

臺灣臺南地方法院檢察署 98 年度研究報告

論施用毒品行為之刑事政策



審查者：楊治宇 檢察長

撰寫者：李駿逸 檢察官

論施用毒品行為之刑事政策

提要： 4

第一章 前言	6
第一節 研究目的.....	11
第二節 研究方法.....	19
第一項 比較法學法	19
第二項 量化研究法（含法律與醫學實務數據）	20
第三項 法釋義學、司法實務見解評釋法	26
第三節 研究範圍.....	28
第二章 施用毒品行為之定性	36
第一節 施用毒品與成癮.....	36
第二節 犯罪化(criminalization)／除罪化(decriminalization)？	
38	
第三節 犯罪化後之處遇思維	50
第三章 世界各國之毒品政策	67
第一節 聯合國與歐洲聯盟	67
第二節 美國.....	70
第三節 荷蘭.....	73
第四節 法國.....	74

第五節 其他各國	76
第四章 我國對施用毒品行為之處遇.....	79
第一節 「行政院衛生署」之「毒品病患愛滋減害試辦計畫」.....	82
第一項 鴉片類物質成癮替代療法作業基準.....	83
第二項 美沙冬替代療法.....	88
第一款 美沙冬 (Methadone) 的定義與特性.....	88
第二款 海洛因之特性與美沙冬之替代	93
第三款 美沙冬替代療法.....	94
第三項 醫療機構	96
第二節 檢察官採行緩起訴處分命參與「減害計畫」.....	100
第三節 毒品危害防制條例之戒癮治療之法制化	110
第一項 法制化過程	110
第二項 毒品戒癮治療實施辦法及完成治療認定標準	112
第五章 施用毒品行為相關適用法律問題	122
第一節 毒品危害防制條例第 21 條.....	122
第二節 毒品危害防制條例第 24 條.....	153
第六章 結論	177
第一節 醫學上與法學上的不同意見	179
第一項 醫學上的不同意見.....	179

第二項 法學上的不同意見.....	187
第二節 結論與展望	191
文獻或資料.....	193

提要：

向毒品宣戰（War on drugs）是世界各國共通的信念與政策，毒品問題不但是同時攸關公共健康（public health）與公共秩序（public order）的跨領域議題，刑事法體系也一直將之視為重要的課題。這個議題具有廣泛性、複雜性、特殊性與專業性，並有深入研究的必要與價值。

而我國「毒品危害防制條例」於民國 97 年 4 月 30 日總統華總一義字第 09700048431 號令修正公布第 24 條條文，並由行政院於民國 97 年 10 月 30 日公布「毒品戒癮治療實施辦法及完成治療認定標準」後，已使我國對於施用毒品行為的處遇，進入兼採戒癮治療思維的嶄新紀元，我們自有對「戒癮治療」更多了解的必要。

但此等法制甫完成、實施，成效其實有待評與研究，本報告認為應審慎加以探究。特別是施用毒品之人次其實並未因此減少，反而繼續呈現增加之趨勢、再犯率也仍居高不下、毒品來源仍難有效查緝與根絕，無法確實做到「減少供應（Supply Reduction）」的目標，面對這些情況或挑戰，實有透過研究、檢討，才能對症下藥。

本文透過介紹各國的毒品政策進行比較法研究，並就我國「戒癮治療」之司法與醫學實務情況，也使用法務部統計資料、臺灣臺南地方法院檢察署統計資料、數個醫療機構函文暨統計資料來進行量化研究。此外，並針對我國施用毒品行為相關法制、實務見解與法律問題進行整理，以求對施用毒品行為做完整、全面的介紹。最後，也是最重要之處，我國有關「戒癮治療」之法制實施時間亦尚短，成效有待評估，透過了上述的研究，我們應該重視在醫學上與法律上存在的不同意見，更要對於目前已經被點出來的疑慮或弊端，虛心與審慎地檢視。而施用毒品行為更僅是違反毒品危害防制條例中之一個環節而已，尚有製造、運輸、販賣、轉讓、持有、施用等不同犯罪型態，此等犯罪型態當然彼此極其相關而環環相扣，雖然不論何種犯罪型態最終目的與結果原則上其實就是施用毒品行為。所以要能夠完整去檢視毒品犯罪，當然不可能只探究施用毒品行為之部分，未來並搭配所有類型的毒品犯罪之刑事政策與偵查機關之具體作為，一併全面檢視，才能讓「戒癮治療」之法制之良善原意與目的可以達致。

關鍵字：施用毒品、減害計畫、替代療法、戒癮治療、海洛因

(Heroin)、鴉片類物質、美沙冬 (Methadone)、丁基原啡因

(Buprenorphine)、舒倍生 (Suboxone)、緩起訴處分

第一章 前言

向毒品宣戰 (War on drugs) 可以說是世界各國共通的信念與政策，更因為毒品問題是個同時攸關公共健康 (public health) 與公共秩序 (public order) 的跨領域議題¹，因而向來除了在公共健康部門，甚至社會福利領域，長久以來即有諸多研究且備受重視外²，刑事法體系也一直將之視為重要的課題。但這也說明了毒品問題的廣泛性、複雜性與特殊性³，是個需要跨領域專業結合的議題，並有深入研究的必要與價值。

與其他犯罪類型相較，我國針對毒品犯罪，早即訂有特別法加以規範⁴，從民國 44 年 6 月 3 日公布之「戡亂時期肅清煙毒條例」演進到現行之「毒品危害防制條例⁵」。近來，「毒品危害防制條例」

¹ Gabriele Bammer, Wayne Hall, Margaret Hamilton, and Robert Ali, Harm Minimization in a Prohibition Context—Australia, *The Annals of American Academy of Political and Social Science*, P83, 2002.07.

² Lau Laursen and Jorgen Jepsen, Danish Drug Policy—An Ambivalent Balance Between Repression and Welfare, *The Annals of The American Academy of Political and Social Science*, P28, 2002.07.

³ 刑事實務上處理毒品案件的特殊性，以美國為例，有所謂的「藥物法庭 (drug court)」專門處理施用毒品之行為，截至西元 2009 年 4 月 7 日為止，在全美 50 洲內，共計有 2018 個「藥物法庭 (drug court)」運作中，參閱美國最高執掌毒品政策之「國家毒品控制政策辦公室 (Office of National Drug Control Policy)」，簡稱 ONDCP」網路資料：

http://www.ncjrs.gov/spotlight/drug_courts/summary.html (參閱日期：2009.08.21)。

⁴ 我國刑法有關毒品相關規定，係在刑法第 20 章之鴉片罪章 (即第 256 條至第 265 條)，特別法則應優先於我國刑法上開罪章與條文而優先適用，且刑法第 20 章僅係針對鴉片類毒品即嗎啡、高根、海洛因及其化合質料等種類而規範；此外，過去尚有「麻醉藥品管理條例」，亦對毒品相關犯罪訂有刑罰之規範，同屬刑法之特別法，但業已修正名稱為「管制藥品管理條例」，且純屬行政法規，附此敘明。

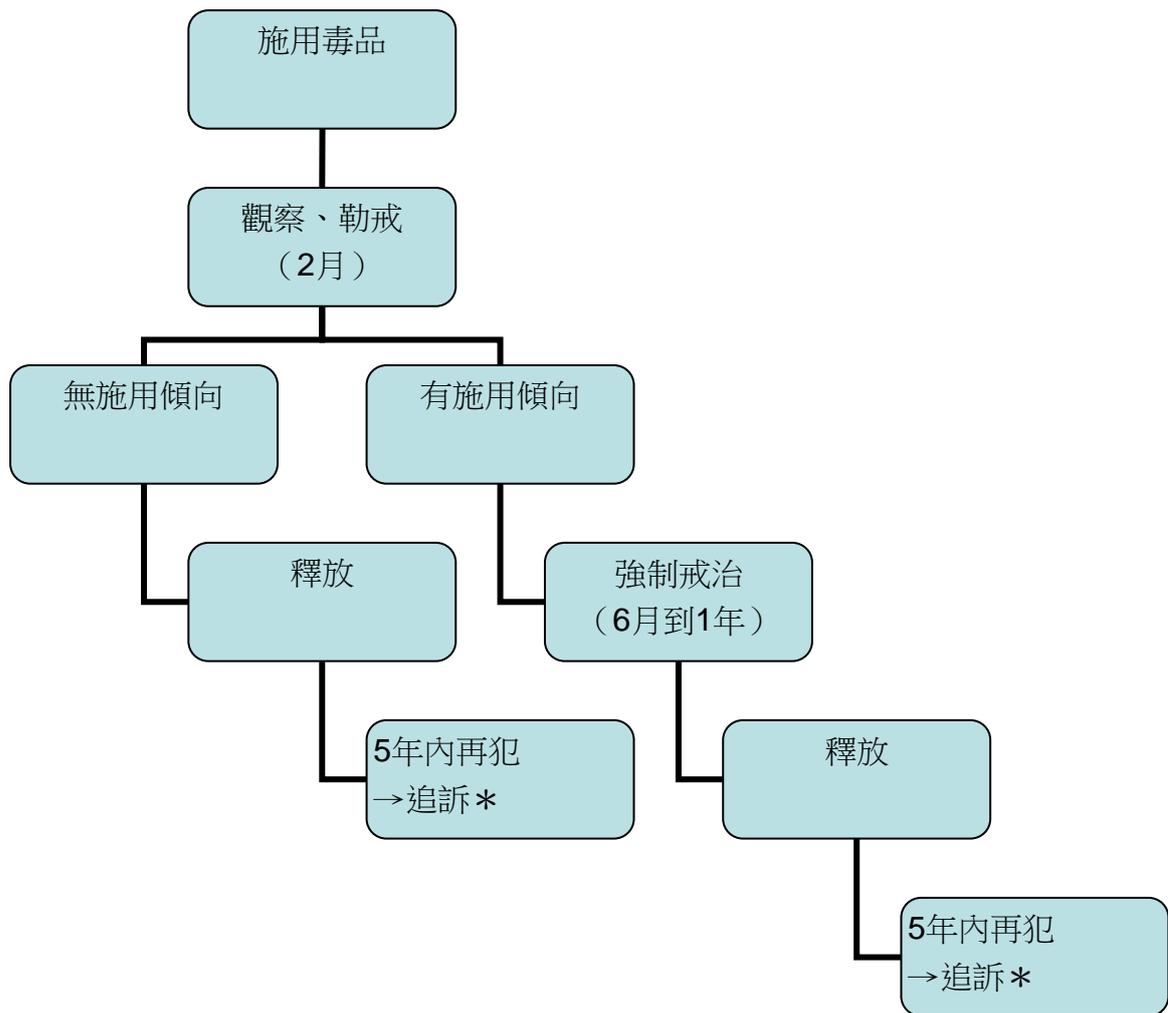
⁵ 「毒品危害防制條例」之前身為民國 44 年 6 月 3 日公布之「戡亂時期肅清煙毒條例」，繼之於

亦持續有諸多修訂，特別是有關施用毒品行為的相關修訂，更是上述毒品問題廣泛、複雜且特殊的一個例證，為有效使毒品成癮者順利完成戒癮治療、降低毒品人口再犯率、落實毒品減害政策⁶，「毒品危害防制條例」於民國 97 年 4 月 30 日總統華總一義字第 09700048431 號令修正公布第 24 條條文，並由行政院於民國 97 年 10 月 30 日公布「毒品戒癮治療實施辦法及完成治療認定標準」後，更使我國對於施用毒品行為的處遇，進入兼採戒癮治療思維的嶄新紀元（以施用第一級毒品為例，參見下頁，即由圖表一進展到圖表二）。

民國 81 年 7 月 27 日修正公布名稱為「肅清煙毒條例」，至民國 87 年 5 月 20 日始修正公布名稱為「毒品危害防制條例」。

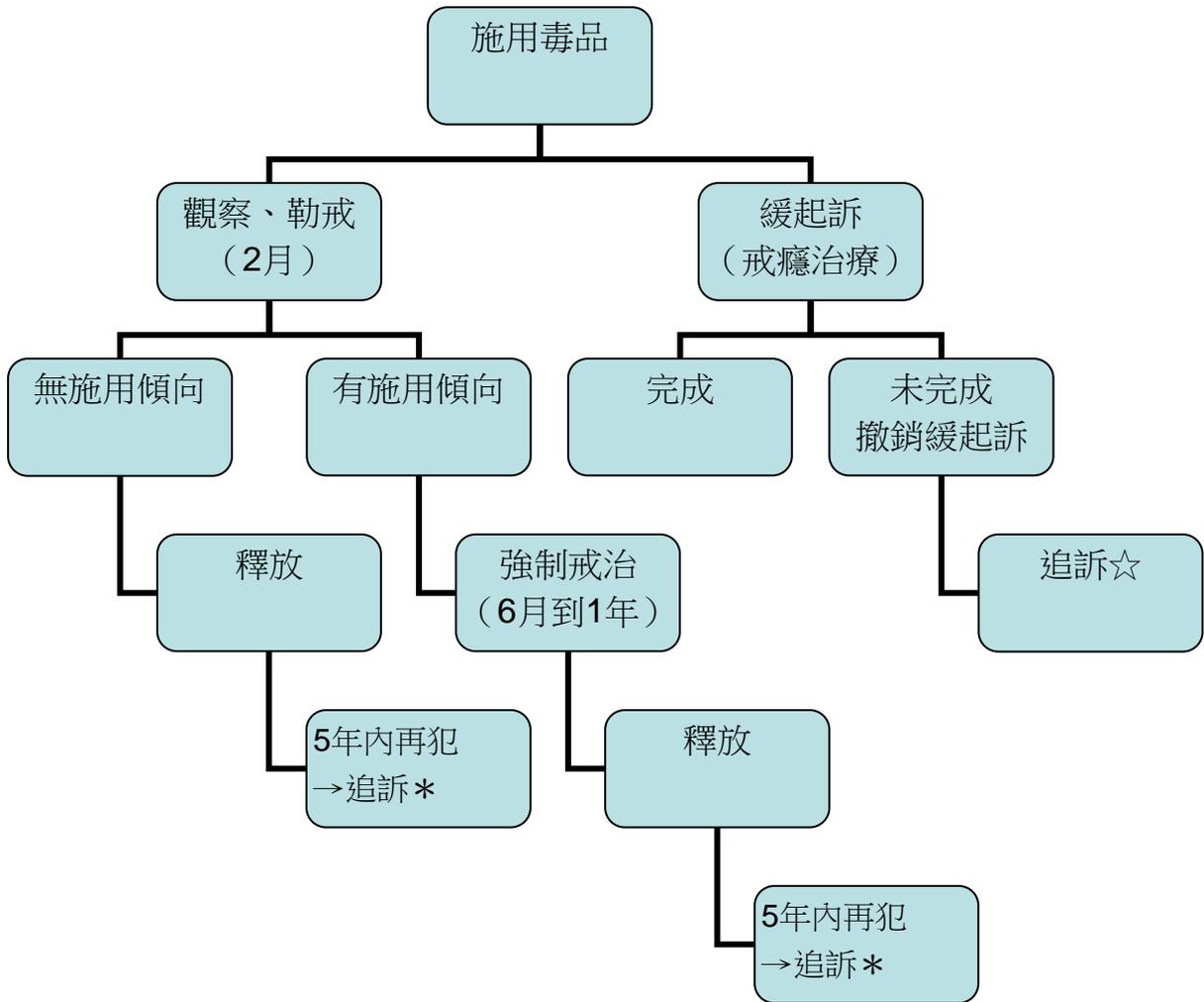
⁶ 請參閱「毒品危害防制條例」第 24 條之立法說明與「毒品戒癮治療實施辦法及完成治療認定標準總說明」。

圖表一（修法前）：



◎圖表說明：所謂「追訴」，是「毒品危害防制條例」第 23 條條文之用語，實務上長期以來均是指依據「毒品危害防制條例」第 23 條、第 10 條等規定，「起訴」施用毒品之被告之意。但自民國 95 年間起，各地檢署檢察官不以「起訴」被告為限，已多有開始依據刑事訴訟法第 253 條之 2 之緩起訴之規定，對被告為緩起訴之處分，命被告於緩起訴期間，參與服用「美沙冬」之減害計畫之「追訴」作法。

圖表二（修法後，即現行制度）：



◎ 圖表說明：加上*的兩個「追訴」，並不以「起訴」為限，依據「毒品危害防制條例」第 24 條之規定，即亦包含對施用毒品之被告以緩起訴之處分，命之戒癮治療之追訴方式為之。至於加上☆之「追訴」，依據 98 年 8 月 6 日法檢字第 0980803294 號函文之臺灣高等法院檢察署法律問題提案送請法務部研究之意見，認為限於起訴或聲請簡易判決處刑，不得再為緩起訴處分或再行聲請觀察勒戒。

我國對於施用毒品行為之思維與制度，迭經變更與進展，過去除刑罰之外，並有勒戒、戒治等保安處分之配套；現行則係兼採「戒癮治療」的作法，「戒癮治療」的思維其實在許多國家曾經或現在仍採行之，其理論與實務亦均有相當多的研究與數據；另一方面，任何思維與制度均不可能完美，許多國家也累積相當多的不同意見與檢討，均可供我國參考。我國有關「戒癮治療」基本上是採行「減害計畫」之「替代療法」，並係從民國 94 年 12 月 6 日行政院核定「行政院衛生署疾病管制局」之「毒品病患愛滋減害試辦計畫」及民國 95 年之「鴉片類物質成癮替代療法作業基準」，到民國 97 年「毒品危害防制條例」之完備法制與依據，但我們仍應該對之有完整與繼續的研究，正視各種意見，隨時檢討現況，不斷改進以減少各種醫學上與法學上的疑慮⁷或弊端，此即為最主要興起製作本研究報告的緣起。

⁷ 例如隨著施用第一級毒品之「戒癮治療」法制逐步完備後，施用第一級毒品案件之人數，不減反增，從民國 94 年 17140 人次、民國 95 年 17809 人次的小幅增加，到了民國 96 年 24917 人次、民國 97 年更增至 31248 人次。統計數據引自法務部網站之「法務統計」之「毒品案件統計」，參見法務部全球資訊網：<http://www.moj.gov.tw/site/moj/public/MMO/moj/stat/new/newtable5.pdf>（參見日期：98.11.13）。

第一節 研究目的

毒品問題的重要性，實不待言。除了前已敘及，各國均可以說無不明白宣示向毒品宣戰（War on drugs）外，一般並認為毒品犯罪是相當特殊的犯罪類型，且又與其他犯罪之間關係極其密切，西元一九九七年十一月，在聯合國即成立「聯合國毒品暨犯罪辦公室」（the United Nations Office on drugs and Crime，簡稱 UNODC），同時處理毒品控制（Drug Control）與犯罪預防（Crime Prevention）兩個極其相關的議題⁸。

我國則是在「毒品危害防制條例」之修法理由中，明白表示雖然我國並非「一九八八年禁止非法販運麻醉藥品及精神物質公約」等諸多聯合國公約之締約國，但毒品犯罪為「萬國公罪」之理由而以特別法規範之⁹。

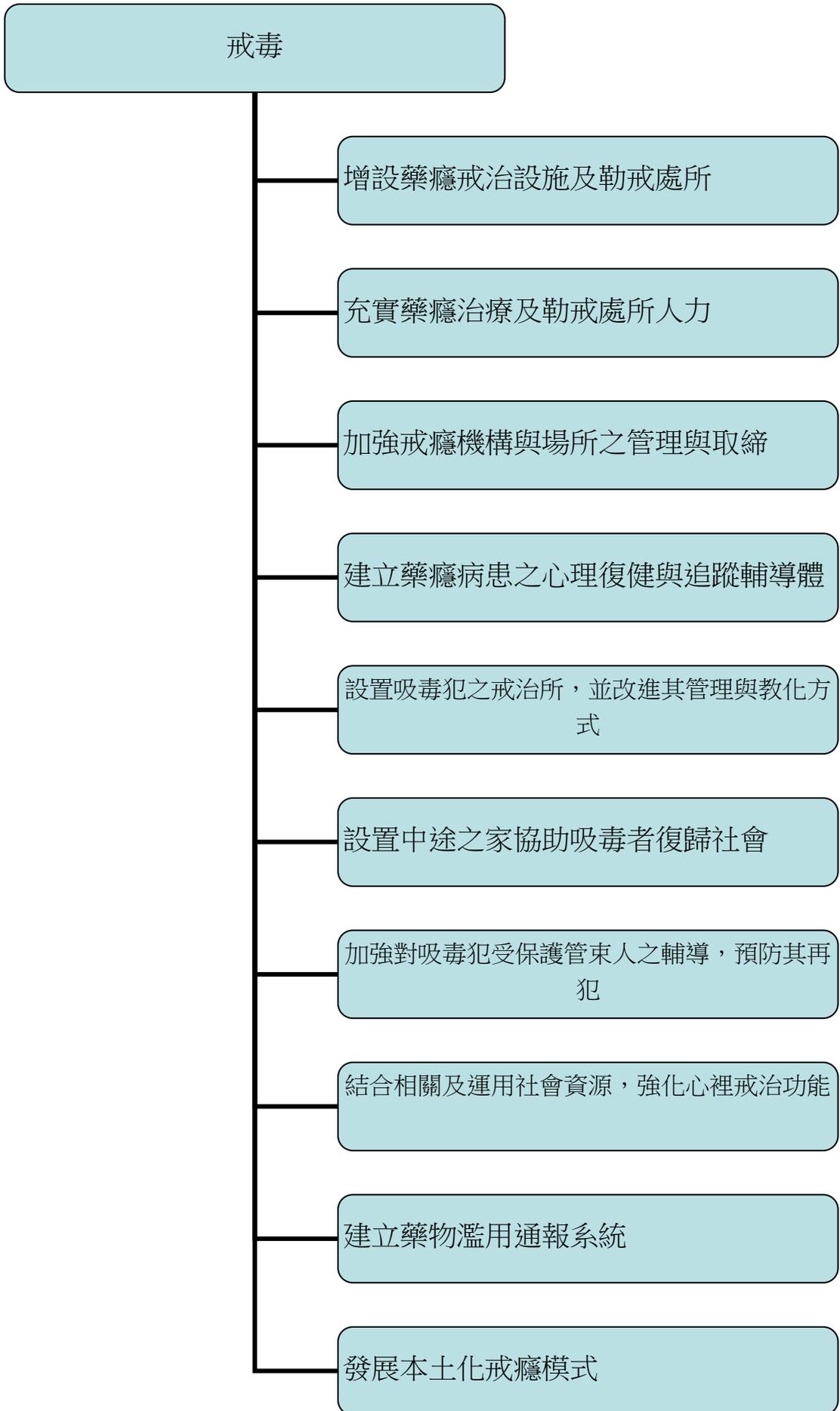
此外，更是建立起由行政院為首之反毒體制，制訂「行政院毒品危害防制方案¹⁰」，具體「反毒策略」是「斷絕供給」與「減少

⁸ Lau Laursen and Jorgen Jepsen, Danish Drug Policy—An Ambivalent Balance Between Repression and Welfare, *The Annals of The American Academy of Political and Social Science*, P21, 2002.07.

⁹ 參閱民國 92 年 7 月 9 日「毒品危害防制條例」之全文修正立法總說明。

¹⁰ 民國 89 年 3 月 23 日公布之「行政院毒品危害防制方案」，前身為「肅清煙毒執行計畫原則」，依據則為「毒品危害防制條例」第 34 條：「本條例施行細則，由法務部會同內政部、行政院衛生署擬訂，報請行政院核定之」，以及「毒品危害防制條例施行細則」第 2 條：「防制毒品危害，由行政院統合各相關機關，辦理緝毒、拒毒及戒毒工作。」。

需求」；至於「反毒工作」則分為「緝毒」、「拒毒」與「戒毒」，其中「戒毒」部分之具體任務項目如下，並有許多均是目前仍在進行或已經完成之項目：



研究與解決毒品問題相當重要，但因毒品問題相當龐雜，本報告之所以針對毒品犯罪之施用毒品行為加以研究之原因，在於毒品犯罪，其實包含製造、運輸、販賣、轉讓、持有、施用等不同犯罪型態，此等犯罪型態當然彼此極其相關而環環相扣，但不論何種犯罪型態最終目的與結果原則上其實就是施用毒品行為。

除此之外，本文之所以選擇施用毒品行為作為研究議題，更除了因為前述我國近來的諸多相關修訂與重視外；也因為施用毒品行為所牽涉的領域，本即有其廣泛性、複雜性與特殊性。最根本上而言，首先，有關施用毒品行為是否該「犯罪化 (criminalize)」，其實並無定見，世界各國也有不同的立法例；縱然認為施用毒品行為是犯罪，以傳統的「自由刑」加以懲罰是否妥適？向來亦引發討論與爭議¹¹，基本上各國亦都不以單純加以監禁 (incarceration) 為處理方式¹²，而有各種發展，我國對於施用毒品行為的處遇，也有特殊的思維與設計，並迭經修正，早期對於施用毒品行為甚有處以無期徒刑、死刑之規定，發展、演變至今，則視情況而有觀察勒戒、強制戒治、戒癮治療與自由刑等不同法律效果。

¹¹ 可參閱司法院大法官釋字第 554 號解釋，詳本文下述。

¹² Barry Stimmel, Substance abuse and addiction in family courts: From addiction to abstinence: Maximizing the chances of success, Family Court Review, P271, 2009.04.

我國對於施用毒品行為之法律效果，是兼採刑罰與保安處分（治療）之情況，但也迭經變更。有關刑罰的部分，法定刑曾包含死刑與無期徒刑；至於兼採保安處分的部分，從最早期的「勒戒」到「觀察勒戒」、「強制戒治」，以及現行的「戒癮治療」，本文後續將詳細說明；而單是有關刑罰部分，亦歷經多次修正，變動內容頗大（以 18 歲以上之施用毒品者為例）：

條文名稱	條號	條文內容
戡亂時期肅清煙毒條例（民國 44 年 6 月 3 日制訂公布）	第 9 條	施打毒品、吸食毒品或鴉片者，處三年以上七年以下有期徒刑。 施用麻煙或抵癮物品者，處一年以上三年以下有期徒刑。 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，不適用刑法第八十八條第三項之規定。 前項勒戒處所，由地方政府就公立醫院內附設之。 犯第一項、第二項之罪，勒戒斷

		<p>癮後再犯者，加重本刑至三分之二；三犯者處死刑。</p>
<p>戡亂時期肅清煙毒條例（民國 62 年 6 月 21 日修正）及肅清煙毒條例（民國 81 年 7 月 27 日修正）¹³</p>	<p>第 9 條</p>	<p>施用毒品或鴉片者，處三年以上七年以下有期徒刑。</p> <p>施用麻煙或抵癮物品者，處一年以上三年以下有期徒刑。</p> <p>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，不適用刑法第八十八條第三項之規定。</p> <p>法院或檢察官於前項裁定勒戒前，得先將犯罪嫌疑人送勒戒處所觀察。其期間不得逾一個月。</p> <p>前二項勒戒及觀察之日數，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。</p> <p>第三項、第四項之勒戒處所，由</p>

¹³ 民國 81 年 7 月 27 日「戡亂時期肅清煙毒條例」修正名稱為「肅清煙毒條例」，但第 9 條之條文內容並未修正。

		<p>地方政府設立或就公立醫院內附設之。</p> <p>犯第一項、第二項之罪，依第三項規定勒戒斷癮後或第四條規定免除其刑後再犯者，加重本刑至三分之二；三犯者處死刑或無期徒刑。</p>
<p>毒品危害防制條例 (民國 92 年 7 月 9 日修正)¹⁴</p>	<p>第 10 條</p>	<p>施用第一級毒品者，處六月以上五年以下有期徒刑。</p> <p>施用第二級毒品者，處三年以下有期徒刑。</p>

按理，我國係所謂的成文法國家，並在刑法典即開宗明義表示「罪刑法定主義」，目的就是強調：有明確的法律規範，且有法律始有刑罰，使受規範的人民有所可循；另一方面，學說上則更基此而推演出所謂的「法律安定性」的要求，避免人民失所遵循或動輒得咎。但由上述「毒品危害防制條例」的演變可知，相較於其他法

¹⁴ 民國 87 年 5 月 20 日「肅清煙毒條例」修正名稱為「毒品危害防制條例」，內容並大幅修正，施用毒品行為之法律效果已廢除無期徒刑、死刑之部分，並增訂有關觀察、勒戒與強制戒治之相關規定，嗣並歷經民國 92 年 7 月 9 日之修正，然其中有關施用毒品行為之法律效果之自由刑部分（即第 10 條）即未再修正，觀察、勒戒、強制戒治等部分（即第 20 條）則有微幅修正，但因不影響處遇的主要流程與精神，所以仍以 92 年 7 月 9 日修正之條文內容作為代表加以說明，附此敘明。

律或犯罪，其實我國對於施用毒品行為之政策及具體之規範，變化次數與程度均高，更見施用毒品行為之特殊性與研究的必要性。

第二節 研究方法

第一項 比較法學法

我國之法律或制度參考外國者很常見，本研究報告是以研究施用毒品行為為最主要之主題，其實亦有諸多相關的思維或制度，均有許多國家法制可以參考。像是近年來採行的「毒品減害政策」¹⁵，基本上可以說就是來自於歐洲的思維與法制¹⁶。

而具體言之，「毒品減害政策」中，有關施用毒品行為之「減害計畫」中最常採用所謂的美沙冬「替代療法」¹⁷，也就是源自外國法制而來，因此，對於外國法制之了解與研究，亦有助於我國採行相似制度之比較與參考。

特別是有幾個國家，對於施用毒品行為之法制相當特殊，自有介紹之必要。雖然亦有文章指出，跨國的毒品問題研究，一方面可能因為數據不足、也缺乏質的比較，並因為充斥過多泛論或推論等

¹⁵ 請參閱「毒品危害防制條例」第 24 條之立法說明與「毒品戒癮治療實施辦法及完成治療認定標準總說明」。

¹⁶ Noah Mamber, *Coke and smack at the drugstore: Harm reductive drug legalization: An alternative to a criminalization society*, *Cornell Journal of Law and Public Policy*, P643, summer, 2006.

