

## 第四章 施用毒品者之處遇

### 第一節 前言

法律作為一種社會規範，是由一定的行為模式及其法律效果所共同組成，若一個法律規範僅有關於人民行為的法律要件，而無依法或違法而為所應當產生的法律效果時，該法律絕對難以發揮功能，充其量也僅有宣示的效果。刑事法律尤其如此，其先必規範人民在刑事法領域所被要求的作為或不作為，再明文規定違反法律規範所必須承擔的法律責任<sup>1</sup>。

刑事法律條文主要是由犯罪構成要件，以及法律效果所共同組成，即所謂的罪與刑，何種行為成罪，若成罪後如何處罰，法條必須清楚規範，此為罪刑法定原則的根本要求。毒品危害防制條例第 10 條施用毒品罪係刑事規範，在第三章已經詳述其構成要件及其相關問題，本章將進入法律效果的部份，討論觸犯施用毒品罪後，國家所發動的刑罰與保安處分。

### 第二節 施用毒品者處遇之刑罰理論

刑罰的存在有其必要，刑罰是國家政策、社會心理、倫理道

---

<sup>1</sup> 羅傳賢，立法程序與技術，五南，2006 年 5 月，頁 244、245。

德、矯治犯罪或防衛社會需要上的正當化依據<sup>2</sup>。刑罰理論有三，分別為應報理論、一般預防理論以及特別預防理論，三者建構現代法治國家刑罰的架構，其中特別預防理論造成今日保安處分的誕生，應報理論與一般預防理論則與傳統的刑事處罰息息相關。施用毒品罪因其行為本身的特性，所以我國法下對施用毒品的行為人除了施以刑罰以外，更有保安處分的運用。

## 第一項 應報理論與一般預防理論

毒品危害防制條例第 10 條施用毒品罪的制定，是依據應報理論與一般預防理論所設計的刑罰規定。簡言之，對於施用第一級與第二級毒品的人施以刑罰制裁，其一是對於該犯罪行為的懲罰，這是基於應報理論的觀點；其二是要警告世人，若膽敢施用第一級與第二級毒品將會被分別處以六月以上五年以下有期徒刑，或三年以下有期徒刑，世人知道施用第一級與第二級毒品會受到如此嚴格的處罰，便會心生畏懼而不敢觸碰毒品，這是基於一般預防理論的觀點。

若用一句話形容應報理論，大概「以牙還牙」是最佳的形容詞，實際上這個觀念已經長期存在於人類社會之中。距今 3100 多年前的漢摩拉比法典對犯身體傷害罪者，就是按照「以牙還牙、以眼還眼」的原則懲處罪犯<sup>3</sup>，該法典第 196 條云：「倘自由

<sup>2</sup> 許福生，刑事政策學，元照，2007 年 8 月，頁 244、245。

<sup>3</sup> 台灣大學歷史系劉景輝教授應聯合報之邀，在美索不達米亞文明的美麗探索系列中對於漢摩拉比法典有一系列(2001/04/19 至 2001/04/30 的聯合報)深刻的介紹，漢摩拉比法典因為烏爾南姆法典、利比特依希塔法典、埃休農那法典的陸續出土後，經考古證明已經不是人類史上第一部法典，但是這並無損於它的歷史光采，漢摩拉比法典的影響不僅是後來的猶太教、基督教文明，甚至延續到今天。

民毀壞另一自由民之眼，毀人眼者，人亦毀其眼。」第 197 條云：「倘自由民斷另一自由民之骨，斷人骨者，人亦斷其骨。」第 200 條云：「自由民擊落另一自由民之牙，人亦擊落其牙。」猶太人的經典《舊約聖經》〈出埃及記〉第二十一章二十三節至二十五節中亦云「若有別害，就要以命償命，以眼還眼，以牙還牙，以手還手，以腳還腳，以烙還烙，以傷還傷，以打還打。」由此可見刑罰的應報思想，有相當長的歷史背景<sup>4</sup>。

不過長久以來，應報思想只是一種對於犯罪行為的消極反應，直至十八世紀的啓蒙哲學後，應報的觀念才有重要的意義上的轉變。今日應報思想並非過去所謂的報仇雪恨，亦非社會大眾攻擊慾望的發洩，對於應報思想應理解為，依照分配正義的原則，刑罰應該與有責的不法，相互均衡，所以這是贖罪的一體兩面，是正義的基本展現<sup>5</sup>。對於應報理論的討論分有四說<sup>6</sup>，道德說認為應報是人類理性的當然要求；宗教說認為應報是神威的彰顯；法律說認為是法律實現正義；美學說則認為這是社會對於美的要求，因為反最是醜陋的，是社會糜爛的現象。上開四說皆跳脫舊式的復仇思維，轉而認為應報是正義的實現。

故應報理論又被稱為「正義理論」，對於已發生之犯罪行為，要用何種刑罰以及該刑罰的尺度，應依照不法行為的惡害程度與責任的輕重，來加以決定，亦即國家對於犯罪行為人的處罰，必

<sup>4</sup> 刑罰的歷史久遠，同時也發展出許多駭人的處罰方式，諸如十字架（十字、X 字、T 字、倒十字，日本也有十字架刑）、馬拖、絞死、肢解、絞刑、斷頭台等，這些刑罰就是要展現應報的思維，同時應亦可產生阻嚇犯罪的效果。陳麗江、李臻譯，Karen Farrington 著，刑罰的歷史（History of Punishment and Torture），究竟出版社，2005 年 5 月，頁 12、13、24 以下。

<sup>5</sup> 林山田，刑罰學，台灣商務印書館，1987 年 6 月，頁 49、50；張麗卿，司法精神醫學—刑事法學與精神醫學之整合，元照，2004 年 9 月，頁 183。惟有學者認為，事實上當年的應報理論還是含有滿足被害人和社會的報復情感，參見大谷實，刑事法入門，有斐閣，平成 19 年 9 月，頁 124。

<sup>6</sup> 謝瑞智，犯罪與刑事政策，正中書局，2000 年 6 月，頁 147。

須是該行為人有責任存在，同時建立在社會大眾對於犯罪人的倫理要求，此即所謂責任原則；此外，責任程度與刑罰輕重，應當相互合致，也就是罪刑均衡的思想<sup>7</sup>。應報理論是消極的，其所處理的是犯罪後的問題，畢竟侵害的已經鑄成，法益已經流血，其探討的是如何對待罪犯才能達到公平正義的要求；相較於應報理論，一般預防理論較為積極，其所處理的是如何預防犯罪的發生。

與應報理論執行純粹的正義相比，一般預防理論顯得較為複雜。依學者通說一般預防理論有兩種意義，其一是任何人在著手犯罪之前，由於恐懼刑罰而怯步不敢施行，有學者稱此為消極的一般預防；其二是，更重要的積極的一般預防，亦即經由法律上的刑罰規定與對於犯罪人的判決，顯示出國家嚴肅地實施刑罰，從而犯罪人的動機受到阻止，並且標舉出對抗不正行為的道德傾向，使社會大眾打消其潛在的犯罪意念<sup>8</sup>。一般預防思想並非發端於近代，這種預防犯罪的想法應該是存在於世界各國的文化中，畢竟國家制定刑罰的一項重大功能就是要嚇阻人民犯罪，就以我國傳統「治亂世、用重典」的思想為例，其不僅是要嚴酷的處罰犯罪者，更是要警惕犯罪者不敢造次。

而一般預防理論之所以能夠收到成效，或許可由德國刑法大師費爾巴哈（Paul Johann Anselm von Feuerbach）的「心理強制說」窺見端倪，費氏認為人皆有權衡利害之能力，凡理性之人，皆知慾望不能滿足雖有痛苦，但如以犯罪方式滿足慾望，從而接受刑罰制裁，其痛苦必大於慾望不能滿足的痛苦。經由此種權

---

<sup>7</sup> 林山田，刑法總論（下），自版，2008年1月，頁414以下；張麗卿，刑法總則理論與運用，五南，2007年9月，頁477、478；許福生，註2書，頁248、249。

<sup>8</sup> 林山田，註7書，頁418以下；張麗卿，註7書，頁479；大谷實，註5書，頁125。

衡，理性之人寧捨刑罰之痛苦，而忍受慾望不能滿足的痛苦。刑罰因此具有心理強制之作用，可以嚇阻一般社會大眾，使人民在犯罪的邊緣懸崖勒馬<sup>9</sup>。

不過，單純透過應報理論與一般預防理論並不足以徹底解決施用毒品行為人處遇的問題，因為毒品有成癮性存在，若單純的對施用毒品行為施以刑罰，等到刑期屆滿，行為人依舊無法抵擋毒品蠶食其身體心智的完整性，在犯癮的狀況下，行為人勢必又重回毒品的懷抱，刑罰將不能展現其應有的效果，只是造成施用毒品行為人不斷進出監獄的無底輪迴。

由立法紀錄可以知道，自 1955 年 6 月的戡亂時期肅清煙毒條例以來，施用毒品罪的刑度不斷在縮短<sup>10</sup>。1998 年毒品危害防制條例的修法總說明表示，此乃因為施用毒品者具「病患性犯人」之特質，故降低施用毒品罪之法定刑，並兼採以觀察勒戒方式戒除其「身癮」及以強制戒治方式戒除其「心癮」之措施。施用毒品犯有病犯的特質，立法政策所應著重的是戒除毒癮的方面，一味地用嚴酷的刑罰對待施用毒品犯對於其毒癮的戒治並無任何的助益，這是現代刑罰理論中的特別預防理論對於施用毒品罪刑罰規定的重大影響。

---

<sup>9</sup> 林東茂，刑法綜覽，一品，2007 年 9 月，頁 1- 18、19；張麗卿，註 7 書，頁 480。

<sup>10</sup> 我國毒品法的制定由來已久，於第二章已為詳盡的描述。此處由戡亂時期肅清煙毒條例討論，乃因該法為國民政府敗退台灣後所制定，與過去在大陸制定的毒品法相比，和台灣這塊土地有著密切的關係。

## 第二項 特別預防理論之配合

特別預防理論所著重者是「再社會化」，其最重要的工作是去除犯罪人的危險性格，並且於犯罪人改善前，將之隔離<sup>11</sup>。對於偶發性的犯罪者，施以刑罰警惕已經可以達到應有的效果，但是對於具有危險性格的慣犯，應該力求其悔改向上，以求未來能夠適應社會生活<sup>12</sup>，所以又有論者稱此為「教育刑<sup>13</sup>」。

古希臘哲人柏拉圖曾言<sup>14</sup>：「智者不處罰已生之罪惡，處罰乃為防止罪惡之再生。」雖然 2300 多年前的雅典便已經孕育了特別預防的概念，不過在學理上並未對於特別預防理論有深刻的描述，古時的獄政也未曾落實特別預防理論的思想。真正建立一般預防的理論基礎，是十九世紀末的德國刑事政策家李斯特（Franz von Liszt），李斯特清楚地劃分一般預防與特別預防，提出「再社會化」才是刑罰的主要目的。犯罪人所犯的罪，情節輕微者，處罰儘量從輕；但是犯罪人的危險性格若深重，為了再社會化的目的，刑罰不妨從重。

特別預防理論走到廿一世紀的今天，其依舊影響現代的刑罰觀念，以我國法制為例，監獄行刑法第 1 條：「徒刑、拘役之執行，以使受刑人改悔向上，適於社會生活為目的。」刑法第 86

---

<sup>11</sup> 謝瑞智，註 6 書，頁 151；曾根威彥，刑法總論，弘文堂，平成 10 年 6 月，頁 312。

<sup>12</sup> 林山田，註 7 書，頁 443 以下。

<sup>13</sup> 日本學者有謂「犯人の改善・教育とその社会復帰を目的とする改善刑あるいは教育刑として、目的刑論をさらに進化させる方向へ作用してい、たことは事實である。」參見香川達夫，刑法講義（總論），成文堂，平成 7 年 9 月，頁 476 以下。

<sup>14</sup> 張麗卿，註 5 書，頁 194。

條以下以及刑事特別法的保安處分中，皆是特別預防理論的體現。目前，對於短期自由刑的運用，不定期刑的運用，保安處分的運用，以及其他刑事法制度如不起訴、緩起訴處分等皆是受到特別預防理論的影響<sup>15</sup>。尤其是對於施用毒品的行為人，更是需要仰仗戒毒性質的保安處分，使之斷絕毒癮，重返社會。

相對於刑罰，保安處分是讓人陌生的，因為刑罰自古以來就有，而保安處分是十八世紀德國學者主張，但是具體落實是到了1893年瑞士學者卡爾（Carl Stooss）所起草的瑞士刑法草案（又稱 Stooss 草案），爾後歐陸各國陸續仿效，我國則遲至1935年刑法制定時方才加入保安處分的規定，當時立法理由曰：「近來各國，感覺刑罰只能對於普通犯人，予以有效之檢舉制裁，至於特別犯人，如一律以刑罰加之，利既難期，害且滋深。我國適應需要，僱於刑罰之外，更有實施保安處分之必要，其對象即以道德社會之責任論上，認為缺乏自由意思異常的精神狀態之犯人，其目的不加犯人以威嚇與痛苦，阻止其將有犯罪危險之傾向，而依適當之手段，而矯正其惡性，以完成社會防衛之實際效益也。」簡言之，保安處分是國家基於維護法社會秩序的必要，以及滿足社會大眾的保安需求所衍生出來，具有司法性質的保安措施<sup>16</sup>。

就廣義而言，保安處分可以區分為行政法上與刑法上，前者乃是為維護社會安寧的行政處分，後者則是刑事政策上的保安處分，即狹義的保安處分，又可分為對物的保安處分（如沒收）及對人的保安處分<sup>17</sup>。刑法上對人的保安處分，即以行為人的危險性為基礎所實施的國家處分，補充或代替刑罰功能<sup>18</sup>。保安處分針對特定行為人的社會危險性所設的防衛措施，藉由行為人將來

<sup>15</sup> 張麗卿，註7書，頁482以下。

<sup>16</sup> 林山田，註5書，頁335、336。

<sup>17</sup> 林紀東，刑事政策學，國立編譯館，2000年3月，頁296、297。

<sup>18</sup> 甘添貴、謝庭晃，捷徑刑法總論，瑞興圖書，2006年6月，頁331。

犯罪刑危險性的預測，對行為人作出改善或治療為目的的處分，以達到社會防衛的目標<sup>19</sup>。

保安處分與刑罰有三點不同<sup>20</sup>：刑罰對於犯罪所為的責任非難，保安處分則不以責任非難為內涵；再者，刑罰以犯罪行為的存在為前提，保安處分則未必因犯罪行為存在；此外，刑罰對於犯罪行為主要是應報，保安處分則是除去行為人將來可能犯罪的危險性，雖然保安處分也可能帶給被處分人痛苦，但是此並非保安處分的本質，而是其無法避免的副作用。但是，保安處分與刑罰一樣都是拘束人民自由的處分，自然需要符合法律保留原則與比例原則，依據刑法第 1 條後段可知罪刑法定原則於保安處分上亦有適用，所以法律保留原則並不成問題；刑罰成立所要求罪責前提是最嚴格的比例原則要求，但是保安處分的基礎不在於罪責，自然無法直接套用罪責原則，因此保安處分的運用也需要注意比例原則<sup>21</sup>。

從立法歷史的大方向可以知道，對於毒品的施用行為人不能僅單單依靠刑罰，依據特別預防理論所衍生的保安處分在施用毒品行為人的處遇上逐漸嶄露頭角。應報理論、一般預防理論以及特別預防理論實際上並非相互排斥的，而是並行存在。刑罰理論發展到了今天已經具備相當程度的規模，不難發現上述三項理論各有所長亦有所短，應報理論著眼於過去，強調罪責，雖然讓正義得以實現，對於將來卻無所助益；一般預防理論與特別預防理論注重未來，強調犯罪預防與行為人的再社會化，但是忽略了社

---

<sup>19</sup> 山中敬一，刑法總論Ⅱ，成文堂，平成 11 年 5 月，頁 1003、1006；岡本美紀，保安處分，藤本哲也編，刑事政策，法學書院，平成 15 年 7 月，頁 63。

<sup>20</sup> 林山田，註 5 書，頁 344；陳子平，刑法總論（下），元照，2006 年 2 月，頁 374 以下。

<sup>21</sup> 林鈺雄，新刑法總則，元照，2006 年 9 月，頁 655 以下。



會對於公平正義的盼望。

目前的刑事政策走向「綜合理論<sup>22</sup>」，即結合應報理論、一般預防理論以及特別預防理論，透過明確的刑罰規定，讓人民受到威嚇而不至於犯罪，若犯罪則依其罪責處以適當的刑罰，同時注重再社會化的工作，三項理論截長補短，以建構最佳的刑罰制度。換言之，我國當前就是採行「刑事雙軌制裁體系」，刑罰與保安處分並行不悖。回到施用毒品罪便不難發現，毒品危害防制條例第 10 條施用毒品罪的刑罰設計便是立法者依據綜合理論所釐定的最佳範本，於應報理論面處以自由刑，於預防理論面佐以勒戒、強制戒治等保安處分。

### 第三節 施用毒品者之保安處分

由於施用毒品行為人的病犯身分特殊，所以施用毒品罪的法律效果並非僅有施以刑罰那麼單純，畢竟施用毒品者會產生毒癮，立法者另外對於施用毒品者施以保安處分，以期透過戒除性質的保安處分能夠使施用毒品的行為人能夠順利戒除毒癮，並且再社會化。在某個程度上施用毒品罪的保安處分實質意義比刑罰更為重要，因為毒癮若不根除，施用毒品行為人絕對難以再社會化，縱然離開監獄也極易重新投入毒品的懷抱。對於毒品的魅惑之力，正常人很難想像，但是對一個施用毒品且已成癮的人而言，當一條毒蟲或許比當人還容易。

