

# 一般論述或譯文

## 機構戒癮處遇的回顧與前瞻

Retrospect and Prospect of Institutional Addiction Treatment

**黃俊棠**

法務部矯正署署長

**鍾志宏**

法務部矯正署明德外役監獄副典獄長

**彭瑋寧**

長庚大學行為科學研究所臨床心理組  
法務部矯正署臨床心理師

DOI : 10.6905/JC.202101\_10(1).0004

## 摘要

黃俊棠、鍾志宏、彭瑋寧

本文分析我國近 30 年以來之反毒政策及趨勢，及對機構戒癮處遇之發展脈絡、新增人數及處遇內涵進行探討，並依機構戒癮處遇之現況提出研究建議。

從我國數次專案調整之反毒政策及研修之毒品危害防制條例，於戒毒工作之目標或策略可知，早期係以健全法令及藥癮戒治體系為主，之後逐漸擴大結合民間戒毒資源，更重視社區導向之支持與戒癮作為，並致力於戒治資源整合及強化復歸社會之成效等，整體戒癮政策從強調對毒品施用者之懲罰轉向為以治療為主，刑罰為輔；治療對象從個人擴大至與社區之整合；治療資源從醫療機構到公私部門跨域合作；治療專業亦從藥物治療到納入整合社會工作及心理治療等各種專業。綜上，我國對於毒品施用者係採「自願優先於強制」、「社區優先於機構」及「治療優先於處罰」之 3 項戒癮原則。

本研究分析受觀察勒戒人、受戒治人、受刑人及緩起訴處分於 2008 年至 2019 年間各年新增人數發現，以 2019 年和 2008 年之人數比較，受觀察勒戒人減少 63.24%，受戒治人減少 88.31%，受刑人減少 37.91%。緩起訴處分人數則增加逾 3.5 倍，顯見我國近 12 年來之機構處遇戒癮人數大幅降低，而社區戒癮人數則大幅增加，戒癮處遇發展方向與歷來反毒政策之變化相當一致。

我國提供戒癮處遇之機構主要包括醫療機構、民間戒癮輔導機構及矯正機關，而其中矯正機關為健全毒品犯處遇，共同推動「科學實證之毒品犯處遇模式計畫」，逐漸提昇處遇之專業性。研究者就機構戒癮處遇現況及參考反毒政策中戒毒處遇之策略，建議未來可再重視或推動：擴大醫療優先措施、個人戒癮導向轉向至社區整合、以容許復發取代再犯零容忍、整合矯正機關輔導人力等 4 項措施，以持續精進機構戒癮處遇成效。

DOI : 10.6905/JC.202101\_10(1).0004

## Retrospect and Prospect of Institutional Addiction Treatment

### **Abstract**

Chun-Tang Huang, Chih-Hung Chung, Wei-Ning Peng

This article analyzes the anti-drug policies and trends in the past 30 consecutive years, as well as the development context of institutional drug treatment, the new number of people and the connotation of the situation, and proposes research recommendations based on the current situation of institutional drug treatment.

From the anti-drug policy adjusted by several projects and the regulations on the prevention and control of drug harm in our country, the goal or strategy of drug rehabilitation work can be seen. The early stage was to improve the laws and drug addiction treatment system, and then gradually expand the integration of private drug rehabilitation resources. Pay more attention to community-oriented support and addiction treatment, and devote to the integration of treatment resources and strengthening the effectiveness of reintegration into society. The overall addiction treatment policy has shifted from emphasizing the punishment of drug users to focusing on treatment, supplemented by punishment; Targets expand from individuals to integration with the community; treatment resources range from medical institutions to public-private sector cooperation; the treatment profession also ranges from drug treatment to integration of social work and psychotherapy. In summary, my country adopts the three principles of "voluntary priority over compulsory", "community priority over institution" and "treatment priority over punishment" for drug users.

This study analyzes the number of newly-increased persons subject to observing extortion, extermination, inmates, and deferred prosecution from 2008 to 2019 and found that comparing the number of people in 2019 and 2008, the number of observing extortionists decreased by 63.24% ,

The number of people under precept and treatment decreased by 88.31%, and the number of prisoners decreased by 37.91%. The number of deferred prosecution sanctions has increased by more than 3.5 times. It is obvious that the number of people who have been withdrawn from addiction in institutions in my country has dropped significantly in the past 12 years, while the number of people

who have been withdrawn from community addiction has increased significantly. The development direction of addiction treatment is quite consistent with the historical changes in anti-drug policies

The institutions that provide addiction treatment in my country mainly include medical institutions, private addiction counseling institutions, and correctional institutions. Among them, the correctional institution is to improve the treatment of drug offenders, and jointly promote the "Scientific and Evidenced Drug Offender Treatment Model Project", which is gradually increasing The professionalism of the treatment. Based on the current situation of drug treatment in institutions and referring to the strategies of drug treatment in the anti-drug policy, the researchers suggest that further emphasis or promotion can be given in the future: expansion of medical priority measures, personal withdrawal of addiction to community integration, and zero tolerance for relapse instead of recidivism , Integrate 4 measures including the counseling manpower of correction agencies, and continue to improve the agency's addiction treatment to achieve results.

## 壹、毒品成癮與戒治

世界衛生組織（WHO）將藥物（毒品，drug）定義為「是指任何一種會造成腦部功能的變異而導致情緒或行為異常的化學物質稱之」（World Health Organization,1988）。該組織對毒品成癮（Drug Addiction）定義為個體對一種慢性或週期性中毒狀態產生重復性施毒行為（天然或人工物質的沉迷狀態）。

依我國毒品危害防制條例第 2 條規定，毒品則係指具有成癮性、濫用性及對社會危害性之麻醉藥品與其製品及影響精神物質與其製品，並分為四級。毒品施用者吸食毒品而成癮，其程序上是漸進的，約可分為下列幾個階段：

- 一、開始階段：在好奇心之驅使、逃避現實或為解除病苦與挫折，開始嚐試吸食或施打藥物。
- 二、繼續階段：週期性或間歇性的繼續使用藥物，惟尚未達成癮之階段。
- 三、沉迷階段：已重覆使用藥物而成為習慣性，而有部份之心理依賴性產生。
- 四、成癮階段：在重覆使用藥物後，產生生理及心理之依賴及耐藥性情形，而有繼續使用之衝動。
- 五、戒斷階段：此階段乃藥物成癮者最嚴重一階段，身體上已產生藥物依賴，此時藥物已改變行為人之生理狀態，倘不繼續用藥，將會產生戒斷症狀，危及生命安全。

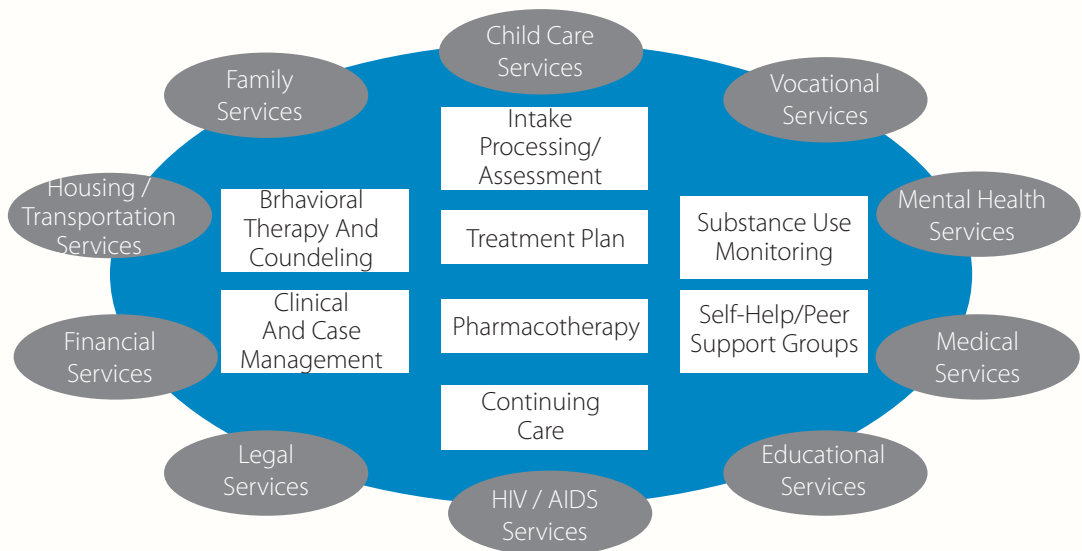
毒品成癮已證實是一種腦部疾病，並與多種腦部神經傳導物質：多巴胺（dopamine）、血清素（serotonin）、及正腎上腺素（norepinephrine）所形成的神經迴路（neuro pathway）失調有關，從疾病角度觀察，藥癮乃是腦部之慢性、復發性病變。藥癮在經過大腦多巴胺（dopamine）之酬償迴路而產生作用，長期施用毒品使大腦結構與功能產生一系列改變，影響人之認知、控制、記憶等功能，無法控制對毒品之渴求（秦文鎮、蔡曉雯，

