

# 調 查 報 告

壹、案由：據審計部 106 年度中央政府總決算審核報告，國內附命完成戒癮治療緩起訴處分毒品查獲施用案件已大幅成長，惟部分地方檢察機關僅指派少數醫療機構辦理，肇致醫院負荷過重，影響戒治品質案。

貳、調查意見：

據審計部106年度中央政府總決算審核報告，國內附命完成戒癮治療緩起訴處分毒品查獲施用案件已大幅成長，惟部分地方檢察機關僅指派少數醫療機構辦理，肇致醫院負荷過重，嚴重影響戒治品質等情，經本院內政及族群委員會第5屆第51次會議決議推派調查。為釐清本案全貌，經分向司法院、法務部、衛生福利部（下稱衛福部）、臺灣高雄地方檢察署（下稱高雄地檢署）調閱相關卷證資料；另於民國（下同）108年3月27日邀請臺灣士林地方檢察署（下稱士林地檢署）主任觀護人張裕煌、臺灣大學社會工作學系吳慧菁教授、高雄市立凱旋醫院林耿樟心理師到院辦理專家諮詢；108年5月3日邀請臺北市政府昆明防治中心束連文副主任、陳亮好醫師，新北市政府衛生局心理衛生科杜仲傑科長、林郁青股長、王俊元督導，桃園市政府衛生局蘇柏文副局長、洪健翔技正、游宜雪個案管理師督導、臺灣臺北地方檢察署（下稱臺北地檢署）檢察官林達與會辦理座談；108年6月12日指派本案協查人員參加法務部、衛福部及中國信託反毒教育基金會聯合舉辦之「毒品法庭暨多元處遇之實務研析—國際研討會」；108年8月28日至衛福部桃園療養院實地履勘及座談；嗣於108年11月28日約請衛福部蘇麗瓊次長、譚立中司長、法務部陳明堂次長、張斗輝次長、檢察司王俊力司長、保護司林嘉慧副司長、司法院李明

鴻調辦事法官等率相關業務主管人員到院說明，全案業經調查竣事，茲臚陳調查意見如下：

一、單純施用毒品個案之司法處遇，國際公約普遍認為「治療可以替代處罰」。我國近年亦將其視為「病患型犯人」，採取「附命完成戒癮治療緩起訴處分」之司法轉向處遇，用以解決監獄過於擁擠及「司法旋轉門」效應。自106年起，行政院更揭櫫「新世代反毒策略行動綱領」，在該項政策指引下，法務部逐年提升附命戒癮治療緩起訴處分之比率。依該部統計資料顯示，106年各地檢署為該項處分達15%，迄109年更提高至20%。惟檢方推動該項政策之結果，除發生本院前調查新北地檢署侵犯檢察官裁量權限之爭議外，相較於105年全國施用一、二級毒品僅3,207人進行戒癮治療，106年衝高至6,787人，暴增2倍有餘，導致指定醫療院所相繼出現各種問題，即令戒癮治療資源相對豐沛之桃園療養院，本院履勘時亦發現該院欠缺足夠場地進行相關戒癮治療課程。法務部與衛福部允宜正視各地檢署與戒癮治療院所面臨問題，除提供必要之協助外，亦應持續精進各地檢署指定戒癮治療機構相關作業，積極充實地方醫療院所戒癮治療量能，以提升緩起訴戒癮治療之實施成果。

(一)聯合國三大反毒公約均強調「治療可以替代處罰」，各國政府可以規定除了進行對於毒品的定罪與處罰外，另對罪犯採取治療、教育、善後護理、康復或回歸社會等措施。在較為輕微的案件中，可運用定罪或懲罰以外替代辦法，採取諸如教育、康復或回歸社會等措施。若罪犯為成癮者，還可採取治療和善後護理等措施<sup>1</sup>：

---

<sup>1</sup> 蔡佩真主編，〈物質濫用社會工作實務手冊〉，巨流出版，106年9月，頁18。

- 1、麻醉品單一公約第36條第1款(b)：「雖有前款規定，於麻醉品的濫用者犯有上開罪行時，締約國仍可自訂規定，使其依第38條第1項的規定獲得治療、教育、善後護理、復建並重新與社會融為一體，此可作為判罪或科處刑罰的替代措施，亦可作為判罪或科處刑罰的附加措施。」
- 2、精神藥物公約第20條第1款：「締約國應採取一切可行措施，以防止精神藥物濫用，並對關係人早作鑑別、治療、教育、善後護理、復健並使之重新與社會融為一體。各締約國並應協力達此目的。」
- 3、聯合國禁止非法販運麻醉藥品和精神藥物公約第3條第4款：「(a)各締約國應使按本條第1款確定的犯罪受到充分顧及這些罪行的嚴重性質的制裁，諸如監禁或以其他形式剝奪自由，罰款和沒收。(b)締約國還可規定除進行定罪或懲罰外，對犯有按本條第1款確定的罪行的罪犯採取治療、教育、善後護理、康復或回歸社會等措施。(c)儘管有以上各項規定，在性質輕微的適當案件中，締約國可規定作為定罪或懲罰的替代辦法，採取諸如教育、康復或回歸社會等措施，如罪犯為嗜毒者，還可採取治療或善後護理等措施。」

(二)源於國際公約精神，我國近年關於毒品刑事政策，採行「治療模式」，將單純施用毒品被告視為「病患型犯人」，透過檢察官為附命完成戒癮治療之緩起訴處分，強制被告接受治療，逐漸回歸正常無毒生活：

1、法務部查復略以：

(1)我國毒品施用者司法處遇政策歷史發展軌跡，

已傾向認定毒品施用者為「病患」之身分，政策方向亦由法務部門主導之道德模式，逐漸往衛生福利部主政之疾病模式移動。「治療模式」最大之特徵為「視成癮為疾病」，而毒品施用者司法處遇之目的，即在於幫助被告戒除施用毒品，即使無法立即斷癮，亦能降低施用強度，延長存活時距。

- (2) 「治療模式」之優點在於迅速有效地祛除毒品施用者生理上之困擾，維持其正常生活。替代療法重視毒品施用者在醫療體系內之留置率，毒品施用者願意繼續在醫療體系內接受治療與復健，維持正常社會功能，逐漸降低施用毒品之頻率與強度，即可視為成功案例。
- (3) 根據國內研究顯示<sup>2</sup>，附命完成戒癮治療之緩起訴處分有預防再犯之功能，毒品施用者接受緩起訴強制參加毒品替代療法後，其犯罪率明顯較參與替代療法之前呈現大幅下降趨勢，對整體犯罪有明顯防治成效。另有研究<sup>3</sup>利用官方統計資料（毒品成癮者總歸戶資料庫），針對出監所之毒品施用者，調查其接受美沙酮替代療法之效果，發現持續接受替代療法，對於預防再犯施用毒品罪、財產犯罪、暴力犯罪，均有較佳之效果。此外，亦有研究指出<sup>4</sup>，毒品施用者接受每次處遇後，會有一定人數不再犯罪，統計發現經過7次毒品施用者司法處遇後，共計累

---

<sup>2</sup> 謝政憲、林芳正、黃澧蘭、陳錦華，〈毒品犯罪之對策探討—以臺南縣「毒品減害替代療法」專案工作為例〉，《警學叢刊第39期》，2009年，頁97-120。

<sup>3</sup> 陳泉錫、李延平、詹中原，〈臺灣地區出監毒癮者接受美沙酮替代療法18個月之再犯率追蹤〉，《臺灣公共衛生雜誌》，第31期，2012年，頁485-497。

<sup>4</sup> 楊冀華，〈毒品施用者司法處遇效能之追蹤研究〉，中央警察大學犯罪防治研究所博士論文，2017年，頁159-162。

積804人未再犯，占全體樣本（1,448人）之55.5%。

- 2、基於國際公約「治療代替處罰」之基本原則，矯正施用毒品者之犯罪性格，不再以犯罪判刑而施以監禁方式處理，司法處遇上，開始正式施用毒品被告之「治療需求」，即透過司法強制力，在醫療專業人士協助下，要求被告接受相關治療，相較於國外以「毒品法庭」模式處理，我國則透過由檢察官主導附命完成戒癮治療緩起訴方式，透過緩起訴機制，促使施用毒品行為人接受相關治療，協助其復歸社會，重獲無毒生活。

(三)吸食毒品會導致腦部功能失調，故近年來漸已認定成癮是慢性疾病，若對毒品成癮者均課以刑罰而拘禁於監獄，因其難以控制自身衝動，出獄後極可能反覆施用毒品，形成「司法旋轉門」(revolving door)現象，造成監所壓力。我國監所新收收容人數約3成與毒品犯罪有關，如於前端採附命完成戒癮治療之緩起訴，應有助於抒解監所擁擠壓力：

- 1、由醫學角度來看成癮的現象，研究結果都支持成癮是慢性疾病結論。成癮事實上是腦部功能失調的疾病，重複使用成癮物質，對腦部神經系統的影響是持續且累加。因為長期受到成癮物質作用，以及個體對於成癮物質作用影響後的適應過程，造成生物體在功能及能力上都發生改變，導致控制功能缺損，因此個人成癮的行為上表現即為對於成癮物質使用的控制能力障礙。且這些改變是長期的，不會自行恢復<sup>5</sup>。本院諮詢專家亦稱：「對用毒者來說，是身不由己。用MRI分析，

---

<sup>5</sup> 蔡佩真主編，〈物質濫用社會工作實務手冊〉，巨流出版，106年9月，頁9。

可以發現毒癮者腦部情況與一般人不同。所以需要靠醫療來協助。」等語。

- 2、因此從醫學角度切入，成癮者不會自行恢復，而欠缺治療的成癮者難以控制自身而反覆施用毒品行為，促使大量毒品犯進入司法體系，是毒品施用者反覆出監獄而造成「司法旋轉門」(revolving door)現象，形成監所壓力。

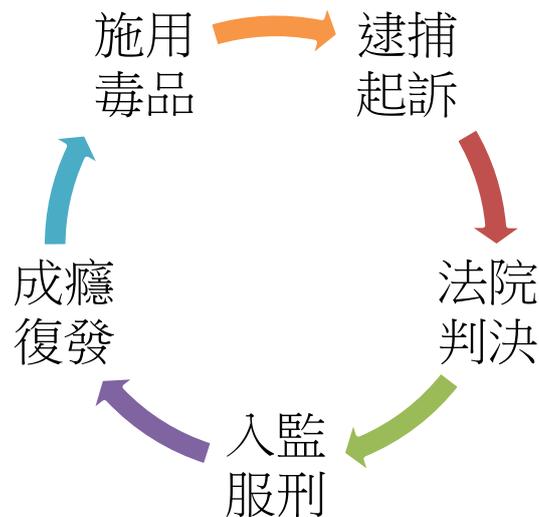


圖1 司法旋轉門示意圖<sup>6</sup>

- 3、根據法務部統計數據<sup>7</sup>，107年監獄新入監受刑人為36,162人，其中涉犯毒品危害防治條例之罪者有11,060人，比率約為31%，103年至107年間，比率均約3成（詳見下表）。107年底在監受刑人共5萬8,059人，其中違反毒品危害防制條例者為2萬8,805人，占49.6%，顯見監所收容人涉犯毒品犯罪者眾多，如於前端由檢察官為附命完成戒癮治療之緩起訴處分，減少進入司法審判執行，應有助於抒解監所擁擠壓力<sup>8</sup>。

<sup>6</sup> 林達，「美國毒品法庭實務－密蘇里州模式」簡報，收錄於「毒品法庭暨多元處遇之實務研析－國際研討會」。

<sup>7</sup> 網址：[https://www.rjtd.moj.gov.tw/RJSDWeb/book/Book\\_File.ashx?chapter\\_id=350\\_8\\_1](https://www.rjtd.moj.gov.tw/RJSDWeb/book/Book_File.ashx?chapter_id=350_8_1)。

<sup>8</sup> 109年1月15日修正毒品危害防制條例第11條，將持有第3、4級毒品5公克以上者即課以刑

表1 監獄新入監受刑人罪名及前科情形

項 目 別	總 計	入 監 罪 名								前科情形	
		公 共 危 險 罪	妨 害 性 自 主 罪	傷 害 罪	竊 盜 罪	詐 欺 罪	毒 防 品 制 危 害 例	槍 管 砲 彈 制 藥 刀 械 例	其 他	無 前 科	有 前 科
103年	34,446	10,172	918	881	4,604	1,652	9,723	922	5,574	8,298	26,148
104年	33,952	10,216	847	889	4,398	1,617	9,803	845	5,337	7,602	26,350
105年	34,586	9,775	695	993	4,164	1,921	11,005	857	5,176	7,400	27,186
106年	36,298	9,753	749	1,080	4,324	2,503	11,797	893	5,199	7,564	28,734
107年	36,162	9,921	711	1,120	4,387	2,892	11,060	887	5,184	7,288	28,874
較上年 增減%	-0.4	1.7	-5.1	3.7	1.5	15.5	-6.2	-0.7	-0.3	-3.6	0.5

說明：毒品危害防制條例含87年5月20日修正施行前之肅清煙毒條例及麻醉藥品管理條例。

資料來源：法務部統計資料

(四)為改革過往施用毒品行為人之司法處遇困境，並改善監獄擁擠問題，於106年起，行政院統籌擘劃我國「新世代反毒策略行動綱領<sup>9</sup>」，依任務需要，指定權責機關辦理，要求法務部逐年提升緩起訴戒癮治療比率，並由衛福部建置整合性藥癮醫療服務中心，配合地方毒品危害防制中心(下稱毒防中心)，期能建立藥癮者以家庭為中心之家庭支持服務：

- 1、毒品防制工作，係由中央相關部會與地方政府共同推動。中央在行政院毒品防制會報下，依「防毒監控組」、「拒毒預防組」、「緝毒合作組」、「毒品戒治組」及「綜合規劃組」等工作分組，按毒品防制專案任務需要，指定權責機關辦理。至於

責，實與施用第一、二級毒品採行緩起訴處分之思維，背道而馳，可能使監獄更加擁擠，可參見王子榮，〈打開潘朵拉盒子的毒品修法〉，網址：<https://tw.appledaily.com/headline/20200103/NW6L5D77HJZYSNER300AFRNHMU/>。惟本調查報告並非也不宜處理持有毒品犯罪是否應入刑罰之政策問題，況且如緩起訴轉向處遇模式運作良善，則持有5公克以上第3、4級毒品，似非不得依刑事訴訟法第253條之1以下規定，由檢察官為緩起訴處分，併予敘明。

<sup>9</sup> 嗣經行政院107年11月21日院臺法字第1070212158號函核定修正。

地方政府反毒工作，則由其所屬之「毒防中心」負責，整合衛政、警政、社政、教育、勞政等相關局處資源，並與各矯正機關及地檢署合作，落實執行各項反毒工作。



圖2 新世代反毒策略組織

- 2、在具體策略與行動方案，分為「防毒策略」、「拒毒策略」、「緝毒策略」、「戒毒策略」，與本案調查意旨有關者為第四之「戒毒策略」(節錄)：
  - (1) 建置整合性藥癮醫療示範中心，發展轉診與分流處遇系統：於北、中、南、東四區補助成立一家整合性藥癮醫療服務中心，辦理：
    - 〈1〉提供並發展整合性具實證基礎之醫療服務。
    - 〈2〉結合在地各類處遇資源，建立彼此轉介、分流及合作機制。
    - 〈3〉輔導在地網絡資源開發多元社會復健服務方案。
  - (2) 替代治療便利性改善方案：
    - 〈1〉推動美沙冬跨區給藥服務暨執行成果評估計畫。
    - 〈2〉補助偏鄉或治療案量低之機構專責人力，維

持治療可近性。

〈3〉 協調地檢署對於鴉片類緩起訴個案，擴大替代治療藥品使用範圍，包括美沙冬及丁基原啡因。

〈4〉 逐步提升附命戒癮治療緩起訴處分之比率：  
年度目標值：從106年提升至15%，107年提升至17%，108年提升至18.5%，於109年提升至20%。

(3) 建立以家庭為中心之家庭支持服務，促進藥癮者重返家庭：

〈1〉 輔導地方政府推動藥（毒）癮者入監銜接服務，發展家庭轉銜預備服務方案。

〈2〉 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。

〈3〉 推動藥（毒）癮個案家屬自助團體。

〈4〉 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。

〈5〉 辦理社工專業知能訓練每年300人次，促進家屬參與家庭支持服務方案。

(五) 根據前述行政院領銜計畫之「戒毒策略」，法務部逐年提升附命完成戒癮治療緩起訴處分比率，106年至15%，107年提升至17%，108年提升至18.5%，於109年提升至20%。因此相較於105年，106年戒癮治療人數呈現倍增趨勢：

表2 104年到108年1至6月間各年度施用第一級毒品戒癮治療統計

年度	起訴及緩起訴處分人數 a	緩起訴處分人數

			附命完成戒 癮治療人數 b	比率 b/a*100%
104年	8,065	503	503	6.2
105年	8,907	634	634	7.1
106年	8,667	1,376	1,376	15.9
107年	8,740	1,499	1,499	17.2
108年 1至6月	4,765	768	768	16.1

人數之計算：同一人犯多案者，以一人計。

資料來源：整理自法務部統計數據。

表3 104年到108年1至6月間各年度施用第二級毒品戒癮治療統計

年度	起訴及緩起 訴處分人數 c	緩起訴處分 人數	附命完成戒 癮治療人數 d	比率 d/c*100%
104年	15,537	1,974	1,974	12.7
105年	19,026	2,573	2,573	13.5
106年	21,281	5,412	5,411	25.4
107年	21,766	5,814	5,814	26.7
108年 1至6月	11,183	2,656	2,656	23.8

