

〈研究ノート（海外調査）〉

〔欧州薬物調査シリーズ(2)〕
ポルトガルの薬物政策調査報告・2014-2015年

丸 山 泰 弘

はじめに

- 一 ポルトガルの薬物政策概要
 - 二 ポルトガル調査
 - 三 国際条約とポルトガル国内法の関係
- むすびにかえて

はじめに

本調査報告は2014年および2015年にポルトガルの薬物政策について調査を行ったものをまとめたものである。2014年の調査について立正大学平成26年度研究推進・地域連携センター支援費第3種（科学研究費申請者による予備的研究）「ハーム・リダクション政策を活用した薬物政策の研究(仮)」(代表：丸山泰弘)の助成を得て実施した欧州薬物政策調査報告である⁽¹⁾。また、2015年の調査においては、文部科学省科学研究費補助金若手(B)課題番号(15K16946)の助成を得て調査を行った調査報告である。

筆者は、刑事司法に依存しない薬物政策のあり方について調査および研究を行っている⁽²⁾。2013年にアメリカ合衆国コロラド州において開催されたDPA (Drug Policy Alliance) 主催のDrug Policy Reform Conferenceに参加し、そこで行われたセッションでポルトガルのApdesの代表であるJose氏と出会い、ポルトガルでの薬物政策調査を依頼した。

詳しくは後述となるが、ポルトガルは2001年にほとんどの依存性薬物の使用・所持に関する処罰規定を非刑罰化する法改正を行っており、薬物政策学者の注目を浴びていたからである。

本報告書では、調査対象となるポルトガルの欧州連合における位置づけを「欧州薬物・薬物依存監視センター (European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction: EMCDDA)⁽³⁾」の報告とくに“2014 NATIONAL REPORT (2013 data) TO THE EMCDDA by the Reitox National Focal Point “PORTUGAL” New Developments, Trends” およびそれらを要約している EMCDDA のホームページ内にある各国 (ポルトガル) の概要を元⁽⁴⁾に紹介し、その後⁽⁴⁾に実際の訪問調査の成果を記す。これらを踏まえて、残された課題について私見を交えて考察を試みる。

一 ポルトガルの薬物政策概要

1 調査方法

EMCDDA は、欧州連合各国の薬物政策について調査および報告を行っている。その調査項目は、①薬物使用 (一般の人口および若年成人の人口)、②予防政策、③ハイ・リスク薬物使用者、④治療の提供、⑤薬物関連感染症、⑥薬物使用に起因する死亡と健康障害、⑦治療の反応、⑧ハーム・リダクションの反応、⑨薬物市場と薬物事犯、⑩国内薬物法、⑪国家的薬物政策、⑫薬物のフィールドにおける組織連携、⑬公的支出および⑭薬物関連調査についての以上14項目に及ぶ。

とくに、ポルトガル国内での薬物政策および調査について EMCDDA の調査の中心となって活動しているのは、SICAD「依存症に伴う行動および依存状態への介入に対する総合的な管理局 (General-Directorate for Intervention on Addictive Behaviors and Dependencies) : ポルトガル語では Serviço de Intervenção nos Comportamentos Adictivos e nas

Dependências : SICAD」である。SICAD は、Ministry of Health (日本でいう厚生労働省に近い機関。以下「健康省」とする。) に付属する機関で、精神に影響を及ぼす物質の使用による害悪軽減、依存活動の予防、そして依存状態の軽減などの活動を目的として行っており、ポルトガル国薬物対策計画 (National Plan) を担っている。

2 欧州連合におけるポルトガルの地位

2014年段階でのポルトガルの人口は、10,427,301人であり、年齢構成でみると15～24歳は10.7%、25～49歳は34.9%、50～64歳は20.0%であり、欧州連合全体の平均とほぼ同率である。⁽⁵⁾ 2012年の国内総生産 (GDP) に占める社会保障支出の比率は26.9% (欧州連合の平均は29.5%) であり、失業率は欧州連合の平均 (10.2%) に比べ14.1%と高い数字になっている。とくに、2014年のポルトガルの25歳未満の失業率は34.7% (欧州連合の平均は22.2%) と高く、深刻な問題となっている。⁽⁶⁾ 2013年のポルトガル国内人口10万人比の受刑者人口は、136.2人 (欧州連合の平均は140人で中央値は133.5人) である。⁽⁷⁾ また、2013年における貧困率は18.7%であり、欧州連合の平均が16.6%であった。

3 ポルトガルの薬物政策⁽⁸⁾

① 薬物使用状況

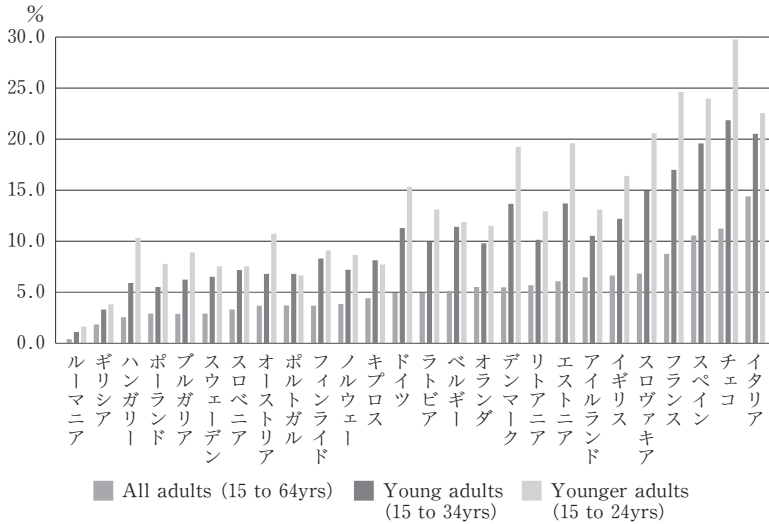
ポルトガルで初めて総合的な薬物についての人口調査が行われたのは2001年で、その調査では、15,000人に対しサンプル調査が行われた。続いて、2007年には12,202人、さらに2012年にも新たに5,355人の15-64歳の治験者を参考にして調査が行われている。いずれの調査でも生涯使用経験で最も多かったのはカンナビスで、続けてエクスタシーとコカインが多かったが、最新の調査によるとポルトガルにおける依存性の高い薬物使用については2007年から緩やかな減少傾向にあることが示されている (生涯使用率は、成人について2007年が12.0%であったのに対し、2012年

は9.5%であった。また若年者層のそれは、17.4% (2007年)であったのに対し、14.5% (2012年)であった。)。2001年と2007年の比較で見ると、違法薬物 (illicit drug) の生涯使用率 (15~64歳) は7.8%から12%へと上昇していたが、直近1か月の使用率は2001年も2007年も2.5%にとどまっている。カンナビスが最もよく使用される薬物 (2001年が7.6%、2007年が11.7%) であった。さらに2012年でのカンナビスの生涯使用率は、9.4%であり、1年間での使用率は2.7%で1か月での使用率は1.7%と2007年よりも減少傾向が見られた。2001年でのコカイン、ヘロイン、エクスタシー、アンフェタミンおよびLSDの生涯使用率は1%未満であり、2007年での生涯使用率は緩やかな上昇を示していた (コカインの使用率は2.4%で、アンフェタミンは0.1%、エクスタシーは0.2%であった)。どちらの調査でも、ポルトガルにおいては、女性よりも男性の方が違法薬物を使用する傾向があった。しかしながら、これら調査からは女性の方が男性よりもカンナビス、エクスタシーおよびマジックマッシュルームを継続して使用する傾向があることも明らかとなった。また、危険ドラッグ (non-controlled new psychoactive substances) についても調査されている。2012年の調査によると危険ドラッグの生涯使用率について、回答者の0.4%前後が、若年層だけに注目すると0.9%が、少なくとも1回は使用したことがあると答えている。

学校に通う子どもたちに対する調査は2年おきの調査 (2001年および2006年のポルトガルによる調査、4年おきに行われる学校を対象とした欧州薬物調査 (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs : ESPAD))、および、これらとは別の調査でも学校に通う年代の児童・生徒 (6年生・8年生・10年生) を対象に行われている (The Health Behavior in School-aged Children : HBSC)。

2006年の結果によると、2001~2006年にかけての薬物使用は減少傾向にあることが示されている。カンナビスが最も使用経験の高い薬物であったことが分かり、最新のHBSC (2009年~2010年) では、2006年~

図 1 Last 12 months prevalence of cannabis use among all adults (aged 15-64), young adults (aged 15-34) and for youth (aged 15-24)



“Transform Getting drug under control” のページから転載
<http://www.tdpf.org.uk/blog/drug-decriminalisation-portugal-setting-record-straight>

