

中央警察大學犯罪防治研究所

博士論文

指導教授：謝文彥 博士

黃俊能 博士

**毒品施用者分流處遇制度及
篩選項目之研究**

**A Study on the Program Design, Screening
Criteria and Triaging Procedure in the
Treatment of Drug Users**

研 究 生：紀致光

中華民國 109 年 1 月

謝誌

修讀博士就猶如攀登一座陌生的高山，僅知此行必不輕鬆，卻無法預料沿途有何兇險，風景是否綺麗，究竟是否安然登頂亦不可逆料，只能抱著盡力而為的心情去享受這一段旅程。

首先面臨的是課程研修，這是打底的功夫，在所裏費心安排及老師們悉心教導下，看見犯罪防治這個學門的遼闊與多元，擴展了研究的格局，例如在許春金老師犯罪學課程中引導研讀的「The better angels of our nature」一書中，從猩猩至人類，由遠古到現今，以科學實證的方式，全面性解析暴力行為的本質及演進，讀後不禁讚嘆「原來犯罪學也可以這樣研究」；而在研究方法方面，在謝文彥老師、黃俊能老師和陳玉書老師的教導下，了解了質化、量化、GIS、MCDM 等各種的研究方法，使得面對不同研究議題時，了解可利用何種研究工具著手，在這個階段，可說是備足了糧草、工具，可以出發了。

很幸運在母校臺北大學周愷嫻老師的介紹下，旁聽了宋弘恩老師的毒品課程，在一次課後討論中，話題一直從教室延續到校門口而欲罷不止，討論內容雖在於美國面對及處理毒品施用者處遇方案設計及個案配對的議題，但不禁想到這方面的議題在國內甚少被研究，值得開發，因此就斗膽以此為目標，構思如何查探這座人煙罕至的山嶺。

幾經思量，相信深入訪談是探索此陌生領域的最好方式，而處遇方案配對的工具，則可經由多目標決策分析來建構，承蒙不棄，請到謝文彥老師及黃俊能老師兩位專家擔任我此行的嚮導，著實安心多了。在訪談過程中，研究參與者皆是毒品施用者處遇領域的專家，基於研究倫理之考量，在此未能具名致謝，但對於在訪談過程中知無不言、言無不盡的大力協助，銘感五內，心想惟有把論文好好完成才是最好的回報。然而，缺乏訪談經驗的我，很快就墜入五里霧了，在訪談紀錄整理、編碼、主題歸納及論文撰寫時，屢屢找不到方向，幸好謝文彥老師及時引導，才能找到正途，繼續前進；多目標決策分析部分亦同樣不簡單，初始的問卷連熟悉議題的專家都難以理解，幸賴黃俊能老師指出項目缺乏方向性的盲點，方及時改正，順利進行。

終於來到論文考試了，雖然考前已連續數月埋首案牘，但登頂之前仍要經過最後的考驗，感謝許春金老師、蔡田木所長、謙立中司長、林健陽老師及陳玉書老師的指教，指正論文中在研究方法、內容結構、文意表達、論文格式上的諸多

盲點，使得論文得以更成熟的方式呈現；也感謝蔡文瑜助教、邱倩妤助教在行政上的協助，讓整體過程更加平順。

在這一路走來，除了師長、朋友的協助，父母及妻子的支持更是不可或缺的，沒有他們的包容與協助，根本不可能開啟這段旅程，而從兒女偶然提到「論文還沒寫完哦」的抱怨中，也知過去幾年的陪伴深有不足，辦公室的長官、同仁，若有因我就學而造成不便之處，在此一併致意，希望現在畢業尚不太晚。

登高山的人都知道，無論經過了多麼漫長的旅途，在山頂的時光通常也不過一、二十分鐘，拍張照就該下山了，登山之目的不在登頂的風光，而在向上攀爬過程中，能不斷鍛鍊自己的生命，並開啟所有的感官去探索世界，修讀博士班的過程，正如登高山一般。臨將畢業之際，感謝所有在這段旅程中協助我、陪伴我及包容我的人。

摘要

對於毒品施用者，我國自 1997 年毒品危害防制條例將其定位為「病患性犯人」後，先後規劃了「觀察勒戒、強制戒治」、「緩起訴處分附命完成戒癮治療」等方案，試圖改變以往單純處罰的處遇模式，藉由醫療、團體治療、監控等方式，使毒品施用者改善毒品問題。然而，司法體系中的毒品施用者迄今仍過半在監獄中，相關處遇方案之成效不如預期。

對於毒品施用者處遇之議題，以往多著重個別處遇方案之內容或成效研究，較少著眼於制度架構之探討，然而制度架構之規劃會高度影響整體政策成效，其重要性不可小覷。鑒於規劃合適的處遇方案，以及將毒品施用者配對至適當處遇方案之分流機制，是毒品施用者處遇工作之重要基石，本研究首先藉由文獻回顧了解影響毒品施用者處遇政策之觀點、美國及葡萄牙有關毒品施用者分流處遇之經驗及我國毒品施用者分流處遇制度之建構過程；其次，再以深入訪談了解現行分流處遇制度運作時所發現之問題；最後，再就訪談發現進行探討，提出在處遇方案、分流機制兩方面之建議及整體性規劃。此外，由於毒品施用者分流工作中最重要的緩起訴戒癮治療對象篩選缺乏客觀、標準之評估工具，本研究也以文獻回顧、深入訪談及多目標決策分析之方式，建構合適之篩選項目。

在處遇方案方面，經由深入訪談發現緩起訴處分附命條件之內容缺乏彈性、觀察勒戒在現行法規架構及毒品情勢下不合時宜、機構式戒癮治療方案有待充實、處遇期間個案管理機制仍有待加強等問題，本研究對該等問題提出「廢除不符現代毒癮戒治需求之觀察勒戒」、「將強制戒治轉型為嚴重個案之處遇方案」、「改善毒品施用者處遇體系下之刑罰策略」3 項建議；而在分流機制方面，經由訪談發現以初\再犯為分流依據問題重重、現行處遇方案之內容多元性不敷個案需求、缺乏分流篩選指標、缺乏分流評估團隊、缺乏個案管理團隊等問題，本研究對該等問題提出「以緩起訴處分制度發展多元處遇方案」、「強化毒品施用個案分流評估及追蹤管理」、「建立標準化個案評估工具」3 項建議。

在建構緩起訴戒癮治療對象篩選項目方面，本研究以文獻回顧及深入訪談，尋找出 C1「個案健康改善」、C2「社會治安影響」及 C3「家庭功能維護」等 3 個構面，在每個構面下，各別再有 3 個項目，對於這個 3 構面 9 項目的層級架構，經以多目標決策分析得出各項目整體權重，由高而低依序為「個案對醫療協助需求較高 (C1-1): 14.21%」、「個案戒毒動機較強 (C1-3): 12.13%」、「個案較適合在社區戒毒 (C1-2): 12.03%」、「販毒、暴力等重大犯罪前科較少 (C2-2):

11.92%」、「可使家庭成員受照顧 (C3-3): 11.20%」、「從事施用毒品以外犯罪之可能性較低 (C2-1): 10.42%」、「有利於個案家庭經濟狀況 (C3-1): 10.03%」、「有利於個案家庭和諧 (C3-2): 9.70%」、「吸毒行為之可責性較低 (C2-3): 8.37%」。

綜整前述之研究成果，本研究建議毒品施用者應不分初、再犯，皆由檢察官決定起訴或緩起訴，若決定為緩起訴，可附命接受「社區觀護方案」、「社區戒癮方案」或「機構戒癮方案」等不同處遇方案，個案分流之決定，檢察官應依據專業的「分流評估團隊」以評估工具評估後所得資訊為之。個案進入緩起訴處分之各項處遇方案後，應由「個案管理團隊」追蹤個案狀況，表現較好或較差時，可經檢察官同意後決定是否調整處遇內容，遇有得撤銷緩起訴之情形時，亦同樣可由個案管理團隊提供資訊供檢察官參考。此外，對於被起訴之個案，仍應規劃適當之戒癮方案及後續追蹤機制，協助個案在刑事處罰中改善其毒品使用問題。而本研究建構之 9 項篩選項目，則可分拆為「是否適合社區處遇」及「是否需要戒癮協助」兩大面向，提供個案分流至起訴或緩起訴之 3 類處遇方案時，有更明確之分流標準。

關鍵字：毒品、緩起訴處分、戒癮治療、多元處遇、多目標決策分析

Abstract

Since the definition of drug users as “patient-offenders” by the Narcotics Hazard Prevention Act in 1997, initiatives such as “Monitored Detoxification and Compulsory Treatment” and “Deferred Prosecution with Completion of Addiction Treatment” have been successively planned, with the intention of replacing simple punishments with therapy, group treatment and supervision to improve the conditions of drug users. However, more than half of the drug users processed by the criminal justice system remain in prisons demonstrating the unexpected ineffectiveness of related interventions.

When it comes to the processing of drug users, most attention has been placed on the treatment content and its impact among individual cases, but the structuration of the treatment system highly affects the overall performance of implemented policies and thus its importance should not be overlooked. Given that a triage mechanism that matches drug users to appropriate treatment options is an important foundation of effective treatment, this researcher set out to first review extant literature to understand drug abuse treatment policies, the experiences of the United States and Portugal in triaging drug users, and the articulation of the triage process in Taiwan. Then, in-depth interviews were conducted to identify problems in the existing triage process. And lastly, recommendations on how to better plan and organize the triage process were offered based on the findings from the interviews. In addition, since there has have been no objective and standardized instruments for treatment matching among drug users receiving deferred prosecution with completion of addiction treatment, this study also relied on literature review, in-depth interviews and multi-objective decision analysis to construct adequate indicator for treatment matching.

In regard to the treatment, in-depth interviews have found the following: the regimen of the compulsory treatment from the deferred prosecution lacks flexibility; the practice of monitored detoxification is outdated in relation to the current legal framework and drug use trends; the capacity of institutional treatment needs to be improved; and the case management during treatment has to be strengthened. Therefore, this study recommends the abandonment of monitored detoxification that no longer complies with contemporary treatment practices, the requirement of compulsory treatment open for all serious cases, and the reform of penal sanctions for drug users. In relation to the triage mechanism, interviews reveal the following: the dual classification of first-time offenders vs. chronic offenders is troubling; the existing treatment options are not diverse enough to address the multiple needs of the cases; there are no screening and triaging criteria; there are no assessment teams

specialized in triaging; and there is a lack of case management teams. In response to these challenges, the study proposes the support of the deferred prosecution system with the diversification of treatment options, the strengthening of case triaging and follow-up management, and the standardization of case evaluation instruments.

In regard to the screening criteria for addiction treatment in lieu of prosecution, this study has identified three major dimensions based on literature review and in-depth interviews: C1 “Health Improvement of Participants”, C2 “Impact on Public Safety”, and C3 “Maintenance of Family Function.” Three indicators has also been developed for each of the three dimensions. Multi-objective decision analysis was performed to rank the nine indicators measuring the three theoretical constructs: Stronger needs for medical assistance (C1-1): 14.21%; stronger motivation for treatment (C1-3): 12.13%; better fit for community-based treatment (C1-2): 12.03%; fewer serious criminal records such as drug sales and violence (C2-2): 11.92%; better care of family members (C3-3): 11.20%; lower risk of engaging in crime other than drug use (C2-1): 10.42%; greater financial support to the family (C3-1): 10.03%; greater contribution to family harmony (C3-2): 9.70; and lower accountability for drug use (C2-3): 8.37%.

Summarizing study results presented above, this study proposes the abolition of the differentiation between first-time offenders and chronic offenders, and instead, prosecutors should be empowered to initiate or defer prosecution. If deferred prosecution is indicated, three options including community supervision, community-based treatment, and institutional treatment should be made available. Prosecutors should consider the recommendations based on the data collected with evaluation instruments by a professional triage assessment team. Once a defendant is mandated to a treatment program, a case management team must follow up on the progress of the client. Based on the treatment performance of the client, the prosecutor can adjust requirements imposed on the client. When the deferral is revoked and the prosecution is resumed, information provided by the case management team can also be used to inform prosecutorial decision-making. Even when prosecution is resumed, treatment support and follow-up services can still be planned to help the offender to reduce drug use while awaiting disposition or sentence. And the nine indicators developed in this study can be broadly grouped into “fit for community-based treatment” or “in need of addiction treatment services”. When the case is considered for prosecution or its deferral, the decision on the kind of treatment to impose must be guided by clear triage criteria.

Key words: narcotic, deferred prosecution, drug users, triaging criteria, multi-objective decision analysis

目次

謝誌	i
摘要	iii
Abstract	v
目次	vii
表次	ix
圖次	xi
第一章 緒論	1
第一節 研究背景	1
第二節 研究動機	3
第三節 研究目的	5
第四節 名詞解釋	7
第二章 文獻回顧	13
第一節 影響毒品施用者處遇政策之觀點	14
第二節 美國與葡萄牙毒品施用者社區處遇及分流制度	30
第三節 我國毒品施用者處遇政策及分流處遇架構	39
第四節 司法分流機制之評估標準	59
第三章 研究設計	75
第一節 研究方法與研究流程	75
第二節 研究參與者	80
第三節 研究工具	81
第四節 資料處理與分析	84
第五節 研究倫理	89
第四章 毒品施用者分流處遇制度運作之檢討	93
第一節 處遇方案運作所面臨之問題	94
第二節 分流機制運作所面臨之問題	108
第五章 緩起訴戒癮治療對象篩選項目之建構	121
第一節 篩選構面及項目之調整	121
第二節 多目標決策問卷結果分析	145
第六章 研究發現及建議	157
第一節 研究發現	157

第二節 政策建議.....	162
第三節 未來研究建議.....	183
第四節 研究限制.....	185
參考書目	187
一、中文.....	187
二、外文.....	190
附錄 1 訪談綱要	193
附錄 2 多目標決策分析問卷	203
附錄 3 訪談同意書	211
附錄 4 毒品施用者分流處遇制度探討之參考訪談紀錄	213

表次

表 2-1-1	物質使用疾患之 DSM-5 診斷標準.....	19
表 2-1-2	毒品市場屬性分析圖.....	26
表 2-1-3	影響毒品施用者處遇政策之觀點及相對應政策.....	29
表 2-1-4	新世代反毒策略之毒品施用者處遇策略及觀點架構.....	30
表 2-2-1	美國、葡萄牙與我國毒品施用者替代處罰制度比較.....	37
表 2-3-1	地方檢察署新收執行緩起訴處分及緩刑附命戒癮治療案件.....	43
表 2-3-2	毒品施用者於矯正機構內及受緩起訴處分戒癮治療統計.....	47
表 2-3-3	毒品施用者各類處遇內容分析.....	58
表 2-4-1	辦理假釋應行注意事項審查內容.....	60
表 2-4-2	影響假釋決意之構面及因素.....	61
表 2-4-3	犯罪源起因素與醫療需求.....	64
表 2-4-4	緩起訴處分戒癮治療對象篩選項目-以文獻為基礎.....	68
表 3-2-1	研究參與者之主要身分及經歷.....	80
表 5-1-1	緩起訴處分戒癮治療對象篩選項目調整對照表.....	121
表 5-1-2	毒品施用者緩起訴戒癮治療對象篩選項目說明及來源.....	141
表 5-2-1	毒品施用者緩起訴戒癮治療對象篩選構面與項目權重及排序.....	155
表 5-2-2	毒品施用者緩起訴戒癮治療對象篩選項目整體權重及排序.....	156
表 6-2-1	毒品施用者分流處遇制度實務問題及政策建議.....	179

圖次

圖 1-4-1	毒品施用者緩起訴戒癮治療篩選標準.....	11
圖 2-0-1	文獻回顧內容關係圖.....	14
圖 2-1-1	主要影響毒品施用者處遇政策因素架構圖.....	15
圖 2-3-1	第一級、第二級毒品施用者司法分流處遇.....	46
圖 2-3-2	毒品施用者緩起訴處分附命完成戒癮治療案件篩選流程.....	53
圖 2-3-3	緩起訴戒癮治療實施情形.....	56
圖 2-4-1	參與研究之假釋審查委員所呈現各構面之因果圖.....	62
圖 3-1-1	研究流程圖.....	79
圖 3-4-1	深度訪談資料分析螺旋循環.....	84
圖 3-4-2	持續分析比較過程.....	86
圖 4-0-1	毒品施用者分流處遇制度架構圖.....	93
圖 5-1-1	毒品施用者緩起訴戒癮治療對象篩選項目層級架構圖.....	144
圖 5-2-1	第一層級構面權重分析（全部）.....	146
圖 5-2-2	第一層級構面權重分析（司法端）.....	146
圖 5-2-3	第一層級構面權重分析（處遇端）.....	147
圖 5-2-4	第二層級「個案健康改善」構面權重分析（全部）.....	148
圖 5-2-5	第二層級「個案健康改善」構面權重分析（司法端）.....	149
圖 5-2-6	第二層級「個案健康改善」構面權重分析（處遇端）.....	149
圖 5-2-7	第二層級「社會治安影響」構面權重分析（全部）.....	150
圖 5-2-8	第二層級「社會治安影響」構面權重分析（司法端）.....	151
圖 5-2-9	第二層級「社會治安影響」構面權重分析（處遇端）.....	151
圖 5-2-10	第二層級「家庭功能維護」構面權重分析（全部）.....	152
圖 5-2-11	第二層級「家庭功能維護」構面權重分析（司法端）.....	153
圖 5-2-12	第二層級「家庭功能維護」構面權重分析（處遇端）.....	153
圖 5-2-13	毒品施用者緩起訴戒癮治療對象篩選項目整體權重及排序.....	156
圖 6-2-1	毒品施用個案多元處遇篩選考量構面.....	178
圖 6-2-2	第一級、第二級毒品施用者司法分流處遇建議.....	180

第一章 緒論

第一節 研究背景

依衛生福利部食品藥物管理署（2016）調查研究顯示，2014 年我國終身施用各級毒品之人口為 2.3%，與全世界毒品盛行率約 5% 的比例相較¹，毒品濫用情形相對溫和，但單純施用毒品者在監獄中之比例卻高達 17%²，成為我國矯正機構過分擁擠的主要原因之一，與臺灣相較，美國在監獄擁擠之影響及執法重點（law enforcement emphasis）的引導下，單純因持有毒品罪入監人數僅約佔 1%，英國自 2004 年後，雖保留單純毒品持有者之罪名，但因法律授權警方可以僅開立警告單，所以已實質除罪化³，葡萄牙更於 2001 年 7 月 1 日起，對所有種類毒品之施用者除罪化，而亞洲國家中，諸如日本、香港、新加坡等地，則與臺灣類似，對毒品施用者持較嚴格之執法態度。東西方對於毒品施用者政策的差異，涉及歷史、文化、價值觀的不同，孰優孰劣，不宜遽以論斷，但由此可知，在面對成因複雜、個別狀況差異大之毒品施用者，毒品施用者之處遇政策上可以有相當多的規劃空間，倘可釐清毒品施用者之狀況及需求、對毒品施用者賦予刑事責任之目的等議題？便可能在毒品施用者之處遇政策制定上做出最佳選擇。

對於當前毒品施用者之政策，我國有主張全面除罪化之觀點⁴，亦有認為應以全面的醫療行為來代替刑事處罰之建議⁵，惟前者多未提出配套之戒癮協助方案，後者則忽略了毒品施用者施用狀況之差異性及成癮原因之複雜性，且依目前戒癮資源之有限性，亦難無差別地對毒品施用者為戒癮協助，因此兩類方案倘要成為成熟的政策並據以推動，仍有相當多問題需要釐清及解決。

與此相較，在現行法律架構下，逐步將刑事司法體系由處罰者的角色轉為協

¹據統計，2014 年，每 20 個成年人中就有 1 人（即 15 至 64 歲的人中有 2.5 億人）使用過至少一種毒品。參見聯合國毒品及犯罪問題辦公室「2016 年世界毒報告摘要」，網址：https://www.unodc.org/doc/wdr2016/WDR_2016_ExSum_chinese.pdf。

²依法務部統計處統計，我國於 104 年底在監人口為 56,948 人，其中因為單純施用毒品之人數為 9,628 人。參見法務統計摘要，法務部全球資訊網：<https://www.moj.gov.tw/mp001.html>。

³Alex Stevens，2016 年 5 月 30 日，UK Drug Policy: HIV, crime and 'recovery'，法務部專題演說，法務部。

⁴如林明傑於立法委員劉建國等人 106 年 5 月 12 日舉辦「毒品防制策略」公聽會中之主張，另參見林明傑（2016）「吸毒者除罪化為何有效的論證」。

⁵如立法委員顧立雄於 105 年 7 月 5 日召開「擴大『施用毒品罪醫療前置化』修法公聽會」公聽會，主張「戒癮治療」為觀察、勒戒、強制戒治之前置醫療程序，避免因監禁而中斷被告之工作、學業及家庭等生活，剝奪其社會依附，甚至產生標籤化效果，導致被告不易回歸社會，從而難以擺脫對於毒品之依賴。公聽會內容詳顧立雄臉書。

助者，對問題尚輕、能夠自我復原者加以提醒，使其自然回歸正軌，對問題嚴重、無法自我控制使用毒品行為者，以司法強制力激勵並督促其戒癮，似乎較能在現行體制中運作。我國自 1998 年起，即在毒品危害防制條例中將毒品施用者定位為「病患性犯人」，並建立觀察勒戒、強制戒治等機構戒癮處遇機制；在 2008 年，更因應鴉片類毒癮者替代療法之需要，建立緩起訴處分附命完成戒癮治療機制，開啟了毒癮者社區處遇的大門，目前毒品施用者依其法律上的地位及實務運作的結果，初犯可接受觀察勒戒、強制戒治或監禁等機構處遇；再犯若被起訴，除監禁外，刑期較短者亦能易科罰金或易服社會勞動；而無論初犯、再犯，皆可能接受緩起訴處分附命完成戒癮治療，實務運作的結果，已初具多元處遇之雛型。

然而，我國目前司法體系操作的結果，對於毒品施用者仍是以監禁、易科罰金的處罰性處遇方案為主，真正能夠接受強制戒治（強迫式戒癮）或緩起訴戒癮治療（半強迫式戒癮）等協助性的處遇方案者仍佔少數。究其原因，不僅在於戒癮資源的投入的不足，在觀念上，國人對於毒癮問題的理解普遍不足，造成在立法及執法上較偏好處罰；在制度上，則是現行毒品施用者分流及處遇制度規劃不佳，個案評估及追蹤管理制度不健全，使得司法與醫療合作之戒癮體系無法發揮最大功效。未來除了期待國人對毒癮問題有更正確的認識外，倘能重新檢討現行制度，將現行各類司法處遇方案依毒品施用者處遇之需要重新加以調整，並依毒品施用者之狀況分流至適合的司法處遇方案，則司法在協助毒品施用者復歸社會的目標上，將能扮演積極協助、解決問題的角色，而非使毒品施用者成為司法制度的沉重負擔。

目前的毒品施用者的處遇體系中，具個案分流關鍵地位，同時也是司法與醫療等戒癮體系合作最密切的環節，當是緩起訴處分附命完成戒癮的制度。檢察官在緩起訴制度中，無論是對初犯或是再犯，皆有裁量權來評估是否轉向至社區處遇，再透過戒癮計畫，以司法的力量督促毒癮者完成戒癮治療。然或由於緩起訴制度創設未久，對於個案的篩選、淘汰，迄今尚未發展出成熟的運作機制，而戒癮方案之支持力量亦尚有不足，造成中輟率過高，影響檢察官為緩起訴處分之意願，以 2016 年為例，能受到緩起訴處分之個案僅佔合格者的 11.5%，許多有戒癮需求而無機構處遇必要者，仍接受觀察勒戒或單純的刑事處罰，而在新世代反毒行動綱領的引導下，2018 年緩起訴戒癮治療比例雖已提高至的 18.1⁶，但卻行

⁶法務部與衛生福利部依新世代反毒策略綱領，強化緩起訴比率之提升及醫療資源的投入，目前

生出另一個問題：緩起訴個案的數量急速增加後，後端的醫療服務及其他監管或協助能量尚未同步增加，因此成效是否能如預期，值得進一步觀察，在此之際，倘能將處遇方案內容及分流機制檢討調整，提高毒品施用者處遇制度之整體效能，應能使擴大社區處遇、擴大醫療處遇的計畫更具成效。

第二節 研究動機

研究者大學時修讀法律學系，就業後二十餘年皆從事與刑事司法相關工作，對刑事體系之運作有相當之理解，自 2011 年調派法務部並參與毒品業務後，發現具有刑事責任的毒品施用者，目前係藉由法律所規定的分流機制分派到各類型的司法處遇方案，然由於分流機制缺乏整體性的思維，處遇方案內容未隨時代演進修正，造成毒品施用者被分派之處遇方案往往並不適合個案需要及處遇目的，造成國家資源浪費，個案復歸社會困難。

在分流機制方面，依現行法的規定，對於初犯及 5 年後再犯的毒品施用者，基於毒品成癮是疾病的看法，給予觀察勒戒的處遇方案，如果觀察勒戒期間經評估有繼續施用傾向，即認為病情不輕，則再使其進入強制戒治處遇方案；對於 5 年內再犯的毒品施用者，則認為既然疾病已治癒，再犯時個案應自負法律責任，故直接追訴其刑事責任，將被告予以起訴。對於以「是否有疾病」及「是否治癒」的標準來分派個案至不同的處遇方案，係基於當時立法者對毒品施用、成癮及戒治的理解，然時至今日，越來越多以娛樂為目的之偶然性毒品施用者，其毒品使用的情形多未到達「成癮」的標準，在初犯施用毒品罪時，令其接受觀察勒戒、強制戒治，不但不能達到「戒癮」之目的，反使個案因為就學、就業中斷，社會鍵受破壞，產生毒品施用外的問題；此外，由於使用毒品成癮是「慢性、易復發的腦性疾病」，一旦成癮，就須終生面臨「如何避免復發」的問題，因此認為成癮者可藉由觀察勒戒、強制戒治來「治癒」，進而對 5 年內再次施用毒品者科以刑事責任，亦乏科學上之依據，故本文認為目前毒品施用者以初犯、再犯分流的制度應有檢討之必要。

我國在 2008 年建立緩起訴戒癮治療制度後，對於毒品施用個案，無論是初犯或再犯，皆可以藉由緩起訴處分制度轉向至社區進行戒癮治療，當時考量醫療的能量及防治愛滋病之目的，在「毒品戒癮治療實施辦法及完成治療認定標準」

已由 2016 年之 11.5%，提升至 106 年 17.6%，107 年的 18.09%，預期至 109 年提升至 20%。參見：司法改革進度追蹤資訊平台：
<https://judicialreform.gov.tw/Resolutions/Form/?fn=59&sn=1-5&oid=11>。

中，僅規定有替代治療戒癮方式之鴉片類毒癮者方能適用，由於海洛因、嗎啡等鴉片類毒品在我國都屬第一級毒品，造成第一級毒癮者可以在社區接受治療以代替刑罰，而第二級毒癮者反而只能接受刑罰的輕重失衡現象，此一現象直至 2013 年該標準修正納入第二級毒品施用者後方得到解決，也使緩起訴戒癮治療制度可以相當程度的緩和我國對於初犯、再犯處遇模式不合時宜之問題。

然而，對於那些個案適合藉由緩起訴處分轉向至社區戒癮治療，依「毒品戒癮治療實施辦法及完成治療認定標準」，僅有原則排除之標準（第 2 點第 2 項）⁷ 及治療機構評估機制（第 8 點）⁸ 的簡單規定，這些規定只能排除位於法律狀態及醫療狀態底線下之個案，對於大多數能通過基本條件的個案，仍乏進一步的篩選標準，因此，不同地檢署或同一地檢署不同檢察官操作緩起訴戒癮治療之方式便存在相當大之差異⁹，不僅引起公平性的質疑，對於戒癮成效也會有相當之影響，成為了分流機制上另一個待解決的問題。

對於國內緩起訴戒癮治療對象篩選缺乏客觀標準或篩選工具的問題，國內最常提及的參考制度為發源於美國的毒品法庭制度，由於該制度始自 1989 年起，目前全美已有超過 3 千個毒品法庭運作，對於如何在眾多合格者中挑選出最適合的處遇對象，具有相當豐富的經驗，然而毒品法庭的對象為有毒癮問題之犯罪人（drug-related offender），與我國目前緩起訴處分戒癮制度的對象為單純的毒品濫用者（drug abuser）不同，制度運作方式有差異（紀致光，2014），社會文化的背景也不同。因此即便該等國家已有發展成熟之對象篩選工具，亦有引介至我國

⁷毒品戒癮治療實施辦法及完成治療認定標準第 2 點第 2 項：

「被告有下列情事之一時，不適合為附命完成戒癮治療之緩起訴處分。但無礙其完成戒癮治療之期程者，不在此限：

- 一、緩起訴處分前，因故意犯他罪，經檢察官提起公訴或判決有罪確定。
- 二、緩起訴處分前，另案撤銷假釋，等待入監服刑。
- 三、緩起訴處分前，另案羈押或執行有期徒刑。」

⁸ 毒品戒癮治療實施辦法及完成治療認定標準第 8 點：

「接受戒癮治療者於治療前應由治療機構評估後，視需要進行下列檢驗、檢查：

- 一、尿液毒品及其代謝物檢驗。
- 二、肝功能檢驗。
- 三、B 型肝炎表面抗原及其抗體檢驗。
- 四、C 型肝炎抗體檢驗。
- 五、人類免疫缺乏病毒感染檢驗。
- 六、梅毒血清檢驗。
- 七、胸腔 X 光檢查。
- 八、心電圖檢查。」

⁹以 106 年 1 至 5 月為例，第一級毒品施用者緩起訴比例最高者為雲林地檢署 45.4%，最低者為苗栗地檢署 0.9%（另澎湖、金門及連江人數過少，無緩起訴個案）；第二級毒品施用者緩起訴比例最高者為雲林地檢署 45.7%，最低者為花蓮地檢署 2.8%（另連江地檢署人數過少，無緩起訴個案）。

參考之研究（李思賢，2014），然是否適合直接作為我國實務操作之參考，尚有疑義。

除了前述有關分流機制方向待解決的問題外，個案經由分流機制所連結之處遇方案，也有方案內容未與時俱進的問題，例如目前觀察勒戒、強制戒治的方案內容，主要是針對 1990 年代臺灣海洛因施用者所規劃的制度，在毒品施用者樣貌已大幅改變的今日，是否方案的內容需要適當的調整，有探討的空間；同樣的，如前所述，最初的緩起訴戒癮治療制度是針對海洛因成癮者所設計，在適用範圍擴及所有的第二級毒品施用者後，必然會有相當比例的個案成癮問題不嚴重，甚至無成癮問題，但在「毒品戒癮治療實施辦法及完成治療認定標準」中並未針對處遇內容進行調整或賦予更多的彈性，造成許多醫療上的浪費和個案不要必要負擔，亦需要進行調整。未來倘若分流機制得以全面檢討修正，處於後端的處遇方案勢必也需進行調整，否則不免有功虧一篑之憾。

基於前述研究者在工作上所觀察到之問題，皆係刑事司法領域之重要議題，且目前尚乏在法規、制度面上探討的鉅觀研究，故激起研究者研究本議題之動機。

第三節 研究目的

在 2017 年總統府司法改革國是會議總結報告¹⁰中，對於「物質濫用、精神疾病犯罪等刑事政策檢討」乙項，提出「1.緝毒政策與毒品重刑化政策之檢討，含施用毒品罪一罪一罰之檢討；2.施用毒品者戒癮治療多元處遇模式之改良，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」兩則有關毒品施用者處遇政策之結論。

在第 1 點「施用毒品罪一罪一罰之檢討」中，司改委員提出「建請法務部檢討毒品危害防制條例中，關於單純施用毒品 5 年內再犯之規定，適度縮減年限之可行性，並研擬調整觀察勒戒使用時機及次數限制，檢討一罪一罰之合理性，再犯者並適度併用保安處分與刑罰。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」之建言。所建議之內容，涉及毒品施用者刑罰介入時機、觀察勒戒運用時機及方式、毒品施用一罪一罰問題、戒癮目的保安處分之擴大及對緩起訴附命完成戒癮治療之期待等情，幾已涉及所有毒品施用者處遇政策，一言以蔽之，包含刑罰、觀察勒戒等保安處分、緩起訴處分等皆應全面檢討、一體規

¹⁰參見總統府全球資訊網：<https://justice.president.gov.tw/newinfo/117>。

劃。

為完成前述司法改革國是會議之決議，行政院於2017年11月起邀集法務部、衛生福利部等相關部會密集召開會議，期能對毒品施用者處遇政策重為完整之規劃，惟最終有共識者，僅在於緩起訴戒癮治療制度處遇內容之鬆綁¹¹，以及強化第三、四級毒品施用者處遇內容兩部分，其他皆尚未涉及。

面對毒品施用者處遇制度為整體檢討之期待，最後僅能為局部之微調，其原因或許涉及資源面之限制、成果呈現之急迫性等因素，然更根本的原因，或許在於毒品施用者處遇制度涉及跨醫療、法律、社政、觀護、矯正等專業領域，制度之變動，不但會影響各領域之分工、甚至還涉及組織之調整，因此除非有相當之共識及政策推動之決心，要將行之久遠之制度重新翻新，不但極為不易，也非常危險。

司改國是會議之相關建言，與研究動機所提毒品施用者分流處遇制度過時待修的看法一致，然司改國是會議只提出希望整合性相關部會資源，改良毒品施用者戒癮治療多元處遇模式，但在點出問題後，對如何達到此目標，則未有說明。本文認為要建構的多元處遇模式，不應只限於戒癮治療的多元模式，因為惟有將沒有成癮問題的毒品施用者分辨出來，並分流至適當的處遇模式後，對於有戒癮需求的個案才能提供足夠的協助，所要建構者，應是含括成癮者及非成癮者之毒品施用者多元處遇制度，而具體的途徑，是將分流機制及處遇方案逐一釐清，建立合理、有效的毒品施用者分流處遇制度，為達此目的，可由四個層次的探討來逐漸建構。

首先，在面對毒品施用者處遇議題時，需先了解處遇政策應考量的種種面向，包括如何幫助毒癮者恢復健康，如何抑制毒品施用行為所產生的犯罪，以及其他諸如道德層面上、國家財務等應考量的事項；而在諸多觀點的影響下，國外有那些值得參考的分流機制及處遇方案可借鏡，國內又形成了那些制度，其中尤其需要注意的是，應將國內所規範的觀察勒戒、強制戒治、緩起訴、起訴等處遇方案充分了解，並釐清法律所規範的分流機制為何，以及經由已知的統計數據，了解這個制度目前的運作概況。

其次，要建構理想的毒品施用者分流處遇制度，需要有「對毒品施用者共通

¹¹依毒品危害防制條例第24條規定，對毒品施用者之緩起訴處分，僅限於「附命完成戒癮治療」，對於無醫療需求者，亦不能例外，不但造成醫療資源之浪費，亦使緩起訴之範圍無法有效擴大。在研究者為本研究之深度訪談中，許多受訪者皆論及此點，尤其在法規上之鬆綁至關重要，故研究者於職務上把握此政策檢討之時機向決策者建言而獲採。

特質及差異性的理解」、「提供符合個案需求的處遇方案」以及「建立個案與合適方案相互連結的配對機制」等三個元素。國內目前雖已有各式不同的處遇方案及分流機制，但實際執行是否有窒礙之處，與規劃落差如何，皆無法由法規、文獻及統計數據中清楚得知，若能直接訪談政策參與者及實務工作者，了解其經驗的看法，當更能了解現行制度之優缺點，以及未來可能的改進方法，在此基礎下所提出的方案，也就更具實務可操作性。

第三，毒癮戒治是毒品施用者處遇政策的核心議題，各界對於緩起訴戒癮治療制度充滿期待，但限於醫療資源的有限性及昂貴性，而部分個案亦有不適合社區處遇之狀況，緩起訴戒癮治療制度必難一體適用於所有個案。如何客觀地將適合緩起訴戒癮治療制度的個案挑出，當屬核心議題，而在篩選的過程中，所考量的因素可能包含醫療需求、秩序影響及家庭狀況等因素，孰輕孰重，如何綜整為一個評估的結果，目前在實務上尚缺乏具體的標準，因此需要借重政策形成工具，綜整相關領域專家之意見，使實務作法形成共識。

最後，在前三階段的知識基礎上，進一步的細心探究，思考各種的可能性，提出對目前分流機制及處遇方案的綜合性建議，以利未來決策者在建構法制、分配資源時，能有更充分的資訊及更明確的方向，最終希望我國能建立符合國情、具有效率及符合當代價值的毒品施用者多元處遇模式。

綜合前述意見，本文研究目的如下：

- 一、藉由文獻回顧，探討影響我國毒品施用者分流處遇制度之觀點、美國與葡萄牙對毒品施用者社區處遇之經驗，及目前我國對毒品施用者分流處遇制度之規劃。
- 二、藉由深度訪談，了解我國毒品施用者分流處遇制度運作時所發現之問題。
- 三、藉由專家問卷，以多目標決策分析之方式，建構毒品施用者緩起訴戒癮治療對象之篩選項目。
- 四、以前三項研究成果為基礎，對我國毒品施用者分流處遇制度面臨之問題提出改進方案，並進一步提出分流處遇制度之整體性規劃。

第四節 名詞解釋

一、毒品施用者

對於易遭濫用物質之法律用語，國外多以較中性之用語稱之，例如英國的藥物濫用法（Misuse of Drugs Act 1971）、美國的管制物質法（Controlled Substances

Act)，以「藥物」、「物質」為其通稱；也有如日本的覺醒劑取締法、麻藥及精神藥物取締法、鴉片法及大麻取締法等藥物四法，依管制對象之類別分別規範之，而不在法律中訂上位之總稱。由於這些易遭濫用物質本身也多具有合法的使用方式，法律所規範及處罰的對象，是不當使用的相關行為，因此無論是集合式或分類式的名稱，維持中性用語，較不易對其本質產生誤解。

相對之下，包含我國在內的華人社會，基於鴉片戰爭等歷史因素，對易遭濫用物質慣以「毒品」稱之，並於法規中使用，如我國的毒品危害防制條例、香港的藥劑業及毒藥條例、中國大陸的禁毒法。由於在國內常見的海洛因、安非他命或愷他命在媒體中常與「毒品」劃上等號，因此常使人誤解其僅有非法使用之用途，實則我國所稱之毒品，係指在管制藥品管理條例或其他法律規定合法使用之情形外，依毒品危害防制條例第 2 條授權毒品審議委員會所認定具有成癮性、濫用性及對社會危害性之麻醉藥品與其製品及影響精神物質與其製品。

本文所稱毒品施用者係以煙吸、鼻嗅、口服、注射等各種方式非法使用毒品危害防制條例第 2 條所列管各級毒品之人，不論使用毒品之狀態係偶爾使用者、經常使用者、濫用者、依賴者皆屬之。若係合法使用者，如因醫療需要使用嗎啡之病患，即非本文所稱之毒品使用者。

依毒品危害防制條例第 10 條、第 20 條及第 24 條之規定，我國第一、二級毒品施用者在刑事責任的基礎下，有觀察勒戒、強制戒治、緩起訴處分、刑事追訴等不同處遇方案，需藉由適當的法律規範及個案判斷，使不同狀況的個案分派到適合的處遇方案；而第三、四級毒品施用者，毒品危害防制條例第 11 條之 1 之規定，具有罰鍰及毒品危害講習等行政責任，處遇方案單一。本文所探討之分流處遇制度，期藉由法律規範及個案判斷方式之改良，使不同狀況之個案能分派到適合的處遇方案，因此，本文所稱之毒品施用者，限縮於第一、二級毒品施用者。

二、分流處遇制度

司法體系在偵查、起訴、審判、執行（矯正）等不同階段的司法程序當中，除了對被告有無犯罪加以確認外，對於有罪之人，國家亦常依國家資源之多寡、個案處遇的需要，設計不同之「處遇方案」，並以法律規劃使不同犯罪人配對至最適處遇計畫之「分流機制」。本文所稱之分流處遇制度，係指使犯罪人透過「分流機制」配對至合適「處遇方案」之規則或運作模式。

對於本文所探討的「毒品施用」議題上，因為部分犯罪人有物質成癮的病人特質，一般性的司法處遇模式較難達到其效果，所以我國特別設計了屬於機構戒癮的觀察勒戒、強制戒治（毒品危害防制條例第 20 條第 1 項、第 2 項），屬於社區戒癮的緩起訴戒癮治療（毒品危害防制條例第 24 條），對於 5 年內再犯毒品施用罪，而未經檢察官緩起訴處分者，檢察官須將個案起訴，個案便會接受屬於刑事責任的自由刑（毒品危害防制條例第 10 條）及包含易科罰金或易服社會勞動 2 種類型之易刑處分（刑法第 41 條第 1 項至第 3 項），故毒品施用者「處遇方案」之類別較一般犯罪多；為使被告配對至合適之處遇方案，法律規定以初犯與再犯之區別（毒品危害防制條例第 20 條第 3 項）、「有無繼續施用傾向」（毒品危害防制條例第 20 條第 2 項）、緩起訴處分個案篩選（毒品危害防制條例第 24 條第 1 項、刑事訴訟法第 253 條之 1 第 1 項、毒品戒癮治療實施辦法及完成治療認定標準）等「分流機制」，藉由這些分流的機制，使不同的個案配對至不同的處遇方案。綜上，我國毒品施用者分流處遇制度，即係由上述規範「處遇方案」及「分流機制」之相關法規所建構之制度，更詳細之內容，將在第二章第三節中說明。

三、緩起訴處分戒癮治療制度

於 1998 年毒品危害防制條例全文修正後，毒品施用者係採觀察勒戒、強制戒治等保安處分與刑罰並行之制度。依現行毒品危害防制條例第 20 條第 1 項之規定，第一、二級毒品初次施用者（含觀察、勒戒或強制戒治執行完畢釋放後，5 年後再犯者），檢察官應聲請法院裁定，或少年法院（地方法院少年法庭）應先裁定，令被告或少年入勒戒處所觀察、勒戒，其期間不得逾 2 個月。依同條例第 23 條第 2 項之規定，觀察勒戒或強制戒治執行完畢釋放後，5 年內再犯第 10 條之罪者，檢察官或少年法院（地方法院少年法庭）應依法追訴或裁定交付審理。因此，基本上，毒品施用者在法律上之處遇設計，係以機構式處遇為主。

其後，為使司法資源有效運用，填補被害人之損害、有利被告或犯罪嫌疑人之再社會化及犯罪之特別預防等目的，刑事訴訟法於 2002 年 1 月 18 日增訂第 253 條之 1、第 253 條之 2 及第 253 條之 3 有關緩起訴處分之相關規定，依該等規定，檢察官可對毒品施用者為緩起訴處分並命完成戒癮治療，使其於機構處遇外，多了社區處遇之選擇，惟由於缺乏制度上之配套，實務上幾無適用。

毒品施用者少有社區處遇之情形，隨著毒癮者共用針頭大量感染愛滋、減害計畫推廣，有了改變的契機，為配合美沙冬替代治療之需要，毒品危害防制條例

於 2008 年 4 月 8 日修正第 24 條之規定，對前述初犯或再犯第一、二級毒品施用罪者，於檢察官先依刑事訴訟法第 253 條之 1 第 1 項、第 253 條之 2 之規定，為附命完成戒癮治療之緩起訴處分時，或於少年法院（地方法院少年法庭）認以依少年事件處理法程序處理為適當時，不適用之。易言之，對於施用第一、二級毒品之成年犯，不論初犯或再犯，檢察官得依法衡量相關情事後，為附命完成戒癮治療之緩起訴處分，使其在社區接受專業之戒癮治療；對於施用第一、二級毒品之未成年犯，不論初犯或再犯，則可由少年法院（地方法院少年法庭）依少年事件處理法程序處理。同時，依毒品危害防制條例第 24 條第 3 項規定，法務部訂定毒品戒癮治療實施辦法及完成治療認定標準，並由法務部與行政院衛生署洽談合作事宜，使緩起訴戒癮治療制度普遍實施。

依刑事訴訟法第 253 條之 1 規定，緩起訴處分得定 1 年以上 3 年以下之緩起訴期間為緩起訴處分，其中因戒癮治療應持續 6 個月以上方能完成完整的療程，而毒品戒癮治療實施辦法及完成治療認定標準第 7 條規定戒癮治療期間以 1 年為限，因此實務上皆由戒癮機構為 6 個月以上、1 年以下之戒癮治療，另一般而言，緩起訴期間通常為 2 年或 3 年，因此戒癮者於戒癮治療完成後之緩起訴期間，仍須遵守其他緩起訴所附之條件。

另依毒品戒癮治療實施辦法及完成治療認定標準第 12 條之規定，若於治療期間，無故未依指定時間接受藥物治療逾 7 日、無故未依指定時間接受心理治療或社會復健治療逾 3 次、對治療機構人員有強暴、脅迫、恐嚇等行為，或於緩起訴期間，經檢察機關或司法警察機關採尿送驗，呈毒品陽性反應者，得撤銷緩起訴處分，由於實務上亦了解毒癮者即便在持續改善過程中，難免有復發施用毒品之情形，因此對於經尿液檢驗呈陽性反應者，檢察官可詢問治療機構之意見，再為是否撤銷緩起訴之決定。

綜上所述，緩起訴處分戒癮治療制度，係使毒品施用者轉向社區接受戒癮治療之制度，因為有個案篩選具彈性、醫療資源易導入、減少監獄擁擠等諸多優點，因此在毒品施用者分流處遇制度中扮演重要角色。

四、緩起訴戒癮治療篩選項目

在對毒品施用者為是否緩起訴處分之決定時，檢察官應先檢視是否符合毒品危害防制條例第 24 條第 3 項授權制定之「毒品戒癮治療實施辦法及完成治療認定標準」所規定之法定要件。該規定之法定要件有 3 項：首先，由於緩起訴戒癮

治療須於社區為之，若被告於緩起訴處分前，有「1、因故意犯他罪，經檢察官提起公訴或判決有罪確定；2、另案撤銷假釋，等待入監服刑；3、另案羈押或執行有期徒刑。」情形之一，可能妨礙社區戒癮治療之進行，即不適合為附命完成戒癮治療之緩起訴處分（第2條第2項）。其次，在為緩起訴處分後，將使被告失去判決無罪之權利，因此亦應先得到參加戒癮治療被告之同意，並向其說明完成戒癮治療應遵守事項（第6條第1項）。第三，為確保個案屬適合戒癮機構治療之對象，毒品施用者尚需於治療前由治療機構評估認可（第8條）。

在毒品施用者符合上述3個法定條件下，檢察官對被告有是否為緩起訴處分有裁量空間，目前由於缺乏客觀衡量工具或相關規定可資參考，實務運作中存在相當大之差異性，此不只存在於不同檢察官間，亦存在不同的檢察署間，不僅影響司法公平性，亦使有限的戒癮資源難以有效運用。

為使檢察官在法定要件外，對緩起訴對象篩選能客觀、周延，應先就檢察官宜審酌之事項整理出篩選之構面及項目，再就不同構面間及不同項目間之權重加以釐清，日後可以此為基礎，進一步發展為實務可資運用之緩起訴戒癮治療篩選指標，藉以依客觀之事實計算出個案是否已達可緩起訴處分之標準。對於緩起訴戒癮治療對象篩選項目之角色如圖 1-4-1。

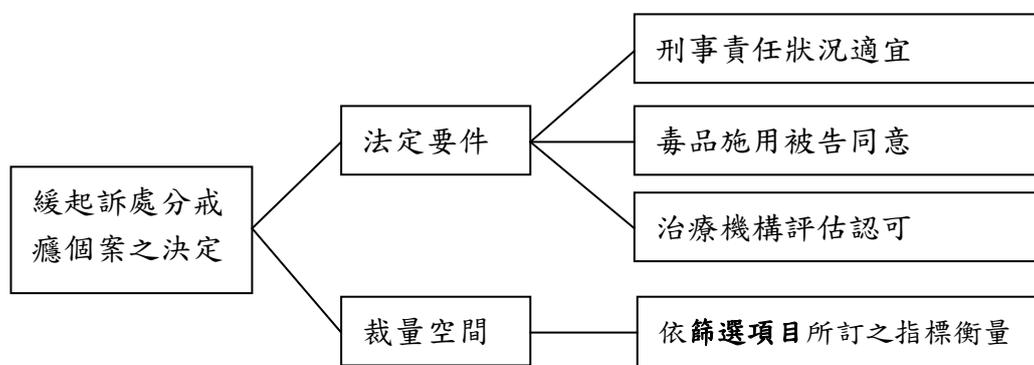


圖 1-4-1 毒品施用者緩起訴戒癮治療篩選標準

五、多目標決策分析

決策是一種根據目標和預期結果來評估和取捨的過程。然而，在現實的狀況中，決策者常面臨目標不清楚，資訊有限、不足或太多，決策環境變動快，完成決策的時間急迫，決策者的認知能力受限於問題的複雜程度與風險性而無法處理多個問題等諸多困境。因此，需要藉由決策分析之方式，試圖從可以意會難以言

傳的思維中，理出可以學而知之的分析方法（簡禎富，2005）。

多目標決策是指需要同時考慮兩個或兩個以上目標的決策，而多目標決策分析，則是在建構一套思考的流程，使決策者在面臨兩個以上目標，可以較為一致、迅速的做出較為周全的決策。在多目標決策分析的過程中，首先須釐清所追求的目標構面有那些，而在這個目標構面下，應考量之項目為何，也就是建構出由目標構面及代表項目所組成之層級架構，其次，須依每一個構面及項目之重要性，賦予其權重，使能以客觀、量化的方式提供多目標決策時之參考。

目標層級架構之建構，倘係針對個人的目標，可以但憑個人的價值偏好來決定要考量那些目標構面、代表的項目，以及構面及項目之權重，例如個人要「購買合宜的自用住宅」，可能有「價格合理」、「環境舒適」、「生活機能佳」等不同目標構面，目標構面的分類、數量及重視程度會因人而異，只要符合購屋者個人的需求即可。同樣的，要由那些項目來組成這些構面，項目間孰輕孰重，也會因人而異，例如在生活機能下，可以包含「購物方便性」、「就醫方便性」、「就學方便性」等等項目，對於沒有子女的購屋者而言，可能不考量「就學方便性」，但對有子女且重視教育的購屋者而言，不但會考量「就學方便性」，而且可能居於相對重要的地位。當一個購屋者將「購買合宜的自用住宅」應考量的目標構面、代表項目及權重列出後，便可以將列入考量的房子依這些項目一一評估，以結構化的方式了解不同房子的優劣及整體評估結果，作為購買房屋之決策參考。

國內目前緩起訴戒癮治療制度，同時賦有司法及醫療兩個以上之目標，因此對象之篩選，需要兼顧司法及醫療等多個目標。然而，要顧及之目標構面有多少？代表項目為何？不應繫於一、二人之偏好，應以更宏觀、廣泛之角度來決定，本研究找尋 12 位與緩起訴戒癮治療制度相關之專家，以 Satty 於 1997 年所發展之方式進行多目標決策分析（詳第三章第一節至第四節），建構出適合我國挑選緩起訴戒癮治療對象之層級架構，並經由問卷之方式尋找出評估項目間之權重關係，這個多目標決策分析所得之結果，未來可以進一步發展出適合實務運作之篩選指標，供檢察官（即決策者）在面對大量毒品施用個案時，可以有系統的進行評估，並挑選出最合於制度目的之個案，而實務操作之緩起訴戒癮治療篩選指標，亦可以在適用一段時間後，可依執行之經驗之不斷累積，持續進行更新篩選指標，以符合制度能兼顧各項政策目標，發揮最大之效益。

第二章 文獻回顧

本研究之目的，係以文獻回顧為起點，探討影響我國毒品施用者分流處遇制度之觀點、外國經驗及目前國內分流處遇制度發展現況，再藉由深度訪談，了解我國毒品施用者分流處遇制度實務運作狀況，並蒐集未來制度修正之意見，利用多目標決策分析之方式，尋找及建構適合我國毒品施用者緩起訴戒癮治療篩選項目，最終提出以緩起訴處分為核心之毒品施用者分流處遇制度建議。為達前述之研究目的，文獻回顧部分將有兩項探討重點，一為「探討影響我國毒品施用者分流處遇制度之觀念及國外制度，並對現況分析檢討」，二為「初步規劃毒品施用者緩起訴戒癮治療篩選項目」。

毒品施用者分流處遇制度是使毒品施用者獲得最適當處遇的策略之一，因此我們在探討如何規劃這個策略時，必須先釐清毒品施用者處遇政策之目標為何，待目標確立後，方能針對目標規劃具體策略。

在本章中，將由第一節「影響毒品施用者處遇政策之觀點」出發，探討影響毒品政策之觀點有那些，由於世界各國毒品政策皆是以這些觀點為基礎，在各自之歷史背景、社會條件逐步發展，因此，在探討國內毒品施用者分流處遇制度前，須先了解形成毒品施用者處遇政策形成之主流觀點，以作為不同制度分析比較及規劃建議之基礎。

在第二節「美國與葡萄牙毒品施用者社區處遇及分流制度」中，本文將介紹在刑事責任的基礎上，分流處遇制度發展最完整之美國毒品法庭制度，以及在毒品施用除罪化的情形下，發展出另一套分流處遇制度的葡萄牙規勸制度，了解這兩個國家在國際毒品處遇思潮的發展中，制定了何種樣貌的毒品施用者處遇政策，以及規劃什麼樣的分流處遇制度來完成政策目標，其中美國毒品法庭在個案選擇的「分流機制」，以及葡萄牙面對不同條件個案所設計出的「多元處遇方案」，都相當具有參考價值。

第三節「我國毒品施用者處遇政策及分流處遇架構」中，將回顧在國際思潮影響下，我國毒品施用者處遇政策有了什麼演變，現今存在的分流機制及處遇方案是在何種考量下所發展出來，目前的樣貌為何。以此為基礎，可以更系統化的理解目前分流處遇制度的缺失，以及未來可能發展的方向。

第四節「司法分流機制之評估標準」，將藉由國內外其他犯罪人分流處遇機制之介紹，了解犯罪人在面臨各階段司法分流時所考慮的因素，以作為建立國內

緩起訴戒癮治療篩選項目時之參考。

對於上述在本章中所將進行的 2 個探討重點（以#1 及#2 表示）及 4 個章節段落間之關係，整理如圖 2-0-1。

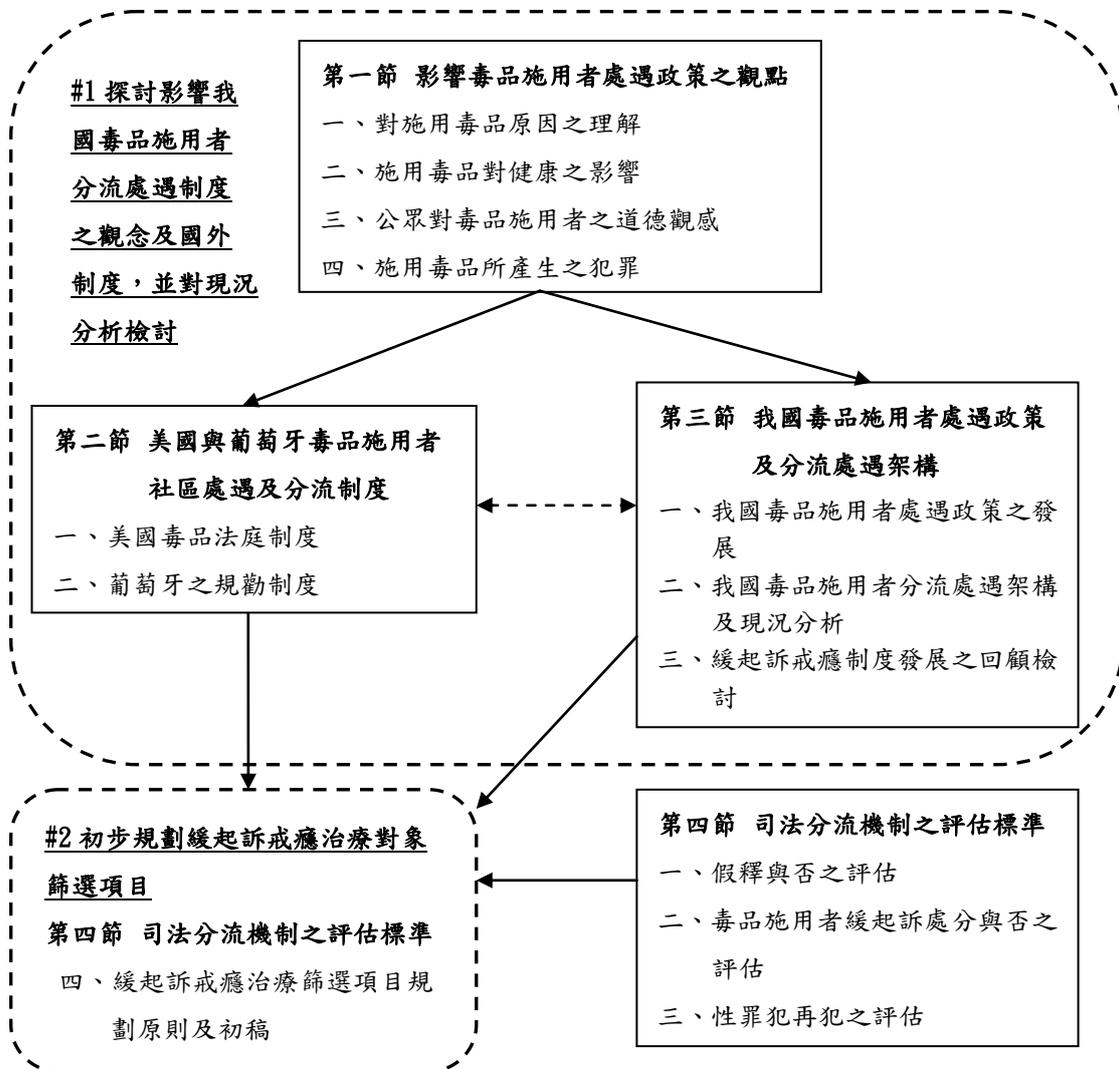


圖 2-0-1 文獻回顧內容關係圖

第一節 影響毒品施用者處遇政策之觀點

毒品犯罪之概念，包含毒品供給與毒品施用兩大範疇：對於毒品供給者，由於其行為動機主要在牟取非法利益，並會衍生巨大的危害，因此世界各國多對毒品製造、販賣、運輸等毒品供給行為採取嚴厲的刑罰，彼此間差異不大。然而，對於毒品施用者應如何處遇，則受不同觀點之影響，有相當大之差異，這些觀點包括對各毒品施用原因之理解，道德、健康、治安三種主要典範架構，以及其他

諸如財政狀況等現實考量，這些影響毒品施用者處遇政策的觀點，由於在不同時代、不同國家受到重視的程度不同，形塑出頗具差異性之處遇政策，而每一個處遇政策，也多受到數個觀點的影響，現今多數國家的毒品施用者處遇政策多是融合這些觀點所形成，鮮有基於單一觀點所發展。

由於這些觀點之發展情形及實質內容是探討我國毒品施用者處遇政策及分流處遇制度時之主要基石，有必要就其內涵加以說明釐清，本節擬以圖 2-1-1 之架構進行討論，其中包含財政考量等其他觀點，因為多僅涉及現實層面之描述，本節不以專節討論，而在圖中毒品施用者處遇政策之各項，所列為我國之處遇政策，未包含國外更廣泛之處遇類型，以下，將逐一就主要影響毒品施用者處遇政策之觀點逐一探討。

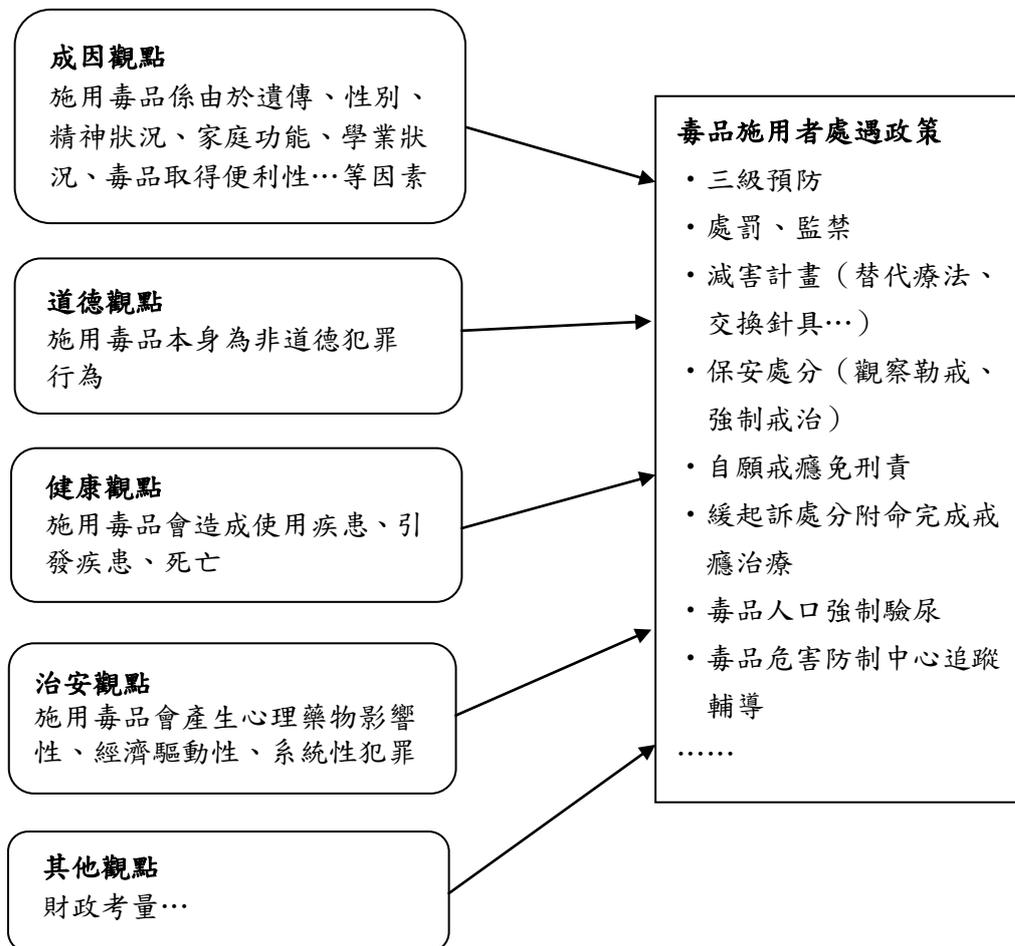


圖 2-1-1 主要影響毒品施用者處遇政策因素架構圖

一、對施用毒品原因之理解

科學家在 1930 年代開始研究成癮行為時，認為對毒品的成癮是道德上的瑕疵及缺乏意志力，這樣的觀念反映在社會對毒品成癮行為的回應上，係強調對行為者威嚇或處罰，而非預防或治療。但隨著科學不斷發展，尤其是對於腦部功能變化的益加了解，目前一般認為成癮是一種慢性、易復發的腦性疾病，成癮者即使知道繼續使用毒品對其造成傷害，但仍然難以克制其尋找和使用毒品的衝動，如果不予適當的處遇，可能會延續一輩子（National Institute on Drug Abuse, 2014）。

就如同其他疾病一樣，毒品成癮的原因會因人而異，並沒有單一的因子能決定一個人是否成癮，但經由實證的研究，目前已能辨識某些毒品成癮的危險因子（risk factors）及保護因子（protective factors），當危險因子越多時，成癮的機會就越高，而保護因子越多時，成癮的機會就會減低。在危險因子方面，包括易成癮之遺傳基因、性別、精神疾病、家庭功能不佳及虐待、雙親的毒品使用情形及態度、同儕不良影響、社區負面態度、學業成就不佳、較早使用毒品、毒品取得容易、毒品取得成本低、使用高成癮毒品等，在保護因子方面，則包括好的自我控制能力、雙親的監督及支持、正向人際關係、良好學業成就、學校反毒策略及鄰里光榮感（National Institute on Drug Abuse, 2014）。

依據國內之研究，青少年使用毒品之危險因子包含使用其他合法成癮物質（如菸、酒及檳榔）習慣、學習壓力過大、學習成就低落、父母關係不和諧、管教方式不良、家庭成員有使用毒品情形、同儕使用毒品、經常出入 KTV 等群聚性娛樂場所等（王昀等 17 人，2014），與前述 NIDA 之研究相較，國內外毒品使用之危險因子雖因文化差異而有部分不同（例如我國青少年之學業壓力較西方國家相對為大，因此課業壓力亦被歸為危險因子），然而存在於家庭、學校及社區中的危險因子相當類似，至於生理/遺傳方面之危險因子，以及毒品價格與可得性、較早使用毒品等因素，雖國內較少有深入的研究，但國外之研究成果仍值得我國參考。

前述有關危險因子之敘述，與犯罪學整合性理論的發展契合，係跨越數個層次大規模變項分析所得之結果，也分別可對應至一個或多個犯罪學理論可加以詮釋，例如在易成癮之遺傳基因、性別、精神疾病等危險因子，屬生物及特徵理論研究之對象；群體層級的家庭功能不佳、社區負面態度等危險因子，屬社會控制論研究之對象；同儕不良影響、家庭成員有使用毒品情形等危險因子，常為社會學習論

所探討；學習壓力過大、學習成就低落、父母關係不和諧等危險因子，屬緊張理論關注之重點；經常出入 KTV 等群聚性娛樂場所，則與生活型態理論相關。相關的犯罪學理論在理解這些施用毒品成因後，所提出的防制對策，也與減少危險因子及增加保護因子的作法相呼應。

對於前述已知之諸多危險因子，依其可改變性及生成之時序，在毒品防制的不同階段或不同對象，會有不同的意義。例如在預防階段，可以對家庭功能不佳、有虐待兒童或雙親有染毒情形者給予協助，對於功能差、毒品容易取得的社區，則可以藉由社區改造，提高集體效能，減少毒品使用情形；而在處遇階段，亦同樣在可能的範圍內，儘量減少危險因子之影響，並增加保護因子。

我國對毒品施用者的緩起訴戒癮治療制度，係屬於機構式保安處分(對初犯：觀察勒戒及強制戒治)及刑罰(對再犯：徒刑或易刑處分)之替代措施，在減少毒品施用之目的下，冀望藉由戒癮治療之各類手段，使危險因子及保護因子改變後所得之淨效益，能大於所替代之處遇方式。由處遇的特性來看，我們可預期在緩起訴處分戒癮治療下，除了醫療的專業協助外，毒品施用者較容易保持既有的保護因子(如持續就學、工作、接受正向親友之支持或發展正向人際關係)，但也容易繼續受到危險因子之威脅(如易取得毒品、繼續與不良同儕交往或居住在集體效能不佳之社區)，而與未介入之情形不同者，在緩起訴之下，國家尚可施以定期報到、驗尿等監督措施，或提供居住、醫療等協助措施，以降低危險因子的影響。與之相較，機構式的保安處分及刑罰，在保護因子及危險因子的控制，也會因其處遇特性而有不同的影響。因此，在為是否緩起訴戒癮處分決定時，須比較緩起訴戒癮治療與其替代方案間之利弊得失，就各種影響毒品使用之危險、保護因子綜合考量，以做出最佳的選擇。

在探討毒品使用原因時，除前述所談的危險因子及保護因子外，「時間」因素特別值得重視。毒品使用者(包含濫用者及依賴者)如同其他問題行為一樣，多數回歸正常生活者並非來自專業的協助，而是來自於自然復原(natural recovery)，而所謂的自然，並非在任何情形都沒有改變的情形下即不再使用毒品，係毒品使用者本身可能隨著時間的流動而有所改變，有些人因為更加成熟，對於工作或家庭有更多的責任感，選擇不再使用毒品，另外也有些人會因為厭倦了毒品的生涯，或生活型態轉變，而離開毒品圈，從越戰回到美國的軍人即是明顯的例子，在越南戰場為鴉片類藥物重度使用者的軍人裏，在回到美國3年後，只有12%的人仍達到鴉片依賴的標準，其他人大多在沒有專業協助的情形下回復正常

生活 (Kleiman, M. A. R., Caulkins, J. P., & Hawken, A., 2011)。

對於自然復原的現象，發展理論對於使用毒品比例最高的青少年及年輕成人族群，提供了其解釋。Moffitt (1993) 指出在青少年時期參與犯罪者，包含有兩個犯罪發展軌跡相異的群體。第一類為「生命歷程持續型犯罪人」(life-course persistent offenders, 簡稱 LCPs)，即很早即從事反社會行為，並持續至青少年時期之後。第二類為「青少年限制型犯罪人」(adolescence-limited offenders, 簡稱 ALs)，即開始並結束他們的犯罪均在青少年的階段。犯罪-年齡曲線中，青少年時期的犯罪比例會較其他階段高，是由於高犯罪性的犯罪人 (LCPs) 和暫時性的犯罪人 (ALs) 兩者相加，而青少年期後犯罪人數的下降，則反應了 ALs 已陸續離開了犯罪生涯，逐漸只剩下 LCPs。

對於「青少年限制型犯罪人」，Moffitt 提出了「成熟缺口」(maturity gap) 的概念。即當青少年在邁入成年的過程中，他們主要的挑戰，是要克服「成年生理發展」與「現代社會期待」兩者間的不協調，這個缺口使他們在這幾年間產生逃避變為成人的行為(例如性活動、物質濫用、毀損物品)，一般而言，到了成人時期，因為傳統的成年人角色可以獲得，成熟缺口已經癒合，便不需要再靠叛逆的行為來宣示自己的獨立，犯罪也會隨之終止，然而，藥物濫用、監禁或過早生小孩等因素，會使得部分「青少年限制型犯罪人」的犯罪行為延伸至成年階段。

由前述個人成長與發展和毒品使用行為密不可分之情形可知，有些個案實際上並不需要任何干預即可回歸無毒生活，特別是對於尚未產生毒品依賴性之個案，倘給予不當的介入(例如監禁、標籤)，反而可能會使其生命路徑走向較差的方向。因此，在決定處遇類別之前，對於個案生涯階段及發展可能方向加以評估，對於個案將有相當大的幫助，同時也可以省下了珍貴的資源，用於有最需要協助的個案。

二、施用毒品對健康之影響

毒品除一方面因引發犯罪、破壞社會關係等對他人產生危害，另一方面，也對毒品施用者本身之健康產生各種直接和間接的危害。

毒品對於健康最直接的影響，來自於對腦部及神經系統功能之改變，研究發現，所有毒品都會直接或間接增加獎勵中心神經系統的多巴胺，因為神經線路連結是可塑的，新的平衡逐漸建立後，會使該種毒品的影響變弱，因而產生耐受性、依賴與戒斷症狀。而由於大腦的報酬神經通路被藥物刺激、破壞而變形，神經細

胞核內產生對毒品的永久記憶難以回復，所以，一旦毒品成癮，即使靠藥物來戒斷前述各種不適症狀，受到侵害的大腦仍潛藏再發性，有的毒品成癮者，在停止施用毒品數十年後，仍可能因為壓力、情緒低潮、或接觸到相關情境，而重新開始使用毒品，這也是目前一般認為成癮是慢性、易復發之腦性疾病之原因（王昀等 17 人，2014）。

依 2013 年美國精神醫學學會出版之精神疾病的診所與統計手冊第 5 版(The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition, 簡稱 DSM-5)，不當使用易產生疾患之物質包含酒精 (alcohol)、咖啡因 (caffeine)、大麻 (cannabis)、迷幻劑 (hallucinogens)、吸入劑 (inhalants, 通常只能以吸入方式使用)、鴉片類毒品 (opioids)、鎮靜劑 (sedatives)、安眠藥 (hypnotics)、抗憂鬱症藥物 (anxiolytics)、興奮劑 (stimulants)、菸草 (tobacco) 及其他不明物質，使用後所產生之疾患可分為「物質使用疾患」(substance use disorder) 及「物質引發疾患」(substance-induced use disorder)。物質使用疾患係指即使知道繼續使用會造成不好的後果，但仍然會繼續使用，依情況可分為輕微、一般及嚴重三個等級 (如表 2-1-1)；而物質引發疾患包含中毒、戒斷及物質引起之相關器質性精神疾病 (唐心北, 2011; Hartney, 2016)

表 2-1-1 物質使用疾患之 DSM-5 診斷標準

1、對該物質使用之份量及時間，常超過使用者之預定。
2、一直想戒除或減少物質之使用，但是辦不到。
3、花費許多時間在該物質的取得、使用及使用後之清醒過程。
4、渴望使用此物質。
5、因物質使用而無法做好職場、家庭及學校中的事務。
6、縱然已造成人際關係問題，仍持續繼續使用。
7、因為物質使用而捨棄重要的社會、職業或休閒活動。
8、明知道會造成危險，仍重複使用此物質。
9、明知會造成身體或心理問題，仍持續使用此物質。
10、需增加物質使用量才能達到所想要的效果。
11、必須更大量的使用此物質來緩解戒斷症狀。

註：

- 1、上述 11 項診斷標準中，有 2~3 項者為輕度成癮，4~5 項為中度成癮，6 項以上為重度成癮。
- 2、整理自唐心北，2011；Hartney,2016。

除了前述物質使用疾患及物質引發疾患外，因施用毒品尚可能因為其施用的過程以及施用後對精神的影響而影響健康。其中在毒品防制的歷史中，特別值得關注者為毒品與愛滋病的關係。

毒品施用與愛滋病並無必然之關係，在國內，海洛因因為毒品特性及價格昂貴，最常以注射方式施用，並由於施用者畏於刑責及共享毒品的藥國文化等原因，海洛因施用者經常因共用針頭、稀釋液及容器而感染疾病(張嫚純、丁志音,2006)。在 2003 至 2005 年間，因利用針具施用毒品 (Injection Drug Use，簡稱 IDU) 感染愛滋病的數量突然攀升，一方面對海洛因施用者產生威脅，另一方面也提供了減害的觀念在國內發展的契機，在行政院衛生署疾病管制局 (現改制為衛生福利部疾病管制署) 之推動下，立法院以愛滋病防治之觀點，於 2007 年 7 月 11 日全文修正人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障條例，其中第 9 條第 1 項規定：「主管機關為防止人類免疫缺乏病毒透過共用針具、稀釋液或容器傳染於人，得視需要，建立針具提供、交換、回收及管制藥品成癮替代治療等機制；其實施對象、方式、內容與執行機構及其他應遵行事項之辦法，由中央主管機關定之。」此後，針具交換計畫及替代治療之執行有了法律的基礎，在該條文之授權下，訂立「針具服務及替代治療實施辦法」作為實施之依據。依統計數據顯示，在正式實施針具交換計畫及替代治療前，因注射毒品感染愛滋病之數量已過高峰，呈下降趨勢，減害計畫未必是 IDU 愛滋病感染減少的主因，但由於替代療法最常使用的美沙冬屬第二級管制藥品，需經醫生開立處方始能使用，使得大量的海洛因施用者因而有機會接受醫療體系的協助，並為後來替代療法以外的毒癮戒治開創了一條道路。

至於毒品施用所引發疾患中，對健康最大之傷害，應係因施用毒品所導致之死亡。依法務部法醫研究所 2001~2013 年法醫解剖鑑定案件中藥物濫用相關死亡案例之意外事故型態及性別差異分析(于承平、蕭開町、潘至信、鄭惠及,2014)，因管制藥品、新興藥物及醫療處方藥物濫用、脫癮症候群等造成直接或間接死亡案例合計高達 3,049 件(藥物濫用組)，佔所有死因鑑定案件 13.7%，高於因農藥、酒精、化學物質及其他物質濫用中毒導致死亡案件合計 1,174 件 (中毒組)，佔

所有死因鑑定案件 5.3%。

濫用藥物相關死亡案例中以藥物過量導致中毒死亡型態為主，尤其常見多重藥物之併用產生加成作用導致意外中毒死亡，或因吞食大量藥物自殺死亡案例，其次常見藥物作用影響下導致落水溺斃、車禍、及高處落下等意外事故死亡型態，藥物作用影響下產生暴力犯罪如槍傷或銳器傷之他殺死亡事件，以及藥物濫用後燒炭自殺導致一氧化碳中毒死亡，或是因長期慢性藥物濫用下併發自然疾病死亡型態，常見有心臟病變、肺臟病變、以及因藥物濫用免疫功能低下併發感染症死亡案例。若以意外死亡、自殺死亡、他殺死亡及自然死亡四大類區分，以意外死亡的 1,604 件最多(佔 52.6%)，意外死亡中又以濫用藥物中毒的 1,176 件最多(佔意外死亡的 73.3%)，顯示因毒品施用者低估毒品的危險，或因耐受性提高所導致的多重使用或過量使用，係施用毒品對生命所產生之最大風險。近年因自然死亡案件呈增加之趨勢，長期或慢性藥物濫用導致之相關疾病併發症問題亦值得更多的重視。

由以上毒品與健康相關文獻的分析，可對毒品施用者處遇政策有下列幾點啟示：

首先，在已知毒品成癮是慢性、易復發的腦性疾病，且當事人不易自我控制或復原的情形下，專業的醫療協助是必要的，而目前在矯正機構難以提供足夠的醫療戒癮協助下，運用緩起訴處分使毒癮者可接觸到較充沛之社區醫療資源，對其長期之發展應有顯著的助益。同時，如何利用專業的評估，使成癮者得到較多的醫療協助，使未成癮者藉由生活秩序重建等方式減少毒品使用，在醫療資源有限之情形下，亦格外的重要。

其次，由因愛滋病防治所建立的減害計畫之經驗顯示，毒品施用者在貪圖使用毒品快感的同時，亦會避免毒品對生命或健康的危害，因此，使毒品使用者正確了解毒品的健康風險，以自然約制力來減少毒品的使用，遠較以處罰之約制力較為有效。此外，基於毒品成癮具有當事人難以控制用藥的特性，在社區處遇的過程中，個案仍處在可取得毒品的狀態，因此，處遇之目的應係藉由監督與協助來逐漸改善其毒品成癮的狀況，避免以處罰的思維來處理社區處遇期間的偶然性復發使用毒品行為之情形。

第三，由於毒品施用者當中，因意外中毒導致的死亡最多，因此考量嚴重成癮者因耐受性提高，較易產生急性中毒之情形。對於在社區處遇之環境下，是否仍可控制毒品接觸狀況在安全範圍內，使其逐漸戒癮毒癮，宜加以評估。易言之，

對於不易在社區為有效處遇或有較高急性中毒風險之嚴重成癮者，應考量改以機構式的處遇模式，在毒癮受一定之控制後，才考慮以社區處遇之方式控制其用毒行為。

三、公眾對毒品施用者之道德觀感

在犯罪行為當中，殺人、強盜、強制性交等暴力犯罪，或是竊盜、詐欺等財產犯罪，一般人對於其危害社會及侵害他人權益之本質，不會產生疑問，通常被界定為「本質上即邪惡的行為」(mala in se)，其被界定為犯罪是無庸置疑的，否則社會秩序將難以維持；而施用毒品，則與賭博、色情等行為類似，並無明確之被害人，然法律為防止非道德性物質或服務之擴散、維護善良風俗，並阻止所引發的犯罪，因此亦可能將其犯罪化，此類犯罪即所謂之非道德 (immoral) 犯罪行為 (許春金，2017)。

對於施用毒品與其他犯罪間的關係、對健康造成的影響，涉及實質危害的風險是否存在，刑罰介入後會使實質危害風險降低抑或是升高，涉及相關政策的規劃，此皆為決定非道德行為是否犯罪化前需先予釐清者，本節其他段落已有所探討。然而，由於此等根本問題釐清具困難度，加上社會中政治、經濟、文化等因素對刑事政策之影響，使得非道德行為的犯罪化與否，應如何對待，通常難以依照實證研究為基礎，反而是潛在流動的社會價值及重大事件影響下所形成的政策性格，決定是否要以非實證基礎的道德觀點來決定政策。

Euchner 等人 (2013) 認為，毒品施用和博賭一樣，都被認為是邪惡的，因此對應的政策都具有高度的道德性，然而政策的影響是來自多面向的，除了道德架構 (morality frame) 外，還有其他的架構也會影響著政策，其中最主要者有強調需要保護施用者健康與社會關係的健康與社會架構 (health and social frame)，關注來自犯罪活動各類威脅的安全與公共秩序架構 (security and public order frame)，以及思考國家財政狀況的經濟財政架構 (economic and fiscal frame)，依照渠等對政府文獻的分析，歐洲在二次大戰之後，隨著經濟的發展及世俗化的影響，道德在政策中所扮演的角色已逐漸式微。

