政治家が買収されているので、この政治献金を禁止することが基本的な課題となる。なお、具体的な薬害防止策については、片平冽彦「公的規制の強化と研究・教育の充実を」、薬害根絶フォーラム編『薬害エイズはなぜ起きたか』、1996年、厚生省の機構改革については、藤竿伊知郎「行政のあり方と厚生省機構『改革』」、『民医連医療』、1997年1月号、参照。

33) 「告発！日本の『病巣』第11回 公務員制度」、『週刊東洋経済』、1996年7月13日号。武田芳明「天下りで製薬業界と腐れ縁－国民に背を向ける厚生省」、『法と民主主義』1996年11月号。

表2 厚生省・薬務局OB（課長以上経験者）天下り先

退職時役職	退職時の年齢	退職年月	現職
薬務局長	50歳	1972年6月	日本ビーシージー製造社長
薬務局製薬第一課長	48歳	1974年1月	第一製薬非常勤顧問
薬務局企画課長	49歳	1979年7月	日本ビーシージー製造常務
薬務局参事官	52歳	1979年10月	ベーリンガーインゲルハイムジャパン相談役
薬務局長	53歳	1980年3月	ベーリンガーインゲルハイムジャパン会長など
薬務局麻薬課長	49歳	1980年5月	ニッショー取締役
薬務局麻薬課長	50歳	1982年8月	興和常務
薬務局長	56歳	1986年9月	バイエル薬品会長
薬務局審査第二課長	46歳	1987年9月	中外製薬取締役
大臣官房審議官（薬務担当）	55歳	1990年6月	日本ベーリンガーインゲルハイム社長

（出所）「告発！日本の『病巣』第2回 官民の癒着」、『週刊東洋経済』、1996年4月27日～5月4日号。

の退職後の就職先として、関係する会社や業界団体へと天下るわけである。国家公務員法第103条2項では、退職後2年間、公務員が営利企業へ就職することを原則的に禁止しているが、同3項では、退職前5年間の職務と就職先とが密接な関係にないことを人事院が認めた場合は、天下りが許されることになっている。また、特殊法人や公益法人は営利企業には当たらないという“抜け穴”を利用して、いったんは特殊法人や公益法人を経由して、最終的に民間企業へ再就職するケースも多い。

このような天下りのシステムが、厚生省とミドリ十字にみられるような「官」と「業」の癒着をまねき、「エイズの悲劇」をひきおこしたのであるから、天下りを禁止することがまず必要である。つまり、一定の地位以上にいた高級官僚については、密接な関係のある会社や業界団体への再就職を禁止することが必要である。また、特殊法人や公益法人への再就職についても、規制が必要である。さらに、例えば大蔵官僚の場合、20歳代で税務署長を経験させるような、一部のエリート官僚の特権的な昇進人事を廃止するとともに、40～50歳代前半における「勸奨退職」の慣行をやめることが必要である。また、これに関連して、各省ごとの国家公務員の採用と人事を、一括採用・一括人事に改めることにより、“省益”第一の人間をつくりだす人事管理システムを廃止することも重要である。

第二の課題は、情報公開である³⁴⁾。

日本の官僚機構の権力の源泉は膨大な情報の集中と分配にある、と言っても過言ではない。薬害エイズ問題は、この官僚機構が握る情報を国民に公開させることがいかに重要であるかを、誰にでもわかるかたちで明らかにした。

厚生省は、HIV 訴訟中、1983年当時のエイズ研究班の資料は「ない」と言い続けてきた。被告である国および製薬会社の主張は、83年当時は非加熱血液製剤の危険性を認識できなかった、というものであったからである。しかし、1996年1月11日、菅直人氏が厚生大臣に就任し、23日に厚生省内の薬害エイズ調査班を発足させたところ、数日後にはその資料が「発見された」。「ない」とされてきた重要資料が、突然に「発見された」のである。この茶番劇は一般国民にはにわかに信じがたい事態であり³⁵⁾、厚生省はいったいどんな文書管理をしていたのかと疑問に思うのが当然である³⁶⁾。しかし、この資料が公表されたことにより、今までわからなかった薬害エイズ問題の真相が、かなりの程度まで明らかにされることとなった。

また、“官官接待”問題が大きくクローズアップされるようになったのは、国よりも先行していた自治体の「情報公開条例」の力によるものである。膨大な額の食糧費が主に中央官庁の公務員の接待に使われているという実態を明らかにしたのは、市民オンブズマンなどの運動と情報公開制度の重要な成果であ

34) 松井茂記『情報公開法』、岩波書店、1996年。新藤宗幸「情報公開法要綱案の問題点－運用に入り込む『官僚の裁量』」、『エコノミスト』1996年12月17日号。秋田仁志「薬害エイズの闇を照らしたアメリカ情報公開法」、『法と民主主義』1996年11月号。

35) 宮本正於氏はこの茶番劇の真相を、厚生省の事務系と医系技官の対立関係から説明している。つまり、薬害エイズ問題で最初にやり玉に上がった厚生官僚は医系技官であったので、事務系は医系バッシングのチャンスと医系技官に不利な情報を表に出したが、結局、事務系キャリア組の薬務局長にまで責任が及んできて大騒動になった、と述べている（佐高・宮本、前掲書（注19）、20～25ページ）。

