

中華民國一一三年犯罪狀況及其分析

2024 犯罪趨勢關鍵報告

(第六篇)

執行機構：法務部司法官學院

計畫主持：蔡宜家

研究人員：盧檉昀、謝旭威

研究助理：王柔斤

行政督導：鄭添成

研究期程：114 年 1 月 1 日至 114 年 12 月 31 日

本書為學術研究觀點，不宜引申至機關意見

目 錄

第六篇 社會關注犯罪議題

成年施用毒品者起訴前轉向處遇機制整合	221
第一章 施用毒品處遇之多元觀點及分工	222
壹、前言：刑事制裁交會治療與復歸	222
貳、施用毒品者轉向處遇機制與趨勢	225
參、社區處遇願景對比機構式處遇及刑責現實	233
肆、小結	241
第二章 毒品處遇實務工作者會議側記與評析	242
壹、工作會議研究方法	242
貳、工作會議研究側記	244
參、施用毒品處遇困境與策略評析	248
肆、結論：法制化權責及提升個案受處遇意願	251

*本書各篇表次，敬請參閱、下載「司法官學院犯罪防治研究中心」網站「[中華民國 113 年犯罪狀況及其分析-2024 犯罪趨勢關鍵報告](#)」網頁之各篇表次附件。

第六篇 社會關注犯罪議題 成年施用毒品者起訴前轉向處遇機制整合

蔡宜家、謝旭威、盧憶昀

施用毒品行為之處理，在毒品危害防制條例是以對施用第三級、第四級毒品者行政處罰，對施用第一級、第二級毒品者刑事制裁為原則，惟自 105 年行政院「新世代反毒策略」後，施用毒品者的成癮特性，及該特性不適合以戒治所、監獄等機構式處遇來因應的課題漸進浮現，故而在刑事政策，施用毒品者的定位從罪犯轉型為病患，並且在前揭政策實行，及關聯制度、司法實務見解修正下，逐步以防止他們進入監獄、再犯為目的，推行起訴前透過緩起訴處分實施社區處遇的模式，而該模式的理念，是由檢察官、觀護人督導施用毒品者，再由該地區的毒品防制中心評估其等需求、媒合醫療或其他社區資源。然而，隨著行政處罰低執行率、起訴及入監人數增加等近期統計趨勢，及社區處遇在部分地域的各自為政，皆讓前揭理念之前，現實困境的模樣及處理方式存在探究的必要。

據此，本篇以成年施用毒品者在起訴前，經緩起訴處分的社區處遇機制整合課題為核心，首先在第一章，盤整當前就施用毒品行為的行政、刑事規制及處遇項目，並以文獻評析緩起訴處分及其社區處遇，相較觀察勒戒、強制戒治的優勢與實行困境，接著在第二章，次級分析由學者、檢察官、觀護人、個案管理師組成以本篇為主題的工作會議，並從中釐清政策、文獻之外，施用毒品者起訴前轉向處遇的實務樣貌、不易落實的挑戰，與可供後續為深入研議的精進對策。

第一章 施用毒品處遇之多元觀點及分工

壹、前言：刑事制裁交會治療與復歸

當成年人施用麻醉藥品、影響精神物質或其等製品，而這些品項已經政府機關定性為具成癮性、濫用性、社會危害性的毒品，又無涉管制藥品管理條例之例外規範時，便會觸及施用毒品規範及其處理，其中，施用第一級或第二級毒品者會面臨刑責、施用第三級或第四級毒品者會面臨行政罰鍰與毒品危害講習（毒品危害防制條例（下稱毒危條例）第 2 條、第 10 條、第 11 條之 1 第 2 項）¹。不過針對是類施用毒品者，近年刑事政策也正積極令其等自被起訴、定罪的階段抽離，發展得減少刑罰色彩、整合社福資源的多元、轉向處遇模式。

回顧 113 年，是我國「新世代反毒策略行動綱領」（下稱行動綱領）第二期執行結束、第三期預備實行的節點，其中，第二期在規劃時，雖然是以監獄內受刑人之毒品犯罪比率、出獄後再犯率偏高為契機，側重對毒品犯罪者的社會復歸協力，不過，逐步提升對施用毒品者的非監禁措施，即緩起訴附命戒癮治療與其他多元處遇的比率，也是該期自第一期接續下來的年度成效指標，是行動綱領的重要實踐方向²；而時至第三期，行動綱領更明確揭示，我國對毒品

1 如為兒少施用毒品者，則會循兒童及少年福利與權益保障法第 55 條、少年事件處理法等規範應用。

2 修正新世代反毒策略行動綱領（第二期 110-113 年）（核定本），反毒大本營，2021 年 1 月 4 日，<https://antidrug.moj.gov.tw/lp-7-1-xCat-02.html>。主持首場毒品防制會報 卓揆：4 年投入 150 億持續推動「第三期新世代反毒策略」 積極落實無毒家園

犯罪者的處遇隨著毒危條例第 24 條修正，擴大檢察官裁量附條件緩起訴處分的權限後，毒品犯罪之刑事政策已更加朝著重視施用毒品者為「病患」，而非「犯人」特質的方向，並期許能在第一期、第二期已奠定毒品查緝、檢驗、治療、社區支援等基礎上，聚焦於落實施用毒品者的減害、社會復歸、再犯防止課題³。然而在刑事政策於數年間，從刑事制裁轉型為多元處遇的努力中，如何讓來自多元觀點的多方政府部門，於施用毒品之多元處遇中同心協力，或已成挑戰。

挑戰的重心，可能在於多元處遇中，不同政府部門間的業務整合課題，及是類業務在刑事司法框架中受限之疑義。在行動綱領第三期中，反毒策略之執行聚焦以各地方政府轄下的毒品危害防制中心(下稱毒防中心)為整合單位，除與各地方檢察署(下稱地檢署)、矯正機關協力，更就自請協助或他機關轉介的施用毒品個案，導引多項服務，包含：由各地教育局主辦的反毒宣導、由勞動局主辦的就業輔導、由社會局主辦的社會福利與家庭支持、由衛生局主辦的戒癮治療與毒品危害講習，以及由警察局主辦的尿液檢驗、罰鍰與講習裁處⁴。然而在如此多元的管道中，施用毒品個案能否充分認知到，自己需要哪些服務、如何實踐行動，以達成不施用毒品、正常

願景，行政院，2024 年 6 月 17 日，

<https://www.ey.gov.tw/Page/9277F759E41CCD91/43d9fdca-a7d7-4f68-a1b2-bc73189dcc8f>

3 「新世代反毒策略行動綱領」(第三期 114-117 年)(核定本)，反毒大本營，2024 年 11 月 27 日，<https://antidrug.moj.gov.tw/dl-3238-87ed4383-2763-4ff4-8b68-395f57af02a9.html>

4 同前註。

生活的目的？

這個問題，如果從我國施用毒品刑事政策的角度檢視，便傾向是下述探問：當前機制能否協助施用毒品者，釐清自己如欲遠離毒品，究竟需要整合哪些服務資源，以及如何讓整合結果得以落實不施用毒品的目標？進而言之，即使存在許多服務資源管道，倘若缺乏以不施用毒品為目標的需求評估、處遇計畫，處遇執行與調整，乃至執行成效追蹤等的貫穿式保護（through care），則眾多機構及其資源對施用毒品個案來說，便會有如執行目的未必相同的多頭馬車，不僅可能存在各機構服務在不清楚個案狀況下，疊床架屋的問題，也可能呈現個案經服務後，難以直接連結其不再施用毒品的結果⁵。惟更進一步的課題是，即使健全了對施用毒品者的貫穿式保護，由於當前就施用毒品與其他毒品問題，係以具懲罰性質的警察機關、刑事司法或矯正機關為主要處理途徑，可能讓多元處遇資源及其執行，因懲罰機制轉換而遭受限制，乃至中斷，從而顯現對施用毒品問題的多元處遇，應如何有效融入個案在不同階段的犯罪處理程序，或隨程序而彈性應對，便須加以正視⁶。

