觀察勒戒及強制戒治制度檢討與興革之研究

受委託單位：國立臺灣師範大學

研究主持人：李思賢

協同主持人：楊士隆

專任助理：陳建瑋

研究期程：中華民國113年1月至113年12月

研究經費：新臺幣77萬5千元

研究計畫編號（GRB）：PG11301-0020

法務部司法官學院 委託研究

中華民國113年12月

（本報告內容純係作者個人之觀點，不應引申為本機關之意見）

摘要

自 1998 年毒品危害防制條例全文修正起，我國對於施用毒品罪之處遇開始引入側重於治療而非懲罰的趨勢，並建立起以「勒戒」、「戒治」等機構內處遇方案代替原有「刑罰」矯治措施的處遇制度，以達到協助施用毒品成戒除身癮與心癮的效果。然而現行觀察勒戒及強制戒治處遇是否達成該目的、應該採用何種指標評估，以及未能達成該期待時應如何調整，是本研究的目的。

本研究爬梳了觀察勒戒及強制戒治制度的發展脈絡，並整理了現況制度下受觀察勒戒及強制戒治處分的施用毒品者會經歷的程序流程，接續彙整既有現行制度的文獻，彙整結果發現現行制度在防制再犯的效果有限。為了能夠更進一步理解實行的困境，本研究考察制度發展過程中的背景思想流變，發現毒品政策的變化會與軍事或政治上的需求息息相關。

除了彙整國內文獻，為了提出制度改革的建議，本研究回顧了美國、德國及日本在施用毒品行為上的處遇作為，結果發現美國與德國的法規範，處遇是針對毒品相關連犯罪，並非施用毒品行為。美國現況是以問題解決的思維，發展出毒品法庭；德國是基於自傷不罰，若因為毒癮需持續施用毒品而引發的相關犯罪，會給予監督式治療。美國與德國在處遇過程中以減少毒害與治療效果做為指標。日本則是有麻藥五法，沒有審前轉向或醫療前置的方案，一律採用懲役刑罰，後續開展出政府與民間團體協作，達成「自入監前到出監後」的貫穿式保護與預防再犯。總結來說，由於不同國家是在不同背景脈絡下發展而來，對於我國制度可以參考其考量與精神，例如日本的官民合作、美德的減少傷害與治療復元，但對於我國制度的適用性與合用性，需要審慎考量與評估。

本研究採用質性與量性混合設計的研究方法。質性是邀請 10 位專家學者進行三場焦點座談會議，結論與文獻爬梳論述相似，本研究得以確認當前觀察勒戒及強制戒治制度在運作與追蹤上存在需要改進之處。具體來說，專家共識是觀察勒戒與強制戒治對於毒品犯有強制生理戒斷與家庭喘息的效果，但引發負面的副作用相當大，包括中斷生活與社會功能、擴大毒品交友圈、缺乏充分治療資源與

配套措施、缺乏共識導致工作者間的衝突、處遇時間缺乏彈性、與後續復歸社會協助不足等等，導致觀察勒戒、強制戒治制度無法達成其預防再犯的目的。除了專家會議，本研究以法務部刑事資料庫檢視觀察勒戒、強制戒治與附命緩起訴三種處遇制度是否再犯毒品罪與不再施用毒品的時間，結果顯示完成附命緩起訴處分者在再犯毒品罪與存活時間上的效果，都統計上顯著優於在觀察勒戒與強制戒治的受處遇人。總結而言，從量性資料分析結果與專家學者的建議，若能夠發展出更為良善應對施用毒品問題的制度，應該考慮廢止當前的觀察勒戒、強制戒治制度而改採更為良善的處遇機制。

本研究依照政策改革執行的順序，提出短、中、長期的政策建議，每一階段的建議都是為下一個階段的政策革新提供基石。短期建議是不需修改法令，主要依據現況分析結果，增加司法轉向的附命緩起訴人數，會比執行觀察勒戒、強制戒治在預防毒品在施用的比率與天數，都有較佳的效果。同時檢討建立跨部會間的對話協調機制，精進目前在觀察勒戒與強制戒治處所內的治療與處遇措施。中期是調整檢察官對毒品犯之評估、分流與對應到有效處遇的決策流程，例如廢除現行以「初犯／3 年後再犯」作為進入觀察勒戒處遇制度的分流標準。在成癮治療上，持續擴展與強化社區醫療量能，隨著醫療評估、分流與治療制度的運行，於實踐過程中以個案個別醫療需求持續細緻化治療與有效對應處遇方案的種類；建立治療期間的持續監督與再犯風險評估機制，由醫療團隊確認個案治療效果不佳、且地檢署評估再犯罪風險高，則宜重新分流到觀察勒戒、強制戒治處所。

長期政策建議是落實成癮是一種大腦慢性、容易復發的疾病，於治療與處遇制度之中盡可能除去強制與監禁的要素，司法系統由過去主導地位轉向協助監督。政策建議包括治療與處遇制度的設計、規劃與評估皆以處理因成癮引發之問題與復歸社會為核心，採取醫療化、社區化與彈性化的策略。因此，建議廢止觀察勒戒制度，但維持增強治療資源的強制戒治處遇制度。

關鍵字：觀察勒戒、強制戒治、毒品、附命緩起訴戒癮治療、毒品危害防制條例、跨國制度比較

Abstract

Since the comprehensive amendment of the Narcotics Hazard Prevention Act in 1998, Taiwan has begun to adopt the treatment rather than punishment for drug offenses. This shift has led to the potential establishment of treatment system that replace traditional punitive measures with institutional interventions such as "compulsory abstention" and "compulsory rehabilitation," aimed at assisting individuals in overcoming both physical and psychological dependence on drugs. This study aims to evaluate whether the current compulsory abstention and compulsory rehabilitation programs achieve their intended outcomes, the appropriate indicators for assessment, and the adjustments required when expectations are not met.

This research examines the developmental context of the compulsory abstention and compulsory rehabilitation system and outlines the procedural flow experienced by individuals subjected to these measures. It also reviews existing literature and finds that the current system has limited effectiveness in preventing recidivism. To better understand the implementation challenges, this study investigates the evolving ideological background throughout the system's development, revealing that changes in drug policy are closely linked to military or political needs.

In addition to synthesizing domestic literature, this study reviews interventions in the United States, Germany, and Japan to propose recommendations for system reform. The findings indicate that both the U.S. and Germany have regulations that address crimes related to drug use, but not the drug use per se. The U.S. currently employs a problem-solving approach and has developed the drug court programs, while Germany follows a principle of non-punishment for self-harm behavior, providing supervised treatment for drug-related offenses stemming from addiction. Both countries utilize harm reduction and treatment outcomes as key indicators. Conversely, Japan’s five narcotics laws lack pre-trial diversion or medical treatment, applying prison sentences uniformly and later collaborating with government and civil society organizations to establish continuous protection and prevention against recidivism from pre-release to post-release. In summary, since these countries have developed their systems within

different contextual backgrounds, Taiwan can draw on their considerations and philosophies, such as Japan's public-private collaboration and the harm reduction and recovery and social recovery approaches of the U.S. and Germany. However, the applicability and suitability of these models for Taiwan's system require careful consideration and evaluation.

This study employs a mixed-method research design, combining qualitative and quantitative approaches. Qualitatively, ten experts were invited to participate in three focus group discussions, yielding conclusions consistent with the literature review. It confirms the need for improvements in the operation and tracking of current compulsory abstention and compulsory rehabilitation systems. Specifically, expert consensus indicates that while these programs have a coercive effect on physiological detoxification and provide familial respite, they also induce significant negative side effects, including disruptions to daily life and social functioning, an expanded drug-related social circle, insufficient treatment resources and support measures, conflicts due to lack of consensus among workers, inflexible treatment timelines, and inadequate post-release social reintegration support. These factors hinder the achievement of recidivism prevention goals. In addition to expert discussions, this study analyzes data from the Ministry of Justice's criminal database to assess the recidivism rates for drug offenses among individuals subjected to compulsory abstention, compulsory rehabilitation, and deferred prosecution with compulsory addiction treatment. The results demonstrate that individuals who complete deferred prosecution have significantly better outcomes in terms of recidivism and survival time compared to those in compulsory abstention and compulsory rehabilitation programs. Overall, based on quantitative data analysis and expert recommendations, if a more effective system for addressing drug use issues can be developed, the current compulsory abstention and compulsory rehabilitation system should be abolished in favor of a more beneficial treatment mechanism.

This research proposes short-, medium-, and long-term reform strategies in accordance with the sequence of policy implementation, with each phase serving as a

foundation for the next. The short-term reform, which does not require legal amendments, suggests increasing the number of individuals placed under deferred prosecution based on the analysis results, as this would be more effective in preventing drug lapse rates and durations than current compulsory abstention and compulsory rehabilitation measures. Additionally, it recommends establishing a communication and coordination mechanism among governmental departments to enhance treatment and intervention measures within compulsory abstention and compulsory rehabilitation settings. The medium-term reform involves adjusting prosecutors' assessment and decision-making processes regarding drug offenders, for instance, eliminating the current diversion standard based on "first-time offenders/recidivists after three years." In addiction treatment, it advocates for the ongoing expansion and strengthening of community medical capacity, allowing for case-specific, nuanced treatment plans based on individual medical needs, alongside establishing continuous monitoring and recidivism risk assessment mechanisms during the treatment period. Should a case show poor treatment outcomes and a high risk of reoffending as evaluated by the judicial authorities, it should be redirected to compulsory abstention and compulsory rehabilitation facilities.

The long-term policy recommendation emphasizes recognizing addiction as a chronic, relapsing brain disease and minimizing elements of coercion and imprisonment within treatment and intervention systems, shifting the judicial system from a leading role to one of monitoring supervision. Recommendations include designing, planning, and evaluating treatment and intervention systems focused on addressing drug-related issues and facilitating social reintegration, employing medical, community-based, and flexible strategies. Therefore, the study suggests abolishing the compulsory abstention system while maintaining the compulsory rehabilitation program with more intensified addiction treatment.

Keywords: Compulsory abstention, Compulsory rehabilitation, Illegal drugs, Deferred prosecution with compulsory addiction treatment, Cross-national comparison

目錄

第壹章　緒論　1

第一節　研究背景　1

第二節　研究動機及目的　5

第二章　文獻探討　6

第一節　觀察勒戒及強制戒治發展脈絡與運作現況回顧　6

第一款　觀察勒戒及強制戒治制度發展脈絡　6

第二款　觀察勒戒及強制戒治運作現況及檢討　11

第三款　制度變革背後的思想流變　28

第二節　外國制度　31

第一款　美國　31

第二款　德國　40

第三款　日本　46

第四款　各國制度比較　62

第三節　評估指標之探討　65

第三章　研究方法　70

第一節　研究架構　70

第二節　研究設計與流程　71

第三節　研究對象與研究倫理　72

第四節　資料分析方法　72

第一款　質性資料分析方法　73

第二款　量化資料分析方法　75

第四章　專家焦點座談分析　82

第一節　觀察勒戒及強制戒治制度成效現況評釋　82

第一款　制度優點　82

第二款　制度缺點　86

第三款　對制度現況的理解 93
第四款　制度執行上的困境 97
第二節　觀察勒戒及強制戒治制度成效評估指標 100
第一款　現況已採取的評估指標 100
第二款　建議可以採取的評估指標 102
第三款　執行評估成效相關的各項建議 103
第三節　觀察勒戒及強制戒治制度改革方向建議 105
第一款　制度執行本身的改革建議 106
第二款　制度執行完畢後的改革建議 110
第三款　與制度執行相關聯的改革建議 111
第四節　小結 114
第五章　量化資料分析 116
第一節　描述性統計 116
第一款　2 年內再犯罪／再施用毒品情形分析 116
第二款　3 年內再犯罪／再施用毒品情形分析 123
第三款　5 年內再犯罪／再施用毒品情形分析 129
第二節　再施用率分析 136
第三節　存活分析 142
第一款　2 年追蹤存活分析 142
第二款　3 年追蹤存活分析 144
第三款　5 年追蹤存活分析 145
第四節　小結 147
第六章　結論與政策建議 150
第一節　研究結論 150
第一款　制度設立目的效果有限 150
第二款　制度現況與有效性評估 152

第二節　政策建議 154
第一款　短期政策建議 154
第二款　中期政策建議 155
第三款　長期政策建議 156
第三節　研究限制與未來研究建議 158
第一款　研究限制 158
第二款　未來研究建議 159
參考書目 161
附錄一　倫理審查證明（202402HS015） 173
附錄二　專家焦點座談會議座談大綱 175
附錄三　專家焦點座談會議座談各專家發言逐字稿 177
附錄四　美國法 253
附錄五　德國法規 267
附錄六　日本法規 281

表次

表 1　各處遇階段戒治課程配置　16

表 2　毒防中心追蹤輔導結案標準　19

表 3　2023 年底戒治所在所人數與人力比　26

表 4　美國毒品法庭 10 項關鍵要素　32

表 5　轉向制度與繞移制度之比較　34

表 6　戒癮指導課程　56

表 7　我國與美、德、日等國施用毒品處遇制度之比較　63

表 8　SAMHSA 彙整成效資訊項目　65

表 9　Neale 等人彙整 28 項復元指標　67

表 10　專家焦點座談預計邀請對象　72

表 11　各場次焦點座談與會專家學者及其所屬領域　74

表 12　本研究使用犯罪資料庫檔案及資料筆數明細　75

表 13　本研究各追蹤期間與行為類型資料筆數　76

表 14　個人基本變項資料　116

表 15　2 年內再犯任何罪　117

表 16　2 年內再施用毒品罪　118

表 17　2 年內再犯任何罪天數與處置天數　119

表 18　2 年內再施用毒品罪天數與處置天數　120

表 19　2 年內再犯罪／再施用類型與處遇方式　121

表 20　2 年內再犯罪／再施用類型與年齡　122

表 21　3 年內再犯任何罪情形　124

表 22　3 年內再施用毒品罪情形　125

表 23　3 年內再犯任何罪天數與處置天數　126

表 24　3 年內再施用毒品罪天數與處置天數　126

表 25　3 年內再犯任何罪／再施用類型與處遇方式　127

表 26　3 年內再犯任何罪／再施用類型與年齡　129
表 27　5 年內再犯任何罪　130
表 28　5 年內再施用毒品罪　131
表 29　5 年內再犯任何罪天數與處置天處　132
表 30　5 年內再施用毒品罪天數　132
表 31　5 年內再犯任何罪／再施用類型與處遇方式　134
表 32　5 年內再犯任何罪／再施用類型與年齡　135
表 33　完整追蹤 2 年再施用比率　137
表 34　完整追蹤 2 年再施用比率－性別 X 處遇方式　137
表 35　2 年追蹤存活個案數與存活率　142
表 36　2 年追蹤存活時間平均值　142
表 37　3 年追蹤存活個案數與存活率　144
表 38　3 年追蹤存活時間平均值　144
表 39　5 年追蹤存活個案數與存活率　146
表 40　5 年追蹤存活時間平均值　146

圖次

圖 1　近 7 年觀察勒戒及強制戒治人數變化　2

圖 2　近 7 年緩起訴附命戒癮治療佔比情形　2

圖 3　施用毒品罪案件流程概要　12

圖 4　施用毒品罪處遇流程　13

圖 5　毒品危害防制中心個案管理流程　20

圖 6　宜蘭縣政府衛生局毒防中心服務流程圖表　21

圖 7　1998 年毒危條例施用毒品罪處遇流程　22

圖 8　繞移制度發動流程　37

圖 9　有關毒品成癮者出監所後支援服務的社區合作指引概要　58

圖 10　基於社區合作指引的成癮者支援服務流程圖　59

圖 11　研究架構　70

圖 12　2 年再施用率-依性別分　138

圖 13　2 年再施用率-依處遇方式分　138

圖 14　2 年再施用率-男性 X 處遇方式　139

圖 15　2 年再施用率-女性 X 處遇方式　140

圖 16　2 年追蹤存活曲線（1＝強制戒治、2＝觀察勒戒、3＝緩護療）　143

圖 17　3 年追蹤存活曲線（1＝強制戒治、2＝觀察勒戒、3＝緩護療）　145

圖 18　5 年追蹤存活曲線（1＝強制戒治、2＝觀察勒戒、3＝緩護療）　147

第壹章　緒論

第一節　研究背景

自 1998 年毒品危害防制條例（下稱毒危條例）全文修正起，我國對於施用毒品罪之處遇開始引入側重於治療而非懲罰的趨勢，並建立起以「勒戒」、「戒治」等機構內處遇方案代替原有「刑罰」矯治措施的處遇制度，以達到協助施用毒品者戒除身癮與心癮的效果。其後毒危條例又分別於 2008 年、2019 年分別修法增加附條件緩起訴處分以轉向緩起訴多元處遇、放寬進入觀察勒戒及強制戒治處遇的門檻，逐步增加我國在施用毒品罪上可資運用的治療處遇措施，顯示在法制規劃上我國正朝向疾病化、醫療化施用毒品罪的方向發展。

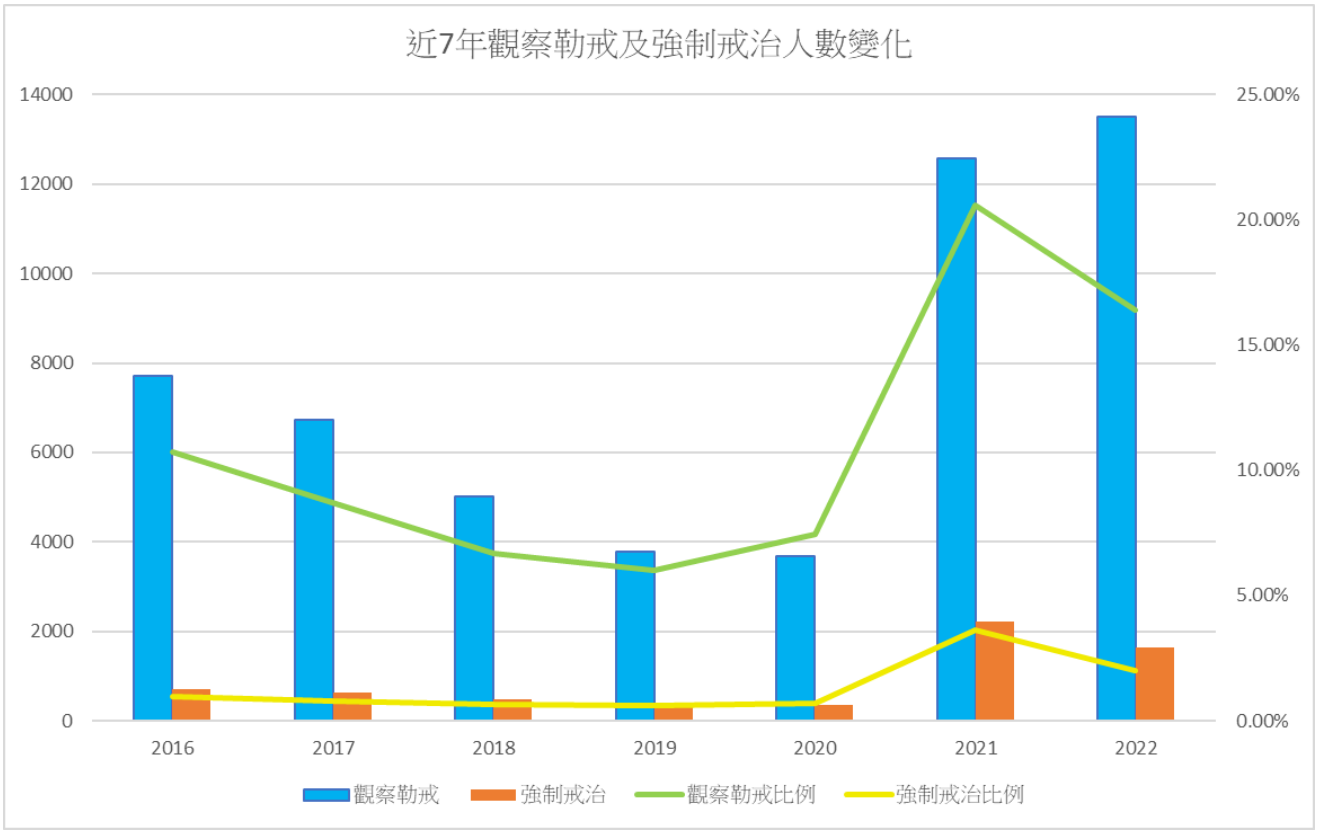
然而若詳細觀察我國觀察勒戒與強制戒治制度執行狀況，從每年新收容人數變化趨勢來看[1]，可以發現於近 10 年間，觀察勒戒與強制戒治新收人數截至 2020 年為止，大致呈現下降趨勢，整體而言，2020 年新收觀察勒戒人數較 2013 年減少 2,924 人，下降比例 44.32%；新收戒治人數較 2013 年減少 328 人，下降比例 48.66%。惟自 2021 年起新收勒戒人數及新收戒治人數皆大幅上升，其中 2021 年新收勒戒人數較 2020 年增加 8,885 人，增加幅度達 2.41 倍，並於 2022 年仍持續增加；新收戒治人數較 2020 年增加 1,862 人，增加幅度達 5.38 倍，2022 年則較 2021 年略為減少，惟仍較 2020 年多。（圖 1）

與觀察勒戒及強制戒治人數相對的，緩起訴多元處遇附戒癮治療（下稱緩護療）的人數則沒有明顯的變化，自 2016 年由 3,202 人大幅增加至 2017 年 7,312 人後，至 2022 為止人數皆維持在 6 千人上下浮動，又緩護療處分佔施用毒品罪處分的比例約在 2020 年至 2021 年間達到高峰，2022 年則有所衰減。[2]（圖 2）

---

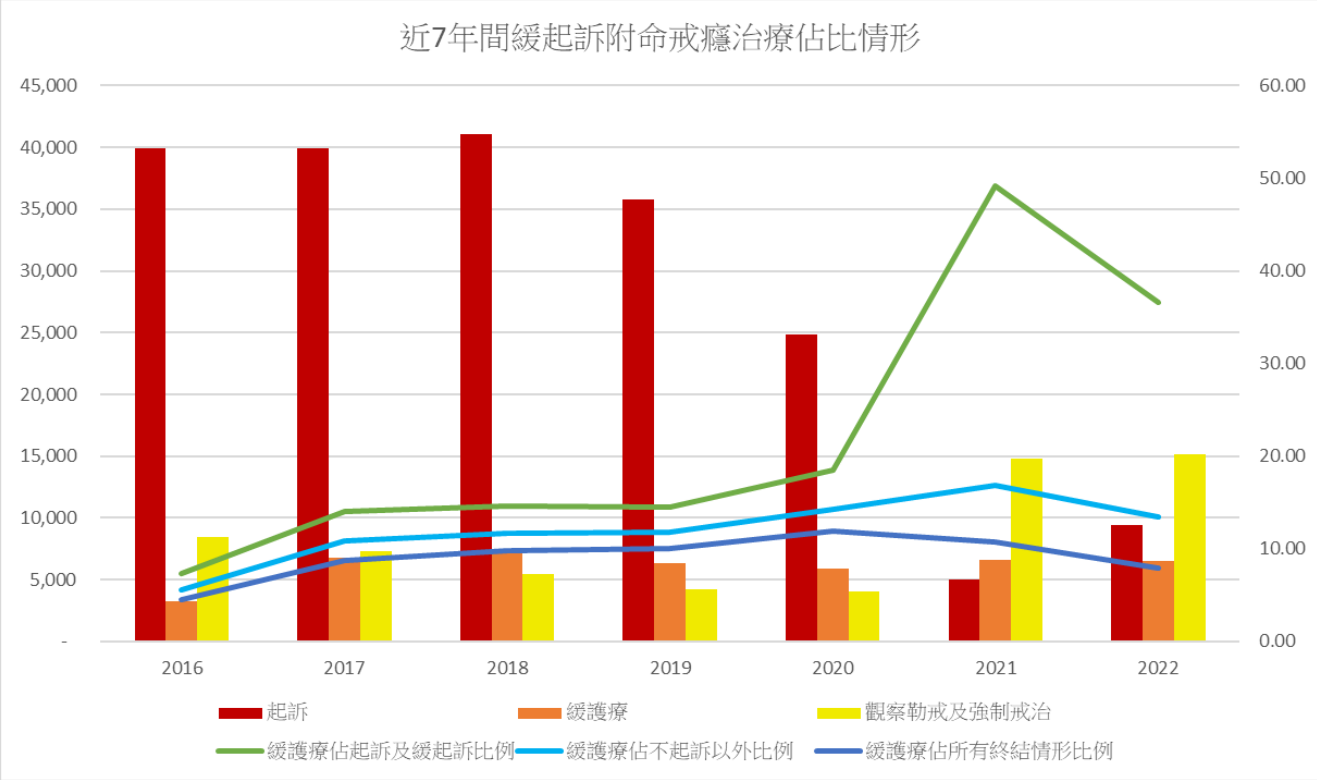
[1] 本處所引用之觀察勒戒及強制戒治人數資料，取自法務部法務統計資訊網（https://www.rjsd.moj.gov.tw/RJSDWeb/inquiry/InquireAdvance.aspx）。

[2] 本處所引用之緩起訴附命戒癮治療處分人數資料，取自法務部司法官學院（2023），〈第四篇-特定類型犯罪者之犯罪趨勢與處遇〉，《中華民國 111 年犯罪狀況及其分析-2022 犯罪趨勢關鍵報告》，法務部。



資料來源：司法官學院(2023)、法務部法務統計資訊網。

圖 1　近 7 年觀察勒戒及強制戒治人數變化



資料來源：司法官學院(2023)、法務部法務統計資訊網。

圖 2　近 7 年緩起訴附命戒癮治療佔比情形

從圖 2 中可以更清晰地看見觀察勒戒及強制戒治制度與緩護療的人數變化過程，導致緩起訴多元處遇佔比產生變化的因素，與緩起訴的人數變化較無關聯，而是起訴、觀察勒戒及強制戒治人數的變化。又導致起訴與觀察勒戒及強制戒治人數變化的原因，則分別可以從最高法院刑事大法庭 109 年度台上大字第 3826 號裁定與最高法院 110 年度台上字第 2096 號裁定探究原因。

大法庭 109 年度台上大字第 3826 號裁定指出於 2019 年毒危條例修正後，司法端亦應重新審視對施用毒品者側重於犯人而非病人的思維，並據以認定毒危條例修法後第 20 條所謂之「3 年後再犯」的解釋方法，應由過往的「觀察勒戒、強制戒治完畢後逾 3 年始再次犯施用毒品罪」，修改為「距前一次觀察勒戒、強制戒治執行完畢後逾 3 年有再次犯施用毒品罪」，改變過往見解中有關三犯是否有觀察勒戒及強制戒治適用的認定[3]，降低了進入觀察勒戒及強制戒治的門檻。最高法院 110 年度台上字第 2096 號裁定則就緩起訴是否具有實質上等同接受觀察勒戒及強制戒制處遇的效力作出解釋，認定附條件緩起訴與觀察勒戒及強制戒治之間，為強度有別的漸進式處遇措施而非相互等效的替代措施，因此縱使施用毒品者先前已完成附條件緩起訴，嗣後再犯施用毒品罪時仍須先判斷有無觀察勒戒及強制戒治處遇適用的空間。

儘管從立法到司法體系都通過放寬適用觀察勒戒及強制戒治處遇的門檻，展現在政策上傾向以刑罰以外途徑應對施用毒品之問題，並且於論述上認定觀察勒戒及強制戒治處遇具有較佳之戒癮成效，如最高法院 110 年度台上字第 2096 號裁定中認為「又『附命緩起訴』戒癮治療之執行，係以社區醫療（機構外醫療體系）處遇替代監禁式治療，使施用毒品者得繼續正常家庭及社會生活，尚非集中於勒戒處所，受監所矯正、管理，仍難脫其『收容』或『處罰』外觀者，所可比

[3] 如最高法院 95 年第 7 次刑庭決議及 97 年第 5 次刑庭決議的認定「倘被告於五年內已再犯，經依法追訴處罰，縱其第三次（或第三次以上）再度施用毒品之時間，在初犯經觀察、勒戒或強制戒治執行完畢釋放五年以後，已不合於『五年後再犯』之規定」，即當年的見解認為所謂的「五年後再犯」須為 5 年後初次再犯施用毒品罪使為該當。又兩刑庭決議又認定「且因已於『五年內再犯』，顯見其再犯率甚高，原實施觀察、勒戒或強制戒治，已無法收其實效，即應依該條例第十條處罰」，顯示當時的司法系統對於戒除毒癮的想像是認為監禁或懲罰優於醫學治療，這點至今仍然刻印在司法系統對於毒品多元處遇的論述之中。

擬」，因此「於機構外之戒癮治療難達其成效時，再施以機構內之強制處遇，亦屬循序漸進之合理矯正方式」，然而這一方面顯示法院對於治療成效的想像，有部分然而建立在仰賴「收容」或「處罰」之上，另一方面也忽略了現行觀察勒戒及強制戒治處遇是否成效更佳尚有待討論。

用以評估觀察勒戒、強制戒治成效的方式，大多會採用處遇完成後的再犯率作為指標，學者鍾宏彬在考慮統計上錯誤並嘗試校準再犯率數值後指出，觀察勒戒出所 5 年累積再犯率介於 43.93%至 46.04%之間，強制戒治出所後 5 年累積再犯率介於 47.13%至 60.26%之間。[4]相較之下，顧以謙等人分別以 2008 至 2016 年，與 2017 年新世代反毒策略執行後完成戒癮治療處遇的施用毒品者為對象計算五年內累積再犯率，其中 2008 年至 2016 年的五年內累積再犯率為 44.1%，2017 年的五年內累積再犯率為 33.5%，顯示戒癮治療處遇的戒治成效似乎較觀察勒戒、強制戒治更佳。不過顧以謙等在研究中也提醒到，若將「未完成戒癮治療」的群體納入分析，2008 年至 2016 年所有接受戒癮治療的受處遇者 5 年內累積再犯率會上升到 56.1%，2017 年的五年內累積再犯率則會上升到 48.0%。[5]另一方面鍾宏彬認為若考慮到將受處遇者分配進緩護療、觀察勒戒和強制戒治等不同處遇時，可能存在選擇性偏誤的情況，不能僅用再犯率的高低來評定處遇方案的成效。[6]

再犯率外，李子奇等以就業狀況作為觀察指標，發現不同處遇方案的失業風險由高到低依序為監禁、強制戒治、觀察勒戒、緩起訴，李子奇等指出由於穩定就業是社會復歸的重要因素，因此越低的失業風險即表示越高的社會復歸能力。[7]換言之，若以就業狀況做為觀察成效的指標，反而會得出與法院見解相反的處遇效力排序。

---

[4] 鍾宏彬、吳永達（2018），施用毒品行為多元處遇成效評估與比較-第一期研究成果報告書（勘誤版），法務部司法官學院，頁 25-26。

[5] 顧以謙、鄭元皓、楊郁慈、謝沛怡、吳瑜（2023），以再犯預防為導向之 AI 人工智慧毒品施用犯罪大數據應用分析計畫-以自然語言分析檢察書類為核心(第一期)，法務部司法官學院，頁 76-81。

[6] 鍾宏彬、吳永達，同前註 4，頁 23-24。

[7] Lee, C.TC., Huang, CM., Chang, LC. et al. (2020). Prison sentencing increases the risk of unemployment among illegal heroin users in Taiwan. Subst Abuse Treat Prev Policy 15, at 77. https://doi.org/10.1186/s13011-020-00320-3

總結而言，儘管當前法院賦予了觀察勒戒及強制戒治制度相當的治療成效期待，然而對於處遇制度究竟是否能達成該期待、應該採用何種指標評估是否能夠達成該期待，以及於未能達成該期待時應如何調整都未臻明確，顯有近一步研究之需求。

第二節　研究動機及目的

通過前述的背景分析可以發現，我國觀察勒戒及強制戒治制度現況，與其立法過程中所倡導之疾病化概念，及應以疾病治療為先的處遇尚有落差，亦缺乏良好的評估指標，因此本研究意圖檢視我國觀察勒戒、強制戒治之制度發展脈絡與實務發展狀況，並通過外國醫療化、社區化處遇的實踐經驗作為參照，試圖找出當前施用毒品行為疾病化政策推展之困境，同時盤點現行醫療及社區處遇量能，依此對我國觀察勒戒、強制戒治制度未來政策方向提出建議。

為回應前述背景分析及研究動機所提出的問題，本研究之研究目的分為以下幾點：

1. 回顧我國觀察勒戒、強制戒治制度發展與實務運作，以評估現況是否符合制度設立目的。
2. 蒐集與分析目前觀察勒戒、強制戒治制度執行狀況，並召集專家進行政策評論及制度有效性評估。
3. 依據前兩項所得研究成果，結合現況可用資源量能，研議用毒品行為之醫療化與社區化處遇模式、觀察勒戒與強制戒治制度之定位，以及研擬法務部與衛生福利部等政府機關權責之分配與推動策略之興革作法。

第二章　文獻探討

為了能夠達成本研究的研究目的，本章文獻探討將分為三個主要的部份，第一部分將回顧觀察勒戒及強制戒治制度的歷史脈絡，以及運作制度運作現況；第二部分將蒐羅外國就施用毒品行為所採取的處遇措施，為後續的研究提供參考基礎；最後第三部分則會聚焦於探究有哪些要素對於戒癮而言是重要的成分，以建立用以評估處遇方案成效的有效指標。

第一節　觀察勒戒及強制戒治發展脈絡與運作現況回顧

第一款　觀察勒戒及強制戒治制度發展脈絡

對於施用毒品者的處遇或懲罰制度，存在於我國各時期的法令規範之中。以普通法而言，自 1934 年制定、1935 年施行之中國民國刑法（下稱刑法）第 262 條就施用鴉片、嗎啡、高根、海洛因或其化合質料者制定了處罰規範，同時於第 88 條規定犯施用鴉片、嗎啡、高根、海洛因或其化合質料者，得令入相當處所施以禁戒。前述規定，由於刑法鴉片罪章相關刑罰規範，主要係由特別法之毒品危害防制條例規範執行，因此除 2019 年時修正罰金數額以使分則各罪罰金數額具內在邏輯一致性外，並無修正；第 88 條之戒禁處分，則於 2005 年時修改文字以毒品一詞概括是類物質，並刪去「得」字，使禁戒處分之適用由原先有裁量空間轉變為無裁量空間之應為事項。

以特別法而言，則可自今日毒危條例一路追溯至國民政府台灣時期的戡亂時期肅清煙毒條例（下稱煙毒條例），乃至大陸時期的禁煙治罪暫行條例及禁毒治罪暫行條例（下並稱暫行條例），各時期皆就施用毒品行為設有處罰規範。如暫行條例中即分別就施用鴉片與施用嗎啡及其他毒品者判處有期徒刑，並限期勒令戒絕，按解釋即為刑法第 88 條禁戒處分之執行，條文部分文字寫有「交醫勒令戒絕」，惟實際上法規範本身並未就應如何執行戒絕設置規範，可能因彼時仍為

國民政府大陸時期，部分具體實施細節係交由各省政府規範。[8]

其後國民政府撤遷來台，於暫行條例決議於 1952 年不再延長施行後，因社會上吸食販售毒品案件數量日漸增長，於 1955 年以「肅清煙毒，防止共匪毒化，貫澈禁政」為由，彙整內政部、司法行政部就肅清煙毒之行政措施與罰則後擬定煙毒條例，於煙毒條例第 9 條第 2 項中規定吸用蘇煙或抵癮物品者，處一年以上三年以下有期徒刑，同時審判機關應先行指定相當處所勒戒，並排除刑法第 88 條第 3 項關於免除刑之執行規定的適用。[9]復於 1992 年時增修於裁定勒戒前應先將犯罪嫌疑人送勒戒處所觀察，及執行勒戒與觀察之日數得折抵裁判確定之刑期日數或罰金數額，其理由係認對部分以染患毒癮之犯罪嫌疑人，由於審判機關裁定勒戒程序曠日廢時，實務上常生疑義，並易影響接受勒戒之決心，因此增訂有關觀察規定；又因本條所定勒戒程序，本身屬禁戒處分，須以拘束人身自由之方式執行，於無折抵刑期規定情況下，往往使受勒戒者無法安心戒治，因此增訂有關折抵刑期規定。

至此可見，儘管彼時勒戒程序僅係以戒絕作為目的，且不包含醫療化、行政先行等概念，並且用以供作戒絕目的之程序僅勒戒一項，觀察僅為等待期間的暫時措施，然而程序執行的時序結構，已與現行觀察勒戒、強制戒治程序相接近。

再其後於 1998 年時進行全文修正，引入國外將施用毒品行為視為「病犯」此一病人加犯人混合體的概念，將法規定更名為毒危條例，並在毒危條例中設計施用毒品者於犯罪發現後應先送觀察勒戒及強制戒治，完成前述程序後免除刑事追訴；於 2008 年時修法導入緩護療制度，使毒品處遇制度能夠採取監禁機制以外方式進行；於 2019 年時修法將應再送觀察勒戒的期間從 5 年縮短為 3 年，並給予檢察官於有撤銷緩起訴事由時能再為緩起訴處分之裁量空間。

總體而言，於 1998 年修正更名為毒危條例後，與先前法規最大不同在於，

---

[8] 蔣應杓（1938），《現行禁煙禁毒治罪條例釋義》，商務印書館，頁 16-21，取自：https://taiwanebook.ncl.edu.tw/en/book/NTUL-0478270/reader

[9] 立法院議案關係文書（1955），《院總第 308 號政府提案第 230 號》，取自：https://lis.ly.gov.tw/lgcgi/lgmeetimage?cfcececbcfcccfcfc5cbc8ccd2cbc8c7。

暫行條例及煙毒條例中的戒絕或勒戒程序並不具有替代效果，而是如現行刑法第88條、第89條規定之禁戒處分一般，為刑之執行前的保安處分。與之相較，毒危條例的觀察勒戒及強制戒治程序具有部分替代效果，即初犯施用毒品罪者於完成程序後可獲不起訴處分而免受刑罰追訴。

又1998年毒危條例修法後，由於有上述的制度差異，施用毒品者經觀察勒戒、強制戒治後，是否仍應依刑法第88條規定，由法院於刑之執行前為「令毒品成癮者入相當處所施以禁戒」之宣告略有爭議，整理如下。

依2002年行政院、司法院共同提出刑法部分條文修正草案中關於第88條修正之說明第三項認刑法第88條禁戒處分規定與毒危條例為「分屬不同法規，而有規定同一事項之情形」，因毒危條例為特別法規而應優先適用。[10]另於審查沈智慧委員等擬具「中華民國刑法第88條及刪除第89條條文修正草案」時，陳健民委員亦認禁戒處分已因毒危條例之特別規範而遭架空。[11]部分法院見解亦引用修法理由認觀察勒戒、強制戒治為禁戒處分之特別規範應優先適用，因此禁戒處分無適用餘地。[12]部分法院見解並未處理此「特別法—普通法」關係，僅認定觀察勒戒、強制戒治於性質上為禁戒處分，[13]或就有多數觀察勒戒裁定時，援引保安處分執行法第4-1條第1項第3款有關多數禁戒處分期間相同者執行其一之規定。[14]惟毒危條例中觀察勒戒、強制戒治之規定究竟是否為禁戒處分的特別規定，亦有法院作不同見解，認為觀察勒戒、強制戒治制度為進入刑事訴訟程序前之先行程序，與禁戒處分為進入刑事訴訟程序之施用毒品者於符合要件下所為處分，「二者就適用之階段或對施用毒品者療癒之設計功能咸屬有別」，因此不屬於特別法與普通法關係。[15]

---

[10] 立法院議案關係文書（2002），院總第249號政府提案第8854號，頁111。

[11] 立法院公報處（2002），立法院公報，91卷39期3235號下冊，頁46-47。

[12] 如：臺灣高等法院96年上易字第1070號刑事判決、臺灣高雄地方法院96年度訴緝字第186號刑事判決、臺灣臺北地方法院95年度易字第2204號刑事判決。

[13] 臺灣高等法院111年度毒抗字第13號刑事裁定參照。

[14] 臺灣高等法院112年度毒抗字第488號刑事裁定參照。

[15] 最高法院96年度台非字第11號刑事判決參照。

此爭議之起點或可自法規範的流變中探尋。按 1955 年煙毒條例第 9 條第 3 項明文規定，「犯前二項之罪有癮者，應由審判機關先行指定相當處所勒戒，不適用刑法第八十八條第三項之規定」，可知於最初煙毒條例的立法設計中，觀察勒戒、強制戒治的位置確與禁戒處分相同，因此可認定為禁戒處分之特別規範。其後於 1998 年之修正條文第 20 條中，將觀察勒戒、強制戒治之發動主體由審判機關移轉為檢察官，惟整體條文設計上仍維持不論初犯或再犯皆應施以觀察勒戒或強制戒治之處遇，同時立法理由第三點「本條之設，即為『除刑不除罪』原則之衍生，乃根據第十條之法定刑所實施之『保安處分』，以『勒戒』、『戒治』代替原有『刑罰』之矯治措施。故原條文第九條第三項至第五項之規定，均無保留之必要」等說明可見，第 20 條之立法文字雖與舊法第 9 條文字有別，但實質上為該條文之替代，以達保安處分之功能。

又再其後於 2003 年修正條文中簡化了流程，僅就初犯與五年後再犯二種情況下應為觀察勒戒、強制戒治之聲請，雖於文字上已趨近所謂「二者就適用之階段或對施用毒品者療癒之設計功能咸屬有別」之情形，惟於行政院所提修正理由觀察，其簡化僅係為了減少司法系統之負擔，並無變更觀察勒戒、強制戒治制度定位意圖，並強調此制度不定期保安處分之性質。[16]此外同年修正的第 23 條立法理由載有「原據以實施之觀察勒戒及強制戒治既已無法收其實效，爰施以刑事處遇」、「本條例原規定施用毒品之二犯及三犯，除須予以刑事處遇程序外，另仍須施以強制戒治之保安處分，惟此與現行『一罪不兩罰』之刑事思潮有違，……即僅施以刑事處遇程序而不再施以保安處分」等語，足見立法者意圖上係將觀察勒戒、強制戒治視為施用毒品罪中主要之保安處分措施，惟立法文字並未明確指明排除禁戒處分之適用，再加上毒危條例與刑法修正時程上的交錯，因此留下爭議的空間。

法院就禁戒處分的實務運作亦相當複雜，若先不論宣告施以禁戒的案件數量

[16] 立法院議案關係文書（2003），院總第 308 號政府提案第 9090 號，頁 32-36。

相對較少，以及前述是否為特別法之兩種法院見解等爭議外，實務上尚有認定施用毒品者尚未成癮而毋庸為禁戒處分宣告者，[17]或認禁戒處分屬拘束人身自由之保安處分，倘宣告有期徒刑後再予宣告 1 年以下禁戒處分，有過度拘束人身自由之虞而不為宣告。[18]可見於觀察勒戒、強制戒治與刑法禁戒處分間之關係，乃至適用上與自由刑關係的爭論，仍有待法院統一見解。

另一方面，除了執行規範隨著時代轉變外，觀察勒戒、強制戒治的執行處所在法規與實務上也分別因時間而有所不同。

在暫行條例中，如前述，僅規範施用鴉片或嗎啡等毒品者，應交醫勒令戒絕，然而究竟應如何執行，以及於何處所執行則皆未有明確規範，蕭彣卉回顧清末民初時期毒品相關法規範後指出，此時的戒治方法為自行戒治，亦即政府僅要求人民達成戒絕的成果，而不提供任何協助戒除毒品的服務或措施。[19]

於煙毒條例中，則明確規範勒戒應至相當處所執行，而其處所，依 1955 年施行之煙毒條例第 9 條第 4 項規定係由地方政府就公立醫院內附設，惟實際上並未於公立醫院內設置，而是僅於台北、高雄及南投三處設立勒戒所。其後於 1992 年修正時將設置規範修改為得由地方政府設立或就公立醫院內附設，以增加地方政府設置戒治處所的彈性。[20]時任立法委員周荃明確反對於公立醫院內附設勒戒所，並指出將勒戒處所附設於公立醫院內，一方面公立醫院無力負荷額外工作，另一方面勒戒工作性質上與醫療工作性質不同，可能會導致醫院功能混淆。[21]

於毒危條例中，則於第 20 條規定犯施用毒品罪者，應令入勒戒處所執行觀察勒戒，及令入戒治所執行強制戒治。勒戒處所及戒治所之設立規範，則分別依同條例第 27 條及第 28 條規定設置。其中勒戒處所之設置，於 1998 年修正第 27 條規定，由法務部委託附設於行政院國軍退除役官兵輔導委員會（下稱退輔會）、

---

[17] 臺灣新北地方法院 101 年度訴字第 239 號刑事判決參照。

[18] 臺灣桃園地方法院 105 年度審訴字第 343 號刑事判決參照。

[19] 蕭彣卉（2007），病人與犯人：台灣百年來吸毒者的軌跡。國立臺灣大學法律學研究所碩士論文，頁 61。

[20] 立法院議案關係文書（1955），《院總第 308 號政府提案第 4029 號》。頁 21。取自：https://lis.ly.gov.tw/lgcgi/lgmeetimage?cfcec7c8cec8cfcfc5c9cad2c8c9

[21] 立法院公報處（1991），《立法院公報》，80 卷 102 期，頁 5。

行政院衛生署（下稱衛生署，現衛福部）或省市政府於醫院內，並限於修正條文施行後一年內完成設立，於設立完成前得先於看守所或少年觀護所(下稱少觀所）內附設，惟始終未能完成於醫院內設立之規劃。

其後於 2003 年條文修正時，將勒戒處所設立位置放寬為於看守所、少年觀護所或所屬醫院內附設，或委託退輔會、衛生署或各縣市政府指定醫院內設立的雙軌方案，並原本限期一年內設立之規範，以「限於醫療人力、經費等相關問題，短期內無法在醫院內全面性附設勒戒處所」等理由刪除，復於 2010 年將戒治所納入可作為勒戒處所設立之位置，再其後就設立位置再無修正變更。戒治所之設置，依 1998 年修正之第 28 條規定，由法務部設立，未設立前，得先於監獄或少年輔育院內附設，其後於 2003 年、2010 年及 2019 年雖有部分文字修正，為其設置規範仍維持 1998 年修正時之規定。

觀察現況下，實際觀察勒戒處所與戒治所設立位置[22]，成年勒戒處所 24 處，5 處為附設於戒治所內、19 處附設於看守所內；少年 18 處，皆附設於少觀所內；戒治所設有 7 處，依現行法全部由法務部設立，分別位於新店戒治所、桃園女子戒治所、臺中戒治所、臺中女子戒治所、高雄戒治所、高雄女子戒治所、台東戒治所，其中另有新店戒治所宜蘭分所、臺中戒治所臺中分所及高雄戒治所台南分所 3 處分所，並由指定之醫療機構負責其醫療業務。

由上述勒戒與戒治處所的法規與設置狀況可知，我國勒戒處所的設置困境，仍維持在 2003 年修法時所稱「限於醫療人力、經費等相關問題」，而戒治所的設置上，則延續了煙毒條例時期認為勒戒工作與醫療工作性質不同有所衝突，因而將心癮，即有繼續施用毒品傾向者的戒除工作保留由法務部主責設置。

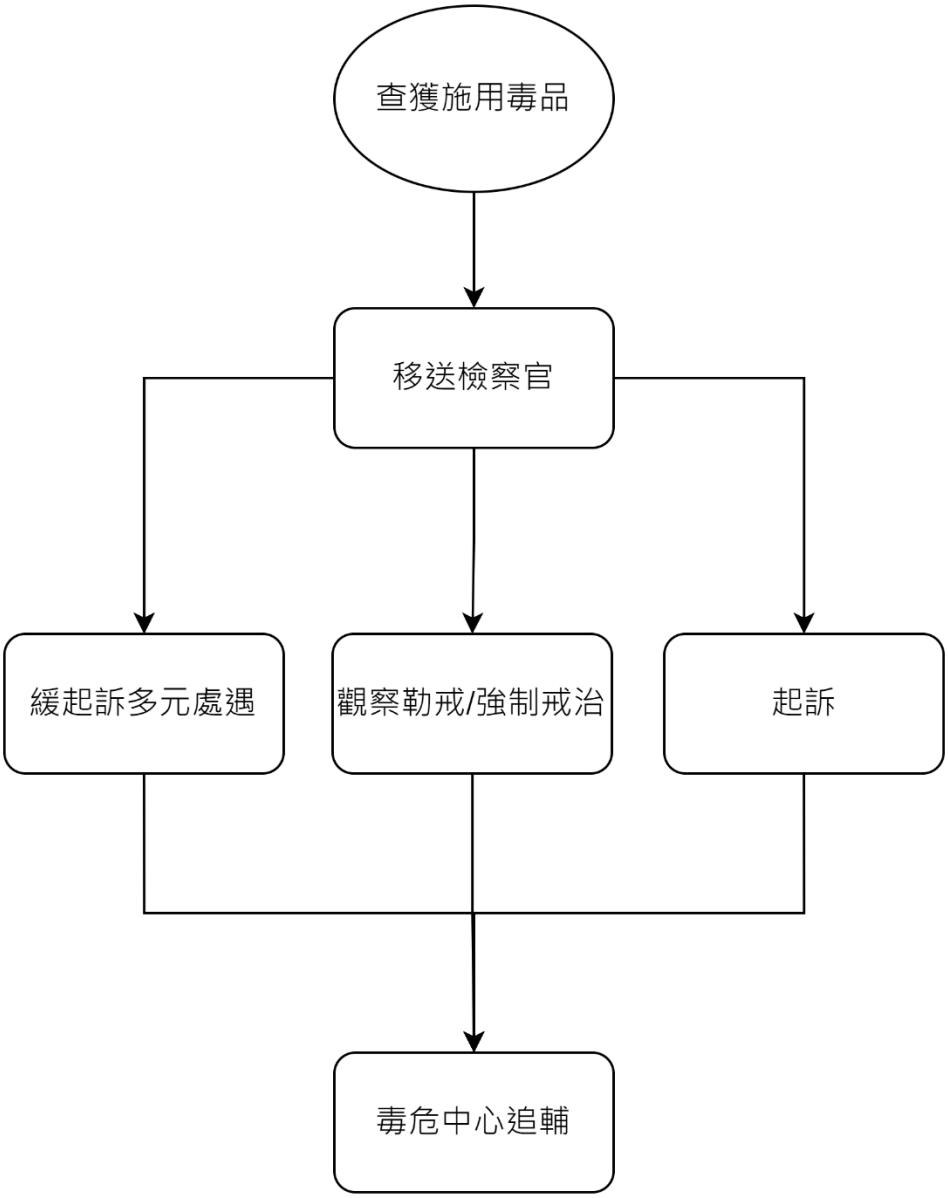
第二款　觀察勒戒及強制戒治運作現況及檢討

一、制度現況概述

現況的觀察勒戒及強制戒治制度鑲嵌於整個施用毒品罪的處遇流程之中，其

[22] 本處所列之戒治處所分布，參考衛福部疾管署網站中「矯正機關（含合署辦公機關）通訊錄」之名單，取自：https://www.cdc.gov.tw/File/Get/q0iHnEiIWRNAu5-zY6uyhg

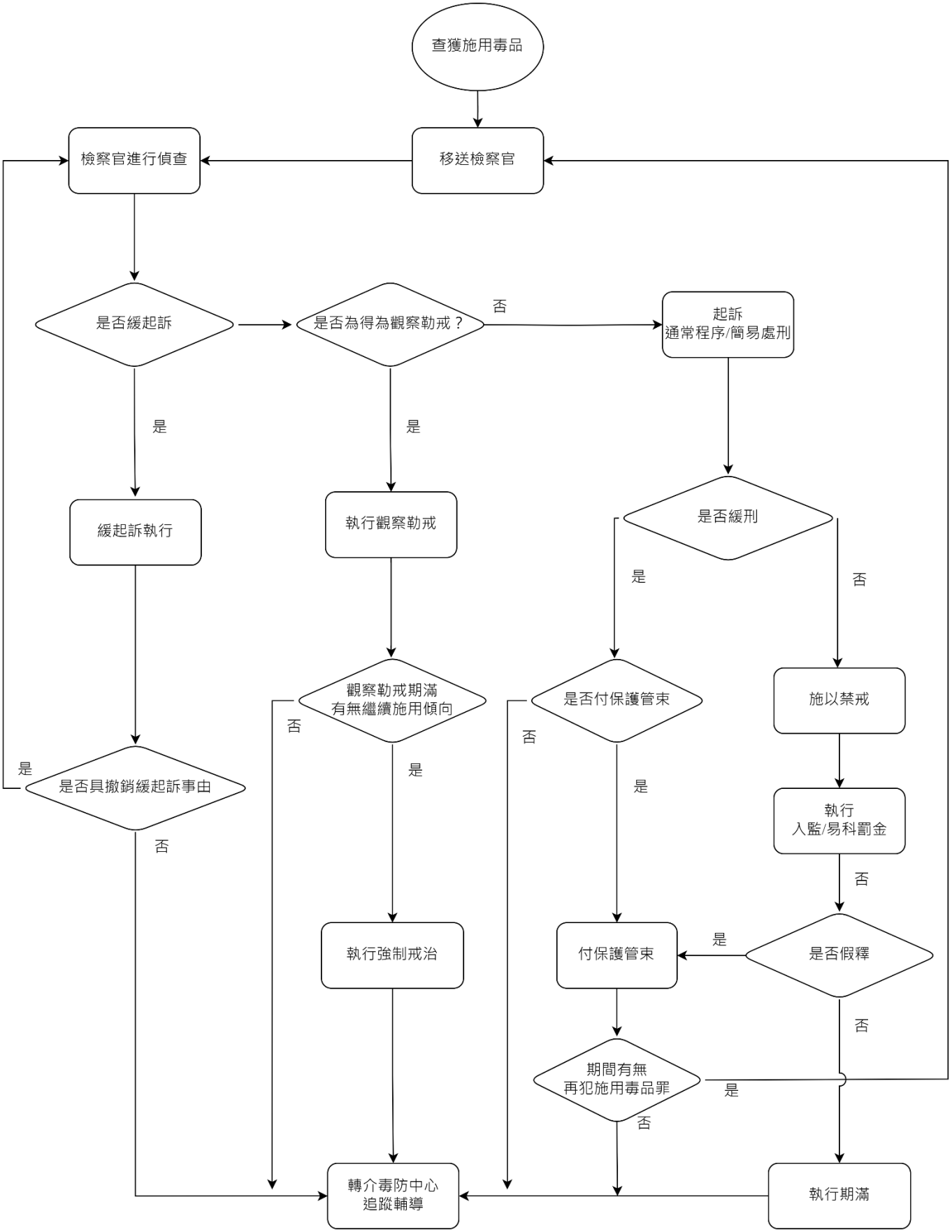
發動與執行與施用毒品罪的發動密不可分，換言之，若要理解觀察勒戒及強制戒治制度在實務流程上的運作過程，就需要完整的觀看整個毒品處遇的流程，為便於理解制度流程現況，可先由下圖 3 理解毒品處遇制度的概略流程。



資料來源：本研究自行繪製。

圖 3　施用毒品罪案件流程概要

從上圖可以發現，由於我國當前有關施用毒品罪的各種處遇方案，皆須先進入刑事司法體系後始啟動，因此程序的發動權皆掌握在單一偵查主體檢察官手上，由檢察官依個案案情與法規決定施用毒品罪個案所受之處遇內容。若就移送檢察官後至毒危中心追輔為止之流程加以開展，詳細的處遇流程如下圖 4。



資料來源：本研究自行繪製。

圖 4　施用毒品罪處遇流程

詳細而言，當一名施用毒品者（以下以受處遇者指稱）經警方查獲後，依照流程需先執行尿液檢驗，檢驗陽性後尚須經複驗並移送檢察官，檢察官接獲該受處遇者後，就個案情形得決定是否給予緩起訴多元處遇、是否應聲請觀察勒戒，以及依法是否應行起訴。

若檢察官決定依毒危條例第 24 條規定給予受處遇者附條件之緩起訴多元處遇，此時若檢察官的決定是準備給予緩護療，檢察官須先對受處遇者為緩處訴處分之說明，並於取得受處遇者參加緩護療的同意後，依同條第 3 項和毒品戒癮治療實施辦法及完成治療認定標準（下稱認定標準）第 3 條規定，向醫療機構徵詢意見，並由醫療機構評估該犯罪人是否適於戒癮治療程序，於評估為適合進行戒癮治療的情況下，始得為緩護療之處分。緩護療的處分內容，參考臺灣臺中地方法院檢察署辦理毒品戒癮治療作業要點第 9 點的說明，應包含命支付緩起訴多元處遇金、命接受戒癮治療，以及命遵守不定期驗尿之必要命令等。

緩護療的執行方式，依據認定標準第 4 條、第 5 條及第 7 條規定，由受處遇人前往指定的醫療機構進行，可執行之醫療機構包含指定藥癮戒治機構、指定替代治療執行機構與經主管機關認可可執行戒癮治療之機構。戒癮治療具體內容包含藥物治療、心理治療、復健治療、毒品檢驗與其他可避免病情惡化或提升預防復發能力之措施等五項，可單獨或合併進行。戒癮治療執行期間，依認定標準第 9 條規定，單次最長以一年為限，並於治療期程屆滿之日前十五日內進行毒品檢驗以評定治療是否完成。

除了緩護療以外，於 2020 年毒危條例修法後，檢察官可就治療需求較低的受處遇者給予緩起訴附預防再犯之必要命令，及附支付緩起訴處分金、附義務勞務等其他條件，以避免治療需求較低的個案進入戒癮治療而造成資源的錯置。

若檢察官認定該受處遇者不適於緩起訴處分，或受處遇者拒絕參與緩起訴等情況，則需依其刑案紀錄確認是否為初次犯施用毒品罪，或距前一次觀察勒戒或強制戒治處遇執行完畢出所已逾 3 年，若為初犯或 3 年後再犯施用毒品罪，依毒危條例第 20 條應先為觀察勒戒之聲請。

經裁定觀察勒戒後，依觀察勒戒處分執行條例第 6 條規定應於入所前進行健康檢查，若受處遇者有不能自理生活、因勒戒而有身心障礙或死亡之虞、懷胎五月以上或分娩未滿二月等情形時應拒絕入所，若有罹患法定傳染病、後天免疫缺乏症候群或其他經中央衛生主管機關指定之傳染病等情形者得拒絕入所。於拒絕入所情況下，應由檢察官或少年法院酌情移交監護人、法定代理人、最近親屬、醫院或其他適當處所。

進行勒戒期間，勒戒處所得辦理戒毒輔導及宗教教誨等事宜，參考新店戒治所與高雄戒治所對於觀察勒戒處遇課程說明，觀察勒戒處遇中之一般處遇課程包含宗教教育、法治教育、人文教育、衛生教育、諮商／生涯輔導、生命教育、品德教育和戒毒輔導等課程面向。[23]最後依觀察勒戒處分執行條例第 8 條規定，應於觀察勒戒期滿前 15 日由醫師依照「有無繼續施用毒品傾向評估標準記錄表」研判受處遇者有無繼續施用毒品傾向，若無則應即釋放，若有繼續施用毒品傾向則應由檢察官為強制戒治之聲請。

強制戒治於入所前，依照戒治處分執行條例第 7 條規定，同樣需要進行健康檢查，若有罹患傳染疾病、不能自理生活、可能因戒治導致病情加重或死亡，或是懷胎五月以上或分娩未滿二月者，應拒絕入戒治所，並交監護人、法定代理人、最近親屬、醫院或其他適當處所。強制戒治之執行，依照同條例第 11 條規定，期間為 6 月以上最長不得逾 1 年，處遇期間分為調適期、心理輔導期、社會適應期等 3 個階段，這 3 個階段的重點，依照戒治所實施階段處遇課程應行注意事項第 3 點規定，調適期應著重培養受處遇者的體力毅力、增進戒毒信心，課程內容應強調生活規律性；心理輔導期應著重激發受處遇人戒毒與更生動機、戒除心癮，課程內容應強調規律生活、正確毒品知識；社會適應期應著重重建受處遇人之人際關係、問題解決能力和協助復歸社會，課程內容應強調生活規律、社會資源之

[23] 新店戒治所觀察勒戒處遇課程介紹詳見：https://www.sdb.moj.gov.tw/315071/315121/315122/577970/post。高雄戒治所觀察勒戒處遇課程相關說明詳見：https://www.mjac.moj.gov.tw/media/20493186/高雄戒治所外部視察小組 111 年第 4 季權責機關回覆.pdf?mediaDL=true，案由依說明二、(二)、1。

認識。由上可知強制戒治個階段處遇課程，目的在於分別協助受處遇者強化戒毒信心、減少毒品依賴與社會復歸。具體而言，強制戒治處遇課程在各處遇階段的配置方式如下表所示。[24]

表 1　各處遇階段戒治課程配置

<table>
<tr><th colspan="2">戒治處遇階段</th><th>課程類別</th><th>類別細目</th></tr>
<tr><td colspan="2">新收調查期</td><td colspan="2">待在新收舍房，以適應監所生活為主。</td></tr>
<tr><td rowspan="8">調適期</td><td rowspan="5">主要課程</td><td>體育活動類</td><td rowspan="13">1.體育活動類:基本教練、球類活動、田徑活動、體育常識、有氧運動、團康活動。
2.宗教教育類:宗教入門、教義介紹、宗教與人生。
3.生活適應類:戒治所及戒治處遇流程簡介、環境適應與心理調適、專業工作者介紹。
4.成癮概念類:上癮歷程、藥物濫用效應及危害，復發概念、高危險情境之認知與因應技巧訓練、戒毒技巧、衝動控制。
5.法治教育類:法律常識、法治教育、法律與生活、戒治相關法令說明。
6.衛生教育類:心理衛生、生理衛生、醫療保健、安全急救常識、認識精神疾病、自殺防治、愛滋病防治、藥物教育。
7.人文教育類:時事講析、民俗文化、藝術欣賞、環境職業與健康、環保教育、生死學、文學作品解析(含寫作)、讀書會、影片欣賞、音樂課、美勞課。
8.專業處遇:各戒治所的臨床心理師、社會工作員針對受戒治人進行個案或團體輔導/治療。
9.諮商輔導類:認識自己、自我肯定、自我表達技巧、價值澄清、壓力調適、情緒管</td></tr>
<tr><td>宗教教育類</td></tr>
<tr><td>生活適應類</td></tr>
<tr><td>成癮概念類</td></tr>
<tr><td>法治教育類</td></tr>
<tr><td rowspan="3">輔助課程</td><td>衛生教育類</td></tr>
<tr><td>人文教育類</td></tr>
<tr><td>專業處遇</td></tr>
<tr><td rowspan="10">心理輔導期</td><td rowspan="8">主要課程</td><td>諮商輔導類</td></tr>
<tr><td>體育活動類</td></tr>
<tr><td>衛生教育類</td></tr>
<tr><td>人文教育類</td></tr>
<tr><td>工作與休閒類</td></tr>
<tr><td>成癮概念類</td></tr>
<tr><td>宗教教育類</td></tr>
<tr><td rowspan="2">輔助課程</td><td>法治教育類</td></tr>
<tr><td>專業處遇</td></tr>
<tr><td rowspan="2">社會適應期</td><td rowspan="2">主要課程</td><td>生涯輔導類</td></tr>
<tr><td>體育活動類</td></tr>
</table>

[24] 法務部矯正署高雄戒治所，取自：https://www.ksb.moj.gov.tw/333091/333123/333124/587434/post

戒治處遇階段		課程類別	類別細目
		諮商輔導類	理、問題解決能力、人際關係、家庭關係、兩性關係、親職教育。 10.**工作與休閒類:**烹飪、烘焙、飲料調製、生活園藝、電腦、英文、電工等等。 11.**生涯輔導類:**生涯規劃、社會資源運用、社會技巧、出所準備、勞工法規、職業認識與介紹、職業道德與工作倫理、就業準備、求職技巧訓練、求職管道運用、就業市場分小額創業解說。
		法治教育類	
		人文教育類	
		工作與休閒類	
		宗教教育類	
	輔助課程	成癮概念類	
		專業處遇	

資料來源：法務部矯正署高雄戒治所。

為了執行強制戒治課程，其師資的遴選依照戒治所戒治處遇師資遴聘及評鑑要點規定，受遴選的教師應具有擬擔任課程本科或相關科系畢業，或非相關科系但修習相關課程 20 學分以上，或是曾於公私立機構任職相關工作二年以上者。此外，對於宗教、體育或工作與休閒類教師，除前述資格外，亦可以曾受專業訓練或曾任相關工作之證明作為資格。另外曾受一年以上有期徒刑宣告者，除經戒治所師資遴聘評鑑委員會決議通過者外，依規定不得受聘為教師。

受處遇人接受強制戒治各階段處遇課程是否合格，依照戒治處遇成效評估辦法第 5 條規定，應分別於該期戒治至少滿四週、十二週及八週後進行評估，評估方式依據同辦法第 6 至 8 條分別就適應期、心理輔導期、社會適應期 3 階段給分。調適期的評分項目分為生活規律性的日常作息、生活紀律、行為表現三目，與調適課程參與的體育活動、宗教教育、生活適應三目和給成績；心理輔導期的評分項目分為生活規律性三目，與輔導課程參與的諮商輔導、體育活動、衛生教育、成癮概念四目核給成績；社會適應期的評分項目分為生活規律性三目，與社會適應課程的生涯輔導、人文教育、法治教育、工作與休閒四目核給成績。各目成績以五分等給分，各階段評分項目平均達 3 分以上為合格，受處遇者於適應期及心理輔導期二期間評分合格則可前進至下一處遇階段，於社會適應期評分合格則應辦理停止強制戒治。

最後，若受處遇人為受觀察勒戒或強制戒治完畢 3 年內再犯施用毒品罪者則應依法起訴，並由法院於宣告刑度同時決定是否給予緩刑及緩刑期間是否付保護管束。若未予緩刑則應執行宣告之刑度，並以入監服刑或易科罰金等方式執行。又依部分法院實務見解，於刑之宣告時得並為禁戒處分之宣告，其執行方式多以保護管束代之。

緩起訴多元處遇、觀察勒戒或強制戒治執行完畢出所、假釋以及執行期滿出監後，皆會移交資給各地毒防中心進行後續追蹤輔導。各地毒防中心的開案分類，於 2018 年以前按法務部法保字第 10505507610 號函所訂原則性規範，簡述如下：

第一類服務對象為緩起訴、遭警查獲施用第三、四級毒品 3 次（含）以上成年個案及出矯正機關之少年，追蹤輔導期限為 2 年，方式為電訪及訪視，訪視包含家訪與面談，頻率於前 6 個月為每月電訪 2 次、訪視 1 次，第 7 至 14 個月為每月電訪 1 次、每 2 月訪視 1 次，第 15 至 24 個月為每月電訪 1 次、每 3 月訪視 1 次，服務頻率得視情況調整，並於首次調整時於追輔紀錄上載明評估原因。

第二類服務對象為緩刑個案及少年法院(庭)裁定保護處分及保護管束個案，追蹤輔導期限為 2 年，方式為電訪及訪視，訪視包含家訪與面談，頻率於前 6 個月為每月電訪 2 次、每 2 月訪視 1 次，第 7 至 14 個月為每月電訪 1 次、每 3 月訪視 1 次，第 15 至 24 個月為每 2 月電訪 1 次、每 3 月訪視 1 次，服務頻率得視情況調整，並於首次調整時於追輔紀錄上載明評估原因。

第三類服務對象為期滿出監所、觀察勒戒及強制戒治出所個案及假釋期滿個案，追蹤輔導期限為 6 個月，方式僅包含電訪，頻率於每月電訪 1 次。另較為特殊的是第三類服務對象尚包含自行求助個案，自行求助個案於追蹤輔導方式及頻率上皆與其他第三類案件相同，惟並未限制追蹤輔導期限，而是以 6 個月為一期，並視個案需求延展。

2018 年以後，在行動綱領 2.0 的策略下，毒防中心的主責督導機關由法務部移轉至衛生福利部，毒防中心的開案分類方式依 112 年衛部心字第 1121760500 號函所訂規範，不再以案件來源為分類依據，而是改以個案的實質需求來進行分

類，依函頒規範，毒防中心應於分案日起 5 個工作日內完成初次聯繫或會談，並應於分案日起 30 日內以面訪方式完成初次評估，評估個案需求等級，其後應每 3 個月以面訪評估方式進行一次定期評估，重新評估個案的需求等級。

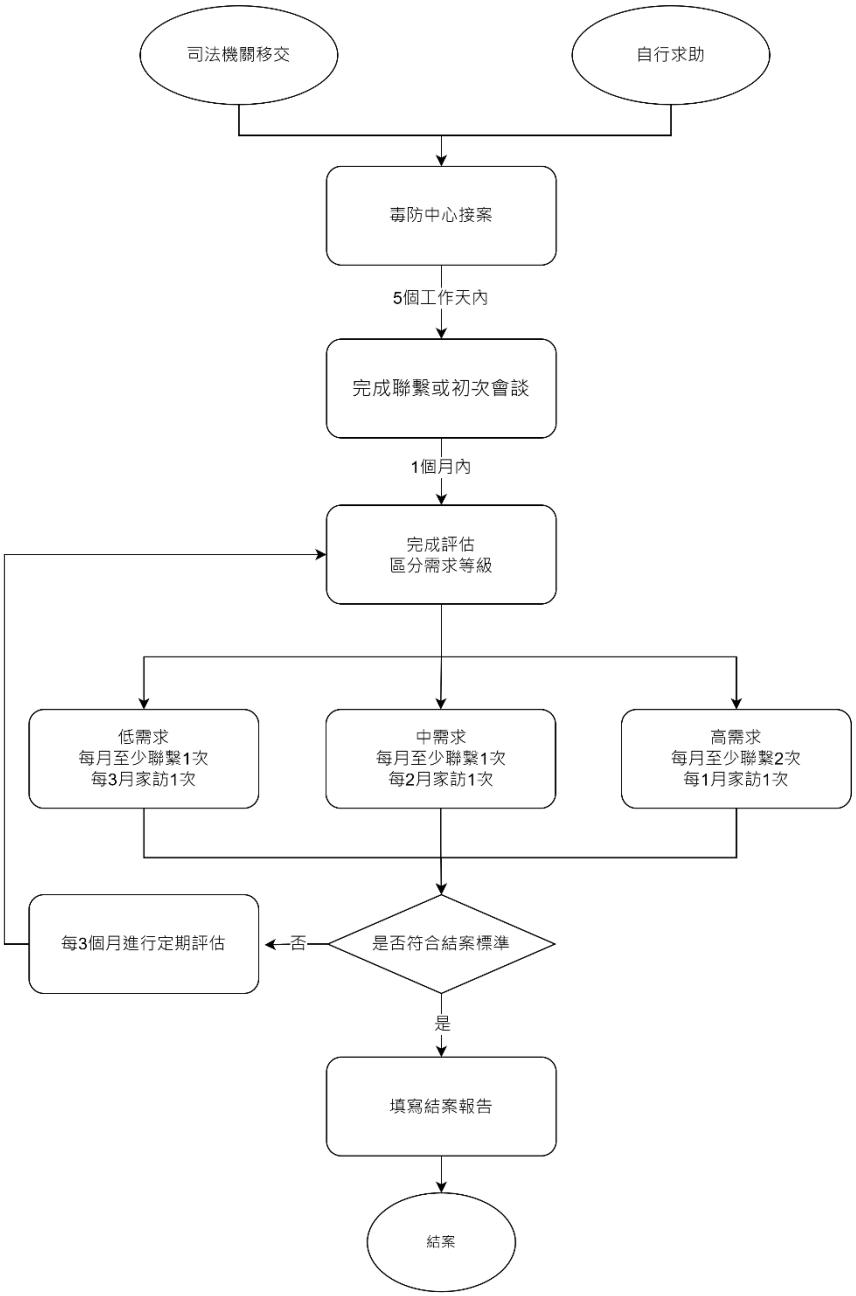
個案需求分級指標分為低需求、中需求與高需求三大類型，分類方式依照服務需求面向與加權項目兩個方向來決定。需求面向包含戒癮、醫療、衛教、經濟、居住、心理、家庭問題、就業/就學、社會支持、法律扶助、社會福利及其他服務需求項目，加權項目則包含 SDS 量表總分 4 分以上、BSRS 量表總分 10 分以上、BSRS 第 6 題「有自殺的想法」得分 1 分以上，與個管師評估有服務需求但未達有急迫性必要等項目。符合需求面向及加權項目共 2 項以下者為低需求，符合共 3 項者為中需求，符合共 4 項以上者為高需求。不同需求的分類主要差異在於追蹤輔導的頻率，低需求者追輔頻率為每月至少聯繫 1 次、每 3 月家訪 1 次，中需求者為每月至少聯繫 1 次、每 2 月家訪 1 次，高需求者為每月至少聯繫 2 次、每 1 月家訪 1 次。此外，新版的結案條件也與過往規範不同，不以案件來源決定追蹤期限，而是採取統一的結案標準，即不論需求等級，只要符合下列情形之一時，經填寫結案報告表陳核後結案：

表 2　毒防中心追蹤輔導結案標準

1.	死亡。
2.	外籍遣返或驅逐出境，經主管認定。
3.	移居境外並經主管認定。
4.	戶籍地遷出至外縣市並完成移案。
5.	開案服務後，經評估社會功能穩定達 6 個月到 1 年，且無危機處理、戒癮醫療或其他支持性服務之需求，經內部督導或單位主管認可。
6.	個案出現暴力、威脅、恐嚇等危及個案管理人員安全之行為或一再明確拒絕接受服務等情形，而需終止服務，經督導或單位主管認可。
7.	經警政單位協尋回復查訪結果為「不成功」。
8.	入矯正機關達 90 個日曆天仍未出矯正機關。
9.	其他事由。

資料來源：衛福部心理健康司。

此外，若個案有連續 90 個日曆天未能取得聯繫且經請警政單位協尋，或是進入矯正機關等情況，則應為暫結案。總結而言，衛福部函頒最新版本毒防中心個案管理服務模式之個案管理流程，可以下圖 5 呈現。

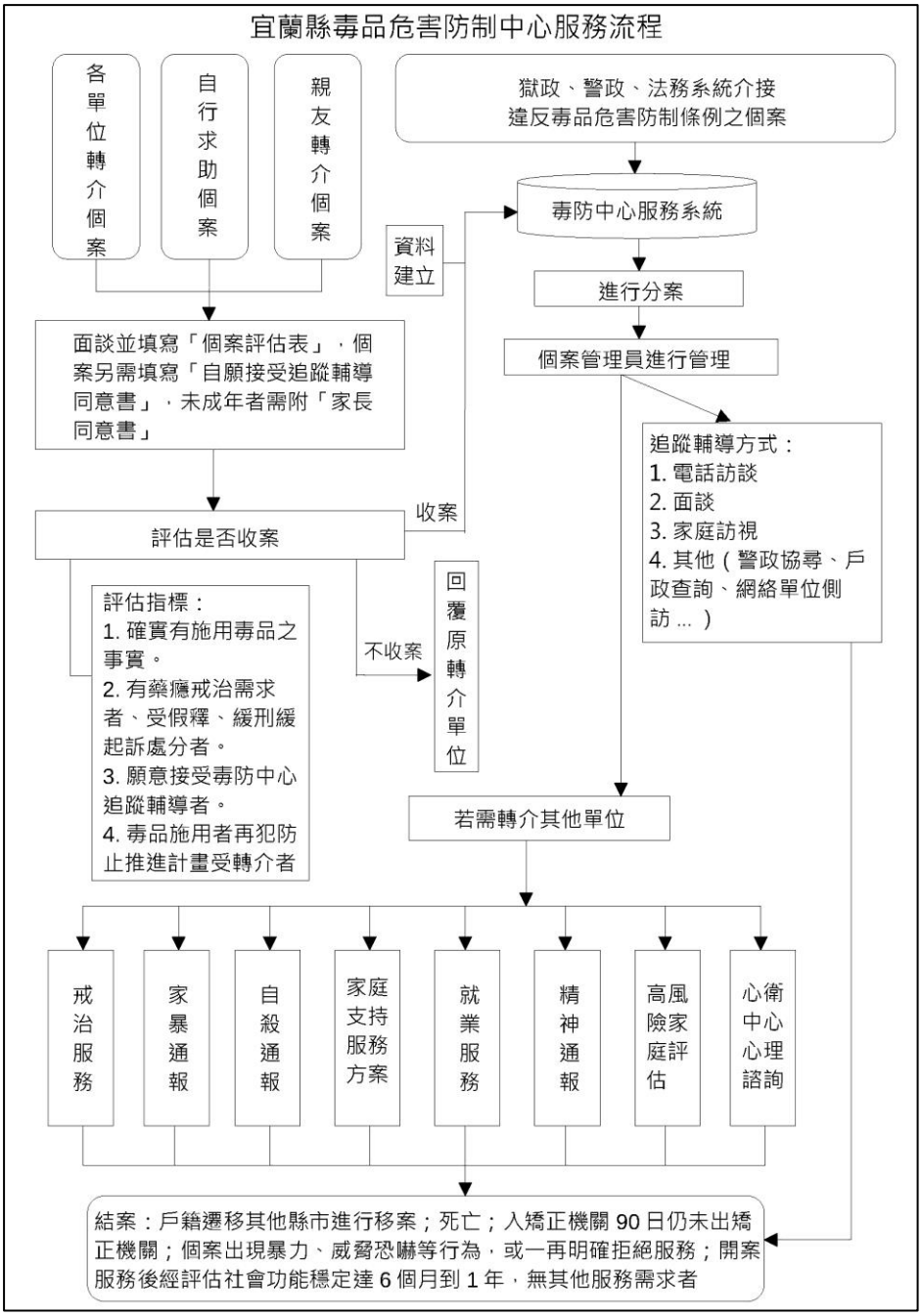


資料來源：衛福部心理健康司。

圖 5　毒品危害防制中心個案管理流程

毒防中心個案管理流程具體執行上，以宜蘭縣毒危中心為例，於自行求助個案經評估收案，或違反毒危條例個案經獄政、警政、法務系統轉介後匯入毒防中心服務系統進行分案，於進行追蹤輔導的同時評估有無轉介其他單位之需求，並

於需要時協助轉介至其他單位如戒治服務、自殺防治服務、就業服務等（如下圖6[25]）。



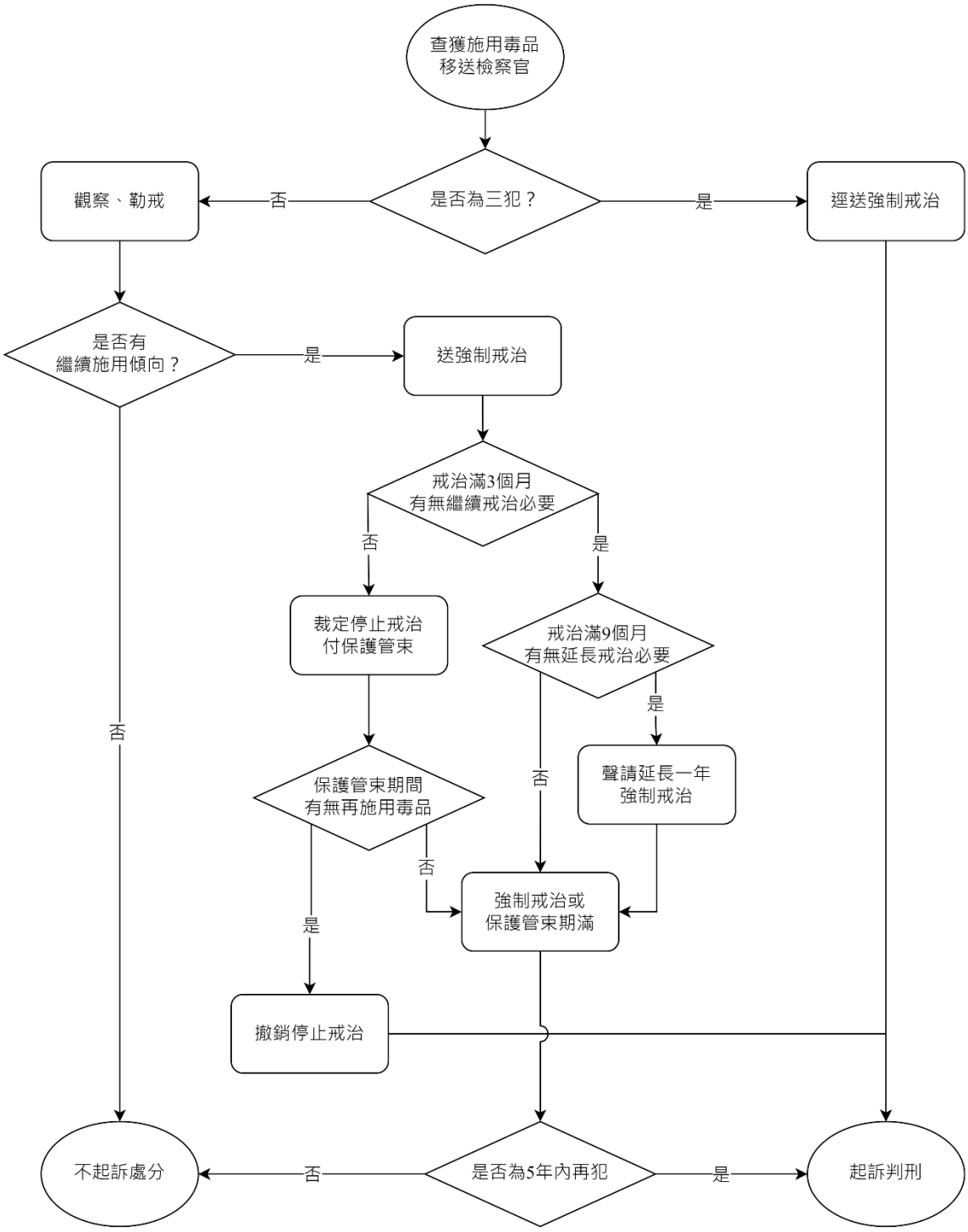
資料來源：宜蘭縣政府衛生局

圖 6　宜蘭縣政府衛生局毒防中心服務流程圖表

如前所述，相較最初 1998 年修法有關觀察勒戒與強制戒治制度流程的設計，圖 4 所示的流程為簡化後的版本，為呈現 2003 年簡化制度複雜性前後的差異，

[25] 宜蘭縣政府衛生局毒防中心服務流程圖表，取自：https://www.ilshb.gov.tw/index.php?catid=14&fieldid=10&cid=60&id=358&action=view

就 1998 年修法後至 2003 年簡化前觀察勒戒與強制戒治制度所採用的流程呈現如下圖 7。



資料來源：本研究自行繪製。

圖 7　1998 年毒危條例施用毒品罪處遇流程

二、觀察勒戒及強制戒治制度成效評析

關於觀察勒戒及強制戒治制度的處遇成效，在背景說明一節中已經就其於再犯預防上做過討論，從數據上來看，觀察勒戒及強制戒治制度的處遇成效並不理想。然而誠如鍾宏彬提醒的，單純僅以數據評斷成果可能會受到選擇性偏誤的影響而做出錯誤的推論，因此接下來將探討有關觀察勒戒及強制戒治制度評估的文獻，從再犯數據以外的面向觀察現況制度。

楊士隆等通過訪談研究指出，我國受處遇者的機構內處遇上有諸多問題，如由於法規上明訂觀察勒戒及強制戒治皆有執行期限，當執行期滿時，不論受處遇者就施用毒品問題是否仍有症狀或是是否達成戒除心癮皆須釋放，導致喪失其保安處分之意義。[26]同時該研究也指出觀察勒戒及強制戒治採取的機構性處遇，在生活環境、管理方式上與監獄相似，使受處遇人處於支付戒治費用後接受刑罰的狀態中，造成受處遇人產生抗拒刑事司法體系的心理，加重戒癮處遇的難度。[27]

紀致光訪談實務工作者後發現，觀察勒戒在法規上的諸多期間限制，如觀察勒戒期間為 2 月、應於觀察勒戒期滿前 15 日完成有無繼續施用毒品傾向之評估等，導致觀察勒戒期間無法提供有效的服務，僅能夠「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」。[28]林健陽、陳玉書則發現接受毒品處遇的受訪者認為處遇課程大多與宗教有關或是流於形式，缺乏實際成效，並且多數還是認為戒毒需要靠自己，對於外在協助的感受度較低。此外該研究還發現受戒治處遇者會認為強制戒治的效果高於觀察勒戒、提供更多元的課程內容與社工師及心理師進駐。[29]

許多研究都提到現況制度中的評估分流問題，如李思賢是最早在台灣提出評估、分流與有效處遇的藍圖，並且研擬具有信度與效度的評量工具 Risk and Needs

[26] 楊士隆、蔡德輝、張伯宏（2008），法務部「戒治機構內成癮性毒品施用者之管理與處遇模式建構」委託研究結案報告，法務部，頁 43-44。

[27] 同前註，頁 47。

[28] 紀致光（2020），毒品施用者分流處遇制度及篩選項目之研究，中央警察大學犯罪防治研究所博士論文，頁 99。

[29] 林健陽、陳玉書（2007），除刑化毒品政策之檢討—論我國毒品犯罪之戒治成效，法務部，頁 186-187。

Triage (RANT)。[30,31]李思賢等人為了評估這套制度在台灣的可行性，與高雄地檢署合作規劃相關方案，過程中雖然發現許多還需解除的障礙，但總體上是可以落實的，而且對於單純施用毒品犯的效益是顯著的。[32]又如林達認為現況單純以「初犯／三年後再犯」與「三年內再犯」區分是否進入觀察勒戒及強制戒治制度，而不考量施用毒品的類型、方式與成癮程度，不僅不符合現代醫學對成癮的理解，更是造成檢調體系在認定得否聲請觀察勒戒上的嚴重負擔。[33]蔡田木等訪談研究也同意並非所有人都需要進行戒治，對此應該由第一線實務工作者來綜合評估。[34] Lowenkamp 與 Latessa 指出精確評估風險與採取相對應分流的重要性，他們分析社區矯正機構中出所 2 年的犯罪者，發現相較於不需入監所，有 2/3 機構對於低風險再犯者反而增加他們再犯的機率；相對的，有 2/3 機構，對於高再犯風險者能減低其再犯風險。這個研究成果顯示不恰當的處遇分流，例如監禁，可能對低再犯風險者增進其再犯機率，原因包括剝奪自由的處遇本身破壞了穩定就業、家庭支持等保護因子，以及高強度處遇使低再犯風險者與高再犯風險者接觸並受到影響。[35]

此外，觀察勒戒期滿前應進行的有無繼續施用毒品傾向評估也有許多批評，如林達認為這個評估是依據過時的「全有全無觀點」設計，已不符合時代需求，同時也由於評估標準被簡化為「有／無」的二分法，失去依程度給分的彈性，造成實務操作的困擾。[36]郭適維等對於繼續施用毒品傾向評估指標的研究也指出，

---

[30] Lee, T. S. H., Festinger, D. S., Dugosh, K. L., Liao, W., Lin, Y. Z., Seymour, B., Yang, S. L., Wu, H. C. (2015). Translating and Validating a Chinese Version of the Risk and Needs Triage in Taiwan. Journal of Neuroimmune Pharmacology, 10, 38.