人數之計算：同一人犯多案者，以一人計。

資料來源：整理自法務部統計數據。

(六)相較於105年施用一、二級毒品僅3,207人進行戒癮治療，106年則為6,787人，暴增2倍有餘，因此審計部106年度中央政府總決算審核報告，認為戒癮治療未考量醫院量能，允有檢討空間：

- 1、據衛生福利部106年10月18日召開107年度「補助地方政府毒品危害防制中心辦理藥癮者處遇計

畫」共識會議紀錄所列，部分地方政府反映地檢署僅選擇與轄內少數或特定之醫療機構簽約合作辦理（如臺北市第一、二級毒品附命完成戒癮治療之緩起訴處分案件，地檢署分別僅與1家醫療機構簽約辦理；新北市有7、8家醫院願意提供附命完成戒癮治療之緩起訴處分服務，惟地檢署僅與2家醫療機構簽約；桃園市地檢署將多數緩起訴個案指派至桃園療養院），導致特定醫院負荷量過重，影響戒癮治療服務品質。

2、鑑於行政院新世代反毒策略，提出以醫療處遇為主戒治為輔之政策方向，附命戒癮治療緩起訴案件勢必逐步成長，經函請該部盤點各地區藥癮戒治機構可供服務量能，協請權責機關共同研議建立分流機制，以維護戒癮服務品質，同時鼓勵指定藥癮戒治機構，共同提供附命完成戒癮治療之緩起訴處分服務，逐步提升服務量能，以應未來戒治需求。

(七)經本院調查，除臺北市因過往處理經驗豐富，較無問題外，桃園市及新北市均因地檢署指定醫療院所過於集中引發爭議，然此係因各該地檢署考量因素，與縣市政府不同所致。且縱使附命完成戒癮治療緩起訴之戒癮治療機構，其規模等級符合衛福部指定之169家藥癮戒治機構，各地檢署亦未必指定所有藥癮戒治機構為戒癮治療機構：

1、臺北市部分：

(1)該市雖僅指定昆明防治中心為施用第一級毒品，惟根據該中心東連文副主任表示略以：「臺北市毒防中心是任務編組，主任是市長，但幕僚單位是在臺北市立聯合醫院。其中，昆明防治中心是替市政府規劃毒品防治政策等，也肩

負傳染病防治業務，與其他縣市毒防中心不同，比較特別。昆明防治中心隸屬於臺北市立聯合醫院，因此，臺北市毒品危害防治之業務不是由衛生局主導，幕僚及執行單位與其他縣市不同。昆明防治中心多數是醫師，也有個管師、約聘人員，都是編制人員，經費則由衛生局補助。」、「可以認為是毒防中心把任務由衛生局委任予昆明中心，因此公文呈核流程不會只到衛生局，會到首長辦公室。我們工作人力不在衛生局。」、「臺灣之醫療資源分布不一，對於附命完成戒癮治療之緩起訴處分會產生有很大差別。在臺北市，還沒有附命完成戒癮治療之緩起訴處分之前，就已經推動一般藥癮醫療，所以在有附命完成戒癮治療之緩起訴處分後，仍可以循已建立之治療，提供治療。所以在臺北市做附命完成戒癮治療之緩起訴處分，不需要特別找資源。目前臺北市推動方向就是規劃將有能力做藥癮治療的醫療院所，都納進來。」各等語。由此可知，臺北市政府因過往經驗，委由昆明防治中心進行施用第一級毒品之戒癮治療，並無礙難之處。

- (2) 至於第二級毒品之戒癮治療僅指定松德醫院部分，根據臺北地檢署檢察官林達表示略以：「雖然有些醫院有依照衛福部計畫承接藥癮治療，但檢察署未必會全部都選擇合作。目前臺北地檢署都指定給昆明防治中心與松德醫院。地檢署所考量的，以驗尿為例，藥癮治療院所應確保個案尿液沒有任何調包空間，但並非每家衛福部指定之藥癮治療醫院有辦法做到。」、「在臺北地檢署，施用一級毒品個案會指定給昆明

防治中心；施用二級毒品個案會指定給松德醫院。若是太多家醫院給檢察官挑選，反而造成困擾，因為檢察官對個案諭知附命完成戒癮治療之緩起訴處分前，會叫個案去給醫院端評估，這時書記官要先跟指定醫院敲門診時間，有聯繫管道之醫院醫師比較好接洽，所以實務上越簡單越好。」是以臺北地檢署針對施用1、2毒品緩起訴處分案件之運作模式，雖僅各指定1家醫療院所為戒癮治療機構，惟運作上尚無明顯問題。

## 2、桃園市部分：

- (1) 桃園市政府表示，該市附命完成戒癮治療之緩起訴處分之問題在於地檢署針對緩起訴個案幾乎都指派到桃園療養院，導致該院負荷量過大，即使該市已洽談其他醫院，該等醫院亦願意成為附命戒癮治療服務機構，但地檢署仍未將個案分配至其他醫院，且經詢問部分藥癮個案，表示於裁定緩起訴前，地檢署並未針對醫療機構徵詢個案意願，而是直接於處分書上，載明執行機構為桃園療養院。
- (2) 桃園地檢署則回應：桃園地檢署於106年間起辦理戒癮治療起，即依據被告住居所及工作地點之情形，要求被告就近選擇醫療處所辦理戒癮治療，惟因桃園市轄區狀況，南桃園部分未有較鄰近之醫療機構（國軍桃園總醫院位處龍潭區；居善醫院位處大園區），且周孫元診所因規模及醫師數量因素，可接受之個案有限；新國民醫院未有專聘精神科醫師，無法辦理二級毒品戒癮治療之心理輔導課程，因此人口眾多之中壢區、平鎮區及楊梅區個案（尤其二級毒品

戒癮個案) 僅能選擇距離較近之醫院辦理，依照地理狀況，只能選擇桃園療養院辦理。

### 3、新北市部分：

(1) 新北市政府表示，依據補助藥癮處遇計畫，地方政府無法決定加入附命完成戒癮治療之緩起訴處分之醫院，主導權在地檢署，即使醫院有意願，也因未簽約而無法提供服務。

(2) 對此，新北、臺北及士林地檢署分別回應如下：

#### 〈1〉新北地檢署：

《1》該署觀護人室聯絡人現需對口7股檢察官、19股觀護人及多家醫院，且戒癮治療過程必須掌握個案治療及回診情形，以利按月評估個案配合治療情形並能遵從緩起訴命令完成治療，避免個案因自行中斷導致毒癮復發，新北市轄區醫院目前僅合作之3家醫院有設置專管個管師。

《2》該署目前多數毒品附命完成戒癮治療之緩起訴處分個案多為混用一、二級毒品，採「依法囑託醫療機構執行戒癮治療」模式即可共同合作，以符合同時收治一、二級藥癮病患之醫院為合作對象。

《3》同時收治一、二級毒品藥癮病患的3家醫院，分別位於板橋、三重與土城，板橋與三重皆在本轄毒品熱點區，土城則交通便利，都符合病患(被告)就近治療需求。目前該署囑託個案數量皆在該3家醫院可收治容額範圍。

《4》108年度起法務部補助該署3位毒品助理員，尚能補足該署業務聯繫人力，如增加戒癮醫院為政策趨勢，將主動與新北市政

府衛生局討論增加合作醫院數。

〈2〉臺北地檢署：對於轄區內有意願加入附命完成戒癮治療之緩起訴處分之醫院，會評估醫療機構的各項條件(特別是尿液採驗的軟硬體設備、環境)是否能達到該署要求的標準，以避免各醫院因條件、收費差異太大，引發個案比較而產生爭議，損害附命完成戒癮治療之緩起訴處分之良好立意。

〈3〉士林地檢署：該署依衛福部、臺(新)北市政府指定配合執行之藥癮戒治機構辦理附命完成戒癮治療之緩起訴處分，無此類問題。

〈4〉基隆地檢署：

《1》該署並未與轄區內合作辦理附命完成戒癮治療之緩起訴處分之醫療機構辦理簽約。

《2》經詢問新北市毒防中心，獲覆該署之新北市轄區內並無醫療院所可供附命完成戒癮治療之緩起訴處分。鄰近之汐止區國泰醫院因醫護人力不足，亦無法提供戒癮治療。

4、根據衛福部查復，附命完成戒癮治療緩起訴之戒癮治療機構，其規模等級等同於藥癮戒治機構。易言之，衛福部指定藥癮戒治機構均得作為緩起訴戒癮治療之場所，惟實際上，各地檢署仍因地制宜，綜合考量被告意願、醫護人力，以及醫療院所能擔保檢驗過程正確性，始指定藥癮戒治機構為戒癮治療機構：

(1) 附命完成戒癮治療之緩起訴處分機構之認定標準，與衛福部「指定藥癮戒治機構作業要點」第2點所指藥癮戒治醫院之指定條件一致，爰經

該部指定為藥癮戒治醫院或核心醫院之醫療院所，均可認定為可提供附命完成戒癮治療之緩起訴處分之戒癮治療機構，又前開指定藥癮戒治機構名單均隨時更新於該部網站<sup>10</sup>，及函知法務部等相關單位。

- (2) 根據105至107年度衛生福利部指定藥癮戒治機構，共169家，包含23家藥癮戒治核心醫院，109家藥癮戒治醫院，37家藥癮戒治診所。
- (3) 惟各地檢署檢察官於個案中如何指定醫療機構，係考量戒癮治療除門診外，還需安排心理治療之配套，若合作之醫療機構無足夠的資源、人力，指定被告至該醫院，恐無法如期開班開課，對於治療期程會有時間上的壓力。是緩起訴處分戒癮治療業務之執行，各地檢署需就戒癮治療被告總量、行政聯繫、溝通便利性及醫院方之合作意願等因素作為指定醫療醫院之考量（各地檢署辦況詳如下表所示），且承前開林達檢察官所述，尚須醫療院所能擔保檢驗過程正確性，始指定該醫療院所為戒癮治療機構。

表4 各地檢署指定戒癮治療機構考量因素

機關名稱	說明
臺北地檢署	1. 檢察官依據被告意願並參考醫療機構的容納量。 2. 檢察官會徵詢被告意願。 3. 該署會徵詢醫療機構可負荷戒癮治療個案的容納量。
士林地檢署	檢察官對於符合緩起訴毒品戒癮條件之被告，以在地性、及時性及便利性為考量，依據個案現居地，指定藥癮戒治機構。

<sup>10</sup> <https://www.mohw.gov.tw/>該部各單位及所屬機關/心理及口腔健康司/成癮治療/藥癮業務/藥癮戒治/指定藥癮戒治機構名單項下。

	<p>當庭確認其接受附命完成戒癮治療之緩起訴處分之意願，確認同意後書記官製作轉介/回覆單，一聯交由被告持往醫療機構，一聯傳真至醫療機構，待醫院回覆該署確認。</p>
新北地檢署	<p>該署於偵查中若個案符合緩起訴資格者，徵詢個案是否願意參加替代療法，若個案同意，則由個案選定至該署合作醫療院所接受治療評估，醫院會將評估結果回覆該署個案是否適合進入戒癮治療程序，作為檢察官審酌緩起訴處分之依據。</p>
桃園地檢署	<p>因轉介毒品戒癮有過度集中於桃園療養院之情況，基於減輕桃園療養院資源有限問題及顧及戒癮成效，業於106年間起辦理戒癮治療時，依據被告住居所及工作地點之情形，要求被告就近選擇醫療處所辦理戒癮治療，且若醫療機構反映就診人數過多，暫時無法收納個案時，則轉告承辦人暫時停止轉介至該醫療院所（例如：周孫元診所於107年間即透過桃園市政府衛生局毒品防制中心轉告此情形，故該署即暫緩轉介至該機構）。</p>
新竹地檢署	<p>檢察官偵查施用第一、二級毒品之被告，會告知減害計畫以詢問被告意願，若被告有參與意願，即給予評估名單、同意具結書及通報單，依刑事訴訟法第253條之2第1項第6款處以緩起訴前，先命被告至毒品危害防制中心報到後至所指定之醫院瞭解內容並進行評估，依該署轉介戒癮治療醫院原則為下：1. 通報新竹市毒防中心並至指定戒癮治療醫院：A. 戶籍設於新竹市之個案。B. 戶籍設於新竹縣市外之個案，犯罪地點在新竹市者。2. 通報新竹縣毒防中心並至指定戒癮治療醫院：A. 戶籍設於新竹縣之個案。B. 戶籍設於新竹縣市外之個案，犯罪地點在新竹縣者。如醫療院所無法容納個案會事先聯繫該署觀護人室承辦人。</p>
苗栗地檢署	<p>1. 該署檢察官原則會依被告即個案之住所地轉介至距個案住所地交通較便利之醫療機構進行戒癮治療。 2. 該署檢察官轉介進行戒癮治療前，均會徵詢被告意願並記載於訊問筆錄，並請個案簽立參與毒品戒癮治療/替代療法同意書附卷。</p>

	<p>3. 該署觀護人設有專責窗口與各醫療機構承辦人聯繫，業務溝通順暢，因目前轉介個案並不是最多，各醫療機構均足以辦理上開戒癮治療，若超過醫療機構容納量，各醫療機構承辦人均會主動與該署窗口聯繫後，適時調整因應。</p>
臺中地檢署	<p>1. 該署檢察官負責初步審查，設定選案標準(初犯或5年內未再犯)；主要交由專責附命完成戒癮治療之緩起訴處分檢察事務官辦理，並於偵查庭時徵詢被告意願，對有意願接受戒癮治療之被告給予書面通知，提醒其於指定時間至該署觀護人室接受戒癮治療說明會。觀護人於說明會中詳予說明戒癮治療流程與目的，建立正確戒癮觀念，鼓勵自願參加，提高成效，並於說明會當日依被告意願將之轉介醫療院所進行初評，俟醫療院所評估可行後再正式由檢察官給予緩起訴處分。</p> <p>2. 被告參加戒癮治療說明會主要進行以下項目說明：</p> <p>(1)附命完成戒癮治療之緩起訴處分程序。不參加者可簽署放棄戒癮治療同意書。</p> <p>(2)戒癮治療乃自願與自費前往指定醫院接受轉介評估；通過緩起訴處分即可開始接受治療。(提供各醫院門診服藥時間與自費項目金額表)。</p> <p>(3)緩起訴期間應遵守戒癮治療相關規定。</p>
南投地檢署	<p>1. 該署於檢察官開庭之後，確認被告有戒癮治療意願，請其填具通報單，由被告攜至南投縣衛生局毒危中心，由個管員了解其所住區域及配合意願後，轉介至適合醫院做治療。</p> <p>2. 關於醫院容額，均有事先徵詢了解各醫院每年收容員額，以為毒危中心轉介個案之參考。</p>
彰化地檢署	<p>該署無與轄內醫療機構簽約合作辦理戒癮治療，衛生局已經先行依轄內區域平均分配戒癮治療醫院，加以所有衛生福利部核定之戒癮治療醫院皆是該署合作之附命完成戒癮治療之緩起訴處分單位，遂本轄戒癮治療醫院已經依據地理區域平均分配，遂地檢署無集中某幾間醫院附命完成戒癮治療之緩起訴處分狀況。</p> <p>1、該署檢察官指定醫療機構進行戒癮治療，會依據</p>

	<p>緩起訴被告居住區域安排就近之戒癮治療醫院。</p> <p>2、該署檢察官指定醫療機構進行戒癮治療，會徵詢被告意願。</p> <p>3、衛生局掌握各戒癮機構容納人數並妥適動態調整增加醫療機構，該署與衛生局定期聯繫會議瞭解醫療機構是否可以容納被告，已先行政掌控醫療機構容納被告人數。</p>
雲林地檢署	<p>1. 檢察官於偵查施用毒品之被告，經評估適合實施戒癮治療者，於偵查中對被告說明緩起訴處分戒癮治療之內容與流程，並徵詢被告是否願意接受戒癮治療，若被告同意，則提供書面同意書請被告切結，檢察官同時了解被告實際居住處所，並由被告依其就醫方便性，選擇適當戒癮醫院，是否給予緩起訴處分，除於偵查庭時須先經被告同意外，同時也必須先轉介戒癮醫院經醫師及專業人員評估是否合適實施戒癮治療，方決定是否給予緩起訴處分。</p> <p>2. 由於各戒癮治療院所內部配置之戒癮治療專業人力與設施資源數量不一，且戒癮治療屬於精神醫療的一部分，大部分戒癮醫院精神科部門是醫院的其中一科，且收治之病人不只有施用毒品之個案，尚包含罹患精神疾病之病人，精神科原有人力配置主要以服務精神病人為主，因此各醫院對於戒癮醫療能夠投入之資源有限，故於洽談合作簽約事宜前，必須先了解各醫院一年度可容額施用毒品個案數，以作為該署轉介之參考與即時調配。各簽約醫院在其容額範圍內，對於該署所轉介之施用毒品案件均能接受，不需於轉介前逐案探詢醫療院所收案之意願。另該署為維持戒癮治療之成效，也隨時追蹤命戒癮治療之緩起訴被告治療狀況，隨時調整轉介各醫院之案件量。</p>
嘉義地檢署	<p>1. 該署檢察官偵訊時，對於符合收案資格(施用第一級毒品或第二級毒品)之被告，向其諭知緩起訴處分之相關法律規定及撤銷之法律效果，訊問被告是否願意接受戒癮治療。被告願意接受轉介評估，偵查股先傳真通報單至縣市毒危中心(被告於通報當日或指定之日期持通報單至(縣)市毒品危害防制中心)，被告至毒品危害防制中心(收案並於通報單上</p>

