

除刑化毒品政策之檢討—論我國毒品犯罪之戒治成效*

林健陽¹、陳玉書²

摘要

「毒品危害防制條例」於民國 92 年 7 月進行新的修正，並於民國 93 年 1 月 9 日施行，上開條例修正後，業已大幅簡化毒品犯罪之處遇流程；毒品防制政策的新變革對於毒品問題控制的效果如何？實施以來在政策推動時，面臨哪些問題？如何使之發揮處遇成效？均是本研究之重點所在。

本研究藉由蒐集國內外有關毒品戒治相關文獻，以瞭解實務界與學術界對於我國毒品戒治成效的看法和建議。此外，另對 1,799 位受戒治人 5 年的追蹤調查，以觀察處遇成效和影響其再犯之主要因素。對觀察勒戒人、受強制戒治人及執行監禁處遇之毒品犯罪人共 15 位，進行深度訪談，瞭解其對處遇的需求和看法。另外，透過和 33 位戒治處遇實務工作者和相關學者專家焦點座談等四個途徑，以了解當前毒品戒治實施成效、問題和未來解決之方案。

受戒治人追蹤調查結果顯示，毒品再犯率約為六成四，第一次再犯之罪名主要是違反毒品危害防制條例，而離開戒治所後一年為再犯高峰期，男性毒品犯之再犯百分比比較女性高。是否曾因毒品犯罪入獄、用毒種類、是否牽涉其他案件、服刑次數等，與再犯具有統計上顯著關聯性。再犯組與未再犯組在家庭附著和不良交友有顯著差異；而生活壓力亦為影響再犯主要原因之一。對強制戒治處遇之管教認知、戒毒態度、生活適應、技藝訓練、醫療衛生認同愈強，則再犯次數會愈少。但再犯組與未再犯組在戒治所內主觀戒治成效未具有統計上之差異性，顯示在戒治所內有很強的戒治信心，出所後仍有可能再犯，因此，出所後的生活適應可能是影響再犯的關鍵，值得進一步觀察。

關鍵詞：毒品危害防制條例、除刑化、毒品政策、毒品犯罪、再犯

*本研究特別感謝法務部保護司郭司長文東、丁科長榮轟及董觀護人純如等多人之協助。本研究成員尚包括柯雨瑞博士，現為中央警察大學國境警察學系講師。張智雄，現為宜蘭監獄調查科科長、中央警察大學犯罪防治所博士生。呂豐足，現為中央警察大學助教、中央警察大學犯罪防治所博士生。林澤聰，台中市警察局第四分局巡官。王秋惠，桃園縣警察局八德分局巡官。

¹ 林健陽博士，現任中央警察大學犯罪防治所教授。

² 陳玉書博士，現任中央警察大學犯罪防治所副教授。

壹、前言

台灣地區自民國 87 年 5 月「毒品危害防制條例」施行後，對於施用毒品者之處遇方式，變更為施以觀察勒戒、強制戒治之處分，使得受司法起訴與判決有罪人數有明顯下降的趨勢。惟毒品犯罪之再犯與累犯比例卻有逐年上升之趨勢，在判決有罪確定毒品犯中，有約六成左右比例為累犯或再犯，顯見毒品犯罪再犯問題之嚴重性。

有鑑於此，「毒品危害防制條例」已於民國 92 年 7 月進行新的修正，並於民國 93 年 1 月 9 日施行，修正後大幅簡化毒品犯罪之戒治處分流程，本研究擬藉由探討台灣地區近年來毒品犯罪之增長情形、毒品相關政策的改變，以及針對實施九年來，政策變革前後的總體戒治成效做一完整之評估，進一步瞭解台灣地區毒品犯罪的趨勢及戒治處遇執行的成效。

本研究主要實施過程和目的包括：

- (1) 蒐集國內外有關毒品戒治相關文獻，以瞭解實務界與學術界對於我國毒品戒治成效的看法和建議。
- (2) 探討國際相關戒治計劃、政策與成效文獻，以瞭解各國毒品戒治模式實施現況，以及所面臨的問題，以作為規劃符合我國國情適用毒品戒治計劃之參考。
- (3) 藉由對 1,799 位受戒治人五年的追蹤調查，以觀察處遇成效和影響其再犯之主要因素。
- (4) 對觀察勒戒人、戒治人及執行監禁處遇之毒品犯罪人共 15 位進行深度訪談，瞭解其對處遇的需求和看法。
- (5) 透過 33 位戒治處遇實務工作者和相關學者專家焦點座談，對當前毒品戒治實施成效、問題和未來解決方案進行討論。

貳、相關文獻

一、我國毒品政策與法制發展

我國毒品政策之發展時期，約可以分為四個主要之時期：(1) 清朝毒品政策時期(1730 至 1895 年)；(2) 日據時代毒品政策時期(1895 至 1945 年)；(3) (戡亂時期)肅清煙毒條例時期(1955 至 1998 年)；(4) 毒品危害防制條例時期(1998 至迄今)。

在清朝毒品政策時期(1730 至 1895 年)，1730 年「關於流寓台灣

人民與禁止販賣鴉片條例」規範之鴉片罪行，計有：禁止銷售鴉片罪；禁止私開煙館罪。徐宗幹「紳民公約」（約 1850 年代）規範之鴉片罪行，販賣鴉片的罪行，清朝政府將其定位為等同於謀反罪行³。

在日據時代毒品政策時期(1895 至 1945 年)，以下行為被加以犯罪化：未經許可違法發售、讓與、交換、借與烟膏罪；私行進口或煉製烟膏罪；私種罌粟或藏有罌粟罪；未經特許私喫阿片罪；借與喫烟處所或烟具罪、、、等。在(戡亂時期)肅清煙毒條例時期(1955---1998 年)，以下行為被加以犯罪化：禁止製造、運輸、販賣、轉運、持有、施用、栽種煙毒等。

在毒品危害防制條例時期 (1998---迄今)，以下行為被加以犯罪化：禁止製造、運輸、販賣、轉運、持有、施用、栽種毒品等。於民國 83 年(1994 年)，「肅清煙毒條例」進行相當大幅度之改正，且幾近全新面貌之修正，並更名為「毒品危害防制條例」。於民國 87 年(1998 年)5 月 20 日藉由總統令公布「毒品危害防制條例」。⁴並於民國 92 年(2003 年)7 月進行新的修正(於民國 93 年 1 月 9 日施行)，本次修法之重要內容，如下所述⁵：

(一)簡化施用毒品者之刑事處遇程序⁶ (修正條文第二十條及第二十三條)：

依據修法前「毒品危害防制條例」之規定，施用毒品者之犯次，分為第一次犯、五年後再犯、五年內再犯或三犯以上，而異其刑事處遇程序，且強制戒治執行滿三月，即得停止強制戒治付保護管束。因三個月之執行期間較短，似乎是無法提升強制戒治之成功機率，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警察勒戒、強制戒治执行程序交錯複雜，於法律適用上引發諸爭議。

爰修正簡化施用毒品者之刑事處遇程序，僅區分為初犯、五年後再犯及五年內再犯，且強制戒治期間修正為六個月以上，至無繼續強制戒治之必要為止，最長不得逾一年，以改善強制戒治之成效，並減少司法程序之耗費。

³柯雨瑞，百年來台灣毒品刑事政策變遷之研究，中央警察大學犯罪防治研究所博士論文，民國 95 年 12 月。

⁴鄭幼民，我國毒品犯罪問題與防制機制---以緝毒工作為核心之分析，中國文化大學中山學術研究所博士論文博士論文，2004 年 4 月，第 64-86 頁。

⁵立法院，立法院公報，第 92 卷第 30 期(上)，2003 年 5 月，第 155-181 頁。

⁶立法院，立法院公報，第 92 卷第 30 期(上)，2003 年 5 月，第 155-181 頁。

(二) 觀察、勒戒期間延長為二個月

依據新修正後「毒品危害防制條例」第 20 條第 1 項之規定：「犯第 10 條之罪者，檢察官應聲請法院裁定，或少年法院（地方法院少年法庭）應先裁定，令被告或少年入勒戒處所觀察、勒戒，其期間不得逾二月。」根據民國 92 年(2003 年)之修法結果，毒品施用者於觀察、勒戒接受毒品處遇之時程，由原先之一個月，延長為二個月，以加強其毒品處遇之實際成效。

(三)較少對已離開毒品戒治所後之毒品病犯實施保護管束之機制

依據新修正後「毒品危害防制條例」第 20 條第 2 項規定：「、、、強制戒治，其期間為六個月以上，至無繼續強制戒治之必要為止。但最長不得逾一年。」在實務執行上，經本研究實際了解之結果，對於毒品病犯強制戒治之時程，因考量與毒品戒治處遇實施課程、內容之配合，大多是執行到 1 年，故毒品犯離開戒治所之後，對於此等人，保護管束機制較少實施之。

另外，我國於民國 95 年(2006 年)迄今持續於在台南縣及其他縣市地檢署所推展之「緩起訴毒品病患減害替代療法」，亦可說明當前之毒品刑事政策內涵，在司法機關之實際執行層面，已開始有所變動與調整。由於毒品犯之再犯率高達 6 成至 7 成，法務部研發及採行多元之毒品戒治模式，而所謂多元之毒品戒治模式，內涵包括：將刑事訴訟中之緩起訴與毒品減害替代療法，作有效之結合等，本研究調查認為這是相當良好之毒品戒治策略。

表 2-1 台灣毒品政策與法制發展一覽表

發展時期	毒品戒治之處遇方式	毒品法律(令)名稱	主要毒品政策	毒品刑事政策實質規範內涵(含罪名)
清朝時期 (1839--- 1895 年)	此一時期之鴉片戒治工作較未受到重視	1730 年清朝政府針對台灣發佈「關於流寓台灣人民與禁止販賣鴉片條例」。 1730 年福建巡撫劉世明針對福建及臺灣發佈嚴格的地區性禁煙令。 1740 年(乾隆 5 年)	1862 年以前採純正犯罪觀之鴉片刑事政策。 採取嚴厲禁煙刑事政策。 1862 年以後：鴉片成為商品，鴉	1730 年「關於流寓台灣人民與禁止販賣鴉片條例」規範之鴉片罪行： 禁止銷售鴉片罪； 禁止私開煙館罪； 徐宗幹「紳民公約」(約 1850 年代)：

