

**司改國是會議第五分組第四次會議**  
**「施用毒品者戒癮治療多元處遇模式之改良，**  
**整合司法、醫療與社工資源，**  
**矯治勒戒（戒治所）回歸衛福部醫療體系」**

法務部 提

106.04.20

## 壹、前言

蔡總統曾於「反毒作戰」表示：「染上毒癮的人，一輩子都要和毒癮對抗，所以我們應該把藥癮者看成病人，而不是罪犯。尤其毒品犯罪的再犯率高達九成，單純的刑罰，沒有辦法將他們帶離毒品的惡性循環。社會與政府必須提供更多的矯正與醫療資源，甚至必須以政府預算支持戒治過程中昂貴的醫療費用，協助他們重返社會。」

施用毒品者戒癮治療多元處遇包含緩起訴處分戒癮治療、觀察勒戒、強制戒治及監禁等處遇，如何分流至合適的處遇方式，宜就有關制度面再行檢討、改良。有關戒癮治療之司法、醫療與社工資源，各機關單位各有其職掌及權責，如何進行整合？是個重要議題。矯治勒戒（戒治所）醫療資源缺乏，執行成效難以彰顯，是否回歸衛福部醫療體系？方能期待戒癮治療有效發揮處遇之效果。以上涉及跨部會協商整合之議題，有協商、討論的空間。

## 貳、問題與爭點

### 一、目前國家毒品司法處遇架構，難就個案需求妥適分流處遇

我國毒品危害防制條例不斷地發展及修正後，目前對於毒品施用者已有了多元處遇的法制基礎。在處遇方式上，包括緩起訴處分、觀察勒戒、強制戒治及監禁等，由於各處遇方式是在不同時期依不同的需求次第建構而成，並非基於一次性之整體規劃，在運作上，不易將各類不同特性的毒品施用者分流至適合的處遇方式，故宜就法規架構有關制度面再行檢討。

### 二、整合司法、醫療與社工資源，中央、地方有待落實

建立連結司法、醫療、社工與民間資源之機制，提供完整的社會支持與關懷系統，銜接矯正機構內與機構外的處遇，進而增強戒癮治療外在支持力量，維持並強化其戒除毒品之內在意志，修復其社會功能，協助毒品施用者脫離再犯循環、重新融入社會。各機關單位各有其職掌及權責，如何進行整合？在地方政府機關及中央部會該如何努力？是個重要議題。

### 三、監獄充斥毒品罪受刑人，造成超額收容，衍生相關問題

現行監所超收比率居高不下，其中短期監禁刑及輕度犯罪者（如毒品施用、竊盜及酒駕等）佔了監所收容人數相當大之比例，進而造成資源不足之問題。在硬體方面會出現舍房、床位或設備不足之狀況，亦可能導致侵犯人權、發生暴亂或流行疾病之情形，造成不人道或有辱人格的待遇，以及監獄員工之工作環境惡化、戒護和教化管理困難、工作壓力之增加及心理健康不良等影響。（鄭添成，2015）<sup>1</sup>。



### 四、採取傳統刑事機構矯正模式，毒品施用人數及再犯率仍高

根據本部法務統計（2016）<sup>2</sup>分析 95 年至 104 年 10 年間我國毒品施用人數及再犯率資料，結果發現 10 年來第二級毒品受觀察勒戒人數增加 3 成，第一、二級毒品施用者被起訴比率上升，合併第一、二級毒品後之起訴比率，104 年為 69.6%（近 7 成）。綜觀 97 年至 104 年間各類毒品罪收容人出獄（所）後

<sup>1</sup> 鄭添成（2015）監獄超額收容問題之國際觀察—有效策略與解決方案，刑事政策與犯罪研究論文集（18），法務部司法官學院。

<sup>2</sup> 法務統計摘要分析（2016），毒品情勢分析（下），法務部法務統計資訊網，網址：[http://www.rjtd.moj.gov.tw/RJSDWEB/common/WebListFile.ashx?list\\_id=1444](http://www.rjtd.moj.gov.tw/RJSDWEB/common/WebListFile.ashx?list_id=1444)

