

マレーシアにおける HIV と薬物使用

羽鳥 潤 樽井 正義



HIV と薬物使用への対応

マレーシアの HIV 陽性者数は、2009 年末で 74,000 名を超えたと報告されているが（図 1）、推計では 105,000 名強、人口がおよそ 2,800 万なので陽性率は 0.3% 前後、日本に置き換えればおよそ 50 万名の陽性者ということになる。累計では 1986 年以降、9 万人近くの感染と、13,000 人の死亡が報告されているが、推計では 16 万人以上が感染し、6 万人近い命が失われたと見られている。その 70-75% が注射による薬物使用者（injecting drug users, IDU）で、注射器の共用、いわゆる回し打ちが最大の感染源になっている。

国教であるイスラームも麻薬使用を禁止しており、マレーシアの麻薬法（Dangerous Drug Act, 1958）はヘロイン 15g 以上の所持に対して死刑を規定している。少量の所持・使用に対しては、初犯で矯正施設（drug rehabilitation center, DRC）に 2 年以下の強制収容、出所後 2 年間は毎日警察への出頭が義務づけられる（もともと 70-90% は脱落し追跡不能という）。再犯以上では、5 年から 13 年の刑期に鞭打刑が加わる。全犯罪の受刑者約 5 万人の 4 分の 1 は麻薬犯罪者で占められ、矯正施設には 15,000 人が収容されているという（2002 年）。過酷な刑罰があっても、注射薬物使用者はもともと少ない推計で 17 万人、その 20-30% が HIV に感染していると見られている。したがってマレーシアにおけるエイズ対策の成否は、薬物使用者の感染予防にかかっている。

有効性が科学的に実証されている対策として、ハームリダクション（harm reduction）がある。薬物注射に伴う HIV や HCV への感染などの健康被害を、より一般的には薬物使用が社会、経済、保健などに及ぼす危害を、すっかりなくすことはできないまでも減らす方策として、西欧や北米では 1980 年代から導入され始めた。それが、薬物の供給削減（supply reduction）、利用者の需要削減（demand reduction）と並んで、危害削減、ハームリダクションと総称されている。

この対策は、予防に必要な情報と相談の提供（information, education, communication, IEC）、使用された注射器の共用を避けるために、その回収と清潔な注射器の配布（needle and syringe exchange programme, NSEP）、そしてヘロイン依存者に対するメサドン維持療法（methadone maintenance therapy, MMT）などからなる。ヘロインに代えて提供されるメサドンは経口摂取する液体なので、注射器に残留した血液による感染リスクはなく、また離脱症状がヘロインより軽いため、断薬が相対的に容易とされる。

ハームリダクションの導入

ハームリダクションは感染予防に有効というエビデンスが蓄積されている。しかし、薬物使用を推奨し増加させるとの見方があり、そのエビデンスはないにもかかわらず、ハームリダクションの導入と普及を妨げている。そうした見方はマレーシアの政治と宗教の指導者の間にも根強く、NGO/CBO と

医師グループは早くから導入を求めて社会のコンセンサスを作ろうとしていたが、その活動は困難を極めた。

その間にも新規感染数は、1986年に初めて3例が報告されて以降急増を続け、1990年には1,000に迫り、2000年には5,000を超え、2002年には約7,000となった(図1)。こうした事態に対して政府は2005年に、それまでのHIV/AIDS国家戦略計画(National Strategic Plan, NSP 1998年制定、2001年改訂)に代えて、新たな5カ年計画NSP 2006-2010を策定し、副首相を議長にHIV/AIDS閣僚会議(Cabinet Committee on HIV/AIDS, CCA)を設置した(2008年まで)。新NSPの6つの戦略のなかでも、①薬物使用者の感染予防策としてハームリダクションの実施、②ARV治療の第1、第2選択薬の提供、③個別施策層(most at risk population, MARPs セックスワーカー、MSM、トランスジェンダー、難民、外国籍労働者など)対策の促進、この3つが最優先課題とされた。ハームリダクションのうち、メサドン維持療法は2003年から試行されていたが、新たに注射器交換プログラムが国家戦略の中心に据えられることになった。

刑事問題としてだけでなく保健問題としても取り組む姿勢への転換、厳罰だけでなく予防と治療という選択肢の追加を促した要因の一つに、新世紀に臨んで国際社会が行った強い意思表示が挙げられる。国連は2001年に、地上から貧困をなくすべくミレニアム開発目標(MDGs)を設定した。8つの目標のうち、マレーシアにとって唯一実現の目途が立たなかったのが目標6の感染症対策であり、これを実現するには、ハームリダクションの導入と普及が不可欠だった。