¹⁷ 在我國之官方完整名稱為「鴉片類物質成癮替代療法」，係以有效且足夠的鴉片類藥物，取代非法鴉片類物質之使用，但使用之替代物質並不以「美沙冬 (methadone)」為限。參見「鴉片類物質成癮替代療法作業基準」第一點、第五點，「行政院衛生署」民國 95 年 3 月 17 日衛署醫字第 0950208926 號函文公告，民國 95 年 11 月 10 日衛署醫字第 0950210219 號函文修正。

原因而有其障礙與盲點，另一方面則有其優點，像是犯／除罪化、毒品減害政策等毒品政策相互的仿效或移植，可供我們參考¹⁸。因此，本報告仍將外國法制作為與我國現行制度之比較、檢討之重要資訊。

第二項 量化研究法（含法律與醫學實務數據）

在刑事司法領域中，對於犯罪率（the crime rate）、再犯率（the recidivism rate）等數據之統計、分析、研究，是常見的研究法。不但學理上，犯罪學或是刑事政策學均極為重視量化研究。刑事司法實務也往往透過數據呈現出現狀，了解犯罪情況的發展或演變¹⁹。

其中，有關本文要探究的重要議題之一，即施用毒品行為之「戒癮治療」採行情況，近幾年行政院衛生署疾病管制局統計之全國醫療機構²⁰統計數據與法務部案件人數統計數據均如下。基本上可

¹⁸ Robert MacCoun and Peter Reuter, *The Varieties of Drug Control at the Dawn of the Twenty-First Century*, *The American Academy of Political and Social Science*, P8-11, 2002.07.

¹⁹ 法務部之「法務統計」，提供法務部各項相關業務之統計數據，其中最重要係有關刑事案件之統計數據，而毒品案件更有獨立之完整、詳細統計數據。參見法務部全球資訊網：<http://www.moj.gov.tw/mp001.html>。

²⁰ 原則上，本報告所指之「醫療機構」，係指經中央衛生主管機關申請指定為替代療法執行機構，其資格參見參見「鴉片類物質成癮替代療法作業基準」第二點，「行政院衛生署」民國 95 年 3

知，檢察官透過緩起訴處分令施用毒品之被告完成「戒癮治療」，已經成為檢察官終結施用毒品案件的一項重要類別。如前所述，其實「毒品危害防制條例」係於民國 97 年 4 月 30 日修正第 24 條條文，並由行政院於民國 97 年 10 月 30 日公布「毒品戒癮治療實施辦法及完成治療認定標準」，算是「戒癮治療」完整、明確之法制與依據；但在此之前，雖「毒品危害防制條例」未明訂「戒癮治療」，但已有多數地檢署檢察官已經透過刑事訴訟法之緩起訴處分暨履行事項²¹，令被告完成戒癮治療，適用之案件人數逐年增加，從民國 94 年僅 54 人次，到民國 96 年已經達 1010 人次；民國 97 年「毒品危害防制條例」相關法制與依據修訂後，累計更達 1755 人次。

☆全國醫療機構統計數據圖表²²：

月 17 日衛署醫字第 0950208926 號函文公告，民國 95 年 11 月 10 日衛署醫字第 0950210219 號函文修正。

²¹ 即刑事訴訟法第 253 條之 2 第 1 項第 6 款。

²² 圖表轉引自參行政院衛生署疾病管制局網站：

<http://www.cdc.gov.tw/ct.asp?xItem=22061&ctNode=1885&mp=1>（參看日期：98.11.15）。



減害計畫－替代治療執行情形

95年6月至98年9月



備註：替代治療於95年2月開始試辦，95年2月、3月、4月及5月提供服務醫院數分別為1家、3家、4家及4家。

☆施用第一級毒品案件終結情形：²³

	起訴(案件總計人次)	緩起訴處分(案件總計人次)
民國 94 年	17140	54
民國 95 年	17809	151
民國 96 年	24917	1010
民國 97 年	31248	1755
民國 98 年 1~10 月	19088	1597

²³ 參見並整理自法務部之「法務統計」，參見法務部全球資訊網：<http://www.moj.gov.tw/mp001.html> (參見日期：98.11.30)。

但本文認為更重要者，亦是認為值得提出研究，甚至令人憂心之處，並不是在於適用「戒癮治療」之被告人數逐年提高，看似檢察官採行此等終結案件方式統計數據之成長。而是在於其實全國各醫療機構早不待「毒品危害防制」相關法制，本即已提供毒品之各種「戒癮治療」方式²⁴，並且行政院也早在民國94年，考量防範後天免疫缺乏症候群(俗稱愛滋病AIDS—Acquired Immunodeficiency Syndrome)、B型及C型肝炎等流行因素，遂於民國94年12月6日通過「毒品病患愛滋減害試辦計畫」，推動「替代療法²⁵」；但為何在地檢署陸續開始透過緩起訴處分，甚至是法務部政策強力支持並修法後，施用毒品人數(以第一級毒品為例)卻是也逐年增加，從民國94年之17140人次、民國95年之17809人次，到民國96年卻達到24917人次，民國97年更高達31248人次，為何短短兩三年施用第一級毒品人數之增長如此驚人，實在有加以研究之必要。

而這個議題，不但是刑事法領域中非常具體的實務問題，並且也與醫療實務連結，因此有必要進行醫療實務情況之介紹或說明。

本文除了參考法學或醫學研討會之相關醫療論文外，尚以實際發函

²⁴ 各種毒品「戒癮治療」方式，例如住院治療、門診治療等，詳見本文下述，本即不以「替代療法」為限；此更亦可從極早即有「毒品危害防制條例」第21條規定：「……自動向行政院衛生署指定之醫療機構請求治療……」，且早有大量以此為不起訴之處分案件可知。

²⁵ 盧孟珊藥師，「淺談藥癮愛滋減害計畫與美沙冬替代療法」，收錄於，三總藥訊，第2頁，2007.10。

詢問醫療機構的方式作研究。

而因考量全國醫療機構數量過多²⁶，實無法一一調查確認或詢問，且原則上縱然之各地醫療實務有關戒癮治療之具體病患數量或情況或有不同，但本來戒癮治療之技術或療法就有相當共通性，目前我國醫療機構所採行之戒癮治療之技術或療法，主要係依據前述之行政院核定之「毒品病患愛滋減害試辦計畫」及「鴉片類物質成癮替代療法作業基準」，並無南轅北轍之情況，故折衷以臺南縣市之主要醫療機構為發函對象作為研究之例。

目前醫療實務之戒癮治療不以毒品成癮為限，還包括對於酒精、尼古丁、藥物（例如安眠藥物）等之戒癮治療；而對於毒品戒癮治療也不以鴉片類毒品為限，尚包括對於古柯鹼、安非他命、搖頭丸、K他命等。但醫療實務上，確實係以鴉片類的戒癮治療人數佔極重大比例，並以「替代療法」為最常見的療法²⁷。從而目前符

²⁶ 截至民國 98 年 11 月 15 日止，除各縣市政府均有「毒品危害防制中心」外，全國執行替代治療服務機構計 75 家醫院、19 個衛星給藥點（衛生所），共計 94 家醫療院所，參見行政院衛生署疾病管制局網站：<http://www.cdc.gov.tw/ct.asp?xItem=22061&ctNode=1885&mp=1>（參看日期：98.11.15）。

²⁷ 即有認為針對海洛因成癮者而言，「替代療法」是一種極為有效的治療方法，參見「行政院退除役官兵輔導委員會永康榮民醫院」民國 98 年 11 月 10 日永醫字第 0980005482 號函所附「行政院退除役官兵輔導委員會永康榮民醫院」編制之「美沙冬替代療法—簡介—療程—療效—衛教」。但其實「替代療法」之優劣、療效等，在醫學上容有不同意見，另請參見網路新聞：<http://tw.myblog.yahoo.com/jw!2zUFZ1aGHxoW.s6jGuSB/article?mid=987>（參看日期：98.11.13）。

合醫學實證，普遍認為具有相當療效或被醫學實務採行者，最主要的戒癮治療，就是有關施用第一級毒品鴉片類藥物之戒癮治療，而且相當普遍係以「替代療法」為之²⁸。

臺南縣市各主要戒癮治療醫療機構之海洛因或鴉片類毒品戒癮者佔戒癮治療之比例表：

	醫療機構	海洛因或鴉片類毒品成癮者佔戒癮治療之比例
1	財團法人奇美醫院臺南分院（臺南市）	18% ²⁹
2	行政院衛生署臺南醫院（臺南市）	海洛因成癮者居多，但未提供詳細數據
3	國立成功大學醫學院附設醫院（臺南市）	函文未回
4	行政院衛生署嘉南療養院（臺南縣）	75%

²⁸ 除了以「替代療法」為之外，尚有以住院治療、解毒戒癮門診治療，參見行政院衛生署嘉南療養院民國 98 年 11 月 6 日嘉南司字第 0980007343 號函文。

²⁹ 該醫院之情況，統計自西元 2008 年到 2009 年 10 月 23 日，戒癮治療人數共計 174 人次，佔最大比例為安眠藥物成癮：47%，其次為其他藥物成癮：29%，第 3 名為鴉片類成癮：18%，第 4 名為安非他命：6%，相較於其他醫療機構，較為特殊。以上數據，參見「財團法人奇美醫院臺南分院」民國 98 年 10 月 23 日 98 美分字第 0252 號函文。

5	行政院衛生署新營醫院 (臺南縣)	99.64%
6	行政院國軍退除役官兵輔導委員會永康榮民醫院 (臺南縣)	99.811%

從而，以臺南縣市，基本上各大主要戒癮治療的醫療機構，有關毒品戒癮治療部分，確實以海洛因或鴉片類之毒品佔最大比例。

第三項 法釋義學、司法實務見解評釋法

法律是立基於概念的體系堆疊而成，對於法律概念的解析，一般稱之為：法律之詮釋、解釋或釋義，也就是對於法律語言作為社會法律現象之表徵符號的理解³⁰，而「法釋義學」其實就是法學方法論中極為重要的根本與主軸³¹。

既然法釋義學是法律學的基礎與根本，對於立法者所制訂之法律的正確適用而言，極其重要，但透過法釋義學，仍可能產生適用

³⁰ 這樣的法律思考方式，也就是 1960 年代以來「價值法學」的主流思維，請參閱黃建輝，法律闡釋論，新學林出版股份有限公司，頁 14，2005.01。

³¹ 顏厥安，法效力與法解釋—由 Habermas 及 Kaufmann 的法校理論檢討法律知識的性質，收錄於幕垂鵬翔—法理學與政治思想論文集，元照出版公司，頁 131，2005.06。

之爭議或疑慮；而司法實務見解則是除了學說之外，最常見也最主要的一種適用法律條文用語、精神的具體表現，因此本文除了透過法條之整理、分析與說明外，也就相關適用之實務見解加以彙整、評釋。

在公共健康方面，特別像是因為海洛因施用者最主要是使用注射方式施用³²。

³² Gabriele Bammer, Wayne Hall, Margaret Hamilton, and Robert Ali, Harm Minimization in a Prohibition Context—Australia, *The Annals of American Academy of Political and Social Science*, P83, 2002.07.

第三節 研究範圍

目前我國刑事法上有關「戒癮治療」之「實施對象」，係以施用第一級毒品海洛因、嗎啡、鴉片及其相類製品者為主³³。目前醫療實務雖然戒癮治療不以毒品成癮為限，還包括對於酒精、尼古丁、藥物（例如安眠藥物）等之戒癮治療；而對於毒品戒癮治療也不以鴉片類毒品為限，尚包括對於古柯鹼、安非他命、搖頭丸、K他命等。但醫療實務上，確實係以鴉片類的戒癮治療人數佔極重大比例，並以「替代療法」為最常見的療法³⁴。從而目前符合醫學實證，普遍認為具有相當療效或被醫學實務採行者，最主要的戒癮治療，就是有關施用第一級毒品鴉片類藥物之戒癮治療，而且相當普遍係以「替代療法」為之³⁵，因此本文從之，是以此為主要研究範圍作介紹。

就此，本文為求慎重及符合醫療實務情況，特諮詢相關醫療機

³³ 參見「毒品戒癮治療實施辦法及完成治療認定標準」第 2 條第 1 項：「戒癮治療之實施對象，為施用第一級毒品海洛因、嗎啡、鴉片及其相類製品者。」

³⁴ 即有認為針對海洛因成癮者而言，「替代療法」是一種極為有效的治療方法，參見「行政院退除役官兵輔導委員會永康榮民醫院」民國 98 年 11 月 10 日永醫字第 0980005482 號函所附「行政院退除役官兵輔導委員會永康榮民醫院」編制之「美沙冬替代療法—簡介—療程—療效—衛教」。但其實「替代療法」之優劣、療效等，在醫學上容有不同意見，另請參見網路新聞：<http://tw.myblog.yahoo.com/jw!2zUFZ1aGHxoW.s6jGuSB/article?mid=987>（參看日期：98.11.13）。

³⁵ 除了以「替代療法」為之外，尚有以住院治療、解毒戒癮門診治療，參見行政院衛生署嘉南療養院民國 98 年 11 月 6 日嘉南司字第 0980007343 號函文。

構之相關醫療實務情況，故擬定數個相關問題，發函詢問醫療機構。而因考量全國醫療機構數量過多³⁶，無法一一發函詢問，且原則上縱然之各地醫療實務有關戒癮治療之具體病患數量或情況或有不同，但戒癮治療之技術或療法應不至於有南轅北轍之情況，故折衷以臺南縣市之主要醫療機構為發函對象作為研究之例。

首先，臺南縣市指定或配合之毒品戒癮治療之主要醫療機構，如下：

	臺南市	臺南縣
1	財團法人奇美醫院臺南分院	行政院衛生署嘉南療養院
2	行政院衛生署臺南醫院	行政院衛生署新營醫院
3	國立成功大學醫學院附設醫院	行政院國軍退除役官兵輔導委員會永康榮民醫院

本文因研究本議題之需要，透過臺灣臺南地方法院檢察署發函詢問下列問題，以及各該醫院之回覆意見，則如下：

³⁶ 全國共計 75 個醫療機構提供毒品「戒癮治療」，參見「行政院衛生署疾病管制局」網站資料：<http://www.cdc.gov.tw/ct.asp?xItem=22061&ctNode=1885&mp=1>（參看日期：95.11.15）。

一、 問題

- (一) 貴醫院提供之戒癮治療，包含哪些項目（例如酒精、毒品）？其中若包括提供對毒品之戒癮治療，包括哪些毒品之種類？
- (二) 又各種毒品種類之戒癮治療方式，各為何？
- (三) 近二年(2008~2009 至今)，毒品戒癮治療相關門診中，施用各種種類毒品者之數量與比例？（例如第一名：海洛因 70%，第二名：安非他命 20%，第三名：大麻 5%，第四名：其他 5%）

二、 醫院回覆意見

☆ 財團法人奇美醫院臺南分院

民國 98 年 10 月 23 日財團法人奇美醫院臺南分院 98 美分字第 0252 號函文	
問題	回覆意見
(一)	本院提供之戒癮治療，包含酒精、海洛因、嗎啡、安非他命、巴比妥類及作用類似之鎮定劑或安眠藥物。
(二)	毒品戒癮方式有全日住院支持性療法、門診藥物治療及美沙冬替代療法。

(三)	近二年(2008~2009至今),毒品戒癮治療相關門診服務共174人次,第1名:安眠藥物成癮47%,第2名:其他藥物成癮29%,第3名:鴉片類成癮18%,第4名:安非他命6%。
-----	--

☆ 行政院衛生署臺南醫院

民國98年11月6日南醫醫字第0980010425號函文	
問題	回覆意見
(一)及 (二)	本院主要針對藥、酒癮合併精神症狀治療為主,且配合政府政策開設美沙冬替代療法門診。
(三)	97年01月至98年10月於本院毒品戒癮治療相關門診中,施用海洛因為第1名,佔99.64%,其他種類(如Ketamine),則佔0.36%。

☆ 國立成功大學醫學院附設醫院(函文未回)

☆ 行政院衛生署嘉南療養院

民國98年11月6日嘉南司字第0980007343號函文	
問題	回覆意見

(一)	本院為衛生署核定之南區藥癮治療核心醫院，成立單獨的戒癮病房及戒癮特別門診。提供戒癮治療的項目包括：鎮靜安眠類藥物、酒精、尼古丁（香菸）；有關毒品之戒癮治療包括：海洛因、安非他命、K他命等。
(二)	本院提供的安非他命治療方式包括住院治療與門診治療。海洛因治療方式包括自費住院治療與解毒戒癮門診治療，美沙冬減害替代維持療法門診治療，K他命治療方式包括自費住院治療與門診治療。
(三)	近兩年門診病患分布約為：海洛因：75%、安非他命：20%、其他：5%

☆ 行政院衛生署新營醫院

民國 98 年 10 月 21 日行政院衛生署新營醫院新營醫精字第 0980005762 號函文	
問題	回覆意見
(一)	本院精神科醫師可提供任何物質成癮疾患之諮詢與治療，其中亦包含所有毒品。

(二)	除鴉片類成癮患者本院可提供美沙冬替代療法外，其餘皆為門診諮詢與治療。
(三)	本院精神科物質成癮患者以海洛因居多，但無詳細統計資料可供參考。

☆ 行政院國軍退除役官兵輔導委員會永康榮民醫院

民國 98 年 11 月 10 日行政院國軍退除役官兵輔導委員會永康榮民醫院永醫字第 0980005482 號函文	
問題	回覆意見
(一)	本院目前提供之戒癮治療，為海洛因相關之鴉片類毒品。
(二)	目前本院提供之海洛因戒癮治療為配合政府政策之美沙冬替代療法門診治療。
(三)	<p>近二年（2008～2009 年至今），毒品戒癮治療相關門診中（美沙冬替代療法門診治療），患者施用各類毒品之比例如下：</p> <p>1、曾使用海洛因：99.811%</p> <p>2、曾使用搖頭丸：3.4026%</p>

	<p>3、曾使用 K 他命：4.15879%</p> <p>4、其他（安眠藥、大麻、古柯鹼等）0.189036%</p>
--	--

不過應該加以澄清之處在於，如同各醫療機構之回函顯示，首先，其實「戒癮治療」本即並不以第一級毒品為限。而且「毒品危害防制條例」第 24 條亦係規定：「本法第二十條第一項及第二十三條第二項之程序，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。」並未就「實施對象」究係第一級毒品或第二級毒品，加以規範或限制。

但依據「毒品戒癮治療實施辦法及完成治療認定標準」第 2 條第 1 項之規定：「戒癮治療之實施對象，為施用第一級毒品海洛因、嗎啡、鴉片及其相類製品者」。則就「實施對象」加以限縮在施用

第一級毒品海洛因、嗎啡、鴉片及其相類製品者。惟此等由行政院依據「毒品危害防制條例第 24 條第 3 項」訂定之認定標準，係因考量醫療實務或現況而制訂，並非意味「戒癮治療」是第一級毒品的「專利」，且其規範位階本即無限制母法之作用與效力。以臺灣臺北地方法院檢察署為例，便針對單純施用第二級毒品者，於民國 98 年 5 月 4 日訂有「臺灣臺北地方法院檢察署試辦第二級毒品戒癮治療作業要點³⁷」，即無違反「毒品危害防制條例」及「毒品戒癮治療實施辦法及完成治療認定標準」之處，附此敘明。

總之，以上是我國目前毒品危害防制條例之法制，與毒品戒癮治療之醫療機構之實際情況，本報告即係以此為研究範圍。

³⁷ 作業要點內容及修正，請參照法務部主管法規，查詢：「臺灣臺北地方法院檢察署試辦第二級毒品戒癮治療作業要點」。

施用毒品行為之定性

施用毒品並且成癮的原因，其實很複雜。醫學上認為這是同時涉及社會、心理與生物要素的複雜病狀，且成癮是甚為嚴重的病狀，並與高度致命率及健康風險息息相關³⁸。

第一節 施用毒品與成癮

「毒」：「兼善兼惡，猶祥秉吉凶，臭秉香臭也³⁹。」這樣的解說，說明了毒品之定性或作用，其實可以為善，也可以為惡，應視情況而定。其實萬事萬物均是一刀兩刃，一方面可以善用，另一方面也可以被用以毀壞或損害。

我們其實知道，「毒」一字，並不是法律專有名詞，同時它也是其他專業領域或日常之通用語。例如在法律領域中，當然我們通常所稱「毒」，就是毒品之意，而係在毒品危害防制條例第2條即明文：「本條例所稱毒品，指具有成癮性、濫用性及對社會危害性

³⁸ 參見「美沙冬替代療法治療指引」，「行政院衛生署疾病管制局」編製資料，第9頁，2007.02第1版。

³⁹ 段欲裁註「說文解字」，轉引自林宜君、陳仟萬合著，「抓毒專家小六法一偵查毒品犯罪策略」，永然文化出版股份有限公司，頁20，1999.02。

之麻醉藥品與其製品及影響精神物質與其製品」，且其實就是取「毒」之惡處來加以定義。但在其他專業領域，則可能有金屬毒、生物毒、動物毒等可能之用語或情況；且甚至眾所周知，許多所謂的「毒」，首先被用在醫學領域，例如西元前 8 世紀，地中海就已經從罌粟提煉鴉片以安神止痛的事例，西元 1503 年則是羅馬的醫學家用乙醇將鴉片溶解為液體，取名為「鴉片酊」，用於止痛、鎮靜和安眠，西元 19 世紀初，當嗎啡被法國醫藥家和德國化學家從鴉片中提煉出來，不但轟動歐洲醫學界，更在當時戰爭頻仍的時代中，廣為挽救戰火下無數的生命⁴⁰。因此，在醫學領域，善用所謂的「毒」，依照不同情況，以不同種類、質量之「毒」，來做醫療用途⁴¹。

所以如前所述，其實「毒」有善惡之兩面，更在各領域有不同的定義、作用或功能，因此當然可以有很廣泛的討論面向。但因本文屬於法律之著作，是有關「毒」的相關論述，均仍以現行「毒品危害防制條例」之法律與制度為探究之核心。

⁴⁰ 蒙桂珍、張玉亮、陳德明合著，*戒毒—毒品濫用之危害與防制*，合記圖書出版社，頁 20，2006.01.10。

⁴¹ 當然當「毒」被用以醫療，通常則稱之為「藥」，但我們也可以說此時它具有「毒」與「藥」之雙重身分與功能。

然而，為什麼人會想要施用毒品？特別是為什麼要施用會影響心智的毒品（mood-altering drugs）的原因，有非常多的理論與探究，各種理論與研究的結果，從基因解釋到環境因素均有⁴²，但並沒有定論。而有關施用毒品成癮之因素，近年來則有研究指出，施用毒品並上癮，與腦部之鴉片接受器與腦部之「多巴胺（dopamine）」這種神經傳導素有關，密切聯繫著興奮與歡愉⁴³。而舉例而言，「海洛因」就是一種影響心智之毒品，透過在身體內釋放出極多的「多巴胺」，使得施用者大腦有關鎮定性之接受器，對鴉片類毒品產生持續性的需要（Heroin releases an excess of dopamine in the body and causes users to need an opiate continuously occupying the opioid receptor in the brain.⁴⁴）。

第二節 犯罪化（criminalization）／除罪化（decriminalization）？

⁴² Barry Stimmel, Substance abuse and addiction in family courts: From addiction to abstinence: Maximizing the chances of success, Family Court Review, P266, 2009.04.

⁴³ 蒙桂珍、張玉亮、陳德明合著，戒毒—毒品濫用之危害與防制，合記圖書出版社，頁 24-25，2006.01.10。

⁴⁴ 參閱西元 2 千年，美國最高執掌毒品政策之「國家毒品控制政策辦公室（Office of National Drug Control Policy），簡稱 ONDCP」之情報，網路資料：<http://www.whitehousedrugpolicy.gov/publications/pdf/ncj175678.pdf>（參閱日期：2009.08.20）。

而在法律上，如何對施用毒品行為加以定性？一般來說，有從憲法上人權角度出發者，憲法上有所謂的「自主權（the right of self-autonomy）」，基本上肯認一個人對自己的任何事務、財產、身體等的自主管理，不論個人管理的好或不好，原則上是私人領域，在不影響他人的情況下，非但與他人無涉，政府更不能輕易介入之，因為一個人不應該是被強迫變得有錢、變得健康或變成政府想要的樣子或情況，甚至包括任何人的身心健康都是個人的範疇，由個人自己決定⁴⁵。

就有學說即是認為一個人施用毒品與否，也是一個人自主權的範疇，一個人的自主權本來就包含對個人的任何事務、財產、身體等的自主管理，而施用毒品縱然是個人對於自己健康、心靈的忽視或傷害，但依照上述的想法，一個人對個人的事務、財產、身體等自主的管理再如何地不當，原則上政府不能輕易介入之，從而便有主張認為一般常見，各國政府所謂的對毒品宣戰（War on Drugs），特別是限制人民單純地施用毒品（不含其他犯罪時）的情況，其實就是一種限制人民自主權的作為，必須通過憲法審查。

⁴⁵ Kevin S. Toll, The Ninth Amendment and America's Unconstitutional War on Drugs, University of Detroit Mercy Law Review, P421,2007.

以美國為例，有認為當法律規制私人行為，包括將那些不影響他人情況下之毒品施用加以犯罪化，就是破壞了個人自主權，憲法應該並未賦予國會去干涉一個人的自我健康、心靈之管理，這樣的干涉無疑就是而可能無法通過美國憲法第九修正案之檢驗。最有名便是英國哲學家 John Locke 以公共損害 (public harm) / 私人損害 (private harm) 之二分法，認為法律必須採用第九修正案來決定是否某個行為有足夠公共利益來正當化政府的介入⁴⁶。

由憲法層次探究對於施用毒品行為的定性，並因為各國對於施用毒品行為常見的處罰即是採取刑罰，因此也常見連結到刑法層次的論述與討論。一般在刑法領域，也多半從刑法核心的「法益」探究施用毒品行為。如同許多說法都提出施用毒品行為類似於酗酒行為，最主要是行為人對自身的傷害 (Criminalization of drug use, like the prohibition of alcohol, makes the conduct it aims to prohibit more self-destructive?)，原則上最「直接」的是對自己身體的影響與傷害，因此有許多意見便認為很難認為有「法益」之侵害，或認為縱然施用毒品行為「間接」影響社會風氣、整體國民健康或是可能引發其他犯罪，但這樣抽象或不明確的概念或

⁴⁶ Kevin S. Toll, The Ninth Amendment and America's Unconstitutional War on Drugs, University of Detroit Mercy Law Review, P418-420、430,2007.

可能性，均不足以成為加以犯罪化之理由，而以刑罰之嚴厲手段規範之⁴⁷。

而國內一般所見的探討與批判中，即亦經常明確指出：「……施用毒品者以一己之身成癮於毒害，雖無意傷害、殺害的自殘行為，為傷害或殺害自己不在刑事法處罰範圍，何以行為人在不合醫療目的實施自行濫用毒品的行為，要遭到『最後的手段』或『最後的理性』之法律制裁，或謂『立法者在軍械庫中最強烈的武器』…」；「……基本上，刑事法對於行為人有危害或侵害他人權益，而此權益亦屬於刑事法所保護的權利或利益時，方有可能承受刑事制裁；至於行為人自行危害或自行傷害自己的法益，在法律方面是不加以處罰……」⁴⁸

至於認為應該將施用毒品加以犯罪化的理由，亦相當多元。例如有認為施用毒品行為引發整體健康問題終變成家庭與社會問題，如同眾所周知，施用毒品基本上會造成身體之不健康，特別施用古柯鹼與海或因會因為成癮之劑量而造成死亡，具體而言，施用

⁴⁷ Kevin S. Toll, The Ninth Amendment and America's Unconstitutional War on Drugs, University of Detroit Mercy Law Review, P443、448,2007.

⁴⁸ 林宜君、陳仟萬合著，「抓毒專家小六法—偵查毒品犯罪策略」，永然文化出版股份有限公司，頁39、106，1999.02。

毒品可能因為過量而死亡；對施用者健康損害；對於懷孕施用者之未出生或甫出生之嬰孩的健康損害；減低工作生產力；在工作或車禍意外中受傷、死亡或財物損害；造成家庭關係之破壞等。此外

(Most people would agree that the use of illegal drugs is generally unhealthy, and that the use of cocaine and heroin can be especially deadly because of their addictive capacities. Among the harmful consequences drugs can cause are death from overdose; damage to the user's health; damage to the health of unborn and newborn children of pregnant female users; decrease in work productivity; injuries, fatalities and property damage from industrial and traffic accidents; and damage to family relationships.⁴⁹)

除此之外，則有衍生其他犯罪之顧慮。對於毒品之犯罪化製造許多有害的第二層次的結果，包括謀殺、搶奪、毒品交易間之殺戮、對執法者之殺害，鋌而走險的施用毒品者為了需要金錢以供購買毒品之街頭犯罪（大多數是財產奪取），執法者之貪污，以及許多隱藏毒品獲利之財產犯罪。(Additionally, the

⁴⁹ Noah Mamber, *Coke and smack at the drugstore: Harm reductive drug legalization: An alternative to a criminalization society*, *Cornell Journal of Law and Public Policy*, P625, summer, 2006.

criminalization of drugs produces many unwanted secondary effects, including murder, robbery, assault between drug dealers and drug users; murders and assaults of the public servants who fight the drug war; street crime (mostly robbery) by desperate drug users who need more drug money; corruption of public officials by drug dealers; and various financial crimes used to conceal drug profits⁵⁰)。

所以統整而言，常見則為三個理由，認為應該將施用毒品行為加以犯罪化：1. 保護公眾的健康與安全⁵¹ 2. 犯罪預防⁵² 3. 道德與父權式之關注。

但是各種不同的毒品其實對於施用者的損害不一，眾所周知，毒品之使用對於身體原則上是不健康的，特別是古柯鹼與海洛因，更長因成癮之後之劑量造成死亡的可能⁵³；另外，施用者對於社會

⁵⁰ Noah Mamber, *Coke and smack at the drugstore: Harm reductive drug legalization: An alternative to a criminalization society*, *Cornell Journal of Law and Public Policy*, P625, summer, 2006.