再犯情形，以毒品罪受刑人出獄後再犯比率最高，受戒治人次之，受觀察勒戒人最低。

#### **五、觀察勒戒與強制戒治係醫療型處分，未能跳脫刑罰樣貌**

世界衛生組織及醫界咸認定，藥癮為腦部功能損傷之慢性復發性疾病。「藥癮」係精神衛生法第3條所定精神疾病之一，而我國對藥癮者係「病犯」之定位，未能充分反應藥癮者「病人」之特質。觀察勒戒處所與戒治所隸屬於法務體系，醫療機構僅以支援方式派遣醫療人員入所，執行部分醫療業務，現行管理系統均為監所矯正人員，未能跳脫「刑罰」樣貌，難以避免監獄教化觀點，無論個案本身或社會大眾均易落入「勒戒、戒治等同入監服刑」之污名烙印。

#### **六、矯正機關藥癮戒治專業人力嚴重不足，有礙處遇模式之建構**

(一) 各矯正機關辦理處遇之形式包括大班授課、團體治療、個別治療及專題演講等，引進宗教教誨、藥癮醫療、就業輔導、社會福利、更生保護等政府部門及民間資源，在多方資源挹注下，雖然處遇內涵豐富多元，但在處遇模式的建立上缺少統整性、延續性。

(二) 全國各矯正機關臨床心理師、社會工作員預算員額僅81人，專業人力不足，影響治療輔導的效果。毒品犯占在監受刑人數將近五成，專業人員與收容人之人力比懸殊，在處遇服務量能低落、涵蓋率不足。

#### **七、國內對「藥癮」及其治療、處遇尚未有一致之認知或共識**

施用毒品行為與毒癮係不同概念，並非所有施用毒品者皆需積極的醫療處置，且醫學實證雖指稱毒癮是一種腦部功能失調疾病，但其成因及預後因素相當複雜，且復發性高，成癮者的社會復歸並非單純或僅僅醫療處置即可解決，更需教育、司法、社福、勞政等跨領域之支持與協助，始克其功。

#### **八、現有藥癮醫療資源未能全面涵蓋藥癮者之醫療需求**

毒品種類多元且推陳出新，其藥理、成癮性、對健康之危害(包括共病)，及成癮之臨床表現、病程、預後可能都不盡相同，國內對發展成癮醫學未投入足夠研究與臨床服務資源，專業人才培訓及治療或處遇之多元性皆不及，難以立即提升治療涵蓋率。

#### **九、勒戒處所及戒治所是否回歸衛生醫療體系**

- (一) 現行勒戒處所附設於看守所，並無精神科醫師、心理師、社工員等專業人力之編制，相關處遇均有賴醫療機構以支援方式派遣醫療人員入所，執行部分醫療業務。戒治所雖編制有前揭人員，然人數與服務個案比例相差懸殊，難以發揮戒癮醫療處遇之效果。
- (二) 衛生福利部意見：勒戒處所及戒治所難逕回歸衛生醫療體系勒戒、戒治及其處所（觀察勒戒處所與戒治所）係依現行毒品危害防制條例設置，其組織編制與管理模式等皆本於司法及矯正專業，且強調戒護第一，與醫療介入角度尚有差異，戒護與醫療需求之權衡宜先予建立共識。

### 參、相關研究與數據

#### 一、採取傳統刑事機構處遇策略，監獄超額收容居高不下

- (一) 法務統計研究（2013）<sup>3</sup>指出，長期觀察 20 年來（82 年至 101 年）收容在監之毒品罪受刑人人數，以及占全體受刑人之比率可以發現，分析近 6 年（100 至 105 年）來矯正機關在監之毒品罪受刑人人數，由 100 年底 2 萬 5,257 人，占在監受刑人 5 萬 7,479 人之 43.9%，逐年攀升至 105 年 8 月底 2 萬 7,814 人，占在監受刑人 5 萬 6,859 人之 48.9%；顯示近 5 年來我國整體毒品罪人數呈現增加之趨勢，已攀升至近 5 成之比率，亦即約每二人就有一人為毒品罪受刑人。



<sup>3</sup> 孔紀勝（2013）毒品防制刑事政策與矯正機關超額收容，法務部法務統計資訊網，網址：

[http://www.risd.moj.gov.tw/RJSDWEB/common/WebListFile.ashx?list\\_id=834](http://www.risd.moj.gov.tw/RJSDWEB/common/WebListFile.ashx?list_id=834)