[31] 李思賢、Festinger, D.S.、楊士隆、楊浩然、吳慧菁、廖文婷、林依萇、鄭凱寶、Dugosh, K.L.、Seymour, B.L.（2015）。毒品再犯風險與醫療需求分流處置評量工具之研究。載於法務部司法官學院（主編），刑事政策與犯罪研究論文集，18 集，頁 176-178。

[32] 李思賢、徐倩、蔡孟璋（2019）。分流處遇模式的提出與推行：以高雄毒品犯緩起訴分流處遇為例。藥物濫用防治，4(2)，頁 67-69。

[33] 林達（2023），論毒品初犯觀察勒戒之廢止與重建，最高檢察論壇創刊號，頁 224、227-229。

[34] 蔡田木、謝文彥、林安倫、連鴻榮（2019），毒品防制及戒治成效評估之研究，矯正期刊，8(2)，頁 18-19。

[35] Lowenkamp, C.T., Latessa, E.J. (2004). Understanding the Risk Principle: How and Why Correctional Interventions Can Harm Low-Risk Offenders. Topics in Community Corrections – 2004, at 5-8.

[36] 林達，前揭註 33，頁 226。

以 2000 年版的「有無繼續施用毒品傾向評估標準紀錄表」為例，評估後 2 年內的評估誤判率[37]為 46.4%，5 年內的評估誤判率為 51.7%，即便僅以評估無繼續施用毒品傾向的樣本為限，5 年內也有 43.4%的比例再犯施用毒品罪。[38]同時該研究也指出無論是 2000 年或 2011 年版本的評估表，其評估結果的偽陽性及偽陰性都偏高，說明預測效度與正確率均有待提升。[39]林健陽、陳玉書的研究則指出，不僅專家認為觀察勒戒的成效評估專業性需要提升，接受處遇者亦認為心理醫師僅通過少少的見面次數與問題即判斷是否送強制戒治，相當不公平，也對評估標準存疑。[40]陳秀玲通過訪談心理醫師及戒治所工作人員發現，專業人員大多認為評估表架構完整、涵蓋因子充分，然而在操作上卻有諸多問題，如評估人員流動性高又缺乏統一訓練，導致難以維持評估的一致性與品質，或是如操作手冊的說明不充分、定義模糊導致難以進行評估等問題。[41]

完成觀察勒戒、強制戒治處遇出所後的追蹤輔導同樣有需要改進之處，李宗憲、楊士隆指出矯正機構所能提供的戒癮課程無法延伸到機構外，然而由於社區外的戒癮資源不足與缺乏保護管束等機治，導致效果無法延續。[42]巫梓豪通過訪談也發現，實務工作者多表示希望毒防中心人員可以提前進入戒治處所銜接，以降低受處遇者的不安與貫徹貫穿式保護策略。[43]Jamin、Vanderplasschen、Sys 等人觀察比利時、法國、德國及葡萄牙的毒品處遇制完成出所後再施用毒品的阻礙與保護因子，結果發現影響再施用的結構性因素，包含穩定住居、就業與管理行政議題；個人因素包含缺少穩定生活規律、缺乏有益的社會網絡、壓力等。這份研究顯示提供個人化設計及連續的貫穿性保護，對於減少出監所後的再施用毒品

[37] 此處所稱的誤判率，係指包含評估有繼續施用毒品傾向而未再犯者以及評估無繼續施用毒品傾向而再犯者，及偽陽性及偽陰性之人數總合比例。

[38] 郭適維、陳玉書、林健陽、劉士誠（2022），「繼續施用毒品傾向評估指標」預測效度之研究，矯正期刊，11(1)，頁 92。

[39] 同前註，頁 104。

[40] 林健陽，陳玉書，前揭註 29，頁 186。

[41] 陳秀玲（2014），醫療人員對「有無繼續施用毒品傾向評估標準紀錄表」之看法，國立臺北大學犯罪學研究所碩士論文，頁 37-52。

[42] 李宗憲、楊士隆（2010）。刑事司法戒治處遇制度之問題與困境研究。犯罪學期刊，13(1)，頁 125-126。

[43] 巫梓豪（2019）。受戒治人出所後轉銜機制之現況與挑戰。藥物濫用防治，4(1)，頁 58-63。

有正向幫助。[44]

最後，處遇機構內尚有專業人力不足的問題。林健陽與陳玉書的訪談研究提出處遇面臨的問題之一包含醫療及專業人力不足、資源無法進入勒戒所和戒治所。[45]楊士隆等則指出戒治所雖然已經是戒治資源最豐富的處所，然而專業人員與個案比例仍然懸殊。[46]不過紀致光則在訪談中發現受訪者認為現況的強制戒治人力充裕且架構完整。[47]實際觀察人力資源狀況的話，根據 108 年度矯正署及所屬單位預算書中回應立法院審議中央政府總預算案所提決議、附帶決議及注意辦理事項辦理情形報告表可見，立法院以全國最大的新店戒治所為例，受戒治人與負責教化的心理師及社工輔導員的人力比為 1:76。[48]若分別以 2023 年底新店、臺中、高雄與臺東四所戒治所中，年底在所收容人數對正式編制人力之專業人力比，可得結果如下表 3。

表 3　2023 年底戒治所在所人數與人力比

	2023年底戒治所在所人數與人力比			
	總計			
		受刑人	受觀察勒戒人	受戒治人
人數	1,372	295	529	472
輔導員人力比	98.0			
臨床心理師人力比	85.8			
社工員(師)人力比	91.5			

說明：

1. 資料來源：法務部統計處、新店戒治所、臺中戒治所、高雄戒治所、臺東戒治所。
2. 我國施用毒品受處遇人依性別、年齡、處遇程序等不同，除會進入戒治所外，亦會進入看守所附設勒戒處所、監獄附設戒治所等處，因非所有單位皆有完整列出編制人員數，因此本表格僅以人員編制與在所人數皆可完整取得之戒治處所計算，所計算之數據僅供參考。
3. 人力比之計算，依各戒治所網站說明，其中新店戒治所編制有輔導員 5 人、臨床心理師 6 人、社工員 6 人；臺中戒治所編制有輔導員 3 人、臨床心理師 4 人、社會工作師(員)4 人：高雄戒治所編制有輔導員 5 人、臨床心理師 5 人、社會工作員(師)4 人；臺東戒治所編制有輔導員 1 人、臨床心理師 1 人、社會工作師 1 人。[49]

[44] Jamin, D., Vanderplasschen, W., Sys, O. et al. (2021).“My first 48 hours out”: drug users’ perspectives on challenges and strategies upon release from prison. Harm Reduction Journal, 18(32), at 9-11.

[45] 林健陽，陳玉書，前揭註 29，頁 187。

[46] 楊士隆等，前揭註 26，頁 49。

[47] 紀致光，前揭註 28，頁 101-102。

[48] 矯正署（2019），矯正署 108 年度預算。頁 145。取自：https://www.mjac.moj.gov.tw/media/20191556/108%E5%B9%B4%E5%BA%A6%E6%B3%95%E5%AE%9A%E9%A0%90%E7%AE%97-pdf.pdf?mediaDL=true

[49] 各戒治所編制人數分別取自新店戒治所：https://www.sdb.moj.gov.tw/315071/315108/315111/576214/、臺中戒治所：https://www.tcj.moj.gov.tw/331931/331932/331936/581450/post、高雄戒治所：https://www.ksb.moj.gov.tw/333091/333092/333095/586901/post、臺東戒治所：https://www.ttb.moj.gov.tw/357151/357154/357169/789968/post。（最後瀏覽日期：2024/10/15）

然而根據國際矯正及法醫心理學協會的評估，對於特殊處所如戒治所等毒品處遇機構，正式編制專業人力比則應介於 1：50 至 1：75 之間，顯見專業輔導人力的不足。[50]

至於成本效益比較分析上，我國對於各處遇制度的成本及效益計算的研究都略顯匱乏，較早期的相關研究僅有如楊士隆等以政府預算額作為總成本推算；[51]馬作鏘以 2002 年度政府反毒宣導、民間戒癮機構戒治服務及個人損失推算該年度毒品的社會成本為 2,080,855,902 元；[52]或是如李思賢以美沙冬維持療法對比觀察勒戒及強制戒治，指出 2008 年度以美沙冬療法治療 52 人需花費 1,637,740 元，而施以戒治處遇則需花費 8,044,244 元，對比得出每 1 元在美沙冬療法上的支出可以獲得相當於 4.9 元在戒治處遇上的支出。[53]需要留意的是前述研究關於戒治處遇成本的計算，是直接以政府預算計算，因此在成本的計算上有可能低估。

較為近期的研究，則可以參考鄭凱寶以 2015 年間臺北地檢署與新店戒治所的成本效益所做的分析。在該研究中，鄭凱寶通過取得人事、設備、土地等花費計算臺北地檢署就執行觀察勒戒與強制戒治和緩起訴處分個別所需之成本，並計算醫療院所執行緩起訴附命戒癮治療之成本，與個人受司法戒治處遇之成本，並以花費的總成本除以未再犯人數計算該制度每減少一個人再犯罪時的費用，得出緩起訴每減少一人再犯罪的單位成本為 161,478.74 元（緩起訴總成本 28,097,301.26 元÷未再犯 174 人）、戒治處遇的單位成本為 718,284.07 元（戒治組總成本 79,011,247.55 元÷未再犯 110 人）。另一方面，根據該研究取得的數據，以可貨幣量化的竊盜、暴力犯罪、詐欺罪等罪名計算每次犯罪社會損失下緩起訴組平均每一人再犯罪時會產生的社會損失為 125,535.79 元，戒治組平均每一人再

[50] IACFP (2010). Standards for psychology services in jails, prisons, correctional facilities, and agencies: International Association for Correctional and Forensic Psychology (formerly American Association for Correctional Psychology). Criminal Justice and Behavior, 37(7). at 767.

[51] 楊士隆（2006），病患、病犯與罪犯之毒癮戒治模式成本與效益評估，行政院衛生署，頁 49。

[52] 馬作鏘（2004），藥物濫用社會成本及相關影響因素分析，行政院衛生署，頁 51。

[53] 李思賢（2010），台灣北部地區美沙冬替代療法實施背景、成效及成本效益：三年期追蹤研究(三)，行政院衛生署，頁 46-47。

犯罪時會產生的社會損失為 121,708.20 元。將每減少一人再犯罪可得社會效益除以每減少一人再犯罪所需成本，可得出緩起訴組損益比為 0.78，即每投入 1 元的成本可獲得 0.78 元的效益；戒治組損益本為 0.17，即每投入一元的成本可獲得 0.17 元的效益。[54]儘管這份研究提出了關於緩起訴與觀察勒戒、強制戒治處遇之間較為詳細的成本計算，然而其在計算上並未計算非財產犯罪的再犯效益，亦未計算因為再犯罪而節省的處遇成本，因此效益上會較為低估。

第三款　制度變革背後的思想流變

從前述二款對於我國毒品處遇制度的政策演變與執行現況上，可以發現毒品相關的政策，並非單純朝向犯罪化或醫療化的方向線性前進，而跟制度變化本身一樣值得關注的是導致制度產生變化的背後因素。如謝其演通過觀察英美兩國對於古柯鹼與海洛因的政策轉變，指出背後有著政府管理、藥廠與醫療團體利益的交錯，才生產出近代人們熟知的醫療專業機制與管制藥品政策。Courtwright 則通過經濟利益、資本管理需求等面向，指出現代人們習慣的毒品範疇實際上並非天生即如此，而是權力建構的成果。回顧我國毒品相關政策的流變，也會發現施用毒品行為究竟被疾病化或是被犯罪化，同樣深受權力需求的影響。

詳細而言，蕭彣卉回顧了過往一百年間的政策轉變，發現日治時期政府對於臺灣施用鴉片者的認識，主要著重在其是否為有利於國家治理的健康人，政策上也採納可以調和治理需求與專賣利益的漸禁論。到了後期因國際壓力的介入，始修法將鴉片的戒癮治療明文化，產生由政府強制執行的戒癮政策，同時仍保持專賣制度。[55]

國民政府治理臺灣時期則延續了其在中國大陸後期的嚴禁政策，然而國民政府在中國大陸時期並非完全採取嚴刑峻罰的態度，蕭彣卉彙整史料後指出於

[54] 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，國立中正大學犯罪防治研究所博士論文，頁 233-292。該篇研究詳細列出各項成本總額及平均額的計算方式，建議讀者自行查閱。惟值得留意依照該研究的計算方式，第一次停止戒治通過的個人直接成本應為 29,730 元，文中誤繕為 29,330 元並以之計算，又部分計算至小數點後 2 位，部份僅計算至小數點後 1 位，導致數額計算上會有極小的差距。本文於引用數據時就上述部分做了調整。

[55] 蕭彣卉，前揭註 19，頁 32-51。

1930 年前後國民政府對於施用鴉片者的政策因為民意、獄政配套措施不足等因素，而在罰金刑、一年有期徒刑與 6 月有期徒刑之間搖擺。[56]然而由於既有禁煙政策的效果不佳，加上當時剿匪期間對於使人民戒除煙毒的需求迫切，政府開始轉向以嚴峻的軍法處理施用鴉片者，希望通過嚴峻的軍法達成嚇阻效果，令人民不敢吸食煙毒，土膏店與地方政府亦不敢繼續提供鴉片予人民。[57]

於此可以發現國民政府開始加重對於煙毒的查緝與懲罰，與其在軍事上與政治上的需求息息相關。這點在後來國民政府遷台後的治理上有所延續，如釋字 194 號解釋便以「惟因戡亂時期，倘不澈底禁絕煙毒，勢必危害民族健康、國家安全及社會秩序」為由，認定製販運輸毒品唯一死刑的規定並不牴觸憲法，此外在施用毒品行為上的刑罰程度也較現行法規更重。柯雨瑞認為大法官的解釋文體現了這個時期毒品政策明顯受到了軍事與國家安全需求的影響。[58]在謝其演與蕭爻卉的整理中則皆指出，對於這個時期的統治者而言，禁止煙毒更為重要的目的是防止「共匪」藉機毒化臺灣社會、奪取政權。[59]

值得留意的是，這種軍事與國家安全需求的影響，並未因動員勘亂時期的結束而跟著消失，在釋字 476 號解釋中，大法官以「更且流毒所及，國民精神日衰，身體日弱，欲以鳩形鵠面之徒，為執銳披堅之旅，殊不可得，是其非一身一家之害，直社會、國家之鉅蠹，自不得不嚴其於法」為由，認定製販運輸毒品處死刑或無期徒刑並不違憲。儘管此號解釋的標的是製販運輸毒品而非施用毒品行為，然而觀察理由書可以發現，大法官係以前述施用毒品所生的弊害，來論證就製販運輸毒品行為之惡性重大，因此有以嚴刑峻罰加以阻止的必要。而柯雨瑞認為，在本號大法官解釋中對於「為執銳披堅之旅，殊不可得」的考量，說明了即便是在戡亂時期肅清煙毒條例逐漸轉變為現今架構的毒危條例之後，軍事與國家安全

[56] 蕭爻卉，前揭註 19，頁 66-68。

[57] 賴淑卿（1986），《國民政府六年禁煙計畫及其成效-民國二十四年至民國二十九年》，頁 52-58。

[58] 柯雨瑞（2006），百年來台灣毒品刑事政策變遷之研究，中央警察大學犯罪防治研究所博士論文，頁 218-219。

[59] 蕭爻卉，前揭註 19，頁 95。謝其演（2003），毒品犯罪防制政策分析之法社會學觀察─以英美的發展為借鏡─，國立臺灣大學法律學研究所碩士論文，頁 154-155。

的需求仍然潛藏在毒品政策的設計之中。[60]

間隔數年後，釋字 544 號就施用毒品處以自由刑的規範作出解釋，這時過往的「為執銳披堅之旅」已不見於理由書中，反之大法官強調施用毒品「輕則個人沈淪、家庭破毀，失去正常生活及工作能力，成為家庭或社會之負擔；重則可能與其他犯罪行為相結合，滋生重大刑事案件，惡化治安，嚴重損及公益」，則顯示此時軍事需求已經在大法官的考量中隱匿，由國民生計與社會安全的需求填補大法官將施用毒品行為犯罪化的理由。[61]

儘管實務見解對於施用毒品行為抱持著「惡性」、應以刑事手段加以嚇阻禁絕的觀點，表面上與 1998 年修正毒危條例時宣示導入「病犯」觀念的宣示並不相合，然而實則並非如此。以 2003 年毒危條例的 20 條修正理由為例，對於觀察勒戒、強制戒治完畢後五年內再犯施用毒品罪者，認為「其再犯率甚高，原據以實施之觀察勒戒及強制戒治既已無法收其實效，爰施以刑事處遇」，顯示對於立法者而言，施用毒品行為的內在核心，同樣是應以刑事手段禁止的「惡性」行為，「疾病」的性質更接近於包裹住其犯罪本質的外衣。李柏昇指出，之所以導致這種「生病的犯人」的理解方式，是因為對於我國毒品政策而言，引入「成癮作為疾病」的觀念僅僅是為了與國際潮流接軌，而非意圖對原有的犯人架構進行根本上的翻轉，也就是說對於政府而言，所謂的病犯，僅僅只是指「帶有疾病的犯人」而已，與在監獄內才生病的犯人並無差異。[62]

而真正推動行政機關開始以病人角度認識施用毒品者的原因，李柏昇認為是對施用毒品行為後衍生的血液傳染性疾病如愛滋病和肝炎的恐懼。然而也因此，此時的病人觀點並不是將施用毒品行為本身視為一種疾病，而是將其視為導致嚴重疾病的前因而加以控制。[63]本文認為李柏昇發現的這種心態，或許也可以用於

---

[60] 柯雨瑞，前揭註 58，頁 218-219。

[61] 對於釋字第 544 號解釋觀於施用毒品與犯罪間關聯是否合理，顧以謙等爬梳文獻後指出實證研究並未支持施用毒品與犯罪行為間必然具有因果關係。詳細論述詳見顧以謙等，前揭註 5，頁 98-103。

[62] 李柏昇（2017），吸毒者處遇政策變遷（1998-2017）：制度論的解釋，國立臺灣大學法律學院科際整合法律學研究所碩士論文，頁 47-48。

[63] 同前註，頁 64-68。

解釋為何衛生體系始終未完全接手觀察勒戒及強制戒治制度，其根本的問題在於對行政機關而言，施用毒品並不真正被視為一種應予醫治的疾病，相反是一種會導致其他嚴重疾病而應予控制的行為，將其以病人的角度理解，更接近於行政機關出於控制目的的妥協。

第二節　外國制度

前文回顧了觀察勒戒及強制戒治制度的發展脈絡、現況，乃至於影響制度發展的背景因素。確實的應證了研究背景中論述，觀察勒戒及強制戒治制度在其宣稱意義上與實務意義上的落差，並因此形成問題。於本節中，本研究將回顧美國、德國及日本在施用毒品行為上的處遇作為，以為我國制度的改革提供方向。

第一款　美國

一、美國毒品處遇制度概述

在開始回顧美國的毒品處遇制度之前，必須要先釐清的事情是，美國的毒品處遇制度所處理的，多是以毒品關聯犯罪（drug-related crime），即該犯罪行為與施用毒品有所關聯，如為獲取金錢以某買毒品施用而犯竊盜罪的情況，甚或是販賣毒品，都會被納入美國的毒品處遇機制內。例如美國成人毒品法庭最佳實踐標準對於收案對象的評估，並不以所犯罪名為施用毒品為限，而是評估是否具備高再犯風險和高物質使用需求的特質。[64]紀致光整理美國毒品法庭制度時也特別強調由於毒品法庭的目的在於中斷因毒癮而造成的犯罪循環，因此對象是設定為毒品問題犯罪人（drug-involved offender）。[65]此外美國推展的許多非法庭主導的毒品處遇機制，如以檢察體系為主導的 DTAP（Drug Treatment Alternative-to-Prison）制度，也是以因成癮導致的非暴力犯罪者為制度處遇對象。[66]

與之相較，我國的毒品處遇制度則是明確的限縮在施用毒品犯罪（drug use

---

[64] All Rise (2023). Adult Treatment Court Best Practice Standards I-VI, 2nd edition, at 7-8.

[65] 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)，頁 204-205。

[66] Hynes, C.J., Swern, A.J. (2007). DTAP: Drug Treatment Alternative-To-Prison Sixteenth Annual Report. at 20. Available at: https://static.prisonpolicy.org/scans/DTAP_Sixteenth_Annual_Report.pdf.

offence）之上，若涉及其他財產犯罪，或是犯其他毒品犯罪如製販運輸毒品等，皆不在現況多元處遇制度的範疇之內。

美國的毒品處遇方案最廣為人知的制度應屬毒品法庭，簡略的考察毒品法庭的運作機制，儘管毒品法庭的具體細節會因為各別的州而有所差異，然而 NADCP 仍然列出了 10 項構成毒品法庭的關鍵要素，整理如下表。[67]

表 4　美國毒品法庭 10 項關鍵要素

1	毒品法庭是司法案件與藥酒癮治療服務相結合的整合性措施。
2	毒品法庭採取非對抗性策略，讓檢察官與被告律師可以在保護被告正當程序權利的同時共同促進公共安全。
3	及早並即時的辨識符合資格的參與者，將其納入毒品法庭計畫。
4	毒品法庭提供持續性藥酒癮及其他相關治療與社會復歸服務。
5	通過頻繁的酒精與藥物篩檢確保參與者維持戒除。
6	保持毒品法庭在參與者服從程度上回應的一致性。
7	與每名毒品法庭參與者維持持續的司法互動。
8	監測、評估計畫目標的達成狀況，並評估其效能。
9	通過持續的跨領域教育訓練提升毒品法庭規劃、執行與運作效率。
10	建立毒品法庭、公共機構與社區組織間的伙伴關係以創造在地支援與強化毒品法庭計畫的效能。

資料來源：National Association of Drug Court Professionals。

毒品法庭的發動類型，則可以依照發動的時間點分為答辯前轉向的緩起訴模式、答辯後轉向的延緩量刑模式和量刑後緩刑模式三大種類。[68]而在判定個案是否為符合且需要進入毒品法庭的評估方式上，李思賢等指出毒品法庭大多採用再犯風險與醫療需求分流的評估工具（the Risk and Needs Triage, RANT），該評估工具係以「犯因性需求（Criminogenic Need）」與「預後風險（Prognostic Risk）」兩項要素為軸，依據需求與風險的高低劃分出 2 乘 2 的矩陣，依序可分為高風險高需求、高風險低需求、低風險高需求，和低風險低需求四種主要類型，提供法

[67] 相關介紹可參考 NADCP (2004). Defining Drug Courts : The Key Components. U.S. Department of Justice Office of Justice Programs Bureau of Justice Assistance。傅雅惲（2019），符合科學實證精神的制度：概述毒品法庭的組成與執行，矯政期刊，18(1)。

[68] National Association of Drug Court Professionals (2022). Painting the current picture: A National Report on Treatment Courts in the United States, at 33。詳細的說明可參閱林俊儒（2019），毒品法庭的制度內涵與爭議檢討，犯罪與刑事司法研究，31，頁 44-46。

院或檢察官於短時間內進行評估與分流。[69]研究指出，於個案接受 RANT 評估後的 12 個月內因新犯罪而再受逮捕的預測力達到顯著，最高的再受逮捕率也發生在高風險高需求的群體，依此認定 RANT 具有良好的分流評估成效。[70]

除了毒品法庭外，美國還有其他種類的處遇措施，如在紐約州開始施行，以檢察官作為主體的 DTAP，該制度初期的運作方式是以再犯毒品重罪者（second felony drug offender）為對象，於起訴前進行評估是否適於 DTAP 計畫，若適於參加 DTAP 則會暫緩起訴，並將被告移轉至計畫中，完成計畫後起訴將會被撤銷，性質上與我國的緩起訴相近。[71]後期則修改制度，被告必須先進行認罪答辯（plead guilty）後，始進行 DTAP 計畫的評估，完成計畫後罪名將會被撤銷，未完成計畫則會直接進行判刑，性質上則與我國的緩刑制度較為相近。[72]

二、繞移制度簡介

不論是毒品法庭制度或是 DTAP 制度，其性質上都屬於讓個案或被告先進入司法系統後，再通過制度的運作將個案或被告轉出司法系統、轉向公衛和社福系統進行醫療與協助的轉向（diversion）措施。然而近年美國開始推展一個新的制度概念，本研究將其譯為繞移（deflection）。繞移措施的意義與轉向措施並不相同，本研究將會簡介繞移制度的概念，並以一個繞移制度的實踐案例作為參考。

繞移一詞最早是由 Charlier 於 2014 年開始使用，[73]不過必須先釐清的一點是，繞移仍然是較為新進的用語，也並未在不同群體間取得完全的共識，如 LAPPA（Legislative Analysis and Public Policy Association）在擬定「執法人員與其他應急人員繞移制度模範法（Model Law Enforcement and Other First Responder

---

[69] 李思賢等，前揭註 30，頁 161。

[70] Marlowe, D.B., Festinger, D.S., Dugosh, K.L., Caron, A., Podkopacz M.R., Clements, N.T. (2011). Targeting Dispositions for Drug-Involved Offenders: A field Trial of the Risk and Needs Triage (RANT™). Journal of Criminal Justice. 39(3). at 258.

[71] Hynes, C.J. (1993). DTAP: An Alternative to Incarceration. Journal of Law and Policy. at 38. Available at: https://brooklynworks.brooklaw.edu/jlp/vol1/iss1/2.

[72] Hynes, C.J., Swern, A.J., *supra note* 66*,* at 19-20。

[73] Charlier, J. (2015). Deflection: A Powerful Crime-Fighting Tool That Improves Community, Available at: https://www.policechiefmagazine.org/deflection-a-powerful-crime-fighting-tool-that-improves-community-relations/

Deflection Act, Model Act）」時即指出，在不同的群體間對於繞移這個制度類型的稱呼方法可能包含了逮捕前轉向（pre-arrest diversion）、錄案前轉向（pre-booking diversion）、執法人員轉向（law enforcement diversion）、應急人員轉向（first responder diversion）、危機介入團隊（crisis intervention teams）、民事裁罰方案（civil citation programs）等等，顯見命名的差異性仍然巨大。[74]

相較於轉向制度，繞移最為核心的一項概念，便是從最開始即避免施用毒品者進入到司法系統之中，也就是當施用毒品者自行向醫院求助、經社工師或社福人員於外展服務中接觸，或是由警方執勤過程中發現時，直接移轉至以社區為基礎的組織團體內接受戒癮治療服務。[75]關於轉向制度與繞移制度的詳細如下表 5。

表 5　轉向制度與繞移制度之比較

	Diversion	Deflection
翻譯方式	轉向	繞移
主要涉及場域	司法體系	社區（community-based）
主要包含人員	檢察官、法院、觀護人	1.第一線工作者，如警方、消防隊、臨床醫師、社工等 2.同儕、復元教練
發動時機	主要為逮捕後	主要為逮捕前
發動者	警員（post-arrest diversion） 檢察官（pretrial diversion） 法官（pre-sentence diversion）	受處遇人（self-referral） 第一線工作者（active outreach、Naloxone Plus） 警員（officer prevention/ intervention）
強制性	高（仍然有被起訴的可能）	較低（需要當事人自願、大多數情況沒有起訴）

資料來源：本研究自行整理。

總結而言，相較於轉向制度的運作方式是讓施用毒品者進入司法系統後，再經由檢察官或法官將其轉出司法系統，繞移制度則是從最初就讓施用毒品者的處

[74] LAPPR(2021). Model Law Enforcement and other First Responder Deflection Act, at 7, Available at: https://legislativeanalysis.org/wp-content/uploads/2022/03/Model-Law-Enforcement-and-Other-First-Responder-Deflection-Act-FINAL.pdf

[75] The National Council for Mental Wellbeing (2021). An Overview of Deflection and Pre-Arrest Diversion: To Prevent Opioid Overdose, at 3, Available at: https://www.thenationalcouncil.org/wp-content/uploads/2022/02/NC_1_DPAD_Overview_Pre-ArrestDiversion.pdf

遇軌跡偏移到司法系統以外的方案之上。啟動繞移制度的方法有五個，分別是自我轉介（Self-referral）、主動外展（Active Outreach）、過量後協助（Post-overdose）、警員預防（Officer Prevention）與警員干預（Officer Intervention）。[76]以下就這五種啟動方式做簡單的說明。[77]

自我轉介機制是由施用毒品者自行向警員或應急人員接觸尋求協助，在尋求協助的過程中無須擔心會被逮捕或起訴。這個機制在性質上與我國毒危條例第21 條就施用毒品者於犯罪未發覺前自動向指定醫療機構請求治療，醫療機構得免除移送檢調機關的規範相近，較為不同的地方是在繞移制度的自我轉介機制中，即便是向警員尋求協助，施用毒品者也無須面對逮捕或起訴的風險。

主動外展機制則是由警員或應急人員主動辨識與接觸施用毒品者，並為其提供轉介至醫療或其他服務的機制，通常會以團隊的方式來執行。可能發生的場域如無家者的營地，外展服務團隊便有可能在其中發現需要協助的對象並啟動繞移制度。過量後協助機制，又可以稱為納洛酮計畫（Naloxone Plus），其性質上與主動外展機制相近，是由警員或應急人員在用藥過量發生後短期內快速提供協助，或是在可能發生用藥過量的地點等待提供協助。

警員預防機制是由執法人員單獨或是做為合作團隊的一員發動，針對在日常執勤過程中，或是回應緊急呼叫時接觸到施用毒品者的情境，就施用毒品者進行評估並轉介至治療或其他服務。與前述的機制相同的是，在預防機制中即便是由警員進行接觸與轉介，仍然不會有逮捕或起訴的問題（no charges are filed, or arrests made）。警員干預機制與預防機制則是大同小異，同樣是在日常執勤過程中進行接觸與轉介服務，只是在干預機制中強調僅能由執法人員進行，同時執法人員可能會對施用毒品者提起指控（files charges）或是發出要求接受治療的罰單

[76] *id*, at 3.

[77] 此處的相關說明，詳情請參考 *id*, at 3; LAPPR, *supra note* 74, at 15; BJA & COSSAP , Law Enforcement and First Responder Diversion: Pathways to Diversion Case Studies Series, at 2, Available at: https://www.cossup.org/Content/Documents/Articles/Pathways_to_Diversion_Case_Studies_Series_Officer_Intervention.pdf

（a citation with a treatment requirement），直到施用毒品者完成指定的治療或社會服務計畫。警員干預機制因為有著可能被起訴或裁罰的風險，因此相較於前四種機制來說具有較強的強制性。

此外值得留意的是，不論警員預防或警員干預機制之所以得以成立，有賴於美國在警察制度上就第一線的員警於犯罪個案是否進行逮捕上給予相當大的裁量權限。這種裁量權限可以被定義為公職人員在有效的限制下保有自由選擇作為或不作為的權力，[78]有論者進一步強調警察享有的這種自由裁量權不僅是重要的，更是成就有意義問責制（accountability）與司法正義的必要條件。[79]

當制度通過前述的機制而被啟動後，繞移制度強調需要為施用毒品者提供多面向群體的合作，同時應以持續貫穿保護及確保近用性的方式提供服務。在協助施用毒品者轉介不同服務時，該轉移的過程必須是溫暖而富有人性的交接（warm handoff）。[80]我們可以將繞移制度的發動，以及與轉向制度的差異簡略的以下圖 8 來表現。

繞移制度在執行上有幾項重點，首先最重要的是參與者的自願性，一方面由於繞移制度的目標是將施用毒品者轉介至醫療或社區處遇之中，因此其本身在發動以及後續的參與程度上就相當仰賴施用毒品者的意願。倘若施用毒品者本身缺乏意願，繞移制度大多數時候並不能強制施用毒品者進入治療的流程。另一方面在關於繞移制度的說明中，也反覆強調自願參與的重要性，並認為自願參與的機制應該優先於強制參與的機制。[81]

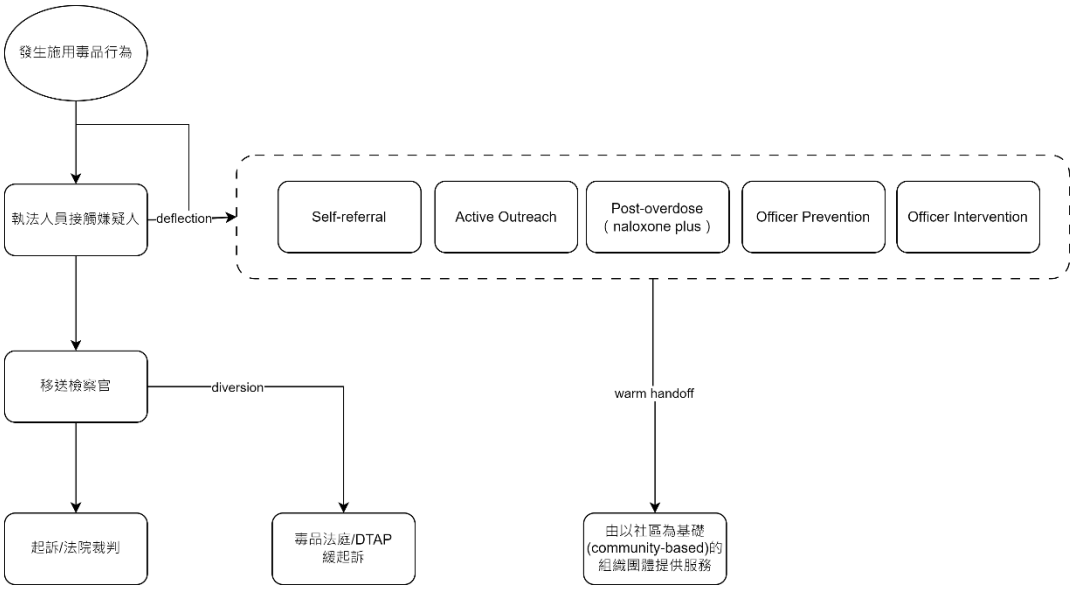
---

[78] Davis, K.C. (1969). Discretionary Justice: A Preliminary Inquiry, Louisiana State University Press, at 4, as cited in Pepinsky, H.E. (1984). Better Living through Police Discretion, Law and Contemporary Problems, 47(4). at 250.

[79] Pepinsky, id., at 253.

[80] The National Council for Mental Wellbeing, *supra note* 75, at 3.

[81] The National Council for Mental Wellbeing, *supra note* 75, at 4.



資料來源：本研究自行整理。

圖 8　繞移制度發動流程

其他的重點包含了合作、平等、教育、資源近用。合作是指執行繞移制度的地區要能建立起跨組織的文化架構、強化毒品處遇服務提供者與執法人員之間的信任關係、就個別參與團體各自的主要目標進行討論以尋求共同的目標以及需要妥協的差異，同時應發展以人為中心的取徑並以實際生命經驗來調整計畫方向。平等是要確保計畫的實踐過程中必須維持在性別與種族上的平等，並且規劃的所有層面都需要經過平等的檢驗。教育則是指需要為執法人員、司法機關及其他有參與的服務提供者持續提供關於毒品使用與成癮的神經科學，以及減少傷害（或稱減害，Harm Reduction）策略的教育訓練。資源近用則強調要在人們所在之處會面（Meet people where they’re at）同時確保資源及服務在人們想要或需要時可以隨時被取得。為了要達成資源的近用性，執行繞移制度的地區需要在實行計畫之前就先佈建充分的資源。最後值得一提的是，如前所述由於美國是以毒品相關犯罪者作為處遇的對象，可能存在會有犯罪受害人的情況，因此服務的內容也應該包含提供犯罪被害人支持服務。[82]

繞移制度的主要目標是以醫療及處遇服務替代監禁措施。其所採用的服務策

[82] The National Council for Mental Wellbeing (2021). Experts’ Roundtable Findings on Deflection and Pre-Arrest Diversion, at 1-2, available at: https://www.thenationalcouncil.org/wp-content/uploads/2022/02/NC_5_DPAD_ExpertsRoundtableFindings.pdf

略有兩個主要的方向，分別是採納減害策略及提供同儕支持服務。減少傷害策略所使用的技巧包含但不限於用藥過量教育及預防如提供施用藥物種類檢測、潔淨針具服務、傷口護理、同儕支持、連結必要的社福或安置服務等。[83]同儕支持服務則可以提供四種功能，分別是情感功能，以同理心或關照以加強個案的自尊與自信；資訊功能，為個案提供生活或職業技巧訓練的知識；工具性功能，為個案提供具體協助或降低障礙，如協助聯繫服務、提供代金券等；聯繫性功能，促進個案與他人的聯繫、增進社交與娛樂技巧、創造歸屬感等。[84]

三、繞移制度實例：西雅圖 LEAD 制度

目前繞移制度有許多的發展。本研究以性質上屬於執法人員預防的 LEAD 制度作為範例，通過介紹 LEAD 制度的樣貌展示繞移制度與轉向制度的差異。

LEAD 制度的運作方式為錄案前轉向（pre-booking diversion），即當執法人員接觸到毒品相關犯罪者時，可以在逮捕並登錄案件前就將犯罪者轉移到社區處遇之中，美國第一個 LEAD 制度，於 2021 年由西雅圖的西雅圖警察部門、公設辯護人協會（Public Defender Association, PDA）、美國公民自由聯盟（American Civil Liberties Union, ACLU）與金郡（King County）檢察官彼此合作，在貝爾敦（Belltown）開始試辦， 其後由於 LEAD 在貝爾敦的成功，使該計畫逐漸推展到其他地區，並依各地需求發展出各自的 LEAD 架構，如 2014 年新墨西哥州的聖塔菲（Santa Fe），2015 年至 2016 年間西維吉尼亞州的亨廷頓、紐約州的奧爾巴尼、北卡羅萊納州的費耶特維爾等。[85]

最初期 LEAD 明確以輕度的毒品施用犯罪與性工作犯罪作為計畫執行的對象，[86]其後隨著 LEAD 的演變與擴張，為了符合各地區的需求，LEAD 改以概念

---

[83] The National Council for Mental Wellbeing (2021). Deflection and Pre-arrest Diversion: Applying a Harm Reduction Approach, at 3, available at: https://www.thenationalcouncil.org/wp-content/uploads/2022/02/NC_2_DPAD_HarmReductionApproach.pdf

[84] The National Council for Mental Wellbeing (2021). Deflection and Pre-arrest Diversion: Integrating Peer Support Services, at 2, available at: https://www.thenationalcouncil.org/wp-content/uploads/2022/02/NC_3_DPAD_IntegratingPeerSupportServices.pdf

[85] LAPPA (2021). Law Enforcement Assisted Diversion (LEAD). Available at: https://legislativeanalysis.org/law-enforcement-assisted-diversion-lead/

[86] Beckett, K. (2014). Seattle's Law Enforcement Assisted Diversion Program: Lessons Learned from the First

框架來辨識收案對象，這些對象通常具有「未被妥善處遇的行為健康需求、複雜創傷的經驗、認知障礙、長期貧窮」或「缺乏居住所、收入、食物與社會連帶網絡」等主要特質，並隨著各地需求設立具體的收案標準。[87]

LEAD 的收案方式包含了逮捕轉向、社群接觸轉介（Social contact referrals）與社區轉介（Community referrals）三種。[88]其中逮捕轉向即為 LEAD 最初發起的理念，當執法人員遇到可能需要執行逮捕的案件時，可以選擇不逮捕犯罪嫌疑人而是將其轉介至 LEAD 的服務機構內。另一方面，社群接觸轉介則是由執法人員主動為符合收案資格的對象提供轉介服務，而無須等待違法事實的發生，同時為了避免社群接觸轉介遭到濫用，LEAD 要求社群接觸轉介的對象然仍必須具有未受滿足的行為健康需求和反覆違法的事實。[89]社區轉介與前兩種轉介方式不同，不必以執法人員作為發動者，而是允許社區工作夥伴將符合資格的對象轉介至 LEAD 計畫中。[90]

LEAD 在處遇服務的提供上除了採用減害策略外，也採納由美國物質成癮與心理健康服務部（Substance Abuse and Mental Health Services Administration, SAMHSA）提出，近年成為戒癮主流理念的復元理論，以尊重、平等、以人為本、創造共同目標等作為制度運作的核心價值。此外，LEAD 也採用改變階段理論（Stages of Change）和動機式晤談（motivational interviewing）作為處遇的技術，以促發個案的內在改變動機。[91]由於 LEAD 並非司法處遇，因此沒有「失敗後會受到刑罰」的概念，相對的，LEAD 既不會以任何形式的懲罰脅迫個案參與計畫，也不會要求參與個案必須於何時完成戒除毒品。[92]

Two Years. At 5. University of Washington. Available at: https://search.issuelab.org/resources/21511/21511.pdf

87 LEAD Support Bureau (2020). LEAD® - LAW ENFORCEMENT ASSISTED DIVERSION: An Implementation Toolkit produced by the LEAD Support Bureau. At 11. Available at: https://www.nj.gov/oag/njcares/pdfs/lead/LEAD-toolkit-2020.pdf

88 *Id*. at 10.

89 *Id.* at 10.

90 LEAD Support Bureau (2023). CHAPTER 3: LEAD Enrollment. Community Toolkit. Available at: https://leadbureau.org/toolkit/chapters/lead-enrollment/

91 LEAD Support Bureau, *supra note* 87. at 13.

92 LEAD Support Bureau, *supra note* 87. at 3.

成效上，以夏威夷的 LEAD 計畫為例，該計畫於 2019 年做了評估報告，指出在 LEAD 計畫執行的 1 年內，安非他命類藥物的平均每月用藥時間自 16.90 日減至 13.90 日，與之相對的是海洛因、大麻與酒精等毒品或物質則有所增加。除了施用毒品的形況外，施用毒品個案的未受安置（unsheltered）比例減少 38%，平均未受安置日期自 20.83 日降低至 12.90 日；住院率至 10%小幅上升至 13%，但急診使用率則至 32%降至 19%，顯示因施用毒品導致的緊急醫療需求有所下降；施用毒品者參與社區活動、休閒活動的比例皆有所增加。[93]

蘭德公司（RAND Corporation）則嘗試就繞移制度本身進行更廣泛的成效評估，研究指出，目前對於繞移制度所產生的影響仍然缺乏經過嚴格檢驗的數據，但接受訪問的服務提供者大多可以提供制度具有正向效益的軼事證據（anecdotal evidence）。[94]另一方面，通過合成控制方法（Synthetic Control Method, SCM），研究模擬並分析了 Lake County, Illinois 與 Plymouth County, Massachusetts 在有無繞移制度介入下用藥過量與犯罪狀況的變化，其中 Lake County 顯示用藥過量與財產犯罪皆降低，因藥物而受逮捕的比例雖有降低但未達顯著；Plymouth County 則顯示住院治療與用藥過量致死的比例降低，但無法進行有效的比較分析。[95]

總結而言，美國近年新興的繞移制度展示了一種依靠政府、民間團體與社區共同協力創造，完全外於刑事司法程序的毒品處遇流程。

第二款　德國

一、德國毒品現況及處遇制度概述

德國目前的毒品使用狀況，根據 Rauschert 等人的研究可以發現，德國 2021 年最主要使用的毒品為大麻，推估盛行率為 8.8%，其次為快克 1.6%、安非他命

[93] Gralapp, S., Willingham, M., Pruitt, A., Barile, J.P. (2019). LEAD Honolulu 1-Year Evaluation, Department of Psychology University of Hawai‘i at Mānoa.

[94] Labriola, M.M., Peterson, S., Taylor, J., Sobol, D., Reichert, J., Ross, J., Charlier, J., Juarez, S. (2023). A Multi-Site Evaluation of Law Enforcement Deflection in the United States. Santa Monica, at 21. Available at: https://www.rand.org/pubs/research_reports/RRA2491-1.html.

[95] *Id*, at 22-30.

1.4%、新興毒品 1.3%和搖頭丸 1.0%。[96]

德國的毒品法規範，與我國相近的部分是同樣獨立制定一部專門的麻醉藥品法（Betäubungsmittelgesetz，BtMG）來規範，麻醉藥品法將管制的藥物分為三類，分別是不可販售麻醉藥品、可販售而非處方麻醉藥品、可販售且須處方麻醉藥品。

然而德國在毒品法規上較為不同的是，德國法儘管就買賣、持有受管制的麻醉藥品等行為設有刑事處罰規範，然而就施用行為本身並不加以處罰，其理由在於認為施用毒品屬於自傷行為，其性質上為德國憲法上所承認的權利之一。[97]德國在其麻醉藥品法第 10a 條中制定了有關毒品使用室（Drogenkonsumraum）的許可規範，其中要求該毒品使用室至少應提供適當的空間、緊急醫療協助、協助戒癮的諮商與治療方案、工作紀錄與評估等始得獲得設立許可。此外也有要求應排除初次使用或偶爾使用者進入毒品使用室，僅允許長期施用者進入使用服務。論者分析毒品使用室的規範指出，儘管德國法規上許可毒品使用室的設立，然而立法者的本意仍然是希望協助成癮者脫離毒品的控制。[98]

因此，德國在法規範上並沒有直接針對施用毒品的處罰或治療，而是如同美國的毒品法庭，是以「有成癮問題且有高度犯罪危險」或是「因為成癮而犯罪」二者作為處遇的對象。

二、法規範上的制度

德國有關於毒品相關連犯罪的法律架構，與我國最為接近，同時在刑法上訂有禁戒處分，以及在特別法上訂有其他的處遇規劃。具體而言，德國的規範分別訂於刑法第 64 條的強制禁戒及麻醉藥品法第 35 條及 37 條暫緩執行與暫緩起訴，以下分別說明。

德國刑法（Strafgesetzbuch, StGB）第 64 條第 1 句前段規定，如果一個人有

---

[96] Rauschert, C., Möckl, J., Seitz, N.N., Wilms, N., Olderbak S., Kraus, L. (2022). Konsum psychoaktiver Substanzen in Deutschland. Dtsch Arztebl International, 119(31-32). 531.

[97] Böllinger, L. (2004). Drug Law and Policy In Germany and the European Community: Recent Developments. The Journal of Drug Issues, 34(1). 1. https://doi.org/10.1177/002204260403400302

[98] 洪麗雯（2010），論毒癮戒治程序-我國與德國進行毒癮戒治程序的比較，國立政治大學法律學研究所碩士論文，頁 33-34。

過量使用酒精或其他麻醉藥品的傾向（Hang），並因此傾向而從事違法行為判決有罪，或雖因有無罪責能力爭議而未被判決有罪、但法院認為該傾向存在嚴重違法行為風險的情況下，法院得強制命令其進入戒毒中心戒除毒癮。為了避免此條文使用上的恣意，同句後段先限定了前段所稱的「傾向」必須以符合物質使用障礙的標準並且對生活、健康、工作或表現能力造成持續且嚴重影響的情況為限，同條文第 2 句則規定必須要在第 67d 條第 1 項第 1 句或第 3 句所規定的期間內，也就是 2 年以內或是受宣告之刑期內能夠提供有效的治療，法院才能給予強制禁戒的命令。

對於提供有效治療的定義，Kerner 指出最初法律僅要求於毫無戒治可能時才不得宣告，後續聯邦憲法法院認定刑法第 64 條中關於治療應採嚴格解釋，即只要依照當前的醫學知識，對於行為人呈現的障礙無充分具體治癒的希望時即不得宣告強制禁戒。[99]洪麗雯整理德國聯邦憲法法院的解釋指出，聯邦憲法法院對於具體治療方式的認定是有可能完全徹底治療或是可避免成癮者因毒癮而犯罪的效果即可，以避免對成癮者權利的過度限制和醫療資源的浪費，同時課予法官及鑑定人對於再犯風險、再犯罪種類、有效降低風險的措施等說明義務。[100]

至於德國刑法第 64 條的強制禁戒處分是否類似於我國刑法的禁戒處分，或是觀察勒戒及強制戒治處分，當滿足條件時即應為強制禁戒之宣告而無裁量空間？洪麗雯爬梳德國修法歷程指出立法者曾將德國刑法第 64 條第 1 句修改為裁量規定，允許法院於例外情況，如執行顯不經濟或被告無法負擔醫療費用時得不宣告強制禁戒，[101]然而若現在查詢德國刑法規定，會發現條文用語是採「應該（so soll）」，因此現行於德國刑法的強制禁戒處分，應為與我國的禁戒處分或觀察勒戒及強制戒治制度相同，為滿足條件即應宣告之處分。

然而強制禁戒制度與我國現行制度在發動條件上仍有差異。我國觀察勒戒及

[99] Kerner, H.J.（2008），德國刑事追訴與制裁—成年刑法與少年刑法之現狀分析與改革構想，126-127。
[100] 洪麗雯，前揭註 98，頁 90-93。
[101] 洪麗雯，前揭註 98，頁 96。

強制戒治制度僅以有犯施用毒品罪為要件，禁戒處分僅需有施用毒品成癮為要件，然而德國強制禁戒在發動上設有如因成癮而反覆犯罪，以及須有治癒可能性等限制，限縮了強制禁戒使用的空間，強化資源的運用與法官在給予強制禁戒處分時的審查責任。

除了強制禁戒外，德國另外一種毒品處遇方案為麻醉藥品法第 35 條及第 37 條規範的暫緩起訴與暫緩執行。

根據德國麻醉藥品法第 35 條第 1 項，檢察官對於因有證據表明是因成癮問題而導致的違法行為而受到 2 年以下有期徒刑宣告，且已經開始進行戒癮治療或承諾將會開始進行戒癮治療的受刑人，得聲請法院同意暫緩執行刑罰或強制禁戒處分。根據同項第 2 句規定，這裡所稱的治療包含於國家核可的設施中的戒癮或避免新的成癮的治療。

馬躍中指出，麻醉藥品法第 35 條暫緩執行的規範，是基於「以治療替代刑罰」的原則而開發出的一種介於考核刑與應執行刑之間的特殊手段，以檢察官為核心，主要目的在於避免成癮者受到自由刑，及密集治療成癮者之毒癮以排除其他犯罪。因此麻醉藥品法第 35 條的適用對象僅限於受到自由刑宣告的受刑人，而是否給予暫緩執行的宣告，須符合「正面的社會預測（Güstige Sozialprognose）」，也就是考量受刑人之個人情況、經歷、犯罪情節、生活狀況及緩刑對其之影響後，基於對其「再社會化」的評估後決定是否給予緩刑。[102]

除了於刑之執行前給予暫緩執行的宣告外，該條第 3 項第 2 款也允許在刑之執行後給予暫緩執行的宣告。該條規定若受刑人被判處有期徒刑或累積刑期為 2 年以上，但剩餘應執行之刑期為 2 年以下時，得適用同條第一項有關暫緩執行的規定。也就是當受刑人於獄中服刑至假釋時若剩餘刑期未達 2 年者，得由檢察官基於執行機關之地位，不再執行剩餘的自由刑，而是令其接受戒癮治療。[103]

由於暫緩執行僅是將原本之自由刑轉換方式執行，因此應受到持續的監督檢

[102] 馬躍中（2017），毒品成癮者處遇模式之現狀與未來-借鏡德國法-，藥物濫用防治，2(4)，75-76。
[103] Kerner, H.J.，前揭註 99，頁 15-16。

視。[104]麻醉藥品法第 35 條第 4 項規定，受刑人有義務於執行機關指定的時間提出其已接受或依規定定期接受治療之證明，同時提供治療服務的個人或是治療機構於受刑人中斷治療時應通知檢察官。

當受暫緩執行宣告之受刑人未開始治療或中斷治療，且可認為受刑人不會立刻恢復治療之執行時，執行機關應撤銷暫緩執行的宣告，此外，若後續受刑人被宣告了新的有期徒刑，導致整體刑期超過同條第 1 項和第 3 項規定的期間，或是受到其他必須要監禁以能夠執行的保安措施時，所受的暫緩執行宣告也應撤銷。

麻醉藥品法第 37 條另外規定了暫緩起訴的規範，當檢察官對於因成癮問題而犯罪的被告，預計將會受到之刑度宣告為 2 年以下有期徒刑時，可於被告能夠證明已經接受第 35 條第 1 項所訂之治療且有社會復歸之可能的情況下，經法院同意後暫緩起訴。同樣若被告未繼續接受治療或無法證明有持續接受治療，或有新事證指出可能受到之刑度宣告逾 2 年以上等情況時，檢察官將撤銷暫緩起訴。

有論者認為德國麻醉藥品法第 37 條的暫緩起訴與我國緩起訴附命戒癮治療的旨趣相同，[105]然而較為不同的是德國的暫緩起訴制度中，檢察官僅課予被告進行治療以及提出接受治療證明的義務，並不如同我國是由檢察官指定被告進行治療的機關。另一方面，緩起訴附命戒癮治療為我國主要的毒品處遇方案之一，然而德國實務上運用第 37 條的案件卻不多，洪麗雯認為最主要的原因在於第 37 條的運作程序較為複雜，以至於檢察官通常採用其他程序更為簡單的方法處理毒品相關連犯罪，導致第 37 條在實務上的重要性偏低。[106]

德國就毒品相關聯犯罪在法規範上的架構，可簡略整理如下：德國就毒品相關處遇制度可分為兩大類型，第一類型為以法院為發動主體、由法官主動裁定之強制禁戒，受禁戒人會收容於戒治機構內；第二類型為以檢察官為發動主體、由檢察官聲請並經法院同意後執行之暫緩執行或暫緩起訴，受暫緩處分人須接受公

[104] 洪麗雯，前揭註 98，頁 106。
[105] 蔡田木、吳慧菁、賴擁連、束連文（2018），我國附命完成戒癮治療之緩起訴處分機制與成效之檢討，國家發展委員會委託研究，52-53。
[106] 洪麗雯，前揭註 98，頁 112-113。

立或私人之戒毒治療，或住進國家所承認之治療機構，並附有證明有接受治療之報告義務。

三、德國毒品犯罪相關社區矯治執行方式

在論述德國關於毒品犯罪的社區矯治執行方式前，需先釐清的是，馬躍中指出德國立法上並無社區矯治的用語，但存在於實際運用上，並且可以分為緩刑付保護管束、假釋付保護管束、罰金刑、電子監控與開放監獄 5 種類型。[107]

上述五種社區矯治類型中，主要會使用在毒品相關案件的矯治方案為緩刑付保護管束與電子監控。電子監控的執行方式，須由受刑人於執行前 14 天以書面項主管機關提出申請，並由主管機關與受刑人共同協商執行計畫，計畫範圍必須包含工作、教育、休閒、運動、參與個別治療或團體治療，依照不同的個案給予不同的執行方案。[108]

緩刑與假釋付保護管束部分，在毒品相關犯罪上的運用即麻醉藥品法第 35 條及第 37 條的適用，也就是受刑人應進行治療或至國家核可的機構接受治療，由於法規範本身並未限定方式，有論者解釋為允許受處遇的受刑人得自行規劃「自主戒癮計畫」，[109]因此並無可以一次性涵蓋所有類型的說明方法，本研究於此以位於 Köln 的藥物協助機構 Drogenhilfe Köln 為例進行說明。Drogenhilfe Köln 於 1972 年起開始提供戒癮治療服務，現下 Drogenhilfe Köln 的網路系統有 18 個不同設施，涵蓋成癮預防、諮詢中心、生存協助、美沙冬替代療法、戒癮治療，乃至後續的專業整合服務。[110]在戒癮治療的部分，Drogenhilfe Köln 提供門診與住院治療兩種，門診治療部分同時包含了物質成癮與行為成癮的治療，以治療開始前就能維持穩定戒斷或是可以控制施用狀況的成年人為對象，視個人需求執行 6 至 18 個月，以主要進行團體治療，輔助定期進行個別治療的方式提供治療服務，相關治療費用主要由養老保險金（Rentenversicherung）與健康保險公司

---

[107] 馬躍中（2014），德國社區矯治法制之研究，中央警察大學警學叢刊，44(5)，頁 29。

[108] 葉瑋（2014），毒品成癮者之社區處遇研究，國立中正大學犯罪防治學研究所碩士論文，頁 82。

[109] 蔡田木等，前揭註 105，頁 54。

[110] 相關說明詳見：https://www.drogenhilfe.koeln/

（Krankenkassen）支付。[111]

Drogenhilfe Köln 的住院治療服務，則由位於奧沃拉特（Overath）的 Aggerblick 治療機構執行。[112]Aggerblick 治療機構為依據麻醉藥品法第 35 條制第 37 條規定獲得國家核可的治療機構，有 28 個住院治療的床位，以提供男性成癮者的戒癮治療服務為主。規劃的療程原則上為 24 周，在特定條件下會縮短至 13 周，並會提供 13 至 17 周的適應期。具體的治療方法包含團體治療、運動治療如射箭等。

除了前述較為傳統的戒癮治療外，Aggerblick 治療機構另外提供預防復發培訓，通過 16 個單元協助參與治療者找出導致自己復發的原因、避免復發的方法以及復發時的應對策略。另外由於派對藥物使用者（Partydrogen-Konsumenten）與其他毒品使用者在施用方式上有所不同，因此 Aggerblick 治療機構也針對派對藥物使用者提供獨立的團體治療方案，在這個團體中會提供派對藥物使用者具體預防再次施用派對藥物的方案。

第三款　日本

一、日本毒品處遇制度概述

在就日本的毒品政策進行描述之前，需先釐清日本對於具有成癮性的精神活性物質，在法規與政策上是採用「藥物（藥物）」一詞來指稱。為了便於與我國制度對照與理解，在本研究接下來有關日本制度的介紹中，仍會使用「毒品」一詞來進行論述。

日本對於毒品的法規範與我國採用毒危條例單一法規的立法技術不同，是針對不同毒品單獨立法。而對日本毒品法規的彙整，較無爭議的部分是所謂的麻藥四法，也就是覺醒劑取締法（覚醒剤取締法）、大麻取締法（大麻取締法）、麻藥及精神藥物取締法（麻薬及び向精神薬取締法，以下簡稱麻藥取締法）以及阿片法（あへん法）。此外，亦有論者會以麻藥五法來界定日本與毒品有關的法規

[111] 關於門診治療之說明，詳見：https://www.drogenhilfe.koeln/einrichtungen/ambulante-rehasucht/

[112] 關於 Aggerblick 治療機構的相關說明，分別詳見：https://www.drogenhilfe.koeln/einrichtungen/fachklinik-aggerblick/ ；https://www.fachklinik-aggerblick.de/index.html

範，惟此處的第五法確切應屬何一法律並沒有明確的共識，有論者認為是毒性及有害物質取締法（毒物及び劇物取締法，以下簡稱毒劇法），[113]有論者則認為是國際合作防止麻藥等濫用相關法律特例法(国際的な協力の下に規制薬物に係る不正行為を助長する行為等の防止を図るための麻薬及び向精神薬取締法等の特例等に関する法律，以下簡稱麻藥特例法）。[114]

除了在立法技術上分別規範外，不同法規對於施用毒品的行為是否受法律處罰的規定也有所不同。詳細而言，興奮劑取締法於第 19 條規定除有法定理由外任何人不得使用興奮劑，第 41 條之 3 第 1 項第 1 款則規定違反第 19 條情形得處 10 年以下懲役，於未遂的情況下亦會處罰。大麻取締法中雖於第 3 條規定不能使用大麻，並於第 24 條之 3 規定使用大麻或大麻製成之醫療藥物應處 5 年以下懲役，然而此處對於使用的規範，並不包含直接吸食大麻的行為，因此日本在大麻的規範上主要是以持有大麻來處理吸食相關的案件。[115]麻藥取締法在施用的規範上僅針對海洛因與海洛因以外之麻藥進行規範，於第 64 條之 3 規定施用海洛因及其鹽類處 10 年以下懲役，於第 66 條之 2 規定若非為醫療或業務上目的並經政府機關許可而施用海洛因以外之麻藥者處 7 年以下懲役；另外麻藥取締法並未就精神藥物的施用進行規範，僅於第 66 條之 4 規定無正當理由出於轉讓目的而持有者處 3 年以下懲役。阿片法於第 52 條之 2 規定吸食阿片或罌粟殼者處 7 年以下懲役，比較重要的是由於法規所明定的行為是「吸食」而非施用或使用，因此阿片法處罰的行為僅限於自身吸食的行為，注射、塗抹或其他方式則不在阿片法的處罰範圍內。[116]最後，值得留意的是，前述的所有規定皆有處罰未遂。

日本毒品犯罪的案件數量，依據日本犯罪白書的統計資料，2022 年期間違

---

113 林立群（2018），日本毒品施用者之貫穿式更生保護研究，國立臺灣大學法律學研究所碩士論文，頁 22。

114 陳慈幸（2022），1990 年後的日本藥物濫用防制對策，月旦醫事法報告，69，頁 163-164。

115 古田佑紀=齊藤勲『大コンメンタール藥物五法』（青林書院、1996），頁 93。轉引自葉耀群（2017），國際反毒實務及相關法制之研究－以日本毒品犯罪者處遇模式為中心，臺北地檢署，頁 26。

116 平野龍一=佐々木史朗=藤永幸治『註解特別刑法 5(2)』（青林書院、1992），頁 54。轉引自葉耀群，前揭註 115，頁 29。

反興奮劑取締法的人數共計 9,864 人、違反大麻取締法的人數共計 7,767 人、違反麻藥取締法的人數共計 1,264 人、違反麻藥特例法的人數共計 894 人、違反毒劇法的人數共計 184 人、違反阿片法的人數共計 2 人，犯各法案件人數呈現依興奮劑取締法、大麻取締法、麻藥取締法、麻藥特例法、毒劇法至鴉片法之順序遞減。此外若觀察日本毒品相關犯罪人數的歷史變化，可以發現興奮劑取締法自 1992 年起便持續為最多犯罪人數的法規，大麻取締法則自 2006 年起取代毒劇法，從第 3 多上升至第 2 多。[117]由此可知日本的毒品施用狀況，在最多犯罪的類型上與我國較為相近，同樣是以安非他命類等興奮劑為最主要的類型，然而在次多部分，日本為違反大麻取締法，而我國在大麻的查緝人數上卻相對較低，一份 2019 年的研究指出當時每月平均查獲施用大麻的人數為 10 人左右。[118]

需要留意的是日本在毒品犯罪的統計上，並未如我國有就製販運輸、轉讓、持有、施用等不同罪名加以細分，而是僅以法規名稱作為統計的基準，因此實際上我們僅能從統計數據上看出違犯各別毒品法規的人數，而無法看出單純施用毒品的人數。與之相較，我國在統計上雖可以分辨具體所犯行為如施用第一級毒品、販賣第二級毒品等，惟無法如日本的統計一般確知該犯罪行為所涉及的毒品類型屬興奮劑或其他麻藥，因此儘管兩國的立法例相當接近，卻不能夠直接以統計的人數來進行比較。

從上可知，觀察日本制度時從法規上很難單獨切割出「施用毒品犯罪」來觀察，相對的日本在刑事法規的制度設計或變更上都是以一個整體的方式來處理，大體而言與我國的緩起訴制度相類似，既可以給予犯施用毒品罪的行為人緩起訴，同時也可以給予其他犯罪行為人緩起訴處分。此外，日本在刑事處分以外的政策設計如五年期藥物濫用防止戰略規劃等，則可以有明確切割出施用毒品罪的部分，因此接下來本研究研說明日本的制度或措施時，會說明是統括性的機制或是專對

[117] 日本法務省（2023），令和 5 年版犯罪白書，表 1-4，取自：https://hakusyo1.moj.go.jp/jp/70/nfm/mokuji.html

[118] 楊士隆、李志恆、曾淑萍（2019），大麻查獲量增加與大麻施用黑數產生原因之分析及防制對策研究成果報告書，法務部高等檢察署委託研究，頁 174-175。

性的機制。

二、法規範上的制度：刑之一部緩刑（刑の一部の執行猶予）

所謂的一部緩刑制度，規範於日本刑法第 27 條之 2 以下，是相對於全部緩刑（刑の全部の執行猶予）與全部實刑而言，指針對符合要件的被告，於裁判宣告其總刑期刑度的同時，就總刑期的其中一部份宣告緩刑，這時會產生一個「實刑→緩刑→（可能）實刑」的刑之執行流程，也就是受一部緩刑的被告會先入監服滿未受緩刑宣告的一部實刑，完成後開始執行一部緩刑。

一部緩刑宣告的要件規範於刑法第 27 條之 2 第一項，可以區分為設定可受一部緩刑宣告資格的形式要件，與判斷有無受一部緩刑必要的實質要件。形式要件為受 3 年以下懲役或禁錮[119]宣告，且須為(1)過去未曾受過禁錮以上之刑者、(2)過去受過禁錮以上之刑但經全部緩刑者，或(3)過去曾受禁錮以上之刑且距執行完畢或免予執行之日逾 5 年期間未再受禁錮以上宣告者。實質要件則是於滿足形式要件後，再衡量犯罪情節嚴重程度、被告境遇等一切情狀後認為有防止再犯的必要且適當者，得宣告一部緩刑。

確認要就刑之一部宣告緩刑後，依日本刑法第 27 條之 3 第 1 項規定在該一部緩刑期間得付保護管束（保護観察）。此外，日本刑法同樣有就一部緩刑設定應撤銷條件與得撤銷條件，當受一部緩刑的被告於本次的一部緩刑宣告後再犯其他罪而受禁錮以上刑之宣告，或於本次的一部緩刑宣告前另犯他罪而受禁錮以上刑之宣告時，依日本刑法第 27 條之 4 規定應撤銷其一部緩刑之宣告。若是於本次的一部緩刑宣告後再犯其他罪而受罰金刑之宣告，或是未遵守保護管束應遵守事項時，依日本刑法第 27 條之 5 規定得撤銷其一部緩刑之宣告。

---

[119] 日本的自由刑可分為懲役、禁錮跟拘留三種，懲役是指 1 個月以上之自由刑並附加勞役要求，禁錮是指同樣 1 個月以上之自由刑，惟不附加勞役要求，拘留則是 1 日以上未滿 30 日且不附加勞役要求的自由刑，參閱黃宗旻（2021），日本受刑人待遇分級法制介紹，刑事政策與犯罪研究論文集（24），頁 218，註 14。前述所稱的勞役，指日本刑法第 12 條第 2 項所稱之「於監所內執行指定作業」，但就其內容並未詳細規範，性質上應可認為與我國監獄行刑法中有關作業之規定相同。另禁錮雖未附加勞役要求，但受刑人仍得主動向設施長官提出進行作業的請求，詳參吳柏蒼（2019），日本近年關於自由刑制度改革之議論：以自由刑單一化與法制審議會之議論為中心，刑事政策與犯罪防治研究專刊(23)，頁 81-82。

若受一部緩刑宣告者因前述兩條事由而被撤銷，除應完成剩餘之刑期外，依日本刑法第 27 條之 6 規定，其他受有緩刑宣告的禁錮以上之刑的緩刑也應一併撤銷；而若受一部緩刑宣告者的一部緩刑未因前述兩條事由而被撤銷，依日本刑法第 27 條之 7 規定，將其所被宣告之刑縮減為未受一部緩刑宣告的刑度，並以該部分執行完畢或不再執行之日為執行期滿日。

前述執行相關規定，在此舉一個簡單的例子以便於理解。假設一名刑事被告經法院確認符合要件後，宣告其 2 年懲役，並就其中 6 個月宣告一部緩刑 5 年。這時該名被告應先入監服滿 1 年 6 個月的實刑，其後將該名被告釋放至社會中執行一部緩刑 5 年，倘若這 5 年內未發生撤銷事由，則當該名被告一部緩刑期滿後，其所受宣告的刑度會縮減為未受緩刑宣告的 1 年 6 個月，並視為已執行完畢。

前述對於一部緩刑的概述是基於日本刑法的規定，可以認為是對所有能滿足其要件的犯罪的規範，與此同時，日本另訂有「關於施用毒品罪犯罪者一部緩刑相關法律（薬物使用等の罪を犯した者に対する刑の一部の執行猶予に関する法律，下稱毒品一部緩刑）」就施用毒品犯罪者的一部緩刑另行規範。

毒品一部緩刑與一般的一部緩刑最主要的差異有幾點。其一是要件的變更，在毒品一部緩刑中，施用毒品者一部緩刑的形式要件更改為「犯本法第 2 條第 2 項所訂施用毒品罪，就該罪或該罪及其他罪」，實質要件的所應考慮的除再犯預防的必要與適當性外，增加應考慮刑事設施內的處遇能否延續到社會內時仍能提供有助於改善毒品成癮症狀的治療（毒品一部緩刑第 3 條）。其二是當犯施用毒品罪者，依毒品一部緩刑第 3 條規定受一部緩刑宣告時，應同時為保護管束處分，不若一般一部緩刑有是否為保護管束的裁量空間。其三是針對撤銷一部緩刑條件的放寬，如當被告依毒品一部緩刑第 3 條規定受一部緩刑宣告時，不適用日本刑法第 27 條之 4 第 1 項第 3 款「一部緩刑前因另犯他罪受禁錮以上宣告且未受全部緩刑」的應撤銷一部緩刑事由規定。

一部緩刑制度相關的討論，最初是於 2006 年間由當時的日本法務大臣發起

並成立「收容人員改善對策委員會（被収容者人員適正化方策に関する部会）」開始，為了緩解監獄超收問題以及強化再犯預防與社會復歸政策檢討這兩個議題。[120]根據 2006 年的統計數據，日本刑事設施內收容人員接近 8 萬人，受刑人收容率自 2001 年起超過 100%，至 2006 年維持在 116%以上。[121]嚴重的超收問題與當時的犯罪情勢與平均刑期的長刑化有關，而為了要改善嚴重超收的問題，日本希望能夠通過發展刑事設施內收容以外的處遇方案，達到犯罪改善、更生及預防等刑法目的，並改善收容人超收狀況。[122]其後在對策委員會討論期間，由於超收問題的消失，委員會原本減少刑事設施內收容人數的此一目標已經解消，此時的「收容人員改善」目標的重心，變成更著重於再犯預防和社會復歸的方向。[123]

這裡會產生的疑問是為何既有的緩刑或假釋制度無法達成前述「犯罪改善、更生及預防」的效果？吳柏蒼評析日本原有的假釋制度後指出，由於日本採取殘刑期間主義（残刑期間主義）使假釋期間僅能涵蓋殘餘未執行之刑期，加上受假釋人員的刑之執行率（即已執行之刑期佔全部刑期比率）大多超過 80%，也就是假釋付保護管束的期間至多僅佔全部刑期的 20%，若以受 3 年懲役或禁錮的受刑人為例，實務運作上假釋的殘刑期間至多為 7 個月左右，對於受刑人與社會間的銜接而言缺乏足夠的緩衝時間。[124]

此外，若採用「法定假釋制度」或「考試期間主義」的話，亦分別會產生各自的問題。法定假釋制度是指當受刑人服刑滿一定期間後即應假釋，此種制度一方面可以在宣告刑期時即明確假釋的時間點，同時通過法定的假釋刑期比率亦可以保留一定程度的殘刑期間，然而卻有忽略個別審查功能的問題。[125]而考試期間主義則是指受刑人的假釋期間依照其危險性來設定，不受剩餘刑期的限制，然而

---

[120] 森久智江（2013），刑の一部執行猶予制度に関する一考察，立命館法学 345/346 期，頁 846。

[121] 法務省（2006），法制審議会被収容人員適正化方策に関する部会第 1 回会議，頁 2。

[122] 森久智江，前揭註 120，頁 846。

[123] 森久智江，前揭註 120，頁 847。

[124] 吳柏蒼（2021），日本「刑之一部緩刑」制度之再確認，刑事政策與犯罪研究論文集，24，頁 102-103。謝如媛（2015），對日本「刑之一部分緩予執行」制度的觀察與反思，台大法學論叢，44(4)，頁 1895。

[125] 吳柏蒼，同前註，頁 104；謝如媛、林俊儒（2022），多元複合的假釋制度─美國假釋制度的考察與反思，政大法學評論，170，頁 5。

由於考試期間主義的假釋期間是交由評估是否假釋的行政機關來決定，因此也會產生行政機關變更法院宣告刑期的問題，進而使受刑人所受之刑與法院裁判時所認定的責任程度不同。[126]

一部緩刑制度固然可以改善上述的問題，然而其本身在刑事處遇制度的定位上也有些爭議。在初期的討論中是將其定性為介於全部實刑與全部緩刑之間的中間刑，用以應對罪責較輕、合適的刑度介於全部實刑與全部緩刑之間的犯罪情況。[127]然而一部緩刑實際上並非單純的介於中間的刑罰程度，而是較全部緩刑多一部份實刑、較全部實刑額外增加了緩刑期間，也就是說不論是對於原本僅為全部緩刑或實刑的案件而言，都變相增加了刑期的嚴厲程度。[128]

吳柏蒼整理了日本學界與實務界從立法時期開始關於一部緩刑地位的討論後指出，學界與實務界並未採納中間刑的概念，相反普遍被接受的見解是認為一部緩刑屬於全部實刑的次類型，是屬於出於特別預防目的的實刑變形，也就是說，會受一部緩刑宣告的案件，必須原本就是會受到全部實刑宣告的案件，並且在這樣的情況下，將原本全部實刑的一部份轉換為較長期的社會內處遇，以達到犯罪預防與社會復歸等目的。[129]

這段有關於定位確認的討論也側面解釋了為何全部緩刑並不在多數關於一部緩刑制度的比較討論中，這是因為一部緩刑制度從其定位上就被認為是就全部實刑的對象來進行的刑之變形。

儘管一部緩刑的定位問題獲得解決，然而學者對於一部緩刑的必要仍然有爭議，例如謝如媛就質疑，根本上導致日本假釋制度使用上消極的原因即為社會內銜接處遇措施的不足，此時若未先加強社會內銜接處遇的功能而逕行採用一部緩刑制度，是否只會增加了國家對於犯罪人的監控而已？

---

126 吳柏蒼，前揭註 124，頁 104。

127 日本法務省（2009），法務省法制審議会「被収容人員適正化方策に関する部会」第 19 次議事錄，4；日本法務省（2009），法務省法制審議会「被収容人員適正化方策に関する部会」第 22 次議事錄，14。

128 吳柏蒼，前揭註 124，頁 107。

129 吳柏蒼，前揭註 124，頁 107-112。

太田達也在其對於一部緩刑制度的探討中深入的探究了假釋與緩刑中保護管束的意義，指出保護管束固然帶有監視與限制自由的效果，然而同時也具有提供受保護管束者輔導、支援，協助其自立與復歸的功能，而相較於假釋制度無法有效涵蓋到再犯可能性最高的期間，一部緩刑制度則保證了一段足夠的保護管束期間，提供政府機關更多提供協助的機會。[130]此外，太田達也更指出，儘管當時保護管束制度確實存在有人力與資源皆不足的困境，然而不應因此就否定一部緩刑制度的施行，反而應將其視為一個完善保護管束制度的契機，增加觀護人的人數並強化保護司功能與體制運作。[131]

由此可知，一部緩刑最重要的功能，是通過在實刑與實刑之間插入的緩刑期間，給予政府充分的時間，乃至於一定程度的責任，去執行對受一部緩刑的被告進行監控與提供協助。另外由於給予的是緩刑，也就是仍有實刑存在的可能，對於被告而言具有較強的強制力和心理負擔，讓被告更有可能會遵循保護管束的應遵守事項，在這點上一部緩刑制度，與一般的緩刑，或美國毒品法庭的審判後轉向以及紐約州發展出來的 DTAP 機制等運用實刑存在作為強制力的機制相近。

三、法規以外的政策設計

如同我國在毒品政策規劃上有「新世代反毒行動綱領」，日本自 1998 年（平成 10 年）開啟第一期毒品濫用防制五年戰略規劃（薬物乱用防止五か年戦略），2023 年（令和 5 年）為第六期毒品濫用防制五年戰略規劃。該五年規劃最初是基於應對第三波興奮劑濫用潮而出現，在初期較著重於供給面的應對，僅在「目標 4」中粗略提及興奮劑有其危害性，因此需要加強門診、精神保健中心、毒品管制機關等機構的功能，以協助成癮者回歸社會。[132]到了第三期時開始擴大對於需求面的規劃，包括完善及推廣毒品濫用諮詢、充實醫療體系、強化與民間團體

[130] 太田達也（2012），刑法改正と一部執行猶予，法學研究：法律・政治・社会，85(10)，頁 6。
[131] 太田達也，同前註，頁 23-24。
[132] 參閱薬物乱用防止五か年戦略（概要），取自：
https://dl.ndl.go.jp/view/prepareDownload?itemId=info%3Andljp%2Fpid%2F8671004&contentNo=71

的協作、加強少年濫用毒品對策等。[133]

現行的五年規劃屬於綜合性規劃，範圍涵蓋販賣、施用、走私、青少年反毒教育等。為了研究的聚焦，以下將主要說明關於施用部分的制度規劃。

第六期毒品濫用防制五年戰略規劃中對於施用毒品行為所設定的政策目標，是在承認施用毒品者可能作為需要治療，且面臨著身體、精神疾病與社會困境的成癮者的前提下，以協助他們復歸社會為目標，與相關機關進行「長期支持」服務的合作，使成癮者能夠重新融入社會成為社區的一份子。[134]為達成前述目的，本次防制戰略的目標 2 便明確訂出了 5 項應執行主要工作項目，分別是(1)加強對成癮者等的醫療提供體系、(2)推動刑事司法相關機構等協作，實施長期的指導和支援，促進社會復歸、(3)加強地方社群對本人及家庭的支持體系、(4)推廣有關成癮症狀的理解，以及(5)加強對毒品濫用情況以及防止再濫用有效計劃的研究。

詳細而言，具體的政策規劃內容包含了增加以認知行為療法為基礎的治療計畫、成癮專業醫療機構與治療中心；加強對於出所者的再犯防制措施，確保其在社區也能夠繼續獲得必要的支援；對無確定住所的受刑人提供必要的協助如協調臨時安置處所；在各都道府縣與政令指定都市建立成癮諮詢窗口，提供成癮者及其家屬相關支援；加強在社區活動的自助團體等民間團體的活動以促進對成癮者及其家屬的長期支持；根據法務省和厚生勞動省制定的「藥物依賴者出獄後的社區支援聯合指導原則」，加強刑事司法相關機構與醫療、保健和福祉機構等的合作；積極推廣正確的成癮知識，以使社會能夠對成癮者及其家人提供適當的治療及支援；推進毒品毒性、成癮機制、毒品濫用與成癮的流行病學、成癮復元支持方式等研究。另外值得一提的是，除了興奮劑外，近年日本國內的大麻濫用情況也有所增加，因此該防制計畫也有就大麻濫用的預防進行規劃，包含更新少年院中有關大麻的指導教材以強化對有大麻使用史者的指導，以及在保護觀察所的藥

[133] 薬物乱用対策推進本部（2008），第三次薬物乱用防止五か年戦略，取自：https://www.mhlw.go.jp/content/11120000/001236962.pdf

[134] 薬物乱用対策推進本部（2023），第六次薬物乱用防止五か年戦略，頁 4。取自：https://www.mhlw.go.jp/content/11120000/001237115.pdf

物再次濫用防止計劃中新增大麻相關指導項目，以完善針對大麻犯罪者特點的處置。最後，日本在毒品防治政策上一直強調政府與民間的合作，在戰略規劃上亦可見一斑，其中政策規劃及包含對志願工作者（保護司）進行評審會議與實習制度以確保志願工作者能夠穩定提供社會復歸的服務，並且通過更生保護中心的活用與將志願工作者的工作數位化，來加強其活動基礎。[135]

上述對於毒品濫用防制的政策規劃，目前落實在實際執行上，或可用貫穿式保護的概念來做為其表徵，也就是說日本在協助施用毒品者戒除毒癮上，有一套從機構內到社區內一貫、緊密聯繫且相當完善的處遇流程。

機構內所提供的處遇制度，以日本於 2006 年「改善指導標準計畫（改善指導の標準プログラム）」為根據，該標準計畫係依據「有關受刑人各種指導的訓令（受刑者の各種指導に関する訓令）第 7 條第 2 點由矯正局長就各種不同的類型需求而制定，此改善指導標準計畫的種類涵蓋諸多面項，除毒品成癮外，也有涵蓋如性犯罪防制、交通安全、納入被害者觀點、就業支援等等。[136]

戒癮指導標準計畫（薬物依存離脱指導の標準プログラム）為改善指導標準計畫中關於毒品犯罪的指導計畫種類，以有麻藥、覺醒劑或其他藥物成癮症狀的受刑人為對象。標準計畫的指導目標為讓成癮者認識到成癮以及與自身有關的施用毒品問題後，賦予戒除毒品的動機、教導防止復發的知識與技巧，以及在社會中持續接受戒癮治療與協助的重要性。為達成前述目標，戒癮指導標準計畫訂有必修課程、專門課程與選修課程三種指導課程，其中必修課程與專門課程都是依照毒品戒癮指導課程（薬物依存離脱指導カリキュラム）規劃的項目進行，選修課程則是以該指導課程為基礎，依各設施能力或需求制訂其內容。各課程應包含的項目內容如表 6。[137]

課程執行的方式，必修課程是讓接受計畫者依照指定教材單獨進行課程學習，

---

[135] 薬物乱用対策推進本部，同前註，頁 13-18。

[136] 日本法務省（2018)，改善指導の標準プログラムについて（依命通達)，取自：https://www.moj.go.jp/content/001174898.pdf

[137] 同前註，見別紙 1 薬物依存離脱指導の標準プログラム。

專門課程則以團體的方式進行，而選修課程則沒有指定的進行方式，依照個別的課程規劃可以採用團體、自助團體會議、視聽教材、個別面談等。各課程的時數、執行期間與頻率，依照戒癮指導標準計畫第 7 點規定說明如下。必修課程應進行 2 至 3 個單元，每個單元 60 至 90 分鐘，各單元間應給予適當間隔，並應於 1 到 3 個月內完成。專門課程應進行 12 個單元，每個單元 60 至 90 分鐘，各單元間應給予適當間隔，並應於 3 至 6 個月內完成。選修課程，由各行事設施依照實際情況及參與課程對象的資質與指導效果等，決定時數、執行期間與頻率。[138]