據此，解析我國對施用毒品者多元處遇，如何實踐及於不同犯罪處理階段的貫穿式保護，為本篇研究目的。本章以下，將先綜合施用毒品相關規範、政策、統計數據，釐清我國當前的轉向處遇機

5 有關各機構服務出現疊床架屋的狀況，可參閱：鄭元皓、吳瑜，毒品收容人職涯發展與社區轉銜措施之研究－第二期，頁 62、83，司法官學院犯罪防治研究中心，2022 年 12 月 15 日，<https://www.cprc.moj.gov.tw/1563/1595/1601/1602/37534/post>

6 林俊儒，刑事司法減害的毒品政策－走出病犯體制的旋轉門，國立政治大學法律學系博士論文，2024 年 11 月，頁 38-45。

制及趨勢（本章「貳」），再結合近年實證研究成果，譜繪施用毒品處遇在不同階段的可能圖像與困境（本章「參」），作為次章的實務工作者焦點團體座談基礎。

貳、施用毒品者轉向處遇機制與趨勢

對於我國施用毒品者多元處遇的圖像，得從關聯機制與趨勢兩面向來查看，首先，關聯機制可綜合以毒危條例為核心的制度、重點司法實務與政策，釐清當前對施用毒品者的各種處遇途徑，接著，關聯趨勢以犯罪統計分析為核心，汲取前述處遇途徑中，近年較積極被運用者，進而作為後述的側重方向。

一、施用毒品者轉向處遇之關聯機制

在毒危條例框架中，對施用毒品者的處遇事項，會依毒品級別而有刑罰、非刑罰區分。

(一) 施用第三級、第四級毒品者

一方面，就無正當理由施用第三級或第四級毒品者，毒危條例自 98 年以第 11 條之 1，增列非刑罰性質的罰鍰，及限期令該人接受毒品危害講習，該罰則源於行政院提案，認為當時第三級或第四級毒品氾濫問題，是因為缺乏對施用者的罰則，屬於法制漏洞，惟考量此類毒品相較第一級、第二級，通常成癮性低，且偏向娛樂、暫時施用目的，仍缺乏刑事制裁、觀察勒戒或強制戒治的必要性，故聚焦以罰鍰來懲儆施用者，及以講習來令其瞭解毒品危害及藥物

安全⁷。而罰鍰及毒品危害講習之執行，係由查獲地的警察局裁處，講習再由查獲地的衛生主管機關或委任下級、專業機關主辦，其中，主辦單位應在接獲通知後一個月內辦理講習，講習以不超過一日、集體參與為原則，內容需包含戒毒法令，及毒品簡介、危害、戒治、濫用防治等事項，倘若施用者無正當理由未參加，執行機關得對其處以怠金（毒危條例第 11 條之 1 第 4 項，毒品危害事件統一裁罰基準及講習辦法第 1 條至第 3 條、第 6 條前段、第 8 條、第 9 條第 2 項、第 11 條第 1 項，行政執行法第 30 條第 1 項）。

(二) 施用第一級、第二級毒品者

另一方面，就施用第一級或第二級毒品者，檢察官應向法院聲請裁定觀察勒戒（毒危條例第 20 條第 1 項），也得作成附條件緩起訴處分，惟如檢察官先為緩起訴處分，則不適用應付觀察勒戒規範（毒危條例第 24 條第 1 項）。此機制源自 97 年修正施行毒危條例第 24 條時，立法者考量毒癮難能戒除，致生因缺錢買毒而犯罪的社會問題，故提出使施用毒品者於醫療體系接受治療的犯罪處理方式，即緩起訴附命戒癮治療⁸；時自 110 年修正施行，再進一步將緩起訴處分優先觀察勒戒執行的項目，從戒癮治療擴大至刑事訴訟法第 253 條之 2 第 1 項所列緩起訴處分各附帶條件，以利施用毒品者獲得多元、適當之處遇，並且，就緩起訴經撤銷的部分，放寬檢察官裁量範圍從追訴至續行偵查或起訴，以期在緩起訴經撤銷後，檢

7 院會紀錄，立法院公報，98 卷 26 期，2009 年 5 月，頁 193-194。

8 院會紀錄，立法院公報，97 卷 11 期，2008 年 4 月，頁 26。

察官得以聲請付觀察勒戒之機構式處遇來取代起訴、定罪路徑⁹。

緩起訴處分之附帶履行條件，得用於施用毒品案件者，包含立悔過書、向公庫支付一定金額、向指定政府或公益機構提供義務勞務、執行預防再犯之必要命令，以及完成戒癮治療、精神治療或心理輔導等適當處遇（刑事訴訟法第 253 條之 2 第 1 項）。其中較細部規範者為戒癮治療，對此，檢察官需先徵詢欲指定治療機構的意見，及向施用毒品被告說明緩起訴期間應遵守事項，再得被告同意，方得指定其至下述處所為戒癮治療，含醫療機構，或藥癮戒治、替代治療機構，或其他經主管機關認可得執行治療之機構，這些機構執行戒癮治療方式，原則上應為門診或其他未拘束人身自由的方法，單次治療期間以連續 1 年為限，內容得兼含藥物、心理或復健治療，或毒品檢驗，或其他得防止病情惡化或毒癮復發的措施，而被告於治療期間除需配合療程，也需配合機構為定期的毒品檢驗，倘若被告在緩起訴期間，前揭檢驗或檢警機關採尿送驗結果呈陽性反應，或有未依指定時間接受治療達法定期日，或對執行人員有暴力行為，將被視為未完成戒癮治療，檢察官並得據以撤銷緩起訴處分（毒危條例第 24 條第 3 項及第 4 項，毒品戒癮治療實施辦法及完成治療認定標準第 3 條至第 7 條、第 9 條至第 11 條、第 13 條）。

倘若檢察官未先作成緩起訴處分，則應回歸向法院聲請裁定觀察勒戒、強制戒治的途徑。相對於附條件緩起訴處分，觀察勒戒與

9 立法理由（毒品危害防制條例第 24 條），法務部，

<https://mojlaw.moj.gov.tw/LawContentReason.aspx?LSID=FL001431&LawNo=24>（最後瀏覽日期：2025 年 6 月 18 日）

強制戒治皆屬限制人身自由的機構式處遇，其中，觀察勒戒裡的勒戒，立法上承繼了毒危條例的前身，即 44 年戡亂時期肅清煙毒條例中，政府機關藉由令毒品成癮者進入院所勒戒，以期施用毒品者改過自新，與落實「寓教於禁」、科學方法戒癮目的¹⁰；勒戒前的觀察程序，則發展自 81 年修正毒危條例時，藉由令施用毒品者入勒戒處所觀察，以處理受羈押的施用毒品者難能控制成癮症狀、勒戒裁定程序又需花費時日下的戒護問題¹¹。時至 86 年修正毒危條例，立法者再歸類觀察、勒戒為勒戒處所中的必要環節，觀察成為判斷是否成癮、執行後續勒戒對策前的要件，立法者也因考量觀察勒戒聚焦於戒斷症狀之生理治療，缺乏處理對毒品依賴之心理治療，而以兩階段的機構式處遇，區分前階段為觀察勒戒，後階段為強制戒治，並界定強制戒治除治療外，兼及復健、宗教、心理諮商、勞作等機能¹²。