	<p>認證)，毒危中心視個案狀況轉介個案至合適醫療機構接受評估。經醫療機構函覆通報單及評估結果予地檢署原偵查股並副知毒危中心，經評估之後，如被告符合實施戒癮治療計畫，檢察官為緩起訴處分，命其於一定時間履行及遵守必要命令，參加戒癮治療並接受觀護人不定期尿液採驗。</p> <p>2. 該署執行附命完成戒癮治療之緩起訴處分案件均經嘉義縣市毒品危害防制中心轉介轄內合適之醫療機構執行，目前尚未發現轄內醫療機構有無法負荷執行附命完成戒癮治療之緩起訴處分案件情況。</p>
臺南地檢署	<p>提供被告（接受戒癮治療者）轄區內合作醫院之位址、門診時段、治療項目及收費標準等資料，可由被告（接受戒癮治療者）視其考量便利及就近等需求自行選擇醫院；又有徵詢被告意願及徵詢各醫療機構瞭解可否容納之被告員額。</p>
高雄地檢署	<p>1. 檢察官就毒偵案被告，於開庭時如認符合緩起訴之條件，會先徵詢被告意願並告知完成相關戒癮治療所需條件，如被告能參加戒癮治療說明會及到醫院完成評估，俟醫院回覆條件合適者，檢察官再作出緩起訴處分。</p> <p>2. 該署編制有與醫院專責聯繫之人員（依毒品戒癮治療實施辦法及完成治療認定標準第5條之規定），會辦理戒癮治療說明會，加強被告對附命完成戒癮治療之緩起訴處分相關條件之認知。</p> <p>3. 專責人員會與醫院徵詢是否可容納被告及可指定接受門診之時間，以利安排被告至合適之醫院接受相關治療。</p>
橋頭地檢署	<p>1. 檢察官偵辦符合本計畫之施用毒品案件，得告知被告該署推動戒癮治療之內容，經其同意自費至醫院參加戒癮治療者，由被告填寫具結書，並令被告於指定日期參加說明會。說明會時諭知被告緩起訴期間應遵守事項，經被告同意至該署合作醫院後開立轉介單，令被告於指定日期至醫院進行初診評估及進行戒癮治療。</p> <p>2. 該署觀護助理員於每月說明會前，詢問各醫療機構個管師本月可收容該署轉介名額數，觀護助理員依照各醫院提供收容名額及被告意願，進行轉介戒</p>

	癮治療業務。
屏東地檢署	檢察官於庭訊時將有與該署合作戒癮治療之醫療機構列表提示予被告，徵得被告之同意後，由被告選擇其所欲前往接受戒癮治療之醫療機構。未一一徵詢各醫療機構瞭解可否容納被告。
臺東地檢署	<p>1. 依據毒品戒癮治療實施辦法及完成治療認定標準第六條第一項，檢察官為緩起訴處分前，應得參加戒癮治療被告之同意，並向其說明完成戒癮治療應遵守事項後，指定其前往治療機構參加戒癮治療。第二項，未滿二十歲之被告，並應得其法定代理人之同意。</p> <p>2. 是以，該署戒癮治療流程為該偵查股檢察官於偵查庭中詢問符合戒癮治療條件之被告是否有進行戒癮治療之意願或由被告自行提出有戒癮治療之意願後(戒癮治療實施對象請參照本標準第2條)，由該偵查股書記官或檢察官致電觀護人室戒癮治療窗口確認地檢署合作尚有餘額得容納戒癮治療人的醫療機構，例如目前該署合作機構餘可容納的戒癮人數為臺東醫院2件、玉里醫院8件、屏安醫院及慈惠醫院無上限。</p> <p>3. 由於臺東地處偏遠，於轄區內合作之醫療機構有限(臺東轄區內目前僅有衛生福利部臺東醫院乙間，醫院收容上限為10人，目前僅剩2個名額)。從臺東地檢署出發，至外縣市進行戒癮治療，以衛生福利部玉里醫院為例便要將近兩小時之車程，導致當臺東醫院滿額後，被告至外縣市接受戒癮治療的意願會大大降低，故會有距離臺東較遠之醫療院所收容人數較少、甚至有合作之醫療機構未有個案之現象，即為檢察官徵詢被告意願後，被告通常係考量因至外縣市需耗費龐大時間、金錢成本而不同意所致。</p>
花蓮地檢署	該署於個案中均係委由花蓮縣毒品危害防制中心選定醫療機構進行戒癮治療，每一個案均會徵詢被告是否願意接受戒癮治療(但不會讓被告指定醫療機構)。與各醫療機構之聯繫，含確認醫療機構是否得以容納被告，均委由花蓮縣毒品危害防制中心辦理。
宜蘭地檢署	1. 首先考慮個案到院治療的可近性，其次是各醫院

	戒療案件執行量能可負荷； 2. 是； 3. 該署持續與宜蘭縣毒防中心及各合作辦理戒癮治療醫院藉由防毒金三角會議隨時聯繫與溝通執行現況，但未於每案轉介時徵詢醫院量能。
基隆地檢署	依該署戒癮治療緩起訴處分之流程，檢察官於緩起訴處分前，會先要求被告至預定執行之醫療機構進行評估是否適於戒癮治療，經該醫療機構評估認可以進行戒癮治療後，於諭知緩起訴處分前，會先徵詢被告意願，再諭知緩起訴處分，故均有徵詢醫療機構及被告之意見，始作成緩起訴處分。
澎湖地檢署	由於本轄合作進行戒癮治療之醫療院所僅衛生福利部澎湖醫院，故無指定醫療機構之問題。檢察官於命進行戒癮治療前，均有先徵詢被告之意願，請其填具同意書及具結書，並命其先至衛生福利部澎湖醫院進行初次評估及體檢，待醫院評估為可行後，始為緩起訴處分命為戒癮治療。
金門地檢署	該署轄區內僅有署立金門醫院可辦理戒癮治療，故無指定醫療機構之問題。
連江地檢署	因該署僅與連江縣立醫院簽約，故個案均指定至該院進行戒癮治療；主任檢察官於偵訊時均會徵詢被告是否同意，另因該署個案量寡，故連江縣立醫院目前均（接受）容納該署指定之被告至該醫院進行戒癮治療。

資料來源：法務部。

(八)本院108年8月28日至衛福部桃園療養院進行實地履勘時，該院心理科劉瑞楨主任指出，桃園療養院治療個案非僅限於附命完成戒癮治療之緩起訴處分，仍有其他精神疾病之病患需使用心理治療場地，若附命完成戒癮治療之緩起訴處分個案過多，場地將不敷使用等語。另地檢署為配合法務部政策，竟發生本院前調查報告（107司調0041）指出，個案之承辦檢察官形成對被告聲請簡易判決處刑

之心證後，督導檢察事務室之主任檢察官透過檢察事務官要求該承辦檢察官試擬緩起訴，顯未尊重承辦檢察官之裁量權限之缺失；復經衛福部查復資料顯示，各戒癮治療醫療院所反應問題約可歸納為：①個案未能支付治療費用，形成醫院呆帳、②個案未定期回診無法聯繫追蹤、③未能確認個案意願，個案配合度不高、④案量太多，醫院量能不足等諸多問題。按藥癮戒治業務之推動需考量指定醫院合作之意願，且藥癮戒治期間，合作的醫療院所需有專人協助聯繫並配合相關行政作業，考量戒癮治療除門診外，還需安排心理治療之配套，若合作之醫療機構無足夠的資源、人力，指定被告至該醫院，恐無法如期開班開課，對於治療期程會有時間上的壓力。在在顯示106年起大幅增加附命完成戒癮治療緩起訴處分比率，就後續醫療院所所面臨問題，並未通盤檢視規劃。按緩起訴處分戒癮治療業務之執行，各地檢署需就戒癮治療被告總量、行政聯繫、溝通便利性、醫院方之合作意願、醫院得否擔保檢驗過程正確性等因素作為指定醫療醫院之考量，各地檢署如何與在地醫療院所合作，是我國反毒政策是否成功之重要因素，端賴法務部與衛福部適時瞭解各地檢署及戒癮治療機構所面臨問題，提供必要協助並謀求解決途徑。

(九)綜上所述，單純施用毒品個案之司法處遇，國際公約普遍認為「治療可以替代處罰」。我國近年亦將其視為「病患型犯人」，採取「附命完成戒癮治療緩起訴處分」之司法轉向處遇，用以解決監獄過於擁擠及「司法旋轉門」效應。自106年起，行政院更揭鑿「新世代反毒策略行動綱領」，在該項政策指引下，法務部逐年提升附命戒癮治療緩起訴處分

之比率。依該部統計資料顯示，106年各地檢署為該項處分達15%，迄109年更提高至20%。惟檢方推動該項政策之結果，除發生本院前調查新北地檢署侵犯檢察官裁量權限之爭議外，相較於105年全國施用一、二級毒品僅3,207人進行戒癮治療，106年衝高至6,787人，暴增2倍有餘，導致指定醫療院所相繼出現各種問題，即令戒癮治療資源相對豐沛之桃園療養院，本院履勘時亦發現該院欠缺足夠場地進行相關戒癮治療課程。法務部與衛福部允宜正視各地檢署與戒癮治療院所面臨問題，除提供必要之協助外，亦應持續精進各地檢署指定戒癮治療機構相關作業，積極充實地方醫療院所戒癮治療量能，以提升緩起訴戒癮治療之實施成果，肆應新世代反毒策略之實際需求。

- 二、附命完成戒癮治療緩起訴處分係由地檢署指定醫療院所共同辦理，而各地毒防中心本有居間為各地檢署轉介戒癮治療院所之職責，惟過往經費有限、人力不足，迄107年起，中央主管機關由法務部轉為衛福部，並挹注大量經費，增聘個管人力，三方合作銜接機制方始成形，亦即檢察官確認被告意願後為附命完成戒癮治療緩起訴處分，觀護人定期追蹤輔導，由戒癮治療機構進行1年期治療及後續檢驗，地方毒防中心則透過地檢署資訊分享，於緩起訴處分確定後開案追蹤2-3年，並提供或轉介政府相關社福資源。惟戒癮治療期程，是否限於1年？檢驗機制是否宜由原戒癮治療機構進行？衛福部似不盡認同現行作法，有待衛福部及法務部協商解決。且上開合作機制，僅重視被告是否完成戒癮治療，對於被告家中有無兒少保護需求，現行兒童及少年福利與權益保障法第54條之1規定，並未將緩起訴被告列入檢察機關主動查訪對象，

實務上僅由後端戒癮治療機構或毒防中心人員於緩起訴處分後進行家戶查訪，恐緩不濟急，允宜研議檢察官應考量派員訪查緩起訴處分被告家中兒少生活與照顧狀況，並建立將受虐兒少主動通報、轉介地方社政主管機關之機制，務期及早介入妥處，對吸食毒品家庭兒少提供較佳協助之社會支持系統。

(一)毒防中心係於95年在行政院政策指導下成立，嗣99年11月24日毒品危害防制條例修法，賦予地方縣市政府毒防中心之法源依據，目前全國22縣市均有毒品防制專責單位。自107年起，改由衛福部主責督導各地毒防中心，相關計畫經費之補助，亦改由衛福部編列，相較於106年法務部核撥補助經費僅80,580,000元，107年大幅提升至235,351,000元，108年提升至355,523,000元：

1、為使毒品防制工作由中央推及地方，建置兼及垂直與橫向聯結之反毒網絡，行政院於95年6月2日召開第1次毒品防制會報裁示各地方政府應成立毒防中心，嗣於99年11月24日毒品危害防制條例修法新增第2條之1規定<sup>11</sup>，賦予地方縣市政府毒防中心之法源依據，該條除要求地方縣市政府須編制預算外，中央目的事業主管機關亦得編制預算補助地方政府。目前全國22縣市政府均成立毒

---

<sup>11</sup> 毒品危害防制條例第2條之1規定：「(第1項)直轄市、縣(市)政府為執行毒品防制工作，應由專責組織辦理下列事項：

- 一、毒品防制教育宣導。
- 二、提供施用毒品者家庭重整及心理輔導等關懷訪視輔導。
- 三、提供或轉介施用毒品者各項社會救助、法律服務、就學服務、保護安置、危機處理服務、職業訓練及就業服務。
- 四、提供或轉介施用毒品者接受戒癮治療及追蹤輔導。
- 五、依法採驗尿液及訪查施用毒品者。
- 六、追蹤及管理轉介服務案件。
- 七、其他毒品防制有關之事項。

(第2項)直轄市、縣(市)政府應編列預算辦理前項事宜；必要時，得由各中央目的事業主管機關視實際情形酌予補助。」

品防制專責單位，除苗栗縣政府專責單位名稱為「苗栗縣政府毒品防制及心理衛生中心」、高雄市政府專責單位名稱「毒品防制局」外，其餘縣市政府名稱均為「毒品危害防制中心」。

- 2、強化毒防中心公共衛生與藥癮醫療處遇角色，行政院於106年5月11日公布「新世代反毒策略」，自107年起，改由衛福部主責督導各地毒防中心，計畫之補助經費，亦改由衛福部編列，並廣整合各部會持續推動與精進。
- 3、過往96年至106年法務部對各地毒防中心相關補助計畫，包含「法務部補助各地方毒品危害防制中心辦理96年減刑出獄毒品犯追蹤輔導計畫」、「地方毒品危害防制中心藥癮者追蹤輔導補助計畫」、「戒毒成功計畫」、「毒防中心年度工作計畫」、「補助地方毒品危害防制中心辦理強化藥癮者輔導處遇計畫」等，預算金額約在5千至8千餘萬不等，107年轉由起接辦主責毒防中心後，將工作計畫與補助計畫整併為「毒品危害防制中心工作暨衛生福利部補助辦理藥癮者處遇計畫」，並會同各相關部會共同督導地方政府落實推動，預算金額大幅提升至235,351,000元，108年更高達355,523,000元，詳如下圖表所示：

表5 中央對地方毒防中心補助情形

單位：新臺幣(千元)

計畫名稱	戒毒成功專線計畫		藥癮者處遇計畫【註1】			合計
	法務部預算	動支二備金	法務部預算	動支二備金	衛福部預算	
96				54,319		54,319
97				61,191		61,191
98		31,680	26,608			58,288
99	38,016		25,140			63,156

100	36,760		21,947			58,707	
101	36,760		21,947			58,707	
102	31,430		18,765			50,195	
103	30,172		18,765			48,937	
104	併入強化藥癮者輔導處遇計畫		48,937			48,937	
105			83,937			83,937	
106			80,580			80,580	
107						235,351	235,351
108						355,523	355,523
						<b>【註2】</b>	

【註1】：本該計畫歷年名稱異動：

1. 96年度為「法務部補助各縣市毒品危害防制中心辦理96年減刑出獄毒品犯追蹤輔導計畫」。
2. 97至100年度為「地方毒品危害防制中心藥癮者追蹤輔導補助計畫」。
3. 101年度起為「補助地方毒品危害防制中心辦理強化藥癮者輔導處遇計畫」。
4. 104年併入「戒毒成功專線計畫」。
5. 107年整併毒防中心工作計畫，計畫名稱變更為「毒品危害防制中心工作暨衛生福利部補助辦理藥癮者處遇計畫」。

【註2】108年度起於本計畫另委請地方政府代收代付「非愛滋藥癮者替代治療補助方案」計74,877千元（本項預算為補助藥癮個案治療費用，且為代收代付性質，不納入地方預算）。

資料來源：107、108年度毒品危害防制中心工作暨衛生福利部補助辦理藥癮者處遇計畫說明書。

單位：新臺幣(千元)

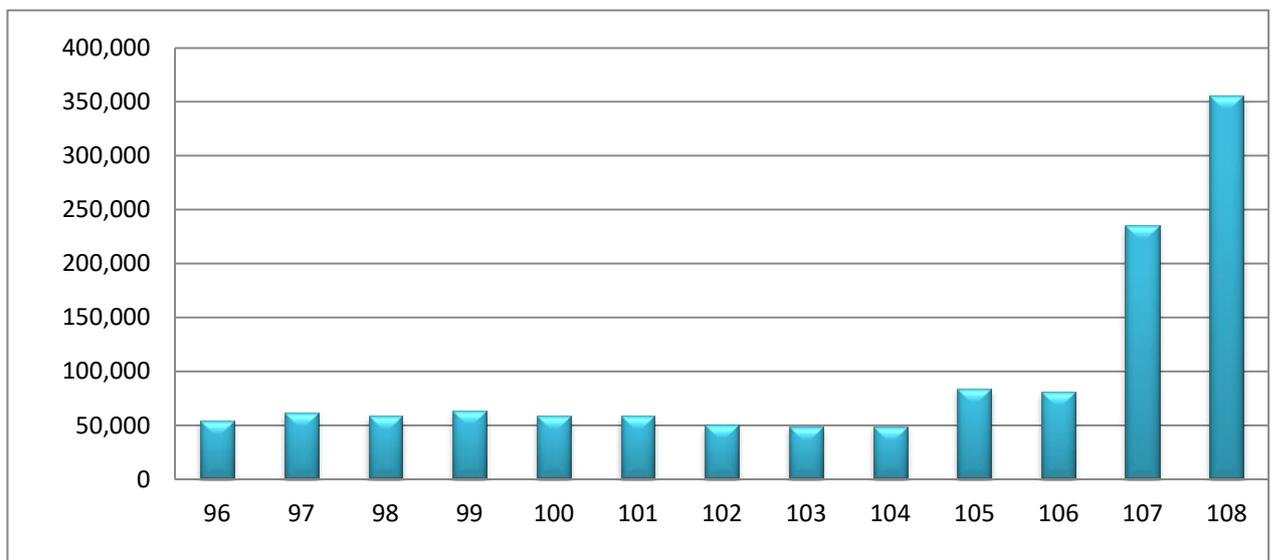


圖3 衛生福利部補助辦理藥癮者處遇計畫金額

(二)106年起在行政院「新世代反毒策略行動綱領」政

策下，檢察官透過緩起訴處分機制，協助施用毒品行為人復歸社會，重回無毒生活。另地方毒防中心於107年起改由衛福部主責後，大量增聘個案管理人員：

- 1、法務部職司犯罪偵查，在毒品防制政策上，係以緝毒為主，106年起基於公益代表人角色<sup>12</sup>，在行政院整體政策下，透過緩起訴處分機制，協助施用毒品行為人復歸社會，重回無毒生活。而過往在法務部主責下之毒防中心，雖依毒品危害防制條例第2條之1規定，應提供施用毒品者相關社福資源，以利其復歸，但因預算金額有限，難以聘用充足個管人員，故該條規定雖然賦予毒防中心應提供或轉介施用毒品者接受戒癮治療，惟實務上無法達成法律賦予職權。現況戒癮治療機構均由地檢署自行指定，並非由毒防中心協助轉介。
- 2、惟自107年起，毒防中心改由衛福部主責督導後，該部大幅增加戒癮治療相關預算，各毒防中心均可增加聘用個管人員，補助及運作現況如下：

