

出國報告（出國類別：研究）

# 國際反毒實務及相關法制之研究

## —以日本毒品犯罪者處遇模式為中心

服務機關：臺灣臺北地方法院檢察署

姓名職稱：葉耀群

派赴國家：日本

出國期間：105年9月1日至106年8月27日

報告日期：106年11月7日

# 目錄

第一章、前言.....	1
一、研究動機及目的.....	1
二、研究方法與架構.....	2
第二章、諸國反毒政策與法律制度之簡介－以毒品犯罪者處遇模式為中心	3
一、前言.....	4
二、容忍政策與毒品非刑罰化.....	6
（一）容忍政策之內涵.....	6
（二）容忍政策與毒品非刑罰化之關聯.....	10
三、抑制政策之新發展－毒品法庭.....	12
（一）美國毒品政策之經緯與毒品法庭之出現.....	12
（二）毒品法庭之特色.....	16
（三）毒品法庭對其他國家之影響.....	22
第三章、日本毒品之法律規制與反毒政策.....	24
一、日本毒品規制的現況.....	24
（一）覺醒劑取締法.....	24
（二）大麻取締法.....	25
（三）麻藥及影響精神藥物取締法.....	26
（四）鴉片法.....	27
（五）麻藥特別條例.....	29
二、日本毒品戰略與毒品濫用者之處遇對策.....	31
（一）日本毒品濫用五年戰略.....	31
（二）毒品濫用者處遇之施策方向.....	32
（三）毒品處遇政策之新發展－一部緩刑制度.....	34
第四章、日本毒品犯罪者社會內處遇之現狀.....	42
一、以再犯防止為目的之毒品犯罪者社會內處遇.....	42
二、毒品再犯防止之處遇機構、相關機關與民間團體.....	43
（一）刑事設施內之處遇.....	43
（二）保護觀察所之處遇.....	44
（三）相關機關與民間團體.....	46
三、民間團體於司法程序中所為之支援.....	48
（一）即決判決程序中所為之支援.....	48
（二）保釋程序中所為之支援.....	49
四、保護觀察所與地區關係機關之合作聯繫.....	51
（一）前言.....	51
（二）矯正處遇階段之合作聯繫.....	52

(三) 保護觀察階段之合作聯繫.....	54
第五章、各國毒品犯罪者處遇模式於我國之啟示.....	57
一、我國施用毒品犯罪之刑事政策之問題.....	57
(一) 過剩收容與觀察勒戒之效果不彰.....	57
(二) 於緩起訴階段施以戒癮治療亦無未見減低再犯率.....	58
(三) 毒品犯撤銷假釋率過高，顯示再犯防止機制不足.....	58
二、自國際毒品政策觀察我國毒品政策之走向.....	59
第六章、結論與建議.....	62

# 第一章、前言

## 一、研究動機及目的

翻開台灣毒品政策的歷史篇章，一再映入眼簾的是向毒品宣戰之口號，而台灣數十年來與毒品作戰的方案，雖有不同之思維與改變，並由法律之修正與司法解釋之更迭，可窺見對於施用毒品者之定位，逐漸由「傳統之犯罪者」移向「病患型犯罪者」，對施用毒品者之刑事規制，亦針對初犯施用毒品或初次施用毒品後 5 年內未再犯之施用毒品者，改採「除刑不除罪」，而以治療為主之規制模式，但就其餘之施用毒品者仍採取傳統之刑事規制，運用刑罰之一般預防功能以嚇阻毒品之施用，並於 97 年間，由法務部實施「毒品減害計畫」<sup>1</sup>，藉由檢察官運用緩起訴處分附命戒癮治療之方式，希冀得使毒品施用者戒除毒癮，而達到降低再犯率之目標，惟由矯正機構之統計資料觀之，於 96 年至 105 年間，新入監受刑人中屬短期刑者約占 8 成，因違反毒品危害防制條例之新入監短期刑者，於此 10 年間，均維持 28%-31% 間之高水位，足徵雖採取上開二階段之刑事規制政策，施用毒品入監之人數仍無顯著減低，而就緩起訴附命戒癮治療之成效而言，自 97 年實施該政策以來，附命完成戒癮治療比率約為 11%<sup>2</sup>，換言之，接近 9 成附命戒癮治療之毒品施用者，均因未能完成戒癮治療而遭撤銷緩起訴，而因緩起訴期間內經另案提起公訴而遭撤銷之案件中，超過 8 成均為再犯施用毒品案件<sup>3</sup>，亦足徵上開「毒品減害計畫」之成效並未臻理想，亦未能達有效控制再犯之目的，是自有必要思考我國毒品之刑事規制模式與再犯防止之刑事政策，是否應有所改變。

首就我國所採二階段之刑事規制模式，雖係將毒品施用者視為「病患型犯罪者」，而於初犯時使之入觀察勒戒處所勒戒，再犯時即科以刑罰，然就整體之刑事規制思維，不論係在勒戒處所內之觀察勒戒，抑或矯正處所內之刑事執行，均偏重對施用毒品者設施內處遇之思維，而忽視社會內處遇之重要，又前開法務部所實施之「毒品減害計畫」，雖於設施內處遇外，另設社會內處遇之途徑，然執行效果有限，近 9 成參與計畫之毒品施用者，均遭撤銷緩起訴處分，而復回歸設施內處遇之下，足見我國刑事規制與毒品政策，並未有效調和設施內處遇與社會內處遇之合作功能。

---

<sup>1</sup> 行政院於 2008 年 10 月 30 日依新修正毒品危害防制條例第 24 條第 3 項授權訂定「毒品戒癮治療實施辦法及完成治療認定標準」辦法，並先公告施用第一級毒品海洛因、嗎啡、鴉片及其相類製品 為附命完成戒癮治療緩起訴處分之實施對象。

<sup>2</sup> 自 97 年至 106 年 2 月統計資料，法務部「毒品施用者戒癮治療概況分析」第 12 頁，瀏覽網址：[http://www.rjtd.moj.gov.tw/RJSDWEB/common/WebListFile.ashx?list\\_id=1484](http://www.rjtd.moj.gov.tw/RJSDWEB/common/WebListFile.ashx?list_id=1484)<最後瀏覽日期:2017/10/29>。

<sup>3</sup> 前註 2 文，第 5 頁。

而反觀世界各國，不論對於毒品施用者採取刑罰化，抑或非刑罰化之國家，均將毒品施用者之治療視為其反毒政策之核心，並多面向地改善毒品施用者之處遇措施。諸如歐陸國家，雖多對毒品施用者採取寬容之刑事政策，對毒品施用行為除罪化之國家，亦所在多有，其等就毒品施用者之刑事規制體系雖與我國迥異，然就其相關處遇措施與精神，仍有值得我國參考借鏡之處；另從前就毒品政策趨於嚴格之美國，亦因毒品施用案件高漲，監獄人滿為患，並隨之「治療性法學」思潮之興起，進而創設毒品法庭之制度，結合其司法與醫療體系，對毒品施用者創設一種嶄新的司法處遇模式，且此等風潮亦隨之影響加拿大、英國、澳洲等諸多國家，自可見此種新型之處遇模式，必有可得參考借鏡之處，是以擬基於鳥瞰歐美各國反毒政策之觀點，了解國際上針對毒品施用者處遇模式之變化與發展。然歐陸各國所採取寬鬆之刑事政策，與我國毒品施用者之刑事規制模式大不相同，而美國因其毒品氾濫問題，源於美國南北戰爭之始即行產生，是其對於毒品施用者之處遇模式，幾經變化與修正，始有毒品法庭制度之產生，是該制度之產生，實有其歷史淵源與背景，固有作為我國參考之處，但其社會內處遇機構之基盤，仍與我國有所差異，縱欲參考其制度仍有一定之難度。

反觀日本雖亦受毒品氾濫之苦，然其毒品問題係肇始於第二次世界大戰<sup>4</sup>後，而其自始至終對於毒品施用者之刑事規制，均係以刑罰為其對應模式，並在此基礎上，逐漸擴充其社會內處遇之基盤與建設，並至近年亦傾向將毒品施用者視為「病患型犯人」，而強化其設施內處遇制度，並擴充社會內處遇，以及設施內處遇與社會內處遇之合作，則就毒品施用者規制模式之歷史背景而言，日本所採取之制度與刑事政策走向，對我國更有參考價值，是本文擬以日本毒品施用者犯罪處遇模式為中心，研究並探討我國相關問題之刑事政策走向。

## 二、研究方法與架構

本論文之研究方法，係以比較刑事政策之觀點出發，探詢各國毒品犯罪者刑事政策之背景與反毒之施策方向，並進而分析該國所採取之刑事政策，有無其特殊之時空背景，是否得為我國參考，並以日本之毒品犯罪者刑事政策為中心，研究日本國內現有法律規制與社會內處遇之模式，並就其近年司法裁判制度、矯正處遇、更生處遇階段所為變革，詳加介紹，另透過比較刑事制度之觀察，確認其制度是否得否為我國借鏡。

是就本論文，第二章擬鳥瞰國際反毒政策之發展。綜觀世界各國對於毒品施用者之政策，概可略分為「抑制政策」與「容忍政策」二者<sup>5</sup>，最初世界各國雖多採取抑制政策，然隨時代更迭以及毒品施用者犯罪之特殊性，世界各國均對此

<sup>4</sup> 丸山泰弘『刑事司法における薬物依存症治療プログラムの意義』（日本評論社、2015）15 頁

<sup>5</sup> 抑制政策係指對於毒品施用者採取嚴格之法律規制，著重於毒品之第一次預防（即透過刑罰威嚇效果，避免施用毒品），相對於此，容忍政策係基於嚴罰化並無助再犯之減少，反而易造成毒品施用者反覆犯罪、侵害其健康，而透過保健福祉之視點，採取較為寬鬆之法律規制。參酒井安之「日本の薬物犯罪政策と『ダメ。ゼッタイ。』アプローチ」收錄於井田良＝高橋則夫＝木本誠＝中空壽雅＝山口厚『川端博先生古稀記念論文集[下卷]』（成文堂、2014）805 頁。

一政策提出檢討與改進，如歐洲各國，即認識傳統抑制政策效果的侷限性，以及認識到毒品依存症本身即為疾病之本質，因此改採所謂之容忍政策，有別於傳統抑制政策以刑罰作為毒品政策之對應方式，而採取諸如美沙冬療法、注射針筒交換政策等減低毒品危害性之反毒政策；而維持抑制政策之其他國家，諸如美國、加拿大等國，亦因採行傳統抑制政策而面臨監獄超額收容、犯罪率上升等等因素，針對傳統之抑制政策提出修正，而在抑制政策下，採取「毒品法庭」(Drug Court)制度，以透過司法程序之介入，使毒品施用者得接受治療並減低再犯。本章即針對現今世界各國對於傳統抑制政策提出之修正與檢討，進行介紹與研析。

而除上述採取容忍政策與毒品法庭制度之國家，仍有多數國家仍維持傳統之抑制政策，例如我國與日本，均同為採取傳統之抑制政策之國家，然相較於我國，日本更為強調對於接受刑罰之毒品施用者，如何在出所後對其提供支援（即所謂出口支援），因而第三章擬就日本所採行之反毒政策進行介紹，並就其針對毒品犯罪所採取之法律規制制度進行探討，而日本近年為降低毒品施用者之再犯率，除就政策面上推行出口支援政策外，並有鑑於就毒品犯罪之監獄出所者，假釋期間不足以致出口支援推行力有未逮，於 2016 年修正其刑法之緩刑制度，引進一部緩刑之新體制，此部分制度之修正一方面在於斷絕毒品施用者與不良環境、友人之接觸，透過矯正設施內糾正毒品施用者之不良生活習慣，有助於其出所後戒毒之治療效果，另一方面，可透過緩刑期間之心理壓力，促使毒品施用出所者積極進行戒毒之治療，雖此一部緩刑制度之實際操作上，仍有諸多可依探討之處，然亦不失為我國得以借鏡參考之選項之一，是本章亦就日本一部緩刑制度進行介紹。

如前所述，日本採取推行針對監獄出所者出口支援以降低再犯率，然制度之設計再為完善，如何實際操作上開制度，較之制度設計及實務操作更為重要，是以本文第四章，擬介紹日本於採行上開刑事政策之下，如何充實其反毒及戒毒之支援，並針對日本現有之毒品再犯防止之處遇機構、相關機關以及民間團體進行初探，進而探討各該機構內所建構之處遇措施與戒毒課程。而日本於近年為將低毒品再犯率，亦將反毒施策重點著眼於各該處遇機構、相關機關與民間團體之合作聯繫，亦即建構毒品施用者自矯正設施出所後，得順利獲得生活支援，以順利銜接社會內處遇並進行戒毒療程之體系。而透過介紹日本就其出口支援之實際操作流程，以期得做為我國借鏡，做為我國如何充實毒品犯罪者處遇支援機構之參考。並於第五章介紹我國戒毒政策所遭遇之困境，並分析各國毒品施用者處遇政策，於我國適用之優劣之處，進而提出本文意見，以供作修正毒品戒癮治療政策之參考。

## 第二章、諸國反毒政策與法律制度之簡介—以毒

# 品犯罪者處遇模式為中心

## 一、前言

針對毒品施用、持有所為之刑事規制與毒品施用者處遇機制，各國的規制模式均有所不同，處遇模式也互有差異，就刑事規制之方面，最初提出對於毒品的國際制裁者之問題者，係 1901 年在中國舉行的「上海鴉片委員會」(The Shanghai Commission)。其後，於 1909 年所召開的同委員會中，由當時執行殖民地政策之主要國家出席，並制定殖民地內毒品貿易的限制及生產量的規制。<sup>6</sup>當時，除了提倡此議案之美國，其餘國家對於毒品之管制均無意願，而認為毒品氾濫僅為美國內國之問題。此後，基於委員會所草擬的條文，為達成各國毒品規制法制化之「海牙國際鴉片會議」，於 1911 年在荷蘭的海牙召開。然此會議非但參加國不多，且各國對於毒品規制之法制化均採取消極態度，因此未能達成美國所提倡的毒品規制法制化之目標。但於 1913 年再度召開的「第二次海牙國際鴉片會議」，終於針對鴉片以及可卡因的貿易及生產做成議定書，因此各國逐步就此進行法制化之進程，<sup>7</sup>簽署第二次海牙國際鴉片會議之最終議定書之各國，所追求的目的係為毒品流通的統一管制之法制化。而簽署上開議定書之美國，即於 1914 年制定「哈里遜法」(Harrison Narcotics Tax Act)。而該法之基本構造係為規制毒品流通而進行課稅，並制定持有毒品之限制以及罰則。

同樣的，美國以外之各國，對毒品之規制，亦主要針對毒品流通進行限制，至於對於毒品使用禁止之法律，則因國而異有所不同。實際上，於國際協定上針對毒品使用禁止建立完整法律制度者，係源於 1961 年在紐約所簽訂之「麻醉藥品單一公約」。<sup>8</sup>而就此以單純以刑罰規制毒品使用行為的模式，即為所謂的抑制政策。亦因上揭國際公約之制定，傳統各國對於毒品施用、持有之行為，均採取「零寬容」之立場，而雷厲風行地採取抑制政策，希望以刑罰之嚴罰化壓抑毒品之惡害之蔓延。

然而，相較於傳統的抑制政策，針對一定的使用態樣不予刑事訴追的刑事政策正逐漸抬頭，此種政策一般稱之為「容忍政策」。此種政策的產生，主要係因為傳統的抑制政策並未見解決問題之徵兆，並隨之愛滋的感染及罹患肝炎、死亡者之增加，毒品使用之問題亦持續惡化，因此催生此類容忍政策之登場。此類政策之主要核心概念，係認為即使對毒品或其相關聯之行為科予刑罰，亦無助問題之改善。<sup>9</sup>

<sup>6</sup> 佐藤哲彦『ドラッグの社会学；向精神物質をめぐる作法と社会秩序』(世界思想社、2008.6) 149 頁。

<sup>7</sup> 佐藤哲彦，前註書，150 頁。

<sup>8</sup> 丸山泰弘「アメリカ合衆国—薬物政策の過去、現在、未来」收錄於石塚伸一編『薬物政策への新たななる挑戦-日本版ドラッグ・コートを越えて』(日本評論社、2013) 135 頁。

<sup>9</sup> 金尚均『ドラッグの刑事規制—薬物問題への新たな法的アプローチ』(日本評論社、2009) 1

傳統的抑制政策係以施用毒品為「犯罪」的前提，而全然無視施用毒品行為之另一側面，係為毒品依存症即為疾病的面向。此亦為造成毒品問題更加惡化之主要因素。而所謂的容忍政策，係轉換前開施用毒品為「犯罪」的大前提，而將之視為因罹患毒品依存症之疾病而為施用毒品等相關行為，並希望透過上開前提的轉換，對毒品施用行為等關聯行為，不再施予刑罰，而係採取治療及援助之對應模式。而此容忍政策雖涉及減害計畫之保健、福祉面、刑事司法處遇之「費用對效果」之經濟面、減輕刑事司法負擔之訴訟經濟面、尊重自我酌量權利之自由主義面等等各方面的考量，然其各方面之思考應可相輔相成。例如，保健、福祉面之思考，可將問題重點置於毒品依存症，而導出毒品使用非刑罰化之結論，自由主義方面之思考，亦可能導出為自己使用之少量持有或使用，係基於對自己身體之處分(自傷行為)，而導出非刑罰化之結論。<sup>10</sup>

另就處遇模式而言，於理論上大致可別為司法模式、醫療模式與福祉模式<sup>11</sup>，首先，所謂的司法模式，係基於歐洲 16 世紀以降，將人視為自由意志的主體，而就其逸脫秩序之行為，因為係其自由意志下之選擇，自應對該行為加以非難，並負起相當之責任。而就其應負何種制裁，固應考量其行為之有害性、社會觀念之評價等等，其中，刑罰即為最嚴峻且最有效果的方法。而此類以刑罰為處遇方法之模式，即為所謂的司法模式。其二，所謂的醫療模式，係基於人類如同精巧的機械，疾病即如同機械的故障，自須進行治療。而毒品依存者，因為罹患心理與生理上的疾病，自為應接受治療之對象。此類模式，即主張針對毒品依存者之處遇，應以外科、內科或其他方法進行治療以為因應。

其三，晚近逐漸興起的福祉模式，與前開司法模式與醫療模式，係以法律家或醫師為主體不同。反係以毒品依存症患者自身為主體，不論係國家或地方自治體、醫院、福祉中心等機構，不過係立於支援之角色。而就上述三個模式，究應以毒品依存者為處罰對象，抑或以毒品依存者為治療之對象，法律家與醫師之論爭不斷，但從毒品依存回復的觀點觀之，兩者均未能達十分之成效，因此，近年福祉模式漸漸受到重視。<sup>12</sup>

司法模式，因為毒品濫用行為，係為違反法律之行為，而應視為犯罪，而追究其責任。而此模式之對應機關，主要為警察、檢察署、法院、矯正設施、保護觀察所等公家機關，主要之處遇模式係在矯正設施內行之。而矯正設施依據法律，日常生活瑣事均在設施之管理下為之，重要的判斷則由矯正設施長官(或其指揮下之職員)。而矯正設施的基本原則，係確保拘禁及維持規律之秩序，不論是疾病治療或矯正教育，均應在不違反上述原則下行之。在此模式下，最主要關心之

---

8 頁、金尚均「ドイツ ～薬物の自己使用は、なぜ処罰されるのか?～」收錄於石塚伸一編『薬物政策への新たな挑戦-日本版ドラッグ・コートを越えて』(日本評論社、2013) 159 頁

<sup>10</sup> 金尚均，前註書，19-20 頁

<sup>11</sup> 小沼杏坪「薬物依存者に対する治療・処遇の体制の現状と課題」警察学論集 57 卷 2 号(2004.2) 129 頁；然亦有單純區分為「犯罪人模式」與「病人模式」者，參藤本哲也『犯罪学刑事政策の新しい動向』(中央大学、2013) 155 頁。

<sup>12</sup> 小沼杏坪「薬物乱用者・依存者に対する治療的対応--特に尿中薬物検査をめぐって」罪と罰 41 卷 3 号(2004.6) 6-19 頁



事項，即為處罰與保安，及透過社會對於行為人的非難，使其不致再犯。

相對於此，醫療模式下，因將毒品依存視為物質依存之疾病，而透過治療之名義進行介入。至於是否達成治療之目的，則由醫療機關進行判斷。判斷之主體為該患者之主治醫生，此模式著重之重點在於，對於患者的治療與保護，而透過周圍的人對患者顯示憐憫之情，達到治療之目的。

福祉模式，雖與醫療模式相同，將毒品依存症視為疾病之一種，然在醫療模式下，係針對疾病之原因、症狀考量，其目的為治癒疾病。相對於此，福祉模式，係將毒品依存症視為環境適應的異常與偏移。不論係以司法或以醫療，均無法強制回復其依存症狀。而應以本人回復之意識為基礎。為此，民間機構應準備相關之治療課程。固然，民間機構之治療方法良莠不齊，但就毒品依存者之處遇而言，民間之處遇機構仍不可或缺。在處遇之時，形成與維持治療共同體即為重要。判斷的主體，應為毒品依存者自身。為此，運作之際，應同時尊重自我決定與自治之原理，並確保回復與支援。此時，周遭的援助者，並非支配的當事人，而係立於旁觀者之角色，從旁進行協助。<sup>13</sup>以下茲就各國所採取之抑制政策與容忍政策，以及相對應之毒品施用者處遇模式介紹如下。

## 二、容忍政策與毒品非刑罰化

### （一）容忍政策之內涵

而如前所述，一般採取容忍政策之國家，對於毒品之刑罰化採取較為寬容之立場，並就毒品施用者之處遇模式，仰賴醫療、福祉體系進行毒品施用者之處遇，而採取較為消極之醫療方式，並實行所謂的「減害政策」(Harm Reduction)，現在，減害政策主要在以荷蘭為首的各國各郡實施，包括瑞士、德國、英國、加拿大、澳洲等國之州郡內實施。

而首先採用此政策者，為荷蘭在 1970 年代後半，對於軟性毒品所採取的寬鬆政策。此項政策將施用海洛因、可卡因等危險毒品的群體，與施用哈希什 (hashish) 大麻等軟性毒品的群體做出劃分。在荷蘭，1970 年代及 80 年代，經歷兩次海洛因的流行期，因此最先著手毒品政策合理化的政策。1972 年開始，荷蘭發生顯著的海洛因流行趨向，因而在 1976 年荷蘭政府即著手修正期鴉片法之相關法律。而將對身體有顯著害處的海洛因、可卡因等毒品，劃歸第一類的毒品，其餘的哈希什、大麻的即劃歸第二類毒品。因此，因為自己使用為目的而持有哈希什及大麻，於 30 公克之限度內，不受法律規制及取締。而上開政策，係以對身體危害的嚴重與否，進行毒品種類的區分，並希望節約對於第二類毒品(即前述哈希什、大麻)處罰所耗費經費(包括檢舉、移送、審判程序、刑罰、有拘禁、矯正等人力、時間、空間的資源)。而節約此類資源之目的，亦係希望將所減少耗費之資源，用作對於第一類高危險毒品的取締、管理。換言之，採取是類

<sup>13</sup> 石塚伸一「藥物対策モデルの再検討」收錄於石塚伸一編『藥物政策への新たなる挑戦-日本版ドラッグ・コートを越えて』(日本評論社、2013) 53 頁

政策其背後之目的，亦係在追求對於取締對象人口規模的縮小、資源運用的效率化。<sup>14</sup>

而減害政策的普及，一般認為係因為 1980 年代的 HIV（即愛滋病毒）的流行所致。而 HIV 病毒的主要感染源，係在於使用針頭施用毒品的使用者（IDU），特別係海洛因的施用者，因共用針頭造成的相互感染。而傳統之毒品政策，並無力改善此一事態，甚至有惡化趨勢<sup>15</sup>，然而，在愛滋病毒出現前所採取的毒品政策，其中毒品使用者的定義係依照藥理學所定義，因此將毒品施用者定位為成癮者，而係對於合理意思決定有障礙之人士。因此，在愛滋病毒出現之際，各國所採取的策略，均係以斷藥為原則的『高強度（high-threshold）治療』。亦即，係在『毒品零容忍』的政策基礎上，希冀海洛因使用者得完全克服藥癮。而且，對毒品施用者施加以刑罰並加以斷藥治療，但此種做法，站在醫療的立場上，對於呈現離脫症狀的自律神經症狀的海洛因使用者，無疑係將其逼入更困難的處境。因此，從治療回復課程逃脫的毒品施用者，更深刻地造成社會問題<sup>16</sup>，且以現今之醫療技術，其治療效果必定有其界限，縱使依據現今之醫療技術，施以最有效之治療，於結果上，接受治療者比之為接受治療者，斷藥率不過提高百分之十幾，而且毒品依存者抑或具有其各自之問題，有長期施用毒品者、有伴隨精神疾病者、亦有複合式毒品施用者，而欠缺社會支持系統者亦所在多有，縱使強加施以治療，所得改善者亦僅為其中一部分。<sup>17</sup>有鑑於此，希望修正傳統的毒品政策的聲浪愈加廣泛。各國為阻止愛滋病毒、甚至是 C 型肝炎的蔓延，開始制定合理化的毒品政策，也因此催生減害政策的出現。而所謂的減害政策，主要係實施非以斷藥為絕對的治療要件及目標的『低強度（low-threshold）治療』方案。<sup>18</sup>而此類政策細部可分為『注射針筒交換』、『毒品替代療法』、『海洛因處方』、『毒品消費設施』各方面加以討論。

### 1、注射針筒交換政策

如前所述，因歐美諸國因愛滋病毒之蔓延，成為扭轉向來以斷藥為原則的毒品政策之契機。因為使用注射器之毒品施用者，多有複數施用者共用針頭之狀況，因此使共用注射器之毒品施用行為，成為愛滋病毒感染之溫床，而為扭轉此一狀況，實踐可能性最高，而且所花費費用最低者，即為實施注射針筒交換政策。而此政策之首要目標，係開拓使用注射器之毒品施用者取得注射器之管道，以防止因血液感染之病毒蔓延。<sup>19</sup>

<sup>14</sup> 本田宏治『ドラッグと刑罰なき統制-不可視化する犯罪の社会学』（生活書院、2011年）71-72頁

<sup>15</sup> 酒井安行「ハームリダクションと『ダメ。ゼッタイ』アプローチ」青山法学論集 56 卷 4 号（2015）12 頁

<sup>16</sup> 本田宏治，前掲註 14 書，72-73 頁

<sup>17</sup> 原田隆之「薬物乱用へのエビデンスに基づいたアプローチ～包括的な薬物対策を目指して～」収録於石塚伸一編『薬物政策への新たな挑戦-日本版ドラッグ・コートを越えて』（日本評論社、2013）265-266 頁

<sup>18</sup> 本田宏治，前掲註 14 書，74 頁

<sup>19</sup> 原田隆之，前掲註 17 文，269 頁

## 2、美沙冬療法

海洛因成癮者，向來被視為斷藥極為困難之毒品施用者。而參與治療課程之海洛因施用者，最初多使用斷藥療法進行治療。然該斷藥療法之問題在於，縱經多年反覆治療，仍無法完全斷絕毒品施用，因此，多數參與斷藥療法之施用者，均不得不放棄此療法。

而放棄斷藥療法者，可資選擇之其餘療法即為藥物替代療法。此種替代療法所使用之替代藥物，可卡因、DHC、LAAM 等數種，但運用最為廣泛者之替代藥物仍為藥物依賴性較低的美沙冬。<sup>20</sup>此類美沙冬替代藥物療法，係於 1970 年代為解決歐洲海洛因成癮之問題，而創設之治療方法，然而，最初使用之替代藥物療法，仍為斷藥療法之分支之一，亦即係採取稱之為 MRT 之美沙冬減縮療法

(methadone reduction treatment)，而以逐漸減少美沙冬之施用量，期待受治療者可斷絕藥癮。例如於德國於漢諾威(Hannover)在 1973 年試行美沙冬療法之試驗，但該療法係主要設定以斷藥為前提之 MRT 的治療方式，而該治療方式因並未對斷絕藥物帶來正面影響，此試驗即於 1975 年宣告失敗而中斷。荷蘭所採取的美沙冬療法，亦係針對 1972 年海洛因之大流行而實施之斷藥療法，亦因毒品施用者高度的離脫率而宣告失敗。此後，隨之 80 年代後半的愛滋病毒的流行蔓延，為確保社會之安全以及毒品施用者良好合理的生活環境，因而導入所謂的美沙冬支持療法(Methadone Maintenance Treatment)。<sup>21</sup>

