

國立臺灣大學法律學院科際整合法律學研究所

碩士論文

Graduate Institute of Interdisciplinary Legal Studies

College of Law

National Taiwan University

Master Thesis

緩起訴附命完成二級毒品戒癮治療之地方實作與規劃變遷
歷程考察

Survey on Changing Process of Local Practice and Policy
Planning about the Schedule II Drug Rehabilitation Treatment
Program during the Deferred Prosecution

高世軒

Shih-Shiuan Kao

指導教授：李茂生 博士

Advisor: Mau-Sheng Lee, Ph.D.

中華民國 109 年 7 月

July 2020

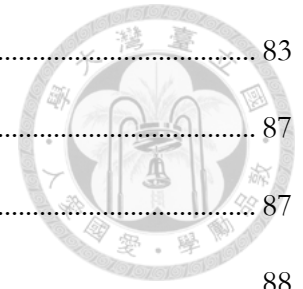


目錄



目錄.....	i
圖目錄.....	ii
表目錄.....	iii
口試委員會審定書.....	iv
誌謝.....	v
中文摘要.....	viii
英文摘要.....	ix
凡例.....	x
壹、緒論.....	1
一、前言及問題意識.....	1
二、文獻回顧.....	4
三、研究方法.....	10
四、本文章節安排.....	13
貳、制度的歷史背景演變考察.....	17
一、病犯：究竟是「病人」還是「犯人」？.....	18
二、司法中的「治療」：「成癮是種疾病」論述進入毒品治理.....	22
三、「緩起訴附命戒癮治療」作為第一波全面的醫療化：新行動者的介入.....	36
四、小結.....	46
參、友克鑫市二級毒品緩起訴附命戒癮治療的政策規劃、變遷與實作.....	49
一、友克鑫市的第二級緩起訴附命戒癮治療緣起與大致歷程.....	51
二、醫院之內的戒癮治療實作.....	57
三、醫院之外的活動：戒癮團體與觀護人追蹤.....	76

四、小結.....	83
第肆章：結論.....	87
一、研究發現及建議.....	87
二、研究限制.....	88
參考文獻.....	91
中文文獻.....	91
英文文獻.....	94
附錄 1-1：訪談同意書（與司改會交換版）.....	96
附錄 1-2：訪談同意書（無司改會交換版）.....	97
附錄 1-3：訪談同意書（使用者訪談版）.....	98
附錄 2-1：〈透視鏡：不要說再見！煙毒勒戒所 斷癮有方〉.....	100
附錄 2-2：〈煙毒犯是病人？是犯人？〉.....	101
附錄 3-1：協會訪談筆記.....	102
歷史：.....	102
跟其他單位聯絡：.....	103
經費：.....	104
理念.....	104
日常工作：.....	104
回鍋個案的因應.....	107
困難個案.....	107



圖目錄

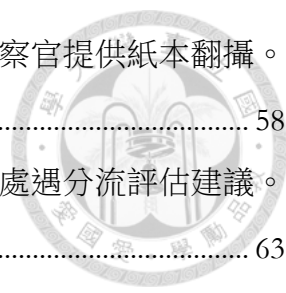


圖 3-1：友克鑫地檢署辦理緩起訴戒癮治療流程圖，自 S12 檢察官提供紙本翻攝。
圖中一提及該地檢署名稱之處以黑條遮蔽之。 58

圖 3-2：林雅鋒等人之調查報告（見註）中所引用之醫院戒癮處遇分流評估建議。
..... 63

圖 3-3：八次團體課程概要，翻攝自協會 2017 年執行正念減壓班的研究成果報告
紙本，頁 14-15，由 S12 檢察官提供。 79

表目錄

表格 1：受訪者基本資料表14

國立臺灣大學碩士學位論文

口試委員會審定書

緩起訴附命完成二級毒品戒癮治療之地方實作及規
劃變遷考察

Survey on Changing Process of Local Practice and Policy
Planning about the Schedule II Drug Rehabilitation
Treatment Program during the Deferred Prosecution

本論文係高世軒君（學號 R03A41008）在國立臺灣大學科際
整合法律學研究所完成之碩士學位論文，於民國 109 年 07 月 10
日承下列考試委員審查通過及口試及格，特此證明

指導教授： 李茂生

口試委員： _____

李茂生

陳嘉新

謝煜偉

誌謝



我首要感謝我的諸位受訪者。必須坦誠的是：身為（資淺的）研究者我不該、也無法全然在研究中抱持與你們完全一致的觀點，另外在寫作中也因為敘事建構、調整研究範圍跟框架以及其他考量，未必能完全運用到向你們請教的內容；即使明知如此，你們還是樂意向我分享，緣此我才能完成這篇研究。我特別想要感謝接受我訪談的使用者們：你們願意冒著一定風險，將自己經歷託付予我，讓我完成這份對你們境遇很難有直接幫助的研究；對於這樣的勇氣及單向無私的慷慨贈予，我的感激難以言表。

當初起心動念想要研究這主題，緣是我在參與愛滋工作期間，多少見證了許多使用者——也包括曾經親近的親友，在世界中受苦、在自身與他人關係中浮沉的歷程。我覺得我似乎應該要「做點什麼」，在這樣的衝動下決定以物質使用作為自己的研究主題。後續隨著我自身的人生際遇、生涯變化與能力所限，主題也慢慢縮小、明確，並在書寫時採取相較遙遠隔離的姿態。於途中我時常感到迷惘：自己是不是忘記了什麼初衷，遺忘了對自己不論作為研究者跟被研究對象之間、以及自己作為（某些）使用者的親友之間的倫理思考；也曾一度因為自己的狀態而逃避寫作跟研究，又因為這樣的逃避而感到罪疚而繼續逃避，因而陷溺在這樣的惡性循環中。最終還是慢慢隨著自身的狀態變好，我才理解或說服自己：其實背著適當但不要過度陷溺的罪疚感，以驅動自己思考跟完成工作，也是一種慢慢趨向「負責任」的倫理行動。

我想感謝李茂生老師在這曲折跟顛簸的歷程一路以來的支持。我在大學時因為修監獄學、少事法以及後續的刑事法課程而認識老師，因而對自己的智識以及這些智識怎麼描繪自己人生在世的處境有了巨大的衝擊。毫不誇張吹捧地說，李老師是我智識上的父親；我此生之後的智識歷程，若借用精神分析的隱喻談法，就是弑父的伊底帕斯過程，人必須通過此過程才能開展自身的個體化，這也勢必是我自己（我相信對所有李老師門下的學生來說亦同）的智識生涯中所持續要面對者。但李老師對我的影響也不僅於此：李老師沒有因為我的莽撞而否定我的選擇，還是願意指導我，過程中即使我怠惰與疏遠也沒有放棄；老師雖然因為自己

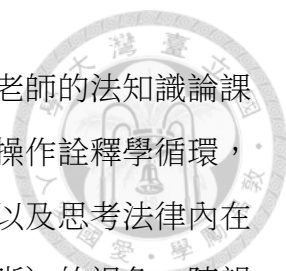


非常深入毒品治理這塊而未必期待我有太多新發現或影響，但也一樣給予我探索的自由、讓我頂著他的名字來邀訪。我希望這篇研究終究能無愧於老師所做的這些擔保。

另外，雖然短期內沒有繼續在學界深造的打算，但對於各位口試委員很認真看待自己很粗糙的口試本，認同我觀察到的現象很有意思，並給予深刻、實際、一如給年輕同儕的意見，對此我感到十分榮幸與感激。感謝謝煜偉老師在我構思論文跟口試時給予的建議及鼓勵，以及在就學期間的教導與照顧，使我得以見聞嚴謹但不失批判活力的治學是什麼樣子，也在我最後一段對犯錯相對寬容的學生生涯中，提點我處事應該有的紀律。感謝陳嘉新老師，在 2016 年開授「精神醫學與現代社會」課程時願意讓我旁聽，也在之後尋求老師建議跟口試時，分享許多自己的研究成果、經驗，以及操作概念化的方向，讓我對於精神醫學的治理性、以及戒癮治療這領域的複雜性有更深入的理解，不會停滯在因為無涉實作、欠缺理論對話或反思而單薄的批判。

我還希望感謝吳嘉苓老師跟林國明老師。如果沒有兩位老師的課程，我無法掌握到更合適的語彙及方法來框架與命名自己研究所得；另外也因為嘉苓老師一路上對我的關懷、回應我在執行研究遇到倫理困難時的求助，才能完成這份研究。同時我也希望感謝柏昇、廷碩跟小寶，在研究問題成形、分享行內人的資訊、心理支持，並樂於分享自己在不同知識領域的所得所思，讓我能得到更多刺激，也示範了在不同領域間游走時可以如何靈活但不失深入，並從罅隙之間得到新的洞見。另外，感謝司改會的瑋婷一路上的熱心協助，除了分享自己意見，也協助我接觸到幾位最重要的受訪者，但對我的研究從不干預。我深切感激這樣的信任。

感謝王泰升、張嘉尹、陳韻如、陳維曾老師在我求學過程中對我的啟發。科際整合的法學究竟是什麼樣子、以此為職志之人能抱持什麼關懷，是我入學以來持續至今的焦慮，而四位老師在課堂上分別以不同的方式回應或強化這樣的焦慮：王老師親身示範處理現象材料應有的嚴格與細膩、並在課堂上以熱忱鼓舞學生以外，老師也在我提出非常不成熟、概念先行以至於浮誇不著邊際的構想時率直提問：「所以這個研究的法律或法學意義是什麼？」——研究者如何回答或抗拒（簡單地）回答這個問題，以及是出於什麼樣的理由、身處什麼位置使得研究者必須要回答這問題以證成自己研究的價值，大概就是我从這個提問中所開始勾勒



出的，科際整合法學的存在焦慮。這樣的存在焦慮同時也在張老師的法知識論課堂上得到間接但重要的回應：不管是運用系統論的觀察方式或操作詮釋學循環，兩者所能開展的複雜性，也刺激我無論是在處理自己的研究、以及思考法律內在跟與外界互動時，勇於採取更複雜（雖然可能犧牲了表面的清晰）的視角。陳韻如與陳維曾老師在課堂中所提及的各種現象，則讓我分別在檢視跨時與跨地的制度與實作後，開始以實例（而林國明與吳嘉苓老師的課程則是提供了框架）刺激我思考，如何做好有制度觀點的個案陳述、如何比較個案，以及國家、社會、治理能力與制度之間的互動關係——我目前的所得是：揮別僅從法律自身出發的內在視角是絕對必要的。

在這一段求學生涯中，我還希望感謝許多人：感謝同屆好同學上雅與友倫，陪伴並理解我人在本所的焦慮；也感謝仁毅一路上在所務還有其他庶務的幫忙。感謝涵茹在行政以及生活上的支援，還有博鈞、建誼與軒宇在論文發表時的回饋。感謝社會所 R05/212 集團（宇修、小寶、振傑、哲維、韻如、小侯、秀芬、貞沂、廷碩）對我的接納與收容，讓我對同儕的情感需索有所歸屬。感謝蕭爹地跟帝宇老闆娘一直以來的協助與包容。感謝我的前任與現任雇主與同事們，不管是對我工作並同時面對論文的困窘及工作成果的包容：謝謝尤美女委員及思穎、宜靜、Dana 姊、盈君、美汾姊、月琴姊與瑞瑜，還有撲馬跟 DTL 的眾同事們（因為彼此知道的理由就不一一具名）。謝謝我原生家庭的經濟支持、一同居住而共建的酷異家庭的生活支持，以及與我一同工作三年的田心理師，還有壞胖、小明跟小向在與我共組的碎嘴群組中，各自提供的心理支持、陪伴。

謝謝王公，與你曾經的交誼開啟了我研究的契機。

最後，我還希望感謝修、安跟廷。因為有你們在不同時候各自接納了我，讓我慢慢相信可以填補自己的空洞，修補對這世界的期待，進而治療了我的靈魂。謝謝你們。尤其是廷，能在你的疼愛之中棲居是我所能想像最受眷顧之事。謝謝。

2020 年 7 月 12 日於菜寮

中文摘要



本文藉由訪談及檔案分析，檢視二級毒品緩起訴附命完成戒癮治療，其制度發展背景、在特定地方的實作制定變遷歷程（2008–2018 年）及實作內容，並嘗試回答影響其變遷的各項因素。本文的研究發現包括以下數點：首先，吸毒者處遇中「治療」與「司法」兩種邏輯透過「病犯」這樣論述裝置得以分配比例，並在二級毒品緩起訴附命戒癮治療核心的「酬賞原則」中相互合作。其次，個別行動者仍然會大幅受限自己的關係與能連結的資源，跟其他行動者偶緣地組成政策或實作的拼裝體，而成癮領域直至 2018 年尚未成為建制化而受特定行動者壟斷領域，使得各方行動者皆能進入，選擇性取用知識並打造在地處遇方案。最後，毒品戒癮治療透過「試辦」及在地行動者拼裝，縱使國家治理能力有限，各地也能發展出異質的處遇，但同時也使得不同地區的處遇成果難以比較、模式難以直接移植。本文的政策建議是，只有在更細緻並質性地理解各地實作現場及其發展的歷程與條件，才能抽取出模組化的政策選項模組，並闡明各模組之所以能運作背後的資源連結與歷史條件，使其變成啟發性的典範而非固定的選項，俾使各地根據自己的處境跟資源限制，引入並改造成自己的新實作。

關鍵字：成癮治療、病犯、邏輯、政策拼裝體、偶緣性

英文摘要



By textual analysis on archives and other materials, and interviews with practitioners and drug users, I examine the background of insitution development, with the establishment, changing process (2008–2018) and content of local practice, on the schedule II drug rehabilitation treatment program during the deferred prosecution, therefore attempt to demonstrate possible factors affecting the changing of the program. Three arguments can be drawn from the findings. First, there are “remedy” and the “justice” logics in the drug user treatments, and ratio of these two logics can be distributed and adjusted via the “patient-offender” construction as a discursive apparatus; and these two logics work in concert in the “contingency management”, the core principle of the schedule II drug rehabilitation treatment program. Second, individual actors are largely limited by their relationships with other actors and resources, thus contingently form assemblages of policy and practice, along with other actors; the field of addiction intervention, until 2018, hadn’t been institutionalized and monopolized by any specific actors, therefore different actors could enter this field, selectively introduce different knowledges and construct local treatment programs. Finally, although the governing capacity of the state is limited, by “policy pilot programs” and assemblages by local actors, heterogenous drug rehabilitation treatment programs could be developed across regions; however, this heterogeneity also make the comparison and the direct transplant of other programs into different regions infeasible. My policy suggestion is that, only thorough delicate and qualitative understanding of every site of local practices, the changing process and its conditions of such practices, could policy makers abstract modular policy options; by clearly elucidation of historical conditions and available resources behind these modular options, and make such options as illuminating paradigms (but not as fixed options), all local actors might introduce and adapt these modular policy options into new local practices.

Keywords: addiction treatment, “patient-offender”, logic, assemblage of policy, contingency

凡例



本論文引註及文末參考文獻列表格式依《中研院法學期刊》撰稿凡例（最後更新日期：2020年2月12日）為之。文末參考文獻列表按該凡例要求，僅列出學術文獻，不含新聞、公報、判決、最高法院決議、機關出版文宣出版品、統計資訊、委託研究報告、國科會研究計畫結案報告等。



壹、緒論

一、前言及問題意識

毒品¹犯罪在台灣一直是刑事政策的熱門議題。根據法務部提供之法務統計摘要—矯正統計²，截至 2020 年二月底，台灣監獄在監收容人全體 55,126 人中，27,480 人罪名是違反毒品危害防制條例，其中 8,833 人為純粹施用犯³。另外，根據同份統計摘要中之檢察統計，2020 一月至二月間，檢察機關起訴之 32,381 案件中，毒品施用案件佔 4,801 件⁴；同期定罪人數有 4,680 件⁵。另外，也因為毒品相關案件不僅數量眾多，在性質上也有所特別之處，以至於法務部統計摘要必須特別將毒品案件獨立出來統計：涉及不同類違禁物（不同類毒品）、不同行為（施用、販賣、運輸、持有等），以及同樣施用毒品的行為可以受不同處遇（觀察勒戒、強制戒治、入監服刑，以及緩起訴附命戒癮治療）。另外，就官方統計近十年內所查獲的毒品入所勒戒戒治或入監服刑之人所施用毒品，二級毒品均已超越一級毒品⁶，係近年來檢討毒品治理時尋常受提及的重要趨勢。為了因應以上情勢，或是表現出想要因應以上情勢的樣子，歷屆政府均在治安政策上對毒品防治有所著墨。例如在 2016 年政黨輪替後，新政府提出「新世代反毒策略」⁷，包含防毒、

¹ 我在本文使用「毒品」這個詞彙，而不用相對評價中性的「物質」或「成癮物質」，是為了強調「毒品」是由法律，即《毒品危害防制條例》，所框架出的範疇（具體來說，就是受這部法律所表列出來的化學物質），除此之外本身並沒有獨立的本質；並且，我也希望藉由使用「毒品」這個詞彙，指出其背後存在特定的道德評價，與支撐並再製這種評價的制度。

² 法務部統計摘要網站，https://www.risd.moj.gov.tw/risdweb/book/Book_Detail.aspx?book_id=379（最後瀏覽日：2020 年 6 月 22 日）。

³ 人數超過同份統計摘要中暴力犯罪案件人數總和（8,163 人）、竊盜罪（3,876 人）、不能安全駕駛罪（3,853 人）與詐欺罪（3,413 人），為所有表列出之犯罪類型中人數最多者。

⁴ 起訴件數僅低於不能安全駕駛罪（6,974 件），高於傷害罪（4,005 件）、竊盜罪（3,903 件）、電信恐嚇詐欺罪（2,759 件）、詐欺罪（2,236 件），為該統計摘要所列出之案件類型中件數次高者。

⁵ 仍是所有起訴案件（共 28,086 件）中，件數次高之案件類型。

⁶ 在本研究中所訪談之大多數法律、醫療或助人工作者，也同意二級毒品較一級毒品在政策上更重要、應對更為棘手。詳見第三章。

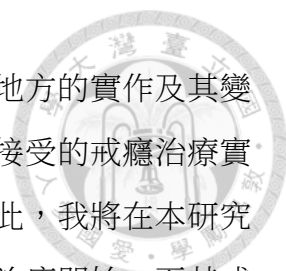
⁷ 見行政院網站，<https://www.cy.gov.tw/Page/5A8A0CB5B41DA11E/47bbd6cf-5762-4a63-a308-b810e84712cc>（最後瀏覽日期：2020 年 6 月 7 日）。



拒毒、緝毒與戒毒四面向。其中戒毒面向內容是：「多元、具實證且連續之處遇服務」。

然而，雖然毒品刑事政策一再是政府拼治安時的重點內容，也在司法實務上具有重要性。然而，雖然先前台灣的經驗研究中以成癮治療為主題的研究不在少數，但多集中在犯罪防治、刑事政策與精神醫療等領域的學位論文、期刊或政府委託研究報告，以「檢視台灣成癮治療政策成效」或「政策發展歷程」的相對少見⁸，更罕有對各地的實作情形詳盡為質性描繪的研究。

⁸ 我目前能搜尋到的文獻，大體上可以分出兩個集團的作者：一個以中央警察大學為主的學位論文及委託研究，另外是以中正大學犯罪防治研究所為主的學位論文及委託研究。其他文獻就沒有這兩個集團這麼集中於特定校系跟作者群。這些文獻依年份表列如下：楊瑞美，毒品政策對施用毒品者之影響—以某成年男性戒治所為例，國立臺灣大學社會工作學系碩士論文（2003年）；薛雅尹，我國戒毒政策成效評估之研究，國立東華大學公共行政研究所碩士論文（2003年）；林健陽、陳玉書，除刑化毒品政策之檢討—論我國毒品犯罪之戒治成效，收於：法務部編，95年度刑事再犯防治政策研究成果報告，頁145-204（2006年）；柯兩瑞，百年來台灣毒品刑事政策變遷之研究，中華民國中央警察大學犯罪防治研究所博士論文（2006年）；江惠民，我國之毒品之問題防制及對策，研考雙月刊，31卷6期，頁15-24（2007年）；林健陽、陳玉書、柯兩瑞、張智雄、呂豐足，我國當前毒品戒治政策之省思與建議，收於：法務部司法官學院編，刑事政策與犯罪研究論文集〈10〉，頁283-322（2007年）；蕭弋卉，病人與犯人：台灣百年來吸毒者的軌跡，國立臺灣大學法律學研究所碩士論文（2007年）；李宗憲，我國毒品犯戒癮治療政策之評估研究，國立中正大學犯罪防治研究所博士論文（2008年）；李思賢，減少傷害緣起與思維：以美沙冬療法做為防制愛滋感染、減少犯罪與海洛因戒治之策略，收於：法務部司法官學院編，刑事政策與犯罪研究論文集〈11〉，頁89-110（2008年）；林健陽、陳玉書，矯正機構之愛滋病毒毒品犯現況與處遇效果之研究（第2年）研究成果報告（完整版），行政院國家科學委員會專題研究計畫，編號：NSC 96-2412-H-015-001-SS2（2010年）；陳世隆，傅柯「正常化社會」之研究—以我國K他命管制政策為例，國立臺灣大學法律學研究所碩士論文（2010年）；林健陽、柯兩瑞，毒品政策與處遇之探討，中央警察大學犯罪防治學報，13期，頁1-65（2011年）；詹中原、陳泉錫，台灣毒品防制政策成效未能彰顯之成因探究，台灣衛誌，30卷6期，頁604-616（2011年）；顏良恭、林俊宏，地方毒品危害防制中心的實際運作—政策網絡觀點的分析，東吳政治學報，29卷2期，頁111-180（2011年）；黃翠咪，桃園縣愛滋減害計畫中美沙冬替代療法之成效，國立臺灣大學公共衛生碩士學位學程碩士論文—實務實習成果報告（2012年）；許佩詩，我國毒品管理法制之研究，國立中山大學政治學研究所碩士論文（2013年）；紀志光，緩起訴處分戒癮治療之回顧與展望，犯罪學期刊，17卷2期，頁193-212（2014年）；黃彥芳，臺灣美沙冬替代治療計畫評價，國立臺灣大學健康政策與管理研究所博士論文（2015年）；李柏昇，吸毒者處遇政策變遷（1998-2017）：制度論的解釋，國立臺灣大學科際整合法律學研究所碩士論文（2017年）；鄭凱寶，第

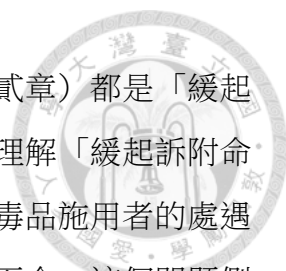


本研究選擇探討台灣二級毒品緩起訴附命戒癮治療在特定地方的實作及其變遷歷程，希望能回答以下的問題意識：二級毒品施用者現在所接受的戒癮治療實作，其設計經過哪些變遷？這些變遷受到哪些因素所影響？因此，我將在本研究描繪「接受戒癮治療的個案，自其受檢察官要求進入接受戒癮治療開始，至其戒癮治療療程結束為止」之流程，包含其所在地檢署、醫療院所或其他機構所經歷之行政流程、治療療程或其他程序的經驗；同時，也描繪相關程序或規定自地方開始讓二級毒品使用者也開始接受緩起訴附命戒癮治療起（本研究區域之地檢署自 2008 年開放）至資料收集結束為止（2018 年）發生了哪些改變，並對於背後的影響因素有所勾勒。

之所以選擇二級毒品的緩起訴附命戒癮治療作為研究對象，有幾項緣由。第一是現實性的關懷：緩起訴附命戒癮戒癮治療是既有的處遇方式，勢必成為受檢討、修正或強化之對象。第二是對象的考量：除前述提及二級毒品之趨勢外，相較於處遇內容相對單純的一級毒品戒癮治療，二級毒品戒癮治療複雜度更高（具體細節詳見第參章）。第三是研究限制：我所能接觸到的行動者，皆是二級毒品戒癮治療之相關工作者或使用者（詳見本章研究方法一節）

不過最重要的緣由是：緩起訴附命戒癮治療本身即展現出毒品法制將施用毒品者定位為「病犯」在法律論理上的曖昧性、「治療」在司法處遇的特異性，以及此類曖昧跟特意彰顯的是醫療與司法邏輯對立與混同的結果。值得說明的是：這樣的邏輯對立與混同在台灣的法制中並不是第一次出現——同樣是毒品施用者處遇選項的「觀察勒戒—強制戒治」，在 1998 年甫施行時，也是宣稱以「醫療先行」為之，將初犯吸食毒品者**視為病人**。但為何至今，縱使「觀察勒戒—強制戒治」仍是處遇選項之一，卻無人認為其是具有多少醫療色彩的處遇？以上這項提問並非本文的問題意識；然而，這項提問之所以重要，是「觀察勒戒—強制戒治」

二級毒品施用者之司法戒治成本效果評估研究—以臺灣臺北地方法院檢察署及法務部矯正署新店戒治所為例，國立中正大學犯罪防治研究所博士論文（2017 年）；陳嘉新，減害政策與「官方」的組成，收於：蔡友月、陳嘉新主編，不正常的人？台灣精神醫學與現代性的治理，頁 307-345（2018 年）。如果把時間尺度拉到日治時期，尚可包括：許宏彬，臺灣的阿片想像：從舊慣的阿片君子，到更生院的矯正樣本，國立清華大學歷史研究所博士論文（2003 年）；栗原純著、徐國章譯，日本帝國主義與鴉片：臺灣總督府的鴉片政策（2017 年）。



在本文的研究分析、及在本研究部分受訪者的認知中（詳見第貳章）都是「緩起訴附命戒癮治療」此項處遇的隱藏對照組。因此當本研究想要理解「緩起訴附命戒癮治療的實作及變遷歷程」，其實同時也是在為「為何針對毒品施用者的處遇出現兩波醫療化，且第一波為何失敗、第二波為何能繼續發展至今」這個問題側面提供線索。

最後要澄清的是：前一段論證的是一般性的「緩起訴附命戒癮治療」的重要性，範圍較本研究主要討論之「施用二級毒品的緩起訴附命戒癮治療」來得廣。本研究僅選擇二級毒品戒癮治療探討的理由已於前述；但此項戒癮治療之所以得實現，前提是先前已經有僅限於施用一級毒品的緩起訴附命戒癮治療，而行動者對這項措施的經驗，也在此項戒癮治療創設初期發揮影響，這一部份也會在本文第貳章中詳加論述。

二、文獻回顧


如本章開頭段落所述，直接以「檢視台灣成癮治療政策成效」或「政策發展歷程」為關注對象的文獻並不多，其中有兩篇研究與本研究問題意識與研究對象最親近，因此有特別討論的必要。

第一篇是李柏昇的《吸毒者處遇政策變遷（1998–2017）：制度論的解釋》⁹，其藉由歷史制度論與組織制度論切入，透過論述分析與統計，檢視官僚、立法院與法院於 1998–2017 年這段期間在毒品政策形成及執行的角色，並且得到「台灣的刑事政策是帶著不同理念的行動者在既有的政治框架下鬥爭、協調的結果，其樣貌是一種政策拼貼而不是具有一貫性的政策設計」¹⁰的結論。本研究其實在結論部分與李柏昇這篇文章十分相近，同時在 2009 年以前的制度變遷採取極度相似的解釋策略；必須陳明的是，我與李柏昇在學時確實有就這項主題密切交換意見，不過我在 2015 年前後開始決定做毒品戒癮治療此項主題，就已經確定是透過不同的資料蒐集方式跟觀察面向進行研究¹¹。我認為在相關文獻及檔案稀少的限制下，

⁹ 見李柏昇（註 8）。

¹⁰ 見李柏昇（註 8），頁 iii。

¹¹ 但我當時設定的題目更大，想要處理吸毒者在台灣的身份與形象建構，從權力—知識角度出發進行考察，戒癮治療僅是其中一部份。在事後研究意識慢慢清晰並限縮後才成為現在的樣子。而



透過對於參與政策的制定與實作的人訪談來搭配文獻參照，可以得到不一樣的啟示；另外，我也認為在吸毒者處遇政策變遷研究中，醫療、心理等領域的參與者在倡議與實作的活動必須要被納入分析，才能更深入並廣泛地解釋變遷的歷程跟牽涉因素，雖然在更抽象宏觀的解釋上未必會變更其所得到的結論。另外，李柏昇的研究對象其實並沒有真正包括我所關注的二級毒品緩起訴附命戒癮治療的發展歷程與運作實態；這項關注之所以重要，一來是如同我在後續章節將會描述的，這些活動其實與一級毒品的戒癮治療有相當的差異，因為二級毒品的治療直至今日還沒有如一級毒品（通常即指涉鴉片類藥物）成癮有替代性療法等相對穩定的治療方案，因此在發展治療跟相關政策方面就更多樣且複雜；二來是我的研究其實提供了一個更為微觀、精細的個案以展現制度論者所提出的路徑依賴（path dependency）與偶緣性（contingency）¹²在現象上的解釋效力，

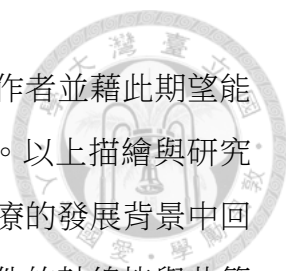
第二篇文獻是陳嘉新的〈減害政策與「官方」的組成〉¹³，在此篇文章中陳嘉新透過訪談政策參與者及相關專家、文獻回顧整理跟觀察紀錄等進行境況的紮根分析，以描繪一級毒品緩起訴附命戒癮治療歷程，並將其中「政策由規劃、制定、實施到常態化的過程中」所產生的「異質性且多方參與其組成的拼裝體……包含不同專業與來源的人和物，產生了許多事先難以預料的範圍與事件」稱為「官方」（the office）。「拼裝體」（assemblages）係借用 Deleuze 與 Guattari 所發展的「啟發性概念」¹⁴，描繪「多重且異質的元素群組合的整體」。這個整體邊界並非清楚給定，而是持續「藉由元素間彼此溝通與連結而確定」；而「官方作為一種拼裝體」就是「在政策需要下而產生的暫時性組合，不屬於特定的職業、團體，或者單一的政府組織，也沒有明確的組合機制」，其中的成員「不…必然

最後選擇不同種取徑跟切入面向，就我個人而言這也是一種分工的選擇：毒品領域現象豐富但研究者少，能多點人加入研究、避免重工，才能讓這領域除了在犯罪防治或公衛等既有的毒品政策相關領域以外，也在法學、社會科學等領域獲得該有的重視。

¹² 詳見 James Mahoney, *Path Dependence in Historical Sociology*, 29 *THEORY & SOC'Y* 507 (2000); James Mahoney & Kathleen Thelen, *A Theory of Gradual Institutional Change*, in *EXPLAINING INSTITUTIONAL CHANGE: AMBIGUITY, AGENCY, AND POWER* 1–38 (2000)。這部分的文獻也與李柏昇採用的相同，原因係我也受他的推薦，去本校社會系林國明教授所開授的制度論課堂修課，選讀相同的書目。

¹³ 見陳嘉新（註 8）。本篇論文係同作者 2011 年英文論文增補、擴寫之結果，包含英文論文發表後方取得之研究成果，因此不引用該篇英文論文。

¹⁴ Gilles Deleuze & Felix Guattari, *A THOUSAND PLATEAUS* (1987).



