

課程簡介

教學時間	60 分鐘
教學對象	不具醫事背景者，但常接觸藥癮個案之人員，如社會工作人員、獄政戒護人員、矯正機關教誨師或社區鄰里長等。
教案名稱	藥物濫用相關法規與條例概述
課程目標	聆聽本課程的學員應學習到： <ol style="list-style-type: none"> 1. 毒品處遇模式之分類。 2. 毒品處遇模式之比較。 3. 我國毒品處遇模式之演變。 4. 現行毒品處遇模式重要內容。
認知	1-1 受訓者能瞭解五種毒品處遇模式之內涵。 1-2 受訓者能熟知所有藥物濫用相關法規與條例的內容，及熟知施用毒品者之相關處罰規定。
情意	2-1 受訓者能體認到藥物濫用之嚴重性與嚴肅性。 2-2 受訓者對藥物濫用者能具有同理心，幫助其執行治療。
技能	3-1 受訓者能實際運用五種毒品處遇模式於執行治療時。 3-2 受訓者能將藥物濫用相關法規正確告知給藥癮者。
內容說明	
<p>壹、 毒品處遇模式分類：</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 道德模式（Moral Model） <ul style="list-style-type: none"> □ 指德模式，係指主張施用毒品行為係個人選擇、意志薄弱與缺乏道德意識等因素所導致，對於毒品使用者之處遇，應強化其責任感與道德意識。視毒品施用者為犯人，將其監禁於矯治機構（例如：監獄或戒治處所）之司法處遇模式。 □ 美國自從 1986 年通過「反毒品濫用法案」（Anti-Drug Abuse Act），其毒品政策強調道德訴求（李思賢、楊士隆、束連文等，2010；林健陽、陳玉書、柯雨瑞，2003）。 ■ 疾病模式（Disease Model） <ul style="list-style-type: none"> □ 係指視毒品施用者為病人，強調施用毒品乃生物或遺傳因素問題所造成，應由醫療專業人員施以治療之處遇模式。其處遇方案係以醫療戒癮、替代療法與社會服務為主。 □ 歐洲、紐澳等國家倡導醫療取向之疾病模式，如 1920 年代英國洛 	

雷斯頓委員會 (The Rolleston Committee)，由一群著名內科醫生組成之團體，建議在一些毒品施用案例中開具麻醉藥品處方，以減少其施用毒品的危害，並幫助毒品施用者恢復生活。荷蘭亦對於毒品施用者所採取寬容政策，因此處遇政策與方案乃以醫療戒癮、替代療法與社會服務為主 (李思賢、楊士隆、束連文等，2010)。

■ 自療模式 (Self-medication Model)

- 自療模式認為，毒品依賴或施用為其他精神疾病之症狀或因應機制 (Khantzian, 1985)，毒品施用者以使用毒品來減輕其精神疾病產生之痛苦 (如憂鬱症)。因此將毒品施用者視為心理疾病患者，其處遇目標在於增進施用者精神功能，須透過心理與精神治療方能解決其藥物成癮問題 (Brower, Blow, & Beresford, 1989)。
- 自療模式係將毒品施用歸因於精神病理，而疾病模式則歸因為生物或遺傳因素。
- 因精神疾病的復發率甚高，毒癮戒治失敗時，對施用者與處遇或治療者均不加以責難 (林健陽、陳玉書、柯雨瑞，2003)。

■ 學習模式 (Learning Model)

- 毒品與其他成癮性行為係導因於學習不良嗜好，懲罰與指責失敗者無濟於事。因此，其處遇目標在於透過認知學習和教育訓練，學習新行為、認知和因應策略以控制成癮行為，尤其是增強其自我控制技巧 (Marlatt, 1985；引自 Brower, Blow, & Beresford, 1989)。
- 美國科羅拉多州戒毒政策著眼於教育毒品施用者學習戒毒之方式，另臺灣草屯療養院成癮戒治模式，亦採取學習模式。學習模式認為毒品施用者具多重適應障礙困擾，個人與環境因素交互形成藥物濫用，進而因生理體質因素形成依賴，最終產生全面性適應不良之惡性循環，因此需要由專業人員積極協助與治療，始能恢復其健康身體，免再受毒品殘害 (林健陽、陳玉書、柯雨瑞，2003)。

■ 整合模式 (Integrated Model)

