

本書の研究の主な目的は、薬物使用者の HIV 感染予防政策とプログラムの開発・実施において、政府に効果的な支援のための基盤を確立することにあった。7ヶ国（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）の、薬物・HIV 関連の法律、政策、戦略を調査することから始められた。この研究は国ごとの状況を比較するために計画されたのでもなければ、国の法律や政策を批判するために行われたのでもない。むしろ、薬物使用者とその性的パートナーの HIV/AIDS に対する脆弱性を減らすことを目的とした対策を促したり、妨げたりする、一国の、そして地域の要因を探究するために計画されたのである。

この研究は 1999 年 3 月から 5 月にかけて行われた。7つの調査対象国には、1人の研究者がそれぞれ 5 日間ずつ訪れた（インドのみ 9 日間）。研究者は重要な情報提供者（政府の職員であることが多かった）のインタビューを行い、現地訪問を行い、入手できる出版物や書類の研究を行った。これらには、国の薬物統制計画、HIV/AIDS 予防計画、HIV 見張り調査のデータ、国や地方の調査報告、プロジェクトに関する書類、現在行われている介入の評価、薬物関連法や HIV/AIDS 関連法などが含まれる。

この研究で調査された主な問題は以下である。

- a) 各国の HIV の流行の範囲と規模。それぞれ一般人口についてと、注射による薬物使用者人口について調査された。
- b) HIV と薬物使用に関する各国の政策
- c) 薬物使用に関連する HIV に対する脆弱性に公的政策が及ぼす、肯定的・否定的影響
- d) 薬物使用者とその性的パートナーの HIV 予防を促すために、政策レベル、実践レベルで、現在何が行われているか。
- e) HIV/AIDS に対する薬物使用者とその性的パートナーの脆弱性を減らすための、政府や非政府機関の能力を制限するような要因。
- f) 薬物使用者とその性的パートナーの HIV/AIDS 感染を予防できる、政策改革や介入開発の機会。
- g) 薬物使用者とその性的パートナーの HIV に対する脆弱性を減らす対策において、UNAIDS と共同スポンサーが一国を支援できるのか。できるとしたらどのように出来るのか。

IV. 調査結果

A. 調査対象国における薬物使用と HIV

調査対象になった7ヶ国では、薬物と HIV の状況は非常に異なっていた。表 1.1 からわかるように、調査対象国では多くの薬物使用者が HIV に感染している。さらに、東アジア・東南アジア諸国は、注射による薬物使用者 (IDU) の HIV 感染率の最も高い国々のひとつでもある。ミャンマーでは IDU の 62%、タイでは 30-40%、ネパールでは 45% が HIV 陽性である。さらに、この地域の薬物使用者が、各国の HIV の流行の一因となっている。マレーシアで報告されている HIV 感染者の約 77% は薬物使用者であり、中国では 64.9%、ベトナムでは 65.5% となっている。

薬物使用と HIV は地理的に平均的に分布しているのではない。調査対象国のある都市や県では、薬物問題が非常に顕著であったり、その地域の HIV/AIDS 流行の中心になっているところもある。そうなる理由はたくさんある。ホー・チー・ミンとバンコクの周辺の大都市圏、密輸ルート沿いの中国新疆ウイグル自治区伊犁市、北部ベトナムのクアンニン省やランソン省、インドのマニプール州、ミャンマーと国境を接する中国雲南省の徳宏州、などでは、薬物問題は非常に深刻である。季節労働者や、移住労働者が多数訪れる地域も、薬物問題は深刻である。ミャンマー・カチン州パカンのヒスイ鉱山地域もそのような地域のひとつである。

表 1.1 は、調査対象国 7ヶ国の薬物使用と HIV/AIDS についての情報を提供するものである。IDU がそれぞれの国で HIV の流行にどれくらい寄与しているかを示唆するものでもある。表は各国の状況を表すものに過ぎない。

東アジアと東南アジア諸国における、薬物使用者の HIV 感染の急速な広がりには、ハイリスクな注射方法と関係がある。これには、自家製の注射器具の使用、注射針や注射器の共用率が高いこと、効果的でない洗浄方法、同じ針や注射器を使い回したり、前の使用者の血で汚れたアヘンの壺の中に注射器具を浸すこともある‘プロ’の注射専門業者の存在、共通の容器や汚染された注射器を使った薬物の分配や摂取などがある。

表 1.1 IDU の薬物使用と HIV/AIDS (1999 年)

薬物使用者の推計総数	アヘン剤使用者推計総数	IDU(注射器による薬物使用者)の割合 (%)	HIV 感染者の推計総数	HIV 感染者報告数	エイズ患者報告数	HIV 感染者における IDU の割合 (%)	IDU の HIV 感染率 (%)
中国							
540,000	大部分	66 (注 3)	400,000	12,580(4)	417	69.5 (5)	データなし
インド							
2,250,000	500,000	25-30(6), 59(7), 80-90(8)	3,000,000- 5,000,000(9)	75,000	5,204	7.3 (10)	60-80
マレーシア							
300,000	200,000	50	49,494	23,571(11)	2,354	77	10-27
ミャンマー							
67,489(12), 300,000(13)	大部分	30	440,000(14)	21,535	2,854	20-30	62(15)
ネパール							
40,000-50,000	大部分	75-96 (16)	27,000	1,262	213(17)	13	45
タイ							
1,270,000 (18)	219,391(19)	69 (20)	850,000		5,838	5.25	30-40
ベトナム							
90,000(21), 185,000(22)	大部分	データなし	75,000- 80,000(23)	12,410(24)	2,404	65.5	17

(注)