⁵¹ 林宜君、陳仟萬合著，「抓毒專家小六法—偵查毒品犯罪策略」，永然文化出版股份有限公司，頁 39、107，1999.02。

⁵² 蒙桂珍、張玉亮、陳德明合著，*戒毒—毒品濫用之危害與防制*，合記圖書出版社，頁 87-89，2006.01.10。

⁵³ Noah Mamber, *Coke and smack at the drugstore: Harm reductive drug legalization: An alternative to a criminalization society*, *Cornell Journal of Law and Public Policy*, P626, summer, 2006.

的損害也不一⁵⁴。

而在法律上，施用毒品行為之定性，包括究竟是否是犯罪？法律效果如何等等，長期以來也頗有爭議，世界各國立法例均有不同⁵⁵。甚至有透過司法見解推翻立法規定之情況，拉丁美洲本來就有許多國家就認為個人持有少量或施用量之毒品，非屬犯罪，而阿根廷之最高法院則是在西元 2009 年 8 月間，以憲法的層次高度做出法律見解，認為個人施用毒品若不對其他人造成明顯損害則無不法可言，國家並無權設定道德標準⁵⁶。

就此深論之，其實有關施用毒品行為的定性，在刑法領域中涉及兩個層次，也就是罪與罰的層次，一般均認為，刑法即係指：「犯罪（構成要件）→懲罰（法律效果）」的兩個層次所組成，也就是「罪→罰」這樣的公式。除了代表是犯罪始能有所處罰之外，認定一個行為屬於犯罪，是處罰之前提；而認定一個行為屬於犯罪之後，要如何加以處罰？則是第二層次的問題。

⁵⁴ Robert MacCoun and Peter Reuter, *The Varieties of Drug Control at the Dawn of the Twenty-First Century*, *The American Academy of Political and Social Science*, P13, 2002.07.

⁵⁵ 詳見下述有關各國毒品政策之論述。

⁵⁶ 參閱新聞「個人持少量大麻，拉美解禁判無罪」，中國時報，2009.08.28，A2 國際新聞。

立法採取將施用毒品行為加以犯罪化，除了必須體現社會的核心價值外，更必須能夠有效解決它的目標所設定的問題(A regulatory model must not only embody a society' s core values, it must also effectively resolve its targeted problems)；所以將施用毒品行為加以犯罪化，在刑事政策與犯罪學的領域中，更無非就是肯認犯罪化後的刑罰，是一種對於減少毒品施用者人數之有效手段 (This policy also prioritizes the effectiveness of criminal sanctions as a means of reducing the number of drug users.⁵⁷)。

亦即，首先的層次是有關是否要將施用毒品行為視為是一種犯罪，也就是「犯罪化 (criminalization)」，或是加以「除罪化 (decriminalization⁵⁸)」的問題？其次，縱然認為施用毒品行為是一種犯罪，還要探究如何處罰這樣的犯罪行為？此時，則涉及到各種處罰方式之選擇，世界各國的處罰方式亦多有不同，例如監禁 (有期徒刑、拘役等)、罰金、醫療處遇等較為常見，我國過去對施用毒品行為，甚至曾祭出「無期徒刑」、「死刑」之嚴厲法律效果

⁵⁷ Noah Mamber, *Coke and smack at the drugstore: Harm reductive drug legalization: An alternative to a criminalization society*, *Cornell Journal of Law and Public Policy*, P622、625, summer, 2006.

⁵⁸ Robert MacCoun and Peter Reuter, *The Varieties of Drug Control at the Dawn of the Twenty-First Century*, *The American Academy of Political and Social Science*, P10, 2002.07.

其實，有關施用毒品行為之犯罪化或除罪化，並不是一個舉世皆然的道理。以義大利為例，在西元 1970 年代中期，對於所謂的「硬毒品 (hard-drug⁶⁰)」之持有加以除罪化 (decriminalization)，而在西元 1990 年則再度加以犯罪化 (recriminalization)，後來又在西元 1993 年再度加以除罪化 (redcriminalization)⁶¹。

以我國為例，並非採取「零容忍的政策 (zero-tolerance policy⁶²)」，未將所有毒品之施用行為均加以犯罪化，而是區分毒品種類，採取折衷及分類的作法。有關施用毒品行為是否為「犯罪」？係視毒品種類而有不同的規範⁶³，施用第一級、第二級毒品者，屬於「刑事犯」；施用第三級、第四級毒品者，則屬於「行政犯」，但由於立法技術上未區分具體個案中該等毒品之「質」與「量」

⁵⁹ 參閱戡亂時期肅清煙毒條例（民國 44 年 6 月 3 日公布、62 年 6 月 21 日修正）第 9 條、肅清煙毒條例（民國 81 年 7 月 27 日修正）第 9 條均是。

⁶⁰ 所謂「硬毒品 (hard-drug)」像是古柯鹼與海洛因，Noah Mamber, *Coke and smack at the drugstore: Harm reductive drug legalization: An alternative to a criminalization society*, *Cornell Journal of Law and Public Policy*, P642, summer, 2006.

⁶¹ Robert MacCoun and Peter Reuter, *The Varieties of Drug Control at the Dawn of the Twenty-First Century*, *The American Academy of Political and Social Science*, P11, 2002.07.

⁶² Noah Mamber, *Coke and smack at the drugstore: Harm reductive drug legalization: An alternative to a criminalization society*, *Cornell Journal of Law and Public Policy*, P621-622, summer, 2006.

⁶³ 持有毒品之行為，是否為犯罪？我國也以毒品種類加以區分，近期並就持有有一定淨質重量以上之第三級、第四級之行為加以犯罪化，此係依據民國 98 年 5 月 20 日總統華總一義字第 09800125141 號令公布，而於民國 98 年 11 月 20 日生效施行。

及毒害程度，論者有謂此等區分下之立法方式，無法辨識究竟是採取「質的差異理論」或「量的差異理論」為基礎的區別結果，只是立法者較為僵化的取捨或決定⁶⁴。

☆我國施用毒品行為之刑事處遇（刑罰部分，不含保安處分或戒癮治療）：

	條文依據	法律效果
第一級毒品	第 10 條第 1 項	處六月以上五年以下有期徒刑。
第二級毒品	第 10 條第 2 項	處三年以下有期徒刑。
第三級毒品	第 11 條之 1 第 2 項	處新臺幣一萬元以上五萬元以下罰鍰，並應限期令其接受四小時以上八小時以下之毒品危害講習。
第四級毒品	第 11 條之 1 第 2 項	處新臺幣一萬元以

⁶⁴ 林宜君、陳仟萬合著，「抓毒專家小六法—偵查毒品犯罪策略」，永然文化出版股份有限公司，頁 40、109，1999.02。

		<p>上五萬元以下罰 鍰，並應限期令其接 受四小時以上八小 時以下之毒品危害 講習。</p>
--	--	--

其中有關第三級毒品及第四級毒品之持有或施用，法律規範

(即毒品危害防制第 11 條之 1) 並曾變更之：

	法條內容	法律效果	立法理由
民國 92 年 7 月 9 日修 正版	第三、四級毒品及製 造或施用毒品之器 具，無正當理由，不 得擅自持有。	無(僅有沒收銷 毀之配套規定 ⁶⁵⁾)	一、本條新 增。 二、本條例雖 未對第三、四 級毒品之持有 者抑或施用者 科以刑罰，惟

⁶⁵ 至於如何沒收銷毀，實務見解認為「按毒品危害防制條第 18 條第 1 項規定，查獲之第 3、4 級毒品，無正當理由而擅自持有者，均沒入銷燬。由於該條例並未規定應由何機關執行沒入銷燬，故毒品危害防制條例施行細則第 11 條之 1 乃規定『依本條例第 18 條第 1 項規定，經查獲無正當理由而擅自持有第 3、4 級毒品及製造或施用毒品之器具者，由查獲機關予以沒入銷燬之。』可知，此沒入銷燬之行政處分的執行機關為查獲機關，故如由警察機關查獲者，應由警察機關依行政罰法裁處之，由檢察機關查獲者，則由檢察官逕以沒入處分令為之。」請參閱法務部研究意見，民國 94 年 7 月 21 日法檢字第 0940802834 號函文。

			鑑於第三、四級毒品既均係管制品，自不允許無正當理由，擅予持有爰增列本條，違反者，並於修正條文第十八條明定均沒入銷燬。
民國 98 年 5 月 20 日 修正版	第三級、第四級毒品及製造或施用毒品之器具，無正當理由，不得擅自持有。 無正當理由持有或施用第三級或第四級毒品者，處新臺幣一萬元以上五萬元	罰鍰與毒品危害講習	照黨團協商條文通過。

	<p>以下罰鍰，並應限期令其接受四小時以上八小時以下之毒品危害講習。</p> <p>少年施用第三級或第四級毒品者，應依少年事件處理法處理，不適用前項規定。</p> <p>第二項裁罰之基準及毒品危害講習之方式、內容、時機、時數、執行單位等事項之辦法，由法務部會同內政部、行政院衛生署定之。</p>		
--	---	--	--

第三節 犯罪化後之處遇思維

有些犯罪的處罰，會連結醫療思維或方式，通常並稱之為犯罪控制。典型的犯罪控制是在兩個方面，一個是對於性犯罪者的化學

去勢；另一個則是對於藥物或酒精成癮者之藥物介入⁶⁶。

一般來說，常見對於施用毒品之犯罪化與否及處遇模式，可能有三：(一)全部或部分之除罪化模式(Decriminalization Model)；(二)醫療／處方模式(Medical/Prescription Model)；(三)減少損害模式(Harm Reduction Model⁶⁷)。

其中，除罪化可能因應各種情況為全部或部分之除罪化，全面除罪化，雖然還是可以認為施用毒品是不合法的，但就不涉及犯罪，而是針對施用毒品行為透過罰鍰加以處罰。但其實全面除罪化這個政策，是完全不實際的，美國政府即認為不可能對於一個對心智有強大影響作用及害處的物質，採取完全不受控制的作法。

(……Decriminalization can either be full or partial……Drug use would be punished by fines, but narcotics would still not be legally available. Interestingly, under full decriminalization, drug regulations would actually be less restrictive than those which now apply to legal drugs,

⁶⁶ Henry T. Greely, Neuroscience and Criminal Justice: Not Responsibility but Treatment, The University of Kansas Law Review, P1106, 2008.06.

⁶⁷ Noah Mamber, Coke and smack at the drugstore: Harm reductive drug legalization: An alternative to a criminalization society, Cornell Journal of Law and Public Policy, P643-645, summer, 2006.

such as alcohol and tobacco. This policy, however, is completely unrealistic; the U.S. government will never allow substances which have a powerful effect on the mind, and great potential for harm, to go completely unregulated……⁶⁸)

若是部分除罪化，有些法律限制對於持有、販賣與散布。以荷蘭為例，採行一個部分除罪化之大膽的政策，西元 1976 年對於鴉片法案的修正，允許公共追訴部門去限制去避免追訴毒品犯罪，像是小量的大麻之持有，因為他們認為這樣的追訴對抗的反而是更重要的公共利益，從而今日，大麻基本上佔有主宰地位，甚至在咖啡店裡被販售的，那些交易基本上會被警察忽略，並且只有例外情況，例如透過廣告、大聲音量，群眾或是其他妨害行為出現，較少的假設，或是可能涉及販售海洛因或古柯鹼，警察才會採取法律行動。荷蘭的警察其實也是忽略了小量的海洛因或古柯鹼的持有，除非是公然商業機構販售海洛因或古柯鹼。(Under partial decriminalization, some legal restrictions on the possession, sale, and distribution of a drug are removed either by law or by lack of enforcement. The Netherlands pursues a bold

⁶⁸ Noah Mamber, *Coke and smack at the drugstore: Harm reductive drug legalization: An alternative to a criminalization society*, *Cornell Journal of Law and Public Policy*, P640, summer, 2006.

policy of partial decriminalization. n143 Even though small-quantity marijuana possession is technically illegal, the 1976 Amendments to the Opium Act permit the Public Prosecutions Department to refrain from prosecuting drug offenders if such prosecution is against a weighty public interest. Today, marijuana is predominately sold in "Koffiehuizen", or coffeehouses. These transactions are typically ignored by the police, and only in exceptional cases, such as advertising, loud music, crowds or other nuisances, minors on premises, or heroin or cocaine being sold on premises, will legal action be taken. The Dutch police also ignore possession of small quantities of heroin or cocaine. The Dutch, however, will prosecute the open sale of even small quantities of heroin or cocaine in commercial establishments⁶⁹)

而上述的(二)醫療／處方模式(Medical/Prescription Model)其實與(三)減少損害模式(Harm Reduction Model)必須加以說

⁶⁹ Noah Mamber, Coke and smack at the drugstore: Harm reductive drug legalization: An alternative to a criminalization society, Cornell Journal of Law and Public Policy, P641, summer, 2006.

明與區分。二者雖然都有醫療或治癒的思維，但是內涵仍有不同，尤其後者已經成為一種獨特的設計甚至法制，一般都是獨立介紹之⁷⁰。而典型的醫療／處方模式（Medical/Prescription Model）是以醫療之治療方式，具體言之就是以住院或門診之方式為之⁷¹；也有將施用毒品成癮視為一種疾病，並且是透過監控、調整病患毒品劑量之方式，也算是採「以毒攻毒」的作法，成效亦相當顯著⁷²。

具體言之，醫療／處方模式（Medical/Prescription Model）是以醫療方式來處理毒品濫用，毒品犯用被視為一種疾病，醫生可以透過給予成癮者限制的劑量的毒品來治療他們。醫生開處方特定數量之藥物給成癮者去維持他們的習慣，並且在某些案例中可以去逐漸使他們斷絕毒品。（Problems also exist with the medical approach to drug abuse, in which drug abuse is seen as a disease that doctors can treat by making illegal drugs available to addicts in limited doses. Doctors prescribe a

⁷⁰ 依照維基百科的說法：「替代療法不是標準的現代醫學療法，但會被一些現代的醫生使用以作為輔助」，參見網路資料：

<http://zh.wikipedia.org/zh-tw/Category:%E6%9B%BF%E4%BB%A3%E7%99%82%E6%B3%95>（參看日期：98.11.13）。

⁷¹ 例如住院治療、解毒戒癮門診治療，參見行政院衛生署嘉南療養院民國 98 年 11 月 6 日嘉南司字第 0980007343 號函文。

⁷² 「以毒攻毒海洛因戒毒成效好」，參閱網路新聞：

<http://tw.news.yahoo.com/article/url/d/a/091021/11/1temv.html>（參看日期：2009.10.21）。

certain amount of drugs to addicts to maintain their habits, and in some cases attempt to gradually wean them off of drugs.⁷³⁾

然而對於藥物成癮者，以藥物介入方式加以控制或處遇，並不是毫無爭議的方式，西元 20 世紀初期，美國並未對藥物有所規制或犯罪化，漸漸地則是開始對於藥物的製造品質、醫療標示、運輸、販賣等加以行政規範，到了西元 1919 年，最高法院則是認為以處方籤之方式，提供成癮者，像是海洛因或是古柯鹼等藥物，不能算是醫療行為，而是犯罪行為⁷⁴。從而，雖然現今有許多國家採行藥物介入成癮者的方式，但這不是古今中外至始就接受的概念或作法，或許我們也沒有辦法認定究竟採取監禁或是醫療方式，才是對施用毒品行為較為正確的處遇方式，但是一般認為對施用毒品行為採行治療處遇之方式，是較採取傳統刑事司法之監禁來得寬容的作法⁷⁵。而提供之形式更是各國均有所不同，像是英國，更是直接將海洛因當作處方藥物，以提供而維持的方式來治療海洛因成癮者⁷⁶。

⁷³ Noah Mamber, *Coke and smack at the drugstore: Harm reductive drug legalization: An alternative to a criminalization society*, *Cornell Journal of Law and Public Policy*, P643, summer, 2006.

⁷⁴ Kevin S. Toll, *The Ninth Amendment and America's Unconstitutional War on Drugs*, *University of Detroit Mercy Law Review*, P428-429, 2007.

⁷⁵ Robert MacCoun and Peter Reuter, *The Varieties of Drug Control at the Dawn of the Twenty-First Century*, *The American Academy of Political and Social Science*, P11, 2002.07.

⁷⁶ Kevin S. Toll, *The Ninth Amendment and America's Unconstitutional War on Drugs*, *University of Detroit Mercy Law Review*, P441, 2007.

以我國為例，有關施用毒品行為之法律效果之變革（以 18 歲以上之施用毒品者為例），以表格及圖表方式說明如下：

一、 戡亂時期肅清煙毒條例（民國 44 年 6 月 3 日制訂公布）

條號	第九條
條文內容	<p>施打毒品、吸食毒品或鴉片者，處三年以上七年以下有期徒刑。</p> <p>施用麻煙或抵癮物品者，處一年以上三年以下有期徒刑。</p> <p>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，不適用刑法第八十八條第三項之規定。</p> <p>前項勒戒處所，由地方政府就公立醫院內附設之。</p> <p>犯第一項、第二項之罪，勒戒斷癮後再犯者，加重本刑至三分之二；三犯者處死刑。</p>
法律效果	自由刑（且應勒戒）
	死刑（三犯）

二、 戡亂時期肅清煙毒條例（民國 62 年 6 月 21 日修正）及肅清
煙毒條例（民國 81 年 7 月 27 日修正）⁷⁷

條號	第九條
條文內容	<p>施用毒品或鴉片者，處三年以上七年以下有期徒刑。</p> <p>施用麻煙或抵癮物品者，處一年以上三年以下有期徒刑。</p> <p>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，不適用刑法第八十八條第三項之規定。</p> <p>法院或檢察官於前項裁定勒戒前，得先將犯罪嫌疑人送勒戒處所觀察。其期間不得逾一個月。</p> <p>前二項勒戒及觀察之日數，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。</p> <p>第三項、第四項之勒戒處所，由地方政府設立或就公立醫院內附設之。</p> <p>犯第一項、第二項之罪，依第三項規定勒戒斷癮後或第四條規定免除其刑後再犯者，加重本刑至三分之二；三犯者處死刑或無期徒刑。</p>
法律效果	自由刑（且應勒戒）

⁷⁷ 民國 81 年 7 月 27 日「戡亂時期肅清煙毒條例」修正名稱為「肅清煙毒條例」，但第 9 條之條文內容並未修正。

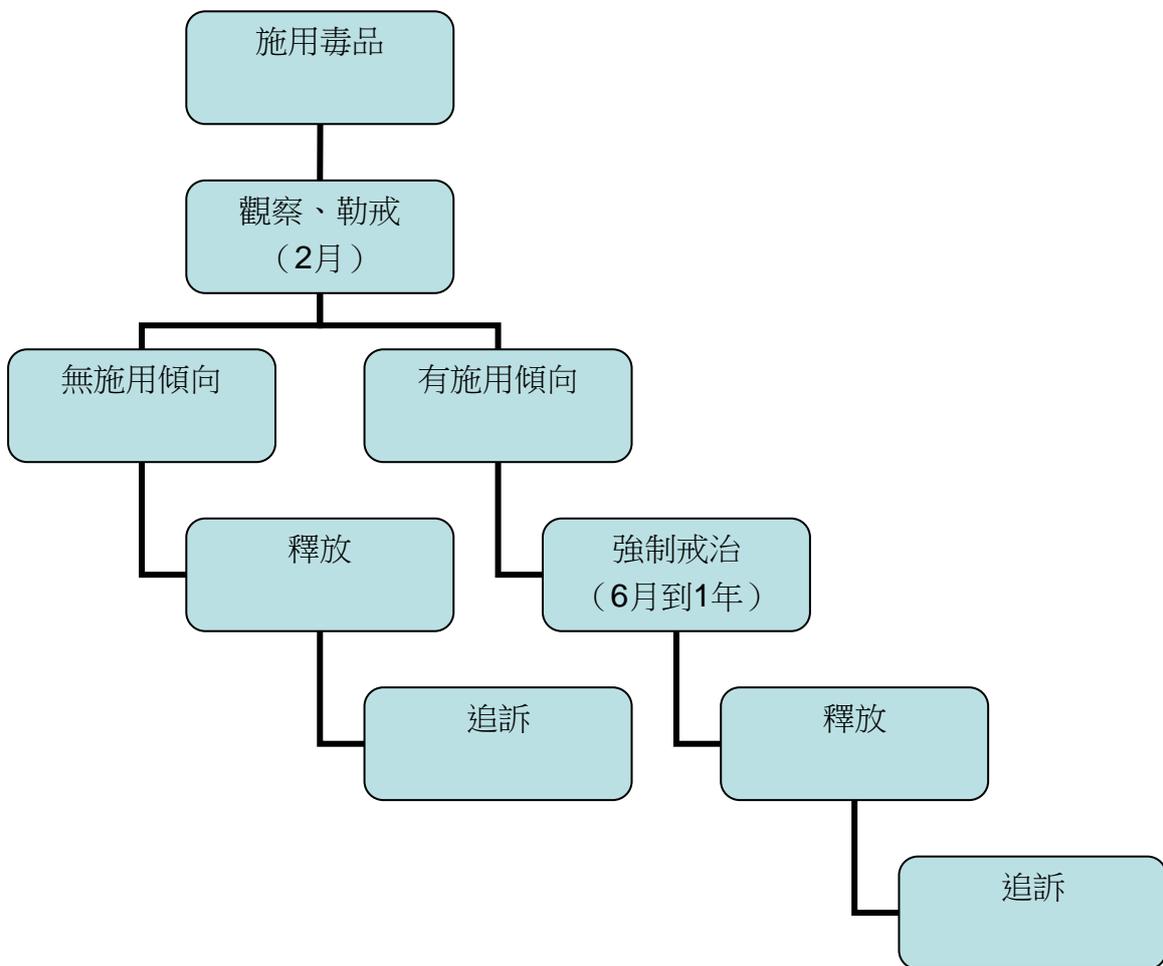
	無期徒刑、死刑（三犯）
--	-------------

三、 毒品危害防制條例（民國 92 年 7 月 9 日修正）⁷⁸

施用毒品行為之處遇之流程及所涉及法條分別如下之流程圖

及表格：

（一）流程圖⁷⁹：



⁷⁸ 民國 87 年 5 月 20 日「肅清煙毒條例」修正名稱為「毒品危害防制條例」，內容並大幅修正，施用毒品行為之法律效果已廢除無期徒刑、死刑之部分，並增訂有關觀察、勒戒與強制戒治之相關規定，嗣並歷經民國 92 年 7 月 9 日之修正，然其中有關施用毒品行為之法律效果之自由刑部分（即第 10 條）即未再修正，觀察、勒戒、強制戒治等部分（即第 20 條）則有微幅修正，但因不影響處遇的主要流程與精神，所以仍以 92 年 7 月 9 日修正之條文內容作為代表加以說明，附此敘明。

⁷⁹ 流程圖係由筆者依據「毒品危害防制條例」相關條文所繪製。

*此處應予說明者：所謂「追訴」，實務上長期以來均是指依據「毒品危害防制條例」第 23 條、第 10 條等規定，起訴施用毒品之被告之意。但自民國 95 年間起，各地檢署檢察官已多有開始依據刑事訴訟法第 253 條之 2 之緩起訴之規定，對被告為緩起訴之處分，命被告於緩起訴期間，參與服用美沙冬（Methadone）之減害計畫之追訴作法。

(二) 所涉及之法條 (依適用順序)

1.

條號	第二十條
條文內容	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>
法律效果	觀察、勒戒
	強制戒治

2.

條號	第二十三條
條文內容	依第二十條第二項強制戒治期滿，應即釋放，由檢察官為不起訴之處分或少年法院（地方法院少年法庭）為不付審理之裁定。 觀察、勒戒或強制戒治執行完畢釋放後，五年內再犯第十條之罪者，檢察官或少年法院（地方法院少年法庭）應依法追訴或裁定交付審理。
法律效果	自由刑

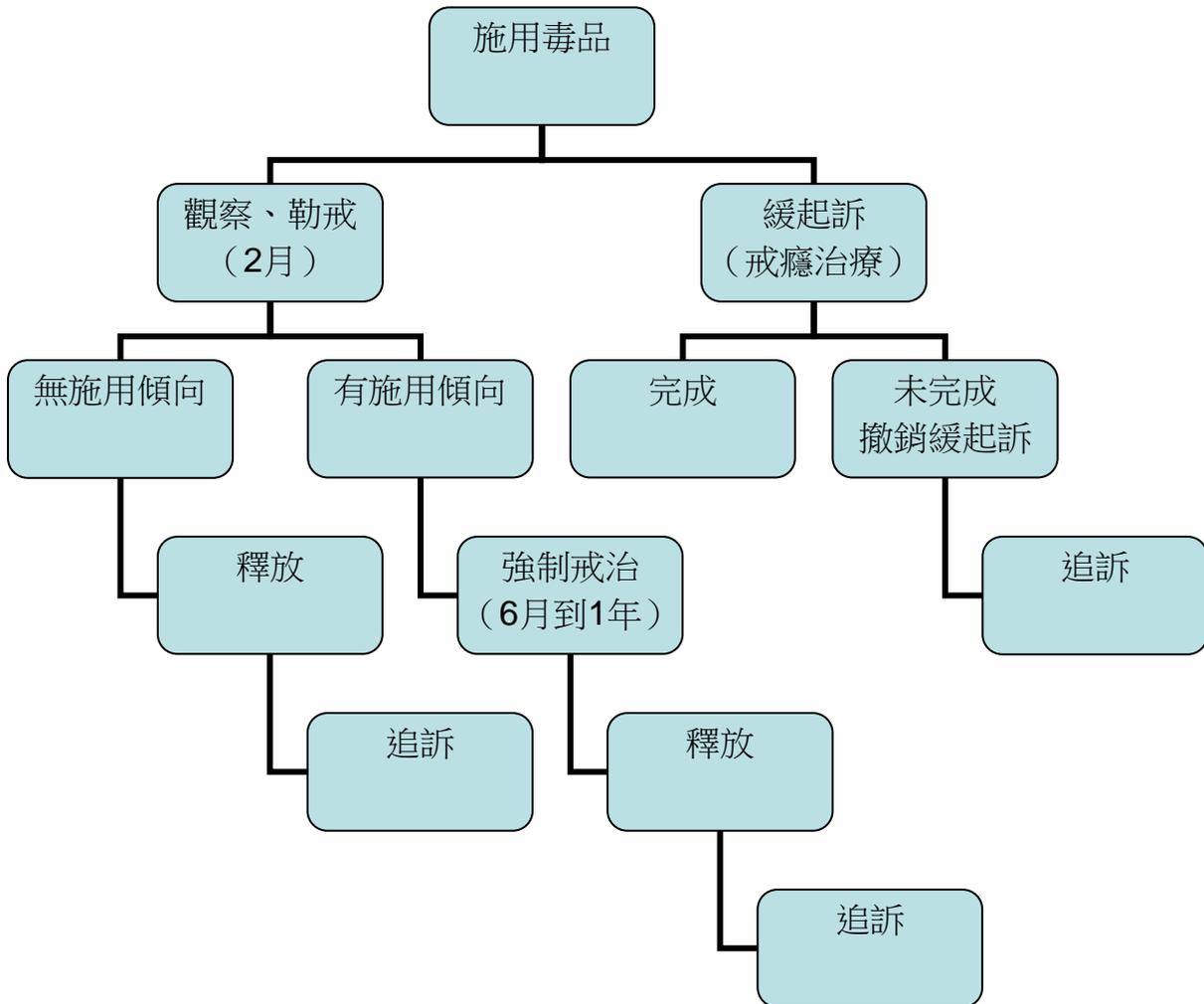
3.

條號	第十條
條文內容	施用第一級毒品者，處六月以上五年以下有期徒刑。 施用第二級毒品者，處三年以下有期徒刑。
法律效果	自由刑

四、毒品危害防制條例（民國 97 年 4 月 30 日修正、民國 98 年 5 月 20 日修正後，即現行條文）

施用毒品行為之處遇之流程及所涉及法條分別如下之流程圖及表格：

（一）流程圖：



(二) 所涉及之法條 (依適用順序)

1.

條號	第二十四條
條文內容	<p>本法第二十條第一項及第二十三條第二項之程序，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。</p> <p>前項緩起訴處分，經撤銷者，檢察官應依法追訴。</p> <p>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。</p>
法律效果	緩起訴（戒癮治療）

2.

條號	第二十條
條文內容	<p>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。</p>

	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>受觀察、勒戒或強制戒治處分之人，於觀察、勒戒或強制戒治期滿後，由公立就業輔導機構輔導就業。</p>
法律效果	觀察、勒戒
	強制戒治

3.

條號	第二十三條
條文內容	依第二十條第二項強制戒治期滿，應即釋放，由檢察官為不起訴之處分或少年法院（地方法院少年法庭）

	<p>為不付審理之裁定。</p> <p>觀察、勒戒或強制戒治執行完畢釋放後，五年內再犯第十條之罪者，檢察官或少年法院（地方法院少年法庭）應依法追訴或裁定交付審理。</p>
法律效果	自由刑

4.

條號	第十條
條文內容	<p>施用第一級毒品者，處六月以上五年以下有期徒刑。</p> <p>施用第二級毒品者，處三年以下有期徒刑。</p>
法律效果	自由刑

第三章 世界各國之毒品政策

其實一直以來跨國之法制研究或比較相當盛行。在施用毒品行為之政策部分，世界各國是呈現一種相互影響的循環。以美國為例，便有學者指出基本上美國對於其他各國的毒品政策經常採取強力介入政策；另一方面，美國則又是在探究毒品政策時，往往統整各國政策加以辯論。現今世界各國仿效荷蘭之減害政策更是一個明顯的事證，可供我們分析與研究⁸⁰。

第一節 聯合國與歐洲聯盟

除了本文所欲探究的各國法制之外，也包括整合性的國際組織⁸¹：

一、 聯合國

權責機關	西元1946年「麻醉藥品委員會 (Commission on Narcotics Drugs)」
------	--

⁸⁰ Robert MacCoun and Peter Reuter, *The Varieties of Drug Control at the Dawn of the Twenty-First Century*, *The American Academy of Political and Social Science*, P17, 2002.07.