- 係指主張施用毒品行為乃生物、心理、社會等多元因素所造成，故必須整合生物、藥理、心理、環境及社會各層面，透過醫療、刑事司法系統、社會系統共同合作，幫助毒品施用者戒除毒癮之司法處遇模式。
- 以整合模式防治再犯施用毒品，主要包含 4 個領域：(1) 自我效能之增強 (透過技巧之養成)；(2) 誘因之使用 (以創造及維持動機)；(3) 整體性之療程 (處理案主之生活型態) (Holistic Treatment Packages)；(4) 病人－治療之個別化搭配 (Patient-Treatment)。

貳、 毒品處遇模式比較：

處遇模式	毒品施用成因	處遇目標	處遇策略
道德模式	個人選擇、意志薄弱與缺乏道德意識等因素所導致	強化其責任感與道德意識以對抗毒品	以嚴厲或強迫的懲罰方式隔離戒毒
疾病模式	生物或遺傳因素問題所造成	除毒品施用者生理上之困擾	以替代毒品或藥物治療，以降低毒癮危害
自療模式	施用毒品係其他精神疾病之症狀或因應機制	增進施用者精神功能	透過心理與精神治療方能解決其藥物成癮問題
學習模式	導因於環境接觸和學習不良嗜好	學習新的行為、認知、因應策略和增強其自我控制技巧	認知學習和教育訓練
整合模式	生物、心理、社會等多原因因素所造成	綜合性/多元性處遇目標	透過醫療、刑事司法系統、社會系統共同幫助藥癮者戒毒

參、 我國毒品處遇模式與政策之演變：

一、肅清煙毒條例時期

- 國民政府於大陸時期曾推動六年禁煙計畫，於 1940 年年底屆滿，自 1941 年起實行斷禁政策，所有分期禁煙期間之各項法案，已不適用，故由內政部將禁煙治罪暫行條例、禁毒治罪暫行條例修併為禁煙禁毒治罪暫行條例，將種煙罪定為唯一死刑，其餘各項罪刑，亦酌予加重。所有煙毒罪犯，均適用軍法審判。嗣經行政院第四九七次會議決議通過後，再陳奉國防最高委員會第五一次常務會議決議通過，致函國民政府文官處查照轉陳並分別辦理（朱文原，第 1 冊，第 160 頁至第 168 頁）。
- 這部在抗戰時期訂定之法律，充分顯示執政者「治亂世用重典」之思維模式，視毒品施用者無窮凶惡極之罪犯，不僅「犯本條例各條之罪者，由軍事委員會委員長指定有軍法職權之機關審判之，或委任各級地方政府代為審判」（禁煙禁毒治罪暫行條例第 22 條第 1 項），且「施打嗎啡或吸用毒品者處死刑」、「吸食鴉片者，處一年以上五年以下有期徒刑，得併科一千