當前的觀察勒戒與強制戒治，呈現先執行前者，再視繼續施用毒品傾向來判斷是否執行後者的階段性處遇。首先，觀察勒戒期間以 2 個月為限，執行地點得附設在法務部、國防部所屬戒治處所、看守所、醫院等，也得委託附設在國軍退役官兵輔導委員會、衛生福利部、直轄縣市政府指定醫院，惟實務上仍主要以法務部矯正署管轄各地戒治所、看守所來附設勒戒處所（毒危條例第 20 條第 1

10 本院內政民刑商法國防三委員會報告審查行政院函請審議戰亂時期肅清烟毒條例草案案，立法院公報，15 會期 5 期，1955 年 5 月，頁 115。

11 院會紀錄，立法院公報，81 卷 54 期，1992 年 7 月，頁 85。

12 院會紀錄，立法院公報，84 卷 65 期，1995 年 12 月，頁 204-205。

項、第 27 條第 1 項）¹³。不過入所前，受觀察勒戒者如經健康檢查後，發現有無法自理生活、身心障礙或死亡危險，或懷胎、分娩月份達法定要件，則勒戒處所應拒絕其入所，再由檢察官酌情交付法定關係人或醫院等適當處所（觀察勒戒處分執行條例第 6 條第 2 項、第 4 項）。而入所後，受觀察勒戒者的處遇準用部分監獄行刑法規範，包含戒護返家探視（第 28 條）、教化導向的圖書資源及視聽設施（第 44 條至第 45 條）、衛生及醫療（第 53 條至第 55 條、第 57 條），惟就醫療部分，觀察、勒戒之醫療處置皆須以醫師指示為據，教化部分，則另得以戒毒輔導、宗教教誨來落實戒毒動機，同時，相較監獄處遇，勒戒處所得不定期對受觀察勒戒者為尿液篩檢，也更限制其等的物品送入、接見、發受書信權利（觀察勒戒處分執行條例第 7 條、第 9 條至第 12 條、第 15 條）¹⁴。

當觀察勒戒期間屆至，如前所述，有無繼續施用毒品傾向成為當事人應被釋放且獲不起訴處分，還是應經檢察官向法院聲請裁定強制戒治的重要指標（毒危條例第 20 條第 2 項、觀察勒戒處分執行條例第 8 條第 2 項）。而判斷該指標的基準，聚焦於法務部發布之「有無繼續施用毒品傾向評估標準說明手冊」，該手冊以前科紀錄與行為表現、臨床評估、社會穩定度等三類中的靜態、動態因子

13 毒品戒治事項，法務部矯正署桃園監獄，2024 年 5 月 23 日，
<https://www.typ.moj.gov.tw/297144/297145/297151/368192/post>

14 觀察勒戒處分執行條例中準用監獄行刑法部分，仍維持監獄行刑法 109 年全文增修前的條號，本章引介者為前揭條號對應的 109 年監獄行刑法條號。監獄行刑法修正前後條文對照可參閱：監獄行刑法條文對照表，法務部主管法規查詢系統，
<https://mojlaw.moj.gov.tw/GetFile.aspx?pfid=0000264250>（最後瀏覽日期：2025 年 8 月 5 日）

來綜合評分，倘若各類的靜態因子總分，或靜態、動態因子相加後為 60 分以上者，便會認定受觀察勒戒者有繼續施用毒品傾向¹⁵，需續行強制戒治。強制戒治期間為 6 個月以上至 1 年，執行地點為法務部矯正署管轄各地戒治所，受戒治者入所時，戒治所也會透過健康檢查，判斷有無近似前述觀察勒戒之拒絕入所情形（毒危條例第 20 條第 2 項、戒治處分執行條例第 2 條第 1 項及第 7 條）。入所後，戒治所應依受戒治者需求來擬定個別階段處遇計畫，惟大抵上，處遇被分為三個階段，其一是調適期，以增進受戒治者體力、毅力、戒毒信心為目的，側重與生活規律、調適相關的課程；其二是心理輔導期，以激發受戒治者的戒毒動機、更生意志，與協助其戒除毒品之心理依賴為目的，側重與生活規律、正確認識毒品相關的輔導課程；其三是社會適應期，以重建受戒治者人際關係、問題解決能力為目的，側重與生活規律、社會資源運用、社會適應相關的課程（戒治處分執行條例第 11 條至第 14 條、戒治所實施階段處遇課程應行注意事項第 3 條）。前述三個階段，分別須在戒治執行至少 4 週、12 週、8 週時進行成效評估，於各階段皆合格時，始可停止強制戒治（戒治處遇成效評估辦法第 2 條、第 5 條第 1 項）。

二、觀察勒戒與起訴人數同時躍增的統計趨勢

對於施用毒品者的處遇，前述制度及本章「壹」的政策架構，皆顯示以緩起訴附命戒癮治療及其他多元處遇為導向，然而在犯罪統計數據，卻已呈現施用第三級、第四級毒品者的行政處罰執行率

15 法務部法矯字第 11006001760 號函。

偏低，與施用第一級、第二級毒品者的起訴、有罪確定、新入監、新收觀察勒戒或強制戒治人數或比率增長現象。

一方面，施用第三級、第四級毒品者，105 年至 109 年應接受講習共計 84,017 人次，惟未完成比率過半，達 53.82%，而 112 年至 113 年參與講習比率，也分別為 54.57% 及 51.34%，顯示近年講習參與率約為 5 成¹⁶。且近 10 年，應繳納罰鍰人次中實際繳納者，比率皆未達 2 成，113 年更低於 1 成，為 9.41% (1,380/14,669) (表 4-3-6)。此皆呈現施用第三級、第四級毒品者，實際參與講習或繳納罰鍰比率偏低的問題。

另一方面，施用第一級、第二級毒品者，在地檢署偵查終結階段，110 年至 113 年經作成緩起訴處分比率從 110 年 32.79% (6,648/20,275) 逐年降至 112 年 24.49% (5,813/23,739) 後，回升至 113 年 31.63% (7,097/22,439)，且該等年度的緩起訴處分人數中，皆有 9 成 5 以上為緩起訴附命戒癮治療，113 年比率為 95.74% (6,795/7,097)¹⁷。然而同時期，施用者經起訴比率從 110 年 12.82% (5,024/39,197) 逐年升至 113 年 32.10% (14,200/44,236)¹⁸。且近

16 丘媚萍、郭玉卿，地方政府辦理毒品防制情形之審計，政府審計季刊，42 卷 3 期，2022 年 4 月，頁 85。審計部，113 年度中央政府總決算審核報告_第 2 冊（頁丙-77），審計部，

<https://auditreport.audit.gov.tw/Book/Chapter/638882811521034267805ccf6929de442c8c092f03e6423ebc>

17 施用毒品者緩起訴處分附命戒癮治療及多元處遇統計，法務統計，
https://www.rjsd.moj.gov.tw/rjsdweb/common/WebList3_Report.aspx?menu=GEN_DRUG&list_id=1947 (最後瀏覽日期：2025 年 10 月 31 日)

18 地方檢察署辦理毒品案件偵查終結人數(含性別) (人)，法務統計，
<https://www.rjsd.moj.gov.tw/RJSDWeb/inquiry/InquireAdvance.aspx> (最後瀏覽日期：2025 年 10 月 31 日)。地方檢察署偵辦毒品案件終結情形，法務統計，

