



9784901402231



1920047012004

特定非営利活動法人  
医薬ビジランスセンター(略称:NPOJIP)

# 薬のチェックは Check-up your medicine 命のチェック to save your life.

## 改訂増補版

### 薬のチェックは命のチェック(季刊)

【特集】

# かぜとインフルエンザ

かぜですぐ受診はやめよう Q&A  
冬よ 来ないでくれ!  
インフルエンザの症状が出たらどうする?  
かぜぐすりの副作用

## タミフル最新情報

乳幼児にはタミフルは禁止に  
インフルエンザ予防にタミフルは無効



### EBM 超入門 「財布で人生が大好転」!?

#### ぶちいのちジャーナル ニセ助産師

#### 薬害の歴史 薬害ヤコブ病

#### トピック 被害から学ぶ薬害教育を

#### 医薬品をコンビニで買えるのはよいこと?

#### 編集長インタビュー グリーフケアと「いのちの授業」

No.



NPOJIP

#### 創刊号 特集(糖尿病)

糖尿病で大切なこと、薬剤、栄養の役割、食事療法が詳しく分かる。キネダックやアクトスなどの危険性、不要な薬について解説。他に「効かないインフルエンザワクチン」「鼻水止めの薬は使ってはいけない」など。  
■2001年1月発行、7月、2002年4月、12月、2004年5月増刷

#### 第2号 特集(コレステロール)

日本ではコレステロール値240~260くらいが最も死亡率が低い。コレステロール低値の害を解説。権威や製薬会社にごまかされないための必読書。糖尿病の合併症の排泄障害と性機能障害(勃起障害)も解説。  
■2001年4月発行、2002年10月、2004年3月増刷

#### 第3号 特集(高血圧)

本当の高血圧は、コントロールがとんでも大切。血圧が高くなる原因、血圧は絶えず変動して当たり前であること、測り方、日本の基準値が正しいのかどうか、などを解説。新薬承認のカラクリにも迫る。  
■2001年7月発行、2003年2月、2004年8月増刷

#### 第4号 特集(肝炎とインターフェロン)

肝炎の役割、ウイルス肝炎の種類と症状、慢性肝炎の症状や対応の仕方、治療方法、特にインターフェロン療法について効果と害を解説。輸血後肝炎の真相についても調査結果をもとに詳しく解説。  
■2001年10月発行、2003年11月増刷

#### 第5号 特集(抗生物質)

抗生物質は本来取り扱ひのむずかしい薬。「かぜに抗生物質」は間違い、抗生物質の使用によるMRSAなどの耐性菌の出現についてインタビュー方式で説明。トピック「かぜ脳症の重大な原因」ほか、新連載「薬害の歴史」。  
■2002年1月発行、2004年2月増刷

#### 第6号 特集(抗生物質2)

耐性菌の問題点を解説。手術後感染防止のための適切な使用方法や副作用も実例をあげて紹介。抗生物質の患者用薬の説明書も掲載。新連載編集長インタビューのゲストは大阪HIV薬害訴訟原告団代表花井十伍さん。  
■2002年4月発行、2003年7月増刷

#### 第7号 特集(必須薬)

医療に必須の薬は日本で市場に出回っている薬の数の1。その考え方を、鎮痛解熱剤降圧剤などを例に解説。編集長インタビューのゲストは、エッセンシャルドラッグ編集者の阿部正子さん。  
■2002年7月発行、8月、2004年8月増刷

#### 第8号 特集(喘息と必須薬)

喘息用薬剤を例に、「必須薬」とはどのようなものを解説。健康な人に薬が処方されている医療の現状も考える。編集長インタビューは、医療裁判とレセプト開示についてを勝村久司さんに。  
■2002年10月発行、10月増刷

#### 第9号 特集(ステロイド剤)

ステロイドホルモンは、ヒトの身体に必須。少なくなると元気がなくなり、死にすることさえある。自己免疫病の治療には必須です。だが、万能ではない。過剰なステロイドホルモンはさまざまな害を及ぼします。功罪を知ろう。  
■2003年1月発行、3月増刷

#### 第10号 特集(ステロイド剤2)

せき動損傷、潰瘍性大腸炎、神経系疾患に用いられるステロイド-バルス療法副作用や弊害をしっかりと解説。ステロイド外用剤のさらなる説明と、説明書の読み方も知ろう。トピックは、「前立腺がん」。薬害の歴史は「注射による筋短縮症」。  
■2003年4月発行、10月増刷