元以下罰金，有癮者並限期交醫勒令戒絕，經交醫戒絕後而復吸食者，處死刑或無期徒刑」。

- 禁煙禁毒治罪暫行條例，係變更刑法之特別法，又係限時法，依該條例第 23 條規定，其施行期間定為 3 年，計期至 1944 年 2 月 18 日屆滿。行政院第六三二次會議乃決議：「應予延長一年」，並呈國民政府鑒核備案，國民政府文官處乃轉送國防最高委員會核復。國防最高委員會第一二六次常務會議決議：「准予照辦」，並由國防最高委員會秘書廳函國民政府文官處轉陳飭遵，因此，禁煙禁毒治罪暫行條例施行期間奉國民政府明令自 1944 年 2 月 19 日起延長 1 年。
- 嗣行政院第六七九次會議復決議：禁煙禁毒治罪暫行條例「應予延長至抗戰結束後二年為止」，呈國民政府鑒核備案，再經國民政府文官處致函國防最高委員會核復，國防最高委員會第一五二次常務會議決議：「准予照辦」（朱文原，第 1 冊，第 207 頁至第 226 頁）。衡諸兩國交戰，倘陷於膠著，豈能知戰爭何時結束？是原為限時法之禁煙禁毒治罪暫行條例，其施行期間隨戰爭之發展而產生不確定性。所幸日本於 1945 年 8 月 15 日宣布無條件投降，且於同年 9 月 2 日舉行投降儀式正式簽字投降，第二次世界大戰終告結束。
- 戰爭連年除造成國內資源貧乏外，對於社會秩序之衝擊甚大，即使抗戰已經結束，國內政局仍然動盪，主政者深恐毒品氾濫造成社會內部動盪加劇，影響國民健康與國家發展，在禁煙禁毒暫行條例立法或修法過程中，主政者本於「治亂世用重典」之思維，欲以刑罰手段處理毒品問題，斧鑿斑斑。
- 例如：禁煙禁毒暫行條例經立法院於 1946 年 3 月 18 日修正，已不復見初犯「施打嗎啡或吸用毒品者處死刑」之文字，且將施行期間訂為 2 年。惟此次修正通過之禁煙禁毒暫行條例遭軍事委員會委員長蔣中正質疑其中若干刑度規定，較現行禁煙禁毒暫行條例為輕，認為在此復員時期加緊肅清煙毒之際，似應考慮加重處刑之原則，再交重行修正。經國防最高委員會第一八五次常務會議決議：「通過，交立法院」，國民政府乃於 1946 年 3 月 25 日訓令立法院重行修正（朱文原，第 1 冊，第 236 頁至第 244 頁）。
- 抗戰勝利後，中國國民黨與中國民主社會黨、中國青年黨所召開之制憲國民大會於 1946 年 12 月 25 日通過中華民國憲法，1947 年 1 月 1 日公布，同年 12 月 25 日實施，國家由訓政時期（以黨領政）邁入憲政時期。在毒品防制方面，禁煙禁毒治罪暫行條例所訂施行期間即將結束，因此，禁煙禁毒治罪暫行條例乃經總統於 1948 年 11 月 26 日修正公布，並將條例名稱修正為禁煙禁毒治罪條例。禁煙禁毒治罪條例訂施行期限為 2 年，仍具限時法之性質。禁煙禁毒治罪條例對毒品施用者之處遇已較和緩，惟對於犯該條例第 8 條第 1 項（施打嗎啡或吸用毒品）、第 2 項（吸食鴉片）之

罪，經判決確定後，復行施打嗎啡或吸食鴉片者，仍可處死刑或無期徒刑（朱文原，第 1 冊，第 247 頁至第 253 頁）。當時國事倥傯，國民政府未久即播遷來臺，禁煙禁毒治罪條例成為主要抗制毒品之法律，其法律結構，亦成為日後「戡亂時期肅清煙毒條例」之模型。惟禁煙禁毒治罪條例為限時法，1952 年 6 月施行期滿失效後，回歸適用刑法分則編鴉片罪章。

- 立法院 1955 年 5 月 27 日三讀通過之戡亂時期肅清煙毒條例，係由行政院函請立法院審議，由立法院內政、民刑商法及國防 3 委員會審查，經召開聯席會議審查，審查意見認為：「歷年以來，共匪肆行毒化陰謀，以致臺省煙毒案件迭有增加，自禁煙（禁）毒治罪條例施行期滿失效後，刑法鴉片罪章以處刑過輕，不足以根絕煙毒之害，為粉碎共匪毒化陰謀，澈底肅清煙毒，並配合國際會議鴉片議定書規定計，亟應制定特別法，以適應當前迫切之需要」（刊立法院公報第 15 會期第 5 期第 105 頁）。
- 立法委員周慕文代表內政民刑商法國防 3 委員會審查行政院函請審議戡亂時期肅清煙毒條例草案，向院會提出口頭報告指出：「自四十一年禁煙禁毒治罪條例廢止以後，本來煙毒可以宣告肅清，但由於匪幫的毒化政策，由於他大量製造毒品偷運來臺，使我們自四十一年以後，煙毒案子不斷的增加，這就是說明雖然我們的禁煙禁毒治罪條例宣告廢止失效，但我們的病症還是存在，煙毒案件逐年增加，對於臺灣毒化問題很危險，因此政府對於本法案認為有積極制定的必要，經本會審議，認為政府證明這種狀況確係事實」（立法院公報第 15 會期第 2 期第 76 頁）。足徵，治亂世用重典為制訂戡亂時期肅清煙毒條例之初衷。加強查緝毒品，嚴懲毒品犯罪，翦除社會亂源，乃當時之反毒政策。
- 從立法要旨觀之，戡亂時期肅清煙毒條例在結構上，主要分為 3 部分，第 1 部分為行政措施，第 2 部分為犯罪構成要件與刑度，第 3 部分則為審判程序。此一架構甚至延續至現行毒品危害防制條例，幾無變動，影響深遠。
- 在毒品施用者處遇方面，戡亂時期肅清煙毒條例第 8 條規定：「施打毒品吸食毒品或鴉片者處三年以上七年以下有期徒刑（第 1 項）。吸用大麻煙或抵癮物品者處一年以上三年以下有期徒刑（第 2 項）。犯前二項之罪有癮者應由審判機關先行指定相當處所勒戒不適用刑法第八十八條第三項之規定（第 3 項）。前項勒戒處所由地方政府就公立醫院內附設之（第 4 項）。犯第一項第二項之罪勒戒斷癮後再犯者加重本刑至三分之二、三犯者處死刑（第 5 項）」。戡亂時期肅清煙毒條例承襲禁煙禁毒治罪條例之觀點，對於施用毒品者採道德模式，主要以監禁方式制裁施用毒品行為。並且認為斷癮後之被告理應全然戒除毒品，如再犯施用毒品罪乃道德淪喪、未深自警惕所致，故應加重其刑，三犯者甚至有與社會永久隔離之必要，司法處遇相當嚴厲。