只致力於這個政策目的，而可能各有盤算、各有發展軌跡」。作者並藉此期望能「對於台灣的衛生治理與政府組織的理論化能夠有所貢獻」¹⁵。以上描繪與研究企圖是本研究重要的參照對象，而我在回顧緩起訴附命戒癮治療的發展背景中回顧到一級毒品的發展歷程時，無論在訪談對象的選擇、回顧事件的軸線皆與此篇文章高度重疊，而且本研究大幅受益於「拼裝體」這項概念以詮釋我所整理的現象；但是本研究一來受益於有更新的文獻資料，二來立論上更側重於醫療化（詳見後段及第貳章）以至於立論有些細微的差異，最後我重構這段發展歷程係是將其放置在觀察勒戒—強制戒治與二級緩起訴附命戒癮治療之間進行比較，指出這三種制度的斷裂與延續性，而不僅僅只是重述既有的研究發現。本研究與陳嘉新此篇文章更具體的差異比較，詳見第貳章相關小節。

除了直接討論成癮治療的政策成效或發展歷程的文獻，本研究也受益於下述幾篇醫療社會學文獻所發展的概念框架：


首先是「邏輯」。我這邊選用的並非制度論者採取的「制度性邏輯」¹⁶，而是採取由身體人類學者 Annemarie Mol 在其於荷蘭進行的糖尿病照護研究中所定位的「邏輯」：並非是嚴格意義下的邏輯規則（如邏輯學所要求），假定「**這些實作很連貫，彷彿每件事都有另外什麼事來相互界定**」，而是所涉實作「其背後的理性，或者是背後的道理」，並在分析上可能可以得到「風格」。Mol 並主張使用這種邏輯的界定，可以「促使人探索，在某些場域和情境，什麼是恰當，什麼是不合理。**這概念探索一種在地、脆弱但又十分相關的連貫感**。這種連貫感，對身處其中的人，不見得那麼明顯，甚至沒有現成的說法可以表達。這種連續感，可能很隱晦，鑲嵌在實作、建物、習慣以及機器之中¹⁷。」採取這種更加寬鬆的界定是因為我認為在實作的場景不一定能抽取出連貫清晰的實作理念型、到達與制度性邏輯這概念範疇一致的程度¹⁸，但似乎我所訪談的行動者與我自己都認為

¹⁵ 見陳嘉新（註 8），頁 332-333。

¹⁶ 詳細回顧見李柏昇（註 8），頁 26-28。

¹⁷ Annemarie Mol 著、吳嘉苓等譯，*照護的邏輯：比賦予病患選擇更重要的事*，2 版，頁 36-38（2019 年）。原文無粗體，係我自行標記。

¹⁸ 雖然我認為 Mol 所主張的邏輯定位其實還是一種理念型，只是比較沒有制度性邏輯這麼嚴苛。不然 Mol 也無需說明現場實務很難見到「純粹」的邏輯，見 Mol（註 17），頁 42。



其中可以找到一些「道理」（reasoning，或更接近的講法是拉丁文的 *ratio*），值得以此命名。我在這篇研究中所提取出的兩種相互比較的邏輯，分別是「司法的邏輯」（「犯人的邏輯」）跟「醫療的邏輯」（或「治療的邏輯」、「病人的邏輯」）¹⁹；但也如同 Mol 所提醒，現實中不同種邏輯可以並存，而我在第貳章正是主張「病犯」這種說詞，借用談判策略領域的說法是一種創造性的模糊（constructive ambiguity），可以分配在銜接的論述與資源分配、實作場合中兩種邏輯的不同比例。

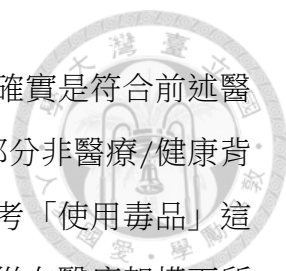
我另外也大幅援引的概念是「醫療化」。本研究援引的是 Peter Conrad 對醫療化的界定：「醫療化的關鍵是定義。亦即，**以醫學詞彙來定義、使用醫學措辭來描述、採用醫學架構來理解，或用醫療介入來『處置』某種困擾問題。**雖然包括作者自己在內的多數作者都對醫療化保持批判立場，但重要的是切記：醫療化描述的是某種過程。（中略）醫療化不需是全面的，因而可以有不同程度的醫療化²⁰。」

不過，雖然本文援用前述範圍寬廣的界定，但本文談的「醫療化」與 Conrad 以降的醫療化研究有一些重要而必須澄清的差異：首先，Conrad 等研究者發展這概念主要來批評醫療事業對社會各種面向的侵蝕，但本文所描繪的並不是這樣的場景，反而更多是描繪法律跟醫療系統的結合，在這樣的場景下醫療並非獨大，而是跟司法有時而從屬、合作，時而漠視或反抗的複雜關係。二來，我所描繪的戒癮治療，跟「典型」的醫療預設（當然，醫療化研究也可以批判這樣的規範想像未必在實然成立，而是被架空），意即基於知情、合意的自願選擇相當不同，以至許多工作者會以「非自願個案」來委婉稱呼因緩起訴處分而進入戒癮療程的受處遇者，來彰顯受處遇者必須面對的「間接強制」，因此也使得戒癮療程是否一如 Conrad 以降的醫療化研究場景可以直接類比成為需要澄清的問題。

對於以上兩點差異，我承認本研究確實與習見的醫療化批判研究不同，但仍然可以且值得運用「醫療化」這個概念（最起碼也值得作為描述性的命名）而不

¹⁹ 「犯人」跟「病人」的對比，取自於蕭彭卉（註8）的論文；我會在後面的章節說明我跟她在分析框架上見解不同之處。

²⁰ 見 Peter Conrad 著，許甘霖等譯，社會醫療化：論人類境況如何轉為可治之症，頁 7-9（2015年）。原文無粗體，係我自行標記。



會與其他醫療化研究相距太遠。一來，本研究所觀察到的現象確實是符合前述醫療化最寬廣的界定，因為其中的醫療/健康背景行動者（甚至部分非醫療/健康背景的行動者），確實是用醫療的措辭跟框架（「成癮」）來思考「使用毒品」這個起初由法律所制限（*bestimmt*）的社會現象，也根據其訓練跟從在醫療架構下所發展的知識與技術來回應這樣的現象。二來，本研究畢竟還是一個對刑事政策實作與變遷的觀察，縱使並不完全是採取（刑事）法學的內在視角來觀察這問題²¹，但這項觀察所凝視的對象仍然是刑事政策這個（已經被假定有存在正當性並自足的）範疇、描述其變化，所以從這樣的本位出發本文必須選擇「司法的『醫療化』」而非例如「醫療的『司法化』」或其他種方式命名這種變化，雖然其他種命名很可能也具有很好的分析效力²²。

具體來說「醫療化」在本研究中被指稱成癮治療發展歷程中的幾個階段：我將在第貳章主張在 1998 年前的相關論述變化跟 1998 年新法施行所預想的處置，並不符合典型醫療化以管轄權擴張的樣態，因此本章開頭所提「第一波醫療化為何失敗」這個命題也需要被修正，即 1998 年前後的論述與處遇制度並非典型或全面的「醫療化」（表現在管轄範圍擴張上），但確實是在公共跟政策領域中**更加**

²¹ 因此，本研究不會像其他治療型司法相關討論一般，探討「間接強制」的存在是否使得相關程序根本無法具備真正的真摯性進而讓「獲得同意」及背後的程序保障空洞化，無法真正尊重受處遇者的人性尊嚴之類的規範性問題。當然，這不代表這類問題不重要也不值得思索，事實上如果從這些問題出發更可以突顯本研究所展現的現象內在的弔詭；只是本文的旨趣或定位並非（批判）法學研究，對於規範性問題的關懷必須放在次後的位置。

²² 這兩個段落與前註，是謝煜偉老師及陳嘉新老師在口試時提醒我概念化運用需要更細緻的說明後所增添的部分。另外不需要放在正文說明但值得補充的是，Conrad 等研究者在 1980 年代時所著力的個案，即包括（美國的）鴉片成癮及透過醫療跟遺傳技術以達成犯罪控制的嘗試，因而我當初就認為運用醫療化概念在描述成癮治療不至於與其他醫療化研究差異太大、而無法共用「醫療化」這樣的語彙。詳見 PETER CONRAD & JOSEPH W. SCHNEIDER EDS., *DEVIANCE AND MEDICALIZATION: FROM BADNESS TO SICKNESS* (expanded ed. 1992)。當然，本研究所呈現的在地現象確實也比當時鴉片成癮的醫療化研究複雜，所考慮的知識互動更為細緻，因此如學者林文源所指出，直接套用醫療化理論並且跳到批判的結論未必能切實助於理解在地的動態。詳見林文源，導讀—掙脫怪異知識空間：從醫療化理論到在地處境，收於：Peter Conrad 著，許甘霖等譯，*社會醫療化：論人類境況如何轉為可治之症*，頁 xviii–lxxi（2015 年）。



使用醫學措辭來描述戒毒問題。真正典型或全面的醫療化（同時在措辭上跟實際介入管轄的範圍上都擴張）的是 2005 年起一系列的減害計畫。

同時，為了避免談及醫療化在國內常常會出現的爭論，我認為 Conrad 的一項聲明也值得大段落摘錄，這也與本研究的立場高度相近²³：「我的興趣不在於判定任何特定問題是否**真的**是醫療問題…（中略）什麼是真的醫療問題，主要的看法可能是來自於關注於此問題的人，或是在相關領域中有權力將困擾定義成醫學問題的人，就這層意義來說，社會學工坊的素材，是命名的可行性，而非診斷的效力。（中略）『醫療化』一詞所描述的，是將非醫學問題透過病痛跟失調的術語，界定為醫學問題並且進而治療的過程²⁴。」**意即本研究無意挑戰「戒癮是種精神/腦部疾病」此主張的正確性或科學性，也無意質疑「戒癮治療處遇中使用的各種治療方法」的科學性或有效性**；本研究有興趣者僅是描述相關刑事政策及實作的變遷歷程，而醫療化是個重要並有效的分析命名方式。

最後，本研究還借重曾凡慈 2015 年對兒童過動症在台灣發展之研究²⁵中所使用的專業技能網絡（network of expertise）框架。雖然本研究的目的不在於解答成癮「如何在台灣被大規模的指認、診斷與治療」²⁶，研究範圍跟理論深度有限、且兒童過動症在台灣診斷擴張的進程與戒癮治療的發展未必一致，但該研究強調「專業技能」被界定為「能更快、更好地執行任務與處理問題的方法，並且作為整個行動者網絡的產物」²⁷，以及專業技能網絡「分析時必須考慮到更多行動者（以及確保合作的機制）、概念化問題與對象的方式、用以執行任務的技術與工

²³ 雖然本研究未必該當於嚴格意義下的社會學研究。

²⁴ 見 Conrad（註 20），頁 5；粗體為原文所加。

²⁵ 曾凡慈，兒童過動症的在地興起與專業技能的網絡變遷，科技、醫療與社會，第 21 期，頁 15–76（2015 年）。

²⁶ 見曾凡慈（註 25），頁 20。

²⁷ 同前註。雖然我在本研究中並沒有深入 STS 學術社群中所熟悉的行動者網絡理論背後對於本體論的挑戰，或者嚴肅地把分析對象擴張到更多物與技術上（詳見林文源，論行動者網絡理論的行動本體論，科技醫療與社會，4 期，頁 65–108），所以如果讀者批評這僅是對相關理論表淺、順手拿來的挪用，我完全概括承受，並且也呼籲把技術與物，特別是不同種類、透過法律被定義為「毒品」的化學物質，在何種過程下與其他技術與行動者互動後穩固化共構成多重的現實，是值得後續有志於研究成癮領域的發展、實作與政策現象的研究者嘗試的方向。

具、相應的制度配置……等一切使專業技能成為可能的條件與彼此間的連結」²⁸、
「網絡的觀點則是把權力構想為確保更多行動者參與，而使得對問題的特定認識
與實作得以延伸的機制」²⁹，在研究方法上的啟發是除了「追隨起始行動者」³⁰，
也要追尋其他行動者以及描繪這些行動者如何共構處理「問題」的方式，並且在
分析第參章中所描繪的團體課程中獲得最清晰的解釋。

三、研究方法

本研究所聚焦的時間區間（2008–18 年）距離寫作當下並不遙遠，但要描繪
其內容與變遷必須面對以下困難：第一，雖然相關法規、行政流程等並非機密，
但許多執行治療業務所涉及之規則、計畫或相關文書並沒有公開流通；第二，目
前公開流通關於台灣毒品戒癮治療之資訊，大多是針對「毒品戒癮治療之必要性」
（加上引用）為準，對於具體實施的現場細節少有著墨，更少有從接受戒癮治療
之個案觀點出發之陳述，蓋絕大部分個案係因違反禁止施用毒品之法律而受處分，
難以期待其揭露自身違犯法律此等具污名性之事實，詳細闡述其接受治療之歷程，
僅止於向相識之親友、藥友或扶助之法律或醫療工作者分享、討論而已³¹；最後，
縱使有可能尋找到當初參與設計地方實作規劃之人並使其願意受訪，然相關事宜
之情節或其留存資料，就當事人之生涯而言並不一定具重要性，而難以期待其能
回溯或保存。另外，戒癮治療實作的場景通常具備一定的隱密性，除非研究者本
身即是個案或專業工作者，不然難以參與式觀察來描繪現場。


因此，本研究主要係透過對兩類受訪者進行訪談、搭配我能收集或受訪者所
提供之資料，以收集本研究相關之經驗現象，並互相比對其所述內容，就其同意
或分歧處加以呈現跟討論。第一類受訪者係參與、規劃及執行二級毒品緩起訴附
命戒癮治療相關經驗的醫療工作者（共八名）、助人工作者（五名，含大學教師
一名、民間非醫療機構兩名、政府官僚一名及心理師一名）及檢察官（兩名），
其名單係透過我開始研究前即認識之相關從業人員推薦、收集到之資料中記載其

²⁸ 見曾凡慈（註 25），頁 21。

²⁹ 見曾凡慈（註 25），頁 21。

³⁰ 見曾凡慈（註 25），頁 22。

³¹ 受訪者所提到的經驗即是如此。




有參與相關歷程，或各受訪者推薦，確定其可能對研究所涉之現象有一定程度之了解或實作經驗，或參與過相關特定重要事件或實作，而加以特定，發出訪談邀請並獲得同意³²後進行訪談。第二類受訪者，係有使用二級毒品後接受緩起訴附命戒癮治療之個案（共四名），其徵集乃是透過我認識處理毒品案件的律師，請其探詢先前協助個案之意願、提供我的聯絡資訊跟研究主題、訪談方向後，有意接受訪談的個案自行聯絡我³³，在事先提供其訪談大綱，並獲其同意³⁴接受訪談後，方開始訪談。受訪者之細節資料見本章節最後之表格 1。最後，除了我所能收集之論文、期刊、新聞、公報、法規以外，部分受訪者提供之資料，包含法律文書、報告等，也是我會參考之資料。

本研究雖然主題是二級緩起訴附命戒癮治療，但主要就台灣某都市之二級緩起訴毒品附命戒癮治療之實作與政策變遷收集經驗現象，蓋台灣各地之實作有所不同（詳見第參章），以我個人能力與時間難以窮盡。另外，因為參與該都市治

³² 同意書範本參見附錄 1-1、附錄 1-2。其中，部分受訪者因係透過財團法人民間司法改革基金會（下稱司改會）協助而接觸，我在訪談開始前，即以口頭與書面確認其是否有意願將其身份與訪談之逐字稿內容分享予司改會，如不同意，則其身份該訪談之逐字稿即不向司改會揭露，司改會僅能獲知不超過本論文所揭露之部分。另外並非受司改會協助、或我判斷其可能會因司改會參與研究而拒絕受訪者，即自始就不詢問其資料分享之意願、也不向司改會揭露其身份與受訪之逐字稿內容。最後，雖然司改會之工作人員會與我討論研究所得之現象、介紹部分研究者，並有一次進行共同訪談，但其對於我研究設計、訪談問題、成果揭露及其他事項均無指導、指揮、命令、資助或其他實質干預之情事。本研究所衍生之任何爭議及責任，完全由本人負責。

³³ 因此，在個案聯絡我之前，我完全無從得知個案之個人身份及其他個人資料。這位律師也完全明確告知其協助之個案，即使不願意接受我的訪談，對於其各項權益或受這位律師之法律服務並無妨害。意即，個案清楚認識到，其既無義務、亦毋需擔心有不利益之後果而必須接受本人之訪談。我事先徵詢過這位律師及其他熟悉律師倫理事項律師的意見，他們皆認為此項作法不至於妨害受法律協助之個案利益，不至違反律師倫理。另外訪談個案所得之逐字稿，亦在事前明確告知後取得同意，並以代號編碼、模糊內容所指涉之具體日期、地點等相關案情後，分享予司改會。在此非常感謝這位律師的熱心協助；為避免受訪個案身份因連結而受曝光無法具名感謝，我深感遺憾。同時這位律師除協助我尋找可受訪使用者以外，對於我研究設計、訪談問題、成果揭露及其他事項均無指導、指揮、命令、資助或其他實質干預之情事。本研究所衍生之任何爭議及責任，完全由本人負責。

³⁴ 同意包括事先以 email 聯繫時之同意，以及訪談當面見面，以口頭及書面取得確認後之同意。訪談同意書參考附錄 1-3。



療之制度決策或治療實作規劃者人數並不多，再加上部分第一類受訪者係透過其他受訪者所推薦轉介者、第二類受訪者係透過律師轉介後自行聯絡我，要完全比照其他研究以最大化變異原則收集訪談資料係難以期待。第一類受訪者我盡可能在其專業背景（職業生涯）涵蓋於不同時期參與政策或治療實作之人，同時也包括數位非醫療機構及非於該都市實施治療之人進行對比，然而因機緣受限，最終無法訪談到更多位檢察官及其他在實作現場重要的參與者（如觀護人及個案管理師³⁵）；第二類受訪者，除有在某都市有一次以上之治療經驗外，亦包含在其他地區接受治療者。

以上對受訪對象之取樣難免有所偏誤，特別是其討論之二級毒品施用，大部分集中在（甲基）安非他命，勢必影響解釋之效力。另外本研究採取訪談、而非在治療現場或司法機關等地進行參與式觀察，其具體程度必然有所不足，有待後續相關研究補足。最後，這項政策領域許多決策的歷程、實作的場景，相關文書能公開取得者有限，受訪者自身也不一定有留存或願意向我分享相關的文書資料，以至於本研究的敘事建構的穩定性很多時候需要倚賴對不同行動者的陳述相互比對、難以有其他非陳述性的資料佐證，甚至有時只能仰賴一到兩名行動者的陳述作為單一的憑據。此時對於敘事建構的可信性就極端受限，更多時候是仰賴我自身進行研究跟參與相關工作見聞所累積的直覺加以判斷，難有一貫的標準可言。這種狀態遠非理想，但就目前受限的現象資料難有更好的解決方案。

為避免直接指名道姓造成受訪者身份之揭露後引發其困擾，本研究所直接處理之某都市在本文後續章節中化為友克鑫市；至於其他並非本研究所直接處理、但受訪者所提及之其他地區，也會進行化名。所有受訪者，含醫療工作者、檢察官、助人工作者及接受戒癮治療的個案，亦全部以化名呈現。特別是接受戒癮治療的個案，其訪談或所提供資料中提及個人所涉案情部分，會模糊化至難以辨識其個人身份之程度。需要坦承的是：縱然進行以上去識別化處理，因為台灣各地區之戒癮治療實作，不管就細節規定、負責醫療院所各自有特色，且台灣相關工作者人數不多、關聯緊密，縱使本文章所有對地點、機構跟工作者使用化名，對於熟悉相關實務的人而言，光閱讀第一類受訪者所述內容，即可能辨識出工作者

³⁵ 有嘗試透過其他受訪者轉介或取得聯絡方式後發信邀訪，但惜未獲回覆。

之真實身份，而並不具有真正的去辨識化之效果。不過，本研究所接觸的現象資料，絕大部分並非機密性資料，對熟悉相關實務者而言也大多不是新聞；餘下的部分（特別是訪談逐字稿中涉及對特定個人臧否的內容），除非對於研究呈現有重要性、且確保個人身份不至因為引用而得辨識者，不然不會在本論文中呈現³⁶。

最後必須揭露的是：本研究開始進行（2016 年）時，我曾經透過本所助教向本校研究倫理中心詢問研究倫理審查事宜，所得回覆是：尚無針對本學門碩士學位論文之研究倫理審查。惟研究開始時之相關建制不全，並不妨害亦不免除研究者維護研究倫理之責任。因此本研究進行時參考臺灣社會學會研究倫理守則之規定意旨，諮詢本校社會學系吳嘉苓教授之意見並參考其訪談同意書之範本，劃定應遵守之倫理事項。本研究自始亦無接受任何官方或私人機構及個人之研究經費補助、獎助或其他形式之資助。

四、本文章節安排

本文以下列章節順序安排：第貳章簡述「病犯」的概念發展歷程、以及施用第一級毒品緩起訴附命戒癮治療整理的發展歷程。第參章簡述友克鑫市發展二級毒品緩起訴附命戒癮治療的大略歷程，以及在本研究進行時（2016–2018 年前後），接受治療的個案自進入司法系統至結束治療為止的流程。在這兩章中，我描繪出不同地點、不同時間之戒癮治療實作具有高度異質性。就主觀面向而言，我訪問了不同專業領域的工作者，各工作者對於「如何做好戒癮治療」或對參加戒癮治療個案之勾勒有所不同，它們同領域或他領域工作者的評價未必一致甚而有所質疑；就客觀面向而言，雖然本文寫作主要針對友克鑫市的戒癮治療政策歷程做研究，但從受訪的接受治療個案、工作者的訪談內容，以及我所收集的資料，都顯示同時間不同地區、甚至同地區在相距數年後，戒癮治療的療程設計、行政細節等種種影響到「個案面對療程的經驗」之因素差異甚大。

³⁶ 本篇論文的口試本在文後有附上所有內文論證時所引用、詮釋的相關逐字稿片段節錄，使口試委員得以審閱我文中的引用是否過度剪裁、詮釋是否過於逸脫受訪者的主張與當下情境；但爾後也因為篇幅及顧慮隱私風險（及使用者的法律風險）考量，跟口試委員討論後根據其建議刪去。如果讀者有合理需要必須取得相關節錄，請來信索取。

不過，本研究目的主要並非去論證哪一種療程設計、行政措施最恰當、科學基礎最無可質疑，或哪一位工作者對於現象的觀察或政策的建議最全面正確。本研究希望透過描繪友克鑫市「個案面對療程的經驗」，以及這些經驗背後流程的變遷歷程呈現出時間差異、透過其他地區的療程內容跟友克鑫市的療程比較呈現出地區差異，藉以在最後一章的分析中說明：緩起訴附命戒癮治療此項刑事政策的在地實作，是高度偶緣（contingent）並拼裝的產物。更具體來說：不是從中央到地方統一規劃，而是隨各地自己長出並具高度實驗性、摸著石頭過河的成果，並隨著政策當下某些個別的行動者（主要是工作者，但有時甚至包括個案，詳後述）根據自己在制度框架下所能調度的資源、知識跟人脈，而拼裝成「可以運作」的樣子。並且根據以上觀察跟分析，我得到以下推論：第一，這些具有實驗性的成果，即使可能會因為各地區的交流而為不同地區的工作者所知曉，但因各地的制度條件、行動者能調度的資源不同，而難以直接移植實施。第二，因為不同地區實作不同並事實上難以統一，不同地區的個案（甚至：同一地區但遇到不同官方行動者的個案）所受處遇差異很大，固然可以說是因地制宜的結果，但也使將來自不同地區對於戒癮治療政策成效的數據難以合併處理，而必須有對於這些數據背後的政策脈絡性資訊、及從受治療個案經驗觀點出發的資訊，才能更確切理解這些數據，藉以評估現行戒癮治療成效好壞並提出政策建議，因此也非本研究能力與範圍所及。

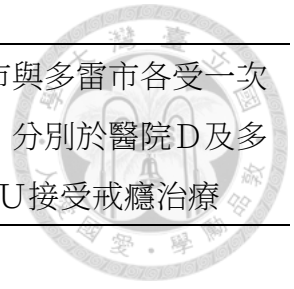
表格 1：受訪者基本資料表

代號	性別	年齡	職業別	訪談時間	備註
S01	女	51-60	醫療工作者	2017.04	於友克鑫市某公立醫院M服務
S02	女	51-60	心理師	2017.11	目前不於機構內任職，先前曾於友克鑫某公立醫院D服務
S03	男	51-60	大學教師	2017.06	於友克鑫市內某大學N服務
S04	男	61-70	醫療工作者	2017.05/ 2018.08	訪談時於醫院D服務，亦有於醫院M看診
S05	男	51-60	醫療工作者	2018.05	訪談時為醫院D之院長

S06	女	51-60	醫療工作者	2018.05	於醫院D服務
S07	男	51-60	醫療工作者	2018.08	於醫院D服務
S08	女	41-50	醫療工作者	2018.07	於醫院D服務
S09	男	51-60	醫療工作者	2018.04	於某公立研究機構服務，同時亦於肯特市某醫院H開設門診
S10	男	61-70	醫療工作者	2018.05	曾於維斯康市某公立醫院T服務
S11	女	51-60	政府官僚	2017.07	本身亦有心理師背景，曾於先前工作接觸毒品使用者。該次訪談為透過司改會協助聯繫、有四位訪談人，主要訪談人為我及另一位司改會研究員。
S12	男	51-60	檢察官	2018.08	於友克鑫市地檢署服務
S13	男	61-70	檢察官	2018.08	曾於友克鑫市地檢署服務，訪談時已調任至管轄該地檢署之高檢署（分署）服務
S14	見備註	見備註	助人工作者	2018.08	受訪者為友克鑫市某民間非醫療機構之兩位社工，訪談時以機構名義受訪。年齡分別是 31-40 與 41-50，皆為女性。
小笠	男	21-30	使用者	2018.06	曾於肯特市某醫院C接受戒癮治療
小樺	男	31-40	使用者	2018.06	曾受友克鑫市兩次受緩起訴處分，皆於醫院D接受治療，並於第一次參與 S14 之活動；受訪時尚未知曉是否會繼續參與 S14 之活動
小涵	男	31-40	使用者	2018.07	曾於肯特市戒治所接受勒戒，另外亦曾自行向醫院D尋求戒癮治療

小太 男 21-30 使用者 2018.07

曾於友克鑫市與多雷市各受一次
緩起訴處分，分別於醫院D及多
雷市醫院U接受戒癮治療



貳、制度的歷史背景演變考察

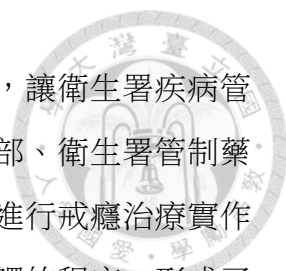


本研究在本章希望處理二級毒品緩起訴附命戒癮治療制度發展的幾個重要背景。

一是「病犯」這個措辭/法律概念的發展，與此同時也回顧觀察勒戒制度發展的歷程。雖然本研究定位並非法釋義學研究，而是以法規範表述之刑事政策的地實作，但是法規範本身的表意功能（*expressive function*）³⁷，即法律會表達「事物應該是如何運作」的主張，而如此主張會指引參與實作者如何解讀並執行（或扭曲）法律，進而讓參與實作者擘劃及正當化自己的作為，因此值得加以闡明。然而讀者將會見到，在法律的演變過程中，縱使法律的內涵變化具有延續性，但對於「變化何以發生」，單從法律內部並不足以得到解釋。因此，以下將會分別以一小節論證《毒品危害防制條例》的法益內涵，並在另一小節採取外於法律系統的觀點加以考察。另外，本研究定位是經驗現象研究、而非批判（刑事）理論研究，但本研究所關注的經驗現象可能有印證相關理論的價值、使本研究做為一特例得以與醫療社會學諸研究對話，同時也銜接本文在分析研究所觀察現象時所涉及之「醫療邏輯 v. 司法邏輯」的對立與混同。總結而言，我認為觀察勒戒程序成形的過程並非古典的醫療化，讓醫療領域的管轄權擴及到之前所不及之領域，只有出現「病犯」這概念讓公共論述跟政策領域的措辭更加趨近醫療。

二是施用一級毒品之緩起訴附命戒癮治療的歷程。描述此歷程的原因，係因為從不同有參與施用二級毒品緩起訴附命戒癮治療政策規劃或執行的行動者訪談中，皆提及在執行施用一級毒品戒癮治療經驗，對於規劃施用二級毒品之戒癮治療有所影響。另外我認為這段期間的歷程跟行動參與方也解釋了為何戒癮治療何

³⁷ 我此處援引的是 Cass Sunstein 在其 1996 年發表之文章 *On the Expressive Function of Law* 中，對 *expression function of law* 所採取的大略定位：“the function of law in ‘making statements’ as opposed to controlling behavior directly”（頁 2024）。不過 Sunstein 在意的比較是「法律如何設計來改變社會常規（social norm）」（頁 2025），我在意的是「常規」的再生產過程，即「價值論證主張」會引導行為人詮釋規範跟正當化自己作為，當相應作為及對應之價值評價反覆出現並受到他人認可，即是「常規」，而常規之維繫亦在於受行為人以行為跟詮釋一再重複。詳見 Cass R. Sunstein, *On the Expressive Function of Law*, 144 U. PA. L. REV. 2021 (1996). Available at: https://scholarship.law.upenn.edu/penn_law_review/vol144/iss5/12



以能讓毒品施用者的處遇發生了醫療化：愛滋這項疾病的興起，讓衛生署疾病管制局（今衛生福利部疾病管制署）有了強烈干預原本屬於法務部、衛生署管制藥品管理局（今衛生福利部食品藥物管理署管制藥品組）跟先前進行戒癮治療實作者的事務領域；這項變革雖然賦予了醫療領域觸及先前未能碰觸的程序，形成了現今觀察勒戒與緩起訴附命戒癮治療的雙軌制度，但其中的行動者在日後規劃施用二級毒品戒癮治療，還是依照自己的習慣行事，而並未完全順從此時規劃政策方（疾病管制局）帶來的制度設計規劃。

一、病犯：究竟是「病人」還是「犯人」？

毒品使用者是誰？官方標準的答案是「病患性犯人」。1997年《肅清煙毒條例》更名為《毒品危害防制條例》，並大幅修正內容、引入了毒品勒戒戒治為原則的處遇制度³⁸。機關版草案在立法院審議期間，時任法務部長馬英九說明勒戒戒治原則時如是表示：

針對施用毒品者所具「病患性犯人」的特質，雖仍設有刑事制裁規定，但在執行上擬改以勒戒之方式戒除其「身癮」，及以強制戒治之方式戒除其「心癮」...（中略）或有建議對吸毒者除刑或除罪，本人認為皆不能同意，我們的原則係有條件除刑，但不除罪。**不除罪的理由是吸毒者[sic]本身即是犯罪行為**，因其傷害自身、傷害家人。至於有條件除刑是因提拿吸毒者後不能僅為之治療而不加以輔導，如此則會增加再犯機會，故而以下列原則處理。**第一次所抓之吸毒者視為病人**，交由觀察勒戒一星期，若沒有上癮則不予起訴，若上癮則戒毒村。...（中略）但於戒毒村表現不佳者將受刑罰處分³⁹。（後略）

³⁸ 根據許宏彬、范燕秋與蕭昶卉的考察，在大清帝國本土及日本統治下的臺灣，官方都曾有設立煙癮矯治措施。然而，此類矯治措施並沒有在國民政府治下的臺灣大規模地持續，至多只有零星地進行。見許宏彬（註8）；范燕秋，日本帝國發展下殖民地台灣的人種衛生，國立政治大學歷史學研究所博士論文（2001年）；蕭昶卉（註8）。

³⁹ 立法院公報，83卷83期，頁339，委員會紀錄法務部馬英九部長發言（1994年）。

自此，「病患性犯人」這樣的定位也自此在官方論述中固定下來。例如以下出自於法務部矯正署新店戒治所文宣的文字，極具代表性：



「毒品危害防制條例」於民國 87 年 5 月 20 日公布施行後，將吸毒者定位為「**病犯**」，兼具病人與犯人之雙重特質，將吸毒行為視為慢性疾病，需要接受醫治與矯正處遇，因此初期在看守所內設立觀察勒戒處所、在監獄內設立戒治所，以辦理觀察勒戒與戒治工作⁴⁰。

然而，這種定位有著內在矛盾：「犯人」意味著人因為故意或過失違反法律、造成對他人或社會的傷害；「病人」意味著身心機能缺損而有外顯或內癮的癥狀。從古典自由主義的刑法論點出發會這樣提問：若一個人使用毒品「自我傷害」意味著是此人帶有某種「疾病」，那他也僅僅只是自我傷害而已，何以成為一個「犯人」？而從現行的法制觀察，也幾乎沒有其他慢性疾病被定位成罪行、需要國家以司法介入矯正（一個人生病為何是犯罪？），也幾乎沒有犯罪是動用到醫療手段來醫治（犯罪問題為何要找醫生？）。要如何讓醫治與矯正這兩種旨趣相異、由不同的專業工作者所運作的邏輯湊合在一起干預毒品施用者的矯治、又能自圓其說，這時候或許要回去觀察《毒品危害防制條例》之法益內涵。最具代表性的文字，其實是釋字 476 號及釋字 544 號大法官解釋，其理由書內容⁴¹非常忠實反映中華民國自《禁煙禁毒條例》到《毒品危害防制條例》，立法史上立法者與司法以來一貫的修辭：

煙毒之**遺害我國**，計自清末以迄民國，垂百餘年，一經吸染，萎痺終身，其因此失業亡家者，觸目皆是，由此肆無忌憚，滋生其他犯罪者，俯首即得；而製造、運輸、販賣無非在於使人吸食，其吸食者愈眾，則獲利愈豐，因是呼朋引類，源源接濟，以誘人上癮為能事。萃**全國有用之國民**，日沈湎於鴉毒之鄉而不悔，其戕害國計民生，已堪髮指；更且流毒所及，國民精神日衰，身體日弱，欲以鳩形鵠面之徒，為執銳披堅之旅，殊不可得，是其非一身一家之害，直社會、國家之鉅蠹，自不得

⁴⁰ 法務部矯正署新店戒治所，新店戒毒模式：藥癮治療與矯正實務，頁 1（2015 年）。

⁴¹ 下引兩段文字中粗體原文所無，係本人自行加註。



不嚴其於法；而欲湔除毒害，杜漸防萌，當應特別以治本截流為急務，蓋伐木不自其本，必復生；塞水不自其源，必復流，本源一經斷絕，其餘則不戢自消也。（釋字 476 號）

施用毒品，或得視為自傷行為，然其影響施用者之中樞神經系統，導致神智不清，產生心理上及生理上之依賴性，積習成癮，禁斷困難，輕則個人沈淪、家庭破毀，失去正常生活及工作能力，成為家庭或社會之負擔；重則可能與其他犯罪行為相結合，滋生重大刑事案件，惡化治安，嚴重損及公益。鑒於煙毒對國計民生所造成之戕害，立法者自得採取必要手段，於抽象危險階段即以刑罰規範，對施用毒品者之人身自由為適當限制。（釋字 544 號）

這兩段文字背後之主張，不僅出現於這兩段理由書當中。《毒品危害防制條例》歷來的修法說帖，以及論及中國（中華民國或中华人民共和国皆然）的毒品控制史，幾無例外一定會提及「鴉片戰爭」、「鴉片使得白銀外流」等說詞，具有高度重疊性，幾乎可以說在「毒品」議題一提到「清末」，就知道論者想要召喚聽者回想起這些共同歷史記憶。而「吸食毒品」容易衍生其他後續犯罪，也幾近老生常談。如此重複的主張與歷史召喚，並非只是大法官很會寫作文，而是反映了國族焦慮：這一類上溯自清末，強調「國民體質被煙毒敗壞、鴉片作為帝國主義侵害中國、賺黑心錢讓中國人變成東亞病夫的手段」，引申的結論是「要擺脫東亞病夫的體質（這裡的體質同時對應到個人與國家形象）成為自己的主人、有用的國民，就必須擺脫毒品」。如果參考中國近代史學者楊瑞松對「病夫」總結性的考察⁴²，或許就可以理解，透過命名出「病夫」這樣「受鄙棄」的現狀作為對立物，才能反面地打造出應當要強盛的新中國國族⁴³；吸食煙毒的行為，是

⁴² 楊瑞松，想像民族恥辱：近代中國思想文化史上的「東亞病夫」，收於：楊瑞松著，病夫、黃禍與睡獅：「西方」視野的中國形象與近代中國國族論述想像，頁 17-67（2010 年）。類似的論點亦見於黃宏昭，消費、身體、生命政治：鴉片與中國救亡現代性，東海大學社會學系博士論文（2011 年）。

⁴³ 同樣的論點其實也出現在日本在剛領有台灣時，對於當時有吸食鴉片舊慣臺灣人的看法。在日本殖民者的眼中，台灣人吸食鴉片如同留辮纏足一般是落後支那性的展現與本質，而內地人千萬



具有污染性（不管是誘使他人仿效，或引發後續社會問題，結論即是社會偏差的擴散）、需要受到譴責並且抑制的偏差行為，而煙毒/毒品是敗壞國民體質之物，因此是新國族的敵人。

因此對於毒品的管制，同樣是超個人法益，其法益內涵並不如《藥事法》等法律一般僅是保護不特定多數人的生命身體健康不受侵害而已。立法者與司法體系以國家之名所明確宣之於口的是，控制毒品以及譴責跟毒品牽連的偏差者（不管是作為病夫的施用者、還是以販賣到轉讓等諸行為「製造」病夫的人），是在情感上、道德上與修辭上維繫新國族安靖的基石。只有在排拒毒品、監控並懲戒具有污染性的毒品施用行為、嚴懲從販賣到轉讓行為人等，才能邁向國家民族社會的健全與自主。

也就是說，從《禁煙禁毒條例》到《毒品危害防制條例》，其法益的內涵具有高度的道德性與政治意義，這些意義不能僅由不考慮歷史的、基於自由主義論點的刑法學說推演出來，而只能放在中國及台灣國族建造工程的歷史之中才得以理解；且因為以這種特殊的法益內涵，使得必須存在一種獨立於藥事法制的特殊法制來實現。以上差異反映在法制上的核心差異是：台灣的《藥事法》並不處罰施用偽禁藥之人，但自《禁煙禁毒條例》到《毒品危害防制條例》皆有處罰毒品施用者之規定，理由在於，法律體系假定偽禁藥的內在特性，使得施用偽禁藥之行為無法表彰出「污染性」，意即不會因為成癮無法自拔而衍生其他犯罪；但毒品會⁴⁴，因此必須要從核心的施用行為即開始處罰，也進而處罰所有能促進施用的持有、轉讓、販賣、運輸等行為。

不能染上同樣的惡習，因此內地人，無論在台灣內地或被發現吸食鴉片必須被嚴厲地懲罰，但台灣人就可以因應統治安靖、以及根據「生物性統治原理」對台灣人體質為判斷，階段性地滌除吸食鴉片的舊慣。不僅僅是日本人擔心內地人受惡習影響敗壞體質，在蔣渭水杜聰明等人向國聯控訴日本人放任阿片癮者時，也同樣借用了「敗壞台灣人體質」的修辭；此處考察詳見栗原純（註8），頁286-304。這或許解釋了為什麼台灣社會縱使經過了五十年的統治有了法經驗的斷裂，但中國對應毒品發生的國族焦慮還是能在台灣無縫接軌地走下去，因為鴉片/煙毒跟病夫都是日本人跟「新」（意即邁向西方式現代化）台灣人所欲擺脫的對立物。

⁴⁴ 當然這樣的假定，在「轉讓同屬禁藥與二級毒品的（甲基）安非他命」這種事例會出現問題。雖然並非本文研究之範圍，但簡述傍論如下：現行實務認為這僅是法條競合問題，兩部法律間沒有特別法跟普通法關係，自以重法優於輕法、後法優於前法之原則來處斷，亦即以《藥事法》第



但即使法律的設計與法益的內涵起初是以「病夫」為中心並傳承至今，但「病夫」如何轉成「病犯」的外觀？毒品施用如何從污染性的犯法行為（delinquency）變成更加以「疾病」的面向去論述呢？或者換種方法提問：「病犯」這種詞語，可以帶來什麼樣新的論述效果？

如果單純觀察法律本文，《（動員戡亂）肅清煙毒條例》第九條自 1955 年制定時，即有初犯者應先勒戒、各公立醫院應設置勒戒處所之規定；在 1992 年七月修正時，立法理由⁴⁵也有提到「三、為顧及受勒戒者之利益，避免影響勒戒期間之戒護管理及治療效果，爰增訂第五項關於勒戒日數折抵刑期之規定。又依第四項所為之觀察，性質上亦係拘束行為人之自由，爰於第五項併設觀察日數折抵刑期之規定，以期適用」，乍看之下在立法設計時已經有意識到勒戒作為處遇具有「治療」性質，是以有必要由「公立醫院」來設置相關處所。但實際上呢？從法律條文跟理由所能回答的事情就僅止於此。此時為了回答「病夫」轉換到「病犯」外觀的過程，以及「病犯」的論述效果，必須轉移到非法律條文跟立法理由的材料來挖掘。