發展時期	毒品戒治之處遇方式	毒品法律(令)名稱	主要毒品政策	毒品刑事政策實質規範內涵(含罪名)
		<p>《欽定大清律例》禁煙效力及於台灣</p> <p>1839年《欽定查禁鴉片章程》</p> <p>1839年臺灣兵備道姚瑩氏亦依據《欽定查禁鴉片章程》禁止臺灣民眾吸食鴉片</p> <p>徐宗幹巡撫發佈禁煙佈告(刑事罰)。</p> <p>清朝中央政府發佈的其他各式禁煙令(刑事罰)。</p>	片合法化。	販賣鴉片的罪行，定位為等同於謀反罪行。
日據時期(1895---1945年)	對於鴉片中毒者加以醫療戒治，以機構式戒治模式為主。	<p>台灣阿片令(特別刑事法優於刑法而被優先適用)</p> <p>刑法(取締鴉片的普通法)</p> <p>台灣阿片令施行細則(處罰種類為有期徒刑、罰金等，係為刑事法)</p>	<p>1930年以前：純正犯罪觀。</p> <p>鴉片專賣、吸食特許、漸禁施用鴉片以收經濟利益。</p> <p>1930年以後：結合犯罪觀及醫療疾病觀的綜合性觀點。</p> <p>鴉片專賣、吸食特許、漸禁施用鴉片以收經濟利益。</p>	<p>未經許可違法發售、讓與、交換、借與烟膏罪；</p> <p>私行進口或煉製烟膏罪；</p> <p>私種罌粟或藏有罌粟罪；</p> <p>未經特許私喫阿片罪；</p> <p>借與喫烟處所或烟具罪；</p>
(戡亂時期)肅清煙毒條例時期(1955---1998年)	以機構式戒治模式為主。	<p>刑法</p> <p>戡亂時期肅清煙毒條例(刑事罰)(1955年至1991年)⁷</p> <p>肅清煙毒條例(刑事罰)(1991年至</p>	<p>以犯罪觀為主，輔以醫療觀點(醫療戒治之角色係為配角)</p> <p>以嚴刑峻罰禁煙禁毒為主</p>	禁止製造、運輸、販賣、轉運、持有、施用、栽種煙毒

⁷ 我國政府於民國80年(1991年)5月終止動員戡亂時期。

發展時期	毒品戒治之處遇方式	毒品法律(令)名稱	主要毒品政策	毒品刑事政策實質規範內涵(含罪名)
		1998年)麻醉藥品管理條例(刑事罰)		
毒品危害防制條例時期(1998---2007年)	以機構戒治模式為主,同時推展毒品減害計畫、「緩起訴毒品病犯減害試辦計畫」。	毒品危害防制條例(刑事及行政罰) 管制藥品管理條例(行政罰)	同時兼具犯罪觀及醫療觀點 病犯並存、務實處理 對於施用毒品之行為改採除刑不除罪之毒品刑事政策	禁止製造、運輸、販賣、轉運、持有、施用、栽種毒品

資料來源：改寫自柯雨瑞，百年來台灣毒品刑事政策變遷之研究，民國95年12月⁸。

二、國外毒品戒治模式

有關國外毒品戒治處遇之模式，茲介紹如下(林健陽、柯雨瑞，2003)：

(一) 國外治療性社區毒品戒治模式

1. 美國治療性社區處遇計畫〔Therapeutic Community (TC) Treatment Program〕

這個計畫提供毒品成癮者庇護性的社區，使其能達到完全禁戒，並方便毒品成癮者運用輔導者之力量，如此，交互運用內外之戒毒力量來達到自助原則(self-help orientation)以期毒品成癮者重建正常生活。因此，治療式之社區處遇是具有生活性，即在高度結構的社區環境中使毒癮戒治者回復其人格及行為，其主要目標是在發展毒癮戒治者的社會關係。這樣的方式類似台灣台南監獄明德戒治分監的「戒毒村」，專門為實施毒癮戒治而設，該項處遇最主要的方式則含有「集體治療」、「個別指導課程」、「毒癮治療及正式的教育課程」、「生活、工作之義務觀念養成」以及之後為戒治者所設計的「日常生活工作作息階段表」。其中有些治療性社區處遇只要求毒品成癮者在該處

⁸ 柯雨瑞，百年來台灣毒品刑事政策變遷之研究，中央警察大學犯罪防治研究所博士論文，民國95年12月。

遇處所待上六個月，但最理想的處遇時間卻需要十五個月。而在治療性社區之戒治處遇成功的定義，則在於生活型態的改變，諸如戒除毒癮、增加生產力及減少反社會行為等。

2. 香港戒毒會的自願住院戒毒治療計畫

「香港戒毒會」所提供的自願住院戒毒治療與康復服務，是全港規模最大的。該會設有兩間住院戒毒中心（一間可容納一二九名女性戒毒者），四間分區社會服務中心，五間中途宿舍和一間工作技巧訓練中心，該會還設有一間診療所，為戒毒者提供入院前體格檢驗及美沙酮門診治療、驗尿和出院後的醫療照顧服務。

這項戒毒治療計畫通常會先安排戒毒者在等候入院期間接受門診治療，隨後入住戒毒中心戒除毒癮，並接受心理治療康復、輔導。1992年7月，石鼓洲康復院，開始實行一個嶄新的兩極戒毒治療制度，根據該制度，戒毒者可選擇只接受為期四週的戒毒及康復計畫（短期療程），或為期12至16週的規定戒毒治療及康復計畫（長期療程）。初來的戒毒者首先入住該院轄下的醫院，接受為期七天的治療，然後轉往康復病房，繼續接受戒毒及康復治療。戒毒者完成這個短期療程後，便可出院或被派往該院所設的十三間小組宿舍的其中一間，參加心理重建、康復計畫。這項計畫包括工作治療、個別小組輔導、社會教育以及行為改善，曾在戒毒中心接受治療的康復者經過訓練後，出任輔導專業人員，以同輩輔導員及組長身份，以身作則，為其他戒毒者樹立良好榜樣。

3. 日本「社區處遇之地域網路模式」

日本的戒癮模式，可謂為整合式的策略，除了政府的力量之外，更有社區的參與及民間大量志工的投入，提供輔導、藥物濫用教育、更生資訊等協助濫用藥物者停止用藥，重返社會。其中民間組織中，以富有歷史的民間「防犯協會」來發動組織和推展（江振亨，2000）。日本政府擁有充足的民間志工，以協助政府觀護人員，支援濫用藥物當事人的社會回歸，在日本平均一位政府觀護人員須要監護五十至一百位的濫用藥物假釋人，而一位義務的民間志工，則僅須協助監護一至兩位的濫用藥物假釋人（黃富源，1994；江振亨，2000）。

日本的藥癮治療階段，其觀念與我國雖大同小異，但可能因其濫用之歷史較長，加上日本社會之特質，對於離開醫院以後之吸毒病人

(即追蹤期)，建立所謂「社區處遇之地域網路模式」即結合警察署(暫時保護)、保健所(指導訪問)、精神病醫院(驗尿)、福祉事務所及職業安定所(安排就業)等機構。提供其生活上之幫助與輔導，以防止再犯，其成效極佳，足供吾人參考(闕銘富、張鴻仁，1994)。

(二)國外醫療體系毒品戒治模式

1. 美國美沙酮維持治療計畫

這個計畫是對成癮深度較高，難以戒除毒癮者，透過提供鴉片類藥物替代物—美沙酮以控制鴉片類毒品成癮者，使其能保有一定程度之社會功能，避免或減少其死亡及其他行為問題。由於美沙酮本身具有藥癮性，因此在美國聯邦有法令規定，戒治者必須要有毒癮歷史的文件證明而且必須在沒有化學治療的情況下始能發揮其功能。美沙酮治療計畫基本上並不要求達到毒品的禁戒，但必須包括毒癮復癒或毒癮者的社會生活功能上必須有所改進，以促使其回歸社會並在生活上有所生產能力。大部份有關美沙酮治療計畫的研究報告都具有積極正面的成果。該研究的計畫包括：藥物濫用報告計畫(Drug Abuse Reporting Program, DAPR)、處遇結果預測研究(Treatment Outcome Prospective Study, TOPS)、以及相關個別計畫之評估。最近有些評論及研究報告發現，美沙酮治療計畫之毒癮戒治者在其毒品吸食以及犯罪行為上有顯著的減少，而在其整體行為上以及健康方面亦有所進展。

2. 美國醫院急性解毒計畫

這個計畫是提供毒品成癮者在醫院去除戒斷症狀，幫助其康復，基本上，解毒計畫所使用的戒治藥物包括抗憂鬱藥、美沙酮或 buprenorphine，並利用此類藥物消除症狀、遠離毒品。大部份的解毒計畫係針對毒品成癮者，並利用超過 21 天的時間以美沙酮來解除鴉片毒癮發作的症狀。不過美國之解毒計畫通常沒有提供後續的治療服務。所以有關解毒計畫的長期性成果並沒有經常被加以評估，所以其成效被認為是有限的。

3. 美國門診諮商與日間留院計畫

這個計畫是針對完成急性解毒之毒品成癮者，對其進行持續醫療照顧，預防其復發。美國早在一九七〇年代就已開始實施，主要係針

對年輕的藥癮族群（非毒癮者）而設計。但繼之以後，加入「門診諮商計畫」的毒癮戒治者逐漸地與加入「美沙酮治療計畫」的人一樣多。不論是針對吸食鴉片或其他毒品的毒癮者，該計畫都提供相似的戒治服務。門診諮商計畫最主要的方式是在於諮商以及訓練參與毒癮戒治者之社會技能。這項計畫的內容相當廣泛，諮商的內容涵蓋：身體健康、心理健康、教育、職業、法律、房屋、財務、家庭等方面需要上的服務。該項戒治計畫強調戒除合法及非法的藥、毒物，並對可能造成毒品吸食的環境予以關切。

4. 香港衛生署的美沙酮門診治療計畫

在 1972 年底，香港首次以門診方式為濫用藥物者提供美沙酮治療。為配合日益增加的就診人數，美沙酮門診計畫現已擴展為香港最龐大的戒毒治療計畫。衛生署轄下的門診診療所提供代用療法和戒毒服務，雖然當局鼓勵求診者接受戒毒治療，但他們可選擇戒毒治療或代用療法，而大部份求診者都是選擇代用療法。在進行戒毒治療期間，診療所會將所供給的美沙酮劑量逐漸遞減，但亦會按照戒毒者的需要而加以調整。這種治療法著重於減輕戒毒者毒癮發作時的不適，以免他們再度使用違禁藥物。戒毒者如不能戒除毒癮，仍可繼續在同一診療所接受美沙酮代用療法。服用美沙酮一向受到嚴格管制，所有戒毒者必須在配藥人員面前服用，不得將美沙酮帶走，此外醫務社會工作人員亦為戒毒者提供支持服務，例如給予輔導，提供經濟和住屋援助，以及介紹職業等。