## 3.海洛因處方

然而，仍然有許多使用美沙冬療法並未成功的海洛因使用者，此外，原本雖然係用以壓制海洛因戒斷症狀的美沙冬，亦可能增強海洛因戒斷之症狀。因此，於英國、瑞士、荷蘭、德國等國，對於治療效果不彰的海洛因施用者，除了採取美沙冬支持療法外，尚搭配採用交付定量的海洛因處方之治療程序。而之所以有此海洛因處方政策之產生，係起源於瑞士其國內毒品政策之改變。瑞士於 1987 年開始，實施毒品使用特區的制度以集中管理，並將蘇黎世的 Platzspitz 公園劃歸為毒品使用之開放區域，然而，於 1992 年開始，因為濫用毒品導致死亡之案例激增至歷年最高之 419 名，且在上開公園內交換使用針筒，亦成為愛滋病傳染的溫床，是以，1992 年開始，瑞士政府即關閉上開公園，而採取於國內八個都市分別設置毒品特區的分散管理制度。自此，提供毒品治療程序之義務即改由各地方政府負擔，然而為防止自美沙冬療法失敗之毒品施用者所產生的毒品相關犯罪，瑞士遂開始尋求嶄新之策略，是以瑞士於 1994 年即開始採取上開所稱之海洛因處方的治療模式。<sup>22</sup>

而荷蘭於 1988 年，針對海洛因施用者所做的統計資料，亦為導入海洛因處方之治療模式的重要契機。依據此調查結果，於荷蘭境內 24000 名之海洛因使用者中，共有 17000 名使用者接受治療，而此 17000 名中，實施斷藥療法者共 4500

<sup>20</sup> 原田隆之，前揭註 17 文，268 頁

<sup>21</sup> 本田宏治，前揭註 14 書，75-77 頁

<sup>22</sup> 本田宏治，前揭註 14 書，77-78 頁

名，採取美沙冬支持療法者約 12500 名。而此 12500 名患者中，雖然約有 4500 名具有回歸社會之能力，但其餘的 8000 名患者，5000 名對回歸社會有困難，其他 3000 名則經評估為具有高度的危險性，而有犯罪之高度傾向。並為對應此類具有高度危險性的毒品使用者，始於 1996 年設置「海洛因中毒治療中央委員會」（GGBH:the central committee for the Treatment of Herion Addicts），並於 1997 年由上開委員會導入上開海洛因處方之治療的方案，並於鹿特丹與阿姆斯特丹開始就上開海洛因處方治療方案之實用性進行臨床試驗。<sup>23</sup>

#### 4.毒品消費設施

進入 90 年代後，各國逐漸興起於荒廢的大都市中心處，設置毒品消費設施(DCR:drug consumption room)的風潮。而此風潮興起的原因，與上述美沙冬療法興起的原因相同，均源於愛滋病之流行。而且，80 年代因海洛因急性中毒導致死亡的事故相繼發生，且公園、車站、集合住宅等公共空間，頻繁出現因毒品產生之犯罪，亦為此政策出現之原因。

所謂的毒品消費設施，係基於一定之管理，允許毒品施用者持有毒品進入該設施施用的設施。如在毒品消費設施中，發生海洛因急性中毒的症狀時，可透過氧氣瓶、或投予 Naloxone 等嗎啡之解毒劑，並配置救護車等設備。而在毒品消費設施內，於醫生的指導下用藥，不但可以降低毒品用量，避免用藥過量中毒致死之發生，此外，亦可透過此設施，與平常難以接觸的毒品施用者，提供醫療協助或諮詢，而期待可幫助其脫離毒品。<sup>24</sup>

雖然反對者認為，設置毒品消費設施，非但會導致周遭居民或民間企業的反對或抗議，且於該區域公然允許施用毒品，亦可能導致社區的治安敗壞等風險。但是，實際上，依據歐盟毒品依存監測中心之調查，設置毒品消費設施，非但可能減低因毒品產生的犯罪，亦有可能改善公共衛生及秩序，而且消費設施內部，因配置有社工師、心理師、護理師、醫師等管理人員，得事前阻止複合性施用毒品或過剩施用的危險性行為，且早期發現並為急救處置，亦具有防止急性中毒的機能。<sup>25</sup>

例如荷蘭之阿姆斯特丹於 1975 年所設置的毒品消費設施，即為各國設置上開毒品消費設施之先驅。而隨之 70 年代低強度治療風潮的興起，因此，在 80 年代前葉，廣泛的設置毒品消費設施。然而，當時的毒品消費設施，並未存在嚴格的管理模式，因此在設施內部毒品違法交易的盛行，並成為危害設施周遭的社會秩序的反對聲浪相繼產生。因此，在 1986 年，荷蘭阿姆斯特丹之法院即對毒品消費設施下達禁制令，是以在阿姆斯特丹之毒品消費設施即宣告消失。而毒品消費設施再度出現的契機，係源於鹿特丹的教會組織與社會勞動者組織所發起的社會運動。該組織於 1987 年開始，即開始要求政府應給予毒品施用者施以援助。是於 1990 年代，才針對從事教會活動之毒品施用者，設置小型的毒品消費設施。

---

<sup>23</sup> 本田宏治，前揭註 14 書，78 頁

<sup>24</sup> 原田隆之，前揭註 17 文，269 頁

<sup>25</sup> 原田隆之，前揭註 17 文，270 頁

其後於其他主要都市，亦逐漸設置上開毒品消費措施。<sup>26</sup>

而瑞士係在 1981 年於蘇黎世開始設置毒品消費設施。於 198 年當時，因為瑞士對於毒品仍採取抑制政策，是以此毒品消費設施並未受官方承認。但隨之愛滋病毒的流行，且瑞士之毒品政策隨之轉換為減害政策，瑞士政府始制定導入毒品消費設施的指導原則。<sup>27</sup>

而德國雖於 1990 年代初期，因為毒品相關犯罪之孳生，而在法蘭克福設置毒品消費設施，但其他的城市，對於設置此類設施仍採取消極之態度。而法蘭克福市因為飽受都市衛生的危害，因此相對於德國政府所採取的抑制政策，改採較為積極的毒品政策。並且，因抑制政策所帶來毒品施用者之增加以及黑市交易的盛行，因此產生反對抑制政策的契機。法蘭克福市，為解決上開抑制政策所帶來的問題，而提出對於毒品施用者提供無條件的治療及援助的方案。因此逐漸毒品消費設施的導入，<sup>28</sup>現今共有 16 州設置有毒品消費設施，德國全國並設有 23 個毒品使用設施，柏林甚至設有毒品使用行動汽車。<sup>29</sup>

## （二）容忍政策與毒品非刑罰化之關聯

### 1. 容忍政策不等於毒品合法化

傳統之抑制政策，係不論其犯行之目的、行為態樣、持有量、使用量，而一律對持有毒品或施用毒品科與刑罰的零寬容政策，其重點固然係基於犯罪預防之觀點，而認為就毒品施用行為可能導致社會秩序之紊亂，基於謀求公共安全之立場，因此積極取締並加以處罰，然係因為傳統抑制政策以監禁、刑罰方式抑制毒品問題，並未能收到有效成效，伴之愛滋病毒蔓延、肝炎流行、中毒死亡人數擴增、與毒品相關聯犯罪增加等等問題的惡化，對於傳統抑制政策之檢討聲浪逐漸興起，是以傳統抑制政策所採取施用毒品行為係犯罪的大前提，逐漸產生質變，而認定毒品施用行為係屬疾病，而應改採「治療」或「援助」之方式應對之思潮漸漸取而代之，是以有所謂容忍政策之發生，但所謂採取容忍政策，並非代表即對毒品採取非刑罰化或放任之態度，是以亦不可逕將採取容忍政策之國家，遽行貼上該國為毒品除罪化、合法化的標籤，且所謂的容忍政策，嚴格言之，並非與所謂抑制政策係正相反對之概念，反應係傳統抑制政策之補充<sup>30</sup>。容忍政策本質上係著眼於毒品依存者無法憑藉自己意志戒除毒品之現實，而傳統的監禁處分，其餘刑事設施內之處遇，畢竟有其界限，縱然在刑事設施內，因客觀上無從取得毒品，而達成短暫的戒除毒癮之狀態，然仍然無法確保於回歸社會後，其毒品依存症狀即行改善，是以容忍政策選擇揚棄傳統隔離之處遇方式，反而盡量給予毒品依存者接觸社會、接受治療之機會。至於容忍政策中，「事實上得否使用毒品」

<sup>26</sup> 本田宏治，前揭註 14 書，80 頁

<sup>27</sup> 本田宏治，前揭註 14 書，81 頁

<sup>28</sup> 同前註

<sup>29</sup> 石塚伸一「欧州藥物調査シリーズ(1)ドイツの藥物事情 2014 年夏」龍谷法学 47 卷 4 号(2015) 861 頁

<sup>30</sup> 金尚均，前揭註 9 書，33 頁

與「提供持續戒癮」應係不同層次的問題，問題應在於如何在得取得毒品之環境中，持續的戒除毒癮，且容忍政策的具體化內涵，應係在刑事政策上區分硬性毒品與軟性毒品，而為不同之刑事對應（如少量毒品的自己施用），並以「以援助代替刑罰」之理念，為其施策之中心。<sup>31</sup>因此，尚難逕以採取容忍政策，即行推論係採取毒品自由化、除罪化。

例如，德國雖亦採取所謂的容忍政策，然其政策方向，一方面係避免毒品施用者產生依存症狀，另一方面則係對毒品依存者施以援助，使其克服依存症狀。此毒品政策之思考方向，係認識到無從完全消滅毒品存在的現實，只能盡可能的減低毒品使用的危害。因此，除了對毒癮者施以適切的援助外，尚須避免毒癮者健康的惡化、社會邊緣化之問題。而且，如以抑制及處罰之措施解決毒品問題，仍有其界限，且毒癮者、毒品依存症狀，均係疾病之一種，縱對其施加刑罰，一樣無法改善其依存症狀。所以，在毒品政策上，即採取美沙冬、可待因等代替藥物療法，用以減少毒品濫用致死、減輕國民健康之惡化、降低違法海洛因之使用。然而，採取此類代替藥物療法之問題，在於須提升治療者之治療能力。有鑒於此，由施洛德領導的民主黨(SPD)與綠黨(Die Grüne Partei)政權，提案於整合衛生管理之基礎上，建設容許使用違法藥物之「保健室」制度，此後，即於 2002 年在各城市，試行由醫生交付海洛因予長期且重度之海洛因毒癮者，以改善毒癮者的健康與精神狀態的實驗計畫。此後，因為鑒於對於重度海洛因依存者，全面性進行斷藥療法，而禁止其施用毒品，反而有可能對其健康產生負面效果的危險，因此有必要確保得交付於海洛因施用者純度固定、定量使用的制度，是於 2009 年 1 月，由 260 名以上之議員於聯邦會議中提出相關法案，使上開對重度海洛因毒癮者交付海洛因之制度得以法制化。然而，由德國之立法政策觀之，均非意味對海洛因合法化、自由化，而僅係希望藉由醫師交付毒品依存者海洛因之方式，漸次的回復毒癮者的健康狀態，除了可以避免毒品施用者瀕死的危機，尚可以安定其精神與身體狀態，以圖可促進其得逐漸戒除毒品。<sup>32</sup>

## 2. 針對少量自己施用毒品行為之刑事應對

如前所述，採取容忍政策，並非必然推導出毒品合法化、自由化之結論，首先，就施用毒品行為而言，固然採取容忍政策之歐洲國家，多數認為施用毒品並非犯罪之行為，然亦非絕對，例如法國雖然採取減害政策，但仍然認定施用毒品屬於犯罪行為<sup>33</sup>，同樣的，對毒品施用行為除罪化的義大利，其除罪化之出發點，亦非單純因為將毒品依存行為視為疾病而不予處罰，其除罪化之契機亦係為減輕檢察官的業務量以及監獄過剩收容的問題<sup>34</sup>，是以，縱基於採取容忍政策，亦非

<sup>31</sup> 金尚均，前揭註 9 文，159-160 頁

<sup>32</sup> 金尚均「ドイツにおける麻薬刑法麻薬政策の新たな潮流」龍谷法学 47 卷 1 号（2014）104 頁

<sup>33</sup> 盧森堡亦認定施用毒品屬於犯罪行為，然其於 2001 年就一般情形(在學校使用或給與未成年使用以外之情況)下施用大麻行為，與以除罪化。瀏覽網址：<http://www.emcdda.europa.eu/countries/luxembourg#laws> 最後流覽日期：2017/10/29

<sup>34</sup> 浜井浩一「イタリア～薬物依存症対策と処遇～」收錄於石塚伸一『薬物政策への新たななる挑戦-日本版ドラッグ・コートを越えて』（日本評論社、2013）168 頁。

必然對施用毒品行為除罪化。

此外，採取容忍政策之國家，雖會因應毒品的種類，對於少量自己施用或持有毒品之行為，採取寬容的立場，然並非絕對的合法化、自由化，例如德國雖然認為毒品施用行為係屬於自傷行為而不予處罰，然對於毒品之持有行為，仍然維持刑罰之規定，只是在容忍政策下，就少量因自己施用毒品為目的的持有行為，為更為彈性之處理，而賦予檢察官得視情形予以不予追訴的權限。

德國就少量持有毒品，採取上述刑事政策之原因，係源於 1994 年 3 月 9 日德國聯邦憲法法院就少量持有大麻行為予以刑事處罰之合憲性所為之判決，該判決雖然仍維持對於持有大麻行為的刑事規制之合憲性，亦認為雖應就施用毒品之前階段行為，採取刑事規制措施，但採取此原則之同時，因為「自己使用之目的」而獲得、持有大麻之行為，因其法益之侵害程度輕微，個人責任亦屬輕微之故，肯認針對自己使用為目的的少量大麻持有者，可免除刑事訴追之可能性。是以，德國實定法上，即依此聯邦憲法法院之判決，具體規定於麻藥劑法第 31 條 a，該條之規定，如符合 1.自己使用。2.以未對他人危害之方法。3.少量<sup>35</sup>等三項，即得構成免除刑事訴追之要件。並於解釋論上，而本規定之規制對象，非但及於大麻等軟性毒品，亦適用於海洛因、可卡因、甚至安非他命等硬性毒品。因此開啟為了自己少量施用毒品，所為前階段行為不予起訴之可能性，簡而言之，德國雖然對於少量持有毒品採取較為寬容的態度，但其立足點亦係基於抑制政策之觀點，並以麻藥劑法 31 條 a 的立法模式，修正抑制政策之射程範圍，並基於容忍政策之觀點，期待以援助代替刑罰，在該行為有非刑罰化之可能的前提基礎下，即使毒品施用者遭發覺或逮捕，仍得以免于刑事訴追之經驗為開端，促使毒品施用者自省其健康狀態、毒品依存症狀之惡化，進而得成為與毒品依存症支持機關接觸之機會。<sup>36</sup>

### 三、抑制政策之新發展—毒品法庭

#### (一) 美國毒品政策之經緯與毒品法庭之出現

##### 1. 美國毒品政策之經緯

美國之毒品之問題，可追溯至 19 世紀後半，南北戰爭發生之時，醫生為了緩解戰爭帶來的傷痛，而對兵士投與鴉片類之毒品，因而導致軍隊內毒品依存之狀況逐漸蔓延，而針對此項毒品問題，從 19 世紀末至 20 世紀初期，因將毒品依存之症狀，視為嗎啡之慢性中毒，並採取醫療之模式作為其社會控制之對應方式<sup>37</sup>，然而最初醫學界均認定毒品依存症係身體因素所導致之疾病，因而在治療方

<sup>35</sup> 就「少量」之定義，係委由德國各邦自行決定，就此要件之解釋，亦為德國各邦見解最為分歧之部分，且分歧之部分並非僅及於毒品之重量，尚兼及毒品種類，亦即軟性毒品與硬性毒品均有相異的考量。

<sup>36</sup> 金尚均，前揭註 9 文，161-162 頁

<sup>37</sup> James L., Jr. Nolan 著、小沼杏平監訳「ドラッグコートーアメリカ司法再編」(丸善プラネット、2006) 24-25 頁。

式上，係採取投以解毒劑等方式，希望得以此戒除毒癮，但經過長年的嘗試，仍未能尋找到足以根除毒癮之藥物療法，是以，醫學界逐漸改變其治療方向，轉而仰賴心理學、精神醫學治療毒品依存症，並認定毒品依存症係屬心理上、精神上之疾病。依心理學上對於依存症狀之解釋，即係將該施用毒品行為視為逸脫常規之行為，是以隨著此項醫學概念之轉變，社會觀念亦隨之變遷，而認為應對該逸脫常軌之行為加以規制<sup>38</sup>，此外，隨著國際對於毒品管制態度改變，以及與毒品相關的國際公約之制定，逐漸改變美國對於毒品之對應策略，而由醫療之對應移行至法律之管制。

首先，因為 1913 年召開的「第二次海牙國際鴉片會議」，針對鴉片以及可卡因的貿易、生產管制措施做成議定書，因此各國逐步就此進行法制化之進程。<sup>39</sup> 簽署第二次海牙國際鴉片會議之最終議定書之各國，所追求的目的係為毒品流通的統一管制之法制化。而簽署上開議定書之美國，即於 1914 年依據上開國際公約，制定「哈里遜法」(Harrison Narcotics Tax Act)。此哈里遜法之主要內容，非但禁止鴉片衍生物及可卡因於醫療目的外之販賣及使用，並針對醫師、藥商、製造業者等，於流通藥物之際，須進行登錄、課稅之規定，並以該稅務管制之機制，達成其管制毒品之目的。此後，約 50 年間該法並經過多次之修正，並成為美國毒品管制及違反行為之主要規定。直至 1960 年代，毒品濫用逐漸成為嚴重的社會問題，是以 1969 年時任美國總統之尼克森，即宣示將與「毒品宣戰」，並於 1970 年代，統合從前的毒品管制相關法律，而制定「1970 年毒品濫用預防及管制綜合法案」(Comprehensive Drug Abuse Prevention and Control Act of 1970)。而該法所規定的「管制物質法」(Controlled Substances Act, CSA)，即成為現今美國針對特定藥物的製造、輸入、持有、販賣等行為，聯邦所揭櫫的法律依據。<sup>40</sup>

然而上開與「與毒品宣戰」之結果，並未消彌毒品之氾濫，時至 1980 年代雷根政權下，甚至進一步宣示將對毒品濫用展開更大規模的宣戰。1982 年 10 月雷根總統於廣播中，向國民演說其「與毒品宣戰」之訴求<sup>41</sup>，並著手相關毒品法律之起草、制定。並於 1984 年、1986 年即分別制定「犯罪取締法」、「毒品濫用對策法」，再於 1988 年進行毒品濫用對策法之修正，其後復於 1990 年進行犯罪取締法之修正工作。<sup>42</sup>

首先，就上開 1984 年之犯罪取締法而言，係增加與毒品相關之重大犯罪的保釋金額，並設立必要之有期徒刑制度，進而強化對於毒品犯罪刑罰之強度。進而，1986 年之毒品濫用對策法，則係針對毒品之取締，從地域階層至國際階層全面性進行「大規模增加聯邦預算支援預防及治療之活動」、「強化違法洗錢行為

<sup>38</sup> 小沼杏平監訳前掲書，27-28 頁

<sup>39</sup> 佐藤哲彦，前掲註 6 書，150 頁

<sup>40</sup> 法務総合研究所「研究部報告 34 薬物乱用の動向と効果的な薬物乱用処遇対策に関する調査研究: オーストリア、カナダ、連合王国、アメリカ合衆国」(2006) 211 頁

<sup>41</sup> 清水新二「アメリカ薬物戦争政策の現状と問題点」犯罪と非行 123 卷 (2000) 54 頁。

<sup>42</sup> 丸山泰弘，前掲註 8 文 136 頁、森村たまき「ドラッグコート前史～アメリカにおける薬物政策の変遷～」収録於石塚伸一『日本版ドラッグ・コート—処罰から治療へ』(日本評論社、2007) 75 頁



之規制」，並「針對大麻的大規模販賣行為，規定應至監獄收容」、「新興脫法毒品之取締」、「創設州及鄉鎮市等自治體，針對違法藥物取締之補助金制度」，並揭櫫「強化國際間毒品取締」之規定。其後，於 1988 年之毒品亂用對策法之修正中，不只強化製造、販賣毒品者等「供給側」之罰則，亦強化使用、並持有毒品者等「需求側」之罰則，同時並將撲滅向海外供給體制，視為重要之課題。

但上開「犯罪取締法」、「毒品濫用對策法」的制定與修正，因為可卡因的濫用情形蔓延，導致毒品犯罪者數量急速增加，反而大大的增加了法院的負擔，且犯罪取締法中所規定的必要有期徒刑制度，亦限制了法官的量刑裁量權，因此，立於最前線的法官們，逐漸意識到上開嚴刑峻罰之結果，不過是使受處罰的毒品犯罪者，不斷進出法院接受處罰，而如同使毒品依存者，進入無限輪迴的「刑罰旋轉門內」。<sup>43</sup>然而，進入 1990 年代後，上述一貫的強化取締政策，開始產生變化。如 1990 年之犯罪取締法修正案中，即開始推動聯邦政府應進行教育場所中毒品問題宣導之政策。此外，1994 年並進行「暴力犯罪防制及執行法」(Violent Crime and Law Enforcement Act of 1994)，即從嶄新之視點針對毒品犯罪之立法。亦即，一方面係就毒品犯罪，強化不法交易者之罰則，而採取嚴格之取締方法，另一方面，並擴充受刑人之處遇治療計畫、毒品法庭制度，並加強毒品使用者之處遇。其中最主要的關鍵即為毒品法庭制度之產生。

## 2. 毒品法庭的產生

### (1) 毒品法庭產生之背景

如前所述，自美國宣示對毒品宣戰後，並就毒品犯罪採取嚴罰化之抑制政策，美國每年均有大量的毒品犯罪者反覆遭移送、接受裁判並至監獄收容。並在警察、法院、監獄等方面耗費大量經費。而在此嚴罰化的毒品政策下，並未達成減少毒品犯罪者數量的結果。當然，亦有因嚴罰化所生之抑制效果，不再使用毒品或不再遭逮捕，而回歸社會生活者。但此等僅著眼於毒品犯罪者再施用防止之觀點，而推進之毒品政策，毋寧會造成毒品犯罪者脫離社會、失去職場與家族生活之聯繫、造成釋放後之狀況較入所前更為惡化，因此反覆再犯之人更為增加。<sup>44</sup>是以，隨著此一現象逐漸惡化，美國司法界對原本所採取之刑罰規制之思想，亦不免發生鬆動，例如美國最高法院於 *Robinson vs California* 判決中，即認為毒品依存行為本身並非犯罪，如以毒品依存症狀為理由加以處罰，係屬殘酷且異常之刑罰，而有違憲之虞，此外，該案之承審法官 William Douglas 亦於理由中將毒品依存症與精神症狀加以比較，認為二者均應同視為病人，而肯認毒品依存症狀為疾病之見解，但 William Douglas 仍認為，縱將毒品依存者視為病人，亦非將其排除於社會控制之框架外，而係應賦予其新的社會控制理念，是因其並不因將毒品依存症狀視為疾病，而認為毒品依存者沒有拘禁之必要，僅係需以治療或是社會安全之理由，始得拘束身體自由。並隨上開見解之轉變，美國之刑事司法程序中，逐漸偏向採取治療之方式為中心的處遇模式。並於上開判決作成之 4 年後(1966 年)，

<sup>43</sup> 森村たまき，前揭註 42 文，76 頁

<sup>44</sup> 丸山泰弘，前揭註 8 文，145 頁

國會隨之通過麻藥依存與社會復歸法（Narcotic Addict and Rehabilitation Act），賦與對於毒品事犯者，法院得以強制入院或接受強制治療之方式，代替刑罰的明文化依據，加州、紐約州、麻斯賽諸州、伊利諾等各州，亦建立對於毒品犯罪者強制入院的民事拘禁程序，而在此治療之處遇模式中，司法之處遇即為治療，亦即將犯罪者視為病人之模式。就此治療模式而言，雖然在刑事司法之範疇內，帶來人道化及科學化的新思維，亦承認醫療的裁量在刑事司法程序中之地位。然在此治療之處遇模式下，因為將『犯罪』視為『疾病』，因此在該『疾病』治癒前均須進行治療，而採取以不定期刑為中心的執行方式。再者，將犯罪視為疾病，即係採取該犯罪並非係因為社會問題導致，反而係為使犯罪者能適應社會，而進行『治療』之思考方式。而此醫療模式於 1950 年代至 1960 年代達到全盛時期。但其後因為自由派人士，以社會復歸為由質疑此模式是否能使犯罪者適應社會，且醫療模式亦有違反平等性與公平性的疑慮，因而導致上開治療模式逐漸趨於式微。

45

而針對毒品依存者之處遇模式，亦逐漸偏向以司法模式進行處遇，其中最要者，即屬 1972 年法執行援助局（The Law Enforcement Assistance Administration: LEAA）所發展出的 TASC（Treatment Alternative to Street Crime）之處遇模式。該 TASC 之處遇模式，係就符合一定要件之毒品犯罪者，得以接受一定期間之治療程序，用以代替審判程序，而完成上述治療程序者，TASC 得將毒品犯罪者移交至法院，法院並得採取不受理、減刑或消除前科等處置方式。<sup>46</sup>而 TASC 上開處遇模式，一方面可達成司法案件分流之目的，而減輕司法之負擔，另一方面，毒品犯罪者完成 TASC 治療程序後，即得不受理或消除前科之處遇模式，更進一步拉近治療程序與刑事司法間之關係，也為日後發展出之毒品法庭制度，跨出最初的一步。

## （2）毒品法庭運動的開始

然而，上開處遇方式之改變，背後亦存在一定之政治因素考量，一方面係為回應保守派人士嚴罰化的要求，另一方面係安撫自由派反對強迫毒品犯罪者適應社會的訴求。因此揚棄傳統治療之處遇，而偏向司法之處遇模式，亦不過是保守派與自由派人士之交集。而在此背景之下，刑罰的目的即由所謂的『社會復歸』轉變為保守派人士所主張的『應報』，『抑制』之重罰化的刑事政策。並呼應自由派人士所主張應廢止以不定期刑方式強加賦予犯罪人適應社會之義務，而達到量刑均一化之目的，因此不論自由派或保守派人士均支持此司法模式。<sup>47</sup>

但上開思維之改變，亦意味著美國仍對毒品犯罪採取嚴罰化之策略，且如前所述，諸如 1984 年、1986 年所分別制定「犯罪取締法」、「毒品濫用對策法」，均一再提高毒品之刑度，並創設必要之有期徒刑制度，而一味之嚴罰化的結果，仍造成監獄內非暴力之犯罪者人滿為患、司法負擔之加重、毒品犯罪之再犯率居高不下，有鑑於此現象，法官等專門家們，因有感於在傳統之刑事司法裁判中反

<sup>45</sup> 丸山泰弘，前揭註 8 文，149 頁；森村たまき，前揭註 42 文，74-75 頁。

<sup>46</sup> 小沼杏平監訳，前揭註 37 書，47-49 頁、

<sup>47</sup> 丸山泰弘，前揭註 8 文，149 頁

覆處理相同之案件，應針對毒品犯罪採取嶄新且有效率之刑事司法制度之聲浪逐漸形成，因而 1989 年在佛羅里達州登場的毒品法庭，即揭開「毒品法庭運動」之序幕<sup>48</sup>。並於兩年後，隨即擴展至全美有五所毒品法庭，並於五年後擴展至十所，其後更於三年後在全美國展開百所新毒品法院。並於 1990 年至 2003 年間已一年新設兩百所毒品法院的速度成長。至 2010 年末，全美共計有 2459 所毒品法院。而此毒品法院之風潮並未止於華盛頓或關島等美國境內，其影響及於澳大利亞，加拿大，英格蘭，威爾斯等外國。

另於 1994 年召開的毒藥品法庭專門會議雖僅有 20 名實務家參加（nation association of drug court professionals:NADCP）。但於兩年後所召開的第二次會議，共有 700 名實務家參加該會議，更於 90 年代末已有超過 3000 名專家參與該會議。因此，NADCP 所制定的毒品戰略中，其主要目的第二項即為以精神保健亂用服務局（The substance abuse and Mental health Service Administration:SAMHSA）提供回復健康之服務，而司法部亦將毒品法庭治療程序作為主要項目而編列預算。這樣激烈之變化，被 NADCP 的參與者稱呼為毒品法庭之「運動」（movement），更有甚者，亦稱之為「革命」。<sup>49</sup>

## （二）毒品法庭之特色

### 1.揚棄對審構造之變種法庭

所謂的毒品法庭，係法官得直接決定對於毒品犯罪者（或因毒品依存症而引起之相關聯犯罪）進行廣幅及綜合之觀察及毒品測試之特別裁判所。並基於毒品依存症為「疾病」之前提，而使毒品犯罪者接受毒品法庭之治療程序，在治療程序修畢前約 1-3 年間，法官等會對毒品犯罪者進行集中的監督。如毒品犯罪者得成功完成治療療程，即可免除牢獄之災。