⁸¹ 表格資料，係筆者參見並整理自亞洲大學財經法律系蔡佩芬教授，「國際上毒品犯罪之刑事司法互助」，收錄於中央警察大學法律系、中原大學財經法律學系、臺灣刑事法學會合辦之「毒品犯罪及其防治」學術研討會，P130~P142，2009.10.30。

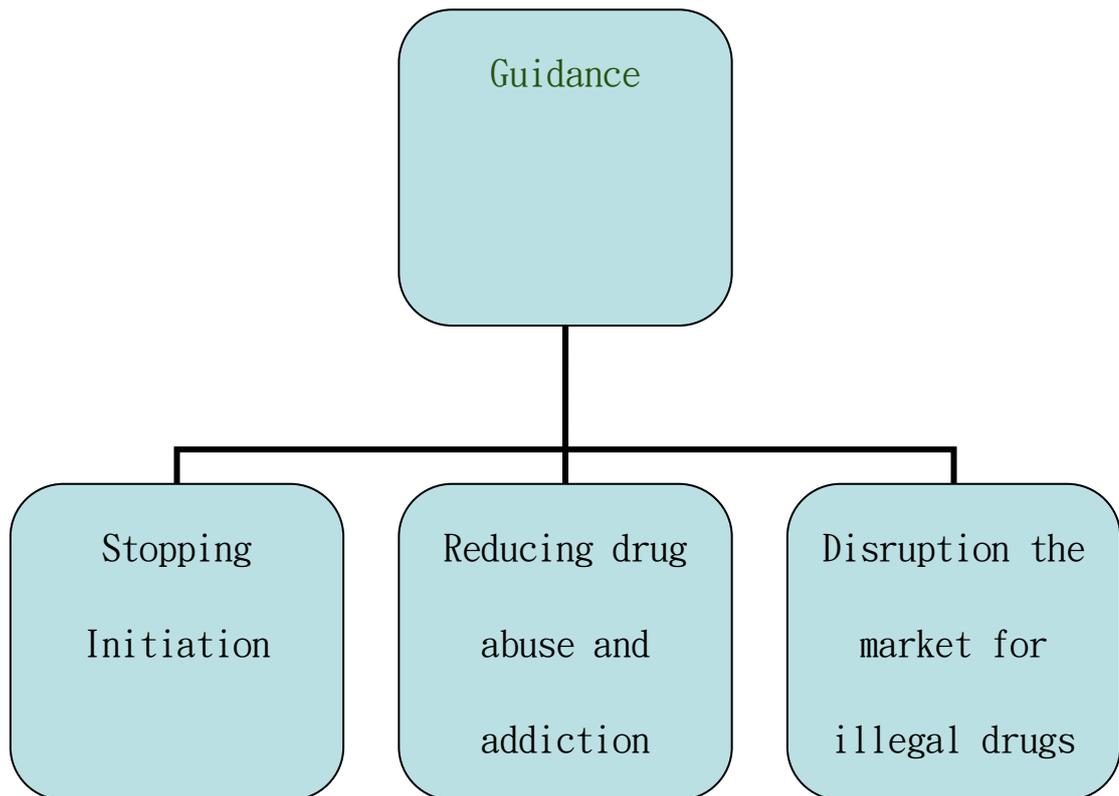
	西元 1968 年「國際麻醉藥品管制署 (The International Narcotics Control Board)」
	西元 1991 年「聯合國國際麻醉藥品管制署 (United Nations International Drug Control and Programme)」
	西元 1997 年「聯合國毒品控制與犯罪預防辦公室 (United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention)」
國際公約	西元 1961 年「麻醉藥品單一公約 (Single Convention On Narcotic Drug)」
	西元 1971 年「精神藥物公約 (Convention On Psychotropic Substance)」
	西元 1988 年「聯合國禁止非法販運麻醉藥品暨精神藥物公約 (United Nations Convention Against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances)」
	西元 2000 年「聯合國打擊跨國組織犯罪公約 (United Nations Convention Against

	transnational Organizes Crime)」
--	---------------------------------

二、 歐洲聯盟（包括歐盟成立前、後）：歐洲各國之權責機關是西元 1993 年「歐洲毒品與毒品成癮監控中心（European Monitoring Centre For Drugs Addiction）」。至於相關的國際公約或協議，陸續有西元 1912 年在海牙產生之「國際禁止鴉片公約(The International Opiumconvention)」、西元 1931 年「限制製造和管制麻醉藥品分配公約(Convention For Limiting The Manufacture And Regulating the Distribution of Narcotic Drugs)」、西元 1971 年「精神藥物公約 (Convention On Psychotropic Substance)」、西元 1981 年「確保關稅與農業事務正確適用法規之互助規則 (Regulations On Mutual Assistance In Ensuring The Correct Application Of The Law On Customs And Agricultural Matters)」、西元 1988 年「聯合國禁止非法販運麻醉藥品暨精神藥物公約 (United Nations Convention Against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances)」。

第二節 美國

至於美國最新的毒品政策，也就是美國總統歐巴馬在西元 2009 年的毒品政策（The President's National Drug Control Strategy January 2009⁸²）指出，基本指導綱領如下：



也就是一方面認為透過研究發現，若在18到20歲間不接觸毒品，就比較不會在接著幾年去接觸毒品。若是能夠關注在減少這個重要時期的毒品施用，可以正面地去影響整個國家民眾未來的健康與安全（……young people who do not initiate drug use by age

⁸² 參見網路資料：<http://www.whitehousedrugpolicy.gov/publications/policy/ndcs09/index.html>（參見日期：98.12.01）。

18-20 are highly unlikely to develop a drug dependency problem in succeeding years, and this protective effect stays with them throughout their lives. By focusing on reducing drug use during this critical period in the lives of young people, we can positively impact the health and safety of Americans well into the future. However, the substantial declines in drug use in America)。因此政策之指導綱領第一點認為應該盡可能去避免青少年接觸毒品。

另外，政策之指導綱領第二點與第三點則是針對減少需求與供給的方面，分別是減少藥物濫用與成癮（Reducing Drug Abuse and Addiction）與斷絕毒品市場（Disrupting the Market for Illegal Drugs）。

西元 1969 年，美國總統尼克森（Nixon）宣誓全國「對毒品宣戰（War on drugs）」，隨即在西元 1970 年，通過了「避免與控制多重藥物濫用法案（Comprehensive Drug Abuse Prevention and Control Act）」，自此宣誓了毒品之非法性。在這之前，美國聯邦法律對於毒品之規制，只限於稅法（revenue laws）的層次，並由

美國財政部（the U. S. Treasury Department）來執行相關稅收⁸³。

基本上，美國聯邦與大多數的州法律對於各種麻醉藥物均採取所謂的「零容忍政策」(……both federal and most state agencies impose a zero tolerance policy for all narcotics⁸⁴)。但因為美國有聯邦法律與各州法律之特殊制度，因此會發生聯邦法律與各州法律不一致，或是各州法律之間不一致的情況。以施用大麻為例，施用大麻雖是聯邦犯罪，在大多數各州也是犯罪，但在加州、阿拉斯加、科羅拉多、夏威夷等 14 個州，則是限定減輕疼痛之目的下施用大麻為合法，也就是醫藥用途之大麻係屬合法。這樣的特殊情況，代表若有人在這些州因為疼痛或醫療而施用大麻，理應合法，但仍可能遭聯邦執法人員調查，以釐清事實；但面對合法與否的疑慮、實際上發生執法者標準不一的案例與可能衍生的弊端或漏洞，美國司法部長侯德（Eric Holder）就此並表示：「聯邦將不會針對符合藥用大麻州法律的重症病人與供應者起訴」，但同時補充「我們不會容忍毒販以合法掩護非法的行為」⁸⁵。

其實就施用毒品行為而言，美國是約在西元 1940~50 年代開

⁸³ Kevin S. Toll, The Ninth Amendment and America's Unconstitutional War on Drugs, University of Detroit Mercy Law Review, P428-430,2007.

⁸⁴ Noah Mamber, Coke and smack at the drugstore: Harm reductive drug legalization: An alternative to a criminalization society, Cornell Journal of Law and Public Policy, P626, summer,2006.

⁸⁵ 相關報導，請參考「美 14 州藥用大麻合法」，蘋果日報，A22 版，2009.10.21。

始引進，到了西元1964年 Vincent Dole 教授在紐約開始使用口服的美沙冬作為治療計畫之藥物。

第三節 荷蘭

荷蘭因為有關毒品政策較為特殊，並為許多國家所仿效⁸⁶，因此有特別提出介紹之必要。荷蘭對毒品採取部分除罪化之大膽的政策。儘管小量的大麻持有在技術上是非法的，但是西元1976年的鴉片法案的修正案，則允許追訴部門去免除追訴毒品犯……荷蘭對於小量之海洛因與古柯鹼之持有是加以忽略的；但還是會對於在營業處所公開販售行為加以追訴，儘管只是小量亦同（The Netherlands pursues a bold policy of partial decriminalization. Even though small-quantity marijuana possession is technically illegal, the 1976 Amendments to the Opium Act permit the Public Prosecutions Department to refrain from prosecuting drug offenders……The Dutch police also ignore possession of small quantities of heroin or cocaine. The Dutch, however, will prosecute the open sale of even small quantities of heroin or cocaine in commercial

⁸⁶ Robert MacCoun and Peter Reuter, *The Varieties of Drug Control at the Dawn of the Twenty-First Century*, *The American Academy of Political and Social Science*, P17,2002.07.

establishments.⁸⁷)。

並有研究特別指出，施用毒品方式的文化也會影響整個毒品減害政策，像是研究指出西元 1990 年代，因為許多荷蘭有許多毒品成癮者施用毒品方式喜歡用煙霧勝於注射，此等文化、風氣可能幫助減少 HIV 傳染 (There may also be differences in the ways in which the drugs are used, which would have important consequences for the extent of harms suffered by users. For example, many Dutch addicts have long preferred smoking heroin to injecting it, a cultural norm that surely helped reduce HIV transmission in the 1990s.⁸⁸)。

第四節 法國

相較於歐洲各國，法國對於施用毒品之政策，是很特殊的國家。以西元 1995 年為分界，特別是在這之前，法國對施用毒品之政策是相當特殊且令人震驚的。因為基本上，歐洲各國因應 AIDS 的流行，大多採取以服用美沙冬為核心之減害政策(Harm reduction

⁸⁷ Noah Mamber, *Coke and smack at the drugstore: Harm reductive drug legalization: An alternative to a criminalization society*, *Cornell Journal of Law and Public Policy*, P640-641, summer,2006.

⁸⁸ Robert MacCoun and Peter Reuter, *The Varieties of Drug Control at the Dawn of the Twenty-First Century*, *The American Academy of Political and Social Science*, P13,2002.07.

policy)，但法國卻對此相當排拒，長期以來則是採取「治癒」作為目標，對於施用毒品問題，認為應該加以治療，並強調心理學的治療⁸⁹。

不過法國因為受到哲學家傅柯的影響⁹⁰，一開始法國其實與歐洲各國的公共政策與思維上有很大的差異，甚至令其他各國十分震驚。因為當歐洲各國著重於與 AIDS 傳染有關之減害計畫時，法國則是提出了治癒的觀點，著重於戒癮為主要的目標甚至主要是在發展有關心理療法（psychotherapy）的方式⁹¹。

到了西元 1995 年後，法國才開始採取與歐洲各國相同的「減少損害政策（Harm reduction policy）」。法國之健康專家扮演重要的角色，克服了長久反對戒癮的意識型態，並在 1990 年代中期，他們促進與發展了海洛因成癮者使用美沙冬（Methadone）以及丁基原啡因（Buprenorphine⁹²）之治療體系⁹³。

⁸⁹ Henri Bergeron and Pierre Kopp, Policy Paradigms, Ideas, and Interests: The Case of the French Public Health Policy toward Drug Abuse, *The Annals of The American Academy of Political and Social Science*, P39-40, 2002.07.

⁹⁰ 有關傅柯的相關哲學思維，可參見李駿逸，『論「性」之刑事法規制—以語言、權力、系統等差異理論作觀察』，國立台灣大學法律學研究所論文，頁 117 至 142，2007.06。

⁹¹ Henri Bergeron and Pierre Kopp, Policy Paradigms, Ideas, and Interests: The Case of the French Public Health Policy toward Drug Abuse, *The Annals of The American Academy of Political and Social Science*, P39, 2002.07.

⁹² 依據「毒品危害防制條例」第 2 條第 2 項第 3 款之附表：第三級毒品（除特別規定外，皆包括其異構物 Isomers、酯類 Esters、醚類 Ethers 及鹽類 Salts）1、異戊巴比妥（Amobarbital）2、伯替唑他（Brotizolam）3、丁基原啡因（Buprenorphine）4、布他比妥（Butalbital）5、去甲假

第五節 其他各國

丹麥是北歐典型的福利國家，甚至在毒品政策方面過去也被認為有相當的福利思維；但其實近年來，毒品政策逐漸地趨向嚴厲⁹⁴。但總結來說，丹麥自從西元 1960 年代開始至今，毒品政策方面存有許多混沌不清之處，交雜著保守的警察實務；不過還是可以歸納出一些創新的思維，例如在哥本哈根（Copenhagen）近郊之克力斯地安那（Christiana）設置大麻自由交易區，或是美沙冬的配給制度等⁹⁵。

葡萄牙則是透過各種背景的專家組成委員會來解決日益嚴重的毒品施用問題，並建構各種減害方式⁹⁶。澳洲則是最明確的毒品減害之政策的國家之一⁹⁷，並有諸多研究計畫⁹⁸。Gabriele 教授等描述一個政策面對日增的海洛因死亡與其他相關毒品問題，維持計畫幫助了使用者解決他們的問題。積極的實施，並且有很多減害的介

麻黃 【Cathine、(+)-Norpseudoephedrine】 ……。

⁹³ Robert MacCoun and Peter Reuter, *The Varieties of Drug Control at the Dawn of the Twenty-First Century*, *The American Academy of Political and Social Science*, P15, 2002.07.

⁹⁴ Lau Laursen and Jorgen Jepsen, *Danish Drug Policy—An Ambivalent Balance Between Repression and Welfare*, *The Annals of The American Academy of Political and Social Science*, P21, 2002.07.

⁹⁵ Robert MacCoun and Peter Reuter, *The Varieties of Drug Control at the Dawn of the Twenty-First Century*, *The American Academy of Political and Social Science*, P15, 2002.07.

⁹⁶ Robert MacCoun and Peter Reuter, *The Varieties of Drug Control at the Dawn of the Twenty-First Century*, *The American Academy of Political and Social Science*, P15, 2002.07.

⁹⁷ 有關澳洲法制，並請參閱臺灣高等法院檢察署賴正聲檢察官，「戒癮治療之發展、實行及未來展望」，收錄於法務部舉辦之 98 年度毒品查緝研習會，2009.10.30。

⁹⁸ 參見李思賢教授，「美沙冬替代療法的實施背景與現況」，管制藥品簡訊第 39 期，2009.04。

入方式（安全注射區、美沙冬持續療法）⁹⁹。

至於墨西哥長達數十年都是美國主要毒品的重要國外來源。不只是因為墨西哥製造大量的海洛因、甲基安非他命、大麻都銷往美國，也因為至少達十多年，都是安地斯山之古柯鹼的主要轉運站。Jorge 教授表示為何這樣的情況應該會形成新的與重大的犯罪組織，但其實墨西哥毒品問題卻維持在一個適度的程度的原因。墨西哥的毒品政策決定者，面對主要的鄰居的嚴厲監督，很小有彈性空間¹⁰⁰。

哥倫比亞是美國之古柯鹼與海洛因等毒品最主要的來源製造國，有著長期國際走私之情況，因為該國的毒品政策，因為受迫於美國之強大壓力，所以相較之下，哥倫比亞的毒品政策中，較不著重施用毒品之部分，重點則在於毒品運輸、相關貪污與暴力等政策¹⁰¹。伊朗與俄羅斯，Letizia 教授描述隨著前蘇聯之瓦解，俄羅斯毒品新的問題的發展。在 1990 年代，俄羅斯之毒品施用問題，只是國內的規模與供應。但最後幾年，也完全地參與了國際的毒品交

⁹⁹ Robert MacCoun and Peter Reuter, *The Varieties of Drug Control at the Dawn of the Twenty-First Century*, The American Academy of Political and Social Science, P15-16,2002.07.

¹⁰⁰ Robert MacCoun and Peter Reuter, *The Varieties of Drug Control at the Dawn of the Twenty-First Century*, The American Academy of Political and Social Science, P16,2002.07.

¹⁰¹ Robert MacCoun and Peter Reuter, *The Varieties of Drug Control at the Dawn of the Twenty-First Century*, The American Academy of Political and Social Science, P16,2002.07.

易市場，特別是海洛因的部分。政策回應是高度偏執的。甚至立法主要強調對毒品持有者的處遇。伊朗有很長的歷史處理鴉片之濫用。Faiborz 教授顯示出伊朗在二十世紀對抗處理鴉片問題。警察經常在處理海洛因問題。1978 年伊斯蘭革命帶來政府是用嚴格的處罰對付購買與販賣者。對面一個持續高的成癮情況，過去十年經歷更醫療的方式。在同時，儘管積極地在邊境執法，但是仍然扮演了海洛因從阿富汗通往歐洲的重要角色¹⁰²。

由上可知，世界各國之毒品政策均不盡然相同，非但如此，有論者甚至認為某些國家的毒品政策不但不斷變動或甚至可以說是搖擺不定的¹⁰³。

¹⁰² Robert MacCoun and Peter Reuter, *The Varieties of Drug Control at the Dawn of the Twenty-First Century*, *The American Academy of Political and Social Science*, P16-17, 2002.07.

¹⁰³ Lau Laursen and Jorgen Jepsen, *Danish Drug Policy—An Ambivalent Balance Between Repression and Welfare*, *The Annals of The American Academy of Political and Social Science*, P21, 2002.07.

第四章 我國對施用毒品行為之處遇

對於施用毒品行為的定性，其實係認為施用毒品者係「病患性犯人」，並兼有「身癮」與「心癮」，此參考「毒品危害防制條例」92年7月9日修正時之「立法總說明」，應可得到相當地理解。該「立法總說明」為：「由於民國八十七年五月二十日公布施行後，因認施用毒品者具『病患性犯人』之特質，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，使我國之反毒政策產生重大變革。惟本條例公布施行五年以來，因原僅分為三級毒品，無法與管制藥品管理條例互相配合，致第四級管制藥品遭致濫用，卻無相關處罰規定；又所訂施用毒品者之刑事處遇程序過於繁複，司法機關須依其不同犯次而異其處置，且強制戒治執行滿三月，即得停止強制戒治付保護管束，三月之執行期間過短，無法提昇強制戒治之成效，再犯率仍偏高，致未了之前案與再犯之新案間，一般刑事訴訟程序與觀察勒戒、強制戒治執行程序交錯複雜，於法律適用上引發諸多爭議；再勒戒處所，由法務部委託於醫院內附設之規定，有執行上之困難，而看守所或少年觀護所附設勒戒處所缺乏醫療專業人員，無法落實觀察勒戒業務等問題，均須予以解決；又跨國毒品犯罪查緝有賴國

際合作，惟我國並無相關法源據以執行。實有針對目前實務執行上面臨之困境予以修正本條例之必要。本次修正之毒品危害防制條例修正條文針對前開問題所為之修正，計刪除三條，修正二十三條，新增九條，共三十五條，其修正要點如下……」可知我國對於施用毒品行為定性之基本立法思維。

而在民國 97 年「毒品危害防制條例」明訂「戒癮治療」之相關法制之前，我國在醫療實務與司法實務之情況，應先加以說明。在醫療實務上，對於施用毒品行為之治療，不論何種毒品，主要均是以住院支持性療法、門診藥物治療等治療方式為之¹⁰⁴，而依據「毒品危害防制條例」第 21 條之規定，原則上施用第一級及第二級毒品之行為，於犯罪未發覺前，自動向行政院衛生署指定之醫療機構請求治療，醫療機構免將請求治療者送法院或檢察機關，若此等情況下治療中經查獲之被告，應由檢察官為不起訴之處分¹⁰⁵。另外，在醫療實務上，則是在民國 94 年由「行政院衛生署」核定而開始試辦「減害計畫」。

但首先要釐清的是，其實「減害計畫」不直接等同於「替代療

¹⁰⁴ 參見「財團法人奇美醫院臺南分院」民國 98 年 10 月 23 日 98 美分字第 0252 號函文。

¹⁰⁵ 詳參「毒品危害防制條例」第 21 條之規定。

法」，「替代療法」更不僅限於「美沙冬替代療法」。以我國的「減害計畫」為例，若參見上述行政院核定之「毒品病患愛滋減害試辦計畫」，基本上「減害計畫」是包含政策面與執行面的，特別在執行面，是包括諸多具體計畫的，例如清潔針具計畫、替代療法計畫，以及其他的教育、監控、研發或通報等配套計畫¹⁰⁶；至於「替代療法」之替代藥物更不以「美沙冬 (Methadone)」為限，也包括「丁基原啡因 (Buprenorphine¹⁰⁷)」、「舒倍生 (Suboxone)」等替代藥物，只是基於成本、成效等因素，以「美沙冬」最常見也最為主要¹⁰⁸。

所以要完整地了解我國的「減害計畫」，除了上述的「毒品病患愛滋減害試辦計畫」核定本外，自應該再搭配研究該核定本所附之「替代療法作業原則」、「替代療法臨床規範」、「辦理替代療法業務之機構設置基準」、「減害計畫相關實證摘要」；以及後續行政院衛生署所頒佈之「鴉片類物質成癮替代療法作業基準」、「美沙冬替代療法治療指引」等文獻資料。

¹⁰⁶ 參見「毒品病患愛滋減害試辦計畫（核定本）」，「行政院衛生署疾病管制局」，2005.12.06。

¹⁰⁷ 依據「毒品危害防制條例」第2條第2項第3款之附表：第三級毒品（除特別規定外，皆包括其異構物 Isomers、酯類 Esters、醚類 Ethers 及鹽類 Salts）1、異戊巴比妥 (Amobarbital) 2、伯替唑他 (Brotizolam) 3、丁基原啡因 (Buprenorphine) 4、布他比妥 (Butalbital) 5、去甲假麻黃【Cathine、(+)-Norpseudoephedrine】……。

¹⁰⁸ 參見「毒品病患愛滋減害試辦計畫（核定本）」，「行政院衛生署疾病管制局」，第25~26頁，2005.12.06。

而到了民國 95 年起，各地檢署檢察官對於施用第一級毒品行為之被告，已多有依據刑事訴訟法第 253 條之 2 之緩起訴處分之規定，命被告於緩起訴期間，參與服用「美沙冬」之「減害計畫」；至民國 97 年「毒品危害防制條例」修訂「戒癮治療」相關法制後，更使使用「替代療法」之「戒癮治療」之法制面更加完備。所以本研究報告下述，先從行政院核定之「毒品病患愛滋減害試辦計畫」說明與介紹起，再介紹民國 95 年至今的情況。

第一節 「行政院衛生署」之「毒品病患愛滋減害試辦計畫」

基本上，民國 94 年 12 月 6 日行政院核定之「毒品病患愛滋減害試辦計畫」，從名稱上並無法知悉具體如何達到減害。不過，由具體內容而觀，其實主要是針對有關毒品愛滋病患的問題，並介紹聯合國對於毒品愛滋病患之防治三策略，再具體提出包括清潔針具計畫、替代療法計畫，以及其他的教育、監控、研發或通報等配套計畫。

以下則是介紹說明該減害試辦計畫核定後，接續或搭配的重要配套政策或作法。

第一項 鴉片類物質成癮替代療法作業基準

一般所稱之「替代療法」，我國官方名稱為「鴉片類物質成癮替代療法」，為求該等替代療法業務之順利進行，「行政院衛生署」就「替代療法」的定義、執行機構、收案原則、施行原則、藥物用法與用量、醫療機構通報、處罰、主管機關之檢查、訪查等事項均加以明訂。

以下即是「行政院衛生署」於民國 95 年 3 月 7 日以衛署醫字第 0950208926 號函文公告，並於 95 年 11 月 10 日以衛署醫字第 0950210219 號函文修正之內容：

作業基準條號	作業基準內容
一	本基準所稱之鴉片類物質成癮替代療法，係以有效且足夠的鴉片類藥物，取代非法鴉片類物質之使用，以下簡稱為替代療法。
二	符合下列資格之醫療機構，得向中央衛生主管機關申請指定為替代療法執行機構： （一） 中央衛生主管機關指定藥癮戒治醫院 1、 應有受過藥癮治療相關訓練之

	<p>團隊，包括精神科專科醫師、藥師、護理人員、臨床心理師、職能治療人員及社會工作人員至少各一名。</p> <p>2、精神科專科醫師應具有管制藥品使用執照。</p> <p>(二) 其他醫院、診所或衛生所：</p> <p>1、應有醫師、藥師及護理人員，至少各一名。</p> <p>2、醫師應具有管制藥品使用執照。</p> <p>3、不能提供臨床心理、職能治療或社會工作等相關服務者，應與前款中央衛生主管機關指定藥癮戒治醫院訂定合作契約。</p> <p>第一項第一款第一目及第二款第一目執行替代療法之各類人員，每年應接受替代療法繼續教育講習至少 8 小時。</p>
三	<p>申請施行替代療法業務，應檢具下列各款文件，向中央衛生主管機申請指定：</p> <p>(一) 計畫書，應包括醫療團隊組織與人員，預估收案人次，治療照護計畫與流程管理，品質保證措施，實施替代療法之獨立性空間及藥品安全儲存空間配置平面圖，與矯正機關合作計畫等說明。</p>

	<p>(二) 管制藥品登記證。</p> <p>(三) 其他經中央衛生主管機指定之文件。</p>
<p>四</p>	<p>替代療法收案原則如下：</p> <p>(一) 經精神科專科醫師診斷符合心理疾病診斷統計手冊第四版(DSM-IV)鴉片類成癮 (Opioid dependence) 者，且無不適合使用、或對美沙冬鹽酸鹽 (Methadone HCL)、丁基原啡因鹽酸鹽 (Buprenorphine HCL) 有使用禁忌者。</p> <p>(二) 採替代療法個案應簽署行為約定書。未滿二十歲之限制行為能力人，經精神科專科醫師證明以其他方式戒癮無效者，應與其法定代理人共同簽署。未滿二十歲已結婚者，由本人簽署，不須經法定代理人同意。無行為能力人，應由法定代理人代為簽署。</p>
<p>五</p>	<p>替代療法施行原則如下：</p> <p>(一) 治療以建立信賴關係，調整用藥劑量治療為主要目標，逐步戒除藥物依賴併同心理治療、協助個案戒癮，或以替代療法藥物維持個案之正常社會生活功能。</p> <p>(二) 替代療法藥物以美沙冬鹽酸鹽 (Methadone HCL) 及丁基原啡因鹽酸鹽 (Buprenorphine HCL) 及為主。</p>

	<p>(三) 替代療法藥物應由執行替代療法之醫師處方，並應在醫事人員監督下服用。</p> <p>(四) 替代療法以三個月至六個月為一次療程，每次療程結束後須重新接受評估。治療期間，應定期安排個案接受心理治療或輔導，及後天免疫缺乏症候群相關衛教，並將輔導情況及病患配合度，列為下次療程評估參考。</p> <p>(五) 採替代療法個案應依需要不定期接受鴉片類、其他毒品尿液篩檢，或人類免疫缺乏病毒（HIV）篩檢。</p> <p>(六) 收案及治療紀錄應包括：病史、身心狀況、意願、動機、各項檢查（檢驗）報告、個案配合度及相關治療評估等事項。</p> <p>(七) 個案如連續兩週未依約接受替代療法，視為終止治療。依個案需要可再開始接受治療。</p> <p>(八) 替代療法執行機構及其所屬人員，因職務或執行業務知悉或持有他人秘密之資訊，不得無故洩漏。</p>
六	<p>替代療法藥物用法與用量：</p> <p>(一) 美沙冬鹽酸鹽（Methadone HCL）（口服液），每日一次；初次服用休息 2 小時，以後服用休息 5-10 分鐘。初期劑量每日 10-40 毫克（mg），維持劑量以每日 20-120</p>

	<p>毫克 (mg) 為原則，但應視個案成癮程度及臨床需要逐量增減。</p> <p>(二) 丁基原啡因鹽酸鹽/哪囉克松 (Buprenorphine HCL/ Naloxone) 複方 (舌下錠)，以每日一次方式或每週分次方式給藥；置於舌下，不要吞服，未溶解前儘量不要吞口水，服用後休息 5-10 分鐘；維持劑量以每日 4-16 毫克 (mg) (4-16mg Buprenorphine HCL / 1-4mg Naloxone) 為原則，但得視成癮程度及實際需要增減。</p>
七	經指定辦理替代療法之機構，應每月定期通報個案人次、治療情形等相關資料，以利後續評估及管理。
八	醫師及其他人員非依本作業基準使用管制藥品執行替代療法，應依相關規定處罰。
九	中央衛生主管機關得檢查替代療法執行機構之業務，或調閱相關紀錄及文件；執行機構及其所屬人員應配合，不得規避、妨礙或拒絕。
十	為提升替代療法執行機構服務品質，中央衛生主管機關得辦理訪查。前項訪查，中央衛生主管機關得委託其他法人或團體為之。

由上可知，其實針對鴉片類物質成癮之「替代療法」，是以有效且足夠的鴉片類藥物，去取代非法鴉片類物質之使用。而替代藥

物，不以美沙冬為限，基本上是以美沙冬鹽酸鹽（Methadone HCL）與丁基原啡因鹽酸鹽（Buprenorphine HCL）為主。

第二項 美沙冬替代療法

前已敘及，所謂「替代療法」之替代藥物，不以「美沙冬（Methadone）」為限，尚包括「丁基原啡因（Buprenorphine）」、「舒倍生（Suboxone）」等替代藥物。但目前國內最常見、普遍的「替代療法」還是以「美沙冬」作為「替代藥物」為主¹⁰⁹。

第一款 美沙冬（Methadone）的定義與特性

其實要了解「美沙冬替代療法」，必須先從「美沙冬（Methadone）」的藥理、毒性乃至於獨特效益等特性¹¹⁰了解起。首先，「美沙冬」係「毒品危害防制條例」第2條第2項第2款之附表編號第87之第二級毒品¹¹¹，並且其實「美沙冬」也是屬於鴉片類