2015)。換言之，藥癮屬於精神疾患，個體自我控制能力發生障礙，進而引起精神、生理、職業與社會功能之傷害（趙敏、郝偉，2012；陳喬琪，2009）。

NIDA（2009）認為，毒品施用者復原的過程其實是需要多層面與不同性質的共同協助，並非公共安全（司法監控）、公共衛生（醫療協助）或者是公民社群（社會救助）任何單一系統或架構可以獨立完成；實證研究亦已顯示唯有整合式的服務模式方能更切合毒品施用者的實際需要（如圖 1），藥癮戒治的療效也才得以最大化。簡言之，當毒品施用者自己、家庭、學校和社會願意開始接納毒品施用者並給予其援助時，終其一生的復原之旅才會真正開啓。

機構戒癮處遇的回顧與前瞻

### Components of Comprehensive Drug Abuse Treatment



The best treatment programs provide a combination of therapies and other services to meet the needs of the individual patient.

圖 1：藥癮治療的最佳模式 整合式服務

資料來源：引自 Components of Comprehensive Drug Abuse Treatments, By NIDA, 2009, Principles of drug addiction treatment - A Research-based guide(2nd ed), p8.

## 貳、反毒政策發展歷程

### 一、中央反毒協調組織

在反毒組織架構上，行政院於 1993 年 5 月核定由內政部邀集相關部會組成「中央肅清煙毒協調督導會報」，明定各部會的分工，以統合政府與民間力量，共同打擊毒品犯罪。後鑒於毒品氾濫嚴重，1993 年底乃將該會報提高至行政院層級，1994 年 2 月進一步更名為「中央反毒會報」，定期開會檢討反毒策略與執行方向。至 2001 年 1 月，行政院將「中央反毒會報」提昇至「行政院強化社會治安專案會議」運作，並於 2006 年起召開毒品防制會報，由行政院院長兼任召集人，以整合發揮政府及民間整體力量，貫徹毒品防制政策之執行，該會報主要任務包括：研擬毒品防制之基本方針、議訂統合各機關毒品防制政策、督考各機關毒品防制業務之執行、協調公私部門毒品防制之分工。

### 二、反毒政策演進

我國的反毒政策演進，於 1955 至 1980 年為潛伏期，主要濫用藥物及毒品為大麻、嗎啡，最高佔全部犯罪總人數比例 1.17%，毒品防治著重禁藥方面查報；1981 至 1990 年為發作期，主要濫用藥物及毒品為紅中、白板、速賜康、強力膠，最高佔全般犯罪總人數比例為 4.48%，著重毒品杜源查緝的供給方面；1991 至 1994 年主要濫用藥物及毒品為安非他命、海洛因，最高佔全部犯罪總人數比例 31.66%，此時進入作戰期，反毒工作也予以全面性整合 - 緝毒、拒毒、防毒。比較各時期毒品犯佔全部犯罪總人數可知，作戰期比潛伏期年代成長了約 30 倍，也比發作期年代成長了約 8 倍，成長速度相當驚人。1955 年至 1990 年間，著重於斷源，直到 1991 年毒品氾濫，始警覺打擊供給面不足以解決問題，開始發展出各種戒癮宣傳與預防政策（施志茂，2000）。

### (一) 向毒品宣戰 -1993 年 5 月

毒品政策演進至作戰期，行政院於 1993 年 5 月正式向毒品宣戰，即確立以「斷絕供給、降低需求」為主要反毒策略，並由法務部、教育部及行政院衛生署（現為衛生福利部）分別主導，進行緝毒、拒毒與戒毒三項重點工作，而「戒毒」方面主要工作重點為研修相關戒治工作之法令及建立本土化藥癮戒治體系。

### (二) 全國反毒作戰年 -2005-2008 年

行政院為貫徹反毒決心，將 2005 年至 2008 年定為「全國反毒作戰年」並於 2006 年 6 月 2 日召開之「行政院毒品防制會報」中決定，調整反毒策略為「首重降低需求，平衡抑制供需」，將反毒政策轉向著重降低毒品需求，以「戒毒」減少原有毒品施用人口再犯，再輔以積極「緝毒」以減少供給，並將反毒戰略警戒線推展至「防毒」，管控原為合法用途之藥品及先驅化學工業原料或製品，避免其被非法轉製成毒品。

在調整反毒策略方針下，將反毒工作由原「緝毒」、「拒毒」、「戒毒」三個分組工作，擴大轉變為「防毒監控」、「國際參與」、「拒毒預防」、「緝毒合作」及「毒品戒治」五大區塊。自 2006 年起各縣市政府亦陸續成立「毒品危害防制中心」，負責地方毒品防制工作，使毒品防制工作由中央推及地方，形成垂直、橫向聯結之緊密反毒網絡，期以結合地方資源與社政、醫療、警政、勞政、教育、司法保護等政府資源之整合，形成完整的毒品防制體系，並將以往中央毒品政策規劃為主軸的分工策略，陸續於 2007 年延伸擴大至地方的配合層面，以統合中央與地方之反毒網絡及資源。2010 年 11 月 24 日修正公布施行之毒品危害防制條例第 2 條之 1 更明確將該中心予以法制化，規定縣市政府應編列預算，由專責專任之組織負責地方毒品防制工作。

這個時期「毒品戒治」的核心工作項目包括：提升專業毒癮戒治模式、結合民間毒癮戒治體系、建構社區導向支持網絡、推動減害計畫降低危害。此階段配合減害計畫推動之美沙冬替代療法與清潔針具計畫對減緩毒品施用者感染愛滋病之情形成效顯著。



### （三）「防毒拒毒緝毒戒毒聯線行動方案」-2013 年

之後為提昇跨部會反毒工作成效，行政院於 2013 年 6 月 6 日核定「防毒拒毒緝毒戒毒聯線行動方案」，以強化毒品防制政策規劃與作業，健全組織與業務運作機制。本方案有關戒毒工作之具體策略包括：強化醫療機構藥癮治療效能、強化替代治療個案持續戒治動機、強化藥癮者社會復歸機制、強化毒品危害防制中心戒毒（癮）功能、提昇施用毒品收容人處遇成效、強化校園轉介醫療服務及藥物濫用官兵（替代役男）轉介諮商治療。

### （四）「有我無毒，反毒總動員方案」-2015 年

2015 年，行政院為將散落於各機關的資源、資訊及策略進行全面性盤點及整合，發展切合時宜的對策，以迅速回應當時毒品情勢發展，有效抑制毒品犯罪及施用毒品人口，提升整體反毒成效，遂於當年 6 月 15 日核定「有我無毒，反毒總動員方案」。本方案有關毒品戒治之目標包括：提升戒癮及處遇成效、協助毒品施用者復歸正常社會生活。