二、司法中的「治療」：「成癮是種疾病」論述進入毒品治理

83 條之轉讓禁藥罪論處（參見最高法院 96 年度台上字第 3582 號刑事判決、最高法院 97 年度台非字第 397 號刑事判決）。這樣的見解一路維持至今，後續並衍生最高法院 104 年度第 11 次刑事庭會議（轉讓安非他命且偵審均自白是否得適用《毒品危害防制條例》之自白減刑規定）及最高法院 105 年度第 10 次刑事庭會議（轉讓安非他命以轉讓禁藥罪論處時，是否有轉讓二級毒品罪最低本刑刑六個月以上規定之適用？）決議。認為是法條競合的見解，最早在最高法院 81 年度第 1 次刑事庭會議（二）、81 年度第 2 次刑事庭會議（一）確立，並隨著《毒品危害防制條例》於 1998 年全文修正通過後消失，直至 2004.04.23《藥事法》第 83 條修正加重刑度後才重新浮上檯面。不過從本文區別法益與法制的主張出發，那麼縱使安非他命同屬禁藥與毒品，也應該考慮安非他命在不同使用情境下，是否具有「污染性」，而斷定其屬「禁藥」或「毒品」。例如「轉讓含安非他命的減肥藥包」與「轉讓明確用以吸食器或針具施用的安非他命結晶粉」即是不同的社會情境，因此自始即是兩種不相同之違禁物（亦即：違禁物之類型並不僅取決於其內在特性，亦要參酌其使用情境而決定），客體不同而以不同法制處罰，而不生法條競合或想像競合之問題。

⁴⁵ 取自立法院法律系統，<https://lis.ly.gov.tw/lglawc/lglawkm>。該系統並不支援長久有效之靜態連結，故不附具體條文版本之連結。



《肅清煙毒條例》時代的勒戒所，根據本研究受訪者 S04 醫師回憶是長這樣的：

本來精神醫療，我們D醫院很大，並沒有在碰任何毒品的東西，煙毒勒戒所呢，它是屬於當時的友克鑫政府衛生局底下的一個醫療單位，可是它所做的事情是替法務部做煙毒勒戒所的事情。（中略）那時候台灣有三個⁴⁶，友克鑫有一個，多雷有一個，還有一個維斯康，那就是醫院T的前身，就是三個勒戒所這樣子。所以那個勒戒所的人員編制，是由衛生局編列的。可是它完全不像醫療單位，雖然裡面有醫生的編制、有護士編制，可是它的整個管理上面，就是跟監獄的管理一樣，是關起來的。（中略）是用關的方式，用監獄的行刑式的東西，在做的事情。

根據同時期的新聞報導，也佐證了煙毒勒戒所隸屬於衛生機關下、毒品施用者所受待遇於監所相近，以及對於毒品施用者之定位的反思：

的確，勒戒所原本只收容煙毒勒戒犯，以往所方將他們視為犯人，設備十分簡陋，如今卻因為年久失修，跟不上時代要求，讓人覺得勒戒所比監獄還不如。（中略）煙毒勒戒所既屬衛生醫療單位，也由司法機關管轄，毒癮者到底是病人，還是犯人？冰冷的鐵門、鐵窗該不該改為人性的活動空間⁴⁷？

法務處在考慮設置戒毒村後，正積極研究將隸屬醫療機構的煙毒勒戒處所，直接納入法務部所屬的監所體系，以強化反毒效果。（中略）

⁴⁶ S04 醫師所述可能與實際有出入。根據 1993 年 8 月之報導，其時台灣北中南東各有一處，共四處煙毒勒戒處所。見吳志雲，煙毒勒戒所，可能換東家，聯合晚報，1993 年 8 月 25 日 07 版。本文取自聯合報全文資料庫（最後瀏覽日期：2017 年 6 月 17 日）。

⁴⁷ 黃漢華，透視鏡：不要說再見！煙毒勒戒所 斷癮有方，聯合報，1992 年 5 月 11 日 16 版。全文取自聯合報全文資料庫（最後瀏覽：2017 年 6 月 16 日）。原文無粗體，係本人自己添加。原文處直接提及所涉煙毒勒戒所區域者均省略之。下同。比較長的節錄見附錄 2-1。



不過法務部擔心若勒戒處所納入法務體系後，醫療人員可能不願投入，因為，法務部可能無法對醫療人員提供良好的待遇及升遷管道⁴⁸。


從以上報導及 S04 醫師之描述可以得知：當時（1993 年前後）的煙毒勒戒處所，組織隸屬於醫療機構（以 S04 醫師所提之勒戒所而言，屬於市政府衛生局下轄單位），但業務必須定時受檢察官巡視督導，至於空間安排、課程設計、入所體檢程序等事宜與監所相去無幾；實行戒護的人力並非法務部轄下監所管理員，而是不具警察身份之警衛⁴⁹，但其執行之勤務如巡房亦與監所相當；最後是對於受勒戒者身份的困惑：受勒戒這種保安處分之毒癮者，究竟是「病人」還是「犯人」？可以說在這個時間，其實就已經日後習見的身份兩難⁵⁰。

那麼「毒品吸食者是病人」這種主張，是何時且如何在司法論述中再度強勢起來呢？

⁴⁸ 見吳志雲（註 46）。

⁴⁹ 這邊必須要釐清的詮釋問題是：同篇報導記者亦稱警衛隊隊員為「警察」或「警員」，究竟負責駐衛並執行勤務之人是警察，抑或是不具警察職權之警衛。我認為應該認定為後者，不然前引報導之警衛隊隊長鄭文，就不必跟勒戒者保證「我不會告訴警察（=他人）」，而是「我不會辦你（或以其他形式行使警察之職權）」。記者或許在撰寫報導時不精熟或不在意用語正確性，但其所轉述之情節或許比用語本身更具參考性。


⁵⁰ 蕭彭卉（註 8）其實已經提出類似的論點，但我認為有需要延伸的必要。蕭認為在台灣的 legal 經驗中，毒品使用者一直在犯人跟病人兩種身份之間擺盪，然後在國民政府來台後轉變為犯人化濃厚的階段，而「病人」身份的確立是在《毒品危害防制條例》施行後。我同意「國民政府來台後犯人化濃厚」的觀察，但蕭因為寫作時期（2007 年）觀察與資料區間的限制，並沒有對於煙毒勒戒所在台灣運作的狀況有所考察，也高估了《毒品危害防制條例》施行後戒治所施行勒戒跟戒治時處遇的醫療性——事實上，舊時的煙毒勒戒所跟現行的戒治所內，許多處遇的細節高度相似，參見法務部矯正署新店戒治所（註 40）對戒癮模式的描述跟前引煙毒勒戒所的報導。也就是說，「犯人與病人」地位在第一線實務的含混不清起源遠早於 1998 年，而有起初的醫療化宣稱跟後續實務的失敗（而這項失敗其實與先前勒戒實務一貫相承，詳後述），以及伴隨著此項失敗而必須生出的緩起訴附命戒癮治療，正是後續討論論述裝置段落想要處理的問題：醫療化真正落實在第一線是在緩起訴附命戒癮治療，但並非因為犯人身份與病人身份互斥而犯人身份受排擠（「擺盪」），而是在於犯人地位的被遮掩。



在標準的官方反毒歷史記載，皆從 1993 年時任行政院長連戰「向毒品宣戰」為起始點。確實在該年宣示時，連戰即有表達對戒毒跟醫療工作之重視⁵¹、次年開始進行「中央反毒會報」並召開「全國反毒會議」時，醫療工作者大量在報章雜誌或其他會議場合就毒品施用者發表其看法。不過醫療工作者在這些公共場合發表看法前，總是要先對毒品施用這件事情累積些看法。目前我最早能接觸到的資料，是精神科醫師陳喬琪在 1990 年為台北市衛生局第六科編印之《成癮物質與藥物濫用防治衛生教育專輯》所撰寫的文章⁵²。這本書是我所能找到該年以前，針對「藥物/物質濫用」所涉如流行病學、藥理機轉、心理衛生、藥政管理、藥物濫用調查等議題最完整並深入的集結。其中陳喬琪在「台灣社會經濟轉型期與

⁵¹ 例如以下報導：「行政院長連戰昨天強調，政府不但要盡全力反毒，更要協助毒品成癮者脫離毒害，因此『解毒』與『戒毒』工作，也是向毒品宣戰的重要工作。他並強調，政府一定會釐清毒梟與吸毒者的分界，對於走私販賣毒品的毒梟加重制裁，對於吸毒而無販毒行為者，給予更有效的醫療協助與鼓勵，他並希望吸毒者能有勇氣面對自己過去的錯誤，儘速戒毒。（中略）連戰昨天並指示政府有關單位，應儘速就『刑事訴訟法』、『肅清煙毒條例』及『麻醉藥品管理條例』中，若干條文加以研究釐清，**要讓毒品成癮者勇於求助、安於治療，醫療同仁也可無後顧之憂，盡力施予治療。**」出處：陳鳳馨、施靜茹，連戰：解毒戒毒反毒 一樣重要，聯合報，1993 年 5 月 25 日 06 版。全文取自聯合報全文資料庫（最後瀏覽：2017 年 6 月 16 日）；原文無粗體，係本人自己添加。值得深究但本文尚無法觸及者，是連戰在此處提出「解毒」與「戒毒」之間區別對應到當時實務的哪些部分，以及與日後《毒品危害條例》所提出的「勒戒處理身癮、戒治處理心癮」之主張是否除了表面上的平行關係外，也有實際上的概念聯繫。

⁵² 陳喬琪，一、從流行病學的觀點看藥物濫用的問題，收於成癮物質與藥物濫用防治衛生教育專輯，頁 1-9（1990 年）。值得注意的是，這本書從標題、序言、編序就已經一致使用「藥物濫用」稱呼，而非「（吸食）毒品」。以本篇陳喬琪之文章而言，除引述煙毒勒戒所之統計時稱「煙毒濫用」外亦維持相同之趨勢。此外，此專輯七篇文章，共有五篇集中於「青少年藥物濫用」之議題，僅有本篇自流行病學、另一篇自藥理或病理方面一般性地討論藥物濫用問題。如果把焦點轉換至「物質濫用」，不限於毒品相關，那麼至少在 1982 年時，台灣精神醫學界就有對酒癮有相應討論，見《中華民國神經精神醫學會會刊》8 卷 2 期，內有該年春季專題研討會發表論文摘要，全數集中於酒癮相關之研究。另外，在精神醫學會與神經醫學會分家後，1989 年的《中華精神醫學》3 卷增刊 1 號裡，有「酒精與藥物使用疾患」（Alcohol, Drug Use Disorder）之專題，其中台灣醫師所發表之報告皆以酒癮相關為主，另有一篇由日本醫師 Tsukasa Koyoma 及 Itaru Yamashita 對日本的酒癮及安非他命濫用情形撰寫之介紹文章。至於由台灣醫師在同學刊之相關文章，最早見於 1990 年第 4 卷第 2 號之一篇原創研究及個案報告，皆討論因安非他命引起之精神病（amphetamine-induced psychosis）。



藥物濫用的關係」一節明確表示「藥物濫用是一種『生物—心理—社會』（bio-psycho-social disorder），也就是這三種因素彼此相互作用而形成」；於「藥物濫用的定義」一節援引了 DSM-III-R 更名為「精神刺激物使用病」（psychoactive substance use disorder）後的定義來解釋上癮（追求物質效應且因為耐受性提高而一再加重，或逃避戒斷作用）；於「台灣藥物濫用問題之多少？」此節明確表示：「究竟目前精神刺激物質的濫用與依賴的盛行率有多少，其實所知不多，因為這方面的全面性調查研究很缺乏」，並且在後面引用台北市立療養院在 1981–86 年受衛生署委託所做的台灣地學精神疾病流行病學調查⁵³中之數據（特別是煙癮）、中學以下有抽煙比例之人，主張煙癮需要獲得重視，因為可能是其他物質成癮的開頭，另外陳也主張先前對煙毒勒戒所收容之煙毒犯所做之研究、警方報告或煙毒勒戒所的入所統計，皆未必能反映台灣藥物濫用之現實。就以上所述章節並比對同時期相關學術刊物⁵⁴，可以歸納出：一、明確將藥物濫用定位成一種精神疾病⁵⁵；二、藥物濫用議題援引的知識權威還是來自美國、並且甫發生變化的知識為主⁵⁶；三、對於台灣具體狀況的理解與舉例，還是以先前非針對特別毒品或藥物使用之流行病學調查來立論，所舉案例也是台灣學術社群相對有發表研究的煙癮、酒癮，台灣在此之前更無物質濫用趨勢之調查⁵⁷；四、在此時已經引入入門藥物理論（gateway drug theory）；五：在 1990 年以前台灣並沒有多少真正專注於物質濫用/成癮這塊深入研究或受訓之專業者⁵⁸。

然而，在接下來數年，醫療的論述更開始浮上檯面，發揮影響力。例如，在連戰向毒品宣戰前三週，行政院衛生署藥物食品檢驗局舉行了一系列藥物濫用防治研討會，其中第二個主題「藥物成癮者醫療戒治」（1993 年 5 月 4–5 日），參

⁵³ 主持人：葉英堃、胡海國、張苙雲。


⁵⁴ 回顧見註 52。

⁵⁵ 「生物—心理—社會」全人照護模式已是當代精神醫學教育中的正典，換言之，當在這三面向其一發生失序或疾患（disorder）時，精神醫學即得宣稱其有介入之餘地。

⁵⁶ 文中所引述之 DSM-III-R 於 1987 年出版。

⁵⁷ 同書另有一篇由張珣等人發表之青少年藥物調查濫用研究。除此篇研究及註所引之對收容之煙毒犯所為之研究外，尚無發現其他針對毒品或物質使用情況或使用者之調查。

⁵⁸ S04 醫師第一次受訪期間在描述其踏入成癮醫學的歷程時，也明白表示當時「沒有多少專注成癮的專業者」。



與者除美國 NIDA 來的學者外，尚包含陳喬琪（時任台北市立療養院成人精神科主任）、李建德（時任高雄仁愛之家附設慈惠醫院精神科主任）、唐心北（臺灣省立草屯療養院精神科醫師）；另一個主題「濫用藥物之分析」除毒理學及檢驗、鑑定相關專家以外，亦包含楊寬弘（高雄市立凱旋醫院副院長）。這些參與者也會在日後的毒品相關公共論述中一再出現。其中，陳喬琪醫師的報告〈陸、「癮」的神經生物學機轉及其在臨床之涵意〉中以下段落對於「成癮」明確給了定性：

台灣最近三年爆發了成癮物質濫用潮，這個濫用潮是以甲基安非他命（methamphetamine）與海洛英（heroin）為主。「受感染者」似遍佈各年齡層及各個社會階層。從公共衛生的角度而言，成癮物質濫用的預防之道就是教育、阻斷毒品的供應、**早期發現濫用並儘早給于[sic]治療、避免覆[sic]發及慢性化**。（中略，關於參訪 NIDA 瞭解美沙酮維持與治療方案）這樣的想法引起作者的興趣：**假如「癮」的確像許多疾病，有其特定之致病機轉，則吾人對其治療應該可尋找出因應之對策**。（中略，介紹癮的觀念）最近的研究，所有的成癮物質都俱[sic]有刺激精神運動功能的特性，這種特性正是所謂的正增強性，也是這些物質形成「心理依賴」的主要因素。**而在大腦裏，這些物質所惹起正增強性擁有共通的生物學機轉**。另一方面來說，不是所有的成癮物質，但是至少有幾種，譬如：酒精、鴉片，俱有抑制或減輕痛覺（包括物質本身戒斷症狀的痛苦）的特性。這種特性就是形成習慣（成癮）的必要因素，也是成癮物質本身所具有的負增強性。**不論是從解剖學或功能性的層面來觀察，成癮物質在大腦裏的正增強性或負增強性的作用機轉應該可以區辨**⁵⁹。

從以上段落，可以歸納陳喬琪的論點：成癮物質濫用（或施用毒品）被比擬成一種**具感染性**的現象，並且有成為慢性化的可能。既然其有特定的**致病機轉**，那確實具有**疾病的特徵**，且毒品造成的**心理依賴**可以透過**大腦裡正增強性的生物**

⁵⁹ 陳喬琪，陸、「癮」的神經生物學機轉及其在臨床之涵意，收於：藥物濫用防治研討會：II. 藥物成癮者醫療戒治，頁 53-62（1993 年）。



機轉獲得解釋。這樣的論述已經與後續「成癮是一種慢性的腦部疾病，容易復發」的觀點高度一致⁶⁰，同樣的論點，也受到同時代其他醫師支持⁶¹。


等到連戰宣告向毒品後，法務部旋即邀請衛生機關一同開會進行研商：

與會衛生機關代表昨天大都主張醫療歸醫療，司法歸司法，**最好是認定「吸毒是病人，販毒為犯人」**，並讓醫師不負告發責任，才好全力施為，替「病人」解毒，並使吸毒或濫用藥物成癮者敢於出面向衛生醫療機關自請勒戒。但法務部指出，依照目前肅清煙毒條例及麻醉藥品管理條例，吸毒或吸食安非他命都屬犯罪行為，違反者兼「病人及犯人」身分，除非修改法令，規定吸毒者無罪，否則執法機關就必須依法辦理。

昨天會中，衛生機關代表與法務部立場的最大歧異，在於濫用藥物成癮者，是否處以刑罰的問題。**多名衛生機關代表傾向主張，濫用藥物**

⁶⁰ 這是本研究所有醫療工作者、心理工作者或法律工作者所持的論點。例如 S06 與 S10 醫師在近年研討會或毒品危害防治人員培訓的場合，皆重複如此主張。或者是衛福部在近年（2017、2018）年全國反毒檢討會議時，皆明確主張「吸毒一旦成癮，將使腦部功能失調」，並附上出自 NIDA 官網的腦部多巴胺受體分佈造影圖。不過成癮的「概念模式」當然不僅有如此。例如 S10 醫師在研討會上的簡報中除疾病模式（disease model）外亦列出道德模式（moral model）、社會化模式（socialization model）與自我給藥模式（self-medication model）這幾種態樣，當然這幾種態樣不必然互斥，得以精神醫學之「生物—心理—社會模式」整合。相關模式之發展歷程，詳見 NANCY D. CAMPBELL, *DISCOVERING ADDICTION: THE SCIENCE AND POLITICS OF OF SUBSTANCE ABUSE RESEARCH* (1st ed. 2007)。

⁶¹ 例如以下這篇楊寬弘醫師之投書（節錄），就從精神醫學「生物—心理—社會」模式出發，但也同樣不忘描述成癮之生物醫學（即腦科學）之基礎：「**吸毒的成因包括生物、心理和社會上的因素。既非單一原因，反毒工作也就更需要各個有關方面共同配合。根據醫學上的研究，吸毒者細胞中的接受體與常人不同，一接觸毒品就容易上癮。所以長期的吸毒者其細胞也可能發生病變。在心理層面，吸毒者的價值觀也與正常人有差異，由於挫折的忍受度低，因此經常倚靠藥物來忘記痛苦。再就社會層面來看，吸毒者有依附社會人群的傾向，行動時常成群結隊，剛開始接觸毒品每每出於好奇或同儕心理，一般都是跟著他人行動而非自己去黑街暗巷尋毒。吸毒問題今日已成世界性潮流，從開發中國家到已開發國家似乎必經毒害之路。而已開發國家卻也未必能根絕吸毒問題，能做者唯儘量減少毒害而已。**」（楊寬弘，毒品氾濫，不是只有吸毒者受害，聯合報，1993年5月12日11版；全文取自聯合報全文資料庫，最後瀏覽日期：2017年6月16日；本文無粗體，係本人自行加註）。



成癮者，可視為「病人」，讓醫師不必負向檢察機關舉發之責任；而法務部提出，吸食安非他命列入刑事處罰，是政策問題，而且也是衛生署於民國七十九年，以濫用藥物的問題嚴重，而修改麻醉藥品管理條例，列入刑罰的，現如認為吸安為病人，就得主管機關衛生署自己解鈴，修改麻醉藥品管理條例⁶²。

從以上報導可以歸結：法務部開始採取「病人及犯人身份兼具」此觀點，早於行政院於 1994 年 12 月向立法院提出《肅清煙毒條例》修正案（即後續《毒品危害防制條例》全文修正之原型）中首見「病患性犯人」的主張。法務部出於何種考量、受到哪些人影響做出如此宣稱，從目前所能得到的資料無從得知，亦非本研究主要的考察範圍。不過，如果將此處法務部與醫療部門的主張，與 1997 年通過的法案設計比較，可以得到：一、在新法中預期勒戒場所附設在醫院上，在設立前先於看守所或少年觀護所內附設，並且由衛生機關負責其醫療業務（第 27 條），組織上與修法前的制度想像相近（由地方政府或公立醫院附設之，第 9 條），但強調由衛生機關負責其醫療業務；二、新法中預期吸食者初犯或五年後再犯者統一由法院裁定送勒戒處所觀察、勒戒，有再犯傾向者送戒治；但是更值得注意的是：三、觀察、勒戒與戒治的區別，前提都是建立在「解毒」即處理生理成癮戒斷症狀（身癮）跟戒毒即處理心理依賴（心癮）此區分上，因此可以說提出「戒治」這項更長時間的機構內處遇，其實是在回應此處醫療部門的質疑；四、各部門當時期待「戒治」這項處遇具有多少醫療內涵不得而知，但是在 1997 年前以「勒戒」為名目進行之處遇內容及目的，如果是在公立勒戒所中所進行者⁶³，其實與日後 1997 年通過的制度設計中的「觀察勒戒」相去不遠：目的是為解

⁶² 陳永富，煙毒犯是病人？是犯人？，聯合報，1993 年 6 月 15 日 06 版。原文取自聯合報全文資料庫，最後瀏覽日期：2017 年 6 月 27 日。更長篇幅內文見附錄 2-2。

⁶³ 至於在非勒戒所中進行的，就是另一回事了。根據李建德在前述研討會報告中提出的歸納，當時台灣的治療機構有四類：公立煙毒勒戒單位、以精神科為主之醫療機構（含大型綜合醫院、療養院、精神專科醫院、有精神科專科醫師之獨立診所）、一般私人戒毒診所、宗教團體設立之中途之家。所採取之治療方式有：「以大量鎮靜劑、安眠藥為主之『昏睡療法』」、「積極性症狀治療」、「以 Clonidine 為主，合併使用輕型鎮靜劑之治療方法」。參考該篇報告及 S04、S10 醫師受訪時的陳述及當時代其他研究文獻，即可推知，積極性症狀治療（應該係指使用 Naltrexone 等



決生理戒斷症狀，且除了監禁外，沒有透過多少直接應對戒斷症狀的醫療手段來緩和症狀。

如果以上從制度設計層次所為的觀察，可能過於低估 1998 年施行新制中制度籌劃者所期望加諸在處遇的醫療性，那從其落實情況來檢視，或許也難承肯認當年吸食毒品所受處遇有比先前具有太多的醫療性。例如以下 1999 年監察院糾正行政院跟法務部的案文⁶⁴：

二、行政院與法務部未能依法編列員額及預算經費，以致無法落實勒戒工作，引人詬病

(一) 毒品危害防制條例第二十七條規定：「勒戒處所，由法務部委託行政院國軍退除役官兵輔導委員會、席政院衛生署或省市府於醫院內附設之。前項之勒戒處所，應於本條例施行後一年內設立。在未設立完成前，得先於看守所或少年觀護所內附設，並由行政院衛生署、省（市）政府衛生處（局）或國防部指定之醫療機構負責其醫療業務。前二項勒戒處所所需員額及經費，由法務部編列預算支應；其戒護業務由法務部負責。……」揆諸前項規定，法務部依法應於本條例修正施行後一年內委託醫院附設勒戒處所並編列員額編制及所需經費。行政院衛生署亦已規劃十九家醫院可供附設勒戒處所（合計約一、八〇〇床），惟所需經費及醫事人力相當龐大，因而該條例公布施行已一年有餘，行政院與法務部迄今仍未能依法編列預算經費及編制員額，殊屬不當，以致個醫療機構無法成立勒戒處所，目前僅委託衛生署草屯療養院附設勒戒處所五十床位。（中略）

藥物管理戒斷症狀）與 Clonidine 為主之療法除了在精神科為主之醫療機構進行療程試驗以外，並無可能在其他地方實現。至於 Clonidine 療法當時的實作方式，詳見李建德亦有共同著作的治療報告：張慧柔、陳正宗、李建德、李培聞、吳景寬、柯偉恭，低劑量 Clonidine 在治療鴉片類戒斷之效果——初步研究，中華精神醫學，第 7 卷第 1 期，頁 48-57（1993 年）。

⁶⁴ 監察院公報，第 2244 期，頁 70-74。（糾正案文；發文字號：(88)院台司字第 882600617 號，發文日期：1999 年 12 月 20 日）。



三、吸毒犯之戒治期程界定失當，缺乏配套措施，致使三階段之戒毒體系未能落實

(中略)

(二) 吸毒犯受制於吸毒行為之成癮性及賴藥性，戒斷困難，再犯率高，其戒毒歷程是長期性的工作，復以渠等之人格特質，多為意志力薄弱，自我控制較差、人際關係較孤立，故於解毒、戒毒階段完成，回歸社會後，首重預防其毒癮之復發，端賴堅定其戒毒的信心和決心。然而法務部迄未研擬如何針對其家庭、交友及成癮性等特質進行心理輔導之具體辦法，在觀護人力、經費俱缺之情況下，欲實施不定期尿液篩檢之良法美意亦將落空，根本無法落實觀護追蹤輔導工作，致使「生理勒戒」—「心理戒治」—「追蹤輔導」三階段之戒毒體系之構想未能落實。

四、「有無繼續施用毒品傾向」評估標準之執行，判定不一，有失公允⁶⁵

(中略)

(二) 按觀察勒戒之執行，性質上屬醫療之專業，而目前均於看守所或少年觀護所內附設勒戒處所，因附設勒戒處所缺乏醫療專業人員，

⁶⁵ S04 醫師在第一次受訪時提及其曾接受衛生署委託進行有無繼續施用毒品傾向評估標準的相關研究，大體上是將已經完成評估之受勒戒人資料抽樣並匿名化後，回傳各勒戒處所由負責評判人重新評判一次，比較不同地點之勒戒所對同樣資料判定結果之一致性。結論是一致性並不高。S04 醫師特別提及衛生署並沒有公開此研究報告，原因是為顧及醫師前來施作評估之誘因。至於監察院報告這部分是否是參考 S04 醫師的研究成果尚未可知。另外，曾於醫院 D 服務、也曾進入監所進行再犯評估的臨床心理師 S02 在第二次受訪時對此的評論是：該項標準本來就是針對各項風險因子 (risk factor) 進行標準化的會談 (standardized interview) 以評估，但直到 2005 年為止，S02 並未有印象有任何人曾對這項標準舉辦相關的訓練，然後如果以這個標準執行評估的人會談技巧太差，只把這個標準當作個問卷、受勒戒人說什麼就勾什麼，那自然結果不值得信賴。對 S02 來說，重點是問的問題符合項目、得到真實的答案，以此基礎把這次評估會談當作一次介入 (心理教育)。比較新對這評估標準 (但仍非是針對現行版本) 效力的檢視，見陳珍亮，觀察勒戒處所「有無繼續施用毒品傾向紀錄表」評估研究，國立中正大學犯罪防治研究所碩士論文 (2007 年)。

僅聘請少數特約醫師不定期前往診斷，並由護理人員或社工人員以支援性質協助評估，因此個專業人員僅能挪出部分時間支援，卻要評估大量的個案，難以達到準確性及超然性，影響觀察勒戒之功能。




同樣員額不足、並未發展出輔導及醫療技術以及欠缺醫療人員介入的論點，也見諸監察院在 2003 年的另一項糾正案文⁶⁶。另外，自 1999 年起以心理師身份進入附設在監獄之戒治所服務、日後在中央機關也持續處理毒癮戒治相關業務的 S11，在訪談中對當時狀況的陳述也與以上報告大體一致：

S11：反正，其實勒戒處分跟戒治處分，是，矯正機關先編公務預算來支應。然後個案出去的時候我計算你留在裡面幾天，要跟你收錢，發你的這個通知單叫你繳款，它就根本不繳，就送行政執行嘛。個案就被行政執行，但行政執行送了之後咧，要得回來就要得回來，要不回來就要不回來，就這樣啊。（中略）其實我們一直強調用復發去看待它，對，但是過去會覺得說，（轉台語）啊你哪不悔改，然後就會覺得說，監獄就是完全沒用，沒功能，對，就是怎麼治不好他這樣子。對。那我覺得怎麼可能，監獄裡面第一個沒醫生，第二個沒心理師，我覺得治得好他那真的監所就拿諾貝爾獎啦。（眾笑）我說真的是這樣子啊，因為現在醫生也是沒辦法，對啊，我真的覺得是這樣子啊，就不太可能的事情。我覺得像我剛進去的時候我也會覺得就是長官會有很多壓力在心理師身上，因為會覺得說喔我們現在有心理師了（中略）但是我剛進去的時候，1:2000 捏（眾笑），對啊，1:2000，我個案都還沒來得及認識，對啊，他們搞不好還沒見過我他們就要出去了，時間就到了，要出去了。

以上這段訪談值得注意的有幾處：一、即使 S11 在當時即在第一線服務、日後也經手相關業務，一定非常清楚在制度上勒戒與戒治並非不是接受刑罰、執行勒戒與戒治處所名目上也並非監獄，但實際上仍以「監獄」稱呼，不僅僅是當時

⁶⁶ 監察院公報，第 2431 期，頁 1-14。（糾正案文；發文字號：(92)院台財字第 0922200545 號；發文日期：2003 年 7 月 18 日）。



戒治所附設於監獄底下，人員、處所⁶⁷、體制、習性，都是與監所共享；第二，是在人力上，當時心理師與社工的數量無法應付實際的案量，以至於無法提供接近於外界預期或制度設計當時所設想的醫療服務與評估⁶⁸，更像是滿足「**現在有心理師與社工了**」，至於這個「現在有了」指向的是「可以做有意義的矯治」或者是「就已經符合形式」並不是非常明朗的問題，畢竟當時裡面的人也並不一定理解這些因為醫療化宣稱而進來的人可以做什麼⁶⁹。當然，在制度剛起步的當時如此，並不代表說後續也是如此、相關的參與者沒有嘗試發展出一些服務模式：

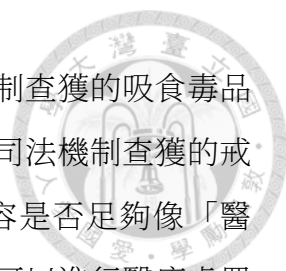
S11：那我們慢慢我們當人數少的時候，我們就會去思考就會去想說…個案進來的時候我們都要跟他們做一些接觸，…所以我們要分案，…比如說我們那時候增加人了，我們有五個心理師加五個社工師，我們每一梯個案進來，比如說有 20 個人我們要不要把 20 個人分配給我們每一個人，那我就是把你的，欸比如編號 1234，5678 就是我的，那我自己就找一個時間主動，他還沒打報告，我就主動找他。…就是這樣子的一個模式就會慢慢出來。因為當人數減少，我們的人力也增加的時候，對，這樣子。

總結前面的考察：1997 年《肅清煙毒條例》全文修正前，制度設計跟處遇內容許多部分在日後是延續的，「病人與犯人身份兼具」的說法開始萌芽。但重點是醫療人員跟醫事機關更能對毒品吸食者該如何處遇有意見、並且確實在各種場合發聲並干預政策了。比較傳統的醫療化論證所強調者是醫療管轄權的擴張，讓非醫學問題變成醫學問題並以治療處理的過程。我認為這種討論路徑雖然具有啟發性，但對於這段時期「醫療在公共場域變得更有話份」的現象並無法提供足夠

⁶⁷ S11 在訪談中提及所服務之戒治所設於該監獄最盡頭，進入需要戒護同仁陪同，且一開始除辦公區外並無獨立的空間可以進行會談或團體。

⁶⁸ 在我詢問 S11 當時有沒有對進入戒治所的個案進行衡鑑時，得到的回應是當時的人力無法進行完整的衡鑑、且並不確定具體適用哪一套衡鑑，完全無法直接這醫療機構的精神醫療臨床路徑來進行。所以在一開始時比較是向個案上大班課時介紹自己的身份跟工作，讓個案有問題時自行來求助，也無法發展出一套標準的 SOP，直到後來修法、戒治所人數變少後，才開始進行個案管理的工作。

⁶⁹ S11 的訪談中曾經提到長官真的不知道心理師跟社工的工作在幹嘛，覺得每天都在那邊聊天，「就好命」。



全面的解釋，因為事實上在先前的法規中，就已經將被司法機制查獲的吸食毒品者勒戒委由醫療機構來辦理（雖然實際上如同監獄），而非經司法機制查獲的戒癮亦有醫療介入的餘地，先不論成效好壞、這些勒戒處遇內容是否足夠像「醫療」，毒品吸食者本以被納入醫療人員跟機構的範圍、形式上可以進行醫療處置了；醫療能接觸的人、對人干預的條件沒有增加，也沒有減少。

從這個面向出發，這一波的論述變化與其說是典型、全面程度的「醫療化」（管轄權擴張）結果，倒不如說只有在公共領域跟政策領域描述毒品問題的措辭變得更往醫療靠近，同時期也湧現了一批戒癮相關的醫療研究與交流。背後的原因在尚未直接跟當時一輩各方參與者訪談之前尚無法加以推論，也並非本研究欲回答的主要問題；不過從以上回顧可以歸結出：病犯這範疇，雖然未必是由醫事機關及醫療人員所開始、甚至也不一定符合它們的期待，但卻因為醫療的論述而得到正當化。確實存在一種犯罪之人的特殊類屬，必須以醫療進行處理；但同時，醫療系統並沒有那麼習慣面對處理帶有「犯人」的業務，以至於當時要強調應該要以「病人」來定位、醫療無法全然「配合」司法系統的期待開出名符其實的斷癮證明書，以及在當時各方醫事人員都要各自發展出一套應對「具有犯人性質的病人」的解釋方式，隨著不同地區的主事者態度而有所分歧：

S04：某醫院早期的時候還沒有改名之前，那是等於多雷市的勒戒所。然後就是某醫師那時候在負責的時候，我覺得他的方式，跟友克鑫差非常多，跟維斯康也不一樣。是這樣子，他是積極地跟地檢署配合，跟法令配合，所以那個時候勒戒收案的方式是很特殊是說，它（按：多雷市某醫師負責之勒戒所）你必須先自首，就是，你有這個法律，你有這個身份，你是有這個案子了，才來勒戒、才來這樣做。但是我勒戒，我覺得他就訂了一堆他的規則，勒戒要多少時間、好像是一個月還是多久，然後在裡面怎麼樣，完成了就符合這個自首然後，經勒戒斷癮成功，結束之後，你可以不用被處罰，類似這樣、符合這樣。所以，在他那邊，就多雷模式變成你去那邊如果中間先離開，你就有個案子，警察就是，

你就自動會產生一個案子，警察會去追查你。在友克鑫我們是完全不通報。我們作法就是說，我們就是用醫療角色做⁷⁰。



以上這段訪談內容，除了呈現不同地區醫療機構面對勒戒「治療」時的不同應對方式，但同時也呈現了「並與犯人身份兼具」或「病患性犯人」這種說詞的多面性：讓各方主事者各按照自己的願望正當化自己的處置，並且得以拉進各方行動者參與毒品施用者的治理，或互相推卸責任。醫療機構有時會運用一套強調治療的「邏輯」（S04 醫師所在的 D 醫院即是），讓自己一系列作為（是否通報、是否要將療程設定期限等事項）可以連貫解釋，但也有時候會偏向跟司法機關相對一致的司法「邏輯」，如某醫師所在的多雷市勒戒所強調的是符合法規、賦予犯人身份後才能開啟後面的處遇、犯人違反程序後應該付出代價⁷¹。不過，從後續的發展與訪談可以得知，並沒有一方隨時都維持純粹的醫療邏輯或司法邏輯，而「病犯」這說詞的含糊性正可以讓各方行動者靈活分配這兩種邏輯的比例，這種「方便」也持續貫串到後續的施用二級毒品或緩起訴附命戒癮治療的政策發展歷程與實作。