美沙酮治療對屢次採用其他方法戒毒而仍未能成功的濫用藥物者功能尤大，因為在接受美沙酮治療時，戒毒者可以照常工作、謀生、與家人過著正常生活以及維持良好的人際關係，同時亦可減少或避免因非法藏有或吸食海洛因而被捕。藉著美沙酮治療計畫能夠協助濫用藥物者徹底戒除毒癮，但必須了解的是，很多濫用藥物者都無法達到這個目標。不過美沙酮治療計畫卻可為濫用藥物者提供一種既合法而又易於獲得安全有效的替代品，以免他們繼續非法吸食海洛因。

(三) 國外刑事司法體系毒品戒治模式

1. 美國聯邦監獄局毒品犯戒治模式

聯邦監獄局實施毒品濫用處遇計畫之歷史，可追溯至 1966 年。

美國在 1966 年制定濫用藥物矯治法，主要是針對毒品受刑人，此項法案要所有的藥物濫用者必須接受治療，而且分成二部分，包含以房舍為單位，將受刑人與接受治療者隔離，而在更生處遇則包括追蹤與輔導。1968 年 3 月，最初的五個單位在康乃狄克州唐杜理的矯正研究所成立。多數的戒毒計畫單位是以治療性的社區模式為基礎，而且強調集體治療，在他們釋放後必須接受社區處遇的輔導與追蹤。這些戒毒計畫通常沒有一定標準，通常包含有一段基本的考驗及調查分類期間，如團體與個別治療，之後他們必須參與職業、教育、釋放前之輔導及出監後的更生保護。在 1969 年，聯邦監獄局更要求該局所屬機構的戒毒計畫必須達到濫用藥物法中所訂的標準，而該年更出版了藥物濫用者處遇手冊，要求藥物濫用者處遇的最低標準所須的品質與工作人員。美國聯邦監獄局所採的策略是：大多數的戒毒計畫被認為是「低度嚴密性」(low intensity)，強調的是對於藥物濫用者的教育。有三分之一的戒毒計畫是分成十二個步驟—如戒酒、戒藥癮的方法一般。另外其他戒毒計畫則包括有心理治療、溝通技巧的訓練、個人人格的發展、價值的澄清、增加挫折容忍力訓練、建立積極的想法及自信心、個別輔導、職業訓練及釋放後的計畫。另外更有一些針對英文程度不佳的人提供矯正計畫(任全鈞，2001)。在 1998 年，聯邦監獄局實施 42 個在監毒品處遇計畫(42 residential treatment programs)，每年可容納 6000 名的參與者。目前，在聯邦監所系統中之受刑人，共計有 110000 名。美國行政部門及國會，對於聯邦監獄局實施毒品濫用處遇計畫所需之各項資源，均是全力予以支持(full support) (引自 Federal Bureau of Prisons 網站，2001)。

2. 香港懲教署戒毒所的強迫戒毒計畫

這個計畫的主要對象是曾經犯輕微罪行而經法庭裁定適合接受這項治療的濫用藥物者，強迫戒毒計畫是根據戒毒所條例的規定而實施，該條例規定濫用藥物者如被判監禁的罪行(欠繳罰款除外)可羈押在懲教署轄下的戒毒所。這些濫用藥物者在戒毒所接受戒毒治療，期間由二至十二個月不等，但實際羈押期間的長短，須視戒毒者的進展，以及獲釋後能否戒除毒癮而定。為協助戒毒者重返社會，戒毒者離開戒毒所後，必須接受為期一年的監管。在這段期間，受監管的戒毒者倘若被發現使用違禁物品，則須回戒毒所接受進一步的治療。

這個治療計畫要旨在於協助濫用藥物犯徹底戒除毒癮，包括幫助

戒毒者戒除在生理、心理和情緒上對毒品的依賴，從而恢復健康，協助他們重新適應社會。戒毒者在進入戒毒所時，必須接受詳細的體格檢驗，在毒癮發作時，會獲得適當的治療。心理治療包括工作治療以及個別和小組輔導，而問題複雜的戒毒者，有臨床心理學家提供深切輔導服務。工作治療是戒毒治療計畫中的重要一環，目的在於使戒毒者恢復自信和養成良好的工作習慣。由於戒毒者在離開戒毒所的第一年裡，最容易重染毒癮，因此戒毒治療計畫內有關協助戒毒者重新適應社會的部分，是在確保戒毒者獲釋後，在工作和住宿方面，均獲得妥善的安排，並且在獲釋後的一年內，經常由善後輔導人員來密切監管。

3. 新加坡矯正機構戒毒所戒治計畫

新加坡政府在「藥物濫用法」中明文規定，中央肅毒局(Central Narcotics Bureau，簡稱 CNB)、警察或海關、移民官員可以對任何之濫用藥物者要求尿液檢驗，一般而言，其尿液會被送至新加坡「科學與法醫學學院」(Institute of Science and Forensic Medicine，簡稱 ISFM)檢驗，如果確認為陽性反應，則由「中央肅毒局」(CNB)的「毒品治療復健中心」(Drug Rehabilitation Center，簡稱 DRC，共有 9 個；國內亦有人翻譯為戒毒所、藥物治療中心、藥癮治療中心)治療復健六至三十六個月。在 DRC 治療六個月之後，每一個案均由「藥物審議委員會」(Drug Review Committee)予以評估，決定個案是否可以離開中心或者需再延長六個月，以六個月為一期，最多不超過三十六個月(李志恆，1997；江振亨，2000)。

4. 英國毒品戒治模式

英國對吸毒行為的定義，仍為犯法行為，成立專業的毒癮治療監獄，以倫敦西郊的 Pentoville 監獄為例，其成癮治療與教育計畫包括有下列處遇內容(李志恆，1997；江振亨，2000)：

- (1) 對監獄中之管理人員及犯人持續地進行藥物教育，內容包括毒品的危害及如何促進健康，以及保釋出獄後社區有何資源可以協助這些戒癮更生人士。
- (2) 對於毒癮及酒癮犯人，提供治療計畫，包括保密的諮商，十二階段治療計畫，團體治療以及為減少 AIDS/HIV 傳播而以健康保險(health care)提供的美沙酮維持或減毒計畫。

- (3) 幫助假釋出獄之保護管束人員聯絡外部之戒癮治療設施，並提供必要的資訊。

英國醫師可以使用海洛因治療疼痛，不需要特別執照，但若要用海洛因或美沙酮來治療成癮者，則需要執照始得為之。而使用美沙酮治療成癮者的數量較海洛因治療成癮者為普遍。Blakebrough(1997)指出，美沙酮方案雖然是一個相當便宜的方式，也在英國幫助上千名濫用藥物者回復穩定的生活及較佳的健康狀況，但除非藥劑師(Pharmacist)願意確保不被浪費，否則這些處方有被賣錢以購買海洛因的風險，美沙酮的黑市和任何藥物的黑市一樣危險。因此Blakebrough認為較佳的控制方式可以被達到，例如病人被要求到一個處遇中心，那裡的職員可以看到當事人服用他們的處方，且那裡提供其它的服務，包括健康照顧與教育等(李志恆,1997;江振亨,2000)。

5. 法國毒品戒治模式

法國是歐洲少數國家中仍將吸毒者視為犯人的國家，對吸毒者可判一年徒刑及 25000 法郎罰金，但由於吸毒與傳染病的相關性，例如在法國吸毒者中約有 40% 為 HIV 陽性（即檢驗為被「後天免疫缺乏症候群」病毒所感染），約有 25% 為肝炎陽性，基於減少傷害的考量，此一態度正逐漸改變中。1987 年實施針頭交換計畫，鼓勵靜脈注射藥物成癮者將用過的針頭交換乾淨的針頭，並於 1995 年正式將美沙酮維持計畫列為治療方法（李志恆，1997；江振亨，2000）。

6. 瑞典毒品戒治模式

瑞典的藥物濫用防制政策，主要經歷了四個階段(李志恆,1997;江振亨,2000):

- (1) 起始階段(1965 年以後): 1960 年代藥物濫用人數激增，並沒有一個整體或一致的反毒政策，主要的作為偏重於加強取締，許多成癮者害怕被抓，因而不敢向醫療體系尋求戒癮治療。
- (2) 麻醉藥品自由處方計畫(1965-1967): 將藥物濫用者視為病人，可由其自行選擇藥物種類及劑量，向參與計畫的醫師要求處方，基本精神在於減少藥物濫用對於社會以及濫用者個人的傷害，認為透過藥物合法化，濫用者可接受醫療照護，以改善其社會及醫療狀況，從而避免其因無錢購買藥品而從

事犯罪行為。然而計畫隨即叫停，因為許多參與計畫的病人將「自由處方」取得的麻醉藥品持續地提供給朋友或同儕，造成濫用現象，而其除了使用藥物的行為，因合法化而使得違法行為消失外，其他所有型態的犯罪不減反增。

- (3) 爭議階段—吸食合法化？(1968-1970 年代)：1968 年以後，各有關的藥物政策都被加強探討與研究，這包括違反藥物管制法令處罰之加重，門診及住院藥癮治療中心之建立，多項教育宣導計畫也分別被執行。而立法修正，可強制要求藥物濫用者接受精神治療。然而 1970 年代，醫療人員認為藥物政策應著重於減少需求面、加強治療及照顧濫用者和改進整體社會狀態。因此瑞典在 70 年代的反毒作為改變了 60 年代以來的緝毒措施，反過來以減少需求面為優先。但因 1970 年代中期，海洛因開始在瑞典被濫用，許多濫用者因使用過量而死亡，因而爭議再起。
- (4) 「無毒品社會」政策(1980 年代初期至今)：對於持有非法藥物者的起訴標準加重及 1982 年社會福利新法通過，比照舊法規定(青少年藥物濫用者如需醫療照顧，可強迫其接受治療)，成年的藥物濫用者亦可進行同樣的強制治療。由瑞典對濫用藥物者視為犯人、病人而至加強反制規定及強制治療的經驗，證實了對濫用藥物者視為完全犯人或完全病人之身份，似乎不能解決濫用藥物的問題，因此瑞典近來整合性的濫用藥物防制觀念，值得作為國內在制訂相關規定之參考(李志恆，1997；江振亨，2000)。