然因美國幅員廣大，且毒品法庭在各地方設立及營運之故，各毒品法庭的審判狀況均略有差異，但一般而言，係指由法官主導全部之程序，並應定期舉行聽證程序（status hearing），以追蹤被告（或病患）的身心狀況。並賦予被告（或病患）應定期採驗尿液之義務，且需常時向法官報告治療之狀況。換言之，毒品法庭係以對被告之『治療』為最優先目的，而揚棄對審之構造，在法庭上，由檢察官、律師、警察、毒品治療調查官協力的變種法庭。而擁有廣泛裁量權之法官，可透過訴訟之指揮，對被告課予數日之監禁的『棍棒』，或者施予棒球比賽的門票或馬克杯作為獎賞的『胡蘿蔔』。而包含檢察官與警察在內的毒品法庭全體成員，均須充分認識到毒品依存症並非犯罪的一種，而係亟需治療之疾病，在該治療，回復的過程中，再次施用毒品係為必然。而此處所謂的治療，係以自助團體或民間之治療機構為其實際之處遇中心。<sup>50</sup>

<sup>48</sup> 丸山泰弘，前揭註 8 文，146 頁、森村たまき，前揭註 42 文，76 頁

<sup>49</sup> 小沼杏平監訳，前揭註 37 書，61-62 頁

<sup>50</sup> 森村たまき「ドラッグ・コートの司法モデル」收錄於石塚伸一『日本版ドラッグ・コート—処罰から治療へ』（日本評論社、2007）155 頁

## 2. 參與程序與審判模式

就程序面而言，警察針對符合參與毒品法庭要件之嫌疑人，製作移送書（police report），並以書面建請使該嫌疑人參與毒品法庭之程序，函送至地方法院檢察局（District Attorney's office）審查是否符合參與毒品法庭程序之要件。<sup>51</sup>

經審酌符合要件者，即將該案件移送至毒品法庭，且因為參與毒品法庭程序，需於審判程序中持續進行治療，因此在毒品法庭審理程序中，被告須預先拋棄其隱私權、迅速接受審判之權利等憲法上所保障之基本權利，是應由毒品法庭法官向當事人說明應與法院簽屬契約預先拋棄上開訴訟上權利<sup>52</sup>，並確認其參與毒品法庭之意願。同意參與毒品法庭程序之被告將於 48 小時內進行面談，並由毒品法庭之職員向被告說明毒品法庭之程序及內容，並依被告之需要量身訂做適合之審理計畫。<sup>53</sup>

至於毒品法庭之審理程序，亦因各州或各地方毒品法庭之設計有所差異，然大致可分為「起訴前」與「起訴後」兩大模式，起訴前之模式，係在符合一定條件之被告為有罪答辯之前，即轉介至毒品法庭，在此模式下，被告無須進行有罪之答辯，只要完成法院所指定之治療程序，即可免於起訴，反之，如未能完成上開治療程序，則加以起訴，亦即係運用附條件之起訴的刑事政策。而起訴後之模式，係在被告為有罪答辯之前提下，於治療程序中緩予宣告刑之執行的「宣告猶豫型」及有罪判決後宣告緩予執行刑罰之「執行猶豫型」。不論何者，於成功修畢治療之程序後，均可免除刑之宣告或刑之執行，多數的場合亦可抹消前科紀錄。但在此模式下，如被告反覆再行施用或缺席聽證程序，即可撤銷其治療之程序，而基於被告所為之有罪答辯宣告刑罰或執行緩予執行之刑罰。<sup>54</sup>而在毒品法庭實施之初期，毒品法庭雖多採取起訴前之審理模式，然至 2008 年為止，美國僅約百分之 7 的毒品法庭採取起訴前之審理模式，其餘起訴後之審理模式高達百分之 78，其中約百分之 19 採取宣告猶豫型、百分之 59 為執行猶豫型。<sup>55</sup>

<sup>51</sup> 藤本哲也，前揭註 11 書 185 頁。

<sup>52</sup> 以加州阿拉米達郡的毒品法庭所建立之制式契約書，其中除明文規定被告應進行不定期尿液檢查、團體治療（AA 或 NA 等課程）、被告應負擔之費用等細節，尚包括要求被告應拋棄其醫療、治療以及社會福利等相關紀錄的隱私權等契約規定。參森村たまき，前揭註 42 文，84-85 頁。

<sup>53</sup> 藤本哲也，前揭註 11 書，185 頁。

<sup>54</sup> 森村たまき，前揭註 50 文，155 頁、丸山泰弘，前揭註 4 書，97 頁，另有更細分為「有罪答辯前模式」、「有罪答辯後模式」、「判決後模式」、「出所後模式」、「民事模式」等類型者，其中「有罪答辯前模式」即為前述「起訴前模式」，「有罪答辯後模式」即為前述「宣告猶豫型」，「判決後模式」即為「執行猶豫型」，而所謂之「出所後模式」，係指受刑人於出所後，仍須持續受法官之定期監視、集中治療、監督，並實施定期之藥物檢查，「民事模式」則係指以子女扶養權為條件，如未能完成治療課程，將喪失子女扶養權，參尾田真言「ドラッグコート制度」收錄於石塚伸一『日本版ドラッグ・コート—処罰から治療へ』（日本評論社、2007）81 頁，然本文認為所謂「出所後模式」應屬刑後更生保護之範疇、民事模式則係屬毒品法庭賞罰機制之一環，是不採此分類方法。

<sup>55</sup> 森村たまき「米国におけるドラッグ・コートの現在」收錄於石塚伸一編『藥物政策への新たな挑戦-日本版ドラッグ・コートを越えて』（日本評論社、2013）116-117 頁

### 3.毒品法庭的關鍵要素

然如前所述，全美所設之毒品法庭眾多，其間型態均略有差異，然而，全美仍有許多其他名為「毒品法院」的審判模式，以對應毒品相關犯罪行為案件浮濫之狀況，雖然這些名為「毒品法庭」之審判模式，與其他的毒品法庭看起來極為相似，但並未提供適切的治療和司法監督的方向。某些方案側重於加快案件處理，某些方案則試圖於審判程序前，進行治療或酒精和毒品檢測，而迴避司法之監督。有鑒於此，在 1997 年全美毒藥品法庭專家會議（NADCP）中，即積極定義毒品法庭之共通要素，而總結出『毒品法庭的十大關鍵要素』。<sup>56</sup>以下茲就此 10 大關鍵要素，分述如下：

#### I.毒品法庭應將酒精及其餘毒品治療整合入司法事件處理程序。(Drug courts integrate alcohol and other drug treatment services with justice system case processing)

為實現此目的，需由法官、檢察官、辯護人、觀護人等其他矯正人員，以及地域性之民間團體，協力合作。並基於非強制性治療與強制性治療具有同等效果之研究基礎，並體認到自發性接受治療之毒品依存症患者，幾乎微乎其微。因此利用被告遭逮捕後之時機，強迫被告選擇應參加毒品治療之程序或依通常之程序辦理。固然，此選擇如出於自發性、非強制性者，治療成功之機率較為提高，因此法官不應對其選擇施加壓力，至少應使其認為其自身有權進行選擇。<sup>57</sup>

#### II.毒品法庭採取非對審主義。檢察官及辯護人同時需保障參加者正當法律之程序，並需推進公共安全。(Using a nonadversarial approach, prosecution and defense counsel promote public safety while protecting participants' due process rights.)

毒品法庭之參加者（法官、檢察官、辯護人等）對此治療之程序並不容易熟悉。主要是因為法院體系本係建構於對審主義之基礎之上，因而產生權利保障及正當法律程序之觀念。而在對審主義下，訴訟當事人應居於極端、對立之立場，而由法官位於中立之立場判斷。並透過此程序進行，逐漸趨向於真理。然而，此對審主義下之訴訟模式，僅注重實體事項，而易導致反治療之傾向，因此於毒品法庭並無法採取上訴對審主義之構造。

而在此非對審主義之訴訟構造下，檢察官與辯護人之功能均會發生變化。傳統的辯護人，係對國家訴追採取敵對之態度，以守護委託人憲法上之權利與自由為其主要任務。是以辯護之機能，應認為保護當事人而對抗公權力與國家訴追並對侵害當事人利益之行為，建立倫理及法律之屏障。是以美國律師公會對於辯護人之司法機能，認為係「辯護人在司法活動或身為法庭之一員時，所應負擔的基本職責，係作為被告之諮詢者，以勇氣與奉獻之精神進行辯護，以達成有效且優

<sup>56</sup> NADCP, "Defining Drug Court: The Key Components" 瀏覽網址 <http://www.nadcp.org/sites/default/files/nadcp/KeyComponents.pdf> <最後瀏覽日期:2017/10/29>

<sup>57</sup> Hora, P.F. 著，森村たまき譯「ドラッグコートの 10 の構成要素」收錄於石塚伸一『日本版ドラッグ・コート—処罰から治療へ』（日本評論社、2007）90 頁，然對毒品法庭採取此類「間接強制」之處愈模式之批判，可參丸山泰弘，前揭註 4 書，145 頁以下

質之代理」。簡言之，傳統辯護的機能，理想上係努力為被告達成「實現正義」之理想。然而，毒品法庭中，辯護人之機能與前述迥然不同。基本上，辯護人應考量更深層，即如何促使解決被告毒品依賴的問題。是以辯護人於法庭活動中之主要任務，係對被告說明其可能暫時或永久放棄之權利，並促使被告對於法官與治療人員誠實以對，並向被告說明斷絕毒品係為其生活之長期利益著想，而促使被告越過辯護人，直接與法官溝通。

而在此非對審構造下，檢察官之任務亦產生根本性之變更，傳統的檢察官，係代表國家(州)之利益，保護受到創傷之被害人，而對犯罪人進行妥適之訴追。是以檢察官係居於社會守護者之角色，免於社會之共同體遭受犯罪行為之衝擊。然在毒品法庭下，應追求更重要的治療性司法之理想，而將傳統之任務暫時拋諸腦後。亦即，檢察官與毒品法庭的其他成員一樣，係給予被告治療、提供司法服務之重要一環。

而在此非對審主義下，檢察官基於維護公共安全之立場，應負責判斷轉介至毒品法庭之資格，而扮演類似「看門人」之角色。辯護人則應歸納毒品法庭參加者，因申請證據排除而獲得無罪判決之可能性或獲取戒癮治療以外刑罰之空間，盡可能對被告提出建議。以此兼顧公共之安全及被告正常法律程序之保護。

### **Ⅲ.迅速審核參加者之資格，並適切選擇應進行之毒品法庭程序。(Eligible participants are identified early and promptly placed in the drug court program.)**

因為被告遭逮捕之時，係介入毒品施用者生活之時機，而且迅速有效的行動，亦可增強公眾對於司法系統的信心，因此，迅速的對應即成為毒品法庭之基本要素。幾乎所有的毒品法院，均要求應迅速參加戒癮治療之程序，並為使參加者不致猶豫而確實遵守要求，僅設置短暫之調查期間。<sup>58</sup>

即使如此，採取迅速的對應，固然就毒品法庭的成功，扮演關鍵要素，但此關鍵要素的操作，仍有應注意之處。在毒品法庭實施初期，僅單純以案件分流為目的所設置的毒品法庭（即為起訴前模式的毒品法庭），採取迅速的司法規定，固然不會產生問題，但如為起訴後模式的毒品法庭，如果參加者未能完成治療程序時，應賦予參與者在回到監獄前，得充分與律師討論所有可行方案的時間，因此，在要求司法得以迅速對應的同時，適用上亦應具備一定的彈性。換言之，如果使被告先做有罪答辯，係為達成治療的手段的話，在被告因治療失敗而須接受刑罰時，亦應係基於治療之目的為之。<sup>59</sup>

### **Ⅳ.毒品法庭提供一連串戒酒及毒品治療療程及復歸社會之服務。(Drug courts provide access to a continuum of alcohol, drug, and other related treatment and rehabilitation services)**

有鑑於酗酒或毒品使用之問題，受到種種複雜的社會、文化經驗之影響，毒品法庭會基於對被告個別之評價，提供一連串的照護。由法官、法律專家及其他成員組成之治療團隊，會以定期的溝通之方式，並考量被告社會文化之處境，使

<sup>58</sup> NADCP ,supra note 56,p13.

<sup>59</sup> 森村たまき譯，前揭註 57 文，92-93 頁

被告得確實遵守治療程序。而其所提供之治療程序，相當廣泛，包含有精神醫學之評價、傳染病之檢測與衛教、清潔住居環境之仲介、就業輔導、教育評價、家庭暴力、兒童虐待等家庭問題之諮詢服務。<sup>60</sup>

#### **V.以頻繁的酒精及毒品檢測監督參加者之戒酒戒毒。(Abstinence is monitored by frequent alcohol and other drug testing.)**

雖然毒品法庭使用頻繁的尿液檢查，監測參加者之酒精與毒品使用狀況，但其目的，並非基於發現其再次施用，而係檢測治療之效果，得以適切調整治療計畫。而尿液檢查亦有促進參加者與法官及其他治療人員間之誠實、互信溝通之效果。而此尿液檢查，應把握之重點有二，第一，幾乎所有的毒品法庭均會令被告簽署毒品使用之免責條款，並向被告言明不會在聽證程序中揭露尿液之檢測結果，第二，如被告於尿液檢查前，未向治療團隊自白再次施用毒品，經檢測陽性後，多數法官會科予重刑。且被告如提出汙染、掉包、稀釋之尿液，多數法院會對此類欺騙性之行為嚴加處罰。

#### **VI.以彈性之戰略促進參加者之服從。(A coordinated strategy governs drug court responses to participants' compliance.)**

毒品法庭之治療程序，其內容雖多以匿名戒酒會(AA)或匿名戒毒會(NA)中名為「12 階段療法」<sup>61</sup>的治療程序為之，但因個人因素或其他因素無法參加上述療程者亦所在多有，當發現有上述情形，即應促使其參加其他的自助團體進行治療，並依其毒品依存症之程度及施用毒品種類，評估其個人適合之程度，提供不同的治療療程。如此依照參加者之需要，建立多樣且彈性之治療機構，在毒品法庭制度中扮演重要之意義。此外，其治療基本上係使用認知行動療法，以試誤法(try and fault)使被告認知毒品依存係為其自身之問題。因此，即便毒品檢查結果發現再度或多次施用之情形，亦不應以此為理由將被告送入監獄收容，反而係透過反覆的錯誤嘗試，於發現再施用之情況下，以認知行動療法為對應，慢慢地透過賞罰機制予以矯正。<sup>62</sup>

而就其賞罰之機制而言，其中激勵之機制包括設置多樣性回復課程，如修畢初階課程則可進入下一階段，就修畢全部課程者，並會舉辦畢業典禮、發與畢業證明書，以此激勵參與者，並提高其成就感，而此畢業證明書，亦對就業困難者產生推薦函之作用。反之，如經多次檢驗仍檢驗出毒品之陽性反應，抑或不定期參加指定之課程，則會逐漸科予延長課程期間、增加出庭次數甚至進入設施監禁等義務。如依次科予短暫入監拘禁、社會服務勞動等義務，仍未產生效果時，才會考慮返回傳統之刑事程序，使其進入監獄拘禁。<sup>63</sup>

<sup>60</sup> 森村たまき譯，前揭註 57 文，93 頁

<sup>61</sup> 所謂的 12 階段療法，係相信這世上有比自己更為強大的力量，可以將自己導回正途，並下定決心將自己的意志與生命，交由自己所認知的上帝（或強大的力量），並委由上帝對自身因藥物依存所導致之疾病自我檢討，並將使生活回歸正軌的任務交由上帝處理，其後進一步內化、自省自身社會關係的破綻，並試圖補償，最後，透過此內化、習慣化的過程，將因毒品依存而反常地自身，與社會接軌。本田宏治，前揭註 14 書，48 頁

<sup>62</sup> 森村たまき譯，前揭註 57 文，94 頁

<sup>63</sup> 丸山泰弘，前揭註 4 書，103 頁

**VII.司法與參加者各自間持續之交互作用極其重要。(Ongoing judicial interaction with each drug court participant is essential)**

毒品法庭的特徵之一，即係以法官作為毒品法庭中的領導者，將治療程序和刑事司法系統聯繫起來，並在整個毒品濫用者的治療過程中，保持積極的監督關係，增加了參與者持續接受治療的可能性，並提高清醒和守法行為的機會。在此毒品法庭之構造下，要求法官超越傳統上獨立和客觀的仲裁者角色，並學習新的專業知識。且在此構造下，允許早期和頻繁的司法干預。毒品法庭法官必須準備鼓勵適當的行為，勸阻和懲罰不適當的行為。<sup>64</sup>

**VIII.以監督及評鑑測定治療程序之成果與效果。(Monitoring and evaluation measure the achievement of program goals and gauge effectiveness.)**

毒品法院有效運作的基礎是協調管理，監督和評估制度。有效的毒品法庭程序的設計和運作，均源於一開始全方面的規劃，並明確設定目標，以及靈活的進行修改。

應該具體地和可衡量地描述該計劃的目標，以向供資機構和政策制定者提供問責制。而且，由於毒品法院將越來越多地被要求表現出切實的成果和成本效益，因此，毒品法院的設計必須能夠收集和管理日常活動監測信息，評估所提供的服務質量和生產縱向評估。

管理和監測系統向毒品法院的管理人員提供有關計劃運作的及時和準確的信息，使他們能夠隨時保持計劃，確定發展中的問題，並作出適當的程序性變更。明確定義的毒品法庭目標塑造了管理信息系統，確定了監測問題，並提出了尋找信息以回答這些問題的方法。

**IX.繼續跨學科之教育以推進毒品法庭之計畫，營運及實現。(Continuing interdisciplinary education promotes effective drug court planning, implementation, and operations)**

不論是毒品法庭的領導者(法官)抑或間接參與毒品法庭程序的人員，均應認識到定期的教育與培訓，有助於實現毒品法院所欲達成的目標，而且教育培訓也有助於保持高水平的專業素養，因此所有的毒品法庭工作人員都應該參與教育和培訓。此外，跨學科的教育，不但使司法人員思考治療的問題，並使治療人員意識刑事司法的問題，均有助於治療和司法系統間價值觀、目標、程序之相互交流。法官和法庭相關人員，首先需要了解毒品依存症的問題與性質，以及具體治療方法的理論和實踐。治療人員則需要熟悉刑事司法制度和法庭活動。並且所有人都需要了解並遵守毒品檢測標準和程序。<sup>65</sup>

**X.強化毒品法庭，政府公部門，社區團體之合作關係，可促進地方支援系統，並增進毒品法庭治療程序之有效性。(Forging partnerships among drug courts, public agencies, and community-based organizations generates local support and enhances drug court program effectiveness)**

---

<sup>64</sup> NADCP ,supra note 56,p27.

<sup>65</sup> NADCP ,supra note 56,p35.



由於毒品法庭在刑事司法系統中的獨特性，毒品法庭特別適合與社區機構、刑事司法機構和毒品依存支援團體合作。並以此合作模式擴大毒品法庭可提供參與的服務的連續性，並向社區宣傳毒品法庭的理念。

毒品法庭與公共、民間和社區組織之間係合作關係，對毒品依存症之罪犯，以協調和合作的方式。毒品法庭通過承諾分享方案合作夥伴的責任和參與，促進了系統的參與。作為社區夥伴關係形成和運作的一部分，並且作為領導者，毒品法院可以幫助恢復公眾對刑事司法系統的信念。

### （三）毒品法庭對其他國家之影響

美國建立毒品法庭制度後，此項以治療為目的的司法制度，逐漸影響其他英語系國家，如加拿大、澳洲、英國均隨之設立毒品法庭或與毒品法庭相類似的制度，其中距離美國最近的加拿大，於 1990 年以降，逐漸因過剩收容的問題，而思考將犯罪者監禁於刑事設施的經濟效益。特別是毒品犯罪者，往往僅能反覆使其往返於法院與醫院之間，因此，加拿大開始尋找更有效益的刑事司法制度，是以加拿大除了在 1996 年通過刑法一部修正案，導入種種替代拘禁刑的法律制度<sup>66</sup>，且於美國設立毒品法庭的 10 年後，導入毒品法庭制度，並在 1998 年 2 月 1 日於多倫多設立首間毒品法庭，其後至 2008 年為止，已分別於溫哥華、加爾加里、芮吉娜（Regina）、溫尼伯（Winnipeg）、多倫多、渥太華、達拉姆等地，共設立 7 處毒品法庭。<sup>67</sup>

而加拿大所建立的毒品法庭制度，係基於監禁並無從切斷毒品的犯罪循環的認識下，除希望以毒品法庭作為替代監禁手段之外（特別側重於原住民和街頭性工作者），並期待增進刑事司法、衛生和社會服務從業人員以及廣大公眾，關於毒品法庭的知識和意識，以及收集關於毒品法庭有效性的資訊和數據，以促進最佳做法和持續改進方法。<sup>68</sup>

加拿大的毒品法庭，由經過專業訓練的法官、檢察官、依存症之諮詢師、觀護人、管理人員所組成的團隊，經過 30 天的治療評估後，經檢察官審查符合資格者，即得參與毒品法庭之程序。被告參與程序之前，需先為認罪之答辯後，在法院之監督下定期出庭接受訊問，並應接受 12-18 個月的治療程序（其中 3 個月完全禁止施用其他非法藥物）、不定期的毒品檢查、集體或個別的諮詢，並有提供居住處所（經常被告為遊民）及職業與生活訓練。<sup>69</sup>加拿大的毒品法庭實施成效非常良好，得以有效減少參與者犯罪的傾向。以多倫多的毒品法庭為例，修畢治療課程的 80 名被告僅 3 名再犯。即使未能成功修畢治療課程的被告，亦能有

<sup>66</sup> 法務綜合研究所「研究部報告 34 アジア地域における薬物乱用の動向と効果的な薬物乱用処遇対策に関する調査研究」（法務綜合研究所、2005）122 頁。

<sup>67</sup> マリカ・オーマツ著，指宿信=吉井匡譯，「トロントにおける問題解決裁判所の概要『治療的司法』概念に基づく取り組み」立命館法学 314 号（2007.4）202 頁

<sup>68</sup> 加拿大司法部網站 <http://www.justice.gc.ca/eng/fund-fina/gov-gouv/dtc-ttt.html><最後流覽日期:2017/10/29>

<sup>69</sup> 指宿信=吉井匡譯，前揭註 67 文，202 頁、加拿大司法部網站 <http://www.justice.gc.ca/eng/fund-fina/gov-gouv/dtc-ttt.html>

效減低其犯罪傾向。<sup>70</sup>

此外，除了加拿大外，同屬英語系的澳洲，亦引進毒品法庭制度，並於 1998 年在新南威爾斯州設立首間毒品法庭，其後復於昆士蘭州，南澳大利亞州，維多利亞州和西澳大利亞州設立毒品法庭，儘管各地之毒品法庭，在司法程序、要件及法規依據上均有不同，但其設置之主要目的無非是將非法毒品使用者從監禁中轉移到治療方案中。<sup>71</sup> 其中，以昆士蘭州於 2000 年所設立的賓利(Beenleigh)區毒品法庭為例，即係依據「2000 年毒品濫用更生（法院分流）法」(Drug Rehabilitation[court diversion]Act 2000 )及「2000 年毒品濫用更生規則」所設立。<sup>72</sup> 治安法官依據上開法律，對因毒品濫用導致其犯罪的 18 歲以上成年人，且如經宣告有罪將施以拘禁（性犯罪或暴力犯罪者除外）之被告，得參考判決前調查官之調查報告（包含被告家庭狀況、就業狀況、年齡、毒品濫用情形）、衛生署人員所製作之報告書（精神狀況、身體狀況、治療程序之意願）進行判斷，宣告為期 18 個月以下集中的毒品更生命令（intensive drug treatment order），接受此命令者，應接受治療、定期採尿及法院之監督，治療過程中，可能獲得獎賞或懲罰，而其治療之流程主要分為三階段，第一階段為斷藥期（drug free），期間約為 4 至 6 個月，此階段應每周到庭並接受尿液篩檢，第二階段為安定期（stable），約為期 4 至 6 個月，此階段應每 2 周到庭並接受尿液篩檢，最終階段為再統合期（re-integration），期間約為 4 至 6 個月，此時僅需每月 1 次到庭並接受尿液篩檢即可。如依各階段之成績優良與否，可決定是否進入下一階段，反之治療成績不優良者，將影響進階，如成績持續低迷者，將被判定治療失敗，並應科以所犯該罪原本應科處之刑罰。<sup>73</sup>

至於除了澳洲、加拿大等英語系國家，受毒品法庭之風潮影響，而引進與美國相類似之制度外，英國雖並未設置毒品法庭，然亦有設置類同毒品法庭之「毒品治療及檢查命令」(Drug Treatment and Testing Order:DTTO) 制度，英國法官得依據「1998 年犯罪及秩序違反法」(Crime and Disorder Act1998) 第 61 條、第 64 條，對 16 歲以上具有毒品濫用傾向並有接受毒品處遇必要之人，依據保護調查官所進行之判決前調查結果，核發為期 6 個月以上 3 年以下之 DTTO 命令，並附加相關處遇條件（進入居住型設施或通所）、檢查條件（檢查頻率）及出席聽證程序義務（最低每月應出庭 1 次。）。在 DTTO 之期間內，保護調查官應監督被告遵守處遇條件及檢查條件，並於聽證程序時，將處遇經過及檢查結果詳實報告法院，法院依據上開結果，認被告成績良好而收治療效果者，得調整為較寬鬆之處遇、檢查條件，反之，如成績不佳時，得制定更為嚴格之條件，甚或直接判處

<sup>70</sup> 指宿信=吉井匡譯，前揭註 67 文，203 頁

<sup>71</sup> 參 [http://www.aic.gov.au/criminal\\_justice\\_system/courts/specialist/drugcourts.html](http://www.aic.gov.au/criminal_justice_system/courts/specialist/drugcourts.html)，〈最後瀏覽日期:2017/10/29〉

<sup>72</sup> 昆士蘭州共依據上開法律，設立 5 個毒品法庭，昆士蘭州州長並於 2005 年 8 月宣布毒品法院制度將永久運行。參 [http://www.aic.gov.au/criminal\\_justice\\_system/courts/specialist/drugcourts.html](http://www.aic.gov.au/criminal_justice_system/courts/specialist/drugcourts.html)，〈最後瀏覽日期:2017/10/29〉

<sup>73</sup> 法務綜合研究所，前揭註 66 書，78 頁。

被告原本犯罪所應接受之刑罰。<sup>74</sup>

## 第三章、日本毒品之法律規制與反毒政策

### 一、日本毒品規制的現況

在日本規制毒品犯罪的法律原則上大分為「麻藥及影響精神藥物取締法」、「鴉片法」、「大麻取締法」、「覺醒劑取締法」四種，而總稱為「藥物四法」。除此之外，日本針對雖然不屬於麻藥等藥物，但因亂用強力膠等有機溶劑的行為，亦認為屬毒品亂用之行為，因此，亦有「毒物及聚物取締法」用以規制上開亂用有機溶劑的行為。並上開法律針對各類毒品的輸出輸入、製造、轉讓、讓受與持有，因毒品種類不同而有不同規制，嗣至 1988 年因日本簽署聯合國之「防止麻藥及影響精神藥物之不正交易之國際聯合條約」，並於批准後，於日本國內通過「國際協力下為圖防止與管制藥物不正交易相關之麻藥與影響精神藥物特別條例」（下稱麻藥特別條例）。而前述之藥物四法，主要針對管制藥物的製造、流通及濫用所為的規制，但麻藥特別條例係根據現實上，國際化的管制藥物交易所得犯罪收益，可能用以再投資同種不正交易，而導致濫用的情形愈加擴大，因而以剝奪上開不正犯罪收益為目的的法律。因此，上開麻藥特別條例除創設營利不法輸入等罪，並創設針對毒品犯罪之隱匿、收受罪，且規定上開犯罪收益的沒收、保全程序。<sup>75</sup>以下茲就前開藥物四法與麻藥特別條例之規制模式分述如下。

#### （一）覺醒劑取締法

##### 1. 覺醒劑之定義

覺醒劑，係泛指具有覺醒作用、中樞神經興奮作用之藥物，然日本覺醒劑取締法所規制之覺醒劑，係指①安非他命、甲基安非他命及其類緣物。②經行政命令指定與①類藥物具有相同興奮作用之物。③任何含有①②類物質之物。<sup>76</sup>