10 年，經地檢署執行的毒品危害防制條例裁判有罪確定人數中，施用第一級、第二級者比率自 104 年 81.97% (29,478/35,960) 漸降至 111 年 40.55% (5,449/13,439) 後，逐年升至 113 年 61.91% (13,540/21,870)(表 4-3-2)；各地監獄的新入監毒品危害防制條例受刑人中，施用毒品者比率從 104 年 74.93% (7,345/9,803) 漸降至 111 年 31.03% (1,362/4,390) 後，也逐年升至 113 年 48.08% (2,742/5,703)(表 2-4-6)。同時，各地新入所受觀察勒戒人數，自 104 年 6,715 人漸減至 109 年 3,681 人後，逐年增至 111 年 13,499 人，再逐年減至 113 年 6,736 人；新入所受戒治人數，也自 104 年 640 人漸減至 109 年 346 人後躍增至 110 年 2,208 人，再逐年減至 808 人（表 4-3-5）。

前述統計趨勢呈現了幾個第一級、第二級施用毒品處遇線索，其一，即使緩起訴處分藉由 110 年毒危條例修正，有促使檢察官在觀察勒戒、緩起訴附命戒癮治療以外，優先考量緩起訴附帶其他社區處遇的意涵，惟近年緩起訴處分仍以附命戒癮治療為大多數；其二，在偵查終結階段，雖然緩起訴處分比率於我國反毒行動綱領第二期期間，自 2 成升至 3 成，惟起訴比率也提升約 20 個百分點；其三，在有罪確定、入監執行階段，毒品案件中的施用毒品比率在

https://www.rjsd.moj.gov.tw/rjsdweb/common/WebList3_Report.aspx?menu=GEN_DRUG&list_id=1945 (最後瀏覽日期：2025 年 10 月 31 日)。此處，因前註 17 統計變項未包含起訴人數，故本章就各年總人數，係參考前註 17 之總人數統計定義（合計起訴、緩起訴、職權不起訴、移送觀察勒戒人數），合計本註前部分資料的施用第一級、第二級毒品起訴、緩起訴、不起訴人數，及本註後部分的移送戒治人數。另，註 17 與本註仍存在總人數差異，是因為註 17 將同一人於同一年度涉犯多案者，以 1 人計算。

113 年已各別達 6 成與近 5 成；其四，就觀察勒戒、強制戒治新收容，雖然 109 年後人數大幅增長，較可能受到當時最高法院裁定放寬施用毒品者自最近一次觀察勒戒或強制戒治 3 年後再犯，應優先裁量再為觀察勒戒或緩起訴處分基準的影響，惟近 3 年即使收容人數減少，卻仍回到政府機關在 105 年啟動「新世代反毒策略」時的收容規模¹⁹。這些線索顯示施用第一級、第二級毒品者，在近年的起訴前處遇，偏向機構式的觀察勒戒，或在緩起訴中偏向機構治療，以及經起訴、定罪、入監服刑有所增長的態勢。

參、社區處遇願景對比機構式處遇及刑責現實

在毒品處遇制度、政策皆有讓施用毒品者從定罪、入監服刑轉向治療、社區處遇的願景下，前述統計結果反而顯現施用毒品者經機構治療、機構式處遇、刑事制裁等增加的傾向。對此，需留意的是機構式處遇含觀察勒戒、強制戒治在施用毒品者處遇效能上的疑義，以及緩起訴處分與其社區處遇，為何在近年不易落實。

一、觀察勒戒及強制戒治的處遇效能疑義

觀察勒戒及強制戒治的核心，是將施用毒品者置於可隔絕毒品的環境，以強制中斷其毒品取得，並且輔以醫療資源。然而，該等制度運作 20 餘年，處遇成效經常面臨質疑，尤其，近年多項實證研究更系統性地揭示了該等制度在目標、實踐與成效上的根本困境。

19 蔡宜家，長期刑受刑人發展趨勢與近年獄政議題，收於：中華民國一一〇年犯罪狀況及其分析：2021 犯罪趨勢關鍵報告，2022 年 12 月，頁 127-129。

最核心的矛盾，是觀察勒戒、強制戒治在「醫療」目標與「監禁治理」執行結果間的巨大落差。雖然本章「貳、一（二）」所提立法進程，有著精進對施用毒品者為生理、心理治療的說理，然而這些說理是以不同時空下的社會背景，包含早期的軍事安全考量，與後期的社會秩序維護，等等的國家治理前提，而非以協助施用者回復正常生活為本，因此本質上，施用毒品行為仍長年被定位成需以刑罰來制裁的「惡性」，導致於即使「成癮是疾病」此一國際趨勢被引進，在我國觀察勒戒與強制戒治處遇，仍是將醫療、社福元素附加在懲罰、監禁框架中，未能根本的轉變該框架²⁰。

首先，在施用毒品者當中，哪些人需要進入觀察勒戒或強制戒治，判斷基準並非醫學上的臨床診斷，而是本於初犯或「三年後再犯」等定式的法律要件（毒危條例第 20 條第 3 項），導致在執行時更傾向將施用毒品個案僵化的分類以行社會控制，而非評估令其等成癮的藥物種類、嚴重程度、是否精神共病等個別治療需求，此不僅未符合「成癮是疾病」的醫療思維，也忽略了合理的醫療資源分配，讓許多成癮程度輕微，乃至無成癮問題的施用毒品個案，一併被送入機構，更讓有高度治療需求的個案，可能因不符合法定要件而被起訴、定罪，與錯失治療機會²¹。

接著，施用毒品者進入觀察勒戒、強制戒治處遇階段，即使在制度面設計對觀察勒戒者為醫療、教化、輔導等處遇及效能評估，

20 李思賢、楊士隆，觀察勒戒及強制戒治制度檢討與興革之研究，法務部委託，國立臺灣師範大學執行，2024 年 12 月，頁 151。

21 李思賢、楊士隆，同前註 20，頁 103-105。

對強制戒治者為三階段的個別化處遇及復歸（本章「貳、一（二）」），惟該等制度，尤其是觀察勒戒處所在物品送入、接見、書信等收容人權利限制，較 109 年大幅增訂施行的監獄行刑法更為嚴格，兩類處遇在執行上，也多面臨形式化、專業化缺乏等評價。例如就觀察勒戒處所處遇，早年便有學理提及，觀察勒戒處所處遇以一般性衛教、法治宣導為主，相對缺乏將成癮作為核心課題的治療、復發預防等環節，從而讓觀察勒戒終結階段的「有無繼續施用毒品傾向」評估淪於形式²²；又如，就觀察勒戒及強制戒治的處遇課程，早年也有學理提及，接受處遇的施用毒品者反映課程內容偏於宗教，相對缺乏社會復歸所需的技能或心理支持等問題，還有學理意識到處遇期間，醫療專業及醫師、心理師、社工師等心理衛生服務人力長年不足的困境，種種皆讓兩類處遇難能落實個別化服務，與不易整合司法及醫療間的認知與橫向聯繫，導致處遇難以深化與長久²³。此外，當前受觀察勒戒或強制戒治者須負擔戒癮費用的原則（觀察勒戒處分執行條例第 14 條、毒危條例第 30 條），也從早年便被學理評價為「付費坐牢」，讓施用毒品者加深了其行為是受懲罰而非治療的認知，進而弱化了接受處遇動機²⁴。

最後，到了施用毒品者結束觀察勒戒或強制戒治處遇階段，前述課題更衍伸至「貫穿式保護」缺乏下，如何銜接社區資源、重建

22 楊士隆、蔡德輝，戒治機構內成癮性毒品施用者之管理與處遇模式建構，法務部委託，國立中正大學執行，2008 年 11 月，頁 48、154。

23 楊士隆、蔡德輝，同前註 22，頁 153-154。林健陽、陳玉書，除刑化毒品政策之檢討--論我國毒品犯罪之戒治成效，法務部委託，中央警察大學執行，2006 年 12 月，頁 182-183。