### （五）「新世代反毒策略」-2017-2020 年

2017 年，由於新型態毒品犯濫、吸毒年齡下降，以及毒品入侵校園等現象持續蔓延，政府以歸零思考方式，於當年 5 月 11 日行政院第 3548 會議提出該年至 2020 年 4 年為期之「新世代反毒策略」。該策略調整過去偏重「量」之反毒思維，改以「人」為中心追緝毒品源頭，期有效降低涉毒者之各種衍生性犯罪，並抑制新生毒品人口增加，維護世代健康。

新世代反毒策略組織架構區分為中央、地方二部份（如圖 2）。中央係於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。至於地方政府反毒工作，則由其所屬之「毒品危害防制中心」負責，整合衛政、警政、社政、教育、勞政等相關局處資源，落實執行各項反毒工作。

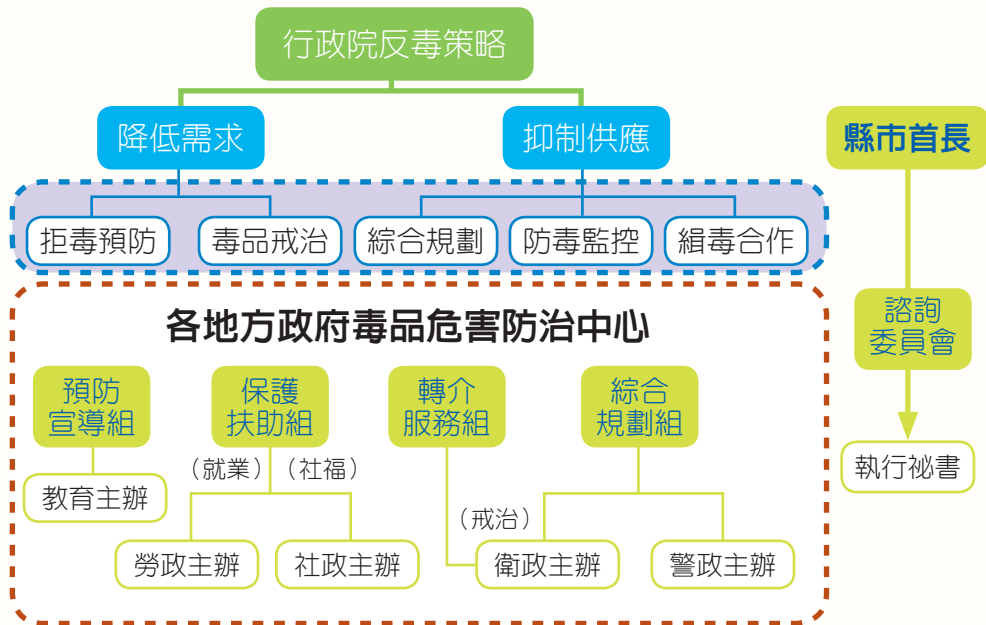


圖 2：新世代反毒策略組織架構

資料來源：新世代反毒策略簡報。https://antidrug.moj.gov.tw/cp-7-5411-1.html，下載日期：108 年 4 月 2 日。

本方案有關「戒毒」策略包括：建置整合性藥癮醫療示範中心，發展轉診與分流處遇系統、發展藥癮防治專業人才培訓制度、擴、增設治療性社區及增加補助中途之家、提升替代治療便利性改善方案、建立以家庭為中心之家庭支持服務，促進藥癮者重返家庭、連結網絡資源加強就業準備，以一案到底服務促進就業、研議衛福部主責督導毒品危害防治中心可行性、建置以成癮醫療及復歸社會服務為核心戒護為輔之戒治模式。

### (六) 戒毒策略思維變化

從 1993 年向毒品宣戰以來，歷經數次專案調整反毒之組織架構，任務目標及策略等，以毒品戒治組為例，我國於戒毒工作之目標或策略，從早期健全法令及藥癮戒治體系主，之後逐漸擴大結合民間戒毒資源，更重視社區導向之支持與戒癮作為，並致力於戒治資源整合及強化復歸社會之成效等，整體戒癮政策從強調對毒品施用者之懲罰轉向為以治療為主，刑罰為輔；治療對象從個人擴大至與社區之整合；治療資源從醫療機構到公私部門跨域合作；治療專業亦從藥物治療到納入整合社會工作及心理治療等各種專業。

## 參、現行戒癮制度與趨勢

### 一、現行戒癮制度

毒品危害防制條例在 1998 年修訂後，將毒品施用者界定為具病患性犯人之特質，創設觀察戒及強制戒治二種保安處分戒除其藥癮，使我國毒品政策產生重大變革。修法之初，對於施用一、二級毒品者，係採「有條件除刑不除罪」原則，優先施予觀察戒及強制戒治，後經多次修正，並增加附加條件之緩起訴處分及施用第三、四級毒品予以罰鍰及毒品危害講習等規定，有關我國毒品施用者戒癮處遇之現行相關制度如圖 3。

#### （一）第三、四級毒品施用者

按圖 3 可知，我國毒品戒癮處遇可區分為採有條件除刑不除罪之第一、二級毒品施用者及除罪化之第三、四級毒品施用者。施用第三、四級毒品者，因其所使用之毒品於成癮性、濫用性及對社會危害性相對較輕，依毒品危害防制條例第 11 條之 1 第 2 項規定，處罰鍰及接受 4-8 小時之毒品危害講習即可。

#### （二）第一、二級毒品施用者

施用第一、二級毒品者之戒癮處遇，依毒品危害防制條例規定則有一套相當繁複且完整之程序。

##### 1. 自動請求治療

首先，在施用毒品未被發覺前，為鼓勵其自動至醫療機構接受戒癮治療，依該法第 21 條規定，醫療機構免將請求治療者送法院或檢察機關，以降低毒品施用者擔心被告發之疑慮。

##### 2. 初犯

第一、二級毒品之施用者如果被發覺且為初犯，則依毒危法第 20 條第 1 項規定，由檢察官聲請法院裁定入勒戒處所接受最長二個月之觀察、勒戒。

是類個案在觀察勒戒後，如有繼續施用毒品傾向者，檢察官應聲請法院裁定令入戒治處所接受六個月至一年之強制戒治（毒危法第 20 條第 2 項後段）；但如為無繼續施用毒品傾向者（毒危法第 20 條第 2 項前段）或於強制戒治期滿、裁定停止戒治時（毒危法第 23 條第 1 項），則應即釋放，並由檢察官為不起訴之處分（毒危法第 20 條第 2 項前段）。

### 3. 再犯

經觀察勒戒或強制戒治出所之毒品施用者，可能會有三種情況，最好的是順利復歸社會，翻轉人生，但如果仍然未擺脫對毒品的依賴時，則區分為五年內再犯及五年後再犯二種類型。五年後再犯者，依毒危法第 20 條第 3 項規定，適用初犯之處遇；五年內再犯者，則依毒危法第 23 條第 2 項規定由檢察官依法追訴，並執行法院所判決之刑罰。

### 4. 醫療優先

立法者為提高毒品施用者於醫療機構接受治療之機會，依毒品危害防制條例第 24 條第 1 項規定，第一、二級毒品施用者不論係初犯、五年內再犯或五年後再犯，檢察官如認為適當時，可優先為附條件之緩起訴處分，但經撤銷緩起訴處分者，檢察官應繼續偵查或起訴。此一制度設計旨在落實醫療優先原則，使毒品施用者在一定司法強制力的約束下，雖其人身自由不受拘束，但仍須定期至醫療機構接受戒癮治療，此舉除可降低毒品施用者負面標籤及監禁後之不良影響外，最重要的是使其在維持家庭及職業生活的狀態下，戒除毒癮。

