

新たな予防戦略の開発に対する法的障害は必ずしも深刻なものではない。法そのものが薬物使用者のための暫定的な予防目標を認めるアプローチの開発を妨げているのかどうかを見極めることは、簡単なことではない。調査対象国の法制をよく調査することによって、規制をほんの少し修正することが新たなアプローチを容易にしたり、法制化したりするために必要なだけであることが明らかになった。例えば：

タイでは、代替治療（メタドン）がバンコクでここ 10 年間、利用可能だが、クリニックがこの治療を公式に提供できるような法的修正を、公衆衛生省が行ったのは、ごく最近である。

ある規制のため現実に難しさをもたらしている国（ミャンマーの 1993 年の麻薬と向精神薬に関する法律 15 項など⁴⁸）では、規制を維持することの妥当性について国内で議論が起こっている。

予防活動の機会は全ての国にある。ある介入がヨーロッパやオーストラリア、米国で有効だと証明されても、調査対象国の政策立案者は必ずしもそれらを好むわけではない。しかし、国として、あるいは地域的には、十分な機会があるようだ。多くの調査対象国で、県・州、または地域の当局が、国の政策を地域の状況に合わせて適応できる、かなりの自治権が認められている（中国⁴⁹など）。公式の政府の政策ではないが、NGO が合法的に注射針や注射器を薬物使用者に配ることが出来る国もある（インドとネパール）。国レベルの政策の方向性からのこのような隔たりは、限られてはいるが、必要なプロジェクトを開発する機会を提供している。

ある予防アプローチへの公式の政策支援がなくても、パイロット・プロジェクトは受け入れられることが多く、それをより利用にもって行くことが出来るということは注目すべきことである。パイロット・プログラムは適切に監督され、評価されなければならない。地域外で成功が証明された予防アプローチを、アジアの価値観や伝統に合うように採用する方法を見つけることが出来る。

UNDCP が共同スポンサーとして UNAIDS のメンバーであることが、政策のフレームワークと HIV 予防と薬物統制の目的の協調を図り、HIV/AIDS と薬物政策をより緊密にするために前進する **機会を提供している**。多セクターの包括的な対応の必要性と、国際機関内や国際機関間のコンセンサスのなさはすでに言及されている。機関ごとに違う権限や責任が、包括的な介入を開発する上で障害となっているのかもしれない。それにもかかわらず、最近、UNDCP が UNAIDS の共同スポンサーになったことは、薬物使用者の HIV 予防に対するコミットメントを表明するものである。

⁴⁸ この法律の詳細については、ミャンマーについての章を参照。

⁴⁹ 中国についての章を参照。

V. 論考

薬物と HIV/AIDS 予防に関する国連ガイドラインの役割

以下は、主要な国連機関（世界銀行、UNDCP、WHO、UNAIDS など）が、薬物使用と HIV への脆弱性について行った、ガイドラインと助言、それらを調査対象国がどのくらい適用したかについての概説である。

世界銀行は、エイズに関する政策調査報告（1997）のなかで、薬物使用者の行動変化により、HIV 感染の増加は劇的に緩やかになるという証拠があると述べている。（とくに、性的、あるいは薬物注射のパートナーの数が減り、コンドームと清潔な注射器具を使えば）。

薬物予防や治療、更正、あるいは需要削減について、国を支援し助言を与えるという役割をになっている **UNDCP** は、薬物統制への「バランスの取れたアプローチ」を奨励している。警察権力や、薬物栽培に替わる代替的な開発のような供給抑制は、需要削減とのバランスをとって行われるべきである。この概念は以下のように説明されている：

“需要削減と供給抑制の区別は、需要削減活動は薬物乱用者あるいは潜在的な乱用者に関わることであるのに対して、供給抑制は不正生産と密輸を阻止することに集中している。生産者がその不法生産物の一部を自身で消費するとき、また、密輸業者が供給ルート沿いに不法薬物への協力料を払うとき、あるいは末端の使用者や薬物乱用者が不正薬物を自身が薬物を得るために売るときに、需要削減と供給抑制の相互関係が認められ、こうして供給は生み出され、需要は増し、需要は不正薬物の供給を飲み込んで行く⁵⁰。

