

2-1 仏教国

ここであげた、仏教国で、それぞれの国の総人口中に占める仏教人口の割合は多い順に、タイ95%、カンボジア95%、ミャンマー89%、スリランカ70%、ラオス60%、シンガポール43%であるが、それぞれの国の人口でも仏教への帰依の濃淡が違ふと思われ、たとえば、タイもカンボジアもここでは同じ95%であるが、ポルポト政権を経験したカンボジアではこの時期に宗教は徹底的に弾圧され僧侶もほとんどいなくなった国でもある。

これら仏教国は、スリランカ、シンガポールを除いて、仏教の人口の割合にほぼ比例する形で、15-49歳の一般人口のHIV感染率や、性病クリニックに来る男性の感染率も高くなってきている。ミャンマー・カンボジアでは性病クリニック外来男性のそれぞれ12.6%、8.5%がHIV陽性という高率である。さらに都市部のIDUのHIV感染率となるとは、ミャンマーで47.6%、タイで39.6%と凄まじい陽性率である。

2-2 イスラム教国

ここで対象としたアジア各国の中でイスラム教国は、パキスタン97%、インドネシア88%、バングラデシュ83%、ブルネイ67%、マレーシア53%などである。これらの国は、マレーシアやインドネシアのIDUを除いて、一般の人口でのHIV感染率は報告がない、あるいはかなり少ないという状況である。報告がない国々の中では、本当に感染者が少ないあるいはいないのか、それとも検

査体制が整っていないかは不明であるが、少なくとも表向きは売買春などが禁止され、またイスラム法・シャリーア法などによっても同性間の性行為は厳しく禁止されているから、性行為による感染は現時点で表立って出てきていないようである。

2-3 ヒンズー教

アジア諸国の中でインドは全人口の81%、ネパールは86%がヒンズー教徒ということになっている。15-49歳の一般人口のHIV感染率は、それぞれ0.8%、0.5%と推計されているが、インドにいたってはもともと10億人の総人口中の0.8%であるから数的には大変な数である。都市部のIDU感染率はネパールでは50%と高率である。インドでは東部のマニプールなどではIDUのHIV感染率が80%ともいわれ、広いインドでは感染が偏在しながらも、そこでは著しい勢いで広がっている。

2-4 キリスト教

今回対象のアジア地域で唯一キリスト教国であるのはフィリピンである。フィリピンのHIV感染率は、15-49歳の一般人口のHIV感染率や、性病クリニックに来る男性の感染率、都市部のIDU感染率も皆0に近い割合である。

D. 考察

1. 宗教と法的状況

本年度は昨年度に引き続きアジア各国の同性愛に関する対応を調査した。国際レズビアン・ゲイ連盟 International Lesbian and Gay Association (ILGA) の世界各国の同性愛者の置かれている状況を調査 (World Legal Survey によると、アジア各国は、東南アジアのマレーシアや西アジアのイランなどではイスラム関係諸国ではソドミー法などの厳しい法律が存在している。

一般に、イスラム教国、特にシーア派などの原理主義に近い場合には、厳しい罰則も含めた法律が存在し、同性愛行為などもソドミーと呼ばれ厳しく対処されている。

また同時に、下記の旧英国植民地系では、「大英帝国植民地国家刑法377条」が影響を受けているが、実際の法律の適用は、国によって大きく異なることもあり、また時代と共に変わってきたものと思われるが、時としてこうした法律が、別の目的でも使われたりして、ひいては同性愛行為による感染者の社会での受け入れを阻害していることなども指摘されている (マレーシア、ILGAレポート)。

一方、タイのような仏教国は、敢えて同性愛行為を禁止する行為などは明文化されているわけではなく、公にしなければ、それなりに過ごせるようで、日本の状況と似ている点もある。

しかし、逆にそれは同性愛行為そのものを underground 化するものであり、男性の同性愛者のゲイとしてのアイデンティティーが形成しづらいこととも重な

り、結果的に、エイズ予防に関する低い関心と関わり (2000、日高) の低下や、MSM に対するエイズ予防のアウトリーチも難しくなるなどの問題も、出てくると思われる。

2. アジア諸国の宗教と HIV 感染率

「アジア諸国の宗教と HIV 感染率」をおおまかにみると、感染率の高い国々は仏教国、ヒンズー教国に多く、マレーシアを除いてイスラム教国は少ないといえる。

また感染率の高い国の多くは、性行為による感染も多いと同時に IVDU の感染率も高くなる傾向が見られ感染の拡大に拍車をかけているようである。

そして確かに、こうした (現在の我々の規準から言うと) 厳しい法律や習慣の国々では、統計を見る限り HIV の報告数は少なくなっている。

例えば、パキスタンや、イランなど西南アジア地域では、イスラムの思想の影響が強い国々では、HIV 感染の報告は少なく、日本や一部東南アジアで旺盛を極めている性産業とは、表面上無縁である。しかしかつての英国植民地をみて、その植民地刑法が影響を受けていても、実際の感染の広がり方とはばらつきがある。スリランカやバングラデシュなどは感染者の報告が少ない。マレーシアなどでは IVDU の感染報告は多いが、性行為感染になるとまだ少ない。インドに至っては、現在地域によっては感染が進行している。

ちなみに、ここで取り上げたアジア諸国以外を見てみると、アフリカ大陸諸国では地中海地域はイスラム国で、エイズの低流行国となっている。

サハラ以南のアフリカについてみてみると、宗教の影響というよりは、旧宗主国によって感染率の違いが見られた(丸井ら、2001年)。すなわち西アフリカ地域を中心とした旧フランス領植民地は、ナイロビを中心とした東部、南アフリカを終身とした南部地域など旧英国系植民地では、H I V感染が著しく蔓延している。

また中近東・西アジア地域などでは、イスラエルのユダヤ教、レバノンのキリスト教など一部を除いて全般的にイスラム教徒が主流であるが、その地域でもH I Vの感染率は低い。