7. 中國大陸毒品戒治模式

中國大陸對藥物濫用者以犯人待之，由公安機關予以治安管理處罰，並予以強制戒除，進行治療教育。強制戒除之後又吸食、注射者，可以實行勞改，並在勞改教養中強制戒除(江振亨，2000)。

中國大陸戒毒機構大體分三類：

- (1) 公安機關主管的強制戒毒所：凡經公安機關查獲的吸毒人員一律送強制戒毒所，進行強制戒毒，時間一般為 3-6 個月。強制進行藥物治療、心理治療、法治教育、道德教育，使其戒除毒癮。
- (2) 勞教戒毒所：依據中國全國人大常委會規定，凡戒毒後又復

吸者，查獲後送往勞動教養所，進行勞動教養戒毒，勞動教養戒毒所由司法行政部門領導。

- (3) 非強制的或民辦的戒毒機構：此類機構如醫院、民政部門所轄社會福利機構、城鎮街道辦事處、農村鄉鎮及批准由民間醫生所辦的戒毒機構，專門吸收自願戒毒人員。惟公辦機構不能適應戒毒工作需要，而民辦戒毒機構在管理、收費等方面存在一些問題，因此增辦和改善戒毒機構是中國大陸面臨的重要課題(郭翔，1997；江振亨，2000)。

綜合國外對於毒品犯戒治處遇模式之介紹，可以歸納以下數點重要之特性(黃徵男、賴擁連，2000)：

(一) 確立毒品犯為「病犯」之身份

除香港接受英國思想，將吸毒者完全以病人的身份看待，給予最人道的照顧外，其他的國家均視吸毒者為兼具「病人」與「犯罪人」身份的「病犯」，因而採取「有條件除刑不除罪」的方式對其矯治，將戒治工作內容規範為「生理治療與心理復健雙管齊下之戒毒矯治策略」。因此，以往將吸毒者視為犯罪人而以傳統監禁、隔離方式對之的處遇政策已經被拋棄。

在 20 世紀末，美國本土對於毒品犯的戒治措施，受到古典學派的影響，轉而採取較為嚴苛的戒治策略，從毒品犯一進入刑事司法體系，政府即規範一系列的戒治計畫，至其出獄後仍繼續追蹤考核五年，以確定其已適應社會生活，有正當工作，並且評估完全戒除毒癮後，始決定其可否離開刑事司法體系。

不過，本研究案整理歸納國外之戒毒模式之後，發現於 20 世紀末 21 世紀初，在戒毒方面，美、加地區較先進之戒毒觀念，偏向將毒品視為兼具有病人及犯人之雙重身份，並引進毒品戒毒理論中之「學習模式」，強化毒品犯之自我控制能力，故，在美國之戒毒模式中，毒品緩起訴制度頗為流行。

(二) 加強心理依賴的戒治

由於吸毒者易於復發的特性，單純的監禁並無助於毒癮者之戒毒，甚至在心理依賴(心癮)的強大驅使下，使出所之吸毒者重找毒

友，回到毒窩的機率相當高，因此，必須對其施以「系統化的強制戒治」，其內容至少包括「生理戒毒」—著重毒癮發作之治療；「心理戒治」—著重對毒品心理依賴之解除；「心靈與精神充實」—著重於吸毒者之心理輔導工作；以及「社會強化」—著重吸毒者的職業訓練、生涯規劃、人際關係與價值觀導正等階段。

(三)妥適設計與安排課程

對於毒品犯戒毒之目的，除希望能完全戒除「身體依賴」外，亦希望能徹底戒除「心理依賴」，達到「全人戒毒」之目標。因此，揆諸處遇課程與內容，第一階段均是身癮戒斷期（如美國急性解毒期、日本斷癮前期、新加坡戒毒期），以「冷火雞」輔以鎮靜藥劑的方式，戒除身癮後，始進入第二階段。

第二階段所安排之課程，均是以戒除毒品犯之「心癮」為目的，因此，課程內容之設計，包含家庭治療、團體（宗教）輔導、心理諮商、體能活動（訓練）、經驗分享、技能（職業）訓練等，讓毒品犯真正過著「戒治之生活」。主要的用意，在於移轉毒品犯對吸毒、毒癮之依賴，充實其生活，將生活的重心移轉到新學習的事物與同學、家人之互動，並培養其意志力與信心，擺脫老毒友與毒品戕害之陰影，希望出所後能具有抗拒毒品、遠離毒品之能力，重新做人，達到「全人治療」的境界。

(四)妥協治療(替代療法)有實際成效

對於毒品犯的治療，最早是以防堵方式，認為將其送入監獄與外隔絕後，即可斷其對毒品之依賴。惟「身癮易戒，心癮難除」，出獄後的結果，毒品犯仍重回毒品的懷抱中。目前對吸毒犯的戒治模式係採取疏導的方式，亦即透過生理戒毒、心理戒治、追蹤輔導三階段體系治療之。

惟在香港，我們發現對於多次出入戒毒院所的老毒品犯以及各種治療方式均無效用的吸毒者，採取「妥協的處遇方式」——即以美沙酮代用療法，幫助毒癮者回復正常的工作以及維持和家人的正常生活等。因此，對一些老毒品犯以及各種治療方式均無效的吸毒者而言，妥協的治療方式未嘗不是一種可行的方法。

(五)建立社會支持網路

從上述簡介制度可以發現，吸毒犯離開戒毒處所後，最後仍是回歸社會。因此，即使戒毒處所的治療計畫非常健全，但要讓吸毒犯不再走向吸毒的老路，必須依賴健全綿密的社會支持網路才能發揮戒毒的效能。如出所居住之安置（勿再使其返回原來之住所，根絕與老毒友之聯絡）、職業的訓練與介紹、社區諮商輔導機構等，必須完整而相互配合、支持，才足以保護有心向上的戒毒者。

三、我國毒品戒治處遇模式

(一)我國結合公、私部門的毒品戒治模式

藥物濫用是人際互動與適應不良的產物；而成癮則是以生物性為基礎的學習結果。目前我國結合公、私部門的毒品戒治模式大約可分為下列三類(林健陽、柯雨瑞，2003)：

1. 醫療模式

即將毒品者視為病人的戒治模式，病人尋求治療是合情合理的事，而醫師則需提供各種方法來照顧病人，解決病人的問題。例如：台北市立療養院毒品戒治模式（象山學園）、草屯療養院毒品戒治模式、高雄市立凱旋醫院毒品戒治模式、台南地區海洛因患者毒品戒治模式等。

2. 福音戒毒模式

以宗教的力量來進行的戒治模式，目前國外煙毒戒治工作先進國家，皆以基督教為主，又稱福音戒治。在國內部份，則有：花蓮基督教主愛之家——「身心靈社」全人治療模式、晨曦會毒品戒治模式等。

(1)花蓮基督教主愛之家：

「身心靈社」全人治療模式：花蓮主愛之家之創辦人係為鮑得勝牧師夫婦，因為親身經歷，在藉由信仰的力量，成功的戒除毒癮之後，於美國舊金山展開了街頭傳教的生活，展開傳福音的活動。他們將自己的房子提供流浪者暫時居住並稱為Agape House，也就是主愛之家的前身。後來鮑牧師從沙烏地阿拉伯回到台灣後，也加入了輔導的行

列，正式成立了台灣第一家民間反毒機構「主愛之家---基督教戒毒中心」。(http://www.vsg.org.tw/，2002年7月)。

(2)晨曦會毒品戒治模式：

晨曦會為一國際性宗教團體，戒毒模式為福音戒毒。在以協助患染毒癮者戒毒為宗旨的機構中，基督教晨曦會（以下簡稱晨曦會）歷史最久，也是少數獲得政府機構（如法務部）與社會大眾認可，頗具成效的戒毒機構。

3. 社會心理模式

即針對受保護管束人之需求，研擬本土化之社區戒毒矯治模式。法務部自民國87年7月1日至民國88年6月委託私立台北醫學院公共衛生研究所呂淑好副教授，進行「受保護管束人之藥物濫用社區矯治及復健模式研究計畫—非機構式處遇之戒毒教育訓練」。其研究共分為以下四個部分：受保護管束毒癮者之戒毒復健教育需求評估、煙毒與非煙毒受保護管束人之比較、受保護管束毒癮者之身心問題與戒毒復健教育計畫課程設計、執行與評估等；結論重點為：

- (1)在觀護體系執行的戒毒復健課程之設計，應力求「本土化」以外，亦應注意「區域化」，並依受保護管束毒癮者之成癮程度，分級分班實施。
- (2)提供保護管束毒癮者參加戒毒復健課程之優惠辦法，以加強其參加課程之動機。並建議應深入探究毒品與犯罪之因果關係與犯罪行為之併發現象。

(二)明德戒毒村戒治模式(黃徵男，1994)

為使毒品犯成為新生人，重新適應社會生活，積極加強執行戒毒工作，乃當務之急。但要順利有效的推展這項工作，必須仰賴良好戒治場所之設置，以及擬定完善的戒治計畫，並落實執行，方能達成。

明德戒毒村的處遇計畫內容有：團體輔導、個別諮商、技能訓練、體能訓練、休閒輔導、勞動作業、補習教育、家庭治療、宗教活動、定期辦理座談會、撰寫戒治心得報告、安排過來人現身說法等

(三)法務部所屬觀察勒戒所暨戒治所之處遇模式

台灣對於毒品犯在監獄內之處遇，分二方面，先是觀察、勒戒，認有繼續施用毒品之傾向，則再裁定強制戒治處分。民國 87 年 5 月 22 日經總統公告施行並經過民國 92 年 7 月修正之「毒品危害防制條例」，就其立法精神而言，強調施用毒品者具有「病患性犯人」的特質，採用「生理治療與心理復健雙管齊下之戒毒矯治作為」，同時，對施用毒品者雖仍設有刑事制裁規定，但可視其戒治成效，對初犯及 5 年後再犯者，決定是否給予不起訴處分。相較於「動員戡亂時期肅清煙毒條例」透過嚴刑重罰達到「嚇阻效果」，「毒品危害防制條例」似有轉換刑事政策朝向「教化觀」的趨勢。

詹國裕在「毒品危害防制條例施行後保護管束執行相關問題之研究」一文中指出：「毒品危害防制條例係以治療為原則，科處刑罰為例外。本法一方面具有保安處分性質，另一方面又具有刑罰之效果，為保安處分與刑罰一元化之具體表現，兼採特別預防及一般預防之功效。不僅為本法之特色，亦為未來刑事政策立法之趨勢。」

