

# 藥物法庭制度介紹

## —對毒品危害防制條例 24 條之建議

楊士隆、李宗憲

### 壹、前言

毒品犯罪向來為我國重大犯罪問題，自民國 82 年政府向毒品宣戰以來，毒品收容人一直在矯正機關中佔有相當大比例。由相關統計資料發現，我國毒品再累犯比例近年來不斷攀升，96 年施用毒品犯再累犯比例已超過 8 成<sup>(註 1)</sup>，近二年來新入監受刑人中，約有 1/3 因觸犯毒品危害防制條例而入監服刑<sup>(註 2)</sup>，年（月）底在監受刑人中，觸犯毒品危害防制條例者更佔四成<sup>(註 3)</sup>，龐大的毒品犯人口數與高再累犯比例，凸顯我國戒毒政策之挑戰。

今年 4 月 30 日毒品危害防制條例修訂，明文規定檢察官得以附命完成戒癮治療之緩起訴

處分毒癮者<sup>(註 4)</sup>。此一司法轉向處分開啓了毒癮戒治的新契機，本文將藉由國外行之有年的藥物法庭，提出對我國戒治處遇之建議。

### 貳、我國毒癮戒治現況與困境<sup>(註 5)</sup>

司法戒治是目前我國承接毒癮者戒癮工作的主要體系，觀察勒戒與強制戒治是我國對毒癮者之處遇的第一線。針對受觀察勒戒人之追蹤調查發現<sup>(註 6)</sup>，追蹤一年後未再犯毒品相關罪名者占 82.1%，二年後未再犯毒品相關罪名者占 63.6%，三年後未再犯毒品相關罪名者占 50.9%，四年後未再犯毒品相關罪名者占 43.1%。而對受戒治人所進行的追蹤調查發現<sup>(註 7)</sup>，受戒治人出所後 6 月內有 36.4 % 再犯，出

註 1：法務部網站>法務統計>最新統計資料>毒品案件統計：<http://www.moj.gov.tw/site/moj/public/MMO/moj/stat/new/newtable5.pdf>。

註 2：法務部網站>法務統計>法務統計指標>監獄新入監受刑人入監時罪名：<http://www.moj.gov.tw/site/moj/public/MMO/moj/stat/%20monthly/t10-3.pdf>。

註 3：法務部網站>法務統計>法務統計指標>月底在監受刑人罪名：<http://www.moj.gov.tw/np.asp?ctNode=11605&mp=001>。

由於「中華民國九十六年罪犯減刑條例」於 96 年 7 月 16 日開始實施，全國有 10,969 名受刑人因獲減刑而提前釋放，獲減刑提前釋放之受刑人中又以毒品犯罪人數 4,973 名最多，佔減刑出獄人口 45 %，因此目前年（月）底在監受刑人中觸犯毒品危害防制條例之比例已降至 35 %。

註 4：參見毒品危害防制條例 24 條。

註 5：主要內容節錄自 楊士隆，2006：病患、病犯與罪犯之毒癮戒治模式成本與效益評估。行政院衛生署管制藥品管理局委託研究報告。

註 6：林明傑，2007：藥物濫用者有無繼續施用傾向量表之建立研究。行政院衛生署管制藥品管理局九十五年度科技研究發展計畫。

註 7：林健陽、陳玉書，2007：除刑化毒品政策之檢討-論我國毒品犯罪之戒治成效。刑事再犯防制政策研究成果發表會，法務部犯罪研究中心，2007/09/21，台北：法務部。

所後 1 年內則有 52.6 % 再犯<sup>(註 8)</sup>，經過 5 年追蹤調查結果顯示，受戒治之毒品犯未再犯比率約 33 %。我國刑事政策上將施用毒品者定位為「病犯」，視其兼具病人與犯罪人雙重身份，但目前觀察勒戒與強制戒治工作皆由矯正機關承接，受限於對藥癮戒治工作之專業與資源不足，以及缺乏受戒治者出所後之相關配套措施，因此矯正機構之藥癮戒治成效始終受到質疑，但相關研究結果顯示戒治處遇對毒品受戒治人仍有相當成效。如何強化毒癮戒治工作，仍是目前戒治機構所面臨的重要問題。