概してイスラム諸国でのH I Vの感染率が低い理由としては、男性同性間の性行為がオープンではないこと、売買春がオープンにはないこと、女性が守られていること(西側諸国からみれば、女性が「解放」されていないこと?)などの社会規範が大きいものと思われるが、これらもそのもとをたどれば、シャリーア(イスラム慣習法)が社会に根付いている理由とも言える。

また同じイスラム国でも、性行動を抑制する法律であったとしても、英国式の寛容度の高い法律か、それともイスラムのシャリーア法のように、人々の生活習慣内部までに深く浸透して行った慣習法とは、HIV エイズの広がりという結果を見る限り、性行動、性規範への影響への違いが出てきているといえる。

一方、仏教国ではH I V感染が比較的多い結果となっている。仏教をみると、ほかのイスラム教やキリスト教のように、同性間の性行為や売買春を直接的に禁じるようなことは特に強調されておらず、性・性行為に対しても比較的「寛容」であったそうした社会背景があったものと思われる。

一方、今回対象のアジア地域で唯一のキリスト教国のフィリピンは、そのほとんどがカソリックで占められ、スペイン植民地時代から多くの教会が建てられ、日曜日には必ずミサに行く住民も多い。世界中の同じキリスト教国のなかでも、熱心な「保守的」といわれるカソリックの存在が、一般人口の性行為への規範が大なり小なりあったのかもしれない。

また、フィリピンのエイズ対策担当者などに伺うと、H I Vがフィリピンで広がっていない要因として、宗教以外の要因で考えられるのが、まずI D Uが少ないこと、一説には薬物中毒者はいることはいるが、注射器での薬物注入は一般的でなく、吸引の方法が多いとのことで、近隣アジア諸国のように、I D Uによる感染が広がらなかったことなどとのしてきがあった。

E. 結論

本研究班では世界的に見てHIV/AIDSの流行が少ないといわれる地域に着目し、特にエイズの流行の最大要因としての性行為とその背景にある性規範に関連する法律・文化・宗教・性志向などの分析を行なった。

昨年度に引き続きアジア各国の宗教と法的状況として、世界各国の同性愛者の置かれている状況によると、アジア各国は、東南アジアのマレーシアや西アジアのイランなどではイスラム関係諸国ではソドミー法などの厳しい法律が存在している。

「アジア諸国の宗教と HIV 感染率」をおおまかにみると、感染率の高い国々は仏教国、ヒンズー教国に多く、マレーシアを除いてイスラム教国は少ないといえる。

また感染率の高い国の多くは、性行為による感染も多いと同時に IVDU の感染率も高くなる傾向が見られ感染の拡大に拍車をかけているようである。

イスラム諸国での HIV の感染率が低い理由としては、宗教・シャリーア（イスラム慣習法）による性規範・社会規範が大きいものと思われる。仏教国では HIV の蔓延率が高い国が多かったが、性・性行為に対しても比較的「寛容」であった宗教的影響の社会的背景もあったかもしれない。

また同じイスラム国でも、性行動を抑制する法律であったとしても、英国式の寛容度の高い法律か、それともイスラムのシャリーア法のように、人々の生活習慣内部までに深く浸透して行った慣習法とは、HIV エイズの広がりという結果を見る限り、性行動、性規範への影響への違いが出てきているといえる。

アジア諸国の宗教とHIV感染率

(×:違法、○:合法或は法

国・地域	主要宗教人口の 総人口比	15-49歳の HIV感染率	STI/クラミカ男 性のHIV感染 率	都市部IVDUの HIV感染率
スリランカ		<0.1	0.1	—
インド	ヒンズー教:81%	0.8	3.6	3.5
シンガポール	仏教:43%	0	0.7	0.2
パキスタン	イスラム教:97%	0.1	0.3	0
ブルネイ	イスラム教:67%	<0.1	—	—
マレーシア	イスラム教:53%	0.4	—	16.8
ミャンマー				
バングラデシュ	イスラム教:83%	<0.1	0.3	2.5
ネパール	ヒンズー教:86%	0.5	0	—
インドネシア	イスラム教:88%	0.1	—	—
フィリピン	キリスト教:92%	<0.1	0	0
ヴェトナム	不明	0.3	2	—
カンボディア				
ラオス		0.4	—	—
タイ		1.8	2.5	30.8
中国	不明	0	0	

アジア諸国の薬物統制関連法規と HIV/AIDS 予防政策

研究協力者：橋本幹雄

目的

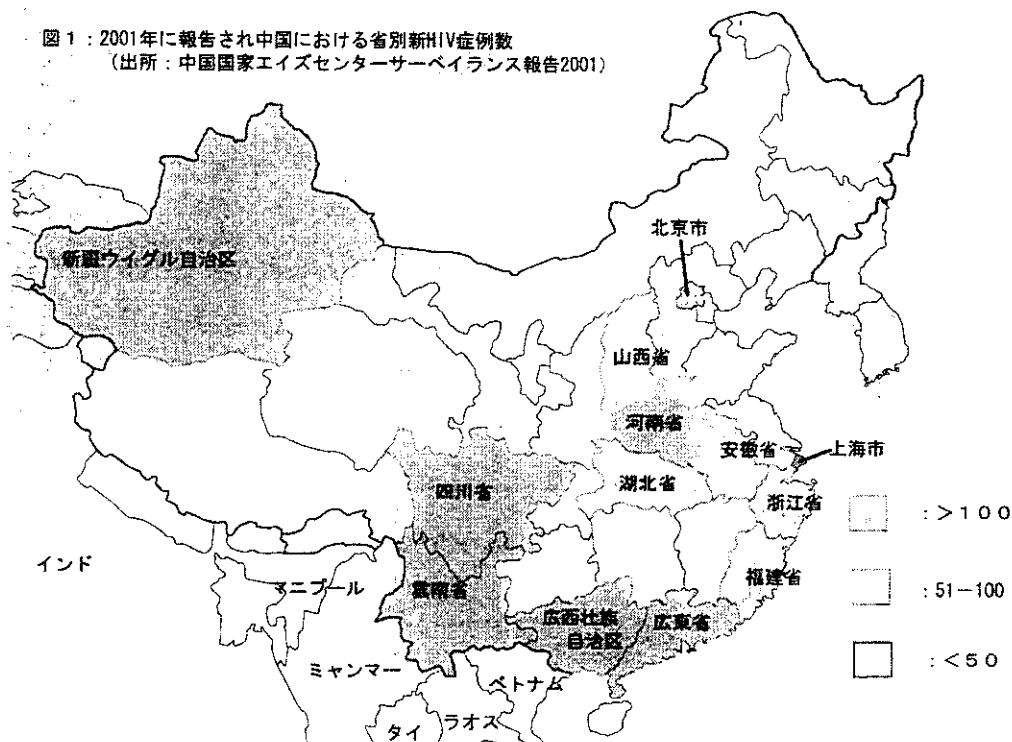
アジア地域ではミャンマーを基点とするヘロイン密輸ルートが、HIV 感染拡大経路の役割を果たしている。IDU(注射による薬物使用者)の急激な HIV 感染拡大は 4 地域で見られ、4 つの薬物密輸ルートと重なっている。第一はミャンマー東部と中国雲南省との国境沿いのルート、第二はミャンマー東部から雲南省を通過して北と西に行き新疆地区に達するルート、第三はミャンマーからラオス・ベトナム北部を通過して広西壮族自治区に行くルート、第四はミャンマー西部からインドとの国境を越えてインド・マニプール州に達するルートである。中国の HIV 感染は薬物流通ルート沿いに拡がり、以前は HIV 感染を完全に免れていた地域に

