

## 調 查 意 見

壹、案由：據悉，有女毒品通緝犯為逃避入監服刑，15年來生下10個新生兒（俗稱「毒寶寶」），使新生兒成為毒癮媽媽拿來逃避被關的工具。究現行兒少權益保障相關法規，對於毒品藥物暴露之新生兒(含胎兒)可提供何種保障？有無足夠的社福和醫療照護資源？毒癮媽媽在停止執行徒刑或拘役期間，相關單位有何機制防止或輔導其不繼續吸毒、危害嬰兒或胎兒？行政院未來4年投入新臺幣100億元的反毒政策有無涵蓋以上問題？有無修正刑事訴訟法和監獄行刑法之必要？均有深入調查之必要案。

貳、調查意見：

聯合國「兒童權利公約」(Convention on the Rights of the Child)第24條揭示：締約國應努力確保所有兒童享有健康照護服務之權利不遭受剝奪，並應特別針對嬰幼兒之死亡率、兒童所必須之醫療協助及健康照顧、母親產前及產後之健康照顧等事項，採取適當之措施。惟據悉，有女毒品通緝犯為逃避入監服刑，15年來生下10個新生兒(俗稱「毒寶寶」)，使新生兒成為毒癮媽媽拿來逃避被關的工具。究現行兒少權益保障相關法規，對於毒品藥物暴露之新生兒(含胎兒)可提供何種保障？有無足夠的社福和醫療照護資源？毒癮媽媽在停止執行徒刑或拘役期間，相關單位有何機制防止或輔導其不繼續吸毒、危害嬰兒或胎兒？行政院未來4年投入新臺幣(下同)100億元的反毒政策有無涵蓋以上問題？有無修正刑事訴訟法及監獄行刑法之必要？均有深入調查之必要，本院爰立案調查以究實際。

案經調閱法務部、衛生福利部(下稱衛福部)、財團法人國家衛生研究院(下稱國衛院)等卷證資料及研究報告，並函請外交部協助蒐集美國、加拿大、日本、德國、英國、法國、澳洲、丹麥及荷蘭等國家相關處遇政策與立法及防治措施。再分別於108年3月20日、4月10日舉辦2場諮詢會議，邀請國立臺灣大學醫學院附設醫院急診醫學部翁德怡醫師、小兒部新生兒科顏玓安醫師、國立臺灣大學社會工作學系劉淑瓊教授、兒少暨家庭研究中心馮燕主任、國立臺灣師範大學健康促進與衛生教育學系李思賢教授、國立交通大學科技法律研究所林志潔教授、國衛院陳娟瑜研究員及社團法人台灣照顧管理協會張淑慧理事長等專家學者與會，提供意見。最後，本院於同年7月11日詢問法務部蔡清祥部長、蔡碧仲政務次長、檢察司王俊力司長、保護司黃玉垣司長、矯正署黃俊棠署長、衛生福利部蘇麗瓊政務次長、心理及口腔健康司(下稱心口司)譔立中司長、社會及家庭署(下稱社家署)簡杏蓉組長、國民健康署(下稱國健署)曾桂琴科長暨相關主管及承辦人員，業調查竣事，茲臚列調查意見如次：

- 一、為保護母體及胎兒，我國刑事訴訟法第467條及第468條、監獄行刑法第11條、觀察勒戒處分執行條例第6條、戒治處分執行條例第7條等規定，施用毒品犯若有「懷胎5月以上或分娩未滿2月」之情形時，應停止執行徒刑、拘役或拒絕入監所，並由檢察官斟酌情形，送交醫院、監護人、法定代理人、最近親屬或其他適當之處所；惟在實際執行上，法務部未能切實掌握前述個案人數及檢察官送交狀況，迨本院調查後，方由各地方檢察署著手以人工方式統計並提供102至107年相關數據共計156人，惟因法務部未建置系統性之統計資料，該人數係事後於短時間內透過人工方式回溯統

計，恐有疏漏、不完整之虞；且該部忽視是類個案原生家庭的脆弱狀況，未能建立送交的評估基準及轉介處遇流程，相關配套措施、追蹤防治與輔導協助等機制亦皆付之闕如，任由各地方檢察署各行其是，並多送交「最近親屬」(122人、占78.21%)，甚至「直接釋放」(14人、占8.97%)，不僅無法協助懷孕的毒癮婦女於停止執行或被拒絕入監所期間接受相關治療與輔導協助，以脫離毒品之控制與危害，更造成部分毒品犯藉由成立line群組並提供教戰手冊，一再以「懷孕」作為逃避被關之工具，此均讓胎兒/新生兒暴露於毒品藥物之危害中，顯見該部對此問題之輕忽，以致是類女性毒癮者及其胎兒/新生兒之健康與福祉，無從獲得保障與照顧，有違聯合國「兒童權利公約」，洵有疏失。

(一)依據聯合國「兒童權利公約」及我國「兒童及少年福利與權益保障法」相關規定，政府應積極採取一切適當之措施，完善孕婦產前及產後健康照顧工作、排除母親施用毒品行為，以保護母體及兒童不受毒品之危害：

- 1、聯合國「兒童權利公約」(Convention on the Rights of the Child)第3條第1項及第2項揭示：「一、所有關係兒童之事務，無論是由公私社會福利機構、法院、行政機關或立法機關之作為，均應以兒童最佳利益為優先考量。二、締約國承諾為確保兒童福祉所必要之保護與照顧，應考量其父母、法定監護人或其他對其負有法律責任者之權利及義務，並採取一切適當之立法及行政措施達成之。」該公約第24條亦規定：「締約國確認兒童有權享有最高可達水準之健康與促進疾病治療以及恢復健康之權利。締約國應努力確保所有兒童享有健康照護服務之權利不遭受剝奪。締約國應

致力於充分執行此權利，並應特別針對下列事項採取適當之措施：(a)降低嬰幼兒之死亡率；……；(d)確保母親得到適當的產前及產後健康照顧；……。」該公約第33條並規定：「締約國應採取一切適當措施，包括立法、行政、社會和教育措施，保護兒童不致非法使用有關國際條約所訂定之麻醉藥品和精神藥物，……。」

2、該公約第15號一般性意見書更進一步闡述：「……13.委員會促請各國將兒童的最大利益放在一切涉及其健康和發展的決定(包括資源的配置)以及對其健康的根本決定因素有影響的政策和干預措施的制定和執行工作的中心位置。例如，兒童的最大利益應該：a.指導治療方法的取捨，凡有可能不作經濟方面的考慮；b.協助解決家長和衛生工作者之間的利害衝突並c.影響有關政策的制定，規範有礙兒童生活、成長和發展的物質和社會環境的各種行動。……18.兒童健康、營養和發育的關鍵決定因素是落實母親的健康權及父母和其他照顧者的作用。相當數量的嬰兒死亡發生在新生兒階段，與母親懷孕前後及產後健康狀況不佳有關，也與次優的母乳餵養方法有關。父母及其他關係重大的成人的健康和涉及健康的行為對兒童的健康有著重大影響。……33.各國有義務降低兒童死亡率。委員會促請各國特別注意新生兒死亡率，因為它在5歲以下兒童死亡人數中的占比在不斷上升。……65.各國應該防備兒童接觸溶劑、酒精、煙草和非法物質，加強收集相關證據，採取適當措施減少兒童使用這種物質的情況。」

3、再據我國「兒童及少年福利與權益保障法」第50

條規定：「孕婦不得吸菸、酗酒、嚼檳榔、施用毒品、非法施用管制藥品或為其他有害胎兒發育之行為。任何人不得強迫、引誘或以其他方式使孕婦為有害胎兒發育之行為。」

(二)依據相關統計及研究，近年來我國女性施用毒品犯人數呈現逐年增加之趨勢，且女性毒癮者多為育齡婦女：

- 1、法務部107年毒品案件性別分析報告資料顯示，全國各地方檢察署偵辦女性施用毒品案件新收人數總計雖從97年之10,673人，減少至103年之6,976人，惟近年又快速回升至106年之10,531人。其中，女性施用第二級毒品偵查新收人數，自98年超越第一級毒品，並自103年起快速增加，且於106年達高峰，計有8,035人，較97年之4,410人增加82.2%(詳見下圖1、2)。

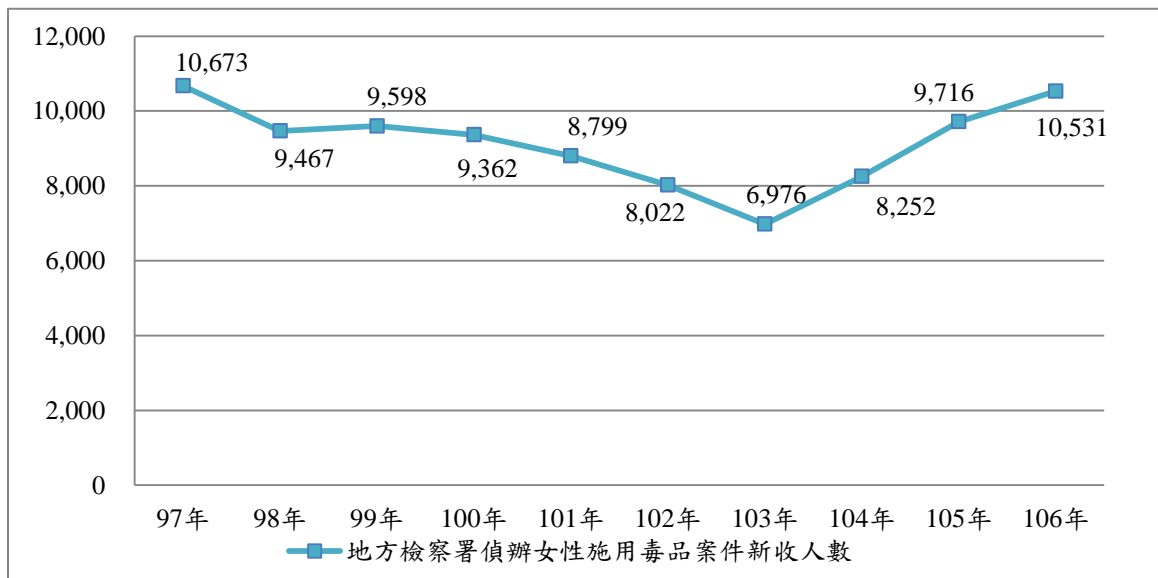


圖1 全國各地方檢察署偵辦女性施用毒品案件新收人數統計

資料來源：本院整理自107年法務統計性別分析-毒品案件性別分析。

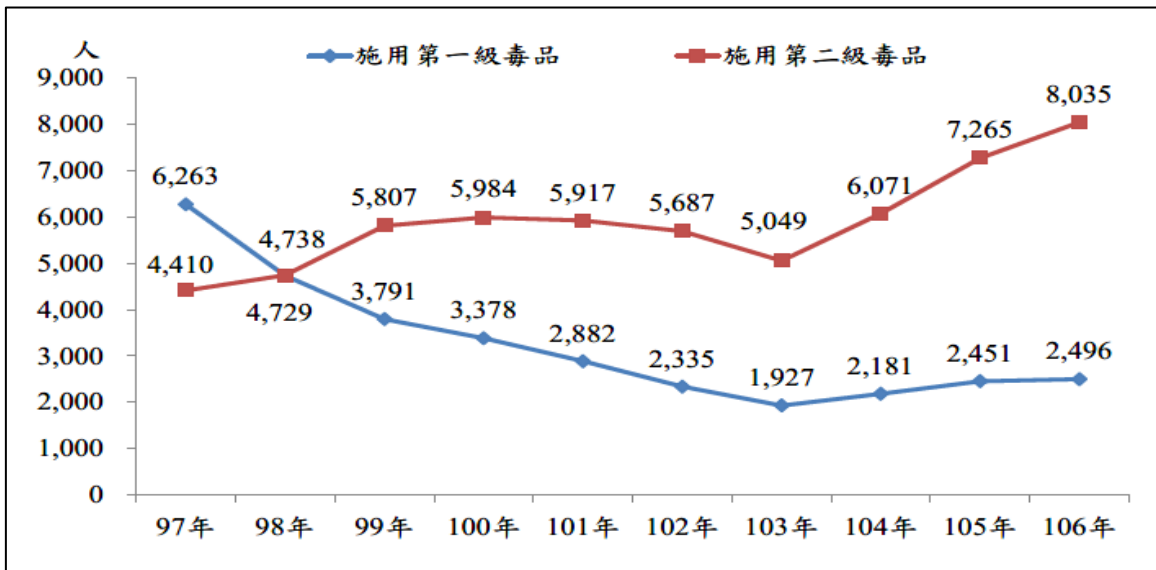
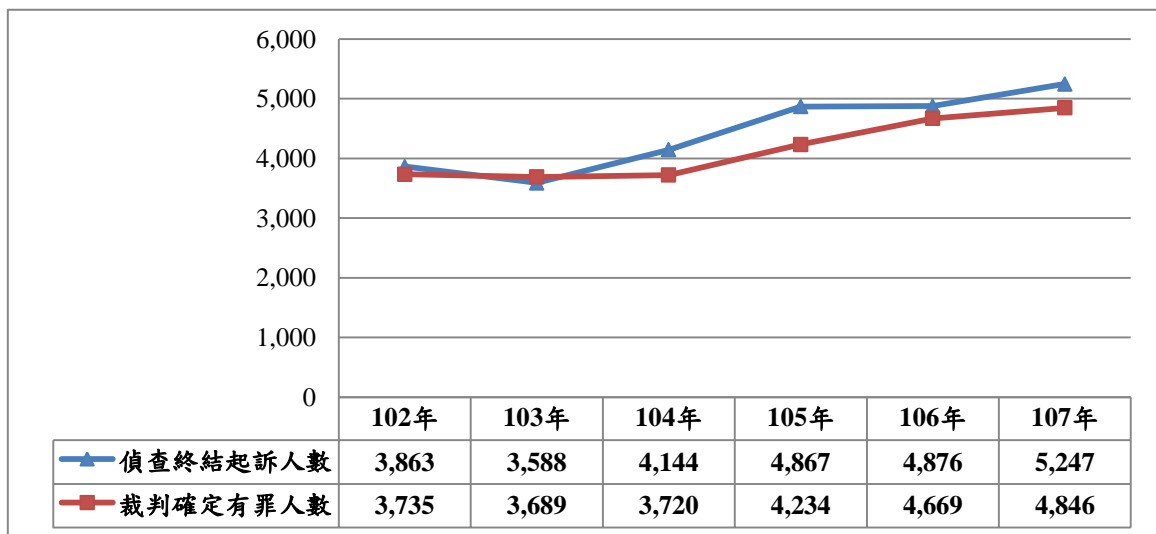