(1) 經費補助原則：

- 〈1〉本計畫經費分為業務費、設備費及管理費，其中業務費包含補助人力之薪資。
- 〈2〉本計畫補助之個案管理人力薪資，依其學歷、年資，及個案管理人員或督導之不同，參照「毒品危害防制中心個案管理人力工作酬金支給基準表」編列，且實際支給皆不得低於該基準表，依該表學士畢業起薪約33,046元；碩士畢業起薪約34,916元，若具

---

<sup>12</sup> 檢察官倫理規範第2條規定：「檢察官為法治國之守護人及公益代表人，應恪遵憲法、依據法律，本於良知，公正、客觀、超然、獨立、勤慎執行職務。」

師級證照<sup>13</sup>，多增加約1,871元。

〈3〉本計畫補助人力之實際支給薪資不得低於前開經費編列之基準表。又為促進補助人力之留任，各地方政府得自訂高於上開基準之薪資，超出部分，由各地方政府自行編列預算支應。

(2) 運作現況：108年衛福部共補助各毒防中心607名個案管理人力，截至8月底，已聘任484名，聘用率80%。

(三) 現行我國18歲以上被告透過緩起訴處分之戒毒機制運作實務（未滿18歲之未成年人部分詳後述），係檢察官確認被告意願後為附命完成戒癮治療緩起訴處分，觀護人進行追蹤輔導，並由戒癮治療機構進行1年期治療及後續檢驗，地方毒防中心則透過地檢署資訊分享，於緩起訴處分確定後開案追蹤2-3年，並提供或轉介政府相關社福資源，是地檢署、戒癮治療機構及地方毒防中心之三方合作機制已成形（詳見附圖）：

1、根據109年1月15日修正前毒品危害防制條例第20條<sup>14</sup>及第24條<sup>15</sup>規定（新法修正之第20條及第24

<sup>13</sup> 採計具社會工作師、心理師、精神專科護理師、精神衛生護理師（臺灣護理學會及中華民國精神衛生護理學會聯名認證）證照者。

<sup>14</sup> 毒品危害防制條例第20條：「(第1項)犯第十條之罪者，檢察官應聲請法院裁定，或少年法院（地方法院少年法庭）應先裁定，令被告或少年入勒戒處所觀察、勒戒，其期間不得逾二月。(第2項)觀察、勒戒後，檢察官或少年法院（地方法院少年法庭）依據勒戒處所之陳報，認受觀察、勒戒人無繼續施用毒品傾向者，應即釋放，並為不起訴之處分或不付審理之裁定；認受觀察、勒戒人有繼續施用毒品傾向者，檢察官應聲請法院裁定或由少年法院（地方法院少年法庭）裁定令入戒治處所強制戒治，其期間為六個月以上，至無繼續強制戒治之必要為止。但最長不得逾一年。(第3項)依前項規定為觀察、勒戒或強制戒治執行完畢釋放後，五年後再犯第十條之罪者，適用本條前二項之規定。受觀察、勒戒或強制戒治處分之人，於觀察、勒戒或強制戒治期滿後，由公立就業輔導機構輔導就業。」

<sup>15</sup> 毒品危害防制條例第20條：「(第1項)本法第二十條第一項及第二十三條第二項之程序，於檢察官先依刑事訴訟法第二百五十三條之一第一項、第二百五十三條之二之規定，為附命完成戒癮治療之緩起訴處分時，或於少年法院（地方法院少年法庭）認以依少年事件處理法程序處理為適當時，不適用之。前項緩起訴處分，經撤銷者，檢察官應依法追訴。第一項所適用之戒癮治療之種類、其實施對象、內容、方式與執行之醫療機構及其他應遵行事

條尚未施行)，針對「初犯」及「5年後再犯」施用第一、二級毒品之行為人，檢察官應先聲請觀察、勒戒、強制戒治裁定，或者為附命完成戒癮治療之緩起訴處分，不可直接起訴或聲請簡易判決處刑；但針對「5年內再犯」施用第一、二級毒品之行為人，檢察官始得起訴或聲請簡易判決處刑，由法官判決。因此針對「初犯」及「5年後再犯」個案，我國特別設計兩種轉向處遇機制。

- 2、檢察官在決定採行「聲請觀察、勒戒、強制戒治裁定」，或者「為附命完成戒癮治療之緩起訴處分」，所應考量因素，根據刑事訴訟法第253條之2第2項<sup>16</sup>規定，檢察官命被告須完成戒癮治療，須得被告同意，因此若被告不同意，檢察官即應「聲請觀察、勒戒、強制戒治裁定」。此外依「毒品戒癮治療實施辦法及完成治療認定標準」第2條第2項規定<sup>17</sup>，當被告涉及其他犯罪而有確保其入監執行之需求時，也不適合為附命完成戒癮治療緩起訴處分，因為緩起訴處分本質為非監禁式處遇，被告可能因此逃匿。不過兩種轉向機制，並無孰先孰後問題，上開「毒品戒癮治療實施辦法及完成治療認定標準」第2條第2項仍有但書規定，針對有另案保全被告入監執行必要者，仍得給予緩起訴處分；而依法務部看法，縱使檢察官逕「聲請觀察、勒戒、強制戒治裁定」，法院亦不應審酌檢察官為何不為緩起訴裁量（但此衍生

---

項之辦法及完成戒癮治療之認定標準，由行政院定之。」

<sup>16</sup> 刑事訴訟法第253條之2第2項：「檢察官命被告遵守或履行前項第三款至第六款（即完成戒癮治療、精神治療、心理輔導或其他適當之處遇措施）之事項，應得被告之同意。」

<sup>17</sup> 「毒品戒癮治療實施辦法及完成治療認定標準」第2條第2項：「被告有下列情事之一時，不適合為附命完成戒癮治療之緩起訴處分。但無礙其完成戒癮治療之期程者，不在此限：一、緩起訴處分前，因故意犯他罪，經檢察官提起公訴或判決有罪確定。二、緩起訴處分前，另案撤銷假釋，等待入監服刑。三、緩起訴處分前，另案羈押或執行有期徒刑。」

其他爭議，詳見後述)。

- 3、在被告同意附命完成戒癮治療之負擔後，即可開啟完整戒癮治療流程，經確認被告欲至何間戒癮治療機構進行治療後，檢察署須先確認醫院可收治量能，並安排第一次門診，以評估被告是否適合接受戒癮治療；在緩起訴處分確定後，約1-2年之緩起訴期間內，由檢察署觀護人持續追蹤輔導及進行尿液檢驗。
- 4、被告在戒癮治療機構，除非第一次門診即確認被告無法接受戒癮治療（無治療需求），則依「毒品戒癮治療實施辦法及完成治療認定標準」第7條規定，安排1年戒癮治療期程，在此期間，被告須接受藥物治療、心理治療、社會復健治療。如屬第一級施用鴉片類毒品成癮者，可接受替代療法，須定期服用美沙冬及丁基原啡因，搭配相關心理治療、社會復健治療課程；第二級施用非鴉片類毒品成癮者，主要以心理或社會復健等相關課程為主。
- 5、依「毒品戒癮治療實施辦法及完成治療認定標準」第9條規定，在1年戒癮治療期程屆滿後，7日內毒品檢驗陰性，或者15日內每隔3至5日毒品檢驗陰性，始視為完成戒癮治療。完成戒癮治療之負擔後，被告不會面臨檢察官撤銷緩起訴之風險，因而脫免司法追訴處罰。
- 6、107年起毒防中心由衛福部主責督導之後，地方毒防中心著手補足個管人力，經檢察官為附命完成戒癮治療緩起訴處分之個案，透過電子系統「毒品成癮者單一窗口服務系統」與法務部之「檢察機關案件管理系統」、「刑案資訊整合系統」介接，在緩起訴處分確定後，掌握被告資訊。

另臺北地檢署於觀護人召開新案說明會時，亦會邀請毒防中心個管人員前往與被告晤面，適時瞭解被告需求。毒防中心也可與戒癮治療機構保持聯繫，掌握被告動態，如個管人員發現被告之家庭有脆弱或危機因子需政府提供福利協助時，在「社會安全網」之架構下，轉介被告至地方家防中心或社會福利中心，以提供必要協助。地方毒防中心對被告之追蹤輔導期限，自開案後約大約2至3年。

- 7、如施用毒品個案衍生爭議須三方合作聯繫時，可透過「緝毒會議」、「防毒金三角聯繫會議」或不定期工作討論會議進行討論解決。

(四)透過檢察官「為附命完成戒癮治療之緩起訴處分」協助施用第一、二級毒品復歸社會之三方合作機制運作迄今，部分爭議已獲解決，然本院調查發現，在戒癮治療期程長短、後續檢驗是否宜由原戒癮治療機構辦理等問題，衛福部及法務部等權管機關仍有歧見，有待摒除本位思考，共同研議尋求解決：

- 1、依109年1月15日修正前毒品危害防制條例第24條規定，由於條文意旨限於該緩起訴處分附帶「為附命完成戒癮治療」之負擔<sup>18</sup>，導致如經醫療院所評估被告無戒癮治療之需求時，應如何處理問題，過往實務上有認為應可回歸刑事訴訟法第253條之2規定，給予被告為緩起訴戒癮治療以外之負擔。為解決條文適用上疑義，109年1月15日修正後毒品危害防制條例第24條為「附條件」

---

<sup>18</sup> 公法領域對於「負擔」、「條件」之區分，有其學理上不同定義。惟刑事訴訟法第253條之2第1項各款緩起訴處分附帶規定，有稱「條件」者，亦有稱「負擔」者；前者例如修正後毒品危害防制條例第24條，後者例如司法院釋字第751號解釋。本文於以下論述，並未嚴格加以區分。

之緩起訴處分，可解決上開爭議。

2、惟針對「毒品戒癮治療實施辦法及完成治療認定標準」第7條、第9條等規定，衛福部與法務部有不同意見：

(1) 衛福部查復以：

〈1〉基於成癮為慢性大腦疾病，需長期追蹤治療，並依個案狀況，制定個別化治療計畫，因此建議修正「毒品戒癮治療實施辦法及完成治療認定標準」第7條，使戒癮治療期程不限於1年。

〈2〉考量醫療機構以診治患者為目的，為利醫療機構與個案維持良好治療關係，建議修正「毒品戒癮治療實施辦法及完成治療認定標準」第9條及第13條規定，使緩起訴附命戒癮治療結束後之驗尿或認定是否完成治療程序之權責，由司法單位或其委託之第三方進行檢驗及決定。

(2) 法務部查復以：

〈1〉該部於108年9月11日以法檢決字第10804535240號函臺灣高等檢察署，就各地方檢察署對「毒品戒癮治療實施辦法及完成治療認定標準」第7點、第9點有無執行上之問題等相關意見，經各地方檢察署回復大致均認無修正必要或無意見。惟考量個別毒品個案施用毒品種類及成癮程度不同，戒癮治療之期程是否應具有多個期程選項之可能，且戒癮治療目的係將被告應負刑責態樣轉換成病人身分並負治療義務，最終目的為戒除被告毒癮，在整個戒癮治療過程中，縱使透過替代性療法或心理療法，仍需於療程後以一

定檢驗分析獲取成效，作為未來療程的修正與填補不足，是現行規範應仍有其存在目的。

〈2〉毒品危害防治條例修正後，將使緩起訴之條件呈現多元面貌，就「毒品戒癮治療實施辦法及完成治療認定標準」第7條、第9條亦需重新評估訂定相關規範，該部於新法修正後，將與衛生福利部研議，納入醫療專業之意見，以符合本項業務之意義與目的。

3、本院審酌認為，「毒品戒癮治療實施辦法及完成治療認定標準」主管機關雖為法務部，然如何進行戒癮治療，卻屬衛福部專業權責，如何透過醫療人員專業協助，促使被告獲得真正有效用之戒毒處遇，進而使被告有意願完成戒癮治療，達成透過附命完成戒癮治療緩起訴處分，解決毒品犯罪衍生監獄擁擠與司法旋轉門等問題，衛福部及法務部等權管機關允應摒除本位，共同研議以尋求共識。

(五)現行兒童及少年福利與權益保障法第54條之1規定，未將受附命完成戒癮治療緩起訴處分之情形，列入主動查訪項目，如僅由後端戒癮治療機構或毒防中心發覺，恐未能即時提供兒少充足保護：

1、依兒童及少年福利與權益保障法第54條之1規定<sup>19</sup>，兒童之主要照顧者有施用毒品情形，而遭通緝、羈押、觀察、勒戒、強制戒治或入獄服刑時，司法警察官、司法警察、檢察官或法院應查訪兒童之生活與照顧狀況，惟漏未規定附命完成戒癮治療緩起訴處分之情形。衛福部查復以：緩起訴

---

<sup>19</sup> 兒童及少年福利與權益保障法第54條之1：「兒童之父母、監護人或其他實際照顧兒童之人，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，司法警察官、司法警察、檢察官或法院應查訪兒童之生活與照顧狀況。」

戒癮治療期間，是否參照上開規定，納為司法及檢察機關主動查訪對象，該部基於兒童可能處於是類家庭之脆弱性考量，可研議入法之可行性，惟仍應尊重司法及檢察機關權責等語。

- 2、如僅觀察本條文文義，似乎只在兒童主要照顧人施用毒品而因有逃匿或監禁時，無法提供照顧家中兒少，司法人員才有主動查訪義務。惟查，本條立法理由略以：「為及早預防因藥物濫用而虐待兒童之悲劇發生，兒童之父母、監護人或其他實際照顧兒童之人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，刑事訴訟法所定義之司法警察官、司法警察、檢察官或法院應查訪其12歲以下兒童之生活與照顧狀況。」顯見司法機關主動查訪兒少理由，不僅限於無人照顧情事，也在於避免實際照顧兒童之人因藥物濫用而發生虐待兒童之不幸。當實際照顧人施用毒品而受附命完成戒癮治療緩起訴處分時，為抗拒毒品誘惑難免陷於情緒困擾，並不因此降低虐待兒童風險，此際為維護兒少之最佳利益，司法警察官、司法警察、檢察官或法院應考量其12歲以下兒童之生活與照顧狀況，如知悉兒童有同法第53條第1項各款情形及第54條之情事者，應依各該條規定通報直轄市、縣（市）主管機關。
- 3、本院諮詢專家臺灣大學社會工作學系吳慧菁教授表示：「我想特別提一下，若吸毒雙親的家庭育有未成年子女，是需要特別被討論議題。未成年子女很容易發生發展問題，瑞典法律要求當父母正受物質使用或其他心理健康問題所苦，健康照顧的工作人員需注意孩童保護的需要。」、「根

據我目前研究發現，吸毒個案家庭有18歲以下兒少時，國外會有社政福利系統介入，但在台灣，單純吸毒個案的家庭，未達到高風險家庭服務標準則未必提供服務。」、「我認為附命完成戒癮治療之緩起訴處分方式，應該與衛政、社政單位討論。舉例來說，德國有研究顯示，對於戒癮個案有8歲以下小孩時，需要納入親職教育。我覺得衛福部社會安全網計畫應該要納入這些。」等語，顯示我國當前對於毒癮家庭中之兒少保護不足。

- 4、附命完成戒癮治療之緩起訴處分三方合作機制，工作重點均在於處理被告得否完成戒癮治療，對於被告家中兒少有無保護需求，並非檢察機關權責，根據昆明防治中心陳亮好醫師表示：「醫院端發現吸食毒品個案有兒童時，會進行轉介，吸毒家庭屬於高風險家庭，107年正名為脆弱家庭，會轉介給社會局，提供協助。」新北市政府衛生局杜仲傑科長表示：「每個單位都可以是通報窗口，只要發現未成年人家裡有貧窮或毒品出監等因素，可由社會局介入處理。吸食毒品個案在家庭功能中所扮演角色，影響家中兒童健全成長之議題，應由社會局社工介入處理。成人吸食毒品之戒癮治療議題，則應轉介給衛生局。吸食毒品之家長若不跟未成年兒少同住，就不會存在高風險因素，我們會定期開會，有橫向聯繫網絡在。」各等語。此均顯示，吸毒家庭有無受虐兒少之查訪與通報，是在戒癮治療機構端通報地方社政主管機關，或由毒防中心將案件轉介給地方社政主管機關。然檢察機關既係最早與被告接觸並確認其有吸食毒品者，是否基於及早確保