1. 觀察勒戒處分

依現行「毒品危害防制條例」(民國 92 年 7 月最新修正)第二十條第一項之規定，檢察官應聲請法院裁定，或少年法庭對第一級及第二級之毒品施用者，應先送勒戒處所觀察、勒戒，其期間不得逾二月。

當受觀察、勒戒人被移送到指定勒戒處所時，該所人員依程序予以接收，即查驗法院裁定書、移送公函、有無毒品犯罪前科及其它犯罪紀錄資料(文件如未備齊，得拒收或補送)；再施行健康檢查以決定是否合於所內觀察、勒戒；受觀察、勒戒人入所後發給觀察勒戒流程表以週知之。接著採集尿液並送檢驗及填載各項資料後，開始進行「受觀察勒戒人戒斷症狀、行為及情緒問題之觀察與紀錄」階段，其係依據「有無繼續施用毒品傾向評估標準、評分說明手冊」實施，其內容包括：人格特質、臨床徵候和行為表現等。

2. 強制戒治處分

受觀察、勒戒並經法院裁定有繼續施用毒品傾向而令入強制戒治處所者，則移送戒治處所進行強制戒治。一般戒治處所是附設於監獄內，強制戒治之期間則為六個月以上一年以下。在進入戒治處所時，所方應依法定程序予以接收，並調查其入所裁定書、移送公函及其他應備文件(文件如未備齊，得拒收或補送)；再施以個人基本資料、

背景之調查及健康檢查。接著施以戒治處分。戒治處分之執行共分三階段，分別為調適期、心理輔導期、社會適應期。

上述三個階段是逐次進階，即三階段應分別經所務委員會審核通過，如三個階段都能順利完成並通過審核，則停止強制戒治。至於各階段項目之考評標準，應以受戒治人參與課程情形、成績表現、平日言行、獎懲紀錄、書信、接見紀錄、日記、自傳及教誨紀錄等為依據。

受戒治人接受戒治處遇屆滿六個月後(依照民國 92 年 6 月前未修正的毒品危害防制條例規定，最少應強制戒治三個月以上，92 年 6 月以後，則改為六個月以上)，其成效經評定為合格者，戒治所得隨時檢具事證，報由檢察官聲請法院裁定停止戒治後，辦理出所事宜。

四、毒品戒治成效相關研究

國外有關毒品戒治成效的相關研究相當多，尤其是長期縱貫性的實證研究資料相當豐富，相較而言，台灣地區在毒品戒治成效的研究就比較少，長期縱貫性的研究更少，以致無法對毒品戒治的動態性發展過程及其影響因素有全面的瞭解，並提供更有力的支持證據。以下茲將有關毒品戒治成效相關研究加以整理如表 2-2：

表 2-2 毒品戒治成效相關研究

作者/年別	研究對象與設計	研究成果
安辰赫 (2004)，治療社區中成年男性藥癮者戒癮復原歷程之改變因子研究	11 位晨曦會苗栗戒毒村中接受戒治輔導的十八歲以上成年男性藥癮者為受訪者，以半結構式的深度訪談蒐集資料，以紮根理論研究法為訪談資料的分析方法。	發掘出共 36 個治療社區中戒癮復原成之改變因子。這些改變因子涵蓋的範圍包括改變成員的價值觀、生活方式、心態、人際技巧、思考、行為等內容。經由環境的塑造，改變原本的生活環境，同時也更新自己與他人的關係，同時逐漸擺脫與毒品的關係。
王儷婷 (2005)，我國女性毒品再犯之實證研究	量化部分，以接受強制戒治處遇三個月以上之女性受戒治人為對象，針對臺灣北部地區等大型之女性戒治所為本研究的母群體作縱貫性追蹤調查。另外分別於民國 93 年 2 月至 5 月期間	對於女性戒治初步成效有影響的因子，包括戒治適應、抗癮自信、醫療衛生、過去有無戒毒經驗、體能訓練、戒毒態度及是否曾因毒品而入獄等，達到顯著水準。使用對數迴歸分析解釋再犯之模式，年齡、戒治原因、是否以前事先戒好毒、婚姻狀態等四個變項對於再犯與否的影響達顯著水準。質化研究部

作者/年別	研究對象與設計	研究成果
	<p>以立意抽樣及配額抽樣方式，選取再犯組 3 名、未再犯組 3 名為本研究訪談樣本。</p>	<p>分，初犯年齡、家庭附著、家庭疏離、學校附著、壓力、社會支持、社會學習等因子均會影響女性再犯。非正式社會控制理論、社會學習理論及社會支持理論及壓力因素、戒毒認知、人際網絡因素在解釋女性毒品犯再犯的原因及影響，具有相當之解釋力。</p>
<p>林健陽、陳玉書 (2006)，毒品犯罪者社會適應與再犯之研究</p>	<p>第一階段係調查毒品戒治所內，毒品受戒治人主觀認知戒治成效之評估；第二階段保護管束期間戒治成效之評估；第三階段為毒品戒治成效之評估。質化研究方面，深入訪談 24 位毒品犯個案。量化研究方面，對再犯進行追蹤調查，共計成功施測 211 位樣本。</p>	<p>質化研究方面，毒品再犯組之成長家庭，有以下之不利因素，諸如：父母有較高之犯罪紀錄、家庭成員有較高之酗酒史、毒品濫用史及犯罪史。個案在青少年時期之學校及交友適應方面，很明顯地，毒品再犯組有較多次之被逮捕經驗、在校時期有較多之犯罪紀錄及逃學紀錄。個案在離開學校之後，進入毒品戒治所之前，毒品再犯組亦有較多次之犯罪紀錄。而最為重要之極關鍵性因素，是對於壓力之因應模式。毒品再犯組受訪個案擁有正常及合法之壓力因應模式僅有 7.1%，遠低於未再犯組之 60.0%。量化結果顯示，家庭功能似乎逐步喪失中，當毒品犯與家庭互動、接觸與連繫的程度越強時，則與家庭愈加疏離、壓力事件愈多、偏差休閒愈多、更加衝動性、更加自我中心、低度挫折容忍力更嚴重、更會採取逃避行動因應、愈會採取負向因應、精神/心理及生理狀況愈差。其他研究結果亦顯示家庭支持、家庭疏離、家庭附著、壓力因應、偏差休閒、衝動性、自我中心、低度挫折容忍力、不良交友、宗教信仰等變項都會影響毒品再犯。</p>
<p>柳正信 (2006)，我國少年毒品再犯社會心理因素之研究</p>	<p>研究樣本之選取採用立意抽樣的方式進行，以桃園少年輔育院、彰化少年輔育院、誠正中學、明陽中學、及彰化地方法院觀護人室中，因二次以上吸毒違法而被收容、觀護之少年為</p>	<p>影響少年再次吸毒的相關因素則包括有感情困擾、缺乏因應壓力和處理挫折的能力、家庭督導、負向學校氣氛、在校偏差行為、師長反毒態度、出入聲色場所、同儕影響。影響成癮情形的相關因素則包括有；家庭結構、父母教育程度、家庭督導、負向學校氣氛、壞學生標籤、在校偏差行為、師長反毒態度、</p>

作者/年別	研究對象與設計	研究成果
	研究樣本，進行量化調查與分析。	同儕影響、出入聲色場所、是否進入戒治所、法律制裁、戒治過程同儕影響。
Brown, Myers 及 Stewart 等人之毒品縱貫性調查研究 (1998)	對青少年之毒品戒治處遇成效進行縱貫性之追蹤評估，調查研究為期四年，所研究之毒品種類為大麻、安非他命及酒類，樣本人數是 167 位，在取樣方式，則採「非隨機」之方式取樣。	於毒品戒治後第二年之追蹤中，對於促使毒品及酒類使用情形能加以改善之因素，其計有：(1) 較良好之心理狀況；(2) 家庭社會因素；(3) 就業。樣本在毒品戒治完成後之第一年後續追蹤中，假若其「精神—心理」狀況不佳 (poor neuro-psychological status)，且其生活處理能力較笨拙者，則在第二年之追蹤中，使用毒品及酒類之情形，將會變為更加嚴重。在第四年之後續追蹤中，假若樣本被診斷出具有反社會人格，則在此第四年之中，其毒品使用之情形，會變為嚴重。
Vaillant (1988) 之追蹤海洛英及酒類之成癮者研究	長期追蹤 100 位海洛英及酒類之成癮者，兩者均曾接受住院戒治。在 1952 年時，這些男性因施用海洛因，而接受毒品戒治處遇，全部之 100 位樣本均來自於紐約市，平均年齡為 25 歲，全部均小於 50 歲。	這 100 位海洛因成癮者出院後之第 12 年，「工作」這一個變項最具關連性。就長期戒治成效而言，住院戒治處遇模式僅有非常微弱之作用力。Vaillant 指出，有四種因素可避免樣本復發而再次施用海洛因，其分別為：(1) 社區強制性之保護監督 (community compulsory supervision)；(2) 使用「美沙酮」作為替代性治療；(3) 與非血親關係之新朋友建立「新關係」；(4) 加入具有鼓勵性之團體，此指加入「毒品戒治自助團體」。
Dobkin 等對社會支持與藥物濫用之研究 (Patricia L. Dobkin; Mirella De Civita; Antonios Paraherakis; Kathryn Gill, 2001)	Dobkin 等人(2001)曾對藥物濫用 (包括酒類及毒品) 進行六個月之後續追蹤調查研究，主要目的在研究社會支持之作用力，其追蹤之時程為六個月，此種藥物濫用戒治處遇模式，係採取「門診」型態。在樣本數方面，於第一波之調查階段，此階段係指	預測變項包括：(1) 具功能性之社會支持；(2) 生活事件；(3) 心理困擾及憂鬱症狀。上述之因素，在樣本接受戒治處遇階段，以及後續之 6 個月階段，兩者均加以測量。使用多元迴歸以預測「斷除毒癮天數」(days of abstinence) 以及「施用毒品嚴重性」(drug severity)。在後續六個月之追蹤期中，沒有證據顯示「高度社會支持」能充作壓力生活事件所演生之負面效果的緩衝器。是以，Dobkin 等人認為，「功能

作者/年別	研究對象與設計	研究成果
	<p>樣本進入此戒治計畫後之一週內，由訪談人員加以施測，計取樣 206 人；在第二波之後續六個月追蹤調查階段，計取樣 172 人。</p>	<p>性社會支持」對毒品及酒類戒治成效而論，僅僅能解釋稍許之變異量。</p>