圖2 全國各地方檢察署偵辦女性施用毒品案件新收人數

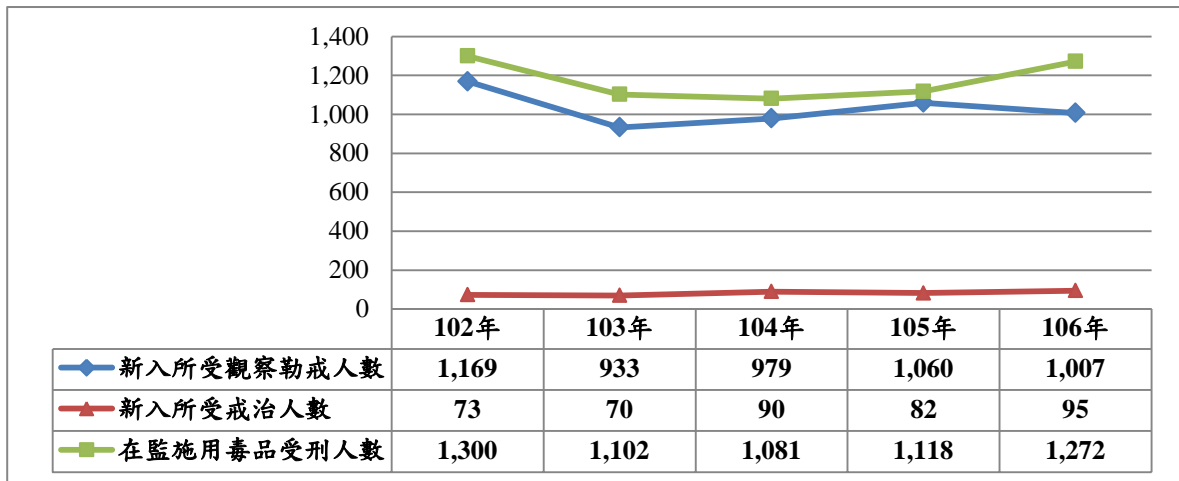
資料來源：107年法務統計性別分析-毒品案件性別分析。

2、又從法務部函復本院之資料顯示，102年至107年各地方檢察署辦理施用毒品案件偵查終結起訴之女性人數總計由102年之3,863人、103年之3,588人，逐年增加至107年之5,247人，僅6年時間增幅達35.82%；另執行施用毒品案件裁判確定有罪之女性人數總計，雖自102年之3,735人略減至103年之3,689人，惟嗣後逐年增加至107年之4,846人(詳見下圖3)，增幅達29.74%。



**圖3 102年至107年各地方檢察署辦理女性施用毒品案件情形統計**  
資料來源：法務部，本院整理製圖。

3、觀察102年至106年女性施用毒品犯新入監、所服刑或受觀察、勒戒、戒治處分之人數，自102年之2,542人減少至103年之2,105人，惟之後逐年成長至106年之2,374人(詳見下圖4)。



**圖4 102年至106年女性新入監、所服刑或受觀察、勒戒、戒治處分之人數統計**  
資料來源：法務部，本院整理製圖。

4、再據專家學者於本院諮詢時表示：在監獄中之女性毒品犯中，有6成係育齡婦女，多吸食安非他命，此類毒品具有助興效果，最後演變成性毒共構情境。再據相關研究結果顯示，女性收容人第一次使用毒品的平均年齡為 $25.3 \pm 6.6$ 歲，但若透過生命週期的觀點，將成年女性收容人分為育齡女性(50歲以下)、更年期女性(51~64歲)、及老年女性(65歲以上)三組樣本進一步探討，發現各組收容人樣本第一次用毒之平均年齡依序為 $22.0 \pm 6.8$ 歲、 $40.3 \pm 7.1$ 歲、 $25.5 \pm 9.6$ 歲，且在曾經懷孕的樣本中，表示過去曾在懷孕期間使用毒品的比率依序為56%、50%及64%<sup>1</sup>。

<sup>1</sup> 呂淑好、楊志堅、鄭舒倬、彭玉章(2008)。藥物濫用之性別分析研究。臺北：行政院衛生署管制

(三)由上可見，女性施用毒品者逐年成長且年齡層多集中於育齡階段，惟從國內外相關研究及本院諮詢之結果顯示，暴露於毒品藥物之嬰幼兒，不僅死亡的相對風險偏高，亦多處於不利的健康狀況，凸顯毒品對於嬰幼兒之嚴重危害：

- 1、國衛院之「臺灣鴉片類藥物成癮父母之子女過高死亡率之研究」<sup>2</sup>指出：在鴉片類藥物使用高風險族群健康問題的實證數據中，以懷孕期間使用鴉片類藥物的婦女尤受重視，胎兒的鴉片類藥物暴露與出生不良可能存在極大的關係，包括死胎、低出生體重與早產；上述風險所帶來的健康與發育問題，可能在出生第一年即表現出來，且之後更為惡化；在最糟的情況下，使用海洛因及美沙冬婦女，其新生兒的死亡相對風險分別為3.27與1.75，而使用任一種鴉片類藥物之死亡相對風險則為2.55。且該研究發現，父母罹患鴉片類藥物使用疾患的兒童，有高比例在出生時即處於不利的社會經濟與健康狀況，例如貧困/接近貧困(52.2%)、父母失業(27.1%)與低出生體重(14.4%)；此外，有1.4%的兒童(n= 44)在6歲前死亡，且其中大多數在周歲前即已死亡，明顯高於一般族群的同齡者0.58%(n = 7051)；分析顯示，母親為鴉片類藥物成癮者之兒童，其標準化死亡比(Standardized Mortality Ratio，下稱SMR)估計值(3.90)高於父親為鴉片類藥物成癮者(1.67)；高SMR的可能解釋為母親處於不佳或有壓力的產前環境(如子宮內鴉片類藥物暴露)或低出生體重所致。雙親皆為鴉片類藥物成癮者的SMR為

---

藥品管理局97年度委託研究計畫報告。

<sup>2</sup> Fang, Shao-You & Huang, Nicole & Tsay, Jen-Huoy & Chang, Su-Hui & Chen, Chuan-Yu. (2017). Excess mortality in children born to opioid-addicted parents: A national register study in Taiwan. *Drug and Alcohol Dependence*. 183. 10.1016/j.drugalcdep.2017.10.015.



4.52，非自然死因(如事故傷害、嬰兒猝死症等)的SMR高達7.3。

- 2、國衛院另一項「美沙冬治療母親嬰孩之健康保險涵蓋與健康照護的利用率」<sup>3</sup>之研究亦指出，懷孕期間使用藥物是一個重要的健康和社會問題，懷孕期間使用與濫用鴉片類藥物的不良反應會出現在懷孕過程中(例如，胎盤剝離和流產)，或造成跨世代直接影響嬰孩的出生(例如：早產、低初生體重、新生兒死亡等)。
- 3、我國相關專家學者如陳玉書等人(2012)之研究指出<sup>4</sup>：「若懷孕中的女性使用毒品，有極高的比例可能會導致胎兒流產、異常或感染疾病，提高胎兒死亡率，甚至會影響孩子的成長經驗、造成行為偏差。」呂淑妤(2008)之研究亦指出<sup>5</sup>：「懷孕藥癮者與子宮內的胎兒死亡有高度相關，初次懷孕在胎盤剝離(placentalabruption)上有三倍高的風險。而小孩出生後，對小孩造成的創傷以及日後小孩對藥物的依賴，有強烈關聯性，除了社會因素以及精神併發症外等原因外，基因等遺傳性因素的影響是不可忽視的。」此外，呂淑妤等人(2008)曾針對9位女性藥癮者進行有關懷孕與生育經驗之深度訪談，該研究發現受訪的9位女性毒癮者總計生育23名小孩，其中2位已死亡、2位因母親而垂直感染HIV成為愛滋寶寶，有6位孩子分別有早產、體重不足、戒斷症狀、出生時吃到

---

<sup>3</sup> Fang, Shao-You & Huang, Nicole & Lin, Ting & Ho, Ing & Chen, Chuan-Yu. (2015). Health insurance coverage and healthcare utilization among infants of mothers in the national methadone maintenance treatment program in Taiwan. *Drug and Alcohol Dependence*. 153. 10.1016/j.drugalcdep.2015.05.044.

<sup>4</sup> 陳玉書、林健陽(2012)。女性毒品施用及其處遇之研究。刑事政策與犯罪研究論文集〈15〉，頁213-241。

<sup>5</sup> 呂淑妤(2008)。女性與藥物濫用。刑事政策與犯罪研究論文集〈11〉，頁189-209。

胎便、腎上腺素增生等問題；而新生兒最常見的問題是體重不足與戒斷狀況，且脫癮時無法如一般健康嬰兒一樣呼吸，心跳、腸胃蠕動，體溫均會不穩定，也照顧困難<sup>6</sup>。

- 4、再據澳洲墨爾本大學人口暨全球健康學院兒童健康研究中心Gary Hulse等人研究發現，懷孕期間婦女接受美沙冬治療的865例新生兒中，有21例在第一年死亡；估計美沙冬暴露的嬰兒死亡率為24.3(每千人)，高於一般活產嬰兒將近6倍，即新生兒死亡的相對風險為4.5，嬰兒後期的死亡風險升至9.7。該等發現提出了有關在懷孕期間鴉片類藥物之暴露是否及如何影響子女1歲以後的健康問題<sup>7</sup>。
- 5、本院諮詢之專家學者表示：相關研究已證明毒癮對胎兒健康會造成影響，且死亡率相對較高，同時對於懷孕婦女的健康，亦有極大風險。
- 6、從前述相關研究可知，胎兒/新生兒暴露於毒品藥物所產生之嚴重危害，因此，政府對於懷孕之毒癮媽媽，實應從完善的產前及產後健康照顧服務著手，方能有效降低毒品藥物對於胎兒/新生兒發育及生命的不良影響及威脅，確實保護母體及胎兒。

(四)依據我國現行刑事訴訟法第467條及第468條、監獄行刑法第11條、觀察勒戒處分執行條例第6條、戒治

---

<sup>6</sup> 呂淑妤、楊志堅、鄭舒偉、彭玉章(2008)。藥物濫用之性別分析研究。臺北：行政院衛生署管制藥品管理局97年度委託研究計畫報告。

<sup>7</sup> Hulse, G., Milne, E., English, D. R., & Holman, DA. (1998). Assessing the relationship between maternal opiate use and neonatal mortality. *Addiction*, 93(7), 1033-1042. <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.1998.93710338.x>，引自Fang, Shao-You & Huang, Nicole & Tsay, Jen-Huoy & Chang, Su-Hui & Chen, Chuan-Yu. (2017). Excess mortality in children born to opioid-addicted parents: A national register study in Taiwan. *Drug and Alcohol Dependence*. 183. 10.1016/j.drugalcdep.2017.10.015.