而在日本不正流通之覺醒劑，與我國相同，多屬微帶苦味，呈白色或無色，為結晶體或粉末狀之甲基安非他命。

又覺醒劑取締法所稱之覺醒劑，並不限於純粹之覺醒劑，縱與其他物質混合之物，亦為本法之規制範圍。亦即，就查扣物內經檢驗含有安非他命、甲基安非他命及其類緣物即為已足。

##### 2. 規制行為與處罰

###### （1）持有、轉讓、收受行為

覺醒劑取締法第 14 條規定，除為覺醒劑製造業者等一定資格者所持外，任

<sup>74</sup> 法務総合研究所，前掲註 66 書，169 頁。

<sup>75</sup> 安富潔『特別刑法入門』（慶応義塾大学、2015）24 頁

<sup>76</sup> 覚せい剤取締法第 2 条。

何人均不得持有覺醒劑。此項規定之立法目的，係為防止覺醒劑濫用所造成之保健衛生之危害，而為擔保此規定之時效性，於同法第 41 條之 2 第 1 項規定無故持有、轉讓或收受覺醒劑者，處 10 年以下有期徒刑。同條第 2 項復規定，因營利之目的而犯前項之罪者，處 1 年以上有期徒刑，或依情狀併科 500 萬元以下之罰金。

至於就持有之行為，係指將覺醒劑置於自己實力支配下之行為，直接持有或間接持有、單獨持有或共同持有均非所問。且因為自己使用為目的而為之持有行為，亦應處罰，而使用行為與持有行為均構成犯罪時，如兩者間具有通常手段之結果關係，則應論以牽連犯，反之，則應數罪併罰。

## (2) 使用行為

覺醒劑取締法中所規制之使用行為，係泛指依覺醒劑之用法而加以使用之一切行為(亦包括施用)，是以覺醒劑取締法第 19 條規定，除因①覺醒劑製造業者為製造而使用、②覺醒劑施用機關內，從事診療之醫師、或覺醒劑研究者之使用、③覺醒劑研究者為研究而使用、④覺醒劑施用機關內，從事診療之醫生或覺醒劑研究者，為施用為目的而交付施用者、⑤其他依法令之行為等法定除外事由外，任何人均不得使用覺醒劑。而違反上開規定，依同法第 41 條之 3，應處 10 年以下有期徒刑。

就覺醒劑(安非他命)之施用而言，日本與我國均有罰則，然與我國不同之處在於，覺醒劑取締法 41 條之 3 第 3 項，就使用未遂之行為亦有處罰之規定，是以就注射覺醒劑之水溶液而使用的場合，單純準備覺醒劑之行為，故難認係為使用行為之著手，但於覺醒劑溶於水，以針筒注射之時，應認係屬使用行為之著手，亦即在注射針筒內之覺醒劑注入體內後，係為使用行為之既遂，而單純將注射針筒插入身體，尚未注射之際，容亦成立使用覺醒劑未遂罪。<sup>77</sup>

## (3) 輸出、輸入、製造行為

覺醒劑取締法第 13 條規定，任何人均不得輸入或輸出覺醒劑，同法第 15 條亦規定，除因一定目的以外，任何人均不得製造覺醒劑。並依同法第 41 條第 1 項規定，無故自外國輸入日本、自日本輸出外國或製造覺醒劑者，處 1 年以上有期徒刑。且於營利為目的時，依同條第 2 項規定，應處無期徒刑或 3 年以上有期徒刑，或併科 1000 萬元以上罰金。

## (二) 大麻取締法

### 1. 大麻之定義

大麻取締法所規制之大麻，係指大麻草及其製品，但大麻草之成熟樹莖及其製品(樹脂除外)及大麻草及其種子，並不在規制範圍內<sup>78</sup>。而此處所指之大麻草，係指學名為 *Cannabis sativa* Linne 麻科植物之葉。並因施用大麻可能產生結膜充血、嘔吐、口渴、鼻腔黏膜乾燥、呼吸數減少、血壓變化、觸聽味嗅覺亢進，

<sup>77</sup> 安富潔，前揭註 75 書，25 頁。

<sup>78</sup> 大麻取締法第 2 條。

並使精神產生興奮狀態，而因感情不穩定而有暴力傾向，並可能陷於妄想、幻覺、恐怖之狀態，大量施用並可能因意識障礙而產生精神疾病。因此，大麻取締法就此類植物列為管制藥物。

## **2. 規制行為及處罰**

### **(1) 栽培、輸入、輸出行為**

除經主管機關許可種植之大麻管理者外，依大麻取締法第 24 條第 1 項規定，任何人無故栽培大麻者，均應處 7 年以下有期徒刑。輸入或輸出大麻者，亦應處 7 年以下有期徒刑。以營利為目的為上開栽培、輸入、輸出行為者，應處 10 年以下有期徒刑或併科 300 萬元以下罰金。

而就上開法條所稱之栽培，係指自播種置收穫為止之養殖行為，而栽培之目的，均無所問，不限於意圖製造毒品始得處罰。但因大麻取締法所規定之大麻，並未包括大麻種子，因此如僅播種而尚未發芽階段，尚無法認為係屬栽培既遂之行為<sup>79</sup>。

### **(2) 持有、轉讓、受讓行為**

依大麻取締法第 24 條之 2 第 1 項規定，無故持有、轉讓、受讓大麻者，應處 5 年以下有期徒刑。依營利為目的為之者，依同條第 2 項應處 7 年以下有期徒刑或併科 200 萬元以下罰金。

而前揭持有，係為輸入、輸出及讓受行為的補充規定，於其他實質犯證明有困難時，而以持有行為加以處罰。例如於參加大麻轟趴時，參加者之間均事先有購入大麻的謀議，依其謀議，故應成立共同大麻讓受罪之共同正犯，而未能證明其共同謀議，於共同施用大麻之犯意下，參與前開大麻轟趴，亦應論以大麻的共同持有罪。<sup>80</sup>

### **(3) 使用行為**

本法於 24 條之 3 第 1 項的 1 款，就大麻之使用行為固設有處罰之規定，然該款所稱之使用行為，並不包含吸食大麻之行為<sup>81</sup>，且本法雖於 24 條之 3 就大麻所製作之醫藥品的施用行為加以處罰，然並未直接規定對於大麻之吸食行為有直接的處罰規定，又因吸食的同時往往伴有大麻之持有，因此可依持有大麻之行為加以處罰。

## **(三) 麻藥及影響精神藥物取締法**

### **1. 麻藥與影響精神藥物之定義**

麻藥與影響精神藥物取締法之前身為昭和 5 年，用以規制麻藥之流通、交易所制定之麻藥，其後復因國際麻藥之交易以及大規模走私之事件增加，為增強取締之效果，復余昭和 28 年制定麻藥取締法，嗣於昭和 46 年聯合國通過影響精神藥物公約，並在昭和 51 年生效，日本因批准上開公約，並未整備內國法，因而

<sup>79</sup> 安富潔，前揭註 75 書，43 頁。

<sup>80</sup> 平野龍一=佐々木史朗=藤永幸治『註解特別刑法 5(1)』（青林書院、1992）125 頁；古田佑紀=齊藤勲『大コンメンタル藥物五法』（青林書院、1996）87 頁。

<sup>81</sup> 古田佑紀=齊藤勲，前揭註 80 書，93 頁

增加對於影響精神藥物之規制，並將上開麻藥取締法修正為現今之麻藥及影響精神藥物取締法。

而就本法所規定麻藥與影響精神藥物定義，係依據該法附表一、三所列舉之各項物質<sup>82</sup>以及平成 2 年所頒布之麻藥、麻藥原料植物、精神藥物及麻藥精神藥物指定命令所規制之物質所定義。

## 2.規制行為及罰則

### (1) 輸入輸出

本法第 12 條第 1 項規定任何人不得輸入、輸出、製造、製劑、分裝、轉讓、讓受、交付、施用、持有或廢棄任何含有海洛因（二乙醯嗎啡）之麻藥，但設置麻藥研究設施者，經厚生省許可下，讓渡、讓受、製造、製劑、分裝、施用或持有者，不在此限。然於本法中，針對海洛因、海洛因外之麻藥及其他影響精神藥物，均設定有不同罰則。

而就前開輸入輸出製造海洛因之行為，於本法第 64 條之 1 條規定，無故將海洛因等自國外輸入本國，或自國內輸出外國者，處 1 年以上有期徒刑。因營利為目的犯之者，處無期徒刑、3 年以上有期徒刑或併科 1000 萬元以下罰金。而依同法第 65 條之 1 單純輸入輸出製造海洛因外其他麻藥者，則處 1 年以上 10 年以下有期徒刑。因營利為目的犯之者，處 1 年以上有期徒刑或併科 500 萬元以下罰金。另依同法第 66 條之 3，單純輸入輸出製造海洛因外其他麻藥者，則處 5 年以下有期徒刑。因營利為目的犯之者，處無 7 年以下有期徒刑或併科 200 萬元以下罰金。

### (2) 使用及持有行為

同樣本法針對海洛因、海洛因以外其他麻藥以及影響精神藥物之使用及持有行為，亦設定有不同罰則，依本法第 64 條之 2、64 條之 3 規定，持有、施用海洛因者，得處 10 年以下有期徒刑，如以營利目的犯之者，得處 1 年以上有期徒刑或併科 500 萬元以下罰金；而依同法第 66 條、66 條之 2 規定，持有、施用海洛因以外麻藥者，得處 7 年以下有期徒刑，如以營利目的犯之者，得處 1 年以上 10 年以上有期徒刑或併科 300 萬元以下罰金；至於就影響精神藥物部分，僅針對基於轉讓之目的持有影響精神藥物者，得依該法第 66 條之 4 處 3 年以下有期徒刑，如以營利目的犯之者，則得處 5 年以下有期徒刑或併科 100 萬元以下罰金。

## (四) 鴉片法

### 1. 鴉片的定義

鴉片法的規制對象，係以罌粟、罌粟殼以及鴉片為規制對象，所謂的罌粟，係指罌粟科的 *papaver somniferum* L、*papaver setigerum* DC 等兩種植物以及厚生省指定之植物<sup>83</sup>亦即本法規制之鴉片，係指作為鴉片原料之植物。而所謂的罌粟

<sup>82</sup> 以海洛因、可卡因、LSD、MDMA 均為該附表內主要代表性之藥物

<sup>83</sup> あへん法 3 条 1 号

殼，係指除種子外，罌粟內可取出麻藥的部分<sup>84</sup>。至於種子因為含有麻藥的成分極低，因此並非本法規制之對象。<sup>85</sup>至於此處所規制的鴉片，係指作為合法醫藥用途以外的罌粟之抽取液，凝固後所產生之物質（或稱生鴉片或鴉片土），以及加工後之產物。（同法 3 條 2 号）此外，就鴉片的鴉片煙、鴉片吸食器具、鴉片吸食之處所，則為刑法為規制的對象。

而本法所規制的鴉片，雖然亦屬於麻藥之一種，因麻藥及影響精神藥物取締法之關係，難免容易混淆，然一般認為麻藥及影響精神藥物取締法所規制的麻藥，主要係用作醫療用途的麻藥，而鴉片法所規制的對象，係指作為鴉片原料的鴉片或罌粟，此外，為規制供國內生產使用的違法栽培罌粟之行為，亦有必要在麻藥及影響精神藥物取締法外另設獨立之鴉片法。<sup>86</sup>

## 2. 規制行為及罰則

### （1）栽培採取輸入輸出

依據本法第四條規定「如非罌粟栽培業者，不得栽種罌粟」、同法第 5 條規定「如非罌粟耕作者或甲種研究栽培研究者，均不得採取鴉片」、同法第 6 條規定「任何人均不得輸入或輸出鴉片，但受國家委託者，不在此限（一項）任何人未經厚生大臣允許，不得輸入或輸出罌粟」，而違反上開規定者，依同法第 51 條規定，無故栽種、採取、輸入、輸出罌粟者得處一年以上 10 年以下有期徒刑，如以營利為目的犯之，得處一年以上有期徒刑或併科五百萬元以下罰金。且前開栽種、採取的未遂行為（同法 51 條 3 項）及預備行為（同法 53 條），均設有罰則。此外，提供栽培、採取所需資金、土地、建物、船艦、飛機、車輛、設備、機械、器具或原料等，亦得處 5 年以下有期徒刑。（同法 54 之 2）

### （2）鴉片、罌粟的轉讓收受持有

依據本法第 7 條規定「任何人不得轉讓鴉片予國家以外之人、亦不得自國家以外之人受讓鴉片（一項）如非罌粟栽培者、麻藥製造業者或麻藥研究機構，不得轉讓或受讓罌粟花（二項）」而違反上開規定，同法第 52 條，無故轉讓、受讓或持有鴉片者，得處七年以下有期徒刑，如以營利為目的犯之，得處一年以上十年以下有期徒刑或併科 300 萬元以下罰金。且前開轉讓受讓持有之未遂行為，亦設有處罰規定（同法 52 條 3 項）至於持有之未遂，應指轉讓鴉片之對象，開始移轉鴉片之行為，即為持有之著手，例如受讓或受寄為目的，向對方要求或對方開始移轉鴉片所有權之行為者，即構成持有行為的著手。<sup>87</sup>

### （3）施用行為

依同法第 9 條規定「任何人不得吸食鴉片或罌粟花」並依同法第 52 條之 2 規定，違反上開規定者，得處七年以下有期徒刑。而此處之法條用語為吸食而非使用，因此應僅限於自身施用鴉片，而不包含其他使用行為（例如注射、塗抹或

<sup>84</sup> あへん法 3 條 3 号

<sup>85</sup> 平野龍一=佐々木史朗=藤永幸治『註解特別刑法 5(2)』（青林書院、1992）2 頁。作為合法醫藥用途的鴉片，稱之為鴉片末，而屬麻藥及影響精神取締法上所稱的麻藥。

<sup>86</sup> 平野龍一=佐々木史朗=藤永幸治，前掲註 85 書，3 頁

<sup>87</sup> 平野龍一=佐々木史朗=藤永幸治，前掲註 85 書，50 頁

其他非用於人體之方式)。<sup>88</sup>

### (五) 麻藥特別條例

有鑑於國際毒品泛濫情形日益嚴重，且毒品不僅直接侵害人體健康，更連帶影響一國的政治、社會及經濟環境。又重大之毒品犯罪常具跨國性、隱密性與組織性，非經由國際合作及運用特別之偵查方法實不足以達到有效打擊與防制之目的。因此，「聯合國毒品和犯罪問題辦事處」(United Nations Office on Drugs and Crime；UNODC)於西元1988年訂頒「聯合國禁止非法販運麻醉藥品暨精神藥物公約」(United Nations Convention Against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances of 1988)，而日本身為該條例之締約國，即於平成3年(1991年)制定此特別條例，而此特別條例係透過國際協力之方式，剝奪毒品犯罪之犯罪收益之方式，用以防止毒品交易之成長，並確保得達成國際反毒之效果。因此於上開藥物四法外，另行制定此特別條例。而本特別條例所定義之管制藥物之範圍，包含上揭藥物四法所管制之麻藥、覺醒劑、大麻、精神藥物等。除了針對常業走私毒品、輸入管制藥品另設處罰規定外，並強化犯罪收益之沒收、追徵、追繳之規定，針對犯罪收益之隱匿、收受不法收益等行為，制定刑罰之規制。

藥物四法之主要法定刑之比較一覽表

	輸入輸出製造	所持製造讓受	施用使用	栽培
海洛因	(單純)64 I 1年以上有期徒刑 (營利)64 II 無期徒刑或三年以上有期徒刑， 或併科1000萬元以下罰金	(單純)64-2 I 10年以下有期徒刑 (營利)64-2 II 1年以上有期徒刑或併科500萬元以下罰金	(單純)64-3 I 10年以下有期徒刑 (營利)64-3 II 1年以上有期徒刑或併科500萬元以下罰金	
其餘的麻藥	(單純)65 I 1年以上10年以下有期徒刑 (營利)65 II 1年以上有期徒刑或併科500萬元以下罰金	(單純)66 I 7年以下有期徒刑 (營利)66 II 1年以上10年以下有期徒刑或併科300萬元以下罰金	(單純)66-2 I 7年以下有期徒刑 (營利)66-2 II 1年以上10年以下有期徒刑或併科300萬元以下罰金	【麻藥原料植物之栽培】 (單純)65 I ② 1年以上10年以下有期徒刑 (營利)65 II 1年以上有期徒刑或併科500萬元以下罰金

<sup>88</sup> 平野龍一=佐々木史朗=藤永幸治，前掲註85書，54頁



影響精神藥物	(單純)66-3 I 5 年以下有期徒刑 (營利)65 II 7 年以下有期徒刑或併科 200 萬元以下罰金	「限於讓渡或以讓渡為目的之持有」 (單純)66-4 I 3 年以下有期徒刑 (營利)66-4 II 5 年以下有期徒刑或併科 100 萬元以下罰金		
大麻	(單純)24 I 7 年以下有期徒刑 (營利)24 II 10 年以下有期徒刑或併科 300 萬元以下罰金	(單純)24-2 I 5 年以下有期徒刑 (營利)24-2 II 7 年以下有期徒刑或併科 200 萬元以下罰金		(單純)24 I 7 年以下有期徒刑 (營利)24 II 10 年以下有期徒刑或併科 300 萬元以下罰金
鴉片	(單純)51 I ②③ 1 年以上 10 年以下有期徒刑 (營利)51 II 1 年以上有期徒刑或併科 500 萬元以下罰金	(單純)52-1 7 年以下有期徒刑 (營利)24-2 II 7 年以下有期徒刑或併科 200 萬元以下罰金	52-2 7 年以下有期徒刑	(單純)51 I ① 1 年以上 10 年以下有期徒刑 (營利)51 II 1 年以上有期徒刑或併科 500 萬元以下罰金
覺醒劑	(單純)41 I 1 年以上有期徒刑 (營利)41 II 無期徒刑或 3 年以上有期徒刑，或併科 1000 萬元以下罰金	(單純)42-2 I 10 年以下有期徒刑 (營利)41-2 II 1 年以下有期徒刑或併科 500 萬元以下罰金	(單純)42-3 I ① 10 年以下有期徒刑 (營利)41-3 II 1 年以下有期徒刑或併科 500 萬元以下罰金	
覺醒劑原料	(單純)41-3 I ③④ 10 年以下有期徒刑 (營利)41-3 II	(單純)41-4 I ③④ 7 年以下有期徒刑 (營利)41-4 II 10 年以下有期徒刑或併科 300 萬元以下	(單純)41-4 I ⑤ 7 年以下有期徒刑 (營利)41-4 II	

	1 年以上有期徒刑或併科 500 萬元以下罰金	罰金	10 年以下有期徒刑或併科 300 萬元以下罰金	
--	-------------------------	----	--------------------------	--

## 二、日本毒品戰略與毒品濫用者之處遇對策

### (一) 日本毒品濫用五年戰略

日本政府鑒於濫用毒品不僅是個人犯罪問題，而會造成整個家族產生問題，故於平成 9 年(1997 年)1 月 17 日，本於內閣會議決議，對於毒品濫用之對策，為確保關係行政機關相互間緊密之連繫，並採取積極且全面的施策，而於內閣中設立毒品濫用對策推進本部。

日後，日本為達成「世界第一安全的國家—日本」之目標，並確保各關連行政機關之緊密聯繫，制定有效且適切的綜合對策，而成立犯罪對策閣僚會議<sup>89</sup>，並於平成 15 年(2003 年)9 月 5 日舉辦第一次集會。該會議下設有槍砲對策推進會議(銃器対策推進會議)、毒品濫用對策推進會議、人口販賣對策推進會議(人身取引対策推進會議)與再犯防止對策推進會議。上述之推進本部於平成 20 年(2008 年)12 月與毒品濫用對策推進會議統合。

關於戰略計畫部分，於平成 10 年(1998 年)5 月起，制定第一次毒品濫用防止五年戰略，並於其內規定每五年定期檢討成效。此後，於平成 15 年(2003 年)7 月、平成 20 年(2008 年)8 月、平成 25 年(2013 年)8 月分別制定毒品濫用防止新五年戰略、第三次毒品濫用防止五年戰略與第四次毒品濫用防止五年戰略<sup>90</sup>。

各次戰略計畫之內容均有些許不同，重視之基本施策亦略有差異，但可歸類於以下五項目標：「青少年毒品濫用對策」、「對於毒品依存、濫用者之治療與社會復歸之支援」、「對上游毒品組織與下游毒品使用者之取締」、「防止國際毒品輸入國內之對策」與「國際販毒對策之國際協力義務」，並以五大目標為骨幹，以下列施策方向充實其內容：

#### 目標 1：青少年毒品濫用對策

- 1、強化充實學校內之毒品濫用防止教育的內容及指導方法
- 2、推進有職、無職之少年的啟發
- 3、形成家庭及地域內毒品根絕意識
- 4、強化啟蒙活動

<sup>89</sup> 日本犯罪對策閣僚會議網站資料，瀏覽網址：<http://www.kantei.go.jp/jp/singi/hanzai/pdf/1704safe/honbun.pdf>。<最後流覽日期:2017/10/29>

<sup>90</sup> 其中於平成 22 年(2010 年)7 月、平成 24 年(2012 年)8 月、平成 26 年(2014 年)7 月分別定有「毒品濫用防止戰略加速化計畫」、「號稱合法草藥等而販賣之毒品之濫用防止對策」、「為根絕新興毒品濫用之緊急對策」等。

- 5、充實相關機關的諮詢體制
- 6、強化新興毒品、複合式毒品濫用之啟蒙
- 目標 2：對於毒品依存、濫用者之治療與社會復歸之支援
  - 1、充實國內毒品依存、中毒者的醫療體制
  - 2、充實強化毒品濫用者社會復歸之支援
  - 3、充實毒品濫用者家族的諮詢體制
  - 4、充實並強化青少年再濫用防止對策
  - 5、推進毒品濫用、毒品依存症治療方法之相關研究
- 目標 3：對上游毒品組織與下游毒品使用者之取締
  - 1、推進組織犯罪對策
  - 2、推進犯罪收益對策
  - 3、強化對私下買賣之對應
  - 4、貫徹下游濫用者之取締
  - 5、貫徹正規流通的監督
  - 6、強化關係機關間之合作
  - 7、強化新型毒品、複合式毒品之監督指導
- 目標 4：防止國際毒品輸入國內之對策
  - 1、強化關於走私資訊之收集
  - 2、充實強化走私取締之體制
- 目標 5：國際販毒對策之國際協力義務
  - 1、充實強化海陸空等多樣化走私之對應
  - 2、積極參與國際會議等國際組織
  - 3、推進對日本毒品輸出國之合作、協力

## (二) 毒品濫用者處遇之施策方向

於第四次毒品濫用防止五年戰略中所欲達成的第二個目標是：「對於毒品依存、濫用者之治療與社會復歸之支援及對於其家族支援之充實強化而徹底達成防止再濫用」。早期發現、早期介入一直是毒品濫用防止的重心，並需配合依照毒品濫用者的個別狀態而給予適當的處置。於此，預防止毒品濫用者的再度濫用，對於毒品依存的治療與社會復歸的支援均有必要。<sup>91</sup>

對於毒品依存的治療，目前日本雖尚未確立固定的治療方式，而是於各種開發研究進行中，將現今可利用的對應方法與社會資源加以做最大化的利用。基於目前日本現有資源與社會體制，該次計畫設有以下具體方針與對策：

### 1. 充實對於毒品依存與毒品中毒者之醫療體制

毒品依存與毒品中毒者之醫療體制，屬厚生勞動省管轄。首先需製作治療回

<sup>91</sup> 法務省「第四次藥物乱用防止五ヵ年戰略」10-14 頁，瀏覽網址：[http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-11120000-Iyakushokuhinkyoku/4\\_5strategy.pdf](http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-11120000-Iyakushokuhinkyoku/4_5strategy.pdf)。<最後流覽日期:2017/10/29>

復處遇計畫，目前日本以「SMARPP<sup>92</sup> (Serigaya Methamphetamine Relapse Prevention Program)」等認知行動療法為處遇計畫中心，於2015年3月9日時點，全國共有約80個醫療機關、保健所與民間非醫療機關實施<sup>93</sup>。厚生勞動省除將該計畫向全國各地醫療機關等推廣外，亦持續開發新的對於毒品依存症患者的治療與回復計畫。此外，厚生勞動省為醫療主管機關，期亦需整備與其他民間團體等機關的提攜體制，藉由不中斷且持續的醫療等的支援，期待有更佳的效果。

## 2.對於毒品濫用者社會復歸網絡、與防止再度濫用毒品強化之專門指導計畫之建立

為使自矯正機關起的治療計畫不中斷且維持一致性，各關係機關(醫療機關、執法機關、行政機關等)與民間團體(自助團體, Self Help Group)等有必要構築緊密的提攜網絡。自矯正機關起，除需充實並強化矯正機關內職員對於處遇方法的技能而實施講習與指導外，亦需持續研發新的指導技術與處遇計畫(厚生勞動省)，調查毒品依存者之問題點，並基於此調整其出獄後住所、門診之醫療院所與可利用之福祉支援團體(法務省)；於毒品濫用之人出監後的更生保護階段，除強化充實更生保護設施的支援外，亦制定更生保護階段專門的處遇計畫；被視為日本更生保護的重要執行者「保護司」的人員數目與素質的確保亦為重點項目(法務省)；為促進毒品濫用犯罪人出監後的就業，需與公共職業安定所等關係機關、協力雇用主等相互提攜(法務省、厚生勞動省)等。

於平成27年度(2015年)，法務省與厚生勞動省共同策定之「對於毒品依存症之出監者相關之社區合作基準(藥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)<sup>94</sup>」中，定立了都道府縣之行政機關、醫療機關及民間支援團體緊密合作之基本事項，並於平成28年(2016年)4月起基於該基準而實際運用。依該基準，所謂受支援之對象者，為「毒品依存者中附保護觀察(保護管束<sup>95</sup>)之執行猶豫(緩刑)者或假釋者」。各關係機關則有各自主要負責的部分。如：保護觀察所以毒品依存者的社會復歸之生活環境調整(基於專門處遇計畫、毒品檢測等方式把握當事人之生活狀況，並基於此給予生活上指導)為主；各都道府縣則以整合其所屬之精神保健福祉中心、保健所等依存症治療據點機關，並針對毒品依存者之狀態而決定或轉介適當醫療機關；精神保健福祉中心則位於保護觀察所與民間支援團體間，促成其合作聯繫外，另有於社區中為教育宣導，使社區民眾能夠理解對於毒品依存症者支援的重要性；矯正設施則是以實施處遇計畫，並將社會中現有之資源情報提供予毒品依存者，同時為其社會復歸而將該依存者之必要情報提供予地方更生保護委員會、保護觀察所等必要機關(同時需

<sup>92</sup> 該計畫經過多次改良，現為一周一次，為期24周的計畫。

<sup>93</sup> 厚生勞動省統計資料，瀏覽網址：[http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12200000-Shakaie ngokyokushougaihokenfukushibu/smarpp\\_2.pdf](http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12200000-Shakaie ngokyokushougaihokenfukushibu/smarpp_2.pdf)。<最後流覽日期:2017/10/29>

<sup>94</sup> 法務省「藥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」，瀏覽網址：<http://www.moj.go.jp/content/001164749.pdf>。<最後流覽日期:2017/10/29>

<sup>95</sup> 日本之「保護觀察」類同於我國之保護管束制度，然為明確區分日本之保護觀察制度，與我國之保護管束制度，本文仍維持保護觀察之用語。

兼顧個人資料保護，避免目的外使用)。

### 3.對於毒品濫用者家族的諮詢體制與窗口之充實

考量到毒品濫用者相關問題最早多由身旁親友先察覺，且毒品濫用之問題不僅本人而是連家族均會被捲入整個毒品問題中，並消耗家族間的情感，因此基於早期發現與早期處遇等理念，為得以援助毒品濫用者之家族，必須建立並充實對於毒品濫用者家族的諮詢體制與窗口。

而就充實毒品濫用者家族諮詢體制，並強化聯繫窗口之施策，日本法務省所揭櫫之具體方針為：充實並宣傳諮詢體制與窗口（法務省、厚生勞動省）、提供民間協助毒品濫用者之支援團體的資訊（警察廳、法務省）、對於依即決裁判程序而預計會獲得執行猶豫判決者或對於其家庭提供載有諮詢窗口等資訊的手冊（警察廳）、依照與毒品依存症家族間的諮詢內容，為給予適當的醫療或提攜，需整備各公機關與民間機關間的網絡體制（厚生勞動省）等。

而再上述施策方針下，日本實際操作之具體例子則為：埼玉保護觀察所於平成22年度（2010年）至23年度（2011年）間，為支援毒品濫用者之家庭而設立傳達正確知識（如：何為毒品依存、良好家族的構成方式、鄰近的相談場所之告知等）之「引受人家族會（引受人家族の会）」<sup>96</sup>。其中將埼玉的社會資源如：埼玉縣立精神醫療中心、埼玉DARC加以整合，並與參加的家族一同進行對話<sup>96</sup>。而這樣「引受人家族會（引受人家族の会）」而實施的講習會與座談會等在全國各地保護觀察所內，於平成27年度（2015年）全國49個保護觀察所內共計實施210次，3,360人參加<sup>97</sup>。

