

國立交通大學

科技法律研究所

碩士論文

毒品犯罪處遇之省思與展望

—以我國緩起訴政策與美沙冬替代療法為中心

The logo of National Central University (NCU) is a circular emblem. It features a central shield with a scale of justice and a sword, symbolizing law and justice. The year '1896' is inscribed at the bottom of the shield. The entire emblem is surrounded by a gear-like border.

Rethinking Drug Law and Drug Crime Policy in Taiwan
-Focusing on the Suspended Prosecution and
Methadone Treatment

研究生：謝其達

指導教授：林志潔 博士

中華民國九十八年七月

毒品犯罪處遇之省思與展望

—以我國緩起訴政策與美沙冬替代療法為中心

Rethinking Drug Law and Drug Crime Policy in Taiwan

-Focusing on the Suspended Prosecution and Methadone Treatment

研究生：謝其達

Student：Chi-Ta Hsieh

指導教授：林志潔

Advisor：Chih-Chieh Lin

國立交通大學



Submitted to Institute of Technology Law

College of Management

National Chiao Tung University

in partial Fulfillment of the Requirements

for the Degree of

Master

in

Law

July 2009

Hsinchu, Taiwan, Republic of China

中華民國九十八年七月

毒品犯罪處遇之省思與展望

—以我國緩起訴政策與美沙冬替代療法為中心

學生：謝其達

指導教授：林志潔 博士

國立交通大學科技法律研究所碩士班

摘 要

自「肅清煙毒條例」更名為「毒品危害防制條例」後，我國對於施用毒品犯的處遇加入勒戒及強制戒治等措施，欲以醫療手法幫助毒品依賴者重回社會，然而隨著施用毒品罪再犯率及監獄超額收容的情形日趨惡化，刑事處遇的成效飽受質疑。近年來，世界各國對於施用毒品犯的處遇改變過去機構化治療及監禁的方式，而以社區處遇的治療優先，其中具有治療性及修復性司法的內涵的「問題解決法院」制度，對於施用毒品及財產犯罪的防治上成效卓著，並極具成本效益。我國亦隨國際趨勢創設「緩起訴處分搭配美沙冬替代療法」刑事新制，並於 2008 年通過毒品危害防制條例第二十四條作為法源基礎，但國內目前對於美沙冬替代療法的成效仍有異見，且此刑事新制在實務上已出現適用比例低及緩起訴處分撤銷率升高的情況，亟待解決。此外，國家以刑事管制施用毒品行為之正當性及合憲性，亦因美沙冬替代療法的出現備受挑戰。

本研究從國家管制施用毒品行為之正當性及合憲性著手，探討應如何設計施用毒品犯刑事處遇方式，透過文獻回顧及質性訪談方法了解我國刑事新制的成效與問題，並建議我國於政策修正時，可參考「問題解決法院」之相關作法。

Rethinking Drug Law and Drug Crime Policy in Taiwan

-Focusing on the Suspended Prosecution and Methadone Treatment

Student : Chi-Ta Hsieh

Advisors : Dr. Chih-Chieh Lin

Institute of Technology Law
National Chiao Tung University

ABSTRACT

After renaming the drug law of criminal law system, Taiwan's government had implemented additional measures, such as institutionalization, force medical treatments etc., against drug addicts. The goal of the aforesaid measures is to reintegrate these drugs victims into the society as productive members. However, with the ever increasing relapse rate on substance abuse-related crimes and the over-booking on all the major penal facilities, the effectiveness of the aforesaid measures is now called into question. Recently, countries around the world are changing their treatment to drug addicts from traditional institutionalization or confinement into a more community-orientated approach: specifically establishing "Problem-Solving Court", basing on method and doctrine of Therapeutic Jurisprudence and Restorative Justice. This court had gained tremendous success in terms of preventing drug victims from committing property-related crimes, reducing relapses on substance abuse, and is highly cost effective. Our country, in response to this development, had legislated "Suspended Prosecution with Methadone Maintain Treatment" as a new possible prosecuting measure against drug addicts. Nevertheless, on the practical front, there are still many dissenting opinions in regard to the effectiveness of Methadone Maintain Treatment, to the low implementation rate of suspended prosecution and to the increasing withdrawal rate of suspended prosecution by prosecutors remains an issue that requires a timely solution. Moreover, owing to adopt the Methadone Maintain Treatment, it had also being called into question regarding the national control over substance abuse behaviors via criminal law procedure, its validity and constitutionality. Starting from the validity and constitutionality of national control over substance abuse

behaviors, this paper elaborates on designing a proper criminal procedural measure against drug addicts by reviewing previous literatures and interviewing professions in the field. Consequently, hope to gain a better understanding on the effectiveness and issues of the new criminal law system. Moreover, this paper advises our legislature to consult with “Problem-Solving Court” and its related publication as references for future policy amendment.



誌 謝

經過三年的漫長時光，終於能順利完成研究所學業，如今回想起這段路途，走來艱辛。我曾迷失在浩瀚的論文迷宮中無法脫身、曾為實證資料收集困難而灰心喪志，更曾為口試日期迫近而茶飯不思。但是，幸好上天保佑，當其達最需要幫助的時候，總是能有貴人出現，提供即時的援助，在此，其達獻上十二萬分的感謝之意。

首先，要感謝的是影響我一生最重大的人之一，亦是我的指導教授—林志潔老師。其達自進研究所開始就擔任老師的研究助理，從中獲得許多寶貴的經驗以及研究的方法；除此之外，老師更是我心靈的導師，總是能在無助的時候給予心理上的強大支持；在論文寫作期間，老師也提供眾多相關文獻及時證訪談對象，並時時提供寫作想法及監督進度，讓我能如期完成論文。

再來，要感謝王皇玉老師及陳鈺雄老師能抽空擔任口試委員，並提供寶貴的改進建議；感謝陳鈺銘檢察官、申心蓓檢察官、陳雅譽檢察官、黃朝貴檢察官、連恆榮科長能協助聯繫實證訪談的相關事宜；感謝臺南縣政府、行政院法務部統計處、臺北地檢署、板橋地檢署、臺南地檢署、桃園女子監獄、桃園縣衛生局、八里療養院及嘉南療養院接受及協助訪談的人員，由於有您們的幫助，使本論文在深度跟廣度上更加完整；感謝林妍均同學及孫偉棟同學在本論文中英文摘要編寫上的協助；感謝臺南一中的郭人仲老師、大學同學宇修、愷瑩、研究所同學昌甫、俊凱、欣璇、凱婷、孟華、右萱、立民、任顯、庭妤、鈺琿、堃哲、鵬元、敏超、御恆、韻蓉及科法所的助理們，由於有您們時時的鼓勵與打氣，讓我能夠勇敢前進。

最後，要感謝我的父母及兄長，感謝您們容忍我所有的情緒起伏及固執脾氣，要是沒有你們，其達不可能有今日的成就，如今能取得碩士學位，這們榮耀是屬於我們謝家人所共同擁有。

在此，再次對於所有曾幫助過其達的人，表達最誠摯的謝意。

謝其達

2009.7.20 於臺南市

目 錄

中文摘要	.....	i
英文摘要	.....	ii
誌謝	.....	iv
目錄	.....	v
表目錄	.....	vi
圖目錄	.....	vii
第一章	緒論.....	1
1.1	研究背景與問題意識.....	1
1.2	研究範圍、限制、架構與方法.....	2
1.3	名詞定義.....	5
第二章	管制施用毒品行為的演進與現狀.....	9
2.1	毒品的發展史及影響.....	9
2.2	國際條約的相關規定.....	11
2.3	各國施用毒品法令及治療處遇模式介紹.....	13
2.4	小結.....	20
第三章	我國毒品犯罪現況及施用毒品除罪化的考量.....	21
3.1	我國目前毒品犯罪統計及相關新聞摘錄.....	21
3.2	施用毒品除罪化與否的考量.....	24
3.3	小結.....	45
第四章	治療性司法、修復性司法及問題解決法院.....	47
4.1	由刑罰本質的演變看待毒品行為的管制.....	47
4.2	治療性司法理論 (Therapeutic Jurisprudence).....	52
4.3	修復式司法理論 (Restorative Justice).....	59
4.4	報應式司法、治療式司法與修復式司法的比較.....	64
4.5	問題解決法院 (Problem solving court).....	66
4.6	小結.....	77
第五章	緩起訴處分與美沙冬替代療法.....	78
5.1	美沙冬替代療法為減害政策 (harm reduction)的具體措施.....	78
5.2	緩起訴處分與減害政策的搭配.....	97
5.3	緩起訴處分搭配替代療法問題質性訪談.....	108
5.4	訪談結果討論及本研究意見.....	114
5.5	小結.....	118
第六章	結論及建議.....	120
參考文獻	.....	126
附錄一	刑事案件發生件數變化T檢定.....	136
附錄二	訪談同意書.....	138

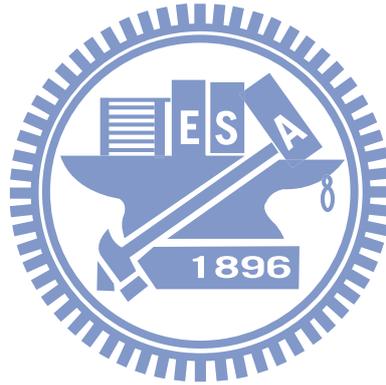
附錄三	參與替代療法個案訪談題目	139
附錄四	精神科醫師訪談題目	140
附錄五	檢察官、觀護人訪談題目	141

表目錄

表 1	各國施用毒品行為立法及處遇方式表	19
表 2	毒品案件辦理情形統計表	21
表 3	毒品犯及施用毒品犯初犯及再累犯人數及比例表	22
表 4	毒品犯在監人數及罪名統計表	23
表 5	毒品相關新聞列表	24
表 6	海洛因 2002-2004 年大盤、中盤、小盤價格	40
表 7	海洛因 2006-2008 上半年大盤、中盤、小盤價格	40
表 8	Henning field Drug Ratings	43
表 9	報應式司法、治療性司法與修復式司法比較表	65
表 10	目前使用美沙冬相關療法的國家	83
表 11	美沙冬治療個案與脫離治療個案全部起訴案件數比較	86
表 12	美沙冬治療個案與脫離治療個案全部起訴案件數比較	87
表 13	我國 1988 年至 2008 年各類刑事案件發生件數	90
表 14	2006-2008 年全般刑事案件件數變化 T 檢定	91
表 15	2006-2008 年竊盜刑事案件件數變化 T 檢定	91
表 16	2006-2008 年暴力刑事案件件數變化 T 檢定	91
表 17	臺灣 2004 年至 2008 年度感染愛滋病人數原因及分布	92
表 18	訪談對象基本資料	93
表 19	訪談內容簡表 1	97
表 20	2007-2009 年各年度緩起訴處分搭配替代療法執行情形	101
表 21	我國各地檢署 2007-2009 年執行緩起訴處分搭配替代療法情形	102
表 22	訪談內容簡表 2	110
表 23	訪談內容簡表 3	111
表 24	訪談內容簡表 4	112
表 25	訪談內容簡表 5	114

圖目錄

圖 1	論文架構圖	4
圖 2	各國毒品犯罪的立法例分類	14
圖 3	施用毒品者戒毒的歷程模式	37
圖 4	海洛因 2002-2004 年；2006-2008 上半年度大盤、中盤、 小盤價格	39
圖 5	刑事制度分流簡圖	67
圖 6	毒品法庭流程圖	70
圖 7	社區法庭流程圖	76
圖 8	我國 1988 年至 2008 年各類刑事案件發生件數趨勢圖	90
圖 9	臺灣 2004 年至 2008 年感染愛滋病人數原因及折線圖	92
圖 10	我國緩起訴處分搭配美沙冬替代療法流程圖	106
圖 11	我國美沙冬各月服藥人數	107
圖 12	毒品成癮者總歸戶系統業務關聯圖	122



第一章 緒論

「針對施用毒品人口的增加、價格提高、治安問題以及愛滋病的增高，過去的戒毒政策雖然不可以說失敗，但是起碼是不成功，必須有一個新的作法..¹」

1.1 研究背景與問題意識

醫藥科技的發達，使各式新穎的藥物不斷出爐，增進了醫療技術、延長人類的壽命，卻也帶來毒品的問題，資本社會下所產生的疏離感更加深毒品施用的現象，為求一時快感的人數急劇攀升，毒品問題已為近代國家最為棘手的問題之一，國民健康受到極大的威脅，並且與之相關的犯罪問題亦嚴重影響國計民生，因而各國紛紛擬定對策因應，首先係訂出何種藥物屬於毒品的範疇，次來，訂定個人未經國家許可私自製造、運送、販賣、施用毒品，施以自由刑的制裁，以刑罰強力的手段來達成無毒國家的目標。然而以世界各國的實務現況而言，對於施用毒品行為採取刑罰的規制，造成監獄超額收容及再犯率極高的結果。

我國對於毒品的危害可謂感受甚深，由清末民初的鴉片直至今日充斥社會的海洛因、安非他命及新興的 K 他命、FM2 等毒品，毒品的危害深入各個層面。由於歷史因素的推波助瀾，我國對於毒品的管制相較其他國家更加嚴格，自 1935 年刑法公佈開始，毒品問題一直為國家刑事政策的重心，具體的措施包括 1993 年政府設立「中央反毒會報」，確立我國毒品政策採取「斷絕供給、減少需求」的「緝毒」、「拒毒」、「戒毒」的策略、1998 年將原「肅清煙毒條例」更名為「毒品危害防制條例」對於毒品的分級更加細緻並且對於毒品依賴者的戒治方式採取觀察勒戒以及強制戒治兩階段進行。²

然而，綜觀毒品危害防治條例施行十年來的成效卻是令人十分失望，由整體毒品案件量觀察除在 2001 年與 2002 年有呈現下滑趨勢，其餘皆為漸增之情形，監獄三分之一以上為煙毒犯所佔據，大多數為單純施用毒品犯，大幅佔據我國司法資源。此外，施用

¹ 縣市首長訪談譯文節錄。

² 參見中華民國刑法鴉片罪章第 256 條至 265 條。

毒品罪的再犯比例高達到八成以上，顯示我國戒毒的成效不彰，相關制度的設計並未達到預期的成果。³2007 年爲了紀念二二八及解嚴的減刑條例通過後，不久便發生楊姓施用毒品犯打死謝姓副教授的社會事件，對於獄所教化效用的質疑更加高漲。⁴現任法務部長王清峰亦於專訪中提到：「我國過去的毒品政策是失敗的」。⁵

2005 年新一波反毒作爲開始進行，由臺南縣顏純左副縣長開啓了清潔針頭交換計畫，以「藥癮愛滋減害」爲主，吹起新反毒戰爭的號角，2006 年由嘉南療養院等署立醫院開始試辦美沙冬替代療法計畫，並與臺南地檢署合作以緩起訴來增加毒品依賴者接受替代療法的動機，2008 年通過毒品危害防制條例第二十四條，使緩起訴處分搭配戒癮治療有法律明文之基礎。⁶但值得深思的是「藥癮愛滋減害」其實是指有效降低施用毒品的社會危害性(例如愛滋病的傳播、治安的惡化等)，並不以完全戒除施用毒品爲手段，與我國現行刑法制度以完全禁止施用毒品爲前提的設計有所抵觸。且採取「藥癮愛滋減害」取向，究竟是否在我國能有效減少毒品所產生的社會危害性目前仍有所質疑？假設真有其效果，我國法制對於施用毒品犯罪的相關制度是否應該且如何修正，才能使成效達到最佳，係對於施用毒品採取除罪化的觀點，或是採取更加嚴格的刑罰，相關制度應如何配套設計爲本研究的重點所在。

1.2 研究範圍、限制、架構與方法

(1) 研究範圍與限制

毒品管制政策牽涉相當廣泛，就我國而言即包含「降低供給」、「減少需求」、「減少傷害」三大主軸及「防毒」、「拒毒」、「戒毒」、「緝毒」四大部分，以作者一己之力，實難涵蓋全部議題，所以本研究的重心將會著重在「戒毒」層面，針對施用毒品行爲的管制及美沙冬替代療法於我國刑事程序的部分進行討論，且本研究的目的在對於我國施用毒品的刑事政策進行建議，因而牽涉之毒品種類主要以一、二級毒品爲主，至於三

³ 平均每年因毒品案件偵結人數爲 3 萬人，參見法務部戒毒資訊網，http://refrain.moj.gov.tw/html/page_02.php(最後點閱時間：2009.3.29)。

⁴ 自由電子報，頭版，2007 年 7 月 24 日，<http://www.libertytimes.com.tw/2007/new/jul/24/today-t1.htm>(最後點閱時間：2009.3.29)。

⁵ 吳琬瑜，「專訪法務部長 王清峰：我是混過江湖的」，天下雜誌，第 405 期，頁 156-158(2008.09)。

⁶ 顏純左，新鴉片戰爭—尋找現代的杜聰明，頁 58-60(2007.11)。

、四級毒品我國目前未針對施用及持有採取刑罰處遇，因而政府對於三、四級毒品管制方式不在本研究討論中。本研究內容將會包含施用毒品除罪化、美沙冬替代療法的國內外成效、緩起訴處分搭配替代療法的現況等。

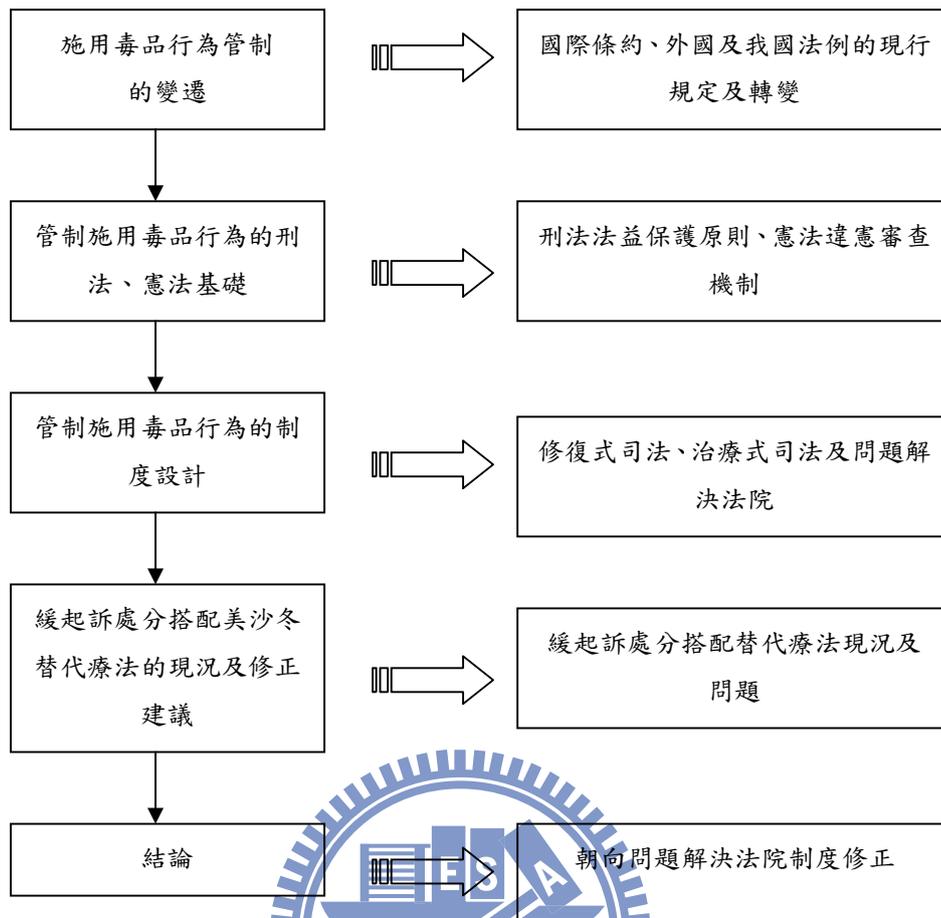
在研究限制上，由於我國引進美沙冬替代療法僅約三年的時間，緩起訴處分搭配替代療法的明文化亦僅約一年的時間，相關國內統計數據並非十分齊全，因而本研究分析的美沙冬替代療法統計資料僅限於 2006 年一月至 2009 年三月之間；在實証訪談上亦因施行美沙冬替代療法的醫療院所及地檢署先後有別，所以造成參與實際運作的醫師及檢察官有地區上的侷限性，且替代療法個案的尋找，因事涉敏感，訪談對象徵求不易，無法全面性蒐集相關資料，所蒐集的訪談資料，可能有無法完全有效推論至全國的缺陷。由於上述資料蒐集的限制，因此本研究的內容僅能就所蒐集資料對於將來可能發生的結果進行事先預測及建議。

另外為保護受訪者身份資訊，本研究的訪談譯文將以節錄的方式進行，訪談全文暫不公開。

(2) 研究架構

毒品刑事政策的開展，皆係因毒品對於人民所產生的影響所致，本研究將從毒品的发展史及影響開始，觀看國際條約的轉變及各國對於與毒品相關行為態樣的管制現況，並介紹各國對於施用毒品者的處遇方式，最後介紹我國相關法制的變革。

目前我國對於施用毒品行為，可以採取監禁、強制治療或緩起訴處分搭配美沙冬替代療法三種刑事制度，但不管哪一種都是屬於侵害個人自由及自由意志，必須有法律明文規定的基礎，然則對於施用毒品刑罰化的法理基礎為何？刑罰化是否能符合比例原則？如認國家對於施用毒品具有管制基礎的前提下，相關的程序制度應如何設計，才能對於施用毒品行為的管制發揮最大的效用及符合比例原則的設計，緩起訴處分搭配美沙冬替代療法為我國對於施用毒品行為管制的新式處遇方式，然而此類新式處遇是否可以達到預期目標？目前的施行現況與問題？及相關的改進與建議？皆為本研究研究之內容，研究架構統整如圖 1 所示：



(圖 1：論文架構圖)

(資料來源：本研究自製)

(3) 研究方法

本研究雖以緩起訴處分搭配美沙冬替代療法為重心，了解替代療法及其效用為本研究的重心，但欲評析該制度是否得當，必須先確定國家對於施用毒品行為有管制的基礎，次論我國現行緩起訴處分搭配美沙冬替代療法的制度設計及可能缺失，最後再依問題解決法院制度進行修正，為了達到此目的，本研究將採文獻回顧法、比較法、與實證研究方法進行，相關細節敘述如下：

A. 文獻回顧法

文獻回顧法，係收集現有與研究相關的文獻，例如期刊、論文、研究報告等，以了解議題研究程度與現狀，並可以給予研究者初始的概念、切入點及其他想法。本研究將藉由整理我國政府資訊、書籍及期刊論文，以了解我國毒品犯罪現狀，戒毒政策及遭遇困境；並透過國外書籍期刊的蒐集，了解美沙冬的施用流程、成果及相關問題。

B. 比較法研究

比較法研究，係將他國立法例或政策與我國相類似或相同的制度進行比較，以作為我國相關制度設計修正的基礎。本研究將透過比較法研究，比較國內外對於施用毒品犯的處遇方式及法律地位，作為我國日後修法的參考。

C. 實證研究方法

實證研究方法，係在於了解政府政策或是法規實際施行的狀況是否符合當初制定的目的，透過對於相關統計資料的分析及特定人士的訪談，瞭解政策的成效或優劣所在，實證方式可區分兩種，第一為質性訪談，透過與特定人物的親身接觸的方式，了解特定人對於政策的經驗及想法，優點在於深入及全面，缺點在於樣本過少、預測力弱；第二為量化統計的方式，大多透過問卷了解大部分人對某一項政策的認同與否，優點在於樣本數量多，預測力強，缺點在於不夠深入及無法具有全面性。由於本研究所探討的緩起訴處分搭配美沙冬替代療法政策在我國屬於全新制度，之前並無相關文章討論過可能影響的本制度施行的相關因素，因而如採問卷的設計容易忽略重要的影響因素，所以本研究將透過質性訪談的方式，訪談對象包含行政官員、實務面的醫師與檢察官及實際施用的個案，詢問個人經驗或對於政策的看法，以作為政策施行上的參考。

1.3 名詞定義

處理毒品政策相關問題，會牽涉許多專有名詞的大量使用，例如「毒品」、「管制藥品」、「藥物濫用」及「成癮」等，為免名詞交互使用而使語意不清，先將相關名詞統整加以說明定義，以統一用語及概念。

(1) 施用毒品

從法律條文觀察，我國早期肅清煙毒條例時期，該條例第二條規定：「所稱煙者，指鴉片、罌粟、罌粟種子及煙或抵癮物品；稱毒者，指嗎啡、高根、海洛因或其合成製品」。此時僅以煙及毒區分，並未為依不同物質的藥理特性進行分類。毒品危害防制條例時期，依該條例第二條規定：「針對毒品的定義是指具有成癮性、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。…」毒品依其成癮性、濫用性及對

社會危害性分爲四級，其品項如下：第一級：海洛因、嗎啡、鴉片、古柯鹼及其相類製品；第二級罌粟、古柯、大麻、安非他命、配西汀、潘他唑新及其相類製品；第三級 西可巴比妥、異戊巴比妥、納洛芬及其相類製品；第四級二丙烯基巴比妥、阿普唑他及其相類製品。本條例對於毒品的分類依其藥理特性分爲麻醉藥物及精神物質，且品項區分精細。⁷

詳察我國法律可以發現毒品危害防制條例中對於毒品品項與管制藥品管理條例中管制藥品品項有相當程度的重疊性，品項的差別僅在於除第三級管制藥品 Mifepristone（俗稱 RU486）、Clobenzorex 未列入毒品外，PMMA 爲第二級管制藥品，毒品危害防制條例僅列入第三級毒品管理，其餘級別、品項皆同。相關機構、業者或使用管制藥品人員須依照「管制藥品管理條例暨其施行細則」之規定，取得相關證照後，始得合法從事管制藥品之輸入、輸出、製造、販賣、購買、使用等業務，否則將以「毒品危害防制條例」論處。⁸參酌兩條例，吾人可歸納出如合於醫藥及科學上使用管制藥品則爲合法，否則即爲違法，毒品可是因爲刑法規定而產生的法律名詞，並非醫學名詞。

施用的定義則是指個人於直接故意或是間接故意的情況之下，使物質(包含氣體、固體及液體)進入個人體內，態樣可以包含注射、口服、吸食。本研究所提及的施用毒品，係指不合於科學或醫學上使用而使毒品管制條例中所規定之毒品進入個人體內。

(2) 成癮症候群、物質依賴、物質濫用、有害性使用、中毒

這五個名詞皆源自物質使用疾患(substance use disorder, disorders due to psychoactive drug use)而來，物質使用疾患依照 1965 年世界衛生組織(WHO)所定的國際疾病分類(ICD)，可分爲中毒(intoxication)、有害性使用(harmful use)及成癮症候群(dependent syndrome)三種：對於中毒的定義爲個案在服用藥物短時間內產生劇烈的身體或心理上的變化，但並不符合其他物質使用疾患的類型⁹；對於有害性使用的定義是指使用心理類

⁷ 毒品危害防制修正總說明，<http://db.lawbank.com.tw/FLAW/FLAWDAT01.asp?lsid=FL001431>(最後點閱時間：2009.3.29)。

⁸ 毒品與管制藥品之分級原則，管制藥品管理局，<http://www.nbcd.gov.tw/admin/uploads/20070416033838281270555/%A1u%ACr%AB~%A1v%BBP%A1u%BA%DE%A8%EE%C3%C4%AB~%A1v%B0%CF%A7O.pdf>(最後點閱時間：2009.3.29)。

⁹ Substance-Related Disorders, <http://www.geocities.com/morrison94/Substance.htm> (last visited Mar.29,2009).

藥物的方式會造成身體或心理健康的實質損害，但不符合成癮症候群的標準，單純中毒不算是有害性使用；對於成癮症候群的認定標準，國際疾病分類第十版(ICD-10)認為只要符合下列六項中的三項以上之症狀，即屬成癮症候群：一是具強烈慾望或強迫感想要使用此藥品；二是無論是開始使用、停止使用或用量方面都難以克制；三是一但停止使用藥物時會產生嚴重的戒斷症狀，並會在使用此類的藥品或物質減緩戒斷症狀；四是耐藥性的產生；五是因使用精神作用物質及藥品對於其他娛樂逐漸失去興趣，而花更多時間在取得該物質或藥品；六是即使有明顯危害身體之現象，仍持續使用該物質或藥品。

10

依據另一套分類的標準，將物質使用疾患分成中毒、物質濫用(substance abuse)及物質依賴(substance Dependence)三種，依美國精神學會(American Psychiatric Association)出版的「心理異常的診斷與統計手冊」第四版(DSM-IV)，對於中毒的定義與國際分類標準定義：

對於物質依賴的定義是指個案對於物質適應不良並導致個案臨床上重大損害或痛苦，且如在十二個月之內出現下列症狀三項以上至少持續一個月即屬物質依賴：一是出現耐受的情況，即對於相同物質的施用量有顯著的增加或施用與之前相同劑量的物質的效果減低；二是出現戒斷症狀，即有失眠、嘔吐、手顫、盜汗、幻覺等兩項以上或是需要施用相同劑量去緩解戒斷症狀；三是常超過自己預期的施用該物質；四是有持續的戒毒的渴望或戒毒數次失敗；五是因物質的使用而放棄或減少重要的社交活動；六是知道身心情況會因施用該物質惡化後，仍舊施用。¹¹

對於物質濫用定義是指個案對於物質適應不良導致臨床上重大損害或痛苦，並在一年內之內出現下列各項一項以上的症狀，但未符合物質依賴的定義：一是因為工作或家庭上的不順遂而重複施用物質；二是重複在會造成身體傷害的施用物質(例如酒醉駕車)；三是明知於社交、職業等情況有損害的情況下，仍施用物質。¹²

¹⁰ 陳嘉雯，創傷之後成長或抑制心理歷程~以藥物成癮者為例，國立臺灣大學心理研究所碩士論文，頁20-25(2003)。

¹¹ Psycho Central, Alcohol/Substance Dependence, <http://psychcentral.com/disorders/sx16.htm> (last visited Mar.29,2009).

¹² *Id.*

綜合上述兩種分類標準可以發現國際分類標準中的有害性使用分類約等於 DSM-IV 中所指的物質濫用；成癮症候群約等於物質依賴，本研究為統一名詞使用，將採取 DSM-IV 的定義，以物質依賴者，代稱符合物質依賴標準的施用毒品個案。

(3) 毒品刑事政策

刑事政策的意義，學說上可區分為廣義與狹義兩種：只要是「預防及鎮壓犯罪為目的所為的一切手段或方法。」皆屬廣義刑事政策的範疇。依廣義說，刑事政策的內涵係指只要能降低犯罪，不論是否以法律或非法律的方式、直接或間接的方式，只要能夠達到降低犯罪的目的皆屬之。所謂狹義刑事政策係指「國家以預防及鎮壓犯罪為目的，運用刑罰以及具有與刑罰類似作用之諸制度，對於犯罪人及有犯罪危險之人所作用之刑事上的諸對策」。在狹義說，僅是限於直接的，以防止犯罪為主要目的之刑事上對策而以刑罰或是類似刑罰的方式(如保安處分、緩刑、假釋、更生保護等)進行。¹³

本研究所指毒品刑事政策，則是指狹義之毒品犯罪管制的刑事政策而言，對於毒品犯罪的定義，則採取1988年聯合國通過的「聯合國禁止非法運送麻醉藥品與精神藥物公約」的定義：「除非法生產、製造、提煉、配置、兜售、分銷、出售、經紀、發送、過境運輸、進口及出口麻醉藥品及精神藥物與種植毒品源植物的行為¹⁴」，而包括具有與刑罰及刑罰類似作用的制度。如：涉及毒品犯罪之各種保安處分、緩刑、假釋、緩起訴、替代療法、毒品清潔針具計畫等制度，亦包括在本研究所指毒品刑事政策之內。

¹³ 張甘妹，刑事政策，頁2-3(1997)。

¹⁴ 蘇裕翔，我國毒品犯罪之立法研究-以毒品危害防制條例為例，國防管理學院法律學系碩士論文，頁26(2003)。

第二章 管制施用毒品行為的演進與現狀

「在臺灣，患者所受到的治療很少，臺灣有成癮治療科專科醫院大部分不是在醫學中心之中，……是健保沒有給付的自費醫療，個案沒有辦法維持很久，……在美沙冬替代療法引進臺灣之前，臺灣沒有專責在進行這個替代療法地機構，而且法令也不允許，所以我們精神科醫師，其實沒有武器來對付海洛因這樣毒品成癮的問題。¹⁵」

2.1 毒品的發展史及影響

自人類有歷史紀錄以來，藥物就在人的生老病死中扮演重要的角色，每當新的藥物問世，代表醫療的技術更加精進，然而有時藥物除了疾病治療的效果之外，同時附帶嚴重的副作用，今日被吾人成爲毒品的物質，在問世當時皆被認爲是救世的靈丹妙藥，而後才發現長期使用會對於人類的健康造成嚴重影響，因而被貼上毒品的標籤。毒品依其特性可分爲麻醉性及精神性毒品，前者主要以鴉片類毒品爲主，後者可再細分成興奮劑類、迷幻劑及大麻類，相關介紹如下：

(1) 常見興奮劑：古柯鹼、(甲基)安非他命及安非他命衍生物(5-MeO-DIPT、PMA、PMMA 及搖頭丸)

古柯鹼是從古柯葉中提煉而成，最早的使用記錄可追溯到印加文明，當時人們咀嚼古柯葉以增加工作的力氣與精力，直到 1985 年，德國化學家 Alfred Niemann 從古柯葉中分離古柯鹼並廣泛用在日常食品中，在商業上獲得極大的成功，甚至可口可樂早期的配方中亦加入該成分，在醫療上，心理學大師佛洛伊德(Freud) 使用古柯鹼來治療嗎啡依賴者，但是反而造成古柯鹼依賴的反效果，此時世界各國才開始注意到古柯鹼的傷害，美國亦於 1914 年的哈利森法案(Harrison Act)中正式禁止銷售及進口古柯類製品。¹⁶

古柯鹼的對人體造成的危害是導因於其可強力激發人體交感神經造成心臟功能的損害及衰竭的危險，當藥效消退時會產生嚴重的情緒變化，產生易怒、沮喪的情況，且會增高自殺率的發生，根據 2002 年統計資料顯示，全美大城市醫院因施用古柯鹼產生

¹⁵ 訪談譯文 D1 節錄。

¹⁶ CHARLES F.LEVINTHAL, DRUG, BEHAVIOR, AND MODERN SOCIETY, 86-95(2005).

相關的緊急醫療案件達十萬九千件，另根據聯合國統計 2006 年全世界十五至六十四歲的人口施用古柯類毒品者，高達一千六百萬人次，目前與古柯鹼相關的製品快克(crack)由於製作方便，在歐美地區非常流行。¹⁷

安非他命的使用記錄最早可以追溯到中國藥草麻黃的使用，麻黃為天然的安非他命前驅物，人工合成的安非他命於 1927 年由美國化學家合成，主要功能在於刺激交感神經的運作，於第二次世界大戰廣泛提供給士兵作為提神之用，但由於施用安非他命會產生愉悅感，因而很快就被用作的娛樂用途，施用安非他命會產生幻覺、妄想及暴力傾向。根據統計，美國於 1970 年，年滿十四歲的人口有十分之一曾經使用過安非他命，此外，聯合國統計 2006 年全世界十五至六十四歲的人口施用安非他命類毒品者，高達九百萬人次。¹⁸而與安非他命相關的衍生物質，由於具有迷幻催情的效果，於 1980 年後開始在歐美的青少年間流行，其中搖頭丸最常被使用的藥品，服用後會使人有快樂的、親密的、與別人非常接近的感覺，幻覺出現，進而使人多話而不知停止，為目前青少年施用毒品類型的大宗。

(2) 常見麻醉劑：鴉片、嗎啡、海洛因、潘他挫新、美沙冬、配西汀、K 他命及甲酮(白板)等

鴉片、嗎啡及海洛因是由罌粟提煉而來，鴉片使用最早可以追溯到西元前 2000 年前的青銅器時代，中國從唐朝開始亦有鴉片使用的紀錄，當時主要是作為藥物使用，為非常有效的止痛劑及麻醉劑，到十八世紀初期，中國發明鴉片煙的施用方式使鴉片大量被民眾使用，據統計在鴉片戰爭爆發前，中國施用鴉片人數已達二百五十萬人次。¹⁹嗎啡的使用歷史上，1803 年德國科學家自鴉片中分離出嗎啡，大量作為軍人麻醉止痛之用，因此幾乎大多數一戰軍人都有嗎啡依賴的現象。為了解決嗎啡依賴的問題，德國拜耳公司於 1898 年又從嗎啡又精煉出海洛因，海洛因是一種比嗎啡藥效強三倍的麻醉劑，當時醫療的宣傳強調可解決嗎啡依賴的問題且無副作用，但在 1910 年卻發現海洛因依賴的問題更加嚴重，由於此三種鴉片類製品由於屬於神經抑制劑，使用時人體會產生欣

¹⁷ U.N. Office on Drug & Crime[UNODC], world drug report 2008 84(2008).

¹⁸ *Id.* at 153.

¹⁹ 龔纓晏，鴉片的傳播與對華鴉片貿易，頁 293 (1999.12)。

快感及平靜的感覺，但藥效退後會產生嚴重的戒斷症狀。²⁰依據聯合國統計資料，在 2006 年全世界十五至六十四歲的人口施用鴉片類毒品者，高達一千六百五十萬人次。²¹鴉片、嗎啡、海洛因是從自然界物質純化精鍊而來，而潘他挫新、美沙冬及配西汀則是屬於化學合成物質，但對於人體所造成的影響並不亞於自然提煉的鴉片類製品。此外，K 他命由於有產生分離性幻覺及降低注意力的副作用，在臺灣被青少年濫用的比例及數量逐年上升。

(3) 常見迷幻劑：大麻、LSD、PCP 及神奇魔菇。

大麻的使用可以追溯到西元前 2737 年的中國，當時主要作為醫藥使用，但在印度及美國則是作為娛樂使用，1920 年代由於美國禁酒令的影響，使多數人從飲酒轉為使用價格相對便宜的大麻，造成大麻施用人數急速上升，施用大麻後會對於週遭環境感覺特別敏銳，且會嚴重影響問題理解能力及駕駛車輛能力。據統計全美毒品施用人口有百分之七十五係施用大麻相關製品，根據聯合國統計 2006 年全世界十五至六十四歲的人口施用大麻類毒品者，高達一億六千六百萬人次。²²LSD 並非自然界存在物質，LSD 於 1953 年人工合成，並被美國食品及藥物管理局批准作為治療精神分裂症的藥物，是一種非常強的心理藥物，服用後會使人立即產生幻覺，但是並不會產生嚴重生理上疼痛及心理疾病。²³而 PCP 俗稱天使塵，早期做為動物止痛劑使用，而後因會引起幻覺、躁動、譫妄等副作用而逐漸被廢棄；神奇魔菇所含成分，與 LSD 成份類似，是強烈的中樞神經幻覺劑，無嗅、稍帶苦味之白色結晶體，使用者生理上會有瞳孔放大，體溫、心跳及血壓上升、口乾、震顫、噁心、嘔吐、頭痛等現象；情緒及心理上產生欣快感、判斷力混淆、失去方向感及脫離現實感、錯覺及幻覺，感覺異常發生。此三類物質皆為臺灣青少年使用毒品的大宗。

2.2 國際條約的相關規定

由上述毒品發展歷史的介紹可知毒品的影響是橫跨數各國家，而且危害影響深遠，

²⁰ CHARLES F.LEVINTHAL, *supra* note 16, at 110-23.

²¹ UNODC, *supra* note 17, at 59.

²² UNODC, *supra* note 17, at 111.

²³ CHARLES F.LEVINTHAL, *supra* note 16, at 135-72.

因而相關國際聯盟方面亦開始制定條約來減少及防堵毒品的影響，吾人也可以藉由國際條約的走向來觀察國際上對於毒品政策的轉變：

(1) 國際聯盟時期：1920 至 1945 年

1912 年海牙國際鴉片公約，係以 1909 年上海鴉片委員會的協議為基礎，本公約規範了鴉片、嗎啡、高根製造、輸入、輸出、售賣、散出及使用的禁止，並規定各締約國管制生鴉片的生產、銷售和進口；並逐漸禁止熟鴉片的製造、販賣和吸食。²⁴

1925 年日內瓦國際鴉片公約，增加對於古柯葉及大麻的管制，並規定除供醫療或科學使用之外，應嚴格禁止所管制物品的製造、售賣、輸出、輸入、分銷及使用，並創立中央鴉片委員會監督國內國外鴉片的運送情形。²⁵

1931 年日內瓦限制製造及調節分配麻醉藥品公約則對於各國所持有供醫療及科學上使用的麻醉藥品有總量管制，各國必須自動呈報所使用麻醉藥品的數量給中央鴉片管理局，管理局有禁止締約國超量運送的權限。²⁶

1936 年日內瓦取締非法販運危險麻醉藥品公約，強調各締約國必須制定法令對於製造、變造、調製、持有、供給、兜售、分配、購買、出售各項毒品予以嚴懲，科與徒刑或其他自由刑，否則難以抑制麻醉藥品的氾濫，這是第一次將上列行為列為國際犯罪，但此時施用毒品尚未成爲一種國際犯罪行為，但主要國家對於施用毒品行為有刑罰的規範。²⁷

(2) 聯合國時期：1946 年迄今

1961 年麻醉藥品單一公約係針對 1936 年日內瓦公約進行修正，除本公約規定的麻醉藥品之外，各國對其他未列入本公約卻可供製造麻醉品的物質應有管制的規定，並應以立法或行政措施對於非用於醫藥或科學目的的麻醉品的製造、售賣、輸出、輸入、分銷及使用加以管制，但針對醫藥用途的解釋上尊重各國的意見且有過渡條款的設計。此

²⁴ 蕭仰歸，從國際公約論我國毒品犯罪防制之法制與實現，國立海洋大學法律研究所碩士論文，頁 26-59(2005)。

²⁵ 蕭仰歸，同前註，頁 26-59。

²⁶ 蕭仰歸，同前註，頁 26-59。

²⁷ Convention for the Suppression of the Illicit Traffic in Dangerous Drugs, Article 2(1936)

外，對於個人使用而持有毒品的限制規定可放寬，並不一定要有懲罰的規定。²⁸

1971 年聯合國精神藥物公約所規範的對象係針對會產生藥物依賴性或使中樞神經興奮、抑鬱以至於造成幻覺，或對於動作機能或思想、行動等造成損害的精神藥物進行管制，與麻醉藥品單一公約相較，本公約在藥物的分級上較為嚴格，並新增對於精神藥物依賴者，應施治療、教育、善後護理、復健等做為替代徒刑或是附帶的規定。²⁹

1972 年修正麻醉藥品單一公約，將原本麻醉藥品單一公約第三十八條對於藥物濫用者治療的規定擴增成預防藥物濫用的措施，各締約國除對於藥物濫用者須進行觀護及治療並有使其重新融入社會的責任，因此各訂約國對於相關毒品犯罪可規定替代監禁的措施，使其早日重新回歸社會，並盡一切努力求其實現。1988 年聯合國禁止非法販運麻醉藥品及精神物質公約，目的在加強及補充上述公約以便更有效對付非法販運及其後果，並擴大引渡條款的適用。³⁰

由各公約規定的內容觀察可發現對於除個人使用外，其餘如販賣、製造、輸入、輸出等各公約皆採取嚴格禁止及刑罰化的態度，而觀察個人非法使用的部分，可分為三個階段，第一階段是 1912 年海牙國際鴉片公約有規定熟鴉片仍可供個人吸食，此時施用鴉片可謂是部分合法化的態度；第二階段是 1971 年聯合國精神藥物公約前，各公約皆是採取禁止的態度，可得知此時施用精神藥物及麻醉藥品者是立於犯人的地位；第三階段是自 1971 年聯合國精神藥物公約後對於施用精神藥物及麻醉藥品者應給予其治療或善後復健來代替刑罰或是作為附帶條件，此時施用精神藥物及麻醉藥品者的地位是屬於病人或是病人與犯人的混合性地位，且強調施用毒品者重新回歸社會為重點。

2.3 各國施用毒品法令及治療處遇模式介紹

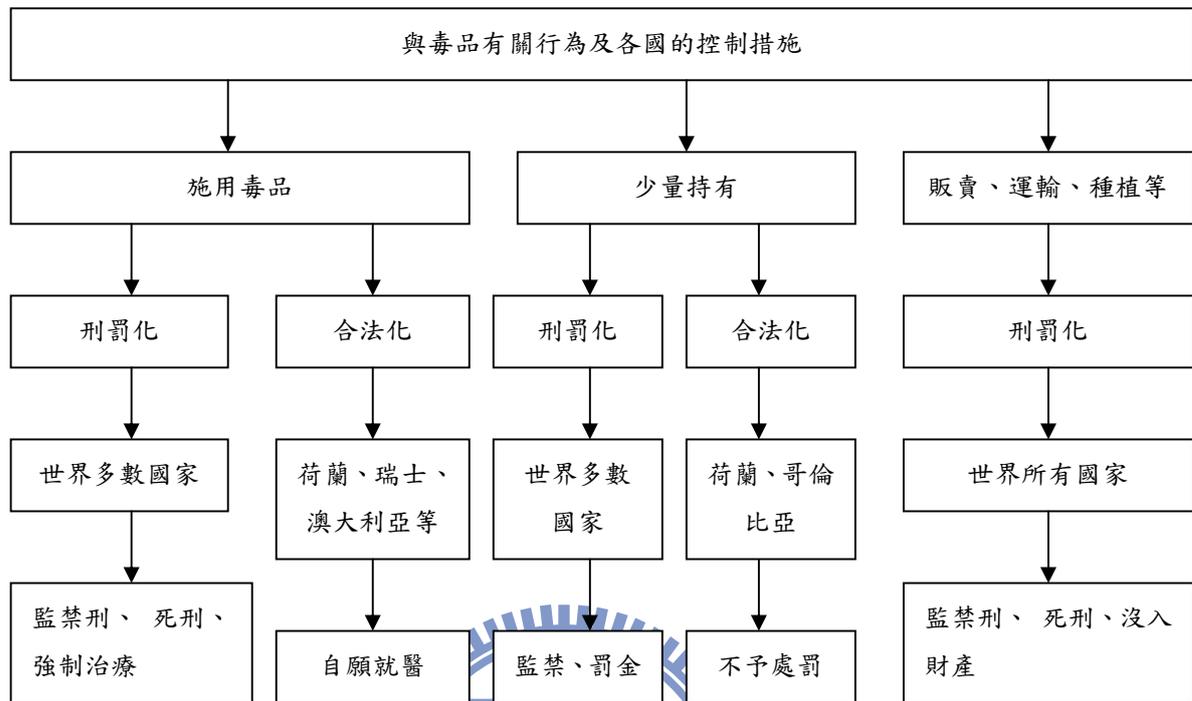
由上述國際公約可知，對於毒品犯罪可以概分成兩個部分，第一是施用毒品及為施用而持有毒品的官定，第二是施用以外之行為態樣的規定，第二部份的行為態樣各國幾乎都是採取嚴格的刑罰規範，然而針對施用部分則由於公約有寬鬆的規定，使各國有不

²⁸ Single Convention, Article 36, §1 (a) (1961).