以荷蘭為例，自 1970 年代開始，毒品施用主要被認為是健康與社會的議題，在 1976 年的鴉片法案的修訂中，便將毒品區分為危險程度可接受的軟性毒品 (soft drug) 和不可接受的硬性毒品 (hard drug)，並賦予不同的法律地位；在 1985 年，荷蘭更將硬性毒品施用問題定義為一般性 (normalization) 的問題，而

非道德性或神秘性的問題，提倡使成癮者能在文化上重新整合；在 1990 年代中期，安全和公共秩序成為了主要考量，硬性毒品成癮及咖啡店（提供大麻合法吸食）被認為是騷擾事件的來源，因此主張有更多的規範來加以防制。在德國方面，毒品議題自 1960 年代末期開始進入政治圈內討論，在 1970 及 1980 年代，道德、健康與社會及安全與公共秩序三個架構同時影響毒品政策，然毒品成癮者自 1990 年開始正式被視為病人（sick persons）後，道德架構的思維逐漸消失，「健康與社會」及「安全與公共秩序」成為政策主宰者，法律的規範在於更有效的打擊毒品犯罪及提供成癮者更好的醫療協助，在此之下，處遇方式增加，也引進了減害的概念，使美沙冬替代治療及針具交換合法化，在 1992 年麻醉藥品法的修正中，賦予毒品成癮者刑罰緩執行及對小量毒品使用者不予起訴的權限，在 2000 年及 2009 年的修正，更進一步建立合法的毒品消費室，使用海洛因本身作為治療物質，目前減害已和執法、預防及處遇成為德國毒品政策的 4 個支柱。

由歐洲國家的經驗顯示，道德框架在早期的毒品政策中扮演著重要的角色，認為毒品施用者是生活的失敗者，毒癮者會進一步危害社會安全，因此常以嚴厲的處罰來處理，然道德框架隨近代健康與社會及安全與公共秩序框架的重視，在近代毒品政策中之角色已不如以往。回顧國內，在法律於 1998 年將毒品施用者視為病患性犯人後，已擺脫道德獨尊的毒品政策模式，然自 2006 年開始推行減害計畫後，目前減害的模式仍停留在最初的替代治療及針具交換，而對毒品施用者施用刑罰的比例仍遠大於機構內外的戒癮治療，足見道德框架對我國的毒品政策仍具有主宰地位，由於道德框架繫於人民的法感情，以之主宰毒品政策雖常不能產生最佳的結果，但政策制定時卻難以加以忽視，未來如何使社會大眾增加對毒品之理解，引領民眾以更多元的價值觀來思考毒品問題，應是探討道德與毒品問題時值得省思之處。

四、施用毒品所產生之治安問題

毒品與犯罪的相關性一直為社會大眾所關注，也是毒品施用者處遇研究中不可忽略的核心問題，在 Goldstein（1985）著名的「毒（藥）品與暴力關係：三項分類架構」(The Drugs/Violence Nexus: A Tripartite Conceptual Framework) 中，將毒品與暴力犯罪的關係分為心理藥物影響之暴力（psychopharmacological violence）、經濟驅動模式（economic compulsive model）和系統性的暴力（systemic violence）三類，這種三分法雖不見得可包含所有的情形，彼此之間也可能有重

疊之處，然對於理解毒品與治安的關係有相當大的助益。

心理藥物影響模式認為：有些人因為短期或長期攝取特定物質後，容易變得易激動、不理性，因而產生暴力行為，這類的物質包含酒精、興奮劑、天使塵等，而鴉片類毒品則可能因戒斷症狀而產生暴力行為。此外，有心理藥物影響模式中，藥物的影響不但會使施用者容易產生暴力行為，也容易使施用者成為受害者，例如酒精容易使人成為強制性交的被害人，而濫用物質後的迷茫狀態，也可能使人成為劫盜的對象。

經濟驅動模式認為：有些毒品施用者因為毒品的價格昂貴，所以會在經濟壓力的驅使下從事如強盜等經濟取向的暴力犯罪，依當時的相關研究顯示，大部分的毒品使用者會動腦取得財物，避免使用暴力的危險，但由於犯罪時的緊張、被害人的反應、加害或被害人攜帶武器，或與第三人的互動，可能會使原本和平的財產犯罪轉為暴力化。而此類型暴力犯罪的被害人，常見的特徵是居住在加害人的附近，而且本身常也從事非法活動。

系統性模式認為：有些暴力的活動是產生於毒品散布及使用的系統當中，例如爭奪販毒地盤、販毒集團中的紀律懲戒、販毒集團內的搶奪、消滅告密者、處罰賣假貨者、處罰賴帳者等等，此時，犯罪的被害人常是毒品散布或使用體系內之人。

Goldstein 的研究提供人們能對毒品與暴力犯罪間的關係更結構化的理解，但他在美國全國性的犯罪統計中，無論是統一犯罪報告(Uniform Crime Reports)或受害者調查(National Crime Survey)，都無法得到足夠的資訊來說明那些暴力犯罪與毒品相關。所有的犯罪中，究竟有多少犯罪是由毒品所引起？毒品施用者中有多少人會因施用毒品而產生犯罪？毒品與犯罪之因果關係為何？成為此後研究的重點。

在 2003 年國家司法機構(National Institute of Justice, NIJ)的研究回顧當中，對於 Goldstein 所提出架構之後續研究，做了回顧與展望。在分析 Goldstein 和他同事在 1984 年及 1988 年對紐約州及紐約市所做的兩次研究，結果即使在相同地點，因毒品盛行的種類有差異，也會顯現出不同的「毒品-犯罪」關係(MacCoun, Kilmer, & Reuter, 2003)。

在快克盛行高峰前的 1984 年，有 42%的殺人犯罪與酒精或毒品相關，其中 59%可被歸類為心理藥物影響模式，3%可被歸類為經濟驅動模式，21%可被歸類為系統性模式；而在 1988 年，即快克盛行的高峰時，殺人犯罪中與酒精或毒品

相關的比例提升到 53%，這其中有 14% 可被歸類為心理藥物影響模式，4% 可被歸類為經濟驅動模式，可被歸類為系統性模式者則大幅提高至 74%；這與快克的市場狀況比其他毒品市場更為暴力的認知相符，由此顯示，「毒品-犯罪」的關係可能會隨著毒品種類、施用者年齡、地理區位或社會背景而有所不同，而且每個與毒品相關的犯罪背後，毒品都可能不是造成犯罪的惟一原因，應該對毒品相關犯罪的根本特質為更細緻的編碼歸納，才能更清楚理解其間的關聯。

在心理藥物影響模式方面，Fagan (1990) 與 Parker & Auerhahn (1998) 的研究發現，受物質影響精神狀況而產生暴力的情形是少的，而且大多是酒精，少部分是毒品（如古柯鹼、海洛因），社會環境（social environment）對於暴力行為的影響比影響精神物質要大多了。檢視施用毒品與犯罪之間，通常還存在著一些中介者（moderators），也就是毒品需與情境因素或心理因素這些中介者交互作用後，才會產生暴力，證據顯示有些物質（主要是酒精）會增強造成暴力的情境或心理因素。而這些中介者，主要是情境的壓力與挫折、使用毒品之預期效果、抑制能力降低、認知功能受損等等，總的來說，單純以毒品單一因素分析其是否導致暴力，證據並不明確。

在經濟驅動模式方面是否有足夠的證據呢？在海洛因成癮者方面似乎是如此，當使用海洛因較頻繁時，犯罪活動較頻繁，而當在使用美沙冬替代療法時，犯罪參與則明顯降低（Fagan, 1990）。而另一個值得注意的是，以往認為成癮者對於毒品的價格較不敏感，為了避免戒斷症狀的痛苦，在買不起毒品的時候就很容易藉由犯罪取得金錢，但從行為經濟學的研究（behavioral economics research）顯示，成癮的需求並不是固定不變的，當價格上升的時候，他們的使用量就會減少，而一個可能的解釋，是當他們花了大部分的錢仍無法抵癮時，或許就會改而尋求戒癮（Caulkins, & Reuter, 1996）。

而在系統性模式方面，一般認為因為缺乏合法的紛爭解決方式，所以才會產生犯罪，但實際並不是所有非法活動都會產生暴力犯罪，例如色情活動雖然有時煩人，但並不常產生太多暴力，而不同種類毒品產生暴力犯罪的情形也不同，一般而言，大麻大多不會因競爭關係或交易糾紛而產生暴力犯罪，但古柯鹼卻明顯的較容易產生暴力事件，分析其間的不同，發現參與古柯鹼市場者較年輕（多在 18-22 歲）、古柯鹼的單價較高、執法較強烈（使市場交易不穩定及追查告密者）及施用者較具攻擊性；此外，MacCoun, Kilmer, & Reuter (2003) 及 Reuter, & MacCoun (1992) 依照販毒者與買毒者的在地性與否，製作出一個交叉表（如表

2-1-2)，將毒品市場屬性分為區域性市場、進口型市場、出口型市場及開放性市場，其中區域性市場由於買賣雙方都熟識，所以不會讓彼此進入恐怖的競爭關係，所以暴力傾向較低，至於開放性市場，因為競爭者彼此不熟識，地盤競爭的誘因相對的高，因此較容易發生暴力事件。

表 2-1-2 毒品市場屬性分析圖

販毒者	購毒者	
	居民為主	外來客為主
居民為主	區域性市場	出口型市場
外來客為主	進口型市場	開放性市場

資料來源：整理自 Reuter, P., & MacCoun, R. (1992)

上述諸多角度的分析，毒品與犯罪之間的關係相當複雜，不但不同種類的毒品有不一樣的結果，而且隨著時間、空間、毒品市場型態及行為時的情境等因素之不同，會有相當不一樣的結果。因此，施用毒品與犯罪發生間因果關係為何，便成為難以辨明的議題，無論是施用毒品引起犯罪、犯罪性引發毒品使用，抑或兩者共同起因於第三變項，在某些場域和人口中，都得到映證（楊士隆，2016；MacCoun, Kilmer, & Reuter, 2003）。

雖然在社會科學的研究上，可以很清楚的了解施用毒品與犯罪的高相關並不等於因果關係，但是在一般人的認知上，甚至在國家毒品政策的制定上，卻很難將擺脫「吸毒導致犯罪」這樣的直覺，在英格蘭及威爾斯，在 2003/4 年間因使用 A 級毒品所造成的社會和經濟損失達 154 億英鎊，其中有 90% 是來自毒品問題使用者所造成的毒品相關犯罪，並認為這些犯罪很多來自購毒解癮的經濟壓力。而在官方文件中，認為所有的犯罪中，有一半左右與施用毒品有關，這個數據是來自被逮捕者有最近使用毒品的紀錄。但這種數據和推論是有問題的，因為施用毒品與犯罪間複雜難以論斷關係已如前述，過於簡化的歸因會使毒品施用背負過多的污名，若以犯罪與其他單一變項的相關性來論，貧窮、不平等、基因、心理特質都與犯罪有高的相關性，亦可能背負同等的污名（Reuter, & Stevens, 2008）。

而在國內的本土性研究方面，依據對監所中毒品施用者的抽樣研究發現，吸毒前即有犯罪者佔 32.1%，在吸毒後有犯罪者佔 47.5%，其餘 20.4% 則是吸毒前後皆無犯罪，經檢定吸毒與犯罪順序的關聯性，並未達顯著水準，進一步研究吸

毒者是否因為經濟上的壓力而犯罪，發現雖然購毒的來源除了自己的工作收入外，也會透過竊盜、搶奪和販毒等非法的方式來支應購毒需求，雖然缺錢的情形並不一定引發犯罪，仍可能透過借貸、索取等方式取得購毒資金，但在入不敷出的情形下，透過犯罪來取得金錢的比例顯著的較高，至於係犯暴力犯罪或其他類別犯罪則未具顯著的差異。研究結果顯示犯罪與毒品施用的整體因果關係雖不明確，但在施用毒品之後，經濟驅動犯罪模式在國內也獲得支持；至於對是否因心理藥物影響而引發暴力犯罪，雖然毒品施用者有暴力犯罪前科的比例較其他類型犯罪為高，但尚不能遽以推論有多少的暴力犯罪是受心理藥物影響而產生（蔡田木、林安倫、廖訓誠，2009）。

前述國內外有關毒品與犯罪之相關研究，對我國毒品施用者處遇政策，有以下幾點啟示：

其一，毒品與犯罪之關係，並非一般民眾所認知的「吸毒會導致犯罪」這樣的簡單邏輯，兩者間有複雜而難以辨明的因果關係，亦可能兩者之存在係來自其他更早發生之共同因素，而即便有個案可判定為因吸毒而犯罪，但其比例應相當有限，因此以社會安全之觀點，認為將毒品使用者隔離後即可以預防犯罪的想法，對於大多數不會因而犯罪的毒品使用者並不公平。

其二，在實證研究上，能明確歸類為因施用毒品而犯罪的個案屬於少數，大多數同時有毒品施用與犯罪問題的個案，也同會有其他在生理、家庭、學校或社會上的因素，方導致犯罪，倘對於有毒癮者未能協助其戒癮，對於有社會功能缺陷的個案未能給予支持，則監禁並不能減少其犯罪的風險，只是延後其犯罪發生。因此，對於犯罪風險較低者，若能提供緩起訴處分戒癮治療，並提供適當的支持與協助，應可降低其犯罪風險。

其三、對於部分有較高犯罪風險之毒品施用者，倘該犯罪風險非社會所願意接受（如暴力犯罪或慣性竊盜），則在社區處遇時發生犯罪，必然引起社會對緩起訴戒癮治療制度之信任，因此對此類個案，較宜適用機構處遇模式，以維護社會大眾對緩起訴戒癮治療制度之信任；而對適用機構處遇之個案，亦應儘量提供有助於降低犯罪風險之處遇內容，否則隔離後造成的社會鍵斷裂，可能反而會增加犯罪風險。至於評估個案犯罪可能性的高低，是司法分流處遇的重要工作。

五、小結

經過前述對影響毒品施用者處遇政策觀點之歸納分析，本節文末檢視該等因

素對我國目前毒品施用者政策及法規之影響，以及對刻正推動之新世代反毒策略相關內容之影響。

(一) 對我國既有毒品施用者政策及法規之影響

從本節相關文獻的回顧，可了解毒品施用者之處遇政策，深受當代人對毒品施用原因及影響（道德、健康、犯罪）之理解所左右。清末鴉片在中國的氾濫，使得國破民窮，千年古國幾乎淪為被殖民地，世人驚覺吸毒的行為不只是個人道德淪喪的行為，而是關乎整個國家社會福祉的根本議題，因此除了以道德的角度加以非難外，刑罰的介入也成為世界的潮流；其後，由於施用毒品引起的疾病問題，並非刑罰所可解決，甚至對毒品施用者施以刑罰後，反會使施用毒品行為地下化，造成監管不易，因此以疾病及健康的角度來探討毒品施用問題，便希望刑罰的角色能有所折衝及退讓，減害的概念由此而生；至於犯罪問題，原本認為與道德問題類似，期望能以國家的刑罰權加以壓制，然而，由美國毒品戰爭的經驗來看，往往是治絲益棼，除了使監獄爆滿外，還衍生出諸多的社會問題、種族問題、道德問題，而研究發現施用毒品與犯罪間錯綜複雜的關係，亦非單純以刑罰手段可解決，因此包含美國毒品法庭制度在內的司法監督下戒癮處遇制度應運而生，希望使刑罰不只是處罰，更能進一步扮演促發戒癮動能的角色，打破施用毒品與犯罪間的惡性循環（詳見本章第二節）；對毒品施用原因之理解，則使得預防工作更加受到重視，對各項處遇政策也得以更宏觀及長遠的角度來規劃；對毒品施用者社會關係的重視，以及對毒品施用者重新融入社會之期待，則讓刑罰是否要進一步退讓，或儘量去污名化，成為毒品政策的選項之一。

上述影響毒品施用者處遇政策之各項觀點，藉由國際間的交流，多係併存且依各國不同的國情影響著各國毒品政策，而各觀點及典範之間亦彼此相互影響，難以用簡單的描述說明清楚，為了理解及討論的方便，本文整理如表 2-1-3，其中部分措施或政策同時來自 2 個以上的觀點，因此會有重複出現的情形。以我國目前毒品政策發展的狀況來看，對毒品施用原因之理解已日漸增加，國內已在減害、戒癮及預防的工作上，已逐步的向前行，然由於多數民眾對毒品施用者仍持高度的道德非難，實務運作的結果，接受監禁等刑事處罰的比例仍遠多於緩起訴戒癮治療或觀察勒戒、強制戒治等機構戒癮協助。

本文所探討的毒品施用者分流處遇制度，係希望能夠跳脫出國內偏重道德觀點的政策方向，在毒品施用原因控制、健康恢復、犯罪預防及道德等觀點能平衡兼顧下，規劃出符合我國國情的分流機制及處遇方案。

表 2-1-3 影響毒品施用者處遇政策之觀點及相對應政策

觀點架構	政策模式	我國之措施或政策
原因論觀點	三級預防 危險因子及保護因子控制	跨部會之社會安全網 教育體系對三級預防策略 緩起訴戒癮治療
道德觀點	處罰	對第一、二級毒品施用者之刑罰 對第三、四級毒品施用者之罰鍰
健康觀點	減害 醫療協助	針具交換服務 替代治療 自願戒癮可免除刑責 觀察勒戒、強制戒治制度 緩起訴戒癮治療制度
治安觀點	威嚇、隔離、處遇	藉由對第一、二級毒品施用者之刑罰，對個案威嚇、隔離、處遇 緩起訴戒癮治療制度
社會復歸觀點	去刑罰化、去污名化、提供多元協助	觀察勒戒、強制戒治制度 毒品危害防制中心追輔制度 緩起訴戒癮治療制度

註：本表為研究者自行整理

(二) 對新世代反毒策略之影響

新世代反毒策略是奠基於以往各項反毒工作基礎上所提之策進作為，其內容分為防毒、拒毒、緝毒、戒毒及綜合規劃等面向，與毒品施用者處遇之政策，主要規劃於戒毒及綜合規劃兩大項目之下，相關之策略及相關之觀點架構整理如表 2-1-4，由表中分析顯示，目前我國所要發展之毒品施用者處遇政策，已不強調對毒品施用者之道德指責及犯罪預防，而側重減少毒品施用之危險因子、協助毒品施用者戒癮與改善建康以及使毒品施用者以復歸社會之政策。

表 2-1-4 新世代反毒策略之毒品施用者處遇策略及觀點架構

策略內容	觀點架構
建置整合性藥癮醫療示範中心，發展轉診與分流處遇系統	健康觀點、社會復歸觀點
發展藥癮治療及處遇專業人才培訓制度	健康觀點
提升治療性社區量能及擴大補助中途之家	原因論觀點、健康觀點、社會復歸觀點
替代治療便利性改善方案	健康觀點
建立以家庭為中心之家庭支持服務，促進藥癮者重返家庭	原因論觀點、社會復歸觀點
辦理藥物濫用兒少家長親職教育，強化其家庭支持能量	原因論觀點、社會復歸觀點
連結網絡資源加強就業準備，以一案到底服務促進就業	原因論觀點、社會復歸觀點
建立以藥癮醫療及復歸社會服務為核心，戒護為輔之戒治模式	健康觀點、治安觀點、社會復歸觀點
由衛福部督導地方政府毒品危害防制中心，強化追蹤輔導效能	原因論觀點、社會復歸觀點
落實執行特定營業場所執行毒品防制措施辦法，完善「毒品危害防制條例」第 31 條之 1 關於特定營業場所之通報制度與行政懲處機制，對容易流通毒品之特定營業處所課予毒品防制義務，減少年輕族群聚集施用毒品情形。	原因論觀點
推動施用毒品成癮者之多元處遇方案與修法，跨部會研商如何以多元處遇方式協助毒品施用者戒除毒癮，並建立毒癮者評估與分流機制。	原因論觀點、健康觀點、治安觀點、社會復歸觀點

註：本表為研究者自行整理

第二節 美國與葡萄牙毒品施用者社區處遇及分流制度

在 19 世紀之前，由於對於鴉片或嗎啡等易成癮物質未有足夠的了解，因此物質成癮者常被視為不當醫療下的受害者，或是自甘墮落、無可救藥之人，因此多數國家並不會對成癮物質進行嚴格的管制，施用者也不會受到法律的處罰。

但隨著鴉片問題在國際間蔓延所引起之關注，以及菲律賓聖公會主教查爾斯·亨利·布能特（Charles Henry Brent）在菲律賓及國際間倡導嚴格禁毒之影響，中、日、美、英等 12 個國家於 1909 年 2 月在上海召開討論鴉片問題的國際會議，通過不具拘束力的「國際鴉片會議決議書」，表明贊同和協助中國的禁煙計畫與運動，以及對吸食及販賣毒品行為之取締。1912 年 1 月 23 日進一步通過「海牙國際鴉片條約」。美國則於 1914 年制定哈里遜法案（Harrison Narcotics Tax Act），規定醫師不能因為維持藥癮而發給成癮者鴉片或古柯鹼的處方，同時倘係非經醫師處方取得鴉片或古柯鹼，也被視為違法的行為（駱芬美，2014；Davenport-Hint, 2008），自此，對於毒品施用者科以刑罰遂為國際所接受，也因此監禁了大量的毒品人口。

由於成癮科學的不斷發展，近代對於成癮屬疾病的接受度逐漸提高，許多國家在維持對毒品施用者刑罰之情形下，逐漸設計出包含機構型或社區型的各類毒品施用者處遇方案。我國以戒癮為目的之毒品施用者處遇，首先是 1998 年開始推動屬於機構型處遇方案的觀察勒戒及強制戒治，又於 2008 年起實施屬於社區型處遇方案之緩起訴戒癮治療，但對於如何建立適當的分流機制，使個案配對至適合的處遇方案，以及各類型處遇方案應如何規劃，國內較少有整體性的探討。

我國目前在分流機制上居主導地位者為緩起訴戒癮治療制度之個案篩選，而與緩起訴戒癮治療制度最為相近且廣受國內專家學者討論者，當推發軔於美國之毒品法庭制度，該制度起始於 1989 年，較 2008 年開始的緩起訴戒癮制度早了近 20 年，且目前實施毒品法庭制度的法院已逾 3,000 所法院，豐富的實務運作經驗及成熟的分流評估機制，為我國探討分流機制及社區戒癮治療方案議題之首選。

此外，葡萄牙為世界首個將所有類型毒品施用及小量持有行為除罪化的國家，其目的在於使毒癮者更勇於接觸專業戒癮協助。葡萄牙在取消相關刑責後，取而代之者係改將該等行為處以行政罰，並規定個案可透過接受戒癮或相關管制措施之方式來免除行政罰，該國考量國家資源有限及毒品施用者狀況不一的實況，透過對毒品施用者評估的機制，使個案依需求接受多元處遇方案之作法，對於我國分流機制及處遇方案之規劃，亦具有相當高之參考價值，故本文亦加以分析介紹。

以下就刑罰制度下的毒品法庭制度，以及非刑罰制度下的葡萄牙規勸制度進行介紹分析：

一、美國毒品法庭制度

在逐漸認同毒品施用之病理特質，並朝向以協助代替處罰的潮流下，美國 1971 年在尼克森總統帶領下發動的毒品戰爭，似乎與 Robert Martinson 在 1974 年提出「矯正無效論」(Nothing Works) 相互呼應，成為對二次大戰之後矯正哲學及醫療模式的反擊，在毒品戰爭下，國家不再花費龐大的經費來「治療」犯罪人，而是選擇以強悍的執法，來威嚇、隔離犯罪者，藉以確保社會的安全，其後，在 1980 年代盛行的快克 (crack cocaine) 及在毒品市場中所引發的暴力犯罪，使得國會訂定更嚴格的法案來處罰毒品犯罪人，包含對特定毒品一定持有量訂定最低刑罰標準，各州對於執法的重視度也高於預防及處遇之上。這些基於社會安全防衛意識所制定之政策，使得各級監獄人口不斷上升，依美國聯邦調查局之統計，各州在 1980 年所逮捕的毒品犯約 58 萬 9 百人 (約佔總逮捕人數 5.6%)，這個數字第 1989 年時增加至約 136 萬 2 千人 (約佔總逮捕人數 9.5%)，2008 年時人數更超過 170 萬人 (約佔總逮捕人數 12.2%)，反應在實際監禁上，毒品犯在州監獄的人數由 1980 年的 1 萬 9 千人左右，1989 年增加至 12 萬 1 百人左右，2006 年再增加至 26 萬 5800 人左右，在聯邦監獄方面，也同樣有相當的成長。高昂的監禁費用及毒癮者反覆進出監獄的情形，使得司法體系不得不找尋出路，佛羅里達州 Dade County 自 1989 年開台發展的毒品法庭模式，成了避免物質成癮者反覆入監的解決方案，同時反映了毒品政策的重心由降低毒品可得性的執法工作，轉至降低毒品需求的處遇工作 (Franco, 2010; Gottfredson, Kearley, Najaka, & Rocha, 2007)。

與傳統以司法體系為主的運作方式不同，毒品法庭的運作係結合處遇體系與司法體系共同運作。然而，兩個體系的本質及目標並不相同，處遇體系是根植於治療典範，其方法手段是被動、零散式且平等的，而司法體系是根植於紀律典範，其方法手段是主動、陳述式且權威的，要結合兩個體系共同達到改變一個毒品施用者生命軌跡的目的，勢必要有相當多的典範調和，這是一項相當不容易的工作，而且這個典範調和的工作必須在標定適當參與者的範圍、對範圍內之人給與適當診斷評估、結合各項必要之資源及把合格者置於適當計畫中並加以監督等各個環節中不斷的進行 (紀致光, 2014; Colyer, 2007)。

毒品法庭係一種制度觀念，在美國並非由經由統一的聯邦法規要求各州執行，而係由各司法管轄區在評估各方條件後採行，因此自佛州第一個毒品法庭成立至

今，已約有 3,000 所毒品法庭¹²，係逐漸擴張至各州及各司法管轄區域，當中也影響了與美國司法制度相近的加拿大、澳洲等國。毒品法庭成立之目的，是希望打破毒癮與犯罪間的循環關係，同時也期望這套司法處遇模式，能較傳統的司法運作模式更具經濟效益，然而，並非徒具毒品法庭之名即為非萬靈丹，一般而言，毒品法庭具有以下 10 個重要的元素 (Franco, 2010)：

- 1、在個案中予以毒品檢測。
- 2、創造被告與法院間非對立關係。
- 3、確認需要治療的被告，並且儘速轉介治療。
- 4、提供持續的治療及復歸社會之服務。
- 5、經由經常、強制性的毒品檢測監控戒毒情形。
- 6、建立協調的策略去管理毒品法庭對被告承諾的回應。
- 7、與每一個毒品法庭參與者維持司法的互動。
- 8、監控及評估計畫的目標，並測量其效果。
- 9、持續跨學科的教育，以促進毒品法庭計畫、執行及運作之效能。
- 10、鞏固毒品法庭、公務機關、社區機構之伙伴關係，以產生地區的支持並增強毒品法庭之效能。

依據美國政府課責辦公室 (Governmental Accountability Office, 2011) 報告顯示，就美國司法部所資助並為技術協助的 32 個毒品法庭於 2004 年至 2011 年間所顯示的資料顯示：在降低犯罪方面，毒品法庭參與者再被逮捕率會比對照組低 6%~26%，而完成計畫參與者之再逮捕率，會比對照組低 12%~58%，在些差異在 32 個毒品法庭中，有 18 個法庭的資料達到統計顯著性；在成本效益方面，每個毒品法庭的本益評估則不一致，以每個參與者來計算，其效益從正 47,852 美元至負 7,108 美元之間。評估結果顯示，並非每個毒品法庭的成效都相同，甚至並非每個毒品法庭的成效都是正向的，其成效良好與否，應在於運作機制的好壞，以及相關配套條件之優劣。

毒品法庭案件的來源主要來自兩個方面，其一是經由緩起訴之命令 (deferred prosecution)，其二是經由判決所附之命令 (post-adjudication)。無論案件來源為何，都必須在計畫的前端設定參與者的資格，並從合格者中選出最適當的參與者加入計畫，倘若能挑選到適當的參與者，毒品法庭的處遇計畫才可能產生最大的功效，並避免掉不可接受的負面結果。此外，毒品法庭的計畫要成功，還需要後

¹²參閱 <http://www.courtinnovation.org/topic/drug-court>，2017 年 4 月 4 日。

端完善而符合需求的處遇計畫，並使前端的人選決定和後端的處遇計畫能完成配對（matching）。由於我國的緩起訴戒癮制度發展尚未成熟，因此本文將研究重心置於最前端的對象篩選，本段有關毒品法庭之文獻回顧，也集中關注在此點。

由於美國各地毒品法庭是在一定的準則下各自發展，在各地條件不同的情形下，各毒品法庭會發展出不同的篩選標準，在毒品依賴的犯罪人當中，有些同時犯下其他犯罪的人，或者有其他犯罪紀錄的人會被排除掉。依據 2005 年對毒品法庭管理者之調查，美國智庫 Urban Institute 研究人員在報告中提出，除了部分販毒者外，與毒品施用相連結的竊盜、詐欺或色情等財產犯罪，年輕的大麻罪犯，以及目前有家暴案件的被告，都可能被排除。而在身體狀況方面，成癮情形太嚴重者，有 16% 的毒品法庭會拒絕，不夠嚴重者，有 48% 的毒品法庭會拒絕，有共病問題者，69% 的毒品法庭會拒絕，另值得注意的，有 52% 的毒品法庭會單純因為容額不足而拒絕，平均每個毒品法庭每年治療 93 名參與者（Franco, 2010）。而在是否能完成毒品法庭治療計畫的預測上，有研究發現教育和就業狀況具統計上之顯著性，而性別、婚姻狀態、使用毒品之種類則不具統計上之顯著性（Listwan, Shaffer, & Hartman, 2009）。

以刑罰為基礎之社區戒癮制度，除上述之毒品法庭外，亦有其他國家發展出不同型態之準強迫式處遇模式（Quasi-Compulsory Treatment，簡稱 QCT），由刑事司法系統激勵、命令及監督物質濫用/成癮者在非監禁的環境下接受處遇，例如在英國，法院可以判決犯罪人在特定期間接受處遇以代替其他的處罰（通常是監禁）；在奧地利、德國和瑞士，可以在緩起訴或緩判決之情形下為替代處罰性治療（therapy instead of punishment）的適當安排；在義大利，則可在當事人同意之下，由藥癮者接受司法監督模式藥癮治療，惟期間不得超過 4 年，超過者於刑期最後 4 年為之；在荷蘭，則可將有刑事責任之藥癮者安置在處遇機構，而不需其同意，在歐洲的跨國性研究顯示，準強迫式的處遇模式和自願戒癮之情形在成效上，對於物質使用的減少、犯罪的減少、心理的健康及就業的狀況，都具有改善的效果（Schaub et al., 2009）。

二、葡萄牙之規勸制度

相較於美國毒品法庭的發展是來自毒品戰爭後監獄爆滿的背景，葡萄牙所發展毒品施用者除罪化規勸制度，也同樣有其獨特的歷史背景。在二次大戰後的歐洲，許多歐洲國家紛紛在海外放棄了殖民地並發展民主政治，然而，葡萄牙極右

的薩拉查政權除了維持獨裁體制外，對外也不願放棄殖民地，這種與時代潮流相悖的作法，終於引發了長達 14 年的殖民地獨立戰爭（1961~1974），並在 1974 年 4 月 25 日康乃馨革命後，步入了第三共和。初入第三共和的葡萄牙，政治上轉為民主開放，海外殖民結束後大批海外軍人及葡裔移民陸續回國，社會秩序亟待重建，在此社會急速變遷的過程中，犯罪組織得以在混亂中趁機牟利，毒品問題則在各個社會階級中蔓延，在 20 世紀末，葡萄牙從一個毒品問題輕微的國家，轉變成毒品問題嚴重的國家，全國約有 1% 的人口是問題使用者，與其他歐洲國家相較，問題使用者的比例偏高（維基百科，2017；Frango, 2016）¹³。

由於問題成癮者分布在各階層，即便是中上階層的子弟也都有染毒的問題，使得葡萄牙在面對毒品問題上，有較多非道德化且務實的討論空間¹⁴。在歐洲，如西班牙等國家雖然在保留刑事責任下，只對毒品施用者處以罰金等非監禁的手段，然而，毒品施用者仍然會因為對逮捕、前科紀錄的恐懼，不敢輕易尋求戒癮協助，因此，葡萄牙在國家反毒策略委員會（Commission for a National Anti-Drug Strategy）於 1998 年提出除罪化毒品政策的報告後，經過 3 年的準備，於 2001 年 7 月全面對所有毒品之施用及少量持有行為除罪化¹⁵，即該等行為完全不會以刑事司法程序處理，也不會留下前科紀錄。新法實施後，並未發生事先所擔心的吸毒旅遊團，也未出現年輕人大量吸毒的情形。由 2001 年至 2006 年的統計資料顯示，7~12 年級的學生（相當於國、高中學生）各類毒品的終生盛行率皆呈下降趨勢，毒品相關的死亡率、毒品所引起疾病的感染率也都降低，而全人口的毒品盛行率雖然上升，然比較歐洲其他國家在同時期毒品人口明顯上升之狀況，葡萄牙仍是毒品問題仍是處於相對溫和的情形。因此，有認為葡萄牙的毒品施用者除罪化政策是成功的，而其國內在該政策實施之後，亦未有強烈主張恢復犯罪化之聲浪（Glenn, 2009）。然亦有學者認為葡萄牙自 2001 年後各類毒品盛行率皆呈上升趨勢，且葡萄牙在除罪化的同時，亦大幅提高對毒品施用者協助的服務，因此對毒品相關致死或其他疾病感染情形減少趨勢，究意是來自戒癮服務量能的提

¹³維基百科，<https://zh.wikipedia.org/wiki/%E8%91%A1%E8%90%84%E7%89%99>，查詢時間：2017 年 4 月 14 日。

¹⁴Decriminalization and Harm Reduction in Portugal: An Interview with Dr. João Goulão。摘自 <http://www.maps.org/news/bulletin/articles/387-bulletin-spring-2015/5671-decriminalization-and-harm-reduction-in-portugal-an-interview-with-dr-jo%C3%A3o-goul%C3%A3o>，查詢時間：2017 年 4 月 29 日。

¹⁵持有依法律認定 1 個人 10 日使用量毒品之行為不受刑事處罰，重量標準因毒品之不同而有差異，如海洛因、美沙冬、安非他命及 MDMA 是 1 公克，LSD 是 0.1 公克，古可鹼和大麻則依其部分及提煉物而有不同標準。

昇，抑或是因為除罪化的影響，似乎難以論斷，此外，對於可分配所得之變動、娛樂時間的多寡、宗教或其他文化典範的轉變等影響毒品盛行之結構性因素未同時加以分析，而將所有的改變歸因於除罪化政策之影響，在推論上似嫌武斷。因此目前相關的研究認為葡萄牙除罪化政策是非常成功或是徹底失敗，常似墨水點性格判斷測驗般，只是反映出研究者本身的偏好，並未有充分的證據可加證明（Hughes, & Stevens, 2012）。

儘管葡萄牙對毒品施用者除罪化後，在毒品盛行率、毒品對健康危害狀況或治安影響狀況等整體評估之優劣，尚未有一致的評價，然明顯的，該國毒品施用者處遇的資源已由司法體系移轉至衛福體系。另由於毒品施用者低度自我控制的特性，若無任何外力介入，衛福或其他社會支持體系等戒癮資源難以找到支點來協助毒品施用者，因此葡萄牙在保留行政罰的情形下，發展出有別於以刑罰為基礎的轉介處遇模式。

葡萄牙對毒品施用者除罪化後，並非去處罰化，而是轉為較不具污名效果的行政罰，然行政罰的目的在於促其改變施用毒品習慣，而非在於威嚇或處罰，因此，當警方查獲毒品使用者後，會將其送至藥物使用規勸委員會（the Commissions for the Dissuasion of Drug Addiction），由該委員會就個案濫用嚴重性及需求進行評估後，作出是否暫緩執行行政罰、命其定期至規勸委員會或其他機構報到（如醫療機構）、警告、社區服務、禁止出現在特定場所、禁止出國旅遊、禁止接受社會福利（或補貼）或罰鍰（對未成癮者）的決定，若被判定為問題使用者，只有未依指示完成處遇方案，方處以行政罰鍰。在此機制下，葡萄牙自 2001 年至 2015 年間，在 50,438 位非毒品問題使用者中，有 13,343 位接受了個別化的協助，在 11,877 位問題使用者中，則有 7,693 位接受了醫療團隊或整合性回應中心的協助。對於這樣的毒品施用者處遇制度，大多數的參與者認為接受的是協助而非處罰，如此也減少了毒品施用者與國家間對立的關係（Frango, 2016）。

三、小結

各國毒品施用者處遇制度通常因法律制度、資源與觀念等差異性，呈現相當大之差異。我國與美國、葡萄牙對於毒品施用者，雖然都有替代處罰的轉向處遇制度，但各國的制度間仍有相當的差異，由表 2-2-1 的整理可發現，就處遇對象來區分，我國與葡萄牙相同，皆是僅針對毒品施用者，而不及於有毒癮問題的其他犯罪人，因此在處遇評估作業上，主要由醫學專業人員以醫療的觀點，將處遇

對象配對至最適合的處遇方案，而美國毒品法庭之處遇對象，係以有毒癮問題的犯罪人為主，其毒癮與犯罪之關係已受確認，因此評估內容除醫療觀點外，亦相當重視犯罪風險。基於毒品施用與犯罪問題的高相關性，以及民眾對毒癮者的高道德非難性，我國不宜將評估的內容完全偏重在醫療面向，亦應評估其犯罪風險。

另從處遇對象之特性來看，美國毒品法庭處遇之對象皆為有毒癮問題者，其社區處遇方案係由醫學上的戒癮治療結合其他社會支持之內容；葡萄牙規勸制度之處遇對象為所有的毒品施用者，只要有施用毒品之情形，不論其是否成癮，皆為處遇對象，評估的目的並不在於是否轉向，而是在評估處遇對象適合的處遇方案，處遇的方案除了醫學上的戒癮治療外，對未成癮者可能僅施以法治教育、社會支持或特定之監督措施。我國的處遇對象與葡萄牙相同，是包含所有成癮及未成癮的毒品施用者，但我國轉向社區處遇時，即使係對未有醫療需求的偶然使用者，亦係以醫療戒癮為主要的處遇方案，處遇方案缺乏彈性，可能造成醫療的浪費而仍不符處遇對象的需求。

表 2-2-1 美國、葡萄牙與我國毒品施用者替代處罰制度比較

	美國	葡萄牙	我國
處遇對象	有毒癮問題之犯罪人	毒品施用者	毒品施用者
原處罰內容	刑罰	行政罰	刑罰
分流決定者	法院	藥物使用規勸委員會	檢察官
分流評估者	專責人力	藥物使用規勸委員會	醫療院所
評估內容	犯罪風險、戒癮需求等綜合因素	戒癮需求	戒癮需求
處遇命令性質	附命完成戒癮計畫之緩起訴或緩科刑	附命完成處遇計畫之行政罰緩執行	附命完成戒癮計畫之緩起訴
處遇方案內容	多元：醫療戒癮、社會支持等綜合性方案	多元：醫療戒癮，或其他社會監督、社會支持方案	單一：醫療戒癮

註：本表為研究者自行整理

綜上，美國毒品法庭制度及葡萄牙規勸制度，都是依據各該國的國情，針對

毒品施用者病人特性所發展出來的因應對策，在發動基礎（刑罰或行政罰）與適用對象等方面，與我國的緩起訴戒癮制度有相當之差異，然就處遇病患性犯人的這個角度上，仍有許多的共通的特性，值得我們在既有的制度上參考，說明如下：

（一）良好的評估機制及多元處遇方案

在毒品法庭的制度下，個案符合轉向毒品法庭程序之基本條件時，即由專責的個管師加以評估，且由於對象包含犯毒品以外罪名的毒品問題使用者，因此評估的範圍不僅限於醫療的面向，同時也包含犯罪前科、本次犯行等司法層面，另由於評估結果涉及被告是在司法機構內處遇或是社區處遇，因此對於其社會功能、社會關係方面也會加以評估，最後再將完整的評估報告送請法庭進行討論，由於評估的面向多元，因此可以使處遇計畫可更符合被告需求，減少資源浪費；另一方面，也可減少對社區的負面影響，尤其是被告於社區處遇期間再犯嚴重罪行之情形。

葡萄牙的評估與毒品法庭不同，由於其對象都是毒品施用者，因此係由醫療體系來評估其支持方案的需求，不著重司法風險，另由於評估工作適用於所有遭警查獲之毒品施用者，因此需要更有效率的評估工具來處理龐大的案量，在實務上葡萄牙係藉用 DSM 等國際間既有的工具進行評估。

我國毒品施用者目前的緩起訴處分戒癮制度，係在刑事責任下所發展的轉向制度，在國人對毒品施用者回到社區時是否犯罪、是否對家庭產生負面影響高度關切的情形下，對其犯罪風險及對社會關係破壞的風險，應有足夠的評估，此應與毒品法庭制度之理念一致。另一方面，雖然我國已將部分醫療或戒癮協助的資源導入毒品施用者處遇，然立法者對毒品施用者之特性未能完全掌握，致法律執行的結果，多數的毒品施用者仍是被處罰而非接受戒癮協助。因此我國對於單純毒品施用者是否適用緩起訴處分轉向社區處遇之標準儘量放寬，並參考葡萄牙分流機制，區分出不同需求狀況之毒品施用者，規劃適合各種條件毒品施用者之處遇方案，尤其是在醫療處遇外之社區監控、個別化協助方案，使個案能受到合適的處遇，並有效運用國家資源。

（二）國家處遇資源之合理重分配

我國過往由於未投入足夠資源於戒癮醫學上，因此國內成癮戒治專科之醫師、心理師等專業人員未能符合實際需求，導致觀察勒戒、強制戒治等應由醫療專業主導的機構式處遇，最後仍由矯正機構主導之處遇方式運作，而在緩起訴處分戒癮治療的體系運作中，醫療人員的資源嚴重不足，許多有幸被轉向社區處遇的毒

癮者，所能分配到的醫療資源也是嚴重不足。相同的，在社工體系的資源上也是同樣不足，在目前政府社工體系在面臨長照、兒少、家暴等業務的殷殷需求下，現在社工人員已嚴重不足，更遑論案量巨大的毒品施用者案件，因此在醫療及社工這兩塊戒癮的主力上，目前難以因應更多毒品施用者轉向處遇的需求。

然而，倘因醫療資源是昂貴、稀有且不足，即將毒品施用者大量置於矯正機構中，將形成更多的資源消耗，依矯正署統計，政府對每位受刑人每年需支出 20 萬元左右費用，與在社區處遇時，原則由毒品醫用者自行支付醫療費用，政府僅負擔觀護、驗尿及毒癮戒治補助等費用相較，在社區戒癮治療之花費相對較少。此外，毒品施用者在社區中不但可接受較佳的戒癮協助，亦可能可在家庭、職場上發揮社會功能，帶來正面的貢獻。由美國毒品法庭的經驗，戒癮資源的多寡直接影響社區處遇制度的成效，因此，我國宜以國家的高度，重新檢視毒品施用者在司法體系、醫療體系及社工體系中之資源分配狀況，並以國家政策的高度，全盤性地進行調整，使視毒品施用者為「病患性犯人」之處遇政策能真正落實。

第三節 我國毒品施用者處遇政策及分流處遇架構

隨著世界各國對毒品及成癮現象的不斷研究，人們越來越理解毒癮者所具有的病患特質，在聯合國「1961 年麻醉品單一公約」第 38 條中規定：「各方應特別關注，並採取所有可行措施，防止藥品濫用，盡早為有關人員提供診療、教育、病後護理、康復和融入社會的服務」，類似的規定亦出現在「1971 年精神藥物公約」第 20 條第 1 項中。這些聯合國的倡議，在全球毒品相關犯罪居高不下的情形下，顯得特別重要，以美國司法統計局在 2004 年的統計為例，在聯邦、州及地方等層級的監獄中，約有 50% 的受刑人是在毒品影響下犯罪，而其中有 2/3 是習慣性的使用毒品，而在所有的受刑人當中，約有半數達到藥物依賴的標準 (Chandler, 2009)。由於成癮者已難以控制其自我給藥之行為，刑罰威嚇之功效極其有限，必需另藉由醫療、心理諮商或其他各種支持方案來協助戒除毒癮，因此多數國家雖對毒品施用或持有行為保留刑罰，但已注意到戒癮協助的重要性，並在法規及實務運作上有所改變。

除以司法強制力協助戒癮的方式之外，亦有國家考量讓毒癮者更願意接受戒癮協助、減少政府資源在司法上過多消耗、維護司法公正性、增加政府稅收及減少犯罪組織取得資金途徑等因素，更逐漸讓毒品施用者去刑罰化或完全的去處罰化 (Kleiman, Caulkins, & Hawken, 2011)。例如葡萄牙於 2001 年將所有毒品施用

者除罪化，英國於 2004 年起，授權警方對小量持有毒品者可以僅開立警告單，而不用逮捕移送法辦，等於對毒品施用者實質除罪化（Stevens, 2016），美國自 2014 年起，已有越來越多州開放大麻娛樂性使用，2018 年 10 月 17 日，加拿大亦成為烏拉圭之後，第二個大麻全面合法化的國家。近來國際間對毒品施用者除罪化或去處罰化的情形仍屬進行式，其對社會治安、國民健康或國家財政之影響究竟如何，有待更多的結果呈現才能有政策檢討，然而，把去道德化及去刑罰化納入選項，思考如何最有效地使毒品施用者之情況有所改善，並使其所屬之社會受益，則是一個正面發展的方向。

一、我國毒品施用者處遇政策之發展

我國對毒品施用者之處遇制度，一方面受到前述國際思潮的影響，另一方面亦受到本國法律制度、醫療體系及社會價值觀等因素左右，在長時間的政策積累下，發展出獨樹一格之毒品施用者處遇制度，然而，在社會科學的領域裏，即使在創建之初是最好的政策，在社會變遷之下，仍需時時檢討以符當代的需求，以下對我國毒品處遇制度形成的歷史背景予以回顧。

我國毒品施用者處遇制度幾經轉變，然每次轉變的過程，並非將前階段的制度作為全盤翻新，而是如同地質演化般，不斷的堆疊上去，前世代的處遇思維有時即便被隱藏、遮掩，但仍常成為後世代處遇思維的基礎和支撐。當各時代的處遇思維不斷堆疊之際，彼此間如何和諧共處，互相支援，便成為每一次新制度形成時是否成功的關鍵。在我國毒品處遇制度中，有 3 個主要的形成階段，分析如下：

（一）處罰：視為一般犯罪

受到 1912 年「海牙國鴉片條約」的影響，我國 1935 年 7 月 1 日施行之刑法中，第 262 條規定對吸食鴉片或施打嗎啡或使用高根、海洛因或其化合物料者，處 6 月以下有期徒刑、拘役或 500 元以下罰金，對毒品施用者採取單純的刑罰觀點。1955 年 6 月 3 日公布之戡亂時期肅清煙毒條例中，第 9 條規定施打毒品、吸食毒品或鴉片者，處 3 年以上、7 年以下有期徒刑；吸用大麻煙或抵癮物品者，處 1 年以上 3 年以下有期徒刑，在戰爭及對立的環境下，採取更加保守的手段，大幅加重了毒品施用者之刑責，該條例雖然規定毒品施用者應由審判機關先行指定相當處所勒戒，但目的係在使毒癮者脫毒（detoxification），避免中斷毒品使用後產生致命危險，其本質仍為刑罰。

對於煙毒以外之成癮藥物，由於早期濫用情形並不嚴重，因此其施用者並無刑事責任之規定，對於麻醉藥品，最初規定在於 1929 年 11 月 11 日公布之麻醉藥品管理條例，該條例於 1954 年 3 月 27 日修正公布時，順應醫藥發展及社會環境的變遷，將管制範圍由原來的「煙毒」擴充至「化學合成麻醉藥品類及其製劑」，使該條例管制範圍延伸到鴉片、大麻和古柯鹼外其他易遭濫用之藥品，惟此階段僅以行政手段管理「化學合成麻醉藥品類及其製劑」，並未對非法販運或施用者科以刑罰或為其他處遇。及至 1980 年 7 月 2 日該條例新增第 13 條之 1，方對施用「化學合成麻醉藥品類及其製劑」者，處 3 年以下有期徒刑、拘役或 1 萬元以下罰金，並比照對施用煙毒者之作法，規定應由審判機關先行指定相當處所勒戒。

由前述國際及國內的法規沿革來看，早年我國刑法及戡亂時期肅清煙毒條例制定時，國際間對於毒癮的疾病特性理解不多，因此亦僅採取處罰的方式。其後，國際間在 1961 及 1971 兩公約的倡導下，已逐漸著重以診療、教育、病後護理的方式使毒癮者康復及融入社會，但因我國於 1971 年退出聯合國，國內相關毒品政策及法制規範逐漸與國際潮流有落差，因此即便已注意到煙毒以外成癮藥物濫用問題，但在 1980 年麻醉藥品管理條例修正時，仍將施用者認為是可以藉由刑罰加以威嚇的一般犯罪，而未注意成癮時自我控制能力之缺乏，1980 年代後期安非他命大流行及刑罰強勢介入後所產生的種種問題¹⁶（許福生，2010），多少也反映了我國毒品政策與國際脫節的景況，這樣的情形，直至震撼國人的重大事件發生後，才有了轉變的契機。

（二）機構內戒癮治療：基於對毒癮者疾病性質之認識

1993 年 5 月 10 日，臺灣破獲 336 公斤海洛因走私案，毒品價值估計超過 100 億新臺幣，除了安非他命以外，臺灣亦同時面臨著海洛因這種依賴性極高的毒品問題，單純的刑罰，實難以解決複雜的毒品問題，影響所及，政府除了對毒品宣戰，加強對販毒者的查緝，更重要的是，重新建構我國對毒品犯罪的政策及相關法制，其中尤具有意義者，是採納國際毒品公約的精神及先進國家的作法，將毒品施用者的法律地位，由單純之犯罪轉變為「病患性犯人」¹⁷，即對於毒品施用

¹⁶政府於 1990 年將安非他命施用刑罰後，導致刑事案件劇增，更引成大監獄大爆滿的連鎖反應，迫使不得不於 1994 年修改假釋要件，而使臺灣地區於往後的三、四年間治安惡化。

¹⁷依法務部陳報行政院函請立法院審議之「肅清煙毒條例修正草案」所臚列之修正要點第 10 點：「．．．施用毒品者所具『病患性犯人』的特質，雖仍設有刑事制裁規定，但在執行上擬改以勒戒之方式戒除其『身癮』及以強制戒治之方式戒除其『心癮』．．．」。參見立法院公報第 84 人第 65 期，頁 184。

者，國家應以司法強制力協助其戒除毒癮，而具體的作法，係依 1998 年 5 月 20 日公布實施之毒品危害防制條例第 20 條，建立機構內戒癮治療制度，申言之，對第一、二級毒品施用者，應先施以觀察勒戒、強制戒治之保安處分，以勒戒處所或戒治所內較豐富的戒癮資源協助毒癮者戒癮，該條文於施行 5 年後進行檢討，並於 2004 年 1 月 9 日修正為現制。

現行觀察勒戒、強制戒治制度，只要是初次遭司法緝獲之第一、二級毒品施用者，無論是否成癮，皆需送觀察勒戒，若認定有較高之繼續施用傾向，則送強制戒治。這項制度，固使初犯毒品施用罪者免於刑事標籤，但終需有一定之標準作為發動刑事追訴之起點，使毒品施用者能藉由司法可能發動之制裁，強化其戒除毒癮意志，因此依毒品危害防制條例第 20 條第 3 項之規定，若為觀察勒戒或強制戒治執行完畢釋放後 5 年內再犯者，即應依同法第 10 條之規定予以起訴，回到刑罰之手段。由於在觀察勒戒或強制戒治執行完畢釋放後 5 年內，國家並未制度性的提供戒癮協助，因此轉以監禁或易刑處分之刑罰手段，僅係基於威嚇之考量。

（三）社區內戒癮治療：基於愛滋病防制之需要

替代監禁之「社區內戒癮治療」，最初係基於愛滋病防制之目的。由於統計發現為數甚高的愛滋病感染者，是起因於海洛因毒癮者共用針具所造成，聯合國世界衛生組織（WHO）在「2005 年防制毒品注射者感染愛滋病預防與照顧之政策與綱領之制定」報告書（policy and programming guide for HIV/AIDS prevention and care among injecting drug users）中，倡議應藉由「提供清潔、無菌之注射針具」、「替代療法」等方式預防愛滋病感染，因此，行政院衛生署亦與法務部合作，由臺南地檢署於 2006 年 9 月 1 日與署立嘉南療養院正式簽約實施「緩起訴替代療法」方案，以緩起訴附命施用海洛因之被告接受美沙冬替代療法及心理輔導，之後再將此模式推廣至全國。2008 年 10 月 30 日生效之毒品危害防制條例第 24 條修正條文及「毒品戒癮治療實施辦法及完成治療認定標準」，則是使毒品施用者以緩起訴處分附命完成戒癮治療制度有了一致性的做法。

由於最初係為了配合美沙冬療法不宜於監獄中實施之考量，因此「毒品戒癮治療實施辦法及完成治療認定標準」最初僅將鴉片類毒品納入實施範圍，第二級毒品施用者僅以試辦之方式部分被納入，其後由於鴉片類毒品施用者以緩起訴戒癮治療之成效良好，方於 2013 年將第二級毒品施用者正式納入實施範圍。（林健陽、裘雅恬，2009；紀致光，2015）

無論是應實施觀察勒戒之初犯，或應提起公訴之再犯，倘經檢察官認為以緩起訴處分附命完成戒癮治療較為適宜，即可以緩起訴處分令毒品施用者於社區戒癮，故此制度之運作，較觀察勒戒更具彈性。在緩起訴期間，由於違反緩起訴處分相關規定可改採監禁處遇，司法壓力便成為毒癮者接受戒癮治療時最重要的外在控制力。然而，當國家的戒癮醫療資源無法充分供應，或是司法機關對於成癮復發偏向以犯罪再犯的思維處理時，這些第一、二級毒品施用者，仍會再度流向監禁的處遇方式。

與偵查期間轉向社區處遇的緩起訴制度相較，法官亦可以在審判期間以緩刑的方式使被告轉向社區處遇，依 2005 年 1 月 7 日、2015 年 12 月 17 日、2009 年 5 月 19 日修正後之刑法第 74 條第 1 項規定，受 2 年以下有期徒刑、拘役或罰金之宣告，而有「未曾因故意犯罪受有期徒刑以上刑之宣告」、「前因故意犯罪受有期徒刑以上刑之宣告，執行完畢或赦免後，5 年以內未曾因故意犯罪受有期徒刑以上刑之宣告。」兩者之一者，得宣告 2 年以上 5 年以下之緩刑，同條第 2 項規定，亦規定得斟酌情形，命犯罪行為人為包含「完成戒癮治療、精神治療、心理輔導或其他適當之處遇措施」（第 6 款）、「預防再犯所為之必要命令」（第 8 款）款事項，且由於被告之犯罪事實業經法院認定，因此所附條件即使涉及人身自由或財產，亦不需經被告同意，若被告違反所附條件，法官依刑法第 75 條之 1，足認原宣告之緩刑難收其預期效果，而有執行刑罰之必要者，得撤銷其宣告。因此，由法制面而言，在法院審理階段使施用毒品之被告轉至社區戒癮治療，不但具有法源基礎，且因法院擁有較大權限，被告面臨更即時的處罰，因此實施的條件應較緩起訴處分之方式更具優勢，惜法院體系一直未能如檢察體系般，與醫療或其他處遇體系積極合作，因此以緩刑附命戒癮治療的案件，遠較以緩起訴附命戒癮治療的案件稀少（如表 2-3-1）。

表 2-3-1 地方檢察署新收執行緩起訴處分及緩刑附命戒癮治療案件

年度	緩起訴	緩刑
2007	470	0
2008	1,361	0
2009	1,546	0
2010	2,581	10
2011	3,265	12
2012	3,361	25
2013	2,747	40

2014	2,470	31
2015	2,351	67
2016	3,405	57

資料來源：法務部司法官學院犯罪狀況及其分析，2016

二、我國毒品施用者分流處遇架構及現況分析

我國對於毒品施用者處遇政策，經由前述數個階段的累積，目前係刑事處罰、機構戒癮治療、社區戒癮治療三個方式並行，惟由於個案在成癮狀況等個人條件及法律狀態不同，法律規劃了使個案連結到不同處遇方案的分流機制，以符合處遇之目的。現行的處遇方案及分流機制本研究整理如圖 2-3-1，其中在分流上有 5 個重要的分流點，說明如次：

1、初、再犯：依毒品危害防制條例第 10 條、第 20 條第 1 項之規定，依據毒品施用者被查獲之狀況來分其處遇方式，對於初次被查獲者，原則施以觀察勒戒，對於再次被查獲者，原則予以起訴，觀察、勒戒或強制戒治執行完畢釋放後 5 年後再犯者，視為初犯。此分流方式，悉依被告司法上之紀錄斷之。

2、緩起訴與否：依毒品危害防制條例第 24 條之規定，無論初犯或再犯，倘經檢察官及被告同意，經醫療機構評估認為適當者，均可轉向至社區進行戒癮治療，被告是否轉向社區接受戒癮治療之決定，屬於檢察官之權限，此外，接受緩起訴戒癮治療之被告，倘有撤銷緩起訴處分之事由發生，檢察官可再次決定是否給予被告另一次緩起訴戒癮治療的機會。

3、有無繼續施用傾向及戒治表現：依毒品危害防制條例第 20 條第 2 項之規定，對於受觀察、勒戒者，認為有繼續施用毒品傾向，檢察官應聲請法院裁定令入戒治處所強制戒治，其期間為 6 個月以上 1 年以下。此分流方式，係由醫師判斷之，目前有「有無繼續施用毒品傾向評估標準紀錄表」作為評估工具；受戒治人受戒治期間，則由戒治所依戒治處分執行條例第 17 條及戒治處遇成效評估辦法之規定，依受戒治人在所表現，決定實際出所時間。

4、宣告刑高低：依毒品危害防制條例第 10 條之規定，施用第一級毒品者，處 6 月以上 5 年以下有期徒刑；施用第二級毒品者，處 3 年以下有期徒刑。被告受檢察官起訴後，是否受到監禁，受宣告刑長短所影響。依刑法第 41 條之規定，犯最重本刑為 5 年以下有期徒刑以下之刑之罪，而受 6 月以下有期徒刑或拘役之宣告者，得以新臺幣 1 千元、2 千元或 3 千元折算一日，易科罰金，亦得易為社會勞動。實務上，法院施用第一級毒品者，或有毒品施用前科之第二級毒品施用

者，宣告6個月以下之徒刑而為易刑處分較小，首次因施用第二級毒品者，通常會宣告6個月以下有期徒刑，此等因施用不同級別毒品之法定刑差異，加上刑法易刑處分之分界點，使得毒品施用者究竟會不會被監禁，有了相當大的分野。而對於得易科罰金之被告，在符合刑法第41條、第42條及第42條之1之條件下，易科罰金之刑罰得易服社會勞動。

5、緩刑與否：依刑法第74條規定，受2年以下有期徒刑、拘役或罰金之宣告，而有「未曾因故意犯罪受有期徒刑以上刑之宣告」、「前因故意犯罪受有期徒刑以上刑之宣告，執行完畢或赦免後，五年以內未曾因故意犯罪受有期徒刑以上刑之宣告者」，認以暫不執行為適當者，得宣告2年以上5年以下之緩刑。我國於2005年所建立的緩刑之規定，是仿自2001年所建立之緩起訴處分之規定，因此與緩起訴處分相同，亦得命被告「完成戒癮治療、精神治療、心理輔導或其他適當之處遇措施」、「預防再犯所為之必要命令」，惟緩刑與緩起訴處分有一項明顯的差異：緩起訴與否，涉及被告取得無罪判決之權利，因此需要被告同意後始得為緩起訴處分，而為緩刑決定時，因被告之刑事責任已確定，緩刑所附之命令並不需要被告同意。因此，利用緩刑制度將被告轉向社區處遇，應有更佳之實施條件，然而，由於我國法院與社區處遇資源缺乏合作機制，因此毒品施用者受緩刑附命完成各項社區處條件之個案相對偏低。

前述5項影響毒品施用者分流之因素中，依據處遇目的對評估分流的有3個主要節點，分別是「緩起訴與否」、「無繼續施用傾向及戒治表現」及「緩刑與否」的評估分流，其中「無繼續施用傾向及戒治表現」之評估分流已有較完為善的評估工具及評估流程，實務運作之疑義較少；「緩刑與否」因目前案件過少，且在分流機制的後端，目前探討研究的價值較低；而「緩起訴與否」（包含是否再次緩起訴）位於評估機制之前端，實務運作量大，且目前檢察官評估時尚乏可靠的評估工具，倘不能健全此階段之評估分流機制，對毒品施用者分流處遇機制及處遇成效將產生巨大的影響，因此本研究將建構「建立毒品施用者緩起訴戒癮治療之篩選項目」作為健全毒品施用者分流處遇機制之重要課題，亦在此基礎上提出整體性建議。

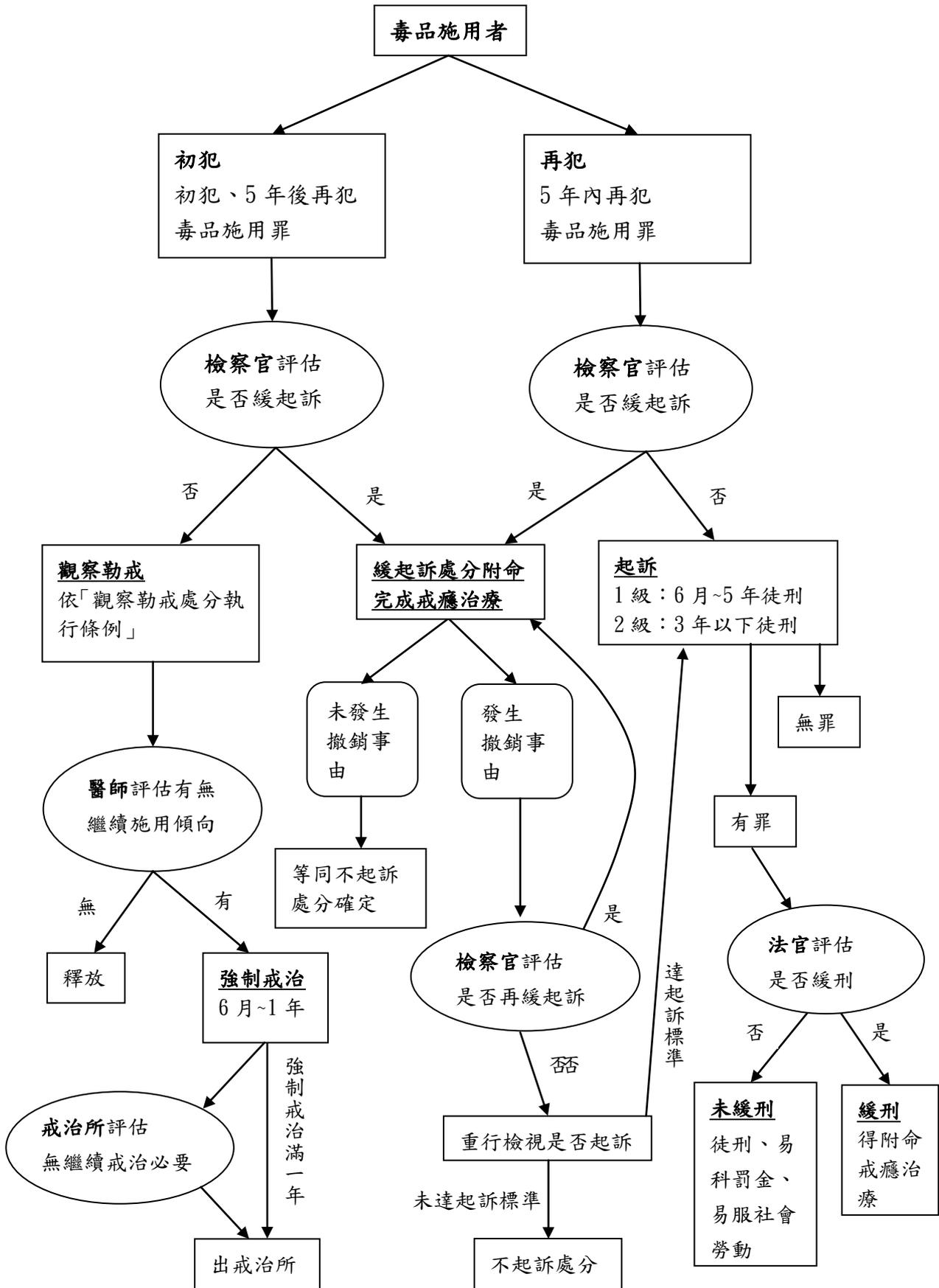


圖 2-3-1 第一級、第二級毒品施用者司法分流處遇

經統計 1994 年後，毒品施用者實際於監獄、勒戒處所、戒治所之收容人數以及經由緩起訴處分轉向至社區進行戒癮治療之人數(如表 2-3-2)。發現自 2008 年毒品危害防制條例實施後，原本每年在監約 1 萬 5 千多的毒品施用者，有相當多轉至勒戒處所或戒治所，其中在戒治所的人數高達 8 千至 1 萬多人，然似乎成效不如預期，在機構中的總人數反而較毒品危害防制條例施用前為多，及至 2003 年毒品危害防制條例再次修法，戒治所中的人數明顯減少，人數再次回流至監獄中，而機構內的總人數則約與 2008 前之前相當，由此看來，原先規劃應以醫療為主的機構內處遇方式，因種種原因一直係由矯正機構為主要負責機關推動，似乎成效不如預期。

自 2007 年緩起訴處分附命完成戒癮治療制度正式推行後，機構內處遇的總人數由原先的 1 萬 6 千人上下，逐漸減少至近年的 1 萬 1 千人左右，人數減少的原因固與近年推動減害計畫及毒品使用文化的改變有關，然轉向社區處遇的緩起訴處分制度，確實使專業的醫療人力及其他的戒癮資源能真正的為毒癮者服務，也讓民眾由國家的態度，對於毒癮者具疾病的事實更能接受。因此，以現實面來看，既然將毒品施用者安置於醫療機構中處遇仍有其困難，全面對毒品施用者施以醫療戒癮也不符現實情況，現階段透過緩起訴處分的方式，逐漸以個案評估的方式，使醫療或社會支持的體系重新負擔起毒品施用者處遇的責任，應是目前實務上最為可行的途徑。

表 2-3-2 毒品施用者於矯正機構內及受緩起訴處分戒癮治療統計

	監獄	勒戒處所	戒治所	緩起訴處分
1994	18,756			
1995	16,289			
1996	14,564			
1997	15,121			
1998	11,231	2,204	5,362	
1999	7,911	2,447	8,129	
2000	7,140	1,845	10,283	
2001	8,626	1,193	8,485	
2002	8,057	1,249	8,768	
2003	8,891	1,093	8,537	
2004	11,235	1,226	1,919	
2005	12,267	1,355	2,071	

2006	13,201	1,504	2,163	84
2007	6,942	1,804	2,849	760
2008	12,989	1,113	2,499	1,202
2009	15,039	1,063	1,306	1,660
2010	14,253	1,119	1,011	2,293
2011	13,226	883	734	3,691
2012	12,151	823	572	3,292
2013	10,967	727	474	2,751
2014	9,843	717	430	2,307
2015	9,679	922	439	2,476
2016	10,343	949	523	3,201
2017	10,779	702	423	6,782
2018	10,316	494	341	7,313

註：

- 1、資料來源：法務部統計處。
- 2、監獄、勒戒處所及戒治所人數，為各該年度 12 月 31 日在機構內之人數。
- 3、附命完成戒癮治療之緩起訴處分以人次統計。

三、緩起訴戒癮制度發展之回顧檢討

緩起訴處分戒癮制度擁有維持毒品施用者正常社會生活、利於替代療法及其他醫療資源介入、避免監獄擁擠等諸多優點，然而，現行制度之設計及實務運作狀況仍有不完善之處，有細細梳理，重行構思之必要。

(一) 緩起訴處分制度之源起及演變

為使司法資源有效運用，填補被害人之損害、有利被告或犯罪嫌疑人之再社會化及犯罪之特別預防等目的，我國於 2002 年參考日本起訴猶豫制度及德國附條件及履行期間之暫不提起公訴制度，於刑事訴訟法增訂第 253 條之 1 至第 253 條之 3 增訂緩起訴處分制度，其適用之範圍以被告所犯為死刑、無期徒刑或最本刑為 3 年以上有期徒刑以外之罪者，始有適用，其猶豫期間為 1 年以上 3 年以下¹⁸。

依刑事訴訟法增訂第 253 條之 2 之規定，檢察官為緩起訴處分者，得命被告於一定期間內遵守或履行下列各款事項：

¹⁸刑事訴訟法中之緩起訴處分制度於 2002 年 1 月 18 日增訂，立法理由請參閱立法院法律系統：<http://lis.ly.gov.tw/lglawc/lawsingle?000E3546578300000000000000000000003200000000700FFFFFD00^04552091011800^0010B001001>。

- 1、向被害人道歉。
- 2、立悔過書。
- 3、向被害人支付相當數額之財產或非財產上之損害賠償。
- 4、向公庫支付一定金額，並得由該管檢察署依規定提撥一定比率補助相關公益團體或地方自治團體。
- 5、向該管檢察署指定之政府機關、政府機構、行政法人、社區或其他符合公益目的之機構或團體提供 40 小時以上 240 小時以下之義務勞務。
- 6、完成戒癮治療、精神治療、心理輔導或其他適當之處遇措施。
- 7、保護被害人安全之必要命令。
- 8、預防再犯所為之必要命令。

由於施用毒品罪並非重罪，因此無論觸犯施用第 1 級毒品或第 2 級毒品罪，皆在緩起訴處分之適用範圍內。而在施用無法律上被害人之情形下，與賠（補）被害人、保護被害人顯然較不相關；相對的，由於毒品施用者往往已有病患屬性，或具有不良生活型態、交友狀況等容易導致其施用毒品之危險因子，因此做出完成戒癮治療、精神治療、心理輔導、其他適當之處遇措施或其他預防再犯之命令（上列 8 款中劃底線者），可符合毒品施用者之需求。簡言之，在 2002 年緩起訴制度初建立之時，我國已可對毒品施用者為緩起訴轉向處遇，甚至對於具有毒癮問題之其他犯罪人，亦可藉由緩起訴處分使其接受戒癮治療，然而，彼時鮮有藉由緩起訴使毒品施用者戒癮治療之案例，究其原因，應係在缺乏配套機制及資源挹注，即便檢察官有意願，亦難以在實務推動。

毒癮戒治與緩起訴制度之合作，係 2008 年 4 月 8 日增訂修正毒品危害防制條例第 24 條後始開始，該條文第 1 項規定「本法第 20 條第 1 項及第 23 條第 2 項之程序，於檢察官先依刑事訴訟法第 253 條之 1 第 1 項、第 253 條之 2 之規定，為附命完成戒癮治療之緩起訴處分時，或於少年法院（地方法院少年法庭）認以依少年事件處理法程序處理為適當時，不適用之。」係指對觸犯第 10 條施用毒品罪之成年犯，原應依第 20 條第 1 項規定由檢察官向法院申請觀察勒戒；對觀察、勒戒或強制戒治執行完畢釋放後，5 年內再犯第 10 條之罪者之成年犯，原應依第 23 條第 2 項由檢察官依法追訴。但檢察官參酌刑法第五十七條所列事項及公共利益之維護，認以緩起訴為適當者，得為附命完成戒癮治療之緩起訴處分。

由於緩起訴制度涉及司法體系及衛福體系之合作，非司法體系所可單方面推

行，因此對於戒癮治療之種類、實施對象、內容、方式與執行之醫療機構及其他應遵行事項之辦法及完成戒癮治療之認定標準，依同條第3項規定由行政院定之，亦即在行政院之整合下，由法務部與行政院衛生署（現改為衛生福利部）共同合作推動，法務部草擬授權辦法「毒品戒癮治療實施辦法及完成治療認定標準」陳報行政院後，由行政院於2008年10月30日發布施行。初期由於係基於替代療法實施之需要，因此戒癮治療之實施對象，僅限於施用第一級毒品海洛因、嗎啡、鴉片及其相類製品者（第2條第1項）。其後，由於推行狀況良好，遂於102年6月26日修正納入第2級毒品施用者。

由於並非所有鴉片類毒品或第二級毒品施用者皆適合緩起訴戒癮治療，因此現行法規定了有一定的篩選流程，在「我國附命完成戒癮治療之緩起訴處分機制與成效之檢討」（蔡田木、吳慧菁、賴擁連、束連文，2018）中將審查或確認程序整理為以下4個階段：

1、資格審查

在檢察官或檢察事務官收案後至緩起訴處分決定前，必須對於個案為資格審查，資格不符者，需使其回歸至一般刑事訴訟程序（即對初犯者向法院聲請觀察勒戒，對於再犯者提起公訴，下同），由於經初步審查後，即不會進入後續篩選程序，因此資格審查通常被認為係所有篩選程序的第一道關卡，然而，由於不適合為緩起訴處分之事由可能發生或發現在後續的階段，因此資格審查會在全部的流程中持續進行。在資格審查時，主要針對以下兩個項目進行：

（1）有無妨礙完成戒癮治療之原因

由於現行緩起訴附命戒癮治療主要係在社區接受6個月以上至1年之戒癮協助，以非限制人身自由之方式為之，倘被告可能因其他刑事責任受到限制人身自由之刑事制裁，便可能使戒癮療程無法完成，故依毒品戒癮治療實施辦法及完成治療認定標準第2條第2項規定，倘具有「緩起訴處分前，因故意犯他罪，經檢察官提起公訴或判決有罪確定」、「緩起訴處分前，另案撤銷假釋，等待入監服刑」、「緩起訴處分前，另案羈押或執行有期徒刑」3種情形之一者，原則不得為緩起訴處分，但由於具刑事責任者，未必最終會受到拘束人身自由或不利其接受社區處遇之制裁，因此同項後段規定「無礙其完成戒癮治療之期程者，不在此限」。易言之，若經判斷不會因刑事責任妨礙完成戒癮治療，即符合本項之審查。

（2）緩起訴處分適當性

緩起訴處分係檢察官對於刑罰權發動之猶豫，因此個案是否可進行緩起訴處

分，必須依循一定之標準判斷，方不至流為恣意專斷。依刑事訴訟法第 253 條之 1 第 1 項規定，檢察官為緩起訴處分前，應參酌刑法第 57 條所列事項（即量刑之 10 項標準）及公共利益之維護，認以緩起訴為適當者，始得定期間在 1 年以上 3 年以下之緩起訴處分。然由於「刑法第 57 條所列事項」所涉範圍廣泛，而「公共利益之維護」屬不確定法律概念，因此檢察官對是否給予個案緩起訴機會，仍有相當之判斷餘地及裁量空間。惟現階段個案各方面資訊連結尚未整合，檢察官難以迅速取得參考資訊作，因此目前檢察官對於緩起訴處分對象之決定，多基於具客觀性且即時可得之司法紀錄，偏向將緩起訴之機會給予較無犯罪紀錄或犯罪紀錄較不嚴重者，而較少為其他面向之考量。

2、確認個案意願

欲達戒癮之成效，必須被告有戒癮之意願，另考量目前戒癮治療所需之費用係由被告負擔，並非單純之授益處分，因此刑事訴訟法第 253 條之 2 及毒品戒癮治療實施辦法及完成治療認定標準第 6 條規定，檢察官為緩起訴處分前，應得參加戒癮治療被告之同意，並向其說明完成戒癮治療應遵守事項後，方能指定其前往治療機構參加戒癮治療。若被告為未成年人時，則應得其法定代理人之同意。

由於同意接受緩起訴處分附命完成戒癮治療後，除了衛生福利部對於替代藥物的部分補助，或符合其他補助方案外，個案需要負擔醫療機構評估費用、門診費用等數萬元之戒癮費用，對於經濟狀況不佳之個案，往往影響其接受緩起訴處分戒癮治療之意願；另一方面，戒癮治療期間在 6 個月以上、1 年以下，通常每週或數週即須於上班日至指定醫療機構接受門診治療，對於工作難以經常請假，或是不願其他人知道其因毒品案件接受治療之個案，常會選擇放棄接受緩起訴處分的機會，這種情形在宣告刑通常在 6 個月以下、得易科罰金的第二級毒品施用者間，更容易發生。

由於接受附命完成戒癮治療之緩起訴處分，並非皆對個案有利，倘若在戒癮治療進行至一個階段，才發現個案因經濟能力、時間等因素無法配合，或是個案戒癮決心不足以完成整個療程，便會造成治療中輟、個案緩起訴被撤銷之情形，對個案、司法部門或處遇部門而言，是三輸的結果，因此對可能接受緩起訴處分之個案充分說明相關資訊，再由個案慎重做出接不接受緩起訴之決定，亦為制度運作成敗之重要環節，然而卻往往在實務運作中被輕乎，而未能充分落實。目前各地檢署對確認個案意願前之資訊揭露，常於制作筆錄時以書面或口頭予以說明，或另行召開說明會說明之。

3、醫療機構評估

由於緩起訴處分附命完成戒癮治療之個案，多係由醫院等治療機構執行戒癮計畫之主要工作，因此被告於緩起訴前，地檢署需先依毒品戒癮治療實施辦法及完成治療認定標準第 8 條之規定，轉介個案至治療機構進行評估，並將評估結果回復地檢署，經治療評估認為適當後者，始得為緩起訴處分。

依現行制度，倘經治療機構評估不適合，被告即失去受緩起訴處分之機會，回歸一般刑事程序，對於有心接受戒癮治療之個案是一大打擊，亦與治療機構之天職相悖，因此治療機構對於到案接受評估之個案，幾乎皆評估為適合。此外，在現行法未規定應進行成癮嚴重性或其他醫療必要性之評估，且目前緩起訴戒癮治療方案僅有門診醫療一種，使更細緻評估缺乏實益，醫療機構之評估結果多僅記載適合緩起訴戒癮治療，未有其他進一步狀況說明。綜上，現行在醫療評估之階段，除個案未到案接受評估外，其他個案都會得到一個綠燈，得以進入後續的程序。

4、再議審查

由於毒品施用屬無被害人犯罪，因此檢察官為緩起訴處分時，並無得聲請再議之人時，依刑事訴訟法第 256 條第 3 項之規定，原檢察官應依職權逕送直接上級檢察署檢察長或檢察總長再議，並通知告發人。

前述規定旨在確保是類案件能在無從再議之情形下，仍能確保處分的正確及適當性，為刑事訴訟制度中通案性之設計，非專為毒品施用案件設計，亦可相當程度的統一緩起訴處分之裁量標準，然而，在實務運中，常會因為上級檢察署對成癮科學認識的不同，抑或是對個案狀況判斷之不同，不認可地檢署對毒品施用案件之緩起訴處分，使個案重回一般刑事審判程序中，因此，只有地檢署及高(分)檢署承辦檢察官有一致同識時，緩起訴處分方能確定並據以執行。為避免因價值判斷差異過大，產生不同地區或不同承辦檢察官執法差異過大，進而影響公平性或個案對制度的信賴度，建立統一而周延的緩起訴處分認定標準，為個案篩選流程中的重要議題。