我國目前之毒品刑事政策雖然將毒品與藥物濫用者視為病犯，而以藥癮戒治處遇優先於刑事司法處遇。然而在司法強制戒治環境中，受戒治人難以跳脫被監禁之角色。對司法戒治體系而言，其困難與限制主要來自欠缺專業人員與戒治方案，既然將藥物濫用者視為帶有病人特質之犯人，則醫療資源軟硬體應當具備，以處理藥物濫用成癮之疾病問題，但實際上對司法戒治體系而言，雖然目前已成立獨立戒治所，但醫療資源仍然相當缺乏，專業人員之編制仍然不足，專業資源之缺乏是司法戒治體系所面臨最大問題。

在醫療戒癮治療部分，醫療體系將藥物濫用視為一種疾病，因此戒治目標是解決病人的問題、提供藥癮者適當的治療，戒癮方案應該針對病人的需求而定，包括控制其戒斷症狀、建立受戒治者與醫療機構間之信任關係、減少對藥物使用的頻率與用量、減少危險的藥物使用途徑，例如注射、共用針具、交換注射液等、減少疾病傳染、減少違法行為。

從醫療的觀點來看，藥癮是長期的疾病，提供的治療的方案要針對長期的疾病提供治療，藥癮者在不同時期產生的問題用不同的方法解決。不同於司法戒治體系在意的是戒治者

是否有繼續施用毒品，醫療戒癮體系在意的是受戒治者是否持續接受治療，以及社會功能回復的情形。藥癮者所接受到的治療強度越強、時間持續越久，則戒癮產出效果越好、癒後性越好，即使有些戒癮者仍然在使用毒品，但其癒後狀況仍然是比較好的。

對醫療戒癮體系而言，治療藥癮者本身沒有太大的困難，但藥癮者要治療到什麼程度，往往有很大落差。有些藥癮者尋求短暫的急性解毒，也有些藥癮者期望能夠永遠戒除藥癮，想要戒除到怎樣的程度，取決於病人的本身的意念。因此，醫療戒癮體系並不能強迫藥癮戒治者戒除藥癮，對於終止參與戒治方案的個案，醫療戒癮體系亦無可奈何。

毒品犯之藥癮戒治工作如改由醫療院所承接，倘若司法單位對藥癮者所設定的目標仍然在完全戒除，而不能接受藥癮者部分獲得控制或改善，則醫療戒癮體系亦無法達成司法體系之目標。對醫療體系來說，對毒癮做部分的控制，和司法的觀點是互相抵觸的。目前社會對藥癮者的身份定位實際上仍然是當作犯人，對一般人來說會造成相當大的恐懼，對醫療人員亦然。此外，刑事司法體系中的藥物濫用成癮者有其刑事責任，但醫療體系並非司法單位，並無法拘禁病人，或為病人脫離戒癮處遇負責。

由於藥癮者戒治不易，在現階段缺乏醫療專業與社區配套措施下，藥癮者累再犯比率高，已對矯正機構形成沉重負擔。而醫療戒癮與社區、民間戒癮機構由於缺乏強制力，僅能對有戒癮意願者提供協助，其成效亦受限。因此，醫療、社區處遇與刑事司法體系之結合，或許是藥癮戒治問題的解決模式。

註 8：同前註：林健陽、陳玉書，2007。



## 參、藥物法庭簡介

「藥物法庭 (Drug Courts)」是一個「公共安全」與「公共衛生」的藥癮戒治統整模式，由佛羅里達州於 1990 年率先成立，以藥物法庭結合司法監督特性與酒精/毒品治療服務機構，以做為替代傳統刑事司法程序之處遇方式，其獨立於一般法庭外，其對藥癮者提供了司法監督的治療與個案管理的服務，藉以代替起訴或監禁。藥物法庭所採取的措施通常包括法庭內定期召開的聽證會 (status hearings)、每週抽樣的尿液檢測、強制性且足量的藥癮治療、違反治療規定時的漸進式懲處及完成治療計畫後的獎賞。通常會牽涉到多方面的處遇計畫，包括勸告、治療和教育、隨機藥物測驗，並且增加收容者在職業、教育、家庭、醫療和需求上的援助。