²⁹ Protocol amending Single Convention, Article 20 §1(1972)

³⁰ UNODC, *supra* note 16, at 201.

同的規範，吾人以下以對於施用毒品及因施用而持有的態樣的立法例做為分類，介紹世界各主要國家的對於施用毒品法律規定及相關治療計畫：



(圖 2：各國毒品犯罪的立法例分類)

(資料來源：阿地力江·阿布來提(2008)³¹，本研究重新編製)

(1) 施用全種類少量毒品合法：瑞士

瑞士的毒品法律主要規定在 Narcotics Act，對於種植、販賣、進出口、持有毒品等有刑罰監禁規定，但如果是個人使用而持有少量毒品是合法的，無刑罰以及行政罰的相關規定³²。對於毒品依賴者的治療模式上可分為門診計畫(non-residential program)、住院計畫(residential program)與醫師處方計畫(prescription program)等。³³

門診計畫是為了解決住院計畫無法有足夠空間容納大量的病患的侷限性，因而設計立即性及基礎的計畫，包含提供臨時避難所、初級醫療照顧、針頭交換場所、美沙冬替代療法、毒品注射室等措施；住院計畫係提供住院急性解毒以及治療性社區方案；其中最特殊為醫師處方計畫，係經過多次戒毒方式皆無法成功時，才會進入此計畫中，在醫

³¹ 阿地力江·阿布來提，毒品刑事治理探討，刑事法評論第 22 期，頁 568(2008)。

³² Switzerland Narcotics Act, s. 19c(1996).

³³ HK.Klingemann, *Drug Treatment in Switzerland: Harm Reduction, Decentralization and Community Response*, 91 ADDICTION 723, 723-736(1996).

師的監督之下，直接開立嗎啡及海洛因等毒品給患者注射以降低對於毒品依賴者生命健康的影響。³⁴

(2) 施用及因施用而持有毒品除刑罰化：中國大陸

依照中國刑法三百四十七條，對於走私、販賣、運輸、製造各級毒品，依所涉及毒品的種類及量的多寡而有所不同，可分為三年以下以及七年以上兩種量刑方式；針對施用毒品中國目前是除刑罰化而改以行政的治安管理為主，可採取罰款及行政扣留的方式處理。對施用毒品經自首或查獲者，依中國禁毒法規定，採取社區戒毒、強制隔離戒毒的處遇：社區戒毒是施用毒品個案經查獲後，讓施用毒品者在其戶籍地所居住社區參加治療計畫；強制隔離戒毒，係經個案同意進入強制隔離或是對於違反社區戒毒的規定被公安單位移送戒毒所實施強制隔離戒毒，由衛生部門負責治療計畫，治療計畫有藥物維持計畫與住院計畫，於各地區設立美沙酮診所及戒毒醫療機構。³⁵

(3) 施用及持有毒品部分除刑罰化：美國

聯邦對於毒品管制法律主要規定在物質管制法案(Controlled Substances Act)中，針對毒品犯罪的態樣包涵明知或意圖製造、販賣、散播或基於販賣目的而持有等行為，刑度的規定則依據毒品種類及重量有不同的量刑，一般最低刑度為五年以上有期徒刑，最多可以判處到終身監禁，另對於單純持有(simple possession)亦設有刑罰規定，所謂單純持有係指除供販賣、傳播及散佈外的持有，刑度由十五天至三年之間，然而並非針對各級毒品皆有處罰單純持有的規定，例如大麻類製品可容許私人一個月內最多購買九公克的製品或以郵購方式購買七點五公克以內的大麻，對於僅持有個人施用量的各類毒品，僅處以罰金刑。目前對於施用毒品者有徒刑、罰金及毒品法庭等處遇方式。³⁶

毒品法庭的概念始於 1980 年代末期，美國為解決發展迅速的非法藥物施用問題，

³⁴ *Id.* at 723-736.

³⁵ 2007 年中國禁毒報告，中華人民共和國國務院，
http://big5.ce.cn/gate/big5/finance.ce.cn/law/home/scroll/200806/25/t20080625_13261670.shtml (最後點閱時間：2009.3.29)。

³⁶ 21 USCA § 844: 「...It shall be unlawful for any person to knowingly or intentionally purchase at retail during a 30 day period more than 9 grams of ephedrine base, pseudoephedrine base, or phenylpropanolamine base in a scheduled listed chemical product, except that, of such 9 grams, not more than 7.5 grams may be imported by means of shipping through any private or commercial carrier or the Postal Service....」

以及改善傳統司法系統干預而發展成的，乃專門處理施用毒品的犯罪人，不再依循傳統刑事司法途徑及監禁，而改以治療的方法，以協助克服他們的藥物濫用和犯罪問題。可分為認罪協商前、認罪協商後及執行刑後模式，主要是進行約十二至十八個月的戒治處分。對於施用毒品者的治療計畫包含住院及門診解毒計畫(inpatient and outpatient detoxification)、美沙冬替代治療計畫(outpatient methadone maintenance)、治療性社區處遇計畫(therapeutic communities)、門診諮商計畫(outpatient drug-free programs)。³⁷相關刑事制度的設計會於第四章有詳盡的介紹。

住院及門診治療計畫提供毒品依賴者在醫院去除戒斷症狀，進行急速解毒³⁸；美沙冬替代治療計畫，是對於依賴程度較高，難以戒治毒品者透過鴉片類藥物替代物美沙冬，以控制此類毒品依賴者，使其能夠保有一定的社會功能，避免死亡及其他犯罪問題，現亦有 LAAM(levo-aloha-acetylmethadol)藥物同樣有替代海洛因之功能³⁹；治療性處遇社區，此計畫提供毒品依賴者庇護性社區，使其能達到完全戒治毒品的狀態，並結合輔導者的力量，採取自助原則來幫助毒品依賴者重建正常生活。在高度結構的社區環境內使其回復其人格及行爲，最大特徵在於社區中的輔導人員都是之前戒治成功的藥品依賴者。此外，社區中也有解毒醫療的提供，美國最早期的治療性社區為 Synanon 社區及 1970 年代成立的 Daytop Village 等⁴⁰；門診諮商計畫，係針對完成急性解毒之個案，對其持續進行醫療照顧，預防其復發，而提供心理諮商與就業服務，強調完全戒除毒品。⁴¹

(4) 施用及持有各類毒品皆刑罰化：新加坡、香港

新加坡目前毒品管制的法規為濫用藥物法(Misuse of Drugs Act)，處罰的行爲類型包括運送、販賣、進出口、持有及施用，任何人只要持有海洛因超過十五克，就會被判處絕對死刑，對於初次施用毒品者，如果屬於毒品依賴者則會強制進入復健及觀護程序六個月至三年，如非屬毒品依賴者則會被處三年以下的刑罰，如再度施用毒品者則會被處

³⁷ OKALEY RAY AND CHARLES KSIR, DRUGS, SOCIETY, AND HUMAN BEHAVIOR, 92-99(2002)；JAMES B. BAKALAR & LESTER GRINSPOON, DRUG CONTROL IN A FREE SOCIETY, 82-98(1984).

³⁸ 參見林建陽、黃啓賓，毒品矯治與成效策略之探討，中央警察大學學報，第 39 期，頁 293-294(2002)。

³⁹ See CHARLES, *supra* note 16, at 127.

⁴⁰ OKALEY, *supra* note 37, at 60.

⁴¹ CHARLES, *supra* note 16, at 128.

以五年以上七年以下有期徒刑。⁴²對於施用毒品者的治療模式包含毒品犯社區矯治方案 (Community-Based Rehabilitation Programmes For Drug Offenders)、WHW 計畫(納粹松社區管理計畫) 及自願性處遇計畫(Voluntary Treatment Programme,VTP)。⁴³

毒品犯社區矯治方案是使施用毒品者，先經歷一週強制性的解毒期間(即冷火雞)，以戒除生理依賴，戒除後進入恢復階段，個案將接受軍事管理、訓練、作業、教育及諮商輔導，不靠藥物的幫助達到戒除的毒品的成果。WHW 計畫是利用納粹松(Naltrexone)來抑制海洛因欣快感的藥劑，透過口服納粹松，可以舒緩毒品犯對海洛因的生、心理依賴，並要求毒品依賴者接受為期十二個月的治療課程，以藥物的幫助達到戒除毒品的結果；自願性處遇計畫係允許無矯治前科之毒品依賴者以自願的方式接受矯治，個案可隨時離開戒治所，但是該個案將不得再參與類似的處遇計畫，參與者在醫院接受七到十天的去毒治療，在完成去毒計畫後將參與者安置於中途之家並進行就業輔導計畫。⁴⁴

香港對於毒品犯罪的管制主要是規定在一百三十四章危險藥物條例中，僅針對運送、販賣、製造等有處罰規定，可處以終身監禁以及高額罰金，對於單純犯持有及施用罪，係以非居留性判決為主，包含罰款、感化令以及緩刑等，如法院參酌懲教署報告認為該名犯人適合送至戒毒所，則會優先送至戒毒所戒毒，但如果同時並有其他犯罪行為，而被判處九個月以上徒刑，則持有及吸食毒品可以最高可以監禁七年。對於施用毒品者的處遇包含徒刑及強迫戒毒計劃。⁴⁵

強迫戒毒計畫對象是曾犯輕微罪行而經法庭裁定適合接受這種治療的藥物依賴者，但所犯之罪行不一定與毒品有關。對於施用毒品者的治療方式包含自願住院戒毒治療和康復計劃、美沙冬治療計劃、物質誤用診所。物質誤用診所接受來自濫用精神藥物

⁴² Misuse of Drugs Act, Article 33A,「..... Where a person who has been punished under subsection (1) is again convicted of an offence for consumption of a specified drug under section 8(b) or an offence of failure to provide a urine specimen under section 31(2), he shall on conviction be punished with — (a) imprisonment of not less than 7 years and not more than 13 years; and (b) not less than 6 strokes and not more than 12 strokes of the cane.」

⁴³ 周石棋，新加坡獄政總署參訪輯要，矯正月刊，第 193 期(2008.7)，亦可見

<http://www.tpt.moj.gov.tw/public/Data/87915228755.htm>(最後點閱時間：2009.3.29)。

⁴⁴ 張伯宏，我國毒品戒治政策與成效之研究，國立中正大學犯罪防治系暨研究所博士論文，頁 12(2007)；周石棋，同前註。

⁴⁵ 香港保安局禁毒處，香港戒毒治療和康復服務第四個三年計劃(二零零六至零八年)，頁 38(2008)，亦可見 http://www.nd.gov.hk/Fourth_Three_Year_Plan_Chinese.pdf(最後點閱時間：2009.3.29)。

者輔導中心、自願住院戒毒治療中心、醫生及其他醫護服務機構轉介個案，個案大多接受門診治療，並提供心理治療。⁴⁶

(5) 臺灣法制現況：雖將施用及持有毒品刑罰化但採取除刑不除罪的手段

臺灣依循國民政府於大陸所施行的政策，對於施用毒品採取完全禁絕的取向，並於1955年制定戡亂時期肅清煙毒條例，其所採取的手段系對於施用毒品者，採取徒刑的處置方式，但對於藥物濫用者則有勒戒先行的設計，尚未出現治療心理依賴的部分。而於1996年制定的毒品危害防制條例，則由於體認到施用毒品者屬於「病質性犯人」，因而在處置手段上對於施用一、二級毒品不再區分其是否為毒品濫用者皆以勒戒代替徒刑，且對經過勒戒後仍有繼續施用毒品的傾向則會再施以強制戒治的手段，包含有治療生理依賴與心理依賴部份，可謂我國對於施用毒品犯進入「除刑不除罪」的設計，並以醫療手段優先。⁴⁷2008年又修正該條例，增加緩起訴處分搭配美沙冬替代療法的新制，開始我國多元治療模式的雛形，該條例針對製造、運輸、販賣等依照毒品等級的不同，最高可處無期徒刑或死刑，針對持有及施用則可以處以六個月以上三年以下有期徒刑，初次犯施用毒品罪者可經由檢察官緩起訴或是進入觀察勒戒以及強制戒治的階段。⁴⁸觀察勒戒著重於生理依賴的處理，由醫師及心理師每週診療勒戒人，視其需要開立藥品，於兩個月期間結束後，填具「有無繼續施用毒品傾向證明書」。決定其是否能復歸社會亦或是需繼續進行強制戒治。強制戒治則重於心理依賴，依戒治處分執行條例，戒治處分可分為調適期、心理輔導期及社會適應期三階段，戒治人三階段皆需考核通過，方能提報停止戒治：調適期以體能訓練及要求生活規律性培養受戒治人體力與毅力，增進其戒毒信心為主；心理輔導期則安排教師講授諮商輔導、宗教教育及衛教課程激發受戒治人戒毒動機及更生意志，協助其戒除對毒品之心理依賴；社會適應期以安排生涯規劃及法律常識課程重建戒治人之人際關係及解決問題能力為主，以協助其復歸社會；對於施用毒品者的治療方式上，則包含住院及門診治療、美沙冬替代療法及治療性社區。⁴⁹

⁴⁶ 香港保安局禁毒處，同前註。

⁴⁷ 楊瑞美，毒品政策對施用毒品者之影響--以某成年男性戒治所為例，國立臺灣大學社會工作系碩士論文，頁19-22(2003)。

⁴⁸ 毒品危害防制條例24條。

⁴⁹ 行政院衛生署等，九十七年反毒報告書，頁128-139(2008)。

(6) 目前各國針對施用毒品行為的規範及治療措施如表 1 所示

(表 1：各國施用毒品行為立法及處遇方式表)

國家	施用毒品適法性	法律規定	法律上處遇方式	治療計畫
瑞士	除罪化	Narcotics Act	無	<ol style="list-style-type: none"> 1. 美沙冬替代療法 2. 清潔針具交換 3. 毒品注射室 4. 住院急性解毒 5. 治療性社區 6. 海洛因支持計畫
美國	犯罪化，但多處罰金刑	Controlled Substance Act	<ol style="list-style-type: none"> 1. 毒品法庭 2. 罰金刑 3. 自由刑 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 住院急性解毒 2. 美沙冬替代療法 3. 治療性社區
中國大陸	除罪化，但以行政罰處理	禁毒法	<ol style="list-style-type: none"> 1. 社區戒毒 2. 官方戒毒所 3. 戒毒康復場(新增) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 美沙冬替代療法 2. 急性解毒 3. 治療性社區
新加坡	犯罪化	Misuse of drugs act	<ol style="list-style-type: none"> 1. 自由刑 2. 治療性社區 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 納粹松戒毒療法
香港	犯罪化，但多處罰金刑與戒治處遇	危險藥品條例	<ol style="list-style-type: none"> 1. 官方戒毒所 2. 罰金刑等非拘留性判決 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 美沙冬替代療法 2. 住院急性解毒 3. 治療性社區
臺灣	犯罪化	毒品危害防制條例	<ol style="list-style-type: none"> 1. 官方戒治所 2. 自由刑 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 住院急性解毒 2. 美沙冬替代療法(新增) 3. 治療性社區

※(新增)係指近五年來開始施行之制度

(資料來源：本研究自製)

2.4 小結

對於施用毒品行為的管制的趨勢呈現「寬鬆-嚴格-寬鬆」的傾向，由毒品的使用歷史觀察，毒品早期是被當作藥品使用，所以對於毒品的施用並無任何管制，然而由於毒品具有令神經興奮、愉悅的副作用，而逐漸被拿來作非醫學上用途的情形相當常見且對於國家及社會產生嚴重的影響，所以各國開始對於毒品的相關行為進行管制，施用毒品行為亦開始成為刑法規制的對象，並施以徒刑的懲罰。時至今日，由於對於毒品依賴有較深入的了解且國際條約亦確認可以替代治療的方式取代刑罰，因此目前主要國家對於施用毒品行為雖然仍存有刑罰的規範但刑度大多降低或是以罰金的方式進行，並且發展出各種不同的治療方式，相較僅有徒刑規制的手段，規範程度較為寬鬆。此外，再深入探究現行各國對於施用毒品的刑事處遇可以發現各國皆是採取社區處遇的治療方式優先，而後再採取機構化治療或監禁方式進行。我國對於施用毒品行為管制也遵循「寬鬆-嚴格-寬鬆」的趨勢，開始著重於以治療替代刑罰，然而刑事處遇的方式來看，我國在美沙冬替代療法引進之前，未有社區處遇方式的存在，而以機構化治療及監禁為主，而我國於去年正式將緩起訴處分搭配戒癮治療法制化之後，開始與世界各國制度接軌。

第三章 我國毒品犯罪現況及施用毒品除罪化的考量

「(問：施用毒品除罪化對醫療的影響?)這絕對不可以，因為非自願施用毒品者需要有一個適當的處所，這個處所不一定要法律主導，醫療主導也是可以，他的目的在於使個案不再吸毒，…，彼此的目的是是一致的，我們需要這個機構，這個機構有可能需要收容或治療非自願案主。就像你說學校再不好，你把學校廢掉讓大家在家裡學習這是不行的，即使是醫療也不能夠這樣子…。⁵⁰」

3.1 我國目前毒品犯罪統計及相關新聞摘錄

目前毒品犯罪為我國犯罪類型的大宗，而且又以施用毒品犯罪為多，相關情形如下列法務部統計資料及新聞案件量所示：

(1) 新收毒品案件

2008年一至八月地方法院檢察署新收毒品偵字案件約五萬九千件(其中第一級毒品占百分之五十九，第二級毒品占百分之三十九，餘為第三與第四級毒品及其他)，較上年同期增加約百分之五。在新收毒品案件當中，施用行為者約為五萬三千件占百分之八十九。而2008年新收偵字案件總件數二十七萬八千件，單純施用毒品案件佔總偵字案件案件量的百分之二十。施用人數也較去年同期增加百分之六十二。⁵¹

(表2：毒品案件辦理情形統計表)

項目別	新收偵查件數	裁判施用毒品罪確定人數
2004年	68,713	12,485
2005年	85,970	19,982
2006年	76,068	21,324
2007年	86,281	23,444
2007年1-8月	56,182	15,105
2008年1-8月	58,794	24,501
較上年同期增減(%)	4.6	62.2

(資料來源：法務部統計處，本研究重新編製)

⁵⁰ 訪談譯文 D1 節錄。

⁵¹ 毒品案件辦理情形統計表，法務部統計處資料，<http://www.moj.gov.tw/site/moj/public/MMO/moj/stat/new/newtxt1.pdf>。(最後點閱時間：2009.3.29)。

(2) 毒品案件再累犯統計

施用毒品犯初犯的人數自 2005 年達到高峰後開始逐年減少，2008 年一至八月的施用毒品初犯人數較 2007 年同期減少百分之四，顯示相關戒毒教育宣導及預防產生一定效用；然而令人關心的施用毒品再累犯人數卻呈現持續的升高，2008 年一月至八月再犯人數的統計已經超過 2007 年一整年的總量，這即有可能與去年通過的減刑條例有極大的關係，而由比例來看 2008 年竟提升至近九成，再犯問題實令人擔憂。⁵²

(表 3：毒品犯及施用毒品犯初犯及再累犯人數及比例表)

項目別	施用毒品犯				
	總計	初犯	再累犯	再累犯同罪名	
	人數(1)	人數	人數	人數(2)	比例% (2)/(1)*100
2004 年	12,485	1,831	10,654	8,587	68.8
2005 年	19,982	2,730	17,252	14,120	70.7
2006 年	21,324	2,209	19,115	16,606	77.9
2007 年	23,444	1,651	21,793	19,342	82.5
2007 年 1-8 月	15,105	1,128	13,977	12,350	81.8
2008 年 1-8 月	24,501	1,083	23,418	21,746	88.8
較上年同期增減%	62.2	-4.0	67.5	76.1	7.0

(資料來源：法務部統計處，本研究重新編製)

(3) 監獄擁擠度與煙毒犯罪人數比率

2008年八月底在監受刑人約四萬九千人，較上年同期增加百分之二十五，其中在監受刑人中，以毒品犯占在監受刑人百分之三十七居首，單純施用毒品犯為毒品犯罪大宗。2008年八月底矯正機關收容人超收比率為百分之十二，且不管在收容人數及超收比率均呈現增加現象，值得注意。我國二十四個監獄中有十三個超收；十二個看守所皆超額收容，可知煙毒犯佔據我國大幅司法資源。⁵³

⁵² 毒品犯及施用毒品犯初犯及再累犯人數及比例表，法務部統計處資料，<http://www.moj.gov.tw/site/moj/public/MMO/moj/stat/new/newtable5.pdf>。(最後點閱時間：2009.3.29)。

⁵³ 毒品犯在監人數及罪名統計表，法務部統計處資料，<http://www.moj.gov.tw/site/moj/public/MMO/moj/stat/new/newtxt2.pdf>(最後點閱時間：2009.3.29)。

(表 4：毒品犯在監人數及罪名統計表)

項目別	毒品犯				
	總計	純製、賣、 運輸	純製、賣、運 輸兼施用	純施用	
	人數(1)	人數	人數	人數(2)	比例% (2)/(1)*100
2004 年	18,599	4,684	1,694	11,235	60.4
2005 年	19,775	4,868	1,663	12,267	62.0
2006 年	20,671	5,115	1,264	13,201	63.9
2007 年	14,162	5,429	903	6,942	49.0
2007 年 1-8 月	14,760	5,218	999	7,653	51.8
2008 年 1-8 月	18,519	5,903	749	10,746	58.0
較上年同期增減%	25.5	13.1	-25.0	40.4	6.2

(資料來源：法務部統計處，本研究重新編製)

(4) 毒品新聞數量及內容節錄

由新聞的數量以及重大案件內容也可以看出該事件引起社會的關注程度為何，可作為目前臺灣毒品現況的參考，本研究以「毒品」為關鍵字搜尋聯合新聞資料庫近一年(2008年三月十六日至2009年三月十六日)的資料可以發現共有一千七百九十二件與毒品相關的新聞，平均一天約五件，由統計資料可以看出毒品與財產犯罪有一定程度的關聯性，下述例子是截錄真實新聞片段，來顯現出毒品對於社會、家庭的損害：

※殺子棄屍案：「2002年八月某日，染有毒癮的李女給兒子餵奶時，僅二個月大的兒子哭鬧不休，李女心情煩悶，便動手毆打男嬰，沒多久發現男嬰全身發黑氣絕身亡。李女見狀竟草草將屍體放在黑色垃圾袋中，載往鄰近的羅東鎮五結圳大排水溝丟棄，直到去年男童已達入學年齡，學校多次通知沒下文，向警方通報，警方追查後，才發現這起悲劇。」⁵⁴

※拿妻換毒品案：「無毒不丈夫！？」中部地區陳姓男子染上毒癮散盡家財，因缺錢購毒竟在飲料中下安眠藥迷昏妻子，再安排藥頭與妻子發生性關係換取毒品；但陳某前陣子中風，藥頭也因逃避警方追緝時跳樓摔斷腿，冥冥中似有報應，毒品害人不淺讓員警也

⁵⁴ 自由電子報，社會新聞版，2009年1月18日，
<http://www.libertytimes.com.tw/2009/new/jan/18/today-so1.htm>(最後點閱時間：2009.3.29)。

不勝唏噓」。⁵⁵

※父殺子案：「彰化驚傳父殺子的家庭悲劇！四日深夜，一名老先生在家裡，看見兒子又在施打毒品，一時氣不過竟然用鋤頭柄將兒子打死；警方調查，死者才剛剛從戒治所勒戒完畢，最近還每天向老父親要一萬元買毒品，老父親一時氣不過才會失手殺人。⁵⁶」。

(表 5：毒品相關新聞列表)

毒品相關新聞	毒品與財產犯罪 ⁵⁷	毒品與殺人.傷害.妨害 自由	其他	總計
件數	624	185	983	1792
百分比	35%	10%	55%	100%

「其他」係指非牽涉犯罪行為的新聞內容

(資料來源：聯合新聞資料庫，本研究自製)

3.2 施用毒品除罪化與否的考量

面對上述監獄超額收容及施用毒品犯再犯率高居不下的現況，其實我們可以有以下幾種考量：一是將施用毒品除罪化由醫療機構接手，便不會有監獄超額收容與再犯施用毒品罪之問題；二是採取嚴刑峻罰的方式將施用毒品犯的刑度增加，以減少再犯率；三是以治療為中心，對於施用毒品者依其犯罪情況及個人意願而採取隔離或社區治療的方式取代一般監禁。

如採取第二或第三種看法，係國家對於人民自由的限制，所以國家管制人民施用毒品的行為必須符合刑法上的法益保護及憲法上的基本權利保障的前提下，才具有正當化基礎，目前學說對於施用毒品行為是否應入罪化以及除罪化之爭論，主要的爭點在於保護法益的問題及憲法基本權利保障問題。⁵⁸

⁵⁵ 自由電子報，社會新聞版，2008年11月06日，<http://n.yam.com/tlt/society/200811/20081106189377.html>(最後點閱時間：2009.3.29)。

⁵⁶ TVBS-N 新聞，社會新聞版，2007年9月05日，http://www.tvbs.com.tw/news/news_list.asp?no=blue20070905084047(最後點閱時間：2009.3.29)。

⁵⁷ 所謂財產犯罪係指竊盜、搶奪、強盜等財產犯罪；而其他是指前兩類以外之新聞內容。

⁵⁸ 王皇玉，刑罰與社會規訓-臺灣刑事制裁新舊思維的衝突與轉變，頁 125(2009)。

本研究認為現行國家管制施用毒品行為，符刑法法益保護原則，因此國家有介入管制的基礎，然而現行制度仍有不符比例原則的情況，若不行修正可能有違憲的可能，相關的分析如下：

(1) 由刑法保護法益的角度觀察

法益是指社會共同生活中，無論是個人或是團體、社會、政府或國家均存有其生活利益，例如：個人的生命、身體的健康與行動的自由、個人或公司的財產、社會的安寧、政府或國家存立安全等等，凡是以法律手段而加以保護的生活利益，即稱為法益，刑法的功能即在於保護法益，所以刑法亦稱為法益保護法，對於保護法益的分類雖有二分說、三分說及四分說等分類，但我國目前以三分說為多數見解所採，本研究亦從之，依三分說的分類可將法益保護類型分為個人法益、社會法益及國家法益三類。⁵⁹

施用毒品行為是屬於自我決定權的範疇，依康德提出的自律原則認為：國家社會中的個人間的自主權遵循一項普遍的法則共同存在，因此只要是不影響到他人自主權的行使的前提下，個人的自主權受到絕對保護跟尊重，國家不得任意侵入。因而發展出刑法上的自傷不罰原則，意指刑法的規範僅保障法益不被他人非法的侵害，而不包含自我侵害，所以自傷、自殺等侵害個人法益的行為於我國並未處罰。⁶⁰將自傷不罰原則適用到施用毒品行為的情況而言，由於施用毒品行為會傷害施用者的生理及心理健康與自傷、自殺行為無異，應可以歸結成自傷的範疇，然而這類侵害自我權利的行為，國家在以下兩種情形仍有可能有介入管制的基礎：

第一種情形是在人民無完全行為能力時，由於對於個人自主權的尊重須以該個人具完全自由的意志為前提，所以如果是未成年人或是未具有完全的行為能力者(例如禁治產人或是精神病患)對於其傷害自我身體的行為，國家基於保護的目的介入即有正當的基礎，例如菸害防制條例及兒童及少年福利法對於青少年抽菸及喝酒須送相關輔導教育、精神衛生法對於情況危及的病人得強制治療的規定皆是；第二種情形則是在於該自傷行為具侵害他人法益的性質。

⁵⁹ 林山田，刑法通論上冊(增修九版)，頁 50(2005)。

⁶⁰ 王皇玉，前揭註 58，頁 128。

針對第一種情形，國家是否有介入的基礎情況而定，如依照施用時間長短分類，將施用毒品者略區分成零星施用及長期施用兩群，短期或零星的施用毒品，由於人體內存有分解毒品分子的相關酵素，因此待藥效過後，並不會對於人體產生不利影響。然而在長期施用(通常為毒品依賴者)的情況下，因體內酵素代謝不及而使生理上的機能造成嚴重影響，且僅有特定的毒品(如中樞神經興奮劑：古柯鹼及安非他命)，會對於人類的認知能力產生永久性的損傷，而會產生幻覺、幻聽等類精神病的症狀，會影響自主意志的行使，因此本研究認為國家對於此特定的毒品依賴者可能有介入保護的基礎，但需提出其他的醫學證據證明，對於其他毒品依賴者或是網路成癮者、暴食症者等由於僅是對於生理健康的傷害，個人尚具有完整的自主意志，所以國家就欠缺行為能力此點而言並無介入保護的基礎。⁶¹

就第二種情形而言，自傷行為如造成社會法益、國家法益的侵害，國家仍有管制基礎，學者稱此類侵害為違反「對他人義務」之自傷行為。⁶²施用毒品行為所侵害的法益依我國刑法編列的章節而言，施用毒品罪屬於侵害社會法益之罪章，且依司法院大法官會議解釋文第五百四十四號解釋理由書中提及：「施用毒品，或得視為自傷行為，然其影響施用者之中樞神經系統，導致神智不清，產生心理上及生理上之依賴性，積習成癮，禁斷困難，輕則個人沈淪、家庭破毀，失去正常生活及工作能力，成為家庭或社會之負擔；重則可能與其他犯罪行為相結合，滋生重大刑事案件，惡化治安，嚴重損及公益。」可知管制施用毒品行為有保護社會國家法益的意涵，法益的實質內容包含失去正常生活及工作能力與其他犯罪相結合兩部份。

然而本研究認為採用失去正常生活及工作能力做為社會法益的侵害，相當不當。之所以採用失去正常生活及工作能力作為社會法益遭受侵害的原因在於認為社會係由許多個人所組成，個人有義務為社會提供生產力以維護社會的存續，而生產力來自於不特定多數人的健康，因此以生產力的下降作為社會法益侵害的指標。但如僅關注於生產力的減弱則幾乎所有自傷行為的類型皆會導致生產力的下降，例如暴飲暴食、網路成癮等

⁶¹ 李志恆等，物質濫用之防制、危害、戒治，頁 239,255(2003)。

⁶² 參見王皇玉，前揭註 58，頁 140。

都會有所影響，以生產力下降作為社會法益的侵害，似乎有所論理不足，國家必須提出更多的佐證認為施用毒品行為會較其他種自傷行為生產力下降的程度嚴重，可能才有正當介入的基礎。

此外，如解釋文中所指的失去正常生活及工作能力係是指短期立即生產力而言，因國家認為施用毒品會對於短期立即性的生產力造成影響，所以我國依此作為對自傷行為的分類基準，因而施用毒品行為以刑法規範；施用煙品、酒品以稅法或是行政罰方式處理；一般暴飲暴食及其他成癮態樣則回歸社會道德的拘束，依照行為對於個人健康耗損的強弱，而將施用毒品、施用菸酒及暴飲暴食有效區分。然而，就算採取立即性生產力下降的觀點，自殘重傷的嚴重情形及立即性仍舊較施用毒品為高，但卻無相對應的規範並不合理，因此本研究認為依目前的資料來看以生產力的下降作為「對他人義務」的違反，證據尚不充分。

因此國家介入施用毒品行為的管制的唯一可能僅剩下，施用毒品行為與其他犯罪的相關聯連性，學者有認為我國實務將施用毒品與犯罪淵藪及擾亂治安畫上等號，僅是建立在假設之上，屬於一種偶然而非必然的現象。⁶³然而不論國內或國外的相關實証研究皆指出施用毒品以及犯罪之關係相當密切，目前對於施用毒品與犯罪間的因果關係有主要有下列四種假設：

第一種假設是在 1960 年代由 Tappan 提出，其認為：「社會及經濟階層較低的人染上毒癮，是主要的犯罪根源，因為非法的麻藥價格昂貴，施用毒品者只能靠犯罪來買毒品以滿足每天的需求」，這樣的論證可以在 1991 年美國國家藥物濫用協會(National Institute of Drug Abuse, NIDA)對於一項全國家庭施用毒品情況的調查可以發現，施用毒品與犯罪行為(尤其是暴力行為間)有所關聯，受訪的酗酒者中，不施用任何毒品者，約有 5%的人曾在受訪前一年涉及暴力或財產犯罪，而施用毒品(大麻或是古柯鹼)者，則有 25%的人涉及暴力或財產犯罪，即施用毒品導致犯罪⁶⁴；

第二種假設，係由 Goldman 所提出，其認為：「為了找出施用毒品與犯罪的關係，

⁶³ 參見王皇玉，前揭註 58，頁 142-143。

⁶⁴ 劉勤章，毒品與犯罪關聯性之探討，中央大學警察學報第三十九期，頁278-279(2002.04)。

可以從次文化的連結著手。」所謂次文化是指各個社會團體都有自己的想法與行為模式，所以犯罪的次文化是指犯罪團體所擁有的思考方式或行為模式，犯罪人係因一開始於社會競爭中失敗，未能取得理想的職業而落入低社會階層文化社會化，又因掌控這社會的中產階級對於低社會階層的歧視，導致「地位的挫折」，而產生的一種反社會想法。⁶⁵犯罪次文化的特徵包括了犯罪組織、身分認知及施用毒品的活動，施用毒品者無可避免的有極高機率捲入犯罪的浪潮當中，透過犯罪的組織接觸毒品，所以會因為犯罪而導致施用毒品，相關的實證資料亦顯示海洛因濫用者第一次施用毒品前已有犯罪之記錄⁶⁶；

第三種假設是由 Goldstein 所提出施用毒品與犯罪互為因果的循環模式認為：「由於透過不同的實證研究觀察到經常性的施用毒品會高度影響犯罪程度，例如施用毒品的程度越高，則犯罪率越高、施用毒品會促進財產犯罪而影響比促進暴力犯罪顯著、施用毒品人口犯罪率極高。」並提出心理、經濟及系統三元素的結構理論來解釋毒品與犯罪的關係。就藥物心理層面來看，毒品具有興奮或是迷幻的效果可以打亂施用者作息及產生幻覺，而具有攻擊性；就經濟強制性層面來看，施用毒品的成本花費甚鉅，而為了獲取施用毒品的金錢，而為犯罪行為；就系統性層面因素而言，施用毒品易加入犯罪的次文化當中，而暴力行為是街頭施用毒品的必備元素⁶⁷；

第四種假設則是由 Elliott & Huizinga 所提出的共因模式，其認為：「施用毒品與犯罪具有共同造成的原因例如環境、情況、性格、生活等因素造成」，根據美國法務部 1999 年所做的統計發現，所有因犯罪而被逮捕的人中，男性有將近百分之六十四的尿液檢驗對於毒品呈現陽性、女性有將近百分之六十，可顯示施用毒品與犯罪所具有的環境及個人的因素有高度相似性，而施用毒品與犯罪並無直接的因果關係，但有高度相關性。⁶⁸

以上四種假設由於各有實證資料加以佐證，因而學界對於施用毒品與犯罪間的連繫，採取四種假設併存之認定。而就我國的實証研究方面可以發現我國施用毒品種類的大宗為海洛因及安非他命，多重藥物濫用極為普遍，犯罪經驗與販賣毒品、竊盜居多，

⁶⁵ 康樹華，犯罪學，頁 225-230(1999)。

⁶⁶ 劉勤章，前揭註 64，頁278-279。

⁶⁷ 劉勤章，前揭註 64，頁282。

⁶⁸ OKALEY, *supra* note 37, at 38-40；

槍枝、賭博與毒品的結合是本土的特色，就施用毒品者犯罪前科的觀察可以發現以一般犯罪先於施用毒品罪居多，我國相關實證結果與次文化理論的假設相近。⁶⁹

由上述研究觀察可知，對於毒品與犯罪的關連性而言，雖尚欠缺直接因果關係的證明，然而可以確定具有一定的關連性，就我國將施用毒品以危險犯的立法方式，只要可證明施用毒品行為與其他犯有一定程度關連性，即具有介入的基礎。就法益保護原則而言，國家對施用毒品行為介入管制有其正當化基礎。

(2) 從憲法觀點審查法律管制施用毒品行為

針對施用毒品行為除可由刑法的法益保護觀點分析外，尚因牽涉自我決定權而有憲法層面的探討。

依據我國毒品危害防制條例第十條規定，施用一、二級毒品將施以徒刑的刑罰處置，而非法施用三、四級毒品，依管制藥品管理條例第五條及第三十七條可處以罰鍰；而施打煙毒及麻醉藥品以外物質，則依社會秩序維護法第六十六條，可處拘留三日或罰鍰。不管是徒刑、拘留或是罰鍰都是對於施用毒品行為的限制，國家運用強制手段來限制個人施用毒品的行為是否合憲，須視該法令是否可以通過違憲審查的考驗。違憲審查程序的分類與標準係依我國司法院大法官釋字第五百八十四號所引進美國三重審查基準為判斷，可分為合理、中度及嚴格三種標準。⁷⁰

合理審查基準，係立法目的僅須合法的政府利益(legitimate interests)即可，採取此類審查標準多半會尊重立法者的決定，司法機關並不會實際審查，以減少行政成本或是效率為目的通常可以成為正當利益，且在手段及目的的關連性上，只要立法者對事實的判斷與預測，不具公然、明顯的錯誤，具有合理的關聯性(reasonable relation)，違憲審查機關即應予以尊重，依此基準，國家行為原則推定合憲，案件涉及之權利類型多以一般性分類(財產地位、犯罪前科、外國人、身心障礙、性傾向)或社會經濟的平等權案件、低價值言論內容的管制、非涉及宗教自由的核心價值、非基礎性權利的社會經濟性權利自

⁶⁹ 林佳璋，藥物濫用與犯罪關聯性之質化研究，警學叢刊第三十八卷第四期，頁 66(2008.1)。

⁷⁰ 美國三重審查標準主要適用範圍為基本權利及平等權的審查。

由、財產權的限制或徵收等為主⁷¹；

中度審查標準，係立法目的必須是追求實質重要的政府利益(important interest)，僅追求行政成本與效率之立法目的原則上並不能被認為是重要利益，手段與目的的要求上必須具有實質關聯(substantially related)，但不需達到百分之百契合的程度。依此基準，國家行為並無合憲推定原則的適用，國家必須證明相關規定合憲，案件涉及權利類型為以準嫌疑分類(性別、非婚生子女)或重要性權利(如：受教育權、擔任政府公職)的平等權案件、非針對言論內容的管制、商業性言論內容的管制為主⁷²；

嚴格審查標準，係立法目的必須追求重大迫切的政府利益(compelling interests)，相較於重要利益程度高，違憲審查機關須對立法者判斷作具體詳盡的深入分析，必須確認手段與目的間具有「必要性」的嚴密剪裁手段的關連性，意即無其他最小侵害手段。依此基準，國家行為原則亦無合憲性原則的適用，並幾乎只會在少數案件中獲得合憲結果，例如種族分類的優惠性待遇，案件涉及的權利為涉及嫌疑分類(例如種族、膚色)或基礎性權利(投票權、言論自由權、宗教自由、人身自由及結社自由)的平等權案件、對於言論自由的事前限制、高價值言論的內容的管制、宗教信仰自由的核心領域的限制、基礎性權利(如婚姻與生育自由、墮胎權等隱私權的限制)為主，因此探討國家限制施用毒品行為是否合憲必須先決定，施用毒品的權利性質及決定審查標準。⁷³

A. 施用毒品行為是否為憲法上所保障的權利

關於施用毒品行為的定性上，施用為一種自我決定的表現，應可歸屬於人格權保護的範疇當中，人格權雖未於憲法本文中規定，但並不代表不受憲法保護，尚須檢驗是否屬於憲法第二十二條的非列舉性權利，歷年來大法官解釋承認的非列舉權利為司法院大法官解釋文第二百四十二號所認「家庭權」、第三百六十二號的「婚姻自由」、第三百九十九號的「姓名權」、第五百七十六號的「契約自由權」、第五百八十五號的「隱私權」、第五百八十七號的「子女有知悉其血統之權」等，大多係屬於人格權的範疇，大法官歷

⁷¹ 黃昭元，憲法權利限制的司法審查標準：美國類型多元化標準模式的比較分析，臺灣大學法學論叢第33卷第3期，頁83-85(2004)。

⁷² 黃昭元，同前註，頁83-85(2004)。

⁷³ 黃昭元，同前註，頁83-85(2004)。

來皆認為「人格尊嚴之維護與人身安全之確保，乃世界人權宣言所揭示，並為我國憲法保障人民自由權利之基本理念」，而對於人格權的具體描述，只要是符合個人自主發展及實現自我的重要機制，即屬於人格權的保護範疇當中，施用毒品行為亦涉及個人的意志行使，初步可歸類為憲法上所保障的權利。⁷⁴

然而，憲法第二十二條於適用上有兩大限制，即不妨害社會秩序以及公共利益者，就此限制的解釋，學說上認為此兩要件為基本權的內在本質限制以及外在行使的限制，意即基本權必須具備「社會中立性」的本質才會被稱做基本權，至於權利的外在行使只是在「公益」的概念下受到限制，因此某些行為因為內在極具有惡劣的傾向且外在行為會對於社會整體或個別成員產生立即、持續性危害，自始即被排除在憲法保障的範圍之外，例如：殺人放火、竊盜搶奪等的行為。⁷⁵然而亦有學者認為只要是人類出自個人意願的行為，皆與自我認同、人格存續發展有高度相關應先認定為憲法上保障的權利，再施以行使的限制。⁷⁶本研究認為應採後者為恰當，原因在於對於何種行為具有惡劣的本質難以判斷，且由何人判斷亦是問題，為避免相關權利因此未能受到保護，個人之行為應受到個人自由的推定，再由國家基於公共利益的目的加以限制。⁷⁷

此外，就比較法的觀點，此類與行為決定相關的人格權於美國被歸類為隱私權的一環，在 1965 年 *Griswold v. Connecticut* 一案中提及墮胎自主權是屬隱私權的一部，是存在 *Bill of Rights* 的半影領域（*penumbras*），到 *Eisenstadt* 一案中，Brennan 大法官更明確的指出：「隱私權的意義，首先就在於已婚或單身的個人，對於是否要生育小孩這項攸關個人重大影響的問題，擁有不受政府無端干擾的權利」⁷⁸。屬於聯邦憲法第十四修正案中所保障權利，至 1973 年 *Roe* 案出現後，更加確立母體墮胎權為隱私權的一環不

⁷⁴ 依憲法第 22 條規定「凡人民之其他自由及權利，不妨害社會秩序公共利益者，均受憲法之保障」，因此對於為列於憲法本文的權利，並非一定不受憲法保障，相關概念可見李震山，「論生命科技與生命尊嚴—以人工生殖為探討中心」，*人性尊嚴與人權保障論文集*，頁 95(2001)；司法院大法官釋字第 372 號解釋文。

⁷⁵ 李建良，*憲法理論與實務(一)*，頁 79(2003.2)；李惠宗，*憲法要義*，頁 340((2006.9)。

⁷⁶ 黃昭元，*車速限制與行為自主權*，*月旦法學教室*第五期，頁 8-9(2003.3)。

⁷⁷ 李惠宗，前揭註 75，頁 341。

⁷⁸ 林建中，*隱私權概念之再思考—關於概念範圍、定義及權利形成方法*，*國立臺灣大學法律研究所碩士論文*，頁 23-25(1995.6)；劉后安，*論美國與臺灣墮胎法律制度合法性研究*，*國立臺灣大學法律研究所碩士論文*，頁 142-144(1999.6)。

再僅是 *Griswold* 案中所認的一種半影式的權利，可知對於個人的自主決定權係屬於隱私權的核心內涵當中，為憲法所保障的權利。再者，目前美國對於個人的生活態度以及對於行為方式的選擇，亦認為是為隱私權的一種。⁷⁹

類比至施用毒品行為，由於施用毒品行為亦牽涉到個人意志的行使，就我國大法官釋憲實務及比較法的觀點應可將施用毒品行為歸屬於人格權的一環中，受到憲法的保護，因此不應一開始就否定某種行為成為憲法所保障權利的可能性，而減損釋憲者解釋憲法的空間。

B. 審查標準的選擇

對於美國三重審查基準的標準選擇的依據，我國許宗力大法官認為可依下列原則進行操作：「不同寬嚴審查標準的選擇，應考量許多因素，例如系爭法律所涉事務領域，根據功能最適觀點，由司法者或政治部門作決定，較能達到儘可能「正確」之境地，系爭法律所涉基本權之種類、對基本權干預之強度，還有憲法本身揭示的價值秩序等等，都會影響寬嚴不同審查基準之選擇。⁸⁰」。

而從美國審查基準的發展歷史來看標準的選擇，最早期的美國最高聯邦法院對於所有立法者的行為，皆採取寬鬆的明顯錯誤標準，只要法規並不具有不合理或是明顯錯誤時則合憲，而後開始逐步依案件類型的不同逐步發展出不同的審查標準，其中雙重審查基準(嚴格及寬鬆)係源自 1938 年 *Stone* 大法官於 *United State v. Carolene Product* 案中的 Footnote 4 開始，認國家對於憲法的前十修正案所列的權利進行限制時，並須將合憲推定的範圍縮小並對於言論自由、投票權、結社權等政治性權利進行限制時，須受到嚴格的審查。⁸¹而對於經濟管制的事項，例如福利性的給付幾乎皆是採取寬鬆的審查。⁸²

將這樣的脈絡思考類比至我國憲法當中，應承認某些憲法上權利具有其優先性，必須採取嚴格審查基準，而我國釋憲實務上亦呈現如此的現象，例如司法院大法官會議解釋文第四百一十四號、第四百四十五號、第六百四十四號解釋揭示對於高價值言論自由

⁷⁹ *Griswold v. Connecticut*, 381 U.S. 479,484 (1965); *Eisenstadt v. Baird*, 405 U.S. 438,440 (1972); *Roe v. Wade*, 410 U.S. 113, 153 (1973).; 林建中，前揭註 78，頁 24-26。

⁸⁰ 司法院大法官釋字 571 號許宗力大法官協同意見書。

⁸¹ 黃昭元，前揭註 71，頁 29-31。

⁸² *See United State v. Carolene Product*, 304 U.S. 144,153 (1938).