24 楊士隆、蔡德輝，同前註 22，頁 47。

社會支持網絡等復歸挑戰，具體而言，施用毒品者宛如被留在一個經高度控管，而無毒品來源的「人工環境」，但缺乏與成癮問題相關的醫療、身心支持等資源，一旦施用者的處遇終結，回歸到外部社會，便即刻會面臨已因自身被隔離而脫節的家庭、人際關係、工作、社會生活等，且這些社會支持網絡的匱乏，更會伴隨著阻礙復元、引發再犯的風險²⁵。例如，近年有學理以存活分析方法，分別實證了接受觀察勒戒、強制戒治、緩起訴附命戒癮治療（下稱緩護療）的個案，其等治療結束後的再施用毒品情形，結果發現，前揭處遇的存活曲線（不施用毒品）在結束後約 200 天時，雖仍相近，其後卻僅有緩護療的存活曲線維持平緩，觀察勒戒及強制戒治則快速下降，此顯示在防止個案再次施用毒品的成效上，緩護療優於觀察勒戒及強制戒治，也可推論，比起與外部社會隔絕的觀察勒戒及強制戒治，最初便與外部社會、醫療資源連結的緩護療，更得協助個案建立應對生活挑戰的內在能力，從而達成更長期的戒癮成效²⁶。

據此，針對施用毒品者的生理、心理、社會網絡支持等需求，觀察勒戒、強制戒治兩類機構式處遇皆難能應對，實證成效也不如以緩護療為主的緩起訴附帶社區處遇。然而，此種社區處遇同樣也存在著執行困境。

二、緩起訴處分及多元處遇的待決課題

緩起訴附帶社區處遇，包含緩護療及其他社區處遇，是我國將

25 楊士隆、蔡德輝，同前註 22，頁 50-51。

26 李思賢、楊士隆，同前註 20，頁 142-147。

施用毒品者處遇從犯人、監禁觀點轉型病犯、治療優先的具像。此種處遇方向自早期以來，便聚焦緩護療，並以施用海洛因（第一級毒品）的愛滋病人為主要對象，透過美沙冬療法（Methadone Maintenance Treatment, MMT）來進行減害計畫，再於 102 年經行政院增列第二級毒品施用者為計畫對象，以呼應第二級毒品施用人類增加問題²⁷。此後每年，大量毒品施用者被轉介至社區醫療體系，期望在維持他們家庭與社會功能的同時，戒除毒癮與復歸社會。

然而，此種執行之成效已遭遇挑戰，尤其是統計上，緩護療的撤銷率長年偏高。雖然本書第四篇統計顯示近 10 年，執行緩護療人數自 104 年 2,476 人漸增至 107 年 7,312 人、113 年 6,795 人的同時，撤銷緩起訴人數自 104 年 1,231 人逐年增至 108 年 3,291 人後，漸減至 113 年 2,293 人（表 4-3-3）；以及截至 113 年底，109 年至 111 年經執行緩護療者，2 年內再施用毒品比率約為 2 成（表 4-3-4），但是，如放寬範圍從戒癮治療至其他社區處遇，並以對施用毒品個案的追蹤研究來實證整體緩起訴處分執行狀況，則也有學理驗證撤銷率普遍超過 4、5 成的結果，原因有違背「應遵守或履行事項」（刑事訴訟法第 253 條之 3 第 1 項），例如未依規定向觀護人報到、未按時至指定醫療機構接受治療，或於驗尿呈現陽性反應；以及緩起訴期間，另犯罪與被起訴，且學理發現，該等另犯罪名與原施用毒品罪之間高度關聯²⁸。

27 蔡田木等，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，中央警察大學執行，2018 年 8 月，頁 11-12。

28 連孟琦、黃名琪，第二級毒品緩起訴個案之戒癮復原指標、分層分流處遇模型建

這樣的實證結果，如再結合本章「貳、二」所列施用毒品罪起訴、定罪統計增加趨勢，則會顯示許多施用毒品個案，經歷短暫的社區處遇，最終仍返回刑事制裁道路的「旋轉門」狀態。而此狀態形成的原因，比起咎責施用毒品者心境不定，更需要關注緩起訴附帶社區處遇機制，與個案處遇、復歸需求間的「錯配」問題，尤其包含：處遇未能充分對應風險因子、未能呼應個案的社會支持需求，以及，處遇執行各端未形成即時且持續的個案支援網絡²⁹。

就施用毒品者的風險因子，近年有學理追蹤毒品案件之緩起訴個案後，譜繪施用毒品案件經撤銷緩起訴的高風險指標，包含：一、教育程度、家庭實質支持度愈低；二、年齡愈輕；三、兼具毒品與非毒品前科；以及，四、渴求毒品自評程度、與毒友緊密往來程度、情緒困擾程度愈高³⁰。這些指標顯示施用毒品者在處遇、復歸道路上的多元需求，因此比起醫學治療框架，更需要發展能因應是類風險、需求的密集、結構性處遇方案。事實上，緩護療中的醫療處遇，通常是以第一級毒品施用者為治療設計對象，當中較典型的美沙冬替代療法，便是被用來阻斷、緩和海洛因等鴉片類藥物的欣快感與戒斷症狀，至於近年增長的第二級毒品施用者，則由於第二級毒品如安非他命等興奮劑，尚未健全發展藥物替代療法，因此對該類施用者的處遇，不宜同步為鴉片類施用者的替代療法，而需要聚焦在心理依賴、認知功能失調、精神疾病等心理、社區處遇對應，例如

構-111 年計畫延續案，臺灣高等檢察署委託，國立清華大學執行，2023 年 12 月，頁 8-9

29 蔡田木等，同前註 27，頁 150-152。

30 蔡田木等，同前註 27，頁 30-31。

認知行為治療、動機式晤談、情緒管理訓練、親密關係支持系統重建、就業輔導等³¹。只是，近年以緩護療為大多數的社區處遇趨勢（本章「貳、二」），不僅讓醫療端承接過多非核心業務，讓執行結果流於定期門診、心理衡鑑、尿液檢驗等程序，也讓第二級毒品施用者難能獲取醫療外的心理、社會支持資源³²。

然而，無論是替代藥物療法，還是醫療外的社區處遇，也皆面臨專業人力資源分配不足的課題。就醫療院所的美沙冬替代療法，近年有學理實證由政府機關補助美沙冬療法門診費用前後的病患就診情形，除了發現補助顯著提升門診人數及留置率，呼應往年「醫藥價格超過經濟負擔」是療程中斷主因的研究結果，更進一步提及，在增加施用海洛因者尋求門診之後，尚有賴專業人力挹注方得維持處遇品質、留住病人³³。只是，其他學理也以評估研究指出，從醫療端的個案管理師（下稱個管師）、心理師多為兼任或非成癮專業，至替代藥物療法於部分服務據點如花蓮、臺東地區分布稀少，再至醫療端以外，各地社區處遇專業人力多有不足、觀護人的案件量負荷難能深入督導個案等因素，皆導向施用毒品者的各地、各單位緩起訴處遇品質不一結果³⁴。

31 蔡田木等，同前註 27，頁 172。連孟琦、黃名琪，第二級毒品緩起訴者關於觀護緩護療及復原指標之研究計畫案，臺灣高等檢察署委託，國立清華大學執行，2020 年 12 月，頁 3-4。