事實上，對於施用毒品行為人所施以的保安處分，在我國法

---

<sup>22</sup> 林山田，註 5 書，頁 83 以下；張麗卿，註 7 書，頁 491。又有稱為「統合主義」，香川達夫，註 13 書，頁 481、482。

上並無統一的稱呼，本文就姑且稱之為「**戒毒性質的保安處分**」，或簡稱「**戒毒處分**」。此外，應注意的是，戒毒工作不是，也不可能單憑戒毒處分就能夠畢竟其功，對於戒毒工作，國家強制力是否應全面介入，是否鼓勵施用毒品的行為人自發性戒毒或是放任其自己決定，都必須經過國家衡量國情、國家財力等面向後，悉心策劃以決定的戒毒立法方向。本節就先探討戒毒的立法方向，再論述戒毒處分的內涵以及相關立法層面的問題。

## 第一項 戒毒之立法方向

世界各國對於施用毒品者的毒癮戒治工作不盡相同，戒毒工作取決於國家在面對戒毒問題的政策方向。就此觀察，大抵上世界諸國在處理戒毒議題可區分為強制戒治、自願戒斷以及放任施用三種政策方向<sup>23</sup>。所謂強制戒斷，在法律以及情感上，認為施用毒品是絕對的惡，既然是惡，勢必要動員國家的強制力令施用毒品者戒斷毒癮。採行強制戒斷的國家多會輔以教化工作或是勞動教養，若再犯，將會施以更嚴厲的強制戒斷。惟應注意的是，強制戒斷必然會拘束人民的行動自由，基於憲法保障人民行動自由的權益，此種強制戒斷應有法律明文規定。

至於自願戒斷，是指對於毒品的施用，國家不強制介入，若施用毒品者有意願戒斷毒癮，可以選擇戒毒的場所。自願戒毒可能是在家人的陪伴下於住家社區內戒毒；或是移地戒毒，遠離毒品的供應者及一同施用毒品的毒友，到一個陌生且沒有誘惑的地方戒毒；或是醫院戒毒，在醫生和專業人士的陪同下完成；也可能是透過政府成立的戒毒中心接受戒斷。與強制戒斷不同的是，

---

<sup>23</sup> 馬模貞，毒品在中國，克寧出版社，1994年8月，頁354以下。

施用毒品者有意願讓國家介入時，國家始出手協助施用毒品者戒斷毒癮，縱然在法律以及情感上，認為施用毒品是違法的。

採行放任施用的觀點者，則是認為根本不必禁毒，一個理性的人有權利決定是否施用毒品，這是人權與自由的體現。有支持者認為施用毒品是追求刺激與冒險，同時擺脫現實生活的苦悶，以及精神上的空虛。亦有人主張毒品應該可以作為商品在市場上自由流通，如此可以減少緝毒工作上人力、物力的耗費，同時可以透過稅收增加政府的收入，縱然政策上傾向反毒，只需提高毒品的稅金，自然拉高毒品的價格，如此可以抑止施用毒品者的施用意圖。

很顯然地，上述三種面對戒毒的態度，放任施用顯不為當代國家採用，亦不為人民情感所接受。英國曾經採用此種放任自流的態度處理施用毒品的問題，在倫敦街頭的診所，醫生、藥師對施用毒品者可以像對一般病人那樣開藥，只是處方簽上寫著鴉片、嗎啡、海洛因等毒品，此類定期地點提供施用毒品者的方式造成嚴重的問題，1860年代的英國，因為施用鴉片過量致死的案件層出不窮，促使當時的醫務委員會（General Medical Council）提案，希望國會禁止病人自行服用鴉片劑，不過製藥公會（Pharmaceutical Society）則強力遊說，搬出保護藥房利益的大旗，企圖阻撓醫務委員會的提案通過。經過七年多的商議，1868年的英國藥品管理法（Pharmacy Act）終於制定完成，但是這部法另顯然是政治妥協下的產物，在英國服用鴉片死亡的人數並未因該法的施行而減少<sup>24</sup>。放任施用的戒毒態度不可能收到任何成

---

<sup>24</sup> 鄭文譯，Richard Devenport-Hines 著，毒品（The Pursuit of Oblivion），時報文化，2003年3月，頁107、108。不過當時，也並非立法強制禁止的國家就能夠收到奇效，例如1872年的德國立法雖是嚴格，當時政府亦未能有效執法，造成與英國一樣的處境——人民在藥房買鴉片，就像孩童去糖果屋買巧克力一樣容易。

效，現今世界各國亦無站在這個角度釐定自國戒毒政策者。

我國在對於戒毒的態度上，是採取「自願戒毒與強制戒毒雙軌併行」的立場。亦即，施用毒品者若自願接受戒毒，可以選擇在家戒毒，移地戒毒或醫院戒毒等，國家強制力的手並不介入；但是一經檢警發現行為人有施用第一級毒品、第二級毒品等情事卻不自動接受戒毒，則必須依毒品危害防制條例第 20 條之規定進行勒戒、強制戒治等戒毒處分的執行。自願戒毒與強制戒毒雙軌併行的立法模式，是目前世界各國主要採行的方向。

## 第二項 戒毒處分之內涵

施用毒品的行為人若不自動接受戒毒治療，迨檢警發現後，則依毒品危害防制條例第 20 條的規定，接受勒戒、強制戒治；或依 2008 年 4 月甫通過的毒品危害防制條例第 24 條規定，檢察官得對其為接受戒癮治療的緩起訴處分。惟後者僅是附條件的緩起訴處分（刑事訴訟法第 253 條之 2 第 1 項第 6 款）的法制化，並非戒毒處分的內涵，故不在本文討論的範疇之列。

所謂「勒戒」，含有強制除改之意<sup>25</sup>，它的前提必須成癮，若沒有成癮就沒有強制除改的必要。而施用毒品者是否成癮，則須先經勒戒處所的觀察，所謂成癮者又分為心理上的依賴感，以及生理上的強迫感，前者的依賴狀態很難判斷，後者則可由成癮者的戒斷症狀得知。而「強制戒治」是勒戒的延伸，若經兩個月的勒戒後，若受勒戒者依舊有繼續施用毒品的傾向，則經法院裁定後，令入戒治處所接受強制戒治。

---

<sup>25</sup> 駱宜安，毒品認識與毒害防治，台灣書局，1996 年 5 月，頁 95。

勒戒、強制戒治係依據刑罰論中的特別預防理論指導而來，隨著特別預防逐漸受重視，保安處分的條文亦更加完善。於我國毒品法制定之初對於勒戒的規範並不完備，1955年6月的戡亂時期肅清煙毒條例僅以第9條第3項前段「犯前二項之罪有癮者，應由審判機關先行指定相當處所勒戒」以及第4項「前項勒戒處所，由地方政府就公立醫院內附設之。」兩句話規定，雖然點出「先治療、後處罰」的原則，但是就勒戒的期間未有規定，造成不定期保安處分的效果，影響人民自由權利至鉅；此外，雖然規定勒戒處所由地方政府就公立醫院內附設，但是並無任何的標準可言，地方政府的公立醫院是否能夠承擔幫助施用毒品者戒除毒癮的重責大任也是未知之數。

戡亂時期肅清煙毒條例在1973年6月有些微的修正，恰好針對勒戒的問題有了改進，增加了觀察的規定，此外尚增加觀察、勒戒的日數，「以一日抵有期徒刑或拘役一日或刑法第四十二條第四項裁判所定之罰金額數（第9條第5項）」的規定，此規定顯然將保安處分與刑罰的功能與目的混為一談，並非妥適的修法；另外勒戒處所除了地方政府可於公立醫院附設外，修法後亦允許地方政府自行設立。1998年5月將法律名稱修改為毒品危害防制條例後，關於施用毒品的保安處分內容始有今日的內容，是年的修法除將觀察、勒戒的日數折抵刑期或罰金額數的規定刪除外，增加勒戒後仍有施用毒品傾向的強制戒治以及自動請求治療的處置，更詳定勒戒的處所，並且昭示觀察、勒戒及強制戒治的執行須有法律明文，以確實保障勒戒者的權益等等，展現我國毒品法在保安處分的立法上有著重大的進步。

現制之下，施用毒品的行為人一旦被檢警查獲，檢察官就應聲請法院裁定，令被告入勒戒處所觀察，法院應於受理聲請後二十四小時內為之，若法院為不付觀察、勒戒之裁定或逾期不為裁定者，受留置人應即釋放（觀察勒戒處分執行條例第3條、第4

條)。經觀察後發現確實有施用毒品的傾向，進入不得逾二個月的勒戒，待勒戒結束後，如無繼續施用毒品的傾向，則於結束勒戒之後，接受刑罰的處罰；假如行為人依舊有繼續施用毒品的傾向，則繼續為六個月以上，一年以下的強制戒治。

惟應注意的是，經觀察、勒戒及強制戒治執行完畢後釋放者，依據毒品危害防制條例第 22 條第 1 項的規定，檢察官應為不起訴處分，少年法院（或地方法院少年法庭）應為不付審理的裁定，其目的在於，給予已經戒除毒癮的施用毒品行為人有改過自新的機會。但是，若施用毒品行為人經觀察、勒戒及強制戒治執行完畢釋放後，五年內又再度施用第一級毒品與第二級毒品，依據毒品危害防制條例第 21 條第 2 項的規定，就必須對其依法追訴；或者，依據 2008 年 4 月甫修正的同法第 24 條之規定，檢察官可選擇為附命完成戒癮治療之緩起訴處分。

### 第三項 戒毒處分之修法建議

我國毒品危害防制條例之內，關於戒毒處分的規定，與過去的毒品法相較之下，已經有相當程度的進步，但是在立法上，本文認為依舊有可以改進之處，尤其是 2005 年刑法修正後，更暴露我國立法粗糙的毛病。

另外，雖然 2008 年 4 月，立法院通過毒品危害防制條例第 24 條的修正，附命完成戒癮治療之緩起訴處分自此有法源依據，但是這並非表示戒毒處分就喪失存在的價值。因為戒癮治療的耗費頗鉅，檢察官經評估後，不一定被告都能達成附條件緩起訴處分的要求；縱然被告接受附命完成戒癮治療之緩起訴處分，也不見得其必然就可完成戒癮治療。長期投入戒毒工作的基督教晨曦

會申耀斌牧師表示，短期來看，替代療法也許有效果，但長時間觀察，吸食海洛因等高癮性毒品的人，不會因用了低癮性的美沙冬，就不再使用海洛因，反而讓吸毒者變成有兩種癮，更可怕；香港曾有接受戒癮治療的毒癮者，用調包的方式，將用於戒癮治療的美沙冬賣掉，轉買海洛因<sup>26</sup>。

## 一、勒戒與強制戒治無區分必要

戒毒處分在毒品危害防制條例第 20 條有作很複雜的規定，即觀察、勒戒與強制戒治的程序。當前法律規定，觀察、勒戒法律規定不得逾兩個月，但是實務運作上大多為十多日，如此短暫的時間能否詳細判定施用毒品者有無繼續施用毒品的傾向，十分值得懷疑<sup>27</sup>，畢竟有充足的時間才能夠安排完善的戒毒療程與再社會化課程；去年震驚社會的藝人蕭淑慎施用大麻案，蕭淑慎於該年六月接受四十九天的勒戒，經判斷無繼續施用的傾向後被釋放，但是同年十一月卻又繼續施用毒品<sup>28</sup>，顯見戒除毒癮的時間有所不足。又強制戒治則為六個月以上，不得逾一年，這樣的強制戒治期間是否可以滿足所有的施用毒品行為人戒除毒癮，恐怕

<sup>26</sup> 中國時報，〈立院三讀通過 美沙冬療法戒治期 毒犯可緩起訴〉，2008 年 4 月 9 日，A10 版。

<sup>27</sup> 蔡振修，矯治的醫事法律與實務專論，台灣台中地方法院檢察署，2000 年 12 月，頁 425。不過，有不同意見，參見林健陽、陳玉書、柯兩瑞、張智雄、呂豐足，我國當前毒品戒治政策之省思與建議，刑事政策與犯罪研究論文集（十），法務部，2007 年 12 月，頁 307。但是林健陽君等人之文似乎又肯認延長戒治期間可以增加效能，參見林健陽、陳玉書、柯兩瑞、張智雄、呂豐足，同上開書，2007 年 12 月，頁 313。

<sup>28</sup> 2007 年 7 月 23 日，蕭淑慎結束第一次勒戒，造成社會極大的關注，參見聯合報，〈蕭淑慎出獄 胖了三公斤〉，2007 年 7 月 24 日，A2 版；聯合報，〈蕭淑慎談勒戒 恨主管機車 嫌沒冷氣 想絕食抗議 反省四十九天 今後絕不碰毒〉，2007 年 7 月 26 日，D2 版。但是，2007 年 11 月蕭淑慎又接觸毒品，參見聯合報，〈蕭淑慎又吸毒 難逃牢獄〉，2007 年 11 月 15 日，A3 版。

也是一項疑問。

由此可知，目前的規定繁複，但是觀察、勒戒以及強制戒治的區分似乎並無法真正滿足戒毒處分的需求。依據毒品危害防制條例修法的總說明謂「……，兼採以觀察勒戒方式戒除其『身癮』及以強制戒治方式戒除其『心癮』之措施，……。」可見立法者希望勒戒戒除身癮，強制戒治戒除心癮，但是身癮與心癮時常相伴左右，為何不畢其功於一役，硬是將身癮與心癮分開戒治恐有害而無益。至於應該如何調整，國內有論者有指出應將觀察與勒戒程序刪除，凡施用毒品者皆直接令入強制戒治，並且提高戒治期間為三年，如此方才便利將戒毒者對於毒品的身癮、心癮一併消滅<sup>29</sup>。此外，實務上勒戒與強制戒治的銜接恐有漏洞，畢竟兩者場地不同，參與治療毒癮的人員不同，是否可以使戒毒者可以在完善的療程下完成毒癮的戒治，有商榷的餘地。

本文亦認為勒戒與強制戒治並無區分實益，應將此二程序合而為一，亦即觸犯毒品危害防制條例第 10 條施用毒品罪的行為人接受國家強制的戒毒處分，不再區分勒戒與強制戒治，直接以單一程序的戒毒處分處理。同時，戒毒的場所亦宜統一，無庸再區分看守所或戒治所（詳見本章第四節第二項）；戒毒的期間最長不可逾一年實嫌過短<sup>30</sup>，或可改以三年為期，但是最長不可逾三年，以顧及戒毒者的人身自由，而最少不可少於三十日，以免戒毒期間過短造成無法詳實判斷受戒毒者是否有繼續施用的傾向，倘若三年之內受戒毒者經判定無繼續施用毒品的傾向，自可立即釋放。綜上，本文以為毒品危害防制條例第 20 條或可修正為：「犯第十條之罪者，檢察官應聲請法院裁定，或少年法院（地

<sup>29</sup> 蔡振修，註 27 書，頁 425、426。

<sup>30</sup> 學者提出對於當前戒毒期間太短的批判，參見張麗卿，註 5 書，頁 448；林瑞欽，成癮者的用藥行為特性與其對違法藥物戒治的啟示，刑事政策與犯罪研究論文集（九），法務部，2006 年 11 月，頁 137。



方法院少年法庭)應先裁定,令被告或少年入戒毒處所受戒毒處分。前項戒毒處分期間不得逾三年。但受戒毒處分三十日以上,經戒毒處所陳報,認為戒毒人無繼續施用毒品傾向者,應即釋放。」

## 二、刑法 2005 年修正後之法律問題

對於戒毒處分的規範,除了毒品危害防制條例第 20 條的勒戒、強制戒治之外,刑法第 88 條禁戒處分也是關於施用毒品行為人戒除毒癮的規定。換言之,就戒治毒癮的行為而言,在法典上便有勒戒、強制戒治,以及禁戒處分等不同稱呼,究竟禁戒處分與勒戒是否相同?勒戒與強制戒治有何差異?如此可能造成理解上的差異,雖然實務適用上或許不生問題,不過哲人孔子有云:「名不正則言不順,言不順則事不成」,法律牽扯的是國家的威信與人民的權益,更應講求名正言順,所以法律文字宜應講求精確。

透過法條文義性解釋觀察,可以發現禁戒處分、勒戒以及強制戒治三者皆不相同。第一,禁戒處分與勒戒不相同:禁戒處分期間為一年以下,而勒戒(加上觀察)的期間不得逾二月。由此可知兩者所指的處分並不相同。第二,禁戒處分與強制戒治不同:禁戒處分為一年以下,而強制戒治為六個月以上,至無繼續強制戒治之必要為止,但最長不得逾一年;又強制戒治係因勒戒無法達到其預定的效果,即使勒戒人無繼續施用毒品傾向所生的第二次勒戒處分,而禁戒處分因施用毒品成癮便發動,更突顯兩者不同。第三,勒戒與強制戒治的關係:強制戒治係因勒戒無法達到其預定的效果,即使勒戒人無繼續施用毒品傾向所生的第二次勒戒處分,目的亦為使勒戒人無繼續施用毒品傾向。

不過，為何一曰勒戒，一曰強制戒治？勒戒二字就定義而言就含有強制除改之意<sup>31</sup>；戒治則解釋為戒斷治療，似乎用語較為中性，故加上強制二字，不過兩者似乎所指相同，即皆為強制施用毒品成癮者戒斷毒癮，為何使用兩種不同的文字描述？亦或是立法者對於強制戒治有其他解釋？若無，似乎將強制戒治改為「再勒戒」或「二次勒戒」較能為百姓所理解。