2010年の間のカンナビス使用経験が増加傾向にあることが紹介された。2011年の ESPAD 調査によるとカンナビスの生涯経験率は16% (2007年は13%、2003年は15%、1999年は 8%) であった。吸入薬による生涯経験率は 6% (2007年は 4%、2003年は 8%、1999年は 3%) であり、その他の全ての薬物の生涯経験率は、いずれの年も 3% であった。これらの結果は以下のことを指示している。すなわち、直近 1 年間のカンナビス使用経験率は16% (2007年は 4%、2003年は 8%、1999年は 3%) であり、先月だけの使用経験率は 9% (2007年は 6%、2003年は 8%、1999年は 5%) であった。これらは2002年~2006年にかけて減少傾向にある一方で、最新の ESPAD と HBSC の合同調査によると、違法薬物の消費量が 2006年から増加傾向にあることが報告されている。これらは男性・女性の差異はないとされる。

② 予防政策

「ポルトガル薬物対策計画(The Portuguese National Plan Against Drugs and Drug Addiction) 2005-2012」では以下のことが目指されていた。すなわち、(1)科学的根拠に依拠した薬物使用防止プログラムを増加させること、(2)ヴァルネラブル(脆弱)な集団に直接影響を与える選択可能な予防プログラムを増加させること、(3)選択の過程、監視(モニタリング)そして効果的な予防プログラムを改善することである⁽⁹⁾。これらの意図としては、(1)効果面の不足を補って完全なものにすること、(2)地方レベルでの相乗効果を向上させること、(3)市民をエンパワメントすること、そして(4)地域社会で同じようなニーズを有しているパートナーシップへの関与を進展させることである。このように、それぞれの領域におけるインタベンションは、それぞれの地域で住居問題を抱えている人にとって地元での問題に介入することができるであろう。ポルトガル全土で163の地域があり、それらが各問題(予防、処遇、ハーム・リダクションそして再統合)におけるインタベンションプログラムを受け入れていた。2011年には、これらピアカウンセラー⁽¹⁰⁾などとのインタベンションによる62の予防プランが行動計画に組み込まれ56,400人近くもの人をカバーしていた。主に、情報提供と教育的インタベンションに効果があったとされる⁽¹¹⁾。

新たな薬物戦略である「依存による行動および依存状態による害悪を減らすための薬物戦略2013-2020」は、年代や場面による予防の必要性を認めていて、それらは、家族レベル、学校レベル、娯楽やスポーツの環境でのレベル、地域社会でのレベル、職場レベル、交通安全でのレベルおよび刑事施設でのレベルに分けられる。国家レベルにおいて、予防はSICADによるタスクとなっており、一方で地方支部の健康省が公衆衛生に対する政策を担っている。

国家的戦略の枠組みにおいては、「一貫された効果が得られる運用計画(the Operational Plan of Integrated Responses: PORI)」が薬物需要の

減少をターゲットにした枠組みを担っており、地方レベルでの運営も行っている。それぞれの特殊性がある領域内において、ピアカウンセラーなどの関係者とともに行うこと、そして異なる分野での関係者による介入（インタベンションプログラム）は、特に地方特有のニーズに対する問題解決に役立つとされる。

ポルトガル全土的な予防としては、学校でのカリキュラムの一部として、さらには、科学、生物そして市民教育の一部として薬物予防の授業が行われる。予防プログラムは、これらのセッションを通じて行われる。安全な学校プログラム法（the Safe School program Law）に基づき、専門官が学校周辺をパトロールし、周辺地域での薬物売買などからの犯罪予防を行った。これらの専門官は、学生をはじめとして、保護者や学校関係に対しても薬害教育を行うことで、意識を高めることを行っている。「私と誰か政策（The programme Me and Others）」⁽¹²⁾は2006年から行われており、子どもたちの健康的な発達に効果的に寄与している。2012-2013年のシーズンには、87施設がこのプログラムに組み込まれ、9-23歳の若者約6000人を対象にして行われた。

家族を対象にした調査では、ヴァルネラブルな家族を対象にプログラムを実施しているものが、よく研究されている。また、Kosmicare というプログラムは、新たな介入プログラムで、とくに、音楽フェスにおいて使用される向精神薬の使用に対して行われる。

地域社会の支援または差別をなくすための支援の拠点によって、介入活動が行われている。彼らは、薬物使用している若年層を対象にして個々人の精神状態に注目し、その精神状態をサポートすることに焦点を当てている。向精神薬についてのカウンセリングおよび情報提供は、電話情報サービスによっても行われており、最近ではインターネットでも行われている。⁽¹³⁾

③ ハイ・リスクの薬物使用者

2012年までの EMCDDA では、注射器による薬物使用 (injecting drug use : IDU) またはアヘン、コカインおよび／または覚せい剤の常習使用者についての定義づけがなされていたが、新たに2012年には「ハイ・リスクな薬物使用者」についても定義づけがなされることとなった。この新たな定義は、「問題的薬物使用 : problem drug use」も含まれているが、より広範囲を対象としたものになっている (単に〇〇使用者というだけでなく、主にハイ・リスクの薬物使用者を含むこととなった⁽¹⁴⁾)。

ポルトガルでは、2005年のデータを基に4種の乗数法から様々なことが明らかにされている (2000年のデータとも比較して研究されている)。アヘン、コカインおよび／または覚せい剤の常習的使用者の人口比は、15-64歳の1000人中 (2005年は30,822人、2000年は35,576人を対象にした。) で4.3% (2005年) と5.0% (2000年) であった。長期間の常習的薬物使用者に限定せずに、より広範囲に見ると、同条件で6.2%から7.4%であった。注射器使用者は2.2%から1.8%に減少し、死亡率も3.0%から1.5%に減少していた。この2000年とのデータの比較では2005年はハイ・リスク使用者は減少傾向にあることが示された。また、2012年の人口調査によると15-64歳の0.5%が1日または連日カンナビスを使用していることが分かった。

④ 治療の提供

ポルトガルにおける治療の提供に関するデータは、公的な外来サービスのネットワークを通じて、学際的な情報システム (Multidisciplinary Information System : SIM) によって収集されている。この制度は、2010年に設立された。この SIM は、ポルトガル全土の公的な治療センター78か所全てで集められたデータを利用可能なものになっている。2013年には4,138人が治療を受け、そのうち1,983人が初めて来た新規のクライアントであった。

主要な治療のクライアントはオピオイド系（主にヘロイン）であり、全体の54%を占めていた。これに続いて、カンナビスが27%、コカインが13%である。新規のクライアント全体では、48%がカンナビスで、続けてオピオイド系が27%、17%がコカインであった。もっとも最新のトレンドでは、新規のクライアントにおいて流行りとなっている薬物はカンナビスかコカインとなっている。全体では、全てのクライアントの約14%が注射器使用の薬物が主要なものとなっており、一方で新規のクライアントでは、その比率は8%ほどである。全てのクライアントの平均年齢は36歳で、新規クライアントだけの平均年齢は31歳であった。全体では88%が男性で、新規だけで見れば87%が男性であった。

⑤ 薬物関連感染症

ポルトガルにおける薬物使用者の有病率の推定値は、はっきりとは判明していない⁽¹⁵⁾。しかしながら、いくつかの医療施設のクライアントから得られたデータにより、薬物使用者の情報が得られている。たとえば、(1)初めて公的な外来治療機関ネットワークを必要とした際のデータ、(2)公的な解毒治療施設や有資格の民間解毒治療施設を利用した際のデータ、または(3)公的または有資格の治療共同体 (Therapeutic Communities) を利用した際のデータである。

2013年には、注射使用者で外来治療を受けている薬物使用者の17.1%は HIV の陽性反応が出ていた。注射器使用の薬物使用者は、同じ治療環境にいる注射器使用者たちにおいては B 型肝炎の罹患率が 6.3%であり、C 型肝炎の罹患率は 84.3%であった。これらの結果だけ見ても、各種サービスでサンプルをとられた薬物使用者が、本調査で考慮される注射器使用のリスクを測るための比較グループの典型となるようなものではないと思われる。それは、以下のようにも言うことができる。すなわち、これらの治療を受けている人たちのサンプルのいくつかは、注射器使用の薬物使用者と注射器を使用しない薬物使用者が含まれており、そ

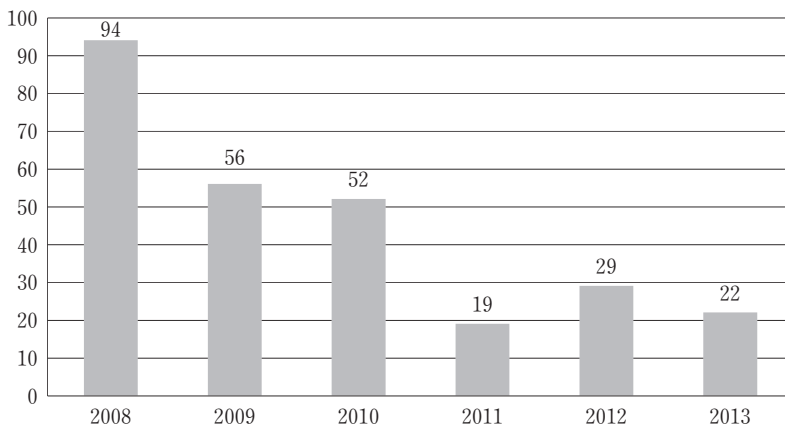
の結果として表記されている数字より注射器使用者が多くいることが予想される。

全体を通して、HIV 罹患者の総数は減少傾向にあり、AIDS に至る事例も記録に残されるようになった2000年代前半から減少傾向にある。2013年には、新たに1093名が HIV に罹患し、322名が AIDS に罹患していたことが報告されている。さらに、注射器使用によるリスクの高いグループの HIV および AIDS の発生率も減少傾向にある(たとえば、このリスクの高いグループでの新たな HIV 罹患者は2000年には1482名であったが、2013年には78名であった。また、1999年には675名の新たな AIDS 罹患者がいたが、2013年には74名であった)。