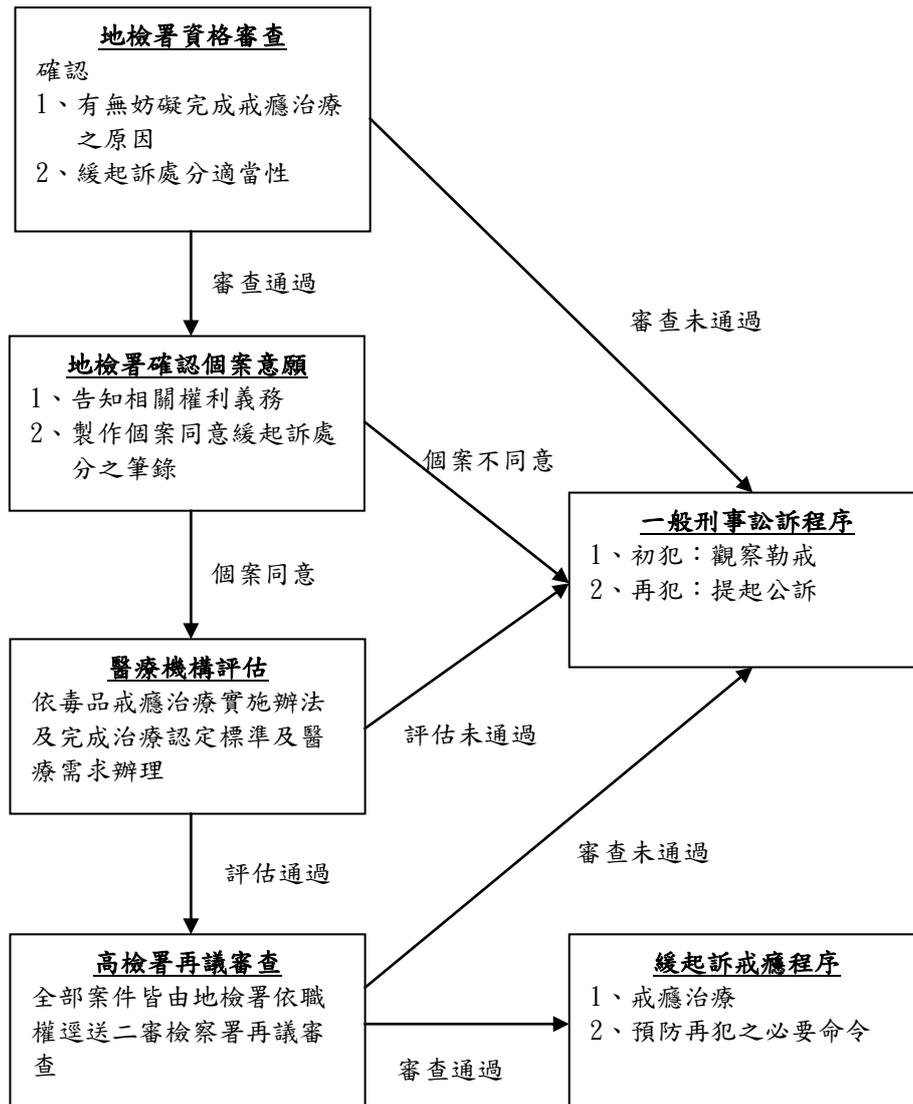


圖 2-3-2 毒品施用者緩起訴處分附命完成戒癮治療案件篩選流程

由以上說明可知，我國對緩起訴戒癮治療對象之選擇，並未對個案有多面向的評估，對於上述緩起訴戒癮個案篩選之實務運作狀況如何？有何改進的方向？將在深度訪談中進行了解。

(二) 修復式正義理念之融入

對於處理犯罪問題的方式，係依其對「正義」之定義與理解，「正義」可以被定義為應報、矯治、修復或補償。我國社會及刑事司法制度，目前仍是以應報式正義為主流思潮，社會對通姦、賭博等多數國家非刑罰化的行為，多以道德的觀點，希望藉由刑罰來加以嚇阻。同樣的，在毒品施用議題上，社會大眾亦多偏向以道德觀點看待，希望藉由威嚇使其不敢再施用毒品。然依晨曦會劉民和牧師以毒品過來人及長期輔導戒毒之經驗，毒品會對一個人健康、社會關係、家庭等

各方面造成全人的破壞，如果要使其不再施用毒品，必需在各方面協助，方能使其回復成一個完整的人。以此觀點，處罰應非協助戒癮之最佳途徑，修復觀點的正義模式，或許更能使毒癮者脫離毒品。

修復式正義包含任何主要目的為回復犯罪所造成的損害之活動，許春金（2011）認為修復式正義有 5 個要素：

- 1、以「社會」、「衝突」的觀點，而非法律的觀點來看待犯罪事件。
- 2、修復式正義是一種回復損害的關係式正義（Relational Justice）。
- 3、修復式正義主張，藉著發現問題、回復損害、治療創傷而能進行廣泛有意義的社會革新，從而為社會創建更多更好的「和平與福祉」。
- 4、修復式正義尋求加害者、受害者及社會共同參與修復及治療。
- 5、犯罪處理的場域在社區。

我國就修復式正義的概念，原已存在於調解、緩起訴、緩刑、更生保護、少年司法等制度之中，然自 2010 年起，方有以修復式正義為名執行之方案，該年起，法務部以檢察體系為首，推動「修復式正義試行方案」，首先在 8 個地檢署試辦，包含士林、新北、苗栗、臺中、臺南、高雄、宜蘭、澎湖等地方檢察署，自 2013 年起，則全面在 21 個地檢署全面試行。法務部所推動試行方案，係在不修改既有法律制度的情形下，在偵查、審判、執行、保護管束、更生保護等階段執行，目前多在檢察官的主導下，以被害人與加害人調解（Victim Offender Mediation, VOM）模式在偵查階段執行，而在適用的類型上，則以傷害、過失傷害、家庭暴力，過失致死等類型較多。（黃怡君、林瓏、林宛怡，2015；許春金、黃蘭嫻、黃曉芬，2015）

由前述我國實務的運作經驗可知，國內修復式正義在政策的推動下，通常在檢察官偵查階段對有被害人的犯罪之案件實踐，對於毒品施用者，有學者認為毒品成癮者本身兼具加害者及被害者的角色，從加害者的角色，必須承認錯誤、盡可能減少施用毒品的傷害；從被害者的觀點，了解自身帶給自己的實質傷害，回復到未被傷害前的狀態，並尋求復歸所需的社區資源；在社區方面，社區必須澄清社會行為的準則與規範，並提供毒品犯罪人機會與支持、復歸社會所需的資源與協助，使毒品成癮者能夠正常生活（裘雅恬，2009）。以此觀點，草屯療養院附設之茄荖山莊所運行的治療式社區處遇模式，可以成為對毒品成癮者施用修復式正義之場域（許春金、白鎮福，2015）。

綜合前述之討論，現行緩起訴戒癮治療制度之運作機制既可包含許春金主張

之修復式正義 5 項要素，且統整者係國內操作修復式正義經驗較多之地方檢察署檢察官，在符合毒癮者及社區利益之前提下，緩起訴戒癮治療制度為落實修復式正義之絕好場域，因此，包含檢察官為主的司法體系人員、以醫師為主的醫療體系人員及社工等支持體系人員，宜在對毒癮者實施緩起訴戒癮時，適當融入修復式正義之理念及作法，以發現問題、回復損害、治療創傷的角度來執行緩起訴戒癮制度，相信其戒癮成效遠勝於以處罰觀點出發之處遇模式。

(三) 緩起訴戒癮制度之發展與困境

依鄭凱寶(2017)就毒癮戒治之執行機關成本分析，經由緩起訴戒癮治療處遇，減少 1 名再犯進司法體系所需執行機關成本為 5 萬 5,720 元；經由戒治所處遇，減少 1 名再犯進司法體系所需執行機關成本為 15 萬 3,311 元，經由緩起訴社區戒癮之方式有較高效益，另從國際間毒品施用者處遇思潮、緩起訴戒癮治療制度與我國法制的契合度來看，緩起訴戒癮治療制度相當值得推廣，甚至可成為我國毒品施用者處遇政策的樞紐，然而，由實務操作現狀況來，似乎險阻重重。在本研究所整理之圖 2-3-3 中顯示，我國自 2006 年試辦、2008 年正式實施緩起訴戒癮制度以來，檢察官為附命完成戒癮治療之緩起訴處分之比例（緩起訴/緩起訴+起訴），自 2006 年至 2010 年逐步上升，2011 年時，法務部基於政策推廣之觀點，通函鼓勵各地方檢察署提高緩起訴戒癮治療比例，因此在 2011~2012 年間提高至 14~15% 之間，然而，或許由於篩選對象之方式不夠細緻，或是後端戒癮資源未隨之到位，在 2012 年撤銷緩起訴的比例也驟然上升。由於撤銷緩起訴的原因主要是被告再犯毒品施用行為，結果造成司法及醫療資源之浪費，因此導致檢察官對此制度之卻步，在 2013~2016 年之緩起訴比例相對較低，直至 2016 年下半年，法務部再次推動提高緩起訴戒癮治療比例之政策，行政院並於 2018 年 11 月 21 日核定之新世代反毒策略行動方案中，以擴大戒癮資源量能為配套，提高緩起訴戒癮比例¹⁹，然而，除了戒癮資源外，現行法律所建構之各類處遇方案是否能適切搭配、分流機制是否完全，亦可能是制度成敗的關鍵因素，此亦為本研究進行的主因。

¹⁹在行政院所核定「新世代反毒策略 新世代反毒策略 行動綱領」之「戒毒策略」中，提出「逐步提升附命戒癮治療緩起訴處分之比率，年度目標值：從 106 年提升至 15%，107 年提升至 17%，108 年提升至 18.5%，於 109 年提升至 20%。」之行動方案。參閱網址：法務部反毒大本營，<https://antidrug.moj.gov.tw/cp-51-6094-2.html>。

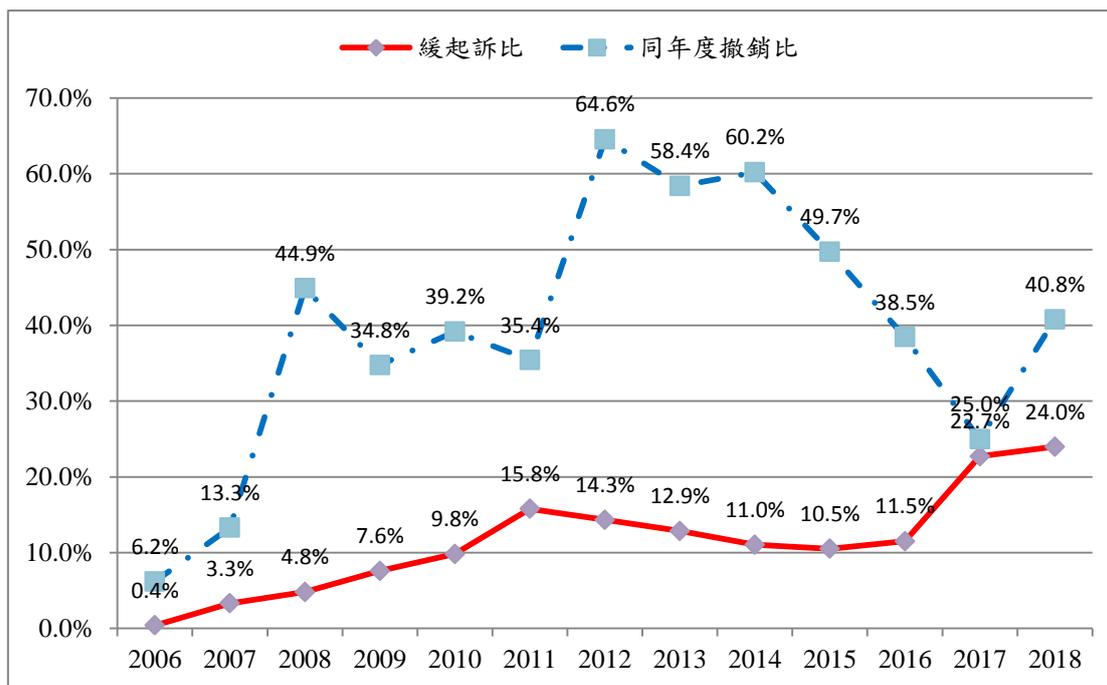


圖 2-3-3 緩起訴戒癮治療實施情形

四、小結

經由本節有關我國毒品施用者處遇政策及分流處遇制度之分析，對於研究目的有以下二點意義：

(一) 應以成癮科學為設計分流處遇制度之基礎

雖自 1998 年毒品危害防制條例修正以來，毒品施用者在法律上已定義為「病患性犯人」，但不同分流處遇制度設計，結果會產生相當大的差異。以實務的運作結果來看，國內仍偏向以犯人角色來看待，著重「對再犯吸毒者之處罰」，而非「運用司法力量協助戒癮」。兩者之差異，在於對於「成癮」這件事的理解。若認為成癮是慢性、易復發的腦性疾病（與慢性病之特質相近），則司法力量並非扮演一次性的威嚇角色，而是應長期提供監督警惕的力量，使成癮者在一段時間的監督下，經由專業的戒癮協助及社會支持，逐漸提高自我控制的力量，減少毒品的施用，同時也要體認到，最成功的案例，也難以將復發率降至零；但倘若認為成癮是一段時間停止使用後即可戒除的疾病（與傳染病之特質相近），則會將戒癮後的復發當作是當事人意志力的薄弱，甚至認為其藐視公權力，與社會對立，而以刑事手段處罰之。

檢視現行法的規定，目前認定在被監禁、施以觀察勒戒或強制戒治後，毒品施用者已被認定為沒有繼續施用傾向，毒癮已因監禁而遮斷，或是因戒治而康復，

因此 5 年內再施用毒品者，即被認定為新的吸毒行為，而非成癮狀況之延續，故以刑事手段介入。如此現行法制對成癮本質認知的落差，是目前我國監獄中大量監禁單純毒品施用者的原因，也是社會過度苛責政府單位及毒癮者戒癮不利之緣由。易言之，不把毒品成癮這個「病」理解為「慢性病」，而誤認為「傳染病」，是現行分流處遇制度在運作時仍相當偏向於刑罰的主因，須在「病患性犯人」正確理解的基礎上，重新設計分流機制及處遇方案，才能實踐「運用司法力量協助戒癮」之目的。

（二）現行處遇方案及分流機制應為重整

如前所述，我國目前係刑罰、機構內戒癮治療、社區戒癮治療 3 類模式併存，彼此間藉由 5 種分流的機制相互結合。但 3 種模式間的基本理念不盡相同，如果在制度設計時能有良好的規劃，應可達相輔相成之效果，但若未規劃妥當，則可能造成彼此扞格，使力量相互抵銷。

以緩起訴處分戒癮治療為例，其原旨係使海洛因毒癮者能在社區接受替代治療，同時也使刑罰權作出部分的退讓，亦即海洛因毒癮者在完成緩起訴戒癮治療後，並不會再接受觀察勒戒、強制戒治或監禁等刑事處罰。因此，在 2008 年緩起訴戒癮制度入法後，僅有第一級毒品海洛因施用者可接受專業的戒癮治療，而無替代藥物之第一級毒品施用者（如古柯鹼）及第二級毒品施用者，則無接受緩起訴處分戒癮治療的機會。如此因醫學技術上之差異，造成了不同毒品施用者在司法上及醫療人權上的雙重不平等，這個現象直至 2013 年將第二級毒品施用者也納入後始獲得改善，然而，目前對於那些個案可以接受戒癮治療，那些個案可在社區處遇，尚乏一個兼顧司法公平性及處遇需求性的分流處遇制度，有必要就現行的處遇方案及分流機制進行整體的檢討與調整，統整出一套完整周詳的制度。

由表 2-3-3 顯示，我國目前對第一、二級毒品施用者的處遇方式，主要在初犯及再犯的兩大分類下，再以是否緩起訴、有無繼續施用傾向及量刑輕重為分流機制，配對至不同的處遇方案。倘依理想之處遇規劃，應對於可責性較高者予以較重之處罰，對戒癮需求較高者予以較多之協助，對暫不宜於社區復歸社（重度成癮者或有其他犯罪疑慮）者予以較多之監控。然而目前法律所規劃之分流機制，尚無法將不同狀況之毒品施用者與最適合的處遇方案配對（matching），此不僅會產生公平性之問題，也會產生資源運用效能低，以及風險控管不良之結果，諸此問題，皆是探討分流處遇機制時應處理的議題。

表 2-3-3 毒品施用者各類處遇內容分析

處遇方式	初犯			再犯		
	觀察勒戒 (2月以下)	觀察勒戒 (2月以下) 經評估有繼續施用傾向	緩起訴 (1年以上 3年以下)	起訴 (宣判有期徒刑 6月以下)	起訴 (宣判有期徒刑 超過6月)	緩起訴 (1年以上 3年以下)
		強制戒治 (6月以上 1年以下)		得易科罰 金、易服 社會勞動	監禁	
處罰輕重	輕 短時間社會隔離，會造成就學就業困擾	重 長時間之社會隔離，會造成就學就業中斷	輕 定期之門診或觀護報到，會造成就學就業困擾	輕 對有資力者最有利；無資力者仍會造成就學就業困擾	重 長時間之社會隔離，會造成就學就業中斷	輕 定期之門診或觀護報到，會造成就學就業困擾
協助多寡	寡 主要在確保戒斷身癮之安全	多 可獲得戒治所中較多之戒癮協助	多 可獲得較多醫療及其他戒癮協助	寡 無戒癮協助	寡 除轉戒治所外，較難獲得戒癮協助	多 可獲得較多醫療及其他戒癮協助
監控高低	低 短時間機構監控	高 長時間機構監控	低 長時間社區監控	低 無監控	高 長時間機構監控	低 長時間社區監控
再犯風險高低	高 協助少、社會連結中斷、無觀護人後追	中 協助多、社會連結中斷、無觀護人後追	低 協助多、維持社會連結、有觀護人後追1年	中 協助少、維持社會連結、無觀護人後追	高 協助少、社會連結中斷、無觀護人後追	低 協助多、維持社會連結、有觀護人後追1年

註：

- 1、本文由研究者依法規及實務運作狀況整理。
- 2、再犯風險係依制度相關之重要保護或危險因子分析，不考慮個案差異。

第四節 司法分流機制之評估標準

由於司法案件中個案條件之差異性，因此在整個司法流程當中，執法人員常對於被告為分流處遇，依司法程序之先後，包括了（不、緩）起訴決定、是否緩刑決定、量刑決定、矯正機構處遇方式決定、假釋決定及更後端的刑後強制治療決定，各階段的分流處遇，倘有良好的工具協助，不但可減少公平性之爭議，而且可使有限的司法資源得到最佳的運用。本段將探討目前其他犯罪領域與毒品施用者之分流工具，藉以了解建構毒品施用者緩起訴戒癮治療篩選項目應考量之處。

一、假釋與否之評估

除緩起訴處分本身分流機制之研究外，假釋審查標準最值得注意且深具參考價值。比較緩起訴戒癮和假釋兩項制度，前者屬前門政策之要角，對象是針對中低刑度被告，後者則是後門政策之重心，對象及於所有刑期之受期人。兩者相同處，在於在緩起訴戒癮或假釋後，對象皆可於社區中處遇，接受計畫性的協助，並於緩起訴期間或假釋期間受到司法監督；而兩者的主要差異，在於緩起訴戒癮只針對毒品施用者，假釋則及於所有犯罪受刑人，此外，受緩起訴決定之對象，並不似假釋審查，有處遇紀錄等較具體之資料可參考。

基於假釋制度與緩起訴戒癮制度的若干相似處，且假釋制度在長期的實務運作下已建立相對完整的機制，因此假釋審查機制中的決定標準，對緩起訴戒癮對象篩選標準之建立，有相當之助益。

有關假釋的標準，依刑法第 77 條第 1 項之規定，除了「無期徒刑逾二十五年，有期徒刑逾二分之一、累犯逾三分之二」之形式要件外，在實質標準上，僅規定受徒刑之執行而有「懺悔實據」者，至於「懺悔實據」之內容，依「辦理假釋應行注意事項」第 2 點至第 4 點規定，假釋審查委員會應就「管教小組及教化科之意見」、「受刑人在執行中之有關事項」及「受刑人假釋後社會對其觀感」詳為審查，詳細內容如表 2-4-1。

表 2-4-1 辦理假釋應行注意事項審查內容

項目	內容
管教小組及教化科之意見	(未列細項)
受刑人在執行中之有關事項	累進處遇各項成績、獎懲紀錄、健康狀態、生活技能、其他有關執行事項
受刑人假釋後社會對其觀感	警察機關複查資料及反映意見、家庭及鄰里之觀感、對被害人悔悟之程度、對犯罪行為之補償情形、出監後之生涯規劃、被害人之觀感

資料來源：本表由研究者依法規自行整理

雖然相關法規之內容綱舉目張，但實務運作上，假釋審查委員會之評判標準常與法規有所不同，亦即前述列舉之項目，實務上未必受到相同或足夠的評價，而有些不在列舉範圍內之項目亦可能被斟酌，例如對於「警察機關複查資料及反映意見」，有假釋審查委員認為資訊通常是負面、模糊或與事實矛盾，所以較少參採，而較重視矯正機關教誨師的意見，而就受刑人出獄後的就業和居住情形(屬出監後之生涯規劃項)，由於確認困難，往往只是受刑人單方陳述，因此假釋審查上通常不作為重要的依據(蘇恆舜，2014)。

然而，依司法院大法官釋字第 691 號解釋，受刑人不服行政機關不予假釋之決定者，其救濟有待立法為通盤考量決定之，亦即假釋並不被認為是行政機關的「恩惠」，而是受刑人的「權利」，因此對於是否為假釋之決意，勢必需要有嚴謹的假釋審議作業程序，若不予假釋，亦應有詳實的理由。經綜整我國與日本、美國、中國大陸、英國及德國假釋審查指標，各國考量的因素包括：(1)個人特質；(2)前科紀錄；(3)犯罪之惡質性與態度；(4)服刑期間適應與違規情形；(5)居家狀況；(6)未來社會適應與危險性；(7)假釋後之計畫等，然因各國國情不同，或因刑事政策之需要，致使審查指標顯有不同，認定懊悔有據之標準亦有所差異(連鴻榮、陳玉書、鍾志宏，2013)。

為研究我國假釋制度之考量因素，蘇恆舜(2010, 2014)對 35 名假釋審查委員訪談後，整理出(1)犯罪危害性；(2)應報性；(3)懊悔實據；(4)再犯危險性；(5)復歸社會性等五個構面。其中針對於毒品施用者之特性，其各構面所考量之內容與其他犯罪類型有若干的差異：在「犯罪危害性」方面，由於施用毒品屬於無被害犯罪，因此所考量者非在毒品施用行為本身，而是在衍生其他犯罪行為(如竊盜犯次)或有無其他疾病(如愛滋病)可能傳染他人之情形；在「懊

悔實據」方面，若在獄中與同為吸毒犯罪人有不良連結、群聚情形，或是經常向家人要錢，會被納入假釋准駁之考量；在「再犯危險性」方面，由於吸毒犯與詐欺犯、竊盜犯之情形相近，皆屬再犯率較高之犯罪類型，因此通常假釋審查會趨嚴，對重複毒品施用罪，由於認為可能已有特定成因（如成癮）而難避免再犯，假釋亦趨嚴，若前科擴及竊盜、搶奪、擄人勒贖、強盜等其他可能關連之犯罪，其假釋亦同樣趨嚴；在「社會復歸性」方面，毒品施用犯倘有正當之工作經驗或一技之長，或是家庭支持度高者，通常為正向因素，反之，倘毒品施用犯之家人表明不希望受刑人被假釋，以免帶給家庭困擾者，則駁回之可能性較高。

至於各項影響假釋之因素孰輕孰重？彼此間的關係為何？與假釋標準的一致性及其可預見性息息相關，也是假釋結果權利化及救濟制度建立所需先釐清者。曾淑萍（2012）依所蒐集之文獻整理出（1）犯罪情狀；（2）矯正執行情形；（3）再犯危險性；（4）政策輿論壓力等四個構面（如表 2-4-2），另經進一步以決策實驗室分析法分析，發現由於「犯罪情狀」及「再犯危險性」概念較為明確，也較易形成量化的分數，因此成為假釋委員決意時之主要考量因素，而相互關係上，偏向以犯罪情狀出發，進而評價假釋申請人在其他構面的表現，其中矯正執行情形，常被認為是偽善的監獄化表現，因此所受到之評價相對較低（如圖 2-4-1）。

表 2-4-2 影響假釋決意之構面及因素

構面	因素
犯罪情狀	犯罪所侵害之法益類型、犯罪危害程度、對犯罪結果之補償情形
矯正執行情形	刑期執行率、假釋申請被駁回次數、獄中懊悔情形
再犯危險性	所犯是否屬再犯率高之罪、過去犯罪歷史、受刑人之生活技能、家庭支持情形、社會接受程度
政策輿論壓力	主管機關政策方向、媒體輿論觀感

資源來源：曾淑萍，2012

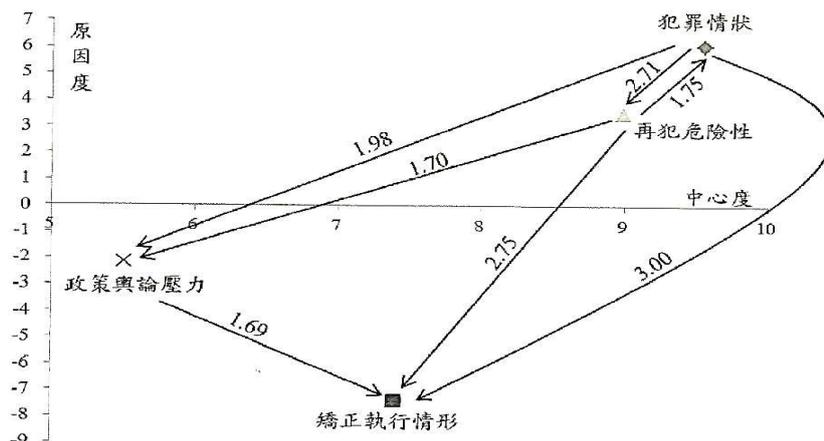


圖 2-4-1 參與研究之假釋審查委員所呈現各構面之因果圖

綜合上述有關假釋決定因素之分析，許多考量面向在決定是否為緩起訴戒癮治療時，具有相當之啟發性，其中蘇恆舜的 5 大類在指標及項目的概念分類較為清晰，且能將大部分其他分類的考量項目含括，因此在思索假釋決定因素是否可採為緩起訴戒癮決定因素時，以之為主要參考：就「復歸社會性方面」，個案是否有就業能力、家庭是否支持、是否有固定之住居所等，皆與個案戒癮成效密切相關，在考量戒癮資源有限的情形下，將珍貴的戒癮資源分配至成功機會最高、改善幅度最大的個案，應屬可採；在「犯罪危害性」及「應報性」方面，由於目前適用緩起訴戒癮之個案，皆為單純觸犯施用第一、二級毒品罪，因此在本罪上並無太大差異，然而，若因施用毒品而產生其他的犯罪、傳染疾病或對家庭或社區產生不良影響的可能性較高時，社會接受其為緩起訴戒癮治療之代價較高，似乎不得不加以考量；在「懊悔實據」方面，即便是在機構內全日的監控環境下，亦不免因受刑人偽善行為而產生判斷偏差，因此在缺乏參考依據的緩起訴戒癮決定時，此判斷標準之可操作性明顯較低；而在「再犯危險性」方面，假釋與緩起訴戒癮治療決定有根本上的不同，以假釋的角度來看，倘若受刑人在出監後，重複犯罪的機會高，則再把假釋人重新逮捕、定罪並使之入監，顯然浪費司法資源，亦不能達到假釋制度設計之原意，與之相較，緩起訴戒癮治療的目的，主要即在於降低毒品施用者因成癮問題反復施用毒品的問題，因此其所挑選的對象，勢必為再次吸毒風險較高但適合社區處遇者，對未成癮者，宜以其他轉向處遇方式處理，不需使用到醫療資源，對於成癮問題太嚴重，在社區勢必無法戒癮者，較宜以居住型方式治療，亦不宜納為緩起訴戒癮治療之對象，因此，就再犯危險性方面，緩起訴戒癮治療制度應有不同於緩刑之判斷標準。

二、毒品施用者緩起訴處分與否之評估

在毒品施用者緩起訴處分與否之決定工具方面，李思賢（2014）之「毒品再犯風險與醫療需求分流處置評量工具之研究」，係計劃將 TRI (Treatment Research Institute) 所發展出來的再犯風險與醫療需求分流之評估工具 RANT (the Risk and Needs Triage) 經由譯介及檢證之方式引入國內，期能作為檢察官緩起訴決定時之參考工具。

RANT 主要是提供執法者，在不用經過漫長臨床訓練下，即可在 15 分鐘內將毒品施用者在「犯罪源起因素」及「醫療需求」兩個向量上，標定該毒品施用者之位置，並據以提供符合需求之處遇方案（如表 2-4-3）。對於「犯罪源起因素」（與犯罪性概念相當）高的個案，諸如有早期施用毒品或犯罪、經常性犯罪活動、以前失敗的嘗試康復治療等情形，需要較多的監控，而對「醫療需求」高的個案，諸如有毒癮、酗酒、精神症狀、慢性疾病和文盲等情形，需要較多的治療服務，藉由兩個面向的分類，使毒品施用者找到最有效的處遇模式。

然而，李思賢的研究在實際運用在我國毒品施用者緩起訴決定上，仍存有許多的盲點：首先，我國檢察官與美國毒品法庭之法官雖然都有分流處遇的決定權，但我國分流對象是單純毒品施用者，美國是毒品相關犯罪人，而我國尚未給予緩起訴戒癮治療之個案，初犯須接受觀察勒戒，再犯須起訴，與美國的法律效果不同；其次，RANT 的評估工具，係在於決定為社區處遇之後，個案實施之處遇計畫內容為何，然我國目前實務的需求係決定何者宜為社區戒癮處遇、何者不宜，其主要目標有所不同，因此難以依 RANT 之內容為檢察官緩起訴戒癮治療對象篩選工具，宜依本國之國情，建立符合我國法制狀況之標準。

表 2-4-3 犯罪源起因素與醫療需求

		再犯風險	
		高	低
醫療需求	高	毒品（藥事）法庭 <ul style="list-style-type: none"> ● 觀護會面 ● 定期驗尿 ● 密集治療 ● 恢復性司法程序 ● 漸進式積極制裁 	傳統觀護 <ul style="list-style-type: none"> ● 觀護會面 ● 如有需要，進行家訪、工作訪談、藥物治療、藥物檢測、社會服務等 ● 積極制裁
	低	鄰里觀護 <ul style="list-style-type: none"> ● 家庭、工作、社區監督 ● 觀護會面 ● 如有需要，進行藥物檢測及治療、社區服務 ● 積極制裁 	回報中心、管理觀護或轉向方案 <ul style="list-style-type: none"> ● 每個月的心理衛生教育、行為諮商或檢查

資料來源：修改自李思賢，2014

三、性罪犯再犯之評估

相對於其他犯罪類型，性罪犯之再犯率並非特別高，然而，性侵害犯罪對受害者傷害之鉅，所引發之集體性社會恐慌，遠非其他類型犯罪所及，而性罪犯是否再犯，是機率高低，而非「全有或全無」的問題（沈勝昂、張秀鴛，2005）。因此，如何適當評估性罪犯再犯風險，並據以給予適當之處遇內容，便成為司法實務上相當重要之議題，爰此，許多先進國家針對性侵害犯罪發展出相當完整之再犯評估工具，值得毒品者處遇評估之參考。

依刑法第 91 條之 1 規定，犯刑法妨害性自主罪章強制性交等罪及其特別法之罪，而有下列情形之一者，得令入相當處所，施以強制治療：一、徒刑執行期滿前，於接受輔導或治療後，經鑑定、評估，認有再犯之危險者。二、依其他法律規定，於接受身心治療或輔導教育後，經鑑定、評估，認有再犯之危險者。由於強制治療須至其再犯危險顯著降低為止，執行期間應每年鑑定、評估有無停止治療之必要。因此，性侵害犯罪再犯風險評估，為目前刑法強制治療規定開始及停止之判斷依據。

另依性侵害犯罪防治法第 20 條、第 22 條之 1 之規定，性侵害罪犯之評估，亦作為直轄市、縣（市）主管機關應命其接受身心治療或輔導教育，檢察官許可觀護人對性侵害犯罪加害人為科技設備監控、禁止其接近特定場所及對象等預防

措施之依據。因此性侵害犯罪再犯之評估，對政府要投入多少資源在個別的性侵害犯罪加害人，以及各加害人所需受到的權利限制，具有關鍵性之影響，需有具體、客觀的依據作為其評估的標準，以杜絕可能產生的爭議。

國際間以統計為基礎，發展出各種再犯預測量表，對於性侵害之再犯進行預測，其中較受矚目者介紹如下（林明傑，2011）：

（一）明尼蘇達州 Minnesota 之性罪犯篩選評估表

用於性罪犯釋放前之危險評估，係近年來所發展之危險評估量表中預測效度最高者（ $r=.45$ ， $ROC=.76$ ），依 1999 年 4 月之新修訂之版本共有 16 題，區分為「歷史/靜態因素」（historical/static variables）及「機構/動態因素」（institutional/dynamic variables）。「歷史/靜態因素」包含「因性犯罪而判刑確定之次數」、「性犯罪史之長度」、「是否曾在保護管束中又犯罪性犯罪」、「有無任何性犯罪是發在在公共場所」、「是否在任何一次性犯行中使用強制力或威脅」、「是否曾有在任何一次性犯罪中，對一個被害人在一次接觸中而有多重之性侵害行為」、「性犯行中，所有被害人之年齡層為何」、「性犯行中曾侵犯 13~15 歲之被害人，且加害者比被害人大 5 歲或以上」、「性犯行中，被害人是否是陌生人」、「有無任何資料或檔案顯示個案青少年時曾有反社會行為」、「有無藥物濫用或酒精濫用之習性」、「就業史」等 12 題；「機構/動態因素」包含「有監所中有無違規紀錄」、「監禁中藥癮治療之紀錄」、「監禁中之性罪犯心理治療紀錄」、「個案出獄時之年齡」等 4 題。

（二）靜態因素九九評估表（Static-99）

為美國、加拿大最常使用之量表，預測效度為 $r=.31$ ， $ROC=.71$ ，於 2002 年又發展出 Static-2002。其預測效度雖不若前述明尼蘇達州之評估表，然因量表的內容係以靜態因素為範圍，其適用對象不限於機構內處遇中之性侵害加害人，因此可適用的對象更為廣泛。在國內較熟悉的靜態因素九九評估表中，計有 10 個題目，分別為「以前性犯罪次數」、「以前所判刑確定之任何犯罪行為之次數」、「有無曾有『未身體接觸之性侵犯』而被判刑確定者」、「性犯行中有無曾有『非性之暴力行為』」、「以前是否曾有『非性之暴力行為』」、「性侵害受害者中是否曾有非近親者」、「性侵害受害者中是否曾有陌生人」、「性侵害受害者中是否曾有男性」、「所預測的年齡是否低於 25 歲」及「曾否與所愛過的人同居超過 2 年以上」。以靜態項目為準的好處是內容多可由官方紀錄中判斷上，較不易產生解讀上之歧異。

對於外國所研發之各項性侵害加害人再犯之預測量表，因各國文化、法律之差異性，若直接適用於國內，未必能產生最好的功效，因此有許多本土性的研究試圖找尋最符合國內狀況之預測因子，如鍾宏志（2016）即以 2006 年至 2007 年間於臺北、臺中及高雄等 3 所治療專責監獄出監性侵犯共 996 人為樣本，分析現行評估工具之預測效度與建構解釋性侵再犯之預測模測，研究發現除治療成效評估表外，Static-99、BRASOR 及再犯可能性評估總分或危險性分類愈高時，其再犯可能性愈高，性犯罪存活時間也愈少，但 ROC 曲線分析 AUC 值均未達 0.7，而鍾宏志整合現行量表，提出性侵犯之全般犯罪、性犯罪再犯預測整合量表之 AUC 值則分別為 0.77 及 0.755。亦即，經由大規模本土性的實證研究後，國內可發展出更合適的本國性侵害再犯量表。

由評估性侵害再犯的各種量表顯示，各種量表的目的皆在預測再犯的可能性或其嚴重性，而預測的結果是用在處遇的各種情形，例如身心治療或輔導教育之實施與否、科技監控是否執行、機構處遇之內容、刑後強制治療之決定，並未涉及不同構面之價值權衡，因此工具目的上，與本文所探討的緩起訴戒癮治療對象篩選項目之性質有所不同。然而，思考如何依實證之方式提高行為之預測度，有助於緩起訴戒癮治療對象篩選項目更具客觀性。例如，對於毒品施用者是否轉向到社區處遇，如同假釋或緩刑之決定一樣，都需考量再犯重大犯罪之可能性，因為個案若於社區處遇期間再犯重大犯罪，將嚴重傷害人民之法律情感，造成社區處遇制度之傷害，但並非每一個有重大犯罪前科者，其再犯重大犯罪之可能性皆一樣高，因此，倘有再犯重大犯罪之量表，則在評估此一項目時，便可做更精確的預測，藉以幫助找到最適合轉向處遇之對象。

從另一個角度來看，雖然性侵害加害人再犯，與毒品施用者再犯，在司法上的目的都是希望能使其不發生，但由於性侵害再犯為社會難以接受之事實，避免因再犯而傷害他人，為處遇中最重要，甚至是惟一的目標，因此會有刑後不定期刑的強制治療；而毒品施用者之再犯，其直接受害者為個案本身之身體健康，對他人之危害係間接且未必發生，因此處遇的最終目標，便未必是追求不再犯，而是可運用更多的彈性手段，達到減少對他人危害、增進個案健康及使其重新整合於社會等目的，此也是毒品施用者分流處遇評估與性侵犯分流評估不同之點。

四、緩起訴戒癮治療篩選項目規劃原則及初稿

經由前述幾項司法分流篩選指標之回顧，以下整理出本研究有關緩起訴戒癮

治療篩選項目之規劃原則及初稿。

(一) 篩選項目規劃原則

1、評估項目宜具有實用性

由於實務的運作，往往須對為數眾多的個案迅速且準確的判斷，因此設計評估工具，不宜有過於複雜的構面或過多的評估項目，否則不但提高評估者訓練之難度，而且可能因調查所需時間或成本過高，難以於實務中運行。以對毒品施用者施測的 RANT 為例，其目標是希望執法者不用經過漫長臨床訓練，即可在 15 分鐘對個案完成評估，而 Minnesota 之性罪犯篩選評估表題目有 16 題，靜態因素九九評估表有 10 題，不會為提高效率而不斷的增加施測的題目。較為不同者，對於假釋的審查，顯然使用較多的施測項目，然假釋審查的對象為監獄之受刑人，在矯正機構中，較長的施測過程仍可被接受。本文所研究緩起訴戒癮治療對象篩選項目，施測對象為司法程序仍在進行中，且被告自由不受拘束之對象，因此在工具設計上宜精簡以求實用。

2、評估項目應客觀且周延

在本節中的各種評估工具，皆以能客觀衡量為優先，例如在假釋決定時，雖然包含之面向廣泛，然對於受刑人出獄後之就業和居住情形，屬尚未發生之計畫，其不確定及虛偽性高，便不會成為假釋與否的重要依據，相對的，對於入監罪名的犯罪情狀，屬客觀可確定且會立即產生輿論反應者，則受到較高的重視。

而在性侵害犯罪再犯評估方面，無論是靜態或動態因子，同樣都以易於客觀衡量者為原則，例如在 Static-2002 對 Static-99 的一項重要改變，即在修正 Static-99 中「有無與所愛之人同居超過兩年」這個糊模的項目。

此外，由於是否為緩起訴處分附命戒癮治療，就如同假釋決定一般，不僅涉及被告接受治療之利益，也涉及被告回到社區所產生的影響，其影響涉及多個面向，故評估項目亦宜以多構面組成，方能全面衡量各種利弊得失，此也係本章回顧綜覽毒品政策影響因素、外國相類似制度及毒品政策發展架構所欲發掘的內容。

(二) 緩起訴戒癮治療篩選項目初稿

為建構緩起訴戒癮篩選項目，本研究先藉由文獻回顧尋找可能且合適之構面及項目，由於文獻回顧中僅有美國毒品法庭的 RANT 與毒品施用者處遇方案之個案篩選相關，可就其中評估之項目直接引用，對於在影響毒品施用者處遇政策之觀點、美國與葡萄牙毒品施用者處遇制度、我國毒品施用者處遇政策及其他司

法分流機制之評估標準等內容，皆由研究者依我國緩起訴戒癮治療之目的，在其中找尋適合之構面及項目，希望藉由廣泛的資料來源，最大範圍的把可能的篩選項目含括進來，在整理出初稿後，再藉由專家學者深度訪談，確認初稿篩選的構面及項目是否符合專業及實務需求，並進行增刪修正（詳第五章第一節），最後以調整後之篩選構面及項目製作問卷，並據以施測。本章依文獻回顧所得資料整理之緩起訴處分戒癮治療對象篩選項目初稿及說明如下：

表 2-4-4 緩起訴處分戒癮治療對象篩選項目-以文獻為基礎

構面	項目	項目說明	依據
戒癮可能性 C1	戒癮需求性 C1-1	若非屬精神醫學專業所認定之問題使用者，而屬偶然使用者，通常較無協助及監控之必要。	李思賢（2014）；Hartney（2016）；DSM-5；Franco（2010）
	社區復發性 C1-2	倘個案在未介入之狀況下，在社區中具較多保護因子，較少危險因子，社區處遇將較其他處遇方式適合個案。	王昀等 17 人（2014）；NIDA（2014）；Moffit（1993）；Kleiman, Caulkins, & Hawken（2011）；Listwan, Shaffer, & Hartman（2009）
	計畫有效性 C1-3	計畫倘能提供適當之就醫、就業、就學、就養協助，有助於其戒癮，則協助計畫本身即可成為關鍵之保護因子。	Governmental Accountability office（2011）；Franco（2010）；Listwan, Shaffer, & Hartman（2009）
	毒品藥理影響性 C1-4	不同成癮物質之特性有別，使用成癮性較高物質之毒癮者於社區復發之機率較高，較難維持治療，但倘可獲得替代藥物治療，則有助於穩定個案之治療狀況。	林健陽、裘雅恬（2009）；紀致光（2015）；Franco（2010）
秩序影響性 C2	秩序破壞習慣性 C2-1	若個案具違反社會秩序之常習，即便所為係輕微之財產犯罪或違反社會秩序行為，亦會使社區難以接受或造成困擾。	蔡田木、林安倫、廖訓誠（2009）；楊士隆（2016）；李思賢（2014）；Goldstein（1985）；MacCoun, Kilmer, & Reuter（2003）；Listwan, Shaffer, & Hartman（2009）
	重大犯罪可能性 C2-2	個案在緩起訴戒癮治療期間，倘犯下殺人、強盜、性侵等重大犯罪，會對社會帶來重大衝擊，亦可能危害緩起訴戒癮制度之可接受度。	蔡田木、林安倫、廖訓誠（2009）；楊士隆（2016）；Goldstein（1985）；MacCoun, Kilmer, & Reuter（2003）；Listwan, Shaffer, & Hartman（2009）

	疾病傳染性 C2-3	若個案患有愛滋病或 C 型肝炎等傳染性共病者，便有可能在社區因繼續施用毒品而將疾病傳染給他人。	張嫚純、丁志音 (2006)；衛生福利部疾病管理署網站統計；Franco (2010)
	道德爭議性 C2-4	個案若具高知名度、曾犯重大犯罪或有其他易引起道德爭議之情形，施以社區轉向處遇，可能造成民眾對制度公平性之質疑。	曾淑萍 (2012)；Euchner, Heichel, Nebel, & Raschzok (2013)
社會功能性 C3	就業穩定性 C3-1	個案穩定之就業狀況，不但可維持自我生計及協助他人，亦可為國家帶來稅收等經濟利益。	蘇恆舜 (2010, 2014)；Listwan, Shaffer, & Hartman (2009)
	家庭和諧性 C3-2	家庭成員間，無論在物質上或心理上具有互相協助之事實及義務，若家庭和諧之個案處於社區中，亦會對家庭其他成員帶來正向影響。	蘇恆舜 (2010, 2014)；連鴻榮、陳玉書、鍾志宏 (2013)；曾淑萍 (2012)
	責任承擔性 C3-3	個案若屬具償還能力之債務人，或依其個人條件有能力及意願可於社區中提供較多社會服務者，留於社會中可對社會有正向貢獻。	蘇恆舜 (2010, 2014)；連鴻榮、陳玉書、鍾志宏 (2013)；曾淑萍 (2012)

註：由於國內對於緩起訴戒癮治療對象之篩選並未有統一規範，因此研究者僅能依相關文獻自行建構整理可能的構面及項目，表中之構面、項目及說明經以深入訪談的方式加以辯證後，進行相當程度之修正，修正前後之對照表如表 5-1-1，修正後之構面、項目、說明及依據如表 5-1-2，本研究之多目標問卷係依表 5-1-2 之內容進行設計。

在表 2-4-4 中的 3 個構面，11 個項目，說明如下：

1、戒癮可能性 C1

戒癮可能性之構面，係由醫療/健康的角度來進行。由於緩起訴戒癮治療之目的，是在社區戒除毒癮，因此倘若毒品施用者本身未達成癮的標準，以現行制度將其轉介至醫療機構戒癮，顯然不是一個好的選擇，應該只要視個案狀況，給予告誡、一般或密集的監督、衛生教育、法治教育或生活輔導即可。而倘若個案有治療的需求，但以社區治療的方式成效較差，或甚至可能不斷惡化，亦不宜以社區處遇的方式進行治療。戒癮可能性的構面分為以下 4 項：

(1) 戒癮需求性 C1-1

對於成癮與否及其嚴重性，在醫學上有 ASI 或 DSM-5 等客觀的工具可進行評估，例如以 DSM-5 中物質使用疾患的 11 項標準而言，若符合其中 2~3 項的診斷標準者，為輕度成癮，4~5 項診斷標準者為中度成癮，6 項以上診斷標準者為重度成癮，由於成癮係毒品施用者即使知道繼續用毒品對本身並不利，但仍無法

克制繼續施用的行為，因此專業戒癮協助對其行為之改變具有較高的必要性及效益，至於成癮的程度是輕是重，則非重點，此點與美國毒品法庭對於成癮狀況過輕的毒品施用者排除之態度是一致的（Franco, 2010），也就是戒癮可能性的基本要件是「有癮可戒」。而是否具有戒癮需求性，可於現行對緩起訴戒癮治療制度的醫療評估作業中進行。

（2）社區復發性 C1-2

毒品施用者雖然行為外觀相似，但個案本身條件可能有很大的差異，對其是否適合在社區戒癮有不同的影響。對某些個案而言，「待在社區」可能讓他接受到許多保護因子的支持，例如個案有穩定就業（就學）狀況、良好家庭關係、居住於高集體效能的社區、擁有正向的同儕等；但對某些個案而言，「待在社區」可能會他暴露在很多危險因子當中而不利於戒癮，例如個案取得毒品管道眾多、家庭功能不良、所處社區集體效能不良、屬於娛樂型的生活型態、家人或同儕使用毒品等（王昀等 17 人, 2014；NIDA, 2014）。因此，個案是否適合於社區戒癮，須綜合這些社會面的危險因子及保護因子來判斷，此部分應由專責評估人員進行社會調查。

（3）計畫有效性 C1-3

在檢察官為附命完成戒癮治療之緩起訴處分後，被告即必須完成一定之條件，否則緩起訴處分即可能被撤銷。也就是國家可利用緩起訴處分期間的司法壓力，使原本缺乏戒癮動機之毒品施用者接受戒癮的相關協助，這些戒癮協助包括目前以醫療為主的戒癮治療，也可包含接受職業訓練、就業輔導，或是遠離不良的原先家庭接受安置等等各類的協助計畫，這些計畫的內容往往是提供個案最需要的保護因子或使其遠離危險因子。由於個案戒癮需求的多元性，因此，有效的戒癮計畫亦須是多元且符合需求，然而，受限於國家的資源不足或相關制度尚未健全，無論臺灣或美國，往往不同狀況之個案都接受相同的戒癮計畫，使戒癮效果不如預期，為避免方案不符合個案需求之問題，美國不同的毒品法庭便會依據各自的條件來選擇個案（Franco, 2010），我國在緩起訴決定前，亦應評估可提供之戒癮計畫是否符合個案的戒癮需求。

（4）毒品藥理影響性 C1-4

社區處遇與機構處遇最基本的不同，是社區處遇中即使施以最嚴厲的監控，亦難以將有毒品施用傾向者與毒品供給隔絕，因此有高度追藥性的嚴重成癮者，易在社區中盡一切方法取得的毒品，而使社區戒癮之計畫失敗，因此美國部分毒

品法庭會將毒癮過於嚴重之對象排除在社區處遇計畫之外 (Franco, 2010)。

在成癮者當中，影響其追藥性高低的一個重要因素係所使用之藥物種類，以國內常見的第一、二級毒品而言，海洛因成癮者會遠較安非他命成癮者難以治療，而安非他命成癮者又難於大麻成癮者，倘若個案係多重毒品使用者，亦較單一毒品使用者難以治療，因此，為顧及國家資源有限性及社區治療之成效，宜將個案所使用毒品之藥理影響性納入考量。

另在此項目中需綜合評估然者，係對於成癮性最高之海洛因成癮者，倘在戒癮治療過程中使用美沙冬或丁基原非因等替代藥物時，可有效降低海洛因之藥理影響性 (林健陽、裘雅恬, 2009)，另以醫療角度來看，使用丁基原非因之效果又較使用美沙冬為佳，因此，個案使用替代藥物之可能性及替代藥物之種類需同時納入考量。目前在實務上，對於海洛因成癮者，雖多會施以替代藥物治療，然個案經濟狀況、國家戒癮補助方案及給藥點便利性之不同，會影響個案所使用之替代藥物種類及是否易可穩定使用替代藥物，因此在評估時應同時注意使用替代藥物之各項條件。

2、秩序影響性 C2

秩序影響性的構面，係在探討個案接受緩起訴戒癮治療時，因允許其於社區中活動，必然會與社區 (含家庭，下同) 中其他成員產生互動，而毒品施用行為常與破壞社會秩序之行為、犯罪行為或特定疾病之感染有正相關，因此在緩起訴期間，社區成員必須承擔個案對社會秩序所造成的破壞，但從另一方面考量，倘社區戒癮治療可改善其毒品問題，社區民眾將獲得被告毒癮緩解後社會秩序危害降低之長期利益，因此，如何看待毒癮者在緩起訴期間之危害風險，與其他構面項目相較，如何權衡？值得加以探討，本文在秩序影響性之構面下，分以下 4 個評估項目：

(1) 秩序破壞習慣性 C2-1

依 Goldstein (1985)、MacCoun, Kilmer, & Reuter (2003)、Listwan, Shaffer, & Hartman (2009)、蔡田木、林安倫、廖訓誠 (2009) 等國內外研究顯示，當毒品成癮者無法負擔毒品施用的財務需求時，往往會向家人或親友索求財務援助，或以犯罪的手段來獲取金錢，常見的犯罪行為有從事性交易、販賣毒品、竊盜、搶奪等，在從事社區戒癮治療期間，由於無法使個案與毒品完全隔離，個案可能因施用毒品需要而從事犯罪或對親友造成困擾。其次，由於毒癮者之工作能力通常不如一般人，在就業不易之情形下，亦可能為維持其日常花費而以非法或不當方

式取得金錢。此外，在長期施用毒品情形下，容易因精神疾患共病而影響認知功能，或造成社會關係不良，例如容易有家暴行為、與他人爭吵、毀損他人物品之行為，而對社區造成困擾。基於種種考量，美國毒品法庭亦將犯罪紀錄列入個案篩選的考量項目（李思賢，2014；Franco, 2010）。

對於成癮者是否具有秩序破壞之習慣性，通常可自個案之犯罪紀錄、就醫紀錄或訪談調查中可知。

（2）重大犯罪可能性 C2-2

前述秩序破壞習慣性中，破壞社會秩序之行為通常與毒癮有關，其影響之層面在社區之內，而本項重大犯罪可能性，則未必與毒癮相關，然一旦發生，則將對社會產生重大之衝擊，亦容易引起社會大眾對社區處遇之妥適性質疑，甚或對緩起訴戒癮治療制度產生整體性之批判。

基於上述之考量，美國部分毒品法庭將觸犯販毒罪犯或暴力罪犯排除在外（Franco, 2010），我國則可參考道路交通管理處罰條例第 37 條第 1 項之內容，在暴力犯罪之外，擴及國人犯罪恐懼較高之妨害性自主相關犯罪及槍砲、走私及毒品等犯罪²⁰。雖然準確的犯罪預測並不容易，不同犯罪類型之再犯預測亦有所不同，但可從犯罪或就醫紀錄進行初步判斷。

（3）疾病傳染可能性 C2-3

一般而言，毒品施用者之身體狀況不如未施用毒品者，例如毒品施用者的腦部、牙齒、泌尿系統、心血管等功能皆不如一般人，這些因使用毒品所造成的身心傷害，通常會被認為是個人行為的結果，與他人無涉，因此也不會成為關注的焦點。

然而，某些使用毒品的共病具有傳染性，傳染方式與施用毒品行為具有高度相關（張嫻純、丁志音，2006），則當個案在社區中，可能增加該等疾病傳染的風險，導致對他人健康之危害，這些傳染病包含可透過共用針具或性行為傳播的愛滋病及 C 型肝炎，在社區戒癮期間，可能因復發使用毒品而傳染他人，美國部分毒品法庭將是否有共病列入個案篩選之考量（Franco, 2010），我國對於患有毒品傳染性共病者，是否給予緩起訴處分戒癮治療之機會，亦值得考量，此項目可於個案於醫療評估時加以了解。

²⁰ 道路交通管理處罰條例第 37 條第 1 項：「曾犯故意殺人、搶劫、搶奪、強盜、恐嚇取財、擄人勒贖或刑法第一百八十四條、第一百八十五條、第二百二十一條至第二百二十九條、兒童及少年性交易防制條例第二十四條至第二十七條、兒童及少年性剝削防制條例第三十三條至第三十七條、槍砲彈藥刀械管制條例、懲治走私條例或毒品危害防制條例之罪，經判決罪刑確定，或曾依檢肅流氓條例裁定應為交付感訓確定者，不得辦理計程車駕駛人執業登記。」

(4) 道德爭議性 C2-4

由於被告在接受附命戒癮治療之緩起訴處分時，可以免去觀察勒戒、強制戒治、起訴後服刑、易科罰金或易服社會勞動之可能，人身自由之拘束及相關處罰相對較少，因此即使緩起訴期間可能長達3年，仍被視為是有利於個案的處遇方式。我國民眾過往對於「道德瑕疵較大」或「權勢較高」者，多認為應該以更嚴厲的手段對待之，方能符合「應報」或「平等」的法律情感。

我國在決定受刑人是否假釋的考量因素中，在「政策輿論壓力」概念下之「社會接受程度」，便是考量的因素之一（曾淑萍，2012）。因此，當面對有貪污、經濟犯罪等重大犯罪前科等具道德爭議者，或是政治、經濟、社會地位較高者，在決定是否給與緩起訴戒癮治療機會時，似亦不該忽略社會對該類個案之道德評價，否則可能傷害人民的法律情感。然而對於具該等「道德差異性」者，係以「至少和一般人標準相當」為衡量準則，亦或是「應該高於一般人之標準待之」，則可進一步再探討。對於是否具有道德差異性，應可由評估人員於社會調查中得知。

3、社會功能性 C3

毒品施用者於社會中生活時，固然可能對社會產生不良的影響，然而，也可能對社會有正面的貢獻。因此，當被隔離於社會之外時，正面影響亦可能與負面影響一樣，同時被隔離掉。對此，我們應該對正、反兩面同時加以評價。在探討社會功能性時，須注意當個案因為社會隔離、污名標籤而失去或減弱其正向社會連結時，對其日後復歸社會會有負面影響。對於社會功能性之構面，分為以下3項：

(1) 就業穩定性 C3-1

穩定從事正當的職業，不但對於戒癮者係重要的保護因子，使個案更容易完成處遇計畫（Listwan, Shaffer, & Hartman, 2009），同時，也可以使毒癮者在經濟上得以自己自足，甚至幫助他人，而國家除了獲得其勞動力的提供外，亦可獲得稅收之增加。因此，當國家使穩定就業的毒癮者隔離於社會之外時，社會將承擔整體經濟上之不利益，尤應謹重。

在此所稱之就業穩定性，首先需是正當合法之職業，倘以犯罪為業，職業本身即對社會產生危害，自不在本項之認定之內；其次，就業需係穩定，若有穩定的受僱關係或自營事業，較可能對社會做出正面之貢獻，對於個案是否具備就業穩定性，可藉由其繳稅紀錄、投保紀錄及社會調查中得知。

(2) 家庭和諧性 C3-2

家庭是構成社會的基本單位，也是人們成長的初級團體，無論是原生家庭或是再生家庭，家庭成員之間都會深深的相互影響。在功能不良的家庭中，子女行為偏差之風險會大幅提高，若父母親因監禁而無法對子女有正常的教養，便可能影響子女的正常成長；同樣的，配偶間的相互扶持，父母對子女的眷戀，也同樣是社會中最重要的情感依附，一旦這些情感依附因為時空限制而中斷，也成為社會中不穩定的因子。

國內外決定受刑人是否假釋時，會將居家狀況、未來社會適應性與危險性、復歸社會性、家庭支持程度等因素列入考量（蘇恆舜，2010、2014；連鴻榮、陳玉書、鍾志宏，2013；曾淑萍，2012）。同樣的，倘毒品施用者在社區接受戒癮治療時，能發揮其為人父母、為人夫妻、為人子女之正向功能，將對其子女、夫妻及父母有莫大的助益，對社會和諧有正面助益，而完成戒癮治療的可能性也較高。

對於毒品施用者之原生家庭及再生家庭是否和諧，通常難以由官方紀錄得知，需要仰賴社會調查來獲取相關資訊。

（3）責任承擔性 C3-3

在假釋審查時，會將社會復歸性、對犯罪結果補償情形列入考量（蘇恆舜，2010、2014；曾淑萍，2012），同樣的，緩起訴戒癮治療對象之選擇，亦可將個案是否可對社會有所回饋或貢獻列入考量，與前述家庭和諧性著重於情感依附不同，社會責任承擔性著眼於經濟面向，亦即個案具有承擔經濟責任之能力、意願，且通常有持續之事實以資佐證。例如正在履行法定扶養義務、正在清償債務、持續為公益捐款、長期從事公益服務等，此等責任承擔通常與他人之權利或利益息息相關，倘若個案接受機構處遇會損及其責任承擔時，便可考量是否使其於社區接受戒癮治療。

責任承擔性與前述就業穩定性不同，穩定之就業係代表個案可藉由持續工作，創造經濟上之利益；而責任承擔性則強調個案若身在社區，較願意或可能承擔經濟上之責任或分享其經濟上之利益，而其本身是否能持續工作並創造經濟價值則在所不問。對於責任承擔性之高低，可由個案自行提出，並經由社會調查加以查證。

第三章 研究設計

第一節 研究方法及研究流程

一、研究方法

(一) 文獻回顧

文獻回顧之目的在於了解國內外與本研究主題之相關資訊、現階段研究成果、樣本選取等研究進行所需資訊，並不斷與研究各階段之理解與發現相互確認、詮釋，因此文獻回顧會在整個研究過程中不斷進行，其成果也會呈現在本節的各個章節。

本文最終之研究目的，在提出適合我國的毒品施用者分流處遇制度之建議，環顧國內外，探討毒品議題之文獻雖然非常豐富，但針對國內整體性毒品施用者分流處遇制度之研究卻相當有限，因此在這個領域的文獻回顧，並非在於了解我國已經有了那些研究、還有什麼地方值得探討，而是需要系統性的組織與毒品施用者分流處遇制度相關的文獻，作為研究的基礎，本文的第二章分別回顧影響我國毒品施用者分流處遇制度之觀點、美國及葡萄牙對毒品施用者分流處遇之經驗，及目前我國對毒品施用者分流處遇制度之規劃等三個部分，作為本研究之出發點及研究基礎，另蒐集建構緩起訴戒癮治療篩選對象之可能項目，並製作為篩選項目初稿。在後續以深度訪談、多目標決策進行研究時，若研究發現有需與其他研究、相關規定佐證或補充者，亦將持續蒐集相關文獻。

(二) 深入訪談法

在本研究當中，深入訪談之目的，在於了解我國毒品施用者分流處遇制度實務運作之現況、制度運作之問題，及對未來分流處遇制度修正之建議。由於毒品施用者司法處遇制度涉及的層面相當廣泛，以不同的角度探討，就會有不同的訪談對象選擇，為使探討的角度更為多元豐富，本研究在訪談對象的選擇上，儘量兼顧各種領域之代表性。

訪談對象選擇之首先考量，係毒品施用者分流處遇制度為「司法端」及「處遇端」之合作：「司法端」將毒品施用者分流至不同的處遇方案，並藉由司法的力量使個案有較高之遵從性來接受處遇；「處遇端」則在不同的處遇方案中提供協助及服務。由於兩者運作對處遇成效的影響皆相當顯著，影響力無明顯差異，

因此，在規劃訪談對象時，即先以「司法端」及「處遇端」各半的方式來決定受訪者專業領域的分配。

訪談對象選擇的第二層考量，是分配在「司法端」及「處遇端」的訪談對象，其身分能儘量含括該體系的範疇。在「司法端」方面，包含掌握分流權限之檢察官、輔助分流作業之檢察事務官、監督社區處遇方案之觀護人、監督機構處遇方案之矯正署官員。其中由於檢察官主管之分流權限，為本研究的研究重點，因此在樣本的選擇上，有3位具有檢察官的身分，其中兩位檢察官有從事政策規劃之經驗，一位為地檢署毒品專組主任檢察官；檢察事務官方面，係考量部分地檢署將毒品施用罪案件（毒偵案）委由檢察事務官處理，其處理的角度與檢察官自行處理時所考量者仍有相當差異，因此在該等地檢署中選擇資深的檢察事務官為訪談對象；而在觀護人及矯正署官員的選擇上，則選擇兼具第一線實務經驗及政策參與經驗者，藉以較完整地了解觀護體系及矯正體系中對毒品施用者分流處遇制度之看法。

在「處遇端」方面，基於對政策規劃了解之必要，訪談對象中包含了在衛福體系長期參與毒品施用者處遇政策的專業人員；考量最難處遇之毒品施用者，仍須以醫療為核心，且現行緩起訴戒癮制度全部要進入醫院治療，因此訪談對象中有兩位具有政策參與經驗的精神科醫師；考量第一級毒品施用者使用美沙冬替代治療之領域具有處遇獨特性，因此訪談一位在醫院從事替代療法的護理人員；考量矯正機構仍為多數毒品施用接受處遇之場域，因此訪談一位戒治所之心理師；考量目前毒品施用者處遇後端的社會復歸工作，在社會面之協助，各地方政府毒品危害防制中心扮演主要角色，因此訪談一位毒品危害防制中心個案管理師。

在決定訪談對象之身分別後，實際人選的決定及請求接受訪談並不容易，幸而研究者已在法務部從事毒品政策相關工作有7、8年之久，熟識許多與毒品施用者分流處遇制度相關的專家、學者，而部分受訪者雖未有熟識，亦能藉由各機關工作夥伴的介紹，找到適合人選。訪談對象工作地點皆在北部地區，包含臺北、新北、基隆、桃園等地，除了具有訪談方便性外，由於本研究也希望受訪對象能兼具政策參與經驗，而目前中央政府相關部會皆位於臺北市，因此訪談對象的工作地點也皆在北部地區。

考量本研究在於了解現況、發現問題、提出建議，因此依訪談綱要（詳研究工具）之規劃，對各訪談對象專業領域中執行毒品施用者分流處遇制度的現況預擬結構性的問題；在發現問題、提出建議的部分，則採取開放式詢問，對受訪者

回答內容中具研究價值者，也會在其他受訪者的題綱中即時加入，藉由更廣泛的角度來檢視這些問題與建議。

訪談場地選擇上，若訪談對象為司法端或處遇端之專家學者，皆希望徵得其同意在其工作場域中訪談，以便更了解分流處遇實務的運作。

(三) 專家問卷及多目標決策分析

個人或團體常面臨的決策障礙，包含問題不明確、目標不清楚、資訊有限、不足或太多，相關性不明，不確定性的因素或是模糊性的資料，再加上決策環境變動快，完成決策的時間急迫，實現決策方案的資源缺乏，決策者的認知能力受限於問題的複雜程度與風險性，決策者難以權衡不同目標（特別是不同層次的目標）等等。故而需要藉由系統化的邏輯推理來進行決策分析，而不是憑一時的喜好或經驗直覺，如此才能做出良好的決策（簡禎富，2005）。

對於「結構化的決策問題」，問題的目標與決策元素的關係架構很確定，任何理性決策者所做的決策都應當相同，因此資訊科學與決策科學常藉由「專家系統」（expert system）來協助決策；對於「非結構化的決策問題」，因問題的決策規則與評估標準因人而異，只有當事人才能做真正的決定，因此資訊科學與決策科學常只能提供充分的資訊供決策參考；對於「半結構化的決策問題」，其性質介於前二者之間，因此資訊科學與決策科學除了要提供決策者充分的資訊外，尚包括引導決策者發展決策分析模式及分析所需之判斷與輸入資訊，如「決策支援系統」（decision support system, DSS）。本研究企圖建立適合我國毒品施用者緩起訴戒癮制度篩選標準，因不同毒品施用者的狀況差異甚大，期望達成的處遇目標不盡相同，處遇的目標與決策元素的關係架構無法非常確定，屬性上為「決策支援系統」，協助檢察官面對緩起訴個案選擇的時候，可藉由適當工具的評估結果，使個案分配到較佳的處遇模式。

在建立這個「決策支援系統」的目標上，所面臨的最大難題，評量個案時，要考慮那些構面，其下有那些項目？為尋找這些構面及項目？本研究先藉由第二章的文獻回顧，建立了「緩起訴處分戒癮治療對象篩選項目初稿」，其後於深度訪談時，對這些項目一一檢視，進行修正調整，完成「緩起訴處分戒癮治療對象篩選項目定稿」，並製作多目標決策問卷。

問卷完成後之施測對象，選擇本研究原深度訪談的專家學者，一方面先前受訪的專家、學者在訪談的過程中，對於篩選項目的理解較深入，較能掌握本研究的目的，另一方面，本研究在選擇受訪談之專家、學者前，即已考量在毒品施用者

分流處遇制度中各個環節的代表性，因此由原訪談對象填答問卷，能較廣泛的反映此一領域專家之意見。施測結果出來後，經分析其權重關係後，最終提出緩起訴處分戒癮治療對象篩選之建議。

二、研究流程

由於我國毒品施用者分流處遇制度是來自不同時代的思潮與對策所堆積而成，雖然每一個制度的環節在當初規劃設計時，都已考量當時的主客觀條件，使制度能順利落實，但是隨著時代的改變，毒品處遇思潮、處遇資源、社會環境、毒品施用型態等等與毒品施用者分流處遇制度相關的客觀情狀，也有了巨大的變化，因此需要系統化地就我國的分流處遇制度重新回顧與思索，提出更符合當前狀況的制度規劃。

為達前述目的，本研究將藉由文獻回顧、深度訪談及多目標決策分析三種研究方法，逐步去發展完成（如圖 3-1-1）。

首先，藉由第二章的文獻回顧，探討影響我國毒品施用者分流處遇制度之觀念及國外制度，並對現況分析檢討。除了將我國的分流處遇制度做解析介紹外，並將其放在國際思潮的尺規下加以衡量，與外國重要的制度互相比較，以更明確了解現行制度的定位及優缺點。而在文獻回顧之中，本研究也同時找尋可作為緩起訴戒癮治療對象篩選的項目，規劃以文獻回顧為基礎之緩起訴戒癮治療對象篩選項目，使項目的選擇有文獻的支持，避免流於研究者主觀的想像。

其次，本研究將依文獻回顧所得資訊，設計深度訪談之問卷，問卷中將包含兩個主要部分，第一個部分是了解目前我國毒品施用者分流機制及處遇方案的執行現況、實務運作當中產生之問題，以及對分流處遇制度之修正建議，此部分之成果將在第四章中呈現；第二個部分則是將以文獻回顧為基礎之緩起訴戒癮治療對象篩選項目提出，請受訪者進行檢視，確認這些篩選構面及項目是否符合司法端及醫療端的專業判斷，以及是否具有可操作性，在訪談之後，參採受訪者之意見，調整出最終之緩起訴戒癮治療對象篩選項目，並製作問卷進行施測，此部分之成果，將在第五章中呈現。

最後，本研究依融合文獻回顧、深度訪談及多目標決策分析三種研究方法所得之資料，將毒品施用者分流處遇制度之檢討，以及緩起訴戒癮治療對象篩選項目進行綜合性的討論，收斂為一個整體的分流處遇議題，並提出以緩起訴戒癮治療制度為核心之毒品施用者分流處遇制度之建議，此部分將在第六章中呈現。

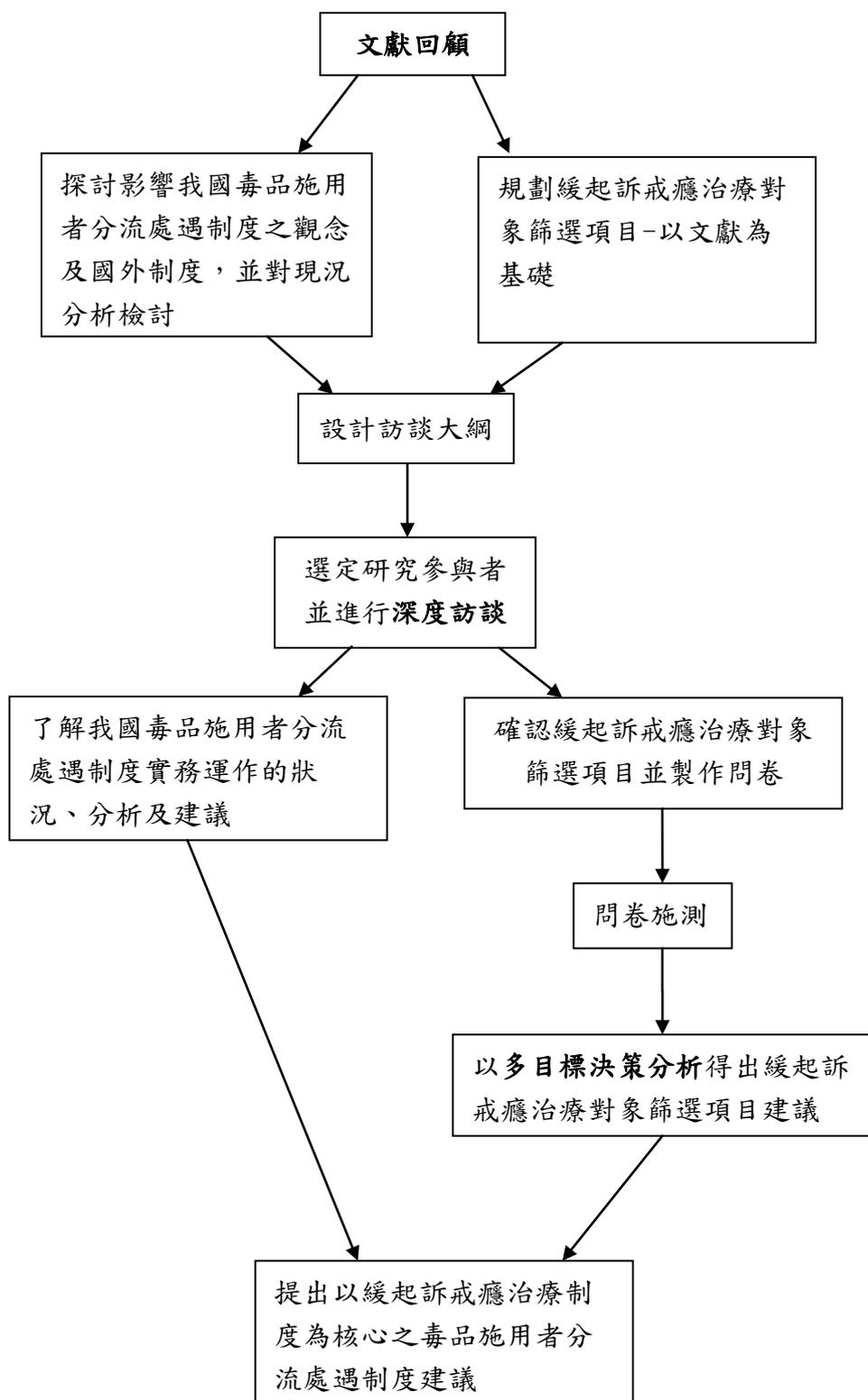


圖 3-1-1 研究流程圖

第二節 研究參與者

本研究之研究參與者，皆將參加兩個階段的研究，在第一階段的深入訪談中，研究參與者為受訪對象，在第二階段的多目標決策問卷施測中，研究參與者為問卷施測對象。

由於毒品施用者分流處遇制度所包含的「分流機制」、「處遇方案」兩部分，分別由「司法端」及「處遇端」的成員負責。為能儘其可能了解分流處遇制度運作的全貌，本研究在選擇研究參與者時，首先以專業背景的代表性為標準，在司法端即包含檢察官、檢察事務官、觀護人、矯正人員等背景，考量檢察官為緩起訴處分決定者，且在司法領域的參與層面較廣，因此訪談對象中具檢察官身分者有 3 人，其餘司法領域的角色則各選 1 人；在處遇端則包含醫師、臨床心理師、護理師及個案管理師，其中醫師及心理師的政策參與較廣，因此各選 2 人，其餘處遇領域的角色則各選 1 人。其次，在上述的專業角色分配上，優先選擇工作參與領域較廣泛及有持續專業進修者，藉以獲得最豐富、正確之資訊。

依上述之規劃所選定之研究參與者，其身分及經歷如表 3-2-1。

表 3-2-1 研究參與者之主要身分及經歷

序號	主要身分	經歷
A1	新北地方檢察署 主任檢察官	處理毒偵案件 11 年、曾參與毒品政策
A2	臺北地方檢察署 檢察官	處理毒偵案件 10 年、曾參與毒品政策
A3	臺北地方檢察署 主任檢察官	處理毒偵案件 5 年、曾擔任毒品專股主管
A4	基隆地方檢察署 檢察事務官	處理毒偵案件 9 年、曾參與毒品政策
A5	臺北地方檢察署 觀護人	從事毒品施用者觀護工作 9 年、曾參與毒品政策
A6	矯正署 毒品業務主管	矯正機構工作 25 年、曾參與毒品政策
B1	衛生福利部 心理師	擔任臨床心理師 8 年、曾參與毒品政策
B2	臺北市立聯合醫院 成癮防治科醫師	擔任成癮戒治臨床醫師 26 年、曾於美國成癮科學研究機構研究
B3	臺北市立聯合醫院 成癮防治科醫師	擔任成癮戒治臨床醫師 18 年、醫學系兼任教職
B4	新店戒治所	擔任矯正機構臨床心理師 17 年

	臨床心理師	
B5	衛福部署立醫院 護理師	擔任美沙冬替代療法護理師 6 年、毒品危害防 制中心個管師 1 年
B6	臺北市毒品危害防 制中心個管師	擔任毒品危害防制中心個管師 9 年

註：

- 1、A 代表司法端人員，4 名男性 2 名女性；B 代表處遇端人員，2 名男性 4 名女性。
- 2、所有訪談皆完成於 2017 年及 2018 年，各項經歷年資以受訪時計算。

第三節 研究工具

一、研究者

研究者為大學法律系畢業，從事司法實務工作 20 餘年，其中與毒品政策相關之工作經驗 8 年，對於毒品危害防制條例等相關法規及刑事司法之運作模式具深入的理解；由於工作上時常需與法務部統計處聯繫，彙整相關法務統計資料，並與行政院、立法院、監察院及相關部會溝通，因此對官方統計數據之意義及限制較能掌握；此外，研究者在 2008 年、2009 年參加外語能力測驗（FLPT），成績皆達相當全民英檢中高級之程度，能順暢閱讀英文文獻，加上修讀博班時有數門課程以英文文獻為教材，在老師的指導下，對英文文獻的掌握能力更形提升；在法務部服務期間，曾負責承辦二次毒品議題國際研討會，亦時常參加相關之國際研討會，與美國、英國、挪威、日本、香港、葡萄牙等國家或地區之學者有較多學習交流之機會。在前述學習及工作的基礎上，研究者在進行第二章文獻回顧時，對於有關毒品施用者分流處遇政策之法令規章、統計數據及中外文獻，有相當之掌握度。

對於深度訪談之研究，由於研究者於研究期間仍為第一線之毒品政策參與者，對中央部會毒品業務承辦人員，以及鑽研毒品領域之學者，多有熟識，對於尋找合適之訪談對象及建立訪談時之信任關係，皆有相當之幫助；在研究方法上，研究者在博班修課期間即已修讀質性研究之課程，在專精質性研究之指導老師帶領下，能夠循嚴謹的質性研究之研究法進行本研究；對於訪談之實施，因曾從事第一線犯罪偵查工作，曾負責過數百次犯罪調查之詢問工作，雖然犯罪偵查之詢問工作與研究工作之訪談之性質並非完全相同，然保持中立客觀之態度，依據事實釐清爭點，是兩者皆需遵循之原則，以往犯罪調查之工作經驗，對本研究之進行，亦具有相當之助益。

對於多目標決策之分析，係研究者於博士班課程中所習得之研究方法，經由課堂上的原則講習、範例演練，對於研究方法之操作已有相當之掌握，而本研究敦請兩位博士擔任指導老師，亦可藉由對多目標決策分析學有專精之專家持續指導，使此部分研究之進行能更為精確。在多目標決策分析中，填答問卷之研究參與者對於研究效度有舉足輕重的影響，必須是此領域具代表性之專家，研究者徵得所有深入訪談受訪者之同意，回收所有多目標決策問卷，對於多目標決策分析之研究有相當大之助益。

二、訪談綱要

本研究之訪談目的有二，其一為了解我國毒品施用者分流處遇制度之現況及未來可改善調整之方向，其二為蒐集檢察官為附命完成戒癮治療之緩起訴處分時所應考量之篩選項目。為了使訪談能有效達到預期之目的，研究者在參考相關法律規定、實務運作狀況及本論文第二章文獻回顧資料後撰擬訪談綱要。

研究參與者分為司法端與處遇端之專家學者，考量二個不同角色專業知識及經驗之差異，因此訪談內容雖然都是聚焦於現有處遇方案運作方式、分流機制運作方式、分流或處遇現況有無改進建議及緩起訴戒癮治療對象篩選時應考量之項目等主題，但訪談大綱會依個別受訪者之專長領域做適當之調整，例如對檢察官及檢察事務官之訪談，詢問目前對相關法規架構、處遇公平性、司法實務運作現況及困境等議題之意見；對觀護人之訪談，詢問地檢署對毒品施用者觀護工作執行狀況、對撤銷緩起訴個案判斷等議題之意見；對矯正署業務主管之訪談，詢問對毒品施用者機構處遇制度規劃及內容、司法戒癮費用、初再犯處遇制度等議題之意見；對衛生福利部心理師之訪談，詢問衛福體系在毒品施用者處遇所提供方案、各地毒品危害防制中心角色定位、多元處遇可能內容、戒癮費用補助等議題之意見；對成癮戒治專科醫師，詢問緩起訴個案醫療處遇流程、個案醫療需求性評估、毒癮復發處理等議題之意見；對矯正機構心理師之訪談，詢問機構處遇制度規劃及執行現況、復歸社會轉銜、對假釋個案處遇建議等議題之意見；對執行美沙冬治療護理師之訪談，詢問海洛因個案處遇實務、海洛因個案高再犯情形、醫院個管工作等議題之意見；對毒防中心個案管理師之訪談，詢問毒防中心個管服務內容、個案後追制度、毒防中心與醫院及地檢署橫向聯繫等議題之意見。

另由於本研究之深度訪談係屬於探索性質，研究參與者時有提出不在研究者訪談綱要內之重要觀點，對於這些重要的意見，研究者會隨著訪談的進展，機動

增加訪談大綱的題目，由最後結果檢視，本研究對每一個研究者參與者的訪談大綱幾乎都不相同（詳如本章第四節資料處理與分析之訪談部分），最後形成之訪談綱要如附錄 1。

所有訪談之進行，皆由研究者獨立完成；由於專家學者部分多為研究者熟識之工作夥伴，或是經由工作夥伴所介紹，除了 A5 進行兩次訪談外，餘皆進行 1 次訪談，若於訪談後尚有未明之處，則另行聯絡確認，或於後續其他研究參與者之訪談中釐清；訪談之地點，除 B5 因方便性之考量，在速食店中進行外，餘皆於研究者或研究參與者之辦公處所中進行；訪談時間規劃皆以 90 分鐘為原則，惟多數訪談皆在開放性的意見交流下，實際訪談時間超過此數，甚至有數位達 3 至 4 小時；在訪談的過程中，對專家學者進行訪談時，基於彼此的信任關係，訪談之進行皆相當順利。

三、多目標決策分析問卷

如第本章第一節研究方法中所述，在建立「決策支援系統」的目標上，所面臨的最大難題，係評量個案應考慮那些構面？其下有那些項目？為尋找這些構面及項目，本研究首先藉由文獻回顧，建立了「緩起訴處分戒癮治療對象篩選項目初稿」，作為構面及項目探討之基礎，此部分詳細內容如第二章第四節第四點。