2. 報告された薬物使用者数:「中国の麻薬との闘い(China's Battle against Narcotics)」より引用
3. 国家麻薬統制委員会(NNCC: National Narcotics Control Commission)要約報告より
4. 1998 年エイズ予防統制全国プログラム(National Programme for the Prevention and Control of AIDS 1998)より
5. 中華人民共和国衛生部疾病対策課見張り調査より
6. 合計
7. デリーにおける数
8. マニプールにおける数
9. 国立エイズ統制機関(NACO: National AIDS Control Organisation)1997-8 年より
10. 国立エイズ統制機関(NACO: National AIDS Control Organisation)1997-8 年より
11. 1997 年 11 月現在
12. 薬物乱用統制のための中央委員会(CCDAC: Central Committee for Drug Abuse Control)に報告された数
13. 非公式の推計
14. UNDP と UNAIDS による推計
15. 見張り調査のデータ(1998 年 9 月)より
16. 治療を受けている者
17. 1999 年 3 月現在
18. 32%が吸引による薬物使用者、26%がマリファナ使用者、20%がアンフェタミン使用者である。タイ開発・調査機関(TDRI: Thai Development and Research Institute)1995 年発表(データは 1993 年のもの)
19. TDRI の 1995 年の研究より(データは 1993 年のもの)
20. 治療を受けている薬物使用者数(アジア・ハーム・リダクション・ネットワーク(AHRN: Asian Harm Reduction Network)「隠された流行(The hidden epidemic)」より
21. 報告数。ベトナム薬物統制委員会(VNDCC: Viet Nam Drug Control Committee)からの情報
22. ベトナム労働傷病兵社会省(the Ministry of Labour, Invalids and Social Affairs of Viet Nam)による推計
23. ベトナム国立エイズプログラム(National AIDS Programme of Viet Nam)より
24. 見張り調査のデータ(1999 年)

B. 調査対象国の薬物関連法

ベトナムを除く調査対象国では、それぞれ薬物関連法と規制が調査された。(ベトナムの薬物関連法は国会の正式な批准待ちであった)。

薬物関連法は、国連薬物統制条約²⁵のガイドラインに沿ったものである。条約は薬物統制法制の手引きとなり、国際社会によって承認された薬物統制の大まかな枠組みを提供するものである。ほとんど例外なく、調査対象国は全ての国連薬物統制条約の加盟国²⁶であり、各国の国内法はこれらの国連条約に従っている。国の法制の詳細は、それぞれの独立国が決めるものであり、国内の薬物法は各国の歴史的・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。各調査対象国の規制のしくみや、供給抑制活動、法律執行には、とくに注意が向けられた。国連薬物関連条約のうち二つと国内法制は、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。

本研究では、薬物使用とHIV/AIDSへの脆弱性に影響する政策や法制という側面に注目した。これには、HIV/AIDSの予防と、薬物使用者が利用できる薬物治療サービスに影響する、法制と政策を調査することも含まれた。国内の薬物法が、効果的なHIV/AIDS予防戦略の障害にも機会にもなるようなフレームワークを提供していることは明らかである。法律が、薬物使用や所持、注射針や注射器といった薬物使用に必要な器具の所持など、薬物関連の罪に対して厳しい刑罰を課している国もあった。薬物使用に必要な器具の所持に関しての法律の意味するところが明確でない国もあった。法律がこの問題に対して何も言及していない国では、薬物注射をする多くの人々は、注射針や注射器の所持で捕まれば、逮捕されたり、有罪になったりすると信じられていた。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。

²⁵ 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

²⁶ 調査対象国全7ヶ国は単一条約の調印国、ネパールを除く調査対象国は向精神薬条約の調印国、タイを除く調査対象国は不正取引防止条約の調印国である。

これらの調査結果は、特定の事例によって説明するのが一番良い。まずはマレーシアとミャンマーであるが、この 2 ケ国には薬物使用に関して、保護刑務所入りを含む厳しい刑罰を課す法制度がある。

マレーシアの薬物法（1952 年の危険薬物に関する法第 10 項）には、以下のように書かれている。

個人が所持品のなかに、アヘンを吸煙したり使用したりするために使う道具を持っており、そのアヘンを吸煙したり使用したり、アヘンを吸煙したり使用したりする目的で特定の場所に出入りした場合、有罪となる。

有罪が確定した場合の罰則は、5,000 リンギット (1,300US \$) 未満の罰金、または 2 年未満の懲役、あるいはその両方である。

ミャンマーでは、薬物使用に対する罰則は厳しい。麻薬と向精神薬に関する法（1993 年）の第 15 項によれば、次のような規則が薬物使用者には適用される。

この目的で政府への申し出を行わない薬物使用者や、医学的治療のための保健省の指導に従わない薬物使用者は、3 年から 5 年の懲役が課される。

つまり、ミャンマーでは、自主的に解毒治療を求めない薬物使用者は直ちに投獄されるということである。しかし、ミャンマーは、刑事法制度から薬物使用者を除くような、新しく安全な治療と更正のための施設の開設を準備している。

次のネパールとタイの例では、リストにある危険な薬物の使用や所持が国際法では違法であるにもかかわらず、罰則は比較的、軽いものであることがわかる。

ネパールの薬物関連法（1976 年の麻薬統制法の 2033）では、薬物使用者は特定の薬物犯罪で懲役刑を受けるかわりに、保釈金を払うという条項がある。これは、大麻や医療用アヘンを買ったり、所持していたとしても、それが売買目的でなく少量だったり、あるいは使用量が少なく、また初犯であれば、麻薬取締官はそのような罪を二度と犯さないように、保証金支払い誓約書にサインさせ、釈放する。薬物使用者は保釈金を払い、3 ヶ月の治療を受けることを求められ、薬物治療機関は隔週で、その人物に関する報告を提出することが求められる。その法律ではまた、軽微な初犯には罰則を免除したり、軽減する条項もある。