#### 第11号 特集(睡眠剤と安定剤)

「不眠」「不安」の治療に乱用されがちのベンゾジアゼピンを徹底的に掘り下げます。薬に頼ることは、大病を一つ抱え込んだのと同じ。他に、プロトピック軟膏の危険性について。SARSパニックを考える。  
■2003年7月発行、2004年1月増刷

#### 第13号 特集(不安 パニック障害ぐすり)

今回の特集は「不安」。病的な不安やパニック障害とはどのような状態か、どのような治療をするのかを解説。最近よく使われ「副作用が少ない」といわれる抗うつ剤SSRIの害と海外での使われ方も説明。編集長インタビューは「精神科医害」について。  
■2004年1月発行

#### 第14号 特集(胃薬)

胃潰瘍や胃がんヒロリ菌、胃くすりのおかしな処方などについてQ&Aでわかりやすく説明。無効/危険な抗潰瘍剤とその副作用なども実例をあげて解説。他に、トピック「喘息用吸入剤フルタイドは危険」など。  
■2004年4月発行

#### 第15号 特集(胃腸薬)

下痢と便秘にまつわる素朴な質問に答えながら、胃腸薬はほとんど不要であることを解説。子どもの胃腸薬や吐き気止めの薬のこともわかる。  
■2004年7月発行

#### 第16号 特集(フッ素)

今やフッ素を用いなくともむし歯は着実に減っている。フッ素の非常に小さな益と、発がんをはじめとする、とてつもない大きな害について、欧米の動きも含めて丁寧に解説。フッ素洗口をめぐる洗口推進者からの現場への介入事件なども必読。  
■2004年10月発行

#### 第17号 特集(がんの予防)

「がん検診は予防になるか」と題して、神経芽細胞腫の検診が中止になった経緯や肺がん検診のあり方などを解説し、過剰診断の害にも触れている。その他、薬害肝炎原告へのインタビュー、フッ素の発がん性など。  
■2005年1月発行

#### 「解熱剤で脳症にならないために」 —非ステロイド抗炎症解熱剤の危険性について考える—

なぜ熱が出るのか。熱は下げないといけないのか。インフルエンザ脳炎・脳症とは何?危険な解熱剤にはどんなものがあるか。かぜをひいたときはどうすればいい? など、かぜとくすりについてやかぜの治療が、Q&Aでわかる内容です。  
■2001年1月発行、11月増刷  
■編集・発行:NPOJIP  
■定価:本体1000円+税  
■A5判 96ページ



薬のチェックは命のチェック12号 2005年3月10日改訂増補版発行年4回(1・4・7・10月20日発行) 定価1260円(本体1200円+税5%) 2001年7月24日第3種郵便物認可

## タミフル最新情報

浜 六郎

# 乳幼児には タミフルは禁止に

### 突然死の可能性あり

#### タミフル服用後、 睡眠中死亡事故多発

インフルエンザにかかり睡眠中に突然死した子6人のうち、3歳以下の幼児5人中4人がタミフルを服用していたことが分かりました。報告したのは、大阪市立総合医療センター小児救急科の塩見正司医師（注1）や、安井良則医師（堺市保健所）らです（注2）。塩見医師や安井医師らは死亡とタミフル（服用）とに関連があるとは考えていないようですが、私は「十分関連がある」と判断しています。インターネットで公表されている経過の概略を紹介しておきましょう。



3歳3か月の男児（A君、体重13.5kg）は、それまでインフルエンザにかかったことはなく2002年12月末の深夜午前0時に38.5℃の発熱。朝起床時も発熱が持続していたので、11時頃かかりつけの医院を受診しました。検査キットでインフ

ルエンザA型との診断をうけ、タミフルドライシロップを処方され午後2時頃に帰宅しました。この時には意識は明瞭で通常通り歩行も可能であったそうです。昼食後処方された薬剤のうちタミフルだけを服用してビデオを見ながら入眠しました。母親は目の届く範囲内で家事をしながら時折様子を見ていましたが、眠ったと判断していました。午後4時頃、A君は右側を下にした姿勢で鼻汁を流したまま呼吸が止まっていたため、母親は救急車を呼び、A君は病院に運ばれましたが、治療の甲斐なく午後5時15分死亡が確認されました。