32 蔡田木等，同前註 27，頁 172。

33 龍紀萱，藥癮戒治替代治療社區處遇模式實施可行性評估研究，行政院衛生署管制藥品管理局委託，中國醫藥大學執行，2009 年 12 月，頁 51。鍾宇筑等，以實證評估政府補助方案對於美沙冬維持療法門診之病患數及留置率的影響：效果與門診規模大小有關，國家衛生研究院，2024 年 3 月，頁 14。

34 蔡田木等，同前註 27，頁 148-149。

毒品處遇專業人力分配不足的負面影響，便是不容易讓毒品處遇效能從醫院、觀護人處等監管機制，延展到施用毒品者的日常生活。以緩護療為例，施用毒品個案接受處遇的模式，主要為「預約制」，也就是依排定時間至醫療院所或觀護人室報到、看診、諮詢或驗尿，但是醫療院所與觀護人室，通常非個案再施用毒品的風險情境，那些情境往往是日常生活的每一個瞬間，像是夜深人靜時感到孤單無助，或是親密關係衝突後面臨情緒紛擾，時刻皆可發生的壓力、渴求、人際紛擾，都會是再施用毒品的導火線。因此比起「預約制」，施用毒品個案可能更需要「全時段、即時性」的介入輔導，例如，本年有學理探索以科技輔助緩護療個案執行的效能，個案讓穿戴式裝置來監測自身的心率變化，研究團隊也透過個案的自我回報來觀察壓力、渴求等生理指標，同時，當裝置監測到個案生理異常或接收個案回報需求時，會由系統即時通知輔導人員，啟動 24 小時的線上關懷諮詢，結果發現，此方法不僅能顯著降低個案的負面情緒，也獲得個案高度評價其全天候、即時介入輔導的特性，與正向肯認能據以提升自我價值感來減緩用毒動機³⁵。需留意的是，此種介入輔導並非意指對個案的再犯風險監控，而是以個案與輔導人員存在信賴關係為前提，且需導引情緒管理、人際互動技巧等實體訓練課程，惟在緩護療及其他社區處遇，尚待人力、資源來健全支持系統的當前，科技本身能達到的處遇效能仍頗受侷限³⁶。

35 楊士隆等，一、二級毒品緩起訴附命戒癮治療者壓力及渴求監測與再犯防止計畫案，臺灣高等檢察署委託，國立中正大學執行，2025 年 1 月，頁 43-44。

36 楊士隆等，同前註 35，頁 48-51。

肆、小結

至此，可發現施用毒品者緩起訴處分及其社區處遇，呈現無分施用第一級或第二級毒品者，皆側重其等醫療處遇，而非其他社區處遇的狀況，此不僅導致醫療處遇執行院所疲於應付未必適合醫療處遇的個案，也讓有醫療以外多重困境的個案，缺乏充分社區處遇資源來接應，終致施用毒品者因轉向處遇未落實，仍經起訴、定罪、入監服刑的可能性。然而，如要強化社區處遇的貫穿式保護，不僅需正視前述人力、資源不足問題，在行動綱領第三期持續精進於增補處遇人力、資源的態勢下，更需思考，當施用毒品處遇已結合刑罰、醫療、社區等面向時，如何讓不同業務屬性的單位橫向聯繫、共同協助施用毒品者順利復歸社會。當前，這樣的課題概可分為兩類爭議，其一，是在醫療端以逐步減少用藥量為目標的減害思維，和在司法端以處遇完成後即不再用藥的再犯防止思維，兩者相衝突下，讓施用毒品者容易被中斷處遇，反覆進入刑事司法，並更貼近刑事制裁而非轉向處遇的疑義；其二，是執行處遇的單位含各地毒防中心、衛生局、社會局、勞動局、教育局等，因互不清楚施用毒品者在單位間的需求評估、處遇進度或後續追蹤情形，而容易對同一個案重複服務，令處遇疊床架屋且不連貫的疑義。這些疑義性屬施用毒品行為應否從去刑罰化至除罪化，以使處遇回歸藥物濫用之醫療、社區服務議題，以及，如非除罪化，如何促進對施用毒品者處遇的第一線機關單位，落實個案資訊整合，及以此為基礎的需求評估、處遇進度與資源聯繫、後續追蹤議題。

第二章 毒品處遇實務工作者會議側記與評析

前章脈絡中，施用毒品行為在刑事政策上的應對，呈現以強化社區處遇、減少刑事制裁為願景下，起訴、定罪與機構式處遇人數增長間的矛盾。該矛盾的背後是緩起訴附帶社區處遇機制，在落實時的待決課題，包含：一、以犯罪要件，而非成癮程度為門檻，讓施用第一級、第二級毒品者相較於施用第三級、第四級毒品者，獲得更積極介入處遇的機會；以及，二、以醫療處遇為重心，讓未必有高度治療需求的第二級施用毒品者一併進入醫療機構，形成醫療資源負荷。其中，後者又可連結到醫療處遇以外的社區處遇，人力、資源不足，或地域發展差異等困境。

這些困境具像化了前章「壹」所提，在反毒行動綱領之跨領域處遇分工下，以施用毒品者的處遇、復歸需求為核心的評估、橫向聯繫、資源供給、效能追蹤等機制仍相對缺乏的問題。至於為何在政策分工架構中仍呈現落實難題，學理上仍有待健全討論。為此，司法官學院於本(114)年邀請相關領域的實務專家，召開了一場毒品處遇實務工作者會議，本章以下側記該會議討論內容，再據以釐清前揭問題緣由，與提出解決方向。

壹、工作會議研究方法

司法官學院於本年邀請公共衛生領域學者，及地檢署檢察官、觀護人，與毒防中心個管師，共6名實務專家來參與工作會議，會議內容以施用毒品行為除罪化可行性，及施用毒品處遇單位間機制

整合為主軸。本章則次級分析該會議討論情形³⁷。

工作會議具體討論事項如下：

一、在我國現行反毒政策方向下，未來施用毒品完全除罪化的可能性：

- (一) 以刑罰結合施用毒品者轉向處遇機制，於社會復歸目的是否存在負面影響？
- (二) 呈前，施用毒品問題應否完全除罪化，以藥物濫用觀點發展相應處遇模式？

二、成年施用毒品者起訴前轉向處遇之權責分工及資源整合之制度或政策研議：

(一) 個案處遇主責單位：您認為施用毒品者起訴前轉向處遇，主責單位應為檢察官、觀護人、毒防中心，還是其他合適單位？

(二) 個案處遇需求及社會復歸指標：

1. 針對施用第三級、第四級毒品者，如何提升個案、警察意願，轉介個案至毒防中心？
2. 針對施用第一級、第二級毒品者，如何提升個案、檢察官意願，選擇緩起訴處分，與轉介個案至毒防中心？
3. 如何瞭解個案處遇需求、擬定處遇項目及社會復歸指標？

³⁷ 此研究方法前經國立成功大學人類研究倫理審查委員會以成大倫審會（簡）字第114-0600-2號簡易審查通過。

4. 如何發覺個案的家庭支持需求，將家庭支持融入社會復歸指標？
5. 前揭項目是否存在執行困境？

(三) 個案處遇期間的跨部門資源整合及資訊同步：

1. 個案處遇期間，如何發展跨專業體系資源連結與轉介合作機制？
2. 如何落實跨部門的處遇進度共享(避免對個案重複提供資訊或服務)？
3. 如何發展跨部門整合的治療模式？
4. 如何銜接個案就職需求與廠商媒合？
5. 如個案由觀護人轉介，觀護人及觀護心理師、社工師，與毒防中心間宜如何為權責分工？
6. 前揭項目是否存在執行困境？