的保障(例如政治性言論的保護)；解釋文第三百九十二號、五百八十八號對於人身自由權的保障(例如非經法律程序不得逮捕)；解釋文第三百六十八號、四百六十六號對於訴訟權核心(即可有效接觸訴訟途徑)的保障；解釋文第五百七十三號對於宗教自由核心內涵的保障(例如訂定宗教法)；解釋文第六百四十九號對於工作權的客觀限制(例如設置地點、人數)。可知我國採取嚴格審查的類型：第一是屬於促進民主程序進行的權利，例如言論、結社權；第二是屬於非經由個人能力所能改變的權利限制，例如營業距離的限制；第三是對於各憲法明文的核心內涵的限制，例如對於人身自由的保障。對於各憲法上明文權利的非核心部份或是涉及社會福利事項，我國則採取合理的審查標準，例如解釋文第四百八十五號對於眷民給予較優惠的補助方式；解釋文第四百四十五號、六百一十七號對於低價值言論及非涉及言論內容的時間地點設計(例如性言論及對於遊行地點、時間的限制)；解釋文第四百九十號非涉及宗教自由內涵的事項(例如拆除違建寺廟)；解釋文第五百八十四號對於工作權的主觀限制(例如駕駛計程車者不得有暴利犯罪前科)；解釋文第四百四十二號、五百七十四號對於訴訟權非核心內涵(例如訴訟費用及審級制度)等。根據上述釋字可查知，國家對於社會經濟事項及非屬於核心範圍的權利採取合理的審查基準，其原因依循許宗力大法官，於解釋文第五百七十一號的見解可以發現，要盡可能達到「正確」的判斷，必須以機關的專業性進行考量，對於社會經濟事項，由於涉及財產分配，通常僅具有政策的偏好而非是的判斷，通常不具有直接限制人民的效果，且相關規範涉及財經會計等專業，宜讓具有民意基礎及專業的立法及行政機關進行設計，司法機關不宜涉入過深，以達到儘可能正確的結果，因而採取合理的審查基準。

反觀施用毒品行爲，是國家直接否定施用毒品行爲，爲一種是與非的判斷，直接干預人民對於自我價值的選擇，與管制社會經濟事項所產生的間接效果差別甚鉅。此外，對於施用毒品行爲並未如經濟事項具有專業性及變動性，因而如與社會經濟事項採取合理的標準，反而會使具有民意基礎的立法機關挾多數民意，針對少數族群(施用毒品族群)進行限制，喪失人格權具有的防禦權性質，因而本研究認爲對於施用毒品不宜用合理的審查標準，須採取中度或嚴格的審查基準，而本研究認爲應採嚴格的審查爲其基

準，原因在於施用毒品行為本質上為個人的自主決定權與母體墮胎權相似，可以歸類為隱私權的範疇當中，為人格權的核心，屬於人民基本權利的行使，應採最嚴格的審查基準，此外就比較法的觀點而言，美國對於此類隱私權的保障，亦係採取嚴格的審查標準。

再者，就我國對於隱私權內涵及審查標準的看法而言，隱私權的實務見解首見於司法院大法官解釋文第六百零三號，其昭示「資訊隱私權為人格權之一環，其內涵在於維護人性尊嚴與尊重人格自由發展，乃自由民主憲政秩序之核心價值。隱私權雖非憲法明文列舉之權利，惟基於人性尊嚴與個人主體性之維護及人格發展之完整，並為保障個人生活私密領域免於他人侵擾及個人資料之自主控制，隱私權乃為不可或缺之基本權利，而受憲法第二十二條所保障（本院釋字第五八五號解釋參照）」。⁸³但我國大法官既認為隱私權為民主憲政秩序的核心價值，但在審查的基準上卻是採取中度的審查標準，不甚合理。

因而林子儀大法官於本號協同意見書提及：「然而在確認指紋受資訊隱私權保障之餘，多數意見似主張指紋之性質非如醫療紀錄、性傾向、宗教信仰或政治立場般敏感，致個人有強烈的意願保持隱密不欲人知；且指紋亦不如 DNA 遺傳訊息般帶有個人豐富之遺傳資訊在內；故就系爭法律規定是否合憲之審查，即未採嚴格之審查標準，而以中度審查標準審查其合憲性。就多數意見採取中度審查標準，並認系爭法律規定不符憲法第二十三條規定意旨之結論，本席贊同其結論。惟本席基於現代資訊科技的應用、前述指紋之特性、人別辨識功能、與作為開啓個人檔案之鑰的可能用途，而認為個人指紋資訊為相當敏感之個人資料，是以法律對之強制蒐集，就該法律之是否合憲之審查即主張應採取嚴格之審查標準予以審查。」，本研究認為施用毒品行為係相當敏感的個人資料且亦有強烈不欲人之性質亦應採取嚴格的審查標準。

雖然我國司法院大法官解釋文第五百四十四號解釋文認為：「雖以所施用之毒品屬煙毒或麻醉藥品為其規範對象，未按行為人是否業已成癮為類型化之區分，就行為對法益危害之程度亦未盡顧及，但究其目的，無非在運用刑罰之一般預防功能以嚇阻毒品之施用，挽社會於頹廢，與首揭意旨尚屬相符，於憲法第八條、第二十三條規定並無抵觸。

⁸³ 參見司法院大法官解釋文 603 號理由書。

前開肅清煙毒條例及麻醉藥品管理條例於八十七年及八十八年相繼修正，對經勒戒而無繼續施用毒品傾向者，改採除刑不除罪，對初犯者以保安處分替代刑罰，已更能符合首揭意旨。」，可以看出我國大法官對毒品危害防制條例未採取成癮程度進行區分，認為並不違憲，顯然係認為在管制手段上並未要求嚴密的剪裁，而並不適用嚴格的審查標準。但本研究認為目前世界各國對於施用毒品已經有各種不同的較監禁或機構化處遇更有效的方式出現，且由於施用毒品行為涉及人民人格權的核心，本文主張應採取嚴格的審查基準才是。

C. 手段及目的的關連性而言

管制施用毒品行為的目的就上述刑法保護法益的分析可知：維護社會法益，即保護不特定多數人的生命、身體、健康、財產法益，而根據解釋文第四百七十六號解釋認為「毒品危害防制條例，其立法目的，乃特別為肅清煙毒、防制毒品危害，藉以維護國民身心健康，進而維持社會秩序，俾免國家安全之陷於危殆。」屬於國家重大急迫的利益，符合嚴格審查的標準法規目的性的要求；然而，本研究認為以徒刑的手段規範施用毒品者，並不能降低施用毒品達到保護社會秩序的目的，手段與目的並不具實質關聯性，本文所認之原因包括下列五點：

原因一：係以徒刑處理施用毒品行為不符合施用毒品戒治理論及毒品依賴本質，以徒刑來處理施用毒品問題，係根源於法律預防理論而來，此理論認為施用毒品是刑事立法和司法功能不當的結果，而強調使用刑法所規定的懲罰措施來正確的懲罰施用毒品者，以刑罰為主要控制手段，強調刑法的威攝功能。此理論下所產生的戒治模式稱為道德模式（Moral Model），道德模式是發展比較久遠的戒癮觀點。該觀點認為毒品犯之毒癮是因為其意志薄弱、性格惡劣所致。因此，戒治的目標就是要強化毒品犯的道德意識，使其具有足夠能力對抗毒品之誘惑，主張採取嚴厲、強迫的懲罰方式，才能達到上述之戒治目的。⁸⁴

然而，近代戒治理論主張要解決施用毒品問題必須回歸施用毒品原因及毒品依賴的本質才能達到治本的效果。根據犯罪學的研究認為施用毒品原因可以分為生理、心理及

⁸⁴ 張智輝等，比較犯罪學，頁 378-399(1997)。

社會三個層面。⁸⁵在生理層面上認為施用毒品者因在遺傳上具有傾向施用毒品的基因或遺傳特徵，而有施用毒品的外貌或身體特徵⁸⁶；在心理層面上則認為人本來就是以自我享樂為中心，會傾向於親近或是接觸自我愉悅的物質，進而施用毒品⁸⁷；從社會學的角度來看，人之所以會施用毒品是由於社會結構失衡或是規範薄弱的因素，認為施用毒品的原因在於受到施用毒品的團體所影響，並經由學習模式而來或因為施用毒品者的標籤產生自我預言的結果⁸⁸。

毒品依賴的本質包包含生理依賴以及心理依賴兩方面，在生理依賴方面主要是指停止用藥後的戒斷症狀，包含打哈欠、焦慮不安、鼻塞、流鼻水、流眼淚、皮膚起雞皮疙瘩、發汗畏寒等症狀，隨後會有失眠、血壓上升、發燒、呼吸加快、心跳加快、焦躁不安及噁心嘔吐、腹痛腹瀉、發抖、臉色潮紅、嘔吐、腹瀉、脫水、虛弱、瞳孔放大、肌肉抽搐、顫抖、全身肌肉骨骼酸痛、纏曲於地上也都會出現的症狀十分痛苦，通常毒品施用者會因症狀的產生而再度施用毒品；在心理依賴方面由於長期施用毒品，已對於施用毒品的環境產生制約的現象，遇到相同的情境，例如看到針筒就會刺激施用毒品的慾望，神經科學的相關研究亦指出腦內的多巴胺(dopamine)系統導致藥物增強作用的發生，多巴胺系統管控人類運動及認知活動的產生，假設能力、分類、認知能力及記憶能力都與此系統相關，而人類的許多活動都是經由學習而來，例如肚子餓的時候會找尋食物，如此反覆的行為會刺激腦內多巴胺系統形成長期記憶，就算酬賞不存在，仍有可能因為之後出現相關關聯物，重新恢復記憶並表現出該行為，記憶的機制可以有效解釋不論戒毒多久，都有可能再次復發。而將由上述施用毒品成因及毒品依賴本質可以歸納出施用毒品者戒毒的歷程模式(圖 3)，可以發現即使是停止施用毒品之後，個案仍會因上述施用毒品原因出現，產生關聯線索，又重回到施用毒品的生活型態之中，這樣的結論可由彰化監獄對於 2007 年毒品減刑犯再犯的調查可以得知，該監毒品犯出獄所後認為難以戒斷原因主要為「受朋友影響」、其次是「追求快感」及「毒癮難耐」，依施測結

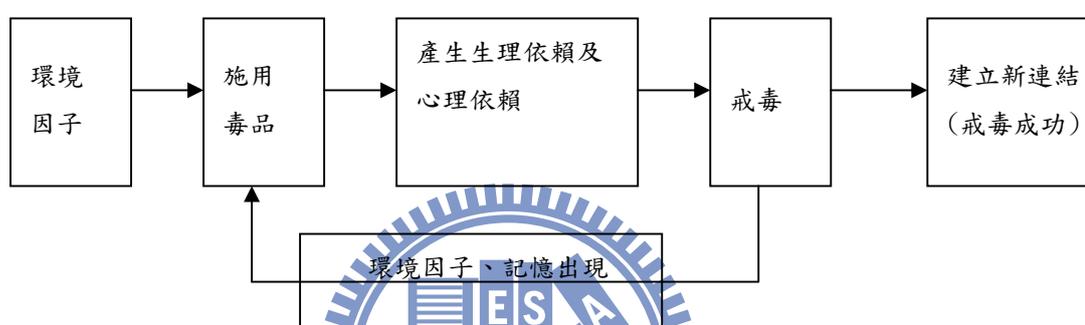
⁸⁵ 梅傳強、王敏，犯罪心理學，頁 36(1999)。

⁸⁶ 個人因素包含生理及心理因素；社會因素包含政治、經濟、傳統、宗教、風俗習慣等因素；自然因素包含氣候、季節、物產、自然災害。

⁸⁷ 謝瑞智，犯罪與刑事政策，頁 27-52(2000)；康樹華，前揭註 65，頁 210-212。

⁸⁸ 康樹華，前揭註 65，頁 225-230。

果顯示，施用毒品者經機構性矯治出獄後，無法戒除毒品而再施用，行為人的周遭環境是主要影響因素，所以在戒治手法的選擇上，必須能夠克服心理依賴及生理依賴，並培養施用毒品個案適應環境的能力。因此近代戒治理論幾乎皆是以綜合預防模式為主軸，所謂綜合預防模式的核心係認為產生施用毒品犯之因素是多元性的、交互作用的，這些因素包含生理、心理、社會與行為等因素。因此，其戒治計畫強調為整合性處遇，即包含生物、藥理、心理、環境以及社會等層面，以一種相互合作相互依賴的多元網路方式，將相關政府部門如警政、司法、矯正、社會、醫療等體系整合起來，共同幫助毒品犯達成戒除毒品依賴的目的。⁸⁹



(圖 3：施用毒品者戒毒的歷程模式)

(資料來源：本研究自製)

此外，於犯罪問題的多樣化，需要運用不同的方式進行預防，可以分成三個層次：第一層次，藉由環境生態的改變而預防偏差行為，即透過都市設計的方式使城市的空間減少無公眾監督的死角並透過社區居民協防及大眾宣傳工具來減少犯罪，並減少髒亂的環境，對於施用毒品者則會搭配社區處遇的制度，使其與司法人員、社工、警政單位、衛生單位形成新的團體，以有效對抗原本會造成施用毒品的環境因素。⁹⁰

第二層次則是透過預測偏差行為的工具，分析出偏差行為的高危險族群，並於該族群居住的社區實行社區預防，透過建立大型職業輔導機構加強對於社會的附著；而對於輕微之偏差行為避免以刑事規制處分，以免標籤理論的實現，反而更增加日後的犯罪情形。第三層次，是透過刑罰的特別威攝預防被判刑罪犯再行犯罪，並透過矯治預防重新

⁸⁹ 吳憲璋，毒品犯成癮模式探討與矯治對策，矯正月刊，第 188 期 (2008.02)，<http://www.tpt.moj.gov.tw/public/Data/821517358296.htm>(最後點閱時間：2009.3.29)。

⁹⁰ 張伯宏，註 44，頁 24。

犯罪，惟施用毒品犯應認為僅係輕微的偏差行為應避免刑罰之介入。⁹¹

因此採取對於施用毒品犯的必須採取治療的處遇方式，並搭配出獄後的追蹤及服務的提供，才能有效達到降低毒品施用的目的，單採取徒刑的觀點並無法達到維護社會秩序法益的目的，反而更加惡化施用毒品者地位，相關證據可由本章第一節的毒品犯罪現狀看出，施用毒品再犯率持續居高不下，可知以徒刑的方式處遇施用毒品者無實質關聯性。

原因二：以徒刑的處遇施用毒品行為方式無法降低施用毒品案件，以海洛因的價格為例，我國目前毒品的價格依照法務部調查局所做的研究，綜合各年度上下半年的平均最高及最低價格可以發現(圖 4)，海洛因的大盤及中盤價格維持穩定上升的情況，其可能原因為產地的原料價格上升或是進入臺灣市場的毒品減少，而小盤的價格出現較大幅度的變動，於 2004 年的部份據法務部調查局緝毒中心的研究發現，由於 2004 年上半年大盤及中盤貨源銳減，所以小盤以高度稀釋的方式販賣，小盤的價格亦降低，否則若依照相同純度計算，2004 年之價格亦會飆高，因此可說我國在對於毒品相關行為刑罰化後會影響毒品價格的上揚。然而就市場供需觀點而言，價格上升的原因有可能為供給減少或是需求增加，將施用毒品行為刑罰化的目的係在控制需求面，應該會造成減少需求的結果，但我國施用毒品人口從 1993 年開始，施用毒品人口估計只不過將近十萬。⁹²時隔十五年，目前據估計已升到二十萬到四十萬之間；也就是全臺灣每約一百二十到一百六十人中，就有一人施用毒品。⁹³根據法務部統計資料顯示每年初犯施用毒品案件新入監人數每年仍維持千人的水準，並未達到減少施用毒品的目的。此外，研究者發現 2007 年及 2008 年海洛因小盤價格又呈現下降的趨勢，小盤價格回到 2002 年水準，然而 2008 年中盤、大盤價格並未有相應幅度的下跌。就大盤的價格可推知進入我國的海洛因數量及價格較往年並無顯著不同，所以小盤的價格下降可以解釋成毒品後端的施用海洛因量或人口開始下降，下降的原因本研究認為並非基於徒刑的影響，原因有三，一為我國自

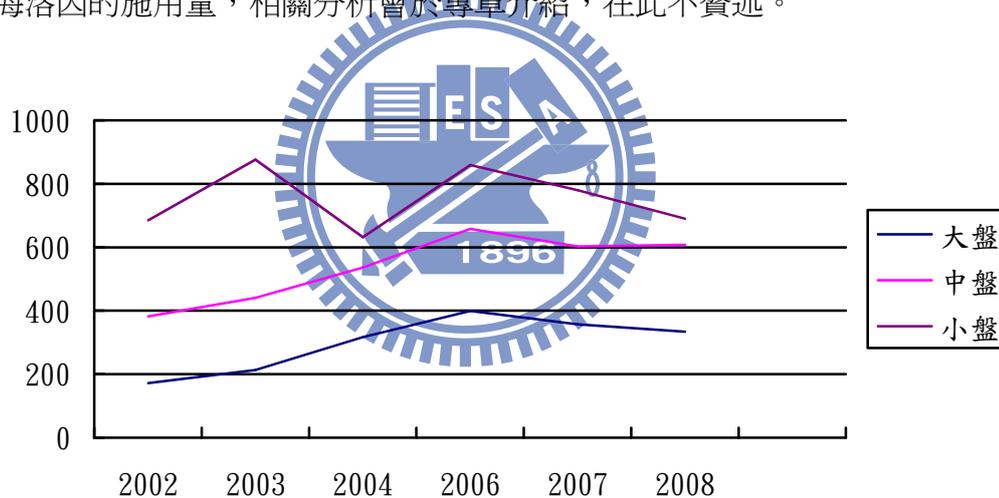
⁹¹ 參見張伯宏，註 44，頁 24。亦可見藥癮治療觀點，臺中戒治所，

<http://www.moj.gov.tw/ct.asp?xItem=102717&ctNode=20692&mp=089>(最後點閱時間：2009.3.29)。

⁹² 楊士隆，毒品問題與對策，行政院研究發展考核委員會研究報告，頁 20-22(2005)；法務部調查局統計資料，作者訪談時取得。

⁹³ 參見吳琬瑜，毒癮暗潮、全臺洶湧—新鴉片戰爭，天下雜誌，第 405 期，頁 140-143(2008.09)。

1935 年刑法公布以來對於施用毒品即有徒刑的規定，其中肅清煙毒條例更是具有三犯死刑的嚴格規定，但每年施用毒品人口仍是穩定增加，並未因自由刑的限制而有所減少；二為我國緝毒方向的改變，為因應司法院大法官解釋文第六百三十一號將監聽權的核定權自檢察官移回法院，檢警的偵察毒品犯罪策略亦有所轉換，因為查緝毒品大盤常需要採取眾多且長期的監聽，然而法院對於監聽票的核發採取較嚴謹的態度，故地區警力轉為需較少監聽毒品中小盤為主，這可由 2007 年開始所查獲的毒品案件量雖多，但是毒品總量卻未增加可以推得，此外檢警亦體認到長期追求查獲大盤的取向，對於減少基層施用毒品案件並無助益，且各地檢警同步追索大盤會造成資源利用的重複性，因而改成中小盤下手，除可清除該地區施用毒品者尚可循線找出相關大盤，對於毒品施用者的毒品來源有較徹底的斷絕；三為美沙冬替代療法的引進，美沙冬在國外的研究已可證明有效降低海洛因的施用量，相關分析會於專章介紹，在此不贅述。⁹⁴



(圖 4：海洛因 2002-2004 年；2006-2008 上半年度大盤、中盤、小盤價格)

(資料來源：法務部調查局，本研究重新編製)

⁹⁴ 林文亮等，觀摩臺中地檢署、苗栗地檢署掃蕩毒品作法之報告一兼提出雲林地檢署掃蕩毒品之計畫，檢協會訊，第 33 期，頁 1(2008.09)。

(表 6：海洛因 2002-2004 年大盤、中盤、小盤價格)

平均最高價 平均最低價 萬元/公斤		2002 年		2003 年		2004 年	
		上半年	下半年	上半年	下半年	上半年	下半年
海洛因	大盤	203	192	241	254	341	360
		151	143	163	197	271	297
	中盤	483	436	516	516	658	583
		307	305	355	377	473	430
	小盤	756	963	1251	979	711	846
		430	591	704	573	418	551

(資料來源：法務部調查局，本研究重新編製)

(表 7：海洛因 2006-2008 上半年大盤、中盤、小盤價格)

平均最高價 平均最低價 萬元/公斤		2006 年		2007 年		2008 年	
		上半年	下半年	上半年	下半年	上半年	下半年
海洛因	大盤	473	408	426	378	373	
		381	336	320	304	296	
	中盤	774	716	672	667	695	
		594	547	549	523	521	
	小盤	1093	953	935	907	821	
		726	663	630	648	560	

(資料來源：法務部調查局，本研究重新編製)

原因三：對於毒品依賴狀態施以處罰構成酷刑，根據美國 *Robinson v. California* 案的見解，認為針對毒品的依賴狀態進行監禁懲罰係違法且為一種殘酷而不尋常的處罰

(cruel and unusual punishment)違反美國憲法修正案第八條及第十條。⁹⁵本案的事實為 Robinson 於加州被逮捕時警方發現其手臂上有數個十到十五天的新針孔，而根據審判期日四個月前洛杉磯警方的證詞發現被告於洛杉磯被捕時，亦有相關針孔紀錄，顯見被告有長期持續施用毒品的習慣，因而將被告依加州健康及安全法(Health and Safety Code) 11721 條起訴，只要行為人具有的毒品依賴症狀未去除前的任何時候，皆可能受到起訴處罰，至少服九十天的監禁。聯邦最高法院認為此法的規定並不是在處罰施用毒品的行為而是在對於依賴的狀態處罰，並且處遇的設計並非是以治療為目的，對於這樣的疾病進行徒刑的懲罰並非治療而是非人道的懲罰。⁹⁶回到我國的毒品危害防制條例第二十三條規定針對施用毒品犯五年內再犯者及施與一般刑事處遇，其立法理由為經觀察、勒戒或強制戒治執行完畢釋放後五年內再犯者，其再犯率甚高，原據以實施之觀察勒戒及強制戒治既已無法收其實效，爰施以刑事處遇，其實是無疑是對於一種依賴狀態的懲罰，因為經觀察勒戒及強制戒治之後再度施用毒品的原因大多是由於心理依賴未除，顯見我國在勒戒及戒治制度的設計上仍有改進空間，相關的研究亦指出目前我國的戒治處遇的問題主要有兩點：一是勒戒及強制戒治的實質內容設計並無理想化；二是忽略毒品依賴社會層面的因素。

就實質內容的設計而言，目前進入勒戒所的個案在解毒期經過之後，大部分時間皆無事可做或僅有少數讀書會，並無積極安排初步的心理治療課程；而在強制戒治階段，雖有定期安排課程，但以大班制教學方式，對於實施心理治療而言並無實質助益，所方的專業人員嚴重不足且師資及課程未經過定期檢驗其成效性，而流於形式，另強制戒治必須由個案付費，卻僅得到類似罪犯的待遇，常使個案心生不滿，減損治療的成效。⁹⁷

而在社會因素上，由於我國未設置中途宿舍制度，常使個案出所後，由於環境的不適應，又落入施用毒品的迴圈，且民間的協助單位數量不足，接觸便利性亦不足夠，重新回歸社會可謂困難重重。因此在實質內容的設計上必須增加小團體的心理輔導、實作

⁹⁵ *Robinson v. California*, 370 U.S.660, 666 (1962).

⁹⁶ 林健陽，美國 1960 年代早期聯邦最高法院對「毒品成癮性」除罪化的態度----以 1962 年 *Robinson v. California* 案為例，中央警察大學學報第 38 期，頁 267-294(2001.7)。

⁹⁷ 林伯君，影響戒治成效的相關因素，國立中正大學犯罪防治所碩士論文，頁 146-149(2005)；薛雅尹，我國戒毒政策成效評估，國立東華大學公共行政研究所碩士論文，頁 143-149(2003)。

技藝課程、體育課程、各種宗教課程及增進醫療品質，並加強監所人員的專業訓練與加入家庭交流的功能。在社會因素的層面，應重視追蹤輔導機制的建立，使戒治人於出所後能獲得社會資源的挹注，並應增加對於民間戒治機構的補助，建立專業性的治療性社區、就業輔導與設置藥癮諮詢中心，已提供更多樣的戒癮選擇，因而在未針對施用毒品犯提供適合的治療計畫之前，將治療計畫無效的責任，推責給施用毒品者，實為不當，因而國家仍需持續開發多元化、普遍化的處遇方式，拘禁其實亦可以作為一種治療方式，但目的必須是針對治療出發而非懲罰取向。⁹⁸

原因四：毒品分級制度的公平性問題，對照毒品危害防制條例及管制藥品管理條例的相關規定，條文明列分級之標準為成癮性、濫用性及社會危害性，然而我國毒品及管制藥品分級標準決定機關決定分級標準的標準中卻無社會危害性一項。⁹⁹對此不一致的現象，學者認為：「因社會危害性為一模糊的標準，沒辦法對其有具體的定義，且如果本項指標，是在衡酌毒品對於人民健康的危害性，則前面兩者即成癮性與濫用性即可說明，若是關注於因為施用藥品而產生後續的犯罪問題，我們也無法比較一種僅造成生理依賴的藥品與一種造成心理依賴藥品的社會危害性何者為大。¹⁰⁰」

然而本研究認為社會危害性的分類有其重要意義，如只採取成癮性及濫用性作為分類的標準，無法合理說明我國現行的毒品分級制度，所謂成癮性，係指毒品會造成個案

⁹⁸ 江振亨，認知行為團體治療對濫用藥物者輔導成效之研究，國立中正大學犯罪防治所碩士論文，頁 220-221(1999)；林倩如，家庭、同儕功能對戒治所男性海洛因使用者毒品再用的影響，成功大學行為醫學研究所，頁 49-51(2006)；林倩如，家庭、同儕功能對戒治所男性海洛因使用者毒品再用的影響，成功大學行為醫學研究所，頁 49-51(2006)。

⁹⁹ 管制藥品審議委員會，而依審議(88.8.18會議)內容決定分級標準如下：

第一級：成癮性較高，有高度濫用可能性之藥物或其他物質。國內未核准使用於醫療用途之藥品、物質（如海洛因），或雖核准使用於醫療用途而國內有造成濫用之虞者（如嗎啡、鴉片）。

第二級：有高度濫用可能性之藥物或其他物質（如MDMA、LSD、PCP、古柯等）。國內未核准使用於醫療用途之藥品、物質（如安非他命、methamphetamine、大麻等），或須嚴格監督控管方可使用於醫藥或科學上之藥物或其他物質（如codeine、fentanyl、pethidine、methadone等）。濫用可能造成嚴重心理或生理依賴。

第三級：藥物或其他物質，其濫用可能性較第一級及第二級為低者。國內核准使用於醫療用途之藥品、物質。濫用可能導致中度至輕度心理或生理依賴。（如ketamine、FM2、buprenorphine、nimetazepam、pentobarbital等）

第四級：藥物或其他物質，其濫用可能性較第三級為低者。國內核准使用於醫療用途之藥品、物質或先驅化學品或有加強管理必要之藥品（如pseudoephedrine、methylephedrine等）。濫用產生之心理或生理依賴性較第三級低者。（如alprazolam、oxazepam、phenobarbital、zolpidem、tramadol等）」

¹⁰⁰ 張天一，釋字四七六號的遺珠之憾-論毒品犯罪相關問題，月旦法學雜誌第 103 期，頁 171(2003.12)。

毒品依賴的程度、時間及數量，所謂濫用性係指不正常或過量使用毒品的情形。這兩項標準皆跟毒品的藥理性質有極高的關連性。

就各類毒品的成癮性分析而言，美國國家藥物濫用學會(National Institute on Drug Abuse)將成癮性概分為五類，分別為退化性(Withdrawal)：指停止施用毒品後產生戒斷癥狀的嚴重程度；強迫性(Reinforcement)：係指者產生一再失用毒品的慾望；耐藥性(Tolerance)係指為產生相同藥效，施用者須每次增加毒品用量多寡；依賴度(Dependence)係指戒除此藥之難易度及因用此毒品產生毒品依賴人數多寡；迷幻度(Intoxication)，某藥物在一般用量時所產生的迷幻程度，依此五種標準將不同之毒品進行評定，程度分為一至六級。第一級為最具成癮性毒品，由評估結果可以發現尼古丁(香煙內含物質)及酒精相較於大麻更具成癮性。但我國卻將大麻列為為第二級毒品，未見尼古丁及酒精的管制，就成癮性比較而言並不合理。¹⁰¹

(表 8：Henning field Drug Ratings)

品項	Henning field Drug Ratings				
	1 = Most serious 6 = Least serious				
	Withdrawal	Reinforcement	Tolerance	Dependence	Intoxication
Nicotine	3	4	2	1	5
Heroin	2	2	1	2	2
Cocaine	4	1	4	3	3
Alcohol	1	3	3	4	1
Caffeine	5	6	5	5	6
Marijuana	6	5	6	6	4

(資料來源：Philip J. Hilts(1994)，本研究重新編製)

就各類毒品的濫用性而言，濫用性的評估係以未將該物質使用於醫療或科學上的人數及過量使用的比例為基準。我國香菸的使用，根據國民健康局之研究調查顯示，臺灣十八歲以上男性吸菸率為百分之四十七，女性吸菸率為百分之五，有將近四百五十萬的吸煙人口。¹⁰²至於酒精的使用上，我國十八歲以上人口，平均每人純酒精消費量為三點三公升，僅低於中國大陸，而高於世界主要國家，且就飲酒習慣而言，我國「現在有喝

¹⁰¹ Philip J. Hilts , Relative Addictiveness of Drugs , New York Times, Aug. 2, 1994.

¹⁰² 國民健康局戒菸治療管理中心，<http://tobacco.bhp.doh.gov.tw/quit/> (最後點閱時間：2008.12.26)

酒習慣者，常喝到半醉或爛醉」之男性比例約為百分之二十四，女性為百分之八。¹⁰³

由此可知，就算是將目前所有犯罪人數都認為與毒品有關，其總數量相較於菸酒將近三四百萬人的人口與遠小的多，且有將近四分之一的飲酒者有過量飲用酒精的情形，由此面向可知，菸酒的濫用性嚴重程度高於某些類別的毒品。因而，國家區別菸酒及其他各類毒品的標準，僅剩社會危害性一項，然則本研究認為縱使納入社會危害性的考量仍無法合理說明菸酒不罰之原因，因為各類毒品的社會危害性，係指對於人民健康的危害性及因為毒品而產生的後續犯罪性。

香菸(尼古丁)，具有中樞神經興奮、提神的作用，也是造成香菸成癮的主要物質。癮君子為了獲得尼古丁，伴隨吸入了更多毒害物質及引致細胞病變的致癌物，另外尼古丁會增快心跳速率，提高血壓及引起本梢血管的收縮，長期易致心臟血管疾病，一氧化碳則會阻礙正常氧氣和血紅素的結合，造成體內缺氧，嚴重時甚至死亡；焦油、刺激物質則是慢性支氣管炎、肺氣腫等慢性阻塞性肺疾病及各種癌症的元兇，酗酒常會因酒醉而造成腦傷，導致嚴重的後遺症。另外，也容易形成造血功能異常，使得免疫功能下降，更易惡化吸入性肺炎，加重肺部感染，甚至導致敗血症，其他症狀也包含如高血脂症、增加尿酸濃度及心肌病變等，造成我國健康成本的大量支出¹⁰⁴。

就菸酒及毒品所引發的後續犯罪來看，犯罪行為的產生與酒精濫用、菸品使用有正向關係，與犯罪的相關性可能還大於某些類別的毒品，並指出酒精與百分之四十被查獲的攻擊事件有關且全體被查獲犯罪件數中，有半數以上是受到酒精影響。¹⁰⁵

另根據英國 Bristol 大學針對英國現行使用藥品的危害性做一排名列表，其區分標準是為對於身體所產生的物理上傷害(physical harm)，即對於生理器官的急性或長期傷害、依賴性(dependence)及社會的傷害(social harm)等作為評估標準，結果發現菸草及酒精的

¹⁰³ 國民健康局，民國91年國民健康促進知識、態度與行為調查，頁39-43(2003)；WHO, *Global Status Report on Alcohol 2004*, 1-13, 129(2004), available at http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_status_report_2004_overview.pdf. (last visited Mar. 29, 2009).

¹⁰⁴ 酗酒禍害之多少，天主教聖母醫院精神科郭峰志主任，<http://www.smh.org.tw/mag1/3902.htm> (最後點閱時間：2009.3.29)。

¹⁰⁵ 楊士隆，*犯罪心理學*，頁 159-161(2001)；CHESTER L. BRITT, AND MICHAEL GOTTFREDSON, CONTROL THEORIES OF CRIME AND DELINQUENCY, 213(2003)轉引自許春金，*人本犯罪學*，頁 112(2006)；OKALEY, *supra* note 37, at 38-40.

危害性總和評分分別排在第十及第五，前四名是海洛因、古柯鹼、巴比妥鹽藥物、街頭的美沙冬等，有許多被列為管制藥物的品項排名皆在酒精及菸草之後。¹⁰⁶

綜合上述論點可以發現，我國其實在毒品及管制藥品的分類上無法說明為何菸酒未納入管制的理由，而產生涵蓋過廣(將傷害低於菸酒的物質包含在內)的問題，並不符合實質關聯性。

原因五：我國刑度設計不符合比例原則，依毒品危害防制條例第十條規定施用一二級毒品分別處六個月以上五年以下及三年以下有期徒刑，施用毒品犯罪的規定係國家為了保護社會法益而將刑罰前置的規定，其目的係防止滋生其他犯罪，但施用毒品尚未達到其他各罪預備犯的程度，在法定刑的設計上，應該較其他犯罪的預備犯法定本刑輕微方為合理，但就侵害身體、生命法益之罪而言，對於刑度最重的殺直系血親尊親屬罪的預備犯僅處三年以下有期徒刑，施用一級毒品的量刑竟高於預備犯，令人匪夷所思；就財產犯罪而言，施用一級毒品的刑責竟與搶奪既遂的法定本刑相同，殊不合理。

再者，就刑法的危險駕駛罪而言，施用毒品搭配駕駛動力交通工具的危險程度應高於單獨施用毒品，但刑度的設計上反而駕駛動力交通工具變成降低刑度的原因，殊不合理，反而紊亂體系。

3.3 小結

由法務部統計資料來看我國目前對於管制施用毒品犯罪遇到的困境有再犯率高級監獄超容的問題，因此有提出施用毒品除罪化的倡議，然而本研究認為游過內外實證結果發現施用毒品與犯罪有高度的相關性，施用毒品行為的確具有對於不特定多數人的生命、身體、財產法益造成損害的潛在危險性，然而在管制施用毒品的手段上，由於本研究認為施用毒品行為因為牽涉個人敏感性的資訊為人格權保護的核心範圍且目前醫學上已有對於毒品依賴有更好的醫療方法得以適用，所以應採嚴格的審查基準。

然而在管制的手段上，則因為現行以監禁及機構化治療的方式，不符合現行對於毒品依賴者的治療趨勢、採取監禁手段並未對於有效減少施用毒品行為、對於毒品依賴的

¹⁰⁶ See David Nutt, Leslie A King, William Saulsbury, Colin Blakemore, *Development of a rational scale to assess the harm of drugs of potential misuse*, 369 LANCET 1047,1047-53(2007).

狀態施以刑罰違一種酷刑、毒品分級制度的不精確以及刑度的比例失衡等原因不符合嚴格審查標準的最小侵害原則，若不修正則有可能違憲。

事實上，採用嚴格的審查標準並不一定會產生違憲的結果，只要對於行為的管制符合最小侵害原則的方式亦會合憲，因此本研究建議往後對於施用毒品的管制手段，應依照現行毒品依賴的治療趨勢進行設計，即以社會處遇方式的治療優先，再來係採取機構化的治療方式，等最後所有醫學界公認的戒癮方式皆無效後，最後再施以單純監禁的方式才符合比例原則，並重新檢討毒品分級的方式及刑度的設計，以符合最小侵害原則的要求。

我國於 2008 年所採行的緩起訴處分搭配美沙冬替代療法，係社會處遇方式的治療，符合毒品依賴的治療趨勢，值得鼓勵並應作為管制施用毒品行為的優先選擇，但仍須注意執行模式的設計以發揮社會處遇方式治療的最大效果。



第四章 治療性司法、修復性司法及問題解決法院

「…，這樣的狀態是一種疾病須經過醫療的方式才能有效阻止它再犯，長期以來我認為司法與醫學並不相衝突，…，事實上目的一樣但是只是介入的點不同，我醫療這些吸毒的人與法律用刑罰來懲罰這些吸毒的人是希望他出來不要再吸毒，目標應該一致，只是我們的方式有些不同，我們醫療可以接受人有層次不同的，譬如說 0-1，醫療可以分為 0.1、0.2，但是法律驗出來只有 1 或 0，…，想辦法用緩起訴的方法導入醫療，…，正好那時候已經引進美沙冬替代療法，利用緩起訴的強制力、用醫療的專業來協助那些人，因為我們目前施行美沙冬療法的一些困境是那些人出席率都不是很好，…，所以我們希望用這樣的方式來增加留存率，另外他還有一些正向的價值，例如用緩起訴不用勒戒或是關他的自由與家人互動，節省監獄的成本，這些人真的可以把(毒戒掉)，透過這些過程他可以有一些生產力。¹⁰⁷」

4.1 由刑罰本質的演變看待毒品行為的管制

刑罰乃是一種法律制裁的手段，作為犯罪行為的主要效果，何種行為會被歸類成為犯罪，是導因於社會共同需要而由立法者或掌權者所制定，因而刑法上的犯罪意義，乃決定於社會共同習慣及一時一地的相對性定義。¹⁰⁸然而，刑罰的歷史並非從實體法出現之後才開始，人類自有歷史紀錄以來，刑罰即以各種形式存在於人類生活當中，例如聖經中對於不貞之人丟擲石頭、對於竊盜者施以遊街示眾的懲罰、對於精神病人及巫師施以驅魔術的治療或是流放孤島、對於毀損名譽之人採取「洗門風」制度則是作為回復皆是屬於刑罰的變形，可知在實體法尚未出現之前，各種刑罰已經藉由民間的鄰里、宗親等群體，以家審、公審的方式加以執行，深入分析各種刑罰的性質可以發現，在早期社會的刑罰制度帶有報應(砸石頭)、嚇阻(遊街示眾)、矯治(驅魔術)、隔離(流放孤島)及修復(洗門風)的意涵。¹⁰⁹

¹⁰⁷ 訪談譯文 D2 節錄。

¹⁰⁸ 林山田，刑罰學，頁 15(1995)；張智輝等，比較犯罪學，頁 4(1997)；

¹⁰⁹ 新約聖經約翰福音八章二至十一節；Robert C. Carson & James N. Butcher 著，游恆山譯，變態心理學，頁 44(1993)；洗門風在早年是規範女性貞操的一種方式，早期社會重視女性貞操，卻又缺乏法律規範，

實體法出現之後，對於刑罰本質變化的探討，可藉由刑罰目的觀出發，目前對於刑罰的目的理論主要可分為報應理論及預防理論，各國現行的刑罰制度也依據此兩理論進行設計：

報應思想的源起，學者涂爾幹(Émile Durkheim)認為：刑罰來自於個人對於群體道德價值的侵犯，而為群眾以激烈的情緒回應，所以刑罰的基本核心為激情的報應，並為了達到傷害的相同性，產生出「以眼還眼」、「以牙還牙」的刑罰制度設計。¹¹⁰

然而，今日的報應思想，受到康德及黑格爾的學說影響而在本質上有所轉變，康德(Kant)認為所謂正義是「一個人的意志能與另一個人的意志，按照一種普遍性的法則相協調的那些條件的總和。¹¹¹」而黑格爾(Hegel)則認為「犯罪是對法律的否定，而刑罰就是對於這種否定的否定，亦即可以視為對於犯罪的取消。¹¹²」，因而報應思想的內涵以達成公平正義(just desert)為目的，藉由法律規範對於個人自由的行使進行限制，以求取每個人皆有平等行使權利的機會，且藉由等質量的懲罰，對於抵銷個人違反法律行為對於正義的傷害。此外，強調刑罰權的行使應回歸給國家，由國家經由正當的法律程序對於犯罪人行為做出公平的判斷，以達成重建法秩序的目的，取代過去對於罪刑擅斷的制度，藉由等質量的刑罰對於過去毀壞的法律秩序產生回復的效果，延伸出包括罪刑法定原則、罪刑均衡原則及禁止不定期刑基本原則。¹¹³

至於預防思想的盛行，係十九世紀末由於自然科學、社會學工具的發展，犯罪學研究開始使用科學實証方法來解決犯罪問題，從純古典犯罪學派的演繹方式，變為實証歸納法，藉由對於犯罪者特徵進行分類，分析出社會中具有高度犯罪機率的群體，例如犯罪生物學派學者加羅法洛(Baron Raffaele Garofalo)則認為犯罪跟其他生理特徵相同，係由基因遺傳而來，所以可與分辨出犯罪者具有的生理及心理特徵，可將此種生來犯罪人

於是衍生出道德制裁的手段。傳統的洗門風做法，除了準備金紙、炮、燭到對方家裡拜祖先，講究的還得請歌仔戲班到廟口演戲，表示公開道歉。自由電子報，2008年7月7日，<http://www.libertytimes.com.tw/2008/new/jul/7/today-so2-2.htm>(最後點閱時間：2009.5.26)。

¹¹⁰ David Garland 著，劉宗為、黃煜文譯，懲罰與現代社會，頁 49(2007)。

¹¹¹ IMMANUEL KANT, THE METAPHYSICAL ELEMENT OF JUSTICE 102 (JOHN LADD TRANS.)(1965)轉引自吳建昌，刑事責任之研究-法學與精神醫學的交錯，國立臺灣大學法律學系碩士論文，頁 27(2000)。

¹¹² 王皇玉，前揭註 58，頁 6。

¹¹³ 王皇玉，前揭註 58，頁 7。

分成四類：一是極端犯罪人，此類犯罪人很少能感受到失去自由的痛苦，因此死刑是唯一適合的處罰方式；二是衝動犯罪人(由個人氣質、神經症或酒精引起的一時衝動)，適合用監禁的方式；第三是職業犯罪人，應該用長期監禁或流放；第四是風俗犯(例如賭博)，可以用立法禁止即可¹¹⁴；

犯罪心理學派學者則認為由佛洛伊德(Freud)心理分析學的觀點來看，人由本我(id)、自我(ego)、超我(superego)所組成，本我係人類與生俱來的一種人格原始基礎，由於本我不能忍受任何因緊張造成的能量上升，故會遵從唯樂原則，滿足自己的慾望而降低能量，自我則遵循現實原則，能藉由瞭解自身的能力及外在道德的拘束調和本身慾望與現實的衝突；超我則是社會環境中經由獎勵與懲罰的歷程而建立的是傳統道德及規範的，如個人的行為與超我的自律標準不符，即會受到良心的譴責，犯罪行為的產生係因自我的調控及超我的建構不健全而導致¹¹⁵；

犯罪社會學者赫胥(Travis Hirschi)則在社會鍵理論(social bond theory)中提及人性本為自利功利的動物，都有犯罪的自然傾向，而人類要是不受外在法律的控制和環境的陶冶教養，自然會傾向於犯罪。而這些外在的影響力量，例如家庭、學校、法律及警察就是所謂的社會控制。構成社會控制的社會鍵的要素有感情、物質、時間、道德四種：

感情(affective)要素強調對他人或社會控制機構感情的附著或依附(attachment)是防止犯罪的最主要工具，例如孩子與父母親的感情鍵越強，則孩子的道德心越可能發展，而為偏差行為時亦越考慮父母對其行為可能的評價，而降低偏差行為發生的可能性；物質(material)要素強調個人若投入相當的時間和精力追求較高的教育和事業，奉獻或致力於傳統活動(commitment)，則當他為偏差行為時，必須考慮偏差行為可能會對其所帶來的不利益，會有機會成本的考量；時間(temporal)要素則強調邪惡產生於懶人之手，空閒時間增多，其犯罪可能性增加，藉由多參與活動(involvement)，可以降低犯罪的發生；道德(moral)要素強調信仰或信念(belief)代表對於社會道德的看法，個人若對於社會的道

¹¹⁴ 謝瑞智，前揭註 87，頁 27-52；康樹華，前揭註 65，頁 210-212。

¹¹⁵ 謝瑞智，前同註 87，頁 27-52；康樹華，前揭註 65，頁 210-212。

德規範或法律不尊重時，便有陷入犯罪之危機。¹¹⁶

由上述犯罪學派觀察，可得知預防思想的係藉由篩選出高危險犯罪群，進行事前的預防，並強調不管是如何用刑罰加以報應，亦無法對已成爲事實的惡害回復當時的原狀，希望藉由刑罰來對於犯罪人進行治療或是加強社會關係的連結性，降低發生犯罪的機率，我國刑法中危險犯的設計便基於此觀點而來，對於危險性極高的行爲加以處罰，並且提早採取監禁或是治療的方式來減低犯罪的危險性。

針對預防的對象不同，預防思想的內涵分爲一般預防理論與特別預防理論兩類，一般預防係指透過國家對於犯罪者的刑罰，來阻止社會潛在性犯罪人犯罪之機會，學者邊沁(Jeremy Bentham)及費爾巴哈(Feuerbach)，承襲犯罪心理學派的理論，認爲人可以於犯罪時會衡量所得之好處與壞處，而刑罰是加以心理的強制手段，可達到威嚇的效果，並認爲刑罰的採取須具有必要性，意即施以刑罰所造成的損害不得多於刑罰所欲防止危害的總量，以免罪行不相當方可達到一般預防的目標¹¹⁷；而特別預防係指藉由刑罰的威嚇性防止犯罪人再度犯罪，學者李斯特(Liszt)認爲刑罰應該是促使犯人能再度適應社會的有效工具，而刑罰的種類必須依據達成再社會化的需要程度而決定，故強調將不同犯罪人分門別類施以多樣化的處遇及治療方式，才能達到預防之目的。¹¹⁸

基於刑罰的多元性標準，不論單獨採取報應或預防思想都會有不圓滿之處，因此近代觀點認爲應採取綜合理論的取向，而認爲刑罰的設計應兼考慮報應及預防的思考，一方面維護法秩序已符合公眾對於正義的期望，一方面以公正的刑罰，使行爲人獲得適當的懲治，並且達成矯治當事人的目的。¹¹⁹

統整上述刑罰的目的分析可以發現，刑罰的本質爲對於社會秩序的毀壞的報應，並爲預防犯罪而具有隔離、矯治的本質，但從歷史演進的角度來觀察，預防理論中所提倡刑罰所具的矯治功能自 1873 年馬丁森(Martinson)提出矯治無效論後開始被否定，使得加強隔離的需求更加彰顯，此時的刑罰本質，實質僅剩下報應與隔離的性質。而在這樣的

¹¹⁶ 許春金，前揭註 105，頁 89-103。

¹¹⁷ 吳建昌，前揭註 111，頁 31。

¹¹⁸ 林山田，前揭註 108，頁 58-75。

¹¹⁹ 林山田，前揭註 59，頁 93-94。

刑罰本質思考下。吾人以毒品施用罪為例說明所造成的影響，美國自 1969 年尼克森總統提倡對毒品宣戰(war on drug)政策開始，美國即展開一連串對於毒品零容忍(Zero tolerance)的政策，包括提高持有毒品的刑度及加重打擊邊境毒梟的力度，並由於矯治無效論(Nothing works)的助長，迫使美國只能更加重刑罰而使毒品犯罪者長期囚於監獄，並研擬出三振法案以長期隔離政策來達到抑制毒品犯罪的目的，然而將持有及施用毒品歸類成重犯的結果，使得毒品犯受到三振法案的拘束而無法獲得假釋的機會，造成監獄毒品犯人滿為患的情形，據 1996 年的統計，各州法院約有三十五萬件毒品重罪案，占所有起訴案件三分之一，美國聯邦監獄所收容的受刑人數，於 2000 年也達到三百萬人次，相較於 1983 年以成長三倍之多，每名犯人每年需要花費三萬至四萬美元的支出，而超過五十五歲的受刑人每年每人需花費將近七萬美金，每年的監獄總支出高達四百九十億美元。¹²⁰此外，觀察美國 2005 年觸犯重罪(felony)的個案，有將近百分之八十的個案可以歸類為以下五種族群：一為經常性酒精及藥品濫用者；二係具有酒精及藥物犯罪前科者；三是於犯罪時係受酒精及藥物的影響；四為取得藥物資金來源而犯罪；五具有以上數種因素混合。¹²¹

因而，有鑒於刑罰中所具有的隔離及報應的性質無法對於心因性犯罪問題(精神病、物質依賴等)進行有效的控制且由於近年來醫學界對於物質依賴的治療方式及人類行為的了解越趨多元成熟，以治療為中心的處遇方式開始出現並強調法律規範對於人類心理的影響，而有治療性司法理論(Therapeutic Jurisprudence)出現，此外，由於過去的刑事程序常忽略被害人及利害關係人參與的權利，且採取隔離的方式不利於加害人回歸社會的契機，因而有主張被害人參與刑事程序及以社會處遇方式替代監禁處遇的修復式司法理論(Restorative Justice)出現。

問題解決法院就是基於這兩種理論下所形成的產物，專門處理心因性犯罪問題及社區性犯罪事件，但由於其程序設計係強調刑罰所具治療及修復的本質，因而相較一般刑事程序著重刑罰的報應及隔離的本質有所不同，以下將分別就治療性司法、修復性司法

¹²⁰ 林鴻海，我國毒品政策之另類思考，警學叢刊第 38 卷第 4 期，頁 111(2008.1)。

¹²¹ Peggy Fulton Hora & Theodore Stalcup, *Drug Treatment Courts in the Twenty-First Century: The Evolution of the Revolution in Problem-Solving Courts*, 42 G.A.L.REV.717, 720(2008).