もう1人の子は2歳5か月男児（B君、体重13.5kg）。やはり初めてのインフルエンザ（検査でインフルエンザA型と診断）で、午後9時半～10時にタミフルなど処方された薬剤を服用後眠り、午前0時に一旦目覚めましたが再び眠りました。午前6時30分に父親が触れた時にはチアノーゼがあり心肺停止しており、病院に運ばれた時はすでに死後硬直を起こした状態であったとのことでした。

#### 睡眠中の死亡は動物の 呼吸抑制死に似ている

私が「十分関連がある」と考えた理由はいくつかあります（詳しくはTIP誌2005年2月号参照）。

まず、タミフルが使われるようになる前は、インフルエンザにかかって睡眠中の子どもの突然死はほとんど報告されていません。生後6か月未満の乳児に起きやすいとされる乳児突然死症候群（SIDS）も1歳以上では非常に稀です。インフルエンザ脳症で急に亡くなるといっても、症状が出始めてから、半日や1日は経過しています。ところが、塩見医師らが報告した子たちは、昼寝のわずかな間や、深夜に突然死していました。

もう一つの重要な理由は、子どもたちの死亡時の状況が、タミフルの動物実験におけるラットの死に方とそっくりだということです。タミフルを服用していた4人中4人ともタミフルを1回服用しただけで睡眠中に死亡していました。米ロッシュ社で実施した動物実験をみると（注3）、

- 1) 生後7～14日の幼若ラットが、1回投与された後、10分～4時間後に死亡している
- 2) 死亡は、呼吸が抑制された結果と考えられる
- 3) 呼吸抑制は脳中にタミフルが大量に（成長したラットの3000倍）移行していたためと考えられる（報道では1500倍としているが3000倍が正しい）
- 4) ラットが死亡する可能性がある500mg/kg超（注4）はヒト常用量の25倍程度ではない

注3：動物実験の結果は、「タミフルカプセル75（予防）の資料」と題する新薬承認情報集の59～62ページ、小児用のタミフルドライシロップの新薬承認情報集の106～107ページに記載されている。

注4：実際に死亡が生じた最小用量は700mg/kgで、500mg/kgでは死亡は生じなかったが、500mg/kg超では死亡する可能性があるとするのが一般的な考え方である。

ということが分かっています。ラットの生後14日は、ヒトの6か月～3歳に相当します。

#### インフルエンザ時はより 多く脳中に移行する

インフルエンザにかかった子の中には、血管から脳中に血液成分が滲み出しやすくなっている子がいます。そうした子では、血液中のタミフルが当然ながら脳に移行しやすくなっていると考えられます（場合によってはもっと大きな子や大人でも脳中には移行する可能性があります）。個人差もあるため、1歳未満でなくても、数多くの子が使用すれば、さらに極端にタミフルの脳中濃度が高まる子もいるでしょう。その結果、呼吸が麻痺し死亡する子も出てくるのではないかと。塩見医師らが報告した例はまさしく、そうした例ではなかったのか。害反応（副作用）として記録にとどめ、脳中のタミフルの濃度を測定するなど、関連性についてもっと詳しい検討が必要ではないかと考えます。（詳しくはTIP誌2005年2月号）。

#### メーカーは乳児には 推奨していない

上記のような動物実験結果から、「1歳未満児にはタミフルを使わないように」とタミフルを開発した米ロッシュ社が2004年1月に警告を出したのです。日本でタミフルを販売している中外製薬も1歳未満児には使用しないよう、医療関係者に呼びかけました。

注1：「小児内科」35:1676.2003

注2：「小さいのち」<http://www.chiisanainochi.org/contents2/voice7/20040420.html>

# インフルエンザ予防に タミフルは無効

**無効**

タミフルの予防的使用の適応が、2004年7月、新たに承認されました。流行時には予防的使用がなされる可能性が大いにあります。治療用の使用は本誌16～18ページで詳しく解説したように、せいぜい症状が1日早く治まるだけ（その1日も通院に使う1日を考慮すると帳消しになる）、半数には無効と考えられるのに、予防的に用いて価値があるのでしょうか。

結論は、「タミフルはインフルエンザ予防に無効」です。いかにも「効く」「効く」というイメージが先行しているタミフルですが、インフルエンザは予防できないことが明瞭です。