被告家中兒少安全及生活照顧之需要，檢察官應考量經緩起訴處分被告家中兒少生活與照顧狀況，並建立受虐兒少通報、轉介地方社政主管機關之機制，允有研議修法空間。

(六)綜合上述，附命完成戒癮治療緩起訴處分係由地檢署指定醫療院所共同辦理，而各地毒防中心本有居間為各地檢署轉介戒癮治療院所之職責，惟過往經費有限、人力不足，迄107年起，中央主管機關由法務部轉為衛福部，並挹注大量經費，增聘個管人力，三方合作銜接機制方始成形，亦即檢察官確認被告意願後為附命完成戒癮治療緩起訴處分，觀護人定期追蹤輔導，由戒癮治療機構進行1年期治療及後續檢驗，地方毒防中心則透過地檢署資訊分享，於緩起訴處分確定後開案追蹤2-3年，並提供或轉介政府相關社福資源。惟戒癮治療期程，是否限於1年？檢驗機制是否宜由原戒癮治療機構進行？衛福部似不盡認同現行作法，有待衛福部及法務部協商解決。且上開合作機制，僅重視被告是否完成戒癮治療，對於被告家中有無兒少保護需求，現行兒童及少年福利與權益保障法第54條之1規定，並未將緩起訴被告列入檢察機關主動查訪對象，實務上僅由後端戒癮治療機構或毒防中心人員於緩起訴處分後進行家戶查訪，恐緩不濟急，允宜研議檢察官應考量派員訪查緩起訴處分被告家中兒少生活與照顧狀況，並建立將受虐兒少主動通報、轉介地方社政主管機關之機制，務期及早介入妥處，對吸食毒品家庭兒少提供較佳協助之社會支持系統。

三、戒癮成功的內在因素為個人戒癮動機，而外在因素則是家庭與社會支持。當家庭功能缺損為個案施用毒品

成因，或家庭不足以協助毒癮個案戒毒，抑因藥物成癮致衍生家庭暴力等問題，地方毒防中心應適時通報社福及家防單位介入，並轉介相關社會福利資源提供協助。對於自願接受戒癮治療被告，如基於權利救濟立場，認為戒癮治療期程須在緩起訴處分確定後始可起算，不無產生治療「空窗期」之疑慮。為提升個人戒癮動機，爰於本案調查期間，法務部接受衛福部之醫療專業意見，允將戒癮治療期程提前起算，應予肯認。又檢察官依現行「檢察機關辦理緩起訴處分作業要點」規定，僅告知被告需自費戒癮治療，須待被告至戒癮治療機構始知費用有相關補助，有鑑於治療費用多寡為戒癮成功與否重要因素，且衛福部近年業已提出多項補助藥癮治療費用相關計畫，檢察機關若能及早確認並曉諭被告有關戒癮機構治療費用之補助金額，應有助於提升被告戒癮意願，亦能契合附命完成戒癮治療緩起訴處分之目的。

(一)107年8月國家發展委員會委由蔡田木、吳慧菁、賴擁連、束連文共同研究撰寫之「我國附命完成戒癮治療之緩起訴處分機制與成效之檢討」一文指出，戒癮成功的內在因素為個人戒癮動機，而外在因素則是家庭與社會支持：

1、附命完成戒癮治療之緩起訴處分成功原因：

- (1) 用藥者個人內在因素：毒癮輕微、意志力高、配合治療、家人支持、不願失去自由、工作穩定、有能力負擔緩起訴費用。
- (2) 協助者外在因素：執行者觀念一致、協助個案主動配合治療、協助個案學習規律生活、協助個案離開原居住地、協助個案遠離吸毒朋友、協助個案建立家庭關係、有穩定的工作、有穩固的人際網絡支持。

2、附命完成戒癮治療之緩起訴處分失敗原因：

(1) 用藥者個人內在因素：意志不堅、成癮嚴重、未按規定報到且參與治療意願低、生活不穩定、經濟能力無法支應治療費用、以吸毒面排解壓力。

(2) 外在因素：仍有毒友並持續與其接觸、另犯他案、社會支持弱。

(二)就家庭與社會支持層面，在「新世代反毒策略行動綱領」中，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，毒防中心發現個案家庭功能缺損時，可轉介至保護扶助組提供相關服務，並結合「強化社會安全網計畫」，分別由家防中心提供危機家庭服務、社福中心提供脆弱家庭服務：

1、臺灣過往發生多起隨機殺人案<sup>20</sup>，引發民眾對社會安全疑慮，故107年由政務委員林萬億主導規劃「強化社會安全網計畫」，建構我國提供家庭支援、保護之主要社政體制。

2、按藥癮個案普遍需要家庭支持之服務，因此「新世代反毒策略行動綱領」對此亦有規劃，然此綱領係於106年7月21日核定，時間稍早於「強化社會安全網計畫」，根據衛福部代表譚立中司長說明：「(問：毒防中心由系統去開案後輔導2年，2年後個案的社區、家庭、就業支援系統，是否仍結合社安網脆弱、危機家庭？有無相關構想？)」

---

<sup>20</sup> 「98年3月埔里黃姓無業男子北上租屋，無預警地殺死房東，並殺傷其妻兒；同年5月，新北市黃姓失業男子持美工刀隨機在公園公廁劃傷一婦人頸部；101年曾姓失業男子在臺南市湯姆熊歡樂世界遊藝場金華店，將方姓學童誘騙至男廁割喉殺害；102年3月，曾犯下妨害性自主、搶奪、逃亡、竊盜等案的涂姓男子於假釋出獄後，吸食強力膠，在路邊3次隨機亂刀砍殺路人，造成1死2傷；103年5月22日，臺北捷運板南線在行經龍山寺到江子翠站間，21歲東海大學鄭姓學生，在第2到第5車廂間，隨機殺人，釀成4死24傷的慘劇。104年5月29日，臺北市文化國小劉姓女童被翻牆進入校園的龔姓失業男子隨機割頸致死；105年3月28日，陪媽媽到捷運站接外公，小名『小燈泡』的4歲劉姓女童被王姓失業男子於臺北市內湖持菜刀隨機猛砍頸部致死。」轉引自107年2月26日「強化社會安全網計畫」，頁5。

一開始社安網有討論這議題，但當時新世代反毒計畫剛才推動，所以那時候分開來，等新世代反毒計畫推動較成熟後才慢慢連結，不見得一開始要做連結。」顯見藥癮個案之家庭支持服務，在時機成熟後應可連結「強化社會安全網計畫」機制。

### 3、衛福部進一步表示：

- (1) 依據該部社工司108年出版之「藥癮者家庭支持服務方案操作手冊」指出：「藥癮者家庭支持服務，是以藥癮者開始，延伸至藥癮者之家屬，以家庭為單位，提供家庭支持服務，服務可包含三層面進行：家庭、家屬、藥癮者，工作目標以家庭修復為主，提供家庭支持日、家屬懇親、協助家屬正視成癮問題、分散照顧壓力，辦理家屬互助團體、家屬聯繫活動，及針對藥癮者辦理藥癮者互助團體，引導藥癮者思考自身行為對他人的影響。」
- (2) 至於家庭服務，包含脆弱家庭及危機家庭服務，其中脆弱家庭服務由該部社會及家庭署主責，針對社區中的脆弱家庭提供整合性服務，採「以家庭為中心，以社區為基礎」的服務模式，並關注家庭因有脆弱性因子造成家庭功能及家庭成員照顧有不利的情況。家庭脆弱性面向包含「家庭經濟陷困；家庭遭逢變故致家庭功能受損；家庭關係衝突或疏離；兒童發展不利處境；家庭成員身心障礙或傷、病、失能；個人生活適應困難。」等六大面向。由地方社福中心進行整體評估，並依家庭成員不同的境況與需求，連結衛生、醫療、勞動、警政、教育及專業民間團體提供整合性的介入服務計

畫，其家庭服務重點，除透過個案管理、個案工作、團體工作等方法，旨在協助家庭降低受脆弱性因子的影響，及提升家庭功能和社會、社區支持網絡，另也協助連結包含家庭功能提升與社會支持服務、家務指導、親職功能與親子關係提升、婚姻與家庭關係輔導、兒少自我能力提升、少年個案外展服務、家庭支持陪伴、未滿65歲者且有生活適應困難之輔導及其他特殊需求議題之專精服務，共同協助滿足家庭的福利和照顧等各項需求。

- (3) 至於危機家庭，係指「發生家庭暴力、性侵害、兒少/老人/身心障礙等保護問題的家庭」，由該部保護服務司主責，督導各地方政府家庭暴力暨性侵害防治中心(下稱家防中心)推動包括兒少保護、家庭暴力暨性侵防治等高風險個案之危機介入服務、安全計畫、安置庇護及後續中長期服務，並適時連結衛生醫療、教育、勞政及司法警政及相關單位共同協助被害人及其家庭。
- (4) 附命完成戒癮治療之緩起訴處分個案，於緩起訴處分確定後，即由毒防中心開案並追蹤輔導，期間若發現個案有符合危機家庭或脆弱家庭之情況時，則會依前述分工進行通報，再分別由家防中心受理後進行評估、派案，及與毒防中心加強合作，以維護個案人身安全及落實家庭處遇，或由社福中心進行評估後提供整合性介入服務；另倘該附命完成戒癮治療之緩起訴處分個案，原即為家防中心或社福中心在案服務個案，則家防中心與社福中心社工亦會加強與毒防中心及相關網絡單位合作，以共同協

助個案及其家庭減輕毒品危害及家庭脆弱性，並維護家庭安全。

(三)另就個人戒癮動機部分，因附命完成戒癮治療緩起訴處分，依刑事訴訟法規定須進行職權再議，以為違法緩起訴處分之救濟管道，但在此再議期間內，卻形成治療「空窗期」，亦即在此期間內，無論被告是否接受治療，均無任何拘束效力。惟在本案調查期間，法務部同意將戒癮治療機構進行門診評估至緩起訴處分確定前之治療行為可算入戒癮治療1年期程，以提升被告戒癮動機：

- 1、為避免違法緩起訴，於無人得聲請再議時，刑事訴訟法第256條第2項規定，原為緩起訴處分之檢察官，應依職權逕送直接上級檢察署檢察長或檢察總長再議。關於職權再議期間，桃園療養院曾提出意見：「個案接受檢察官命令接受治療到有觀護人監督時間會有『空窗期』，治療狀況難以回應。所謂『空窗期』是指檢察官命個案至醫院接受戒癮治療，至個案有觀護人列管期間，約有3-6個月沒有人管，也就是個案沒有到醫院治療也沒關係，醫院端有事情也不知道找誰。據了解檢察官緩起訴到高檢署正式核可公文，地檢署派觀護人列管之間，會有時間差。」亦即檢方職權再議期間，會形成治療空窗期，施用毒品被告即使不配合治療，亦無任何拘束效力。
- 2、戒癮治療1年期程之起算時點，係自附命完成戒癮治療緩起訴處分確定時起算，惟第一線醫療機構指出實務上窒礙之處，如長庚醫療財團法人基隆長庚紀念醫院表示：「個案等緩起訴起訖日確定後才能來上課，導致許多個案會變成失聯狀態，甚至連絡後仍沒有出席。」另彰化基督教醫

療財團法人彰化基督教醫院亦表示：「因緩起訴處分起日前的門診治療次數不計，造成個案雖接受12次門診治療，但在緩起訴處分起迄期間卻未達12次之情況，個案認為不合理，對個案溝通說明上造成醫療機構執行上困難。」顯見戒癮治療機構基於成癮治療過程不應中斷的想法，當被告第一次至戒癮治療機構進行門診評估時，若戒癮治療機構已確認被告治療意願，即進行治療。但卻因檢察署現行作法，不能起算戒癮治療期程，為使相關治療課程為合於規定戒癮治療1年計算期程，反而名實不符，因而降低被告配合意願，不無影響被告戒癮動機之虞。

- 3、對此，桃園市政府衛生局蘇柏文副局長說明：「之前跟桃園地檢署開會，有達成共識，就是針對戒癮治療期間，個案來醫院評估適於進行戒癮治療時，就可以開始起算1年戒癮治療期間，會比緩起訴處分確定日更早，這段時間雖然沒有觀護人，但可以由醫院跟地檢署回報。當時桃園地檢署有說會加快緩起訴提出職權再議所需時間，以縮短空窗期。」法務部張斗輝次長於本院詢問會議則表示：「職權再議，目前高檢作業即分即結，未確定案件，無法送到戒癮治療機構與毒防中心。未來會修相關子法，希望案件可以快速處理，壓縮空窗期。」等語，法務部及檢察機關基於權利救濟立場，不能在緩起訴處分確定前之再議期間內，強制被告遵守緩起訴處分相關處遇負擔，但可以透過加快高檢署再議案件辦理期程，來避免空窗期爭議。此外，在本案調查期間，108

年8月19日法務部致函<sup>21</sup>衛福部略以：「醫療機構評估後緩起訴處分確定前之治療行為，可併入緩起訴處分確定後之療程，俾利戒癮流程一貫性。」雙方針對此議題已有共識。

(四)影響戒癮治療成功與否，另一重要面向在於戒癮費用支付，惟因全民健康保險法等相關規定，戒癮治療費用原則上須由人民自行負擔。然近年為提升毒癮者戒癮動機，衛福部進行多項年度型治療費用部分補助計畫，惟檢察機關無法掌握具體金額，導致依「檢察機關辦理緩起訴處分作業要點」規定及現行實務作法，未能使被告於接受緩起訴處分時，知悉戒癮治療費用相關補助詳情，似有檢討必要：

- 1、按全民健康保險法第51條規定：「下列項目不列入本保險給付範圍：……三、藥癮治療……」、「毒品戒癮治療實施辦法及完成治療認定標準」第14點規定：「戒癮治療費用除經公私立機構補助減免外，由接受戒癮治療者自行負擔。」因此附命完成戒癮治療緩起訴處分之被告，原則須自行負擔戒癮治療費用。又依「檢察機關辦理緩起訴處分作業要點」第2點第3款第1目之1規定：「檢察官於命被告完成戒癮治療、精神治療、心理輔導或其他適當之處遇措施時，宜告知緩起訴處分之相關法律規定及撤銷之法律效果，由被告自費至指定處遇之醫療機關(構)接受處遇之意旨，其命令並應得被告之同意，由書記官記明筆錄備查。」是法令規定僅要求檢察官宜告知被告需自費戒癮治療，並將被告同意之旨記明筆錄。
- 2、法務部查復以，戒癮治療相關補助方案，除了愛

<sup>21</sup> 108年8月19日法檢決字第1080458140號函。

滋病藥癮者補助經費來源較為穩定外，其他補助常因政策或其他因素，呈現不穩定的狀態，且因補助資源有限，有需求的藥癮者多，各醫院對於補助的標準設置及補助方式規畫也都不盡相同（例如有醫院採部分項目一次性的補助，部分醫院則依據個案之表現，以補助作為獎勵，給予鼓勵性質的補助。）且是類補助方案之權責隸屬衛生福利部，其補助方案之補助內容、範圍或限制等，各地方檢察署礙難即時知曉或全然理解補助內涵，又或指定戒癮機構是否有申請是類補助及後續治療費用減免程度。因此應由被告至指定戒癮機構進行初診時，由指定戒癮機構告知為宜等語，顯見各地檢察機關難以掌握衛福部各種計畫之補助。

3、另據衛福部查復以：

- (1) 歷年來，提供附命完成戒癮治療之緩起訴處分服務之醫療機構，多由地檢署主動洽商轄內衛福部指定藥癮戒治機構簽約辦理，或洽請地方政府衛生局協調藥癮戒治機構辦理，衛福部並未特別針對附命完成戒癮治療之緩起訴處分之醫療機構予以相關經費或資源挹注。
- (2) 惟為減少藥癮個案就醫障礙，提升治療意願，衛福部自95年起辦理「非愛滋藥癮者替代治療補助方案」，部分補助鴉片類成癮個案替代治療費用（包括藥品費、初診評估費、嗎啡尿液篩檢費、給藥服務費等），另於103年9月至107年間補助10餘家醫療機構試辦「非鴉片類藥癮治療補助計畫」<sup>22</sup>，並對參與該計畫之個案提供每

---

<sup>22</sup> 補充說明：103年起開辦「非鴉片類藥癮者戒癮治療費用補助計畫」，有效增加社區潛在藥

人每年2萬5,000元之藥癮治療費用補助（包括初診評估、心理治療、尿液篩檢費、家族治療等），前開方案或計畫無限制個案來源。

(3) 現況說明：

〈1〉藥癮者藥癮治療費用之補助方案計有衛福部心理及口腔健康司之「108年度非愛滋藥癮者替代治療補助方案」與「108年度藥癮治療費用補助方案」，及衛福部疾病管制署針對愛滋藥癮者接受替代治療醫療費用之全額補助。

〈2〉根據「衛福部109年度藥癮治療費用補助方案」，年度補助個人費用，18歲(含)以上者，以3萬5,000元為限；未滿18歲者，以4萬元為限。

4、本院經核：

(1) 補貼自費藥癮醫療費用，可降低個案就醫障礙，提升治療動機。況有多家戒癮治療機構迭向衛福部反應，由於個案欠繳治療費用，導致醫院呆帳問題，故衛福部相關補助費用確可促進醫療機構投入藥癮醫療服務，多元並完善藥癮醫療服務發展，提升治療效果。然該部之補助計畫並非常態，須每年定期檢視後編列，可能終止，故難苛求各地方檢察機關隨時注意相關補助計畫。