根據美國 National Association of Drug Court Professionals (NADCP) 之全國指導方針，藥物法庭之目的及實行測量指導守則包括：

1. 藥物法庭藉由司法系統過程，結合酗酒及其他藥物處遇服務。
2. 在保護參與者合法訴訟程序權利下，藉由檢察官和辯護律師之非對抗性方法，來保障民眾權利。
3. 辨識出有資格之參與者，且立即將其加入藥物法庭方案。
4. 藥物法庭提供酗酒、藥物濫用、及其他相關處遇和修復服務之一系列管道。
5. 酒精和其他藥物之使用與節制，受到藥物測試之監控。
6. 藥物法庭之參與者的回應受到協調一致的策略所管理。
7. 每位藥物法庭參與者與司法之互動都是不

可或缺的。

8. 利用監控與評估來測量方案目的之達成與有效性。
9. 有效的藥物法庭之操作需要各學科間持續的訓練。

藥物法庭、民衆代理、以及社區組織之合作關係的建構，增加了處遇服務之有效性，強化了藥物法庭之成效，且亦獲得當地民衆的支持。

澳洲藥物法庭則明確指出藥物法庭應具備下列四項基礎原則，包括：

1. 提供有實證成效的藥物濫用處遇方案
2. 給予社會支持與發展生活技能
3. 對方案參與者的戒治成效進展應定期回報予藥物法庭
4. 定期的藥物使用檢測

由美國與澳洲對藥物法庭所設立的基本原則，藥物法庭之設立目的乃藉由法庭來管理藥癮者之戒治，結合社會、社區與醫療資源，促使藥癮者能夠回歸社會正常生活，而非僅將藥癮者由司法處遇體系轉介至藥癮戒治體系，藥癮者之戒治仍為藥物法庭之核心目標。藥物法庭依據藥癮者之狀態，給予合適有效的戒治處遇，並引進社區與醫療支援，協助藥癮者戒癮並回歸社會，藥癮戒治之實務工作雖有專業團體負責，但藥物法庭仍須掌握藥癮者之戒癮進度、監督藥癮者用藥情形，以及藥癮戒治體系的專業能力。

藥物法庭的運作模式可以相當多元，以加州為例，加州藥物法庭區分為三種<sup>(註9)</sup>，包括：

- (1) 藥物依賴法庭 (Dependency Drug Court)：這種法庭在全州 121 個藥物法庭中，共有 29 個。這種法庭主要解決牽涉到親職權 (parental rights) 的案件，其案件當事人

註 9：楊士隆、黃世龍、李宗憲、吳志鴻 (2007)，赴美國物質濫用與心理健康服務管理局暨加州酒精與藥物計畫部參訪報告。法務部「建立臺灣毒品問題整體圖像、趨勢變化指標體系與實際毒品濫用人數推估模式之研究」委託研究。

都是成年人，而案件中的雙親之一因物質濫用而被起訴。其目的在於提供雙親必要的親職技巧，並戒除其物質濫用的問題，這樣才可以讓兒童在家中受到安全的照護，並減少被安置在寄養機構中的兒童人數。

- (2) 成人法庭 (Adult Drug Courts)：這種法庭在全州 121 個藥物法庭中，共有 76 個。這種法庭主要的對象是成年的犯罪人，參與者不是被判重罪 (felons) 就是被判微罪 (misdemeanants)。其目的在於提供有物質濫用問題的犯罪人，有關戒治的評估，並透過持續性的、分轄區式的、團隊的管理，建構出一個可以聯結監控 (supervision) 與戒治 (treatment) 的結構，盡可能以戒治 (treatment) 取代監禁 (incarceration)。這是整個藥物法庭的主要組成部分，其內容包括至少為期 12 個月的密集戒治活動，活動中強調持續的監控與不間斷的關心與關懷。
- (3) 青少年法庭 (Juvenile Drug Courts)：這種法庭在全州 121 個藥物法庭中，共有 16 個。這種法庭主要的對象是涉及物質使用的偏差青少年，其做法是在法院持續的監督下，提供立即且密集的干預措施。其內容包括要求青少年及其家人參與戒治方案，規定青少年及其家人必須經常接受藥物測試，必須定期出現在法院經常舉行的公聽會中，必須遵守其他法院的條件，如青少年必須表現出有責任感的樣子、必須要修復自己所造成的損失、必須長時間戒癮、中止所有的犯罪行爲。