(二)許春金等(2013)<sup>4</sup>指出，聯合國毒品及犯罪辦公室(UNODC)主張藥物依賴性治療需要採取綜合/多學科/結合藥理學和社會心理學干預措施，戒癮治療較成熟的英國、澳洲等國家，大都採多元戒癮治療方案，包括：戒毒處遇之建議及資訊、清潔針具交換計畫、諮商輔導、心理治療、結構式之日間照護計畫、社區處方藥箋(含替代療法)、住院式之戒毒處遇、固定居住型之康復處遇。以符合不同特性戒癮者的需求，提高戒癮治療的品質和效果。

## 二、相較於機構式處遇，非機構式的處遇成效較佳

(一)許春金等(2013)<sup>5</sup>指出，緩起訴附命戒癮治療較監禁有效，且緩起訴制度具有強制力可強化戒癮治療的執行與成效，並使施用者有接觸醫療的機會，增加社會復歸可能性。紀致光(2015)<sup>6</sup>指出，美國司法監控下戒癮之方式可分為替代監禁的治療、毒品法庭監控下之治療、監獄中治療和重返社區的計畫，這些司法監控下毒癮處遇方式，對後續再次施用毒品或因犯罪被逮捕情形的改善，都獲得實證的支持。

(二)許春金、陳玉書、蔡田木等(2013)指出，在機構處遇方面，目前雖有獨立的戒治所，但機構色彩濃重，對毒品施用者而言觀察勒戒與強制戒治仍等同於在監服刑，且各戒治所資源多寡、專業人才比例以及授課的品質各異，皆影響戒治處遇之成效。而在監禁方面，毒品施用者雖刑期不長，但人數眾多，大量監禁於監獄已影響監獄空間，且監獄僅單純施以監禁，除隔離外，沒有其他的積極處遇效果。

## 三、葡萄牙社區「毒品成癮勸阻委員會」制度具良好成效

(一)葡萄牙近年實施的毒品處遇政策在歐盟及國際間具有正面評價，而其制度中的關鍵性設計，即是創設社區中的「毒品成癮勸阻委員會」。在傳統「犯罪」或「疾病」二分法觀點之外，採取公共衛生預防途徑，基於減害的概念，在法律上，以行政制裁替代刑事處罰，持有超過主管當局同意的毒品量

<sup>4</sup> 許春金、陳玉書、蔡田木等(2013)毒品施用者處遇及除罪化可行性之研究，行政院研究發展考核委員會委託研究。編號：RDEC-RES-101-019

<sup>5</sup> 許春金、陳玉書、蔡田木等(2013)毒品施用者處遇及除罪化可行性之研究，行政院研究發展考核委員會委託研究。編號：RDEC-RES-101-019

<sup>6</sup> 紀致光(2014)緩起訴處分戒癮治療之回顧與展望，犯罪學期刊，17卷2期，193-212頁。

仍屬違法（可判刑）；在執法上，則以沒收、不逮捕、不起訴為原則，重點在於轉向至非監禁刑罰式的處遇措施。許春金等（2013）<sup>7</sup>指出，依據富比士雜誌的報導，在採取新的毒品處遇政策 10 年後，葡萄牙毒品濫用比率下降了一半，毒品施用率僅歐洲各國平均數值的一半。

（二）國際毒品管制委員會主席 Werner Sipp（2015）<sup>8</sup>指出：「葡萄牙的措施是最佳典範，完全遵照毒品管控公約的原則，將健康及福利作為核心，採用全面且整合性的措施，以適當性為原則並以人權為本」。

#### 四、戒毒模式的多元化與資源整合，是世界先進國家戒毒工作發展的趨勢與共識

（一）林健陽等（2007）<sup>9</sup>指出，台灣地區無論是學術界或實務界均已認知，毒癮戒治必須運用整合性的方式，亦即應包括生物（毒癮戒除）、心理（心理輔導與建設）與社會（社會復健與職能訓練）三個層面。然而環視台灣地區現存的毒癮戒治機構，以公、私立大型醫療機構或公立戒治所為主，僅有少數私人戒毒診所亦提供戒毒服務，這些醫療勒戒機構以吸毒者的藥物斷戒為首要目標，兼以心理輔導與治療為輔，而執行社會復健與職能訓練的機構則尚付之闕如，因而使得台灣地區在毒癮戒治的工作未能有重大突破。