⁷⁰ S04 醫師在第一次受訪時詳細解釋他的理念、所服務之 D 醫院如何跟解釋「用醫療角色做」的細節。

⁷¹ 陳嘉新老師在口試時曾經提出一個問題：如果只是因為病犯具有病人或犯人的雙重角色，讓醫療處遇可以合理存在，光憑這樣的現象就足以稱為是「醫療邏輯」的存在嗎？我認為讀者若有這樣的困惑，或許是因為現象資料有限、無法很好重建當時的實作細節、場景或重建當時人的思考方式，而讓我在書寫這段落時偏重強調於「處遇模式」；但我嘗試透過引用陳喬琪醫師的文章或 S11 的描述方式，以論證不僅是存在個「醫療模式」，而像是管理的技術、描述的語彙、以精神疾病或腦部疾病作為描述成癮現象的構念 (construct) 都是醫療的論理 (*ratio*)，因此值得以「邏輯」稱呼，而以上這些特徵在第三節討論緩起訴附命戒癮治療在台灣出現的歷程時會更為清楚。另外，值得追問但我沒有深究的是，到底「受訪者在受訪時對當時充滿反思的回顧，到底能否逕直等同於對當時行動者思考方式的重建」這項很基礎的詮釋學問題，或是按照 Foucault 及其研究者的主張，是個「現在的歷史」(History of the Present) 的問題；我這裡參考的是 David Garland 的界定，見 David Garland, *What is a "History of the Present"? On Foucault's Genealogies and their Critical Preconditions*, 16 PUNISHMENT & SOC. 365 (2014)。

三、「緩起訴附命戒癮治療」作為第一波全面的醫療化：新行動者的介入

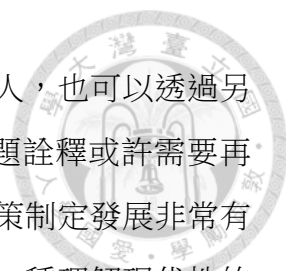


台灣經驗研究中，陳嘉新對於一級毒品緩起訴附命戒癮治療歷程的描繪是本研究重要的參照對象⁷²。本研究在獨立訪談專家（人數較少、有參與這段過程者高度重疊）及回顧相關文獻後，所得到的資料內容、事件回顧軸線、詮釋與前述陳嘉新的研究高度一致，同時本研究也贊同並受益其對於「官方作為一種拼裝體」的理論框架。不過本研究的這部分段落並非僅是複述前述研究的研究發現，也在以下幾處提出一些延伸的新主張：一、雖然精細程度未如前述研究，本研究所觀察的時間區間較該研究更為寬廣，受益於此，本研究得以比較不同時間點的政策參與者跟後續的發展，並據此詮釋「一級毒品緩起訴附命戒癮治療」有新的參與者（疾病管制局跟愛滋專家）介入並受其主導，帶來了不同的知識與技術（個案管理）、不同成員的個人關係與情誼（時任衛生署署長侯勝茂與法務部部長施茂林的私人情誼）⁷³，因此與先前觀察勒戒—強制戒治有不一樣的政策落實成果；二、承上，部分舊有的行動者（管制藥品管理局或先前做成癮的精神科醫師）對於新的參與者的決定，諸如僅採用美沙冬不含丁基原啡因作為替代療法的藥物選項、將緩起訴戒癮治療侷限在一級毒品（最大宗即鴉片類藥物）的規定並沒有全然認同，因此開啟了後續在地的二級毒品戒癮治療規劃（將於下一章詳述）；三、相較於前述研究，本研究還是相對著重於醫療化命題是否成立，亦即「以醫學詞彙來定義、使用醫學措辭來描述、採用醫學架構來理解，或用醫療介入來『處置』某種困擾問題」⁷⁴，並且主張緩起訴戒癮治療真正碰觸到更多的人：原本初犯直

⁷² 見陳嘉新（註 8）。

⁷³ 見侯勝茂，許全民一個健康無毒的家園，收於：衛生署編，開啟另外一扇窗：為毒癮者解除身心枷鎖 免於愛滋的恐懼，頁 83（2009 年）。

⁷⁴ 見 Conrad（註 20）。然後為免誤會、重演不同學術社群及學術從業者之間無謂的誤解與流於意氣用事以致偏誤解讀的爭執，或許值得再度強調：本研究不打算否認成癮現象是否真確、使用毒品（藥物）對人的身體健康、神經系統及心智有所損害、有很多人因為成癮而受苦，也不打算質疑成癮治療方法或成癮科學理論及相關研究的有效性、正確性，更不打算否認成癮或直接對成癮對策的好壞進行評價。本研究採取醫療化這個角度，就只是醫療介入處置社會問題是個在刑事政策現象上明顯的趨勢，而且採取這個面向來框架現象，更可以捕捉到本段最後所提及的趨勢。



接送入勒戒所、再犯受刑入監，途中未必能接觸掉戒癮治療的人，也可以透過另外緩起訴的管道被法律要求接受醫療介入了⁷⁵。其中醫療化命題詮釋或許需要再多一點正當化：如果「官方作為一種拼裝體」已經是一種對政策制定發展非常有啟發性的概念，甚至如同陳嘉新所主張的，可能「可以看成是一種理解現代性的方法，甚至也可以當成理解社會本體的一種取徑」⁷⁶，那麼為何還需要回頭重彈「醫療化」這項與拼裝體未必衝突的老調？一來是本研究畢竟還是從基於刑事政策的觀察，指出刑事政策其中一種重要的變化方向（而不僅僅只是一般、抽象地談論刑事政策一如談論社會之中的其他事務）本來有其現實意義；二來是我認為只有以醫療化作為概念，才能合宜詮釋觀察勒戒—強制戒治立法時的期待與執行的落差（或者更精確來說，是修辭上的宣稱跟實踐上的落差）以及觀察勒戒—強制戒治與緩起訴戒癮治療的對比，進而回應「為何在已經存在一個已經運作的制度下，還會發展出另一套平行的制度」這問題。


在理解前述本研究與陳嘉新之研究在立論與詮釋細微差異為前提，以下是由綜合官方記事、訪談資料所重新建構的歷程。

在 2003 年前，靜脈注射藥物使用者（injecting drug user，下稱 IDU）雖然在理論上也是 HIV 感染的「高危險群」，但實際上這群人並沒有納入疾病管制局的視野裡。根據當時剛進入愛滋領域不久、在友克鑫服務的醫療工作者 S01 說：「它們覺得友克鑫，覺得台灣打藥的人風險並不高，當時不知道是誰告訴我這件事，直到那個疫情出來。」而據當時即有開始研究戒癮的 S03 老師回憶，在當時毒品戒治相關的計劃，其實是由管制藥品管理局（現食品藥物管理署管制藥品組）所資助的⁷⁷：

⁷⁵ 同時一如陳嘉新研究所指出，也因為選用需要密集回診領藥的美沙冬作為一種規訓科技，讓服用者必須現形在公共衛生的監控面前。見陳嘉新（註 8），頁 321。

⁷⁶ 見陳嘉新（註 8），頁 336。

⁷⁷ S04 醫師第一次受訪時亦曾提及，其在 2003 年前後，提出以丁基原啡因進行替代療法之政策研究計畫時，即是向管制藥品管理局申請計畫並受核准。惟專案藥品進來時因進口事務管轄不明而拖延，剛好遇到後文即將提及之 IDU HIV 感染者大爆發、疾病管制局緊急引入的減害計畫，而發生變數（詳後述）。S01 訪談時也有提及相同的歷程。



S03：那在 2002 年的時候，其實那個涂醒哲就委託我幫他寫了一個愛滋防治的減害政策的，算是政策建議書啦，我們那個時候還不叫褐皮書或白皮書，因為那個時候其實他的位置只能，算是說幫他寫一個建議書。那主要原因也是因為 2002、2003 還沒有真的爆發藥癮者的愛滋感染，所以他大概就是看了一個政策建議書，然後放著。（中略）那第一個矯正領域我剛開始認識的時候其實是去那個〇〇監獄。因為那個時候〇〇其實比較願意承認他們有毒品問題。所以我最剛開始，其實去了 2003 應該就是去了〇〇監獄，然後做了一個認知行為介入的，計畫。

我：對，不過老師那時候的委託計劃是放在，管管局嗎我記得？
（S03：嗯嗯）我比較好奇是，像老師剛剛聽起來的就是，不管是愛滋或相關的介入，應該都是疾管局在做的。可是那，管管局是因為是怎樣的立場，去贊助這個研究？


S03：嗯，它們其實主要還是看那個毒品的問題啦。那那個時候，因為那個疾管局，就像我剛講的，因為它們認為那個藥癮者其實還沒有爆發愛滋感染，它們的研究計畫經費並沒有補助藥癮者的這塊。所以我後來包裝是不談愛滋的問題，只談，只談毒品戒治的問題。對，這樣，那那個管管局它其實就有這樣子的經費。

我：所以管管局那個時候其實一直都有在做毒品戒治的研究。

S03：對對對，其實它們從早期的麻醉藥品管制條例的時候，那時候叫麻管局⁷⁸，它們其實就有補助類似這樣子的計畫。

在 2003 年，SARS 疫情甫結束後，管制藥品管理局透過管制藥品濫用通報系統有注意到 IDU HIV 感染疫情有爆發的趨勢，衛生署在 2003 年 12 月 31 署務會議

⁷⁸ 此處應為 S03 老師的口誤，當時組織應是行政院衛生署麻醉藥品經理處（簡稱麻經處）。該組織於 1999 年改制為行政院衛生署管制藥品管理局（簡稱管管局），並於 2011 年合併進行行政院衛生署食品藥物管理署，業務由下轄管制藥品組掌管。



中，裁示由疾病管理局主導後續「毒品病患愛滋減害試辦計畫」⁷⁹；在同時期各監所開始檢驗受刑人 HIV，2004 年開始不久後發現大量的 IDU HIV 感染者，緣此，其中相關的利害關係人之一，曾在疾病管制局工作、時任桃園縣衛生局長的林雪蓉從通報資料中得知疫情，並透過愛滋研究者陳宜民聯絡當時的疾病管制局局長郭旭崧，爭取試辦針具交換與替代療法計畫⁸⁰；另外的利害關係人，醫師出身的台南市副市長顏純左從其老師（亦是愛滋研究者）涂醒哲處得知台南監獄的疫情後，藉著縣市首長交流機會與時任行政院秘書長、有公共衛生背景的李應元接觸，在 2005 年四月參與行政院院會提出相同的方案，並與警政署、法務部等交換意見⁸¹。疾病管制局並在 2005 年八月推出減害療法方案，並在三處試辦針具交換計畫、兩處試辦美沙冬替代療法。之所以採取「試辦」，係因為地方主事者之一顏純左認為「不會牴觸現有法令⁸²，不需要修法，就不必送立法院，可直接試辦進行」⁸³；不過，官方記述也提及，在試辦計畫開始的前後，時任衛生署長侯勝茂也積極與時任法務部長並同為高中同學的施茂林以及警政署長侯友宜協調，透過「重新解釋法條解決法源問題」⁸⁴、「下公文，要求全國警察不得到醫療院所與針具發放

⁷⁹ 見張筓，建立多元配套 對抗多樣化藥物，收於：衛生福利部編，替代療法十週年特輯，頁 34（2017 年）。

⁸⁰ 見翁舒玫，反毒行動不喊卡 下個十年從校園出發，收於：衛生福利部編，替代療法十週年特輯，頁 64-65（2017 年）。

⁸¹ 見翁舒玫（註 80），頁 63-67。

⁸² 即「攜帶針具而沒有毒品的話本身不違法」、「施用美沙冬有醫生處方也並非違法」。

⁸³ 見翁舒玫（註 80），頁 67。

⁸⁴ 即：美沙冬同是二級毒品亦是（管制）藥品，**運用在醫療上**即能合法使用，也就是反面解釋《管制藥品管理條例》第 12 條：「醫療機構未經中央衛生主管機關核准，不得使用第一級、第二級管制藥品，從事管制藥品成癮（以下簡稱藥癮）治療業務」，來承認「經核准後可以使用管制藥品進行成癮治療業務」；另外則是「台灣醫療機構本來就可以賣針具、也沒規定誰不能買針具，只要身上有針具沒毒品不能說是違法」，以反駁「提供注射工具是幫助違法（即吸食毒品罪之幫助犯）。見侯勝茂（註 73），頁 83-84；朱朝亮，少了十座小監獄，收於：衛生署編，開啟另外一扇窗：為毒癮者解除身心枷鎖 免於愛滋的恐懼，頁 152；顏純左，尋找現代的杜聰明，啟動反毒新模式，收於：衛生署編，開啟另外一扇窗：為毒癮者解除身心枷鎖 免於愛滋的恐懼，頁 172。



處守株待兔」使減害計畫得以順利施行⁸⁵。這其實意味著在執行法律時的詮釋上，並非一開始就已經取得共識。

至於友克鑫市，根據 S01 的說法，因為相較於其他縣市並沒有看到太多 IDU HIV 增加的趨勢，當時推得「不情不願」⁸⁶，直到 2006 年 11 月才開始由醫院 M 率先辦理替代療法，此前僅有推動針具交換（而其服務的醫院 M，其附近區域在當時就已經是個毒品施用者的聚集點）。而且即使當時後來友克鑫市由醫院 D 加入替代療法，一開始所使用的替代藥物，並非現在主流的美沙冬，而是相較起來更加昂貴的丁基原啡因。


美沙冬與丁基原啡因俱是鴉片類藥物，而美沙冬也具有相對高的成癮性。當時倡議者之一的林雪蓉主張，以及主導政策的疾管局在最後採用美沙冬溶液作為替代療法的選項，其主要考量有：一、口服美沙冬經過肝臟代謝後所餘部分才在腦部發揮作用，降低成癮性；二、歐洲試辦美沙冬經驗發現以錠劑方式容易讓個案夾帶攜出院所後，溶解在注射液中以靜脈注射使用，一開始即供應溶液即可以避免個案攜出院所外⁸⁷；三、藥劑本身費用低廉（係丁基原啡因的 1/10）；四、美沙冬半衰期長⁸⁸；五、用於治療較久是以使用資料上較豐富；六、林雪蓉特別

⁸⁵ 見夏凡玉，快速、跨國、跨部門 三大方針讓高牆倒下，收於：衛生福利部編，替代療法十週年專輯，頁 28（2017 年）。

⁸⁶ 背後理由 S01 認為有二：友克鑫有優勢警力查緝，以及毒品施用者的管理是依照當事人戶籍而非實際活動地區分，在友克鑫活動並且被捕的毒品使用者戶籍也並非設在友克鑫。

⁸⁷ 見張寬（註 79），頁 33。另外雖然與本研究沒有直接關係，但毒品使用者及我所訪談或認識的相關醫療工作者、社工等及毒品使用者相關研究，均曾提及使用者跟醫師「討價還價」可以喝多少 mL 美沙冬的場景。可以說，「把美沙冬製劑以液態形式提供」這樣的技術，同時達到了幾項效果：一、飲用量作為個案「病情」或「對抗成癮」的成果標示；二、讓個案與醫師出現新的協商標的而讓醫病關係變為更加複雜；三、讓個案必須在院所當場服用製劑，使病人變成更容易監控的對象——此處的監控同時是在「確保服用」跟「必須回診才能繼續服用，因此有更多的介入措施並且限制了個案的生活移動範圍跟行程安排」這兩個層次運作；四、官方未必願意太坦白公開承認，但同時還在施用海洛因的個案可以因為不同的美沙冬飲用量調整相對應的海洛因（但同時也產生了因為合併使用產生的過量致死風險）。相較於此，僅有固定有效劑量規格（因此無法連續地給予不同劑量）、易於攜帶跟隱藏的錠劑就無法達成以上效果。可以說提供液態製劑就是一個技術自身能產生新的行動效果的經典案例。

⁸⁸ 見衛生福利部編，替代療法十週年特輯，頁 24（2017 年）。



主張丁基原啡因替代性相對差，對於使用者的意志考驗更深⁸⁹。但除此之外，官方文件未有明言但其中一個重要效果是：如陳嘉新的研究指出，選取美沙冬溶液使得個案必須回診服藥，讓個案的活動範圍受限、得接受其他介入措施、並且成為監控的對象⁹⁰。而以與 nalaxone 一起製作的舌下錠之 Suboxone[®] 形式提供的丁基原啡因，雖然用於治療沒這麼久，而且藥物替代性比較低、無法如美沙冬一樣使用後讓個案產生類似於施用海洛因的「酣樂」感，但其特徵在於：不用常常回診服用可以以錠劑攜帶、其藥理作用（部分作用劑）使用者若還同時施用海洛因時不容易發生過量致死的危險（但也因為這樣導致替代性低而會降低個案使用意願⁹¹），而且這種舌下錠也類似於液態美沙冬只能以口服而無法以注射為之，蓋 nalaxone 本身難以從腸胃吸收進入血液循環，而若以注射方式進入血液循環後與鴉片類藥物同時作用於腦部時，會觸發強烈急性戒斷症狀進而對此類「違規」的使用者產生嚇阻效果⁹²。

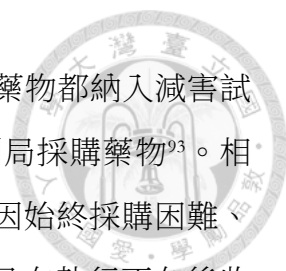
身為醫院 D 其時主事者的 S04 醫師提到，在約 2002–04 年間他在醫院 D 有執行過一次為期半年、由管制藥品管理局提供經費，以丁基原啡因作為替代療法藥物選項的計畫，確認療法的保護效果不錯以後，又向管制藥品管理局申請更大規模的計畫並且審核通過。不過即使如此，丁基原啡因的進口遭遇到一系列困難：從一開始到底是管制藥品管理局還是藥政處來同意專案輸入藥物就有所爭執，直到最後衛生署內部決定由藥政處負責後已經拖延數月。然而就在此時 IDU HIV 感染者數量大幅上升，疾病管制局已經決定介入相關規劃並取得主導權，在管制藥

⁸⁹ 翁舒玫（註 80），頁 70。

⁹⁰ 例如，必須每天回診使得回診率成為判斷這個個案是否脫離治療、成為回頭施用毒品的復發者的一種判斷指標。

⁹¹ 所以在什麼時候個案會使用這種藥物呢？參與成癮研究與治療有一段期間、主持幾項重要的成癮治療研究案，但對現行官方及主流說詞抱持批判態度的 S09 醫師在訪談中曾提及，許多假釋中但還有持續使用海洛因的使用者，因為觀護人會定期要求報到並驗尿，因此使用者可以算好海洛因檢驗的空窗期，在檢驗前空窗期將至時，至可開立的丁基原啡因的門診處取得丁基原啡因來「抵癮」，取得乾淨的尿檢結果。現行制度下可以開立丁基原啡因的門診並不限於戒癮指定機構，S09 醫師訪談中指出大部分之丁基原啡因並非由戒癮指定機構所開立；而我在進行研究中，曾因緣際會得到曾在相關政府部門工作的人說明：有一度（具體年份未指明）台灣一年開立 120 萬顆丁基原啡因，但僅有 30 萬顆由戒癮指定機構開立。

⁹² 見陳嘉新（註 8），頁 320。



品管理局、疾病管制局跟其他倡議者爭執一陣後，才定調兩種藥物都納入減害試辦計畫、將醫院D納入試辦計畫執行單位，並統一由疾病管制局採購藥物⁹³。相較於採購順利、2006年二月即成功進口的美沙冬⁹⁴，丁基原啡因始終採購困難、多次流標⁹⁵，醫院D比較晚才取得藥物並開始執行試辦計畫，且在執行不久後收到疾管局發文通知，停止收案。醫院D日後回應醫院M開啟的協調設立美沙冬執行替代療法，至今也並非是友克鑫市主要執行美沙冬替代療法的醫療機構⁹⁶；至於丁基原啡因在試辦計畫結束後就沒有繼續專案進口，到了2010年10月才又納入替代療法執行機構的治療選項⁹⁷。

S04 醫師對以上歷程的詮釋是丁基原啡因太昂貴以致疾管局不想使用，而試辦計畫本身僅是個幌子，結果都還沒出來就擴大執行⁹⁸。抱持類似看法的也不僅是 S04 醫師：時任管制藥品管理局局長李志恆，在 1980 年代末即在麻醉藥品經理處（即管制藥品管理局前身）服務，並於 90 年代初台灣尚未有明顯 IDU HIV 感染疫情時即前往美國考察替代療法執行情況；李志恆在試辦計畫前主張丁基原啡因為替代療法的選項，認為這個藥物雖然沒有那麼「舒服」（即酣樂感）但「成癮性也比較低容易戒斷」、安全性高，即使價差十倍，但如果「美沙冬的診斷評估和每天給藥的成本加計進去，兩者成本應該是差不多的」，甚至因為美沙冬更

⁹³ 以上這段歷程是綜合 S04 醫師的訪談，以及前引翁舒玫（註 80），頁 70 的內容所重構的結果。考慮到 S04 醫師與林雪蓉及顏純佐（翁舒玫僅為作傳者）所抱持政策立場並非一致、記憶與詮釋也未必可靠，且我並沒有蒐集到其他公開文獻可以確認，讀者對本段重構的精確性應有所保留。不過無論是 S04 醫師跟翁的記述，都一致提到後續疾病管制局主導的減害計畫的丁基原啡因採購由疾病管制局負責（翁記述中並未言明由管制藥品管理局相關計畫藥品採購後續如何，而 S04 醫師明確指出「管制藥品管理局的藥還沒下來，CDC 先專案申請進來了」），因此我認為這應該是可靠性相對高的細節。

⁹⁴ 精確時間點出處見翁舒玫（註 80），頁 70。

⁹⁵ 時間點出處見翁舒玫（註 80），頁 70。

⁹⁶ 前友克鑫市執行實務是，S01 服務的醫院M是主要承接該市一級毒品緩起訴附命戒癮治療（以替代療法行之）的醫事機構，也是該市五間有執行替代療法的機構中案量最大者，訪談 S01 時其持續看診的個案約莫四百人出頭，醫院D僅有二、三十人，其他機構分別是一百人上下、少於一百人跟十個人。

⁹⁷ 見夏凡玉，流暢的領藥動線 建立醫病戰友情誼，收於衛生福利部編：替代療法十週年特輯，頁 44（2017 年）。

⁹⁸ S04 第一次受訪時如是陳述。



「不易戒斷」，他更曾經說過「美沙冬替代療法太強調藥品，而忽視精神治療及社會復健的重要性，令人質疑療效」。最後採取兩種藥物雙軌進行但以美沙冬為主的作法（以及李未直接言明、據 S04 醫師所陳述，後續停止丁基原啡因收案措施），是基於政府財政考量的決定⁹⁹。

從以上的歷程重建，當時疾病管制局這個新參與並取得主導權的行動者，所主導的減害計畫選擇不容易戒斷的美沙冬（使減害計畫常被譏為「用小毒換大毒」）而非丁基原啡因作為替代治療的藥物選項、該試辦計畫以「毒品病患『愛滋減害』試辦計畫」為名，且該計畫剛開始提供免費治療時限制全台參與計畫總人數為 360 人、資格僅限於「感染愛滋的海洛因成癮者」¹⁰⁰，從前述三項事實可以歸結出：疾病管制局著重者從非「戒癮」，而是「愛滋減害」以求盡速壓制 IDU HIV 感染疫情爆發；在這個政策目標下，縱使所形成的「官方」拼裝體形式上有讓原本戒癮治療相關人士參與，但其主張與經驗並未主導政策選擇的核心¹⁰¹，具有主導性的政策主張與計畫均是來自於愛滋治理社群，而其能獲得相關資訊、進入政策討論，並非是受疾病管制局主動積極邀請、而是透過其人際網絡向疾病管制局牽上線而被納入「官方」這樣的拼裝體之中。

至於前述以治療方案為中心的政策發展，是如何與緩起訴發生關係？官方的紀事是台南在 2006 年 4 月開始辦理替代療法時，僅依靠疾病管制局的經費補助，且如前述侷限於感染愛滋的海洛因成癮者。但台南地檢署檢察長朱朝亮主動聯絡顏純左討論減害措施，主張「只要能減少一座監獄，就能重建許多破碎家庭」¹⁰²，而時任嘉南療養院院長張達人是顏純左的大學同學¹⁰³，因此嘉南療養院就要求長期參與成癮治療的唐心北醫師與地檢署一同討論以緩起訴配合減害的試辦計畫細

⁹⁹ 見張寬（註 79），頁 34-35。

¹⁰⁰ 見夏凡玉（註 97），頁 45。

¹⁰¹ 例如李志恆採用丁基原啡因為治療選項的主張並未受到採納，雖然他在 90 年代的考察經驗確實影響了「以液態製劑提供美沙冬」這樣的重要執行細節。

¹⁰² 見侯勝茂（註 73），頁 84。

¹⁰³ 見張達人，化解院內員工疑慮，停止對毒品使用者貼烙印，收於：衛生署編，開啟另外一扇窗：為毒品者解除身心枷鎖 免於愛滋的恐懼，頁 190（2009 年）。

節¹⁰⁴。該計畫於同年九月開始實施，其核心之一，是以緩起訴金支付替代治療費用，使能受補助而替代治療的個案數快速成長。該試辦計畫在隔（2007）年一月發表結果，衛生署及法務部也要求各署立醫院及地檢署檢察長、負責毒品案件的檢察官參加¹⁰⁵；並且於七月於離島以外的各地檢署擴大實施相關試辦計畫¹⁰⁶。

不過，如果檢視一下當時《毒品危害防制條例》第二十條第一項規定，初次施用第一二級毒品的被告，檢察官僅有向法院聲請裁定令被告入勒戒處所觀察勒戒一途¹⁰⁷而已，本身即是一刑事訴訟程序的特別規定以連結到特定之保安處分，縱使《刑事訴訟法》於 2002 年大幅修正時引入了緩起訴制度，也不意味著檢察官因此得裁量給予被告緩起訴。地檢署會採取「靈活」的法律解釋策略以適用緩起訴，一來是官方紀事上提及的政策理念，另一項可能但未曾言明的理由，是緩起訴制度施行至今法務部一直要求各地檢署維持一定的緩起訴比例；而這樣的合作對醫療機關而言，有當時運用管制尚相對寬鬆的緩起訴金能支付治療費用、不需自行吸收或由上級機關編列預算，自然是樂觀其成。最後，對法務部而言，之所以在最初期默許甚至後來鼓勵這種在法律容許界線邊緣的「靈活創新」，除了貫徹主事者們（透過關係達成的理念一致及事務協調順暢而成就）的政策意志以外，同時也因為這些在地的政策創新能適應地方情勢「解決治理問題」、換算成自己部門績效並讓底下部門間相互競爭。

縱使有以上「益處」，但是法務部與衛生署在 2007 至 08 年初之間僅希望維持「試辦」，檯面上的理由是醫療機構的量能與程序標準化均未完備、社會接受度尚須觀察、替代療法實施後還是有撤銷緩處分的問題、財務支出的問題¹⁰⁸、可


¹⁰⁴ 見翁舒玫，把美沙冬當盔甲 抵抗海洛因的誘惑，收於：衛生福利部編，替代療法十週年特輯，頁 55（2017 年）。

¹⁰⁵ 見翁舒玫（註 104），頁 55-58。

¹⁰⁶ 立法院公報，97 卷 7 期，頁 259，委員會紀錄法務部朱楠次長發言（2008 年）。

¹⁰⁷ 未滿十八歲的使用者另應由少年法院裁定入勒戒處所觀察勒戒。在現行矯正體系中少年勒戒處所經常附設於少年觀護所，但近年實務上少年法院罕有為勒戒裁定者。考慮到少年事件的隱密性，以及本研究畢竟是在研究緩起訴附命戒癮治療、適用對象絕大多數是十八歲以上之人，觀察勒戒僅作為緩起訴附命戒癮治療的比較對象，因此前後行文中皆不考慮未滿十八歲之毒品使用者相關處遇程序。

¹⁰⁸ 見立法院公報（註 106），頁 259-60。



能有間接鼓勵或縱容施用毒品之虞¹⁰⁹。然而 2007 年底即有部分跨黨派立委提出相關修正案，籲放寬美沙冬替代療法適用範圍¹¹⁰；其中提案人之一謝國樑於隔年第七屆立法院第一會期時重新提出新的修法提案，使緩起訴附命戒癮治療程序正式入法；雖然當時部會提出前述疑問，但在委員會討論時進行短暫協調¹¹¹後，僅僅小幅度修改治療期程之部分文字就通過委員會審查、毋需付黨團協商，沒有拖延太久即進入二三讀並通過。在沒有機關提案或明白獲得機關背書、僅僅審查單一立委提案即如此「順利」通過，在毒品相關法制的立法歷程與一般立法實務中實屬罕見。背後緣由除了提案說明中所提及「欠缺法源，各地施行狀況不一」的現實困境（以及背後可能反應來自第一線的壓力）¹¹²，以及透過保留實施對象、內容、醫療機構及其他應遵行事項的授權條文以保留機關「調控規模」可能的立法技術以外，或許還受到一項機遇的影響：法案審議當時已經是陳水扁政府執政的末尾，提案立委謝國樑屬於即將同時掌握立法與行政權的多數黨，本身也是司法及法制委員會召委，機關難以堅持。

在目前還沒有對關係人進行深入訪談或取得更多文獻以前，本研究還無法更明確重建緩起訴與戒癮治療掛鉤的歷程。不過，從檢討以上減害計畫的發展歷程、以及緩起訴與減害計畫中成癮治療結合在一起的歷程，並與其跟觀察勒戒比較，可以歸結以下三個堪稱典型醫療化的特徵：一、愛滋專家作為新的參與者引入了替代療法、針具交換及其他伴隨的技術如個案管理等新的醫療技術，在不同的（訴訟程序）階段觸及了先前未曾深入介入的人口，擴張了醫療管轄的事務範圍；二、透過把同時具有刑事法與醫療的事務問題，如提供同為毒品與管制藥物的美沙冬（及未言明但同理的丁基原啡因）、針具等，重新解釋法律以定性為醫療問題（或者說是，採取醫療的措辭來定性法律問題），來配合「以醫療解決法律問


¹⁰⁹ 見立法院公報，97 卷 11 期，院會紀錄行政院衛生署醫事處處長薛瑞元報告，頁 29（2008 年）。

¹¹⁰ 姚盈如、劉鳳琴，朝野立委欲修法 法部反對 衛署不願編預算 美沙冬療法 擬擴大適用對象，中國時報，2007 年 12 月 06 日 A12 版，

<https://www.ly.gov.tw/Pages/Detail.aspx?nodeid=12278&pid=153044>（最後瀏覽日：2020 年 6 月 13 日）。

¹¹¹ 公報原文為「協商」，與正確程序用語實有未合。見立法院公報（註 106），主席（即謝國樑召委）發言，頁 266。

¹¹² S04 醫師有主張這個論點，但他沒有交代事證。




題」的政策；三、最後這些法律解釋還是重新透過立法層次，在機關未預期但沒有（或無能）反對下成為新的法律，來解決法律定性不穩定的現狀。不過，這個歷程也有一些其他醫療化案例罕見的特徵：過程中司法與醫療系統的合作（不管是讓醫療介入司法處遇，或者是作為司法處遇事務所生的緩起訴金來支應醫療支出），無論是從主事者的意志或者是官方作為拼裝體這兩種面向來解釋，都會看到「病犯」這概念範疇是正當化不同機關之間可以互相合作的政策理念基礎，這也解釋了醫療跟司法系統為何沒有因為以上的定性與成果，就此放棄「毒品也還是犯罪問題」的定性——縱使施用一級毒品之人（無論是起初同時是 HIV 感染者的施用者，跟之後受計劃擴大所及之非 HIV 感染的使用者）在上述過程中被各方行動者（特別是醫療背景出身的使用者）以醫療的論理管理、以醫療的語彙描述及其概念所捕捉，凸顯出醫療邏輯的強勢，但「仍然是犯罪問題」的定性還保全著犯人邏輯的存續，而兩者的關係將會在二級毒品緩起訴附命戒癮治療中有更進一步的發展。

四、小結

在回顧以上緩起訴附命戒癮治療的發展背景後，我認為病犯在這一段歷程的意義變遷，以及 HIV 疫情爆發起到減害計畫的實踐，所凸顯的治理現象這兩者還有進一步分析的價值。

首先，我在回顧《肅清煙毒條例》全文修正之前各地醫院面對勒戒「治療」的不同應對方式時，提出「病患性犯人」可以「讓各方主事者各按照自己的願望正當化自己的處置，並且得以拉進各方行動者參與毒品施用者的治理，或互相推卸責任……沒有一方隨時都維持純粹的醫療邏輯或司法邏輯，而『病犯』這說詞的含糊性正可以讓各方行動者靈活分配這兩種邏輯的比例」。我認為從這個時期、《肅清煙毒條例》全文修正為《毒品危害防制條例》後新制的「失敗」，到日後 HIV 疫情爆發後減害計畫出現，其實就是三種不同的醫療邏輯跟司法邏輯分配結果。在全文修正前，各醫療院所間並沒有統一的邏輯分配方式。而全文修正的歷程中衛生機關及精神科醫師們雖然宣稱吸毒者應是為病人、成癮是種精神疾病（在論述中強化醫療邏輯的比例以強調醫療介入的正當性），而法務部堅持其還是具有犯人的性質（在論述中強化司法邏輯的比例以保持其事務管轄權），但在



全文修正後並沒有達到原先預期的、更加醫療化的處遇，先不論本研究無法重建的各部門與參與者角力過程，但這結果顯示在實際政策資源分配跟事務管轄上，並沒有隨著公共論述中的措辭往醫療靠近而跟著變化——這樣的分裂（或「推卸責任」）之所以可能，也是因為「病犯」讓各方可以在公共論述、實際政策資源分配與事務管轄上靈活調配這兩種邏輯。至於最後在減害計畫實施時，也正是因為 HIV 作為注射藥物的後果，必須以醫療手段（替代療法）跟行為方案（針具交換）介入以改變藥物注射者的成癮活動，讓醫療邏輯在「病犯」底下更加強勢，使得因為司法邏輯而被拉進介入行動的警察與司法機構，必須以改變原有處置的方式以順應醫療邏輯。

另外雖然情境不同，但我認為社會學者周雪光在研究中國政府治理現象時整理的理論框架，對解釋 HIV 疫情爆發後減害計畫的規劃與實作歷程有一定的啟發性。周雪光在解釋中國的官僚制度如何緩和政策一統性及執行靈活性、基層跟上層政府之間的矛盾時提出了「共謀行為」，即基層政府在執行上層政府的政策時因地制宜調整與「變通」（當然也包括了一定程度的扭曲與偏離），而上級部門對此也會加以「庇護」：

如果從積極意義上來看，許多的「共謀行為」體現了基層政府通過靈活執行政策以便完成自上而下的任務；這些行為解決了一統政策與地方性情況之間的差異或衝突。如此行為也可以解釋為基層政府在直接上級部門庇護下針對當地情況的適應策略。從這個角度來看，執行過程中的「共謀」或地方靈活性對於我們理解「象徵性強大國家與有效性地方治理」兩者並存的情形有著啟發意義。我們看到，一方面，「政令自中央出」的一統決策過程強化了強大中央政權的象徵意義；另一方面，基層政府間「共謀行為」所體現的地方性適應機制在很大程度上對集權決策過程的內容因地制宜加以調整，對其可能產生的困境弊端加以有效化解或校正，使得一統決策過程的形式避免受到與現實矛盾的挑戰，從而得以延續。因此，兩者互為依賴生存：「共謀行為」之說只有在一統決策前提下有意義；而唯有基層政府的「共謀行為」的存在，才能有效維持一統決策過程的象徵意義。在這個意義上，基層政府間共謀行為或