表 6　戒癮指導課程

科目	項目	指導內容	方法
必修課程	課程起始	說明計畫綱要，提升參與動機。	・課程學習
	施用毒品的影響	讓受刑人思考使用藥物的好處與壞處，以提高對毒品問題的認識。	・課程學習
	留意誘因	理解從毒品成癮中復元各階段的身心狀況特徵，使受刑人復元有所認識。具體化施用毒品的內在與外在誘因，加深對自身施用毒品的模式的理解。	・課程學習
	再施用的預測及預防①	「復發」是指回到先前施用毒品的行為和生活模式，為了避免再次施用毒品，使受刑人理解「復發」的前兆及應對策略，並且具體思考自己「復發」的徵兆和應對方法。	・課程學習
	再施用的預測及預防②	讓受刑人認識到復元過程中感到的「無所事事[139]」可能會成為「復發誘因」，並理解制定日程規劃的重要性。讓受刑人理解在復元歷程中覺察與適當應對壓力的重要性，並鼓勵他們思考具體的應對方法並付諸實踐。	・課程學習
	可以利用的社會資源	提供受刑人社會內持續提供戒癮支援服務的專門機關的資訊，同時向受刑人介紹民間自助團體的活動並使其了解活動內容。	・課程學習
	課程結束	通過製作「防止再施用毒品計畫書」，一方面確認受刑人過去所學內容，同時讓受刑人具體條列出自己的復發前兆、觸發誘因以及應對方案。	・課程學習
專門課程	計畫指南（Oreintation）	說明計畫綱要，使受刑人理解計畫的目的與規則。讓受刑人思考使用藥物的好處與壞處，以提高對毒品問題的認識。讓受刑人理解什麼是毒品成癮。	・團體課程
	施用毒品的流程	讓受刑人理解毒品成癮是如何形成的，並回顧自己在進入監所前的狀況。讓受刑人理解吸毒的「誘因」為何，並了解關於導致施用毒品過程的知識。	・團體課程
	外在誘因	具體化導致施用毒品的「外在誘因」，並加深對於自身施用毒品模式的理解。	・團體課程

[138] 日本法務省，前揭註 124。

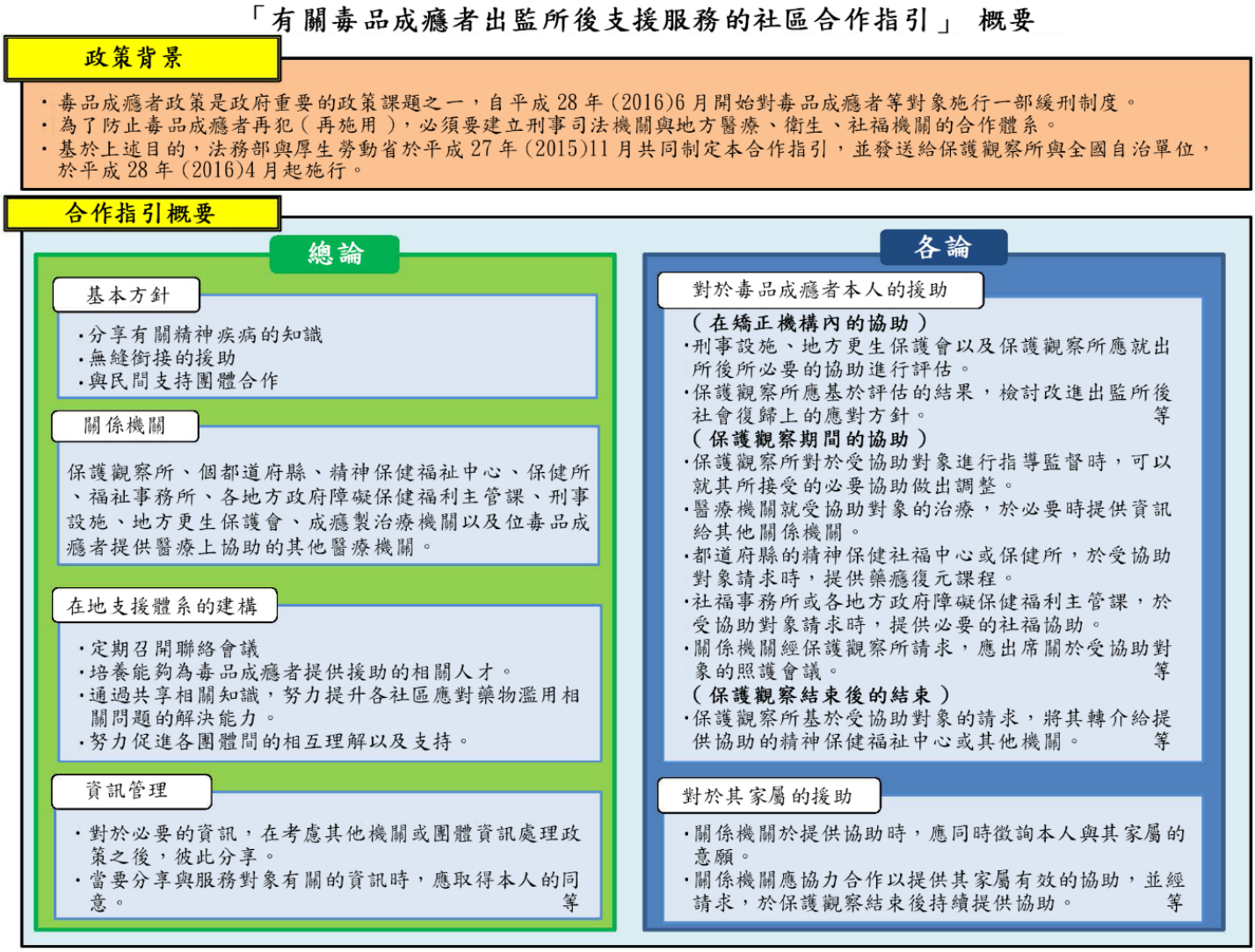
[139] 原文「退屈さ」一般翻譯為「無聊」，然而其意思有因為太過於空閒而感到困擾的意思，因此本處翻譯為「無所事事」。

科目	項目	指導內容	方法
	內在誘因	具體化導致施用毒品的「內在誘因」，並加深對於自身施用毒品模式的理解。	・團體課程
	復元歷程	理解從毒品成癮中復元各階段的身心狀況特徵，使受刑人復元有所認識。	・團體課程
	復發的預測及預防	「復發」是指回到先前施用毒品的行為和生活模式，為了避免再次施用毒品，受刑人理解「復發」的前兆及應對策略，並且具體思考自己「復發」的徵兆和應對方法。	・團體課程
	定錨點	讓受刑人意識到再次施用毒品的前兆，並具體的思考避免再次施用的方法，並鼓勵受刑人在所內生活中實踐這些應對方法。	・團體課程
	無所事事的風險	讓受刑人意識到復元過程中的「無所事事」可能成為再施用毒品的「誘因」，並因此理解制定日程規劃的重要性。	・團體課程
	社會協助 ー自助團體介紹	提供受刑人社會內持續提供戒癮支援服務的專門機關的資訊，同時向受刑人介紹民間自助團體的活動並使其了解活動內容。	・團體課程
	工作與復元	讓受刑人理解工作對復元的影響，並認識到在兩者之間取得平衡的重要性。	・團體課程
	再施用預防計畫書	透過發表「防止再施用毒品計畫書」，讓受刑人確認過往所學的內容的同時，將自己復發的前兆、觸發事件與應對方法具體的整理起來。此外，透過聆聽其他參與者的反饋和發表，讓受刑人有機會獲得對自己以往未曾有的見解。	・團體課程
	總結	讓受刑人理解復元歷程中需要的並非強大的意志立，而是聰明的應對策略，同時讓受刑人確認是否已經掌握先前課程中所學到的有效應對方法。	・團體課程
選修課程	項目及指導內容，應從上述專業課程的項目中選擇，並以各項目的指導內容為基礎來制定。		・講義 ・團體課程 ・觀賞視聽教材 ・ＳＳＴ ・民間自助團體會議等

資料來源：日本法務省。

當開始要往機構外移動至社區內時，日本的更生保護制度要求政府與民間團體合作以達到時間軸上的貫穿保護。[140]為使成癮者在出監所後能夠讓相關機關和民間支援團體夠有效且緊密的合作，訂定相關機關應共同遵循的基本事項以明確各機關團體責任、功能與角色以達到有效支援服務，日本法務省保護局、矯正局與厚生勞動省社會・援護局障害保健福祉部共同制訂「有關毒品成癮者出監所後支援服務的社區合作指引（薬物依存のある刑務所出所者等の支援に関する地域連携ガイドライン，下稱社區合作指引）」作為引導，概要說明如下（圖 9）。

[140] 林立群，前揭註 113，頁 93。



資料來源：法務省。[141]

圖 9　有關毒品成癮者出監所後支援服務的社區合作指引概要

社區合作指引的基本方針包含共享對精神疾病的認識、提供無縫接軌的支援，以及與民間團體的合作。詳細而言，便是要求相關機關就成癮作為一種精神疾患具有共識，並在提供社會復歸支援時排除汙名與偏見的影響，同時對成癮者提供的支援，並非僅由單一機關來完成，而是由各機關之間，以及機關與民間團體之間共同協作以提供無縫隙的服務。[142]

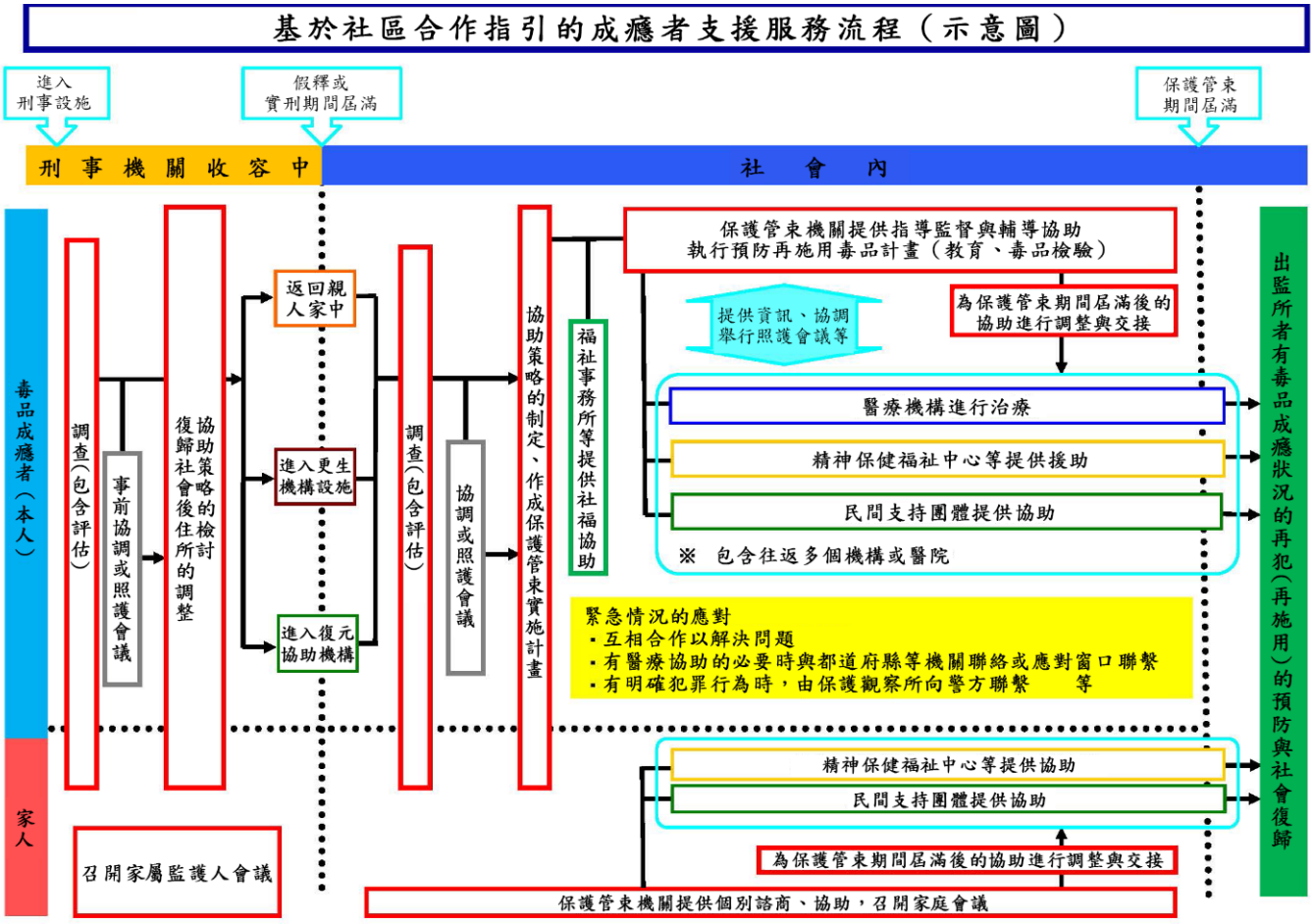
為了滿足前述的方針與目的，社區合作指引除明訂各機關團體的職責外，也要求各機關定期舉行聯絡會議並邀請民間團體參與，分享有關成癮議題的知識並

[141] 日本法務省，https://www.moj.go.jp/content/001164750.pdf

[142] 薬物依存のある刑務所出所者等の支援に関する地域連携ガイドライン，頁 3。

合作共同解決遇到的問題，並且會培養各相關領域的人才、分享案例與研究等，以及舉辦復元計畫相關的研討會或家族會談，以建構完整的社區支持體系。此外，基於提供服務的目的，相關機關與民間團體之間在取得接受服務對象同意的情況下，應在必要範圍內共享個案的資訊，同時應嚴格管理相關資訊避免洩漏或是目的外利用。[143]

具體提供支持服務的方法，社區合作指引有分為對成癮者本人的支持服務以及對成癮者家族的支持服務，詳細流程如下圖 10 所示。



資料來源：日本法務省。[144]

圖 10　基於社區合作指引的成癮者支援服務流程圖

對成癮者家族的協助，首先在各提供支援服務的時期，都需要充分考慮成癮者以及其家族的意願，此外各相關機關應為成癮者的家屬提供知識教育及建議，

143 薬物依存のある刑務所出所者等の支援に関する地域連携ガイドライン，頁 6-8。
144 日本法務省，https://www.moj.go.jp/content/001181692.pdf

使成癮者的家庭能夠協助成癮者進行社會復歸，並且當成癮者或其家屬有需求時，在保護管束結束後應繼續提供支援服務。[145]

對成癮者家族的協助，首先在各提供支援服務的時期，都需要充分考慮成癮者以及其家族的意願，此外各相關機關應為成癮者的家屬提供知識教育及建議，使成癮者的家庭能夠協助成癮者進行社會復歸，並且當成癮者或其家屬有需求時，在保護管束結束後應繼續提供支援服務。[146]

當對成癮者的服務大部分都移交到社區內之後，日本在社區內提供的服務上分別有以醫療院所為主的戒癮治療服務和民間單位提供的服務。

以醫療院所為主的服務，是以美國 MATRIX Model 作為基礎發展出來的 SMARPP（Serigaya Methamphetamine Relapse Prevention Program），這個計畫並不以具有戒癮的決心為參與的前提，而是著重於有參與接受治療本身，同時為了使缺乏實務經驗的醫療人員能夠快速上手並減少排斥情緒，計畫採用工作簿與指引手冊的方式進行。[147]SMARPP 在執行上有許多不同的版本，最長的為 28 周，最短為 16 周的課程，另外也有 24 周的版本。[148]具體的課程內容，以 16 周的版本為例，包含了探索戒癮動機，也包含藥物濫用、濫用的內外在誘因、復元階段等的認識，以及對於復發的認識與預防等。[149]

除了各種不同長度版本的 SMARPP 以外，也有許多以 SMARPP 作為基礎，依照治療需求時長或地區不同發展出的機制，如以 38 周長度作為特徵的 LIFE（薬物依存症再発予防プログラム）、在東京多摩綜合精神保健福祉中心實施，較 16 周 SMARPP 更縮短的 TAMARPP（Tama Relapse Prevention Program）、在千葉縣施行的 CHIBARPP、在奈良縣施行的 NARARPP 等等。[150]

---

145 同前註，頁 12-13

146 同前註，頁 12-13

147 內閣府（2012），平成 24 年度若年層向け薬物再乱用防止プログラム等に関する企画分析報告書，頁 6。

148 南保輔（2019），薬物依存者リハビリテーション施設における SMARPP: フィールド調査に見られる「効果」，コミュニケーション紀要，(30)，頁 14。

149 內閣府，前揭註 147，頁 7。

150 內閣府，前揭註 147，頁 8-9。

而民間單位則以 DARC（drug addiction rehabilitation center）為代表，該組織仿效歐美地區的治療性社區，由「過來人」創設與主導。DARC 的設計是以匿名戒酒會（Alcoholics Anonymous）的 12 步驟為基礎設計的，然而 DARC 組織並非嚴謹的結構，相反其擴張過程中各地的 DARC 機構僅保持著鬆散的「合作」關係，這使得各個 DARC 機構能夠更柔軟的適應不同地區的需求，進行多樣化的發展。[151]DARC 與前述的 SMARPP 等制度最大的不同在於，SMARPP 是以醫療機構以及醫療專業人員為提供服務的中心，而 DARC 的工作人員則是以完成戒癮的前成癮者組成，由已經完成戒毒的前成癮者為現在的成癮者提供服務。[152]

除了由戒癮者組成的服務團隊外，DARC 另外成立了 APARI（Asia Pacific Addiction Research Institute）作為其研究機構，由專業人員進行研究並提供建議。[153]APARI 以「給予需要休息的人休息、給予需要知識的人知識、給予需要陪伴的人陪伴」作為理念，在亞太地區與行政機關、康復中心及其他私人機構合作，提供法律、DARC 媒合、家庭支持、復元及教育等多種服務，此外 APARI 也有舉辦國際合作活動與販售能夠檢測甲基安非他命、大麻、古柯鹼與海洛因等藥物的檢測試劑。[154]

四、小結

總結前述日本的制度設計，可以發現不論是法規範的設計形式，或是政策規劃的方式，皆與我國較為接近。較主要的差異在於，由於沒有開發審前轉向或醫療前置的方案，日本發展出了獨特的一部緩刑制度，同時經由政府與強而有力的民間團體協作，達成「自入監前到出監後」的貫穿式保護。[155]儘管我國近年來也有提出類似貫穿式保護的概念，然而我國的貫穿式保護，僅止於將轉介毒防中心

[151] 近藤恒夫（2010），日本ダルクの取り組み，平成 22 年度薬物乱用対策推進地方本部全国会議，資料 12，頁 1。取自：https://www8.cao.go.jp/souki/drug/zenkokukaigi/pdf/h22/local_material12.pdf

[152] RARC，東京ダルクとは，https://tokyo-darc.org/about/darc

[153] 葉耀群，前揭註 115，頁 48。

[154] 關於 APARI 的說明，詳見：https://apari.or.jp/

[155] 林立群，前揭註 113，頁 93-94。

的資訊提早至警察查獲時，以及提高轉介個案的開案率而已。[156]相較之下，日本的貫穿式保護不僅有各機關與民間團體的綿密合作關係，提供的服務類型也相當全面，除了戒癮、醫療與社會福利等支援外，也有就業相關支援服務，如由保護管束執行單位協調出所受刑人與專門雇用有犯罪紀錄的協力雇用主，協助受刑人能夠順利復歸社會。[157]

若單從變動成本的角度考量，與我國至度相近的日本所採用的策略，或許最適合做為我國在毒品處遇制度改革上的第一步，同時也可以通過這一步改革的機會，培力民間團體與社區的力量，以便在往後推動早期轉向至社區的規劃時，社區能夠具有充分的量能來承接。

第四款　各國制度比較

本研究於本節中回顧了美國、德國及日本在毒品處遇的制度，可以發現各國對於何種行為樣態應納入毒品處遇計畫之中、採用何種計畫、是否予以處罰等等，皆有不同的設計。為了便於彙整各國間制度的異同並與我國制度進行比較，將各國制度簡略整理如表 7，其中美國制度相當多樣，本研究以繞移制度作為主要比較對照的對象，以提供更多不同思維方向的外國立法例。

從表 7 中可以清楚看見各個國家在法規範的設計架構、處遇對象、罰則以及處遇規劃之間的異同之處。然而必須要理解的是，如同在各國文獻回顧時所呈現的，各別國家的制度是在不同的背景脈絡下發展而來，如美國與德國在處遇的對象上儘管都是以「毒品相關連犯罪者」這樣的一個範圍概括，然而產生的理由卻不相同，美國的架構是出於「問題解決」的思維，而德國則是立基於「自傷不罰」的刑法原則，除此之外，各國在毒品分級的規範上更是不盡相同。易言之，儘管將各國制度加以彙整並置於同一表格中相互參照，卻不能夠逕將某特定國家制度全盤照搬至我國，而需進一步探究其制度精神。

---

[156] 法務部（2022），施用毒品者再犯防止推進計畫（111 年至 113 年），頁 11。

[157] 相關說明，詳見：https://www.moj.go.jp/hogo1/soumu/hogo02_00030.html

表 7　我國與美、德、日等國施用毒品處遇制度之比較

	我國	美國	德國	日本
法規	毒品危害防制條例	The Model Law Enforcement and Other First Responder Deflection Act	Betäubungsmittelgesetz (BtMG)	麻藥五法
毒品分級分類	依成癮性、濫用性、對社會危害性分為 1 級到 4 級	依濫用性、依賴性與醫療價值分 schedule I 到 schedule V	分為不可販售、可販售不可醫用及可販售且可醫用麻醉藥品三類	無分級，而以各別毒品之法律進行分類
制度對象	施用毒品者	施用毒品罪及 毒品相關聯犯罪	因成癮而犯罪者	施用指定藥物者
罰則	依級別給予刑度 一級毒品：6 月以上 5 年以下 二級毒品：3 年以下	（Model Law 著重於制度架構，並未處理罰則相關規定）	施用行為本身不處罰	依使用藥物決定 安非他命：10 年以下懲役 大麻：5 年以下懲役 海洛因：10 年以下懲役
司法的機構內處遇	觀察勒戒 強制戒治 禁戒處分		強制禁戒	一部緩刑 改善指導標準計畫
司法的機構外處遇	戒癮治療（緩起訴或補助計畫）	毒品法庭 DTAP LEAD	暫緩執行／暫緩起訴 治療機構如： Drogenhilfe Köln	社區合作指引 SMARPP
司法外處遇機制	公費戒癮治療 民間治療性社區	LEAD	治療機構如： Drogenhilfe Köln	SMARPP
出監所後機制	毒品危害防制中心追蹤輔導	LEAD	治療機構如： Drogenhilfe Köln	社區合作指引 DARC 協力雇用主

資料來源：本研究自行整理

詳加觀察，可以發現在刑事處罰的部分我國與日本較為接近，皆有就施用毒品行為施以處罰，但日本的刑度上限設定較我國更重，同時沒有設定最低刑度，此外日本並未採納醫療前置的策略，也就是施用毒品者一律進入到刑事流程中，這樣的結果使得日本制度開展出在刑事處罰過程中提供有效協助與銜接的機制。除了一部緩刑可以確認受處遇人出監所的時間外，強大的官方民間協作更為完整的貫穿式保護提供了成立的基礎，減少因銜接不足而影響處遇成效的問題。在這

個面向上，儘管我國在刑度的設計上並未如日本一樣採取高刑度，因此採用一部緩刑制度時，會面臨是否過度延長國家監控而侵害個人人權的爭議，惟本研究認為仍可參考學習日本貫穿式處遇的發展過程，通過強化官方與民間團體的合作、讓民間團體更多參與到監所內的方式，一方面提供更完整的服務，另一方面逐步培育民間團體在社區毒品處遇上的量能。

美國與德國儘管在處罰對象上有是否處罰施用毒品行為的不同，惟其處遇制度皆不以施用毒品為限，而是將成癮作為犯因思考，設定了「因毒品需求而犯罪」這樣的概念範圍，擴大的將施用毒品牽連其他犯罪，或是因毒品而單犯其他犯罪的類型納入處遇計畫內。這樣的對象設計與我國當前處遇制度僅以單純施用毒品罪為限的設計相當不同，難以逕行照搬美、德兩國制度，然而對於更遠期的制度改革而言，美、德兩國制度設計背後的思考仍然值得參考。也就是，若犯人係因毒品需求而犯他罪如竊盜，當制度因為其涉犯他罪而排除將其納入處遇制度之內，將會導致其竊盜的犯因即毒品需求這點，因未獲得解決而持續反覆犯罪，徒增偵察及處遇的成本，因此若欲完整的應對因毒品需求而導致的社會成本，擴張處遇制度的適用對象也許為我國在綜合制度上值得思考的方向。另外需要留意的是美國的 LEAD 制度雖立意良善，惟其部分進入方案須仰賴於警察於現場的處分權限，此處分權為我國警察所不具備，因此若欲參考或引入 LEAD 制度，或許僅能限於毒危條例第 21 條規定就犯施用毒品罪者，於犯罪未發覺前自動請求治療時得為不起訴處分之情形。

另一方面，不論是美國的毒品法庭、DTAP 或 LEAD，或是德國的暫緩執行制度，都需要相當程度的社區醫療量能支撐始能有效執行，惟我國在社區的醫療量能上，不論是官方指定的醫療機構，或是民間團體的量能皆尚不足以負擔當前施用毒品罪的人數需求。更進一步而論，美、德在處遇對象上不僅涉及的範圍更廣，亦未依照毒品分級決定是否須受到處遇，因此採用美、德兩國制度時，勢必會大幅增加受處遇的人數，在我國社區、民間量能尚未培育完整前，並不適合直接引用美、德兩國制度。

彙整上述各國制度及其背景後，本研究認為，儘管逕直將我國毒品處遇制度修改為前述任一國家的制度樣貌有諸多困難，惟仍能夠依循前述各國制度之精神，逐步將我國毒品處遇制度的設計，朝向更加著重減害、復元與人權的方向修改。申言之，本研究認為可先依循日本強化官民合作的方式，建構出強而有力的社區處遇結構，其後先於單純施用毒品罪範圍內開始試行社區處遇計畫，再其後依執行成效評估是否擴張適用處遇計畫對象之範圍。

第三節　評估指標之探討

如同在研究背景時討論過的，若考慮到追蹤方式以及選擇性偏誤的問題，不能夠以再犯率作為評估處遇成效的唯一指標[158]，而是需要尋找其他同樣能夠用於評估成效的指標，以立體化、全面化對於處遇效果的理解。李思賢整理我國過去 20 多年來對於毒品施用者的處遇與困境，並說明在施用成癮者的復元與社會復歸面臨的挑戰。[159]李宗憲等整理 SAMHSA 對於復元與社會復歸的定義，反思我國在協助毒品犯復歸社會的現況。[160]白鎮福等人以 SAMHSA 的定義進一步分析我國提供藥癮者服務的機構，瞭解目前執行的目標、理念、採用的指標與相對應的困境。[161]處遇成效之評估主要蒐集的資訊種類，Center for Substance Abuse Treatment（CSAT）參考 SAMHSA 的建議彙整如下表。[162]

表 8　SAMHSA 彙整成效資訊項目

面向	項目
毒品(Drugs)	• 尿液檢驗結果 • 與毒品相關的假釋規定違反 • 與毒品相關的逮捕

[158] 鍾宏彬、吳永達，同前註 4，頁 23-24。

[159] 李思賢（2022）。施用成癮藥物者的復元與復歸社會的挑戰。中華心理衛生學刊，35(2)，頁 111-112。

[160] 李宗憲、白鎮福、束連文、吳思穎、黃韻儒、林毓恩、顧以謙、李思賢（2021）。建置毒品施用者之復原與社會復歸：介紹美國物質成癮與心理健康服務部的定義與反思台灣現況。藥物濫用防治，6(2)，頁 4-5、8-10。

[161] 白鎮福、李宗憲、吳思穎、黃韻儒、李思賢（2022）。施用影響精神藥物者之以全人為導向的復元與社會復歸架構：社區服務機構之文本分析。中華心理衛生學刊，35(2)，頁 193-200。

[162] Center for Substance Abuse Treatment (2005). Substance Abuse Treatment for Adults in the Criminal Justice System. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 44. HHS Publication No. (SMA) 13-4056. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, at 250.

面向	項目
犯罪(Crime)	• 違反假釋規定 • 違反假釋規定的經過時間 • 任何類型的新輕罪逮捕 • 非毒品相關聯的新重罪逮捕 • 毒品相關聯的新重罪逮捕 • 暴力犯罪的新重罪逮捕 • 逮捕的經過時間 • 再次入監
社會適應(Social adjustment)	• 就業和教育狀態 • 家庭狀態（如家庭支及、撫養子女、婚姻關係等） • 藥物濫用治療狀態 • 社區參與（如社區服務）
HIV 曝險行為(HIV risk behaviors)	• 靜脈注射藥物 • 性行為 • HIV 檢驗結果
成本訊息(Cost information)	• 毒品使用成本估算 • 犯罪成本估算 • 提供給家庭的社會服務（如福利）成本估算 • 刑事司法程序及拘留費用
追蹤資訊(Tracking information)	• 跟蹤定位資訊（如社會保障和執照號碼、家人和朋友的位址等）

資料來源：CSAT (2005)。

關於處遇成效指標的研究，Neale 等人募集與成癮治療服務有關的利益相關者進行 3 輪的網路德菲法調查後，彙整 15 個與復元有關的主要領域（domains）。[163]其後經過多次德菲法研究後整理出 28 項指標（整理如

表 9），發現 28 項指標都獲得參與者評價為「重要」，僅復元期間「沒有經驗到對藥物的渴求」一項指標得分明顯偏低，但同時進行 3 輪的德菲法調查結果

[163] Neale, J., Finch, E., Marsden, J., Mitcheson, L., Rose, D., Strang, J., Tompkins, C., Wheeler, C., & Wykes, T. (2014). How should we measure addiction recovery? Analysis of service provider perspectives using online Delphi groups. Drugs: Education, Prevention and Policy, 21(4). at 320-321. Available at: https://doi.org/10.3109/09687637.2014.918089

並未隨著輪次呈現評價集中的現象，說明目前對於評估戒癮治療相關成效的指標還沒發展出明確的共識。[164]而就「沒有經驗到對藥物的渴求」一項指標得較低的原因，Neale 等人提出了幾種可能的原因，分別是(1)沒有經驗到對藥物的渴求感，即使在減少或停止施用毒品後仍會持續相當長的時間，因此不適宜做為做為指標、(2)渴求感通常被認定為大腦獎賞系統成癮後的結果，因此是否有渴求感，不被視為與個人為了復元而付出的努力有關，以及(3)渴求感帶有消極意涵，較無法納入復元的積極概念中。[165]

表 9　Neale 等人彙整 28 項復元指標

項目	英文指標	指標翻譯
1	Not drinking too much	不過量飲酒
2	Not using street drugs	不使用街頭藥物
3	Not experiencing cravings	沒有經驗到對藥物的渴求
4	Taking care of mental health	妥善照顧精神健康
5	Coping with problems without turning to drugs/alcohol	不依靠藥物或酒精克服問題
6	Feeling emotionally stable and secure	情緒上穩定且安全
7	Feeling like a worthwhile person	感受做為一個有價值的個人
8	Taking care of physical health	妥善照顧身體健康
9	Managing pains and ill-health without misusing drugs/alcohol	不誤用酒精或藥物的情況下管理疼痛或疾病
10	Taking care of appearance	妥善管理外表
11	Eating a good diet	飲食均衡
12	Sleeping well	高睡眠品質
13	Getting on well with people	與人相處良好
14	Feeling supported by people	感受被人群支持
15	Having stable housing	擁有穩定住居所
16	Having a regular income (from benefits, work, other legal sources)	有穩定收入（來自社會福利、工作或其他合法來源）
17	Managing money well	妥善管理財務
18	Having a good daily routine	培養良好日常作息

[164] Neale, J., Panebianco, D., Finch, E., Marsden, J., Mitcheson, L., Rose, D., … Wykes, T. (2015). Emerging consensus on measuring addiction recovery: Findings from a multi-stakeholder consultation exercise. Drugs: Education, Prevention and Policy, at 4-7.

[165] Neale, J. et al. *id.* at 7.

項目	英文指標	指標翻譯
19	Going to appointments	準時赴約／回報
20	Spending free time on hobbies/interest that do not involve drugs/alcohol	將休閒時間花在不涉及酒精或藥物的興趣上
21	Participation in education, training or work (paid or voluntary)	參與教育、訓練或工作（有償或無償）
22	Feeling happy with overall quality of life	對整體生活品質感到快樂
23	Feeling positive	感受正向
24	Having realistic hopes and goals for oneself	對自己抱持有實際的希望與目標
25	Being treated with respect and consideration by other people	受到他人的尊重與關心
26	Treating others with respect and consideration	對他人表達尊重與關心
27	Being honest and law-abiding	誠實並守法
28	Trying to help and support other people	嘗試幫助與協助他人

資料來源：Neale, J. et al. (2015)

另一方面，若改從毒品處遇本身的目的，也就是使成癮者復元、脫離毒品的角度出發，運用復元概念的定義，或許可以提供訂定成效評估指標的指引方向。如 SAMHSA 認為復元是指個人改善自己的健康與福祉並實現個體最大潛能的改變過程，促成復元發生的方法主要包含健康、穩定住處、生活目標與社群連結四個面向，[166]而 The Betty Ford Institute Consensus Panel 則將復元定義為自願維持清醒、健康與行使公民權的生活方式。[167]另一方面，Costello 等人指出隨著對於成癮的理解從急性疾病轉移為慢性疾病，對於從成癮中復元的評估重點也轉向持續的管理與生活品質的進步，[168]陳玟如回顧有關復元概念的文獻後同樣指出，當代對於復元的概念更著重於生活方式的變化，而非是否完全停止施用毒品。[169]開

[166] SAMHSA (2012). SAMHSA's working definition of recovery, at 3. Available at: https://store.samhsa.gov/sites/default/files/pep12-recdef.pdf

[167] The Betty Ford Institute Consensus Panel (2007). What is recovery? A working definition from the Betty Ford Institute, Journal of Substance Abuse Treatment, 33(3). at 222. Available at: https://doi.org/10.1016/j.jsat.2007.06.001.

[168] Costello, M.J., Sousa, S., Ropp, C. et al. (2020). How to Measure Addiction Recovery? Incorporating Perspectives of Individuals with Lived Experience. Int J Ment Health Addiction 18, at 600. Available at: https://doi.org/10.1007/s11469-018-9956-y

[169] 陳玟如（2018）。尋找復元的可能-毒品使用者復元資本、復元障礙與復元關係之研究。國立臺灣大學社會工作學研究所博士論文，頁 25-34。

始聚焦於生活品質改善的轉向，也與 Neale 等人研究中，參與者提供的指標大多數（28 個指標中的 21 個）都與整體的福祉或生活品質相關的發現相呼應。

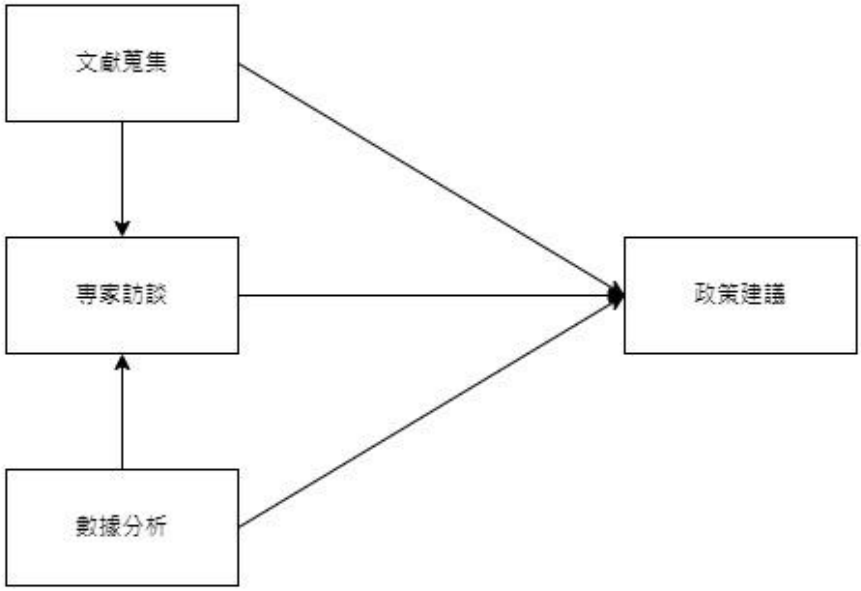
依循著復元與改善生活品質的關聯出發，本文認為可依照生活改善過程中重要事項排序作為擬訂指標的參考依據，根據 Laudet 與 White 的分析可以發現，對於正在復元階段的成癮者而言，除了維持不施用毒品的生活之外，就業、家庭與社會關係，以及享受有成效的生活等三項要素，為不論維持復元生活時間長短皆為前五重要的需求。[170]參酌 Neale 等人、Laudet 與 White 的研究發現，本研究建議除未施用毒品時間，即再施用天數長短以外，另以健康生活形態、心理健康、就業狀態、行使公民權、穩定居住與家庭關係、以及生活品質等作為協助評估處遇效果的參考指標。

[170] Laudet, A.B., White, W. (2010). What are your priorities right now? Identifying service needs across recovery stages to inform service development, Journal of Substance Abuse Treatment, 38(1). at 54. Available at: https://doi.org/10.1016/j.jsat.2009.06.003.

第三章　研究方法

第一節　研究架構

就前文所述有關觀察勒戒及強制戒治制度之成效評估、是否存續以及其制度定位之疑義，為本研究所著重之處，又如研究目的所示，本研究之目的在於通過文獻回顧、資料分析，並結合專家座談後進行對現況制度的檢討、盤點各項資源量能、對比外國制度，以對現行觀察勒戒及強制戒治制度提出政策建議。是本研究之架構可簡略表示如下：



資料來源：本研究自行繪製。

圖 11　研究架構

在前述的研究架構下，除去於第一、二章已經完成的文獻蒐集與回顧外，接下來各章節的撰寫內容規劃如下：

於本章後續幾節中，將說明本次研究的研究設計與執行流程，並解釋本次研究將如何執行取得、整理與分析專家意見及量化資料。

第四章將用於處理專家焦點座談中取得的專家意見，於該章節中，將會於完成焦點座談中各專家學者提出意見的逐字稿後，以本次研究所設計的焦點座談題綱為主架構，將專家學者所提之意見依序編排撰寫。

第五章將用於處理所取得的量化資料，在章節編排上，會先就所取得的資料進行描述性統計以描繪或總結資料分布的特性，接著再分別以各年度再施用率的變化，與各處遇制度存活率的變化分別進行分析，以分別各年度間再施用率的變化趨勢、觀測處遇制度之間的效果差異，並對照再比較施用率趨勢與存活率變化有無性質上的差異。最後，於完成上述專家意見與量化資料的分析後，將於第六章中彙整提出本研究的研究結論與政策建議。

第二節　研究設計與流程

本研究之研究方法包含文獻回顧法、專家焦點團體座談與分析毒品施用者在不同處遇後的再犯資料。具體的研究執行時程，研究前期蒐集外國有關於毒品處遇的施用毒品防治政策制度文獻，及若能取得時，對其制度成效的評估。

研究中期就前述外國制度與我國制度進行比較，彙整為初步政策構想，同時向司法官學院「刑事政策與犯罪研究數據資料庫」申請取得有關不同性別與毒品種類之施用毒品罪相關行為人於觀察勒戒出所、強制戒治出所、緩起訴執行完畢及服刑期滿後 2 年內及 5 年內再犯之數據。

本研究將就自上述資料庫蒐集所得資料進行統計分析，並且以所蒐集之資料及文獻回顧後所得的初步政策構想，邀請專家學者及實務工作者舉辦焦點座談，蒐集各專家學者及實務工作者就國際制度與政策構想之意見。本研究預計邀請專家學者及實務工作者包含機關代表、法律專家學者及實務工作者共計 10 人，預計邀請的人員分布如下表所示。研究後期彙整前述所有資料，提出觀察勒戒及強制戒治制度走向之建議。

本研究各篇章節撰寫規劃，除第一章緒論及第二章文獻回顧已完成外，後續將規劃第四章著重於數據資料分析，並提出用以作為評估觀察勒戒及強制戒治制度成效指標的標準，第五章呈現專家焦點座談所得之意見與分析，第六章則為結論，統整前述各章節內容，提出關於觀察勒戒及強制戒治制度改革之建議。

表 10　專家焦點座談預計邀請對象

機關代表	檢察體系代表	1 人
	衛生福利部心理健康司代表	1 人
	矯正體系代表	1 人
	毒品危害防治中心代表	1 人
法律專家學者	美國毒品法律專家學者	1 人
	德國毒品法律專家學者	1 人
	日本毒品法律專家學者	1 人
實務工作者	醫療領域實務工作者	1 人
	輔導與諮商領域實務工作者	1 人
	社工領域實務工作者	1 人

第三節　研究對象與研究倫理

本研究之研究對象為觀察勒戒制度及強制戒治制度中的第 1 級與第 2 級毒品施用者。按《人體研究法》第 4 條第 1 款規定，人體研究係指從事取得、調查、分析、運用人體檢體或個人之生物行為、生理、心理、遺傳、醫學等有關資訊之研究。本研究之研究方法中包含取得個人行為的數據統計分析，及取得、分析專家學者於焦點座談期間之心理資訊，是本研究應於前述研究方法執行前，將計畫送經研究倫理審查委員會進行審查，並應經倫理審查委員會審查通過研究計畫後始得執行。有鑑於此，本研究已提送國立臺灣師範大學研究倫理審查委員會，並於 2024 年 2 月 27 日通過審查，又於同年 4 月 8 日因為串接資料庫的需求進行變更，獲得審查通過（附件一，案件編號：202402HS015）。

第四節　資料分析方法

本研究所取得之資料將包含通過專家焦點座談會議取得之質性資料，及自法務部司法官學院資料庫中取得量性分析資料二種，其個別之處理方式說明如下：

第一款　質性資料分析方法

質性資料在研究過程中，為確保其嚴謹性，仍然需要注意其是否具有可信賴性的問題，根據 Guba 的觀點，質性研究可信賴性的確保有四個檢驗指標，分別為收集資料的真實程度（可信性）、將被研究對象的感受或經驗通過文本運用而再現(可遷移性)、運用有效的資料蒐集策略以確保收集到的資料可靠(可靠性)，和研究的推論與詮釋是否能夠為他研究者所理解與確認（可確認性）。[171]以下就本研究如何設定執行研究進行方式以及確保達成前述四項指標進行說明。

當欲處理的議題主要是在探討行為、動機與態度等社會心理歷程，或是探討具有爭議性的處遇方法時，可採用焦點團體的方式研究，又考量參與焦點團體人員所在地區不盡相同，為減少不同縣市間的移動阻礙，因此本研究所之焦點團體屬礤線上會議方式之電話團體進行。[172]同時為使各場次焦點座談會議與會專家學者皆能夠充分、自在表達意見，本研究以小規模焦點團體方式、高同質性為原則，每次邀請 3 至 4 名相近領域專家學者與會。[173]

本研究之質性資料為專家焦點座談會議中各與會專家學者所提供之意見，焦點座談會議以半結構式訪談方式進行，由研究團隊於焦點座談會議進行前，依照研究背景、研究目的與文獻回顧成果，擬定訪談大綱後寄送給與會專家學者，於焦點座談會議進行過程中則由計畫主持人擔任會議主持人，於簡要報告團隊研究狀況後，依據預先擬定之訪談大綱，依序邀請與會專家學者就各項焦點議題發表意見，並適度開放與會專家學者間的意見交流。

為記錄各與會專家學者於焦點座談會議中所發表之意見，研究團隊於焦點座談會議開始時取得各與會專家學者錄音之同意後進行錄音，並將錄音內容轉譯為逐字稿，其後將該逐字稿寄發給與會專家學者確認逐字稿內容與其表達本意相符無誤，以確保能夠符合可信性與可靠性之標準。待各與會專家學者完成逐字稿的

---

171 Guba, E.G. (1981). Criteria for assessing the trustworthiness of naturalistic inquiries. Educational Communication and Technology, 29(2). at 79-80.

172 潘淑滿（2003），質性研究－理論與運用，心理出版社，頁 166-167、171-173。

173 同前註，頁 167。

確認後，研究團隊將按照訪談大綱依序歸納分析專家觀點，並對於不同領域專家學者間有不同觀點時，以並陳方式使其產生對話可能。又質性資料分析的主要目的，在於盡可能完整呈現與會專家學者之意見，研究團隊僅負責組織呈現相關內容，因此研究團隊於過程中所產生之意見或結論將另設章節予以討論，以滿足可遷移性之要求。同時將適當提供逐字稿的節錄內容，以利讀者更完整的理解各與會專家學者意見，以達到可確認性之標準。

最後，為避免於研究案中表達意見會與專家學者產生連結而導致不必要的困擾，以及符合研究倫理上保護參與者身分機密性之要求，於研究中呈現各與會專家學者之意見要旨及相關逐字稿摘錄時，將以代號編碼方式呈現。各場次與會專家學者所屬領域及其於本研究中之代號編碼如下表所示。

表 11　各場次焦點座談與會專家學者及其所屬領域

專家代號	場次	所屬單位	專業領域
甲	場次一： 法學專家觀點	國立中正大學犯罪防治學系暨研究所	德國法 犯罪學
乙		國立中正大學犯罪防治學系暨研究所	日本法 犯罪學
丙		逢甲大學財經法律研究所	美國法
丁	場次二： 公衛社工觀點	臺北市立聯合醫院松德院區	公共衛生 實務工作者
戊		國立臺灣大學社會工作學系	社會工作 精神衛生
己		法務部矯正署新店戒治所	精神衛生 實務工作者
庚	場次三： 機關部會觀點	衛生福利部心理健康司	機關代表 公共衛生
辛		臺北地方檢察署	機關代表 實務工作者
壬		法務部矯正署	機關代表 實務工作者
癸		高雄市政府毒品防制局	機關代表 實務工作者

第二款　量化資料分析方法

為能更精確的觀察到觀察勒戒、強制戒治處遇制度運作的效果，本研究向司法官學院「刑事政策與犯罪研究數據資料庫（下稱犯罪資料庫）」申請取得自 1998 年起累積之原始資料檔案，並經資料清洗與處理後，依不同毒品處遇完成後，完整追蹤 2 年、3 年與 5 年三組追蹤期間，與有無再犯罪與有無再施用毒品兩種行為類別，產出 6 份資料檔作為本研究的資料分析。有關資料清洗與處理之步驟說明如下。

一、資料描述

（一）原始資料來源

本研究所使用的原始資料分別取自犯罪資料庫中的偵查主檔、偵查明細、偵查法條、矯正主檔、矯正明細、觀護主檔等 6 個資料檔。各檔案資料區間皆為 1998 年至 2023 年，於資料清洗與採礦前之原始資料筆數共計 43,704,076 筆。各資料檔所含資料筆數如下表所示。

表 12　本研究使用犯罪資料庫檔案及資料筆數明細

檔案名稱(檔案內容)	檔案格式	總資料筆數
觀護主檔	txt	1,097,159
偵查主檔	txt	13,384,314
偵查明細	txt	16,042,930
偵查法條	txt	8,204,794
矯正主檔	csv, xlsx	2,393,706
矯正明細	csv, xlsx	2,581,173
合計	-	43,704,076

（二）抽樣方法與樣本代表性

前述各資料檔案之資料，包含資料區間內各年度內所有經司法處遇者之資料，包含所有性別、年齡、處遇方式等，故本研究使用前述各資料檔之資料，並無抽樣必要，且因各資料檔之人數即為各該年度內所有可取得數據之母數，因此具有完整代表性。

（三）資料範圍與筆數

惟本研究使用前述資料時雖無抽樣之必要性，然而由於觀察勒戒、強制戒治制度及緩起訴多元處遇的適用對象，同時包含少年與成人（毒危條例第 20 條、第 24 條參照），在考量少年相較於成年人，在與刑事司法制度接觸時需另外引入將來性與須保護性的概念主導如何理解有關少年需求與處遇成效的見解下，[174]為避免少年的須保護性維度對觀察資料造成難以控制的影響，本研究於主要的分析中將排除處置類別為「受觀察勒戒少年」的資料，與「受戒治」、「受觀察勒戒人」、「緩護療」三項類別中，處遇終結日時年齡未滿 18 歲者（計算方式為由處遇終結日減去出生日期）。

此外，由於緩起訴制度於 2008 年始加入我國毒品處遇制度之中，為使本研究所分析的資料區間同一，本研究僅使用 2008 年後處遇終結之資料。換言之，本研究資料分析之對象為 2008 年後完成強制戒治處遇、觀察勒戒處遇以及緩起訴處分，且於處遇終結日時年滿 18 周歲以上之男性及女性，於此範圍內不同追蹤期間與施用行為之資料筆數如下表。

表 13　本研究各追蹤期間與行為類型資料筆數

分析資料名稱	資料筆數
2 年再犯罪	83,550
2 年再施用	80,877
3 年再犯罪	78,663
3 年再施用	75,317
5 年再犯罪	67,573
5 年再施用	63,481

二、資料清洗與產製

（一）資料清洗方式

由於本研究所使用的原始資料檔案來源包含有偵查主檔、偵查明細、偵查法條、矯正主檔、矯正明細、觀護主檔等 6 個資料檔，已如前述，由於個別資料檔採用資料紀錄格式不盡相同，因此取得原始資料後，須先執行資料清洗。

[174] 李茂生（2018），〈新少年事件處理法的立法基本策略──後現代法秩序序說〉，少年事件處理法論文集：一部以贖罪心理與道德決斷形塑出來的法律》，新學林。頁 142-147。

資料清洗第一步須先確認主鍵（Primary Key, PK）用於辨識資料的唯一性，即確認主鍵不重複的資料內容數與資料筆數相同。由於本次研究使用多個不同資料檔，且各資料檔中單一個案可能重複出現，因此本次研究在資料清洗步驟上先以「身分證字號（唯一碼）+身分別+終結日期/分案日期」等欄位作為主鍵用以辨識唯一性。

確認主鍵後，就出現錯位或橫向移位的資料進行檢視與還原，使資料內容應對至正確欄位。其後進行欄位的確認與清洗，步驟包含檢視有異常值的欄位，檢查異常內容是否可以判斷應為正確的用字，並於可以判斷的情況下進行還原；將同一欄位中不同的片語格式或資料格式統一化，如性別欄位中的「女性」、「女」、「F」、「Female」等片語統一為「女」此一片語，或將日期格式統一為「西元年/月/日」之格式。最後，就缺乏「主鍵」、缺乏重要欄位、已確認為重複的資料等進行排除。

完成上述步驟後即完成資料清洗，可以供後續進行資料採礦與產製。

（二）資料採礦與產製

資料採礦有數個步驟，第一步為就經過清洗的矯正資料與觀護資料中設定篩選條件，篩選出納入觀察分析的資料；第二步須就篩選出的資料中有期間重疊者進行同期間合併；第三步將篩選與合併完成的矯正或觀護資料，通過唯一碼與偵查資料合併以觀察再犯與再施用情形；最後將各產出檔案依需求進行合併。各步驟具體說明如下：

1.資料篩選

由於本次研究所取得之原始資料期間範圍包含觀察勒戒及強制戒治舊制、新制與緩起訴制度設立等多時間分段，為了能夠區分觀察勒戒及強制戒治制度資料並分別觀察其效果，同時與緩起訴制度成效相互比較，因此需要就資料依身分別/冠詞片語、終結日期、終結原因等欄位進行資料篩選。

篩選資料的條件設定，以受強制戒治處遇之資料篩選為例，應設定如下條件：

A. 身分別片語：受戒治人。

B. 終結原因片語：出所。

C. 終結日期：2008 年 1 月 1 日以後。

通過設定的條件，即可篩選出於特定期間受強制戒治處遇完成之資料。通過修改設定條件，如將身份別片語修改為受觀察勒戒人，即可產出特定期間受觀察勒戒處遇完成之資料。

2.同期間合併

完成資料篩選後，需再檢視篩選資料中各唯一碼是否具有多筆資料。

若單一唯一碼存在數筆資料，且各資料的處遇起始日與處遇終結日期間有重疊的情況時，將期間有重疊的資料進行同期間合併，以期間重疊資料的處遇起始日最小值為起始日、處遇終結日最大值為終結日整併為一筆資料，以確定資料中單一唯一碼的處遇起始日與終結日間不存在重疊的情況。

經過同期間合併步驟後，若單一唯一碼具有多筆先後發生、期間不重疊的資料，則將各筆資料依序設定為第一期間、第二期間、第三期間等，並選取保留第一期間資料，用以觀察在篩選期間內各唯一碼首次接受特定處遇之效果。

3.再犯/再施用資料整合

為觀察經過觀察勒戒、強制戒治、緩起訴等不同處遇後有無再犯或再施用毒品之行為，本研究搭配使用偵查資料的分案日期、分案原因等欄位以定義再犯或再施用情形。又本研究分別設定了 2 年、3 年與 5 年等三個不同追蹤期間觀察再犯/再施用情形，因此需依據追蹤期間的截止時間，分別整合產出三份檔案。以受強制戒治處遇完成後追蹤期間 2 年再施用情形為例，具體篩選與整合條件如下：

A. 將篩選資料中處遇終結期間修改為 2008/01/01-2021/12/31。

B. 設定偵查資料篩選條件，包含：

a. 法條：第 10 條。

b. 終結罪名片語：毒品ㄧ軍、毒品危害防制條例。

c. 終結情形片語：排除不起訴與無施用不起訴。

d. 終結日期：2008/01/01-2023/12/31。

C. 將兩份篩選資料依唯一碼合併，以單一唯一碼處遇終結日期後，偵查結案日

期之最小值保留資料，即合併後僅篩選保留追蹤期間內首次再施用之資料。

完成上步驟後可產出一份受強制戒治處遇完成後追蹤期間 2 年再施用情形資料檔。通過修改處遇資料之終結期間與偵查資料之終結罪名片語，即可分別取得經觀察勒戒、強制戒治或緩起訴處遇完成後，追蹤期間 2 年、3 年、5 年之再犯與再施用情形，共計 24 份資料檔。

4.再犯與再施用定義說明

為了在依產出的資料執行再犯或再施用分析時，不會因為個案死亡或入監等情形導致對於無再犯或無再施用情形的數據分析出現錯誤，因此需要明確再犯與再施用之定義及須排除之情況，以下說明。

本次研究中，再犯的定義包含於設定的追蹤期間內有發生犯罪（包含再施用毒品）且後續有入監或死亡紀錄，並定義為「再犯罪後__終止」；有發生犯罪但後續查無入監或死亡紀錄，並定義為「有再犯罪__無終止」；無再犯的定義為於設定的追蹤期間內無發生犯罪，且後續查無入監、死亡或接受處遇（包含觀察勒戒、強制戒治與觀護）情形，並定義為「無再犯罪__無終止」；排除的類型為先遭遇終止情形如入監或死亡，後再遭遇再犯罪情形，定義為「再犯罪前__終止」。

再施用的定義包含於設定的追蹤期間內有發生再施用毒品，且後續有入監或死亡紀錄，並定義為「再施用後__終止」；有發生再施用毒品但後續查無入監或死亡紀錄，並定義為「有再施用__無終止」；無施用的定義為於設定的追蹤期間內無發生犯罪，且後續查無入監、死亡或接受處遇（包含觀察勒戒、強制戒治與觀護）情形，並定義為「無再施用__無終止」；排除的類型為先遭遇終止情形包含入監或死亡，其後再遭遇再施用情形，並定義為「再施用前__終止」。

再犯與再施用資料分類的差異有二。第一，若資料發生先遭遇再犯罪，並之後有入監或死亡紀錄的終止情形，其後又遭遇再施用毒品的情況，此情況於「再犯罪」的資料中因屬於「再犯罪後_終止」的定義範圍，因此保留該筆資料，然而於「再施用」的資料中則因屬於「再施用前_終止」，因此排除該筆資料。第

二，若資料僅遭遇再犯罪而無遭遇再施用，此類資料於「再犯罪」與「再施用」的資料中皆納入分析，僅分類方式不同，於「再犯罪」資料中有無再犯表示為有再犯罪、再施用級別為無再施用，於「再施用」資料中有無再施用表示為無再施用、再施用級別為無再施用。

5.資料合併

經過上述資料採礦與產製步驟後，依照處遇類別「受戒治人、受觀察勒戒人、受觀察勒戒少年、緩護療」4 種、觀察角度「再犯罪、再施用」2 種、追蹤期間「2 年、3 年、5 年」3 種類別，會分別獨立的產製出 24 份資料結果。

為便於將不同處遇方式在同一追蹤期間、相同行為類別下進行比較，本研究進一步統一每份資料結果的欄位，使 24 份資料具備相同欄位，並以「行為類別」與「追蹤期間」將 24 份資料合併為「追蹤 2 年內再犯罪」、「追蹤 3 年內再犯罪」、「追蹤 5 年內再犯罪」、「追蹤 2 年內再施用」、「追蹤 3 年內再施用」、「追蹤 5 年內再施用」共 6 份用作分析的資料表。

三、統計分析方法

（一）一般性分析

在數據分析上，本研究首先以描述性統計方式描繪 6 份資料檔個別之資料模樣。其後，基於取得最大資料區間之考量，本研究以追蹤 2 年再施用毒品之數據為基礎執行再施用率分析，並採取用於評估資料序列間是否存在趨勢的 Mann-Kendall Test（MK Test）檢查不同變項下再施用率的變化趨勢。

解讀本研究所用數據時須留意的是，本研究於數據描述時統一採用「人」為單位，但由於本研究在數據清洗與挖礦時保留了各唯一碼接受這種處遇的首次資料，因此會存在同一唯一碼在觀察勒戒、強制戒治或緩護療處遇上各有一筆資料的情況，惟其性質與期間上皆不重疊，故於數據分析時不特別挑出或標示。

（二）存活率分析

本次研究的每個資料檔案，分別設有追蹤期間的上限，然而並非每一筆納入追蹤的資料都會於設定的追蹤期限內發生再犯罪或再施用的行為，也就是部分的

資料為僅能知道於追蹤期間內皆無再犯或再施用，但無法確知其可能發生的再犯或再施用的確切時間的右設限資料（right censored data），為了更準確的評估不同處遇方案對於再施用行為的影響，本研究採用存活分析方法，通過觀察與對存活曲線進行檢定，分析不同處遇於再施用行為之存活期間效果。

第四章　專家焦點座談分析

研究團隊依照研究設計規劃，分別於 2024 年 5 月 23 日、6 月 5 日、6 月 21 日舉行專家焦點座談會議，並完成逐字稿。本章中研究團隊會就焦點座談會議中專家學者所提出之觀點意見進行歸納分析，並依照訪題分節呈現。

第一節　觀察勒戒及強制戒治制度成效現況評釋

本節將著重分析有關於訪題 A 中，與會專家學者對觀察勒戒、強制戒治制度的看法，並依照制度優點、制度缺點、對制度現況的理解以及制度執行上的困境的順序成現專家學者所提供的意見。

第一款　制度優點

彙整分析專家意見，可以發現專家學者對於觀察勒戒、強制戒治制度所具有的優點意見相當接近，大致可以分為強制效果、中斷效果跟環境轉換效果三大項目，以下分別說明。

強制效果即是指將受處遇者強制收容，其一方面為其他兩項效果提供基礎，另一方面本身也具有可以確保當提供治療處遇時，必然可以找到個案的效果。

那當然觀察勒戒有一個比較好的優點就是它有強制力……（甲）

因為其實另外一個優點就是說，其實這些在社區的人，其實不管是德國或其他、德國或者是美國方式算比較開放，可是那也要看他們願不願意去接受治療的一個部分，那可不可以用一些比較封閉的場所或者是勒戒的一個場所，讓他們可以至少在這個環境裡面接受一些定期的治療或提供一些的衛教。……（己）

我認為優點就在於機構性處遇它有強制收容這樣的一個好處，那我們要去對這些個案病患的一個處理，我們不會找不到，如果我安排不管是醫師的門診或者是心理師的這個諮商、治療、心理治療，甚至社工師的對於他家庭議題支持這一塊的一個瞭解、評估，我們不會找不到人，我們要排這個個案晤談，一定會有這樣的一個機會。……（壬）

中斷效果是指在強制收容期間，可以強迫受處遇者中斷毒品的使用，專家指出對於無法自行中斷使用毒品的成癮者而言，強制收容期間的中斷效果是相當重要的優點。

這樣想起來有個優點就是，有些個案停不下來，他們 compulsive use 非常的嚴重，他有一段時間是強迫中斷，這個優點我覺得很不賴，就是強迫中斷，讓他們進入一個 drug-free state，就是沒有用藥階段，讓他們可以有機會重新開始，那這個部分我覺得可能就是好的優點。他只有針對那些完全無法自行中斷的人，這個我覺得還蠻不賴的，……所以看起來優點就是對於 compulsive user，這個強迫使用者可以短暫的中斷，我覺得這個是我想到的優點。……(丁)

就是我覺得優點啦，其實就是、真的是那個中斷，因為就像丁講的，有些人他真的在社區當中，他沒有辦法靠自己的能力，他只能靠這種強制力去中斷，那這個中斷是可以是中斷毒品的使用，甚至中斷其他的犯罪行為。……（戊）

那觀察勒戒一開始，如果大家從立法的理由，覺得它目的其實是，很重要的一個是在看有沒有，就是要阻絕你的身癮，然後讓你能夠有機會能夠停藥，當然我覺得拘束人身自由對於困難的個案這是一個最有效，我必須說我覺得某個程度是最有效，只是說我們怎麼樣提升，但不是說用冷火雞的方法或什麼，但是你阻絕了這個無毒的環境之後，確實有機會讓它停下來，真的才有進一步下去去思考戒治的部分。……（庚）

那另外一個好處是這個人收容在矯正機關裡面，基本上以臺灣的這個監禁管理的這個立場，還有這個現在的現況來看，我們不太會有讓同學，就收容在這個矯正機關裡面的各種處分類別的同學，有機會去接觸到非法藥物、毒品甚至是酒精，這個部分的機會是非常的少，那這個部分是我們認為機構性處遇本來就有的優點，它並不是勒戒、戒治制度而特別有，但概括來講，它的優點我認為是這一塊。……（壬）

此外，專家也指出中斷毒品使用可以減少毒品對健康的傷害，同時由於個案會在無施用毒品的清醒狀態下接受治療，能夠提高治療處遇的效率。

但是其實如果有些人其實屬於，處在那種亞健康的狀態的時候，事實上就是在監所當中的這段時間，他的身體至少減少了一些可能因為毒品使用的傷害，或是作息不正常這部分，他們身體上面確實有一些稍微得到一點點的保護作用。……（戊）

……雖然到矯正機關裡面看到個案，一樣要去跟他治療，要去晤談也覺得有相對的困難，但是比較起來，比較清醒的個案他們是比較好去著力的，相對於社區這種比較有機會接觸到藥物、非法藥物或是酒精的這種個案。……（壬）

在環境轉換效果上，專家學者主要提到的是可以減少受處遇者與毒品本身或相關促發因子的接觸，同時也指出將受處遇者抽離其所屬的環境後，對於受處遇者的家屬或一般社會大眾而言也有好處。

所以你說優點這一塊，其實就是減少一些的接觸，因為其實有時候社區的一個誘惑，其實對他們來說，他可能是一個同儕的來源，可能也是一個工作來源等等的一個狀況，那會不小心去使用。……（己）

那同時也像那個己講的，就是其實我覺得家人是有一個喘息的時間這樣子，……（戊）

再來就是第二點，就是談到一些緩解這個家屬壓力，因為對有些的家屬來說，他們其實進去的時候，其實對整個家庭是一個比較不用常常去生活在一個比較擔心操心的狀況下。（己）

他確實他進去關的那觀察勒戒四十幾天，可能問題暫時解決了，他不會在家裡面造成一些，對你們來講、對家庭成員來講造成一些困擾、帶來一些麻煩，確實在這四十幾天內是安靜的，……優點當然就像我們剛才那些家屬他們真實感受到的，就是他確實提供一個，把他強制在、隔離在一個處所內，然後這半年就是把他放在一個處所內、強制放在一個處所內，那什麼問題都解決了，只是這個問題可能是延後才會再發生，那這也就是我覺得目前觀察勒戒跟強制戒治所能，比較直接的優點吧，……（癸）

其實對於社會的一個觀感其實會是比較安全，因為其實當我在不斷地看這些

問題，或在不斷地看臺灣的一個文化的時候，……就是說我們臺灣其實本身是一個，希望一個零風險的環境，我們的文化其實也比較沒有辦法去接納一點點的風險性啦，是一個相對謹慎保守的環境。……（己）

除了前述三項為不同場次專家學者皆有提到的優點外，亦有幾項部分專家學者提到觀察勒戒、強制戒治制度所具有的好處，包含依循國際原則採取治療先於懲罰、現行戒治處遇採用科學實證方案進行，以及觀察勒戒、強制戒治制度具有包裹處理的效果，可以減少因一罪一罰導致刑期過長的問題。

那我認為這個觀察勒戒現在目前，在本質上當然符合現在我們的趨勢，尤其是德國法講得以治療代替處罰，所以在這個目的上，觀察勒戒來看它是走向治療優先這個角度是非常肯定的。……（甲）

我覺得它的優點最主要是採自願優先於強制，社區優先於機構，治療優先於處罰的原則，這個地方當然是很棒的……（乙）

協同主持人在矯正機關多年的奮鬥，的確每個機關都已經有在做這些毒品科學實證計畫……（乙）

其實如果他現在有機會是三年後再犯，他同時有很多條毒品施用的罪的話，他可以是只有集中在觀察勒戒跟戒治這個部分上面來講。但如果他是三年內再犯的話，他其實屬於，他會是、就是會屬於累犯，然後目前是就是一犯、就是一條罪就判一條徒刑。……所以如果有一個觀察勒戒或戒治這樣的一個中度的，我覺得是一個過渡，就是介於社區跟刑期這邊的話，他就是、他如果犯很多罪，但他也是可以只要一條，然後一年內或半年就出去的話，至少就是對他的社會，就是社會適應這部分嚴重性損害是稍微比較小一點點的，……（戊）

然而，也有專家學者指出，由於現有制度在設計、執行上的問題，導致無法發揮期監禁型處遇的優勢。

我認為以現在的制度上沒有辦法發揮他的優勢。如果我們需要有一個好的監禁型的處遇的話，我們應該要重新打造他，而不是說前面我就用初犯、再犯，或者說我是用這個，這種非常的僵化的這種做法來做。……（辛）

第二款　制度缺點

專家學者對於觀察勒戒、強制戒治制度缺點的理解，除了與前款同樣具有強制效果、中斷效果與環境轉換效果外，尚包含缺乏資源及配套制度、缺乏評估及分流，與其他細項等，以下說明。

對於觀察勒戒、強制戒治制度的強制效果，專家學者指出包含了機構式處遇、需要受處遇者自行負擔費用等因素，會增加受處遇者的抗拒心理，此外強制收容於勒戒處所，也會導致受處遇者的自我汙名化與認同偏差同儕。

第一個它還是脫離不了機構式的這種處遇，因為人還是要關在那裡。……（甲）

現在外觀上勒戒、戒治的處分，它難以跳脫監禁的色彩。……其是受刑人，他執行完畢不收費，那勒戒、戒治人他要收費，那這些人他在出所之後要去面臨這樣的費用的追繳，對他們來講已經是負擔上再加上負擔，不利復歸社會。……（壬）

其實我想對他們自己心裡的感受也會有一些差異性，因為也是造成一些內在汙名的部分，我們常常說有些外在汙名，那內在汙名，他們自己也會、會覺得對他們來說也是不好的一個感受，而且甚至面對家人，他也覺得這不是很妥善，所以這就是我剛剛所談到的一個狀況。（戊）

然後另外一部分我覺得也是那個社會、自我標籤的部分，就是我會發現到這裡面，就是在不論是勒戒或是受刑人的部分，就是他只要每進來一次，我覺得他自己在內在就會更強化，我是更生人、我有前科，就是我是更生人這個身分，而且他們這個都是對、都是非常負面情緒的，然後甚至會形成對社會的一種敵對，跟社會的連結其實是會喪失的。然後甚至有些人其實他會更擴大到他其實對一個整個社會的反社會的一些情結。……（己）

中斷效果的缺點與優點不同，主要體現在受處遇者的社會功能與公民角色上，專家學者指出，觀察勒戒、強制戒治制度執行期間，不僅會導致受處遇者的社會角色及其功能斷裂，同時在修復上也相當困難。

我自己想到的缺點是,在社會功能的角色上一定是斷裂的,我因為使用毒品,我必須進去監所,不管是觀察勒戒或是強制戒治,那我一定要中斷我的家庭服務、我家庭照護功能、我的工作一定是斷裂的,……(丁)

然後還有些人其實中斷了他其實尚有存在的一些社會功能,……(戊)

還有另外一個,其實剛剛有談到,就是一個社會隔離嘛,社會隔離會帶來他的一個,所謂的不管在就業或者是家庭關係,……(己)

另外機構性處遇有切斷正向社會支持的一個副作用,我們把他關進來,然後要去協助他解決藥癮的問題,那要回到社會上又得花非常大的人力、物力成本,去協助他回復到原本的那種人際網絡,甚至幫他創造一個新的人際網絡,這個都相當費功夫的。……(壬)

比如說他可能出來後、回到社區後面臨的一堆問題,比如說經濟啊、跟家裡面的一些相處啊,甚至他進去前我可能還要再跟、檢視他們家是不是還有一些家庭照顧的資源,比如說他可能家裡面有老人家或者是小孩子,那我們這邊還要再跟社政資源去做一些聯繫,去協助安置、處理這一塊。……就是說我們還是要,不管是外面還是裡面都要處理多很多待處理的問題,那他可能在裡面觀察勒戒完、四十幾天結束後出來,那我們還要重新開案、重新再,就是他之前入監前的問題要重新做解決。……(癸)

環境轉換效果的缺點也與優點有別,主要體現在受處遇者之上,專家學者指出,當受處遇者身處的環境由真實社會移轉到勒戒處所後,會因為環境缺乏真實的促發因子,反而降低了處遇課程的效果,而同時在另一方面,由於勒戒處所集中許多受處遇者,反而使各受處遇者之間有機會交換毒品情資、擴大毒友圈與認同偏差同儕。

在觀察勒戒可能會有像,三、四級的毒品來講,在講習上會有大家交換情資,就是說我們去那邊只有短短的,可能只有半年,然後或許就可以拿到更多的哪邊、相關的毒品購買情資,就是說,他戒治的效果不彰以外,又認識很多新朋友,一起吸毒的朋友。……(甲)

還好這個戊有提到說增加毒品圈的連結性，就是他們出去都會互相聯絡啊，然後本來一開始就互相支持啊、打氣啊、鼓勵啊、繼續努力加油啊。結果那個努力加油就變成持續使用毒品的養分。……（丁）

如果說你其實是相對年輕、犯次比較少的人，或是初犯的人進來這個地方的時候，其實是，他其實是會擴大他那個毒品的社交圈的，甚至他可能會對於毒品的使用種類跟方式，會藉由這個同儕來學習是更多元的。……（戊）

這一路上，就是跟這些多數沒有意願戒毒的人集中在一起生活。那這種惡性感染，甚至我們有這些合作的 NGO 團體、治療師進來做個案輔導的時候，也會發現說有些個案，受觀察勒戒的人明著講他就是藥頭，他進來裡面拓展下線。……（壬）

除了前述三項以外，與會專家學者對於現行觀察勒戒、強制戒治制度缺點的認知是制度執行上資源與配套措施的缺乏。詳細而言包含了人力、經費、共識、時間、處遇課程、出所後銜接等諸多面向的不足。

人力不足的面向主要體現在心理師或專業醫療人力的不足：

在不同的矯正機構會有不同的辦理業務的情形，像監獄的臨床心理師，他沒有從事心理治療的業務，反而是做比較行政的這樣的一個情況。……（乙）

但是集中式的這種處遇、收容的機構就會有這樣的一個弊端。那我們現行有看過相關的文獻在探討，實際上也是這樣，就是說在勒戒處所裡面、戒治處所裡面，所謂的正規醫療，就是由精神醫療團隊（醫、護、職、心、社），五種職類的專業人員來提供具有成癮專科這樣的一個治療，成分相對的少、密度相對的少。……（壬）

經費不足的面向主要體現在所能提供的處遇機構規模，或是特殊需求的處理：

那目前現行我們觀察到勒戒、戒治制度的缺點是說，現在這個勒戒跟戒治是我們國家在法律上明文規定提供給藥癮病人最陽春的一個居住型的戒毒處所……（壬）

我帶那個團體之後我真的發現，就是女性藥物使用者，他們有很多議題，他

們也進出很多次，我也在毒防中心帶，可是我們帶完之後，我們都會希望跟毒防中心的人說，後來我們發現他有配偶問題、孩子的問題，甚至呢，也有一些女性的藥物使用者，因為他懷孕，他很想要、他其實想要引流的部分，可是又沒有經費。然後我相信台北市比較多，其實是有比較多的經費，然後他們就去問社福單位，社福單位其實沒有這麼多的經費給他們。……（己）

共識不足的面向則有許多不同議題，包含了缺乏對於制度目標的共識、共病議題的共識，以及處遇資源分配方式的共識：

比如說醫療系統怎麼和檢察官之間，建立一致的共識對這件事情，因為我相信大家的目標是相同的，對於這個個案希望他復歸社會，這個其實我覺得不管從檢察官還是從醫療系統，大家都是這個看法，只是在執行的方式上怎麼有相同的步調跟共識，……我的共識不是只有指說，好，大家覺得他是病人還是犯人，大家折衷之後覺得他是病犯，而是希望說在這個軟體的運作的機制上也要有共識，我覺得才能夠讓事情其實逐步的往前走。……（庚）

我其實在、長期在戒治所，所以其實我處理個案的經驗偏於比較是單一的，加上在戒治所、在整個矯治機關對精神疾病，我覺得是有一些歧視或偏見的，例如我們戒護科，其實就是真的會希望你們可不可以不要看精神科、你們可不可以少，就是戒護主管甚至會很直接講是，希望同學能夠停藥的，不要吃這些藥物的，覺得這些藥物是不好的。我覺得這個氛圍之內，其實會讓共病這件事情在勒戒、觀察勒戒的時候，其實它會成為一個，我覺得會成為一個難題啦，……（戊）

我覺得、我一直覺得藥癮者其實他們的問題一直都沒有很單純，就真的會是藥癮的問題。或許有可是真的很少很少，我們大部分遇到的一定會有什麼精神共病啊、然後什麼家庭問題啦、經濟問題啊，甚至合併兒保、家暴，那個通通都有。……（癸）

因為我們自己在這麼多年，我們亦發覺得說，專業人員在裡面的，可能本身的專業工作，或是我們想推動的這些 program 部分，其實受到行政的干擾很嚴

重。譬如說，明明我們可能想在裡面推類似像一個比較完整的、國外引進的這樣的一個，我們翻譯了一些教材，可是其實可能行政系統它會希望是，我們每一個戒治人都要很均等的去 share 這些資源……那我覺得對於，已經人力比上面來講偏重的戒治所這些專業人員來講，我覺得是一個很嚴重的行政干擾，……其實它裡面的族群是非常多元，是很多種不是只有單純的藥癮，那我們沒有辦法去把它萃取出來，然後做一個不同的因應，就是設計不同的方案，或是說有這些團體次數，……（戊）

時間不足的面向主要體現在制度執行時間偏短，無法進行有效的戒癮治療，同時因時間少於緩起訴，易導致受處遇者寧可進入觀察勒戒程序而不選擇緩起訴：

當然在觀察勒戒來看，大部分還是屬於一般的輔導和法治宣導。那大部分人可能在觀察勒戒的時間也蠻短的，可能也只有半年就出去了，……那就會變成說很多毒品的成癮者，他就寧願選擇觀察勒戒而不去做緩起訴的戒癮治療，就等於是把一部分人都吸到那裡去了。……（甲）

然而專家學者也指出，從另一方面來看，受處遇者執行觀察勒戒與強制戒治的時間可能會多於受有期徒刑宣告的時間，會導致受處遇者的抗拒心理。

就是一旦這個個案經過大概四十幾天的勒戒評估的過程，他如果接續後面的戒治就是六個月以上，所以以實務上可以觀察到他至少要有七個月的收容，那七個月的收容是基於一次性的使用一、二級的某種毒品的一次性行為的驗尿結果所走的後面的程序，那這樣的程序如果到後面他在三年內又再次施用，也是一次性的吸毒，被判刑，反而後面的刑期是短的，……（壬）

最後專家學者提出的缺點是處遇課程與出所後銜接的不足：

就是說如果今天觀察勒戒它是一個半套式的，就雖然他強調先給他治療，但是實際上還是把人家關在裡頭，那我有時候經過，他們唱唱卡拉 OK 就可以結束，雖然有三個不同的時期，就是說感覺就有點像夏令營，就是說，只具備一定的形式啦（甲）

但我覺得就是戒治所裡面的，我覺得就是那個處遇一個 program 部分，我覺

得其實是在我們、我們是很希望可以做一些改革跟改進的這樣子，然後可以是希望，其實是有人可以帶著我們做的，（戊）

譬如說裡面的 program 到底是什麼啊，那 program 完如果接到那個毒防中心的時候呢，毒防中心可不可以銜接得上是很重要啊。那還有就是說毒防中心的人到底要不要進去看一下，或者是由他們在帶這些的課程，然後到底在裡面有什麼發現，應該銜接給這些人。……（己）

在這個處所裡頭如果沒有提供很好的後端的銜接，……就是待一個旅社，然後沒有毒的、無毒的環境這樣子。然後很快出去之後，回到自己的原來的 environment，那個 environment 到處都是線索的存在，又容易再犯。（丁）

缺乏評估及分流也可以是做前述缺乏配套制度的其中一環，然而缺乏評估及分流與缺乏資源及配套制度之間同時也帶有互為因果的關係，因此單獨予以說明。專家學者指出，缺乏評估及分流會導致資源的錯置與浪費，同時也會導致個人化處愈難以進行。

我們有沒有評估他們其實要進來之前，那些的一個需求性、那些的困難，我們其實大部分都是著重在所謂的一個藥癮的部分，但是有多少的成癮，除了，當然會有一些成癮性嘛，那多少的成癮去讓他們去使用，甚至身體上的一個痛苦的部分，……（己）

這個初犯觀察勒戒、強制戒治的制度，造成了我們檢察官，還有司法體系在工作案量上，非常多無謂的耗損，而且這種耗損是沒有意義的耗損，沒有讓整個流程變得更簡潔，反而製造了更多的複雜，……檢察官因為看到案件程序的繁複，都不想做緩起訴戒癮治療，這也讓我們整個國家政策在緩起訴戒癮治療上面，就很難把那個案件量拉高上來，所以我覺得這是一個非常大的，對現在情況的一個弊病。（辛）

那第二個他的弊病就是，由於他這個要不要去觀察勒戒完全不需要經過個案上面的專業醫療的評估，而是依照初犯或再犯這個三年內或三年外的這樣的一個區分，所以就導致了很多進去的人，到底是不是應該進去，還是說到底是不

是就是不能進去，完全沒有經過醫療評估，那這也是跟這個成癮醫學是違背的，……觀察勒戒後兩個月那個有癮跟無癮傾向的這個計算標準，也變成了困擾長久這個醫師在評估上的一個難題，幾乎就變成了用評分表，那事實上是流於形式了，……那我們現在因為沒有這樣子的一種醫生評估的實質的篩選機制，就是完全用一刀切的三年，然後初犯、再犯這樣的制度，所以就會導致我們在實際上送去戒治處所的人數上面是暴起暴落，幾乎也沒有辦法去好好的依照個案的需求，反而造成了我們很大的一個問題，就是矯正處所他收納量暴增他受不了，那如果要交給衛福部，他也害怕、他也不敢接，這是很現實的問題，……（辛）

最後對於現行制度的缺點，有部分專家學者亦指出上有傳染性疾病擴散、缺乏女性受處遇者規劃、少年收容於勒戒處所，以及觀察勒戒、強制戒治後接續執行他案等問題。

我剛才也想到一個問題，就是有一次澳洲的學者 Rebecca McKetin 來松德跟成癮醫學會演講的時候，她其實有提到了一點點缺點的部分，我覺得也是在，在我們台灣，不只是澳洲有這樣的問題，就是在監所之間比較會有感染性疾病的發生，那感染性疾病通常也不是說感染就結束了，通常有些感染性疾病會變成終身的一個問題，……（丁）

然後進去的時候，他健康有沒有持續受到一些照顧的一個部分，其實是都會對他們來說是有一個負面的影響。（己）

然後我其實問這些婦女的時候，發現其實她們有很多其實過去可能都有一些心理的、精神的一個狀況，還有她們又有創傷的經驗，然後還有身體上的疾病，其實在到勒戒、觀勒的一個環境裡面都沒有被處理到，然後又出去。那出去之後其實同樣會再發，只是進來只是因為藥品而呈現，可是她這些的身心的問題、創傷的問題，跟她對於這些環境的一些適應性，甚至信任感這些，其實都沒有被建立出來，然後再出去，那其實很容易再復發，因為後來我的研究也有三個月、六個月在追蹤，那其實她們真的狀況就是，也不是很理想。（己）

但是少年本來就不應該在矯正機構裡頭做觀察勒戒，這是我個人覺得比較嚴重的問題，我們仍希望少年不是在觀護所內進行觀察勒戒。……也就是觀察勒戒本來在少年的部分就不應該在矯正機構，現在又把它放在矯正機構，這是一個很大的問題。（乙）

我們會發現有些人，其實他不是直接從社區進來的，他其實是從、他其實已經因為別的案子已經，三年以內再犯的施用毒品案件他已經在服刑了，但是他有幾個、有幾條案件是三年以後，他必須要接受觀察勒戒，所以他是服刑到一半再進來勒戒跟戒治，然後等於他戒治、勒戒跟戒治完之後他要回去服刑，那這類的人其實他對於這件活動的參與度是更低的，因為他就覺得，這段時間他是白白浪費了，他要繳錢然後我之後要去被監獄關，我距離出所又一段時間……（戊）

初步來看，專家學者似乎認為制度造成的缺點多於制度所能帶來的優點，並且造成涉及制度的每一名利益相關者都對制度不滿意。

一個制度搞到大家都在抱怨這樣子，但是我其實，這個我自己的觀點比較是這樣就是說，我承認現在的制度讓大家都在抱怨，……我覺得大家立意都很好，所以會希望能夠朝什麼方向去建立制度，而且每次在修法的時候也去檢視說，現在的問題是什麼所以我們希望怎麼修。但是我覺得在行政要配套去落實這樣的一個立法精神跟意旨的時候，其實我們沒有對應上來配套，所以就會變成這樣子的狀況。（庚）

所以我認為，怎麼會一個制度在執行中，所有一干人等通通都不滿意，從被告、醫師、看守所、附設勒戒處所，然後到檢察官、法官，跟這個處分類別相關的人等都舉出了很多待檢討的這個部分，……（壬）

第三款　對制度現況的理解

專家學者對於觀察勒戒、強制戒治制度運作現況的理解，可以區分為三個主要面相討論，分別是制度設定的背景、制度執行的效果，與制度運作與人權保

障的關聯。

制度設定的背景主要聚焦在觀察勒戒、強制戒治制度制定時的時空環境與毒品使用背景，專家學者指出當時制度是依循著主流毒品海洛因的需求而設計的生理解毒，然而今日我國主流施用的毒品早已不是海洛因，而是安非他命與大麻，因此為了解決海洛因成癮問題而設計的觀察勒戒、強制戒治制度，是否仍然適合於當前我國毒情，不無疑義。

如果說這個觀察勒戒制度，它最初在二十五、三十年前都是海洛因的時候，它為了戒除它的身癮，那就那個時候就他的目的，那當然是也許他有他的效果。問題是今天我們把八成、九成都是安非他命，那換句話說如果要以身癮這個目標，到底有沒有讓他需要戒斷症狀的這個渡過這個期間，那顯然現在來做這件事情就很奇怪了，……（辛）

觀察勒戒的目的就是用人道的方式對他做生理解毒，但是我們又知道，現在的進來觀察勒戒的對象，安非他命二級毒品為大宗，不像過去早先在創這個制度的時候是以海洛因為大宗，這個對象已經有很大的不同。（壬）