まで広がっている。2002 年の中国政府の報告では累積 HIV 感染者報告数のうち 63.7% が IDU であり、中国政府による推定 HIV 感染者数は 100 万人である (図 1 参照)。

またミャンマーでは近年、中国との国境沿いに貿易が盛んな地域があり、宝石や材木と共に麻薬の密輸が、再び少数民族によって行われるようになってきている。2001 年にアフガニスタンのアヘン生産の激減により、世界のアヘン剤市場において供給不足と価格の高騰が起こると考えられている。ミャンマーは、減少したヘロインの供給を補うことができる唯一の国であると密輸業者から考えられている。結果として、これがアヘン生産を再び増加させる強力な誘因となり得る。

前述の状況の中で、今後の世界の HIV 感染拡大において最重要な役割を果たすであろうアジア地域における、薬物統制政策と HIV/AIDS 予防政策の関係を、各国の法制度と法執行状況から調査し、その特徴を明らかにすることが本研究の目的である。

図 1：2001年に報告され中国における省別新HIV症例数
(出所：中国国家エイズセンターサーベイランス報告2001)



方法

HIV/AIDS 分野ではアウトリーチの取り組みとピア・エデュケーションが重要なものとして認識されており、パリサミットの宣言においも GIPA (Greater Involvement of People Affected)の重要性が謳われているが、薬物統制政策においてはこのアプローチはどの国においても、その重要性が認識されているが、薬物統制政策の必須事項ではなく、薬物使用の絶対禁止を奨励する枠組みで行われていることが多い。したがって第1に、各国の薬物統制関連法規の全般的特徴および執行状況を調査した。

薬物使用と HIV/AIDS への脆弱性に影響する法規においては、薬物使用者が HIV/AIDS 予防のために利用できるサービスに影響する法規が、効果的な HIV/AIDS 予防戦略の障害になっているか、あるいは促進要因になっているかを調査すべきである。したがって第2に、IDUとその性的パートナーの HIV 感染予防のために、IDU が直接利用でき、メタドン等の代替薬物治療法導入よりも対費用効果が高いとされる注射器具交換プログラムに対する関連法規の特徴および執行状況を調査した。

調査資料の収集にあたっては、各国機関および国際機関・NGO の報告書・機関紙を主に Web サイトを利用して集めた。主要な機関は以下のものである：UNAIDS・WHO・UNDCP(国連薬物統制計画)・ハームリダクションセンター(Centre for Harm Reduction, Burnet Institute, Australia)・CIA・米国国務省麻薬統制戦略・AHRN(Asian Harm Reduction Center)・APN+。

結果

1) 薬物統制関連法規の全般的特徴および執行状況

アジア各国の薬物統制関連法規は、基本的には、国連薬物統制条約(麻薬に関する単一条約(1961)、向精神薬に関する条約(1971)、麻薬及び向精神薬の不正取引の防止に関する国際連合条約(1988)とその修正)に沿ったものである。条約は薬物統制法制のガイドラインであり、国際社会によって承認された薬物統制の大枠を提供するものである。各国の薬物統制関連国内法の詳細は、各国が独自に決め、各国の歴史的・社会的・経済的環境のなかで作られたものであり、薬物使用のパターンや程度に影響を受けている。

アジア各国の国内法規における規制メカニズム・薬物供給抑制活動・法執行は、厳しい懲罰的刑罰により犯罪行為・違法行為を思いとどませることを、あるいは再犯を防ぐことを目的とした抑止・防止理論に基づき最高刑として、ラオス・カンボジア(法制度未整備)・ネパール(最高刑禁固3年)を除き、死刑が採用されている。また、適用される刑罰の軽重は押収された薬物の容量に従って定められている(表1参照)。

ほとんどのアジア各国は政府高官から末端の現業公務員までの汚職の蔓延に苦慮しており、死刑が適用される違法行為に従事する者に対しては、賄賂等により厳しい法執行が妨害されている傾向がある。