⑥ 薬物使用に起因する死亡と健康障害

薬物関連死に関しては、ポルトガルでは2つの情報を得ることができる。まず、①the General Mortality Registry of the Statistics National Institute であり、もう1つは②the Special Registry of the National Institute of Forensic Medicine である。2012年に、①に記録された

図2 薬物が関連する(原因となる)死亡事例の数



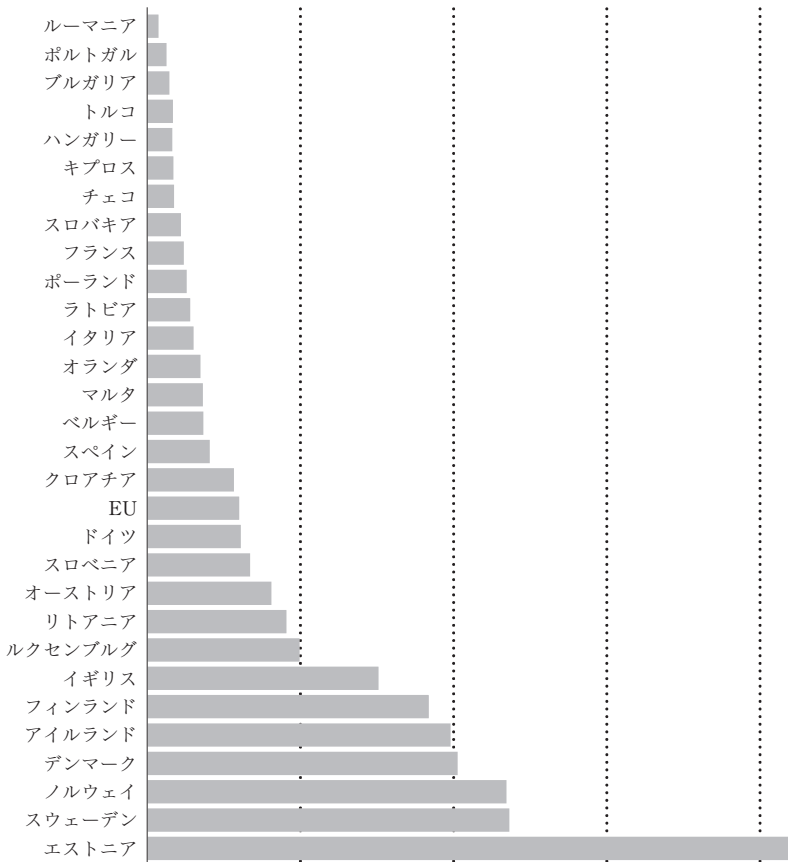
注) the Special Registry of the National Institute of Forensic Medicine による

のは16事例であり、2011年の10件と比較すると増加傾向にあるが、依然として2008年-2010年の記録よりは少なくなっている。②から得られる暫定的なデータからは、2013年の薬物関連死は22事例であったことが見て取れる (図 2 を参照)。

2013年は、関連死の大部分は男性であり、平均年齢は42歳であった。

図 3 Drugs rarely kill anyone in Portugal.

Drug-induced deaths of People aged 15-64, per million population.



WAPO, ST/WONKBLOG Source : European Monitoring, Centre for Drugs and Drug Addiction
 The Washington post “Why hardly anyone dies from a drug overdose in Portugal” の記事から転載
 (16)

暫定的ではあるが、薬物関連死は承認されている解毒の事例であり、72%はオピオイド系の薬についてのものである。1つの薬物使用で、全死亡事例の3分の2以上を引き起こしている。2012年のポルトガルでの薬物によって死亡する確率は100万人中3.0人(15-64歳)であり、これは、2013年のヨーロッパの平均17.2人(100万人中)よりはるかに低い数字となっている(図3を参照)。

⑦ 治療の反応

ポルトガルにおける薬物使用者にたいするヘルスケアは、主に薬物依存のための公的治療機関ネットワークを通じて行われ、それはRegional Health Administrations of the Ministry of Healthの下で行われる。加えて、公的施設、協定を結んでいるNGOおよびそれ以外の公的または民間の治療施設が幅広く質を保証した治療を実施できるように請け負っている。公的な治療機関での治療費は無料であり、全ての薬物使用者がアクセス可能になっている。

ポルトガルでの薬物治療は、4つのメインカテゴリーに分類できる。(1)外来型薬物治療、(2)デイケア型施設、(3)解毒治療ユニット、そして(4)治療共同体である。主に外来型薬物治療ユニットでの治療チームは、クライアントのために(地域・場所的な)ポイントを定めて介入しており、そのポイントではアセスメントが行われ、治療計画が作られる。それにより、公的または民間の解毒治療ユニットまたは治療共同体が紹介され、それらに繋がっていく。全ての施設で心理療法と代替薬物治療が行われる。デイケアセンターでは公的またはNGOのサービスによって外来型薬物治療が提供される。薬物の離脱症状に対する治療については公的および民間の解毒治療ユニットの利用が可能になっている。入寮型の心理社会的治療の多くが治療共同体で行われており、それは民間の組織であることが多い。短期および長期の入寮型施設で行われる心理社会的治療もまた有効である。特別な61施設(公的および認可された民間の治療共同

体)があり、解毒治療ユニットは 8 か所、78 の外来型治療施設と 8 の認可されたデイケア型施設がある。オピオイド系薬物依存は薬物治療に焦点を当てた治療が依然として維持されている一方で、2005 年 - 2010 年の期間には、カンナビスとコカイン使用者のための特別なプログラムが開発されている。

最もよい実践的な経験は継続的に行われつつ、新たな治療方法への挑戦も同時に行われている。2011 年のガイドラインでは、少年段階での早期のリスク回避のための治療および治療共同体における若年成人段階での治療ならびにリハビリテーションについて規定されている。

オピオイド系代替治療 (Opioid substitution treatment : OST) は、特別な治療施設・ヘルスセンター、病院、薬局、NGO および NPO 団体のような公的な支援を通じてポルトガル全土にまたがって効果的に行われている。メサドン治療は 1977 年から行われており、ブプレノルフィン⁽¹⁷⁾治療は 1999 年からで、ブプレノルフィン/ナロキソン⁽¹⁸⁾の混合治療は最近になって行われるようになった。

法令 183/2001 の 44.1 条および法令 15/93 の 15.1 - 3 条によって規定されているのは以下の通りである。すなわち、トリートメントセンターによってメサドン治療を運営させることができること、そしてブプレノルフィン治療は医者、特別な医者 (specialised medical doctor) およびトリートメントセンターによって行うことができることである。薬局で行えるようになったのは、2004 年の規定によってである。

2013 年に、16,858 名のクライアントがオピオイド系代替治療プログラムに参加し、そのうち 67% がメサドン療法で 33% が高投与量 (high-dose) のブプレノルフィン療法を行っている。OST は刑事施設においても効果的に行われている。

⑧ ハーム・リダクションの反応

リスク軽減およびハーム・リダクション分野において最優先されるこ

とは、ポルトガル国薬物戦略2013-2020によって規定されており、それは既存のリスク軽減およびハーム・リダクションへの介入モデルの推進および発展をさせること、そして効果的でレスポンスを補っていくことを通じて進化する薬物使用者の個別問題に適用させていくことである。ハーム・リダクションのプログラム(たとえば、注射器の交換プログラム、依存性の低い物質への代替プログラムなど)ネットワークおよび立ち寄り所、避難所(refuges)、シェルター、接触ユニットならびに移動型ユニットを含めた薬物戦略は、薬物使用が激しいゾーンにおいて強化されており、薬物関連問題リスク(たとえば感染症や社会的排除、少年非行)を予防する目的で行われている。

国家的エイズ対策(The National Commission for the Fight Against AIDS)は、ポルトガル薬局協会と協働関係にあり、この対策では国家的な針交換プログラムおよび注射器の交換プログラム(「使用済み注射器は使いません!」プログラム: Say No to a Second-Hand Syringe)を実行しており、これらのプログラムは注射器使用者におけるHIV予防のために20年以上も前から行われている。これらのプログラムは、薬局、初期段階のヘルスケアセンターおよびNGOを巻き込んで行われており、その他複数の移動型ユニットも含めて行われる。2012年末段階でこれらの薬局協会との協働は終わり、引き続きヘルスケアセンターおよびNGOにおいて継続されている。しなしながら、2014年には薬局協会は、再びこのプログラムを開始している。おおよそ5,150万本の注射器が、このプログラムによって配布され、それは1993年の10月に開始され2013年の12月まで行われた。2013年にだけ限っても95.1万本もの注射器がプログラムで配布されている。注射器交換の流行について全体通していえることは、2001年まで350万ケースであったが、安定した支援によって2005年までに270万ケースになり、その後減少傾向にあることが見て取れる。2002年のプログラム評価によると注射器使用による薬物使用者のHIV感染についての予防は成功したと結論付けている。リスボン、ポ