（二）楊士隆等（2009）<sup>10</sup>指出，隨著對成癮問題的生理、心理、社會等問題面向的瞭解，當代對於成癮的治療，已強調生理、心理社會模式觀點，同時包含了藥物治療、個別的心理治療與社會支持。現今對於成癮問題的瞭解，已發現成癮原因相當複雜，且因人而異，缺乏控制力實際上是源自一連串因素所造成的結果，因此治療方式需就成癮者的個別需求而定。

---

<sup>7</sup> 許春金、陳玉書、蔡田木等（2013）毒品施用者處遇及除罪化可行性之研究，行政院研究發展考核委員會委託研究。編號：RDEC-RES-101-019

<sup>8</sup> Sipp, W. (2015) The Portuguese Approach and the International Drug Control Conventions. See:

[https://www.unodc.org/documents/ungass2016/CND\\_Preparations/Reconvened58/Portugal\\_side\\_event\\_December\\_2015\\_INCB.pdf](https://www.unodc.org/documents/ungass2016/CND_Preparations/Reconvened58/Portugal_side_event_December_2015_INCB.pdf)

<sup>9</sup> 林健陽和陳玉書等（2007）95 年度除刑化毒品政策之檢討—論我國毒品犯罪之戒治成效，法務部委託研究案。

<sup>10</sup> 楊士隆和黃士隆等（2009）建構毒品施用者修復社會功能的社區資源網絡之研究，法務部委託研究案。

(三) 聯合國毒品及犯罪辦公室 UNODC (2009)<sup>11</sup> 指出，藥物（毒品）依賴是一種多因素的健康疾病，具有復發和緩解的慢性病程特徵，不幸的是有許多社會仍然未將藥物（毒品）依賴視為是健康問題，導致為數眾多的成癮者飽受不良標籤烙印及無法取得治療協助而緩解病程的煎熬。藥物（毒品）依賴是一種可以加以預防和治療的疾病，而透過合宜的干預措施和治療方法，可以展現良好的成效和預後效果。

#### **五、戒治機構內成癮性毒品施用者之管理與處遇模式建構**

司法戒治是目前我國承接藥癮者戒癮工作的主要體系，如能建構一套有效的毒癮戒治管理及處遇模式，對提昇我國毒癮戒治工作之成效、改善我國毒品問題將有相當的助益。（楊士隆等人 2008）<sup>12</sup>

#### **六、建構毒品施用者修復社會功能的社區資源網絡**

修正對毒品施用者的刑事政策定位，由犯罪/處罰取向明確轉向為疾病/治療，由衛生醫療與社會福利體系接手處理毒品施用者的戒癮與康復工作，刑事司法體系退縮，以懲罰威嚇、監督的角色，促使毒品施用者接受戒癮治療與康復服務的角色。（楊士隆等人 2009 林健陽等人 2007）<sup>13</sup>

#### **七、病患、病犯與罪犯之毒癮戒治模式成本與效益評估**

衛生福利部近來未有針對藥癮治療模式或藥癮者之醫療與司法處遇比較等相關議題之研究資料，惟查，行政院衛生署管制藥品管理局曾於 95 年委託國立中正大學進行「病患、病犯與罪犯之毒癮戒治模式成本與效益評估」之研究，指出「我國目前刑事司法藥癮戒治體系對每 1 位受觀察勒戒或強制戒治人之成本花費為 1 萬 5,472 元，衛生醫療藥癮戒治體系對受戒治人第 1 年之戒治成本花費約 6-8 萬元」。

### **肆、可能改革方向**

#### **一、逐步提升緩起訴附命完成戒癮治療比率及成效**

---

<sup>11</sup> United Nations Office on Drugs and Crime (2009) Principles of Drug Dependence Treatment – Discussion Paper. United Nations.

<sup>12</sup> 楊士隆等人 2008 法務部「戒治機構內成癮性毒品施用者之管理與處遇模式建構」委託研究結案報告。

<sup>13</sup> 楊士隆等人 2009 法務部「建構毒品施用者修復社會功能的社區資源網絡之研究」委託研究報告。林健陽等人 2007 我國當前毒品戒治政策之省思與建議。

為強化附命戒癮治療緩起訴處分之醫療成效，法務部已函請檢察官基於毒品犯亦具有病人之特性，宜綜合徵詢觀護人、醫療院所及地方毒品防制中心意見，從被告完成戒癮治療之可能性等評估，再依職權決定是否撤銷緩起訴處分。又函請各地檢署檢察官就施用毒品案件，積極辦理附命完成戒癮治療緩起訴處分，另召集一、二審檢察署（主任）檢察官，就「如何提升附命完成戒癮治療緩起訴比率及成效」進行討論，期能逐步提升毒品施用者緩起訴處分比例。