與問題解決法院進行介紹。

4.2 治療性司法理論(Therapeutic Jurisprudence)

(1) 治療性司法的緣起及內涵

單以隔離的方式來處理這些心因性(例如 精神病、酗酒、施用毒品)的犯罪問題，不但不能有效降低犯罪反而造成大量司法及社會資源的浪費，且由於刑罰本身所產生的罪犯標籤，使得個案回歸社會更加困難，司法體系成爲這些心因性犯罪者的旋轉門 (evolving door)，再度犯罪的比率極高，因而法學家開始針對此情況進行反思，並且認知到由於監獄資源珍貴，應該將其用在對於社會真正有威脅的人上，而對於非暴力性犯罪及心因性犯罪，則是開始研究如何去除罪犯標籤且同時兼顧社會安全的維護，此類犯罪的產生原因及特徵通常帶有心理及生理疾病的本質，非依靠個人意志就可以簡單克服，必須搭配醫療的手段才能從根本解決問題，因此相關法律規範的設計亦須配合醫療手段進行設計以達到最大的成效。¹²²

基於此觀點，David Wexler及Burce Winick教授於1987年提出治療性司法的概念對於精神病患的刑事處遇進行改進建議，認爲法律規範的制定上如能確保病人能有效行使其權利，例如拒絕接受醫療等病人的權利並且給予參與治療目標的選擇及制定過程的機會，可以增加對於判決及治療計畫的服從度並提升個人自信，獲得理想的治療效果。¹²³

其實法律規範會對於行爲人產生心理的影響，並非新的發現，例如刑罰的設計即是利用徒刑或罰金的威嚇造成心理壓力，來防止犯罪，但在治療性司法理論出現之前大多數的研究是以經濟學上機會成本的概念去解釋刑罰與犯罪的關係，甚少從心理層面切入。再者，法律規範中不僅只有刑罰會對於行爲人心理產生影響，其他實體法、訴訟法、甚至法律活動的參與者皆會對於行爲人心理產生影響，例如侵權行爲採取無過失制度或是簡化訴訟程序可以提高受害者提訴的信心、合議選任法官會提高被告對於判決的信服度等，因而治療性司法概念便希望能夠重視法律規範對於行爲人心理的影響，透過規範

¹²² *Id.* at 449.

¹²³ Slobogin & Christopher, *Therapeutic jurisprudence: Five dilemmas to ponder*, 1 PSYCHOL.PUB.POL'Y & L. 193,185(1995).

的設計，來達到影響行為人心理的正向效果。

因此治療性司法理論就是以研究法律規範及程序與人類的心理健康的關連性為主軸，認為透過妥善的設計，法律規範是可以作為行為改變的力量，而取得「治療性效果」，所謂治療性，依據韋氏字典的定義為：「藉由改善方法或醫療媒介矯正偏差行為或疾病的相關事項。¹²⁴」，按此定義，治療性效果即為行為改正或疾病治癒的結果，學者亦認為任何能增進行為人心理健康(wellbeing)的方法即為治療性方法。¹²⁵然而何種心理功能的增進被定義為治療性效果，治療係司法並無明確的定義且是有意被忽略，原因依據治療性司法理論的提倡者David Wexler認為治療性司法僅是提供一種不同的觀點，啟發法學家對於法律與心理的關係，所以避免精確的定義，以便擴張治療性司法適用的範圍，不僅限定於心因性犯罪才可適用，因此委由各研究者自行定義何種心理能力的增進(例如判決信服度)屬於治療性效果，目前治療性司法的涵蓋的領域除了與心理層面相關的犯罪，如精神衛生領域、藥物濫用、青少年犯罪、家庭暴力、兒童虐待等外，更擴展到一般民刑事案件上，例如採取不同的進程序對於判決信服度的影響，我國近年來對於法院判決滿意度的調查其實即帶有治療性效果的意味。¹²⁶

然而在這寬鬆的定義之下，治療性司法並不認為家長主義的行使亦屬於治療性的範疇，所謂家長式主義本研究已於前述施用毒品行為管制中提及，是指以國家的觀點及意志替人民決定哪種行為及治療對於人民最好，人民將喪失自我決定權利，例如被認定為精神異常者，國家將給予強制治療，但治療性司法理論認為治療性效果的衡量應從行為人的觀點出發，而非以國家觀點，所以特別會注重行為人自主權的行使。¹²⁷

為了使法律規範中的治療性效果最大化，首先必須對於現行制度進行分析，找出可能影響行為人心理情況的規範，再來便是透過規範的改進降低反治療性效果或增加治療

¹²⁴ Therapeutic :「 of or relating to the treatment of disease or disorders by remedial agents or methods 」, <http://www.cyberctm.com/cn/entertainment/macez/redirect.php?rid=2321> (last visited Mar.,29,2009).

¹²⁵ Slobogin & Christopher, *supra* note 123, at 196.

¹²⁶ Wexler has contended that it is inappropriate to tightly define what is therapeutic, opting rather to “roam within the intuitive and common sense contours of the concept.”, David B. Wexler, *Reflections on the Scope of Therapeutic Jurisprudence*, 1 Psychol. Pub. Pol'y & L. 220, 221 (1995); Slobogin & Christopher, *supra* note 123, at 195(1995).

¹²⁷ Bruce J. Winick, *The jurisprudence of therapeutic jurisprudence*, 3 PSYCHOL.PUB.POL'Y & L.184,188-89 (1997).

性效果。¹²⁸由於治療性司法係立基於行為科學的基礎，所以治療性效果的衡定方式係藉由社會科學的研究方法，透過實驗設計或是自陳量表(self-report)的方式觀察行為人在受法律規範前後的心理認知的變化。¹²⁹目前治療性司法的研究的對象可分為法律的實體規範，例如美國的Don't Ask, Don't Tell政策¹³⁰；法律程序規範，例如著重於聽證會(hearing)及審判的程序的簡化；法庭程序的參與者，例如法官與律師與行為人對談的形式及內容。¹³¹此外，治療性司法理論亦認為法律規範的設計在追求治療性效果時，必須在不貶低其他憲法上權利及其他正義價值的限制下進行，原因在於治療性效果只是法律規範制定所應考量的要素之一，並非代表全部的價值，其他如國家利益最大化、女性及種族的平等，亦是法律規範制定所應考慮的內涵，所以治療性效果與其他要素皆平等並無優劣之分，要如何取捨應由立法者決定，所以立法者如認為對於公共安全的追求應優先於個人的治療性效果，則可限制法條具治療性效果的程度。¹³²

(2) 治療性司法實例

治療性司法理論最早起源於精神衛生法領域，以下將從精神衛生法中相關制度的設計，說明治療性司法的實踐。

針對精神病患的刑事處遇方式，在二十世紀之前大都以隔離的方式進行，根據中國、希臘、埃及、希伯來等古文明的文獻記載，中古世紀認為心智異常行為是魔鬼或神佔領了個人的身體，如何區別是神或魔鬼佔領身體，取決於個人表現的症狀。如果人的語言或行為具有宗教、神秘的意味則會被視為神的象徵；反之，則代表此人忤逆神，才被魔鬼附身。前者都被人民當作神一樣被供養，後者則需接受所謂驅魔術的治療（例如念咒、服食含有瀉劑的羊糞）等¹³³；在十八、十九世紀時，則開始興起心智異常治療的特殊醫院，但因此時大都認為精神病患不具有判斷能力且對於社會有危險性(dangerousness)，因而常以強制拘留病患於醫院中進行治療。直至二十、二十一世紀，

¹²⁸ David B. Wexler, *Therapeutic Jurisprudence: An Overview*, 17 T. M. COOLEY L. REV.125,125(2000).

¹²⁹ Bruce J. Winick, *supra* note 127, at 185.

¹³⁰ Pub.L. 103-160 (10 U.S.C. § 654) : Unless one of the exceptions from 10 U.S.C. § 654(b) applies, the policy prohibits anyone who "demonstrate(s) a propensity or intent to engage in homosexual acts"

¹³¹ David B. Wexler, *supra* note 128, at 126.

¹³² James L. Nolan Jr, *Redefining Criminal Courts: Problem-Solving and the Meaning of Justice*, 40 AM.CRIM. L.REV.1541, 1547(2003).

¹³³ Robert C. Carson & James N. Butcher 著，游恆山譯，前揭註 109，頁 44-63。

精神衛生法的規範主要有四個重要的變革，一是去機構化的處遇方式、二是注重病患權力、三是將醫學名詞與法律用語一致化：

A. 去機構化處遇方式

去機構化處遇方式的興起主要有幾個因素，一是二戰歸來的退伍軍人的社會不適應情況，發現在社區中提供諮商輔導有助於減輕症狀；二是發現利用機構化的處遇方式對待心智異常的病患，雖可將其「疾病」治癒，但仍無法令其與社會互動；三是標籤理論的催化，標籤理論認為沒有行為在本質上是犯罪的，都只是社會所給予的反應，然而行為人常因為犯罪者的標籤導致在生活上受到歧視，不利其回歸社會，因而如非得進入刑事程序，盡量採取非機構化的處遇方式，以免受到前科的影響。¹³⁴基於上述原因的考量，美國於1963年通過的社區心理衛生法(Community Mental Health Act)，在國家衛生院(NIH)監督下鼓勵地方成立社區治療中心，並由國家提供援助，並遵循著如果病患可以在社區獲得較好的治療效果則會避免其進入隔離性的醫療機構的原則，採行以社區治療為主去機構化處遇方式。¹³⁵

B. 注重病患權利

在病患的權利方面，由於公民運動對於平等權的主張，因而影響精神衛生法開始將病患的權利(拒絕接受醫療、要求國家提供治療、擁有為法律行為的權利)納入相關法制的修正，將強制治療適用的合法化基礎僅止於對於其他人有危險性的存在時才能夠適用，並且對於行為人是否須接受強制治療採取嚴格的程序認定，例如決定是否進入強制治療的程序前，必須舉行正式的聽證會(hearing)，聽證會的設計有助於治療效果，因為鑑定人必須於聽證會上解釋病患具有暴力傾向的原因，會使鑑定人在做決定時能夠更仔細的考量，並且給予行為人辯駁的機會。¹³⁶

再者，由於媒體的形塑，具有嚴重心智異常的人常被認為無自我決定能力，可以進行有效的決定，所以被定義成心智異常之人常與行為能力的欠缺之人畫上等號，而不能

¹³⁴ 鄧煌發，當代社區處遇措施之探討，刑事政策與犯罪研究論文集(五)，亦可見法務部資訊網 <http://www.moj.gov.tw/ct.asp?xItem=29741&ctNode=97&mp=001>(最後點閱時間：2009.3.29)。

¹³⁵ MARILYN MCMAHON & DAVID WEXLER, THERAPEUTIC JURISPRUDENCE: LAW IN CONTEXT 28(2003).

¹³⁶ *Id.* at 29-40.

享有拒絕接受治療的權利，然而此觀念在二十世紀開始轉變，具有行為能力之人縱有心智異常仍可以行使拒絕醫療的權利，而改採其他處遇方式，此類尊重病患拒絕醫療的權利，確保了個人隱私權、自主決定權的行使具有治療性效果，更使醫護人員提供服務時，可以更加以病患為中心導向，有助於積極的對話以及治療方案的選擇，此可幫助病患增加自我效率、自尊以及可增加對於治療的接受度。¹³⁷此外，相關研究亦指出對於強制治療程序的聽證會上若採取爭訟對立的態度，則不具有治療性效果，因為行為人會備感壓力且辯護律師會教導他不要做證並隱藏相關證據，減少與行為人對話的機會、並會損害醫療提供者與行為人的信賴關係，因而不適宜採用對立性的訴訟形式。¹³⁸

C. 醫學名詞與法律用語一致化

由於對於具有完全行為能力的心智異常行為人擁有拒絕接受醫療的權利，國家僅能在該類人被證明具有危險性(dangerousness)時才能夠進入強制治療，然而危險性的概念是一個法律名詞，並非醫療上使用的暴力的風險(risk of violence)，所以在對於行為人的評定上出現不確定性，法官裁量的空間變大，容易造成濫用自由心證的疑慮，造成行為人的不信任感，因此英國1995年修正的精神衛生法中，已將dangerousness的用語改為risk of violence與醫學名詞一致。¹³⁹

(3)治療性司法理論的相關批評及本研究的回應

針對治療性司法的批評主要有下列四點：一是治療性司法無法與其他研究取向區別；二是研究方法的限制性；三是不符合不符合正義原則(just desert)的要求；四是無法與預防理論中強調刑罰具有矯治(rehabilitation)本質進行區分。

A. 關於治療性司法的原創性問題

批評者認為治療性司法無法與法律社會學及法律經濟學有效區分，僅是舊酒裝新瓶(old wine in new bottle)的理論，意即欠缺原創性及獨特性。¹⁴⁰然而本研究治療性效果定

¹³⁷ *Id.* at 29-40.

¹³⁸ *Id.* at 29-40.

¹³⁹ 目前對於risk of violence的認定在成人一般性暴力事件發生風險是由Level of Service Inventory (LSI-R)及General Statistical Information on Recidivism (GSIR)量表評定，可有效反映出暴力的風險程度，Violence risk .com, <http://www.violence-risk.com/risk/instruments.htm#lsir>(last visited:Mar..29.2009)；MARILYN MCMAHON & DAVID WEXLER, *supra* note 135, at 40-42

¹⁴⁰ Bruce J. Winick, *supra* note 127, at 185.

義雖僅廣泛指述增加行爲人的心理健康，但已經可以有效將治療性司法與其他規範目的取向相區隔，原因在於法律社會學是藉由實證經驗的累積，而驗證法律制定的目的是否已經有效於現實社會中實現，是一種分析法學，並無認為法律規範應具有如何的核心價值，就此點治療性司法強調法律規範應具有治療性效果已可與其區分；再者，法律經濟學的核心價值強調法律制度的設計必須效率以及全體人民福利最大化，會與治療性司法的價值取向有所重疊，但不同之處在於法律規範的制度如會增加行政效率但是會降低行爲人的生理健康，則會被治療性司法學者所反對，例如減少聽證會的程序可以增進訴訟經濟，但對於行爲人的心理影響不見得爲正向。

B. 研究方法的限制性

由於治療性司法是根據行爲科學的研究方法研究法律規範是否有治療性效果，但社會科學方法所要求的實驗步驟很難於法庭環境中進行，實驗的設計的特徵在於可驗證性的，意即任何人遵照實驗設計的步驟進行皆可得到相同的結果。因此實驗設計須具備幾種條件，第一是必須有實驗組及對照組的設計；第二是必須能隨機分配完全相同的受試群體分別進入對照組以及實驗組中；第三是每次實驗僅能操縱單一個變因。然而在法庭的環境當中，由於憲法上對於基本人權(訴訟權)保護要求，而使得實驗組以及對照組的設定相當困難，例如要研究給予被告最後陳述的機會是否會對於判決信服度有所影響，但由於最後陳述機會爲憲法正當程序的保障必須所有被告皆能享有，不能任意去除，因此不能得知最後陳述的設計的有無與判決信服度的關連性，此外在受試者的選擇上，有時並未能找到兩組相同的受試者群體，因此所得出的結果是否有科學上意義有疑問。¹⁴¹

但上述見解，本研究認為並不完全正確，首先針對程序保障的部份，雖然不能夠刪除最後陳述的程序，但可以進行的方式操控，例如比較以書面或是口頭進行最後陳述的方式何種可以增加判決信服度，亦不違反憲法上基本權的規定；針對實驗設計的部份，雖然採取實驗設計，可以得到具有因果關係的精確結果，但除實驗設計外，仍有準實驗設計(quasi-experimental design)的方式可盡量降低實驗結果的不準確性，且社會科學的研究因受到環境變因的影響，採取實驗設計方式本就有其困難度，現今大多社會科學的研

¹⁴¹ Bruce J. Winick, *supra* note 127, at 197.

究都採取準實驗設計的方式進行，再者，就刑事政策的制定而言，並不需求完全精確的數據，只要具有高參考價值即可。¹⁴²

C. 正義原則(just desert)的要求

由於治療性司法認為治療性效果的追求僅為法律規範所求的價值之一，並不具有優先性，所以必須公平對待法律各種價值，強調必須要在不貶低其他價值(other equal)下追求治療性效果，但治療性司法理論並未提及該如何與其它價值調和。以施用毒品犯罪為例，報應式司法中的正義原則會認為必須對於心因性犯罪者所造成社會規範的破壞懲罰才能達到正義的要求，與治療性司法要求應該以治療的方式對待心因性犯罪者的訴求相對立。¹⁴³然而有學者認為當認知到藥物或酒精依賴是一種疾病，真正平等的對待方式是治療而並非懲罰，對於因心因性疾病(例如酗酒者、藥物濫用者)所產生的犯罪，應該給予公平治療(just treatment)而非公平懲罰(just desert)才符合報應式司法中正義原則的要求，採取懲罰的方式對待心因性犯罪問題，並不符合康德所提倡的等量懲罰原則，反而超過其所應得的惡害結果，而認為對於心因性犯罪的刑罰設計並不符合報應式司法理論。¹⁴⁴

除上述學者觀點外，本研究尚認為報應式司法與治療性司法的調和可藉由下述方式進行，由於報應式司法所採取的懲罰方式大多以限制人身自由的徒刑進行，而治療性司法則是要求能以治療性效果為目的來設計刑事處遇，但只要以人身限制具有治療性效果，治療性司法並不排除採取人身限制的方式，因而可藉由長期間非機構性處遇方式來達到機構性處遇的人身限制性，同時符合報應式司法與治療性司法的要求。

D. 關於矯治手段的批評

矯治手段最為人詬病之處在於國家以家長式的權威替人民決定應接受什麼樣的處

¹⁴² 從研究角度來看，完全實驗設計具有嚴謹的控制程序，所以是比較理想的實驗設計，但在從事社會科學的實驗研究時，常需配合現實條件的限制，採用控制較不嚴謹，但施行方便的設計形式；亦就是在實驗中，運用完整的受試者團體，而非隨機將受試者分派於不同之實驗處理或情境的設計，稱之為準實驗研究法。此種設計能提出有價值的貢獻，但是研究者在作解釋或概括結果時，宜謹慎從事。準實驗設計可以在自然的情境中進行，但是研究者必須明確知道有關研究中所不能控制的因素，並小心考慮這些因素對實驗效果之影響的可能性；如果可能性小，實驗的效果就愈正確，否則就愈不正確。

¹⁴³ Slobogin & Christopher, *supra* note 123, at 212-18.

¹⁴⁴ James L. Nolan Jr, *supra* note 132, at 1553.

遇或治療會增進個人的福利，具有十分強烈的強迫、強制性的內涵，且雖然過去的矯治手段雖強調協助、治療以及重建的內涵，但是施行的結果及形式往往都比採取監禁的方式更為嚴格，例如刑法中對於精神病罪犯採取絕對不定期間治療的設計，而治療性司法亦是採取矯正的手段進行，是否會造成過去矯正手段的問題值得考慮。

本研究認為治療性司法所倡議的處遇方式雖可歸類為矯治的範疇內，但內涵與過去矯治的概念並不相互一致，而屬於新矯治的概念，首先在國家強制醫療的層面，治療性司法觀點認為治療性效果的衡定，必須是以受規範之人的觀點出發，而非國家觀點出發，並認為除了家長主義(paternalism)外，一切能增進心理及生理福利的方式都屬於治療性司法的範疇，並認為規範的設計應加強行為人行使自主決定權的機會，以加強正向的治療性效果，已可有效與矯治的內涵進行區分。¹⁴⁵

再者，對於採取治療性司法所採取的治療手段是否會有較監禁嚴格的看法，即是否認同不定期刑的作法，不定期刑的規定是因為給予裁判者過大的裁量權限而產生同一行具不同的法律效果，有違法律的安定性及明確性。例如對於相同的傷害行為，甲獲判一年有期徒刑，而乙則為十年有期徒刑，然而以美國毒品法院(drug court)為例，治療計畫後有明確的進行期間，雖規範中有延長治療及增加的法庭會面方式規定，但延長治療的原因或增加會面頻率的原因在於行為人於治療期間中有復發(relapse)，即再度施用毒品的情形，所產生的效果，且對於增加的期間及頻率皆有明確的規定，並非對於相同情形有不同的對待。

4.3 修復式司法理論(Restorative Justice)

(1) 修復式司法的緣起與相關內涵

在國家觀念出現之前，人民之間紛爭的解決方式大都藉由家族會議的形式進行，由地方具有名望人士居間協調，得出合理的賠償形式，在日據時代我國原住民對於族群間的衝突採取道歉、賠償、訓斥的方式作為損害的補償，例如在 1916 年發生的阿猴廳(日據時代地名)的下排灣社人殺人事件，最後即在雙方族人的見證之下以賠償土地及金錢

¹⁴⁵ Bruce J. Winick, *supra* note 127, at 193-94.

的方式和解。¹⁴⁶

然而近代的刑罰由於受到報應式司法的影響，國家行使刑罰權的重心偏向對於加害者的懲罰，忽略被害人所需的金錢及心理上的滿足，在這樣的刑事法律制度下，反而造成犯罪的被害人在整個刑事程序終結後，仍然無法彌補因犯罪所遭受的損害，因此近年來受害者權益運動陸續興起，法律規範應具有修復功能的訴求亦逐漸產生，美國於 1965 年通過的第一個對犯罪被害人權益保障的法律；在 1981 年中，國家被害者和證人保護法(the National Victim and Witness Protection Act)，也獲得通過，此項法案為美國聯邦的各州政府訂定相關犯罪被害人保護法案的範本。¹⁴⁷歐陸國家一開始出現類似制度，德國於 1976 年開始於德國陸續出現「暴力被害人補償法」、「被害人保護法」的相關規定，我國近年亦有犯罪被害人保護法等制度規定，顯見強調被害人權利及刑罰的修復功能取向再度被重視。

所謂修復式司法，係將與犯行相關的所有利害關係人聚在一起，共同處理犯罪後果的過程，並透過回復損害的活動達到修復及問題解決的目的，而包含實體及程序兩部份。修復式司法理論認為犯罪雖是違反法律構成要件的抽象規定，但回歸基本面觀察，犯罪為人與社區的衝突狀態，因此必須從社區的觀點來看待犯罪事件，要消滅犯罪對於正義的侵害則必須將社會衝突回復到原始和平的狀態，重新建立彼此間的關係，因而必須召集事件的利害關係人共同組成社區會議對於社會衝突事件加以界定，並找出衝突事件的損害及其範圍。¹⁴⁸

召開社區會議的目的在於修復加害人、被害人及社區的三面關係，在加害人與被害人層面，會議給予加害人解釋事件發生的原因及提供補償積極被害人的機會，同時給予受害者表達自身的感受，透過面對面對話的方式，可以有效滿足受害者心理狀態及紓解心理恐懼，加害人亦可較進行一般刑事程序有更深的心理感受且可得到被害人的諒解；在被害人與社區關係層面，會議的召開給予社區了解被害人所需要的服務及輔導，透過

¹⁴⁶ 許春金，前揭註 105，頁 350。

¹⁴⁷ 陳祖輝，國外犯罪矯正援引復歸式正義發展之初探：機遇與挑戰，矯正社會工作上課教材，頁 5-6，http://www.ntpu.edu.tw/sw/temp/O_20080225132317.doc(最後點閱時間：2009.3.29)。

¹⁴⁸ 許春金，前揭註 105，頁 321-325。

被害人親戚朋友或輔導團體的協助，以重建對於社區的信賴感；在加害人與社區層面，社區提供加害人教育及職業的訓練及藥物依賴的諮詢與治療，並對無家之人提供中途宿舍，以幫助其脫離犯罪的生活型態。¹⁴⁹

再者，所謂修復式程序並非只限於社區會議的型態，只要是任何能達成修復目的的程序或方法均屬之，非正式的小團體會議亦屬之，通常會由具有專業知識或有名望之人擔任主席，但須注意程序的開啓及進行應尊重加害人及被害人參與的自主意願，若不願參與則不應強迫，以免發生二次傷害，在程序進行中亦應全程保護雙方的安全。¹⁵⁰

此外，就修復式司法的補償的機制而言，大多採取會金錢財務的賠償、對於被害人的服務及道歉等，然而刑罰的選項並不在內，因為修復性司法認為刑罰係屬於汙點性羞恥(stigmatization shaming)的方式，對於行為人過去的行為加以譴責會使行為人貼上罪犯的標籤，而被社會排斥在外，更加不易回歸社會，不符回歸社會的目的，然而在修復式程序的進行當中，雖也會有被害人或利害關係人譴責加害人行為的情形，但此種譴責與汙點性羞恥(stigmatization shaming)的方式不同，目的是在讓加害人了解行為的嚴重性，此種基於回歸社會的譴責方式稱為整合性羞恥(reintegration shaming)，如果加害人肯悔悟，社區將會重新接受加害人進入。¹⁵¹目前我國的刑事規範中的假釋、保護管束、更生保護、附條件緩刑、緩起訴皆帶有修復式司法的意涵。

(2) 修復式司法的實例

修復式正義的形式，依會議的參與者人數的不同主要可以分被害者與加害者協調會議(Victim and offender mediation)、家庭團體會議(Family group conference)及量刑圈(sentenceing circles)及三種。

A. 加害人與被害人協調會議

加害人與被害人協調會議是單由加害人、被害人參加，由有經驗的仲裁人主持會議進行對話，被害人可以藉此機會將自己所受的身體、財產上的傷害告訴加害人，並可以直接協定賠償的方式，在美國、澳大利亞及德國皆有施行，施行的方式可以採取司法機

¹⁴⁹ 許春金，前揭註 105，頁 321-325。

¹⁵⁰ GERRY JOHNSTONE, RESTORATIVE JUSTICE READER: TEXTS, SOURCES AND CONTEXT,33(2003).

¹⁵¹ 許春金，前揭註 105，頁 321-325。

構轉介或是獨立民間機關的調解，參與犯罪類型係以非暴力的輕重罪案件為主，如在起訴前調解成功，檢察官可做緩起訴或不起訴處分的裁定，針對重罪雖然可經由調解但僅會影響量刑的結果。¹⁵²我國的鄉鎮市調解委員會的組織即屬於此種協調會議的類型。

B. 家族團體

家族團體會議與協調會議主要不同處在於參與者的範圍，家族團體會議除了加害人及被害人之外，尚包括相關的利害關係人，主要用於青少年的犯罪事件，此類會議型態係源於毛利人（Maori）的司法制度，對於發生在毛利人自治區中的犯罪事件的處理上，如係牽涉小型竊盜或非暴力案件，原則上會先交由家族團體會議處理，只有在特別嚴重的情況下才會由警方介入，會議的進行係由當地具聲望之人擔任仲裁人，進行的程序是召集加害人與被害人及兩方家庭舉行共同會議，加害人必須於會議中坦白案情，再輪流由在場所有人發表意見或對於該行為進行譴責，最後由仲裁者協調雙方得出適當的處分方式，以讓被害人損傷回復，並使加害人得以回歸社會中，常見的處分方式包括強制工作、對被害人賠償及加入醫療計畫。¹⁵³

C. 量刑圈

量刑圈制度參與者的範圍又較家族會議更為擴大，而將相關的警政人員、法官、律師及檢察官納入，並開放給社區一般民眾參加，而進行的形式主要有三種，第一為由法官轉介給量刑圈，由量刑圈決定刑罰的種類及輕重；第二是法官親自主持量刑圈，在會議中所做出的決議則為判決的結果；第三則採取社區修復委員會的方式由社區中的一部分居民所組成，經過專業的訓練之後可以直接與加害人討論事件所造成的不良影響，並與加害人共同擬定賠償計劃並附加期限的規定，並監督加害人的執行狀況向法院報告。

154

(3) 修復式司法理論的相關批評與本研究的回應

由於修復式司法強調犯罪應以社區作為犯罪處理的中心解決減少國家刑罰權的介

¹⁵² 許春金，修復式正義的實踐理念與途徑-參與式刑事司法，犯罪與刑事司法研究第一期，頁 57(2003)。

¹⁵³ 房保國，從復仇到和解——論恢復性司法中的被害人，北大法律訊息網，<http://www.fsou.com/redirect/index.asp?url=http://vip.chinalawinfo.com/newlaw2002/slc/slc.asp?db=art&gid=335571946>(最後點閱時間：2009.3.29)。

¹⁵⁴ 許春金，前揭註 152，頁 60。

入，但由於少了國家機關的監督機制，因此會被認為有減輕犯罪譴責效果、修復成效不彰及缺乏正當程序的保障等批評。

A. 減輕犯罪的譴責

由於修復式司法強調將犯罪作為一種社會衝突的觀點，所以在衝突的處理上會認為只要由利害關係人處理即可，不一定須經由公開的程序譴責，然則採取此看法有可能使犯罪的譴責效果大為喪失。¹⁵⁵但本研究認為修復式司法的出現就是要盡量避免犯罪的標籤對於加害人產生回歸社會的影響，且針對具社區性質的犯罪，通常牽涉範圍不大，罪質亦不嚴重，是否需要採取刑罰的規制尚有疑問。此外，透過修復式會議中被害人家屬及加害人親友的譴責，嚇阻的效果不一定會較刑罰減弱。

B. 修復成效不彰

修復式司法強調須滿足被害人的需求(包含強制賠償等)，但在實務運作上常會因為加害人的資力不足而無法使被害人獲得滿足且對於加害人往後的行為改變是否有所助益仍屬未知，所以有修復成功率不高之意見。¹⁵⁶本研究認為就修復式司法的內涵而言，物質上的雖然補償被害人的主要方式，但所謂修復並不止於物質上的滿足，降低被害者心理的恐懼(再度被害的心理)也是強調的修復效果，而且根據調查有大部分的受害者重視心理的補償大於實質的金錢損害，而透過修復式程序會比參加一般刑事程序的人獲得較高的滿足感¹⁵⁷；對於加害人部份，近年來的研究發現參與恢復性司法計畫的加害人會比進行一般刑事程序之人的再犯率降低。¹⁵⁸

C. 會議程序進行不符合正當法律程序

國家對於加害人的訴訟權應予保障，因此在刑事程序的設計上，由檢察官做為國家的代理人，被告則可指定律師代理，法庭程序的進行除被告於準備程序或協商程序中先行認罪外，其餘案件皆循相同程序處理，並不會因為當事人身分地位不同而有所變

¹⁵⁵ Allison Morris, *Critiquing the critics: A brief response to critics of restorative justice*, 42 THE BRI. J. CRIMINOLOGY 596, 601-03 (2002).

¹⁵⁶ *Id.* at 604.

¹⁵⁷ J.Latimer, & S. Kleinknecht, *The Effectiveness of Restorative Justice Programming : a Meta analysis*, 85 THE PRISON J.127,136(2005).

¹⁵⁸ *Id.* at 137.

動，對於判決結果不服者亦可藉由上訴制度的設計由上級法院更正判決結果，並尊重兩方是否上訴的意願，然而修復性司法理論則除了在尊重兩造的特徵符合正當法律程序的要求，其餘皆不相同，有違正當程序的保障。¹⁵⁹但本研究認為修復性程序仍具有正當性，因為開啓修復式程序的前提係加害人已承認自我犯行並表達認錯之意，如依照我國刑事程序可以走簡易、簡式或協商程序，這三類程序的特徵在於程序簡化且不一定需經言詞辯論，相對於修復式程序有會議的進行並由主持人平衡雙方權的的差距並給予發言的機會，在程序的要求上反而更為嚴謹。

再者，刑事程序是由報應式司法理論衍伸出來，要求加害者程序上的保護，但其實並未合理解釋加害人的程序保障為何會高於對於被害人的保障。

4.4 報應式司法、治療式司法與修復式司法的比較

刑罰本質在實體法出現之前，具有報應、矯治、嚇阻、隔離及修復的性質，然而隨著康德、黑格爾的報應式司法的思考掌控整個刑法學的發展，著重行為人犯罪行為的報應及預防使得刑罰原本具有的修復性質消失，而後又因矯治無效論的推波助瀾，刑罰中治療的性質亦消失，此兩種性質的欠缺，使刑法對於防範具疾病性質的犯罪成效不佳及使被害人無法獲得心理的滿足，而對司法不滿，因此有治療性司法及修復式司法理論的出現，三種理論的比較如表9所示：

首先就報應式與修復式司法比較而言，相同點在於同樣是對於行為人過去的犯罪行為提出回復過去狀態的方式，然而對於回復的方式，報應式司法主張採取等質量懲罰(徒刑)而修復性司法則採取社區關係修復的看法並排斥懲罰(徒刑)的適用，再者，由於修復式司法的程序進行著重兩造對話合作的方式，適用前提必須是行為人同意且被害人同意的情況之下方可適用，此外，由於回復狀態的方法不同，所以在訴求對象、社區參與度、法院參與度及訴訟結果上皆不相同。

就報應式司法與治療性司法進行比較，可發現雖然訴求對象皆為行為人，但報應式司法關注於行為人過去行為的回復而治療性司法則關注於行為人的未來行為，再者雖治

¹⁵⁹ *Id.* at 605.

療性司法係以治療為核心，但卻與報應式司法所強調的懲罰有某種程度的相容性，因為懲罰可能是一種治療，因此只要是懲罰的手段具有治療性則可涵蓋在治療定義的範疇中，此外，由於治療性司法在程序上亦採取兩造對話合作的方式但對象側重於行為人，所以只要行為人同意即可進行。

最後就治療性司法與修復式司法的比較而言，採取修復的方式如具有治療的性質則亦可涵蓋入治療的定義範疇中，然而由於訴求對象及關注行為的不同，導致治療性司法會忽略被害人的保障而修復式司法會有忽略行為人治療的面向。

(表 9：報應式司法、治療性司法與修復式司法比較表)

理論名稱	報應式司法	治療性司法	修復式司法
核心概念	以懲罰為中心	以治療為中心	以修復為中心
主要關注行為	過去行為	未來行為	過去行為
訴訟程序進行方式	兩造對立爭訟	兩造合作	兩造合作
訴求對象	加害人	加害人	被害人
社區參與度	低	高	高
法院參與度	高	高	低
程序結果	有勝敗之分	雙贏局面	雙贏局面
程序適用前提	不管行為人同意與否皆適用	行為人同意	行為人同意 被害人同意

(資料來源：本研究自製)

就修復性司法與治療性司法而言，或有論者會認為此兩種理論存在的正當性為何？是否因為特殊的犯罪類型(例如心因性犯罪)而存在?由本章介紹可以發現不管是治療性司法及修復司法的適用範圍皆可以適用至大部分的犯罪類型，只是相關研究特別酌重於心因性犯罪及社區犯罪類型而已。

此外，本研究認為治療性司法及修復式司法的出現，並不是對於刑罰提出一個新的觀點而只是強調過去被報應式司法理論忽略的部份，而且是必須被再度納入，因為從報

應式司法理論的正義原則(just desert)出發，依刑罰二元論的觀點來看，刑罰的種類僅包含死刑、無期徒刑、有期徒刑、拘役以及罰金，但並未包含犯罪人的標籤，然而就現今社會情況卻觀察到犯人因為犯罪的標籤造成回歸社會困難的情形，此外對於心因性犯罪不給予治療，係額外造成犯人身體及心理上的痛苦，亦不符合正義原則的要求。因此理想的刑事制度設計係對於案件類型屬於輕罪的案件(例如非暴力性、無被害人等特徵)採取以治療性及修復性為主軸的刑事程序，以報應式刑事程序作為備位搭配；而對於重罪案件，基於對公共利益的考量，須以報應式刑事程序為主軸，但在刑罰的執行上搭配治療性及修復性的思考，意即加強監所中醫藥的提供及出獄後的更生保護。以真正符合正義原則的要求。

4.5 問題解決法院(Problem solving court)

由於治療性司法及修復式司法的推波助瀾，使二十世紀末的美國、英國及澳洲的法院體系開始產生極大的變化，開始出現各種處理特定案件的專門法院，包含家庭暴力法院(Domestic violence)、毒品法院(drug court)、精神衛生法院(mental health court)、社區法院(community court)等，將修復性司法、治療性司法的概念納入刑事程序當中，因此特定的案件類型會被導入新制的法院當中，這類法院處理的案件類型以及程序設計上雖然各不相同，但是目標皆是在追求公眾、加害人、被害人、司法機構的最大利益，在公眾方面人民透過司法程序的參與重拾對於司法的信心；在司法機構方面減輕案件量及過度飽和的監獄；在加害人方面，獲得重新回歸社會的機會；在被害人方面獲得實質及精神上的補償，此類以解決回復各類傷害及犯罪問題為導向的法院通稱為問題解決法院(Problem-solving court)。¹⁶⁰此類法院主要的共通特徵為：一追求實際的案件結果；二法官擔任程序的主導並採取團隊合作的模式；三採取非一般的法庭角色設計。¹⁶¹

相較於一般刑事法庭追求的程序保障以及判決先例的尊重，問題解決法院追求案件處理對於被告、社區及被害人的實際成果，即再犯率的下降、維持毒品依賴者狀態的穩

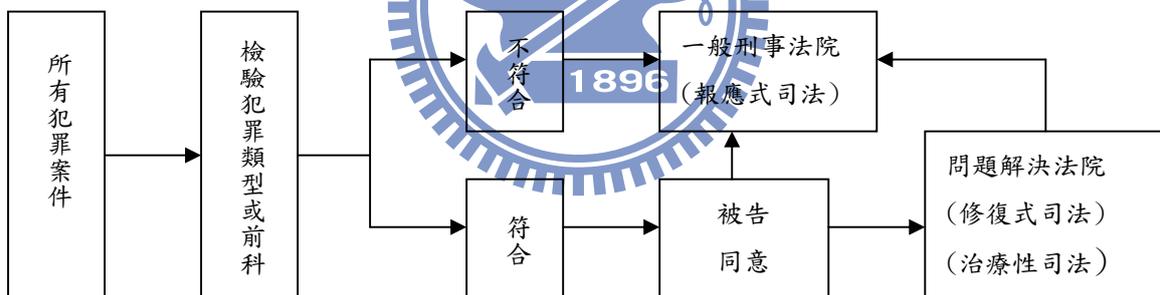
¹⁶⁰ Arthur J. Lurigio, *The First 20 Years of Drug Treatment Courts: A Brief Description of Their History and Impact*, 72 FED. PROBATION 13,13(2008).

¹⁶¹ Pamela L. Simmons, *Solving The Nation's Drug Problem: Drug Court Signal a Move Toward Therapeutic Jurisprudence*, 35 GONZAGA L. REV. 237, 255-58(2003).