法律本在處理人與人、人與法人、法人與法人，甚至是人、法人與一種抽象的社會文化間的問題，其範圍廣大幾乎無一不包，所以欲以法律規範世間權利義務的萬象，本身便有先天的難度，又礙於人的知能、立法者的專業以及文字表達的方式有侷限性，故而難免會有疊床架屋的狀況，其本無傷大雅。但是若針對一件事情卻有多種文字描述，則恐非正道，因為理解上可能會有出入，適用上可能會有不同。對於法律的描述要是一事多義，則僅是徒增爭議<sup>32</sup>，其損害的不僅是法律本身的威信，更可能侵害人民的權益。

雖然對於戒毒處分的法律用語在我國法上非常混亂不清，所幸並不是發生在同一部法典上，而是存在於刑事普通法與刑事特別法之間，依據「特別法優於普通法」的法律解釋，長久以來都適用特別法，即毒品危害防制條例第 20 條勒戒及強制戒治的規定辦理施用毒品行為人的保安處分，雖然刑法設計了禁戒處分，但是並不傷害戒毒處分的法律適用。

但是，刑法於 2005 年 2 月經歷一場規模空前的修正，該次修法焦點集中在刑法總則部分，連過去長年乏人問津的刑法總則第十二章保安處分都有大幅度的修正，也因為這次刑法保安處分

---

<sup>31</sup> 駱宜安，註 25 書，頁 95。

<sup>32</sup> 陳文政，立法理論與法典編纂，東海法律系叢書，1991 年 3 月，頁 42。

章節的修正，造成普通刑法的保安處分與特別刑法的保安處分發生立法設計上的瑕疵。因為刑法第 88 條禁戒處分與毒品危害防制條例第 20 條勒戒、強制戒治，在毒犯戒治的規定上雖然疊床架屋，文義上又無法彼此吸收，但是透過「特別法優於普通法」的法律適用解釋，適用上並不會造成多大的瑕疵；但是，2005 年 2 月 2 日總統公布，2007 年 7 月 1 日施行的新修正刑法曾修改刑法第 88 條，而毒品危害防制條例第 20 條自 2003 年 7 月 9 日便未曾修改，新修正的刑法第 88 條恐造成「後法優於前法」的適用爭議<sup>33</sup>。簡言之，2005 年刑法修正前，戒毒處分面臨的問題只是法律用語的混亂，尚且無傷大雅；但是 2005 年刑法修正後，戒毒處分面臨的是立法技術上基本的錯誤。

2005 年 2 月的刑法修正，立法者依舊維持刑法第 88 條禁戒處分的存在，並且修正禁戒處分的條文內容；不過，對於禁戒處分的規定依舊與勒戒、強制戒治相左，修法並沒有使我國戒毒處分的法律規定趨於統一。未使我國戒毒處分的法律用語一致，已經可以看出我國立法技術的粗糙，而立法者此番修正禁戒處分的舉措更造成法律適用上的難題。因為，基於「後法優於前法」的法律解釋，會使人對於質疑這是否意味著立法者所代表的最新民意欲讓禁戒處分復活，使之在我國法上仍有適用的餘地。

對於這樣疑慮，立法者在刑法的修正理由中有解釋，刑法第 88 條的修正理由第 3 點有言：「依中央法規標準法第十六條之規定：『法規對其他法規所規定之同一事項而為特別之規定者，應優先適用之。其他法規修正後，仍應優先適用。』本條第一項、第二項與現行毒品危害防制條例，分屬不同法規，而有規定同一

---

<sup>33</sup> 特別法優於普通法（*Lex specialis derogate legi generali.*）與後法優於前法（*Lex posterior derogate priori.*）二者皆為法律適用上的大原則，參見鄭玉波，法諺（一），三民，1984 年 8 月，頁 7、8。惟時人常忽略後法優於前法的法律適用原則，造成立法上凌亂不堪而未能一統。

事項之情形，因毒品危害防制條例係特別法規，自應優先適用。惟為求本章體例之完整，仍規定如上。」亦即在處理戒毒者的保安處分問題上，應依照毒品危害防制條例辦理。

但是，對於修法理由所謂「惟為求本章體例之完整，仍規定如上<sup>34</sup>」，本文抱有相當的質疑。若為求體例完整，大可於刑法第 88 條條文內就直接明文戒毒處分適用毒品危害防制條例的相關規定，如此既不會造成禁戒處分與勒戒、強制戒治間的混亂，在條文的表達上亦更加明確，也無庸在修法理由大書特書近七百字的修法理由，闡述了那麼多修法的理念，最後卻說「因毒品危害防制條例係特別法規，自應優先適用」，試問如此為何大費周章的修正，只消一句話表示施用毒品成癮者的保安處分適用毒品危害防制條例關於勒戒、強制戒治的規定便足，修法理由只要交代特別法優於普通法，既然已經制定毒品危害防制條例，則關於毒品犯罪及其刑罰、保安處分皆統由特別法規範便可，立法者搞出一個禁戒處分混淆視聽，卻又說為求體例完整，實在令人匪夷所思。

由此可知，2005 年的刑法修正，為了延續禁戒處分的生命而造成立法上的瑕疵。事實上，當初的刑法修正時，刑法第 88 條大可修正為「施用毒品成癮者之保安處分，適用毒品危害防制條例之規定。」此不僅顧及體例的完整，更不與現實脫節，在適用上亦不生任何疑問<sup>35</sup>。

---

<sup>34</sup> 刑法第 88 條的修法理由：……三、依中央法規標準法第十六條之規定：「法規對其他法規所規定之同一事項而為特別之規定者，應優先適用之。其他法規修正後，仍應優先適用。」本條第一項、第二項與現行毒品危害防制條例，分屬不同法規，而有規定同一事項之情形，因毒品危害防制條例係特別法規，自應優先適用。惟為求本章體例之完整，仍規定如上。……。」

<sup>35</sup> 實際上，我國刑法上的保安處分規定在某個程度已經被特別法給架空，這個狀況不是只有發生在禁戒處分上，例如刑法第 86 條感化教育，是針對

## 第四節 戒毒處分之執行現狀與檢討

比利時詩人梅特林克（Maurice Maeterlinck）曾說：「絕大多數人享受生命的剎那，是他們忘卻自我的時刻。」但是，利用毒品忘卻自我所換來的生命享受，其所背負著是更多更大的悲痛，除了構成犯罪使得人生留下無法抹滅的汙點外，大量的金錢耗費、折磨的戒斷症狀、支解的家庭幸福，事實上，沒有任何一項損失，可以讓毒品所造成的短暫歡愉來彌補。

人類被毒害至今已有兩百年的歷史，可惜經驗並未能讓所有人成長，依舊有施用者沉淪在毒品的世界，如何解救他們，使其不再身心受毒癮所苦，如何使他們重返社會，並且避免再犯，這都是戒毒工作所要面對的。也因為毒品的成癮性，所以在當代刑罰論的觀點下保安處分比起刑罰對於施用毒品者更為重要，畢竟保安處分協助施用毒品者戒除毒癮，透過此一契機讓犯罪者有再社會化的機會。

戒毒，依據毒品危害防制條例的規定，大抵上可以區分為兩個方向，亦即自願戒毒與戒毒處分。自願戒毒是施用毒品行為人自發性接受戒毒，他們深知施用毒品對於身心造成不良的影響，相較於因強制力而戒毒者而言，較具有毅力，也不容易再犯；此外，自願戒毒者是在衛生署指定的醫療機構接受戒毒（毒品危害

---

未滿十四歲者，以及十四歲以上未滿十八歲者；而少年事件處理法第 52 條以下，對於十二歲以上十八歲未滿的少年（參見少年事件處理法第 2 條）施以感化教育的特別規定。由此可知，在感化教育上，僅有未滿十二歲者受感化教育時適用刑法的規定，所以刑法第 86 條的修正亦可仿本文針對刑法第 88 條所提出的修法方式。本文以為刑法第十二章保安處分在修法的研議上，應由我國法律的整體面觀察，而非頭痛醫頭、腳痛醫腳。

防制條例第 21 條第 1 項), 有能力負擔醫療機構所提出的費用要求。就國家的立場, 這是戒毒最理想的狀況, 因為可以節省國家經費, 也不用消耗有限的司法資源。

自願戒毒十分單純, 接受戒毒治療的人就好比病人到醫院看診, 依據毒品危害防制條例第 21 條的規定, 醫療機構免將請求治療者送法院或檢察機關, 倘若於治療的過程中經檢警查獲, 檢察官必須為不起訴處分, 少年法院(地方法院少年法庭)為不付審理的裁定, 這是國家鼓勵施用毒品者自發前往醫療機構戒除毒品的寬典。不過要注意的是, 對於自願請求治療的施用毒品者, 法律僅給予一次改過自新的機會, 若接受治療結束後, 行為人又施用毒品, 縱然自動向行政院衛生署指定之醫療機構請求治療, 但是治療期間檢警查獲, 依舊必須受到刑事制裁。

戒毒處分與自願戒毒相較, 就顯得複雜許多, 此是本節所探討的重點。透過對於我國戒毒處分現狀的了解, 可以發現現行戒毒處分制度已經無法為我國提供一套施用毒品行為人再社會化的良好途徑, 依據法務部執行毒品案件裁判確定有罪人數及再犯累積的統計, 2006 年毒品犯罪再犯率高達 75.6%<sup>36</sup>, 雖然這並不當然表示施用毒品犯罪的再犯率, 不過施用毒品犯罪占該年新收毒品犯罪案的 89.3%, 占毒品案件在監受刑人統計(第一級毒品、第二級毒品部分) 71.1%, 由此可推知施用毒品罪的再犯率應該在七成左右<sup>37</sup>, 而且尚不包含再度施用毒品未為檢警查獲的

<sup>36</sup> 法務部調查局, 經濟及毒品犯罪防制工作年報—民國 95 年, 2007 年 5 月, 頁 254。透過該年報可以發現我國毒品犯罪再犯率呈現逐年升高的趨向, 2002 年再犯率 65.6%; 2003 年再犯率 66.1%; 2004 年再犯率 67.6%; 2005 年再犯率 70.4%; 2006 年再犯率 75.6%。

<sup>37</sup> 前數據計算自法務部調查局, 註 36 書, 頁 253、256; 法務部, 中華民國 95 年犯罪狀況及其分析, 2007 年 11 月, 頁 292。此外, 行政院研究發展考核委員會亦指出再犯率七成(至 2005 年)的恐怖數據, 參見行政院研究發展考核委員會, 毒品問題與對策, 2006 年 2 月, 頁 53。

犯罪黑數，以及雖然不夠成犯罪，但同樣對人體有害且具有成癮性的第三級、第四級毒品施用的統計數字<sup>38</sup>。

常言道：「戒毒最大的敵人不是毒品，也不是毒癮者，而是制度。」若戒毒處分制度無法使得施用毒品且有成癮性的行為人順利戒除毒癮，意味著這項保安處分沒有辦法達到再社會化的目標。戒毒制度同時也是政府毒品政策中減少需求、降低再犯的重要策略，但是實際狀況與法制設計的目的有極大的出入，顯示我國戒毒處分制度恐怕有相當大的困境與盲點，如何使我國戒毒工程可以更加完備，是當前戒毒工作非常重要的議題。

戒毒處分制度的改革已經是燃眉之急，政府有關單位、民間的相關團體以及學者專家，長期以來都是十分的關注這項議題。本文以為，對於戒毒投入更多的人力物力固然重要，但是面對我國戒毒處分當前所遇到的問題，更應該由體質上著手，否則人力物力無法到位，就算到位可能也無法發生功效，對於戒毒處分的改進大抵上應可區分為三個面向，分別是戒毒處分的費用、場所、戒毒流程與方法。

## 第一項 戒毒處分之費用

依據毒品危害防制條例第 30 條第 1 項的規定，「觀察、勒戒及強制戒治之費用，由勒戒處所及戒治處所填發繳費通知單向受

---

<sup>38</sup> 例如媒體時常報導的毒品 K 他命（愷他命），現在已經是我國毒品查獲量的第二位，僅次於安非他命，占總量的 21.32%，參見法務部調查局，註 35 書，頁 216、218。現今 K 他命是第三級毒品，若將 K 他命列為第二級毒品，其可見我國勒戒工作將更加困難。蘋果日報，〈立院協商 K 他命列二級毒品〉，2007 年 12 月 11 日，A8 版。

觀察、勒戒或強制戒治處分人或上開受處分少年之扶養義務人收取並解繳國庫。」也就是說，戒毒處分與自願戒毒相同，費用都是須由接受戒除毒癮者自行負擔，假如受戒毒處分者未如期繳納戒毒的費用，勒戒處所及戒治處所依法將移送強制執行。

但是國家著眼於戒除毒癮的費用不匪，恐怕不是所有受戒毒處分者都可以負擔，所以毒品危害防制條例第 30 條第 1 項但書設有免予繳納戒毒費用的例外規定，即自首及貧困兩種特殊狀況。許多施用毒品的行為人想要戒除毒癮，但是提供戒毒服務的醫療機構索價又高，所以國家大開方便之門，若在施用毒品犯行被發現前，行為人主動向檢察官、警察機關或勒戒場所自首犯行，並且請求勒戒治療，將可以免收戒毒費用，此不僅鼓勵犯罪者自首，又協助其再社會化，可謂德政。另外，部分雖未自首，但是貧困無力支付戒除毒癮費用者，國家顧及百姓生計，特許免繳納戒毒費用。

雖然國家在戒毒處分上，針對自首者與及貧困者設有免繳納戒毒費用的寬典，但是，對於眾多非自首，又尚未達貧困無力負擔的施用毒品行為人而言，戒毒處分所需的費用依舊十分龐大，縱然是自動向醫療機構請求治療毒品的民眾恐怕也是不小的數目，如何緩解戒毒費用對戒毒者的負擔，是一項重要的問題<sup>39</sup>。假若可以解決戒毒費用的問題，不僅解決戒毒者的困擾，也可能促使有更多施用毒品的行為人願意至醫療單位接受治療。對於這項問題，因為施用毒品的行為人具有病犯的特徵，故有論者希冀以戒毒納入全民健康保險的範疇，以解決這個問題。

---

<sup>39</sup> 有專家於嘉南療養院研究美沙冬療法時發現，雖然美沙冬療法的效果感到滿意者達九成，認為非常有幫助的亦有近八成五，但是願意自費者僅有 37.58%，不願意或持保留態度者超過 60%，可見戒毒療法的費用常使欲戒毒者卻步。參見顏純左，新鴉片戰爭－尋找現代的杜聰明，集夢坊，2007 年 11 月，頁 197、198。



## 一、納入全民健保是否適宜

全民健康保險法第 1 條：「為增進全體國民健康，辦理全民健康保險（以下簡稱本保險），以提供醫療保健服務，特制定本法；本法未規定者，適用其他有關法律。」亦即全民健保制度是基於增進全體國民健康，提供醫療保健服務。

現行毒品危害防制條例既然將施用毒品行為人定位為病犯，似乎自有適用全民健保的適格，但是全民健康保險法第 11 條第 1 款規定，在監、所接受刑之執行或接受保安處分、管訓處分之執行者非屬全民健康保險的保險對象，若已參加者，應予退保；不過，同款但書又謂，刑之執行或接受保安處分、管訓處分的應執行期間，在二個月以下或接受保護管束處分之執行者，仍可享有全民健保。戒毒人的勒戒期間依法不得逾兩個月，似有適用全民健保的可能；至於強制戒治期間依法為六個月以上，不得逾一年，已經確定完全無全民健保適用的可能。不過，現制之下，管理全國醫政大權的行政院衛生署似亦無意讓戒毒處分納入全民健保的體系中<sup>40</sup>，因為毒品危害防制條例第 30 條規定觀察、勒戒及強制戒治的費用，由勒戒處所或戒治處所收取。

戒毒是否宜納入全民健保，實際上可以區分成兩條討論路徑，其一是自願戒毒，其二是戒毒處分。對於自願戒毒，本文贊成將之納入全民健保，因為於犯罪發覺之前向醫療機構請求治療，並無刑罰或保安處分的發動，並不在全民健康保險法第 11 條第 1 款所規定的退保範圍之內，可將之解讀為對於藥物濫用行

---

<sup>40</sup> 行政院衛生署 84 年 9 月 14 日衛署健保字第 84051548 號，88 年 6 月 10 日衛署健保字第 88031258 號函，參見蔡振修，註 27 書，頁 427。

為的治療<sup>41</sup>。至於戒毒處分是否適宜納入全民健保，則有待商榷。

支持戒毒納入全民健保者表示，全民健保制度是我國憲法增修條文第 10 條第 5 項基本國策的規定，又依全民健康保險法第 1 條立法意旨可知，全民健保是為全體國民健康提供醫療保健服務的制度，施用毒品者亦屬國民之一，其是犯人也是病人，若將之排除在外恐有違法違憲之嫌<sup>42</sup>。又若將戒毒處分納入全民健保，利用健保醫療給付的優勢，可以吸引醫師及醫事從業人員願意到戒毒處分處所（勒戒處所、戒治處所）服務，同時可以解決戒毒處分處所長期缺乏醫事人員的困境，同時也提升戒毒處分處所的醫療品質<sup>43</sup>。

本文承認將戒毒處分納入全民健保的立意良美，不僅顧及戒毒處分人的醫療人權，同時也解決當下勒戒處所與戒治處所遭遇的困境，但是，要將戒毒處分納入全民健保，就現階段而言，恐怕並非易事。戒毒納入全民健康保險的障礙，除了當前上述相關法律需要修改外，尚有經費問題。不可否認的，全民健保永續經營的前提是必須具備穩健的財務基礎，但是眾所周知，我國全民健保的經費已經出現問題<sup>44</sup>，雖然健保局已經展開補救，但是短