而藥物法庭的運作模式則區分為四種類型，包括：

- (1) 認罪協商前模式 (pre-plea models)：本

模式提供毒品持有者先緩起訴 (stay of prosecution) 的處分，條件是犯罪人必須參與由法院監督的戒治方案。如果犯罪人能夠完成該戒治方案，就會被判不起訴，並不會留下任何犯罪紀錄；但是，如果無法完成戒治方案，就會被起訴並判刑。

- (2) 認罪協商後模式 (post-plea models)：本模式要求犯罪人在參加戒治計畫前，必須先認罪。戒治方案的期間從 9 個月到 3 年。如果犯罪人能夠完成該戒治方案，原來的罪名就會被撤銷；但是，如果無法完成戒治方案，就會被判刑。
- (3) 判刑後模式 (post-adjudication models)：本模式准許毒品累犯在有罪判決後，仍可參與戒治方案，但是在服刑前參與。如果犯罪人能夠完全該戒治方案，那麼他在戒治方案中的天數可以折抵刑期；但是，如果無法完成戒治方案，就會直接被送入監獄開始執行刑期。
- (4) 民事模式 (civil models)：本模式准許涉入民事案件的個人，可以參與戒治方案。通常參加這種模式的人，都是因為小孩的監護權問題。如果當事人能夠完成該戒治方案，就可以保有，或是重新取得小孩的監護權；但是，如果無法完成戒治方案，就會永久地失去監護權。

藥物法庭的運作模式對改善藥癮問題有很大的成效，根據美國 2005 年完成的「全面藥物法庭應用法案」評估報告指出，依據 2001 年 1 月至 2004 年 6 月來自 46 個縣市共 10181 位參與方案的犯罪人的資料，藥物法庭方案之具體成效包括<sup>(註 10)</sup>：

- (1) 7181 位成人重罪犯。這些人中已有 6966 人退出方案，其中有 55% (3849 人) 已完成方案而退出，45% (3117 人) 未完成方案便退

註 10：同前註：楊士隆、黃世龍、李宗憲、吳志鴻 (2007)。



出。

- 1) 總共節省了 111 萬個監禁天 (prison days) 的成本。
- 2) 在研究期間，針對這些參與方案的犯罪人所進行的 40 萬次毒品測試，96%是無毒反應。
- 3) 3607 位參與方案之犯罪人，在研究期間從失業狀態找到工作。
- 4) 1631 位參與方案之犯罪人，在研究期間進入教育或就業計畫，或從教育或就業計畫結業。
- 5) 1480 位參與方案之犯罪人，在研究期間和家人恢復關係。

僅僅 3 年半的研究期間，成人重罪藥物法庭的法案參與完成者，便節省下 4 千 3 百萬美元的監禁成本，而這個數據還不包括監獄的建築成本、人事成本等等，因此避免將這些人囚禁於監獄之中，是可以省下可觀的稅收。成人重罪藥物法庭的法案參與完成者，他們在監獄內以及監獄外的社會成本是 1.31:1，而且這個比例還沒有把從照護中心 (foster care)、青少年活動中心 (juvenile hall)、青少年之家 (group homes) 及其他機構節省下來的費用估算進去，也沒有把對方案參與者、他們的家人及社區成員人生生活品質改善的利益算進去，如果這些都計算進去，社會成本的比例絕對會大於 1.31:1。

- (2) 1307 位青少年犯。這些人之中，有 470 位完成方案，其貢獻包括：
  - 1) 節省了超過 12 萬個監禁日的成本。
  - 2) 521 位參與方案之青少年犯罪人，在研究期間從失業狀態找到工作。
  - 3) 161 位參與方案之青少年犯罪人，在研究期間從高中畢業。

