

国際犯罪学会報告より  
「フィリピンの現況と課題：法規制と依存症の治療への取り組み」

フィリピン大学准教授 レオナルド・エスタシオJr氏

まず、フィリピンについてご説明します。フィリピンの島々・フィリピン共和国は南北1840キロにまたがる、大小7107の島々から成り立っています。3つのおもな島として、ルソン島、ビサヤス島、ミンダナオ島があり、当初、ミンダナオ島でダルクとアパリによるプロジェクトが行われる予定でしたが、安全上の問題などがあり、マニラに活動の場所を移しました。

最も小さな行政区分として42,000の村（バラングイ）があり、人口は9,000万人、宗教は80%がカソリック、15%がプロテスタント、その他、イスラム教徒などです。この講演は次のような内容です。①概要 ②フィリピンの薬物問題（薬物乱用と流通、法規制）③法規制とその役割（国レベルとコミュニティレベル）④法の適用と依存症の治療 ⑤まとめです。薬物対策の力学（ダイナミクス）、薬物問題を使用、流通、法律という面から、国家レベル、コミュニティレベルに分けて分析した上で、次のステップではフィリピンの薬物問題を考える上で何が行われるべきかを考えていきます。

まず概要ですが、フィリピンでは、古いものも最新のものも、薬物に関する法規制は多様な政策ではなく刑罰によって行われるとみられています。これはエビデンスに基づいて政策を決定するというプロセスを欠いているからだと考えられます。この講演では、国内の最近の薬物事情について概観するため、コミュニティを基盤としたアプローチを検討します。社会の底辺にいて支援の届かない依存症者のコミュニティに焦点をあて、最近の薬物対策はその日常生活にどのような影響を及ぼしているかを検討します。また、NGOやNPOによる地域での取り組みやアパリのような海外の組織も分析の対象にします。そして最後に、薬物に抵抗しうるコミュニティ作りのために政策を決定する、より折衷的なアプローチ（様々な検討を加えてアプローチを選ぶこと）について議論します。

フィリピンの薬物の使用状況は次の通りです。政府の2004年調査では、人口9000万人中、現在の規制薬物使用者が約700万人、使用歴のある人が約1100万人、その平均年齢は26歳、男性、独身、高校卒業、都市在住が平均的ということが分かっています。シャブ、マリファナ、シンナー、咳止め、エクスタシーなどが主で、UNODC（国連薬物犯罪局）の2009年のレポートでは、われわれの国はアジアで最も覚せい剤の使用者が多いということです。

薬物の流通については国内と海外のシンジケートが関わっていて、小さな島々にも及んでいます。東アジアや東南アジア、さらにオセアニアに向けての覚せい剤の供給地となっているほか、最近では覚せい剤、ヘロイン、コカイン流通の中継地点ともなっています。覚せい剤の製造工場やマリファナの栽培地があるため、国内の使用者も多く、さらに警察は押収した薬物を横流ししているといわれています。薬物対策法として、1972年には共和国法6425号が、2002年には共和国法9165号「包括的薬物規制法」が作られました。後者の法律では、薬物に関するいかなる行為も犯罪として扱われます。フィリピンでは死刑は廃止されているので、最高刑は終身刑になりますが、所持、製造、売買、栽培の場合には終身刑が科されます。また、車の免許を持っている人や銃火器の所有者、学生や労働者、兵士、警察、議員や大統領などへ立候補する者には薬物検査が義務付けられています。日本と同様、薬物の使用は犯罪となり、初犯の場合は6ヶ月のリハビリ、再犯は6年から12年の懲役で5万から20万ペソの罰金、3度目は12年から20年の懲役で5万から20万ペソです。また、この法律によってDDB（危険薬物委員会）が設置されました。これは政策や対策を決定する機関で、実行機関としてPDEA（フィリピン薬物統制局）が作られました。2010年にPDEAが作成した法執行に関する報告書によると、使用者、売人など約8,000人が逮捕され、うち69人が外国人でした。覚せい剤の製造工場が7カ所見つかりました。48億ペソ相当の覚せい剤が押収されたほか、207カ所のマリファナ畑なども見つかりました。その当時はマフィアやシンジケートに関する情報が求められ、その提供者には830万ペソの報奨金が与えられました。そのほか、1万回以上のアドボカシーキャンペーンを行いました。

一方、驚くことに治療についての情報は無く、私の持っているデータは2003年～2005年と古いのですが、使用者700万人のうち、2万4千人のみが治療を受けたとあります。ここには何点か薬物対策に関連する資料をつけておきますが、私の疑問はなぜ、たった2万4千人しか治療を受けていないかということです。裕福な人はリハビリ施設にアクセスして治療を受けることができるほかは、政府が運営する施設は不足し、人員が過剰になって長い順番待ちとなっています。貧しい依存症者はほんの一部しか治療を受けられていません。最も重要なのは、政府は治療よりも逮捕、訴追などの取り締まりを重視している点です。この写真は典型的な民間の治療施設ですが、最低でも1か月400ドル、国立の治療施設でも本人かその家族が月に100ドル払う必要があります。ここまでのまとめとして、新たな法規制は供給を減らすことには特筆すべき成果を上げましたが、次の3つの点で失敗していると言えます。

つまり、トップレベルのシンジケートや麻薬王を逮捕したり、罰則を科すことが出来ない点、薬物使用の拡大を防げていない点、数十万人にのぼる薬物使用者の治療を失敗している点です。私が議論したいのは、どんな法規制が有効であることを示す最適な指針とは、薬物の供給・入手のし易さが減り、使用者の拡大が抑えられているかどうかということです。



