

## ポルトガルにおける薬物政策：ハームリダクションと非刑罰化

大西真由美<sup>1</sup>・川崎 涼子<sup>2</sup>

保健学研究 32 : 95-101, 2019

**Key Words** : 薬物政策, ハームリダクション, 非刑罰化, ポルトガル(2018年10月27日受付)  
(2018年12月28日受理)

## I. はじめに

世界の薬物政策の主流は、違法薬物の個人使用を「非刑罰化」し、適切な治療を受けられるように地域社会において支援するものであり、先進諸国において取り入れられている国がある<sup>1)</sup>。その取り組みのひとつとしてポルトガルにおける薬物政策を挙げることができる<sup>1,2)</sup>。例えば、ポルトガルの15～34歳の若者を対象にした過去1年間の違法薬物使用に関する調査では、2007年にはカナビス6.7%、コカイン1.2%、MDMA0.9%、アンフェタミン0.4%が使用していたが、2017年にはそれぞれ8%、0.3%、0.2%、0%と報告されている<sup>3)</sup>。つまり、ハームリダクション(harm reduction)によって、カナビス使用者は増加したが、コカインやアンフェタミンといったハードドラッグの使用が減少した。

ポルトガルの薬物政策は、丸山の報告<sup>2)</sup>に詳しいが、2001年に違法薬物の個人所有・使用について非刑罰化する法改正を行い、薬物使用のリスクをもつ者に対し、地域社会内においてカウンセリングや治療を勧める対応をとっている。1990年代に主に注射によるヘロイン使用のために薬物依存症者およびHIV感染者やHepatitis B virus (HBV)ならびにHepatitis C virus (HCV)感染者が増加し、また、違法薬物使用を規制しても効果が認められなかった経験から、その対応策としてポルトガル政府が司法・保健・福祉・教育・経済産業分野等の協働による施策を講じたものである<sup>4)</sup>。ポルトガルでは、違法薬物の個人所有・使用の非刑罰化政策およびハームリダクションと予防活動によって、薬物使用とそれに伴うAIDS等の健康課題の低減に成功している<sup>4)</sup>。

一方、日本では、違法薬物あるいは物質使用依存となり得る薬物等の生涯使用率(15～64歳)は、大麻1.4%、有機溶剤1.1%、覚醒剤0.5%、コカイン0.3%、危険ドラッグ0.2%と報告されており<sup>5)</sup>、例えばアメリカ合衆国(12歳以上)では大麻41.9%、覚醒剤5.1%、MDMA6.3%、コカイン14.7%、ヘロイン1.6%<sup>6)</sup>、英国(16～59歳)では大麻30.2%、覚醒剤11.9%、MDMA7.5%、コカイン

7.7%<sup>6)</sup>、本稿で報告する施策開始時のポルトガルにおける何らかの違法薬物使用は7.8%(2001年)<sup>2)</sup>であり、欧米諸国に比べ格段に低い。しかしながら、日本において、薬物依存に係る課題について軽視されている訳ではなく、これまでの対策の見直しも含め、「第四次薬物乱用防止五か年戦略(2013年)」において施策強化が示されている。また「薬物依存のある刑務所出所者に対する処遇の充実を前提とした刑の一部執行猶予制度(2016年)」の施行に伴い、法務省および厚生労働省において「薬物依存のある刑務所出所者等の支援に関する地域連携ガイドライン」が定められ、司法・保健医療・福祉機関の連携強化が進められるようになったところであるが<sup>7,8)</sup>、それが十分に機能している状態にはなり得ていない<sup>9,10,11)</sup>。

本稿では、ポルトガルの薬物施策について、刑事施設内処遇と地域社会における対応の継続支援・連携を中心に報告し、日本における違法薬物対策に係る司法・保健医療・福祉機関の連携強化推進への示唆を得ることを目的とする。

## II. 方法

2017年12月10日～12日にポルトガル(リスボン)において開催されたInternational Meeting on Prisons and Health in joint collaboration with Public Health England and the European Monitoring Centre for Drug and Drug Addictionにおいて、日本における受刑者の健康管理について報告すると共に<sup>12,13)</sup>、ポルトガルの刑務所における薬物依存症者に対する開放処遇について情報収集した。また、2018年9月10日～14日に、ポルト大学法学部犯罪学科において、地域社会における違法薬物の個人所有・使用の非刑罰化対策について情報収集した。