## （三）毒品處遇政策之新發展——一部緩刑制度

### 1.一部緩刑制度之立法目的

討論本制度法案基礎以及製作要綱者，為日本「被收容人員適正化方案部會」（下稱適正化部會），該部會檢討並接受諮詢之議題為①監獄的過剩收容及②收容人的再犯防止以及促進回歸社會政策之檢討。<sup>98</sup>而該部會在此背景之下，有鑑於施用毒品及輕微竊盜、公共危險（酒醉駕車）等犯罪之收容人，原本被宣告的自由刑的期間較短，因此不少犯罪者縱獲得假釋，假釋期間釋放也不過幾個月左右，而且，相對於有家庭支援系統、有工作能力等可期待其自力更生能力的受刑人，得較早獲得假釋機會，無自力更生能力而對回歸社會有困難者，反而往往無假釋機會，此種假釋之兩難，造成受刑人出所後無法受到完整的社會內處遇。<sup>99</sup>因此，於2006年至2009年間，上開適正化部會共召開26次會議，就處遇方式及相關之外國法制，作了大幅度之討論，而在會議期間，當初所著重之超額收容

<sup>96</sup> 橫地環「更生保護における薬物グループワークの変遷」更生保護研究創刊号（2012.12）167頁

<sup>97</sup> 平成28年版犯罪白書第2編/第5章/第2節/2

<sup>98</sup> 森本正彦「刑の一部執行猶予制度・社会貢献活動の導入に向けて」立法と調査318号（2011.7）62頁

<sup>99</sup> 丸山泰弘，前掲註4書164頁、前掲森本正彦，前掲註98文，63頁。

問題已漸漸緩和，收容率亦逐漸下降，會議之目的也轉向以防止再犯及促進回歸社會為目的，最終作為提案提出者，為「一部緩刑制度」，及導入「作為保護觀察遵守事項之社會貢獻活動」二制度，並於 2011 年向國會提出「刑法一部分改正案」及「對施用毒品者之刑之一部暫緩執行法律案」。而就其所提出之法案，得就其立法精神分述如下：

### （1）符合行為責任及特別預防之量刑選擇

關於一部緩刑制度，係以達成再犯防止、社會復歸的「刑事制裁多樣化」及「刑的個別化」為其導入之目的。並為達成上揭目的，而設置「矯正機構內處遇後，得確保相應的社會內處遇，而使矯正機構內之處遇與社會內處遇得有效連結的制度」而成為「符合行為責任及特別預防的量刑選擇」。<sup>100</sup>

在一部緩刑法制化前，得否就單一拘役或有期徒刑之一部，宣告緩刑，因法未有明文，一般係採取否定立場。<sup>101</sup>然於 2016 年 6 月起，於量刑的選擇上，增加了一部緩刑之選項。<sup>102</sup>所謂一部緩刑，係僅就判決宣告之刑期之一部緩予執行，待實刑部分執行完畢後，而一部緩刑期間期滿未經撤銷，即相當於減輕實刑部分之刑期之處分。由此可知，一部緩刑的實刑部分，係為滿足應報及一般預防之要求，而付保護觀察之緩刑部分，則係立於再犯防止，亦即社會防衛之觀點，希望得除去社會危險性之制度。足見一部緩刑制度，係兼具行為責任與特別預防之考量，所創設之制度。

且於日本量刑實務上，對施用毒品、輕微竊盜等犯情輕微、普遍發生，且犯罪型態固定之犯罪，於初次起訴時，會宣告緩刑，而於第二次犯罪時才判處實刑的「階段型量刑」之慣例。而在全部實刑與全部緩刑間，增加一部緩刑的量刑選項，因此，現今日本刑法即由原先之「全部緩刑→全部實刑」之二階段量刑，改變為「全部緩刑→一部緩刑→全部實刑」的階段性量刑模式。<sup>103</sup>

### （2）確保機構內處遇後，得有相應之社會內處遇期間之制度

自統計資料觀之，日本受刑人之執行率普遍偏高，於 2015 年之統計資料，假釋受刑人在監執行率（假釋出獄者在監執行時間占其應執行刑期比率）達 90% 以上者，佔 33.2%，在監執行率 80% 以上未滿 90% 者，佔 47.2%，在監執行率 70% 以上未滿 80% 者，佔 18.5%，而未滿 70% 者，僅佔 1.1%<sup>104</sup>，因此造成假釋附保護管束之時間過短，而無從確保受刑人出所後有足夠的社會內處遇之時間。

<sup>100</sup> 森久智江「刑の一部執行猶予制度に関する一考察」立命館法学 345・346 号（2012）852 頁 848

<sup>101</sup> 大塚仁＝河上和雄＝中山善房＝古田佑紀『大コンメンタール刑法（第一冊）』（青林書院、2015）683 頁

<sup>102</sup> 日本刑法 27 条の 2 以下

<sup>103</sup> 小池信太郎「刑の一部執行猶予と量刑判断に関する覚書：施行を一年後に控えて」慶応法学 33 卷（2015.10）276 頁

<sup>104</sup> 法務省法務総和研究所編『平成 27 年版犯罪白書』（日経印刷、2016）73 頁

而導入一部緩刑，可宣告一定的緩刑期間，尚可附加保護管束處分，可確保機構內處遇後，得有相應的社會處遇之時間。其效果與考試期間主義<sup>105</sup>下之假釋相同。

### (3) 促進機構內處遇與社會內處遇有效連結之制度

如前所述，一部緩刑之制度，係著眼於防止犯罪者再犯，並促進其回歸社會之制度。因此，一部緩刑制度導入最重要的即為希冀透過機構內處遇與社會內處遇的有效連結，而犯罪人更生改善及再犯防止得更為充實。<sup>106</sup>亦即，一部緩刑制度，係認受刑人依但進入矯正機構收容，即得與外界不良環境隔離，而遮斷其惡習，並透過矯正處遇強化受刑人自律自立的心理抑制力，於必要時附加相應的保護管束處分，而使機構內處遇與社會內處遇得有效連結。特別針對毒品施用者而言，日本安非他命施用犯罪者，假釋者 5 年內再入所率約為 40%強，滿期釋放者則將近 60%。由此可知，針對安非他命等毒品依存症患者而言，縱使進行多長的矯正處遇，如於釋放後，未有足夠的期間進行保護管束，馬上會被毒品所誘惑。因此可見，在矯正機構中適切地進行矯正處遇後，於釋放後，進行較長時間的處遇是必要的。<sup>107</sup>

## 2. 一部緩刑之要件

### (1) 對象者

日本刑法第 27 條之 2 規定，「下列之人受 3 年以下有期徒刑或拘役之宣告時，經考慮犯情的輕重以及犯人的境遇或其他情狀，為防止其再犯而有必要者，並認為適當之時」得就刑之一部緩予執行。而該條文所指「下列之人」者，係指同條一款至第 3 款所定「一、未曾受有期徒刑以上刑之宣告者。二、前受有期徒刑以上刑之宣告，然全部刑期經宣告緩刑者。三、前受有期徒刑以上刑之宣告，執行完畢或赦免後，五年以內未曾受有期徒刑以上刑之宣告者。」之人。亦即，得為一部緩刑之對象者，非以前科之有無為斷，而以至今未曾進入矯正機構矯正，或雖經矯正機關矯正，然出所後五年內未受自由刑之宣告者為限。

自對象者之要件觀之，「未曾受有期徒刑以上刑之宣告者」與「前受有期徒刑以上刑之宣告，執行完畢或赦免後，五年以內未曾受有期徒刑以上刑之宣告者。」，與全部緩刑之前科要件相同，但與全部緩刑要件相異之處，係前曾經宣告有期徒刑而經全部緩予執行之時，仍可再對其為一部緩刑之宣告。<sup>108</sup>又對全部

<sup>105</sup> 日本與我國雖同樣就假釋採取殘刑期間主義，亦即於假釋後，僅得於法官所宣告的有期徒刑期間內，為保護觀察之處分，然於一部緩刑制度之下，因法官所宣告緩刑期間，一般而言會超過其所宣告之有期徒刑或拘役之期間，則此種於所宣告之刑度後，尚得進行保護觀察等社會內處遇者，即與考試期間主義之假釋，或有異曲同工之妙。

<sup>106</sup> 太田達也『刑の一部執行猶予—犯罪者の改善更生と再犯防止』（慶應義塾大学出版会、2014）7 頁

<sup>107</sup> 太田達也，前揭註 106 書，10 頁

<sup>108</sup> 日本刑法於緩刑期間內或緩刑期滿後再犯罪時，仍允許再度宣告全部緩刑，依日本刑法第 25 條第 2 項規定：「前經宣告有期徒刑以上之刑，並就其刑全部緩予執行者，受一年以下有期徒刑或拘役之宣告，而依情狀應特別審酌時，與前項(刑之全部執行猶豫)同。但，依次條第一項之規定附帶保護觀察，而於該期間內再犯罪者，不在此限」已明文允許法官再度宣告緩刑之可能，惟僅限宣告一年以下有期徒刑之罪，其要件相對嚴格。

緩刑期內再犯之人科以一部緩刑時，因構成全部緩刑的必要撤銷事由<sup>109</sup>，撤銷後應執行之刑，與一部緩刑之實刑部分一併執行。

此外，因為刑之一部緩刑係具有實刑之刑罰，就對象者的要件而言，以之前未經判處有期徒刑以上之刑者為限，想當然爾，如同全部緩刑一般的「再度一部緩刑」不可能存在。

### (2) 情狀、再犯防止的必要性與相當性

因為刑的一部緩予執行，係以接續刑事設施的矯正處遇後，於一部緩刑期間內，緩刑遭撤銷的可能性為威嚇手段，或附加保護管束等處遇措施，而達成防止再犯的目的，自須考慮犯情的輕重以及犯人的境遇或其他情狀，並符合「為防止其再犯而有必要者，並認為適當之時」之「必要性」與「相當性」之要件。要言之，可否宣告一部緩刑之判斷，係以①罪刑相符之觀點觀之，此宣告為「相當」，且②自特別預防之觀點，再犯防止為「必要」且「相當」為宣告一部緩刑之必要要件。<sup>110</sup>而所謂罪刑相符的判斷基準係指犯罪之動機、目的、手段、被害人的人數及被害程度、共犯之犯情、犯罪行為人之家庭關係、職業、品行、前科、犯罪所生之危險或損害及損害回復狀況等一般情狀<sup>111</sup>。而防止再犯之「必要性」，則係自特別預防之觀點，檢視促使機構內處遇與社會內處遇連結而達成再犯防止之目的的一部緩刑，是否有其必要。而所謂之防止再犯之「相當性」，則係指有無發揮其社會內處遇實效之可能而言，例如受刑人釋放後與其居住地之社會支持系統薄弱、即便調整居住地後，仍有高度可能對受刑人產生排斥或非難，則社會內處遇反可能對受刑人回歸社會產生負面影響時，抑或係犯罪組織（暴力團）等反社會組織成員、受刑人並無更生之意願或服從保護管束指導監督之意思時，均無期待其得發揮社會內處遇之實效性。<sup>112</sup>

### (3) 緩刑期間與保護管束之關係

日本刑法的一部緩刑，得依法官之裁量附加保護管束<sup>113</sup>。而之所以一部緩刑係裁量性附加保護管束的理由，依據立法說明所示，係因考量到執行一部實刑後的機構內處遇後，於剩餘刑期所定期間內，置於緩刑狀態即為已足，而無強制附加保護管束之積極處遇之必要者，亦大有人在。<sup>114</sup>此外，如果認為附加在社會內進行保護管束亦屬刑罰之一種，則不僅從前的拘禁刑為刑罰，社會內的處遇，亦應考慮刑責與其處遇間之均衡。如果從刑事責任的程度言之，相較於單純一部緩刑（即不附保護管束之一部緩刑），附加保護管束之單純一部緩刑，應屬較重之刑，則自刑的個別化之觀點，法官自得依行為責任，選擇是否附加保護管束。又

<sup>109</sup> 日本刑法第 26 條 1 款：「受緩刑之宣告，而有下列情形之一者，撤銷其宣告……：緩刑期內再犯罪而受有期徒刑以上之刑之宣告，其刑未經宣告全部緩刑時。」

<sup>110</sup> 大塚仁等，前揭註 101 書，685 頁

<sup>111</sup> 此所謂一般情狀，即相當於我國刑法第 57 條之量刑基準，惟因日本刑法並無如同我國刑法第 57 條量刑基準之規定，因此所謂的量刑標準，係由判例、學說整理歸納而成。

<sup>112</sup> 小池信太郎，前揭註 103 文，272 頁

<sup>113</sup> 刑法第 27 條之 3 第 1 項：「前條第 1 項（一部緩刑）の場合，得於緩刑期間內附加保護觀察」

<sup>114</sup> 太田達也，前揭註 106 書，41 頁、高橋有紀「刑の一部の執行猶予判断における刑事責任の位置づけに関する考察」一橋法学 14 卷 1 号（2015）233 頁



於宣告單純一部緩刑時，即便未附加保護管束，單純一部緩刑之受刑人如獲假釋，亦可認為從假釋期間所付保護管束期間，到一部緩刑的單純緩刑期間，係階段性減少公權力介入程度的階段性處遇。

但是，反對意見認為，單純一部緩刑的構想，與一部緩刑係通過確保有充足的社會內處遇期間，而達成防止再犯的立法意旨相悖。依前所述，為了判斷一部緩刑中是否有附加保護管束的必要性，重要的要素應為「將受刑人置於緩刑之狀態，其自身有無改善更生的期待可能」。但對於置於緩刑之狀態，其自身即有改善更生的期待可能之人，對其科以全部緩刑或短期自由刑，亦可能使其能無縫接軌的回歸社會。在此情形下，單純一部緩刑之宣告，不過係就刑事責任而言，科以全部緩刑尚嫌過輕，而執行短期自由刑及其後接續附加一部緩刑期間。但如以此判斷，或可解釋刑法第 27 條之 2 所規定「考慮犯情的輕重以及犯人的境遇或其他情狀」，但卻無法解釋為何需滿足「防止再犯的必要性及相當性」之要件。<sup>115</sup>而且，一部緩刑係具有一部實刑之刑罰，因為需在一定期間內，與社會斷絕關係，因此失業之人大有人在，離婚、分居或家族關係惡化者亦所在多有，因此，於執行實刑後，足可預見其有必要進行職業輔導或生活環境之調整。而此狀況與假釋之狀況相似，因此亦有提倡於一部緩刑下，應仿效假釋而導入必要的保護管束制度。<sup>116</sup>

#### （4）一部緩刑的撤銷事由及撤銷程序

##### ① 一部緩刑的撤銷事由

與全部緩刑相同，一部緩刑於緩刑期內犯罪，經判決有期徒刑以上之刑確定者，因為其社會內處遇已然失敗，而須撤銷該一部暫緩執行之宣告，並執行該緩予執行之刑<sup>117</sup>。但與全部緩刑不同之處在於，如於一部緩刑期間開始前之實刑執行中，更犯他罪經判處有期徒刑以上之刑者，亦應認為係屬一部緩刑之失格者，而應撤銷其一部緩刑之宣告。<sup>118</sup>其次，一部緩刑宣告前所犯他罪，經判處有期徒刑以上之罪時（刑法第 27 條之 4 第 2 款），以及發覺一部緩刑宣告前，因犯他罪而經判處有期徒刑以上之刑時（刑法第 27 條之 4 第 3 款<sup>119</sup>），均構成一部緩刑之必要撤銷事由。日本刑法第 27 條之 4 第 2 款立法之理由，係在他罪經判處實刑確定時，該他罪所判處之實刑會與先前判決確定的一部緩刑的緩刑期間或實刑部分（即緩刑期間之前所執行之實刑）重疊，則該一部緩刑自無從維持。又日本刑

<sup>115</sup> 高橋有紀，前揭註 114 文，233 頁

<sup>116</sup> 太田達也，前揭註 106 書，42 頁

<sup>117</sup> 刑法第 27 條之 4 第 1 款：「有下列情形之一者，應撤銷一部緩刑之宣告……一、緩刑宣告後更犯他罪，經判處有期徒刑以上之刑者」

<sup>118</sup> 大塚仁等，前揭註 101 書，696 頁。日本對於全部緩刑宣告後再犯之撤銷事由，限於於「緩刑期間」內再犯他罪而經判處有期徒刑以上之刑，而一部緩刑之撤銷事由，並未限定於緩刑期間內再犯罪始得撤銷，只要於一部緩刑宣告後再犯他罪，而經判處有期徒刑者，即應撤銷其一部緩刑宣告。

<sup>119</sup> 刑法第 27 條之 4 第 2 款、第 3 款：「有下列情形之一者，應撤銷一部緩刑之宣告，但第三款之情形，受緩刑宣告之人為第 27 條之 2 第 1 項第 3 款所定之人者，不在此限……二、緩刑宣告前因犯他罪而經判處有期徒刑以上之刑。三、發覺緩刑宣告前，因他罪經判處有期徒刑以上之刑，且其全部之刑未經宣告緩刑時。」

法第 27 條之 4 第 3 款，係因所發覺者如係有期徒刑以上之刑，如自該有期徒刑之實刑（或實刑部分）執行完畢或赦免之日，未逾 5 年者，本來即不得宣告一部緩刑<sup>120</sup>，自應認為係屬一部緩刑之失格者，而撤銷該一部緩刑宣告。

於一部緩刑之緩刑期間內再犯他罪，經判處罰金刑確定時，雖可確定其社會內處遇已然失敗，但所犯之罪既為較為輕微之罪，且因為罰金刑係為拘束人身自由，尚可使其維持社會生活的刑罰，自非必要撤銷其一部緩刑之宣告，而僅須定為裁量之撤銷事由即可。（刑法第 27 條之 5 第 1 款）

又經宣告一部緩刑期間付保護管束者，如未遵受保護管束之應遵守事項，亦可構成裁量的撤銷事由，（刑法第 27 條之 5 第 2 款）就此而言，雖與全部緩刑付保護管束之情形相同。然與全部緩刑不同者，一部緩刑並不限於違反應遵守事項特別之情狀特別嚴重始得撤銷<sup>121</sup>，此係因一部緩刑相較於全部緩刑，係含有實刑的較重刑罰，且限於「為防止其再犯而有必要者，並認為適當之時」始得宣告之故，因此自有要求於保護觀察中，應遵行遵守事項之必要。<sup>122</sup>

## ②撤銷之程序

應撤銷一部緩刑之宣告時，檢察官應向受一部緩刑宣告者之現居地或最後住所所在地之管轄地方法院、家庭法院<sup>123</sup>、簡易法院提出聲請（日本刑事訴訟法第 349 條第 1 項）；於違反保護管束應遵守事項應撤銷一部緩刑宣告者，則應向保護觀察所之所長提出聲請（刑事訴訟法第 349 條第 2 項）。

## （5）一部緩刑與假釋之競合

日本刑法第 28 條規定：「經判處有期徒刑或拘役者，有後悔之情狀時，有期徒刑逾其刑期之 3 分之 1，無期徒刑逾 10 年後，得依行政官廳之處分假釋」，而

日本導入一部緩刑之制度後，其刑法第 28 條所關於假釋之相關規定並未修正，且一部緩刑並非宣告複數之刑罰，而僅宣告單一有期徒刑或拘役，則經宣告一部緩刑者，依前揭刑法第 28 條所指『其刑期』應解釋為全體之刑期（即實刑部分之刑期與暫緩執行之刑期的合計）。又於一部緩刑之時，超過全體刑期之 3 分之 1 時，固得獲得假釋之許可，但如一部緩刑之實刑部分的期間，佔全體刑期的 3 分之 1 以下時，固然於實刑部分執行中，無法獲得假釋，但此時如一部緩刑遭撤銷後，於執行暫緩執行之猶豫刑時，仍得獲得假釋之機會。<sup>124</sup>

## 3.對於毒品犯罪一部緩刑之特別規定

### （1）對象者

日本「關於施用毒品等罪所犯之刑之一部暫緩執行條例」（藥物使用等の罪

<sup>120</sup> 日本刑法第 27 條之 2 第 3 款規定：「下列之人受 3 年以下有期徒刑或拘役之宣告時，經考慮犯情的輕重以及犯人的境遇或其他情狀，為防止其再犯而有必要者，並認為適當之時，得於 1 年以上 5 年以下之期間，就該刑之一部緩予執行……三、前受有期徒刑以上刑之宣告，執行完畢或赦免後，五年以內未曾受有期徒刑以上刑之宣告者。」則於一部緩刑宣告前，曾受有期徒刑以上之刑宣告者，如執行完畢或赦免之日未逾 5 年，本即不得宣告一部緩刑。

<sup>121</sup> 日本全部緩刑之裁量性撤銷事由，僅限違反保護觀察應遵守事項特別嚴重時，始得撤銷。

<sup>122</sup> 太田達也，前揭註 106 書，50-51 頁、大塚仁等，前揭註 101 書，697 頁。

<sup>123</sup> 日本少年事件由家庭法院管轄。

<sup>124</sup> 大塚仁等，前揭註 101 書，691 頁

を犯した者に対する刑の一部の執行猶予に関する法律)對於施用毒品者宣告一部緩刑，並未設有前科要件之限制，此係因考量是類毒品施用者多有前科，如以前科要件限制一部緩刑之適用對象，可能將原來應進行社會處遇之人排除在外，則本條例為透過對其毒品依存進行處遇，進而防止再犯之目的，即無從實現。是以，毒品施用之犯罪者，雖前經判處有期徒刑以上之刑，而無從符合刑法上一部緩刑之要件，然經審認仍有必要改善其對管制毒品之依存性時，仍得對其宣告一部緩刑。(關於施用毒品等罪所犯之刑之一部暫緩執行條例第 3 條)

## (2) 必要的保護觀察

雖然於刑法第 27 條之 3 第 1 項規定，宣告一部緩刑時，是否應附加保護管束係委由法院裁量，然依前開條例對施用毒品者宣告一部緩刑時，於緩刑期間內，則應附加保護管束之宣告。此係因毒品施用者，需在保護管束之框架中，改善其毒品依存症之必要性較高。

## (3) 必要撤銷事由之特別規定

對施用毒品者宣告一部緩刑時，並不適用前開刑法第 27 條之 4 第 3 款之規定。此係因前開條例所規制之一部緩刑，並未設有前科要件，因此即便於一部緩刑宣告後，發覺一部緩刑宣告前，因他罪經判處有期徒刑以上之刑，且其全部之刑未經宣告緩刑時，此一部緩刑之宣告亦無違法之嫌，自毋庸撤銷之。

## 4. 一部緩刑制度運用上之檢討

一部緩刑制度之運用，應在考量犯情之輕重及犯人的處境或其他情狀，並認為有防止其再犯之必要時，且認為宣告一部緩刑係屬相當時，就其必要性與相當性綜合判斷。此外，在毒品事犯者案件中，並應考慮為防止毒品犯罪者再犯，於刑事設施之處遇後，繼續進行社會內處遇，對其改善毒品依存症狀有所幫助時，始得為一部緩刑之宣告。但因日本並無判決前調查制度，是以日本學者有鑑於此，雖有議論一部緩刑制度之操作上，法官難以判斷，對毒品犯罪者繼續進行社會內處遇，是否確實對其毒品依存症狀之改善有所幫助，但就現況而言，日本既已導入一部緩刑制度，就實際之操作，法院究應以何種標準為之，多數認為一部緩刑制度既為「全部實刑的變種」<sup>125</sup>，為避免法官在全部實刑與全部緩刑的選擇之間有所迷惘之狀況下，不自覺會未詳盡考慮行為責任之相當性，而逕行選擇宣告一部緩刑，或有重罰化之可能，因此在實際之操作上，應假定法官在一部緩刑之對象選擇上，應限於原本應為全部實刑之被告，至少，不應該以原本應該宣告全部緩刑的被告為對象<sup>126</sup>。並有認為<sup>127</sup>，在是否有宣告一部緩刑之「必要性」與「相當性」之判斷上，應把握下列幾點原則：(1) 從刑法謙抑性之觀點，縱使制度上，

<sup>125</sup> 然有少數學者認為全部緩刑具備中間性刑責之性質，而屬於全部緩刑之變種，參今井猛嘉「刑の一部の執行猶予と社会貢献活動—その意義と展望」罪と罰 51 卷 2 号 (2014.3) 4 頁

<sup>126</sup> 小池信太郎，前掲註 103 文，289 頁；高橋有紀，前掲註 114 文，233 頁；森久智江「刑の一部執行猶予制度の運用のあり方について—犯罪をした人の社会復帰の観点から」，收錄於德田靖之＝石塚伸一＝佐々木光明＝森尾亮『刑事法と歴史的価値とその交錯』(2016.11、法律文化社) 641 頁

<sup>127</sup> 森久智江，前掲註 126 文，642 頁

一部緩刑係以再犯防止為其目的，但不應成為重罰化之正當理由。而且，如果有其他對於權利制約較少之方法可行時，應優先選擇該方法。(2)應科學的摸索不折損人性尊嚴，而將處遇效果最大化之方法。(3)必須基於足夠之評估做出判斷。(4)為使適用此制度之本人得以接受，處遇應追求促進本人之自律。(5)以毒品事犯者為首，應據從來之經驗，容許錯誤嘗試。

而就法官在一部緩刑的實際操作流程上，日本學界<sup>128</sup>多認為，應依下列階段進行審查：

第一階段：自一部緩刑的目的，係為防止再犯所設之制度的觀點出發，判斷被告有無再犯之風險。

在此階段，係立基於一部緩刑制度，係為防止再犯而創設之制度，因此應以再犯之風險為初步篩選之要件。但因為一般犯罪者所犯者如為輕罪，如為初犯者，實務上多會直接宣告全部緩刑，因此，實際得為一部緩刑之對象，則多以前經宣告緩刑，然緩刑期經過未經撤銷之再犯者、緩刑期內再犯者、前經宣告有期徒刑之再犯者、前經宣告有期徒刑並於執行後五年後再犯者以及施用毒品之再犯者。因此上揭所列對象，多會通過此階段之審查。

第二階段：考量被告犯罪傾向之具體內容與程度，並綜合判斷現行制度可選擇之社會內處遇方式，判斷是否能選擇有效之社會內處遇之方法，並檢討該處遇方法之有效性。

具體來說，就毒品施用者而言，在設施內處遇階段所達成之斷藥效果，如未能設置充足的社會內處遇期間，在充滿毒品誘惑的社會內，將難以維持與強化，並因為已設置有專門的處遇課程，是以在立法上特別放寬毒品施用者宣告一部緩刑之要件，使累犯、前經執行完畢五年內再犯者，均得宣告一部緩刑，是以於立法上，已設定社會內處遇對於毒品施用者應有效用，因此在毒品施用者宣告一部緩刑之審查上，亦可通過此階段之審查。

第三階段：檢討所預想有用之社會內處遇方法，考量被告之更生意願、環境等，可發揮多少程度的實效性。

針對毒品施用者，一部緩刑之宣告，最重要即為此階段之審查，然此部分應可與前階段之判斷綜合判斷，如認為在社會內處遇之有效性極高，此階段之審查標準可適度放寬。

---

<sup>128</sup> 小池信太郎，前揭註 103 文，272-279 頁；森久智江，前揭註 126 文，643 頁；今福章二、川出敏裕、小池信太郎、園原敏彦「刑の一部執行猶予制度の施行とその課題」論究ジュリスト 17 号 (2016) 194-216 頁。

## 第四章、日本毒品犯罪者社會內處遇之現狀

### 一、以再犯防止為目的之毒品犯罪者社會內處遇

因日本就毒品採取抑制政策，並多次宣示對「零容忍」之態度，並希望以刑罰之威嚇效果，達成降低或消彌毒品危害之目的，因此在上開藥物四法之規制基礎之上，針對毒品犯罪在刑事司法中採取嚴格的對應，然而，有鑒於施用毒品之毒品犯罪有別於其他毒品犯罪之犯罪者，而具有依存性、常習性之特性，因此現今多有普遍之共識，認為此類犯罪者應視為「病人」，而有必要從原本的刑事司法體系中抽離，透過與刑事司法機關以外之其他機關合作，採取更為專業的方案，以除去施用毒品犯罪者之再犯危險性。

是而於日本毒品亂用對策推進本部，亦針對毒品施用者再犯之防止，一再強調應增進毒品濫用者之就業、福祉的支援，並強化犯罪者處遇之方法，進而達成再犯防止之目的，由被告進入司法體系後，至矯正後之社會處遇，建立一連串之制度，增進司法體系與其他機關、自治團體之合作關係。