定及更加健康的社區。¹⁶²

相較於一般刑事法院法官於判決執行期間並不參與相關的監督的情況，問題解決法院則是強調法官必須作為治療程序的主導者藉由定期的監督來達到治療的成效，但由於法官並非專業的治療者，所以必須與醫療機構及社區非營利團體結合，由他們提供治療並定期將成果回報，以利法官適時對於行為人的表現作出回應。¹⁶³

相較於一般刑事程序律師與檢察官立於對立的角色，問題解決法院是採取法官、檢察官、律師、醫療人員及社區團體共同為被告規劃治療的模式。在被告同意加入治療計畫之後，案件的重點不再是對於犯罪事實有無或權利的主張，而轉變成如何共同解決個案對於犯罪的問題，提供相關的協助，所以法庭程序參與者，包含法官、檢察官及律師必須轉變原本對立的角色，而以如何幫助個案完成計畫為目的。¹⁶⁴ 美國、澳大利亞將治療性及修復性司法的概念納入其刑事制度之後，報應式司法、修復式司法及治療性司法整合後的刑事訴訟架構如下圖的概念(圖5)，而其中以毒品持有或施用為收案對象的問題解決法院，主要為毒品法院及社區法院兩種，以下將針對其程序的設計進行介紹。



(圖5：刑事制度分流簡圖)

(資料來源：本研究自製)

(1) 毒品法院制度內涵

毒品法院的設置的目的是為了降低毒品的施用及持有案件，由於研究發現對於毒品依賴者採取立即性的介入手段，較容易使犯罪人接受自己有濫用藥物的情形，打破否認(denial)的心理防衛機制，使毒品依賴者承認有藥物濫用的事實存在，而更有意願加入治

¹⁶² Greg Berman & John Feinblat, *Problem-Solving Courts : A Brief Primer*, 23 LAW & POL'Y 125, 128-130(2001).

¹⁶³ *Id.* at 131-32.

¹⁶⁴ U.S. DEPARTMENT OF JUSTICE, *DEFINING DRUG COURTS: THE KEY COMPONENTS* 5(2003).

療計劃，所以爲了程序進行的迅速及增進醫療效果的前提下，必須增加個案管理系統、新設計法庭的角色配置、新增治療計畫的種類及成效評估方式。

個案管理系統會在法庭程序進行前，事先篩選出適合參加毒品法院的個案，由法官在法庭程序中詢問被告是否願意加入毒品法院計畫，如被告願意加入並同意法官可爲延長治療期間的處分且放棄進行一般審判程序(包含證據蒐集聽證會(preliminary hearing)、審前聽證會(pretrial hearing)及審判程序(trial))，則會立即進入治療計畫中。¹⁶⁵毒品法院法官是將醫療及刑事程序相連結的重要關鍵，藉由醫療提供者定期將法官會報被告的治療狀況，再由法官透過強制定期法庭會面機會對於被告的治療情形進行獎勵或懲罰，因此毒品法院法官不同於一般法官所具有客觀被動的裁判者的角色，毒品法院的法官必須成爲積極的監督者，並且要了解毒品濫用的本質以及行爲模式，針對被告的治療情形給予最適當的獎勵或懲罰增加治療的效果並增加醫療留存率。¹⁶⁶

在檢察官的角色轉換上，由於檢察官身爲國家的代表人必須以社會安全的角度追訴案件，因此必須在開庭仔細檢視行爲人是否具有參加毒品法庭計畫的資格，作爲國家的守門員，並由於在治療期間內復發或再持有毒品是相當正常的情況，因此毒品法院的設計，除在被告違反特定事由外，亦要求檢察官儘量不再行起訴行爲人，迫使離開治療計畫，改由替代懲罰的方式進行。¹⁶⁷

在辯方律師的角色轉換上，由於律師主要在於維護行爲人的訴訟權利及監督法院是否符合正當法律程序的要求，但由於進入毒品法庭治療計畫將會要行爲人放棄權利，律師此時就必須仔細審視相關文件，確保被告的權利，除此之外，由受到治療性司法的影響，律師的角色亦減少爭訟性質而改以增進行爲人心理的提升，而採取所謂預防性法律(preventive law)的作法，所謂預防性法律是指律師於訴訟前爲客戶提供最好的訴訟策略，分析所有的情形，以降低訴訟及其他法律問題對於行爲人的危機，而並非皆建議採取訴訟的方式進行，因此在客戶決定是否加入毒品法庭計畫之前必須告知其詳盡

¹⁶⁵ James L. Nolan Jr, *supra* note 132, at 1559.

¹⁶⁶ U.S. DEPARTMENT OF JUSTICE, *supra* note 164, at 1.

¹⁶⁷ Peggy Fulton Hora, William G. Schma & John T.A. Rosenthal, *Therapeutic Jurisprudence and the Drug Treatment Court Movement: Revolutionizing the Criminal Justice System's Response to Drug Abuse and Crime in America*, 74 *Notre Dame Law Review* 439, 478-79(1999).

的規定包含毒品法庭的本質、違反規定的效果及必須暫時或永久放棄的權利，以供被告作最好的選擇。¹⁶⁸

毒品法庭治療計畫的種類具有多樣性、個人化及全面性的特徵，治療人員會先根據計畫參與者初步的健康評估結果給予一般性的治療措施，而後再逐步進行調整，治療計畫除了包涵個人或團體諮商治療、初級及預防性醫療(例如預防針等)外，尚提供各式情緒管理課程及就業與教育服務。¹⁶⁹在獎勵及懲罰的設計上，如前述所提，由於毒品復發(relapse)在治療中是非常常見的情況，如果因為在治療中驗尿呈現陽性反應就撤銷假釋或是緩刑的規定，並不會對於犯罪人的行為有所改變，但若放任參與者施用毒品，亦無法有效達成治療的目的，所以必須利用一些聰明懲罰方式(smart punishment)及獎勵方式(smart reward)來達到降低犯罪率及降低施用毒品的目標，懲罰的機制包括：處以罰鍰、增加尿液篩檢的頻率、退回到前一期、增加諮商的頻率、增加監控的層級、增加出席的次數、提高起訴求刑、施以宵禁、準備復發預防計畫、寫悔過書或相關文章、社區服務。而對應的獎勵包括：減少罰鍰、給予特別權利、減少寫日誌、減少監控層級、減少諮商次數、減少宵禁、減少篩檢頻率、減少出席法庭次數、減少社區服務等，透過獎賞及懲罰的模式，減少施用毒品行為，破壞毒品的制約，並建立起新的記憶連結，可使個案重新回歸社會。若在參與計畫的途中，犯有暴力事件、成為無行為能力之人、蓄意阻擾他人治療或持續無法戒除毒品則會被強制剔除，並非進入治療程序中即獲得可持續施用毒品的免死金牌，此外，若因經濟狀況而交不出罰金或是無法負擔醫療費用，則不構成逐出醫療系統的原因，且由於有延長治療時間事由及懲罰的條件，毒品法院計畫相較於一般施用毒品行為的短期監禁，被認為是一種更加嚴格的處遇方式。¹⁷⁰

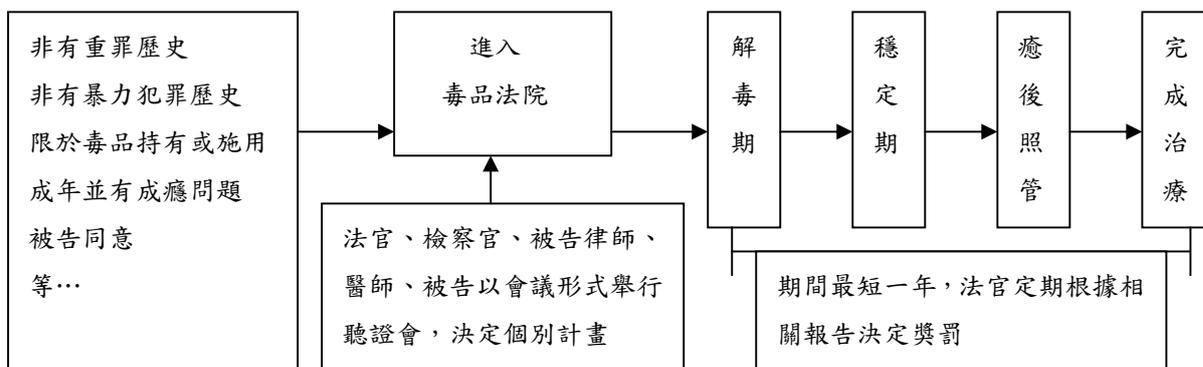
最後係治療計畫成效性的評估上，係將完成計畫至少六個月的個案與未參加治療計畫的個案及中斷計畫的個案進行比較，比較項目包括犯罪行為的種類及次數、從接受治療計畫開始停留在監獄的天數，完成計畫後的酒精或藥品使用狀況、工作能力及雇用

¹⁶⁸ Bruce J. Winick, *A Legal Autopsy of the Lawyering in Schiavo: A Therapeutic Jurisprudence/Preventive Law Rewind Exercise*, 61 U.MIAMI.L.REV.595,599(2007).

¹⁶⁹ U.S. DEPARTMENT OF JUSTICE, *supra* note 164, at 9-10.

¹⁷⁰ Peggy Fulton Hora, *supra* note 167, at 469-70；楊士隆、李宗憲，「藥物法庭介紹」，藥物法庭制度實施可行性探討座談會參考資料，頁 8-9(2008)；Pamela L. Simmons, *supra* note 161, at 259-60.

狀況的變化、就學情況的改變、心理及生理健康的改變、家人關係的改變、對於參與治療計劃的認知及感受及使用醫療及服務的種類及次數。而在成本效益評估上必須將將減少的法庭成本、監獄矯治成本、醫療成本及增加的經濟上生產力納入考量。¹⁷¹毒品法院的運作基本流程如圖6所示



(圖 6：毒品法庭流程圖¹⁷²)

(資料來源：楊士隆(2008)，本研究重新編製)

A. 美國毒品法院制度暨成效

美國佛州的Dade County's Drug Court於1989年設立，為全美最早設立的毒品法庭，其結構以及程序規劃是目前美國2300個毒品法庭以及其他類型問題解決法院的參考，依據佛州州法397.334(1)規定，各郡可以自行設立以治療為導向的毒品法庭計畫，以有效評估司法程序中的被告的藥物施用嚴重程度，並針對個人的狀況提供不同的治療方案，類型可以分為審前介入計畫(Pretrial intervention Program)、輕罪審前物質濫用教育及治療介入計畫(Misdemeanor pretrial substance abuse education and treatment intervention program)¹⁷³、少年犯罪審前治療介入計畫(Delinquency Pretreatment Program)三類。¹⁷⁴

審前介入計畫的標準上，個案如觸犯第二級或第三級購買或持有毒品罪或利用賣

¹⁷¹ U.S. DEPARTMENT OF JUSTICE, *supra* note 164, at 9-10.

¹⁷² Peggy Fulton Hora, *supra* note 167, at 472-505(1999).

¹⁷³ Florida Statutes 397.334 (1) :「 Each county may fund a treatment-based drug court program under which persons in the justice system assessed with a substance abuse problem will be processed in such a manner as to appropriately address the severity of the identified substance abuse problem through treatment plans tailored to the individual needs of the participant....」

¹⁷⁴ Florida Statutes 397.331 (1) (a) :「 "Substance abuse" means the use of any substance if such use is unlawful or if such use is detrimental to the user or to others, but is not unlawful」

淫、賄賂、引誘、詐欺方式購買管制藥品，但必須無曾經被以暴力犯罪起訴(例如謀殺、性暴力、強盜、劫車、入屋竊盜等)及無重罪或曾經進入重罪審前介入計畫的紀錄，原則上即可自願進入毒品法院中進行一年的治療計畫，一般刑事法院法官必須移送至毒品法院，但如有以下情況，可能會被毒品法院法官及州檢察官拒絕進入毒品法院中：一曾經加入或拒絕物質濫用教育及治療介入計畫，則可能無法進入計畫當中；二州檢察官於聽證會中提出合理懷疑(preponderance)的證據顯示被告有毒品販賣的行為，則法院應駁回進入計畫的申請。¹⁷⁵

輕罪審前物質濫用教育及治療介入計畫的個案進入標準上，只要是以非法持有管制藥品的輕罪被起訴的個案，並無審前介入程序的排除的情形及未曾參加過本計畫的紀錄，即可經由自願加入進入治療計畫。¹⁷⁶少年犯罪審前治療介入計畫個案進入標準上，青少年或兒童被控第二級或第三級持有或購買毒品，而未有重罪判刑紀錄且未曾參加少年審前計畫，即具有參加標準。¹⁷⁷

被告決定是否進入毒品法庭治療計畫之前，會與由毒品法院法官所組成的醫療建議小組進行會商，規劃治療計畫的內容，內容會包含對於被告不服從治療計畫所訂條件的處罰，可能的處罰包括短暫的監獄隔離及延長治療期間等，被告在了解進入治療計畫所須盡的義務之後，自願決定是否參加該計畫，若不願意參與則回歸一般刑事程序進行，治療計畫內容可以區分成解毒期(Detoxification)、穩定期(Stabilization)以及癒後治療期(Aftercare)三個階段。¹⁷⁸

¹⁷⁵ Florida Statutes 948.08(6)(a) : 「... a person who is charged with a felony of the second or third degree for purchase or possession of a controlled substance under chapter 893, prostitution, tampering with evidence, solicitation for purchase of a controlled substance, or obtaining a prescription by fraud; who has not been charged with a crime involving violence, including, but not limited to, murder, sexual battery, robbery, carjacking, home-invasion robbery, or any other crime involving violence...」

¹⁷⁶ Florida Statutes 948.16(1) : 「 A person who is charged with a misdemeanor for possession of a controlled substance or drug paraphernalia under chapter 893, and who has not previously been convicted of a felony nor been admitted to a pretrial program, is eligible for admission into a misdemeanor pretrial substance abuse education and treatment intervention program approved by the chief judge of the circuit,...」

¹⁷⁷ Florida Statutes 985.306 (1)(a) : 「 Notwithstanding any provision of law to the contrary, a child who is charged under chapter 893 with a felony of the second or third degree for purchase or possession of a controlled substance, and who has not previously been adjudicated for a felony nor been admitted to a delinquency pretrial intervention program under this section, is eligible for admission into a delinquency pretrial substance abuse education and treatment intervention program...」

¹⁷⁸ Florida Statutes 948.08(5) : 「 At the end of the intervention period, the administrator shall recommend:
(a) That the case revert to normal channels for prosecution in instances in which the offender's participation in

第一階段為解毒期，一般約為十二至十五天，計劃參與者會從監獄獲看守所送往郡的治療中心進行解毒，這時間開始由治療提供者與參與者共同擬定治療計畫(包含十二步驟會議¹⁷⁹、住院治療、針灸治療)，其中住院治療僅在參與者情況嚴重時才會使用，大部分參與者均是接受定期門診計畫。而通過第一階段的標準，最少必須與治療者會面十二次及連續通過七次驗尿檢驗)。¹⁸⁰第二階段為穩定期，一般約為十四至十六周，參與者持續參與個人及團體諮詢計畫，參與者若能在每次的驗尿中皆維持陰性的結果且遵守定期與法官會面的協議，可以給予參與者決定接受治療種類的權利，而是否能進入第三階段則由治療者向法官出具書面意見，由法官裁定。¹⁸¹第三階段為癒後治療期，一般約為八至九個月，相關的諮詢治療仍持續在進行，但由於此時參與者已能適應外界的世界，為了維持這樣的成效，開始提供教育及假日的職業輔導並給予經濟上的援助，以便成功回歸社會。¹⁸²完成治療程序的認定上，會由治療者出具書面證明參與者已將不再需要相關治療，交由法官裁定程序結束，且通常會於程序結束時舉辦畢業典禮的儀式，作為參與者人生新的開始，並且撤銷起訴處分¹⁸³。

就治療費用負擔部份，計畫的參與者必須自行負擔所有治療費用，但針對不同個案的支付能力有不同而訂有不同的收費方式，不足的部分將由司法機關所收取的重犯罰金支付，此外依照進入的程序不同，參與者需要每月捐助平均約二十美元的附加費用給當地司法機構作為評估及更新設備的費用，除非是收入無法支付附加費的學生、待業者、老幼者、負擔受害者生活者或是基於其他原因可以免除附加費的支付，否則可能會構成撤銷治療計畫的資格。¹⁸⁴目前美國毒品法院制度的施行已經出現顯著的成效，第一是再

the program has been unsatisfactory; (b) That the offender is in need of further supervision; or (c) That dismissal of charges without prejudice shall be entered in instances in which prosecution is not deemed necessary. The state attorney shall make the final determination as to whether the prosecution shall continue. 」

¹⁷⁹ 十二步驟會議是源自美國戒酒匿名會，利用行為改變技術以及團體治療來達到脫離成癮的目的。

¹⁸⁰ Miami Dade County Drug Court,

http://www.jud11.flcourts.org/programs_and_services/drug_court.htm#dcq4 (last visited Mar.29.2009).

¹⁸¹ *Id.*

¹⁸² *Id.*

¹⁸³ Florida Statutes 948.08 (b): 「While enrolled in a pretrial intervention program authorized by this subsection, the participant is subject to a coordinated strategy developed by a drug court team under s. 397.334(3). The coordinated strategy may include a protocol of sanctions that may be imposed upon the participant for noncompliance with program rules. 」

¹⁸⁴ Florida Statutes 948.09(1)(a) : 「Any person ordered by the court, the Department of Corrections,.....,must, pay the department a total sum of money equal to the total month or portion of a month of supervision times the

犯率(recidivism)的下降，對於再犯率的定義，是對治療計畫的參與者，再度犯最輕本刑一年以上的罪名及對於因持有毒品或其他非暴力事件再度進入緩刑的紀錄，分別在完成計畫後評估前十二各月、一年至二年、二年以上的人數及比例，根據全美 2003 年的統計完成治療計畫一年後的再犯比例為百分之十六相較於一般刑事程序的百分之四十三為低；在兩年之後的再犯比例百分之二十七遠低於一般刑事程序的百分之五十八。¹⁸⁵第二是在成本效益上，對於施用毒品犯在一般監禁程序每年約花費二萬至五萬美元，而參與毒品法院治療計畫每年花費為兩千五百至四千美元。此外，每一位治療計畫參與者將因再犯率的下降而產生七千美元的利益，避免四千美元的司法成本及三千美元的被害人成本支出。¹⁸⁶第三是參與人留存在治療體系時間，對於治療計畫的有效性的預測，與留存在治療的時間成正比，因此參與者的留存時間可以作為參與者狀態及清醒的指標，相關的數據包含進入治療計畫的人數及完成治療計畫的人數，完成治療計畫的比例約為百分之七十，非經由毒品法庭參與治療計畫的人，在治療計畫的前九十天退出的比例為百分之四十至八十。¹⁸⁷

B. 澳大利亞毒品法院制度暨成效

澳洲第一座毒品法庭1999年成立新南威爾斯州，亦依循著美國的毒品法庭模式進行，設立的法源依據為新南威爾斯毒品法庭法案(NSW Drug Court Act 1998)，在個案的進入資格上，被告須為毒品依賴者且起訴案件非販賣、散佈管制藥品或暴力性犯罪，方符合資格，一般法院法官對於符合資格的被告必須詢問是否願意轉介至毒品法院，如不願意則再依一般刑事程序進行，如願意則轉介至毒品法庭。¹⁸⁸

轉介至毒品法庭之後，首先會先對於被告進行初步的醫療健康評估，評估期間約為兩個星期，如評估不適合治療計畫或是不同意法庭所定的治療條件將送回一般的刑事法

court-ordered amount, but not to exceed the actual per diem cost of the supervision.....」

¹⁸⁵ Office of the State Courts Administrator & Office of Court Improvement, Report on Florida's Drug Courts 11(2004).

¹⁸⁶ *Id.* at 12.

¹⁸⁷ *Id.* at 12-13.

¹⁸⁸ Drug court Act 1998 Part 15 :「A person is not an eligible person if the person is charged with:(a) an offence punishable under Division 2 of Part 2 of the Drug Misuse and Trafficking Act 1985, not being an offence that (under Part 9A of the Criminal Procedure Act1986) is capable of being dealt with summarily, or (b) an offence involving violent conduct or sexual assault, or...」

庭審判，治療條件將包括獎勵及懲罰兩部分，其中針對治療中再度施用毒品通常會採取一至二天的拘禁懲罰，只有在蓄意擾亂定期驗尿程序、有暴力事件產生，破壞治療秩序等三類情形會採取中斷治療的措施，整個治療的過程可以分成穩定期(stabilization)、鞏固期(consolidation)及復歸期(reintegration)三個階段。¹⁸⁹

第一階段為穩定期，期間共三個月，目的在於減少參與者毒品的使用量、穩定參與者的健康以及降低犯罪率，其中在藥物的治療計畫上，有提供美沙冬替代療法、拿粹松療法及戒斷療法三種，而且在此階段被告必須接受一週三次的驗尿程序以及一週一次的法官會面及家庭訪問。¹⁹⁰第二階段為鞏固期，期間為三個月，目的在於繼續維持參與者的減少毒品使用的情形，並且穩定新建立的社區人際關係，並且開始培養工作技能，此時驗尿的次數為兩週一次，與法官定期會面的次數依照參與者對於治療計畫的服從度而訂。¹⁹¹第三階段是復歸期，期間共六個月，此時參與者應該已找到工作或具有工作的能力，並且開始能經濟獨立，在此階段驗尿的次數將隨參與者對治療計畫的服從程度而訂，而法官定期會面期間也延長至一個月一次。而在整個治療計畫結束之後，法院會撤銷原本參與者因認罪被判處的刑期及相關紀錄。¹⁹²目前新南威爾斯州的毒品法院成效主要顯示三大部分，第一為再犯率的下降，對於再犯率的定義，毒品法院是將參與計畫者與一般刑事程序被告進行比較，觀察其在一定時間中的自由天數以及再次犯罪的相隔天數作為再犯率評估的標準，發現因為犯商店竊盜及毒品相關犯罪進入治療計畫的人，相較於進入一般刑事程序的人，自由天數長並達到統計上顯著差異，而再次犯罪的相隔天數的比較上，犯毒品相關犯罪人接受治療計畫後再犯相隔天數有達顯著差異，就整體來說參與治療計畫的人各類犯罪次數遠低於未參與者。¹⁹³第二是在成本效益上，雖然就每天支出的成本而言，參與計畫的人每天需花衣百四十三元澳幣相較於一般程序的一百五

¹⁸⁹ Drug court of New South Wale, Guideline For Sanctions, [http://www.lawlink.nsw.gov.au/lawlink/drug_court/ll_drugcourt.nsf/pages/adrgcrt_drugcrt1rewards\(last](http://www.lawlink.nsw.gov.au/lawlink/drug_court/ll_drugcourt.nsf/pages/adrgcrt_drugcrt1rewards(last) visited Mar.29.2009).

¹⁹⁰ Karen Freeman, Ruth Lawrence Karski and Peter Doak, *New South Wales Drug Court Evaluation: Program and Participant Profiles*, 50 CRIME & JUS. BULLETIN1,2(2000).

¹⁹¹ *Id.* at 2.

¹⁹² *Id.* at 2.

¹⁹³ NSW Bureau of Crime Statistics and Research, *New South Wales Drug Court Evaluation: Cost-effectiveness* 35-53(2002).

十元澳幣雖無顯著差異，但在犯罪的支出成本上確有顯著的不同，由於治療計畫能有效降低犯罪率，所以每減少一宗商店竊盜案就減少五千元澳幣的支出，每減少一宗毒品持有或使用就減少一萬九千元澳幣支出。¹⁹⁴第三是促進參與者健康上，參與者健康的評估，是比較參與計畫前及四個月、八個月、一年後的身體、心理及毒品使用的變化，而結果發現參與計畫的男性在各類的健康指標上均高於全澳洲人口的平均值且發現在加入計畫的前四個月健康增進的幅度最顯著，此外毒品的使用量也從每週一千元澳幣下降為每週一百七十五元澳幣。¹⁹⁵

(2) 社區法院內涵及美國社區法院制度與成效

社區法院設立的原因在於一般刑事程序對於一些影響社區中生活品質的輕微犯罪效力不彰，大量的輕微案件佔據法院大多數的資源，而經過冗長的程序之後，判決結果通常僅為短期拘禁，而且無法有效抑制再犯的情形，而長期下來除了造成淨方對於此類犯罪執法消極，社區居民的生活品質受到影響且這類細微的案件將來有轉變成大件刑案發生的可能性，因此社區法院的設立，目的在於要求實質的正義，因此對於此類細微案件處理程序快速，並且以社區處遇的方式取代短期居留，並藉由社區參與刑事程序，法並開放社區民眾參與並可以提出相關的意見。¹⁹⁶這樣的制度可以使正義更能被看見及接觸，並且使被害人獲得更立即的補償，以有效修復社區關係，並對被告提供必要社區資源，以幫助被告解決問題且建立警方、社區及法院的三方合作關係，讓司法正義被有效率實現且社區居民皆有深刻感受。¹⁹⁷在社區法院當中，社區民眾能夠藉由法庭程序表達意見，而法官此時就扮演調解者的角色平衡雙方的意見衝突，並且與社區民眾及被告共同擬定被告所應參與的服務計畫，由法院定期監督計畫的執行，並對於執行期間的表現給予立即的回應。¹⁹⁸法院流程如圖7所示：

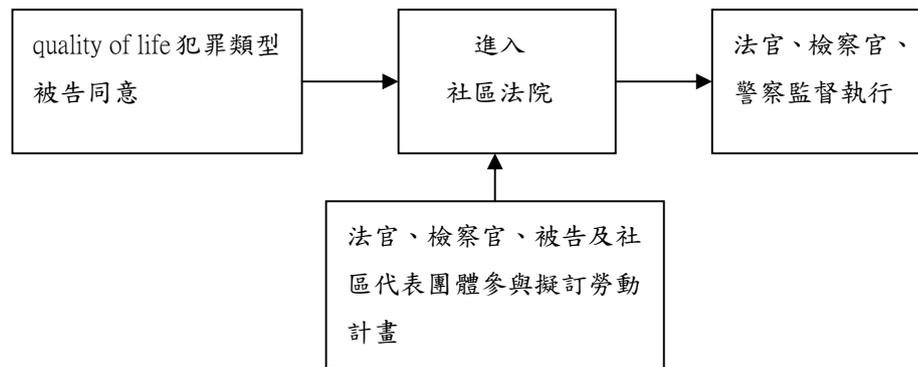
¹⁹⁴ *Id.* at 55-60.

¹⁹⁵ *Id.* at 11-29.

¹⁹⁶ RICHARD CURTIS, DISPENSING JUSTICE LOCALLY: THE IMPLEMENTATION AND EFFECTS OF THE MIDTOWN COMMUNITY COURT 1-10(2000).

¹⁹⁷ JOHN FEINBLATT & GREG BERMAN, COMMUNITY PRINCIPLES: A GUIDE FOR PLANNERS 3-9(2000).

¹⁹⁸ *Id.* at 3-9.



(圖 7：社區法庭流程圖)

(資料來源：本研究自製)

美國第一座社區法院Midtown Court，1993年於紐約州的時代廣場附近建立，程序設計，皆依照修復性司法的內涵進行，甚至法庭的座位配置亦採取會議型態的圓桌型設計，只要在法院管轄地區所發生的案件都會先送到社區法院中，再由社區法院依案件的性質處理，處理案件的類型主要是為影響生活品質的犯罪類型(quality of life)，此類案件通常具有對輕微、無犯罪人的特徵，例如街頭賣淫、少量持有販賣低階毒品、無照攤販、街頭賭博、商店偷竊、無票搭車等，但如涉及暴力的案件則不在管轄範圍中。¹⁹⁹

而對於個案進入資格雖無限制但必須在第一次傳訊就表達願意認罪的意願，否則仍會循一般刑事程序判罰金或是短期刑。判刑的種類方面，社區法院創造介於罰金及監禁處遇的中間類型，即勞動工作及社區服務，被告若不服從相關指示，法院會藉由增加服務時間與增加法庭會面時間作為懲罰。勞動工作的內容包括清洗牆壁塗鴉、修補人行道、分類舊衣物、協助法院處理信件等，勞動服務的時間最多不會超過十五天，大部分都是二至三天，如果半途逃跑，則法院會發出逮捕令加以逮捕，並令其重新進行勞動工作，其他社區服務的內涵包含娼妓接受衛生教育、毒品依賴者接受治療等。²⁰⁰

美國社區法院的成效主要顯示在三部份，第一部份在於社區工作的服從度，據統計社區法院計畫服從度為百分之七十五相較一般刑事程序的百分之五十為高；第二在於犯罪率的下降，由於對於這些微小犯罪提高警方的執行度因而減少重罪案件發生件數，使一般刑事法院的負擔減輕；第三是對於社區的影響上，微小犯罪事件減少，街上不再充斥娼妓及無照攤販，治安明顯增加，此外社區跟法院的連接更加緊密而此司法更為民

¹⁹⁹ JIM CLEARY, COMMUNITY COURTS AND QUALITY-OF-LIFE CRIME: THE MIDTOWN MANHATTAN COMMUNITY COURT AS A MODEL 13-20(1999).

²⁰⁰ *Id.* at 13-20.

眾所信任。²⁰¹

4.6 小結

針對施用毒品行爲的管制的刑事程序的設計，近年來各國所倡導的治療性司法以及修復性司法的觀點可供參考，相較於以報應式司法以懲罰與犯罪事實有無的認定爲主軸的一般刑事法院，問題解決法院則是強調程序迅速、治療及社區關係修復爲核心，並以適當的懲罰與獎勵作爲治療成效與公平性的保證且藉由社區的參與使得司法得以被看見、被推廣、被體會。

問題法院的相關具體措施上，本研究統整美國與澳洲實行毒品法庭及社區法院的經驗可以發現各國實施的問題解決法院制度在對於個案進入標準及是否須先於認罪與否的認知有所不同，但相同點係皆須被告表達同意。

美國的佛州的毒品法院在制度的設計上並不要求被告必須是毒品依賴者，亦不須於進入治療程序前即先認罪，然而澳洲的新南威爾斯毒品法院被告必須是毒品依賴者並且必須先行認罪，而在美國的社區法院亦是以先行認罪爲主。雖然問題解決法院個案進入標準與案件類型有所不同，但其相似之處在於對於暴力性犯罪起訴或毒品販賣等罪起訴的被告皆採取否定其參與資格的看法，其原因在於公共安全的考量，由於問題法院的治療計畫及勞動服務是以社區爲治療中心，必須同時顧及社區民衆的安全，所以會排除曾犯有暴力性犯罪的被告。

此外，由一般刑事程序進入問題法院法庭的程序上，並非由一般刑事法院法官的享有決定與否的裁量權，而是由法條規定對於符合標準的被告除有法定情形外，皆可進入問題解決法院程序當中。

我國現行的緩起訴處分搭配美沙冬替代療法亦是以治療爲主軸的刑事制度設計，可以比照問題解決法院的成效評估方式，評估我國現行成效並對於現行問題進行修正。

²⁰¹ *Id.* at 13-20.

第五章 緩起訴處分與美沙冬替代療法

「(施行緩起訴處分搭配替代療法的原因?)第一個是對於衛生署抑制愛滋病的成效、第二是進入監所的訪談、第三點是國外的文獻對於這些吸毒者是有效的,我們想說如果這些人去替代療法之後他就會減少海洛因的吸食量,犯罪率就會減少,對整個治安跟地檢署案件的減少有助益,其實之前開緝毒會議的時候警方給我們一個訊息,竊盜搶奪侵占都是固定的那一群人在做,這群人有很大一部分是吸毒者,那如果我把你這些人納入我的替代療法的體系之內是不是比較不會去吸海洛因,就不缺錢,因為很多海洛因一天要吸三四次吸完呢就要去搶錢阿,所以有一個降低犯罪的方法,考慮我們才想要去說做做看...。²⁰²」

5.1 美沙冬替代療法為減害政策(harm reduction)的具體措施

(1) 減害取向的起源與特徵

減害的想法起源 1980 年代的英國,鑑於當時注射藥品所引起的愛滋病疫情開始逐漸盛行,觀察主要各國的愛滋新增病例可以發現,有大部份是經由注射藥物(Inject drug user, IDU)的方式所感染,且觀察其他非經由注射藥物的感染者發現有一定比例是經由與注射藥物者的性行為所感染,愛滋病的出現以及其他的相關疾病(例如 B 型及 C 型肝炎)使得藥物濫用者的致死率上升,過去對於藥物濫用者單純採取禁戒(abstinence),即將其隔離一陣子使藥物濫用者藉由身體的自然恢復方式重獲健康的方式,再也不能有效對付愛滋病與注射藥物混合的問題,除此之外,對於毒品採取禁止的結果,亦衍生出許多的社會問題,例如暴力及組織犯罪、監獄超額收容及政府官員貪污洗錢的問題,而產生更多社會的支出,所以減害政策訴求就是希望能找出、評估並減少毒品使用所造成的傷害效果。²⁰³減害政策之所以可以在英國為大眾接受主要受到三個因素的影響:一是在英國的 Liverpool 地區對於藥物濫用者的治療經驗,由於 Liverpool 至 1980 年代才出現藥物

²⁰² 訪談譯文 P3 節錄。

²⁰³ Peter Stoker C. Eng, *History of Harm Reduction - Provenance and Politics, Part 3.*, J.GLOBAL DRUG POL'Y & PRAC, available at http://www.dpnoc.ca/My_Homepage_Files/Download/History%20of%20Harm%20Reduction%20%20Provenance%20and%20Politics%20Part%20Three.doc (last visited Mar.29.2009).

濫用診所，所以在此之前仍沿襲 1920 年代的治療方式即對於海洛因個案施以海洛因藥物的治療，而發現對於某些特定的族群，採用維持藥物的方式，相較於禁戒的方式可以讓個案享有較好的生活品質並且在 1986 年英國採取了清潔針頭交換計畫，增加無菌針具的提供²⁰⁴；三是英國警方同意不在治療毒品處所進行警力部署並對於逮捕的毒品濫用個案轉介藥物服務。世界衛生組織亦建議所以國家應將對於愛滋病的防疫列為國家政策的優先選項，並認為愛滋病的防疫措施如與毒品使用的減量有所衝突應以愛滋病防疫為優先，因為愛滋病對於個人健康以及公共衛生的傷害遠大於藥物的濫用，因此減害政策主張對於藥物濫用的防制應採取務實的態度、必須尊重人性尊嚴且重點應在傷害的降低而不在藥物用量的禁絕。²⁰⁵

只要世界上有藥品存在，就不能避免有藥品濫用的問題，且人並非時時理性，不可能在使用藥物前皆考慮到後果，因此要從社會完全去除藥品濫用的情況是一種不切實際理想而已，此外施用藥物並非對於個人及社會完全無好處，倒不如採取某限度容忍的方式進行政策規劃，可使社會獲得最大利益。再者，選擇毒品濫用的生活型態是出自於個人意志的決定，必須給予相當程度的尊重，不應該強迫接受治療或是改變生活認知，且必須認知到藥品濫用者也是社會的一部份，政策的規劃要以一個整體的概念去設計，必須將藥物濫用者納入社會之中，而不是將其隔離於社會之外。因此藥物禁絕應該是政策的劣後考量點，禁絕取向雖然可以為政策的長期目標，但並非為為首要目標，政策焦點應在如何降低施用毒品對於社會的傷害，所以必須有多元化的措施來加以因應藥物濫用者的需求，這些措施包含提供醫療的照顧、降低施用藥物的人口及用量、使藥物使用者轉向安全的用藥方式。²⁰⁶

(2) 毒品減害取向的具體措施

根據減害取向，目前可以具體歸納出幾種措施：一是針頭交換計畫、二是替代療法、三是寬鬆的法律的執行、四是提供合法的藥品注射室，介紹如下：

²⁰⁴ JAMES A. INCIARDI & LANA D. HARRISON, HARM REDUCTION: NATIONAL AND INTERNATIONAL PERSPECTIVENESS 1-5(1992).

²⁰⁵ *Id.* at 6.

²⁰⁶ Don C. Desjarlais, *Editorial: Harm Reduction—A Framework for Incorporating Science into Drug Policy*, 85 AM. JOURNAL PUB. HEALTH 10, 11(1995).

清潔針頭交換計畫(Syringe exchange and availability)，在 1980 年代於歐洲開始興起，因為有鑑於愛滋的感染絕大部份的原因來自共用針頭，所以爲了減少共用針頭的機率，便在各個診所或衛生單位提供大量便宜的清潔針頭，供毒品濫用者領取並且回收舊針頭，並於毒品濫用者領取針頭時，相關衛生人員可以提供醫療資訊或相關基礎服務，此外於偏遠地區設置清潔針頭販賣機或是消毒藥水，以確保二十四小時皆有針頭取得處，然而批評者認爲採取由政府提供針頭的方式會造成變項獎勵施用毒品的結果，美國即就是因爲這樣的因素拒絕採用清潔針具計畫，根據 1996 年的研究發現，美國因拒絕採取清潔針頭計畫，而使愛滋病感染人數估計升高四千至一萬人而造成國庫數百萬美元的醫療支出，爲清潔針頭支出成本的數十倍。²⁰⁷

替代療法係對於海洛因濫用者，給予美沙冬藥物替代可以有效減輕海洛因的戒斷症狀，可以作爲急速解毒或是長期替代之用，且因美沙冬必須每日前往醫療處所服用，可以增加醫療人員與濫用者的接觸機會，可適時提供相關的衛教或是心理治療的服務。²⁰⁸

寬鬆的法律的執行係指警方取締犯罪的重點在於毒品販賣行爲，而非毒品施用行爲，以英國爲例，對於執行法律的相關人員包括警察、檢察官、平時必須具有愛滋病防制的相關概念，儘量不要對於單純的施用毒品犯進行跟監，並且不在衛生單位附近埋伏，逮補到施用毒品者時，如屬於單純施用毒品犯而無毒品販賣、暴力犯罪等前科，應該將其轉介到醫療單位或是以警告方式爲主，並告知如再犯則會獲起訴處分，對於持有少量供個人施用的毒品僅須處以罰金即可，對於大量持有再採取判刑的處分，而荷蘭更是採取對於事實上毒品分類(*de facto decriminalization*)執行的方針，對於持有大麻製品以及在” *cafe shop*” 施用毒品的人儘量不會逮捕，而將警力集中在毒品販賣上。²⁰⁹

合法的毒品施用地點係指由政府提供安全的施用毒品處所，以特定地點施用毒品除罪化的方式進行，產生原因係鑒於施用毒品者常會因爲躲避警方的查緝，而在陰暗髒亂的環境中施打毒品，常會因光線不明或環境衛生不佳，導致施用毒品過量死亡的結果，所以開始於固定處所設立毒品的毒品注射室，提供施用毒品者明亮且乾淨的空間，在毒

²⁰⁷ JAMES A. INCIARDI & LANA D. HARRISON, *supra* note 204, at 11.

²⁰⁸ *Id.* at 14.

²⁰⁹ *Id.* at 15.

品注射室中，施用毒品者可以取得乾淨的針頭、保險套及獲得一些醫療的知識及服務，在瑞士、荷蘭以及德國都有相關的機構設置，經相關研究證明可以有效降低注射毒品過量以及愛滋病傳染的風險。²¹⁰

(3) 美沙冬替代療法介紹

A. 美沙冬作用及目前施行國家

美沙冬是一種鴉片類的合成製品，有強大的止痛功能，主要用來治療慢性疼痛以及鴉片類成癮症狀，且因為它的長期藥效及相較於鴉片類藥品花費低廉在近年來大量的被使用。毒品濫用個案在臨床上我們會發現有耐藥性及戒斷症狀兩大特徵，而之所以會產生耐藥性 (tolerance) 的原因主要有二，一是因為鴉片類製品會抑制 NMDA (N-methyl-D-aspartate) receptor 的作用，而藥效經過之後，為了補償過度壓抑的 NMDA (N-methyl-D-aspartate) receptor 反而會產生神經過度刺激的效果，而產生身體疼痛感，且必須用更大量鴉片類藥物去處理，二是因為鴉片類製品會促進身體釋放過量的多巴胺 (dopamine) 與 μ (mu) 受體結合產生欣快感，而使細胞上 μ (mu) 受體功能減弱或是壞死，故必須使用各大量的鴉片類製品產生更大量多巴胺，以維持相同程度的欣快感，而美沙冬根據藥理學及藥物動力學的研究發現，雖然與海洛因及嗎啡都屬於 μ (mu) 受體的致效劑，但是因化學結構不同，所以並無嗎啡及海洛因等物質所產生的生理作用(抑制血清素、正腎上腺素與抑制 NMDA (N-methyl-D-aspartate) receptor)，且經由重複施用美沙冬，美沙冬對於 μ 受體的結合傾向會高於嗎啡，因而可以取代海洛因及嗎啡的作用，且與 μ (mu) 受體結合產生的欣快感亦較海洛因及嗎啡少，故可使耐藥性及戒斷症狀較為輕微，並能減輕對於其他鴉片類藥品的渴望。²¹¹此外，由於美沙冬是一種脂溶性分子，可以搭配多樣的使用途徑，例如口服及注射等方式，相當具方便性。但由於美沙冬本身特性故只能針對海洛因、嗎啡等鴉片類患者有效。但須注意如施用鴉片類藥品尚未達濫用程度者，接受美沙冬反而會造成美沙冬成癮症狀的出現。²¹²

²¹⁰ JAMES A. INCIARDI & LANA D. HARRISON, *supra* note 204, at 16.

²¹¹ 盧孟珊，淺談藥癮愛滋減害計畫與美沙冬替代療法，三總藥訊，頁4-5(2007.10)。

²¹² James D. Toombs & Lee A. Kral, *Methadone Treatment for Pain States*, 71 Am.Fam.Physician 1353,1353-1354(2005).

使用美沙冬會發生的副作用主要仍以鴉片類藥物普遍所造成的副作用為主，如藥物依賴性、噁心嘔吐、頭暈、口乾、夜間出汗、便秘等問題。要小心避免同時併服其他作用在中樞神經系統藥物，如抗憂鬱劑，因會造成呼吸系統抑制，嚴重可能有致死之虞。除對美沙冬製劑過敏者、急性支氣管氣喘、高碳酸血症、或病人處於無監測設備或急救儀器的呼吸抑制情況下為使用美沙冬的禁忌外，原有呼吸系統問題者、有酒癮問題者、腦部受傷、嚴重肝臟疾病者等，在使用美沙冬治療時都需特別注意病人使用後的情況。²¹³孕婦在使用美沙冬必須非常小心，孕婦使用高劑量的美沙冬與嬰兒是否產生戒斷症狀有正相關，一般人在開始接觸美沙冬的開始四至六天可能會有使用過量藥物中毒的情況產生，血中濃度若高於4mg/L時則有可能會有致死的危險，且由於美沙冬的戒斷症狀持續期間會較海洛因長很多，所以建議長期於接受醫生診斷下使用避免產生嚴重的副作用所以，通常會希望美沙冬治療期間能持續一段長時間。²¹⁴

在用量及用法方面，由於美沙冬的半衰期約二十四至三十六小時，因此必須每天前往醫院服用，初始劑量一般在每天20-30mg，但如果劑量太低，個案可能因無法忍受戒斷症狀，而再去非法使用藥物，劑量太高則有中毒的危險，平均穩定劑量約在20-120mg，但國外有每天使用超過200mg的情形。美沙冬的戒斷症狀通常會發生在突然停藥或併用鴉片類拮抗劑時，戒斷症狀包括坐立不安、流鼻水、打哈欠、流汗、顫抖、冒冷汗、肌肉酸痛、瞳孔放大等、其症狀類似鴉片類戒斷症狀、但比海洛因輕微。²¹⁵

而利用美沙冬治療鴉片類濫用者的方式，目前主要有一百八十天的美沙冬戒毒療法(180 days-Methadone Detoxification Treatment, M180)及美沙冬替代療法(Methadone Maintain Treatment MMT)兩類，M180 主要是提供給未能符合 MMT 資格的個案使用，可以分成三個階段，第一個階段為誘發期(induction phase)大約是兩週的時間，此時期個案必須減少非法藥物的使用並且調整美沙冬的劑量、第二階段為穩定期(stabilization phase)大約是六十至八十天的時間，此階段個案維持已能維持穩定的美沙冬藥量應可有自信可以避免濫用毒品的行為、第三階段為遞減期(taper phase)大約是一百至一百二十

²¹³ Shalini Chhabra, *Methadone*, 25 AM.J. HOSPICE & PALLIATIVE MEDICINE 146, 146-50 (2008).

²¹⁴ EXECUTIVE OFFICE OF THE PRESIDENT OFFICE OF NATIONAL DRUG CONTROL POLICY, METHADONE 1-3 (2000).

²¹⁵ 陳光輝等，海洛因成癮者之美沙酮替代療法，臺灣醫學雜誌第 11 卷 3 期，頁 315-319 (2007)。

天，開始遞減美沙冬的劑量，但此時個案將可能面臨劑量遞減所產生的不舒服的現象²¹⁶；美沙冬替代療法是供符合毒品濫用標準的人使用，在開始接受治療之前，醫院會先進行整體性評估(包含藥物使用史、生理狀況評估、心理與社會角色評估、SF-36、BDI、BAI)、實驗室檢查(HIV 篩檢、GOT、GPT、r-GT、B 型肝炎表面抗原與抗體檢查、C 型肝炎病毒抗體檢查、梅毒螺旋體血液凝集檢查。)由於個人先前的鴉片類藥物施用經驗不同，所以成癮症狀出現的程度亦不相同，因而初始藥量給予也有所不同，所以第一次服用藥量最好不超過 30mg，此後依個案的身體狀況每天或隔天增加 5-10mg，平均的穩定藥量為 80-120mg，大約在進入治療一個月之後，便可以達到穩定藥量，此後便一直維持固定的施用量。²¹⁷²¹⁸

目前使用美沙冬相關療法的國家，大多集中於歐洲為主(表 10)。²¹⁹

(表 10：目前使用美沙冬相關療法的國家)

洲別	國別
歐洲	奧地利、比利時、保加利亞、丹麥、愛沙尼亞、葡萄牙、瑞典、荷蘭、法國、英國、愛爾蘭、德國、波蘭、瑞士、挪威、西班牙、立陶宛、斯洛維尼亞、捷克、羅馬尼亞、塞爾維亞、烏克蘭、斯洛伐克
亞洲	中華人民共和國、香港特別行政區、泰國、中華民國
美洲	加拿大、美國
大洋洲	澳洲、紐西蘭

(資料來源：周孫元醫師)

B. 美沙冬替代療法國外成效及成本效益

美沙冬自 1930 年問世到現在已超過七十餘年，相關的研究不勝枚舉，關於有效性

²¹⁶ Patrick M. Reilly, Karen Lea, Sees.etc, *Self-efficacy and illicit opioid use in a 180-day methadone detoxification treatment*, 63 J. CONSULTING AND CLINICAL PSYCHOL.158,158-59(1995).