ルト、セルバルおよびファロなどの地域は、特に多くの注射器配布が見られる都市で、プログラム開始時から重点が置かれている。針、注射器そして Paraphernalia (薬物使用に必要な道具) に加えて、プログラムでは支援情報、心理社会的支援、診察なども同時に提供することができる、また一方では吸入型の薬物使用者に対するプログラムも開始されている。

HIV および AIDS、B 型肝炎および C 型肝炎の治療もこれら支援の対象となっており、ポルトガルの健康省によって無料で利用可能になっている。

⑨ 薬物市場と薬物事犯

ポルトガルでは、依然として国際的な薬物密輸の輸送ポイントになっている。主にはコカインであるが、一方で他の薬物についても大きな規模で地方での市場を目的としたものの輸送ポイントとなっている。最も多くは海から持ち込まれるが、特にスペインから流入する陸地ルートおよび空からのルートは、実質的には規模としては大きくない。郵便サービスでは、エクスタシーの理想的な運輸ルートになっているといった問題が浮かび上がっている。2013年に密輸されたのはコカインが最も多く、コロンビア、ブラジルそしてベネズエラからである。ポルトガルにおいて押収されたヘロインおよびエクスタシーはオランダから持ち込まれており、カンナビスはモロッコからもたらされている。直近の10年間のカンナビス化学製品の押収量が最も多く、次いでコカイン、ヘロインとなっている。ハーブ型カンナビス (Liamba) およびエクスタシーは他の違法薬物よりも少数になっている。ヘロインとコカインは2013年から減少傾向が続いており、2002年と2005年に最少の押収量を記録している。

2013年は2012年に比べると Liamba とカンナビス葉の押収量は増加傾向にあった。また、2013年は2012年と比べカンナビス化学製品とコカインについては約半分になめている。さらに2013年のエクスタシーおよびヘロインの総量は以前に比べ低くなっている。2013年のメタン

フェタミン押収量については、4.39キログラムが記録されており、そのほとんどがリスボン空港を通じて他のヨーロッパ連合の国々へ郵送されている。

2013年には総数14,288人が薬物犯罪に巻き込まれている。主要な薬物犯罪は、カンナビスに関連する犯罪で、ついで、コカイン関連犯罪とヘロイン関連犯罪となっている。

⑩ 国内薬物法

ポルトガルの主となる薬物法は1993年の1月22日に制定された法律15/93である。これは、麻酔効果のある薬物(narcotic drugs)と向精神物質(psychoactive substances)の輸送および消費に対して法によって対処することを規定していたものであった。

ポルトガルでの薬物所持に対する法的な枠組みは、2000年11月に法律30/2000として変更され、2001年の7月より施行された。これは、違法薬物使用と関連行為を非刑罰化するものであるが、依然として薬物使用を「違法な活動」として維持する立場を継続し、全ての薬物に対する国連関連協定における立場に配慮したものとなっている。しかしながら、自己使用目的の少量所持および自己使用目的の使用(自己使用目的であっても10日間を超えないとされる量)、さらに輸送(譲渡)の疑いがない場合については、逮捕の対象とされるが次のように別途特別な方法が採られる。すなわち、法律家、医療関係者およびソーシャル・ワーカーによって構成される地方のコミッションによって審査を受け、説得(Dissuasion)される(説得モデルに移行する)こととなる。サンクションは課されるが、主に行われるのは治療および健康回復推進のために必要な調査である。

薬物輸送(譲渡)は、1-5年または4-12年の自由刑が科せられる。これは明確な基準に依拠したものであり、依存性物質を提供したということによる。ただし、この刑罰も自己使用目的のための資金獲得であっ

た場合、その営利目的譲渡をした薬物使用者に対しては減輕される。

新法の54/2013が2013年の4月に施行された。この法律では、いわゆる危険ドラッグ (new psychoactive substances : NPS) の製造、輸出、広報、流通、売買または単純な調剤をすることを禁止しており、そのリストが法律に付されている。さらに NPS のための管理についても規定されている。違反者に対しては罰金 (45,000ユーロ以下) の行政罰がある一方で、NPS 使用で逮捕された者は、他の犯罪がない限り、上記の説得モデルのためにコミッションに相談することが促される。

⑪ 国家的薬物政策

ポルトガルでの薬物政策は3段階による戦略によって細分化されている。まず、1999年に長期計画として「ポルトガル国薬物戦略 (National Strategy for the Fight Against Drugs)」が総合的なものとして策定された。この戦略では8つの提言から成る。すなわち、(1)国際協力を行うこと、(2)予防を行うこと、(3)人間中心主義であること、(4)実用主義であること、(5)安全であること、(6)調整的で合理化されたりリソースによること、(7) (欧州連合における) 補完性原理があること、そして(8)参加可能であることである。さらに、以下の6つの一般的目的がある。

- 【1】 国際的な薬物問題に対し、適切で効率的な国際的および欧州の方法に寄与すること。そして、それは需要と供給の減少に注意を払い、輸送 (密輸) とマネーロンダリングには厳しい態度で向かうこと。
- 【2】 薬物とその使用に関する現象そして特定の薬物の危険性について、予防の観点から、よりよい情報をポルトガル社会に提供すること。
- 【3】 特に若い世代の薬物使用を減少させること。
- 【4】 薬物依存への治療と社会復帰 (social reintegration) のために必要な資源を保証すること。
- 【5】 公衆衛生および人ならびに財産の安全を守ること。

【6】 違法薬物の輸送(密輸)とマネーロンダリングを制圧すること。

以上の目的には、さらに13種の戦略のオプションが付けられている。

【表1】 ポルトガルの薬物戦略のタイムライン

1961	麻薬に関する単一条約 (UN Single Convention on Narcotic Drugs) ⁽¹⁹⁾
1963	精神保健法により「薬物依存症」への治療を明記
1970	薬物の製造、輸送および使用について、初めて法的に規制
1971	向精神薬に関する条約 (UN Convention on Psychotropic Substances)
1973	最初の薬物依存症専門の治療支援を開設
1976	薬物使用の非犯罪化に関する言及を初めて法律に明記
1983	医療目的の薬物使用者に対する刑法での容認
1987	初の国家的薬物対策が始動
1988	麻薬及び向精神薬不正取引防止条約
1993	薬物使用者に対して「外見上の刑法犯 (quasi-symbolic manner)」として扱うことを法律で言及
1999	ポルトガル国薬物戦略 (National Strategy for the Fight Against Drugs) の策定
2000	自己使用目的の使用および所持を非犯罪化する法律が可決
2001	薬物および薬物依存対策のための行動計画 (National Action Plan for the Fight Against Drugs and Drug Addiction) (Horizon 2004) の策定 ハーム・リダクション政策を打ち出した法律の制定
2005	薬物対策計画 (National Plan Against Drugs and Drug Addiction) 2005-2012の策定 薬物および薬物依存対策のための行動計画2005-2008 (Horizon 2008) の策定
2009	薬物および薬物依存対策のための行動計画2009-2012の策定
2013	依存にともなう行動と依存状態軽減のための対策計画 (National Plan for the Reduction of Addictive Behaviors and Dependencies) 2013-2020の策定

ポルトガルの最新の「依存にともなう行動と依存状態軽減のための対策計画 (National Plan for the Reduction of Addictive Behaviors and Dependencies) 2013-2020」は、1999年の戦略の主となるものを強化するものであり、そして「薬物対策計画 (National Plan Against Drugs and Drug Addiction) 2005-2012」の外部評価 (external evaluation) を強化するものである。この最新の対策計画は、薬物および依存問題ならびにそれら地域の問題に対して、違法薬物使用、危険ドラッグ、アルコール、処方薬、ドーピング、そしてギャンブルに関する知識を広め、統合する。この対策計画では5つの包括的な目的が示されている。

- 【1】 諸問題の予防、抑止、減害そして最小化は、依存性の高い薬物の消費、依存症に伴う行動および依存症に関連している。
- 【2】 違法薬物および依存性物質の使用可能性を減少させる。
- 【3】 売買の安全性を保証し、そして合法の依存性物質は安全であり有害使用を誘発しないようにすることを保証する。
- 【4】 合法的なギャンブルは安全でありギャンブル依存行動を誘発しないようにすることを保証する。
- 【5】 市民に提供されるサービスと介入政策による支援を保証する。

この最新の対策計画は、薬物への需要を軽減し、薬物の供給を軽減するという2つの支柱をもって行われている。これは、2つの戦略的意味があるとされる。すなわち、「一貫された効果が得られる運用計画 (the Operational Plan of Integrated Responses : PORI)」における) 関連ネットワークと4つの横断的なテーマ (すなわち、情報とリサーチ、実践とコミュニケーション、国際的な関係性と協力、そして質の確保) である。需要の軽減についての柱として、この戦略は個々人のライフサイクルの一つとして概念化される。つぎに、供給の軽減の柱に基づいて行われる戦略に基づくアクションとしては、違法薬物市場と違法ギャンブルの軽減をそ