處分執行條例第7條等規定，施用毒品者若有「懷胎5月以上或分娩未滿2月」之情形時，應停止執行徒刑、拘役或拒絕入監、所，並由檢察官斟酌情形，送交醫院、監護人、法定代理人、最近親屬或其他適當之處所(相關規定內容彙整如下表)。且據法務部函復表示：前開係基於保護懷孕婦女、胎兒或新生兒之利益，促請檢察官注意之規定，除有需強制送醫或其他法律另有規定外，仍不得以強制方式為之。

法令名稱	條文內容
刑事訴訟法	<p><b>第467條：</b>受徒刑或拘役之諭知而有左列情形之一者，依檢察官之指揮，於其痊癒或該事故消滅前，停止執行：一、心神喪失者。二、懷胎5月以上者。三、生產未滿2月者。四、現罹疾病，恐因執行而不能保其生命者。</p> <p><b>第468條：</b>依前條第1款及第4款情形停止執行者，檢察官得將受刑人送入醫院或其他適當之處所。</p>
監獄行刑法	<p><b>第11條：</b>受刑人入監時，應行健康檢查；有下列情形之一者，應拒絕收監：一、心神喪失或現罹疾病，因執行而有喪生之虞。二、懷胎5月以上或分娩未滿2月。三、罹急性傳染病。四、衰老、身心障礙，不能自理生活。前項被拒絕收監者，應由檢察官斟酌情形，送交醫院、監護人或其他適當處所。</p>
觀察勒戒處分執行條例	<p><b>第6條：</b>(第1項)受觀察、勒戒人入所時，應調查其入所之裁定書、移送公函及其他應備文件，如文件不備時，得拒絕入所或通知補送。(第2項)受觀察、勒戒人入所時，應行健康檢查。有下列情形之一者，應拒絕入所：一、衰老、身心障礙，不能自理生活。二、心神喪失或現罹疾病，因勒戒而有身心障礙或死亡之虞。三、懷胎5月以上或分娩未滿2月。勒戒處所附設於看守所或少年觀護所者，對罹法定傳染病、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者，得拒絕入所。(第3項)前二項被拒絕入所者，應由檢察官或少年法院(庭)斟酌情形，交監護</p>

法令名稱	條文內容
	人、法定代理人、最近親屬、醫院或其他適當處所。(第4項)第二項、第三項被拒絕入所之原因消滅後，應通知受觀察、勒戒人至勒戒處所執行。
戒治處分執行條例	第7條：(第1項)受戒治人入所時，應行健康檢查，有下列情形之一者，應拒絕入所：一、罹法定傳染病，因戒治有引起群聚感染之虞。二、衰老、身心障礙，致不能自理生活。三、現罹疾病，因戒治而有病情加重或死亡之虞。四、懷胎五月以上或分娩未滿二月。(第2項)前項被拒絕入所者，應由檢察官或少年法院(地方法院少年法庭)斟酌情形，交監護人、法定代理人、最近親屬、醫院或其他適當處所。(第3項)第1項被拒絕入所之原因消滅後，應通知受戒治人至戒治所執行。

(五)為保護母體及胎兒，我國相關法律雖有前述規定，惟查：

- 1、有關女性施用毒品犯因「懷胎5月以上或分娩未滿2月」而停止執行徒刑、拘役或被拒絕入監所之情形，法務部卻迄今未能建立系統性之統計資料，以切實掌握前述規定之執行情形及是類個案之人數，迨本院調查後，方由各地方檢察署以人工方式回溯統計102年至107年相關數據。且就懷胎5月以上或分娩未滿2月之女性施用毒品犯於停止執行徒刑、拘役或被拒絕入監所期間之再犯情形，以及該項原因消滅後之執行及逃匿人數等資料，該部亦坦言：未建置系統性之統計資料，得由各地方檢察署以人工方式掌握再犯之相關資料等語。又，法務部為因應本院之調查，雖依照各地方檢察署函報之統計資料，提供102年至107年女性施用毒品犯因「懷胎5月以上或分娩未滿2月」而被停止執行徒刑、拘役或拒絕入監所之人數，惟

該資料係由人工事後於短期間內回溯統計，實際個案人數有無疏漏、不完整，不無疑慮。加以是類個案於停止執行或被拒絕入監所期間之再犯情形，各地方檢察署亦乏相關追蹤機制，以致現行刑事訴訟法第467條及第468條、監獄行刑法第11條、觀察勒戒處分執行條例第6條、戒治處分執行條例第7條等規定係為保護母體及胎兒之立法目的，無從具體落實。針對前揭情事，法務部表示：未來將研議是否於系統中增列註記懷孕情況，包含停止執行、被拒絕入監等詳細資料等語。

2、又，毒癮婦女的原生家庭支持功能相對薄弱，在欠缺適當之安置處所與輔導協助下，仍將持續受到毒品之控制與危害：

- (1) 本院諮詢之專家指出，毒癮婦女通常是用藥後懷孕，屬於高風險妊娠，除面臨健康問題外，加上原先即可能是社經弱勢族群，於生產後，其孩子同樣面臨相同的問題與處境。
- (2) 相關研究亦指出：「矯正機構內的女性受刑人大都為毒品犯或衍生的收容人，相較於其他犯罪人，女性毒品施用者的家庭結構較不完整，且功能和依附關係薄弱，低自我控制傾向更為顯著；雖然多數女性犯罪人經歷許多負向生活事件，但女性毒品施用者的社會支持和網路關係更為欠缺，除了毒癮外，這些因素也使女性毒品施用者社會復歸所面臨的考驗，更加嚴峻」、「女性因施用毒品而衍生的問題，如：其他類型的非行與犯罪、疾病問題、生育與教養、色情與性交易等，值得關注，並須於女性毒品施用

者處遇中一併考量」<sup>8</sup>、「大部分的女性人犯來自於弱勢的家庭與低的社經地位，而女性毒品犯因為在入監前，由於吸食毒品或藥物濫用的結果，更不願意主動就醫，以免被警察逮捕」<sup>9</sup>。

(3) 國外的狀況亦是如此，澳洲重視毒癮孕婦相關照護及醫療措施，係因該國具藥物成癮性之孕婦通常屬於社會弱勢階層、年輕、失業且健康狀況不佳者，並且無法獲得妥善的產前照護。其等並多因家庭暴力、流離失所及貧窮，導致焦慮與憂鬱等精神問題，一旦婦女因接觸毒品或酒精致非預期懷孕，將使其未能即時接受產前照護而造成懷孕狀況不佳。

3、從法務部彙整由各地方檢察署所提供之統計資料顯示，102年至107年女性施用毒品者因「懷胎5月以上或分娩未滿2月」而停止執行徒刑、拘役或被拒絕入監所之人數，各年呈現增減不一之情形，由102年之21人，增加至104年之34人，之後減少至106年之14人，107年又增加至41人(詳見下圖6)，6年來共計156人。然檢察官大多將是類毒品犯直接送交「最近親屬」，6年來計有122人，占78.21%；其次為「直接釋放」，共計14人，占8.97%；而送交「醫院」者共計11人，占7.05%；送交「其他處所」者則有5人，占3.21%(詳見下圖7、8及表1)。顯見法務部對於檢察官送交程序，未能建立評估基準，亦未建立轉介醫療衛政、社政福利等單位提供協助之配套處理流程，任由各地方檢察署

---

<sup>8</sup> 資料來源：陳玉書、林健陽(2012)，女性毒品施用及其處遇之研究，刑事政策與犯罪研究論文集〈15〉，頁213-241。

<sup>9</sup> 資料來源：蔡田木、賴擁連(2014)，女性之藥物濫用原因、預防與處遇對策之研究，法務部委託研究報告。

各行其是，多送交最近親屬，甚至直接釋放，造成是類懷孕婦女未能即時介接戒癮治療、衛生教育、產前照護及社福等服務資源，不僅錯失戒毒良機，亦無法確保及輔導毒癮媽媽於停止執行或被拒絕入監所期間停止施用毒品，並讓胎兒/新生兒暴露於毒品藥物之危害中。