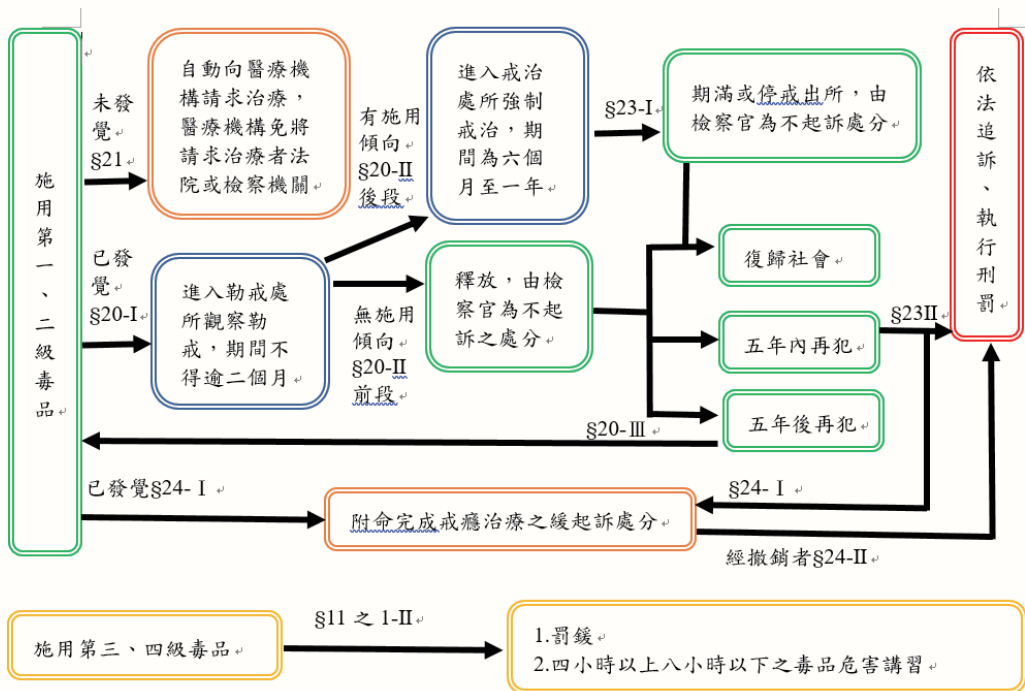


圖 3：我國戒癮處遇流程

資料來源：作者依毒品危害防制條例自行繪製。

依毒品危害防制條例相關規定可知，對於戒癮處遇，我國係採「自願優先於強制」、「社區優先於機構」、「治療優先於處罰」之原則。所以，該法首先鼓勵自行至醫療機構就醫戒癮，甚至依該法第 21 規定，對於主動就醫者，其治療期間經查獲者，可以有 1 次由檢察官為不起訴處分之寬待。如經發覺者，仍以社區處遇優先，即由檢察官依本法第 24 規定，優先思考是否為附條件之緩起訴處分，令其在自由的狀態下，先自行至醫療機構接受戒癮處分。對於不適合附條件之緩起訴處分者，始裁定具拘束人身自由性質之觀察勒戒處分，令毒品施用者於拘束人身自由的狀態下接受戒癮治療，或予以依法追訴。

不過，較為可惜的是勒戒處所依 1998 年 5 月 20 日所制訂施行之毒品危害防制條例第 27 條規定，應由法務部委託行政院國軍退除役官兵輔導委員會、行政院衛生署或省市政府於醫院內附設勒戒處所，本條例施行一年內，得先於看守所或少年觀護所內附設，並由行政院衛生署、省（市）政府衛生處（局）或國防部指定之醫療機構負責其醫療業務，顯見，依當時法條

規定之精神，係將戒癮處遇視為醫療行為，而認應於醫療機構設置勒戒處所為適當，看守所或少年觀護所內附設勒戒處所係為給醫療機構充分設置時間之過渡措施，但由於衛生主管機關及醫療機構持續以經費及治療人力不足等各種理由抗拒下，而未能落實該法條，後於 2003 年 7 月 9 日修正，勒戒處所之設置除維持原有規定外，另增加由法務部於看守所、少年觀護所或所屬醫院內附設，將原為過渡性質之措施變為常態性，而使前開機關在醫事人力及醫療資源均有所不足的情況下，持續辦理觀察勒戒業務，本法於 2010 年 11 月 24 日再次修訂，增加戒治所亦得為附設勒戒處所之機關。由於衛生主管機關一直無意願於醫療機構設置勒戒處所，致使本法不斷修訂，終以各類矯正機關得附設勒戒處所的方式因應之。

矯正機關附設勒戒處所後，衛生主管機關雖有指定醫療機構協助矯正機關戒癮評估及處遇人力，但戒癮處遇除專業人力資源外，外在環境、生活照顧及相關硬體設施等亦應為治療處遇之一環，而看守所及少年觀護所之環境及人力設置均係以執行刑罰或羈押為目的，就戒癮所需之醫療照護而言，仍非合適。對於衛生主管機關及醫療機構未能依本法最初之立法目的及其專業落實觀察勒戒處遇，致使毒品危害防制條例反而不斷增加看守所、少年觀護所及戒治所得附設勒戒處所之規定，除增加是類機關額外負擔外，亦使毒品施用者在生理戒斷期較不易獲得完整之醫療照護，及本法在治療優先於處罰之精神有未完全落實之憾。

## 二、趨勢分析：

依衛生福利部食品藥物管理署「103 年全國物質使用調查結果」，我國藥物濫用的整體盛行率為 1.29%，亦即在 12 至 64 歲的民衆中約有 23 萬人曾經藥物濫用。另統計我國毒品施用者於 2008 年至 2019 年，計 12 年期間各類處遇之新增人數（如表 1）可知，受觀察勒戒人之各年新增人數從 2008 年之 10,300 人逐漸下降至 2019 年最少之 3,786 人，僅在 2010 年、2015 年及 2016 年為正成長之情形；受戒治人各年新增人數則從 2008 年之 3,396 人，持續下降至 2019 年最少之 397 人，僅 2015 年及 2016 年為正成長之情形；受刑人各年新增人數在 2008 年至 2014 年間，大致上亦呈現下降之趨勢，從 12,715 人降

至 7,120 人，此後 3 年則又呈現小幅增加後再下降之情形；緩起訴處分各年人數在 2016 年以前雖呈現升降不一的情形，但在 2017 年至 2019 年間，則呈現大幅增加的趨勢。

從表 1 統計可知，受觀察勒戒人、受戒治人及受刑人各年新增的人數趨勢相當一致，且在 2019 年時，當年新增人數為近 12 年之最低或相對低點，以 2019 年和 2008 年之人數比較，受觀察勒戒人減少 6514 人（-63.24%），受戒治人減少 2999 人（-88.31%），受刑人減少 4820 人（-37.91%）。緩起訴處分人數在毒品危害防制條例於 97 年 4 月 30 日修正第 24 條新增附命完成戒癮治療之緩起訴處分後，人數大致上呈現緩步增加的趨勢，2012 年至 2014 年雖有下降情形，但之後仍然持續增加，特別在 2017 年開始推動「新世代反毒策略」後，緩起訴處分更是大幅增加，2019 年緩起訴處分人數相較 2008 年，計增加 7723 人（354.29%），增加逾 3.5 倍。

從上述趨勢分析可知，我國機構處遇戒癮人數持續降低，而社區戒癮人數持續增加。此一趨勢顯示檢察官近年來更願意採用非拘束人身自由的方式，使毒品施用者於社區醫療機構接受治療，除有利於矯正機關降低超額收容，改善收容人生活環境外，亦可更有效集中資源提昇處遇品質，在社區接受戒癮處遇之毒品施用者，亦可最小程度影響其原有就業或就學等社會功能，及避免機構化標籤之不良影響。