由於文獻係來自國內外相關領域意見之擷取，加上作者之詮釋歸納，是否能符合國內實務之需求，尚有待檢證，因此，本研究利用對專家學者訪談之時會，亦請受訪者對「緩起訴處分戒癮治療對象篩選項目初稿」之項目一一檢視，訪談過程中，由於本議題在國內尚少人研究，因此受訪者較難立即給出全面具體的建議，通常係在研究者與受訪者間所進行的項目說明及概念釐清後，受訪者才能在其專業領域內提供具體的建議，對於受訪者所提出的增、刪、修改之合理意見，研究者會立即將篩選項目初稿進行調整，再以修正後之篩選項目請後續之受訪者提供意見，及至最後三、四位受訪者檢視篩選項目時，多已認為篩選之構面及項目已屬妥當，對於「緩起訴處分戒癮治療對象篩選項目初稿」與定稿間增、刪、修正之理由及依據，詳細記載於第五章第一節「篩選構面及項目之調整」中。

在依受訪者意見製作多目標決策問卷後，先請 1 位問卷受測者試填初稿，最後依試測者之意見，將原本用字較精簡的構面及項目名稱，改以較淺顯且具體之文字表達，避免受測者在問卷文義解讀上之困難，之後，再依指導教授之建議，將各構面及項目之敘述加上方向性，例如原本 C1 為「個案健康改善」，加上方

向性後，改為「較有利個案健康改善」，使受試者可以理解在篩選緩起訴戒癮個案時，要考量的是如果個案給予緩起訴戒癮機會時，是否個案可獲得獲得較大健康改善。在方向性加入後，再使試測者填答，認為填答時更不易混淆，可較直觀的填寫問卷，避免產生誤會，最後確認之問卷包含第一階層的「緩起訴戒癮治療對象篩選項目」1 個題組，以及第二階層的「較有利個案健康改善」、「較不會影響社會治安」及「有助於家庭功能維持」等 3 個題組，內容如附錄 2。

由於多目標決策問卷之受測者，皆為深度訪談之受訪者，在前階段之訪談過程中，對於本研究目的、相關背景知識及項目意涵之掌握度較高，因此，以電郵或 LINE 等通訊方式使受測者填答後回傳之過程皆相當順利。

第四節 資料處理與分析

一、訪談部分

本研究深度訪談屬於質性研究，為了在深度訪談過程中能將發現充分的理解及開展，因此在每一個訪談結束後，便會就該次訪談進行紀錄（即產生文本）、初步編碼、發現主題，依資料整理分析的結果，修正確認後續訪談綱要，再進行下一個訪談，以「螺旋般循環的方式」，進行資料的蒐集及分析（如圖 3-4-1）。而在完成所有訪談之後，再依最後形成的主題架構，對所有的文本進行比較分析，並提出研究發現。

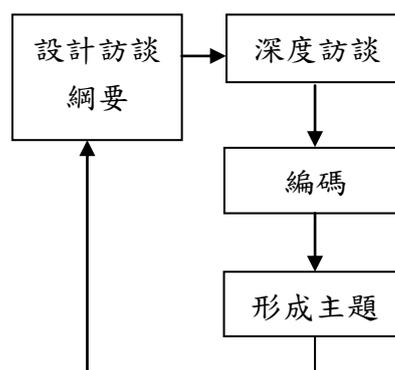


圖 3-4-1 深度訪談資料分析螺旋循環

本研究依前述方式產生每一次訪談綱要，並次第訪談專家學者。所有訪談之資料分析皆由研究者獨力完成，文本紀錄最終超過 20 萬字，亦由研究者自行製作，雖然使得研究工作之進行較為緩慢，但也有以下的優點：其一，研究者可藉由重新聆聽研究者與研究參與者間的對話，發現在訪談當時未能注意之細節或絃外之音，藉以完整掌握研究參與者所要表達的意思，發掘有意義的主題；其二，藉由親自聆聽錄音檔，可以針對已發現有價值的觀點，即時調整後續受訪者的訪談綱要，或回頭與該研究參與者確認，以使該觀點之探索更加完整；其三、原先每次訪談規劃以一個半小時為度，但討論熱烈，大部分訪談時間超過此度，甚至

有長達 3 至 4 小時之訪談時間，在較長的訪談過程中，部分對話雖不在訪談綱要之內，但與本研究息息相關，研究者可以快速區分而予以紀錄，確保相關內容皆詳實紀載，而部分與研究目的不相涉，也可由研究者即時確認後，紀錄大意及錄音時間，以摘要略記的方式整理；其四、由於訪談、錄音、紀錄皆由研究者一人完成，因此對於研究參與者之身分保密及其他保護也較為容易而週全。

在訪談紀錄文本完成後，接著進行分析騰寫研究資料，亦即「編碼」(coding)的工作，編碼是指分析資料的歷程，亦即將資料分解、概念化和整合的過程，Bogdan 和 Biklen 指出質性研究中分析資料的方法有兩種，一為「持續比較法」，一為「分析歸納法」(鈕文英，2015)。

由於本研究在一開始，並無法預期在「處遇方案」、「分流機制」及「緩起訴篩選項目」三個深度訪談的研究範疇內，會發展出什麼探討內容，而這些內容也難歸納至既有的文獻類別之中，因此本研究編碼的方式，採取「持續比較法」，即編碼過程中會有「閱讀和註解資料以單位化話題」、「統整話題以形成類別」、「聯結類別以建構主題」三個層次的編碼過程(鈕文英，2015)。

實際的操作方式，係先將文本的對話內容先加以概念化，形成個別的話題；次將每 1 個話題歸類整合至不同的探討議題(類別)，所有的探討議題的形成，皆在深度訪談所欲探討的「處遇方案」、「分流機制」及「緩起訴篩選項目」三大主題之下，例如在本研究中 A5、A6、B2、B4 四位研究參與者皆對於觀察勒戒方案由矯正機構執行的現況提出看法，本研究在將該等談話內容概念化為話題後，統整為「處遇方案」主題下的「觀察勒戒處遇方式之檢討」(類別)，在經過上述編碼的過程後，所有的類別皆會在不同主題下進行探討，有關「處遇方案」、「分流機制」主題的內容，將第四章呈現，有關「緩起訴篩選項目」主題的內容，將在第五章中呈現。(如圖 3-4-2)

為確保未來引述研究參與者意見時，能迅速回到訪談紀錄中找到原文，並考慮到訪談紀錄編碼過程的變動性，本研究的引述代碼是以「受訪者代號-訪談次序-主軸議題」來進行，例如 A5-1-4，即代表對 A5(觀護人)第 1 次訪談的第 4 項主軸議題，該議題是「毒品施用者處遇分流應評估的內容」，在這個編碼下，尚包含主要及追問的問答。

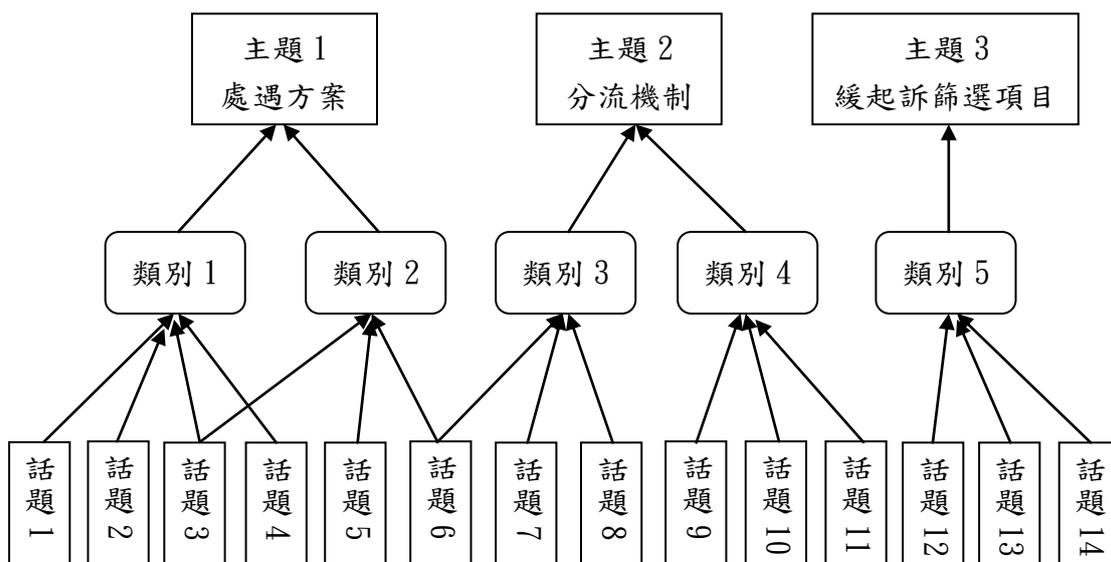


圖 3-4-2 持續分析比較過程

最後，在分析及呈現資料時（本文第四章及第五章），本研究將避免研究參與者真實身分之曝露，亦避免讀者可經由研究過程或研究結果呈現之內容，推測出研究參與者之身分，以免對研究參與者帶來困擾。這個處理原則適用於所有受訪的專家學者，尤其在本研究當中，許多參與研究者仍為現職毒品防制政策之參與者，在論及既有體制之剖析及建議時，可能有個人意見與單位政策方向不一致之情形，因此在研究過程及結論撰寫時，特別注意相關細節以保障研究者之身分保密，避免對研究參與者或所屬機關造成不必要的困擾。

二、多目標決策部分

有關多屬性決策分析，有簡易多屬性評等技術、分析層級程序法、資料包絡分析法等不同工具，本研究採用的是分析層級程序法中 Saaty 於 1997 年所提出之方式。

對於如何篩選緩起訴戒癮治療對象這個目標，經由文獻回顧及質性訪談建立多目標決策分析之構面及項目後，將依 Saaty (1997) 建議以 1 到 9 的比例尺度來衡量，之後，再以兩兩比較的方式，利用偏好相加遞移(additive transitivity)的特性，建立成對比較偏好決策矩陣(pairwise comparison preference decision matrices)。

如前所述，所有深入訪談之研究參與者，皆為本研究多目標決策分析問卷的施測對象，其經歷主要可分為「司法端」及「處遇端」兩大類背景。考量司法與

處遇體系所追求之目標有所不同，組間差異若大，表示不同體系間之價值尚有待建立共識並加以融合，相反的，組間差異若小，則表示雖處於不同體系，但皆能考量彼此的價值。進一步的理解，係若不同體系的價值差異若過大，則未來欲在實務上使用本研究成果，仍需加強跨域的溝通，除了保障篩選過程中各構面的因素能被考量外，亦需使掌握最終決定權的檢察官與處遇端的工作者密切交流。是以，本文的多目標決策分析，除了為整體的分析外，亦將分組加以分析比較。

行為的決策，如果僅涉及單一的目標，則針對該目標的手段中，成本最低、效益最高的方式，即為最佳的決策。但如果行為的決策涉及多目標，則需先就眾多目標當中孰輕孰重、權重如何、有無單項最低標準等問題進行分析，建立一定之標準，如此在一連串的決策選擇時，才能有一致的決定，此對於強調公平的司法而言尤其重要。而由於多目標間之輕重估算，彼此間通常沒有共同的單位可換算，因此需要由對議題有深入了解的專家以其知識及經驗提出最適當的衡量建議。本文藉由文獻回顧，已整理出 3 構面、11 項目（詳第二章第四節），惟為求慎重，本文利用前述個別深入訪談的機會，將構面及項目內容再為確認，並修正為 3 構面、9 項目（詳第五章第一節），再據以設計出多目標決策問卷，並進行施測分析、撰寫結論，問卷回收後，所採用之分析方式如下：

（一）相乘偏好關係

矩陣 $A \subset X \times X$ 表示為 X 方案/屬性所形成之相乘偏好關係集合 A ，其中 $A=(a_{ij})$ ， a_{ij} 是方案/屬性 x_i 和方案/屬性 x_j 的偏好強度比較值，Saaty(1997)建議 a_{ij} 以 1 到 9 的比例尺度來衡量， $a_{ij}=1$ 表示方案/屬性 x_i 和方案/屬性 x_j 無差異 (indifference)， $a_{ij}=9$ 表示方案/屬性 x_i 較方案/屬性 x_j 絕對地(absolutely)重要， a_{ij} 與 a_{ji} 互為倒數且二者相乘為 1 時，則稱為相乘偏好關係，即：

$$a_{ij} \times a_{ji} = 1 \quad \forall i, j \in \{1, \dots, n\} \quad (1)$$

（二）模糊偏好關係

X 方案/屬性所形成的一個模糊偏好關係 P 是在乘積集合 $X \times X$ 上的一個模糊集合，以隸屬函數(membership function) $\mu_p : X \times X \rightarrow [0,1]$ 表示，其中 $P=(p_{ij})$ ， $p_{ij}=\mu_p(x_i, x_j)$ ， p_{ij} 是方案/屬性 x_i 相較於方案/屬性 x_j 的偏好程度(degree of preference)比較值。若 $p_{ij}=1/2$ 則表示 x_i 和 x_j 一樣好 ($x_i \sim x_j$)， $p_{ij}=1$ 表示 x_i 絕對地優於 x_j ， $p_{ij}=0$ 表示 x_j 絕對地優於 x_i ， $p_{ij}>1/2$ 則表示 x_i 相對地優於 x_j ($x_i \succ x_j$)。因此偏好矩陣 P 中 p_{ij} 與 p_{ji} 相加為 1，即：

$$p_{ij} + p_{ji} = 1, \quad \forall i, j \in \{1, \dots, n\} \quad (2)$$

(三) 建構一致性互補模糊偏好關係矩陣

假設有一組方案/屬性 $X = \{x_1, x_2, \dots, x_n, n \geq 2\}$ ，其成對比較偏好的決策判斷矩陣，係以正倒相乘偏好關係(reciprocal multiplicative preference relations)所建立，即決策判斷矩陣 $A = (a_{ij})$ 其 $a_{ij} \in [1/9, 9]$ ，其矩陣中各元素 a_{ij} 可透過函數：

$p_{ij} = g(a_{ij}) = (1 + \log_9 a_{ij})/2$ ，求得與 A 相對應的互補模糊偏好關係矩陣(reciprocal fuzzy preference relations matrix) $P = (p_{ij})$ 其 $p_{ij} \in [0, 1]$ 。此處 $\log_9 a_{ij}$ 係考慮 a_{ij} 介於 $1/9$ 到 9 之間。若互補模糊偏好關係矩陣 $P = (p_{ij})$ 符合相加遞移一致性(additive transitivity consistency)，則下列公式成立。

$$p_{i(i+1)} + p_{(i+1)(i+2)} + \dots + p_{(j-1)j} + p_{ji} = (j-i+1)/2, \quad \forall i < j \quad (3)$$

因此我們僅須由方案/屬性 $X = \{x_1, x_2, \dots, x_n, n \geq 2\}$ 的 $n-1$ 個模糊偏好關係值 $\{p_{12}, p_{23}, \dots, p_{n-1n}\}$ ，再透過(2)、(3)公式，可求得整個決策矩陣 P 之其他各元素，即 $B = \{p_{ij}, i < j \wedge p_{ij} \notin \{p_{12}, p_{23}, \dots, p_{n-1n}\}\}$ 的模糊偏好關係值，然而該決策矩陣 P 中之元素若並非全部都在 $[0, 1]$ 區間之內，但會在 $[-a, 1+a]$ 區間內，其 $a = |\min\{B \cup \{p_{12}, p_{23}, \dots, p_{n-1n}\}\}|$ ，因此欲獲得一致性互補模糊偏好關係矩陣 P' ，須透過 $P' = f(P)$ 的轉換函數(transformation function)得到，並可以維持其互補性(reciprocity)及相加一致性(additive consistency)，其轉換函數為：

$$f: [-a, 1+a] \rightarrow [1, 0], \quad f(x) = \frac{x+a}{1+2a} \quad (4)$$

(四) 建構互補模糊語意偏好關係矩陣

Wang and Chen(2008)以 CFPR 為基礎，將互補模糊偏好關係矩陣 $P = (p_{ij})$ 以語意變數表達的三角模糊數(TFNs)作修正，建立互補模糊語意偏好關係矩陣為 $\tilde{P} = (\tilde{p}_{ij}) = (p_{ij}^L, p_{ij}^M, p_{ij}^R)$ ，運用 Buckley(1985)說明模糊正倒相乘偏好矩陣 $\tilde{A} = (\tilde{a}_{ij})$ $\tilde{a}_{ij} \otimes \tilde{a}_{ji} \approx 1$ 之一致性條件 $\tilde{a}_{ij} \otimes \tilde{a}_{jk} \approx \tilde{a}_{ik}$ ，證明 $\tilde{P} = (\tilde{p}_{ij})$ 其 $\tilde{p}_{ij} \in [0, 1]$ 符合相加一致性時， $p_{ij}^L + p_{ji}^R = 1$ ， $p_{ij}^M + p_{ji}^M = 1$ ， $p_{ij}^R + p_{ji}^L = 1 \quad \forall i, j \in \{1, \dots, n\}$ ，且下列公式成立。(詳細證明過程請參照 Wang and Chen(2008))

$$p_{i(i+1)}^L + p_{(i+1)(i+2)}^L + \dots + p_{(j-1)j}^L + p_{ji}^R = \frac{j-i+1}{2} \quad \forall i < j \quad (5)$$

$$p_{i(i+1)}^M + p_{(i+1)(i+2)}^M + \dots + p_{(j-1)j}^M + p_{ji}^M = \frac{j-i+1}{2} \quad \forall i < j \quad (6)$$

$$p_{i(i+1)}^R + p_{(i+1)(i+2)}^R + \dots + p_{(j-1)j}^R + p_{ji}^L = \frac{j-i+1}{2} \quad \forall i < j \quad (7)$$

同樣地，我們僅須由方案/屬性 $X = \{x_1, x_2, \dots, x_n, n \geq 2\}$ 的 $n-1$ 個模糊語意偏好關係值 $\{\tilde{p}_{12}, \tilde{p}_{23}, \dots, \tilde{p}_{n-1n}\}$ ，再透過(5)~(7)的公式，可求得整個決策矩陣 \tilde{P} 之其他各元素的模糊語意偏好關係值，但值得注意的是，假如所獲得的決策矩陣 \tilde{P} ，其部分 \tilde{p}_{ij} 值不在 $[0, 1]$ 區間之內，但是在 $[-c, 1+c]$ 區間範圍內，則須使用轉換函數 $f: [-c, 1+c] \rightarrow [1, 0]$ ，以確保符合決策矩陣的互補性(reciprocity)及相加一致性(additive consistency)，其決策矩陣內所有 \tilde{p}_{ij} 的三角模糊數左(L)中(M)右(R)各端點之轉換函數為下列各式。

$$f(x^L) = \frac{x^L + c}{1 + 2c} \quad f(x^M) = \frac{x^M + c}{1 + 2c} \quad f(x^R) = \frac{x^R + c}{1 + 2c} \quad (8)$$

(五) 計算整合之重要度權值

本研究即運用上述 FLPR 方式，由評估人員 k 針對志工教誨成效評選架構，於所欲量測之評選層面與其準則加以順序相鄰(sequentially adjoining)成對評估比較，其獲得之最終 FLPR 矩陣為 $\tilde{P}^k = (\tilde{p}_{ij}^k)$ ，若有 m 位評估人員，採用 Wang and Chang(2007)提出的平均模式：

$$\tilde{P}_{ij} = (1/m) \otimes (\tilde{P}_{ij}^1 \oplus \tilde{P}_{ij}^2 \oplus \dots \oplus \tilde{P}_{ij}^m) \quad (9)$$

符號 \otimes 與 \oplus 係定義中的模糊乘法及模糊加法， \tilde{P}_{ij} 為整合 m 位評估人員對各評選項目之重要程度成對比較的綜合 FLPR 評估值，因此整合後之 FLPR 評估矩陣為 $\tilde{P} = (\tilde{p}_{ij})$ ，而為求各評估項目 i 整合的影響程度 \tilde{I}_i ，則可利用 Wang and Chen(2008)建議之列向量平均值標準化的方式來求得，即：

$$\tilde{A}_i = (1/n) \otimes (\tilde{p}_{i1} \oplus \tilde{p}_{i2} \oplus \dots \oplus \tilde{p}_{in}), \quad \tilde{I}_i = \tilde{A}_i \otimes (\tilde{A}_1 \oplus \tilde{A}_2 \oplus \dots \oplus \tilde{A}_n)^{-1} \quad (10)$$

由上式可求得評估項目重要程度評估矩陣 $\tilde{I} = (\tilde{I}_1, \tilde{I}_2, \dots, \tilde{I}_j)^T$ 。

第五節 研究倫理

一、誠實且尊重研究參與者

本研究於洽詢研究參與者時，即先口頭告知本研究之題目、目的等研究參與者應知情同意之內容，並表示研究者目前雖係在公職服務，但本研究係作為個人博士論文使用，若認為不願意受訪，不需礙於研究者所具公職之因素而勉強同意。

另本研究之主題性質並不會因研究者對研究參與者揭露本研究之方法、目的等事項，而對訪談目的造成影響，因此研究參與者對於本研究之相關事項有任何疑問，研究者皆會詳細說明，研究者也會盡到保護研究者的一切義務。

二、研究參與者知情同意

為避免日後研究倫理之爭議，在正式訪談前，皆先請研究參與者簽署同意書（如附錄 3），同意書上將載明本研究之研究目的、匿名使用方式、保護研究參與者之措施及研究者身分及姓名，並說明在訪談過程中所有的研究參與者可隨時拒絕參與研究。由於本研究之研究參與者皆為成年人，本身皆有同意參與研究之能力，若研究參與者認為訪談有需單位主管同意者，亦在研究參與者徵得其主管同意後進行，其中對毒防中心個管師 B6 進行訪談時，因其主管恐 B6 之意見不夠正確、周延，因此訪談地點安排於主管之辦公區內進行，部分議題進行中時，B6 之主管亦表達其意見，並記於訪談紀錄內，由於 B6 之訪談本即在了解毒防中心在毒品施用者分流處遇制度之意見，因此 B6 主管之參與訪談並不會對該訪談有任何影響，且有相當之助益。

在多目標決策問卷施測部分，除了於寄送問卷前先確認研究參與者之意願，並且在問卷之首加入如同訪談同意書之告知事項（如附錄 2），使研究參與者在問卷填答前能充分了解研究目的等事項。

三、隱私、匿名及保密原則

本研究對專家學者之訪談，所談論之範圍皆係屬於工作或專業領域之探討，較不涉及隱私，然為求周全，仍以匿名、保密的方式處理，以保護研究參與者之隱私不會受到侵害。

為使研究過程中研究參與者能充分表達意見，避免研究參與者產生困擾，本研究在訪談後之訪談紀錄、資料分析、報告產出，皆以匿名之方式處理，以對研究參與者為基本之保護，另在對外發表時對於由陳述內容可能推斷出研究參與者身分之紀錄一律不摘錄。

多目標決策分析部分，雖最後呈現之結果為一綜合性之權重取捨，並不會有個別意見之呈現，但對於樣本選取、研究施作等過程之敘述，亦與訪談相同，係以代號之方式匿名處理，避免對研究參與者造成困擾。

所有研究過程中之相關資料，皆由研究者妥善保管，除了在論文形成過程中

與指導老師之討論外，不對外公開。

四、客觀分析報告

為使訪談經過能詳實記錄、事後分析及重行檢視，經每一位訪談者請求同意後對訪談經過錄音，以避免記憶所產生之偏差，本研究最後進行結果，所有研究參與者皆同意錄音，因此訪談內容之正確性獲得較好之保障。

在訪談之後，在指導老師的教導下，研究者對紀錄進行編碼工作，對於資料分解、概念化和整合的過程，由指導老師協助檢視，對不當夾帶研究者個人主觀意見部分，在指導老師的提醒下，皆加以修正，以確保編碼過程之客觀性。

在訪談及多目標決策結果呈現方式，本論文皆以專章之方式呈現，第四章是研究參與者對於毒品施用者分流機制及處遇方案現況描述及發展建議之呈現，第五章是對於緩起訴戒癮治療對象篩選項目多目標決策分析結果之呈現，此兩章之內容皆僅呈現研究參與者之意見，研究者僅負責組織使其呈現，並不加入個人之判斷，至第六章第二節政策建議部分，研究者方在第四章、第五章之基礎上，提出自己的想法及建議，藉由章節之區分，確保研究參與者之意見不會因研究者以「夾議夾敘」的方式呈現而扭曲原意。

五、對研究參與者之保護及利益維護

由於研究者及多數的參與研究者，皆屬於現行毒品防制工作之第一線工作者，因此無論是研究參與者在論及既有體制之剖析及建議時，或是研究者提出的看法及建議，皆有可能產生對研究參與者不利益之情形，而這個情形通常是發生制度變革後業務量之增加，例如倘建立更健全的緩起訴戒癮治療評估機制時，可能會增加地檢署裏檢察官或檢察事務官之工作負擔，要增加社區處遇比例時，也會增加觀護人之工作負擔，由於甲部門工作之增加，常是來自乙部門工作之減少（如社區處遇增加觀護人工作，但會減少矯正機關之工作），因此本研究將在為制度變革建議之同時，亦同時強調資源重新分配之重要性，避免使研究參與者成為研究成果之受害者。

第四章 毒品施用者分流處遇制度運作之檢討

毒品施用者分流處遇制度中所稱之制度，係指以規則或運作模式，規範個體行動的一種社會結構。制度的內涵包含被規範之對象、規範之規則或運作模式²¹。在毒品施用者分流處遇制度中，被規範之對象為「毒品施用者」，規範之規則或運作模式則包含針對不同需求所設計之各種「處遇方案」，以及將條件相異之毒品施用者分配至不同處遇方案之「分流機制」，本章第一節及第二節將就我國在「處遇方案」及「分流機制」所面臨之問題分別討論。而在分流機制中，如何將最適合緩起訴戒癮治療的個案篩選出來的具體方式，將於第五章另行討論。毒品施用者分流處遇架構如圖 4-0-1。

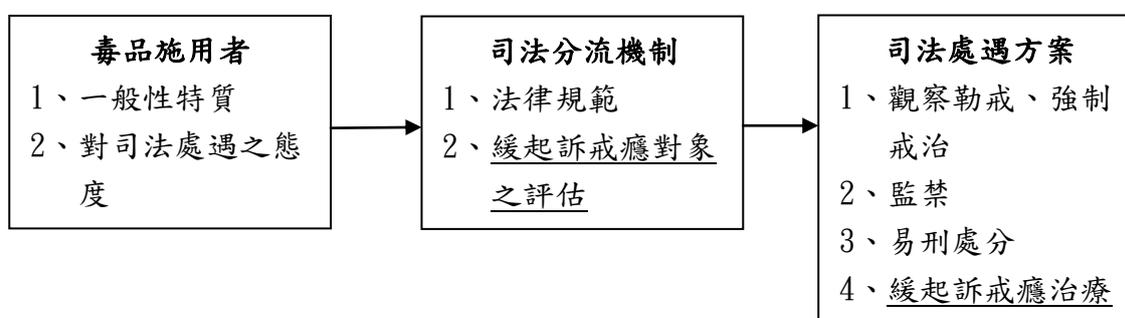


圖 4-0-1 毒品施用者分流處遇制度架構圖

本章將以歸納之方式，將專家學者之意見分門別類予以呈現，受訪對象 A1~A6 屬司法端之專家學者，其專長主要在於分流之規範及運作，B1~B6 屬處遇端之專家學者，其專長主要在司法處遇方案之內容及實施。A、B 兩領域間之專家學者，平時基於工作需要，即經常性地進行跨領域合作交流，因此對彼此的領域內容也有相當之了解，並能提出不同角度的觀察；而同屬於司法領域（A）或處遇領域（B）的專家學者，基於各自專業背景及立場之不同，其觀點、見解亦不盡相同。本研究希望藉由各種不同的觀點、想法的呈現，使毒品施用者分流處遇制度之現況描繪及問題剖析能更為完整。

以下，針對圖 4-0-1 毒品施用者處遇制度中之「處遇方案」及「分流機制」分別探討之，相關訪談資料如附錄 4。

²¹摘自維基百科「制度」條目。參考網址：
<https://zh.wikipedia.org/wiki/%E5%88%B6%E5%BA%A6>。

第一節 處遇方案運作所面臨之問題

毒品施用者處遇方案之規劃，需能符合毒品施用者之特質、條件及需求，我國目前主要的處遇方案「觀察勒戒」、「強制戒治」實施於 1998 年，修正於 2004 年，其後就制度本身未再修正；而「緩起訴戒癮治療制度」實施於 2008 年，並於 2013 年將使用對象擴及第二級毒品施用者，自實施迄今，運作方式及處遇內容亦無調整。在新興毒品快速演變、娛樂性使用毒品之比例不斷增加的今日，現行的各類處遇方案是否能符合現今毒品施用者之特性、條件及需求，係探討毒品施用者分流處遇制度時須加以釐清的問題，只有在大多數毒品施用個案皆有合適的處遇方案，方能進一步討論分流配對的議題。

本研究經由對 12 位研究參與者的訪談，發現我國毒品施用處遇方案可歸納出下列幾點問題：

一、緩起訴處分附命條件之彈性不足

對於緩起訴處分附命條件之彈性是否足夠之議題，受訪者之意見涉及諸多面向，以下分段說明之：

(一) 考量毒品施用者之個別差異，緩起訴處分之條件有待放寬

對於毒品施用者緩起訴之條件，目前的制度上只有「附命完成戒癮治療」的惟一選項，未來是否應該賦予更多的彈性？

A1 (檢察官) 認為如只施用 1 次就被捉到的學生，如果一切都很正常，沒有前科，也沒有醫療的需求，現行緩起訴一定要戒癮治療的制度便不能適當處理他的狀況 (A1-1-8)；**A5 (觀護人)** 以在第一線實務之觀察發現，緩起訴的個案差異很大，大部分的個案都不需要這麼多的資源投入，但現行的制度很僵化，會需要精神科醫師的個案，大都跟處方有關，但可能 5 成以上的個案是不用經過精神科醫師治療 (A5-1-10)；**B1 (心理師)** 依其從事毒癮戒治政策之觀察，發現在非鴉計畫中也看到，1/3 的緩起訴個案用不到這麼密集的治疗，不管是否達到藥癮治療的需求，現在我們不管藥物使用的情況是輕、中、重，都給一樣的服務 (B1-1-11)；**B2 (成癮戒治科醫師)** 認為，將來不是一定要到醫療單位，這是一個好的方向 (B2-1-4)；**B3 (成癮戒治科醫師)** 也認同，如果法律修改，例如一些 recreational 的大麻施用者，就可以不用來醫院 (B3-1-9)；**B5 (護理師)** 則舉所接觸的個案中，就有僅以煙吸方式施用海洛因的個案，認為自己根本未成癮，

如果使用美沙冬替代治療，便可能真正成癮（B5-1-2）。

前述訪談內容歸納為下列幾點：

- 1、依實務界的觀察，約有 1/2 的觀護個案，或 1/3 以上的非鴉計畫個案，不需要接受精神科醫師的治療或不需要密集的治療。
- 2、建議不需要醫療協助的個案包含：(1) 一切都很正常，沒有前科，只施用 1 次就被捉到的學生；(2) recreational 的大麻施用者；(3) 僅以煙吸方式而未成癮的海洛因個案。
- 3、個案毒品使用情形差異大，處遇方式應有所區分，但依目前法律規定，毒品施用緩起訴個案一律需附命完成戒癮治療。

綜上所述，受訪者普遍認為毒品施用個案具有相當之差異性，且有相當比例之個案並無醫療需求，目前法律規定毒品施用緩起訴個案一律需附命完成戒癮治療之作法，實有鬆綁的需要。

(二) 戒癮治療對無醫療需求者之負面影響應予重視

倘毒品施用者緩起訴處分之處遇計畫可與醫療處遇脫鉤，必須進一步探討一個可能的疑問：如果醫療處遇對於個案並無不利，為何還要冒分流評估失準之風險，使部分個案不使用醫療服務？

A2（檢察官）表示，如果沒有癮的人送醫院，就會阻斷其他需要的人進入戒癮治療，個案雖然都很想要接受緩起訴處分，然有時因為經濟狀況而沒辦法支付戒癮治療費用，便會不去接受醫院治療，對這些中輟個案，只好起訴，但起訴判刑後，即使刑期低可易科罰金，也沒有錢可以易科罰金，而易服社會勞動原則上不會讓吸毒的人去，最後可能就會被關（A2-1-2）；A6（矯正署科長）表示，有些地區的醫院根本無法配合開設緩起訴戒癮的門診，例如在雲林臺西，如果雲林長庚不願意幫忙的時候，個案就要跑非常非常遠（A6-1-10）；B2（成癮戒治科醫師）表示，已經上癮的人給予醫療協助，他們很感謝醫療給他們的協助，專業的醫療人員也很願意做這件事，還沒有成癮的人，不見得會認同他要接受醫療。此外，有些醫院本來是不做的，但衛生局要求，非做不可，就擠出一點點時間，結果他們喜歡那種一點問題都沒有的人，這樣就是一種浪費，就算這個醫院本來很認真做藥癮治療，很希望做困難的，發展這個專業，可是現在緩起訴的制度挑最好處理的人，某種程度，醫院就不見得往專業發展了（B2-1-4）；B4（心理師）和 B6（毒防中心個案管師）都表示，由於觀護人室報到及醫院治療都只能在上班時間，個案很難向雇主交待為何要請那麼多假，因此常無法找到較穩定的工作

(B6-1-4)。

前述訪談內容歸納為下列幾點：

- 1、有醫療需求者不但接受治療意願高，也會很感謝醫療協助；但要求無醫療需求者接受戒癮治療，不但個案接受治療意願低，在資源有限的情形下，會影響有醫療需求者的就醫機會。
- 2、當緩起訴制度也挑選毒品問題輕微個案時，醫院會偏好比較好處理的個案，而較不會往戒癮專業發展。
- 3、緩起訴戒癮個案參與戒癮治療，可能因需於上班時間就醫而難找到穩定的工作，亦可能因就醫不便、沒錢支付治療費用等原因中輟治療，導致被撤銷緩起訴。

綜上所述，對無醫療需求之緩起訴處分個案附命戒癮治療，不但可能會使有限的醫療資源錯置，也可能因個案無法負擔醫療費用、就醫便利性不足，增加撤銷緩起訴的風險。因此，將無醫療需求的個案予以區分，另行安排適當的緩起訴條件，有助於毒癮處遇制度之發展。

(三) 非醫療需求個案之處遇方案有待規劃

倘若毒品施用者緩起訴後，可以適用醫療以外的處遇計畫，那麼，這些處遇計畫可以包含那些內容？又該注意什麼問題呢？

A1 (檢察官)認為緩起訴處分的處遇計畫可以回到刑事訴訟法第 253 條之 2 的內容²²，如果醫生評估要住院，自願性住院也可以成為緩起訴條件 (A1-1-8)；**A2 (檢察官)**認為沒有癮的人，只要保護管束就好，也可令其到毒防中心定期向個管師報到，從事就業或就學，把它當作一個條件 (A2-1-7)；**A3 (檢察官)**認為有些個案只要罰金和驗尿就可以了 (A3-1-3)；**A5 (觀護人)**認為個案會施用毒品，都會有用藥的原因，大概都需要心理師來協助，臺北地檢署目前有「正

²² 刑事訴訟法第 253 條之 2 第 1 項規定的緩起訴條件包含：

- 一、向被害人道歉。
- 二、立悔過書。
- 三、向被害人支付相當數額之財產或非財產上之損害賠償。
- 四、向公庫支付一定金額，並得由該管檢察署依規定提撥一定比率補助相關公益團體或地方自治團體。
- 五、向該管檢察署指定之政府機關、政府機構、行政法人、社區或其他符合公益目的之機構或團體提供四十小時以上二百四十小時以下之義務勞務。
- 六、完成戒癮治療、精神治療、心理輔導或其他適當之處遇措施。
- 七、保護被害人安全之必要命令。
- 八、預防再犯所為之必要命令。

念班」的課程，師資還蠻多元的，大部分都是地檢署的榮譽觀護人或協會的心理師，都受過觀護相關的訓練（A5-1-9，A5-1-10）；**B1（心理師）**認為，地檢署一開始可以跟個案講好，規定個案要就業或接受什麼條件，然後個案可以去找人幫，這個幫忙的地方可以是毒品危害防制中心（B1-1-8）；**B2（成癮戒治科醫師）**認為，不需要醫療的個案，可以透過監測，例如每2星期固定來地檢署驗尿，這樣就好了，像美國有專業的驗尿單位，可確定驗尿都符合標準。而檢察官如果附命某單位或機構執行緩起訴命令的時候，而這個執行單位不是醫院，需注意掌握執行的品質，是否都需像醫院被認證過（B2-1-4）；**B4（心理師）**認為對於部分大麻個案或第1次施用就被捉到的個案，可能只要3個月的治療和講習，而不是一開始就押1年，而處遇的計畫，獎勵跟處罰都很需要，但我們的制度當中，很少有獎勵的機制（B4-1-8、B4-1-16）；**B6（毒防中心個管師）**則認為，毒防中心就像一個轉運站，不管什麼因素來的個案，都會轉到他需要的地方，例如有社會需求的，就轉社會局，有就業需求的，就轉勞動局，有法律諮商需要的，就轉法扶，也可能轉到利伯他茲、晨曦會等民間機構，主要轉介在就業和社福兩部分（B6-1-4）。

前述訪談內容歸納為下列幾點：

- 1、緩起訴個案，如果沒有成癮，可以用保護管束的方式，使其定期驗尿、定期向個管師報到，或令個案向公庫支付一定金額。
- 2、臺北地檢署所推行的「正念班」，或是其他類似課程，亦可作為緩起訴條件。
- 3、可將「就學」、「就業」當作緩起訴條件，由毒品危害防制中心來協助完成。

綜前所述，對無醫療需求之個案，大多用驗尿及社區觀護的方式來掌握及控制其毒品狀況即可，亦可附條件使個案完成心理治療或其他有助於解決毒品問題之課程，或透過各地方政府之毒品危害防制中心，使不同需求之毒品施用者獲得適當的協助及控制。

（四）相關法規有待鬆綁，具體作業準則應予規範

若要增加緩起訴處分附命條件之彈性，須先解決現行法律及相關法規之障礙，使實務能適法、順暢運作。

A2（檢察官）首先提出毒品危害防制條例第24條使毒品施用者的緩起訴處分和戒癮治療綁在一起之問題，如果該條及子法「毒品戒癮治療實施辦法及完成

治療認定標準」沒有修正，目前很難直接適用刑事訴訟法第 253 條之 2 有關緩起訴處分的一般規定 (A2-1-2)。對 A2 之意見，經研究者與法務部權責人員交換意見後，已納入毒品危害防制條例第 24 條之修正草案中²³；A1 (檢察官) 亦認同在該條文放寬後，可使緩起訴條件變成很多元，以符合個別毒品施用者處遇的需求 (A1-1-8)；A4 (檢察事務官) 認為，由於毒品施用者的案件量大，實務上多只能機械化、制式化的處理，未來若有什麼處遇方案的選擇，都必須明確規劃 (A4-1-2)。

綜上所述，目前緩起訴處分附命條件之彈性已明顯不足，若要使毒品施用者緩起訴處分所附的條件更具彈性且多元，除須修正毒品危害防制條例第 24 條及毒品戒癮治療實施辦法及完成治療認定標準等相關規定外，亦需使其他附命執行之計畫 (program) 有明確的方案內容及監督規範，才有實務的可操作性。

二、觀察勒戒之司法公平性及處遇必要性受衝擊

觀察勒戒制度是針對初犯或 5 年後再犯毒品施用罪者所設計之制度，原係認為單純的毒品施用者具有「病患性犯人」的特徵，不宜逕以刑事責任追訴，而改以處遇之模式協助其戒癮，然而，隨著毒品文化的轉變，以及緩起訴戒癮制度的不斷發展，身為毒品施用者處遇制度重要環節的觀察勒戒，亦有重行定位之必要，受訪者之意見彙整如下：

(一) 觀察勒戒與毒品施用者需求及法制狀況有所扞格

觀察勒戒制度開始於 1998 年，迄今已運作逾 20 年，在目前的時空及法律環境下，是否還能發揮原來制度規劃的功能？

A1 (檢察官) 認為，不能把觀察勒戒和強制戒治當成對初犯的恩惠，因為它是機構內處遇，和社區處遇的緩起訴處分相比，個案會認為觀察勒戒比較不好，其次，觀察勒戒也未必比起訴好，因為如果個案起訴後被判 2 個月、3 個月，是可以易科罰金，而且因為是機構內，一定要關起來，就可能有短刑自由刑的流弊，我覺得可以把它當作處遇模式的一種，而不是對初犯或 5 年後再犯才有適用

(A1-1-6)；A3 (檢察官) 認為 2008 年時毒品危害防制條例會有觀察勒戒、強制戒治的制度，就是因應海洛因施用者比較多的情況，要把他們暫時和外面隔離，但現在已經改變了，毒品的種類多了，有很多會用到二級毒品，或根本不知道自

²³ 法務部業以 108 年 3 月 4 日法檢字第 10804504840 號函將毒品危害防制條例第 24 條等條文修正草案報行政院審議。

己在用什麼，只能用監督和鼓勵的方式，讓這些生理成癮性比較低，但心理成癮性比較高的個案不要再用毒品，所以邏輯上就不一定要用觀察勒戒，因為不用處理戒斷症狀，所以不用機構內的處遇（A3-1-5）；A6（矯正署科長）表示，目前約31天到35天就要把有無繼續施用傾向的報告交出去了，等於1個月內就要做完評估，而且醫師還要做兩次評估，所以觀察勒戒處所是給他處理急性生理反應，然後給他衛教跟法律常識，大概時間就差不多了。2008年觀察勒戒制度規劃時，是設定在醫院裏辦理，所以受觀察勒戒、強制戒治的人要自己付費，後來因故改為矯正機構，仍維持收費，所以有些收容人就告訴我，早知道就來關，同樣吃安非他命，被關可能關6個月而已，但到戒治所，8~10個月，還要自己付錢，所以想寫狀子跟法官說，可不可以不要送我強制戒治，改判我當受刑人（A6-1-3，A6-1-10）；B4（心理師）表示，受觀察勒戒者，約須負擔7、8千塊，受戒治人，如果戒治期間為8個月的話，須要負擔2萬3到2萬5元，他們會覺得在矯正機關裏關，付出司法代價，為什麼還要付這個錢（B4-1-15）。

前述訪談內容可歸納為下列幾點：

- 1、2008年毒品危害防制條例規劃觀察勒戒、強制戒治制度，係因應海洛因施用者比較多的情況，使個案暫時與外界隔離，並處理其戒斷症狀，但現在毒品的種類多了，施用第二級毒品者相對較多。
- 2、觀察勒戒制度原規劃於醫療機構實施，後改為於矯正機構實施，使「處罰」的性質較強，且仍要個案自行負擔7~8000元的醫療費用。相較於緩起訴戒癮治療及大多數的毒品施用個案判刑後可易科罰金的情形，對初犯才實施的觀察勒戒，因為要限制人身自由1個多月及負擔醫療費用，反而可能成為對個案最重的「處罰」，且如評估為有繼續施用傾向，需再限制人身自由8~10個月，並負擔2萬3千元至2萬5千元的治療費用。
- 3、因為觀察勒戒處遇時間有限，且要評估有無繼續施用傾向，處遇內容大概只能處理戒斷症狀及給予衛教及法律常識。

綜上所述，觀察勒戒制度未依最初之規劃由醫療機構辦理，而改由矯正機構辦理後，所發展之處遇內容及給受處遇人之感受，即與司法制裁無太大差異，而在目前須處理急性生理反應的海洛因個案已減少的情況下，觀察勒戒制度運作結果與規劃原旨有很大的不同，有檢討其存廢或轉型之必要。

（二）觀察勒戒制度未來可能之發展

倘若觀察勒戒制度有改變的必要，未來應朝何種方向規劃，需進一步釐清，

A1 (檢察官)認為，觀察勒戒應該當作檢察官的裁量權之一，而且打破以5年為區分的初犯、再犯分別，也就是只要是犯毒品施用罪，如果檢察官沒有給予緩起訴或命其為觀察勒戒，就回到起訴的程序(A1-1-6, A1-1-8)；**A2 (檢察官)**認為可以把觀察勒戒和強制戒治二種處遇方案，都放在緩起訴的架構下，成為檢察官對個案為緩起訴時的方案之一(A2-1-11)；**A3 (檢察官)**認為，觀察勒戒是為了處理施用海洛因個案的需求，第二級毒品施用個案因為較無戒斷症狀的問題，所以較適合用機構外的方式處遇(A3-1-5)；**A6 (矯正署科長)**認為，現在矯正機關的觀察勒戒或強制戒治，不是不能留，但是不應該是吸毒第一次，就去觀察勒戒處所，太快了，應該是外面的處遇都給你，還不行的時候，才進來，這樣才有效果。至於觀察勒戒的處遇，是否可以回到原先制度的規劃，由醫院來辦理，依醫界的意見，雖然在實務運作上是可行，但目前因為醫院也會有營收的壓力，不會願意賠本做觀察勒戒，考量國家所願意支付的成本，可能較不容易(A6-1-7)；**B2 (成癮戒治科醫師)**則認為，在沒有修法的情況下，可以把觀察勒戒處所附設到醫療機構去，它的運作可以有比較大的彈性，不一定依照處分執行條例訂的那麼死，等到執行者的專業累積，專業比較強了之後，也可以像醫院一樣接受病人及治療，變成官方成立的觀察勒戒處所(B2-1-13)；**B4 (心理師)**認為，目前行政院希望衛生福利部能做毒品施用者機構處遇，由於海洛因個案有戒斷症狀需要醫療介入處理，可以移給醫療機構處理，如果考量地方不夠、個案會跑，可以由醫療機構進駐到目前的觀察勒戒處所來執行(B4-1-10)。

前述訪談內容可歸納為下列幾點：

- 1、建議個案不區分為初犯或再犯，採取一樣的司法處遇流程。
- 2、觀察勒戒或強制戒治，可放在緩起訴處分的條件之中。
- 3、機構式的觀察勒戒應在社區處遇方式無效時才實施。
- 4、觀察勒戒主要在處理戒斷症狀，建議由醫療機構處理，如考量空間及戒護問題，可由醫療機構進駐矯正機構執行。
- 5、若觀察勒戒轉由醫院辦理，運作成本較高，需有更多資源投入。

綜上所述，目前觀察勒戒制度可以轉型為緩起訴處分附命之處遇方案，且適用的對象不分初、再犯，主要是適用於有嚴重戒斷症狀要處理的海洛因個案。基於醫療的需求，宜由醫療人員取代現行矯正人員主導的模式，並挹注更多資源。

三、部分毒品問題嚴重個案因法規限制而無法接受機構式戒癮治療

對於成癮問題較嚴重的毒品施用者，如有以隔離方式接受處遇的必要，在司法上有觀察勒戒、強制戒治的處遇方式，在醫療上則可透過住院的方式接受治療，對於觀察勒戒的處遇內容和適用時機，在前段已有探討，在此不再贅述，本段所有探討的是，目前這些隔離式的處遇方案是否能符合嚴重毒品成癮者的需求？

在司法處遇方面，A1（檢察官）認為，成癮比較嚴重的個案，如果在緩起訴期間一直施用，表示溫和的方式比較沒有辦法戒治，須要使個案和毒品隔離（A1-1-4）；A6（矯正署科長）及B4（心理師）表示，目前強制戒治的處遇時程約在6~10個月，處遇內容包含一般處遇（如法制教育）及專業處遇（團體輔導課程），每位受戒治人至少可以排到2個團體輔導課程，每個團體課程都是10堂課，除了機構內的心理師、社工師，會外聘治療師來帶班，此外，也會安排個別會談，至少6次以上，出所後，仍會追蹤約半年左右，目前，強制戒治的人力很充裕，架構也很完整。除了受戒治人外，矯正機構也會挑尚有1年至3年刑期（通常係觸犯施用毒品罪以外之罪名）且有戒癮需求的監獄受刑人到戒治所接受處遇，原則上所接受的課程和受戒治人差不多，但因為每一個受刑人的時間差異很大，所以很難像受戒治人、受觀察勒戒人可以很架構化、標準化的處遇，雖然有人認為被強迫的不會改，但是實務上可發現有些個案押著押著，也就改過來了，如果不押著，這些人重頭到尾就沒機會（A6-1-3、B4-1-3、B4-1-5）。

在醫療處遇方面，A5（觀護人）舉了一個實例：一位因長期施用安非他命而有精神分裂症的個案，過去幾年因為對家人生命、身體有危害而被強制送醫，但因強制送醫不能超過2個月，故在醫療體系進進出出，但因為他是第一次因為施用毒品被捉，檢察官就給了這個仍在急性期，有高醫療、高隔離需要的個案緩起訴，使其在社區接受治療（A5-1-4）；B3（成癮戒治科醫師）表示，其所屬的醫院有緩起訴處分後以住院方式戒癮治療的個案，1年不超過10個，通常是個案的狀況不好，經過他同意後住院，住院時間是2~4週，如果個案不同意，依其狀況就可能要報請檢察官撤銷緩起訴處分，而引用精神醫療法強制住院的人數很少，1年約僅3件（B3-1-12）。

前述訪談內容歸納為下列幾點：

- 1、強制戒治的處遇時程約在6~10個月，內容包含一般處遇（如法制教育）及專業處遇（團體輔導課程），每位受戒治人至少可以排到2個團體輔導課程，每個團體課程都是10堂課，也會安排6次以上個別會談，出所後

會追蹤約半年左右，強制戒治的人力充裕且架構完整。

- 2、矯正機構會挑選尚有 1 年至 3 年刑期且有戒癮需求受刑人到戒治所接受處遇，所接受的課程和受戒治人差不多，但受限於受刑人殘刑時間差異大，較難像受戒治人、受觀察勒戒人以架構化、標準化的方式處遇。
- 3、有精神分裂症等精神疾病之毒品施用個案，若對其家人生命、身體有危害性，在符合精神衛生法相關規定下可強制住院，每次不能超過 60 天。
- 4、緩起訴個案於狀況不好時，可經其同意後住院治療，時間為 2~4 週，但在受訪者所屬醫院中，每年不超過 10 個個案。

綜上所述，目前由矯正機構負責的強制戒治，應係對嚴重成癮者處遇專業及經驗最豐富之處遇方案，但是依目前的法制，只能在觀察勒戒認為有繼續施用傾向的情形下才能使個案接受強制戒治，無法在緩起訴處分下附命個案接受強制戒治；而醫療機構方面，依精神醫療法強制住院的時間有限，雖能處理急性期症狀，但無法像強制戒治給予長期的協助，此外，在緩起訴附命戒癮治療時，雖可經個案同意後住院治療，然實際案例仍不多。

整體而言，矯正體系和醫療體系在機構式處遇方面，仍有相當多合作及發展的空間，而目前檢察官無論緩起訴或起訴，都無法使個案到戒治處所或接受其他機構處遇方案，值得檢討。

四、毒品施用者社區處遇時個案管理機制不健全且處遇內容缺乏彈性

毒品施用個案即便在司法監控下，其狀況常會因社會關係或身心狀況的變化而有所改變，因此處遇方案應有回應個案狀況轉變的機制，適時調整處遇內容。我國目前雖有各式不同的處遇方案，但各方案中是否有機制可了解個案狀況並適時調整處遇內容，殊值重視，以下將受訪者之意見分二點說明。

(一) 緩起訴戒癮期間之個案管理機制有待健全

對於目前醫療、司法各體系是否能對毒品施用個案有足夠的掌握？A2（檢察官）表示，對於個案的管理（臺北地檢署的情形），地檢署觀護人跟毒防中心個管師有開會機制，地檢署對於醫療機構，則是沒有權力，也沒有能力監督，而醫療機構則是不知道個案司法處遇的過程中有沒有其他的狀況，比如說再犯了幾次，有時個案被檢察官撤銷緩起訴後被捉去關，醫療機構會覺得怎麼忽然就不來了，所以地檢署、毒防中心和醫療機構三者間，是處於一個弱連結的關係

(A2-1-12)；A4（檢察事務官）表示，署立基隆醫院的個管師常來跟我們聯絡，

問我們個案為什麼沒來？個案有來，但現在沒錢，可不可以延後看診？沒有來報到怎麼辦？因為我們（基隆地檢署）案件量很多，所以都要查詢後才能回復，前端和後端，真的有聯繫上的斷點（A4-1-9）；**A6（矯正署科長）**表示，受觀察勒戒後未接受強制戒治的個案，只是（成癮）等級沒那麼高，其實這些人應該要回歸到醫院去做社區治療，因為這些人的再犯率，後面就會慢慢的飆上來，他們比受戒治人還應該被介入，我們國家如果給這 8 千人必要的協助時，定期去驗尿、定期去幹麼，我相信有相當大的比例，不會進入後面再吸毒的狀況（A6-1-8）；**B4（心理師）**表示，受刑人如果有假釋的話，會有觀護人追蹤，如果是受觀察勒戒人，新北市的毒防中心會先到觀察勒戒處所帶團體輔導課，他們發現有帶團有差，打電話的時候信任感比較好。不過，目前觀察勒戒和強制戒治結束後，因為已經沒有法律責任，所以在他們回社區後最不穩定的初期，是沒有觀護人追蹤，原本在 87 年強制戒治制度施行的時候，如果執行未滿 1 年就出勒戒所，不足的時間就要向觀護人報到，類似假釋殘刑的概念，但後來在 93 年修法的時候就廢掉了，原因不清楚，但是蠻可惜的（B4-1-2，B4-1-3）；**B5（護理師）**表示，醫院不會知道個案有沒有被撤銷緩起訴，只是在沒有來的時候，會回報地檢署處理，而地檢署很少問醫院個案的狀況，在決定是否撤銷的時候，也很少問醫院的意見，但是個案在醫院裏的出席率、服藥狀況、配合度，是可以作為是否撤銷緩起訴的參考（B5-1-13）；**B6（毒防中心個管師）**則表示，臺北市毒防中心和臺北地檢署的觀護人，會彼此溝通個案的狀況，連結的很好，但是個案的資料在醫院建立，轉到地檢署，再轉給我們的時候，有時資料是殘缺的，如果一開始個案的資料都拿到了，對個案的需求比較了解，會比較好執行我們的工作，而當個案不受觀護人拘束的時候，我們也沒有強制力了，如果個案不見了，電話換了，我們就不知道怎麼追他了（B6-1-3，B6-1-6，B6-1-11）。

前述訪談內容歸納為下列幾點：

- 1、地檢署、毒防中心和醫院間的個案狀況的訊息交換，可提供地檢署是否撤銷緩起訴，以及醫院、毒防中心對個案處遇及輔導時之參考。目前有的地檢署和毒防中心有開會機制，聯繫較好，地檢署和醫院則連結較差，有時個案因被起訴而未到醫院治療，醫院需以電話和地檢署聯繫後才會知道。
- 2、每年約 8 千名受觀察勒戒後未再接受強制戒治的個案，其繼續施用毒品的可能性只是較低，仍有許多需要在社區繼續接受追蹤及介入。

3、完成觀察勒戒後出所、完成強制戒治後出所，以及刑滿等不受觀護人管束之毒品個案，因無法律責任，觀護人對個案已無拘束力，在毒防中心的後續追輔上亦較困難。

4、原本強制戒治未滿1年而離開戒治所之個案，須在剩餘時間而向觀護人報到，但2004年毒品危害防制條例修法後廢除此項規定，對個案處遇較為不利。

綜上所述，目前個案在接受機構處遇時，較無跨單位橫向聯繫問題，在假釋時，後端有觀護人接手，在觀察勒戒、強制戒治後，則由毒防中心接受追輔，整體而言，機構處遇之縱向及橫向聯繫較為成熟；而在緩起訴社區處遇時，目前地檢署、醫院和毒防中心間的聯結尚有待加強，且缺乏資訊溝通平臺，訊息的溝通都要逐案以電話或公文的方式進行；而在缺乏司法強制力的階段，包含觀察勒戒結束、強制戒治結束、服刑期滿、已易科罰金或易服社會勞動之個案，因無司法上之拘束力，毒防中心雖會為一定期間之追蹤輔導，然而，個案通常較難以掌握，也會影響追輔成效。

(二) 緩起訴戒癮個案之處遇內容宜視個案狀況適當調整

A5 (觀護人) 認為，目前對於單純施用毒品者的處遇模式太僵化了，現在毒品施用個案，除了監禁外，都是在比較不穩定的狀態，他可能在被捉到的時候，是在一個比較穩定的時期，但後來可能會轉變到比較不穩定的狀態，所以在緩起訴期間可能被驗到陽性，北檢的檢察官很好，可能會給到二緩或三緩(A5-1-6)，依美國參訪之見聞，美國對偶發性的毒品使用者，基本上是容忍的，他們有自己的檢驗中心，會秀出每個個案，看每個個案從開始保護管束到現在驗尿的結果，用紅燈、綠燈來顯示，他就是一種監測，了解現在的狀況，當紅燈的頻率越來越高，就會開始介入，如果有控制下來，基本上就會讓他們留在社區裏，他們對假釋的個案也是這樣，不像我們(假釋個案)只要是驗出陽性就會被捉去關，除非是介入了仍然控制不下來，才會捉去關，這樣才能有效的把資源做分配，否則動不動把他捉去關，那之前在社區的努力就都白費了(A5-1-13)；A6 (矯正署科長) 表示，我們現在跟毒品施用者的家屬溝通一個觀念，「戒毒是一輩子的事，復發並不可恥，趕快求救」，個案在復發時不是不掙扎，可是他掙扎的時候，我們的國家、我們的社會應該容忍他，如果只是打下去，他們就不會出來求救(A6-1-12)；B1 (心理師) 表示，在醫療來講，如果咳嗽嚴重，就需要密集治療、住院治療，但如果在司法上，如果一直咳(按指施用毒品)，就關得越久，

如果驗出是陽性，就要加強緩起訴的強度，例如加強驗尿的頻率，而不是以罪論（B1-1-6）；B2（成癮戒治科醫師）表示，我國的緩起訴缺乏彈性，在緩起訴後，就沒有辦法增加處遇強度或修正內容，如果是「條件化的緩起訴」，表現非常好的時候，6個月就結束了，有特別原因不太好，1年或2年才能結束，表現越好，越早結束，可以把它標準化，這就 continuous management 的概念，如果在2緩的時候，基準值比較嚴重了，附的條件就應該比第一次嚴格，drug court 不是一次決定，它是可以看著你的狀況做調整的，緩起訴不行啊，後面就沒有辦法增加強度或是修正（B2-1-1、B2-1-6）；B3（成癮戒治科醫師）表示，臺北市立聯合醫院松德院區對個案是採用「階段式的介入」，一開始是一個禮拜來一次，表得好的話會升階變2階，變成2個禮拜來1次，如果持續表現得好，就會再升階，變成4個禮拜來1次，是否升階是需要評估的，如果個案在醫院驗尿呈現陽性，就表示作法要有一些改變，例如發現個案是因為焦慮、憂鬱、失眠這些精神症狀，我們就會給藥治療（B3-1-2、B3-1-3）；B4（心理師）表示，對於易科罰金的個案更要後追，因為罰金有可能是家人幫他繳的，他們沒有為施用毒品付出代價，不會有責任感，再犯比例一定很高。而對個案處遇時的監控，除了發現犯錯就處罰外，獎勵也是很需要的（B4-1-15、B4-1-16）；B5（護理師）表示，美沙冬替代療法的個案，一開始都是從低的劑量開始喝，那他回去一定會打，醫院就會衛教他應注意的事情，在2個禮拜或1個月後，美沙冬的劑量就會拉上來，就可以完全不用海洛因，之後可能逐漸減少美沙冬用量，也可能完全將海洛因和美沙冬都戒除（B5-1-15）。

前述訪談內容歸納為下列幾點：

- 1、臺北市聯合醫院對緩起訴戒癮個案係採取「階段式的介入」，一開始是一個禮拜來一次，表得好的話升為2階，2個禮拜來1次，持續表現得好，就會再升階，變成4個禮拜來1次，如果個案在醫院驗尿呈現陽性，就表示作法要有一些改變，例如個案是因為焦慮、憂鬱、失眠這些精神症狀，我們就會給藥治療。目前受限於法規，戒癮治療期間一律為1年，無法採取「條件化緩起訴」，依個案表現狀況來延長或縮短治療時間。
- 2、毒品施用個案，除了監禁外，都是在比較不穩定的狀態，應在毒品檢驗為陽性時，加強醫療等處遇條件，而不應再論另一罪。美國毒品施用者檢驗中心係將個案毒品尿液檢驗結果以紅、綠燈來標示，個案狀況不好即加強介入，儘量使個案在社區完成處遇計畫，此種作法可使處遇方案更為有

效。

3、我國緩起訴戒癮個案若再次施用毒品，即應另論一罪，並由檢察官決定是否再為緩起訴，目前北檢檢察官會給到二緩或三緩，但檢察官為再次緩起訴時，並未給予個案更嚴格的條件。

4、海洛因毒癮者一開始使用美沙冬，須從低劑量開始喝，同時還會使用海洛因，需美沙冬劑量拉高後，才能減少或完全不使用海洛因。

綜上所述，目前在醫療體系內（包含替代療法之治療），對於個案已可依其狀況調整處遇內容，但是司法體系對於緩起訴戒癮治療的個案，則缺乏對毒品成癮者治療時應有之處遇彈性，例如對於表現好的個案，無法以提前結案予以獎勵，對於復發的個案，亦較難及時調整緩起訴條件來因應其最新狀況，許多單純施用毒品的個案，最後仍因再次施用毒品而進入監獄。

五、各種處遇方案之成效未有足夠之評估

我們目前的毒品施用者處遇方案，包含機構式處遇的觀察勒戒、強制戒治、監禁，社區式的緩起訴戒癮、易科罰金、易服社會勞動或職權不起訴等模式，彼此之間具有合作關係、替代關係，或是既合作又替代，例如起訴的壓力在緩起訴期間是戒癮個案持續治療的動力，兩者在緩起訴時期屬合作關係，但在個案發生得撤銷緩起訴處分之情形時，再為緩起訴或起訴使個案接受刑罰，則為二擇一的替代關係，在不同處遇方案間屬替代關係時，個案接受不同處遇方案的可能結果，係處遇方案決定的重要資訊。

對於國內在處遇方案之成效是否有適當的評估？**A2（檢察官）**認為實務上對於處遇的模式並沒有完整的評估，應該對緩起訴戒癮、觀察勒戒、強制戒治及監禁的效能做一個評估，作為未來政策發展的依據，我們現在欠缺政策評估的狀態下，假設緩起訴是好的或監禁是差的，這樣的比較沒有科學依據（A2-1-17）；**B1（心理師）**認為，跨部會在推動政策的時候，彼此的防衛心很強，認為講自己立場的時候，別人不應打擊自己的立場，未來應像美國一樣，要有學術機構、實證機構來幫政策 back up，臺灣目前並沒有這個機制（B1-1-17）；**B2（成癮戒治科醫師）**認為，現在談緩起訴的時候，都會把他和預期效果連在一起，如果再犯太高、撤銷比例太高的時候，就質疑緩起訴的決定是不是錯了，實際上，應該把緩起訴和其他處遇做比較，現在陳亮吟醫師的研究顯示，緩起訴和其他處遇相較反而較好，而且緩起訴還有另一個好處，是不會限制人身自由（B2-1-1）；臺

北市政府以前曾經要對緩起訴戒癮治療的成本效益評估，評估的內容包含緩起訴戒癮的交通成本、醫療成本、就業收入、所減少的矯正支出等等，比較執行緩起訴和不執行緩起訴的社會成本是多少，可惜後來因經費挪作他用而沒有做這個研究（B2-1-10）；B4（心理師）表示，到底有多少人是白領、偶然使用、可維持社會功能的毒品施用者，比例高不高？好的研究可能要錢和人力（B4-1-6）；B5（護理師）認為，有些接受美沙冬替代治療的個案，可能還是會交替使用毒品和美沙冬，但他已經可以不用每天去找錢，可以正常的工作，這或許和政府機關的期待有落差，但和替代治療前相比，是有改變的（B5-1-5）。

前述訪談內容歸納為下列幾點：

- 1、目前國內對緩起訴戒癮、觀察勒戒、強制戒治及監禁等各種處遇方案之效能缺少成效評估，應由學術機構以實證方式進行研究，研究結果有助於推動毒品政策時之共識形成。
- 2、處遇的成效不應該以完全戒癮為惟一依據，應納入更廣泛的成本及效益分析，例如對緩起訴戒癮的方案，可評估交通成本、醫療成本、就業收入的效益、不進矯正機關的效益等等；對美沙冬戒癮方案，可評估不用整天找錢買毒後正常工作的效益。
- 3、目前也缺乏對於有多少個案是白領、偶然使用者、可維持社會生活的毒品施用者之研究，無法得知比例高不高？
- 4、相關實證研究需要相當之經費，但通常不是政府機關的優先工作項目，臺北市曾經有緩起訴戒癮方案成效的研究計畫，但後來因為經費移為他用而未能進行。

綜上所述，無論是司法端或處遇端的受訪者，一般皆認為國內對於各種戒癮成效的研究尚有不足，使得毒品政策之推動在缺乏客觀基礎的情形下，不同部門可能因缺乏共識而不易合作，或是使價值偏好取代客觀事實，不當引導政策的走向。另值得注意的一點，係在處遇端的受訪者認為不宜只以完全斷癮為成功的惟一標準，應將個案是否能正常工作、減少的矯正經費支出、醫療成本等所有相關的成本及效益綜合評估，才能對處遇方案的成效有完整的評價。

第二節 分流機制運作所面臨之問題

對於毒品施用者之分流至不同司法處遇方案之運作，受訪之研究參與者提出之意見歸納如下：

一、以犯次作為分流依據不符實務現況

依毒品危害防制條例第 20 條之規定，初次或完成處遇方案 5 年後再犯毒品施用罪，應使個案接受觀察勒戒，如觀察勒戒期間評估認為有繼續施用傾向，個案應再至戒治處所接受 6 個月以上，1 年以下之強制戒治；若個案於 5 年內再犯毒品施用罪，則需要接受刑事追訴（詳如第二章第三節第二點）。上述規定訂於 1997 年，後雖然 2003 年、2009 年兩次修正，但初犯觀察勒戒、再犯起訴的基本架構並未改變。對於這個 20 餘年前所規劃之制度，是否符合目前毒品施用者分流處遇的現況與價值，值得探討。

對此議題，A1（檢察官）認為，初犯和 5 年後再犯要觀察勒戒和強制戒治，沒有邏輯上的依據（A1-1-9）；A3（檢察官）認為，第一次施用毒品要觀察勒戒或緩起訴，第二次施用毒品就是起訴或緩起訴，應該把它打散，因為這是行為人刑法，我們所理解的初犯、再犯、三犯只是指被捉到了，現在很奇怪，為什麼初犯有觀察勒戒、強制戒治，有做矯正，但當施用毒品更多時就沒有，受刑人和強制戒治的規格是不一樣的（A3-1-5）；A6（矯正署科長）認為，毒品使用者處遇的時候，初犯和再犯的區別，其實不是很重要，重要的是這個人的狀態，應該做個案評估，看個案為什麼會吸毒，可能很多是社會因素、家庭因素或個人病態的因素，現行第一次施用毒品就要進觀察勒戒處所，太快了，應該是外面的處遇都給你，還不行的時候，才進來，這樣才有效果，這樣也可以避免個案太早接受到監獄次文化的影響，依司改國是會議決議，矯正署要檢討以 5 年為再犯計算的標準是不是太長，但查了國外的資料，國外根本就沒有初犯、再犯的區別（A6-1-3，A6-1-7、A6-1-10、A6-1-11）。

前述訪談內容歸納為下列幾點：

- 1、司法上的初犯、再犯，是指被捉到的次數，現行初犯有觀察勒戒給予戒癮處遇，再犯者施用更多毒品，卻沒有給予戒癮處遇，沒有邏輯上的依據，雖然司法國是會議建議檢討 5 年後再犯認定為初犯的規定，認為應降低年限，但國外並沒有這樣區分經驗可參考，應該要把初犯和再犯的區別打

散。

- 2、對毒品施用者處遇時，初犯、再犯、累犯，其實不是很重要，應該是個案的狀態，經由評估去了解吸毒的原因，這些原因可能是社會因素、家庭因素或個人病態因素。
- 3、觀察勒戒和強制戒治都屬機構處遇，會有社會的剝離、家庭的剝奪跟很多的剝奪，且監獄次文化可能對個案有不良影響，應儘量不要讓個案一開始就進到觀察勒戒處所。

綜上所述，司法上個案施用毒品的犯次，通常不能反應實際施用毒品的狀況，應改依個案實際狀況的評估來決定處遇方案，在目前有緩起訴處分可選擇的情形下，對於毒品問題較不嚴重的個案，應儘量使用緩起訴處分使個案在社區接受處遇，避免個案受到機構處遇不良副文化之影響。

二、處遇方案多元性不敷個案分流之所需

現行毒品施用者之司法處遇方案，除了緩起訴戒癮方案依刑事訴訟法第 253 條之 2，須事先得到個案同意外，觀察勒戒、強制戒治、監禁不需得個案同意，另依刑法第 41 條之規定，受宣告 6 個月以下有期徒刑之個案，個案通常可以每日新臺幣 1,000 元之代價易科罰金，未聲請易科罰金者，得以社會勞動 6 小時折算 1 日，易服社會勞動。因此，毒品施用個案在目前的法制下，可以選擇是否接受緩起訴戒癮治療方案，以及在受宣告 6 個月以下有期徒刑時，選擇是否接受易刑處分以取代監禁。但無論緩起訴或易刑處分，都需要檢察官或法院先同意給予該處遇之機會，一般而言，個案對於選擇處遇方案之種類及處遇方案之內容，並未有太多選擇的機會。在現行制度運作下，是否會影響個案接受戒癮的意願？進而影響戒癮的成效？值得關注。

A1（檢察官）認為，個案的意願是很重要的因素，因為人一定要自己想改才改得了，如果被押著改，那會心不甘、情不願的，所以當緩起訴處分的選擇很多元的時候，個案的意願就成很重要的參考因素，日後倘個案沒辦法完成處遇計畫而被撤銷時，就比較沒有話講，德國就是個案自己提計畫（A1-1-8）；A3（檢察官）認為，對於告知個案緩起訴內容部分，檢察官大概都是制式的例稿唸完就算了，甚至唸都不唸，用檢察官自己的理解跟他講一下，因為個案會自己斟酌家庭、工作、社會連結、自由等因素，所以還好，我想他們會先考慮接受緩起訴處分可避免留下前科的問題，如果個案不願接受緩起訴處分，日後被判徒刑時，需

支付多少代價才能易科罰金，可能會不知道，而且在第3犯以後，法官也不一定判6個月以下有期徒刑，就會被監禁了(A3-1-3、A3-1-4)；**A4(檢察事務官)**提及，個案無法完成緩起訴戒癮治療的常見因素，有無資力支付戒癮費用，以及無法配合戒癮治療時間兩種，有關戒癮費用的部分，通常個案要到醫院評估時才會知道有沒有補助及總共約需要多少費用，有些個案會考量如果緩起訴被撤銷的話，緩起訴期間所付出的時間和金錢就會付諸流水，所以寧可選擇被起訴判刑，然後易科罰金，可以較早完成法律責任(A4-1-5、A4-1-6)；**B2(成癮戒治科醫師)**提出，現在聯合國毒品及犯罪問題辦公室(UNODC)在推動毒品個案的醫療或介入，都認為不應該用強制治療的方式，監禁是不鼓勵的方式，就算要監禁，要有理由，不一定要用強制力，強調不管用醫療或其他名義，個案要有他的選擇性，可以選擇他的醫療(B2-1-13)；**B5(護理師)**提出，就辦理美沙冬替代治療時的觀察，自願性戒癮個案的配合度很高，而緩起訴的個案就比較難管，所以要看個案有沒有心理的動機，而無論是醫院或是毒防中心，我們都會想要把東西塞給他，但這些不見得是他們想要的(B5-1-7、B5-1-11)；**B6(毒防中心個案管師)**提及，有些個案會抱怨為什麼要到毒防中心報到，為什麼要給毒防中心追蹤，當初檢察官給他們緩起訴機會的時候，他們只要沒有被關，後續什麼都不管(B6-1-5)。

前述訪談內容歸納為下列幾點：

- 1、聯合國毒品及犯罪問題辦公室(UNODC)主張毒品個案的醫療或介入，不應該用強制治療的方式，德國法制可由個案自己提戒癮計畫。
- 2、檢察官在做成緩起訴處分前，會告知個案緩起訴內容，由個案自行斟酌家庭、工作、社會連結、自由等因素後，決定要不要接受緩起訴，但有些個案只考慮不要被關，什麼條件都沒關係，後來才發現時間或金錢等條件無法配合；亦有個案考量緩起訴如果被撤銷，所付出的時間和金錢都會付諸流水，所以選擇被起訴判刑，然後再易科罰金，但起訴後會留下前科紀錄。
- 3、目前醫院或毒防中心給個案的處遇內容，並非都是個案所需要的，然而現行緩起訴戒癮治療方案只能選擇要或不要，如果緩起訴處分制度可以提供多元方案供個案選擇，戒癮動機會較高，個案無法完成時也比較不會有藉口。

綜上所述，尊重並提供個案參與處遇方案的機會，已成為毒品施用者處遇工

作的世界潮流，也有助提升戒癮成效，目前我國並未在處遇前給予個案足夠的參與機會，而在緩起訴戒癮治療前，地檢署雖已提供相關資訊，使個案決定是否接受緩起訴戒癮治療，但由於緩起訴處分之處遇內容尚未多元化，因此個案只能選擇參不参加，尚無客製化的機制，而實務操作上，個案常僅關注是不是可以因為緩起訴而不被關，忽略不能完成緩起訴的風險，造成緩起訴資源的浪費。

三、缺乏可供實務運用之緩起訴處分對象篩選指標

依照 2018 年修正「新世代反毒策略行動綱領」之戒毒策略，我國將逐步提升附命戒癮治療緩起訴處分之比率，年度目標值為 2017 年 15%，2018 年 17%，2019 年 18.5%，至 2020 年的 20%，目前各地方檢察署的緩起訴比例已配合政策逐步提高，然而，在提高緩起訴比例之同時，是否會使不適合的個案進入緩起訴處遇方案？抑或僅是讓更多合適的個案進入緩起訴處遇方案？個案篩選的標準為何？應是相關政策推行前需先予釐清的問題。

對此，A2（檢察官）提出，目前臺北地檢署並沒有緩起訴戒癮個案篩選的標準，只有主任檢察官在組內討論的時候，宣達對於素行比較良好的個案，多多給予緩起訴戒癮的機會，讓緩起訴的比例可以提高一點（A2-1-2）；A3（檢察官）表示，法務部並沒有提供緩起訴戒癮對象的篩選標準，臺北地檢署也沒有提供篩選依據，所以如果可以提出像類似 RANT 的參考標準給檢察官，應該是有幫助的（A3-1-2）；A4（檢察事務官）表示，由於政策推動的關係，所屬的地檢署除了另有他案或個案明確不要緩起訴戒癮外，即使知道該個案未來完成戒癮治療機會不高，也都會勸個案接受緩起訴戒癮治療，而高檢署以往對於犯次較多的個案，在再議審查的時候會不同意給緩起訴，但在政策的指示下，也不會反對這類的個案接受緩起訴（A4-1-2）；A5（觀護人）表示，目前檢察官只要符合基本條件，不管後面的原因是什麼，就全都丟過來，有些個案依其成癮狀況或社會危害程度，根本不適合放在社區，可能要先走隔離式的醫院治療，但是卻給予緩起訴處分，另也有些個案毒品問題很輕微，根本不需要去觀察勒戒或監禁，但因為沒有篩選，所以被丟到機構內，這對觀護工作的進行或被告的利益，都有很大的影響

（A5-1-3）；B2（戒癮戒治科醫師）表示，由於處遇的結果難以掌握，所以目前附命戒癮治療的緩起訴可能就是「你看起來比較值得原諒」的緩起訴，因此需要像 RANT 那種評估的依據，原則上，沒有特殊理由，都應該一開始就緩起訴，有一些理由，就是要緩起訴附帶強度的介入，能配合的個案才能進行緩起訴，這

些評估的依據不是靠個人的喜好去訂，而是依實際運作的結果，而且這個依據可以繼續研發，越來越標準化（B2-1-4）；B5（心理師）表示，贊同對個案逐案進行評估，然後視需要分流處遇，但認為成本可能會很高，而且也可能因為個案在緩起訴中又施用毒品，而質疑個案篩選的標準（B5-1-16）。

前述訪談內容歸納為下列幾點：

- 1、目前法務部對於緩起訴戒癮個案的決定，沒有提供篩選標準，臺北、基隆地檢署也沒有提供標準，傾向是以「看起來比較值得原諒」的主觀認知來決定，目前因政策推動的關係，給予個案緩起訴的機會較多。
- 2、有些依成癮狀況或社會危害程度，根本不適合放在社區，可能要走先隔離式醫院治療的個案，但給了緩起訴後直接到了社區；另有些很輕微、不需要觀察勒戒或監禁的個案，也因為沒有篩選而進到機構內，對觀護工作和個案都有很大的影響。
- 3、可利用像 RANT 這類客觀的評估工作給檢察官參考，作為決定緩起訴戒癮個案篩選的參考，而評估的內容可依實際運作結果繼續研發。

綜上所述，在缺乏緩起訴戒癮個案篩選標準的情形下，容易因提高緩起訴比例的政策使不適合的個案參加緩起訴戒癮治療，結果不僅對處遇工作執行者造成困擾，對個案或其關係人亦可能有害；另一方面，在缺乏客觀標準下，適合的個案可能錯失緩起訴的機會而進入機構處遇。未來若要建立篩選標準，可參考 RANT 類型的工具，除篩選個案外，亦可協助決定緩起訴條件之內容。

四、缺乏分流處遇評估之專責團隊

在 2018 年修正之「新世代反毒策略行動綱領」中，擴大緩起訴處分、發展多元處遇模式及提升治療性社區量能等相關政策，皆需要有適當的分流處遇評估機制，使毒品施用個案的狀況及需求能被了解，並依評估結果分流到適當的方案，或要求個案遵守一定之規範，以充分發揮處遇效能。對於我國個案評估機制的現況及未來規劃，有必要在推行相關政策時先予釐清及落實。

對於分流處遇評估機制之議題，A1（檢察官）表示，現行如果由毒防中心或其他單位做，他們的資訊沒有地檢署多，由檢察官依手邊較豐富的資料對個案進行面對面的了解，會看得較清楚，若要田野調查，則會耗費相當多的人力，現行只有緩起訴附命完成戒癮治療的那塊才由醫師評估（A1-1-16）；A2（檢察官）則認為，目前檢察官手邊的資訊系統並無工作狀況、經濟能力、家庭狀況這些資

料，只能依個案的供述來了解，因確實性存疑，所以要依照個案的供述來決定是否緩起訴會有點困難，現在實務上普遍的作法，通常對初犯、年紀較輕，較願意給他們多一點機會，讓他們留在社區繼續完成學業或繼續工作，如果檢察官可以很便利的查詢個案的工作狀況，可以知道一個人有強烈的工作意願，也有工作紀錄可認定，基本上很不願意把他放在矯正機構中，至於家庭狀況，需由大量的訪談、調查才能了解，但目前不可能由檢事官或觀護人來辦理，而地檢署也沒有配置社工，因此在缺乏專人、相關資訊取得不方便，且檢察官有結案壓力的情形下，地檢署難以辦理分流處遇的評估（A2-1-2、A2-1-6）；**A4（檢察事務官）**表示，目前檢察事務官在決定是否緩起訴前，沒有所謂的評估，除了轉介的個案沒有到醫院，否則醫院沒有不准的，醫院轉介單回傳時，只會勾選符不符合，不會記載成癮嚴不嚴重，以現行地檢署的人力，不可能辦理評估工作，而且個案評估涉及結案速度，也會對考績直接影響（A4-1-2、A4-1-7）；**A6（矯正署科長）**認同黃三原醫師所提，不管我國要不要建立毒品法庭，都需要評估機制來評估個案要到門診治療，還是到勒戒處所或戒治處所這類有強制力的地方，對於評估機制，依據到加拿大參訪的見聞，認為臺灣做不到加拿大的模式，因為他們除運用大量的量表外，每個監獄還有一組人在做評估，這個評估不是進監獄才做，是進入刑事司法體系就開始做，他們把人分成高、中、低的危險程度，這不見得跟刑度有關係，區分後，85%的人進入成人觀護、社區觀護，15%的人才進入矯正機關，參與評估的人包括社工師、職能心理師，如是原住民，還要請到長老（A6-1-2）；**B1（心理師）**認為，要評估，大家都要有角色，應該由檢察官來綜合，不要讓醫院來評估個案要不要寫悔過書（B1-1-11）；**B2（成癮戒治科醫師）**認為，現在對是否緩起訴的決定，在醫院評估的結果跟沒有評估差不多，幾乎都是接受，評估應該在地檢署評估，如果需要醫療人員參與，應該是由醫院評估個案的身體狀況、醫療狀況，而不是評估是否應該緩起訴（B2-1-13）；**B3（成癮戒治科醫師）**也持相同的看法，認為若由醫師判斷個案要不要接受緩起訴，90%的醫師，都會說全部要做緩起訴。現在成癮醫學的概念是，所有的個案都要評估有沒有醫療的需求，但這個評估，不要到醫院，因為在醫院評估，個案就會操弄，最可怕的就是威脅，若由地檢署來評估，可以訓練專人（如研究助理）接受良好的訓練後來測量個案的ASI（成癮嚴重性量表），再加上一個心理師、一個社工師來評估，應該就蠻完整的（B3-1-11）；**B4（心理師）**認為評估在國內不好推動，因為國內對於專業的信任度不高，目前對於觀察勒戒個案是否強制戒治的評估，就有個案