<sup>41</sup> 此處還包括第三級毒品、第四級毒品成癮性的戒治。因為施用毒品罪並不包含第三級毒品、第四級毒品的施用，但是施用第三級毒品、第四級毒品仍有需要接受戒毒的可能。施用第三級毒品、第四級毒品的行為人不可能經戒毒處分（勒戒、強制戒治），其唯一能戒毒的管道也就只有自願至衛生署指定的醫療院所接受戒毒治療。

<sup>42</sup> 蔡振修，註 27 書，頁 426。

<sup>43</sup> 蔡振修，註 27 書，頁 426、427。

<sup>44</sup> 以 2006 年為例，健保局保守估算月赤字 15 億，一年赤字便達 180 億。[http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.asp?menu=1&menu\\_id=&webdata\\_ID=1692](http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.asp?menu=1&menu_id=&webdata_ID=1692)（最後造訪日期：2008/03/19）又中央政府補助約為 867.9 億元，大約占全民健保總預算 3499.3 億元約 25%，實際上已經造成中央相當大的負擔，加上地方政府又長期欠中央健保局款項，保費收入不足支付醫療費用差距必須依賴公益彩券收入、菸品健康福利捐收入、安全準備及營運資金之投資損益、資本撥入，甚至向銀行融資（以債養債）。詳細內容參

期內依舊不樂觀，若再將戒毒處分納入全民健保，無疑雪上加霜。

此外，憲法增修條文第 10 條第 5 項規定國家應推行全民健康保險，其是屬於基本國策之規定，所謂基本國策是國家施政目標，政府努力的方向，目前或暫時無法實現並不違憲<sup>45</sup>。更詳細的地說明，基本國策若非立法裁量界限性質者<sup>46</sup>，都屬於方針性條款規定，立法者對此有極大的立法裁量空間。關於全民健保的基本國策應屬方針性條款，所以全民健康被保險的對象、保險事故的種類、保險給付的辦法等，都應該委由立法形成，立法者於全民健康保險法第 11 條規定不得保險的消極資格，是立法自由的範疇，應予尊重，難謂有違憲。

施用毒品的行為人雖是病人，但也是犯人，施用毒品的人多有反社會心態，可能是好奇毒品的作用，或想要追求刺激的生活，或為及時行樂的快感而施用毒品<sup>47</sup>，多是可完全歸責於自己，與一般疾病的產生、傷害與生育事故的發生屬於不同情狀。若施用毒品的行為人非出於自願戒毒，可見其根本沒有悔過之意，今其犯行又被查獲，縱然欲將之納入全民健保恐怕一般人民也不願意。據本文的實證統計<sup>48</sup>，59.5%的人不支持戒毒處分納入全民

---

見中央健保局網站 (<http://www.nhi.gov.tw>)。脆弱的健保已經有調漲的呼聲，否則按照當前一天虧損七千萬的速度，今年預計將虧損 200 億元，若不調整，到了 2010 年估計將虧損 585 億元，參見中國時報，〈健保費喊漲 月增 14%〉，2008 年 4 月 26 日，A1 版；聯合報，〈健保費率擬調漲 四口之家月增 240 元〉，2008 年 4 月 26 日，A1 版。

<sup>45</sup> 管歐著，林騰鶴修訂，中華民國憲法論，三民，2006 年 8 月，頁 313。

<sup>46</sup> 所謂「立法裁量界限性質」的基本國策，乃指（1）明確規定，無解釋餘地，例如憲法第 164 條；（2）禁止型條款，例如憲法第 138 條。參見李惠宗，憲法要義，元照，2006 年 9 月，頁 648、649；法治斌、董保城，憲法新論，元照，2006 年 3 月，頁 479。

<sup>47</sup> 董玉整、董莉等著，毒禍論—毒品問題的社會透視，中南工業大學出版社，1999 年 6 月，頁 258 以下。

<sup>48</sup> 關於實證研究的相關說明，請見本文，頁 219 以下。

健保，33.6%的人支持，有 6.8%的人沒有意見，由此可以知道大部分人民對於戒毒處分納入全民健保的態度是持保留立場。

## 二、戒毒處分應擬特別預算

不將戒毒處分納入全民健康保險的範圍中，並不代表國家對於戒毒處分的費用問題就完全置身事外，基於社會連帶關係，協助毒癮這戒治毒癮，對於社會整體僅有正面意義，而無反面效果。

本文認為國家應針對戒毒處分擬定特別預算，而不是染指已經十分脆弱的全民健康保險。國家以專案預算投注在戒毒工作，才可以確保財源的穩定，而戒毒處分是保安處分的一種，本是國家行為的發動，費用由國家出資協助理所當然，至於，究竟是全額免費或是部分免費，則應委由立法者或學者專家決定。

國家資源本是有限，公共事務繁多且複雜，所以本文傾向對於戒毒處分採取部分補助，而非全額免費。因為施用毒品行為畢竟屬於犯罪行為，全由國家負擔恐惹民怨，又施用毒品行為人屬病犯，病人看診尚不能完全免費，病犯戒毒豈有國家全額負擔的道理。如何劃分受戒毒處分人的負擔額度，可依循當事人的資力，或是其施用毒品的級數、犯罪的次數設計。

## 第二項 戒毒處分之處所

我國戒毒處分的處所分為兩種，一為勒戒處所，一為戒治處所。之所以會這樣區分，乃是由戒毒處分有勒戒、強制戒治兩種程序所造成的區隔，勒戒在勒戒處所行之，強制戒治則在戒治處

所行之。對於我國勒戒處所與戒治處所的規範，詳見下述。

所謂勒戒處所，依毒品危害防制條例第 27 條的規定，大抵上可以分為兩大類，第一是法務部、國防部的（軍事）看守所、少年觀護所；第二是醫院。關於看守所、少年觀護所得為勒戒處所乃是依據毒品危害防制條例第 27 條第 1 項的規定；此外，同條第 2 項明文規定，若受觀察、勒戒人另因他案依法應予羈押、留置或收容者，其觀察、勒戒應於（軍事）看守所或少年觀護所附設之勒戒處所執行。惟，看守所與少年觀護所多半欠缺戒毒的設備與人才，故同條第 3 項明示由國防部、行政院國軍退除役官兵輔導委員會、行政院衛生署或直轄市或縣（市）政府所指定的醫療機構負責其勒戒業務。

為勒戒處所的醫院，則分有兩種類型，其一是法務部、國防部所屬的醫院，其二是行政院國軍退除役官兵輔導委員會、行政院衛生署、直轄市或縣（市）政府所指定的醫院<sup>49</sup>。法務部、國防部所屬的醫院，依據毒品危害防制條例第 27 條第 1 項前段，主要是國防部所屬的醫院，即三軍總醫院以及各地的國軍醫院<sup>50</sup>，但是要注意的是，並非所有的國防部所屬醫院都有勒戒的業務，必須要該醫院內有附設者。至於，委託行政院國軍退除役官兵輔導委員會、行政院衛生署、直轄市或縣（市）政府所指定的

---

<sup>49</sup> 對於我國負責提供戒毒業務的醫院，詳見法務部、教育部、外交部、行政院衛生署，96 年反毒報告書—95 年 1 月至 12 月，2007 年 6 月，頁 106 以下。

<sup>50</sup> 國軍醫院於 2004 年 11 月至 2005 年 7 月裁撤部分國軍醫院，目前國軍醫院除三軍總醫院外，僅剩國軍高雄總醫院、國軍台中總醫院、國軍桃園總醫院、國軍花蓮總醫院、國軍左營總醫院、國軍松山總醫院、三軍總醫院澎湖分院附設民眾診療服務處、三軍總醫院附設基隆民眾診療服務處、國軍新竹地區醫院附設民眾診療服務處、國軍岡山醫院、國軍高雄總醫院附設屏東民眾診療服務處、國軍北投醫院等十三所。相關資訊參見國防部軍醫局網站：[http://mab.mnd.gov.tw/military\\_hospital.htm](http://mab.mnd.gov.tw/military_hospital.htm)（最後造訪日期：2008/03/10）

醫院，是依據毒品危害防制條例第 27 條第 1 項後段的規定，不過實務上多將指定醫院為勒戒處所的工作交由行政院衛生署指定，因為衛生署負責全國衛生行政事務，並對各級地方衛生機關負有業務指導、監督和協調的責任，同時對於全國的醫院設施、人力都有相當的了解，由衛生署為之是十分適當的。不過，受委託附設勒戒處所的醫院，其戒護業務依據毒品危害防制條例第 27 條第 4 項應由法務部及國防部負責，相關的預算亦是由法務部及國防部編列預算支付。

所謂戒治處所，依毒品危害防制條例第 28 條的規定，即法務部與國防部設立的戒治所<sup>51</sup>。但是，實務運作上是由法務部設立戒治所；又依據毒品危害防制條例第 28 條第 2 項之規定，戒治處所另以法律定之，故制定法務部戒治所組織通則。在戒治所未設立前，得先於（軍事）監獄或少年矯正機構內設立，並由國防部、行政院衛生署、行政院國軍退除役官兵輔導委員會、直轄市或縣（市）政府指定的醫療機構負責其醫療業務。為強制戒治業務的監獄或少年矯正機構所需員額及經費，則由法務部及國防部編列預算支應。

上述可知，我國戒毒處分處所廣泛的設立<sup>52</sup>，關於戒毒處所

---

<sup>51</sup> 我國的戒治所目前計有臺灣臺北戒治所、臺灣新竹戒治所、臺灣臺中戒治所、臺灣雲林戒治所、臺灣嘉義戒治所、臺灣臺南戒治所、臺灣高雄女子戒治所、臺灣屏東戒治所、臺灣臺東戒治所、臺灣花蓮戒治所、臺灣宜蘭戒治所、臺灣澎湖戒治所、福建金門戒治所、臺灣臺中女子戒治所、臺灣桃園女子戒治所、臺灣基隆戒治所、臺灣臺中少年戒治所等十七間。參見 E 政府網站 (<http://www.gov.tw>)，其中對於各地戒制所有相當詳盡的資料，<http://www.gov.tw/OrgInfo/ORPF-GOV-02.aspx?OID=2.16.886.101.20003.20006>（最後造訪日期：2008/03/11）

<sup>52</sup> 另外，法務部與財團法人臺灣更生保護會合作，更生保護會在法務部的指揮監督下在各地均成立輔導所，又結合基督教晨曦會、沐恩之家、主愛之家、歸回團契及恩福會等福音戒毒團體一同投入戒毒工作。參見法務部戒毒資訊網：<http://refrain.moj.gov.tw>（最後造訪日期：2008/03/11）

的規範亦可謂相當詳盡，但是，若仔細觀察不難發現，戒毒處分處所的規定十分龐雜，與自願戒毒的處所亦有重疊，牽扯的政府機關也十分繁多，看守所、少年觀護所及戒治所的能力有限，多是收容超額戒毒者，戒毒工作負擔沉重，又空間設施等不足<sup>53</sup>，此外目前監所單位提供衛生醫療等服務幾乎全賴醫療院所的支援，然而醫療院所之實有時段限制，不可能達到全日無休的地步，所以醫療資源的困乏成爲監所單位最大的難題<sup>54</sup>，目前看守所、戒治所等已經無法承載當前的戒毒人口。縱然是醫療院所，其在執行勒戒業務所耗經費及醫事人力龐大，也不見得樂於爲勒戒業務。但是，若向非醫療院所進行勒戒，爾後又於戒治所進行強制戒治，兩者依毒品危害防制條例第 30 條規定，原則上皆需要繳交費用，惟付費後並無法享受到醫療專業的戒毒服務，又將造成制度上的矛盾<sup>55</sup>。

此外，因爲毒品危害防制條例有勒戒與強制戒治之分，造成勒戒處所與強制戒治的處所遭到切割，但是勒戒與強制戒治的分隔定位並不明顯，造成功能難以發揮。當前的戒毒處所種類眾多，戒毒宛如多頭馬車運作，當然成效難現，故本文認爲，戒毒處分的處所實有改進的必要，又因爲其多與自願戒毒的處所有重疊，故應一併檢討；另外，前文有論及「立法上戒毒處分無區分勒戒與強制戒治的必要」，此與戒毒處分的處所設置亦有關係。本文以爲應將戒毒處所簡化爲：自願戒毒的戒毒重建中心，以及戒毒處分的強制戒毒機構。

---

<sup>53</sup> 有論者就提出應成立女子戒毒處所，專供女子戒治毒癮，參見林健陽、陳玉書、柯雨瑞、張智雄、呂豐足，註 27 文，頁 312。

<sup>54</sup> 行政院研究發展考核委員會，註 37 書，頁 53、54。

<sup>55</sup> 行政院研究發展考核委員會，註 37 書，頁 54、55。

## 一、興建戒毒重建中心

至看守所、少年觀護所及戒治所接受勒戒、強制戒治的施用毒品者，是因為經法院裁定戒毒，不過受戒毒處分者並非全然都是不願意戒毒的人，只是自願向醫療機構請求戒毒所需耗費繁重，恐怕不是一般人可以負擔，就算將自願戒毒納入全民健康保險之列，恐怕也不能顧全所有渴望戒除毒癮，卻無力負擔費用的人，所以若能解決這個問題，連帶的就可以緩解戒毒處分處所長期戒毒人數爆炸，醫療資源不足的窘境。我國長久以來多將戒毒的眼光著眼於機構處遇，而忽略社區處遇<sup>56</sup>，事實上若能透過社區處遇發展戒毒處所，應可大大解決當前的問題。

有學者基於社區處遇的概念，鼓吹應針對本身有戒毒意願的施用毒品行為人成立「戒毒重建中心<sup>57</sup>」，並且提出戒毒重建中心的設立有兩項要點，其一是非官辦，其次是非營利，所以戒毒重建中心似乎應由無營利目的的財團法人承辦最為理想，再由政府出資協助以及監督。之所以主張非官辦，是因為施用毒品罪的行為人大多經歷過戒治所、監獄等含有強制力的政府機關，其對於官辦的戒毒處所多抱有反感，心中既生排斥，自然難在官辦戒毒處所中全心全意的接受戒治。之所以主張非營利，是因為以營利為主的私人戒毒處所，其最大的問題就是收費，大部分的施用毒品者並非甚有資力者，有些為了購買毒品甚至鋌而走險，要他們拿多餘的錢出來戒毒恐怕是一筆不小的開銷。

本文認為這個構思頗值得行，畢竟對於無資力償付戒毒費用，但是有戒毒意願者，總不能任其自生自滅，應給予更生自新

---

<sup>56</sup> 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），法務部，2002年10月，頁118。

<sup>57</sup> 駱宜安，註25書，頁112、113。



的機會。戒毒重建中心的理念與歐美的「治療性社區」(the Therapeutic Community) 應有異曲同工之妙，與我國當前的「戒毒村」亦雷同，或許可以將此構思結合戒毒村加以實現<sup>58</sup>，總之，就是要讓戒毒處所成為專門機構負責矯治及保安的執行<sup>59</sup>。

或許有論者認為，向檢警自首就可以在勒戒處所接受不用付費的戒毒治療(毒品危害防制條例第 30 條第 1 項但書)，何須另外建構戒毒重建中心。這種觀點可能忽略了施用毒品行為人多半不願意自首，若不另闢一條可以供其戒除毒癮的途徑，恐怕只會使得其沉淪更深，造成更嚴重的傷害。所以，對於自願戒毒者，似乎可以採行兩條戒毒的途徑，主要是醫療機構，即毒品危害防制條例第 21 條；另外，對於無資力者，促其進入戒毒重建中心。此外，基於社區處遇的戒毒重建中心(或戒毒村)，不僅符合刑事政策的潮流，更有著去除監禁人格化，利於施用毒品者回歸社會，又可緩解看守所等當前戒毒處所擁擠的問題，利於教化，也合乎刑罰經濟及成本效益<sup>60</sup>。

## 二、改進強制戒毒機構

戒毒重建中心是針對本身有戒毒的意願，但是卻無力負擔戒毒費用的施用毒品行為人所建置的，至於未發自內心渴望戒除毒癮者，國家依舊必須要扛起強制戒毒的責任，所以必須設立強制戒毒機構。現行法下，勒戒處所與戒治所就是強制戒毒機構的展現，而強制戒毒機構的改進，必須從戒毒處分的改革開始。

本文於前已經說明，戒毒處分的步驟分為勒戒與強制戒治根

---

<sup>58</sup> 林瑞欽，註 30 文，頁 137。

<sup>59</sup> 林山田，註 5 書，頁 341。

<sup>60</sup> 鄧煌發，註 56 文，頁 135 以下。

本毫無意義，此一劃分連帶將戒毒處分的處所分為兩個區域，原本勒戒與強制戒治的區分就不甚明顯，定位不明造成處所設置產生弊病，戒毒的功能更難以展開。再者，經研究調查發現 55% 的受戒治人認為戒治所與監獄並無不同，僅有 6% 的受戒治人對於戒治所持正面看法<sup>61</sup>。故本文以為應將戒毒處分一條鞭，場所設置一條鞭，將看守所及戒治所合併為單一的戒毒所，此外政府應該重視戒毒所內的醫療設備與醫學人才是否充足，必須踏實的力行科學戒毒、醫學治療，切勿讓戒毒所變成沒有戒毒功能的監獄<sup>62</sup>。此外有學者提出過度強調監獄型態的矯治機構往往成效有限，宜應重視社區矯治的功能，或許可以採行「官辦民營」的方式<sup>63</sup>，由政府主管機關提供場所及軟硬體，再委由民間經營強制戒毒的處所。

### 第三項 戒毒處分之流程

戒毒處分並非將施用毒品的行為人拘禁在勒戒處所或戒治所便足，單純的拘禁或許可以達到毒癮戒治的效果，但是戒斷症狀會使得戒毒者極度痛苦，甚至有危及生命安全的可能，所以在勒戒處所或戒治所中，都會對於戒毒者提供醫療診治的業務，目的就是為了減輕戒斷症狀的痛苦，完全將戒毒者的毒癮戒除，使其重新返回社會。