## III. 結果

1. ポルトガルにおける違法薬物使用者に対する矯正施設内処遇  
矯正施設内における被収容者に対する健康管理・医療

1 長崎大学生命医科学域(保健学系)

2 大分県立看護科学大学

供給体制については、世界中でHIV/AIDSや結核等の感染症管理、薬物・タバコ・アルコール依存症者への処遇といった様々な課題が指摘されている。1995年にWHO欧州事務局はHealth in Prison Program (HIPP) を設立しており、2014年からPublic Health Englandが協力センターとなっている。HIPPは、加盟国に対し、矯正施設被収容者の健康管理・医療提供に関する技術指導を行うと共に、年1回の矯正医療に関する国際会議を開催している。2017年は、矯正施設における薬物依存症回復支援をテーマにしており、European Monitoring Centre for Drug and Drug Addiction (EMCDDA) との共催で、リスボンで会議が開催された。

ポルトガルでは、受刑者の保健医療サービスは保健省 (Ministério da Saúde) とのパートナーシップの下、法務省 (Ministério da Justiça) 管轄のReintegration and Prison Service事務局のHealth Care Management科によって担われている。また全ての刑務所は「ヘルスプロモーションおよび疾病予防計画」を策定することが義務付けられている。全ての受刑者は、刑務所入所時に健康診断を受け、また受刑以前から受けていた治療を刑務所内でも継続できるように健康管理がなされている。入院設備をもつ刑務所病院の役割は、精神疾患の場合も含め、治療に専念し、刑務作業に従事できる健康状態に回復させることであり、また治療を要する精神疾患をもつ受刑者に対しては精神科クリニックを併設する刑務所においても治療機会を提供している。

ポルトガルでは、薬物乱用が深刻化していたが、2001年に、少量の規制薬物の個人所有を非刑罰化した。つまり、医療的処方外の薬物使用は現在も違法であるが、刑罰の対象としないということである<sup>4)</sup>。また、薬物使用者が、薬物使用に起因する窃盗・傷害等の罪のかどで受刑する場合、本人の希望とプログラム参加意思の確認によって、服役中に薬物離脱プログラムを受けることが可能となっている。リスボン刑務所には、薬物離脱プログラム参加中の被収容者用の開放処遇棟がある。被収容者らは、刑務所外の一般社会において、クリーニング業に従事する等の刑務作業を行いながら、出所後の社会復帰を見据えて、薬物からの離脱を目指している。こういった処遇がとられるようになって以降、ポルトガルでは、例えば受刑者におけるHCV感染者が2010年に16.1%から2016年に12.3%、同じ時期にHIV感染者が6.5%から4%に減少した<sup>14)</sup>。ポルトガルにおけるHCV感染およびHIV感染は、薬物使用者間の静脈注射の回し打ちが主たる感染経路であるので、受刑者中のこれらの感染率の低下は、静脈注射による薬物使用を減少させたひとつの指標と考えられる。また、静脈注射による違法薬物生涯利用率は、2001年に32.3%であったが、2014年には14.4%に減少した<sup>15)</sup>。加えて、受刑者中の静脈注射による違法薬物利用率も同じ時期に11.3%から3.7%に減少した<sup>15)</sup>。ポルト市のSanta Cruz do Bispo刑務所によると、1990年代はヘ

ロインの静脈注射による使用が多かったが、現在はコカイン、カナビス／ハッシュシ等が主流となり、またヘロインを使用する場合でも吸引法を用いており、刑務所内で薬物使用者に対するハームリダクションとしての注射器交換を実施する必要がないまでになっているとのことであった。刑務所内薬物離脱プログラムに参加している者には、他の受刑者同様、携帯電話やインターネットへのアクセスおよびアルコール飲料の摂取は認められていないが、タバコは20本／日まで喫煙可能となっている。HIPP国際会議において、「tobacco free prison」に関する発表があったが、「ポルトガルの刑務所でそんなことをしたら、被収容者から猛反発が出る」といったコメントが出ていたことが印象的であった。