しかし、より大きく決定的な要因は、HIV/AIDSに取り組む人びとのたゆまぬ尽力に帰されなくてはならない。市民社会の諸団体、陽性者と個別施策層の諸組織は、この感染症が提起する課題に率先して対応するとともに、社会と指導者への働きかけを地道に続けてきた。1992年に結成されたマレーシア・エイズ協議会(Malaysian AIDS Council, MAC)がアンブレラ組織の役割を担い、これを中核にして1999年には第5回アジア太平洋国際エイズ会議(ICAAP)が開催され、その開会式ではトランスジェンダーの女性が首相を壇上へ案内した。さらに2001年には、MAC、保健省(Ministry of Health)、UNDPがイスラーム指導者とともに「イスラームとHIV/AIDS」プロジェクトを発足させた。

感染のリスクに直面している注射薬物使用者の98%は男性、70%はマレー系すなわちモスレム、71%は20-39歳。若く社会を支える男性の多くが薬物とHIVで命を失い、性感染によって若い女性と新生児の命も危険にさらされている。マレーシア社会のこの危機意識が、宗教と政治の指導者にもようやく共有され始めたことを、新NSPは示している。

マレーシアにおけるハームリダクションの感染予防効果には著しいものがある。新規感染報告は2002年の7,000名をピークに下降し始め、06年までの4年間に1,000名減少した。1年に250名の緩やかな減り方だ。1980年代からの啓発活動の成果と見ることができるが、取り組んできた人びとは薬物使用者間流行の自然経過だろうと控え目に言う。新NSPが始まった06年からは減少が加速し、3年間に3,000名、09年には3,080名と半数に下がった(図1)。毎年1,000名の感染が新たに予防されたことになる。ハームリダクションの普及以上に貢献した要因を探すことはできないだろう。

注射器交換とメサドン維持療法

ハームリダクションの導入は、多様なセクターが連携することによって初めて可能になる。薬物は警察(Royal Police of Malaysia)と薬物対策局(National Anti-Drug Center, NADA)、つまり内務省(Home Affairs Ministry)が専管していたが、保健省、医療機関との連携がはかられ、その委託を受けて、NGO/CBOと薬物使用者が実施の最前線を担った。

注射器交換は、NGO/CBO が保健省の委託を受けて、ドロップインセンターとアウトリーチという形態で実施している。そうした NGO/CBO の一つである IKHLAS（マレー語で誠実）は、1990 年代に LGBT 組織 Pink Triangle を母体に発足し、薬物使用者とセックスワーカーの多い地域に、EU などの支援を受けてドロップインセンターを開設した。注射器の所持も犯罪なので、当時は交換事業は不可能であり、来所者に食事、休息、シャワー、外傷の手当て、啓発、相談といったサービスを提供していた。それはいまでも継続されている。

新 NSP とともに注射器交換を開始し、現在は日に 120 名ほどの来所者のうち 40-50 名が、このサービスを利用している。アウトリーチは 2 人 1 組で 3 グループが、7 つの地区の各 4-5 の port と呼ばれる公園や路上の決まった場所へオートバイで出かけ、80-90 名にサービスを提供している。各グループは、配布する注射針、シリンジ、アルコール綿と普通の綿、それに cooker と呼ばれる薬物を水で溶くための器（瓶のアルミキャップ 冒頭の写真参照）、そして使用された注射器の回収容器と救急箱、さらにコンドームも携帯している。

注射器交換の普及には、多くの NGO/CBO の参入が求められる。KAWAN（朋友）は、ハワイに本部をもつキリスト教系の国際 NGO、Youth with a Mission（YWAM）の下部組織として、10 年前にドロップインセンターを開設した。そこではいまは、HIV の簡易検査と医療機関の紹介も行われている。アウトリーチをプログラムに加えたのは 2008 年で、生活と薬物のために廃品回収をしている路上生活者に対して、7 つの port でサービスを提供している。

注射器交換のサービスは匿名で受けられるが、ID を登録し、カードを発行してもらわなければならない。薬物使用者はサービス提供者に ID カードを見せ、提供者は所定の用紙に ID と手渡す注射器と注射針の数、回収した数を記録する。後にコンピュータに入力され、活動の分析が行われている。