以下は各国の法執行状況の報告である。

パキスタン

ベナジール・ブット前首相の夫の元上院

表1: 死刑が適用される薬物(ヘロイン・モルヒネ・アヘンの場合)関連違法行為

「法律」条項	違法行為	法適用可能な違法薬物容量		
		ヘロイン	モルヒネ	アヘン
パキスタン				
「麻薬物質統制法」9条	取引行為・輸出入・製造・所持・生産	100g以上	100g以上	200g以上
インド				
「麻薬・向精神薬物法」31条A	取引行為・輸出入・製造・所持・生産	1kg以上	1kg以上	10kg以上
バングラデシュ				
「麻薬統制法」19条	取引行為・輸出入・製造・所持・使用	25g以上	10g以上	2kg以上
スリランカ				
「毒薬・アヘン・危険薬物法」54条A	取引行為・輸出入・製造・所持	2g以上	3g以上	500g以上
ミャンマー				
「麻薬・向精神薬物法」20条	取引行為・輸出入・製造・通信	3g以上	3g以上	100g以上
タイ				
「麻薬法」65条2項	取引行為・輸出入・製造	20g以上	終身刑	終身刑
「麻薬法」66条2項	所持	100g以上		
マレーシア				
「危険薬物法」39条B	取引行為・輸出入・製造・所持	容量に関係なく適用		
インドネシア				
「麻薬法」および「向精神薬法」	取引行為・輸出入・製造・所持・生産・使用	不明	不明	不明
ベトナム				
「刑法」139条、193条、194条、278条、279条および289条	取引行為・輸出入(必ず死刑)	600g以上	不明	5kg以上
「刑法」200条	薬物乱用教唆で第三者を死亡させた場合、或は、乱用を組織化した場合	容量に関係なく適用		
フィリピン				
「危険薬物法」4条、5条および7条	取引行為・輸出入・製造(違法行為と第三者の死亡に因果関係がある場合)	容量に関係なく適用		
中国				
「麻薬禁止決定」2条	取引行為・輸出入・製造	50g以上	50g以上	1kg以上

議員アシフ・アリ・ザルダリーの近縁者であるアリフ・バロッチは、2001年1月26日に、2.4トンのハシッシュの密輸に関与した事件で死刑の宣告を受けた。パキスタン国民議会の元のメンバーで、薬物不正取引業者といわれたムナワール・ハッサン・マンジの裁判は5年の訴訟手続きの後に成功裡に結審した。マンジとその仲間の2人は2001年8月10日に、死刑の宣告を受けたのである。その上彼らはそれぞれ1万6,000米ドルの罰金も科せられた。

こうした判決にもかかわらず、パキスタンにおける大抵の犯罪事件の訴追手続きは今でも長引いた状態にある。腐敗や低い給料のためにパキスタン全国の法律執行機関および司法機関の高潔さが脅かされている。例えば、裁判官は長期の裁判続行を是認したり、被告人側は遅延した中間判決の控訴を提出したり、また証人側は証言に消極的な姿勢をとったり、さらには贈収賄が事件の結果に影響を及ぼす可能性もある。

インド

薬物の生産、製造、所持、輸送、輸入、輸出に関わった者は、まだ施行はされていないものの、死刑判決を受ける可能性がある。個人使用目的の少量薬物所持や消費は、薬物離脱センターに通い、1年間、その医療的なフォローアップを証拠として裁判所に提出するという条件で、釈放される。条例64項Aによれば、少量の薬物所持の初犯に関しては、認可された施設で自主的に薬物治療を受けることに同意すれば、起訴

はされない。

スリランカ

2001年度には薬物の売人による政府の下級官吏らの収賄に関する未確認の噂が取り沙汰されたものの、2001年度に官吏らが薬物不正取引行為に従事したとされる証拠は皆無であった。

ミャンマー

1993年に導入された法律によりある状況下で死刑が薬物犯罪者に課せられる。しかしながら、政策官僚も司法官僚も、主な不正取引業者やその薬物関連の資産をたとえあってもほとんどターゲットにしないため、なかなかこの法律を実施する姿勢を示してきていない。

ラオス

ラオス政府は、違法薬物の生産や流通を奨励・助長しない、さらに、麻薬に関連した腐敗は許さないとしている。しかし、ラオスの貧困や公務員の低賃金、ラオス国内で明らかに密売が行われている証拠があることを考え合わせると、違法薬物密輸業者から賄賂をとっている公務員や軍人がいることは否めない。ラオスの薬物密輸業者は、自らも密輸に関わっている上級官僚から守られているとの報告がある。2000年、薬物密輸に関与したとして逮捕、起訴、刑が確定したラオスの官僚はいない。腐敗と薬物密輸を厳しく取り締まる法律を、党や政府に関わる上級レベルに適用できるかどうかである。

タイ

2001年度の期間中に、60人以上の被告人が薬物不正取引行為のために死刑を宣告され、また1月から10月までに9件の処刑が実行されたのである。公共（官）の腐敗の防止、規制、公開および懲罰を実施する活動は今後も依然タイ政府にとって最も困難な長期的な挑戦課題であり続けるだろう。この先数年間にわたって、タイ政府は公共（官）の倫理体制の改善、内部監視のメカニズム、さらに官吏の腐敗に対する措置における一般民衆の支持を取り付けるメカニズムを展開し始めるべきなのである。

カンボジア

カンボジアは、違法薬物に関する法規制や罰則制度が十分でない。違法薬物取引・輸送・資金洗浄のための国として利用されることが多くなってきている。汚職は広く浸透しているので、薬物密輸業者や外国犯罪組織が入りこみやすく、効果的な法執行が難しくなっている。法執行を妨げる要素は、訓練された人員の不足と、公務員の低賃金に由来する政府高官の汚職である。公式な警察学校はなく、法執行機関の管理体制は、外部の訓練や調査・管理手法を活用することが出来ない。司法制度が弱く、これまで重要な薬物やその他の犯罪事件は、比較的少ない罰金を払ったあとになぜか取り下げられている。