タイでは、薬物政策の主な目的は、第5次麻薬統制計画(1997 - 2001)で述べられており、それは‘質の高いサービスと、家族やコミュニティの参加に重きを置いた、薬物乱用者のための完全な治療と更正プログラム’を作り出すことである。薬物使用者を逮捕したり、罰したりすることはタイ政府の政策の目的ではない。1991年の全国薬物乱用者更正法には、薬物治療のための条項がある。国内で受けられる大部分の治療は自主的なもの(247の治療センターが提供している)で、多くが巡回するものである。矯正治療(強制的)は計画されているものの、実施されてはいない。

つまり、調査対象国全てで、薬物使用は違法であるが、薬物使用と所持への罰則は国によってさまざまである。HIV予防対策への含意は、ケースバイケースでなければならない。先述したように、地域ごとに適用される罰則の程度や厳しさは、薬物使用者がまだ治療の届く範囲内でない場合に、彼らと接触したり、彼らに自分自身をHIV感染から守る情報や手段を提供することが実現するかどうか、に影響する。

C. 薬物と HIV に関する政策

最も衝撃的な調査結果は、少しの例外を除いて、調査対象国の薬物政策は HIV 予防に関してほとんど注意を払っていないことだった。例えば、タイの麻薬統制計画(1977 - 2001)では、HIV 予防に関する記述はない。同じように、中国の‘麻薬との闘い’には、IDU の HIV 予防に関する記述はない。インドや、ネパール、マレーシアの薬物統制計画も同じである。ベトナム、インド、ネパール (UNDCP の協力による) で作られた薬物統制総合計画のなかでは、ベトナムのみが HIV 予防に言及している。社会悪²⁷ (売春と薬物使用) を根絶するというベトナムのコミットメントにもかかわらず、薬物統制計画には以下のような目的が含まれている。

薬物乱用の削減、害の緩和や薬物乱用と HIV の予防プログラムの促進、薬物乱用に関連する害の予防を目的とする全国計画の開発、そしてその計画が HIV/AIDS 予防のための全国計画と適切に統合され、密接に関連すること。(ベトナム薬物統制総合計画、1995年)

一般的に、薬物関連の HIV 感染リスクが国レベルで認識された時になされるべき適切な対応は、薬物使用者の解毒のための薬物教育や、生活スキル開発を通じた薬物使用の予防対策を強化することである。

²⁷ ベトナム政府 No. 53/CP 1994 薬物使用と売春

薬物使用者の HIV 予防は、国の薬物統制計画のなかでよりむしろ、国の HIV/AIDS 計画の中で言及される可能性が高い。しかし、薬物使用者は国の HIV 予防計画の中で高い優先順位をつけられていないことが多い。中国では、HIV/AIDS 計画の草案に、薬物使用者の HIV 感染を 15%未満に押さえることや、知識の広い普及を達成することが目標とされている。しかし、この草案は、薬物乱用と売春は短期間には根絶できないだろうということも認めている(1998 - 2010 年の計画草案)。インドでは、もうすぐ内閣で協議される予定の国のエイズ予防と統制政策の草案に、初めてハーム・リダクションの重要性が盛り込まれた。この政策では、注射針や注射器の交換を、薬物注射による HIV/AIDS の感染予防の重要な戦略として支持している。タイの HIV/AIDS 計画(1997 - 2001)には、薬物使用者に関しての記述はない。

D. リスク削減戦略：調査対象国の経験

これまでに述べたような難しさにも関わらず、HIV/AIDS の流行という状況の中で、危険で不法な薬物使用と取り組むことを目的とした介入が、調査対象国では行われている。世界保健機構(WHO)が 1998 年に、IDU の潜在的な害を削減する戦略に必要な基本的な構成要素を提案した。それは、IDU と接触し、彼らの HIV 感染リスクを減らす実際的な方法を伝え、その方法を実践する手段（清潔な注射器具や殺菌済みの材料へのアクセス、代替治療への容易なアクセスなど）を提供することを含む。これは調査対象国全てで見られた。

アウトリーチ

調査対象国のいくつかの国々(インド、マレーシア、ミャンマー、ネパール、ベトナム)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いるが、このアプローチはどの国においても、薬物/HIV 政策の必須事項となっていない。ピア・エデュケーションが限られた範囲で容認されている国でも、それは支持されてもいないし、資金援助もされていない場合もあり(マレーシア)、HIV 予防に焦点を当てるといよりはむしろ、薬物使用の絶対禁止を奨励する文脈で行われていることが多い。その他の国々(タイ)では、このアプローチは、ピアが指揮するアプローチは非常に活発なセルフ・アドボカシー機関になっている HIV/AIDS 分野では評判が良いものの、薬物分野では採用されていない。

実際、アウトリーチとピア・エデュケーションは、地域や国際的な NGO によって提供されていることがほとんどである。つまり、このような活動は常に一極集中型で、限られた範囲で行われ、完全に持続可能ではない。調査対象国のなかには、薬物を使用すればすぐに治療を受けるために、アウトリーチが確固として若者（とその家族）の教育に向けられ、全く薬物使用者には向けられていない国もあった。また、アウトリーチ・ワーカーが、薬物使用者により安全な薬物使用を教えている国もあった。多くのパイロット・プロジェクトが

行われたにもかかわらず、これらのプロジェクトについての系統だった再検討や評価はほとんどなされておらず、ほとんどが一地域のパイロットプロジェクトの域を出ていない。しかし、ピア・エデュケーションとアウトリーチを通じた、コンドームと注射器具の非公式な配布は、これらのプロジェクトのなかで行われている場合もある。

以下に例をあげておく。

(ネパール) HIV/AIDS に関する戦略的計画(1997 - 2001)は、薬物使用者の HIV 感染を減らすために、ピア・エデュケーション・アプローチを強調している。コミュニティの仕事は、地域の NGO によって行われている。