- 4) 60 位參與方案之青少年犯罪人，在研究期間獲得 GED 的受測證書。
  - 5) 75 位參與方案之女性青少年懷孕犯罪人，其中 71 位生下來的嬰兒呈現無毒反應。
- (3) 963 位物質依賴或其家人。這些人之中，有 412 位完成方案，其貢獻包括：
- 1) 581 位參與方案者，與父母親的至少一位恢復關係。
  - 2) 節省了 2 萬 4 千個必須接受照護機構 (foster care) 或監護 (guardianship custody) 的成本。

根據相關的研究與資料顯示，「藥物法庭」可提高藥癮者接受治療的意願。在檢視將近 100 個「藥物法庭」執行狀況後發現，在 60% 的「藥物法庭」中，所屬個案多能完成最少 1 年以上的治療，而約有 50% 的個案能從「藥物法庭」的治療計畫結業，成效遠比一般以社區為基礎的藥癮治療計畫還好<sup>(註 11)</sup>。參與後者的緩刑或假釋者，通常超過 70% 在 3 個月內便退出治療或缺席頻繁，90% 的人則在 1 年內就退出。

藥物法庭與監獄內藥癮戒治成效相較之下，由藥物治療法庭結合司法監督特性與酒精/毒品治療服務機構之處遇方式，其所獲得之成效較為優越，且所節省下之成本相當可觀，藥物法庭方案對戒治成本、戒治效益、犯罪人再犯比例、監禁比例等方面皆有明顯成效。因此，醫療、社區處遇與刑事司法體系之藥癮戒治結合模式，應當可做為我國藥癮戒治之參考。

#### 肆、藥物法庭與我國轉向制度

藥物法庭制度在實務上涉及毒品之刑事政策定位，以及轉向制度之問題，在刑事政策上

註 11：Belenko, S., 2001. Research on Drug Courts: A Critical Review: 2000 Update. New York: National Center on Addiction and Substance Abuse at Columbia University.

確立毒品問題之定位，以及刑事司法體系對毒品問題之介入情形後，方能在刑事司法程序中，利用轉向制度結合醫療戒治與刑事司法體系，整合毒品與藥物濫用問題之公共安全與公共衛生之觀點。

依照毒品危害防制條例之精神，若將毒品施用者視為病患，則刑事政策對於毒品施用者之介入當然需要退縮，俟教育輔導、醫療戒癮、社區輔導與監督等措施皆無成效後，再考慮是否以刑事處罰介入。由於施用毒品與其他犯罪相較之下，施用毒品對社會造成之危險性與危害性皆低，在無衍生其他犯罪之情形下，對施用毒品者，亦當以寬鬆之刑事政策對待。

藥物法庭之概念可視為一種轉向制度，透過轉向制度將目前刑事司法程序所處理之個案從刑事司法系統切離，避免自由刑之危害。在利用轉向制度結合醫療戒治與刑事司法體系之思維架構下，可適用之現存法律制度應包括緩起訴、緩刑與假釋，以及在毒品危害防制條例當中觀察勒戒以及強制戒治的規定。

- (1) 緩起訴：檢察官對於有犯罪嫌疑且具備訴訟條件者，判斷對其無追訴之必要時，得裁量予以暫不起訴之處分。亦即檢察官在考量犯罪之情況與犯罪人個人條件後，在一定範圍內，可將起訴延後。經過一段考察時間，假若無違反規定的情形或無新證據之發現時，即不予以起訴之制度。
- (2) 緩執行：對於初犯及犯罪行為輕微者，暫緩其刑之執行。犯罪人在法院宣告緩刑期間若表現良好不再犯罪，則對已宣告之刑不再執行。我國對緩刑之立法例採附條件罪刑宣告主義，即緩刑期間屆滿，其緩刑宣告未經撤銷者，不僅免除其刑之執行，且其刑之宣告也失其效力，與自始未受刑之宣告者同。
- (3) 假釋：係指執行自由刑之犯罪人，經過一定之法定期間，行為良好，有悛悔實據，