ポルト市のSanta Cruz do Bispo刑務所の薬物離脱棟におけるプログラムに参加できる条件として「40歳未満」といった年齢制限が設けられているが、これはプログラム参加によって行動変容の可能性が期待できる年齢として設定されている。年齢の他に、受刑中の態度や出所後の社会参加可能性等をアセスメントの上、一定の条件を満たした場合、本人の希望により、刑期の最後の2年間を薬物離脱棟で過ごすことが可能となる。その間、社会復帰に向けた取り組みの一環として自宅に外泊することも可能となっている。薬物事犯による矯正施設への収容の場合、服役中に家族との関係性が途切れてしまうことはほぼない、とのことであった。例えば、母親を殺害した加害者の兄弟姉妹が絶縁状態になるといった場合を除いて、一般的に、家族は受刑者に対して前向きな支援態度を示しており、週末の面会（日本のようにアクリル板を介した面会ではなく、刑務官の立会い無で直接的スキンシップもとれる状況での面会）や上記のような外泊によって家族との関係性を保つように配慮していること、また必要に応じて家族へのカウンセリングも実施しており、刑務所にとって家族は社会復帰への重要なキーパーソンになるとのことであった。外泊中に逃亡することはないか？との筆者の質問に対し、薬物離脱プログラム参加者は「6年の刑期のうち、4年間を既に閉鎖処遇で過ごし、残りの刑期の方が短くなった状態で、逃げるようなバカなことはしない。逃げて直ぐに捕まることは理解しているし、再度逮捕されたら、薬物離脱棟のプログラムに参加できるチャンスは二度と与えられない。そんなことになる位なら、薬物離脱棟のプログラムの2年間をしっかりと全うした方が良い」と語っていたことが印象的であった。外泊中の逃亡は実際には存在するが、相対的に薬物離脱棟のプログラム参加経験者は再犯率が低いことのことであった。

一方、必要に応じて、ヘロイン使用のハームリダクションの一環としてメサドンの使用も行われている。また精神障害者に対しては、刑務所内の精神科ユニットにおいて本人に対する治療の他、毎週木曜日に家族療法の一環として、一般の面会とは別に家族の面会およびカウ

ンセリングも実施されている。精神疾患のみならず、健康課題を持つ者で、出所後に継続的な健康管理が必要な場合には、刑務所と地域の保健医療機関で情報共有が行われ、継続した対応が行われている。Santa Cruz do Bispo 刑務所長が「刑務所は、刑を受けていることを理解できる者が収容される所であり、それを理解できない場合には、治療を含め、必要な対応・ケアが行われる必要がある」、「刑務所に収容されることで“自由”の権利を奪われることになる。刑務作業に従事することそのものよりも“自由”の権利を奪われている状態に置かれていることが重要であり、そのこと以外の処遇についてはPena humanistico（人道的刑罰）であるべき」と述べていたことも印象的であった。

同様の開放処遇は、フィンランドにおいても実施されているが<sup>16)</sup>、刑務所に収容されている間、自由を奪われる状況におかれる以外のこと、例えば家族との交流、勉強や労働、精神健康も含め適切な健康管理を受けること等は、人として尊重され、権利保障されるべきであるといった理念に基づいていることも共通している。フィンランドでは、殺人罪や極度の累犯者以外は、服役中の態度や社会復帰の可能性を考慮し、一般的に刑期の3分の1を上限として刑期の短縮が行われるが、これも刑務所等の矯正施設内において長期間服役することよりも地域社会の中で貢献することの方が重要であると考えられていることに基づく。つまり、矯正施設内で社会復帰プログラムとして就労訓練等を行ったとしても、それは自由を奪われた環境下におけるシミュレーションに過ぎず、薬物使用との向き合い方やセルフマネジメントも含め実社会において要求される能力は、自由が保障された実社会でしか回復・強化されないと考えられているからである。

日本では高齢者の軽微な再犯率が高く、刑務所が高齢福祉施設化している場合があることが指摘されているが<sup>17,18)</sup>、ポルトガルにおいても社会的に脆弱な人達の中に同様のケースがあるとのことであった。ただそういった元受刑者に関し、Santa Cruz do Bispo刑務所長は、「その人は、刑務所が対応すべき人ではない。コミュニティの中でソーシャルワーカーや福祉が対応すべき人だ。刑罰の対象でないのであれば、何度お願いされてもその人を刑務所で引き受けることはしない。」と話されていた。つまりポルトガルにおいて、薬物使用も含め、司法が対応すべき事と保健医療福祉が対応すべき事の役割が明確化され、それぞれの役割について共通理解が得られていると言えよう。