二、毒品危害防制條例時期：

- 至 1994 年間，法務部提出行政院版本之肅清煙毒條例修正草案，乃總結 40 年之反毒經驗，認為毒品肅清不易，以防制為名較為實際。且反毒政策產生重大變革，採行對於毒品施用者主要以勒戒及強制戒治方式祛除其毒癮之刑事政策。
- 亦即針對毒品施用者所具「病患性犯人」之特質，雖仍設有刑事制裁規定，但在執行上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。換言之，採取「除刑不除罪」之原則，以勒戒、戒治代替原有刑罰之矯治措施。
- 至於勒戒場所，行政院版本第 27 條第 1 項、第 2 項及第 3 項規定，勒戒處所由法務部會商行政院國軍退除役官兵輔導委員會（現已改制為國軍退除役官兵輔導委員會）及行政院衛生署（現已改制為衛生福利部）後，委託行政院國軍退除役官兵輔導委員會、行政院衛生署或省市府於醫院內附設之。前項之勒戒處所，應於本條例修正施行後 1 年內設立。在未設立完成前，則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 2 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。
- 而強制戒治處所，依照該版本第 28 條第 1 項規定，由法務部增設戒治處所。未設立前，得先於監獄或少年輔育院內附設。並由國防部、行政院衛生署或省（市）政府衛生處（局）指定之醫療機構負責其醫療業務。其所需員額及經費，由法務部編列預算支應。立法院委員會審查、二讀及三讀，均照行政院版本條文通過（詳參立法院公報第 83 卷第 83 期委員會紀錄、立法院公報第 84 卷第 65 期院會紀錄、立法院公報第 86 卷第 45 期院會紀錄）。由法條內容觀之，對於毒品施用者之處遇方式，有意採行疾病模式，其場域在醫療院所及戒治處所，俾與監所區隔。
- 惟此次修正，陳義過高，不僅施用毒品者之處遇，分為第 1 次犯、5 年後再犯、5 年內再犯或 3 犯以上而異其刑事處遇程序，過於繁雜。且強制戒治執行滿 3 月，即得停止強制戒治付保護管束，其執行期間過短，無法提昇強制戒治成效。而施用毒品再犯率仍偏高，致未了之前案與再犯之新案間，一般刑事訴訟程序與觀察勒戒、強制戒治程序交錯複雜，於法律適用上引發諸多爭議，耗費司法程序。
- 此外，囿於醫療人力不足、經費缺乏等相關問題，執行上有困難，短期內無法在醫療院所全面性附設勒戒處所；而看守所或少年觀護所附設勒戒處所又缺乏醫療專業人員，無法落實觀察勒戒業務。
- 主管機關法務部不得不正視此一問題，遂於 2003 年間，提出行政院版本之毒品危害防制條例修正草案，修正簡化毒品施用者之刑事處遇程序，僅區分為初犯、5 年後再犯及 5 年內再犯，且強制戒治期間修正為 6 個月以上，至無繼續強制戒治之必要為止，最長不得逾 1 年。另修正於醫院內附設勒戒處所之規定，改為於看守所或醫院附設勒戒處所之雙軌制。立法院

委員會審查時，將行政院版本之觀察勒戒期間不得逾 1 月之規定延長為「不得逾 2 月」。至於該草案第 27 條有關觀察勒戒處所及第 28 條戒治處所部分，則照行政院版本通過。二讀會及三讀會時，均照審查條文通過（詳參立法院公報第 92 卷第 30 期委員會紀錄、立法院公報第 92 卷第 34 期院會紀錄）。至此，刑事司法體系已是正式毒癮戒治體系。因此，學者認為，在醫療衛生體系未能接手毒品施用者之戒治工作前，刑事司法體系成為承擔毒癮戒治工作之主要體系（李宗憲、楊士隆，2010）。