會提出質疑，如果是以犯次等客觀事實來決定如何分流，較不會有爭議，而這會有邏輯上的合理性，因為會一犯再犯，就表示問題是嚴重的（B4-1-8）；B5（護理師）的觀察，也與前述多數受訪者相同，其所服務過的醫院接受地檢署委託評估個案是否適合緩起訴時，沒有勾過不適合的（B5-1-6）。

前述訪談內容歸納如下：

- 1、檢察官除了手邊的前科、年籍等資料外，如果能了解個案的工作狀況、家庭狀況，對決定是否要給予個案緩起訴戒癮治療，有相當之幫助；黃三原醫師（臺灣成癮科學學會理事長）亦主張，無論國內是否走毒品法庭制度，都應該有評估機制來決定個案是要到門診治療，或是到拘束人身自由的機構治療。
- 2、目前醫療機構對是否緩起訴的評估，只有勾選符合不符合，並不會記載成癮嚴不嚴重，實務上因為勾選不符合，個案就會被起訴或聲請觀察勒戒，所以幾乎都會勾選符合。基於醫院的角色，未來醫院若要參與評估，應僅評估身體狀況及提供醫療狀況，不宜直接評估是否緩起訴或緩起訴應附何種命令。
- 3、加拿大藉由大量的量表及評估人力之投入，對毒品施用者進行詳細之評估，國內雖限於資源或觀念問題尚難引入相同模式，但現行無法對毒品施用者有效分流評估之問題仍應改善。未來可由醫院、社工師、心理師提供各面向評估結果後，提供檢察官為分流處遇之依據，再由地檢署彙整及決定處遇方案。

綜上所述，在決定採取社區處遇（含緩起訴戒癮治療）或機構處遇前，個案狀況應被適當的評估，但受訪者普遍認為目前個案在決定緩起訴時的醫院評估，無法真正分辨出合適的個案，我國分流處遇之評估機制宜再加強，建議未來以地檢署為中心，綜合醫院、心理師、社工師等在各方面的資訊來決定處遇的方式，為達有效之分流評估，目前地檢署、醫院、心理、社工等各面向資訊蒐集，都需挹注更多資源，並以資訊系統之連接，使地檢署可快速取得分流處遇所需資訊（如工作狀況），期能讓個案都配對至最合適之處遇方案。

五、緩起訴處分撤銷與否缺乏戒癮思維及客觀依據

實務上，毒品施用者被撤銷緩起訴處分的原因主要有二：一為緩起訴期間再次施用第1級或第2級毒品（刑事訴訟法第253條之3第1款），二為未依緩起

訴之條件前往觀護人室報到或前往醫院戒癮治療（刑事訴訟法第 253 條之 3 第 3 款）²⁴，若有得撤銷緩起訴之事由發生，檢察官可決定撤銷緩起訴處分，對個案進行刑事追訴，亦可再給予緩起訴之機會，使其繼續在社區接受戒癮治療，近年來，我國監獄中仍有大量的毒品施用人口，以 2018 年底為例，因施用毒品在監人數為 10,316 人，佔矯正機關總收容人數 63,317 人之 16.3%，故緩起訴戒癮個案（2018 年為 7,313 名）有得撤銷緩起訴處分之情形發生時，是否要撤銷緩起訴處分，係司法實務及成癮戒治的重要課題。

（一）檢察官應以充足資訊及戒癮專業決定是否撤銷緩起訴

如上所述，刑事訴訟法雖然賦予檢察官決定是否撤銷緩起訴的權力，但如何妥善運用這個權力，做出對個案及其家庭、社區最佳的決策，是重要的課題。

A1（檢察官）表示，以前只要再施用毒品，就會撤銷緩起訴，現在也意識到這是一個成癮的現象，不可能說戒就戒，法務部也有下一個公文，不要這麼快撤銷緩起訴，要看看有沒有完成治療的可能，在決定是否撤銷前，會問問醫院或觀護人的意見，雖然沒有統一的規定，但很多地檢署都有這樣做，所以緩起訴的比例才會提高這麼多。如果在多次緩起訴後，最終個案還是被撤銷緩起訴，法官對數罪併罰的量刑空間很大，定執行刑可在最低的刑度以上，累加的刑度以下去量刑²⁵，而且法官知道個案是病人，定執行刑都很輕（A1-1-10、A1-1-11）；A2（檢察官）提出，目前偵查中檢察官還是做決定的人，只是檢察官把一部分的權力，比如戒癮治療的實施，交給醫療機構，醫療機構理論上要把這樣的資訊回饋給命緩起訴的檢察官，那我們才能知道這個人是不是已經非撤銷緩起訴不可

（A2-1-12）；A3（檢察官）提到，之前有一個案例，已經很久沒用毒品了，後來在一次朋友聚會的場合，喝酒的場合下，又用了一下毒品，像這樣我們就會原諒他，在二緩的情形，舊的 2 年緩起訴期間如果已經進行一半了，新的就會再接上去，一樣也是 2 年（A3-1-8）；A4（檢察事務官）提出，雖然法務部提出地檢署要撤銷緩起訴處分之前，要先詢問醫院、毒防中心及觀護人的意見，但實務上並未落實，地檢署的執行檢察官通常不會那麼周延，能少一個案件就少一個案件

²⁴ 刑事訴訟法第 253 條之 3 第 1 項規定：「被告於緩起訴期間內，有左列情形之一者，檢察官得依職權或依告訴人之聲請撤銷原處分，繼續偵查或起訴：

一、於期間內故意更犯有期徒刑以上刑之罪，經檢察官提起公訴者。
二、緩起訴前，因故意犯他罪，而在緩起訴期間內受有期徒刑以上刑之宣告者。

三、違背第二百五十三條之二第一項各款之應遵守或履行事項者。」

²⁵ 依刑法第 51 條第 1 項第 5 款，數罪併罰，分別宣告其罪之刑，宣告多數有期徒刑者，於各刑中之最長期以上，各刑合併之刑期以下，定其刑期。但不得逾三十年。

(A4-1-10); **A5 (觀護人)** 提及, 給二緩的檢察官真的不多, 因為綁二緩, 他要再綁 2 年, 雖然二緩後, 當下那個案子就結了, 但如果被告又再吸毒, 檢察官就要連同前案一起處理。對於個案來講, 就是因為他是在復發期, 所以才會被驗出陽性, 但是一旦緩起訴撤銷, 他的戒癮就中斷了, 即使之後罰了錢, 但癮的問題仍然沒有被處理, 所以可以預期這些人很快又會再回來。但個案如果已經暫時的失功能了, 那他應該被送觀察勒戒, 等到身體的癮先處理好後再回社區, 就是要有彈性。其實驗尿被驗到陽性, 對我們來講並不是壞事, 因為那個時候, 我們會有一個介入的契機去和他們討論為什麼又復發了, 然後讓他自己去了解自己危險的因子, 然後他又可以學習去避免這些危險的因子, 而且, 在這個時候, 他會很正視自己的問題, 因為他不想進去 (關)。如果他一直在穩定期的時候, 他是不會去想他有可能再復發的情形, 而有很多個案都會在一個很突發的狀況, 又回去用藥 (A5-1-7); **B1 (心理師)** 認為, 量刑的時候, 有很多的因素可以綜合判斷, 那在撤銷緩起訴的時候, 不能在觀護人那邊有很多因素可以綜合考量嗎? 因為大家處理的是人, 不是單一事件, 如果驗出來是陽性, 應該是加強緩起訴命令的強度, 例如加強驗尿的頻率, 但不是以罪論, 對於地檢署決定是否撤銷緩起訴前, 要詢問毒防中心和醫療機構的意見, 基本上是支持的 (B1-1-5、B1-1-6、B1-1-18); **B4 (心理師)** 認為, 緩起訴戒癮中再緩的作法, 應該也可以運用在毒品施用者假釋期間再施用毒品的狀況, 如果毒品施用個案假釋後, 有一個機制可以使其定期去醫院接受治療, 由醫院和觀護人配合, 便可處理施用毒品合併產生的精神疾病, 而不用等到再吸毒時才處理。由於個案在治療中停留的時間越久, 後追顯現出來的效果會越好, 因此贊成給緩起訴中再次施用毒品者機會, 但要使個案承擔更多的限制, 使他知道不要再犯了, 另亦可以利用判斷是否要給予緩起訴戒癮的標準來決定是否要再緩, 有些個案的功能已經不行了, 癮的情形已經開始腐蝕他的心和生活了, 所有的決策都很糟糕, 最好要趕快進來關, 不然後來越滾越大, 會很後悔, 雖然個案不想進來關, 但這時讓個案關進來是對他最好的選擇 (B4-1-13); **B5 (護理師)** 依其從事美沙冬治療的經驗, 個案剛開始使用美沙冬時, 都是從比較低的劑量開始喝, 先看看他的反應, 所以個案回去一定會再打海洛因, 那醫院就會衛教他, 喝完要有一定的間隔, 在二個禮拜或一個月後, 美沙冬的劑量拉上來, 如果個案沒有加大使用海洛因的劑量時, 就可以完全抵掉海洛因的癮。在醫院服務的時候, 很少接到地檢署詢問個案的狀況, 但是醫院的出席率、服藥狀況和配合度等, 以及毒防中心藉由家訪對個案家庭、經濟、生活狀

況之了解，都可以幫助地檢署更了解個案（B5-1-13）。

前述訪談內容可歸納為下列幾點：

- 1、以往緩起訴戒癮治療的個案若再次施用毒品，就會撤銷緩起訴，現在基於再次施用毒品是毒癮復發的現象，所以法務部通函要各地檢署先詢問醫院或觀護人的意見，如果仍可能完成戒癮治療，就不要撤銷緩起訴，實務上，目前雖再次緩起訴的比例增加，但未落實在撤銷緩起訴前詢問醫院及觀護人的程序。
- 2、對緩起訴戒癮個案再次施用毒品時是否撤銷緩起訴，目前缺乏具體標準，可以參照是否緩起訴戒癮治療之標準，綜合個案家庭、經濟、生活狀況等相關因素決定，若個案功能已經不行，任何決策都很差，宜儘快送機構處遇，以保護個案不再惡化。
- 3、緩起訴中再次施用毒品，是個案了解自己有些危險因子及學習避免這些危險因子的機會，在緩起訴期間，個案會更正視這些問題，並避免如何復發，如果在緩起訴期間都處於穩定期，反而無法學習如何避免毒癮復發，因此除了功能明顯不佳外，個案應儘量留在社區完成處遇計畫。

綜上所述，在目前政府提高緩起訴戒癮比例的政策推動下，緩起訴戒癮個案再次施用毒品時給予緩起訴的比例已較以往為高，但檢察官決定個案是否再給予緩起訴機會前，並未有客觀標準作為是否再次緩起訴之依據，實務上亦較少與醫院或毒防中心聯繫，了解個案的醫療、家庭、經濟、生活等狀況，因此目前對於是否撤銷緩起訴或再次給予緩起訴的決定，缺乏客觀依據。對於成癮個案而言，緩起訴期間再次施用毒品屬疾病復發現象，若能利用在司法監控的情形下使個案學習如何避免危險因子，減少日後復發，對個案有相當大的幫助，因此個案再次施用毒品時，倘經評估仍適合在社區中接受戒癮治療，應儘量使其留在社區，並以增強處遇強度或監控的方式處理，避免過早撤銷緩起訴，若個案狀況已然失控，則可及早經由司法途徑進入機構處遇，保護個案狀況不再惡化。

（二）監禁係對嚴重個案的保護，但應注意其最後手段性

在目前法制下，施用毒品個案具有刑事責任，雖目前已有緩起訴制度可將個案轉向社區，但目前監獄中仍約有 1 萬名左右受刑人係因為施用毒品罪名入監。我國在毒品施用者處遇政策上是否有過度監禁的情形？何種狀況的個案適合進入監獄處遇？係討論撤銷緩起訴議題時需先釐清的問題。

對此，A1（檢察官）認為，在二緩或三緩後撤銷的數罪併罰問題還好，因

為法官的量刑空間非常大，定執行刑可在最低的刑度以上，累加的刑度以下去量刑都可以，之前請統計處做一個資料，有一個人施用二級毒品 10 幾次，結果判 2 個月、3 個月，目前法院對於施用毒品者也知道他是病人，有結合犯、連續犯的特質，所以量刑都特別輕，定執行刑都很輕 (A1-1-11)；**A2 (檢察官)**認為，監禁沒有不好哦，至少讓這個人維持在無毒的環境，他的身體會慢慢恢復，加上監獄的生活正常，不戒毒也難，把他隔絕在社會之外，讓他反省一下，也沒有什麼不好的 (A2-1-2)；**A3 (檢察官)**提到，第三犯撤銷的話，雖然大部分會判 6 個月，可以易科罰金，但如果碰到一個不一樣的法官，給了 7 個月以上，那就有被關的風險 (A3-1-4)；**A5 (觀護人)**表示，一罪一罰真的很可怕，有一個個案，被判了 38 條毒品施用罪，因為是累犯，每一個罪都是 7 個月起跳，加起來 13、14 年，現行關完都 50 幾歲了，其實他只是在同一年的急性期被捉，這樣真的很浪費司法資源，美國毒品法庭是利用監測機制，了解現在的狀況，只要不是無法控制，都會留在社區 (A5-1-12, A5-1-13)；**A6 (矯正署科長)**表示，矯正署自 107 年 1 月 1 日開始推「科學實證之毒品犯處遇模式」，把 NIDA 的 13 項建議歸納在 7 大面向的課程，讓受刑人儘量在出監前都能上到這些課程，但監獄如果超收，從睡舍房到住工廠，每天都在搬桌子，就會影響處遇成效，依照陳玉書老師的研究，一個人可能要關了 5 次到 7 次，處遇對他的影響才會慢慢的出來，是否需要這樣投資？值得探討 (A6-1-3、A6-1-11)；**B2 (成癮戒治科醫師)**提出，原則上，沒有特殊理由，一開始就緩起訴，有一些理由，就是要緩起訴附帶強度的介入，能夠配合才能緩起訴，實在沒有辦法，做不到這些，該監禁的就要監禁 (B2-1-4)；**B3 (成癮戒治科醫師)**認為，如果個案一直復發使用毒品，可以無限延長，讓個案在醫院裏面治療，不是說醫院有多厲害，像復發性太高的個案，通常都需要用藥，而且在醫療結束後的第二年緩起訴期間，應該不能一驗到陽性就馬上撤緩 (B3-1-7)；**B4 (心理師)**指出，在戒治所的受刑人也會像受戒治人或受觀察勒戒人一樣上戒毒班的課或專業課程，只要有 1 年到 2 年的時間，都好規劃，但是有的受刑人在所時間很短，只有幾個月而已，而在出監前後，戒治所也會和利伯他茲合作，由利伯他茲在所內先上團體課程或個別輔導，出監後銜接輔導 (B4-1-5)。

前述訪談內容歸納為下列幾點：

- 1、監禁可使個案維持在無毒的環境，藉由正常生活，使身體慢慢恢復，而矯正署目前推動「科學實證之毒品犯處遇模式」，亦可提高戒癮成效，但

受刑人的處遇成效，受刑期較短之影響，一般不如強制戒治的模式，依照陳玉書老師的研究，個案可能要關了5次到7次，處遇對他的影響才會慢慢的出來。此外，矯正機構容額有限，在大量監禁後，會因監獄超收而影響矯正成效，亦需予以正視。

- 2、經過多次緩起訴後，倘個案最終仍被起訴，須以數罪論處，雖然一般情形下，毒品施用罪數罪併罰之執行刑不會太重，但也有可能對施用第二級毒品3犯的個案定7個月以上有期徒刑，使個案必須入監服刑，實務上亦曾發生個案在同一段急性期觸犯38件施用毒品罪，在數罪併罰後被監禁13、14年，造成司法資源的浪費。

綜上所述，個案如無特別考量的因素，宜先透過緩起訴在社區接受監控及處遇，如果狀況不穩定，可增加處遇強度，若已經達失控狀態，再至監獄中暫時與社會隔離。對於情形嚴重的個案，暫時與社會隔離可能是最好的處遇方式，不但可調養身體，也可有反省的機會。矯正署自2018年起對於受刑人推行「科學實證之毒品犯處遇模式」，在資源及時間允許之情形下，儘量使受刑人也能接受戒癮的課程，可提升個案在矯正機構之戒癮成效。另在司法實務上值得重視的一項議題，係個案可能因為毒癮復發而多次施用毒品，但施用毒品罪與其他犯罪一樣，數次施用毒品需論以數罪，當法官定執行刑較高時，便可能產生過度監禁的情形。

第五章 緩起訴戒癮治療對象篩選項目之建構

以醫療方式實施戒癮，成本最為昂貴，也非每一位個案都需要而且負擔得起，因此在落實毒品施用者多元處遇方案時，如何將需要緩起訴戒癮治療的個案挑選出來，是最重要的分流工作，以下依研究計畫逐步建構緩起訴戒癮治療篩選項目。

第一節 篩選構面及項目之調整

對於篩選適合緩起訴戒癮治療的項目，本文前已利用文獻回顧之方式，尋找初步的可能構面及項目(如表 2-4-4)，這些項目部分來自於國內外的相類似制度，部分係作者依影響毒品施用者處遇政策之觀點所推論建立，然是否符合我國的實務環境，尚需進一步檢證。

經由對毒品施用者處遇相關領域專家學者進行深入訪談，這些項目部分獲得支持，部分被否定，部分需調整。對被認可的項目，也藉由訪談中的探討，使其內涵有了更明確的界定，對於文獻回顧時所建立之篩選項目及藉由訪後所做的修正，整理如表 5-1-1。

表 5-1-1 緩起訴處分戒癮治療對象篩選項目調整對照表

修正前		修正後		狀態
構面	項目	構面	項目	
戒癮可能性 C1	戒癮需求性 C1-1	較有利個案健康改善 C1	個案對醫療協助需求較高 C1-1	修正
	社區復發性 C1-2		個案較適合在社區戒毒 C1-2	修正
			個案戒毒動機較強 C1-3	新增
	計畫有效性 C1-3			刪除
	毒品藥理影響性 C1-4			刪除

秩序影響性 C2	秩序破壞習慣性 C2-1	較不會影響社會治安 C2	從事吸毒以外犯罪可能性較低 C2-1	修正
	重大犯罪可能性 C2-2		較無販毒、暴力等重大犯罪前科 C2-2	修正
			吸毒行為之可責性較低 C2-3	新增
	疾病傳染性 C2-3			刪除
	道德爭議性 C2-4			刪除
社會功能性 C3	就業穩定性 C3-1	有助於家庭功能維持 C3	有利於個案家庭經濟狀況 C3-1	修正
	家庭和諧性 C3-2		有利於個案家庭和諧 C3-2	修正
	責任承擔性 C3-3		可使家庭成員受照顧 C3-3	修正

註：本表由研究者自行整理

對於篩選項目之調整，分 C1、C2、C3 三個構面逐項說明如下，對於所依據之訪談紀錄，贊同項目部分不特別摘錄，而對於認為項目有新增、刪除或修正意見者，則摘錄重要者於後。

一、C1「戒癮可能性」修改為「較有利個案健康改善」

原構面名稱為「戒癮可能性」，考量個案即便施用毒品未達成癮之程度，亦可以藉由緩起訴戒癮治療之方案改善其毒品使用情形，並處理與毒品使用息息相關的共病問題，因此構面名稱配合其下項目之調整，不再侷限於「戒癮」的範圍，改以更廣的「健康」為核心概念，修正構面名稱為「較有利個案健康改善」。

二、C1-1「戒癮需求性」修改為「個案對醫療協助需求較高」

依現行毒品危害防制條例第 24 條第 1 項之規定，對毒品施用者為緩起訴處分皆須附命完成戒癮治療，因此將毒品施用者轉向社區處遇時，並無醫療模式處遇方案外之選擇，為使處遇方案能更具彈性，行政院新世代反毒策略行動綱領 2018 年修正版規劃推動施用毒品成癮者多元處遇方案，法務部於 2019 年 3 月 4 日已將毒品危害防制條例第 24 條等條文之修正草案函報行政院審議，預期在法規鬆綁後，緩起訴處分附命之處遇內容，將可包含醫療模式及非醫療模式的處遇方案。

依 A2 (檢察官) 及 B2 (成癮戒治科醫師)、B3 (成癮戒治科醫師) 之意見，基於醫療資源之稀有性及昂貴性，緩起訴戒癮治療的對象應優先選擇有醫療需求的個案，以免浪費資源，或排擠有醫療需求者之就醫機會，對於無醫療需求的個案，可以用保護管束等其他方案處遇 (A2-1-2、B2-1-4、B3-1-9)。

對於與毒品施用問題併存的共病問題，B5 (護理師) 描述實務上有戒毒條件良好的安非他命個案，因為有被害妄想的精神共病未妥善處理導致婚姻破碎並因犯罪被捕 (B5-1-9、B5-1-14)；B6 (毒防中心個案管師) 認為這些精神共病問題都可以由醫院處理 (B6-1-8)；B4 (心理師) 更提出，在戒毒的工作上，有精神上的共病是高危險群，最需要醫療介入處理，醫療機構其他的可以不做，但是對精神共病的治療一定要做 (B4-1-8)；B3 (成癮戒治科醫師) 也表示在臨床上，對於仍繼續使用毒品的個案，是因為有焦慮、憂鬱、失眠等精神症狀的原因時，就會用藥物先來治療這些精神上的共病 (B3-1-3、B3-1-14)。

基於以上之訪談結果，本研究將 C1-1「戒癮需求性」修改為「個案對醫療協助需求較高」，而醫療協助需求的範圍，包含毒品濫用問題及與施用毒品相關之共病，其中尤其是會造成持續使用毒品的精神疾患，更是面對毒癮問題時的關鍵議題。

C1-1 相關之訪談內容	出處
<p>...，從「治療」這兩個字來看，看起來好像是一種醫療行為，但我們回過頭去刑事訴訟法第 253 條之 1，戒癮治療只是處遇的一個條件選擇而已，不一定要「戒癮治療」，這個問題可能要法規鬆綁，對沒有癮的人只要保護管束就好，如果送醫院，就會阻斷其他需要的人進入戒癮治療。</p>	A2-1-2

這是目前實務上的困境，我們常把初次接觸毒品、沒有成癮的人送到醫院去，但對於反復被捉、有成癮問題的人，就認為他毫無悔改，一再吸毒，而不給緩起訴的機會，這樣的篩選模式，就會跟你提到的美國毒品法庭的作法，完全相反。

A2-1-2

...，前面篩出來不用監禁的人，他應該配套一些介入的角色，可是這個介入的角色不必然要醫療，醫療是最貴的成本，理論上醫療針對的是上癮嚴重的人，所以這些人可能透過監測的方式，比如說，緩起訴是每2個禮拜要到地檢署來驗尿，固定監測是緩起訴的條件，你能接受，這樣就好了，...。這種分工如果可以出來，這種初犯的、沒有其他問題的、沒有前科的、不小心誤用的，全部都走上這條路就好。...；那醫療能夠提供的，是針對已經上癮的人的成癮行為，給予很專業的協助，已經上癮的人給予醫療協助，其實他們是很感謝醫療給他們的協助，他們知道被幫助後的改變，可是我們現在是處理使用毒品的人的時候，就比較麻煩，這個人會上癮，他的使用行為都比較嚴重，醫療打算處理的對象，是已經成癮的，這個成癮行為改變的訓練和服務的治療項目，專業的醫療人員是很願意做這件事情，他（個案）也願意接受，...。

B2-1-4

那如果驗尿是陽性，就表示作法要有一些改變，比如說，要提高就診或是提高治療的頻率，或是了解當時有沒有有一些共病的問題，比如說焦慮、憂鬱、失眠，如果是因為他們有焦慮、憂鬱、失眠這些精神症狀他們會持續用藥，我們就會給藥（治療精神疾病）。

B3-1-3

在前端就可以不用讓他進入緩起訴？也可以，...就不用來醫院了？有可能可以。...我同意，例如對一些 recreational 的大麻施用者。

B3-1-9

紀：倘若以附表內的項目作為決定是否給予個案緩起訴戒癮的考量因素，是否適當？依照舊版的內容，原來在「社會秩序影響性」的構面下，有一個「是否有會傳染他人的共病」，這個好像應該要刪掉。

B3-1-14

B3：不用啊，這個可以評估啊，這個很重要。你講的共病是精神跟身體嘛？

紀：那是不是把共病評估放在「醫療協助需求性」的評估？

B3：對，沒錯，你的意思應該也是這個吧？

紀：我本來是放在「秩序影響性」項下，但這好像會違反道德。

B3：那應該是放在這裏，在「醫療協助需求性」項目內比較好。

我覺得如果有精神上共病的話，即使是第一次，也要接受醫療，那就是一個高危險群。我覺得精神共病這塊是，既使其他都不做，但這塊是一定要...，但我覺得他們（醫療機構）都不做，真的。...是真的很麻

B4-1-8

煩，但是最需要做，也是他們（醫生）最可以著力的，又有精神科、又有藥癮，那就是你們做啊。

這些都是娛樂性用藥，像是 K 他命要用到膀胱有問題，都是要用到一段時間、大量的用藥，才會如此。如果他們來醫院的話，應該會先到泌尿科吧，比較少會到精神科。可是他們都應該來精神科，因為是心理的問題，或可能伴隨著焦慮、憂鬱的症狀，這個是需要精神科處理的。

B5-1-9

只有嚴重到一個程度，才能住院治療，其他如果發現有精神疾病，就要先處理他的精神疾病，就是由醫師在評估治療。我之前有一個個案就是來我們這邊之後，因為他的家庭狀況、經濟狀況都很好，所以後來不但海洛因戒了，而且美沙冬也戒了，但過了半年後，他打電話回來說要來看診，因為他後來用了安非他命，已經有幻覺出來了，會有被害妄想，覺得有人要害他，所以就買槍，後來就自己打電話報警說他有槍，然後就被捉了，結果也離婚了，所以我覺得雖然海洛因的再犯率高，常使評價治療成效不好，但是真的像這樣使用安非他命，才造成更大的危害。

B5-1-14

有沒有成癮問題，也許不是一定需要（醫療）的條件，他可能有一些別的問題，例如有一些憂鬱的問題，還是可以一併處理。

B6-1-8

三、C1-2「社區復發性」修改為「個案較適合在社區戒毒」

緩起訴戒癮治療之特色，係處遇之場域位於社區，其優點除了可以減緩矯正機構擁擠，使個案可接觸更廣多的醫療資源，亦避免個案在隔離後重返社會的困難，然而，社區戒癮未必對每個個案都是最好的選擇。

對於個案是否適合在社區戒除使用毒品的習慣，可以從保護因子及危險因子兩個角度來看，在所有的訪談中，「工作」是最常被提及的保護因子，除了 A1（檢察官）、A2（檢察官）、A5（觀護人）表示在實務上：「有無工作」是決定是否緩起訴的重要考量因素，而在處遇端的 B3（成癮戒治科醫師）、B4（心理師）、B5（護理師）也都認為有工作的人較適合社區戒癮，一般而言，穩定的工作不但可以帶來規律的生活，減少因無所適事而使用毒品的可能，也可以提供較佳的社會連結及經濟來源，提高戒毒成功的機會。其餘被提到的保護因子尚有「經濟條件較佳」、「教育程度較高」等因素，然而因較易涉及是否歧視弱勢的問題，較不宜作為緩起訴篩選的標準，而「年紀較大」則較無爭議，一方面「年齡」本身即是重要的保護因子，一個人在愈加年長後，離開毒品的機會便會提高，戒癮的必要性也可能較低，另矯正機構較難給年長充足夠的照顧，因此以人道的角度，

過於年長者也不適合在機構中戒癮。

而在危險因子方面，諸如不良同儕、較容易取得毒品或社會功能不佳等因素，固然容易理解其對是否使用毒品的影響，然而，這類危險因子是否存在的判斷難以在實務上操作，因此受訪者並未以個別危險因子的觀點來陳述，取而代之的，是如果有很多危險因子的結果：「成癮問題嚴重」。在受訪個案中，**A1**（檢察官）、**A5**（觀護人）、**B4**（心理師）都認為如果成癮已經較為嚴重，或是處於急性期，因無法期待能在社區有效戒癮，需要以更高醫療、高隔離的處遇方式來協助個案戒癮，惟在海洛因毒癮方面，**B5**（護理師）以她在從事美沙冬替代療法的經驗認為，因為替代藥物可使個案在社區穩定的工作及生活，因此即使海洛因毒癮者的成癮問題普遍較為嚴重，但多數個案仍可接受緩起訴戒癮治療。

綜上所述，本研究將 C1-2 原先的「社區復發性」修改為文義更為明確的「個案較適合在社區戒毒」。而由訪談內容可知，「穩定的工作」是社區戒癮最重要的保護因子；「成癮過於嚴重」則是社區戒癮最大的挑戰；「年紀較大」者，則基於各方面考量，以在社區為宜。

C1-2 相關之訪談內容	出處
任何的戒癮治療都需要家庭、醫療的支持，如果有家庭的支持，對他的戒癮是有幫助的；工作的部分，一個人如果無所適事，很容易就一個東西成癮，如果有工作，把他的注意力分散的話。不要脫離他的家庭、工作、社會關係，對他的戒癮治療是有幫助。	A1-1-2
如果是成癮比較嚴重，用溫和的方法比較沒辦法戒治，需要把他和這些東西（指毒品）隔離，把他放在機構內，可能比較有戒除的效果，畢竟它是一種犯罪，在緩起訴中繼續施用、一直施用，代表這個緩起訴制度是對他無效的，已經施用那麼多次了，還屢勸不聽，這些也會把他當作（緩起訴）參考的因素。	A1-1-4
還是會回到原點，就是在外邊有沒有對他戒癮有幫助，再來就是撤銷的風險，如果撤銷風險高，可能就直接放在機構內，撤銷風險低，比較可以完成戒癮治療的話，就是把他放在社區。	A1-1-4
目前實務上，有無工作、經濟能力、家庭狀況，我們能參酌的資料不多，因為系統裏沒有，我們對刑案被告也沒有做這方面的調查，所以只能依照被告本身的供述來了解。	A2-1-2
有的個案是根本不適合放在社區的，他可能使用很長時間的毒品，但他是第一次被捉到，我們都要付出很大的心力，他不比假釋付保護管	A5-1-3

束的個案輕鬆，這些個案可能先走醫院的治療，而醫院的治療可能是隔離，要看他的成癮狀況和社會危害程度。

...，有些人是有正常工作的，但是他可能是因為參加了一個趴，或是某些特定的行業可能會有安非他命提神，但是他就會被丟到觀察勒戒，他的工作就會中斷，他要恢復他的功能可能不難，但中斷會影響他的生活，他必須重新再建立，主要是就業和就學。

...，目前這個個案他是在一個急性期的階段，他需要一個高醫療或高隔離的處遇，可是他被緩起訴了。像這樣的個案，如果他在前期有被評估到（而不要緩起訴），對他和他的家人來講（都比較好），對他來講，他的危險因子就是在他的環境，他在社區時他的毒友就會來找他，對他的家人來講，（如果可以不在家裏）就是對他們生命、身體威脅的喘息。像這樣的個案，如果可以去被送觀察勒戒、強制戒治，1年，對大家...。對這樣的個案，他不適合做社區處遇，我們現在的醫療單位沒有辦法長期收容這樣的一個個案。

A5-1-4

...，我的經驗，緩起訴的個案，幾乎都有工作耶，真的很少會出不起錢。

A5-1-9

但我覺得有沒有工作這件事，對檢察官給不給緩起訴來說，應該是一個重要的因素，因為我有的案件在緩起訴後驗出陽性，檢察官決定要不要二緩的一個考量，就是他有沒有穩定的工作。

...，我有些個案是以做工為主，收入來源不穩定，沒收入時就不會去門診，但一有收入就會去門診。

原則上，沒有特殊理由，都應該一開始就緩起訴；有一些理由，就是要緩起訴附帶強度的介入，能夠配合才能進行緩起訴；實在沒辦法，我們做不到這些，該監禁的就要監禁。

B2-1-4

...比如說，家庭比較有錢的時候，那真的會影響他的處遇，如果不考慮，會造成很大的落差，但是就是這些因素，會造成一個公平的問題。本來就是這樣啊，有錢的人，教育程度比較高，比較能配合，這也是事實，就公平性來講，很...

B2-1-13

我同意啊，真的有這種人，我之前在做觀察勒戒處所 10 幾年的期間，很多人就是進來關一關，出去就可以重新開始。然後教他們緩起訴，他們也不要，這群人的弱勢，就是他們本身工作就不穩定，他們本身有穩定工作的人，都是期待能夠緩起訴。就是有工作，或是家庭責任很重的人，就會期待緩起訴。但真的，我們很多病人都是沒責任感，不事生產，在家裏就是違法亂紀啊。那真的，我寧可他去關一關，這群人是非

B3-1-6

常難處理的。

像毒品法庭不是講很多嗎？最後一線的就是這群人，一定要有監禁的這個最後選項存在。

我們自己覺得，有一些藥癮者如果給他強制力，有點監控的時候，其實是有幫助的，有一些人他沒有，可能就是從頭到尾都沒有想要去戒毒，或是成癮性很高，就是沒有辦法去撐過。但有一群人給他適度的監控，會幫助他延緩他使用毒品的時候，我覺得藥癮者要有這個過度，否則一下子都由內控，很困難。他們本來就是自我控制力很差的人，一下子把他們放掉。 B4-1-3

（不適合進入矯正機構的毒品施用者）雖然不多，但是在戒治或觀察勒戒那塊就會看到老師或其他有正常工作的人。 B4-1-9

…我剛還想到，就是第一類（不適合矯正機構的人）就是（吸毒問題）很輕微，不需要，我還要講的是：年長者。因為捉他們進來沒有意義可言，實際上，這個人就是在社區吸毒，他的危害性非常小，就人權和醫療來講，我們完全沒有辦法好好的妥善照顧這一群。

（有工作）這當然是比較好的啊。個案來的時候，常會說我想找工作，但我會找不到工作，因為沒有一技之長，但他們都會講的很好聽。如果有工作，那當然是更好，因為他們會有生活的重心，有工作這件事對他們很重要，因為有工作，他們就會知道什麼時候要起來，什麼時候去上班，就不會想東想西，但我們毒品的個案，大部分都是做臨時工，大多是比較低階的、比較勞力的，比較不穩定，而且他們都是領現金，如果領了現金，就很容易拿著去買藥。但也沒辦法，他們就是缺乏專長和技能。 B5-1-10

經濟能力、有錢沒錢，是否適合作為緩起訴個案挑選的標準？

第一個，要有穩定的工作，如果沒有穩定的工作，你把他放在社區，那就會…（笑）。第二個，他不是獨居，要跟家人住，而且那個家人和他的關係是比較好的。這樣的話，他上班有地方去，下班也有地方去，就不會到處游蕩。因為一無聊，心情煩悶，就很容易…。

對啊，臺灣做的一些研究，中斷用藥的保護因子，第一個就是年紀大了，感慨自己在最年輕的時候都在進出監獄，然後，就是自己想要有一個家庭。 B5-1-17

四、新增 C1-3 「個案戒毒動機較強」

依刑事訴訟法第 253 條之 2 第 2 項及毒品戒癮治療實施辦法及完成治療認定標準第 6 條之規定，檢察官為附命完成戒癮治療之緩起訴處分時，應先得到被告之同意，在目前實務作法上，檢察機關會在個案接受治療機構評估前，先將個案於緩起訴戒癮治療期間應配合的事項向個案說明，並在得其同意後才進行後續的程序，然而，個案是否願意接受戒癮治療並非等同於有戒癮動機。

A3（檢察官）對於犯次較多但自己本身表達有戒癮願意的時候，仍會考量給個案緩起訴戒癮治療機會，然而，**B5（護理師）、B6（毒防中心個案管師）**在處遇端的觀察發現，有些個案在考慮是否要接受緩起訴戒癮治療時，只是考慮到可以不用被關，並未衡量需在治療計畫中的配合戒癮，因此在後續追蹤治療的配合上就會較差；**B3（醫師）**在臨床上也發現，約有八成的個案會覺得醫療介入有助於其戒毒，但有二成的個案，則是一直罵、一直罵。由前述訪談情形可知，許多表示願意接受緩起訴戒癮治療的個案，並非真正想要解決毒品問題，因此到了處遇端時不但成效不彰，還會造成處遇端的困擾，這樣的情形，在新世代反毒策略提出逐年提高緩起訴戒癮治療比例的情形下，可能發生更多缺乏戒癮動機的個案不當轉向社區處遇，造成司法及醫療資源的浪費。

對於戒癮動機差的個案，**B4（心理師）**以其在矯正機構從事戒癮工作的經驗表示並非無法輔導戒癮，只是需要較久的時間。對於那一些是戒癮動機好的個案，**B5（護理師）**表示，有些個案因為家人的支持鼓勵或遇到重大轉捩點（如感染愛滋病）而產生高的戒毒動機，最後都可達到較佳之成效。

基於緩起訴戒癮治療資源珍貴性之考量，國家宜考量使戒毒動機較高的個案優先進入緩起訴戒癮治療計畫當中，對於戒癮動機較差而難以在社區改善其毒品問題的個案，則應考慮改採其他適當之處遇方式。另考量戒毒動機屬個案之心理狀態，若僅依個案本身之陳述，在個案避免刑事處罰的狀況下，容易存在虛偽性，因此，可參考個案過去之司法紀錄或醫療紀錄來加以判定，例如在觀護人室報到之情形、就醫時的遵囑性，這些紀錄對於決定個案是否給予再一次緩起訴戒癮治療機會時，尤為重要。

C1-3 相關之訪談內容

出處

...，另外，就是要他自己想要改善的這種人，那我們會給他機會，
就是戒癮意願高的...，實際上，大概是說三犯以上就不太給機會了，因

A3-1-2

為他就是已經有毒癮了，這是第一個，但如果有毒癮，他說我想改啊，這時便會考慮給他機會，就是個人意願比較強。

...八成的人會告訴我說，還好有這個，讓他們能夠停止，他們是感恩的哦，...就是可以強迫他們自己停下來，把生活重整，所以你說病識感。...to be honest，所以我越來越有信心，因為有這八成的，當然還有二成的個案很爛。我們所有的個案都一樣，就是不配合到底到了極點，來就是一直罵、一直罵、一直罵，我們就是習慣了。

B3-1-5

B4：對，只要是1年到2年之間，我們（戒治所）都好規劃，...，其實就是其他監所幫我們篩，送到我們這邊來，但是沒有。

B4-1-5

紀：篩一些較有戒癮動機的人？

B4：這部分有點難篩啦，因為干擾變項太多，其實我們做這麼久，也不擔心動機很差的人，因為這也是一種正常的現象。

紀：動機差，可能和他們輔導結果...？

B4：動機差，只是比較久。

很多人在檢察官那裏都是說會好好的配合，但到了醫院，都不是那個樣子。緩起訴和自願戒癮的個案差很多，他們那群真的比較難管，像自願性的，那配合度就很高，出席率也很好，所以還是看這個個案有沒有心理的動機。

B5-1-7

那個留美碩士，應是有轉捩點吧，他那個時候真的毒品用的很兇，還要包尿布，但他那個時候有一個很好的男朋友，鼓勵他戒毒，他家人也很幫忙他，他自己也不想再這樣下去了，他人生中最年輕的2、30歲，都在玩毒品，他不想再有這樣的生活下去了，然後他就開始戒毒，然後就這樣的戒成功...。19歲的那個弟弟的話，他會用毒品，就是因為想用毒品來拉住一段關係，也是這樣得到了愛滋病，後來他就看破了，每次都讓自己這麼辛苦，又冒著得病的風險，後來得病之後，只想把自己照顧好，把生活弄好，所以就不會想要再去玩藥了。我覺得會想要用藥或停藥，一定是自己的某些信念、想法有改變的時候，當還沉溺在其中的時候...（笑，表示很難改變）。

B5-1-17

紀：會不會有個案告訴你，早知道就去關了？

B6-1-5

B6：有，他們會說為什麼要報到，為什麼要被你們追，只是因為檢察官告訴他們是初犯要給他們緩起訴，可是他那些規則都不看的，他們只要有緩起訴就好。...只要沒有被關，後續不管，但後來才發現要

報到，要追蹤。

五、刪除原 C1-3「計畫有效性」

依美國毒品法庭的運作經驗，毒品施用者經過評估後配對至最適合的處遇方案，是提升處遇成效的關鍵因素，因此政府可提供之處遇方案是否符合個案的需求，應是在檢察官決定是否給予個緩起處戒癮機會的重要考量。

對於計畫有效性的議題，**B1（心理師）**表示目前國內的醫院在醫療領域尚無發展多元方案的能力，對於關家庭、就業等各方面的協助和支援，希望未來各地方政府的毒品危害防制中心能夠更充分的提供；**B6（毒防中心個案管師）**則表示，目前對於成癮者，毒品危害防制中心就像是一個轉運站，會將個案轉介到他需要的地方，例如有社會需求就轉社會局，就業需求就轉勞動局，有法律諮商需要，就轉法扶，目前最主要的轉介是在就業和社福這兩部分。

考量目前醫療協助尚未多元化，而醫療外的協助，亦可透過各地方政府毒品危害防制中心轉介至所需的地方，所能提供的協助內容並非固定，而係具有相當之彈性，因此在決定個案是否給予緩起訴戒癮治療的處遇方案時，現階段尚不宜用政府所能提供處遇方案是否有效來加以評估，原 C1-3「計畫有效性」爰予刪除。

原 C1-3 相關之訪談內容	出處
我們目前也有逐步去朝多元服務啦，我們毒防中心不是只有轉介醫療，如果你這個問題是問我衛福部可以提供什麼，現狀就是這樣，... 藥癮的個案不是只有吸或不吸這樣子而已，還有很多就業、家庭... 很多問題，就像 NIDA 寫的「全方位的協助和支援」，但是需要就學等這些資源要長出來啊，所以他有一個前端資源布建的部分，才讓毒防中心有資源可以提供給這些個案，但我們會希望說，在衛福部的努力下，是可以協助這個個案依照他的需求，幫他連結必要的資源，...	B1-1-10
現有醫院根本沒有那麼多元的能力，長官講說：「國外可能」，那是國外。現在最簡單，要醫院評的，是有沒有 drug abuse disorder，這是第一個，如果有，在 DSM 裏面，就是分輕度、中度、重度，...，只有 drug abuse disorder 和有沒有影響生活功能，可以讓醫療作判斷啊。	B1-1-12
我們中心就像是一個轉運站，不管什麼因素來的個案，我們都會轉	B6-1-3

到他需要的地方，例如有社會需求就轉社會局，就業需求就轉勞動局，有法律諮商需要，就轉法扶，也可能轉到民間機構，例如利伯他茲、晨曦會等，就像是一個單一窗口，最主要的轉介是在就業和社福這兩部分，社福就像申請中低收入戶補助這方面，法律扶助稍少。

六、刪除原 C1-4「毒品藥理影響性」

由於各種毒品的藥理特性不同，導致使用不同種類毒品的個案，戒毒的難度及復發使用毒品的情形並不相同。緩起訴處分中再犯施用毒品罪，是撤銷緩起訴的重要因素之一，而一再的復發，可能造成緩起訴處分被撤銷，使個案回到一般刑事司法體系當中，目前緩起訴個案遭撤銷的個案中，海洛因施用者明顯較高，因此原規劃以「毒品藥理影響性」作為決定緩起訴戒癮治療對象之篩選標準。

長期從事美沙冬替代療法的 B5（護理師）表示，雖然一級毒品（主要為海洛因施用者）的戒毒成本較高，但是這個族群的醫療需求性也較高，即使不能做到完全戒癮，但能做到完全替代，而且接受醫療後，也可減少愛滋病等傳染病的發生；B6（毒防中心個管師）亦表示使用成癮性高毒品的個案，可由醫療機構和毒防中心來處理，「毒品藥理影響性」不適合當作篩選標準。

由於依刑事訴訟法第 253 條之 3 的規定，再次施用毒品雖然屬「期間內故意更犯有期徒刑以上之罪」，但檢察官可對該施用毒品的行為再做出緩起訴處分，個案仍可繼續完成該戒癮治療方案，而對於毒品問題使用較嚴重的個案，司法體系如何決定回歸一般刑事司法體系，處遇體系如何規劃適當的處遇方案，另在本文的第四章及第六章探討，爰刪除原 C1-4「毒品藥理影響性」之項目。

原 C1-4 相關之訪談內容

出處

雖然他們（一級施用者）比較耗時，成本比較高，成效也不會像二級一樣那麼好，但我覺得他們才是真的比較需要把時間和精力用在他們身上。如果以成癮性和脫離這個毒品的角度來看的話，他們比較需要專業人士的幫忙。我們不能期待他們可以完全戒掉，但是我們可以期望說完全替代，就是完全不用毒品（海洛因），只用美沙冬。但是現在政府機關都比較希望看到立即性的成效，但是用替代療法，再犯率還是會降低，而且公共衛生、傳染病的部分，至少共用針頭感染愛滋的部分還是減少的。

B5-1-5

「藥理影響性」，如果要使用成癮性高的毒品，來我們這邊就好了， B6-1-9
不適合當評估項目。

七、C2「秩序影響性」修改為「較不會影響社會治安」

原項目「秩序影響性」，所關注的範圍除了犯罪之外，另包含個案因施用毒品可能對家庭、社區造成的騷擾行為，考量個案對他人造成的騷擾主要是其所屬的家庭，而對家庭的騷擾已可評估於 C3-2「有利於個案家庭和諧」項下，而 C2 構面下之 3 個項目亦調整聚焦在「犯罪」，構面名稱從較涵攝較廣的「秩序」修正為概念較明確且關注度較高的「治安」，爰修正 C2 為「較不會影響社會治安」。

八、C2-1「秩序破壞習慣性」修改為「從事吸毒以外犯罪之可能性較低」

緩起訴戒癮治療方案的處遇場域在社區，個案在社區當中可以從事工作、與家人相互照顧，其行動並未受到嚴格監控，對於部分個案而言，社區處遇模式較機構處遇更有助於戒毒。然而，由於我國施用毒品之行為仍有刑責，基於社會防衛的考量，若個案在社區仍有較高的犯罪可能性，會傷害社區其他民眾，則較不適合社區處遇之模式。

A1、A2、及 A3 三位受訪之檢察官皆表示，如果個案有較多犯罪前科時，即使符合緩起訴之法律要件，會傾向不給予緩起訴戒癮的機會。因為戒癮資源有限，應該留給素行較良好的人，而且前科較多者除了留在社區較可能會侵害他人外，亦可能因為其他犯罪受到刑事追訴，而無法完成社區戒癮計畫。

B2(醫師)則認為對秩序的影響性是決定是否社區處遇最重要的考量因素，如果對社會秩序沒有影響，不管有沒有成癮，都不應該被捉去關；B4(心理師)亦認同對社會秩序之影響是決定社區處遇的重要考量，並舉某竊盜常業犯為例，因該個案會從偷竊車子的過程中獲得成就感及高報酬，在社區當中很難期待會從事正常的工作，所以社區處遇的模式並不適合於此類個案。

綜合前述意見，C2-1「秩序破壞習慣性」的項目內容獲得支持，但為使本項目更加聚焦而明確，並與 C3-2「有利於個案家庭和諧」有所區分，因此項目名稱修改為「從事吸毒以外犯罪之可能性較低」，實務上一般可從竊盜等高再犯類型犯罪前科之有無及多寡來判斷。

C2-1 相關之訪談內容	出處
<p>再來就是施用次數或成癮的程度，如果只有用一、兩次，幹嘛把他放到監獄裏面去，然後，前科是一種考量...再來就是撤銷的風險，如果撤銷風險高，可能就直接放在機構內，撤銷風險低，比較可以完成戒癮治療的話，就是把他放在社區。。</p>	A1-1-4
<p>...他的前科類型如果是財產犯罪等其他犯罪紀錄時，會傾向不會給予機會，但如果是只有單純施用毒品的前科時，就比較會給予機會，因為我們想緩起訴的資源不是那麼多，就把機會留給這些不是作奸犯科的人。</p>	A2-1-2
<p>紀：那些個案是規定上不能緩起訴戒癮？那一些個案是雖符合規定，但實務上通常不會給緩起訴戒癮機會？</p>	A2-1-4
<p>A2：就是前述有嚴重犯罪問題，前科很多的。</p>	
<p>...他不是惡性重大的人，例如犯重罪，或是累犯，...就是檢察官覺得這個人是不是可以緩起訴，因為給一個緩起訴的話，是一個比較好的favor，那前提一定，他不是一個 quality 比較差的人，如果他的 quality 比較好，那就不是累犯囉，就不是累犯，也不是重罪，...。</p>	A3-1-2
<p>有可能秩序影響性是最大的，我為什麼這樣講，就是不管他有沒有成癮，秩序影響性沒有的，就不應該捉去關，沒有成癮的不應該關，成癮的就去治療。</p>	B2-1-13
<p>B4：我覺得秩序影響還蠻重要的，如果已經會在外面造成社會傷害的時候。</p>	B4-1-11
<p>紀：就比較不放在社區。</p>	
<p>B4：對。我不知有沒有解讀錯誤，像美國有些州如果只是單純的吸食，也不用入監服刑，但如果有合併犯其他犯罪的時候，他的服刑是因為其他的犯罪。</p>	
<p>1 個個案跟我求助，本來以為那個個案只有單純毒品問題，後來發現他有竊盜，但他不只是因為他施用毒品缺錢，而是他有偷竊癖，他已經有點像是以前刑法講的那種常業犯，竊盜對他來講，當然也是可以滿足可以使用毒品，而且他整個生活就是，他回去也不會做正當的工作，因為竊盜的收益高，而且他是偷竊車子，在偷竊車子的過程中，他有成就感，因為他破解了那個鎖。隨著那個問題的程度越複雜，個別化的評估就越需要了。像這個已經是竊盜常業犯的時候，他已經不適合在（緩起訴）戒癮治療裏面了。...當然有些人不是已經到了竊盜癖，單純就是</p>	B4-1-14

為了錢，就是他（問題）的本源還是毒品的這個問題來講，那他可能可以（緩起訴戒癮）。

九、C2-2「重大犯罪可能性」修正為「較無販毒、暴力等重大犯罪前科」

在美國毒品法庭篩選對象的過程中，有暴力、販毒等犯罪前科者，常被排除在計畫之外，除係考慮社會觀感外，某些暴力犯罪的前科對於其未來是否再犯重罪，亦有相當的預測性，因此為避免社區民眾遭受到重大的法益侵害，有重大犯罪前科者亦較可能被排除於社區處遇計畫之外。

A1、A2、A3 三位檢察官對於具有殺人、妨害性自主或其他重罪前科者，皆傾向不給予緩起訴處分的機會，而 B2（醫師）亦認為販毒者應排除在緩起訴處分的範圍之外，其餘受訪者多表示對於可能高度危害社會的個案，較不適合於社區處遇。

原項目「重大犯罪可能性」雖然在內涵上能直接應對於社區民眾可能受到重大法益侵害的機會，但是涉及認定上的困難，除非有具實證基礎的量表工具先予測量，否則在實務操作上恐怕相當不容易，因此，受訪者在討論此項目時，多是以客觀可得的的前科紀錄替代討論；此外，是否有重大犯罪前科，亦涉及社會觀感，可涵括原 C2-4「道德爭議性」中最重要的內容，因此，本項目由「重大犯罪可能性」修改為「較無販毒、暴力等重大犯罪前科」。

C2-2 相關之訪談內容	出處
如果有重大的前科，可能也不會給他緩起訴，比如說殺人啊，妨害性自主啊，就是這個人素行並不好，不適合，而且也會考慮到社會觀感。	A1-1-4
紀：那些個案是規定上不能緩起訴戒癮？那些個案是雖符合規定，但實務上通常不會給緩起訴戒癮機會？	A2-1-4
A2：就是前述有嚴重犯罪問題，前科很多的。	
第一個：他不是惡性重大的人，例如犯重罪，或是累犯，這個就是概括了，就是檢察官覺得這個人是不是可以緩起訴，因為給一個緩起訴的話，是一個比較好的 favor，那前提一定，他不是一個 quality 比較差的人，如果他的 quality 比較好，那就不是累犯囉，就不是累犯，也不是重罪，...	A3-1-2

有可能秩序影響性是最大的，我為什麼這樣講，就是不管他有沒有成癮，秩序影響性沒有的，就不應該捉去關，沒有成癮的不應該關，成癮的就去治療。...例如說販賣毒品，絕對排除掉了。 B2-1-13

十、新增 C2-3 「吸毒行為之可責性較低」

依刑事訴訟法第 253 條之 1，檢察官對是否緩起訴處分應參酌「刑法第 57 條所列事項」及「公共利益之維護」，「公共利益之維護」已包含於 C2-1 及 C2-2 之項下，而「刑法第 57 條所列事項」，係指個案施用毒品之「責任」，應審酌與施用毒品行為之一切情狀，其中由法條所列舉，而與犯施用毒品罪者是否緩起訴較相關的考量有「犯罪之動機、目的」、「犯罪行為人之生活狀況」、「犯罪行為人違反義務之程度」、「犯罪後之態度」等，其中「犯罪行為人之生活狀況」可在 C1-2「社區戒癮條件」中評價，「犯罪後之態度」可在 C1-3「戒毒動機」中評價，其餘的部分，可歸納於本項新增項目「吸毒行為之可責性較低」中評價。

A1、A2、A3 三位檢察官皆表示，施用毒品罪之犯次，為檢察官考量是否緩起訴之重要考量；而 A4（檢察事務官）則表示，以往二審檢察署在審查毒品施用罪之再議案件時，對於犯次較多的個案傾向不給緩起訴處分的機會，2016 年底開始，在法務部提升緩起訴戒癮治療比例的政策下，方不會以此理由拒絕給個案緩起訴機會；B4（心理師）則表示，個案決定是否給予緩起訴戒癮治療的機會宜有客觀標準，犯次較多的個案亦表示其毒品問題較嚴重，可能較不適合以監控性較低的社區處遇方式戒毒，適合作為篩選的項目。

綜合訪談的結果，個案「觸犯毒品施用罪的犯次」可予以評價，可作為 C2-3 之評價方式；此外，個案施用毒品往往基於不同的動機、目的，例如有些個案可能為正當工作之需要，有些個案是為了非法工作之需要，有些則是為了單純的娛樂目的，不同的毒品施用目的，其可責性亦有不同，故「施用毒品之動機、目的」亦可納入 C2-3 之評價方式。

C2-3 相關之訪談內容	出處
檢察官在做緩起訴的時候，他自己去做篩選，如果只是初犯、二犯，沒有其他前科，就會做一個篩選，找到比較適合的。	A1-1-3
...現在實務上普遍的作法，應該是根據被告的前科情形來處理，通常對初犯、年紀較輕，通常較願意給他們多一點機會，讓他們留在社會	A2-1-2

繼續完成學業或繼續工作，對於累犯，就比較不會給他們機會，目前的判斷標準大概是這樣。

...實際上，大概是說三犯以上就不太給機會了，因為他就是已經有
A3-1-2
毒癮了，這是第一個，但如果有毒癮，他說我想改啊，這時便會例外考
慮給他機會，就是個人意願比較強。

...早期高檢署會以毒品施用前科很多，不同意給緩起訴，所以我們
A4-1-2
也會考量前科情形，但自從前（105）年底開始推緩起訴，次長在開會時
請高檢署與會代表回去轉達多給緩起訴機會，之後，高檢署就幾乎沒有
因為這個理由再撤銷地檢署的決定。

...，可以第一犯就去門診，第二犯去什麼，第三犯去什麼。但這些
B4-1-8
幾乎都不用評估，因為這些都取決於你的再犯。我覺得這會有邏輯上的
合理性，因為會一犯再犯，就表示問題是嚴重的。第4犯、第5犯之後，
就是走徒刑，就是變得很規則，因為一評估，大家都會有話說，...，最
後，大家都覺得，為什麼我要去承擔這個責任，然後，評估的人會覺得
很辛苦，壓力很大。

十一、刪除原 C2-3「疾病傳染性」

部分施用者會可能因為其施用過程以及施用後對精神產生的影響，而有「物質引發疾患」(substance-induced use disorder)，且其中諸如愛滋病、肝炎等傳染性疾病，可能因為個案繼續施用毒品而傳染給他人，因此當個案在社區接受醫療處遇時，有於社區擴散具傳染性之「物質引發疾患」之可能。

B6（毒防中心個管師）對此項目表示，具傳染性之「物質引發疾患」可以經由毒防中心（包含地方衛生單位）的協助來加以處理，如果個案到監獄後，可能因醫療的可及性較差而影響其治療的權利，以是否具有傳染性之「物質引發疾患」作為篩選項目，會有歧視的問題；**B3（醫師）**亦表示具傳染性之共病，有評估之必要，但應放在「個案對醫療協助需求較高」項目下。

本文前已參採 B3 及 B6 之意見，將傳染性共病之評估移至 C1-1「個案對醫療協助需求較高」項內，爰刪除原 C2-3「疾病傳染性」。

原 C2-3 相關之訪談內容

出處

紀：原來在「社會秩序影響性」的構面下，有一個「是否有會傳染他人的共病」，這個好像應該要刪掉？ B3-1-14

B3：不用啊，這個可以評估啊，這個很重要。你講的共病是精神跟身體嘛？

紀：那是不是把共病評估放在「醫療協助需求性」的評估？

B3：對，沒錯，你的意思應該也是這個吧？

紀：我本來是放在「秩序影響性」項下，但這好像會違反道德。

B3：那應該是放在這裏，在「醫療協助需求性」項目內比較好。

但是「疾病傳染性」如是指有沒有 C 肝、愛滋，我們本來就可以處理，不應該因為有沒有得這個病來決定是否可以到社區治療，這樣會有歧視的問題。...應該是要討論這些人如果到監獄，能不能有妥善醫療的問題，因為他們到監獄後，能不能治療，是要看能不能排到隊，還要看有沒有那科的醫生。他有沒有犯罪，和有沒有會傳染給別人的病，是兩件事，他的犯罪行為，並不是故意把傳染病傳染給人家，如果是法定傳染病，有法定傳染病處理的方法，不能因此影響司法上的決定。 B6-1-9

十二、刪除原 C2-4「道德爭議性」

對於毒品施用者科以刑事責任，尤其對人身自由予以限制，相當程度的反映出該社會對毒品問題之道德觀感，因此當毒品施用者可以用緩起訴戒癮治療的方式來取代刑事處罰，個案的狀況也需與通過道德觀感的考驗，過去實務上也曾發生知名藝人受觀察勒戒時間較短，而受外界質疑是否有特權之情形。

在訪談過程中，受訪者對道德爭議性多未有特別之想法，而在與 B6（毒防中心個案管師）之訪談中，發現毒品施用者除了藝人外，少有身分特殊而可能產生道德爭議者，而藝人雖因知名度高而容易受媒體關注，但是可以用緩起訴條件上之彈性（如參加公益活動）來處理道德爭議性之問題。考量道德爭議性在大部分毒品施用個案並未有差異性，因此自篩選項目中排除。

原 C2-4 相關之訪談內容

出處

紀：道德爭議性，例如柯震東，會不會有人質疑為什麼條件差不多，他不用被捉去關。 B6-1-9

B6：像藝人，他們也是一般人，應該不用特別考量，或者就是說可以規定緩起訴條件就是要做公益來說服民眾，就平常心啦。

十三、C3「社會功能性」修改為「有助於家庭功能維持」

在美國毒品法庭的個案篩選中，較側重於個案的需求及對社會之影響，此二點在前述 C1、C2 部分已有含括，然而，對於東方社會較為重視的社會關係、家庭關係，則較少著墨。然而，在訪談過程中發現，個案的毒品施用情形對家庭的影響相當大，而是否能戒毒有成，也與家庭關係相當密切，由於緩起訴戒癮治療可使個案與社會及家庭有持續的連結，也可能會有正反面的影響發生，因此在篩選個案時，個案的社會關係應受到更高的重視。

在訪談過程中發現，毒品施用者之社會功能通常較弱，在考量個案戒毒相關議題時，其社會連結關係通常僅聚焦於家庭關係，個案在家庭外的正負向社會關係差異並不會受到重視，因此在社會關係方面的評價的範圍，由較廣泛的「社會功能性」聚焦至「有助於家庭功能維持」，較符合評估之有效性。

十四、C3-1「就業穩定性」修改為「有利於個案家庭經濟狀況」

個案在社會或家庭中之聯結，首先探討的是經濟上之聯結，倘若個案在社區中可以持續就業，即能產生經濟上之貢獻，則將其監禁於矯正機構中，不但增加政府財政負擔，亦會減少社會整體的經濟生產。

所有的受訪者皆未提及個案在社區可助於社會經濟之觀點，然而在 A1（檢察官）及 B4（心理師）認為個案若能賺錢養家，是家中主要的經濟來源，則較應使其留在社區中接受戒癮治療，以維持家庭經濟穩定。

因 C3 構面已由社會範疇聚焦至家庭範疇，因此在經濟面上之考量，由原先之「就業穩定性」修正為「有助於個案家庭經濟狀況」，其具體評量內容，除了個案是否可賺錢養家、是否為家中主要經濟來源外，亦可包含個案在社區是否有因使用毒品或其他不當花費，使家庭經濟受到拖累。

C3-1 相關之訪談內容	出處註記
社會功能性，我覺得也蠻重要的，如果有賺錢養家，有盡一些責任，感情很好，有足夠的支持系統，然後外面的活動很多元。	A1-1-5
如果要我幫這些人說句話的話，倒不是去看這個人，我會覺得要把他的家庭狀況納入一個最重要的評估標準，比如說，他是不是主要的經濟來源，支持的程度是怎麼樣。	B4-1-14

十五、C3-2「家庭和諧性」修改為「有利於個案家庭和諧」

個案與家人之關係，是最基礎的情感連結，家人對個案支持之多寡，常能左右個案戒毒成功與否；相對的，個案在家庭中是否能扮演良好的家庭成員角色，也會對其家庭的和諧造成影響。

長年面對眾多毒品個案的 A5（觀護人）及 B3（醫師）表示，對於某些在社區會違法犯紀、危害家人生命、身體安全的個案，並不適合在社區接受處遇，應該改以高醫療、高隔離或是監禁的方式來保護其家人。

配合 C3-1 項目名稱之修改，C3-2 由「家庭和諧性」修改為「有利於個案家庭和諧」，具體評量的內容，除了對家庭和諧破壞的面向外，亦可包含對家庭和諧增進的面向，例如個案若在社區中，可扮演良好的父、母親的角色，對子女成長有所助益，亦應給個案更多機會使其留在社區接受處遇。

C3-2 相關之訪談內容	出處註記
目前這個個案他是在一個急性期的階段，他需要一個高醫療或高隔離的處遇，可是他被緩起訴了。...，他在社區時他的毒友就會來找他，對他的家人來講，(如果可以不在家裏)就是對他們生命、身體威脅的喘息。像這樣的個案，如果可以去被送觀察勒戒、強制戒治 1 年，對大家...。對這樣的個案，他不適合做社區處遇，我們現在的醫療單位沒有辦法長期收容這樣的一個個案。	A5-1-4
這個實在很為難，因為家人就是很希望把他捉進去關，我會跟家人說，送進去關只是短暫的，他遲早會出來，但是對家人來說，那一段時間至少可以喘息，就是走一步算一步，如果進去一年，我至少可以喘息一年。	A5-1-5
...，但真的，我們很多病人都是沒責任感，不事生產，在家裏就是違法亂紀啊。那真的，我寧可他去關一關，這群人是非常難處理的。	B3-1-6

十六、C3-3「責任承擔性」修改為「可使家庭成員受照顧」

個案與家庭間的關係，除了經濟上與情感上之連結外，在今日高齡社會及少子化的趨勢下，家人間互助的重要性亦日漸提高，倘若個案無法留在社區，家人有就醫、就學、就養之需要，便可能產生影響。

A1（檢察官）認為如果能對家庭盡一些責任，會給予較多緩起訴之機會；

B3 (醫師) 在臨床上亦觀察到，家庭責任感很重的人，會期待緩起訴；**A4 (檢察事務官)** 則曾經遇見緩起訴個案對 A4 給其緩起訴機會，讓他能帶爸爸到龍山寺拜拜表示感謝。

原 C3-3 之「責任承擔性」之範圍包含家庭成員間及其他社會關係間之互助情形，考量毒品施用個案與社會之關係多聚焦於家庭，且民法第 1114 條亦對家庭成員間之扶養義務有所規範，本項項目修改為「可使家庭成員受照顧」。

C3-3 相關之訪談內容	出處註記
社會功能性，我覺得也蠻重要的，如果有賺錢養家，有盡一些責任，感情很好，有足夠的支持系統，然後外面的活動很多元。	A1-1-5
有一次我在火車站附近的公車上遇見毒品緩起訴個案，他要帶著他爸爸去龍山寺拜拜，他覺得因為緩起訴的關係，所以他可以帶他爸爸去龍山寺拜拜，所以很感謝我。	A4-1-4
就是有工作，或是家庭責任很重的人，就會期待緩起訴。但真的，我們很多病人都是沒責任感，不事生產，在家裏就是違法亂紀啊。那真的，我寧可他去關一關，這群人是非常難處理的。	B3-1-6

綜合第二章依回獻回顧所得資料及前述訪談確認之結果，對緩起訴戒癮治療對象篩選項目整理如表 5-1-2 及圖 5-1-1。

表 5-1-2 毒品施用者緩起訴戒癮治療對象篩選項目說明及來源

構面	項目	說明	文獻及訪談來源
較有利 個案健康改善 C1	個案對醫療協助需求較高 C1-1	考量醫療資源的昂貴性及稀有性，緩起訴戒癮治療應以有較高醫療需求之個案優先，而醫療需求除成癮戒治外，亦包含與施用毒品相關之共病。	李思賢 (2014)；張嫚純、丁志音 (2006)；Fagan (1990)；Franco (2010)；Hartney (2016) A2、B2、B3、B4、B5、B6
	個案較適合在社區戒毒 C1-2	社區戒毒客觀條件：個案在社區時若有穩定且合法的工作、固定的居住地點、較佳之經濟狀況及較高之教育程度等條件，則較可能在社區穩定接受戒癮治療，減	NIDA (2014)；王昀等 17 人(2014)；Moffitt (1993)；Kleiman, Caulkins, & Hawken (2011)；Listwan,

		少使用毒品的之可能。	Shaffer, & Hartman (2009) A1、A2、A5、B2、B5
	個案戒毒動機較強 C1-3	社區戒毒主觀條件：個案於評估時之戒毒動機雖非改善毒品使用問題之必要條件，但倘若有較強烈之戒毒意願及較明確之戒毒目標，且在醫療及司法上之順從性較佳，改善毒品使用問題之可能性較高。	Kleiman, Caulkins, & Hawken (2011) A3、B3、B4、B5、B6
較不會影響社會治安 C2	從事吸毒以外犯罪之可能性較低 C2-1	如果個案在社區接受緩起訴戒癮治療期間犯下施用毒品以外之罪，不但會造成社區民眾受侵害，個案也可能因此而被撤銷緩起訴，無法繼續接受戒癮治療。毒品成癮者再次施用毒品，屬治療過程中成癮復發之現象，不會直接侵害他人權益，亦可藉由調整治療計畫來改善，故不在本項目之考量之內。	蔡田木、林安倫、廖訓誠 (2009)；Franco (2010)；楊士隆 (2016)；Goldstein (1985)；MacCoun, Kilmer, & Reuter (2003) A1、A2、A3、B2、B4、
	較無販毒、暴力等重大犯罪前科 C2-2	個案倘有重大犯罪前科，常會影響公眾對個案在社區處遇之安全疑慮，且將寶貴而有限的資源用於素行良好的個案，也較符合一般人的法感情。 美國部分毒品法庭會將有販毒、暴力罪犯或與毒品相關犯罪前科個案加以排除。	楊士隆 (2016)；Goldstein (1985)；MacCoun, Kilmer, & Reuter (2003)；Franco (2010) A1、A2、A3、B2
	吸毒行為之可責性較低 C2-3	依刑事訴訟法第 253 條之 1，檢察官對是否緩起訴處分，應參酌「刑法第 57 條所列事項」，該等事項係指個案施用毒品行為之評價，主要有「施用毒品原因」及「再犯施用毒品次數」，例如因工作提神需要而施用毒品者，一般被認為可責性較娛樂使用者為低，而犯次較少個案亦會評價較不具可	刑事訴訟法第 253 條之 1 B3、B6

		責性。	
有助於家庭功能維持 C3	有利於個案家庭經濟狀況 C3-1	目前社會結構多以小家庭為主，家庭成員間的經濟相互依賴程度較高。個案若為家庭的主要收入者，於社區接受戒癮治療並持續工作，便能維持家庭經濟之穩定；反之，部分個案不事生產，且會因施用毒品對家人索求金錢，造成家庭經濟的負面影響，則較不宜在社區接受戒癮治療。	蘇恆舜（2010，2014）；連鴻榮、陳玉書、鍾志宏（2013） A1、B4
	有利於個案家庭和諧 C3-2	家庭之功能除了經濟上之互助外，情感上之相互依附亦相當重要，如果個案能於社區接受緩起訴戒癮治療，持續扮演稱職父親、母親之角色，對子女成長有良好的影響，亦不會因刑事制裁之污名破壞家庭和諧；反之，毒品使用問題嚴重的個案，在社區生活，會不斷給家庭帶來困擾與傷害，則較不宜在社區接受戒癮治療。	蘇恆舜（2010，2014）；連鴻榮、陳玉書、鍾志宏（2013） A5、B3
	可使家庭成員受照顧 C3-3	依民法第 1114 條之規定，「直系血親相互間」、「夫妻之一方與他方之父母同居者，其相互間」、「兄弟姊妹相互間」、「家長家屬相互間」互負扶養之義務，而且實際上也常是最重要或惟一的扶養者，倘家庭成員中重要的扶養者無法在社區接受處遇，勢必難以負起照顧的責任，使受照顧者受到影響。 相較於 C3-1 對於家庭經濟之影響，C3-3 著重在非經濟上之協力，例如個案能對其他家庭成員在就學、就醫、就養時提供接送及照顧。	蘇恆舜（2010，2014）；連鴻榮、陳玉書、鍾志宏（2013） A1、A2、A3、A4、B3

資料來源：研究者自行整理

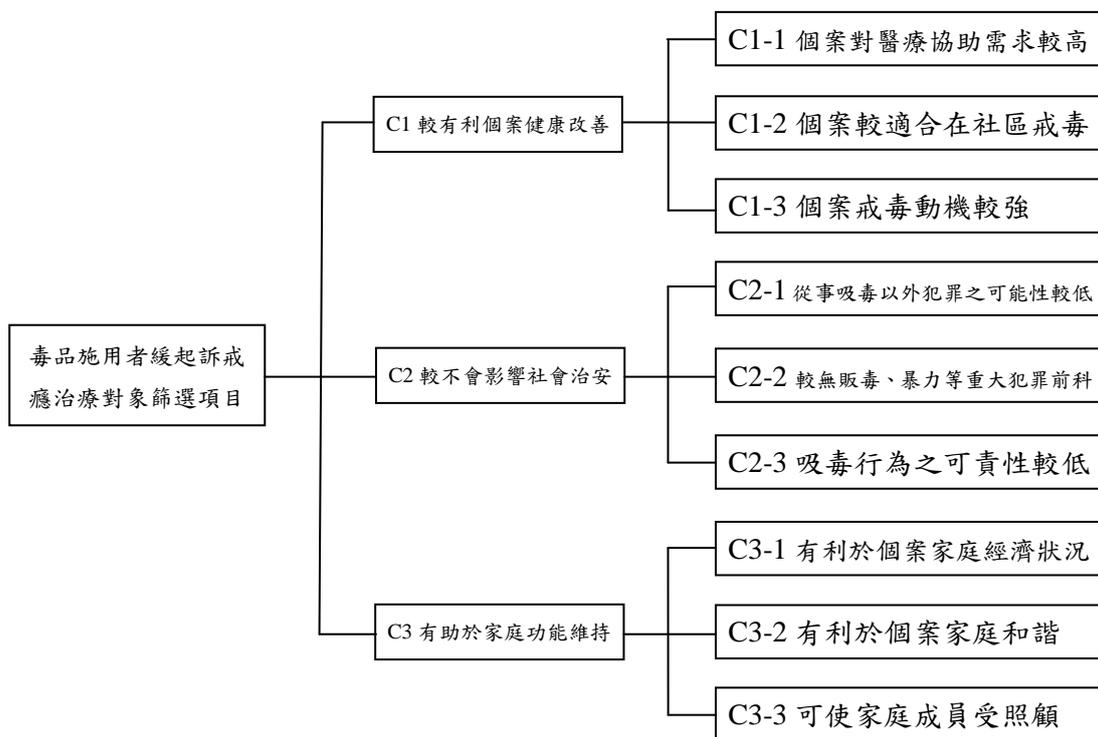


圖 5-1-1 毒品施用者緩起訴戒癮治療對象篩選項目層級架構圖

第二節 多目標決策問卷結果分析

如前節所述，本研究依訪談結果對於毒品施用者緩起訴戒癮治療對象篩選項目進行調整後，總結為9項篩選項目，此9項篩選項目分別屬於「個案健康改善」、「社會秩序影響」及「家庭功能維持」3大構面，每一個構面下都有3個篩選項目，本研究依此層級架構，設計多目標決策問卷如附錄2，並請原深入訪談之12位專家就問卷進行填答。

填答情形運用一致性模糊偏好關係法，以Excel程式進行運算分析，進行各構面間之權重換算取得權重值，本研除就12位專家之填答結果進行分析外，另為比較不同身分背景對於緩起訴戒癮治療個案之篩選偏好有無差異，另再區分為「司法端/處遇端」之分組比較。

「司法端/處遇端」之分組方式，是以研究參與者之工作主要是司法上的監督角色，或是不具司法屬性的處遇方案執行角色為區分，前者包括檢察官、檢察事務官、觀護人、矯正機構官員，後者包括醫師、心理師、護理師、毒防中心個案管師，其中戒治所之心理師之角色任務主要在於協助個案戒癮，司法監督的角色較淡，因此本研究將其歸類於處遇端。

以下依次就第一層構面、3個第二層構面項目及總和之權重結果進行說明：

一、第一層級3構面權重分析

經對全部研究參與者進行偏好分析，結果顯示在篩選毒品施用者緩起訴戒癮治療個案時，「較有利個案健康改善」最受重視，權重為38.37%，其次為「有助於家庭功能維持」，權重為30.92%，最後為「較不會影響社會治安」，權重為30.71%，惟後兩者之權重相當接近。整體而言，研究參與者認為在篩選緩起訴戒治療個案時，偏好可在緩起訴戒癮治療中獲得健康改善的個案，此與深入訪談中無論檢察官或醫師，都表示在戒癮治療資源有限的情形下，應將有限的資源留給有戒癮治療需要個案之意見相符（詳第四章第一節第一點）。

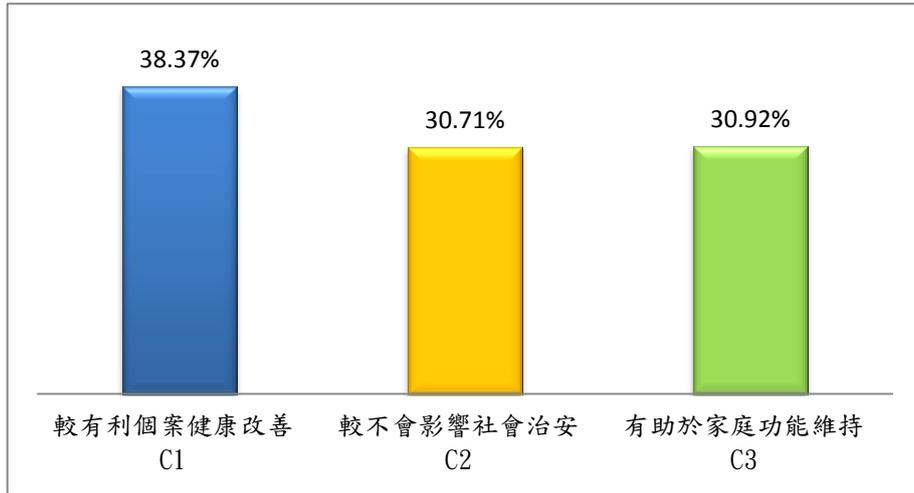


圖 5-2-1 第一層級構面權重分析 (全部)

進一步分析司法端和處遇端對第一層構面之偏好狀態，結果與預期的角色認知一致，司法端一般對影響治安的因素有較多的關心，在問卷中亦呈現對於「較不會影響社會治安」(36.42%)及「較有利個案健康改善」(36.48%)有相近且相對較高的評估，較不重視「有助於家庭功能維持」(27.10%)；與之相較，處遇端以改善個案健康狀況為其職責，因此較偏好「較有利個案健康改善」(40.27%)，其次為「有助於家庭功能維持」(34.74%)，「較不會影響社會治安」(24.99%)則為最後之考量。

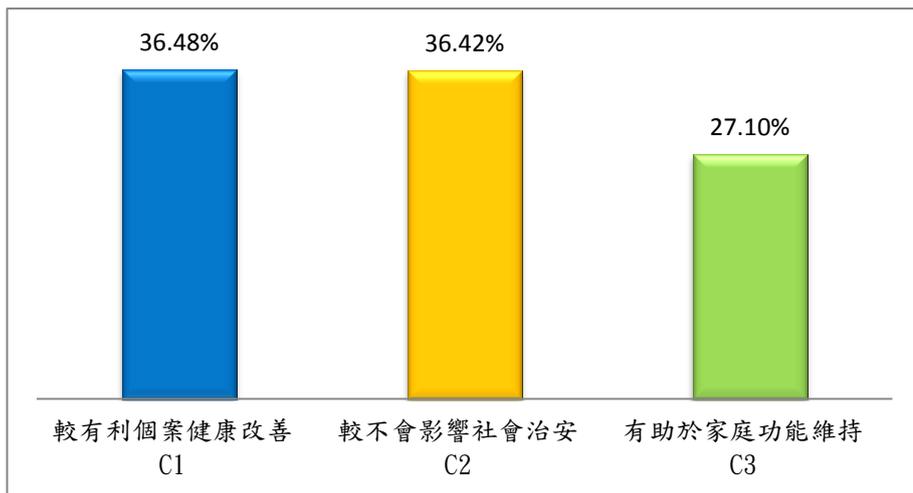


圖 5-2-2 第一層級構面權重分析 (司法端)

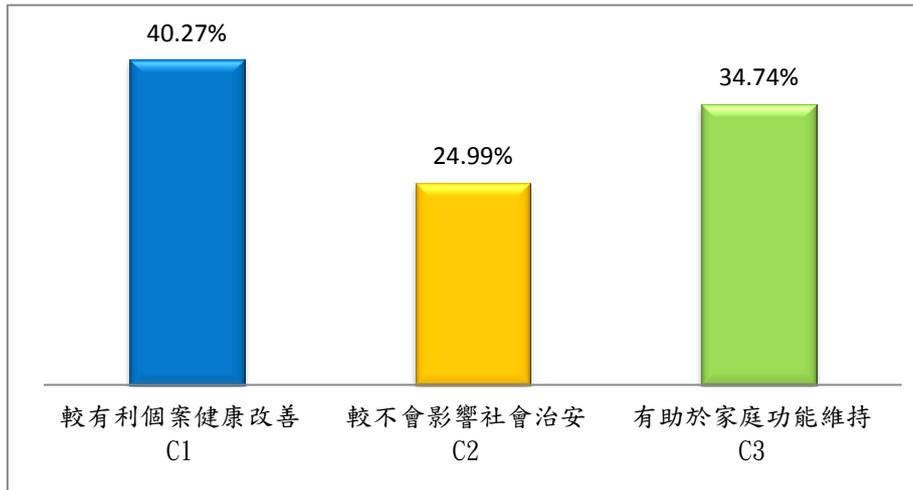


圖 5-2-3 第一層級構面權重分析 (處遇端)