ポルトガルにおける刑務所内での薬物離脱プログラム参加も後述する依存状態への対応も本人の意思に基づいて実施される。その意思決定には、本人が当事者として薬物離脱するためにコミットメントすることを自分に約束するといった意味が含まれると考える。薬物離脱プログラムを含め物質使用依存の治療プログラムは、日本に

においても適用されている認知行動療法に基づいて、「薬物の使用を止め続けること」に当事者がコミットし続けることを支援するものである<sup>19)</sup>。「薬物の使用を止め続ける」過程には、薬物の再使用やプログラム参加の中断といったことも起こり得る可能性も含めて、排除されない場や関係性を確保することである。つまり、当事者にはコミットし続けることが期待され、支援者にはそれを支え続けることが期待されると言える。ポルトガルにおいては、違法薬物使用に係る刑罰に関しては司法が役割を果たすが、同時に保健医療福祉分野は、薬物離脱のための治療・支援を刑務所内から地域社会へ一貫性をもって継続できるように協働体制が整っている。また司法・保健医療・福祉分野において、「薬物離脱に必要なことは刑罰ではなく治療・支援」であることの共通理解が得られていることを、今回の視察を通して確認できた。

## 2. 依存状態に対する総合的対策

2012年以前は、ポルトガルにおいて、アルコール依存、薬物依存といった物質依存状態およびギャンブル依存、買い物依存といったプロセス・行為依存、DVやストーカーを含む関係依存に関し、それぞれ個別の縦割サービス供給体制が取られていた。しかし、2012年以降、Serviço de Integração nos Comportamentos Adictivos e nas Dependências (SICAD：依存症に伴う行動および依存状態への総合的サービス)の下、依存症および依存状態に関する対策は、統合プログラムとして実施されるようになった。ポルトガルの島嶼地域を除く5地域にSICAD支所が置かれ、予防、ハームリダクション、治療、リハビリテーション/社会福祉といった対応が展開されている。

コミュニティにおける予防活動としては、ポピュレーション（ユニバーサル）アプローチとハイリスクアプローチに分けて展開されている。例えば、薬物依存に関するポピュレーションアプローチとしては、ポルトガルにおける薬物使用の典型的な開始例は、思春期に友人に誘われて大麻を始める場合が多いため、小中学校教員が学校教育におけるライフスキルトレーニングとして児童生徒らに予防教育を実施できるようにSICADスタッフが研修を行い、定期的にスーパーバイズを実施している。ハイリスクアプローチとしては、貧困層の子どもや不登校といったリスクのある子ども・若者に対して、心理士とのカウンセリングを受けたり、コミュニティ活動を担うNGOと協働できるように学校と連携・調整する役割を担っている。

ポルトガルにおいては、ハイリスクアプローチとして、SICADで決められた基準量以下の薬物所持・使用（表1）については非刑罰化のための対応が取られる。つまり、「使用者」と「依存症者」は区別して対応がなされる。本人に治療を受ける意思がある場合には、「使用者」であっても「依存症者」あるいは受刑者となることを回避



表1. ポルトガルにおける個人の薬物所持・使用の非刑罰基準

	犯罪となる基準値
カナビス (大麻) / ハッシッシ	5g 以上
カナビス (大麻) / 葉	25g 以上
コカイン	2g 以上
ヘロイン	1g 以上
アンフェタミン (エクスタシー, MD他)	1g 以上

SICAD. Drug use decriminalization: the dissuasion as a practical application modelより抜粋

する、あるいは遅らせることができるように支援を行っている。SICADにおける薬物使用者に対する支援は、まずComissões para a Dissuasão da Toxicodependência (CDT：薬物依存防止委員会)において、10日間の平均使用量が表1の基準量を超える範囲か否か、リスクレベル(低リスク、中リスク、高リスク)をアセスメントし(図1)、リスクレベルに応じた介入プログラムを実施する。特に中リスクまでの薬物使用の場合、裁判所の判断により、執行猶予中に薬物離脱プログラムに参加することで、実刑を回避することができる(非刑罰化)。介入プログラムへの参加モチベーションレベルをアセスメントし、本人のモチベーションが低い場合には、モチベーションを高める介入を行う。執行猶予中にプログラムから脱落したり、様々な理由(他の健康課題や依存症を持つ等)によって治療や介入プログラムの効果が期待できない場合には、実刑となる。18歳未満のクライアントは高リスク者として対応し、中でも16歳未満のクライアントの場合は、保護者に対する介入も実施する。こういった対応は、心理士が中心に行っているが、必要に応じてソーシャルワーカー、医師、学校関係者等と連携し、チームアプローチによって実施されている。表1の基準を超えない範囲での違法薬物の所持・使用については、図1のアセスメントによって「依存状態にはなっていない使用者」から「依存症」のいずれの段階あるかを見極