メサドン維持療法は、マラヤ大学病院と並行して、医学部の依存科学センター（Center of Addiction Science, UMCAS）でも提供されている。同センターは、ヘロイン、アルコール、ニコチンから買物、博打まで、あらゆる依存の精神医学の研究、教育、医療を包括的に行っている。またモスクにおける出張メサドンクリニックの運営も 2009 年から開始し、イスラーム社会における啓発と薬物使用者の受容を促進しようとしている。さらに、2008 年からは刑務所でもメサドン維持療法が開始されたが、その推進と研究を、同大学のエイズ研究センター（Center of Excellence for Research in AIDS, CERIA）とともにに行っている。治療を受けている患者は、大学病院で 150 名、センターで 50 名、モスクで 50 名、これが現在のスタッフで受け入れられる上限の数だという。

治療に参加できる基準として、患者の自発的な意思、依存の状態（注射薬物使用を 2 年以上続けており、断薬を試みたが失敗している）、治療ルールの遵守、そのすべてを満たさなくてはならない。メサドンにもヘロインに似た精神作用があるので、患者が薬剤を管理できるか否かを判断することが、医師には求められる。また、メサドン維持療法に失敗した経験は、参加を断る理由にされてはならない。治療を提供できない基準は、依存なし（使用が 2 年以下）、18 歳未満、複数種の薬物使用、肝機能異常、メサドン過敏症、急性の医学的精神的異常、そのいずれかが認められる場合とされている。

患者は初めは隔日、週 2 回、週 1 回と間隔を広げ、3 ヶ月目からは隔週、あるいは 3 週に一度診察を受ける。メサドンは、処方箋をもらって薬局で受け取る。3 ヶ月、6 ヶ月、12 ヶ月という節目には、生活、薬物使用、性的活動、社会活動、犯罪、健康の 6 セクション、6 頁の質問と、WHO による QOL 測定の質問とに答える。またカウンセリングを、2 週目からは一人で、あるいは家族と、3 ヶ月目からはグループで、受けることになっている。

新 NSP の 2006 年から 09 年までの 3 年間に、ハームリダクションは一定の普及を見た。メサドン維持療法を提供するのは、2006 年には 16 施設だったが、09 年には 10 倍の 162 施設になった。公立、私立の医療機関のほかに、08 年からは薬物対策局と刑務所も加わり、09 年の数字には各 27 と 16 の施設が含まれている（表 1）。登録者数は、新規が 1,240 から 3 倍の 3,665 に、累積は 10,730 となった。うち継続者数とその割合は、932 で 75% だったのが、7,455 で 70% へと下がっている（表 2）。

注射器交換を行っている NGO/CBO の施設は、06 年に 3 だったのが 09 年には 12、アウトリーチの交換場所は 42 から 206 へ、それに 08 年からは公立の施設も加わり、総数は 3 年間に 45 から 240 へと 5 倍強になっている（表 3）。登録者数は、新規が 4,357 から 6,147 へ、累計で 18,377 になる。使用后返却される率は、59% から 66% へと、これは増加している（表 4）。

普及と課題

成果は認められるが、むしろ今後に課題もある。その第一は、ハームリダクションをさらに普及させることだ。両プログラム併せて利用者 3 万名は、目標 4 万名を下回っている。WHO はサービス提供の目標として対象人口の 60% を推奨しているが、それに従うなら 10 万人が目指されることになる。普及はまだ緒に就いたばかりと言わなくてはならない。

第二は、普及のために、現在のプログラム自体の問題点の指摘とその解決策の検討を行うことである。ハームリダクションは不可欠ではあるが、理想の施策でも完全な対策でもない。たとえば、メサドン維持療法におけるアドヒアランスには、時間の経過とともに、すでに低下が見られる。その原因はなにか、療法の継続にはなにが必要か、そうしたことが検討されなくてはならない。

第三に、HIV 対策、感染予防策を進めるために、二つのプログラムと他の対応との調整をどのようにはかるのかという問題がある。新規感染報告の急増期には、感染経路では注射薬物使用が 80% を越えていたが、ハームリダクション導入後は 60% 前後に下がってきた（図 2）。それとは反対に、異性間の性感染は 20% 以下から 30% 台に上がり、男性同性間は 10% に近づきつつある。また女性の感染の増加が続いている。感染経路は複数あり、かつ関連し合っている。包括的な対策が求められる。