## **二、醫療前置化問題，有待繼續溝通協調**

為優先採取醫療模式，並避免監禁，立法委員顧立雄擬提案修正《毒品危害防制條例》部分條文，明確制定「戒癮治療」為觀察、勒戒、強制戒治之前置醫療程序，避免因監禁而中斷被告之工作、學業及家庭等生活，剝奪其社會依附，甚至產生標籤化效果，導致被告不易回歸社會，從而難以擺脫對於毒品之依賴。惟民意反彈熱烈，恐懼造成社會治安問題。在未獲得民眾支持，且戒癮醫療資源尚未到位前，有待繼續溝通協調。

## **三、戒毒模式的多元化，是未來戒毒工作發展的趨勢**

除了由戒癮治療醫療體系資源提供：替代療法（美沙冬、丁基原啡因）、門診治療、團體治療、個人心理治療、家族治療、尿液篩檢等鴉片類或非鴉片類戒癮治療模式之外，另鼓勵民間、宗教或其他專業團體參與戒毒工作，以適用不同的戒毒需求，將是亟待強化的戒毒政策取向。已有數個醫療機構與專業戒毒團體，發展各具特色之戒毒模式雛形，例如：福音宗教戒毒、正念戒癮、園藝戒毒、耳針戒毒、全人治療模式...等，宜加強溝通與尊重其戒毒模式設計理念，對於新投入戒毒團體，並應予以適當評估與協助，或以委託方式請相關團體辦理戒毒業務，期以達到戒毒工作之多元化與專業化。

## **四、提升地方毒品防制中心層級並強化定位，整合跨單位之資源**

- (一) 參考六都於社會局下設置「家庭暴力暨性侵害防治中心」獨立機關之作法，提升毒品防制中心層級，成立獨立機關，以促使地方首長更加重視此業務，並使有需求之民眾及家屬尋求協助。
- (二) 各地縣市政府毒品防制中心分組涵蓋預防宣導、轉介服務、保護扶助及綜合規劃組，分工單位涵蓋教育局、衛生局、社

會局、勞工局及警察局等單位，須強化既有之跨單位合作，整合跨單位之資源，以共同推展毒品防制工作。

#### **五、參酌美國社區反毒聯盟制度，公私協力建置無毒社區聯盟**

美國社區反毒聯盟是一個能代表在美國本土及海外超過 5000 個社區反毒聯盟的國際型會員制組織，自 1992 年起開始訓練在地草根性團體成立社區反毒聯盟，藉由提供技術援助、公共政策教育及倡導、媒體策略、會議及特殊活動等，協助這些在地反毒聯盟建立並強化量能。該聯盟組織致力於提升社區的安全、健康及無毒環境，其所關切的議題同時也涵蓋酒類、菸草、處方藥物濫用的預防（房麗雲和楊愉婷，2016）<sup>14</sup>。

#### **六、整合毒品施用者處遇架構，建立完善之分流評估機制**

重新梳理目前堆疊式之處遇架構，其最重要的基礎工作，應係就目前既有或未來規劃之可能處遇方式，設計一套兼含司法、醫療觀點之綜合評估機制，使個案得以藉由一階段之評估，分流至最適合之處遇方式，求取個案及社會最大之利益。

#### **七、請增臨床心理師及社會工作人員等專業人力，落實藥癮戒治處遇專業經驗傳承**

目前法務部矯正署臨床心理師及社會工作人員法定編制員額為 161 名，106 年預算員額僅 81 名，尚缺 80 名預算員額。為精進戒癮處遇品質、發展戒癮治療專業及建構本土化藥癮戒治處遇模式，增加專業人力確實刻不容緩。

#### **八、觀察勒戒先行回歸衛生醫療體系，並增補戒治所醫療專業人力**

觀察勒戒階段以「急性生理解毒」及「身癮戒斷」為重點，而現行勒戒處所附設於看守所之做法，並無精神科醫師、心理師、社工員等專業人力之編制，相關處遇均有賴自「藥癮戒治醫療機構」引進。戒治所雖編制有前揭人員，然人數與服務個案比例相差懸殊，仍需大量藉由外聘專業人員因應。