²¹⁷ 行政院衛生署嘉南療養院，運用緩起訴處分對於美沙冬替代療法成效之影響，行政院衛生署管制藥品管理局委託科技研究計畫，頁 21-23(2007)。

²¹⁸ Herman Joseph, Sharon Stancliff & John Langrod, *Methadone Maintenance Treatment (MMT):A Review of Historical and Clinical Issues*, 67 THE MOUNT SINAI J.MEDICINE 347,348-351(2000).

²¹⁹ 周孫元，毒癮替代療法介紹藥癮者初診評估，http://www.cdc.gov.tw/file/39142_6141203704.ppt(最候點閱時間：2009.3.29)；OSI Evidence for Harm Reduction published November 2004, *aviliable at* http://www.soros.org/Staging/initiatives/health/focus/ihrd/articles_publications/publications/evidence_20041123/evidence_english_20041101.pdf (last visited timeMar.29.2009).

的認定指標，根據美國酒精及藥物濫用協會(National Association of state Alcohol and drug abuse director)審視 1994 年至 1999 年全國酒精及藥物治療成效性的研究發現，發現有四大主要指標及兩大輔助指標，四大指標分別為：一是酒精及藥物的使用量；二是就業狀況；三是使用司法資源的情形(指因犯罪播逮捕的次數及頻率)；四是生活的安排，而兩大輔助指標：一是個案的身體健康；二是個案的心理健康及社會家庭功能。²²⁰所以本研究對於美沙冬替代療法的成效評估，將採取上述的指標進行介紹：

美國的施行成效上，目前最大規模的評估研究是由美國物質濫用中心(Center for Substance Abuse Treatment)支持的 The Accreditation Evaluation Study，此評估計畫涵蓋全美共一百七十二個美沙冬替代療法計畫，參與評估病患共六千八百名相當具有指標性意義。²²¹此研究發現在海洛因的使用上，針對加入過去三個月使用海洛因的天數發現，進入美沙冬替代療法小於六個月者，其在過去三個月完全未使用海洛因的情形占百分之五十，加入超過六個月則升高至百分之七十五，代表有將近百分之五十及二十五的個案在過去三個月中仍有施用毒品的紀錄。美沙冬個案留存率上，僅留存未滿三個月為百分之十五；四至六個月為百分之十；七至十二個月為百分之十三；一至兩年為百分之二十一；兩年以上為百分之四十。治療留存率之所以重要的原因是據研究顯示在美沙冬替代療法個案於醫療體系之中留存低於三個月者，並不會產生任何治療效果，且根據美國國家藥品濫用協會(NIDA)研究加入認為美沙冬替代法最少必須十二個月，才有助於延續美沙冬替代療法的益處的延續。²²²

個案的身體健康評估，以個案自我健康報告評估(self-report)過去三個月的健康情形及實際健康情形(包含是否有實際身體障礙、使用醫療的次數及急診的次數)，而發現不論男女性僅有百分之十的人認為自己的健康情況不佳(poor)，其餘介於普通(fair)到優良(excellent)(其中人數最多認為自己健康狀態是好(good)的比例最多約佔百分之三十左右，而在過去三個月中使用醫療機構的次數平均為零點一次、尋求急診為零點五次，若

²²⁰ NASADAD, *Alcohol and Other Drug Treatment Effectiveness :A Review of State Outcome Studies*, available at http://www.nasadad.org/index.php?base_id=90 (last visited Mar.29.2009).

²²¹ WENDEE M. WECHSBERG& JENNIFER J. KASTEN, METHADONE MAINTENANCE TREATMENT IN THE U.S.-A PRACTICAL QUESTION AND ANSWER GUIDE 34 (2007).

²²² *Id.* at 127.

以個案在過去三個月是否有自殺的想法及進行焦慮量表、憂鬱量表的評估，而發現個案有平均之百分之五的人很常有(a lot)自殺的念頭，而在焦慮量表的表現平均為一點八分、憂鬱量表為二點一分(最高分為四分)。²²³

就業率上入美沙冬替代療法的個案，目前每週工作超過 35 小時的個案比例為 50%，而擁有工作的比例約為 70%。在愛滋病傳染的危險行為減少上，顯示個案加入美沙冬替代療法半年後，靜脈注射的行為明顯減少。²²⁴

美沙冬計劃的支出與收入上，2000 年全美平均美沙冬計劃的花費為九十二萬美金，平均每名個案一年成本為四千美元，而美國的美沙冬計畫可以分為營利及非營利兩種，而美沙冬計劃的收入來源有公共保險、政府補助、病人支付費用、私人捐款等，據統計，營利性質的計畫平均每個案一年收入為四千四百美金(其中病人自費二千兩百美金)、非營利則有三千五百美金(其中病人自費五百美金)。²²⁵而根據在紐約州進行的研究發現，每年紐約州對於未接受美沙冬替代療法的個案，支出的成本為五萬美金(包含三萬五千美元的偷竊損失、一萬美元的醫療支出以及五千五百美元的法律費用，另將毒品個案監禁於監獄一年所花費的費用約為四萬六千美元，根據統計投入一元美金的成本可獲得四美元的效益。²²⁶

香港的施行成效上根據香港戒毒治療和康復服務第四個三年計劃(二零零六至零八年)及保安局禁毒處統計資料顯示，美沙冬花費，目前香港每天約七千人接受美沙冬替代療法，政府花費在美沙冬的總預算上，依 2006-07 年統計為五千三百萬港幣，平均每人每天支出二十三港幣，而目前美沙冬計畫的花費由香港政府補助，參加人員每次服藥僅需支付一元港幣即可。²²⁷

愛滋病防治情形與毒品施用的情形上，香港鄰近地區以注射方式濫用藥物者的愛滋

²²³ *Id.* at 123

²²⁴ Karen L. Sees; Kevin L. Delucchi; Carmen Masson; et al., *Methadone Maintenance vs 180-Day Psychosocially Enriched Detoxification for Treatment of Opioid Dependence A Randomized Controlled Trial*, 283 J.AM.MEDICAL ASS'N 1303,1308(2000).

²²⁵ WENDEE M. WECHSBERG& JENNIFER J. KASTEN, *supra* note 242, at 84.

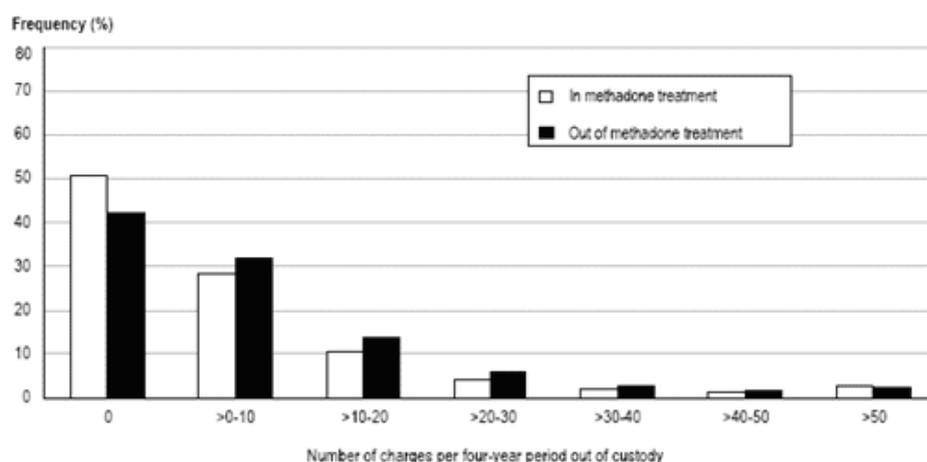
²²⁶ Department of Health and Human Services, *Methadone maintain treatment, aviliable at* <http://www.cdc.gov/IDU/facts/MethadoneFin.pdf> (last visited Mar.29.2009).

²²⁷ 香港戒毒治療和康復服務第四個三年計劃(二零零六至零八年)，http://www.nd.gov.hk/Fourth_Three_Year_Plan_Chinese.pdf(最後點閱日期：2009.3.29)。

病病毒感染率正在上升，但香港的則維持偏低，二零零三和零四兩年均是百分之零點二。在這兩年，在接受戒毒治療的濫用藥物者中，乙型肝炎病毒表面抗原呈陽性反應的比率約為百分之十一，出現乙型肝炎標記的則佔百分之六十五至七十三，加入美沙冬替代療法的個案目前僅有百分之十仍有靜脈注射的行為。

澳州的施行成效上，由澳洲司法犯罪研究中心統計，以 1999 年一月至 2000 年十二月加入的八千名替代療法個案進行研究，比較其在治療期間與其脫離治療期間犯罪率的比較，進行四年的(1998 年至 2001 年)的縱貫研究發現，參加治療的個案在犯罪統計的情況(表 11)，不管在各種犯罪類型或是竊盜案件統計皆會偏向減少的情形，並達到統計上的顯著，代表加入替代療法對於犯罪的抑制有一定的成效。²²⁸

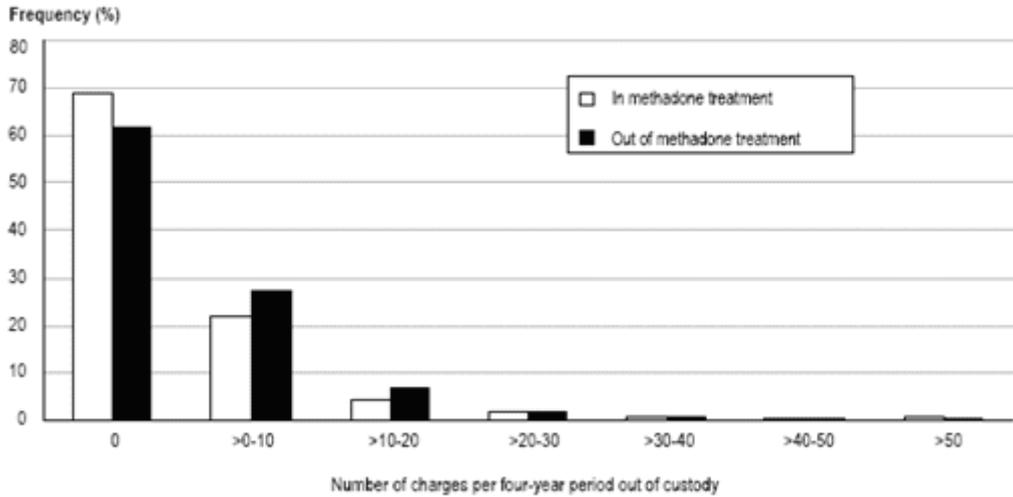
(表 11 美沙冬治療個案與脫離治療個案全部起訴案件數比較)



(資料來源：Bronwyn Lind(2005))

²²⁸ Bronwyn Lind, Shuling Chen, Don Weatherburn, Richard Mattick, *the effectiveness of methadone maintain treatment in control crime, An Australian Aggregate-Level Analysis*, 45 BRITISH J.CRIMINOLOGY 201.201-05(2005.3).

(表 12：美沙冬治療個案與脫離治療個案全部起訴案件數比較)



(資料來源：Bronwyn Lind(2005))

C. 美沙冬替代療法國內量化成效及成本效益

目前我國施用毒品個案接觸美沙冬替代療法的途徑，主要有自費就醫以及緩起訴處分搭配替代療法兩種(即自願進入方式)，截至2009年四月為止，目前每日共有一萬一千人就診，累計服藥人次已達到四百六十萬人次。²²⁹但由於美沙冬替代療法正式施行至今僅近三年的時間與緩起訴處分搭配的法制化亦僅一年，相關的成效評估報告不多，目前已完成的研究主要為行政院委託桃園療養院以及嘉南療養院的研究報告，桃園療養院以世界衛生組織所認可的OTI(Opiate Treatment Index)量表(信度：零點五八七 到零點九七二；專家效度之CVI 指標，適切性四點六六；明確性三點九八；可用性三點八零)對於接受美沙冬替代療法的個案進行療效評估，執行時間為2007年一月至2007年十二月，參與評估人數共四百五十五人，比較接受美沙冬替代療法三個月及六個月後的變化，但並無對照組的實驗設計；嘉南療養院的研究，則是觀察緩起訴處分搭配美沙冬替代療法對於個案的影響，執行時間是2007年一月至2007年十二月，對於兩百二十八位美沙冬替代療法的個案評估緩起訴處分對於治療留存率的影響。但上述兩份報告當中，並無涉及美沙冬替代療法對於犯罪率下降的部份及愛滋病下降的情形，因而本研究將再加入由內政部警政署刑案資料及疾病管制局針對愛滋病傳播新增統計資料，來觀察我國竊盜犯罪及

²²⁹ 行政院疾病管制局，98年1月替代療法執行情形，<http://www.cdc.gov.tw/ct.asp?xItem=22061&ctNode=1885&mp=1>(最後點閱時間：2009.2.15)。

愛滋病防治上的變化與改善。

毒品使用量的變化上，根據桃園療養院的研究發現，接受美沙冬替代療法的前三個月對於海洛因、安非他命及其他毒品頻率及次數與進入治療前相比皆有統計上顯著的下降，但對於香菸使用的減少並無影響，而比較接受治療三個月跟六個月的情況，除海洛因使用下降達顯著差異外，對於其他藥品的使用量並無顯著影響，此外桃園療養院於2006年另外對於一百一十二名接受美沙冬替代療法進行調查，在接受美沙冬治療之前與接受治療六個月之後，就業率由百分之四十九增加為百分之六十五，平均月收入由兩萬元增加為兩萬八千元。平均每周海洛因使用次數由三十六次降低為未滿一次，使用海洛因的花費也由每週四千元大幅降低為六百元。²³⁰然而嘉南療養院的報告指出個案在接受至少七個月的美沙冬替代療法後，驗尿陽性比例仍高達百分之五十七，並且自陳表示過去一個月曾使用毒品一至二次的比率亦高達百分之七十²³¹，表示接受替代療法的個案仍會有同時施用海洛因的情形，但只是在次數及頻率上有所下降。

治療留存率與個案健康(身體、心理)的情形，根據桃園療養院的報告指出對於平均施用劑量高於平均值的個案及有 HIV 個案在留存率上的表現皆較低於平均值的個案與非 HIV 個案的留存率有顯著的差異，而經過六個月的總留存率約為 7 成。²³²在健康情形上接受替代療法三個月的個案，在社會功能以及心理能力亦有顯著的上升，但在將三個月與六個月並無顯著差異。此外根據嘉南療養院的報告指出緩起訴處分的個案的平均留存率較其他個案有顯著的差異。²³³

犯罪率下降情況，由於我國並未有個案整合資料庫，故目前尚無法類似外國研究，比對參加替代療法個案參加前後犯罪率的影響，因而目前僅能由全國整體刑案發生率以及竊盜案件發生率的改變作為輔助指標，將竊盜獨立出來分析的原因在於，於本章的國外成效介紹中可發現，美沙冬替代療法會對於各類刑事案件發生件數下降，特別對於財產類犯罪影響深遠(尤其是竊盜案件)，此外，由於美沙冬替代療法是於2006年八月才擴

²³⁰ 行政院衛生署桃園療養院，美沙冬替代療法治療海洛因成癮個案之療效評估，行政院衛生署管制藥品管理局託科技研究計畫，頁 34-40(2007)。

²³¹ 行政院衛生署嘉南療養院，前揭註 217，頁 31(2007)。

²³² 行政院衛生署桃園療養院，前揭註 230，頁 34-40(2007)。

²³³ 行政院衛生署嘉南療養院，前揭註 217，頁 52(2007)。

張至全國的海洛因毒品濫用者得以施用，故本研究將以2006年、2007年、2008年的刑案發生件數與1988年至2005年的刑案發生件數進行比較，分析在刑案發生件數上，是否有因美沙冬替代療法的參與而產生變化，1995年至2008年總體刑事案件發生件數，如表13所示。²³⁴

由案件數量觀察，可以發現自1988年年來的總體刑事案件發生件數呈現穩定上升的趨勢，然而於2006年整體刑事案件數量與竊盜件數開始呈現下降的趨勢，其他案件有暴增的趨勢，但這類的下降究竟為取樣上的誤差或是真有統計上差異仍需鑑定，因而本研究利用1988年至2005年整體刑案發生件數、竊盜件數、暴力件數作為樣本母體，利用單一樣本T-test進行檢定，採雙維檢定。²³⁵然而在進行單一樣本T檢定時，必須先假設每年竊盜事件的發生率呈現一個常態分布的情形，且由於本研究所採的樣本數僅為十八組，未達常態分配至少三十組以上的要求，所以必須採將原始分數(即每年竊盜發生件數)標準化後再進行檢定，而獲得表14、15、16之結果，可發現在全般刑事案件發生件數上2006、2007、2008年的案件發生件數，顯然較1988年至2005年的案件量有統計顯著增加，但顯著程度隨年度遞減；而在竊盜件數的下降上，可以發現2006年的下降件數並未達到統計上顯著差異，但顯著程度隨年度而遞增，2008年達到統計下顯著；在暴力犯罪的下降上，亦與竊盜案件發生相同於2008年達到統計上顯著差異。而由此分析可以看出在2006年的竊盜及暴力事件相較於過去十八年來並無顯著的不同，顯示竊盜及暴力事件的發生件數每年均呈現一個穩定狀況，而2007年與2008年確能產生顯著的下降情況，實為罕見，而觀察這兩年來進行政策上的最大變革在於美沙冬替代療法的引進，其餘並無其他與2006年相異的政策，因此可以合理推斷，是由於引進美沙冬替代療法所帶來的成效，然而亦會有反對意見認為美沙冬替代療法於2006年八月已擴張至全國適用，為何並未產生顯著下降的結果，就此觀點本研究認為，2006年擴張至全國適用時，已經屬於該年度後半且此時全國適用人數每月平均未到一千人成效有限，而2007年最高服藥人數名均每月一萬四千人相距甚遠，可能是造成2006年竊盜及暴力案件下降為顯著的原因。

²³⁴ 內政部警政署，主要警政統計指標，

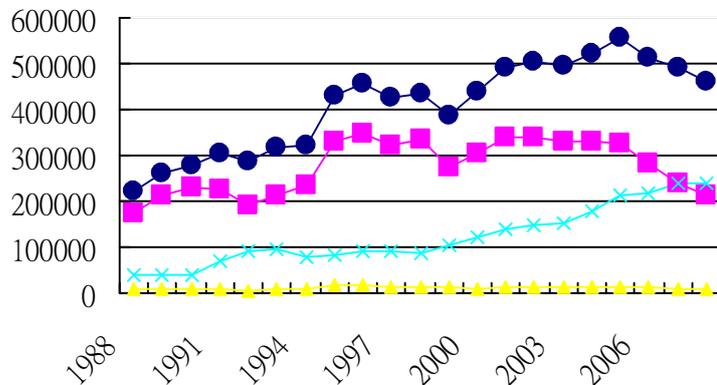
<http://www.npa.gov.tw/NPAGip/wSite/public/Attachment/f1214289645807.xls>(最後點閱時間：2009.2.15)。

²³⁵ 統計過程請參見附錄一。

(表13：我國1988年至2008年各類刑事案件發生件數)

年	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994
○	219713	260934	280342	304141	289053	319179	323459
□	171,897	212,912	231,050	225,976	190,305	214,383	236251
△	6797	7835	9985	8683	6480	7110	7688
X	41019	40187	39307	69482	92268	97686	79520
年	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
○	429,233	456,117	426,425	434,513	386,241	438,520	490,736
□	332,154	348,879	319,902	334,495	272,355	305,793	338,063
△	16,489	16,827	13,648	12,877	11,362	10,306	14,327
X	80,590	90,411	92,875	87,141	102,524	122,421	138,346
年	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
○	503,389	494,755	522,305	555,109	512,788	491,815	459,354
□	340,536	330,655	330,320	328,154	281,561	241,091	212,441
△	14,895	12,966	12,706	14,301	12,226	9,534	8,117
X	147,985	151,134	179,279	212,654	219,001	241,190	238,796

(資料來源：內政部警政署)



(圖8：我國1988年至2008年各類刑事案件發生件數趨勢圖)

(資料來源：內政部警政署)

- 全般刑事發生件數
- 竊盜案件發生件數(重大、普通、汽車、機車竊盜)
- △ 暴力案件發生件數(重大恐嚇取財、擄人勒贖、強盜搶奪、重傷害及故意殺人、強制性交)
- X 其他案件

(表14：2006-2008年全般刑事案件件數變化T檢定)

年份	2006	2007	2008
T分數	4.414***	3.519**	2.132 *

*($\alpha = .025$) ; **($\alpha = .005$) ; ***($\alpha = .0005$)

(資料來源：本研究自製)

(表15：2006-2008年竊盜刑事案件件數變化T檢定)

年份	2006	2007	2008
T分數	0.015	-2.806*	-4.806***

*($\alpha = .025$) ; **($\alpha = .005$) ; ***($\alpha = .0005$)

(資料來源：本研究自製)

(表16：2006-2008年暴力刑事案件件數變化T檢定)

年份	2006	2007	2008
T分數	1.34	-2.174*	-4.073***

*($\alpha = .025$) ; **($\alpha = .005$) ; ***($\alpha = .0005$)

(資料來源：本研究自製)

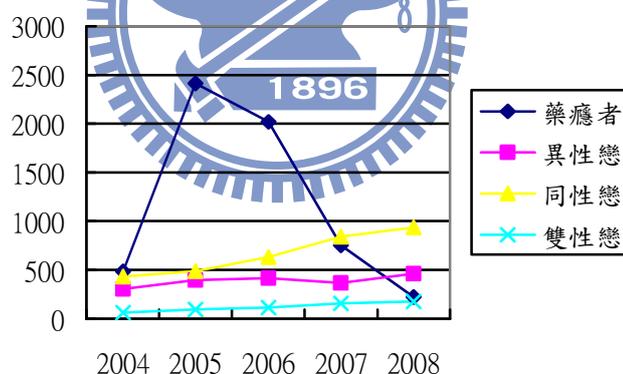
愛滋病的防制成效上，我國自1984年開始出現第一例愛滋病個案後，愛滋病傳染的比例不斷的上升，截至2009年二月為止愛滋病累積感染個案已達到一萬七千人，其中以毒癮者及同性戀者傳染愛滋病的比例為最高，然而我國自2005年開始引進減害計畫，開始發放交換針頭以及美沙冬替代療法，於2006年愛滋病的感染新增人數首度呈現負成長，可看出減害計畫的成效所在，而由於減害計畫之所以對於愛滋病防治有其成效的原因在於其減少共用針頭以及靜脈注射藥物的機會，而根據本章對於美沙冬替代療法的國

外成效可以發現，美沙冬替代療法對於愛滋病的防治有顯著功效，可以減少靜脈注射的機會，而使傳染率下滑，本研究蒐集行政院衛生署疾病管制局2004年至2008年毒癮者感染愛滋病的人數進行比較分析，可發現靜脈注射藥癮者感染愛滋病的新增人數，由原本的第一位下降至第三位，下降幅度相當驚人，顯見我國引進減害政策產生一定的成效。²³⁶

(表17：臺灣2004年至2008年度感染愛滋病人數原因及分布)

年度	2004	2005	2006	2007	2008
藥癮者	484	2414	2017	751	222
異性戀	305	395	415	367	462
同性戀	432	488	630	841	935
雙性戀	63	96	113	158	176

(資料來源：行政院衛生署疾病管制局，本研究自製)



(圖9：臺灣2004年至2008年感染愛滋病人數原因及分布折線圖)

(資料來源：行政院衛生署疾病管制局，本研究重新編製)

美沙冬計劃的支出與收入，根據衛生署的初步統計如果以二萬二千人作為評估，以全國需要三百個服務點，每年五十二週來計算，人事費用將近十九億元，另外再加上藥品與治療費用約八億元，二者相加約二十七億元，而平均每天每人在藥費上的花費約十

²³⁶ 行政院衛生署疾病管制局HIV個案人數統計資料，
<http://www.cdc.gov.tw/public/Attachment/93917404571.xls>(最後點閱時間2009.3.29)。

八元，若包含其他人事費用則平均每個個案每天約需花費五十元。²³⁷

D. 美沙冬替代療法國內成效質性訪談

此外，爲了更進一步了解我國美沙冬替代療法的施行成效，因而本研究透過質性訪談的方式訪談對象執行美沙冬替代療法的相關人士，相關受訪人士基本資料如表 18 所示，由地區分布觀察，大部分受訪的醫師及檢察官集中於臺北及臺南兩地，之所以會造成對象集中的原因爲臺北與臺南地區爲全臺最早實施美沙冬替代療法的地區之二，在實務的運作上較具有健全及豐富的經驗；至於施用毒品個案的找尋，由於施用毒品目前於我國仍爲犯罪行爲，故自行到院接受替代療法的個案大多不願接受訪談，故僅能透過毒品危害防制中心以及監所代爲尋找，而造成訪談個案集中於桃園的原因，三名施用毒品的個案接受替代療法的期間，分別爲三個月、六個月及一年。

在訪談方法的採用上，本研究採取半結構式的個案深度訪談方法，針對不同身分別，設計約十個問題，由個案發表對於其參加或執行美沙冬替代療法的歷程與感想，每次訪談時間約一至一點五小時，訪談時間自 2008 年九月至 2009 年四月止，並徵得各受訪人同意將其錄音使用於學術論文上。²³⁸

(表 18：訪談對象基本資料)

身份別	精神科醫師	施用毒品個案	檢察官	觀護人
人數	3	3	6	1
研究代號	D1.D2.D3	C1.C2.C3	P1.P2.P3.P4.P5.P6	P7
分布地區	臺北、臺南	桃園	臺北、桃園、 臺南	臺北

(資料來源：本研究自製)

※美沙冬替代療法成效訪談及內容分析：

D1：就這個臨床的經驗由於我看診才大概兩個月，我看到個案超過半年的不多，但是令我驚訝的是在美沙冬診所看到的自願案主比我預期的多，因為你知道美沙冬故事很多，

²³⁷ 立法院公報，第 97 卷第 7 期委員會紀錄，頁 36(2008)。

²³⁸ 訪談同意書及訪談題目請參見附錄二至附錄五。

有藥頭進來賣藥、有人偷帶要出去，有人是要避免司法上的追訴才來，但有更多人是為了戒掉毒癮，脫離海洛因控制，脫離美沙冬的控制，因為他們會很想脫離這樣的情況...。第一個當初引進美沙冬是因為他便宜...，第二個事實上美沙冬是管制藥品，所以醫護人員與病人地相處十分密切，每天都必須來喝美沙冬，你知道 HIV Iv drug abuse 的人都不願意來找你，不管你是白道黑道，他的接觸率是非常低的，...

D2：我們跟南檢的合作就是除了這樣的療法以外還加了一個緩起訴的命令，有雙重壓力與誘因，我們認為這種效果會比較單純自費好好，第一個案出席率比較好、有三群一群緩起訴、一群有國家補助、一群是全自費、一群是緩起訴又要自己花錢，我們看到的是緩起訴出席率為八成、國家補助的七成至七成五、全自費為七成這在統計上有些意義，另外留存時間自費大約三四個月就離開，四五個月 緩起訴約九個月等。

D3：一開始病人還是會再用海洛因，但是我覺得沒關係，因為替代療法的目的就是讓他慢慢的量減少，用了美沙冬之後會慢慢減少，但偶爾還會用，因為朋友一起用來很爽阿。但是沒有以前那麼爽，但至少還有一點爽，也省很多錢，他也兼顧到她生活，但相較他以前使用海洛因，他也有兼顧到使用的計次數與劑量，我也覺得不一定要把她戒到那樣(完全戒掉)的程度，但是提醒他這還是犯罪，但從醫療上我看見他有成效，已經減少很多施用的頻率...。

C1：我個人(喝美沙冬)是感覺有點癢癢的像感冒的症狀，但美沙冬(藥效)時間一過就會非常不舒服到你站不起來，我之前有固定時間工作，所以有時睡太晚了就會來不及去喝(美沙冬)，所以在中斷的那兩天就會打海洛因。但是用了美沙冬之後再施用海洛因比較不會那麼有感覺。我自己喝美沙冬是不會有茫的感覺，但有聽說有人再用美沙冬時在加用海洛因結果昏一整天，...生活型態上沒有太大的改變，因為何美沙冬之前也是有在正常工作，喝美沙冬之後也是正常工作，只是時間變比較多一點可以看看雜誌之類的，而是比較不會生病，經濟上也比較多錢可以買其他東西。

C2：接受替代療法三個月，自費之後就沒去了，因為我覺得沒有效，原因是因為我吸了美沙冬之後還是會想要再吸海洛因...用了美沙冬之後，對於安非他命的效果沒有什麼影響，...人家說喝了美沙冬會有快感但是我沒有快感，就是讓你不會不舒服而已，我用海

洛因的時候也是沒什麼，只是感覺頭腦一片空白，美沙冬只是讓你沒有那個不舒服症狀而已。...我覺得用了美沙冬之後時間變多了，可以陪陪家人，但是我覺得你還是要有一個固定的工作才不會有更多時間想東想西。(吸毒的朋友)他們跟家裡人幾乎都沒有聯絡，所以幾乎都自己在外住，但是有觀察到施用美沙冬之後家庭關係變好的也是有，會覺得似乎這個人比較不麻煩了，甚至還會提醒他每天要去喝美沙冬

C3：在剛開始的時候一兩個星期有繼續再用後來就沒有了，原因其實就是想阿!也有可能是因為一開始有不舒服的現象...美沙冬可以壓過海洛因的癮可以幫助我慢慢建立信心，因為用美沙冬真的會減輕我們的痛苦...，以前是日子一天過一天，每天的目標就是找藥，然而現在就是會想努力報答這一些工作的同仁，要努力工作，可以幫助別人，同事們也都很肯定，所以才會覺得自己跟以前很不一樣，

以前都不會去顧家人怎麼想，現在就是家人有什麼病痛就會很緊張，也比較會照顧小孩，以前甚至就把他們丟在家裡，現在回家有時間就陪他們聊天看看他們的功課，...經濟上不能說是寬裕拉，但是有一步一步很踏實地感覺，身體上就是腸胃比較順暢，現在可以爬上爬下好幾層樓。

P2：這一些人能夠被穩定下來，他們沒有經濟負擔而不會因為毒品而去做一些經濟性的犯罪，慢慢他的身心被穩定(因為有心理治療)他不再是一個不可以被控制的犯罪人口，他是一個在醫療體系下有紀錄可以被管理的人口，當然最好是能夠輔導他就業，成為社會有用的人口，一開始效果不錯，本來家庭會認為他是一個非常棘手的人，想盡量把它丟出去，現在至少有一個出路，

P4：這是我個人的感受啦，因為只有我一股在做，跟毒犯接觸的過程，有時候我會請他們的家屬過來，他們其實是很無奈啦，他想戒但是生理的癮及心理的癮沒有這麼容易戒，那美沙冬其實沒有辦法戒癮，他只是減少你的用量而已，...，這些人從本來一天三次變成三天一次...。

P6：我沒有具體的因果關係判斷，但大部份地檢署的檢察官都認為案件量有減少的趨勢

P7：...就目前我們看到的情形還可以，你對毒品戒癮這一個部分是一個新的機會，以前沒有這一塊的時候是一個全有全無的狀態，現在起碼配合這個緩起訴至少有一個中間

處遇存在，不用像以前一樣捉去關，那樣的感覺。

由上述的訪談可以發現，美沙冬替代療法的實務運作上，已經可以看出以下幾點成效，第一是可以吸引更多自願的個案加入治療程序，並且增進病人與醫護人員的接觸機會且給與個案信心可以脫離海洛因，因為用了美沙冬之後不再有不舒服的症狀產生；第二是可以降低施用毒品量，但並不能確保施用替代療法之後能夠完全戒除掉施用海洛因；第三增進個案健康、經濟及家庭的關係，美沙冬替代療法可以使個案回復正常的生活型態，家人也開始能逐漸接受。而在與緩起訴搭配的情況下發現個案在出席率及留存率上有顯著優於自願參加的組別，且可以給予我國對於施用毒品犯罪開啓一條中間處遇的道路。然而根據訪談的結果，參加替代療法的個案對於美沙冬的成效似乎仍有不了解之處，觀察 C1 及 C3 的訪談資料可以發現 C1 個案認為美沙冬替代療法無效的原因在於施用美沙冬之後還是會想用海洛因，所以認為他無效，而在 C3 的訪談中雖然也表示剛開始施用美沙冬時也是會想用海洛因，但經過兩週之後便不再施用海洛因，而認為美沙冬替代療法有所成效，其實是針對同一件事進行描述(即同時施用)，本研究認為就美沙冬的藥理特性，功能主要是在抵抗生理上的戒斷症狀，而關於解決心理的癮，美沙冬只是一個輔助者的角色，由毒品依賴的本質可以發現，海洛因毒品依賴者受到制約的情況非常嚴重，而美沙冬的角色僅是幫助個案有較高的機會脫離制約的控制，但並非施用美沙冬，海洛因心理的癮就會被消除，仍必須靠個案的自我意志及心理輔導的幫助。綜合整理後，可以發現美沙冬替代療法於我國施行上，可以觀察到對於毒品的施用量、自願個案比例、個案家庭及經濟上的改善皆有所正面的影響，相關成效如下表。

(表 19：訪談內容簡表 1)

身份別	成效的觀察
精神科醫師	1. 自願案主增加、提供醫師接觸毒品個案的機會 2. 緩起訴處分搭配美沙冬替代療法增加個案出席率與留存率 3. 降低毒品的施用量
檢察官	1. 其他刑案的案件量減少 2. 降低毒品的施用量 3. 成為可以被管理的人口
替代療法個案	1. 可以減少海洛因戒斷症狀 2. 有的時候還是會想施用海洛因,但大部分時間可以不再用海洛因 3. 身體健康、經濟與家庭關係上有開始改善的跡象

(資料來源：本研究自製)

5.2 緩起訴處分與減害政策的搭配

(1) 緩起訴處分帶有修復式司法及治療性司法的內涵

我國於 2002 年刑事程序修正時，新增加刑事訴訟法兩百五十三之一及兩百五十三之二條緩起訴的規定，使我國的刑事制度更朝向當事人進行主義及起訴裁量制度前進，查其立法理由，第一是為使檢察官充分發揮「篩檢案件的功能，使向法院起訴之案件減少」；其二是基於「當事人進行主義所應有的配套措施」，因而給予檢察官裁量的權限，裁量的標準以參酌刑法五十七條所列事項為適當者，至於在適用案件的類型上，為了符合文化、國情並達到合目的性、法安定性的要求，折衷排除重罪的適用。²³⁹緩起訴的種類可以區分成「保留起訴型」及「附條件型」緩起訴兩種，保留起訴型是指檢察官裁定緩起訴時，並不附加刑事訴訟法第兩百五十三之二條的條件，而是僅以保留將來起訴的方式為緩起訴；「附條件型」係指檢察官依照第兩百五十三之二條為附帶不同類型的條

²³⁹ 刑事訴訟法第 253-1、253-2 條立法理由參照。

件的緩起訴，這些條件可分成回復損害型、社區服務型及保護觀察型三種。

從立法理由觀察，可知我國引入緩起訴制度的原因在於訴訟經濟的考量及訴訟制度的改造，然而學者認為引進緩起訴制度的主要是基於經濟取向的考量與訴訟制度由職權進行主義轉變成為當事人進行主義並直接因果無關聯性，並認為僅以經濟效益的考量取代對於應報式司法正義的追求，欠缺充分的法理基礎。²⁴⁰

我國緩起訴新制的引進，雖然擴大了檢察官的裁量空間，更加符合當事人進行主義的刑事制度設計，但是卻導致實務運作上的困擾，例如於微罪不舉與緩起訴如何區分、緩起訴處分與簡易判決處刑適用的優先順序等問題，學說上認為基於當事人主義的訴求，兩方皆有決定起訴或不起訴的權利，因而應優先適用不起訴或未附條件的緩起訴較符合當事人的平等性，附條件的緩起訴則適宜劣後適用，此外，在適用的時機上，雖然緩起訴、微罪不舉與簡易判決處刑都必須對於犯罪事實有相當程度確定，但在適用案件的類型上，微罪不舉適用在絕對輕微的案件上，而緩起訴與簡易判決處刑適用的案件類型相同，但在檢察官的裁量上如果認為個案並非以刑罰懲戒才能收效或是基於特別預防目的考量，應以緩起訴為優先選擇。²⁴¹

然根據相關實証研究顯示，我國實務在適用緩起訴種類的優先上係以附條件的緩起訴優先於未附條件的緩起訴，且施以緩起訴的原因大多是以應報思考為出發，而非為特別預防的思考，適用的案件類型集中在酒醉駕車上、賭博及竊盜上，其他類型的非重罪案件適用很少，此外在訴訟經濟的目的上亦有半數以上比例檢察官認為由於緩起訴的程序複雜對於訴訟經濟成效有限，似乎有違當時引入緩起訴的目的。²⁴²

但本研究認為引進緩起訴的原因，除了訴訟經濟及當事人主義外，更重要的是具有修復式司法的精神，帶有對於個案成功回歸社會及補償被害人的訴求的訴求存在，僅立法者未意識而已。其中又以附條件型的緩起訴中最符合修復式司法的精神，以回復損害型及社區服務型緩起訴為例，包括向被害人道歉、金錢賠償部分涵及讓被告採取社區勞

²⁴⁰ 陳運財，緩起訴制度之研究，臺灣本土法學雜誌第 35 期，頁 75(2002)。

²⁴¹ 陳運財，同前註，頁 87-88。

²⁴² 吳偉豪、陳運財，緩起訴制度運作狀況之檢討-以臺北、臺中、雲林地方法院檢察署為中心，東海大學法學研究第十八期，頁 202-206；218-219(2003.06)。

動的方式作為具有補償被害人及補償社區的方法，具有修復式司法的內涵，再者，刑事訴訟法第兩百五十五條及兩百五十六條亦規定經告訴人同意得簡化處分書製作及再議禁止的效果，給予被害人表達意見的機會，在某程度上給予被害人程序上的保障，且根據實證研究發現檢察官在為緩起訴時大部分皆會詢問被害人或告訴人的意見，主要理由是基於被害人的觀感的考量，深具被害人參與的意涵。²⁴³

此外保護觀察型的緩起訴處分將戒癮治療納入刑事程序當中以治療替代刑罰的施與亦具有治療性司法的意涵，而近年來由於與美沙冬替代療法搭配，而使保護觀察型緩起訴處分於我國實務上更顯重要性。

(2) 緩起訴處分搭配美沙冬替代療法

由於減害取向的風潮在全世界各國盛行，臺灣亦於 2005 年開始引進減害政策，首先採取清潔針頭交換計畫，並於 2006 年開始由臺南地檢署與嘉南療養院合作試辦緩起訴處分搭配美沙冬替代療法計畫，原先僅有受緩起訴處分之人才可進入美沙冬替代療法，之後便擴張到鴉片類藥品濫用者亦可自願加入替代療法，但目前我國對於在監及勒戒、戒治者尚未提供美沙冬的治療。

在自願進入的個案標準上，只要是符合 DSM-IV 鴉片類依賴診斷標準者，毒品使用超過一年以上，年齡在二十歲以上(若未滿二十歲則需監護人同意)，未有併嚴重精神病者及未因犯案而判決確立即將入獄服刑者，可以經由自費進入替代療法。

而透過緩起訴處分進入替代療法的標準則比較嚴格，必須是犯施用毒品罪而自動向地方法院檢察署自首或經查獲，通過醫院評估適合參加替代療法後，經檢察官裁定緩起訴者，並符合 DSM-IV 鴉片類依賴診斷標準者，毒品使用超過一年以上，年齡在二十歲以上(若未滿二十歲則需監護人同意)，未併有嚴重精神病者及涉及犯案而判決確立即將入獄服刑者，可以經由自費進入替代療法。但我國緩起訴處分大配替代療法參與對象隨著修法而改變。

2006 年至 2007 年五月一日係以施用毒品犯二犯為參加對象，由於緩起訴替代療法是由地檢署開始推動而最後形成法務部的政策，相較以往由法務部開始推動的政策有所

²⁴³ 吳偉豪、陳運財，同前註，頁 208-209。

不同，所以最初臺南地檢署在實行緩起訴處分搭配替代療法時是依照刑事訴訟法兩百五十三之二條的四、六、八款²⁴⁴作為緩起訴處分搭配替代療法的法源基礎，而為不與毒品危害防制條例第二十條，初次施用毒品者應送觀察勒戒及強制戒治的規定牴觸，因而參加對象僅限於毒品二犯的部份。²⁴⁵

2008年十月三十一日後擴張至施用毒品初犯及二犯皆可為參加對象，由於2008年四月三十日通過毒品危害防制條例第二十四條，作為緩起訴替代療法的法源基礎，惟條文中規定對於戒癮完成標準的認定交由行政院定之，法務部於2008年五月即發函各地檢署表示由於戒癮標準的認定尚未完成，依本條進行替代療法恐有觸法之虞，所以請各地檢署停止緩起訴替代療法，故大部分的地檢署即停止進行，僅臺南及中部地檢署仍依刑事訴訟法的規定裁定緩起訴，但仍維持修法之前以施用毒品二犯為對象，而直至2008年十月三十一日，戒癮辦法公佈，才開始恢復替代療法，此時對象可包含初犯及二犯兩部份，緩起訴處分搭配替代療法法制化後正式施行至今尚未滿一年。²⁴⁶

美沙冬替代療法引進我國之前，利用刑事訴訟法第兩百五十三之一條緩起訴處分

²⁴⁴ 刑事訴訟法第 253-2 條（緩起訴處分之被告應遵守或履行之事項）
檢察官為緩起訴處分者，得命被告於一定期間內遵守或履行左列各款事項：
一、向被害人道歉。
二、立悔過書。
三、向被害人支付相當數額之財產或非財產上之損害賠償。
四、向公庫或指定之公益團體、地方自治團體支付一定之金額。
五、向指定之公益團體、地方自治團體或社區提供四十小時以上二百四十小時以下之義務勞務。
六、完成戒癮治療、精神治療、心理輔導或其他適當之處遇措施。
七、保護被害人安全之必要命令。
八、預防再犯所為之必要命令。
檢察官命被告遵守或履行前項第三款至第六款之事項，應得被告之同意；第三款、第四款並得為民事強制執行名義。
第一項情形，應附記於緩起訴處分書內。
第一項之期間，不得逾緩起訴期間。

²⁴⁵ 毒品危害防制條例第 20 條：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。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。
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。

²⁴⁶ 毒品防制條例修法無配套美沙冬療法暫停，自由電子報，2008年9月14日，
<http://www.libertytimes.com.tw/2008/new/sep/14/today-so8.htm>（最後點閱時間：2009.3.29）。

附帶第六款的戒癮治療條件的人次不高，至 2006 年底止，五年僅兩百三十一人²⁴⁷，但引進替代療法之後附帶本款為緩起訴處分的人數急速增加，根據法務部各地檢署實施毒品減害計畫成效統計表顯示，2007 年實施緩起訴處分附帶替代療法條件的人數為六百九十五人，2008 年為一千一百七十九人，2009 年一至三月累計人數已一百八十一人，使用本款的機率已有越來越高的趨勢，代表本款非僅為形式的空頭條款，而具有實際意義，我國關於緩起訴處分搭配替代療法的相關描述性統計資料如表 20、21 所示。²⁴⁸由整體統計資料當中可以觀察到幾點現象，第一在於我國對於觸犯第一級施用毒品罪的被告適用緩起訴處分的總體比例為百分之五，2008 年的施用比例有較 2007 年略微上升；第二在我國緩起訴處分搭配替代療法的撤銷率變化上，整體的撤銷比例為百分之三十三，相較於監禁處遇將近百分之九十的再犯率相比，顯然降低，然而由各年撤銷比例觀察，撤銷率有明顯上升的情況，2007 年的撤銷率為百分之十五，至 2008 年變為百分之四十，再至 2009 年一至三月的撤銷率更變為百分之五十五。

(表 20：2007-2009 年各年度緩起訴處分搭配替代療法執行情形)

年月份	第一級毒品起訴 及緩起訴人數	以緩起訴處 分人數	實施替代 療法人數	撤銷緩起訴人數 (刑事訴訟法第 253-3 第一項)				備註
				合計	一	二	三	
2007.1-12	15019	717	695	104	66	20	18	適用率 4.6%；撤銷率 14.5%
2008.1-12	17622	1179	1172	478	286	34	158	適用率 6.7%；撤銷率 40%
2009.1-3	4699	181	181	99	65	11	23	適用率 3.9%；撤銷率 55%
2007.1-09.3	37340	2077	2048	681	417	65	199	總適用率 5.5%總撤銷率 33.2%

(資料來源：法務部統計處，本研究編製)

²⁴⁷ 我國緩起訴制度於 2002 年開始施行，2002 年僅兩人受緩起訴處分、2003 年 8 人、2004 年 32 人，2005 年 68 人及 2006 年的 121 人，法務部統計資料專題分析，緩起訴處分案件統計分析，<http://www.moj.gov.tw/public/Attachment/710251122717.pdf>(最後點閱時間：2009.3.29)。