36) 国や自治体の文書管理の体制は現状ではきわめて不十分なものであるが、それには歴史的な事情がある。ヨーロッパの文書館を最初に日本に紹介したのは、1871～73（明治4～6）年のいわゆる岩倉使節団であり、その後も明治政府は文書・記録の管理についての研究を進めたが、戦前に文書館制度が確立されることはなかった。戦後になってからは文書館法制定運動が展開されるが、ようやく議員立法により公文書館法が施行されるのは1988（昭和63）年である。しかも、現行法での文書館の権限はきわめて弱く、文書の保存・管理・公開の体制は不十分と言わざるをえない（全国歴史資料保存利用機関連絡協議会編『日本の文書館運動』、岩田書院、1996年）。

ると言えよう。

このように、官僚機構のもつ行政情報を国民に公開させることは、民主主義社会の大前提である。情報公開なくしては民主主義はありえない。

日本においても、1970年代から情報公開についての議論が始まり、自治体レベルでは、1980年代に続々と情報公開制度が設けられ、現在、47都道府県すべてと200を超える市区町村において情報公開制度が確立している。しかし、国のレベルでは、情報公開法の制定は長らくサボタージュされてきた。官僚機構が情報公開に否定的であったからである。

ようやく、1996年11月になって、行政改革委員会の行政情報公開部会が情報公開法要綱案をまとめた。しかし、これには次のような重要な問題点がある。①国民の「知る権利」の保障を法文上明記していない、②情報公開の実施機関から特殊法人が除外されている、③「不開示情報」として、個人情報、軍事、外交、司法などのほかに、法人に関する情報で「公にしないとの約束の下に任意に提供されたもの」を認めている、④情報の非公開範囲と運用について、行政機関に大きな裁量権が与えられている、⑤「不服審査会」には行政機関に対する強制力がない、⑥非公開取り消し訴訟は東京地方裁判所にしか提訴できない、などである。

薬害エイズ問題に即して考えれば、③のように、「不開示情報」として法人に関する情報で「公にしないとの約束の下に任意に提供されたもの」を認めてしまえば、厚生省のもつミドリ十字の資料は公開されない。また、④のように、情報の非公開範囲と運用について行政機関に大きな裁量権を与え、該当する行政情報があるかないかについても回答する必要はないということになれば、かつてのエイズ研究班の資料のように「該当文書存在せず」で済まされてしまう。

以上のことから、望ましい情報公開法とは、①法律の目的に国民の「知る権利」の具体化であることを明記する、②情報公開の実施機関は特殊法人、公益法人を含めたすべての行政部門とする、③非公開情報を例外事由として列挙する際には具体的に狭く限定する、④オンブズマンのような独立した不

服審査会を各都道府県に設ける、⑤ 情報公開訴訟は各地方裁判所に提訴できる、審理は迅速に行う、裁判官が非公開とされた文書を検討できるイン・カメラ・インスペクションを制度化する、などである。

おわりに

本稿の課題は、薬害エイズ問題を薬害の社会的原因の視点から検討することにより、なぜこのような悲惨な薬害事件がおこったのか、問題点はどこにあったのかを明らかにし、二度と再びこのような悲惨な薬害事件をおこさないためには社会システムをどう改革すればよいのか、を明らかにすることであった。

I章では、薬害エイズ問題の背景として、戦後の血液事業と血液行政を3期に時期区分して検討した。この画期は約15年ごとに、病気によって——第1期には梅毒、第2期は血清肝炎、第3期はエイズ——もたらされている。

第1期は、売血主体の保存血液の時期である。第2期は、昭和40年代の、売血制度を払拭し献血制度に移行した時期である。第3期は、血液のすべての成分を輸血する全血輸血から、成分だけを輸血する成分輸血へと転換した時期である。戦後の血液事業と血液行政の検討しての結論は、血液は人間の臓器であるにもかかわらず、その臓器を資本の放恣にゆだねた厚生省の政策ミスが、血友病患者にエイズ被害を集中的にもたらした。つまり、「日本型エイズ」は血液事業の矛盾がつくりだした薬害であり、この薬害の背景には地球規模の血液貿易があったということである。

II章では、薬害エイズ問題の諸論点として、片平洸彦氏に学んで8つの問題を指摘しつつ、中心的には、いわゆる「謎の1週間」問題と日本人のエイズ患者第1号の認定問題を検討した。そして、薬害の社会的原因の視点から、当時のアメリカのエイズ事情、加熱製剤の緊急輸入問題、薬価差益問題、血液製剤の回収問題を検討した。薬害エイズ問題における最大の問題点を一言でいえば、厚生族議員、厚生官僚、製薬会社、医者 of 癒着構造、つまり、政・官・業・医の癒着の構造である。

III章では、官僚機構改革の課題として、薬害エイズ問題の教訓をふまえて、

二度と再びこのような悲惨な薬害事件をおこさないためには、第一に高級官僚の天下りの禁止、第二に情報公開が重要であることを指摘し、若干の検討を行った。

最後に、悲惨な薬害事件の再発を防止するために、薬害エイズ問題の真相究明と責任追及が徹底的に行われ、政・官・業・医の癒着の構造が解体されるときともに、薬害被害者に対する救済と恒久対策が確立されることを願うものである。

(本稿のテーマである薬害エイズ問題に私に関心をもったのは、ゼミ生である大宮司美子さんが薬害エイズ問題を卒業論文のテーマに選んだからである。このような現代的かつ重要な問題を提起してくれた大宮司さんに感謝する。)

(1997. 2. 17)