レオナルド・エスタシオJr  
フィリピン大学准教授



フィリピン全土の地図



1ヶ月400ドルの民間の  
リハビリ施設

1ペソは約2円



また、これらを把握するには、薬物の蔓延している地域で使用・流通・法規制がどのような関連をもっているかを詳細に調べることが最適な方法です。薬物が蔓延している地域の研究とは、生活の場をその対象にすることで、確実に地に足の着いた個別の観察、分析を可能にします。

また、総合的、全体的、多面的なアプローチをとることで、使用者やほかのアクターの日常生活に薬物規制法がどのような影響を及ぼしているかを検討します。私はホープ村という地域で調査をしました。この地域はケソン市にある142の村の一つで、1万2千世帯、9万人が生活しています。広さは96ヘクタールで7つの居住区に分かれています。この地域では9万人のうち2万7千人、つまり30%が薬物を使用しています。これは国全体のレベル（10%）よりも高い。覚せい剤やマリファナ、シンナーが主流で、治療を受けているのは、全体の約20%だけです。入手経路は友人、親族、売人などからで、地域自体がマリファナや覚せい剤、シンナーの取引所となっています。売人は増加しています。家族の誰かが使っていたり、売っているために人々にとって薬物が身近で、蔓延しやすい状況になっていることに加え、クスリを売ることが収入源となっています。

国内全体の状況と比べると、警察の存在感は薄く、取り締りも逮捕も活発ではなく、学校などでの薬物乱用防止教育も公には存在していません。われわれのデータでは、初めて使ったのは男性で13歳、女性で15歳と、とても早く、16歳から25歳の青年層に使用者が多く、無職で独身というのが典型的なほか、使用歴が20年以上で、50歳になっても使用している人もいます。

コミュニティレベルの政策を見ていくと、3つの活動主体が考えられます。①村議会 ②警察（司法関係者） ③教会や学校です。村議会は明らかに薬物対策に失敗し、依存症者に治療やリハビリについて説明したり、実行させることもできませんでした。②警察は薬物事犯者の取り締りに失敗し、国際的なデータでは、押収した薬物を転売するという例も指摘されています。③教会や学校は薬物の危険性と、使用は犯罪であることを伝える役割を期待されていますが、その役割を果たしておらず、関係者がそういった勉強会へ参加することもありませんでした。

別の主体として、地域の人々の連携やNGOの存在が考えられます。つまり、需要と供給や危害が加わることを抑えるための直接的な取り組みを行うのです。例えば、2000年にはアディクタス・フィリピンというNGOとKKPCというNPOがホープ村で地域を基盤とした薬物対策プログラムを実施しました。添付した写真は「House to House Drug Campaign」というキャンペーンで、家庭を訪問して薬物問題への取り組みを促したり、人々の創作意欲を活かして薬物乱用防止のポスターを作り、そのポスターを薬物問題を訴えるのに使用したりしました。能力開発では、子どもたちに薬物の危険性や薬物に近づかないよう伝え、薬物問題を話し合うセミナーを開いたりして、薬物の蔓延からコミュニティを守る方法を学びました。

2000年以降、この活動はUNODCやILO、WHOなどから支援を受けて行われています。また、2009年からはアパリがJICA草の根支援の資金を得て、ファミリー・ウェルネス・センターと組み、薬物使用者の治療におけるサポートをしてくれています。彼らは12ステッププログラムを中心としたARM（アディクション・リカバリー・ミーティング）というミーティングを試験的に導入し、10～15人の依存者を集めました。このARMは低所得者向けのミーティングです。APARI-JICAプロジェクトの現在までの暫定的な効果として、10人から15人がミーティングに参加するようになり、40%が薬物の使用をやめ、60%が以前よりも使わなくなったということです。2011年からは月に2回程度ミーティングが行われています。

アディクタス・フィリピンとKKPCとAPARI-JICAプロジェクトによる依存者の治療が意味することは、コミュニティを基盤とした治療モデルであり、低コストで治療・介入を行うという自助グループ（AA、NA等）の意義を伝えるものです。さらに施設で行われる既存の治療に勝る治療センター、従来の心理セラピーを超える治療介入を目指しています。生活や健康管理を含むより折衷的なアプローチを目指しています。われわれはこのプロジェクトがさらに大きく広がることを望んでいます。その役割を果たしておらず、関係者がそういった勉強会へ参加することもありませんでした。

この発表では薬物に関わる「使用」「流通」「法規制」のダイナミクスを国レベル、コミュニティレベルに分けて説明し、これまで何が行われてきたかを説明しました。

最近、フィリピンのビナイ副大統領は、「警察の仕事で最も重要な仕事は達成されていない。我々は警察の仕事以上のものをしなくてはならない。我々には、包括的な薬物対策が必要だ」と発言しました。

私には、この「包括的な薬物対策」の具体的な内容はまだわかりません。フィリピンの薬物対策はパラダイムシフトが必要です。つまり、司法においては、刑罰重視ではなく、更生保護や修復的司法のアプローチを生かし、またコミュニティを基盤とするアプローチでは、需要と供給、そして薬物によって生じる危険を減らすこと（ハーム・リダクション）、地域を発展させること、それぞれを組み合わせた折衷的アプローチを用いることで、薬物に負けないコミュニティが出来るのだと考えます。



各家庭を訪問する  
ドラッグ・キャンペーン



能力開発・セミナー



アディクタス・フィリピン / KKPC  
施設全景

次号では韓国の精神科医チョウ・ソンナム先生の報告を掲載いたします。