(2) 惟「新世代反毒策略行動綱領」已逐步建置地方檢察機關、戒癮治療機構及地方毒防中心之

---

癮者接受定期追蹤與治療之意願，爰於104年擴大辦理，並將藥癮治療費用補助金額，由每人每年10,000元提高至25,000元，及增列補助「個案追蹤管理費」，以完善個案追蹤管理制度，強化藥癮者持續留置醫療體系接受治療之動機。詳見本院105「有關媒體報導『學生吸毒，20倍速成長』，究校園反毒工作是否落實，如何從源頭阻絕毒品入侵校園，營造健康安全友善之校園環境，似有待持續深入追蹤瞭解」專案調查研究。

三方合作機制，如相關資訊可即時分享，聯繫管道流通順暢，並非不能於被告於檢察機關接受訊問之初，即得獲知戒癮治療費用部分補助等相關資訊，不僅可以提升被告戒癮意願，亦能契合附命完成戒癮治療緩起訴處分之目的。

(五)綜上以觀，專家學者研究指出，戒癮成功的內在因素為個人戒癮動機，而外在因素則是家庭與社會支持。當家庭功能缺損為個案施用毒品成因，或家庭不足以協助毒癮個案戒毒，抑因藥物成癮致衍生家庭暴力等問題，地方毒防中心應適時通報社福及家防單位介入，並轉介相關社會福利資源提供協助。對於自願接受戒癮治療被告，如基於權利救濟立場，認為戒癮治療期程須在緩起訴處分確定後始可起算，不無產生治療「空窗期」之疑慮，為提升個人戒癮動機，爰於本案調查期間，法務部接受衛福部之醫療專業意見，允將戒癮治療期程提前起算，應堪肯認。又檢察官依現行「檢察機關辦理緩起訴處分作業要點」規定，僅告知被告需自費戒癮治療，須待被告至戒癮治療機構始知費用有相關補助，有鑑於治療費用多寡為戒癮成功與否重要因素，且衛福部近年業已提出多項補助藥癮治療費用相關計畫，是以，檢察機關若能及早確認並曉諭被告有關戒癮機構治療費用之補助金額，應有助於提升被告戒癮意願，亦能契合附命完成戒癮治療緩起訴處分之目的。

四、109年1月15日修正毒品危害防制條例第24條規定，使施用毒品之緩起訴處分處遇多元化，並加強緩起訴處分之處遇前評估機制，對於無戒癮治療需求予以緩起訴處分之被告，係以向公庫支付、義務勞動或預防再犯命令（例如：強制驗尿）等方式，促使被告遠離毒

品。惟被告有無接受戒癮治療之醫療需求，仍須經醫療機構評估，目前相關評估工具、檢驗機制尚有所欠缺，法務部委由高雄地檢署率先試辦「本土化零毒害多元司法處遇計畫」，並使用相關評估量表，進行本土化研究，該部可審視其試辦成效之得失，提供各地檢署參辦之借鏡。另就施用第一、二級毒品被告之轉向處遇，究應以附命完成戒癮治療緩起訴處分，或聲請觀察、勒戒、強制戒治為最適之轉向處遇，現亦乏科學實證的評估工具可資運用，該部允應積極研議妥處，俾具體落實「新世代反毒策略行動綱領」意旨，以符合毒品危害防制條例之修法目的。

(一)為給予毒品施用者戒除毒癮最適當之處遇模式，109年1月15日修正毒品危害防制條例第24條規定，對於施用毒品被告之緩起訴處分處遇漸已多元化，並強化緩起訴處分處遇之事前評估機制：

1、依109年1月15日修正前毒品危害防制條例第24條規定，施用第一、二級毒品行為人，以緩起訴處分為毒品轉向處遇時，僅能附命完成戒癮治療之負擔，對於無治療需求的未成癮個案，如均要求進行戒癮治療，不僅造成戒癮治療機構困擾，也無益於被告戒用毒品，修法前即有檢察官適用刑事訴訟法第253條之2規定給予無戒癮治療需求之被告其他負擔。有鑑於此，修法後毒品危害防制條例第24條第1項規定擴張對於施用第一、二級毒品行為人之緩起訴負擔類型，增加刑事訴訟法第253條之2第1項第4款向公庫支付一定金額、第5款為義務勞動、第8款預防再犯所為之必要命令。法務部針對本條項修法說明以，為使毒品施用者獲得有利於戒除毒品之適當處遇，緩起訴之條件宜回歸刑事訴訟法第253條之2第1項規

定，以變得多元。

- 2、此外，同法第24條第3項，將刑事訴訟法第253條之2第1項第6款命完成戒癮治療內容，明文要求檢察官應徵詢醫療機構之意見，第4項則授權行政院訂定相關標準。法務部針對第3項修法說明略以，因施用毒品者是否適合為戒癮治療、精神治療、心理輔導或其他適當之處遇措施，宜由醫療機構或其他相關機關（構）評估，並提供意見予檢察官參考，爰增訂第3項規定。

(二)法務部於毒品危害防制條例第24條修法前，即指定高雄地檢署試辦「本土化零毒害多元司法處遇計畫」，藉由學者引進美國毒品法庭普偏使用的RANT評估量表，進行本土化研究，由檢察官及醫師操作該量表對個案進行評估，並依個案再犯風險性及醫療需求性高低，做為緩起訴處分命令條件之判斷，如試辦成果得宜，可做為各地檢署之參考：

#### 1、高雄地檢署「本土化零毒害多元司法處遇計畫」概述

(1)計畫目的：

〈1〉97年起我國緩起訴制度納入對毒癮者之戒癮治療處遇以來，使用毒品之被告須至醫院接受戒癮治療(例如服用美沙冬、接受個別/團體心理治療)。然對於初次施用毒品者或成癮性不高的個案而言，一律命其去醫院接受治療，似有浪費醫療資源之虞。毒品施用者起因多元(好奇、誤食、聽信可以減肥……等等)，成癮程度也不一，為使檢察官在毒偵案件審酌是否給予緩起訴時，有一客觀評估的工具，故該署與臺灣師範大學李思賢教授合作，引進在美國毒品法庭普偏使用的RANT量

表並予以中文化，由檢察官及醫師操作此量表進行對個案之評估，並依再犯風險性及醫療需求性高低劃分為4個象限，做為檢察官作出緩起訴處分命令條件之判斷。

〈2〉另依法務部訂定之「毒品戒癮治療實施辦法及完成治療認定標準」第3條之規定：「(第1項)戒癮治療之方式如下：一、藥物治療。二、心理治療。三、社會復健治療。(第2項)前項各款之治療方式應符合醫學實證，具有相當療效或被普遍採行者。」目前各地檢署就毒品緩起訴被告之處遇上，多以藥物治療或心理治療方式進行，而就社會復健治療方面尚未能運用，故高雄地檢署基於評估分流後之結果，就低再犯低醫療需求的個案採用社會復健(接受團體課程、執行義務勞務)的方式進行之。

〈3〉高雄地檢署推辦本土化零毒害多元司法處遇計畫的目的，可①提供檢察官是否給予緩起訴及後續命令條件的評估量表及分流處遇。②藉由處遇分流，可以避免醫療資源之浪費。③讓低度再犯、低度醫療需求之個案可以做義務勞務回饋社會。

(2) 實施現況：

〈1〉毒偵案被告經檢察官開庭後，初步評估符合緩起訴之條件時，使用RANT量表做法律面之評估，後轉介至觀護人室進行說明會；之後分派至合作之醫院進行，並由醫師或心理師作心理面之評估。

〈2〉醫師結合法律面及心理面之評估計算分數後，會勾選分流處遇意見表，並回擲地檢署

供檢察官作緩起訴處分之參考。

〈3〉檢察官於收到醫院回覆報告(醫院戒癮處遇分流評估建議,如下圖)後,作出緩起訴處分並諭知相關附帶條件。

	再犯風險：低→高	
醫療需求： 高→低	(二)高醫療需求、低再犯風險	(一)高醫療需求、高再犯風險
	<input type="checkbox"/> 藥物替代治療： <input type="checkbox"/> 美沙冬 <input type="checkbox"/> 丁基原啡因 <input type="checkbox"/> 心理治療加戒癮團體達6次 <input type="checkbox"/> 精神科戒癮或精神疾病住院治療(至少2周) <input type="checkbox"/> 社會復健治療課程	<input type="checkbox"/> 藥物替代治療： <input type="checkbox"/> 美沙冬 <input type="checkbox"/> 丁基原啡因 <input type="checkbox"/> 心理治療加戒癮團體或家族治療達10次 <input type="checkbox"/> 精神科戒癮或精神疾病住院治療(至少2周) <input type="checkbox"/> 社會復健治療課程 <input type="checkbox"/> 搭配中途之家
	(三)低醫療需求、低再犯風險	(四)低醫療需求、高再犯風險
	<input type="checkbox"/> 社會復健治療課程(18小時) <input type="checkbox"/> 義務勞務(40小時)	<input type="checkbox"/> 心理治療加戒癮團體或家族治療達8次 <input type="checkbox"/> 社會復健治療課程 <input type="checkbox"/> 搭配中途之家

圖4 醫院戒癮處遇分流評估建議

資料來源：高雄地檢署提供。

(3) 具體成效：

根據高雄地檢署107年3月間至108年5月中旬之統計,參與分流人數共為564人(施用一級毒品184人、施用二級毒品380人)：

〈1〉其中輕度成癮(第三象限)計126人(一級

11人、115人)，因再犯或未履行緩起訴條件而遭撤銷緩起訴者，僅14人（施用一級毒品1人、施用二級毒品13人），亦即第三象限中僅11.11%之個案遭撤銷；至於重度成癮（第一、二、四象限）共438人，其中78人（施用一級毒品33人、施用二級毒品45人）於緩起訴期間遭撤銷，撤銷比率為17.8%。

〈2〉若單以成癮性較高、治療費用也較高之一級毒品緩起訴被告而言，傳統的戒癮治療是門診與美沙冬替代療法及心理治療（個別或團體治療），於分流處遇後，輕度成癮者（第三象限，僅需要參加社會復健治療課程跟義務勞務），被撤銷率也僅9%，遠低於重度成癮（第一、二、四象限，須喝美沙冬或服用舌下錠、完成6到10堂之心理治療）合計被撤銷率之19.07%，代表檢醫雙方合力完成之評估確實發揮功能。

〈3〉輕度成癮（第三象限）不必接受傳統之戒癮醫療，占目前總分流人數22.3%（126/564人），以一個人完成1至2年需要花費2至3萬戒癮治療費用計算，實行分流制度，初步評估每一年至少可以節省戒癮治療費用252萬元（2萬×126人）。另第三象限緩起訴被告須履行40小時義務勞務，於一年來也產出至少5,040小時公益服務的效能。

2、探析「低再犯率且低治療需求」被告緩起訴處分之內涵，在於每位毒品案件的被告，其起因、成癮性皆不同，若僅用一條鞭的方式，命其接受附命完成戒癮治療之緩起訴處分，均需接受醫院門診、替代藥物、個別/團體心理治療，實務上確

實存在可能浪費醫療資源之疑慮。高雄地檢署運用中文化之RANT量表，由檢察官就法律面、醫師就心理面分別做評估並累計分數，來判斷個案再犯風險與醫療需求的高低。故「低再犯率且低治療需求」之被告即是經過檢察官及醫師使用量表後，評估其再犯風險低、醫療需求亦低之個案，可使用社會復健治療的方式進行處遇，而減少醫療資源之浪費。

- 3、另查前述「我國附命完成戒癮治療之緩起訴處分機制與成效之檢討」之研究計畫建議：「考量個案狀況及需求不同，建議治療評估內容應具多元性。」其評估緩起訴附命戒癮治療成效指標，建議具體項目包括：1. 被撤銷次數、2. 再犯次數、3. 復發時間、4. 驗尿結果、5. 回診狀況、6. 團體治療出席狀況、7. 毒品使用種類、8. 毒癮程度、9. 治療過程參與意願、10. 面對生活壓力與危機事件的因應能力、11. 家庭關係網絡、12. 親友關係網絡、13. 工作穩定性、14. 生活型態規律性、15. 毒品適量自控或減少使用狀況。此外，該計畫建議由法務部保護司統籌，將上述治療成效指標，設計為「緩起訴附命戒癮治療藥癮者再犯風險衡量評估表」，由觀護人根據個案的動靜態條件，輸入電腦介面之評估表，分析附命戒癮治療的藥癮者在社區中再次施用毒品的風險程度，提供第一線觀護人員啟動中高度監控與輔導，更可作為解除緩起訴付命戒癮治療處遇之參考依據，用以提高觀護品質，降毒品犯再度危害社區之隱憂。

- 4、綜觀毒品危害防制條例第24條修法意旨、高雄地檢署試辦計畫，或專家學者之研究建議，在在顯

示建立戒癮治療相關評估指標之重要性。而高雄地檢署係全國第一個採用毒偵案件結合檢察、醫療之評估，並進行分流處遇之地檢署，希藉由推動此項計畫及使用量表做為評估工具，提高檢察官對於吸食毒品者作出之緩起訴比率，以有效集中醫療資源於重癮者，並對個案賦歸社會、公益回饋有所助益。法務部可審視其執行得失，若於緩起訴制度及個案處遇上皆能有所成效，允可做為各地檢署參辦之借鏡，並能符合毒品危害防制條例修法目的。

(三)實務統計顯示，毒品被告受戒癮治療固然較觀察、勒戒、強制戒治處遇模式之再犯率低，然法務部認為兩者適用上，並無必然先後關係，亦即緩起訴戒癮治療並非觀察、勒戒之前置處分，故法院不應審酌檢察官應優先給予被告為附命完成戒癮治療之緩起訴處分；並指出檢察官聲請觀察、勒戒、強制戒治，亦屬一種可能對被告有利之轉向處遇，且修法後毒品危害防制條例第24條第2項規定，對於緩起訴撤銷後，檢察官應「繼續偵查」或起訴，明確排斥最高法院採認「附命戒癮治療之緩起訴處分」與「觀察、勒戒或強制戒治」係擇一適用關係之見解。然而，檢察官究竟應為「附命戒癮治療之緩起訴處分」或「觀察、勒戒或強制戒治」，並無相關評估工具：

1、就毒品被告為附命完成戒癮治療之緩起訴處分，或進行觀察、勒戒、強制戒治處遇，有下列不同觀察面向：

(1)據法務部查報統計顯示，毒品被告受附命完成戒癮治療之緩起訴處分較觀察、勒戒、強制戒治處遇模式之再犯率為低：

- 〈1〉 103年至108年6月，施用第一級毒品緩起訴期滿人數為1,952人，再犯施用毒品案件之人數為675人，再犯比率約為34.6%。施用第二級毒品緩起訴期滿人數為6,490人，再犯施用毒品案件之人數為915人，再犯比率約為14.1%。合併計算其再犯比率約為19.8%【計算式(675+915)/(1952+6460)×100%】。
- 〈2〉 103年至108年6月，無繼續施用毒品傾向出所人數為30,425人，出所後再犯人數為11,638人，再犯比率約為38.3%。同時期受戒治人出所人數為3,390，出所後再犯人數為1,202人，再犯比率約為35.5%。

表6 103年至108年6月不同處遇模式被告再犯率

處遇模式	再犯比率
附命完成戒癮治療之緩起訴處分	
施用第一級毒品	34.6%
施用第二級毒品	14.1%
合併	19.8%
受觀察、勒戒處分	38.3%
受強制戒治處分	35.5%

資料來源：法務部。

(2) 觀察法院實務見解，法院經常以檢察官未能具體說明施用毒品被告不適用於緩起訴戒癮治療之裁量理由予以駁回，衍生毒品被告無法追蹤及浪費司法資源等問題：

- 〈1〉 施用毒品者轉向處遇，除為附負擔之緩起訴處分外，尚有聲請觀察、勒戒、強制戒治之監禁式轉向處遇，法律規定兩者適用上，固無必然先、後關係。然在檢察官聲請觀察、勒戒情形，經本院檢索「司法院法學資料檢

索系統」，可發現107年1月1日至108年11月1日，高等法院「毒抗字」案件共603筆（如下圖），多以檢察官未能具體說明該案不適於緩起訴戒癮治療之裁量理由予以駁回<sup>23</sup>。

The screenshot shows the 'Judicial Branch Law Library Search System' interface. At the top, there are navigation links for 'Home', 'Main Office or Related Regulations', 'Interpretation', 'Judgment Search', 'Simple Case Search', 'Public Notice Program Special Area', and 'System Introduction'. The main content area is titled 'Judgment Search' and shows a search result of 603 items. On the left, there are filters for 'Judgment Court' (Taiwan High Court, Taichung Branch: 236; Taichung Branch: 150; Taichung Branch: 186; Taichung Branch: 31) and 'Judgment Year'.