¹⁰⁹ 參見「毒品病患愛滋減害試辦計畫（核定本）」，「行政院衛生署疾病管制局」，第25～26頁，2005.12.06；或參見行政院衛生署嘉南療養院民國98年11月6日嘉南司字第0980007343號函文。

¹¹⁰ 參見「美沙冬替代療法治療指引」，「行政院衛生署疾病管制局」編製資料，第9頁，2007.02第1版。

¹¹¹ 依據「毒品危害防制條例」第2條第2項第2款之附表：第二級毒品（除特別規定外，皆包括其異構物Isomers、酯類Esters、醚類Ethers及鹽類Salts）1、乙醯-阿法-甲基吩坦尼（Acetyl-alpha-methylfentanyl）.....86、美他唑新（Metazocine）87、美沙冬（Methadone）88、美沙冬中間物（Methadone-intermediate）89、甲基安非他命（Methamphetamine、（+）-（S）

毒品之一種，但較無特別或明顯之副作用¹¹²。

有關「美沙冬」的藥理特性，「行政院衛生署疾病管制局」為了確保安全且有效使用「美沙冬」，在民國 96 年 2 月編制之「美沙冬替代療法治療指引」中特別說明了「美沙冬」之三項藥理特性。首先，該指引提及多數開立處方醫師都不瞭解使用美沙冬時，血中濃度達到最高的時間較慢(4 小時)、半衰期長(25 小時)、治療指數低(中毒與治療血中濃度重疊)之特性。

美沙冬的藥理特性
血中濃度達到最高的時間較慢(4 小時)
半衰期長(25 小時)
治療指數低
因重覆服藥而累積

美沙冬效果廣泛且因人而異。此種藥物可做為長效止痛劑、鴉片類藥物(多為海洛因)成癮替代療法。美沙冬能抑制腦部的鴉片類藥物受體。口服性美沙冬屬於脂溶性，能在胃腸道獲得妥善吸收。

-N,alpha-dimethylphenethylamine)。

¹¹² 參閱西元 2 千年，美國最高執掌毒品政策之「國家毒品控制政策辦公室(Office of National Drug Control Policy)，簡稱 ONDCP」之情報，網路資料：

<http://www.whitehousedrugpolicy.gov/publications/pdf/ncj175678.pdf> (參閱日期：2009.08.20)。

美沙冬在肝臟能獲得充分的首度(first-pass)代謝，抑制蛋白質及肺部、腎臟、肝臟及脾臟內的其他蛋白，患者開始服藥的前幾天，這些組織與血液將逐漸取得平衡，重覆服藥將導致累積¹¹³。

至於美沙冬之毒性，基本上類似於其他鴉片類藥物：如鎮靜、昏迷、呼吸抑制、服藥過量後瞳孔縮小(瞳孔縮成一點)。不過，美沙冬的藥物動力特性甚為獨特，尤其是服用後與達到最高效果的間隔時間頗長，半衰期亦長。

美沙冬與其他中樞神經抑制劑的交互作用，可能引發美沙冬的鎮靜效果。開始治療後的前十天，乃是服藥過量與致死風險最高之時。患者在這段期間內，可能於未獲許可之下，誤用其他中樞神經抑制劑(含酒精及苯二氮平類藥物)，或是繼續違法用藥，以求在治療狀況穩定之前，將戒斷症狀降至最低。以下則是美沙冬之中毒與中毒處理原則¹¹⁴：

美沙冬中毒：症狀與跡象

¹¹³ 參見並整理自「美沙冬替代療法治療指引」，「行政院衛生署疾病管制局」編製資料，第 16 頁，2007.02 第 1 版。

¹¹⁴ 參見並整理自「美沙冬替代療法治療指引」，「行政院衛生署疾病管制局」編製資料，第 26～28 頁，2007.02 第 1 版。

- (一) 混合性中毒甚為常見。鴉片類藥物中毒的三大症狀(昏迷、瞳孔縮小與呼吸抑制)，可能在下列狀況後發生：口齒不清、走路搖晃、平衡不佳、昏昏欲睡、移動遲緩、身體麻痺。
- (二) 中毒後可能會：、昏迷(無法喚醒、打鼾、肌肉鬆弛、出現青紫)、呼吸抑制且組織缺氧、死亡

適合接受美沙冬治療計畫的患者，通常是難以控制自己用藥而尋求協助；強迫性用藥是藥癮的特徵之一。濫用多種藥物在此族群之中甚為普遍，此情形涉及將禁藥(海洛因和安非他命)、精神疾病處方藥物(鴉片和苯二氮平類藥物)及合法物質(酒精與尼古丁)，用於醫療以外的用途。這些藥物多半為中樞神經抑制劑。使用者常經由買藥而取得處方藥物，服用劑量超出一般治療劑量。

美沙冬中毒處理原則

- (一) 最主要在保持呼吸道暢通並使用呼吸器，以提供足夠之氣體交換。如果是從未接觸過類鴉片物質的人，特別是兒童，誤服過量美沙冬者，需使用有效的鴉片拮抗劑來處理致命

的呼吸抑制。醫師必須記得，美沙冬是一種長效抑制劑（36至48個小時），而那些拮抗劑作用時間則短很多（1到3個小時）。因此應密切監控病患狀況，以防呼吸抑制現象再度出現。必要時，應重複給予拮抗劑。若呼吸抑制之原因只有美沙冬過量，則無需使用呼吸刺激劑。

（二）若沒有呼吸或心血管抑制的臨床表現，不應使用拮抗劑。

靜脈注射 naloxone hydrochloride, nalorphine hydrochloride 或 levallorphan tartrate 是解毒的選擇用藥。這些藥物應該被反覆給予直到病患狀況保持令人滿意為止。這些拮抗劑有更進一步抑制呼吸的危險。氧氣，靜脈輸注，升壓劑和其他支持療法應該被應用。

（三）注意事項：如中毒病患為鴉片類藥物依賴者，使用一般劑量之鴉片拮抗劑可能導致急性戒斷症狀，其嚴重程度依病患之藥物如果可以盡量避免使用依賴程度及鴉片拮抗劑使用劑量而異。如果可以盡量避免使用鴉片拮抗劑在這類病患；但若必須使用以治療病患之嚴重呼吸抑制，則必須非常小心的使用鴉片拮抗劑，並且調整使用劑量至較小之有效劑量。

第二款 海洛因之特性與美沙冬之替代

而「海洛因」則係「毒品危害防制條例」第2條第2項第1款之附表編號第6號之第一級毒品¹¹⁵。「海洛因」是一種影響心智之毒品，是透過在身體內釋放出極多的「多巴胺 (dopamine)」，使得施用者大腦有關鎮定性之接受器，對鴉片類毒品產生持續性的需要

(Heroin releases an excess of dopamine in the body and causes users to need an opiate continuously occupying the opioid receptor in the brain.¹¹⁶)。

依據法務部戒毒資訊網之資料，則係將「海洛因」介紹及整理如下¹¹⁷：

毒品來源	嗎啡與醋酸酐加熱反應成為海洛因。
------	------------------

¹¹⁵ 依據「毒品危害防制條例」第2條第2項第1款之附表：第一級毒品（除特別規定外，皆包括其異構物Isomers、酯類Esters、醚類Ethers、及鹽類Salts）1、乙醯托啡因（Acetorphine）2、古柯鹼（Cocaine）3、二氫去氧嗎啡（Desomorphine）4、二氫愛托啡因（Dihydroetorphine）5、愛托啡因（Etorphine）6、海洛因（Heroin）7、酚派丙酮（Ketobemidone）8、鴉片（阿片）（Opium）9、嗎啡（Morphine）。

¹¹⁶ 參閱西元2千年，美國最高執掌毒品政策之「國家毒品控制政策辦公室(Office of National Drug Control Policy)，簡稱 ONDCP」之情報，網路資料：

<http://www.whitehousedrugpolicy.gov/publications/pdf/ncj175678.pdf>（參閱日期：2009.08.20）。

¹¹⁷ 參閱法務部戒毒資訊網：http://refrain.moj.gov.tw/html/page_04.php（參閱日期：2009.08.20）。

毒品性狀	成分為高純度海洛因Heroin，呈塊狀白色結晶。
濫用方式	口服、抽吸、鼻吸或注射。
使用毒害	使用初有欣快感，無法集中精神，會產生夢幻現象。 具高度心理及生理依賴性，長期使用停藥會發生渴求藥物、不安、流淚、流汗、流鼻水、易怒、發抖、惡寒、打冷顫、厭食、腹瀉、身體捲曲、抽筋等禁斷症。

所以「海洛因」是透過在身體內釋放出極多的「多巴胺」，使得施用者大腦有關鎮定性之接受器，對鴉片類毒品產生持續性的需要。「美沙冬」因為也是會佔據這個大腦的接受器，並且因為很穩定而使得成癮者可以去改變他們的行為並且停止海洛因之施用 (Methadone occupies this receptor and is the stabilizing factor that permits addicts on methadone to change their behavior and to discontinue heroin use.¹¹⁸)。

第三款 美沙冬替代療法

¹¹⁸ 參閱西元 2 千年，美國最高執掌毒品政策之「國家毒品控制政策辦公室(Office of National Drug Control Policy)，簡稱 ONDCP」之情報，網路資料：
<http://www.whitehousedrugpolicy.gov/publications/pdf/ncj175678.pdf> (參閱日期：2009.08.20)。

基本上，使用「美沙冬」來治療鴉片類藥物成癮，有「戒斷療法¹¹⁹」與「替代療法」兩種。「替代療法」是透過「替代藥物」來達到「解毒 (detoxification)」與「戒癮 (abstinence)」兩個功能為之。因為鴉片類物質成癮在醫學上是甚為嚴重之病狀，並與高度致命率及健康風險息息相關，之所以「美沙冬」甚為有用之原因在於：

- (一) 美沙冬與其他鴉片具交叉耐藥性，能取代海洛因及嗎啡等濫用藥物。
- (二) 美沙冬可採口服，藥癮患者能避免注射造成的強化影響。
- (三) 美沙冬作用性長，每天僅需服一劑¹²⁰。

¹¹⁹ 參見「美沙冬替代療法治療指引」，「行政院衛生署疾病管制局」編製資料，第 14、第 57～60 頁，2007.02 第 1 版。

¹²⁰ 參見「美沙冬替代療法治療指引」，「行政院衛生署疾病管制局」編製資料，第 9 頁，2007.02 第 1 版。

第三項 醫療機構

經行政院衛生署依據「鴉片類物質成癮替代療法作業基準¹²¹」

指定之醫療機構，名單如下：

序號	縣市別	醫院名稱	醫院地址	醫院電話
1	台北市	臺北市立聯合醫院（松德院區）	台北市信義區松德路 309 號	(02)27263141
2	台北市	臺北市立聯合醫院（昆明院區）	台北市昆明街 100 號	(02)23754068 (02)23703739
3	台北市	臺北市立聯合醫院（陽明院區）	台北市士林區雨聲街 105 號	(02)28353456
4	台北市	國軍北投醫院	台北市北投區中和街 250 號	(02)28959808
5	台北市	三軍總醫院	台北市內湖區成功路 2 段 325 號	(02)87923311
6	台北縣	財團法人天主教耕莘醫院	台北縣新店市中正路 362 號	(02)22193391
7	台北縣	行政院衛生署八里療養院(附設土城門診部)	台北縣土城市青雲路 6 號 1、2 樓	(02)22745250
8	台北縣	行政院衛生署臺北醫院	台北縣新莊市思源路 127 號	(02)22765566
9	台北縣	財團法人徐元智先生醫藥基金會附設亞東紀念醫院	台北縣板橋市南雅南路二段 21 號	(02)89667000
10	台北縣	財團法人恩主公醫院	台北縣三峽鎮復興路 399 號	(02)26723456
11	台北縣	台北縣立醫院	臺北縣板橋市英士路 198 號	(02)22575151
12	基隆市	行政院衛生署基隆醫院	基隆市信義區信二路 268 號	(02)24292525
13	基隆市	長庚醫療財團法人基隆紀念醫院(情人湖院區)	基隆市基金一路 208 巷 200 號	(02)24329292
14	宜蘭縣	財團法人羅許基金會羅東博愛醫院	宜蘭縣羅東鎮南昌街 83 號	(03)9543131
15	宜蘭縣	國立陽明大學附設醫院	宜蘭市新民路 152 號	(03)9325192
16	桃園縣	行政院衛生署桃園療養院	桃園縣桃園市龍壽街 71 號	(03)3698553
17	桃園縣	行政院國軍退除役官兵輔導委員會桃園榮民醫院	桃園縣桃園市成功路三段 100 號	(03)3384889
18	桃園縣	國軍桃園總醫院	桃園縣龍潭鄉中興路 168 號	(03)4799595
19	桃園縣	新國民綜合醫院	中壢市復興路 152 號	(03)4225180
20	新竹市	馬偕紀念醫院新竹院區	新竹市光復路二段 690 號	(03)6119595

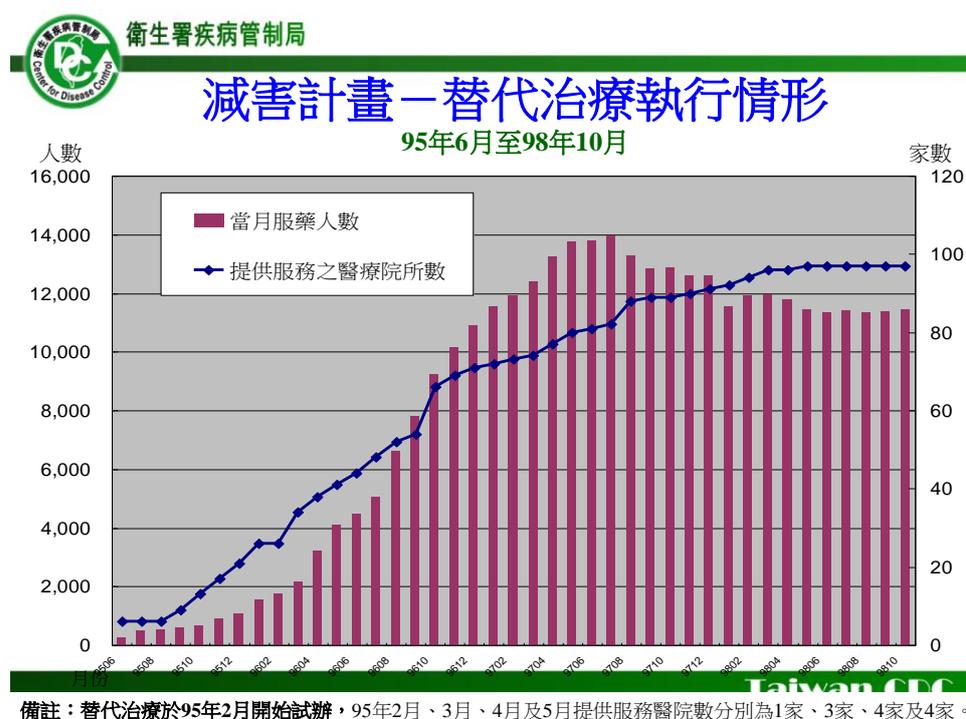
¹²¹ 參見「鴉片類物質成癮替代療法作業基準」第二點，「行政院衛生署」民國 95 年 3 月 17 日衛署醫字第 0950208926 號函文公告，民國 95 年 11 月 10 日衛署醫字第 0950210219 號函文修正。

序號	縣市別	醫院名稱	醫院地址	醫院電話
21	新竹市	行政院衛生署新竹醫院	新竹市經國路一段 442 巷 25 號	(03)5326151
22	新竹市	新中興醫院	新竹市興南街 43 號	(03)5213163
23	新竹縣	行政院衛生署竹東醫院	新竹縣竹東鎮至善路 52 號	(03)5943248
24	苗栗縣	財團法人為恭紀念醫院	苗栗縣頭份鎮東庄里仁愛路 116 號	(037)685569
25	苗栗縣	大千綜合醫院	苗栗市新光街 6 號	(037)369936
26	苗栗縣	行政院衛生署苗栗醫院	苗栗市為公路 747 號	(037)261920
27	台中市	中國醫藥大學附設醫院	台中市育德路 2 號	(04)22052121
28	台中市	維新醫院	臺中市北區育德路 185 號	(04)22038585
29	台中市	中山醫學大學附設復健醫院	臺中市北屯區太原路三段 1142 號	(04)22393855
30	台中市	行政院國軍退除役官兵輔導委員會台中榮民總醫院	台中市西屯區中港路三段 160 號	(04)23592525
31	台中縣	童綜合醫院(沙鹿院區)	台中縣沙鹿鎮成功西街 8 號	(04)26626161
32	台中縣	行政院衛生署豐原醫院	台中縣豐原市安康路 100 號	(04)25271180
33	台中縣	國軍臺中總醫院	台中縣太平市中山路二段 348 號	(04)23934191
34	台中縣	陽光精神科醫院	台中縣清水鎮吳厝里東山路 68-1 號	(04)26202949
35	台中縣	清海醫院	台中縣石岡鄉金星村下坑巷 41-2 號	(04)25723332
36	彰化縣	財團法人彰化基督教醫院	彰化市南校街 135 號	(04)7238595
37	彰化縣	行政院衛生署彰化醫院	彰化縣埔心鄉中正路二段 80 號	(04)8298686
38	彰化縣	財團法人彰化基督教醫院鹿東分院	彰化縣鹿港鎮鹿東路二段 888 號	(04)7789595
39	彰化縣	彰化秀傳紀念醫院	彰化市中山路一段 542 號	(04)7256166
40	南投縣	行政院衛生署草屯療養院	南投縣草屯鎮玉屏路 161 號	(049)2550800
41	南投縣	行政院衛生署南投醫院	南投縣南投市復興路 478 號	(049)2231150
42	南投縣	行政院國軍退除役官兵輔導委員會埔里榮民醫院	南投縣埔里鎮榮光路 1 號	(049)2990833
43	雲林縣	國立臺灣大學醫學院附設醫院雲林分院	雲林縣斗六市雲林路二段 579 號	(05)5323911
44	雲林縣	財團法人天主教若瑟醫院	雲林縣虎尾鎮新生路 74 號	(05)6337333
45	雲林縣	中國醫藥大學北港附設醫院	雲林縣北港鎮新街里新德路 123 號	(05)7837901
46	雲林縣	國立成功大學醫學院附設醫院斗六分院	雲林縣斗六市莊敬路 345 號	(05)5332121

序號	縣市別	醫院名稱	醫院地址	醫院電話
47	嘉義市	行政院國軍退除役官兵輔導委員會嘉義榮民醫院	嘉義市世賢路 2 段 600 號	(05)2359630
48	嘉義市	行政院衛生署嘉義醫院	嘉義市北港路 312 號	(05)2319090
49	嘉義縣	行政院衛生署朴子醫院	嘉義縣朴子市永和里 42-50 號	(05)3790600
50	嘉義縣	行政院國軍退除役官兵輔導委員會灣橋榮民醫院	嘉義縣竹崎鄉灣橋村石麻園 38 號	(05)2791072
51	台南縣	行政院衛生署嘉南療養院	台南縣仁德鄉中山路 870 巷 80 號	(06)2795019
52	台南縣	行政院國軍退除役官兵輔導委員會永康榮民醫院	台南縣永康市復興路 427 號	(06)3125101
53	台南縣	行政院衛生署新營醫院	台南縣新營市信義街 73 號	(06)6351131
54	台南市	國立成功大學醫學院附設醫院	台南市勝利路 138 號	(06)2766188
55	台南市	財團法人奇美醫院台南分院	台南市樹林街二段 442 號	(06)2228116
56	台南市	行政院衛生署臺南醫院	台南市中山路 125 號	(06)2200055
57	高雄市	高雄市立凱旋醫院	高雄市苓雅區凱旋二路 130 號	(07)7513171
58	高雄市	國軍高雄總醫院	高雄市苓雅區中正一路 2 號	(07)7495985 (07)7496751
59	高雄市	財團法人私立高雄醫學大學附設中和紀念醫院	高雄市三民區十全一路 100 號	(07)3121101
60	高雄市	阮綜合醫院	高雄市苓雅區成功一路 162 號	(07)3351121
61	高雄市	國軍左營總醫院	高雄市左營區軍校路 553 號	(07)5817121
62	高雄市	行政院國軍退除役官兵輔導委員會高雄榮民總醫院	高雄市左營區大中一路 386 號	(07)3422121
63	高雄縣	私立高雄仁愛之家附設慈惠醫院	高雄縣大寮鄉鳳屏一路 509 號	(07)7030315
64	高雄縣	高雄長庚醫院	高雄縣鳥松鄉大埤路 123 號	(07)7317123
65	高雄縣	義大醫院	高雄縣燕巢鄉角宿村義大路 1 號	(07)6150011
66	高雄縣	行政院衛生署旗山醫院	高雄縣旗山鎮中學路 60 號	(07)6613811
67	屏東縣	屏東安泰醫院	屏東縣東港鎮中正路一段 210 號	(08)8329966
68	屏東縣	迦樂醫院	屏東縣新埤鄉箕湖村進化路 12 之 200 號	(08)7982417
69	屏東縣	屏安醫院	屏東縣麟洛鄉中山路 160-1 號	(08)7211777
70	屏東縣	行政院衛生署屏東醫院	屏東市自由路 270 號	(08)7363011
71	花蓮縣	國軍花蓮總醫院	花蓮縣新城鄉嘉里村嘉里路	(03)8266694

序號	縣市別	醫院名稱	醫院地址	醫院電話
			163 號	
72	花蓮縣	行政院衛生署花蓮醫院	花蓮市中正路 600 號	(03)8358141
73	花蓮縣	行政院衛生署玉里醫院	花蓮縣玉里鎮中華路 448 號	(03)8886141
74	台東縣	行政院衛生署臺東醫院	台東縣台東市五權街 1 號	(089)324112
75	澎湖縣	行政院衛生署澎湖醫院	澎湖縣馬公市中正路 10 號	(06)9261151

而「行政院衛生署疾病管制局」每個月都會統計減害計畫的執行情形，並繪製如下之圖表¹²²：

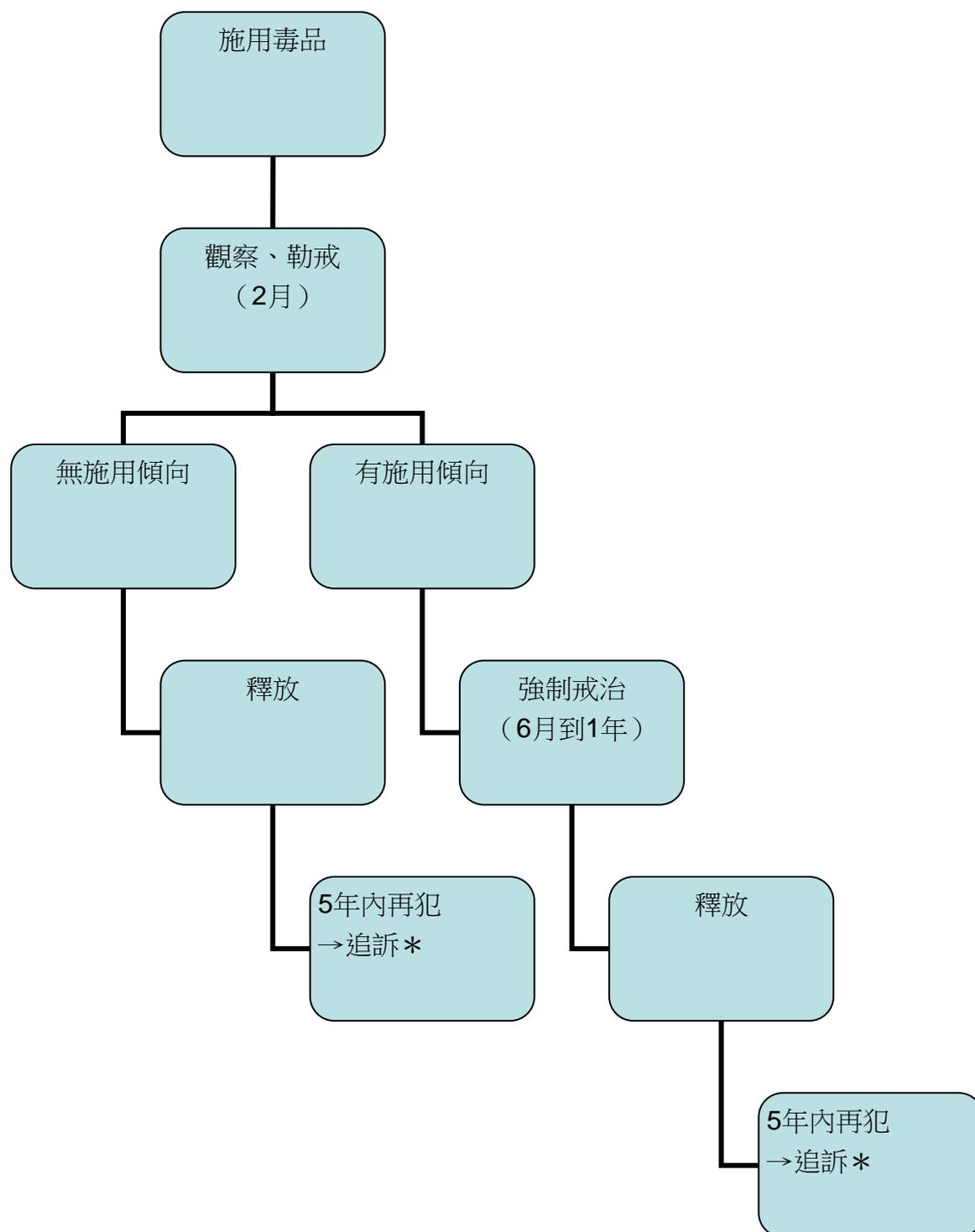


¹²² 參見「行政院衛生署疾病管制局」網站：
<http://www.cdc.gov.tw/ct.asp?xItem=22061&ctNode=1885&mp=1> (參訪日期：98.11.25)。

第二節 檢察官採行緩起訴處分命參與「減害計畫」

民國 97 年「毒品危害防制條例」明訂「戒癮治療」之相關法制前，對刑事司法來說，對於施用毒品行為之處遇，基本上如下圖：

圖表：



圖表上所謂的「追訴」，也就是「毒品危害防制條例」第 23 條條文之用語，長期以來，司法實務上所謂「追訴」，基本上均是指依據「毒品危害防制條例」第 23 條、第 10 條等規定，「起訴」施用毒品之被告之意。但自民國 95 年間起，各地檢署檢察官不以「起訴」被告為限，已多有開始依據刑事訴訟法第 253 條之 2 之緩起訴之規定，對被告為緩起訴之處分，命被告於緩起訴期間，參與服用「美沙冬」之「減害計畫」之「追訴」作法。

也就是刑事司法開始連結或採行了民國 94 年 12 月 6 日行政院核定之「毒品病患愛滋減害試辦計畫」之思維。但從民國 95 年到民國 97 年「毒品危害防制條例」明訂「戒癮治療」之相關法制之間的時期，可以說是個過渡時期。之所以稱之為「過渡時期」，主要原因有二：

(一) 雖然「減害計畫」係經過行政院衛生署所核定，使得醫療機構有所執行、實施之依據。但：

1、目的與對象：因為該計畫係因應愛滋病感染的流行而起，考量使用針筒之施用毒品者之行為模式不易改變，但因此感染愛滋

病之情況卻相當嚴重。特別是在民國 77 年通報第一例因注射毒品感染愛滋病開始，到民國 92 年底則為 157 人次，但民國 93 年單一年卻暴增了 565 人次，可見擴散之嚴重。因此才有此「毒品病患愛滋減害試辦計畫」¹²³，對象基本上是限定於愛滋毒品病患。

2、替代藥物：基本上行政院衛生署核定之「替代藥物」是使用「美沙冬 (Methadone)」或「丁基原啡因 (Buprenorphine)」。因為「美沙冬」屬於「毒品危害防制條例」所規定之第二級毒品¹²⁴，至於「丁基原啡因」則屬於「毒品危害防制條例」所規定之第三級毒品¹²⁵，於有認為醫療機構或病患依據該等計畫即可以加以使用或服用，可能欠缺明確法律依據，並可能有違法之虞。甚至施用毒品者也擔心害怕因參與「減害計畫」遭追訴，或是擔心究竟能否持續參與「減害計畫」，因此「行政院衛生署疾病管制局」則與警察機關協調與溝通，並有下述的處理流程¹²⁶：