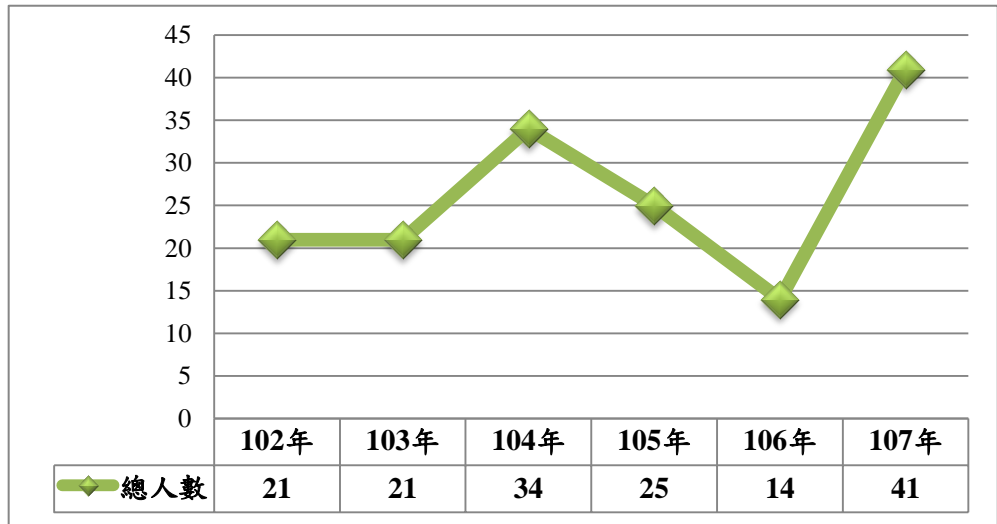


圖5 102年至107年女性使用毒品者因而停止執行徒刑、拘役或被拒絕入監、所受強制戒治、觀察、勒戒處分之人數統計  
資料來源：法務部，本院整理製圖。

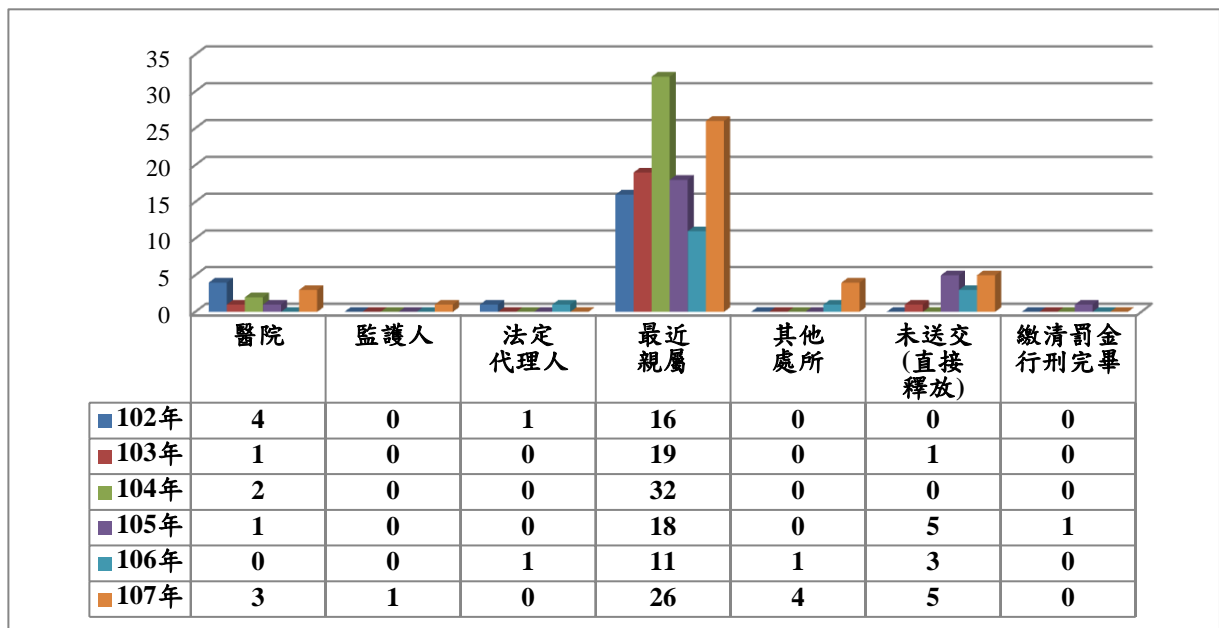


圖6 102年至107年全國各地方檢察署對懷胎5月以上或分娩未滿2月之

### 女性施用毒品者送交情形統計

資料來源：法務部，本院整理製圖。

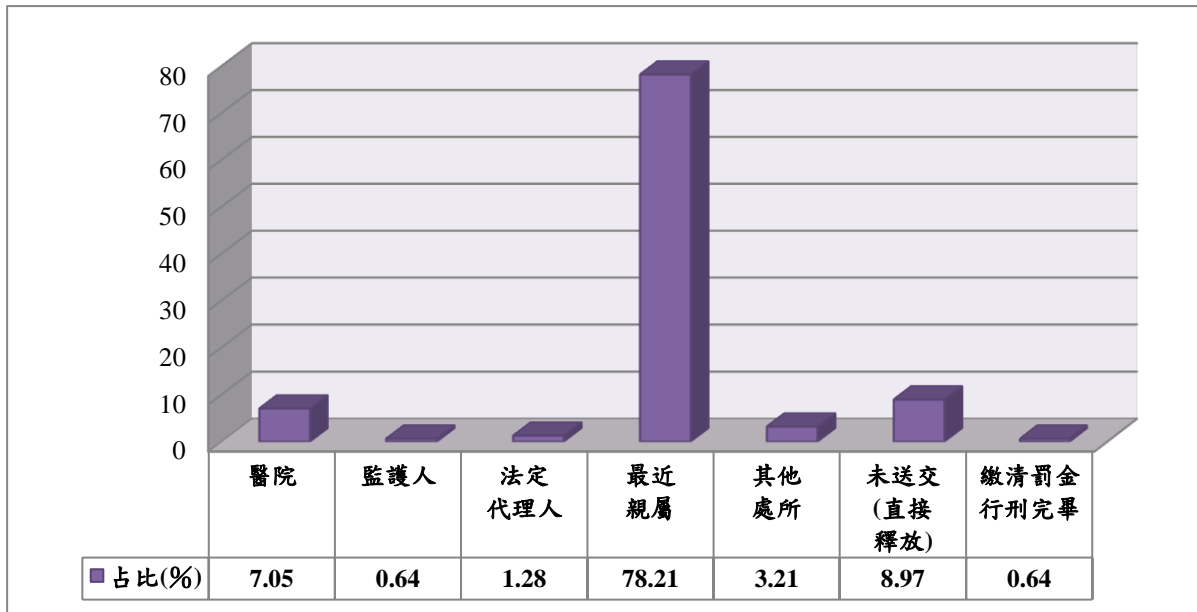


圖7 102年至107年全國各地方檢察署對懷胎5月以上或分娩未滿2月之施用毒品者送交情形占比

資料來源：本院整理自法務部查復資料。

表1 102年至107年度各地方檢察署對懷胎5月以上或分娩未滿2月之施用毒品者送交情形統計

單位：人

地方檢察署	合計	醫院	監護人	法定代理人	最近親屬	其他處所	直接釋放	繳清罰金行刑完畢
臺北	4	0	0	0	1	0	3	0
士林	4	0	0	0	3	0	1	0
新北	0	0	0	0	0	0	0	0
桃園	41	3	1	1	30	5	1	0
新竹	7	0	0	0	7	0	0	0
苗栗	0	0	0	0	0	0	0	0
臺中	15	0	0	0	15	0	0	0
彰化	2	0	0	0	1	0	1	0
南投	1	0	0	0	0	0	1	0
雲林	0	0	0	0	0	0	0	0
嘉義	1	0	0	0	1	0	0	0



地方檢察署	合計	醫院	監護人	法定代理人	最近親屬	其他處所	直接釋放	繳清罰金 行刑完畢
臺南	9	0	0	0	9	0	0	0
高雄	49	8	0	1	36	0	3	1
橋頭	4	0	0	0	4	0	0	0
屏東	8	0	0	0	8	0	0	0
臺東	0	0	0	0	0	0	0	0
花蓮	6	0	0	0	6	0	0	0
宜蘭	3	0	0	0	0	0	3	0
基隆	1	0	0	0	1	0	0	0
澎湖	0	0	0	0	0	0	0	0
金門	1	0	0	0	0	0	1	0
連江	0	0	0	0	0	0	0	0
總計	156	11	1	2	122	5	14	1

資料來源：法務部。

- 4、由於毒癮婦女的原生家庭支持功能薄弱，其配偶或伴侶亦多為毒癮者，是當停止執行徒刑、拘役或被拒絕入監所之後，在欠缺適當之安置處所與輔導協助下，勢必多重回其原有之生活處境與模式，持續受到毒品之控制與危害。惟由前開統計資料可知，顯然檢察官於送交時並未能妥予評估考量是類個案之弱勢處境，直接送交親屬甚至釋放之作法，如同將是類個案送回原有的悲慘境遇，持續受到毒品之控制，其胎兒/新生兒之發育與成長亦因此受到嚴重危害。且因法務部對於是類個案停止執行或被拒絕入監所後之處遇，未建立轉介處理流程，相關配套措施及追蹤輔導機制亦皆付之闕如，以致各地方檢察署對於是類個案之追蹤防治、轉介通報、輔導與協助等事項，各行其是，甚至部分地方檢察署毫無相關處理機制與作法(詳見下表2至4)。又，部分地方檢察署雖稱：針對停止執行或被拒絕入監、所的施用毒品懷孕婦女，會轉介至毒品危害防制中心(下稱毒

防中心)等單位，持續追蹤至孕婦生產，並針對個案需求提供追蹤、協助與社會資源連結等服務；惟經衛福部洽詢各地方毒防中心之結果，截至目前，各中心尚無接獲地方檢察署轉介是類個案。而部分地方檢察署亦坦認並無任何追蹤防治機制或協助連結相關醫療、社福等資源，以轉介是類個案接受戒癮治療及輔導並避免持續吸毒，亦乏相關規範可資依循。足見各地方檢察署針對懷孕的女性毒品犯，並無系統性的處理流程與追蹤輔導等機制。本院諮詢之專家學者亦指出：刑事訴訟法第467條等相關規定，原係為保護及照顧兒童，但在執行面卻無達成法條美意，僅將媽媽放走，肇致個案無法被接住，違反兒童權利公約，讓德政美意遭扭曲等語。

表2 各地方檢察署針對懷胎5月以上或分娩未滿2月之女性施用毒品犯相關追蹤、防治機制一覽表

地檢署名稱	追蹤、防治機制
臺北	當孕婦於停止執行及被拒絕入監時，該署會聯繫醫療院所追蹤其生產情形，以掌握其可執行狀況。
士林	無。
新北	除受刑人在前案之保護管束期間或為毒品調驗之對象外，依法由地檢署觀護人或由縣市政府警察局員警通知之定期採驗尿液之追蹤措施外，無其他追蹤防止及輔導措施，並無連結醫療資提供成癮狀況評估及戒癮治療。
桃園	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 執行業務：目前針對懷胎婦女有否繼續施用毒品，相關追蹤、防止機制及輔導協助措施暨連結醫療資源提供成癮狀況評估及戒癮治療等並無相關規範可資依循。受刑人到案如有懷胎停止執行原因，但無需協助就醫或其他需求之情形，皆訊後即請回。</li> <li>● 觀護業務：毒品人口於保護管束初期即轉介毒防中心，於戒癮治療療程中的孕婦，則有醫療單位(戒癮治療處所)介入；若於觀護期間發現毒品人口中有孕婦者，則會持續按月追蹤，必要時聯繫地方政府社會局、家庭福利服務中心或提報高風險家庭，確認</li> </ul>

地檢署 名稱	追蹤、防治機制
	個案生活狀況之穩定。
新竹	該署並無相關追蹤、防止機制及輔導措施，亦無此方面成效。
苗栗	無。
臺中	該署成立司法保護中心、更生保護會、榮譽觀護人協進會，對於弱勢婦女或孕(產)婦，均可向該署提出需求，協助個案所需醫療或生活之急難救助服務。必要時，亦可轉介至臺中市毒防中心由社工輔導人員進行追蹤與社會資源連結。
彰化	觀察勒戒部分無停止執行及被拒絕入監、所情形。又觀察勒戒係業經法院裁定需經觀察勒戒程序，並無可要求被告需再接受醫療資源之成癮狀況評估及戒癮治療之明文依據。
南投	目前實際發生之個案，5年來總計為1人次，承辦檢察官係以限制住居並改定下次庭期方式處理。
雲林	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 停止執行期間，派警查訪；生產期滿2月，即傳喚、拘提、通緝送監執行。</li> <li>● 受刑人並無連結醫療資源提供戒癮狀況評估及戒癮治療，爰無實際執行情形及成效。</li> </ul>
嘉義	未提出說明。
臺南	無。
高雄	該署對停止執行案件及被拒絕入監之個案，每2個月函請轄區警察查訪受刑人，以預防再犯。
橋頭	請當地派出所員警每3個月進行查訪，並將查訪紀錄送至該署，並無連結醫療資源提供成癮狀況評估及戒癮治療。
屏東	由各股列管，於受刑人分娩2月後，即發傳票通知其到案執行。另無連結醫療資源提供成癮狀況評估及戒癮治療。
臺東	無是類情形。
花蓮	應觀察勒戒之孕婦拒絕入所後，就其是否有繼續施用毒品情事，並無任何追蹤或防止及輔導協助措施。惟如符合戒癮治療，檢察官得給予附條件之緩起訴處分，轉介花蓮縣衛生局毒防中心，安排其至醫療院所接受戒癮治療。執行徒刑或拘役部分，若有保外待產情形，係由監所定期探訪。
宜蘭	依法務部103年9月24日法檢決字第10304539380號函示，重申99年1月22日法檢字第0999001199號函意旨，如有刑事訴訟法第467條所定停止執行原因或有拒絕收監之情形，應由檢察官斟酌情形，送交醫院、監護人或其他適當處所，切實協調轄區司法警察機關加強訪查，以防止再犯。故而該署目前就停止執行案件，

地檢署名稱	追蹤、防治機制
	每3個月至少函請受刑人住所之轄區分局，派員前往查訪1次，除明瞭受刑人現時身體狀況是否適於執行外，透過警分局提高查訪密度，亦有防止再犯之效。
基隆	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 對於孕婦停止執行及被拒絕入監，該署原則仍依「停止執行」之方式為後續定期命警查訪等相關作為，另依毒品危害防制條例第25條之規定，犯第10條之罪而付保護管束者，於保護管束期間，警察機關或執行保護管束者本應定期或於其有事實可疑為施用毒品時，通知其於指定之時間到場採驗尿液，無正當理由不到場，得報請檢察官，強制採驗。</li> <li>● 另依第20條第2項前段、第21條第2項、第23條第1項規定為不起訴之處分或不付審理之裁定，或依第35條第1項第4款規定為免刑之判決或不付保護處分之裁定，或犯第10條之罪經執行刑罰或保護處分完畢後2年內，警察機關得適用前項之規定採驗尿液。</li> <li>● 又目前各縣市政府均已成立毒防中心，除辦理相關毒品預防宣導、毒品人口之保護扶助，並建立轉介戒癮治療處理流程及戒癮者檔案轉介服務，及轉介衛福部所指定醫療機構門診提供心理諮詢、愛滋病的篩檢、治療，或民間公益、宗教戒毒團體戒癮治療。</li> </ul>
澎湖	無是類情形。
金門	無任何追蹤、防止機制及輔導協助措施。無連結醫療資源提供成癮狀況評估及戒癮治療。102年至107年6月底無實際執行情形及成效。
連江	無相關案件。

資料來源：本院整理自法務部提供之資料。

表3 各地方檢察署針對懷胎5月以上或分娩未滿2月之女性施用毒品犯相關安置、家庭扶助及醫療照護等輔導與協助措施一覽表

地檢署名稱	相關安置、家庭扶助及醫療照護等輔導與協助措施
臺北	尚無相關輔導與協助措施。
士林	無；惟如受刑人孕(產)婦女提出相關需求，將依通報表通報其戶籍所在地之主管機關提供其相關安置、家庭扶助及醫療照護等輔導與協助。
新北	該項業務內容為地方政府相關單位執掌。
桃園	地方政府社會局及毒防中心等單位持續追蹤至孕婦生產，針對個案需求提供追蹤、協助與服務。
新竹	該署並無相關安置、家庭扶助及醫療照護等輔導與