序號	裁判字號 (內容大小)	裁判日期	裁判案由
1.	臺灣高等法院 高雄分院 108 年度 毒抗 字第 71 號刑事裁定 (5K)	108.11.01	聲請觀察勒戒
臺灣高等法院高雄分院刑事裁定 108年度毒抗字第71號抗告人即被告羅元廷送達代收人鍾瑞彬上列抗告人因聲請觀察勒戒案件，不服臺灣橋頭地方法院中華民國108年10月7日裁定（108年度毒聲字第165號），提起抗告，本院裁定如下：主文原裁定撤銷，應由臺灣橋頭...			
2.	臺灣高等法院 高雄分院 108 年度 毒抗 字第 70 號刑事裁定	108.10.31	聲請觀察勒戒

圖5 法學資料檢索「毒抗字」情形

〈2〉臺北地檢署檢察官林達於本院座談時表示，目前的觀察、勒戒，檢察官採書面聲請，法官亦以書面審理。有發現駁回理由是因為法官認為檢察官或可附命完成戒癮治療之緩起訴處分，但何以檢察官沒有詢問被告有沒有意願進行附命完成戒癮治療之緩起訴處分，因此駁回檢察官的聲請，案件退回檢察官。因為這涉及檢察官對個案的裁量權，經過檢察官向高院抗告，有一、兩個高院法庭也支持這種見解，導致這些有治療需要之被

<sup>23</sup> 參照臺灣高等法院高雄分院刑事裁定108年度毒抗字第71號：抗告人於為警查獲後，雖未主動表達其願接受戒癮治療之意願，然檢察官於本案偵查中，亦未給予抗告人表達是否有接受戒癮治療意願之機會，或就完成戒癮治療應遵守事項對抗告人為任何徵詢或說明，復未見其就無施用毒品前科之抗告人，何以適於監禁式治療之「觀察、勒戒」，而不適於社區醫療處遇之「緩起訴之戒癮治療」處分之裁量權之行使做說明，則檢察官所為，是否已達「合義務性裁量」，尚非無疑。進而，原審逕依檢察官之聲請而裁准應令抗告人入勒戒處所觀察、勒戒，容屬遽然。

告在這整段的抗告程序救濟期間，約有半年無人管理，毒防中心也無法介入。這主要是因為，最近高院有幾個庭會質疑檢察官沒有詢問被告是否願意接受緩起訴戒癮治療，因此要求檢察官應先探詢被告意願。毒犯也因此學會撰寫觀察、勒戒之抗告理由，可上網搜尋「毒抗字」之裁定，就可以發現大量「毒抗字」案件都是這種情況，大量浪費司法資源等語。顯見法院以檢察官未審酌被告緩起訴戒癮治療而駁回觀察、勒戒之聲請，衍生施用毒品被告無法追蹤及浪費司法資源等問題。

2、針對上開問題，法務部認為緩起訴戒癮治療並非觀察、勒戒之前置處分，亦非處於擇一適用關係，且觀察、勒戒未必不利於施用毒品行為人，毒品危害防制條例修法後與法務部見解一致：

(1) 法務部查復以，法院不應審酌是否給予被告為附命完成戒癮治療之緩起訴處分，蓋其事屬刑事訴訟法第253條之1第1項及第253條之2第1項第6款特別賦予檢察官之職權，非法院所得審酌，被告亦無聲請檢察官為緩起訴之權利，檢察官即使未為此部分理由之說明，於法亦無不合等語。法務部更指出，若從再犯率高低觀察，雖然附命戒癮治療緩起訴處分之再犯率較低，然如將後續不能完成戒癮治療及司法追訴之潛在風險一併納入考量，附命完成戒癮治療之緩起訴處分亦非必然有利於被告，故在兩種不同轉向處遇上，檢察官在選擇或評估上，仍有多種可能。亦即就保障被告利益之觀點而言，尚無必要將「緩起訴之戒癮治療」認係「觀察、

勒戒」之前置處分等語。

- (2) 本院按109年1月15日修法後毒品危害防制條例第24條第2項規定，對於緩起訴撤銷後，檢察官應「繼續偵查」或起訴，與修法前僅能起訴有所不同，並明確排斥最高法院100年度第1次刑事庭會議<sup>24</sup>、最高法院104年度第2次刑事庭會議<sup>25</sup>決議結論所採認「附命戒癮治療之緩起訴處

<sup>24</sup> 提案：檢察官對於「初犯」及「5年後再犯」施用毒品案件，依毒品危害防制條例第24條第1項規定為附命完成戒癮治療之緩起訴處分，嗣該緩起訴處分被撤銷確定，依同條第2項規定：「前項緩起訴處分，經撤銷者，檢察官應依法追訴」，究應直接予以起訴（或聲請簡易判決處刑）？抑或再聲請觀察、勒戒？**決議採甲說：直接予以起訴（或聲請簡易判決處刑）。**理由：〈1〉毒品危害防制條例對於施用第一、二級毒品者，認其係具有「病患性犯人」之特質，採行觀察、勒戒以戒除其身癮之措施。犯同條例第10條之罪者，依同條例第20條、第23條之規定，將其刑事處遇程序，區分為「初犯」及「5年內再犯」、「5年後再犯」。依其立法理由之說明：「初犯」，始須經觀察、勒戒；經觀察、勒戒執行完畢釋放後，「5年內再犯」者，因其再犯率甚高，原實施之觀察、勒戒既已無法收其實效，應依法追訴。至於經觀察、勒戒執行完畢釋放後，「5年後再犯」者，前所實施之觀察、勒戒已足以遮斷其施用毒品之毒癮，為期自新及協助其斷除毒癮，仍適用「初犯」規定，先經觀察、勒戒之程序。於此，僅限於「初犯」及「5年後再犯」二種情形，始應先經觀察、勒戒程序。〈2〉復按毒品危害防制條例第24條規定：「（第1項）本法第20條第1項及第23條第2項之程序，於檢察官先依刑事訴訟法第253條之1第1項、第253條之2之規定，為附命完成戒癮治療之緩起訴處分時，或於少年法院（地方法院少年法庭）認以依少年事件處理法程序處理時，不適用之。（第2項）前項緩起訴處分，經撤銷者，檢察官應依法追訴。」係一般刑事訴訟程序之例外規定，屬刑事訴訟法第1條第1項規定之「其他法律所定之訴訟程序」。該第2項既規定，前項（第1項）緩起訴處分，經撤銷者，檢察官應依法追訴，即已明示施用毒品案件於撤銷緩起訴處分後之法律效果為「依法追訴」，而非適用刑事訴訟法第253條之3所定撤銷緩起訴處分後得「繼續偵查或起訴」規定，**此乃因檢察官已依毒品危害防制條例第24條第1項為附命完成戒癮治療之緩起訴處分，被告事實上已接受等同「觀察、勒戒」之處遇，惟其竟未能履行該條件，自應於撤銷緩起訴處分後依法起訴，而無再次聲請法院裁定觀察、勒戒之必要。**

<sup>25</sup> 提案：前無施用毒品紀錄之成年被告，因施用第一級毒品海洛因（下稱前案），經檢察官依毒品危害防制條例（下稱毒品條例）第24條第一項為「附命完成戒癮治療之緩起訴處分」（下稱「附命緩起訴」）後，因被告未完成戒癮治療之必要命令，經檢察官依職權撤銷「附命緩起訴」確定，並依同條第2項就前案提起公訴，致該戒癮治療尚未完成。被告旋再因施用第二級毒品安非他命為警查獲（下稱後案），檢察官可否就後案直接起訴（或聲請簡易判決處刑）？抑或依毒品條例第20條第1項規定聲請將被告送觀察、勒戒？**決議採甲說：可直接起訴（或聲請簡易判決處刑）。**理由：〈1〉按毒品條例於97年4月30日修正公布後，對於進入司法程序之戒癮治療方式，採取「觀察、勒戒或強制戒治」及「附命緩起訴」雙軌制，其目的在給予施用毒品者戒毒自新機會。被告既同意參加戒癮治療，由檢察官採行「附命緩起訴」方式，此後「附命緩起訴」經撤銷，自不能再改採「觀察、勒戒或強制戒治」方式，重啟處遇程序。是該條例第24條乃一般刑事訴訟程序之例外規定，屬刑事訴訟法第1條第1項規定之「其他法律所定之訴訟程序」。該條第2項規定「前項（第1項）緩起訴處分，經撤銷者，檢察官應依法追訴」，已明示施用毒品案件於撤銷緩起訴處分後之法律效果為「依法追訴」，此乃因被告事實上已接受等同「觀察、勒戒」之處遇，惟其竟未能履行該條件，自應於撤銷緩起訴處分後就前案依法起訴，而無再次聲請法院裁定觀察、勒戒之必要。〈2〉「附命緩起訴」後，5年內再犯施用第一級或第二級毒品者，因其事實上已接受等同「觀察、

分」，與「觀察、勒戒或強制戒治」處於擇一適用關係。此觀法務部修法理由略以，為達成戒除毒癮之目的，於撤銷緩起訴處分後，宜由檢察官依法繼續偵查或起訴，亦即仍有現行條文第20條觀察、勒戒及強制戒治制度之適用，俾利以機構內之處遇方式協助其戒除毒癮，修法意旨與法務部前述立場相同。

3、以上顯示法務部對於「觀察、勒戒或強制戒治」之轉向處遇模式，仍認為有一定功能，惟其功能為何？如何與附命戒癮治療之緩起訴處分搭配？檢察官接觸被告之際如何決定被告最合適轉向處遇？現行並無明確指引。本院認為，摒除轉向處遇的選擇，究係檢察官裁量權限，或屬被告權利，或法院得否審查等抽象法律概念思維，究竟緩起訴戒癮治療之非監禁式轉向處遇，與觀察、勒戒、強制戒治之監禁式轉向處遇，對於被告戒除毒癮之效果孰優孰劣，應係關鍵。如何於檢察官接觸毒品被告之際，即透過經科學實證的專業評估，憑以決定被告最合適之轉向處遇，並擬定戒癮治療之具體項目與內容，是法務部應該正視之處。

(四)據上以論，109年1月15日修正毒品危害防制條例第24條規定，使施用毒品之緩起訴處分處遇多元化，並加強緩起訴處分之處遇前評估機制，對於無戒癮治療需求予以緩起訴處分之被告，係以向公庫支付、義務勞動或預防再犯命令（例如：強制驗尿）

---

勒戒」處遇，顯見再犯率甚高，原規劃之制度功能已無法發揮成效，自得依毒品條例第23條第2項或第24條第2項規定之相同法理，逕行提起公訴（或聲請簡易判決處刑），無再依毒品條例第20條第1項聲請觀察、勒戒必要。否則若被告心存僥倖，有意避險，選擇對其較有利之戒癮治療，如有再犯，又可規避直接起訴之規定，自與法律規範目的有悖。

等方式，促使被告遠離毒品。惟被告有無接受戒癮治療之醫療需求，仍須經醫療機構評估，目前相關評估工具、檢驗機制尚有所欠缺，法務部委由高雄地檢署率先試辦「本土化零毒害多元司法處遇計畫」，並使用相關評估量表，進行本土化研究，該部可審視其試辦成效之得失，提供各地檢署參辦之借鏡。另就施用第一、二級毒品被告之轉向處遇，究應以附命完成戒癮治療緩起訴處分，或聲請觀察、勒戒、強制戒治為最適之轉向處遇，現亦乏科學實證的評估工具可資運用，該部允應積極研議妥處，俾具體落實「新世代反毒策略行動綱領」意旨，以符合毒品危害防制條例之修法目的。

五、針對施用毒品之12歲以上、未滿18歲之少年，我國少年法院（庭）與美國「毒品法庭」功能相似，同為「問題解決型」之專業法院（庭），均為戒除少年毒癮而透過司法介入方式，全方位解決其在社會生活上所面臨壓力與困難。因此少年法院（庭）在處理施用毒品少年上，須徵詢醫療或其他相關機構意見後，再決定少年最佳處遇。參照毒品危害防制條例修法後，針對施用第一、二級毒品之18歲以上被告所為附負擔緩起訴處分，亦須徵詢醫療或其他相關機構意見，法務部並責成特定檢察署嘗試建立相關評估指標，供檢察官參考並決定最佳之處遇模式，司法院尤應衡酌少年法院（庭）在處理少年毒品案件時，該評估指標倘確有參考價值，可以此為基礎，量製更為適切之評估工具，提供少年法院（庭）決定符合少年最佳利益之處遇，以協助其戒除毒癮，回歸無毒生活。

（一）毒品成癮原因複雜，戒除毒癮需要提升個案戒癮動機，並需有足夠社會及家庭系統支持，美國「毒品法庭」制度設計，係在以司法強制力為後盾，強迫

被告接受各種藥癮及心癮治療課程，全方位解決被告面臨社會生活壓力，逐漸回歸無毒生活。「毒品法庭」法官並非僅具傳統刑事司法功能，除於認事用法、確認被告刑責外，更企圖解決被告生活上所面臨困難與壓力，協助被告澈底戒除毒癮：

- 1、有鑑於施用毒品者再犯率高，經警查獲反覆進入監獄之「司法旋轉門」現象，形成監所擁擠狀況，不利於被告戒除毒癮。美國於1989年在佛羅里達州成立第1個毒品法庭，因成效頗佳，遂由各州基層法官積極推動，漸次興起司法改革運動，至2019年已有4,168個毒品法庭<sup>26</sup>。
- 2、毒品法庭興起，有論者認為，乃是對於刑事法庭的革命，法官任務從認事用法與定罪量刑，轉變為解決當事人物質使用疾患的問題，並逐漸擴及至精神健康、家庭暴力等領域，形成「問題解決型」法庭的風潮<sup>27</sup>。
- 3、毒品法庭與一般刑事法庭在於解決案件不同，為「問題解決型」法庭，法官得利用原有手段（諸如緩刑）迴避監禁模式，使參與者轉向社區處遇，並由法庭為處遇中心尋找專家共同協助施用者戒癮<sup>28</sup>。其目的在於減少施用毒品頻率、降低毒品相關犯罪再犯率、協助個案康復及復歸社會。

(二)我國少年法院(庭)亦係「問題解決型」之專業法院(庭)，108年6月13日少年事件處理法修法後，法院(庭)決定各種處遇前得徵詢相關機關，與美

---

<sup>26</sup> 整理自林達，「美國毒品法庭實務－密蘇里州模式」簡報，收錄於「毒品法庭暨多元處遇之實務研析－國際研討會」。

<sup>27</sup> 林俊儒，〈毒品法庭的批判性考察〉，國立政治大學法律學系碩士論文，107年3月，頁36。

<sup>28</sup> 謝如媛，〈論美國毒品法庭制度－從懲罰到醫療的刑事司法實踐〉，收錄於國立政治大學刑事法學中心，刑事法學的新視野。

## 國毒品法庭作法相似：

1、據司法院少年及家事廳（下稱少家廳）查復，現行對於施用毒品少年之處遇如下（另見附圖）：

(1) 「觀察、勒戒、強制戒治」之轉向處遇僅適用於14歲以上18歲未滿而施用第一、二級毒品之少年<sup>29</sup>，至於12歲以上未滿14歲無刑事責任能力之少年及施用第3、4級毒品之少年均非毒品危害防制條例規範之對象，均不得對之為觀察、勒戒或強制戒治。少年施用第3、4級毒品，雖非屬犯罪行為，但仍為少年事件處理法（下稱少事法）第3條第2項所規範之「曝險少年」；為避免少年過早陷入物質濫用之輪迴，司法機關因此提前介入，由少年法庭連結各項資源協助是類少年。

(2) 於少年事件調查、審理程序中，對於施用毒品之少年，除得責付少年之法定代理人等並交付少年調查官進行急速輔導（少事法第26條第1款），尚得依據少事法第44條交付少年調查官或適當之機關、學校、團體或個人等觀察，以決定適當之保護處分<sup>30</sup>；另依108年6月21日修正施行之少事法第42條第5<sup>31</sup>、6<sup>32</sup>項，少年法院得在

---

<sup>29</sup> 12歲以上未滿14歲之少年由於欠缺責任能力（刑法第18條第1項參照），縱有施用第一級、第二級毒品之行為，亦不得裁定觀察、勒戒或強制戒治。

<sup>30</sup> 少事法第44條：「(第1項)少年法院為決定宜否為保護處分或應為何種保護處分，認有必要時，得以裁定將少年交付少年調查官為六月以內期間之觀察。(第2項)前項觀察，少年法院得徵詢少年調查官之意見，將少年交付適當之機關、學校、團體或個人為之，並受少年調查官之指導。(第3項)少年調查官應將觀察結果，附具建議提出報告。(第4項)少年法院得依職權或少年調查官之請求，變更觀察期間或停止觀察。」

<sup>31</sup> 少事法第42條第5項：「少年法院為第一項裁定前，認有必要時，得徵詢適當之機關(構)、學校、團體或個人之意見，亦得召開協調、諮詢或整合符合少年所需之福利服務、安置輔導、衛生醫療、就學、職業訓練、就業服務、家庭處遇計畫或其他資源與服務措施之相關會議。」

<sup>32</sup> 少事法第42條第6項：「前項規定，於第二十六條、第二十八條、第二十九條第一項、第

調查審理、轉介輔導處分及保護處分執行各階段，協調、諮詢或整合符合少年所需之相關福利服務資源，以期研商出更符合少年最佳利益之處遇或銜接服務。

(3) 於少年事件保護處分執行階段，少年法庭除對施用毒品少年進行保護處分及禁戒治療之處遇<sup>33</sup>外，亦依各法院結合在地資源進行各種戒毒課程，如：醫療及心理治療、戒癮支持團體、家長親職支持團體，視情況轉介至藥癮戒治機構或戒治處所，接受藥癮戒治或申請補助。

2、對於施用毒品少年，無論是在審理、調查期間，或收容於少觀所、為保護處分前，均須對少年進行身心評估，以決定最合適之處遇：

(1) 司法院少家廳表示，實務運作上，對於施用毒品之少年，如依據其行為特質、性格、家庭背景功能、觸法樣態、需保護性、身心狀況等因素，有不能責付或責付顯不適當，而有收容必要之情形者（例如有事實足認有行蹤不明之虞、有暴力攻擊傾向、有危害自身安全或自殺自傷之虞、家庭顯無管教功能，並須暫時隔離不良環境等。）無論於修法前或修法後，均得收容之。另依修正後少事法第26條2款規定，少