## 承認された適応は、 ハイリスクの人のみ

タミフルをインフルエンザ予防に使うときの適応は、添付文書上、つぎのように記載されています。「予防に用いる場合には、原則として、インフルエンザウイルス感染症を発症している患者の同居家族又は共同生活者である下記の者を対象とする。1) 高齢者（65歳以上）、2) 慢性呼吸器疾患又は慢性心疾患患者、3) 代謝性疾患患者（糖尿病等）、4) 腎機能障害患者」です。

つまり、健康な成人や小児には使えません。家族内の誰かがインフルエンザにかかり、高齢者や、慢性呼吸器または心疾患、糖尿病、腎機能障害などハイリスクの人がいる場合だけです（ハイリスク者とは、インフルエンザに罹るとインフルエンザ自体が重くなりやすい、あるいは元の病気が重くなると言われている人のことです）。

一見、厳しい「しぼり」がかけられています。適応とされるハイリスク者に対する予防効果と安全性に関する根拠があるのかというと、「根拠は何もない」という何ともお寒い限りなのです。しかも、「原則として」がついているために、解釈によってはそれ以外で使ってもよいと思う医師もいるようです。治療とはちがって薬剤費は自費ですので、これがプレーキにはなりません。10日間で3673円、これに処方箋代、調剤料などが加わります。効かないことを知れば、もっとプレーキになるに違いありません。さていよいよ、根拠のなさをみてみましょう。

## 日本の臨床試験では、 インフルエンザには無効

日本では、インフルエンザ流行シーズンに6週間使用したⅢ相（注1）のプラシーボ対照ランダム化比較試験が実施されました。この臨床試験では、インフルエ

## 乳幼児では 耐性出現率30%前後

3歳以下の乳幼児にタミフルを使用したところ、インフルエンザウイルスの30%前後が、使っている間にタミフルに対する抵抗性が1万倍から10万倍に増す（耐性ができる）、つまり、タミフルが効かないウイルスに変化することが分かっています（注5）。耐性ができるも、次のシーズンにまで持ち越すことはないと言われていますが、耐性ができると一般には治りが遅くなると言われていますし、一生を左右するかもしれない最初の免疫のでき方に耐性化がどのように影響するのか、たいへん心配です。

## タミフル服用後、転落死も

中2の男子がタミフルを1カプセル服用して約2時間たたないうちに自宅マンション9階から転落しているのが見つかりました（注6）。タミフル服用前に異常はなく、母親の話では、様子を見に行くとベッドにいないので、玄関から出てみると、誰かが転落したと騒ぎになっていたそうです。

この例でもタミフル服用まで異常はなく、タミフルを初回服用後でした。意識もうろう状態で転落した可能性が考えられます（注6）。

ところが、日本小児科医会が2004年2月、厚生労働省（厚労省）に対して「1歳未満の患児について本当にタミフルを使用してはいけないのかどうか」と質問状を提出し、当局は「安全性が確立していないことを丁寧に説明し、同意を得た上で慎重に」すれば「投与可能」との趣旨の回答をしました。メーカーが使用しないように求めているのに、医師や厚労省が「使用可」としているのはどんな医学的根拠によるのでしょうか。