地檢署名稱	相關安置、家庭扶助及醫療照護等輔導與協助措施
	協助措施，亦無此成效。
苗栗	無。
臺中	該署結合司法保護中心、更生保護會、榮譽觀護人協進會，弱勢婦女或孕(產)婦均可向該署提出需求，協助個案所需醫療或生活之急難救助服務；必要時，亦可轉介至臺中市毒防中心進行追蹤及連結社會資源。
彰化	目前該署無提供相關安置、家庭扶助及醫療照護等輔導與協助措施。
南投	南投縣政府設有毒防中心，個案如有需要，該署可透過該中心轉介醫療院所或宗教團體戒毒、提供心理諮商、協助就業、職業訓練、社會救助等服務。
雲林	若發監執行之受刑人有提出需求，檢察官均會請縣府社會局協助安置未成年人。該署並無接獲請求之情形，故無實際執行情形及成效。
嘉義	未提出說明。
臺南	無。
高雄	甫生產完者，若攜新生兒入監執行，指揮書上特別註記，俾利矯正機關執行與照護。如新生兒無人照護，該署將主動轉介通報協調聯繫社福單位照護安置。
橋頭	無提供任何輔導與協助措施。
屏東	視情況需要轉介社政單位提供相關協助。
臺東	無是類情形。
花蓮	目前該署並無就孕婦之相關需求、胎兒與新生兒之健康及成長狀況，提供相關安置、家庭扶助及醫療照護等輔導與協助措施。
宜蘭	該署無是類案件，惟設有司法保護中心，除依老人福利法、兒童及少年福利與權益保障法(下稱兒少權法)所為之法定通報外，如受刑人家屬或生活顯有困難，均可為其通報社政單位，即時獲得協助。
基隆	懷胎逾5月之女性受刑人，該署依法於其產後滿2月後通知該受刑人到案執行，如係不得易科罰金或不得易服社會勞動而需發監執行之案件，於訊問時，均會詢問受刑人家中是否年邁之雙親或幼童需要社會局協助安置，如有相關需求，則轉介社會局為後續協助。
澎湖	無是類案件。
金門	無提供相關安置、家庭扶助及醫療照護等輔導協助措施，無實際執行情形及成效。
連江	無相關案件。

資料來源：本院整理自法務部提供之資料。

表4 各地方檢察署針對懷胎5月以上或分娩未滿2月之女性施用毒品犯與醫療衛生、社會福利等單位之轉介通報、協調聯繫、追蹤輔導機制一覽表

地檢署名稱	轉介通報、協調聯繫、追蹤輔導機制
臺北	該署於偵查或執行期間，若發現當事人為高風險人口，透過司法保護據點通報相關社福機構後續處理之。
士林	多為個案情形，未列入統計。如受刑人填寫關懷表完畢，則由承辦書記官於線上登打線上通報系統(關懷e起來-線上通報保護事件)。
新北	無。
桃園	依轉介單位網站格式進行一般通報，後續與社工、個案管理師等相關人員取得聯繫，確認轉介後個案確已獲得追蹤及所需服務。
新竹	該署無相關轉介通報、協調聯繫、追蹤輔導機制，亦無此成效。
苗栗	無。
臺中	目前該署依兒少權法第54條之1規定，對於有違反毒品危害防制條例者，於受通緝、羈押、觀察勒戒、強制戒治或入獄服刑時，指揮司法警察查訪兒童之生活與照顧狀況。如知悉有該法第53條第1項各款情形及第54條之情事者，依各該條規定通報主管機關。
彰化	目前該署均依兒少權法第54條之1規定，對於有違反毒品危害防制條例者，於受通緝、羈押、觀察勒戒、強制戒治或入獄服刑時，指揮司法警察查訪兒童之生活與照顧狀況。如知悉有該法第53條第1項各款情形及第54條之情事者，依各該條規定通報主管機關。
南投	該署於是類個案有需求時，可填寫轉介單，由南投縣政府毒防中心協助辦理。惟因近5年僅有1案件，故尚無實際發生需該中心協助之情形。
雲林	若有需求，該署會填寫網路需求單陳報。地方政府社會局接獲通報後，依法追蹤輔導安置，並無該署執行科轉介通報之前述案例。
嘉義	未提出說明。
臺南	無。
高雄	尚無此情形。
橋頭	該署並無提供任何輔導與協助措施。
屏東	視情況需要轉介社政單位提供相關協助。
臺東	無是類情形。
花蓮	目前該署並未與衛福部、醫療衛生、社會福利等單位銜接相關協調聯繫、追蹤輔導機制，惟被告如符合戒癮治

地檢署 名稱	轉介通報、協調聯繫、追蹤輔導機制
	療，檢察官得給予附條件之緩起訴處分，轉介花蓮縣衛生局毒防中心，安排其至醫療院所接受戒癮治療。
宜蘭	無是類案件。惟該署設有司法保護中心，除依老人福利法、兒少權法所為之法定通報外，如受刑人家庭或生活顯有困難，均可為其通報社政單位，即時獲援。
基隆	針對入監執行之受刑人，於發監前詢問是否有年邁之雙親或幼童需要地方政府社會局協助安置，如有相關需求，則轉介社會局為後續協助；另依兒少權法第53條、第54條之規定，已有兒少保護及高風險家庭之通報機制，另該署前亦設立司法保護中心，針對自殺、高風險個案、精神疾病患者等需社會救助者提供相關轉介通報。
澎湖	無是類案件。
金門	無銜接情形，無相關轉介通報、協調聯繫、追蹤輔導機制，無實際執行情形及成效。
連江	無相關案件。

資料來源：本院整理自法務部提供之資料。

- 5、又，有關刑事訴訟法第468條等規定之「其他適當之場所」所指為何，經詢據法務部表示：「『適當處所』應可包含自己家庭、親友家、平民社會住宅、租屋處、提供住宿之工作場所等，應不限於安置機構(或中途之家)，且如能提供懷孕婦女足夠的支持性服務或所需資源，該等場所應係最優先考慮之處所，尤其是若有監護人、法定代理人、最近親屬之保護及監督，更有利於懷孕婦女、胎兒之保護，反而安置機構應屬備位或最後選項。又，交付安置處所並不具強制力，而在安置機構中生活將受若干制約並須遵守機構規定，未必為毒品成癮懷孕婦女所接受，如因適應不良而擅自離開，反而造成後續追蹤查訪無以為繼，故應屬備位或最後選項。至於監獄行刑法第11條規定之『其他適當處所』亦無特別規定，目前也沒有進行評估或指定相關機構名單，大部分懷孕婦女

會交予受刑人家屬」、「監護人、法定代理人或最近親屬係與懷胎婦女最為親近之人，若檢察官斟酌情形，認較能收保護或監督之效，而送交該等人者，當無何不妥之處」。從前述說明內容可見，該部忽視女性毒品犯的原生家庭多處於脆弱狀況，支持、保護及監督功能極為薄弱等情狀，既未指定或設置適當之機構或處所，作為懷孕之女性毒品犯的安置處所接受相關治療與輔導，且就相關後續協助處遇方向，亦未能建立與醫療衛政、社政福利等單位合作之轉介處理流程，以致檢察官在實際執行上多送交最近親屬，甚至直接釋放，後續亦無追蹤防治與轉介處遇等機制，造成這些停止執行或被拒絕入監所之女性毒品犯因缺乏適當之處所進行安置及處遇，而有繼續施用毒品之虞，使刑事訴訟法第467條等規定係為保護母體及胎兒之立法意旨，無從落實。

- 6、從媒體報導及地方檢察署函報資料亦顯示，目前已有女性毒品犯一再因懷孕而停止執行之具體案例發生，即是類個案因懷孕而停止執行，生產後經傳拘無著後遭通緝，惟緝獲後又因懷孕而停止執行，俟生產完後又再次傳拘無著。該等案例對照本院諮詢之專家學者所述：由於我國毒癮女性多為育齡婦女，且有年輕化的趨勢，混合用藥情形居多，由於安非他命有助興效果，最後演變成性毒共構情境，這些人都有自己的line群組，毒癮婦女會分享不要去產檢、生產後自己照顧、可以一再懷孕以逃避入獄等教戰手冊等語，凸顯刑事訴訟法第467條及第468條、監獄行刑法第11條、觀察勒戒處分執行條例第6條、戒治處分執行條例第7條等規定，原係立基於保護母體及胎



兒之目的，考量監獄環境不適合孕產婦及其胎兒/新生兒，卻因法務部欠缺相關配套措施而形成漏洞，造成不僅無法保護懷孕之毒癮媽媽及其胎兒/新生兒，甚至遭有心人士藉由懷孕以逃避被關之工具。

- (六)綜上，為保護母體及胎兒，我國刑事訴訟法第467條及第468條、監獄行刑法第11條、觀察勒戒處分執行條例第6條、戒治處分執行條例第7條等規定，施用毒品犯若有「懷胎5月以上或分娩未滿2月」之情形時，應停止執行徒刑、拘役或拒絕入監所，並由檢察官斟酌情形，送交醫院、監護人、法定代理人、最近親屬或其他適當之處所；惟在實際執行上，法務部未能切實掌握前述個案人數及檢察官送交狀況，迨本院調查後，方由各地方檢察署著手以人工方式統計並提供102至107年相關數據共計156人，惟因法務部未建置系統性之統計資料，該人數係事後於短時間內透過人工方式回溯統計，恐有疏漏、不完整之虞；且該部忽視是類個案原生家庭的脆弱狀況，未能建立送交的評估基準及轉介處遇流程，相關配套措施、追蹤防治與輔導協助等機制亦皆付之闕如，任由各地方檢察署各行其是，並多送交「最近親屬」(122人、占78.21%)，甚至「直接釋放」(14人、占8.97%)，不僅無法協助懷孕的毒癮媽媽於停止執行或被拒絕入監所期間接受相關治療與輔導協助，以脫離毒品之控制與危害，更造成部分毒品犯藉由成立line群組並提供教戰手冊，一再以「懷孕」作為逃避被關之工具，此均讓胎兒/新生兒暴露於毒品藥物之危害中，顯見該部對此問題之輕忽，以致是類女性毒癮者及其胎兒/新生兒之健康與福祉，無從獲得保障與照顧，有違聯合國「兒童權利

公約」，洵有疏失。

二、法務部因應本院之調查，針對懷孕之女性施用毒品犯經停止執行或被拒絕入監所之後續處遇及追蹤輔導等機制，雖於108年7月8日會同衛福部召開研商會議，研擬相關改善措施，並決議：後續將有安置需求之被告轉由司法保護中心視個案需求轉介至各地方毒防中心，同時由司法警察定期查察。惟各地方檢察署檢察官僅透過一次詢問之方式，如何確切掌握及評估是類個案之實際需求與所處困境，且在欠缺強制力之下，司法保護中心及各地方毒防中心能否落實轉介相關醫衛、社政單位並使其接受相關戒癮治療與輔導協助，不無疑慮；又，司法警察僅經由歷次定期查察之短暫時間，如何即能掌握行蹤、並察覺及防止懷孕之毒癮媽媽持續施用毒品，亦有疑慮，遑論依據個案需求繼而轉介相關資源；凸顯前述改進作法未能從毒癮媽媽之切身需求與脆弱處境著眼，相關轉介及查察作為終將流於形式，亟待法務部會同衛福部針對懷孕之女性施用毒品犯，積極研議建置適當場所或具體服務方案，並建立明確的轉銜安置流程；倘若嗣後擬具執行之檢討改進作法仍無法有效保護母體及其胎兒，法務部允宜透過修法以強制力介入處遇措施，俾使懷孕之毒癮婦女及其胎兒能於適切的環境中獲得保護與協助。

(一)法務部因應本院之調查，針對女性施用毒品犯因懷孕、生產而停止執行徒刑、拘役或被拒絕入監所時之後續處遇及追蹤輔導等機制，雖於108年7月8日會同衛福部召開「施用毒品者因『懷胎5月以上或分娩未滿2月』經停止執行徒刑或拘役及被拒絕入監、所時流程處理、追蹤輔導精進會議」，研議相關改善措施，經決議相關檢討改善措施略以：

- 1、由法務部發函給各地方檢察署，若遇施用毒品者有「懷胎5月以上或分娩未滿2月」之情形，應於筆錄建立例稿以詢問被告是否有醫療及社福資源協助之需求，以促請檢察官或書記官於訊問時注意被告有無此方面之需求。
- 2、修改現行推動地方檢察署設置司法保護中心公益關懷精進作為方案及關懷通報表，增加轉介各地方毒防中心輔導之類型，如有需求者，透過各地方檢察署司法保護中心處理後續通報或轉介事宜，並為後續追蹤。將該個案轉介至各縣市政府或毒防中心後，再由其作綜合評估及提供後續服務。
- 3、遇到上開情形時，地方檢察署應同步發函所轄司法警察機關，協調司法警察機關加強訪查，從每3個月1次改為每2個月1次，並將訪查資料檢送地方檢察署，若有轉介毒防中心者，資料可併送毒防中心，並於訪查時注意個案是否有轉介或協助之需求；又訪查結果除回報地方檢察署外，如有轉介，應一併通知轉介機關。
- 4、請法務部檢察司會同該部資訊處研議是否於系統中增列註記懷孕情況。