カトマンズにあるライフセービング&ライフギビング・ソサエティ(LALS)は 1991 年から、汚染された注射器具を清潔な注射器具と交換するなど、薬物使用者とともに活動している。LALS はアウトリーチ・ワーク、漂白剤とコンドームの配布、教育とカウンセリング、プライマリー・ヘルス・ケア・サービスとともに、薬物治療紹介サービスを行っている。プログラム実施 3 年目で、LALS が接触している人々の間で安全でない注射行為が減り、HIV の知識が向上したという兆しがあった。しかし、薬物政策と法制の政治的責任を負う内務省は、注射器交換プログラムは合法で正当なものではないと指摘し、これらの活動が有効であることを確信していない。カトマンズの警察は LALS の活動を認め、支持することに対して消極的で、HIV 予防活動の妨害をすることもある。また一方で、ネパール東部のダランの警察は、地域が行っている薬物使用者の HIV 感染予防活動を支援している。

(ミャンマー) 大部分の活発なアウトリーチ・プログラムは、地域の NGO であるミャンマー反麻薬協会(MANA)が提供している。この組織は、若者に予防教育を提供している。MANA で訓練を受けたコミュニティのアウトリーチ・ワーカーは、薬物使用の絶対禁止と、薬物摂取の危険についての教育に焦点を当てている。その他にもいくつかの国際的な NGO (ワールド・コンサーンやメディスン・デュ・モンド) が、IDU の HIV 感染率が非常に高いカチン州の‘注射部屋’(shooting gallery)を含む、コミュニティの IDU をターゲットにしたパイロット・プロジェクトを開始した。

(ベトナム) アウトリーチとピア・エデュケーションのアプローチは、1998 年から始まった UNDCP/UNAIDS が資金提供しているプロジェクト、‘ハイリスク・ターゲット・グループの薬物乱用と HIV/AIDS 予防能力強化’のもとで、活発に行われている。現在、新たなアウトリーチ・プロジェクトがベトナム北部の州で実施されるために開発されているところでもある。

しかし、アウトリーチとピア主導のアプローチの有効性、効力、実現可能性に関しては多くの懸念が調査対象国で表明された。それらは以下である。

- a) これらの介入が薬物使用を標準化したり、奨励することになったりするのではないか。そうでなくても、少なくとも使用を思いとどまらせたり、防ぐことは出来ないのではないかという懸念。
- b) 確実な資金が不足していることへの懸念。
- c) アウトリーチ・ワーカーやピア・エデュケーターの適切な訓練と監督が不足していることについての懸念。
- d) 治安維持活動の結果、アウトリーチ・ワーカーが直面する問題と取り組むリソースについての懸念。
- e) 薬物使用者や元薬物使用者をエデュケーターとして採用することの実現可能性と信頼性についての懸念。
- f) アウトリーチ・ワーカーの仕事の基準について明確さが不足していることへの懸念。
(安全な注射について助言を行うことを求められているのか？ 注射針や清潔な器具を配布すべきなのか？ コンドームを提供すべきなのか？ など)

全体的な戦略として、IDU との接触は容認される限り全てではあるが、上記のように、政策とリソースのコミットメントによってさまざまである。

清潔な注射器具と殺菌剤

清潔な注射器具への合法的なアクセスは、今日まで、調査対象国3カ国(インド、ネパール、ベトナム)の非公式、あるいはパイロット・プロジェクトに限られている。清潔な注射器具の非常に小規模な配布が、マレーシアで行われている。洗浄を行うもの(漂白剤など)を提供したり、注射器具を供給したり、交換したりするための、公式の政策はどの国にもない。しかし、全国エイズ予防・統制政策の草案が、インドの内閣によって批准されれば、注射針と注射器の交換が国の支持を受けることになる。そこで再び、多くの懸念が表明される。まず、注射針と注射器の交換は実際に薬物使用を助長するのかという意見である。そして、注射器具の供給は、薬物のない社会を目指す、全調査対象国の薬物政策の目的と矛盾するのではないかということである。清潔な注射器具へのアクセスが限られているような政策環境では、そんなに大きな害は自身に降りかからないという知識に安心して、薬物使用者が薬物を試すのを阻止できないだろう。これは「間違ったメッセージを送る」ことであり、薬物使用を「社会通念」として受け入れることである。

多くの調査対象国で、ヘルスケア施設で使用する清潔な注射針と注射器が不足しているという調査結果も、懸念されることである。このような状況では、政策決定者は、不正薬物を使用する人々に無料で注射針や注射器を提供することは不相当だと感じるかもしれない。また、基本的な健康とインフラ関連のニーズが他にもたくさんあるにもかかわらず、かなりのリソースを薬物使用者の支援に費やすことの妥当性と倫理に関する懸念もある。

その他の理由は以下である。

- a) 注射針と注射器は高価ではなく、簡単に購入できる。
- b) 薬物使用者が薬物を買えるのなら、注射針や注射器も買える。
- c) 薬物使用者は注射針の共用の危険を認識している。もし、共用するのなら、選択肢があるのだから、その結果は受け入れなければならない。

しかし、清潔な注射針と注射器は簡単にアクセスでき、入手できると専門家は主張しているが、調査対象国では実際には必ずしもそうではなかった。薬物使用者は、警察による逮捕を怖れて、注射針や注射器を購入したり、持ち歩いたりしたが多かった。

代替治療を含む治療

薬物治療サービスは全調査対象国で利用できる。ほとんど例外なく、これらの治療サービスは、支援を受けた薬物からの離脱(解毒)による完全な使用中止を目的とするものである。また、ほとんど例外なく、治療は入院を伴い、長期で、不本意なものである。解毒や更正、アフターケアの方法を問わず、例外なく、高い再発率がすべての国で報告されている。

代替治療が薬物政策とその実施の必須項目になっている国はない。メタドンが、その他の多くの薬(伝統的なものが多い)とともに、短期の解毒のために使われている国もある。

- a) ブプレノルフィン維持法はインドで限定的に利用できるが、政策によって支持されていない。
- b) より長期のメタドン治療は、バンコク市立(BMA)診療所で1988年から利用できるが、公的政策では、この使用目的を離脱のみとしている。メタドンは実際には、特定の状況下で維持治療として使われている。
- c) ネパールはメタドン維持治療プログラムを実施しているただ一つの政府であり、政府はメタドン維持治療をカトマンズで増やし、その他の地域でも行うという、内部勧告を行う前に、プログラムを独自に評価する予定である。