¹²³ 參見「毒品病患愛滋減害試辦計畫（核定本）」，「行政院衛生署疾病管制局」，第 5~8 頁，2005.12.06。

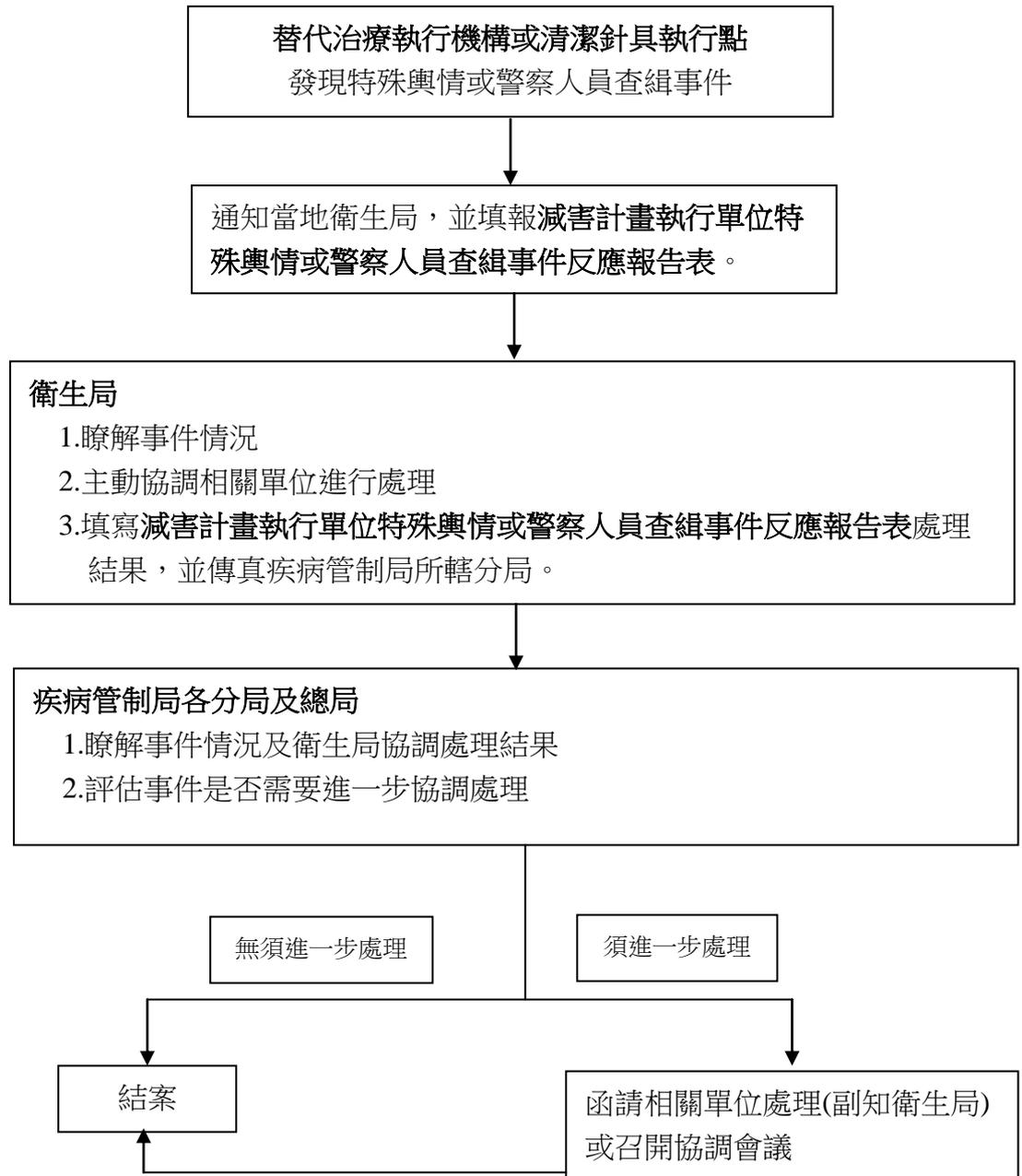
¹²⁴ 依據「毒品危害防制條例」第 2 條第 2 項第 2 款之附表：第二級毒品（除特別規定外，皆包括其異構物 Isomers、酯類 Esters、醚類 Ethers 及鹽類 Salts）1、乙醯-阿法-甲基吩坦尼（Acetyl-alpha-methylfentanyl）.....86、美他唑新（Metazocine）87、美沙冬（Methadone）88、美沙冬中間物（Methadone-intermediate）89、甲基安非他命（Methamphetamine、（+）-（S）-N,alpha-dimethylphenethylamine）.....。

¹²⁵ 依據「毒品危害防制條例」第 2 條第 2 項第 3 款之附表：第三級毒品（除特別規定外，皆包括其異構物 Isomers、酯類 Esters、醚類 Ethers 及鹽類 Salts）1、異戊巴比妥（Amobarbital）2、伯替唑他（Brotizolam）3、丁基原啡因（Buprenorphine）4、布他比妥（Butalbital）5、去甲假麻黃【Cathine、（+）-Norpseudoephedrine】.....。

¹²⁶ 參見「行政院衛生署疾病管制局」網站：

<http://www.cdc.gov.tw/ct.asp?xItem=22061&ctNode=1885&mp=1>（參見日期：98.11.25）。

減害計畫執行單位特殊輿情或警察人員查緝事件反應處理流程



(二) 至於檢察官對施用毒品之被告為緩起訴處分：其實刑事訴訟法第 253 條之 2 第 1 項第 6 款，本即明訂「完成戒癮治療、精神治療、心理輔導或其他事當之處遇措施」之遵守或履行事項，所以檢

察官應該也可以為之。但會面對到上述「減害計畫」對象之侷限性、「替代藥物」之適法性、經費來源、全國地檢署標準或數量不一等不公平情事或疑慮。以臺灣臺南地方法院檢察署為例，可以算是開風氣之先，並已與醫療機構相互聯繫，設計如下之「臺灣臺南地方法院檢察署戒癮治療評估摘要表」：

臺灣臺南地方法院檢察署戒癮治療評估摘要表

單位名稱：

病例編號：

評估日期： 年 月 日

報告日期： 年 月 日

一、個案基本資料		年(營)毒偵	號	股
姓名：				
生日： 年 月 日				
國民身分證統一編號：				
緊急聯絡人：				
電話：				
二、評估結果				
(一)適合參加何種戒癮治療？				
勾選	方 式	內 容		備 註
	1 藥物治療	處方藥物： _____ ， 劑量：每日_____ml(10mg/ml)		
		開始服藥日期： 年 月 日		
	2 心理治療	_____ 小時		
	3 社會復健 治療	_____ 小時		
(二)皆不適合參加以上戒癮治療。 原因(請敘明)：				

評估醫師：_____

而臺灣臺南地方法院檢察署，近幾年相關統計數據資料如下¹²⁷：

(一) 臺灣臺南地方法院檢察署收案件數：

	所有毒品危害防制條例案件件數	毒偵字件數	施用第一級毒品案件 (含同時施用其他毒品)	施用第二級毒品案件
民國 94 年	4639	3590	2986	1398
民國 95 年	4554	3774	3250	966
民國 96 年	5139	4110	3349	1108
民國 97 年	5158	3779	3215	1178
民國 98 年至 今 (截至民國 98 年 11 月 20 日)	4248	2997	2549	1145

(二) 毒品減害計畫開始至今之每年參與人數之數據：

¹²⁷ 資料來源，臺灣臺南地方法院檢察署統計室。

	施用第一級毒品海 洛因之人數（案件 數）	參與緩起訴之 毒品減害計畫 人數	撤銷緩起訴人 數
民國 94 年	3034 件／3038 人	0	0
民國 95 年	3059 件／3061 人	17	0
民國 96 年	3687 件／3691 人	340	80
民國 97 年	3336 件／3340 人	243	104
民國 98 年至 今（截至民 國 98 年 11 月 20 日）	2370 件／2374 人	283	89

第三節 毒品危害防制條例之戒癮治療之法制化

第一項 法制化過程

「毒品危害防制條例」是於民國 97 年 4 月 30 日總統華總一義字第 09700048431 號令修正公布第 24 條條文¹²⁸，並由行政院於民國 97 年 10 月 30 日公布「毒品戒癮治療實施辦法及完成治療認定標準」後，更使我國對於施用毒品行為的處遇，進入兼採戒癮治療思維的嶄新紀元。

並且為了貫徹「寬嚴並進之刑事政策」，原則上法務部之刑事政策上是鼓勵善用此一制度設計的¹²⁹。以目前之統計數據而看，各地檢署檢察官運用緩起訴處分命施用第一級毒品之被告戒癮治療之數量，逐年增加。

☆施用第一級毒品案件終結情形¹³⁰

¹²⁸ 參見毒品危害防制條例第 24 條：本法第二十條第一項及第二十三條第二項之程序，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。

¹²⁹ 參見法務部民國 98 年 11 月 23 日法檢字第 0980805347 號函文。

¹³⁰ 參見並整理自法務部之「法務統計」，參見法務部全球資訊網：<http://www.moj.gov.tw/mp001.html>（參見日期：98.11.30）。

	起訴 (人次)	緩起訴處分 (人次)
民國 94 年	17140	54
民國 95 年	17809	151
民國 96 年	24917	1010
民國 97 年	31248	1755
民國 98 年 1~10 月	19088	1597

第二項 毒品戒癮治療實施辦法及完成治療認定標準

而因考量毒癮治療之種類及其實施對象、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等，因毒品種類甚多，其療法未必相同本法（毒品危害防制條例）無法細定，為免分歧，由行政院衡量情況訂定標準¹³¹，因此如何認定「戒癮治療」之完成，係由行政院依據「毒品危害防制條例」第24條第3項，另訂有「毒品戒癮治療實施辦法及完成治療認定標準」，該認定標準之條文與說明如下：

條號	條文	說明
第1條	本標準依毒品危害防制條例第二十四條第三項規定訂定之。	本標準之訂定依據。
第2條	戒癮治療之實施對象，為施用第一級毒品海洛因、嗎啡、鴉片及其相類製品者。 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、基於專業立場，戒癮治療之對象，宜限於醫療實證上具有相當療效或有普遍採行之治療方法者，爰於第一項明定實施對象為施用第一級毒品海洛因、嗎啡、鴉片及其相類製

¹³¹ 參見「毒品危害防制條例」第24條之立法理由。

	<p>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。</p> <p>二、緩起訴處分前，另案撤銷假釋，等待入監服刑。</p> <p>三、緩起訴處分前，另案羈押或執行有期徒刑。</p>	<p>品者，以達成有效戒癮治療之目的。至於有併用其他毒品之情形者，亦應包括在內。</p> <p>二、戒癮治療以不影響治療期程進行為原則，為避免被告因另案進行之審判及刑事執行等程序，致無法順利完成戒癮治療，爰於第二項明定其有該項第一款至第三款情形之一，即不適合為附命完成戒癮治療之緩起訴處分。但經檢察官判斷不影響者，不在此限。</p>
第3條	<p>戒癮治療之方式如下：</p> <p>一、藥物治療。</p> <p>二、心理治療。</p> <p>三、社會復健治療。</p> <p>前項各款之治療方式應符合醫學實證，具有相當療效或被普遍採行者。</p>	<p>戒癮治療方式宜統一規範，故本條明定戒癮治療之方式，使中央衛生主管機關得以監督執行。</p>
第4條	<p>醫療機構置有曾受藥癮治療相關訓練之精神科專科醫師、藥師、護理人員、臨床心理師、職能治療人員及</p>	<p>一、為使戒癮治療達到最佳成效，治療機構人員應具備相當條件，爰於第一項明定醫療院所</p>

	<p>社會工作人員各一名以上，且其精神科專科醫師領有管制藥品使用執照者，得向中央衛生主管機關申請認定為戒癮治療機構（以下稱治療機構）。</p> <p>前項人員每年應接受藥癮治療相關繼續教育八小時。</p> <p>中央衛生主管機關得依戒癮治療需求，依第一項所定資格指定治療機構；其於醫療資源不足地區指定之治療機構，得不受第一項所定條件之限制。</p>	<p>得依規定申請成為治療機構之條件。</p> <p>二、治療機構之醫療人員每年應持續接受藥癮治療之相關教育訓練，俾提升戒癮成效，爰訂定第二項。</p> <p>三、為使無醫療機構申請認定為治療機構時，中央衛生主管機關得以指定治療機構，爰為第三項規定。</p>
第5條	<p>檢察機關與前條治療機構間應置專責聯繫人員。</p>	<p>本條明定各檢察機關與治療機構間應置專責聯繫之人員，以利檢察機關執行緩起訴處分所附完成戒癮治療之命令及治療機構完成戒癮治療程序。</p>
第6條	<p>檢察官為緩起訴處分前，應得參加戒癮治療被告之同意，並向其說明完成戒癮治療應遵守事項後，指定其前往治療機構參加戒癮治療。</p>	<p>一、戒癮治療應有被告之全力配合始能收效，故應經被告之同意；且為加強被告對於完成戒癮治療程序之了解，應對其說明應</p>

	<p>未滿二十歲之被告，並應得其法定代理人之同意。</p>	<p>遵守事項，爰為第一項規定。</p> <p>二、因未滿二十歲之被告進行戒癮治療時，與治療機構訂立之契約，依民法第七十七條規定，應得法定代理人之允許，故必須經其法定代理人同意，始得接受戒癮治療，爰為第二項規定。</p>
第7條	<p>戒癮治療之期程以連續一年為限。</p>	<p>在醫療實證上，接受戒癮治療連續一年而完成戒癮治療者，已收相當成效，且為免被告長期受緩起訴處分所附命之應遵守或履行事項之限制，爰於本條規定戒癮治療之期間。</p>
第8條	<p>接受戒癮治療者於治療前應由治療機構進行下列檢驗、檢查：</p> <p>一、尿液毒品及其代謝物檢驗。</p> <p>二、肝功能檢驗。</p> <p>三、B型肝炎表面抗原及其抗體檢驗。</p> <p>四、C型肝炎抗體檢驗。</p> <p>五、人類免疫缺乏病毒感染檢驗。</p>	<p>為對接受戒癮治療者施以最有效適切之治療，治療機構有掌握個別接受戒癮治療者健康狀況之必要，故本條明定接受戒癮治療者於治療前，應由治療機構進行必要之檢驗與檢查。</p>

	<p>六、梅毒血清檢驗。</p> <p>七、胸腔X光檢查。</p> <p>八、心電圖檢查。</p>	
第9條	<p>治療機構於戒癮治療期屆滿後七日內，應對接受戒癮治療者進行尿液毒品與其代謝物檢驗及毛髮毒品殘留檢驗；或於戒癮治療期屆滿後十五日內，每隔三至五日，連續對接受戒癮治療者進行尿液毒品及其代謝物檢驗三次。其檢驗結果均呈陰性反應者，視為完成戒癮治療。</p> <p>治療機構應將前項檢驗結果或診斷證明函送該管檢察機關。</p>	<p>一、為確認接受戒癮治療者已戒除毒癮，爰於第一項明定檢驗方法及認定完成戒癮治療之標準。</p> <p>二、戒癮機構之檢驗結果或診斷證明，係檢察官作為被告是否完成緩起訴處分應履行事項之重要依據，爰於第二項明定治療機構應將戒癮治療期屆滿後之檢驗結果報告或依檢驗結果出具之診斷證明函送該管檢察機關。</p>
第10條	<p>治療機構停止治療時，應通知該管檢察機關。</p>	<p>本條明定治療機構停止治療時，應即通知檢察機關，以利後續處理。</p>
第11條	<p>被告經檢察官依毒品危害防制條例第二十四條第一項及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</p>	<p>本條規定被告於附命完成戒癮治療之緩起訴期間應遵行事項，適當課予法定義務及負擔，使被告得以遵循，俾強化戒癮治療之成效。</p>

	<p>之緩起訴處分時，應遵行下列事項：</p> <p>一、至指定之治療機構，接受戒癮治療，至完成戒癮治療為止。</p> <p>二、遵守治療機構之指定日期，前往接受藥物治療、心理治療或社會復健治療。</p> <p>三、其他經檢察官依刑事訴訟法第二百五十三條之二第一項各款規定命其應遵守或履行之事項。</p>	
第12條	<p>被告於緩起訴期間，有下列情形之一者，視為未完成戒癮治療，得撤銷緩起訴處分。</p> <p>一、於治療期間，未依指定時間接受藥物治療逾七日。</p> <p>二、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。</p> <p>三、對治療機構人員有強暴、脅迫、恐嚇等行為。</p>	<p>被告於治療期間，若未依指示接受戒癮治療，或對治療機構人員有敵意行為，足徵其已無接受戒癮治療之意願，顯難收治療之成效；又被告於緩起訴處分期間復施用毒品，乃違背緩起訴處分應履行之事項。基此，為使被告於緩起訴期間確實遵守或履行一定事項，並按時接受戒癮治療，爰明定被告有第一款至第四款情形之一者，視為未完成戒癮治</p>

	四、於緩起訴期間，經檢察機關或司法警察機關採尿送驗，呈毒品陽性反應。	療，得撤銷緩起訴處分。
第13條	被告於戒癮治療期屆滿後，依治療機構函送之檢驗結果或診斷證明，未完成戒癮治療者，得撤銷緩起訴處分。	本條規定被告於治療期屆滿後，依檢驗結果或診斷證明，未完成戒癮治療之處置。
第14條	戒癮治療費用，由接受戒癮治療者自行負擔。	戒癮治療雖為課以被告負擔之義務，惟檢察官課以此義務時，已考慮被告之意願，並得其同意始對其實施，故明定戒癮治療之費用，由接受戒癮治療者自行負擔。且於接受戒癮治療前，檢察官得經被告之同意，命其向治療機構預付一定金額之治療費用，使戒癮治療期程得以順利完成。
第15條	本標準自中華民國九十七年十月三十日施行。	配合本標準訂定依據，即毒品危害防制條例第二十四條之施行，明定本標準施行日期。

如前所述，我國目前的毒品減害計畫，是以替代療法為主。至於毒品減害計畫之名稱，有的國家著重其法制，而稱之為「減害法制 (Harm reductive legalization¹³²)」；而替代療法，則有著重於持續或維持的角度，稱之為「維持性治療法¹³³」。

在「戒癮治療」之完成治療方面，除了有助於使施用毒品者脫離毒品之外，本來之所以使用美沙冬作為替代藥物之替代療法，是因為針對施用毒品可能使用針筒而傳染、擴散愛滋病的情況下，作為一種阻止 AIDS 增長的方式，或是也有助於防止其他傳染性疾病¹³⁴。

因為研究指出，以海洛因為例，以針筒注射之方式施用相當常見，若未搭配針筒交換計畫或是取得針筒之管道，將使 AIDS 持續散布，在美國大約百分之 36 的 AIDS 案例可以被追溯到靜脈的毒品注射。注射器更換可以減少百分之 73 因為注射所產生的風險 (Without needle exchange programs and access to clean

¹³² Noah Mamber, *Coke and smack at the drugstore: Harm reductive drug legalization: An alternative to a criminalization society*, *Cornell Journal of Law and Public Policy*, P645, summer,2006.

¹³³ 臺北市立聯合醫院松德院區成癮防治科束連文主任，「戒癮治療之發展、實行及未來展望」，收錄於法務部舉辦之「98 年度毒品查緝研習會」，P9，2009.10.30。

¹³⁴ 參閱西元 2 千年，美國最高執掌毒品政策之「國家毒品控制政策辦公室 (Office of National Drug Control Policy)」，簡稱 ONDCP 之情報，網路資料：
<http://www.whitehousedrugpolicy.gov/publications/pdf/ncj175678.pdf> (參閱日期：2009.08.20)。

needles, the AIDS epidemic continues to spread。Thirty-six percent of AIDS cases in the United States can be traced back to intravenous drug use. Syringe exchange decreases risky injection behavior by as much as 73%¹³⁵)。

此外，更因為毒品交易往往是在黑市所購得，欠缺穩定品質控制。因此，許多人是因為施用了添加了所謂的「副甲氧基安非他命 (paramethoxyamphetamine)」，成為合成迷幻藥之變體，或是因為意外性的未分離之幾近純海洛因的過量而死亡 (Another major drug-related public health issue is the lack of consistent quality control for drugs sold on the black market. As a result, many people have died from complications related to adulterated paramethoxyamphetamine ("PMA"), an ecstasy variant, and accidental overdoses from uncut, nearly pure heroin¹³⁶)

並且有認為完成戒癮治療可能影響施用毒品者避免其他犯罪

¹³⁵ Noah Mamber, *Coke and smack at the drugstore: Harm reductive drug legalization: An alternative to a criminalization society*, Cornell Journal of Law and Public Policy, P638, summer, 2006.

¹³⁶ Noah Mamber, *Coke and smack at the drugstore: Harm reductive drug legalization: An alternative to a criminalization society*, Cornell Journal of Law and Public Policy, P638-639, summer, 2006.

¹³⁷，所以同時具有讓他們可以獲得工作以及過相對較正常的生活，並免於進入犯罪世界等好處¹³⁸。

因此除了可能可以改善單純監禁施用毒品者後，往往欠缺全面照護而在釋放後極高的再犯率¹³⁹。同時也可以因此創造出讓施用毒品者尋求健康與改善社會處境的幫助¹⁴⁰。而各國的美沙冬療法也大有不同¹⁴¹，所以我國可以發展出自己特色的法制。

¹³⁷ 沈武典，「處理物質濫用的精神科藥物」，收錄於「管制藥品簡訊」第 22 期，2005.01。

¹³⁸ Kevin S. Toll, The Ninth Amendment and America's Unconstitutional War on Drugs, University of Detroit Mercy Law Review, P443,2007.

¹³⁹ Barry Stimmel, Substance abuse and addiction in family courts: From addiction to abstinence: Maximizing the chances of success, Family Court Review, P271, 2009.04.

¹⁴⁰ Henri Bergeron and Pierre Kopp, Policy Paradigms, Ideas, and Interests: The Case of the French Public Health Policy toward Drug Abuse, The Annals of The American Academy of Political and Social Science, P45,2002.07.

¹⁴¹ Robert MacCoun and Peter Reuter, The Varieties of Drug Control at the Dawn of the Twenty-First Century, The American Academy of Political and Social Science, P11,2002.07.

第五章 施用毒品行為相關適用法律問題¹⁴²

第一節 毒品危害防制條例第 21 條

現行「毒品危害防制條例」第 21 條規定：「犯第十條¹⁴³之罪者，於犯罪未發覺前，自動向行政院衛生署指定之醫療機構請求治療，醫療機構免將請求治療者送法院或檢察機關。依前項規定治療中經查獲之被告或少年，應由檢察官為不起訴之處分或由少年法院（地方法院少年法庭）為不付審理之裁定。但以一次為限。」

至於「檢察機關辦法毒品危害防制條例案件應行注意事項」第 21 點尚規定：「本條例（毒品危害防制條例）第二十一條第一項係免除醫療機構之告發義務，並非排除檢察官及司法警察機關依法偵（調）查之權，惟應審慎為之。治療中第一次被查獲犯本條例第十條之罪者，為免干擾醫療機構正進行之醫療行為，檢察官無庸聲請法院裁定觀察、勒戒，應逕為不起訴之處分。本條所由治療中，係指有實際持續之戒癮醫療行為，且為治療之醫療機構，應以經行政

¹⁴² 這裡僅探究幾個與戒癮治療較為相關之問題，施用毒品行為尚有其他可以探究的議題，限於篇幅，像是施用毒品行為的罪數認定或競合問題等，則不在本報告討論或介紹之，其他相關問題可參見中央警察大學法律系、中原大學財經法律學系、臺灣刑事法學會合辦之「毒品犯罪及其防治」學術研討會，2009.10.30。

¹⁴³ 毒品危害防制條例第 10 條：「施用第一級毒品者，處六月以上五年以下有期徒刑。施用第二級毒品者，處三年以下有期徒刑。」

院衛生署指定之醫療機構（如附件）為限；檢察官偵查此類案件如有疑義，應向相關醫療機構或行政院衛生署查詢。」

因為此條文之適用，對於施用毒品之被告或少年而言，因為可以獲得不起訴之處分或不付審理之裁定，不但具有鼓勵施用毒品者勇於請求治療之作用，該等免於司法訴追之有利之法律效果自然亦攸關被告權益甚深。但此條文之適用與解釋，也在司法實務上，曾有相當爭議與不同意見。

以被告（非少年）的角度而言，能否適用本條，攸關起訴或不起訴之差異，一旦案件進入地檢署，如果不同的檢察官有不同法律適用與解釋，則不同被告究竟被起訴與否，將淪為運氣而有不同結果，將產生極為不公平之現象，對於法安定性與法威信均有負面影響。更進一步，一旦檢察官起訴後，若法官持不同意見，認為具體個案中之被告應可試用本條文而應獲得不起訴之處分，則亦涉及檢察官之起訴合法與否之爭議。因此，不但地檢署檢察官對於此條文之適用與解釋，因有不同意見，法務部曾有所研討與函示；審判實務上，亦因有法官持與檢察官不同意見，迭有判決對此爭議加以深論，並有最高法院之意見。

另外，因為本條條文開宗明義表示：「犯第十條之罪者……」，亦即包括了施用第一級毒品及第二級毒品均在內；而因為目前醫療機構的戒癮治療，雖不以第一級毒品為限，但較為民眾熟知與常見的主要係針對第一級毒品而設，因此，亦產生另一爭議在於，施用毒品者同時施用第一級毒品及第二級毒品時，能否適用本條之疑義。

本條之適用與解釋的疑義，以下先說明毒品危害防制條例第 21 條之立法與修法歷程，以供讀者能有基礎的認識；在參照與整理法務部函示與法院見解，以期能完整分析此議題。

毒品危害防制條例第 21 條之立法（修法）理由¹⁴⁴

編號	法律	條號	條文內容	立法（修法）理由
1	戡亂時期肅清煙毒條例（民國 44	第 4	吸用煙毒成癮者，自本條例施	

¹⁴⁴ 資料來源：法務部「主管法官查詢系統」。

	年6月3日制訂公布)	條	<p>行之日起一個月內自動向法院或司法警察機關請求。於六個月內戒絕，經調驗確已戒絕者，免除其刑。</p>	
2	戡亂時期肅清煙毒條例(民國62年6月21日修正)	第4條	<p>吸用煙毒成癮，於犯罪未發覺前，自動向法院或司法警察機關請求勒戒，於斷癮後經調驗確已戒絕者，免除其刑。</p>	<p>本條例係於民國四十四年六月三日公布施行，早逾法定自動投戒期限，是本條已無適用餘地。俾對於吸用煙毒成癮而於犯罪未發覺前，自動投戒經勒戒斷絕者，予以免刑之寬典，而不加時間之限制。</p>
3	肅清煙毒條例	第	施用煙毒成	一、所謂自首，係向

	<p>(民國81年7月27日修正)</p>	<p>4 條</p>	<p>癮，於犯罪未發覺前，自動向檢察官或司法警察機關請求勒戒，於斷癮後經調驗確已戒絕者，免除其刑。施用煙毒成癮，於犯罪未發覺前，自動向指定之勒戒處所請求勒戒並已斷癮，經勒戒處所通知該管檢察官調驗確已戒絕者，視同自首，準用前項規定。施用煙毒，於犯</p>	<p>有權偵查之機關為之，故「法院」宜改為「檢察官」。</p> <p>二、對有意自動接受勒戒者，宜有積極鼓勵之作法，爰增訂第二項擬制自首之規定，以資適用。</p> <p>三、為鼓勵自新，對於施用煙毒未成癮而自者，雖情況有別於第一項之情形，惟為求其衡平，仍宜減輕或免除其刑，爰增訂第三項規定。</p> <p>四、為配合刑法修正草案之用語，將本條規定「吸用」均修正為「施用」。</p>
--	-----------------------	----------------	--	--

			<p>罪未發覺前，向檢察官或司法警察機關自首者，減輕或免除其刑。</p>	
4	<p>毒品危害防制條例（民國 87 年 5 月 20 日修正）</p>	<p>第 21 條</p>	<p>犯第十條之罪者，於犯罪未發覺前，自動向行政院衛生署指定之醫療機構請求治療，醫療機構免將請求治療者送法院或檢察機關。依前項規定治療中經查獲之被告或少年，應由檢察官為不起訴之處分或</p>	

			由少年法庭為不付審理之裁定。但以一次為限。	
5	毒品危害防制條例（民國 92 年 7 月 9 日修正）	第 21 條	犯第十條之罪者，於犯罪未發覺前，自動向行政院衛生署指定之醫療機構請求治療，醫療機構免將請求治療者送法院或檢察機關。依前項規定治療中經查獲之被告或少年，應由檢察官為不起訴之處分或由少年法院	一、第一項未修正。 二、少年事件處理法已於八十六年十月二十九日修正公布，爰依該法將第二項少年法庭修正為少年法院（地方法院少年法庭）。

			(地方法院少年法庭) 為不付審理之裁定。但以一次為限。	
6	毒品危害防制條例 (現行條文)	第 21 條	犯第十條之罪者，於犯罪未發覺前，自動向行政院衛生署指定之醫療機構請求治療，醫療機構免將請求治療者送法院或檢察機關。依前項規定治療中經查獲之被告或少年，應由檢察官為不起訴之處分或由少年法院	

			(地方法院少年 法庭) 為不付 審理之裁定。但 以一次為限。	
--	--	--	---	--

如前所述，以被告（非少年）的角度而言，能否適用本條，攸關起訴或不起訴之差異，一旦案件進入地檢署，如果不同的檢察官有不同法律適用與解釋，則不同被告究竟被起訴與否，將淪為運氣而有不同結果，將產生極為不公平之現象，對於法安定性與法威信均有負面影響。更進一步，一旦檢察官起訴後，若法官持不同意見，認為具體個案中之被告應可試用本條文而應獲得不起訴之處分，則亦涉及檢察官之起訴合法與否之爭議。因此，不但地檢署檢察官對於此條文之適用與解釋，因有不同意見，法務部曾有所研討與函示；審判實務上，亦因有法官持與檢察官不同意見，迭有判決對此爭議加以深論，最高法院並亦曾表示意見。

☆毒品危害防制條例第 21 條之相關座談或函示（依時間近到遠）

一、 法檢字第 0980801883 號

座談日期	民國 98 年 6 月 2 日
座談機關	臺灣臺南地方法院檢察署
相關法條	毒品危害防制條例第 10 條、第 20 條、第 21 條、第 24 條
要旨	施用毒品者於戒癮治療中，5 年內再犯施用毒品之罪而為警查獲者，應依毒品危害防制條例第 21 條第 2 項規定，由檢察官為不起訴處分？抑或提起公訴？
提案人	鍾主任檢察官和憲
案由	某甲於 95 年間因初犯施用毒品罪，經依法院裁定送觀察勒戒，因無繼續施用傾向，經即釋放並由檢察官為不起訴處分確定，然某甲仍未戒除毒癮，惟其於 96 年 2 月間起，已自動前往署立嘉南療養院接受美沙冬替代療法之治療，但在治療期間，某甲仍繼續施用海洛因，而於 96 年 3

	<p>月 10 日經警查獲其於 96 年 3 月 9 日施用第 1 級毒品海洛因之犯行，則檢察官得否依毒品危害防制條例第 21 條第 2 項規定就某甲該次遭查獲之施用毒品之犯行為不起訴處分？或應提起公诉？</p>
<p>說明</p>	<p>(一) 甲說：應為不起訴處分 理由：依法務部 97 年 3 月 17 日法檢字第 0970800891 號函示。 依毒品危害防制條例第 21 條第 2 項規定行為人犯施用毒品之罪，於犯罪未發覺前，自動向行政院衛生署指定之醫療機構請求治療，而於治療中經查獲者，即應為不起訴處分，核其規定，並未區分某甲犯施用毒品之罪是初犯或五年內再犯（含二、三…犯）之情形，故就法條文意</p>