**(二)法務部為解決女性施用毒品犯因懷孕、生產而停止執行徒刑、拘役或被拒絕入監所後之轉介處遇及追蹤輔導，雖已研擬前揭相關改善措施，惟查：**

- 1、從本院諮詢之結果顯示，女性施用毒品者的年齡層多分布在育齡階段，且使用毒品種類以安非他命居多，而該類毒品具有助興效果，女性毒癮者並在缺乏經濟收入下，經由性換得毒品(俗稱糖果妹)，造成性毒共存的情境，根本難以逃離吸毒的負面環境，且多不願接受產檢，甚至生產前仍在

吸毒，此均不利於母體，並嚴重影響胎兒之健康。

加以女性毒品犯多處於弱勢的社經地位，原生家庭支持系統又薄弱，故當停止執行或被拒絕入監、所之後，若欠缺適當之安置處所，轉介追蹤輔導及戒癮治療又缺乏強制力，是類個案往往多重回其原有之生活模式與邊緣處境，持續受到毒品的控制與危害。

惟已有研究明確指出，懷孕之女性毒癮者基於嬰兒健康及親職意義，將會產生更大的戒毒動機<sup>10</sup>，對於毒癮媽媽而言，孩子係其接受戒癮治療之重要因素與動機，且嬰兒出生後的前數個月內，為母嬰形成良好依附關係的關鍵時刻。因此，若能於各地方檢察署觸及是類女性施用毒品犯之時機，積極且有效介入處遇，不僅能照顧毒癮媽媽於懷孕生產期間之身心健康，亦能保護其胎兒/新生兒之發育與成長。

- 2、法務部為強化是類個案於停止執行或被拒絕入監所期間之輔導措施，雖將發函各地方檢察署請檢察官遇有是類個案時，除瞭解個案預產期及生產時間外，亦應主動詢問個案有無相關協助事項及轉請司法保護中心之需求。惟是類個案於檢察官詢問之際，能否即可確切瞭解其自身當時及未來面臨困境及實際需求？是否會如實陳述自身狀況與主動求助之意願？而檢察官僅透過一次詢問之方式，如何確切掌握及評估是類個案之實際需求與所處困境，並繼而轉介相關醫衛、社福資源？

---

<sup>10</sup> Mitchell MM, Severtson SG, Latimer WW. Pregnancy and race/ethnicity as predictors of motivation for drug treatment. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*. 2008; 34(4): 397-404.

倘若個案當下未能明確表達自身需要之協助事項時，檢察官又應如何續處、有何持續追蹤與銜接機制？

再者，司法警察訪查目的係為掌握個案行蹤，惟能否經由訪查之短暫時間，即能掌握是類婦女有無持續使用毒品及需求？且在欠缺強制力之下，司法保護中心及各地方毒防中心能否落實轉介相關醫衛/社政單位並使其接受相關戒癮治療與輔導協助？等種種問題，均有疑慮。況且衛福部目前實施之各項戒癮補助及服務方案，並未針對是類女性毒癮個案之需求提供整合性支持服務方案。

凡此凸顯法務部所研議之改進作法，恐無法澈底有效解決問題，是類個案仍將會在政府相關機關單位層層轉介之中而發生漏接情事，益見前揭改進措施未能從毒癮媽媽之切身需求與脆弱處境著眼，不難想見相關轉介及訪查作為終將流於形式。

- 3、觀諸其他如美國、澳洲、丹麥、荷蘭、德國等國家之作法，針對毒癮之懷孕婦女個案多採主動積極協助的立場，除擬定戒癮治療管理計畫，並提供安置場所或於醫療院所、居留處所接受特殊照護治療，甚至透過公權力，以強制治療命令介入處遇；且對於在監服刑的懷孕施用毒品犯，亦提供相關專案計畫或設置適當處所等多元化的機構性處遇計畫，以提供是類婦女及胎兒適切之戒癮及醫療服務，凸顯法務部對於因懷孕、生產而停止執行徒刑、拘役或被拒絕入監所之女性施用毒品犯，所研擬之轉介處遇及追蹤輔導等措施，猶有不足：

- (1) 澳洲矯正單位一旦發現女性受刑人懷孕，同時為藥物或酒精成癮者，將轉介至「藥物及酒精醫療官」進行治療及管理計畫，並被優先安置到臨近具婦產設備之醫療院接受生產照護<sup>11</sup>。
- (2) 丹麥政府倘知悉其轄區內有使用毒品之孕婦及其暴露毒品之新生兒(含胎兒)，應於知悉日14日內主動提供其等治療及居留之場所。
- (3) 荷蘭婦女如懷孕達24週以上，法院即可發出強制治療之「產前監督強制令」，亦有可能針對毒品成癮之孕婦進行強制住院精神治療。
- (4) 德國對於懷孕或甫生產完之女性受刑犯，應考量其狀況提供特殊照護，包括懷孕期間之醫療護理檢查、分娩期間之醫療與助產，以及後續幼兒養育等項。
- (5) 美國聯邦監獄局轄下返居管理單位針對女性受刑人有「母嬰同住計畫」(Mothers and Infants Nurturing Together Program)，明定女性受刑人於懷孕期間最後2個月且其剩餘刑期小於5年時，可轉移至該專案設置之場所服刑待產。另「居住型育兒女性藥癮者處遇計畫」(Residential Parenting Program)，對象包含監獄的所有女性受刑人均可參與，由華盛頓州政府矯正單位負責，參加者均可在安全管理最低程度之女性矯正中心居留至生產後達30個月。

(三) 本院諮詢專家學者時，其等提出解決對策：「法務部應讓檢察官認真評估及對待施用毒品女性，並設計戒

---

<sup>11</sup> 另據蔡田木等(2014)研究指出，澳洲政府針對懷胎或正在撫養嬰孩的女性藥物濫用者，實施「解毒與居住型治療計畫」(Detoxification and Residential Treatment Program)，以提供女性藥物濫用者與其孩童醫療性的解毒與短期的復健治療，通過評估的懷孕或弱勢女性藥物濫用者，將被安置於居住型的女性藥物濫用者治療機構，處遇重點包含個案管理、家族治療、個別諮商、照顧孩童技術課程、認知行為療法以及門診型心理動態團體輔導。

癮計畫」、「警察、檢察官及矯正單位一接觸到毒癮孕婦時，即應媒合社會資源，確立對口單位，通報公衛護理師」、「建議設置中途之家，同時給予這些毒癮婦女強制力，並介接相關醫衛及社福資源」。

法務部蔡清祥部長於本院詢問時並已允諾：「我們非常認同本部可以協助這些懷孕毒癮婦女，如果在現行法令下可以解決，本部將努力解決；如果法令依據不足，則將找其他法律途徑，另外場所問題，仍需要跟衛福部協商解決，本部會努力。」衛福部亦表示略以：「目前我們有中途之家，但很辛苦，我們認同給予這些懷孕的毒癮婦女一些強制力，將加強與社會溝通。」是以，法務部允應會同衛福部參酌先進國家之作法，積極研議建置適當之安置場所或專為是類個案擬訂具體服務計畫方案，提供懷孕毒癮婦女接受戒癮治療及親職教育、社會福利等資源，並建立明確的轉銜安置流程；倘若嗣後擬具執行之檢討改進作法仍不足以有效保護母體及其胎兒，法務部允宜透過修法以強制力介入處遇措施，俾使懷孕之毒癮婦女及其胎兒/新生兒於適切的环境中獲得支持與協助。

(四) 綜上，法務部因應本院之調查，針對懷孕之女性施用毒品犯經停止執行或被拒絕入監所之後續處遇及追蹤輔導等機制，雖於108年7月8日會同衛福部召開研商會議，研擬相關改善措施，並決議：後續將有安置需求之被告轉由司法保護中心視個案需求轉介至各地方毒防中心，同時由司法警察定期查察。

惟各地方檢察署檢察官僅透過一次詢問之方式，如何確切掌握及評估是類個案之實際需求與所處困境，且在欠缺強制力之下，司法保護中心及各地方毒防中心能否落實轉介相關醫衛、社政單位並使其接受相關戒癮治療與輔導協助，不無疑慮；又，司

法警察僅經由歷次定期查察之短暫時間，如何即能掌握行蹤、並察覺及防止懷孕之毒癮婦女持續施用毒品，亦有疑慮，遑論依據個案需求繼而轉介相關資源；凸顯前述改進作法未能從毒癮媽媽之切身需求與脆弱處境著眼，相關轉介及查察作為終將流於形式，亟待法務部會同衛福部針對懷孕之女性施用毒品犯，積極研議建置適當場所或具體服務方案，並建立明確的轉銜安置流程；倘若嗣後擬具執行之檢討改進作法仍無法有效保護母體及其胎兒，法務部允宜透過修法以強制力介入處遇措施，俾使懷孕之毒癮婦女及其胎兒能於適切的环境中獲得保護與協助。

三、衛福部現有之各項戒癮治療補助措施及相關服務計畫方案(包含「新世代反毒策略行動綱領」)，惟相關服務資源係各自分散於不同計畫方案與部門之下，並將懷孕之毒癮婦女及其胎兒/新生兒視為一般性個案，而未能從其特殊境況與遭遇著眼，據以擬訂並提供切合其需求之整合性支持服務方案，以提高是類個案戒癮之意願並接受醫療社福資源之協助，繼而使其胎兒/新生兒受到良好照護；加以該部既有的服務體系，無法有效發掘及掌握懷孕之毒癮婦女及其胎兒/新生兒，相關統計資料亦付之闕如，致難以評估各項服務措施有無落實到位，遑論是類對象有否獲得適切之支持與協助，顯見該部輕忽毒品對於母親及其胎兒/新生兒所造成之嚴重危害，洵應積極檢討改進，以確實保障毒癮媽媽及其孩童權利與福祉，落實聯合國「兒童權利公約」。

(一)如前所述，聯合國「兒童權利公約」及我國「兒童及少年福利與權益保障法」相關規定已明確揭示，



政府應積極採取一切適當之措施，完善孕婦產前及產後健康照顧工作、排除母親施用毒品行為，以保護母體及兒童不受毒品之危害。

- (二) 依據專家學者於本院諮詢時表示：女性毒癮者人數逐年成長，男女性別比從過去之8:1，縮短為4:1，且女性毒癮者集中於20至30歲之間，同時再犯率高達9成。再據衛福部「藥物濫用案件暨檢驗統計資料(107年報分析)」顯示，107年各機關(構)通報濫用毒品個案，男性共計30,205人次，女性為6,541人次，男女性別比為4.6:1<sup>12</sup>；又，女性濫用毒品個案以「30-39歲」者為主要用藥之年齡層(占38.1%)，首次用藥以「20-29歲」者為最多(占46.6%)，其次為「30-39歲」者(占24.6%)，此年齡層為女性的育齡階段，國內學者呂淑妤(2008)即指出<sup>13</sup>：「懷孕藥癮者衍生的多重需要牽涉包括醫療、社會和法律層面的問題，往往需付出極大社會成本。對於下一代子女的健康危害與特殊教育需求，更是不容忽視，而因其牽涉的層面甚廣。」

因此，女性毒癮者衍生問題漸趨嚴重，如愛滋病毒感染、懷孕生產的健康風險及孕期藥物暴露對下一代所造成之負面影響等，亟待政府加以重視並積極協助毒癮孕婦之治療與新生兒出生後的照護。

- (三) 從相關研究及本院諮詢專家學者之意見顯示，懷孕之毒癮婦女及其新生兒(含胎兒)若能接受適當之治療處遇、醫療照護及支持服務，將可提高產檢率及明顯減少不良之生育結果與健康問題：

#### 1、國衛院之「比較臺灣婦女海洛因暴露與美沙冬治

<sup>12</sup> 102年至107年各機關(構)通報濫用毒品個案之男女性別比從102年之4.6:1，逐年縮短至105年之3.9:1，之後又逐漸拉大至107年之4.6:1。

<sup>13</sup> 呂淑妤(2008)。女性與藥物濫用。刑事政策與犯罪研究論文集〈11〉，頁189-209。

療之不良生育結果與分娩住院情形」<sup>14</sup>研究發現，臺灣推行美沙冬計畫5年時間內，女性海洛因暴露者與美沙冬治療者，其不良生育結果與分娩住院情形之整體風險為相似，該研究據此呼籲應重視美沙冬治療計畫與醫療社福服務的整合，在婦女族群中，生育健康服務與諮詢服務可協助仍使用藥物或具有高危險生活型態的女性降低高風險懷孕的可能，而完善的產前與產後的照護服務有助於接受美沙冬治療的女性減少不良生育結果。

2、國衛院之「美沙冬治療母親嬰孩之健康保險涵蓋與健康照護的利用率」<sup>15</sup>研究結果顯示，即使全民健保以全民為納保對象，惟嬰孩出生時，若母親正參與美沙冬治療，則嬰孩出生後第1年有極大的風險為健保中斷或完全未有健保；若嬰孩出生前，母親已開始美沙冬治療(母親當時極可能仍吸食海洛因)，則嬰孩的預防保健利用率較低；而母親接受美沙冬治療後出生的嬰孩，則有較高的門診與急診利用率，顯示育齡婦女確實應戒毒<sup>16</sup>或減少毒癮危害，以確保母親與嬰孩獲得全面性且連續性之醫療保健與社會服務。

3、國衛院之「臺灣鴉片類藥物成癮父母之子女過高死亡率」研究結果<sup>17</sup>，凸顯物質使用者家庭健康

---

<sup>14</sup> Chen, Chuan-Yu & Lien, Yi-Ting & Yeh, Hsueh-Han & Su, Lien-Wen & Ho, Ing. (2014). Comparison of adverse obstetric outcomes and maternity hospitalization among heroin-exposed and methadone-treated women in Taiwan. *International Journal of Drug Policy*. 26.