## NPOJIPの結論：

**X：危険 使ってはいけません。**

タミフル使用中の突然死例を見聞きした方は、NPOJIPまでご連絡ください。

## 痙攣、幻覚、意識障害例も

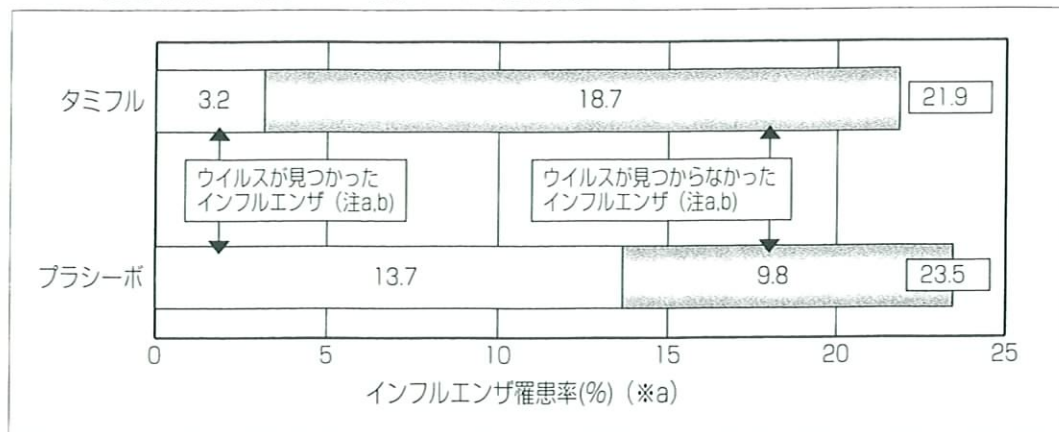
日本小児科学会が実施した副作用調査の中間集計結果が、2005年1月8日に新聞各紙に載りました。それによると、昨シーズン（2003年末～2004年）にタミフルを処方された1歳未満児が、156医療機関で737人、うち副作用が疑われる例が2.7%（20人）あり、重症例はなかった、ということです。しかし、これに先だって報告された『日本小児科学会雑誌』（平成16年11月号）によれば、「タミフルとの因果関係」は「否定」されているものの、有害事象として、痙攣が3例報告されています。厚労省には幻覚や意識障害の報告も14例なされています。

注5：Kiso,KawaokaらLancet 2004 364:759

注6：カンガルーネット<http://www.kangaeroo.net/>

注1：臨床試験にはⅠ相（いっそうと読む）からⅢ相（さんそう）まで段階がある。Ⅲ相は多数の患者を対象に、ある物質（新薬候補）の効き目と毒性の有無を確認する。くわしくは、本誌1～6号に連載の「新薬承認のカラクリ」参照。

図1 タミフルのインフルエンザ予防効果 どうしてこれで有効なのか?!  
(日本人対象、42日間タミフル使用、ランダム化比較試験より)



タミフルを使用してもインフルエンザにかかる率は同じ。つまり予防できず。効果は単に鼻粘膜からウイルスが見つからなくなるか、抗体が上昇しなくなるだけ

注a: ここで「インフルエンザ」とはインフルエンザ様疾患のこと: 1) 37.5℃以上の発熱、2) 呼吸器症状(咳、咽頭痛、鼻症状のうち1つ以上)、3) 全身症状(関節痛や筋肉痛などの痛み、脱力感、頭痛など)、のうち1つ以上の症状があるもの

注b: 「ウイルスが見つかった」とは、鼻粘膜からインフルエンザウイルスが検出されるか、ウイルス抗体価が4倍以上上昇した例、あるいは両者が確認された例を意味する

ンザの症状があった人はタミフル群は155人中34人で21.9%、プラシーボ群は153人中36人で23.5%と両群に差はなかったのです。

ではなぜ、タミフルが有効ということになったのでしょうか。そのトリックは、インフルエンザワクチンの時と似ています。図1を見てください。

「インフルエンザウイルスが検査で見つかったインフルエンザ」は、タミフル使用者のうち3.2%、一方プラシーボ群では13.7%です。そこで、この人たちに「インフルエンザウイルス感染症患者」という名前をつけて区別して「タミフルを使うとインフルエンザが減った」と言っているのです。

この場合、「インフルエンザウイルスが見つかった」というのは、鼻の粘膜にウイルスが見つかるか、血中の抗体濃度が

4倍に上昇した場合を指します。

ところが、検査でインフルエンザウイルスは確認できないけれども、発熱や呼吸器症状(咳、咽頭痛、鼻症状)や全身症状(関節痛や筋肉痛、脱力感、頭痛など)の症状が一つ以上あるインフルエンザ患者はプラシーボ群9.8%に対してタミフル群18.7%と圧倒的に多かったのです。

つまり、タミフルを予防的に使用すると、鼻粘膜からのウイルス検出や抗体上昇は少なくなるが、インフルエンザにかかるのは全く防ぐことはできなかったということです。もう一つ言い換えると、タミフルを使ってもインフルエンザにはかかり、ウイルスが見つからなくなるだけということです。