二十五年來到底有什麼優缺點，那我想提的一點是說，因為當時在立法的時候，他有他的目的跟當時臺灣施用毒品現況的，跟現在是完全不同的，所以我覺得在檢視這個優缺點的時候，應該要去看說我們現在能檢討的一個是說，過去的施用毒品的狀況跟現在已經不同了，……（庚）

對於制度執行效果的討論，除去應歸屬於前二款的優缺點，以及應歸屬於下一款的困境外，本研究整理了專家學者提出的兩點意見，分別是對於再犯率應屬高或低的判斷基準，以及處遇制度發揮效果的主要因素。

我覺得剛才庚有提到一個非常好的問題，也就是我們現在講再犯率，到底是指三個月、六個月或一年喔，那目前大致上各國文章，當然有看、是看方法，因為研究方法不一樣，有的人是看 intervention 期間，就是治療內或治療後，或治療追蹤後，或 intervention 後幾個月再犯。一般來講現在 roughly、roughly 是六個月六成，所以很好記就六六，那你說六成有沒有比較少的，也有人說三

到六成，四到六成，但是通常都會有個六字。三到六、四到六、五到六都有人說過。……那為什麼六個月是一個不錯的指標，我覺得蠻有趣的，就是說在過去的研究顯示說，其實一到三個月是一個蜜月期，三到六個月就開始復發的率就會上升了。那我們自己追蹤的指標我們發現，二到三個月是最容易復發的時候，如果撐到三到六個月都可以撐過的話，將來一年的再復發率會降低五成，50％的 reduction rate。所以這個，roughly 都是這樣啦，三到六成、五到六成、四到六成都有人提，當然就是有個六的概念。（丁）

所以對於減少毒品施用的狀況成效，我不敢說沒有，但因為實際上體感出來的，比較多的成效他們想要，就是那些藥癮者、那些藥癮的個案他們可能主動改變的，還是要為他們自己本身的那個動機被啟發出來，如果他們自己在裡面，他們的動機有被啟發出來，其實他們自己就會做一些行為控制的部分，那在出來後也會相當配合一些網絡單位的一些處遇，譬如說醫療單位他也會去，譬如說去戒治啊、去喝美沙冬啊、去做心理治療，然後也會配合我們這邊的處遇，譬如說參加一些活動，譬如說可能會跟，呃，但家庭去做一些團體之類的。（癸）

最後在制度運作與人權保障的關聯上，則可以細分為法治觀點與醫療觀點兩種不同的切入角度，其中法治觀點對於人權保障的關注主要聚焦在正當程序的保障，以及拘束人身自由的時間與徒刑相較是否會有輕重失衡的問題。

我覺得目前所做的東西完全是按照法律而且依法的原則，就比較沒有太多人權上的問題，所以我們這邊過度再去執著人權的問題，變得很奇怪。（乙）

在法治通常都只要注意一個點啦，就是如果要把強制拘禁在某個地方的這個治療，通常就只要注意有沒有符合正當法律程序，比如說每半年或每幾個月可能要 review 一次，有一個類似送到法院的這個評估報告，……因為人權這一塊，老實說，就現況下的我們的要求，我們只能最簡單，就是最基礎達到它至少有一定的正當法律程序，我覺得就足夠了，……（丙）

特別是法院現在很注重人權，對於被告的抗告一一的要求要勒戒處所檢具相關的證據，去證明說我們對他的某一項成績的評定，需要有相關的證據來去舉

證，……那如果有的法官也特別認真，追根究底希望找醫師來做開庭、來討論、要傳這個醫師當證人，那對於本來就已經不太想來勒戒處所做評估的醫師來講，又是更大的負擔，……（壬）

這個制度如果在我看來根本就違憲，因為我覺得說這個強制戒治應該是要真正因為他需要關多長，經過醫療評估需要多長，再去給他做一個譬如說 7 天、20 天、2 個月、3 個月，就是他到底需要怎麼樣的、關多久才會給他留，而不是說，哎呀只要一有施用傾向馬上就是一年，我覺得這個實在是非常違憲的行為，我認為這個措施根本就違憲，完全沒有去考慮這個人需要多少，然後關的比這個有期徒刑還長。（辛）

另一方面，醫療觀點對於人權保障的關注則更聚焦於是否有達成良好的疾病照護，其中的議題包含上一款也提到過的共病認知是否充分、是否有照顧到特殊群體與個案的健康狀況照護。

加上在戒治所、在整個矯治機關對精神疾病，我覺得是有一些歧視或偏見的，例如我們戒護科，其實就是真的會希望你們可不可以不要看精神科、你們可不可以少，就是戒護主管甚至會很直接講是，希望同學能夠停藥的，不要吃這些藥物的，……（戊）

我們大部分遇到的一定會有什麼精神共病啊、然後什麼家庭問題啦、經濟問題啊，甚至合併兒保、家暴，那個通通都有。所以我一直覺得，觀察勒戒和強制戒治他單純把一個人放到那樣子的隔離社會的環境裡面，是不是能夠解決他藥癮這個問題，其實我一直打個問號，……（癸）

當然缺點還有別的，包括我們之前常講的人道主義者，在監所內是不是有得到適當的對待，或者是婦女同胞們在入所的時候是不是有適當的對待，……（丁）

然後進去的時候，他健康有沒有持續受到一些照顧的一個部分，其實是都會對他們來說是有一個負面的影響。（己）

第四款　制度執行上的困境

制度執行中所遇到的困境，許多會延伸成為制度的缺失，然而為了能夠更清晰的呈現制度的現況，和導致現況產生的侷限困境之間的關聯，本研究於此就專家學者提出在制度施行上所遇到的衝突、限制或困難進行整理與呈現，並期許通過對於制度困境的彙整與理解，在後續提出制度建議時可以不僅只就缺點提出改革建議，而可以更全面且立體的提出建議。

觀察勒戒、強制戒治制度執行上所遇到的困境，可以先粗略的分為「涉入制度者」的困境和「制度外他者」的限制。涉入制度者是指實際參與了制度執行過程的人員，包含了受處遇者、司法人員、矯正人員、醫師、心理師、社工師、評估人員等，制度外他者則指位參與制度執行的人員，如一般社會大眾。

涉入制度者所面臨的困境涉及許多不同的樣態，其中一個主要的類型是制度內部邏輯的衝突，包含犯人觀與疾病觀的衝突、行政目標與專業處遇目標的衝突、受處遇人與受刑人收容的衝突等。

因為畢竟我覺得觀察勒戒跟戒治，他的整體設施跟他的生活條件的生活規範、管理的規範等等，他就不是像醫療，但是你的現在制度又告訴他說把他當病人，所以我覺得會讓裡面的同學會對於醫療跟司法這兩個東西，其實是很混亂跟衝突的，……就是目前其實大家都已經把它定位成是一個疾病、是一個醫療行為，可是我們的相關的配…物理環境跟這些制度，其實是沒有讓他們感受到這部分的時候，其實他們會對於，自己就是，司法跟醫療這部分他們是很對立跟衝突的，……（戊）

專業人員在裡面的，可能本身的專業工作，或是我們想推動的這些 program 部分，其實受到行政的干擾很嚴重。……可是其實可能行政系統它會希望是，我們每一個戒治人都要很均等的去 share 這些資源……那我覺得對於，已經人力比上面來講偏重的戒治所這些專業人員來講，我覺得是一個很嚴重的行政干擾，（戊）

所以今天戒治所又得要去負擔超收的這個，收容的業務，那受刑人又收進去，收進去同仁就有聲音開始在講說，欸，我們過去不是才憲法法庭提到說，呃，這個釋憲文提到說，刑後強制治療也好，然後刑後強制工作也好，只要是保安處分在司法矯正機構裡面，應該要注意要與這個刑罰，就是所謂的拘役跟自由刑，要能夠明顯區隔，如果沒有明顯區隔就有可能有違憲的狀況，那我們現在勒戒、戒治的這個處所就必須要跟受刑人有這樣的一個關聯性，就是在機構的管理上其實也是增加了蠻大的負擔，那沒辦法，矯正機關還是要盡可能的在人權保障的立場下，盡可能讓北區的所有的矯正機關，盡可能不要進到那種比較高的超收比率的狀態，所以戒治所它還是有機會被移送受刑人去紓解北區矯正機關超收的現象。（壬）

另一個困境樣態是受處遇者對於處遇制度執行上的認知以及相應所產生的抗拒心理。

那這個制度在被告來講他們不認同，……可是被告認為我是一事兩罰，常常他們會有這種見解，……（壬）

就是一旦這個個案經過大概四十幾天的勒戒評估的過程，他如果接續後面的戒治就是六個月以上，所以以實務上可以觀察到他至少要有七個月的收容，那七個月的收容是基於一次性的使用一、二級的某種毒品的一次性行為的驗尿結果所走的後面的程序，那這樣的程序如果到後面他在三年內又再次施用，也是一次性的吸毒，被判刑，反而後面的刑期是短的，後面的刑期不用負擔這個費用，前面的勒戒、戒治一樣，就會讓我們在執行端、在矯正機關很難去說服同學這種制度的合理性，常常會接受同學的抗拒、陳情，那這些都是在這個矯正系統裡面常常要面對，然後要去輔導的狀況啦。（壬）

其他困境的樣態還包含了參與人員執行其專業工作的限制、不同類型受處遇者照護的需求，資源不足等。

我覺得這個氛圍之內，其實會讓共病這件事情在勒戒、觀察勒戒的時候，其實它會成為一個，我覺得會成為一個難題啦，因為我們想要去處理這件事情的

時候，我們要花很多時間，其實我們不是要跟個案溝通，我們要花很多時間去跟我們的同仁溝通這件事情。（戊）

評估的醫師又覺得這樣的一個制度，大家不想來背書，認為說藥癮是病人，那另外我們要去把他評估完，要往下一階段的強制戒治處所送，所以他的評估實際上會影響後面個案拘束人身自由這樣的強制性處分，所以醫師也不太願意來，……（壬）

我帶那個團體之後我真的發現，就是女性藥物使用者，他們有很多議題，……也有一些女性的藥物使用者，因為他懷孕，他很想要、他其實想要引流的部分，可是又沒有經費。然後我相信台北市比較多，其實是有比較多的經費，然後他們就去問社福單位，社福單位其實沒有這麼多的經費給他們。（己）

個案他是很大多數是從監獄過去的、進出監獄的老累犯，又重複進到勒戒處所來勒戒，那這個個案他的狀況，因為多數是這個施用毒品好幾年的這種老個案，因為以前在這一號裁定之前，如果在判刑過的個案是他不會再到勒戒處所來，那因為這個實務見解變更的關係，……這些人又從監獄釋放之後，再施用毒品又跑回勒戒處所，那這些人身體狀況真的是不理想，所以後來我們在觀察，從這號裁定之後送進來的個案，我們有很大的比例在處理他戒護外醫、處理他戒斷症狀，那這些個案的生命風險是蠻高的，……（壬）

畢竟時間只有三、四十天，前面還有一些戒斷症狀的問題，還有生理、身體上健康的問題要處理。（壬）

其實配套資源是不足的，那也導致說現在在執行端會很辛苦，疲於應付在資源不足的狀況下，又得要去講成效這樣的一個困境，這是我們覺得最難以承受之重的。（壬）

而就制度外他者來說，所會產生的困境包含有我國民眾對於社會安全感具有較高的要求，因而會限縮多元制度發展的可能性，以及網紅對於制度的錯誤宣導兩點。

所以我想這個我們台灣應該還是做不到，因為我有跟他們去做 outreach 的一

個部分。然後甚至於我自己去 auditing 的時候，harm reduction，有一個碩士生他自己也是 heroin 施用者，談到他家庭怎麼樣怎樣，他還繼續在施用毒品的部分，所以相對是比較開放的。我想我們台灣、我想我們很重視社會安全，所以我覺得這個部分好像還有一段路得走。（己）

最近我發現一個現狀，因為現在大麻越來越多，過去來講，這些網紅被抓到，可能都會道歉、開記者會，可是現在不一樣了，他們不覺得大麻是有問題的，那反而他們都教民眾說，被警方查獲你就承認有吸毒，那也就是說現在造成的狀況就是，觀察勒戒變成這些網紅的保命符，……所以現在觀察勒戒，我發現最近又變成網紅在網路上，因為我都有聽 podcast，他們就在宣導說，反正你就承認，頂多觀察勒戒辦你就出來，這就變成一個法律漏洞。（甲）

第二節　觀察勒戒及強制戒治制度成效評估指標

本節將著重分析有關於訪題 B 中，與會專家學者對於如何評估觀察勒戒、強制戒治制度成效的看法，包含現況已採取的評估指標、建議可以採取的評估指標，以及專家學者就研究團隊提出用以評估的指標所做的建議。此外，本節也會呈現專家學者就執行評估成效這點上提出的各項建議。

第一款　現況已採取的評估指標

現況已採取的評估指標，最主要的項目便是本研究於研究背景與文獻探討等章中提過的再犯率指標。對於此項指標，除了指出現況已經將其作為評估成效指標的主要依據之外，亦有學者指出以國際觀點來看僅以再犯、復發與否來做為處遇成效評估的依據是不全面而偏頗的。

觀察勒戒評估指標就是看他沒有毒品反應，然後一般來講很多人就關了半年就出來了，那所以呢評估指標現在目前看來是不是可以強化，……（甲）

當然大家知道就是那個再犯率這樣，……（戊）

比如說像現在、剛講到觀察勒戒，大家是以這個再犯率來看成效的話，那我

就會想說，那我們在勒戒所或在戒治所，我們是不是回到降低再犯率這樣，去思考每一個介入的措施。（庚）

在看一些資料啊，我最近有個 paper 就被大力批評，我們當時就在說這個藥物、藥物復發，relapse use 這個事情來做藥物復發的這個，呃，指標探討，哪些指標可以看到藥物復發喔。結果那個 reviewer 就說你這個、你的 outcome 只有看復發根本就是一個很，他覺得是很偏頗的一個指標，就是復發與否對於藥物的行為是一個很偏頗的指標，以他來講，他覺得那不是很全面性的。（丁）

除了再犯率外，亦有從事實務工作的專家提及依循國際主流，現況下在實務端已有採用醫療、心理健康、社會功能等量表的評估方式，但並未納入觀察勒戒及強制戒治制度評估指標。

我個人比較專注在臨床症狀與個人傾向的部分，我找了文獻，這裡面有說到，由於成癮症狀和程度對於持續施用毒品具顯著影響力，因此，前述「有無繼續施用毒品傾向」、RANT、ASI-5 和 SUD 等藥物濫用評估工具，均將施用毒品後的臨床徵候列為重要指標，此外，負面情緒（如：憂鬱）、低自我控制和偏差價值觀等個人傾向，亦可能導致毒品施用或持續再犯。（乙）

那我們上次司法社工學會才邀請了社工來談，他說美國三十三州基本上現在都用 ASI 的評估方式，……他們雖然現在用第三版的時候，他們談到 recovery 跟 living、生活的一個環境的部分，他們其實也有談到就是說，如果這些人有適當的接受一些處分，就是接受這些治療的時候，他們也會去影響他們的刑期的部分，大概是這樣，……（己）

所以基本上我們就評估指標的設定，也會是比較多面向的，比如說他自己本身對於戒癮的想法，或者是他自己本身一些，譬如說自殺、BSRS-5 的分數評估，或者是說我們對他工作、就業動機，以及他對家庭成員的一些相處的模式、相處的狀況，以及他有沒有穩定的配合一些網絡單位的服務，這些其實我們都會納入對這個藥癮個案的評估，……（癸）

第二款　建議可以採取的評估指標

再犯率以外，專家學者也分別提出可以用以評估觀察勒戒、強制戒治制度成效的指標，包含有拒毒的心理知能、家庭關係、心理健康（情緒）指標、自我效能感、司法認定等諸多不同面向。

現在評估好像只有，比較用強化驗尿的方式，那可能沒有辦法去評估他心理上有沒有辦法去強化未來抗拒毒品的這種知能，這個可能要去強化。（甲）

少了一個就是情緒的指標啦，因為情緒指標反而是在精神科非比較專門的部分，就是他怎麼讓自己情緒穩定、睡眠穩定、自我照顧能力穩定，……這個各方面的認知功能穩定，這個我覺得可以納入。（丁）

如果我們真的覺得這個復元，或是他是疾病，這個是他一個主軸的話，那我覺得就是在醫療當中的病識感。就是這個人他可不可以就是從他覺得這是個習慣或是這個犯罪行為，慢慢我覺得我其實這是一個疾病，那我覺得這件事情也是一個復元當中很重要的，……（戊）

成癮醫學比較，講病識感的概念叫 self-efficacy，成癮醫學比較不會去講病識感，insight 這件事情。取而代之的概念叫 self-efficacy，當然我們現在有發展一些量表，就是自我有能感。自我有能感是有能什麼？有能於改變，就是 change，就是 self-efficacy to change。（丁）

這個我想未來可能是你們在用新的量表的時候必須要去評估的，還有包含的家庭關係，還有對於那個司法系統的一個認定，那剛剛還有那個院長剛剛談到的 self-efficacy 也是一個部分，……（己）

那其中有關編號第四點的家庭人際關係的部分，他有兩個方面，一個是就個案本身對於他家庭的這個關係，他自己的感受，那另外一端其實我們也要注意到他的重要家人、重要他人，對於這個個案本身主觀上認為有沒有改變的這一塊，其實也是一個參考值，或者是說在進一步擴大，他所住的社區的鄰里長，對於這個家庭的穩定性，這個個案回到社區之後他的穩定性怎麼樣，也是可以

做一個參考，……（壬）

此外，也有專家學者提出可以借用近年興起的 AI 技術，在不事先預設任何前提條件的情況下，由 AI 分析不同變項之間的關聯性，並藉此建立相關的指標。

我覺得這個看有沒有機會蒐集所有資料，大家現在不是很流行這個 AI 或大數據，但是我前幾天也聽到一個 AI 專家，他就是說到底我們應該抓哪些變項，丟進這個系統裡面去跑這個模型，他說其實一開始什麼都不知道，你就是有資料盡量丟，……因為我們都不知道哪一個變項可以解釋多少這樣子，……我覺得有可能還是要回到實證上面，我們怎麼去把這些資料收集之後，然後再回來告訴我們怎麼樣的指標比較好，或者是怎麼樣的評估方式比較好。但我真的覺得目的跟手段還是要扣合，……（庚）

第三款　執行評估成效相關的各項建議

對於研究團隊預先提出的指標項目，專家學者除了肯定研究團隊所提出指標項目的重要性外，也提出應該要注意跟著重的地方。

我覺得您剛才提到的那個都很好，只是你剛才提到的那些要用什麼樣的 scale 來呈現，我覺得是大問題，就是您的這個圓畫得很好，但是這個圓下面你要用哪一條哪一條，舉例來講，穩定居住你、我們怎麼變成 reality 上面可以、現實上面可以用的指標。比如說我們就要定義啊，在某一個住所，三個月以上或六個月以上或兩年以上，這個穩定居住，這個就比較是麻煩的部分。（丁）

那另外結果指標的部分，研究團隊在這一次的開會通知上面其實都已經列明了相關的內容，其實我覺得所有的文獻匯整起來也不過就是這樣，那研究團隊已經做了相當多的準備的工作，其實很精要的已經把重點都摘出來了。（壬）

此外，除了提供可以用做評估指標的建議指標項目外，與會專家學者也就要執行指標評估的細節提出了建議，包含應該對用以評估的指標設定追蹤評估的期間與基準值、界定群體、加入勒戒處所內外狀態的對照，同時也有專家學者提醒在設定評估指標的細節時，應該要回歸到處遇本身的目的來決定。

當我們在評估他們要出去的時候，其實跟醫院一樣嘛，就是我在進來的時候，我有沒有哪些的一個部分、哪些的需要，應該是要被準備好，有沒有看到他的一個需要。……他們最主要、他們要復歸社區的一個準備的內容到底是什麼？（戊）

確實再犯率不是一個好的指標，……要我要小小鬆動的話，我覺得其實身為在戒治所或矯正機關，我會覺得那個，有沒有可能其實是截取一個時間，而不是五年、三年，不是依據刑法那樣的概念，因為就像任何疾病我，比如說癌症，我接受治療之後也會有半年內復發、一年內復發，那其實大家可以去回推，如果像這樣的一個勒戒或戒治的制度，其實它是不是我們只要測量他三個月或半年內的再犯率？（戊）

首先可能要先界定這個族群，那至於說如果界定族群以後，好比說都是三年內初犯的，有些人被選擇送去觀察勒戒、有些送去緩起訴，那這兩種人，我要再加入什麼樣的具體的觀測，好比說他是這個，後來又被抓到再犯，譬如說一年內，或者說他本身有沒有就業、復元，或者說他後來的毒防中心追蹤他的一種回應態度。（辛）

像因為過去我們有些時候都還會去跟毒危去可能，毒品危害防制中心，我們會去瞭解說我們這個個案他在毒危那邊的追蹤情形是怎麼樣，那這樣的檢核其實會讓我們比較可以知道說，這個個案在所內的處遇情形跟他出去追輔的情形是怎樣，我們可以去做一個比對，跟我們可以覺得我們可以怎麼去改善。所以我覺得這個連結的部分，其實也是可以去做一個指標啦。（戊）

所以我自己會比較覺得要綁回我們到底一開始設定進觀察勒戒的目的是什麼，然後來看我們的介入方式是不是能夠達到這個效果，……那這個定這個的目的，他可能就是希望能夠個案能夠銜接就業，甚至或者是說促進穩定就業，那如果有這一項具體的措施，那當然我們就可以來檢視說，在這一項措施上面我們達到的成效是什麼，像我覺得有多少人、從過程裡面比如說有多少人真的是在個案出監前，其實是有被順利的轉銜到就業的。……當然這個轉銜希望相

對是媒合到適合他的，假設我們的目的是這樣，適合他的，那這樣子那個媒合之後，這個人能夠穩定的就業的時間是多少？那當然我覺得這又包含說你去定義說，這個穩定就業的時間多少，……（庚）

最後，對於觀察勒戒、強制戒治制度成效的評估，部分從事實務工作的與會專家提到了成效評估在實務運作上會遇到的難題，包含評估是否具有意義、評估的目的，以及有無進行評估的能力等。

那我覺得如果說是強制戒治的話，可能也雷同啦，但是強制戒治我個人會很保守，因為我覺得做出來基本上就沒有什麼太大的參考價值，我個人比較斗膽的說啦，因為我覺得它本身的制度就很有問題，所以不管怎麼做，尤其又關了那麼久，就是到底要做什麼我是很懷疑的。（辛）

因為有時候成效是為了回應民眾，我不知道，可能行政系統久了。對，是為了回應民眾、回應社會。（庚）

那我們要去講說這個制度要進一步去評估他後面的什麼樣的成果，其實我們很難思考到後面那個階段，因為光前面的工作就會認為說，像譬如說，固定要去做的一些處遇、強制戒治課程的安排，就已經佔用了所有聯繫、外部師資，來滿足這個勒戒、戒治處遇課程的時間，後續實在也只有執行，很難再自己去反思說，我們要怎麼樣去針對自己執行的結果，……（壬）

第三節　觀察勒戒及強制戒治制度改革方向建議

本節將著重分析有關於訪題Ｃ中，與會專家學者對於觀察勒戒、強制戒治制度改革的建議，並會依照該建議主要針對的是觀察勒戒、強制戒治制度執行本身，或是制度執行完畢之後或制度執行以外與制度相關聯分別論述。由於制度的改革方向大多會與制度現況的缺點或困境有所關連，因此部分專家學者提出的建議會與前二節的內容有相互呼應之處。

第一款　制度執行本身的改革建議

與制度執行本身相關的改革建議，在調整與修改制度上可以先區分出評估與分流、處遇方案，以及軟實力三大主題，同時另一方面也有專家學者在呼應毒情變化和執行困境後認為應該將制度的存廢納入討論。

在評估與分流此一主題中，又可以再細分是針對分流機制的建議，以及人員分流的建議。針對分流機制的建議主要聚焦於對當前依照初再犯劃分的分流機制的檢討與建議，包含評估的內容應該從初再犯的判斷並轉向主要評估受處遇者的真實需求，以及需要強化評估的工具。

觀察勒戒的這個執行，應該我還是受到 NIDA 的影響很深，就是說所有的藥癮個案，不管是 drug offender only，或是 drug involved criminal activity，……藥物引發之犯罪行為喔，通常在 NIDA 的概念裡一定要做、先做評估。這個評估簡單來講就是醫療評估，醫療評估就包括生理跟心理評估。（丁）

我們不應該去區分初犯或再犯，不用去區分到底要初犯就是觀察勒戒，再犯就是起訴，不需要，因為每一個個案他都會有他實際上的需求、有他個案上的這種情況。……我會認為就是只有一種醫療評估需求而需要的監禁型處分，然後當他需要延長與否的時候，也是經由醫療的評估，也就是說這個醫生覺得他需要評估、他需要多少天那就給他多少天，或者他覺得需要隔離多久就給他隔離多久，如果有需要他可以再延，而且他每次延是有一個彈性的。（辛）

所以這邊有問有沒有需要改革，我認為絕對，已經是刻不容緩的需要改革，而且他已經造成了幾乎是很多人在瞎忙，……可是事實上我們會發現說觀察勒戒，與其如此不如我們乾脆把它弄得很簡單，我們就回到一種監禁型處分，然後他是依醫療評估實際有需要的時候，那麼再去送過去，……我們就可以開始去發展出臺灣本土的一些這個評估指標，應該說是我們的這個衡量評估的一個參考標準，那檢察官就依照這個比較客觀的這個標準就走下去，……（辛）

而針對人員評估與分流的建議則主要希望能夠釐清究竟哪些類型的受處遇

者適合觀察勒戒、強制戒治制度，哪些類型的受處遇者則適合現行觀察勒戒、強制戒治以外的制度。

我認為觀察勒戒、強制戒治這個制度在對 extreme 的個案，就是特別的 compulsive abuser 那群人是要存在的，是需要存在的。……就是三個月如果仍然控制不下來的話，重複的使用，若干次，我覺得可能真的需要觀察勒戒來進行。所以這是，我覺得它是需要存在，然後我們要定義哪一群嚴重的人要來執行。（丁）

其實這個問題我第一個想到會跟丁有點雷同就是，毒品危害防治條例經過好幾代了，所以其實真的可以思考到底什麼樣的人進來觀察勒戒、這個觀察勒戒或戒治這個制度是比較適合，可能對他本身是，或是對社會整體來講是有一些、有一些基本的效果，……（戊）

少年的毒品勒戒也應與成人分流進行，目前我國目前毒品戒癮制度都以成人來進行政策制定，我認為少年毒品勒戒不應該在矯正機關進行，主要是目前少年都在少年觀護所附設勒戒處所進行，據我上上週在法務部開會得知，全國此類少年約有五名，少年觀護所除缺乏醫療專業人員，無法落實戒癮醫療成效，故我國應該將成人與少年的部分分流。（乙）

那另外是有關於共病，我覺得共病這件事情，我覺得在目前現有的戒治、戒治、觀察勒戒來講，我覺得我們的專業人力跟專業度其實是確實是不足，……所以共病這個族群有沒有可能，其實是可以先以在外面，以接受社會處、社區處、處遇為主。那就是我們可能進來的話就可能比較沒有共病，或是比較、程度比較輕的人進來這個地方，可能我覺得也是一個可以思考的方式這樣子。（戊）

在處遇方案此一主題同樣可以細分為檢討處遇計畫或課程是否能提供足夠的多元性以應對需求多樣化的受處遇者、反思現況中提供處遇服務者是否合適或是否需要設置資格認證，以及探討處遇計畫的合適場域。

那當然觀察勒戒有一個比較好的優點就是它有強制力，那所以從這個角度來看，呃，應該要善用觀察勒戒的強制力去讓它去做更有效率的治療，這是我給

C-1 的這個建議。……當然我認為現在最重要的改革項目還是要強化它的這種真正的這種醫療的處遇啦，那而不是做比較形式上的，呃，簡單的驗尿或是簡單的流程就讓它出去了。（甲）

我想這個其實也是藥物，尤其是女性，藥物使用者在這方面，其實她在這個過程裡面有很多的 struggling，可是坦白說，是不是我們在觀勒裡面不是只有談藥物的部分，是不是有其他的 program 談到她生活怎麼去面對的部分，這是在課程裡面是需要的。……那裡面的提供的 program 到底是什麼？那還有就是說，我們要設計這麼的單一性嗎？因為你們進來的人其實是有很多，不同多元的一個需求性，（己）

那最後呢我覺得要正名就是說，目前在觀察勒戒提供的一些治療，我覺得要重新檢視。台灣一直有個錯誤的說法，就是所謂的宗教治療師，大家知道治療師、治療師這三個字要衛福部有 qualification，要有 board、要證照、要有執照。沒有執照不可能說我什麼治療師的，可是我們現在常常聽到說他是宗教輔導啊、宗教治療師。輔導人員也要有一些 qualification 吧，……所以我們在提供不管是觀察勒戒，勒戒處所內或者是勒戒處所外，我覺得我們都要儘量避免宗教治療師這三個字，或宗教輔導師這三個字。（丁）

其實如果有機會的話，做一個過渡的話，我覺得這也可能可以回應到己講的那個 program 的部分，……那所以我覺得那個發想的過渡是說，其實有沒有類似像矯正學校那樣，就是說可能某部分的管理是法務部，但是關於可能裡面的處遇 program 這部分，其實是可以由衛福部來這邊去做一些指導，像矯正學校是教育部跟法務部，一個共同合署辦公的這樣子。……但我覺得就是戒治所裡面的，我覺得就是那個處遇一個 program 部分，我覺得其實是在我們、我們是很希望可以做一些改革跟改進的這樣子，然後可以是希望，其實是有人可以帶著我們做的，……（戊）

我還是覺得說，對我自己而言，我當然比較希望能夠支持說這些人在社區上接受一些處遇，然後他才可以真的知道在面對不同的誘惑的時候，他怎麼去拒

絕，跟不再使用的狀況下。（己）

所以未來如果要更落實這種採取美國的繞移制度，然後更落實回到社區，或者是像馬老師說到可能是一些戒毒 clinic 這種地方，那相關的跨領、跨機構的通報或者是監督，或者是確認，…（丙）

軟實力，或如與會專家庚所說的「軟體」，是指設備、人力、經費等硬體設備以外，能夠用以加強處遇制度效果的機制、認知等要素。前述不論是分流或處遇課程相關的意見也可以納入軟實力的一部分，不過為了避免單一主題內所包含的子題過於複雜，本研究將之個別獨立，並將不歸屬於前述分流或處遇課程相關的意見歸納如軟實力此一主題中，其所包含的子題包括建立共識、專業人力回歸專業、個案問題的全面性理解等。

那我要講的是資源的投入可能也不是只有人力跟經費的補助，我反而是覺得在軟體的建制上的這一塊其實是要投入時間的，……比如說醫療系統怎麼和檢察官之間，建立一致的共識對這件事情，因為我相信大家的目標是相同的，對於這個個案希望他復歸社會，這個其實我覺得不管從檢察官還是從醫療系統，大家都是這個看法，只是在執行的方式上怎麼有相同的步調跟共識，……我的共識不是只有指說，好，大家覺得他是病人還是犯人，大家折衷之後覺得他是病犯，而是希望說在這個軟體的運作的機制上也要有共識，我覺得才能夠讓事情其實逐步的往前走。……我們提供了什麼樣子的介入、怎麼樣的充實資源，那這個資源裡面我要特別強調的，不是人力而已，是軟體。比如說我這個人進去，我要評估，那我要怎麼評估？（庚）

監所機關內的從事治療的專業人員，例如心理師，應該要回歸到專業的工作，而非分身至行政工作。（乙）

我覺得應該要有一個制度就是，他可以同時滿足他可以解決藥癮問題，又有、然後又可以跟解決他周邊引發、因為藥癮所引發的一些問題的那一種制度或者是機構，或者是在社區型的那種機構。讓他可以一邊在，就是不會改變他的生活型態的同時，也可以好好處理他藥癮這個部分。……其實會比較少去接觸到

改革、法條這種事，因為畢竟我們都是，改革完之後我們就會去執行這方面的東西。……所以基本上在我們第一線這樣看到而言，還是會比較希望是有那樣子的一個制度或者是機構去誕生，然後真的是好好去面對跟處理藥癮者的一些問題。（癸）

第二款　制度執行完畢後的改革建議

制度執行完畢之後的改革建議，與會的專家學者主要將重點放在加強出所後的銜接、追蹤與監督管理等項目上。

我覺得我們應該要強調除了治療以外，是對於出去的監控，你看我們現在那麼多隨機殺人或中捷這個事件，那在德國法上他除了給他治療以外，他有另外一個制度叫行為監督，就是說我們對於這種毒品成癮者的出去的銜接工作，欠缺一個強有力的監控，也就是說在德國法它不管會找觀護人或警察，對於他每天的行蹤去做一些很有這個，非常強力的一種監督機制，……所以我覺得現在目前最重要的革新，除了要持續的深化醫療的力道，另外一方面要加新的監控機制，那才能減低在過程中相關的民怨，或者是可能衍生出的這種暴力犯罪。（甲）

比如說以美國法的模式，就是採回到社區的某一個 clinic 去就醫的時候，他可能是不是可以某一些時段，可能就是 for 特別的，那這些時段可能就要有一些熱線啊，或者是有一些通報啊，或者是這些機構是不是都一定要有相關的監視器啊，我覺得也是可以回應大家對安全感的這一塊，那可能就是跨、跨機構或跨部門的一些相關的溝通跟安全的避免，是可以回應的，……（丙）

譬如說裡面的 program 到底是什麼啊，那 program 完如果接到那個毒防中心的時候呢，毒防中心可不可以銜接得上是很重要啊。那還有就是說毒防中心的人到底要不要進去看一下，或者是由他們在帶這些的課程，然後到底在裡面有什麼發現，應該銜接給這些人。……因為我 2019 年去美國的時候，他們確實是大量使用更生人的部分，然後在所有的這個社區，甚至於呢，他們甚至運用

這些更生人去社區駐點，……然後他們其實很敏感的就可以感受到這些人的需要性，……其實他們就有更生人開始在那邊做衛教，然後在那些比較熱點的地方，或比較多藥物使用的人的時候，然後他們就會去接觸、去 assess 的一個部分。那他們其實利用更生人，政府願意給錢，然後一個禮拜三次，然後半天，然後都要去跟社工報告，然後甚至於他們會去使用很多的那個戒癮的一個器具。（己）

像因為過去我們有些時候都還會去跟毒危去可能，毒品危害防制中心，我們會去瞭解說我們這個個案他在毒危那邊的追蹤情形是怎麼樣，那這樣的檢核其實會讓我們比較可以知道說，這個個案在所內的處遇情形跟他出去追輔的情形是怎樣，我們可以去做一個比對，跟我們可以覺得我們可以怎麼去改善。（戊）

第三款　與制度執行相關聯的改革建議

對於觀察勒戒、強制戒治制度改革的建議，除了前述關於制度執行本身以及制度執行完畢後的建議外，專家學者也有就與制度的執行上有所關聯的事項提出建議，包含對社區資源的建議，和對於制度規範設計上的建議兩個面向。

對於社區資源的建議上，一方面有與會專家指出近年政府已有開始推動治療性社區或是醫療示範中心，另一方面也有與會專家以國外經驗作為參照，建議可以善用民間團體與成功戒癮者的能量來輔助各種類戒癮處遇的進行

那我們國家其實在衛福部還有行政院，這八年來，在社區資源的布建已經有相當的成長，包含北中南東都有所謂的治療性社區，那也有示範中心的醫療團隊在努力的把跨縣市的資源給整合起來，發展分流轉診這種制度。（壬）

像我曾經擔任理事長的嘉義愛家反暴力協會，他們就有做一些藥癮者的家庭成員計畫，跟日本做的事情很像。……我們不僅只有服務他的藥癮本人，還有服務他的家庭，然後還幫他們找資源。我覺得我們台灣的民間團體這個地方喔，都各自做各自的，如果可以的話大家先把他連接起來，然後連接起來之後做一個網絡……（乙）

美國好多這種東西喔。就是可能就是一個在一條路上就會有一間獨立的 house，然後就有點像是一個基金會，或者是美國很多地方都會有當地的教會。……但我覺得他們是有這個 base 的，有這個空間，有這個人力，甚至他們也想做什麼，只是有沒有可能去發展這一塊，……甚至我也知道有一些那種僑胞，就是台僑或者是，他們自己在美國有一些當地的，可能法鼓山或者是佛光山，他們就會有一些那種，每週集的聚會，然後可能就會開放給當地的弱勢，當然是不是一定跟毒品有關就可能要再確認，但他們就會給、跟弱勢一些合作，或者是給弱勢來這邊，聽聽、打打坐、吃吃東西，然後互動互動。（丙）

因為我 2019 年去美國的時候，他們確實是大量使用更生人的部分，然後在所有的這個社區，甚至於呢，他們甚至運用這些更生人去社區駐點，……然後他們其實很敏感的就可以感受到這些人的需要性，……其實他們就有更生人開始在那邊做衛教，然後在那些比較熱點的地方，或比較多藥物使用的人的時候，然後他們就會去接觸、去 assess 的一個部分。那他們其實利用更生人，政府願意給錢，然後一個禮拜三次，然後半天，然後都要去跟社工報告，然後甚至於他們會去使用很多的那個戒癮的一個器具。（己）

對於制度規範設計上的建議，包含戒治費用的支付問題，與戒癮治療是否應該另訂專法或專章的討論。

現在目前做，不管是觀察勒戒或是緩起訴治療，好像他們還要自費，就是說就這個觀點來看，如果這個要求受勒戒的這個他要自己出這筆錢，可能也會降低他的、他從事醫療處理的可能。當然我們不像德國那麼有錢，……在我們現在稅收那麼低的狀況下，是不是可以要求所有治療費用由政府來出錢，這個也要去做考量。（甲）

我們過去有一些想法、想要倡議的部分，就是針對藥癮者、藥癮防治這個議題，從預防到治療，或者是社會福利的提供，還有權益保障的部分，其實它要用法律來去訂定。……其實對於藥癮者怎麼做預防、怎麼做治療、治療的機構在哪裡、資源在哪裡、預算的分配、定位，我們其實並沒有去做很多的條文去

規範，我們這樣的業務都在行政院的行動綱領，或各部會自己的職掌裡面去發展，這樣很有風險，就是說換了內閣、換了長官，對於自己的職責或者是預算資源的連續性的部分，就會有斷落、斷裂的可能，所以我們具體建議未來，不論勒戒、戒治的制度要怎麼去討論轉型或廢除，我認為應該在毒防條例裡面要去訂定戒毒專章，或者是另外訂一部專法，藥癮防治跟藥癮者他的權益保障的一個專法，……（壬）

最後，除了改善制度的建議外，部份與會的專家學者認為，在考慮觀察勒戒、強制戒治制度設立時我國毒情，與現下我國毒情的差異，究竟是否仍需維持觀察勒戒、強制戒治制度是值得思考的議題。

那另外他的這個藥癮處遇的需求也要同時去考量，我自己會比較覺得是從這個部分去檢討跟改進。那觀察勒戒真的是可以考慮怎麼去，就是我也可以接受就是說用存廢，因為假設他目的完全不同了，或是說現在有更好的方式可以達到當時觀察勒戒的目的了，是不是我們是變更這樣子的一個手段的方式，……那另外他的這個藥癮處遇的需求也要同　時去考量，我自己會比較覺得是從這個部分去檢討跟改進。那觀察勒戒真的是可以考慮怎麼去，就是我也可以接受就是說用存廢，因為假設他目的完全不同了，或是說現在有更好的方式可以達到當時觀察勒戒的目的了，是不是我們是變更這樣子的一個手段的方式，（庚）

當時的這個國情、毒情是因為海洛因的擴散，那我們現在海洛因的狀況已經下降了，取而代之的可能是 K 他命、三、四級毒品，然後彩虹煙、電子煙，然後去包了這些二、三級毒品的這些煙彈這樣的狀況，那這些大部分的這個施用者還有心癮的問題，但是生理的癮可能不是很急迫、迫切要處理的這種狀況，那如果說我們當時的法是為了回應當時海洛因的蔓延的問題，那現在的法跟現在的制度不就是應該要去檢討、討論，以回應現在的毒情嗎？（壬）

我也相信法務部其實他也是很開明的，他也沒有預設說要去維繫這個制度，如果說我們通過這樣子慢慢的來推動的話，也許就可以讓我們的這個處遇制度變得更好，……（辛）

那我們就希望說，在 111 年下半年跟 112 年上半年總共六次政院的這個會議的討論，就是希望勒戒、戒治有機會做一個轉型，那時候院裡面甚至討論到用「存廢」的字眼，就是表示我院裡面也是有這樣的開放的態度可以來做檢討，只要有一個成熟的制度可以去取代，我們就有機會來做這樣的事情，……（壬）

第四節　小結

彙整前述幾節與會專家學者就觀察勒戒、強制戒治制度的各項見解，可以發現具有相當程度的集中性，如多數專家皆肯認制度具有的強制力有其優勢，對於特定個案亦有其必要性，或如多數專家皆指出由於輔助制度執行的配套制度缺乏，導致不僅制度的優勢無法發揮，更導致副作用的產生，顯示儘管本研究焦點座談會議採取高同質性小團體方式進行，但各項議題在跨團體間大多具有高度的共識性。

另一方面，通過對專家意見的彙整比較也可以發現，不同領域的專家學者對於同一概念用語的理解有時不盡相同，如「人權」此一概念在觀察勒戒、強制戒治制度中的實踐或保障，法學領域的學者專家係以「有無踐行正當法律程序」的健康權角度加以觀察，而公衛社福領域的學者則更傾向以個案需求及照護提供的角度予以觀察。此種不同領域專家學者間所關注面向不同的現象，不僅恰好體現了戊專家學者在實務上發現不同專業領域會產生不同關注或需求的經驗，也標示在政策的討論與改革上確實需要讓不同領域之間，就制度的功能與目的取得共識。

各與會專家學者對觀察勒戒、強制戒治制度所提出的改革建議，可以進一步彙整區分為短、中、長期不同的階段。

短期改革是指可以不需修改法規範，而可以即刻進行的改革，如強化受處遇者的評估流程，包含依專家學者建議引入醫療需求作為核心的評估，並依照實務運作經驗建置本土化的評估工具；協助不同部會或專業之間，就施用毒品的處遇制度執行方式與所要達成的目標建立共識與合作機制；最後持續加強現下已有在執行的社區資源布建，並逐步提供除政府醫療機構以外，對民間治療性社區的培

力資源補助。上述各項短期改革政策的目的，皆是為了提供中長期處遇制度的改革良好的基石。

中期改革延續短期改革，可以通過少量的法律或規範修改來達成。中期政策改革主要工作是依短期改革中所建立的共識與合作機制，強化觀察勒戒、強制戒治制度的醫療要素，以補強制度成效。具體應執行的改革方向包含改進受處遇者的分流，依照有無共病、群體性質或醫療需求程度篩選適合於觀察勒戒、強制戒治的受處遇者；強化課程的設計，由專業人員協助戒治處所內工作人員改進處遇方案，並且明確各課程的授課者，確保授課者皆為經教育部或衛福部審查通過之合格專業人員；加強個案出戒治處所後的社區資源銜接、追蹤輔導機制與個案監督等，並通過出所後的追蹤監督建立完善的評估指標體系。通過中期改革政策的運行，逐步完善以醫療、治療為核心的處遇概念，為通往長期改革架起橋梁。

長期改革指向完善的評估分流機制，將不同需求程度的受處遇者分流至不同強度或密度的處遇方案之中，如僅保留重度成癮、無法自我控制的成癮者於具強制隔離性質的強制戒治制度之中。同時處遇地點移轉到以社區為主以，加強處遇課程的真實背景，並引入所謂的「過來人」於治療性社區內提供服務。與此同時進一步將單純施用毒品行為的處遇程序法制化，以毒危條例內專章或另立專法的方式予以規範，以確保處遇制度長期運作的穩定性。而當前述各項制度修改運作穩定，確認有良好的替代制度後，可以檢討觀察勒戒、強制戒治制度是否仍有保留的必要，或於不廢除制度時，應如何限縮制度的適用範圍。

最後，部分與會專家學者在焦點座談會議中有提到女性與少年施用毒品者，在處遇制度上有各自不同的特殊需求，與群體屬性，關於其制度上所遇到專屬的困難或成效評估等，為本研究較有未逮之處，值得另起研究。

第五章　量化資料分析

第一節　描述性統計

本次研究所包含之資料筆數，完整追蹤 2 年資料有再犯罪 83,550 筆、再施用 80,877 筆，完整追蹤 3 年資料有再犯罪 78,663 筆、再施用 75,317 筆，完整追蹤 5 年資料有再犯罪 67,573 筆、再施用 63,481 筆，各檔基本變項彙整如下表。

表 14　個人基本變項資料

	2年再犯罪 (n = 83,550)			3年再犯罪 (n = 78,663)			5年再犯罪 (n = 67,573)		
變項	總數	再犯罪	%	總數	再犯罪	%	總數	再犯罪	%
性別									
男	68,548	31,776	46.36%	64,362	34,811	54.09%	54,929	35,378	64.41%
女	15,002	5,637	37.57%	14,301	6,185	43.25%	12,644	6,350	50.22%
年齡組別									
18-24	16,454	8,137	49.45%	15,850	9,043	57.05%	14,526	9,524	65.57%
25-34	30,376	13,701	45.10%	28,959	15,077	52.06%	25,729	15,804	61.42%
35-44	23,612	10,367	43.91%	22,097	11,333	51.29%	18,367	11,264	61.33%
45-54	10,196	4,206	41.25%	9,259	4,510	48.71%	7,159	4,233	59.13%
55以上	2,912	1,002	34.41%	2,498	1,033	41.35%	1,792	903	50.39%
處遇方式									
觀察勒戒	56,986	27,211	47.75%	7,448	4,513	60.59%	49,722	31,225	62.80%
強制戒治	7,634	3,921	51.36%	54,172	29,622	54.68%	7,111	4,965	69.82%
緩護療	18,954	6,290	33.19%	17,067	6,871	40.26%	10,764	5,553	51.59%
	2年再施用 (n = 80,877)			3年再施用 (n = 75,317)			5年再施用 (n = 63.481)		
變項	總數	再施用	%	總數	再施用	%	總數	再施用	%
性別									
男	66,096	24,126	36.50%	61272	26136	42.66%	51,147	26,170	51.17%
女	14,805	4,692	31.69%	14045	5099	36.30%	12,334	5,129	41.58%
年齡組別									
18-24	15,664	5,748	36.70%	14834	6307	42.52%	13,283	6,562	49.40%
25-34	29,402	10,649	36.22%	27754	11596	41.78%	24,211	11,963	49.41%
35-44	22,986	8,224	35.78%	21309	8902	41.78%	17,420	8,735	50.14%
45-54	9,966	3,367	33.78%	8984	3589	39.95%	6,837	3,311	48.43%
55以上	2,859	822	28.75%	2436	841	34.52%	1,730	728	42.08%
處遇方式									
觀察勒戒	54,758	20,572	37.57%	51381	22107	43.03%	46,266	22,885	49.46%
強制戒治	7,426	3,300	44.44%	7141	3761	52.67%	6,718	4,091	60.90%
緩護療	18,717	4,946	26.43%	16795	5367	31.96%	10,497	4,323	41.18%

第一款　2 年內再犯罪／再施用毒品情形分析

本次研究完整追蹤期間為 2 年的觀察資料共有 83,550 筆，追蹤期間自 2008

年起至 2023 年止，最後列入追蹤的日期為 2021 年 12 月 31 日，於 2023 年 12 月 31 日追蹤 2 年期滿，各筆資料皆滿足 2 年以上的追蹤期間。

一、整體再犯罪／再施用毒品罪情形

追蹤期滿 2 年期間，有再犯任何罪共 37,413 人，有再犯比例為 44.78%（37,413/83,550）。以性別觀察，有再犯任何罪者包含男性 31,776 人，再犯比例 46.36%（31,776/68,548）、女性 5,637 人，再犯比例 37.57%（5,637/15,002）。

若以年齡區間區分，18 歲以上未滿 25 歲有 8,137 人，再犯比例 49.45%（8,137/16,454）、25 歲以上未滿 35 歲有 13,701 人，再犯比例 45.10%（13,701/30,376）、35 歲以上未滿 45 歲有 10,367 人，再犯比例 43.91%（10,367/23,612）、45 歲以上未滿 55 歲有 4,206 人，再犯比例 41.25%（4,206/10,196），及 55 歲以上者有 1,002 人，再犯比例 34.41%（1,002/2,912），有再犯者的平均年齡為 33.30 歲。若以受處遇類型區分，受強制戒治處遇有再犯者 3,912 人，再犯比例 51.38%（3,912/7,614）、受觀察勒戒處遇有再犯者 27,211 人，再犯比例 47.75%（27,211/56,983）、受緩護療處遇有再犯者 6,290 人，再犯比例 33.19%（6,290/18,953）（表 15）。

表 15　2 年內再犯任何罪

		性別		受處遇類型		
	全體	女	男	受戒治人	受觀察勒戒人	緩護療
有再犯	37,413	5,637	31,776	3,912	27,211	6,290
有再犯(比例)	44.78	37.57	46.36	51.38	47.75	33.19
無再犯	46,137	9,365	36,772	3,702	29,772	12,663
無再犯(比例)	55.22	62.43	53.64	48.62	52.25	66.81
總和	83,550	15,002	68,548	7,614	56,983	18,953
總和(比例)	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

	年齡(處遇終結時)					
	18-24	25-34	35-44	45-54	55以上	平均年齡
有再犯	8,137	13,701	10,367	4,206	1,002	33.30
有再犯(比例)	49.45	45.10	43.91	41.25	34.41	
無再犯	8,317	16,675	13,245	5,990	1,910	34.55
無再犯(比例)	50.55	54.90	56.09	58.75	65.59	
總和	16,454	30,376	23,612	10,196	2,912	33.99
總和(比例)	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	

說明：1.本表格各項計數與平均計算皆排除「受觀察勒戒少年出所」與年齡未滿18歲者。

若改以追蹤期間內有無再施用毒品觀察，排除「有再犯罪並終止追蹤後另有再施用日期」的資料後，共有 80,877 筆，其中有再施用毒品者共 28,810 人，有再施用比例為 35.62%（28,810/80,877）。以性別觀察，有再施用毒品者包含男性

24,119 人，再施用比例 36.50%（24,119/66,078）、女性 4,691 人，再施用比例 31.70%（4,691/14,799）。

以年齡區間區分，18 歲以上未滿 25 歲有 5,748 人，再施用比例 36.70%（5,748/15,664）、25 歲以上未滿 35 歲有 10,649 人，再施用比例 36.22%（10,649/29,402）、35 歲以上未滿 45 歲有 8,224 人，再施用比例 35.78%（8,224/22,986）、45 歲以上未滿 55 歲有 3,367 人，再施用比例 33.78%（3,367/9,966），及 55 歲以上者有 822 人，再施用比例 28.75%（822/2,859），有再施用者的平均年齡為 34.10 歲。若改以受處遇類型區分，受強制戒治處遇有再施用者 3,300 人，再施用比例 44.45%（3,292/7,406）、受觀察勒戒處遇有再施用者 20,572 人，再施用比例 37.57%（20,572/54,755）、受緩護療處遇有再施用者 4,946 人，再施用比例 26.43%（4,946/18,716）（表 16）。

表 16　2 年內再施用毒品罪

		性別		受處遇類型		
	全體	女	男	受戒治人出所	觀察勒戒人出	緩護療完成
有再施用	28,810	4,691	24,119	3,292	20,572	4,946
有再施用(比例)	35.62	31.69	36.50	44.45	37.57	26.43
無再施用	52,067	10,108	41,959	4,114	34,183	13,770
無再施用(比例)	64.38	68.31	63.50	55.55	62.43	73.57
總和	80,877	14,799	66,078	7,406	54,755	18,716
總和(比例)	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

	年齡(處遇終結時)					
	18-24	25-34	35-44	45-54	55以上	平均年齡
有再施用	5,748	10,649	8,224	3,367	822	33.59
有再施用(比例)	36.70	36.22	35.78	33.78	28.75	
無再施用	9,916	18,753	14,762	6,599	2,037	34.10
無再施用(比例)	63.30	63.78	64.22	66.22	71.25	
總和	15,664	29,402	22,986	9,966	2,859	33.92
總和(比例)	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	

說明：1. 本表格各項計數與平均計算皆排除「受觀察勒戒少年出所」與年齡未滿18歲者。

二、處置天數與再犯罪／再施用毒品罪天數

追蹤 2 年期間內有再犯情形，平均再犯天數為 264.66 天，其中男性平均再犯天數為 263.01 天、女性平均再犯天數為 273.97 天。若以處遇方式觀察，受戒治處遇人再犯天數為 313.29 天、受觀察勒戒處遇人再犯天數為 263.63 天、受緩護療處遇人再犯天數為 238.89 天。

處置天數上，由於觀察勒戒、強制戒治與緩護療分別訂有不同的處置天數限制，因此並不適合直接以天數進行比較，本處計算的天數僅供參考。追蹤 2 年期間內平均處置天數為 179.04 天，但若僅以有再犯情形者計算，平均處置天數為 151.02 天。男性平均處置天數為 183.57 天，僅以有再犯情形者計算平處置天數為 155.10 天；女性平均處置天數為 158.34 天，僅以有再犯情形者計算平均處置天數為 127.98 天（表 17）。

表 17　2 年內再犯任何罪天數與處置天數

	再犯人數				再犯日數（平均）			
	所有情況	受戒治人	受觀察勒戒人	緩護療完成	所有情況	受戒治人	受觀察勒戒人	緩護療完成
全體	37,413	3,912	27,211	6,290	264.66	313.29	263.63	238.89
男	31,776	3,430	22,862	5,484	263.01	309.79	261.89	238.40
女	5,637	482	4,349	806	273.97	338.15	272.75	242.19
	處置天數（平均）				處置天數（平均）			
	所有情況	受戒治人	受觀察勒戒人	緩護療完成	所有情況	受戒治人	受觀察勒戒人	緩護療完成
全體	179.04	407.23	61.33	441.27	151.02	365.36	54.39	435.71
男	183.57	411.99	63.56	440.00	155.1	366.19	56.15	435.6
女	158.34	380.66	51.73	447.83	127.98	359.52	45.14	436.49

說明：1. 本表格各項計數與平均計算皆排除「受觀察勒戒少年出所」與年齡未滿18歲之

追蹤 2 年期間內有再施用毒品罪情形，平均再施用天數為 275.59 天。以性別觀察，男性平均再施用天數為 274.69 天、女性平均再施用天數為 280.19 天。若以處遇方式觀察，受戒治處遇人再施用天數為 320.67 天、受觀察勒戒處遇人再施用天數為 281.15 天、受緩護療處遇人再施用天數為 222.35 天。

處置天數上，由於觀察勒戒、強制戒治與緩護療分別訂有不同的處置天數限制，因此處置天數的分析上僅能呈現出概括的外觀，並不適合逕將天數進行比較。追蹤 2 年期間內平均處置天數為 180.41 天，但若僅以有再施用情形者計算，平均處置天數為 150.30 天。男性平均處置天數為 185.22 天，僅以有再施用情形者計算平處置天數為 154.46 天；女性平均處置天數為 158.97 天，僅以有再施用情形者計算平均處置天數為 128.90 天（表 18）。

表 18　2 年內再施用毒品罪天數與處置天數

	再施用人數				再施用日數（平均）			
	所有情況	受戒治人	觀察勒戒人出	緩護療完成	所有情況	受戒治人	受觀察勒戒人	緩護療
全體	28,818	3,300	20,572	4,946	275.59	320.67	281.15	222.35
男	24,126	2,884	16,977	4,265	274.69	317.14	280.77	221.80
女	4,692	416	3,595	681	280.19	345.16	282.97	225.85
	處置天數（全體）				處置天數（僅再施用）			
	所有情況	受戒治人	受觀察勒戒人	緩護療	所有情況	受戒治人	受觀察勒戒人	緩護療
全體	150.30	351.88	49.39	435.52	180.41	404.89	60.66	441.71
男	154.46	351.09	50.51	435.26	185.22	409.40	62.81	440.46
女	128.90	357.42	44.07	437.15	158.97	380.14	51.69	448.10

說明：1.本表格各項計數與平均計算皆排除「受觀察勒戒少年出所」與年齡未滿18歲者。

三、處遇方式與再犯罪／再施用毒品罪類型

以再犯罪／再施用毒品罪類型與處遇方式觀察，所有處遇類型中有再犯一、二級毒品混用者共 38 人，其中受戒治處遇 9 人、受觀察勒戒處遇 22 人、受緩護療處遇 7 人；同時再犯施用毒品與其他犯罪者共 321 人，其中受戒治處遇 36 人、受觀察勒戒處遇 259 人、受緩護療處遇 26 人；再犯施用一級毒品罪者共 6,249 人，其中受戒治處遇 1,948 人、受觀察勒戒處遇 2,841 人、受緩護療處遇 1,460 人；有再犯施用二級毒品罪者共 22,202 人，其中受戒治處遇 1,299 人、受觀察勒戒處遇 17,450 人、受緩護療處遇 3,453 人；再犯施用毒品以外之罪者共 8,603 人，其中受戒治處遇 620 人、受觀察勒戒處遇 6,639 人、受緩護療處遇 1,344 人。

再加入性別的要素觀察，男性再犯一、二級毒品混用者共 28 人，其中受戒治處遇 6 人、受觀察勒戒處遇 18 人、受緩護療處遇 4 人；同時再犯施用毒品與其他犯罪者共 284 人，其中受戒治處遇 34 人、受觀察勒戒處遇 226 人、受緩護療處遇 24 人；再犯施用一級毒品罪者共 5,197 人，其中受戒治處遇 1,722 人、受觀察勒戒處遇 2,190 人、受緩護療處遇 1,285 人；再犯施用二級毒品罪者共 18,610 人，其中受戒治處遇 1,115 人、受觀察勒戒處遇 14,543 人、受緩護療處遇 2,952 人；再犯施用毒品以外之罪者共 7,657 人，其中受戒治處遇 553 人、受觀察勒戒處遇 5,885 人、受緩護療處遇 1,219 人。

女性再犯一、二級毒品混用共 10 人，其中受戒治處遇 3 人、受觀察勒戒處遇 4 人、受緩護療處遇 3 人；同時再犯施用毒品與其他犯罪者共 37 人，其中受

戒治處遇 2 人、受觀察勒戒處遇 33 人、受緩護療處遇 2 人；再犯施用一級毒品罪者共 1,052 人，其中受戒治處遇 226 人、受觀察勒戒處遇 651 人、受緩護療處遇 175 人；再犯施用二級毒品罪者共 3,592 人，其中受戒治處遇 184 人、受觀察勒戒處遇 2,907 人、受緩護療處遇 501 人；再犯施用毒品以外之罪者共 946 人，其中受戒治處遇 67 人、受觀察勒戒處遇 754 人、受緩護療處遇 125 人（表 19）。

表 19　2 年內再犯罪／再施用類型與處遇方式

	全體			
	所有情況	受戒治人	受觀察勒戒人	緩護療
全體	37,413	3,912	27,211	6,290
一二級施用	38	9	22	7
施用毒品且其他犯罪	321	36	259	26
純一級施用	6,249	1,948	2,841	1,460
純二級施用	22,202	1,299	17,450	3,453
再犯其他罪	8,603	620	6,639	1,344
	男			
	所有情況	受戒治人	受觀察勒戒人	緩護療
全體	31,776	3,430	22,862	5,484
一二級施用	28	6	18	4
施用毒品且其他犯罪	284	34	226	24
純一級施用	5,197	1,722	2,190	1,285
純二級施用	18,610	1,115	14,543	2,952
再犯其他罪	7,657	553	5,885	1,219
	女			
	所有情況	受戒治人	受觀察勒戒人	緩護療
全體	5,637	482	4,349	806
一二級施用	10	3	4	3
施用毒品且其他犯罪	37	2	33	2
純一級施用	1,052	226	651	175
純二級施用	3,592	184	2,907	501
再犯其他罪	946	67	754	125

說明：1.本表格各項計數與平均計算皆排除「受觀察勒戒少年出所」與年齡未滿18歲者。
2.再犯其他罪包含再犯施用毒品以外之罪，或因再犯施用毒品以外之罪而中止追蹤後又發生再犯施用毒品罪之情形者

四、年齡與再犯罪／再施用毒品罪類型

以再犯罪／再施用毒品罪類型與處遇終結時年齡觀察，男性再犯一、二級毒品混用者共 28 人，其中 18 歲以上未滿 25 歲 4 人、25 歲以上未滿 35 歲 9 人、35 歲以上未滿 45 歲 10 人、45 歲以上未滿 55 歲 3 人、55 歲以上者 2 人；同時再犯施用毒品與其他罪者共 284 人，其中 18 歲以上未滿 25 歲 70 人、25 歲以上未滿 35 歲 124 人、35 歲以上未滿 45 歲 58 人、45 歲以上未滿 55 歲 26 人、55

歲以上者 6 人；再犯施用一級毒品罪者共 5,197 人，其中 18 歲以上未滿 25 歲 260 人、25 歲以上未滿 35 歲 1,551 人、35 歲以上未滿 45 歲 1,923 人、45 歲以上未滿 55 歲 1,159 人、55 歲以上者 304 人；再犯施用二級毒品罪者共 18,610 人，其中 18 歲以上未滿 25 歲 4,180 人、25 歲以上未滿 35 歲 7,126 人、35 歲以上未滿 45 歲 5,048 人、45 歲以上未滿 55 歲 1,815 人、55 歲以上者 441 人；再犯施用毒品以外之罪者共 7,657 人，其中 18 歲以上未滿 25 歲 2,121 人、25 歲以上未滿 35 歲 2,686 人、35 歲以上未滿 45 歲 1,929 人、45 歲以上未滿 55 歲 751 人、55 歲以上者 170 人。

表 20　2 年內再犯罪／再施用類型與年齡

	全體					
	所有年齡	18-24	25-34	35-44	45-54	55以上
全體	37,413	8,137	13,701	10,367	4,206	1,002
一二級施用	38	4	15	12	5	2
施用毒品且其他犯罪	321	75	147	66	27	6
純一級施用	6,249	399	2,003	2,260	1,264	323
純二級施用	22,202	5,270	8,484	5,886	2,071	491
再犯其他罪	8,603	2,389	3,052	2,143	839	180
	男					
	所有年齡	18-24	25-34	35-44	45-54	55以上
全體	31,776	6,635	11,496	8,968	3,754	923
一二級施用	28	4	9	10	3	2
施用毒品且其他犯罪	284	70	124	58	26	6
純一級施用	5,197	260	1,551	1,923	1,159	304
純二級施用	18,610	4,180	7,126	5,048	1,815	441
再犯其他罪	7,657	2,121	2,686	1,929	751	170
	女					
	所有年齡	18-24	25-34	35-44	45-54	55以上
全體	5,637	1,502	2,205	1,399	452	79
一二級施用	10	-	6	2	2	-
施用毒品且其他犯罪	37	5	23	8	1	-
純一級施用	1,052	139	452	337	105	19
純二級施用	3,592	1,090	1,358	838	256	50
再犯其他罪	946	268	366	214	88	10

說明：1.本表格各項計數與平均計算皆排除「受觀察勒戒少年出所」與年齡未滿18歲者。
2.再犯其他罪包含再犯施用毒品以外之罪，或因再犯施用毒品以外之罪而中止追蹤後又發生再犯施用毒品罪之情形者

女性再犯一、二級毒品混用者共 28 人，其中、25 歲以上未滿 35 歲 6 人、35 歲以上未滿 45 歲 2 人、45 歲以上未滿 55 歲 2 人；同時再犯施用毒品與其他罪者共 37 人，其中 18 歲以上未滿 25 歲 5 人、25 歲以上未滿 35 歲 23 人、35 歲以上未滿 45 歲 8 人、45 歲以上未滿 55 歲 1 人；再犯施用一級毒品罪者共 1,052

人，其中 18 歲以上未滿 25 歲 139 人、25 歲以上未滿 35 歲 452 人、35 歲以上未滿 45 歲 337 人、45 歲以上未滿 55 歲 105 人、55 歲以上者 19 人；再犯施用二級毒品罪共 3,592 人，其中 18 歲以上未滿 25 歲 1,090 人、25 歲以上未滿 35 歲 1,358 人、35 歲以上未滿 45 歲 838 人、45 歲以上未滿 55 歲 256 人、55 歲以上者 50 人；女性再犯施用毒品以外之罪者共 946 人，其中 18 歲以上未滿 25 歲 268 人、25 歲以上未滿 35 歲 366 人、35 歲以上未滿 45 歲 214 人、45 歲以上未滿 55 歲 88 人、55 歲以上者 10 人（表 20）。

第二款　3 年內再犯罪／再施用毒品情形分析

本次研究完整追蹤期間為 3 年的觀察資料共有 78,663 筆，追蹤期間自 2008 年起至 2023 年止，最後列入追蹤的日期為 2020 年 12 月 31 日，於 2023 年 12 月 31 日追蹤 3 年期滿，各筆資料皆滿足 3 年以上的追蹤期間。

一、整體再犯罪／再施用毒品罪情形

追蹤期滿 3 年期間，有再犯任何罪共 40,996 人，有再犯比例為 52.12%（40,996/78,663）。以性別觀察，有再犯任何罪者包含男性 34,811 人，再犯比例 54.09%（34,811/64,362）、女性 6,185 人，再犯比例 43.25%（6,185/14,301）。

若以年齡區間區分，18 歲以上未滿 25 歲有 9,043 人，再犯比例 57.05%（9,043/15,850）、25 歲以上未滿 35 歲有 15,077 人，再犯比例 52.06%（15,077/28,959）、35 歲以上未滿 45 歲有 11,333 人，再犯比例 51.29%（11,333/22,097）、45 歲以上未滿 55 歲有 4,510 人，再犯比例 48.71%（4,510/9,259），及 55 歲以上者有 1,033 人，再犯比例 41.35%（1,033/2,498），有再犯者的平均年齡為 33.17 歲。若以受處遇類型區分，受強制戒治處遇有再犯者 4,503 人，再犯比例 60.62%（4,503/7,428）、受觀察勒戒處遇有再犯者 29,622 人，再犯比例 54.68%（29,622/54,169）、受緩護療處遇有再犯者 6,871 人，再犯比例 40.26%（6,871/17,066）（表 21）。

表 21　3 年內再犯任何罪情形

		性別		受處遇類型		
	總和	女	男	受戒治人	受觀察勒戒人	緩護療
有再犯	40,996	6,185	34,811	4,503	29,622	6,871
有再犯(比例)	52.12	43.25	54.09	60.62	54.68	40.26
無再犯	37,667	8,116	29,551	2,925	24,547	10,195
無再犯(比例)	47.88	56.75	45.91	39.38	45.32	59.74
總和	78,663	14,301	64,362	7,428	54,169	17,066
總和(比例)	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

	年齡(處遇終結時)					
	18-24	25-34	35-44	45-54	55以上	平均年齡
有再犯	9,043	15,077	11,333	4,510	1,033	33.17
有再犯(比例)	57.05	52.06	51.29	48.71	41.35	
無再犯	6,807	13,882	10,764	4,749	1,465	34.37
無再犯(比例)	42.95	47.94	48.71	51.29	58.65	
總和	15,850	28,959	22,097	9,259	2,498	33.74
總和(比例)	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	

說明：1. 本表格各項計數與平均計算皆排除「受觀察勒戒少年出所」與年齡未滿18歲者。

若改以追蹤期間內有無再施用毒品觀察，排除「有再犯罪並終止追蹤後另有再施用日期」的資料後，共有 75,317 筆。分布上，期間內有再施用毒品者共 31,235 人，有再施用比例為 41.47%（31,235/75,317）。以性別觀察有再施用毒品者包含男性 26,136 人，再施用比例 42.66%（26,136/61,272）、女性 5,099 人，再施用比例 36.30%（5,099/14,045）。

以年齡區間區分，18 歲以上未滿 25 歲有 6,307 人，再施用比例 42.52%（6,307/14,834）、25 歲以上未滿 35 歲有 11,596 人，再施用比例 41.78%（11,596/27,754）、35 歲以上未滿 45 歲有 8,902 人，再施用比例 41.78%（8,902/21,309）、45 歲以上未滿 55 歲有 3,589 人，再施用比例 39.95%（3,589/8,984），及 55 歲以上者有 841 人，再施用比例 34.52%（841/2,436），平均再施用年齡為 33.46 歲。

若改以受處遇類型區分，受強制戒治處遇有再施用者 3,770 人，再施用比例 52.65%（3,770/7,161）、受觀察勒戒處遇有再施用者 22,107 人，再施用比例 43.02%（22,107/51,384）、受緩護療處遇有再施用者 5,367 人，再施用比例 31.95%（5,367/16,796）（表 22）。

表 22　3 年內再施用毒品罪情形

		性別		受處遇類型		
	總和	女	男	受戒治人	受觀察勒戒人	緩護療
有再施用	31,235	5,099	26,136	3,761	22,107	5,367
有再犯(比例)	41.47	36.3	42.66	52.67	43.03	31.96
無再施用	44,082	8,946	35,136	3,380	29,274	11,428
無再犯(比例)	58.53	63.7	57.34	47.33	56.97	68.04
總和	75,317	14,045	61,272	7,141	51,381	16,795
總和(比例)	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

	年齡(處遇終結時)					
	18-24	25-34	35-44	45-54	55以上	平均年齡
有再施用	6307	11596	8902	3589	841	33.46
有再犯(比例)	42.52	41.78	41.78	39.95	34.52	
無再施用	8527	16158	12407	5395	1595	33.87
無再犯(比例)	57.48	58.22	58.22	60.05	65.48	
總和	14834	27754	21309	8984	2436	33.70
總和(比例)	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	

說明：1.本表格各項計數與平均計算皆排除「受觀察勒戒少年出所」與年齡未滿18歲者。

二、處置天數與再犯罪／再施用毒品罪天數

追蹤 3 年期間內有再犯情形，平均再犯天數為 340.69 天，其中男性平均再犯天數為 339.38 天、女性平均再犯天數為 348.04 天。若以處遇方式觀察，受戒治處遇人再犯天數為 393.01 天、受觀察勒戒處遇人再犯天數為 333.06 天、受緩護療處遇人再犯天數為 339.28 天。

處置天數上，由於觀察勒戒、強制戒治與緩護療分別訂有不同的處置天數限制，因此處置天數的分析上僅能呈現出概括的外觀，並不適合直接以天數進行比較。追蹤 3 年期間內平均處置天數為 175.96 天，但若僅以有再犯情形者計算，平均處置天數為 154.92 天。男性平均處置天數為 180.27 天，僅以有再犯情形者計算平處置天數為 158.92 天；女性平均處置天數為 156.54 天，僅以有再犯情形者計算平均處置天數為 132.38 天（表 23）。

追蹤 3 年期間內有再施用情形，平均再施用天數為 342.17 天。以性別觀察，男性平均再施用天數為 341.30 天、女性平均再施用天數為 346.61 天。若以處遇方式觀察，受戒治處遇人再施用天數為 395.69 天、受觀察勒戒處遇人再施用天數為 340.59 天、受緩護療處遇人再施用天數為 311.18 天。

表 23　3 年內再犯任何罪天數與處置天數

	再犯人數				再犯日數（平均）			
	所有情況	受戒治人	受觀察勒戒人	緩護療	所有情況	受戒治人	受觀察勒戒人	緩護療
全體	40,996	4,503	29,622	6,871	340.69	393.01	333.06	339.28
男	34,811	3,930	24,905	5,976	339.38	387.65	331.93	338.66
女	6,185	573	4,717	895	348.04	429.75	338.99	343.39
	處置天數（全體）				處置天數（僅再犯）			
	所有情況	受戒治人	受觀察勒戒人	緩護療	所有情況	受戒治人	受觀察勒戒人	緩護療
全體	175.96	401.57	59.37	447.82	154.92	373.33	54.93	442.82
男	180.27	405.31	61.33	446.40	158.92	374.11	56.74	443.26
女	156.54	380.76	51.08	454.99	132.38	367.97	45.42	439.84

說明：1. 本表格各項計數與平均計算皆排除「受觀察勒戒少年出所」與年齡未滿18歲者。

處置天數上，由於觀察勒戒、強制戒治與緩護療分別訂有不同的處置天數限制，因此處置天數的分析上僅能呈現出蓋括的外觀，並不適合逕將天數進行比較。追蹤 3 年期間內平均處置天數為 177.26 天，但若僅以有再施用情形者計算，平均處置天數為 154.55 天。男性平均處置天數為 181.84 天，僅以有再施用情形者計算平處置天數為 158.68 天；女性平均處置天數為 157.29 天，僅以有再施用情形者計算平均處置天數為 133.36 天（表 24）。

表 24　3 年內再施用毒品罪天數與處置天數

	再施用人數				再施用日數（平均）			
	所有情況	受戒治人	受觀察勒戒人	緩護療	所有情況	受戒治人	受觀察勒戒人	緩護療
全體	31,235	3,761	22,107	5,367	342.17	395.69	340.59	311.18
男	26,136	3,264	18,250	4,622	341.30	389.16	340.43	310.94
女	5,099	497	3,857	745	346.61	438.57	341.31	312.71
	處置天數（全體）				處置天數（僅再施用）			
	所有情況	受戒治人	受觀察勒戒人	緩護療	所有情況	受戒治人	受觀察勒戒人	緩護療
全體	177.26	398.07	58.12	447.87	154.55	358.93	49.82	442.68
男	181.84	401.24	59.90	446.38	158.68	357.58	51.12	442.91
女	157.29	380.78	50.89	455.34	133.36	367.86	43.68	441.25

說明：1.本表格各項計數與平均計算皆排除「受觀察勒戒少年出所」與年齡未滿18歲者。

三、處遇方式與再犯罪／再施用毒品罪類型

以再犯罪／再施用毒品罪類型與處遇方式觀察，所有處遇類型中有再犯一、二級毒品混用者共 42 人，其中受戒治處遇 10 人、受觀察勒戒處遇 25 人、受緩護療處遇 7 人；同時再犯施用毒品與其他犯罪者共 358 人，其中受戒治處遇 39 人、受觀察勒戒處遇 290 人、受緩護療處遇 29 人；再犯施用一級毒品罪者共 6,932 人，其中受戒治處遇 2,194 人、受觀察勒戒處遇 3,083 人、受緩護療處遇 1,655 人；再犯施用二級毒品罪者共 23,903 人，其中受戒治處遇 1,518 人、受觀察勒戒處遇 18,709 人、受緩護療處遇 3,676 人；再犯施用毒品以外之罪者共 9,761 人，

其中受戒治處遇 742 人、受觀察勒戒處遇 7,515 人、受緩護療處遇 1,504 人。

再加入性別的要素觀察，男性再犯一、二級毒品混用者共 32 人，其中受戒治處遇 7 人、受觀察勒戒處遇 21 人、受緩護療處遇 4 人；同時再犯施用毒品與其他犯罪者共 316 人，其中受戒治處遇 36 人、受觀察勒戒處遇 253 人、受緩護療處遇 27 人；再犯施用一級毒品罪者共 5,765 人，其中受戒治處遇 1,932 人、受觀察勒戒處遇 2,386 人、受緩護療處遇 1,447 人；再犯施用二級毒品罪者共 20,023 人，其中受戒治處遇 1,289 人、受觀察勒戒處遇 15,590 人、受緩護療處遇 3,144 人；再犯施用毒品以外之罪者共 8,675 人，其中受戒治處遇 666 人、受觀察勒戒處遇 6,655 人、受緩護療處遇 1,354 人。

表 25　3 年內再犯任何罪／再施用類型與處遇方式

	受處遇類型			
	全體			
	所有情況	受戒治人	受觀察勒戒人	緩護療
全體	40,996	4,503	29,622	6,871
一二級施用	42	10	25	7
施用毒品且其他犯罪	358	39	290	29
純一級施用	6,932	2,194	3,083	1,655
純二級施用	23,903	1,518	18,709	3,676
再犯其他罪	9,761	742	7,515	1,504
	男			
	所有情況	受戒治人	受觀察勒戒人	緩護療
全體	34,811	3,930	24,905	5,976
一二級施用	32	7	21	4
施用毒品且其他犯罪	316	36	253	27
純一級施用	5,765	1,932	2,386	1,447
純二級施用	20,023	1,289	15,590	3,144
再犯其他罪	8,675	666	6,655	1,354
	女			
	所有情況	受戒治人	受觀察勒戒人	緩護療
全體	6,185	573	4,717	895
一二級施用	10	3	4	3
施用毒品且其他犯罪	42	3	37	2
純一級施用	1,167	262	697	208
純二級施用	3,880	229	3,119	532
再犯其他罪	1,086	76	860	150

說明：1.本表格各項計數與平均計算皆排除「受觀察勒戒少年出所」與年齡未滿18歲者。
2.再犯其他罪包含再犯施用毒品以外之罪，或因再犯施用毒品以外之罪而中止追蹤後又發生再犯施用毒品罪之情形者

女性再犯一二級毒品混用者共 10 人，其中受戒治處遇 3 人、受觀察勒戒處遇 4 人、受緩護療處遇 3 人；同時再犯施用毒品與其他犯罪者共 42 人，其中受

戒治處遇 3 人、受觀察勒戒處遇 37 人、受緩護療處遇 2 人；再犯施用一級毒品罪者共 1,167 人，其中受戒治處遇 262 人、受觀察勒戒處遇 697 人、受緩護療處遇 208 人；再犯施用二級毒品罪者共 3,880 人，其中受戒治處遇 229 人、受觀察勒戒處遇 3,119 人、受緩護療處遇 532 人；再犯施用毒品以外之罪者共 1,086 人，其中受戒治處遇 76 人、受觀察勒戒處遇 860 人、受緩護療處遇 150 人。（表 25）。

四、年齡與再犯罪／再施用毒品罪類型

以再犯罪／再施用毒品罪類型與處遇終結時年齡觀察，男性再犯一、二級毒品混用者共 32 人，其中 18 歲以上未滿 25 歲 5 人、25 歲以上未滿 35 歲 9 人、35 歲以上未滿 45 歲 13 人、45 歲以上未滿 55 歲 3 人、55 歲以上者 2 人；同時再犯施用毒品與其他罪者共 316 人，其中 18 歲以上未滿 25 歲 83 人、25 歲以上未滿 35 歲 137 人、35 歲以上未滿 45 歲 63 人、45 歲以上未滿 55 歲 27 人、55 歲以上者 6 人；再犯施用一級毒品罪者共 5,765 人，其中 18 歲以上未滿 25 歲 278 人、25 歲以上未滿 35 歲 1,730 人、35 歲以上未滿 45 歲 2,153 人、45 歲以上未滿 55 歲 1,274 人、55 歲以上者 330 人；再犯施用二級毒品罪者共 20,023 人，其中 18 歲以上未滿 25 歲 4,568 人、25 歲以上未滿 35 歲 7,721 人、35 歲以上未滿 45 歲 5,405 人、45 歲以上未滿 55 歲 1,897 人、55 歲以上者 432 人；再犯施用毒品以外之罪者共 8,675 人，其中 18 歲以上未滿 25 歲 2,410 人、25 歲以上未滿 35 歲 3,064 人、35 歲以上未滿 45 歲 2,185 人、45 歲以上未滿 55 歲 834 人、55 歲以上者 182 人。

女性再犯一、二級毒品混用者共 10 人，其中 25 歲以上未滿 35 歲 6 人、35 歲以上未滿 45 歲 2 人、45 歲以上未滿 55 歲 2 人；同時再犯施用毒品與其他罪者共 42 人，其中 18 歲以上未滿 25 歲 5 人、25 歲以上未滿 35 歲 26 人、35 歲以上未滿 45 歲 10 人、45 歲以上未滿 55 歲 1 人；再犯施用一級毒品罪者共 1,167 人，其中 18 歲以上未滿 25 歲 147 人、25 歲以上未滿 35 歲 503 人、35 歲以上未滿 45 歲 380 人、45 歲以上未滿 55 歲 113 人、55 歲以上者 24 人；再犯施用二級毒品罪共 3,880 人，其中 18 歲以上未滿 25 歲 1,221 人、25 歲以上未滿 35 歲

1,464 人、35 歲以上未滿 45 歲 876 人、45 歲以上未滿 55 歲 272 人、55 歲以上者 47 人；女性再犯施用毒品以外之罪者共 1,086 人，其中 18 歲以上未滿 25 歲 326 人、25 歲以上未滿 35 歲 417 人、35 歲以上未滿 45 歲 246 人、45 歲以上未滿 55 歲 87 人、55 歲以上者 10 人（表 26）。

表 26　3 年內再犯任何罪／再施用類型與年齡

	全體					
	所有年齡	18-24	25-34	35-44	45-54	55以上
全體	40,996	9,043	15,077	11,333	4,510	1,033
一二級施用	42	5	15	15	5	2
施用毒品且其他犯罪	358	88	163	73	28	6
純一級施用	6,932	425	2,233	2,533	1,387	354
純二級施用	23,903	5,789	9,185	6,281	2,169	479
再犯其他罪	9,761	2,736	3,481	2,431	921	192
	男					
	所有年齡	18-24	25-34	35-44	45-54	55以上
全體	34,811	7,344	12,661	9,819	4,035	952
一二級施用	32	5	9	13	3	2
施用毒品且其他犯罪	316	83	137	63	27	6
純一級施用	5,765	278	1,730	2,153	1,274	330
純二級施用	20,023	4,568	7,721	5,405	1,897	432
再犯其他罪	8,675	2,410	3,064	2,185	834	182
	女					
	所有年齡	18-24	25-34	35-44	45-54	55以上
全體	6,185	1,699	2,416	1,514	475	81
一二級施用	10	-	6	2	2	-
施用毒品且其他犯罪	42	5	26	10	1	-
純一級施用	1,167	147	503	380	113	24
純二級施用	3,880	1,221	1,464	876	272	47
再犯其他罪	1,086	326	417	246	87	10

說明：1.本表格各項計數與平均計算皆排除「受觀察勒戒少年出所」與年齡未滿18歲者。
2.再犯其他罪包含再犯施用毒品以外之罪，或因再犯施用毒品以外之罪而中止追蹤後又發生再犯施用毒品罪之情形者。

第三款　5 年內再犯罪／再施用毒品情形分析

本次研究完整追蹤期間為 5 年的觀察資料共有 67,573 筆，追蹤期間自 2008 年起至 2023 年止，最後列入追蹤的日期為 2018 年 12 月 31 日，於 2023 年 12 月 31 日追蹤 5 年期滿，各筆資料皆滿足 5 年以上的追蹤期間。

一、整體再犯罪／再施用毒品罪情形

追蹤期滿 5 年資料共 67,573 筆，分布上，期間內有再犯任何罪共 41,728 人，有再犯比例為 61.75%（41,728/67,573）。以性別觀察，有再犯任何罪者包含男性 35,378 人，再犯比例 64.41%（35,378/54,929）、女性 6,350 人，再犯比例 50.22%

（6,350/12,644）。

若以年齡區間區分，18 歲以上未滿 25 歲有 9,524 人，再犯比例 65.57%（9,524/14,526）、25 歲以上未滿 35 歲有 15,804 人，再犯比例 61.42%（15,804/25,729）、35 歲以上未滿 45 歲有 11,264 人，再犯比例 61.33%（11,264/18,367）、45 歲以上未滿 55 歲有 4,233 人，再犯比例 59.13%（4,233/7,159），及 55 歲以上者有 903 人，再犯比例 50.39%（903/1,792），有再犯者的平均年齡為 32.75 歲。

若以受處遇類型區分，受強制戒治處遇有再犯者 4,951 人，再犯比例 69.82%（4,951/7,091）、受觀察勒戒處遇有再犯者 31,225 人，再犯比例 62.80%（31,225/49,719）、受緩護療處遇有再犯者 5,552 人，再犯比例 51.58%（5,552/10,763）（表 27）。

表 27　5 年內再犯任何罪

		性別		受處遇類型		
	總和	女	男	受戒治人	受觀察勒戒人	緩護療
有再犯	41,728	6,350	35,378	4,951	31,225	5,552
有再犯(比例)	61.75	50.22	64.41	69.82	62.80	51.58
無再犯	25,845	6,294	19,551	2,140	18,494	5,211
無再犯(比例)	38.25	49.78	35.59	30.18	37.20	48.42
總和	67,573	12,644	54,929	7,091	49,719	10,763
總和(比例)	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
	年齡(處遇終結時)					
	18-24	25-34	35-44	45-54	55以上	平均年齡
有再犯	9,524	15,804	11,264	4,233	903	32.75
有再犯(比例)	65.57	61.42	61.33	59.13	50.39	
無再犯	5,002	9,925	7,103	2,926	889	33.74
無再犯(比例)	34.43	38.58	38.67	40.87	49.61	
總和	14,526	25,729	18,367	7,159	1,792	33.13
總和(比例)	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	