マレーシア

容疑をかけられた薬物使用者は尿検査および医学検査のために14日間拘留される

可能性がある。万一その被疑者が薬物使用者として認定された場合には、一人の治安判事がその被疑者に関する社会的報告書の規準に則って当該薬物使用者をどこの施設に委託するかを決定することになっている。マレーシアでは、尿検査によって陽性反応が出た場合には、たとえいかなる薬物もあるいはまた薬物使用器具を所持していない場合でも、被疑者は薬物使用者として規定される可能性がある。尿検査上での薬物陽性毒性反応に対する罰則としては、自動的に1年半から2年間のリハビリセンターに収容されることになる。すなわち、セオリーとしては試しに使った非依存型の者でも常習的な依存型の者でも薬物を使用した者は、一律に、やむを得ず薬物を使用したとはみなされないのである。1985年の「危険薬物（特別予防措置）法」により、警察は裁判所に容疑者を移送する必要なしに不正取引人と容疑をかけられた者を何人でも拘留できる権限を有する。このため2000年度には、この法令の下で1,614人が拘留された。

インドネシア

ヘロイン取引きで有罪とされたものは厳しい刑罰が科されうるが、警察官の給料が安いと、賄賂や汚職によって、放免されることが簡単に行われる。1983年に、薬物取引に関わった者へ死刑が科されることになったが、実際にはほとんど適用されていない。2000年、フランス人が3.85kgのハシーシをバりに密輸した（1997年の向精神薬に関する法第82条に違反した行為）として、死刑判決を受けた。2000年には、10人弱が薬物の所持と密輸で死刑判決を受け

ているが、現在まで刑は執行されていない。薬物の取引で捕まった者の多くは通常、数日間から数ヶ月間の懲役と少額の罰金といった、最も軽い刑罰を受けている。公務員の汚職を罰する法律・麻薬犯罪の調査や告発を妨害する者に罰金を課す法律があるが、これらはめったに適応されることがなく、安月給のため公務員は賄賂に弱い。

中国

中国の法執行の基本姿勢は容赦無用である。違法薬物の密輸、取引、製造は、死刑または終身刑で、1995 - 1996年に2,800人が終身刑を受けた。2000年には、中国全土で、少なくとも35人が薬物犯罪で死刑に処された。汚職撲滅キャンペーンによって、数百名の政府関係者が逮捕されたが、薬物生産者や密輸業者を保護しているとみられる、党や政府の関係者に及ぶことはまれであった。最近WTOに加盟し関税障壁が少なくなったので、密輸とそれに伴う汚職が減るとみられる。薬物密輸業者は頻繁に“お決まりの不正な手口”（検問所で賄賂を渡す）を使う。これはもともと、高い関税を払うのを避けるための手口であった。

最近、薬物使用者の表現が、「違法者」から「違法患者」と変化している。これは、違法薬物使用は少なくとも健康に関する問題であるという理解の現れである。しかし、このような変化を認識したのは最近で、問題はこれを実行に移すことができるかどうかである。

2) 注射器具所持関連法規の特徴および執行状況

法規が注射針や注射器といった薬物使用に必要な器具の所持に対して厳しい刑罰を課している国もある。薬物使用に必要な器具の所持に関しての法規の意味が明確でない国もある。法規がこの問題に対して言及していない国もある。しかしながら、注射器具所持が非合法でない各国においても、IDU(注射器による薬物使用者)は、注射針や注射器の所持が見つければ、逮捕・拘留されたり、有罪になったりすると考えている。実際には、注射針や注射器の所持は、それだけで薬物関連の犯罪で有罪になることはまれである。しかし、注射針や注射器の所持は、特定の薬物関連の罪を支持するために、その他の薬物使用の状況証拠（注射痕など）とともに使われる可能性はある。

以下が各国の注射器具所持に関する規制の執行状況である。

パキスタン

注射行為への移行は、合法的薬物の販売を統制する法律の強化が不十分で、かつ多くの製薬薬物が処方箋を必要としないため、比較的容易なこととみられている。注射針や注射器は処方箋無しに店頭で簡単に入手できる。注射針や注射器の値段は現在4 - 5ルピー（0.06 - 0.08米ドル）である。

インド

注射器と注射針は、一般的に薬局で処方箋を要求されることなく購入できる。それほど高いものではないが、多くの薬物使用者は新しい注射器具を買うよりも、薬物を買うことを優先させる。注射器と針の値段は平均5 - 12ルピー（0.10 - 0.25USドル）

である。

バングラデシュ

薬物注射専門業者が注射針を換えるのは、先が鈍くなったときだけであり、ガラス製の注射器はほとんど交換や廃棄をしないということがわかっている。新しい針にするには費用がかかり、ほとんどの貧しいIDUが払えるものではない。病院が廃棄した注射器を使う場合もある。注射器と注射針を1組買うには、平均3タカ(0.05USドル)かかる。このような器具を買うには処方箋が必要だが、この規則はしばしば無視されている。国内の大部分で、注射針・注射器の入手は容易である。

スリランカ

2000年度の使用方法別に治療認可を受けた薬物使用者の比率を見てみると、喫煙が25%、注射行為が0.3%、そしていわゆる‘中国方式’の吸い方が67%となっている。注射が普及しないのは市場で入手可能なヘロインの純度が高いということも示唆されている。しかし、ヘロインが不足して入手しにくい期間中は、一部の薬物使用者がIDUに移っているという。ある調査によるとIDUの76%の者が注射器具を薬局から入手していたが、一方で18%の者が他のIDUから入手し、IDUの40%が注射器具を共用していたことが分かった。

ネパール

注射針および注射器は入手可能であるが、これらが常に手に入り易いかどうかに関しては異論のあるところである。これまでに

分かったところでは、医師の処方箋を持たないIDUの場合、彼らは比較的高い値段を負担するケースがある。大抵の薬物使用者は注射器具を薬局から1ml-5ml用のもので約5-10NRs(0.07-0.14米ドル)で購入する傾向がある。

ミャンマー

大きな町の市場には注射針や注射器がバラエティに富んだ注射可能な用備品と共にオープンな形で販売されているが、一部のIDUにとっては値段が高すぎるようだ。また遠隔地では器具の不足傾向は著しいものとみられる。注射器具の共用の比率を倍化させている大きな要因は注射針・注射器の所持が違法であるためで、6カ月の禁固刑か罰金あるいはその両方が科せられる。発覚を恐れて自宅に注射用具をキープしておくことが難しいものとみられる。注射針・注射器の価格は3CCおよび5CC用のもので約25カヤット、20CC用のもので65カヤットである(1米ドル=約600-700カヤット：小売価格は1本0.05-0.10米ドル)。