#### **九、檢討施用毒品與毒癮問題之定位及檢視整體防治工作之分工**

建立對毒品防治工作之合理、正確期待，並重新調整與分配資源，使政策推動方向與資源配置相符。

#### **十、挹注充足資源，充實成癮醫療與復健工作之基礎建設**

以促進成癮醫療與專業處遇之發展，確保處遇品質與效益。

#### **十一、施用毒品者或藥癮者刑事政策之變革，需同時衡酌實證根據**

<sup>14</sup> 房麗雲、楊愉婷（2016）參加第26屆全美社區反毒聯盟領導者會議出國報告。

、社會意識與政府資源，兼及有效性與可行性。

## 伍、可能改革方案

### 一、提升緩起訴處分附命戒癮治療比率，請增觀護人人力

(一)法務部利用各種會議持續促請各級地方法院檢察署積極辦理附命完成戒癮治療緩起訴處分，將毒品施用者導向醫療戒治、身心復健與社會復歸管道。依據法務部「3大2小亮點政策」，期能將毒品施用者緩起訴處分附命戒癮治療比例提高至13%以上，並視醫療資源之配合情況逐步提升。輔導指定藥癮戒治醫院，成為執行緩起訴附命戒癮治療機構，逐年擴大緩起訴附命戒癮治療比率，並強化地方法院檢察署觀護人與醫療機構個案管理人員之合作，有效掌握個案處遇情形。

(二)105年施用第1級及第2級毒品起訴及緩起訴分別為14,389人次及29,311人次，推估戒癮治療至少提升至1,871人次及3,810人次，共計增加5,681人次。檢察官為緩起訴處分1人次，觀護人需執行緩護命（採驗尿液）及緩護療（戒癮治療）2案，推估若緩起訴比率提升至13%，則觀護人執行案件量增加至1萬1,362件，配合醫療資源逐步提升，案件可達1萬5千餘件（以提升20%估算）。若依據行政院71年12月21日台71人政貳字第36631號函核定，係以每1位觀護人辦理保護管束案件92人為員額設置標準，需增額163名觀護人，預估每年人事費預算約1億2千9百餘萬元。

### 二、強化地方政府衛政與社政合作關係，建構社會安全網

(一)毒癮個案經常合併其他多重問題（議題），如精神疾病、自殺問題、愛滋病等血液傳染疾病、家暴、老人虐待或兒童虐待等，為強化我國建構社會安全網目標，應建立地方政府跨局處、跨系統篩選多重問題個案（共病個案）之機制，俾施以適性處遇，保障個案本人及家屬安全。

(二)有關全人、全家之整體性服務，有鑑於家屬支持對於藥癮個案穩定復歸社會具有極大影響關鍵，故對個案本身及家屬之服務應有整體處遇計畫，宜強化並整合運用衛生局與社會局人力，以達成輔導最大效益。

(三)落實推動防毒金三角計畫，強化追蹤輔導網絡，建立地方毒防中心、檢察機關及社區家庭三角之支持輔導網絡，一方面

以司法強制力增強其戒毒意願，使其不敢施用毒品，另一方面提供其身心戒癮之醫療服務，使其不願施用毒品。再協助重整其社區支持系統，使其調整生活態度與習慣，以復歸社會。

**(四) 具體做法：**

- 1、建議地方政府應建立共病個案篩選及處遇機制，包括跨局處橫向聯繫會議、共病個案研討會議等，以強化網絡單位合作，共同輔導高風險個案及其家庭。
- 2、有關針對藥癮個案及家屬之全面性服務部分：建議地方政府應整合衛生局及社會局辦理毒癮個案/家屬之輔導人力資源，以有效益地運用有限人力辦理輔導工作。

**三、結合各地社區，串連建置無毒社區聯盟組織**

以社區為基礎的反毒工作，向來是政府反毒工作的重點工作，近年來，各地方毒防中心在其轄區積極推展無毒社區或無毒營業商圈場所標章，尚可參考美國成立自發性無毒社區聯盟組織，廣納心理師、社工師、精神科醫師、家長、宗教團體人員、研究學者、執法人員、學生、教育學者、公衛專家、地方企業及藥物濫用專家等參與毒品防制政策及相關法規立法工作，有助於提高民眾認識藥物濫用的危險性（房麗雲、楊愉婷，2016）<sup>15</sup>。未來如能建置我國反毒/無毒社區聯盟組織，共同協力參與預防宣導、社區教育、公眾溝通及政策建議等工作，將可結合民間資源，深化民眾反毒意識與無毒環境之推廣。