しかし、多くの調査対象国の観点から見ると、少なくとも予見できる将来には、より広範囲で長期の代替治療の提供は適切ではないと考えられている。さらに、代替治療が考慮されているところでは、納得した選択をするための、異なった代替治療を比較したメリットについての情報が不足している。(例えば、メタドンを使用するかブプレノルフィンを使用するかなど)。

調査対象国で行われている代替治療に反対する議論には次のものがある。

- a) 代替薬物の費用が高い。薬物使用者に薬物を提供するの、少ない公共のリソースを適切に使用しているとは言えない。
- b) 治療におけるアヘン剤代替薬物治療の利用は、国連の薬物関連条約の趣旨、あるいは精神に違反する。
- c) メタドンはアヘン剤であり、治療でそれを使用することは法律違反である。
- d) アヘン剤を処方することによって、薬物使用者とコミュニティに、間違ったメッセージを送ることになる。ある中毒薬物を他の薬物に置き換えることは、問題を増やすだけであり、患者が薬物中毒から回復するべき機会を失わせている。
- e) 薬物使用者を治療するのに伝統的な薬を使用することが、より文化的伝統に沿っており、適切である。
- f) 国は、メタドンやブプレノルフィン、その他のアヘン剤の輸入、配布、供給を統制する能力がない。
- g) メタドンやその他の代替薬物は不正市場に流れるかもしれない。
- h) 代替治療は適用範囲が限られている。大部分の薬物使用者は代替薬物治療を必要としないし、利益をこうむらない。
- i) 代替治療は治療提供者のロジスティックに関する難しさが多すぎる。
- j) HIV 予防に関して、薬物使用者の代替治療の効果は、少なくともアジア諸国では証明されていない。

総括すると、調査対象となった7ヶ国では、薬物と HIV 予防アプローチの最も良い‘ミックス’や、これらの介入をどのように行っていくのかについてコンセンサスがなげないと言える。多くの重要なサービスが現在、NGO や国際的な機関によって提供されており、その大部分はパイロット・プログラムという形態をとっている。

表 1.2 は、各調査対象国の薬物と関連した HIV/AIDS への脆弱性に関係のある、多くの重要な法的・政策的要因をまとめたものである。

表 1.2 調査対象国の IDU の HIV/AIDS に対する脆弱性に影響する重要な要因

	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
法的側面							
薬物統制政策を主導する機関	NNCC(28)	MoR, MoSJE(29)	MoHA/ NNC(30)	CCDAC(31)	MoHA	ONCB(32)	VNDCC(33)
IDU の害の緩和の法的制限	薬物統制法がメタドンの使用を医療目的のみに限定している	MMT は合法ではない。政府は NGO に委託。	MMT や NSEP は合法でない。政府は NGO に委託している。IDU は犯罪者の扱い。	申し出ない薬物使用者は刑務所行き。ビルマ免許税法が注射針の携帯を禁止。	政府は NGO に委託。IDU は犯罪者の扱い。	MMT は法律によって合法化されていない。(34)	明らかになっていない。
薬物の使用が犯罪となるか	なる	なる	なる	なる	なる	なる	なる
注射針や注射器の所持が非合法になるか	ならない	ならない	ならない	なる	ならない	ならない	不明
警察は注射針や注射器の所持を理由に逮捕することがあるか	ない	ある	ある	ある	ある	ない	ない

(注)

28. NNCC: National Narcotics Control Commission (国家麻薬統制協議会)

29. MoR: Ministry of Revenue (歳入省)、MoSJE: Ministry of Social Justice and Empowerment (社会公正・エンパワメント省)

30. MoHA: Ministry of Home Affairs(内務省)、NNC: National Narcotics Agency(国家麻薬機関)

31. CCDAC: Central Committee for Drug Abuse Control (薬物乱用統制のための中央委員会)

32. ONCB: Office of Narcotics Control Board (麻薬統制評議会事務所)

33. VNDCC: Viet Nam National Drug Control Committee (ベトナム国家薬物統制委員会)

34. 議会で承認されれば、草案はタイの MMT を合法化することになる。

表 1.2 調査対象国の IDU の HIV/AIDS に対する脆弱性に影響する重要な要因

	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
薬物治療							
				名目上は			
自主的	○	○	○	○	○	○	○
強制的	○	○	○	○	○	○(35)	○
どちらも	○	×	○	○	○	○	○
「薬物なし」のみ	○	×	○	○	×	×	○
解毒のためにメタドン使用	○	まれに○	まれに○	×	×	○	×
主導機関	公衆衛生省	MSJE	MoHA	保健省	保健省	保健省	労働・傷病兵・社会省
薬物使用者の HIV 感染予防							
代替治療	なし(香港ではあり)	限定的(36)	なし	なし	限定的(37)	あり	パイロットのみ
NSEP(38)	なし(香港では利用できない)	限定的(39)	なし	なし	限定的(40)	なし(41)	あり
IDU のピア主導アプローチ	いくつかの県に限定	限定的	限定的(41)	限定的	限定的	なし	あり
代替治療に反対である	反対	反対	反対	反対	反対でない(43)	反対でない	反対でない
代替治療を考慮することに前向き	支援なし	前向き(44)、ブプレノルフィンやメタドン、前向きでない	たぶん前向き	支援なし	前向き(45)	進行中	前向き
NSEP に反対である	反対	反対でない	反対	反対でない	限定的な支援(40)	不明	反対でない
NSEP を考慮することに前向き	支援なし	草案では支持	前向きでない	支援なし	HIV 予防計画では支持している	支援なし	進行中