の中心に置いている。この対策計画は、一連の指標とターゲットを定義づけしている⁽²⁰⁾のである。

⑫ 薬物のフィールドにおける組織連携

ポルトガルにおいて、総合的なアプローチは合法であれ非合法であれ、どちらの薬物に対する政策であっても同レベルで行われる。「アルコール関連問題の減害のための対策 (National Plan for the Reduction of Alcohol-Related Problems)」の選択の後に、「薬物、薬物依存およびアルコール関連問題評議会 (the Interministerial Council for Drugs, Drug Addiction and Alcohol Related Problems)」によって、薬物のフィールドにおける協力的な戦略の作用域を拡張することが承認される。その結果として、2010年4月28日の法律40/2010において規定され、「薬物、薬物依存およびアルコール関連問題のための国家的協力戦略 (the National Coordination Structure for Drugs, Drug Addiction and Alcohol-related Problems)」が策定された。それに基づいて、合法および非合法の薬物に対する行動計画、それらの評価、および政策の展開が一体的かつ総合的に引き起こされていることをモニタリングしている。いくつかの戦略は、「薬物、薬物依存およびアルコール関連問題のための国家的協力戦略 (the National Coordination Structure for Drugs, Drug Addiction and Alcohol-related Problems)」から成っている。省庁間レベル、公的に承認されているものの全体的な責任、および薬物政策の協調ならびに評価は「薬物、薬物依存およびアルコール関連問題評議会」に基づいて行われている。それは、首相が代表を務めており、法務大臣、健康省大臣、教育省大臣、化学および高等教育省大臣、労働大臣、自治省大臣、外務大臣、国防大臣、財務大臣、環境大臣、農林大臣、経済および保安大臣といったメンバーから構成される。薬物コーディネーター (The National Drug Coordinator) も評議会の構成メンバーである。

評議会はテクニカル評議会 (the Interministerial Technical Commis-

sion) によって運営されており、ここでは薬物コーディネーターが議長を務めており、さらに各省庁の代表者から構成されている。それらの主な機能は、アルコール問題に対する対策計画と同様に違法薬物への対策計画および支援活動計画をデザイン、モニターおよび評価することにある。

Plano de Redução e Molhoria da Administração Central に根拠を置く 2011 年の政府の決定に基づいて、「薬物および薬物依存協会 (the Institute on Drugs and Drug Addiction : IDT)」が廃止された。新たな戦略として、SICAD「依存症に伴う行動および依存状態への介入に対する総合的な管理局 (General-Directorate for Intervention on Addictive Behaviors and Dependencies) が設立された。健康省に敷設された SICAD のミッションは、依存性のある薬物使用の減害を促進させることであり、依存に伴う行動の予防を図ることであり、そして、依存状態の減害を進展させることである。その特別なタスクは、薬物戦略の普及のために政府のサポートをすること、そして各地域における薬物欲求を減少させる介入プログラムの計画策定および評価をすることである。SICAD は、EMCDDA でのポルトガル薬物政策の国家的中心として機能することと薬物問題に関する情報の収集をすることである。SICAD は、説得モデルのための評議会の技術的な面と管理上の面をサポートもしている。SICAD のディレクターは、薬物コーディネーター (The National Drug Coordinator for Drugs, Drug Addiction and Alcohol-Related Problems) も兼ねている。

「薬物および薬物依存対策評議会 (The National Council for the Fight Against Drugs and Drug Addiction)」は諮問機関であり、首相が代表を務めており、健康省大臣に権限を委任している。この評議会は、大掛かりなメンバーシップを有しており、公設または民間の 23 団体の代表が参加している。それら 23 団体とは、Madeira 諸島と Azores 諸島などの自治区政府、市長会 (the Mayors' Association)、裁判官協議会 (the Judges' Council)、検察官、大学長会議 (University deans)、教会コミュ

ニティと地域社会コミュニティ、治療サービスおよびNGO、青少年団体 (the Youth Council)、学生、保護者協会、家族連盟 (the Family Federation)、放送協会組合 (the Journalists Union)、および2010年からアルコール工場や販売協会からの代表者などがそれぞれである。

法務省での犯罪対策警察 (The Criminal Police at the Ministry of Justice) は、供給を減少させるために地域社会で介入プログラムおよび情報提供をコーディネートしている。

⑬ 公的支出

2006-2008年のポルトガルの行動計画は予算に結び付いた総合的なものであった。この予算は、GDPの0.05%を薬物関連の支出として分類されて見積もりが行われ、それは年々の名目成長率3%を含めたものとなっている。この予算の執行としては、これまで一度も全額で費用を請求したことはない。薬物関連の支出として分類される見積もりとして、最初の試みは2005年から始まり、2013年にはまた別の行動計画に組み込まれた。最近では、先にあげたような(名目成長率)薬物政策に特化した予算はない。

⑭ 薬物関連調査について

「依存にともなう行動と依存状態軽減のための対策計画 (National Plan for the Reduction of Addictive Behaviors and Dependencies) 2013-2020」は、ポルトガル国内および国際レベルでの結果をモニタリング、調査および評価を含んでおり、それは依存に伴う行動や依存状態のより良い理解をもたらすために、そして、国家レベルと地域社会レベルに適合する方法を発見するために行われている。これは、グローバルで総合的な情報システムがあるからこそ実現されるものである(そのシステムとは、「依存性のある物質、依存に伴う行動および依存についての情報システム」the National Information System on Psychoactive Substances, Addic-

tive Behaviors and Dependencies)。

ポルトガルの National Focal Point、SICAD はウェブサイトとレポート、ナショナル・サイエンティフィック・ジャーナルを駆使して、薬物関連調査によって得られた情報の流布を行っている。近時の薬物研究は2014年のレポートでは薬物使用の予防の側面、薬物使用率および薬物使用のパターンの面に力点が置かれているが、一方で薬理作用に関する調査についても力点が置かれていた。

二 ポルトガル調査記録

2014年調査 (2014年 8月25日～9月1日)

調査メンバー：市川岳仁 (三重ダルク代表：8月27日～9月4日)、加藤武士 (木津川ダルク代表)、丸山泰弘。(五十音順：敬称略)

2015年調査 (2015年 8月31日～9月6日)

調査メンバー：石塚伸一 (龍谷大学教授)、市川岳仁、尾田真言 (NPO 法人アパリ事務局長)、志立玲子 (NPO 法人アパリ)、高橋洋平 (東京弁護士会)、丸山泰弘、森村たまき。(五十音順：敬称略)

以下では、紙幅の関係で主に2014年の調査を中心にまとめる。

旅程

8月25日：移動日

8月26日：EMCDDA 訪問

8月27日：SICAD 訪問、GAT：IN-MOURARIA 訪問【リスボンからポルトへ移動】

8月28日：Apdes 訪問、TC 訪問、薬物使用者権利団体のメンバーと

211 (24) ポルトガルの薬物政策調査報告・2014-2015年(丸山泰弘)

ミーティング、apdesのメンバーと会食

8月29日：ポルト刑務所訪問、薬物コミッション(説得モデルのための評議会)訪問

8月30日：予備日

8月31日：移動日(9月1日に日本着)

※2015年は薬物コミッションおよびApdesへの再訪などの上記以外に、Casa Da Vila Novaという薬物使用により生活が困難になった人をサポートする施設を訪問し、さらに、Santa Cruz Do Bispo刑務所を訪問した。

1 ポルトガル薬物政策の概要(SICAD訪問から)

以前はポルトガルの薬物政策でも依存性の高い薬物については、法務省を中心とした取締機関が担っていた。しかし、人口が1,000万人規模のポルトガルにおいて、問題使用を行う者が約10万人(人口の1%)に達したことから、抜本的な薬物政策が求められるようになったとのことである。そこで、1975年から90年代にかけて大きな変換を迎える。これまでは法務省のみの対応であった薬物政策に、治療的観点が必要であるとの認識から健康省による介入が始まった。それが1987年のことである。

その後、しばらくは取締による政策と治療による政策の両刀で行われていくが、95年ごろまでは、法務省が中心とされていた。その後、97年に治療ネットワーク法が成立し、99年の国家薬物政策において治療を中心としたものに大きく転換される。そして、2000年11月29日に制定され、2001年7月1日に施行された法律(Law 30/2000)により、全ての薬物が以下の基準による所持量については非刑罰化された。

【薬物所持量の表】

規制薬物 (Illicit Substance)	Grams
ヘロイン (Heroin)	1
メサドン (Methadone)	1
モルヒネ (Morphine)	2
オピウム (Opium)	10
コカイン (Hydrochloride)	2
コカイン (Methyl ester benzoilegonine)	0.3
カンナビス (Leaves and Flowers or Fruited dons)	25
カンナビス (Resin)	5
カンナビス (Oil)	2.5
LSD	0.1
MDMA	1
覚せい剤 (Amphetamine)	1

【Law No. 30/2000】「説得モデル」の概要

葉っぱ、合成薬物または製剤の自己使用目的のための消費、習得および所持は、行政上の犯罪とし、そしてその分量は10日間分の自己使用量を超えない分とする。この分量を超過した場合、刑事手続に切り替えられる。