表 1：毒品施用者各類處遇逐年新增人數

項目別	受觀察勒戒人		受戒治人		受刑人		緩起訴處分	
2008 年	10300		3396		12715		1700	
2009 年	8305	-	1972	-	10792	-	2097	+
2010 年	9501	+	1470	-	9126	-	2768	+
2011 年	8565	-	1094	-	8922	-	4411	+
2012 年	6969	-	793	-	8167	-	3837	-
2013 年	6700	-	664	-	7678	-	3096	-
2014 年	5978	-	623	-	7120	-	2574	-
2015 年	6715	+	640	+	7345	+	2778	+
2016 年	7714	+	710	+	8694	+	3777	+
2017 年	6720	-	620	-	9426	+	8561	+
2018 年	5011	-	481	-	8534	-	9063	+
2019 年	3786	-	397	-	7895	-	7723	-
2019 年與 2008 年差值	-6514(-63.24%)		-2999(-88.31%)		-4820(-37.91%)		6023(354.29%)	

資料來源：法務統計。http://www.rjtd.moj.gov.tw/RJSDWeb。下載日期：109 年 11 月 3 日

## 肆、戒癮服務機構及矯正機關處遇現況

### 一、戒癮服務機構

現行提供戒癮服務之主要收容機構可區分為三類：第一類為醫療機構提供之門診及住院服務，如衛生福利部公告指定辦理藥癮治療業務之醫療機構，包括台北市立療養院（現為台北市立聯合醫院松德院區）、草屯療養院、嘉南療養院、高雄市立凱旋醫院等 169 家醫療院所，以及國軍醫院提供吸毒官兵之住院藥癮治療服務；第二類為民間戒癮輔導機構，如財團法人基督教晨曦會、財團法人基督教沐恩之家、財團法人台灣基督教主愛之家等；第三類為矯正機關，包括監獄、戒治所及各看守所、少年觀護所及戒治所附設之勒戒處所。其中醫療機構與民間戒癮輔導機構皆在其能力範圍內提供服務，無時程限制，且無拘束人身自由之強制力，但依毒品危害防制條例所判處之刑罰或裁定之保安處分，均為具有拘束人身自由強制力之司法處分，而矯正機關或其所附設之勒戒處所，毒品施用者之健康除有應拒絕收監之情形外，矯正機關及其附設勒戒處所均應予收容，處遇時間亦受刑期或處分期限（觀察勒戒最長二個月、強制戒治最長一年）之限制。

提供毒品施用者之戒癮服務，除採醫療、刑罰及保安處分而有依其意願至醫療機構、民間戒癮輔導機構或強制於矯正機關進行戒癮等不同方式外，依毒品危害防制條例第 2 條之 1 規定，亦由各直轄市、縣（市）政府毒品危害防制中心提供毒品施用者家庭重整及心理輔導等關懷訪視輔導、提供或轉介其所需之社會救助、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，與協助其接受戒癮治療及追蹤輔導、依法採驗尿液、訪查等。毒品危害防制中心為整合社區戒癮資源及銜接與輔導出監所毒品施用者之重要機構。

為強化毒品施用者自力更生及強化與社區之聯結，2009 年 5 月 20 日增訂毒品危害防制條例第 20 第 4 項，要求公立就業輔導機構應於受觀察勒戒或強制戒治處分之人出所後，輔導其就業。

綜上，依毒品危害防制條例及民間自主提供之資源，有關毒品施用者戒癮之服務機構，可包括衛福部指定之公私立醫療機構、直轄市、縣（市）政府



之毒品危害防制中心、勞動部勞發署所屬之公立就業服務機構、民間戒癮輔導機構及最後一道防線之矯正機關，究其各公務機關組織之定性可區分為衛政、社政、勞政及矯正。

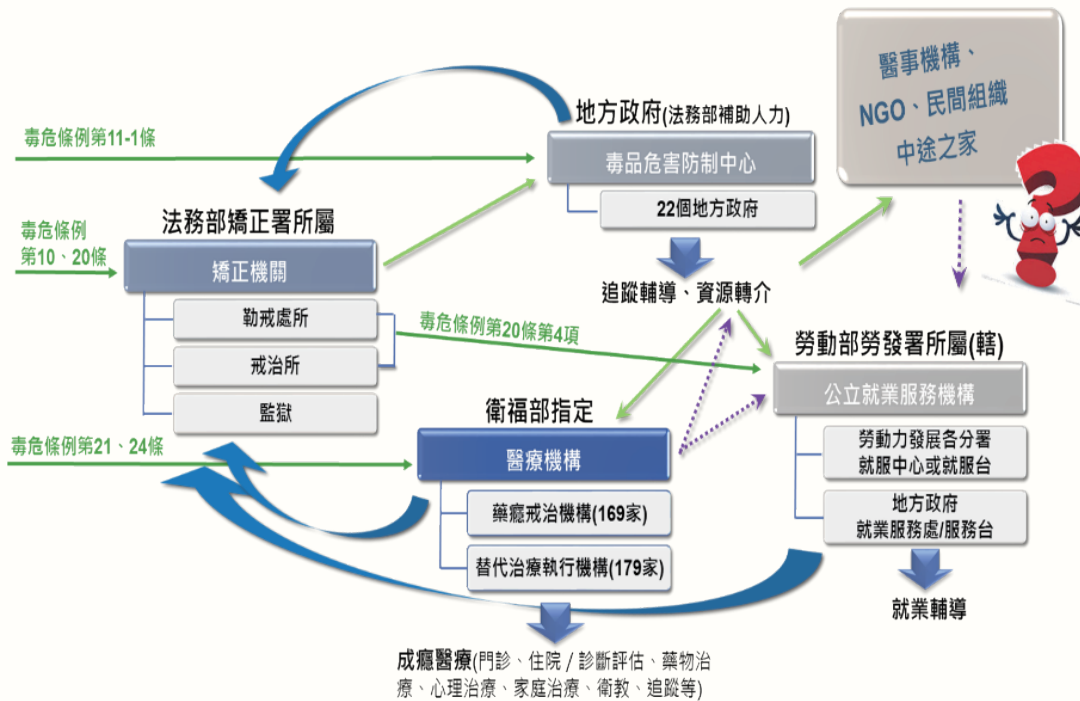


圖 4：毒品施用者戒癮服務機構

資料來源：新世代反毒策略簡報。https://antidrug.moj.gov.tw/cp-7-5411-1.html，下載日期：108年4月2日。

## 二、矯正機關處遇現況

矯正機關雖非醫療機構，且收容之毒品施用者多為在醫療機構戒癮後仍然復發再犯之個案，但法務部矯正署為提高毒品施用者戒癮成效、降低再犯率及提高其復歸社會之信心，在 2011 年 8 月 15 日函頒「矯正機關毒品施用者家庭支持方案」，目標在於提高家屬衛教服務可近性、毒品施用者專業處遇涵蓋率及增加二者良性互動機會，以重建家庭關係，並在此基礎上，2011 年 12 月 26 日再實施「監獄毒品犯戒治輔導計畫」，將毒品施用者執行期間之戒癮處遇區分為新收評估、在監輔導、出監輔導、出監再犯危險性評估及社區追蹤輔導之銜接等四個階段。前揭計畫之實施，著重於戒癮處遇

之深化及提升涵蓋率，毒品施用者與家庭之關係，及依執行不同階段有明確相關期程與工作重點，對於我國毒品施用者執行期間處遇品質之提昇有所助益。

美國國立藥物濫用研究所（National Institute on Drug Abuse, NIDA）修訂發表司法戒治藥癮個案處遇的 13 項原則，供刑事司法機構實施毒品施用者處遇之參考（NIDA, 2006）：