若改以追蹤期間內有無再施用毒品觀察，排除「有再犯罪並終止追蹤後另有再施用日期」的資料後，共有 63,481 筆。分布上，期間內有再施用毒品者共 31,299 人，有再施用比例為 49.3%（31,299 / 63,481）。以性別觀察，有再施用毒品者包含男性 26,170 人，再施用比例 51.17%（26,170 / 51,147）、女性 5,129 人，再施用比例 41.58%（5,129 / 12,334）。

以年齡區間區分，18 歲以上未滿 25 歲有 6,562 人，再施用比例 49.4%（6,562 / 13,283）、25 歲以上未滿 35 歲有 11,963 人，再施用比例 49.41%（11,963 / 24,211）、35 歲以上未滿 45 歲有 8,735 人，再施用比例 50.14%（8,735 / 17,420）、45 歲以上未滿 55 歲有 3,311 人，再施用比例 48.43%（3,311 / 6,837），及 55 歲以上者有 728 人，再施用比例 42.08%（728 / 1,730），平均年齡為 33.00 歲。

若改以受處遇類型區分，受強制戒治處遇有再施用者 4,091 人，再施用比例 60.90%（4,091 / 6,718）、受觀察勒戒處遇有再施用者 22,885 人，再施用比例 49.46%（22,885 / 46,266）、受緩護療處遇有再施用者 4,323 人，再施用比例 41.18%（4,323 / 10,497）（表 28）。

表 28　5 年內再施用毒品罪

		性別		受處遇類型		
	總和	女	男	受戒治人	受觀察勒戒人	緩護療
有再施用	31,299	5,129	26,170	4,091	22,885	4,323
有再犯(比例)	49.30	41.58	51.17	60.90	49.46	41.18
無再施用	32,182	7,205	24,977	2,627	23,381	6,174
無再犯(比例)	50.70	58.42	48.83	39.10	50.54	58.82
總和	63,481	12,334	51,147	6,718	46,266	10,497
總和(比例)	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
	年齡(處遇終結時)					
	18-24	25-34	35-44	45-54	55以上	平均年齡
有再施用	6,562	11,963	8,735	3,311	728	33.00
有再犯(比例)	49.40	49.41	50.14	48.43	42.08	
無再施用	6,721	12,248	8,685	3,526	1,002	33.19
無再犯(比例)	50.60	50.59	49.86	51.57	57.92	
總和	13,283	24,211	17,420	6,837	1,730	33.10
總和(比例)	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	

說明：1. 本表格各項計數與平均計算皆排除「受觀察勒戒少年出所」與年齡未滿18歲者。

二、處置天數與再犯罪／再施用毒品罪天數

追蹤 5 年期間內有再犯情形，平均再犯天數為 471.20 天，其中男性平均再犯天數為 470.12 天、女性平均再犯天數為 477.21 天。若以處遇方式觀察，受戒治處遇人再犯天數為 503.75 天、受觀察勒戒處遇人再犯天數為 455.74 天、受緩護療處遇人再犯天數為 529.14 天。

處置天數上，由於觀察勒戒、強制戒治與緩護療分別訂有不同的處置天數限制，因此處置天數的分析上僅能呈現出蓋括的外觀，並不適合直接以天數進行比較。追蹤 5 年期間內平均處置天數為 152.23 天，但若僅以有再犯情形者計算，

平均處置天數為 143.29 天。男性平均處置天數為 155.73 天，僅以有再犯情形者計算平均處置天數為 147.16 天；女性平均處置天數為 137.02 天，僅以有再犯情形者計算平均處置天數為 121.75 天（表 29）。

表 29　5 年內再犯任何罪天數與處置天處

	再犯人數				再犯日數（平均）			
	所有情況	受戒治人	受觀察勒戒人	緩護療	所有情況	受戒治人	受觀察勒戒人	緩護療
全體	41,728	4,951	31,225	5,552	471.20	503.75	455.74	529.14
男	35,378	4,329	26,228	4,821	470.12	497.84	454.62	529.59
女	6,350	622	4,997	731	477.21	544.87	461.61	526.23
	處置天數（全體）				處置天數（僅再犯）			
	所有情況	受戒治人	受觀察勒戒人	緩護療	所有情況	受戒治人	受觀察勒戒人	緩護療
全體	152.23	382.70	54.65	451.15	143.29	369.38	52.91	450.04
男	155.73	384.17	56.06	452.09	147.16	369.94	54.55	450.95
女	137.02	374.43	48.77	446.81	121.75	365.47	44.27	444.03

說明：1.本表格各項計數與平均計算皆排除「受觀察勒戒少年出所」與年齡未滿18歲者。

追蹤 5 年期間內有再施用情形，平均再施用天數為 454.67 天。以性別觀察，男性平均再施用天數為 455.74 天、女性平均再施用天數為 449.24 天。若以處遇方式觀察，受戒治處遇人再施用天數為 493.62 天、受觀察勒戒處遇人再施用天數為 440.55 天、受緩護療處遇人再施用天數為 492.48 天。

處置天數上，由於觀察勒戒、強制戒治與緩護療分別訂有不同的處置天數限制，因此處置天數的分析上僅能呈現出概括的外觀，並不適合直接就天數進行比較。追蹤 5 年期間內平均處置天數為 153.22 天，但若僅以有再施用情形者計算，平均處置天數為 144.90 天。男性平均處置天數為 156.91 天，僅以有再施用情形者計算平均處置天數為 148.85 天；女性平均處置天數為 137.89 天，僅以有再施用情形者計算平均處置天數為 124.74 天（表 30）。

表 30　5 年內再施用毒品罪天數

	再施用人數				再施用日數（平均）			
	所有情況	受戒治人	受觀察勒戒人	緩護療	所有情況	受戒治人	受觀察勒戒人	緩護療
全體	31,309	4,100	22,885	4,324	454.67	493.62	440.55	492.48
男	26,179	3,566	18,897	3,716	455.74	486.94	442.10	495.13
女	5,130	534	3,988	608	449.24	538.22	433.20	476.27
	處置天數（全體）				處置天數（有再施用）			
	所有情況	受戒治人	受觀察勒戒人	緩護療	所有情況	受戒治人	受觀察勒戒人	緩護療
全體	153.22	377.03	53.10	450.81	144.90	356.88	48.96	451.62
男	156.91	377.52	54.28	451.66	148.85	355.73	50.13	452.29
女	137.89	374.35	48.47	446.99	124.74	364.54	43.42	447.51

說明：1. 本表格各項計數與平均計算皆排除「受觀察勒戒少年出所」與年齡未滿18歲者。

三、處遇方式與再犯罪／再施用毒品罪類型

以再犯罪／再施用毒品罪類型與處遇方式觀察，所有處遇類型中有再犯一、二級毒品混用者共 44 人，其中受戒治處遇 10 人、受觀察勒戒處遇 27 人、受緩護療處遇 7 人；同時再犯施用毒品與其他犯罪者共 365 人，其中受戒治處遇 42 人、受觀察勒戒處遇 298 人、受緩護療處遇 25 人；再犯純施用一級毒品罪者共 7,237 人，其中受戒治處遇 2,379 人、受觀察勒戒處遇 3,291 人、受緩護療處遇 1,567 人；再犯純施用二級毒品罪者共 23,653 人，其中受戒治處遇 1,660 人、受觀察勒戒處遇 19,269 人、受緩護療處遇 2,724 人；再犯施用毒品以外之罪者共 10,429 人，其中受戒治處遇 860 人、受觀察勒戒處遇 8,340 人、受緩護療處遇 1,229 人。

再加入性別的要素觀察，男性再犯一、二級毒品混用者共 34 人，其中受戒治處遇 8 人、受觀察勒戒處遇 23 人、受緩護療處遇 3 人；同時再犯施用毒品與其他犯罪者共 323 人，其中受戒治處遇 39 人、受觀察勒戒處遇 261 人、受緩護療處遇 23 人；再犯純施用一級毒品罪者共 6,044 人，其中受戒治處遇 2,091 人、受觀察勒戒處遇 2,568 人、受緩護療處遇 1,385 人；再犯純施用二級毒品罪者共 19,769 人，其中受戒治處遇 1,420 人、受觀察勒戒處遇 16,045 人、受緩護療處遇 2,304 人；再犯施用毒品以外之罪者共 9,208 人，其中受戒治處遇 771 人、受觀察勒戒處遇 7,331 人、受緩護療處遇 1,106 人。

所有處遇類型中女性再犯一、二級毒品混用者共 10 人，其中受戒治處遇 2 人、受觀察勒戒處遇 4 人、受緩護療處遇 4 人；同時再犯施用毒品與其他犯罪者共 42 人，其中受戒治處遇 3 人、受觀察勒戒處遇 37 人、受緩護療處遇 2 人；再犯純施用一級毒品罪者共 1,193 人，其中受戒治處遇 288 人、受觀察勒戒處遇 723 人、受緩護療處遇 182 人；再犯純施用二級毒品罪者共 3,884 人，其中受戒治處遇 240 人、受觀察勒戒處遇 3,224 人、受緩護療處遇 420 人；再犯施用毒品以外之罪者共 1,221 人，其中受戒治處遇 89 人、受觀察勒戒處遇 1,009 人、受緩護療處遇 123 人（表 31）。

表 31　5 年內再犯任何罪／再施用類型與處遇方式

	全體			
	所有情況	受戒治人	受觀察勒戒人	緩護療
全體	41,728	4,951	31,225	5,552
一二級施用	44	10	27	7
施用毒品且其他犯罪	365	42	298	25
純一級施用	7,237	2,379	3,291	1,567
純二級施用	23,653	1,660	19,269	2,724
再犯其他罪	10,429	860	8,340	1,229
	男			
	所有情況	受戒治人	受觀察勒戒人	緩護療
全體	35,378	4,329	26,228	4,821
一二級施用	34	8	23	3
施用毒品且其他犯罪	323	39	261	23
純一級施用	6,044	2,091	2,568	1,385
純二級施用	19,769	1,420	16,045	2,304
再犯其他罪	9,208	771	7,331	1,106
	女			
	所有情況	受戒治人	受觀察勒戒人	緩護療
全體	6,350	622	4,997	731
一二級施用	10	2	4	4
施用毒品且其他犯罪	42	3	37	2
純一級施用	1,193	288	723	182
純二級施用	3,884	240	3,224	420
再犯其他罪	1,221	89	1,009	123

說明：1.本表格各項計數與平均計算皆排除「受觀察勒戒少年出所」與年齡未滿18歲者。
2.再犯其他罪包含再犯施用毒品以外之罪，或因再犯施用毒品以外之罪而中止追蹤後又發生再犯施用毒品罪之情形者

四、年齡與再犯罪／再施用毒品罪類型

以再犯罪／再施用毒品罪類型與處遇終結時年齡觀察，男性再犯一、二級毒品混用者共 34 人，其中 18 歲以上未滿 25 歲 4 人、25 歲以上未滿 35 歲 11 人、35 歲以上未滿 45 歲 13 人、45 歲以上未滿 55 歲 4 人、55 歲以上者 2 人；同時再犯施用毒品與其他罪者共 323 人，其中 18 歲以上未滿 25 歲 89 人、25 歲以上未滿 35 歲 138 人、35 歲以上未滿 45 歲 62 人、45 歲以上未滿 55 歲 28 人、55 歲以上者 6 人；再犯純施用一級毒品罪者共 6,044 人，其中 18 歲以上未滿 25 歲 300 人、25 歲以上未滿 35 歲 1,894 人、35 歲以上未滿 45 歲 2,251 人、45 歲以上未滿 55 歲 1,281 人、55 歲以上者 318 人；再犯純施用二級毒品罪者共 19,769 人，其中 18 歲以上未滿 25 歲 4,727 人、25 歲以上未滿 35 歲 7,842 人、35 歲以上未

滿 45 歲 5,215 人、45 歲以上未滿 55 歲 1,640 人、55 歲以上者 345 人；再犯施用毒品以外之罪者共 9,208 人，其中 18 歲以上未滿 25 歲 2,569 人、25 歲以上未滿 35 歲 3,356 人、35 歲以上未滿 45 歲 2,279 人、45 歲以上未滿 55 歲 840 人、55 歲以上者 164 人。

表 32　5 年內再犯任何罪／再施用類型與年齡

	全體					
	所有年齡	18-24	25-34	35-44	45-54	55以上
全體	41,728	9,524	15,804	11,264	4,233	903
一二級施用	44	4	18	15	5	2
施用毒品且其他犯罪	365	94	165	71	28	7
純一級施用	7,237	455	2,426	2,626	1,394	336
純二級施用	23,653	6,009	9,354	6,023	1,884	383
再犯其他罪	10,429	2,962	3,841	2,529	922	175
	男					
	所有年齡	18-24	25-34	35-44	45-54	55以上
全體	35,378	7,689	13,241	9,820	3,793	835
一二級施用	34	4	11	13	4	2
施用毒品且其他犯罪	323	89	138	62	28	6
純一級施用	6,044	300	1,894	2,251	1,281	318
純二級施用	19,769	4,727	7,842	5,215	1,640	345
再犯其他罪	9,208	2,569	3,356	2,279	840	164
	女					
	所有年齡	18-24	25-34	35-44	45-54	55以上
全體	6,350	1,835	2,563	1,444	440	68
一二級施用	10	0	7	2	1	0
施用毒品且其他犯罪	42	5	27	9	0	1
純一級施用	1,193	155	532	375	113	18
純二級施用	3,884	1,282	1,512	808	244	38
再犯其他罪	1,221	393	485	250	82	11

說明：1.本表格各項計數與平均計算皆排除「受觀察勒戒少年出所」與年齡未滿18歲者。
2.再犯其他罪包含再犯施用毒品以外之罪，或因再犯施用毒品以外之罪而中止追蹤後又發生再犯施用毒品罪之情形者。

女性再犯一、二級毒品混用者共 10 人，其中 25 歲以上未滿 35 歲 7 人、35 歲以上未滿 45 歲 2 人、45 歲以上未滿 55 歲 1 人；同時再犯施用毒品與其他罪者共 42 人，其中 18 歲以上未滿 25 歲 5 人、25 歲以上未滿 35 歲 27 人、35 歲以上未滿 45 歲 9 人、45 歲以上未滿 55 歲 0 人、55 歲以上者 1 人；再犯純施用一級毒品罪者共 1,193 人，其中 18 歲以上未滿 25 歲 155 人、25 歲以上未滿 35 歲 532 人、35 歲以上未滿 45 歲 375 人、45 歲以上未滿 55 歲 113 人、55 歲以上者 18 人；再犯純施用二級毒品罪共 3,884 人，其中 18 歲以上未滿 25 歲 1,282 人、25 歲以上未滿 35 歲 1,512 人、35 歲以上未滿 45 歲 808 人、45 歲以上未滿 55 歲

244 人、55 歲以上者 38 人；女性再犯施用毒品以外之罪者共 1,221 人，其中 18 歲以上未滿 25 歲 393 人、25 歲以上未滿 35 歲 485 人、35 歲以上未滿 45 歲 250 人、45 歲以上未滿 55 歲 82 人、55 歲以上者 11 人（表 32）。

第二節　再施用率分析

本節著重於觀察經不同處遇後再施用毒品情形。對於再施用毒品情形的分析，本研究著重於探討完成處遇的時間，即處遇終結日是否會對再施用情形有所影響，也就是觀測依照處遇終結日的年度來看，不同類型的再施用比率上是否具有變化的趨勢性。

資料的選擇與計算上，需考慮兩點限制。第一，緩起訴制度於 2008 年始進入法規範中，因此早期完成緩護療的資料數較少，至 2010 年時完成緩護療追蹤者僅 2 筆資料，由於筆數過少，為減少小規模資料在統計上的影響，本次研究在觀察處遇完成年度與再施用率之間的趨勢變化時，選擇以 2011 年作為觀察的起始年。第二，本次研究所使用資料的追蹤終止日為 2023 年 12 月 31 日，期間完整追蹤 2 年、3 年、5 年資料的可運用年度，以 2011 年為起算分別為 11 個年度、10 個年度與 8 個年度。為了取得最大的觀測範圍，本次再施用率的計算將選取完整追蹤 2 年的資料進行。

再施用率的計算方式為「再施用$_{終結年}$／全體$_{終結年}$」，即以處遇終結年度為基準，計算該終結年度中有再施用人數，除以該終結年度中完成處遇的全體人數，以確定再施用率計算時，再施用人口與全體人口為同一群體。舉例而言，設定終結年度為 2011 年，計算方式為 2011 年間完成處遇後，於追蹤 2 年期間有再犯的人數，除以 2011 年間完成處遇的全體人數。再施用率計算如表 33，若進一步就性別與處遇方式間的再施用關係進行觀察，可得到結果如表 34。

表 33　完整追蹤 2 年再施用比率

年度	全體	男	女	受戒治人	受觀察勒戒人	緩護療
2011	38.36%	39.16%	34.98%	41.22%	38.27%	35.29%
2012	32.83%	33.88%	28.65%	35.13%	33.85%	28.65%
2013	31.35%	32.56%	26.71%	30.96%	32.35%	28.20%
2014	36.96%	38.88%	29.33%	33.63%	39.85%	29.74%
2015	40.76%	41.94%	35.08%	35.20%	44.57%	30.00%
2016	41.35%	42.32%	36.88%	40.49%	44.28%	28.30%
2017	38.51%	39.03%	36.08%	38.22%	42.56%	27.09%
2018	27.85%	28.35%	25.48%	29.82%	27.74%	27.88%
2019	28.37%	28.62%	26.97%	27.13%	30.78%	27.04%
2020	25.50%	25.49%	25.57%	24.36%	32.59%	20.96%
2021	26.68%	26.54%	27.48%	24.66%	33.80%	18.05%

表 34　完整追蹤 2 年再施用比率－性別 X 處遇方式

年度	男-受戒治人	男-受觀察勒戒人	男-緩護療	女-受戒治人	女-受觀察勒戒人	女-緩護療
2011	43.83%	38.86%	35.43%	23.60%	35.94%	34.62%
2012	34.96%	35.08%	29.61%	36.21%	29.28%	24.37%
2013	29.92%	33.68%	29.68%	34.78%	27.46%	21.74%
2014	37.16%	41.47%	31.90%	18.60%	33.04%	22.30%
2015	36.14%	45.95%	30.68%	30.00%	38.02%	26.73%
2016	40.00%	44.82%	31.10%	41.86%	41.69%	16.58%
2017	35.67%	43.13%	28.00%	50.00%	39.94%	22.75%
2018	28.57%	27.70%	28.95%	33.33%	27.88%	22.12%
2019	25.49%	30.91%	27.46%	33.33%	30.14%	24.52%
2020	18.75%	33.11%	20.97%	50.00%	30.14%	20.85%
2021	26.98%	32.92%	18.73%	10.00%	38.97%	14.04%

通過觀察表 33 可以發現，全體再施用率與男性、女性不同性別個別再施用率具有相近的變化規律，同時在 2011 年至 2019 年間，男性的再施用率皆高於女性及全體平均，然而於 2020 年至 2021 年間，女性再施用率呈現微幅上升並超過男性再施用率。對此，由於女性受處遇者人數本身即少於男性受處遇者，因此可能更易受到干擾，是故 2020 年至 2021 年間的變化是否為穩定趨勢，或僅屬於誤差範圍，仍需更長期的數據觀察（圖 12）。

另一方面，通過觀察表 33 可以發現，不同處遇方式之的再施用比率較無相近的變化規律，趨勢上也有所不同。較為明顯可以觀察的是，完成緩護療處遇的再施用率除 2018 年外。受觀察勒戒處遇的再施用率的變化落差較大，其中又以 2018 年的大幅下降後又逐年上升特別明顯，顯示觀察勒戒處遇更有可能受到不同年度間政策變化或其他因素的干擾（圖 13）。

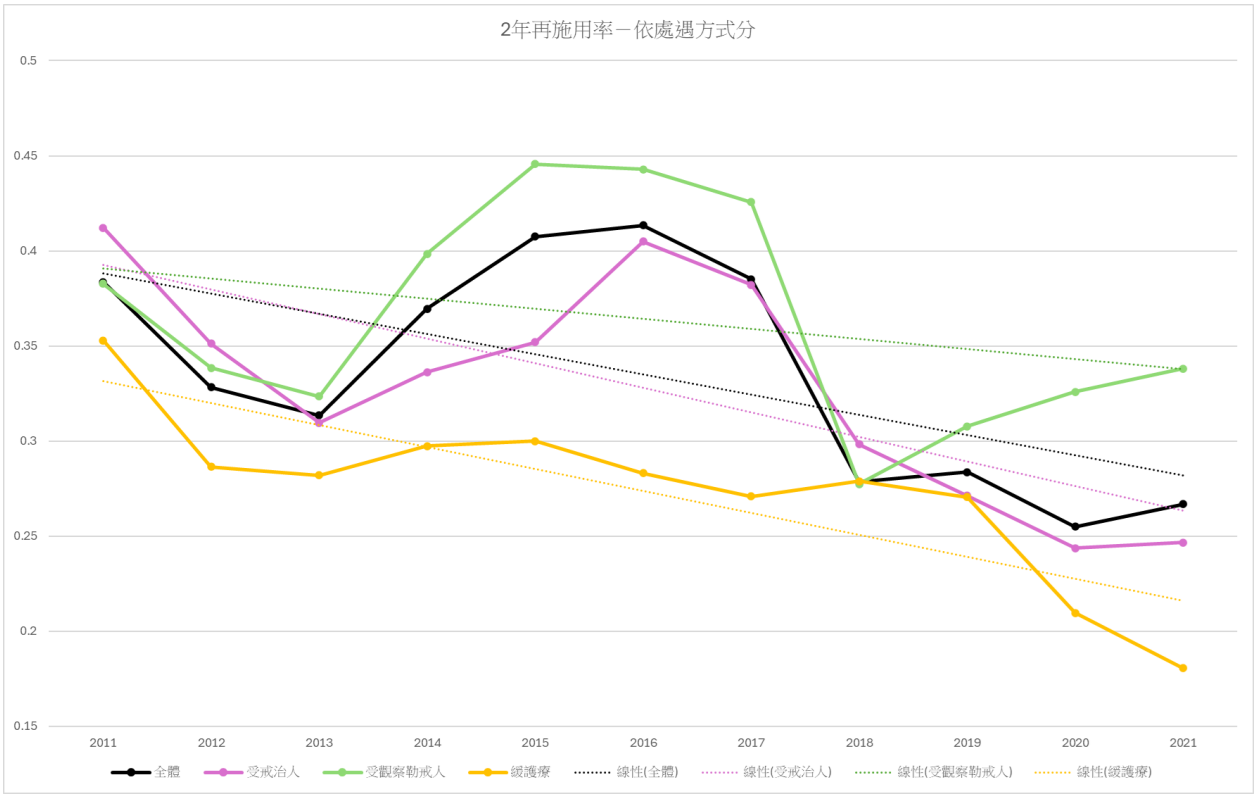


圖 12　2 年再施用率-依性別分

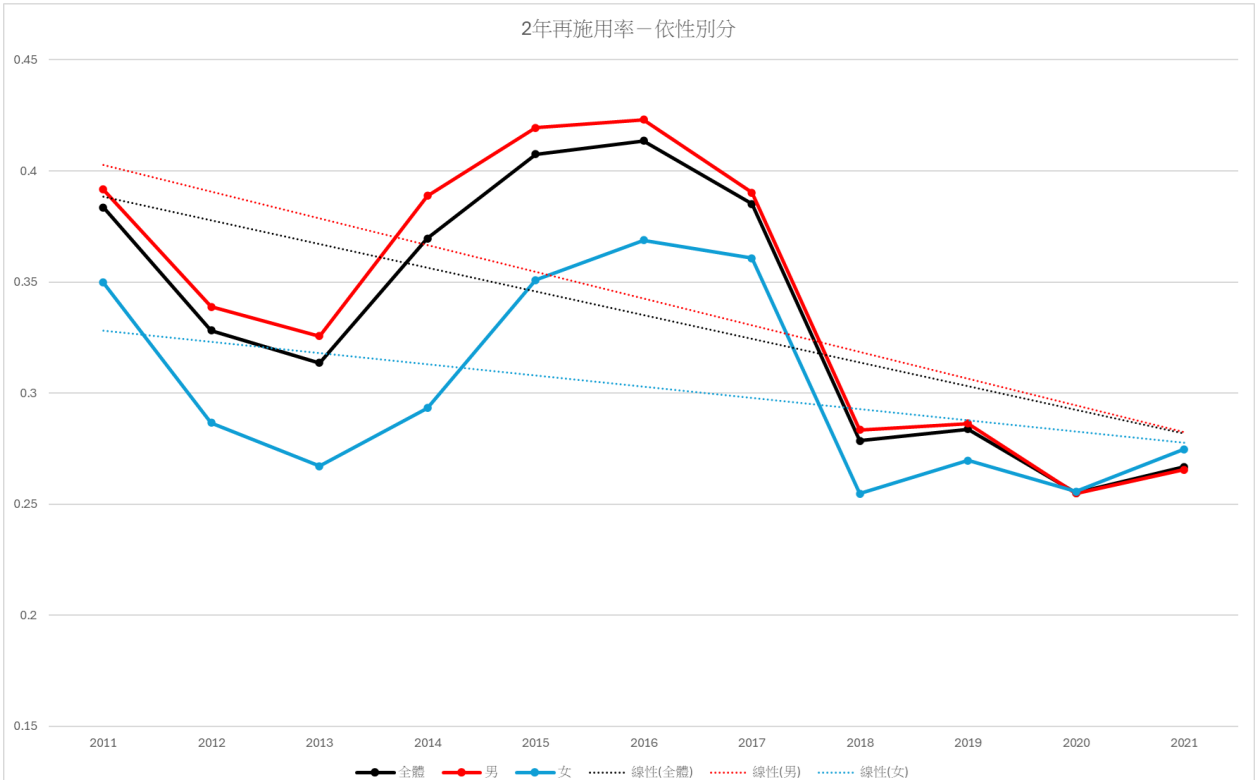


圖 13　2 年再施用率-依處遇方式分

進一步就性別與處遇方式間的再施用關係進行觀察，從表 30 中可以發現，男性不同處遇方式間的變化趨勢與整體的變化趨勢相近，同時整體趨勢走向上較

為穩定、變化幅度較小。這較可能是因為男性不論在何種處遇方式中皆具有較多的人數。與之相對，女性在強制戒治處遇的再施用率變化幅度較為劇烈，經過確認數據後可發現關鍵問題仍然是女性受強制戒治處遇人數偏低，以本研究所採用的數據而言，於 2011 年至 2021 年間女性受強制戒治處遇人數皆低於 100 人，如 2021 年間僅有 10 人，導致對於再施用人數的變化更為敏感，因此在解讀女性的再施用率以即趨勢時，應避免對於女性受強制戒治處遇再施用率的過度解讀。值得留意的是，男性受強制戒治處遇的人數自 2020 年起亦降至 100 人以下，對於男性受強制戒治處遇人數樣本規模減小後，是否如同女性受強制戒治處遇的情形開始呈現較為劇烈的變動幅度，值得後續繼續追蹤觀察（圖 14、圖 15）。

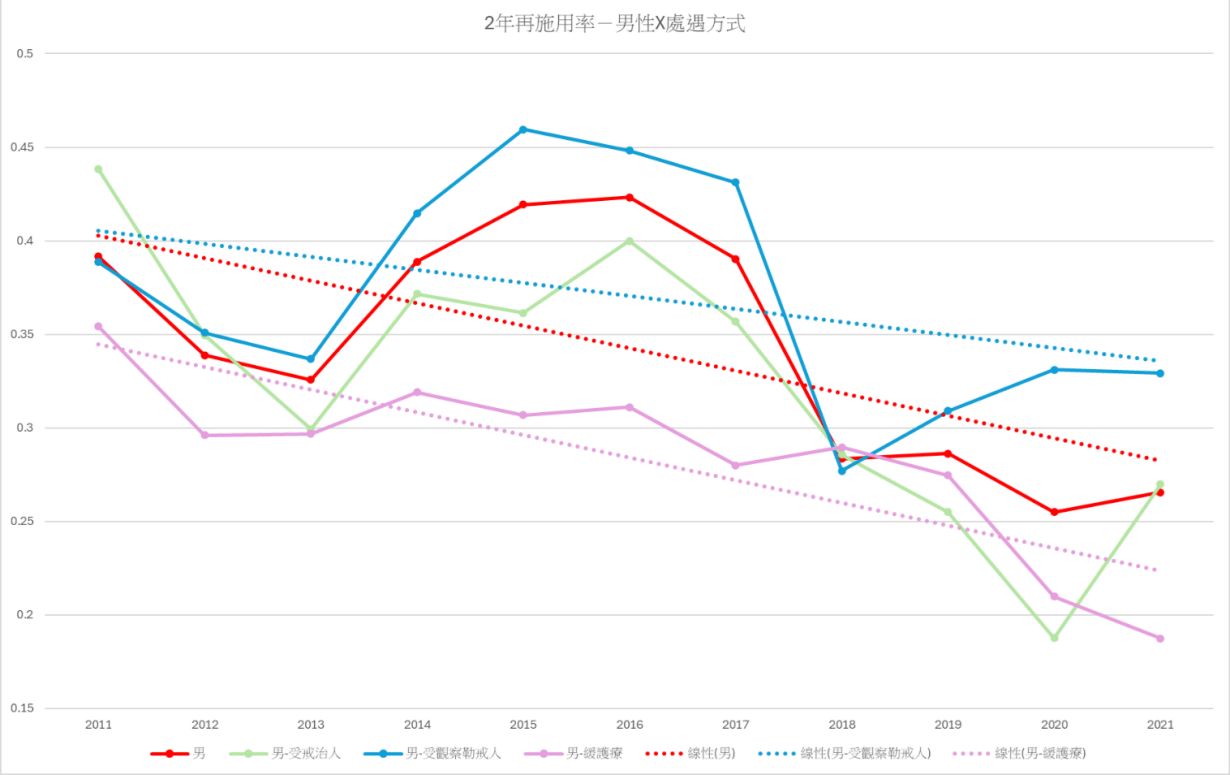


圖 14　2 年再施用率-男性 X 處遇方式

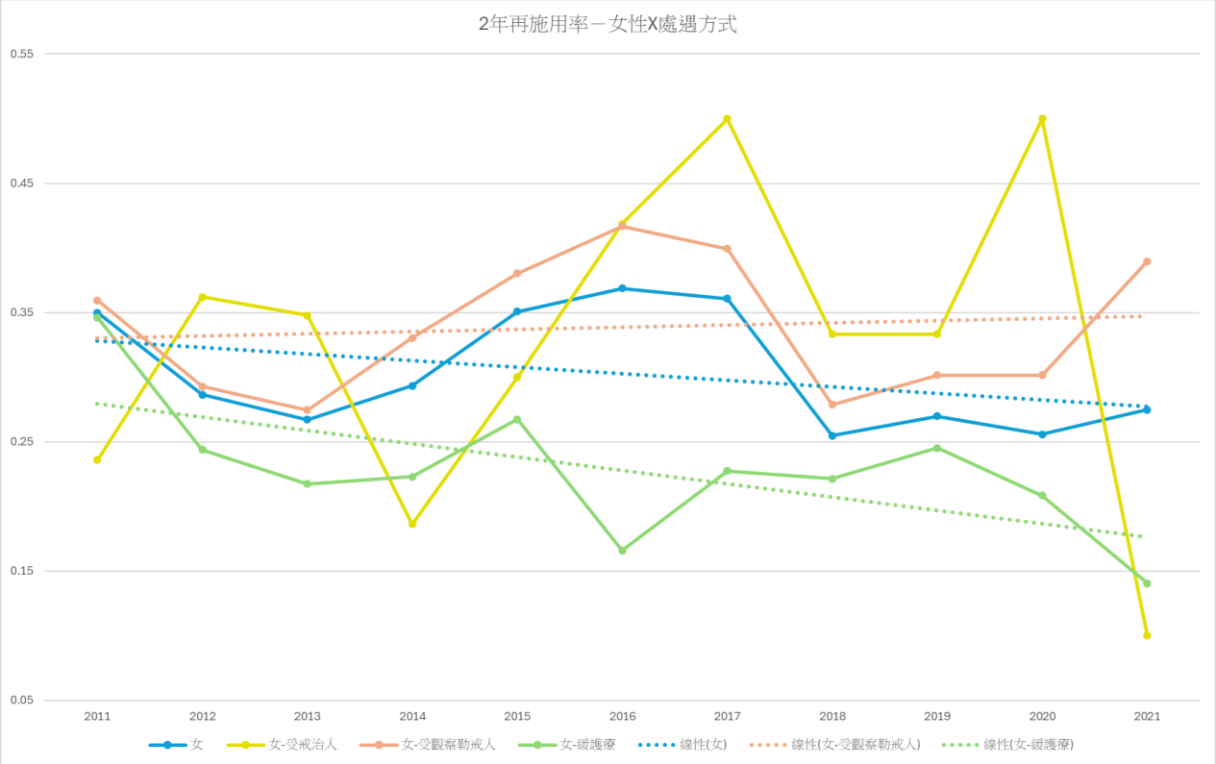


圖 15　2 年再施用率-女性 X 處遇方式

從圖 13 到圖 15，皆可以看到不同性別、處遇方式的再施用率存在有一定的變化趨勢，大多呈現為減少的趨勢，然而在不同性別、處遇方式的再施用率上是否確實具有趨勢性不無疑問。為了檢驗再施用率的變化是否存在單一方向的變化趨勢，本研究採用了 Mann-Kendall Test（MK Test）來進行趨勢檢驗。MK Test 設定的虛無假設（H_0）為資料間為隨機且獨立的排序，亦即資料之間不存在趨勢。[175]就不同性別、處遇方式間再施用率的 MK Test 後，觀察年度之變化趨勢具有顯著性的類別，包含全體受強制戒治處遇（p =0.02）、全體受緩護療處遇（p =0.00）、男性受強制戒治處遇（p =0.02）、男性受緩護療處遇（p =0.01）四項。其餘如全體男性（p =0.09）、全體女性（p =0.53）、全體受觀察勒戒處遇（p =0.53）、男性受觀察勒戒處遇（p =0.28）、女性受強制戒治處遇（p =0.75）、女性受觀察勒戒處遇（p =0.64）、女性受緩起訴處遇等（p =0.09），皆不具統計上顯著趨勢。

值得一提的是，當觀察年度介於 2011 年至 2021 年間時，大多數趨勢（trend）

[175] Hamed, K.H., Rao, A.R. (1998). A modified Mann-Kendall trend test for autocorrelated data. Journal of Hydrology, 204(1-4). at 182-183

的結果為無統計顯著趨勢（p>0.05），然而若將 2008 年至 2010 年觀察勒戒、強制戒治的再施用率加入後再執行趨勢分析，在全體（p =0.02）與男性（p =0.01）這兩個類別中原本為無統計顯著趨勢的檢驗結果，會變更為有統計顯著趨勢的結果。

第三節　存活分析

為進一步檢驗不同處遇方式所能達成的效果，本研究採用 Kaplan-Meier method 進行存活分析，觀察不同處遇方式的群體在經過 2 年、3 年、5 年的追蹤期間後，其能夠不再次施用毒品的存活比率。

第一款　2 年追蹤存活分析

追蹤 2 年資料筆數 80,877 筆，依照處遇方式分成強制戒治、觀察勒戒與緩護療三組，三組別依時間序未再施用個案數與存活率變化呈現如下表 35。

表 35　2 年追蹤存活個案數與存活率

	強制戒治			觀察勒戒			緩起訴		
期間	未發生施用	再施用	存活率	未發生施用	再施用	存活率	未發生施用	再施用	存活率
0	7,406	0	1.00	54,755	0	1.00	18,716	0	1.00
90	7,126	280	0.96	51,414	3,341	0.94	17,064	1,652	0.91
180	6,507	619	0.88	46,865	4,549	0.86	16,074	990	0.86
270	5,887	620	0.79	43,256	3,609	0.79	15,385	689	0.82
360	5,386	501	0.73	40,637	2,619	0.74	14,923	462	0.80
450	4,951	435	0.67	38,577	2,060	0.70	14,526	397	0.78
540	4,617	334	0.62	36,911	1,666	0.67	14,258	268	0.76
630	4,346	271	0.59	35,492	1,419	0.65	14,018	240	0.75
720	4,142	204	0.56	34,306	1,186	0.63	13,792	226	0.74

為評估強制戒治、觀察勒戒與緩護療三組別再施用毒品情況的組間差異，本研究對三組別的存活數據進行對數等級檢定（log-rank test），分析結果可以看到，強制戒治、觀察勒戒與緩護療的平均存活時間分別為 549.13 天、562.61 天、597.32 天，達統計顯著，可以說明三組別間存在顯著差異（表 36）。

表 36　2 年追蹤存活時間平均值

	存活時間的平均值					
處置類別	估計	標準誤	95% 信賴區間		卡方檢定	顯著性
			下限	上限		
強制戒治	549.125	2.765	543.706	554.543	810.082	.000
觀察勒戒	562.613	1.058	560.538	564.687		
緩護療	597.318	1.796	593.798	600.837		
整體	569.409	.868	567.708	571.110		

a. 如果估計已設限，則會限制為最大的存活時間。

將強制戒治、觀察勒戒與緩護療三組別的存活時間用 SPSS 繪製為存活曲線圖，其中類別 1 為強制戒治、類別 2 為觀察勒戒、類別 3 為緩護療。根據存活曲線圖可以發現在處遇終結後的最初期，三組存活曲線掉落速度相似，但當追蹤天數約達 200 天時，緩護療存活曲線掉落速度趨穩，存活率開始超越觀察勒戒與強制戒治。

進一步來說，通過在存活曲線圖上各組別的交錯，可以發現現況下不同處遇制度其戒除毒癮功能的主要發揮時間段並不相同，觀察勒戒與強制戒治在處遇終結後產生效果的效果與緩護療相等，而緩起訴則傾向於處遇終結後 200 天內開始發揮比觀察勒戒與強制戒治更佳的效果（圖 16）。

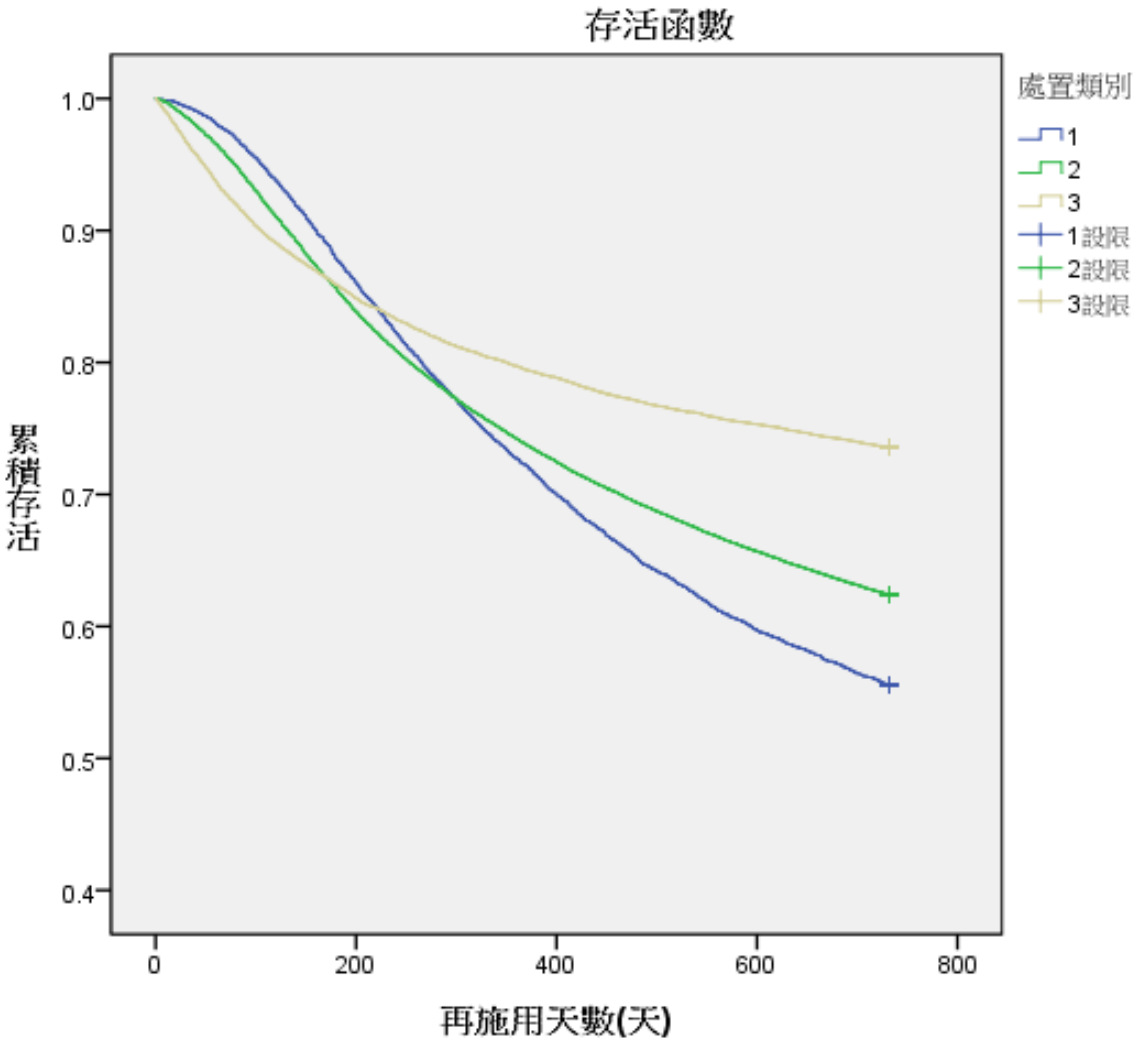


圖 16　2 年追蹤存活曲線（1＝強制戒治、2＝觀察勒戒、3＝緩護療）

第二款　3 年追蹤存活分析

追蹤 2 年資料筆數 75,317 筆，依照處遇方式分成強制戒治、觀察勒戒與緩護療三組，三組別依時間序未再施用個案數與存活率變化呈現如下表 37。

表 37　3 年追蹤存活個案數與存活率

	強制戒治			觀察勒戒			緩起訴		
期間	未發生施用	再施用	存活率	未發生施用	再施用	存活率	未發生施用	再施用	存活率
0	7,141	0	1.00	51,381	0	1.00	16,795	0	1.00
183	6,226	915	0.87	43,546	7,835	0.85	14,249	2,546	0.85
365	5,104	1,122	0.71	37,601	5,945	0.73	13,178	1,071	0.78
548	4,338	766	0.61	33,986	3,615	0.66	12,563	615	0.75
730	3,867	471	0.54	31,485	2,501	0.61	12,144	419	0.72
913	3,594	273	0.50	30,066	1,419	0.59	11,773	371	0.70
1095	3,380	214	0.47	29,274	792	0.57	11,428	345	0.68

為評估強制戒治、觀察勒戒與緩護療三組別再施用毒品情況的組間差異，本研究隊三組別的存活數據進行對數等級檢定（log-rank test），分析結果可以看到，強制戒治、觀察勒戒與緩護療的平均存活時間分別為 727.64 天、771.55 天、845.89 天，經過 log-rank test 後顯著值小於 0.05，達到統計上顯著，可以說明三組別間存在顯著差異（表 38）。

表 38　3 年追蹤存活時間平均值

存活時間的平均值

			95% 信賴區間			
處置類別	估計	標準誤	下限	上限	卡方檢定	顯著性
強制戒治	727.635	4.712	718.401	736.870	826.401	.000
觀察勒戒	771.548	1.811	767.998	775.098		
緩護療	845.885	3.110	839.789	851.981		
整體	783.961	1.491	781.038	786.884		

a. 如果估計已設限，則會限制為最大的存活時間。

將強制戒治、觀察勒戒與緩護療三組別的存活時間用 SPSS 繪製為存活曲線圖，其中類別 1 為強制戒治、類別 2 為觀察勒戒、類別 3 為緩護療。根據存活曲線圖可以發現在處遇終結後的最初期，三組存活曲線掉落速度相似，但當追蹤天數約達 200 天時，緩護療存活曲線掉落速度趨穩，存活率開始超越觀察勒戒與強制戒治。

進一步來說，通過在存活曲線圖上各組別的交錯，可以發現現況下不同處遇制度其戒除毒癮功能的主要發揮時間段並不相同，觀察勒戒與強制戒治在處遇終結後產生效果的效果與緩護療相等，而緩起訴則傾向於處遇終結後 200 天內開始發揮比觀察勒戒與強制戒治更佳的效果（圖 17）。

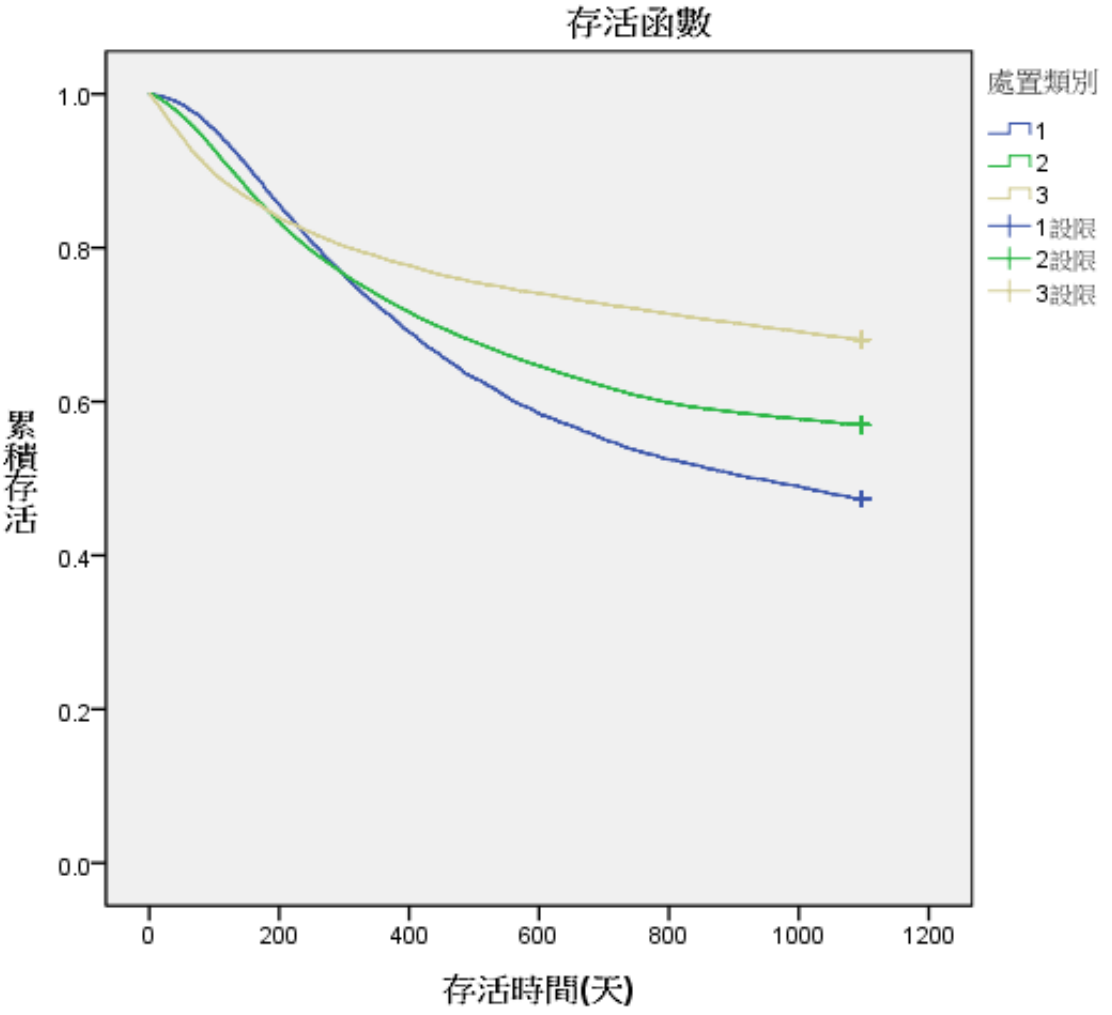


圖 17　3 年追蹤存活曲線（1＝強制戒治、2＝觀察勒戒、3＝緩護療）

第三款　5 年追蹤存活分析

追蹤 2 年資料筆數 63,481 筆，依照處遇方式分成強制戒治、觀察勒戒與緩護療三組，三組別依時間序未再施用個案數與存活率變化呈現如下表 39。

表 39　5 年追蹤存活個案數與存活率

期間	強制戒治			觀察勒戒			緩起訴		
	未發生施用	再施用	存活率	未發生施用	再施用	存活率	未發生施用	再施用	存活率
0	6,718	0	1.00	46,266	0	1.00	10,497	0	1.00
365	4,718	2,000	0.70	33,351	12,915	0.72	8,114	2,383	0.77
730	3,498	1,220	0.52	27,547	5,804	0.60	7,367	747	0.70
1095	3,018	480	0.45	25,454	2,093	0.55	6,811	556	0.65
1460	2,786	232	0.41	24,305	1,149	0.53	6,444	367	0.61
1825	2,627	159	0.39	23,381	924	0.51	6,174	270	0.59

為評估強制戒治、觀察勒戒與緩護療三組別再施用毒品情況的組間差異，本研究隊三組別的存活數據進行對數等級檢定(log-rank test)，分析結果可以看到，強制戒治、觀察勒戒與緩護療的平均存活時間分別為 1014.73 天、1140.70 天、1276.73 天，經過 log-rank test 後顯著值小於 0.05，達到統計上顯著，可以說明三組別間存在顯著差異（表 40）。

表 40　5 年追蹤存活時間平均值

存活時間的平均值						
	估計	標準誤	95% 信賴區間		卡方值	p值
			下限	上限		
強制戒治	1014.731	8.775	997.532	1031.931	533.520	.000
觀察勒戒	1140.703	3.477	1133.888	1147.519		
緩起訴	1276.729	7.093	1262.827	1290.631		
整體	1149.865	2.955	1144.072	1155.657		

a. 如果估計已設限，則會限制為最大的存活時間。

將強制戒治、觀察勒戒與緩護療三組別的存活時間用 SPSS 繪製為存活曲線圖，其中類別 1 為強制戒治、類別 2 為觀察勒戒、類別 3 為緩護療。根據存活曲線圖可以發現在處遇終結後的最初期，三組存活曲線掉落速度相似，但當追蹤天數約達 200 天時，緩護療存活曲線掉落速度趨穩，存活率開始超越觀察勒戒與強制戒治。

進一步來說，通過在存活曲線圖上各組別的交錯，可以發現現況下不同處遇制度其戒除毒癮功能的主要發揮時間段並不相同，觀察勒戒與強制戒治在處遇終結後產生效果的效果與緩護療相等，而緩起訴則傾向於處遇終結後 200 天內開始發揮比觀察勒戒與強制戒治更佳的效果（圖 17）。

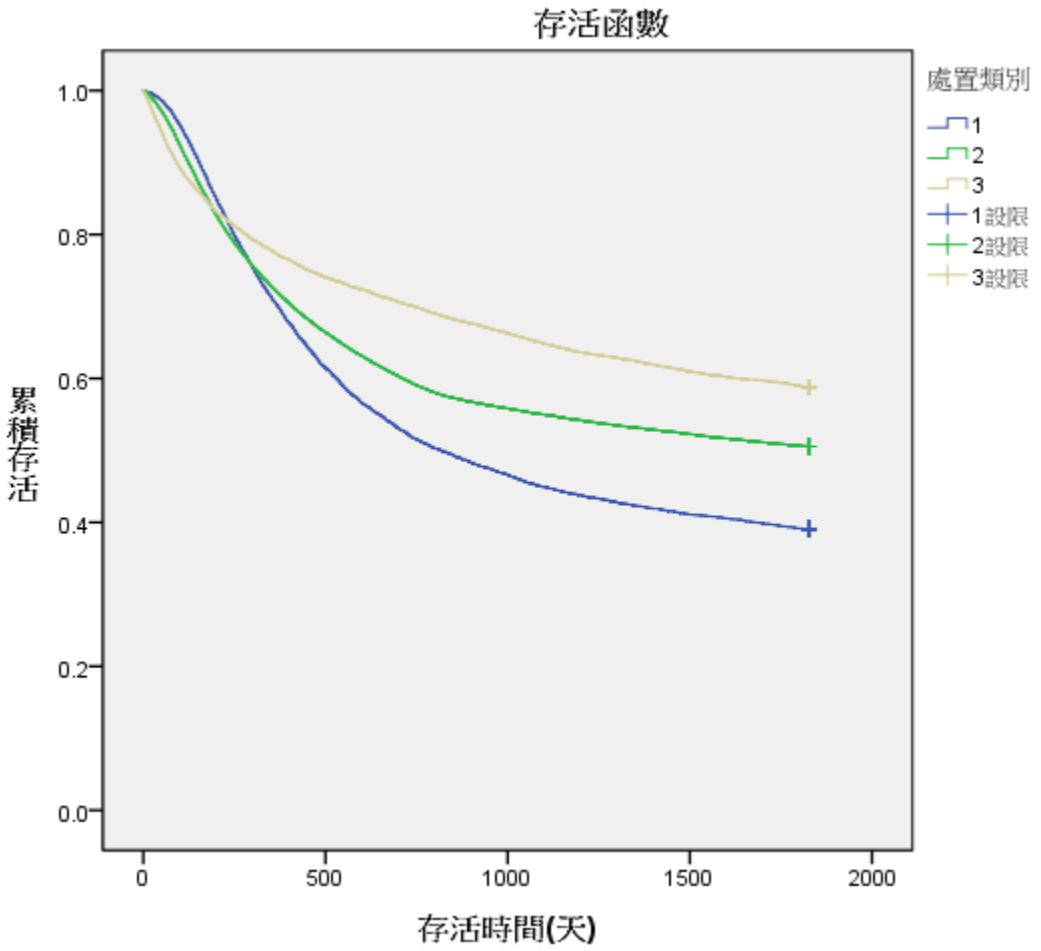


圖 18　5 年追蹤存活曲線（1＝強制戒治、2＝觀察勒戒、3＝緩護療）

第四節　小結

統整前述幾節有關量化資料分析結果，可以發現與過往研究、專家焦點座談意見相符合。女性、年齡較大與完成受緩起訴處分，再犯率顯著較低。就處遇模式而言，再犯罪／再施用毒品罪比例呈現受強制戒治人最高、受觀察勒戒人次之、受緩護療人最少的排序，各處遇方式追蹤期間 2 年與 5 年的累積再施用率與鍾宏彬及吳永達、顧以謙等研究所發現的累積再犯率相近。此外，通過區分再犯罪／再施用毒品行為的行為樣態，仍是以再施用毒品為最主要行為樣態，並以再施用第二級毒品比例為最高。

不同處遇終結後到再施用毒品之平均日數有不一樣的變化。當追蹤期間為 2 年與 3 年時，平均再施用天數最短者為緩護療完成，受觀察勒戒次之，而受強制戒治者平均再施用天數最長。此數據於將追蹤期間拉長至 5 年時才有所改變，便

為受觀察勒戒的再施用天數最短，而緩護療完成平均再施用天數則與受強制戒治的平均再施用天數相近。存活分析的結果，可以看到處遇終結後的最初期，三組存活曲線掉落速度相似，後期緩護療存活曲線掉落速度趨穩，存活率開始超越觀察勒戒與強制戒治。一方面，此一發現與專家意見中提到戒治所課程缺乏真實促發因子，以及缺乏後追監督機制可以相互應證，也就是強制戒治在前期較高的存活率可以歸功於其強制中斷的效果，然而後期快速降低的存活率則顯示在處遇課程缺乏真實世界對應，以及缺乏良好後追輔導機制的情況下，強制中斷帶來的成效會快速的被抵銷。另一方面，這發現可以從醫療治療與司法監禁處遇之介入意識與實施過程不同來解釋，醫療臨床研究發現成癮是大腦、慢性且容易復發的疾病，並以此實證觀點來治療附命緩起訴者，治療過程中視持續施用毒品為症狀，若有間歇性不施用毒品為治療有進展，逐漸累積治療效果，延長不施用毒品期間，因此後續追蹤較能維持效果；然而觀察勒戒與強制戒治，是強制中斷毒品施用行為與生理戒斷，直接以不再施用毒品為目標，因此在處遇完成初期，可以看到生理戒斷與清醒的效果在前 200 天是與醫療治療相似，但後續效果則有顯著的差異，以完成附命戒癮緩起訴在延長再度施用毒品的效果最佳。

這個結果也與 Rogers 的自我實現理論相呼應，Rogers 指出通過外力手段將某種生活價值或是知識技巧強加於某人身上時，僅能夠帶來暫時性的改變，而當效果必然消退時，反而會減損當事人的自我效能感。[176]Heine 的研究也指出若治療方案中對於重要決定提出直接且明確的建議、要求在具體時限內達成特定改變等，對於個案的改變具有負向效果，[177]恰好與觀察勒戒、強制戒治具體明確的課程設計、強制中斷與改變期限等要素重合。在這個角度下，指出對於戒除毒癮這樣目標而言，在處理意識、技巧與時限上越具有人性、彈性的制度樣貌，越能夠帶來長期上良好的成果。

---

[176] Rogers, C.（著），宋文里（譯）（2014），《成為一個人：一個治療者對心理治療的觀點》，頁 37，左岸文化。

[177] Heine, R.W. (1953). A Comparison of Patients' Reports on Psychotherapeutic Experience with Psychoanalytic, Nondirective and Adlerian Therapists, AMERICAN JOURNAL OF PSYCHOTHERAPY, 7(1)，at 20.

總結而言，量化資料分析結果，不僅提供對於我國不同遇制度就預防再犯罪／再施用毒品效果的實證證據，同時亦提供檢視過往文獻及專家意見與資料之間的異同及關聯，進一步確立本研究於先前章節中有關觀察勒戒、強制戒治制度優缺點之論述。

第六章　結論與政策建議

第一節　研究結論

本節將會彙整前述各章節中所蒐集的文獻、各國制度架構、專家焦點座談意見與量化資料分析等研究成果，回應本研究的第一項與第二項研究目的。

第一款　制度設立目的效果有限

本研究的第一個研究目的為回顧我國觀察勒戒、強制戒治制度發展與實務運作，以評估現況是否符合制度設立目的，研究結果如下。

一、觀察勒戒、強制戒治實施逐步增加醫療處遇，但本質上仍是監禁，無法達成戒除毒品的制度目的

通過回顧觀察勒戒、強制戒治制度從其前身的暫行條例、煙毒條例到現行的毒危條例一路以來的法規變化與背後思想的流變，可以確認我國觀察勒戒、強制戒治制度設計的主要目的，皆是通過司法制度的強制力介入，促使施用毒品者不再繼續施用毒品、戒除毒癮。就制度的回顧內容進一步觀察可以發現，隨著制度的改革與調整，觀察勒戒、強制戒治在制度的運作中逐步的揉入更多的醫療治療的元素，如戒治所實施階段處遇課程應行注意事項於 2004 年的修正中從過往明訂各處遇階段的主、輔課程內容，修改為視處遇階段的重點與受處遇者之需要規劃主、輔課程內容。此外，出觀察勒戒、強制戒治處所後由毒防中心負責的追蹤輔導機制，也從過往由法務部主責、訂有硬性結案時間標準，修改為依照受處遇者狀態的結案標準。

儘管觀察勒戒、強制戒治制度自 1998 年創設以來至今逐步有所改革，但原本以治療為優先的設計，在 2003 年以「限於醫療人力、經費等相關問題」等理由刪除觀察勒戒處所於醫院內設立，因而將戒除毒癮的工作仍由法務部主責。因此本研究所回顧的文獻與專家會議總結可以發現，制度運作過程中仍然有著遇到諸多限制而難以妥善運作，包括缺乏有效的評估、分流與有效的處遇規劃、專業

人力或資源配套不足、成本效益偏低等許多問題，導致觀察勒戒、強制戒治制度難以達成其最初所設定戒除毒癮的目標。

二、 審視觀察勒戒、強制戒治制度的發展脈絡，發現是回應治理，而非治療需求

若以觀察勒戒、強制戒治制度執行處所設定的法規範流變觀察，會發現其轉變大致上可以簡述為由最早禁菸禁毒條例中的無規範處所，到煙毒條例前期的應附設於公立醫院內，到後期的由地方政府設立或附設於公立醫院，再到現行毒危條例規定觀察勒戒處所與戒治處所分別設定，戒治處所由法務部與國防部負責設立，而勒戒處所則從最初由法務部委託退輔會、衛生署或省市政府於醫院內附設，到於戒治處所、看守所、少年觀護所或指定的醫院內附設。這一段的演變呈現的是勒戒處所與戒治處所的設定原則，先是逐步的向「以醫療為主導」的方向進步，其後又逐步的轉回「以監禁為主導」的方向倒退。

為了更進一步解釋為何觀察勒戒、強制戒治制度一方面逐步向醫療化、疾病化的方向靠攏，另一方面又與懲罰化、犯罪化的觀點結合的原因，本研究於第二章中嘗試自制度演變背後所蘊含的思維轉變。通過對於文獻的爬梳，本研究彙整了不同時期我國毒品政策背後深層的政治需求變化，從最早國民政府時期的軍事性的需求，到後續國家安全、經濟安全等政治性的需求，可以發現施用毒品行為的「惡性」是依著「治理」的理性目的與「恐懼」的非理性目的被建構而出。也由於將施用毒品行為犯罪化更能夠滿足治理上的需求，因此當新的治療上的需求，同時也是符合國際趨勢的需求進入毒品處遇制度設計的場域，並開始要求應該要轉向醫療化時，不同的需求其實僅以一種簡單重疊的方式進行整合，即醫療、社福的系統簡單的覆蓋在司法的系統之上，而並未根本的改變制度本身根植於司法系統，主要功能是回應治理的需求。

三、 重塑觀察勒戒、強制戒治制度結構使其更能夠回應病患的需求

現行通過簡單重疊整合而形成的制度結構，在並未改變司法系統具有主導性地位的條件下，當前觀察勒戒、強制戒治制度在發展與執行上所遇到的困境便顯得容易理解，舉例而言，在法規範的設計上可以發現儘管被放在同一部法規範中，

醫療屬性與懲罰屬性間的分隔仍然相當鮮明，專家焦點座談中也有專家學者指出我國當代在思考施用毒品的處遇制度時會習慣性地落入不是疾病就是犯罪的二分法之中。

觀察勒戒、強制戒治制度發展過程中立法者與司法者在初犯與再犯的論述更是精確地呈現了醫療及福利系統與司法系統之間的關係，醫療及福利系統更像是治理者給予的恩惠，當施用毒品者於設定的年限內再次施用毒品時，則會被認為是「不珍惜」恩惠，而將其放回到原本應該去的刑事監禁之中。簡言之，構成當前觀察勒戒、強制戒治制度的結構，其結果若不是導致醫療及福利的制度系統與司法的制度系統割裂脫離，就是醫療及福利系統最終被司法系統侵蝕吞併。[178]

總結而言，通過對於制度發展脈絡和相關研究的文獻回顧與專家會議，發現觀察勒戒、強制戒治制度在規範上有意圖達成其所宣稱目的的嘗試，然而制度設置的缺失與實施運作的規範，戒除毒癮之的目標無法達成。若想要確實的達成制度設計的目的，不僅需要調整制度的程序或資源配置，更是需要根本地就醫療及福利系統與司法系統交錯的結構進行重塑。

第二款　制度現況與有效性評估

本研究的第二個研究目的為蒐集與分析目前觀察勒戒、強制戒治制度執行狀況，並召集專家進行政策評論及制度有效性評估。

一、 專家焦點團體意見具有集中性，肯定觀察勒戒、強制戒治制度具有的強制中斷效果，但同時認為有重大負向損害

從前一款對於第一項研究目的的總結中可以確認，若僅以法規範上的流變觀之，觀察勒戒、強制戒治制度自 1998 年創設以來至今，可以認定是往醫療化的方向前進，然而在實務運作所呈現的效果上，文獻證據顯示了觀察勒戒、強制戒治制度在達成制度所宣稱目的上仍然有段距離。而就前述文獻上所呈現的制度現況，對照本研究舉行的專家焦點座談中各與會專家學者的意見可以發現，儘管專

[178] 李茂生（2018），〈我國少年事件處理法的檢討與展望──以刑事司法與福利行政兩系統的交錯為論點〉，少年事件處理法論文集：一部以贖罪心理與道德決斷形塑出來的法律》，新學林，頁 326-331。

家學者並未完全否定制度的效果，但同樣是認為目前制度的運作現況無法確實的達成使施用毒品者戒除毒癮的效果。

詳細而言，專家學者大多都肯定觀察勒戒、強制戒治制度能夠強制中斷受處遇者原本持續的施用毒品行為與環境，可以帶來處遇期間內強制中斷用藥與強制清醒的效果，有機會進一步延伸後續在處遇上的效果，然而專家學者們也指出，前述觀察勒戒、強制戒治制度的效果，主要僅限於當制度適用於重度毒品成癮的受處遇者時，才能較為明顯的體現。

另一方面，專家學者具體指出現行制度存在許多缺陷與困境，特別是機構式處遇的負效果，包括抽離環境導致角色功能斷裂、缺乏評估與分流使得處遇課程難以顯現效果，同時可能擴大毒品交友圈、缺乏充分治療資源與配套措施、缺乏共識導致工作者間的衝突、處遇時間缺乏彈性、與後續復歸社會協助不足等等。上述的各項缺陷與困境導致了觀察勒戒、強制戒治制度無法達成其目的，有時候甚至會衍伸出其他面向的負效果如加重成癮問題、社會連結斷裂或處遇機構內的傳染性疾病擴散等。

二、 緩護療處分於再施用毒品行為優於觀察勒戒、強制戒治

以法務部資料庫檢視三種處遇制度在再犯率與不再施用的時間效果，結果顯示附命緩起訴處分完成者在再犯毒品罪與存活時間上的效果，都顯著優於在觀察勒戒與強制戒治的受處遇人。總結而言，專家學者同意觀察勒戒、強制戒治在強制戒斷與脫離用毒環境具有良好的效果，然而要能夠使制度的戒癮效果得以發揮，需要就處遇制度中如成癮嚴重度與共病評估、個別處遇需求分流、建立目標共識、完善後追輔導與復元等重要面向重新設計，使未來觀察勒戒、強制戒治的處遇對象能夠限縮於有強迫性施用毒品、需要醫療介入的重度成癮者，並且由良好協作的醫療與司法系統共同提供服務。另一方面，從量性資料分析結果與專家學者的建議，若能夠發展出更為良善應對施用毒品問題的制度，應該考慮廢止當前的觀察勒戒、強制戒治制度而改採更為良善的處遇機制。

第二節　政策建議

依照本研究進行的文獻回顧、專家焦點座談與數據資料分析，彙整了研究結論如前一節所述，可以看到從文獻到專家意見、資料分析皆一致指出觀察勒戒、強制戒治處遇制度在現況下能夠達成的成效有限，若想要強化戒除毒癮與復歸社會的效果，需要重新思考與制訂新的處遇措施或是制度。

依循前述結論，本研究就觀察勒戒、強制戒治制度分別提出短、中、長期的改革政策建議，並同時回應本研究第三項研究目的中，就法務部與衛福部等政府機關權責分配推動策略之興革提出建議。

第一款　短期政策建議

短期的處遇實施精進建議，著重於不需修改法令、可以立刻開始進行，且多具備為中長期制度改革立下基石性質的實務工作項目為主。本研究認為可執行的短期建議如下：

一、持續增加附命戒癮緩起訴的人數：一方面落實先病人、後犯人的毒危條例制度設計；另一方面，相較於觀察勒戒、強制戒治制度，文獻爬梳、專家共識與政府刑事犯罪資料分析結果，顯示能完成緩起訴附命戒癮治療者，在再犯施用毒品罪與延長不施用的時間，都顯著有較優的效果。建議針對單純施用 1、2 級毒品者，能夠全部給予緩起訴附命戒癮治療。

二、建立評估與分流的標準：運用現有的研究發現、量表工具與資料分析結果，評估毒品犯個人的醫療需求與再犯風險，再依評估結果分流到社區多元處遇、緩起訴附命戒癮治療、或是進入觀察勒戒、強制戒治。

三、建立跨部會間的對話協調機制，精進目前的處遇措施，其目的包含以下幾點：

1、 就處遇制度所要達成的目標，累積不同部會間的共識，如法務部與衛福部間就處遇目標「減少毒品危害」之內涵建立共識目標。

2、 就處遇制度的執行方法，交換不同部會間的知識，如由衛福部提供

觀察勒戒、強制戒治在治療的專業與戒癮處遇課程設計。

3、 籌備跨部會的處遇制度協作平台，使各部會於處遇制度進行的各階段間皆能夠參與並提供資源，以用以強化貫穿式處遇的執行。

4、 擬訂與落實觀察勒戒、強制戒治期間，以實證為基礎的醫療治療與處遇方案，確認個案的進展，不應以執行期滿為出所唯一指標。

5、 籌備建置統一化、欄位完備的受處遇者追蹤資料庫，用以累積具有良好品質的資料，往後可用於檢視制度成效或其他政策研究。

四、由政府部門進行社會溝通，相關的說明如下：

1、 專家座談意見中提到台灣社會對於安全感的要求較高，對於施用毒品者脫離機構處遇會有抗拒感，因此當要擴展更為多元的處遇方案時，需要能夠先滿足社會大眾安全感的心理需求。

2、 建議由法務部、衛福部、勞動部、教育部等部會積極推動社區處遇制度成效的研究案、完善追蹤監督機制，以及製作相關宣導等，向社會展示社區化處遇的安全性與有效性，增加民眾的接受度。

第二款　中期政策建議

中期制度的政策改革建議，需立基於短期改革的具準備性質的工作取得成果後，始開始逐步執行並依實務運作狀況調整具體執行方式，為長期政策改革方向累積經驗與可資運用的策略。本研究認為應執行的中期政策建議如下：

一、依照短期政策改革中知識與證據的積累，建立並執行評估、分流與有效處遇機制，以達到減少同種處遇方式內，受處遇者的複雜性。具體而言的策略包含：

1、 持續擴展與強化社區醫療量能。

2、 廢除現行以「初犯／3 年後再犯」作為進入觀察勒戒處遇制度的分流標準。

3、 醫院應依照醫學專業評估之結果，設立強度由低到高的多種處遇與

治療方案，如無醫療需求者進入無需治療的社區方案（教育、社區諮商等）、有醫療需求者進入醫院治療計畫，並針對每位毒品犯的醫療需求評估，擬定與落實個別治療計畫。

4、 隨著醫療評估與分流制度的運行，於實踐過程中持續細緻化治療與處遇方案的種類，如針對海洛因的美沙冬維持治療、（甲基）安非他命的心理諮商與心理治療、對所有毒品犯建立健康生活型態；機構化處遇可細分為監禁型、住宿型或門診型等方案。

5、 建立治療期間的持續監督與再犯風險評估機制，由醫療團隊確認個案治療效果不佳、且地檢署評估再犯罪風險高，則宜重新分流到觀察勒戒、強制戒治處所。

二、參考日本經驗，由法務部、衛福部、勞動部等部會合作協調，投注資源引導民間團體或有意願及能力之個人加入貫穿式保護處遇計畫中，提供持續性照護與離開處遇後的行為追蹤。

第三款　長期政策建議

長期制度的政策改革建議，考慮到施用毒品以及毒品成癮具有的醫療需求性質，應該採取以醫療取向為核心的策略，並基於此一觀點，提出長期政策的改革建議如下：

一、於處遇制度之中盡可能除去強制與監禁的要素，司法系統由過去主導地位轉向協助監督地位，設置藥物濫用防治專法。執行策略包含：

1、 處遇制度的設計、規劃與評估皆以治療成癮問題與復歸社會為核心，採取醫療化、社區化與彈性化的策略。

2、 廢止觀察勒戒處遇制度，但維持強制戒治制度。

3、 廢止觀察勒戒處遇制度後，沒有製造、運輸、販賣與轉讓的單純毒品施用者，警察逮捕確認尿液陽性後，直接移送戒癮醫療機構進行複驗並同時開啟附命戒癮治療，縮短從逮捕到檢察官確認處遇條件

的時程，避免目前制度上的一罪一罰，導致毒品犯從被確認陽性到檢察官確認處遇期間，毒品犯無顧忌的施用毒品。緩起訴戒癮治療日期應從醫院收案日起算。

4、 對於有製造、運輸、販賣與轉讓的毒品犯，應依相關法規範進行起訴。

5、 依照專家的意見，對於治療效果不佳、且再犯罪風險高，仍然保留強制與監禁要素，應令其進入強制戒治處所，通過外力強制中斷毒品與遠離毒品施用環境，進行生理強制戒斷，並在戒治期間透過無毒環境、教育、諮商與心理治療，減少其對社會安全的危害風險，以及提高未來成癮治療效果的目的。

6、 依照上述條件，原則上排除強制與監禁要素，僅於嚴格限制的條件下採用監禁型處遇。

二、強化毒品減害、復元與復歸社會，其中包含：

1、 放寬現行毒危條例第 21 條免除通報義務與不為起訴處分的條件與次數限制，減少程度輕微施用毒品者進入司法系統而導致資源配置無效率的問題。

2、 參考德國暫緩執行／暫緩起訴制度的運作方式，可以開放由受處遇者自主規劃戒癮治療方案，以及配合執行該方案的處所，經與主治醫師討論後共享決策，提高治療處遇的有效性。

3、 由政府部門與民間團體合作、串聯民間團體，強化民間提供復元與社會復歸的能力與量能。

三、就施用毒品的預防、治療、社會福利提供到個案權益保障等議題，立定藥物濫用與防治專法或專章，有別於毒品危害防制條例處理製造、運輸、販賣，於法規範層次上確立規劃，以避免過度刑罰化單純施用者，以及因行政體系主導者更換時政策不連貫而產生的規劃或補助斷裂問題。

第三節　研究限制與未來研究建議

第一款　研究限制

本次研究存在有以下限制：

一、由於本次研究期程上的限制，導致在觀察勒戒、強制戒治制度成效的評估上，僅能使用現有能取得的資料以「再犯罪／再施用毒品罪」比率進行分析，同時亦僅能由專家學者依其各別對於觀察勒戒、強制戒治制度效果的觀察提供意見及評估。然而就受處遇者本身主觀上對於處遇制度成效的認知或評價，或是受處遇者對於處遇制度的認知或感受，則因為無法直接與受處遇者直接進行問卷或訪談，而無法獲取相關資訊。若未來能規劃更充裕的研究期程，並能夠執行對受處遇者的問卷與訪談，直接取得受處遇者對於不同處遇方案成效的評價、認知與體驗，將有助於提供對於處遇制度更為完整的視角與理解架構，並能夠為往後的政策評估與制定提供更為充分的依據。

二、本次研究所能取得的資料具有諸多限制，導致研究能夠從中獲取的資訊相當有限。導致資料存在限制的原因有幾點，其一為現況中政府蒐集或儲存的資料欄位，多以靜態因子為主，較無法提供動態因子的資訊，因此限縮了資料分析能夠執行的範圍；其二為部份資料欄位的缺失比例偏高，如取自矯正資料的強制戒治、觀察勒戒資料中，雖然有「明細罪名片語」的欄位，可以提供各筆資料受處遇的原因案件案由，然而在資料整理的過程中發現在「罪名片語」為「毒品防制條例」的資料中，「明細罪名片語」的未填寫率即缺失率高達 68.91%（圖），因此無法將受處遇原因案件納入分析，從而無法觀察本次施用毒品級別，與再犯罪類型或再施用毒品級別之間的關係；其三為同系統資料內部的欄位關係缺乏邏輯上嚴謹的一致性，如受戒治人、受觀察勒戒人的資料源自於矯正系統，該系統的原始資料在「罪名片語」、「明細罪名片語」與「身分別」之間並無嚴謹的關係，尤其是在考量前一點提到的高缺失率下，同時以「罪名片語」、「明細罪名片語」與「身分別」作為篩選的情況，會導致樣本數減少而影響統計分析；其四

為不同系統間的資料架構並不一致，以本次研究分別取得矯正系統與觀護系統的資料來說，矯正系統資料的欄位中具備「身分別」、「明細罪名片語」等資訊，然而觀護系統中則不具備上述欄位，因此當研究者嘗試將跨系統紀錄資料的處遇方式放在同一位置觀察、檢驗時，必然會因為架構差異而限縮可能的分析方向。對此，需要在資料蒐集時即作出調整，如增加蒐集動態因子、減少缺失值的發生、整合不同系統間的資料架構以減少資料架構差異，增加可以分析的空間等等，將有助於未來研究更為完整、全面的理解處遇制度的運作成效。

三、如同專家焦點座談中有專家學者提出女性、少年應視為具有特殊性、不同需求的群體而提供不同的處遇，在研究分析上也需要以不同的框架來理解與詮釋女性，以及尤其是少年在施用毒品行為與處遇制度效果之間的關係。然而本次研究優先著眼處理較為通案性質的處遇制度成效與困境分析，因此較無餘裕另行開展專對於女性與少年的分析討論。再者在資料上可以明確界定為少年的「受觀察勒戒少年」資料相對偏少，以「完整追蹤 2 年內再犯任何罪罪」的資料集為例，在所有資料筆數 84,344 筆中，「受觀察勒戒少年」僅有 769 筆資料，約僅佔全部資料的 0.91%。又強制戒治處遇亦可能包含少年但卻缺乏身分別的區分，同時回流適用少年事件處理法第 42 條第 2 項亦需要另尋統計依據，上述困境都顯示關於少年的再犯罪／再施用分析，並不適合簡單的與非少年放在同一平台上觀察，而值得在將少年須保護性的特性納入考量，以及統計資料完備的情況下，單獨進行一份以少年為核心的觀察勒戒、強制戒治處遇制度檢討的研究。

第二款　未來研究建議

毒品處遇制度包含觀察勒戒、強制戒治與附命緩起訴等多樣化方案，所涉範圍極廣，本次研究雖就觀察勒戒與強制戒治進行深入探討，惟仍有些許未逮與值得續行研究之處，因此建議未來進一步研究之議題如下：

一、深入探討毒品處遇中「自願性」與「強制力」在戒癮治療成效中的辯證關係，並坦討強制戒治制度中「強制接受治療」的正當性來源為何。

二、評估能夠完成多元緩起訴的靜態因素與動態因素，對於不能完成緩起訴的個案，依據 Risk-Need-Responsivity (RNR)理論架構進行分析，提出改善與精進治療方案，完善復元的有效性，並促進復元與社會復歸目標之達成。

三、針對不同成癮嚴重程度、施用毒品種類等因子，分析我國政府各部會資料庫，並蒐集具有成效之治療方案文獻，精進處遇方針。

四、研究與盤點戒癮醫療所需的軟體與硬體資源，包含所需醫療人力，以承接廢除觀察勒戒制度後，將成癮之毒品犯全數附命緩起訴的量能。

五、對於沒有或是輕微成癮的毒品施用者，研擬有效的社區方案。

六、檢視減少毒害的相關指標與效果。從發現毒品施用到緩起訴戒癮或是社區處遇的過程中，應該設立的相關減少毒害指標，做為監督毒品犯處遇進展之依據。

七、在緩起訴的執行中，應針對處遇無進展的因素進行研究，並提出可以精進社區處遇、治療效果與提升治療完成率的方案。

八、分析與檢討更生保護會與民間藥癮服務機構對於協助施用毒品犯在復元與復歸社會的資源與效果，瞭解目前的困境為何。

九、委由學術單位建置提供毒品犯處遇服務的網絡平台，除提升服務品質，並建立與推動認證標準，如須具備基本成癮科學知識、成癮治療知識、心理輔導與教育、或經法務部、衛福部與教育部議定必要之硬體與軟體等。

參考書目

日文文獻

RARC（2024）。*東京ダルクとは*。https://tokyo-darc.org/about/darc

内閣府（2012）。*平成 24 年度若年層向け薬物再乱用防止プログラム等に関する企画分析報告書*。

太田達也（2012）。刑法改正と一部執行猶予。*法學研究：法律・政治・社会，85*(10)。1-31。

日本法務省（2006）。*法制審議会被収容人員適正化方策に関する部会第 1 回会議*。

日本法務省（2009）。*法務省法制審議会「被収容人員適正化方策に関する部会」第 19 次議事錄*。

日本法務省（2009）。*法務省法制審議会「被収容人員適正化方策に関する部会」第 22 次議事錄*。

日本法務省（2015）。*薬物依存のある刑務所出所者等の支援に関する地域連携ガイドライン*。

日本法務省（2018）。*改善指導の標準プログラムについて（依命通達）*。https://www.moj.go.jp/content/001174898.pdf

日本法務省（2023）。*令和 5 年版犯罪白書*。https://hakusyo1.moj.go.jp/jp/70/nfm/mokuji.html

日本法務省（2024）。*協力雇用主*。https://www.moj.go.jp/hogo1/soumu/hogo02_00030.html

近藤恒夫（2010），*日本ダルクの取り組み*。平成 22 年度薬物乱用対策推進地方本部全国会議，資料 12。https://www8.cao.go.jp/souki/drug/zenkokukaigi/pdf/h22/local_material12.pdf

南保輔（2019）。薬物依存者リハビリテーション施設における SMARPP：フ

ィールド調査に見られる「効果」。*コミュニケーション紀要，30*。13-34。

森久智江（2013）。刑の一部執行猶予制度に関する一考察。*立命館法学 345/346*。3924-3950。

薬物乱用対策推進本部（1998）。*薬物乱用防止五か年戦略（概要）*。https://dl.ndl.go.jp/view/prepareDownload?itemId=info%3Andljp%2Fpid%2F8671004&contentNo=71

薬物乱用対策推進本部（2008）。*第三次薬物乱用防止五か年戦略*。https://www.mhlw.go.jp/content/11120000/001236962.pdf

薬物乱用対策推進本部（2023）。*第六次薬物乱用防止五か年戦略*。https://www.mhlw.go.jp/content/11120000/001237115.pdf

中文文獻

Rogers, C.（著）。宋文里（譯）（2014）。*成為一個人：一個治療者對心理治療的觀點*。新北：左岸文化。

Kerner, H.J.（著）。許澤天、薛智仁（譯）（2008）。*德國刑事追訴與制裁—成年刑法與少年刑法之現狀分析與改革構想*。臺北：元照出版。

白鎮福、李宗憲、吳思穎、黃韻儒、李思賢（2022）。施用影響精神藥物者之以全人為導向的復元與社會復歸架構：社區服務機構之文本分析。*中華心理衛生學刊，35*(2)，181-214。https://doi.org/10.30074/FJMH.202206_35(2).0004

立法院公報處（1991）。*立法院公報*，80 卷 102 期。

立法院公報處（2002）。*立法院公報*，91 卷 39 期 3235 號下冊。

立法院議案關係文書（1955）。*院總第 308 號政府提案第 230 號*。https://lis.ly.gov.tw/lgcgi/lgmeetimage?cfcececbcfcccfcfc5cbc8ccd2cbc8c7。

立法院議案關係文書（1955）。*院總第 308 號政府提案第 4029 號*。https://lis.ly.gov.tw/lgcgi/lgmeetimage?cfcec7c8cec8cfcfc5c9cad2c8c9

立法院議案關係文書（2002）。*院總第 249 號政府提案第 8854 號*。

立法院議案關係文書（2003）。*院總第 308 號政府提案第 9090 號*。

吳柏蒼（2019）。日本近年關於自由刑制度改革之議論：以自由刑單一化與法制審議會之議論為中心。*刑事政策與犯罪防治研究專刊，23*。81-87。

吳柏蒼（2021）。日本「刑之一部緩刑」制度之再確認。*刑事政策與犯罪研究論文集，24*。95-121。

巫梓豪（2019）。受戒治人出所後轉銜機制之現況與挑戰。*藥物濫用防治，4*(1)，40-71。

李宗憲、楊士隆（2010）。刑事司法戒治處遇制度之問題與困境研究。*犯罪學期刊，13*(1)，107-141。

李宗憲、白鎮福、束連文、吳思穎、黃韻儒、林毓恩、顧以謙、李思賢（2021）。建置毒品施用者之復原與社會復歸：介紹美國物質成癮與心理健康服務部的定義與反思台灣現況。*藥物濫用防治，6*(2)，1-14。