二、第二層級「個案健康改善」構面權重分析

經對全部研究參與者進行偏好分析，結果顯示在「個案健康改善」的構面中，「個案對醫療協助需求較高」(37.03%)最受重視，「個案較適合在社區戒毒」(31.34%)及「個案戒毒動機較強」(31.62%)則約略相當。由於目前緩起訴戒癮治療的個案中，確實有部分個案沒有戒癮治療的需求或是需求較低(詳第四章第一節第一點)，因此在戒癮醫療資源供不應求的情形下，使有醫療協助需求高者優先接受緩起訴戒癮治療，確為「個案健康改善」之要點，其權重較高符合實務狀況，至於「個案較適合在社區戒毒」及「個案戒毒動機較強」兩點，分屬社區戒癮治療之客觀及主觀條件，亦關乎戒癮治療之成敗，因此皆獲得30%以上之權重認可，亦顯示此兩項項目對協助個案改善健康亦有相當高之重要性。

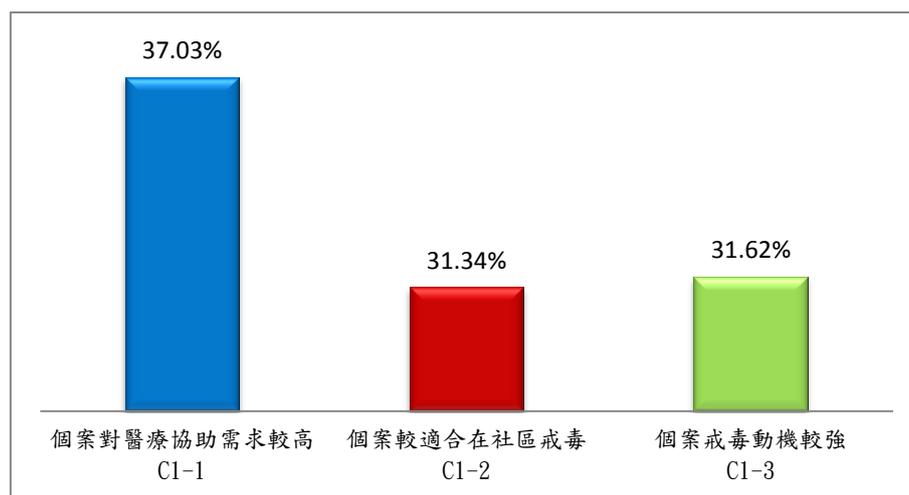


圖 5-2-4 第二層級「個案健康改善」構面權重分析（全部）

進一步分析司法端和處遇端對第二層級「個案健康改善」構面之偏好狀態，司法端較偏好「個案戒毒動機較強」(36.91%)，其次為「個案對醫療協助需求較高」(33.58%)及「個案較適合在社區戒毒」(29.51%)，此與檢察官在實務上通常給表達較強戒癮決心之個案緩起訴機會之情形相符(詳第五章第一節第四點)，此也是這3項項目中，檢察官比較能掌握之狀況，至於是否有成癮或共病需醫治，以及適否有穩定之工作、固定之住居所等情形，目前檢察官皆缺乏資訊可參考，也因此導致實務上難以考量(詳第四章第一節第四點)；相對之下，醫療端較偏好「個案對醫療協助需求較高」(40.49%)，其次為「個案較適合在社區戒毒」(33.18%)，最後才為「個案戒毒動機較強」(26.33%)，此與訪談結果一致，無論是醫師、心理師、護理師或個管師，都認為與毒品成癮相關的精神共病，非常需要專業醫療的協助，否則個案難以解決毒品問題，至於個案有穩定的工作、較好的教育程度、較佳之經濟狀況等等適合在社區戒癮的客觀因素，可使戒毒成效較好，至於戒癮動機部分，雖然亦影響戒毒成效，但初期缺乏動機的個案，有時只是需要的時間較長，並非無法戒癮，因此在挑選緩起訴戒癮個案時之考量相對較低(詳第五章第一節第二、三、四點)。

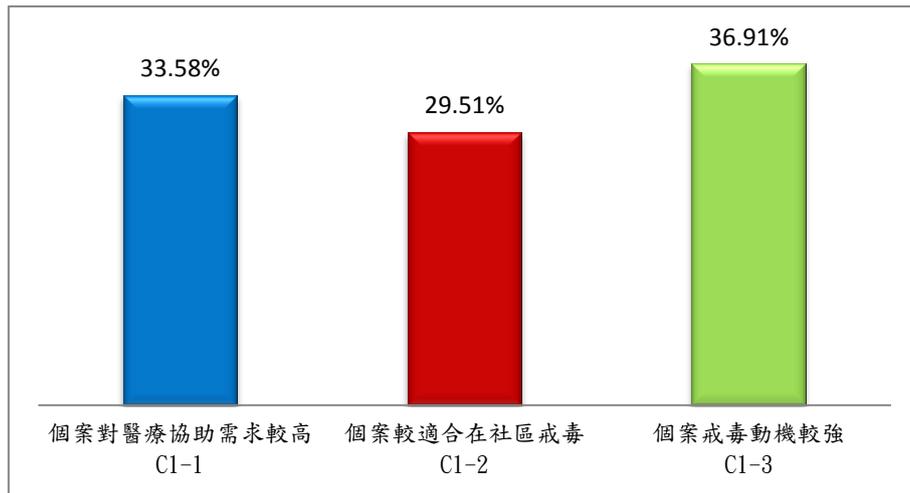


圖 5-2-5 第二層級「個案健康改善」構面權重分析（司法端）

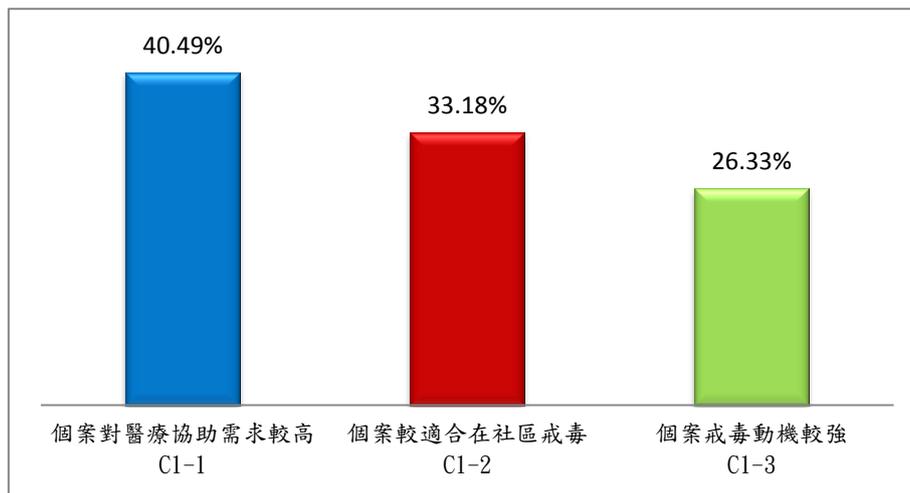


圖 5-2-6 第二層級「個案健康改善」構面權重分析（處遇端）

三、第二層級「社會治安影響」構面權重分析

經對全部研究參與者進行偏好分析，結果顯示在「社會治安影響」的構面中，「販毒、暴力等重大犯罪前科較少」（38.80%）最受重視，其次為「從事施用毒品以外犯罪之可能性較低」（33.94%），「吸毒行為之可責性較低」（27.26%）則相對較低。在治安面重視重大犯罪前科之意向，不但與受訪的 3 位檢察官所說明的實務運作相符，也得到其他受訪者的支持，同樣的，在美國毒品法庭的經驗中，暴力犯罪、毒品犯罪等重大犯罪前科也是相當重要的個案篩選考量（詳第五章第一節第九點）；而「從事施用毒品以外犯罪之可能性較低」，除考量會危害社區治安外，另個案也可能因他案被刑事追訴，而影響在社區戒癮治療療程的完成，因

此相當值得重視，但其權重相較於「販毒、暴力等重大犯罪前科較少」則略低（詳第五章第一節第八點）；至於「吸毒行為之可責性較低」，屬於法定應考量因素，實務上也以毒品施用之次數為常用的決定標準，但自政府推動提高緩起訴戒癮治療比例後，實務上已給多犯次個案較多的緩起訴戒癮機會，此一實務上運作的改變，亦與問卷結果一致（詳第五章第一節第十點）。

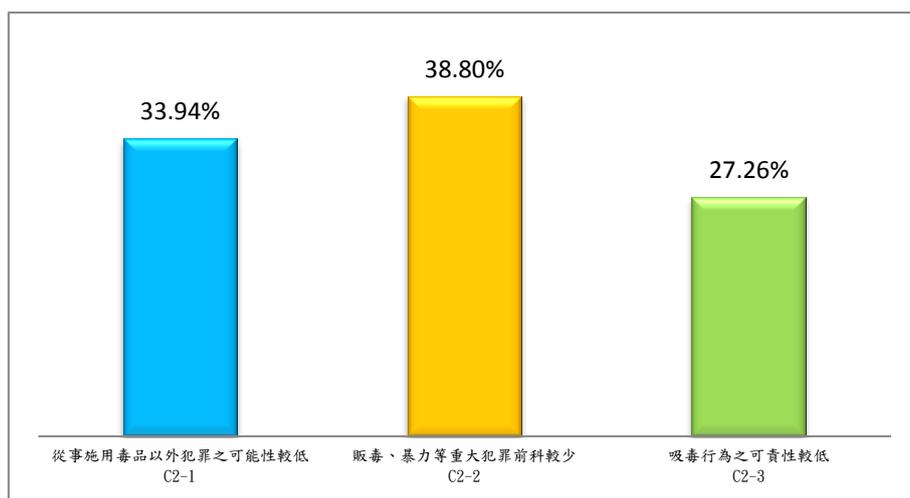


圖 5-2-7 第二層級「社會治安影響」構面權重分析（全部）

進一步分析司法端和處遇端對第二層級「社會治安影響」構面之偏好狀態，發現無論是司法端或是法律端，3 個項目權重的高低順序都與整體權重的高低順序相同，皆依次為「販毒、暴力等重大犯罪前科較少」、「從事施用毒品以外犯罪之可能性較低」及「吸毒行為之可責性較低」，顯示無論司法端或處遇端，在治安面向項目之考量順序是一致的。

在權重的差異上，處遇端的研究參與者認為考量「吸毒行為之可責性較低」的權重為 24.77%，略低於司法端的 29.75%，此點應與處遇端及司法端之實務工作者對於「再次施用毒品」之解讀差異有關，一般而言，醫師、心理師、護理師及毒防中心個案管師，對於毒品施用者再次施用毒品，是以毒癮「復發」的角度看待，認為這是病人在治療過程中的正常現象，當有復發情形時，應是找出原因並加以解決，而司法端之研究參與者除理解「再次施用毒品」行為係個案的復發外，也同時重視其在法律上屬「再犯」，需要在司法上予以評價，因此給予「再犯」較少司法上的利益（緩起訴戒癮治療一般認為係司法上之利益），與司法的價值較為一致，因此在「再次施用毒品」為「吸毒行為之可責性較低」項目的主要內容下，司法端會對「吸毒行為之可責性較低」有較多的考量（詳第四章第一節第

四點、第五章第一節第十點)。

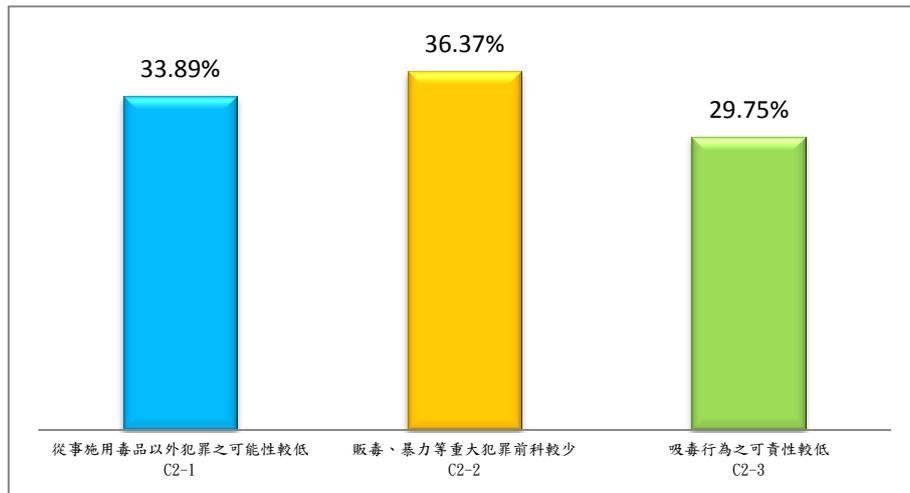


圖 5-2-8 第二層級「社會治安影響」構面權重分析 (司法端)

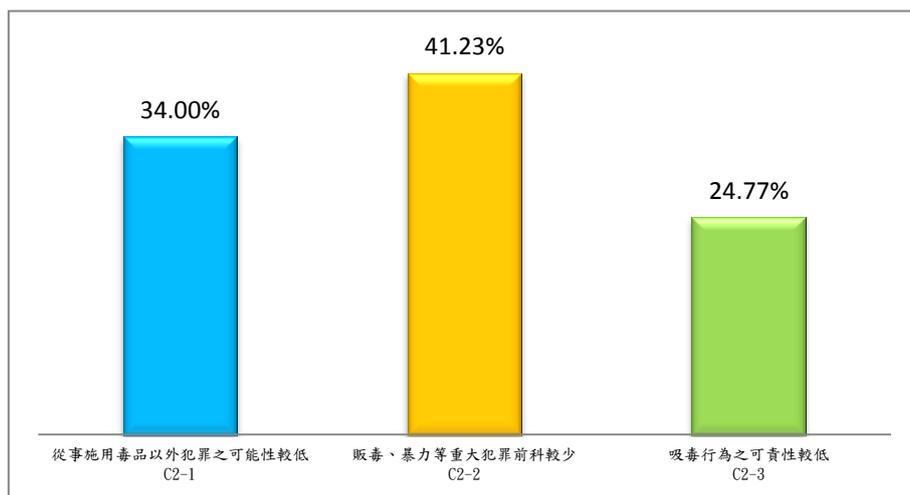


圖 5-2-9 第二層級「社會治安影響」構面權重分析 (處遇端)

四、第二層級「家庭功能維護」構面權重分析

經對全部研究參與者進行偏好分析，結果顯示權重最高者為「可使家庭成員受照顧」(36.21%)，其後依序為「有利於個案家庭經濟狀況」(32.43%)及「有利於個案家庭和諧」(31.36%)。在第一層級構面的健康、治安、家庭3大構面中，家庭構面佔30.92%的權重，具相當之重要性，顯示在目前以小家庭為主的社會形態中，個人在家庭中的角色重要性會更為吃重，個案若能在社區接受治療或其他處遇，對於家庭的正面或負面影響，都值得相當的重視。

在家庭構面的 3 項項目中，「可使家庭成員受照顧」有較高的權重，顯示出個案倘若為其他家庭成員之重要、甚至惟一的照顧者時，使其在社區接受處遇並照顧家庭，是決定是否給予緩起訴戒癮治療機會時的重要考量，而「有利於個案家庭經濟狀況」及「有利於個案家庭和諧」也都獲得 30% 以上的權重，顯示個案在社區接受戒癮治療時對於家庭經濟之正負面影響，以及對於家庭和諧之正負面影響，皆相當值得重視。

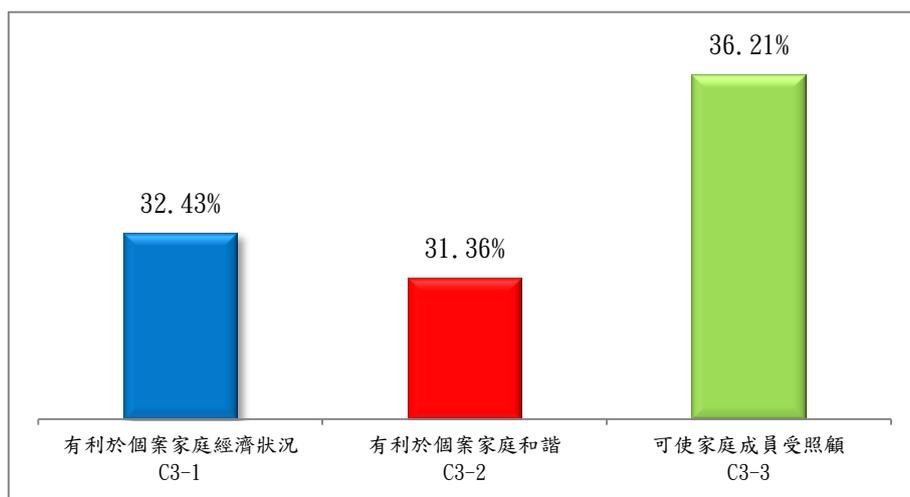


圖 5-2-10 第二層級「家庭功能維護」構面權重分析（全部）

進一步分析司法端和處遇端對第二層級「家庭功能維護」構面之偏好狀態，發現司法端或是法律端對 3 個項目的偏好程度有相當之差異，「有利於個案家庭和諧」在司法端獲得最高的 37.13% 權重，與司法端較重視秩序面向的角色思維一致，相對之下，「可使家庭成員受照顧」在處遇端獲得相當高的 42.53% 權重，則可能與處遇端在對個案處遇的過程中，更能貼近了解個案的家庭狀況及需求有關，至於「有利於個案家庭經濟狀況」在司法端及處遇端分別被評為有 32.99% 及 31.88% 的權重，差異不大，皆具有相當之重要性。

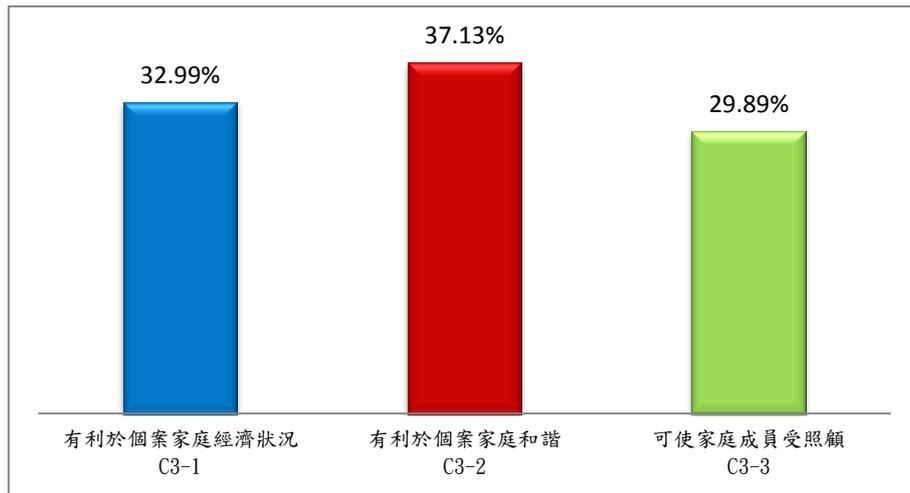


圖 5-2-11 第二層級「家庭功能維護」構面權重分析（司法端）

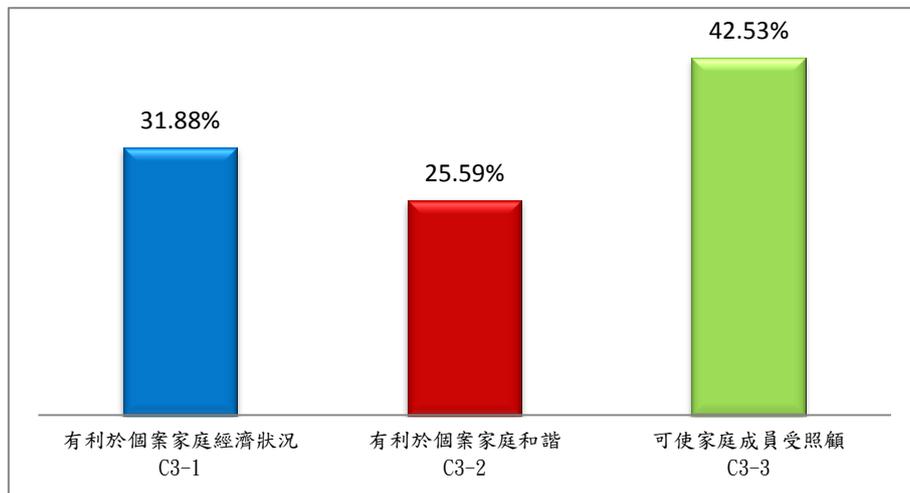


圖 5-2-12 第二層級「家庭功能維護」構面權重分析（處遇端）

五、綜合權重分析

在得知第一層級各構面之權重以及第二層級項目之區域權重後，將構面權重乘以區域權重，即可得到個別篩選項目之整體權重，計算結果詳如表 5-2-1。由該表發現，在「個案健康改善」權重較高（38.37%）的情形下，該構面下的 3 個項目整體權重皆高於 12%，在整體排序分屬前 3 名，而「社會治安影響」（30.71%）及「家庭功能維持」（30.92%）2 個構面因權重相差極小，因此 2 構面項下項目之整體權重，大多取決於區域權重之影響，例如在「社會治安影響」項下區域權重最高的「較無販毒、暴力等重大犯罪前科」（38.80%），其整體權重為 11.92%，整體排序第 4，而在「家庭功能維持」項下區域權重最高的「可使家庭成員受照顧」（36.21%），其整體權重為 11.20%，整體排序第 5。

9 項篩選項目依整體權重及整體排序，整理如表 5-2-2 及圖 5-2-13，各篩選項目之整體排序依次為：「個案對醫療協助需求較高 C1-1」、「個案戒毒動機較強 C1-3」、「個案較適合在社區戒毒 C1-2、販毒」、「暴力等重大犯罪前科較少 C2-2」、「可使家庭成員受照顧 C3-3」、「從事施用毒品以外犯罪之可能性較低 C2-1」、「有利於個案家庭經濟狀況 C3-1」、「有利於個案家庭和諧 C3-2」、「吸毒行為之可責性較低 C2-3」。

由整體篩選項目之權重及排序分析可發現，本研究經由文獻回顧及深入訪談結果所整理之 9 項篩選項目，最高的「個案對醫療協助需求較高 C1-1」整體權重為 14.21%，最低的「吸毒行為之可責性較低 C2-3」為 8.37%，兩者差距並不大，而所有的項目整體權重的分布狀況相當平均，並未有明顯的集中或分散狀況，基本上，所有的篩選項目皆獲得研究參與者相當的認同，僅在偏好程度上略有不同。對於所有項目皆獲一定支持的狀況，應是在於本研究在深入訪談階段，已讓研究參與者為充分之檢視，對於有疑義或不符實務狀況之項目，部分在修改後納入，部分則直接刪除，因此最後呈現在多目標決策之問卷，皆已獲得司法端或處遇端專家或實務工作者相當程度之支持。

對於本研究所列之項目，是否未來在實務上皆可列入篩選依據，本研究建議應全部納入，理由有三，首先，整體權重排序最末之「吸毒行為之可責性較低 C2-3」不但是刑事訴訟法第 253 條之 1 明文規定在檢察官決定是否為緩起訴處分時應參酌之事項，而且就可責性中所包含的「犯次」、「施用毒品原因」等事項，實務上仍係檢察官決策參考項目，而對於排序在「吸毒行為之可責性較低 C2-3」之前之各項項目，實務上亦列入檢察官決策依據，且整體權重更高，自無排除之必要；其二，排序最末之「吸毒行為之可責性較低 C2-3」，其整體權重仍為 8.37%，且所有項目之整體權重相對較為集中，因此，亦難找出適合的判別點，讓標準之下之項目不納入考量；其三，本研究多目標問卷形成過程中，項目已由表 2-4-4 之項目初稿之 11 項，檢討修正為最後之 9 項，對實務操作上之方便性及代表性應能兼顧。因此，本研究之 9 項篩選項目建議皆納入檢察官是否為緩起訴戒癮治療決策時之參考。

最後需再說明，雖然依目前法律之規定，檢察官對於是否給予個案緩起訴戒癮治療，雖可詢問其他相關部門以獲得參考資訊，但仍擁有最後決定權，因此篩選項目權重之分析，是作為檢察官決策之參考，而不宜作為檢察官權力之限制。在此原則下，既然檢察官擁有全部且最終的緩起訴與否決策權，為何不完全以檢

察官或檢察事務官為多目標決策問卷之施測對象？此係考量雖然檢察官擁有緩起訴戒癮對象之決定權，但緩起訴戒癮治療之成功與否，在於司法端與處遇端之相互合作，在本研究的過程中，的確也發現處遇端在某些議題的看法與司法端不盡相同，其差異不但來自司法端與處遇端間的價值觀差異，也與不同領域間之專業及經驗有關，因此若能調和司法端與處遇端之看法，應更能建構出符合緩起訴戒癮治療制度目標之個案篩選標準。

表 5-2-1 毒品施用者緩起訴戒癮治療對象篩選構面與項目權重及排序

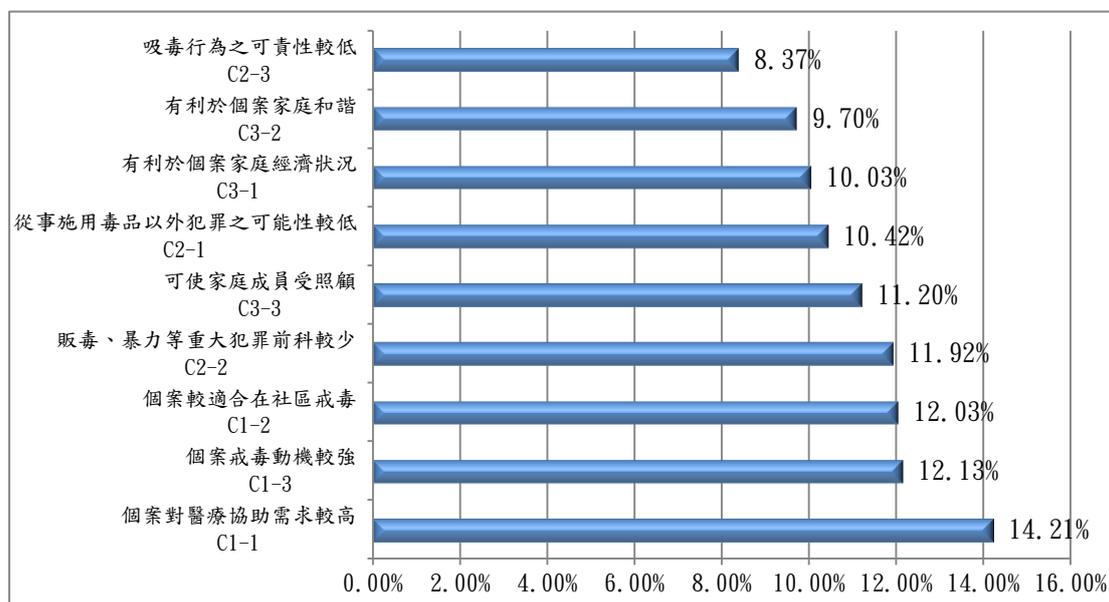
構面	權重	排序	篩選項目	區域 權重	區域 排序	整體 權重	整體 排序
個案健康 改善 C1	38.37%	1	個案對醫療協助需求較高 C1-1	37.03%	1	14.21%	1
			個案較適合在社區戒毒 C1-2	31.34%	3	12.03%	3
			個案戒毒動機較強 C1-3	31.62%	2	12.13%	2
社會治安 影響 C2	30.71%	3	從事吸毒以外犯罪之可能性較低 C2-1	33.94%	2	10.42%	6
			較無販毒、暴力等重大犯罪前科 C2-2	38.80%	1	11.92%	4
			吸毒行為之可責性較低 C2-3	27.26%	3	8.37%	9
家庭功能 維持 (C3)	30.92%	2	有利於個案家庭經濟狀況 C3-1	32.43%	2	10.03%	7
			有利於個案家庭和諧 C3-2	31.36%	3	9.70%	8
			可使家庭成員受照顧 C3-3	36.21%	1	11.20	5
	100.00%					100.00%	

資料來源：本研究自行整理。

表 5-2-2 毒品施用者緩起訴戒癮治療對象篩選項目整體權重及排序

緩起訴戒癮治療對象篩選項目	整體權重	累計權重	排名
個案對醫療協助需求較高 C1-1	14.21%	14.21%	1
個案戒毒動機較強 C1-3	12.13%	26.34%	2
個案較適合在社區戒毒 C1-2	12.03%	38.37%	3
販毒、暴力等重大犯罪前科較少 C2-2	11.92%	50.29%	4
可使家庭成員受照顧 C3-3	11.20%	61.49%	5
從事施用毒品以外犯罪之可能性較低 C2-1	10.42%	71.91%	6
有利於個案家庭經濟狀況 C3-1	10.03%	81.94%	7
有利於個案家庭和諧 C3-2	9.70%	91.64%	8
吸毒行為之可責性較低 C2-3	8.37%	100.00%	9
總 分	100.00%		

資料來源：本研究整理。



資料來源：本研究整理。

圖 5-2-13 毒品施用者緩起訴戒癮治療對象篩選項目整體權重及排序

第六章 研究發現及建議

第一節 研究發現

對於處遇方案及分流機制之議題，本研究經由深入訪談所得之研究發現，詳述於第四章，重點整理如本節第一點、第二點；對於經由文獻回顧及深入訪談探尋緩起訴戒癮對象篩選構面及項目、以多目標決策問卷所得各構面及項目之權重分析，詳述於第五章，重點整理如本節第三點。

一、處遇方案方面

(一) 緩起訴適用對象擴大後，因毒品施用者個案差異變大，緩起訴處分附命條件之彈性已有不足

原本緩起訴戒癮治療對象僅限於鴉片類毒品接受替代療法之個案，故規定必須接受醫療處遇，但自 2013 年適用對象擴大至所有第二級毒品個案後，有相當比例之個案毒品問題較輕微，並不需要接受醫療處遇，或所需的醫療處遇不需太密集。因此，對毒品施用者緩起訴時，規定一律須附命完成戒癮治療，會使得有限的醫療資源錯置，排擠其他有需求個案之治療機會；也讓醫療機構趨易避難，不利成癮戒治專業之發展；此外，倘若個案無力負擔治療費用或受就醫不便之影響，可能增加不必要的失敗機會。

對無醫療需求之個案，檢察官在緩起訴時較適合給予醫療外之條件：其中，定期驗尿及社區觀護應為多數個案所需要，亦可視個案狀況附加接受團體戒癮治療、接受毒品危害防制中心就業或其他協助等條件。

為使毒品施用者緩起訴處分所附條件更具彈性且多元，須修正毒品危害防制條例第 24 條及毒品戒癮治療實施辦法及完成治療認定標準相關規定，而附命^{執行}之計畫亦需有明確的方案內容及監督規範，使實務能更順暢運作。

(二) 隨著戒癮醫療、法制之不斷發展，以及毒品文化之轉變，機構處遇式觀察勒戒之司法公平性及處遇必要性受衝擊

2008 年毒品危害防制條例所規劃之觀察勒戒\強制戒治，是因應當時海洛因個案處遇需求，使個案暫時與外界隔離並處理其戒斷症狀，然觀察勒戒制度未依最初規劃由醫療機構辦理，而改由矯正機構辦理，使處遇具有司法制裁色彩且對

個案協助較有限。

目前海洛因成癮者之戒斷症狀已有緩起訴處分附命替代治療之方式可處理，以隔離方式處理戒斷症狀已非必然之選擇；而觀察勒戒與起訴後受易刑處分相較，前者屬初犯，受到人身自由拘束，而後者為再犯，卻反而無人身自由拘束，造成輕重失衡，破壞個案對制度之信任。

此外，由於觀察勒戒制度一體適用於第一、二級毒品施用者，然目前僅鴉片類毒品（主要為第一級毒品海洛因）個案之戒斷症狀需要特別的處遇協助，因此規劃於海洛因盛行時之觀察勒戒制度，在目前已轉變為安非他命、卡西酮等第二級毒品較為盛行之情形下，使大多數無身癮問題需處理之個案亦同樣進入勒戒處所接受戒癮治療。

（三）部分毒品問題嚴重個案受限法律規定，接受機構式戒癮方案之機會受阻

由矯正機構負責的強制戒治方案，在專業人力充足、戒癮經驗豐富之情形下，對於問題嚴重之毒品施用者，係有效且適合之處遇方案，然依目前法律規定，僅有在觀察勒戒期間被評估為有繼續施用傾向的個案，才能進入強制戒治方案，對於其他較嚴重之毒品個案，例如 5 年內再犯毒品施用罪之個案，或是緩起訴處分期間再次施用毒品之個案，無法接受強制戒治或類似之機構處遇方案，使得強制戒治制度所發展出來較成熟的機構處遇模式無法適用在所需要個案上。

除矯正機構之強制戒治外，醫療機構對於毒品問題嚴重個案，亦可以藉由住院治療給予更為全面之協助。但依精神衛生法第 41 條之規定，強制住院限於病人傷害他人或自己或有傷害之虞，經專科醫師診斷有全日住院治療之必要者的個案，每次以 60 日為限，此類的強制住院是以自傷或傷人為前提，^{無法}適用至所有毒品問題嚴重且需要機構處遇之個案，亦無法與司法處遇制度相銜接。而在緩起訴附命戒癮治療制度下，目前醫院雖有經個案同意後住院治療之運作方式，然仍屬個別醫院之彈性作法，非普遍運作之方式，實際案例仍少。

（四）受限於資訊連結不佳、法律依據缺乏，毒品施用者社區處遇及重返社會期個案管理機制不健全

毒品施用個案在緩起訴戒癮治療期間，應同時由觀護人監督、醫療機構治療及毒品防制中心追蹤輔導，藉由三個部門之合作使個案能順利完成緩起訴處分附命之處遇方案；對個案狀況之即時掌握，可據以調整處遇內容，並在個案違反緩起訴附命條件或有其他法定事由可能被撤銷緩起訴時，提供檢察官決定是否再為緩起訴或撤銷緩起訴之參考。

然而目前地檢署、醫院和毒防中心間缺乏良好的溝通機制，訊息交換需逐案以電話或公文的方式進行，造成個案因被撤銷緩起訴而未到醫院接受戒癮治療時，醫院難以掌握狀況；檢察官也因個案即時資訊取得的便利性不足，經常在未完全了解個案狀況之情形下，做成緩起訴或撤銷緩起訴之決定，降低社區戒癮處遇之品質。

此外，對觀察勒戒完成、強制戒治完成、服刑期滿、已易科罰金或易服社會勞動之個案，由於法律並未規定個案重返社會期間之受輔導監督義務，亦未再受地檢署之監管，因此毒防中心雖依規定仍為一定期間之追蹤輔導，然個案在無^法拘束力下配合度通常較差，也會影響追輔成效。由於毒品成癮具慢性、易復發之特性，現行對緩起訴或無司法拘束力個案之個案管理機制不足，將會影響毒品施用者處遇之成效。

(五) 受限於法規及司法實務運作彈性不足，緩起訴戒癮治療期間未能依個案狀況彈性調整處遇內容

緩起訴戒癮制度屬社區處遇之一種，個案可在社區內正常工作、生活，但容易受到個人戒癮意志力之強弱，以及家庭、同儕、工作等諸多社會因素影響，其毒品施用之狀況易有起伏，當個案表現較佳或不佳時，倘能彈性調整處遇方案^內容，除可利用酬償機制引導個案持續戒癮，亦可使狀況不佳的個案有機會藉由密集的監控及協助，回到穩定之狀況。

目前在醫療體系內，已有採取「階段式的介入」進行戒癮治療，即係在治療過程當中，可依個案表現來調整看診次數及處遇內容，而在海洛因個案進行替代療法時，亦會依個案狀況之變化調整藥物劑量。然而，現行司法體系對於緩起訴戒癮治療個案，受限於法律規定及實務運作規劃之不足，個案表現好時，無法以提前結案或其他方式予以獎勵，而在個案毒品問題復發時，雖有再給予緩起訴的機制，但並不會視個案狀況，給予更嚴格之戒癮條件，在缺乏償酬機制及方案調整之情形下，處遇成效受到影響。

(六) 由於處遇方案成效評估不足，毒品施用者處遇政策之規劃及推展缺乏穩健的基石

無論是司法端或處遇端的受訪者，多皆認為國內對於各種戒癮成效的研究尚有不足，而所謂之成效，並非單純指在處遇完成後一定期間內之再犯率，而係指毒品^{施用}者在接受不同處遇後完整的利弊評估，例如海洛因施用者即使係使用替代療法，其同時使用美沙冬和海洛因之機會仍相當高，若以「再犯」或「復發」的

角度來評估，替代療法之成效並不好，但若從個案因替代療法可以穩定生活、正常工作、減少犯罪的角度來看，可能具有相當之成效，但替代療法可帶來的效益如何？似缺乏評估研究呈現。同樣的情形，也出現在緩起訴處分及監禁等議題上，倘若毒品政策之推動缺乏客觀基礎，不僅行政部門間難以凝聚共識，亦難說服民眾及立法部門支持政策，造成政策搖擺及成效不彰。

二、分流機制方面

(一) 施用毒品犯次不能反映個案實際用毒狀態，以初、再犯作為分流準據難符處遇需求

目前法律規定初犯毒品施用罪，應予觀察勒戒，再犯則予起訴，而不論初犯、再犯，皆可給予緩起訴處分附命完成戒癮治療。然而，司法上個案施用毒品的犯次，只是個案被司法單位被捉到的次數，通常與實際施用之次數有相當大的差距，更不能反映個案施用毒品的嚴重狀況，以之決定分流至何種處遇方案，將使個案接受不符合實際需求之處遇，造成戒癮資源分配不當及處遇成效不彰之結果。

(二) 我國現行戒癮方案之多元性不足，個案缺乏選擇戒癮方案之機會

尊重並提供個案選擇處遇方案之機會，已成為毒品施用者處遇的世界潮流，也有助提高戒癮成效。我國在緩起訴戒癮治療前雖已提供相關資訊，由個案決定是否接受緩起訴戒癮處遇方案，但由於緩起訴期間之處遇內容尚未多元化，因此個案只能選擇參加或不參加，並無選擇不同處遇方案之餘地。此外，個案常^{基於}緩起訴不會被關之考量而選擇緩起訴，常忽略緩起訴戒癮治療的內容是否適合個案、不能完成緩起訴的機會是否過大，造成處遇資源的浪費。相對的，我們在觀察勒戒或其他處遇方案之設計，通常亦提供相同的處遇內容給所有個案，除了個案可能因心不甘、情不願而降低戒癮成效，所提供的處遇內容也可能非個案所需。

(三) 缺乏緩起訴處分戒癮治療對象篩選工具，難以客觀選取合適個案

由於實務上缺乏緩起訴戒癮個案之篩選標準，因此個案是否會被給予緩起訴戒癮治療的機會，常繫於個別檢察官之個人認知及偏好，容易造成司法上的不公平，以及醫療資源運用缺乏效率。

目前在政策鼓勵下，緩起訴戒癮治療比例大幅提高，除了嘉惠有戒癮需求者外，也可能使不適當的個案在社區接受處遇，結果不僅對處遇端之工作者造成困擾，對個案本身或其周遭之人，也會產生不利的結果。另一方面，在缺乏客觀標

準情形下，適合社區處遇的個案仍可能錯失緩起訴的機會，而不當的進入機構處遇。

(四) 缺乏專責的分流評估團隊，檢察官不易使個案分流至適當之處遇方案

在個案接受緩起訴戒癮治療前，對個案狀況進行評估是必要的。我國最初所規劃的緩起訴戒癮治療，適用對象僅限於同意接受有替代療法的鴉片類毒品施用者，因此僅由醫院對個案進行評估，地檢署方面只有檢察官或檢察事務官進行簡易的資料查詢及個案詢問，並未建立專責的分流評估團隊。

然而，自緩起訴戒癮治療對象擴大至第二級毒品施用者後，現行的評估機制顯然難以提供足夠的資訊給檢察官做出適當的決定，尤其在醫院端，因為醫療角色主要在幫助病患，在個案不能接受緩起訴就可能被關的情形下，實務上只要個案願意到醫院接受評估，幾乎沒有評估為不宜接受緩起訴戒癮治療的情形。未來我國若要推行毒品施用者多元處遇制度，地檢署現行的人力及專業顯然難以負荷分流至多元處遇所需之評估工作，需要建立評估團隊並規劃其運作機制，整合醫師、心理師、社工師等在各方面評估之資訊，提供檢察官作為毒品個案分流之依據。

(五) 缺乏有效率的個案管理機制，檢察官無法以充足資訊決定是否撤銷緩起訴

當個案有再次施用毒品或是未到觀護人室、醫院報到之情形，檢察官對於是否撤銷其緩起訴，或是給予再次緩起訴的機會，擁有裁量之空間。然而檢察官因資訊取得便利性不足的關係，較少與醫院或毒防中心聯繫，了解個案的醫療、家庭、經濟、生活等狀況，致使撤銷緩起訴或再次給予緩起訴的決定缺乏客觀的依據。

對於成癮個案而言，緩起訴期間再次施用毒品屬正常的疾病復發現象，若能利用在^{司法}監控的情形下使個案學習如何避免危險因子，減少日後的復發，將對個案有相當大的幫助，如無特別考量的因素，可先透過緩起訴在社區接受監控及處遇，當狀況不穩定，可加強醫療等介入手段，若已達失控狀態，再到監獄中與社會暫時隔離，以避免毒品問題完全失控。對於個案目前位於什麼階段，應採取何處遇措施，檢察官應蒐集充足資訊並參酌戒癮專業後決定，惟目前地檢署、醫院和毒防中心間之資訊整合不足，難有效率地綜整相關資訊提供檢察官決定是否再為緩起訴。

三、緩起訴戒癮治療篩選項目

我國依毒品危害防制條例第 24 條所施行之緩起訴戒癮治療制度，雖有訂立授權辦法「毒品戒癮治療實施辦法及完成治療認定標準」，然並沒有客觀、具體的工具提供檢察官決定何種個案較適合緩起訴戒癮治療。

本研究經由文獻文顧及深入訪談後，歸納出「個案健康改善 C1」、「社會治安影響 C2」及「家庭功能維持 C3」3 個構面及 9 項具體項目，其中「個案健康改善 C1」、「社會治安影響 C2」同樣為西方社會所關注，與毒品法庭制度中 RANT 評估工具之考慮面向相近，而「家庭功能維持 C3」則係受訪的專家學者所特別提及，與我國社會結構、文化價值有密切的關連；3 個構面下的 9 項具體項目，則是由受訪之專家學者先後檢視推敲所得，亦將我國刑事訴訟法有關緩起訴制度之規定納入考量。

本研究先將上述篩選構面及項目製作成多目標決策分析問卷，經研究參與者填答並進行分析後，獲得 3 個構面之偏好權重，以及各構面下項目間之偏好權重，經兩者相乘後，得到緩起訴戒癮治療篩選項目之整體權重，未來若與實務介接，轉換為量表後，即成為實務可運用之評估工具，各篩選項目之排序、名稱及整體權重如下：

- 1、個案對醫療協助需求較高 (C1-1)：14.21%
- 2、個案戒毒動機較強 (C1-3)：12.13%。
- 3、個案較適合在社區戒毒 (C1-2)：12.03%。
- 4、販毒、暴力等重大犯罪前科較少 (C2-2)：11.92%。
- 5、可使家庭成員受照顧 (C3-3)：11.20%。
- 6、從事施用毒品以外犯罪之可能性較低 (C2-1)：10.42%。
- 7、有利於個案家庭經濟狀況 (C3-1)：10.03%。
- 8、有利於個案家庭和諧 (C3-2)：9.70%。
- 9、吸毒行為之可責性較低 (C2-3)：8.37%。

第二節 政策建議

本研究在第二章的文獻回顧，探討影響我國毒品施用者分流處遇制度之觀點、外國對毒品施用者分流處遇之經驗，及目前我國對毒品施用者分流處遇制度之規劃；在第四章中，藉由深度訪談，了解我國毒品施用者分流處遇制度實務運作的

狀況、實務運作當中產生之問題，及對分流處遇制度修正之建議；第五章中，藉由專家問卷，以多目標決策分析之方式，建立毒品施用者緩起訴戒癮治療對象之篩選項目。本章將基於前三項研究成果（重點如本章第一節），做出本研究之政策建議，說明如下：

一、毒品施用者處遇方案之重整

本節將討論現行對毒品施用者的司法處遇方案中，有那些需要進行調整，這些討論是奠基於第二章第三節中對各項處遇方案的文獻回顧，以及第四章第一節中研究參與者對我國處遇方案的看法及建議，經由巨觀、架構式的分析，探討這些司法處遇方案在規劃超過 10 年、20 年之後，是否需要進行調整，或重新定位，使能符合我國毒品施用者處遇政策，並幫助不同需求的毒品施用者改善其毒品使用問題。

（一）廢除不符現代毒癮戒治需求之觀察勒戒

觀察勒戒和強制戒治之法源依據始自 1997 年修訂之毒品危害防制條例第 20 條之規定²⁶，其立法是呼應毒品危害防制條例將毒品施用者視為「病患性犯人」之概念，與其前身肅清煙毒條例將毒品施用者視為單純的罪犯相較，已跨出了相當大的一步，而將毒品施用者以觀察勒戒、強制戒治兩階段處遇的構想原由，可由該條之立法理由了解，該條立法理由第 2 點說明如下：

...，吸毒成癮者，除需在「勒戒處所」治療其身癮發作時之戒斷症狀，即所謂「生理治療」外，尚需在解除其身癮後，戒除其對於毒品的心理依賴，即所謂「心理治療」，此項「心理治療」，必需在原有監所措施外，另設治療、復健、宗教心理諮詢、勞作等設施相輔相成，始能克竟全功，其設施、功能與主其事者，與「勒戒處所」旨在治療其生理病症有異，需另有其他保安處分處所，故分為兩階段進行。而有無成癮，須先觀察，因此，原則上觀察及勒戒，併於「勒戒處所」內行之。

²⁶ 1997 年 10 月 30 日修正、1998 年 5 月 20 日公布之毒品危害防制條例第 20 條內容如下：

「犯第十條之罪者，檢察官或少年法庭應先將被告或少年送勒戒處所觀察、勒戒，其期間不得逾一月。

經觀察、勒戒後，無繼續施用毒品傾向者，應由檢察官為不起訴之處分或由少年法庭為不付審理之裁定；有繼續施用毒品之傾向者，由檢察官聲請法院或由少年法庭裁定令入戒治處所施以強制戒治，其期間為一年。但自首者，得以保護管束代之。

依前項規定為不起訴之處分或不付審理之裁定後，五年內再犯第十條之罪，經觀察、勒戒後，認有繼續施用毒品之傾向或三犯以上者，不適用前項之規定。但應由檢察官聲請法院或由少年法庭裁定先令入戒治處所施以強制戒治。

第二項但書情形，違反保護管束應遵守事項情節重大者，得撤銷保護管束，仍施予強制戒治。」

由此可知，當時立法思維是認為毒品成癮者，會同時具有「身癮」及「心癮」，「身癮」發作時之戒斷症狀，可在第一階段的勒戒處所內以「生理治療」的方式處理，至於「心癮」（即心理依賴）部分，因為另設治療、復健、宗教心理諮詢、勞作等設施，因此需要在勒戒處所中經觀察認為有「心癮」者，再送至第二階段的戒治處所治療。這樣的處遇概念，在 2003 年修正毒品危害防制條例第 20 條²⁷的時候，基本上並無改變，只是將觀察勒戒期間不得逾 1 個月之規定，修正為不得逾 2 個月，由檢察官或少年法庭視實際需要彈性決定其應受觀察、勒戒之期間，以利彈性運用，而強制戒治的時間，則修正為 6 個月以上，至無繼續強制戒治之必要為止，但最長不得逾 1 年，處遇時間之調整，皆基於實務運作及戒癮之需求。

然而，針對「身癮」及「心癮」的兩階段治療方式，隨著不斷發展的成癮科學及毒品施用者處遇方案，當初立法理由中所欲達成的政策目標受到了相當大的挑戰。

首先，於勒戒處所中處理戒斷症狀的設計，如 A3（檢察官）所述，係 1997 年海洛因大流行時所規劃。由於海洛因身體依賴性極高，且戒斷症狀若未妥善處理，可能造成個案生命、健康的危害，因此在無其他更好處理方式之下，藉由隔離及醫療協助的方式，使個案脫離戒斷症狀的危險期，應是當時海洛因個案戒癮最好的選擇，然而，隨著聯合國世界衛生組織在 2005 年倡議美沙冬等替代療法，我國在 2006 年也開始推行美沙冬替代療法，並於 2008 年配合緩起訴戒癮制度的修法全面實施（詳第二章第三節第一點）。至此，以觀察勒戒的方式處理海洛因個案的戒斷症狀已不再是惟一或最好的方式，個案除了海洛因戒斷症狀之處理需要外，倘無其他必須以機構方式處遇的事由，使個案以美沙冬或其他藥物的協助下，在社區正常生活、工作，成為更好的選擇，除此之外，隨著毒品流行狀況的轉變，目前多數毒品施用個案都未施用海洛因²⁸，並無須處理之戒斷症狀，令

²⁷ 2003 年 6 月 6 日修正、同年 7 月 9 日公布並於 6 個月後施行之毒品危害防制條例第 20 條內容如下：

「犯第十條之罪者，檢察官應聲請法院裁定，或少年法院（地方法院少年法庭）應先裁定，令被告或少年入勒戒處所觀察、勒戒，其期間不得逾二月。

觀察、勒戒後，檢察官或少年法院（地方法院少年法庭）依據勒戒處所之陳報，認受觀察、勒戒人無繼續施用毒品傾向者，應即釋放，並為不起訴之處分或不付審理之裁定；認受觀察、勒戒人有繼續施用毒品傾向者，檢察官應聲請法院裁定或由少年法院（地方法院少年法庭）裁定令入戒治處所強制戒治，其期間為六個月以上，至無繼續強制戒治之必要為止。但最長不得逾一年。

依前項規定為觀察、勒戒或強制戒治執行完畢釋放後，五年後再犯第十條之罪者，適用本條前二項之規定。」

²⁸ 以 2018 年為例，各地檢署偵結案件中，以施用第一級毒品起訴者為 13,380 人，以施用第二級毒品起訴者為 27,652 人。參閱法務部全球資訊網之法務統計摘要，取自：

入勒戒處所對個案更顯無益。因此，觀察勒戒制度中，「處理戒斷症狀」的勒戒功能並非不可取代，戒斷症狀的問題不但可以在緩起訴戒癮治療中，以替代療法的方式處理，亦可以在醫院住院治療或矯正機構的各種處遇方案（如目前的強制戒治或監禁）中，經由醫療協助的方式處理，並無獨立為一個階段專門處理之必要，尤其目前使緩起訴外之初犯一律進入勒戒處所的規定，使多數無戒斷症狀需處理的第二級毒品個案亦進入勒戒所，除形成不必要的人身自由拘束，有違反比例原則之虞，也造成不必要的資源浪費。

其次，觀察勒戒的另一個目的，是觀察個案在「身癮」戒除後，是否仍有「心癮」，若經過醫師評估仍有「繼續施用傾向」，則應進入戒治處所進行6個月以上、1年以下的強制戒治。然而，依成癮科學之理解，成癮是「一種慢性、易復發的腦性疾病」（詳第二章第一節第一點），倘毒品施用個案一旦成癮，即使已處理或並無戒斷症狀，個案之毒癮終身皆可能再復發，在此知識基礎上，除非未成癮，否則每一個毒品個案都應是「有繼續施用傾向」，A6（矯正署科長）認為評估為有沒有繼續施用傾向的個案，只是成癮的等級沒那麼高，這些人的再犯率，後面就會慢慢飆上來，即映證了前述成癮為慢性、易復發腦性疾病之見解，而B4（心理師）所說醫師對「有無繼續施用傾向」之評估易受個案質疑的情形，則是「有無繼續施用傾向」錯誤二分法的必然結果，依B2、B3兩位成癮戒癮科醫師的意見，經由一次性的評估來決定個案要接受任一個沒有彈性處遇方案，並不符合目前成癮戒治的專業作法，應該在個案進入處遇方案後，以「continuous management」的方式，隨時依個案狀況來調整處遇的內容。因此，在觀察勒戒階段認定「有」或「無」繼續施用傾向，再以「全有」或「全無」的方式決定個案是否接受強制戒治，並不符合現今成癮戒治的專業，對個案狀況的評估，應是存在於每一個處遇方案當中，隨時依照個案的狀況調整處遇內容。而初步評估應進入「社區\機構」或「醫療\非醫療」等何種處遇方案，應評估的內容需要更廣泛，此為本研究第五章討論之重點，如果能將現行戒治處所對個案狀況的評估機制，與是否為緩起訴戒癮治療的評估加以整合，以一次評估，初步分流的方式處理，應可使毒品施用者分流評估的制度更加簡明，在緩起訴處遇模式已逐漸成為主流模式的今天，於勒戒處所進行分流評估，應無單獨存在之必要。

綜上所論，觀察勒戒原先制度規劃之功能中，「處理戒斷症狀」的功能僅在少數個案有需求，且現今已有替代療法使其在社區中處遇，若不願接受替代療法，

仍可回歸於醫療機構中處理；「評估有無繼續施用傾向」的功能，在緩起訴戒癮治療制度上路後，已可利用較長的療程中，以「持續性處遇」(continuous management)的方式，彈性調整處遇內容，同時亦避免單次評估正確性的質疑。更重要的是，目前觀察勒戒制度屬保安處分之一種，雖無「前科紀錄」，然拘束人身自由造成的社會關係斷裂，觀察勒戒期間有「犯錯被關」的污名化效應，及機構副文化可能產生的不良影響，使對個案造成的傷害，可能遠勝於對其之幫助，因此本研究建議廢除觀察勒戒制度。

(二) 將強制戒治轉型為嚴重個案之處遇方案

依毒品危害防制條例第 20 條第 2 項後段規定，「認受觀察、勒戒人有繼續施用毒品傾向者，檢察官應聲請法院裁定或由少年法院(地方法院少年法庭)裁定令入戒治處所強制戒治，其期間為六個月以上，至無繼續強制戒治之必要為止。但最長不得逾一年。」目前受戒治人一般需接受 6 至 10 個月的機構處遇，課程內容除了諮商輔導、成癮概念、法制教育、衛生教育等一般處遇外，亦包含 2 個以上的團體輔導，團體輔導課程由戒治所之心理師、社工師或外聘專業人員來帶班，課程除戒癮主題外，也包含家庭關係等整體復歸的主題，另針對個別需求會安排 6 次以上個案輔導，在個案離開戒治所後，再由個案輔導人員進行半年的後追，依 B4 (心理師) 所述，由戒治處所執行的強制戒治方案，是目前矯正機構中毒品施用者處遇模式最完整，專業人力最充足的地方。

如同於前段討論觀察勒戒制度時所提，強制戒治係為了處理毒品成癮者的「心癮」，然由於心癮難戒，因此於 2003 年修正時，規定強制戒治時間「為六個月以上，至無繼續強制戒治之必要為止。但最長不得逾一年。」²⁹使得該制度有充分時間來妥善規劃處遇內容，然而，受戒治人在所人數，卻由 1998 年規劃之初的 8,000 人以上，降至 2003 年修正後的 2 千餘人，再降至目前已不足 500 人 (詳如表 2-3-2)，原因及相關問題分析如下：

首先，現行法規限制了可適用的毒品對象，目前毒品危害防制條例第 20 條

²⁹ 修正理由如下：「本條例公布施行以來，實務運作上發現強制戒治執行滿三月，依法即得停止強制戒治出所付保護管束，受強制戒治人甫入所執行強制戒治不久，戒治處所即將檢具事證報請停止強制戒治，三月之執行期間實嫌過短，無法提昇強制戒治成效，復參諸世界各國之醫療經驗及醫學界之共識，咸認施用毒品成癮者，其心癮甚難戒除，絕難戒絕斷癮，致其再犯率均偏高(以新加坡為例，其執行強制戒治後再犯比例高達百分之七十二至七十五)，如得持續收容於戒治處所施以強制戒治，自較出所付保護管束能收效，俟強制戒治執行完畢出所後，再依第二十五條規定，由觀護人或警察機關採驗尿液以追蹤輔導。爰依據保安處分之不定期性及受強制戒治人之個案差異性，將強制戒治之期間修正為六個月以上，至無繼續強制戒治之必要為止，但最長不得逾一年，並刪除第二十二條停止強制戒治付保護管束及延長強制戒治之規定。」

規定，只有經觀察勒戒階段，被評估為「有繼續施用傾向」的毒品施用者，才能進入戒治處所，然而，在毒品再犯率偏高以及政策性提高緩起訴戒癮治療比例的情形下，可能進入戒治所的毒品個案人數相當有限，以 2018 年為例，再犯毒品施用罪遭起訴者為 41,032 人³⁰，緩起訴戒癮治療人數為 7,313 人（詳表 2-3-2），這些個案都無法接強制治療，而 2018 年離開勒戒所者有 5,157 人，其中僅 474 人（9.2%）因被評估為有繼續施用傾向³¹，而進入戒治所進行接受處遇，換言之，在 2018 年全年經由司法分流處遇的 53,502 人當中，只有 0.89% 的人接受強制戒治，其中許多個案並非不需要或不適合戒治所的處遇方案，但受限於現行法律的規定，只有初犯且經評估為有繼續施用傾向者才能接受戒治所的處遇方案，大大限制了戒治所的功能發揮。

其次，依毒品危害防制條例第 20 條之規定，戒治所的處遇方案在法律上稱為「強制戒治」，程序上也是經勒戒處所評估後即可執行，不需再經過個案同意，然而，尊重並提供個案參與處遇方案的機會，已成為毒品施用者處遇的世界潮流，也有助於個案戒癮成效（詳第四章第二節第二點）。目前在歐美國家，為避免對個案「強制治療」的道德上爭議，一般係將處遇方案設計為刑罰的替代方案，無論是在偵查起訴階段、判決階段或執行階段，個案若同意接受一定的處遇計畫，便可透過緩起訴、緩刑或假釋的方式來減免其刑事責任，而即使係在對毒品施用行為除罪化的國家，亦是將接受處遇計畫當作免除行政罰的條件（詳第二章第二節第二點），而這些替代處罰的處遇計畫，倘若因個案藥品濫用情形過於嚴重、具有治安顧慮等因素，亦可規劃於機構內為之，惟前提仍需個案同意。因此，若要避免強制治療的道德爭議、減少「是否有無繼續施用」評估準確度的質疑，以及增加個案戒癮的成效，我國未來可配合前述觀察勒戒制度的廢除，將目前戒治所的處遇方案，由「強制治療」改為「替代處罰之治療」，甚至可允許個案自願性戒癮，可將此具成效的戒癮方案，提供給各種不同法律狀態的個案適用。

綜上所述，在觀察勒戒制度有檢討廢除必要之同時，對於目前成效良好，但服務功能日漸萎縮的強制戒治，建議可轉型為所有法律狀態中不適合社區處遇方案者之另種選擇，轉型後戒治所的機構處遇方案，配合緩起訴、緩刑、假釋制度之運作，在經過個案同意後，作為之刑罰替代方案，如此除可避免強制治療之道德爭議，亦可使個案在回歸社會生活前做更好的準備，改善其毒品使用問題。

³⁰ 詳法務統計摘要（108 年 8 月），擷取自

https://www.rjsd.moj.gov.tw/rjsdweb/book/Book_Detail.aspx?book_id=349。

³¹ 資料來源同上註。

(三) 改善毒品施用者處遇體系下之刑罰策略

對於持有或施用毒品的行為，我國與世界上大多數的國家相同，仍科以一定之刑事責任，並且因應毒品施用者病人的特性，在進入刑罰階段前，給予觀察勒戒/強制戒治的保安處分，或是利用緩起訴制度轉向社區戒癮，因此，一般在討論毒品施用者處遇制度時，皆會著重於這些保安處分或轉向制度之成效，然而，由於保安處分及緩起訴處分與刑罰之間具有先後關係或替代關係，共同組成一個處遇體系，因此若未一體討論，刑罰制度的缺陷，可能會影響整體處遇體系之成效。

國外一般對於替代刑罰的處遇制度，通常是利用個案較不願接受刑事處罰的心理，讓個案選擇並配合其他的處遇計畫，並在刑罰的壓力下，敦促個案儘可能完成處遇計畫（詳第二章第二節第一點），然而本研究在訪談的過程中卻發現，個案無論是否有戒癮協助的需要，在選擇的情形，有時反而更傾向選擇接受刑罰，例如 A6（矯正署科長）即提及有戒治所的個案，會認為早知道就進來監獄關，因為戒治所大約要待 8~10 個月，治療費用要自己付，但是同樣是吃安非他命，可能只要 6 個月而已，而且個案不用自己付錢（A6-1-10）。

這種「刑罰不見得不好」現象不僅出現在「觀察勒戒\強制戒治」與「刑罰」的比較，同時也會出現在「緩起訴戒癮治療」與「刑罰」的比較，以施用第二級毒品的案件為例，施用第二級毒品的法定刑為 5 年以下有期徒刑，但法院一般對於初犯只會判 2 或 3 個月的有期徒刑，如果以每日新臺幣 1 千元折抵 1 日，則施用毒品的刑事責任大約為新臺幣 6 萬元或 9 萬元，因此，個案如果選擇不接受緩起訴戒癮治療，則在易科罰金之後，雖會留下前科紀錄，但所有法律責任立即結清，不用再受觀護人的拘束。與之相較，個案如果選擇緩起訴戒癮治療，則不但在一年的治療期間需支付新臺幣 3 萬元左右的治療費用，而且約需接受 20 次左右的門診治療，以及相當次數的觀護人室報到，而在完成 1 年的治療後，在接下來的 1 年，仍處於緩起訴期間內，若有再次施用毒品或犯罪等情形，緩起訴處分會被撤銷，原先的刑事責任會絲毫未抵的回到個案身上。因此有些個案（尤其是經濟能力佳且已有前科紀錄者），寧可選擇放棄緩起訴，直接接受刑事處罰，而即使已經選擇了緩起訴戒癮方案，在撤緩的不利益不高的情形下，個案也較容易放棄完成戒癮治療。

由此可知，不可替代的處遇方案（如「觀察勒戒\強制戒治」與「刑罰」）間若輕重失衡，會造成接受處遇者的心態較消極，進而影響處遇效能；而當可替代

的處遇方案（如緩起訴戒癮與刑罰）間未妥善規劃，更會造成處遇方案間的不當牽動，直接影響處遇效能，對於目前對毒品施用者的刑罰策略，有下列兩點值得討論：

首先值得重視的是，毒品施用者的刑罰處遇中，是否有足夠的戒癮機制？如果未來毒品施用者多元處遇的規劃，是以緩起訴處分附命各種戒癮方案為優先考量，則最後進入刑罰的個案，大致為另有刑事責任未了的個案、治安顧慮較高的個案、對家庭負面影響較大的個案及無法完成緩起訴處分所附條件的個案，這些個案的毒品問題若不能適當的處理，後續對社會、家庭或個人的不良影響，恐怕會大於其他未進入刑罰處遇的個案。

目前由檢察官起訴的毒品施用個案，若經法院判決有罪，可能接受的刑事處罰有以下二大類：

其一為易刑處分³²，依毒品危害防制條例第 10 條之規定，施用第一級毒品的法定刑為 6 個月以上，5 年以下有期徒刑，施用第二級毒品的法定刑為 3 年以下有期徒刑（依刑法第 33 條規定，有期徒刑最低為 2 個月）。因此無論個案施用第一級毒品或第二級毒品，倘宣告刑在 6 個月以下，皆可給予個案易刑處分之機會。以 2018 年為例，施用第一級毒品判決有罪者計有 10,163 人，其中 1,610 人判決有期徒刑 6 個月以下，比例為 15.8%，施用第二級毒品判決有罪者計有 26,767 人，其中 25,497 人判決有期徒刑 6 個月以下，比例為 95.3%，兩者之差異主要是來自於法定期的不同，但總計所第一、二級毒品施用者判決有罪在 6 個月以下的比例高達 73.4%（27,107/36,930），這些個案皆符合易刑處分之條件³³。這些得易刑處分之個案，倘非資力不足或其他因故無法履行易刑處分，大多可以經由易科罰金或易服社會勞動的方式折抵刑期，不會進入監獄服刑，也不會接受任何的戒癮處遇。

其二為監禁，除前述接受易刑處分者外，其餘有罪的毒品施用者，皆會進入監獄服刑，然而，這些刑期通常也不高，較難接受完整的戒治課程，如果同樣以

³² 刑法第 41 條規定：

「犯最重本刑為五年以下有期徒刑以下之刑之罪，而受六月以下有期徒刑或拘役之宣告者，得以新臺幣一千元、二千元或三千元折算一日，易科罰金。但易科罰金，難收矯正之效或難以維持法秩序者，不在此限。

依前項規定得易科罰金而未聲請易科罰金者，得以提供社會勞動六小時折算一日，易服社會勞動。

…」

³³ 資料來源：法務部全球資訊網/法務統計/統計資訊服務/進階統計查詢/檢察業務/地方檢察署/毒品案件/地方檢察署執行毒品案件裁判確定人數（人）。網址：

<https://www.rjtd.moj.gov.tw/RJSDWeb/inquiry/InquireAdvance.aspx>。

2018 年為例，犯第一級毒品施用罪判決有期徒刑 1 年以上者為 1,274 人，佔全部有罪人數的 12.5% (1,274/10,163)，犯第二級毒品施用罪判決有期徒刑 1 年以上者為 11 人，佔全部有罪人數的 0.04% (11/26,767)，**合計第一、二級毒品施用者判決有罪在有期徒刑 1 年以上的比例，僅有 3.5% (1,285/36,930)**。因此目前戒治所雖有接受監獄移來的毒品個案，並給予完整的戒治處遇，然而尚需個案有 1 年以上刑期，方能完整規劃（詳第四章第一節第三點），**但依目前法院判決的情形，應僅有少數的個案可在矯正機構內接受完整的戒毒處遇。**

綜合前述現行對毒品施用罪的法定刑及實務判決狀況，接受刑事處罰的毒品施用個案，即使其毒品問題嚴重，大多不會接受矯正機構完整的戒癮處遇方案，因此在刑事責任完成後，個案將帶著未處理過的毒品問題回到社會，因此，**本研究建議在個案接受刑事處罰的後，應使其再接受保安處分，例如目前戒治所的戒癮方案，與其用在初犯經評估有繼續施用傾向的個案，倒不如用在毒品問題已確認較為嚴重的刑事個案上，不但可以避免評估上的爭議，且處遇實益較高，也可避免起訴個案責任可能輕於緩起訴個案責任的失衡現象。**

其次，另一個值得重視的問題，係個案在完成刑事責任後重新回到社會的階段，**缺乏監控及協助的機制。**

長刑期之罪，一般可利用緩刑付保護管束的期間，使受刑人在離開監獄後的重返社會階段，持續與觀護人保持連結；緩起訴戒癮個案，在完成一年的戒癮治療後，通常也還有 1 年的緩起訴期間需定期向觀護人報到及驗尿；在 2003 年毒品危害防制條例修法之前，實務運作之強制戒治執行滿 3 個月，依法即得停止強制戒治出所付保護管束至滿 1 年。對於機構處遇或社區處遇告一段落之個案，倘持續由觀護人掌握或監督受刑人重返社會的狀況，除可減少個案在社會適應期迅速再犯的可能，若個案有心理上或實體上協助需求的時候，亦可在第一時間提供協助。

然而，在前述毒品施用者接受刑罰的情形中，由於因毒品施用罪服刑者幾為短期刑，無假釋付保護管束之適用，而個案在易科罰金、易服社會勞動或有期徒刑服期滿後，更無保護管束之適用，此時，非但個案未繼續受地檢署之監督，而且也較不願意接受各地方政府毒防中心之輔導，僅能依毒品危害防制條例第 25 條第 2 項之規定³⁴，於刑罰執行完畢後 2 年內，由警察機關執行強制尿液檢驗。

³⁴ 毒品危害防制條例第 25 條第 2 項規定：

「依第二十條第二項前段、第二十一條第二項、第二十三條第一項規定為不起訴之處分或不付審理之裁定，或依第三十五條第一項第四款規定為免刑之判決或不付保護處分之裁定，或犯第十條

對於刑事責任結束後之個案，若以應報刑的觀點，刑滿後應使其完全自由，不再干擾其社會生活，但對於毒品施用個案，因毒品濫用情形已影響其自我控制能力及工作能力，驟然回歸社區生活，所面對之經濟壓力、工作壓力、犯罪污名等不利因素，恐更甚於以社區處遇為原則之緩起訴個案，因此即便如前述之建議，於刑事處罰之後接受保安處分，仍需要再規劃類似保護管束之過渡期，使其在回歸社會之初期能有相當之監控及協助，助其渡過高風險時期。

綜上所述，目前對毒品施用者刑事處罰之運作，既缺乏協助個案戒癮、復歸社會的功能，亦未形成足夠使個案儘量完成緩起訴處分之司法壓力，導致近年監獄中隨時有萬名上下之毒品施用個案服刑，另有更多的個案透過易刑處分直接回到社會，成為整體毒品施用者處遇體系中最脆弱的一環³⁵，因此，若要提升整體毒品施用者處遇效能，重新建立符合適當的刑罰策略為不可或缺的議題，本研究建議在刑罰後加入保安處分，並適度規劃個案重返社會之過度方案，使狀況最嚴重的毒品個案可以得到合適的司法處遇。

二、以緩起訴為核心之分流處遇制度

在毒品施用者的司法處遇方案進行調整後，本節進一步探討如何建構合理的分流機制，使不同狀況的毒品施用者皆能配對至適合的處遇方案，本節以現有的毒品施用者緩起訴戒癮制度為基礎，探討是否可以經過調整改良，成為分流處遇的核心機制。目前雖有論者提倡效仿美國毒品法庭制度對毒品施用者加以處遇，然美國毒品法庭制度與我國目前緩起訴戒癮治療制度相同，主要係找出有戒癮醫療需求的對象加以處遇，並未以所有的毒品施用者為處遇對象，涵蓋面似嫌不足，本研究建議以目前運作較為成熟的緩起訴戒癮治療制度加以擴大、改良，實務可行性最高，若能成功改良，將該制度精神移轉至法院之緩刑制度，使緩起訴和緩刑的分流處遇機制並行，或是改以法院緩刑為核心，皆無不可。

（一）以緩起訴處分制度發展多元處遇方案

本研究綜整受訪者之意見，認為目前對毒品施用者之緩起訴處分，只能附命戒癮治療，無法針對不同狀況的個案規劃不同的方案，不但浪費醫療資源、影響戒癮醫療發展，且影響無需求個案之生活、工作，增加緩起訴被撤銷之風險，實

之罪經執行刑罰或保護處分完畢後二年內，警察機關得適用前項之規定採驗尿液。」

³⁵蔡震邦(2019)統計分析發現，2010年出監後6個月內再犯率為18.76%，1年內再犯率為36.85%，明顯高於出勒戒所（觀察勒戒）6個月內再犯率為15.71%，1年內再犯率為27.99%，出勒戒所6個月內再犯率為8.58%，1年內再犯率為21.70%。在三種矯正機構處遇結果當中，出監的個案通常是較嚴重的個案，再犯毒品施用罪情形也最為嚴重。

應檢討修正，使所有緩起訴個案能得到適合的處遇方案（詳第四章第一節第一點）。

呼應社會各界對毒品施用者處遇制度改良之期待，政府於2018年「新世代反毒策略行動綱領」之綜合規劃工作中，亦提出「推動施用毒品成癮者之多元處遇方案與修法，跨部會研商如何以多元處遇方式協助毒品施用者戒除毒癮，並建立毒癮者評估與分流機制。」法務部依綱領之指導，提出毒品危害防制條例第24條修正案³⁶，並經行政院審查通過後送交立法院審議。然而，就在修法鬆綁毒品施用者緩起訴條件之同時，多元處遇方案如何具體落實卻未見探討，本研究參考訪談所得之意見，提出下列三點建議。

首先探討的是，新世代反毒策略行動綱領所提之「多元處遇方式」，究竟應以何種架構呈現？本研究認為我國採行「觀察勒戒\強制戒治」、「緩起訴」、「起訴」三種處遇模式併存的方式，雖然有多元的外貌，但是「觀察勒戒\強制戒治」的模式，既不符合目前對成癮科學之認知，也與目前的毒品濫用現況有落差，因此宜將此制度廢除，並將制度中的戒斷症狀勒戒、繼續施用傾向評估及機構戒癮治療的功能整合至其他的處遇方案當中（詳本章第一節第一點、第二點），因此我國在偵查階段應只剩下「緩起訴」及「起訴」兩個司法處遇模式可選擇。

本研究認為，「緩起訴」及「起訴」兩種司法處遇模式，應非橫向關係，而應是縱向關係，當毒品施用個案進入司法程序後，檢察官應先評估其是否適合緩起訴架構下的處遇模式，如果採緩起訴架構下的處遇模式，應採取何種處遇方案，因此只有經評估不宜緩起訴處遇的個案（如圖2-3-2的相關事由或依第五章之評估項目評為不適合者），或是緩起訴架構下處遇方案進行失敗的個案，才會進入起訴程序。而多元的處遇方案，在「緩起訴」及「起訴」兩個不同司法模式當中都應適當規劃。

在緩起訴處遇模式當中，目前僅有醫療處遇一種選擇的不當理由，前已詳述，未來應如何使處遇內容多元，以符合不同狀況毒品施用者的處遇需求，本研究認

³⁶第二十四條修正條文內容：

「第二十條第一項及第二十三條第二項之程序，於檢察官先依刑事訴訟法第二百五十三條之一第一項、第二百五十三條之二第一項第四款至第六款或第八款規定，為附條件之緩起訴處分時，或於少年法院（地方法院少年法庭）認以依少年事件處理法程序處理為適當時，不適用之。

前項緩起訴處分，經撤銷者，檢察官應繼續偵查或起訴。

檢察官依刑事訴訟法第二百五十三條之二第一項第六款規定為緩起訴處分前，應徵詢醫療機構之意見；必要時，並得徵詢其他相關機關（構）之意見。

刑事訴訟法第二百五十三條之二第一項第六款規定之緩起訴處分，其適用戒癮治療之種類、實施對象、內容、方式、執行醫療機構或其他機構與其他相關事項之辦法及完成戒癮治療之認定標準，由行政院定之。可加入修法條文內容。」

為至少應該區分為 3 種處遇類別，其一，**社區觀護方案**，如同第四章第一節第一點所提，目前約有 1/2 的觀護個案，或 1/3 以上的非鴉計畫個案，不需要接受精神科醫師的治療或不需要密集的治療，這些毒品濫用問題較輕微的個案，通常自我控制的能力尚可，只要定期向觀護人報到、定期或隨機給予尿液採驗，即可對毒品施用狀況為一定之控制；其二，**社區戒癮方案**，即現行緩起訴的處遇方案，對於已有中度或重度毒品濫用問題的個案，因成癮問題已使其無法控制自己不繼續用毒品，因此除了觀護人報到及尿液檢驗外，尚需要參加專業協助的方案，藉由精神科醫師、臨床心理師等專業協助，幫助個案或使其學習減少或不再使用毒品，而在此模式下，亦包含使急性期個案短期住院之處遇內容；其三，**機構戒癮方案**，部分毒品濫用問題個案，除了有專業協助的必要外，可能依其情形在社區顯難控制毒品使用情形，需要以一段時間的隔離處遇，幫助其調養身體，並建立各種功能及良好決策能力後，再回歸社會正常生活，這類的處遇方案，除了目前少數已納入緩起訴模式的住院治療方案（如茄荖山莊的住院式治療方案），未來亦可將目前戒治所的戒癮方案納入選擇，使不適合社區處遇之個案，在起訴監禁之外，還有非刑罰的處遇機會，避免個案因前科紀錄而造成復歸社會之障礙。

其次要探討的是，「多元處遇方案」在橫向開展之後，是否還可能縱向調整？如同在第四章第一節第四點所討論，目前緩起訴戒癮治療制度太過僵化，個案在處遇期間，僅能如同臺北市立聯合醫院「階段式介入」的做法，在醫療體系的範圍內進行處遇內容的調整，但並不能視個案表現延長或縮短個案醫療處遇的期間，也無法於再次緩起訴時調整處遇內容，也就是在緩起訴的處遇模式當中，並沒有視個案狀況改變的多元思維。

倘毒品危害防制條例第 24 條順利修正，給予檢察官除了醫療協助模式外更多的選擇空間，進一步的問題，是個案可否在不同處遇模式間進行轉軌。以本研究所提的「社區觀護方案」、「社區戒癮方案」及「機構戒癮方案」的架構為例，倘經初始的評估，認為個案只要以「社區觀護方案」處遇即可，但在監控期間，發現個案狀況持續惡化，除了撤銷緩起訴外，是否可以轉軌到「社區戒癮方案」或「機構戒癮方案」？反之，倘原先在「社區戒癮方案」或「機構戒癮方案」中的個案，倘表現良好，是否轉換到「社區觀護方案」？此種縱向多元的機制，目前尚少有討論。

本研究認為，考量個案需求的轉變，避免資源的浪費，在緩起訴處分決定初始處遇模式後，必須提供給個案轉軌的機制，如此亦可使初期方案分流評估有容

錯的空間。至於轉軌的機制，若是由低階的處遇模式轉換到高階的處遇模式，雖然個案通常較不願意接受，但多數是個案已有毒品施用情形失控或有未定期報到、驗尿等違反違反緩起訴命令之情形，在此之下，通常已符合撤銷緩起訴的要件，檢察官可以將轉軌到較高階處遇模式列為再次緩起訴之條件，若個案不願接受更嚴格條件的處遇方案，就會面臨刑事追訴；相反的，若是由高階的處遇模式轉換到低階的處遇模式，通常為個案所樂意接受，這種情形發生在個案表現良好的時機，此時，檢察官並無再次緩起訴的機會來進行模式調整，但可在緩起訴所附命令中敘明處遇模式彈性調整條件，當個案表現良好，符合調整條件時，負責處遇的單位可在個案同意後，將轉換處遇模式的意見報請檢察官確認，再進行處遇模式之調整。綜上所述，在毒品施用者緩起訴處遇制度鬆綁後，可藉由檢察官再次緩起訴的機會，或由檢察官在緩起訴條件中之載明，使個案依其表現進行處遇模式調整，達到縱向多元處遇之目的。

依行政院「新世代反毒策略行動綱領」之規劃，我國緩起訴戒癮治療之比例，將由 2016 年的 10.5% 逐步提升至 2020 年的 20%，且亦規劃修正毒品危害防制條例第 24 條之規定，給予緩起訴處分更多的彈性，預期在近期之內，政府對緩起訴戒癮治療制度有相當多之期待，同時也會有更多的資源挹注，然而，實務界對於緩起訴制度下如何操作多元處遇政策缺乏前例可循，需要國內相關機關妥善規劃，本研究以現行制度解析及實務界專家訪談為基礎，提出橫向多元、縱向多元之建議，期望使未來緩起訴處分多元處遇模式之規劃更加務實、有效率。

（二）強化毒品施用個案分流評估及追蹤管理

在建構緩起訴制度下橫向及縱向多元處遇方案的目標下，需進一步探討由何種機制讓個案配對至適當的方案？對此，在多元處遇模式橫向開展後，須以「分流評估機制」為基礎，而在多元處遇模式的縱向轉換，則需要有健全的「個案管理機制」作為判斷依據。目前我國之分流評估機制及個案管理機制運作狀況如何？未來應如何強化，分別討論如下：

在「分流評估機制」方面，由深入訪談中可知，目前對是否緩起訴判斷的治安、社會及醫療三個面向中，治安面的狀況，為檢察官或檢察事務官所最可掌握者，檢察官或檢察事務官可以由刑案系統中得知個案違反施用毒品罪或其他犯罪的紀錄，了解個案施用毒品的可責性，或是對社會治安的可能危害；在社會面的狀況，如個案的工作、經濟、家庭、住居等狀況，目前既無跨單位連線查詢機制，也無訪談查證機制，只能依個案的陳述得到部分資訊，可信度較為不足；在醫療

面的部分，依目前制度的設計，醫療機構只要判定無醫療必要，個案就失去社區戒癮的機會，因此雖依毒品戒癮治療實施辦法及完成治療認定標準第 8 條之規定³⁷，個案於接受緩起訴戒癮治療前，應先經過醫療機構的評估，但是實務上除了個案未前往醫療機構外，醫療機構一般並不會做出無治療必要之評估結果，也不會將毒品濫用的嚴重程度或有無共病回報檢察機關，因此檢察官無法得到個案在醫療須求方面的訊息（詳第四章第二節第四點）。