許可以解釋為中國社會演變過程中產生的對中央集權體制約和平衡的一個制度安排；因此，「共謀行為」的普遍存在和強大生命力有著更為深層的制度淵源¹¹³。

需要說明的是：我當然不認為台灣在政策形成跟執行、地域差異、中央集權體制、中央與地方關係、制度正式化、對一統決策過程的象徵意義的重視程度，以及對法治的尊重與認知等諸多面向跟中國相似。以上共謀行為的理論化之所以有參考意義，係在於台灣因為不同於中國理由，一樣有國家中央的治理能力而難以一路貫穿到基層層次，以及要「解決問題」時常常必須要透過非正式制度（由「關係」所建構）應對，以發展出「變通」的處理方式；而與維繫中國的一統決策過程象徵意義不盡相同但效果相似的是，台灣各方的行動者必須面對在全國各地應該一致的「法」、有遵守法律之必要所「束縛」。當然中國跟台灣因為不同的制度背景，使得這些因為「關係」與其他技術聚合成「官方」這個拼裝體、實現政策創新的歷程也不盡相同。比較中國與台灣的拼裝過程並非本研究範圍及能力所及，但在減害過程中，各地提出政策方案並向中央建言、甚至各自領銜試辦的狀況下，確實讓國家中央治理能力不足、無力細緻化政策方案時，可以先行應對需要回應的社會現象，並藉以嘗試出更細緻、「應地制宜」的解決方式；而之所以國家中央要維持「試辦」，我認為這種策略可以維繫中央對相關事務還保有隨時可以調節規模、方向的高度彈性控制權，在極端狀況下（成果的全面失敗）可以廢止，以避免制度正式化帶來的固著性及附隨的政治責任。

最後，「病犯」這種說法在減害計畫中展現的建設性模糊，與前述台灣政策於在地先行試辦的政策創新過程，不僅僅只是這一段期間暫時性的特徵，也會在下一章所描述的友克鑫市二級毒品緩起訴附命戒癮治療的政策發展與實作變遷歷程中延續。

¹¹³ 周雪光，中國國家治理的制度邏輯：一個組織學研究，1版，頁33（2017年）。[按：本書事後在中國被禁止再版、取消發行，本研究寫作時係參考作者於個人網頁發表之電子檔：<https://web.stanford.edu/~xgzhou/zhoubook2017.pdf>（最後瀏覽日期：2020年6月23日）]

參、友克鑫市二級毒品緩起訴附命戒癮治療的政策規劃、變遷與實作



本研究在本章希望檢視友克鑫的二級毒品緩起訴附命戒癮治療的政策規劃歷程，以及透過參照使用者、對醫院D諸醫師、友克鑫地檢署檢察官及其他機構的訪談以及受訪者提供的其他文書，建構近期（2016–18年）的成癮治療實作。其中因為政策規劃與變遷歷程牽涉到許多實作的細節變動，沒有一併介紹實作的場景無法理解；因此本章的會在第一節，僅就友克鑫市地檢署與醫院D接洽的歷程跟後續的重要事件做概略的描述；變遷歷程中牽涉到更具體細節的描述與詮釋，會在第二三節介紹2016–18年間的實作時一併處理。

不過，在繼續深入描繪友克鑫市的實作之前，有幾個問題需要澄清：一、為何選擇二級毒品之緩起訴附命戒癮治療作為分析的對象，又跟前面的一級毒品緩起訴附命戒癮治療有什麼關係？二、為何選擇「友克鑫市的二級毒品緩起訴附命戒癮治療」作為分析個案？三、具體來說，一個在友克鑫市接受二級毒品緩起訴附命戒癮治療的被告，大概會經歷哪些階段？

第一，為何選擇二級毒品之緩起訴附命戒癮治療作為分析對象，又跟前面的一級毒品緩起訴附命戒癮治療有什麼關係？本文在第壹章時曾經簡略提及但沒詳細交代的兩項理由，是緩起訴附命戒癮治療本身彰顯「病犯」的曖昧性與跟治療在司法處遇上的特異性，以及二級毒品戒癮治療本身的複雜度。這兩項雖然是分開的命題，但其實可以一併解釋：一方面因為「一級毒品緩起訴附命戒癮治療」制度成立後既開放「緩起訴可以銜接到治療」的可能又同時在規範上將治療範圍閉鎖在一級毒品成癮，地方行動者受到此歷史與制度條件的制限/路徑依賴下，發展出二級毒品的緩起訴戒癮治療制度，甚至在日後讓全國的緩起訴附命戒癮治療擴張於二級毒品成癮之上，延續一級毒品緩起訴附命戒癮治療作為成癮者處遇的第一波「全面的『醫療化』」¹¹⁴之趨勢，可以說是「第二波」「全面的『醫療化』」，因此值得接續在一級毒品緩起訴附命戒癮治療之後討論。另一方面，二級毒品的處遇並不如一級毒品處遇，雖然同樣是被定位成「成癮」，但所對應的

¹¹⁴ 當然，如同第壹章所論證，本文的「醫療化」跟 Conrad 以降的醫療化研究未必相似。

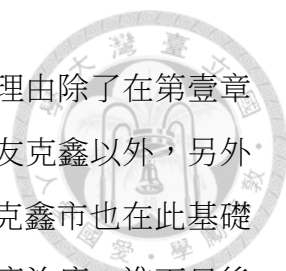
致病機轉跟使用者所處的社會情境並不相同，無法簡單開立替代藥物解除戒癮症狀、控制成癮，而需要非常不同的介入手段及調控介入的密度，無法等同視之，值得分別討論。我認為二級毒品緩起訴附命戒癮治療更明白彰顯出一個趨勢：相較於一級毒品的緩起訴附命戒癮治療比較偏向「治療」的外觀，二級毒品的緩起訴附命戒癮治療對個案的救助於與行為監控變得難以區分¹¹⁵，也讓「治療」跟「司法」的界線變得更不明朗，出現時而彼此合作、時而各行其是的現象。

不過需要澄清的是：這個趨勢之所以能成為趨勢，其成立的前提是不同論者（我，或者是其他參與規劃跟執行治療的行動者）對於「何謂治療」的想像並不一致¹¹⁶；而我自己認為同樣有效並相牽連的解讀是，回到各論者對於疾病本體論或認識論的定位想像有所差異。我的主張是：即便各論者或許在成癮是「腦部疾病」或「精神疾病」這一層次的本體論問題上有共識，但疾病本身的「物性」（可能大概對應到正文說的致病機轉，姑且對應到更細層次的本體論定位），或表現在外在的「症狀」一致、穩定、好觀測程度（姑且對應到對疾病的認識論定位）在一二級毒品成癮之間就是不一樣；而許多行動者對於「比較像治療的行為」所作界定，例如說「開立能對應致病機轉直接調節症狀的藥物」（美沙冬即是）或「深入長時間的會談作為心理治療」，背後確實假定了「治療是治療者以密切關聯並深入的方式對病人的身體或心理施加干預」。監控跟行為改變能不能跟前述想像相契合，可能更多是取決於相關連的兩件事：一是論者對前述本體論或認識論定位想像有點關係，意即能被監控跟改變者就是好觀測、一致並穩定的面向；二是論者到底對於「干預個案的內心到什麼程度」在意到什麼程度¹¹⁷。

¹¹⁵ 當然這樣說並不是要主張「一級毒品的緩起訴附命戒癮治療」內容沒有行為監控的成分在，例如前一章就有討論到液態美沙冬製劑跟引入個管技術本身就有行為監控的內涵，而驗尿也是一二級毒品的戒癮治療所共享的監控環節。但這兩者程度上確實有差異，此差異即是本文中下一段所論述，並且以本章節對治療內容之描述所舉證者。另外，「救助與行為監控難以區分」乃是陳嘉新老師在口試所指出，現代精神醫療難免具有的雙重性格，即治療高度內蘊著治理性。

¹¹⁶ 感謝陳嘉新老師在口試時指出這一點。

¹¹⁷ 當然每個工作者都會宣稱「要建立個案/被告的病識感」，但舉例來說我自己就認為 S04 醫師可能更著重於描述個案成功在外顯的行為上表現出的 compliance，但 S02 心理師或 S12 檢察官就更在意「個案有沒有成功建立對於自身狀態檢視反思的能力」。至於我自己其實是採取比較虛無或規範論的立場：只要是法規所認可的人在合於法規場所的作為都可以叫做治療，至於到底哪些是治



第二要回答的問題是，為何要選友克鑫市當作討論個案？理由除了在第壹章已經交代，受限於我受限於機緣所能接觸到的行動者就集中在友克鑫以外，另外也是因為醫院D本身不但是長期參與成癮治療的院所¹¹⁸，而友克鑫市也在此基礎下率全國之先、超越法規限制自行開辦二級毒品緩起訴附命戒癮治療，進而日後使相關法規修正納入相應治療，具體歷程詳見第一節。

最後的問題是，一個在友克鑫市接受二級毒品緩起訴附命戒癮治療的被告，大概會經歷哪些階段？首先，檢察官會先行判斷這名被告是否適宜接受戒癮治療，之後在開第二次偵查庭¹¹⁹時向被告徵詢同意後，決定被告應先行前往醫院D進行戒癮治療，而被告於此時即開始進入**醫院內的療程**，為期一年¹²⁰。書記官會向醫院傳送被告的基本資料、並要求醫院D填寫評估報告確認該名被告適於戒癮治療。緩起訴處分因職權送高檢署再議後未經發回後確定時，被告會由友克鑫地檢署觀護人室列案管理並定時追蹤、驗尿至緩起訴期間結束，另外觀護人會在第一次接觸新列案被告時，鼓勵被告同時參與由民間團體開辦的正念減壓班（**醫院外的療程**），為期四個月。具體細節，會在第二、第三節中交代。

一、友克鑫市的第二級緩起訴附命戒癮治療緣起與大致歷程

醫院D在 1994 年時，即有嘗試規劃治療性「學園」的治療模式。S04 醫師在當時即確立了分期的理念：藥癮者的病程可以大略分為急性期、中性期跟維持期

療的「核心」、哪些是治療與司法難以區分的「邊界」，純粹只是由司法與醫療社群自己說了算，而沒有什麼穩定的抽象上位準則。

¹¹⁸ 醫院D得以如此固有其淵源，但若要詳細交代就會因為醫院D條件的殊異性使其直接曝光，讓本文所有的去識別化工作毫無意義，是以無法在本文中具體交代，請讀者諒解。

¹¹⁹ 第一次偵查庭即是被告被捕移送地檢署的那一次。這邊只討論純粹施用犯、案情單純的狀況，所以只需要開一次偵查庭檢察官即可掌握基本的案情。

¹²⁰ 不過期間起始的計算有一些技術上的問題，詳後述。

三種階段，處在不同階段病程的藥癮者，前來接受尿液檢驗及搭配的治療頻率也不一樣¹²¹。然而，當時學園「錢多得不得了」¹²²，但在日後並未持續。

在 2008 年《毒品危害防制條例》修法通過，正式在第 24 條將緩起訴附命戒癮治療法制化後，法務部及衛生署旋即訂定該條所授權之《毒品戒癮治療實施辦法及完成治療認定標準》（下稱《全國治療認定標準》）。然而根據 S04 醫師的陳述，當時機關是「趕到最後一刻才訂出來 [《全國治療認定標準》]」，而且衛生署「很堅持只能（將戒癮治療）適用於一級毒品」¹²³上。S04 醫師的猜測是，衛生署評估後認為其他醫院無法執行二級毒品的戒癮治療後於是抱持這樣的主張。於是，在該辦法通過不久之後，S04 與當時在友克鑫地檢署服務、本來就私交不錯的 S13 檢察官互相聯絡¹²⁴。S13 檢察官主張，如果被告連施用毒品三性比較高、比較難戒的一級毒品都能夠接受戒癮治療，反而被告施用相對比較好戒的二級毒品被排除於治療之外反而很奇怪；而 S04 醫師認為排除掉施用二級毒品的被告是剝奪其醫療權益、「造成輕罪反而不適用的不公平結果」¹²⁵，因為執行困難（即沒有如美沙冬替代療法一樣明確穩定的技術）就排除這類被告是自我設限。

S04 與其他科內醫師一同撰寫了「二級毒品緩起訴戒癮治療試辦計畫」，而 S13 也獲得了當時友克鑫地檢署檢察長的同意來運作這計畫，並訂定《試辦第二級毒品戒癮治療作業要點》。在當時 S04 跟 S13 兩人確定了試辦計畫以下原則：

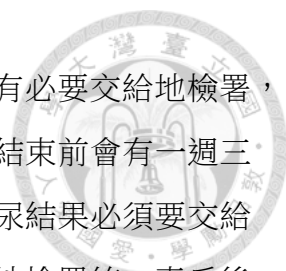
¹²¹ 以上內容係基於 1990 年代末即進入醫院 D 服務的 S02 陳述。S02 當時還有跟醫院 D 成癮防治科主任合寫一篇文章刊登在政府機關發行的相關通訊中，文章內提及學園的名稱跟精確設置年份。不過因為避免身份曝光，本研究無法直接引用該文章。但 S04 醫師本人的陳述卻是說，在 2009 年設計療程當時才開始現在這種分三期、以週為單位調節看診頻率的作法（詳見「療程內容」一節）。我這邊在沒有訪談到其他相關人等或接觸到其它文獻、檔案資料，難以確定現行這種分三階段的作法在醫院 D 首次出現的時間點。不過從後續其他參與的醫師說法看起來，細節在 2009 年設計試辦方案時（詳後述）反正都必須依當時的狀況重新考量過一次。

¹²² 出自 S06 醫師受訪陳述。

¹²³ 根據 S04 第一次受訪的陳述。我認為他對於衛生署態度的陳述是很可信的，因為立法當時衛生署的代表（醫事處長薛瑞元）確實是抱持著相同的主張，詳見立法院公報（註 109）。

¹²⁴ S13 檢察官受訪時並不記得當時是誰先主動聯絡。S04 醫師直到第二次訪談末尾才提及「（由緩起訴處分金支付醫療費用）的戒癮方案」是醫院 D 主動提的，而 S13 認為這個方案合理、可以合作，之後才繼續談細節。

¹²⁵ 此句出自 S04 醫師在 2011 年對友克鑫地檢署的試辦計畫口頭報告 powerpoint 檔案。



一、個案進入治療中的紀錄包含驗尿結果，視為醫療個資，沒有必要交給地檢署，如果驗尿過程中發現陽性，醫院D不負告發義務；二、在療程結束前會有一週三次的密集驗尿以判斷此個案是否完成戒癮治療，只有這三次驗尿結果必須要交給地檢署；三、治療費用由個案繳納緩起訴處分金（五萬元）至地檢署統一專戶後，由專戶支付治療費用。整個計畫原先預期收案一百人後就截止，然後根據收案的成果發表結案報告；計畫在 2009 年三月開始執行，結果當年七月就已經收滿一百人，地檢署還是要求繼續收案，同年十一月底就已經收到超過兩百人次的轉介，而事後也因此並沒有寫出一份完整的書面結案報告¹²⁶。最後，雖然沒有直接徵詢過醫院D跟 S04 醫師，法務部¹²⁷跟衛生署¹²⁸也在 2013 年修改了《全國治療認定標準》；S04 醫師認為，法務部與衛生署非常清楚醫院D跟友克鑫地檢署的工作，會有這樣的修正非常合理，也不需要特別去宣揚，但這種說法其實淡化了 S04 醫生自己在各地分享計畫成果的活動¹²⁹。總之，從《全國治療認定標準》修正說明內容「部分檢察機關自九十八年起試辦第二級毒品之戒癮治療已有初步成效，行政院衛生署亦已完成第二級毒品使用者臨床治療參考指引，為避免與海洛因施用者相較，產生施用第一級毒品者得接受戒癮治療，施用第二級毒品者反不得參與戒癮治療之輕重失衡情況」¹³⁰以觀，S04 醫師與 S13 檢察官的論點幾乎完全被官方採納。

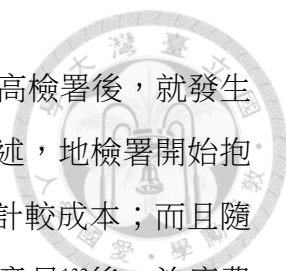
¹²⁶ 根據 S04 醫師兩次受訪及 S13 檢察官受訪時所為陳述。

¹²⁷ 這是 S04 醫師在第二次受訪時所持論點，其論據是所有緩起訴必須職權再議送高檢署，以及很現實的，這些緩起訴的案量統計都會呈現在法務部的檢察統計作為業績的參考用。

¹²⁸ 據 S07 醫師陳述，在 2011 年前後衛生署即有委託醫院D進行《二級毒品使用者臨床治療參考指引》的研究案，內容即是呈現醫院D的治療模式，該指引於 2012 年 4 月釋出。S04 醫師第二次受訪時的說法是，他自己有參與衛生署的「藥癮戒治委員會」，因此衛生署當然知曉它們的工作。不過我至今還沒有找到任何以「藥癮戒治委員會」相關之公開資料，無法確定精確細節，不過根據有相關業務經驗的政府中階官僚 S11 在受訪時提及，確實衛生福利部會召開專家諮詢會議討論藥癮戒治或相關人員培訓等事項。

¹²⁹ 就以 S04 提供給我的 powerpoint 檔案中，即是 2011 年十月在中部某縣市公立醫院分享當時試辦計畫的成果，內容包括計畫規定、人次、人口特質、完成概況、治療時間尿檢陽性數據等資訊。並且 S04 同年在某學會曾經與另一位醫師以壁報形式發表其結果。

¹³⁰ 見行政院公報，第 19 卷 70 期，頁 14354，草案條文對照表說明欄（2013 年 4 月 18 日）。



醫院D與友克鑫地檢署的合作在 S13 檢察官於 2011 年升上高檢署後，就發生了一些變化。首先，最大的爭議是費用的給付：據 S04 醫師陳述，地檢署開始抱怨醫院D收取過高費用¹³¹，但醫院D當時作為試辦計畫沒有在計較成本；而且隨著日後審計部對地檢署使用緩起訴處分金過於自由這件事情有意見¹³²後，治療費用自 2013 年七月起，自地檢署一次收取後支付給醫院D，轉成現制由被告在各次看診中自行向醫院D支付¹³³。改變給付方式的後果，是個案不再會因為繳不出全數的緩起訴處分金，縱使已經進入療程但事後被撤銷緩起訴、受法院聲請裁定勒戒，提高完成療程的機會¹³⁴；但反過來說，不僅僅是對醫院來說每次收費多了行政作業，同時也讓本來就沒那麼樂意來的個案每次繳費時再度被提醒說「這是一個不同於一般醫療、具有懲罰性的過程」而加深其抗拒¹³⁵。第二個會引發不同意見以至雙方要磨合，是個案在治療過程中的「不順從」導致的撤銷緩起訴，例如說在觀護人處檢驗到陽性是否就要撤銷緩起訴，或者不規則出席到什麼程度才需要撤銷緩起訴？以不規則出席來說，根據一開始也有參與規劃醫院D二級毒品緩起訴戒癮治療計畫的 S07 醫師所述，一開始是個案一兩次未到門診就會被“turn down”、被檢察官撤銷緩起訴，但事後發現這樣「全部都做不下去」因而改弦易轍，要連續無故不出席三次以上¹³⁶被告才會被地檢署的系統標示並被約談以決定

¹³¹ 出自 S04 醫師第一次受訪時的陳述，當時收取費用的額度，根據 S07 醫師的回憶，大約是兩三萬元左右；但沒參與最初試辦計畫之規劃、事後進入友克鑫地檢服務的 S12 檢察官在受訪時明確表示，一開始是五萬元全數支付與醫院D，日後跟醫院D協商才將費用降至兩萬多元。

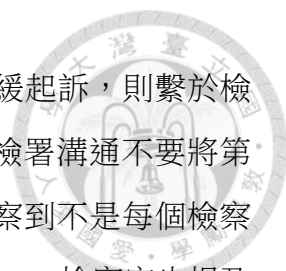
¹³² 這邊「審計部的意見」具體來說是如何影響到戒癮治療費用補助，我目前還沒有查到公開文獻有明確的說法。根據 S04 醫師第一次受訪時的陳述，當初這筆錢會進到（榮譽）觀護人協進會的帳戶，而確實依照審計部 2014 年所發布的新聞稿曾提及該部在 2012 年時曾在決算審核報告中批評法務部並沒有確實將未支用的餘額繳庫或轉支其他公益團體，並因此促成《刑事訴訟法》相關條文的修正，詳見審計部，<https://www.audit.gov.tw/p/405-1000-1589,c192.php?Lang=zh-tw>（最後瀏覽日：2020 年 6 月 19 日）。另外，S12 檢察官在訪談中提及，事後緩起訴處分金的運用「收得更緊」，受撥補單位要在前一年寫計畫匡列預算申請。查法務部於 2015 年 7 月 14 日公告之《緩起訴處分金與認罪協商金補助款收支運用及監督管理辦法》第 6、第 7 條確實有對應之規定。

¹³³ 精確時間點係根據 S06 醫師在訪談中明確給定。

¹³⁴ S06 醫師及 S12 檢察官均有在訪談中提及費用給付對個案就診動機的影響。

¹³⁵ 這是 S07 醫師受訪時提出的論點。

¹³⁶ 這是 S07 醫師受訪時所提出的細節。值得注意的是，上一世代的 S04 醫師以及跟 S07 同世代、也有參與規劃的 S06 醫師並沒有在訪談中直接提及這項醫院內部政策變化。不過 S07 醫師提供非



是否撤銷其緩起訴。至於在觀護人處驗尿結果陽性後是否撤銷緩起訴，則繫於檢察官的態度，S13 檢察官曾提及其在地檢署服務時，就曾跟高檢署溝通不要將第二次給予被告的緩起訴於再議時發回¹³⁷，在調到高檢署後也觀察到不是每個檢察官對這類案件的態度都一致；S06 醫師與比較晚參與戒癮治療的 S12 檢察官也提及有跟地檢署檢察官一再溝通，傳達「成癮是一種會復發的慢性病，發現陽性的話醫療方更傾向更密集介入」後，才使得地檢署檢察官有態度調整¹³⁸。檢察官態度的差異會在後續「審查與轉介醫院」一節描述。

到了 2014 年，S12 檢察官自友克鑫地檢署緝毒組調到執行科，負責督導觀護業務。S12 檢察官當時在執行科訪談了約 130 名被告，發現可以根據使用毒品種類、使用族群區分成不同的類型；其中安非他命使用者「可能在生理戒斷症狀上面沒有像海洛因那麼明顯，可是他們甚至一點病識感都沒有，不...像那種海洛因好像會去偷會去搶吼，但是他的心理成癮症狀又相當嚴重，但他們自己不自覺」。同時，S12 也注意到二級毒品並不像一級毒品一樣有替代性藥物能給¹³⁹，醫生能做的事情有限，就安非他命而言僅能側重於驗尿監控，在門診進行心理輔導因為時間有限、難以期待。最後 S12 提到，醫院 D 起初並沒有設立專責的個案管理師、沒

常詳細的細節，包含如何評估個案這一兩次未到是否是有意停留在治療中，且是在「計畫當初地檢署是否有要求跟醫院 D 交換文書」這個乍看之下無關的題目時提到這件事情的，我認為可能還是具有一定的參考價值。

¹³⁷ S13 檢察官另提供我兩份他在友克鑫地檢署服務時被告再犯另為緩起訴處分的處分書（已除去被告個人資料），其中論證另為緩起訴的主張，大體上是被告參加減害治療後採尿送驗為陰性來認定被告確實不再使用海洛因、態度良好，繼續參加療程由醫師追蹤輔導較刑事處罰為當且無礙於公共利益之維護，可以證實在當時可能已經有「再犯是否另為緩起訴」的爭論。

¹³⁸ 但 S12 檢察官也提及，確實這些「態度調整」也會讓被告認為「友克鑫地檢沒在起訴的」使威嚇被告服從療程的程度減弱。

¹³⁹ 該受訪段落原文即是如此將「安非他命」跟「二級毒品」交錯使用當然技術上來說二級毒品跟安非他命、一級毒品跟海洛因其實是不同的範疇；但實際上一級毒品成癮確實多是鴉片類藥物，可以適用替代療法，至於二級毒品本身就內含了非常多種類：安非他命、MDMA（先那搖頭丸的主要成分）、大麻與其他藥物，藥理分類跟使用族群各自不同，但確實都沒有替代療法可以適用，而安非他命是其中大宗之一，也是在戒斷上最困難的一種。

有辦法追蹤參加成癮治療的被告，以至於常常出現被告三次未到被系統標示，S12 推測因為醫院 D 預算結構的關係¹⁴⁰以至於無法實現有效的個案追蹤¹⁴¹。

在觀察到以上幾項困難後，S12 檢察官訪談到一名自美國回台販毒的被告，被告提及美國有麻醉藥品濫用者匿名互助（Narcotics Anonymous，下稱 NA）的團體，可以協助找教材。於是，S12 檢察官自他個人參加的禪修團體找了兩位心理師，與這位被告一起以這些美國 NA 的教材為底本，搭配其禪修團體中的「正念」、「靜坐」的課程，設計成一期八次的團體療程。這些課程規劃者在設計課程中，非常有意識地把 NA 教材中過於基督教色彩的部分除去，同時也主張在參加的個案沒有建立病識感以前，必須要加入部分的衛教課程以及互動團體，不然直接到靜坐的課程，個案也會難以接受；最後大多數個案必須在白天工作是以團體必須在晚上開設，不然報到率會太低，但這時段公家機關難以配合，所以必須是在地檢署或醫院以外的場地、由其他人力執行。

S12 檢察官等人初步規劃好課程後，先是請也有參加該禪修團體的觀護人在地檢署外試辦團體。試辦結果讓 S12 認為具有高度可行性，於是 S12 檢察官在 2015 年起輔導設立一個由該禪修團體中有意願進行戒毒團體業務之人所組成 NGO（下稱「協會」），申請友克鑫地檢署與鄰近肯特市社會局的補助金，在友克鑫地檢署執行科附近租下辦公室，在晚上為受緩起訴被告舉辦八次團體課程及課程前後各一次的會談：觀護人在接觸個案時，也會徵詢個案意願是否參加協會的團體課程，並且要求個案如果有意願參加就馬上前往友克鑫地檢署執行科附近的 NGO 辦公室辦理相關報到作業後，再回到執行科以確認其完成課程的報到手續¹⁴²。S12 檢察官並與 S06 醫師合作，由 S06 醫師向衛生福利部申請衛生福利部的「非鴉片類藥癮治療補助計畫」（下稱非鴉計畫）並延續至今，自 2017 年起由這

¹⁴⁰ 但可能同時涉及醫院 D 成癮防治科的治療取向或院內政治的問題，詳見後註。

¹⁴¹ 另外延伸的問題是，友克鑫市毒防中心的個案追蹤為何也沒有發揮效果？這部分會在後續的小節中交代。

¹⁴² 為此，友克鑫地檢署於 2016 年 6 月 20 日修正《觀護人室辦理毒品緩起訴案件作業要點》，直接第五點中明列觀護人得命被告參加正念班等團體輔導，且未依規定配合參加者，得增加其採尿追蹤次數；第六至八點中關於未配合治療、追蹤輔導或再犯等可能涉及撤銷緩起訴處分的情形，要求觀護人應檢具參加正念班團體輔導之情形予檢察官審酌。

個計畫去支應相關的個案管理師職位，同時也設計機制：若個案參加完八次在協會的團體課程¹⁴³，即可獲得非鴉計畫補助在醫院D治療所生的檢驗費。

自此，友克鑫市的二級毒品戒癮治療模式大致確立。不過 2019 年起醫院D承辦衛生福利部「整合性藥癮示範中心計畫」，擴大合作的醫療機構、諮商所及 NGO；2020 年一月《毒品危害防制條例》修正第 24 條放寬成癮治療不限於在醫療機構內執行（於本文寫作時此修正尚未施行，相應的《全國治療認定標準》也尚未修正），是否會改變友克鑫地檢署與醫院D之間的合作關係跟後續治療模式設計尚未可知，不過這已經超過本研究蒐集資料的時段範圍，故不討論之。

二、醫院之內的戒癮治療實作

施用二級毒品緩起訴附命成癮治療，依《全國治療認定標準》現行規定，施用者自被查獲並移送，檢察官評估後認為適合實施戒癮治療、當事人也同意接受治療後，當事人即至醫療院所接受為期一年的戒癮治療。截至 2018 年中，友克鑫地檢署辦理緩起訴戒癮治療流程如圖 3-1。不過若細細檢視「評估與轉介醫院」、「療程內容」、「療程以外個案必須參加的活動」這三個環節在友克鑫市跟其他縣市的實作，可以發現許多規範未曾明示，或在地實作與規範不一致之處。可以說《全國治療標準》有些部分在醫院D或其他地方有被遵守，但不少部分並沒有遵照執行。本研究將會在本節就這三個環節分別以交代友克鑫市的治療實作過程細節，並嘗試透過描述變遷歷程或與其他縣市比較，凸顯出這些不一致或未明示的內容。至於在上一節回顧發展歷程時，提及 S12 檢察官輔導設立的協會所進行之戒癮團體課程，將會在下一小節描述。

¹⁴³ 根據網路上公開資料，衛生福利部於 2014 年開始規劃此項補助計畫，但 2016 年以前醫院D並沒有申請，直至 2017 年醫院D才出現在執行機構名單上。如果綜合以上敘述跟這項資訊，可以推斷，醫院D直到 2017 年才正式配置一名個案管理師專門負責戒癮治療的個案追蹤管理工作。

辦理緩起訴戒癮治療流程圖

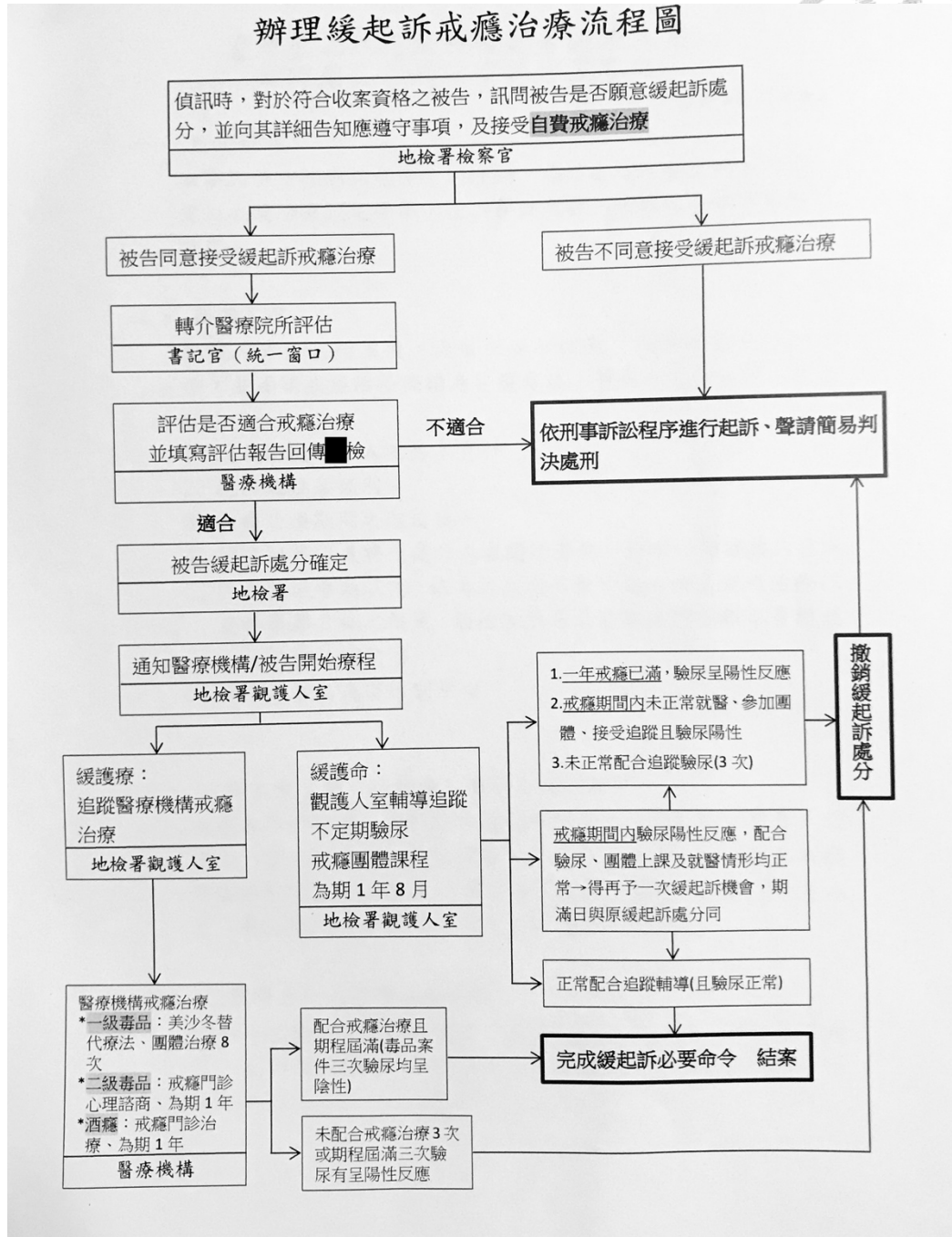
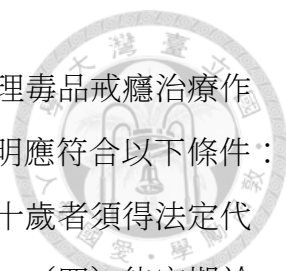


圖 3-1：友克鑫地檢署辦理緩起訴戒癮治療流程圖，自 S12 檢察官提供紙本翻攝。圖中一提及該地檢署名稱之處以黑條遮蔽之。

(一) 審查與轉介醫院

在進入施用二級毒品經緩起訴附命戒癮治療的第一關，是檢察官要審查被告是否適合進行戒癮治療。在《全國治療認定標準》當中，僅於第六條規定應事先徵詢被告同意並說明治療應遵守事項後指定其前往醫療機構參加治療；於未滿二



十歲之情形，應得法定代理人同意。而友克鑫市地檢署的《辦理毒品戒癮治療作業要點》與《試辦第二級毒品戒癮治療作業要點》¹⁴⁴中，僅表明應符合以下條件：「（一）單純施用第二級毒品；（二）須年滿十八歲（未滿二十歲者須得法定代理人之同意）；（三）了解戒癮治療內容並同意參加戒癮治療；（四）能定期於規定時間到場接受治療及輔導。」不過除了這些形式上的要求以外，到底是哪些檢察官來審查、是否有內部一致的其他審查標準或因子，就會是決定個案處遇的關鍵。特別是在緩起訴期間內再犯後經檢察官二度處以緩起訴的案件中會是更重要的問題。

以友克鑫市來說，一開始是由參與試辦二級毒品緩起訴附命戒癮治療的 S13 檢察官一人專責審查所有的戒癮治療個案（「分流模式」），而 S13 檢察官是盡可能把所有符合以上條件的人通通送戒癮治療。這件事情是 S13 自己跟檢察長商量的，理由是「由一個人辦理，標準會統一」，而且 S13 檢察官認為：

S13：施用毒品的案件就我們來看其實是簡單啦，驗尿有就有，沒有就沒有，沒有什麼好講的，這是簡單案件。只是說戒癮治療的過程是很冗長的…，所以我可能會被撤銷、撤銷緩起 [訴]，可能會又再犯或怎麼樣撤銷緩起訴，會比較麻煩啦，那這樣就，都我一個人、我一個人在做。

不過，到了 S12 檢察官服務的時候，友克鑫市地檢署已經改成「大輪分」的模式，每個檢察官都可能分得到：

S12：我們友克鑫市地檢署的毒偵案件，就是所謂施用毒品案件，是每個偵查檢察官都要做的，也就是它是所謂大輪分啦，不像有些地檢署

¹⁴⁴ 兩者俱為現行有效之法規，最後修正日期同為 2018.08.21，並回溯於 2018.05.25 生效，僅修正名稱與第一點。上一次全文修正分別是 2014.06.27（回溯於 2014.06.15 生效）及 2009.05.04（回溯於 2009.04.24 生效）。這邊的時間差及內容不一致，係因為後者是自 S13 檢察官還在友克鑫地檢服務時所訂定，而前者是在《全國治療認定標準》修正後才修正的。