---

<sup>61</sup> 戒治所的失敗由人稱戒治所為「披著戒毒機構外衣的監獄」可見一斑，參見行政院研究發展考核委員會，註 37 書，頁 54。

<sup>62</sup> 有學者為文論及美國、香港的戒毒中心，將毒品成癮者集中再同一營區提供戒癮治療，並且力主我國目前的戒毒處所應充實軟硬體設備，參見林式毅，海洛英的健康影響—第四期文獻回顧研析計畫報告書，國家衛生研究院，2004 年 12 月，頁 59、73。

<sup>63</sup> 林健陽，毒品犯罪戒治成效影響因素之追蹤研究，刑事政策與犯罪研究論文集（六），法務部，2003 年 10 月，頁 90。

目前戒毒處分流程大抵可分為兩大步驟：診斷與身心治療、技藝與外宿訓練。首先是診斷施用毒品者有無施用毒品的傾向，若有則對其開始治療，生理上的治療是針對戒斷症狀，心理上的治療是避免戒毒者日後再度沾染毒品；單純的治療並沒辦法達到全效，戒毒者終有一天要離開戒毒處所回歸社會，所以必須使之未來進入社會後有謀生的能力，故有技藝與外宿訓練等設計。

在執行戒毒處分的過程，處分人員應本於正義善良的態度監督管理受處分人（戒毒者），戒毒處分本屬保安處分的一種，故有保安處分法的適用。對於保安處分人員應該注意的事項，保安處分法第 1 章通則之中便有相關的規範，諸如保安處分處所對於受處分人，應供給飲食衣被及其他維持身體健康之必要設備（第 17 條）；保安處分處所應注意受處分人的身體健康，若受處分人罹有疾病應急予醫治，並為必要之保護，假如保安處分處所醫療設備不足，應移送病院或保外醫治（第 18、49、50 條）；另外如有必要時，治療管理人員亦有強制力，如受處分人拒絕飲食，經勸告仍不飲食，而有生命之危險者，得由醫師施以強制營養（第 19 條）；若受處分人脫逃、自殺、暴行或其他違反紀律之行爲，施以強制管理（第 21 條）。

另外，專為戒毒者制定的觀察勒戒處分執行條例<sup>64</sup>，也有處分人員所應注意的特別規定，例如勒戒處所應注意天災事變應有所警覺，若無法防避天災事變時應有因應措施（第 13 條）；對於衛生環境應加以維護，每半月舉行環境衛生檢查一次，戒毒者的體能維持也十分重要，每日應運動半小時至一小時（第 15 條準用監獄行刑法之規定）。要讓戒毒者平安健康的離開勒戒處所，

---

<sup>64</sup> 目前我國勒戒處分的相關規範，乃依據毒品危害防制條例第 29 條規定，對於觀察、勒戒及強制戒治的執行另以 1998 年 5 月 20 日公布施行的觀察勒戒處分執行條例規範，若觀察勒戒處分執行條例未為規範者，依據該條例第 2 條的規定，適用保安處分執行法的相關規定。

充滿自信的返回社會是勒戒處所的工作。

雖然本節是在討論戒毒處分的現狀問題與改進之道，但是戒毒的流程與方法並不因為自願戒毒或戒毒處分而有差別。無論是自願戒毒，或是受戒毒處分戒毒，都必須清楚知道戒毒是一件嚴肅且困難的課題，戒斷症狀會不斷折磨戒毒者的身體，毒品的魔力會一直引誘戒毒者的心理，唯有一套健全的戒毒流程與妥善的戒毒方法，方可克盡其功。

## 一、身心治療

進入戒毒的身心治療之前，必須先由醫師診視評估戒毒者的精神狀況及成癮程度，若發現無施用毒品的情形，便應立即釋放之；若經醫師診視後發現有施用毒品的狀況，則視成癮性程度及精神狀況分別處理。成癮程度輕微或無精神疾病者直接住進勒戒病房，重者先為必要的治療，待情況穩定後，再住進勒戒病房。這就是所謂的「診斷」，亦即毒品危害防制條例第 20 條的「觀察」。

經診斷（觀察）後，認定有施用毒品的傾向，法院則為勒戒的裁定（毒品危害防制條例第 20 條），其主要考量有<sup>65</sup>：行為人施用毒品是否已經明顯成癮；行為人的犯罪行為是否因為毒癮所直接或間接引起；若毒癮不予戒除是否有再犯之虞；具有社會保安的需求；不良的癮癖是否有戒除的可能。第一階段的勒戒治療是身理治療，即戒斷症狀的治療。主要針對戒毒者的戒斷症狀治療，治療以症狀治療為主，即所謂對症下藥。症狀治療的方法多採藥物戒斷治療，輔以非藥物戒斷治療。至於所需時日因人而

---

<sup>65</sup> 駱宜安，註 25 書，頁 99。

異，待戒毒者經醫師診斷後認為戒斷症狀消失，則可進入下一個階段。

心理治療，即心理教育與復建訓練，是第二階段的治療，治療重點在於心理輔導與復健工作，目的在於使戒毒者可以脫離過去懶散惡習，為其建立自信心。換言之，非藥物治療的動機增強治療、認知行為治療、個別心理動力治療等在此階段將發揮最大的功用。依據觀察勒戒處分執行條例第 9 條之規定，「勒戒處所得辦理戒毒輔導及宗教教誨等事宜，使受觀察、勒戒人堅定戒毒決心。」所以在這段期間治療人員將安排宗教、娛樂、法律講座、戶外體育等活動，使戒毒者體認團體生活。就性質而言，此階段應屬於治療戒斷症狀後的恢復期，同時亦針對戒毒者做心理建設，避免其未來又施用毒品。

此外，觀察勒戒處分執行條例第 15 條有準用監獄行刑法的部分條文規定，與心理教育、復健訓練有關者為監獄行刑法第 42、44 條。經準用後，即戒毒處所應備置經戒毒處所長官允准的有益圖書，並得發行出版物，選載時事及其他有益之文字，使戒毒者閱讀；並且戒毒處所得用視聽器材為教化之輔助。又保安處分法第 2 條第 3 項之規定，「保安處分之實施，受法務部之指揮、監督。」故教化工作以及圖書、出版物等相關事宜應經法務部指揮監督。

身心治療是戒毒最重要的部分之一，而身心治療的成敗取決於戒毒方法的選擇，依據本文的觀察，戒毒方法不外乎三種<sup>66</sup>，

---

<sup>66</sup> 就筆者目前所閱讀的文獻對於戒毒的方式主要有兩種區分方法，其一就是區分自然戒斷與藥物戒斷，這種看法似乎多集中於法學者與史學家，例如：馬模貞先生專精於史學，其大作《毒品在中國》（馬模貞，註 23 書，頁 356 以下）；以及前台中地檢署檢察官蔡振修先生（現為執業律師），於其赴英考察毒品相關問題後所撰寫的《矯治的醫事法律與實務專論》（蔡

分別是自然戒斷、藥物戒斷與非藥物戒斷。其中「自然戒斷」(又稱乾戒、硬脫)難稱得上是治療行爲,因爲其僅是放任戒毒者以自身之力與戒斷症狀搏鬥,不供給戒毒者任何藥物,令其自然戒斷。其特色爲戒斷時間耗費短,戒斷率爲百分之百,同時較不易產生後遺症,又戒斷過程中所生的苦痛可能讓戒毒者終生不敢再接觸毒品。不過,因爲戒斷症狀的痛苦,所以此種方式多被人批評爲不人道,再者,若戒毒者的戒斷症狀嚴重時,可能導致其他併發症,甚至死亡。目前自然戒斷主要運用在於經濟環境較差,且缺乏戒毒藥品的地方,或是較爲輕度成癮的施用毒品者,在其自願和醫療環境條件允許的狀況下採用自然戒斷。

在我國歷史上使用自然戒斷最著名者應屬民初軍閥「戒毒將軍」馮玉祥<sup>67</sup>。馮玉祥兵屯湖南常德的時候,令官兵集中所有吸食鴉片的百姓,將他們集中關閉在一處,每天僅供應必要的飲食,不給予任何的戒煙藥物,採取非常嚴厲的強制戒斷手法。馮氏採用這種戒毒方法一方面因爲當時戰亂連年,缺乏優質的戒毒設備器材,再加上他講求效率的軍人性格,這種強制戒斷的手

---

振修,註 27 書,頁 367 以下),可見兩者皆採取此類分法。而國家衛生研究院於 2005 年由潘俊宏醫師所撰寫的第五期文獻回顧研析計畫,《安非他命類藥物與精神疾病—第五期文獻回顧研析計畫報告書》(潘俊宏,安非他命類藥物與精神疾病—第五期文獻回顧研析計畫報告書,國家衛生研究院,2005 年 12 月,頁 47 以下)卻將其區分為藥物治療及非藥物治療,此所指之非藥物治療與前述自然戒斷迥異,一是指以藥物以外的醫療方式進行治療,一則是放任戒毒者以自身精神力量克服毒癮。是故,本文採取三分法,詳細內容請見本文以下介紹。

<sup>67</sup> 礙於中小學歷史的教材廣度、深度的不足,以及國民政府在教科書編寫上面多給民初軍閥十分邪惡的形象,造成多數國人對於軍閥多有偏見。實際上,縱然軍閥多為不肖,但其中依舊有些許的貢獻。就以馮玉祥為例,史家對其則有不少正面評價,除戒毒將軍的封號外,亦有「基督將軍」之稱;此外「秀才將軍」吳佩孚以及「山西閻王」閻錫山對於戒毒都有相當程度的貢獻,特別是閻氏所統治的山西更曾一度成為中國戒毒禁煙運動的模範省。相關內容可參見蘇智良,《中國毒品史》,上海人民出版社,1997 年 1 月,頁 291 以下。

法，雖然殘忍且可能引發其他疾病或死亡，但是直接明瞭，戒斷時間較短，便為馮氏所用<sup>68</sup>。

在手法上，世界各國採行自然戒斷的方式也不盡相同，新加坡有所謂的「冷火雞法<sup>69</sup>」，實際上就是將戒毒者關起來，實行硬脫，戒毒者會出現強烈的戒斷症狀，全身寒顫、起雞皮疙瘩，故有此稱呼；泰國有「水桶排水法」，令戒毒者立於與本人同高的木桶內，上接進水管，使水不斷流入，同時水亦不斷流出，強迫施用毒品者脫癮；印度有「強行軍療法」，命戒毒者背負沉重背包行囊，迫其行軍，透過不斷的運動使其脫癮；中國大陸則運用「網綁法」，其與冷火雞法類似，均使戒毒者脫離人群加以關閉，惟大陸再將戒毒者網綁束縛住，藉此強迫脫癮<sup>70</sup>。

而另外兩種戒毒方法，藥物戒斷與非藥物戒斷則屬於醫療行為。所謂「藥物戒斷」是利用藥物緩和戒毒者於戒斷症狀時的苦痛，或是用其他成癮性較為低的藥物取代戒毒者對於目前所施用藥物的依賴，諸如遞減法、取代法、亞冬眠療法等。至於，「非藥物治療」則是治療方式非以藥物為主，著重於心理精神層面的治療，例如動機晤談法、認知行為治療、個別心理治療、團體治療等。此外，隨著醫療科技的進步，近年又有新興的醫療戒毒方法，本文一併為詳細的介紹。

---

<sup>68</sup> 關於馮氏風格由其詩句可看出端倪，如《代告示詩》：「嫖娼聚賭鴉片槍，誘人入淵墜萬丈。凡事應該仔細想，怎可缺德去嫖娼！女人盡皆父母養，與爾姊妹沒兩樣。好逸惡勞去賭場，彈錢擲骰搖單雙。明搶暗奪黑心腸，落得家破人也亡。鴉片為害致身殘，屢禁不止死灰燃。中華民族要振興，毒頭一律用刀砍！」關詳細內容請參看汪烈九，馮玉祥的詩品，新華網：[http://big5.xinhuanet.com/gate/big5/news.xinhuanet.com/book/2004-12/15/content\\_2335696.htm](http://big5.xinhuanet.com/gate/big5/news.xinhuanet.com/book/2004-12/15/content_2335696.htm)（最後造訪日期：2008/02/18）

<sup>69</sup> 又稱「死火雞法」，參見徐世傑，別被毒品綁架了—揭開「毒品」真相，天佑智訊，2007年7月，頁220。

<sup>70</sup> 馬模貞，註23書，頁357；蔡振修，註27書，頁367、368。

## (一) 藥物戒斷

在講求人道的現今社會，多無法接受自然戒斷的方式，因為自然戒斷會造成戒毒者幾近殘忍的強烈痛苦，所以比起自然戒斷的放任，藥物戒斷是當今幫助毒品成癮者戒斷毒癮最常使用的方式。目前藥物戒斷主要有下列三種方式，分別為遞減法、取代法與亞冬眠。

### 1. 遞減法

所謂遞減法，就是將施用毒品成癮者的毒品用量逐漸減少，乃至於停止施用，如此可使得戒毒者可以逐步適應每個不同階段的戒斷症狀，直到對於毒品的依賴全面消失<sup>71</sup>。其特色在於戒斷症狀反應較小、痛苦較少，在精神與生理上的轉變得以緩和。

此一戒毒方法於我國滿清道光年間便已有採行，林則徐便已經注意戒治毒癮的問題。林則徐與其好友名醫何書田所配置的藥方有「忌酸方(又名戒煙丸、林文忠公戒煙丸)」、「補正丸」、「物引」以及「瓜汁飲」等四種<sup>72</sup>，同時民間也有流傳幾種戒毒偏方，最知名者如「戒煙四物飲」、「戒煙藥酒法」等<sup>73</sup>。這

<sup>71</sup> 林式毅，註 62 書，頁 44。

<sup>72</sup> 其中最為著名者為忌酸方。依據《戒煙方說》的記載，忌酸方的藥引子有洋參、川連、柴胡、白朮、黃芪、沈香、當歸、甘草、木香、黃柏、陳皮、升麻、天麻、龍骨以及牡蠣，上開藥材磨成粉後加入附子，用米泔浸透後投入石臼搗成泥狀，再加入煙灰(或罌粟殼)，攪拌均勻成麵糊丸一般大小，依據不同的症狀於飯後吞食，惟使用此方勿食酸物，故名忌酸方。參見馬模貞，註 23 書，頁 358 以下。

<sup>73</sup> 此兩帖民間藥方，前者的四物為赤沙糖、生甘草、川貝母與鴉片煙，其中



些藥方子都是爲了戒除鴉片煙毒，故從其中可以發現都有鴉片煙灰或罌粟殼，這些東西都可以營造出鴉片煙的效果，但是效力沒有鴉片煙大，其目的就是循序漸進的減少毒品用量以致於無。

遞減法在我國受到多方的支持，昔日的祁連山戒煙片便分有四號，一號含 50%的鴉片煙成分，二號含 20%的鴉片煙成分，三號則無鴉片煙成分，藥物的內容乃針對戒斷症狀，四號片則爲調整人體器官，以便讓人體恢復正常狀態。日據時代的台灣醫學博士杜聰明醫師，也是採用這種遞減法（中間療法，又稱漸禁斷療法）爲台灣煙民戒除鴉片煙癮<sup>74</sup>。不過要注意的是，與其他藥物戒斷方式一樣，若戒毒者沒有絕對的信心和毅力，恐怕都會使得整個戒毒工程功虧一簣。

## 2. 取代法

取代法又稱替代法、代替遞減法、藥物維持療法，是以別種特殊藥物取代施用毒品者目前所施用的毒品，爲取代之用的藥物無法形成與毒品相同等級的藥物依賴性，隨著戒斷毒癮時間的進行，亦將取代的藥物一併停止施用，以避免對毒品失去依賴性後，卻對於替代的藥物發生成癮性<sup>75</sup>。簡言之，即使用成癮性低的藥物代替毒品，直至撤藥。由於此種療法相對於過去的強迫戒斷相較之下，較爲人性，使得受戒治者所需承受較輕的痛苦，因此，縱然利用取代法戒毒者的再犯率居高不下，

---

鴉片煙依據成癮性的大小區分為三錢或四錢，癮重者摻入較重的鴉片煙，以十餘大碗清水煎煮；後者則將當歸、人參、北口芪、煙灰（或罌粟殼）、廣陳皮和雷丸放入燒酒中浸泡，七日過後，將藥渣取出則可為戒毒之用。參見馬模貞，註 23 書，頁 358 以下。

<sup>74</sup> 詳請參見鄭志敏，杜聰明與台灣醫療史之研究，國立中國醫藥研究所，2005 年 4 月，頁 100 以下。

<sup>75</sup> 潘俊宏，註 66 書，頁 49。

依舊十分風行。

實務上最常使用的是「美沙冬維持療法」<sup>76</sup>（Methadone Maintenance），醫師表示，美沙冬療法的優點包括：減少使用違法毒品、降低違法用藥而引發的疾病和死亡、降低犯罪活動、減少高風險的共用針具情形、加強社會生產力<sup>77</sup>。繼美沙冬之後，2007年11月又確定一項替代療法的新選擇—丁基原啡因，其能更有效的幫助戒毒者戒斷毒品，特別針對毒品之王海洛因尤其有效，據台北市聯合醫院松德院區藥物成癮科主任東連文先生表示，以該院區的經驗，利用丁基原啡因者停用海洛因率約為70%，美沙冬療法則為40%，而且丁基原啡因二至三天使用一次便足，不過其價格為美沙冬的十倍<sup>78</sup>。

不過，無論是美沙冬或是丁基原啡因本身皆是管制藥品，其亦有成癮性，如果稍有不慎，可能只是讓受戒治者對另外一種藥品上癮而已。所以，替代療法本身係採取「以癮代癮」的方式，若欲行替代療法應當至有相當設備的醫療中心，並且有