---

四十一條第一項、第四十四條第一項、第五十一條第三項、第五十五條第一項、第四項、第五十五條之二第二項至第五項、第五十五條之三、第五十六條第一項及第三項情形準用之。」

<sup>33</sup> 根據司法院少家廳查復，禁戒、治療為具強制性質之處分，裁定前須認定少年有無染毒或吸食迷幻物品成癮，或少年身體、精神是否顯有缺陷，因缺乏具體、有效指標，即使送由專業機構鑑定，亦不易評估認定。若少年有成癮行為需戒治或身心狀況需治療等情事，依少事法第44條規定，可指定觀察事項（如指定戒治或治療方式），交付6個月以內之觀察並由少年調查官作成觀察報告，具體建議未來之處遇模式，體現個別化處遇。禁戒、治療處分仍須考量少年之意願，以免形成對立，提高執行困難，亦不利長期治療之進展。

年法院得請少年觀護所對收容之少年進行身心評估及行為觀察，並提出鑑別報告供法院參考。

(2) 少年法院（庭）如依調查審理之結果，依少年行為性質、身心狀況、學業程度及其他必要事項，認為施以感化教育之保護處分為適當者，亦得裁定諭知感化教育。惟依少事法第42條新增之第5項規定，少年法院（庭）為感化教育保護處分之裁定前，認有必要時，得徵詢適當之機關（構）、學校、團體或個人之意見，亦得召開協調、諮詢或整合符合少年所需之福利服務、安置輔導、衛生醫療、就學、職業訓練、就業服務、家庭處遇計畫或其他資源與服務措施之相關會議，以整合相關福利服務資源，研商符合少年最佳利益之其他適當處遇或銜接服務之可行性。

(3) 法院應於少年事件調查、審理期間或保護管束執行期間，加強對少年作相關心理測驗，評估少年之身心狀況，並連結相關醫療機構（例如醫院之毒品戒癮門診、衛生福利部草屯療養院茄荖山莊之戒毒資源等）、心理諮商資源（例如轉介衛生局駐點法院心理師、法院自費聘請心理師等），協助申請身心障礙手冊、請領社福低收入補助，協助家長帶少年赴醫療院所就醫，之後督促持續門診就醫、服藥、職能治療等，如再有急性症狀得再協助辦理住院治療。

(三) 少年施用毒品案件，少年法院（庭）法官採團隊合作之概念，非僅由個案法官進行裁量，全面瞭解少年所面臨問題，提供全方位解決途徑：

- 1、少年施用毒品成因，歸納國內外相關研究文獻結果，可整理出心理、家庭、少年同儕與次級文化、社會環境等各層面，與其他非行成因並無顯著不同。施用毒品少年常併有其他非行或曝險行為，少年法庭於處理是類少年時，需考量其行為態樣、性格、成長及所處環境、家庭功能、就學及就業等需求及其需保護性，引入相關社政資源進行統合處理（少事法第1條、兒童權利公約第40條等參照）。與地檢署處理施用毒品個案之不同處，在於少年法庭需以全人觀點解決少年行為問題，除需對少年施用毒品之行為進行處遇及輔導外，亦需找出少年施用毒品之真正原因行為加以協助及處理。
- 2、少年施用毒品之行為往往為生命困境之警訊，真正原因恐為其所遭遇之家庭、同儕、學習抑或是身心等問題，單就其施用毒品行為進行戒癮或治療，無法真正對應少年所需；因之，108年6月19日修正公布之少事法第42條第5項規定，以司法結合社政、醫療等行政資源的概念，共同面對及處理少年行為問題，期能給予少年最大協助，以防其曝險及再犯，身心得以受到健全成長之機會。除於少年事件之調查審理程序中，需與行政資源進行會商外，後續保護處分之執行，亦需由少年保護官與社政資源持續協處及進行追蹤輔導，如：少年之毒癮戒治團體、陪伴者之協助團體課程、親職教育、個案研討會之舉辦以及職訓就業之協助等。
- 3、對於施用毒品少年之調查審理及輔導處遇，少年

法庭採團隊合作之概念，非僅由個案法官進行裁量；少年事件先由少年調查官進行「需保護性」之社會調查，在了解少年之身心、家庭及同儕關係等狀況後，提出適當之處遇意見，再由少年法庭法官進行協商式審理，於法庭上與少年、少年之法定代理人、少年調查官及社政資源(如：社工、輔導老師等)，共同就少年的行為問題進行討論及取得處遇之共識，提升保護處分有效執行的可能性。

(四)本院認為，針對施用毒品之12歲以上、未滿18歲之少年，我國少年法院(庭)與美國「毒品法庭」功能相似，同為「問題解決型」之專業法院(庭)，均為戒除少年毒癮而透過司法介入方式，全方位解決其在社會生活上所面臨壓力與困難。因此少年法院(庭)在處理施用毒品少年上，須徵詢醫療或其他相關機構意見後，再決定少年最佳處遇。參照毒品危害防制條例修法後，針對施用第一、二級毒品之18歲以上被告所為附負擔緩起訴處分，亦須徵詢醫療或其他相關機構意見，法務部並責成特定檢察署嘗試建立相關評估指標，供檢察官參考並決定最佳之處遇模式，司法院尤應衡酌少年法院(庭)在處理少年毒品案件時，該評估指標倘確有參考價值，可以此為基礎，量製更為適切之評估工具，提供少年法院(庭)決定符合少年最佳利益之處遇，以協助其戒除毒癮，回歸無毒生活。

六、將毒品成癮視為疾病，施用毒品行為人為病患型犯人，為「新世代反毒策略行動綱領」戒毒策略核心，然將施用毒品認作是成癮疾病，並非免除施用毒品者

之犯罪責任，無寧係促使其正視成癮疾病，及早接受治療。因經濟壓力、情緒難以控制，毒癮者行為失序，產生家庭暴力、社會危害，所以協助毒癮者戒毒，乃建構社會安全網，不可或缺一環。對於反覆施用毒品案件，過去偵查實務可一再給予被告緩起訴處分，甚至修法後毒品危害防制條例第24條規定，亦隱含此一意旨。惟對於施用毒品被告之處遇，自傳統刑事責任轉向為社區處遇、治療處遇，不僅須為提升被告回歸無毒生活機率，更是著重在社會及家庭安全維護。如檢察官未能瞭解被告成癮原因、背後動機，單純基於法條文義、政策績效，一再給予緩起訴處分，實非政府提倡上述戒毒策略之初衷，如何促進檢察系統全面認知該政策本質、如何加速建立相關研判指標、如何提升檢察官在施用毒品案件之角色與功能，法務部與衛福部仍有檢討空間。

(一)將毒品施用者認定為「病患型犯人」，為目前司法處遇政策之核心基礎。對於反覆施用毒品之行為人，視為「疾病復發」，故檢察官給予被告緩起訴處分並無次數限制，而毒品危害防制條例第24條之修正亦隱含此一內涵：

1、法務部查復以：

(1)觀察我國毒品施用者司法處遇政策歷史發展軌跡，已越來越傾向認定毒品施用者為「病患」之身分<sup>34</sup>，政策方向亦逐漸由法務部門主導之道德模式，逐漸往衛福部主政之疾病模式<sup>35</sup>移動。

<sup>34</sup> 綜觀我國毒品施用者司法處遇政策，從道德模式(1955年)演變為修正道德模式(1988年)，再轉變為整合模式(2008年)，法律看待毒品施用者角度，亦由最初之罪犯，發展至病犯，漸往成癮病患方向移動，此從政府投入幫助毒品施用者之資源與日遽增，目的在於維護病犯權益，協助渠等早日復歸社會。

<sup>35</sup> 所謂「疾病模式」，係指視毒品施用者為病人，由醫療專業人員施以治療之處遇模式，其處

疾病模式最大之特徵為「視成癮為疾病」，而毒品施用者司法處遇之目的，即在於幫助被告戒除施用毒品，即使無法立即斷癮，亦能降低施用強度，延長存活時距。

(2) 疾病模式之優點在於能夠迅速有效地祛除毒品施用者生理上之困擾，維持其正常生活。替代療法重視毒品施用者在醫療體系內之留置率<sup>36</sup>，只要毒品施用者願意繼續在醫療體系內接受治療與復健，維持正常社會功能，逐漸降低施用毒品強度，即可視為成功案例。至於毒品施用者於治療期間再次施用毒品，單純為病情之復發，乃無可厚非之事，無法加以責難<sup>37</sup>等語。

2、修正後毒品危害防制條例第24條第2項規定：「前項緩起訴處分，經撤銷者，檢察官應繼續偵查或起訴。」根據法務部查復<sup>38</sup>，其修法目的為因緩起訴處分是利用機構外之處遇，協助施用毒品者戒除毒癮，為達成戒除毒癮之目的，於撤銷緩起訴處分後，宜由檢察官依法繼續偵查或起訴，亦即仍有現行條文第20條觀察、勒戒及強制戒治制度之適用，俾利以機構內之處遇方式協助其戒除毒癮，亦得為不同條件或期限之緩起訴處分。

(二)施用毒品案件屬輕微犯罪，對於施用毒品被告為附負擔之緩起訴處分，過往並非檢察官主要工作項目，在檢察官未全面認知政策目的前，不宜以政策績效，盲目拉高緩起訴處分比率：

---

過方案為提供醫療戒癮（替代療法）、心理治療與諮商輔導等服務，幫助其復歸社會。

<sup>36</sup> 所謂「留置率」，係指毒品施用者繼續留在醫療體系內接受治療之比率。

<sup>37</sup> 林健陽、陳玉書、柯雨瑞，〈毒品犯罪戒治成效影響因素之追蹤研究〉，2003年，發表於「犯罪矯治與觀護學術研討會」。

<sup>38</sup> 109年1月10日法檢字第10904502310號函

- 1、林達檢察官於本院座談時表示：「目前戒癮治療，是透過檢察官的緩起訴附負擔，但在美國，戒癮治療是由法院操作，其中最大差別，是美國有司法強制力做為後盾，藉以保證被告能及早確立戒癮動機。但在臺灣，檢察官以緝毒為主要工作，戒癮治療與否不是他首要業務。所以很多附命完成戒癮治療之緩起訴處分個案，會交辦案件予檢察事務官。也會造成被告很多成癮或社會結構面問題，塞到醫院端處理。」林檢察官指出對於檢察官而言，緝毒為其主要工作，施用毒品案件則屬輕微案件，本院調查報告（107司調0041）亦指出，多數地檢署將之列為「例行性事務」，案件分流後係交由檢察事務官辦理，而檢察官僅為督導角色。
- 2、對此，林達檢察官提出憂心稱：「目前附命完成戒癮治療之緩起訴處分，未必是合適之方式。國家期待成癮毒犯改正，應在其表現好時要給獎勵；表現不好時要給予懲罰。目前松德醫院是以被告到院報到率降低或提高，作為獎懲機制，但仍不夠。因為附命完成戒癮治療之緩起訴處分，只能走向全有或全無，也就是倘若在緩起訴期間內再犯的話，若不是直接撤銷緩起訴，就是只能一直繼續給予被告再次緩起訴。而且因為一罪一罰，即使個案施用毒品頻率已經降低，但還是被緝獲時，又是一罪，如果決定撤銷緩起訴，等於前面療程全部白費。如果不撤銷，就沒辦法給予警懲或威嚇，也可能導致被告在吸毒人口中誤傳，重複吸毒不會被撤銷緩起訴，反而不利於個

案戒毒。」

- 3、按施用毒品被告經緩起訴處分，其背後司法政策理念，不僅在透過司法強制力，促使被告在面臨撤銷緩起訴壓力下，進行戒癮治療等相關處遇，更有防止家庭暴力、社會安全之考量。至於是否一再給予緩起訴處分，不應過度拘泥法條文義，或一味考量政策績效達成率。本院調查報告（107司調0041）指出，對於一再施用毒品之行為人，是否應撤銷緩起訴，應由承辦檢察官評估被告有無完成戒癮治療之可能性，再決定是否撤銷緩起訴處分，抑或對於再次施用毒品行為，給予緩起訴處分，此端賴檢察官對於附命完成戒癮治療緩起訴處分處遇模式之理解與評估，且需徵詢觀護人、醫療院、所及地方毒防中心意見，因涉及不同專業領域間配合協力，法務部應持續提升檢察官對毒品成癮性之醫療專業領域認知，方能期待檢察官作出最佳裁量決定，絕非僅止於檢察首長對於法務部緩起訴比率績效指標之政策考量。否則，即可能盲從於績效評核制度，進而違背緩起訴處分之制度目的。

（三）本院認為：

- 1、欲戒除施用毒品行為人之藥物成癮，本須長期追蹤、治療，透過行為人自我覺察，並主動積極接受協助，甚至須改變其原先身處之社區、交友環境，方能克竟其功。美國毒品法庭之法官的任務，不再只是確認犯罪事實、決定被告犯行，轉變為瞭解參與者特質或濫用物質的成因，並統合資源以重建其生活。且為使處遇方案得以遂行，

在不同處遇階段有不同獎懲手段，獎勵方面，例如：讚美鼓掌、減少處遇頻率、減少藥檢次數；制裁部分，例如：道歉、社區服務、增加處遇頻率、增加藥檢次數、短期監禁處分等<sup>39</sup>。美國毒品法庭一般每3、4個月開一次庭，並設有所謂「Jail Sanction」（短期監禁）機制，林達檢察官舉美國紐約布魯克林法庭參訪時之實例指出：「毒品法庭法官給予被告戒癮治療期間，被告有15次吸毒陽性反應，開庭法官當庭詢問被告為何15次，結果被告當場一直說他沒有使用過，一直否認，法官認為他根本沒有認真戒毒，就並當庭裁定拘禁被告3天，而且當場就送進去關了，下禮拜一才能出來。因為有這種有效地、快速地司法強制力後盾，所以美國的戒癮治療效果明顯。」

- 2、對於施用毒品案件，我國由檢察部門透過附負擔之緩起訴處分作為具司法強制力之轉向處遇後，勢必走向與國外毒品法庭不同之刑事政策。然在以往檢察實務，對於施用毒品僅為輕微案件，難以引起檢察官重視，僅因配合法務部政策績效取向，各地檢署檢察首長明示或暗示檢察官衝高緩起訴案件比率，此種短線作法恐未能真正體現「新世代反毒策略行動綱領」戒毒策略之內涵。
- 3、文獻指出，成癮是一個疾病的概念並不能免除戒癮者的（犯罪）責任，成癮者須認知要為自己康

---

<sup>39</sup> 林俊儒，〈毒品法庭制度內涵與爭議檢討〉，《犯罪與刑事司法研究》，第31期，國立臺北大學犯罪研究所出版，頁42、48。

復而努力，經由治療及行為改變，來面對一再復發問題<sup>40</sup>。毒品危害防治條例修法後，第24條規定雖賦予檢察官就反覆施用毒品被告，可一再為緩起訴處分權限，但應注意，此種緩起訴處分負擔，並非侷限於完成戒癮治療，檢察官應充分瞭解被告再犯施用毒品原因，進而給予不同條件之緩起訴處分。換言之，檢察官並非因毒品危害防制條例第24條修法，而獲得廣泛裁量權，毋寧應認為立法者係企盼檢察官考量個案特殊性，給予多元司法處遇。

- 4、透過緩起訴處分機制，協助施用毒品被告個案進行治療、復原，並非僅在於以治療替代處罰而已，更是為了避免毒癮者情緒爆發、行為失序後所帶來家庭暴力、社會安全等問題，透過與「強化社會安全網」連結，對於施用毒品之處遇機制，呈現跨時代的嶄新面貌。然「新世代反毒策略行動綱領」與附命完成戒癮治療之緩起訴處分等相關政策雖立意良善，但事起倉促，不僅存在前述各地區指定醫療機構量能不足問題有待克服，關於如何促進檢察系統全面認知該政策本質、如何加速建立相關研判指標及如何提升檢察官在處理毒品案件之角色與功能，仍須法務部與衛福部就相關政策或實際執行面共同協力，並隨時進行滾動式修正檢討，以符實需。

(四)綜上，將毒品成癮視為疾病，施用毒品行為人為病患型犯人，為「新世代反毒策略行動綱領」戒毒策略核心，然將施用毒品認作是成癮疾病，並非免除

---

<sup>40</sup> 蔡佩真主編，〈物質濫用社會工作實務手冊〉，巨流出版，106年9月，頁12。

施用毒品者之犯罪責任，無寧係促使其正視成癮疾病，及早接受治療。因經濟壓力、情緒難以控制，毒癮者行為失序，產生家庭暴力、社會危害，所以協助毒癮者戒毒，乃建構社會安全網，不可或缺一環。對於反覆施用毒品案件，過去偵查實務可一再給予被告緩起訴處分，甚至修法後毒品危害防制條例第24條規定，亦隱含此一意旨。惟對於施用毒品被告之處遇，自傳統刑事責任轉向為社區處遇、治療處遇，不僅須為提升被告回歸無毒生活機率，更是著重在社會及家庭安全維護。如檢察官未能瞭解被告成癮原因、背後動機，單純基於法條文義、政策績效，一再給予緩起訴處分，實非政府提倡上述戒毒策略之初衷，如何促進檢察系統全面認知該政策本質、如何加速建立相關研判指標、如何提升檢察官在施用毒品案件之角色與功能，法務部與衛福部仍有檢討空間。

參、處理辦法：

- 一、調查意見，函請法務部確實檢討改進見復。
- 二、調查意見，函請衛生福利部確實檢討改進見復。
- 三、調查意見五，函請司法院研議辦理見復。

調查委員：林雅鋒、劉德勳、楊芳婉