ラオス

注射針と注射器の価格は2,800キップ(約0.25-0.30USドル)である。人口の半分が、1人あたり月16USドル(12万7,050キップ)という貧困線以下で生活しているため、収入が低い人々の間では、注射針と注射器を共有している可能性が高いと思われる。注射器具を買うのに処方箋は必要ない。注射針と注射器は、都市部でも農村部でも、一般的に薬局で入手できるが、農村部では薬局が少ないため、入手が困難

である。

タイ

ヘロインの注射行為の普及率は最近5年間のあいだに高まってきており、ヘロイン乱用者全員の52%(94年)から約70%(98年)へと増加傾向を示している。注射針・注射器の購入は違法ではなく、タイ全国どこの薬局でも比較的簡単に入手可能ではあるが、薬物使用者は大抵の場合、警察官の監視の目や逮捕を避けるために積極的に注射器具を購入することはない。注射用具の所持については、それ自体証拠として使われることはないが、仲間内での薬物の共同利用の証拠として使われる場合があるからである。

カンボジア

規制のある医薬の大半は、全国の750以上の薬局で簡単に手に入る。カンボジアは、薬局で注射による処方を受けることは一般的である。殺菌が不十分な注射器具を使ったり、不適切な殺菌が行われていることを考え合わせると、多くの疾患の治療として注射での投薬を好むことが、HIV感染の原因となっている。注射器具は国内で、約200カンボジア・リエル(0.05USセント)で、処方箋なしで買うことができる。

ベトナム

注射針・注射器は500-1,000ドン(0.33-0.66米ドル)で薬局で入手可能であるが、注射行為は犯罪と考えられているためIDUたちは薬局に行くことには消極的であり、また比較的経験の長いアヘン乱用者にとっては、大抵の場合極端

に貧困であるため、高すぎる。IDUは注射器を持ち歩くことはせず、大抵は注射を打った場所に投げ捨てるのが普通である。結果として注射針や注射器は浜辺や公園、歩道、市街道路などにポイ捨てされているのである。こうした使い捨て行為が既存の注射針・注射器交換計画(NSP)や薬物使用者に対して地域社会側の激しい反発を引き起こしている。

マレーシア

1952年の「危険薬物法」の第37項の下では、注射針および注射器の所持は違法となっている。注射針・注射器は法定薬局から購入され、処方箋が必要である。価格は1-2マレーシア・リングギ(0.26米ドル-0.52米ドル)である。しかしながら、注射針・注射器は非合法の薬局から処方箋無しでより高い価格で購入することが可能である。法定要因も価格要因も購入を妨げる作用として働き、注射器の共有を促進させているという。薬物乱用に対する刑罰が厳しいだけに、薬物乱用者の中には常習になればさらにその行動に大胆となる者が出てきて、クアラルンプールでは公共の場所や街の横丁などで良心の呵責もなく注射行為に及んでいるという報告もある。

インドネシア

行政上の規制では、注射針や注射器は認可を受けた薬局や健康器具販売店で売られなければならない、全ての購入者の氏名、住所と免許(医療従事者の場合)を記録しなければならないとしている。しかし、現実にはこの規制は無視されており、注射器具は、薬局や許可のない食料品店や露店の行

商人などから簡単に買うことができる。注射器具の所持については法的な規制はないものの、実際は多くの薬物使用者が注射器具の所持が見つかることを恐れている。その他に注射器の購入の障害として、その価格があげられる。現在、注射器具の値段は4,500 ルピーから 6,000 ルピー (0.40 - 0.54US ドル) で、経済危機以来、5 倍に跳ね上がった。

フィリピン

人気の高い 1 ml のツベルクリン用のいわゆる ‘オレンジ・キャップ’ という注射器は、価格およそ 15.00 フィリピン・ペソ (0.29 米ドル) で、しかも処方箋無しで、ドラッグストアで購入可能である。IDU の 50% 強の者がドラッグストア以外の場所から注射針や注射器を購入している。また IDU の友達から借り出す傾向がある。大統領令によって注射器具も許可なしで所持することは非合法化された。多くの場合法執行は、現行の警察署長の判断次第であると報告されている。

中国

注射器具はほとんどの都市部では、診療所や薬局で簡単に手に入ると報告されている。しかし、辺境の村でも入手できるかどうかを判断するのは難しい。注射針や注射器を買うのに、処方箋は必要ない。最近の注射針と注射器の値段は、0.6 - 1.5 元 (0.07 - 0.18US ドル) で比較的安い。これは薬物使用者に収入があるかどうかによって違って来る。注射針と注射器の所持は違法ではないが、薬物使用の証拠として使われることもある。

考察

国連薬物関連条約・各国国内法制は、HIV / AIDS の流行以前に作られたものであり、薬物使用と HIV/AIDS に相互関連については、ほとんど注意が払われていない。また各国の法規は「ドラッグのない社会 (drug free society) の実現」に固執しており、絶対的な薬物使用禁止のみを薬物治療の目標・方法に掲げている。その結果各国法規は、行動変化を促す第一の手段として、懲罰を与えるような法執行アプローチを採用しており、‘公衆衛生’ や ‘健康促進’ の原則に基づいた予防・治療アプローチは考慮されておらず、概して、薬物使用者を犯罪者として厳しく処遇する傾向にある。

薬物供給側に関しては死刑を含む厳しい処罰があるにもかかわらず、汚職が蔓延していて必ずしも厳格な法執行は行われていない。他方で、薬物需要側 (薬物使用者) に関しては厳しい処遇がなされている。アジア諸国では、一般的に、薬物使用で有罪となった場合は、矯正施設へ強制的に送られる場合が多いが、そこでの解毒治療は不適切なものが多く、出所後の再犯率は 70% 以上の場合が多い。このような、状況を考慮すれば過去数十年間の規範となってきた抑圧的な薬物使用者に対する政策の類型を見直す時がきているといえるだろう。