未來，若毒品危害防制條例第 24 條修正草案順利通過，毒品施用者之緩起訴處分並不必然附命戒癮治療時，無論其處遇方案是以本研究所建議之「社區觀護方案」、「社區戒癮方案」及「機構戒癮方案」三種處遇模式，或有其他分類方式，都必須要面臨一個問題，即檢察官在決策時，已不只是緩起訴與否而已，而是須進一步判定在緩起訴情形下，緩起訴所附的命令為何（即處遇方案之內容），前述檢察官在治安、社會、醫療等面向所得之資訊是否足夠做這樣的決策？

對於未來評估機制應如何運作，受訪之檢察官、醫師、心理師提出多種意見，本研究參酌各方意見及實務狀況，認為由地檢署檢察官或檢察事務官獨力調查之方式，勢難對個案有效評估，必須投入更多人力進行此項工作。運作方式建議仍以地方檢察署之專責評估人員為中心，設定分流處遇所需調查之項目，這些項目可依後面將討論之評估工具擇定，相關資訊則可由跨單位資訊連線、跨部門合作或個案評估等方式獲得。

由於分流評估工作非現行制度中之人力所可負荷，政府必須新增人力、投入更多資源加以因應，此項投資與增加觀護人力、培養醫療等專業處遇量能、增加社工師、個管師一樣，都是擴大毒品施用者緩起訴處分、提供多元處遇方案所不可或缺之必要條件，然而，這種種的投資，倘能使多數毒品施用個案在社區接受監控、協助，僅少部分個案受到監禁或其他機構處遇時，則個案在社區工作之貢獻及減少監禁所節省之矯正成本，總和之經濟利益或不小於付出之各項投資，惟這類跨部門之制度重整與資源重分配，需得到高層決策者之充分支持及跨部會工

³⁷ 毒品戒癮治療實施辦法及完成治療認定標準第 8 條規定：

「接受戒癮治療者於治療前應由治療機構評估後，視需要進行下列檢驗、檢查：

- 一、尿液毒品及其代謝物檢驗。
- 二、肝功能檢驗。
- 三、B 型肝炎表面抗原及其抗體檢驗。
- 四、C 型肝炎抗體檢驗。
- 五、人類免疫缺乏病毒感染檢驗。
- 六、梅毒血清檢驗。
- 七、胸腔 X 光檢查。
- 八、心電圖檢查。」

作小組之籌劃推動。

在「個案管理機制」方面，本研究經由訪談發現，對個案在緩起訴階段之縱向及橫向狀況掌握，不及觀察勒戒、強制戒治或監禁等機構處遇方案緊密，雖然地檢署觀護人、醫院和各地方政府毒防中心間有聯繫，但僅以公文或電話進行必要項目之聯繫，即使是檢察官決定是否要撤銷緩起訴處分時，亦未能藉由聯繫機制對個案狀況進行充分了解。（詳第四章第一節第四點）

因此，若要使個案在緩起訴階段能夠依其表現轉換處遇方案，檢察機關和各處遇機構間勢必需要一套更緊密的個案管理系統，使個案在地檢署之驗尿情形、在醫院之治療狀況及毒防中心對個案生活、工作、家庭等狀況之掌握能充分呈現，相較於分流評估機制需由無到有重新建立，個案管理機制只需將各個部門所擁有的資訊進行重要欄位之連結即可，其中主要為觀護、醫療、毒防中心之個管資料，所需新增投入的經費應屬有限，但可產生相當大之利益，但由於這樣的個管系統包含了刑事紀錄、醫療紀錄等特種個資，因此在建構時，除了考量個案管理的需要外，亦需注意資料運用時須符合個人資料保護法第6條之規定，由法律明文規定如何運作，或在公務機關執行法定職務或非公務機關履行法定義務必要範圍內為之，且事前或事後有適當安全維護措施³⁸。

三、建立標準化個案評估工具

毒品施用者司法處遇方案之決定，同時涉及司法及處遇兩大面向之考量，一方面要顧及司法公平性及社會秩序維護，另一方面也要顧及處遇方案有效性及資源分配效益，但無論是司法或處遇面向之考量，都需要有客觀的標準來協助檢察官或其他決策者使個案配對至最適合的處遇方案。

為解決檢察官進行緩起訴戒癮治療對象篩選缺乏客觀標準之問題，本研究經由文獻回顧、深入訪談及多目標決策分析，對目前緩起訴戒癮治療對象之篩選項目及權重進行研究，具體結果已呈現於第五章第二節，期能提供實務界更符合我國國情之篩選標準，將有限的戒癮資源投注在最可能改善健康狀況、最不影響社

³⁸ 個人資料保護法第6條規定如下：

「有關病歷、醫療、基因、性生活、健康檢查及犯罪前科之個人資料，不得蒐集、處理或利用。但有下列情形之一者，不在此限：

一、法律明文規定。

二、公務機關執行法定職務或非公務機關履行法定義務必要範圍內，且事前或事後有適當安全維護措施。

…」

會治安及最能維繫個案家庭功能的個案上，產生最大的效益。

然而，如依本章第二節其他點次之建議，或是未來可能的修法方向，未來對毒品施用個案之緩起訴處分，未必只能連結到「社區戒癮方案」，也可能連結到「社區觀護方案」或「機構戒癮方案」等其他可能的方案，如此，本研究對緩起訴戒癮治療對象篩選項目之研究及建議，便面臨是否已成昨日黃花之窘境？

在此需說明者，本研究所提出之「個案健康改善」、「社會治安影響」及「家庭功能維護」三個構面之篩選項目，目前可建構為「緩起訴戒癮治療」及「起訴」或「觀察勒戒」間選擇之篩選標準，未來亦可轉變為緩起訴多元處遇方案時之篩選項目。

申言之，本研究所提三構面中的9個項目可以分為兩個組別，用以區分不同的處遇方式。第一個組別是決定個案是否需要專業戒癮協助的「健康改善需求性」組，評估的項目包含「個案對醫療協助需求較高 C1-1」、「個案戒毒動機較強 C1-3」兩個項目，綜合以上兩個項目評估後，若評估為「健康改善需求性」高者，分派至有戒癮治療之方案，若評估為「健康改善需求性」低者，則分派至無戒癮治療之方案。第二個組別是決定個案是否適合在社區處遇的「社區處遇合適性」組，評估項目包含「個案較適合在社區戒毒 C1-2」、「從事吸毒以外犯罪之可能性較低 C2-1」、「較無販毒、暴力等重大犯罪前科 C2-2」、「吸毒行為可責性較低 C2-3」、「有利於個案家庭經濟狀況 C3-1」、「有利於個案家庭和諧 C3-2」及「可使家庭成員受照顧 C3-3」等7個項目，綜合以上7個項目評估後，若評估為「社區處遇合適性」高者，分派至社區處遇方案，若評估為「社區處遇合適性」低者，則分派至機構處遇方案。

由「健康改善需求性」及「社區處遇合適性」的高低，可以得出四種排列組合：第一類是「健康改善需求性高」且「社區處遇合適性高」的個案，可分派至「社區戒癮方案」；第二類是「健康改善需求性高」且「社區處遇合適性低」的個案，可分派至「機構戒癮方案」；第三類是「健康改善需求性低」且「社區處遇合適性高」的個案，可分派至「社區觀護方案」；第四類是「健康改善需求性低」且「社區處遇合適性低」的個案，這類的個案既不適合社區處遇，也無戒癮協助需求，應視個案不適合待在社區的程度是否已超過社會所能容忍，若超過容忍程度，該個案便以起訴為宜，若未超過容忍程度，則可分派至「社區觀護方案」。上述以「健康改善需求性」及「社區處遇合適性」評估分流之方式如圖 6-2-1。

除此之外，如個案有其他犯罪可能受追訴，因而可能影響緩起訴處分之執行，

自應優先考慮起訴，此屬於得否緩起訴之前提要件，應先於本研究各項篩選項目前優先考量，併此敘明。

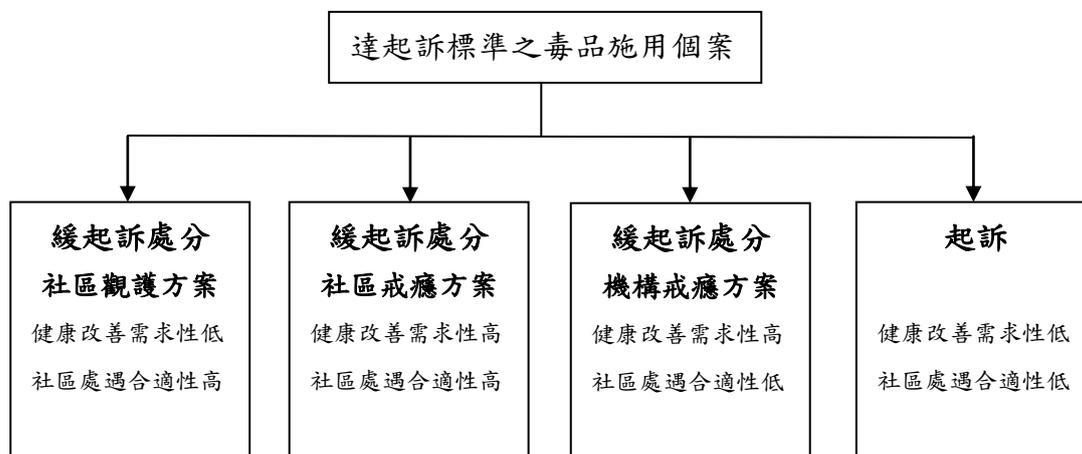


圖 6-2-1 毒品施用個案多元處遇篩選考量構面

綜上，國內目前對緩起訴戒癮治療個案尚無決策參考工具，在未來複雜而需更精確分流至多元處遇方案之趨勢下，將面臨巨大的挑戰，建議可利用本研究對毒品施用者分流處遇篩選項目之研究為基礎，發展出可供實務運用之量表工具，使我國發展毒品施用者多元處遇之政策有效落實。

四、分流處遇制度之整體性規劃

對於毒品施用者處遇之議題，受訪之實務界專家在處遇方案及分流機制兩方面皆提出眾多問題，本研究所亦同樣以處遇方案及分流機制兩大面向，分別提出政策建議，希望能對目前實務上所面臨之問題一一回應，加以解決，對於問題及建議間之對應，整理如表 6-2-1。為使政策建議能更有體系的運作，本研究提出未來毒品施用者司法分流處遇之整體性規劃，相關流程圖如圖 6-2-2，並於圖後進行說明。

表 6-2-1 毒品施用者分流處遇制度實務問題及政策建議

類別	項目	實務問題	政策建議
處遇方案	緩起訴處分	緩起訴適用對象擴大後，因毒品施用者個案差異變大，緩起訴處分附命條件之彈性已有不足	以緩起訴處分制度發展多元處遇方案 改善毒品施用者處遇體系下之刑罰策略
	觀察勒戒	隨著戒癮醫療、法制之不斷發展，以及毒品文化之轉變，機構處遇式觀察勒戒之司法公平性及處遇必要性受衝擊	廢除不符現代毒癮戒治需求之觀察勒戒
	強制戒治	部分毒品問題嚴重個案受限法律規定，接受機構式戒癮方案之機會受阻	將強制戒治轉型為嚴重個案之處遇方案
	個案管理	受限於資訊連結不佳、法律依據缺乏，毒品施用者社區處遇及重返社會期個案管理機制不健全	強化毒品施用個案分流評估及追蹤管理
	處遇內容之彈性	受限於法規及司法實務運作彈性不足，緩起訴戒癮治療期間未能依個案狀況彈性調整處遇內容	以緩起訴處分制度發展多元處遇方案 強化毒品施用個案分流評估及追蹤管理
	處遇成效之評估	由於處遇方案成效評估不足，毒品施用者處遇政策之規劃及推展缺乏穩健的基石	未來研究建議第 3 點
分流機制	以犯次分流	施用毒品犯次不能反映個案實際用毒狀態，以初、再犯作為分流準據難符處遇需求	廢除不符現代毒癮戒治需求之觀察勒戒
	處遇方案適足性	我國現行戒癮方案之多元性不足，個案缺乏選擇戒癮方案之機會	以緩起訴處分制度發展多元處遇方案
	評估工具	缺乏緩起訴處分戒癮治療對象篩選工具，難以客觀選取合適個案	建立標準化個案評估工具
	評估團隊	缺乏專責的分流評估團隊，檢察官不易使個案分流至適當之處遇方案	強化毒品施用個案分流評估及追蹤管理
	處遇情形之掌握	缺乏有效率的個案管理機制，檢察官無法以充足資訊決定是否撤銷緩起訴	強化毒品施用個案分流評估及追蹤管理

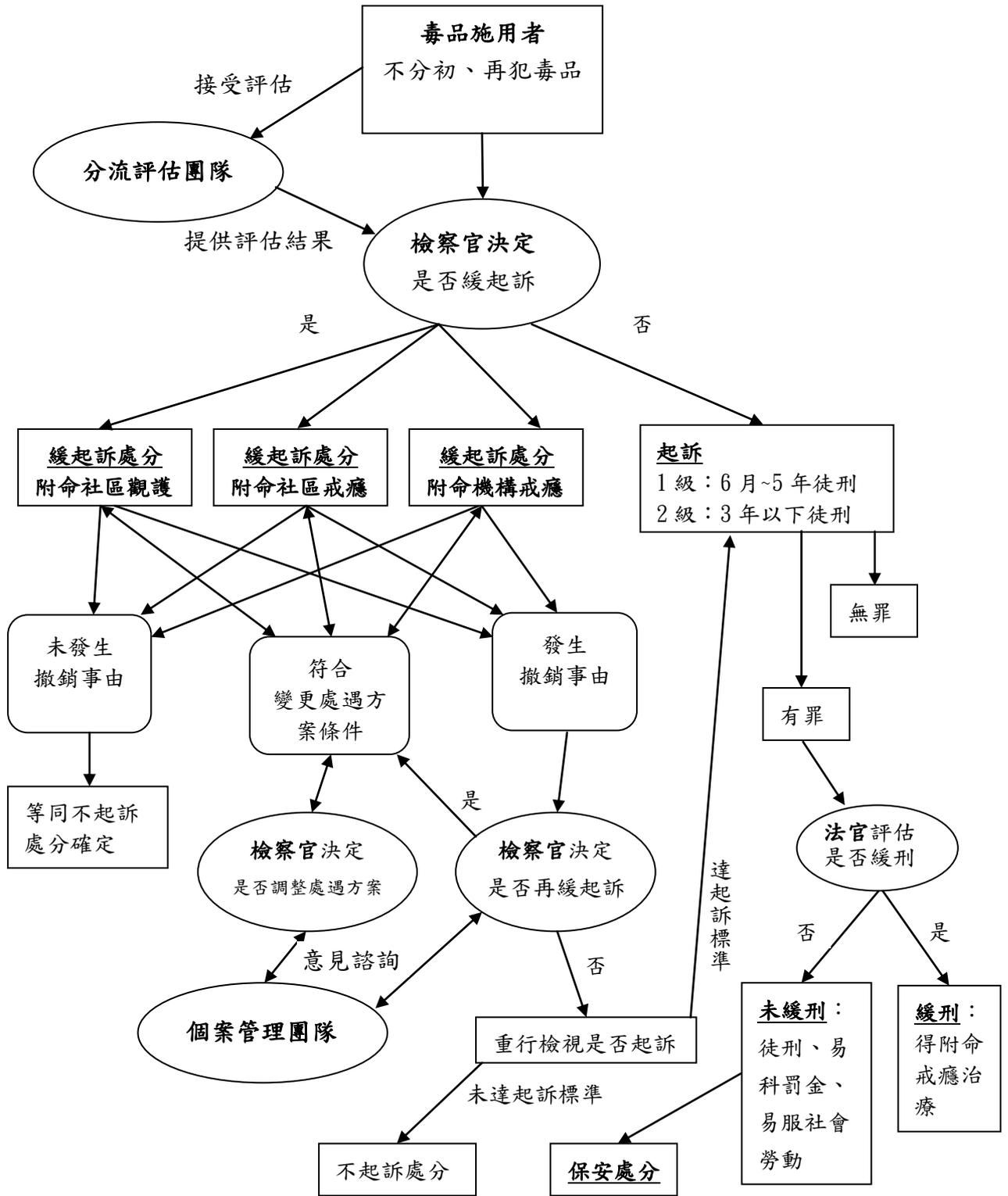


圖 6-2-2 第一級、第二級毒品施用者司法分流處遇建議

（一）處遇方案之重整

毒品施用者不再區分初、再犯，觀察勒戒將其功能融入其他處遇方案後，不再單獨存在；強制戒治轉型為通用型機構戒癮方案，除可接受自願戒癮之個案外，亦成為緩起訴、緩刑或假釋時附命完成機構戒癮治療之執行方案；緩起訴附命之條件，則可依個案狀態分為社區觀護、社區戒癮及機構戒癮3類方案；另對於起訴後未緩刑之個案，亦增加具監控及協助性質之保安處分。

（二）毒品施用個案分流評估

對於具有刑事法律責任之第一、二級毒品施用個案，檢察官應先審查其法律狀態及意願，若有法定事由（如另有他案追訴中或待執行）以起訴為宜或個案無接受緩起訴之意願，將該等個案起訴。

對於有意願且其法律狀態適合緩起訴之個案，檢察官先使個案接受分流評估團隊之評估，分流評估團體以檢察機關專責人力為核心，以資訊連結或跨部門協力之方式獲得充分資訊，再由檢察官依據個案評估結果，附命完成社區觀護、完成社區戒癮、完成機構戒癮等條件。

（三）緩起訴處分之執行及方案轉換

接受緩起訴處分之毒品個案，若無處遇方案變更的需要，亦未發生得撤銷緩起訴處分之事由時，於緩起訴期滿，即已完成其刑事法律責任，等同不起訴處分確定。

接受緩起訴處分之毒品個案，若符合變更處遇方案之條件，可報請檢察官同意變更處遇方案。例如接受社區戒癮之個案因表現良好，經醫療評估無再繼續接受醫療戒癮協助必要時，即可報請檢察官同意後，改為單純的社區觀護，相反的，若接受社區戒癮之個案表現不佳，經評估若不改以機構戒癮方案無法繼續戒癮時，亦可報請檢察官同意後，改使個案進入戒癮機構接受處遇。檢察官在決定是否同意改變處遇方案前，可從連結觀護、醫療、毒防中心等相關資訊之個案管理團隊獲得較充足之資訊，做出最適當之選擇。

（四）發生撤銷緩起訴處分事由之處理

當個案有得撤銷緩起訴之事由發生時，檢察官亦如同第一次分流評估之作法，檢視其法律狀態是否適合緩起訴及個案之意願，若其法律狀況不適合再為緩起訴或個案無意願，則應該撤銷緩起訴後予以起訴，若無該等情況，可從個案管理團隊了解個案狀況，決定是否為緩起訴處分及再為緩起訴處分時最適當之處遇方案。一般而言，若再為緩起訴處分，個案即符合變處遇方案之條件，應接受更嚴格之

處遇方案。

(五) 審判階段後之分流及處遇

本研究主要聚焦在偵查階段之毒品施用者分流處遇制度，然司法體系具有整體性，若個案到法院階段後未能有相當之政策搭配，則法院階段可能會成為毒品施用者處遇政策最脆弱的環節，本研究期盼法院在決定是否緩刑及緩刑下應如何規劃毒品施用者處遇方案時，亦能參考本研究之各項建議，使毒品施用個案能接受到最適當之處遇方案，使社會、家庭及個人皆得以受益。

第三節 未來研究建議

一、毒品施用者問題嚴重性及處遇需求之整體性研究

國內目前對於毒品施用者之全國性統計，主要有法務部的司法統計資料，紀錄前科及各類司法處遇狀況；另在衛生福利部方面，則有約4年一次的大規模的物質濫用調查，對於毒品施用者之第一次使用年齡、毒品來源及毒品取得場所等事項進行調查研究。然而，在國內的毒品施用者中，有多少比例是較嚴重的問題使用者，多少比例是偶爾性、娛樂性之毒品使用者，其處遇之需求如何？缺乏整體性了解，因此無論是刑事政策之訂定，或是處遇資源之規劃，都缺乏基礎事實可參考，也難以預估各類處遇政策推行後之可能狀況。未來倘能對毒品施用者問題嚴重性及處遇需求狀況有更全面性的調查，可使毒品施用者處遇政策之制定更符合實際狀況。

二、毒品濫用問題趨勢之研究

毒品雖已危害人類數百年，甚至上千年之久，然而，不同時代、不同國家之毒品濫用情形未必相同，良好之毒品政策應能回應當前毒品濫用情勢，並提出其解決方法。由本研究發現，我們目前的觀察勒戒\強制戒治、緩起訴戒癮治療制度，皆在因應海洛因施用者之需處遇要，而多未能考量其他新近發展的毒品濫用問題，導致法規未有足夠彈性，毒品施用者處遇之效果大打折扣。未來在科技發展及人類思想文化轉變更加快速的情勢下，毒品問題將更形複雜，包含施用的族群、施用者的年齡、施用者的性別、毒品的種類、施用的方式等等，都可能不斷的轉變，倘能掌握毒品濫用問題的趨勢，並及時在毒品政策及實務操作上及時因應，甚至預做準備，應可避免目前毒品施用者處遇制度與實現狀況落差過大的問題之再次發生。

三、各類毒品施用者處遇方案成效研究

對於不同毒品施用者處遇方案之評估，除了各類處遇方案再犯情形之研究外，我國近年亦有成本/效益之評估研究，如鄭凱寶（2017）對第二級毒品施用者之司法戒治成本效果評估、楊冀華（2017）對毒品施用者司法處遇效能之追蹤研究及王雪芳（2016）對緩起訴戒癮治療效益之研究等，然多數的研究範圍僅針對一

定地區或族群，研究結果的外部效度有所侷限，使國內在規劃或推行毒品施用者處遇政策時，難對各處遇方案之效果有足夠之確信。未來倘能對各類毒品施用者處遇方案之成效持續研究，使研究質量更加充分，再透過後設研究之方式加以分析，可使政策規劃有更堅實之基礎。

四、分流處遇制度變革之政策評估

與其他刑事政策相較，我國毒品施用者分流處遇制度之變革極為快速，自 1998 年監禁轉向觀察勒戒\強制戒治，再至 2008 年加入緩起訴戒癮治療制度，每 10 年即有一次大幅度的改變。目前始自 2017 年司改國是會議，受學界及實務界普遍討論之多元處遇制度或毒品法庭制度，則可能成為下一波的制度變革的方向。然而，本研究發現，在每次的制度變革後，似乎都缺乏對新制度運作成效進行評估，以致許多制度規劃雖不符實務需求，但未能及時發現或改進，例如將毒品施用者區分為初犯、再犯而異其處遇流程即為成例，這項缺乏學理依據，無國外經驗相佐，甚至與毒品現況脫節之制度，目前仍在我國毒品施用者處遇制度中運作，每年有近萬名個案進入觀察勒戒處所，有近千名被認定有繼續施用傾向者被送至戒治處所。未來倘能在每一項制度變革之後，皆能有追蹤性之政策評估，並於發現問題後即時修正，可使我國毒品施用者處遇政策在靈活之餘，尚能兼顧正確與務實。

五、緩起訴篩選項目之量表化

本研究探討的重點之一，在尋找篩選毒品施用者緩起訴戒癮個案時最適當之標準，然而，本研究經由文獻回顧、深入訪談及多目標決策分析所找出之項目，皆尚未特定內容，未來若要作為實務運作之工具，尚需與實務單位密切探討，在抽象的項目概念中，找到具體的指標，以本研究的 C1-2「個案較適合在社區戒毒」為例，其評估之具體內容是實務上最重視「有無工作」，或是「教育程度」、「經濟狀況」、「年齡」等其他在這個項目概念內的指標？是一個或是多個指標？而在確定每個抽象項目之具體評估指標後，是否要依本研究之專家偏好權重進行加權，或是認為因權重差異不大，不用再予以加權。凡此種種，皆需與實務單位反復討論後方可能確定，且在運作一段時日，累積一定之實證數據後，應再檢討是否有調整之必要。

第四節 研究限制

一、研究參與者實務經驗之地域限制

基於研究目的之需要，本研究之研究參與者以具毒品政策規劃經驗之專家優先考量，因此研究參與者主要分布於臺北市、新北市、基隆市等北部地區，即便部分研究參與者亦具有中、南部的工作經驗，但在訪談時所陳述之經驗仍以北部地區為主，研究參與者聚集於北部之情形，在探討不同研究主題時，可能產生不同程度之影響。

在探討毒品施用者分流制度部分，由於我國之司法制度具全國一致性，各地檢察署之組織型態也相同，因此相關之意見及建議尚不會有太大落差；在討論到毒品施用者之特性、需求及處遇方案之設計時，研究參與者之意見，便可能無法在全國性的尺度下適用，例如，在 A5 談論到臺北市毒品施用個案時提及，目前臺北市有相當之比例為同志同藥，此一族群多有正當工作及相當之經濟條件，較適合給予緩起訴戒癮治療機會，使其在社區正常生活，但其他地區之個案型態可能不盡相同，臺北市的經驗無法直接套用在其他地區，同樣的，由於我國成癮戒治的醫療或其他處遇方案仍在發展中，研究中所提到臺北市聯合醫院松德院區的醫療處遇模式屬於較成熟之經驗，不能據以推論全國各地皆可提供類似的戒癮醫療協助。考量研究參與者實務經驗具有地域性，本研究之討論及建議皆以處遇方案之架構規劃為主，至於各處遇方案應如何具體發展，則留待各地方政府視毒品個案特性及處遇資源之差異，自行規劃之。

二、法規持續變動影響研究之聚焦性

依司改國是會議之決議及新世代反毒策略之規劃，政府本即著手推動我國毒品施用者之處遇制度之變革，在本研究進行間，有幸能第一時間將所蒐集之研究參與者意見反映入決策圈，並經採納後形成毒品危害防制條例第 24 條之修正草案，該草案並經行政院於 106 年 12 月 21 日送請立法院審議，因此本研究在進行期間面臨到與本研究議題最相關的緩起訴戒癮制度隨時可能變更的窘境，若依原研究規劃將研究目的環繞在目前的緩起訴戒癮制度，很有可能在研究結果產出前，研究探討之制度已不復存在，成為出生即過時的研究。

為了克服這個問題，本研究在徵得指導教授之同意後，將研究題目加以修正，

由原先之「毒品施用者緩起訴戒癮治療制度及篩選指標之研究」修改為「毒品施用者分流處遇制度及篩選項目之研究」，並同時調整為毒品施用者分流處遇制度之整體建議，並於論文考試時經口試委員同意。如此，即便在論文完成之際，相關法規已有修正，亦不致影響本研究之價值。

三、缺乏可相佐證之分流處遇方案統合性研究

由於毒品施用者之處遇議題影響廣大，國內認為毒品施用者處遇方案有修正必要者不少，但真正提出具體建議者有限，對於國內初、再犯區分下之分流制度亦少有深入的探討及建議，因此本研究對於現行分流機制及處遇方案之解析及評論，雖可得助於研究參與者豐富多面向之實務經驗及專業知識，或藉由文獻回顧獲取養分，但是在進行整體規劃建議時，因相關研究有限，僅能藉由研究者在前述解析評論之基礎上，及研究者對於毒品政策及法規之認識，提出圖 6-2-2 之建議圖，此整體規劃建議難以經由與其他研究的類似建議比對、辯證，未來在實務上是否即可採行，尚不可知，僅能留待未來更廣泛之專家學者共同參與、討論。

參考書目

一、中文

- 于承平、蕭開軒、潘至信、鄭惠及 (2014)。2001-2013 年法醫解剖鑑定案件中藥物濫用相關死亡案例之意外事故型態及性別差異分析。衛生福利部食品藥物管理署委託之科技計畫成果報告 (研究計畫編號：MOHW103-FDA-61302)。臺北市：衛生福利部食品藥物管理署。
- 王昀等 17 人(2014)。國家衛生研究院政策建言報告書：藥物成癮防治策略論壇。苗栗縣：財團法人國家衛生研究院。
- 王雪芳 (2015)。我國緩起訴戒癮治療效益之探討 (未出版之碩士論文)。國立臺灣大學，臺北市。
- 行政院 (2018)。修正「新世代反毒策略行動綱領」(核定本)。臺北市：行政院。
- 李思賢 (2014)。毒品再犯風險與醫療需求分流處置評量工具之研究。司法官學院委託研究計畫 (研究計畫編號：PG10302-0356)，臺北市：司法官學院。
- 沈勝昂、張秀鴛 (2005)。性侵害加害人社區處遇的回顧與檢討。中央警察大學犯罪防治學報，6，117-197。
- 林明傑 (2011)。矯正社會工作與諮商：犯罪防制的有效要素。臺中市：華都文化事業有限公司。
- 林明傑 (2016)。吸毒者除罪化為何有效的論證。台灣藥物濫用防治學會電子報第 23 期，取自 http://tasar.ccu.edu.tw/?attachment_id=326。
- 林健陽、裘雅恬 (2009)。毒品施用者緩起訴接受替代療法現況與效果之研究。中央警察大學犯罪防治學報，10，1-41。
- 紀致光 (2014)。緩起訴處分戒癮治療之回顧與展望。犯罪學期刊，17 (2)，193-212。
- 紀致光(2015)。毒品施用者多元處遇政策之展望。更生保護 70 週年論文集，7-23。
- 唐心北 (2011)。DSM-5 診斷標準的改變 PART2。精神疾病診斷及統計手冊第五版通訊：10-12。
- 許春金 (2011)。修復式正義之研究。載於許春金 (主編)，刑事政策與刑事司法 (399-431 頁)。臺北市：三民書局。
- 許春金 (2017)。犯罪學 (修正八版)。臺北市：三民書局。
- 許春金、白鎮福 (2015)。修復式正義在海洛因施用者復歸社會歷程之應用-以茄荖山莊為例。更生保護 70 週年論文集，25-48。

- 許春金、黃蘭嫻、黃曉芬 (2015)。臺灣修復式司法理念的實踐及展望。更生保護 70 週年論文集，81-96。
- 許福生 (2010)。犯罪與刑事政策學。臺北市：元照出版有限公司。
- 連鴻榮、陳玉書、鍾志宏 (2013)。假釋政策之跨國比較與啟發。中央警察大學犯罪防治學報，18，97-132。
- 張嫻純、丁志音 (2006)。成癮藥物使用情境脈絡與 HIV 感染關聯之初探，臺灣衛誌，25 (6)，462-473。
- 鈕文英 (2015)。質性研究方法與論文寫作。臺北市：雙葉書廊。
- 黃怡君、林瓏、林宛怡 (2015)。由理念邁向實踐—談臺灣推動修復式司法之歷程與挑戰。更生保護 70 週年論文集，49-66。
- 曾淑萍 (2012)。假釋審查委員之性別對於假釋審查決意之影響初探：DEMATEL 之應用。中央警察大學犯罪防治學報，16，109-137。
- 楊士隆 (2016)。犯罪心理學。臺北市：五南出版社。
- 裘雅恬 (2009)。毒品施用者緩起訴替代療法成效評估之研究 (未出版之碩士論文)。中央警察大學，桃園市。
- 楊冀華 (2017)。毒品施用者司法處遇效能之追蹤研究 (未出版之博士論文)。中央警察大學，桃園市。
- 鄭凱寶 (2017)。第二級毒品施用者之司法戒治成本效果評估研究-以臺灣臺北地方法院檢察署及法務部矯正署新店戒治所為例 (未出版之博士論文)。國立中正大學，嘉義縣。
- 蔡田木、林安倫、廖訓誠 (2009)。吸毒行為與犯罪行為關聯性之分析。中央警察大學犯罪防治學報，10，289-307。
- 蔡震邦 (2019)。毒癮難戒？如何重新解釋毒品再犯數字背後的意義。矯政期刊，8 (2)，230-255。
- 衛生福利部食品藥物管理署 (2016)。103 年全國物質使用調查結果報告。臺北市：衛生福利部食品藥物管理署。
- 駱芬美 (2014)。被混淆的臺灣史。臺北市：時報出版社。
- 蔣平、馬廣惠 (譯) (2008)。搜尋忘卻的記憶：全球毒品 500 年 (原作者：Davenport-Hines R.)。南京市：譯林出版社。(原著出版年：2001)
- 鍾志宏 (2016)。性侵犯機構處遇評估指標及再犯預測效度之研究 (未出版之博士論文)。國立中央警察大學，桃園市。
- 簡禎富 (2005)。決策分析與管理。臺北市：雙葉書廊。
- 蘇恆舜 (2014)。毒品犯罪受刑人假釋審查決意分析。警察行政管理學報，10，195-220。

蘇恆舜 (2010)。假釋審查決意影響因素 (未出版之博士論文)。國立中正大學，嘉義縣。

二、外文

- Caulkins, J., & Reuter, P. (1996). The meaning and utility of drug price. *Addiction*, *91*, 1261-1264.
- Chandler, R. K., Fletcher, B. W., & Volkow, N. D. (2009). Treating Drug Abuse and Addiction in the Criminal Justice System: Improving Public Health and Safety. *JAMA*, *301*(2), 183-190.
- Colyer, C. J. (2007). Innovation and Discretion: The Drug Court as a People-processing Institution. *Criminal Justice Policy Review*, *18*(3), 313-329.
- Hartney, E. (2016). *DSM 5 Criteria for Substance Use Disorders*. Retrieved from <https://www.verywell.com/dsm-5-criteria-for-substance-use-disorders-21926>
- Euchner, E., Heichel, S., Nebel, K., & Raschzok, A. (2013). From 'morality' policy to 'normal' policy: framing of drug consumption and gambling in Germany and the Netherlands and their regulatory consequences. *Journal of European Public Policy*, *20*(3), 372-389.
- Fagan, J. (1990). Intoxication and Aggression. *Columbia University Academic Commons*. Retrieved from <https://doi.org/10.7916/D8TD9XDK>
- Franco, C. (2010). Drug courts: Background, Effectiveness, and Policy Issues for Congress. *Congressional Research Service*. Retrieved from <http://www.isn.ethz.ch/Digital-Library/Publications/Detail/?lng=en&id=123594>
- Frango, P. (2016). “Meeting the Portuguese Drug Policy – an Overview and Current -Perspectives”. 「毒品犯之更生保護處遇國際學術研討會」發表之論文，臺北市財團法人張榮發基金會國際會議中心。
- Gottfredson, D. C., Kearley, B. W., Najaka, S. S., & Rocha C. M. (2007). How Drug Treatment Courts Work. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, *44*(1), 3-35.
- Governmental Accountability Office (2011). *Adult Drug Courts: Studies Show Courts Reduce Recidivism, but DOJ Could Enhance Future Performance Measure Revision Efforts*. Retrieved from <http://www.gao.gov/assets/590/586793.pdf>
- Glenn G. (2009), *Drug decriminalization in Portugal: Lessons for Creating Fair and Successful Drug Policies*. Retrieved from https://object.cato.org/sites/cato.org/files/pubs/pdf/greenwald_whitepaper.pdf

- Goldstein, P. J. (1985). The Drugs/Violence Nexus: A Tripartite Conceptual Framework. *Journal of Drug Issues*, 39, 143-174.
- Hughes, C. E., & Stevens, A. (2012). A resounding success of a disastrous failure: Re-examining the interpretation of evidence on the Portuguese decriminalisation of illicit drugs. *Drug and Alcohol Review*, 31, 101-113.
- Kleiman, M. A. R. , Caulkins, J. P., & Hawken, A.(2011). *Drugs and drug policy*. New York: Oxford University Press.
- Listwan, S. J., Shaffer D. K., & Hartman, J. L.(2009). Combating Methamphetamine Use in the Community: The Efficacy of the Drug Court Model. *Crime & Delinquency*, 55, 627.
- MacCoun, R., Kilmer, B., & Reuter, P. (2003). *Research on Drugs-Crime Linkages: The Next Generation*. Retrieved from <https://gspp.berkeley.edu/research/selected-publications/research-on-drugs-crime-linkages-the-next-generation>
- Moffitt, T. (1993). Adolescence-Limited and Life-Course-Persistent Antisocial Behavior: A Developmental Taxonomy. *Psychological Review*, 100, 674-701.
- National Institute on Drug Abuse (2014). *Drug, Brains, and Behavior: The Science of Addiction*. Retrieved from <https://www.drugabuse.gov/publications/drugs-brains-behavior-science-addiction/preface>
- Parker, R. N., & Auerhahn, K. (1998). Alcohol, drugs, and violence. *Annual Review of Sociology*, 24, 291-311.
- Reuter, P., & Stevens, A. (2008). Assessing UK Drug Policy from a Crime Control Perspective. *Criminology and Criminal Justice*, 8, 461-482. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1177/1748895808096473>
- Reuter, P., & MacCoun, R. (1992). Street drug markets in inner-city neighborhoods: Matching policy to reality. In J.B. Steinberg, D. W. Lyon, and M.E. Vaiana(Eds.), *Urban America: Policy choices for Los Angeles and the Nation*(pp. 227-251). Santa Monica, CA: RAND.
- Satty, T. L. (1997). A Scaling Method for Priorities in Hierarchical Structures. *Journal of Mathematical Psychology*, 15,3, 234-281.
- Schaub, M., Stevens A., Berto, D., Hunt, N., Kersch, V., ...Uchtenhagen, A.(2009). Comparing Outcomes of 'Voluntary' and 'Quasi-compulsory' Treatment of

Substance Dependence in Europe. *European Addiction Research* , 16,53-60.
Stevens, A. (2016, May). *UK Drug Policy: HIV, crime and recovery* , 法務部毒品防
制議題研討會，臺北市法務部。

附錄 1 訪談綱要

一、檢察官訪談綱要：A1~A3

問題
1、在毒品領域之經歷有那些？時間有多久？
2、是否從事與緩起訴戒癮治療相關工作？
3、現行緩起訴戒癮治療制度之優缺點為何？
4、現行檢察官如何決定給予何人緩起訴附命戒癮治療的機會？是否有可以改進調整之處？
5、(提示附表)您覺得挑選緩起訴個案應考量之因素有那些？附表所列之項目是否適合？
6、毒品施用者考量要不要接受緩起訴戒癮制度主要考量的因素是什麼？
7、那些個案是規定上不能緩起訴戒癮？那一些個案是雖符合規定，但實務上通常不會給緩起訴戒癮機會？
8、前述不能緩起訴戒癮的人，司法制度上有無協助戒癮的機制？
9、目前所接觸的個案中，個別差異性如何？現行的各類司法處遇方式是否足以符合處遇的需求？
10、是否可能建立檢察官綜合各方評估後，直接送強制戒治（機構處遇），或是不附醫療戒治之社區監管處遇處分（依刑訴 253-1）。
11、承上題，如可為不附醫療戒治之社區監管處遇處分，應有那些基本條件？如何操作？
12、在評估後為分流處遇時，關係到是否受人身自由限制、接受的協助多寡等不同結果，是否會產生公平性的問題？如有爭議，如何解決？
13、現行對毒品施用者有緩起訴戒癮、觀察勒戒（強制戒治）及起訴三個司法處遇機制，您對目前的分流設計看法如何？
14、承上題，現行各類司法處遇方式是否可以符合各類毒品施用者處遇的需求？
15、如何使個案在緩起訴戒癮治療中產生最大的成效？
16、在什麼情形下檢察官會撤銷緩起訴處分？
17、有得撤銷事由發生時，撤銷或不撤銷緩起訴之影響為何？
18、您對目前撤銷緩起訴處分的運作機制及法律效果（一罪一罰）看法如何？
19、有毒癮問題之其他犯罪人是否應納入緩起訴戒癮計畫？
20、目前緩起訴戒癮制度有那些不利戒癮的因子？原因為何？
21、對緩起訴戒癮制度或整體毒品施用者處遇政策有無其他意見？

二、檢察事務官訪談綱要：A4

問題
1、在毒品領域之經歷有那些？時間有多久？
2、是否從事與緩起訴戒癮治療相關工作？
3、目前辦理毒偵案件，如何選擇緩起訴戒癮個案，主要判斷的項目是那一些？ (有無工作、經濟能力、家庭狀況、犯罪前科．．．)
4、毒品施用者考量要不要接受緩起訴戒癮制度主要考量的因素是什麼？
5、是否有個案是依現行法規不能緩起訴戒癮，但實際上適合緩起訴社區處遇？
6、那一些個案是雖符合規定，但實務上通常不會給緩起訴戒癮機會？
7、現行緩起訴戒癮人選評估機制如何運作？評估那些內容？在流程上或評估內容上有無可再加強之處？
8、目前所接觸的個案中，個別差異性如何？有沒有印象較深刻的案例？
9、現行各類司法處遇方式是否足以符合不同個案的需求？有何建議？(如各種監控和醫療、社工協助的搭配)
10、對於目前初犯觀察勒戒、再犯起訴，另可緩起訴處分之法律設計，看法如何？實務運作有無困難？
11、是否可能建立檢察官綜合各方評估後，直接送強制戒治(機構處遇)，或是不附醫療戒治之社區監管處遇處分(依刑訴253-1)等多元處遇模式？
12、在評估後分流至多元處遇時，關係到是否受人身自由限制、接受的協助多寡等不同結果，是否會產生公平性的問題？如有爭議，如何解決？
13、毒品施用者在接受緩起訴戒癮時，由誰負責個案管理工作？狀況如何？
14、實務上，在什麼情況下檢察官才會決定撤銷緩起訴？撤緩後對個案的影響如何？會不會有戒癮方式中斷的問題？
15、撤緩是否有客觀標準來協助決策？被告如有異議，如何救濟？
16、對於有毒癮問題之其他犯罪人，實務是否有納入緩起訴戒癮計畫？應否納入？
17、在緩起訴戒癮制度中，那個戒癮角色的人最需強化？為什麼？(分流評估者、分流決定者、個管師、單項戒癮協助者)
18、目前緩起訴戒癮制度是否有不利戒癮的因子？(例如處遇缺乏彈性、司法容忍度低、經濟差別待遇、分流評估不當、戒癮資源不足或其他)
19、其他對毒品施用者處遇政策的建議？

三、觀護人訪談綱要：A5

問題
<ol style="list-style-type: none"> 1、在毒品領域之經歷有那些？時間有多久？ 2、是否從事與緩起訴戒癮治療相關工作？ 3、我國現行各種毒品施用者司法處遇方式是否能符合各種情形毒品施用者之需求？（包含偶然使用者至嚴重成癮者，也針對不同原因使用毒品者） 4、不同的司法處遇制度如何合作？ 5、現行各種毒品施用者司法處遇方式之進入條件（如機構戒治需是初犯經觀察勒戒後認定有繼續施用傾向者），是否適當？ 6、目前司法分流處遇制度較缺乏彈性，是否可能改為更具彈性的機制？是否會違反司法公平的精神？ 7、各種司法處遇的方式是否可皆經由實質評估後決定？ 8、承上題，評估及決定者由檢察官或法院何者較適合？ 9、承上題，是否可於現行緩起訴或緩刑之制度下運作？抑或需建立如毒品法庭之方式運作？ 10、司法在決定毒品施用者為何種司法處遇時，是否皆需有個案狀況評估機制？這個機制應包含那些意見？（如醫療、社政、觀護、司法紀錄等） 11、目前毒品者處遇的結果有相當大的比例走向監禁，是否合宜？ 12、承上題，如有改變之必要，有何建議？ 13、目前緩起訴戒癮制度有那何可再改進之處？ 14、目前緩起訴對象之篩選是否會因個人財務或其他因素產生不公平的情形？ 15、緩起訴戒癮之機制，應包含那些處遇方案？可否以非醫療主體之處遇方案進行？ 16、緩起訴處分之對象，可否包含毒品的問題使用者及非問題使用者？ 17、現行對緩起訴戒癮對象篩選之評估是否完備？有何可加強或改進之處？ 18、我國篩選緩起訴附命完成戒癮治療對象時應考量之構面及項目有那些？ 19、（提示文獻回顧所整理的項目內容）請問表中之篩選構面及項目是否適合？ 20、有無其他對毒品施用者處遇政策的建議？

四、矯正署官員訪談綱要：A6

問題
1、在毒品領域之經歷有那些？時間有多久？
2、是否從事與緩起訴戒癮治療相關工作？
3、目前矯正機構對毒品施用者之處遇內容主要有那些？勒戒處所、戒治處所及監獄三者，有何差異？
4、前述在機構中對毒品施用者之處遇，對個案正向及負向的可能影響為何？
5、有那些類型的毒品施用個案不適合在矯正機構中處遇？面對這些個案，國家毒品政策該如何安排？
6、依毒品施用者之個別差異性？現行包含矯正機構內外之各種處遇方式是否足以符合處遇的需求？如何補足目前之不足？（所稱處遇方式，如住院治療模式、社區監督模式、各類司法機構式處遇等類型）
7、目前我國對毒品施用者之支持力量中，那方面較待加強？（如就業輔導、心理輔導、醫療協助、社會救助、法律資訊提供、中途之家等）
8、現在毒品施用者司法處遇的分流機制是否能夠將不同情形的個案分流到適合的處遇方式並接受適當之協助？原因為何？（我國目前的司法處遇分流為：初犯觀察勒戒、再犯起訴，兩者皆可緩起訴）
9、要評估要不要給予個案緩起訴戒癮的機會，應評估那些面向的問題？（如犯罪風險、家庭狀況、就業狀況、健康狀況、醫療需求．．．）
10、對前述建議評估的事項，目前是否有足夠的人力及機制進行評估？
11、那些類型的毒品施用個案應排除在緩起訴戒癮治療之選項外？
12、對於緩起訴評估流程如何進行？宜由何人負責評估？
13、在目前制度及實務運作中，有那些情形是不利司法戒癮處遇的因子？原因為何？（如處遇缺乏彈性、司法容忍度低、經濟差別待遇、分流評估不當、戒癮資源不足或其他）
14、目前毒品施用者，接受觀察勒戒、強制戒治或受刑人，需要自行負擔那些費用？如果無力負擔，應如何處理？
15、毒品施用者司法處遇的體系（如分流評估者、分流決定者、處遇個案師、個別支持體系）中，那一個角色的功能需優先強化？
16、如果將現制改為不分犯次，皆依個案評估結果來決定司法處遇方式，是否可行？有那些障礙？
17、有毒癮問題之其他犯罪人(如竊盜犯)是否適合納入緩起訴戒癮之計畫內？
18、決定撤銷緩起訴戒癮時，應為那些考量？
19、有無其他對毒品施用者處遇政策的建議？

五、衛生福利部臨床心理師訪談綱要：B1

問題

- 1、在毒品領域之工作經歷有那些？時間有多久？
- 2、從事與緩起訴戒癮治療之相關工作為何？
- 3、對於受緩起訴處分附命完成戒癮治療的個案，衛福體系（含毒防中心）會給予什麼樣的協助？
- 4、前述的協助，是否能符合各類不同情形的緩起訴個案？
- 5、在司法所查獲的毒品施用者中，是否有個案不適合（如問題太嚴重，在社區無法控制其復發）或不需要透過緩起訴制度（如偶然使用，無濫用問題）者轉到醫院接受戒癮治療？對這些個案，建議應如何處遇？（例如精神衛生法的強制住院、強制社區治療是否符合嚴重個案的需求？又例如對非問題使用者，衛福體系可否完全不介入，而僅以社區觀護的方式監督？）
- 6、目前衛福體系能有效或合理協助多少緩起訴個案戒癮？未來有無提升量能的計畫？
- 7、各緩起訴戒癮的合作醫院，是否應該依其戒癮量能有服務上限，並告知檢察機關最高轉介個案數？
- 8、現行是否有適當的評估機制選出最適合緩起訴戒癮的個案？若有不足，理想的機制應如何設計？
- 9、（請參見下附表格）以附表內的項目來作為決定是否給予個案緩起訴戒癮的考量因素，是否適當？
- 10、目前對於緩起訴戒癮的個案，係由醫院、地檢署觀護人及縣市政府的毒防中心同時監督或協助，目前3者間搭配的情形如何？有無需要調整之處？
- 11、目前仍有大量的緩起訴戒癮個案，因為再次施用毒品或基於種種原因未持續到完成戒癮療程而回到一般刑事程序（含易刑要分或監禁），對此有何看法？
- 12、有部分個案可能因為資力不足，無法或不願支付醫療費用，而放棄緩起訴戒癮的機會，對此有何看法？
- 13、有無其他對毒品施用者處遇政策（如緩起訴制度、觀察勒戒制度）的建議？

六、成癮戒治科醫師訪談綱要：B2

問題
1、在毒（藥）癮領域之工作經歷有那些？時間有多久？
2、從事與緩起訴戒癮治療之相關工作為何？
3、緩起訴戒癮治療制度之規劃源由？
4、前述制度之運作發展是否與原先之預期相符？
5、是否有不適合或無需求之毒品（成癮藥物）施用個案，透過緩起訴制度轉到醫院接受戒癮治療？
6、如有前題的個案，建議應如何處遇？
7、對現行緩起訴戒癮個案的評估方式有何看法？
8、以附表（如下附）的項目來評估是否給予個案緩起訴戒癮的機會是否適當？
9、對於目前毒品（成癮藥物）施用的初犯施以觀察勒戒、再犯起訴，而檢察官可以利用緩起訴處分將個案轉向社區處遇的法規架構有何看法？
10、對於緩起訴戒癮中個案的復發情形應如何處理？什麼情形下宜留在戒癮治療中處遇？什麼情形下宜回歸司法手段處遇（即依一般司法程序予以起訴）？
11、對於現行地檢署撤銷毒品（成癮藥物）施用個案緩起訴處分的運作方式有何看法？
12、對於司法程序中之毒品（成癮藥物）施用個案須負擔緩起訴戒癮費用、觀察勒戒費用或強制戒治費用有何看法？
13、有無其他對毒品施用者處遇政策的建議？

七、成癮戒治科醫師訪談綱要：B3

問題
<ol style="list-style-type: none"> 1、在毒品領域之工作經歷有那些？時間有多久？ 2、從事與緩起訴戒癮治療之相關工作為何？ 3、請問目前醫院給毒品施用者的戒癮治療方式如何？對於主動求助者和經由緩起訴處分轉來的個案是否有不同？效果如何？ 4、在司法所查獲的毒品施用者中，是否有個案不適合（如問題太嚴重，在社區無法控制其復發）或不需要透過緩起訴制度（如偶然使用，無濫用問題）者轉到醫院接受戒癮治療？對這些個案，建議應如何處遇？（例如精神衛生法的強制住院、強制社區治療是否符合實務需求？） 5、現行是否有適當的評估機制選出最適合緩起訴戒癮的個案？若有不足，有何建議？ 6、倘若以附表內的項目來作為決定是否給予個案緩起訴戒癮因考量因素，是否適當？（例如其他精神上或身體的疾病是否應被考量） 7、對於毒癮者醫療外的戒癮需求（如就業、安置家庭扶助等），醫院端如何協助？是否可以建立以醫院為中心的服務機制？ 8、目前對於緩起訴戒癮的個案，係由醫院、地檢署觀護人及縣市政府的毒防中心同時監督或協助，目前三者間搭配的情形如何？有無需要調整之處？ 9、對於緩起訴戒癮中個案的復發情形應如何處理？什麼情形下宜留在戒癮治療中處遇？什麼情形下宜回歸司法手段處遇（即依一般司法程序予以起訴）？ 10、目前仍有大量的緩起訴戒癮個案，因為再次施用毒品或基於種種原因未持續到完成戒癮療程而回到一般刑事程序（含易刑要分或監禁），對此有何看法？ 11、有部分個案可能因為資力不足，無法或不願支付醫療費用，而放棄緩起訴戒癮的機會，對此有何看法？ 12、現行地檢署決定撤銷緩起訴的實務運作是否有再改進的空間？ 13、有無其他對毒品施用者處遇政策（如緩起訴制度、觀察勒戒制度）的建議？

八、矯正機構臨床心理師訪談綱要：B4

問題
1、在毒品領域之工作經歷有那些？時間有多久？
2、從事與緩起訴戒癮治療之相關工作為何？
3、對於觀察勒戒、強制戒治及監禁的毒品施用者，矯正機構給予那些處遇措施？
4、目前進入矯正機構的毒品施用者，是否有仍宜於社區處遇者？
5、對目前施用毒品個案分流至社區處遇（緩起訴）或是機構處遇（觀察勒戒或入監服刑）的制度設計有何看法？
6、對目前檢察官評估毒品施用者是否緩起訴附命戒癮治療的方式有何看法？
7、您覺得挑選緩起訴戒癮個案應考量之因素有那些？（附表中之項目有無需要修改、增加或減少的部分）
8、對於目前對毒品施用者為緩起訴處分時，皆必須附命於醫院接受戒癮治療的看法？
9、承前題，對於緩起訴戒癮者，應給予什麼協助？可給予什麼監督條件？
10、緩起訴戒癮中的個案，什麼情況下適合維持在社區治療？什麼情況下適合撤銷緩起訴，回歸一般刑事程序？
11、有毒癮問題之其他犯罪人是否適合納入緩起訴戒癮計畫？
12、對於受觀察勒戒人、受戒治人、受緩起訴附命戒癮治療者，皆須自費負擔治療費用之看法如何？
13、對毒品施用者處遇制度有無其他意見？

九、美沙冬護理師訪談綱要：B5

問題
1、在毒品領域之經歷有那些？時間有多久？
2、是否從事與緩起訴戒癮治療相關工作？
3、經由緩起訴戒癮治療制度進入醫療體系之毒品施用者有那些類型？
4、有無不適合或不需要到緩起訴戒癮體系中的類型？這些類型應如何處遇？
5、如何選擇緩起訴戒癮個案，主要判斷的項目應該有那些？
6、(請參閱附表)承上題，對有無工作、經濟能力、家庭狀況、犯罪前科等的看法如何？
7、對於現在緩起訴的評估中，那些是應評估而目前沒有做到的部分？
8、目前政府所提供的戒癮協助中(如醫療、心理諮商、社工支持、就業協助等等)，那些是有效但卻較不足夠的。
9、目前緩起訴戒癮對象，是由何機關人員擔任個管(如毒防中心、觀護人、醫療院所各自扮演什麼角色)？成效如何？
10、在運作緩起訴戒癮制度的各個角色中(如檢察官、觀護人、醫師、護理人員、毒防中心人員、社福人員、就學就業協助者...)，那些角色表現較好？那些改進的空間較大？應如何改進？
11、毒防中心人員對於緩起訴對象之協助為何？對於已完成緩起訴或因故未能完成緩起訴對象之協助為何？
12、被撤銷緩起訴的個案之毒品使用情形一般狀況如何？會不會有許多其實使用毒品情形還適合以社區處遇方式控制？
13、撤緩後對個案的影響如何？會不會有戒癮方式中斷的問題？
14、撤緩是否也應建立一個較客觀的標準，或有一套觀測判斷機制協助決策？
15、妳覺得個案是否撤銷緩起訴的主要考量是什麼？
16、替代療法在緩起訴個案中扮演的角色為何？是否能協助個案更穩定接受社區處遇？
17、目前一級毒品施用者被撤銷緩起訴的比例遠高於二級施用者，該如何看待這個現象？
18、如果不論初犯、再犯，皆經由一定的資格審查，或進一步的進行醫療評估，再決定司法處遇的方式，是否可提昇處遇的成效？
19、目前司法戒癮處遇制度中，那些因素可能較會影響成效？(如處遇流程缺乏彈性、司法容忍度低、因經濟能力而有差別待遇、分流評估不當、戒癮資源不足...)
20、對於犯其他罪的毒癮者，也納入緩起訴戒癮制度是否適當？
21、有無其他對毒品施用者處遇政策的建議？

十、毒防中心個管師訪談綱要：B6

問題
1、在毒品領域之經歷有那些？時間有多久？
2、是否從事與緩起訴戒癮治療相關工作？
3、毒防中心對那些毒品施用個案進行協助？協助的方式為何？
4、對於地檢署以緩起訴處分附命戒癮治療之個案，毒防中心的個管師扮演何種角色？如何與地檢署及醫院分工及合作？
5、承前題，毒防中心與地檢署及醫院之分工及合作方式是否順暢？有無在制度規劃上可再改善之處？
6、經由緩起訴處分轉介之個案，與其他來源之個案有那些差異？處遇方式是否有不同？
7、經由緩起訴戒癮治療制度轉介的個案，通常是基於什麼動機參加緩起訴戒癮計畫？其戒癮意願一般狀況如何？
8、在所接觸的緩起訴個案中，有無不適合或不需要到緩起訴戒癮體系中的類型？
9、承上題，對這些類型個案，國家可以提供那些協助？是否都需要提供協助？
10、您認為緩起訴戒癮人選之挑選應考量那些因素？（請參考附表，提出不用列入或可再加入之建議）
11、目前政府所提供的戒癮協助中（如醫療、心理諮商、社工支持、就業協助等等），那些是有效但需要再加強的部分？
12、被撤銷緩起訴的個案，其無法維持的根本原因為何？是否有仍適合維持在社區處遇之個案？
13、撤緩後，對個案的影響如何？
14、目前一級毒品施用者被撤銷緩起訴的比例遠高於二級施用者，該如何看待這個現象？
15、對現行緩起訴決定前的評估分流方式有何看法？
16、如果不知初犯、再犯，皆經由一定的資格審查，或進一步的進行醫療評估，再決定司法處遇的方式，是否可提昇處遇的成效？
17、目前司法戒癮處遇制度中，那些因素可能較會影響成效？（如處遇流程缺乏彈性、司法容忍度低、因經濟能力而有差別待遇、分流評估不當、戒癮資源不足．．．）
18、觸犯毒品以外罪名之毒癮者，是否適合納入緩起訴戒癮的範圍內？
19、有無其他對毒品施用者處遇政策的建議？

附錄 2 多目標決策分析問卷

毒品施用者緩起訴戒癮治療對象篩選項目之研究問卷

親愛的專家先進您好：

這是一份學術性問卷，針對檢察官決定是否給予毒品施用者「緩起訴處分戒癮治療」機會時，各種篩選項目之相對重要性進行研究，希望藉由您專業知識與豐富的經驗，協助本研究順利進行。本問卷所得資料僅供學術研究使用，資料絕對保密，請您安心填寫。填答本問卷可能佔用您些許寶貴的時間，在此衷心感謝您撥冗協助與鼎力支持。您的參與將使本研究更臻完整與嚴謹，在此，致上萬分的謝意！對於題目如有不清楚或任何建議事項，請利用問卷最後一頁的意見欄或下方聯絡方式賜教，歡迎您隨時與我們聯絡。

順頌

身體健康，萬事如意

中央警察大學

指導教授：謝文彥博士、黃俊能博士

研究生：紀致光謹致

連絡電話：02-29190218#2320；0920571250

e-mail :m33070@mail.moj.gov.tw

問卷填寫方式說明示例

首先，針對評估項目之間相對重要性作一判斷，亦即依照您過往經驗，若您認為 X 項目與 Y 項目相較之下，兩者相對重要程度偏向 X 項目，且 X 項目之重要性相當高於 Y 項目，請於左側「相當重要」且比分約「7 分」空格予以勾選(如下表所示)，若 Y 項目與 Z 項目相比之下，Z 項目則較 Y 項目稍重要些而已，可於右側「稍微重要」且比分僅「2 分」之處勾選(如下表所示)，依此類推。

左側項目較為重要 ← | → 右側項目較為重要

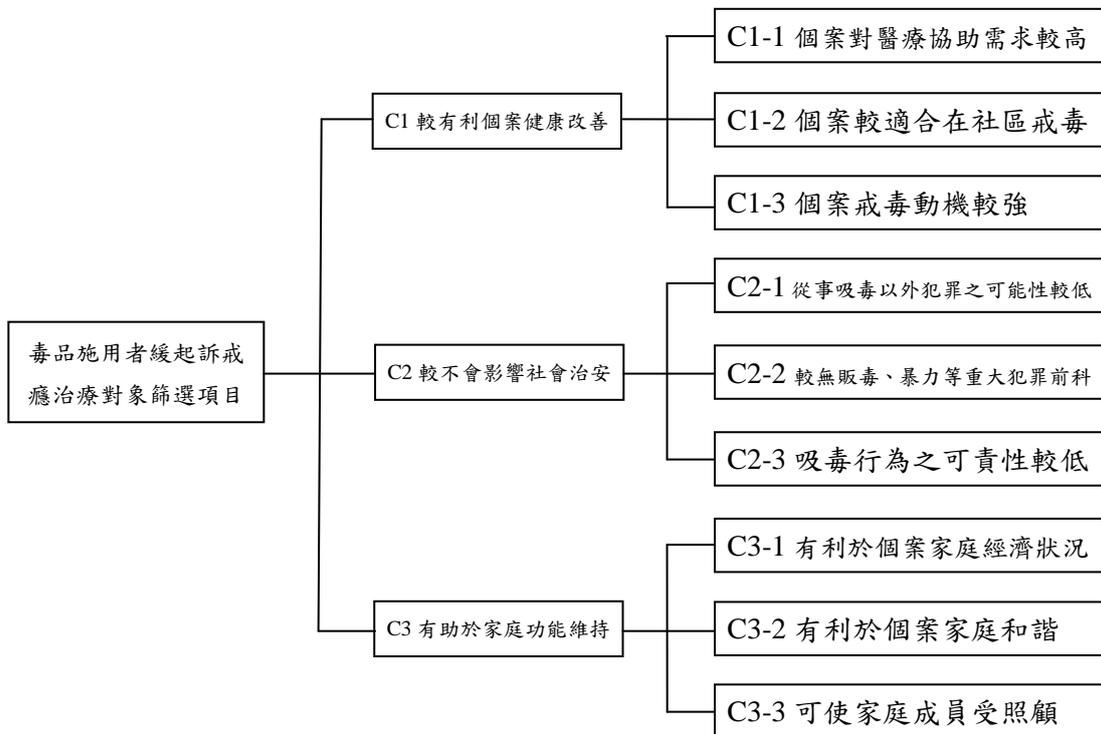
績效評估項目	絕對重要		相當重要		普通重要		稍微重要		同等重要		稍微重要		普通重要		相當重要		絕對重要		績效評估項目
	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
X 項目			V																Y 項目
Y 項目											V								Z 項目



各項比較僅須勾選一邊即可

評估項目內容簡略說明

影響檢察官對毒品施用者為緩起訴戒癮治療決定時之可評估項目眾多，本研究綜合對相關文獻之分析及對專家學者之深度訪談，將其歸類為：「個案健康改善」、「社會治安影響」及「家庭功能影響」3大層面，其下再細分為9個項目，各層面與項目之關係如下附「層級架構圖」，各項目意義如下附之「篩選項目說明表」。本研究將經由以下述層級架構為基礎，將3項層面與各項目分別進行兩兩比較，透過相關研究方法得以計算各構面與項目之相對重要性，以獲得實務工作專家對「檢察官對毒品施用者緩起訴戒癮治療對象篩選項目」之程度性判斷，以作為檢察官實務運作時之參考，提高緩起訴戒癮治療制度之成效。



毒品施用者緩起訴戒癮治療對象篩選項目層級架構圖

毒品施用者緩起訴戒癮治療對象篩選項目說明表		
構面	項目	項目意義
較有利個案健康改善 C1	個案對醫療協助需求較高 C1-1	考量醫療資源的昂貴性及稀有性，緩起訴戒癮治療應以有較高醫療需求之個案優先，而醫療需求除成癮戒治外，亦包含與施用毒品相關之共病。
	個案較適合在社區戒毒 C1-2	社區戒毒客觀條件：個案在社區時若有穩定且合法的工作、固定的居住地點、較佳之經濟狀況及較高之教育程度等條件，則較可能在社區穩定接受戒癮治療，減少使用毒品的之可能。
	個案戒毒動機較強 C1-3	社區戒毒主觀條件：個案於評估時之戒毒動機雖非改善毒品使用問題之必要條件，但倘若有較強烈之戒毒意願及較明確之戒毒目標，則改善毒品使用問題之機會可能大幅提高。
較不會影響社會治安 C2	從事吸毒以外犯罪之可能性較低 C2-1	如果個案在社區接受緩起訴戒癮治療期間犯下施用毒品以外之罪，不但會造成社區民眾受侵害，個案也可能因此而被撤銷緩起訴，無法繼續接受戒癮治療。 對於毒品成癮者再次施用毒品屬治療過程中成癮復發之現象，因為未直接侵害他人權益，亦可藉由調整治療計畫來改善，故不在本項目之考量之內。
	較無販毒、暴力等重大犯罪前科 C2-2	個案倘有重大犯罪前科，常會影響公眾對個案在社區處遇之安全疑慮，且將寶貴而有限的資源用於素行良好的個案，也較符合一般人的法感情。 美國部分毒品法庭會將有販毒、暴力罪犯或與毒品相關犯罪前科個案加以排除。
	吸毒行為之可責性較低 C2-3	依刑事訴訟法第 253 條之 1，檢察官對是否緩起訴處分，應參酌「刑法第 57 條所列事項」，該等事項係指個案施用毒品行為之評價，主要有「施用毒品原因」及「再犯施用毒品次數」，例如因工作提神需要而施用毒品者，其可責性一般被認為較娛樂使用者為低，而犯次較少個案亦會評價

		較不具可責性。
有助於家庭功能維持 C3	有利於個案家庭經濟狀況 C3-1	目前社會結構多以小家庭為主，家庭成員間的經濟相互依賴程度較高。個案若為家庭的主要收入者，於社區接受戒癮治療並持續工作，便能維持家庭經濟之穩定；反之，部分個案不事生產，且會因施用毒品對家人索求金錢，造成家庭經濟的負面影響，則較不宜在社區接受戒癮治療。
	有利於個案家庭和諧 C3-2	家庭之功能除了經濟上之互助外，情感上之相互依附亦相當重要，如果個案能於社區接受緩起訴戒癮治療，持續扮演稱職父親、母親之角色，對子女成長有良好的影響，亦不會因刑事制裁之污名破壞家庭和諧；反之，毒品使用問題嚴重的個案，在社區生活，會不斷給家庭帶來困擾與傷害，則較不宜在社區接受戒癮治療。
	可使家庭成員受照顧 C3-3	依民法第 1114 條之規定，「直系血親相互間」、「夫妻之一方與他方之父母同居者，其相互間」、「兄弟姊妹相互間」、「家長家屬相互間」互負扶養之義務，而且實際上也常是最重要或惟一的扶養者，倘家庭成員中重要的扶養者無法在社區接受處遇，勢必難以負起照顧的責任，使受照顧者受到影響。 相較於 C3-1 對於家庭經濟之影響，C3-3 著重在非經濟上之協力，例如個案能對其他家庭成員在就學、就醫、就養時提供接送及照顧。

問卷填寫開始

第一部分：

一、「緩起訴戒癮治療對象篩選項目」構面之相對重要性程度比較

左側項目較為重要 ← | → 右側項目較為重要

評估層面 A	絕對重要		相當重要		普通重要		稍微重要		同等重要		稍微重要		普通重要		相當重要		絕對重要		評估層面 B
	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
C1 較有利個案健康改善																			C2 較不會影響社會治安
C2 較不會影響社會治安																			C3 有助於家庭功能維持

二、「較有利個案健康改善」所屬項目之相對重要性程度比較

左側項目較為重要 ← | → 右側項目較為重要

子項目層面 A	絕對重要		相當重要		普通重要		稍微重要		同等重要		稍微重要		普通重要		相當重要		絕對重要		子項目層面 B
	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
C1-1 個案對醫療協助需求較高																			C1-2 個案較適合在社區戒毒
C1-2 個案較適合在社區戒毒																			C1-3 個案戒毒動機較強

三、「較不會影響社會治安」所屬項目之相對重要性程度比較

左側項目較為重要 ← | → 右側項目較為重要

子項目層面 A	絕對重要		相當重要		普通重要		稍微重要		同等重要		稍微重要		普通重要		相當重要		絕對重要		子項目層面 B
	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
C2-1 從事施用 毒品以外 犯罪之可 能性較低																			C2-2 較無販 毒、暴力等 重大犯罪 前科
C2-2 較無販 毒、暴力等 重大犯罪 前科																			C2-3 吸毒行為 之可責性 較低

四、「有助於家庭功能維持」所屬項目之相對重要性程度比較

左側項目較為重要 ← | → 右側項目較為重要

子項目層面 A	絕對重要		相當重要		普通重要		稍微重要		同等重要		稍微重要		普通重要		相當重要		絕對重要		子項目層面 B
	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
C3-1 有利於個案 家庭經濟狀 況																			C3-2 有利於個案 家庭和諧
C3-2 有利於個案 家庭和諧																			C3-3 可使家庭成 員受照顧

第二部分：填寫人基本資料

一、性別：男 女

二、姓名：_____

三、年齡：21-30 歲 31-40 歲 41-50 歲 51-60 歲 61 歲以上

四、工作年資：_____年

五、您的學歷：專科以下 大學 碩士 博士

六、您的職業專業領域(可複選)：大學教授 檢察官 檢察事務官
矯正人員 觀護人 醫師 心理師 護理師 個管師 其他_____

第三部分：若對「緩起訴戒癮治療對象篩選」有任何寶貴建議，請在

下面空白處描述(自由填寫)：

問卷到此全部結束，再次謝謝您的協助!