李思賢（2010）。*台灣北部地區美沙冬替代療法實施背景、成效及成本效益：三年期追蹤研究(三)*。行政院衛生署。

李思賢、David S. Festinger、楊士隆、楊浩然、吳慧菁、廖文婷、林依萇、鄭凱寶、Karen L. Dugosh、Brittney L. Seymour（2015）。*毒品再犯風險與醫療需求分流處置評量工具之研究*。載於法務部司法官學院（主編），刑事政策與犯罪研究論文集。法務部司法官學院。157-183。https://doi.org/10.6482/ECPCR.201511.0007

李思賢 (2022)。施用成癮藥物者的復元與復歸社會的挑戰。*中華心理衛生學刊，35*(2)，111-116。https://doi.org/10.30074/FJMH.202206_35(2).0001

李思賢、徐倩、蔡孟璋 (2019)。分流處遇模式的提出與推行：以高雄毒品犯緩起訴分流處遇為例。*藥物濫用防治，4*(2)，57-74. https://doi.org/10.6645/JSAR.201906_4(2).3

李柏昇（2017）。*吸毒者處遇政策變遷（1998-2017）：制度論的解釋*〔未出版

碩士論文〕。臺北：國立臺灣大學法律學院科際整合法律學研究所碩士論文。

李茂生（2018）。*新少年事件處理法的立法基本策略——後現代法秩序序說*，收於：少年事件處理法論文集：一部以贖罪心理與道德決斷形塑出來的法律。95-188。臺北：新學林。

宜蘭縣政府衛生局毒防中心（2023）。https://www.ilshb.gov.tw/index.php?catid=14&fieldid=10&cid=60&id=358&action=view

林立群（2018）。*日本毒品施用者之貫穿式更生保護研究*〔未出版碩士論文〕。臺北：國立臺灣大學法律學研究所碩士論文。

林俊儒（2019）。毒品法庭的制度內涵與爭議檢討。*犯罪與刑事司法研究，31*。44-46。

林健陽、陳玉書（2007）。*除刑化毒品政策之檢討—論我國毒品犯罪之戒治成效*，法務部。

林達（2023）。論毒品初犯觀察勒戒之廢止與重建。*最高檢察論壇，創刊號*。222-232。

法務部（2022）。*施用毒品者再犯防止推進計畫（111 年至 113 年）*。https://antidrug.moj.gov.tw/dl-3076-dc182672-4294-4192-8c99-f3c232d91f28.html

法務部司法官學院（2023）。*中華民國 111 年犯罪狀況及其分析-2022 犯罪趨勢關鍵報告*。法務部。

法務部法務統計資訊網。https://www.rjsd.moj.gov.tw/RJSDWeb/inquiry/InquireAdvance.aspx。

法務部矯正署（2019）。*矯正署 108 年度預算*。https://www.mjac.moj.gov.tw/media/20191556/108%E5%B9%B4%E5%BA%A6%E6%己%95%E5%AE%9A%E9%A0%90%E7%AE%97-pdf.pdf?mediaDL=true

法務部矯正署高雄戒治所。https://www.ksb.moj.gov.tw/333091/333123/333124/587434/post

法務部矯正署高雄戒治所觀察勒戒處。https://www.mjac.moj.gov.tw/media/20493186/高雄戒治所外部視察小組 111 年第 4 季權責機關回覆.pdf?mediaDL=true

法務部矯正署新店戒治所。https://www.sdb.moj.gov.tw/315071/315121/315122/577970/post。

柯雨瑞（2006）。*百年來台灣毒品刑事政策變遷之研究*〔未出版博士論文〕。桃園：中央警察大學犯罪防治研究所博士論文。

洪麗雯（2010）。*論毒癮戒治程序-我國與德國進行毒癮戒治程序的比較*〔未出版碩士論文〕。臺北：國立政治大學法律學研究所碩士論文。

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（2020）。*毒品施用者分流處遇制度及篩選項目之研究*〔未出版博士論文〕。桃園：中央警察大學犯罪防治研究所博士論文。

馬作鏘（2004）。*藥物濫用社會成本及相關影響因素分析*。行政院衛生署。

馬躍中（2014）。德國社區矯治法制之研究。*中央警察大學警學叢刊，44*(5)。29-43。

馬躍中（2017）。毒品成癮者處遇模式之現狀與未來-借鏡德國法-。*藥物濫用防治，2*(4)。63-81。

郭適維、陳玉書、林健陽、劉士誠（2022）。「繼續施用毒品傾向評估指標」預測效度之研究。*矯正期刊，11*(1)。64-111。https://doi.org/https://doi.org/10.6905/JC.202201_11(1).0003

陳秀玲（2014）。*醫療人員對「有無繼續施用毒品傾向評估標準紀錄表」之看法*〔未出版碩士論文〕。臺北：國立臺北大學犯罪學研究所碩士論文。

陳玟如（2018）。*尋找復元的可能-毒品使用者復元資本、復元障礙與復元關係之研究*〔未出版博士論文〕。臺北：國立臺灣大學社會工作學研究所博士論文。

陳慈幸（2022）。1990 年後的日本藥物濫用防制對策。*月旦醫事法報告，69*。150-174。

傅雅懌（2019）。符合科學實證精神的制度：概述毒品法庭的組成與執行。*矯政期刊。18*(1)，73-104。https://doi.org/https://doi.org/10.6905/JC.201903_8(1).0003

黃宗旻（2021）。日本受刑人待遇分級法制介紹。*刑事政策與犯罪研究論文集，24*。213-244。

楊士隆（2006）。*病患、病犯與罪犯之毒癮戒治模式成本與效益分析*。行政院衛生署管制藥品管理局委託科技研究案。

楊士隆、李志恆、曾淑萍（2019）。*大麻查獲量增加與大麻施用黑數產生原因之分析及防制對策研究成果報告書*。法務部高等檢察署委託研究。

楊士隆、蔡德輝、張伯宏（2008）。*法務部「戒治機構內成癮性毒品施用者之管理與處遇模式建構」委託研究結案報告*。法務部。

葉瑋（2014）。*毒品成癮者之社區處遇研究*〔未出版碩士論文〕。嘉義：國立中正大學犯罪防治學研究所碩士論文。

葉耀群（2017）。*國際反毒實務及相關法制之研究－以日本毒品犯罪者處遇模式為中心*。臺北地檢署。

潘淑滿（2003）。*質性研究－理論與運用*。臺北：心理出版社。

蔡田木、吳慧菁、賴擁連、束連文（2018）。*我國附命完成戒癮治療之緩起訴處分機制與成效之檢討*。國家發展委員會委託研究。

蔡田木、謝文彥、林安倫、連鴻榮（2019）。毒品防制及戒治成效評估之研究。*矯正期刊，8*(2)。4-43。https://doi.org/https://doi.org/10.6905/JC.201905_8（2).0001

蔣應杓（1938）。*現行禁煙禁毒治罪條例釋義*。商務印書館。https://taiwaneboo k.ncl.edu.tw/en/book/NTUL-0478270/reader

衛生福利部疾病管制署（2011）。*矯正機關（含合署辦公機關）通訊錄*。https:/

/www.cdc.gov.tw/File/Get/q0iHnEiIWRNAu5-zY6uyhg

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*〔未出版博士論文〕。嘉義：國立中正大學犯罪防治研究所博士論文。

蕭彣卉（2007）。*病人與犯人：台灣百年來吸毒者的軌跡*〔未出版碩士論文〕。臺北：國立臺灣大學法律學研究所碩士論文。

賴淑卿（1986）。*國民政府六年禁煙計畫及其成效-民國二十四年至民國二十九年*。https://www.drnh.gov.tw/p/404-1003-13742.php?Lang=zh-tw

謝如媛（2015）。對日本「刑之一部分緩予執行」制度的觀察與反思。*台大法學論叢，44*(4)。1887-1944。https://doi.org/https://doi.org/10.6199/NTULJ.2015.44.04.05

謝如媛、林俊儒（2022）。多元複合的假釋制度—美國假釋制度的考察與反思。*政大法學評論，170*。1-53。

謝其演（2003）。*毒品犯罪防制政策分析之法社會學觀察—以英美的發展為借鏡—*〔未出版碩士論文〕。臺北：國立臺灣大學法律學研究所碩士論文。

鍾宏彬、吳永達（2018）。*施用毒品行為多元處遇成效評估與比較-第一期研究成果報告書（勘誤版）*。法務部司法官學院。

顧以謙、鄭元皓、楊郁慈、謝沛怡、吳瑜（2023）。*以再犯預防為導向之 AI 人工智慧毒品施用犯罪大數據應用分析計畫-以自然語言分析檢察書類為核心(第一期)*。法務部司法官學院。

外文文獻

All Rise. (2023). *Adult Treatment Court Best Practice Standards I-VI*, 2nd edition. https://allrise.org/publications/standards/

Beckett, K. (2014). *Seattle's Law Enforcement Assisted Diversion Program: Lessons Learned from the First Two Years.* University of Washington. https://search.issuelab.org/resources/21511/21511.pdf

BJA & COSSAP (2020). *Law Enforcement and First Responder Diversion: Pathways to Diversion Case Studies Series*. https://www.cossup.org/Content/Documents/Articles/Pathways_to_Diversion_Case_Studies_Series_Officer_Intervention.pdf

Böllinger, L. (2004). Drug Law and Policy In Germany and the European Community: Recent Developments. *Journal of Drug Issues, 34*(1), 491-510. https://doi.org/10.1177/002204260403400302

Center for Substance Abuse Treatment (2005). *Substance Abuse Treatment for Adults in the Criminal Justice System.* Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 44. HHS Publication No. (SMA) 13-4056. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration

Charlier, J. (2015). *Deflection: A Powerful Crime-Fighting Tool That Improves Community.* https://www.policechiefmagazine.org/deflection-a-powerful-crime-fighting-tool-that-improves-community-relations/

Costello, M.J., Sousa, S., Ropp, C. et al. (2020). How to Measure Addiction Recovery? Incorporating Perspectives of Individuals with Lived Experience. *International Journal of Mental Health and Addiction*, *18*, 599–612. https://doi.org/10.1007/s11469-018-9956-y

Gralapp, S., Willingham, M., Pruitt, A., Barile, J.P. (2019). *LEAD Honolulu 1-Year Evaluation*. Department of Psychology University of Hawai‘i at Mānoa. https://homelessness.hawaii.gov/wp-content/uploads/2019/10/191030-LEAD-Honolulu-Evaluation-FINAL-USE-THIS-ONE-2.pdf

Guba, E.G. (1981). Criteria for assessing the trustworthiness of naturalistic inquiries. *Educational Communication and Technology, 29*(2), 75–91. https://doi.org/10.1007/BF02766777

Hamed, K.H., Rao, A.R. (1998). A modified Mann-Kendall trend test for autoc

orrelated data. *Journal of Hydrology, 204*(1-4), 182-196. https://doi.org/10.1016/S0022-1694(97)00125-X

Heine, R.W. (1953). A Comparison of Patients' Reports on Psychotherapeutic Experience with Psychoanalytic, Nondirective and Adlerian Therapists. *American Journal of Psychotherapy, 7*(1), 16-23. https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.1953.7.1.16

Hynes, C.J. (1993). DTAP: An Alternative to Incarceration. *Journal of Law and Policy, 1*, 33-45. https://brooklynworks.brooklaw.edu/jlp/vol1/iss1/2

Hynes, C.J., Swern, A.J. (2007). *DTAP: Drug Treatment Alternative-To-Prison Sixteenth Annual Report.* https://www.prisonpolicy.org/scans/DTAP%20Sixteenth%20Annual%20Report.pdf

IACFP (2010), Standards for psychology services in jails, prisons, correctional facilities, and agencies: International Association for Correctional and Forensic Psychology (formerly American Association for Correctional Psychology). *Criminal Justice and Behavior, 37*(7), 749-808. https://doi.org/10.1177/0093854810368253

Jamin, D., Vanderplasschen, W., Sys, O. et al. (2021).“My first 48 hours out”: drug users' perspectives on challenges and strategies upon release from prison. *Harm Reduction Journal, 18*(32). https://doi.org/10.1186/s12954-021-00480-w

Labriola, M.M., Peterson, S., Taylor, J., Sobol, D., Reichert, J., Ross, J., Charlier, J., Juarez, S. (2023). *A Multi-Site Evaluation of Law Enforcement Deflection in the United States.* Santa Monica, CA: RAND Corporation. https://www.rand.org/pubs/research_reports/RRA2491-1.html

LAPPA (2021). *Law Enforcement Assisted Diversion (LEAD)*. https://legislativeanalysis.org/law-enforcement-assisted-diversion-lead/

LAPPA (2021). *Model Law Enforcement and other First Responder Deflection Act.* https://legislativeanalysis.org/wp-content/uploads/2022/03/Model-Law-Enforcement-and-Other-First-Responder-Deflection-Act-FINAL.pdf

Laudet, A.B., White, W. (2010). What are your priorities right now? Identifying service needs across recovery stages to inform service development. *Journal of Substance Abuse Treatment, 38*(1), 51-59. https://doi.org/10.1016/j.jsat.2009.06.003

LEAD Support Bureau (2020). *LEAD® - Law Enforcement Assisted Diversion: An Implementation Toolkit produced by the LEAD Support Bureau.* https://www.nj.gov/oag/njcares/pdfs/lead/LEAD-toolkit-2020.pdf

LEAD Support Bureau (2023). *CHAPTER 3: LEAD Enrollment. Community Toolkit.* https://leadbureau.org/toolkit/chapters/lead-enrollment/

Lee, C.TC., Huang, CM., Chang, LC. et al. (2020). Prison sentencing increases the risk of unemployment among illegal heroin users in Taiwan. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy, 15*, 77. https://doi.org/10.1186/s13011-020-00320-3

Lee, T. S. H., Festinger, D. S., Dugosh, K. L., Liao, W., Lin, Y. Z., Seymour, B., Yang, S. L., Wu, H. C. (2015). Translating and Validating a Chinese Version of the Risk and Needs Triage in Taiwan. *Journal of Neuroimmune Pharmacology, 10*, 38.

Lowenkamp, C.T., Latessa, E.J. (2004). Understanding the Risk Principle: How and Why Correctional Interventions Can Harm Low-Risk Offenders. *Topics in Community Corrections – 2004*, 3-8.

Marlowe, D.B., Festinger, D.S., Dugosh, K.L., Caron, A., Podkopacz M.R., Clements, N.T. (2011). Targeting Dispositions for Drug-Involved Offenders: A field Trial of the Risk and Needs Triage (RANT™). *Journal of Criminal*

Justice, 39(3), 253-260. https://doi.org/10.1016/j.jcrimjus.2011.02.008

NADCP (2004). *Defining Drug Courts: The Key Components*. Bureau of Justic e Assistance, Office of Justice Programs, U.S. Department of Justice. http s://www.ojp.gov/pdffiles1/bja/205621.pdf

NADCP (2022). *Painting the current picture: A National Report on Treatment Courts in the United States.* https://issuu.com/ndcrc/docs/pcp_nationalreport_ combined_content_2022_5_22_23_d

Neale, J., Finch, E., Marsden, J., Mitcheson, L., Rose, D., Strang, J., Tompkin s, C., Wheeler, C., & Wykes, T. (2014). How should we measure addictio n recovery? Analysis of service provider perspectives using online Delphi groups. *Drugs: Education, Prevention and Policy, 21*(4), 310-323. https://d oi.org/10.3109/09687637.2014.918089

Neale, J., Panebianco, D., Finch, E., Marsden, J., Mitcheson, L., Rose, D., … Wykes, T. (2015). Emerging consensus on measuring addiction recovery: F indings from a multi-stakeholder consultation exercise. *Drugs: Education, P revention and Policy, 23*(1), 31-40. https://doi.org/10.3109/09687637.2015.11 00587

Pepinsky, H.E. (1984). Better Living through Police Discretion. *Law and Conte mporary Problems, 47*(4), 249-267. https://doi.org/10.2307/1191692

Rauschert, C., Möckl, J., Seitz, N.N., Wilms, N., Olderbak S., Kraus, L. (202 2). Konsum psychoaktiver Substanzen in Deutschland. *Dtsch Arztebl Intern ational, 119*(31-32), 527-534.

SAMHSA (2012). *SAMHSA's working definition of recovery.* https://store.samhs a.gov/sites/default/files/pep12-recdef.pdf

The Betty Ford Institute Consensus Panel (2007). What is recovery? A workin g definition from the Betty Ford Institute. *Journal of Substance Abuse Tre*

atment, 33(3), 221-228. https://doi.org/10.1016/j.jsat.2007.06.001

The National Council for Mental Wellbeing (2021). *An Overview of Deflection and Pre-Arrest Diversion: To Prevent Opioid Overdose*. https://www.thenationalcouncil.org/wp-content/uploads/2022/02/NC_1_DPAD_Overview_Pre-ArrestDiversion.pdf

The National Council for Mental Wellbeing (2021). *Deflection and Pre-arrest Diversion: Integrating Peer Support Services.* https://www.thenationalcouncil.org/wp-content/uploads/2022/02/NC_3_DPAD_IntegratingPeerSupportServices.pdf

The National Council for Mental Wellbeing (2021). *Deflection and Pre-arrest Diversion: Applying a Harm Reduction Approach.* https://www.thenationalcouncil.org/wp-content/uploads/2022/02/NC_2_DPAD_HarmReductionApproach.pdf

The National Council for Mental Wellbeing (2021). *Experts' Roundtable Findings on Deflection and Pre-Arrest Diversion.* https://www.thenationalcouncil.org/wp-content/uploads/2022/02/NC_5_DPAD_ExpertsRoundtableFindings.pdf

附錄一　倫理審查證明（202402HS015）

國立臺灣師範大學
National Taiwan Normal University
臺北市大安區和平東路一段162號
162, Section 1, Heping E. Rd.,
Taipei City 106, Taiwan.
Tel：886-2-7749-1903

研究倫理審查核可證明書

計畫名稱：觀察勒戒及強制戒治制度檢討與興革之研究
案件編號：202402HS015
校/系/計畫主持人：國立臺灣師範大學/健康促進與衛生教育學系/李思賢教授
校/系/共同主持人：國立中正大學/犯罪防治研究所/楊士隆特聘教授
計畫書版本/日期：Version 2/ 2024-03-26
知情同意文件版本/日期：Version 2/ 2024-02-21
案件類型：微小風險審查變更案件
審查聲明：本案若有疑義，經研究倫理審查會決議，本會有權撤銷本案核可證明。
通過日期：西元2024年04月08日
有效期間：西元2024年04月08日至西元2024年12月25日止
※計畫內容若有任何修改，或增加招募人數，應申請變更審查通過後，始得實施。
※本案應於核可證明屆期前申請持續審查通過，方可繼續執行。並應於核可證明屆期後三個月內，申請結案審查。

國立臺灣師範大學研究倫理審查委員會
主任委員
潘淑滿
西元2024年04月08日

Certificate of REC Approval

Proposal Title: Review and examination of the drug rehabilitation and compulsory treatment system
REC Number: 202402HS015
University/Dept./Principal Investigator: National Taiwan Normal University/ Department of Health Promotion and Health Education/ Professor Tony Szu-Hsien Lee
University/Dept./Co-Principal Investigator: National Chung Cheng University/ Criminology/ Distinguished Professor Shu-Lung Yang
Project Version/Date: Version 2/ 2024-03-26
Informed Consent Document Version/Date: Version 2/ 2024-02-21
Type/REC Announcement: Full Board Review, Amendment
NTNUREC retains the right to revoke the approval before the final endorsement by board.
Approval Date: April 08, 2024
Effective Period: April 08, 2024 to December 25, 2024
※Amendments should be submitted to REC before implementation if there are any changes to the approved protocol, including increasing participant enrollment.
※Continuing Review Applications should be submitted to REC before the current approval expires. The final report should be submitted within 3 months after expiration.

Shu-Man Pan
Chair
Research Ethics Committee
National Taiwan Normal University
April 08, 2024

附錄二　專家焦點座談會議座談大綱

觀察勒戒及強制戒治制度檢討與興革之研究焦點會議

座談大綱

A　您對於觀察勒戒、強制戒治制度運作現況的看法。

A-1 您認為現在觀察勒戒、強制戒治制度施行上的優、缺點分別為何？

A-2 您認為現在觀察勒戒、強制戒治制度對於減少毒品施用狀況的成效如何？

A-3 以您的觀點，觀察勒戒、強制戒治制度應該達到什麼樣的成效？

B　您對於觀察勒戒、強制戒治制度成效的評估方式。

B-1 以您所知道的資訊，目前有採用哪些指標來評估觀察勒戒、強制戒治處遇的成效？

B-2 研究團隊為進行觀察勒戒、強制戒治成效的評估，擬定了幾項指標，您認為這些指標可以達成什麼樣的成效評估？

B-3 以您的觀點，您認為使用哪些指標來評估觀察勒戒、強制戒治制度的成效是更為恰當，或是可以達到更精確的評估？

C　您對於觀察勒戒、強制戒治制度檢討與改革的看法。

C-1 從觀察勒戒、強制戒治制度的優缺點出發，您認為現在的觀察勒戒、強制戒治制度是否需要有所改革？

C-2 若是，您認為需要改革的項目為何？請您依照您認為最重要或最優先的改革項目到最不重要或最不優先的改革項目依序簡單的說明。

C-3 就您所提出最重要或最優先的改革項目，您認為在改革過程最有可能遇到的困境是什麼？

附錄三　專家焦點座談會議座談各專家發言逐字稿

第一次焦點座談會議逐字稿

計畫主持人：

好喔，那我先麻煩那個，專家乙先開始

專家乙：

主持人我們最敬愛的計畫主持人、協同主持人早安大家好，還有各位與會的夥伴們大家好，日本的部分我會再重新看一下再給意見，其實計畫主持人資料已經非常完整，我只是再幫忙看一下有沒有新的，再幫各位加進去喔。觀察勒戒這個部份呢，剛剛協同主持人也有講到，我覺得它的優點最主要是採自願優先於強制，社區優先於機構，治療優先於處罰的原則，這個地方當然是很棒的。我覺得現在的問題在矯正這個地方。協同主持人在矯正機關多年的奮鬥，的確每個機關都已經有在做這些毒品科學實證計畫。但是我們現在在實務上我們有發現說，在不同的矯正機構會有不同的辦理業務的情形，像監獄的臨床心理師，他沒有從事心理治療的業務，反而是做比較行政的這樣的一個情況。這是我的想法。

特別是剛剛回應一下協同主持人的想法，大概在兩個禮拜前我參與法務部的一個會議，那個會議當中有講到少年。我跟各位老師報告一下，我們之前有提議說少年毒品觀察勒戒這個要移出來，因為矯正署也非常願意，我們就很努力在那邊想辦法移出來，結果呢衛生福利部那邊的講法是，我們少年人數只有五人，還是留下來好。但是少年本來就不應該在矯正機構裡頭做觀察勒戒，這是我個人覺得比較嚴重的問題，我們仍希望少年不是在觀護所內進行觀察勒戒。這是我希望計畫主持人跟協同主持人發揮你們在業務的專長協助一下我們，少年的部分實在是不應該在矯正機關裡面做觀察勒戒，這是完全違反這樣的原則，即使只有五床。那我們那時候就是在講，是不是把他移到所謂的醫院的兒童病房比較好。也就是觀察勒戒本來在少年的部分就不

應該在矯正機構，現在又把它放在矯正機構，這是一個很大的問題，也是目前我認為的一個，需要各位來協助的部分，以上報告。

計畫主持人：

好喔，謝謝慈幸老師，我們是不是先請馬主任？

專家甲：

我回來了。

計畫主持人：

要麻煩你了。

專家甲：

所以我現在是從第一題開始嗎？還是全部一起講？

計畫主持人：

也可以全部一起講，因為你還要趕回去。

專家甲：

對對對。

計畫主持人：

太好了。後面有關於德國法的一些比較細緻的，可能後面我再請研究助理跟你聯絡，再幫我們校對一下，我們有一些德國法，因為德文我們真的看不懂，謝謝。

專家甲：

不客氣。有關觀察勒戒、強制勒戒的問題，我按照題號，這樣子你們比較好做分析。

那第一個是說，對於這個現在的觀察勒戒、強制勒戒實質上的優缺點，那我認為這個觀察勒戒現在目前，在本質上當然符合現在我們的趨勢，尤其是德國法講得以治療代替處罰，所以在這個目的上，觀察勒戒來看它是走向治療優先這個角度是非常肯定的，但它的缺點當然還不少嘛，第一個它還是脫離不了機構式的這種處遇，因為人還是要關在那裡，然後從你們的報告發

現，當然在觀察勒戒來看，大部分還是屬於一般的輔導和法治宣導。那大部分人可能在觀察勒戒的時間也蠻短的，可能也只有半年就出去了，那所以呢，我們最近也在做緩起訴的戒癮啦，那就會變成說很多毒品的成癮者，他就寧願選擇觀察勒戒而不去做緩起訴的戒癮治療，就等於是把一部分人都吸到那裡去了，就是說基本上，現在目前觀察看來，緩起訴的戒癮治療可能比較細緻啦，它也是比較屬於現在趨勢走社區性的這種治療，就是社區矯治，那是也符合現在目前德國法上的趨勢。

那所以呢，我認為這個缺點上，整體來看觀察勒戒除了機構式的問題，然後他的處遇模式也有很大的問題，那他沒有比較走向心理上戒癮，還有這種醫療、醫療端的這種處遇啦，那就會造成說他還是脫離不了監、監獄上監禁的色彩。那更重要的是說，在觀察勒戒可能會有像，三、四級的毒品來講，在講習上會有大家交換情資，就是說我們去那邊只有短短的，可能只有半年，然後或許就可以拿到更多的哪邊、相關的毒品購買情資，就是說，他戒治的效果不彰以外，又認識很多新朋友，一起吸毒的朋友，這肯定也會有這種狀況嘛，所以第一題的回應是這樣。

那第二題的話，觀察、現在觀察勒戒制度對減少毒品的狀況成效為何？那以現在來看，因為大法庭的這個裁定之後，當然大量的就造成勒戒所的人口爆滿了，那我個人、觀察可能也是蠻悲觀的，大家可能就是沒有，就是、可能就是像，最近我發現一個現狀，因為現在大麻越來越多，過去來

講，這些網紅被抓到，可能都會道歉、開記者會，可是現在不一樣了，他們不覺得大麻是有問題的，那反而他們都教民眾說，被警方查獲你就承認有吸毒，那也就是說現在造成的狀況就是，觀察勒戒變成這些網紅的保命符，也就是說他們覺得，他們就承認有吸毒，也不會承認其他的罪名，因為很快的就直接是觀察勒戒，也不會被檢察官起訴。所以現在觀察勒戒，我發現最近又變成網紅在網路上，因為我都有聽 podcast，他們就在宣導說，反正你就承認，頂多觀察勒戒辦你就出來，這就變成一個法律漏洞，這個是我

發現現在的狀況啦，主管機關可能要注意。

那這個要達到什麼樣的成效呢？那當然我覺得最主要還是回到德國法的觀點，還是要以醫療為主啦，就是說如果今天觀察勒戒它是一個半套式的，就雖然他強調先給他治療，但是實際上還是把人家關在裡頭，那我有時候經過，他們唱唱卡拉 OK 就可以結束，雖然有三個不同的時期，就是說感覺就有點像夏令營，就是說，只具備一定的形式啦，那未來是不是可以像德國法一樣自己去找門診，就是精神科醫師，這個就這個戒毒來看，基本上是多管齊下啦，可能會有心理諮商、一般的心理醫師，還要有精神科醫師。那就德國法來看他就是自己找醫生，然後你就可以提早出獄，就是 2 年以下有期徒刑。所以未來觀察勒戒是不是可以走向跟一般的診所合作，當然這個前提要提高量能，就是說目前來看，我們應該期許這些勒戒所能夠轉型，當然現在勒戒所都屬於法務部，還要衛福部的支援。那如果假設勒戒所還是主管機關還是法務部，強調監禁色彩，那基本上就跟一般監禁的處遇、監所裡的毒品處遇的成效都差不多，那可能成效就會比較差，那未來是不是可以轉型成醫療院所，這是我比較期待的。

那接下來到第二題就是對觀察勒戒、強制勒戒的成效評估的方式，就我所知道資訊有哪些指標來評估觀察勒戒、強制勒戒的成效。那其實我在報告上看起來好像寫的不是很多，就是評估的指標，然後只看到一個流程圖，所以、所以呢，我是覺得目前看起來，觀察勒戒評估指標就是看他沒

有毒品反應，然後一般來講很多人就關了半年就出來了，那所以呢評估指標現在目前看來是不是可以強化，就是，第一個啦就是我們沒有分級，就是有些可能是好奇誤用的，就是新興毒品，他可能參雜一、二、三、四級毒品，那這些只是因為好奇或者是初犯，他根本都沒有成癮的狀況和可能，就是說現在目前觀察勒戒可能還是要做一些分級，那分級之後，那就對成癮性比較高的還要再去做其他，呃心理成癮的評估，現在評估好像只有，比較用強化驗尿的方式，那可能沒有辦法去評估他心理上有沒有辦法去強化未來抗

拒毒品的這個、這種知能，這個可能要去強化。

那第二題，B-2 這第二題講到研究團隊為了進行觀察勒戒、強制，呃，戒治的成效評估擬定了幾個指標，你認為這些指標可以達成什麼樣的成效評估。那這個、這個我就不知道怎麼回答，因為我沒有看到這次團隊有做什麼很具體的那個，評估的指標，所以我這一題就先跳過。那第三題就是說認為哪些指標可以達到成效是更為適當的，或是更精準的評估。那我認為、我是學法律，我覺得研究團隊你們應該是有一些量表可以去做評估，那可能還要再更實證的去做、做、做訪談，去做符合我們國內的評估指標，這樣子可能會比較精確。

那就革新，第三個講到檢討和改革的看法，那目前、從目前的優缺點來看，現在有沒有制度需要改革，那就如同第一題所問的，當然現在目前看來，好像這個缺點是比較多，那主要還是說他的監禁色彩，那剛才沒有提到就是說，現在目前做，不管是觀察勒戒或是緩起訴治療，好像他們還要自費，就是說就這個觀點來看，如果這個要求受勒戒的這個他要自己出這筆錢，可能也會降低他的、他從事醫療處理的可能。當然我們不像德國那麼有錢，德國是二選一，就是說如果你今天要接受治療，那你就不用監禁，可是這治療費用是國家出。可是在德國的稅收那麼高的情況之下，當然可以cover，在我們現在稅收那麼低的狀況下，是不是可以要求所有治療費用由政府來出錢，這個也要去做考量。那當然觀察勒戒有一個比較好的

優點就是它有強制力，那所以從這個角度來看，呃，應該要善用觀察勒戒的強制力去讓它去做更有效率的治療，這是我給 C-1 的這個建議。

那你認為需要改革的項目為何、照你認為最優先的改革項目到最不重要最不優先的項目做簡單說明，當然我認為現在最重要的改革項目還是要強化它的這種真正的這種醫療的處遇啦，那而不是做比較形式上的，呃，簡單的驗尿或是簡單的流程就讓它出去了。那現在大法庭的見解是簡單用三年為限來把它分類到底要不要監禁，這個我覺得有蠻粗糙的，我覺得最主要要改革

有幾個方向啦，我覺得我們應該要強調除了治療以外，是對於出去的監控，你看我們現在那麼多隨機殺人或中捷這個事件，那在德國法上他除了給他治療以外，他有另外一個制度叫行為監督，就是說我們對於這種毒品成癮者的出去的銜接工作，欠缺一個強有力的監控，也就是說在德國法它不管會找觀護人或警察，對於他每天的行蹤去做一些很有這個，強化力、非常強、強力的一種監督機制，那所以在這種情況之下，就會降低他有可能因為毒品造成的其他的暴力犯罪行為，那我覺得這個是一個非常必要去做的一種監控，放在保安處分叫行為監督。那這個其實我們現在目前，從病犯走向、未來走向病人這種定位，那過程中可能會忽略了這種監控力道的強化。所以我覺得現在目前最重要的革新，除了要持續的深化醫療的力道，另外一方面要加新的監控機制，那才能減低在過程中相關的民怨，或者是可能衍生出的這種暴力犯罪。我就簡單這樣說明可以嗎計畫主持人？其他可以用書面補充。

計畫主持人：

好喔，非常謝謝專家甲。

專家丙：

老師好，謝謝計畫主持人、謝謝協同主持人、謝謝專家丙，那我就簡單先整體做回應，我就不像專家甲那樣一題一題回覆喔。

我就從英、美國法的部分的文獻的，跟這個討論，因為美國法在這個報告的內容，主要是強調在這個繞移制度，繞移制度跟我們現在的觀察勒戒、強制勒戒有一點差異是，它更著重是在自願性跟它可能很多時候是不一定需要一定要監禁的，就人身自由這個部分，那事實上剛剛這個楊協同主持人跟那個專家甲都有提到一些，我覺得蠻相似的點，包含這個是不是，如果要採取這種美國的繞移制度裡面讓更鼓勵這些施用毒品的人可以回到社區，然後有點像是分散到各個社區內，回到不一樣的模式、體系下，然後慢慢回歸社會，那就需要有這個，我覺得像這個專家甲剛剛提到可能需要分級啦，那這個分級也牽涉到怎麼樣的情況下可以進入、什麼樣的情況下不適合進入，那

我這邊在看的話是看我們的毒危條例的 21 條的第一項、第二項，事實上有這方面的規範啦，只是，這個就是你需要在犯罪未發覺前，你要自己主動去，就有一點點類似這個、這個制度的模式。那也同項、這個 21 條同條第二項也規定，那如果你在治療中才經查獲的話，那這個檢察官就應給你這個不起訴。那這個當然這個法條規定上是這個以一次為限啦，但我覺得實務上，這個因為我沒有查過，實務上感覺即便第二次，呃，進入這個情況下，檢察官個案還是有得裁量的空間，所以我覺得這個問題應該也不大。所以我覺得第一個的確是像這個報告內容說到，需要有相關的評估機制，然後怎麼樣確認相關的，那以及第二塊是剛剛協同主持人有特別提到，就像最近的一些案例，那這個有相關的，應該說在治療人跑出來的社會，然後造成社會危害。所以未來如果要更落實這種採取美國的繞移制度，然後更落實回到社區，或者是像專家甲說到可能是一些戒毒 clinic 這種地方，那相關的跨領、跨機構的通報或者是監督，或者是確認。因為如果以美國的這個繞移制度方式來講，他更著重的除了醫療很重要，他也希

望社福或者是其他的安全的一起合作，那這個跨、以這種對跨部門的時候，就往往就會有溝通不良，所以這個可能是如果要參考美國部分要再多加注意。

那第二個是，離開後，剛剛專家甲有提到就是，尤其是剛剛這個報告的時候也有說到一年的部分。因為一年， 我在看報告的內容，我沒有辦法特別的從現有既存的報告內容或者是文獻看到，一年的強制法規的限制是絕對不夠的，我看到比較偏向提出這個疑問。如果研究團隊這邊覺得一年的這個法律規範是一定，可能過於不恰當喔，因為我個人覺得強制的一年不代表後續不能，因為畢竟這一年是這個絕對監禁嘛，那這個它不一定適合再開放成無上限，因為這個一直以來都是爭議啦，那如果真的要證明這一年這個，可能過、過於僵化、不夠彈性，我覺得可能需要一點點相關的實證，證明這一年可能過快、可能過於讓大家、讓這些相關的人沒有獲得相關的治療後就放出

去。那不然，我是覺得一年可以搭配後續的，比如說專家甲有提到的可能後面的追蹤啊、後面的相關的機制啊，這個有點像是觀護人那種模式啦，但那也不一定要叫觀護人，對。

那最後的部分就是因為美國法的這個，至少比較這一塊是比較偏向這個自願參加的刑事模式，那如果回到另外一塊，那如果美國的是跟我們這一塊相似的是這種強制監禁模式的部分，在法治通常都只要注意一個點啦，就是如果要把強制拘禁在某個地方的這個治療，通常就只要注意有沒有符合正當法律程序，比如說每半年或每幾個月可能要 review 一次，有一個類似送到法院的這個評估報告，或者是每一年、可能一年或兩年可能需要這個提審一次，或者是這個可能相關的規範上需要有這個，呃，可以隨時抽檢。但我看相關的法律，在目前的這個，是有一個什麼觀察勒戒處分執行法，是有類似的這個規範啦，這個所以應該，這個如果要參照的話，是有相關的法律是可以參照這個比較的，那我就是先這個初步補充到這邊，那這個後續如果有什麼需要，我會再跟研究助理討論，然後也會用文字補充，

這樣，謝謝研究團隊。

計畫主持人：

好，我這個也謝謝專家丙的說明。

那我剛剛聽起來也是有，有一些地方，其實好像我們還適合再把它稍微做一些調整跟檢視啦，那、那個部分研究助理將來也會再把它寫成逐字稿，然後還有我們那個報告裡面有關美國的制度，那再請那個專家丙幫我們看過，然後看有沒有哪一些地方需要調整這樣。那接下來的時間，我先請看研究助理有沒有哪些東西想要先回覆。好，那我先說一下，我想要再多了解一點比如說那個，像那個美國，我知道是單純的施用者還是運輸販賣，其實都是很嚴重的罪，那像那個，我看起來，因為我請研究助理找，好像沒有找到特別他們怎麼去進行刑事判決的刑期，專家丙這邊知道嗎？

專家丙：

研究團隊指的是這些施用毒品犯罪的刑期嗎？我可以幫忙找，我大概知道怎麼找，我知道、我知道，我可以找得到，但我現在沒有背起來，我可以找。可以可以，我等一下再問研究助理他詳細需要哪一些，我這可以提供。

計畫主持人：

對對對，好喔。然後再來那個，第二個是我想請專家乙跟專家丙，當然也包括那個我們協同主持人，因為我們在思考這個指標的時候，比如說那個觀察勒戒跟強制戒治制度，那我們在做的時候，現在當然知道是以這個先治療後刑法為主，那可是在這個過程當中，大概會有幾個不同的取向，那第一個很重要的取向，也是這一次那個研究助理在撰寫這個報告的時候，比較著重在以人權為基礎，就是說考量到那個個人的需求，然後怎麼樣協助他去處理他的問題，以人權為需求。那第二個我們在這裡列到的還有一些其他的指標，比如說包括他的人際關係、穩定的工作、經濟等等，其實是比較從減害的需求，就是說如果、如果我們幫他做了這樣子觀察勒戒跟戒治以後，那除了他再犯以外，可能會思考說他要怎麼樣回到他原來的生活，那可能會先從他比較缺的東西來做一些減害的處理。那第三個其實就是以這個再犯為基礎的這種思考，那這三種思考，當然就是請幾位專家再提供一些意見。

因為其實現在的這三種思考在臺灣的政府部門，主要、最主要其實還是會以再犯率為第一優先啦，然後再來其實才會以減害為第二個考量，那可能完全以個案的人權去進行考量這個制度喔，像剛剛那個協同主持人其實有提到，我們不管在專業人力上、在各種資源配置跟設施上，恐怕、恐怕是所有的司法單位跟醫療單位都沒有辦法很快地完成這樣的建置跟協助。所以在這三個上面，我想再聽聽大家的意見。大家會比較想要，比如說我們在最後寫這個報告，會以這個人權為重要的未來的理想的方向，還是是比如說我們現在應該務實一點先做減害，還是是說我們現在其實還是回到這個毒品危害防治條例上面，還是以這個再犯為基礎下面，去做這個觀察勒戒跟戒治制度的討論跟改革。哇，那就麻煩專家丙先了。

專家丙：

好，我覺得研究團隊講的事實上蠻正確的就是，的確啦，因為毒危或者是刑罰很多都是以再犯基礎的考量來做主要的基礎，可是就如同研究團隊跟幾位老師都有提到，現在都已經偏向就是，希望把他們以先從治療來看。所以我自己也是會蠻贊成，可能可以先著重減害。因為人權這一塊，老實說，就現況下的我們的要求，我們只能最簡單，就是最基礎達到它至少有一定的正當法律程序，我覺得就足夠了，就是該給他提審，該給他 review，該給他確保，該在他，比如說在監禁機關遇到什麼情況下，讓他有一個管道，他真的受到不當的對待，有一個管道可以申訴，就是基、我覺得這一塊這個是好處理的啦，那後續的像相關的社會資源、社福資源，或者是他的需求，甚至他的住、有沒有地方給他住，老實說，這都需要更大的挑戰，所以如果我們可以回到，我覺得整篇討論的核心也都是從、蠻從減害為出發。

那當然減害我們就是為重的話，那再犯這部分的回應可能就是可以補一些，比如說，呃，跨機關的溝通，這個如果有一些個案得到，比如說以美國法的模式，就是採回到社區的某一個 clinic 去就醫的時候，他可能是不是可以某一些時段，可能就是 for 特別的，那這些時段可能就要有一些熱線啊，或者是有一些通報啊，或者是這些機構是不是都一定要有相關的監視器啊，我覺得也是可以回應大家對安全感的這一塊，那可能就是跨、跨機構或跨部門的一些相關的溝通跟安全的避免，是可以回應的，但我蠻贊同可以事先從減害這邊出發，對，這樣子。

計畫主持人：

謝謝專家丙，我最後請專家乙再做最後的意見。

專家乙：

各位老師好，我這邊完全同意專家丙這邊的見解，真的非常的不錯。因為我是法律專長，我覺得目前所做的東西完全是按照法律而且依法的原則，就比較沒有太多人權上的問題，所以我們這邊過度再去執著人權的問題，變

得很奇怪。我們真正要去看一下我們目前的東西是不是符合我們的研究、未來我們的施政的指標。那我個人覺得那個初步建議再犯以外的指標裡面，我覺得那個臨床症狀跟個人傾向這個部分，可以比較凸顯一點點，因為我們既然是著重在治療的部分，所以臨床症狀跟個人傾向的部分，就我個人是覺得還比較重要一點，因為這邊有健康管理，我有看一下那個內容，健康管理這邊好像不是太凸顯這個部分。那我看到很多國外的期刊裡面都有講到一些評估工具的問題，這邊我覺得可以適度再增加一下。以上報告，謝謝。

計畫主持人：

好喔，謝謝專家乙。好，那個我覺得剛剛大家的建議都非常的完整也非常的全面。那看看研究助理這邊最後還有沒有什麼希望各位專家給的回應？

計畫助理：

各位專家好，我具體說明一下我們的指標相關的一些討論的，我自己會希望可以被討論到的點是，因為我們的研究上，我自己在跟計畫主持人討論的時候，會想要知道說，我們如何去評估，或是我們如何有一個參照點去觀看目前觀察勒戒，或是未來我們要給予觀察勒戒、強制戒治制度的成效一個評價的時候，我們可以具體著眼在哪些點上。那也算是，我們目前列的這四項指標，除了是我們看一些國際研究、一些文獻研究上是跟個人從成癮中復元有關的重要事項之外，其實也是跟我們能取得的資料類型會有關的。就是如果我們從，呃，如果撇除從個人訪談或個人問卷中取得的資訊，而是從官方可以蒐集到的一些數據資料來看的話，大概我們能夠去，就是所有人都可以通過官方資料去取得的資訊，用的評估指標大概就是我們列出來的他的住家狀況，他的健康狀況，他的家庭婚姻狀況跟他的工作狀況。所以當我們在列這四個指標的時候是希望說，他能不能夠變成是一個我們從官方固定會蒐集的數據裡面，用來協助我們觀察說，觀察勒戒制度他對於一個人的成癮改善狀況到底有沒有幫助、有沒有成效這樣子的工具。因為各位專家的回應中，比較主要會著重討論、提供的意見會是指標的方向，可能是先以減害為

最主要優先，但對我來講，它會沒有辦法幫助我去進一步理解說那這些指標，如果我要使用這些指標來觀察觀察勒戒跟強制戒治制度的成效上，它到底有沒有效果，或它是不是一個適合用來作為觀察的依據？

計畫主持人：

好喔，那謝謝助理剛剛再補充。可能看專家們覺得有沒有辦法再做一些回應，比如說觀察勒戒跟戒治制度，現在助理的想法是說，我們目前依照政府的那個政策的話，應該要建立哪一些指標來評估它的那個效果。不過就，就我們、我自己的那個過去的經驗是，其實那個能夠作為這些效果的那些資料其實蠻少的啦，現在政府有的資料蠻少的啦。像那個協同主持人做最多啦，那協同主持人有沒有什麼建議？

協同主持人：

這樣喔，那個，我是做過大約有八到十個指標可以用啦，成癮程度啦，我想一下喔，那個我再提供喔，那個之前有做過那個成癮戒治指標的研究，有沒有治癒啦，它的在期間留置率啊等等喔，那但是它是機構內部嘛，內部裡面有沒有 good life model 啊，是不是比較正向思考啊，還有很多指標是可以用的，好，我大概簡單這樣回應。

計畫主持人：

謝謝，謝謝。

協同主持人：

有沒有就業啊，這邊已經有了。

計畫主持人：

好，謝謝。那看看專家乙跟專家丙有沒有要再給助理最後的回應。

專家丙：

我這邊也會去看一下那個日本的那個民間跟那個互助的有沒有一些指標，因為好像跟我們差不多，那個研究上都已經有了，目前看到的是這樣，然後我如果看到新的我會再提供，謝謝。

專家乙：

我這邊也會去看一下那個日本的那個民間跟那個互助的有沒有一些指標，因為好像跟我們差不多，那個研究上都已經有了，目前看到的是這樣，然後我如果看到新的我會再提供，謝謝。

計畫主持人：

好喔，因為我知道那個，在日本其實他們後來的更生保護會跟各種社區的協助，其實是非常的活躍跟非常的，網絡上的建置非常的完整。這真的比台灣好太多了。

專家乙：

對、對，他們都是這樣子的。

計畫主持人：

在美國其實也非常努力在建置那個 community based 的各種的資源跟介入的方法，那在台灣其實我比較擔心的是說，我們想要把觀察勒戒、戒治讓他們離開了以後到社區的，我覺得除了行為監督以外，我們在很多這些社區的資源佈建，還有更生的體系我覺得都非常的被動，好像一直都沒有辦法去、去做比如說像我們剛剛提到的日本的那個樣子。所以我不知道像這兩點各位專家有沒有什麼建議？比如說我們可以從後端的這些，我們可以做什麼？先提一些建議，不是單純觀察勒戒跟戒治制度嘛，因為他們不敢放的原因，現在有很多的原因是因為社區承受不了。那我們有沒有辦法提什麼建議，讓政府開始願意把資源跟佈建放在這一塊？

專家丙：

我這邊想像的，但我不知道台灣有沒有這樣子可能的方式，是我們有沒有可能跟，比如說因為美國的很多做法都是可以直接跟教會，或者是當地的一些，一些這種基金會嗎？美國好多這種東西喔。就是可能就是一個在一條路上就會有一間獨立的 house，然後就有點像是一個基金會，或者是美國很多地方都會有當地的教會。那他們就可以去比如說，就像不是台灣很多教會

都會有什麼周日英文團契嗎？就會吸引。那他們，但這個就前提就是可能就需要研究團隊這邊要有專業的訓練啊，但我覺得他們是有這個 base 的，有這個空間，有這個人力，甚至他們也想做什麼，只是有沒有可能去發展這一塊，我覺得可以思考看看，我自己想像我在美國看到的模式，蠻常在路上就看到一個 house，那個 house 就會有一些這種，外面會貼海報，他們就可能，甚至我也知道有一些那種僑胞，就是台僑或者是，他們自己在美國有一些當地的，可能法鼓山或者是佛光山，他們就會有一些那種，每週集的聚會，然後可能就會開放給當地的弱勢，當然是不是一定跟毒品有關就可能要再確認，但他們就會給、跟弱勢一些合作，或者是給弱勢來這邊，聽聽、打打坐、吃吃東西，然後互動互動。我覺得就是可能這個可以思考一下，這是我的看法。

計畫主持人：

對、對，這個其實就是美國的 AA 制度跟 NA 制度，就他們很多支持團體就在這些地方，在這運作。那個專家乙也跟我們講講日本的，因為我覺得我們跟他們文化很像，可是我們好像在這裡一直沒辦法跟他們做得一樣好，我不知道為什麼。

專家乙：

應該是說，剛剛專家丙在講的時候，我就回憶我以前居住的地方，他們是有一個區域的居民活動中心，日本人跟美國人有點不太一樣是他的宗教是非常多元，所以他們比較沒有辦法像美國人一樣從教會那邊集結資源以及進行各種推廣，專家丙這邊講的很有趣，美國完全可以由教會這邊來做。在日本是以社區為主，例如說像以前我們的居民活動中心，他提供很多資源，就跟專家丙講的教會的功能很像，從前的話我就負責規廣毒品防治的工作，民眾可以在禮拜天到那邊參與活動順便拿一些簡單的蔬菜。其他就是我們台灣有一些民間的團體，像我曾經擔任理事長的嘉義愛家反暴力協會，他們就有做一些藥癮者的家庭成員計畫，跟日本做的事情很像。那就是，我們都集中

在禮拜六、禮拜天有辦一些活動，結合一些宗教團體發放物資，藥癮者就會過來參與，除了物資，有時候帶他們去火鍋店吃一下飯，逐漸的他們就開始對這個團體有一種歸屬感，我們不僅只有服務他的藥癮本人，還有服務他的家庭，然後還幫他們找資源。我覺得我們台灣的民間團體這個地方喔，都各自做各自的，如果可以的話大家先把他連接起來，然後連接起來之後做一個網絡，譬如說計畫主持人可以做一個網絡，然後他們上網就可以看到這些資源。那個就很像專家丙剛剛講的教會的那種活動。那這個東西我們先做這個，把資源把他統合變成一個網絡，然後之後計畫主持人再發揮您在中央的力量，那官方再來給予各種宣導跟資源，這樣我覺得就可以了，以上報告，謝謝。

第二次焦點座談會議逐字稿

計畫主持人：

第一輪先針對 A 這個主題，請各位給我們一些意見。

專家丁：

不好意思遲到了，先跟大家道歉。我先，在提我的想法之前，可不可以再更確認一些訊息的內容？第一個是，看起來德國的做法是比較像是，不再管施用了，他們只有對持有，就是施用跟持有把它當作同一回事，是這樣的意思嗎？然後他們提供的就是，比較治療協助的概念，就比較少法律上面的外在社會控制的層面，是不是這樣？我先確認一下。

計畫主持人：

研究助理這個部分你幫忙。

專家丁：

喔研究助理你標的非常好，真的很佩服你。

研究助理：

我這邊說明一下是，德國法他們，我看到的文獻書籍上面是直接寫說，德國基於自傷不罰的原則，所以他們是完全不處罰施用刑為，因為施用毒品的話其實就只是用藥物對自己的身體機能造成傷害，那在德國基本法的概念上，這件事情是完全不處罰的。所以德國的毒品處、德國的毒品法規規範都是施用以外，像是持有的，或是轉讓的或是販賣。那德國的處罰的話，他其實不限定是因、那麼聚焦說是因為毒品相關的行為，譬如說不是只有持有毒品受處罰才會有這個戒癮治療的進入，它比較像是跟美國的機制很像，它是因毒品犯罪或是毒品相關連犯罪的情況，它都會把它納進。我舉個例子說明.....

專家丁：

你幫我放到你各國整理的那一張，整理得非常好的那一張，這是我們的教科書，對，好。抱歉這樣我比較能夠理解，謝謝。

研究助理：

...好，因為、因為他的法規範是說，如果他有施用毒品的習性，就是有到成癮的狀況，然後因此有高犯罪風險的話，他可以去做、法院或檢察官可以去做後續的處遇。那他所處理的就有點像是說，我因為成癮的關係，所以我犯了竊盜罪，那我受的這個竊盜罪他是兩年以下有期徒刑的宣告的時候，就很限定要兩年以下有期徒刑這樣的一個宣告，他才可以有後續說法院給你禁戒處分，或者是檢察官給你這樣一個暫緩執行的處分。

專家丁：

那這個在法律上是不是要先去認定是確定有成癮而犯罪的？就是那個因跟果要在法律上先確認有這個事實存在現在才會進入後面所謂的強制戒治跟後續的一些協助，是這樣吧。就是他們要去法律、要怎麼界定有這因果，這個通常我覺得就蠻複雜的。不過這樣比較清楚就是德國他們對於施用者，而且是因為施用、使用這個成癮物質而犯罪，才做外在社會控制的處理。

計畫主持人：

對，就是他基本上是使用這些成癮物質本身算是自傷行為...

專家丁：

自傷行為。

計畫主持人：

...自我傷害他們是不予處罰的。但是如果因為使用成癮的物質而相同的同時出現，比如說他需要金錢而產生的，比如說財產犯罪，那些罪他本身還是犯罪。但如果犯的是類似像這種財產犯罪的輕罪，低於兩年以下，那他們就會給予他這個強制禁戒或者是緩起訴的這樣的可能性。那這中間如果是不到兩年，他同時可以允許行為人本身提出這個戒治計畫。他不是由別人幫他制定，他認為他自己的需求是什麼...

專家丁：

自己也可以提出？

計畫主持人：

對他可以自己提出，然後經由認可後去做這樣的執行。研究助理我這樣解釋對嗎？

專家丁：

所以德國的、德國只有幾個會強制外在社會控制，就是司法處遇的就是，包括持有、販賣、轉讓跟製造。OK，那對施用的部分，剛才李教授說得很清楚，就是因為自我傷害的行為，所以他們覺得那已經傷害了，就像疾病本身就要做一些非、司法外的治療，司法之外的治療這樣子。OK，那我懂了。那日本看起來就是比較嚴格，他持有施用都是要做蠻長久的處罰。

計畫主持人：

對，日本對於那個施用至少都是 5 年，很重，5 年、10 年這樣子去考慮，其實非常的重。

研究助理：

那個我補充說明一下，是日本的話，他的處罰有沒有給予持有，可能還是要具體看他的那一部法規的規定。因為其實像施用行為這件事情好了，施用安非他命、施用大麻跟施用海洛因，在它們個別法規的規定內，它的定義性質是不太一樣。像是用鴉片的話，它就比較專對，好像是要用吸食的那個施用它才有罰，這是一個。然後另外一個是日本的話，它跟我們的定刑方式不太一樣。像我們、我國的話，施用一級毒品，它有一個最低刑是六個月以上的有期徒刑，但日本的規範它是全部都是設上限，譬如說安非他命它是十年以下懲役，那也就是說它最低最低是可以低到一個月。我判決你一個月懲役到我判決你十年懲役，這個區間都是可以的。

專家丁：

對，二級毒品在台灣也是以下沒有以上，唯一像有以上的就只有一級毒品。對吧？

研究助理：

對的。

專家丁：

對，因為當時認為一級毒品不能用短刑期來處理，過去短刑期的定義，我記得是六個月，所以唯一有例外的就是一級毒品一定要有一個以上，不然大部分都是以下。是的，好，假設是這樣，那這樣子我比較清楚了。那其實美國的毒品法庭之外有好多的方式，好像研究助理這邊也來不及整理嘛，我們現在只看到您在 slide 上秀的就是毒品法庭的做法，就是 involved 法庭進來的做法。

計畫主持人：

這個我可以幫忙做一些說明。毒品法庭可能大家比較熟悉聽到了，也知道它的運作，因為檢察官闡述很多啦，我就不再多說。第二個那個 DTAP 它其實是一個檢察官的緩起訴制度，跟我們現在台灣在執行的蠻類似的，他是由檢察官來決定是不是要給他提早進行緩起訴，那緩起訴的附命戒癮治療應該怎麼辦理，那第三個 LEAD，他其實是剛剛那個研究助理講到的再往前，他再往前的原因是因為在美國的警察，他們會有司法警察的權利，所以他們可以把那個，讓他們去處理的這個階段再往前移，挪到警察我在地方上我直接抓到的時候，我警察就可以直接把他轉到比如說醫療戒治處所，或者是直接轉到那個 community based 的這種介入方案，我不需要經過檢察官同意或不同意，我警察就有這個權力，但是這個權力在台灣的警察是沒有的，我們是由檢察官統一指揮辦案，我們警察是沒有這個權力，但美國的警察是有的。

專家丁：

好的，好，那我的問題差不多，那個不知道其他老師有沒有什麼問題，不然我們就，對。

計畫主持人：

可以來討論一下。

專家丁：

我想問研究助理，你目前有現成的答案嗎？比如說優點跟缺點。因為我真的想不到什麼優點。就是、優點就是，我想到大部分都是缺點，所以我不知道

現成，我知道司法界他們有做一些優點缺點的分析。優點的意思就是說他要比，優點就有所謂的比較對象，在研究上面也有比較對象，就是我 compare to 哪個 controlled group，然後我覺得我的優點是什麼。那 compare to 的 controlled group、controlled group 就不知道怎麼選。比如說在不介入的狀況之下有沒有、在完全不介入的狀況之下，入監服刑有沒有好處？那個，我不知道司法體系有沒有提供這個資料。

如果是一個優點的話，他優點是在於他在犯罪率的下降嗎？還是是什麼？因為，對，我想到就是缺點喔，舉例而言，我自己想到的缺點是，在社會功能的角色上一定是斷裂的，我因為使用毒品，我必須進去監所，不管是觀察勒戒或是強制戒治，那我一定要中斷我的家庭服務、我家庭照護功能、我的工作一定是斷裂的，這是我想到的缺點，這是很重要的。喔，這樣想起來有個優點就是，有些個案停不下來，他們 compulsive use 非常的嚴重，他有一段時間是強迫中斷，這個優點我覺得很不賴，就是強迫中斷，讓他們進入一個 drug-free state，就是沒有用藥階段，讓他們可以有機會重新開始，那這個部分我覺得可能就是好的優點。他只有針對那些完全無法自行中斷的人，這個我覺得還蠻不賴的，有些個案的確是這樣。

那缺點除了剛剛有提到的社會角色功能的中斷，第二個，這個在觀察勒戒跟強制戒治，就像研究助理剛剛提到的，在這個處所裡頭如果沒有提供很好的後端的銜接，比如說你剛剛提到的日本的銜接，我覺得就進去待一個旅社，這個旅社很髒亂，很、很……髒亂就是跟自己住的地方比較起來要髒亂喔，就是待一個旅社，然後沒有毒的、無毒的環境這樣子。然後很快出去之後，回到自己的原來的 environment，那個 environment 到處都是線索的存在，又容易再犯。所以如果沒有後端大力的這個，出所後的銜接，或出所前的銜接沒有做得很好的話，事實上我覺得關一關效果，在短時間內應該可以看到不錯的下降，可是長時間的資料，我看起來好像沒有、沒有感覺到有比較 solid 的科學研究顯示，這個關一關會帶來比較好的下降，就是好處。所以這是缺點，缺點的意思就是

說如果沒有好的出所前的銜接我覺得也沒有用。

當然缺點還有別的，包括我們之前常講的人道主義者，在監所內是不是有得到適當的對待，或者是婦女同胞們在入所的時候是不是有適當的對待，我覺得這是一個部分。那如果過程來講的話，成癮的、如果已經到成癮的個案，他們所需要的絕對是長期的照護體系，這長期的照護體系很難只是短短的三個禮拜、六個禮拜，三個月、六個月就可以提供了，長程照護體系比較像是什麼網、什麼網，不管什麼網的概念，讓他們被照顧，我覺得在監所裡頭也沒有辦法提出這樣短期的這個監所照顧，也沒有辦法對長期的照護體系有一個很好的那個交代。所以看起來優點就是對於 compulsive user，這個強迫使用者可以短暫的中斷，我覺得這個是我想到的優點。好，以上報告。

計畫主持人：

好，先謝謝專家丁。是不是也請專家戊。

專家戊：

好，謝謝。我想剛剛專家丁都已經有講了不少啦。然後我從、我們其實有、有從一些實務上面看到一些狀況。其實在訪談過程裡面，其實也有一些個案談到說，他們其實、確實也有一些個案我們在做緩起訴的時候，他們也說其實，在社區很難去戒癮、去戒治啦，那還不如去裡面關關甚至完全斷絕，但那是他們自己講的。但是其實後來我們在做緩起訴的時候確實有看到，也有小型的團體是這樣。所以你說優點這一塊，其實就是減少一些的接觸，因為其實有時候社區的一個誘惑，其實對他們來說，他可能是一個同儕的來源，可能也是一個工作來源等等的一個狀況，那會不小心去使用。

再來就是第二點，就是談到一些緩解這個家屬壓力，因為對有些的家屬來說，他們其實進去的時候，其實對整個家庭是一個比較不用常常去生活在一個比較擔心操心的狀況下。那後來我們可以透過他們住院，哦不是，在監所裡面，因為其實另外一個優點就是說，其實這些在社區的人，其實不管是德國或其他、德國或者是美國方式算比較開放，可是那也要看他們願不願意去接受治療的一

個部分，那可不可以用一些比較封閉的場所或者是勒戒的一個場所，讓他們可以至少在這個環境裡面接受一些定期的治療或提供一些的衛教。

那第四個呢，其實對於社會的一個觀感其實會是比較安全，因為其實當我在不斷地看這些問題，或在不斷地看臺灣的一個文化的時候，其實他對於不管是精神障礙者或是藥癮者，其實，我們的一個、我們說 COVID 也是啦，就是說我們臺灣其實本身是一個，希望一個零風險的環境，我們的文化其實也比較沒有辦法去接納一點點的風險性啦，是一個相對謹慎保守的環境。所以我想對社會觀感其實是也會有一些影響的一個部分，至於缺點當然剛剛也有談很多，那其實他在裡面，他只是上、當他上這些課程的時候，他有沒有辦法去面對一些，不管任何的壓力而使用的一個因應的一個機制嘛。因為他其實就是，他們不知道在這裡面對他上的一個課程是什麼，他自己本身其實再回到社區裡面，他自己的那些的一個因應能力到底有沒有被建立起來，是其實在社區裡面，因為勒戒的一個環境是一個比較封閉的環境，那回到社區裡面，其實他還是仍然要具有這些的一個因應的方式跟能力，那他的因應機制是什麼？

還有另外一個，其實剛剛有談到，就是一個社會隔離嘛，社會隔離會帶來他的一個，所謂的不管在就業或者是家庭關係，因為有可能他其實在就業的過程，也是家庭的主要的一個經濟支出等等的來源的一個部分，那如果他們自己本身有一些健康問題的時候，然後進去的時候，他健康有沒有持續受到一些照顧的一個部分，其實是都會對他們來說是有一個負面的影響。那另外一個，其實進去再出來，其實我想對他們自己心裡的感受也會有一些差異性，因為也是造成一些內在汙名的部分，我們常常說有些外在汙名，那內在汙名，他們自己也會、會覺得對他們來說也是不好的一個感受，而且甚至面對家人，他也覺得這不是很妥善，所以這就是我剛剛所談到的一個狀況。

最後其實說能夠達到什麼樣的成效，我想從我們最早，尤其是在臺灣的話，當然是，我們雖然說是以藥物使用者視為一個病人，可是我想在不同跨領域的狀況，還是希望有時候不慎……有時候還是會用再犯率來去評估這些人的一個

成效部分。那我舉個例子來說，其實我在 2013、2013 年的時候去葡萄牙，然後那時候聽他們報告，也參加過那個研討會，就精神社會醫學的研討會。他們談到一個蠻有意思的一個 policy，確實後來有效。就是說瑞士呢，他們說瑞士其實很多是山區，有些藥物使用者本身可能呢，他們可能有時候對藥物有一些 craving，他們就用空拋的部分去讓他們使用、就是丟一些毒品給他們，可是後來確實，尤其對青少年是有一些減害的影響性。那他們在他們國家的 policy 其實都有。那我相信我們，在我們台灣怎麼…是不可能、我們最好不要用，但是如果真的是把它變成一個病、他真是一個病人的話，有可能再犯、再復發的一個狀況，如果從復發的角度來看，所以由我的觀點來看，我說強制治療，我還是覺得說，對我自己而言，我當然比較希望能夠支持說這些人在社區上接受一些處遇，然後他才可以真的知道在面對不同的誘惑的時候，他怎麼去拒絕，跟不再使用的狀況下。

計畫主持人：

好，謝謝專家戊。那個專家己？

專家己：

好，我除了、就是剛剛兩位我都有部分是跟我相同，對。就是我覺得優點啦，其實就是、真的是那個中斷，因為就像 B1 講的，有些人他真的在社區當中，他沒有辦法靠自己的能力，他只能靠這種強制力去中斷，那這個中斷是可以是中斷毒品的使用，甚至中斷其他的犯罪行為。那同時也像那個 B2 講的，就是其實我覺得家人是有一個喘息的時間這樣子，對，然後當然就身體健康這部分來講，除了有些學生因為身體疾病比較嚴重的話，他確實進到監所是一個不利的行為，但是其實如果有些人其實屬於，處在那種亞健康的狀態的時候，事實上就是在監所當中的這段時間，他的身體至少減少了一些可能因為毒品使用的傷害，或是作息不正常這部分，他們身體上面確實有一些稍微得到一點點的保護作用。

我想到還有一個優點就是說，因為觀察勒戒跟戒治他其實有一個好、他相

較於刑法當中就是的好處是，其實如果他現在有機會是三年後再犯，他同時有很多條毒品施用的罪的話，他可以是只有集中在觀察勒戒跟戒治這個部分上面來講。但如果他是三年內再犯的話，他其實屬於，他會是、就是會屬於累犯，然後目前是就是一犯、就是一條罪就判一條徒刑。那整個判起來的話就變成是，其實我們會在受刑的部分看到他比較是，其實我們都覺得他是一個純粹施用者，但是他純粹施用他可能就會，單純施用的徒刑就是五、六年。那大家也知道這樣的社會中斷對於一個比較是單純成癮的患者來講，其實監禁這麼多年其實是非常不利於他後續社會的發展，所以如果有一個觀察勒戒或戒治這樣的一個中度的，我覺得是一個過渡，就是介於社區跟刑期這邊的話，他就是、他如果犯很多罪，但他也是可以只要一條，然後一年內或半年就出去的話，至少就是對他的社會，就是社會適應這部分嚴重性損害是稍微比較小一點點的，然後甚至可能，可能我們把一個觀察勒戒跟一個緩起訴的處分讓他去緩、就是強制他在社區治療，我覺得這也是一個棒子跟蘿蔔的一個讓他去做一個比較，讓個案可以做一個選擇這樣子，這是我想到的優點。

那缺點當然就是我覺得其實，那個戒毒終究它還是要，就是康復或復元，我覺得它還是要回到自然的環境當中，就是哪怕它是在社區當中，它有反反復復，可是反反復復，我覺得這個的學習跟復元過程都是很有意義的，但是在監所，在這個一個這麼強制性的矯正機會當中，其實它是被迫強制中斷的，所以很多東西對他們而言就是很虛擬的，就是他們在那個情境當中，他們很多東西會把自己的腦袋關閉掉，譬如說我們討論到渴癮或渴想，或誘因等等這些東西的時候，他們我覺得沒有辦法那麼在身歷其境當中，然後我覺得其實是中斷的，然後還有些人其實中斷了他其實還有、尚有存在的一些社會功能，然後再來就是，在裡面最常被人家詬病，如果說你其實是相對年輕、犯次比較少的人，或是初犯的人進來這個地方的時候，其實是，他其實是會擴大他那個毒品的社交圈的，甚至他可能會對於毒品的使用種類跟方式，會藉由這個同儕來學習是更多元的。然後另外一部分我覺得也是那個社會、自我標籤的部分，就是我會發

現到這裡面，就是在不論是勒戒或是受刑人的部分，就是他只要每進來一次，我覺得他自己在內在就會更強化，我是更生人、我有前科，就是我是更生人這個身分，而且他們這個都是對、都是非常負面情緒的，然後甚至會形成對社會的一種敵對，跟社會的連結其實是會喪失的。然後甚至有些人其實他會更擴大到他其實對一個整個社會的反社會的一些情結。

然後另外一部分是我覺得很容易這樣的處置，因為畢竟我覺得觀察勒戒跟戒治，他的整體設施跟他的生活條件的生活規範、管理的規範等等，他就不是像醫療，但是你的現在制度又告訴他說把他當病人，所以我覺得會讓裡面的同學會對於醫療跟司法這兩個東西，其實是很混亂跟衝突的，好像他要嘛就是，就是包括我們要跟他做這些東西，就是說我們、包括在這樣的體系當中，我們很難跟他介紹，或是很難去推動所謂的減害療法，因為對他們而言就是我再犯我就是會、就是又是一個犯罪的行為，他們就覺得，那這件事情對他們來講是很難推動。所以其實我覺得會造成如果，就是目前其實大家都已經把它定位成是一個疾病、是一個醫療行為，可是我們的相關的配...物理環境跟這些制度，其實是沒有讓他們感受到這部分的時候，其實他們會對於，自己就是，司法跟醫療這部分他們是很對立跟衝突的，這是我看到的一些部分，謝謝。

計畫主持人：

好喔，謝謝。那我們，研究助理我們是不是往第二個.....

專家丁：

我剛才也想到一個問題，就是有一次澳洲的學者 Rebecca McKetin 來松德跟成癮醫學會演講的時候，她其實有提到了一點點缺點的部分，我覺得也是在，在我們台灣，不只是澳洲有這樣的問題，就是在監所之間比較會有感染性疾病的發生，那感染性疾病通常也不是說感染就結束了，通常有些感染性疾病會變成終身的一個問題，所以我印象當中她提到的這些，這感染性疾病其實蠻多的。那當然我剛才忘記，還好這個專家已有提到說增加毒品圈的連結性，就是他們出去都會互相聯絡啊，然後本來一開始就互相支持啊、打氣啊、鼓勵啊、繼續

努力加油啊。結果那個努力加油就變成持續使用毒品的養分。所以這個我覺得也是一個蠻大的問題，好。所以這個感染性疾病的，在缺點部分比較多一點。

犯研中心代表：

各位老師好，我是補充一下喔，就是說目前觀察勒戒，因為大家都講比較多缺點，那我稍微補充一下就是第一個，觀察勒戒制度的存在，他們是這些人他服刑前，他有施用毒品，他又有另案在身，那甚至他有這個其他的案件在身，他是服刑前唯一可以接觸到的治療的處遇的設計，那因為如果像剛才心理師也有提到說，就是他如果身上、他中間又使用好幾次，或者是他又背、應該說他又背有其他的犯罪案件，那他是，按照目前的設計是他要先去做觀察勒戒，然後後面再去服刑。觀察勒戒完、強制戒治完，他才會去繼續把他的刑期服完。所以這是他們服刑前唯一可以接觸到目前治療處遇的設計，就是說他也不可能緩起訴了，他也不會緩刑了，他就沒有其他的機會。

那第二個是目前觀察勒戒跟強制戒治呢，基本上的設計還是對這些毒品施用者相對於服刑，它是有一些獨特的設計的，譬如說在觀察勒戒的部分，很多基礎的規定都是，譬如說要有衛教、生命教育、法治教育、家庭教育、生涯規劃。那像我最近有去這個澎湖監獄，那它裡面有 60 個毒品施用者是在做他們的毒品班，觀察勒戒，那基本上他是沒有給他們下工廠去做那些工作的，他就是專門在接受這些團體的治療，或宗教教誨、衛教這些課程。那很多施用者他一輩子可能沒有接觸到相關的課程，那他就是在這個機會接受到這樣子的課程。第二個是說，像戒治所因為他是六個月以上到一年嘛，然後他就有分三個階段，調適期、心理輔導期跟社會適應期的設計，那這樣子的設計是在一般的監所是沒有的，所以當我們把這個東西拿掉之後，觀察勒戒、強制戒治他沒有了，那對毒品使用者來講，當然我們會想要把它做一個替代嘛，可是如果對於那些有另案在身的人，他可能就去服刑了，或者說他目前的設計是沒有考慮到這些，因為我們都講他是純施用者，那很多純施用者他事實上是有結合其他犯罪行為，那他的施用的問題要怎麼解決？那目前的觀察勒戒是可以解決這塊問題的。

那我就稍微補充一下這個優點的部分，謝謝。

專家丁：

Don't get me wrong。我不是反對那個，我想大家都不會反對觀察勒戒這個制度的存在，呃，我只是在想說，剛才 B2 好像提到說這個棒子跟蘿蔔，我覺得這群個案裡頭，真的除了蘿蔔之外，還是需要有棒子。舉例而言，如果要到觀察勒戒的個案，我自己想像的大概就是，假設他在社區處遇，接受到各種治療，仍然持續不斷的，我剛才講的 compulsive use 的話，我覺得強迫中斷他使用是一個好事、是一個好事。這群個案就真的需要比較短暫的來使用這個監禁的方式。那這監禁的方式要多久呢？事實上如果你從成癮醫學的角度來看的話，一般我們會定義三個月叫早期緩解，十二個月叫完全緩解。所以在二到三個月，在我自己接受的案子當中，停止使用之後的一到兩個月，通常我們的個案都在蜜月期，他們可以非常遵守這個不要用藥的約定，可是大概二到三個月，就慢慢開始非常多了。所以我覺得如果要監禁要多久，我覺得可以依照目前成癮醫學所定義的早期緩解三個月來看這個事情，而不要到一年之久。至於幾個禮拜有沒有效果，這個我就不知道。至少一年我覺得是有一點跟社會對於這群強烈使用者或是強迫使用者，我覺得是太久了。好，謝謝。

計畫主持人：

好，我謝謝大家熱烈的討論。好，那我想我們就先進入第二個，是不是請研究助理稍微念一下，然後再讓三位專家提供意見。

研究助理：（說明第二項焦點議題要旨）

專家丁：

呃，研究助理先稍為請教一下這個指標是指追蹤的指標還是剛進來的指標？剛進去的指標？

研究助理：

我們這邊的話是處遇……

專家丁：

指標是 outcome 指標？

研究助理：

對，是成果的、成果的…

專家丁：

所以這個成效指標的成效不見得是再使用或再復發或再犯的意思，不是針對毒品而言的指標對不對？有包括您剛才提到的，喔就是這個，有包括社會生活的穩定性、人際關係的修復能力跟工作經濟的這個部分。我覺得很好啊，我在看一些資料啊，我最近有個 paper 就被大力批評，我們當時就在說這個藥物、藥物復發，relapse use 這個事情來做藥物復發的這個，呃，指標探討，哪些指標可以看到藥物復發喔。結果那個 reviewer 就說你這個、你的 outcome 只有看復發根本就是一個很，他覺得是很偏頗的一個指標，就是復發與否對於藥物的行為是一個很偏頗的指標，以他來講，他覺得那不是很全面性的。所以我也承認說我們只看藥物復發與否、復發使用與否，事實上是一個很侷限性的沒有，就是 very limited, not broad，所以如果以 broad 來講，我覺得您剛才提到的那個都很好，只是你剛才提到的那些要用什麼樣的 scale 來呈現，我覺得是大問題，就是您的這個圓畫得很好，但是這個圓下面你要用哪一條哪一條，舉例來講，穩定居住你、我們怎麼變成 reality 上面可以、現實上面可以用的指標。比如說我們就要定義啊，在某一個住所，三個月以上或六個月以上或兩年以上，這個穩定居住，這個就比較是麻煩的部分。不過你這些指標我都覺得很好，非常非常的好。

少了一個就是情緒的指標啦，因為情緒指標反而是在精神科非比較專門的部分，就是他怎麼讓自己情緒穩定、睡眠穩定、自我照顧能力穩定，然後呢，這個各方面的認知功能穩定，這個我覺得可以納入。那這個納入的話，那些指標在我的專業裡頭我就可以很多的提供，因為這個太多，就是情緒、認知、或者是睡眠。有太多太多的 scale 可以使用，請供您參考。

計畫主持人：

好，謝謝院長。那接下來專家戊？

專家戊：

好，我這邊提一下喔，因為這邊的問題是說我知道說目前採用的哪些的指標，來做觀勒跟強制處遇的一個成效喔。我想其實大家在問卷上面其實滿多的，那我們上次司法社工學會才邀請了社工來談，他說美國三十三州基本上現在都用 ASI 的評估方式，而且他現在用第四版，他在美國那邊，他現在用第三版的一個狀況，裡面也有一個部分是包含那個，社區回歸的部分，而且以個人為中心的取向，我倒是覺得這個蠻好的，而且當他們在，他們雖然現在用第三版的時候，他們談到 recovery 跟 living、生活的一個環境的部分，他們其實也有談到就是說，如果這些人有適當的接受一些處分，就是接受這些治療的時候，他們也會去影響他們的刑期的部分，大概是這樣，以上。那我想我們後來怎麼去訓練這些人，怎麼去評估這些指標，甚至去讓在監所裡面的人都有這些概念，我覺得可能是未來要做的部分。

那其實我們現在也有在做另外一個關於就是，跟賴老師一直在做有沒有施用一些毒品的評分的量表，我們其實也訪問了很多進去裡面談的，就是評估的精神科醫師跟社工。然後也有談到一些關於指標性，有時候這些的指標，其實可能也是需要去修正的部分，因為有些的指標是固定的，然後呢甚至對於他們的社區沒有辦法去做適當的評估的部分，所以我想這個是我以上的回應，謝謝。

計畫主持人：

謝謝專家戊。麻煩專家己。

專家己：

好，我其實就是，當然大家知道就是那個再犯率這樣，然後我其實這麼多年來我對於這個問題我一直有一個很大的疑問，就是大家都知道就是成癮是很容易復發、很容易再犯的，然後大家每次有一個統計數字，然後不論這個統計數字怎麼來的，就說它是很高的。其實我很懷疑說，既然大家都知道再犯率很高，那是不是有相關文獻會去說，其實多少的再犯率才是這個疾病復發的合理

的再犯率。也就是說像氣喘或什麼中風等等，它其實都會在有一個，我們都說，它就是大眾的、一個普遍的再犯率是什麼。所以我其實對這個再犯率來講，我一直覺得我欠缺的是一個是什麼叫做合理，因為如果有一個合理的再犯率之後，我覺得對我來講那邏輯上我才會覺得，那我可以比較出這個方案或這樣的制度，是高於這個再犯率還是低於這個再犯率的。但是現在好像的數字就是 50%、30%、70%，大家都說是高的，我目前我看到文獻給我的是這種感覺。

然後我覺得，確實再犯率不是一個好的指標，但他似乎好像也是一個，就像 B1 講的，他是一個，就是其他指標我覺得都很好，但他真的我們目前欠缺一個比較精確的定義跟測量，那再犯率是真的就是有跟沒有這樣，那我覺得如果，要我要小小鬆動的話，我覺得其實身為在戒治所或矯正機關，我會覺得那個，有沒有可能其實是截取一個時間，而不是五年、三年，不是依據刑法那樣的概念，因為就像任何疾病我，比如說癌症，我接受治療之後也會有半年內復發、一年內復發，那其實大家可以去回推，如果像這樣的一個勒戒或戒治的制度，其實它是不是我們只要測量他三個月或半年內的再犯率？因為可能就是這個制度它可以給予這個人的一個保護，或者是一個懲罰作用的一個上限了。那超過半年以後，那個可能就是有很多他個人的其他成癮或是他的其他社會心理的因素在促使他的再犯，對，所以我覺得其實是可以有機會去，其實去釐清說這樣的制度，它可以保障或是保護的期間是多少？那在這期間當中，我們其實對戒治所端或是，其實我們可以爭取的是我們、盡可能是可以我們裡面的充實裡面的課程，讓他的這個可以比較達到這個保護期。那後面其實就是後續，我們所謂的貫穿式服務他所應該去努力的部分。這是我覺得我對於成效這部分，如果硬要用再犯或復發。

然後其實我覺得我也蠻覺得那個就是社會連結，就是說既然大家都覺得那個，他出去之後，他絕對不是接受完這個制度他就沒事了，那我覺得那個連結，也就是說我們的課程或是我們安排的東西，他之後或者是說，我們可不可以讓他那個連結的部分，他在外面，譬如說，像因為過去我們有些時候都還會去跟

毒危去可能，毒品危害防制中心，我們會去瞭解說我們這個個案他在毒危那邊的追蹤情形是怎麼樣，那這樣的檢核其實會讓我們比較可以知道說，這個個案在所內的處遇情形跟他出去追輔的情形是怎樣，我們可以去做一個比對，跟我們可以覺得我們可以怎麼去改善。所以我覺得這個連結的部分，其實也是可以去做一個指標啦。然後，其實我還有一個概念就是說，如果我們真的覺得這個復元，或是他是疾病，這個是他一個主軸的話，那我覺得就是在醫療當中的病識感。就是這個人他可不可以就是從他覺得這是個習慣或是這個犯罪行為，慢慢我覺得我其實這是一個疾病，那我覺得這件事情也是一個復元當中很重要的，他願意去接納這樣的一個、接受這樣的一個架構來看待自己的行為，然後如果他接受這個東西，他可能就有機會他其實是從疾病的角度來去做自我的，就是他願意再來去改善自己的生活，而不是一直在那種，嗯，我這件事情我沒有錯、我沒有犯罪、我只是吃錯藥這個對跟錯之間去打轉，這是我有想到的部分，謝謝。

計畫主持人：

嗯好喔，謝謝專家己，那個犯研中心代表你要……，是你說。

專家丁：

老師好，我覺得剛才專家己有提到一個非常好的問題，也就是我們現在講再犯率，到底是指三個月、六個月或一年喔，那目前大致上各國文章，當然有看、是看方法，因為研究方法不一樣，有的人是看 intervention 期間，就是治療內或治療後，或治療追蹤後，或 intervention 後幾個月再犯。一般來講現在 roughly、roughly 是六個月六成，所以很好記就六六，那你說六成有沒有比較少的，也有人說三到六成，四到六成，但是通常都會有個六字。三到六、四到六、五到六都有人說過。那當然它的 time frame 是六個月，那一年、兩年那就更多了，所以大家不會再講到兩年。一般來講我們現在在精神醫學講的就是三個月或一年，六個月是一個不錯的指標，六個月。那為什麼六個月是一個不錯的指標，我覺得蠻有趣的，就是說在過去的研究顯示說，其實一到三個月是一

個蜜月期，三到六個月就開始復發的率就會上升了。那我們自己追蹤的指標我們發現，二到三個月是最容易復發的時候，如果撐到三到六個月都可以撐過的話，將來一年的再復發率會降低五成，50%的 reduction rate。所以這個，roughly 都是這樣啦，三到六成、五到六成、四到六成都有人提，當然就是有個六的概念。這樣我想可以簡單回應一下專家己這邊的一個問題。

那另外就是說在這個成癮醫學裡頭，我們講病識感，成癮醫學比較，講病識感的概念叫 self-efficacy，成癮醫學比較不會去講病識感，insight 這件事情。取而代之的概念叫 self-efficacy，當然我們現在有發展一些量表，就是自我有能感。自我有能感是有能什麼？有能於改變，就是 change，就是 self-efficacy to change。所以我覺得如果以專家己剛才提到非常重要的一個概念就是病識感的話，在成癮醫學可以用的一個量表或一個概念，就是自我有能感之準備，就是 self-efficacy to change，就準備去做自我有能的量表。那因為我們現在對於病識感這件事情喔，很好玩，在精神醫學的發展方面，都比較不是說我對於我現在疾病，我知不知道我生病了，就是我知不知道我生病了。可是對於，知不知道我生病了有點 reality impaired 的問題之後才會「我知不知道我生病了」。那發展的一開始大部分簡單來講是對 hallucination、psychosis 這群個案的這種 psychology symptoms 衍伸的概念，那後來有一些改變啦，對於 depression 那種 non-psychotic 的有一些改變。但對於成癮醫學來講都比較會像是自我有能感，我有沒有覺得我有能力改變，我可以拒絕毒品的使用，我可以在這樣子的毒品使用當中，我怎麼去做一些迴避的動作或轉移的動作。有一些量表就是在做自我有能感的這件事情的，我覺得是更容易去看到一個 inside 相關 level 的改變的評估。以上補充一下。但我覺得，我們一直都會忽略我們的病人在停止非法濫用之後呢，整個情緒其實大幅的改善，所以情緒的量表，相關量表再請研究助理這邊或計畫主持人這邊可以參考一下，謝謝。

計畫主持人：

好，謝謝專家丁。犯研中心代表這邊有要補充的嗎？

犯研中心代表：

好，謝謝專家丁，謝謝計畫主持人。我想這樣子，就是說成效評估方式有三個方面我在思考。第一個是，如果我們是討論現在的觀察勒戒跟強制戒治，那就剛才一樣，我前面提到說它是有一個，調適期、心理輔導期、社會適應期，那如果去看他的課程事實上他的心理輔導期就包括什麼諮商輔導、宗教、然後個別輔導，那我們就應該要對應他課程設計，去設計他的成效指標嘛，那譬如說他們也有在做社會連結，是希望說能夠毒防的人員在出獄前先進來跟個案做幾次的會談，然後了解他的狀況，那來把他銜接到社會，那他的工作的穩定度就很好去理解，就是他被介接到的那個工作他能夠停留多久，他的操作型定義就會比較好去下定義這樣。如果能夠貼著他的對應課程設計。