<sup>15</sup> Fang, Shao-You & Huang, Nicole & Lin, Ting & Ho, Ing & Chen, Chuan-Yu. (2015). Health insurance coverage and healthcare utilization among infants of mothers in the national methadone maintenance treatment program in Taiwan. *Drug and Alcohol Dependence*. 153. 10.1016/j.drugalcdep.2015.05.044.

<sup>16</sup> 美沙冬治療為控制鴉片成癮傷害已知有效的方法之一，許多長期的海洛因吸食者，皆能透過美沙冬達到減低海洛因使用相關傷害甚至成功戒除海洛因。

<sup>17</sup> Fang, Shao-You & Huang, Nicole & Tsay, Jen-Huoy & Chang, Su-Hui & Chen, Chuan-Yu. (2017). Excess mortality in children born to opioid-addicted parents: A national register study in Taiwan. *Drug and Alcohol Dependence*. 183. 10.1016/j.drugalcdep.2017.10.015.

照護與社會服務需求評估及介入的重要性，藥癮治療及減害方案需以家庭為單位，特別是家庭內有年幼兒童。此外，女性海洛因使用者較可能有非法使用毒品的男性伴侶，故所承受的社會歧視與得到健康照護的障礙(特別是在懷孕期間)亦不同於男性，導致治療需求更為複雜，因此，可考慮發展以社交網絡為基礎，傳遞衛生教育及醫療訊息，並將美沙冬治療整合產前/產後醫療，以及適當評估兒童在此類高風險家庭中健康發展所需的醫療及福利需求，以降低其子女的罹病率、傷害與死亡率。

- 4、國衛院最新之「美沙冬治療孕婦產檢利用及預測因子」<sup>18</sup>研究基於臺灣鴉片類藥物使用疾患 (opioid use disorder, OUD) 之女性人數不斷增加之背景下，以回溯性世代研究法，探討是類孕婦產前檢查的使用率與早期接受產前服務相關的治療特徵。該研究初步分析顯示，使用海洛因的孕婦產檢利用頻率僅5.3次，遠低於社經地位偏低、未使用毒品孕婦之8.3次，且其中多達1/5根本從未使用產檢，此讓母子皆處於風險之中。此外，懷孕初期的前3個月有利用產檢比例，成癮孕婦僅21%，仍低於社經地位偏低孕婦之46%。研究結果亦顯示，海洛因成癮患者若在產前加入美沙冬替代療法，往後的產檢利用率將能提高8%，約可增加近1次產檢頻率；若藥癮配偶能一同加入治療，產檢利用率則可進一步提升到18%(1.1次)；另人類免疫缺陷病毒(HIV)感染與生產經驗

---

<sup>18</sup> Chen, CY; Wang, IA; Fang, SY; Huang, N; Tsay, JH; Chang, SH. Inadequate prenatal care utilization among women with and without methadone-treated opioid use disorders in Taiwan. *International Journal of Drug Policy*. 2019 May;67:1-8.

，會顯著減少產檢利用次數及妊娠初期使用產檢的機會。該研究中並指出：美國先前以市中心孕婦作為研究對象的產前照護利用率研究報告指出，頻繁物質使用者的產前照護利用率偏低，而鴉片類藥物依賴的孕婦為無或甚少接受產前照護的現象更為普遍。值得注意的是在物質使用的婦女中，觀察到的產前服務利用率不足，可能不僅投射物質使用的後果(例如，失業)，也反映了前因或誘發因素(例如，低教育程度或缺乏家庭支持)<sup>19</sup>。從前述研究結果顯示，強化藥癮治療方案連結婦產科照護的重要性，該研究並建議，日後在計畫臨床藥癮治療與執行時，應將育齡婦女、準媽媽與有幼童媽媽的醫療及社福需求，列入評估參數，同時發展並規劃藥癮者友善就醫環境、提高並提早產前照護的利用，推動高風險妊娠產前與產後家庭訪視等相關措施，均為未來在避免藥物濫用對於社會及跨世代造成傷害時，可納入考量的積極作為。

(四)查目前衛福部對於懷孕婦女毒癮提供相關戒治補助措施及服務計畫，其補助及服務內容概述如下：

**1、鴉片類藥癮者之替代治療補助方案：**

(1) 衛福部心口司為使藥癮者接受治療，指定藥癮戒治機構共計169家，以門診、急診、住院等形式，提供藥物治療、心理治療、家庭治療及追蹤轉介等成癮醫療服務；該部並指定替代治療執行機構181家，其中有54家提供美沙冬替代治療跨區給藥服務，以增進使用之便利性。

(2) 該部心口司並自98年起辦理鴉片類藥癮者替

---

<sup>19</sup> 資料來源：國家衛生研究院第792期電子報，網址：<http://enews.nhri.org.tw/?cat=77>。

代治療補助方案，並於108年5月8日起針對替代治療以外之藥癮治療進行補助，相關補助計畫、補助項目及金額如下：

- 〈1〉「愛滋防治替代治療補助計畫」：全額補助愛滋藥癮者美沙冬替代治療相關之醫療費用。
- 〈2〉「非愛滋藥癮者替代治療補助方案」：部分補助非愛滋藥癮者替代治療費用，補助項目及金額如下表：

處置項目	單次補助額度上限
初診醫療費	2,600元/次
給藥服務費	25元/次
尿液嗎啡檢測	300元/次
丁基原啡因藥品	40元/人日
美沙冬藥品	全額補助

- 〈3〉藥癮治療費用補助方案：部分補助各項藥癮治療費用(其中替代治療個案，不重複補助初診醫療費及尿液檢測)，每位藥癮者全年累計補助3萬5,000元(18歲以上)或4萬元(未滿18歲)，詳見下表：

處置項目	單次補助額度上限
門診診察	338元/次
生理心理功能檢查	18歲以上：344元/次 未滿18歲：387元/次
藥癮診斷性會談	18歲以上：1,237元/次 未滿18歲：1,444元/次
藥癮社會生活功能評估	413元/次
藥癮心理衡鑑	1,650元/次
藥癮職能評鑑	824元/次
藥癮支持性會談	116元/次
藥癮個別心理治療	18歲以上：1,444元/次 未滿18歲：1,752元/次
藥癮團體心理治療	420元/次/人
藥癮家族治療	1,200元/次

處置項目	單次補助額度上限
藥癮職能治療	390元/次
尿液毒物檢驗	300元/次
精神科特別護理費	129元/日
精神科住院病人特別處理費	1,547元/日
藥癮個案管理服務費	150元/次
藥癮治療外展服務費用	500元/次
會診費	409元/次

## 2、高風險孕產婦健康管理試辦計畫：

- (1) 衛福部國健署考量縣市嬰兒死亡率及因應偏鄉高風險孕產婦之健康照護需要，於106年起逐步補助嬰兒死亡率、未成年少女懷孕率等較高之縣市衛生局結合轄內接生院所辦理「高風險孕產婦健康管理試辦計畫」，針對高風險之孕產婦(具有健康風險因子<sup>20</sup>、社會經濟危險因子<sup>21</sup>或未定期產檢之孕婦，並自107年起新增納入藥物濫用及有心理衛生需求之孕婦)，經個案同意後提供健康促進需求評估，並透過電話追蹤及視個案需求執行到宅訪視，提供孕期至產後6週之衛教、關懷追蹤等服務，如發現需要醫療或社政單位介入，將進行轉介；產後關懷則包括：提供產婦(如哺乳)及對新生兒照護的衛教諮詢(如新生兒黃疸、排便、聽力篩檢、事故傷害防制、親子共讀等)。
- (2) 前揭試辦計畫於106年補助4縣市，共計386萬8,525元；107年補助6縣，共計689萬7,200元；108年則補助9縣市，共計1,474萬608元。106年及107年收案情形如下表：

<sup>20</sup> 如吸菸、酗酒、嚼檳榔、生育多胞胎、生產過早產兒、妊娠高血壓、妊娠糖尿病等情。

<sup>21</sup> 如未滿20歲、低收入戶、中低收入戶、教育程度高中職肄業或以下。

年度別	縣市	收案數(人)	收案率(%) (收案人數/目標收案數)
106	新北市	376	75.2
	花蓮縣	336	100
	嘉義縣	100	100
	臺東縣	168	93.9
	總計	980	87.9
107	宜蘭縣	140	88
	花蓮縣	264	100
	臺東縣	125	74
	南投縣	335	68
	嘉義縣	207	104
	屏東縣	141	101
	總計	1,212	85

### 3、成人藥癮者提供家庭支持服務方案：

- (1) 衛福部心口司針對毒品戒治之成人藥癮者，提供家庭支持服務方案，服務措施包括推動藥(毒)癮者入監銜接服務，發展家庭轉銜預備服務方案；連結就業、司法、醫療、心理、經濟、福利服務等多元領域資源，解決家庭問題，促進藥(毒)癮者復歸社會。
- (2) 家庭支持服務策略係「建立以家庭為中心之家庭支持服務，促進藥癮者重返家庭」，行動方案包括：推動藥(毒)癮者入監銜接服務，發展家庭轉銜預備服務方案；聯結就業、司法、醫療、心理、經濟、福利服務等多元領域資源，解決家庭問題，促進藥(毒)癮者復歸社會；推動藥(毒)癮個案家屬自助團體；辦理家庭維繫及支持性服務活動，推動修復式家庭干預方案先導計畫，修復藥癮者與家庭之關係；提升社工專業知能，促進家屬參與。

### 4、女性藥癮者中途之家：

衛福部自106年起以公益彩券回饋金辦理「民間機構(團體)辦理藥、酒癮者復歸社會服務之效能提升計畫」,106年承辦中途之家計有4家,107年計有9家,107年度安置人數約200人。其中2家中途之家專門提供女性藥癮者收容(即財團法人基督教台中更生團契及社團法人台灣鳳凰婦女關懷協會),分別提供22床及15床之安置容額,並提供藥癮個案心理社會復健服務。

#### 5、新世代反毒策略行動綱領：

新世代反毒策略行動綱領每年約編列25億經費,並由行政院統籌各部會辦理防毒、拒毒、緝毒、戒毒及整體防治規劃工作。其中衛福部(心口司、保護服務司、社會救助及社工司)主責之戒毒策略,於106年至109年預算編列、經費支用項目及經費來源如下表：

業務項目	預算來源	106年 預算 (千元)	107年 預算 (千元)	108年 預算 (千元)	109年 概算 (千元)
補助地方毒防中心 發展整合性藥癮醫療 示範中心(含成癮 資訊系統開發及 維運)	公務預算	0	883,544	1,006,315	843,425
藥癮人才培訓及發 展(含相關調查)					
增設治療性社區及 擴大補助中途之家					
強化替代治療便利 性方案					
戒治模式發展及 試辦					
兒少拒毒預防個案 輔導及家長親職教 育計畫	106-107年 ：公益彩券 回饋金	40,011	39,632	105,240	101,235



業務項目	預算來源	106年 預算 (千元)	107年 預算 (千元)	108年 預算 (千元)	109年 概算 (千元)
藥癮者家庭支持服務及資源培力計畫	108年起： 毒防基金				
合計		59,079	923,176	1,111,555	944,660

資料來源：衛福部。

(五)再查，目前衛福部對懷孕之毒癮婦女及其新生兒，所建立之主動發掘掌握機制如下：

- 1、該部國健署印製發放之「孕婦健康手冊」，其中「孕婦產前健康照護衛教指導紀錄表」列有健康行為之評估，題目為「目前是否使用毒品或有藥物濫用情形」，若勾選為「偶爾」或「經常使用，甚至每天使用」者，由婦產科門診進行衛教指導，並經醫師專業判斷，視個案需要，協助轉介至「毒防中心工作暨衛生福利部補助辦理藥癮者處遇計畫」服務體系接受服務。
- 2、該部國健署於現行出生通報表單中，列有「產婦生產前後及新生兒在醫學上初步所見之特殊情形」項目，供接生者依產婦生產當下之狀況，填註產婦是否有「藥癮」，如接生人評估後若有需要，可將產婦生產相關健康狀況註記於此欄位。