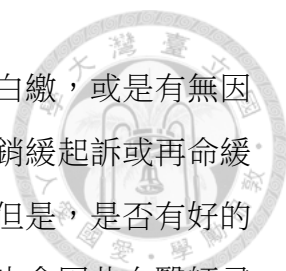


吼，是所謂分流方案，也就是可能掛在兩個檢察官或一個主任檢察官下，然後全部交由事務官做¹⁴⁵，那樣子的模式，也就是所謂的分流模式。

由專責的檢察官（及其檢察事務官）負責或平均分派案件，所影響者是對於施用者適不適宜接受戒癮治療在同個地檢署裡有一致的審查標準。但另外的問題是：影響到檢察官的判斷有哪些因素？其中之一牽涉到對施用毒品緩起訴案件「麻煩」程度的認知，以及這項認知如何影響到自己的案件消化、以及跟同僚間事務分配的問題。我在詢問 S12 檢察官，友克鑫市地檢署是否有鼓勵檢察官對施用毒品案件採取緩起訴附命戒癮治療的措施時，他同時回答了「不採取專責而是輪分」、「為何某些檢察官不採取緩起訴」、「檢察官看待施用毒品案件態度」這三個問題：友克鑫地檢署曾經有一度採取過把一個施用毒品案件（「毒偵字」案件）做緩起訴戒癮治療，可以抵一件「偵字」案，於是出現大量的緩起訴（至少多一到兩倍）、也在半年後出現大量的撤銷緩起訴，使得那一代許多檢察官對於緩起訴充滿了嫌惡，因為只看到撤緩增加的業務負擔；同時對許多檢察官來說「施用毒品案件案情就很單純，開一下就能起訴很簡單」，反而是緩起訴「要轉介被告去醫院、等醫院回傳評估單同意，整個弄完…還要等到職權送高檢署再議…常常被找麻煩，挑一些枝微瑣碎的問題必須要補正」，程序冗長瑣碎得多。另外，要把毒品案件獨立出來專責處理，人力非常吃緊；而且在眾多受矚目案件種類中，施用毒品案件不是唯一重要的事，相較其他案件未必能找出由特別鼓勵或是由專人專責的正當理由——不過最後這點，在其他地檢署未必同是如此。

但除了這些檢察官自己的考量以外，同時也有一些依個案具體細節影響審查的因素。例如即使是自稱「應該是全國最願意給緩起訴附命戒癮治療的」S12 檢

¹⁴⁵ 例如台中地檢署即是。見監察委員林雅鋒、劉德勳、楊芳婉，調查「據審計部 106 年度中央政府總決算審核報告，國內附命完成戒癮治療緩起訴處分毒品查獲施用案件已大幅成長，惟部分地方檢察機關僅指派少數醫療機構辦理，肇致醫院負荷過重，影響戒治品質案」報告，2020 年 3 月 23 日，<https://www.cy.gov.tw/CyBsBoxContent.aspx?s=17005>（最後瀏覽日：2020 年 5 月 17 日；本報告並無登載於監察院公報、僅登載於監察院網站上）；字號：109 司調 0013；對應 pdf 頁 18。值得一提的是，據台中地檢署的辦理毒品戒癮治療作業要點，在 2010 年時就成立戒癮治療推動小組進行選案，上述監察委員調查報告中所記載之作法是否即是戒癮治療推動小組之延續，或許值得進一步細究。



察官，除了考量被告是否會因為他案撤銷緩起訴導致治療費用白繳，或是有無因為要出國、住院等情事無法履行義務等情事；至於在是否要撤銷緩起訴或再命緩起訴的時候，所考量者可能還包括在先前治療中的出席狀況。但是，是否有好的外顯或客觀指標來審查，一直是檢察官內部討論不休的問題，也會因此向醫師尋求建議。例如前述出席狀況作為是否再命緩起訴的標準，即是 S06 醫師向友克鑫市地檢署檢察官們給的建議¹⁴⁶；或者像是跟 S06 大約同輩、同在醫院 D 服務的 S07 醫師，針對「是否給緩起訴的標準」這件事情，給出以下解釋：雖然醫院 D 幾乎是全收所有友克鑫地檢署轉來的被告，但會有個默契，讓來進入緩起訴附命戒癮治療計畫成為個案的被告，絕大多數是初犯、很久沒再犯、沒有其他「太反社會的」前科；如果在緩起訴期間再犯有審酌是否撤銷緩起訴的需要，檢察官可能會以電話或來公文來詢問，而 S07 自己會認為，如果被告是「反社會這個部分很強烈，那就不是醫療有辦法處理的，就是應該要用行為、或者處罰的方式，刑罰、司法的方式來處理」。

當然，如果沒有一致、相對好操作，甚至不一定要由檢察官或檢察事務官自己來操作的審查標準，不僅對個案來說不公正（看運氣遇到哪個檢察官相對願意給緩起訴），在今（2020）年一月《毒品危害防制條例》修正第 24 條、放寬緩起訴處分附帶處遇的範圍後，如何依據個案的狀況、給出最適切（無論此項「最適切」所指的是最有效降低個案再犯率、對個案的生活與經濟負擔最小，或者對國家的司法、醫療或財政系統衝擊最小）的方案，就會是更發嚴峻的問題。

對此，S12 檢察官很明白表示：目前友克鑫地檢署並沒有一個分流的審查標準，而他認為應該值得自己來弄一套標準來進行「快篩」以後進行處遇分流：「反正大家都摸著石頭、摸著石子過河，（中略）我認為實務上就是做下去，然後我們趕快修……不然等你研議好了，我們不是學者，我們沒有時間去因應這些事情，我們就要想辦法趕快去解決實務問題」。之所以是「快篩」，是因為一來案量龐大，二來是進入成癮治療的個案狀況隨時可能會變化，「應該是要容許在後面的階段，在跟他輔導監控的過程當中還能夠調整」，例如考量個案對處遇的

¹⁴⁶ 根據 S12 受訪時陳述。

順從性，**根據酬賞機制的原理**¹⁴⁷而動態調整。對於這項分流標準的結構，他認為要參考兩個面向：第一是適不適宜起訴、緩起訴或觀察勒戒，此面向與先前緩起訴考量之標準相似；第二面向是需要何種程度之醫療介入：機構內、機構外（社區型）或根本無涉醫療系統的處遇（例如繳納緩起訴處分金、訓誡、勞動服務等），而此面向會是實務現行所關切對被告生活影響程度，例如因為進入機構治療使其生活陷入困頓、有父母小孩需要撫養等，或者從其前科紀錄輔助判斷哪一種處遇比較能維持矯治效果。

另外法務部曾經指定高雄地檢署試辦，委託學者將美國商業公司開發用於毒品法庭（drug courts）的 RANT 量表（Risk and Needs Triage）中文化後，由檢察官及醫師進行操作¹⁴⁸，並得到如圖 3-1 之處遇分流評估。S12 檢察官對此的評論是：

「這是一個困難的決定，因為，第一個它要去花錢跟美國買，第二個就是說，就是說所謂著作權的問題，再來就是說……它畢竟沒有那麼符合我們本土的需求，那高雄因為它通過毒防局的經費，它可以這麼做，友克鑫市沒有。所以我們也沒辦法去做這個科學實驗。」除此之外，如屏東地檢署也曾採行過根據 NIDA 提出的 SBIRT 模式（Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment）¹⁴⁹進行分流，

¹⁴⁷ 詳後述。

¹⁴⁸ 其流程具體而言是：「一、毒偵案被告經檢察官開庭後，初步評估符合緩起訴之條件時，使用 RANT 量表做法律面之評估，後轉介至觀護人室進行說明會；之後分派至合作之醫院進行，並由醫師或心理師作心理面之評估。二、醫師結合法律面及心理面之評估計算分數後，會勾選分流處遇意見表，並回擲地檢署供檢察官作緩起訴處分之參考。三、檢察官於收到醫院回覆報告（醫院戒癮處遇分流評估建議，如圖 3-2）後，作出緩起訴處分並諭知相關附帶條件。」見林雅鋒等人之調查報告（註 145），頁 50-51。引文中分點編號及圖說編號經本人重編。國內對 RANT 比較詳細的討論，最早見於李思賢，104 年度犯罪人危險分級評估與再犯指標之研究案（研究計畫編號 PG10408-0073），法務部 104 年度委託研究報告（2016 年 7 月），<https://www.grb.gov.tw/search/planDetailPid=11589444>（最後瀏覽日：2020 年 6 月 8 日）。

¹⁴⁹ 細節見 SAMHSA, <https://www.integration.samhsa.gov/clinical-practice/sbirt> (last visited: May 29, 2020)



根據 DAST 量表 (The Drug Abuse Screening Test)¹⁵⁰ 分出三級風險後，決定僅需個案管理、社區處遇 (團體) 抑或需轉介醫療機構¹⁵¹。

	再犯風險：低→高	
醫療需求：高→低	(二)高醫療需求、低再犯風險	(一)高醫療需求、高再犯風險
	<input type="checkbox"/> 藥物替代治療： <input type="checkbox"/> 美沙冬 <input type="checkbox"/> 丁基原啡因 <input type="checkbox"/> 心理治療加戒癮團體達 6 次 <input type="checkbox"/> 精神科戒癮或精神疾病住院治療(至少 2 周) <input type="checkbox"/> 社會復健治療課程	<input type="checkbox"/> 藥物替代治療： <input type="checkbox"/> 美沙冬 <input type="checkbox"/> 丁基原啡因 <input type="checkbox"/> 心理治療加戒癮團體或家族治療達 10 次 <input type="checkbox"/> 精神科戒癮或精神疾病住院治療(至少 2 周) <input type="checkbox"/> 社會復健治療課程 <input type="checkbox"/> 搭配中途之家
	(三)低醫療需求、低再犯風險	(四)低醫療需求、高再犯風險
	<input type="checkbox"/> 社會復健治療課程(18 小時) <input type="checkbox"/> 義務勞務(40 小時)	<input type="checkbox"/> 心理治療加戒癮團體或家族治療達 8 次 <input type="checkbox"/> 社會復健治療課程 <input type="checkbox"/> 搭配中途之家

圖4 醫院戒癮處遇分流評估建議

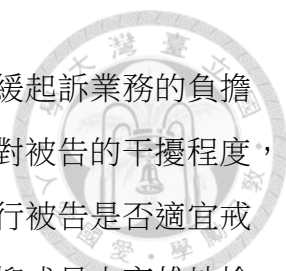
資料來源：高雄地檢署提供。

圖 3-2：林雅鋒等人之調查報告 (見註) 中所引用之醫院戒癮處遇分流評估建議。

從以上 S12、S13 檢察官的回應、監察委員林雅鋒等人的調查報告中所摘錄之各地檢署的作法與法務部之試辦計畫，可以確定的是在 2018 年以前，除卻形式上的要求 (滿 18 歲、沒有他案) 外，台灣並沒有一套全國通用、由在地研發的審查

¹⁵⁰ 量表內容見 SAMHSA，<https://www.integration.samhsa.gov/clinical-practice/sbirt/DAST.pdf> (last visited: May 29, 2020)

¹⁵¹ 見衛生福利部心理及口腔衛生司網站，108 年全國毒品危害防制中心標竿學習暨共識營講義，附件 12.108 年提升緩起訴戒癮治療之服務品質計畫 (屏東毒防中心).pdf，<https://dep.mohw.gov.tw/domhaoh/cp-4097-50020-107.html> (最後瀏覽日：2020 年 5 月 29 日)。



標準來審查被告是否適宜進入緩起訴，而必須依檢察官各自對緩起訴業務的負擔的認識、對自身偵查業務的案量管理、以及有些時候根據處遇對被告的干擾程度，來決定是否讓被告進入緩起訴附命戒癮治療計畫。另外，在進行被告是否適宜戒癮治療之審查時還有其他問題：無論是各地檢署現行的作法，抑或是由高雄地檢署試辦的 RANT 量表分流計畫，完整的評估其實是要被告第一次到醫院門診後，由醫生評估是否適合接受治療。這樣的流程使得被告所受處遇，可能會因為檢察官初步認定與醫院不一致而有不確定性，也因此才会有前述 S07 醫師所言「幾乎都收案，並且形成不會送『太反社會』、讓醫師覺得無法治療的個案過來的默契」。

在檢察官初步決定讓被告加入戒癮治療計畫、被告也同意以後，下一步即是將被告轉介到合作醫院。即使在這一點，不同地區的作法也未必相同。以友克鑫市而言，二級毒品的戒癮治療僅由醫院D負責¹⁵²，並且由檢察官這裡直接安排被告進行後去治療，而根據部分使用者的陳述，這些安排有時甚至在開第二次偵查庭之前就會跟被告確認意願並告知至醫院D初診的期程：

小樺：喔我印象很深刻是，書記官打了那個電話給我的時候，開頭就問我說，你同意戒癮治療嗎？我就非常快地跟他在對話中，...說了三次，我同意，因為、不用被關、不用被罰錢。我說我同意，OK。所以同意之後去（清喉嚨），去了，OK 然後就開庭。那開庭的時候，檢察官當然就，因為可能之前已經...有先期準備了嘛，書記官已經問了一些，就是說，你同意做戒癮治療等等之類的。等等等等，然後...它已經告訴我說，你十二月幾號要去醫院D，去做這個檢 [驗]，在電話中就已經告訴我了...等於還沒有開庭的程序，它等於先告訴你這個結果了。但是我、我必須說，那一次，因為第一次遇到這件事情，我心裡面非常非常地，

¹⁵² 惟部分醫院D之成癮專科醫師也在醫院M開設戒癮門診，蓋醫院M是友克鑫市執行美沙冬戒癮治療之中心之一。從本研究訪談所得尚無法確認檢察官是否會同意被告改至醫院M進行二級毒品之戒癮治療。



放了一顆大石頭…。那再來，後來就開庭，那開庭過程當中…所問的問題，跟第一次我在夜間偵訊¹⁵³問的問題，相差無幾。

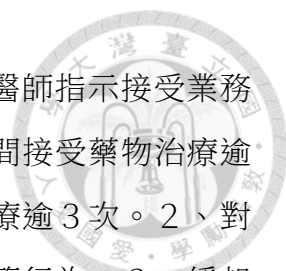
但這並非是唯一的作法。台灣部分地區就是由該地區的毒品危害防制中心（下稱毒防中心）跟地檢署對接，由毒防中心分派給該市的合作醫院；部分地區則是由被告自行選定醫療院所¹⁵⁴。友克鑫地檢署採取這種作法，據 S12 檢察官的說法，除了友克鑫地檢署本來就跟醫院 D 合作緊密外，也是希望避免個案到了毒防中心以後再轉介以至於很多人就沒去報到的情形，直接由檢察（事務）官指定醫院跟期程，程序比較簡單、「耗損」比較小；但 S12 檢察官承認：毒防中心在轉介個案時就參與流程，甚至直接在觀護人室坐鎮以接觸個案，這種作法讓毒防中心跟司法系統牽連比較緊密，也讓毒防中心更容易跟個案保持聯絡。

最後，至於緩起訴處分書本身因為作業繁瑣，可能會在決定緩起訴後兩到三個月才送達被告手上；送達後，還待職權送請高檢署再議後才能確定¹⁵⁵。友克鑫地檢署的緩起訴處分書中「預防再犯所為之必要命令」，內容會像是如下的例稿：

¹⁵³ 小樺被捕後移送地檢署的第一次偵訊發生在同年十月中。過程中小樺有請律師幫忙向友克鑫市地檢署遞狀，陳明其有參加戒癮治療之意願。小樺於十二月開始接受治療，實際收到緩起訴處分書的時間是隔年二月。

¹⁵⁴ 例如根據 S12 檢察官之說法，友克鑫市旁邊之肯特市即是這種模式。但根據先前曾在肯特市接受戒癮治療的使用者小笠的經驗陳述及林雅鋒等人之調查報告（見註 145），肯特市是開偵查庭時檢察事務官提示說有數間合作醫院，當下要求被告自為選擇去哪一間、聯絡護理師約定初診時間，與 S12 檢察官之陳述有出入。不過根據林雅鋒等人之調查報告，如新竹、嘉義等地區係由毒防中心指定治療醫院，雲林、台東等由地檢署指定，台南等地區係由被告自行選定；由地檢署或毒防中心指定者，可能會考量離被告住所地距離、醫療機構之量能等因素決定具體之院所。綜合本研究所訪談之使用者陳述及該調查報告可以確認，這三種作法均存在並在不同地區實施之。

¹⁵⁵ 這邊根據林雅鋒等監察委員的報告（見註 145）可能會產生個問題：《全國治療認定標準》規定的一年治療期間，應該是在緩起訴處分確定後才能起算，也就是說，如果依照前述段落中描述的時程推估，友克鑫市的被告可能會參加三個月或更久的治療（不考慮緩起訴被高檢署發回的狀況）緩起訴才告確定，這段「先偷跑」的治療並不計入法定的治療期程內。根據友克鑫地檢的《觀護人室辦理毒品緩起訴案件作業要點》（2016 年 6 月 20 日修正）第四點記載，一年的治療期係以被告緩起訴確定日起算。不過我在訪談中，沒有檢察官、醫師或使用人有提到這件事；就醫院 D 自述跟被告經驗到的治療情形，好像也沒有在理會這段時間差，治療就在被告前往治療開始一年左右就完成最後三次的密集驗尿、通知地檢署結案，至於個案如果想要留在門診繼續治療也與地檢署無關。




預防再犯所為之必要命令：1、按時至醫院D依醫師指示接受業務治療、心理治療及社會復健治療，且不得未依指定時間接受藥物治療逾7日或無故未依指示配合接受心理治療或社會復健治療逾3次。2、對於醫院D辦理戒癮治療人員不得有強暴、脅迫、恐嚇等行為。3、緩起訴處分期間應依通知按時至本署觀護人室進行追蹤輔導及尿液毒品檢驗，檢驗結果不得呈陽性反應。於戒癮治療完成後，至緩起訴期間屆滿前4月止，依本署觀護人指定之期日接受採尿檢驗。4、緩起訴處分期間如檢察機關或司法警察機關檢驗，其檢驗結果均須呈陰性反應。5、於戒癮治療其成屆滿後7日內，應接受醫院D進行尿液毒品及毛髮毒品殘留檢驗，或於戒癮治療期程屆滿後15日內，每隔3至5日，連續接受醫院D進行尿液毒品檢驗及其代謝物3次，而檢驗結果均須呈陰性反應¹⁵⁶。

（二）接受治療的期程

《全國治療認定標準》中規定，戒癮治療之期程以連續一年為限（第七條）、接受戒癮治療者於治療前應由治療機構評估後視需要進行毒品、肝功能、特定病原體檢驗及胸腔X光與心電圖檢查（第八條）、治療屆滿後進行毒品代謝檢驗（第九條）、特定情形視為未完成治療（第十二條）、戒癮治療除補助減免外由被告自行負擔（第十四條）。友克鑫市的二級毒品戒癮治療實作大體上與上述規定一致，但有更多的細節值得細究。

按照醫院D的療程設計，原則上二級毒品戒癮療程，以安非他命戒癮為例，共有三個階層的介入密度：第一階（急性期）是個案一週來醫院D成癮防治科門診一次、第二階（中性期）是個案兩週來門診一次、第三階（維持期）是個案一

¹⁵⁶ 上述段落改寫自小樺第二次受緩起訴處分之處分書（經過他允許後翻攝）內容。其中關於第5點中提及的毛髮檢驗，目前為止沒有聽醫院D各醫師及使用者，在安非他命使用的案例中施行之，全數以尿液檢驗為準。另外，S13 檢察官也給我另一份2018年、由其他縣市地檢署檢察官再為緩起訴處分書（紙本，已遮蔽被告之個人資料），其中「應遵守事項」寫得就遠較上述段落簡略：「緩起訴期間為1年6月，被告應於本案確定後1年內遵守下列事項：（一）依前案（案後略）之緩起訴處分，繼續至本署指定之XX醫院，完成戒癮治療。（二）應依通知按時至本署觀護人室進行追蹤輔導及不定期採尿檢驗之預防再犯所為之必要命令。（三）應依毒品戒癮治療實施辦法及完成認定標準第9條及第12條規定完成戒癮治療。」



個月來門診一次，每一次門診皆有採尿檢驗。整個療程原則上是個案在第一階處遇待滿四次門診（即一個月）後，如果沒有“active using the drug”（S06 醫師語，下稱「活躍使用藥物」）、「精神狀況正常」的狀況下，即能「升階」到第二階，同樣沒有活躍使用藥物的情形下待滿四次門診，「升階」到第三階，直至完成一年期程¹⁵⁷；期程中並無限制同一個案僅能找固定一名醫師看診，如果個案因為一些時間安排，需要晚個幾天或在同天不同時段看診，也可以找成癮防治科其他位醫師掛號¹⁵⁸。最後在期程結束後，會在一週內採取三次尿液進行檢驗。總結來說，個案進入醫院D的戒癮治療計畫後，要完成地檢署要求之戒癮治療，至少需要經過 17 次門診，並且除門診中的尿液檢驗（此期間之採尿結果並不與友克鑫地檢署交換）外，額外還要在醫院D進行三次驗尿，這三次驗尿結果會交給地檢署，讓地檢署作為判斷被告是否完成緩起訴附命戒癮治療的參考。

整個療程結束下來，使用者必須自行負擔全數費用，使用者小樺在醫院D第一次（2016 年底至 2017 年）的就診經驗，初診時所有檢查做完，檢驗費、X 光費等近 2,500 元，包含診察費跟其他費用，初診費用是 4,776 元，後續門診在他 2016 年底第一度接受治療時是 1,470 元，皆分次向醫院D繳納；但 2018 年第二度接受治療時，初診費用已經調漲到 4,900 上下。

以上所描述的是最理想的期程，但如果在療程中發生活躍使用藥物或在地檢署驗尿結果陽性，或者個案有連續缺席門診的情事，就會「降階」回到第一階的狀態，連續一到兩次驗尿結果正常之後，再回到先前的階層。此處所謂的「活躍使用藥物」，是「不要太誇張，就是偶爾用一次兩次」都還算不上「活躍使用」，原則上以個案自行回報判斷（但醫院D亦有醫師僅依尿液檢驗之結果判斷），而「精神狀況正常」係指「沒有嚴重之憂鬱、焦慮、自殺、暴力、精神病症狀（psychotic symptoms）或失眠」等常見之共病症狀，如果個案有這類症狀但能穩

¹⁵⁷ 本段整理係綜合 S06、S07 醫師受訪時陳述。

¹⁵⁸ 使用者小樺就很明確提及他有在兩段戒癮治療過程中掛不同醫師的門診。之所以要強調這點，除了解釋本段所提及「個案有規律看診的要求容許部份彈性」以外，也是要彰顯戒癮治療與其他精神科門診活動的不同：舉例來說，因為憂鬱症、思覺失調或其他精神疾病定期尋求精神科門診協助的個案，通常是固定跟同一位主治醫師看診，蓋個案需要一定持續跟固定的醫師建立信任關係，意即其醫病關係是高度屬人性的；但醫院D的戒癮治療因為使用者跟醫師們並未直接言明的理由，相較其他種精神科門診，弱化了這項要求。

定規則服藥，也算是「精神狀況正常」。最後，如果個案連續三次未到，就會被視為未完成戒癮治療而通報地檢署。不過，通報地檢署並不意味著個案如果之後想要回來，醫院D會拒絕於門外，例如 S04 醫師就有提及，有些個案是在已經撤銷緩起訴仍繼續看診，S07 醫師亦提及有些個案在完成一年地檢署所要求之療程（並未撤銷緩起訴）後，可能會以其他名目（失眠、憂鬱等）轉用健保繼續看診，以規避「戒癮治療僅能由被告自行負擔」的規定。

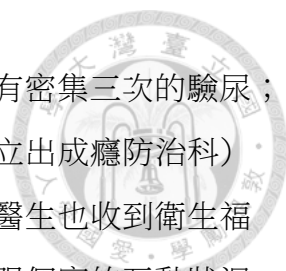
醫院D以上的療程設計，主要是根據三個原則：第一是病程有急性、中性跟維持期三種狀態，應該對應到不同密度的干預；第二是以驗尿跟會談作為理解個案使用藥物狀況跟精神狀況的方式；第三，也是最核心的原則是酬賞機制（contingency management）：門診本身確實是干預個案行為的方式，因為對於個案本身來說去看門診確實是一種干擾¹⁵⁹，排擠行程並且也排擠可支配的金錢（效果包括讓個案把錢花在治療而不是花在買毒品）¹⁶⁰，因此，對於配合治療的病人減少看診密度，不僅僅因為「配合治療」反映是病情比較和緩所以醫療需要介入的程度比較少，同時也是因為密集的看診就本身是一種負向的刺激。酬賞機制不僅僅只是出現在療程的階層，同時也會出現在其他面向，例如說獲得補助（詳後述）作為正向機制¹⁶¹；也是所有有參與制度設計者一再強調的原則。

最後，以上所述的療程，僅限於醫院D截至 2018 年時所執行之戒癮治療計畫。在其他地區，例如根據在 2017–18 年於多雷市的醫院U的精神科（醫院U並未獨立出成癮防治科）接受治療的使用者小太陳述，治療期程僅有半年，門診密度一個月一次、並未隨著治療進行期程而調整看診密度，並有四次由心理師執行的會

¹⁵⁹ 這是 S06 醫師受訪時表達的觀點。

¹⁶⁰ 這是 S07 醫師受訪時表達的觀點。

¹⁶¹ 而這項設計甚至已經一般化到衛生福利部在其 109 年（2020 年）度藥癮治療費用補助方案中，關於藥物使用障礙（drug use disorder）患者的補助條件中明文引用酬賞原則：「為促進個案珍惜藥癮醫療資源，並為復原共同承擔責任，及強化治療機構妥適運用藥癮處置之酬賞管理（contingency management），以促進個案穩定及持續就醫，本方案屬「部分補助」（即不予全額補助），並於本方案規範之補助原則下，**得由治療機構依個案治療狀況及實際需要設計補助機制**，不就個案於藥癮醫療療程中應實際自行負擔費用額度或比率進行一致性規定，以符臨床實務運用之彈性。」前引文見衛生福利部心理及口腔衛生司，<https://dep.mohw.gov.tw/domhaoh/cp-4097-50627-107.html>（最後瀏覽日：2020.05.30），pdf 檔案頁 7。



談，會談至少持續半小時並填寫簡短的問題或量表，結尾也沒有密集三次的驗尿；或者是在大約同時期在肯特市的醫院C的身心科（同樣也未獨立出成癮防治科）接受戒癮治療的小笠，執行的次數與期程與友克鑫較為相近、醫生也收到衛生福利部來文要求每一次戒癮門診皆需採尿檢驗，但醫師也會按照跟個案的互動狀況，以「很配合治療」為由省略幾次採尿¹⁶²。

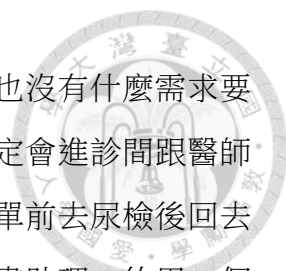
（三）治療具體內容

個案在醫院D成癮防治科第一次初診時，會進入到一整個獨立、不與其他科別共用的區域。整個成癮防治科 S06 醫師擔任主任時開始非鴉計畫，而今 S06 醫師雖然不再是科主任，但在醫院D現任院長 S05 基於營運考量、認為酒藥癮同失智是醫院D未來要開發的新根基下，大力支持相關計畫，並委由 S06 醫師主持後續整合性藥癮醫療示範中心的計畫提案¹⁶³。不過 S05、S06 也主張因為醫院D是公立醫院，常表現出強烈的部門主義跟不想多接業務的「公務員性格」，因此其他科室或部門不一定完全想配合，S06 醫師也必須承諾會給每個科室一個人力來支應業務。同時 S06 也爭取到醫院D內的一塊空間，保留給未來整合性藥癮醫療示範中心成立後業務擴張之用。

個案如果在醫院D是初診，會先填寫初診資料、被社工員帶去量身高體重，之後護理師會帶個案至戒癮門診區候診。個案候診一段時間、被叫進診間後，醫師會先向其告知：原則上在診間內的陳述與檢驗的紀錄不會告知司法體系，僅有最後三次「畢業考」的尿液檢驗會交給地檢署，同時也會開立《全國治療認定標準》所規範的各項檢驗，並進行會談。會談內容根據 S07 醫師的描述，大體上就如同一般精神科的問診：全部都觀察、問個案全部的東西，例如觀察其外表、情緒狀況，了解個案最近工作與家人狀況如何、最近在忙什麼、生活怎麼過；如果是司法轉介的個案，也會去跟個案討論為何被抓。簡而言之，會談目的在透過理解生活裡全部的一切，來評估用藥這件事對個案生活每一個層面（包括個人情緒、精神狀況、家庭、交友、情感關係等）的影響程度，來考量介入的深度。這樣的原則也在後續問診中持續。

¹⁶²使用者小太、小笠受訪時都有提及此現象。

¹⁶³ S05 院長及 S06 醫師在我詢問此項發展時皆明確證實此事。



不過，隨著療程進展，如果個案的狀況穩定、持續升階，也沒有什麼需求要請醫師幫忙，若遇到醫師門診量一大的時候，個案可能也不一定會進診間跟醫師會談太久，而是由個案管理師遞交檢驗單給個案，個案攜檢驗單前去尿檢後回去找個案管理師。個案管理師是醫院D成癮防治科非鴉計畫的計畫助理，約用一個社工師來擔任計畫助理並兼任個案管理師，它的工作具體是：返診時要關懷並適時做簡單的介入、親自打電話追蹤做記錄打成報表，也包括處理驗尿單；截至2018年五月為止，這位個案管理師要追蹤四百個個案¹⁶⁴。

前述流程的詳細內容僅僅在數年間就有發生一些變動。在2017年下半年以前，檢驗報告會直接由檢驗科交給個案，個案自己會當場得知結果，事後再交給個案管理師；在此之後，檢驗報告不會直接對個案揭露，而是給予編號或條碼，個案交給個案管理師，在候診區電腦輸入系統後，才會得知結果。在2018年上半年以前，如果個案管理師確認檢驗結果是陰性，個案可以直接離開不必進診間；如果檢驗結果是陽性或個案還在急性期的階段，才會在驗完尿後進入診間跟醫師會談。但在此時以後，所有檢驗結果都要個案進入診間，由醫師向個案告知，而不如以前由個案管理師在候診區電腦上立即確認¹⁶⁵。另外，初診的個案可能會被邀請參與一些研究計畫，例如個案管理師會對個案提示一連串詞語後要求其複誦、或進行圖像重組或挑錯等相關測試，以確認短期記憶力、認知或反應速度，是否有因使用安非他命受到損害。

在一次次問診中，醫師也藉由會談與個案建立信任關係，而透過司法轉介來、「本來就不太信任人」的個案在觀察醫師、開始信任醫師後，會比較願意談自己的困難；這時醫師也可以在解決個案的困難（因為個案的困難會伴隨著重新使用毒品的可能），看是透過開立精神科藥物、轉介心理諮商等手段介入並改善病人的狀況，也會藉機開始討論「怎麼樣讓你（或者其他使用者）可以（因為減少或

¹⁶⁴ 數字由 S06 醫師受訪時提供。

¹⁶⁵ 使用者小樺受訪時如是表示。我並沒有機會再度訪談到醫院D的醫師、或訪談到個案管理師，確定為何要改變以上流程。



不再使用而) 下次不再被抓」¹⁶⁶。從幾位使用者的陳述¹⁶⁷中也證實了 S07 醫師的說法：

小樺：如果你的檢驗是沒有狀況的…那，其實，待著時間，並…不長，那主要就是說，OK，這次…沒有問題喔，主要都會關心你的工作情況，你的睡眠情況，你的情緒狀況，那最主要著重在這三方面。那像我到後面的時候，…我 106 年一整年我在做業務…這個工作對我的壓力有一點大，因為有業績壓力的問題，所以我會有、有一點睡眠障礙。那後來我就有跟 S08 醫師提這個事情，那 S08 醫師就有開…助眠劑給我。……並沒有常態，但是…如果你有需要的話，就跟她講，那她就會開，這樣子。（中略）還有一個我覺得比較有趣的是，S08 醫師到後來，可能比較……熟，也不能講熟，可能…因為都一直在碰面，然後……她反而後來…有跟我聊到就是……她說你願意幫我一個事情嗎？我說可以啊…什麼事如果我幫得上忙，她問我說，你可以幫我想一想，除了…像法律的狀況，就是像你這樣被抓的狀況之外，有沒有什麼更好的方式從你們的角度來看，可以讓大家少用一點這種東西。（雙方大笑）她的意思是說可能從你們病人或者你們這樣子的一個經歷者的角度來看，有沒有什麼方式可以真正讓

¹⁶⁶ 出自 S07 醫師受訪時描述跟個案工作時所為的陳述。後面這一段「建立信任，讓個案覺得助人工作者站在自己這邊，工作者可以跟個案一起討論「怎麼解決問題」同時改變個案的動機，跟成癮專業訓練教材中常提及的「動機式晤談」（motivational interviewing）有一定相似性。此項工作方式在成癮治療的操作細節見 DIANE DOYLE PITA, ADDICTIONS COUNSELING: A PRACTICAL AND COMPREHENSIVE GUIDE FOR COUNSELING PEOPLE WITH ADDICTIONS (revised ed., 2004)，而 S02 心理師第二次受訪時也曾經就一個假想個案向我演示過一次。我訪問 S06、S07 醫師時並沒有跟他們確認問診的會談就是動機式晤談，不過考慮到醫院 D 是成癮教學機構、多次舉辦相關訓練課程且幾乎都包括動機式晤談，S06 醫師自己也有撰寫過相關教材，甚至 S02 還先前跟成癮防治科主任合寫文章介紹動機式晤談（說明見註），因此可以推測醫院 D 進行成癮治療的醫師應當對動機式晤談有一定程度的認識，至於操作頻繁與深入程度如何，是否有達到「讓個案覺得同理與接納」就難以直接確認。

¹⁶⁷ 小太、小涵與小樺在這部分的陳述都相當一致。我在本研究正文中只節錄小樺描述的場景，一來是小樺的描述最詳盡以至於能生動勾勒訪談對話場景及個案與醫師的互動關係，但整體上也與其他受訪的使用者及我個人有接觸但沒訪談的使用者經驗相一致；二來是因為避免過度摘錄多人的陳述，讓其身份因此從中推敲出來，至於小樺的陳述也因為上述考量，模糊掉部分細節。

大家不要... [使用]，讓這個使用者減少吧，我想，或許醫生自己發現了，這個使用人口並沒有減少。




那醫院D成癮防治科的問診，有哪些地方跟一般精神科的治療不相同？S07醫師的解釋是，「反應要快狠準」：

我：那你覺得，做成癮這塊的人，問診不管是方式、或是問題，或是觀察的面向，跟其他的 [精神科問診]，例如說看憂鬱症，或者是其他的、一般精神科會碰到的個案，有什麼樣...最關鍵的，不一樣的地方嗎？

S07：快打部隊啊。我們做事情都要快狠準。你稍微，因為藥癮這群人，很、很急啊，（我笑）大部分都很急，然後個性都很暴躁，然後都...他們對自己的自信...就是起伏很大啦，...就是有的人很屁覺得自己很厲害啊，啊有的人就過度自卑然後等等，反正就是原則上面你在處理他們的狀況的時候，就是速度反應都是要快。一個人會成癮...其實...其中一些特質就，例如說，他們都很希望有很快速的回饋跟反應，...速度時間越快，他們覺得...越回饋越爽這樣子。所以我們在處理他們狀況，看診啦、或問東西的時候，...速度反應都要很快（中略），而且，你反應很快的時候，...又要能很快地抓到他的問題根本在那裏，所以那個需要的...臨床的熟練度，大概...是都要...很足這樣子。所以就變成說...跟他們...處理，反正就是踢快打快就對了。所以...大概特徵，跟其他的精神科的差別，大概...就是在這些地方。

除了診間的會談、個案管理跟下面要描述的尿液檢驗以外，醫院D的療程，除非個案進入病房治療，不然並不包括（精神動力的）團體，這是醫院D的各醫師明確有意決定的結果——明確的理由，據 S07 醫師所說是避免在團體中個案互相交流、交換買藥的管道，甚至連病房的團體都要避免；如果真的要，例如下文所說友克鑫市在醫院D以外機構進行的團體，就比較是「單向式」、「衛教為