め、リスクレベルに応じて「使用者」から「依存症」に移行しないための予防プログラム、あるいは「依存症」の状態からの薬物離脱プログラムへの参加を支援することによって非刑罰化に導いている。表1の基準を超える違法薬物の所持・使用あるいは売買、または傷害事件等他の刑事判断を要する事案を伴っている場合は刑罰の対象となり、刑務所内で薬物離脱プログラムに参加することとなる。

SICAD設立以前は、家庭医が薬物依存に係る診療に携わることは稀であったが、現在では、基準量以上の「使用者」であることを診断した場合には家庭医やその他の保健医療機関からSICADクリニックに照会されるようになっている。「使用者」であっても「依存症者」にならないようにケアが行われる。SICADクリニックにおけるカウンセリングは、公的サービスとして実施され、利用者負担はない。またクライアントの半数以上は一般労働者である。

SICADによる介入プログラムが実施される前は、薬物依存症者や薬物事犯による受刑経験者に対する差別・偏見も強かったが、プログラムの効果が認められるようになった頃から、地域社会あるいは一般住民の適切な理解が促進された。SICADスタッフによると、都市部よりは地方で、未だ、差別・偏見が完全に払しょくされた訳ではないが、薬物使用者や受刑経験者らの就労支援等を

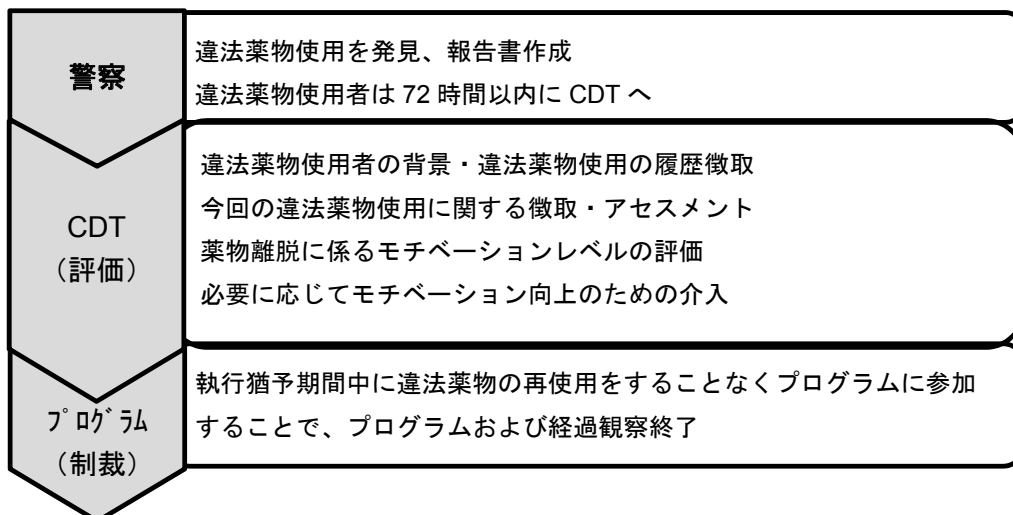


図1. 薬物依存防止委員会 (CDT) におけるアセスメント過程

SICAD. Drug use decriminalization: the dissuasion as a practical application modelより抜粋

通じて、地域社会における共生意識の高まりや、社会参加が齎すポジティブな影響について理解が深まっていることを実感しているとのことであった。このことは、2001年には何らかの違法薬物使用者は7.8%であったが<sup>2)</sup>、2010年には5.5%に減少した<sup>14)</sup> したことや、ヘロイン使用者で新たに治療に繋がった人は2,860人(2007年)であったが、435人(2016年)にまで減少したが、大麻使用者で新たに治療に繋がった者は447人(2007年)から925人(2016年)に増加していることから<sup>3)</sup>、違法薬物使用者が司法の処遇ではなく保健医療サービスに繋がりが、また地域社会の中でハードドラッグの使用からハームリダクションされた成果と言えよう。