(六)綜上可知，衛福部對於毒癮者之治療及需求，提供相關戒治補助及服務計畫方案，該部並稱前揭各項補助及方案之對象均涵蓋懷孕之毒癮媽媽，且該部亦將懷孕之毒癮媽媽納入「高風險孕產婦健康管理試辦計畫」。惟查：

- 1、國際減害發展計畫(International Harm Reduction Development Program)報告<sup>22</sup>指出，為增加女性藥

<sup>22</sup> Pinkham S, Malinowska-Sempruch K(2008). Women, Harm Reduction, and HIV. New York: International Harm Reduction Development Program of the Open Society Institute. 轉引自呂淑好(2008)。女性與藥物濫用。刑事政策與犯罪研究論文集，11，189-209。

癮者使用健康服務，針對其需求提出處遇建議，以；包括：(1)用鼓勵性而非懲罰性的政策；(2)增加醫療服務的便利性，將性和生育的健康服務納入減害計畫；(3)對於有小孩的女性注射毒癮者，提供更有彈性的服務；(4)毒物依賴治療或減害計畫，應和婦女庇護機構、暴力防治連結。

該報告並指出，在其他研究中發現，吸毒女性受刑人認為，除戒毒方案之外，女性受刑人更希望在出獄後，能獲得有關找尋住居所、心理諮詢服務、教育、職業訓練、健康照護、家庭支持及母職訓練等協助與服務，以及同儕成長團體之支持。且據本院諮詢之專家學者亦表示：毒癮婦女若能與衛生保健系統有完整的連結，毒寶寶將有極大機會得以康復等語。且專家學者並以香港戒毒成效為例，民間團體路德會推動「生命孕記計畫-吸毒家長全人親職輔導、教育及支援計畫」<sup>23</sup>，該計畫係聯合各方資源對毒癮媽媽提供從懷孕到嬰兒出生的一站式服務；另一團體戒毒會則推行「關懷媽媽育兒計畫」<sup>24</sup>，以陪月園之方式，陪伴美沙冬媽媽坐月子並提供彈性服務，其作法值

---

<sup>23</sup> 該計畫自2010年起開始推行，計畫背景來自於第一線社工接觸大量懷孕及育有嬰幼兒的女性個案，這些個案面臨意外懷孕、單親撫養、伴侶同為吸毒者，使的嬰幼兒成長環境不理想，同時缺乏支援及被邊緣化。根據研究，懷孕女性基於嬰兒健康及親職意義的原因，會產生更大的戒毒動機。而在照顧新生兒的過程中，婦女因缺乏照顧知識及技巧，使得壓力過大及受負面情緒困擾情形嚴重，皆將成為其復吸成因之一。該計畫提供醫院社工協作模式為：當懷孕婦女到醫院接受產檢時，有吸毒情況的準媽媽會被轉介到兒童身心全面發展服務(Comprehensive Child Development Service, CCDS)，由婦產科助產士提供心理評估及輔導，視需要轉介精神科團隊或醫務社工，當追蹤至嬰兒出生後，提供6~8週的產後護理，並視需要，召開兒童及家庭福利會議，再透過母嬰健康院(Maternal and Child Health Centre, MCHC)，由兒科醫師評估兒童狀況，並聯合社工持續追蹤。在過程間，社工及陪月員進行定期家訪、陪診服務，並提供產前、後的指導、支援及陪同相關檢查。

<sup>24</sup> 該計畫自2009年推行至2012年，目的為提升美沙冬藥癮產婦照顧新生兒之技巧及建立關係，並招募成功戒毒的婦女擔任陪月員，該計畫於2009年到2012年，為33位美沙冬服藥產婦及其新生兒提供682次共2,526小時訓練，其中25位產婦停止吸毒或穩定服用美沙冬，4位成功戒毒。

得借鏡。

本院諮詢之專家學者亦表示：國家必須投入資源，並整合跨機構聯繫機制，包含醫療、社福及教育，應全面性連結；對毒癮婦女來講，寶寶是很好戒癮的動機，通常毒癮婦女尋求戒癮治療的原因是因為寶寶等語。顯見政府對於懷孕之毒癮媽媽，應有特殊對待服務方案，方能有效提升其戒癮動機，進而保護其胎兒/新生兒，而非將其視為一般性毒癮個案。

- 2、女性藥癮者往往同時處於社會弱勢與醫療高風險下的雙重困境，惟目前衛福部各項服務資源係分散於不同計畫方案及部門之下，且各項服務之提供模式係將懷孕之毒癮媽媽視為一般性毒癮個案，未能從其特殊境況遭遇並考量毒品對其胎兒/新生兒造成之嚴重危害，據以提供切合其需求之整合性支持服務計畫或特殊對待方案，即使政府面對當前毒品氾濫之現況與困境，為有效推動毒品防制，於107年設立之「毒品防制基金」及預計於106年至109年投入共計新臺幣100億元之「新世代反毒策略行動綱領」，亦皆未涵蓋有關懷孕女性毒癮者之治療及胎兒/新生兒之照護等相關議題與需求。

加以女性毒癮者為躲避警方查緝、擔心入獄，以及社會氛圍的不友善，懷孕時多不願主動求助或透露其吸毒狀況，以致產檢利用率極低，接生醫師亦難以在短暫的接生過程即能發現產婦吸毒狀況，或醫院礙於個人資料保護法而未進行通報，因此，目前從一般的服務輸送體系無論是孕婦產前健康照護衛教指導抑或新生兒出生通報等，均無法有效發掘及確切掌握是類對象。

此外，該部將懷孕之女性毒癮者及其新生兒視為一般性個案，並未針對是類個案使用各項服務措施之實際情形，建立相關統計資料，致難以評估各項協助有無落實到位，遑論是類個案有否獲得適切之服務與協助，並衍生「毒寶寶」存在許多「黑數」之問題，顯見該部忽視毒癮對於懷孕婦女及其胎兒/新生兒所造成之危害。

- 3、專家學者於本院諮詢時亦指出：「目前我國有關成癮母親、人口樣態、毒寶寶數目等數據皆不清楚，政府並未建立系統性資料庫」、「以美沙冬治療為例，仍缺乏心理、社會治療介入，女性接受治療者不太願意露面，因為集體治療多為男性，亦無托育措施，如辦理三、四級毒品講習委外減害方案，男、女性雖分開，但卻無托育服務，地方政府亦不願編列相關預算」、「無論是法務部主責之『毒品防制基金』，或『新世代反毒策略行動綱領』，皆未處理毒寶寶或懷孕毒癮婦女的相關議題」、「目前我國與兒童權利公約嚴重脫軌，毒癮婦女於孕期階段未能受到友善治療，目前僅新北市有免費藥物濫用支持服務計畫<sup>25</sup>」、「政府應落實監督每一流程，加強網絡合作，增加資源投入，建議提供短期治療住宿方案(Short-Term Residential Therapeutic Program, STRTP)，為期6週至6個月，並提供相關用藥，結束後返回家庭或安置場所，讓服務外展至家庭中，繼續照顧孩子，但目前行政部門只會以現有短期的方案搪塞，

---

<sup>25</sup> 新北市政府鑑於藥物會透過胎盤傳遞給胎兒，亦會影響用藥婦女精神狀態與健康狀況，為保障胎兒權益，爰於107年開辦「新北市婦女藥物濫用醫療支持服務方案」，針對有藥物濫用困擾的女性，提供生育保健、母嬰照護、傳染病防治、戒癮治療、心理治療、中途之家等等醫療及社會福利方面之協助與相關費用補助。

加上社工人力面臨嚴重不足，尤其毒癮問題，屬於高難度、人身安全風險高之議題，須有長期性的專業人員發展訓練」、「政府應將毒癮懷孕婦女區分孕前、孕期、產前、產後等階段提供服務及關懷，不要讓毒寶寶成為正義的孤兒。應建立讓毒癮懷孕婦女可接受戒癮治療的適切作法，以目前海洛因戒癮治療為例，使用美沙冬治療的懷孕婦女必須每日服藥，但醫院未設有專科處理，亦未連結產科或婦科，欠缺整合與連結服務的過程，此為我國與其他先進國家不同之處」各等語，益見衛福部對於懷孕之女性毒癮者，不僅未能著眼其特殊需求與處境，亦欠缺連續且整合性之支持服務方案，更未建立讓毒癮懷孕婦女可接受戒癮治療及輔導協助的適切作法。

4、此外，衛福部國健署為發掘有藥物濫用問題之懷孕婦女，雖已自107年將是類個案納入「高風險孕產婦健康管理試辦計畫」進行關懷追蹤並轉介相關服務，惟108年僅9縣市參與前述試辦計畫，且迄無該類個案參與該計畫接受服務。又，目前該部補助4家民間團體承辦中途之家，其中2家係專門提供女性毒癮者之收容安置，惟亦無懷孕之女性毒癮個案。至於出生通報部分，從專家學者於本院諮詢時所指出之下列各項問題，亦凸顯成效不彰：

- (1) 目前國內孕婦1成由家人接生，9成在醫療院所出生，包含醫院、接生婆、診所等，並會連接新生兒通報制度，該出生通報單有4聯，係提供出生兒之家屬、民政局轉戶政事務所、醫療院所、當地衛生局留存，卻無社政單位，因此，社政單位對於此類高風險新生兒個案，毫無所悉。且醫院通報書僅列有第11點產婦及新生

兒特殊情形之描述，其中通常不會提及毒癮情形，係由書記依據病歷內容撰寫該出生通報書。又，目前疾病代碼雖列有藥物濫用，惟孕產婦可能未接受產檢，加上醫師於接生時不會發現其有藥癮經歷，致無法發掘毒寶寶。縱使通報書寫明產婦有藥癮情況，亦因個人資料保護法第6條規定而不會向社政單位進行通報。

- (2) 目前愛滋寶寶會通報社會局，並經醫院確診有無疾病需求，但毒品寶寶則無通報機制。
- (3) 由於社會氛圍對於毒癮的不友善，恐使毒癮懷孕婦女不敢出來就診，更可怕的是，直到生產那一刻才就診。

(七) 誠如本院諮詢之專家學者指出：「在毒癮婦女懷孕的過程中應有公共衛生、醫療、社會福利資源的介入協助，包含妊娠期間的健康問題及家庭支持，惟以現行服務輸送模式有其難度，一旦毒癮婦女生產後極可能消失而難以掌握，因此，毒癮婦女懷孕時，係政府介入處遇的最佳時機，並保持聯繫以建立服務關係的基礎，從中提供相關衛生教育及家庭教育觀念。」

衛福部於本院詢問時亦坦言：過去毒防中心的服務系統並無懷孕變項，未來將納入變項；目前政府不是沒有資源，而是斷斷續續，欠缺整合等語。是以，衛福部允應針對現有之服務輸送體系無法觸及毒癮媽媽及其胎兒/新生兒，以及目前戒癮治療補助措施及服務計畫方案各自分散且未能切合是類個案之實際需求等問題，積極檢討改進，以確實保障毒癮媽媽及兒童權利與福祉。

(八) 綜上，衛福部現有之各項戒癮治療補助措施及相關服務計畫方案(包含「新世代反毒策略行動綱領」)

，雖未排除懷孕之毒癮婦女及其胎兒/新生兒為服務對象，惟相關服務資源係各自分散於不同計畫方案與部門之下，並將前述對象視為一般性個案，而未能從其特殊境況與遭遇著眼，據以擬訂並提供切合其需求之整合性支持服務方案，以提高是類個案戒癮之意願並接受醫療社福資源之協助，繼而使其胎兒/新生兒受到良好照護；加以該部既有的服務體系，無法有效發掘及掌握懷孕之毒癮婦女及其胎兒/新生兒，相關統計資料亦付之闕如，致難以評估各項服務措施有無落實到位，遑論是類對象有否獲得適切之支持與協助，顯見該部輕忽毒品對於母親及其胎兒/新生兒所造成之嚴重危害，洵應積極檢討改進，以確實保障毒癮媽媽及兒童權利與福祉，落實聯合國「兒童權利公約」。

參、處理辦法：

- 一、調查意見一及二，函請法務部會同衛生福利部確實檢討改進見復。
- 二、調查意見三，函請衛生福利部確實檢討改進見復。
- 三、調查意見，移請本院人權保障委員會參處。

調查委員：田秋堃、王幼玲、林雅

鋒