解釋，以及鼓勵施用毒品者主動戒毒，只要是某甲前已自動至醫療機構請求治療，且已在治療中，在治療中被查獲之施用毒品犯行自應為不起訴處分。是依提案所示，某甲於遭警查獲施用毒品之前，已自動至醫療機構請求治療，其於治療中再經警查獲其本件之施用第1級毒品海洛因之犯行，自應依該條規定為不起訴處分。

（二）乙說：應提起公訴

理由：參照最高法院 97 年度台上字第 1893 號判決。按毒品危害防制條例第 21 條第 2 項：「依前項規定治療中經查獲之被告或少年，應由檢察官為不起訴之處分或由少年法院（地方法院少年法庭）為不付審理之裁定。但

	<p>以一次為限」。所稱「依前項規定治療中經查獲」，指指依該條第 1 項規定，犯同條例第十條之罪者，於犯罪未發覺前，自動向行政院衛生署指定之醫療機構請求治療，而於治療中始經查獲該項未發覺之犯罪而言。於治療中再犯施用毒品之罪而被查獲者，並不包括在內。因而，本件被告既屬再犯施用毒品罪之情形，即無適用該條例第 21 條第 2 項規定之餘地，自應提起公訴。</p>
<p>討論意見</p>	<p>目前本署現行作法係依法務部 97 年 3 月 17 日法檢字第 0970800891 號函示，對提示問題採甲說見解，而不論某甲是初犯、再犯或三犯施用毒品罪以上之情形，若某甲於經查獲前，已有自動前往醫療機構請求治療</p>

者，就該治療中經「初次」查獲之施用毒品罪之犯行即為不起訴處分。然台灣高等法院 96 年上訴字第 3903 號、4680 號判決、臺灣高等法院臺南分院 96 年上訴字第 1329 號、97 年上訴字第 19 號則皆對治療中再犯施用毒品罪者為有罪判決，甚於 97 年 5 月 1 日經最高法院以 97 年台上字第 1893 號判決更明示：「毒品危害防制條例第 21 條 2 項：「依前項規定治療中經查獲之被告或少年，應由檢察官為不起訴之處分或由少年法院（地方法院少年法庭）為不付審理之裁定。但以一次為限」。所稱「依前項規定治療中經查獲」，指依該條第 1 項規定，犯同條例第十條之罪者，於犯罪未

發覺前，自動向行政院衛生署指定之醫療機構請求治療，而於治療中始經查獲該項未發覺之犯罪而言。於治療中再犯施用毒品之罪而被查獲者，並不包括在內。」從而，目前法院係採乙說，認某甲所為再犯施用毒品罪應予起訴，並為有罪判決。故依上述說明，顯然目前法院之見解與法務部前揭函示內容並不一致。然而，經考量就提案所示之施用毒品犯罪，依目前法院認定係應為有罪判決之情形，但檢察官卻予不起訴，有違法律安定性，況在二犯以上之情形，亦有檢察官於偵查中不論某甲有無在查獲前已至醫療機構接受戒癮治療，即就某甲再犯施用毒品罪提起公訴，法院亦就之為有罪

判決，於此，顯然影響被告權益甚鉅；且若此類案件若有於上訴中由某甲上訴，並提出檢察官有就同一情形為不起訴者，但卻經法院判決予以指摘檢察官之不起訴應有不當云云，則恐有失檢察官之公信；再者，參照民國 87 年制定毒品危害防制條例第 21 條之立法理由：「為鼓勵施用毒品者，於犯罪未發覺前，自動向行政院衛生署指定之醫療機構請求治療，且不干擾該等醫療機構正進行之醫療行為，爰設第一項及第二項前段之規定，為避免施用毒品者曲解上開美意，一邊繼續吸毒，一邊求治，藉以脫免法律約束之流弊，爰設第二項但書規定此種法律豁免，僅以一次為限，若再經查獲，即依前條規

定辦理」。而再對照該條例第 20 條第 1、2 項規定係就被告初次與五年後再犯施用第一、二級毒品者應聲請裁定觀察勒戒，強制戒治之相關規定，顯然，毒品危害防制條例第 21 條之規定，應於未曾經查獲施用毒品之吸毒者，或是前案觀察勒戒、強制戒治執行完畢釋放後五年後，已主動請求治療，而於治療中經查獲者始有其適用。故目前法院之見解應較符合立法者之真意，再佐以若採法務部上開函示，已使得施用毒品者皆爭相走告，只要去喝美沙冬，就可以有一次免死金牌，反使原先鼓勵施用毒品者主動戒毒之美意受到曲解，變成有喝美沙冬，就可以再施用海洛因云云，亦有不當。另外，在實務

	<p>上，施用毒品者甚難戒除毒癮，在二犯之情形，為警查獲施用第1、2級毒品之後，某甲主動前往治療，但仍持續施用毒品再度多次遭查獲，則此一情形，依法務部函示，該治療中初次遭警查獲之施用毒品犯行為不起訴，其餘在治療前與治療中第2次及其以後遭查獲之施用毒品犯行即應起訴，似在法律評價上甚為突兀。綜上所述，就提案問題，已存有重大爭議，宜速統一見解，以免影響當事人重大權益。</p>
<p>審查意見</p>	<p>採乙說。並就法務部97年3月17日法檢字第0970800891號函示所採法律見解是否妥適，建請再研議。</p>
<p>臺灣高等法院檢察署研究意見</p>	<p>採乙說。</p>
<p>法務部研究意見</p>	<p>(一) 本案不適用毒品危害防制</p>

	<p>條例第 21 條第 2 項規定為不起訴處分，惟具體個案是否適合依照毒品危害防制條例第 24 條為緩起訴處分，由檢察官依個案情況審酌認定。</p> <p>(二)本部 97 年 3 月 17 日法檢字第 0970800891 號函釋意旨，與本案相違背部分，不再沿用。</p>
--	--

二、 臺灣高等法院暨所屬法院 97 年法律座談會刑事類提案第 22 號

座談日期	民國 97 年 11 月 12 日
座談機關	臺灣高等法院暨所屬法院
相關法條	毒品危害防制條例第 21 條
法律問題	<p>甲於民國 94 年間因施用毒品案件，經觀察勒戒後，認有繼續施用毒品之傾向，經送強制戒治，於 95 年 1 月 13 日強制戒治執行完畢，因施用海洛因成癮，於 96 年 2 月 14 日主動向行政院衛生</p>

	<p>署指定之醫療機構參加美沙冬替代療法，治療並無中斷，復於97年1月23日凌晨0時許施用海洛因1次，為警查獲，經檢察官提起公訴，問是否有毒品危害防制條例第21條第2項之適用？</p>
<p>討論意見</p>	<p>甲說：否定說。</p> <p>毒品危害防制條例第21條係鼓勵施用毒品者，在未被查獲前，主動向醫療機構請求使用合法藥物取代及減輕對毒品依賴之治療方式，代替由刑事司法程序實施之觀察勒戒、強制戒治，達到戒斷毒癮之目的，故於治療中被查獲者予以寬典，顯係指於請求治療「前」之施用行為，並非指凡在治療中又繼續施用毒品之行為，均有此條文之適用，否</p>

則一方面自動向醫療機構請求治療戒除毒癮，另在治療期間又恣意施用毒品，顯非立法本意。本件，甲於治療中又再施用海洛因而為警查獲，即無毒品危害防制條例第 21 條第 2 項之適用（最高法院 97 年度台上字第 1893 號判決、臺灣高等法院花蓮分院 96 年度毒抗字第 32 號裁定、臺灣高等法院 97 年度上訴字第 822 號判決意旨參照）。

乙說：肯定說。

按毒品危害防制條例第 21 條第 2 項之規定，係指「本件犯罪」未被發覺前，自動向行政院衛生署指定之醫療機構請求治療，於治療中被查獲而言。依照本條之增訂立法理由，「為避免施用毒品者曲解立法者鼓勵施用者主

動請求治療之美意，一邊繼續吸毒，一邊求治，爰設第二項但書，以1次為限」，依此，立法者對於第一項所設之情形，本即包括於治療中再犯第10條之罪之情形，否則，應無設第2項但書限制之必要。本例，甲於治療中為警查獲施用海洛因行為，應適用毒品危害防制條例第21條第2項之規定（臺灣高等法院臺中分院97年度上訴字第675號、臺灣高等法院臺南分院94年度上訴字第1149號判決、法務部法檢字第0970800891號函意旨參照）。

丙說：毒品危害防制條例第21條第2項之規定，限於初犯始有適用，本案甲係觀察勒戒、強制戒治執行完畢，5年內再犯第10

	<p>條之罪，即無該條項之適用（最高法院 95 年度台上字第 2973 號、臺灣高等法院臺中分院 96 年度上訴字第 2856 號判決意旨參照）。</p>
<p>初步研討結果</p>	<p>採甲說</p>
<p>審查意見</p>	<p>（一）採甲說。</p> <p>（二）至於該條例第 21 條第 2 項但書所指「但以一次為限」，因該條第 2 項規定「依前項規定治療中經查獲之被告…」，而第 1 項指犯罪未發覺前請求治療之該次犯罪，從而依法條之文意，應認犯罪未發覺前請求治療，於治療中被查獲治療前所犯該次施用毒品犯行，可依該條</p>

	<p>第 2 項為不起訴處分或不付審理之裁定，但以一次為限，嗣後再犯施用毒品，不得再於未被發覺前請求治療，於治療中被查獲治療前之該次施用毒品犯行，而再援用該條第 2 項為不起訴處分或不付審理之裁定。</p>
研討結果	照審查意見通過。

三、 法檢字第 0970801141 號

座談日期	民國 97 年 4 月 3 日
座談機關	臺灣屏東地方法院檢察署
相關法條	毒品危害防制條例第 21 條
要旨	<p>被告同時施用海洛因及甲基安非他命，又自動向行政衛生署指定之醫療機構請求治療，檢察官</p>

	<p>就被告施用海洛因部分依法為不起訴時，就施用甲基安非他命部分，是否應一併不起訴，或應另行提起公訴？</p>
提案人	
案由	<p>被告（二犯）同時施用海洛因及甲基安非他命，如果被告依毒品危害防制條例第 21 條規定，自動向行政衛生署指定之醫療機構請求治療，由醫療機構以美沙冬進行替代療法，檢察官就被告施用海洛因部分依法為不起訴時，就被告施用甲基安非他命部分，是否應一併不起訴，或應另行提起公訴？</p>
說明	<p>（一）甲說： 毒品危害防制條例第 21 條規定「施用毒品」主動請求治療者，可以為不起訴，並未區分施</p>

用毒品的等級及種類，故只要是主動請求治療者，不管是治療其施用那一種毒品，其全部施用毒品行為，不管是施用那一級，那一類，都應不起訴。同理，被告在進行海洛因的替代療法進行中，縱然只被查獲施用甲基安非他命時，也應為不起訴。

(二) 乙說：

同時施用海洛因及甲基安非他命是數罪，而美沙冬替代療法治針對施用海洛因作治療，故施用甲基安非他命部分應起訴。

(三) 丙說：

如被告主動請求治療時，已向醫師表明其有施用海洛因及甲基安非他命，並要求治療其施用海洛因及甲基安非他命，此時即應對其已表示要求治療的施用行

	為（及施用海洛因及甲基安非他命）為不起訴。
討論意見	
審查意見	採乙說。
臺灣高等法院檢察署研究意見	採甲說。
法務部研究意見	<p>（一）採甲說</p> <p>（二）理由修正為：</p> <p>毒品危害防制條例第 21 條規定「施用毒品」主動請求治療者，可以為不起訴，並未區分施用毒品的等級及種類，故只要是主動請求治療者，不管是治療其施用那一種毒品，其全部施用毒品行為，不管是施用那一級，那一類，都應不起訴。</p>

四、 法檢字第 0970800891 號¹⁴⁵

¹⁴⁵ 法務部說明：鑒於毒品危害防制條例第 21 條之立法本旨，乃為鼓勵施用毒品者自動求治，而非脫免法律約束，並統一檢察機關與審判機關之見解，以昭司法公信，旨揭法律問題不適用毒品危害防制條例第 21 條第 2 項規定為不起訴處分。惟具體個案是否適合依照毒品危害防制條例第 24 條為緩起訴處分，由檢察官依個案情況審酌認定，本部 97 年 3 月 17 日法檢字第 0970800891 號函復之研究意見與此相異部分，應予變更。

座談日期	民國 97 年 3 月 17 日
座談機關	臺灣屏東地方法院檢察署
相關法條	毒品危害防制條例第 21 條
要旨	被告施用海洛因，自動向醫療機構請求治療，於治療療程中，因施用海洛因而為警第 1 次查獲，又嗣後再因施用海洛因為警第 2 次查獲。就被告第 1 次及第 2 次被查獲之行為，應起訴或不起訴？
提案人	
案由	被告（二犯）自 96 年 1 月 1 日至 2 月 28 日施用海洛因成癮，於 96 年 3 月 1 日自動向行政院衛生署至指定醫療機構請求治療，於治療療程中（假設 6 個月），先在 96 年 4 月 1 日因施用海洛因而為警第 1 次查獲，又在 96 年 7 月 1 日因施用海洛因

	<p>為警第 2 次查獲。就被告第 1 次及第 2 次被查獲之行為，應起訴或不起訴？</p>
<p>說明</p>	<p>(一) 甲說：</p> <p>被告在第 1 次及第 2 次為警查獲之前，已於 96 年 3 月 1 日自動向行政院衛生署指定之醫療機構請求治療，且正在治療中，所以，不管是治療前的施用毒品行為(96 年 1 月 1 日至 2 月 28 日)，或在治療中被查獲的施用毒品行為(4 月 1 日及 7 月 1 日)，只要是在醫療結束前被查獲的施用毒品行為，不管施用幾次，每一次均應為不起訴之處分。第 21 條第 2 項但書所謂「以一次為限」，是指被告因自動請求治療而予不起訴處分的「規定」，只能適用 1 次，不是指治療中被查</p>

獲次數施用行為中的第1次可以
不起訴。

(二) 乙說：

依毒品危害防制條例第21條第
1項、第2項規定為不起訴處
分之行為是指被告自動請求治
療前所犯之施用毒品行為(即96
年1月1日至2月28日的施用
行為)，因其已自動向行政院衛
生署指定之醫療機構請求治
療，為鼓勵被告自動請求治療，
故規定醫院無庸將被告96年1
月1日至2月28日的施用毒品
行為送檢察署，檢察官如於被告
請求治療後，發現被告治療以前
即96年1月1日至2月28日之
施用毒品犯行時，應對被告「治
療前之施用毒品行為」為不起訴
處分。本案是被告在治療中又再

	<p>度施用毒品而為警查獲，不符合第 21 條不起訴處分之要件，所以第 1 次及第 2 次均應起訴。</p> <p>(三) 丙說：</p> <p>依 21 條第 2 項規定，在治療中被查獲而由檢察官為不起訴處分以 1 次為限，故第 1 次查獲之行為應為不起訴，</p> <p>至於第 2 次查獲之行為則應予起訴。</p> <p>(四) 丁說：</p> <p>治療中被查獲的第 1 次 (丙說) 及治療之前的施用行為 (乙說) 均應不起訴 (即乙說加丙說)，</p> <p>蓋被告既已主動對其治療前之施用行為請求治療，為示鼓勵，自應予以不起訴。</p>
討論意見	
審查意見	採丙說。

臺灣高等法院檢察署研究意見	採丙說。
法務部研究意見	同意臺灣高等法院檢察署研究意見。

而最高法院見解對於上述的適用疑義，除上開所提及之最高法院 97 年度台上字第 1893 號刑事判決外，即明白表示：「所稱『依前項規定治療中經查獲』，係指依該條第一項規定，犯同條例第十條之罪者，於犯罪未發覺前，即自動向行政院衛生署指定之醫療機構請求治療，而於治療中始經查獲該項未發覺之犯罪而言；至於治療中再犯施用毒品之罪經查獲者，則不包括在內。」，近來更是有最高法院 98 年度台上字第 6675 號、98 年度台上字第 6846 號等均亦持相同見解。

第二節 毒品危害防制條例第 24 條

☆毒品危害防制條例第 24 條之相關座談或函示（依時間近到遠）

一、法檢字第 0980803294 號

座談日期	民國 98 年 8 月 6 日
座談機關	臺灣高等法院檢察署
相關法條	毒品危害防制條例第 10 條、第

	20 條、第 23 條、第 24 條、刑事訴訟法第 253 條之 1、第 253 條之 2、第 253 條之 3、第 260 條、第 303 條
要旨	原應聲請觀察勒戒之施用毒品案件，經承辦檢察官予以緩起訴處分，若事後該緩起訴處分被撤銷確定，試問：檢察官應再次聲請觀察勒戒？抑直接起訴或聲請簡易判決處刑？
提案人	
案由	對於原應聲請觀察勒戒之施用毒品案件，檢察官予以緩起訴處分後，若事後該緩起訴處分被撤銷確定，依毒品危害防制條例第 24 條第 2 項之規定：「前項緩起訴處分，經撤銷者，檢察官應依

	<p>法追訴」，則檢察官究應再聲請觀察勒戒？還是直接予以起訴或聲請簡易判決處刑？</p>
<p>說明</p>	<p>（一）甲說：應依毒品危害防制條例規定直接予以起訴或聲請簡易判決處刑。</p> <p>理由：一、按 97 年 4 月 30 日修正公布之毒品危害防制條例第 24 條規定，係針對施用毒品者所設之刑事特別程序，只有在毒品危害防制條例無特別規定時，始適用刑事訴訟法。故施用毒品罪者，應依毒品危害防制條例之特別程序與實體規定進行，毒品危害防制條例第 24 條所規定之緩起訴處分程序，為刑事訴訟法第 253 條</p>

之 1 第 1、第 253 條之 2 緩起訴處分程序之特別規定，業據法務部於 97 年 5 月 19 日以法檢字第 0970016019 號函示甚明。

二、依毒品危害防制條例第 24 條第 2 項規定：「前項緩起訴處分，經撤銷者，檢察官應依法追訴。」即已明示施用毒品案件於撤銷緩起訴處分後之法律效果為「依法追訴」，而非適用刑事訴訟法第 253 條之 3 所定撤銷緩起訴處分後得「繼續偵查或起訴」之規定，此乃因檢察官已依毒品危害防制條例第 24 條第 1 項為附戒癮治療之緩起訴處分，被告事實上已接受等同「觀察勒戒」之處

遇，惟其竟未能履行該條件，自應於撤銷緩起訴處分後依法起訴，而無再次聲請觀察勒戒之必要。

三、基於毒品危害防制條例第 24 條係刑事特別程序之規定，若於撤銷緩起訴處分後，再次聲請觀察勒戒，顯與前揭法務部函示及毒品危害防制條例第 24 條規定有違。

（二）乙說：應依刑事訴訟法第 253 條之 3 規定應繼續偵查，再次依毒品危害防制條例聲請觀察勒戒。

理由：一、犯第 10 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。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 10 條之罪者，適用本條前二項之規定。觀察、勒戒或強制戒治執行完畢釋放後，五年內再犯第 10 條之罪者，檢察官或少年法院（地方法院少年法庭）應依法追訴或裁定交付審理。毒品危害防制條例第 20 條第 1、3 項、第 23 條第 2 項定有明文。將施用毒品之刑事處遇程序，區分為「初犯」、「五年內再犯」及「五年後再犯」。依其立法理由之說明：「初犯」，經觀察、勒戒或強制戒治後，應為不起訴處

分或不付審理之裁定；經觀察、勒戒或強制戒治執行完畢釋放後，「五年內再犯」者，因其再犯率甚高，原實施之觀察、勒戒及強制戒治既已無法收其實效，爰依法追訴或裁定交付審理。至於經觀察、勒戒或強制戒治執行完畢釋放後，「五年後再犯」者，前所實施之觀察、勒戒或強制戒治已足以遮斷其施用毒品之毒癮，為期自新及協助其斷除毒癮，仍適用「初犯」規定，先經觀察、勒戒或強制戒治之程序。從而依修正後之規定，僅限於「初犯」及「五年後再犯」二種情形，始應先經觀察、勒戒或強制戒治程序。

二、97 年 04 月 30 日修正之毒品危害防制條例第 24 條第 1 項規定：本法第 20 條第 1 項及第 23 條第 2 項之程序，於檢察官先依刑事訴訟法第 253 條之 1 第 1 項、第 253 條之 2 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。是上開「初犯」、「五年內再犯」及「五年後再犯」三型犯第 10 條之罪者，依修正過之毒品危害防制條例第 24 條第 1 項之規定，檢察官均可以附命完成

戒癮治療之緩起訴處分。

三、刑事訴訟法為配合由職權主義調整為改良式當事人進行主義，乃採行起訴猶豫制度，於同法增訂第 253 條之 1，許由檢察官對於死刑、無期徒刑或最輕本刑三年以上有期徒刑以外之罪之案件，得參酌刑法第 57 條所列事項及公共利益之維護，認為適當者，予以緩起訴處分，期間為一年以上三年以下，以觀察犯罪行為人有無施以刑法所定刑事處罰之必要，為介於起訴及微罪職權不起訴間之緩衝制度設計。其具體效力依同法第 260 條規定，於緩起訴處分期滿未經撤銷者，非有同條第 1 款

或第 2 款情形之一，不得對於同一案件再行起訴，即學理上所稱之實質確定力。足見在緩起訴期間內，尚無實質確定力可言。且依上揭第 260 條第 1 款規定，於不起訴處分確定或緩起訴處分期滿未經撤銷者，仍得以發現新事實、新證據為由，對於同一案件再行起訴。緩起訴與不起訴，皆係檢察官終結偵查所為處分，檢察官得就已偵查終結之原緩起訴案件，繼續偵查或起訴，應以原緩起訴處分係經合法撤銷者為前提，此乃法理上所當然。最高法院 94 年台非字第 215 號、96 年台非字第 232 號裁判可資參照。

四、修正之毒品危害防制條例第 24 條第 2 項規定：前項緩起訴處分，經撤銷者，檢察官應依法追訴。而刑事訴訟法第 253 條之 3 第 1 項規定：被告於緩起訴期間內，有左列情形之一者，檢察官得依職權或依告訴人之聲請撤銷原處分，繼續偵查或起訴。而觀察勒戒性質屬於保安處分之一種，保安處分之處遇自輕於刑事追訴處罰；二相比較，觀諸立法精神，乃在儘量給被告自新之機會。況如上所述犯毒品危害防制條例第 10 條之罪「五年內再犯」者，因其再犯率甚高，原實施之觀察、勒戒及強制戒治既已無法收其實

效，始依法追訴或裁定交付審理。是「初犯」及「五年後再犯」毒品危害防制條例第 10 條罪者，仍應依該法踐履該其法定程序（觀察、勒戒或強制戒治執行完畢）後，始達至其起訴（或聲請簡易判決處刑）之基本要件，故修正之毒品危害防制條例第 24 條第 2 項雖規定：前項緩起訴處分，經撤銷者，檢察官應依法追訴。惟揆諸前揭最高法院裁判見解、立法精神及基於被告權益之保障，對於原應聲請觀察勒戒之施用毒品案件，承辦檢察官予以緩起訴處分，若事後該緩起訴處分被撤銷確定，即應依刑事訴訟法

第 253 條之 3 第 1 項規定繼續偵查或起訴。而限於毒品危害防制條例規定犯第 10 條罪之「初犯」及「五年後再犯」二種情形者，應先經聲請觀察、勒戒之規定，苟未踐行該項程序而逕行起訴（或聲請簡易判決處刑），恐有違刑事訴訟法第 303 條第 1 款起訴之程式違背規定，而遭法院為不受理之判決。

五、是對於原應聲請觀察勒戒之施用毒品案件，承辦檢察官予以緩起訴處分，若事後該緩起訴處分被撤銷確定，承辦檢察官繼續偵查時仍應踐行毒品危害防制條例之規定再聲請觀察勒戒，不

	可逕行起訴（或聲請簡易判決處刑）。
討論意見	
審查意見	
臺灣高等法院檢察署研究意見	多數採乙說，惟法律見解仍不一，建請提報法務部核示，以供基層檢察官統一作法。
法務部研究意見	<p>檢察官如依毒品危害防制條例第 24 條對被告為附命完成戒癮治療之緩起訴處分，而嗣後該緩起訴處分經撤銷時，究竟應如何為後續之處分，應視下列不同情形而為不同處理：</p> <p>（一）如係本不應為緩起訴處分而為緩起訴處分，亦即緩起訴處分係因違法或不當而經再議程序，由上級檢察</p>

署撤銷者，則回復到未為緩起訴之狀態，檢察官經續行偵查後，得視個案之證據，為適當之處分。

(二) 如係違反原緩起訴處分所附之條件，未依檢察官之命令接受戒癮治療而被撤銷緩起訴處分者，則採甲說之理由，應依毒品危害防制條例第 24 條第 2 項規定，由檢察官依法追訴。此處所稱「依法追訴」，係指提起公訴或聲請判決處刑而言，故於此情形，檢察官續行偵查後，即不得再為緩起訴處分或聲請觀察勒戒。

(三) 依本案題旨，被告如係因違反緩起訴所附之戒癮治療命令而遭檢察官撤銷緩

	起訴者，檢察官僅得依法提起公訴或聲請簡易判決處刑，不得再行聲請觀察勒戒。
--	--------------------------------------

二、 法檢字第 0980801883 號

座談日期	民國 98 年 6 月 2 日
座談機關	臺灣臺南地方法院檢察署
相關法條	毒品危害防制條例第 10 條、第 20 條、第 21 條、第 24 條
要旨	施用毒品者於戒癮治療中，5 年內再犯施用毒品之罪而為警查獲者，應依毒品危害防制條例第 21 條第 2 項規定，由檢察官為不起訴處分？抑或提起公訴？
提案人	鍾主任檢察官和憲
案由	某甲於 95 年間因初犯施用毒品罪，經依法院裁定送觀察勒戒，因無繼續施用傾向，經即釋放並由檢察官為不起訴處分確定，然某甲仍未戒除毒癮，惟其於 96

	<p>年2月間起，已自動前往署立嘉南療養院接受美沙冬替代療法之治療，但在治療期間，某甲仍繼續施用海洛因，而於96年3月10日經警查獲其於96年3月9日施用第1級毒品海洛因之犯行，則檢察官得否依毒品危害防制條例第21條第2項規定就某甲該次遭查獲之施用毒品之犯行為不起訴處分？或應提起公诉？</p>
<p>說明</p>	<p>(一) 甲說：應為不起訴處分 理由：依法務部97年3月17日法檢字第0970800891號函示。 依毒品危害防制條例第21條第2項規定行為人犯施用毒品之罪，於犯罪未發覺前，自動向行政院衛生署指定之醫療機構請求治療，而於治療中經查獲者，</p>

即應為不起訴處分，核其規定，並未區分某甲犯施用毒品之罪是初犯或五年內再犯（含二、三…犯）之情形，故就法條文意解釋，以及鼓勵施用毒品者主動戒毒，只要是某甲前已自動至醫療機構請求治療，且已在治療中，在治療中被查獲之施用毒品犯行自應為不起訴處分。是依提案所示，某甲於遭警查獲施用毒品之前，已自動至醫療機構請求治療，其於治療中再經警查獲其本件之施用第1級毒品海洛因之犯行，自應依該條規定為不起訴處分。

（二）乙說：應提起公訴

理由：參照最高法院 97 年度台上字第 1893 號判決。按毒品危害防制條例第 21 條第 2 項：「依

	<p>前項規定治療中經查獲之被告或少年，應由檢察官為不起訴之處分或由少年法院（地方法院少年法庭）為不付審理之裁定。但以一次為限」。所稱「依前項規定治療中經查獲」，指指依該條第 1 項規定，犯同條例第十條之罪者，於犯罪未發覺前，自動向行政院衛生署指定之醫療機構請求治療，而於治療中始經查獲該項未發覺之犯罪而言。於治療中再犯施用毒品之罪而被查獲者，並不包括在內。因而，本件被告既屬再犯施用毒品罪之情形，即無適用該條例第 21 條第 2 項規定之餘地，自應提起公訴。</p>
<p>討論意見</p>	<p>目前本署現行作法係依法務部 97 年 3 月 17 日法檢字第 0970800891 號函示，對提示問題</p>

採甲說見解，而不論某甲是初犯、再犯或三犯施用毒品罪以上之情形，若某甲於經查獲前，已有自動前往醫療機構請求治療者，就該治療中經「初次」查獲之施用毒品罪之犯行即為不起訴處分。然台灣高等法院 96 年上訴字第 3903 號、4680 號判決、臺灣高等法院臺南分院 96 年上訴字第 1329 號、97 年上訴字第 19 號則皆對治療中再犯施用毒品罪者為有罪判決，甚於 97 年 5 月 1 日經最高法院以 97 年台上字第 1893 號判決更明示：「毒品危害防制條例第 21 條 2 項：「依前項規定治療中經查獲之被告或少年，應由檢察官為不起訴之處分或由少年法院（地方法院少年法庭）為不付審

理之裁定。但以一次為限」。所稱「依前項規定治療中經查獲」，指依該條第1項規定，犯同條例第十條之罪者，於犯罪未發覺前，自動向行政院衛生署指定之醫療機構請求治療，而於治療中始經查獲該項未發覺之犯罪而言。於治療中再犯施用毒品之罪而被查獲者，並不包括在內。」從而，目前法院係採乙說，認某甲所為再犯施用毒品罪應予起訴，並為有罪判決。故依上述說明，顯然目前法院之見解與法務部前揭函示內容並不一致。然而，經考量就提案所示之施用毒品犯罪，依目前法院認定係應為有罪判決之情形，但檢察官卻予不起訴，有違法律安定性，況在二犯以上之情形，亦有