主」的團體¹⁶⁸。不過除了以上一般性的考量，或許也有歷史跟醫院D成癮防治科向來的治療取向跟院內政治有關。我之所以認為這涉及成癮防治科的治療取向，是因為根據 S02 在機關通訊那篇文章¹⁶⁹對 1990 年代初期 S04 醫師所規劃的「學園」的描述當中，提到當時病人除了接受尿檢，能接受的治療選擇有心理治療、夫妻或家庭諮商，就沒有包含治療團體；另外 S02 也曾某學會通訊的另篇文章¹⁷⁰中，不但提及「學園」有包括個案管理，也提到她在醫院D自 2006 年起開始執行一系列團體治療（2006 年在社區中，2007 年以後透過觀護人評選個案後在醫院執行），並在治療中使用動機式晤談。但很顯然這樣的作法並沒有在二級毒品戒癮治療的試辦計畫中持續；最後 S02 也在訪談中提及「S04 醫師根本不相信 psycho-social（心理、社會）面向的治療」，也證實了這樣的傾向¹⁷¹。至於之所以認為也跟醫院D院內政治有關，是因為 S04 醫師在第一次受訪時提及醫院D心理科除了在外接受過藥癮相關訓練的 S02 以外並不重視藥癮，而 S05 院長也在訪談中隱晦支持了這種論點；S07 醫師則是明白表示「連院長也管不動心理科、心理科除了固有在病房的治療業務外不想增加新的業務」；至於 S02 在介紹其專業生涯時有提及她在醫院D時，因為職缺規劃問題曾經一度必須處理護理（其本身亦具護理背景）、心理跟成癮防治業務，「上頭有三個老闆」，在這過程中她清楚感受到院內部門主義的隔閡（雖然其所舉例並非是針對心理科）。但是其他院所的治療計

¹⁶⁸ 不過實際上在該機構執行的團體也不完全如 S07 醫師所預想的這樣，詳後述。

¹⁶⁹ 見註 121。

¹⁷⁰ 因避免直接揭露身份，故不直接標明出處引用。

¹⁷¹ 不過在解讀以上陳述時或許要留意 S02 是臨床心理師，因而將台灣臨床心理師跟醫師之間專業關係納入考慮，本研究不擬在這面向深入。我無從向 S04 醫師口頭求證這項評論，但確實 S04 醫師以至於醫院D成癮防治科各醫師近來相關研究及出國進修的研究主題，幾乎都是集中在神經生理跟遺傳機制、流病等面向。最後，這樣的傾向也並非是我的獨斷詮釋：就我在接觸其他有接觸戒癮治療業務的法界人士（但沒有進行訪談）時，也曾得到「S04 醫師就只幹驗尿而已啊」的評論，而跟醫院D合作深入的 S12 檢察官也比較隱晦地說：「精神科醫生它們其實並不是心理師，也就是說它們不可能有那麼多的時間，在為你做心理輔導。當然它們也有一定認真心理學呀相關的專業啦，不過醫療門診……大部分所呈現的狀況仍然是在第二級安非他命的话，可能就比較多，是側重在固定的驗尿、監控；當然固定驗尿監控也是治療的一環，但是相對於其他的治療內容來說其實是比較薄弱」（因此 S12 檢察官才會起意想要在醫院外設立機構進行團體，詳見本章第一節）。

畫，或許沒有受到以上因素顯著的影響，在醫院進行的療程內容就有包括心理治療¹⁷²。

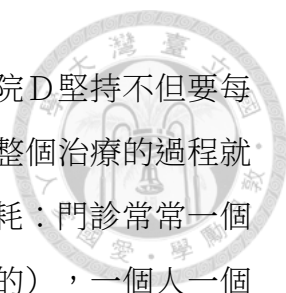


(四) 尿液檢驗

尿液檢驗是醫院D戒癮治療的強項。自院長至所有參與的醫師都以「醫院D驗尿很準確、嚴謹」、「全台獨門」而自豪。具體而言醫院D的驗尿流程是這樣的：

小樺：驗尿的動線，…如果我們是友克鑫地檢…轉介過去的個案的話，他…並不就是你自己拿…杯子去驗尿，……我們就是去診間拿著檢驗單之後要去批價，批價完之後去檢驗科，但是後來那個東西其實我們後來不會去檢驗科，我們會直接去找駐衛警……，駐衛警再帶你回到檢驗科，然後拿一個廣口瓶給你。……然後罐子當中，要寫著自己的名字，然後，呃，駐衛警會確認你的，比如說你要拿證件，身分證或健保卡，確認你人，是無誤的。然後檢驗單交給他，然後他會帶著你去採尿。那去採尿的……就到廁所去…，如果只有你一個人的話，他就會帶到那個親子廁所，然後他會跟你進去，他會看著你採尿…，確認那個尿液沒有調包無誤的狀況，但他並不是會在旁邊盯著你…，看著、看著你，看到你的器官或什麼的，他就站在你的後方，確認你，那你的東西放旁邊。如果人比較多的話，他就會帶你到，就三四個人，然後就到男生廁所去，在小便斗當中採尿，大概都是這樣子的情形。採尿的環境、空間，的情形大概就是這樣子。

¹⁷² 例如屏東的計畫中就有包括團體，見衛生福利部網站（見註 151）。或者 2007 年嘉南療養院開始執行（海洛因使用者）戒癮治療計畫時，即有包含團體，見翁舒玫（註 104），頁 61。另外，友克鑫市的某公立醫院成癮防治科在 2012 年前曾經針對獲緩起訴附命戒癮治療的二級毒品使用者（多以使用安非他命為主，與本研究相似）在醫院舉行過團體，我曾透過某知名不具（以免透露個人身份跟醫院）的精神科醫師友人取得該醫院的治療計畫跟結案報告，可以確認台灣有醫院確實曾經執行過二級毒品的團體治療，也凸顯醫院D的治療模式並非常態，不過該公立醫院在此之後並沒有繼續這項治療計畫。最後，台灣最近在研究中的 MATRIX model 中，也有包括團體治療。



其中讓驗尿「準確」、「嚴謹」的因素是警衛的參與。醫院D堅持不但要每次驗尿、採尿時要有警衛看是因為「警衛沒有去盯著的話，那整個治療的過程就會像瞎子摸象」¹⁷³。但是這種流程設計附帶的是很大的人力消耗：門診常常一個早上或下午就來四五十人（小樺甚至有印象看診排到八十幾號的），一個人一個小時內最多完成六、七批次的前述流程，幾乎停不下來；同時又需要考慮到駐警與受檢者需要同性別、原本在建築門口的駐守業務，一個班次至少要排滿四人才應付所有的工作需求。另外，同時也需要把警衛「訓練得很好」，才能確保結果「很難造假」。醫院D之所以能讓警衛支援，除了一部份是院長 S05 支持而有意協調以外，另外也是先前友克鑫市煙毒勒戒所裁撤後，該所的警衛繼續到醫院D任職，因此可以認同這樣的業務¹⁷⁴。在其他的醫院，例如說使用者小笠去的肯特市醫院C就沒有這種由醫院警衛或其他人員監視下採尿的流程，僅有在肯特市地檢署觀護人那裡驗尿時有相類似的經驗。

創立這個模式的 S04 醫師就曾經批評過某些醫院曾經不做驗尿、只開團體，他會認為這類作法非常空洞、甚至不夠“structured”，不知道什麼東西「在做什麼、怎麼做」。醫院D之所以堅持要驗尿，而不是在司法體系的觀護人那邊驗尿就好，甚至在試辦計畫初期曾經跟友克鑫地檢署為此有過爭執，S07 醫師說驗尿為了確定真的個案有戒，而且在司法跟在醫療情境中驗尿的意義不一樣：在司法情境中驗尿發現陽性指向的是再度犯罪及撤銷緩起訴，這是司法的邏輯；但在醫療情境跟邏輯中，驗尿發現陽性，是醫師理解個案的狀況以介入跟照護的起點。而院長 S05 也提及：維持驗尿是希望有個“solid data”，這樣才能建立跟個案的信任關係。

當然在第一線事務的運作中，並不完全僅由其中一種邏輯所主導。正如前面「審查與轉介」一節中所交代，隨著「將被告視為病人，所謂再犯即是病情的relapse（復發）」的態度慢慢抬頭，部分檢察官開始傾向再次處被告以緩起訴處分，這趨勢可以說是醫療邏輯開始反向影響司法邏輯的後果。反過來說，最後三次的「畢業考」驗尿可不僅是為了讓醫師理解個案的狀況才做，結果會交給檢方作為判斷完成治療與否的參考；這種「讓治療帶上評價」以至於更接近司法邏輯

¹⁷³ S07 受訪時提出這項比喻。

¹⁷⁴ 這是 S07 受訪時的主張。雖然根據 S05 院長的說法，2018 年時大概只剩下一兩位當時的警衛還在醫院D服務。



的設計，從一開始就要讓治療能連動某種事後的司法效果以使被告有動機積極配合治療（至於《全國治療認定標準》的要求反而只是這類治療模式的事後正當化）。

最後，雖然前述段落可能把驗尿作為監控跟讓個案馴順的方式講得非常理想，但有經驗、可以自行蒐集專業資訊的使用者，其實也知道安非他命的代謝時間，並根據這資訊有意識在驗尿前一定時間中斷使用，以確保驗尿結果還是陰性¹⁷⁵。而醫師多少也知曉這件事情¹⁷⁶。


三、醫院之外的活動：戒癮團體與觀護人追蹤

（一）協會主辦的正念減壓班

如同前面歷史回顧一節所述，友克鑫地檢署在 2016 年開始要觀護人鼓勵個案參加 S12 檢察官輔導設立的協會所開設的戒癮團體課程，並且在 2017 年起跟醫院 D 配合，透過非鴉計畫補助檢驗費用，以此作為酬賞機制，讓個案積極完成治療。根據小樺的經驗，在收到緩起訴書後兩個月後被觀護人第一次聯絡（2017 年四月），他在執行科填完行政資料後，跟其他十幾位個案被觀護人叫到會議室，經過例行性談話後觀護人介紹了正念減壓班，並且說明：希望透過減壓班能幫助你遠離毒品，如果有參加正念減壓班的話就只需要每三個月到地檢署找一次觀護人；如果沒有參加的話，就會每個月回來檢查（即進行驗尿）。至於非鴉計畫費用的減免，是每參加一次即可根據出席紀錄，將每次門診的費用自 1,470 元減免部分檢驗費用到 1,140 元，最多是參加八次即減免八次。

¹⁷⁵ 這是小樺在訪談時跟我說明的。小太其實也有類似的說法。除了這兩位受訪者之外，我先前在參與其他藥癮者服務時，也常聽到其他使用者跟工作者提到代謝期這件事情，可以確認這並不是剛好被我訪談到的孤例，而是有一定程度普遍的現象。

¹⁷⁶ 例如小樺在醫院 D 遇到的某醫師（非受訪醫師）就直白說：「就算你真的都驗過了，OK 你都結束了，那你可能就回去，但是你、你會不會再用，我們也不知道，這都要問你自己。」我自己沒有就這題詢問過我所訪談的諸位工作者，不過顯然這會與工作者本身對於完全不用藥（drug free）這件事情有多堅持，例如如果是主張「能減少就是好事，就表示至少有在控制」，就會宣稱驗尿至少達成了某種行為改變的效果；同時這也說明了部分工作者為何強調，僅靠驗尿並不足夠，也必須靠跟個案建立信任關係後讓個案自行回報使用狀況，才能判斷其當下的狀況，並且以「這幾次使用的原因是什麼」開頭進行後續的行為介入。



在個案進入協會的團體課程後，基本上會遇到三個活動¹⁷⁷：八次團體課程¹⁷⁸、團體課程剛開始（第一至第二次課程間）跟快結束（最後兩次課程間）時各一次的一對一輔導（同時會有問卷），以及三個月一次的後續追蹤。這三種活動，都是由「老師」來進行；老師原則上都是友克鑫地檢署培訓過的榮譽觀護人或者是心理師——來進行。老師在執行業務前，會進行會談跟訪談的訓練，會有定期（一個月一次）的同儕督導跟外部的心理師督導。

這八次的團體課程每隔兩週進行一次，一次在晚上進行兩個小時，一般團體約十人上下。課程規劃表詳見圖 3-3。根據小樺的經驗及對協會訪談的紀錄，在前兩次團體課程中，帶領團體的老師會希望個案分享自己的使用經驗。在第三次時，會帶入整個團體課程中唯一比較「負面」、名為「毒品的真相」的課程，會依據班上個案的狀況評估強調的重點，如果個案對於危險沒想法（「停藥就沒差」）或沒病識感就會去強調讓你用藥的危險源，如果個案覺得二級毒品危險就用三級（K 他命）啊反正「合法」，那就會強化對分級的理解；小樺的經驗是，老師也會在這一次邀請先前從協會「畢業」的「學長姐」（即結束團體後有持續保持聯繫、狀況維持良好的個案）分享自己的經驗。後續的課程會讓學員抽牌、按照抽到的情境進行角色扮演，來個案比較有臨場感帶出自己的經驗、跟學習別人在應對這些情境時的管理方式。至於團體課程的特色，即靜坐（禪坐）跟其他放鬆減壓的技巧，老師會在第二次課程開始教授之，隨著課程的進行增加時間比例；老師會在每次課程末尾請個案分享自己的感覺，並開給個案回家作業：練習腹式呼吸、觀察自己的心情、詢問是否吃藥（合法、非法藥物、中藥都算，讓他們想吃藥的意義，做自我觀察）或喝酒、有沒有感恩（而不是只有負面地一直抱怨）行善（幫助自己不用藥也是最起碼的行善）。團體課程的簽到表、內容進行

¹⁷⁷ 以下內容係綜合協會訪談紀錄及使用者小樺的訪談紀錄所重建的結果，及 S12 檢察官在訪談時提供給我協會 2017 年執行的研究成果報告紙本（因為不使機構身份曝光故不直接具名引用）。兩次的訪談紀錄在事實描述部份沒有什麼出入。詳見附錄 3-1：協會訪談筆記。

¹⁷⁸ 之所以是八次，協會的工作人員說是有科學根據指出超過八次就沒有更好的效果。詳見附錄 3-1：協會訪談筆記。我當時並沒有請它們具體指出是何項研究支持這樣的藥癮治療療程設計，不過八次團體課程在其他心理治療實作上也相當常見。

的聽打紀錄（記錄個案本名）會提供給友克鑫地檢署，讓觀護人理解被告參與的情形。

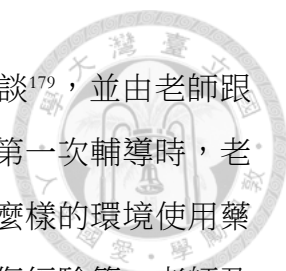


表一 團體課程心理學論述之統整

階段	堂數	課名	心理學理論	心理學技巧
探索階段 (提升戒 癮動機)	一	非法藥物使 用歷程分享	建立團體規範，並引導學員 敞開心門來相互傾聽和分享	運用「專注」、「傾聽」且 「同理心」的溝通，並以「開 放式問句」來探究學員對藥 物及成癮的主觀想法或感 覺。了解學員對用毒的信念 和價值觀，也協助學員可做 去標籤化的澄清，以鬆動其 原本的單一認知、產生對非 法藥物的多元想法(甚至產 生嫌惡感)，進而主動想要遠 離非法藥物
	二	大腦的科學 觀	讓學員了解毒品對腦與神經 系統的傷害，從中調整對於 毒品的非理性信念	
	三	毒品的真相	透過科學研究讓學員認識各 類毒品的傷害性與致死情 形，並改變對於毒品的扭曲 價值觀	
洞察階段 (產生戒 癮計畫)	四	身心保健的 觀念	交流並討論身心健康常識， 並從中提升學員病識感，強 化情緒管理之能力	運用「立即性」技巧來揭露 師資對學員在團體當下語言 (例如：敷衍或真誠的發言) 及非語言動作(例如：心不在 焉或專注的神情)時的當下 感覺，提升學員強化對自己的 感覺及洞察
	五	人的四度空 間	引導學員從身心靈三層次來 自我探索，並覺察潛意識對 自己情緒和行為的影響	
行動階段 (增強戒 癮行動)	六	命運青紅燈	運用 ABC 理情行為心理學理 論並透過抽排遊戲的形式來 引導學員辨識自己的信念如 何決定事件所帶來的結果， 練習成為自己的主人	運用「訊息提供」技巧來教 導學員如何選擇適合的行 動；另外，透過師資對學員 的「回饋」來塑造或形成社 會能接受的適當行為；最 後，師資運用「直接引導」
	七	自己決定	讓學員透過角色扮演遊戲來	

		自己的未來	模擬真實案例故事，感同身 受並深思用毒帶來的代價和 後果，藉此提升學員的罪識 感	可幫助學員在不受強制的情 況下而更快找到最佳策略
	八	我值得更好 的生活	確立學員戒毒目標，鼓勵成 為反毒志工來啟發並提升學 員對自己、對他人和對社會 的自我效能感及希望感	

圖 3-3：八次團體課程概要，翻攝自協會 2017 年執行正念減壓班的研究成果報告紙本，頁 14-15，由 S12 檢察官提供。



協會對個案的一對一輔導，主要會由老師執行一對一的晤談¹⁷⁹，並由老師跟個案分別填寫獨立的問卷，時間持續半小時到一小時不等。在第一次輔導時，老師會對個案進行比較細的調查，理解個案因為什麼原因、在什麼樣的環境使用藥物的過程，同時也會處理個案的情感需求，例如家庭議題、創傷經驗等。老師及個案也會在這時候填寫問卷。這邊的問卷包含通用的幾種身心健康量表¹⁸⁰，也包含 S12 檢察官與協會共同發展出來的問卷。我並沒有機會接觸到問卷的具體內容，也不確定問卷是否僅有一份或數份、內容隨著年度而改變，但至少包含以下三種之一¹⁸¹：一、訪談協會時工作人員提到在個案跟老師填寫的問卷中，會反映「用藥頻率下降」、「生產力（工作）」、「修復社會支持」、「身心健康」這四個面向，以評估個案治療的成果，問題具體而言包括有無用藥、作息、收入、人際、飲食、身心疾病等，老師填的版本還會包括個案是否有戒毒的意願¹⁸²；二、協會與 S12 的工作人員共同開發的「毒品使用習慣需求量表」，為 23 道題目的四點量表，調查下面七種需求：「一般工作需求」（加班或提高工作效率）、「特殊工作需求」（八大行業場景需求）、「情緒需求」（抒壓、改善情緒困擾等）、「人際需求」（朋友邀約或融入朋友等）、「感官娛樂需求」（放大感官刺激）、「性愛需求」（性行為中減輕痛感、更加持久愉悅或迎合性愛對象）、「減重需求」¹⁸³；三、訪談 S12 檢察官時他提到該問卷包含「一個是工作需求、一個是情緒的，然後一個是人際的，還有一個是特別的，比較其他，類似這個，同志的那種，我印象中」。除了以上問卷以外，協會還提及友克鑫地檢會要求老師進行再

¹⁷⁹ 晤談時據協會研究報告，採用的是現實治療的 WDEP（Wants, Direction/Doing, Evaluation, Planning/Action）系統，分別在第一次運用前兩者，之後運用後兩者。出自該報告（說明見註 177）頁 15-16。

¹⁸⁰ 根據協會的研究成果報告，包含 NIDA 開發出來的 ASI (Addiction Severity Index)、貝氏焦慮量表、睡眠問卷跟生活品質問卷。

¹⁸¹ 其中唯一共通的部分是問卷係 S12 檢察官基於先前訪談個案及調閱緩起訴戒癮治療檔案後所歸結出的結果。

¹⁸² 詳見附錄 3-1：協會訪談筆記。

¹⁸³ 出自協會研究報告（說明見註 177），頁 5-6。



犯評估，透過分析可能的危險因子，以及有無病識感等指標進行判斷¹⁸⁴。以上問卷結果及晤談摘要也會（在事先告知個案後）交給友克鑫地檢署。

對個案的後續追蹤，是老師會在課程結束後聯絡個案，配合的個案一個月追蹤一次，其他人三個月追蹤一次，但實際上一個班能後追到的個案約兩個。小樺自己就有被追蹤兩次，並且曾經因此另外跟協會的心理師另外約時間、談了一個多小時。另外，如果個案是先前參加過團體課程、事後又被處以緩起訴，協會會跟地檢署觀護人以及先前帶上課的老師討論，原則是會建議個案一個月回地檢署一次驗尿、協會提供一個月一次的面談，但也有讓個案回去參加團體課程的案例。

最後，與以上三項業務不直接相關，但「老師」其實也會表現出個案管理的功能，這其實也是 S12 檢察官當初輔導設立協會的緣由。據 S12 檢察官說明，一來是友克鑫毒防中心是設在市政府疾管處下，由原本做愛滋業務的人兼任，「幾乎不太管這塊」¹⁸⁵，雖然有所謂的「金三角」（毒防中心、地檢署跟醫院）但也很難將其納入司法處遇的規範；二來是毒防中心縱使有設置個案管師，但個案本身不會想要理會毒防中心的電話追蹤，而且地檢署直接對接醫院 D，不需要也不會跟毒防中心交換到資料，以至於無法發揮功能。至於醫院 D 也因各種原因在 2017

¹⁸⁴ 但協會並沒有指明到底是使用哪種量表、問卷或會談結構進行再犯評估。詳見附錄 3-1：協會訪談筆記。

¹⁸⁵ 不過我認為這個評價對於友克鑫毒防中心未必公允。該市毒防中心的主任一度是由 S04 醫師擔任，同時愛滋工作者出身、在毒防中心擔任核心要角的 S01 本身也因為毒防中心必須辦理教育訓練，以及近年來許多 HIV 新增感染者有使用甲基安非他命的情況（透過吸食加熱的煙氣或靜脈注射以尋求性愛過程中的感官刺激），對於二級毒品使用者的狀況也相當熟悉。不過確實相較於其他縣市，例如前述在使用者剛被移送地檢署時即參與的肯特市毒防中心，或者其他縣市毒防中心有密集並深入聯絡個案（小笠的經驗），友克鑫市毒防中心的存在感是稍嫌薄弱，例如小樺有提到毒防中心在他第一次到地檢署執行科見觀護人時有接觸他，詢問是否需要協助就業事宜，然後事後不定時會簡短以電話聯絡；同時，根據我取得該毒防中心於 2018 年受中央政府聯合視導會議時製作的手冊，其中特別針對二級毒品的相關工作描述的分量並不多，但這未必能直接推論出「友克鑫毒防中心沒有想要管二級毒品戒癮治療個案相關業務」。我在進行本研究時，雖然有提到該毒防中心相關問題（並重複從不同的受訪者處得到「存在感薄弱」的答案，不然就是對於跟毒防中心的互動交代得特別簡略），但沒有針對毒防中心的具體業務內容有做更深入的訪談、資料收集以至於無法重建場景，確認毒防中心在友克鑫市二級毒品戒癮治療中的角色分量。



年以前沒有設置個管師。因此在協會剛創立的時候，老師跟其他協會的工作人員就會多關係個案、跟個案強調就醫的必要性，以至於有毒防中心都會請戒毒協會的人聯絡個案或要個案相關的資料¹⁸⁶。

(二) 地檢署觀護人追蹤

除了前述友克鑫獨有的協會團體課程以外，各個地檢署都會有觀護人追蹤緩起訴附命戒癮治療的個案。形式上依友克鑫地檢署的《觀護人室辦理毒品緩起訴案件作業要點》（下稱《觀護人作業要點》）規定，在緩起訴確定後觀護人會開新案，發文通知這位被告前往醫院進行治療，並且通知醫院對該被告為醫療處遇並請醫院回報相關事項（出席情形、最後三次密集驗尿結果跟診斷證明），並轉介毒品危害防制中心。同時，根據同《觀護人作業要點》第五點規定，被告在緩起訴期間前六個月內應至觀護人室接受一到兩次採尿，之後原則上每四個月採尿一次，觀護人可以根據被告是否依規定配合戒癮治療或團體輔導而增減採尿追蹤次數；追蹤輔導則是由該地檢署榮譽觀護人來署協助進行。

在執行上述規定時，友克鑫地檢署在主任觀護人支持下，調了兩個專責的觀護人專門做毒品業務。S12 檢察官認為，觀護人業務量很大，例如重刑假釋犯、性侵犯的追蹤還有其他業務會佔去觀護人很多時間，不一定會願意「多做」如說服個案去參加團體之類的工作；但是觀護人以不同的語氣建議個案，對於個案的影響很大。在主任觀護人協助推動業務、指定專責觀護人負責毒品業務，並且修改《觀護人作業要點》，讓參與正念班跟據此增減驗尿追蹤次數有所依據後，才能有前面介紹協會戒癮治療的段落中所提到，友克鑫地檢署的觀護人會在第一次接觸個案時建議個案參加協會的團體的場景。至於後續追蹤輔導部分，S12 檢察官與使用者並沒有說明太多的細節，僅只有小太提到第一次（2014 年）在友克鑫時會有比較長的會談，長達 20 分鐘；之後第二次（2018）年在其他縣市時，會談就簡短很多。

換言之，在地檢署執行的驗尿追蹤本身，也像是醫療追蹤中的驗尿一般可以作為酬賞機制的一部份，透過「讓個案來地檢署的舟車勞頓跟不愉悅感」以及「被驗到陽性可能會撤銷緩起訴」這兩個效果，改變個案參加戒癮團體或遵守其

¹⁸⁶ 詳見附錄 3-1：協會訪談筆記，S12 檢察官受訪時亦有一致之陳述內容。



他事項的動機。不過如同使用者自己及醫師指出，觀護人必須事前就通知被告驗尿期日，對於有心的被告而言完全可以暫時中斷使用，來避免檢出陽性的結果。在地檢署驗尿的流程，在各個使用者的陳述中差異不大：

小樺：（前略）對。那，在那邊的驗尿過程是說，你去了、報到填了單子之後，那它就會來問你說，可以驗尿了嗎？那可以驗尿就去、不能驗尿就等，這樣子。那可以驗尿，就，它會帶你到採尿室去。到採尿室去了呢，那個採尿的負責人員，男生就是男性為主，然後就是…看，在旁邊。然後…有兩個罐子。…你要先寫…寫封條的條子。……先會給你一個杯子驗尿，然後裝在，兩瓶，比較小的罐子當中。然後裝完之後封條貼起來，蓋手印，對只要遇到司法機關都要蓋手印（笑）…指紋啦…。……我第一次去，問了一個有點好笑的事情，…我就問他說，我說這個會就是…因為像我們去醫院…它就直接給你那張報告，就沒有就沒有，而且大概等…十分鐘不到，它就直接那個東西出來…只要驗完就知道有沒有被驗到。所以我第一次我也傻傻地問那個驗尿（笑）採尿員，我說，那這個什麼時候會、通知我們，等一下會有報告嗎？他就這樣、冷冷看著我，「你有用嘛？」我說「（笑）我沒有啊」，他說「沒有就不要問那麼多，沒事就沒事」，喔喔，我就默默出去了。所以就是，no news is good news。它們採尿過程比較，我會用嚴肅形容，比較嚴肅。

我：不會，旁邊有人看嗎？（樺：有啊！）一樣是。

樺：採尿員就在旁邊啊，你就旁邊的小便斗啊。（我：喔它會派人，所以它帶……）對。我不知道它會不會看到，到後來就覺得反正在那個地方，你就…，就算它看著你，就算你被它看到什麼就看到，……我的態度…就這樣啦，因為，尤其是，在地檢署，你就是個犯罪人，所以我會採取完全配合的態度。

四、小結

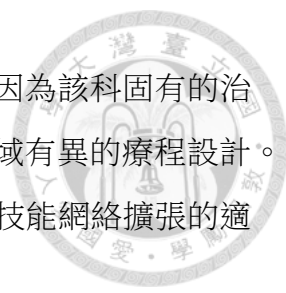


從本章粗略勾勒友克鑫市發展二級毒品戒癮治療的歷程，可以觀察到以下特徵：

一、官方的態度或許與前章所陳述者具有延續性，亦即在有社會現象需要回應，但中央機關沒把握解決所需的方式、規模及資源調度時，就拒絕將相關方案正式制度化；但中央會默許地方基層以試辦為名目、在沒有明確法規範（甚至因為抗拒而違背了現行法規範明文）進行在地的政策實驗，由地方自行連結資源、發展出政策的模式，直到有所成果後才「扶正」納入正式制度當中。這樣的政策創新的方式，使得國家中央可以不具備強大的治理能力，亦即沒有資源或不懂得如何評估各種能運用的政策工具、深入理解在地狀況、規劃足夠精細且可行政策計畫、設計及檢核政策達成目標及背負政治責任，即可以試驗方式部分地應對社會現象。

二、承上，政策形成與變遷歷程中，個別行動者仍然會大幅受限自己的關係、手邊能連結的資源，跟其他行動者偶緣地（contingently）組合成政策或實作的拼裝體。以 S12 檢察官開始調查使用二級毒品的被告到輔導設立協會，純粹是因為認識一個知曉 NA、可以協助蒐集資料並願意協助的被告才認識到有團體這種治療取向，而被 S12 一起拉進來發展戒癮治療業務之人也是 S12 自己參加的禪修團體成員，而非既有做成癮治療及相關研究之人（如 S01、S02、S03 或 S09 等人¹⁸⁷），重新根據文獻跟自己所知的技術設計出一套新的治療方式。當然 S12 檢察官之所以（只能）如此行動，也是因為成癮治療領域的特性：固有的社群很小、主要集中在精神醫學領域中的次群體，沒有相關的人脈就難以接觸掉醫師以外的參與者。但這個領域至 2018 年為止還沒穩定地建制化、沒有一整套被特定團體定義的訓練過程所壟斷，同時也因為前述容許地方基層「試辦」的政策創新傾向，使得像 S12 檢察官跟協會這樣的新的行動者可以輕易進入領域，並根據自己的參與觀察所得，而非完全承繼既有的（通常也是「國際的」、「科學的」）知識或技術，打造出在地的新處遇方案。或者另一個案例是醫院 D 成癮防治科不選擇團體這種治療方式而是事後跟 S12 檢察官設立的協會合作，以及直至 2017 年才採用個案管

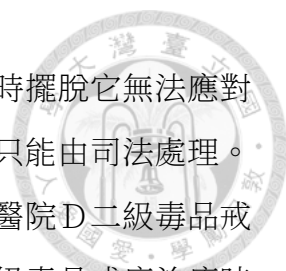
¹⁸⁷ 當然，這四位或許並不是合適的例子，因為他們都有固有的職位/工作而不一定能自己下來做，但至少也可以推薦他們認識可能有相關學識、經歷或有興趣的人士。但在 S12 檢察官開始在成癮領域活躍前，這批協會的人跟這四位並沒有什麼互動過。



理師，除了檯面上宣稱是對團體治療的效應有所保留外，也是因為該科固有的治療取向或院內政治的結果，使得其發展出與其他醫院、其他區域有異的療程設計。而前述的歷程，特別是 S12 檢察官設立協會的案例，即是專業技能網絡擴張的適例。

三、佔據整個友克鑫市二級毒品緩起訴附命戒癮治療的核心原則是酬賞管理，這項原則甚至日後擴張成為台灣成癮治療的核心原則。從門診次數或觀護人追蹤次數等、驗尿次數及治療補助等，全數都可以成為酬賞管理的工具，以達成調節個案行為動機以達成使其減少物質使用、加入並持續完成團體課程等目的。不過值得注意的是，我受訪的工作者對於「酬賞管理」的討論方式似乎與酬賞管理的一般樣態不完全相同，發生了細微但重要的偏移¹⁸⁸。例如 S07 醫師在訪談時自己有提及，在國外運用酬賞管理時，會同時利用發給 coupon 或之類措施作為個案遵從療程的正面獎勵，以及其他不利益待遇作為負面的刺激；但是在醫院D的實作，除卻早期可能有利用友克鑫衛生局的某些計畫經費來給予一些正面獎勵外，之後只餘下「不利益的程度的增加或減少」（例如門診次數或檢驗費用）作為遵從療程的調節。醫院D藥癮治療中運用酬賞管理的立論具體來說是：因為藥物成癮而腦部缺損、以至作為意志面向之一之控制能力有所缺損的病人，是需要靠酬賞管理來重拾控制能力的個案；而為了讓酬賞管理能在個案身上運作，個案要先成為被告才能進入更精細、以酬賞管理為核心設計的療程繼續接受治療，在治療中體認到「成癮是種（腦部的、心理）疾病」以開始基於趨利避害的原則控制自己的行為。因為「畢業考」驗尿結果陽性被撤銷緩起訴而入監就是這系列酬賞管理中最基礎也最嚴重的不利益，至於療程途中的驗尿陽性則是帶來更多的門診、檢驗、費用負擔作為比較輕微的不利益。從這個觀點出發，像是 S07 醫師對於醫療、司法兩種情境下驗尿的意義所做出的區分（及背後所指涉司法與醫療邏輯的區分）就會被相對化：這兩種驗尿結果陽性僅是指向位在同一個不利益梯度中不同位置的後果，至於這兩種邏輯可以被酬賞管理這種論述裝置耦合在一起，耦合的效果是讓醫療系統樂於把司法納入自己的療程規劃「作為後盾」，但有必要時還是可

¹⁸⁸ 感謝謝煜偉老師與李茂生老師在口試時直接指出，（日本）治療型司法文獻中所討論的酬賞管理，似乎與我文章中呈現受訪者提到的酬賞管理並不完全一致，並提醒我這一點值得直接點明並詳細討論之。



以說「司法歸司法、醫療歸醫療」，而司法系統也樂意因此暫時擺脫它無法應對的被告，但需要時還是可以把被告拿回來，宣稱醫療收效不佳只能由司法處理。可以說因「病犯」而可能的邏輯分配，在「酬賞管理」此項在醫院D二級毒品戒癮治療裡佔據核心的論述裝置中，展現了新的可能：相較於一級毒品戒癮治療時病人邏輯的強勢，犯人邏輯則是透過刑事懲罰在為酬賞管理最底層的擔保而重新彰顯其存在，並且與病人邏輯合作無間以建立病識感並控制自己的行為¹⁸⁹。至於驗尿，則是這種論述裝置運作時對應的現象（即個案控制自己行為的成果）能快速可視化的技術物。

¹⁸⁹ 當然必須澄清的是：我並非主張「酬賞管理」這件事情在一級毒品緩起訴附命戒癮治療中就不存在。但是如我在本章開頭段落（及註 115、117）所討論，因為不同疾病的物性跟對治療的理解，二級毒品的戒癮治療更不容易掩藏起酬賞管理運作所依賴的行為監控，以及行為監控到底符不符合其他論者（包含我）習見對於「治療」的想像。

第肆章：結論



一、研究發現及建議

我在前面的章節對於二級毒品緩起訴附命戒癮治療的歷史背景，以及對友克鑫的二級毒品戒癮治療的規劃及實作變遷歷程加以描繪，並且透過有限度展現不同時期或不同區域的作法，來提示友克鑫的個案是持續變動且獨一無二，無法代表其他區域的發展歷程與實作。但或許有點矛盾的是，我將要從這個個案，提出一些一般性的觀察及推測。

減害計畫以來的政策之所以能一路持續並穩定下來（「成功」），我認為有兩個因素：第一是因為遇到 HIV 疫情這樣的偶然事件，改變了政策目標並引入新的行動者主導；第二是都是透過「試辦」這種作法在政策發展初期所展現出的高度靈活性，讓拼裝體或專業技能網絡¹⁹⁰可以於在地層次偶緣地連結資源、技術與人，在（暫時性地）拉進更多的行動者而擴張、或排除既有的行動者後，得以穩定下來並應對原本需要回應的社會現象。至於觀察勒戒，或許可能作為對照的反例：沒有遭逢到如 HIV 疫情的機緣拉進其他新的行動者參與、改變固有的部門慣習，也無從為了快速解決問題而透過「試辦」連結資源或降低各方行動者的抗拒，一同解決問題，以至於醫療化的期待並無法持續實現¹⁹¹。

這樣的作法固然有其好處，即國家中央不具備足夠的治理能力時仍然可以回應社會現象，但這也有其侷限：其所發展出的實作規劃，難以超過其所發展出的環境與歷程，無法直接移植到其他地區，或直接比較各地的結果，因為單純的績

¹⁹⁰ 在本研究暫時先擱置這兩者之間在本體論層次上的差異、以及以及所著重的側面差異是否夠小，以至於適於相提並論這個麻煩問題。當然如同我在第壹章所承認，這種取巧的談法稱得上是隨意挪用概念，並不是嚴謹合宜的論證方式。