附錄 3 訪談同意書

訪談同意書

您好：

我是紀致光，就讀國立中央警察大學犯罪防制所博士班，目前正在進行一項『毒品施用者緩起訴戒癮治療制度及篩選項目』的研究，目的在於回顧檢討我國毒品施用者緩起訴戒癮治療制度與其他司法處遇制度，以及如何藉由客觀之項目篩選適合之緩起訴戒癮對象。本研究成果將可做為毒品施用者處遇政策規劃之參考，因此您的參與對本研究是非常重要的。

本研究不會帶來任何危險，如果您同意參與本研究，請您花費約需 90 分鐘接受我們的訪談，為求訪談內容能忠實被紀錄，若您同意，訪談過程將藉由錄音紀錄。您的名字及所有相關資料我們將絕對保密，且絕不做其他用途。

您有絕對的權力決定是否要參與本研究，如果您不願意參加、或中途決定退出，可在任何時間告知研究人員，我們將尊重您的決定。若有任何疑問時請盡量提出，研究人員將會為您說明並回答相關問題，直到無任何疑問為止。

在此致上最誠摯的謝意，敬祝您

身體健康 萬事如意

中大警察大學

指導教授：謝文彥博士、黃俊能博士

研究者：紀致光 謹致

聯絡電話：02-21910189#2320

e-mail :m33070@mail.moj.gov.tw

日期： 年 月 日

同意書簽署欄

本人已經了解此計畫的相關資訊，經考慮後我同意接受訪問。

簽名：

日期：年月日

附錄 4 毒品施用者分流處遇制度探討之參考訪談紀錄

第四章 第一節 第一點 緩起訴處分附命條件之彈性不足

訪談內容	出處
<p>現在最大的一個問題，就是緩起訴太僵化了，只有戒癮治療這一項，像我們在實務上就碰到一個問題，就是他只是一個學生，施用一次毒品就被捉到，看起來都很正常，沒有任何前科，成績也都很好，這種人就沒得選擇，只能做緩起訴，不然就是觀察勒戒，不然就只能起訴。這三種中，緩起訴對他的影響最低，但緩起訴又只能戒癮治療，要去醫院，但現在根本沒有去醫院的需求，針對這種情形的話，現在的制度是不符合他的需求，目前我們是把（毒品危害防制條例）第 24 條把它放寬，讓它的緩起訴回歸到刑事訴訟法第 253 條之 2，讓它的緩起訴條件變成很多元，這樣就可以符合個別毒品處遇的需求。</p>	A1-1-8
<p>紀：這是對很不嚴重的個案，那對很嚴重的個案呢？</p> <p>A1：那就把他觀察勒戒、強制戒治，或把他起訴，其實對很嚴重，目前的機制就只能起訴嘛。這跟上一題又一樣，就是如果他不是初犯或 5 年後再犯，也不能觀察勒戒或強制戒治啊，所以機構內的（處遇）也不能適用，所以有兩個問題，就是緩起訴不夠多元，另一個就是觀察勒戒和強制戒治沒有辦法用在有需要的人身上。</p> <p>紀：所以應該把 5 年內、5 年外的區別打破？</p> <p>A1：其實應該要打破，就真得變得很多元，就依照不同的情況來緩起訴，包括住院也可以啊，用預防再犯的命令命他去住院。如果觀察勒戒認為有需要，就去強制戒治，這兩個（束縛）打破後，就可以符合各種的需求。</p> <p>紀：預防再犯的必要命令，目前是驗尿，有沒有其他的內容？</p> <p>A1：也可以叫他住院啊，如果醫生評估要住院，那就要他自願的住院，就是行動是自由的，但就是要住院。不像機構內就是關在那裏，失去自由。</p>	A1-1-8

<p>未來把緩起訴變得比較多元的時候，當事人的意願是一個很重要的因素，因為人一定要自己想改才改得了，如果是被押著去改，那會心不甘、情不願的。當我們的選擇很多元時，對於個案的意願就當成一個很重要的參考因素，如果斟酌所有的因素，可以依個案的意願去做，那在沒辦法完成的時候，就把你撤銷，反正錢該繳的已經繳了，他比較沒有話講。德國就是這樣子，自己提計畫，在臺灣來講，可能當事人沒有這個能力，我自己是較持開放的態度，可以多幾個選項給你選，選了就要自己負責。所以你剛講的碎唸，如果朝這個方向去走，應該會比較好。</p>	A1-1-8
<p>A2：就實務上所見，醫療院所的評估結果全部都是說適合，只有沒有去評估的時候，才會以「未到場」的原因把這個個案退回來，也就是只會篩選掉戒癮意願低的人。</p> <p>這個問題涉及到法規鬆綁的問題，因為毒品危害防制條例第 24 條第 1 項規定只有「戒癮治療」才能適用緩起訴處分，從「治療」這兩個字來看，看起來好像是一種醫療行為，但我們回過頭去刑事訴訟法第 253 條之 1，戒癮治療只是處遇的一個條件選擇而已，不一定要「戒癮治療」，這個問題可能要法規鬆綁，對沒有癮的人只要保護管束就好，如果送醫院，就會阻斷其他需要的人進入戒癮治療。</p> <p>紀：這應該是毒危條例第 24 條當初是為了美沙冬，美沙冬給藥一定要透過醫師，所以就綁在一定要戒癮治療。</p> <p>A2：沒錯，但因為其他的毒品雖然可能成癮性低，也會成癮，我們要用什麼樣的方式治療或處遇方式，可能要深入研究。在現行的規定下，可不可以直接引用刑事訴訟法第 253 條之 1 第 6 款的「心理輔導」等其他措施，或是用第 8 款的預防再犯的必要命令，這個會有疑惑。</p> <p>紀：現在有兩個問題：一個是「一定要醫療」，第二個是「不能綁其他」？</p> <p>A2：對，從這個條文上看可能會發生這樣一個疑惑，所以若要修法，除了毒品危害防制條例第 24 條外，還要修子法「毒品戒癮治療實施辦法及完成治療認定標準」。目前刑訴第 253 條之</p>	A2-1-2

<p>2 是對於所有案件都可以適用的條文，而毒品危害防制條例是針對毒品案件的特別法，很難跳過特別法來適用普通法。</p>	
<p>紀：以後如果很多人不是緩起訴醫療，而是社區觀護的時候，就是把個管的系統放到前面，因為這時有公權力的介入，所以觀護人會有，然後跟毒防個管連結弄成一套。</p> <p>A2：可令其到毒防中心去報到，定期向個管師報到，從事就業或就學，把它當作一個條件，由個管看他的狀況...檢察官如果跟個管連結，被告是依檢察官的命令，如果個案沒有去找毒防中心，我只能把你這件起訴，這樣可以加強他們的力道。</p>	<p>A2-1-7</p>
<p>上次我去高檢署報告，有沒有參加正念減壓班的成效已經出來了嘛，沒有參加的人被撤銷的比例是參加者的兩倍，一個是 28%，一個是 57%。我自己也有去上過課，去旁聽，跟我的理解是一樣。</p>	<p>A3-1-3</p>
<p>紀：目前緩起訴只能到醫院做戒癮治療，有無可能對緩起訴個案只做單純的觀護，或是對嚴重者要求住院治療？</p> <p>A4：目前因為案量大，所以只能機械化、制式化的處理，我們也不知有什麼其他的處遇模式可以讓被告選擇，所以我們只能對被告說：你要不要去醫院戒癮治療，如果不要，就去關。</p> <p>紀：所以在實務運作上，要做到評估後分流處遇，就要後面有什麼選擇都要明確規劃？</p> <p>A4：對，但目前都沒有其他選擇。有的個案只是偶爾吸一次，剛好被捉到，可能就比較適合單純的社區觀護，但目前仍然要去醫院戒癮治療，我不知道地檢還有什麼其他的模式。</p>	<p>A4-1-2</p>
<p>其實緩起訴個案的差異很大，會因成癮狀況的不同，使其問題可能是很單純或是複雜，還是要分流，可能大部分的個案都不需要這麼多的資源投入，少部分的個案問題會很複雜，但光應付這少數個案，就會消耗掉很多的能量。</p>	<p>A5-1-2</p>
<p>我覺得還有一個值得提的是正念班，我們平安畢業的個案，他們跟我們分享他們經歷的這 2 年緩起訴戒癮治療過程，他們都覺得對他們幫助最大的是正念班，就是在心理的那塊。為什麼是這樣我可以理解，過去我們觀護人每個人手上案件都很多，我手</p>	<p>A5-1-9</p>

<p>上掛著 600 多件案件，平均算下來，我大概有 250 個緩起訴戒癮治療的個案，而且隨著每個月會有 10 幾 20 個進來，10 幾 20 個離開，所以我要隨時 update，所以能用在個案的時間上很有限，相較於去上正念班的時間是很有限。...我們的合作模式是，我們是鼓勵他們上，因為上正念班要花時間，所以減少他們回地檢署報到驗尿的頻率，如果他們不上，就每個月來地檢署報到，由我們來處理心理的部分。因為正念班上的時間是晚上，對很多個案來說，因為他們上班時間是白天，所以他們要是處理他們的心理問題，又可以少請假來觀護人室，大約有 7 成的個案都願意去上。正念班的師資背景還蠻多元的，雖然帶班的老師不一定是心理師，但師資大部分都是我們的榮觀，或是他們協會的心理師，所以都會受過觀護相關的訓練。...他們參加正念班不用錢，是由協會直接申請地檢署補助，他們等同一般的民間團體寫計畫申請。他們上課是沒有宗教色彩的。他們的概念在西方叫正念，但以我們東方，就比較像是「禪」。</p>	
<p>但現在的制度就是很僵化，會需要精神科醫師的個案，大概都是跟處方有關，例如有一些精神疾病或失眠的問題，就會需要醫師開處方。可能 5 成以上的個案是不用經過精神科醫師治療。</p> <p>個案會施用毒品，都會有用藥的原因，大概都需要心理師來協助，但是真的只給社工 follow，應該很少。因為偶發性用藥者可能不少，但是會偶發到給警察捉到，可能不多（按：被捉的大多有用藥習慣）。但既便是心理師，也要有藥癮這塊的經驗，例如像性侵的這塊，團體治療的心理師有些不是很了解這塊，就會被話病說有偏見。</p>	A5-1-10
<p>...，雲林地檢推很多緩起訴，但是醫院根本配合不來，你臺西，包括六經那邊，如果雲林長庚不願幫忙的時候，就要跑非常非常遠，可是他們縣長也去了，立法委員也去了，衛福部長官也去了，可是沒有用，不開（門診）就是不開...</p>	A6-1-10
<p>就緩起訴戒癮治療來看，現在法令就限縮在戒癮治療，也用治療這兩個字，所以過去衛福體系都是提供醫療，我們在授權訂定辦法也是指定只能去醫院，最近大家不是就在討論。那我覺得</p>	B1-1-8

<p>要多元，就回到剛剛的討論，這個資源佈建要有時間，過去大家對司法案件長期以來就是，怎麼寫就怎麼做，這個沒寫，就是不能，這個彈性和開展性就沒有了，我覺得這個要去協調，才能去談衛福和毒防可以給予什麼協助。現在毒防也是背負一個壓力，就是給我們一個標準看要怎麼做，行政體制就是這樣，我是要先做好，還是要完成這個流程，你懂這意思嗎？</p>	
<p>是可以思考說，我們希望毒防中心扮演的角色是什麼？像你剛才說的，我希望是地檢署一開始可以跟個案講好，是地檢署規定個案要就業或接受什麼條件，然後個案可以去找人幫，這個可以幫忙的地方是毒防。所以毒防的角色就是：我是來幫忙你的，我跟你是一樣的目的，就不是要讓你被檢察官或觀護人去追管，我們要型塑這樣的氛圍。不要讓毒防變成觀護人的角色，這個服務的提供會變得比較單純，這個要溝通，地檢署要有這個概念才行。</p>	<p>B1-1-8</p>
<p>現在在實務上也看到說，在非鴉計畫中也看到，1/3 的緩起訴的個案不用到這麼密集的（治療），不管是達到藥癮治療的需求，還是沒有，現在我們不管藥物使用的情況是輕、中、重，我們給予的服務都是一樣的，就是醫療強度都是一樣的，這也是問題，這也是我們（衛福部）希望未來透過新世代反毒策略去布建發展（不同程度的醫療）。</p>	<p>B1-1-11</p>
<p>將來不是一定要到醫療單位了，這是一個好的方向，但是他會隱藏一個危險，就是說檢察官緩起訴後進入某個處理的過程，而這個處理的過程不是像現在的醫療單位。首先說明哦，不是說醫療單位做得有多好，而是說，醫療單位他的專業架構，他的組織啊，基本上是很穩定的，只是做的好不好而已。可以當檢察官可以緩起訴附命○○處理，而這個○○處理的執行單位不是醫院，而開始有問題的時候，沒有辦法掌握他的品質到底好不好，誰來執行的時候，這個就沒有人管，比如說交給民間單位，如果是交給正規的團體，就還好，但比如說某個開業的心理師，某個號稱有專業能力的人，後面怎麼去掌控這個品質，出問題怎麼辦？因為臺灣以前常發生這種事。</p>	<p>B2-1-4</p>

<p>前面篩出來不用監禁的人，他應該配套有一些介入的色角，可是這個介入的角色不必然要醫療，醫療是最貴的成本，理論上醫療針對的是上癮嚴重的人，所以這些人可能透過監測的方式。比如說，緩起訴是每2個禮拜要到地檢署來驗尿，固定監測是緩起訴的條件，你能接受，這樣就好了，所有都是這樣，但是這個監測的制度就會涉及到執行面。像美國有專門驗尿的單位啊，專門你給我名單，我就定期採尿，我確定採尿的過程符合標準，而且沒有做假，就是專門做這個事情的公司，這些公司的老闆是以前的警察，run 的很熟就對了，去完成監測的執行，不負責處罰。那觀護人就是做好觀護的角色，不用去管驗尿。...已經上癮的人給予醫療協助，其實他們是很感謝醫療給他們的協助，專業的醫療人員是很願意做這件事情，他（個案）也願意接受。...還沒有成癮之前，不見得會認同他要接受醫療。所以專業醫療服務對象本來應該是生病的人，不是那種第一次初犯被捉到的人。</p>	<p>B2-1-4</p>
<p>有些地方的醫院本來是不做的，但是衛生局要求，非做不可，他就擠出一點點時間，做簡單的做法，結果他們最喜歡的就是那種一點問題都沒有的人，所以這樣是一種浪費。醫院成本本來就很高，可是來的這個人在這邊也不需要做太多的介入，其實有點浪費，其實有人監測他就好了，但反而就是這些人流到醫院來，就算這個醫院本來很認真做藥癮治療的，很希望做困難的，發展這個專業，可是現在緩起訴的制度挑最好處理的人，某種程度就不見得往專業發展了，我就收緩起訴，全部來，我全部處理，我的工作時間就已經佔滿了，我幹嘛還要來做這塊，全部都到藥癮治療這塊，不見得是對的。...最輕微的在 drug court 很好處理，就是定期的來就好了，不會要求去醫院，有個 case manager、social worker 跟你保持接觸後，報告有交，這樣就好了，我們是有點僵化，因為我們找不到中介的單位、團體或人，太過度依賴醫院了，事實上醫院也沒有做得那麼好啦。</p>	<p>B2-1-4</p>
<p>對於不同成癮程度的個案，我們醫院也是有不同的處理方式，如果只是娛樂性使用而吸大麻的個案，我們就診很快，我們只要確認他最這幾個精神病理學有沒有完成，驗尿有沒有正常，</p>	<p>B3-1-9</p>

<p>有沒有規則到診，就結束了，如果比較嚴重的時候，我們就會開藥、轉介心理治療，那如果更嚴重的，我們就轉住院。...除非司法制度有改變，例如大麻變三級，那我就沒話講，只要是二級，那就要一樣，只是我們在醫療上的頻度，我們要求他的變少。像有些嚴重的個案，我們就是叫他每個禮拜都來，他來了一年，我們還是叫他每個禮拜都來，都有。那像大麻，通常他們都很乖嘛，真的一階很快就升二階。但像甲基安非他命，常是每個禮拜來了好幾次以後，他們被騷擾的頻度，絕對比大麻還要高。...（如果法律修改）就不用來醫院來了？有可能可以。...我同意，例如對一些 recreational 的大麻施用者。</p>	
<p>所以像緩起訴這部分是不是有可能，就是在執行上面去鬆動，舉例來說，現在緩起訴就是 1 年的治療和 2 年的追蹤，呼應你剛才講的大麻個案，是不是有人真的是第 1 次被捉，用不著判到 1 年的治療，我可能只要 3 個月（治療）和講習，而不是一開始就是押 1 年。我在想，是不是有點混淆，就是模擬對象就是把他們都想像成比較嚴重的人。</p>	<p>B4-1-8</p>
<p>我很久以前有一個觀念，就是監控，一犯錯就是懲罰，其實這群人就是獎勵跟處罰都很需要，但我們的制度當中，很少有獎勵機制...</p>	<p>B4-1-16</p>
<p>我有一個個案，只用第一次，而且是用煙吸，不是用注射（海洛因）的方式，然後被抓。在緩起訴進入醫院後，就要喝美沙冬嘛，但對這個個案來講，他只是停留在試用的階段，並沒有成癮，他就跟我們吵說：「我要喝美沙冬嗎？」考量如果喝了，他反而成癮，而地檢署轉給我們緩起訴個案，並不會說要如何去做，因為那個個案有固定的收入，自己是老闆，他的收入和家庭都很 OK，後來就跟醫生討論，那不然就是他不喝美沙冬，他每個月規律的回診，每個月驗尿。</p>	<p>B5-1-2</p>
<p>紀：是否大部分的毒品更生人都是做粗工？ B6：是的，尤其是緩起訴的個案，如果新到一個工作，怎麼跟老闆說請那兩天的假是做什麼事？而且醫療院所一開始是 1 個禮拜 1 次，再加上地檢署的報到，都是上班時間，他們都會</p>	<p>B6-1-4</p>

跟我們一直抱怨（請假太多），我都會建議說，要不要先做臨時工，先渡過這一年。

紀：可是緩起訴個案不是大多有工作？（38:42）

B6：對，但是他們都很辛苦，有時候除了不想給老闆知道，不想給家裏知道，就會搬出去，然後就會多一個負擔。目前法務部在管考時，會有就業轉介率，這部分如果把緩起訴拉進去，就會覺得很吃虧，因為緩起訴個案大約8、9成都有工作，我們也不知要轉介什麼。

第四章 第一節 第二點 觀察勒戒之司法公平性及處遇必要性受衝擊

訪談內容	出處
<p>我覺得觀察勒戒和強制戒治，不能把他當成一個恩惠，不能只對初犯才能觀察勒戒或強制戒治，我覺這些對初犯不是一個最好的處遇方式。一般來講，初犯怎麼會到強制戒治？</p>	A1-1-6
<p>基本上我覺得觀察勒戒、強制戒治和緩起訴最大的區別是：一個是機構外，一個是機構內。反而我覺得，初犯者一般來講，成癮性比較低，應該是比較適合緩起訴，對於一而再、再而三觸犯，緩起訴都沒有效的情況，這種狀況才要做觀察勒戒，基本上，我覺得觀察勒戒和強制戒治，不能把他當成一個對初犯者的恩惠，應該是處遇。</p>	A1-1-6
<p>可是我們立法最初是把它當成恩惠，只有初犯和 5 年後再犯的才適用，但實際上不是這樣，他比緩起訴不好，第二個，它未必比起訴好，因為判 2 個月、3 個月，是可以易科罰金，但是用觀察勒戒後，就是機構內的，一定要進去關，他可能有短期自由刑的流弊，或不一定有好處。我覺得可以把它當作處遇模式的一種，而不是只有對初犯或 5 年後再犯，才有適用。</p>	A1-1-6
<p>紀：這是對很不嚴重的個案，那對很嚴重的個案呢？</p> <p>A1：那就把他觀察勒戒、強制戒治，或把他起訴，其實對很嚴重，目前的機制就只能起訴嘛。這跟上一題又一樣，就是如果他不是初犯或 5 年後再犯，也不能觀察勒戒或強制戒治啊，所以機構內的（處遇）也不能適用，所以有兩個問題，就是緩起訴不夠多元，另一個就是觀察勒戒和強制戒治沒有辦法用在有需要的人身上。</p> <p>紀：所以應該把 5 年內、5 年外的區別打破？</p> <p>A1：其實應該要打破，就真得變得很多元，就依照不同的情況來緩起訴，包括住院也可以啊，用預防再犯的命令命他去住院。如果觀察勒戒認為有需要，就去強制戒治，這兩個（束縛）打破後，就可以符合各種的需求。</p> <p>紀：預防再犯的必要命令，目前是驗尿，有沒有其他的內容？</p>	A1-1-8

<p>A1：也可以叫他住院啊，如果醫生評估要住院，那就要他自願的住院，就是行動是自由的，但就是要住院。不像機構內就是關在那裏，失去自由。</p>	
<p>紀：以後如果都是職權評估，一次分流的話，可不可都用緩起訴或不一定叫它緩起訴？</p> <p>A2：一次分流，不管分流到戒癮治療機構或社福機構或其他社工...，各種處遇如果都放在緩起訴之下，就都叫緩起訴。</p> <p>紀：如果把觀察勒戒移除，那是不就只剩下起訴和緩起訴了？</p> <p>A2：還有一種不是叫強制戒治嗎？</p> <p>紀：那也把它放在緩起訴之下。</p> <p>A2：ok，那可以啊，定義上是這樣，那緩起訴的帽子就很大，可選擇的條件就很多了。</p>	<p>A2-1-11</p>
<p>之前為什麼在 87 年毒危條例會有觀察勒戒、強制戒治的制度，就是因應海洛因施用者比較多的情況下，要把他們暫時與外面的環境隔離，所以要在機構內。</p> <p>但現在毒品施用的環境已經改變了，改變是什麼意思？就是施用毒品的成分多了，然後新興毒品也多了，有很多會用到二級，或是根本不知道自己在用什麼。現在二級和三級毒品，並沒有替代療法，因此只能用監督和鼓勵的方式，讓這些生理成癮性比較低，但心理成癮性比較高的個案不要再用毒品，所以，就要配合其他的方式來做。因此，在邏輯上面，是不是還要用觀察勒戒，那就不一定了嘛，因為觀察勒戒，就是要讓你戒斷，但這種（二、三級）的個案，也沒有什麼要戒斷的，對這些基於人格特質、挫折容忍比較低或好奇的個案，因為不用戒斷，所以不用機構內，就只能用機構外的方式。</p>	<p>A3-1-5</p>
<p>在觀察勒戒處所，它比較特別，它時間很短，它可能要處理一些急性反應的狀態，雖然法律給我們 2 個月的時間，我們有一個 40 天作業流程嘛，但後來往前提，大約 31 天，最慢 35 天，評估報告就要出去了，那等於一個月內就要做完評估，醫師還要做兩次評估，所以這些人能上的課很少，最多就是正確用藥觀念、法律常識，這是一般勒戒處所做的。...觀察勒戒處所是給他處理</p>	<p>A6-1-3</p>

<p>急性生理反應，然後給他衛教跟法律常識，大概時間就差不多了。</p>	
<p>現在矯正機關的觀察勒戒或強制戒治，不是不能留，但是不應該是吸毒第一次，就去觀察勒戒處所，太快了，應該是外面的處遇都給你，還不行的時候，才進來，這樣才有效果。...那天請束醫師，因為我們在討論觀察勒戒評分表，束醫師就講了一句很重要的話，他說當年市立療養院做過評估，只要花 700 萬去改設備，就可以做觀察勒戒這件事，他們連保鏢這件事都做好了，但當時就因緣際會，就沒讓他們去做，至於現在，他說不可能，因為經濟不景氣，醫院要做事情，第一件事就是問：這件事會不會賺錢，醫院有這個壓力，所以他們不願意去接賠本的事。...現在觀察勒戒就規定不超過 2 個月，至少 40 天，那個醫院可以這樣做？以他們醫生在做戒癮，他們覺得 7 天夠了。</p>	<p>A6-1-7</p>
<p>紀：現在觀察勒戒和強制戒治，錢都要自己出嗎？</p> <p>A6：又是一堆呆帳，就是這些人啊，隔一段時間，就要被行政執行署罵，從 87 年開始執行，觀勒和戒治都要自費，可是我們的錢幾乎都收不回來，每年都被要求檢討。</p> <p>...</p> <p>紀：這個觀念很奇怪，就是如果是單純入監的時候，就不用付這些錢，對不對？</p> <p>A6：對，為什麼觀勒和強制戒治要？跟 87 年的毒品危害防制條例其實有關係，當初他是設定在醫院，本來在醫院就是要花錢；而且我們還有一個觀念就是，吸毒是你自己活該，所以觀勒你要拿自己的錢（支付）。你可以對愛滋病患這麼寬容，對其他犯罪人這麼寬容，...，為什麼疾管署要花這麼多錢在愛滋病患上，因為如果愛滋不控管，後面健保要花更多的費用，同樣的道理啊，這些吸毒的人不改，他要耗費的社會成本更多。</p> <p>紀：所以如果以後監獄的處遇更好，反而有利於吸毒者？</p> <p>A6：對，所以有些收容人就告訴我，早知道就來關，因為強制戒治至少要 6 個月，大概都要 8-10 個月。他說同樣是吃安非他命，可能 6 個月而已，免錢，可是去戒治所，8-10 個月，還</p>	<p>A6-1-10</p>

<p>要自己付錢，所以想寫狀子跟法官說，可不可以不要送我強制戒治，改判我當受刑人。所以會想，（觀察勒戒）一來時間長，又要花錢，又不覺得幫助有多大。然後矯正機關為了收這些錢，還要有專門的人在處理這個事情，光是債務的催收，成本非常的高，...，後勤有人在問，你們要不要修改一下你們收費的標準。我覺得不要改了，反正根本就收不到。如果問合不合理，我說不合理，完全都不夠，改是可以改啊，可是明天就死定了，因為呆帳會更多。</p>	
<p>但在現階段沒有大幅修法的時候，有一個可能，是不是再試試看，再把觀察勒戒處所附設到醫療機構去。...可以把觀察勒戒處所附設到醫療單位，這個單位可能不是現在的醫院，那個附設在醫療單位的觀察勒戒處所的運作，可以有比較大的彈性，不用一定依照處分執行條例訂的那麼死，...就是不太像監獄的觀察勒戒處所，然後執行者的經驗累積，專業比較強了之後，也可以像醫院一樣接受病人及治療，就變成官方成立一觀察勒戒處所。</p>	B2-1-13
<p>B4：對。前一陣子，衛福部因為行政院的压力，希望他們明年可能找個地方，譬如新店（戒治所），由他們衛福部做個專案，他們想做戒治這塊。我們的看法是說，我們的人力很充裕，架構也很完整，我們的戒治不需要衛福部的資源，如果他們一定要進來挹注矯正機關戒癮的人力的話，我們是很希望觀察勒戒全部丟給你們，你們地方不夠用沒關係，我們幫你收容，你們衛福部派人幫我們來處理觀察勒戒就好了。</p> <p>紀：就是這些會有急性症狀的人？</p> <p>B4：對，因為地方不夠、你們覺得人會跑，沒關係，你整的醫療團隊過來，我們觀察勒戒都撥給你，如果是合作，我們是蠻樂觀其成的。</p>	B4-1-10
<p>B4：對，確實有這種狀況，但是我覺得他去醫院治療，當然要付錢，但是觀勒跟戒治，真的可以把收費廢掉，因為沒有意義啦。</p> <p>紀：受戒治要出多少錢？</p> <p>B4：2萬3到2萬5之間，以我們這邊來講。她們女監好像都比較</p>	B4-1-15

久，我忘了那個單位，平均都要 9 個月到 10 個月，我們這邊如果是 8 個月左右，就是 2 萬 3 到 2 萬 5。

紀：應該有很多是不願意繳吧？

B4：大多數是不願意繳啦，但是有出去到目前為止都沒有再犯的，為了回歸正常生活，到最後還是會繳，因為繳清了之後，對他來講就會很輕鬆了啊，他可能只是前幾年真的沒辦法繳，也心不甘情不願，在恢復正常之後，就慢慢把它繳清了。只是說回歸到說，這個繳錢真的毫無意義啦。

紀：那個會被定位會變成說，付出司法代價後還要繳錢？

B4：對。

紀：如果是醫療的話。

B4：就是使用者付費，而且花錢還是買到自由，在社區當中，跟監禁是不一樣。

...

紀：觀察勒戒要多少錢？

B4：7、8 千塊，也不少，重點是他們在裏面生活，會問為什麼我要付這個錢？

第四章 第一節 第三點 部分毒品問題嚴重個案因法規限制而無法接受機構式戒癮治療

訪談內容	出處註記
<p>如果是成癮比較嚴重，用溫和的方法比較沒辦法戒治，需要把他和這些東西（指毒品）隔離，把他放在機構內，可能比較有戒除的效果，畢竟它是一種犯罪，在緩起訴中繼續施用、一直施用，代表這個緩起訴制度是對他無效的，已經施用那麼多次了，還屢勸不聽，這些也會把他當作（緩起訴）參考的因素。</p>	<p>A1-1-4</p>
<p>像我今天處理一個個案，他是有精神分裂症的，但他被緩起訴，他會有精神分裂症是因為他長期使用安非他命，使用 10 幾年了，他第一次被捉，過去幾年，他因為用藥不穩定，對家人生命、身體有危害而被強制送醫，進進出出。像這樣的人，他一點也不適合放在社區裏面，但我們現在的醫療體系，他被強制送醫，不能住超過 2 個月，他在這次住院之前，已經拿著菜刀要傷害他的家人了，所以他出院對家人來說是一個很大的壓力和威脅。然而，我們現在療養的安置機構，必須是具有正常功能者，也不能收留他。目前這個個案他是在一個急性期的階段，他需要一個高醫療或高隔離的處遇，可是他被緩起訴了。</p>	<p>A5-1-4</p>
<p>可是如果到了戒治處所，最起碼 6-10 個月跑不掉，現在大約 9 個月、10 個月可以出去。受刑人又更參差不齊了，我們大概會選 1 年到 3 年這個期間的人來做，所以在做的時候，是初犯、再犯、累犯，其實不是很重要，重要的是這個人的狀態，像臨床心理師，她們在看人是在看你的狀態，他們會覺得說，如果做個案評估，會去看你為什麼會吸毒？不是純然就是去吸毒這麼單純，可能有很多社會因素、家庭因素或個人病態的因素。</p>	<p>A6-1-3</p>
<p>戒治處所是我們專業人力最足的地方，因為他成立的時間最晚，那時覺得有社工、心理師的需求。現在我們監獄覺得要有社工、心理師，通常是要兼辦性侵、家暴的業務，才能有社工、心理師在裏面，所以在我們處遇中，戒治所可以做到最仔細。戒治所受戒治條例的要求，就至少這些課程都要上到，所以以我們現在男生的 4 大戒治所，女生的桃園女子戒治所、高雄女生戒治所，</p>	<p>A6-1-3</p>

<p>大概他們課程上到，都沒有什麼問題，今年 5 月又把所有的戒治所找來，看他們的課程實際在操作什麼？特定要求他們，個案管理一定要貫徹，這個部分在戒治所可以做到得，因為他們有專業人力，然後每個課程要做前、後測，這個戒治所有在做，然後，後面的後追要跟毒防合作的更緊密一點，因為現在戒治所不多，大概可以做的比較仔細。</p>	
<p>B3：我們住院是 2 週到 4 週，住院嘛，我們一定是全項評估，包括 OT，就是就業、安置、高風險家庭、家暴那些，全部都會進來。</p> <p>紀：緩起訴個案可能會住院嗎？</p> <p>B3：很少，一年大概不到 10 個，住院是有的，我們的人力也針對住院個案提供整套的服務，可是一般非住院個案，包括緩起訴個案，或非自願就醫診斷，我們很少轉（介）。</p> <p>紀：住院是要經過個案同意嗎？</p> <p>B3：如果是引用精神衛生法強制住院規定的（個案就不用），（但那種情形）很少，去年 1 整年 3 個。</p> <p>紀：所以進來還是要經過他同意。</p> <p>B3：對，幾乎都是經過他同意。</p> <p>紀：如果緩起訴個案萬一狀況真的不是很好呢？</p> <p>B3：勸他住院，如果他不同意，我就會說要通報檢察官撤銷緩起訴，因為你頑冥不靈，不想改變。</p>	<p>B3-1-12</p>
<p>我覺得醫療端有一些監控機制去幫他們押著這些人去話，我覺得他們承接的意願可能會提高，因為他們就是欠缺這些東西啊。...我們也知道，有些人要他們去接受治療，就是要有強制力，雖然大家說被迫的不會改，但確實我們也看到有些人押著押著，他們就改過來了啊，你不押著，這些人，重頭到尾就沒機會。</p>	<p>B4-1-3</p>
<p>除了一般處遇，專業處遇的部分也是一樣，我們會安排統一輔導，強制戒治我們會規定的比較嚴格，每一個戒治人進來，我們一定會安排 2 個團體輔導，其中 1 個一定會談到戒癮，另 1 個可能就是談到家庭關係等等，針對有一些經評估毒品問題比較嚴重的話，第 2 個團體都還是安排戒癮相關的，就會安排至少 2 個</p>	<p>B4-1-5</p>

以上，像現在人少了，我們5成以上的戒治人都上到3個以上的團體（治療），1個團體大概都是10堂課啦，我們所內的心理師、社工師也會帶，也會請外聘的治療師進來帶，戒治人的個別輔導我們也會安排，我們都是請所內的專業人員負責，也是有一個基本門檻，就是個別會談都要談6次以上，都是由同一個人幫他會談，都是非常完整的。

我們戒治人的個輔，類似學校的輔導老師制，像我下面就會有20個受戒治人是我負責，從入所到出所都是由我輔導，還是出所追蹤，以電話為主，大概半年，也是我去追的，因為他對我比較熟。

我們這邊平均正常大約8個月左右就會出去，就是沒有違規或特別的狀況而需要留久一點。

B4：...然後受刑人的話，架構都很類似啦，但是受刑人每一個人的時間差異很大，我們就很難像受戒治人、受觀察勒戒人，可以很架構化、標準化，就是2個團體或3個團體，我知道有的監獄經費比我們少，就是用戒毒班的形式，就是開一班或開二班，只有少數的毒品犯會上到這些處遇課程，我們會儘可能讓所有的受刑人都上到課程，包括專業的課程，我們想要做的受刑人的操作是說，當他們距離報假釋前、出所前2年時間的時候，我們就會跟利伯他茲合作，因為利伯他茲在出監後可以做一些銜接的輔導，可以讓符合條件，比如說離出所2年的人，依照自己的意願去報名參加，然後利伯他茲就會幫忙，除了所內上團體課程外，也會幫他們做個別輔導。

B4-1-5

紀：可是單純施用毒品的人，可能服刑不會到兩年？

B4：他們通常還會有其他案件。

紀：所以入監罪名不會只有毒品，而是包含毒品的罪名？

B4：對對對。

第四章 第一節 第四點 毒品施用者社區處遇時個案管理機制不健全且處遇內容缺乏彈性

訪談內容	出處
<p>紀：毒品施用者之個案管理目前由誰負責，狀況如何？有無改變需要？目前觀護人、毒防和醫院都有在管，但目前相互間的資訊似乎不太通。</p> <p>A2：那是弱連結啦，觀護人跟個管師目前是有開會機制，地檢署送到醫療機構的連繫管道也是有的，就實際執行狀況，地檢署也沒有辦法實際監督醫療機構，沒有權力，也沒有能力，醫療機構也不知個案在司法處遇的過程中有沒有其他的狀況，比如說再犯了幾次，個案可能在醫療機構穩定的接受戒癮治療，可是再犯其他的案件，被檢察官撤銷後被捉去關，可能醫療機構會覺得怎麼忽然就不來了。從這一個現象來看，這三方間之處於一個弱連結的關係，基本上是有溝通管道，只是資訊沒辦法密集和迅速傳達。</p>	A2-1-12
<p>紀：醫院端在現行機制，是否無法即時知道個案有無被撤銷？</p> <p>A4：對哦，好像是哦，對，署立基隆醫院的個管師常跟我們連絡，問我們個案為什麼沒來？個案有來，但現在沒錢，可不可以延後看診？沒有來報到時怎麼辦？因為我們案件量很多，所以我們通常也還要再查詢是否該個案已被起訴，之後才能回復。所以我們前端和後端，真的有聯繫上的斷點。</p>	A4-1-9
<p>我覺得現在對於單純施用毒品者的處遇模式太僵化了，現在毒品施用個案，除了去監禁以外，都會是在一個不穩定的狀態，他可能在被捉到的時候，會是一個比較穩定的時期，但他後來可能會轉變到比較不穩定的狀態。以現在的緩起訴的個案來說，他可能被驗到陽性，我們北檢的檢察官很好，可能會給到二緩或三緩。</p>	A5-1-6
<p>依我之前到美國參訪之見聞，美國對偶發性的毒品使用者，基本上是容忍的，他們有自己的檢驗中心，他們會秀出每個個案，看每個個案從開始保護管束到現在驗尿的結果，用紅燈、綠燈來保護，他就是一種監測，了解現在的狀況，當紅燈的頻率越來越</p>	A5-1-13

<p>高，就會開始介入，如果有控制下來，基本上就會讓他們留在社區裏，他們對假釋的個案也是這樣，不像我們（假釋個案）只要是驗出陽性就會被捉去關。除非是即便介入了仍然控制不下來，才會捉去關。</p> <p>這覺得那樣（美國的方式）才是有效的把資源做分配，否則動不動把他捉去關，那之前在社區的努力就都白費了，投入的資源也浪費了，所以對於偶發性的容忍到什麼程度（應該是重點）。</p>	
<p>我們每年約有 8 千到 9 千個觀察勒戒人，不到 1/10 會到強制戒治，那麼這 9/10 出去的人，他只是（成癮）等級沒那麼高，其實這些人應該要回歸到醫院去做社區治療，因為這些人的再犯率，後面就會慢慢的飆上來，對這些初犯或 5 年後再犯的這些人，我覺得醫療是很應該介入的，他比戒治所還應該被介入...你想，1 年 8 千人左右，我們國家如果給這 8 千人必要的協助時，我相信，有相當大的比例，不會進入後面再吸毒的狀況。如果得到適當的協助，定期去驗尿、定期去幹麼，不要去關他的時候，他就可以改掉這個錯誤用藥習慣。</p>	A6-1-8
<p>我們現在跟家屬溝通一個觀念，給他一張小卡，上有 0800 的電話，「戒毒是一輩子的事，復發並不可恥，趕快求救」，我不是不告訴你：你可能會犯罪，但是我提醒你，趕快來求救。我們也會檢討，寫復發並不可恥，會不會被解讀為鼓勵別人復發，可是復發就是吸毒者的常態，與其告訴他不可以復發，不如告訴他復發趕快打電話。</p> <p>我有一個老收容人，他告訴我說：科長，妳跟我講的，我都有記得，我也知道我不能吸，可是沒辦法，我每次針拿起來的時候，我就想到妳，然後我就給他打下去。我說：謝謝哦，針拿起來還有想到我，那你可不可以下次想到，就打電話給我，我想辦法去幫你。我想說的是，他們不是不掙扎，可是他掙扎的時候，我們的國家，我們的社會可不可以容許他，如果只是打（擊）下去，那他會出來求救嗎？</p>	A6-1-12
<p>在醫療來講，如果咳嗽嚴重，一直咳，就是密集治療、住院治療，但如果是司法來講，就是你為什麼一直咳，你越咳，我就</p>	B1-1-6

<p>把你關越久，...，所以說，如果在驗出是陽性，就要加強緩起訴命令強度，但是不以罪論，應是加強驗尿的頻率。</p>	
<p>drug court 它不是一次決定，它是可以看著你的狀況做調整的，緩起訴不行啊，緩起訴就是緩起訴，從後面、中間就沒有辦法增加強度或是修正，所以這是我們卡的問題，</p>	B2-1-1
<p>我不知道這個有沒有可能，有一種社會大眾比較可能接受的，就是他的處遇是根據他的表現來調整。...如果說緩起訴是條件化的緩起訴，如果表現都非常的好，6個月就結束了，有特別的原因不太好，1年才能結束、2年才能結束。條件化就是說，表現的越好，就比較早結束，可以把標準化，可以證明自己完全不使用毒品、很配合，就可以提前結束，證明的東西就是要附的條件。...就是藥事法庭的概念。...這個就是 continuous management 的概念。就是根據你的表現，得到什麼結果的概念，...這個概念應該加進來，他在 2 緩的時候，他的狀態是跟第 1 次是不一樣的，已經多了一個再犯身分，基準值就比較嚴重了，2 緩時所附的條件就應該比第 1 次更嚴格，應該是這樣。</p>	B2-1-6
<p>這是我們松德特有的，別的醫院有沒有這樣？有的有，有的沒有。我們就是很堅持用漸進式，或稱階段式的介入，我們一開始是一個禮拜來一次，表現的好的話會升階變 2 階，變成 2 個禮拜來 1 次，如果持續表現得好，就會再升階，變成 4 個禮拜來 1 次，是否升階是需要評估的。</p>	B3-1-2
<p>驗尿是我們第三個核心，比較沒那麼重要，就好比是糖尿病，如果驗到血糖高的時候，就告訴醫師說是不是要調藥，那如果驗尿是陽性，就表示作法要有一些改變，比如說，要提高就診或是提高治療的頻率，或是了解當時有沒有一些共病的問題，比如說焦慮、憂鬱、失眠，如果是因為他們有焦慮、憂鬱、失眠這些精神症狀他們會持續用藥，我們就會給藥（治療精神疾病），第三個就是從他用藥的狀況，看有沒有辦法幫他面對這個 stress，就是壓力，所以醫療是考慮這些，（如果驗到陽性）是調整醫療的內容，驗尿對我們來講，positive 或 negative 不是很重要，但是我們還是會參考，我們看治療的療效，或病人是否要 modification，</p>	B3-1-3

<p>受刑人如果跟假釋重疊，假釋的部分會有觀護人，如果觀察勒戒的人一出去，毒危的人會追蹤，他們每個禮拜都會進來，就是在他們進來一個禮拜左右，讓毒危可以蒐集到基本資料，幾乎每個受觀勒戒人都會評估到。...今年我們也有請新北毒防的人幫觀察勒戒的人開團體輔導，這部分，他們就會鎖定是設籍在新北市的人，這也是我們在嘗試，因為雖然蒐集的到資料，但是真的很難追蹤的到，所以我們就試試看，給他們帶4堂的團體課程，幫他們篩選設籍在新北市，然後比較有意願的，讓新北毒防的社工來幫他們帶團體。...他們會發現有帶團體有差，比較容易追蹤得到，打電話的時候信任感比較好，...</p>	B4-1-2
<p>紀：緩起訴在醫療的1年後，還有1年的緩起訴期間？</p> <p>B4：是，類似保護管束期間。</p> <p>紀：假釋也會有觀護人。但觀察勒戒和強制戒治或刑滿出去的人...</p> <p>B4：是沒有的。</p> <p>紀：他們在回社區的半年或1年內是最不穩定的情形，但他們沒有觀護人或官方的人員幫他們看著。</p> <p>B4：對。</p> <p>紀：現在都是2年內在犯最高，之前矯正署同仁給我一個資料，就是在德國不管什麼樣的情形，都要有一定的保安處分，不要在一回到社區就散掉了。</p> <p>B4：對，像三、四級的施用者，在上完毒品講習的時候，也上完了，也沒有...，應該這樣講，毒品危害防制條例一開始是要有保安處分，就是一整年，就是有假釋殘刑的概念，後來這條在93年的時候就廢掉了。</p> <p>紀：從3個月到6個月以後嗎？</p> <p>B4：對，依87年的那個法，戒治人一開始如果是在這裏7個月，他還有5個月就會跟受刑人一樣必須去跟觀護人報到，最一開始是這樣子，93年之後，這個部分就廢掉了，至於廢掉的原因，我不是那麼清楚，至於說我們實務上面，覺得廢掉是蠻可惜的，就像科長你講的，這群人反而是需要。</p>	B4-1-3

<p>紀：最容易有挫折，然後就回去了。</p> <p>B4：對對對，雖然說這個（方式）對於再犯降低的效益或許沒那麼大，我們自己覺得，有一些藥癮者如果給他強制力，有點監控的時候，其實是有幫助的，有一些人他沒有，可能就是從頭到尾都沒有想要去戒毒，或是成癮性很高，就是沒有辦法去撐過。但有一群人給他適度的監控，會幫助他延緩他使用毒品的時候，我覺得藥癮者要有這個過度，否則一下子都由內控，很困難。他們本來就是自我控制力很差的人，一下子把他們放掉。</p>	
<p>B4：如果這樣，我覺得如果是易科罰金，但是因為是毒品案件，所以要後追，這群人更要後追，就是允許你花錢了事，但是還是要後追。</p> <p>紀：因為這些人再犯的比例很高？</p> <p>B4：一定很高的，因為他不會有責任感，就是站在輔導的角度，他沒有為了這件事情付出代價，他不會認為毒品這個事情是一個很大的問題，因為他沒有付出代價。甚至有可能是家人幫他繳的，他就覺得，我還是吃得開的，還是可以吃下去的，因為沒有影響。</p>	<p>B4-1-15</p>
<p>我很久以前有一個觀念，就是監控，一犯錯就是懲罰，其實這群人就是獎勵跟處罰都很需要，但我們的制度當中，很少有獎勵機制，...</p> <p>我是有遇到，在他犯罪紀錄上，都是隔了5年以上或10年都沒有犯罪紀錄，我們當然很難判定說他是不是真的沒有再吸毒，可是如果他又被捉到，以現在的制度來講，我們沒有一個給他緩衝的機會，他就可能再被判刑，我是想說，針對毒品犯的假釋，或特別是針對刑期長的人，他們合併其他案件，其實有些人假釋，已經熬過一半了，可是一旦再吸毒，就前功盡棄。我講的是說，可不可以考慮到說，他在觀護人那邊檢測到陽性的時間，其實超過平均值了，或是超過刑期相當程度時，可以換算或是幹嘛，而不是全部都去撤銷。</p>	<p>B4-1-16</p>
<p>B5：現在醫院端不會知道個案是否緩起訴被撤銷。一般而言，個</p>	<p>B5-1-13</p>

<p>案沒有來的話，我都還是會打電話追蹤，如果失聯的話，就會報一個結案報告給地檢署，後續要不要撤銷，就由地檢署那邊決定。</p> <p>紀：如果地檢署要撤銷，會不會再問地檢署的意見？</p> <p>B5：我在醫院的時候，有接過地檢打來問個案的狀況，可是很少，一、二次而已，不會正式的發公文，至少我沒有接到過，沒有形成制度，反正個案時間到（不管失聯或完療），醫院就發結案報告過去，就這樣子而已...。（決定是否撤銷緩起訴）是可以參考他在醫院的狀況，如出席率啊、服藥的狀況、配合度啊...。</p>	
<p>紀：撤緩時，目前毒品個案狀況的橫向連結如何？是否不足？</p> <p>B5：現在橫向的連結不足，如果一個個案，去看個案在社區裏的整體狀況：醫療、社會、工作啊，這兩邊去打聽看看，可能比較全面也比較客觀，看那些單位有在追他，就去問那些單位。</p> <p>紀：有沒有固定的機制可以讓不同機關間很快的傳遞資訊，了解個案？</p> <p>B5：目前沒有，像我在毒防中心有時要追個案，追不到，我就會打電話去問戶籍地的派出所，去問警察，因為他是毒品列管人口，我問不到的他可能有，然後，他也可能會問我，這樣的交流，對兩方都是有幫助的，因為我們要追個案，所以和警察機關會比較有聯繫，可能是問他們有沒有去驗尿，有沒有個案的電話可以提供，但跟地檢署就比較沒有聯繫。</p>	<p>B5-1-15</p>
<p>通常給緩起訴之後，醫院1年，地檢署2年，但地檢署那邊不會真正2年，他們就是在1年6個月左右就會結案，之後他跑到那裏去，我們就不會有更新的資料來聯絡。...醫療院所一開始就可以拿到資料，可是轉到地檢署，再轉給毒防中心的時候，有時資料是殘缺的，如果一開始我們能跟個案建立好關係，資料都拿到了，對他的需求比較了解，比較好執行我們的工作，觀護人那邊只是比較清楚個案去醫療院所報到的狀況，以及（在地檢署）驗尿的狀況，雖然也會和</p>	<p>B6-1-3</p>

<p>個案聊天，但是因為案量很大，所以沒辦法聊得很細。但是我們就可以問到很多很細部的問題，因為我們就是要陪伴他的個管嘛。...像北檢只有兩個觀護人，每個人有 500 多個個案，我們和觀護人間都會彼此互通消息。我覺得我們和北檢連結得很好。我們不用直接負責緩起訴個案當然案量會減少，但是個案如果有需要緊急協助的時候，觀護人可能無法及時的提供，觀護人轉介給我們，我們再轉介給社會局等單位，都需要時間，而且會缺乏信任關係，所以都慢了，不太好啦。</p>	
<p>紀：如果沒有緩起訴，他們刑滿之後你們追輔，那拘束力是不是就更小了？</p> <p>B6：對，就沒有觀護人了，我們也沒有強制力。</p> <p>紀：那易科罰金的個案呢？</p> <p>B6：這是我覺的最弱的問題，如果撤緩後被起訴，他可能有三條路，第 1 是易科罰金，第 2 是罰金加勞動役，第 3 是入獄服刑。那大部分的人都會想要繳交罰金嘛，6 萬塊是低消，但他繳完了以後就沒事了。</p> <p>紀：對，就像電信方案不用綁約的概念。</p> <p>B6：所以有時候他們會故意（不完成緩起訴），繳完那筆錢（易科罰金）就沒事了，頂多就是變成一個有案底的人。</p> <p>紀：如果是已經有了案底，那差異性是不是就不大了？</p> <p>B6：那就無所謂了。但我之前不知有案底這件事時，就會認為「怎麼繳錢就沒事了？」...但是我們還是繼續追下去，這時就會很尷尬，因為他們就會認為：我已經繳錢了，已經回歸生活了，你們還打電話來幹什麼？這時我們都會跟他講，只要進毒防中心，不管發生什麼狀況（如被撤銷緩起訴），都是追蹤 2 年。</p>	<p>B6-1-6</p>
<p>紀：對於撤緩的個案，你們要追幾年？</p> <p>B6：不管有沒有撤緩，我們都是要從緩起訴開始後追 2 年，所以我們對於緩起訴個案在一開始的時候，都會告訴他們：無論如何，我們都會陪伴你兩年，所以他們也知道。只是如果不</p>	<p>B6-1-11</p>

是用藥，而是其他成因撤緩的話，真的是可以自行結案。

紀：以觀護人的角度來看，如果是因為吸毒而撤緩，雖然個案更需要協助，但觀護人已經沒有著力點了。

B6：他們也是給我們這個想法，觀護人已經結案了，但我們很痛苦的就是，個案如果不見了，電話換了，我們就不知道怎麼追他了。而且這些個案都會覺得我們為什麼還要打給他，這個時候，他們的需求真的太低了。

第四章 第一節 第五點 各種處遇方案之成效未有足夠之評估

訪談內容	出處
<p>目前來講，實務上對處遇的模式並沒有完整的評估，到底緩起訴有沒有效，或是緩起訴和觀察勒戒、強制戒治及監禁的效能，主管機關要不要做一個評估，評估之後，未來才能作為政策發展方向的依據，政策評估的部分目前是欠缺的，在欠缺政策評估的狀態下，我們假設緩起訴是好的，或假設監禁是差的，這樣是比較沒有科學根據。</p>	A2-1-17
<p>我覺得在跨部會推動的時候需要互相了解，否則彼此的防衛心很強，我覺得每個面向都要看，但在講自己立場的時候，別人不應來打擊你的立場，...。我覺得不只是跟司法哦，我跟社政也會，...。我覺得有一天我們一定要走到像美國這樣，要有學術機構，實證機構，其實是在幫政策做 back up，臺灣完全沒有這個機制，所以 20 年來都要重複的重頭開始。</p>	B1-1-17
<p>可是我們現在在談緩起訴這個事情，都把他跟後面預期要達到的結果連在一起，好像再犯太高，撤銷比例太高的時候，就質疑緩起訴是不是弄錯了，不應該要緩起訴，可是其他的緩起訴，我們並不會這樣看待。...應該要把經由緩起訴後再犯的情形，和其他處遇再犯的情形做個比較，而不是緩起訴的撤銷率高，就代表緩起訴的這個事情不太好，...，現在從陳亮吟醫師那邊，最近他們整理緩起訴的報告，已經在寫了，事實上沒有太大差別，反而比較好，相對於沒有緩起訴的情形，除了這個數據沒有比較不好之外，還有另一個好處是，經由緩起訴執行的，相對於不用緩起訴而進到司法程序的人，對於人身自由的限制方面，是改善很多的，...</p>	B2-1-1
<p>原本的規劃，就是希望減少他們走到司法處遇的人數，我們原來要研究緩起訴戒癮治療的成本效益評估，本來要評估的東西是，他們不進入矯正機關體系時，就業中斷就可以不用發生，人身自由就可以不用限制，以及所有執行上的成本效益分析，後來市政府把這個經費挪到其他地方。...很可惜，我們那時候沒有做，</p>	B2-1-10

<p>因為這些個案很清楚可以看到他們的變化，那個時候做會很清楚，因為只有我們在試辦，其他都進入（矯正機構），我們可以計算的很細，甚至包括他來緩起訴戒癮治療交通所花的時間，花在醫療上的時間是多少，然後對他工作產生的收入是多少，相對應的是另一個人是進到矯正體系，...，還包括有些被撤銷了，又進來，就多跑了一趟，那這些浪費又是多少，就可以比較執行（緩起訴戒癮）和不執行，社會成本是多少。</p>	
<p>可能對我們來講，我們本來就在這裏工作，所以真的很少人會是使用沒多久而已，通常是病程比較後端的人或功能比較不好的人，對我來講，一直有個疑問，可能很難做研究，就是屬於你剛才講的那種人（如偶爾使用大麻而未成癮）到底有多少，比例多不多？或是白領吸毒，偶發用，他可以維持社會功能的人，比例到底高不高？...但這個還是會扯到錢的問題，好的研究就要錢跟人力，像成癮研究，都要很多人力，要做很多追蹤，先不要說追這個人，看他後來好不好，光是去看他的犯罪履歷，都要花時間了，更何況要去追蹤這個人。</p>	<p>B4-1-6</p>
<p>大部分的個案，在喝了美沙冬之後，不用每天去找錢，可以正常的工作，也會去買毒品，我知道這對於政府機關來講，不是他們要看到的成效（按：應指希望完全戒毒），可是就我們醫療端來看的話，他已經有進步，但光是戒毒是成功或失敗的認定這點，就會和政府的期望有落差，他這樣用（交替使用），還是有被捉的風險啊，可是跟來替代療法之前，是有改變的啊。</p>	<p>B5-1-5</p>

第四章 第二節 第一點 以犯次作為分流依據不符實務現況

訪談內容	出處
對於初犯和 5 年後再犯要觀察勒戒和強制戒治，我覺得這個沒有邏輯上的依據。	A1-1-9
這些處遇的方式，也沒有必要說，第一次就要觀察勒戒，也可以緩起訴，第二次就是起訴或緩起訴，要把他打散，為什麼要這樣子？因為它是行為人刑法嘛，它是屬於矯正及保安處分的範疇，因此要得到適切的處遇，必要蒐集到足夠的證據來評估這個人是否適合機構內或機構外的處遇，	A3-1-5
這就是我們剛講的，不見得要有初犯、再犯來作區別，我們也理解所謂的初犯、再犯、三犯，那個是指被捉到的，當然，會施用毒品會是有很多的原因，但不能亂下處方，所以就要有前面的人去做了解和調查。...現在很奇怪，就是為什麼初犯有觀察勒戒、強制戒治，有做矯正，但是（施用毒品）更多的卻沒有，就變成自由刑或罰金刑，這樣是不對的。...我有去參訪過，他們沒有去做啊，受刑人和強制戒治的規格是不一樣的，就完全是跟自由刑一樣，基本上是沒有跟強制戒治一樣的，我的理解是沒有，不能這樣做的原因，是並沒有對毒偵案的受刑人有另一套規定來處理。	A3-1-5
可是如果到了戒治處所，最起碼 6-10 個月跑不掉，現在大約 9 個月、10 個月可以出去。受刑人又更參差不齊了，我們大概會選 1 年到 3 年這個期間的人來做，所以在做的時候，是初犯、再犯、累犯，其實不是很重要，重要的是這個人的狀態，像臨床心理師，她們在看人是在看你的狀態，牠們會覺得說，如果做個案評估，會去看你為什麼會吸毒？不是純然就是去吸毒這麼單純，可能有很多社會因素、家庭因素或個人病態的因素。	A6-1-3
現在矯正機關的觀察勒戒或強制戒治，不是不能留，但是不應該是吸毒第一次，就去觀察勒戒處所，太快了，應該是外面的處遇都給你，還不行的時候，才進來，這樣才有效果。	A6-1-7
機構的處遇，確實是有社會的剝離、家庭的剝奪跟很多的剝	A6-1-10

<p>奪。我們不能否認監獄有次文化存在，有人說越關越壞，其實不是監獄讓你越關越壞，而是你自己選擇在裏面學壞，但也不怪這些人，因為有的時候，當環境變這樣，你就會變這樣。那可不可以讓這些純吸毒的人，不要一下子就進觀察勒戒處所？</p>	
<p>如果我們認為單純吸食者，是一個腦袋受損的人，我們要他去治療的時候，是要看行為，但我們習慣看犯次，我們會用司法來看一個病人，這是一個制度上最弔詭的地方，這次國是會議不是說，不要訂5年（再犯）啊，可不可以低一點，長官就叫我去寫評估報告，我們寫的是2年，但我們想不出任何理由，後來訂兩年是因為2年內再犯率最高，如果可以撐完兩年，你要給他拍拍手，不要苛責他到5年，次長說，不行，要3年，那3年的理由是什麼？...。我查了國內外資料，國外根本就沒有初犯、再犯的區別，後來我們的報告送兩份，1個是2年，1個是3年，沒有意義啊...</p>	A6-1-11

第四章 第二節 第二點 處遇方案多元性不敷個案分流之所需

訪談內容	出處
<p>所以未來把緩起訴變得比較多元的時候，當事人的意願是一個很重要的因素，因為人一定要自己想改才改得了，如果是被押著去改，那會心不甘、情不願的。當我們的選擇很多元時，對於個案的意願就當成一個很重要的參考因素，如果斟酌所有的因素，可以依個案的意願去做，那在沒辦法完成的時候，就把你撤銷，反正錢該繳的已經繳了，他比較沒有話講。德國就是這樣子，自己提計畫，在臺灣來講，可能當事人沒有這個能力，我自己是較持開放的態度，可以多幾個選項給你選，選了就要自己負責。所以你剛講的碎唸，如果朝這個方向去走，應該會比較好。</p>	A1-1-8
<p>我們檢察官大概都是制式的例稿唸完就算了，甚至，連唸都不唸，用自己理解跟他講一下，這個問題，還好，不是影響很大的原因是，他要來的時候，我們都會打電話問他要還不要，他要的話，就會自己去打聽，自己評估緩起訴和觀察勒戒或是起訴判有罪，他要那一種，他會斟酌的，因為他就是利害關係人，他不會不知道。</p>	A3-1-3
<p>他會考量家庭、工作和社會連結啦，就是工作、自由度啦，當然這些，我們檢察官沒有那麼多的時間去做調查，就要從他表現出來的意願，如果他有意願的話，我們會尊重他，如果沒有剛才我們講的那些負面因素的話，我們就會給他機會。...我不知道他們實際考慮的是什麼，但我想他們會先考慮的是「會有前科」，然後，如果是罰錢，他們也不會像我們法官或檢察官，一天到晚在做這個，會很清楚（易科罰金）的行情是多少，他們可能知道，也可能不知道，如果遇到第三犯的話，也不一定判6個月以下，雖然大部分會，但如果碰到一個法官給了7個月以上，那就死了，會有（被關的）風險。</p>	A3-1-4
<p>紀：個案不願意緩起訴戒癮的原因，除了錢以外，還有沒有其他因素？ A4：還有另一種是沒時間，沒辦法定期去採尿、定期去醫院。我</p>	A4-1-5

<p>們基隆地院對於單純施用二級毒品者，都是一律判 2 個月有期徒刑，所以有的個案會認為如果緩起訴的話，如果因為他案又被撤銷，就會讓緩起訴期間花出去的時間、花出去的錢努力前功盡棄、付諸流水，如果判 2 個月易科罰金，錢付清了，刑事責任就全完成，不會有前功盡棄的風險。</p> <p>紀：在基隆戒癮治療期間，個案的經濟負擔如何？</p> <p>A4：接受地檢署的轉介評估是 5 千多塊，在緩起訴期間，再由個案逐次負擔門診費用。</p>	
<p>紀：個案不願意接受緩起訴的情形中，沒錢還是沒時間的情形多。</p> <p>A4：沒錢的情形比較多。至於沒錢的時候，戒癮治療需要多少錢、有無補助等情形，我們都會請他跟醫院問，我們也不知道詳細的狀況，我們只會等醫院的評估結果。</p>	A4-1-6
<p>還有一個可以列入考量，就是說因為現在 UNODC 在推動毒品的醫療或介入，都認為是不應該用強制治療的方式，例如，監禁是不鼓勵的方式，就算要監禁，要有理由，不一定要用強制力，她強調說不管用醫療或其他的名義，這個人要有他的選擇性，可以選擇他的醫療，</p>	B2-1-13
<p>很多人在檢察官那裏都是說會好好的配合，但到了醫院，都不是那個樣子。緩起訴和自願戒癮的個案差很多，他們那群真的比較難管，像自願性的，那配合度就很高，出席率也很好，所以還是看這個個案有沒有心理的動機。</p>	B5-1-7
<p>我覺得以往不論是在醫院，或是毒防中心，我們都是想要把東西塞給他，但這些不見得是他們想要的，...</p>	B5-1-11
<p>紀：會不會有個案告訴你，早知道就去關了？</p> <p>B6：有，他們會說為什麼要報到，為什麼要被你們追，只是因為檢察官告訴他們是初犯要給他們緩起訴，可是他那些規則都不看的，他們只要有緩起訴就好。...只要沒有被關，後續不管，但後來才發現要報到，要追蹤。</p>	B6-1-5

第四章 第二節 第三點 缺乏可供實務運用之緩起訴處分對象篩選指標

訪談內容	出處
<p>紀：地檢署對這個篩選標準有成文的規定嗎？</p> <p>A2：沒有，就是主任檢察官在開會的時候，或是組內討論的時候，就會宣達：對於這些素行比較良好的被告，多多給予緩起訴的機會，讓這個緩起訴的比例可以提高一點。</p>	A2-1-2
<p>對於人選應考量那些，法務部並沒有頒布標準，我們地檢署也沒有在檢察官會議或主任檢察官會議通過一些東西（標準）。</p>	A3-1-2
<p>...，但也可能會看他的意願和他的條件，實際上（回答較慢，思考中），會做一個粗略的觀察，這個很粗糙，這有就是後面提到，是不是要有一個毒品法庭來更細緻化這些評估工作，目前為止，（實務上）只能這樣。...如果像你提出來的一些標準，可以讓執法機關更明確的去掌握，作為要不要給緩起訴的決定，過濾那些是要給多一點的機會，那些是比較不要給他機會，這是有幫助的，就像 RANT 一樣，這些工具是類似的。</p>	A3-1-2
<p>以回到○○地檢的這一年來說，都是由事務官來決定。我們沒有所謂的評估，在開會的時候，我們事務官組長都要報告我們緩起訴做了多少，在全國排名多少？...在這種情形下，我們會考量個案是否適合做嗎？我們所謂的不適合做，只有現在另有他案，未來可能影響緩起訴戒癮執行；或是個案表明：「我就是不要做」；或是沒錢做。除了這些情形，我們都會好說歹說，問他們要不要選擇緩起訴，甚至是對於已經預知他可能做不了多久就會被撤銷緩起訴的個案。</p> <p>我們做緩起訴戒癮治療，會依職權聲請再議，早期高檢署會以毒品施用前科很多，不同意給緩起訴，所以我們也會考量前科情形，但自從前（2016）年底開始推緩起訴，次長在開會時請高檢署與會代表回去轉達多給緩起訴機會，之後，高檢署就幾乎沒有因為這個理由再撤銷地檢署的決定。</p>	A4-1-2
<p>我覺得分流和評估機制是很重要的，目前檢察官只要被告同意，符合基本條件，他不管他背後的問題是什麼，就全部丟過來，</p>	A5-1-3

<p>有些個案是很嚴重的，大部分是很輕微，但有的個案是根本不適合放在社區的，他可能使用很長時間的毒品，但他是第一次被捉到，我們都要付出很大的心力，他不比假釋付保護管束的個案輕鬆，這些個案可能先走醫院的治療，而醫院的治療可能是隔離，要看他的成癮狀況和社會危害程度。...目前觀護人執行緩起比較大的問題是，有一些個案根本不適合放到社區，而同樣的問題也會反應到，有些個案因為問題很輕微，根本不需要去觀察勒戒或監禁，但因為沒有篩選，所以就會被丟到機構內。這不管對於我們執行上，或是對於被告（的利益）都是一個很大的影響。有些人是有正常工作的，但是他可能是因為參加了一個趴，或是某些特定的行業可能會有用安非他命提神，但是他就會被丟到觀察勒戒，他的工作就會中斷，他要恢復他的功能可能不難，但中斷會影響他的生活，他必須重新再建立，主要是就業和就學。</p>	
<p>如果沒有後面的醫院，檢察官做這個決定的時候，責任就會在檢察官，...，到時候會不會讓檢察官越來越不願意緩起訴？因為我緩起訴就沒有辦法掌握後面的東西，就只是「你看起來比較值得原諒」的那種緩起訴，回歸到一般緩起訴的原則，這時候檢察官就要有所依據，就是 RANT 那種東西，有沒有科學的依據，可能就是評估說：犯罪性不高啊，原則就做緩起訴，如果大部分檢察官可以接受這樣，而且也不用太擔心後來再犯，又被人家批評的時候，有個監督機制，這樣就是另外一種型態的情況。</p>	B2-1-4
<p>原則上，沒有特殊理由，都應該一開始就緩起訴；有一些理由，就是要緩起訴附帶強度的介入，能夠配合才能進行緩起訴；實在沒辦法，我們做不到這些，該監禁的就要監禁。這個標準都要去訂，這個標準不是靠個人的喜好去訂，而是依實際運作的結果，用最適合的方式去調整。可是在臺灣，我們很少這樣做，所以，RANT 是一個好方法，它可以讓檢察官比較清楚，或比較有依據的說我為什麼可以讓這個人緩起訴，而不直接讓他進到監禁的處罰，這是有一個依據，而且這個依據是可以繼續研發的，越來越標準化</p>	B2-1-4
<p>紀：可不可能在找到吸毒個案的時候，就逐案進行評估，然後視</p>	B5-1-16

個案需要分流處遇？

B5：可是這樣成本...（很高），（以下介紹整個分流整遇的構想）

我覺得這樣聽起來不錯。可是我覺得這很難吔，就是這個個案如果被篩出去，你怎麼知道他會不會在這段時間，又開始有...（吸毒的狀況）？

第四章 第二節 第四點 缺乏分流處遇評估之專責團隊

訪談內容	出處
<p>紀：現在有人建議給毒防或其他單位去做，你覺得呢？</p> <p>A1：他的資訊沒有你多，除非要用田野調查，但這個是非常非常耗人力，現在我們沒要請毒防調查，只有醫療的那塊請醫生調查，而且只有第6款附命完成戒癮治療的部分才要做評估，前面要服義務勞動、要罰款，我們檢察官做就好了。說實在的，因為檢察官手邊資料是最多的，而且是面對面，看到的相對是最清楚的，交給外面的人，一方面，他們接觸的資料沒有那麼久，而且他不一定可以面對面。</p>	A1-1-6
<p>紀：辦理毒偵案件時，如何選擇緩起訴處分個案？</p> <p>A2：目前實務上，有無工作、經濟能力、家庭狀況，我們能參酌的資料不多，因為系統裏沒有，我們對刑案被告也沒有做這方面的調查，所以只能依照被告本身的供述來了解，所以如果要依照這些狀況來決定要不要緩起訴處分，我覺得有點困難。所以現在實務上普遍的作法，應該是跟據被告的前科情形來處理，通常對初犯、年紀較輕，通常較願意給他們多一點機會，讓他們留在社會繼續完成學業或繼續工作，對於累犯，就比較不會給他們機會，目前的判斷標準大概是這樣。</p>	A2-1-2
<p>A2：目前對個案狀況的資料，檢察官還是查詢，只是不方便，所以不會去查詢。如果檢察官可以很便利的查詢工作狀況，可以知道一個人有很強的工作意願，也有工作紀錄可認定，基本上是很不願意把他們放在矯正機構中。</p> <p>紀：對於家庭狀況呢？如果跟家人關係良好。</p> <p>A2：家庭狀況應該不能透過戶籍資料來知道實際的狀況，社工是由大量的訪談、調查，才能知道個案和家庭的關係，到底親疏遠近如何？目前地檢署即使配屬檢察事務官，也不可能做這些調查，只能做簡易的資料，而觀護人在偵查階段，目前也不可能叫他們去介入了解，社工則目前並沒有配屬。所以如果要到達了解家庭狀況這樣的理想狀況，要投入大量的資</p>	A2-1-2

<p>源才可能做到。</p>	
<p>目前缺乏專人，缺乏相關資訊取得的方便性，加上檢察官的案件非常多，沒有辦法就施用毒品的案件花太多時間處理，否則他的案件就會爆掉，就會影響他年底的職務評定。要有專責的評估人力和資訊的連結，就是在個案成案的時候，相關的資訊就已經做好了，放在卷宗裏面。</p>	<p>A2-1-6</p>
<p>以回到地檢的這一年來說，都是由事務官來決定。我們沒有所謂的評估，在開會的時候，我們事務官組長都要報告我們緩起訴做了多少，在全國排名多少？...在這種情形下，我們會考量個案是否適合做嗎？我們所謂的不適合做，只有現在另有他案，未來可能影響緩起訴戒癮執行；或是個案表明：「我就是不要做」；或是沒錢做（也算是沒意願）。除了這些情形，我們都會好說歹說，問他們要不要選擇緩起訴，甚至是對於已經預知他可能做不了多久，就可能會被撤銷緩起訴的個案。</p>	<p>A4-1-2</p>
<p>除了被轉介的個案沒有到醫院，否則醫院沒有不准的，我們的轉介單傳真給他們後，他們就會勾選符不符合，然後回傳給我們，不會記載成癮嚴重不嚴重等資訊。</p>	<p>A4-1-2</p>
<p>紀：如果評估的時候設專人辦理，並為適當的資訊連結，是否可行？ A4：很根本的問題，就是會增加結案時間，影響結案的數量。這也是一開始我們能不給個案緩起訴戒癮治療就不給的原因所在，因為直接起訴比較快。而結案速度跟考績有直接的影響。 紀：如果要在地檢署設專人辦理分流處遇的評估工作，是否可行？ A4：以現有的人力是不可能，檢察官都是希望能夠幫忙減輕工作壓力，越多越好。</p>	<p>A4-1-7</p>
<p>我比較認同黃三原醫師一直在講的，就是不管是不是毒品法庭，就是評估的機制，和評估的這個人是要去門診治療還是進勒戒處所或戒治處所這種有強制力的地方。誰來決定，就是一個很大的問題，即使成立毒品法庭，沒有一個評估機制的話，還是回到一個原點。我為什麼今年6月跑去加拿大，加拿大很有名的就是那個個案管理和評估機制，看完之後，我們得到一個結論：臺</p>	<p>A6-1-2</p>

<p>灣做不到。她除了使用大量的量表外，每個監獄還有一組人在做評估，這個評估不是進監獄才做，是進入刑事司法體系就開始做，她把入分成高、中、低的危險程度，這不見得跟刑度有關係，這高、中、低的區分有一個意義就是，她 85% 是進入成人觀護、社區處遇這個地方，15% 的人才進矯正機關。她怎麼決是一個人是要進社區觀護，還是矯正機關，她在法庭就開始很重要的評估，評估範圍非常的廣，像如是原住民，還要請到長老，那像社工師、職能心理師一定跑不掉，那我們那個地方要付這個錢？</p>	
<p>我覺得要評估，大家都要有角色，要談的是：「要評估什麼？... 應該是由檢察官來綜合，不是讓醫院來評估要不要寫悔過書，是要讓醫院評估從小有沒有講謊話嗎？」</p>	B1-1-11
<p>紀：對現行緩起訴戒癮個案的評估方式有何看法？</p> <p>B2：對於緩起訴身分這件事情，現在評估跟沒有評估差不多，幾乎都是接受。</p> <p>紀：就是當事人願意、檢察官同意的情況下。</p> <p>B2：所以他不見得來醫院來評估，到醫院，他配合就配合，他口頭上說願意配合，但實際上不配合醫院的規定，還是不配合，所以說，到醫院評估是多餘的。</p> <p>紀：以後如果 24 條鬆綁了，緩起訴可能也可以強制戒治或到其他團體時。</p> <p>B2：這時候的評估，就不會在醫院發生，就可能在地檢署來評估，如果要醫療人員來參與，是不是就要和檢察官有一個合作關係，給他一些意見之類的。... 如果可以的話，我是建議用 RANT 那種評估法，因為那種評估法很簡單，如果還有需要的話，可以利用某種合作關係，像專家意見之類的，給檢察官意見，而不是要求那個個案自己到醫院評估，那只會造成困擾。... 醫院只是看他的身體狀況、醫療狀況，而不是醫院去評估該不該去緩起訴。</p>	B2-1-13
<p>我自己想的哦，就是在醫院要醫生在 1 個月或 3 個月的期間去判斷一個人要不要去接受緩起訴，90% 的醫生，都會說 100% 他要做緩起訴。... 現在成癮醫學的概念是，所有的個案都要評估有</p>	B3-1-11

<p>沒有醫療的需求。所以說，這些前端的評估，適不適合緩起訴，就不要到醫院，因為會 100% 通過，就在地檢署做評估。... 這個 ASI 不是在醫院評估的啊，因為一到醫院，所有醫生都會要 100% 緩起訴，真的，我不騙你。... 這種評估不要在醫院發生，我覺得很可怕，非常可怕，為什麼呢？因為我會選擇可以緩起訴，不可以緩起訴，病人就會開始操弄，要求不要緩起訴（應是要緩起訴，口誤），那種操弄，最可怕的就是威脅。你看過我們看門診嘛，所有的醫院都是一樣，都是單槍匹馬，就是只有一個醫生，旁邊沒有任何人。... ASI 連研究助理，好好的 training 也可以，就是要足夠的 training。如果可以的話，就是 ASI 在前端（先施測），就先了解這個個案要不要到醫院緩起訴，醫院只要做緩起訴這件事情就好了。ASI 是一個方式，ASI 也被人質疑很多他是不是這麼準，除了 ASI 之外，還有很多要考慮的，有關社區復健的，所以說，一個心理師，一個社工來評估，應該是蠻完整的。</p>	
<p>紀：日本之前考察過毒品法庭後，沒有採那個制度，反而最後是採在刑期後端的轉向處遇。</p> <p>B4：對於毒品法庭，我自己覺得在台灣不好推的地方，是光評估這件事情，本來就不容易了，國外的人是相信專業，像美國對於專家是信任的，他們本身法制的態度也比較好，但這些在臺灣都沒有。我想，只要用評估去分流，就會有人說話，為什麼有人可以這樣子？光一個觀察勒戒，為什麼他可以，我不可以？</p> <p>紀：有無繼續施用傾向？</p> <p>B4：對。我會覺得毒品法庭如果是在評估之後分流，在臺灣會不適合。但我同意你剛講可以有很多道的東西（評估），可以第一犯，就去門診，第二犯，去什麼，第三犯去什麼？但這些幾乎都不用評估，因為這些都取決於你的再犯。我覺得這會有邏輯上的合理性，因為會一犯再犯，就表示問題是嚴重的。第 4 犯、第 5 犯之後，就是走徒刑，就是變得很規則，因為一評估，大家都會有話說，真的，一定會有話說，最後，大家都覺得，為什麼我要去承擔這個責任，然後，評估的人會</p>	<p>B4-1-8</p>

<p>覺得很辛苦，壓力很大。</p>	
<p>地檢署轉介到醫院的時候，都會有一張評估單，醫生會評估適合或不適合，醫生勾完了之後，會再回傳回去，但至少我們（醫院）沒有勾過不適合。</p>	<p>B5-1-6</p>

第四章 第二節 第五點 緩起訴處分撤銷與否缺乏戒癮思維及客觀依據

訪談內容	出處
<p>紀：在什麼情形下檢察官會撤銷緩起訴處分？</p> <p>A1：這是刑事訴訟法的規定，因為緩起訴都會有預防再犯的命令，不可以再緩起訴期間再施用毒品，如果施用毒品的話，「得」撤銷緩起訴，以前只要施用毒品，就撤銷緩起訴，現在也意識到這是一個成癮的現象，不可能說戒就戒，我們也有下一個公文，不要這麼快撤銷緩起訴，要看看有沒有完成治療的可能。</p> <p>紀：問問醫院或觀護人的意見？</p> <p>A1：對，如果有這個可能的話，就不要撤銷緩起訴，我們可以再給他緩起訴，兩個（緩起訴）一起執行，有的時候甚至三犯，我們還是給他緩起訴。</p> <p>紀：要不要給他二緩、三緩有沒有一致的標準？</p> <p>A1：沒有一個統一律定的規定，但是很多地檢署都有這樣做，所以緩起訴的比例才會提升那麼多嘛。提升了將近一倍，之前差不多 9 點多，現在 17.8 左右，這都是刑事訴訟法的規定，但不要太快撤銷緩起訴是我們的政策，我們有跟地檢署講，也跟臺高檢講。</p>	A1-1-10
<p>紀：如果一直 2 緩、3 緩，就是罪名一直累積嘛，到後來如果真的很嚴重，還是給他起訴了，可是起訴後，就不知道法官會怎麼判？</p> <p>A1：這個我覺得還好，因為法官的量刑空間是非常大，他（數罪併罰）定執行刑，在最低的刑度以上，累加的刑度以下去量刑都可以，所以我之前請統計處做一個資料，有一個人施用二級毒品 10 幾次，結果判 2 個月、3 個月，目前法院對於施用毒品者也知道他是病人，有結合犯、連續犯的特質，所以量刑都量得特別輕，定執行刑都很輕，所以這部分是還好。</p> <p>紀：如果法官的觀念是有共識的時候？</p> <p>A1：大部分是這樣子，我在司改的報告裏有寫到。</p>	A1-1-11

<p>紀：目前大數據跑出來的研究，緩起訴的再犯率並不是最低的，監禁剛出來的反而比較低。</p> <p>A2：(笑)這跟我的研究一樣，監禁並沒有不好哦，至少讓這個人維持在無毒的環境，有時候只要維持個案在無毒的環境下，他的身體就會慢慢恢復，再加上監獄的生活正常，不戒毒也難，所以利用這種強制力來戒毒，也沒有 100% 不好。而且對有其他惡劣犯行的人，把他隔絕在社會之外，讓他反省一下，也沒有什麼不好。</p>	<p>A2-1-2</p>
<p>觀護人通常是上簽給檢察官說是否要撤銷緩起訴處分，包括緩起訴期間再犯施用毒品的情形，目前實務上，檢察官可以詢問觀護人，看這個個案到底有沒有違反緩起訴的情形，包括不去戒癮治療或驗尿有沒有陽性的情形（應是口誤，就是有陽性才要問），如果沒有，是不是可以把它視為是病情的復發，再給他機會，目前實務上是有這種反省的作法，會不會比較能夠解決，是不是要有人整合處遇的計畫，因為目前偵查中檢察官還是做決定的人，只是我們把其中一部分的權力，比如戒癮治療的實施，交給醫療機構，醫療機構理論上要把這樣的資訊回饋給命緩起訴的檢察官，那我們才能知道這個人是不是已經非撤銷緩起訴不可。</p>	<p>A2-1-12</p>
<p>遇到得撤銷的個案，如果撤銷就是起訴，如果不撤銷，那就是緩 2、緩 3，我之前有一個案例，就是已經很久沒有用（毒品）了，後來在一次朋友聚會、喝酒的場合下，又用了一下，像這樣，我們就會原諒他，因為他之前真的已經很久沒用了。...撤緩的話，少部分我們會簽結，但這種情形非常少，大部分我們會寫撤銷緩起訴處分書，然後給他 10 天的時間，看要不要再議，大部分不會再議，然後就會有一個撤緩毒偵，然後就會對新的這個行為追究責任，連同舊的行為，就會起訴兩罪。...我們的緩二，是舊的已經做一半，然後新的再接上去，然後也一樣是 2 年，所以如果他本來已經做了 1 年，在陽性了以後，再加上去 2 年。</p>	<p>A3-1-8</p>
<p>紀：執行股要撤銷的時候，是否應先詢問醫院、毒防中心及觀護人的意見？</p> <p>A4：嗯（表示同意），實際上都沒這樣做。</p>	<p>A4-1-10</p>

<p>紀：前兩年有發文要求地檢署在撤緩前要詢問醫院的意見。</p> <p>A4：我有看過，當初法務部發那個文，也是回應衛福部及外界的期待，但地檢署的執行檢察官通常不會那麼周延，能少一個案件就少一個案件。</p>	
<p>對，制度上是這樣，但給不給二緩，真的要看檢察官，其實會給二緩的檢察官真的不多，因為綁二緩，他要再綁 2 年，雖然二緩後他當下那個案子就結了，但如果被告又再吸毒，檢察官就要連同前案一起處理。</p> <p>對於個案來講，就是因為他是在復發期，所以才會被驗出陽性，但是一旦緩起訴撤銷，他的戒癮就中斷了，即使之後罰了錢，但癮的問題仍然沒有被處理，所以可以預期這些人很快的又會再回來。但是個案如果已經暫時的失功能了，那他應該被送觀察勒戒，等到身體的癮先處理好後再回社區，就是要有彈性。</p> <p>.....</p> <p>其實驗尿被驗到陽性，對我們來講，並不是壞事，因為那個時候，我們會有一個介入的契機去和他們討論為什麼又復發了，然後讓他自己去了解自己危險的因子，然後他又可以學習去避免這些危險的因子，而且，在這個時候，他會很正視自己的問題，因為他不想進去（關）。如果他一直在穩定期的時候，他是不會去想他有可能再復發的情形，而有很多個案都會在一個很突發的狀況，又回去用藥。</p> <p>其實北檢有大部分的個案（5 成以上）都是同志用藥，其實復發是一個介入的點，可是反而在這個時候你把他中斷了、撤銷了。這樣他就沒有辦法去學習到怎麼樣不要去重複這樣的循環。我會覺得現在的制度太僵化，沒有彈性。</p>	<p>A5-1-7</p>
<p>一罪一罰真的很可怕，我有一個個案，6 月才假釋出來，他被判了 38 條施用毒品，因為是累犯，所以每一個罪都是 7 個月起跳，加起來 13、14 年，比販毒還重。他現行關完都 50 幾歲了，其實他只是在急性期，都在同一年被捉，都是因為他的毒友都指證在他家吸毒，所以一直被警察捉。像這樣的個案這樣被關，真的浪費司法資源。...每個個案都一樣。其實只要不危害別人，有本事</p>	<p>A5-1-12</p>

<p>不要吸到暴斃就好。我剛才那個個案就是家裏經濟狀況不錯，家裏有固定租金收入，所以不會危害別人，他告訴我，其實還有（單純施用毒品）判更重的，只是還沒有關出來，也有判 17、18 年的。他現在惟一害怕的，就是殘刑被執行，所以雖然想吸，但還是會抑制。</p>	
<p>依我之前到美國參訪之見聞，美國對偶發性的毒品使用者，基本上是容忍的，他們有自己的檢驗中心，他們會秀出每個個案，看每個個案從開始保護管束到現在驗尿的結果，用紅燈、綠燈來保護，他就是一種監測，了解現在的狀況，當紅燈的頻率越來越高，就會開始介入，如果有控制下來，基本上就會讓他們留在社區裏，他自應假釋的個案也是這樣，不像我們（假釋個案）只要是驗出陽性就會被捉去關。除非是即便介入了仍然控制不下來，才會捉去關。</p> <p>這覺得那樣（美國的方式）才是有效的把資源做分配，否則動不動把他捉去關，那之前在社區的努力就都白費了，投入的資源也浪費了，所以對於偶發性的容忍到怎麼。</p>	<p>A5-1-13</p>
<p>為什麼我們署長明（107）年 1 月 1 號要開始推「科學實證之毒品犯處遇模式」，很多人都以為他是新的，其實他不是，目前各監獄都在做，只是我們後來彙整，然後請楊士隆老師指導，然後把美國 NIDA 的 13 項建議歸納在 7 大面向的課程，這 7 大面向的課程目前矯正機關都在做。比如說我今天開正確用藥、職涯發展、壓力團體...這麼多的團體課程，然後就是 1-20 號的人來這個課程，可能 21-30 的人去那個課程，有時是資源分布的問題，有時候是開課課程的問題。...那科學實證的精神，就是他是一個連串性的處遇，我還是開這 7 大面向的課程，我讓他在出監前上到這 7 大面向的課程，但不能保證每個人都上得到，因為 3 萬多人。</p>	<p>A6-1-3</p>
<p>矯正署的毒品犯已經堂堂超過 50% 了，就是 6 萬多的收容人當中，有 3 萬多是毒品收容人，當然這有很大部分是製、販、運的部分，我們可以做很多事情，可能都不能改變現狀，但我們要做一件事情，就是我們試圖去做...。像陳玉書老師的一個研究，一個人可能要關了 5 次到 7 次，處遇對他的影響才會慢慢的出來，</p>	<p>A6-1-11</p>

5次、7次你願意投資嗎？	
<p>量刑的時候，有很多的因素可以綜合判斷，那在撤銷緩起訴的時候，不能在觀護人那邊有很多因素可以綜合考量嗎？...，在司法的自由心證，在我們醫療端叫「臨床判斷」，就是綜合很多的面向，...，觀護人也可以有這樣的思維啊。...我是說觀念要改，因為大家處理的是人，不是單一事件。</p>	B1-1-5
<p>在醫療來講，如果咳嗽嚴重，一直咳，就是密集治療、住院治療，但如果是司法來講，就是你為什麼一直咳，你越咳，我就把你關越久，（談論美國毒品法庭的處理方式，也是要處理一罪一罰的問題），所以說，如果在驗出是陽性，就要加強緩起訴命令強度，但是不以罪論，如是加強驗尿的頻率。</p>	B1-1-6
<p>你們法務部之前不是下一個文，就是要地檢署決定是否撤緩前，要詢問毒防中心和醫療機構的意見？我不知道這在實際的執行上是怎麼樣。基本上我是支持的，因為毒品是一個非常非常複雜的問題，每一個都是看一個面，我們要對這個人做好的決定，是要每個面都要考量，然後多害相權取其輕，如果那一個對他比較好，我們再去加權。</p>	B1-1-18
<p>如果大家都可以接受，檢察官也這樣做：就是不一定要緩起訴附命戒癮治療，那下緩起訴的時候就沒有那麼多障礙，就等於另一種型態的除刑化了。就是原則上初犯、沒有前科、看起來還好的，也都用緩起訴處理。...但現在的社會氛圍不是這樣。...不一定要醫療，是其他更具約束力的緩起訴。也就是說，我比較理想啦，原則上，沒有特殊理由，都應該一開始就緩起訴；有一些理由，就是要緩起訴附帶強度的介入，能夠配合才能進行緩起訴；實在沒辦法，我們做不到這些，該監禁的就要監禁。</p>	B2-1-4
<p>紀：可是我們目前可能因為司法制度的關係，最後被關起來的比例是高的，例如在緩起訴期間，如果在地檢署或警察機關驗到陽性的時候，他可能被起訴，如果有機會一再被緩起訴，最後可能會搯好幾條罪。</p> <p>B3：這很不合理，他只是施用而已。</p> <p>紀：是啊，如果以慢性病來看的話，他只是復發而已。</p>	B3-1-7

<p>B3：如果是這樣，那就讓他緩起訴可以無限延長，讓他一直在醫院裏頭治療，我當然不是說醫院有這麼厲害，但是可以雙管齊下，一起來處理這群，像復發性太高，通常都是需要用藥。...我覺得在結束醫療後的第二年緩起訴期間，應該不能一驗到陽性就馬上撤緩。</p>	
<p>...受刑人的話，架構都很類似啦，但是受刑人每一個人的時間差異很大，我們就很難像受戒治人、受觀察勒戒人，可以很架構化、標準化，就是2個團體或3個團體，我知道有的監獄經費比我們少，就是用戒毒班的形式，就是開一班或開二班，只有少數的毒品犯會上到這些處遇課程，我們會儘可能讓所有的受刑人都上到課程，包括專業的課程，我們想要做的受刑人的操作是說，當他們距離報假釋前、出所前2年時間的時候，我們就會跟利伯他茲合作，因為利伯他茲在出監後可以做一些銜接的輔導，可以讓符合條件，比如說離出所2年的人，依照自己的意願去報名參加，然後利伯他茲就會幫忙，除了所內上團體課程外，也會幫他們做個別輔導。...只要是1年到2年之間，我們都好規劃，但是有的又很短，只有幾個月而已啊，有的已經在別的監獄已經服刑了1陣子，來這邊就沒剩幾個月...</p>	<p>B4-1-5</p>
<p>其實不規律就診，在國外文獻也是一個重要的預測因子。就像觀護人那邊，不定期報到一樣。那個都還很客觀，而且是重要的預測因子。因為這也不難理解，從行為心理學來講的話，這個可以規律就診，他的生活相對是穩定的，它是一個很好的正向循環，如果他越正常，就可以越回到規律的門診，比如說，有一個預測因子是：「在治療中停留的期間」，那是針對不是被強制的，如果願意停留在治療中越久的人，他後追的效果是越好的。...我思考的方向是說，其實我贊成給他們機會啦，不要說第一次驗到就，除非第一次驗到就不單只是驗尿而已，而且他也再犯其他的犯罪，那就不用說了。是可以給他第2次、第3次的機會，但是在給他機會的同時，是不是也可以有一些操作，讓他承擔更多的限制讓他知道說，不要再犯了。</p>	<p>B4-1-13</p>
<p>紀：還是回到最初給緩起訴的標準，如果依原先判別緩起訴的標</p>	<p>B4-1-13</p>

<p>準，個案已經是不會給緩起訴的情況，那就給他起訴？</p> <p>B4：對，我覺得可以這樣操作。...我有一個個案出去，也是跟我求助，講得越多，就會覺得，剛開始也覺得他蠻無辜的，可是聽越久，就會覺得他一點都不無辜，確實他的功能已經不行，就是癮的情形，已經開始腐蝕他的心和生活了，後來他的假釋被撤了，我是跟他說，看要不要趕快跟他的觀護人或檢察官講說，要不要趕快發指揮執行書，趕快進來關，不然後來越滾越大，會很後悔的，趕快進來關，雖然很不想進來關，但是讓你關進來，對你是最好的。...他們在外面，使用毒品的壓力又大，他們的決策都已經很糟糕了，最後他們都沒有風險的評估，完全高估自己，想做什麼就做什麼。</p>	
<p>我在醫院的時候，有接過地檢打來問個案的狀況，可是很少，一、二次而已，不會正式的發公文，至少我沒有接到過，沒有形成制度，反正個案時間到（不管失聯或完療），醫院就發結案報告過去，就這樣子而已。...。（決定是否撤銷緩起訴）是可以參考他在醫院的狀況，如出席率啊、服藥的狀況、配合度啊。而在毒防中心的話，我們都還會去家訪，去看一看，去聊一聊，所以毒防中心如果真的有追到這個個案，能掌握個案生活狀況的話，毒防中心那邊的資料，真的可以拿來做參考。因為觀護人或醫院，都不可能實際去做家訪啊，有些事情可能到現場去看時，可能才會了解，有關個案的家庭、生活狀況、經濟狀況，毒防中心會比較清楚。</p>	<p>B5-1-13</p>