なぜそうなるのか? 詳しいことは不明です。しかし、6週間も服用した方法でこのような結果だったことから、健康な人にタミフルを予防使用することが承

認されなかったのかもしれませんが。

### ハイリスク患者にも無効 (予防も治療も)

ところで、適応症となった、慢性の心疾患や呼吸器疾患を有する、いわゆるハイリスクの人たちに対する予防効果と安全性も、証拠は全くないのです。そもそもランダム化比較試験が実施されていません。承認審査にあたった医薬品機構でもこれを正直に述べています。

問題の箇所は、2004年5月13日付けの審査報告(2)です。

「(2) 高齢者などハイリスク集団: 予防効果ならびに安全性が検証されているとはいえないが、これらの集団に対し、特に安全性が危惧されるというデータも得られていないことから、(中略)これらの集団を投与対象として差し支えないと考えた。」

つまり、「安全とは言えない」→しかし「危ないとも言えない」→だから「使っても差し支えない」と判断しているのです。こんな判断は、『科学的根拠に基づく医療』でも何でもありません。

では、ハイリスクの人たちを対象として、(予防ではなく)治療効果は? という、それも根拠がない。ハイリスクの人たちを対象として、治療効果を確かめるためのランダム化比較試験が欧米で実施されています。効果があることを証明するための一番大切な項目「インフルエンザに罹っている期間」は短縮されなかったのです(151.5時間vs161時間、 $p=0.7672$ )。

ここで、注目すべきは、この試験でもウイルスが分離されなくなる期間は短縮されたことです。インフルエンザの症状がなくなるまでの期間は変わらないけれど、ウイルスだけは見つからなくなる。

言い換えると、ウイルスは早く見つからなくなるけれども、それに応じて症状が早く消えるわけではなかったのです。この現象は日本での予防の臨床試験の結果と共通する結果です。

治療についても、この程度ですから、ハイリスクの人たちに予防目的で用いても、有効で安全かどうか、まったく保証できません。まず効かないと考えておくべきでしょう。

### タミフルが無効な A香港型と慢性喘息児

すでに、本誌17ページで詳しく述べていますが、日本人を対象とした治療のためのランダム化比較試験において、最も数の多いA香港型(H3N2型:2型と略)にタミフルは全く無効でした(本誌17ページの図3参照)。

慢性喘息を持つ小児にも無効でした。本誌16~17ページで解説済みですが38ページの図2を見てもう一度説明しましょう。

症状が早く治まる子がいる半面、極端に回復の遅い子がおり、全体として効果があるとは言えませんでした。これはおそらく、耐性が出現して効きが悪くなったのではないかと考えられます(34ページの「耐性」の項参照)。解析方法を適切にすれば、もっと効かないということになるかもしれません。

### タミフルは糖尿病を 増悪させる

予防を目的としたタミフルのランダム化比較試験3つを合わせると、高血糖ない

# かぜの季節を迎えて

春本 幸子

## かぜをひいたら

かぜをひくとすぐお医者さんに駆け込んで、抗生剤、鎮痛解熱剤、痰を出す薬、咳止めなどを処方してもらうのが当たり前になったのは、いつのころからだろう。私は戦前生まれだから、戦前戦中にかぜですぐに受診したという記憶はない。3歳ごろ高熱を発したときと、小学生になる前に結核性の肺門リンパ腺炎にかかり、1年ほど通院したことがあり、どちらも非常に怖かったことを覚えている。

戦後私は働きに出て、健康保険を手に入れ、いつのまにかかぜや下痢の症状が出たらすぐ受診するものだと思うようになっていた。医療への信仰は厚く、医療が患者の身体を傷つけるようなことが起こるとは考えたこともなかった。1960年代半ばの国民皆保険成立が、一般の人が簡単に受診する傾向を助長したのだろう。

スモンにかかってから学習するうちに、日本での標準的な医薬品の使われ方が、素人でも訳がわからないと思える異常であることを知った。ウィルスが原因であるかぜに、抗生剤は効かないということもそのひとつである。また鎮痛解熱剤によって、本来発熱によって退治されるウィルスが増殖されるなど。安心を求めて

医療機関に乳幼児を連れて行くと、ライ症候群によって死や重篤な後遺症をもたらされたこともある。私たちがしてきたことは、自分の身体の状態をより悪くすることではなかったのか。