最後に、マレーシアにおけるハームリダクション導入に関してとくに付言しておきたいことが二つある。一つは、導入を決めた理由にかかわる。国際社会の動向と当事者の尽力については言及した。しかし導入に踏み切ったのはマレーシア社会の民意である。次代を担う世代が、多くの若い男性と女性が、命を失う危機に直面している、その同胞の命を大切に思い、その危機を自分たちの危機として受け止める、そのようなマレーシア社会の民意にはかならない。「麻薬＝死」を評語に薬物に対峙してきた社会が、まさに命が大切であるからこそハームリダクションを導入し、実際に多くの命を救っている。そのように倫理判断を下した民意に、敬意を覚えずにはいられない。

もう一つは、導入が薬物使用者にもたらす変化である。ハームリダクションとは、たんに注射器を配り、メサドンを処方することではない。薬物使用者は、注射器とコンドームを配る NGO/CBO のサービス提供者と会い、言葉を交わす。メサドンを処方し、健康状態を診る医療者やカウンセラーを訪ね、話をする。導入以前の薬物使用者と社会との接点は、警察、強制収容施設、刑務所に限られていたが、いまではずっと豊かになっている。ハームリダクションが薬物使用を刑事問題としてだけでなく、保健問題と見るということは、薬物使用者を犯罪者として社会から遠ざけるのではなく、医療と支援を必要とする人として社会に受け入れるということである。こうした社会との接点の増加と変化は、人に対して、感染症と薬物の現状に対して、影響を与えないはずがない。

謝辞 ハームリダクションの概要を把握するために2010年10月にクアラルンプールで調査を行った。情報提供、施設案内等のご助力をいただいた次の方々に、そして一切の調整をしてくれた旧友 M. Pravalen に、こころから感謝申し上げる。Adeeba Kamarulzaman (CERIA), Anita Veerasingam (KAWAN), Erwan Fuad (MAC), Parimelazhagan Ellan (MAC), Hussain Habil (UMCAS), Zulkifli (IKLAS) この調査は、Open Society Institute の資金援助を得て行われた。記して謝意を表す。

図 1 (以下の図表はすべて UNGASS Country Progress Report Malaysia 2008-2009 より引用)

Figure 1: The Malaysian HIV Epidemic (1986-2009)

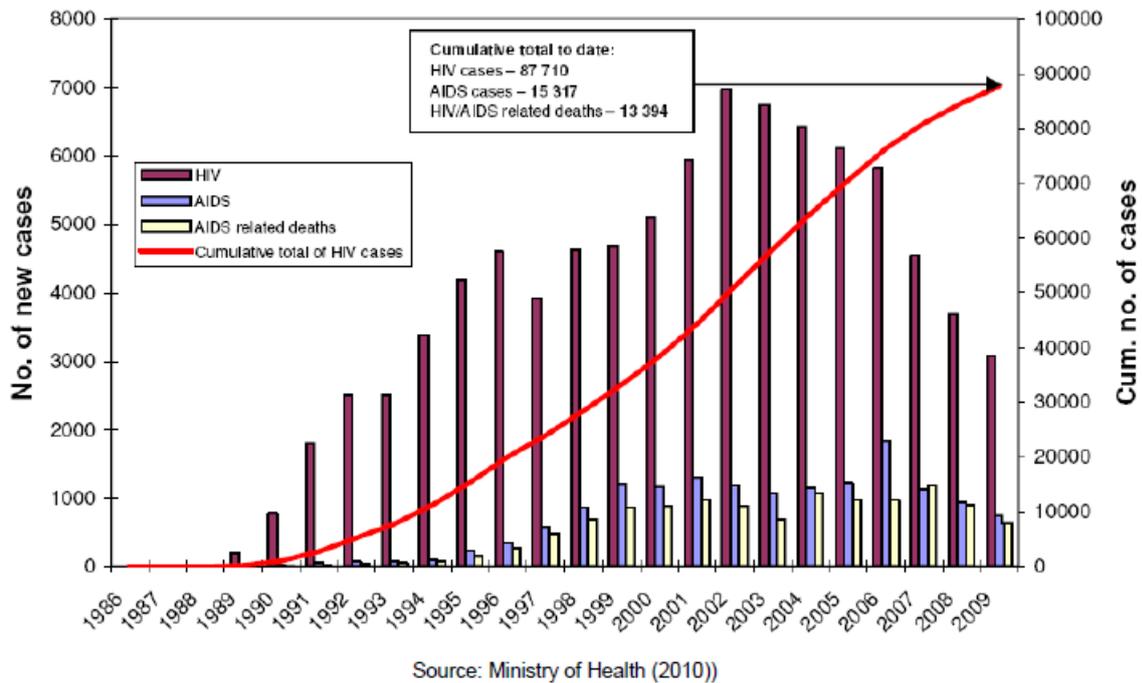


図 2

Figure 3: HIV cases by risk factor (2000 - 2009)