參、研究設計與實施

一、研究方法與流程

本計畫的研究方法部分，兼採用質化及量化研究方法。亦即，採用質化研究之深度訪談、焦點團體座談、文獻探討法及量化研究之問卷調查等方法，分析國內外先進國家有關於社區戒毒機構之模式，作為我國之參考；並透過量化研究方法，針對現在或曾經接受戒治處遇人之個人基本資料、成癮深度、服刑次數、勒戒經驗、用藥類型等加以分析，並邀集專家學者及實務工作者進行焦點座談，釐清研究之內容及提出具可行性之本土化戒毒策略，以供政府政策釐定、執行之參考。

(一)研究方法

1. 文獻探討法:就本研究相關之國內外學術著作、期刊論文、圖書、研究報告、法令、報紙、雜誌及相關文獻，加以蒐集整理、分析，以瞭解實務界與學術界對於我國毒品戒治成效的看法和建議，以及各國毒品戒治模式實施現況，以及所面臨的問題，以作為規劃符合我國國情適用毒品戒治計劃之參考。

2. 焦點團體法:為期瞭解現行制度之優、缺點，以及我國毒品戒治政策實施之問題和未來解決可行之方案，針對戒治實務人員和學者專家分別進行焦點團體座談。

3. 深度訪談法:以深度訪談法對接受觀察勒戒人、接受強制戒治人與毒品再犯執行徒刑處分者等三個族群進行訪談，以深入瞭解毒品政策對毒品犯罪者之戒治成效及其對此一政策之看法與建議。

4. 調查研究法:以縱貫性調查資料分析歷經 87 年 5 月 20 毒品危害防制條例施行前之司法矯治、以及民國 87 年 5 月 20 毒品危害防制條例施行後之觀察勒戒、強制戒治等處遇，其矯治及戒治處遇成效，其分析架構圖如下圖。

毒品處遇戒治前 (89 年) 毒品戒治所內戒治成效 再犯追蹤 (民國 95.12)

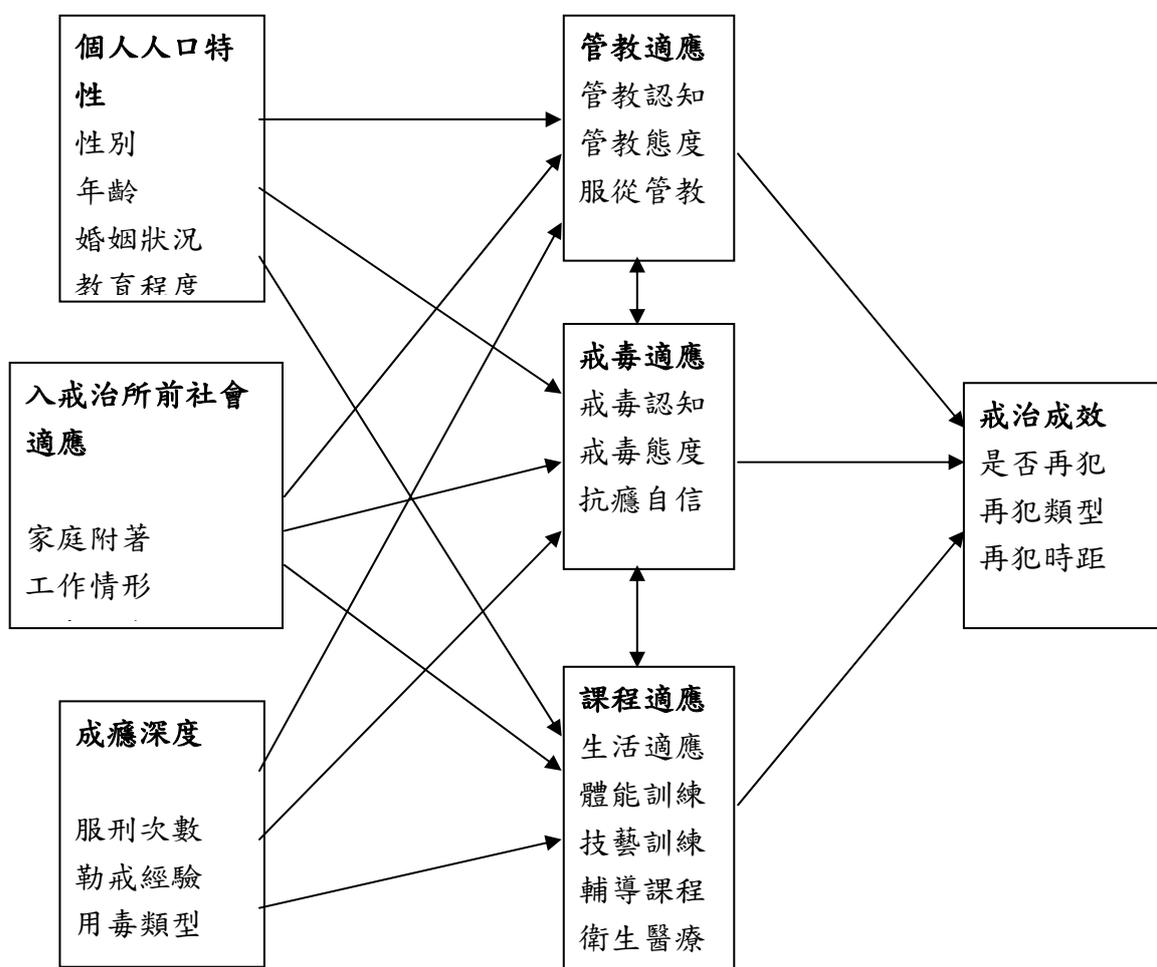


圖 3-1 毒品犯罪者社會適應與再犯理論模式圖

(二)實施步驟

1. 蒐集、整理、探討、歸納與分析毒品受戒治人於機構內接受毒品戒治處遇之戒毒適應、管教適應與課程適應等因素與復歸社會後初步戒治成效、與毒品再犯之相關文獻。透過文獻探討，分析與瞭解先進國家關於戒毒模式及實施情形和效果，作為研究之參考。
2. 全面清查樣本再犯情形。
3. 進行個案訪談以有效掌握毒品受戒治人再犯的發生原因和歷程，以釐清彼此間的因果關係。
4. 瞭解毒品再犯行為的發生情形及其重要之相關因素，研究對其未來再次犯罪之影響。
5. 透過焦點團體方式，將初步蒐集、整理、研究結果與有此方面專長之學者、衛生醫療人員、戒治實務工作者等探討毒品受戒治人在接受毒品戒治處遇成效之影響。

(三)研究流程圖

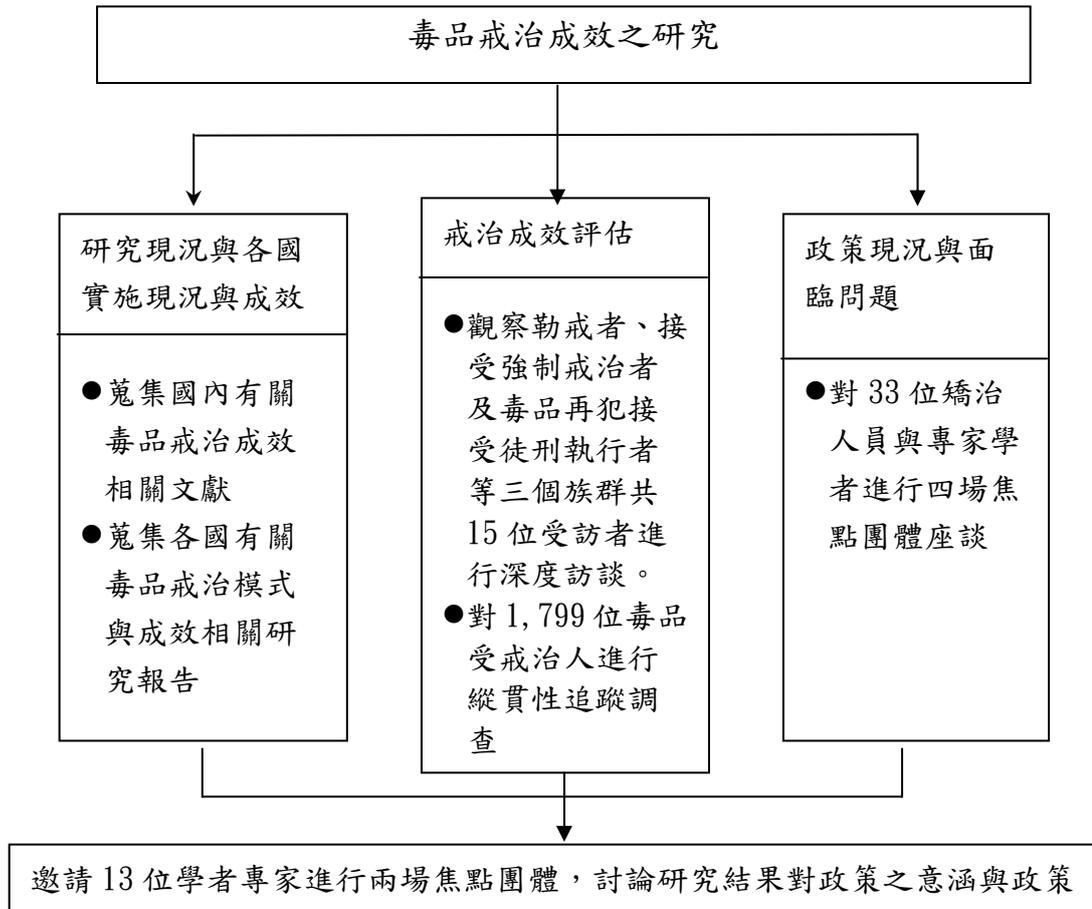


圖 3-2 毒品戒治成效研究流程圖

二、研究對象

(一)質化研究對象與資料蒐集方法

1. 戒治實務人員焦點團體座談:主要包括北、中、南、東部四場,共邀請 33 人參與座談,本研究針對毒品戒治相關議題,在經過研究成員多次討論後,凝聚共識,規劃座談討論議題,以期能從訪談結果中提出具體的毒品戒治政策建議。
2. 學者專家焦點團體座談:學者專家參與焦點團體座談人員共 13 位,包括戒治機構主管人員、犯罪學、公共政策、醫療、社福、宗教團體等領域,在毒品戒治議題上有較深入研究及探討者。
3. 深度訪談:本研究針對接受觀察勒戒者、接受強制戒治者及毒品再犯接受徒刑執行者等三個族群進行訪談,每一族群將訪談 5 人,共計訪談 15 人。訪談時將盡可能控制受訪者之異質性(如性別、使用毒品類型、初累犯等),以比較研究此一政策對接受觀察勒戒者、接受強制戒治者及毒品再犯接受徒刑執行者等三個族群之戒治成效及其對此一政策之成效看法與建議。上述研究對象中,有關深入訪談受戒治人對象方面,選取人數 15 人。