而平成 28 年 7 月 12 日，日本犯罪對策閣僚會議決定，有鑑於日本違反覺醒劑取締法之被檢舉者，每年均達 1 萬人以上，且近年被檢舉人數目仍持續增加，而且因為施用毒品而引發之重大傷亡事故亦頻繁發生，明顯威脅社會之安全。而毒品相關之犯罪者，多同時伴有毒品依存之問題。日本，每年雖有 6000 名以上的毒品犯罪受刑人在監獄內進行毒品依存離脫指導，但亦有 4000 人以上的毒品犯罪者，在社會內接受保護管束，然因保護觀察官之人數極為不足，於保護管束期間內得接受毒品再濫用防止課程之保護管束者，僅約 1400 人，此外，為毒品依存者提供治療與專業支援之醫療、保健、福祉機關的數量極為不足，至平成 28 年 7 月 12 日止，接受醫療機關治療與支援的保護管束者，亦僅僅只有 207 人。是以，毒品犯罪者之再犯率一直居高不下，其中約半數之受刑人於出所後 5 年內，會再度犯罪而入所。是以，日本犯罪對策閣僚會議，為降低毒品之再犯率，即策定相關緊急對策，希望透過矯正設施與保護觀察所得實施一貫化之處遇課程、整備全國毒品依存症之治療據點、醫療機關之施策方向，使全部具有毒品依存症狀之受保護管束人，得因應個別受保護管束人之狀況，接受必要的專門指導與醫療機關的治療，進而達成降低再犯率之目標。<sup>129</sup>

<sup>129</sup> 法務省「藥物依存者、高齡犯罪者等の再犯防止緊急対策」1-2 頁，瀏覽網址：<http://www.moj.go.jp/content/001198879.pdf>。<最後瀏覽日期:2017/10/29>

## 二、毒品再犯防止之處遇機構、相關機關與民間

### 團體

#### (一) 刑事設施內之處遇

##### 1. 毒品依存離脫指導

於矯正處遇階段，2016 年末日本刑事設施（刑務所、拘留設施）之收容人員數為 58,497 人（受刑人為 51,175 人），其中男性 19,415 人中違反覺醒劑（興奮劑）取締法之比例為 26.6%，女性 2,124 人中則為 39.0%，均僅次於竊盜罪（32.1% 與 42.1%）。而於同年度毒品犯罪相關脫離收容設施之受刑人共有 6,271 人，其中 4,018 人為假釋，2,253 人為期滿釋放。是以日本刑事設施中，就毒品相關案件之受刑人比例仍屬偏高，故針對毒品受刑人之設施內矯正處遇，以防止其再犯，即更顯重要。

而依據刑事收容設施及被收容者處遇法規定，刑事設施內之處遇，係依據受刑人之本質及環境，以喚起受刑人之自覺、改善更生之意念，並培養其適應生活之能力為宗旨<sup>130</sup>，並規定受刑人之矯正處遇，以「作業」、「教科指導」、「改善指導」等方式行之<sup>131</sup>，其中關於「改善指導」之目的，係使受刑人得自覺犯罪之責任、培養健康之身心，而就相關必要知識所為之必要指導<sup>132</sup>，此外，針對特定之犯罪類型，亦設有多種「特別改善指導」之矯正處遇課程，又因日本監獄中因毒品犯罪之受刑者，多為違反覺醒劑取締法者<sup>133</sup>，是而刑事設施中亦有實施針對毒品事犯受刑人之「毒品依存離脫」之特別改善指導課程<sup>134</sup>。

刑事設施中所進行之毒品依存離脫之特別改善指導課程，其主要目的，係在與使參加者①對毒品依存症能有正確之理解；②並理解本身毒品依存之問題；③思考戒絕毒癮之具體策略，並為達上述目的，所實施一連串由受刑人組成之團體治療，並分別針對「毒品之藥理作用與依存症」、「毒品使用後之狀況」、「毒品使用之自我觀察」、「毒品使用之影響」、「從毒品依存回復」、「關於毒品依存離脫之決心」、「面對危機時防止再施用之對策」、「防止再施用之技巧」、「出所後生活之注意事項及社會資源之運用」等課程，進行 3 到 6 個月治療課程<sup>135</sup>。

然而，目前於刑事設施內所實施之毒品依存離脫之特別指導課程，係與刑務作業、教科指導等，同列為受刑人之義務事項，因此如受刑人拒絕參加前開課程，亦可能被視為違規行為而遭受處罰，然而，原本期待應具有教育意義的指導課程，

<sup>130</sup> 日本刑事收容設施及被收容者處遇法 30 條

<sup>131</sup> 日本刑事收容設施及被收容者處遇法 84 條第 1 項

<sup>132</sup> 日本刑事收容設施及被收容者處遇法第 103 條 1 項

<sup>133</sup> 至 2015 年為止，違反覺醒劑取締法入監者，共佔全體受刑人總數之 27.8%。犯罪白書，185 頁。

<sup>134</sup> 日本刑事收容設施及被收容者處遇法第 103 條第 2 項第 1 款

<sup>135</sup> 日本法務省「改善指導の標準プログラムについて」，瀏覽網址：<http://www.moj.go.jp/content/001174898.pdf><最後瀏覽日期:2017/10/29>

以帶有懲罰之間接強制的方式行之，自難以期待參加上開課程之受刑人，均係真心實意參與上開課程，是以，應以如何之方式，喚起受刑人主動接受指導，亦為目前日本矯正處遇中，面對毒品犯罪者矯正指導之一大問題<sup>136</sup>。

## 2. 毒品依存回復課程

因為毒品犯罪者之個人之問題多樣，且往往有毒品依存症狀之人往往不自知，為因應此類情況，除了上述基礎之毒品依存離脫指導之課程外，於平成 24 年起，尚於重點之刑事設施內，試行以認知行動療法<sup>137</sup>為基礎之特別改善指導課程。並根據上開試行結果，於平成 28 年開始，因應受刑人之需要，分別設置針對全體毒品依存者之必修之改善指導課程，並針對需要專門、體系化指導之毒品依存者，設置專門之改善指導課程。<sup>138</sup>

## (二) 保護觀察<sup>139</sup>所之處遇

### 1. 毒品再濫用防止課程

日本之保護管束中所採取之處遇，係因應犯罪型態不同，而為類別化之處遇模式<sup>140</sup>，因此，針對具有毒品依存症之保護管束對象，例如依存性毒品施用者，會依據體系化之處遇方針與注意事項，進行有效的處遇措施。而一部分之保護觀察所中，自行招聘醫療相關背景之外部講師，針對覺醒劑施用者之監護人（少年之情形）、保證人（引受人），舉辦講習會或座談會，以充實其等與覺醒劑施用者之應對以及毒品濫用有害性之相關知識，而於 2016 年間，日本共 49 處之保護觀察所，共實施 210 次之講習會或座談會，共計 3360 名人員參加。<sup>141</sup>

而就保護觀察所，針對具有毒品依存症之保護管束對象所實施之處遇措施，最主要者即為「毒品再濫用防止課程」。保護觀察所於平成 20 年 6 月開始，針對假釋期間 6 個月以上或經宣告緩刑付保護管束之覺醒劑施用者，實施包含「教育課程」與「簡易毒品檢查」之覺醒劑專門處遇課程。所實施之教育課程，於平成 24 年 10 月進行全面修正，以 MATRIX Model 為基礎，實施 5 堂的基礎課程（大約 2 周 1 次之頻率），使參加者得具備免再濫用毒品之能力。而就該基礎課程之

<sup>136</sup> 富山聡「改善指導の現状と課題」法律時報 80 卷 9 号（2008.8）21 頁。

<sup>137</sup> 此毒品依存回復課程之內容，係參考美國為物質依存者所設計之 MATRIX Model，而實施認知行動療法，其訓練著重於使毒品依存者了解毒品依存與再施用之機制、並具備出所後得防止再度施用毒品之技巧。

<sup>138</sup> 平成 28 年犯罪白書第 2 編/第 5 章/第 2 節/2(ウ)

<sup>139</sup> 針對日本犯罪者及少年之更生保護，係以保護觀察制度為其中心，而保護觀察之實施機關即為保護觀察所。日本於全國 50 各地方法院所在地之法務省支部下均設有保護觀察所，職司保護觀察之實施、監獄及少年院收容人之環境調整、滿期釋放者之緊急更生保護、特赦之聲請、犯罪預防活動、精神保健觀察等事務。各保護觀察所均設有總務科、更生保護振興科、觀察科、保護事件管理科、社會復歸調整官，全國之保護觀察所，並配置有近千人之保護觀察官。參石川正興＝小野正博＝山口昭夫『刑事政策、犯罪学用語』（成文堂、2010）49-50 頁

<sup>140</sup> 此制度自 1990 年 5 月開始施行，其類別包括針對揮發劑之濫用者、覺醒劑事犯者、問題性酗酒、暴力團關係對象、性犯罪者、中學生、無職者、家庭暴力者、校園暴力者、暴走族、精神障礙、高齡犯罪、賭博常習者等類別之保護觀察對象，進行類別化之處遇模式。參石川正興＝小野正博＝山口昭夫，前揭註 139 書，55 頁。

<sup>141</sup> 平成 28 年犯罪白書第 2 編/第 5 章/第 2 節/2(エ)

實施方式，雖因各保護觀察所而略有不同，然以東京保護觀察所為例，其課程之實施方式，係於第 1 堂課程至第 4 堂課程間，以集團課程方式進行課程，第 5 堂課程則為個別諮詢課程。其中就課程講師之挑選，係於課程當日，從包含外部講師在內的保護觀察所職員內，預先挑選 1 名職員作為主治療師（facilitator），並配置 3 名副治療師（co-facilitator），通常主治療師係由臨床心理師、精神保健福祉士等外部講師，與專職毒品治療課程之保護觀察官輪流擔任，而副治療師係從 DARC 職員或其他保護觀察官充任。而就集體課程之進行方式，係於課程開始之前，使參加者先行進行簡易毒品檢查，其後待全員檢查完畢後，主治療師即開始進行集團形式之教育課程，且為保護參與者之隱私權，全員均使用暱稱進行稱呼。課程之開始，係由參與者自行報告自前次課程至本次課程間之近況，透過此過程，除了建立良好的談話氛圍外，並可使治療師可掌握參與者之狀況。其後主治療師才會進行當日之課程，而使參與者輪流閱讀當日課程之講義，並促使參與者主動發言，並以自身經驗思考講義之內容，以強化其自我理解。並在課程結束前，除了交代回家作業外，尚會促使參與者陳述本次課程之感想。<sup>142</sup>此外，保護觀察所除設置前開基礎課程外，並以每月 1 次之頻率，針對假釋之毒品受刑人實施進階課程，內容著重於復習基礎課程，以內化避免再濫用毒品之想法與技巧，以因應保護管束期間長期化之問題。<sup>143</sup>

且隨著日本一部緩刑制度之實施，於 2016 年 6 月開始，擴張上述覺醒劑專門處遇課程之適用範圍，除了針對原先覺醒劑施用、持有者，亦針對依存性毒品之使用、持有者進行專門之處遇。而該依存性毒品之專門之處遇課程，係為防止其等再行施用覺醒劑或依存性毒品，將依指導手冊進行教育課程，內容包含使其等了解依存性毒品、管制藥物、危險藥物所帶來之不良影響，並學習防止再施用之具體方法，以及如何實踐、運用該方法之進階課程，並將此專門之處遇課程正名為「毒品再濫用防止課程」。<sup>144</sup>而此課程之目的，除了使毒品依存者具備避免再濫用毒品的能力，另一方面，亦係因為毒品犯罪之保護管束對象中，雖希望接受支援人數眾多，但實際上不知道可向何支援機關求助者亦所在多有，而透過保護觀察所所舉辦之毒品再濫用防止課程，亦可因應地區之特色，宣導該地區的支援機關、具體的支援內容。<sup>145</sup>

## 2.簡易毒品檢查

簡易毒品檢查亦為毒品再濫用防止課程之一環，其目的係在於維持保護管束對象之斷藥意志。實際之實施方式，係利用市販之檢測工具，由保護觀察官進行檢驗之程序。雖然接受簡易毒品檢查，係為毒品再濫用防止課程之一部，而為受保護管束人之義務，但實施此檢查之目的與期待達到之效果，與後述因保護觀察

<sup>142</sup> 里見有功「更生保護における薬物事犯者への処遇及び調査の実際」犯罪と非行 181 号（2016.3）238 頁。

<sup>143</sup> 押切久遠「更生保護における薬物事犯者施策について」犯罪と非行 181 号（2016.3）176 頁。

<sup>144</sup> 押切久遠，前掲註 143 文，175 頁

<sup>145</sup> 押切久遠，前掲註 143 文，176 頁



對象自發意思之簡易毒品檢查程序，並無不同。<sup>146</sup>

而參與上開毒品依存專門處遇課程者，固會合併進行簡易之毒品檢查，然針對並未參與上述專門處遇課程之保護觀察對象，或修畢上述專門處遇課程之保護觀察對象，為維持及增強其斷藥之意志，亦可依其自願實施簡易之毒品檢查。自發性接受尿液篩檢，除了有助於離脫毒品控制之成就感，於檢查結果為陰性時，並會將檢測結果通知家屬，如此即可增進家族對於毒品施用者之信任，緩和家屬不安之心情，對於毒品依存者均有正面效益。<sup>147</sup>是以保護觀察所內，均得依毒品施用者自發性之意願，自由地進行毒品之尿液篩檢。

### （三）相關機關與民間團體

#### 1. 醫療機關

##### （1）治療行為

毒品依存症狀而導致慢性中毒，併發幻覺、妄想狀態的覺醒劑精神病症者所在多有。而治療此類幻覺、妄想狀態的覺醒劑精神病症，需要施以精神病藥物作為治療。然而，在日本，精神科中關於毒品依存症狀的領域最為冷門，治療毒品依存症狀之專科醫生人數也不多，接受治療之醫院以相當有限，儘管日本全國精神科醫療機關雖約有 1600 間，但其中實施毒品依存症狀治療的醫院不過數十間。

148

##### （2）SMARPP 課程

針對毒品中毒狀態，固然應採取藥物治療，然而，針對毒品依存症狀的治療方法，仍以心理療法為主。現在日本主流之心理療法，係被稱為 SMARPP (serigaya Methamphetamine Relapse Prevention Program) 的認知行動療法。此療法係 2006 年間，作為毒品依存症醫療專門機關的神奈川縣立精神醫療中心芹之谷醫院 (芹之谷病院)，受到美國當時盛行的 MATRIX Model 療法的啟發，所開發的毒品依存治療課程。此治療課程，係於治療期程的 8 周內，共實施 16 次或 28 次課程。並以每周 3 次就診 (其中 2 次為認知行動療法，1 次為團體治療) 以及每周 1 次尿液檢查為基礎。

而此療法之試行結果，發現參加者「毒品依存症狀之自我感知量尺」的得分有所提升，此外，於治療實施期間內的治療繼續率達 100%，相對於芹之谷醫院歷來進行一般治療之對照組 (39%) 比較，明顯提高，且於治療機關中的斷藥率亦達 100%。雖然，於治療課程結束後 1 個月後的繼續治療率與實施一般治療之對照組並無太大差異，但因為實施 SMARPP 療法的治療離脫率、治療期間中毒品施用率很低等特點，可以提供參加者更長期間的治療，且毒品依存治療之重點並非在於實施何種治療技術，而係在使參加者接受長期的治療，因此仍不得否認此

<sup>146</sup> 押切久遠，前揭註 143 文，177 頁

<sup>147</sup> 押切久遠，前揭註 143 文，177-178 頁

<sup>148</sup> 田辺「精神保健福祉センターの覚せい剤問題への問題への相談支援」更生保護 65 卷 10 号 (2014.10) 30 頁。

療法之實效性。<sup>149</sup>

## 2.精神保健福祉中心

### (1) 個別諮詢

精神保健福祉中心係依據精神保健福祉法第 6 條之規定，於都道府縣所設置的精神保健與精神障礙者福祉相關的綜合技術中心。而依據地方自治團體自身之裁量，各精神保健福祉中心的名稱與組織多有差異，設施的規模亦有所不同，雖然有半數的精神保健福祉中心的常設職員約僅 3-9 人，但亦有少數如東京都的多摩綜合精神保健福祉中心，達到 70 人以上之大規模精神保健福祉中心。而日本現今共於全國都道府縣與 20 個指定都市內，合計共設置 69 個精神保健福祉中心<sup>150</sup>，並負責普及精神保健福祉知識、調查研究及諮詢服務業務，原則上主要諮詢服務對象為發達障礙者、自閉症、物質依存症患者，其中亦包括對於毒品依存症患者的諮詢。

### (2) 家族教育

而精神保健福祉中心所負責之業務，除個別之諮詢服務外，尚包括普及傳播毒品知識、針對毒品依存症狀者的家屬所舉辦之諮詢服務，而某些精神保健福祉中心，針對單純進行諮詢仍無效果的家屬，亦會舉辦毒品依存患者家屬的學習會或交流會，分享之生活體驗。<sup>151</sup>

## 3. NA (匿名戒毒會)

NA (Narcotics Anonymous) 是為治療毒品依存症狀為目的所成立的非營利自助團體。此團體的誕生，係受由酒精成癮者所組成的匿名戒酒會 (Alcoholics Anonymous) 得到啟發，最初於 1953 年在加州舉辦第一次集會，此後，逐漸過大到世界各地，至 2016 年止，已在 139 國成立此類組織，每周進行 67000 次以上的聚會<sup>152</sup>，而日本國內，於 2016 年 10 月為止，亦成立 186 個 NA 團體，每周共舉辦 484 次集會。

NA 團體的主要活動，係借助教會或市民活動中心進行團體活動，並舉辦所謂「十二步驟療法」(12step-program) 的治療回復課程，參加的成員透過分享人生的過去、現在和未來希望、內心的痛苦與感觸，進而促使成員自我成長而脫離毒癮。而此 NA 團體與後述的毒品依存回復支援中心 (DARC) 雖然類似，但各自有不同的任務，DARC 是得提供一個可以安心、安全的進行 NA 課程之場所，其任務係提供參加者建立遠離毒品生活的基礎，而希望參加者在結束 DARC 的課程後，得繼續參加 NA 的團體治療，以達到回歸社會的目的。<sup>153</sup>

<sup>149</sup> 松本俊彦「マトリックスモデルは何か？」收錄於石塚伸一『薬物政策への新たなる挑戦-日本版ドラッグ・コートを越えて』(日本評論社、2013) 93-94 頁

<sup>150</sup> 厚生労働省「麻薬覚せい剤行政の概況」(2016.12) 188 頁。

<sup>151</sup> 田辺，前掲註 148 文，30 頁。

<sup>152</sup> 參考日本匿名戒毒會網站介紹，瀏覽網址 [http://najapan.org/wp-content/uploads/2017/05/about-na\\_pamphlet2016.pdf](http://najapan.org/wp-content/uploads/2017/05/about-na_pamphlet2016.pdf)<最後瀏覽日期:2017/10/29>

<sup>153</sup> 加藤武士「薬物を使わないで生きていくための実践～社会は何ができるのか?～」收錄於石塚伸一『薬物政策 への新たなる挑戦：日本版ドラッグ・コートを越えて』(日本評論社、2013) 26 頁。

#### 4.毒品依存回復支援中心（DARC）

DARC 係 1985 年間，同為毒品依存患者的近藤恆夫，借用東京都一處民宅，做為毒品依存患者共同生活的處所，因而開始之團體。DARC 與前述由專家技術人員引導的 SMARPP 治療機構有所不同，其主要特徵是其組織內的成員均為毒品依存症的患者，並透過成員間的分享與經驗交流，而達成治療的目的的自助團體<sup>154</sup>。簡言之，係透過「希望戒除毒癮之人」與「某程度上已戒除毒癮，亦希望協助他人戒除毒品之人」之間的交流，進行相互支援、戒癮的機構，而此類交流，一方面可使「希望戒除毒癮之人」獲得協助，「某程度上已戒除毒癮，亦希望協助他人戒除毒品之人」亦因協助他人戒除毒癮而能肯認自我存在的價值。<sup>155</sup>此類 DARC 組織，於日本國內如雨後春筍般地設立，至 2016 年為止，全國已有 59 個 DARC 組織，分別於 85 個設施內進行活動。<sup>156</sup>

#### 5.APARI（亞太物質依存症研究所）

APARI 名稱的由來，係取自亞太物質依存症研究所（Asia-Pacific Addiction Research Institute）英文名稱中第一個英文字母，所組成的簡稱。其設立目的非但係針對日本國內，更是為解決亞太地區的物質依存狀況所成立的機構。日本雖然已有 DARC 的存在，但因 DARC 的營運模式，係由毒品依存患者組成之團體，較難被社會接受，因此，在近藤恆夫奔走下，終於於 2000 年時，經過內政部認許成立由醫師、辯護人、學者所組成的非營利活動（NPO）法人。<sup>157</sup>而不論是 DARC 或是 APARI 同樣係支援毒品依存患者所成立的機構，但二者的組成成員大有不同，DARC 係由毒品依存者自行組成的治療團體，APARI 則是由專業人員組成的研究機構。

且 APARI 所進行的業務內容，亦與 DARC 單純的治療團體有所不同，包含①對毒品犯罪者之司法支援、②舉辦家屬教室、③諮詢業務、④研究與啟發活動、⑤國際合作活動、⑥刊物發行、⑦志工培訓、⑧經營藤岡之 DARC（群馬縣藤岡市）等業務<sup>158</sup>。

### 三、民間團體於司法程序中所為之支援

#### （一）即決判決程序中所為支援

日本於 2004 年修正刑事訴訟法並增訂即決裁判程序<sup>159</sup>，該程序係針對明白且

<sup>154</sup> 泉啓「藥物依存症者を支える人的ネットワーク～仙台市における様々な依存症「当事者」たち～」更生保護 66 卷 12 号（2015.12）13 頁。

<sup>155</sup> 市川岳仁「自らの回復と仲間の支援の狭間」收錄於石塚伸一『藥物政策 への新たなる挑戦：日本版ドラッグ・コートを超えて』（日本評論社、2013）34-35 頁。

<sup>156</sup> 參考日本 DARC 網頁介紹，瀏覽網址 <http://darc-ic.com/darc-list/>

<sup>157</sup> 尾田真言「アパリによる『保釈中の刑事被告人に対する藥物プログラム』」刑事弁護 30 卷，（2002）83 頁

<sup>158</sup> 參考日本 APARI 網站介紹，瀏覽網址 <http://www.apari.jp/npo/index.html>

<sup>159</sup> 即類似我國之簡易判決處刑制度，然仍有不同，日本針對得判處有期徒刑、拘役之案件，可適用即決裁判程序，針對專科罰金案件，另行適用略式起訴程序，而就兩程序之要件、審理程序

輕微之案件，以起訴後 2 周內宣判為原則<sup>160</sup>，且如經審判結果，認應判處有期徒刑、拘役以上之刑度時，僅得宣告緩刑<sup>161</sup>。具體言之，即決裁判程序，係於檢察官偵查階段時，經嫌疑人之同意，檢察官得於起訴的同時聲請即決裁判程序，並於審判期日時，被告如對檢察官起訴事實為有罪之答辯，法院即得於當日進行宣判之程序。<sup>162</sup>

日本即決裁判程序之立法目的，與我國簡易判決處刑制度一樣，均係基於明案速判之原則，基於公訴程序之合理化、效率化所創設之制度，而於實際運用上，警察機關於搜查階段，認為嫌疑人有可能經檢察官聲請即決裁判程序而獲致緩刑時，於起訴、偵查終結後，或利用於警察機關拘留之期間，提供關於毒品濫用防止之基礎資料的手冊，並介紹得提供相關諮詢之官方、民間團體之資訊。此外，警察機關為深化與民間團體間，就毒品犯罪再犯防止之合作聯繫，以栃木縣警察機關為例，針對可能經宣告緩刑之毒品施用者，會對其說明栃木所實施之「毒品再濫用防止教育事業」之梗概，其後，栃木縣毒品課之職員並會與毒品施用者進行面談，依其意願參加栃木 DARC 等民間機構之毒品再濫用防止課程。

## （二）保釋程序中所為之支援

### 1. 保釋中刑事被告之毒品治療研修課程

參照日本平成 28 年版犯罪白書，於平成 27 年度（2016 年）因違反大麻取締法與覺醒劑（興奮劑）取締法之總數分別為 3,403 人與 17,825 人，其中因此被被警拘留的人數為 2,055 人與 12,896 人，拘留率為 98.9%與 99.8%。可見相較於我國，日本針對違反毒品案件之被告，進行人身拘留之比例極高。

然而於日本實務上，對於初犯施用毒品之被告，往往僅為不付保護管束之緩刑宣告，或針對有毒品依存症狀之被告，僅採取科與刑罰之方式加以矯正，不論何者，均可能錯失在刑事程序中，對其毒品依存症狀進行治療的機會，而有鑑於被告經拘留，而斷絕與毒品接觸之機會，正為介入治療之時機，而且一般而言，自願接受毒品治療之被告仍屬少數，如因參加治療課程得獲致保釋，甚或得獲取緩刑宣告、較輕刑度之判決為誘因，得活用刑事司法之程序，增加被告接受治療之機會<sup>163</sup>，是日本 APARI 為強化並運用此階段之處遇模式，即針對保釋中被告設計毒品研修課程。

依日本刑事訴訟法第 93 條第 3 項規定，於保釋之際，得「得附加限制被告之住居或其他認為適當之條件」，是法院得以在保釋期間內，參與日本 APARI 研究所所舉辦之毒品研修課程為條件，准以保釋，並限制住居於 DARC 設施（或指定醫療機構，例如下總精神醫療中心、大阪汐之宮溫泉醫院等，具有閉鎖性設

---

均有不同規定。

<sup>160</sup> 日本刑事訴訟法規則第 222 條之 17

<sup>161</sup> 日本刑事訴訟法第 350 條之 14

<sup>162</sup> 日本刑事訴訟法第 350 條之 13

<sup>163</sup> 石塚伸一等（尾田真言發言）「藥物依存とシームレスな支援—刑の一部執行猶予導入の意味とその影響について」更生保護学研究 7 号（2015.12）108-109 頁

施之意願，以防止保釋者逃亡<sup>164</sup>)中，並於 DARC 內或與其合作之精神科醫療院所進行團體治療、生活習慣改善、自立生活訓練等課程。<sup>165</sup>而經法院附加參與上開課程條件之保釋裁定，可使毒品犯罪之被告參加有關再犯防止之相關課程，法院並得依據其參與課程之進度作為裁判之參考。

此外，依日本刑事訴訟法第 95 條規定，就羈押中之被告，法院認為適當者，得將被告責付親屬、保護團體，亦或限制住居，而停止羈押，是以縱非於保釋中之被告，亦得透過法院之委託，使被告進行上開毒品研修課程。而利用停止羈押程序，讓被告參加上開毒品研修治療課程，亦得為無法籌足保釋金之被告，提供參加上開課程之機會。<sup>166</sup>

## **2. 刑事被告之毒品治療課程之參與流程與內容**

### **(1) 會見與意願確認**

如拘留中被告或其家屬、辯護人，以信件或電話提出申請提供上開課程之相關資訊，或申請會見，APARI 將寄出介紹上開治療研修課程之簡介或影片，待 APARI 協會收受願意參與課程之申請後，原則上會至被告拘留之處所與被告進行會見，以確認被告本人參與上開課程之意願，並介紹設施之概要及課程之內容。

### **(2) 保釋申請**

待確認本人之意願，其後，辯護人提出保釋申請時，一般會申請將被告限制住居於 DARC 機構內，待獲得保釋之許可後，APARI 之職員會至被告之拘留處所迎接被告，並為避免被告攜帶違法藥物等違禁品，會對被告持有物或家屬交付之包裹等內容物進行檢查，且為斷絕被告與外界之聯繫，會於出所前沒收被告之行動電話及錢包，以確保其得自我反省、靜思之時間，並避免其逃亡或購買違法藥物。<sup>167</sup>

### **(3) 課程內容**

上開治療研修課程，包括集團療法(Group Therapy)、認知行動療法、回復支援療法(Recovery Dynamics Program)等課程，使毒品施用者或依存者，獲得正確之知識及對應毒癮之方法。並因施用毒品，可能導致食慾不振、晝夜顛倒、睡眠不足、運動不足等症狀，而以固定參與課程之規律生活，使其回復正常生活之步調，並就餐飲、設施內之打掃衛生，均由毒品施用者自行管理，以訓練其自立生活，並促使其參與志願活動，以提高自我之肯定感。而 APARI 會依據前開毒品施用者參與課程之狀況，撰寫受講狀況報告書，或於必要時，以情況證人身分出庭，向法院說明受講之狀況<sup>168</sup>。

### **(4) 後續處置**

而待裁判結果出來後，如經法院宣告執行猶豫者，而保釋中毒品治療研修課程尚未結束，亦可再於該治療處所繼續完成治療課程，如經宣告自由刑而進入監

<sup>164</sup> 石塚伸一等，前揭註 163 文，108 頁

<sup>165</sup> <http://www.apari.jp/npo> 參照；尾田真言，前揭註 157 文，84 頁

<sup>166</sup> 尾田真言，前揭註 157 文，84 頁。

<sup>167</sup> 尾田真言，前揭註 157 文，85 頁

<sup>168</sup> <http://www.apari.jp/npo/pdf/hoshakupanhu18.pdf>；尾田真言，前揭註 157 文，85 頁