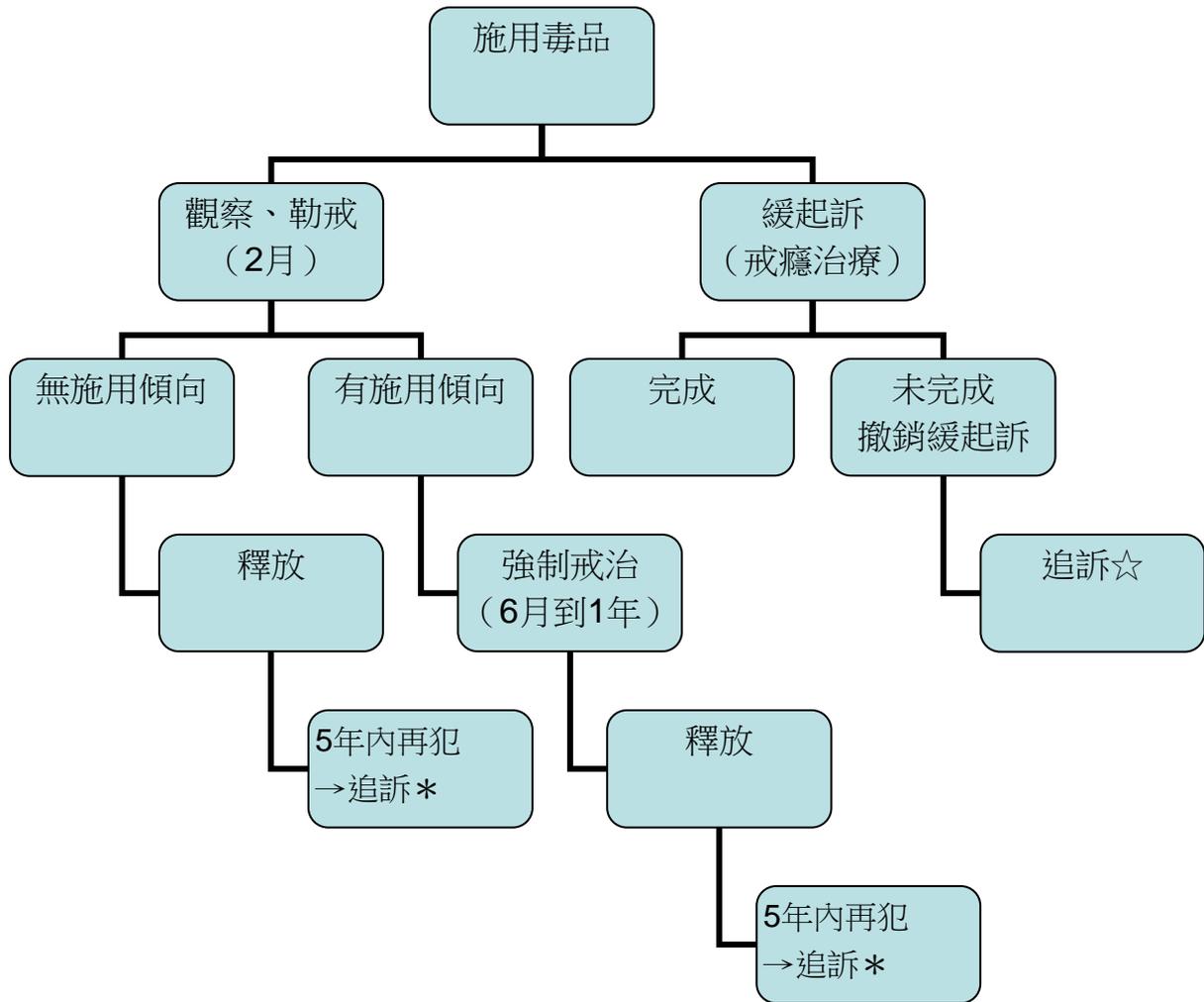
檢察官於偵查中不論某甲有無在查獲前已至醫療機構接受戒癮治療，即就某甲再犯施用毒品罪提起公訴，法院亦就之為有罪判決，於此，顯然影響被告權益甚鉅；且若此類案件若有於上訴中由某甲上訴，並提出檢察官有就同一情形為不起訴者，但卻經法院判決予以指摘檢察官之不起訴應有不當云云，則恐有失檢察官之公信；再者，參照民國 87 年制定毒品危害防制條例第 21 條之立法理由：「為鼓勵施用毒品者，於犯罪未發覺前，自動向行政院衛生署指定之醫療機構請求治療，且不干擾該等醫療機構正進行之醫療行為，爰設第一項及第二項前段之規定，為避免施用毒品者曲解上開美意，一邊

繼續吸毒，一邊求治，藉以脫免法律約束之流弊，爰設第二項但書規定此種法律豁免，僅以一次為限，若再經查獲，即依前條規定辦理」。而再對照該條例第 20 條第 1、2 項規定係就被告初次與五年後再犯施用第一、二級毒品者應聲請裁定觀察勒戒，強制戒治之相關規定，顯然，毒品危害防制條例第 21 條之規定，應於未曾經查獲施用毒品之吸毒者，或是前案觀察勒戒、強制戒治執行完畢釋放後五年後，已主動請求治療，而於治療中經查獲者始有其適用。故目前法院之見解應較符合立法者之真意，再佐以若採法務部上開函示，已使得施用毒品者皆爭相走告，只要去喝美沙冬，就可以有一次免死金

	<p>牌，反使原先鼓勵施用毒品者主動戒毒之美意受到曲解，變成有喝美沙冬，就可以再施用海洛因云云，亦有不當。另外，在實務上，施用毒品者甚難戒除毒癮，在二犯之情形，為警查獲施用第1、2級毒品之後，某甲主動前往治療，但仍持續施用毒品再度多次遭查獲，則此一情形，依法務部函示，該治療中初次遭警查獲之施用毒品犯行為不起訴，其餘在治療前與治療中第2次及其以後遭查獲之施用毒品犯行即應起訴，似在法律評價上甚為突兀。綜上所述，就提案問題，已存有重大爭議，宜速統一見解，以免影響當事人重大權益。</p>
<p>審查意見</p>	<p>採乙說。並就法務部97年3月17日法檢字第0970800891號函</p>

	示所採法律見解是否妥適，建請再研議。
臺灣高等法院檢察署研究意見	採乙說。
法務部研究意見	<p>(一) 本案不適用毒品危害防制條例第 21 條第 2 項規定為不起訴處分，惟具體個案是否適合依照毒品危害防制條例第 24 條為緩起訴處分，由檢察官依個案情況審酌認定。</p> <p>(二) 本部 97 年 3 月 17 日法檢字第 0970800891 號函釋意旨，與本案相違背部分，不再沿用。</p>

以目前而言，毒品危害防制條例第 24 條之「戒癮治療」相關法制已完成，但主要的適用爭議，可以由下圖及說明來理解：



圖表說明：加上*的兩個「追訴」，並不以「起訴」為限，依據「毒品危害防制條例」第 24 條之規定，即亦包含對施用毒品之被告以緩起訴之處分，命之戒癮治療之追訴方式為之。至於加上☆之「追訴」，依據 98 年 8 月 6 日法檢字第 0980803294 號函文之臺灣高等法院檢察署法律問題提案送請法務部研究之意見，認為限於起訴或聲請簡易判決處刑，不得再為緩起訴處分或再行聲請觀察勒戒。

第六章 結論

在提出最後結論之前，本報告已透過上述五章研究與介紹了我國施用毒品行為之政策，特別是就我國施用第一級毒品之「戒癮治療」之司法與醫學實務情況，也使用法務部統計資料、臺灣臺南地方法院檢察署統計資料、數個醫療機構函文暨統計資料來進行量化研究；再參以引述之國內外法學文章、醫學文章、新聞資料等，其實可以發現，法學與醫學上對於美沙冬之戒癮治療，並不是均無異見、批判與檢討，其實也很值得我們彙整與參考，以供我們來檢視我國的法制：

第一節 醫學上與法學上的不同意見

第一項 醫學上的不同意見

其實對於影響心智的毒品的相關治療法非常多樣，研究指出但沒有任何單一模式是屬於對每個人都有效且妥適的，只能求取最大成功可能性¹⁴⁶。而有關施用第一級毒品之情況，使用「美沙冬」之「戒癮治療」之成效，有認為成效有限者¹⁴⁷，更有醫學上的研究指

¹⁴⁶ Barry Stimmel, Substance abuse and addiction in family courts: From addiction to abstinence: Maximizing the chances of success, Family Court Review, P270, 2009.04.

¹⁴⁷ 參見網路新聞：「以毒攻毒治療 10 萬毒癮患者」，

出，高達 70% 以上的患者，將於一到兩年內復犯 (relapse) 並再次使用¹⁴⁸。

而儘管美沙冬確有其功效與優點，但是也有已經證實的風險。首先，美沙冬為低治療指數(therapeutic index)的潛在毒性藥物(治療劑量接近中毒劑量)，常用來治療具有強迫性或濫用藥物史的患者。有些患者有精神及社會問題，如果採用此類藥物來治療行為，可能會導致患者面臨特殊風險，一定必須要特別謹慎留意¹⁴⁹。

此外，美沙冬屬於鴉片類藥物，不僅具有毒性，還是可能遭到濫用。美沙冬替代療法計畫治療的高風險人口，濫用處方藥物及酒精的情況甚為普遍。處於此種情況下，審慎考量實屬必要。目前採用美沙冬替代療法計畫，旨在將風險降至最低，並提高美沙冬維持療法的成效。下表說明了美沙冬替代療法的風險性，以及降低這些風險的措施¹⁵⁰。

<http://intermargins.net/intermargins/IsleMargin/DrugLib/news/00de-antidrug/20bupreno.htm> (參看日期：98.11.13)。

¹⁴⁸ 參見「美沙冬替代療法治療指引」，「行政院衛生署疾病管制局」編製資料，第 9 頁，2007.02 第 1 版。

¹⁴⁹ 參見「美沙冬替代療法治療指引」，「行政院衛生署疾病管制局」編製資料，第 10~11 頁，2007.02 第 1 版。

¹⁵⁰ 參見並整理自「美沙冬替代療法治療指引」，「行政院衛生署疾病管制局」編製資料，第 13~14 頁，2007.02 第 1 版。

☆風險與降低風險措施：

編號	風險	降低風險措施
1	藥物動力學複雜難懂、開立處方醫師/藥師不熟悉	訓練開立處方醫師/藥師；核准制度
2	由多名開立處方醫師及藥師分配劑量	許可證制度
3	未切實遵守，挪用美沙冬糖漿以違法使用並進行販賣	監督給藥計畫
4	治療開始後十天內，服藥過量的風險甚高	在前十天謹慎留意並時常檢查患者；醫事人員需特別注意中毒跡象
5	合併藥物中毒致死的風險甚高	醫事人員需特別注意中毒跡象；徹底評估患者並管理濫用多種藥物的情形；警告患者所瀕臨的風險，並教導患者及親友服藥過量和昏迷跡象(無法喚醒、「打鼾」、呼吸不順、青紫)
6	受傷	告知患者在使用劑量穩定前

		以及調整劑量期間的開車風險
7	併發精神方面的疾病，含自殺風險	評估自殺風險；評估患者的精神狀態；維持高度警覺心，及時回應自殺等相關風險。

☆有關美沙冬替代療法之治療禁忌¹⁵¹

編號	治療禁忌
1	對美沙冬過敏。
2	有呼吸抑制史，尤其在急性氣喘發作期間，出現青紫、支氣管出現過量分泌物。
3	急性酒精中毒、頭部傷害、顱內壓力升高。
4	利用單胺氧化酶(MAO)抑制劑治療。
5	活動性的潰瘍性結腸炎或克隆氏病。
6	肝臟嚴重受損。
7	膽管及腎管痙攣。

☆有關美沙冬替代療法之常見副作用¹⁵²：

¹⁵¹ 參見並整理自「美沙冬替代療法治療指引」，「行政院衛生署疾病管制局」編製資料，第 22～23 頁，2007.02 第 1 版。

編號	常見副作用
1	成癮。
2	噁心嘔吐、暈眩、昏昏欲睡、輕微頭痛、嘴巴乾澀、流汗(尤以晚上為最)和意識混淆(同於其他鴉片類藥物)。
3	呼吸抑制，尤其是併用其他中樞神經抑制劑之時。
4	根據報導，偶而會有低血壓、虛脫和水腫情形。
5	膽管與腎管痙攣。
6	缺乏食欲、噁心嘔吐(通常很快就能恢復)。
7	經期改變。經期紊亂為施打海洛因或其他鴉片者的常見情形。有些女性在接受美沙冬治療後，經期會恢復正常，但是有些人的經期依舊不規律。讓女性患者開始接受美沙冬治療時，請考慮是否需要避孕。

¹⁵² 參見並整理自「美沙冬替代療法治療指引」，「行政院衛生署疾病管制局」編製資料，第 23 頁，2007.02 第 1 版。

☆美沙冬替代療法之幾個常見副作用、原因與回應方法¹⁵³：

編號	副作用	常見原因	回應方法
1	服用後昏 昏欲睡	服藥過量。 使用其他中樞神經抑制劑 (酒精、苯二氮平類藥 物)。	檢視患者,可減少劑 量。 減少患者使用的其 他藥物。
2	吸食海洛 因的欲望 (閒晃)	劑量不足。	檢視患者,可增加劑 量。
3	便秘	美沙冬。 飲食不當。 其他生活形態方面的行 為。	建議攝取高纖維飲 食,適當攝取流體並 運動。 必要時提供便秘藥。
4	牙齒問題 (蛀牙、牙 周病等)	藥物導致唾液量減少(口 乾症)。 口腔衛生習慣不佳。	建議加強口腔衛生 (經常刷牙、使用牙 線、少吃甜食/甜 飲、嚼無糖口香 糖)。

¹⁵³ 參見「美沙冬替代療法治療指引」,「行政院衛生署疾病管制局」編製資料,第24~25頁,2007.02第1版。

5	變胖	水份滯留。 食慾變好。 活動量減少。	檢查劑量並減少患者攝取的鹽分。 檢查並更改患者飲食。 建議患者審慎增加運動量。
6	失眠	服藥過量或不足。 服藥時間。 其他藥物給予的刺激[咖啡、香菸、安非他命及硫酸偽麻黃鹼(pseudoephedrine)一類的刺激性藥物]。	檢視劑量。 檢視服藥時間。 找出刺激性藥物,建議患者避免攝取。 檢視患者的一般睡眠衛生習慣。
7	性慾降低	劑量較高。 心理或社會/情境問題。	檢視劑量。 檢查患者病史並給予諮商建議。

因此，在藥物選擇上，除了行政院核定採行之「美沙冬」、「丁基原啡因 (Buprenorphine)」外，使用在醫學實務上的尚有「舒倍

生 (Suboxone)」，其相較於「美沙冬」更少副作用，但原理亦是透過佔據腦部有關海洛因需求的接受器，來替代海洛因，其簡單的比較圖如下¹⁵⁴：

	美沙冬 (Methadone)	舒倍生 (Suboxone)
機轉	佔據中樞神經系統的鴉片類接受器，使得患者不再對海洛因產生生理需求	
使用方式	液體，每天到美沙冬門診服用 1 次，不得自行帶出醫院	舌下錠，可帶回家服用，每天使用 1 顆或 2 顆
副作用	噁心、腸胃道不適，患者服用之後會感到舒服、放鬆，因此會成癮，且使用過量會抑制呼吸，導致死亡	噁心、腹痛、頭痛或血壓微升

以上種種，是美沙冬之戒癮治療相關的醫學上的風險、治療禁忌、副作用等。不僅於此，甚至有學者或醫生對此等療法係持極為不認同之見解，例如認為美沙冬可能比海洛因更難戒癮，而相關的暴斃猝死案例更是相當多¹⁵⁵，或是有醫師轉引西元 2003 年丹麥的法

¹⁵⁴ 相關報導與比較圖，均係參考蘋果日報，「替代療法助戒毒」E10 版，2009.10.07。

¹⁵⁵ 例如網路新聞：美沙冬比海洛因更難戒，自由時報，2007.07.25，參見網路資料：

醫相關統計數據，因美沙冬致死的人數其實多於海洛因，或轉述西元 2006 年英國毒品權威 Neil Mckeganey 教授之研究而指出，美沙冬的戒癮者三年後僅剩約 3% 的人成功脫離毒品，而戒毒失敗率竟然高達 97%¹⁵⁶。所以醫學上，持續對於此等治療法成效有所評估與研究¹⁵⁷，我們亦應隨時地關注與掌握¹⁵⁸。

第二項 法學上的不同意見

縱使要創造一個完全沒有毒品的社會，可能過於不切實際，但是社會也不可能接受毒品濫用之完全合法化，所以各國都是追求如何讓毒品濫用情況之個人及社會之損害的最小化¹⁵⁹。

而「戒癮治療」確實是對於施用毒品行為，除了監禁之外的一種選擇，但參酌本報告前述所引用之法務部統計數據資料顯示，從民國 95 年開始各地檢署檢察官以緩起訴處分命被告參與「減害計

<http://www.libertytimes.com.tw/2007/new/jul/25/today-o10.htm> (參見日期：98.11.30)。

¹⁵⁶ 參見蘇熙文醫師，美沙冬的迷思，參見網路資料：<http://blog.udn.com/teddyteddy2/2052411> (參見日期：98.11.30)。

¹⁵⁷ Barry Stimmel, Substance abuse and addiction in family courts: From addiction to abstinence: Maximizing the chances of success, *Family Court Review*, P271-272, 2009.04.

¹⁵⁸ 網路新聞：「以毒攻毒治療 10 萬毒癮患者」，<http://intermargins.net/intermargins/IsleMargin/DrugLib/news/00de-antidrug/20bupreno.htm> (參看日期：98.11.13)。

¹⁵⁹ Lau Laursen and Jorgen Jepsen, Danish Drug Policy—An Ambivalent Balance Between Repression and Welfare, *The Annals of The American Academy of Political and Social Science*, P22, 2002.07.

畫」，到民國 97 年「戒癮治療」完成法制化，施用毒品人數其實不減反增，且係大量倍增；施用毒品之裁判確定執行人次、再累犯人次、新入監受刑人次等更是居高不下或屢創新高¹⁶⁰。

另外，施用毒品行為所伴隨的犯罪情況，雖然沒有實證或官方的統計數據資料，但民眾的疑惑不曾減少，更因為像是「減刑毒販打死台大副教授」等重大社會危安新聞的發生，更使民眾對於戒癮、再犯率、犯罪率等相關觀感產生負面的感受¹⁶¹。

其實一個法制的實效性是很重要的，有認為在國外的經驗可以用「慘痛」來形容，並以鄰近之香港為例¹⁶²，其實在西元 2008 年月 9 日建議檢討有關美沙冬相關運作之存續¹⁶³。但每個國家的情況不同，我國甫完成法制化不久，除了還需要持續觀察外，應該正視醫學上與法學上的不同意見加以隨時檢視、改進。

從而，儘管施用毒品者的慾望與社會安全之間之權利經常是相

¹⁶⁰ 參見法務部網站之「法務統計」之「毒品案件統計」，參見法務部全球資訊網：<http://www.moj.gov.tw/site/moj/public/MMO/moj/stat/new/newtable5.pdf>（參見日期：98.12.01）。

¹⁶¹ 例如網路新聞：美沙冬比海洛因更難戒，自由時報，2007.07.25，參見網路資料：<http://www.libertytimes.com.tw/2007/new/jul/25/today-o10.htm>（參見日期：98.11.30）。

¹⁶² 香港的實施情況，可參見李思賢教授，「美沙冬替代療法的實施背景與現況」，管制藥品簡訊第 39 期，2009.04。

¹⁶³ 參見蘇熙文醫師，美沙冬的迷思，參見網路資料：<http://blog.udn.com/teddyteddy2/2052411>（參見日期：98.11.30）。

互衝突、對立的，但將「戒癮治療」法制化，就是希望可以盡可能達成一個平衡，來滿足社會的現實面，透過立法方式來控管施用毒品情況之發展¹⁶⁴。

其實就法律層面而言，施用毒品行為僅是違反毒品危害防制條例中之類型之一而已，毒品犯罪包含製造、運輸、販賣、轉讓、持有、施用等不同犯罪型態，此等犯罪型態彼此極其相關而環環相扣，但不論何種犯罪型態最終目的與結果原則上其實就是施用毒品行為。許多的販毒者，索性聚集在醫療院所門口兜售毒品給「美沙冬」之服用者等新聞已經屢見不鮮¹⁶⁵，所以在毒品政策上，本來即不能單單著重於施用毒品行為之處遇，有關毒品來源部分，同時必須加以查緝¹⁶⁶，也做到「減少供應（Supply Reduction）」¹⁶⁷，同時就檢警調查緝毒品犯罪之現有政策、績效、作法等制度均加以檢討，包括各地檢署對施用毒品行為之緩起訴處分標準似仍並不一

¹⁶⁴ Noah Mamber, *Coke and smack at the drugstore: Harm reductive drug legalization: An alternative to a criminalization society*, *Cornell Journal of Law and Public Policy*, P663, summer, 2006.

¹⁶⁵ 新聞資料，參閱中華日報，民國 97 年 7 月 17 日 A5 版；另外，筆者擔任檢察官，不論擔任偵查或公訴業務，訊問被告為何服用美沙冬，卻仍一再施用毒品之問題，諸多被告當庭表示：「...服用美沙冬時，交到『壞朋友』」，或是「...服用美沙冬時，在門口遇到有人兜售」。

¹⁶⁶ 毒品政策中，查緝毒品之重要性，可參閱西元 2009 年美國總統發表之國家毒品管制政策，網路資料：<http://www.whitehousedrugpolicy.gov/publications/policy/ndcs09/index.html>。（參閱日期：2009.08.21）

¹⁶⁷ 參閱民國 96 年 7 月 2 日行政院衛生署新聞稿，網路資料：<http://www.nbcd.gov.tw/admin/uploads/20070704015943484370555/960702%B7s%BBD%BDZ.pdf>（參閱日期：2009.08.22）。

致，造成相同行為在不同地檢署不同結果之不公平現象¹⁶⁸，或是各偵查機關對於毒品查緝之不同具體策略有所不同等¹⁶⁹，均應求雙管齊下以求此制度之良善原意與目的可以達致。

¹⁶⁸ 這是筆者於民國 98 年 11 月 26 日接受大仁科技大學社工系黃玫瑰教授因主持「行政院衛生署管制藥品管理局」之研究計畫而對筆者訪談時，由該名教授因教學、研究計畫接觸不同施用毒品被告、地檢署檢察官處理情況，所表示之意見。

¹⁶⁹ 例如有些地檢署，以臺中地檢署為例，除了緝毒專組外，尚有緝毒內勤制、緝毒資料庫（並訂有臺灣臺中地方法院檢察署緝毒資料庫及查贓系統資訊安全管理要點）等策略或作為。

第二節 結論與展望

本研究報告之研究緣起，主要係因「毒品危害防制條例」於民國 97 年 4 月 30 日總統華總一義字第 09700048431 號令修正公布第 24 條條文，並由行政院於民國 97 年 10 月 30 日公布「毒品戒癮治療實施辦法及完成治療認定標準」後，已使我國對於施用毒品行為的處遇，進入兼採戒癮治療思維的嶄新紀元，我們自有對「戒癮治療」更多了解的必要。

但此等法制甫完成、實施，成效其實有待評與研究，本報告認為應審慎加以探究。特別是施用毒品之人次其實並未因此減少，反而繼續呈現增加之趨勢、再犯率也仍居高不下、毒品來源仍難有效查緝與根絕，無法確實做到「減少供應 (Supply Reduction)」的目標，面對這些情況或挑戰，實有透過研究、檢討，才能對症下藥。

本文透過介紹各國的毒品政策進行比較法研究，並就我國「戒癮治療」之司法與醫學實務情況，也使用法務部統計資料、臺灣臺南地方法院檢察署統計資料、數個醫療機構函文暨統計資料來進行量化研究。此外，並針對我國施用毒品行為相關法制、實務見解與

法律問題進行整理，以求對施用毒品行為做完整、全面的介紹。最後，也是最重要之處，我國有關「戒癮治療」之法制實施時間亦尚短，成效有待評估，透過了上述的研究，我們應該重視在醫學上與法律上存在的不同意見，更要對於目前已經被點出來的疑慮或弊端，虛心與審慎地檢視。而施用毒品行為更僅是違反毒品危害防制條例中之一個環節而已，尚有製造、運輸、販賣、轉讓、持有、施用等不同犯罪型態，此等犯罪型態當然彼此極其相關而環環相扣，雖然不論何種犯罪型態最終目的與結果原則上其實就是施用毒品行為。所以要能夠完整去檢視毒品犯罪，當然不可能只探究施用毒品行為之部分，未來並搭配所有類型的毒品犯罪之刑事政策與偵查機關之具體作為，一併全面檢視，才能讓「戒癮治療」之法制之良善原意與目的可以達致。

文獻或資料

一、中文文獻

束連文主任（臺北市立聯合醫院松德院區成癮防治科），「戒癮治療之發展、實行及未來展望」，收錄於法務部舉辦之「98年度毒品查緝研習會」，2009.10.30。

李思賢教授，「美沙冬替代療法的實施背景與現況」，管制藥品簡訊第39期，2009.04。

李駿逸，『論「性」之刑事法規制—以語言、權力、系統等差異理論作觀察』，國立台灣大學法律學研究所論文，2007.06。

林宜君、陳仟萬合著，「抓毒專家小六法—偵查毒品犯罪策略」，永然文化出版股份有限公司，1999.02。

楊士隆、李宗憲，「藥物法庭制度介紹—對毒品危害防制條例第24條之建議」，日新司法，2008.07。

蒙桂珍、張玉亮、陳德明合著，戒毒—毒品濫用之危害與防制，合記圖書出版社，2006.01.10。

盧孟珊藥師，「淺談藥癮愛滋減害計畫與美沙冬替代療法」，收錄於，三總藥訊，2007.10。

蔡佩芬教授，「國際上毒品犯罪之刑事司法互助」，收錄於中央警察大學法律系、中原大學財經法律學系、臺灣刑事法學會合辦之「毒

品犯罪及其防治」學術研討會，2009.10.30。

賴正聲檢察官，「戒癮治療之發展、實行及未來展望」，收錄於法務部舉辦之 98 年度毒品查緝研習會，2009.10.30。

沈武典，「處理物質濫用的精神科藥物」，收錄於「管制藥品簡訊」第 22 期，2005.01。

「鴉片類物質成癮替代療法作業基準」，「行政院衛生署」民國 95 年 3 月 17 日衛署醫字第 0950208926 號函文公告，民國 95 年 11 月 10 日衛署醫字第 0950210219 號函文修正。

「美沙冬替代療法治療指引」，「行政院衛生署疾病管制局」編制資料，2007.02 第 1 版。

二、英文文獻

Lau Laursen and Jorgen Jepsen, Danish Drug Policy—An Ambivalent Balance Between Repression and Welfare, *The Annals of The American Academy of Political and Social Science*, 2002. 07.

Robert MacCoun and Peter Reuter, *The Varieties of Drug Control at the Dawn of the Twenty-First Century*, *The American Academy of Political and Social Science*, 2002. 07.

Henry T. Greely, *Neuroscience and Criminal Justice: Not*

Responsibility but Treatment, *The University of Kansas Law Review*, 2008.06.

Kevin S. Toll, *The Ninth Amendment and America's Unconstitutional War on Drugs*, *University of Detroit Mercy Law Review*, 2007.

Henri Bergeron and Pierre Kopp, *Policy Paradigms, Ideas, and Interests: The Case of the French Public Health Policy toward Drug Abuse*, *The Annals of The American Academy of Political and Social Science*, 2002.07.

Barry Stimmel, *Substance abuse and addiction in family courts: From addiction to abstinence: Maximizing the chances of success*, *Family Court Review*, 2009.04.

Gabriele Bammer, Wayne Hall, Margaret Hamilton, and Robert Ali, *Harm Minimization in a Prohibition Context—Australia*, *The Annals of American Academy of Political and Social Science*, 2002.07.

Noah Mamber, *Coke and smack at the drugstore: Harm reductive drug legalization: An alternative to a criminalization society*, *Cornell Journal of Law and Public Policy*, summer,

2006.

三、新聞報導

「替代療法助戒毒」，蘋果日報，E10 版，2009.10.07。

「美 14 州藥用大麻合法」，蘋果日報，A22 版，2009.10.21。

「個人持少量大麻，拉美解禁判無罪」，中國時報，2009.08.28，
A2 國際新聞。

四、網路新聞或資料：

「以毒攻毒海洛因戒毒成效好」：

<http://tw.news.yahoo.com/article/url/d/a/091021/11/1temv.html>

「替代療法絕非戒毒療法」：

<http://tw.myblog.yahoo.com/jw!2zUFZ1aGHxoW.s6jGuSB/article?mid=987>

「替代療法」：

<http://zh.wikipedia.org/zh-tw/Category:%E6%9B%BF%E4%BB%A3%E7%99%82%E6%B3%95>

「美沙冬比海洛因更難戒」：

<http://www.libertytimes.com.tw/2007/new/jul/25/today-o10>

[htm](#)

「以毒攻毒治療 10 萬毒癮患者」：

<http://intermargins.net/intermargins/IsleMargin/DrugLib/news/00de-antidrug/20bupreno.htm>

「美國國家毒品政策」：

<http://www.whitehousedrugpolicy.gov/publications/policy/nacs09/index.html>

蘇熙文醫師，「美沙冬的迷思」：

<http://blog.udn.com/teddyteddy2/2052411>

法務部全球資訊網：<http://www.moj.gov.tw/mp001.html>

行政院衛生署疾病管制局網：

<http://www.cdc.gov.tw/ct.asp?xItem=22061&ctNode=1885&mp=1>

五、函文

民國 98 年 10 月 21 日行政院衛生署新營醫院新營醫精字第

0980005762 號函文

民國 98 年 10 月 23 日財團法人奇美醫院臺南分院 98 美分字第 0252

號函文

民國 98 年 10 月 21 日行政院衛生署新營醫院新營醫精字第

0980005762 號函文

民國 98 年 11 月 6 日嘉南司字第 0980007343 號函文

民國 98 年 11 月 10 日行政院國軍退除役官兵輔導委員會永康榮民

醫院永醫字第 0980005482 號函文

民國 98 年 11 月 23 日法務部法檢字第 0980805347 號函文。