(二)量化研究對象與資料蒐集方法

涉及有關量化研究對象與資料蒐集方法調查研究法部分,以縱貫性調查資料分析毒品受戒治者處遇、社會適應與再犯狀況,主要以林健陽教授(2000、2001 年及 2004 年、2005 年)國科會研究計畫樣本為對象,進行追蹤調查,該研究之樣本毒品犯總計有 1799 人,依變項將統計至 2006 年 12 月 31 日截止,法務部獄政與刑案系統之再犯資料為主,並對受訪者進行再犯影響因子之分析,以及毒品戒治之成效評估。該項追蹤調查研究以累積研究樣本在戒治所戒治經驗、保護管束生活經驗。因此,本次調查係以受訪樣本離開戒治所後之官方處遇經驗與再犯資料為主。

樣本的基本特性分析如下:

2000 年與 2001 年調查總計 1,799 名毒品受戒治人,調查樣本基本特性如下表所示,其中男性樣本 1,317 人,占 73.2%,女性樣本 482 人,占 26.8%;年齡(為調查時年齡)分佈上,21-30 歲所占比例最高,達 42.2%,其次為 31-40 歲占 31.9%;婚姻狀況則以未婚

單身 761 人達 43.0%最高；教育程度國中畢業業占 46.7%，高中職畢（肄）業占 34.4%；68.5%的人有工作，31.5%的人無工作；戒治原因以因第二級毒品接受戒治者 1,123 人，占 66.5%，為第一級毒品 550 人，32.6%的兩倍以上；至於服刑次數，則有四分之三以上的人（75.5%）有過一次以上的服刑經驗。

表 3-1 研究樣本基本特性分佈

	變項	N	(%)
性別	男	1,317	73.2
	女	482	26.8
	總計	1,799	100.0
年齡	18 歲未滿	51	2.9
	18-20 歲	72	4.0
	21-30 歲	751	42.2
	31-40 歲	568	31.9
	41-50 歲	278	15.6
	51 歲以上	61	3.4
	總計	1,781	100.0
戒治原因	第一級毒品	550	32.6
	第二級毒品	1,123	66.5
	其他	16	0.9
	總計	1,689	100.0
服刑次數	0 次	432	24.5
	1 次	579	32.9
	2 次	408	23.2
	3 次	205	11.6
	4 次以上	136	7.7
	總計	1,760	100

資料來源：本研究統計整理

三、研究工具

本研究調查所使用之研究工具，分為兩大部分，第一個部分是質化分析研究工具部分，第二部分是量化分析研究工具部分。

（一）質化分析研究工具

質化分析部分的研究工具，計有焦點團體座談討論大綱表及深入訪談表。首先，焦點團體座談討論大綱表之重點(矯治人員焦點團體座談討論內容)，如下所述：

1. 我國現行實施毒品矯治處遇以來，就其法規與制度之優缺點、面臨問題、配套措施、社區化處遇之可行性、改善建議方面等情形如何？
2. 就我國毒品處遇實務之實施狀況、政策實施成效、優缺點、面臨問題、配套措施、社區化處遇之可行性、改善建議方面等情形為何？
3. 就毒品受戒治人離開戒治機構後之更生保護與社會適應，其實施現況、成效、優缺點、面臨問題、配套措施、改善建議等情形為何？
4. 有關政府部門的戒毒機構與社會相關戒治機構或團體之連結而論，其在合作狀況、成效、優缺點、面臨問題、配套措施、社區化處遇之可行性、改善建議等情形為何？
5. 就受戒治人或個案而言，其接受戒毒之態度、合作意願與配合程度如何？有何改善建議？
6. 就整體性毒品政策而論，有關我國毒品防制政策的特色、重點、改進建議，是否需有保護管束之機制以及如何發展有效的本土化戒治模式等，您個人的意見為何？
7. 如有其他國內外毒品犯罪戒治成效之相關寶貴意見、資料、數據或網站之網址，請惠予提供給予本研究小組。

另外，有關觀察勒戒人、戒治人及戒治後再犯者深度訪談內容表之重點，如下所述：

1. 基本資料（如：性別、年齡、教育程度、婚姻狀況等）
2. 毒品戒治經驗歷程表
3. 因毒品接受觀察勒戒、戒治處遇或監禁的經驗和看法：接受處遇的內容、感覺、再犯原因、需要的協助、處遇改進意見、是否曾於肅清煙毒條例時代毒品戒治處遇經驗和看法、對停止處遇交付保護管束的看法、對替代療法看法、對毒品政策建議、是否需要接受更生保護等。
4. 訪談總結觀察：受訪者合作程度與資料可靠程度

(二) 量化分析研究工具

量化研究工具，係以林健陽、陳玉書氏等人 2000 年至 2002 年間進行行政院國家科學委員會專題研究「毒品危害防治條例施行後毒品犯罪者矯治成效之研究（第一年）及（第二年）」之部分調查結果

作為本研究分析變項。此研究設計自編之「受戒治人生活狀況調查表」，針對台北戒治所和桃園女子戒治所收容之戒治人為調查對象。調查問卷內容包括：個人人口特性、入戒治所前社會適應、成癮深度為自變項，戒治所內之管教適應、戒毒適應和課程適應為中界變項。另以相同研究樣本離開戒治所後至 95 年 12 月 31 日之官方紀錄犯罪資料，作為研究架構之依變項。

各相關分量表係以實際經驗和感受計分，其信度分析之 Cronbach α 值約在 .717 至 .944 之間，因素分析之特徵值 (Eigenvalue) 約在 1.921 至 5.489 之間，顯示各分量表之測量有相當的內部一致性，並能有效測量各概念之特性，此外，本研究在進行分析時亦控制與毒品戒治處遇關係較為密切之個人成癮深度和人口特性，如服刑經驗、戒毒經驗、本次戒治使用毒品類型、性別、年齡、婚姻狀況、職業等級和教育程度等，各分量表 (概念) 之測量、信度和效度分析結果如下表所示。

表 3-2 影響再犯主要概念(因素)之測量與其信度和效度分析

測量概念	測量項目	因數負荷量 特徵值	Cronbach α
再犯	研究樣本離開戒治所後至 95 年 12 月 31 日之官方紀錄犯罪資料，包括：是否再犯、再犯類型、再犯時距等。	--	--
不良交友	交往好友過去一年發生之生活事件與偏差行為，包括犯罪前科、因毒品坐牢、意外事故和過世等八項，將此八項分數加總之後，形成此一不良交友因素，分數越高表示有越多偏差朋友。	.541~.756 特徵值=3.461	α =.808
家庭附著	過去一年與家人相處情形，包括共同用餐、旅遊、相互了解、相處融洽、討論未來計畫等九項，將此九項分數加總之後，形成此一家庭附著因素，分數越高表示家庭附著越強。	.662~.755 特徵值=4.718	α =.885
管教認知	戒治所管教對戒毒功能之認知情形，包括：隔離、管理、生活規律、管教友善和管教明確等五項，將此五項分數加總之後，形成此一管教認知因素，分數越高表	.777~.869 特徵值=3.435	α =.884

	示對管教之認知越正向。		
管教態度	對管教之配合態度，包括生活作息、管理規定、完成工作和滿意管理方式等四項，將此四項分數加總之後，形成此一管教態度因素，分數越高表示對管教越採取配合態度。	.684~.930 特徵值=2.985	$\alpha=.866$
服從管教	服從管教而未被處罰情形，包括未被禁止接見、藏違禁品、與同學/管教人員發生衝突和在舍房違規等五項，將此五項分數加總之後，形成此一服從管教因素，分數越高表示越少被處分越服從。	.763~.926 特徵值=3.786	$\alpha=.914$
戒毒認知	在毒品戒治所戒毒功能之正向認知，如戒除毒癮、檢討戒毒失敗原因、隔離毒友和思考戒毒方法等四項，將此四項分數加總之後，形成此一戒毒認知因素，分數越高表示對戒毒之認知越正向。	.853~.897 特徵值=3.045	$\alpha=.895$
戒毒態度	對毒品戒治所戒毒之態度，如不認為戒毒是個人私事、戒毒無效、不良學習等六項，將此六項分數加總之後，形成此一戒毒態度因素，分數越高表示對戒毒之態度越正向。	.447~.852 特徵值=3.068	$\alpha=.804$
抗癮自信	對毒品戒治所戒毒有助抗毒癮之看法，包括恢復健康、控制情緒、遠離毒品和明白未來方向等四項，將此四項分數加總之後，形成此一抗癮自信因素，分數越高表示對越有抗癮自信。	.875~.915 特徵值=3.266	$\alpha=.925$
生活適應	在毒品戒治所之生活適應情形，包括安定、房舍空間、作息等三項，將此三項分數加總之後，形成此一生活適應因素，分數越高表示在所生活適應越好。	.758~.839 特徵值=1.921	$\alpha=.717$
體能訓練	在毒品戒治所參與體能訓練情形，包括體能活動、球類活動和清潔活動等四項功能，將此四項分數加總之後，形成此一體能訓練因素，分數越高表示越能發揮體能活動功能。	.773~.941 特徵值=3.149	$\alpha=.909$
技藝訓練	在毒品戒治所參與技能訓練之功能，包括等一技之長、引起學習興趣和謀生等三項功能，將此三項分數加總之後，形成此一技藝訓練因素，分數越高表示越能發揮技	.932~.968 特徵值=2.696	$\alpha=.944$