- 行政院 2005 年 5 月 30 日強化社會治安第 26 次專案會議中將「反毒」列為治安之重點工作，復於 2005 年 9 月 29 日強化社會治安會報第 27 次專案會議中決定設置毒品防制會報。再於 2005 年 11 月 14 日核定「行政院毒品防制會報設置要點」，指定法務部為幕僚機關，積極進行會報之籌組工作，並分別請「緝毒」、「戒毒」、「拒毒」、「防毒」之主政機關配合行政院研究發展考核委員會（現已改制為國家發展委員會）研議之「毒品防制政策之整體規劃」，提出各項具體執行計畫，經行政院認可後，即以反毒四大區塊及架構為主，於 2005 年 11 月 14 日成立「行政院毒品防制會報」，任務為研擬毒品防制之基本方針、議訂統合各機關毒品防制政策、督考各機關毒品防制業務之執行及協調公私部門毒品防制之分工。會報下設防毒監控組、拒毒預防組、毒品戒治組、緝毒合作組及國際參與組等分組。
- 行政院毒品防制會報之成立，係經過各主責機關間多次溝通、協調，評估各部會職權之差異性，互補所長，所成立之跨部會彈性組織，避免常設行政組織之僵化以及權限重疊問題，有礙毒品防制工作之推動。
- 「行政院毒品防制會報設置要點」第 3 點、第 6 點及第 8 點修正草案，業經行政院於 2013 年 6 月 10 日以院臺法字第 1020032479 號函修正公布。依本要點第 6 點之規定，會報每 4 個月定期召開 1 次。透過定期審視各部會彙整之當前毒品情勢分析及專案報告，確實掌握當前國內毒品流通狀況。針對主席裁示事項，由國家發展委員會追蹤、檢討，俾持續發揮統合力量，提昇反毒效能並落實反毒政策。
- 依「行政院毒品防制會報設置要點」第 4 點之規定，法務部部長為行政院毒品防制會報執行長，法務部為會報之幕僚機關，相關協調、督導及整合等工作項目龐雜。現行工作會議之召開模式，係由法務部幕僚單位負責綜整防毒監控組、拒毒預防組、毒品戒治組、緝毒合作組及國際參與組工作項目及績效，依據院長指示安排相關機關提出專題報告，並開會討論實務上所遭遇之問題。
- 各縣市政府依據 2006 年 6 月 2 日行政院毒品防制會報第一次會議院長之裁示，於 2006 年均已成立毒品危害防制中心，以建構整合醫療、社政、教育、警政、勞政（就業、職訓）、司法保護等政府機關之溝通平台。設置毒品危害防制中心之初衷，即在於接收出監所之毒品施用者，以服務為導向，協助毒品施用者復歸社會。2006 年 8 月 15 日行政院強化治安會報，

院長裁示各地方毒品危害防制中心建置初期由法務部負責，故歷年來均由法務部作為主責部會，綜整規劃毒品危害防制中心業務，並自 2007 年起邀集相關部會實施業務視導。各縣市毒品危害防制中心為地方毒品防制業務跨局處之整合平台，各縣市開辦迄今，均以任務編組方式，分設 4 組辦理業務。

- 在現有制度下，仍不失為為毒品施用者提供服務之平台，形成中央至地方縱向與橫向連結之完整毒品防制網絡。是我國毒品防制體系之概念，已非侷限於中央各部會，各縣市政府亦為反毒重要成員。行政院毒品防制會報居決策地位，透過各分組權責幕僚機關集思廣益，擬定妥適之毒品政策，並下達於行政體系各機關、部門。