- ・薬物依存者は病人であると考えられ、必要なのはヘルスケアである。
- ・(治療的) 干渉のための説得は早期に、明確に、総合的な調和を薬物使用者にもたらす。
- ・(治療的) 干渉のための説得は薬物使用者の特性や個々人のニーズをターゲットとして行われる。

説得モデルが選択された際に、コミッションに行くように伝えられるが、コミッションに相談に行かなかった場合に行政罰としての可能性が残されているものの、「依存症」が原因であると判断された場合は、その行政罰も免除される。また、法律上は自己使用量の10日間分とされる上記一覧表の量以内と決められているが、それを超過した際も裁判所にて自己使用目的の量だと判断されれば、説得モデルに切り替わり、コミッションに行くように伝えられる。

行政罰の可能性が残されているとしても、米国のドラッグ・コートのように司法省が中心となって行っている薬物政策ではないところが特徴的であろう。薬物使用という状態は、刑事司法が取り組む違法な状態というよりはむしろ生活に何らかの支援が必要な状態の人が多いことから、ポルトガルでは公衆衛生の問題として、さらには社会保障の問題の1つとして介入を行っている。

2 調査記録

【8月26日】

14:00時にアポイントをとっていた、EMCDDA に到着した。EMCDDA (European Monitoring Center for Drug and Drug Addiction) は、薬物が関係する問題を刑事司法ではなく公衆衛生の問題として解決を図っているヨーロッパの薬物政策の情報を集め、調査し、報告書にまとめているEUの組織である。そのため、立地場所もリスボンの一等地に他のEU施設と同じ敷地内にビルを構えていた。対応してくれたのは、Leonar Gomesさんという方であった。図書や情報を収集し、管理するユニットのスタッフである。とても真面目な方で、到着前から、かなりの量の冊子や図書を用意してくれていた。

聞くところによると、日本人で、このEMCDDAに来たのは、初めてのことであるという。こちらでは、ポルトガルの政策決定の動向はもちろん、EUにおける薬物政策に関する資料を紹介してくれ、アジアの

情報も多く頂くことができた。

夜は宿の近くの NA ミーティングに参加した。20:00から開始で、筆者と加藤さん以外の参加者は、ほぼ全員がポルトガル語であったので、内容は詳しく理解することができなかった。ただし、英語が話せて日本が好きだという青年とたくさんお話することができた。NA ミーティング終了後に参加者たちと近くのお店で夕食を食べながら、日本とポルトガルの話をした。日本好きの青年は日本に興味を持っているようで、いずれ日本を訪れたいと話していた。その彼が「日本とポルトガルの1番の違いを教えてほしい」と質問をくれたので、「日本では2度の覚せい剤使用で3年以上刑務所に入る⁽²¹⁾」と伝えると目を丸くして、しばらく絶句していた。依存性のある薬物を刑罰によって取り締まることを先導したアメリカでさえ、治療と司法をセットにしたドラッグ・コートの運用でそのような厳罰化した運用はしておらず、薬物事犯者に厳しい印象のある中国でさえ、密輸入などには死刑などの極刑が用意されているが、使用者自身には治療が用意されている。日本の単純自己使用者および所持者に対する刑事司法による介入は、これらの国から見ても厳罰であるとみられる。

【8月27日】

午前は SCIAD、午後は GAT を訪問した。

SCIAD は、日本では厚生労働省に近い省庁が設置している組織で、公的な機関である。ここでは、ポルトガルの国家的薬物戦略について詳しく話を聞くことができた。

従来、ポルトガルでも司法省が中心となって薬物対策を行っていた。しかし、1975年から始まった刑罰だけでなく治療が必要だというムーブメントは、1990年代に入りさらに加速化し、2001年には全ての違法薬物の所持を非刑罰化することとなった。ここで我々にとって理解に難しい

のは、「非犯罪化」したのか犯罪ではあるのだが「非刑罰化」したのかという違いである。法30/2000の規定によると、ある一定のグラム数より下の所持量は非刑罰化していると言っていいのではないと思われる(詳しい薬物と量の関係は上記「薬物所持量の表」を参照)。端緒こそ警察が関わるのが有り得るが、その後規定グラム数よりも少ない場合は、コミッション(薬物委員会)というところに行くように伝えられる。この委員会では、何度も何の強制力もなく、「回復施設につながったほうがいいよ」と諭すだけの団体である。構成メンバーは、法律家(主に弁護士)、心理学者、ソーシャル・ワーカーなどであり、医者や刑事司法関係者は一人も関わっていない。また、先の法律の規定数よりも多く薬物を持っていたとしても、裁判所に送られるが自己使用目的であることが判明すると刑事手続はそこで打ち切れ、この薬物委員会に送られることになる。また、それらの指示に従わなかった場合に行行政罰としての過料が課されることがあるようだが(そういった意味では完全な非犯罪化ではない)、依存症が原因とされる場合には、これらの行政罰も一切課されない。そういった意味で「非刑罰化」であるといえる。

この法改正によって反対派は、「薬物の問題使用が増えるのではないか?」と危機感を募らせたが、そういった事実はなく、むしろ治療や公衆衛生の面でかなり向上したようである(詳しくは図1~3等を参照)。

午後はGATというNGOがやっているIN-MOURARIAという活動のCenterを訪問。ここは、HIVや肝炎の予防活動を進めながら、HIVなどの検査をすることも可能であり、ホームレスの人たちの住所登録もしてくれ、住宅サポートにも繋げてくれ、その日のご飯も用意してくれ、着るものも用意してくれるといったトータルに社会保障の観点から生活をサポートする施設である。とにかく、その時に困った人が気軽に立ち寄れて、希望すれば上記以上のサポートを受けることができる敷居の低い施設であり、活動しているスタッフもそれを重要な役割であ

ると感じている。

初期の頃の活動は、路上活動が中心であったが、今でも週に何度かは路上活動をして、注射キットと吸引用のキットを配って歩いている。これらのキットは、SICAD から予算が配分され、無料で配布される。しかし、吸引用の道具に関しては、別途予算を調達してまかなっている。とくに、インジェクション・ルームのように事前に登録しておく必要がなく、路上周りをしている中で、必要な人に注射キットやコンドームなどを無料で配布している。その際に、ソーシャル・ワーカーやピアカウンセラーなどが一緒に周り、困ったことがあったら、いつでも訪問するように声かけている。

移民はもちろん、誰でも利用できる敷居の低い相談所、誰でも何時（月～金の17:00～20:00）でも利用できる相談所のようなところであった。ソーシャル・ワーカーとピアカウンセラーとナースが常駐していて、医者も定期的に来訪することになっている。

【8月28日】

午前は Apdes、午後は TC を訪問した。

Apdes は、薬物問題に限らずに地域発展のための施策を取り扱う NGO 団体である。その具体的な活動は、薬物使用による薬物使用者への公衆衛生による解決（たとえばメサドン治療をするために車で回って、メサドンを提供しつつナースやソーシャル・ワーカーなどが相談に乗っている）であったり、HIV や肝炎に対するハーム・リダクションであったり、sex ワーカーの権利回復であったり、クラブやフェスティバルでの薬物使用の調査と回復施設の紹介であったり、危険ドラッグを持っていたら成分は何かを調べてあげたりといった公衆衛生の問題も取り扱い、一方でアフリカでの学校設立といった活動まで幅広く行う。

Apdes では、まず Apdes の活動内容をお話いただき、日本の NPO および NGO が活動していく際の問題点をシェアし議論を行った。その

後、研究部門に席を移し、NGO といった活動は、活動そのものだけではだめで、研究や政策とつながっていくことが重要であるとの議論を行った。Apdes の活動は、今後の日本におけるソーシャル・ワーカーの活動範囲の拡大を予見させるものであった。ヴァルネラブルな状態の人に対する支援を現場で行うだけでなく、ソーシャル・アクションとして政策提言を行い、効果測定を行い、国や地方自治体等から資金の援助などを獲得するといった体制ができあがっていた(例えば、ポルトガルの日本大使館も Apdes の活動を支援している)。そのため、組織には社会福祉学だけでなく、法学、経済学などの博士号や修士号を取っているスタッフも数多くいた。

また、街頭活動を行う車を見学させていただいた。この車は各地を周り、メサドン療法を行っている。ナースやソーシャル・ワーカーが同行し、メサドンを使用しに来た人に対して相談などを受ける。基本的には無料で行われる。

午後はポルトにある TC を訪問した。ここでは、段階を4つに分けて活動を行っている。まずは第1段階は施設に慣れること、第2段階では新しく来る利用者の世話をすること、第3段階では少しずつ外の生活も慣れること、そして第4段階では外での生活のための準備をすること、といったように分けている。NA や12ステップの手法は取らずに、絵画の活動や農作業などを行いながら集団生活のリズムを身につけていくプログラムを行っている。