35. 法律にはあるが、まだ実施されていない。

36. 限定的なブプレノルフィン離脱と事実上の維持プログラムが、数都市で行われている。

37. カトマンズの1つのプログラムのみ。

38. NSEP: Needle and syringe exchange or distribution programme (注射針と注射器の交換または配布プログラム)

39. マニプールとカルカッタでは NSEP があり、チェンナイでも持続的でないパイロット・プログラムあり。しかし、国のエイズ予防・統制計画の草案には、NSEP が実施すべき戦略の1つとして含まれている。

40. カトマンズとボカラの小規模プログラムを除く。

41. マイチャン北部の山岳民族アカ族対象の小規模プログラム。

42. 一般的にハーム・リダクションや HIV 予防よりも絶対中止のみのメッセージに焦点を当てている。

43. しかし、現在のプログラムの独立した評価がなされるまでは、規模拡大には消極的である。

44. 国のエイズ予防・統制計画の草案には NSEP が実施すべき戦略の1つとして含まれている。

45. しかし、2つの小規模なプログラムを無視している。

表 1.2 調査対象国の IDU の HIV/AIDS に対する脆弱性に影響する重要な要因

	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
ピア・エデュケーションに反対である	反対でない。進行中。	反対でないが明らかな支援なし。	まだ示されていない。	反対でない	不明	不明	反対でない
ピア・エデュケーションに前向き	不明	不明	まだ示されていない。	不明	NGO だけが 行っている	前向きでない	前向き
政策とプログラムの問題							
最近の国の HIV/AIDS 計画に薬物使用が取り上げられたか	○	○ (不適當)	○ (不適當)	○ (不適當)	○ (不適當)	×	○
最近の国の薬物計画に HIV/AIDS が取り上げられたか	×	×	×	×	×	×	×

表 1.2 はまた、以下についての情報も提供している。

- a) 各国の薬物統制を行っている先導機関
- b) 薬物統制を決定する法制度
- c) 利用できる薬物治療の種類とその他の介入

E. 害の緩和：それを制限したり促進する要因

各国間で明らかな違いはあるものの、各国を訪問して集めた情報や文書から、薬物問題やその決定要因、結論を概念化する共通の方法が多くあり、それが薬物治療と HIV 予防へのアプローチを導いていることがわかった。調査対象国の大半が、教育と生活スキルの開発、強制を基本とする制度化された薬物治療と、更正・抑止のための罰則のうちのどれか 1 つ、あるいはそれらのいくつかの組み合わせを、薬物使用の予防と根絶のための主な戦略として強調している。

IDU の HIV 予防に支持的な政策の適用を制限している多くの要因が、全ての国で明らかになっている。同時に、数は少ないが、それを可能にする要因も明らかになっている。これらは、各国別の報告で詳しく述べることにする。以下に、調査でわかった制限要因と可能要因をまとめた。調査対象国の例をあげることによって、これらを明らかにするが、これらは包括的、あるいは決定的なものではなく、調査対象国間の比較をするために企図されたのではない。

制限要因

薬物のない社会が薬物政策の唯一の許容できる目的であるという展望は、短期・中期の治療目標を容認する戦略の妨げとなることがある。歴史的、社会的、宗教的、文化的、経済的要因も、薬物統制と HIV 予防政策に重大な影響を及ぼす。薬物とその社会構造への有害な影響についての強い信念や、過去と現在の薬物問題の広がりや深刻さとともに、過去の薬物使用についての国の苦い経験が、薬物使用に対してより寛容な意見を用いることを妨げている。

例えば：

中国では、政府が 1949 年以降、2,500 万人の薬物中毒者のアヘン中毒を根絶するのに成功したため、現在も薬物に対して‘伐採的立場’をとっており、薬物の根絶を決意している。国家協議会は、薬物乱用の嚴重な取り締まりについての緊急告知を行い、全国民に薬物との闘いを呼びかけている⁴⁶。

マレーシアでは、薬物使用がイスラムの核心的な価値観と矛盾しているという見解が、麻薬・向精神薬法(1976)で示され、薬物関連の罪には厳しい罰則が課されている。

全調査対象国で、**取り組まなければならない多くの健康と福祉の優先事項**があり、そのニーズを満たす財源や人的資源は不足している。HIV/AIDS の潜在的な深刻さを認識するのが遅い政府もある。たとえば、ミャンマーでは、HIV/AIDS 予防にはほとんどリソースが配分されておらず、メディアの HIV 予防キャンペーンは宗教的・文化的に敏感なために限られている。全体的に見て、認可されていない薬局を通じた一部の向精神薬の流通・販売統制は不十分である。

薬物使用者が、サービスという面で高い優先順位になっていることはまれで、社会の縁に押しやられていることが多く、マイノリティとなるか流動的な人口となることが多い。調査対象国の多くでは、ヘルスケア施設で使用する清潔な注射針や注射器の不足が深刻で、このような状況の下では、意思決定者は不正薬物を使用する人々に無料で注射針や注射器を配布することは不相当だと感じるかもしれない。代替治療に使用するメタドンも、大部分の国では高価だと考えられており、タイでのみ長期治療が利用でき、ネパールでは 1 つのプログラムに限られている。長期の入院治療にくらべて経済的な薬物治療の巡回アプローチは、入院治療に替わる選択肢として真剣には考えられていないようである。地方でも薬物使用が重大な問題となっているところ（中国、ミャンマー、ベトナム）では、実際に

⁴⁶ 中国の麻薬との闘い(1998)

は、現時点では、巡回治療に不向きである。というのは、適切な交通手段や通信施設がなく、適切な技術を持ったプライマリ・ヘルスケア・スタッフがほとんどいないからである。