<sup>76</sup> 美沙冬（Methadone）又作美沙酮，為我國第二級管制藥品。美沙冬療法是最為大眾熟知的取代法（替代療法），中國時報，2006年10月3日，C4版；蒙桂珍、張玉亮、陳德明，戒毒—毒品濫用之危害與防治，合記，2006年1月，頁117、118；安辰赫，藥癮者的全人復原，晨曦，2005年1月，頁45；林式毅，註62書，頁45、50、51。

<sup>77</sup> 有專家統計嘉南療養院美沙冬療法的滿意度及幫助度，經研究後發現，對於美沙冬療法的效果感到滿意者達九成，認為非常有幫助的亦有近八成五，參見顏純左，註39書，頁197。

<sup>78</sup> 丁基原啡因（Buprenorphine）為我國第三及管制藥品。自2005年，由台北市開始試行丁基原啡因戒治毒癮（台北市衛生局網站：<http://sex.health.gov.tw/sex03view.asp?grpno=9&cntno=2854>，最後造訪日期：2008/02/18），但是確實的成效於2007年確立公布。參見聯合報，〈繼美沙冬 丁基原啡因 戒毒新選擇〉，2007年11月19日，A10版；林式毅，註62書，頁54。另外，蒙桂珍、張玉亮、陳德明，註76書，頁119以下有介紹丁基原啡因、洛非西丁、可樂定、精神藥物等可能在取代法上的貢獻，惟礙於篇幅，故不贅述。

專門的醫師或相關醫事人員從旁協助，否則可能只是對另外一種藥品成癮。

### 3.亞冬眠

所謂亞冬眠戒毒法<sup>79</sup>，乃指通過藥物的使用，使得戒毒者處於類似冬眠的狀態，以減少戒毒者的戒斷症狀。亞冬眠戒毒療法所使用的藥品為氯丙嗪或異丙嗪<sup>80</sup>，透過肌肉注射，病人可於數天內一直昏睡，讓戒斷症狀在睡眠中度過，痛苦小，費用低。但是該療法在治療中，應注意戒毒者的身體狀況，另外容易產生意識障礙，大小便失禁，興奮躁動，呼吸抑制，肺部感染等不良反應，因此採用亞冬眠法治療臨床脫毒應慎重。最重要的是，戒毒者本身應有決心，否則難以徹底戒斷。

#### (二) 非藥物戒斷

非藥物治療是指戒治方法不採用藥物，但是亦非自然戒斷。自然戒斷並無任何的醫療行為可言，僅是放任戒毒者用自己的意志力及身體和毒癮正面衝突，而非藥物戒斷治療雖然沒有使用藥物，但是有醫療行為的存在。

---

<sup>79</sup> 亞冬眠療法似乎主要在中國大陸運用，此法於中國內地俗稱 SHT。關於其相關內容，可以參見中國武漢和平自願戒毒所（國家甲級戒毒所），在其中有相關的介紹，<http://www.whhpjds.com/index.asp>（最後造訪日期：2008/02/18）

<sup>80</sup> 氯丙嗪、異丙嗪是抗精神病藥物，具有安定、抗精神病作用、鎮咳作用、降溫作用、擴張血管作用等。應用大量氯丙嗪可出現鎮靜、嗜睡、體溫下降、基礎代謝降低、器官活動減少等現象，好似動物冬眠一樣，故稱「人工冬眠狀態」。<http://www.whhpjds.com/infoopen.asp?id=8>（最後造訪日期：2008/02/18）

戒毒不單單是緩和戒斷症狀，更重要的是戒除毒癮者的心癮。生理上的癮頭，即戒斷症狀，其治療期間快則一週，慢則數月；但是心理上的癮頭可以長達二十至三十年之久，故施用毒品者縱然戒毒成功，也很容易再犯，所以心癮是最難戒治的<sup>81</sup>。不過，難戒治並不表示無法戒治，而是需要花費更多的心力去治療照顧，而非藥物戒斷治療，就是針對毒品心癮的戒除，其所針對者主要係戒毒者的心理因素，特別是「動機」<sup>82</sup>。在心理學的觀點，動機並非人格特質或心理準備的程度，將其解釋為一種行為表現是最為適宜的，所以維持戒毒者本身渴望戒除毒癮的動機是非藥物戒斷治療專業人員工作的核心<sup>83</sup>。依據本文觀察，非藥物戒斷治療的方式五花八門，諸如動機增強治療、認知行為治療、個別心理動力治療、團體治療、家庭治療、個案管理等。

### 1. 動機增強治療

動機增強治療（Motivation Enhancing Treatment）是為增加戒毒者的戒治動機而做的治療。要是戒毒者主觀地覺得施用毒品不是問題，施用毒品所付出的代價不大，自認為沒有必要改變，也沒有改變的心理準備，那自然降低了內心想要戒毒的可能性<sup>84</sup>。這類戒毒者的障礙是對問題的警覺性極低，以致缺乏動機去戒毒，所以介入的重點就是要「重構危機訊號，製造戒毒動機」。

在治療方式的實踐上，動機增強治療依據個案的行為改變過程分為六個階段，分別是懵懂期（又稱沉思前期）、沉思期、

---

<sup>81</sup> 駱宜安，註 25 書，頁 109。

<sup>82</sup> 林健陽、陳玉書、柯雨瑞、張智雄、呂豐足，註 27 文，頁 313。

<sup>83</sup> 楊筱華譯，William R. Miller, Stephen Rollnick 著，動機式晤談法—如何克服成癮行為戒除前的心理衝突，心理出版社，1995 年 7 月，頁 23 以下。

<sup>84</sup> 潘俊宏，註 56 書，頁 53。

準備期、行動期、維持期及復發期，治療的方法就是針對個案的狀態，設法加強個案改變至下個階段的動機，並且能夠使之穩定。只要能夠克服復發，不要因復發而使得戒毒者灰心喪志，那麼每一次的復發都是更接近康復。於懵懂期，應使戒毒者產生疑問，增加戒毒者對於目前行為的問題所在及危險性的認知；沉思期，促使戒毒者思考結果有利於改變，此時應提出需要改變的理由，若不改變將負擔乃些風險，強化戒毒者對於自我能力的信心；決定期，幫助戒毒者決定最合適的行動策略；行動期，幫助戒毒者採取步驟，邁向改變；維繫期，幫助戒毒者便是復發的跡象，並且採取防範措施；復發期，幫助戒毒者重新開始，由沉思、決定而行動，切勿因為戒毒者毒癮復發而停滯治療或懷憂喪志<sup>85</sup>。

## 2. 認知行為治療

認知行為治療（Cognitive Behavioral Treatment）的目標在於降低成癮藥物的增強作用，同時促使個案維持戒斷狀態的行為，以達到毒癮治療的效果<sup>86</sup>。換言之，就是試圖讓戒毒者對於毒品產生拒絕的認知，並且反應在行為上。其又區分為動機式晤談法、嫌惡療法、矩陣模式治療計畫等。

動機式晤談法（Motivational Interview）是一種特別的晤談方式，它協助人們認識現有或潛在的問題，並且著手加以處理<sup>87</sup>。此為短期的認知行為治療所常用，即是利用會談的方式擴大他的矛盾與心理衝突。例如詢問戒毒者：「如果你能戒藥成功，最想做的是什麼事情？」挑戰施用毒品者最想過的生活願

---

<sup>85</sup> 楊筱華譯，William R. Miller, Stephen Rollnick 著，註 83 書，頁 20、21、24。

<sup>86</sup> 潘俊宏，註 56 書，頁 52。

<sup>87</sup> 楊筱華譯，William R. Miller, Stephen Rollnick 著，註 83 書，頁 64。

望與現在的生活形態之間的落差，增加的戒毒者的戒毒動機，同時利用肌肉放鬆或自我對話來處理想施用毒品的念頭。動機晤談法旨在協助戒毒者探索內心的矛盾並且充分表達要做改變的理由<sup>88</sup>，就實務運作上通常會運用開放式的問題、回映式傾聽、給予當事人肯定以及摘錄筆記等方式，試圖營造一個接納與信任的環境，這樣環境的營造就是為了引發戒毒者的自我動機表達，當然這並非十分容易，所以持續不斷的接觸是必要的。

嫌惡療法（Aversion Therapy）是製造戒毒者對於毒品產生嫌惡的反應，例如透過口服化學物品或是電擊刺激等方式，與某種毒品施用行為或情境產生配對，待一發生該毒品施用的行為，行為人便產生嫌惡反應，如此便不願施用毒品<sup>89</sup>。至於矩陣模式（Matrix Model）治療計畫是將多種心理、行為及團體治療方式予以合併與規劃，所以非常複雜，例如規劃半年的治療期間，其中戒毒者必須進行 W 次晤談，同時參加 X 次穩定性團體，Y 次的預防治療團體，Z 次的家庭團體等等，待全部完成後再進行治療結果評估<sup>90</sup>。此治療計畫複雜，耗費資源龐大，且計畫的次數不多，尚難謂有效，故還需要未來的持續觀察與發展。而復發預防（Relapse Prevention）的重點在於學習一些技巧以便維持毒品戒除狀態<sup>91</sup>。也就是說，從確認可能造成復發的高危險情境之中，學習人際互動與自我管理的方法，以免再次施用毒品。

### 3. 團體治療

---

<sup>88</sup> 就動機式晤談法的運用參見，楊筱華譯，William R. Miller, Stephen Rollnick 著，註 33 書，頁 90 以下。

<sup>89</sup> 潘俊宏，註 56 書，頁 52。

<sup>90</sup> 潘俊宏，註 56 書，頁 52、53。

<sup>91</sup> 潘俊宏，註 56 書，頁 54。

團體治療（Group Therapy）是以支持性團體為主，協助成員情緒之抒發、意見之溝通及訊息之交流，增進成員對疾病、環境及家庭之適應。團體治療的應用多元，例如癌症病友團體治療、精神疾病團體治療等，亦經常被運用在毒癮或酒癮的戒治上；除了單獨應用外，亦經常當作整合治療模式的一環。在成癮個案的團體治療上，又可以區分為自助團體與心理治療團體兩大類<sup>92</sup>，兩者的差別在於團體中的領導人身分，前者由毒癮同儕或是成功戒毒的人士擔任，後者則主要是由精神醫療相關人員負責。團體治療的一大優勢在於經濟實惠，據相關統計數字可以發現，團體治療與個別治療的效果並無顯著的差距，甚至團體治療於朋友社交的支持度方面有更佳表現。

家庭治療（Family Therapy）是以家人為單位及對象的一種團體治療型態，是一種治療人類問題的工作取向，經由語言、互動等治療模式，其目的在消除個人因家庭所產生的生理或心理症狀，解決之間的衝突，重新建構<sup>93</sup>。嚴格來說，家庭治療可以歸類於團體治療之一種。由於毒癮的發生可能是由眾多因素交互作用而生，這些因素有遺傳、行為、家庭、環境、文化、社會、種族、經濟等，因此提供了家庭治療被嘗試運用於毒癮戒治的機會。此種治療方式是將家族視為一個封閉系統，因此個案所出現的施用毒品行為，實際上是所有的家族成員交互作用後所得到的結果，在治療上必須將整個家庭當作一個單位進行評估與處理。家庭治療在整體毒癮治療中的效能特別反應在戒毒者進入治療及維持治療的助益，並且可以改善家庭功能，同時減少毒癮造成的不良後果。

---

<sup>92</sup> 林式毅，註 62 書，頁 57；潘俊宏，註 56 書，頁 57、58；安辰赫，註 76 書，頁 49 以下。

<sup>93</sup> 潘俊宏，註 56 書，頁 56；安辰赫，註 76 書，頁 48。

#### 4.其他

其他非藥物性治療，例如：利用個案管理（Case Management）方式進行治療或介入處置，其原生概念於傳統的社工與健康照顧領域。此種模式的功能有五項，分別為評估與監測、協商與訂約、焦點式的問題解決、擬定計畫與轉介、過程與結果的評價。此種管理模式可以分成數個組別，分別採用的方式為實驗對照，藉此找尋最佳的治療方式，再佐以其他可運用的治療方式，便可以提供更完整的醫療照顧與更優質的治療效果<sup>94</sup>。另外還有心理動力治療（Psychodynamic Therapy），即增強受戒毒者的心理動力，但是整體而言，此種治療方式在針對戒除毒癮的領域上評價不高。

#### （三）新興醫療戒毒

戒毒的方式隨著科技的進步不斷向前，自然戒斷已經不再是像過去那樣放任戒毒者在緊閉的空間中自生自滅，藥物戒斷除了遞減法外，逐漸產生取代法與亞冬眠法。不過，人類並不因此而滿足，嘗試更多不同的戒毒方式可能將造福更多一時誤入歧途的施用毒品者。

新興的戒毒方式種類很多，諸如中國傳統的針灸及音樂醫療，相繼出現的還有微電極神經手術、電針灸、蕊片植入人體等。目前針灸療法、音樂療法等，雖然尚無法證明對於戒毒有直接效用，但是確實有相當程度的輔助功能。而其他新興戒毒方式雖然沒有被廣泛的運用，尚且停留在實驗試行的階段，不過人類企圖

---

<sup>94</sup> 潘俊宏，註 56 書，頁 56。



追求更安全有效的戒毒方法，這一構思未曾間斷，他日或許真可見到新興戒毒方式的普及。

### 1. 針灸治療

自 1970 年代起便有一些以針灸治療鴉片類毒品戒斷症狀的報告<sup>95</sup>，美國耶魯大學的醫療研究人員於 2000 年宣佈中國傳統醫術針灸能夠幫助戒毒，翌年 4 月的美國《內科醫藥檔案》雜誌上亦聲稱針灸對於戒毒的功效顯著<sup>96</sup>。國內也有人試圖以針灸的方式治療毒癮，有人利用針灸的原理以耳穴貼壓綜合法戒毒，香港也有人採行<sup>97</sup>。中國北京於 2005 年底宣告試行「電針灸」的方式戒毒<sup>98</sup>，此舉中外皆未曾嘗試，由北京宣武醫院開始試用。此種新療法是利用電針灸來刺激、干擾施用毒品且已成癮者的「腦內成癮穴位」。電針灸是腦起搏器的通俗叫法，它是將一個火柴盒大小的微電腦刺激器埋置在患者的胸前皮下，從這只刺激器裡伸出一根不足一毫米粗細的精細電極。在醫生和儀器的引導下，這根電極在患者皮下遊走，最後與大腦的特定穴位連接，電刺激的頻率、強度由醫生根據患者病情進行調節。通過不斷傳送由刺激器發出的個性化信號，干擾、阻滯戒毒者大腦內的成癮穴位，以達到戒毒目的。

---

<sup>95</sup> 林式毅，註 62 書，頁 46。

<sup>96</sup> 這項消息在當時各大媒體都有熱烈的報導，英國知名傳媒 BBC 中文網：[http://news.bbc.co.uk/chinese/trad/low/newsid\\_880000/newsid\\_883400/883431.stm](http://news.bbc.co.uk/chinese/trad/low/newsid_880000/newsid_883400/883431.stm)（最後造訪日期：2008/02/18）；亦可參見大紀元新聞：<http://www.epochtimes.com/b5/1/4/13/n76274.htm>（最後造訪日期：2008/02/18）

<sup>97</sup> 蒙桂珍、張玉亮、陳德明，註 76 書，頁 132。

<sup>98</sup> 中國醫源世界：<http://www.39kf.com/focus/lc/sjk/2005-07-05-74993.shtml>（最後造訪日期：2008/02/18）

## 2.音樂療法

近年在國內十分流行的音樂療法（Music Therapy, MT）也被運用在戒毒上。音樂療法是由一位接受過專業訓練的人有計劃，有組織地使用音樂，音樂活動及音樂的經驗，來幫助個體達到生理、心理、情緒、認知等方面的治療。音樂治療師從病人的音樂反應中來評估情緒、身體上的健康、社交上的功能、溝通的能力和認知的技巧；依照個案或個案們的需要來設計音樂即興、音樂的聆聽、編寫歌曲、歌詞的討論、音樂和想像、音樂表演及從音樂中學習等音樂活動；參與各專業治療的計劃，持續的評估和追蹤<sup>99</sup>。透過音樂治療，使戒毒者能促進真實感、認知、情緒、人際關係、解決問題等能力。

## 3.腦手術與晶片植入法

中國大陸近年對於新興戒毒方式的研究堪稱最為熱烈。2004年7月中國首次提出戒毒採取立體定位手術的看法，企圖以一根細針一樣的微電極，摧毀了吸毒形成的「犒賞性神經中樞」，消除了吸毒者體內難以擺脫的毒癮<sup>100</sup>。2006年12月於上海所召開的中國醫師協會神經外科醫師分會首屆年會提出將晶片植入人體，以助戒毒者戒除毒癮的構想，當時上海仁濟醫院徐紀文醫師表示體內晶片植入法和以前使用的其他手術相比，最大的優勢是不會對腦組織造成永久性傷害，其安全性比腦細胞損毀手術要高<sup>101</sup>。

---

<sup>99</sup> 天主教聖馬爾定醫院：<http://www.stm.org.tw/reh/intro/mt.htm>（最後造訪日期：2008/02/18）

<sup>100</sup> 中國醫源世界：<http://www.39kf.com/focus/trend/2004-07-16-20643.shtml>（最後造訪日期：2008/02/18）

<sup>101</sup> 中國醫源世界：<http://www.39kf.com/yyjj/biotechnology/02/2006-12-21-30>

## 二、回歸社會

完成身心的戒毒治療之後，則必須為戒毒者回歸社會前作調適的準備，讓戒毒者順利回歸社會是一項非常重要的事情，如果戒毒者無法順利回歸社會，極可能在承受不住社會壓力的打擊下，為了逃離現實社會的壓力而走上再度施用毒品的絕路，若是如此，之前一連串的努力也將白費，不過這是目前我國戒毒處分所較為忽略的。