²⁴⁸ 法務部統計處，各地檢署實施毒品減害計畫 96 年 01 月至 96 年 12 月、97 年 01 月至 97 年 12 月、98 年 1 月至 3 月成效統計表(此為內部資料)。

(表 21：全國各地檢署 2007-2009 年執行緩起訴處分搭配替代療法情形)

地檢	臺北	板橋	士林	桃園	新竹	苗栗	臺中	南投	彰化	雲林
總適用數	139	89	34	87	54	44	354	38	119	46
總適用率 %	11.3	1.9	3.1	2.3	4.9	5.1	7.3	2.8	3.8	3.3
平均驗尿次數	3.5	2.1	3.9	3.8	3.7	0.06	5.9	5.1	4.7	5.1
總撤銷率 %	26.6	21.3	29.4	27.5	57.4	43.1	22.8	39.4	32.7	19.5
地檢	嘉義	臺南	高雄	屏東	臺東	花蓮	宜蘭	基隆	澎湖	金門
總適用人數	95	612	126	13	5	37	26	120	5	0
總適用率 %	8.6	26.4	2.1	0.8	2.5	14.9	4.3	6.5	20.8	0
平均驗尿次數	2.0	6.1	4.8	1.46	8.8	4.2	9.8	6.8	1	0
總撤銷率 %	40	27.6	52.3	68.4	20	13.5	15.3	33.3	40	0

※適用率計算：當年度施行替代療法人數/當年度海洛因施用犯罪起訴終結人數×100%

※撤銷率計算：當年度緩起訴搭配替代療法撤銷人數/當年度施行替代療法人數×100%

※總適用率計算：(2007.1-2009.3)施行替代療法人數/(2007.1-2009.3)海洛因施用犯罪起訴終結人數×100%

※總撤銷率計算：(2007.1-2009.3)緩起訴搭配替代療法撤銷人數/(2007.1-2009.3)施行替代療法人數×100%

※平均每人驗尿次數：(2007.1-2009.3)抽取尿液次數/(2007.1-2009.3)施行替代療法人數×100%

(資料來源：法務部統計處，本研究編製)

(3) 緩起訴處分搭配美沙冬替代療法問題

A. 針對緩起訴處分搭配替代療法施用情形低的現象

根據統計數字發現，我國對於施用一級毒品犯人為緩起訴的比例為百分之五，比例偏低，本研究認為可能造成的原因可能有：一對於美沙冬替代療法的成效並不信任；二緩起訴處分搭配替代療法個案進入標準的問題；三緩起訴處分程序進行的問題；四個案自費的影響。

首先就美沙冬替代療法成效的疑慮，由於緩起訴處分搭配美沙冬替代療法法制化才將近一年，本土的成效性研究尚未建立，且長久對於勒戒及戒治的成效不彰，因此使檢察體系對於同樣是醫療手法的美沙冬替代療法並不信任，並認為長期的監禁處遇才是解決問題的方式，此外現任法務部王清峰部長亦表示：「推動減害計畫後，愛滋疫情受到控制，惟替代療法是否提昇戒治成效，尙有待觀察。替代療法衍伸的相關問題，包括僅適用海洛因等鴉片類成癮者，對其他毒品無效，此外，美沙冬不能完全替代施用海洛因的感覺，接受替代療法者亦會同時併用海洛因，導致雙重成癮，甚至增加過量危險；再者，衍生其他治安問題：如藥頭至醫院找客戶、美沙冬流出販售等。而毒品危害防制條例二十四條修正亦衍生新的疑慮，包括刑罰公平性，二級毒品施用者無適當之戒癮治療良方，仍得入監服刑，其結果可能導致吸食毒品者『升級』；醫療體系、毒品危害防制中心接辦，經費與人力短缺；戒癮治療完成之認定，緩起訴時間最多三年，又如何認定戒癮治療完成；檢察官執行戒癮治療之妥適性，戒癮治療係醫療行為等，皆待解決。²⁴⁹」可能大幅減少檢察官適用的意願。

在個案進入標準的問題上，由於毒品戒癮治療實施辦法及完成治療認定標準第二條規定：「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。²⁵⁰」，此外參加替代療法者仍須符合鴉片類毒品濫

²⁴⁹ 臺灣競爭力論壇，<http://www.tcf.tw/?p=997#more-997>(最後點閱時間：2009.3.29)。

²⁵⁰ 中華民國九十七年十月三十日行政院院臺法字第0九七00九二二二六號函。

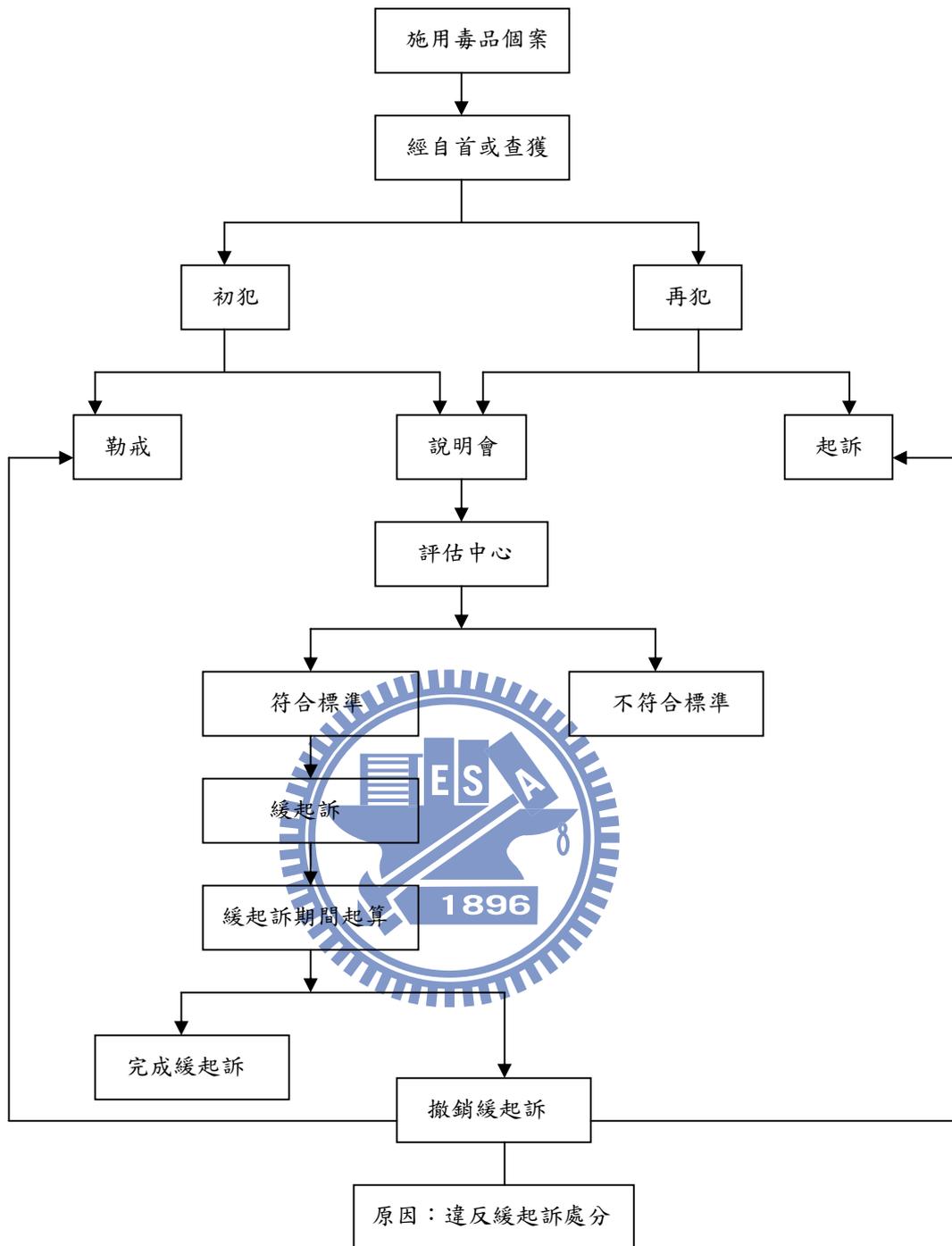
用標準才可適用，因此可能的解釋原因是由於大部份的海洛因毒品濫用者，同時有多次施用海洛因或其他案件在繫屬當中，或是無法符合標準的而造成適用比例低落，然而本研究認為此原因的確是造成適用比例低的原因，但不應該只有百分之五的人可以適用，細部觀察各地地檢署的實施情形可以發現，實施比例超過百分之五的地檢署有臺北、苗栗、臺中、嘉義、臺南、花蓮、澎湖、基隆。雖然苗栗、花蓮與澎湖地檢署可能是因為施用海洛因的個案較其他地檢署少的緣故，而造成比例增高，然而其餘地檢的海洛因施用人數為全國前十名，因此無施用個案較其他地檢署少的問題，因而單以個案進入標準解釋緩起訴搭配替代療法的適用比例低的原因，並無法完全涵蓋。

就緩起訴進行程序的問題，為避免緩起訴成為檢察官脫手案件的終南捷徑，所以必須藉由再議及交付審判的制度加以制衡，且緩起訴處分確定後，檢察官於緩起訴期間仍需處理該案件，所以程序上有一定的繁雜度，然而針對施用毒品案件，由於是符合可簡易判決處刑及協商判決的案件類型，因而檢察官在程序的選擇上可能會避繁就易，選擇便利的程序進行，依照目前法令規定，對於施用鴉片類毒品犯的刑事處遇途徑，針對初犯及再犯接有兩種以上之程序可供選擇，首先在初犯部份，依照毒品危害防制條例第二十條規定針對施用一二級毒品的初犯應先聲請勒戒或可依毒品危害防制條例第二十四條由檢察官為緩起訴處分替代勒戒的處分，而在五年內再犯的部份，則是回歸到毒品危害防制條例第十條由檢察官依施用毒品罪起訴或是可依照毒品危害防制條例第二十四條，由檢察官為緩起訴處分。雖然依照條文的分析對於鴉片類施用毒品個案的處遇方式多了一種選擇，然而在進行細部分析之後，可以發現採取緩起訴處分搭配替代療法的程序繁雜許多，以臺灣臺北地方法院檢察署毒品危害實施要點為例，個案除須符合 DSM-IV 的成癮標準及無其他偵審或待執行案件外，於第一次傳喚時檢察官會詢問其是否願意參加說明會，如有意願則告知說明會召開地點，並排定第二次庭訊之期間；第二次庭訊則詢問被告是否願意接受篩檢，如願意進行篩檢則轉介至醫療院所，並安排第三次庭訊期間；第三次庭訊如個案符合接受替代療法的標準，則詢問其是否願意接受所規劃的緩起

訴處分，若願意則檢察官會為緩起訴²⁵¹，然而緩起訴本身依照刑事訴訟法兩百五十七條至兩百五十八條之三條有再議及交付審判的內外部審查機制，之後，緩起訴處分才正式確定，相關程序的進行如圖 10 所示，就人性的出發點考量，相較緩起訴程序的繁雜，初犯聲請勒戒程序及再犯可行刑事訴訟法第兩百七十三條之一條的簡式審判程序或依刑事訴訟法四百五十五條協商判決程序進行，可以大幅減輕程序上的負擔，對於有結案壓力的檢察官而言無疑是較好的選擇，因此程序的繁雜可能是造成檢察官不用適用替代療法的原因。



²⁵¹ 臺灣臺北地檢署，臺灣臺北地方法院檢察署毒品減害計畫實施要點，頁 3-4(2007)。

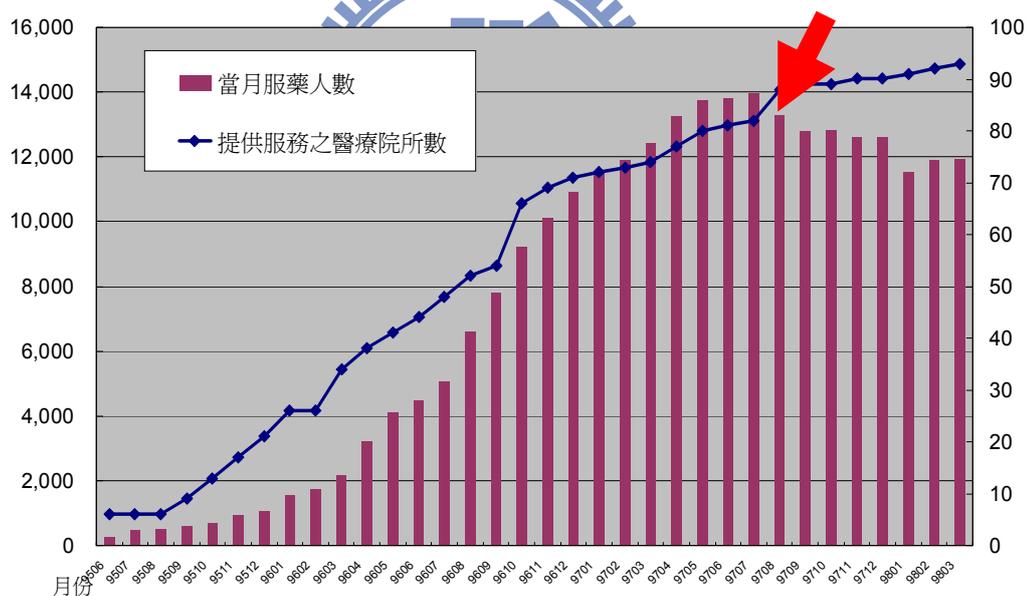


(圖 10：我國緩起訴處分搭配美沙冬替代療法流程圖)

(資料來源：本研究自製)

最後就個案自費的問題，由於目前我國參加美沙冬替代療法必須要個案自費，可能許多個案無法支出造成無法加入的結果，導致適用比例不佳。此外，依據 2008 年十月公佈的毒品戒癮治療實施辦法及完成治療認定標準第十四條規定：「戒癮治療費用，

由接受戒癮治療者自行負擔。²⁵²」，斷絕了過去施行緩起訴處分時，可由檢察署利用緩起訴處分金支付替代療法費用的途徑，參加一年替代療法的藥費支出約為三萬六千元左右，對於施用毒品者來說是一筆不小的負擔，原本疾病管制局針對初診有補助四千六百元費用及衛生署提供參加替代療法一年一萬六千元的補助亦應經費不足名額減少或取消，將使更少施用毒品個案能夠進入替代療法當中，從疾病管制局對於接受替代療法的每月人數的統計可以發現，於 2008 年八月取消初診補助之後(圖 11 箭頭所示)，服藥人數即下降，此後服藥人數一直呈現下降的情形，如圖 11 所示，繳不出費用的結果，可能會成為檢察官不適用緩起訴的原因，因為無法繳納費用，將可能發生違反戒癮治療實施辦法及完成治療認定標準第十二條，於治療期間，未依指定時間接受藥物治療逾七日及於治療期間，無故未依指定時間接受心理治療或社會復健治療逾三次條件，而被撤銷緩起訴，因此個案自費可能未能施以緩起訴處分及緩起訴處分撤銷率升高的原因。



(圖 11：我國美沙冬各月服藥人數)

(資料來源：行政院衛生署疾病管制局)

²⁵² 前揭註 271。

B. 撤銷率上升的原因

根據表 20、21 的統計資料可以看出我國緩起訴替代療法的撤銷率，由第一年的百分之十五躍升到第二年的百分之四十，本研究撤銷率高漲的原因可能為：一檢察體系對於毒品濫用的治療及美沙冬替代療法的認知仍不清楚；二美沙冬替代療法自費的影響

在本章針對美沙冬替代療法成效的探討中已經可以發現，美沙冬替代療法的效用僅在降低鴉片類藥品的使用量，雖有可能達到完全替代的效果，但依據國外的研究發現在參加六個月替代療法之後仍有將近四分之一的個案在過去三個月仍有施用毒品的紀錄，因而在治療中發現施用毒品就撤銷緩起訴處分，很可能是造成撤銷率飆升的原因。此外，由統計資料中可以發現施用替代療法的個案平均須接受一至八次的驗尿程序，如以一年緩起訴期間計算，平均兩個月驗一次，與國外的毒品法庭制度一個月至少二至三次的驗尿頻率，有次數較少的現象，然而在次數較少的情況之下，撤銷率仍逐年升高，代表著於替代療法期間同時施用毒品的情況很常見或是美沙冬替代療法的執行上有所缺陷。再從從另一個觀點來看，是否有因驗尿次數過多而導致單一地檢署的撤銷率過高，而影響整體的比例的情形，以驗尿平均次數最高的臺東及臺南來看其總體撤銷率分別為百分之二十與百分之二十七，低於總體平均的百分之三十三，此外若將驗尿次數與緩起訴撤銷率的關連性進行比較，可發現是呈現中度負相關(-0.51202)的情況，代表驗尿次數的上昇反會使緩起訴處分的撤銷率下降。美沙冬替代療法自費的影響，已如 5.2(3)A 所述，此不再贅述。

5.3 緩起訴處分搭配替代療法問題質性訪談

為證明現行實務施行所產生的問題，是否為本研究提出的可能原因，因而本研究欲採取深入訪談的方式，對於下列問題進行了解：

- ※ 對於美沙冬替代療法成效的疑慮？
- ※ 影響緩起訴處分搭配替代療法試用比例的原因？
- ※ 緩起訴處分搭配替代療法撤銷率升高的問題？

訪談對象以曾施行過緩起訴處分搭配美沙冬替代療法的檢察官及觀護人為主，相關

受訪人士基本資料如表 18 所示。

(1) 訪談問題：緩起訴處分搭配美沙冬替代療法的適用比例低的原因？

A. 對於成效性及公平性的疑慮

※ 訪談內容節錄與整理(表 22)

P1：...這個牽涉到一個刑罰公平性的問題，你有癮我沒有癮，那這樣你可以緩起訴，我就不能緩起訴，那這樣是不是有給他一次機會？所以有的地檢署也會給他緩起訴是因為這樣子。...那今天講的是減害，減害目前只有針對海洛因阿，那安非他命的人會說你那麼好，在監獄還可以喝美沙冬，反而在法律上會感覺到不公平的現象...，以再犯率這個是太粗糙了，再犯你只要吸一次你就是再犯，以我們剛剛說那個一天需要打三次海洛因的患者為例，他喝美沙冬可能現在一天只要再打兩次海洛因、一個月之後可能只要打一次，這個在我們法律上都算是再犯，但是在美沙冬的療效上他算是有效的，...，還有其實他是一個病人的身分，你才會把事情看清楚，其實我覺得現在有很多檢察官搞不清楚這個觀念，我一開始去聽會覺得他如果還要去吸毒那有什麼用呢？我這樣還是會把他送入監獄去呢！因為我們就會從我們法律的專業去看，而忽略其他的專業就是醫療。這兩者在某種程度上就是捍隔...，如果你檢察官下一個緩起訴命令他去戒癮，但衛生署醫療單位並沒有一個可以配合戒癮的部分，所以檢察官在下這個其實是沒有意義的，你說你叫一個人去戒如果沒有戒癮的地方，所以我們修二十四條的原因是希望衛生署能夠進來，現在是只有美沙冬的做法，那假以時日如果有十八套的作法，我們也是可以接受，我覺得我們修二十四條的精神來這裡

P5：對我來說這是一個沒有用的政策，因為如果它(美沙冬)有用那為什麼戒治沒有用，戒治與美沙冬有何不同，如果吃美沙冬就有用為何不在戒治所給與那些施用毒品者吃美沙冬，...，我會傾向裁定觀察勒戒，雖然兩個都沒有效，但是觀察勒戒的好處在於，因為毒品犯造成痛苦的並不是他一人而已，他的家人也痛苦，所以起碼關他一個月，家庭的安寧就多一個月，而且他那一個月不偷不搶，此外，你可以看他在被捉到前是乾乾扁扁的，進去一個月後出來，他起碼是容光煥發，反正整個人神清氣爽，起碼活著像個人，他的家人也不用怕說他在這一個月去偷去搶又去吸毒。...如果美沙冬有效的話，為什麼

那些人還是會因為注射海洛因而死亡，所以我說這個東西有沒有檢討是一個問題。

P6：一直有人質疑替代療法沒有療效，我們從來沒有說美沙冬能夠將一個施用毒品的人變成沒有施用毒品，這只是一種替代的手段，而是以一種安全的藥物讓他持續在這軌道上走，醫生給他門診給他心理治療，讓他走完這一輩子，但是總有意外，因為它停藥了，因為在這期間醫生會嘗試給她減量，它的基本原理並不是要來把他治好，我們的初衷不是這個樣。

(表 22：訪談內容簡表 2)

身份別	對於成效的疑慮
檢察官	1. 成效必須是不再施用毒品(完全不用海洛因) 2. 以是否成癮為緩起訴或不為緩起訴的分界，涉 及法理上不公平的現象 3. 美沙冬替代療法再注射海洛因會導致死亡

(資料來源：本研究自製)

B. 緩起訴處分搭配替代療法程序繁雜

※訪談內容節錄與整理(表 23)

P1：毒品犯的特性是你很難傳他來，一個案子會拖很久，其實我們不傳他來也可以，因為有驗尿報告，又經過觀察勒戒、強制戒治的部份，我們就可以起訴了，那為了要做緩起訴，我可能要傳他好幾次，這樣子沒有一個擔保性，因為我可能傳他第一次第二次不來第三次才來，所以我們刑事訴訟法準用民事訴訟法送達的規定大概要拖一個月，這些人有些特質，...例如：居無定所、叫他開庭他也不來，也有可能怕檢察官驗尿，就不敢來了，...，所以你要給檢察官一個處理的意願，因為檢察官也有辦案期限...

P2：因為緩起訴還要開一次庭，還要寫緩起訴書、還要觀察一年，有些檢察官不想開庭就不會選擇緩起訴，但這是個人的選擇啦，我們無法勉強...

P4：現在其實照刑事訴訟法就是檢察官的權責阿，檢察官想做就做阿，其實毒品減害計畫並不是所有檢察官都支持，從網站上看來其實反對的力量還蠻大地，因為有人會覺得我們花錢來救這些毒蟲是不值得，...，其他地檢署都是你想做就作，不想做就算，但是

我們地檢署是所有來的案件，只要你是二犯的案件沒有在監、在押、或是審判中案件，都送去評估，如果評估通過都會給予，...，當初地檢署就決定由一股來作，一開始是內勤在作，但是沒有人要作，因為程序比較冗長，說真的因為你看毒品你就給他起訴就好了，不用這麼冗長的程序，就要放一年，緩起訴要放兩年你看很冗長，而且將來再犯還要撤銷，然後再給他起訴，這個程序很冗長，所以你說給內勤檢察官作，很多他是不做的，所以各地檢署作法都不一樣，...

P5：其實我不贊同美沙冬還有一個原因在於，地檢署的案件量已經很多，如果像臺南地檢署還可容忍兩次(治療期間施用毒品)，案件量會暴增，在有限的人力裡，你是否就一個地檢署而言，你是否必須要為了一個虛增的案件而放棄掉其他的案件，尤其是一個衛生署就可以做好的案件，我說當然不管地檢署來多少案子都要盡心盡力去做，但是回歸人性而言真的有辦法這樣子做嗎?...關於其他地檢署案件量下降的問題，關於毒品的部分，你有沒有問他又被捉到施用毒品後的案件都誰在處理，也許是事務官處理業務量暴增、觀護人的業務增加，所以我覺得這個東西沒有很精準。

P6：原則上緩起訴一做出之後檢察官這邊就脫手了，其實負擔不會很大，只有再度吸食的部分會再到檢察官這裡來，也許會比照公式馬上就處理掉了，但是我覺得檢察官眼光要放遠，你給他緩起訴可能會減少它之後再進來的案件好幾件，簡易判決處刑的部分可能在短線上比較方便但是就長線而言，他可能還有三五件進來，長遠來看這是沒有意義。

(表 23：訪談內容簡表 3)

身份別	對於緩起訴處分搭配替代療法程序
檢察官	1. 因為毒犯的特性，傳喚不易 2. 有其他簡便的程序可以利用 3. 毒犯應該回歸給衛生署，採取緩起訴會使案件量暴增

(資料來源：本研究自製)

C. 個案採取自費

※訪談內容節錄與整理(表 24)

P1：也有可能會是他想要作會需要籌錢，因為我們希望他是自費，評估一次大概三千多元，對那些毒犯來說三千多元很多，可以吸三次海洛因捨不得，我們這一邊有一個原則就是他只要繳五千元進美沙冬的專戶，如果他真的連五千元都付不出來，那就不用付，給他緩起訴，期間就叫他去做美沙冬

P3：...，例如說臺北市他們會發現有很多人會因為繳不出這個緩起訴處分進而被撤銷，我們就建議它可以採取分期付款的方式，因為並不是一開始繳給醫院三至五萬元，而是定期間之後由地檢署統一繳交，這時候可一個星期幾千即可，就像我們的緩起訴處分金也可以讓他們分期拉這都是行政程序上可以談的，費用是最大的問題，當然從公平點來說他要吃它應該要自己付，...

P4：我們地檢署在做這個計劃完全是自費的，...一開始我們就跟他說我們緩起訴是五萬元，你要開始存錢，因為從你被捉到到要交錢大概是兩三個月之後的事情，評估大概是一個月，進來我們傳你大概是半個月，而做成緩起訴職權送再議高檢署回來大概是兩個月，確定之後執行科通知你來繳錢大概是兩個半月到三個月，...那其實現在不繳錢也蠻多的，不繳錢很多都是因為它還有繼續再吸，怕哪一天會被捉到，因為錢繳了不能退，...真正通知到要繳錢，他沒有辦法繳，我的作法都是讓他分期，...，不繳錢撤掉的也有，大概一兩個，真正沒有能力繳，你就把我撤掉，而其他幾乎都是有再犯其他案件的情形...

(表 24：訪談內容簡表 4)

身份別	個案自費影響
檢察官	1. 有的毒犯會因費用高，捨不得，而不加入 2. 現採取分期付款方式，經濟壓力較低 3. 對於清寒者有緩起訴處分金補助

(資料來源：本研究自製)

(2) 訪談問題：撤銷率攀升的原因？

A. 治療中施用毒品

※ 訪談內容及本研究分析(表 25)

P2：如果是在觀護人這邊是會被撤銷，不過我們內部有些默契不要第一次就撤銷他，大概兩三次，我早期有是兩次，有的時候我會用到三次，...，因為我們在這方面觀念比較清楚，所以我說這種東西需要溝通，像法務部的人，不見得在這個地方想法這麼清楚，他們還是要停留在比較戒癮的思考。

P3：我會做兩次緩起訴的大部分情形，是在緩起訴之前就被捉到，我們緩起訴評估的時間很快大概一個月就回來了，所以大約這一個月之中如果又被捉到我會再給他一次緩起訴的機會，但是緩起訴之後再犯的，我們這邊的作法都是把他撤銷，其實這個對被告其實是不好的，其實剛剛有說到這個美沙冬他只是抵癮的，他只是次數減少，我們的做法是因為我們有觀護人嘛！緩起訴之後就會定期通觀護人前來採尿，驗出的比例還蠻高的，他們會偷用，所以將來法務部，我本身也想寫文章建議法務部，乾脆不要採尿啦，法律也沒有規定觀護人室一定要採尿，採尿，觀護人驗有一定要通知檢察官，你就乾脆不要驗好了，因為這一個事實他就無法戒癮嘛，他只是慢慢減少、慢慢減少，越來越少就是成效了，那如果事實是這個樣子，我們還硬要採尿，採到就移送撤銷。

P5：我可以接受終身服用美沙冬的想法但是如果他再被捉到施用毒品則還是須有一些制裁手段，但這制裁手段是什麼我就知道了...。

P6：我希望盡量給他機會，只要他出席率很高就盡量不要拉他出來，你每個月驗尿等於拿石頭砸自己的腳，我希望最好三個月半年驗一次或每個月驗，但不要驗出第一次就撤銷。

P7：(對於治療中驗尿陽性的是否須再次給予機會?)那其實就是看檢察官對於法律的見解為何，但法律上並沒有說可以容許他再使用三次或是三十次，那用第一次用跟最後一次在評價上是一樣的，那你需要看醫院跟檢察署如何去看待這個人的施用情況，難道說你固定去醫院吃美沙冬又去驗到幾次都沒事嗎？所以這就是各地檢署不一致的原因

(表 25：訪談內容簡表 5)

身份別	對於治療中撤銷及驗尿的想法
檢察官	1. 從醫療的觀點出發應該認為多給個案機會 2. 雖然是醫療現實但還是給撤銷，乾脆減少驗尿次數或是不驗 3. 難道他進入了治療程序就拿到免死金牌嗎？

(資料來源：作者自製)

5.4 訪談結果討論及本研究意見

經本研究訪談結果發現本研究針對緩起訴處分搭配替代療法比例低及緩起訴處分撤銷率升高的現象所提出的原因，目前僅剩個案自費的因素仍有疑問，其餘皆證明本研究的假設相同，分述如下：

(1) 關於緩起訴處分搭配替代療法適用比例低的原因

A. 首先就美沙冬替代療法的成效性及公平性而言

可以觀察到檢察體系對於美沙冬替代療法的成效有正反兩面的評價，雖然本研究所訪談到的檢察官僅有一位是對於美沙冬替代療法的成效表示認為是以完全戒除海洛因的施用為目標，其他檢察官都認知到美沙冬僅作為一種替代作用而主要功能在於海洛因施用量的減少且維持一個健康的生活型態。此外對於是否為海洛因依賴者區分得否為緩起訴處分的標準，亦有檢察官認為有依賴情況代表施用毒品多次竟可獲緩起訴處分，有法理上的不公平現象。其實認為參與美沙冬替代療法應可完全戒治及存有法理上不公平的看法並非法界的少數意見。²⁵³此外，尚有檢察官認為如美沙冬替代療法有效為何還是有接受美沙冬替代療法的海洛因犯人死亡的結果。

然而本研究認為上述看法的歧異完全導因於對於美沙冬的成效不了解的原因，針對美沙冬的成效而言，就藥理上雖有可以替代海洛因，但由於藥量的使用須醫生就臨床上

²⁵³ 參見研商施用毒品案件為緩起訴處分適用問題會議紀錄，法檢決字0970804347號。

的狀況進行調整，因此海洛因依賴者有可能因為美沙冬藥量不足而同時施用海洛因，此外就醫療上的現實而言，毒品依賴者在治療過程中發現尿液呈現陽性反應的情況甚為平常，因此如法務部以個案完全不再施用海洛因為評估的唯一標準，將會使美沙冬替代療法淪為失敗的命運，另我國目前對於再犯率的評估過於粗糙，相較於國外毒品法院制度對於再犯率的評估方式必須依不同時間的進行比較，目前由法務部所製作的相關資料當中僅可以得知五年內再犯的比例作為評估標準，以五年作為觀察的區段實在太廣，如何將結束替代療法兩年後的再犯，歸因於替代療法的失敗，殊難想像。

再者，就法理公平性的問題而言，雖然實務施行現況上會發現因施用毒品案件受緩起訴處分者大多數為海洛因依賴者，但本研究認為並無公平性的問題，所謂的公平性係建立在「等則等之、不等者不等之」的前提之下，而美沙冬由於其藥理之特性，僅針對海洛因依賴者有其適用，並非由人為因素造成其他毒品施用者或依賴無法接受替代療法，因而並無不公平的現象。此外，之所以會招來不公平的質疑，絕大部分需由我國衛生主管機關負責，我國衛生單位目前僅就海洛因依賴者引進相關治療的方式，對於其他毒品依賴者或施用毒品者的治療或心理輔導方式，尚未提出有效的配套，據本研究訪談的施用毒品個案的戒毒經驗可以發現在替代療法引進之前，臺北橋下的小診所似乎是戒毒人的共同經驗，所以檢察官在無有效醫療擔保的情況下，雖可為緩起訴處分，但基於社會安全保障，大多不會為緩起訴處分。但如因此而認為不能讓海洛因毒品依賴者經由緩起訴處分施用替代療法，又矯枉過正。

最後是海洛因個案死亡的問題，在臨床的研究上美沙冬在血中的濃度如果過量，會造成死亡結果並無疑義，就國外的研究，在臨床上僅有少數的個案因為產生 **Cross tolerance**(即同時出現美沙冬及海洛因的耐藥性)，施用美沙冬反而更增加對於海洛因的需求或是在施用美沙冬之前未告知醫師今日有施用海洛因而導致過量暴斃的情況，但此情況非常少，而且我國醫師在使用美沙冬前會再三告知個案同時施用過量的危險，目前臺灣並無相關研究指出替代療法個案死亡率上升的報告或說法。²⁵⁴

²⁵⁴ Cross tolerance 是因為體質的關係導致增加美沙冬的施用量反而同時增加海洛因的使用量。

B. 就緩起訴處分程序的複雜性而言

所有受訪的檢察官都表示對於程序的繁雜真的會影響採行緩起訴程序的意願，尤其又加上施用毒品犯難以傳喚的特性及檢察官的積案壓力，利用良心道德的呼籲並不能產生實質的誘因出現。就緩起訴程序本身我們可以發現相較於進行簡易判決或是協商程序，緩起訴程序多了職權再議以及交付審判的規定，此外，以緩起訴處分搭配替代療法，尚須檢方尚須先經過三次傳喚程序(第一次令被告參與美沙冬說明會、第二次令被告進入衛生署醫療中心評估、第三次為緩起訴處分)更增添程序繁雜。再者，在實務上毒犯常會因為再度施用毒品或其他原因而傳喚不易，且搭配現行刑事訴訟法公示送達的規定，一個月平均僅能傳喚被告一次，導致時程拖延。

因此，本研究認為在程序上應該是否能夠加以合併，例如將說明會及醫療評估皆由同一醫療單位同時間進行或是仿照毒品法院制度的設計，設立專股檢察官專案辦理，可以借由減輕其他案件負擔的誘因，增加檢方適用的意願。

C. 就個案自費治療費用而言

雖然本研究所訪談到的檢察官皆表示目前僅有極少數的個案係因為經濟因素而撤銷，但請注意訪談的時點係在行政院戒癮辦法規定出現之前，在此時點大多數的地檢署仍有用緩起訴處分金為緩起訴被告支付醫療費用的補助，因此地檢署因為付不出緩起訴處分金而撤銷緩起訴的例子相當稀少。

然而就現行美沙冬替代療法的施行實務而言，由於我國對於美沙冬替代療法從國家補助部份或全部的形態轉成全部自費的方式，從相關的統計數據已經可以發覺參加人數已有下降，但其實有可能有不同的解釋，其中會有認為我國的施用毒品人數開始下降，但本研究認為這樣的論點無法成立，就鄰近國家經驗來看，香港登記參加美沙冬診所的人數為九千人，總香港人口數為七百萬人，而目前我國參加替代療法的人數僅一萬一千餘人，總人口數卻為香港的三倍，可粗略回應認為施用毒品人數下降的不合理，此外我國於 2008 年八月開始取消補助之後，當月人數即開始下降，時間點相當符合，可合理推得大約有部分的人的確因為費用的而不能接受治療。其次，戒癮辦法中要求個案必須自費，各地檢署於戒癮辦法公佈之後是否仍能再以緩起訴金支付則有問題，但如果因為

費用的問題導致不能接受緩起訴處分的理由，實為不公，有可能等於變相歧視無錢之人。

D. 目前實務作法

針對緩起訴處分搭配替代療法適用率低的現況，觀察目前適用率高的臺南及臺北地檢署可以發現，臺南地檢署對於施用毒品案件雖採取分案辦理的方式，但由於主任檢察長的大力宣導，目前只要符合接受替代療法要件，大部份檢察官會優先給予緩起訴，而在臺北地檢署則是採取專股進行的方式，只要是無其他案件的海洛因施用個案皆送往醫院評估，只有在評估不過或是個案無意願的情況之下，才回歸一般刑事程序(例如觀察勒戒或是起訴)處理，對於所有個案的標準一致且採取專股減少承辦其他案件，可減輕檢方的負擔。

但針對緩起訴處分搭配替代療法程序部份目前實務尚未不同的施行方式，至於費用部分，目前大多數地檢署仍採取以緩起訴處分金挹注的方式，但臺北地檢署則是採取分期付款的方式，不以緩起訴處分金挹注，較能與目前自費參與替代療法個案一致，可以作為各地檢署制度修正的參考。

(2) 緩起訴處分搭配替代療法撤銷比例升高的原因

由訪談資料可以看出檢察體系對於是否要在治療中驗到施用海洛因一次就要撤銷緩起訴產生極大的紛爭，檢察官們雖對於在替代療法中施用海洛因比例極高的醫療事實有所了解，因而對於治療中施用毒品的次數放寬至兩次，但是亦有檢察官持施用毒品仍是犯罪的想法，所以於治療中再次施用毒品必須撤銷，否則會產生在治療中即可多次施用毒品卻獲免死金牌的疑慮，因此有些檢察官建議減少驗尿的次數就能減低撤銷的比例的迂迴做法。

然而本研究認為不管是減少驗尿的次數或是增加撤銷次數的觀點並不可採，首先就減少驗尿次數而言，由本研究於替代療法國內成效性的分析可以發現，對於驗尿次數與撤銷率是呈現中度負相關，代表驗尿次數可降低撤銷率，應增加驗尿的次數。此外，就被驗到兩次才撤銷而言，所謂醫療現實的根據何來，且如何合理解釋為何在第一次施用毒品不會被撤銷緩起訴而第二次施用就會被撤銷，這兩次行為在法理上有何不同之處。因此本研究認為緩起訴處分搭配替代療法制度應根據治療的現實進行設計，除非在治療

中有頻繁多次的施用毒品或是有其他特定事由才應該撤銷緩起訴，才會有合理化區別不同次施用毒品行爲的基礎。

5.5 小結

美沙冬替代療法於國外已經行之有年且對於海洛因依賴者減少施用海洛因的情形、共用針頭及各類犯罪的發生率有顯著下降的情形，然而由於我國於 2005 年方引進美沙冬替代療法，相關的成效評估尚未齊備，因此本研究藉由現有臺灣美沙冬替代療法成效評估資料及對近年來的刑事案件發生件數及愛滋病新增感染人數進行分析及對於相關執行或接觸美沙冬替代療法的人士進行訪談，綜合資料後發現目前臺灣美沙冬替代療法的成效在於海洛因依賴者的海洛因施用量下降、身體健康獲得改善、竊盜及重大暴力案件下降及愛滋病新增人數下降的結果。此外美沙冬在成本支出上亦較傳統監禁處遇更加經濟。

而創設緩起訴處分搭配美沙冬替代療法制度原意，係因為希望利用刑事的規制增加美沙冬替代療法的治療效果，而增加自願加入的動機，然就目前施行的情況看來，除了緩起訴處分搭配替代療法的適用比例偏低之外，緩起訴處分的撤銷率亦有逐年上升的現象，本研究提出四大可能原因來解釋上述情況的發生，分別為檢察機關對於美沙冬替代療法成效認知不足、緩起訴處分的程序的繁雜、個案需自行負擔藥費及對於治療中再度施用毒品的看法。

經由質性訪談的結果可以發現，造成我國緩起訴處分搭配替代療法的推行阻礙的原因主要有：

(1) 檢察體系對於美沙冬替代療法的成效仍有疑慮

本研究發現對於美沙冬的成效，有部分檢察人員仍認為美沙冬可以將毒癮完全治癒，所以觀察到撤銷率高的現象會認為美沙冬的無效，而降低適用替代療法的欲望，這個原因或許是導因於我國推行替代療法法制化過於迅速，法務部在沒有提出足夠的成效性報告之前就通令全國地檢署施行，的確會造成一定的阻力；

(2) 替代療法的醫療現實與我國刑事思考格格不入

美沙冬替代療法的現況就是在治療的過程中一部分的人可以依靠施用美沙冬不再施用海洛因，但大部分的人還是會在治療期間同時施用海洛因，對我國刑事思考來說一次施用毒品就該當一次罪，所以在緩起訴處分的撤銷上也亦應以一次施用毒品就撤銷為宜，然則今天替代療法的現實就是有部份人仍會少量施用毒品不能完全戒除，但在其他社會成本的支出已有降低，如果不能根據這個現實，設計刑事制度部分的個案最後還是會落入撤銷的命運，因而所以才出現各地檢署撤銷次數以及驗尿次數有不同的認知。

(3) 緩起訴處分搭配替代療法與其他程序的選擇

緩起訴程序的設計本就較其他簡易、簡式程序或協商程序來的複雜，而今又加上替代療法的評估及說明會程序，整個運作更加龐大，並不會產生採用的實質誘因，造成適用比例降低。

(4) 緩起訴處分搭配替代療法的拘束程度弱

由於緩起訴處分對於人身拘束的程度若於監禁或是勒戒，導致對於施用他種毒品個案及非鴉片類依賴個案的犯罪程度低於海洛因依賴者卻不能享有緩起訴處分的現象。

(5) 個案補助的取消對於替代療法的推廣有所阻礙

由於行政院所公佈的戒癮辦法中規定參加療法的人必須自費支付治療費用，因此各地檢署對於是否將緩起訴處分金投入補助個案的作法亦有所不同，造成標準的混亂。

由於各地檢署對於緩起訴處分搭配美沙冬替代療法的認知及操作方式有所歧異，會造成相同的施用毒品案件在不同的地檢署竟然有不同的標準，對於法安定性及公平性造成嚴重損傷，並可能產生某些地區施用毒品因寬容的待遇的結果造成施用毒品個案聚集的效應，十分不當。另外，施用毒品者亦會因標準不一而欠缺信賴，不敢前往接受治療，可能導致緩起訴替代療法欲以法律及醫療結合，加速施用毒品者回歸社會的目的落空，徒增司法資源的浪費，而有必要將相關制度加以統一。

第六章 結論及建議

自清末鴉片戰爭以來，由於深深感受到鴉片對於國民健康的傷害，以及毒品所衍伸出的社會問題，爲了降低國力的耗損，國家將施用毒品行爲納入刑法的規制之下，開啓了罪犯標籤化的序幕，本以爲利用嚴刑峻罰能夠改變施用毒品行爲，但卻未收到預期的效果，反而造成施用毒品人難以回歸社會的結果，更加穩固施用毒品的生活型態，帶來更多的犯罪問題。

回顧我國的對於施用毒品犯的刑罰規制，從早期的三犯死刑到今日的三年以下的刑度，並兼有勒戒及戒治的設計，將原本罪犯的身分改變爲罪犯及病犯的雙重身分，然而由於制度設計的不當，使得戒所成效無法有效發揮，施用毒品者未享有身爲病患所應享有醫療的權利，反而除罪犯的標籤外更貼上了病犯的標籤受有兩種的不利益。

此外，國家對於施用毒品進行管制亦飽受批評，國家管制毒品的目的爲維護個人健康以及社會秩序，然而對於強調個人健康的保護，無疑是國家將其意志施加在人民身上，嚴重違反人性尊嚴。而對於社會秩序的保護的內涵包括社會生產力的下降以及犯罪地關聯性，然而我國大法官未就其他行爲雖對於社會整體生產力的下降與毒品有同等的效果卻未進入刑法規範的體系當中進行說明，而有所論理不足之處，而對於犯罪關聯性上由於國內外研究顯現出毒品與犯罪的高關聯性，因此本研究認爲國家有管制的基礎。

但由於施用毒品牽涉個人的自主決定權，爲人格權的核心應受到最嚴格的保障，所以在手段上必須採取最小侵害的手段爲之，然而我國以機構化處遇方式對於施用毒品行爲進行管制，不符合當代以優先以社區處遇治療施用毒品犯的趨勢而不符合最小侵害原則。本研究並建議將來修法應優先使用社會處遇的治療方式，方符合最小侵害原則。

然而在近二十年來，由於對於施用毒品者採行嚴刑的國家開始面臨監獄超容，擠壓到處理其他案件的司法資源，加上減害風潮的興起，各國的刑事制度開始出現了變革，由原本報應式司法主導的刑事程序設計，新增加了修復式司法及治療性司法的概念，強調應該由社區修復以及治療才能解決毒品問題，因而出現獨立於一般法院之外的問題解決法院，針對這群因爲毒品依賴者的犯罪問題，利用醫療的手段進行處理，並利用法律

的強制力及醫療的雙重規制來造成行為改變的結果，目前已於世界各國獲得極佳的成效。

我國緩起訴處分搭配替代療法的毒品處遇新制於 2008 年開始正式施行，亦是為了解決目前臺灣監獄超容及施用毒品再犯率居高不上的問題，然而實施的現狀上卻發現緩起訴的適用率低及撤銷率逐年上升的問題，經本研究訪談得出主要原因主要在對於替代療法成效的質疑、緩起訴程序的繁雜、對於撤銷標準的認定以及個案自費的影響。

因此本研究認為既然緩起訴處分搭配替代療法，同系對待施用毒品問題且皆具有治療性司法與修復式司法的內涵，因而對於緩起訴處分搭配替代療法的制度修正，應可參照國外問題解決法院的制度設計，對於毒品施用犯應優先進入緩起訴程序處理以取代傳統刑事程序，在整個程序過程採迅速處理及一致性的要求，並認為應該由醫療施用毒品的事實來設計制度，並納入社區的意見作為參考。本研究提出以下建議作為緩起訴處分搭配替代療法制度修正的參考：