(四) 個案處遇完成後的追蹤：

1. 如何發展個案處遇後的成效評估及後續追蹤機制？
2. 前揭項目是否存在執行困境？

貳、工作會議研究側記

針對前述事項，與會專家們多認為，不宜將施用毒品除罪化列入現階段刑事政策，同時，也多認為當前緩起訴處分附帶社區處遇，應兼顧醫療及其他社會支持系統，惟當前以毒防中心主責的模式，容易因行政層級未高於他單位，而產生不易聯繫資源的困境。

一、施用毒品完全除罪化的可能性

(一) 刑罰結合轉向處遇機制，對於社會復歸目的而言是否存在負面影響？

多數專家認為，刑罰在現階段仍具有不可取代的功能，特別是確保個案不隨意中斷治療。有專家提到，施用毒品處遇若完全拋開刑罰力量，將因缺乏制約，而使後續戒癮治療的即時性面臨挑戰。進言之，刑罰雖非施用毒品個案治療等處遇的核心，但仍能發揮威嚇、督促作用，避免處遇淪為形式，此種「胡蘿蔔加棍子」模式，仍為當行社會復歸政策的現實。

部分專家也指出，刑罰與治療並行，確實不僅容易加深個案污名，也使個案難以建立真正的治療動機，因此建議，在將施用毒品除罪化列入政策之前，應先致力於建立獨立的醫療與社會支持系統，以期減少司法標籤，讓毒品處遇回歸專業。

(二) 施用毒品問題是否應完全除罪化並改以藥物濫用觀點發展相應處遇？

承前，多數專家對於施用毒品除罪化方向審慎以對，認為毒品處遇政策上，除罪化可以作為遠程目標，但短期間內仍難以落實，不宜躁進，因為我國社會氛圍、醫療資源與配套措施皆尚未成熟。施用毒品除罪化適合被視作一種理想，在現實上仍須先正視處遇資源課題，再朝除罪化和緩推進。

不過，有專家主張，從公共衛生觀點，仍要著重將施用毒品個案視為病人，而非罪犯，並透過醫療與社會支持系統來承擔個案復歸任務。專家指出，刑事司法介入毒品處遇，往往僅能讓個案被動

配合，非主動參與，從而難以達到實質治療效果，若能有獨立的藥物濫用處遇系統，便能有降低司法負擔、讓毒品處遇回歸專業的雙重效果。

二、成年施用毒品者起訴前轉向處遇之權責分工及資源整合

(一) 個案處遇主責單位

實務專家們普遍認為，目前毒品防治政策的執行是「多頭馬車」，亦即各單位各自執行業務，缺乏對於個案處遇需求、進程等的一致方向或計畫，現況下「各單位各吹各的調，缺乏整合」，也導致個案處遇轉介流於形式。

多數專家主張，應設置中央層級的專責單位，例如「毒防處」，以就毒品處遇類別、流程等統籌或下達權限，來確保中央政策願景、資源能有效在各地執行單位間落實。有專家提及，此種專責指揮也可參考美國毒品法庭模式，例如透過司法整合地方衛生單位對個案處遇，來確保程序正義與提升處遇專業。這些觀點有所差異，但皆根源自，當前施用毒品轉向處遇缺乏具承責與指揮能力單位等核心問題。

(二) 個案處遇需求及社會復歸指標

多數專家強調，施用毒品個案處遇需求，涵蓋醫療、心理、家庭支持、社區資源等多層面服務，從而復歸指標不能僅側重於就業與否。專家們指出，前述服務仰賴醫療院所、身心輔導專業人員、社區資源等同時介入，才能因應復歸此一多元、複雜的歷程，而如

以降低再犯風險為核心目標，個案生活穩定性、社會連結、危險因子消除等也皆是重要指標。

故而，有專家提及不應假定常態處遇適用多數個案，例如實務上關注的家庭支持處遇，便不盡然對個案一體適用，因為有些個案與家人間關係已斷裂，或家庭本身就是個案創傷來源。此時，處遇也應考量替代性的支持網絡，如朋友、同事、同儕等，避免侷限於家庭關係修復。

(三) 個案處遇期間跨部門資訊整合及同步

專家們一致認為，施用毒品個案處遇的最大挑戰，是跨部門資訊整合。有專家提及，當前各處遇執行單位間資訊未能流通的問題，經常造成個案被重複服務與資源浪費，同時，個案也因為需要重複敘述或多次接受評估，影響其接受治療等處遇的意願。

大多數專家建議，應設立跨部門的資訊共享平臺，讓司法、醫療、社會服務能掌握完整的個案處遇歷程，與避免服務斷裂。有專家提及，此共享平臺理念於多年前曾在部分地區嘗試，後因個人資料保護規範、各部門對資訊處理的認知相異，或是對資訊外洩、濫用等風險存有疑慮，而無法長久落實。有專家建議，可回顧當時期的資訊整合失敗經驗，思考能兼顧橫向聯繫與資料安全的跨領域合作策略。

(四) 個案處遇完成後的追蹤

多數專家認同，施用毒品個案處遇完成後的追蹤，是提升復歸

成效的關鍵。有專家提到，若個案治療完成後缺乏延續服務管道，也就是「療程結束即斷裂」，個案便容易再度施用毒品。

有專家建議，個案追蹤可結合民間團體力量，例如委由更生保護會等民間單位，透過持續追蹤、延伸陪伴、資源銜接或成效評估，來支持個案穩定生活。也有專家認為在後續追蹤階段，仍需依個案需求彈性規劃追蹤、關懷項目，例如，低再犯風險個案可能僅需短期支持，高再犯風險個案則需長期陪伴。倘若過於制式化，不僅會浪費資源，也可能引發個案反感、排斥。

參、施用毒品處遇困境與策略評析

結合前章「參、二」及前述「貳」的側記，實務專家們討論的處遇困境得以呼應往年部分研究發現，而他們也意識到，如欲處理這些困境，便有必要突破當前就毒品施用處遇的分工模式，與令施用毒品個案接受處遇等面向。首先，是施用毒品者在刑事司法的「病」、「犯」矛盾。施用毒品行為不僅在法學上，存在著「自傷行為」³⁸即使可為道德非難，是否也可為法律規制，乃至刑事制裁的爭議，且如同前章「參、二」文獻，及前述「貳」的實務專家們所提，將施用毒品者列入刑事制裁時，除了會和治療、復原觀點認為，再施用毒品仍屬漸進減害的思維相左，還需留意的是，當社會普遍認知施用毒品為犯罪時，實難能期待施用毒品個案會意識到「疾病」，並在被檢警發現前，主動向各地毒防中心尋求協助。惟即使如此，

38 王皇玉，吸毒行為犯罪化與社會控制，收於：刑罰與社會規訓－台灣刑事制裁新舊思維的衝突與轉變，2009年4月，頁132。

實務專家們仍認為，不宜於現階段開展施用毒品除罪化路徑，原因不僅止於社會觀感，更是因為當前以刑事制裁為根基的施用毒品處遇，才可以讓個案參與成為一種具強制力的義務。但是這樣的考量可能也反映一個現象，即施用毒品個案係以防止自己遭受刑事制裁的不利益，而非協助自己復元為目的來接受處遇，而該可能性的背後，便也如前章「參、二」分析及實務專家共同提及的，當前毒品處遇以醫療為主軸，缺乏餘裕兼顧施用毒品者多元需求的問題。