三、現行重要毒品處遇模式：

- 法務部為降低毒品施用者再犯，並減少毒品問題對個人、家庭及社會之傷害，由各地方法院檢察署與行政院衛生署、各縣市政府毒品危害防制中心為推動「減少毒癮者對社會治安危害的醫療更生方案」，於 2006 年 9 月先由臺南地檢署與轄區之醫療院所開始試辦毒品減害計畫替代療法之刑事處遇模式戒毒。自 2007 年 7 月起，除澎湖、金門、連江地檢署因醫療資源缺乏無法施行外，全國各地檢署已全面推動與行政院衛生署合作藥癮戒斷替代療法之試辦（或稱減害計畫），以有效降低第一級毒品海洛因之吸毒人口，減少愛滋病之蔓延及毒品之需求，防制海洛因毒品之繼續氾濫，減少對整體社會之嚴重傷害（詳參立法院公報第 97 卷第 7 期委員會紀錄節錄法務部朱前次長楠之發言）。無論對毒品施用者採取觀察勒戒、強制戒治或附命完成戒癮治療之緩起訴處分，均為非刑罰之處遇手段。
- 前述由法務部等機關所推動之減害計畫毒品政策，面臨應否修正毒品危害防制條例，將減害計畫等醫療戒治方案之戒毒作為予以法制化之問題。
- 2008 年立法院委員會討論時，在主席主導協商下，通過毒品危害防制條例第 24 條條文修正案，將附命完成戒癮治療之緩起訴處分實務操作法制化，明定檢察官依刑事訴訟法第 253 條之 1 第 1 項、第 253 條之 2 之規定，為附命完成戒癮治療之緩起訴處分時，或於少年法院（地方法院少年法庭）認以依少年事件處理法程序處理為適當時，不適用本條例本法第 20 條第 1 項（觀察勒戒）及第 23 條第 2 項（依法追訴或裁定交付審理）之程序。
- 法務部為此乃規劃推動「毒癮戒治—為吸毒者點亮一盞燈」重大政策，其中「擴大緩起訴處分—落實替代療法」部分，為各級地檢署配合辦理事項，法務部並定期追蹤各級地檢署執行成效，並多次發函要求各地地檢署務必達成預定之績效目標以上，並作為年度機關績效評比及機關人員考績、升遷、調動參考，執行成效不彰者，將要求提具檢討報告及改進措施。例如，法務部曾於 100 年 5 月 5 日以法檢字第 1000802701 號函要求所屬地方法院檢察署，就「提高緩起訴處分附命戒癮治療人數」計畫部分，達到具體績效考核標準 12% 以上，將定期考核各地方法院檢察署執行成效，以求將

毒品施用者處遇轉向醫療系統，導向正確之醫療戒治、身心復健與社會復歸管道。

- 行政院於 2013 年 6 月 26 日，以院臺法字第 1020138361 號令修正發布「毒品戒癮治療實施辦法及完成治療認定標準」，復將施用第一級毒品海洛因、嗎啡、鴉片及前開相類製品與第二級毒品者，均納入戒癮治療之實施對象。
- 所謂替代療法，係以長效性鴉片促動劑藥物維持藥癮個案之生理功能正常，減少個案對自己與社會之損害；以減輕傷害為出發點之治療方法，提供有效且足夠劑量之藥物，以取代非法鴉片類藥物之使用。
- 戒癮治療屬於長期維持治療，幫助毒品施用者減少使用毒品，並非一勞永逸戒斷毒癮。然從輿論或法律評價角度觀察，於戒癮治療期間再施用毒品，仍屬犯罪行為，依據刑事訴訟法第 253 條之 3 第 1 項第 1 款之規定，被告於期間內故意更犯有期徒刑以上刑之罪，經檢察官提起公訴者，檢察官得依職權撤銷原緩起訴處分。實務運作結果，近年來附命完成戒癮治療之緩起訴處分，其撤銷緩起訴比例甚高。
- 行政院於 2013 年 6 月 6 日院臺法字第 1020136129 號函核定「防毒拒毒緝毒戒毒聯線行動方案」，其目標設定在「首重降低需求，平衡抑制供需」，並以「防患未然」（防毒：管控先驅化學品，避免非法使用）、「武裝自己」（拒毒：防止毒品施用人口增加）、「拔根斷源」（緝毒：斷絕毒品供給）、「遠離毒害」（戒毒：減少原有毒品施用人口）為政策方向。
- 「防毒拒毒緝毒戒毒聯線行動方案」就防毒、拒毒、緝毒、戒毒 4 大工作均設定具體策略及績效目標，又將績效目標分為（行政）院列管項目及自行列管項目，院列管項目由各分組主責機關彙整主辦、協辦機關辦理情形，並由國家發展委員會追蹤、考核。
- 觀察歷史發展軌跡，我國毒品施用者處遇之刑事政策從嚴刑峻罰、禁煙禁毒轉向為除刑不除罪、機構內處遇，再向非刑罰處遇手段過渡。毒品施用者之身分由單純刑事犯變成兼具病人與犯人之「病犯」，處遇模式趨於多元發展，除得以觀察勒戒戒除身癮、強制戒治戒除心癮之外，亦得選擇機構外處遇之附命完成戒癮治療之緩起訴處分。

評量活動

做評量題