私見としては、とてもダルクに似ている手法をとっていて、むしろ他の施設とも連携が取れている日本のダルクの方が最先端のようにも思われた。

【8月29日】

午前にポルト刑務所、午後に薬物委員会(コミッションセンター)を

訪問した。

ポルト刑務所では、まず副署長お 2 人に迎えていただいて、一緒に内部を周った。医療部門の責任者も含めてディスカッションを行った。薬物使用の問題はもちろん、知的障害やボーダーの人をどのように見つけて、どのようなサポートをしているのか白熱した議論となった。

また、薬物使用者の精神疾患などの重複障害の問題はどうなっているか質問したところ、これらの問題も多くないとの返答であった。そこで気づいたのは、ポルトガルはそういった精神疾患に、まずなりにくい社会であったり、なったとしても全く別のサポートがすでに入っていて、表面に現れた社会的問題を薬物依存の問題としてだけを見るような政策ではないのだというである。少なくとも表に現れた 1 事案 (たとえば薬物使用があったとか) のそこだけしか見ないということはありません、人の生き方 (止めたければ止められるようにサポートしていくし、使い続けたければ、より害の無いように) をサポートするというものであった。

その後、刑務所内で行われてる TC グループに話を伺った。刑務所の中に受刑者だけの TC が別ユニットで行われていることに驚いた。自由に話していいということであったので、1 人のプログラム受講者と直接に話をした。彼の話によると超過剰収容の刑務所の中で、別ユニットである TC で生活するのは心地よいとのことであった。一般のユニットでは、毎日喧嘩や暴力が起り、ドラッグも万延しているとのことである。また、これからの生活において不安なこと (主に出所後の就職についてであった) や、TC での生活のこと、他のユニットとはどう違うかなど、たくさん直接に話を聴くことができた。

とくに、欧州の刑務所に来ていつも感じるのは、医療体制の充実である。今回訪れたポルト刑務所でもドクターは 3 名おり、ナースは 12 名、ソーシャル・ワーカーや心理カウンセラーなども充実しているとのことであった。一部屋設けてあった歯科医のスペースでは最新の設備で受刑者の歯の治療を行っていた。

午後の薬物委員会(コミッション)は、ポルトガルの説得モデルを中心とした薬物政策をする上で、とても重要な役割を果たしている。

まず、自己使用目的の少量所持(たとえば、ヘロイン1gまで、モルヒネ2gまで、覚せい剤1gまで、カンナビスは25gまでなど:詳しくは上記表を参照)を非刑罰化しているポルトガルでは、捜査機関や司法サイドから、対象者はまずこの薬物委員会に行くと言われる(この委員会に行かなくてもお咎めはない。ただし、依存症や鬱などが原因でないにもかかわらず、委員会に行かない場合は次に指示をされた時に(行政的な)罰金になる場合もありえる)。

この委員会は、心理学者、カウンセラー、ソーシャル・ワーカー、弁護士などで構成されており、社会背景を含めて調査・聞き取りをし、適切なサポートに繋がるようにアドバイスをするところである。前述の通りコミッションのメンバー構成に医者は入っていない。メンバー構成に医者が入っていないということもポルトガルの特徴的な部分かと思われる。当然に医療的なサポートが必要な人もおり、そういった人に対しては病院につながるように説得がなされる。説得された後に向かう支援所の1つに病院は存在するが、このコミッションの構成委員にはなっていないということである。この委員会で作された説得(たとえば、TCを紹介されたり、医療施設を紹介されたりといったこと)に従わなくても依存症が原因でとった行動であると判断されれば何の罰も義務も生じない。

今回の調査によって見ることができたポルトガルの薬物政策は、「薬物使用」という1つの現象だけに囚われた「薬物支援」というものに限定せずに、その人の生き方そのものをサポートするというもののように思われる。似たような施設や団体は他の国でもあるやに思えるが、社会保障として、生活全般にかかわる部分のサポートの一つとして薬物政策を刑罰の外でやっているのは、ポルトガルの特徴でもあるように思われる。

三 国際条約とポルトガル国内法の関係

依存性の高い薬物に関する国内の法律問題において、ポルトガルのように非刑罰化または非犯罪化を試みる際に、考えなければならない問題がある。それは、1961年の麻薬に関する単一条約 (Single Convention on Narcotic Drugs, 1961) をはじめとする各条約と国内法との関係である。とくに、日本では、単一条約、1971年の「向精神薬に関する条約」、1988年の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を採択し、国内法を整備している。

1 麻薬に関する単一条約 (1961年) の規程

第2条5項 規制を受ける物質

5 (a) 締約国は、これらの薬品の特に危険な特性に照らして必要であると認める特別の統制措置を執るものとし、また、

5 (b) 締約国は、自国における一般的状況から判断して、これらのいかなる薬品についてもその生産、製造、輸出、輸入、取引、所持又は使用を禁止することが公衆衛生の健康および福祉を保護するために最も適した手段であると認めるときは、これらの行為を禁止するものとする。ただし、医療上及び学術上の研究 (締約国の直接の監督および管理の下に又はこれに従って行わる臨床研究を含む。) にのみ必要なこれらの薬品の数量については、この限りではない。(下線は筆者)

第36条 刑罰規定

1 各締約国は、その憲法上の制限に従うことを条件として、この

条約の規定に違反する栽培ならびに薬品の生産、製造、抽出、製剤、所持、提供、販売のための提供、分配、購入、販売、公布(名目のいかんを問わない。)、仲介、発送、通過発送、輸送、輸入、輸出その他この条約の規定に違反すると当該締約国が認めるいかなる行為も、それが故意に行われたときには処罰すべき犯罪になることを確保し、並びに重大な犯罪に対しては特に拘禁刑又はその他の自由を剥奪する刑による相当な処罰が行われることを確保する措置を執らなければならない。

以上のように規定されているために、単一条約を批准している国では、規制薬物に対して、何らかの罰則規程を置くことになっている。そのため、ポルトガルにおいても単一条約による国内法の整備が行われていることになる。そこで以下ではポルトガルが前述のような非刑罰化を行うために単一条約をどのように解釈しているのかについて検討してみたい。

条文によれば、「……生産、製造、輸出、輸入、取引、所持または使用を禁止することが……」(第2条)となっており、生産、製造、輸出、輸入、取引、所持または使用を禁止すればいいのであって、所持および使用は禁止しなくても問題ないという解釈がありえる。このような国内法の整備の仕方は日本においても存在する。たとえば、日本では大麻取締法のみ「使用」に関する罰則規程はない。

また、刑罰規程を見ると所持も禁止になっているという疑問が生じるが、2条の要件に「……公衆衛生の健康及び福祉を保護するために最も適した手段であると認めるときは……」という条件がついている。さらに36条には「……この条約に違反すると当該締結国が認めるいかなる行為も……」とあるために、採択国それぞれが「使用」や「所持」を「違反しない」と解釈したということもありえる。つまり、使用や所持を罰することが「最も適した方法」であるとは考えず、公衆衛生の問題として解決することが条約に違反しないと考えているのではなかろうか。

一方で、全く別の解釈としては、単一条約の通り罰則規程を置いていくという見方もありうる。つまり、ポルトガルでも所持量によっては罰則としておいているので、単一条約に抵触しないと考えているということである。このような解釈によって国内法の整備が行われているとするのであれば、日本の薬物政策においても検討すべきことを示してくれているように思われる。いずれにしても、単一条約を採択しているために国内法で非刑罰化が行えないとするには検討が不十分かと思われる。

むすびにかえて

国際的な「薬物政策」を取り巻く環境は、大きく変化している。たとえば、薬物政策国際委員会 (The Global Commission on Drug Policy) は、2011年に“War on Drugs”政策が失敗であったことを宣言している⁽²²⁾。また、国際連合のプレスリリース“Secretary-General’s remarks at special event on the International Day against Drug Abuse and Illicit Trafficking”によると、2013年の国連薬物乱用防止デーにおいて、刑罰を用いた薬物政策が解決策ではないとする科学的根拠に依拠した研究が進められており、加盟国に対してあらゆる手段を考慮し、議論を行うことを推奨している⁽²³⁾。

もはや、「反省を促す」という刑罰を土台とした薬物政策は採られない。国際的な自己使用者・自己所持者に対する薬物政策はドラッグ・コートをはじめとした、刑事司法の中で治療的・福祉的観点からのアプローチか、公衆衛生の立場から非刑罰化・非犯罪化した状態で社会保障によるサポートとしてのアプローチかで動いている。

筆者は、これまでドラッグ・コートを土台とした刑事司法で行う薬物政策を研究してきた⁽²⁴⁾。その可能性と課題について考察をする過程で、ヨーロッパで広く行われている「ハーム・リダクション政策」には、偏った考えももっていた。すなわち、医療・福祉を前面に押し出しながら、

その内実は監視型社会であろうと考えていたのである。たとえば、ポルトガルは公的治療センターのデータは全て使用されるが、治療費は全て無料である。針交換所(Injection room)でもIDなどの登録をして交付した数や頻度が記録される。