獄後，亦可將該 DARC 設施之執行長，設定為其受刑期間之保證人（引受人），並於假釋後，以進入該 DARC 設施為遵守事項，使其出所後於原設施繼續進行治療。<sup>169</sup>

然而此項針對保釋中被告所設計之毒品研修課程，因尚未制度化，其運用尚取決於法院之接受程度，再者，於日本實務上，針對覺醒劑之事件，保釋率亦極低，均影響該課程之適用範圍。<sup>170</sup>

## 四、保護觀察所與地區關係機關之合作聯繫

### （一）前言

日本法務省有鑑於一部執行猶豫施行後，可能造成保護管束之對象（特別是毒品犯罪者）的增加，並可能造成保護管束期間的長期化，因而對於施行後所可能產生之課題實施種種因應措施。其中最主要之因應措施在於(1)強化毒品依存回復支援之關係機關、團體間之合作。(2)在強化毒品依存回復支援系統的前提下，充實對毒品依存患者之醫療、保健及福祉。(3)增加保護觀察官之員額，並充實處遇之課程，以強化保護觀察之體制。

而針對前述強化毒品依存回復支援之關係機關、團體間之合作及充實對毒品依存患者之醫療、保健及福祉之課題，日本法務省保護局自 2011 年起，已試行名為「地域支援方針」(地域支援ガイドライン)之多職種間合作之方案。並且，於 2014 年 9 月亦於法務省之毒品地域支援研究會中，提出「關於毒品依存之監獄出所者之支援緊急對策」(藥物依存のある刑務所出所者等の支援に関する当面の対策，下稱緊急對策)之提案，此提案之內容係有鑑於「隨著針對毒品使用者為對象之一部緩刑制度於 2016 年 6 月施行，然對於毒品依存者之治療、支援體系仍極為薄弱」，所提出之檢討方案。<sup>171</sup>而上開緊急對策所檢討之層面，遍及毒品依存者於監獄出所後之醫療支援、生活基盤之維持、家庭支援之維持，以及地方機關之合作各方面進行檢討，其後並體認「僅憑刑事司法機關之努力，對於毒品事犯者之防止仍多有不足」的體認，而需「構築地域的醫療、保健、福祉機關及民間支援團體間有效且緊密之合作體制」之計畫，是以日本法務省與厚生勞動省（類似我國衛福部）共同於 2015 年 11 月，基於前開緊急對策之基礎上，策定並公布「關於毒品依存之監獄出所者支援的地區合作準則」<sup>172</sup>（藥物依存のある刑務所出所者の支援に関する地域連携ガイドライン，下稱合作準則）。而上開合作準則之主要精神，在於從監獄之設施內處遇階段，到保護觀察終了後，持續多職種間之合作（即保護觀察所與醫療機關、精神福祉機關、民間回復支援機

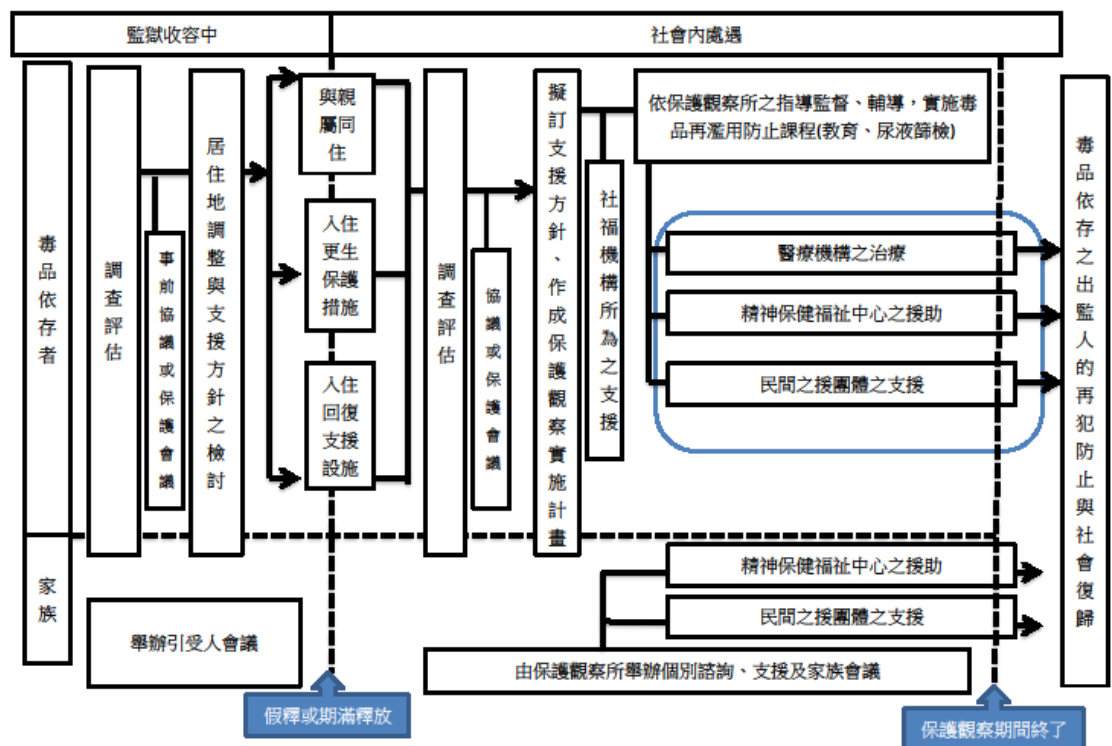
<sup>169</sup> 石塚伸一等，前掲註 163 文，109 頁

<sup>170</sup> 川出敏裕「藥物犯罪対策の現状と課題」『ジュリスト』1416 号（2011）10 頁。

<sup>171</sup> 森久智江「刑の一部猶予制度の運用の在り方について—犯罪をした人の社会復帰の観点から」收錄於德田靖之＝石塚伸一＝佐々木光明＝森尾亮『刑事法と歴史的価値とその交錯—内田博文先生古稀祝賀論文集』（法律文化社、2016）631 頁

<sup>172</sup> 法務省，註 94 文。

構間之合作)。而細部之合作內容，涵括對保護觀察對象者進行「醫療院所的入院、就診」、「精神保健福祉措施中心舉辦之回復課程之受講」、「民間回復支援設施之入所、通所工作」及實施「社會內移行調查制度」，建立多職種間之「保護會議」(ケア会議) 合作模式等內容，亦兼及強化對於毒品依存者家族的支援體系。而該合作準則中，亦針對毒品施用者於「矯正處遇階段」、「保護觀察階段」、「保護觀察後」各階段間，各行政機關與醫療團體、民間團體之合作模式，可簡化為下列之示意圖。



## (二) 矯正處遇階段之合作聯繫

### 1. 社會內移行調查之實施

為使具有毒品依存症狀之受刑人，於出所後得有效銜接社會內之處遇，趁受性人尚在刑事設施中之際，即應先行進行評估，以掌握其生活經歷、家族狀況、毒品依存之程度，並且調查毒品依存者於入所前曾接受之支援內容、精神科之就診、入院紀錄、服藥狀況以及現在的身心狀況和本人出所後接受支援之意願。<sup>173</sup>

而日本自 2013 年起，為圖強化此項事前評估機能，地方更生保護委員會即開始實施「社會內移行調查」，以透過調查結果，針對毒品依存者之問題加以進

<sup>173</sup> 法務省，前揭註 94 文，8 頁

行生活環境及居住地之調整，以確保其得順利銜接社會內之處遇。而此項事前評估之具體的流程，首先，係對調查對象者（無居住地之毒品使用者，或經地方委員會認為有調查必要性者）進行書面審查，經認有調查必要性者，再以面談方式進行調查。<sup>174</sup>

而就書面調查之審查流程而言，係針對出所後居無定所之受刑人，且殘刑期間尚有 1 年至 1 年 2 個月左右時，綜合刑事設施所出具的「身上調查書」以及保護觀察所出具之「生活環境調整狀況通知書」，依據生活經歷、毒品依存度、有無精神障礙、生活環境調整之狀況等等資訊判斷，篩選出優先會面之對象，並經刑事設施確認會面之受刑人在設施內之違規行為、是否有自傷行為等特殊問題，篩選出最終進行會面之受刑人。<sup>175</sup>

至於經篩選認有調查必要性者後，進行會面調查之審查流程，首先需先向受刑人說明此調查之目的與假釋審查之會面有所不同，而係針對毒品施用犯罪者社會內移行調查之會面後，才可進行調查。而就實際的調查情形，係以毒品依存度、治療之需要、生活環境調整之需要等為中心進行調查，並同時提供必要之資訊以積極勸說受刑人參與治療。首先，就毒品依存度而言，係聽取受刑人毒品使用之態樣、斷藥經驗、渴望感及再使用之不安感。而就治療之需要而言，係確認其至今之就醫紀錄以及今後接受治療之意願、參與 DARC 或其他回復支援設施等自助團體之意願、是否患有身心疾病等事項。而就生活環境之調整，則係確認受刑人出所後的居住地、與家屬、親戚之關係、與毒品犯罪者或犯罪組織之交友狀況、是否需要就業支援或社會福利之幫助等事項。<sup>176</sup>此後，基於此調查結果，由保護觀察所協力實施生活環境之調整。而在此流程的面談中，並可由精神科醫生等調查協力者，會列席並於案例討論時提出建議。<sup>177</sup>

## 2. 支援方針之擬訂

針對毒品犯罪之受刑人，監獄、地方更生保護委員會以及保護觀察所，將根據上開事前評估之調查結果，以及生活環境調整之狀況等，提供各種社會支援系統的資訊，並提供必要之指導及支援，使毒品受刑人得建立適切的生活計畫。

保護觀察所並會基於前述之調查評估結果，檢討受刑人出所後社會復歸之課題，以及對應之方針，並優先檢討其實際之環境調整，而在 1 醫療機關 2.自力更生促進中心 3.毒品重點更生保護措施 4.回復支援設施 5.毒品重點設施以外之更生保護設施及自立準備機構 6.家族內尋找最為適切之居住地。此外，除了確保上開居住地以外，如認有必要於出所後接受醫療或福祉之支援時，亦應檢討其對應之方針。<sup>178</sup>

<sup>174</sup> 押切久遠「藥物事犯者の処遇—歸住先の確保とそこにおける指導、支援を中心に—」更生保護學研究 8 号（2016）98 頁

<sup>175</sup> 里見有功，前掲 142 文，244 頁

<sup>176</sup> 里見有功，前掲註 142 文，244 頁

<sup>177</sup> 押切久遠，前掲註 174 文，98 頁

<sup>178</sup> 森久智江，前掲註 171 文，633 頁



### 3. 事前協議與保護會議之舉行

保護觀察所依據上開調查結果，確認實施之方針後，於必要時，應與相關機關以及民間支援團體進行協議，特別需根據毒品依存受刑人之特性，綜合考慮後進行調整其出所後之居所地，此外，亦應使其於出所後得迅速接受福祉以及醫療之支援。而監獄、地方更生保護委員會以及保護觀察所，認為有必要時，得邀請關係機關及民間支援團體參加保護會議，就前揭方案進行協議。而保護觀察所，於進行上開保護會議或進行協議時，應就監獄或地方更生保護會所提供之資料，抑或保護觀察所自身所調查之資料，提供予關係機關及民間支援團體。

## (三) 保護觀察階段之合作聯繫

### 1. 保護觀察前之事前評估

保護觀察所於保護觀察開始時，會進行與支援對象者的面試，並根據前述之事前調查、檢討，以及出所後情事之變更，制定保護觀察的實施計劃，計劃性地指導支援。而保護觀察所，在決定或修正支援的方針時，應充分考慮支援對象者(毒品依存者)以及其家人的意願，並衡量相關機關或者民間支援團體的合作等細節，與相關機關或者民間支援團體進行協議。而在有必要時，尚得舉行保護會議，並邀請關係機關或者民間支援團體參與，表達意見<sup>179</sup>。

### 2. 醫療機關之支援

保護觀察所，對於經認定有接受毒品依存回復必要之支援對象，於確認本人的意願後，得基於與醫療機關之協議，指示毒品依存者進行就診。而經醫院判斷有入院治療之必要時，保護觀察所應指導毒品依存者，依照醫師之指示進行入院治療，並於出院後，與醫療機關及其他機關、民間支援團體合作，進行必要之調整。至於就資訊整合方面，醫療機關為使上開入院之毒品依存者，得順利銜接出院後之地區支援系統，得將支援對象者身心狀況等必要資訊，提供予保護觀察所或其他必要之其他機關、民間支援團體。<sup>180</sup>

### 3. 民間團體之合作聯繫

如前所述，日本於 2016 年開始針對毒品施用者施行一部緩刑制度，而隨著此制度之施行，勢必造成保護觀察對象之增加以及保護觀察期間長期化之問題。而保護觀察所考量支援對象者之生活環境、身心狀況，依其改善毒品依存之狀況，認有必要參加回復課程等專門協助之支援對象，於確認本人之意願後，得委託關係機關協力而使其接受專門的援助。因此，各地方政府、精神保健福祉中心或保健所，於支援對象者希望接受改善毒品依存之課程或個別的諮詢支援時，得為其實施回復課程或進行個別的諮詢，亦或介紹所在地區可提供之其他適當的支援系統。而為確實提供完善之支援系統，日本分別於自立更生促進中心、更生保護設施以及 DARC 等回復支援措施，強化其對毒品依存患者之回復課程。

<sup>179</sup> 法務省，前揭註 94 文，9 頁

<sup>180</sup> 法務省，前揭註 94 文，9-10 頁

### (1) 自立更生促進中心之合作聯繫

為了使監獄出所者得順利回歸社會，針對家族或民間更生保護設施未能提供必要之環境的監獄出所者，將由國家提供暫時之居所，並由保護觀察官進行直接、密切的指導監督及就業支援，同時為協助此類監獄出所者改善更生，並達成再犯防止，且創造安全安心之社會等目的，因而由國家設置自立更生促進中心，針對特定性之問題，實施重點、專門的社會內處遇。<sup>181</sup>

而針對毒品依存之監獄出所者，自力更生促進中心即有提供專門的「毒品依存回復訓練課程」。該訓練課程主要於入所後第 2 至第 7 週內，以生活行動指針之方式實施，而非科予特別遵守事項之義務。如其本人自身係遭強制進行回復訓練之意識，則維持其戒毒之恆心即相當困難，因此治療效果往往不如預期。

而在北九州自立更生促進中心中，尚有實施名為「他機關合作模式」之訓練課程。該訓練課程包括可參加北九州之 DARC 課程、北九州精神保健福祉中心所舉辦之毒品濫用防止課程、並可實施簡易毒品檢出檢查。此外，必要時亦可參加保護觀察官所舉辦之毒品再亂用防止課程、NA 北九州之自助團體療程。

只是，該中心中並不允許成員在該訓練過程中進行工作。因此，一旦離開該中心後，如何自立生活即為該中心難解之難題。一般的更生保護措施的任務之一，即為考慮退所(院)後自立生活之準備。則該中心雖可解決毒品之問題，但卻無法除取本人生活上之不安，實為其問題所在。<sup>182</sup>

### (2) 設置重點更生保護設施

為因應一部執行猶豫所產生之毒品依存者保護觀察人數之增加，以及保護觀察期間長期化之問題，日本政府陸續選擇適宜之更生保護設施，實施對毒品依存者之重點處遇，其中，自 2015 年度起，共於 15 處之更生保護設施實施毒品依存者之重點處遇，而在該重點處遇設施內，設置有心理職及看護職之專業人員，並於入所後進行約 3 個月認知行動療法之回復課程，並依本人之狀況及集中調整其住所地。而此重點設施數量，自 2016 年為止，復增加 10 處處所，而達 25 處。<sup>183</sup>

而就所實施之處遇內容方面，原本一般的更生保護措施中，係由 DARC 之職員作為治療師(facilitator)進行 DARC 團體治療之設施，然因上開重點處遇設施內，尚設有心理職及看護職等專門之職員，因此尚可實施 SMARPP(物質使用障害治療課程)、團體治療課程、匿名談話會等專業課程。而參加此類課程，與前述自立更生促進中心一樣，係依其生活行動指針方式實施。此外，並會於退所後介紹參與各地之匿名談話會，亦有於退所後補助交通費，使其通勤參與治療課程之機構。而因為專門職員進行反覆之勸說，並重視包容之氣氛，團體治療(DARC)及匿名談話會的參加率達 8 成以上。

然而，更生保護措施實踐之問題點在於，為使本人有參加該課程之意願，需

<sup>181</sup> 依日本法務省網站資料 ([http://www.moj.go.jp/hogo1/soumu/hogo\\_hogo19.html](http://www.moj.go.jp/hogo1/soumu/hogo_hogo19.html))，現日本設有之自立更生促進中心共計兩所(福岡及北九州自立更生促進中心)。

<sup>182</sup> 森久智江，前揭註 171 文，634 頁

<sup>183</sup> 日本經濟新聞 2016.6.30 「藥物克服、社会の中で刑の一部執行猶予スタート。」瀏覽網址:<http://www.nikkei.com/article/DGXLZ004246180Z20C16A6CR8000/><最後瀏覽日期:2017/10/29>

要在收容設施中，建立面談及書信往來之關係，並進行反覆之勸說。如此，對專門職員之負擔明顯過大，因此有認為需增加專門職員之數量。再者，亦有增加退所後之收容地及可合作之醫療機關之必要。<sup>184</sup>

### (3) 回復支援設施之合作聯繫

為促進監獄出所者得順利回歸社會，日本民間設置有多種回復支援措施，而針對具有毒品依存症狀之監獄出所者，亦設有 DARC 等民間回復支援設施，但因為 DARC 各自的組織獨立經營，並為因應一部緩刑制度施行，各地之毒品依存回復支援中心，均依據地域特性而採取不同之對應措施。以栃木縣之 DARC 為例，該中心於平成 23 年，作為推行一部緩刑制度之先行事業機構，並登錄為保護觀察所委託進行毒品依存回復訓練的自立準備機關。而申請進入上開自立準備機關之流程，係於毒品依存者於進入監獄後，經由保護觀察所以書面向 DARC 提出申請，經確認其申請之內容(即毒品依存者之成長經歷、犯罪前科、有無精神疾病)後，經審查核可，得由毒品依存者署名提出誓約書(即承諾於滿期釋放後仍需參與回復課程、即遵守利用中之收活準則)，並確認其欲於監獄中進行回復課程、假釋後隨即進入 DARC 進行毒品依存回復訓練、刑期期滿時仍需繼續回復課程等意願。

而在一部緩刑制度實施前，因栃木 DARC 雖已對 40 餘名毒品依存者進行毒品依存回復訓練，然因一部緩刑制度施行前，因假釋期滿後即無拘束監獄出所者人身自由之權利，而大部分假釋期間均僅約 3 個月左右，往往在毒品依存者尚未能對毒品依存症有所認識之情況下，即假釋期滿。而在此情況下，毒品依存者繼續參與回復課程之意願自然降低，其中約半數均中途放棄。然於一部緩刑制度施行後，因緩刑期間應付保護觀察之故，則可延長保護觀察期間，自可期待增加毒品依存者回復之動機。<sup>185</sup>此外，就先前並未接受回復支援的監獄出所者，得利用保護觀察所得之資訊，有助於了解個人之情況，並且在監獄出所者不適應毒品依存回復支援中心，保護觀察官尚可進行指導及支援，考量其他戒治方案。而且，因為監獄出所者，因為在監獄內已一段時間未施用毒品，身體相對而言更為健康，且在監獄內已習慣規則且正常之生活，亦較易於適應團體生活<sup>186</sup>，均為一部緩刑制度施行後，毒品依存回復支援中心對改善監獄出所者毒品依存症狀之優勢所在。

然而，由於毒品依存回復支援中心係受保護觀察所之委託，並使用公費經營之自立準備機關，經發覺毒品依存者有使用違法藥物時，自不可避免應有通報之義務，但 DARC 所執行之回復支援課程，係以參加者之誠實為優先要務，而為了不破壞這個前提，而且相較於斷絕施用，使毒品依存者繼續參加課程應更為重要，因此有認為應該由 DARC 就是否通報一事，在基於保護觀察所事前之協議之前提

<sup>184</sup> 森久智江，前揭註 171 文，634-635 頁

<sup>185</sup> 栗坪千明「回復支援施設における『刑の一部執行猶予制度』利用者の受け入れについて」  
瀏覽網址 < <http://www.t-darc.com/seido.html> >

<sup>186</sup> 森久智江，前揭註 171 文，636 頁

下，擁有一定之判斷餘地。<sup>187</sup>此外，DARC 之回復課程，最重要的即為參與者的自助互助，而使保護觀察對象者自身有體認自己並非在刑罰的延長線上，而係在回復的途中，即可強化上開效果，應希望保護觀察對象者與一般之利用者進行交流，為達此目的，回復課程中保護觀察對象者之比例不能過高，僅能約占 1-2 成。<sup>188</sup>

## 第五章、各國毒品犯罪者處遇模式於我國之啟示

### 一、我國施用毒品犯罪之刑事政策之問題

#### (一) 過剩收容與觀察勒戒之效果不彰

依法務部統計資料，至 2017 年 8 月末為止，矯正機構之收容人人數總計達 62,655 人，而過剩收容之人數達 5,590 人，過剩收容之比率高達 9.8%。<sup>189</sup> 相較於日本近年收容人數逐漸下降，我國過剩收容問題較之日本更為嚴重，已成為現在的燃眉之急。

又依矯正機構之統計資料觀之，其中監獄之收容人人數（包含受刑人、觀察勒戒、強制戒治及在押人犯）總計達 56,595 人，佔全體矯正機構收容人人數之 90.5%，而其中因毒品犯罪入監之收容人人數總計達 28,246 人，其比例佔居監獄收容人人數之 49.9%<sup>190</sup>，為各類刑事案件之冠。由此可知，於全般刑案中，如能針對監獄收容人比例最高之毒品犯罪，制定有效之刑事政策，並進而減少毒品犯罪之收容人人數，應可有效的解決過剩收容之問題。

而我國為減少毒品犯罪，歷年已採取多項刑事政策以為因應，例如針對施用第一、二級毒品之犯罪行為，毒品危害防制條例第 10 條固定有處罰明文。惟基於刑事政策，對合於一定條件之施用者（初犯者或觀察、勒戒或強制戒治執行完畢釋放後，五年後再犯施用毒品罪者），則依同條例第 20 條、第 23 條之規定，施以觀察、勒戒及強制戒治之保安處分，希冀藉由觀察勒戒、強制戒治，減低施用毒品者之再犯率。然而，如前所述，因我國過剩收容之問題極其嚴重，進而導致矯正機構職員人力不堪負荷，而於矯正機構人員不足時，自以看守業務為人力安排之第一考量，因此，關於觀察勒戒、強制戒治等保安處分之執行人力，相形捉襟見肘，並可能導致觀察勒戒所的「施用傾向評估表」正確性不夠客觀；觀察勒戒與強制戒治等同在監執行、戒治所常因資源多寡及師資的授課品質，而影

<sup>187</sup> 森久智江，前揭註 171 文，636 頁

<sup>188</sup> 森久智江，前揭註 171 文，637 頁

<sup>189</sup> 法務部統計資料，參考 <http://www.rjtd.moj.gov.tw/RJSDWEB/indicator/Indicator.aspx>

<sup>190</sup> 法務部統計資料，參考 [http://www.rjtd.moj.gov.tw/RJSDWEB/common/WebList3\\_Report.aspx?list\\_id=772](http://www.rjtd.moj.gov.tw/RJSDWEB/common/WebList3_Report.aspx?list_id=772)

響戒治處遇成效。<sup>191</sup> 由此可知，矯正機構過剩收容之問題，將間接影響觀察勒戒、強制戒治之成效，實則，過剩收容之問題與觀察勒戒之成效密切相關。而現行觀察勒戒、強制戒治之成效不彰，以致毒品犯罪仍層出不窮，亦為造成過剩收容的原因之一，足見，單以觀察勒戒、強制戒治之刑事政策，於矯正機構人力物力有限之情況下，應難獲明顯之成效。

## （二）於緩起訴階段施以戒癮治療亦無未見減低再犯率

行政院於 2008 年 10 月 30 日依新修正毒品危害防制條例第 24 條第 3 項授權訂定「毒品戒癮治療實施辦法及完成治療認定標準」辦法，並先公告施用第一級毒品海洛因、嗎啡、鴉片及其相類製品為附命完成戒癮治療緩起訴處分之實施對象。嗣為落實「治療優先於刑罰」的理念，於 2013 年 6 月 26 日再增列公告第二級毒品為實施對象。是以現行施用毒品者，經檢察官依刑事訴訟法第 253 條之 2 審酌公共利益之維護，認其適宜為緩起訴處分者，得為附命完成戒癮治療緩起訴處分。然縱使採取上揭戒癮治療之刑事政策，依據法務部 2016 年之統計資料，依施用第一級毒品與施用第二級毒品，經檢察官為附命戒癮治療之緩起訴處分，其執行情形進行分析，發現於近 9 年間(民國 97 年至 106 年 2 月間)，為附命戒癮治療之緩起訴處分者，共計 23,508 人<sup>192</sup>，其中施用第一級毒品附命完成戒癮治療緩起訴處分遭撤銷共計 5,366 人，撤銷原因主要為緩起訴期間另犯罪被起訴，計有 2,795 人(占 52.1%)，其中 88%(2,471 人)另犯罪名為毒品施用罪(施用第一級毒品 81.0%，施用第二級毒品 7.4%)；而施用第二級毒品者遭撤銷計 5,651 人，撤銷主因為違背應遵守或履行之事項 3,406 人(占 60.3%)，其次為緩起訴期間另犯罪被起訴 1,896 人(占 33.6%)，其中 83%(1,565 人)另犯罪名為毒品施用罪(施用第一級毒品 7.4%，施用第二級毒品 75.2%)<sup>193</sup>，足見對施用毒品者進行緩起訴戒癮治療之政策，其撤銷率仍高達 46%，而就第一級毒品之戒癮治療，被告之施用毒品再犯率仍維持高檔，顯示其戒癮治療方案尚無助降低其再犯率，而就第二級毒品之戒癮治療，因違背應遵守事項及履行事項之被告佔大多數，可見第二級戒癮治療之離脫率甚高，亦無從有效達成治療戒癮之目的。

## （三）毒品犯撤銷假釋率過高，顯示再犯防止機制不足

由法務部統計資料觀之，我國假釋出獄有期徒刑受刑人平均在監執行率雖然為 78.7%，然平均在監執行率隨應執行刑期增加而降低，就假釋出獄有期徒刑受刑人應執行刑名觀察，應執行刑為 1 年未滿者，其在監執行率以 90% 以上最多；應執行刑為 1 年以上至 3 年未滿及 3 年以上至 5 年未滿者，其在監執行

<sup>191</sup> 許春金『毒品施用者處遇及除罪化可行性之研究』行政院研究發展考核委員會委託研究報告(2013.3)300 頁。

<sup>192</sup> 法務部，毒品施用者戒癮治療概況分析，2 頁，參 [http://www.rjtd.moj.gov.tw/RJSDWEB/common/WebListFile.ashx?list\\_id=1484](http://www.rjtd.moj.gov.tw/RJSDWEB/common/WebListFile.ashx?list_id=1484)

<sup>193</sup> 法務部，同前註 192 文，5 頁。

率均以 80-90% 未滿居首<sup>194</sup>，顯示對於短期自由刑之在監執行率過高，而我國施用毒品犯罪，所科之自由刑多為 1 年以下之短期自由刑<sup>195</sup>，由上開分析可知，我國因施用毒品罪入監執行之受刑人，雖有獲得假釋之機會，然因在監執行率過高，其可獲得之假釋期間相對更加短暫，但觀察近 10 年因故意更犯罪受有期徒刑以上刑之宣告而遭撤銷假釋之受刑人其原犯罪名並以違反毒品危害防制條例 4,709 人(占 49.5%) 最多，且其中再犯毒品危害防制條例而遭撤銷假釋者，更高達 3,831 人(占 81.4%)<sup>196</sup>，亦顯示雖然施用毒品罪受刑人之假釋期間不長，但犯施用毒品罪之出監者，因再犯毒品危害防制條例而遭撤銷之比例仍高居不下，足徵許多毒品受刑人，於出監不久即再犯毒品危害防制條例之相關案件，亦顯示我國於假釋期間，對假釋出監者之再犯防止機制明顯不足。