#### IV. 「まとめ」にかえて

罪を償うことと、健康課題を解決・治療することは切り離して対応するべきであるという理念の下、ポルトガル政府が、薬物依存症者の薬物離脱と社会復帰から社会参加(re-integração)までを支援するための財源を確保したことにより、2001年以前は社会から隔離された所で服役していた人々が、地域社会の中に再統合され、社会に貢献する一員となり得ている。また、ポルトガル全土における薬物使用に係るハームリダクション政策により、個人・家族・地域社会のそれぞれに対する施策が講じられた結果、薬物依存症者あるいは元受刑者に対する偏見・差別も緩和されてきていることが報告されている。

現在、日本には、民間の造船工場内に作業場を持つ松山刑務所大井造船作業場を含め、「開放的施設」として運営されている刑務所およびPFI(Private Finance Initiative)方式で運営している刑務所がいくつか存在するが、ポルトガルのような積極的な非刑罰化対策や薬物依存症者の出所後の社会生活復帰に注目した処遇を服役中から実施するような体制にはなっていない。ポルトガルの刑務所で薬物依存症者の開放処遇が効果を発揮した背景には、国全体で薬物使用に係るハームリダクション政策ならびに違法薬物の個人所有・使用の非刑罰化対策を実行し、個人に対するカウンセリング等の対応のみならず、社会全体の受刑者・受刑経験者に対する偏見・差別を緩和し、共生社会を構築する対策を講じたことにあると言えよう。

日本においては、2016年から「規制薬物等に対する依存の改善に資する処遇を実施することが、再び犯罪をすることを防ぐために必要であり、かつ、相当であると認められるとき」に刑の一部執行猶予制度が適用されるようになった<sup>8)</sup>。また、矯正施設から出所する者に対して行う就労支援や生活基盤の確保といった「出口支援」に加えて、高齢被疑者あるいは知的障害・精神障害のある被疑者に対し、矯正施設への収容に至らないように福祉的支援(「入口支援」)が実施されるようになってきている<sup>20)</sup>。薬物使用者への支援も含め、こういった司法・福祉・保健分野の横断的連携・協働による矯正施設と地域

社会のシームレスな対応が強化されることが期待される。

#### 謝辞

この報告は、平成29年度政策医療振興財団助成対象である研究課題「受刑経験がある薬物依存症者の再犯防止に寄与する社会的包摂プログラム開発」およびErasmus+プログラムによる長崎大学とポルト大学の教職員交流による成果の一部を取りまとめたものです。公益財団法人政策医療振興財団ならびにErasmus+にお礼申し上げますと共に、ポルト大学法学部犯罪学科のDr. Jorge Quintasに感謝の意を表します。

また國學院大学法学部の安田恵美准教授には、法的用語表現についてご指導いただきました。心より感謝申し上げます。

#### 文献

- 1) Webナショナルジオグラフィック：研究室に行ってみた。国立精神・神経医療研究センター。薬物依存症。松本俊彦。https://natgeo.nikkeibp.co.jp/atcl/web/17/040500003/ (2018年9月15日アクセス)
- 2) 丸山泰弘：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。立正法学論集, 49(2)：(1) 234-(39) 196, 2016.
- 3) European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Portugal, Country Drug Report 2018. http://www.emcdda.europa.eu/countries/drug-reports/2018/portugal/drug-use\_en (2018年10月2日アクセス)
- 4) Jorge Quintas, Xabier Arana. Chapter 8, Decriminalization: different models in Portugal and Spain, in Savona EU, Kleiman MAR, Calderoni F, eds, Dual Markets: comparative approaches to regulation, Springer, 2017.
- 5) 厚生労働省：平成29年厚生労働科学研究：薬物使用に関する全国住民調査(2017年)。2017.
- 6) 厚生労働省：現在の薬物乱用の状況：主な国の薬物別生涯経験率。https://www.mhlw.go.jp/bunya/iyakuhin/yakubuturanyou/torikumi/dl/index-05.pdf (2018年9月15日アクセス)
- 7) 法務省保護局・矯正局、厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部。薬物依存のある刑務所出所者等の支援に関する地域連携ガイドライン, 2015. http://www.moj.go.jp/content/001164749.pdf (2018年10月1日アクセス)
- 8) 法務総合研究所：平成28年版犯罪白書。法務省, 2016.
- 9) 白井久美子。刑事施設を出所する結核患者への保健所の支援の実態と課題。保健医療科学2012；61(5)：474-475.
- 10) Kawatsu L. Effect of educational leaflets on