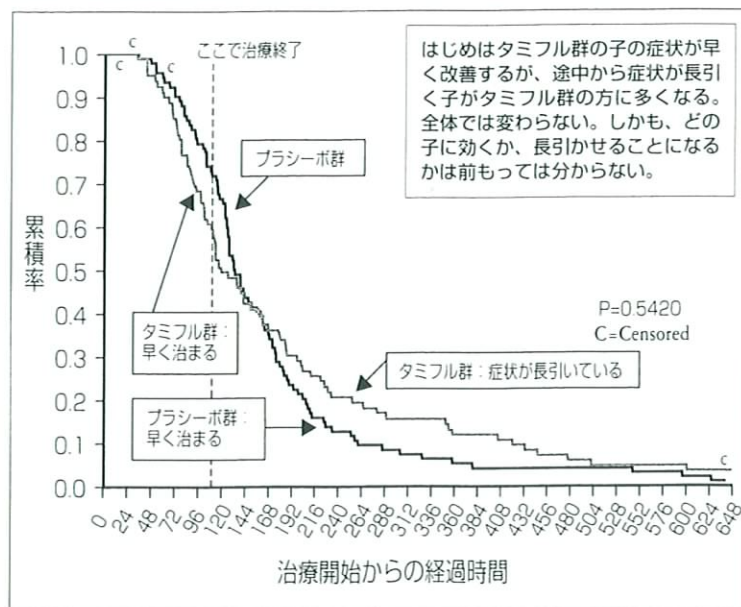
## 医療は不確実

あるフォーラムで、クリニックを開業している老医師と心ならずも議論になったことがある。その医師は日本の医療を科学的なものに変えなくてはならないと真剣に考えている立場だった。だからこそ、その催しにパネラーとして参加したのである。

その医師は医療の不確実性についてかぜを例にあげ、かぜ様の症状を訴えてきた患者の場合、病気の原因がその場では特定できないため、念のため細菌感染治療の抗生剤を出し、対症療法として解熱剤を処方するのだとの説明をされた。かぜなら病因が特定できる2~3日後には症状が消失するが、患者に「原因が特定できるまで待ってください」とは言えないという。

そこで私は「では患者がはじめて受診した日に、医療の不確実性を説明され、あなたはかぜだと思うが、念のため検査を行うから、このまま帰ってしばらく休

図2 慢性喘息児に対するタミフル群の臨床試験結果



タミフルドライシロップ新薬承認情報集2002年P299より

しは糖尿病の悪化が、プラシーボ群973人中0人に対して、タミフル群では986人中7人ありました。これは、統計学的に差が有意です ( $p=0.0154$ )。

メーカーは動物実験では血糖値の上昇を見ていないと言っていますが、果たしてそうなのでしょうか。気になったので、動物実験を検討してみました。

ラット2週間の毒性試験(「タミフルカプセル75の新薬承認情報集」の190ページ)において、2000mg/kg投与群で血

糖値の上昇が認められていたのです。血中濃度の曲線下面積(AUC)という適切な指標で比較してみると、血糖上昇を見ない安全量はせいぜい、ヒト用量の50倍程度です。非常に若い健康な動物にタミフルを2週間飲ませただけでこの結果が得られたのですから、高齢で糖尿病の患者に使用すれば、もっと少ない量でも糖尿病が悪化したり、糖尿病の素質を持っている人が本物の糖尿病になったりする可能性は十分あると考えておくべきでしょう。

しかも、糖尿病患者を対象としたランダム化比較試験は治療についても予防についても実施されていません。

したがって、糖尿病患者を、特にタミフルの予防使用の適応としたことは、何ら根拠がないだけでなく、極めて危険なことといわざるを得ません。

**糖尿病を悪化させるので、糖尿病の人には禁止を**

## 世界の70%消費 —異常な医療に今こそ反省を

現在、ヒトの間で流行しているインフルエンザウィルスの病原性はそれほど強くなく、健康な人では、二次感染がない限り、重篤化することはありません。ふだん健康な子にはインフルエンザは脅威の感染症ではないのです。イギリスでは、ふだん健康な子は使用の対象になっていません。大人に対しても予防効果がないことが証明されました。

慢性喘息児にはタミフルは治療効果もなく、日本では小児に対するランダム化比較試験は実施されていません。高齢者やハイリスクの人たちにも効果も安全性も証明されていません。それにもかかわらず、予防の適応も承認され、世界のタミフルの70%以上を日本で消費しています。こうした異常な承認のされ方、診療の実態を大いに反省する時期ではないかと考えます。