薬物問題を究極的に解決するためには、貧困の解消・公務員報酬の適正化による汚職の解消等の前提条件を満たさなければならない。しかしながら、不安定な財政基盤を抱えるアジア諸国政府の能力を超えていると思われる。このような現状においては、

絶対的な薬物のない世界の希求を一時期漸進させて、薬物使用者を「犯罪者」ではなく、完璧ではない社会の「犠牲者」と捉えて、IDU とその性的パートナーを HIV 感染から防ぐことができる直接的サービスであ

る注射器具交換プログラム等の導入を促進するために、薬物統制関連国内法を改正することは、経済指標(表2)から鑑みても、アジア各国が考慮すべき選択肢の一つと思われる。

表2

	人口 (万人)	勤労所得(年収・ ドル)		貧困ライン以下人口の対総人口比			注射針・注射 器一式の値 段(ドル)
		女性	男性	1日1ドル以 下	1日2ドル以 下	国別貧困ライン以 下	
ネパール	2,587	880	1,752	37.7%	82.5%	42.0%	0.07-0.14
バキスタン	14,760	916	2,884	31.0%	84.6%	34.0%	0.06-0.08
インド	104,580	1,267	3,383	44.2%	86.2%	35.0%	0.10-0.25
バングラデ シュ	13,330	1,151	2,026	29.1%	77.8%	35.6%	0.05
スリランカ	1,950	2,270	4,724	6.6%	45.4%	25.0%	
ミャンマー	4,220	747	1,311			25.0%	0.05-0.10
ラオス	570	1,242	1,909	26.3%	73.2%	46.1%	0.25-0.30
タイ	6,235	4,907	7,928	2.0%	28.2%	13.1%	
カンボジア	1,277	1,268	1,633			36.1%	0.05
ベトナム	8,100	1,635	2,360			50.9%	0.33-0.66
マレーシア	2,260	5,711	12,338			15.5%	0.26-0.54
インドネシア	23,130	2,053	4,026	7.7%	55.3%	27.1%	0.40-0.54
フィリピン	8,450	2,933	4,994			36.8%	0.29
中国	128,430	3,132	4,773	18.8%	52.6%	4.6%	0.07-0.18

参考資料

Drug Use and HIV Vulnerability Policy Research Study in Asia

Task Force on Drug Use and HIV Vulnerability

UNAIDS / UNDCP

UNAIDS アジア・太平洋諸国チームは、薬物統制と公衆衛生の専門家達によるタスクフォースを設立した。このタスクフォースは、薬物使用者の HIV 感染リスクを削減するための介入の実施を左右することになる、国の薬物統制と公衆衛生の現状調査を使命としている。調査対象になった国々は、中国、インド、マレーシア、ミャンマー、ネパール、タイ、ベトナムである。調査のためのデータ収集は 1999 年 5 月に完了し、論評とコメントのために報告書は政府や関係機関に配られた。報告書は全部で 250 ページ程度である。ここでは第一章の全体報告のみを参考資料として掲載する。

報告書の原文はwww.unaids.org/publications/documents/health/access/Drug.pdfからダウンロードできる。

全体報告

I. 調査結果の概要

調査の対象となった7ヶ国のほとんどにおいて、薬物使用者の間におけるより効果的なHIV/AIDS 予防方策を実施するために、薬物統制立法の多少の修正が必要である。

ハイリスク（HIV に感染する可能性が高い）行動が全調査対象国の薬物使用者の間で一般的であり、さらに、多種類の薬物を使用する傾向も顕著である。

調査対象7ヶ国の薬物政策は、概して、薬物使用者間の効果的 HIV 予防方策を支持するものではない。薬物問題は通常、法執行分野を除いて、予算配分において優先的事項ではない。

調査対象国7ヶ国において、薬物統制機関と HIV/AIDS 統制機関との間では、不適當な意見交換しかなされていない。結果として調査対象地域では、薬物使用と HIV/AIDS との相互関係から生じる問題を直接扱うプログラムはほとんどない。

薬物使用者とその性的パートナー間における HIV 感染を予防するために実施されている方策は、多くの場合、ほんの一部の地域で実施されており、実施期間も短期で、十分な予算もなく、活動範囲が不十分である。

調査対象国のほとんどで伝統的価値観への固執が強く、HIV/AIDS 予防について、あるいは、性的行動について議論することが容易ではない。

ほとんどの薬物治療方法は、解毒治療に焦点を当てたものである。薬物使用者は治療方法の選択がほとんどできない。選択可能な治療方法は大半が、長期間にわたり強制的に施設への収容を伴うものである。

薬物治療に従事する人材は薬物問題分野の専門家ではないことが多く、強制労働執行当局・公安当局、あるいは、非政府セクターからの人材である。全調査対象国において、薬物治療従事者の訓練の必要性が認められた。提供される治療方策のほとんどは、強い刑罰的要素を含んでいる。

国外からの暗黙の批判に対しても神経質であることも考慮すべきである。変化は、漸進的・建設的で、現存の介入方策を修正・拡大するものでなければならない。

全調査対象国で、HIV/AIDS 予防の効果を高める介入方策を開発する機会はたくさんあった。これは以下の観察結果に基づいている：

- a) 全調査対象国で、HIV/AIDS の流行拡大に適切に対応する必要性が認識・理解されている。
- b) 薬物統制立法に拠る法的障害は重大なものではなく、現行規制に対して若干の修正を加えることが必要なだけである。
- c) HIV/AIDS に関する UNAIDS のテーマ・グループ(UNAIDS Theme Groups on HIV/AIDS)が、調査対象国の数ヶ国においては、利害関係者間のコンセンサス（合意）構築および協働を調整・促進する立場にある。

全調査対象国において、薬物政策・HIV 政策・政策再考過程・政策開発過程を明白にすることは困難であった。したがって、数多くの重要な情報提供者からの証言、および、付随証拠書類等の多種多様な情報源から演繹しなければならなかった。