由毒品危害防制條例第 20 條第 2 項可知，我國目前戒毒處分的尾聲是在「有無繼續施用毒品傾向」，若無則勒戒、強制戒治結束，必須立刻釋放戒毒者，或使之進入刑罰的執行程序中。戒毒者沒有施用毒品的傾向，表示身理的戒斷症狀獲得治癒，心理的毒品成癮性獲得解放，但是這不意味著戒毒者已經做好回歸社會的準備。保安處分的目的，是使受處分人「再社會化」，若受處分人未完成再社會化，則表示保安處分不應該結束，如果貿然將保安處分提前結束，這個保安處分勢必是失敗。戒毒處分是保安處分的種類之一，自然必須等到戒毒人完成再社會化時，才是戒毒處分真正的結束。換言之，完整的戒毒處分應能讓戒毒者在身理、心理及社會機能上完全重建<sup>102</sup>。

戒毒不應該怕勞費金錢或人力，半調子的戒毒不僅僅是落得戒毒失敗的下場，未來又將造成社會問題，當戒毒者又成為施用毒品者，又重返戒毒處所接受戒毒時，才是真正社會資源的浪費。在探討如何擬定使戒毒者順利回歸社會的方式之前，應先對於行為人為何施用毒品應有所了解，以社會學角度視之，或許由

---

5795.shtml (最後造訪日期：2008/02/18)

<sup>102</sup> 趙星光，生活型態觀點的毒品濫用及戒治之分析與政策運用，刑事政策與犯罪研究論文集（一），法務部，1998年5月，頁257。

以下幾項理論可以探究施用毒品者之所以施用毒品的原因。

社會學習理論(Social Learning Theory)重視「後天(nurture)」對於人的影響，因為人的行為主要是透過學習而得，而非「先天(nature)」注定<sup>103</sup>。特別對青少年行而言更是如此，因為青少年自主性弱，容易向偶像（父母、兄姊、朋友、媒體等）或對印象行為（廣告、電影）產生學習效果。其中特別是同儕團體間的學習最易影響青少年，以施用毒品為例，此行為可以使其獲得團體認同，又可獲得生理快感，自然加速其施用意願，進而釀成毒癮，縱然明白毒品對人體會造成危害，但是其負面影響不會即刻出現，但是被同儕認同以及毒品所帶來的滿足卻是直接顯現，更難使得行為人拒絕毒品。

偏差行為理論(Deviance Theory)認為行為的發生涉及期待的選擇，在抉擇的過程中，行為將受是否受社會所期待的評價，若合乎評價則正常；反之，則被認定所有偏差。宜注意的是，行為是否偏差係由社會規範所界定，然而社會規範受時間、空間所限制<sup>104</sup>。若最終的選擇不符合社會的期待；或當目標無法達成，個人乃轉而探索其他行為時，這個過程就可能產生偏差行為。

家庭動力理論(Family Dynamic Theory)特別重視家庭功

---

<sup>103</sup> 林義男譯，Donald Light Jr.、Suzanne Keller 合著，社會學(上)，巨流圖書，1995年9月，頁157以下。其中提及蘇俄的生理學家巴卜洛夫將新生兒比喻為「白石板」(tabula rasa)，便是強調環境對於人類行為影響的重要。

<sup>104</sup> 林義男譯，Donald Light Jr.、Suzanne Keller 合著，註103書，頁318以下。該書提到一個有趣的例子：十五世紀聖女貞德(Joan of Arc)被法國當局處以火刑，其最大的理由是貞德表示自己能聽見上帝和他說話，爾後許多法國人將貞德列為天主教堂中的聖徒，受萬世景仰；反觀，若今日法國的某位農村姑娘表示自己可以聽聞上帝之音，恐怕將被送至精神病院接受治療。

能，因為家庭對於人格的養成最重要<sup>105</sup>，個人若受父母關愛，則行為較能符合社會規範；反之，則易導致個人不健全發展，因為自小感受到被需要的期待被剝奪，容易有偏差行為。

社會心理人格發展理論（Theories of Psychosocial Development）則認為隨著個人的成長，會經歷數個社會心理發展的階段，每個階段的發展狀況都會影響到下階段的發展。施用毒品者多在社會心理發展的階段中發生挫折，故而藉由毒品滿足自己的欲望，施用毒品者的人格特質諸如<sup>106</sup>：自我脆弱；態度悲觀，具有缺陷感；對慾望、衝動無法克制，必須即刻滿足，若發生遲延則會產生焦慮；面臨挫折會產生退卻的補償行為；情緒不穩定，容易衝動且具有反社會規範的性格。

施用毒品的原因很多<sup>107</sup>，由社會學角度觀察施用毒品行為的成因，應可獲得些許的啟發，特別是如何使戒毒者順利回歸社會，可以針對其施用毒品的可能原因對症下藥。本文認為使戒毒者回歸社會是戒毒處分精緻化的工程，其大抵上可以分為兩個方向，其一是人格自我肯定訓練，其二是社會適應相關訓練。前者是要讓戒毒者對於自己重返社會有信心，後者則是透過職業訓練、興趣培養等，讓戒毒者回歸社會後能夠安身立命，並且永遠不再接觸毒品。

---

<sup>105</sup> 林義男譯，Donald Light Jr.、Suzanne Keller 合著，社會學（下），巨流圖書，1995年9月，頁567以下。其中對於家庭功能論的闡述，可以理解家庭對於人格養成的重要。

<sup>106</sup> 郭親儒，安非他命氾濫的社會因素及因應對策，諮商與輔導月刊第61期，1991年1月，頁26、27。

<sup>107</sup> 董玉整、董莉等著，註47書，頁258以下；See Glenn D. Walters, 1994. *Drugs and Crime in Lifestyle Perspective*, US., SAGE Publications, pp. 95-101.

### (一) 自我肯定之訓練

自我人格肯定訓練最重要的是在於，讓接受戒毒處分的施用毒品行為人對於自己戒毒產生信心，肯定自己可以重返社會，在某個程度上，人格自我肯定訓練算是非藥物戒斷治療(心理治療)的延伸。至於如何讓戒除毒癮者能夠對自我人格產生正面的肯定，首先必須判斷施用毒品行為人是否對自己的人格產生負面的否定想法，若無則無庸為此訓練，反之則必須接受此訓練。

究竟是否需要經歷自我人格肯定訓練，或可仰仗社會學的理論，將施用毒品行為分為兩大類。第一類施用毒品行為人是在後天學習施用毒品的，特別是青少年；或是行為人在抉擇是否要施用毒品的過程中，做了違反社會正常評價的判斷。這一類的施用毒品行為人較無接受自我人格肯定訓練的必要，司法程序已經告訴他們此一行為是不為法律所容，自非屬社會正面評價的行為，此後行為人應該心中已經有所警惕而不應再犯，這類人較無自我人格否定的問題，他們只是誤交損友或是誤入歧途，僅需為其開創符合社會的價值觀；若此類人仍有自我人格否定的傾向，依舊必須為其營造自我人格肯定訓練的環境，或可透過「彈力訓練<sup>108</sup>」，增加反省能力、計畫能力、個人彈力，諸如情緒管理技巧、人際社交技巧等，以達到戒毒者自信樂觀、決心耐心、智商能力、人生方向、以及對於病識感的認識。

但是，第二類的人則多有自我人格肯定訓練的必要，此類人可能是家庭人格養成的過程造成人格缺陷者；或是在社會心理發

---

<sup>108</sup> 陳正宗，藥物濫用防治對策，刑事政策與犯罪研究論文集(一)，法務部，1998年5月，頁273。

展的階段中發生挫折，故而藉由毒品滿足自己的欲望者。針對這類人的自我人格肯定訓練，除了上開彈力訓練之外，更應針對其造成自我人格否定的環節對症下藥。若是家庭人格養成的過程造成人格缺陷而施用毒品者，人格肯定重新型塑的關鍵將在於家庭。因為戒毒者在家庭人格養成的過程，可能因為孩提時家人的關心較少，造成人格偏差，所以在自我人格肯定的訓練過程中，家人的支持就是戒毒者建立信心最重要的武器。家庭終究是人心底處最溫暖的地方，所以家庭的精神與物質支援可以讓戒毒者知道，不管如何家人都還是支持自己的，這樣對於戒毒者的心理動力會有很大的鼓舞，正面的思考對於戒毒歷程絕對是有幫助的。

若是社會心理發展的階段中發生挫折，故而藉由毒品滿足自己的欲望者，在自我人格肯定的訓練上就顯得更為棘手，因為這類人多有著脆弱、悲觀、情緒化等負面的人格情緒，他們對自己戒毒之路可能並無信心，重返社會後極可能又被毒品誘惑，故應對此類的戒毒者建立自我肯定的心態，一個重要的方法就是過去戒毒成功者向正在戒毒者分享過去的經驗，例如美國就有著名的NA計畫（Narcotics Anonymous Program），該計畫就是戒毒成功者以匿名方式向戒毒處所的人談自己在戒毒路上的經驗<sup>109</sup>，藉此增加戒毒者的信心。但是若戒毒者真的太過悲觀或是有其他精神疾病的反應，仍應將之送往精神科醫師治療。

## （二）社會適應之訓練

心癮性難以檢測，一時消失了，或許日後又會浮現，如何使戒毒者離開戒毒處所後能夠繼續保持健康的身心，社會適應是很

---

<sup>109</sup> 駱宜安，註 25 書，頁 115。

大的一項關鍵。要適應現代社會的第一要件，就是要擁有工作的能力，所以社會適應的相關訓練課程當中，首要的就是職業訓練。所謂「遺子千金，不如授子一藝」，職業訓練的目的是讓戒毒者回歸社會後能夠擁有一技之長，投入社會生產行列，不僅養活自己，也是盡一份社會責任，在面對現今強大的社會生活壓力，謀生的能力是最好的擋箭牌，此外，透過職業訓練課程可以分散戒毒者對毒品的注意力，可謂一舉兩得。俗諺道「藝多不壓身」、「家財萬貫，不如薄技在身」等就是昭顯技藝的重要，對於一個甫從毒淵離開，重新投入社會的人而言，實為最重要者。

其次是興趣培養，人的身心需要調解，正常人如此，正在戒毒當下的人更是需要，培養適合自己的休閒活動，藉由休閒活動轉移在毒品上的焦點，避免日後再犯施用毒品的行為，其他如體育活動、宗教活動等都可以達到這個效果<sup>110</sup>。

再者，應由精神科醫師、心理學家、矯治實務人員評估戒毒者的社會適應能力，換言之就是為戒毒者準備社會適應能力測驗，例如讓戒毒者白日出外工作，夜間回到戒毒處所診斷等方式，累積返回社會是否適應的數據，判斷戒毒者是否可以返回社會<sup>111</sup>；或是採行「外宿訓練」，外宿訓練的主要是讓戒毒者與其家屬學習彼此互動，家人的接納對於一個戒毒者而言是十分重要的，家人的支持往往是戒毒者最大的精神鼓舞。更生保護對於離開戒除處所者的社會適應關係亦十分密切，或可仰仗更生保護的功能，加強戒毒者返回社會後的適應<sup>112</sup>。此外就是要讓戒毒者在沒有戒護的狀況下學習自制，以便未來返回社會後，能夠不再接

---

<sup>110</sup> 對於戒毒處所的課程建議可以參見林柏君，影響毒品犯戒治成效相關因素之研究，楊士隆教授指導，中正大學犯罪防治研究所碩士論文，2005年7月，頁145以下。

<sup>111</sup> 駱宜安，註25書，頁116、117。

<sup>112</sup> 林健陽、陳玉書、柯兩瑞、張智雄、呂豐足，註27文，頁307。



觸毒品。此外，若在技術上可行的話，本文認為應在戒毒者完全回歸社會後，在保障其個人隱私權及名譽權的前提下，對於戒毒者追蹤輔導，以切實達到再社會化的目的。

### 三、配套工作

單單要以戒毒處分完全控制施用毒品行為不再發生，在實際運用層面有相當的難度，畢竟社會上的連帶關係複雜，戒毒處分僅是針對單一施用毒品成癮個案的解決方法，亦即一個一個窟窿式的填補，難謂針對毒品戒治的通盤解決之道。毒品成癮性有分身癮及心癮，身癮或可短時間內取得治療的成效，但是心癮卻可存在很長一段時間。除了上述戒毒方法的改進外，全面的「毒品防制工作」將是協助戒毒處分成功的重要內涵。

毒品防制工作具有三個層面，即初級，預防施用；次級，促其停用，接受治療；以及三級，降低因毒品施用所引發的危險。三個階層的毒品防制工作相輔相成，所以防制工作的開展是同時進行的，不過隨著國家地域的不同，所以採行的方式亦有所異，相較之下，亞洲國家及美國對於初級防制相當重視，然而西歐、加拿大及澳洲則對次級及三級的防制工作較為投入<sup>113</sup>。若由工作的角度區分為全面性、選擇性及指定性三個不同的視野，其分別為全面性：為建立大眾對於毒品危害的認識，而提供大眾相關的知識；選擇性：針對可能施用毒品的高危險群作預防工作；指定性：針對已經施用毒品者或具有藥物濫用的高危險群所為的預防工作。

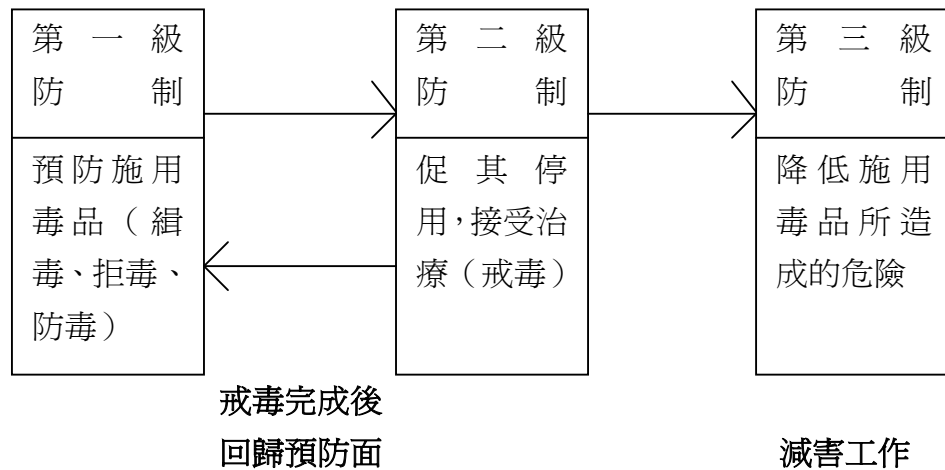
---

<sup>113</sup> 陳為堅，安非他命類興奮劑的濫用與影響－第四期文獻回顧研析計畫報告書，國家衛生研究院，2004年12月，頁47。

將毒品防制工作反映在我國反毒工作上，可由 2006 年 6 月 2 日中央政府召開的「行政院毒品防制會報」看出端倪。此番由行政院長親自主持的毒品會議，可見國家對於毒品防制工作的高度重視，會中確立毒品防制工作區分為「緝毒」、「拒毒」、「戒毒」以及「防毒」四大區塊，同時在毒品防制會報下成立五個分組，緝毒合作組、拒毒預防組、毒品戒治組、防毒監控組以及國際合作組，以求達成「全民同心反毒、建構無毒家園」的目標<sup>114</sup>。

戒毒處分是毒品防制工作的一環，其包含在我國毒品防制工作的四大區塊之一，若用聯合國三級區分則是屬於第二級的防制工作。完成第二級的防制工作後，不意味著大功告成，因為戒除毒癮後，必須避免施用毒品者承受不住心癮的復發而再度施用毒品，此即指定性的毒品防制工作的要項，即針對戒除毒癮者的預防再施用；第三級防制除了降低施用毒品所造成的危險外，也因注意因為施用行為所可能產生的疾病傳染，特別是愛滋病。由下圖表 A 可以看出其關係。

圖表 A：戒毒與毒品防制工作關係圖



<sup>114</sup> 法務部、教育部、外交部、行政院衛生署，註 49 書，頁 3。

學者有謂：「回歸社會後才是戒毒真正的開始<sup>115</sup>。」不管是勒戒或強制戒治都包含著強制性的戒護規範，使他們與原本生活的舊環境隔絕，並且過著嚴格且規律的生活，縱然心癮未斷，短時間內也可以達到戒斷的效果。但是施用毒品行為人接受治療完畢後，若其所面對的社會環境依舊充斥著毒品，難保不會出獄（或離開戒毒處所）後便立刻按耐不住心癮而前往找尋毒品的賣家；就算行為人非常努力的克制自己施用毒品的欲望，賣毒的惡人依舊可能向這位昔日的買家兜售懷中的毒品。由此可知，回歸社會後，許多社會環境的負面影響都會逐漸呈現，自主的生活方式行為人能否維持，毒友、獄友的紛紛出現，可能使得已經受戒毒者再度受引誘，也可能為求療疾止痛而故態復萌。單純思量如何建構良善的戒毒處所而忽略社會整體連帶，將會使得戒毒工作事倍功半，預防成癮復發是非常重要的課題<sup>116</sup>。而毒品施用的行為，可能造成施用針頭共用，疾病就隨著血液傳染，國家亦應加以注意，否則恐爆發流行疫情。

### （一）拒毒

多數人將拒毒停留在教育大眾拒絕毒品的概念上，對大眾的拒毒工作僅屬於毒品防制工作中全面性拒毒工作的範疇。實際上，對於甫戒毒完成的人，更應注重拒毒的宣導，加強其遠離毒品的意念，而此屬於指定性拒毒工作的範疇。如何透過拒毒工作達到養成戒治毒癮者離開戒毒處所後的信心，或可由拒毒的方式窺見端倪。