需要削減に関する更なるガイドラインは、UNDCP が 1998 年 6 月の国連総会に提案した、需要削減の指導原則に関する宣言に含まれていた。HIV/AIDS が薬物使用の特定の結果としては言及されていないが、宣言は、需要削減とは現在の使用を止めさせることから、**薬物使用の健康と社会への負の効果を減らす**という、全ての領域を網羅すべきであるとしている。さらに、薬物の需要削減は、健康的な選択が魅力あるもので、利用可能であるという環境を確実にするために、より広範囲の社会福祉プログラムに統合されなければならない、健康促進と予防教育プログラムのなかに含まれなければならないとしている。重要なことは、宣言が需要削減政策は、過去のプログラムによる教訓や調査結果から得られた証拠と知識に基づくべきだとしていることである。薬物問題の系統だった、定期的なアセスメントとともに、現行の政策やプログラムに関する注意深い評価も奨励されている。

⁵⁰ 国連経済社会理事会、麻薬委員会（1995 年 3 月）

調査対象国では、‘バランスのとれたアプローチ’は受け入れられているが、必ずしも実行されていない。法律執行にかかる支出とリソースは、常に需要削減のリソースと努力を越えている。国が薬物使用による健康的・社会的な負の結果を減らさなければならないという提案は、最も深刻で潜在的な害をもたらす HIV/AIDS が適切に扱われなければ、部分的にしか考慮されない。そのうえ、需要削減政策は調査とその他のプログラムからの証拠と知識に基づくべきだという提案も同じように、ほとんど考慮されない。

WHO は、多くの宣言⁵¹で、‘万人の健康’の原則を表明してきた。薬物使用と HIV 予防が公衆衛生の文脈で扱われなければならないことを明らかにする必要性は明白である。薬物使用は、人々のなかに存在する多くの害の 1 つとして、公衆衛生の介入を通して扱われるべきである。

調査対象国では、公衆衛生アプローチは一般的に薬物使用者にまで広げられていない。薬物使用に関連する‘害’は、そのアプローチが薬物統制政策と矛盾するとみなされるため、通常取り扱われないのは明らかである。加えて、WHO によって世界各国の経験から得られた調査結果は、IDU への HIV の広がりや予防する活動は早期に（有病率が 5% に達する以前に）行われるべきだということを薦めている。この助言は無視されることがあまりにも多い。

WHO、UNDCP、世界銀行も共同スポンサーになっている UNAIDS は、国連の麻薬に関する特別総会（1999 年 3 月）に、効果的な HIV 予防プログラムを強化するための重要な手段を提唱する声明を提出した。それは以下である。

HIV 有病率が低い段階での早期の介入

清潔な注射器具、IDU とその性的パートナーの意識啓発と教育を含んだ包括的な対処を行うこと。

薬物治療プログラムを利用可能にし、HIV 感染した IDU へカウンセリング、ケア、支援へのアクセスを提供し、コンドームを配布すること。

UNAIDS は、‘届きにくい’人口である薬物使用者に届く効果的な方法として、アウトリーチとピア・エデュケーション・プログラムを挙げている。特定の介入アプローチ以上に、UNAIDS はそのプログラムが実施される支持的な環境を確実にする必要性に注目している。

⁵¹ プライマリー・ヘルスケアに関するアルマアタ宣言（WHO、1978 年）、2000 年未までの万人の健康のための地球戦略（WHO、1981 年）、健康促進に関するオタワ憲章（WHO、1986 年）