**四、矯正機關內毒癮收容人逐漸導向社區處遇**

查監察院「106教調1專案調研究報告結論與建議」指出，法務部宜以績效指標引導檢察官採用附命完成戒癮治療之緩起訴方式，藉由各縣市之社會與醫療網絡，協助第一、第二級毒品成癮者戒除毒癮，鼓勵其自新。藉由發展客觀評估工具，並透過緩起訴處分，將矯正機關內毒藥癮收容人逐漸導向社區處遇，讓藥癮醫療服務量能逐步提升，並扶持民間戒癮機構團體之發展茁壯。

**五、落實矯正機關專業治療工作模式**

法務部矯正署 104 年研提「矯正機關充實編制內臨床心理師與

---

<sup>15</sup> 房麗雲、楊愉婷（2016）參加第26屆全美社區反毒聯盟領導者會議出國報告，行政院所屬各機關出國報告。

社會工作人員需求計畫書」，逐年請增臨床心理師及社會工作人員預算員額，以提升各矯正機關處遇服務量能。經行政院函核復「建請緩議」在案。期望能在補足專業人力狀況下，推動改良多元處遇模式，落實專業治療並配合督導研討的工作模式，讓治療工作有回饋檢討機制，累積治療經驗，推動戒癮專業進步。續以加強個案的評估機制，讓個案在專業評估下，依個別差異需求擬定適切處遇計畫，並隨治療期程評估個案進展，進行專業成癮性評估，以逐步建立系統性的專業處遇。

#### **六、觀察勒戒宜先行回歸衛生醫療體系**

看守所附設勒戒處所本身並無藥癮醫療專業人員，係透過與地方設有精神科之醫療機構簽約，派遣醫療人員於日間門診支援相關醫療業務，對受觀察勒戒人無長期持續之觀察，無法深入瞭解個案，其效果如何？乃預期之事。勒戒過程所需的協助和勒戒效果的評估，均有賴於醫療專業人員，目前勒戒處所「收容」功能大於「戒治」，因此觀察勒戒宜先行回歸衛生醫療體系，才能有效發揮處遇效果。

#### **七、設立常設、跨專業領域之毒品防治專責行政單位**

於中央部會設立常設、跨專業領域之毒品防治專責行政單位，統籌國家整體毒品防治政策之擬定、資源分配及管考，並藉由毒品防制基金之設置，充實成癮醫療與專業處遇資源，建立專業人才培訓制度，落實處遇專業化，逐步強化藥癮醫療及相關專業處遇量能，實際提升藥癮個案專業處遇涵蓋率。

### **陸、結語**

蔡總統在「105年全國反毒會議」表示，政府應當瞭解毒癮者是不是沒有正常溫暖的家庭、是不是罹患難以治療的疾病、是不是人際關係疏離、是不是無法正常就學就業，或者是否被生活壓力和環境壓得喘不過氣？面對毒癮者，我們不能只是單純以處罰、排斥的方式對待，更重要的事情，是要進一步伸出援手，在他們的就學、就業、就醫及就養問題上給予足夠的社會支持。

施用毒品行為可能引發其他財產犯罪行為，而「毒品除罪化」意謂著刑事司法機關全面退守，而由衛生福利體系機關接手處理施用毒品問題。然社會一般民眾對於施用毒品行為仍有引發治安問題之顧慮，一旦除罪化後，因欠缺司法強制力，短期內毒品施

用者恐將增加，導致民怨。在未獲得民眾支持、戒治醫療尚未專業普遍化，以及社政輔導機制尚未健全，民間資源未能有效整合之前，實不宜貿然採取施用毒品除罪化措施。故目前政府在立法政策上，短期先落實「除刑不除罪」各項政策，以司法監督毒癮者社區戒癮治療為主，施以機構內戒癮治療為輔，對於不願參與社區治療或社區治療無效者，而以監禁為最後手段。

從專業分工來看，戒癮治療處遇宜回歸衛福部醫療體系，透過司法與醫療並行，以司法為出發點，戒癮醫療及社會復歸為核心，整合中央及地方資源網絡，協助復歸社會，以達維護社會安全之目標。