¹⁹¹ 當然，另一種不必然互斥的解釋是：當時所謂醫療化只是宣稱「有在做事/改革」的說詞而已，當時各方人馬只是把病犯當作推卸責任（「這也是你的事，你去做」）的因由。但反過來說，使用者數量急速上升這樣的現象跟「病患性犯人」這種說法，為何帶來的不是連結各方行動者及資源而是推卸責任，可能還是需要解釋，而我目前想不到比「能改變政策目標並引入新的行動者」的機緣以及「試辦」的靈活性這兩項要素更好的解釋方案。



效數據（如人次、撤緩率、維持率等）無法反應前述穩定化過程中難以重複的偶緣過程。

以上現實意味著不同地區的使用者、或同使用者在不同時期受命戒癮治療，所受到的處遇會天差地遠，因為其所受的處遇規劃就是反應了此時此地的機運與資源分配不均並且再製之。如果要緩解這項問題，那就勢必要尋求放回到脈絡中的質性資訊、以及從治療的被服務者（使用者）經驗觀點出發的資訊¹⁹²，才能反向糾正處遇的不一致背後可能反映的不公正，以及發現並調整讓立意良善的處遇規劃能運作的制度背景與資源連結，並且根據這些分析，將現有的各地方實作抽象化成不同的政策選項模組，並闡明各模組之所以能運作背後的資源連結與歷史條件，使這些模組變成啟發性的典範而非固定的選項，俾使其他地方根據自己的處境跟資源限制，引入並改造成自己的新實作¹⁹³。

二、研究限制

本研究的限制主要在以下幾個面向：取樣問題、詮釋問題跟方法學界定的問題。

取樣問題受限於，我必須透過認識的人或受訪者轉介其他潛在受訪者、並且讓他們願意受訪，以至於我無法接觸部分行動者（例如管制藥品管理局的官僚、觀護人、醫院D的個案管理師、警衛及其他部門等）跟更多不同樣態的使用者，把整體圖像勾勒得更清楚跟確認更多細節，只能憑運氣看能不能接觸到有相關的文書資料佐證，或者退而求其次，倚賴我個人在先前愛滋服務時接觸到的使用者社群跟相關工作者所分享的經驗以進行未必符合實情的推測。而這樣的限制也使

¹⁹² 其中必定充滿了許多行政細節。我這邊想舉個小笠提過的細節作為啟發性的典範：他抱怨許多地檢署的做事細節，但讚賞地檢署至少是用平信送達相關文書而非掛號（雖然這更多是出於地檢署要節約費用的考量），不用被郵差貼紅條子在信箱，紅條子上面還記載著「毒偵」案號，等於昭告天下說「這個住戶涉及毒品案件」。

¹⁹³ 至於更具體的政策建議，我認為並不是無法由本文提出。我自己的主張是，在沒有徹底了解現象前做出刑事政策的建議是不負責任的，而本文也僅僅只是對友克鑫市的二級毒品緩起訴附命戒癮治療做了一個不盡完整的考察而已，因此也只能根據這些現象提出一些後設的政策建議主張，並期待不管是法學界或是其他學門，抑或是政策形成的場所，能更重視這些實作的現場，而並非是先射箭再畫靶、先畫餅再寫政策，理念跟規範論證先行而遺忘使用者必須經歷甚或受苦的現場。

得我的現象資料蒐集撐不上質性研究所期待的現象飽和——當然，如同我在第一章研究方法所交代，我認為要以最大變異化原則取樣在這種研究場景本來就難以適用，但取樣沒有包含到部分重要的行動者勢必會讓觀察所得的豐富度受限。

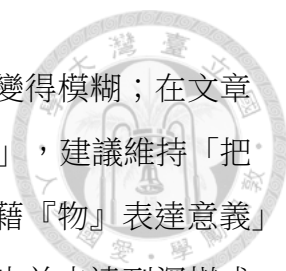
詮釋問題是，受限於我執行研究的經驗有限，以及除了受訪者陳述以外，大多時候並沒有其他文書資料可以佐證其說法，而且因為本研究場景的隱密性，我也無法進入戒癮治療現場直接觀察。在這種狀況下我勢必只能依賴受訪者的說法，將不同受訪者的說法交叉比對後，找尋出共通的部分及指出其因為立場、記憶模糊或出錯或其他原因而不一致的部分呈現給讀者，而這種作法會面臨至少兩個嚴重的子問題：要不過度貼近其陳述以至於沒有分析跟創見，要不就是冒著斷章取義甚至超譯的危險，在不同的片段提取出意義、強行組成過於武斷的共同敘事，而且沒有辦法發展出一套穩定的詮釋準則。

最後是方法學界定的問題。我雖然宣稱我是把友克鑫的二級毒品戒癮治療的發展（包含制度背景）與實作變遷作為個案，但這是否是個好的個案形成（casing）¹⁹⁴的結果，或者說在什麼樣的意義算是個個案？學者楊弘任曾經在〈個案能說什麼？—重探詮釋個案法與延伸個案法〉一文¹⁹⁵中提及相似的焦慮：「從個案出發，能夠解釋多少現象？縱使個案分析過程中，研究者已適度納入外在結構力量來解釋在地現象，但如何保證這樣解釋之時，個案仍能保有在地特色？以及，最為要緊的。這麼小而整體呈現的小鄉鎮現象，需不需要、能不能夠推論到其他鄉鎮？甚至是推論到整體台灣社會相關現象？」¹⁹⁶楊弘任在回顧 Michael Burawoy 所發展的延伸個案法（extended case method）及 Burawoy 對 Clifford Geertz 所提透過深描（thick description）以實現的詮釋個案法（intepretive case method）的批評後，認為應該對 Burawoy 的論點提出兩項修正，一是應該將個案區分成有 Thomas Kuhn 所謂知識革命程度的「新典範個案」及 Imre Lakatos 所謂修補後穩固典範核心的「異例型個案」，二是深描及顧及脈絡並不意味著陷入極端的相對主義而放棄因

¹⁹⁴ 對於個案形成的過程與詮釋，見 Charles C. Ragin, *'Casing' and the Process of Social Inquiry*, in *WHAT IS A CASE? EXPLORING THE FOUNDATION OF SOCIAL INQUIRY* 217 (Charles C. Ragin and Howard S. Becker eds.), 1992.

¹⁹⁵ 見楊弘任，個案能說什麼？—重探詮釋個案法與延伸個案法，收於：周平、楊弘任編，質性研究方法的眾聲喧嘩，頁 1-18（2007 年）。

¹⁹⁶ 見楊弘任（註 195），頁 5-6。



果解釋，只是這解釋未必是可以被普遍規律概括而讓因果機制變得模糊；在文章最後段，楊弘任從 Paul Willis 的研究發展出的「社會—象徵分析」，建議維持「把事件當作象徵」的深描手法並注意行動者在日常生活中「如何藉『物』表達意義」以避免全然任意的詮釋。本研究當然不構成一個民族誌個案，也並未達到深描或社會—象徵分析所要求的描寫跟詮釋細密程度；雖然我的經驗資料不夠豐厚，但我認為前述討論為後續研究指出一種可能的方向：當理解行動者對物的意義表達，甚至我認為還可以擴張到對於技術的意義或「邏輯」表達，或許比較有機會展現出個案的深意、也避免前述的詮釋任意性問題。

參考文獻



中文文獻

專書：

Peter Conrad 著，許甘霖等譯（2015），社會醫療化：論人類境況如何轉為可治之症，1 版，臺北：巨流。[Conrad, Peter. 2007. *The Medicalization of Society: On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.]

Annemarie Mol 著、吳嘉苓等譯（2019），照護的邏輯：比賦予病患選擇更重要的事，2 版，臺北：左岸文化。[Mol, Annemarie. 2008. *The Logic of Care*. 1st ed. New York, NY: Routledge.]

周雪光著，中國國家治理的制度邏輯：一個組織學研究，1 版，北京：三聯書局。[按：本書事後在中國被禁止再版、取消發行，本研究寫作時係參考作者於個人網頁發表之電子檔：https://web.stanford.edu/~xgzhou/zhou_book2017.pdf（最後瀏覽日期：2020 年 6 月 23 日）]

栗原純著、徐國章譯（2019），日本帝國主義與鴉片：臺灣總督府的鴉片政策，2 版，臺北：國立臺灣大學出版中心。[按：此書係作者數篇日文論文在臺灣翻譯後集結成冊出版，並無對應之日文論文集。]

專書論文：

李思賢（2008），減少傷害緣起與思維：以美沙冬療法做為防制愛滋感染、減少犯罪與海洛因戒治之策略，收於：法務部司法官學院編，刑事政策與犯罪研究論文集〈11〉，頁 89–110，臺北：法務部司法官學院。

林文源（2010），導讀—掙脫怪異知識空間：從醫療化理論到在地處境，收於 Peter Conrad 著，許甘霖等譯，社會醫療化：論人類境況如何轉為可治之症，頁 xviii–lxxi，臺北：巨流。



林健陽、陳玉書（2006），除刑化毒品政策之檢討—論我國毒品犯罪之戒治成效，收於：法務部編，95年度刑事再犯防治政策研究成果報告，頁145-204。臺北：法務部。

林健陽、陳玉書、柯雨瑞、張智雄、呂豐足（2007），我國當前毒品戒治政策之省思與建議，收於：法務部司法官學院編，刑事政策與犯罪研究論文集〈10〉，頁283-322

陳嘉新（2017），減害政策與「官方」的組成，收於：蔡友月、陳嘉新主編，不正常的人？台灣精神醫學與現代性的治理，頁307-345，臺北：聯經。

楊弘任（2007），個案能說什麼？—重探詮釋個案法與延伸個案法，收於：周平、楊弘任編，質性研究方法的眾聲喧嘩，頁1-18，高雄：復文。

楊瑞松（2010），想像民族恥辱：近代中國思想文化史上的「東亞病夫」，收於：病夫、黃禍與睡獅：「西方」視野的中國形象與近代中國國族論述想像，頁17-67，臺北：政大出版社。

期刊論文：

江惠民（2007），我國之毒品之問題防制及對策，研考雙月刊，31卷6期，頁15-24。

林文源（2007），論行動者網絡理論的行動本體論，科技醫療與社會，4期，頁65-108。

林健陽、柯雨瑞（2011），毒品政策與處遇之探討，中央警察大學犯罪防治學報，13期，頁1-65。

紀志光（2014），緩起訴處分戒癮治療之回顧與展望，犯罪學期刊，17卷2期，頁193-212。

張慧柔、陳正宗、李建德、李培聞、吳景寬、柯偉恭（1993），低劑量 Clonidine 在治療鴉片類戒斷之效果——初步研究，中華精神醫學，第7卷第1期。

曾凡慈（2015），兒童過動症的在地興起與專業技能的網絡變遷，科技、醫療與社會，第21期，頁15-76。

詹中原、陳泉錫（2011），台灣毒品防制政策成效未能彰顯之成因探究，台灣衛誌，30卷6期，頁604-616。



顏良恭、林俊宏（2011），地方毒品危害防制中心的實際運作——政策網絡觀點的分析，東吳政治學報，29卷2期，頁111-180。

學位論文：

李宗憲（2008），我國毒品犯戒癮治療政策之評估研究，國立中正大學犯罪防治研究所博士論文。

李柏昇（2017），吸毒者處遇政策變遷（1998-2017）：制度論的解釋，國立臺灣大學科際整合法律學研究所碩士論文。

柯雨瑞（2006），百年來台灣毒品刑事政策變遷之研究，中華民國中央警察大學犯罪防治研究所博士論文。

許宏彬（2003），臺灣的阿片想像：從舊慣的阿片君子，到更生院的矯正樣本，國立清華大學歷史研究所博士論文。

許佩詩（2013），我國毒品管理法制之研究，國立中山大學政治學研究所碩士論文。

范燕秋（2001），日本帝國發展下殖民地台灣的人種衛生，國立政治大學歷史學研究所博士論文。

陳世隆（2010），傅柯「正常化社會」之研究——以我國K他命管制政策為例，國立臺灣大學法律學研究所碩士論文。

陳珍亮（2007），觀察勒戒處所「有無繼續施用毒品傾向紀錄表」評估研究，國立中正大學犯罪防治研究所碩士論文。

黃宏昭（2011），消費、身體、生命政治：鴉片與中國救亡現代性，東海大學社會學系博士論文。

黃彥芳（2015），臺灣美沙冬替代治療計畫評價，國立臺灣大學健康政策與管理研究所博士論文

黃翠咪（2012），桃園縣愛滋減害計畫中美沙冬替代療法之成效，國立臺灣大學公共衛生碩士學位學程碩士論文——實務實習成果報告。

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

薛雅尹（2003），我國戒毒政策成效評估之研究，國立東華大學公共行政研究所碩士論文。

鄭凱寶（2017），第二級毒品施用者之司法戒治成本效果評估研究—以臺灣臺北地方法院檢察署及法務部矯正署新店戒治所為例，國立中正大學犯罪防治研究所博士論文。

蕭彥卉（2007），病人與犯人：台灣百年來吸毒者的軌跡，國立臺灣大學法律學研究所碩士論文。

英文文獻

專書：

Campbell, Nancy D. 2017. *Discovering Addiction: The Science and Politics of Substance Abuse Research*. 1st ed. Ann Arbor, MI: University of Michigan Press.

Conrad, Peter and Joseph W. Schneider eds. 1992. *Deviance and Medicalization: From Badness to Sickness*. Expanded ed. Philadelphia, PA: Temple University Press.

Deleuze, Gilles and Felix Guattari. 1987. *A Thousand Plateaus: Capitalism and Schizophrenia*. 2nd ed. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.

Pita, Diana Doyle. 2004. *Addictions Counseling: A Practical and Comprehensive Guide for Counseling People with Addictions*. Revised ed. Spring Valley, NY: Crossroad.

專書論文：

Mahoney, James and Kathleen Thelen. 2009. A Theory of Gradual Institutional Change. Pp. 1–38 in *Explaining Institutional Change: Ambiguity, Agency, and Power*. Cambridge: Cambridge University Press.

Ragin, Charles. C. 1992. ‘Casing’ and the Process of Social Inquiry. Pp. 217–226 in *What is a Case? Exploring the Foundation of Social Inquiry*. Cambridge: Cambridge University Press.

期刊論文：

Garland, David. 2014. What is a “History of the Present”? On Foucault’s Genealogies and their Critical Preconditions, *Punishment & Society* 16:365–384.

Mahoney, James. 2000. Path Dependence in Historical Sociology. *Theory and Society* 29:507–548.

Sunstein, Cass R. 1996. On the Expressive Function of Law. *University of Pennsylvania Law Review* 114: 2021–2053.



附錄 1-1：訪談同意書（與司改會交換版）



我已滿二十歲，同意接受國立臺灣大學科際整合法律學研究所在學生高世軒（下稱訪談人）的訪談。本訪談是訪談人日後學位論文《對毒品使用者處遇的邏輯變遷考察》（題目暫定）之一部份，這項研究同時與財團法人民間司法改革基金會（下稱司改會）合作。這項研究的主要目的，是要深訪毒品使用者處遇的變遷過程與影響因素，特別是有關於醫療處遇所牽涉的知識與實作細節及其相關背景。

訪談需時約 1 至 2 小時不等，內容主要是有關受訪者參與毒品戒治處遇政策規劃的過程，以及政策的變遷歷史。本訪談雖然不見得使得受訪者個人受益，但是研究者（即訪談人與司改會）希望，能夠藉此瞭解台灣毒品防制的發展，對社會的影響，並進而提出相關政策的建言。

我瞭解我完全是自願參與，我也可以在任何時候退出。如果訪問時有問題我不想回答的話，我瞭解我可以拒絕回答。研究過程中亦可隨時撤銷同意或退出研究參與。退出研究不會引起任何不愉快，或影響日後研究者對研究參與者之評價，更不會損及研究參與者任何權利。

我也瞭解研究者可能會根據採訪內容，發表論文或相關文章，但是我的姓名及身份會受到保密。採訪時所用的筆記及錄音筆會匿名分開存檔，錄音檔、逐字稿全文及筆記除了在司改會內部進行討論外，絕不對外公開。預計此份檔案資料起碼將保存 10 年。

我瞭解如果我有任何問題，可與訪談人聯絡。這份同意書，由我及訪談人各保存一份。

研究計畫由國立臺灣大學法律系李茂生教授審查與監督，凡研究參與者於研究過程中自認權利受到影響、傷害，可直接與李茂生教授聯絡，電話為 02-3366-0000。

訪談人 高世軒

國立臺灣大學科際整合法律學研究所在學生

台北市羅斯福路四段一號國立臺灣大學科際整合法律學研究所

02-3366-0000

受訪者簽名

日期

附錄 1-2：訪談同意書（無司改會交換版）



我已滿二十歲，同意接受國立臺灣大學科際整合法律學研究所在學生高世軒（下稱訪談人）的訪談。本訪談是訪談人日後學位論文《對毒品使用者處遇的政策變遷考察》（題目暫定）之一部份。這項研究的主要目的，是要深訪毒品使用者處遇的變遷過程與影響因素，特別是有關於戒癮治療所牽涉的知識與實作細節及其相關背景。

訪談需時約 1 至 2 小時不等，內容主要是有關受訪者參與規劃戒癮治療處遇的歷程，與現行檢察機關操作戒癮治療實作的細節。本訪談雖然不見得使得受訪者個人受益，但是訪談人希望，能夠藉此瞭解台灣毒品防制的發展，對社會的影響，並進而提出相關政策的建言。

我瞭解我完全是自願參與，我也可以在任何時候退出。如果訪問時有問題我不想回答的話，我瞭解我可以拒絕回答。研究過程中亦可隨時撤銷同意或退出研究參與。退出研究不會引起任何不愉快，或影響日後研究者對研究參與者之評價，更不會損及研究參與者任何權利。

我也瞭解訪談人可能會根據採訪內容，發表論文或相關文章，但是我的姓名及身份會受到保密。採訪時所用的筆記及錄音檔會匿名分開存檔，錄音檔、逐字稿全文及筆記除了與指導教授進行討論外，絕不對外公開。預計此份檔案資料起碼將保存 10 年。

我瞭解如果我有任何問題，可與訪談人聯絡。這份同意書，由我及訪談人各保存一份。

研究計畫由國立臺灣大學法律系李茂生教授審查與監督，凡研究參與者於研究過程中自認權利受到影響、傷害，可直接與李茂生教授聯絡，電話為 02-3366-0000。

訪談人 高世軒

國立臺灣大學科際整合法律學研究所在學生

台北市羅斯福路四段一號國立臺灣大學科際整合法律學研究所

02-3366-0000

受訪者簽名

日期

附錄 1-3：訪談同意書（使用者訪談版）



我已滿二十歲，同意接受國立臺灣大學科際整合法律學研究所在學生高世軒（下稱訪談人）的訪談。本訪談是訪談人日後學位論文《戒癮治療政策變遷考察》（題目暫定）之一部份，這項研究同時與財團法人民間司法改革基金會（下稱司改會）合作。這項研究的主要目的，希望理解影響戒癮治療政策制定、規劃跟實作的因素與歷程，其中一部份需要理解毒品使用者，受司法機關要求或自願接受戒癮治療的經驗。

訪談需時約 1 至 2 小時不等，內容所接受戒癮治療的期程、前後的行政流程與治療經驗的細節，同時也會因為要理解我進入治療的背景，而簡單詢問藥物使用的經驗，與進入治療相關的事件內容。本訪談雖然不見得使得我個人受益，但是研究者（即訪談人與司改會）希望，能夠藉此瞭解台灣毒品防制的發展、對社會的影響，並進而提出相關政策的建言。

我瞭解我完全是自願參與，我也可以在任何時候退出。如果訪問時有問題我不想回答的話，我瞭解我可以拒絕回答。研究過程中亦可隨時撤銷同意或退出研究參與。退出研究不會引起任何不愉快，或影響日後研究者對研究參與者之評價，更不會損及研究參與者任何權利。

我也瞭解研究者可能會根據採訪內容，發表論文或相關文章，**但是我的姓名及身份會受到保密。所有與我的訪談內容、以及我的聯絡資料、與我的通訊紀錄，全部不會提交給司法單位或醫療單位。**與我訪談的內容，為日後分析需要會被錄音並據此繕打逐字稿。訪談過程中我所作的筆記、錄音檔案跟及原始逐字稿全文也不會公開、且分開存檔，除了在司改會內部以及與指導教授討論外，不會有其他第三人得以接觸；逐字稿的片段在去除掉所有能辨識我個人身份的細節（去識別化）、經過刪節後，發表在學位論文跟後續研究報告、論文或文章內。與我的聯絡資料與通訊紀錄，將會在完成訪談後立即刪除；其餘檔案資料預計保存將十年。

我瞭解如果我有任何問題，可與訪談人聯絡（[email 略]）。這份同意書，由我及訪談人各保存一份。

研究計畫由國立臺灣大學法律系李茂生教授審查與監督，凡研究參與者於研究過程中自認權利受到影響、傷害，可直接與李茂生教授聯絡，電話為 02-3366-0000。

訪談人 高世軒

國立臺灣大學科際整合法律學研究所在學生
台北市羅斯福路四段一號國立臺灣大學科際整合法律學研究所
02-3366-0000



受訪者簽名

日期

附錄 2-1：〈透視鏡：不要說再見！煙毒勒戒所 斷癮有方〉



「(前略)位於半山腰的勒戒所，門禁管制森嚴，不但有森冷的鐵門阻擋閒雜人士出入，警衛更是廿四小時嚴陣以待，防範勒戒者逃離。(中略)勒戒所是很特殊的單位，**不僅扮演醫療救護角色，同時也是保安處分禁戒場所**，法務部責成地檢署每個月輪派檢察官前來巡視，等到八月一日實施新的肅清煙毒條例辦法，勒戒所將可以接受毒癮者自首，不會留下任何紀錄。(中略)**輔導人員安排的戒治課程以單獨晤談、團體活動為主，每週還有法師和牧師帶領毒癮者在佛堂、祈禱堂淨心，以宗教力量鼓勵他們向善。**(中略)勒戒所現在聘請的是內科跟家庭醫學科醫師，治療毒癮不及精神科醫師在行。(中略)的確，勒戒所原本只收容煙毒勒戒犯，**以往所方將他們視為犯人**，設備十分簡陋，如今卻因為年久失修，跟不上時代要求，讓人覺得勒戒所比監獄還不如。(中略)**煙毒勒戒所既屬衛生醫療單位，也由司法機關管轄，毒癮者到底是病人，還是犯人？**冰冷的鐵門、鐵窗該不該改為人性的活動空間？(中略)說到體檢，警衛人員遇到的趣事還真不少。鄭文說，無論男女病患，都要到廁所脫光衣服接受同性別警衛檢查，這是另一名警衛則站在門外守候，防止有人偷襲攻擊，由於警衛不是醫護人員，搜身拿捏的分寸。有一次，鄭文看到一名病患肛門露出裝有毒品的袋子，但他不是醫生，不能伸手掏出，加上病患又死不承認，就找來灌腸劑，無奈病患『毅力堅強』，竟然沒有排便，於是又加第二劑，可是這位老兄卻到達『老僧入定』的地步，鄭文看僵持下去不是辦法，**就對病患保證，不會告訴警察**，這位仁兄才乖乖地排便，交出違禁藥品。在勒戒所工作十七年之久的鄭文說，對付強制勒戒要具備敏銳的觀察力，才能事先採取防範措施，當病患吵鬧、呻吟，就知道平安無事，因為這是正常現象，倘若病房過於安靜，大夥看來都在睡覺，就要注意可能有毒品進入。**身為駐守警衛**，雖然有警棍等自衛器具，但洞悉觀察的能力卻不可或缺。他記得有一回，勒戒犯拔起門窗的鐵條，偷偷地磨成細棒狀，**當警察走進病房**，他伸出細棒想要刺傷，幸虧及時被正文發現，否則，很可能釀成傷害。」

附錄 2-2：〈煙毒犯是病人？是犯人？〉



「法務部昨天邀集戒毒、解毒的衛生機關，研商煙毒勒戒問題，但是雙方對吸毒或吸用安非他命成癮者是否為犯罪行為之看法與立場歧異。解毒機關與執法單位對自請勒戒的看法與作法不一，將使行政院長連戰鼓勵吸毒者出面勒戒之宣示，照樣是窒礙難行。與會衛生機關代表昨天大都主張醫療歸醫療，司法歸司法，最好是認定『吸毒是病人，販毒為犯人』，並讓醫師不負告發責任，才好全力施為，替『病人』解毒，並使吸毒或濫用藥物成癮者敢於出面向衛生醫療機關自請勒戒。但法務部指出，依照目前肅清煙毒條例及麻醉藥品管理條例，吸毒或吸食安非他命都屬犯罪行為，違反者兼『病人及犯人』身分，除非修改法令，規定吸毒者無罪，否則執法機關就必須依法辦理。昨天會中，衛生機關代表與法務部立場的最大歧異，在於濫用藥物成癮者，是否處以刑罰的問題。多名衛生機關代表傾向主張，濫用藥物成癮者，可視為『病人』，讓醫師不必負向檢察機關舉發之責任；而法務部提出，吸食安非他命列入刑事處罰，是政策問題，而且也是衛生署於民國七十九年，以濫用藥物的問題嚴重，而修改麻醉藥品管理條例，列入刑罰的，現如認為吸安為病人，就得主管機關衛生署自己解鈴，修改麻醉藥品管理條例。昨天會議由法務部政務次長林錫湖主持，與會者包括衛生署醫政處科長戴傳文、省立桃園療養院院長莊明敏、台北市立療養院院長簡錦標、省立草屯療養院院長陳朝灶、高雄市立凱旋醫院副院長楊寬弘，以及調查局、憲兵司令部及法院代表等人。與會衛生機關代表站在醫師立場，對協助政府受理民眾自請勒戒，或司法機關移送的強制勒戒工作，大吐苦水。他們表示，藥物成癮者之生理戒斷，僅約需二週時間，大多數被告在羈押於看守所內，其生理成癮症狀就已消失，再送到勒戒所等於只是完成司法程序，但是生理戒斷容易，心理戒斷卻很難，沒有人敢保證受勒戒者出所後真的『斷癮』，不會再犯，所以要求醫師開具『斷癮證明書』是強人所難，而目前國內受勒戒者幾乎都可獲開具斷癮證明書，實際上勒戒單位『僅能解毒無法完全戒毒』，所以台灣的勒戒成功率，『可能成為世界大笑話』。（後略）」



附錄 3-1：協會訪談筆記

（註：該次訪談因為兩位受訪者沒有同意錄音，因此以下僅呈現當時訪談時作的筆記內容。這份筆記事後有回傳給受訪者讓其確認內容在事實上的正確性。另外，本次訪談早於對 S12 檢察官的訪談，因此紀錄中某些不明朗的部分事後有向 S12 獲得確認。）

時間：1400-1515

受訪人員：宣傳組長 and 心理師。宣傳組長應該也同時是「老師」（詳後述）。心理師之前應該是接觸過機構（監所？）跟在醫院工作過——至少舉得出那邊的例子。會認為監獄裡面注重的目標是犯人間不互通有無、在醫院就是穩定服藥，跟在民間團體的目標不太一樣。

歷史：

2014 年時任友克鑫地檢署執行檢察官 S12，在深度訪談數十位施用毒品者戒毒失敗被撤銷緩起訴的原因，並調閱上千筆緩起訴戒癮治療案件。為強化戒毒處遇，也去參考美國 NA/AA 的作法，覺得不錯，尤其是認為在華人社會，用毒這件事情很難跟家人分享，你只能找現有用藥圈的人，但這些人也不合適，沒辦法創造正向分享的環境（想要戒的人直接就離開了也不會繼續聯絡到），所以希望藉此創造正向的圈子，有專業輔導的人參與。當然，這些是建立在受緩起訴的個案持癮的狀況相對輕微的假設上。

2014 年 S12 跟某些榮譽觀護人（包括協會理事長）帶個談話會，找大約十人來做，後續再自行微調方案。2015 年擴大成「戒癮治療匿名談話會」，希望民間來做。S12 選擇這樣做的理由基本上不清楚（不過心理師回饋是在公家機關真的限制很多，舉例是很容易被上級打回票；另外也是比較能集結各方）。那時候基本上就確認了三個部分，延續至今：

- 團體：一個主持人（榮觀或心理師）帶，會要求主持人要有帶團體的能力
- 一對一輔導



- 同儕帶頭分享（戒成功的「學長姐」）至少一次，會考慮到性別、藥物跟其他因素選人

2015 年成立協會也正是開辦「緩起訴附命戒癮治療正念減壓課程」，理事長一開始就參與 S12 這些工作，然後也憑藉他個人人脈（之前是「科學領域出身」，有認識例如中科院之類的單位，然後在榮觀工作也認識一些律師之類的人）。

2017 年開始跟醫院 D 合作也參與非鴉計畫。

跟其他單位聯絡：

- 友克鑫地檢署（肯特地檢或許也有）：減驗尿次數來這裡。一開始是緩起訴處分金，後來換成補助款。還是需要寫方案去審核。審核包括：會計的、對方案本身執行的。不知道審核者是誰，但是會被叫去開會詢問。有些檢察官跟佐理員會來參觀團體。另外，友克鑫地檢會要求以下紀錄文書：

- 團體課的聽打紀錄（會記錄本名）
- 經費使用、結案報告（包含老師評估再犯可能）
- 簽到表
- 個案晤談紀錄的摘要（會有個資協議，原則上只會摘要）——這些會告知個案
- 會有一些委託研究：例如今年有分析 2015–17 年間，有無參加課程後的撤緩率（沒參加 57%、有參加 28%），不過因為什麼理由撤緩友克鑫地檢那邊也沒有資料，另外也還沒有針對評估的各因子對撤緩率影響的回歸。

- 醫院 D：2017 年開始合作非鴉。不過衛福部會直接跟醫院聯絡，那主要跟這裡接觸的是個管，會要資料，或者是請求幫忙聯絡個案。

- 毒防：請求幫忙聯絡個案，或那邊個別的醫師會聯絡。
- 其他：跟地檢、毒防跟醫院 D 會有 LINE 交換。另外就是毒防金三角會受邀過去（一年約一次）交換意見。另外就是有些團體（春暉志工、主愛之家）會來交流，對於讓個案維持在計畫中跟靜坐都很有興趣。



經費：

募款是大宗（4-5 M/年），剩下就是衛福部跟友克鑫地檢了

理念

這裡會建立一些 KPI，基本上跟 NIDA 的理念是媒合，有參考它們。這些 KPI 也會反映在自填問卷跟（由「老師」）填寫的問卷上。主要有四個向度：

- 用藥頻率下降
- 生產力（工作）：有穩定經濟來源不容易繼續用藥
- 修復社會支持
- 身心健康

提出這些 KPI 跟面向是希望用比較質化的方式理解，而不是只用數據或量化去理解「成功」。至少可以說，這些面向有提升，日後有效戒毒、維持在不用藥的機會更高。在政策上也主張毒品法庭比較能做到對個案有這類「質」的關照，而且時間比較久（以年為單位，四個月太短了）（但為什麼當初只規劃四個月，理由不清楚）

日常工作：

老師：基本上都是榮譽觀護人（友克鑫地檢會培訓）跟心理師。不接受實習。畢竟使用者還是有犯人性質，非自願個案比較不好處理。非自願個案跟自願個案比例是 9:1。有時候會推薦自願個案去醫院 D S06 醫師那裡就醫。也曾經遇到家庭打電話希望能「關進來」的，會建議對方聯絡戒毒成功專線（對方有可能協助轉介紹維斯康市醫院 T 的戒毒村。）

- 有教怎麼會談、訪談
- 專職老師會做同儕督導（一個月一到兩次）
- 會跟外部諮詢（OO 戒治所的心理師），日後希望找 S06 醫師督導。也希望能做轉介。

- 團體：八次，每次兩小時
 - 八次是因為更多次的團體比較難維持，有心理學根據。



。來的學員在緩起訴歷程的進度中不一定同步——有些人可能進入緩起訴三個月之後就來，有些會拖到八個月。但希望還在個案要驗尿的期間參加課程，因為驗尿對個案是種拘束，有司法單位為後盾有差。

。3rd session：「毒品的真相」，這會是課程中唯一比較「負面」、「講重話」或「重點清楚」的部分。這個老師會依據班上個案的狀況評估強調的重點，如果個案對於危險沒想法（「停藥就沒差」）或沒病識感，就會去強調讓你用藥的危險源；有些覺得啊那就用三級（K 他命）啊，反正「合法」，那就會強化對分級的理解。總之就是建立普同化。

。回家作業：腹式呼吸練習、詢問是否吃藥（合法、非法藥物、中藥都算，讓他們想吃藥的意義，做自我觀察）、觀察自己的心情、有沒有喝酒、有沒有感恩（而不是只有負面地一直抱怨）、行善（幫助自己不用藥也是最起碼的行善）

。日後會希望根據性別、藥種差異分班，但現在無法。一來是友克鑫地檢塞個案來時沒有因此區分，一方面是人數不均（安非他命跟 MDMA 就至少一半）。大麻的狀況就跟安非他命不一樣：例如談到法律就很有意見（啊其他地方合法化怎麼這邊就不趕快合法），然後會瞧不起「用化學的」，「我們比較天然」

。在團體會做角色扮演（or contingency management），根據的是心理學所謂的 ABC 理論。一開始學員的處境一樣，然後就會抽牌、做出不同的選擇，最後出現不同的結果。最後也會請他們分享經驗

- 個別晤談也能做角色扮演相比，但經驗上會認為個案在這種情境下比較專注於取悅心理師、建立好印象。一對一個案比較適合針對個人情感需求來做。

- 在團體做角色扮演好處是同儕學習。看同儕或自己抽牌演練，覺得比較有「臨場感」（「我/『我朋友』真的有遇過！」）



- 結束後會請個案填匿名回饋單整理
- 個別晤談：兩次，第一次在 1st–2nd session，第二次在 7th–8th session。兩次還會有個案自填問卷跟老師填寫的評估問卷。
 - 會做所謂再犯評估（友克鑫地檢要求的）：分析可能的危險因子，一樣看這些指標，特別是身心狀況——最主要是看有無病識感。
 - 發展出的自填問卷：問題包括有無用藥、作息、收入、人際、飲食、身心疾病
 - 發展出的老師填寫評估問卷：大概也是環繞這幾個指標。
 - 然後會看個案是否有戒毒的意願——分為沒有、被動意願（司法要求）跟主動意願。可以複選，在後列出不同種原因。被動是大宗。
 - 會處理個人情感需求：例如可能會發現有家庭議題、創傷經驗等。
- 家庭日（一季一次）
 - 一定要帶一個重要他人參加，來參加就會重複邀請
 - 重視匿名性，所以會個別邀請（除非還在上團體，就會在團體課上問大家），也會注意辦活動的 title 跟申請場地會取個無害的名字。
 - 週末，一次約一百多人。希望有機會能辦到週一給服務業的個案（但人力不足）
- 有時會有伴侶或家庭輔導
- 後追：配合的一月一次，其他的希望三個月一次。能追到的一個班約 2 個。
 - 培訓戒毒志工：回來分享或甚至入校入班講課
 - 緩起訴要求的 session 結束之後如果個案志願也可以「自願輔導」6–8 次，要另外簽一張同意書。大概也是一個班兩個，篩選參加條件：確實停藥並有好好做回家作業的人。



回鍋個案的因應

老師會跟觀護人討論要怎麼處理、並跟個案會談，之後再跟之前帶上課的老師討論。一般來說會跟個案提出「還是一個月回一次地檢驗尿，我們這裡可以提供一個月一次面談」的要求（如果個案會拒絕，通常也是想藉此迴避地檢署驗尿）。當然如果帶上課老師同意，也會（但不常態）讓回鍋個案回到團體課程。

困難個案

- 不願意敞開心房，團體中跟個別輔導不太談自己。當然還是會配合作業要求，但參與多少看個人。
- 其實都知道，但情感上過不去（例如說一直被劈腿很不爽、甚至作為報復或慢性自殺；大麻個案比較常見）。使用者畢竟會因為用藥導致前額葉受損影響控制能力，情感主導。這種個案比較難談：會談時理智過不去、但你用情感切入呢它情感上來也下不去）
- 生活條件好（職位跟收入好），用藥沒影響生活，覺得自己跟別人不一樣，「都知道自己幹嘛」，用藥控制（頻率、藥量）相對好，主見很強
- 藥物性愛，遇到天菜就投降
- 會從說服不用藥改成說服減量，但減量其實很難，個案一遇到危機就容易破功