- （一）藥物成癮是影響行為的腦部疾病。
- （二）戒毒的治療需延伸至社區，並處理伴隨時間而衍生的相關問題。
- （三）治療必須持續足夠長的時間才能產生穩定的行為變化。
- （四）評估是治療的第一步。
- （五）刑事司法人員需形成適合個案需求的個別化處遇，這對藥物濫用治療的有效性是重要的。
- （六）視復發為提供治療的機會。
- （七）治療應針對與犯罪行為有關的因素。
- （八）刑事司法監督應納入毒品犯的治療規劃，治療者應了解矯治監督要求。
- （九）對於藥物成癮者之持續關懷照顧非常重要，尤其是其即將重返社區時。
- （十）鼓舞案主正向行為與參與處遇計畫之獎勵和懲罰需平衡。
- （十一）共同出現藥物濫用與精神健康問題的毒品施用者個案通常需要整合之處遇策略。
- （十二）醫療是毒品施用者處遇的重要作為。
- （十三）對於居住於社區及即將重返社區之毒品施用者應教導其預防及處理嚴重及慢性病狀況如 HIV/AIDS、B/C 型肝炎及肺結核等。

法務部矯正署為提昇矯正機關戒癮處遇之科學性、有效性及符合我國最新毒品戒治政策，遂與中正大學楊士隆教授合作，依據美國國立藥物濫用研究所（NIDA）所發表之戒癮處遇 13 項原則，並整合原有之「矯正機關毒品施用者家庭支持方案」及「監獄毒品犯戒治輔導計畫」，重新建構以證據為基礎之戒癮處遇，於 106 年 12 月 29 日訂定「科學實證之毒品犯處遇模式計畫」，由各矯正機關落實辦理。

「科學實證之毒品犯處遇模式計畫」分為四個階段實施。法務部矯正署為落實本計畫，另爭取經費由各矯正機關增聘個案管理員，並再擴大僱用心理師、社工等專業人員與矯正機關現有之輔導人力（教誨師、調查員、心理師及社工）及支援矯正機關之健保精神醫療資源共同合作推動，茲就各階段處遇目的及內涵說明之（如圖 5）：

### （一）新收評估階段

本階段為毒品施用者新收後二個月內，主要作為如下：

1. 形成個別化處遇：由管教人員依「毒品犯受刑人評估表」蒐集各項資料，相關資料應視個案在監輔導情形適時修正與更新，管教人員應依資料結果提出輔導策略與建議。
2. 文宣製作與資訊提供：製作毒品施用者處遇流程與措施之文宣，透過口頭、郵寄、海報張貼等方式向其及家屬進行宣導，提昇處遇動機。

### （二）在監輔導階段

排除新收評估階段及出監前輔導階段屬之，每個個案因其刑期長短不一而異。輔導目標在於加強毒品施用者對毒害之感受及認知，提昇戒癮動機，主要輔導策略如下：

1. 提供 7 大面向課程：課程內容涵蓋因吸毒受損或受影響的各個面向，包括成癮概念及戒癮策略、家庭及人際關係、職涯發展及財務管理、毒品危害及法律責任、衛生教育與愛滋防治、正確用藥觀念及醫療戒治諮詢，還有戒毒成功人士教育等面向，以調整身心狀況並強化對藥

癮正確認知及提昇戒毒動機。七大面向課程實施方式可以演講、大班課程、團體治療及個別治療等形式進行，針對團體或個別諮商 / 輔導 / 治療處遇，除需施以「毒品處遇前後測問卷」，各機關依處遇需求及各團體或個別諮商 / 輔導 / 治療處遇內涵及目標不同而選擇是否需以其他量表 / 問卷施以前後測。

2. 個案管理：加強個案管理概念，視個案在處遇中的變化及需求調整處遇內容。依個案處遇狀況調整課程的質與量，安排團體或個別治療、社會資源或其他戒毒方案等，以達修復創傷，協助預防復發。
3. 家庭支持方案：定期辦理家屬衛教及諮詢服務、家庭關係修復團體、家屬參訪、家庭日、三節懇親等家庭輔導活動，並配合技藝、技能訓練舉辦成果展示與家屬座談。

### (三) 出監輔導階段

本階段實施期間依毒品施用者刑期區分為二類：刑期末滿一年六個月者為出監前三個月；刑期一年六個月以上者為出監前六個月。輔導目標在於結合勞政、衛政及社政，強化社區銜接輔導功能，透過與更生保護會、毒品危害防制中心、社會局、就業服務站等機構之合作，與矯正機關之處遇形成四方連結，協助毒品施用者順利回歸社會，主要輔導策略如下：

1. 與勞政連結辦理就業輔導：配合勞動部「新世代反毒就業服務計畫」，引進就業資源，強化就業輔導功能，協助職涯規劃及就業轉介，並開授求職履歷寫作技巧及辦理求職面試模擬情境演練等課程，以提昇出監後就業機率。
2. 與衛政連結強化社區銜接措施：積極引進毒品危害防制中心資源，辦理個別認輔及出監輔導，強化毒品犯出監後社區支持系統，俾利出監後之追蹤輔導，以延續監內輔導成效。
3. 與社政連結提供社福資源：引入關懷輔導、家庭支持、情緒支持、經濟扶助、法律諮詢等相關資源訊息，配合衛生福利部「藥（毒）癮者家庭支持服務實施計畫」加強家庭支持及出監轉銜。

#### （四）出監再犯危險性評估及社區追蹤輔導之銜接

本階段輔導目標在於延續毒品施用者在矯正機關執行時之輔導成效，落實社區追蹤輔導，協助預防復發。矯正機關在毒品施用者出監前會完成毒品再犯危險性評估表，以為社區追蹤輔導策略之參考，並彙整其直間接調查報告表、犯次認定表、毒品犯受刑人評估表及毒品再犯危險性評估表，於其出監時函知戶籍或住居所在地相關單位，俾利社區追蹤輔導之銜接。相關輔導資料會依需要提供各地更生保護分會、地檢署觀護人或毒品危害防制中心，而毒品危害防制中心亦會依個案需求轉介醫療、社政、警察或教育等機構。