---

<sup>115</sup> 駱宜安，註 25 書，頁 110。

<sup>116</sup> 林瑞欽，註 30 文，頁 138、139。

早在滿清道光年間，北京便開始重視拒毒的工作，不過舊時代的拒毒工作，主要有律法（包含封建時代的皇命聖旨），即利用國家的力量禁止人民施用毒品，透過公文布告天下。此外，尚有借助民間與媒體的力量，最初為文人雅士撰寫讓人吟誦的詩詞歌賦，之後逐漸仰賴媒體。文人的詩詞，其效果有如現今廣告詞一般教人遠離鴉片毒品，給予當代人深刻的印象<sup>117</sup>；清末民初之際，報紙逐漸普及成為拒毒的宣傳利器，這是最初的媒體工具<sup>118</sup>。

現代的拒毒工作，除了法律處罰的公布、媒體的宣導外，更結合社會資源落實拒毒及法治教育。隨著科技的進步，媒體的利用已經不侷限於報紙雜誌，現今可利用電視、電影、廣播、網際網路、電子視訊牆以及其他平面或多媒體文宣，其可針對不同年齡層設計符合該年齡層的文宣內容<sup>119</sup>，不像過去只能在報紙社論表達，其範圍更加寬廣。透過教育的軟力量，大幅度提升拒毒的效能，教育使人知曉毒品對於人體與國家之害而排斥毒品，或是知悉接觸毒品後所可能面臨的國家處罰，讓人民望毒品而卻步。

另外，現今新興毒品（例如派對毒品）是以青年學子為主要侵蝕的對象，此乃因為工商業社會使青少年增加無聊、疏離、寂寞的感覺，毒品便趁虛而入，改變青少年體認社會的角度，建立有意義且充實的生活方式，所以推廣青少年服務學習與志願服

---

<sup>117</sup> 馬模貞，註 23 書，頁 71、72。例如晚清徐易輔寫《煙燈行》：「君不見，街頭昨日拆大屋，高棟長甍一齊鬻，金釵賣盡奴婢去，小妻怒傍人家哭。草頭富貴能幾何？西原風急青燐多。」華長卿作《禁煙行》道：「罌粟花開春馥馥，鴨飛不到嬰兒哭，惡煙薰天帶血腥，流傳海內成鳩毒。」

<sup>118</sup> 馬模貞，註 23 書，頁 74。1932 年 5 月 10 日，《大公報》便發表題為〈拒毒為救亡大計之一〉的社論，文中表示當時鴉片氾濫，實係「毀健康、亂風俗、耗資財、壞政紀，最後亡國滅種！如此奇憂，如此巨恥，政府與國民豈能須臾坐視之乎？」社論最後大聲疾呼：「中國如不能除毒禍，及永不能談建國。消極除害，尚且不能，更何論積極建設？死亡歧路上之中國人！救身、救家、救鄉、救國，應斷然以拒毒自強為第一義也！」

<sup>119</sup> 法務部，法政行政一年—九十五年度，法務部，2007 年 10 月，頁 230。

務，提升學習及休閒生活品質，以拒絕毒害。又隨著科技進步，國家應落實篩檢工作，建構藥物濫用防制網絡，此由衛生署主持，依據濫用藥物尿液檢驗及醫療機構認可管理辦法的規定，針對檢驗機構進行績效檢測、實地評鑑，並且依據國內年度涉嫌煙毒案件、受保護管束、出矯治機構及其他特定人員的尿液檢測數量及分析統計結果進行彙整，此為反毒資料庫的重要資訊。

而對於戒毒完畢者所採取的指定性拒毒工作，帶有「追蹤輔導」的性質，恐怕不能完全如同全面性拒毒工作的方式進行，因為要顧及受戒毒者的隱私及名譽權，以免受戒毒者未來於再社會化的路上遭受歧視或排擠。可能以隱匿性的信函通知受戒毒且已經離開戒毒處所者一些相關的資料，或是舉辦相關的活動等讓特定者維持在一個穩定的拒毒情緒中。總之，指定性拒毒工作是針對已經施用毒品者或具有藥物濫用的高危險群所為的拒毒工作，重點在於讓已受戒治身癮的人能夠抵抗隨時可能爆發的心癮，讓受戒治者有足夠的信心抗拒毒品的引誘。

## （二）緝毒

所謂緝毒即查緝毒品，緝毒為禁毒之始便有的政府行為，自古以來大同小異，即政府於各關卡（公路要道、碼頭機場）設立檢查哨或是臨時檢查，查獲的煙毒及製造、施用工具沒收銷毀或沒入銷毀。依據我國毒品危害防制條例第 18 條規定，「查獲之第一、二級毒品及專供製造或施用第一、二級毒品之器具，不問屬於犯人與否，均沒收銷燬之；查獲之第三、四級毒品及製造或施用毒品之器具，無正當理由而擅自持有者，均沒入銷燬之。但合於醫藥、研究或訓練之用者，得不予銷燬。前項合於醫藥、研究或訓練用毒品或器具之管理辦法，由法務部會同行政院衛生署定

之。」

對於緝毒工作，現今採取以案追案方式，建構明確的組織犯罪網絡，佐以高科技的偵蒐裝備，以便有效掌握不法。對於境外攔截，我國以海岸巡防署為主，於海上及海岸緝毒，加強諮詢佈建，廣拓蒐情能量，希望藉此發揮勤務查緝的效率，能將毒品有效阻絕於境外。此外，國際間的打擊毒品合作的落實，我國亦持續與世界各國執法機關進行情報交流，並參與國際性緝毒合作會議與講習，透過情資的交換，有效打擊毒品跨國走私犯罪。又毒梟長期將金門、馬祖當作走私毒品的跳板，近年隨著兩岸關係日趨密切，雖然政治問題尚屬難解，但是已經發展出一套司法互助的模式。

一般人民對於查緝毒品的觀念主要是防制工作中全面性緝毒工作，這個觀念並無錯誤，但是應該知道全面性的緝毒工作對於剛剛離開戒毒處所的受戒毒者是非常重要的，因為緝毒的作業可以讓受戒毒者回歸社會後再接觸毒品的機會降低，對於受戒毒者保持與毒品的距離是非常重要的。另外，緝毒工作也有指定性的層面，當受戒毒者離開戒毒處所回歸社會後，昔日的毒販或毒友可能會與之接觸，檢警此刻應嚴陣以待，一方面避免受戒毒者再次回到毒品的漩渦中，另一方面也達到緝查毒癮的目的。

### （三）防毒

防毒工作係於於 2006 年 6 月 2 日召開行政院第一次毒品防制會報時所確立的新工作領域<sup>120</sup>。防毒工作避免新的毒品產生，

---

<sup>120</sup> 2006 年 5 月，本土第一例新興毒品 PMMA 案件中，警政署與法務部、

以及新的毒品造成人民的誤用，這對於一般人民或是甫從戒毒處所離開的受戒毒者都是十分重要的。這應該算是最前線的預防工作，應該屬於全面性的毒品防制工作。

關於防毒的工作內容，首先應建立藥物濫用資訊通報與分析機制，以及建立反毒基礎資料庫，目前衛生署業已建立藥物濫用監測機制、管制藥品的證照制度以及流向查核體系。監測機制所得的各項統計數據可以顯示國內藥物濫用歷年不同的流行趨勢，作為政府擬定毒品防制策略的參考；證照制度及流向查核體系對於相關法規進行宣導，畢竟架構全球通報及合作的機制，同時經濟部亦宜審慎評估毒品製造原物料的管控範圍。另外由管制藥品管理局負責監管先驅化學工業原料管理系統，避免不法工業工廠將化學物料改制成毒品。

現今的毒品種類不斷推陳出新，已經不是過去屈指可數的年代，建立管制藥品施用管控與早期預警機制已是刻不容緩的事情，此即為防範新興合成藥物的危害。防毒工作的成效於我國「PMMA 案例<sup>121</sup>」可見一斑，2006 年 5 月警政署以核磁共振光譜儀（NMR）、氣相層析質譜儀（GC/MS）等精密儀器鑑定新興藥物 PMMA 的結構，發現其中有濫用危害性與劇烈的毒性，警政署旋即發布新聞稿提醒國人注意此一新興藥物的危害，並且提報法務部與衛生署列管，案經同年 8 月院臺衛字第 0950035450B 號函核定 PMMA 為第二級管制藥品第 169 項管制，同時院臺法字第 0950034892B 核定 PMMA 為第三級毒品第 22 項管制，爾後依據衛生署的統計，PMMA 於 2006 年 8 月 8 日公告管制後，自翌年 3 月總共查獲 103 件案件，有效防堵 PMMA 的毒品供應，

---

衛生署便有密切的合作，此次成功打擊新毒品 PMMA（關於此案件可見本文下述），此即為防毒工作的適例。惟同年 6 月 2 日召開行政院第一次毒品防制會報時方才確立防毒在國家反毒計畫中的地位。

<sup>121</sup> 法務部、教育部、外交部、行政院衛生署，註 49 書，頁 41、42。

防止此種毒品危害國人健康。

#### （四）減害計畫

疾病可能隨著施用毒品的過程中傳染，毒品本身已經會造成危險，若加上致命的疾病，無疑是雪上加霜。當前最受矚目的應是愛滋病（後天性免疫不全症候群，**Acquired Immunodeficiency Syndrome ; AIDS**）的傳染，其藉由施用毒品者針頭共用行為蔓延<sup>122</sup>，若施用毒品者染上愛滋病，未來戒毒處所的管理勢必要考量如何避免愛滋病在戒毒處所內擴散，否則稍一不慎都可能造成無法挽救的悲劇。

據統計，全球（扣除非洲）新感染愛滋病毒（人體免疫缺損病毒，**Human Immunodeficiency Virus ; HIV**）的個案中，30%為共用針頭施用毒品，這個數據十分可怕；就以我國為例，雖然總體而言，毒癮者僅占我國目前所有感染愛滋病人口的 15.9%，但是施用毒品共而造成感染愛滋病毒者不斷逐年攀升，茲以變動最大的 2004 年 6 月至 2005 年 4 月的資料作成下圖表 B 說明<sup>123</sup>。

---

<sup>122</sup> 行政院研究發展考核委員會，註 37 書，頁 30 以下；See James A. Inciardi & Ruth Horowitz & Anne E. Pottieger, 1993. *Street Kids, Street Drug, Street Crime: An Examination of Drug Use and Serious Delinquency in Miami* ., US., Wadsworth Publishing Company, pp. 180-184.

<sup>123</sup> 該表格整理並加強自行政院研究發展考核委員會的統計資料，參見行政院研究發展考核委員會，註 37 書，頁 31。



圖表 B：2004 年 6 月至 2005 年 4 月毒癮者感染 HIV 上升趨勢圖

	異性戀	同性戀	毒癮者	毒癮占新感染 HIV 百分比
2004 年 6 月	4	24	14	35.8%
2004 年 7 月	4	15	20	51.2%
2004 年 8 月	6	18	26	52%
2004 年 9 月	13	24	39	51.3%
2004 年 10 月	18	21	63	61.7%
2004 年 11 月	8	12	67	77%
2004 年 12 月	9	16	55	68.7%
2005 年 1 月	13	17	137	82.0%
2005 年 2 月	8	13	92	81.4%
2005 年 3 月	10	29	111	74%
2005 年 4 月	10	17	112	80.5%

(單位：人)

由上述圖表可以看出，新感染的愛滋病毒者的三種最大宗來源<sup>124</sup>，即異性戀、同性戀與施用毒品者三者，在 2004 年 6 月至 2005 年 4 月之間的關係，起先施用毒品而感染愛滋病毒者尚不逾五成，未料數個月後竟然在八成上下徘徊。這是一個極度恐怖的情報，這意味著施用毒品所引發的危險增加，毒品防制工作的第三階段任務，即降低因毒品施用所引發的危險應該即刻啟動，以防止愛滋病疫情擴散的危險。

目前政府已經開始著手「減害計畫<sup>125</sup>」，該計畫有四個重點，

<sup>124</sup> 其餘尚有雙性戀、血友病患者、母子垂直傳染者、接受輸血意外感染者等原因導致感染愛滋病毒，為其所占比例甚小，故不列入考量。

<sup>125</sup> 對於施用毒品者所造成的愛滋病氾濫問題，2005 年 8 月，衛生署乃提出「減害計劃」，先由大台北地區、桃園縣及台南縣開始，爾後逐步全國跟進，力阻愛滋病毒藉由毒品施用而泛濫。依據衛生署的多年調查，施用毒

依照推廣順序分別為：愛滋病諮詢、愛滋病衛生教育、提供清潔針具及美沙冬毒癮替代療法。現階段已經取得相當的成效，2007年初已經將施用毒品者感染愛滋病毒的比例減少至四成左右。減害計畫一方面也牽動戒毒處分的神經，未來自戒毒處所的配置上還必須考量愛滋病的治療防護及相關宣導工作。另外，國人熟知的肝炎亦會因此而傳播。

## 第五節 小結

戒毒處分是施用毒品行為人處遇的重心，是保安處分的一種，衍生自刑罰理論中的特別預防理論，其著重的是改變行為人的危險性格，使之再社會化。保安處分相當複雜，涉及專業領域廣泛，故保安處分執行法第 16 條謂：「保安處分處所，應商請公私機關、團體，或延聘犯罪學、心理學、社會學、教育學等專家，協助策進其業務。」透過各方專才共同擬定保安處分的內容，共同策進保安處分的業務，以保障保安處分的施行順利。

身為保安處分一員的戒毒處分，依循保安處分執行法第 16 條的要求進行戒毒業務。實務運作上，觀察勒戒工作經專家學者的策劃，是有其固定的流程與內容的，大體上循門診、戒斷症狀住院治療、心理教育與復建訓練的模式進行，最後佐以外宿及技藝訓練，以便勒戒完成後，戒毒者便可順利回歸社會<sup>126</sup>。

---

品者在新感染愛滋病的人數百分比，依序是 2003 年 10%、2004 年 41%、2005 年 73%、2006 年 60%、2007 年的 1 至 2 月為 42%，大體上看來國家在注意到施用毒品而感染愛滋病毒者劇增後，已經採取正確的政策，並且有效的降低因毒品施用所引發的危險—愛滋病傳染。詳見大紀元新聞，〈衛生署擬年底前推廣全台毒品愛滋減害計畫〉，2006 年 1 月 2 日，<http://www.epochtimes.com/b5/6/1/2/n1175102.htm>（最後造訪日期：2008/02/27）；法務部、教育部、外交部、行政院衛生署，註 49 書，頁 116。

<sup>126</sup> 駱宜安，註 25 書，頁 100 以下。

戒毒處分是按照立法者對於毒癮者回歸社會的期待所制訂，透過觀察、勒戒與強制戒治，搭建我國戒毒處分的藍圖。可惜這個藍圖的設計尚難稱完美，尤其現今施用毒品人口遽增，現有的戒毒處所已經不敷使用，戒毒方法未顧及讓戒毒者回歸社會的方面，加上愛滋病等具有傳染性的病毒隨著施用毒品的行為蔓延，戒毒處分應該要與時俱進，才能符合時代變遷的需求。

雖然 2008 年 4 月完成毒品危害防制條例第 24 條的修正，確定附命完成戒癮治療之緩起訴處分的立法，但是附命完成戒癮治療之緩起訴處分，並非解決施用毒品犯罪及戒毒處分困境的不二法門，附命完成戒癮治療之緩起訴處分本身具有發動的限制（行政院得決定戒癮治療之種類、實施對象、內容、方式與執行之醫療機構及其他應遵行事項之辦法及完成戒癮治療之認定標準），況且成效如何還需要實行後方能知曉，唯一可以確定的是，緩起訴處分並無法完全取代戒毒處分的功能。

本文認為當前針對身癮戒除的勒戒，以及針對心癮的強制戒治所建構的戒毒處分，實際上是畫蛇添足，造成了國家戒毒資源的浪費。因為毒癮者的心癮與身癮常相左右，戒毒處分應該畢其功於一役，一次將成癮性擊潰，故實無庸將戒毒處分的內容切割，應該透過單一程序解決為宜。配合單一程序的戒毒處分建構，戒毒處所亦應配合，將當前混亂複雜的戒毒處所予以統一。本文以為可依戒毒者的來源區分戒毒處所的設置，即自願戒毒者前往戒毒重建中心，而受國家強制力戒毒者則至強制戒毒處所。

除了上述問題外，戒毒處分還存有費用昂貴及戒毒流程短拙等待改進之處。本文認為費用上應由國家予以補助，雖然有論者基於醫療人權的觀點，提出將戒毒納入全民健康保險的方案，以解決當前戒毒處所人力財費不足的窘境。但是這個想法恐難於現實中實現，因為全民健保的財務已經吃緊，恐無法承受戒毒所需要的耗費；加上大部分的人民都拒絕將戒毒納入全民健保（經本

研究實證調查有六成民眾反對)，如此難期待立法委員修改現行毒品危害防制條例第 30 條與全民健康保險法第 11 條第 1 款。而當前戒毒流程與方法只著重在身癮心癮的治療，忽略了戒毒者回歸社會後可能遇到的問題，如何讓戒毒者自我肯定及具備謀生能力，都將是未來戒毒處分所應該注意的事項。

此外，要徹底掃除施用毒品等毒品犯罪，絕對不是單靠戒毒處分就可以完事，戒毒只是反毒工作的其中一環，要讓施用毒品者戒毒後，安然的返回社會重新生活，拒毒、緝毒、防毒等預防工作，以及降低施用毒品所造成的危險，如減害工作也是未來必須注意的重要課題。