報告によれば、そのような環境を創造するためには、コミュニティの薬物使用者への見方（例えば、薬物使用者は犯罪者である、社会悪を犯すもの、異常者、破壊活動分子であるといった考え方）や、薬物使用者の扱い（不本意あるいは強制的な治療や投獄）を変える必要があるだろう。

調査対象国には、薬物使用者の HIV/AIDS を予防政策や介入を、国際社会の全面的な支持が得られるように改善する機会が多いことは明らかである。

国の薬物統制法制に関する国連条約の影響

不正薬物に関する国連条約が、薬物所持や個人的な消費に関して重い罰則を奨励しているという考えをなくすことが重要である。また、メタドン維持法や、ブプレノルフィン治療・処方といったアゴニストを使った薬理学的治療の使用を禁止してもいなければ、国内法が清潔な薬物注射器具へのアクセスを容易にするようなプログラムの実施を行うのを禁止してもいない。

事実、麻薬及び向精神薬の不正取引の防止における国際連合条約（1988年）は、薬物使用自体を罰することを扱った唯一のものであり、それには以下のように述べられている：

‘各国は、国際的に行われたときには必要となるような、向精神薬の個人消費を目的とした所持、購入、栽培を、国内法の下で刑事犯するような手段を採用するものとする’

しかし、条約の注釈のなかで、政府は広範囲の法的対応から選択できることは明らかにされている。‘個人での消費目的の薬物所持’の罪は、例えば、罰金を払ったり、ただとがめられたりする形で罰せられることもあり、必ずしも懲役刑ではない⁵²。このことから、国内法が法的に薬物使用者を HIV 感染から守る助けになるような戦略を容易にすることというを確認できる。

52. 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年12月）の注釈

まとめ

上記に報告された調査結果から、この調査の全調査対象国で、薬物使用は HIV 感染の重要なベクター（媒介物）であることは明らかである。エイズ・ウイルスの感染経路のなかで、HIV に汚染された物質を直接血管に注射することが、最も効果的である。薬物の注射使用がこの地域の HIV の流行規模に大きく貢献していることは明白である。

しかし、薬物使用者のハイリスク行動が広がっているにもかかわらず、公的な政策のなかに、科学界や国連機関が提唱しているような、薬物使用者とその性的パートナーの HIV /AIDS を予防する対策を含んでいる国は、調査国の中にはない（ベトナムを除く）。現在まで、この地域では、薬物使用と HIV/AIDS の相互関係が提示する問題を直接扱ったプログラムはほとんどない。

この報告書が示唆しているように、薬物予防・治療・法律執行に関する当局と、HIV /AIDS 予防に関する当局の対話はほとんどなく、多くの調査国が名目上、多セクターの対応を行っている一方で、それらはほとんどの場合、まだ効果的だとは言えない。

薬物治療は一般的に、解毒治療のみに焦点が当てられ、調査対象国 7 ケ国全てで、薬物使用者は自主的治療への限られたアクセスしか許されていない。大半は、薬物治療が強制的であり、重い罰則的要素を含んでいる。一般的に、薬物政策は効果的な薬物使用者の HIV 予防戦略に支持的ではない。対策は地域的で、短期、予算不足で規模が不十分なことが多い。脆弱な集団をターゲットにした政策が、政策策定者に支持された場合でも、不十分なリソースと不適切な訓練のために、必ずしもそれらが実践されない。

変化を容易にする要因を明らかにし、HIV /AIDS 予防の効果を高めるようなより温和で効果的な政策に向けた、政策の転換を促す有効な機会とその手段を明らかにすることが、現在の努力目標である。そのような機会は全ての調査対象国にある。多くの政策策定者が、薬物のない社会という目標がより望ましいものの、短期でそれを達成するのは難しく、HIV の流行という危機によって、その拡大を食い止めるための暫定的な手段が必要であることを認め始めている。

最後に、他国からの批判に対して各国は敏感であり、変化は必然的に、前進的で、現存の対応に基づくものであり、またそれを修正、活用するものでなければならない。