(1) 建議一：在個案的進入標準應採取明確的條件並搭配個案管理系統與評估醫院的建置。

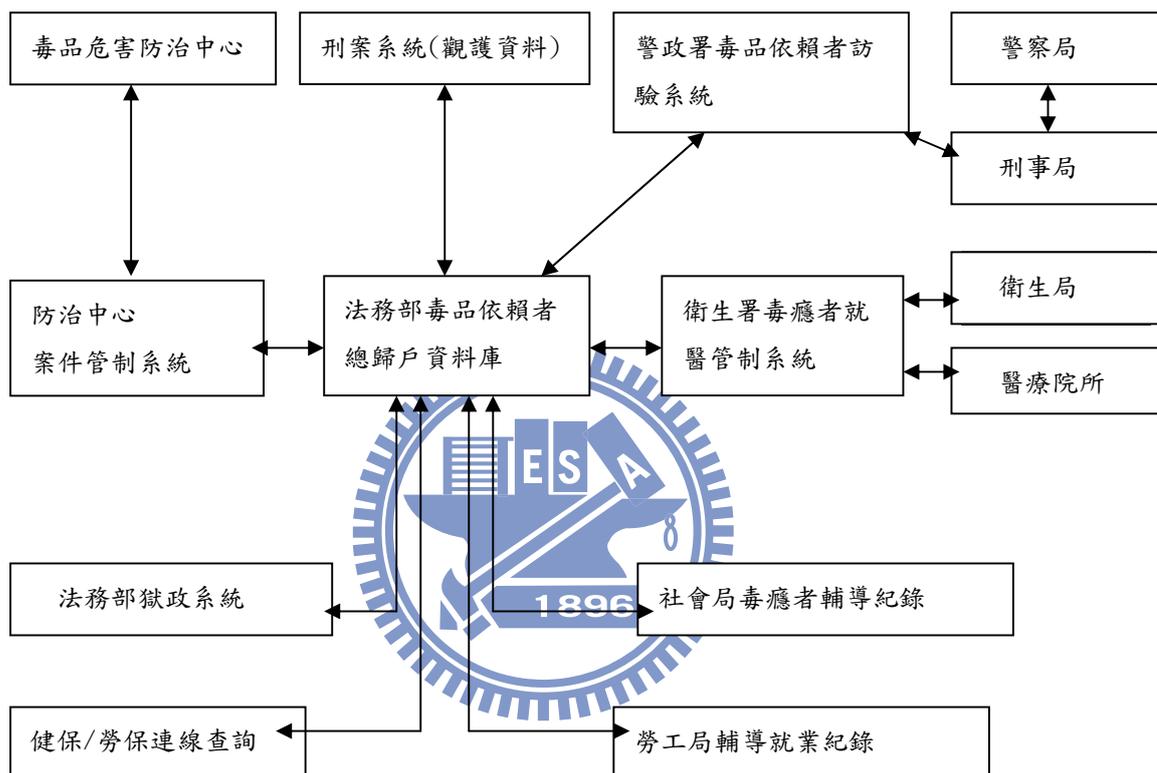
由於我國實務的施行上發現針對海洛因濫用者是否能進入緩起訴程序的判斷上會因檢察官的對於替代療法的態度、積案的壓力與公共安全的考量而有所不同，如主管機關認為緩起訴替代療法是個值得實行的政策，應當訂定一些明確的個案進入標準，國外的問題解決法庭制度上則明確將暴力性或涉及毒品販賣、製造等犯罪被排除在外，而包含的主要犯罪類型是施用或持有毒品犯；此外，主管機關應訂定如有符合進入條件的個案皆應接受醫療評估的相關行政規則或法令，並且搭配下列措施：

一是建立個案管理機制，國外施行的經驗可以發現，對於毒品依賴的個案，迅速的介入可以有效打破其對於自身依賴情況的否認，所以在程序上要求快速進行且應要有整合的系統通知承辦該案的檢察官，該名被告符合個案進入標準的情況，可以縮減程序進行的時間耗費。目前我國欲推行的毒癮者單一窗口服務，就有個案管理的意味。

所謂毒癮者單一窗口服務是指為整合各部會對出監毒品成癮者作為產生之資訊，俾便即時掌握、快速反應，建立毒品成癮者總歸戶資料庫應為一項有效之措施。毒品成癮

者總歸戶資料庫與法務(檢察、獄政)、警政、衛生、社政、職訓、毒品危害防制中心等輔導機關關係密切，即綜合全國各處資料，可以供給政策制定者及法律執行者作為參考，而有了個案的管理機制，檢察體系除了可以於傳喚施用毒品犯時，即知其之前的前科情形與是否曾參與本項計畫，並且可以透過管理系統監督個案接受治療的情形。

相關制度概念如圖 12 所示。²⁵⁵：



(圖 12:毒品成癮者總歸戶系統業務關聯圖)

(資料來源：法務部資訊處，本研究重新編製)

二是司法機關應建立專門醫療評估中心或合作醫院，雖然在目前的施行實務上只有海洛因濫用的個案需進入醫療院所進行評估，但在將來可能會由於其他療法的引進而有更多種類的個案必須進入評估，所以如果能建立專門的評估機構再搭配上個案管理系統，警方於逮捕到施用毒品犯時，就能知道是不是符合個案進入標準，可先行送醫療院所接受評估，再送往檢察體系中，檢察官可於第一次傳喚被告時即可依照醫療院所所做

²⁵⁵ 法務部資訊處，「法務部毒品成癮者單一窗口服務」計劃背景簡介，<http://www.moj.gov.tw/public/Data/8626114052881.doc>(最後點閱時間：2009.4.5)。

出的評估報告及醫療建議，決定是否給與緩起訴及應附其他條件，可以減少一次至兩次的傳喚程序，應可大幅增加檢察官適用的意願。

(2) 建議二：對於非海洛因毒品依賴者仍應給予緩起訴處分，並在讓社區民眾對於處分條件有表達意見的機會。

由於目前除美沙冬替代療法之外，我國雖無針對其他毒品依賴者引進療法，但我國仍有提供一般治療戒毒門診的存在，例如臺北聯合醫院、南投療養院及高雄凱旋醫院皆有戒毒門診的提供，採取檢察官可試著附加定期門診或住院急性解毒的方式，給予其他非海洛因毒品依賴者緩起訴的機會。此外，由於施用毒品者的治療場域是在其原生社區當中，有必要將社區的接受度考量進去，且雖然施用毒品行為並無直接受害者但其家庭及社區有受到間接傷害，為了將來個案能成功回歸社區的考量，應該在制度上給予社區代表表達意見的機會，藉此同時亦可讓社區居民更加了解替代療法的好處所在，並且應在緩起訴的條件上根據社區代表的意見附加社區的勞動服務，以作為對於社區的補償，並讓個案改正的過程讓社區居民看見，可有效減低社區的疑慮。

(3) 建議三：應於法條中訂明治療中再度施用毒品應不作為撤銷的理由，但以其他種懲罰代替撤銷，並搭配檢察官定期會面制度增強緩起訴的拘束性及建立適當的治療評估標準。

其實在治療期間同時施用毒品的情況，不只存在於運用美沙冬替代療法，其他種的毒品療法也會有同樣的風險性，但只要經過一定期間的醫療下，還是可以達到不再施用毒品的狀況，所以應該是根據醫療的現實去進行法律制度的設計，為了鼓勵施用毒品的人接受治療，對於不同意進入醫療程序的個案，對於其施用毒品行為應該要異其處理方式，即未同意接受治療者，於監獄進行強制治療或是監禁；而同意治療者則對其治療中再度施用毒品的行為採取其他懲罰的方式，其實刑事程序的進行是可以幫助醫療的成效，並非是完全的牴觸，然而我國在討論對於毒品戒治的討論上，結論常會流於完全監禁取向或是完全除罪取向，而欠缺中間處遇的方式。所以對於治療中再度施用毒品應當認為是一種醫療的常態，但仍需給予適當處罰的態度，而非立即撤銷緩起訴處分或是完全放任的零和遊戲，國外的問題解決法院制度亦採觀點，並認為對於治療中再度施用毒

品施以某程度的懲罰有助於行爲的改變，而達到一加一大於二的效果，而爲達到這樣的理想，但必須搭配下列制度一同進行。

一是安排定期會面制度，由於要適時對於個案的情況有所掌控，並對於個案違反緩起訴條件給予即時的懲罰或對是對於個案服從治療條件時給予一些獎勵，所以必須安排定期會面的制度由檢察官定期檢視治療效果，而由檢察官作爲治療程序主導者的原因在於，檢察官在法律上才有懲罰的權利，醫生並無合法性的基礎，這樣的設計可以增加個案的自我信心與治療的服從度，此外定期會面制度的設計可以減輕目前對於緩起訴處分較監禁過於輕的疑慮，目前對於海洛因的施用個案平均刑期爲一年左右，如緩起訴期間採取兩年或三年並且個案有義務定期回到法庭接受評估，比較之下，並不輕於監禁的處遇，不論在感情或是法理上較能爲大眾所接受。

二是採取專股檢察官的制度，爲了採行定期會面制度，由於每個案件的開庭次數將會增多，所以爲了案件處理的考量，則應該採取專股檢察官的設計，並由於懲罰跟獎勵的給予需要具有行爲改變技術的技巧，因而需受過一定程度的專業心理學訓練，因此更需要藉由長期的接觸累積相關經驗，我國的臺北地院的金融專庭，亦是基於專業性的考量所設計出來。

三是訂定適合的成效評估標準，我國一般對於戒治成效的評定採取以再犯率作爲評定的唯一標準實在太過粗糙，造成再犯的原因相當多元，並且對於制度的評定應當針對不同的時期進行評定，我國對於施用毒品的再犯率的統計是只要五年內再犯施用毒品罪即屬再犯，而不區分離開監獄或戒治所後再進入的期間究竟是一年或兩年或是更久，而依據再犯率的情況究認爲戒治無效，太過武斷，而新制的替代療法如以同樣的標準進行評估，亦將落入無效的範疇當中，所以必須有一套合理的評估標準，參照國外的經驗，評估標準宜以降低毒品的使用量、降低與毒品相關的財產犯罪犯罪率、藥品濫用者的死亡率、個案健康情形、社會功能作爲評估標準。

(4) 建議四：對於治療費用應部分補助或給予分期付款的方式。

對於美沙冬的藥費支付就就要採取自費或是公費的方式，著實需要仔細思索，畢竟美沙冬替代療法的藥費支出對於國家來說並非是很大的負擔，且參照香港的經驗，採取

美沙冬公費的方式能夠吸引更多的自願的個案參與，在我國的統計資料上也反映類似事實，而且根據國外的成效，可以發現採行美沙冬替代療法的成本效益極高，能夠減少許多無形的社會成本，實應擴大補助範圍，然而我國目前僅有愛滋病的毒品濫用個案能獲得國家的全額補助，對於一般的毒品濫用個案卻無足夠的補助，本研究建議對於美沙冬個案的醫療費用，應該由政府全額支出，而如果採行自付的方式亦應有對於清寒人士的藥費補助及分期付款的制度。

(5) 建議五：引進問題解決法院制度

本研究雖以毒品危害防制條例第二十四條作為研究對象，而對於目前的緩起訴處分搭配替代療法進行修正之建議，但緩起訴處分與問題解決法院的最大的不同點在於緩起訴程序並未進入法庭體系，問題解決法院卻是一獨立的法庭體系，但由於緩起訴處分搭配替代療法與問題解決法院皆帶有治療性及修復性司法的意涵，所以在部分的制度設計上可以共通。

但其實我國並非沒有完全引進問題解決法院制度之法源基礎，依照我國刑法第七十四條，法官亦可經由緩刑來搭配替代療法的施行，實務迄今雖然沒有任何具體案例，但在將來可能會有適用的機會，因而本研究建議我國應該尻率正式引進問題解決法院制度，而使對抗施用毒品問題，能達到更有效的成果。

參考文獻

中文書籍

1. David Garland 著，劉宗為、黃煜文譯，《懲罰與現代社會》，商周出版，臺北(2007)。
2. Robert C. Carson& James N. Butcher 著，游恆山譯，《變態心理學》，五南出版，臺北(1993)。
3. 王皇玉，《刑罰與社會規訓-臺灣刑事制裁新舊思維的衝突與轉變》，元照出版，臺北(2009)。
4. 行政院衛生署等，《九十七年反毒報告書》，行政院衛生署出版，臺北(2008)。
5. 李志恆等，《物質濫用之防制、危害、戒治》，行政院衛生署管制藥品管理局，臺北(2003)。
6. 李建良，《憲法理論與實務(一)》，新學林出版，臺北(2003)。
7. 李惠宗，《憲法要義》，元照出版，臺北(2006)。
8. 林山田，《刑罰學》臺灣商務出版，臺北(1995)。
9. 林山田，《刑法通論上冊》(增修九版)，自版，臺北(2005)。
10. 康樹華，《犯罪學》，北京大學出版，北京(1999)。
11. 梅傳強、王敏，《犯罪心理學》，中國司法部出版，北京(1999)。
12. 張甘妹，《刑事政策》，三民書局出版，臺北(1997)。
13. 張智輝等，《比較犯罪學》，五南出版，臺北(1997)。
14. 楊士隆，《犯罪心理學》，五南出版，臺北(2001)。
15. 謝瑞智，《犯罪與刑事政策》，文笙書局出版，臺北(2000)。
16. 顏純左，《新鴉片戰爭—尋找現代的杜聰明》，集夢坊，臺北(2007)。
17. 龔纓晏，《鴉片的傳播與對華鴉片貿易》，東方出版社，北京(1999)。

中文期刊

1. 林文亮等，〈觀摩臺中地檢署、苗栗地檢署掃蕩毒品作法之報告—兼提出雲林地檢署掃蕩毒品之計畫〉，《檢協會訊》，第 33 期，頁 1-5，2008 年 9 月。

2. 林佳璋,〈藥物濫用與犯罪關聯性之質化研究〉,《警學叢刊》,第三十八卷第四期,頁 57-90,2008 年 1 月。
3. 林健陽,〈美國 1960 年代早期聯邦最高法院對「毒品成癮性」除罪化的態度----以 1962 年 Robinson v. California 案為例〉,《中央警察大學學報》第 38 期,頁 267-294(2001.7)。
4. 吳琬瑜,〈專訪法務部長 王清峰:我是混過江湖的〉,《天下雜誌》,第 405 期,頁 140-158,2008 年 9 月。
5. 吳琬瑜,〈毒癮暗潮、全臺洶湧—新鴉片戰爭〉,《天下雜誌》,第 405 期,頁 140-158,2008 年 9 月。
6. 吳偉豪、陳運財,〈緩起訴制度運作狀況之檢討-以臺北、臺中、雲林地方法院檢察署為中心〉,《東海大學法學研究》,第十八期,頁 177-276,2003 年 6 月。
7. 吳憲璋,〈毒品犯成癮模式探討與矯治對策〉,《矯正月刊》,第 188 期,2008 年 2 月, <http://www.tpt.moj.gov.tw/public/Data/821517358296.htm>(最後點閱時間:2009.3.29)。
8. 阿地力江·阿布來提,〈毒品刑事治理探討〉,《刑事法評論》,第 22 期,頁 555-577,2008 年。
9. 周石棋,〈新加坡獄政總署參訪輯要〉,《矯正月刊》,第 193 期,2008 年 7 月,亦可見 <http://www.tpt.moj.gov.tw/public/Data/87915228755.htm>(最後點閱時間:2009.3.29)。
10. 林建陽、黃啓賓,〈毒品矯治與成效策略之探討〉,《中央警察大學學報》,第 39 期,頁 291-322,2002 年。
11. 林鴻海,〈我國毒品政策之另類思考〉,《警學叢刊》第 38 卷第 4 期,頁 91-126,2008 年 1 月。
12. 陳光輝等,〈海洛因成癮者之美沙酮替代療法〉,《臺灣醫學雜誌》,第 11 卷 3 期,頁 315-319,2007 年。
13. 陳運財,〈緩起訴制度之研究〉,《臺灣本土法學雜誌》,第 35 期,頁 73-111,2002 年。
14. 張天一,〈釋字四七六號的遺珠之憾-論毒品犯罪相關問題〉,《月旦法學雜誌》,第 103 期,頁 166-181,2003 年 12 月。
15. 許春金,〈修復式正義的實踐理念與途徑-參與式刑事司法〉,《犯罪與刑事司法研究》第一期,頁 37-66,2003 年。
16. 黃昭元,〈憲法權利限制的司法審查標準:美國類型多元化標準模式的比較分析〉,《臺灣大學法學論叢》,第 33 卷第 3 期,頁 45-128,2004 年。

17. 黃昭元,〈車速限制與行為自主權〉,《月旦法學教室》第五期,頁 8-9,2003 年 3 月。
18. 劉勤章,〈毒品與犯罪關聯性之探討〉,《中央大學警察學報》第三十九期,頁 278-289,2002 年 4 月。
19. 鄧煌發,〈當代社區處遇措施之探討〉,《刑事政策與犯罪研究論文集(五)》,亦可見法務部資訊網 <http://www.moj.gov.tw/ct.asp?xItem=29741&ctNode=97&mp=001>(最後點閱時間:2009.3.29)。
20. 盧孟珊,〈淺談藥癮愛滋減害計畫與美沙冬替代療法〉,《三總藥訊》,頁 2-5,2007 年 10 月。

中文學位論文

1. 江振亨,《認知行為團體治療對濫用藥物者輔導成效之研究》,國立中正大學犯罪防治所碩士論文,1999。
2. 林伯君,《影響戒治成效的相關因素》,國立中正大學犯罪防治所碩士學位論文,2005。
3. 林建中,《隱私權概念之再思考—關於概念範圍、定義及權利形成方法》,國立臺灣大學法律研究所碩士學位論文,1995。
4. 林倩如,《家庭、同儕功能對戒治所男性海洛因使用者毒品再用的影響》,成功大學行為醫學研究所,2006。
5. 吳建昌,《刑事責任之研究-法學與精神醫學的交錯》,國立臺灣大學法律學系碩士論文,2000。
6. 陳嘉雯,《創傷之後成長或抑制心理歷程-以藥物成癮者為例》,國立臺灣大學心理研究所碩士學位論文,2003。
7. 張伯宏,《我國毒品戒治政策與成效之研究》,國立中正大學犯罪防治系暨研究所博士學位論文,2007。
8. 楊瑞美,《毒品政策對施用毒品者之影響--以某成年男性戒治所為例》,國立臺灣大學社會工作系碩士學位論文,2003。
9. 薛雅尹,《我國戒毒政策成效評估》,國立東華大學公共行政研究所碩士論文,2003。
10. 劉后安,《論美國與臺灣墮胎法律制度合法性研究》,國立臺灣大學法律研究所碩士學位論文,1999。
11. 蔡奇秀,《影響毒品犯罪率的實證研究》,國立成功大學高階管理在職專班(EMBA)

碩士論文，2006。

12. 蘇裕翔，《我國毒品犯罪之立法研究-以毒品危害防制條例為例》，國防管理學院法律學系碩士學位論文，2003。
13. 蕭仰歸，《從國際公約論我國毒品犯罪防制之法制與實現》，國立海洋大學法律研究所碩士學位論文，2005。

中文論文集

1. 李震山，〈論生命科技與生命尊嚴—以人工生殖為探討中心〉，收錄於氏著《人性尊嚴與人權保障論文集》，頁 83-120，元照出版，臺北(2001)。

其他中文參考資料

1. 2007 年中國禁毒報告，中華人民共和國國務院，
http://big5.ce.cn/gate/big5/finance.ce.cn/law/home/scroll/200806/25/t20080625_13261670.shtml (最後點閱時間：2009.3.29)。
2. TVBS-N 新聞，社會新聞版，2007 年 9 月 05 日，
http://www.tvbs.com.tw/news/news_list.asp?no=blue20070905084047(最後點閱時間：2009.3.29)。
3. 中華民國九十七年十月三十日行政院院臺法字第 0 九七 0 0 九二二二六號函。
4. 臺灣競爭力論壇，<http://www.tcf.tw/?p=997#more-997>(最後點閱時間：2009.3.29)。
5. 立法院公報，第 97 卷第 7 期委員會紀錄，頁 36(2008)。
6. 內政部警政署，主要警政統計指標，
<http://www.npa.gov.tw/NPAGip/wSite/public/Attachment/f1214289645807.xls>(最後點閱時間：2009.2.15)。
7. 平均每年因毒品案件偵結人數為 3 萬人，參見法務部戒毒資訊網，
http://refrain.moj.gov.tw/html/page_02.php(最後點閱時間：2009.3.29)。
8. 行政院衛生署嘉南療養院，運用緩起訴處分對於美沙冬替代療法成效之影響，行政院衛生署管制藥品管理局委託科技研究計畫(2007)。
9. 行政院疾病管制局，98 年 1 月替代療法執行情形，
<http://www.cdc.gov.tw/ct.asp?xItem=22061&ctNode=1885&mp=1>(最後點閱時間：2009.2.15)。

10. 行政院衛生署桃園療養院，美沙冬替代療法治療海洛因成癮個案之療效評估，行政院衛生署管制藥品管理局託科技研究計畫，頁 34-40(2007)。
11. 行政院衛生署疾病管制局 HIV 個案人數統計資料，
<http://www.cdc.gov.tw/public/Attachment/93917404571.xls>(最後點閱時間 2009.3.29)。
12. 自由電子報，頭版，2007 年 7 月 24 日，
<http://www.libertytimes.com.tw/2007/new/jul/24/today-t1.htm>(最後點閱時間：2009.3.29)。
13. 自由電子報，社會新聞版，2009 年 1 月 18 日，
<http://www.libertytimes.com.tw/2009/new/jan/18/today-so1.htm>(最後點閱時間：2009.3.29)。
14. 自由電子報，社會新聞版，2008 年 11 月 06 日，
<http://n.yam.com/tlt/society/200811/20081106189377.html>(最後點閱時間：2009.3.29)。
15. 自由電子報，2008 年 7 月 7 日，
<http://www.libertytimes.com.tw/2008/new/jul/7/today-so2-2.htm>(最後點閱時間：2009.5.26)。
16. 周孫元，毒癮替代療法介紹藥癮者初診評估，
http://www.cdc.gov.tw/file/39142_6141203704.ppt(最後點閱時間：2009.3.29)。
17. 法務部統計資料專題分析，緩起訴處分案件統計分析，
<http://www.moj.gov.tw/public/Attachment/710251122717.pdf>(最後點閱時間：2009.3.29)。
18. 法務部統計處，各地檢署實施毒品減害計畫 96 年 01 月至 96 年 12 月、97 年 01 月至 97 年 12 月、98 年 1 月至 3 月成效統計表。
19. 法務部資訊處，「法務部毒品成癮者單一窗口服務」計劃背景簡介，
<http://www.moj.gov.tw/public/Data/8626114052881.doc>(最後點閱時間：2009.4.5)。
20. 房保國，從復仇到和解——論恢復性司法中的被害人，北大法律訊息網，
<http://www.fsou.com/redirect/index.asp?url=http://vip.chinalawinfo.com/newlaw2002/slc/slc.asp?db=art&gid=335571946>(最後點閱時間：2009.3.29)。
21. 毒品危害防制修正總說明，
<http://db.lawbank.com.tw/FLAW/FLAWDAT01.asp?lsid=FL001431>(最後點閱時間：2009.3.29)。

22. 毒品與管制藥品之分級原則，管制藥品管理局，
<http://www.nbcd.gov.tw/admin/uploads/20070416033838281270555/%A1u%ACr%AB~%A1v%BBP%A1u%BA%DE%A8%EE%C3%C4%AB~%A1v%B0%CF%A7O.pdf>(最後點閱時間：2009.3.29)。
23. 毒品案件辦理情形統計表，法務部統計處資料，
<http://www.moj.gov.tw/site/moj/public/MMO/moj/stat/new/newtxt1.pdf>。(最後點閱時間：2009.3.29)。
24. 毒品犯及施用毒品犯初犯及再累犯人數及比例表，法務部統計處資料，
<http://www.moj.gov.tw/site/moj/public/MMO/moj/stat/new/newtable5.pdf>。(最後點閱時間：2009.3.29)。
25. 毒品犯在監人數及罪名統計表，法務部統計處資料，
<http://www.moj.gov.tw/site/moj/public/MMO/moj/stat/new/newtxt2.pdf>(最後點閱時間：2009.3.29)。
26. 毒品防制條例修法無配套美沙冬療法暫停，自由電子報，2008年9月14日，
<http://www.libertytimes.com.tw/2008/new/sep/14/today-so8.htm>(最後點閱時間：2009.3.29)。
27. 香港保安局禁毒處，香港戒毒治療和康復服務第四個三年計劃(二零零六至零八年)，頁38(2008)，亦可見 http://www.nd.gov.hk/Fourth_Three_Year_Plan_Chinese.pdf(最後點閱時間：2009.3.29)。
28. 研商施用毒品案件為緩起訴處分適用問題會議紀錄，法檢決字 0970804347 號。
29. 香港戒毒治療和康復服務第四個三年計劃(二零零六至零八年)，
http://www.nd.gov.hk/Fourth_Three_Year_Plan_Chinese.pdf(最後點閱日期：2009.3.29)。
30. 國民健康局戒菸治療管理中心，<http://tobacco.bhp.doh.gov.tw/quit/> (最後點閱時間：2008.12.26)。
31. 國民健康局，民國 91 年國民健康促進知識、態度與行為調查(2003)
32. 酗酒禍害之多少，天主教聖母醫院精神科郭峰志主任，
<http://www.smh.org.tw/mag1/3902.htm> (最後點閱時間：2009.3.29)。
33. 陳祖輝，國外犯罪矯正援引復歸式正義發展之初探：機遇與挑戰，矯正社會工作上課教材，頁 5-6，http://www.ntpu.edu.tw/sw/temp/O_20080225132317.doc(最後點閱時間：2009.3.29)。

34. 新約聖經約翰福音八章二至十一節。
35. 楊士隆，毒品問題與對策，行政院研究發展考核委員會研究報告(2005)
36. 臺灣臺北地檢署，臺灣臺北地方法院檢察署毒品減害計畫實施要點(2007)。
37. 藥癮治療觀點，臺中戒治所，
<http://www.moj.gov.tw/ct.asp?xItem=102717&ctNode=20692&mp=089>(最後點閱時間：2009.3.29)。

英文書籍

1. BRITT, CHESTER L., AND MICHAEL GOTTFREDSON ,CONTROL THEORIES OF CRIME AND DELINQUENCY(2003).
2. Cleary, Jim, Community Courts and Quality-of-Life Crime: The Midtown Manhattan Community Court as a Model(1999).
3. CURTIS, RICHARD, DISPENSING JUSTICE LOCALLY: THE IMPLEMENTATION AND EFFECTS OF THE MIDTOWN COMMUNITY COURT(2000).
4. EXECUTIVE OFFICE OF THE PRESIDENT OFFICE OF NATIONAL DRUG CONTROL POLICY, METHADONE(2000).
5. FEINBLATT, JOHN & GREG BERMAN, COMMUNITY PRINCIPLES : A GUIDE FOR PLANNERS (2000).
6. KANT ,IMMANUEL, THE METAPHYSICAL ELEMENT OF JUSTICE (1965).
7. Levinthal, Charles F., Drug, Behavior, and Modern Society(2005).
8. McMahon, Marilyn, & David Wexler, Therapeutic Jurisprudence : Law in Context (2003).
9. INCIARDI, JAMES A. & LANA D. HARRISON, Harm reduction : National and International Persectiveness (1992).
10. JOHNSTONE, GERRY, Restorative Justice Reader: Texts, Sources and Context(2003).
11. U.S. Department of Justice, Defining Drug Courts: The Key Components (2003).

英文期刊

1. Berman, Greg & John Feinblat, *Problem-Solving Courts : A Brief Primer*, 23 LAW & POL'Y 125(2001).
2. Chhabra, Shalini, *Methadone*, 25 AM.J. HOSPICE& PALLIATIVE MEDICINE146(2008).
3. Desjarlais, Don C., Editorial: Harm Reduction—A Framework for Incorporating Science into Drug Policy, 85 AM. JOURNAL PUB. HEALTH 10(1995).
4. Eng, Peter Stoker C., History of Harm Reduction - Provenance and Politics, Part 3., J.GLOBAL DRUG POL'Y & PRAC, available at

http://www.dpnoc.ca/My_Homepage_Files/Download/History%20of%20Harm%20Reduction%20%20Provenance%20and%20Politics%20Part%20Three.doc (last visited Mar.29.2009).

5. Hora, Peggy Fulton, Peggy Fulton Hora, William G. Schma & John T.A. Rosenthal, *Therapeutic Jurisprudence and the Drug Treatment Court Movement: Revolutionizing the Criminal Justice System's Response to Drug Abuse and Crime in America*, 74 Notre Dame Law Review 439(1999).
6. Hora, Peggy Fulton, & Theodore Stalcup, *Drug Treatment Courts in the Twenty-First Century: The Evolution of the Revolution in Problem-Solving Courts*, 42 GA.L.REV.717(2008).
7. Joseph, Herman, Sharon Stancliff & John Langrod, *Methadone Maintenance Treatment(MMT):A Review of Historical and Clinical Issues*, 67 THE MOUNT SINAI J.MEDICINE 347(2000).
8. Klingemann, HK., *Drug Treatment in Switzerland: Harm Reduction, Decentralization and Community Response*, 91 ADDICTION 723(1996).
9. Latimer, J., & S. Kleinknecht, *The Effectiveness of Restorative Justice Programming : a Meta analysis*, 85 THE PRISON J.127(2005).
10. Lind ,Bronwyn, Shuling Chen, Don Weatherburn, Richard Mattick, *the effectiveness of methadone maintain treatment in control crime , An Australian Aggregate-Level Analysis*, 45 BRITISH J.CRIMINOLOGY 201(2005.3).
11. Lurigio, Arthur J., *The First 20 Years of Drug Treatment Courts: A Brief Description of Their History and Impact*, 72 FED. PROBATION 13(2008).
12. Morris, Allison, *Critiquing the critics: A brief response to critics of restorative justice*, 42 THE BRI. J. CRIMINOLOGY 596 (2002).
13. Nolan Jr, James L., *Redefining Criminal Courts: Problem-Solving and the Meaning of Justice*, 40 AM.CRIM. L.REV.1541(2003).
14. Nutt, David, Leslie A King, William Saulsbury, Colin Blakemore, *Development of a rational scale to assess the harm of drugs of potential misuse* , 369 LANCET 1047(2007).
15. Patrick M. Reilly, Karen Lea, Sees.etc, *Self-efficacy and illicit opioid use in a 180-day methadone detoxification treatment*, 63 J. CONSULTING AND CLINICAL PSYCHOL.158(1995).
16. Sees, Karen L.; Kevin L. Delucchi; Carmen Masson; et al., *Methadone Maintenance vs 180-Day Psychosocially Enriched Detoxification for Treatment of Opioid Dependence A Randomized Controlled Trial* , 283 J.AM.MEDICAL ASS'N1303(2000).
17. Simmons, Pamela L., *Solving The Nation's Drug Problem: Drug Court Signal a Move Toward Therapeutic Jurisprudence*, 35 GONZAGA L. REV. 237(2003).
18. Slobogin & Christopher, *Therapeutic jurisprudence: Five dilemmas to ponder*,1 PSYCHOL.PUB.POL'Y & L.193(1995).
19. Toombs, James D., & Lee A. Kral, *Methadone Treatment for Pain States*, 71

- Am.Fam.Physician 1353(2005).
20. Wexler, David B., *Reflections on the Scope of Therapeutic Jurisprudence*, 1 Psychol. Pub. Pol'y & L. 220(1995).
 21. Wexler, David B., *Therapeutic Jurisprudence: An Overview*, 17 T. M. COOLEY L. REV.125(2000).
 22. Winick, Bruce J., The jurisprudence of therapeutic jurisprudence, 3 PSYCHOL.PUB.POL'Y & L.184(1997).
 23. Winick, Bruce J., A Legal Autopsy of the Lawyering in Schiavo: A Therapeutic Jurisprudence/Preventive Law Rewind Exercise, 61 U.MIAMI.L.REV.595(2007).
 24. WECHSBERG, WENDEE M. & JENNIFER J. KASTEN, METHADONE MAINTENANCE TREATMENT IN THE U.S.-A PRACTICAL QUESTION AND ANSWER GUIDE (2007).

其他英文參考資料

1. Department of Health and Human Services, *Methadone maintain treatment, aviliable at* <http://www.cdc.gov/IDU/facts/MethadoneFin.pdf>(last visited Mar.29.2009).
2. Drug court of New South Wale, *Guideline For Sanctions*, http://www.lawlink.nsw.gov.au/lawlink/drug_court/ll_drugcourt.nsf/pages/adrgcrt_drugcrt1rewards(last visited Mar.29.2009).
3. Miami Dade County Drug Court, http://www.jud11.flcourts.org/programs_and_services/drug_court.htm#dcq4 (last visited Mar.29.2009).
4. NASADAD, *Alcohol and Other Drug Treatment Effectiveness : A Review of State Outcome Studies, aviliable at* http://www.nasadad.org/index.php?base_id=90(last visited Mar.29.2009)
5. NSW Bureau of Crime Statistics and Research, *New South Wales Drug Court Evaluation: Cost-effectiveness 35-53*(2002).
6. Office of the State Courts Administrator & Office of Court Improvement, *Report on Florida's Drug Courts* (2004).
7. OSI Evidence for Harm Reduction published November 2004, *aviliable at* http://www.soros.org/Staging/initiatives/health/focus/ihrd/articles_publications/publications/evidence_20041123/evidence_english_20041101.pdf (last visited timeMar.29.2009).
8. Psycho Central, Alcohol/Substance Dependence,<http://psychcentral.com/disorders/sx16.htm> (last visited Mar.29,2009).
9. Philip J. Hilts , *Relative Addictiveness of Drugs* , New York Times, Aug. 2, 1994.
10. Substance-Related Disorders, <http://www.geocities.com/morrison94/Substance.htm> (last

visited Mar.29,2009).

11. U.N. Office on Drug & Crime[UNODC], world drug report 2008(2008).
12. Violence risk .com, <http://www.violence-risk.com/risk/instruments.htm#lsir>(last visited:Mar..29.2009).
13. WHO, Global Status Report on Alcohol 2004(2004),available at http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_status_report_2004_overview.pdf f. (last visited:Mar..29.2009).



附錄一

刑事案件發生件數變化 T 檢定

※2006年全般刑事案件下降檢定：

H_0 ：2006年全般案件發生件數與1988年至2005年全般案件發生件數相同

H_1 ：2006年全般案件發生件數與1988年至2005年全般案件發生件數不同

1988年到2005年全般案件發生件數平均為409434.3件，標準差為99332.46件，

T分數的計算公式為 $T = (\text{單一樣本值} - \text{樣本母體平均數}) / (\text{樣本母體標準差} / \sqrt{\text{樣本母體組數}})$

$T = (512,788 - 409,434.3) / (99,332.46 / \sqrt{18}) = 4.414$ ；則T分數為4.414， $T_{17, .0005} = 3.965$ ； $T_{17, .005} = 2.898$ ； $T_{17, .0025} = 2.110$ 故 $3.965 < 4.414$ ，拒絕 H_0 ，代表2006年全般案件發生件數與1988年至2005年全般發生件數不同，呈現統計上明顯上升。

※2007年全般案件下降檢定：

H_0 ：2007年全般案件發生件數與1988年至2005年全般案件發生件數相同

H_1 ：2007年全般案件發生件數與1988年至2005年全般案件發生件數不同

1988年到2005年全般案件發生件數平均為409434.3件，標準差為99332.46件，

$T = (491,815 - 409,434.3) / (99,332.46 / \sqrt{18}) = 3.519$ ， $T_{17, .0005} = 3.965$ ； $T_{17, .005} = 2.898$ ； $T_{17, .0025} = 2.110$ ，故 $2.898 < 3.519$ 拒絕 H_0 ，代表2007年全般案件發生件數與1988年至2005年全般案件發生件數不同，呈顯統計上明顯上升。

※2008年全般案件下降檢定

H_0 ：2008年全般案件發生件數與1988年至2005年全般案件發生件數相同

H_1 ：2008年全般案件發生件數與1988年至2005年全般案件發生件數相同不同

1988年到2005年全般案件發生件數平均為409434.3件，標準差為99332.46件，

$T = (459,354 - 409,434.3) / (99,332.46 / \sqrt{18}) = 2.132$ ， $T_{17, .0005} = 3.965$ ； $T_{17, .005} = 2.898$ ； $T_{17, .0025} = 2.110$ ，故 $2.110 < 2.132$ ，拒絕 H_0 ，代表2008年全般案件發生件數與1988年至2005年全般案件發生件數不同，統計上明顯下降。

※2006年竊盜案件下降檢定：

H_0 ：2006年竊盜案件發生件數與1995年至2005年竊盜案件發生件數相同

H_1 ：2006年竊盜案件發生件數與1995年至2005年竊盜案件發生件數不同

1988年到2005年竊盜刑事發生件數平均為281338件，標準差為60845.52件，

T分數的計算公式為 $T = (\text{單一樣本值} - \text{樣本母體平均數}) / (\text{樣本母體標準差} / \sqrt{\text{樣本母體組數}})$

$T = (281,561 - 281,338) / (60,845.52 / \sqrt{18}) = 0.015$

則T分數為0.015， $T_{17, .0005} = 3.965$ ； $T_{17, .005} = 2.898$ ； $T_{17, .0025} = 2.110$ 故 $0.015 < 2.110$ ，接受 H_0 ，代表2006年竊盜案件發生件數與1988年至2005年竊盜發生件數相同，呈顯統計上無明顯下降。

※2007年竊盜案件下降檢定：

H_0 ：2007年竊盜案件發生件數與1988年至2005年竊盜案件發生件數相同

H_1 ：2007年竊盜案件發生件數與1988年至2005年竊盜案件發生件數不同

1988年到2005年竊盜刑事發生件數平均為281338件，標準差為60845.52件，

$T = (241091 - 281338) / (60845.52 / \sqrt{18}) = -2.806$ ，則T分數為0.015， $T_{17, .0005} = 3.965$ ； $T_{17, .005} = 2.898$ ； $T_{17, .0025} = 2.110$ 故 $-2.806 < -2.110$ 拒絕 H_0 ，代表2007年竊盜案件發生件數與1988年至2005年竊盜發生件數不同，呈顯統計上明顯下降

※2008年竊盜案件下降檢定

H_0 ：2008年竊盜案件發生件數與1995年至2005年竊盜案件發生件數相同

H_1 ：2008年竊盜案件發生件數與1995年至2005年竊盜案件發生件數相同不同

1988年到2005年竊盜刑事發生件數平均為281338件，標準差為60845.52件，

$T = (212411 - 281338) / (60845.52 / \sqrt{18}) = -4.806$ ，則T分數為0.015， $T_{17, .0005} = 3.965$ ； $T_{17, .005} = 2.898$ ； $T_{17, .0025} = 2.110$ 故 $-4.806 < -3.965$ ，拒絕 H_0 ，代表2008年竊盜案件發生件數與1995年至2005年竊盜案件發生件數不同，統計上明顯下降。

※2006年暴力刑事案件下降檢定：

H_0 ：2006年暴力案件發生件數與1988年至2005年暴力案件發生件數相同

H_1 ：2006年暴力案件發生件數與1988年至2005年暴力案件發生件數不同

1988年到2005年暴力案件發生件數平均為11198.05件，標準差為3247.277件，

T分數的計算公式為 $T = (\text{單一標本值} - \text{標本母體平均數}) / (\text{標本母體標準差} / \sqrt{\text{標本母體組數}})$

$T = (12226 - 11198.05) / (3247.277 / \sqrt{18}) = 1.34$

則T分數為1.34， $T_{17, .0005} = 3.965$ ； $T_{17, .005} = 2.898$ ； $T_{17, .0025} = 2.110$ 故 $1.34 < 2.898$ ，接受 H_0 ，代表2006年暴力案件發生件數與1988年至2005年暴力發生件數相同，統計上無明顯上升。

※2007年暴力案件下降檢定：

H_0 ：2007年暴力案件發生件數與1988年至2005年暴力案件發生件數相同

H_1 ：2007年暴力案件發生件數與1988年至2005年暴力案件發生件數不同

1988年到2005年暴力案件發生件數平均為11198.05件，標準差為3247.277件，

$T = (9534 - 11198.05) / (3247.277 / \sqrt{18}) = -2.174$ ， $T_{17, .0005} = 3.965$ ； $T_{17, .005} = 2.898$ ； $T_{17, .0025} = 2.110$ ，故 $-2.174 < -2.110$ 拒絕 H_0 ，代表2007年暴力案件發生件數與1988年至2005年暴力案件發生件數不同，呈顯統計上明顯下降

※2008年暴力案件下降檢定

H_0 ：2008年暴力案件發生件數與1988年至2005年暴力案件發生件數相同

H_1 ：2008年暴力案件發生件數與1988年至2005年暴力案件發生件數相同不同

1988年到2005年暴力案件發生件數平均為11198.05件，標準差為3247.277件，

$T = (8117 - 11198.05) / (3247.277 / \sqrt{18}) = -4.073$ ， $T_{17, .0005} = 3.965$ ； $T_{17, .005} = 2.898$ ； $T_{17, .0025} = 2.110$ ，故 $-4.073 < -3.965$ ，拒絕 H_0 ，代表2008年暴力案件發生件數與1988年至2005年暴力案件發生件數不同，統計上明顯下降。

附錄二

訪談同意書

您好！我是國立交通大學科技法律研究所碩士生謝其達，為研究我國現行替代療法的利與弊，故希望能訪問該領域專業人士，以期對於施行現狀有全盤的了解。以下將對本次訪談成過程作一說明：

1. 本次訪談時間約需 1小時。
2. 在訪談過程中，為了避免資料遺漏或錯誤解讀，將同時進行錄音與筆記，但一切訪談紀錄和錄音均僅供該研究之用。您亦可隨時停止錄音或終止訪談，我們會尊重您的權益及選擇。
3. 您所分享的資料於研究中均會以匿名或代號的方式處理，以保障您的隱私權，且我們保證您的個人資料不會外漏。
4. 若受訪者於訪談中對訪談過程、資料運用及其他事項有疑問，均可隨時提出。

受訪人簽名：

指導教授姓名：國立交通大學科技法律研究所林志潔教授

訪談者姓名：謝其達

日期：民國 年 月 日

附錄三

參與替代療法個案訪談題目

1. 從何得知有這個替代療法計畫？
2. 是採取怎樣的方式加入？自費、緩起訴或是國家補助？對於自費的看法？
3. 在何處服藥？對於那裡設備的感覺？第一次初診都問你些什麼呢？
4. 你參加的目的為何呢？
5. 會有藥頭來兜售毒品嗎？通常是怎麼要聯絡或是兜售？醫院有處理嗎？
6. 安排心理諮商的想法？
7. 有無中斷過？因何事的中斷？中斷時的不舒服症狀是怎麼樣呢？
8. 第一次服藥的感覺？服用美沙冬後再服用海洛因的感覺？
9. 一起吸毒的朋友有接受替代療法嗎？在你接受替代療法的時候，你的朋友還會邀你去吸毒？
10. 就您個人的感覺，您覺得美沙冬是個藥品亦或是毒品？
11. 服用美沙冬之後生活的改變是什麼？
12. 對於未來的想法
13. 對於吸毒的看法？作為一個吸毒者的心路歷程？自己如何看待自己？

附錄四

精神科醫師訪談題目

1. 施用美沙冬替代療法的目的？
2. 一般人使用美沙冬會產生類似海洛因的欣快感，為何海洛因患者使用適量的美沙冬卻不會產生欣快感?其機制及作用機轉為何？
3. 一般人濫用美沙冬的上癮率為何？在醫生的指示下使用是否會產生生理依賴的現象？
4. 平均達到穩定美沙冬的使用量的時間為何？據貴院的統計脫離治療時患者是否大多數都達到穩定美沙冬使用階段？
5. 若因故在增加美沙冬藥量階段中斷治療，是否會造成患者較未施用美沙冬前的戒斷症狀更加嚴重？
6. 對於如何增加自費留存率的看法？大部分患者不再出現的原因是??
7. 參加心理課程的人數？對於施用美沙冬是否必須要搭配心理課程的看法？
8. 目前如何評定該名患者何時可以停止療程或需要一直替代下去？
9. 目前有無發現對哪一種類型的海洛因成癮患者最有效果？
10. 緩起訴組的患者與自費組的患者在留存率等的相關評估上何組表現較好？或是其他方面
11. 對於在監獄等禁閉場合使用替代療法的看法？
12. 對於是否能開放一般醫生即可開立美沙冬及增加美沙冬巡迴車的看法，以使更多患者能接受治療？與夜間治療點設置的看法？
13. 對於混合使用藥物者(海洛因與安非他命混用)使用替代療法的影響？
14. 對於我國現行管制藥品分類的看法何謂習慣性與濫用性的區別？對於為何菸酒沒有列入管制藥品的看法？
15. 施行替代療法的相關支出成本統計？

附錄五

檢察官、觀護人訪談題目

1. 當初如何得知 MMT 及如何認定其成效
2. 對於 MMT 所達成目的的認知?
3. 刑期長反而更有效的看法?可達到犯罪率減少家人安寧等
4. 地檢對於替代療法整體的態度?
5. 對於不符合接受替代療法人的處理?
6. 法務部對於戒治成效的評估為何?
7. 之前利用緩起訴金支付而今改為自付的看法?是否會造成犯人寧願進去關的現象。
8. 對於必須終身施用美沙冬的看法?
9. 如何將於監獄服刑人出獄後導入美沙冬替代療法的看法?
10. 檢警這邊是否有默契比較不會去捉正在接受替代療法的人呢?因為毒品危害防制條例 21 條有說在犯罪發現前自行接受治療可獲不起訴處分以一次為限?
11. 如將來放寬規定適用於一犯之犯人,則如何與觀察勒戒調和?
12. 我國將吸毒者視為"病犯"雙重身分的妥適性,視為犯人對於施行替代療法的阻礙?
13. 除罪化改為行政法上的處置?