那第二個就是貼的政策方向，因為我們知道現在矯正機構都在貼那個，協同主持人的科學實證的方案，他們事實上有七大面向，那這七大面向我就是不一一贅述。但他包括什麼正確用藥諮詢、愛滋防治、法律責任、職涯生活等等，那、那就很明顯，我們想了解說他觀察勒戒、強制戒治出來，他的這個愛滋防治的結果，那就是看說他們，追蹤他們未來是不是三到五年罹患愛滋的陽性確診率，我不知道會不會這樣子去思考，就是說貼著課程設計或貼著政策方向。那再來第三個就是要提醒就是，我們再犯跟復發的計算方法不太一樣，復發是說他再施用同一種類型的毒品叫他復發，因為他可能是一級毒品成癮者，可他要是試用三級的我們會算他復發嗎？不見得會算他復發。那依照目前的政策設計，在刑案紀錄上，如果他再施用其他一二級毒品，他一樣會有一個分案紀錄，那所以他有可能連續三、四個日期連續施用好幾次一、二級混在一起，那在刑案紀錄上他只會算一次的再犯，可是這是再犯，那但是復發的話我們應該要是要更精準去看他，他是一級成癮者，我們給他一級的治療，那他更精準抓到他一級的復發。那目前法務部算，我記得是連三、四級都算進去叫做再犯，所以這樣的再犯率的評估方式是不精準的，也是我覺得是不能夠拿來用的。好，謝謝。

計畫主持人：

好，謝謝。那個專家戊。

專家戊：

好，因為我剛剛在看這個題目的時候，其實有沒有想過說，當我們在評估他們要出去的時候，其實跟醫院一樣嘛，就是我在進來的時候，我有沒有哪些的一個部分、哪些的需要，應該是要被準備好，有沒有看到他的一個需要。然後其實在裡面，不應該只有所謂的一個戒治，如果一定要進來的時候，當然是戒治那個藥癮的一個部分，當然是最重要的，但是我覺得相信他們一定還有其他生活上的一個困擾的一個部分跟需要，那所以呢，其實我自己也有在，我自己在後來去 run 一個 group，是在、是 TRAC，就是那個女性的一個 empowerment 跟 recovery 的一個模型。然後他其實在矯正或醫院，或者是戒治都可以做。那我要談的是說，他們最主要、他們要復歸社區的一個準備的內容到底是什麼？除了藥癮之外，其實我剛剛談到，我在桃女監也有戒治的一個單位，然後我其實問這些婦女的時候，發現其實她們有很多其實過去可能都有一些心理的、精神的一個狀況，還有她們又有創傷的經驗，然後還有身體上的疾病，其實在到勒戒、觀勒的一個環境裡面都沒有被處理到，然後又出去。那出去之後其實同樣會再發，只是進來只是因為藥品而呈現，可是她這些的身心的問題、創傷的問題，跟她對於這些環境的一些適應性，甚至信任感這些，其實都沒有被建立出來，然後再出去，那其實很容易再復發，因為後來我的研究也有三個月、六個月在追蹤，那其實她們真的狀況就是，也不是很理想。

那我甚至也有去所謂一般的那個社區，那個 residential 的那個社區的一個家園，也有去收過這些的一個個案，所以為什麼當我們要評估說，這些的一個觀勒或強制勒戒的一個，在機構裡面，那他要出去的時候，我們有沒有評估他們其實要進來之前，那些的一個需求性、那些的困難，我們其實大部分都是著重在所謂的一個藥癮的部分，但是有多少的成癮，除了，當然會有一些成癮性嘛，那多少的成癮去讓他們去使用，甚至身體上的一個痛苦的部分，這個我想

未來可能是你們在用新的量表的時候必須要去評估的，還有包含的家庭關係，還有對於那個司法系統的一個認定，那剛剛還有那個專家丁剛剛談到的 self-efficacy 也是一個部分，那所以，大概是這樣，以上。

計畫主持人：

好喔，謝謝，因為時間的關係，我們進入第三個。那這一個就再請研究助理唸一下。

研究助理：（說明第三項焦點議題要旨）

計畫主持人：

好喔，謝謝研究助理的描述，那我們就開放討論。

專家丁：

好的，計畫主持人，我四點半會有一個討論會，我就先離開。因為是最後一題了嘛……

計畫主持人：

好啊，我就想說時間有限。對、對，時間有限，所以我們就先討論。

專家丁：

我覺得第一個要改革就是要正名。什麼叫正名？就是說，就是，我這樣講真的不好，就是，呃，我認為觀察勒戒、強制戒治這個制度在對 extreme 的個案，就是特別的 compulsive abuser 那群人是要存在的，是需要存在的。那這群需要存在，我們就要定義哪些人需要存在，比如說，簡單來講，以、還是以精神醫學的定義，當然我這樣可能中毒太深，大家再給我、再鞭打我一下，就是三個月如果仍然控制不下來的話，重複的使用，若干次，我覺得可能真的需要觀察勒戒來進行。所以這是，我覺得它是需要存在，然後我們要定義哪一群嚴重的人要來執行。

第二個，觀察勒戒的這個執行，應該我還是受到 NIDA 的影響很深，就是說所有的藥癮個案，不管是 drug offender only，或是 drug involved criminal activity，就是研究助理剛剛提到的這個，藥物引發之犯罪行為喔，通常在 NIDA

的概念裡一定要做、先做評估。這個評估簡單來講就是醫療評估，醫療評估就包括生理跟心理評估。所以等於是評估先行，然後醫療先行，然後接下來那個棒子的部分要留在那些沒有辦法在現有的體制當中，不管是這個利伯他茲，或者是一些心理治療所或者什麼，沒有辦法停止他這個藥物使用問題的話，我覺得在觀察勒戒就變成是下一階段可以提供的，但是觀察勒戒絕對不是.....。

計畫主持人：

專家丁的連線是不是斷掉了？

犯研中心代表：

斷線了，斷線了。

計畫主持人：

好喔，我們稍等一下，看他會不會再進來。是，專家丁，不好意思剛剛那個斷線了。

專家丁：

我是說，就是某一些特殊的人就要進入觀察勒戒，在第一步當然就是評估先行，然後醫療先行，或者是任何治療先行，然後就是有一群比較嚴重的個案進入觀察勒戒。可是觀察勒戒不見得進去就中斷，而是在觀察勒戒出所之前，就要有研究助理或是專家戊提到的出所前、延續性的部分。那這是我自己覺得最好的做法。至於在觀察勒戒要多久，當然就要找更多的人來討論，到底是三個禮拜還是三個月。但我覺得也不要太久，因為社會斷裂的問題會這樣造成很大的問題，所以我建議不要超過三個月，以達到精神醫學界講的早期緩解，三個月為優先的這樣的想法。

那最後呢我覺得要正名就是說，目前在觀察勒戒提供的一些治療，我覺得要重新檢視。台灣一直有個錯誤的說法，就是所謂的宗教治療師，大家知道治療師、治療師這三個字要衛福部有 qualification，要有 board、要證照、要有執照。沒有執照不可能說我什麼治療師的，可是我們現在常常聽到說他是宗教輔導啊、宗教治療師。輔導人員也要有一些 qualification 吧，所以呢很好玩就是，

我們會說他可以宗教輔導，那輔導的證照誰給？一定是衛福部同意啊，所以我們在提供不管是觀察勒戒，勒戒處所內或者是勒戒處所外，我覺得我們都要儘量避免宗教治療師這三個字，或宗教輔導師這三個字。

因為輔導系統，我想計畫主持人一定很清楚，一定要有所謂的 qualification，不是說我宣稱我可以做我就做。舉例而言，晨曦會他們算嗎？他們不算，他們沒有證照啊。舉例而言，趕路的雁可以嗎？我們在官方一直在 endorse 他們、為他們背書。舉例而言，最可怕的就是，花蓮好幾次他們的活動裡頭都背書山達基，讓山達基大家都知道，他們背景有很多 delusion 的東西。他們所推崇的就是什麼，他們的祖先在外星、在遙遠的外星發生的事情，然後被高等的保密，然後除非成員交了幾千塊美金給山達基，然後他們就會揭露這些事情，然後大家身上就有一些從外星人的成員的碎片墜落到地球來，然後就要執行外星人壞的任務。這些都是很 delusion 的東西。可是我們很多政府居然，政府活動、有些衛生局還在 endorse 這些事情存在。所以我覺得這個治療本身要注意，就是一定要有證照再來提到治療這件事情，不能說我隨便我覺得我……你知道我的意思，我不要多說了。所以，以上我剛才的意見，謝謝大家。

計畫主持人：

謝謝院長，如果待會時間到了，你需要下線就先下線。好，研究助理請說。

研究助理：

主要是想跟專家丁請教最後面關於授課、處遇課程中授課人員的資格部分。像我自己在讀文獻的時候，例如說美國他們的 LEAD 的機制，或者是日本他們的 DARC，他們希望、都會強調是同儕協助者，或者是戒癮、曾經成癮後戒癮的這些同儕協助者的重要性。那以院長剛剛的觀點的話，會不會是跟這樣的一個同儕協助者功能的衝突，還是說他們之間其實可以如何聚焦嗎？

專家丁：

同儕協助者大概就是 NA 或 AA，那個 NA 或 AA，以 NA 來講，他們的發展已經非常的成熟了。那至少有一個對等的機構、有一個對等的組織，是承

認這個組織存在，因為要成立 NA 也不容易喔，非常非常不容易，要被認可是 NA 的次組織，或者是其他分支，我覺得那也是不太容易的事情。對不起，好像專家戊有問題。

計畫主持人：

對…

吳教授慧菁：

沒關係…

計畫主持人：

那專家戊就由你接續了。

吳教授慧菁：

我要接續，因為我想說專家丁在談這樣，我就先等專家丁談完這樣。專家丁談完了嗎？

專家丁：

我講完了、講完了。

專家戊：

好，那我補充一下，因為我 2019 年去美國的時候，他們確實是大量使用更生人的部分，然後在所有的這個社區，甚至於呢，他們甚至運用這些更生人去社區駐點，然後每個月大概至少有兩次，颱風下雨都會去，然後下大雪也是，然後去 hotpots、去那個熱點的地方，然後他們其實很敏感的就可以感受到這些人的需要性，然後他們去放的東西呢，其實不只是，他們其實從他們的生活去關心起，從早餐，然後都準備很多，或者是有些他們的衣物的部分都放在那裡，所以隨時可以去 assess。可是你就會發現說，其實他們就有更生人開始在那邊做衛教，然後在那些比較熱點的地方，或比較多藥物使用的人的時候，然後他們就會去接觸、去 assess 的一個部分。那他們其實利用更生人，政府願意給錢，然後一個禮拜三次，然後半天，然後都要去跟社工報告，然後甚至於他們會去使用很多的那個戒癮的一個器具。所以我想這個我們台灣應該還是做不到，因

為我有跟他們去做 outreach 的一個部分。然後甚至於我自己去 auditing 的時候，harm reduction，有一個碩士生他自己也是 heroin 施用者，談到他家庭怎麼樣怎樣，他還繼續在施用毒品的部分，所以相對是比較開放的。我想我們台灣、我想我們很重視社會安全，所以我覺得這個部分好像還有一段路得走。然後他們其實固定被要求說，沒關係你更生但是你也要工作，所以我政府給你工作，然後你就去協助這一群更生人。那當然也有人去管理他們，不是管理啦，類似像 social worker 去做一個 monitor 的狀況。

那我想接下來就是把這一題講完，就是說現在是不是需要觀勒，當然是要講完，當然是要改革啊。譬如說裡面的 program 到底是什麼啊，那 program 完如果接到那個毒防中心的時候呢，毒防中心可不可以銜接得上是很重要啊。那還有就是說毒防中心的人到底要不要進去看一下，或者是由他們在帶這些的課程，然後到底在裡面有什麼發現，應該銜接給這些人。因為說實在，我帶那個團體之後我真的發現，就是女性藥物使用者，他們有很多議題，他們也進出很多次，我也在毒防中心帶，可是我們帶完之後，我們都會希望跟毒防中心的人說，後來我們發現他有配偶問題、孩子的問題，甚至呢，也有一些女性的藥物使用者，因為他懷孕，他很想要、他其實想要引流的部分，可是又沒有經費。然後我相信台北市比較多，其實是有比較多的經費，然後他們就去問社福單位，社福單位其實沒有這麼多的經費給他們。後來反正，後來想辦法就是有幫她引流的一個部分。我想這個其實也是藥物，尤其是女性，藥物使用者在這方面，其實她在這個過程裡面有很多的 struggling，可是坦白說，是不是我們在觀勒裡面不是只有談藥物的部分，是不是有其他的 program 談到她生活怎麼去面對的部分，這是在課程裡面是需要的。

然後剛剛回應到專家丁所談到的，如果說她出監之後可以銜接到藥物使用者，然後固定了每個月他們還要去評估一次的時候，再去看她的藥物的一個戒治有多少狀況，其實就可以看到一些的 outcome。因為我自己後來做那個 SHIFT 的方案，因為之前也是謝謝那時候是主任嘛，然後也是專家丁他們幫忙，然後

我們也有去醫院，去 collect data，然後到後來我們後來是用三年去做，我們後來發現，其實做完之後後來追蹤，其實對於戒癮的一個效果其實是還不錯的一個部分，所以這邊就是我要回饋就是說，那我們在觀勒裡面，或者是說強制的那個戒治的一個制度裡面，那裡面的提供的 program 到底是什麼？那還有就是說，我們要設計這麼的單一性嗎？因為你們進來的人其實是有很多，不同多元的一個需求性，那還有另外一個，我要到社區裡面，還有大家有沒有想過，可能這些人本來就是在 welfare 的一個是協助的一些身分，那有沒有接不接的起來？有可能是一些的身心障礙者有拿身障手冊，也有可能是因為有家庭的暴力問題等等，也可能脆家（脆弱家庭）的部分，那可不可以接的起來？我覺得如果可以接的話，應該要鼓勵社區人進去，然後再銜接出去，才會比較好銜接狀況，大概是這樣子。

計畫主持人：

好喔，謝謝專家戊。不過專家己在談之前，我想請專家己比較在把他往前一點點，因為其實要談這個制度的改革，其中有一部份是在了解說是不是還是要由法務部來主導進行觀察勒戒與強制戒治？那當然，剛剛專家丁跟專家戊談很多，比如說裡面的處遇內容、程序，還有很多的，當然非常重要。不過我想對整個制度來講可能還是說，現在觀察勒戒跟強制戒治是不是還是應該由法務部來主導？那怎麼去思考這個問題。

因為我知道專家己想過這個問題所以我問你。

專家己：

好，謝謝計畫主持人。其實這個問題我第一個想到會跟專家丁有點雷同就是，毒品危害防治條例經過好幾代了，所以其實真的可以思考到底什麼樣的人進來觀察勒戒、這個觀察勒戒或戒治這個制度是比較適合，可能對他本身是，或是對社會整體來講是有一些、有一些基本的效果我覺得，對。所以，我會比較從這個地方去發想，然後我自己覺得在戒治所裡頭，就像老師講的，當然如果站在一個、從一個衛生醫療的角度來講，我覺得這件事情確實不太適合由法

務部來主導，可是我覺得要翻轉這個制度太困難了，所以我其實有點發想的部分是說，其實如果有機會的話，做一個過渡的話，我覺得這也可能可以回應到專家戊講的那個 program 的部分，因為我們自己在這麼多年，我們亦發覺得說，專業人員在裡面的，可能本身的專業工作，或是我們想推動的這些 program 部分，其實受到行政的干擾很嚴重。譬如說，明明我們可能想在裡面推類似像一個比較完整的、國外引進的這樣的一個，我們翻了、可是、翻譯了一些教材，可是其實可能行政系統它會希望是，我們每一個戒治人都要很均等的去 share 這些資源，每個戒治人要接受，舉例來講，每個戒治人都要接受到兩個團體或是幾次的團復，要一體適用這樣的制度。那我覺得對於，已經人力比上面來講偏重的戒治所這些專業人員來講，我覺得是一個很嚴重的行政干擾，然後也讓我們沒有辦法去像專家戊講的，其實它裡面的族群是非常多元，是很多種不是只有單純的藥癮，那我們沒有辦法去把它萃取出來，然後做一個不同的因應，就是設計不同的方案，或是說有這些團體次數，或什麼會有一些比較多的，需要接受比較密集的，或是次數可以少一點，我覺得我們在裡面很難，因為受到行政的干擾這部分。那所以我覺得那個發想的過渡是說，其實有沒有類似像矯正學校那樣，就是說可能某部分的管理是法務部，但是關於可能裡面的處遇 program 這部分，其實是可以由衛福部來這邊去做一些指導，像矯正學校是教育部跟法務部，一個共同合署辦公的這樣子。雖然目前這樣的制度可能還是會有人詬病，但我覺得可能是個過渡期，我覺得可能是可以這樣做。

然後另外一部分是說，我會覺得因為後來因應之後其實在戒治這個部分，或觀察勒戒這個部分，我們會發現有些人，其實他不是直接從社區進來的，他其實是從、他其實已經因為別的案子已經，三年以內再犯的施用毒品案件他已經在服刑了，但是他有幾個、有幾條案件是三年以後，他必須要接受觀察勒戒，所以他是服刑到一半再進來勒戒跟戒治，然後等於他戒治、勒戒跟戒治完之後他要回去服刑，那這類的人其實他對於這件活動的參與度是更低的，因為他就覺得，這段時間他是白白浪費了，他要繳錢然後我之後要去被監獄關，我距離

出所又一段時間。那我覺得這部分這些人其實好像在現行制度當中，是會進來戒治所，可是他其實這樣的制度其實對這群人其實是不適用的、是不適用，我覺得大概是這個制度衍生出來的。那另外是有關於共病，我覺得共病這件事情，我覺得在目前現有的戒治、戒治、觀察勒戒來講，我覺得我們的專業人力跟專業度其實是確實是不足，就是是沒有辦法，因為尤其是像我就是，我們個案、我其實在、長期在戒治所，所以其實我處理個案的經驗偏於比較是單一的，加上在戒治所、在整個矯治機關對精神疾病，我覺得是有一些歧視或偏見的，例如我們戒護科，其實就是真的會希望你們可不可以不要看精神科、你們可不可以少，就是戒護主管甚至會很直接講是，希望同學能夠停藥的，不要吃這些藥物的，覺得這些藥物是不好的。我覺得這個氛圍之內，其實會讓共病這件事情在勒戒、觀察勒戒的時候，其實它會成為一個，我覺得會成為一個難題啦，因為我們想要去處理這件事情的時候，我們要花很多時間，其實我們不是要跟個案溝通，我們要花很多時間去跟我們的同仁溝通這件事情。所以共病這個族群有沒有可能，其實是可以先以在外面，以接受社會處、社區處、處遇為主。那就是我們可能進來的話就可能比較沒有共病，或是比較、程度比較輕的人進來這個地方，可能我覺得也是一個可以思考的方式這樣子。然後再來是說，其實我覺得整體來講，我覺得戒治所，觀察勒戒，就是我覺得法律的制度可能我，這麼多年我覺得他改比較難，但我覺得就是戒治所裡面的，我覺得就是那個處遇一個 program 部分，我覺得其實是在我們、我們是很希望可以做一些改革跟改進的這樣子，然後可以是希望，其實是有人可以帶著我們做的，對。大概這是我提出來的，謝謝。

計畫主持人：

好喔，謝謝專家己。嘿專家戊，請。

專家戊：

好，因為我一直在想說為什麼觀勒，因為原本是其實法務部然後，不是，本來是衛福部後來是法務部，那為什麼就是，如果我們真的把他們當成病人的

一個處遇方式，為什麼不能把他類似像"residential"的一個方式，然後除了分類之外，然後提供更好的服務。我相信未來也會減少一些社會成本，或者從裡面培養更多的一個，他們自己本身的一個復元的資本的一個部分啦。所以我真的要談到說，這個制度真的要、到底還要不要的部分。

還有另外一個，如果現在從法務部的系統做管理的時候，大家還是會有一個迷思，它就是犯違法的一個概念，所以我想這是，我認為是不是說，可不可以移出來啦，不然就是我上次也有說美國其實它有一個專門做在監所裡面的一個醫療的一個部分，然後去處理的部分，大概是這樣，以上。

計畫主持人：

好喔，謝謝專家戊。那、那個犯研中心代表，最後有要補充嗎？

犯研中心代表：

好，謝謝計畫主持人，那我稍微補充一點點，我覺得改革很有必要。第一個是因為那個刑事大法庭的決議，它導致三年內不斷重複施用的人，他會累積滿三年出獄後再施用，大家去看那個大法庭的決議，它事實上不是說我三年後再用，但這三年之間呢，我呢是清清白白的撐到三年後再用，然後我就可以再一次觀察勒戒，沒有喔。那個刑事大法庭它是說，我只要三年內不施用，不以他是否有重複因為施用入監而考量，所以代表說他三年內，如果他每次施用被判六個月、六個月，他只要加起來有三年，他還是可以再去觀察勒戒。好，那這樣就會導致什麼事情，就是現在觀察勒戒大爆滿，因為成癮者他可能進進出出監獄，那他的風險、醫療需求、重度成癮的，跟那個初犯進觀勒的人全部都混在一起，那沒有分層分流下，觀察勒戒現在大爆滿，都沒有辦法進行個別化的處遇，所以這是改革是一定要做，要不然觀察勒戒現在是一個很混沌的狀況，造成矯正機構很大的困擾。

那再來就是說，這個政策設計它的理論基礎是很奇怪的，就是當初我們認為要有觀察勒戒是因為把它當作病患，所以我們是認同成癮者是慢性疾病，我也認同專家戊她剛才的觀點，那如果它是這個疾病觀，那我們用觀察勒戒它是

一個針對行為的控制，它不是治療，就像是剛才那個專家丁講的，那它就會產生一個衝突，就好像我們針對一個憂鬱症患者，我們只控制他不要去從事自殺行為對吧，我們把他關起來兩個月，他不從事自殺，都可以控制得住，可是我們沒有去妥善處理他憂鬱的症狀，就好像現在的觀察勒戒，我們針對不要讓他施用把他關起來，可是沒有辦法去治療他的成癮的狀況，那對在 DUD 的那個疾患上，我覺得他有他治療的方針，那現在遇到了這樣子的一個衝突，我覺得是要去解決。

再來就是說觀察勒戒目前的設計，它不管是針對初犯還是三年後再犯，它目前的處理方法，如果是仔細去看我前面去提的這些課程，事實上都不適用包括剛才專家丁提到那個宗教，因為現在很依賴這個宗教，但是我們當然不能夠說宗教團體都沒有效果啦，目前那只是說，是遇到說那到底效果在哪裡、多適用？那實務上，甚至這樣子的觀察勒戒的設計會排擠到緩起訴附命戒癮治療的適用，因為很多檢察官遇到這種三年後的，他通常優先考慮觀察勒戒，他不會緩起訴附命戒癮治療，也就是說他的社會連結持續的斷裂、持續的沒有工作、持續跟家庭是處於一個，呃，家庭關係是處於一個薄弱的狀況。那我認為改革的項目這個優先喔，因為大家一直在講說觀察勒戒是有，唯一有存在的必要就是說，真的是需要趕快去把他的急性症狀、戒斷症狀跟急性的症狀把他控制下，所以急性，detox 這個部分，急性解毒應該是比較先優先，因為第一個民眾比較能夠接受如果我們這些毒品使用者他不是，要不然我們都說，未來就是除罪化了不用被關，那輿情不會接受。可是我們如果今天是說輿情，呃我們用強制解毒，他還是進去強制解毒，來代替現在目前所謂的觀勒跟戒治的話，這個第一個輿情比較能夠接受。

第二個在急性解毒上，這樣的思考就會把他轉型成醫療院所，那目前我們的戒治所轉型，不管是在人員、設備、環境空間，他都可以很低成本而且高容錯率把他轉成醫療院所來經營，因為你就把那個所長換成院長，那個醫療醫院的院長，那矯正人員配合戒護。第三個現行法規是允許的，就是大家如果去看

那個，毒品危害防治條例第 27 條，他本來就說我們目前的勒戒處所要可以或委託衛生福利部指定之醫院內附設，然後他可以是由國防部所屬，所以那個三軍總醫院那些都可以進來，本來第 27 條就有規定啊，然後再來就是說，他本來就有說那個戒護的業務是由法務部負責，然後呢所有的戒護醫療費用，就是從法務部跟國防部預算來支應，所以我們目前現行法規有規定，所以他在轉型上那個對法規的衝擊可能也不會到那麼大嘛，因為同樣的 27 條內只是稍微修正一下是由誰來擔任院長、怎麼去做醫療，那個細項的去調整，也許容錯率比較高。

最後是說那個經費來源，大家會擔心說因為醫療的成本很高，可是我們現行經費，本來就有矯正機關整合性藥癮治療服務計畫，那個毒防基金本來就是，現在矯正機關就在申請這個毒防基金來讓那個醫療院所，好像 13 家吧，來針對 14 家矯正機構進行醫療的服務。那另外就是配合個別化處遇流程的計畫，還有個別處遇跟復歸轉銜的實施計畫，這都在做。那這些經費來源有些都是毒防基金，所以事實上經費那一包就在那裡，只是我們怎麼去運用。

那我認為這是一點，目前啦，也跟各位專家稍微報告一下，目前的設計跟目前我們在運用的方向。好，謝謝，以上是我的建議，謝謝。

計畫主持人：

好喔，也謝謝犯研中心代表。所以非常謝謝專家丁、專家戊跟專家己。

第三次焦點座談會議逐字稿

計畫主持人：

那就拜託你先開始。

專家辛：

好，那主席跟各位大家好，那我用比較簡短的時間講，因為大家都是專家啦。那我自己曾經在 2023 年 6 月，有在最高檢察論壇的創刊號寫了一篇文章叫〈論毒品初犯觀察勒戒之廢止與重建〉，那這篇文章我曾經有傳給一些在場的先進看過，那基本上我的結論認為初犯觀察勒戒這個制度，經過了 20 幾年的適用，應該有很大的問題，所以我認為應該把它給廢止，觀察勒戒和強制戒治這兩個都廢止，然後另外初犯和再犯的這種分別也是廢止。那麼但是廢止以後當然要重建，那重建的話要改成以醫療評估為基礎，也就是經過醫生真正的評估需要以後，才會送去的一種監禁刑的治療、保安處分，這是先講結論。

關於計畫主持人剛剛提到的 A-1 的問題，我就直接講讓大家瞭解。目前的優缺點，以今天來說我認為觀察勒戒、強制戒治，這個初犯觀察勒戒、強制戒治的制度，造成了我們檢察官，還有司法體系在工作案量上，非常多無謂的耗損，而且這種耗損是沒有意義的耗損，沒有讓整個流程變得更簡潔，反而製造了更多的複雜，結果導致了呢，我們現在檢察官對於初犯的人，盡量都採取起訴或者是觀察勒戒，而減少了緩起訴戒癮治療的機會，這也就導致了現在，檢察官因為看到案件程序的繁複，都不想做緩起訴戒癮治療，這也讓我們整個國家政策在緩起訴戒癮治療上面，就很難把那個案件量拉高上來，所以我覺得這是一個非常大的，對現在情況的一個弊病。

那第二個他的弊病就是，由於他這個要不要去觀察勒戒完全不需要經過個案上面的專業醫療的評估，而是依照初犯或再犯這個三年內或三年外的這樣的一個區分，所以就導致了很多進去的人，到底是不是應該進去，還是說到底是不是就是不能進去，完全沒有經過醫療評估，那這也是跟這個成癮醫學是違背的，那也因為這樣以後呢，觀察勒戒後兩個月那個有癮跟無癮傾向的這個計算

標準，也變成了困擾長久這個醫師在評估上的一個難題，幾乎就變成了用評分表，那事實上是流於形式了，他並沒有辦法實質的進行個案上的評估，然後也對於評估的醫生是一個很大的壓力，所以我覺得他的問題的根源就在於說，如果這個東西根本就不應該這樣做、不應該這樣存在，後面再怎麼去修那個評分表其實都沒有太大的意義，因為錯上加錯。所以我自己認為說這個在沒有經過醫療評估，或者是流於形式的這種評估，或者是沒有辦法達到實質效果的評估，都是一個現在很大的一個弊病，所以我認為說有這兩個非常明顯的缺憾。

第三個有一個問題就是，我們自己在實務上看到，雖然說他們在戒治所裡面我們的這個輔導都是非常的努力在做，可是其實他們進去長期住在一起以後，這種交叉感染、認識更多藥頭的情況也是非常的普遍，所以等於說關著他然後暫時不能用，可是卻加深了他們彼此的交叉跟認識，然後一出來以後呢，就變成一個更大的擴散性。所以我認為這個是在對個案上來講，沒有一個很好的效果。所以我認為說從剛剛講的這三點，我覺得他是有非常多的缺點。

那他有沒有優勢呢？我認為以現在的制度上沒有辦法發揮他的優勢。如果我們需要有一個好的監禁型的處遇的話，我們應該要重新打造他，而不是說前面我就用初犯、再犯，或者說我是用這個，這種非常的僵化的這種做法來做。

然後另外我在最後再提一點，如果說我們能夠設計出一種比較符合我們實務上面、司法實務上所需求的制度的話，那麼換句話說，我們不應該去區分初犯或再犯，不用去區分到底要初犯就是觀察勒戒，再犯就是起訴，不需要，因為每一個個案他都會有他實際上的需求、有他個案上的這種情況。所以對檢察官來說，他收到案件以後他可以有一個很簡單的評估量表，那如果說他真的有需要去住院治療的話，這個時候會去問醫生，那醫生如果他評估以後，他會怎麼評估，他當然第一個他會去依照這個個案的情況去評估，第二個他一定會去評估他自己住院，或者說是這種處於體系的量能，才來做這個事情，那這樣的話就更能夠符合實際上的需求，那我們現在因為沒有這樣子的一種醫生評估的實質的篩選機制，就是完全用一刀切的三年，然後初犯、再犯這樣的制度，所

以就會導致我們在實際上送去戒治處所的人數上面是暴起暴落，幾乎也沒有辦法去好好的依照個案的需求，反而造成了我們很大的一個問題，就是矯正處所他收納量暴增他受不了，那如果要交給衛福部，他也害怕、他也不敢接，這是很現實的問題，其實就是根源於來自說這個初犯、再犯，或者說這個人數上面等於是非常的僵化，完全不是依照個案，或者說我們司法實務上面的量能跟需求來設計。

這是我第一次發言，先跟各位報告，謝謝。

計畫主持人：

我非常謝謝專家辛。專家辛寫的那個文章其實非常非常詳盡，我也之前有好好的閱讀一下，我覺得寫得非常詳盡，特別是剛剛提到的幾個主要的整理，我覺得很好，我們會把它納入進去做考慮。那接下來是不是請專家庚還是專家壬?

專家庚：

專家壬要先嗎？

專家壬：

好、好，那不好意思，我就先承接剛剛專家辛這邊，我們有一些想法是接近的，但我想就我的觀察，我還是會把重複的部分，還是用我的表達方式再說明一次。有關這個制度施行的優缺點的部分，我認為優點就在於機構性處於它有強制收容這樣的一個好處，那我們要去對這些個案病患的一個處理，我們不會找不到，如果我安排不管是醫師的門診或者是心理師的這個諮商、治療、心理治療，甚至社工師的對於他家庭議題支持這一塊的一個瞭解、評估，我們不會找不到人，我們要排這個個案晤談，一定會有這樣的一個機會。

那另外一個好處是這個人收容在矯正機關裡面，基本上以臺灣的這個監禁管理的這個立場，還有這個現在的現況來看，我們不太會有讓同學，就收容在這個矯正機關裡面的各種處分類別的同學，有機會去接觸到非法藥物、毒品甚至是酒精，這個部分的機會是非常的少，那這個部分是我們認為機構性處遇本

來就有的優點，它並不是勒戒、戒治制度而特別有，但概括來講，它的優點我認為是這一塊。所以我們，過去也曾經有跟我們合作的治療師分享，他說其實藥酒癮的個案真的很難做治療，因為他們的認知功能，還有他們甚至到社區去接受相關的協助的時候，有時候臉紅紅的你就看到有使用酒精，有時候精神不是那麼的理想，那你會知道他可能前面有用、再次的使用藥物。那在這樣的狀態下，當個案的治療師要去跟他做一些認知行為的討論、教育等等，都會有認知上的困難。所以他們也講說，如果說，社區的這些個案要治療，要講十次講不會啦，雖然到矯正機關裡面看到個案，一樣要去跟他治療，要去晤談也覺得有相對的困難，但是比較起來，比較清醒的個案他們是比較好去著力的，相對於社區這種比較有機會接觸到藥物、非法藥物或是酒精的這種個案。

那目前現行我們觀察到勒戒、戒治制度的缺點是說，現在這個勒戒跟戒治是我們國家在法律上明文規定提供給藥癮病人最陽春的一個居住型的戒毒處所，我說最陽春是因為，就像剛剛專家辛講的，他並不是什麼五星級的戒毒機構，那就是司法單位，透過司法警察偵查，然後到檢察官聲請觀察勒戒，一路到他被判定需戒治、有這個繼續施用毒品傾向，送(法)院方裁定強制戒治，又往戒治所移動，這一路上，就是跟這些多數沒有意願戒毒的人集中在一起生活。那這種惡性感染，甚至我們有這些合作的 NGO 團體、治療師進來做個案輔導的時候，也會發現說有些個案，受觀察勒戒的人明著講他就是藥頭，他進來裡面拓展下線。那當然這個部分不是大家都這樣，但是集中式的這種處遇、收容的機構就會有這樣的一個弊端。那我們現行有看過相關的文獻在探討，實際上也是這樣，就是說在勒戒處所裡面、戒治處所裡面，所謂的正規醫療，就是由精神醫療團隊(醫、護、職、心、社)，五種職類的專業人員來提供具有成癮專科這樣的一個治療，成分相對的少、密度相對的少。

目前觀察勒戒的重點在完成有無繼續施用毒品傾向的判定程序，大部分在走程序，其實它的立法理由也只有兩個目的，觀察勒戒的目的就是用人道的方式對他做生理解毒，但是我們又知道，現在的進來觀察勒戒的對象，安非他命

二級毒品為大宗，不像過去早先在創這個制度的時候是以海洛因為大宗，這個對象已經有很大的不同。另外機構性處遇有切斷正向社會支持的一個副作用，我們把他關進來，然後要去協助他解決藥癮的問題，那要回到社會上又得花非常大的人力、物力成本，去協助他回復到原本的那種人際網絡，甚至幫他創造一個新的人際網絡，這個都相當費功夫的。那以目前勒戒處所或是戒治所，要去尋求合作的醫療機構的話、要去找醫療團隊，是由矯正機關自己找。那我們目前，中央衛生主管機關似乎並沒有去透過類似評鑑的政策，來去要求具有成癮治療專業的醫療機構，積極地來去跟司法矯正監禁的處所合作，並沒有這樣的，據我們自己的瞭解是這樣。

很多文獻也講到說，現在外觀上勒戒、戒治的處分，它難以跳脫監禁的色彩。找了一些文獻討論，就是過去成癮學會曾經辦過一個年會，當年都在討論有關除罪化的議題，那其中國衛院的代表就特別講到說，其實這些個案病患的這種特性，應該要去教育全民，讓民眾慢慢在觀念上、思考上能夠務實地去對待這些病人。那把病人關起來治療，現在我是覺得是很衝突的一件事情，所以早在 99 年那時候成癮學會的年會就已經開啟了這樣的討論，甚至找了立法委員，也認為說在未來如果成立衛生加上社會福利這樣的一個部會的話，有機會對這樣的部會去遊說，然後再去把政策上做一個調整、通盤的調整。我們認為說其實在 15 年前就已經有這樣的一個宏觀的視野，我們認為是蠻好的。

那現在勒戒、戒治人，他跟受刑人同樣都拘束人身自由，按照憲法 544 號解釋的精神是說，如果我們現在國家有更好的政策制度可以作為替代的話，那這樣的一個拘束型的這種，拘束人身自由這樣的處分其實在論理上是有一點欠妥當啦。尤其是受刑人，他執行完畢不收費，那勒戒、戒治人他要收費，那這些人他在出所之後要去面臨這樣的費用的追繳，對他們來講已經是負擔上再加上負擔，不利復歸社會。現在我們觀察到是在刑事大法庭 109 年的裁定之後，個案他是很大多數是從監獄過去的、進出監獄的老累犯，又重複進到勒戒處所來勒戒，那這個個案他的狀況，因為多數是這個施用毒品好幾年的這種老個案，

因為以前在這一號裁定之前，如果在判刑過的個案是他不會再到勒戒處所來，那因為這個實務見解變更的關係，所以剛剛那個研究助理有先提到，這些人又從監獄釋放之後，再施用毒品又跑回勒戒處所，那這些人身體狀況真的是不理想，所以後來我們在觀察，從這號裁定之後送進來的個案，我們有很大的比例在處理他戒護外醫、處理他戒斷症狀，那這些個案的生命風險是蠻高的，對於矯正機關、甚至在國家為了實現這個刑罰權，然後去把他送進來，我們去承擔的是第一線個案的生命風險，以及後面的這些國家賠償的議題。那這個制度在被告來講他們不認同，我們認為刑事大法庭他的美意是讓個案能夠到醫療型的保安處分處所，去接受這樣的一個醫療性質的保安處分，可是被告認為我是一事兩罰，常常他們會有這種見解，那被告不認同，評估的醫師又覺得這樣的一個制度，大家不想來背書，認為說藥癮是病人，那另外我們要去把他評估完，要往下一階段的強制戒治處所送，所以他的評估實際上會影響後面個案拘束人身自由這樣的強制性處分，所以醫師也不太願意來，我們在要找醫師的過程中，其實遇到相當大的一個困境，那當然這個(應診)費用的部分是另外一個面向，所以看守所、戒治所附設的勒戒處所，對於要去執行這樣的一個保安處分，就是觀察勒戒，是很辛苦的。

那另外檢察官也認為說，現在觀察勒戒就在走一個程序，走一個施用一、二級毒品進去就是把你關個三、四十天，在走程序。那法官、有的法官開始慢慢去檢討這樣的一個制度作為，甚至在剛剛提到的有無繼續施用毒品傾向的評估工具是不是理想，都有很高度的這種檢視，所以我認為，怎麼會一個制度在執行中，所有一干人等通通都不滿意，從被告、醫師、看守所、附設勒戒處所，然後到檢察官、法官，跟這個處分類別相關的人等都舉出了很多待檢討的這個部分，特別是法院現在很注重人權，對於被告的抗告一一的要求要勒戒處所檢具相關的證據，去證明說我們對他的某一項成績的評定，需要有相關的證據來去舉證，那勒戒處所就疲於回應了。那如果有的法官也特別認真，追根究底希望找醫師來做開庭、來討論、要傳這個醫師當證人，那對於本來就已經不太想

來勒戒處所做評估的醫師來講，又是更大的負擔，大家都知道時間就是金錢，大家都有工作、有家庭生活、還有休閒，那醫師甚至認為說我要到庭上去跟被告列在對等的地位，然後去在那邊爭執說他的判定結果是本於專業，我覺得在情理上對這個醫師的負擔都很大。

那最後就是在執行的處所的部分，因為我們畢竟就是司法矯正單位，那以現有的資源，我們不太可能說這種處所的清掃、炊事這些外務通通都外包，由國家編列經費外包給外面的廠商來做，所以現在勒戒處所跟戒治所，我們還是會有視同作業的受刑人在這樣的一個收容的空間。尤其是現在北部矯正機關超額收容的狀態，那過去法務部長官也很重視，就會希望說，北部如果沒有超收的機關，是不是可以分擔北部像桃園監獄、臺北看守所這種超收的狀態，所以今天戒治所又得要去負擔超收的這個，收容的業務，那受刑人又收進去，收進去同仁就有聲音開始在講說，欸，我們過去不是才憲法法庭提到說，呃，這個釋憲文提到說，刑後強制治療也好，然後刑後強制工作也好，只要是保安處分在司法矯正機構裡面，應該要注意要與這個刑罰，就是所謂的拘役跟自由刑，要能夠明顯區隔，如果沒有明顯區隔就有可能有違憲的狀況，那我們現在勒戒、戒治的這個處所就必須要跟受刑人有這樣的一個關聯性，就是在機構的管理上其實也是增加了蠻大的負擔，那沒辦法，矯正機關還是要盡可能的在人權保障的立場下，盡可能讓北區的所有的矯正機關，盡可能不要進到那種比較高的超收比率的狀態，所以戒治所它還是有機會被移送受刑人去紓解北區矯正機關超收的現象。

這個是就我們實務上的觀察跟各位專家、學者、老師做分享，謝謝。

計畫主持人：

謝謝專家壬，特別是從矯正機構、機構式處遇，談到了很多各個面向的觀察跟看到實際上的運作跟狀況。非常謝謝專家壬，接下來是不是請專家庚。

專家庚：

謝謝老師，各位專家大家好。我想我也不是什麼專家，就是離開矯正系統

也很久了，但在毒品現在這個勒戒跟強制戒治這個議題上，因為我待過矯正系統，我也待過醫療系統，那我自己認為說，所有的事情其實應該要回到就是說我們在設立這個法，因為觀察勒戒制度跟強制戒治制度其實在我看來，它是國家對於施用毒品的個案，我們從法治的刑事制度上面，我們希望能看怎麼樣解決問題嘛。那大家都知道如果說這個是一種所謂廣義的保安處分，因為它並不在保安處分執行法裡對吧，那它是廣義的保安處分，它的目的當然就是降低社會的風險，所以像我們現在在講監護那樣的一個概念一樣，所以我覺得說到底這個施用毒品，現在觀察勒戒跟強制戒治，如果大家只是把它看成就是施用毒品或成癮這件事情，大家會希望說一分為二，我的意思就是說，好像覺得它不是醫療就是犯罪，但是實務上的推動我覺得不是這樣，其實在很多疾病裡面它也是啊，它也不是說你純醫療就能解決問題，那我覺得所有的這個、所有的這個社會的問題都不會是單一的問題。這個我要先、我覺得我想要從這些角度來看，所以我會比較傾向覺得說，應該是去看脈絡。如果照老師現在提到的，就是以觀察勒戒、強制戒治現在運作的看法，我覺得在這個制度的施行上，二十五年來到底有什麼優缺點，那我想提的一點是說，因為當時在立法的時候，他有他的目的跟當時臺灣施用毒品現況的，跟現在是完全不同的，所以我覺得在檢視這個優缺點的時候，應該要去看說我們現在能檢討的一個是說，過去的施用毒品的狀況跟現在已經不同了，那當時我們去設定觀察勒戒跟強制戒治的制度的時候，是綁在當時臺灣毒品的問題，試圖想要解決社會的問題去訂出來的嘛對不對，所以像大家講觀察勒戒，當時、從現在的立法也是看到他戒除身癮，但現在大部分的施用毒品的個案已經沒有這樣的問題，因為美沙冬的介入、丁基原啡因的介入，讓這些海洛因的個案減少了，那現在很多的毒品的成癮，他不一定有明顯，或者像海洛因這樣嚴重的戒斷症狀，所以我覺得說，當時設定的處所的目的，是不是要因為我們現在毒品施用的狀況，以及施用人口的特性，以及這些毒品對於我們造成的危害，不管是個人身心還是社會危害，其實都不同了，要檢討這個制度，從這個角度來看這樣子。

那另外如果說，從這個成效來看的話，我覺得其實這個成效，應該要返回介入，就是介入的內涵來看，像剛剛大家都會提到就是說，好像觀察勒戒其實它是沒有什麼效果的，但是剛剛專家壬也提到，在拘束人身自由的環境裡面能做到的是什麼，是不是說，我們不是說這些個案都應該要非拘束人身自由的介入，而是說到底我們怎麼樣正確的去區分，哪些個案需要拘束人身自由的介入，哪些個案不是、不需要，那我們就能夠讓它回歸。所以這也會回到剛剛其實像、我覺得像專家辛講的，我們在，如果觀察勒戒現在其中有一個很重要的程序是，有繼續施用毒品這樣的評估，這個評估到底是評估什麼？我們過去在 25 年前開始設計這個的時候的目的到底是什麼？我覺得好像大家提的是再犯嘛對不對？但是實際上像剛剛我覺得，民間講或現在大家實務上慢慢的看到，覺得或許要從醫療需求來看個案，那好如果我們既然都喊說他們是病人，所以我們要從醫療需求來看，那我們評估的時候，是不是回到醫療需求評估？即便今天我們真的就是找醫療機構，我們找專業的醫師來做了醫療評估，那有些人就像我說的，他也可能是需要拘束人身自由，就像在醫療系統裡面，有些人門診就可以啊、有些人要住院啊，有些人住院，這一般性病房就好，有些人要住到加護病房啊，這都不一樣，但當我們去找出一個個案，他可能需要拘束人身自由的時候，那我們拘束人身自由的機制，或者是那個環境，是不是能夠提供在拘束人身自由裡面，我們應該協助這個個案的需求的那些措施是不是有出來。

所以我自己的想法比較是覺得說，如果成效的評估，應該要返回，像大家會講現在、我不知道現在，比如說像現在、剛講到觀察勒戒，大家是以這個再犯率來看成效的話，那我就會想說，那我們在勒戒所或在戒治所，我們是不是回到降低再犯率這樣，去思考每一個介入的措施。

那這麼多年來，其實不管透過新世代，還是其實矯正系統也很努力透過心理師、社工師這樣專業人力的增補，甚或外面資源的引進，我們在提供措施的介入上，是不是也大家朝這個方向走。那另外一個是我也想說，我自己常常覺得，其實剛剛專家辛跟專家壬都提到就是說，一個制度搞到大家都在抱怨這樣

子，但是我其實，這個我自己的觀點比較是這樣就是說，我承認現在的制度讓大家都在抱怨，但是我也從、我也常常在想說，但是每一次在修法的時候，包含這一次法務部自己去提出說五年要改成三年，我不知道當時的立意是什麼，因為我知道五年改成三年是沒有.....我不知道那個修法的過程，那我們這邊收到的時候是已經修法，然後就是 109 年出現這樣的一個事情，但是好啊，或者是說像緩起訴附命戒癮治療的修法，我自己看到的是說每一次，呃應該說五年變三年我不清楚，但是在緩起訴附命戒癮治療的修法的過程裡面，其實我應該大部分的時間是有參與的，那我其實會覺得至少在我參與過程裡面，我覺得不管從法務部、從檢察官、從衛福部的角度，或者是他們有要專家，就是醫療的專家、成癮的專家，我自己會感覺其實大家都想把這件事情做好，然後而去規劃了一個覺得立法意旨上面良善的制度。但是我也覺得從每一次修法過後，大家其實在很快的時間內又檢討這樣的一個制度，到底發生什麼問題？

我自己的一個結論比較是說，我覺得大家立意都很好，所以會希望能夠朝什麼方向去建立制度，而且每次在修法的時候也去檢視說，現在的問題是什麼所以我們希望怎麼修。但是我覺得在行政要配套去落實這樣的一個立法精神跟意旨的時候，其實我們沒有對應上來配套，所以就會變成這樣子的狀況。就像比如說我覺得緩起訴，要多元處遇，其實他只會讓程序，至少在評估的程序上一定變複雜，因為你不是醫療或不醫療，你是希望回到個案的需求的不同的面向，能夠依照個案的需求去給予他協助，所以你的方案要多、你的評估面向要廣，對，不是只有，比如說我們以前講，如果我今天這個醫療需求，我只要評估就看你血液裡面有酒還是沒酒，就決定有或沒有，假設他只是一項的評估那當然就很單純，但實際上我們的設計裡面我們不是，我們覺得當然有居住、有醫療、有這個親子等等、就業等等方面的問題，但我們又希望很快的能夠一分為二，那我覺得在行政上怎麼樣配套讓他周延，我們好像沒有，這個，把行政的措施把它給配套上來，大概在修法的時候是沒有做這一塊，所以我也曾經會聽到有醫師講說在近幾年來我們的修法其實是快速的，但是實際上相關的執行

的措施或資源，我覺得是沒有相對應上來的，所以會造成大家覺得每一個新的制度好像都是問題。

那我要講的是資源的投入可能也不是只有人力跟經費的補助，我反而是覺得在軟體的建制上的這一塊其實是要投入時間的，但剛剛大家覺得說，就我剛剛說，如果說藥癮大家覺得在現在啦，我自己覺得以臺灣的情況來看，我們如果在現在，從民意的角度，我們沒辦法立刻說它是完全醫療，還是它一定不是完全的司法了嘛，對不對？但這一塊我們怎麼和檢察官之間，比如說醫療系統怎麼和檢察官之間，建立一致的共識對這件事情，因為我相信大家的目標是相同的，對於這個個案希望他復歸社會，這個其實我覺得不管從檢察官還是從醫療系統，大家都是這個看法，只是在執行的方式上怎麼有相同的步調跟共識，我相信這個專家辛應該會有蠻深的感受，就是我相信他跟松德其實長期建立一個非常好的合作，那我相信他們中間對於這個，到底怎麼介入毒品的個案、毒品的個案到底有沒有風險，還是說他完全沒風險，只要一個醫師袍穿上去，現在看到這個病醫師他就都 OK 了，這個我常常在講說，像現在那個監護處分，大家在講精神病人犯罪的話他是病人還是犯人。那我覺得如果說今天一個精神病人，我們覺得說他犯罪的時候他就是純病人、他就純粹是病人，那我就心裡想說那不是以後叫大家都穿醫師袍，那個案不是全部都 calm down 嗎？也不會有發生殺人放火的事情，但實際上不是。

所以我舉這個例子，我只是想說，我覺得應該是怎麼樣，我真的會比較期待是說，務實的從臺灣目前的毒品施用的人口，以及施用的種類的現象，包含就是說對社會的影響，我們來建立一套制度。然後當然也考量剛剛大家講的人權、世界的潮流，但建立這套制度之後，我們怎麼樣在實務的操作上、行政的措施上，要能夠跟著上來，這樣子。我覺得可能會讓事情是比較能夠繼續的往前推。那在這個推動的過程，我覺得跨專業之間的共識，我講的共識我要怎麼形容，就是說，我的共識不是只有指說，好，大家覺得他是病人還是犯人，大家折衷之後覺得他是病犯，而是希望說在這個軟體的運作的機制上也要有共識，

我覺得才能夠讓事情其實逐步的往前走。至於說要達到什麼樣的成效，我覺得可能要，我還是會覺得是要去談說，我一開始設立這個目的是什麼?那我們在提供的服務過程裡面提供的服務，是不是對應我們其實要達到的這個目的?我覺得這樣才有辦法去真的警示說，到底觀察勒戒或強制戒治要達到什麼成效，或能夠達到什麼成效，這是我的看法，以上。

計畫主持人：

好啊，謝謝專家庚，專家庚有點客氣啊，因為其實妳算是資深的專家了，因為妳一直投入，不只是在矯正署啊，還有在心健司，還有在各個政策的討論上。所以專家庚剛剛從那個制度本來想要，設置的一些理由跟他想達成的目的來談起，確實現在很多的時空環境還有現在臺灣的藥物施用的，不管是盛行率、發生率跟他使用的種類其實都跟過去有蠻大的不一樣，當然也談到單純的司法或單純的醫療，可能都沒有辦法來處理這樣的問題，謝謝專家庚，接下來我們是不是請專家癸也給我們在這個部分我們來聽聽你的看法。

專家癸：

其實剛才專家庚說的太客氣，應該我才不是專家。因為就聽到剛才各位先進前輩的一些發言，那我就可能只有針對我們目前在第一線工作的一些，我們看到的一些狀況提供一些意見這樣子，那就目前來講我覺得在觀察勒戒、強制戒治上一些優缺點，就像我們工作的時候其實很常聽到，就是我們的服務的個案他們家屬，就很常跟我們講說「啊他就進去關就好了（台）」，他只要進去關一些事情就可以解決了，但這樣是真的嗎？其實我們都會請他反思就是說，對沒錯，他確實他進去關的那觀察勒戒四十幾天，可能問題暫時解決了，他不會在家裡面造成一些，對你們來講、對家庭成員來講造成一些困擾、帶來一些麻煩，確實在這四十幾天內是安靜的，但是四十幾天過了，他還是要回來社區裡面對這麼多的問題，所以我還是會期待就是，家屬可以去面對這些事、試圖解決這些問題。

那就回到這個問題、焦點議題上來說的話我會覺得，就這個優缺點而言，

我先分享我們在、從我們自己系統上撈出來的數據，我們系統上有針對我們的結案的部分，那他如果在一年、兩年以及五年內，他如果又因為有被司法系統，譬如說警察、警方系統有被抓獲的話，那他就在那個時間他會做個紀錄，那我試圖撈了一下我們在系統內從 2016 年到 2019 年，因為他撈的界線應該是一年、兩年跟五年，所以如果再往前撈的話，譬如說可能撈到 2020 或 2021 的話，他可能就沒有辦法呈現五年後的數據，因為

還沒到五年，所以他的比例來講可能相對較低。所以為了讓那個數據可以比較真實的呈現出現況的話，我就是只有撈 2016 到 2019 這四年間的，只要是出監後的，譬如說假釋後、假釋以及期滿出監後，這些個案他們在一年、兩年跟五年後有再犯率。我稍微看了一下，其實大部分都是落在 30%、20%到 30%左右上下這個範圍內，所以其實來講佔比來說很高嗎？其實也還算可以接受的範圍內。

那回到那個問題上來講就是，優點當然就像我們剛才那些家屬他們真實感受到的，就是他確實提供一個，把他強制在、隔離在一個處所內，然後這半年就是把他放在一個處所內、強制放在一個處所內，那什麼問題都解決了，只是這個問題可能是延後才會再發生，那這也就是我覺得目前觀察勒戒跟強制戒治所能，比較、比較直接的優點吧，應該就是這樣子而已。

那缺點當然就是他進去後那些問題，比如說他可能出來後、回到社區後面臨的一堆問題，比如說經濟啊、跟家裡面的一些相處啊，甚至他進去前我可能還要再跟、檢視他們家是不是還有一些家庭照顧的資源，比如說他可能家裡面有老人家或者是小孩子，那我們這邊還要再跟社政資源去做一些聯繫，去協助安置、處理這一塊。所以好像並沒有那麼多的優點，反而就是還比較多的缺點這樣，就是說我們還是要，不管是外面還是裡面都要處理多很多待處理的問題，那他可能在裡面觀察勒戒完、四十幾天結束後出來，那我們還要重新開案、重新再，就是他之前入監前的問題要重新做解決。所以目前現況看起來，應該說缺點還是大於優點。

那就第二個問題而言，就是在目前制度上對減少毒品使用狀況成效為何，其實我們也蠻常聽到個案就是說，就像剛才各位前輩都說，他們在裡面其實還是都會遇到那些人，譬如說像我們高雄戒治所為例好了，譬如說同一個區，譬如說假設鳳山區或某一個三民區，他們那一些可能裡面有幾個人進去那裡面之後，他們有可能還會在裡面碰到，就是會回去碰、還是會碰到那些人，那對於那些他可能真的想要戒癮的人，他如果回去碰到那

些人，那他在空閒時間互相聊到一些議題的時候，可能又回到、講到一些毒品議題的時候，這樣子的成效可能就會打一個問號啦，所以對於減少毒品施用的狀況成效，我不敢說沒有，但因為實際上體感出來的，比較多的成效他們想要，就是那些藥癮者、那些藥癮的個案他們可能主動改變的，還是要為他們自己本身的那個動機被啟發出來，如果他們自己在裡面，他們的動機有被啟發出來，其實他們自己就會做一些行為控制的部分，那在出來後也會相當配合一些網絡單位的一些處遇，譬如說醫療單位他也會去，譬如說去戒治啊、去喝美沙冬啊、去做心理治療，然後也會配合我們這邊的處遇，譬如說參加一些活動，譬如說可能會跟，呃，但家庭去做一些團體之類的。這個東西可能就會變成是他會，嗯，對於他、個案自己本身是比較有協助的啦。

那再過來對於第三個部分就是應該達到什麼樣的成效，我覺得目前來講確實對於評估而言，因為我們對藥癮者其實他的狀況是比較多變的，所以基本上我們就評估指標的設定，也會是比較多面向的，比如說他自己本身對於戒癮的想法，或者是他自己本身一些，譬如說自殺、BSRS-V 的分數評估，或者是說我們對他工作、就業動機，以及他對家庭成員的一些相處的模式、相處的狀況，以及他有沒有穩定的配合一些網絡單位的服務，這些其實我們都會納入對這個藥癮個案的評估，所以我覺得應該達到什麼樣的成效，我覺得至少對於藥癮者本身而言，也因為他們自己的因素可能比較多，所以我覺得成效應該要包含更多的面向，去讓我們瞭解這個藥癮個案到底是發生了什麼事才會讓他一直不斷的透過毒品，或是透過一些物質，去獲得一些他想要的感受，對，我覺得這是

比較重要，也比較希望達到成效那以上是我想要建議的，謝謝。

計畫主持人：

好喔，也謝謝那個專家癸，從那個毒危中心，就第一線的來回饋給我們相關的這些想法，那特別是比如說您的個案，在那個觀察勒戒、強制戒治離開了以後你們的這個追蹤輔導的相對應的狀況。那我們是不是就進入到第二個議題，那就謝謝剛剛有幾位就先對第一個議題做了相關的那個陳述，那第二個其實主要是要在進一步的，剛剛其實有幾位已經有談到說，那我們目前用哪一些指標來看這些觀察勒戒跟強制戒治處遇的這些效果，那當然除了這些擬定的指標以外齁，那覺還有沒有什麼東西其實是可以讓我們來作為相對應的這些指標或評估？那最後呢，其實是這些觀察勒戒跟強制戒治的這個效果，你覺得如果真的我們將來還是還是呃，說短時間當然不太可能更改這個制度啦，那我們再繼續實施的過程當中，有沒有哪一些指標，我們應該把它找出來，然後開始收集資料，那確認將來其實有一些更精確的評。那剛剛其實幾位專家都有稍微涉略到這個議題了，那是不是就只針對這個議題，再稍微幫我們強化一下？那這次要不要請專家庚先？專家庚剛剛其實談了蠻多這些事情。

專家庚：

謝謝老師。其實我覺得這一題對我來講其實是有點難的，就像我剛剛提的，我自己會覺得說成效要看大看小都可以，但是毒品的、我當然會比較認為毒品的成效不能用，因為我都覺得如果要用最終的結果面，我總是覺得它就是蓋棺論定，但是這一定不是在行政系統裡面能接受的指標或評估的方式，所以我自己會比較覺得要綁回我們到底一開始設定進觀察勒戒的目的是什麼，然後來看我們的介入方式是不是能夠達到這個效果，比如說我覺得在那個，欸那個是強制戒治嗎，還是觀察勒戒？強制戒治，對，毒品危害防治條例裡面不是就會有提說，個案在出監前的那個就業要由公立就業服務機構做什麼、做什麼這樣子，那當然不是說你在，對，那我就會自己想說好，假設我們有一個目的是這個，那這個定這個的目的，他可能就是希望能夠個案能夠銜接就業，甚至或者是說

促進穩定就業，那如果有這一項具體的措施，那當然我們就可以來檢視說，在這一項措施上面我們達到的成效是什麼，像我覺得有多少人、從過程裡面比如說有多少人真的是在個案出監前，其實是有被順利的轉銜到就業的。

那當然出社區之後，真的大家又要看結果面的指標，當然這個轉銜希望相對是媒合到適合他的，假設我們的目的是這樣，適合他的，那這樣子那個媒合之後，這個人能夠穩定的就業的時間是多少？那當然我覺得這又包含說你去定義說，這個穩定就業的時間多少，大概有時候長官會告訴我說，其實民眾沒辦法，呃，因為有時候成效是為了回應民眾，我不知道，可能行政系統久了。對，是為了回應民眾、回應社會。那對民眾來講他沒有辦法去管你什麼幾個月這些比較，我覺得我們在統計上的一些問題，我覺得是可以大家，這就像我剛剛提的，我覺得很多時候是大家不同的領域，我覺得在這個議題上我們去建立一個共識，然後呢，用這個共識去做執行之後，再透過這個既有的資料，就是我們這些臨床實際累積的資料，再回來檢視我們的這個目標值是不是要修正，比如說我們一開始就講他穩定三個月好了，但是到底可不可以穩定三個月，當然我們當然也可以一開始透過文獻回顧，去初步建一個過去大家覺得認定比較好的，比如說三個月，有穩定就業的三個月的人，他的什麼就比較、結果指標會比較好。

透過文獻的檢視之後來決定是不是三個月還是幾個月，那我們也真的可以在執行的過程裡面去把這樣的一個資料給蒐集，再回來去檢視，我自己會覺得如果成效的評估方式的話，我自己覺得我沒有一個好的方法，因為我覺得還是要看這個成效講的是指什麼，對。那如果是以這個最終大家覺得這個再犯率的話，我不知道，我覺得這個看有沒有機會蒐集所有資料，大家現在不是很流行這個 AI 或大數據，但是我前幾天也聽到一個 AI 專家，他就是說到底我們應該抓哪些變項，丟進這個系統裡面去跑這個模型，他說其實一開始什麼都不知道，你就是有資料盡量丟，他就說所有的，對，因為我們都不知道哪一個變項可以解釋多少這樣子，對。那我覺得、所以我覺得，什麼樣的指標或者是怎麼評估，

我覺得其實矯正系統累積這麼久的時間了，那其實系統化、資料電子化的這個年度也其實已經有一定的時間，那我覺得怎麼樣好好分析這樣的一個資料。

然後，當然我覺得現在也有一些，像今年就是行政院這邊也有要求衛福部跟法務部這邊，就這樣的一個資料庫來做一些檢視跟分析，或許現在的資料我們沒辦法真的講得很精準，但我至少、我覺得至少是一個初步的開始，去檢視資料的品質，然後資料的結果，我覺得這是一個開始，我覺得有可能還是要回到實證上面，我們怎麼去把這些資料收集之後，然後再回來告訴我們怎麼樣的指標比較好，或者是怎麼樣的評估方式比較好。但我真的覺得目的跟手段還是要扣合，這應該是最重要的，這是我的想法。

計畫主持人：

謝謝專家庚，我們再請專家辛。

專家辛：

我也呼應一下專家庚的，就是說回應這個目的，不過我也有一些比較具體的建議。因為說真的，要去做成效的評估實在太困難了，但我自己個人有幾個比較明確的建議。就是說我們先想想看，如果說這個觀察勒戒制度，它最初在二十五、三十年前都是海洛因的時候，它為了戒除它的身癮，那就那個時候就他的目的，那當然是也許他有他的效果。問題是今天我們把八成、九成都是安非他命，那換句話說如果要以身癮這個目標，到底有沒有讓他需要戒斷症狀的這個渡過這個期間，那顯然現在來做這件事情就很奇怪了，我做這個開場的說明是說，現在這個題目是告訴我們說，要進這個觀察勒戒、強制戒治成效的評估，他這個成效的評估是在指說，這個送進來這裡面關的這個個案，他在進來前跟出去以後他是不是有變好這件事情，如果他大部分人都變好了，OK 那這樣子這是一個成效的評估，還是說這個制度本身哪，他到底跟同樣都是初犯的人，去跟這個檢察官把他做緩起訴了，因為，這兩種人來比比看到底哪一個比較有效，因為我們都知道現在初犯就是兩種選擇，觀察勒戒或者是緩起訴，再犯的人呢，不可以觀察勒戒，再犯的人就是起訴跟緩起訴，那所以說如果，我

們現在做這個成效的評估指的是，這個制度、觀察勒戒這個制度到底好不好，那他要比較的對象恐怕就是只能跟緩起訴戒癮治療比，換句話說，我覺得說這邊可能要問一下團隊，就是說如果是要做自己這些被告自己本身進來前跟出去後的，那這是一件事，還是說我們要去跟緩起訴來比？那這是我覺得說是可以給團隊做參考的。

那另外就是說就強制戒治這件事情，他的成效的評估，那我也會覺得說，當觀察勒戒完了以後要做那個有癮無癮這個評估，然後就要送到強制戒治，或者說就立即釋放，那也一樣的問題，就是說這個被立即釋放的人呢，和那個沒有被立即釋放留在強制戒治裡面繼續關一年的這種，就是說兩個人在不同的分數評估下，結果他就發生了怎麼樣的變化也許可以做比較，還是說，這個制度如果在我看來根本就違憲，因為我覺得說這個強制戒治應該是要真正因為他需要關多長，經過醫療評估需要多長，再去給他做一個譬如說 7 天、20 天、2 個月、3 個月，就是他到底需要怎麼樣的、關多久才會給他留，而不是說，哎呀只要一有施用傾向馬上就是一年，我覺得這個實在是非常違憲的行為，我認為這個措施根本就違憲，完全沒有去考慮這個人需要多少，然後關的比這個有期徒刑還長。

然後要對這件事情做出一個，它有沒有成效的評估，我認為實在是一個就是很難做的事情，而且再加上就是說這個，在我剛剛提到我自己寫的文章裡面，這個 DSM-4 跟 DSM-5 都不一樣，我們當初設計這個有癮無癮，我認為它的前提是在於說，DSM-4 它是認為說把濫用這個跟成癮、依賴，它是把它做了兩階段的這樣的設計，可是在 DSM-5 的時候它基本上是一個認為說，從濫用到成癮、依賴它是一個漸進式的一個發展的歷程，所以換句話說他沒有一個全有、全無這樣的一個邏輯了，那所以說如果說在這個我認為說連 DSM-5 這樣的一個前提都已經有所改變的情況下，然後法務部還要去做這樣的一種成效的評估，那我自己是會覺得說，對團隊來講是很辛苦的事情。

所以我自己重新回來做一個給團隊一個建議啦，就是說，我覺得如果說真

的要做成效的評估的話，我認為以觀察勒戒本身來講，就是這個初犯的制度，到底在同樣都是初犯的情況下，尤其是可以去比較在前面的五年

的那個時代的，那結果送進觀察勒戒的跟被緩起訴的他後來的情況怎麼樣，可以去比一比，也許我們會看到一些數據。然後呢現在改成三年以後，結果呢，因為有的人被檢察官選擇送去觀察勒戒、有的被選擇送去緩起訴，那後來的表現又如何？那我覺得如果說是強制戒治的話，可能也雷同啦，但是強制戒治我個人會很保守，因為我覺得做出來基本上就沒有什麼太大的參考價值，我個人比較斗膽的說啦，因為我覺得它本身的制度就很有問題，所以不管怎麼做，尤其又關了那麼久，就是到底要做什麼我是很懷疑的。

那所以說如果從人的相比較來講的話，我會覺得說，首先可能要先界定這個族群，那至於說如果界定族群以後，好比說都是三年內初犯的，有些人被選擇送去觀察勒戒、有些送去緩起訴，那這兩種人，我要再加入什麼樣的具體的觀測，好比說他是這個，後來又被抓到再犯，譬如說一年內，或者說他本身有沒有就業、復元，或者說他後來的毒防中心追蹤他的一種回應態度。就是我覺得說，我就沒有什麼太大的意見，會跟專家庚一樣，比較想說這一塊可能就比較可以尊重，就是說他就是一個參考而已，但是歸根究柢我覺得還是要去理解一下說，法務部如果他要做這個制度的成效評估的話，我想我們還是可能不能直接就太快的說，我們就把一個人他好像很多的那種成癮的怎麼樣去觀測去把它做出來，因為我覺得那應該是會像專家庚講的可能會有點難度，謝謝。

計畫主持人：

好，我要謝謝專家辛，這個確實是非常困難的那也當然就是說從這個裡面，單一自己的制度的前後的比較跟不同制度之間的比較，其實都是會需要同時考慮的。再來，我們是不是拜託專家壬？

專家壬：

是，計劃處持人，我這邊的想法比較簡短，在成效評估的部分我沒有那麼的深入。根據之前老師和研究團隊所附的相關資料，我們稍微閱讀了一下，也

知道說依據司法官學院那邊，過去曾經針對不同處分類別的評估研究，會知道勒戒、戒治他當然相對於受刑，到監獄這一群的施用毒品受刑人而言，它還是有一定的成效，這種成效的分析應該都還需要很多很質性、很數據的資料來輔助。因為就像一開頭，研究助理這邊有提前做這個前情報告的部分有提到，說這種個案被分流、選擇性的這種問題，比如說相對於配合的個案、態度相對好的個案，檢察官有機會就讓他盡可能留在社區做處遇，那對於他的社會支持(較弱)，或者說司法選案、前科累累的個案，那當然不適合在社區緩起訴，那這些個案就會被送到機構性處遇裡面來，不論是勒戒、或者是評估後的戒治、或者是起訴判刑，那這些個案他本身的條件狀況就相對的差，所以過去的不同處分類別的比較研究是可以參考，但是他有一定的侷限性，這邊也跟大家分享我的觀察。

那誠如剛剛這個專家辛所說明的部分，就是一旦這個個案經過大概四十幾天的勒戒評估的過程，他如果接續後面的戒治就是六個月以上，所以以實務上可以觀察到他至少要有七個月的收容，那七個月的收容是基於一次性的使用一、二級的某種毒品的一次性行為的驗尿結果所走的後面的程序，那這樣的程序如果到後面他在三年內又再次施用，也是一次性的吸毒，被判刑，反而後面的刑期是短的，後面的刑期不用負擔這個費用，前面的勒戒、戒治一樣，就會讓我們在執行端、在矯正機關很難去說服同學這種制度的合理性，常常會接受同學的抗拒、陳情，那這些都是在這個矯正系統裡面常常要面對，然後要去輔導的狀況啦。那我們要去講說這個制度要進一步去評估他後面的什麼樣的成果，其實我們很難思考到後面那個階段，因為光前面的工作就會認為說，像譬如說，固定要去做的一些處遇、強制戒治課程的安排，就已經佔用了所有聯繫、外部師資，來滿足這個勒戒、戒治處遇課程的時間，後續實在也只有執行，很難再自己去反思說，我們要怎麼樣去針對自己執行的結果，再去做相關的評估或是研究，來回饋我們的政策端到底要不要這樣弄，現在很大的時間在處理課程師資的聯繫以及被告的抗拒。

我們會認為說，剛剛講的過去、第一輪的發言，專家辛或是專家庚這邊都有提到，勒戒、戒治這個制度是基於 87 年，甚至到 83 年以前就已經在研擬這個新的法案的草案了，當時的這個國情、毒情是因為海洛因的擴散，那我們現在海洛因的狀況已經下降了，取而代之的可能是 K 他命、三、四級毒品，然後彩虹煙、電子煙，然後去包了這些二、三級毒品的這些煙彈這樣的狀況，那這些大部分的這個施用者還有心癮的問題，但是生理的癮可能不是很急迫、迫切要處理的這種狀況，那如果說我們當時的法是為了回應當時海洛因的蔓延的問題，那現在的法跟現在的制度不就是應該要去檢討、討論，以回應現在的毒情嗎？那這就是我剛好去承上的這個第一輪的發言的一個參考啦。

那我們國家其實在衛福部還有行政院，這八年來，在社區資源的布建已經有相當的成長，包含北中南東都有所謂的治療性社區，那也有示範中心的醫療團隊在努力的把跨縣市的資源給整合起來，發展分流轉診這種制度。那我會覺得說，在這一 part 的這個勒戒、戒治制度的成效評估研究，其實當初在行政院會議討論的背景，是在討論說這個制度要不要轉型了啦，要不要轉型了，而不是這個制度的成效怎麼樣，我們要不要再繼續加點油添點醋，然後讓它能夠在既有的系統裡面發揮它最大的效益。我們現在要思考這個問題的時候，我們會覺得很困惑，因為當時我們在行政院想要表達的這種政策立場，就已經認為說這個制度走到一個瓶頸，那現在的這個施用毒品的藥物種類，還有毒情現況，也不同於民國 83 年到 87 年間立法背景所欲處理的問題。

那當然，如果要回歸到所內我們在幹什麼，我認為回答一個最原則性的目的，就是我們都希望透過在個案收容在矯正機關期間，我們一開始就講，他們多數是沒有戒毒意願的人集中在一起，收容在最陽春的司法的戒毒機構裡面，那我們就希望說，雖然他是一個很陽春的條件給所有戒毒者，我們還是想要把戒毒的意願做一個提升，這是很多戒治所在做的事情。勒戒處所要處理這個部分可能就有一點困難，畢竟時間只有三、四十天，前面還有一些戒斷症狀的問題，還有生理、身體上健康的問題要處理。所以我們大部分的矯正機關目的是

在處理他的意願動機的部分。

另外，客觀上我們會覺得說，不管是勒戒處分或者是戒治處分，所謂的正規醫療在這兩個處所裡面所扮演的角色跟提供的內容，服務的內容、次數、時數還有密度都是很低的，並不是像當時立法講說，這個醫療性質的保安處分，那我們就在施行之後就自然有這些資源在協助這些收容的勒戒人、戒治人了，我們並沒有因為法規的通過，就像剛剛專家庚講的，其實配套資源是不足的，那也導致說現在在執行端會很辛苦，疲於應付在資源不足的狀況下，又得要去講成效這樣的一個困境，這是我們覺得最難以承受之重的。所以要去談到現行勒戒、戒治制度的成效評估的部分，我們會覺得說這個制度走到這邊，那也不是哪一邊不積極，大家從第一輪的討論都聽到說不管是監所方也好、社區端也好，每一個部會極盡所能希望把事情做好，可是這個制度就卡在這邊。那如果硬要去講這個過程指標能不能再針對醫療的內容做一個檢視、呈現，我覺得是有可能有機會啦。

那另外結果指標的部分，研究團隊在這一次的開會通知上面其實都已經列明了相關的內容，其實我覺得所有的文獻彙整起來也不過就是這樣，那研究團隊已經做了相當多的準備的工作，其實很精要的已經把重點都摘出來了。那其中有關編號第四點的家庭人際關係的部分，他有兩個方面，一個是就個案本身對於他家庭的這個關係，他自己的感受，那另外一端其實我們也要注意到他的重要家人、重要他人，對於這個個案本身主觀上認為有沒有改變的這一塊，其實也是一個參考值，或者是說在進一步擴大，他所住的社區的鄰里長，對於這個家庭的穩定性，這個個案回到社區之後他的穩定性怎麼樣，也是可以做一個參考，但是這個部分可能太質性了，不見得能夠幫得上忙，那這是我個人的淺見，提供參考，謝謝。

計畫主持人：

好喔，謝謝專家壬。最後是不是請專家癸從社區的角度提供一些想法？

專家癸：

是，那我這邊就簡短分享一下。就這些成效評估而言，我也覺得這是有點困難回答的問題，因為就強制戒治或觀察勒戒的天數而言，像我們比較多遇到觀察勒戒的個案，也差不多 42、45 天，強制戒治也差不多半、6 個月到 7 個月左右，但因為我們這邊的個案動不動，我們最短的服務時間都會超過 7 個月以上，對我們來說，我們的服務時間一定會比他在監所內的時間還要長，那因為我們自己在案管系統內的評估也都三個月一次，所以就這樣子的一個時間而言，如果類比到他們在強制戒治的時間，其實我們已經做了兩三次評估以上了，這樣子的評估其實還沒有辦法完整的去傳達這個藥癮個案目前的現況，因為他們就像我剛才說的他其實會很多變。

我想要強調一個重點就是，我希望這樣子的成效評估可以忠實的呈現就是，不是評估他在所內的狀況，而是可以，應該可以說可以比較完整的看到他回到社區後的狀況是怎麼樣，因為通常他在所內，就我們自己接觸的個案，他們在裡面通常都會爭取好的表現，因為例如說他們可以進階、加分，然後獲取一些，譬如說可以寫信、會客之類的，那這樣子的狀況而言，其實出所後他們會維持這樣子的一個高動機的行為，這個是打問號的，因為大部分我們看到就是一出來可能就失聯，因為很常就是一跑出來之後、一出監所我們打個第一通電話，他們家人就說他失蹤了之類的。所以這個部分我覺得能不能那些評估指標，我覺得像初擬的那些指標，我覺得這都很不錯，因為像我們高雄市自己自建的系統裡面，其實就協同主持人的協助，也有大概三、四十項的指標，我們每三個月都會再做一次評估這樣子。

所以這樣子的一個評估的強度，其實對於藥癮個案的真實現況的重建，我覺得都是還有點困難的。所以我想表達就是說，如果他這樣子的一個指標可以呈現出他在未來回歸社區後的一些狀況，讓後續我們這些接手的一線工作人員可以去更好協助他們的話，我覺得這是比較重要的。以上是我的意見，謝謝。

計畫主持人：

好，謝謝大家對第二個議題的討論，那第三個，其實剛剛大家就有稍微提

到了，就是說不管是觀察勒戒還是強制戒治，那看起來這一次行政院這邊委託下來個計畫喔，其實是希望能夠針對這些制度，呃，不管是轉向，或者是改革，我們這邊用改革的字眼是比較重一點，就是說針對這整個制度，如果現在時空背景真的都很不一樣了，那這個制度它是不是還有需要留在目前的狀態，那我想一定是會有很多的討論，那所以我們第三個議題就是請大家再來針對怎麼樣來調整這個制度，或者是怎麼轉向，或者是乾脆，比如說，像專家辛寫的那個文章，有很多東西說不定直接打掉重練比較好。那就針對這個是不是再請大家的提供我們一些討論跟想法。是，專家辛。

專家辛：

好，那謝謝老師，不好意思，我也是先多嘴，那我大概看到這個 C 的這個問題也是重申，我強調一下，我認為要廢止的東西，其實是有，最關鍵的是初犯跟再犯這個區分，這是第一個，因為沒道理說初犯的人就觀察勒戒，再犯的人就不可以觀察勒戒、就一定要起訴，這毫無道理可言，那另外綁定的就是，初犯去綁定的觀察勒戒這件事情，那就沒道理。所以我要強調的是初犯這個制度本身去綁定觀察勒戒是沒道理的，我認為我們應該是只有一種，如果我們需要監禁型的治療處分的話，那我們就是需要一種，它是經過個案被醫療評估以後有需要才進去為前提，這樣子的一種監禁型保安處分，而不是以什麼初犯來做要件的處分，這是第一個。

那第二個就是說，我認為強制戒治，是以前面什麼有癮無癮這樣的評估也是不正確的，我會認為就是只有一種醫療評估需求而需要的監禁型處分，然後當他需要延長與否的時候，也是經由醫療的評估，也就是說這個醫生覺得他需要評估、他需要多少天那就給他多少天，或者他覺得需要隔離多久就給他隔離多久，如果有需要他可以再延，而且他每次延是有一個彈性的。事實上這樣的制度，其實在我們的精神衛生法其實也是比較類似這樣的做法，那我認為如果這樣做的話其實，實務上面的案件量會大量的降低，雖然我們目標不是為了降低他，可是一定會變成更配合我們實務上面個案和醫療，或者說是矯正處所的

需求、量能來做，所以我認為這個，剛剛講到我的這樣的一個建議跟結論。

所以這邊有問有沒有需要改革，我認為絕對，已經是刻不容緩的需要改革，而且他已經造成了幾乎是很多人在瞎忙，我認為就是瞎忙。怎麼說？因為如果我們認真不斷的努力去做，結果讓他們有幫助的話那我認為是好事，可是事實上我們會發現說觀察勒戒，與其如此不如我們乾脆把它弄得很簡單，我們就回到一種監禁型處分，然後他是依醫療評估實際有需要的時候，那麼再去送過去，那當然這時候還是由檢察官詢問醫生的意見以後請法院來裁定，就符合一個人權保障，但是他不用去管什麼初犯、再犯，什麼都不用管，那麼在這種法令最彈性簡單的做法下，那麼檢察官他就可以依照實務上面的這個情況，那刑事政策上大量來推這個緩起訴附命戒癮治療，那也就不會變成現在百分之二十幾一直推推不動、推不上去，反而可以變成讓所有的案件都不用再管什麼初犯、再犯，所有的檢察官都可以去做緩起訴戒癮治療。

那至於說在做緩起訴戒癮治療的這樣的一種裁決情況下，我們就可以開始去發展出臺灣本土的一些這個評估指標，應該說是我們的這個衡量評估的一個參考標準，那檢察官就依照這個比較客觀的這個標準就走下去，就給他看是緩起訴還是要起訴，我想政策上就是大部分都給緩起訴，緩起訴以後呢要再，呃，少數的就因為說他有特別的這個監禁需求，那這個時候呢就檢察官可能會特別去問一下醫生，或者醫生可能在治療期間就跟檢察官回報說，檢察官這個人我們給他門診治療真的很不聽話，可是我們覺得他還是很需要隔離治療，不應該把他送去關，檢察官你可不可以幫我們再跟法官聲請一個這個住院治療，或者是一個監禁式的治療，那這時候檢察官就去向法院取得一個裁定，檢察官就會去把他抓來，關進去，那至於說要關到醫院裡還是關到矯正處所裡的這一種，這個我沒有什麼意見，但是我相信這樣子的案量比較少，而且一定會是需求依照個案跟醫生都評估過的需求才會做，而不是像現在就是這種初犯，然後初犯又不知道要怎麼弄，什麼三年、五年，這都是一刀切的一種沒有道理的做法，所以我認為這個，我也很誠摯的希望通過這次的研究計畫，我也相信法務部其

實他也是很開明的，他也沒有預設說要去維繫這個制度，如果說我們通過這樣子慢慢的來推動的話，也許就可以讓我們的這個處遇制度變得更好，謝謝。

計畫主持人：

好喔，謝謝專家辛提出這些看法。

研究助理：

我想跟專家辛詢問一些事情是，因為專家辛的意見是說廢除初、再犯的分案標準，而是回歸到醫療需求來評估有沒有需要進入做戒癮治療，跟需要做的時間有多長。可是這邊的話我會疑惑，第一問題是說，那如果醫療評估的結果是他沒有醫療需求、他沒有醫療協助的需求，就是他不需要去做強制戒治，或者他不需要去接受戒癮治療的話，那這個情況下我們的處理程序是不是就變成是回歸到現況單純的起訴監禁的流程？那如果是這樣的話，因為像有文獻在做分流研究的時候就有提到一件事情，他就有說，醫療單位因為他們在、他們那時候在做緩起訴評估的時候，常常會因為如果他們評估結論是個案不適於緩起訴，會導致個案可能就變成是要進觀察勒戒、強制戒治，或者是都會直接進入被起訴、進入監所，會受到比較強的監禁跟人權上的損害，會對他們甚至也會有其他健康狀況的損害，是對當事人不利，以醫療倫理的觀點來講，反而會導致醫院沒有辦法、或是不願意做出無醫療需求這樣的評估結果，那會如果說回歸醫療作為單一評估標準.....