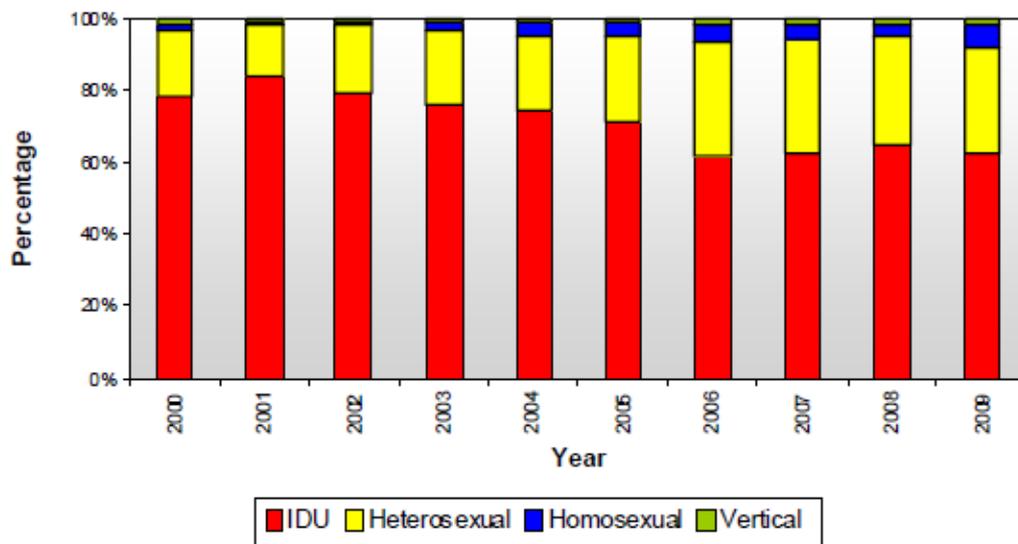


表 1

Table 9: Availability of MMT (2006 – 2009)

Facilities	2006	2007	2008	2009
Govt hospitals	8	25	27	35
Govt clinics	2	32	32	77
Private clinics	7	9	9	14
NADA service centres	0	0	3	24
Prisons	0	0	4	12
Total	17	66	75	162

Source: Ministry of Health (2010)

表 2

Table 10: Achievements of the MMT Programme (2006 – 2009)

	2006	2007	2008	2009
Targeted no. of clients (cumulative)	1 200	5 000	10 000	15 000
Registered clients/ year	1 241	2 777	3 047	3 665
Registered clients (cumulative)	1 241	4 018	7 065	10 730
Active clients	932	3 242	5 024	7 455
Retention rate (%)	75.1	78.4	71.1	69.5

Source: Ministry of Health (2010)

表 3

Table 14: Availability of NSEP (2006 – 2009)

Facilities	2006	2007	2008	2009
NGO-based facilities				
• NSEP Site	3	5	9	12
• Outreach Point	42	64	106	206
NSEP Health Centre	0	0	6	22
Total	45	69	121	240

Source: Ministry of Health (2009)

表 4

Table 15: Achievements of the NSEP (2006 – 2009)

	2006	2007	2008	2009
Targeted no. of clients (cumulative)	1 200	7 200	10 800	15 000
Registered clients/ year	4 357	2 301	5 572	6 147
Registered clients (cumulative)	4 357	6 658	12 230	18 377
Return rate of needles (%)	58.6	62.2	63.2	65.9

Source: Ministry of Health (2009)

参考文献

- Reid R., Kamarulzaman A.Sran, S. K., Rapid Situation Assessment of Malaysia 2004. 2005
- Ministry of Health, Malaysia National Strategic Plan on HIV/AIDS 2006-2010. 2006
- Ministry of Health, UNGASS Country Progress Report Malaysia 2006-2007. 2008
- Malaysian AIDS Council, HIV in Malaysia: Minding the Gap. 2008
- Ministry of Health, UNGASS Country Progress Report Malaysia 2008-2009. 2010
<http://www.unaids.org/en/CountryResponses/Countries/malaysia.asp>
- Malaysian AIDS Council, Ministry of Health, Integrated Bio-Behavioral Surveillance Report Klang Valley, Malaysia May - December 2009. 2010
- 古藤吾郎他, ハームリダクションと注射薬物使用: HIV/AIDS の時代に. 国際保健医療 21.3, 2006
http://www.jstage.jst.go.jp/browse/jaih/21/3/_contents/-char/ja/