薬物使用と薬物依存の決定子とその因果関係についての理解は限られている：多くの意思決定者は、その大半は薬物と HIV 分野の専門家であるが、薬物使用についての知識と理解への不適切なアクセスしかないのかもしれない。大部分の調査対象国で、依存的使用者と非依存的使用者についての区別がなされておらず、時折薬物を使用する者でも、長期の入院治療施設に入れられることもある。調査対象国 7 ヶ国ほとんどの治療サービスのなかに、かなりの刑罰的要素が存在している。薬物摂取の理由についての説明では、薬物使用者が彼らのピアに悪影響を及ぼすという概念に基づくというものがほとんどである。薬物使用をやめることは、正しい情報、より良い生活スキル、意思の力、‘間違った考え方’を変えようとするコミットメントという、単純な事柄とみなされている。薬物中毒者は(警察、家族、コミュニティなどの)強制や解毒治療に、前向きに対応するだろうと考えられている。そうでなければ、長期治療や懲役刑が薬物使用を止めることを確実に‘納得させる’のである。

調査対象国で薬物問題が増加しているという徴候があるにもかかわらず、ハイリスクで脆弱な集団を明らかにし、目標にするような専門技術はほとんど開発されていない。そのうえ、治療後の再発率が全調査対象国で同じように高いのにもかかわらず、治療アプローチを再検討することには、現在のところ消極的である。

薬物治療は薬物治療について限られた知識しかない専門家ではない人物によって提供されることが多い：治療サービスが、薬物依存分野について全く専門知識やスキルのない人々によって提供されている国もあった。

例えば、

中国では、国家安全部が治療センターの大半を管轄している。

ベトナムでは、労働・傷病兵・社会省が、治療と更正サービスを管轄。

インドとネパールでは、NGO が治療サービスの大半を提供。

マレーシアでは、内務省と刑務所部が薬物治療プログラムを監督している。

タイとミャンマーでのみ、大部分の治療と更正サービスが保健当局によって提供されている。治療サービスが厳しい刑罰的要素を含んでいる国もある。

科学的な証拠や調査結果への不十分なアクセス、地域調査と信頼できるフォローアップ・データの不足のために、政策策定者や治療に携わる人々は‘証拠に基づいた’アプローチを開発することが難しい。薬物使用者の生活体験についての制度的な情報はほとんどない。この情報とは、薬物使用の範囲や頻度、パターン、注射針や注射器の交換行為、法律執行当局との関わり、利用できる治療と更正施設の認知、性行為などについてである。

薬物治療制度は限られたアプローチと方法論を用いており、かなりのリソースが薬物治療につき込まれているにもかかわらず、結果は芳しくない。以下に、調査対象国における治療の顕著な特徴を挙げる。

調査対象国の大部分では、治療はほとんどが入院を伴う強制的なものである。大部分の治療施設が同じような治療プログラムを提供しているため、薬物使用者は治療目的または治療様式についてほとんど、あるいは全く選択肢がなく、巡回するものや敷居の低い、‘利用者優しい(ユーザー・フレンドリー)’な治療はほとんどない。

自主的な治療という選択肢がある場合にも、それは高価である。

治療はいろいろなアプローチによる解毒に絞ることがほとんどである。解毒治療が薬理的支援なしに、あるいは精神安定薬や鎮痛薬を用いて行われることもある。ハーブ薬や指圧を使った伝統的な方法が行われる場合もある。アヘン浸出液を解毒に使う国(ミャンマー)もあり、メタドンを使う国(中国とタイの一部の治療センター)もある。厳格な軍隊式規律や労働、レクリエーション療法に重点を置いている国もある(中国、マレーシア、ネパール、ベトナム)。カウンセリングやその他の社会心理的な介入、家族向けの介入といった補助的サービスはめったに提供されない。

調査対象国7ヶ国には、特定のニーズを持つ人々(国内または国内外の移動人口、ホームレス、ストリート・チルドレン、セックス・ワーカー、子どもを持つ女性など)を目標とした治療施設はない。

調査対象国で、再発を防ぐ積極的な手段が取られている例はほとんどない。

治療センターは、HIV陽性の薬物使用者の扱いについての経験がほとんどない。退院させたり、隔離するところもある。長期にわたる持続的な援助を提供しているところはない。

薬物とHIV予防に関する介入の訓練を受けた専門家は、全調査対象国で能力不足であり、科学的刊行物、書籍、その他の情報へのアクセスは限られている。

予防と治療サービスを政府が NGO に外部委託 (アウトソーシング) することは、薬物使用・HIV 予防の効果を妨げることもある。これは、薬物使用者へのサービス提供や、その達成度のモニタリングや評価、保証に対する責任を、政府が‘放棄’していることを表す場合もある。例えば：

ネパールでは、大多数の治療や更正サービスは非政府組織によって提供されている。政府はその費用をほとんど負担していない。

インドでは、薬物治療サービスは、非政府セクターに‘外部委託’されているが、その費用の 90-95%は政府が提供している。

しかし、NGO の参加や、薬物使用者へのサービス提供の主役となることを促すのは、援助へのアクセスを増やし、サービスの幅を広げるためには、効果的でコストの低い方法であると指摘することも重要である。

薬物統制機関と HIV/AIDS 統制機関のパートナーシップを作り出し、その 2 つの政策を協調させ、2 つの融和性と調和性を達成するための努力が足りない。この地域の国々のエイズ計画には薬物使用者のニーズに特別の注意を払っているものはほとんどない。国の薬物統制計画で HIV/AIDS 予防に触れているものはほとんどない。

薬物治療・HIV 予防セクターと、法律執行セクターが一致協力するための注意がほとんど払われていない。薬物使用者の治療の追求や治療維持、治療効果の改善を最大にするための戦略には、法律執行セクターとの緊密な協力が必要である。薬物使用者が厳しい法規制のもとにあり、地域の警察が予防と治療の目的に賛成していないところでは、薬物使用者は治療サービスを利用しにくくなるだろう。

調査対象国のなかには、法律執行と供給抑制が、公衆衛生にあまり脅威にならないような薬物使用のタイプや方法から、健康に多大な危険を及ぼすものに移行していることと関連している国もある。