計畫主持人：

我想那個可以理解你的問題，待會兒看看有沒有專家要不要順便討論一下。不過因為我們今天時間有限，我先讓其他的專家先把它講完後，後續有一些問題的話，會再請研究助理跟各位專家進行文字上的往來。那就這個第三個議題，我想是不是先聽一下其他幾位專家的看法。是，專家壬請說。

專家壬：

好，謝謝老師。那我想對於某一些個案他在社區可能不適合的，我們仍然是有監禁的制度，就是拘束人身自由的拘役或者是自由刑，這個部分都是秉持

司法、刑法謙抑原則、最後手段性這樣的一個使用，所以我們都還是有這樣的一個制度存在，即便沒有勒戒、戒治。

我想要討論的是說，過去不管是在 106 年的司改國是會議，或者是行政院林全院長在上任之後召開的部長會議、毒品專案會議，都曾經討論過這個問題，勒戒、戒治制度要怎麼樣去改革，那甚至到鍾宏彬研究員也寫了很多的文章力促就是行政院應該要去正視這個問題，你要去檢討、要去改革、你要去做一些瞭解之後再動，都觸發大家很多的想法，那我覺得最密集的討論是在 111 年下半年到 112 年上半年，羅政委和林萬億政委召開了六次會議，去收斂政府兩個部會間很密集的討論，針對這件事情的一些議題，我覺得是有機會把這樣的訊息能夠再呈現出來，去做一個分析。

另外，其實成癮協會過去的倡議，它就希望說衛生跟福利的主管部會，未來如果有朝一日能夠去做一些組織改革的時候，那現在這樣的時機也成熟了，有機會應該是在這個議題上能夠慢慢走向醫療化、社區化。97 年臺灣有了這個緩起訴處分制度，其實就已經開啟了藥癮者處遇的醫療化、社區化，那我們就希望說，在 111 年下半年跟 112 年上半年總共六次政院的這個會議的討論，就是希望勒戒、戒治有機會做一個轉型，那時候院裡面甚至討論到用「存廢」的字眼，就是表示我院裡面也是有這樣的開放的態度可以來做檢討，只要有一個成熟的制度可以去取代，我們就有機會來做這樣的事情，那我認為 99 年臺灣成癮科學會，他在年會上勇敢的去召開了一個討論，除罪化，這個議題甚至到後來 105 年顧立雄委員提了這個醫療前置化，都還不容易被接受的這個狀況，他在 99 年就已經有這樣的一個很理性的先行的討論了，那我覺得接續這樣的一個討論，後續是需要政府來主導，而不是等待民意的成熟。這個部分，在這一次勒戒、戒治制度的案子，我覺得我也想要把這樣的訊息表達出來，讓研究團隊知道。

那在這個基礎上，我們過去有一些想法、想要倡議的部分，就是針對藥癮者、藥癮防治這個議題，從預防到治療，或者是社會福利的提供，還有權益保

障的部分，其實它要用法律來去訂定。我們現在毒防條例裡面整篇三十幾條，一大半都在講犯罪的構成要件，然後講到司法程序的踐行，其實對於藥癮者怎麼做預防、怎麼做治療、治療的機構在哪裡、資源在哪裡、預算的分配、定位，我們其實並沒有去做很多的條文去規範，我們這樣的業務都在行政院的行動綱領，或各部會自己的職掌裡面去發展，這樣很有風險，就是說換了內閣、換了長官，對於自己的職責或者是預算資源的連續性的部分，就會有斷落、斷裂的可能，所以我們具體建議未來，不論勒戒、戒治的制度要怎麼去討論轉型或廢除，我認為應該在毒防條例裡面要去訂定戒毒專章，或者是另外訂一部專法，藥癮防治跟藥癮者他的權益保障的一個專法，比照像 HIV 感染的部分，在傳染病防治法外獨立拉出一部這個 HIV 病毒防治跟感染者的權益保障法，以上這是個人的淺見，謝謝各位。

計畫主持人：

好喔，謝謝專家壬，那再來是不是，專家庚。

專家庚：

好，老師，謝謝。我想剛剛專家壬很多這個行政院，但我想我今天應該某程度也不是代表部會，我是覺得說行政院的政策裁示是什麼、研究的方向，其實他同時考量很務實面的，羅政委是同時考量很務實面的角度，怎麼樣去推動，那這個部分我不做評論。

但是我自己，就回到老師的這個題目觀察勒戒、強制戒治制度的檢討，那我自己，因為我不太確定老師這邊講的覺得要改革的項目是什麼，呃，我自己不是非常確定說這個項目是哪個層面、怎麼去切分這個項目。但是如果只分觀察勒戒跟強制戒治，我覺得從務實面來看，我講務實就是說當然綜合國情，臺灣現在面對這個問題，還有我覺得藥癮的個案，大家在講藥癮，講的是相同的人嗎？就是說這個，藥癮個案的這些特性，它的異質性是非常非常大的、非常非常大的。就像剛剛其實老師的、我們研究助理這邊提到，其實有一些個案他沒有醫療需求，但到底用什麼叫醫療需求？我覺得這是很多需要共識的，但如

果回到現在觀察勒戒及強制戒治，就討論這兩個制度的話，我自己會覺得至少從一開始我們去看觀察勒戒設立的目的，跟現在大家都可以接受它跟一開始設定的目的，跟我們現在施用毒品的狀況其實是已經不同的，那觀察勒戒一開始，如果大家從立法的理由，覺得它目的其實是，很重要的一個是在看有沒有，就是要阻絕你的身癮，然後讓你能夠有機會能夠停藥，當然我覺得拘束人身自由對於困難的個案這是一個最有效，我必須說我覺得某個程度是最有效，只是說我們怎麼樣提升，但不是說用冷火雞的方法或什麼，但是你阻絕了這個無毒的環境之後，確實有機會讓它停下來，真的才有進一步下去去思考戒治的部分。

但是如果以這個目的來看，那目前我們的，在處置上已經不需要透過這個拘束人身自由的方法來協助一個人戒斷，其實也不是只有海洛因個案才有戒斷症狀，安非他命也是戒斷症狀，很嚴重的安非他命戒斷症狀也不會比這個海洛因的戒斷症狀難處理，不會。那我的意思只是覺得說，所以我會自己覺得應該是優先考量勒戒制度的檢討這樣子。

那為什麼我這樣想，我覺得還有另外一個原因是說，就像我剛剛說的我覺得施用毒品的個案其實異質性非常大，而且大家可能要也想一個問題是說，我有沒有吸毒、就是拿掉吸毒這件事之後，我跟所有的人都一樣，那我的意思就是講說，這個人本質他沒有犯罪的風險、他也沒有暴力的風險，這個其實不是施用毒品個案才會有的這個特質吧，對吧？就是你拿掉吸毒、拿掉吸毒這行為之後跟所有的人其實都，是不是有暴力風險、是不是有犯罪風險這個可能性，都會有啊。所以我覺得不是只有去考量說吸不吸毒這件，一個人只要吸毒了我覺得他就是一個純醫療或純社福的問題，所以我就像我剛剛前面提的，我還是會認為說一定還是會有這個拘束人身自由的介入的部分，但是在拘束人身自由的場域裡面，另外一個是怎麼去看這個拘束人身自由，不管是用什麼樣的制度去稱呼，不管是勒戒還是強制戒治，還是監禁還是什麼樣。

我覺得另外一個要檢討的是說，我們提供了什麼樣子的介入、怎麼樣的充實資源，那這個資源裡面我要特別強調的，不是人力而已，是軟體。比如說我

這個人進去，我要評估，那我要怎麼評估？今天如果說好，我們就算說在監獄裡面好了，今天我是殺人未遂還是怎麼樣，所以我一定得"入監"，但我同時有施用毒品的問題，那你還是要協助他在戒毒這件事情，或者評估他吸毒是不是有對身體造成危害，那他在被關了這幾年，難道他因為吸毒吸到比如說他的什麼內臟什麼都不好、牙齒都掉了，我們難道不協助他嗎？那這個醫療需求不是只有戒癮這件事情而已這樣子。所以我會覺得說在拘束人身自由的這一塊，另外一個是要去討論怎麼樣在一個拘束人身自由裡面，同時考量他的這個風險，我講的風險可能包含暴力啊、包含他自己本來的這個犯罪等等的風險。

那另外他的這個藥癮處遇的需求也要同時去考量，我自己會比較覺得是從這個部分去檢討跟改進。那觀察勒戒真的是可以考慮怎麼去，就是我也可以接受就是說用存廢，因為假設他目的完全不同了，或是說現在有更好的方式可以達到當時觀察勒戒的目的了，是不是我們是變更這樣子的一個手段的方式，這是我的想法。

計畫主持人：

好啊，謝謝專家庚。那最後請那個專家癸。

專家癸：

是，那我就簡短一下。那這個問題而言，我覺得、我一直覺得藥癮者其實他們的問題一直都沒有很單純，就真的會是藥癮的問題。或許有可是真的很少很少，我們大部分遇到的一定會有什麼精神共病啊、然後什麼家庭問題啦、經濟問題啊，甚至合併兒保、家暴，那個通通都有。所以我一直覺得，觀察勒戒和強制戒治他單純把一個人放到那樣子的隔離社會的環境裡面，是不是能夠解決他藥癮這個問題，其實我一直打個問號，所以就這個問題而言，我覺得回到核心的方面是，我覺得應該要有一個制度就是，他可以同時滿足他可以解決藥癮問題，又有、然後又可以跟解決他周邊引發、因為藥癮所引發的一些問題的那一種制度或者是機構，或者是在社區型的那種機構。讓他可以一邊在，就是不會改變他的生活型態的同時，也可以好好處理他藥癮這個部分。我覺得這個

是比較，就現階段這一個目前藥癮者他們的生態而言，我覺得是比較一個兩全其美的方式。

那至於改革部分，因為就我們的、我們這樣子的職位而言，其實會比較少去接觸到改革、法條這種事，因為畢竟我們都是，改革完之後我們就會去執行這方面的東西。那至於好不好用，我們當然也會依照這樣子的一個狀況，去做一些滾動式的調整跟修正，所以基本上在我們第一線這樣看到而言，還是會比較希望是有那樣子的一個制度或者是機構去誕生，然後真的是好好去面對跟處理藥癮者的一些問題。那以上是我的發言，謝謝。

計畫主持人：

好喔，也謝謝專家癸。非常謝謝專家們針對這幾個議題，我是覺得做了非常充分的討論，也相當的有深度。

附錄四　美國法

Model Law Enforcement and Other First Responder Deflection Act

Section I. Short Title.

This Act may be cited as the "Model Law Enforcement and Other First Responder Deflection Program Act," "Model Act," or "Act."

Section Ii. Legislative Findings And Purpose.

(a) Legislative findings.—The [legislature]2 finds that:

(1) Untreated substance use disorder and mental illness is prevalent in the United States and communities throughout [state];

(2) There is a strong correlation between individuals' illegal drug use and their likelihood of engaging in future criminal behavior;

(3) Approximately one-third of individuals with severe mental illness have their first contact with mental health treatment through a law enforcement encounter;

(4) Not surprisingly, incarcerated individuals have substance use disorder, mental health disorder, or co-occurring disorders at much higher rates than individuals in the general public;

(5) Meanwhile, state budget proposals over past decade often targeted state-funded behavioral health programs for funding cuts;

(6) Traditionally, law enforcement and other first responders had few options when encountering someone believed to be living with a substance use disorder, mental health disorder, or co-occurring disorders. For law enforcement, these limited options were arrest, issuance of a warning, or leaving the person in question in the same social and material conditions that precipitated the law enforcement encounter. Fire and emergency medical services personnel had even more limited options; administering naloxone, when appropriate, and taking the person to an emergency department;

(7) Today, however, law enforcement and other first responders are encouraged to use alternative approaches including pre-arrest deflection to community-based substance use disorder or mental health disorder prevention, intervention, or treatment services when warranted;

(8) Deflection is any collaborative intervention connecting law enforcement and other first responders with public health systems to create non-arrest pathways to treatment and services for people with substance use disorder, mental health disorders, or co-occurring disorders, and who often have other service needs.

Importantly, deflection occurs only as an offer with the individual's consent and

(9) Deflection programs formally came into existence in 2011. At present, over 850 known deflection programs exist in the United States, with almost all the growth occurring after 2015; and

(10) Given their widespread presence in the community, law enforcement and other first responders have a unique opportunity to have a positive impact on an individual's life and facilitate connections to community-based organizations that provide treatment for substance use disorder or mental health disorder, recovery support services, housing, and other needed services via peer support and case management. Law enforcement and other first responders are often the first point of contact after an overdose event and should be utilized as part of the solution for this public health crisis. Intervention at this point may be the only opportunity for people to be provided a warm handoff to community resources.

(b) Purpose.—It is the intent of the [legislature] through this Act:

(1) To authorize law enforcement and other first responders to develop and implement collaborative deflection programs throughout [state] that provide proactive policing to assist individuals who are at risk for future calls for service as well as alternatives for eligible individuals to traditional case processing, involvement in the justice system, and unnecessary admission to emergency departments due to non-lifethreatening drug use;

(2) That these deflection programs offer immediate pathways to treatment, recovery services, housing, medication for addiction treatment, whole family services, and other needed supports, via peer support and case management, for individuals atrisk of future law enforcement contact and/or living with substance use disorder, mental health disorder, or co-occurring disorders;

(3) To require deflection programs to have certain threshold elements to be eligible to receive grant funding from the state administering agency on criminal justice; and

(4) To require agencies establishing deflection programs to develop comprehensive memoranda of understanding in conjunction with, and agreed to by, all deflection program partners.

Section Iii. Definitions.

[States may already have definitions in place for some or all of the following listed terms. In such case, states are free to use those definitions in place of those listed below.] For purposes of this Act, unless the context clearly indicates otherwise, the words and

phrases listed below have the meanings given them in this section:

(a) Active outreach deflection.—"Active outreach deflection" is a type of deflection initiated by law enforcement or other first responders by intentionally identifying or seeking out an individual or group of individuals to provide a warm hand-off to services. The individual or group of individuals would not meet the reasonable suspicion or probable

(b) Case management.—"Case management" means a set of social service functions, including screening, assessment, planning, linkage, monitoring, and advocacy, that help individuals access the resources needed to recover from substance use disorder, mental health disorder, or co-occurring disorders. These resources may be external to the individual, such as medication for addiction treatment, housing, and education, or internal to the individual, such as identifying and developing skills;

(c) Case manager.—"Case manager" means an individual with a basic foundation of tools and skills for delivering case management to individuals with substance use disorder, mental health disorder, or co-occurring disorders;

(d) Community member or organization.—"Community member or organization" means an individual, entity, or organization with a demonstrative capacity and commitment to improving mental and physical well-being and the overall social welfare of the community, and may include individuals, entities, recovery community organizations, civic organizations, community-based non-profits, or other organizations that provide recovery support services, housing, case management, or other services;

(e) Co-occurring disorders.—"Co-occurring disorders" means the co-existence of both a substance use disorder and a mental health disorder;

(f) Co-responder model.—"Co-responder model" describes a type of deflection program that features a specially trained team, containing at least one member employed by law enforcement or other first responder and at least one member who is a behavioral health professional or peer support specialist, that responds together to situations likely to involve a behavioral health crisis;

(g) Crisis intervention team.—"Crisis intervention team" is a type of deflection program involving intervention deflection or prevention deflection pathways that is designed to train and assist law enforcement to reduce harm when responding to crisis situations involving individuals with substance use disorder, mental health disorder, or co-occurring disorders. Crisis intervention teams often

constitute a community partnership of law enforcement, 911 dispatchers, healthcare providers, and mental health professionals;

(h) Deflection.—"Deflection" means a collaborative intervention to assist individuals with substance use disorder, mental health disorder, or co-occurring disorders, in which law enforcement or other first responders connect with behavioral health systems to create community-based pathways to treatment, recovery support services, housing, case management, or other services;

(i) Deflection program.—"Deflection program" means a formalized system of deflection developed pursuant to the provisions of this Act, including co-responder models and crisis intervention teams. A deflection program may utilize one or more of the five deflection pathways defined in this Act: active outreach deflection, intervention deflection, prevention deflection, post-overdose deflection, or self-referral deflection;

(j) Diversity.—"Diversity" means systematically engaging with a broad range of people from diverse demographics including, but not limited to, race, ethnicity, national origin, gender or gender identity, age, ability and disability, sexual orientation, health status, geographical orientation, and socioeconomic status;

(k) Equity.—"Equity" means promoting fair opportunity and access to participate in a deflection program, whether as an enrollee or an equal partner in planning and operations, regardless of race, ethnicity, national origin, language, gender or gender identity, age, ability and disability, sexual orientation, health status, geographical orientation, and socioeconomic status;

(l) Evidence-based practice.—"Evidence-based practice" means health care that is conscientious, explicit, and judicious in the use of current best evidence in making decisions regarding the care of individual patients;

(m) Intervention deflection.—"Intervention deflection" is a deflection pathway where law enforcement engages with an individual placed under arrest, or who could face criminal charges, but the charges are either filed against the individual and held in abeyance or law enforcement issues a citation with a requirement to take certain actions;

(n) Law enforcement.—"Law enforcement" means: (1) a police department or sheriff's office that is part of, or administered by, [state] or any political subdivision thereof; (2) a private police department in [state] that is responsible for the prevention and detection of crime and the enforcement of the penal, traffic, or highway laws of [state]; (3) any fulltime or part-time, paid or volunteer, staff

or employee of such police department or sheriff's office; or (4) any full-time or part-time, paid or volunteer, staff or employee of a local, state, or federal prosecutor's office;

(o) Mental health disorder.—"Mental health disorder" means a syndrome characterized by a clinically significant disturbance in an individual's cognition, emotion regulation, or behavior that reflects a dysfunction in the psychological, biological, or developmental processes underlying mental functioning;

(p) Prevention deflection.—"Prevention deflection" is a type of deflection where law enforcement or other first responders engage with an individual in response to a community call or on routine patrol, but where no criminal charges are brought against the individual, nor could any such charges be filed;

(q) Other first responder.—"Other first responder" or "other first responders" means: (1) an emergency medical services or firefighting service provider that is a public unit of government, fire department, or district; (2) a private entity providing emergency medical services or firefighting services pursuant to a contract or other agreement with a public unit of government, fire department, or district; and (3) any full-time or part-time, paid or volunteer, staff or employee of such public or private provider, including, but not limited to emergency medical technicians, paramedics, and firefighters;

(r) Peer support.—"Peer support" means non-clinical care and assistance that encompasses a range of activities and interactions between people who share similar experiences of navigating substance use disorder, mental health disorder, or co-occurring disorders in an effort to aid persons in long-term recovery. These activities include but are not limited to:

(1) Supporting persons in seeking recovery;

(2) Sharing resources and building skills; and

(3) Building community and relationships;

(s) Post-overdose deflection.—"Post-overdose deflection," also known as naloxone plus deflection, is a type of deflection initiated by law enforcement or other first responders after an individual overdoses, or, in cases of severe substance use disorder, where an individual faces acute risk of overdose;

(t) Recovery support services.—"Recovery support services" means non-clinical supports, including peer support, often provided by individuals who are in recovery themselves that assist individuals in initiating and sustaining recovery from substance use disorder, mental health disorder, or co-occurring disorders.

(u) Self-referral deflection.—"Self-referral deflection" is a type of deflection initiated by an individual who contacts law enforcement or other first responders without fear of arrest, seeking access to treatment, recovery support services, housing, case management, or other needed services;

(v) [Single state authority on drugs and alcohol].—"[Single state authority on drugs and alcohol]" means the state agency designated to plan, manage, monitor, coordinate, and evaluate substance use disorder treatment and recovery support services in [state], and to administer the federal Substance Abuse Prevention and Treatment Block Grant;

(w) [State administering agency on criminal justice].—"[State administering agency on criminal justice]" means the state agency designated to set priorities and allocate Bureau of Justice Assistance, Office of Justice Program funding within [state];

(x) [State mental health agency].—"[State mental health agency]" means the state agency responsible for ensuring that children, adolescents, and adults throughout the state who are diagnosed with a mental health disorder or emotional disturbance and an impaired level of functioning based on a mental health assessment have the availability of and access to publicly-funded mental health services;

(y) Substance use disorder.—"Substance use disorder" means a pattern of use of alcohol or other drugs leading to impairment that meets the applicable diagnostic criteria delineated in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM–5) of the American Psychiatric Association, or in any subsequent editions;

(z) Treatment.—"Treatment" means the management of, and care for, individuals with substance use disorder, mental health disorder, or co-occurring disorders and the individual's family, in accordance with an individualized assessment and clinical placement criteria, with care that includes assessment, diagnosis, case management, medical, psychiatric, psychological and social services, medication for addiction treatment, counseling, and recovery support services; and

(aa) Treatment provider.—"Treatment provider" means any individual, facility, or program that is licensed, certified, registered, or approved by [state] to provide comprehensive treatment or recovery support services for individuals with substance use disorder, mental health disorder, or co-occurring disorders, with or without the support of medications.

Section Iv. Authority To Establish Deflection Program.

(a) In general.—Law enforcement, other first responders, or community providers, under written agreement with law enforcement or other first responders, are authorized to establish a deflection program, which may include a partnership with one or more of the following:

(1) Treatment provider;

(2) Community member or organization;

(3) Case management provider;

(4) Recovery support services provider; or

(5) Any other individual or entity deemed necessary to carry out the purposes of the deflection program, including individuals with lived experience with substance use disorder, mental health disorder, or co-occurring disorders.

(b) Eligibility for funding.—In order to be eligible for funding pursuant to this Act, a deflection program shall involve partnership or collaboration with one or more of the entities listed in subsection (a).

(c) Program components.—A deflection program may involve one or more of the following deflection types:

(1) Active outreach deflection;

(2) Intervention deflection;

(3) Prevention deflection;

(4) Post-overdose response or naloxone plus deflection;

(5) Self-referral deflection; or

(6) A unique program pursuant to subsection (d).

(d) Unique program.—Notwithstanding any other provision of this Act, law enforcement, other first responders, or community providers, under written agreement with law enforcement or other first responders, may develop a deflection program that is unique and responsive to local substance use disorder or mental health disorder issues, needs, and partnerships, using sound and promising or evidence-based practices.

(e) Case management.—Whenever appropriate and available, case management should be provided by a local and neutral treatment provider, case manager, or other appropriate provider that works with the deflection program participant from the point of the first encounter onward, without regard to the type of service received by the participant through the deflection program. Case management may include recovery support services.

(f) Peer support.—Whenever appropriate and available, deflection programs should include provisions for peer support.

(g) Family involvement.—Whenever appropriate and available, deflection programs should encourage the involvement of family members and significant others, with the consent of the program participant, as a part of a family-based approach to treatment or provide a warm hand-off to family recovery resources.

(h) Evidence-based.—Deflection programs should refer to evidence-based practices and long-term outcome measures in the provision of substance use disorder and mental health disorder treatment, which includes, where clinically appropriate, medications for persons living with a substance use disorder, mental health disorder, or co-occurring disorders.

(i) Applicability of Act.—Deflection programs in [state] shall be created pursuant to, and shall abide by, the provisions of this Act.

Section V. Memorandum Of Understanding And Confidentiality.

(a) In general.—For each deflection program created pursuant to this Act, the entity or entities that establish the program shall create one or more memoranda of understanding in conjunction with, and agreed to by, all deflection program partners.

(b) Contents of memorandum.—Each memorandum of understanding created pursuant to subsection (a) shall identify the rights and responsibilities of all deflection program partners, identify the partner or partners that will perform each aspect of the memorandum of understanding, and include policies and procedures associated with:

(1) Information sharing between and among program partners and any third parties responsible for one or more program components, including procedures in cases where a program partner serves in multiple roles;

(2) Participant identification, eligibility, screening, and assessment;

(3) Facilitating participant access to treatment or other services, including linkage agreements and other necessary contracts with partners and third parties responsible for one or more program components;

(4) Ongoing monitoring of program participants;

(5) Strategies to promote equity and diversity, measure equitable outcomes, and ensure accountability;

(6) Collecting, preserving, and reporting data to the [state administering agency on criminal justice], as described in this Act; and

(7) Any other element agreed to by all deflection program partners.

(c) Confidentiality.—All information in possession of a deflection program partner regarding a program participant is confidential and is:

(1) Not subject to state or local open records or freedom of information act laws; and

(2) Not discoverable in civil or criminal litigation, absent both a valid subpoena or other compulsory process and an order of a court of competent jurisdiction.

(d) Information sharing.—Subject to the provisions of subsection (e), notwithstanding any other provision of state or local law to the contrary related to the privacy, confidentiality, and disclosure of protected health information, all deflection program partners shall share with each other all information necessary for the performance of their duties pursuant to the memorandum of understanding.

(e) Disclosure of substance use disorder records.—The disclosure or redisclosure of a medical record developed in connection with the provision of substance abuse treatment services, without the authorization of the person in interest, is subject to any limitations that exist under [state law or regulations], 42 U.S.C. § 290dd-2, or 42 C.F.R. Part 2.

(f) Use of information.—Information in possession of a deflection program partner regarding a program participant may not be used for any law enforcement or investigatory purposes, and shall be used solely to facilitate connection to treatment, recovery support services, housing, case management, or other services.

Section Vi. Public Education And Program Partner Training.

(a) Education and awareness.—Deflection programs should include education, training, technical assistance, community forums, and other similar activities intended to:

(1) Increase awareness of the deflection program by the general public; and

(2) Solicit community feedback about existing deflection programs.

(b) Training.—Deflection programs should include training courses for all partners involved in the deflection program that cover as many of the following areas as is reasonably possible:

(1) Science of substance use disorder, including how and why treatment works, the neuroscience of addiction, the stages of change and how to identify the stage of an individual, and reducing the stigma associated with substance use disorder through person-first language training;

(2) Understanding the criminogenic nature of drugs and how that relates to criminogenic risk-need-responsivity;

(3) Medication for addiction treatment;

(4) Identifying individuals with substance use disorder, mental health disorder, or cooccurring disorders and how to effectively engage such individuals in the program;

(5) Reducing the stigma associated with substance use disorder, mental health disorder, and co-occurring disorders by implementing a harm-reduction approach in deflection programming;

(6) Promoting racial and gender equity in deflection programs and avoiding bias based on race or gender;

(7) Understanding adverse childhood experience and trauma-informed care;

(8) Motivational interviewing for law enforcement and other first responders;

(9) HIV and hepatitis C testing and tracking for communities; and

(10) Any other topic or area potentially useful to program partners.

(c) Guidelines.—The [state administering agency on criminal justice] shall adopt rules and regulations that set out the guidelines and requirements pertaining to the development of education and training efforts provided for in subsections (a) and (b).

(d) Eligibility for funding.—A deflection program is not eligible to receive funding for education or awareness activities pursuant to this section unless the deflection program institutes a training course addressing [X] or more of the topics set out in subsection (b) above.

Section Vii. Data Reporting And Performance Management.

(a) In general.—The [state administering agency on criminal justice], in conjunction with the:

(1) [Single state authority on drugs and alcohol];

(2) [State mental health agency];

(3) [State health department];

(4) [An association representing state chiefs of police]; and

(5) [Any other appropriate state department or agency],

Shall, within six (6) months of the effective date of this Act, develop a standardized set of data and performance measures to be reported quarterly by each deflection program that receives funding pursuant to this Act to the [state administering agency on criminal justice].

(b) Standardized data and performance measures.—The standardized set of data and

performance measures developed pursuant to subsection (a) shall include, at a minimum:

(1) [Number of encounters with individuals that resulted in persons accepting entry into a deflection program];

(2) [Number of encounters with individuals that resulted in persons declining entry into a deflection program];

(3) [Demographic information on deflection program participants];

(4) [Demographic information on the community in which the deflection program operates];

(5) [To the extent allowable by law, demographic information on individuals who declined to participate in a deflection program];

(6) [Number of encounters with individuals that resulted in the following, separately recorded for substance use disorder and mental health disorder:

(A) Referral to treatment;

(B) Engagement with treatment;

(C) Referral to case management; or

(D) Engagement with recovery support services];

(7) [Length of time from the initial encounter to:

(A) Engagement with treatment; and

(B) Engagement with recovery support services];

(8) [Rate of engagement with treatment or recovery support services at [certain specified periods of time] from the point of initial contact];

(9) [Rate of recidivism and re- or subsequent arrest];

(10) [Results of quality of life assessments from deflection program participants]; and

(11) Any other data point or performance measure provided for in regulations developed pursuant to Section X or agreed to by the entities identified in subsection (a).

(c) Data availability.—The [state administering authority on criminal justice] shall make the statistical data collected quarterly pursuant to this section available to the [single state authority on drugs and alcohol], [state mental health agency], state health department, and [any other appropriate state department or agency] for inclusion in planning efforts for services to persons with substance use disorder or mental health disorder.

(d) Data publishing.—On an annual basis beginning one year after the effective date

of this Act, the [state administering authority on criminal justice] shall publish to its website the aggregate, de-identified data and performance measures reported by deflection programs for the prior year.

(e) Report.—On an annual basis beginning one year after the effective date of this Act, the [state administering authority on criminal justice] shall provide a report concerning the effectiveness of deflection programs to the Governor and [appropriate state legislative committee(s)].

(f) Eligibility for funding.—A deflection program is not eligible to receive funding pursuant to this Act unless the deflection program reports the data required by this section.

Section Viii. Exemption From Civil Liability.

Except as may otherwise be provided in this Act, and unless there is a finding of [gross negligence, malice, criminal intent, or lack of good faith], any law enforcement, other first responder, treatment provider, case management provider, case manager, or community member or organization shall not, as the result of acts or omissions in providing services under this Act, be subject to civil liability, administrative action, or other legal or equitable relief.

Section Ix. Funding.

(a) In general.—The [state legislature] shall appropriate funds to the [state administering agency on criminal justice] for the express purpose of the [state administering agency on criminal justice] funding new and established deflection programs, subject to the provisions of this Act.

(b) Pursuit of funding.—The [state administering agency on criminal justice] may pursue all federal funding, matching funds, and foundation or other charitable funding for the initial start-up and ongoing activities required under this Act.

(c) Acceptance of gifts.—The [state administering agency on criminal justice] may accept such gifts, grants, and endowments, from public or private sources, as may be made from time to time, in trust or otherwise, for the use and benefit of the purposes of this Act and expend the same or any income derived from it according to the term of the gift, grant, or endowment.

(d) Education and public awareness.—Up to 10 percent of funds appropriated by [the legislature] may be disseminated by the [state administering agency on criminal justice] for activities related to educational programs, training, technical assistance, community forums, or other activities intended to increase public awareness of deflection programs.

(e) Guidelines and requirements.—The [state administering agency on criminal justice]:

(1) Shall adopt rules and regulations that set out guidelines and requirements to direct the distribution of funds for expenses related to deflection programs; and

(2) Shall make funding available to support both new and existing deflection programs in a broad spectrum of geographic regions in [state], including urban, suburban, and rural communities.

(f) Priority of funding.—Funding for deflection programs shall be prioritized for communities:

(1) Disproportionately impacted by substance misuse; or

(2) With a disproportionate lack of access to treatment and treatment providers.

(g) Eligibility for funding.—A deflection program is not eligible to receive funding pursuant to this section unless the deflection program:

(1) Meets the requirements provided for in sections IV(b), VI(d), and VII(f); and

(2) Includes, as one of its program activities, harm reduction services, including providing naloxone and related supplies essential for carrying out overdose reversal for distribution to program participants or for use by law enforcement or other first responders.

(h) Eligible activities.—For all appropriated funds not disseminated pursuant to subsection (d), the activities eligible for funding under this Act include, but are not limited to:

(1) Program administration, coordination, or management, including, but not limited to, the development of collaborative partnerships with treatment providers and community members or organizations, collection of program data, or monitoring program partners' compliance with any memorandum of understanding developed pursuant to this Act;

(2) Case management, including hiring staff, and case management provided prior to assessment, diagnosis, and engagement in treatment, as well as assistance navigating and gaining access to various treatment modalities and recovery support services;

(3) Recovery support services;

(4) Procurement and upkeep of transitional housing [subject to a cap of ____ percent];

(5) Transportation to a treatment provider or other program partner location;

(6) Program performance measurement activities;

(7) Software, hardware, and other technology necessary to track and measure program performance metrics and outcomes;

(8) Treatment necessary to prevent gaps in service delivery; and

(9) Academic research.

Section X. Rules And Regulations.

Within twelve (12) months from the date of enactment of this Act, the [state administering agency on criminal justice] shall promulgate rules and regulations necessary to implement their responsibilities under this Act, including but not limited to, guidelines and requirements:

(a) Regarding the memorandum of understanding provided for in Section V;

(b) For the development of education and training efforts, as provided in Section VI;

(c) For the standardized set of data and performance measures, as provided in Section VII; and

(d) To direct the distribution of funds for expenses related to deflection programs, as provided in Section IX.

Section Xi. Severability.

If any provision of this Act or application thereof to any individual or circumstance is held invalid, the invalidity does not affect other provisions or applications of the Act that can be given effect without the invalid provisions or applications, and to this end, the provisions of this Act are severable.

Section Xii. Effective Date.

This Act shall be effective on [specific date or reference to standard state method of determination of the effect.]

附錄五　德國法規

Gesetz über den Verkehr mit Betäubungsmitteln
（Betäubungsmittelgesetz – BtMG）

Erster Abschnitt
Begriffsbestimmungen

§ 1 Betäubungsmittel

(1) Betäubungsmittel im Sinne dieses Gesetzes sind die in den Anlagen I bis III aufgeführten Stoffe und Zubereitungen.

(2) Die Bundesregierung wird ermächtigt, nach Anhörung von Sachverständigen durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die Anlagen I bis III zu ändern oder zu ergänzen, wenn dies

1. nach wissenschaftlicher Erkenntnis wegen der Wirkungsweise eines Stoffes, vor allem im Hinblick auf das Hervorrufen einer Abhängigkeit,
2. wegen der Möglichkeit, aus einem Stoff oder unter Verwendung eines Stoffes Betäubungsmittel herstellen zu können, oder
3. zur Sicherheit oder zur Kontrolle des Verkehrs mit Betäubungsmitteln oder anderen Stoffen oder Zubereitungen wegen des Ausmaßes der mißbräuchlichen Verwendung und wegen der unmittelbaren oder mittelbaren Gefährdung der Gesundheit

erforderlich ist. In der Rechtsverordnung nach Satz 1 können einzelne Stoffe oder Zubereitungen ganz oder teilweise von der Anwendung dieses Gesetzes oder einer auf Grund dieses Gesetzes erlassenen Rechtsverordnung ausgenommen werden, soweit die Sicherheit und die Kontrolle des Betäubungsmittelverkehrs gewährleistet bleiben.

(3) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt in dringenden Fällen zur Sicherheit oder zur Kontrolle des Betäubungsmittelverkehrs durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates Stoffe und Zubereitungen, die nicht Arzneimittel oder Tierarzneimittel sind, in die Anlagen I bis III aufzunehmen, wenn dies wegen des Ausmaßes der mißbräuchlichen Verwendung und wegen der unmittelbaren oder mittelbaren Gefährdung der Gesundheit erforderlich ist. Eine auf der Grundlage dieser Vorschrift erlassene Verordnung tritt nach Ablauf eines Jahres außer Kraft.

(4) Das Bundesministerium für Gesundheit (Bundesministerium) wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates die Anlagen I bis III oder die auf Grund dieses Gesetzes erlassenen Rechtsverordnungen zu ändern, soweit das

auf Grund von Änderungen der Anhänge zu dem Einheits- Übereinkommen von 1961 über Suchtstoffe in der Fassung der Bekanntmachung vom 4. Februar 1977 (BGBl. II S. 111) und dem Übereinkommen von 1971 über psychotrope Stoffe (BGBl. 1976 II S. 1477) (Internationale Suchtstoffübereinkommen) oder auf Grund von Änderungen des Anhangs des Rahmenbeschlusses 2004/757/ JI des Rates vom 25. Oktober 2004 zur Festlegung von Mindestvorschriften über die Tatbestandsmerkmale strafbarer Handlungen und die Strafen im Bereich des illegalen Drogenhandels (ABl. L 335 vom 11.11.2004, S. 8), der durch die Richtlinie (EU) 2017/2103 (ABl. L 305 vom 21.11.2017, S. 12) geändert worden ist, erforderlich ist.

§ 2 Sonstige Begriffe

(1) Im Sinne dieses Gesetzes ist

1. Stoff:
   a) chemische Elemente und chemische Verbindungen sowie deren natürlich vorkommende Gemische und Lösungen,
   b) Pflanzen, Algen, Pilze und Flechten sowie deren Teile und Bestandteile in bearbeitetem oder unbearbeitetem Zustand,
   c) Tierkörper, auch lebender Tiere, sowie Körperteile, -bestandteile und Stoffwechselprodukte von Mensch und Tier in bearbeitetem oder unbearbeitetem Zustand,
   d) Mikroorganismen einschließlich Viren sowie deren Bestandteile oder Stoffwechselprodukte;
2. Zubereitung:
   ohne Rücksicht auf ihren Aggregatzustand ein Stoffgemisch oder die Lösung eines oder mehrerer Stoffe außer den natürlich vorkommenden Gemischen und Lösungen;
3. ausgenommene Zubereitung:
   eine in den Anlagen I bis III bezeichnete Zubereitung, die von den betäubungsmittelrechtlichen Vorschriften ganz oder teilweise ausgenommen ist;
4. Herstellen:
   das Gewinnen, Anfertigen, Zubereiten, Be- oder Verarbeiten, Reinigen und Umwandeln.

(2) Der Einfuhr oder Ausfuhr eines Betäubungsmittels steht jedes sonstige Verbringen in den oder aus dem Geltungsbereich dieses Gesetzes gleich.

Zweiter Abschnitt

Erlaubnis und Erlaubnisverfahren

§ 10a Erlaubnis für den Betrieb von Drogenkonsumräumen

(1) Einer Erlaubnis der zuständigen obersten Landesbehörde bedarf, wer eine Einrichtung betreiben will, in deren Räumlichkeiten Betäubungsmittelabhängigen eine Gelegenheit zum Verbrauch von mitgeführten, ärztlich nicht verschriebenen Betäubungsmitteln verschafft oder gewährt wird (Drogenkonsumraum). Eine Erlaubnis kann nur erteilt werden, wenn die Landesregierung die Voraussetzungen für die Erteilung in einer Rechtsverordnung nach Maßgabe des Absatzes 2 geregelt hat.

(2) Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung die Voraussetzungen für die Erteilung einer Erlaubnis nach Absatz 1 zu regeln. Die Regelungen müssen insbesondere folgende Mindeststandards für die Sicherheit und Kontrolle beim Verbrauch von Betäubungsmitteln in Drogenkonsumräumen festlegen:

1. Zweckdienliche sachliche Ausstattung der Räumlichkeiten, die als Drogenkonsumraum dienen sollen;
2. Gewährleistung einer sofort einsatzfähigen medizinischen Notfallversorgung;
3. medizinische Beratung und Hilfe zum Zwecke der Risikominderung beim Verbrauch der von Abhängigen mitgeführten Betäubungsmittel;
4. Vermittlung von weiterführenden und ausstiegsorientierten Angeboten der Beratung und Therapie;
5. Maßnahmen zur Verhinderung von Straftaten nach diesem Gesetz in Drogenkonsumräumen, abgesehen vom Besitz von Betäubungsmitteln nach § 29 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 zum Eigenverbrauch in geringer Menge;
6. erforderliche Formen der Zusammenarbeit mit den für die öffentliche Sicherheit und Ordnung zuständigen örtlichen Behörden, um Straftaten im unmittelbaren Umfeld der Drogenkonsumräume soweit wie möglich zu verhindern;
7. genaue Festlegung des Kreises der berechtigten Benutzer von Drogenkonsumräumen, insbesondere im Hinblick auf deren Alter, die Art der mitgeführten Betäubungsmittel sowie die geduldeten Konsummuster; offenkundige Erst- oder Gelegenheitskonsumenten sind von der Benutzung auszuschließen;
8. eine Dokumentation und Evaluation der Arbeit in den Drogenkonsumräumen;
9. ständige Anwesenheit von persönlich zuverlässigem Personal in ausreichender

Zahl, das für die Erfüllung der in den Nummern 1 bis 7 genannten Anforderungen fachlich ausgebildet ist;

10. Benennung einer sachkundigen Person, die für die Einhaltung der in den Nummern 1 bis 9 genannten Anforderungen, der Auflagen der Erlaubnisbehörde sowie der Anordnungen der Überwachungsbehörde verantwortlich ist (Verantwortlicher) und die ihm obliegenden Verpflichtungen ständig erfüllen kann.

(3) Für das Erlaubnisverfahren gelten § 7 Satz 1 und 2 Nr. 1 bis 4 und 8, §§ 8, 9 Abs. 2 und § 10 entsprechend; dabei tritt an die Stelle des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte jeweils die zuständige oberste Landesbehörde, an die Stelle der obersten Landesbehörde jeweils das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte.

Siebenter Abschnitt
Betäubungsmittelabhängige Straftäter

§ 35 Zurückstellung der Strafvollstreckung

(1) Ist jemand wegen einer Straftat zu einer Freiheitsstrafe von nicht mehr als zwei Jahren verurteilt worden und ergibt sich aus den Urteilsgründen oder steht sonst fest, daß er die Tat auf Grund einer Betäubungsmittelabhängigkeit begangen hat, so kann die Vollstreckungsbehörde mit Zustimmung des Gerichts des ersten Rechtszuges die Vollstreckung der Strafe, eines Strafrestes oder der Maßregel der Unterbringung in einer Entziehungsanstalt für längstens zwei Jahre zurückstellen, wenn der Verurteilte sich wegen seiner Abhängigkeit in einer seiner Rehabilitation dienenden Behandlung befindet oder zusagt, sich einer solchen zu unterziehen, und deren Beginn gewährleistet ist. Als Behandlung gilt auch der Aufenthalt in einer staatlich anerkannten Einrichtung, die dazu dient, die Abhängigkeit zu beheben oder einer erneuten Abhängigkeit entgegenzuwirken.

(2) Gegen die Verweigerung der Zustimmung durch das Gericht des ersten Rechtszuges steht der Vollstreckungsbehörde die Beschwerde nach dem Zweiten Abschnitt des Dritten Buches der Strafprozeßordnung zu. Der Verurteilte kann die Verweigerung dieser Zustimmung nur zusammen mit der Ablehnung der Zurückstellung durch die Vollstreckungsbehörde nach den §§ 23 bis 30 des Einführungsgesetzes zum Gerichtsverfassungsgesetz anfechten. Das Oberlandesgericht entscheidet in diesem Falle auch über die Verweigerung der Zustimmung; es kann die Zustimmung selbst erteilen.

(3) Absatz 1 gilt entsprechend, wenn

1. auf eine Gesamtfreiheitsstrafe von nicht mehr als zwei Jahren erkannt worden ist oder
2. auf eine Freiheitsstrafe oder Gesamtfreiheitsstrafe von mehr als zwei Jahren erkannt worden ist und ein zu vollstreckender Rest der Freiheitsstrafe oder der Gesamtfreiheitsstrafe zwei Jahre nicht übersteigt

und im übrigen die Voraussetzungen des Absatzes 1 für den ihrer Bedeutung nach überwiegenden Teil der abgeurteilten Straftaten erfüllt sind.

(4) Der Verurteilte ist verpflichtet, zu Zeitpunkten, die die Vollstreckungsbehörde festsetzt, den Nachweis über die Aufnahme und über die Fortführung der Behandlung zu erbringen; die behandelnden Personen oder Einrichtungen teilen der Vollstreckungsbehörde einen Abbruch der Behandlung mit.

(5) Die Vollstreckungsbehörde widerruft die Zurückstellung der Vollstreckung, wenn die Behandlung nicht begonnen oder nicht fortgeführt wird und nicht zu erwarten ist, daß der Verurteilte eine Behandlung derselben Art alsbald beginnt oder wieder aufnimmt, oder wenn der Verurteilte den nach Absatz 4 geforderten Nachweis nicht erbringt. Von dem Widerruf kann abgesehen werden, wenn der Verurteilte nachträglich nachweist, daß er sich in Behandlung befindet. Ein Widerruf nach Satz 1 steht einer erneuten Zurückstellung der Vollstreckung nicht entgegen.

(6) Die Zurückstellung der Vollstreckung wird auch widerrufen, wenn

1. bei nachträglicher Bildung einer Gesamtstrafe nicht auch deren Vollstreckung nach Absatz 1 in Verbindung mit Absatz 3 zurückgestellt wird oder
2. eine weitere gegen den Verurteilten erkannte Freiheitsstrafe oder freiheitsentziehende Maßregel der Besserung und Sicherung zu vollstrecken ist.

(7) Hat die Vollstreckungsbehörde die Zurückstellung widerrufen, so ist sie befugt, zur Vollstreckung der Freiheitsstrafe oder der Unterbringung in einer Entziehungsanstalt einen Haftbefehl zu erlassen. Gegen den Widerruf kann die Entscheidung des Gerichts des ersten Rechtszuges herbeigeführt werden. Der Fortgang der Vollstreckung wird durch die Anrufung des Gerichts nicht gehemmt. § 462 der Strafprozeßordnung gilt entsprechend.

§ 36 Anrechnung und Strafaussetzung zur Bewährung

(1) Ist die Vollstreckung zurückgestellt worden und hat sich der Verurteilte in einer staatlich anerkannten Einrichtung behandeln lassen, so wird die vom Verurteilten nachgewiesene Zeit seines Aufenthaltes in dieser Einrichtung auf die Strafe

angerechnet, bis infolge der Anrechnung zwei Drittel der Strafe erledigt sind. Die Entscheidung über die Anrechnungsfähigkeit trifft das Gericht zugleich mit der Zustimmung nach § 35 Abs. 1. Sind durch die Anrechnung zwei Drittel der Strafe erledigt oder ist eine Behandlung in der Einrichtung zu einem früheren Zeitpunkt nicht mehr erforderlich, so setzt das Gericht die Vollstreckung des Restes der Strafe zur Bewährung aus, sobald dies unter Berücksichtigung des Sicherheitsinteresses der Allgemeinheit verantwortet werden kann.

(2) Ist die Vollstreckung zurückgestellt worden und hat sich der Verurteilte einer anderen als der in Absatz 1 bezeichneten Behandlung seiner Abhängigkeit unterzogen, so setzt das Gericht die Vollstreckung der Freiheitsstrafe oder des Strafrestes zur Bewährung aus, sobald dies unter Berücksichtigung des Sicherheitsinteresses der Allgemeinheit verantwortet werden kann.

(3) Hat sich der Verurteilte nach der Tat einer Behandlung seiner Abhängigkeit unterzogen, so kann das Gericht, wenn die Voraussetzungen des Absatzes 1 Satz 1 nicht vorliegen, anordnen, daß die Zeit der Behandlung ganz oder zum Teil auf die Strafe angerechnet wird, wenn dies unter Berücksichtigung der Anforderungen, welche die Behandlung an den Verurteilten gestellt hat, angezeigt ist.

(4) Die §§ 56a bis 56g und 57 Abs. 5 Satz 2 des Strafgesetzbuches gelten entsprechend.

(5) Die Entscheidungen nach den Absätzen 1 bis 3 trifft das Gericht des ersten Rechtszuges ohne mündliche Verhandlung durch Beschluß. Die Vollstreckungsbehörde, der Verurteilte und die behandelnden Personen oder Einrichtungen sind zu hören. Gegen die Entscheidungen ist sofortige Beschwerde möglich. Für die Entscheidungen nach Absatz 1 Satz 3 und nach Absatz 2 gilt § 454 Abs. 4 der Strafprozeßordnung entsprechend; die Belehrung über die Aussetzung des Strafrestes erteilt das Gericht.

§ 37 Absehen von der Erhebung der öffentlichen Klage

(1) Steht ein Beschuldigter in Verdacht, eine Straftat auf Grund einer Betäubungsmittelabhängigkeit begangen zu haben, und ist keine höhere Strafe als eine Freiheitsstrafe bis zu zwei Jahren zu erwarten, so kann die Staatsanwaltschaft mit Zustimmung des für die Eröffnung des Hauptverfahrens zuständigen Gerichts vorläufig von der Erhebung der öffentlichen Klage absehen, wenn der Beschuldigte nachweist, daß er sich wegen seiner Abhängigkeit der in § 35 Abs. 1 bezeichneten Behandlung unterzieht, und seine Resozialisierung zu erwarten ist. Die

Staatsanwaltschaft setzt Zeitpunkte fest, zu denen der Beschuldigte die Fortdauer der Behandlung nachzuweisen hat. Das Verfahren wird fortgesetzt, wenn

1. die Behandlung nicht bis zu ihrem vorgesehenen Abschluß fortgeführt wird,
2. der Beschuldigte den nach Satz 2 geforderten Nachweis nicht führt,
3. der Beschuldigte eine Straftat begeht und dadurch zeigt, daß die Erwartung, die dem Absehen von der Erhebung der öffentlichen Klage zugrunde lag, sich nicht erfüllt hat, oder
4. auf Grund neuer Tatsachen oder Beweismittel eine Freiheitsstrafe von mehr als zwei Jahren zu erwarten ist.

In den Fällen des Satzes 3 Nr. 1, 2 kann von der Fortsetzung des Verfahrens abgesehen werden, wenn der Beschuldigte nachträglich nachweist, daß er sich weiter in Behandlung befindet. Die Tat kann nicht mehr verfolgt werden, wenn das Verfahren nicht innerhalb von zwei Jahren fortgesetzt wird.

(2) Ist die Klage bereits erhoben, so kann das Gericht mit Zustimmung der Staatsanwaltschaft das Verfahren bis zum Ende der Hauptverhandlung, in der die tatsächlichen Feststellungen letztmals geprüft werden können, vorläufig einstellen. Die Entscheidung ergeht durch unanfechtbaren Beschluß. Absatz 1 Satz 2 bis 5 gilt entsprechend. Unanfechtbar ist auch eine Feststellung, daß das Verfahren nicht fortgesetzt wird (Abs. 1 Satz 5).

(3) Die in § 172 Abs. 2 Satz 3, § 396 Abs. 3 und § 467 Abs. 5 der Strafprozeßordnung zu § 153a der Strafprozeßordnung getroffenen Regelungen gelten entsprechend.

§ 38 Jugendliche und Heranwachsende

(1) Bei Verurteilung zu Jugendstrafe gelten die §§ 35 und 36 sinngemäß. Neben der Zusage des Jugendlichen nach § 35 Abs. 1 Satz 1 bedarf es auch der Einwilligung des Erziehungsberechtigten und des gesetzlichen Vertreters. Im Falle des § 35 Abs. 7 Satz 2 findet § 83 Abs. 2 Nr. 1, Abs. 3 Satz 2 des Jugendgerichtsgesetzes sinngemäß Anwendung. Abweichend von § 36 Abs. 4 gelten die §§ 22 bis 26a des Jugendgerichtsgesetzes entsprechend. Für die Entscheidungen nach § 36 Abs. 1 Satz 3 und Abs. 2 sind neben § 454 Abs. 4 der Strafprozeßordnung die §§ 58, 59 Abs. 2 bis 4 und § 60 des Jugendgerichtsgesetzes ergänzend anzuwenden.

(2) § 37 gilt sinngemäß auch für Jugendliche und Heranwachsende.

Strafgesetzbuch (StGB)部分條文

§ 64 Unterbringung in einer Entziehungsanstalt

Hat eine Person den Hang, alkoholische Getränke oder andere berauschende Mittel im Übermaß zu sich zu nehmen, und wird sie wegen einer rechtswidrigen Tat, die überwiegend auf ihren Hang zurückgeht, verurteilt oder nur deshalb nicht verurteilt, weil ihre Schuldunfähigkeit erwiesen oder nicht auszuschließen ist, so soll das Gericht die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt anordnen, wenn die Gefahr besteht, dass sie infolge ihres Hanges erhebliche rechtswidrige Taten begehen wird; der Hang erfordert eine Substanzkonsumstörung, infolge derer eine dauernde und schwerwiegende Beeinträchtigung der Lebensgestaltung, der Gesundheit, der Arbeits- oder der Leistungsfähigkeit eingetreten ist und fortdauert. Die Anordnung ergeht nur, wenn aufgrund tatsächlicher Anhaltspunkte zu erwarten ist, die Person durch die Behandlung in einer Entziehungsanstalt innerhalb der Frist nach § 67d Absatz 1 Satz 1 oder 3 zu heilen oder über eine erhebliche Zeit vor dem Rückfall in den Hang zu bewahren und von der Begehung erheblicher rechtswidriger Taten abzuhalten, die auf ihren Hang zurückgehen.

§ 67 Reihenfolge der Vollstreckung

(1) Wird die Unterbringung in einer Anstalt nach den §§ 63 und 64 neben einer Freiheitsstrafe angeordnet, so wird die Maßregel vor der Strafe vollzogen.

(2) Das Gericht bestimmt jedoch, daß die Strafe oder ein Teil der Strafe vor der Maßregel zu vollziehen ist, wenn der Zweck der Maßregel dadurch leichter erreicht wird. Bei Anordnung der Unterbringung in einer Entziehungsanstalt neben einer zeitigen Freiheitsstrafe von über drei Jahren soll das Gericht bestimmen, dass ein Teil der Strafe vor der Maßregel zu vollziehen ist. Dieser Teil der Strafe ist in der Regel so zu bemessen, dass nach seiner Vollziehung und einer anschließenden Unterbringung eine Entscheidung nach Absatz 5 Satz 1 erster Halbsatz möglich ist. Das Gericht soll ferner bestimmen, dass die Strafe vor der Maßregel zu vollziehen ist, wenn die verurteilte Person vollziehbar zur Ausreise verpflichtet und zu erwarten ist, dass ihr Aufenthalt im räumlichen Geltungsbereich dieses Gesetzes während oder unmittelbar nach Verbüßung der Strafe beendet wird.

(3) Das Gericht kann eine Anordnung nach Absatz 2 Satz 1 oder Satz 2 nachträglich treffen, ändern oder aufheben, wenn Umstände in der Person des Verurteilten es angezeigt erscheinen lassen. Eine Anordnung nach Absatz 2 Satz 4 kann das Gericht auch nachträglich treffen. Hat es eine Anordnung nach Absatz 2 Satz 4 getroffen, so

hebt es diese auf, wenn eine Beendigung des Aufenthalts der verurteilten Person im räumlichen Geltungsbereich dieses Gesetzes während oder unmittelbar nach Verbüßung der Strafe nicht mehr zu erwarten ist.

(4) Wird die Maßregel ganz oder zum Teil vor der Strafe vollzogen, so wird die Zeit des Vollzugs der Maßregel auf die Strafe angerechnet, bis zwei Drittel der Strafe erledigt sind.

(5) Wird die Maßregel vor der Strafe oder vor einem Rest der Strafe vollzogen, so setzt das Gericht die Vollstreckung des Strafrestes unter den Voraussetzungen des § 57 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 und 3 und Satz 2 zur Bewährung aus, wenn zwei Drittel der Strafe erledigt sind; das Gericht kann die Aussetzung auch schon nach Erledigung der Hälfte der Strafe bestimmen, wenn die Voraussetzungen des § 57 Absatz 2 entsprechend erfüllt sind. Wird der Strafrest nicht ausgesetzt, so wird der Vollzug der Maßregel fortgesetzt; das Gericht kann jedoch den Vollzug der Strafe anordnen, wenn Umstände in der Person des Verurteilten es angezeigt erscheinen lassen.

(6) Das Gericht bestimmt, dass eine Anrechnung nach Absatz 4 auch auf eine verfahrensfremde Strafe erfolgt, wenn deren Vollzug für die verurteilte Person eine unbillige Härte wäre. Bei dieser Entscheidung sind insbesondere das Verhältnis der Dauer des bisherigen Freiheitsentzugs zur Dauer der verhängten Strafen, der erzielte Therapieerfolg und seine konkrete Gefährdung sowie das Verhalten der verurteilten Person im Vollstreckungsverfahren zu berücksichtigen. Die Anrechnung ist in der Regel ausgeschlossen, wenn die der verfahrensfremden Strafe zugrunde liegende Tat nach der Anordnung der Maßregel begangen worden ist. Absatz 5 Satz 2 gilt entsprechend.

Fußnote

§ 67 Abs. 4: Früherer Satz 2 aufgeh. durch Art. 1 Nr. 2 Buchst. c G v. 16.7.2007 I 1327 mWv 20.7.2007; nach Maßgabe der Entscheidungsformel mit GG (100-1) unvereinbar gem. BVerfGE v. 27.3.2012 I 1021 (2 BvR 2258/09). Zur Umsetzung der Anforderungen des BVerfG vgl. G v. 8.7.2016 I 1610 mWv 1.8.2016

§ 67a Überweisung in den Vollzug einer anderen Maßregel

(1) Ist die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus oder einer Entziehungsanstalt angeordnet worden, so kann das Gericht die untergebrachte Person nachträglich in den Vollzug der anderen Maßregel überweisen, wenn ihre Resozialisierung dadurch besser gefördert werden kann.

(2) Unter den Voraussetzungen des Absatzes 1 kann das Gericht nachträglich auch eine Person, gegen die Sicherungsverwahrung angeordnet worden ist, in den Vollzug einer der in Absatz 1 genannten Maßregeln überweisen. Die Möglichkeit einer nachträglichen Überweisung besteht, wenn die Voraussetzungen des Absatzes 1 vorliegen und die Überweisung zur Durchführung einer Heilbehandlung oder Entziehungskur angezeigt ist, auch bei einer Person, die sich noch im Strafvollzug befindet und deren Unterbringung in der Sicherungsverwahrung angeordnet oder vorbehalten worden ist.

(3) Das Gericht kann eine Entscheidung nach den Absätzen 1 und 2 ändern oder aufheben, wenn sich nachträglich ergibt, dass die Resozialisierung der untergebrachten Person dadurch besser gefördert werden kann. Eine Entscheidung nach Absatz 2 kann das Gericht ferner aufheben, wenn sich nachträglich ergibt, dass mit dem Vollzug der in Absatz 1 genannten Maßregeln kein Erfolg erzielt werden kann.

(4) Die Fristen für die Dauer der Unterbringung und die Überprüfung richten sich nach den Vorschriften, die für die im Urteil angeordnete Unterbringung gelten. Im Falle des Absatzes 2 Satz 2 hat das Gericht bis zum Beginn der Vollstreckung der Unterbringung jeweils spätestens vor Ablauf eines Jahres zu prüfen, ob die Voraussetzungen für eine Entscheidung nach Absatz 3 Satz 2 vorliegen.

§ 67b Aussetzung zugleich mit der Anordnung

(1) Ordnet das Gericht die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus oder einer Entziehungsanstalt an, so setzt es zugleich deren Vollstreckung zur Bewährung aus, wenn besondere Umstände die Erwartung rechtfertigen, daß der Zweck der Maßregel auch dadurch erreicht werden kann. Die Aussetzung unterbleibt, wenn der Täter noch Freiheitsstrafe zu verbüßen hat, die gleichzeitig mit der Maßregel verhängt und nicht zur Bewährung ausgesetzt wird.

(2) Mit der Aussetzung tritt Führungsaufsicht ein.

§ 67c Späterer Beginn der Unterbringung

(1) Wird eine Freiheitsstrafe vor einer wegen derselben Tat oder Taten angeordneten Unterbringung vollzogen und ergibt die vor dem Ende des Vollzugs der Strafe erforderliche Prüfung, dass

1. der Zweck der Maßregel die Unterbringung nicht mehr erfordert oder
2. die Unterbringung in der Sicherungsverwahrung unverhältnismäßig wäre, weil dem Täter bei einer Gesamtbetrachtung des Vollzugsverlaufs ausreichende

Betreuung im Sinne des § 66c Absatz 2 in Verbindung mit § 66c Absatz 1 Nummer 1 nicht angeboten worden ist,

setzt das Gericht die Vollstreckung der Unterbringung zur Bewährung aus; mit der Aussetzung tritt Führungsaufsicht ein. Der Prüfung nach Satz 1 Nummer 1 bedarf es nicht, wenn die Unterbringung in der Sicherungsverwahrung im ersten Rechtszug weniger als ein Jahr vor dem Ende des Vollzugs der Strafe angeordnet worden ist.

(2) Hat der Vollzug der Unterbringung drei Jahre nach Rechtskraft ihrer Anordnung noch nicht begonnen und liegt ein Fall des Absatzes 1 oder des § 67b nicht vor, so darf die Unterbringung nur noch vollzogen werden, wenn das Gericht es anordnet. In die Frist wird die Zeit nicht eingerechnet, in welcher der Täter auf behördliche Anordnung in einer Anstalt verwahrt worden ist. Das Gericht ordnet den Vollzug an, wenn der Zweck der Maßregel die Unterbringung noch erfordert. Ist der Zweck der Maßregel nicht erreicht, rechtfertigen aber besondere Umstände die Erwartung, daß er auch durch die Aussetzung erreicht werden kann, so setzt das Gericht die Vollstreckung der Unterbringung zur Bewährung aus; mit der Aussetzung tritt Führungsaufsicht ein. Ist der Zweck der Maßregel erreicht, so erklärt das Gericht sie für erledigt.

§ 67d Dauer der Unterbringung

(1) Die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt darf zwei Jahre nicht übersteigen. Die Frist läuft vom Beginn der Unterbringung an. Wird vor einer Freiheitsstrafe eine daneben angeordnete freiheitsentziehende Maßregel vollzogen, so verlängert sich die Höchstfrist um die Dauer der Freiheitsstrafe, soweit die Zeit des Vollzugs der Maßregel auf die Strafe angerechnet wird.

(2) Ist keine Höchstfrist vorgesehen oder ist die Frist noch nicht abgelaufen, so setzt das Gericht die weitere Vollstreckung der Unterbringung zur Bewährung aus, wenn zu erwarten ist, daß der Untergebrachte außerhalb des Maßregelvollzugs keine erheblichen rechtswidrigen Taten mehr begehen wird. Gleiches gilt, wenn das Gericht nach Beginn der Vollstreckung der Unterbringung in der Sicherungsverwahrung feststellt, dass die weitere Vollstreckung unverhältnismäßig wäre, weil dem Untergebrachten nicht spätestens bis zum Ablauf einer vom Gericht bestimmten Frist von höchstens sechs Monaten ausreichende Betreuung im Sinne des § 66c Absatz 1 Nummer 1 angeboten worden ist; eine solche Frist hat das Gericht, wenn keine ausreichende Betreuung angeboten wird, unter Angabe der anzubietenden Maßnahmen bei der Prüfung der Aussetzung der Vollstreckung festzusetzen. Mit der

Aussetzung nach Satz 1 oder 2 tritt Führungsaufsicht ein.

(3) Sind zehn Jahre der Unterbringung in der Sicherungsverwahrung vollzogen worden, so erklärt das Gericht die Maßregel für erledigt, wenn nicht die Gefahr besteht, daß der Untergebrachte erhebliche Straftaten begehen wird, durch welche die Opfer seelisch oder körperlich schwer geschädigt werden. Mit der Entlassung aus dem Vollzug der Unterbringung tritt Führungsaufsicht ein.

(4) Ist die Höchstfrist abgelaufen, so wird der Untergebrachte entlassen. Die Maßregel ist damit erledigt. Mit der Entlassung aus dem Vollzug der Unterbringung tritt Führungsaufsicht ein.

(5) Das Gericht erklärt die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt für erledigt, wenn die Voraussetzungen des § 64 Satz 2 nicht mehr vorliegen. Mit der Entlassung aus dem Vollzug der Unterbringung tritt Führungsaufsicht ein.

(6) Stellt das Gericht nach Beginn der Vollstreckung der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus fest, dass die Voraussetzungen der Maßregel nicht mehr vorliegen oder die weitere Vollstreckung der Maßregel unverhältnismäßig wäre, so erklärt es sie für erledigt. Dauert die Unterbringung sechs Jahre, ist ihre Fortdauer in der Regel nicht mehr verhältnismäßig, wenn nicht die Gefahr besteht, dass der Untergebrachte infolge seines Zustandes erhebliche rechtswidrige Taten begehen wird, durch welche die Opfer seelisch oder körperlich schwer geschädigt werden oder in die Gefahr einer schweren körperlichen oder seelischen Schädigung gebracht werden. Sind zehn Jahre der Unterbringung vollzogen, gilt Absatz 3 Satz 1 entsprechend. Mit der Entlassung aus dem Vollzug der Unterbringung tritt Führungsaufsicht ein. Das Gericht ordnet den Nichteintritt der Führungsaufsicht an, wenn zu erwarten ist, dass der Betroffene auch ohne sie keine Straftaten mehr begehen wird.

Fußnote

§ 67d Abs. 3 idF d. G v. 26.1.1998 I 160: Mit GG (100-1) vereinbar gem. BVerfGE v. 5.2.2004 I 1069 (2 BvR 2029/01)

§ 67e Überprüfung

(1) Das Gericht kann jederzeit prüfen, ob die weitere Vollstreckung der Unterbringung zur Bewährung auszusetzen oder für erledigt zu erklären ist. Es muß dies vor Ablauf bestimmter Fristen prüfen.

(2) Die Fristen betragen bei der Unterbringung

in einer Entziehungsanstalt sechs Monate,

in einem psychiatrischen Krankenhaus ein Jahr,
in der Sicherungsverwahrung ein Jahr, nach dem Vollzug von zehn Jahren der Unterbringung neun Monate.

(3) Das Gericht kann die Fristen kürzen. Es kann im Rahmen der gesetzlichen Prüfungsfristen auch Fristen festsetzen, vor deren Ablauf ein Antrag auf Prüfung unzulässig ist.

(4) Die Fristen laufen vom Beginn der Unterbringung an. Lehnt das Gericht die Aussetzung oder Erledigungserklärung ab, so beginnen die Fristen mit der Entscheidung von neuem.

§ 67f Mehrfache Anordnung der Maßregel

Ordnet das Gericht die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt an, so ist eine frühere Anordnung der Maßregel erledigt.

§ 67g Widerruf der Aussetzung

(1) Das Gericht widerruft die Aussetzung einer Unterbringung, wenn die verurteilte Person

1. während der Dauer der Führungsaufsicht eine rechtswidrige Tat begeht,
2. gegen Weisungen nach § 68b gröblich oder beharrlich verstößt oder
3. sich der Aufsicht und Leitung der Bewährungshelferin oder des Bewährungshelfers oder der Aufsichtsstelle beharrlich entzieht

und sich daraus ergibt, dass der Zweck der Maßregel ihre Unterbringung erfordert. Satz 1 Nr. 1 gilt entsprechend, wenn der Widerrufsgrund zwischen der Entscheidung über die Aussetzung und dem Beginn der Führungsaufsicht (§ 68c Abs. 4) entstanden ist.

(2) Das Gericht widerruft die Aussetzung einer Unterbringung nach den §§ 63 und 64 auch dann, wenn sich während der Dauer der Führungsaufsicht ergibt, dass von der verurteilten Person infolge ihres Zustands rechtswidrige Taten zu erwarten sind und deshalb der Zweck der Maßregel ihre Unterbringung erfordert.

(3) Das Gericht widerruft die Aussetzung ferner, wenn Umstände, die ihm während der Dauer der Führungsaufsicht bekannt werden und zur Versagung der Aussetzung geführt hätten, zeigen, daß der Zweck der Maßregel die Unterbringung der verurteilten Person erfordert.

(4) Die Dauer der Unterbringung vor und nach dem Widerruf darf insgesamt die gesetzliche Höchstfrist der Maßregel nicht übersteigen.

(5) Widerruft das Gericht die Aussetzung der Unterbringung nicht, so ist die

Maßregel mit dem Ende der Führungsaufsicht erledigt.

(6) Leistungen, die die verurteilte Person zur Erfüllung von Weisungen erbracht hat, werden nicht erstattet.

§ 67h Befristete Wiederinvollzugsetzung; Krisenintervention

(1) Während der Dauer der Führungsaufsicht kann das Gericht die ausgesetzte Unterbringung nach § 63 oder § 64 für eine Dauer von höchstens drei Monaten wieder in Vollzug setzen, wenn eine akute Verschlechterung des Zustands der aus der Unterbringung entlassenen Person oder ein Rückfall in ihr Suchtverhalten eingetreten ist und die Maßnahme erforderlich ist, um einen Widerruf nach § 67g zu vermeiden. Unter den Voraussetzungen des Satzes 1 kann es die Maßnahme erneut anordnen oder ihre Dauer verlängern; die Dauer der Maßnahme darf insgesamt sechs Monate nicht überschreiten. § 67g Abs. 4 gilt entsprechend.

(2) Das Gericht hebt die Maßnahme vor Ablauf der nach Absatz 1 gesetzten Frist auf, wenn ihr Zweck erreicht ist.

附錄六　日本法規

刑法（部分條文）

第四章　刑の執行猶予

第二十七条の二　次に掲げる者が三年以下の懲役又は禁錮の言渡しを受けた場合において、犯情の軽重及び犯人の境遇その他の情状を考慮して、再び犯罪をすることを防ぐために必要であり、かつ、相当であると認められるときは、一年以上五年以下の期間、その刑の一部の執行を猶予することができる。

一　前に禁錮以上の刑に処せられたことがない者

二　前に禁錮以上の刑に処せられたことがあっても、その刑の全部の執行を猶予された者

三　前に禁錮以上の刑に処せられたことがあっても、その執行を終わった日又はその執行の免除を得た日から五年以内に禁錮以上の刑に処せられたことがない者

2　前項の規定によりその一部の執行を猶予された刑については、そのうち執行が猶予されなかった部分の期間を執行し、当該部分の期間の執行を終わった日又はその執行を受けることがなくなった日から、その猶予の期間を起算する。

3　前項の規定にかかわらず、その刑のうち執行が猶予されなかった部分の期間の執行を終わり、又はその執行を受けることがなくなった時において他に執行すべき懲役又は禁錮があるときは、第一項の規定による猶予の期間は、その執行すべき懲役若しくは禁錮の執行を終わった日又はその執行を受けることがなくなった日から起算する。

第二十七条の三　前条第一項の場合においては、猶予の期間中保護観察に付することができる。

2　前項の規定により付せられた保護観察は、行政官庁の処分によって仮に解除することができる。

3　前項の規定により保護観察を仮に解除されたときは、第二十七条の五第二号の規定の適用については、その処分を取り消されるまでの間は、保護観察に付せられなかったものとみなす。

第二十七条の四　次に掲げる場合においては、刑の一部の執行猶予の言渡しを取り消さなければならない。ただし、第三号の場合において、猶予の言渡しを受けた者が第二十七条の二第一項第三号に掲げる者であるときは、この限りでない。

一　猶予の言渡し後に更に罪を犯し、禁錮以上の刑に処せられたとき。

二　猶予の言渡し前に犯した他の罪について禁錮以上の刑に処せられたとき。

三　猶予の言渡し前に他の罪について禁錮以上の刑に処せられ、その刑の全部について執行猶予の言渡しがないことが発覚したとき。

第二十七条の五　次に掲げる場合においては、刑の一部の執行猶予の言渡しを取り消すことができる。

一　猶予の言渡し後に更に罪を犯し、罰金に処せられたとき。

二　第二十七条の三第一項の規定により保護観察に付せられた者が遵守すべき事項を遵守しなかったとき。

第二十七条の六　前二条の規定により刑の一部の執行猶予の言渡しを取り消したときは、執行猶予中の他の禁錮以上の刑についても、その猶予の言渡しを取り消さなければならない。

第二十七条の七　刑の一部の執行猶予の言渡しを取り消されることなくその猶予の期間を経過したときは、その懲役又は禁錮を執行が猶予されなかった部分の期間を刑期とする懲役又は禁錮に減軽する。この場合においては、当該部分の期間の執行を終わった日又はその執行を受けることがなくなった日において、刑の執行を受け終わったものとする。

薬物使用等の罪を犯した者に対する刑の一部の執行猶予に関する法律

第一条　この法律は、薬物使用等の罪を犯した者が再び犯罪をすることを防ぐため、刑事施設における処遇に引き続き社会内においてその者の特性に応じた処遇を実施することにより規制薬物等に対する依存を改善することが有用であることに鑑み、薬物使用等の罪を犯した者に対する刑の一部の執行猶予に関し、その言渡しをすることができる者の範囲及び猶予の期間中の保護観察その他の事項について、刑法（明治四十年法律第四十五号）の特則を定めるものとする。

第二条　この法律において「規制薬物等」とは、大麻取締法（昭和二十三年法律第百二十四号）に規定する大麻、毒物及び劇物取締法（昭和二十五年法律第三百三号）第三条の三に規定する興奮、幻覚又は麻酔の作用を有する毒物及び劇物（これらを含有する物を含む。）であって同条の政令で定めるもの、覚醒剤取締法（昭和二十六年法律第二百五十二号）に規定する覚醒剤、麻薬及び向精神薬取締法（昭和二十八年法律第十四号）に規定する麻薬並びにあへん法（昭和二十九年法律第七十一号）に規定するあへん及びけしがらをいう。

２　この法律において「薬物使用等の罪」とは、次に掲げる罪をいう。

一　刑法第百三十九条第一項若しくは第百四十条（あへん煙の所持に係る部分に限る。）の罪又はこれらの罪の未遂罪

二　大麻取締法第二十四条の二第一項（所持に係る部分に限る。）の罪又はその未遂罪

三　毒物及び劇物取締法第二十四条の三の罪

四　覚醒剤取締法第四十一条の二第一項（所持に係る部分に限る。）、第四十一条の三第一項第一号若しくは第二号（施用に係る部分に限る。）若しくは第四十一条の四第一項第三号若しくは第五号の罪又はこれらの罪の未遂罪

五　麻薬及び向精神薬取締法第六十四条の二第一項（所持に係る部分に限る。）、第六十四条の三第一項（施用又は施用を受けたことに係る部分に限る。）、第六十六条第一項（所持に係る部分に限る。）若しくは第六十六条の二第一項（施用又は施用を受けたことに係る部分に限る。）の罪又はこれらの罪の未遂罪

六　あへん法第五十二条第一項（所持に係る部分に限る。）若しくは第五十二条の二第一項の罪又はこれらの罪の未遂罪

第三条　　薬物使用等の罪を犯した者であって、刑法第二十七条の二第一項各号に掲げる者以外のものに対する同項の規定の適用については、同項中「次に掲げる者が」とあるのは「薬物使用等の罪を犯した者に対する刑の一部の執行猶予に関する法律（平成二十五年法律第五十号）第二条第二項に規定する薬物使用等の罪を犯した者が、その罪又はそ

の罪及び他の罪について」と、「考慮して」とあるのは「考慮して、刑事施設における処遇に引き続き社会内において同条第一項に規定する規制薬物等に対する依存の改善に資する処遇を実施することが」とする。

第四条　前条に規定する者に刑の一部の執行猶予の言渡しをするときは、刑法第二十七条の三第一項の規定にかかわらず、猶予の期間中保護観察に付する。

2　刑法第二十七条の三第二項及び第三項の規定は、前項の規定により付せられた保護観察の仮解除について準用する。

第五条　第三条の規定により読み替えて適用される刑法第二十七条の二第一項の規定による刑の一部の執行猶予の言渡しの取消しについては、同法第二十七条の四第三号の規定は、適用しない。

2　前項に規定する刑の一部の執行猶予の言渡しの取消しについての刑法第二十七条の五第二号の規定の適用については、同号中「第二十七条の三第一項」とあるのは、「薬物使用等の罪を犯した者に対する刑の一部の執行猶予に関する法律第四条第一項」とする。

あへん法（部分條文）

第九条　何人も、あへん又はけしがらを吸食してはならない。

第五十二条　　あへん又はけしがらを、みだりに、譲り渡し、譲り受け、又は所持した者（第五十五条第一号に該当する者を除く。）は、七年以下の懲役に処する。

２　営利の目的で前項の罪を犯した者は、一年以上十年以下の懲役に処し、又は情状により一年以上十年以下の懲役及び三百万円以下の罰金に処する。

３　前二項の未遂罪は、罰する。

第五十二条の二　第九条の規定に違反した者は、七年以下の懲役に処する。

２　前項の未遂罪は、罰する。

第五十六条　第五十一条、第五十二条、第五十二条の二又は前条の規定に当たる行為が刑法第二編第十四章の罪に触れるときは、その行為者は、同法の罪と比較して、重きに従つて処断する。

麻薬及び向精神薬取締法（部分條文）

第十二条　ジアセチルモルヒネ、その塩類又はこれらのいずれかを含有する麻薬（以下「ジアセチルモルヒネ等」という。）は、何人も、輸入し、輸出し、製造し、製剤し、小分けし、譲り渡し、譲り受け、交付し、施用し、所持し、又は廃棄してはならない。ただし、麻薬研究施設の設置者が厚生労働大臣の許可を受けて、譲り渡し、譲り受け、又は廃棄する場合及び麻薬研究者が厚生労働大臣の許可を受けて、研究のため、製造し、製剤し、小分けし、施用し、又は所持する場合は、この限りでない。

2　何人も、あへん末を輸入し、又は輸出してはならない。

3　麻薬原料植物は、何人も、栽培してはならない。但し、麻薬研究者が厚生労働大臣の許可を受けて、研究のため栽培する場合は、この限りでない。

4　何人も、第1項の規定により禁止されるジアセチルモルヒネ等の施用を受けてはならない。

第二十七条　麻薬施用者でなければ、麻薬を施用し、若しくは施用のため交付し、又は麻薬を記載した処方せんを交付してはならない。但し、左に掲げる場合は、この限りでない。

一　麻薬研究者が、研究のため施用する場合

二　麻薬施用者から施用のため麻薬の交付を受けた者が、その麻薬を施用する場合

三　麻薬小売業者から麻薬処方せんにより調剤された麻薬を譲り受けた者が、その麻薬を施用する場合

2　前項ただし書の規定は、麻薬施用者から交付された麻薬又は麻薬処方せんが第三項又は第四項の規定に違反して交付されたものであるときは、適用しない。

3　麻薬施用者は、疾病の治療以外の目的で、麻薬を施用し、若しくは施用のため交付し、又は麻薬を記載した処方せんを交付してはならない。ただし、精神保健指定医が、第五十八条の六第一項の規定による診察を行うため、Ｎ―アリルノルモルヒネ、その塩類及びこれらを含有する麻薬その他政令で定める麻薬を施用するときは、この限りでない。

4　麻薬施用者は、前項の規定にかかわらず、麻薬又はあへんの中毒者の中毒症状を緩和するため、その他その中毒の治療の目的で、麻薬を施用し、若しくは施用のため交付し、又は麻薬を記載した処方せんを交付してはならない。ただし、第五十八条の八第一項の規定に基づく厚生労働省令で定める病院において診療に従事する麻薬施用者が、同条の規定により当該病院に入院している者について、六―ジメチルアミノ―四・四―ジフェニル―三―ヘプタノン、その塩類及びこれらを含有する麻薬その他政令で定める麻薬を施用するときは、この限りでない。

第六十四条の二　ジアセチルモルヒネ等を、みだりに、製剤し、小分けし、譲り渡し、譲り受け、交付し、又は所持した者は、十年以下の懲役に処する。

2　営利の目的で前項の罪を犯した者は、一年以上の有期懲役に処し、又は情状により一年以上の有期懲役及び五百万円以下の罰金に処する。

3　前二項の未遂罪は、罰する。

第六十四条の三　第十二条第一項又は第四項の規定に違反して、ジアセチルモルヒネ等を施用し、廃棄し、又はその施用を受けた者は、十年以下の懲役に処する。

2　営利の目的で前項の違反行為をした者は、一年以上の有期懲役に処し、又は情状により一年以上の有期懲役及び五百万円以下の罰金に処する。

3　前二項の未遂罪は、罰する。

第六十六条　ジアセチルモルヒネ等以外の麻薬を、みだりに、製剤し、小分けし、譲り渡し、譲り受け、又は所持した者（第六十九条第四号若しくは第五号又は第七十条第五号に該当する者を除く。）は、七年以下の懲役に処する。

2　営利の目的で前項の罪を犯した者は、一年以上十年以下の懲役に処し、又は情状により一年以上十年以下の懲役及び三百万円以下の罰金に処する。

3　前二項の未遂罪は、罰する。

第六十六条の二　第二十七条第一項又は第三項から第五項までの規定に違反した者は、七年以下の懲役に処する。

2　営利の目的で前項の違反行為をした者は、一年以上十年以下の懲役に処し、又は情状により一年以上十年以下の懲役及び三百万円以下の罰金に処する。

3　前二項の未遂罪は、罰する。

覚醒剤取締法（部分條文）

第十九条　次に掲げる場合のほかは、何人も、覚醒剤を使用してはならない。

一　覚醒剤製造業者が製造のため使用する場合

二　覚醒剤施用機関において診療に従事する医師又は覚醒剤研究者が施用する場合

三　覚醒剤研究者が研究のため使用する場合

四　覚醒剤施用機関において診療に従事する医師又は覚醒剤研究者から施用のため交付を受けた者が施用する場合

五　法令に基づいてする行為につき使用する場合

第二十条　覚醒剤施用機関において診療に従事する医師は、その診療に従事している覚醒剤施用機関の管理者の管理する覚醒剤でなければ、施用し、又は施用のため交付してはならない。

2　前項の医師は、他人の診療以外の目的に覚醒剤を施用し、又は施用のため交付してはならない。

3　第一項の医師は、覚醒剤の中毒者に対し、その中毒を緩和し又は治療するために覚醒剤を施用し、又は施用のため交付してはならない。

4　第一項の医師が覚醒剤を施用のため交付する場合においては、交付を受ける者の住所、氏名、年齢、施用方法及び施用期間を記載した書面に当該医師の署名をして、これを同時に交付しなければならない。

5　覚醒剤研究者は、厚生労働大臣の許可を受けた場合のほかは、研究のため他人に対して覚醒剤を施用し、又は施用のため交付してはならない。

6　覚醒剤研究者は、前項の規定により覚醒剤の施用又は交付の許可を受けようとするときは、厚生労働省令の定めるところにより、その研究所の所在地の都道府県知事を経て厚生労働大臣に申請書を出さなければならない。

7　覚醒剤研究者が覚醒剤を施用のため交付する場合には、第四項の規定を準用する。

第四十一条の二　覚醒剤を、みだりに、所持し、譲り渡し、又は譲り受けた者（第四十二条第五号に該当する者を除く。）は、十年以下の懲役に処する。

2　営利の目的で前項の罪を犯した者は、一年以上の有期懲役に処し、又は情状により一年以上の有期懲役及び五百万円以下の罰金に処する。

3　前二項の未遂罪は、罰する。

第四十一条の三　次の各号の一に該当する者は、十年以下の懲役に処する。

一　第十九条（使用の禁止）の規定に違反した者

二　第二十条第二項又は第三項（他人の診療以外の目的でする施用等の制限又は中毒の緩和若しくは治療のための施用等の制限）の規定に違反した者

三　第三十条の六（輸入及び輸出の制限及び禁止）の規定に違反した者四　第三十条の

八（製造の禁止）の規定に違反した者

2　営利の目的で前項の違反行為をした者は、一年以上の有期懲役に処し、又は情状により一年以上の有期懲役及び五百万円以下の罰金に処する。

3　前二項の未遂罪は、罰する。

第四十一条の四　次の各号のいずれかに該当する者は、七年以下の懲役に処する。

一　第二十条第一項（管理外覚醒剤の施用等の制限）の規定に違反した者

二　第二十条第五項（覚醒剤研究者についての施用等の制限）の規定に違反した者

三　第三十条の七（所持の禁止）の規定に違反した者

四　第三十条の九第一項（譲渡及び譲受の制限及び禁止）の規定に違反した者五 第三十条の十一（使用の禁止）の規定に違反した者

2　営利の目的で前項第二号から第五号までの違反行為をした者は、十年以下の懲役に処し、又は情状により十年以下の懲役及び三百万円以下の罰金に処する。

3　第一項第二号から第五号まで及び前項（第一項第二号から第五号までに係る部分に限る。）の未遂罪は、罰する。

大麻取締法（部分條文）

第三条　大麻取扱者でなければ大麻を所持し、栽培し、譲り受け、譲り渡し、又は研究のため使用してはならない。

２　この法律の規定により大麻を所持することができる者は、大麻をその所持する目的以外の目的に使用してはならない。

第四条　何人も次に掲げる行為をしてはならない。

一　大麻を輸入し、又は輸出すること（大麻研究者が、厚生労働大臣の許可を受けて、大麻を輸入し、又は輸出する場合を除く。）。

二　大麻から製造された医薬品を施用し、又は施用のため交付すること。

三　大麻から製造された医薬品の施用を受けること。

四　医事若しくは薬事又は自然科学に関する記事を掲載する医薬関係者等（医薬関係者又は自然科学に関する研究に従事する者をいう。以下この号において同じ。）向けの新聞又は雑誌により行う場合その他主として医薬関係者等を対象として行う場合のほか、大麻に関する広告を行うこと。

２　前項第一号の規定による大麻の輸入又は輸出の許可を受けようとする大麻研究者は、厚生労働省令で定めるところにより、その研究に従事する施設の所在地の都道府県知事を経由して厚生労働大臣に申請書を提出しなければならない。

第二十四条の二　大麻を、みだりに、所持し、譲り受け、又は譲り渡した者は、五年以下の懲役に処する。

２　営利の目的で前項の罪を犯した者は、七年以下の懲役に処し、又は情状により七年以下の懲役及び二百万円以下の罰金に処する。

３　前二項の未遂罪は、罰する。

第二十四条の三　次の各号の一に該当する者は、五年以下の懲役に処する。

一　第三条第一項又は第二項の規定に違反して、大麻を使用した者

二　第四条第一項の規定に違反して、大麻から製造された医薬品を施用し、若しくは交付し、又はその施用を受けた者三 第十四条の規定に違反した者

２　営利の目的で前項の違反行為をした者は、七年以下の懲役に処し、又は情状により七年以下の懲役及び二百万円以下の罰金に処する。 ３ 前二項の未遂罪は、罰する。

第二十四条の七　第二十四条の二の罪に当たる大麻の譲渡しと譲受けとの周旋をした者は、二年以下の懲役に処する。

第二十四条の八　第二十四条、第二十四条の二、第二十四条の四、第二十四条の六及び前条の罪は、刑法第二条の例に従う。