しかし、ポルトガルで見た薬物使用者への支援は、監視型社会がどうであるといったレベルのハーム・リダクション政策ではなかった。もちろん、監視型社会の問題をどうクリアするかは大きな課題として残されているが、人がどのように生きていくのか、それを最大限にサポートできるのか、という支援の体制であった。薬物政策をどうしているのかを調べる調査であったが、彼らは薬物問題を解決するだけのために支援を行っているのではない。貧困やホームレスの問題、健康問題や教育の問題など生活に支障をきたす何かしらの問題に対してアプローチする中で、薬物使用という行動はそれら生きづらさを生じさせる社会的な問題の1つに過ぎないのであって、他の支援となんら変わらず支援を行うという姿勢を見ることができた。まさに、社会保障の問題として薬物政策を考えているのである。

注

- (1) 2014年8月にポルトガル(リスボン・ポルト)の薬物調査を行った。本調査においては、木津川ダルクの加藤武士氏と三重ダルクの市川岳仁氏の協力を得ている。また、別稿で2014年8月・9月にドイツおよびノルウェーを調査した報告書が石塚伸一から提出されている。詳しくは、石塚伸一「[欧州薬物調査シリーズ(1)] ドイツの薬物事情・2014年夏」龍谷法学第47巻第4号(2015年)161~224頁を参照されたい。
- (2) 立正大学平成26年度研究推進・地域連携センター支援費(科学研究費申請者による予備的研究)による予備的調査を行い、文部科学省研究補助費・若手研究(B)「ハーム・リダクションの可能性に関する研究:刑事司法に依存しない薬物政策のために」(課題研究番号:15K16946)(代表:丸山泰弘)の申請をした。
- (3) EMCDDAは、欧州連合の行政機関の一つとして1993年に設立された本拠地をリスボンに置く組織である。ヨーロッパにおける薬物や依存症にかかわる総合的な情報を集める。EMCDDAは、分析し、事実に基づく情報を拡散し、

目標を示し、新たな発見や欧州間の比較などの薬物に関する情報を集約している。そうすることによって、科学的根拠に依拠した薬物による現象をヨーロッパレベルで示すことができるからである。

- (4) <http://www.emcdda.europa.eu/countries/portugal> (2015年6月6日最終閲覧) を参照。
- (5) 2014年での欧州連合(28か国)の総人口は、506,824,509人であり、年齢構成は、11.3% (15~24歳)、34.7% (25~49歳)、19.9% (50~64歳) である。
- (6) 2014年の25歳未満の失業率が最も高いのは、スペイン(53.2%)で、ギリシャが52.4%で続いている。もっとも低いのはドイツ(7.7%)で、ノルウェーが7.9%で続いている。ちなみに、アメリカ合衆国のそれは13.4%であり、日本は6.3%である。<http://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=en&pcode=tsdec460&plugin=0> (2015年6月6日最終閲覧) を参照。
- (7) “Council of Europe Annual Penal Statistics : Space I – Prison Populations 2013”, <http://wp.unil.ch/space/files/2015/02/SPACE-I-2013-English.pdf> (2015年6月3日最終閲覧) を参照した。
- (8) 本節では、本文に記したように EMCDDA “2014 NATIONAL REPORT TO THE EMCDDA by the Reitox National Focal Point “PORTUGAL” New Developments, Trends” を参照し、さらに EMCDDA のホームページにあるポルトガルの薬物政策の概要を元に、ポルトガル薬物政策を概観する。後述の現地調査で得られた情報については、その際に引用する。<http://www.emcdda.europa.eu/countries/portugal> (2015年6月6日最終閲覧) また、欧州連合のデータについても、同ホームページ内にある <http://www.emcdda.europa.eu/data/stats2015#> に詳しい。
- (9) ここでいう監視 (monitoring) は、依存性の高い薬物を主に刑事司法によって管理しようとする日本の「監視」とは異なるイメージである。後述するが、ポルトガルは2001年に全ての違法薬物の少量所持を非刑罰化している (使用罪は元々存在しない) ため、ここでいう監視は主に公衆衛生を目的としたものである。
- (10) ピア (peer) とは、仲間・理解者という意味で、ピア・カウンセリングはそれぞれの問題を抱えている人が主体的に問題解決を図るというものである。ピア・カウンセリングは、1970年代からアメリカを中心に自立生活運動の中から始まったものであり、障がいなどをもつ人が自己決定権などを育てあい、支えあい、平等に社会に参加していくことを目指して行われる同じような境遇や経験を持つ人の相談・支援を行う。それら相談・支援を行う人をピアカウンセラーという。たとえば、朝日新聞の医療サイト「apital」に掲載された立石芳樹氏のエッセイ「ピア・カウンセリングを知っていますか？」などを参照され

- たい。<http://asahi.com/article/sunny/2015011600019.html> (2015年6月4日最終閲覧)。また、ピアの葛藤については、市川岳仁「回復と支援の狭間で揺れる当事者～転換期の当事者カウンセラー～」『龍谷大学矯正・保護研究センター研究年報』第7号、(現代人文社、2010年)、31～42頁を参照。
- (11) 詳しくは、後述の In Mouraria への訪問記を参照いただきたい。この団体では、ソーシャル・ワーカー、ナースなどで構成されるチームが、ヴァルネラブルな状態の人々への情報提供と相談に乗るためにストリートでの支援を行っているが、そのチームの中にピアカウンセラーが同席して一緒にサポートを行っている。このピアカウンセラーとは、対象となる人の気持ちや考え方に一層寄り添えるように、相談に乗れる同じような境遇の経験者のことである。ポルトガルのそれは、以前にホームレス経験があり、薬物使用の経験があるといったレベルではなく、今現在もホームレスで今朝薬物を使用してきたといった現役そのもののピアカウンセラーがチームの一因であることに驚かされた。
- (12) <http://www.tu-alinhas.pt> (2015年6月15日最終閲覧)
- (13) <http://www.tu-alinhas.pt> (2015年6月15日最終閲覧)
- (14) <http://www.emcdda.europa.eu/themes/key-indicators/pdu> (2015年6月21日最終閲覧)
- (15) たとえば、日本の薬物使用者についてもはっきりとした数値は判明していない。そもそも、検挙人員は司法の枠組みで処理されているものが公式統計に表れるだけである。「薬物使用者に関する全国住民調査」は1992年から千葉県市川市を対象に始められ、1995年以降からは全国住民調査として隔年で行われている。また、国立精神神経センターの和田清が代表を務める平成25年度厚生労働省科学研究費『「脱法ドラッグ」を含む薬物乱用・依存状況の実態把握と薬物依存症者の『回復』とその家族に支援する研究』なども参考になる。しかし、これらの調査においても言及されているように取締り強化が重視されている日本で生涯経験率をたずねるアンケートをとることに限界があり、こういった心理的バイアスをできるだけ解消しようとしたアンケートが社会安全研究財団(現日工組社会安全財団)の委託研究調査「覚せい剤乱用者総数把握のための調査研究」がある。これによると、回答者自身の経験率を聞くのではなく、「身の回りで使用している人を知っていますか?」という質問を徹底している。この調査は1998年から2003年までしか行われていないが、誤差も含めて、日本の薬物乱用者は100万人から230万人ほどであろうと推測されている。
- (16) http://www.washingtonpost.com/blogs/wonkblog/wp/2015/06/05/why-hardly-anyone-dies-from-a-drug-overdose-in-portugal/?tid=sm_tw
- (17) 弱オピオイド系の薬物の1種。鎮痛剤として知られ、オピオイド系薬物依存の治療薬として用いられる化合物。
- (18) アヘンやモルヒネなどの拮抗剤として使用される。これらの呼吸抑制作用

により呼吸困難が生じている場合に、その薬理作用と拮抗して呼吸を回復させるために用いられる。

- (19) 主に医療や研究などの目的以外での製造や供給を禁止した国際条約である。ポルトガルは1962年に、日本は1964年に批准している。
- (20) 詳しくは、Portugal National drug strategy 1999 (http://www.emcdda.europa.eu/attachments.cfm/att_119431_EN_Portugal%20Drug%20strategy%201999.pdf)、National Plan for the Reduction of Addictive Behaviors and Dependencies 2013-2020 (http://www.emcdda.europa.eu/attacments.cfm/att_229642_EN_PT_SICAD_PNRCAD_2013_2020.pdf)、および Plan of Action for Reducing Addictive Behaviors and Dependencies 2013-2016 (http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cmf/att_230001_EN_PT_Plan%20of%20Action%20for%20Reducing%20Addictive%20Behaviors%20and%20Dependencies%202013-2016%20%28PT%29.pdf) を参照。
- (21) 日本の薬物裁判は、判を押したように定型の判決が言い渡されている。たとえば、覚せい剤の単純所持や使用の罪では、初犯であれば1年6月の懲役で3～4年の執行猶予が言い渡される。さらに、再使用に至るケースが少なくなない薬物事犯者は、その執行猶予中の再犯に至り、さらに2年の懲役が言い渡される。執行猶予中の1年6月と併せて3年6月の実刑となるのが実務では繰り返されている。
- (22) http://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/themes/gcdp_v1/pdf/Global_Commission_Report_English.pdf
- (23) <http://www.un.org/sg/statements/index.asp?nid=6935>
- (24) 丸山泰弘『刑事司法における薬物依存治療プログラムの意義～「回復」をめぐる権利と義務』(日本評論社、2015年) など。