インドでは、麻薬及び向精神薬法 (1985) が導入され、アヘンの使用が禁止されたことが、国内のヘロイン使用の増加につながった可能性がある

タイ北部高地のアヘン栽培撲滅の成功によって、不本意にも、山岳民族が薬物注射をはじめることになり、彼らの間で HIV/AIDS を急速に広げることになった。

全調査対象国の政策決定過程は明らかにするのが困難である。薬物と HIV/AIDS に関する政策が国レベル、自治体レベルでどのように決まるのか、どんな科学的な、あるいはそ

の他の証拠がどこまで考慮に入れられるのか、政策実施やその影響や結果が適合しているかどうかを調べるのは非常に難しい。調査対象国の大半では、薬物と HIV/AIDS 政策は随時、再検討されているが、目的は優先順位と予算を決めるためであり、この過程で地域や国際的な証拠がどんな‘仕事’に基づいて考慮されているのかは不明である。

政策過程を調査することは、限られた民主的な機関しかない国ではとくに複雑な事柄だが、決してそのような政治的状況に限ったことではない。

薬物統制に関する国連条約の遵守に熱心な政府は、これらの条約の意味や意向を誤って理解することがある。例えば、自国の状況に最も合う薬物法を実施するために、条約によって与えられている自主性を行使していない国がある。IDU の HIV 予防の効果的な政策や戦略を妨げるものとして、3つの問題が明らかになった。

第1に、薬物使用そのものの‘有罪化’と罰則⁴⁷。

第2は、注射針や注射器、その他の薬物使用に必要な器具の所持に関するもので、これら所持と使用の証拠として、薬物使用者を有罪とするのに使われる可能性があること。

第3に、アヘン剤作用薬（アゴニスト）の薬理学療法を、維持代替治療として処方することの合法性に関わること。

薬物に関する国連条約自体は、‘薬物のない世界’を希求して計画され、動機付けられたものである一方で、より現実的で達成可能な結果を準備している。例えば、麻薬に関する単一条約（1961）は1972年のプロトコルによって修正され、薬物使用者の治療と更正を提供する必要性を強調し、これを留置に替わる、あるいはそれを補完するものとしてみなすべきであると強調している。麻薬及び向精神薬の不正取引の防止に関する国連条約（1988）の修正は、投獄から罰金や強制治療へと罰則の幅を広げるものであった。

国連機関とその他の国際機関が HIV/AIDS 予防に関して最も良いアプローチについて合意していないことが、それぞれの国の政策を混乱させている。薬物使用者の HIV/AIDS 予防に関連する多くの問題に関していくつかの合意はあるものの、いくらかの意見の相違があり、これらが政策開発を妨げている。例えば、用語論は実に難しい。‘ハーム・リダクション’（害の緩和）や‘リスク・リダクション’（危険削減）ということばは、HIV 感染を予防する実際的なアプローチの範囲を表す手っ取り早い方法として使われることがあるが、‘薬物の合法化’や‘薬物をなくす’という目的の否定と関連付けられることもあり、結果的に政治的に認められないこととしてみなされる。実際は、一般的に‘ハーム・リダクション’ということばのもとに包含している戦略は、‘害’を予防するための‘公衆衛生’アプローチであり、WHO やその他の機関の推奨を受けている。

⁴⁷ これに関しては、本書のいたるところで論じられている。

薬物政策が非常に政治的なものであり、政策決定の際には、証拠や常識以外の物事が決め手となることは明らかである。国レベルで活動している国連やその他の国際機関も、この問題に関して明確でないことを反映しており、地域の意思決定者に混乱したシグナルを送っているとみなされている。

容易にする要因

この調査によって、調査対象国には変化の機会がたくさんあり、薬物統制と HIV 予防への代替的アプローチを考慮することをいとわないということが明らかになった。全ての調査対象国は「薬物なし」の原則を支持していたが、薬物政策の目的を少なくとも HIV 予防活動を組み込むために改めようとしている国もあるということは注目に値する。政策策定者のなかには、「薬物のない」世界というユートピア的な目標よりも、薬物使用の「増加」がないように、薬物問題へのより現実的なアプローチが採用されるべきだという見解を示す者もあった。

効果的な予防の必要性は調査対象国全てで認識されている： HIV/AIDS は、重大な注意と政治的・文化的に扱いにくいアプローチ（売春宿のオーナー、セックスワーカーとその客、IDU、「プロの」注射専門業者をターゲットにするなど）を必要とする、重要な公衆衛生問題があるということ認識しているのは顕著である。多くが、不承不承ではあるが、薬物使用者は保健や社会的介入において高い優先順位を持つターゲット・グループではないが、もし、彼らが HIV 感染から自身を守るような支援を受けられなければ、HIV の広がりを拡大する効果的な媒介となるかもしれないことを認めている。

全ての調査対象国で、情報、教育、コミュニケーションアプローチへの一般的なコミットメントがある。しかし、それらはそれだけでは効果的での絞った介入が行われるような基盤を提供するには不十分である。解毒治療とその他の絶対的な使用中止に基づく治療が、期待を裏切る結果になり続けていると結論付けることにおいては、意見が一致しているものの、多くの意思決定者は、もしも現在のアプローチがより多くのリソースとコミットメントを持って実施されれば、これらのアプローチは成功するのだという望みにすぎているようだ。大部分の調査対象国で最も受け入れられる HIV 予防介入は、アウトリーチとピア・エデュケーションであり、これは調査対象国のいくつか（ミャンマーとネパールでは特に）で積極的に奨励されていた。ピア・エデュケーターが積極的には支持されていないものの、容認されていた国も会った（マレーシア）。ベトナムやインドのいくつかの都市では、アウトリーチ・ワーカーが一定の状況下で、薬物使用者にコンドームとともに注射器具や洗浄用品を配布するという小規模な活動において効果的だった。しかし、これらは本来名ばかりのもので、人口レベルで効果があるほどの規模ではない。