機構戒癮處遇的回顧與前瞻

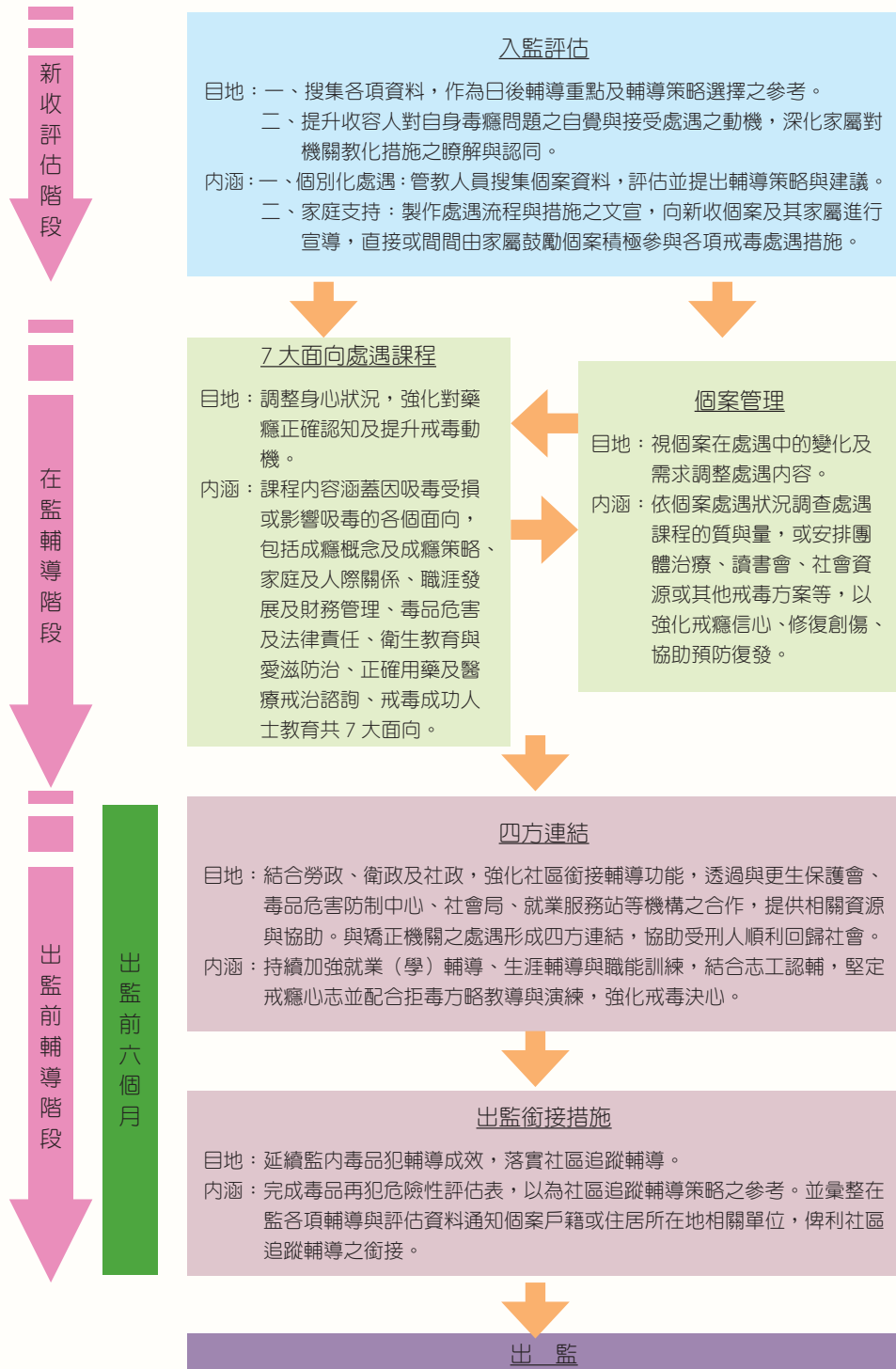


圖 5：科學實證之毒品犯處遇模式

## 伍、未來發展趨勢

### 一、擴大醫療優先措施

依 2008 年 4 月 30 日修正之毒品危害防制條例第 24 條規定，毒品施用者被發覺後是否得於醫療機構進行戒癮治療，係取決於檢察官的判斷，如檢察官認為不適當時，仍需依法裁定觀察勒戒或追訴判刑，加之執行觀察勒戒之處所從該法第 27 條沿修過程及實務發展可知，並非原先立法者期待之醫療機構，而是改以附設在戒治所、看守所或少年觀護所，更使受觀察勒戒人因實際仍在矯正機關執行而難以擺脫犯罪人之標籤，徒增加毒品施用者阻抗戒癮治療之心態外，亦較難貫徹該法對毒品施用者予以除刑不除罪之病犯觀點。

目前亦有許多有關引進美國毒品法庭制度的呼籲，其主要思考，即是希望可以透過司法的力量整合各種毒品施用者所需之戒癮資源，並在一定強制力下，使其接受完整之服務，甚至認以純公共衛生之觀點處理藥物濫用之問題。然不論是毒品法庭、純公共衛生之觀點（除罪化）或我國現行附條件之緩起訴處分等，制度雖然不同，但醫療處遇均具有優先性。

依表 1 可知，附條件之緩起訴處分規定在 2008 年制定後，適用之人數升降趨勢不定（2008 年：1,700 人→2011 年：4,411 人→2014 年：2,574 人），顯見檢察體系對該制度之運用上，較未完全發揮立法者期待，但值得肯定的是在 2017 年及 2018 年，適用之人數分別大幅上升至 8,561 人及 9,063 人。

因此，未來可從政策溝通的角度，加強向檢察官宣導毒品成癮之病理教育，使其能以疾病的觀點對毒品施用者之成癮及復發有完整的認知及理解，而更願意以附條件之緩起訴處分優先於向法院聲請裁定觀察勒戒或依法追訴；亦或是修訂本法第 24 條規定，對於未涉及另案之毒品施用者一律優先醫療處遇，即不採檢察官保留之現行設計，而均予以附條件之緩起訴處分，由其至醫療機構接受戒癮，但如未能完成治療，並經撤銷者，則依法繼續偵查或追訴；對於有另案之毒品施用者，再由檢察官判斷是否適當，如認為不適當者，則向法院聲請裁定觀察勒戒或依法追訴，以擴大毒品施用者獲

得至醫療機構接受戒癮治療的機會，亦可衡平社會安全之需求。

## 二、個人戒癮導向轉向至社區整合

我國有關戒癮治療的重點，自 1993 年 5 月向毒品宣戰開始，初期雖強調完備戒治工作法規及本土化藥癮戒治體系，但當時相關法規及戒癮戒治體系仍在發展中，實際上仍以肅清煙毒條例及麻醉藥品管理條例為主要管理法規，對於毒品施用者係強調重刑之刑罰威嚇效果；1998 年制訂毒品危害防制條例後，則除減輕毒品施用者之刑度外，亦創設觀察勒戒及強制戒治處分，將刑罰威嚇之措施轉向為強調機構性醫療處遇；2005 至 2008 年全國反毒作戰年期間，各縣市政府亦陸續成立「毒品危害防制中心」，並以提升專業毒癮戒治模式、結合民間毒癮戒治體系、建構社區導向支持網絡為主要工作重點，處遇的重點在原來的基礎上走向結合民間資源，及對毒品施用者的個人戒癮處遇轉向為社區支持；之後的 2013 年「防毒拒毒緝毒戒毒聯線行動方案」、2015 年「有我無毒，反毒總動員方案」及 2017-2020 年「新世代反毒策略」除維持強調戒癮醫療成效之發揮外，亦強調發展轉診與分流處遇系統、增設更多元社區治療方案，如治療性社區及中途之家、並重視毒品施用者處遇取得之可及性及便利性、以家庭為中心強化其與社區之連結及就業準備，處遇提供則從醫療衛政擴展至勞政、社政等。簡言之，從我國向毒品宣戰迄今，有關對毒品施用者之戒癮治療，除了初期強調刑罰威嚇效果外，逐漸走向生理解毒及心理戒癮，後又更進一步發展至復歸社會及社區支持系統之建構，使毒品施用者在病人的角色上更為突顯，並協助其生理、心理及社會功能上有所恢復，而社區支持系統除了醫療機構外，亦將衛政、勞政、社政、警政及教育等均予納入，由毒品危害防制中心扮演整合之重要角色。

以毒品危害防制中心為例，該中心之中央主管機關原為法務部，由法務部主管下之思維，則係以司法控制、犯罪預防為主，服務對象則是司法更生個案及行政裁罰個案為主；但在「新世代反毒策略」推動後，改由衛生福利部主政，其管理思維則改為公共衛生介入、醫療服務、個案管理為核心，服務對象則是以有藥物濫用 / 成癮個案為主。此一轉變亦可見證我國對於毒品施用者之認知從犯罪轉向為病人、對其處遇理念從制裁轉向為支持協助、治療目標從個人戒