對於施用毒品個案而言，以停止依賴毒品為目的的需求，並不僅止於醫療課題，尤其近年以施用第二級毒品人數居多的趨勢，也顯見以對應第一級毒品為主的醫療處遇，未必適用於施用第二級乃至第三級、第四級毒品者。固然，在行動綱領第三期中，醫療處遇並非唯一的毒品處遇選項，然而在實務專家的觀察中，醫療處遇卻已是社區處遇中相對健全者，但也因為相對健全，成為許多性質上未必與醫療密切關聯的個案，例如施用第二級依托咪酯者接受檢驗、治療的去處，導致醫療負荷大增。至於其他社區處遇，雖然在前述行動綱領中因地制宜，實務專家也提及幾項與民間團體協力且有效的經驗，然而也如實務專家們提醒，當施用毒品處遇以各地毒防中心為專責者，毒防中心卻因行政層級未必高於，或平行其他合作單位，便難能期待毒防中心可以順利汲取處遇所需與家庭支持、精神照護、社會福利、就業等的資源或他單位的配合。事實上，依循實務專家們的討論脈絡，專責單位行政層級不足是毒品處遇政策難能落實的根本，本章「貳」訪綱所提處遇階段事項含資源整合、資訊同步、轉銜後追蹤等，也是因該前提而顯得不易深度討論。

據此，本章以施用毒品行為，未來仍保留刑罰為前提，提出對施用毒品者社區處遇整合之精進方向：

一、以法律規範作為毒品處遇分工的重要立基

文獻或實務專家們所提施用毒品處遇課題含：主要執行處遇單位的行政指揮層級不足、執行單位間缺乏對施用毒品個案的處遇進度資訊同步或處遇後的追蹤等，皆是在相應規範缺乏下，即使歷經長年的政策架構擬定與各地單位自行協調，仍難以處理的課題。實務專家們提及應以中央層級建置專責的毒品防制議題研究、政策研議、對策執行的動機，便是考量當前毒品處遇機制，缺乏明確規範便難能落實的困境。鑑於近年需仰賴刑事司法及多單位協力處理，兼及刑事制裁、犯罪預防分工者，例如洗錢犯罪，是以 2017 年、2024 年整部修正洗錢防制法及關聯子法，規範警政、調查、廉政、司法、金融、關務等機關單位，應在何階段、何前提下介入處理洗錢案件，同樣仰賴刑事司法及醫療、社福、教育、勞政等機關單位協力的施用毒品處遇，宜考慮由中央政府以修正毒危條例及關聯規範為重心，邀集地方上的檢察機關(檢察官、觀護人等)、毒防中心、醫療處遇院所、衛生及社政單位、更生保護民間團體等，共同研議施用毒品者為非刑罰、非機構式的社區處遇時，應採行的評估、處遇內容、處遇分工、資訊同步、後續追蹤等事項。

二、以提升施用毒品者接受處遇意願為毒品處遇實踐指標

前述立基奠定後，方可能落實各地就施用毒品處遇的機制整合，而與此同樣重要者，還有如何在刑事制裁退居幕後之際，提升無論

第一級至第四級毒品施用者，皆有積極尋求處遇意願的課題。對此，首要處理的是當前以施用毒品級別，而非成癮、社區處遇需求程度來劃分處遇強弱的機制，尤其是劃分第三級、第四級毒品施用者以罰鍰、講習為主，第一級、第二級毒品施用者以醫療、社區處遇為主的狀況。需要留意的是，本章並非建議政府機關應將第三級、第四級毒品施用者同步第一級、第二級毒品施用者，一併列入刑事制裁範圍，而是思考如何讓各級毒品施用者，在意識到施用毒品可能是犯罪的同時，也知悉自己施用毒品更可能顯現成癮治療、正常生活協助需求，進而瞭解得以處遇來改善自身狀態。對此，本章提議，可參考衛生福利部自早年便開始推行的愛滋減害計畫，例如以提供免費清潔針具吸引民眾索取，再進一步宣導衛教的模式，也針對毒品處遇，以加強宣傳藥物成癮、用藥後生活協助等服務，減弱宣傳反毒、刑事制裁的力道，來吸引有藥物施用問題的民眾主動尋求、接受處遇³⁹。

肆、結論：法制化權責及提升個案受處遇意願

自 105 年便開始推行的新世代反毒策略，主要課題在於，當制度、政策聚焦將施用毒品者從罪犯轉型成病患定位，並積極推展第一級、第二級毒品施用者緩起訴附帶多元社區處遇，且施用毒品人數也在近年減少的同時，第三級、第四級毒品施用者參與講習及繳

39 「清潔針具計畫滿週年，有效降低愛滋病毒新感染人數」，衛生福利部疾病管制署，2006 年 10 月 31 日，<https://www.cdc.gov.tw/Category/ListContent/TKG-8nvtp3Y1fHxeMxWJ1Q?uaid=g5izrf5DLW1q4rGFso857Q>（最後瀏覽日期：2025 年 11 月 14 日）。衛生福利部疾病管制署，愛滋防治工作手冊，2021 年 12 月，頁 53。

納罰鍰比率皆偏低，進入刑事司法程序的第一級、第二級施用毒品者，更出現緩護療、起訴、定罪、入監服刑、其他機構式處遇的人數，或占整體毒品犯罪者比率有增長的趨勢。對此，在綜覽施用毒品者起訴前轉向處遇含觀察勒戒、強制戒治，及緩起訴附命戒癮治療及其他社區處遇的實證研究文獻，或工作會議側記後，可發現得減緩施用毒品問題的對策，比起以隔絕外部社會環境為主，但未積極協助施用者回歸社會後杜絕毒品誘因的觀察勒戒、強制戒治，以及，比起以適用海洛因毒品成癮者為主的美沙冬替代療法，但難能因應其他毒品施用者的緩起訴附命戒癮治療，緩起訴附帶多元社區處遇仍是較佳途徑。然而，此途徑不僅缺乏多時段、即時性的貫穿式保護措施，面臨人力、資源難能應對施用者多重需求的問題，更長年存在施用毒品者在「用毒是犯罪」的氛圍下，缺乏積極尋求處遇動機，與各地以毒防中心為主的處遇執行單位，因行政層級不足而難能聯繫資源、分工處遇的困境。

據此，本章建議：一、以法律規範作為毒品處遇分工的重要立基，讓處遇執行各單位明確瞭解介入服務時機、資訊交換準則等，落實跨部門處遇協力理念；二、以提升施用毒品者接受處遇意願為毒品處遇實踐指標，藉由參考愛滋減害計畫，透過免費針具等提升民眾前來機關求助、接受衛教等服務誘因的成功經驗，以及強化事前預防，而非刑罰遏阻的宣導方式，讓各級毒品施用者可以在刑罰思維以外，意識到可透過處遇來改善自身成癮或其他用藥生活問題，進而增加他們主動尋求處遇來減少毒品施用的意願。

中華民國一一三年犯罪狀況及其分析

2024 犯罪趨勢關鍵報告

編 者：法務部司法官學院

主 編：蔡宜家

發 行 人：吳巡龍

出 版 者：法務部司法官學院

地 址：臺北市大安區辛亥路三段 81 號

電 話：(02)2733-1047

傳 真：(02)2377-0171

電子郵件：tsaichia@mail.moj.gov.tw

網 址：<https://www.cprc.moj.gov.tw/1563/1590/1592/45180/post>

出版年月：2025 年 12 月初版

定 價：無

GPN 1011401547

ISBN 978-626-7220-87-0 (PDF)

978-626-7220-86-3 (紙本)

DOI 10.978.6267220/863

電子書播放資訊：

作業格式：Windows OS

檔案格式：PDF

播放軟體：PDF Reader

使用載具：PC