## 二、自國際毒品政策觀察我國毒品政策之走向

民國 106 年度所召開之司法改革國是會議，其中第五分組針對毒品政策進行通盤檢討，於討論過程中亦經各界引用各國相關毒品政策加以廣泛討論，舉凡加強毒品多元治療及毒品藥物公賣<sup>197</sup>、毒品法庭<sup>198</sup>、強化毒品保安處分並建立多元處遇方案<sup>199</sup>等制度，均經各界援引做為毒品政策改革之選擇，且就上開臚列之各項毒品政策，均非憑空想像不切實際之方案，而係於世界其他各國實際實行而頗獲實效之政策，對我國毒品政策之改良有相當之參考價值，例如毒品之多元治療及毒品公賣等制度，於前述採取毒品減害政策之歐洲各國，所採取設置之毒品消費設施及海洛因處方等刑事政策，即為採取低度治療之毒品政策，經由醫師指導下之用藥，降低毒品施用者之死亡率，並強化毒品施用者接受治療及諮詢之機會，而在歐洲各國亦獲得相當之成效；至於毒品法庭制度，亦為美國基於「治療性法學」、「問題解決性法院」之思潮，透過司法之介入，使毒品施用者得接受治療之處遇，而此類毒品法庭之制度，非但短期內在美國各州如雨後春筍般設立，亦及於加拿大、澳洲等地，足見上開制度實效性；毒品保安處分等制度，亦類似英國所揭櫫之毒品治療及檢查命令(DTTO)，亦為行之有年且獲得實效之制度。

是綜觀各界所提出之制度，均有各國立法例及刑事政策作為背景，亦為極具參考價值之提案，其間並無優劣之分，僅有是否適合我國社會、司法環境之別，

<sup>194</sup> 法務部，假釋出獄受刑人概況分析，3-4 頁，參 [http://www.rjtd.moj.gov.tw/RJSDWEB/commo n/WebListFile.ashx?list\\_id=1493](http://www.rjtd.moj.gov.tw/RJSDWEB/commo n/WebListFile.ashx?list_id=1493)

<sup>195</sup> 依法務部統計資料，97 年至 105 年間，因犯施用第一級毒品經判決有罪之執行者，共 132,994 人，其中執行 6 個月以下刑度者計 14,134，執行逾六個月未滿 1 年者刑度者計 101,490 人，共計執行未滿 1 年之刑度者，共達 86.9%，因犯之用第二級毒品經判決有罪者，計 141,179，經執行 6 個月以下刑度者，計 129,577，達 91.7% 之多。

<sup>196</sup> 法務部，同前註 194 文，6-7 頁。

<sup>197</sup> 林文蔚，司改國是會議 5-2 藥物成癮及物質濫用政策意見書，2 頁，參 <https://drive.google.com/file/d/0B9NObfZ1vI2WcGhDZjNOTEE5VTg/view>

<sup>198</sup> 林達，毒品法庭保安處分是反毒新解方，蘋果日報 2017 年 04 月 05 日；王作仁，毒品法庭跨領域防治美國這麼做，蘋果日報 2017 年 04 月 08 日。

<sup>199</sup> 盧映潔，施用毒品者戒癮治療多元處遇模式之改良，2 頁，參 <https://drive.google.com/file/d/0B9NObfZ1vI2WcGhDZjNOTEE5VTg/view>

例如以毒品減害政策為背景之歐洲各國，其採行之刑事政策固有其優秀之處，亦得有效減緩我國過剩收容之窘境，但相對於我國所採取之抑制政策、毒品零容忍政策，則顯格格不入，且就社會氛圍亦難以接受此項刑事政策之改變，於推行毒品政策上，反易成阻力而無法順利推展，亦可預見在設立毒品消費設施或公賣設施時，週遭居民之抗議必造成政策執行之困擾，是就此刑事政策與我國輿情和現行刑事政策相距過大，尚難謂為適合我國之刑事政策。

再者，美國、加拿大、澳洲等國所採行之毒品法庭制度，固係於抑制政策之框架下，透過司法結合醫療、社福、警政等各方面資源，針對毒品施用者或成癮者所產生之社會問題，進行修正、解決之特殊司法模式，於美國、加拿大、澳洲各國均獲得極佳之成效，然而由毒品法庭之發祥國－美國之毒品政策之演變歷程以觀，因為美國初始並非對毒品採取嚴罰化之態度，反而係採取醫療模式進行對應，其後歷經生理、心理之醫療模式，均未能獲得有效控制，始轉趨以抑制政策，採取強硬之司法模式嚴罰毒品施用或犯罪者，然因採取此類嚴罰政策下反而造成犯罪率升高、過剩收容等社會問題，美國社會基於對上開抑制政策之反思下，逐漸開展其醫療團體、宗教團體、戒癮治療團體（例如匿名戒酒會、匿名戒毒會）等治療共同團體，而因此長久歷程下所建立之治療共同團體，亦成為毒品法庭推展之基石，但我國治療共同團體之發展並未如美國長久，現今多為透過醫療機構進行生理（如美沙酮替代療法）、心理治療（如認知行動療法或戒毒門診），做為毒品施用者之回復課程，因此在推動毒品法庭之建置上，是否能如美國般順利，亦值深思。

而司法改革國是會議，歷經多次討論，其中第五分組就毒品政策之未來走向與藍圖，已勾勒出以落實多元處遇方案，協助施用毒品者戒除毒癮，復歸社會為戒毒政策之主軸<sup>200</sup>，而就會議結論，即與日本目前之刑事政策走向不謀而合，如本文第四章所述，日本為解決毒品施用者反覆再犯之問題，即著重於涉犯施用毒品罪之受刑人，出監後之處遇、生活環境之調整、社會復歸之協助等事項，並於2015年建立法務省（即我國法務部）與厚生勞動省（即我國衛生福利部）間之合作準則，得無縫接軌提供毒品施用出監者及時及必要之協助，並於2016年制定防止毒品施用者再犯之緊急對策，就降低毒品施用者再犯率，透過建立矯正設施與保護觀察所一貫化之處遇課程、整備全國毒品依存症治療據點、醫療機構等施策方向。因此本文認為參酌日本目前已進行且未來規畫之施策方向，或可充實並提供司法改革國是會議，就戒毒政策更詳細之操作目標與準則。

首就司法改革國是會議所揭櫫之戒毒政策，雖可窺悉係以「整合司法、醫療與社工資源，矯治勒戒（戒治所）回歸衛福部醫療體系多元處遇方案，協助施用毒品者戒除毒癮，復歸社會。」為本，而提出之改革方案，然就其具體化之執行內容，並未達成共識，本文認為，就整合司法、醫療與社工資源方面，應可參酌日本所建立之合作準則，建立「社會內移行調查」之制度，在毒品施用之受刑人

---

<sup>200</sup> 總統府司法改革國是會議總結會議會議資料，13頁，參 <https://drive.google.com/file/d/0B6gnI5Xwp9QwaDR3Q05fRWpYaU0/view>

在出所前，即透過書面審查及會面審查之方式，由觀護人先行評估適當之處遇方案，以促進監獄內之治療課程與出所後之戒治處遇得無縫接軌，且於必要時，在此調查階段即可協請精神科醫生提供意見，共同制定適合毒品施用者之處遇計畫。並可參酌日本所舉辦之「引受人會議」，在毒品施用者尚在監時，即定時對毒品施用者之家屬，舉辦毒品知識之相關講習，增進家屬對於毒品之了解，亦可協助毒品施用者於出所後，得透過家庭之支援，逐漸戒除毒癮。

此外，待毒品受刑人出所後，亦可由觀護人協請處遇機構、醫療機構或戒癮治療團體到場表示意見，並徵得毒品受刑人及家屬之同意，充分交換意見及資訊，進一步修正戒癮治療計畫。並為使處遇、醫療機構或戒癮治療團體得充分掌握毒品受刑人之戒癮狀況，應可適度交換毒品受刑人之個人信息，以利後續治療處遇之實施。而欲達到毒品受刑人與社會內處遇之治療得無縫接軌，除了應整備矯正設施內治療處遇之課程外，並可參酌日本於 2017 年所制定防止毒品施用者再犯之緊急對策，適度地將設施內治療處遇之資訊，與社會內處遇之治療、處遇機構共享，以增進治療之效果。

並就司法改革國是會議所提出之「矯治勒戒（戒治所）回歸衛福部醫療體系多元處遇」施政方向，其方向亦與日本現行就毒品案件司法福祉化之精神不謀而合，然而我國除設有戒毒門診或治療課程之醫療機構外，民間毒品治療處遇機構之設置仍相當不足<sup>201</sup>，是以本文認為可鼓勵或輔導民間設置類似日本之 DARC 戒毒治療機構，由毒品戒毒成功者，擔任該戒毒治療機構之幹部，除傳承其戒毒經驗外，亦可提供戒毒者暫時棲身之所，並可透過自助團體治療之方式，藉由戒毒經驗傳承、生活經歷分享等方式，一方面矯正毒品施用者之作息，另一方面獲得治療之機會。

而就現存之更生保護設施<sup>202</sup>，仍以團體治療方式為主要治療方式，然就毒品施用者之毒品依存原因多元，單純團體治療是否得因應毒品依存原因之多樣性，而提供適切之治療，即非無疑義，是就現存之民間戒毒治療機構，亦可輔導設置專業之心理師或護理師，進行個別諮詢或輔導。

又除了鼓勵設置上述戒毒治療機構外，因為毒品施用者依存毒品之原因多端，並可參酌日本設置自立更生促進中心<sup>203</sup>，對於出監後未能有家族支援或無家可歸之出監者，提供暫時之棲身之所，並於其內進行就業輔導、生活管理與戒癮治療。

然而設立多元處遇之戒癮治療機構，一方面可強化緩起訴戒癮治療之量能，

<sup>201</sup> 依「反毒大本營」網路資料，目前我國民間戒毒資源共 7 間，並多有提供短期安置之服務，但多為宗教團體或地方政府設置之中途之家或更生保護設施。

<sup>202</sup> 依財團法人台灣更生保護會網站資料，目前宗教團體、社會福利等機構合作辦理專門戒除煙毒酒癮的安置處所共有 14 處，而委辦單位仍多以財團法人基督教臺中更生團契、財團法人屏東縣私立基督教沐恩之家、財團法人新北市基督教晨曦會、財團法人臺灣基督教主愛之家輔導中心等宗教團體為主。

<sup>203</sup> 日本自立更生促進中心，係於日本保護觀察所下設置住宿之設施，因此保護觀察官得就近指導監督受保護觀察之人，以促進其復歸社會，我國雖無保護觀察所之機關，然於編制上應可於法務部或衛生福利部下，設置相關之戒癮治療機構，並由觀護人就近指導監督，以達成毒品受刑人復歸社會之目的。



另一方面亦可降低毒品再犯率，固能改善我國現今所面臨毒品再犯率過高、過剩收容等問題，但日本於廣設多元處遇之戒癮治療機構，實際操作面上所遭遇之困難，亦可能為我國日後政策執行上之借鏡。首先，不論日本或我國，毒品戒癮治療之機構，仍以醫療院所或民間機構為主軸，以提供具有戒毒決心之病患戒毒的相關療程，如參與戒毒之團體內，均為具有高度戒毒意願之成員，必然可增進戒毒之效能，但於日後整合司法、醫療與社福資源後，勢必將假釋付保護管束之更生人、附戒癮治療緩起訴處分之被告，安排入上開醫療院所或民間機構內進行戒癮治療，則其等固然於司法程序中「同意」接受戒癮治療，而具有戒毒之意願，但其等「同意」不可避免地將受司法程序某程度之壓制，並無法確認其本身戒毒之意願，則將其等與主動參與戒毒之人，放入同一治療團體，是否可能相互影響而降低治療之效能，即不得不預先考慮。<sup>204</sup>

再者，在日本由政府補助設立之更生保護設施，因接受政府之補助金，不可避免地於治療過程中，發現參與治療之病患施用毒品之行為，即應負有向政府機關通報之義務，然戒癮治療之機構所進行之回復支援課程，仍以參加者之誠實為優先之要務，如戒癮治療機關有通報之義務，則較難取得病患之信任而影響治療成效<sup>205</sup>，因此，於我國輔導設立多元化處遇之戒癮治療機構，亦應考慮就該等機構之通報義務，是否應容許有一定之判斷餘地，抑或有我國毒品危害防制條例第 21 條第 1 項、第 2 項 之適用<sup>206</sup>。

## 第六章、結論與建議

由現今國際反毒趨勢以觀，不論係採取歐洲的容忍政策，自社會福祉之觀點出發，提供毒品施用者治療之社會福利及支援以減少危害；或者是採取美國在司

---

<sup>204</sup> 森久智江，前揭註 171 文，637 頁，認為於此種情形，參與團體治療課程，付保護觀察而參與戒癮治療之人，不得超過該團體之 1-2 成，始能有效發揮治療效能。丸山泰弘則認為將假釋、保護觀察、滿期釋放甚至尚未進入刑事程序之人，放入同一治療團體，將產生團體治療自助性質的混亂，丸山泰弘，前揭註 4 書，177 頁

<sup>205</sup> 森久智江，前揭註 171 文，636 頁

<sup>206</sup> 毒品危害防制條例第 21 條第 1 項固規定「犯第十條之罪者，於犯罪未發覺前，自動向行政院衛生署指定之醫療機構請求治療，醫療機構免將請求治療者送法院或檢察機關。」，然依最高法院 97 年台上字第 1893 號判決所揭櫫意旨：「毒品危害防制條例第 21 條 2 項：『依前項規定治療中經查獲之被告或少年，應由檢察官為不起訴之處分或由少年法院（地方法院少年法庭）為不付審理之裁定。但以一次為限』。所稱『依前項規定治療中經查獲』，指依該條第 1 項規定，犯同條例第十條之罪者，於犯罪未發覺前，自動向行政院衛生署指定之醫療機構請求治療，而於治療中始經查獲該項未發覺之犯罪而言。於治療中再犯施用毒品之罪而被查獲者，並不包括在內。」業已侷限毒品危害防制條例第 21 條第 1 項、第 2 項之適用範圍，依前開最高法院解釋，毒品危害防制條例第 21 條係鼓勵施用毒品者，在未被查獲前，主動向醫療機構請求使用合法藥物取代及減輕對毒品依賴之治療方式，代替由刑事司法程序實施之觀察勒戒、強制戒治，達到戒斷毒癮之目的，故於治療中被查獲者予以寬典，顯係指於請求治療「前」之施用行為，並非指凡在治療中又繼續施用毒品之行為。實務相同見解，並參臺灣高等法院暨所屬法院 97 年法律座談會刑事類提案第 22 號、最高法院 95 年度台上字第 2973 號判決。

法模式下，導入毒品法庭之制度，由法院監督下進行治療之模式；還是如同日本以加強毒品施用者更生保護之方式，企圖減少毒品施用者之再犯率；甚或我國司法改革國是會議所擬定之擴大檢察官對於多次施用毒品者得為附條件戒癮治療緩起訴處分或增訂保安處分，其中共通之處，即在於須建立並提供毒品施用者接受治療之處所，並針對各種不同類型之毒品施用者，設置適合其狀況之治療處遇，因此，欲減低毒品施用者之再犯率，首要之任務，應在於建立及設置多樣化的毒品戒治機構，以因應毒品施用者各自之情形，足以提供適宜之治療處遇。

而現行我國雖然有多家醫療院所提供毒品之戒癮治療療程，然民間之毒品治療機構仍然缺乏，亦少有結合就業輔導或提供住宿之毒品治療機構，應可由國家設立專業之戒癮治療機構，或輔導設置類似日本之 DARC 抑或美國之 NA（匿名戒毒會）等設施，透過毒品施用者交流自身戒毒經驗，甚或可由具有治療成功經驗之毒品施用者，擔任該毒品治療機構之幹部，以傳承其戒毒經驗。

另我國雖然設有觀察勒戒及強制戒治制度，並於監獄或看守所設有觀察勒戒所或戒治所，亦有毒品戒治課程，然仍多以宗教課程與公民教育課程為主，提供心理輔導或毒品衛教課程為輔，故仍應加強設施內針對毒品之專門處遇課程，並其所採取之專門處遇課程，應與毒品施用者出監後，於社會內處遇所接受之治療課程（醫療機構與自助團體）得以銜接，始能達到設施內處遇與社會內處遇無縫接軌之目的。

而在司法改革國是會議決議將觀察勒戒及強制戒治設施，矯治勒戒（戒治所）回歸衛福部醫療體系，亦揭櫫在體認毒品施用者為兼具犯人與病人之雙重身分的前提下，我國矯正戒治相關業務，已由原本之司法模式，逐漸往福祉模式靠攏，其固然意味矯正戒治業務，得由衛福部統籌管理設施內處遇之專門處遇課程，以及輔導社會內處遇之毒品戒治自助團體，建立與設施內處遇課程得以銜接之治療療程，以增進矯正戒治之出所人，於社會內亦得尋求治療、醫療之協助，並便利毒品受刑人出所後，亦得無縫接軌接受適宜之治療。然矯正戒治業務回歸衛福部統籌管理後，所需面對者，即為司法與福祉間應如何合作，以達戒治效益最大化之目的，本文認為可參酌日本建立社會內移行調查制度，於設施內處遇階段，即由觀護人（司法）聯繫福祉團體（衛福部輔導設立之戒癮自助團體）或醫療機構，提前針對毒品戒治人或受刑人，出所後應接受之處遇或治療計畫進行磋商，並取得毒品戒治人或受刑人之同意，使其於出所後得接受適當之治療與支援。

是本文認為，如遇增進毒品戒治之成效，並減低毒品犯罪之再犯率，我國針對毒品犯罪者之處遇政策應採下列方向修正調整：

#### 1. 建立多元處遇方案方面：

- (1) 鼓勵或輔導民間設置類似日本之 DARC 戒毒治療機構，由毒品戒毒成功者，擔任該戒毒治療機構之幹部，除傳承其戒毒經驗外，亦可提供戒毒者暫時棲身之所。
- (2) 現存之民間戒毒治療機構，輔導設置專業之心理師或護理師，得針對接受治療者之狀況，進行個別諮詢或輔導。

- (3) 於法務部或衛福部下設置具有住宿設施之戒癮治療機構，便利觀護人針對未能有家族支援或無家可歸之出所者，就近進行指導監護。

## **2. 矯正戒治業務方面:**

- (1) 就整合司法、醫療與社工資源方面，應可參酌日本所建立之「社會內移行調查」之制度，於毒品受刑人在監時，即由觀護人先以書面審查及會面審查之方式，與醫療機構或民間戒毒治療團體交換資訊及意見，擬定出所後合宜之居住地點及治療處遇計畫，必要時並可偕同精神科醫師到場給予意見。
- (2) 依司法改革國是會議結論，於矯正戒治業務回歸衛福部業管後，由衛福部針對毒品施用者設計設施內處遇之專門處遇課程，並協調醫療機構與民間戒毒機構，制定一貫化之治療課程，以利毒品戒治人或出監人，於出所後仍得獲得適當之治療機會。
- (3) 參酌日本「引受人會議」制度，於毒品受刑人在監時，即由觀護人針對毒品受刑人之家屬，進行毒品知識之講習，增進家屬對於毒品之了解，以協助毒品施用者於出所後，得透過家庭之支援，逐漸戒除毒癮。

## **3. 更生保護及司法與社福機關合作聯繫方面:**

- (1) 參酌日本之保護會議（ケア會議）制度，於毒品受刑人出所後，由觀護人協請處遇機構、醫療機構或民間戒毒治療團體到場表示意見，並徵得毒品受刑人及家屬之同意，充分交換意見及資訊，進一步修正戒癮治療計畫
- (2) 假釋付保護管束之毒品受刑人，由觀護人酌以毒品受刑人之情況及意願，轉介由民間戒毒治療團體治療，減低其再犯率，然為避免司法轉介之被告或出所者，影響既有已參加治療程序之病患的治療成效，應降低司法轉介被告或出所者，於團體治療成員內之比例
- (3) 民間戒癮治療團體，多透過自助團體之方式，進行治療之療程，其內容著重於毒品施用者之信任與誠信，如要求民間戒毒治療團體負擔過多通報義務，將影響治療成效，是應修法適度放寬民間戒癮治療機構之通報義務，或放寬毒品危害防制條例第 21 條第 1 項之解釋空間。

# 参考書目

## 一、専書

1. James L., Jr. Nolan 著、小沼杏平監訳「ドラッグコートーアメリカ司法再編」(丸善ブ  
ラネット、2006)
2. 安富潔『特別刑法入門』(慶応義塾大学、2015)
3. 丸山泰弘『刑事司法における薬物依存症治療プログラムの意義』(日本評論社、2015)
4. 金尚均『ドラッグの刑事規制—薬物問題への新たな法的アプローチ』(日本評論社、  
2009)
5. 古田佑紀=齊藤勲『大コンメンタール薬物五法』(青林書院、1996)
6. 佐藤哲彦『ドラッグの社会学：向精神物質をめぐる作法と社会秩序』(世界思想社、  
2008.6)。
7. 石川正興=小野正博=山口昭夫『刑事政策、犯罪学用語』(成文堂、2010)
8. 石塚伸一『日本版ドラッグ・コートー処罰から治療へ』(日本評論社、2007)
9. 石塚伸一編『薬物政策への新たな挑戦-日本版ドラッグ・コートを超えて』(日本  
評論社、2013)
10. 大塚仁=河上和雄=中山善房=古田佑紀『大コンメンタール刑法(第一冊)』(青林  
書院、2015)
11. 藤本哲也『犯罪学刑事政策の新しい動向』(中央大学、2013)
12. 平野龍一=佐々木史朗=藤永幸治『注解特別刑法 5(1)』(青林書院、1992)
13. 平野龍一=佐々木史朗=藤永幸治『注解特別刑法 5(2)』(青林書院、1992)
14. 法務総合研究所「研究部報告 34 アジア地域における薬物乱用の動向と効果的な薬物  
乱用処遇対策に関する調査研究」(法務総合研究所、2005)。
15. 法務総合研究所「研究部報告 34 薬物乱用の動向と効果的な薬物乱用処遇対策に関す  
る調査研究:オーストラリア、カナダ、連合王国、アメリカ合衆国」(法務総合研究所、  
2006)
16. 本田宏治『ドラッグと刑罰なき統制-不可視化する犯罪の社会学』(生活書院、2011)
17. 太田達也『刑の一部執行猶予—犯罪者の改善更生と再犯防止』(慶應義塾大学出版会、  
2014)
18. 許春金『毒品施用者処遇及除罪化可能性之研究』(行政院研究發展考核委員會、  
2013.10)。

## 二、期刊文章

1. マリカ・オーマツ著、指宿信=吉井匡譯、「トロントにおける問題解決裁判所の概要  
『治療的司法』概念に基づく取り組み」立命館法学 314 号(2007.4) 199-212 頁
2. 押切久遠「更生保護における薬物事犯者施策について」犯罪と非行 181 号(2016.3)  
166-186 頁

3. 押切久遠「薬物事犯者の処遇—帰住先の確保とそこにおける指導・支援を中心に—」  
更生保護学研究 8号 (2016) 94-125 頁
4. 横地環「更生保護における薬物グループワークの変遷」更生保護研究創刊号(2012.12)  
159-168 頁
5. 金尚均「ドイツにおける麻薬刑法麻薬政策の新たな潮流」龍谷法学 47 卷 1号(2014)  
103-124 頁
6. 高橋有紀「刑の一部の執行猶予判断における刑事責任の位置づけに関する考察」一  
橋法学 14 卷 1号 (2015.3) 211-237 頁
7. 今井猛嘉「刑の一部の執行猶予と社会貢献活動—その意義と展望」罪と罰 51 卷 2号  
(2014.3) 20-38 頁
8. 今福章二、川出敏裕、小池信太郎、園原敏彦「刑の一部執行猶予制度の施行とその  
課題」論究ジュリスト 17号 (2016) 194-216 頁。
9. 酒井安行「ハームリダクションと『ダメ・ゼッタイ』アプローチ」青山法学論集 56  
卷 4号 (2015) 1-19 頁
10. 酒井安之「日本の薬物犯罪政策と『ダメ・ゼッタイ。』アプローチ」収録於井田良＝  
高橋則夫＝只木誠＝中空壽雅＝山口厚『川端博先生古稀記念論文集[下巻]』(成文堂、  
2014) 793-816 頁
11. 小沼杏坪「薬物依存者に対する治療・処遇の体制の現状と課題」警察学論集 57 卷 2  
号 (2004.2) 123-147 頁
12. 小沼杏坪「薬物乱用者・依存者に対する治療的対応--特に尿中薬物検査をめぐる--」  
罪と罰 41 卷 3号 (2004.6) 6-19 頁
13. 小池信太郎「刑の一部執行猶予と量刑判断に関する覚書: 施行を一年後に控えて」  
慶応法学 33 卷 (2015.10) 265-291 頁
14. 森久智江「刑の一部執行猶予制度に関する一考察」立命館法学 345・346号 (2012)  
844-870 頁
15. 森久智江「刑の一部執行猶予制度の運用のあり方について—犯罪をした人の社会復  
帰の観点から」, 収録於徳田靖之＝石塚伸一＝佐々木光明＝森尾亮『刑事法と歴史的  
価値とその交錯』(法律文化社、2016.11) 627-653 頁
16. 森本正彦「刑の一部執行猶予制度・社会貢献活動の導入に向けて」立法と調査 318  
号 (2011.7) 59-76 頁
17. 清水新二「アメリカ薬物戦争政策の現状と問題点」犯罪と非行 123 卷 (2000)
18. 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 47 卷  
4号 (2015) 845-908 頁
19. 石塚伸一等「薬物依存とシームレスな支援—刑の一部執行猶予導入の意味とその影  
響について」更生保護学研究 7号 (2015.12) 99-125 頁
20. 川出敏裕「薬物犯罪対策の現状と課題」『ジュリスト』1416号 (2011) 8-15 頁
21. 泉啓「薬物依存症者を支える人的ネットワーク～仙台市における様々な依存症「当  
事者」たち～」更生保護 66 卷 12号 (2015.12) 12-17 頁。

22. 田辺「精神保健福祉センターの覚せい剤問題への問題への相談支援」更生保護 65 巻 10 号 (2014.10) 28-31 頁
23. 尾田真言「アパリによる『保釈中の刑事被告人に対する薬物プログラム』」刑事弁護 30 巻 (2002) 83-87 頁
24. 富山聡「改善指導の現状と課題」法律時報 80 巻 9 号 (2008.8) 18-21 頁
25. 里見有功「更生保護における薬物事犯者への処遇及び調査の実際」犯罪と非行 181 巻(2016.3)234-246 頁

### 三、網路資源

1. 日本 APARI 網站<<http://www.apari.jp>>
2. 日本犯罪對策閣僚會議網站資料<<http://www.kantei.go.jp/jp/singi/hanzai/pdf/1704safe/honbun.pdf>>
3. 日本法務省「改善指導の標準プログラムについて」<http://www.moj.go.jp/content/001174898.pdf>
4. 加拿大司法部網站< <http://www.justice.gc.ca/eng/fund-fina/gov-gouv/dtc-ttt.html> >
5. 日本法務省「第四次薬物乱用防止五ヵ年戦略」<[http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisaku-jouhou-11120000-iyakushokuhinkyoku/4\\_5strategy.pdf](http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisaku-jouhou-11120000-iyakushokuhinkyoku/4_5strategy.pdf)>
6. 日本法務省「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」  
<http://www.moj.go.jp/content/001164749.pdf>
7. 日本法務省「薬物依存者、高齢犯罪者等の再犯防止緊急対策」<<http://www.moj.go.jp/content/001198879.pdf>>
8. NADCP ,” Defining Drug Court:The Key Components” <<http://www.nadcp.org/sites/default/files/nadcp/KeyComponents.pdf>>
9. 法務部「毒品施用者戒癮治療概況分析」< [http://www.rjtd.moj.gov.tw/RJSDWEB/common/WebListFile.ashx?list\\_id=1484](http://www.rjtd.moj.gov.tw/RJSDWEB/common/WebListFile.ashx?list_id=1484)>
10. 法務部，毒品施用者戒癮治療概況分析 [http://www.rjtd.moj.gov.tw/RJSDWEB/common/WebListFile.ashx?list\\_id=1484](http://www.rjtd.moj.gov.tw/RJSDWEB/common/WebListFile.ashx?list_id=1484)
11. 林文蔚，司改國是會議 5-2 藥物成癮及物質濫用政策意見書<<https://drive.google.com/file/d/0B9NObfZ1vI2WcGhDZjNOTEE5VTg/view>>
12. 栗坪千明「回復支援施設における『刑の一部執行猶予制度』利用者の受け入れについて」< <http://www.t-darc.com/seido.html> >
13. 日本 DARC 網頁 <http://darc-ic.com/darc-list>
14. 盧映潔，施用毒品者戒癮治療多元處遇模式之改良 <https://drive.google.com/file/d/0B9NObfZ1vI2WcGhDZjNOTEE5VTg/view>
15. 總統府司法改革國是會議總結會議會議資料 <https://drive.google.com/file/d/0B6gni5Xwp9QwaDR3Q05fRWpYaU0/view>