癮導向走向社區整合之發展趨勢，因此，未來相關部門應在其主政之權責上落實推動戒癮處遇，並避免本位主義，在以協助毒品施用者復歸社會的基礎上，相互合作。

### 三、以容許復發取代再犯零容忍

我國毒品危害防制條例施行後，採「有條件除刑不除罪」之理念，以社區醫療或機構性醫療處遇優先，在制度設計上則係由檢察官判斷處置之方式，即附條件之緩起訴處分、聲請裁定觀察勒戒或依法追訴等。後二項處遇，如觀察勒戒、強制戒治或宣告拘役、徒刑者，因係採拘束人身自由的方式為之，毒品施用者於執行期間因沒有接觸毒品的機會，而不致於有復發之情形，但如接受附條件之緩起訴處分之毒品施用者，雖有接受醫療之機會，但因為未拘束人身自由，其在社區中仍係維持自由的狀態，則較難避免可能在戒癮過程中，因心志不堅、生活壓力、偏差友伴吸引等各種原因，致其再次濫用藥物，Marlatt 與 Gordon (1985) 亦指出面對高風險情境時，個人的控制感與自我效能感將面臨威脅，這些高風險的情境例如負向 / 正向的情緒或生理狀態、人際衝突、社會壓力，或暴露於藥物的線索等。個人面對這些高風險的情境若欠缺因應反應，將減弱自我效能及增加對藥物嘗試的正面效果預期，以致有復發之可能性。

毒品施用者經檢察官附條件之緩起訴處分後，其戒癮治療期程最長可達一年，在治療期間，如果檢察官以再犯零容忍之觀點來處理毒品施用者反覆濫用藥物之行為時，則可能使其面臨繼續偵查或起訴判刑之情形，而無法繼續於醫療機構接受戒癮治療。惟如果理解到戒癮治療係一個歷程，且因戒癮對個案心理之負面影響而須面對可能之復發情形時，猶如其他疾病，可能因病毒、用藥、病人服藥順從性及生活習慣等各種因素，致使病情有所改變，但醫師不致於就此放棄治療，反而是調整藥物、修正治療計畫或進行其他檢查（驗）等方式因應之，且依美國國立藥物濫用研究所（2014）針對司法戒治藥癮個案所修訂發表處遇原則第 6 項：「視復發為提供治療的機會」可知，檢察官對於毒品施用者於附條件之緩起訴處分期間之再次濫用藥物行為，宜視為「復發」且係提供治療的機會，並從其濫用頻率或功能恢復情形，如就

業穩定性、家庭關係等進行綜合評估為宜，而非僅以其「再犯」就予以撤銷緩起訴，始能真正發揮該制度強調之醫療戒癮立法目的。

法務部曾以函示方式提示，對於經附條件之緩起訴處分之毒品施用者如有復發情形，是否撤銷其緩起訴處分時，應詢問醫療機構之意見。前開規定顯然已更加落實毒品施用者之病理觀點，而非僅只以法律的條文加以判斷，惟其相關具體執行成果尚待繼續追蹤及分析。

#### 四、整合矯正機關輔導人力

法務部矯正署為推動科學實證之毒品犯處遇及其他特殊收容人輔導，除由原有編制之教誨師、調查員、臨床心理師及社工來辦理外，亦增設個案管理員及增加心理師、社工之人力。各類輔導人力之主要職掌如下：

- (一) 教誨師：辦理受刑人教誨、教育、輔導、累進處遇、假釋及文康活動事項。
- (二) 調查員：辦理入監調查及指導事項、社會資源需求評估及轉介、個別化處遇研擬及更生保護之聯繫。
- (三) 心理師：應用心理學的原理及方法，進行專業之矯治諮商及心理輔導、心理治療。
- (四) 社工：以個案工作或團體輔導技巧，提供臨床諮商處遇，及家庭、社會關係評估、運用社會資源，促進個案與社區之整合，出監後之聯繫。在戒治所需另負責監獄調查員之職掌。
- (五) 個案管理員：研擬個案處遇計畫，協調輔導工作及連結整合社會資源、追蹤聯繫事項。

前開各種輔導人力之建置，雖可增加矯正機關對於毒品施用者之輔導量能，且能善用不同之助人專業提昇戒癮成效，而符合「新世代反毒策略」重視衛政、社政、勞政等整合各種專業之趨勢，但亦需避免分工不明難以合作之困境，茲就輔導工作、個別化處遇研擬與社會資源整合及銜接三個面向說明各類

輔導人力於矯正機關職掌重複或差異之情形：

- (一) 輔導工作：教誨師、心理師及監獄社會工作人員均有提供直接服務，教誨師為個別教誨、集體教誨、類別教誨；心理師為個別治療、團體治療、心理衡鑑；社工為個案工作、團體輔導、家庭、社會關係評估及處理。但三種輔導人員在服務對象的人數及輔導深度有所不同。
- (二) 個別化處遇研擬：調查員、個管員及戒治所社工均需辦理是項業務，惟調查員係針對全部犯罪類型之受刑人，個管員是對毒品犯或特定犯罪類型受刑人，而戒治所社工僅對毒品犯。
- (三) 社會資源整合及銜接：調查員、個管員、社工（監獄及戒治所）等三種專業人員均需辦理，只是對象不同，調查員工作對象為全體受刑人，個管員、社工則係以特殊類型受刑人為主，如個管員係以毒品犯或特定犯罪類型受刑人，社工則係以家暴犯、性侵犯、毒品犯或精神病犯等為主。

此外，在實務運用上，各類輔導專業人員之工作內容又常有在不同矯正機關而辦理不同業務之情形，如曾有監獄的臨床心理師並不從事心理治療業務，而係主要辦理衛生行政工作。為改善這種人力資源未依其專業有效發揮之情形，法務部矯正署已明訂各類專業輔導人力配屬之業務科，但這是在組織上予以一致，對於各類輔導人員於其專業工作的差異化尚有待努力。

未來，為能充分發揮人力資源及提昇戒癮處遇輔導成效，有必要專業差異化的基礎上進行分工與整合，使各類輔導人力在其最善長的領域發揮所長。以輔導工作為例，例如將教誨師、心理師及社工予以整合，由其依毒品施用者於輔導之需求相互轉介個案，如有嚴重心理困擾者，轉心理師，有家庭支持需求者，轉社工，有執行或生活適應問題者，轉教誨師，並建立個案研討機制，使其可以經由這個機制，共同提昇輔導能力及提供符合個案需求之處遇。綜上，人力不足固然難以成事，但人力充足卻未能善加分工合作時，亦未必能發揮效能。我國機構戒癮處遇在相關課程設計上已有良好及完整的規劃，即科學實證之毒品犯處遇，但未來在執行人力上進行整合，應有必要。

## 參考書目

- 施志茂（2000）。安非他命危害與犯罪防治。臺北市：華泰。
- 秦文鎮、蔡曉雯（2015）。青少年 K 他命濫用評估、治療與實務。臺灣醫界第 58 卷第 4 期。P26 – 34
- 陳喬琪（2009）。成不成癮大有問題。臺北：臺灣商務印書館。
- 楊士隆、林瑞欽、鄭昆山（2005）。毒品問題與對策。行政院研究發展考核委員會委託報告。
- 趙敏、郝偉（2012）。酒精及藥物濫用與成癮。北京：人民衛生出版社。
- Marlatt, G. A., & Gordon, J. R. (1985) . Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors. New York: Guilford Press.
- National Institute Drug Abuse Publication (2009) . Principles of drug addiction treatment: A research-based guide (2nd ed.) . Retrieved 12/01/2009 from [http:// www.drugabuse.gov/PODAT/PODAT Index.html](http://www.drugabuse.gov/PODAT/PODAT Index.html)
- National Institute on Drug Abuse (2006) . Principles of Drug Abuse Treatment for Criminal Justice Populations-A Research-Based Guide. [http://ncadistore.samhsa.gov/catalognida/Pub\\_Details.aspx?ItemID=17449](http://ncadistore.samhsa.gov/catalognida/Pub_Details.aspx?ItemID=17449).
- United Nations Office On Drug and Crime (UNODC) . Annual Report 2012. 2014/07/19, Retrieved.
- World Health Organization. ( 1988) . Ethical criteria for medicinal drug promotion. Geneva : World Health Organization.