- knowledge and attitude to tuberculosis among homeless persons in Tokyo, Japan. *Kekkaku* 2015; 90 (8) : 613-618.
- 11) 大西真由美, 川崎涼子, 中根秀之. 公益財団法人政策医療振興財団平成29年度研究助成報告書: 受刑経験がある薬物依存症者の再犯防止に寄与する社会的包摂プログラム開発, 2018.
  - 12) 河津里沙: WHO欧州事務局, 英国公衆衛生庁 (PHE) 及び欧州薬物・薬物依存関しセンター (EMCDDA) が矯正医療に関する国際会議を開催—「Mandela・ルール」から「リスボン結論」へ. 複十字, 379, 20-21, 2018.
  - 13) Kawatsu L, Uchimura K, Ohkado A, Ohnishi M, Kawasaki R: Can we turn the challenge into chance? Drug abuse and tuberculosis in prisons in Japan. International Meeting on Prisons and Health in joint collaboration with Public Health England and the European Monitoring Centre for Drug and Drug Addiction, Lisbon, 2017.
  - 14) Griffiths P. Drug and Prisons in Europe: how data is used to inform policy and practice. WHO International Meeting on prison and health, Lisbon, 2017.
  - 15) Castel-Branco Goulão J. An integrated model of care for drugs problems among prisoners and achievements in Portugal in the fields of research and monitoring on drugs in prisons. WHO International Meeting on prison and health, Lisbon, 2017.
  - 16) 大西真由美, 西原三佳. フィンランドにおける子育て支援およびユニバーサルリズムを基盤とした保健福祉施策. 保健学研究, 30 : 67-74, 2017.
  - 17) 安田恵美. 福祉的ニーズを持つ被疑者への起訴猶予. 大阪市立大学法学雑誌, 30 (3-4) : 1226-1285, 2014.
  - 18) 野村俊明. 高齢者の反社会的行動をめぐって—高齢受刑者の増加問題を中心に—. 老年精神医学雑誌, 28 (11) : 1193-1199, 2017.
  - 19) 松本俊彦. よくわかるSMARPP: あなたにもできる薬物依存者支援. 東京: 金剛出版, 2016.
  - 20) 法務総合研究所: 高齢者及び精神障害のある者の犯罪と処遇に関する研究. 法務総合研究所研究部報告 56. 法務省, 2017.

**【注釈】**

ハームリダクション (harm reduction) :

ある行動が原因となっている健康被害を行動変容などにより予防または軽減させることをハームリダクションと呼んでいる。特にエイズ対策では、注射薬物使用者 (IDU: Injection Drug User) が注射器や針を共有することによるHIV感染を、注射器交換や経口薬物への薬物代替によって予防する対策として取り上げられることが多い。これに相当する日本語は見当たらず、通常「ハームリダクション」とそのままカタカナで使用している。敢えて日本語訳するとすれば「危害低減」と言える。ハームリダクションは、この対策自体が薬物使用を抑制するのでも逆に奨励するものでもない。注射器や針の共有によるHIV感染を予防するための現実的な対策であり、法規制と相反するものでもない。むしろ、違法性を強調してIDUへの取り締まりを強化するのみでは、IDUは地下組織にますます入り込み、エイズ対策が難しくなるとも言われている。ハームリダクションの目的は、ある健康問題による、個人の生涯にわたる健康被害をできうるかぎりやわらげ、同時に、その健康問題の社会全体への影響を最小限に留めることにある。ハームリダクション・プログラムはIDUへの社会的心理的な不安に留意しながら、IDUのサービスへのアクセスに配慮して実施する必要がある。(出展: 国際保健用語集より著者改訂)

治療 :

本稿における薬物依存症に関する「治療」とは、医療機関における薬物依存症に合併する精神疾患に対する治療、カウンセリング、認知行動療法による薬物離脱プログラム等を指している。

アンフェタミン :

日本では、覚せい剤 (メタアンフェタミン) が知られている。

# Policy on illicit drug use in Portugal: decriminalization policy and harm reduction

Mayumi OHNISHI<sup>1</sup>, Ryoko KAWASAKI<sup>2</sup>

1 Nagasaki University Institute of Biomedical Sciences

2 Oita University of Nursing and Health Sciences

Received 27 October 2018

Accepted 28 December 2018