II. 推奨事項

以下のことを、推奨する。

各国は自国の薬物政策および HIV 政策を検討し、この二つの政策のより良い調和と融和の達成を試みる。その際に、薬物使用者とその性的パートナーの間における HIV 感染を予防するために必要な手段を実施することを制限するような法的障害がないことを確保する。

薬物統制機関・HIV/AIDS 統制機関・国際 NGO・国内 NGO、そして何よりもまず、薬物使用者・元薬物使用者・PWH (HIV/AIDS と共に生きる人々) などの利害関係者全てが、将来進むべき道に関してコンセンサス（合意）を構築したうえで、相互に支持・受容可能な予防政策を開発する。

各国は定期的な政策の再検討手続きの制度化を検討し、より証拠に基づいた政策の適用を考慮に入れる。政策の再検討は、限られたリソース（資源）の賢明な配分という難題を解決するため、様々な治療方法の費用分析も含む。

各国は薬物使用と HIV 感染の治療および予防に対して包括的なアプローチ（取り組み方法）を採用する。薬物使用者の多種多様なニーズに応えるためには広範囲のサービスが必要である。これらの多種多様なニーズに応えるための介入施策は、規模を拡大して実行されなければならない。また、その規模を確実に持続させなければならない。

薬物および HIV/AIDS の予防メッセージの精度や正確度を確実なものにするために、情報・教育・コミュニケーション(IEC: Information, Education, Communication)戦略と資料を再検討する。さらに、薬物使用に対して脆弱な人々、および、すでに使用している人々が、彼らの行動から発生する潜在的な健康リスクについての、あるいは、リスクを削減する方法についての正確な情報を得られるようにする。

薬物使用者の有害な薬物使用の予防に対して、特に注意を払った手段をとる。例えば、薬物の吸煙や吸引から注射に移行するのを可能な限り予防する。

政策立案者は行動変化を促す主要な手段として、懲罰を重要視する法執行アプローチよりはむしろ、‘公衆衛生(public health)’ や ‘健康促進(health promotion)’ の原則に基づいた予防・治療アプローチを用いることを考慮する。

各国は、薬物使用の自主的治療を利用しやすくすることに重点を置く。とくに ‘ユーザー・フレンドリー (利用者に優しい)’ で、‘敷居が低く’、柔軟な治療政策を用いた治療を増やす。また特別なニーズを持っている薬物使用者の必要性に応えるように注意を払うべきである。

各国は、薬物使用と HIV への脆弱性に多大な影響を与え可能性がある重要部門にいる、薬物関連ワーカー・HIV/AIDS 関連ワーカー・オピニオンリーダー・意思決定者の、知識・理解・スキルを深めるため、部門の垣根を越えた合同訓練プログラムを採用する。以下の様な人員に訓練 (トレーニング) を提供する。

- a) 政策決定・資金調達・事業運営に携わっている様々な省庁の職員 (保健省・内務省・法務省・エンパワーメント省・労働省・福祉省・治安省・財務省など)
- b) 職務上、薬物使用者と関わる公的部門の職員 (警察官・教員・教育者・医師・看護婦・薬物関連団体の職員・薬剤師・ソーシャルワーカー・心理学者・アウトリーチワーカー・ピアエデュケーター・宗教指導者など)
- c) 各国のデータ収集力を高めるために、薬物問題の研究、および、薬物使用と HIV/AIDS の相互作用の研究に関心を持つ研究者・社会学者・政治学者。

薬物問題の分野において、薬物使用者に対してサービスを直接提供する人々の訓練の質を高めることに特に注意を払う。各国は訓練への戦略的アプローチを採用し、誰が、どのような訓練を、何の目的のために必要としているかを識別する。このような戦略的アプローチの届く範囲と持続性を最大にするために、訓練を実施するスタッフの訓練にできるだけ焦点を当てる。

各国は、薬物治療の達成目標および治療方法の解釈を広げて、絶対的薬物使用禁止のみを目標とするものから、暫定的な目標をより容認した治療と予防を行うことも考慮する。

注射による薬物使用が薬物使用の特徴であるような国々では、さまざまなオピオイド代替薬物治療を利用することや、注射針・注射器の配布または交換、あるいは、注射針・注射器の殺菌洗浄剤の配布なども考慮に入れる。

薬物使用者に向けた HIV/AIDS 予防プログラムにおいては、薬物使用者および薬物使用者の性的パートナーに焦点をあて、安全なセックスについての情報も含む。

各国は、薬物使用者のための自助団体の創設を促進・助成することを考慮する。この自助団体により薬物使用者は、アドボカシー活動を開始し、薬物使用者および元薬物使用者が相互に助け合うことができる環境を生み出すことができる。

現在刑務所に収監されている薬物使用者、およびその他の矯正労働施設に長期に收容されている薬物使用者に対して、薬物および HIV/AIDS 予防サービスを提供することに特別の配慮をする。

III. 概論

アジア諸国の薬物使用は増え続けており、新たにより危険で有害な薬物使用パターンが出現している。多くが複数の薬物を使用し、吸煙、‘チェイシング’または吸引よりも、注射使用を行い、注射針、注射器、道具、溶液、薬剤を無差別に共用し、アルコールやその他の向精神薬を過剰に使用している。このような薬物使用行動は、アジア諸国全般で起こっており、アジアは HIV/AIDS の深刻な影響を受けている。この研究は、バンコクにある UNAIDS のアジア太平洋地域チームに委託され、1997 年にアジア・ハーム・リダクション・ネットワーク (AHRN) によって行われた ‘東南アジアと東アジアにおける薬物注射と HIV に関する現状アセスメント’ に続く報告書である¹。現状アセスメントでは、薬物使用者とその性的パートナーの HIV/AIDS 感染を減らすには、緊急のアクションが必要とされることが示唆されていた。

¹ アジア・ハーム・リダクション・ネットワーク (AHRN)、1999 年発行、「隠された流行：東南アジアと東アジアにおける薬物注射と HIV に対する脆弱性に関する現状アセスメント」、ニック・クロフツ博士がこの報告書の主席執筆者である。