得附以條件許其暫行釋放出獄，接受考核監督。如在釋放出獄期間，犯罪人保持善行，其出獄日數，算入刑期內，期滿後視為刑之執行完畢。在刑事政策上可救濟自由刑之弊端、鼓勵受刑人改過向善、作為釋放的預備階段、藉觀護制度保持善行、紓解人犯之擁擠、節省刑事矯治費用。

轉向制度除設定一定期間要求犯罪人或犯罪嫌疑人需行為良好不再犯罪外，實施轉向制度同時，亦可對犯罪人或犯罪嫌疑人要求執行或遵守一定事項，此又稱為設定負擔，例如刑事訴訟法第 253 條之 2 第 1 項規定：「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。」刑法第 74 條第 2 項亦有類似規定。因此，在我國現行法規體制下，確實可利用轉向制度結合醫療戒治與刑事司法體系，以刑事司法之約束力驅使毒品與藥物濫用者接受戒癮治療。

依 97 年 4 月 30 日修正後之毒品危害防制條例 24 條規定：「本法第二十條第一項（觀察勒戒）及第二十三條第二項（起訴審理）之程序，於檢察官先依刑事訴訟法第二百五十三條之一第一項、第二百五十三條之二之規定，為附命完成戒癮治療之緩起訴處分時，或於少年法院（地方法院少年法庭）認以依少年事件處理法程序處理為適當時，不適用之。前項緩起訴處分，經撤銷者，檢察官應依法追訴。第一項所適用之戒癮治療之種類、其實施對象、內

容、方式與執行之醫療機構及其他應遵行事項之辦法及完成戒癮治療之認定標準，由行政院定之。」修正後之毒品危害防制條例在形式上已具備藥物法庭之功能，在刑事司法體系之監督管理下，促使藥物濫用成癮者接受戒癮治療。然藥物法庭之功能並非僅在司法轉向處遇，更重要的功能在於透過戒治情形公聽會（status hearings）制度，建構成癮者的責任感，以及協調觀護人、個案管理人和戒癮體系以掌管處遇的過程。

### 伍、總結

近年來毒品犯人數不斷攀升，且再累犯比例已趨近 8 成，顯示以刑罰處遇毒品施用者並無法達到戒癮成效。我國在刑事政策上將施用毒品者定位為「病犯」，但在實務上卻仍以犯罪人之觀點給予處遇，即便對初次被逮捕者有觀察勒戒與強制戒治之規定，但在處遇上仍難跳脫刑罰色彩。對於藥癮者的戒治處遇，臨床工作人員較支持「公共衛生」的觀點，認為有效戒治才能真正減少毒品使用與累犯的出現。而持「公共安全」觀點者則認為藥物濫用者是一種犯罪行為，需長期嚴密監控才能避免故態復萌。事實上，純粹的「公共衛生」或「公共安全」觀點都不能完全解決問題，以統整的方

式結合社區處遇的治療與持續的司法監督（藥物法庭），才能有效達到藥癮戒治成效。

目前我國毒品危害防制條例已具備轉向制度，但藥物法庭的概念並不僅止於轉向而已，藥物法庭強調的是司法系統和戒癮體系之間的協調，不同於傳統刑事司法的轉向處遇將監督權委外，在藥物法庭計畫裡，法官需協調觀護人、個案管理人和處遇供應者以掌管處遇的過程，並確保可以提供充足的治療方案，且當有違法的事件發生時，能提供立即予以制裁。藥物法庭之設立目的乃藉由法庭來管理藥癮者之戒治，結合社會、社區與醫療資源，促使藥癮者能夠回歸社會正常生活，而非僅將藥癮者由司法處遇體系轉介至藥癮戒治體系，藥癮者之戒治仍為藥物法庭之核心目標。因此藥物法庭的設置概念與我國現有的少年法院理念與設置概念更為相近，若能以少年法庭之概念設立藥物法庭，當能更有效處理毒癮問題，提供有效的司法監督與醫療戒癮、社區合作關係。✿

（本文作者楊士隆現為國立中正大學犯罪防治研究所教授兼國立中正大學學務長、國立中正大學犯罪研究中心主任；李宗憲現為國立中正大學犯罪防治研究所博士生、國立中正大學犯罪防治學系兼任講師）



何清吟 油畫 祠堂 10F 1994 年