	藝訓練功能。		
輔導教化	對毒品戒治所輔導教化功能看法,包括情緒疏導、小(大)團體輔導功能、宗教教誨等七項,將此七項分數加總之後,形成此一輔導教化因素,分數越高表示越肯定戒治所有輔導教化功能。	.800~.873 特徵值=5.053	$\alpha=.935$
醫療衛生	對毒品戒治所醫療衛生功能看法,包括提高戒毒信心、滿意度和抗毒能力等三項,將此三項分數加總之後,形成此一醫療衛生因素,分數越高表示越肯定戒治所醫療衛生之功能。	.893~.923 特徵值=2.459	$\alpha=.889$
成癮深度	<ul style="list-style-type: none"> ● 服刑次數-----入毒品戒治所前之服刑次數; ● 勒戒經驗----入毒品戒治所前是否有戒毒經驗; ● 使用藥物類型-----本次入毒品戒治所使用毒品類型,分一級毒品、二級毒品、三級毒品和其他四類。 ● 入毒品戒治所前是否因用毒而入監; ● 另涉他案(於接受毒品戒治之時,是否另涉其他刑事案件); 	---	---
人口特性	包括性別、受訪時實際年齡、入毒品戒治所前婚姻狀況、入毒品戒治所前職業等級和教育程度等。	---	

肆、研究結果

本研究之結果,透由結合質化與量化兩種模式之研究途徑,重要之研究結果,如下所述:

一、毒品犯罪趨勢

- (一) 在我國與外國主要國家毒品刑案犯罪發生率(件數/十萬人口)比較方面,以2004年為例,我國為164.91件,顯示我國毒品刑案犯罪發生率雖較挪威、瑞士、紐西蘭、德國等先進國家為低,但與新加坡、日本、馬來西亞、印度、南韓等毒品刑案發生比例相當低之國家相互比較,我國毒品刑案犯罪率仍有改善之空間,在2004年,新加坡每10萬人口中,毒品刑案件數發生之比例係為0.05件,該國毒品刑案件數發生比例,屬於控制相當良好之國家。我國毒品刑案發生率係高出新加坡約3298.2

倍，近約 3300 倍。

- (二) 在我國與主要國家毒品犯罪人口率(單位：人/十萬人口)比較方面，印度、南韓、日本之比例相當低，南韓毒品犯罪人口率之比例，比日本更低，這些國家毒品犯罪人口率均較我國為低。以 2003 年為例，我國每 10 萬人口中，毒品犯罪人口率係為 128.18 人，印度為 2.92 人，日本為 13.40 人，西班牙 30.27 人，我國毒品犯罪人口率高出印度 43.9 倍，較日本高出 9.6 倍，近約 10 倍，較西班牙高出 4.2 倍，上述數據顯示，我國毒品犯罪人口率仍有精進及改善之幅度。

二、國際毒品政策

- (一) 毒品施用者處罰規範：有關聯合國對於吸毒行為處罰之法律規範方面，根據聯合國 1971 年影響精神藥物公約第 22 條之規定，對於精神藥物之濫用者，締約國可以治療、教育、善後護理、復健並重新與社會融為一體，此可作為定罪或科處刑罰之替代措施。根據聯合國上開公約之規定，對於吸毒行為之處罰，刑罰僅是其中一項可行之作法(或選項)，除了刑罰之外，尚可使用其他替代性之措施，以抗制吸毒之行為。依據國際麻醉藥物管制局(麻管局) 2006 年之年度報告書，整個歐洲的毒品政策趨勢，對於個人使用毒品之行為，係減少刑事制裁並贊成行政處罰，同時加大對販毒罪行的拘留處罰。
- (二) 毒品相關犯罪處罰規範：根據 1988 年禁止非法販運麻醉藥品和精神藥物公約第 3 條第 4 款第 (d) 項之規定，故意占有、購買或種植麻醉藥品或精神藥物以供個人消費的行為，各個締約國可以對罪犯採取治療、教育、善後護理、康復或回歸社會的措施，以作為定罪或懲罰的替代辦法，或作為定罪或懲罰的補充。是以，聯合國對於輕微之毒品犯罪，諸如意圖供個人吸食之用，而故意占有、購買或種植麻醉藥品或精神藥物之行為，同意各國政府除了運用刑罰之外，尚可使用其他替代性之措施，以作為定罪或懲罰的替代辦法。刑罰並非唯一之制裁手段，各國尚可擁有裁量權，對於輕微之上述毒品犯罪，採取替代性之作為。
- (三) 全球反毒策略：約略可分為「減少供應」、「減少需求」及「減

少傷害」。有關聯合國反毒專門組織對於「減少傷害」毒品政策之看法與意見，國際麻醉藥物管制局(麻管局)在 2004 年發表的年度報告中，“呼籲各國政府慎重分析毒品「減少傷害」這類措施的總體效果。

(四) **毒品減害**：國際麻醉藥物管制局(麻管局)對於「減少傷害」之看法，在替代和維持療法及針頭/注射器交換或分配方案部分，認為尚符合國際反毒公約之要求，但毒品注射室則是違反國際反毒公約之規範。根據國際麻醉藥物管制局(麻管局)於 2007 年 3 月所發布之 2006 年年度報告書，其指出一些歐洲國家仍允許吸毒室，包括毒品注射室開業，此種措施，業已違反國際藥物管制之條約。

(五) **我國毒品處遇歷史趨勢**：我國毒品戒治之處遇方式，在清朝時期，此一時期之鴉片戒治工作較未受到重視。在日據時代，對於鴉片中毒者加以醫療戒治，以機構式戒治模式為主。在(戡亂時期)肅清煙毒條例時期，以機構式戒治模式為主。在毒品危害防制條例時期，以機構式戒治模式為主，同時推展毒品減害計畫及「緩起訴毒品病患減害替代療法」。

三、毒品再犯特性與相關影響因素

(一) 毒品再犯特性分析

1. 量化追蹤調查樣本計有 1,799 位毒品犯，經 5 年追蹤結果顯示，未再犯毒品犯樣本占百分比 33.0%，再犯百分比占 64.1%，死亡百分比占 2.9%，合計 100.0%，再犯百分比約為六成四。

表 4-1 受戒治人再犯分析

	人數	百分比	累計百分比
未再犯	593	33.0%	33.0%
再犯	1,153	64.1%	97.1%
死亡	53	2.9%	100.0%
合計	1,799	100.0%	

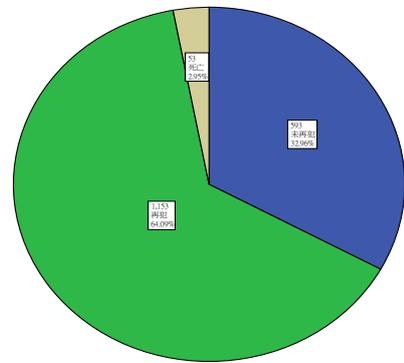


圖 4-1 受戒治人出戒治所後狀況

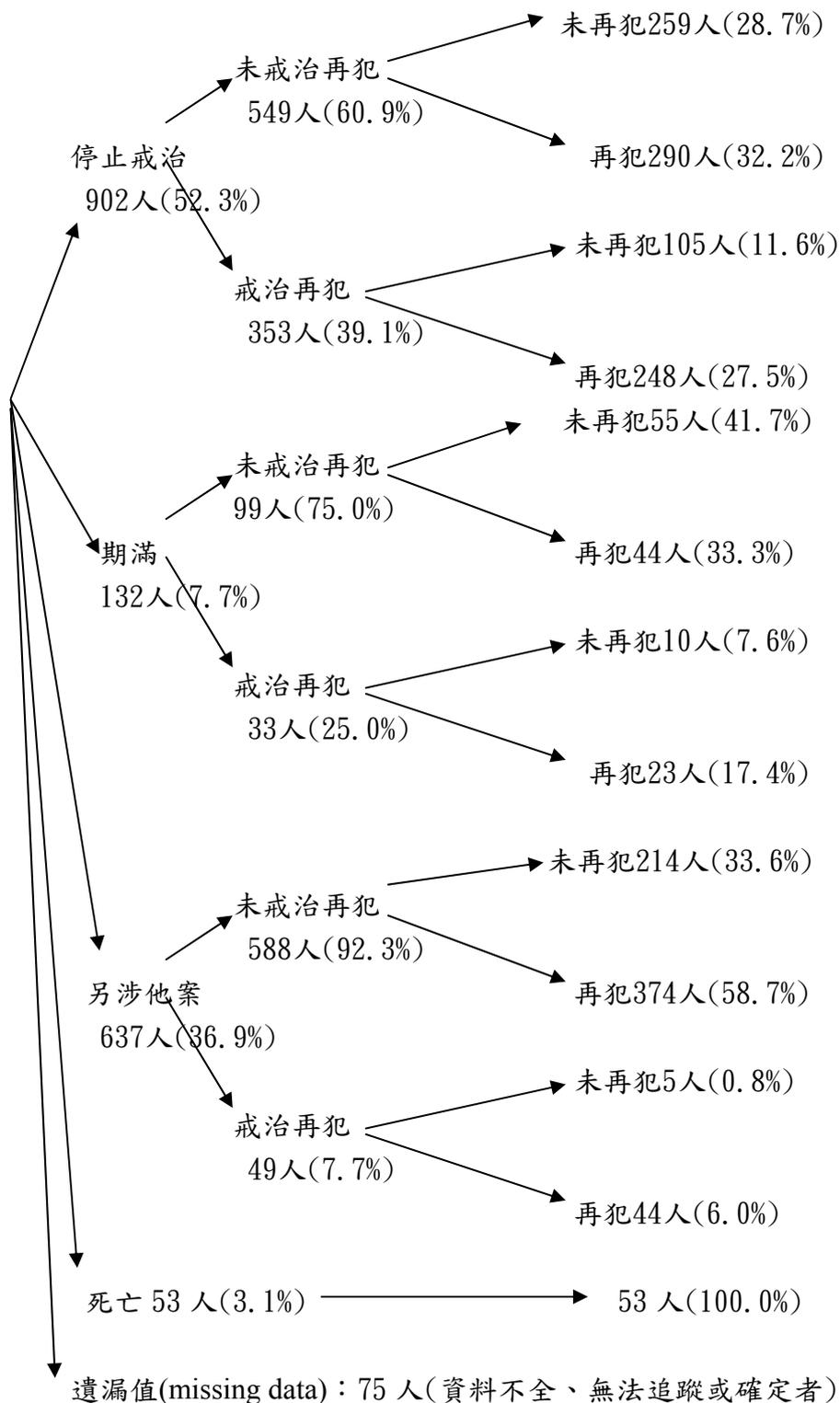


圖 4-2 出戒治所後狀況與再犯樹狀圖

2. 毒品受戒治人離開毒品戒治所之後，第1次再犯之罪名，如以偵查結案各類罪名為指標，主要是違反毒品危害防制條例，百分比為41.0%，再者為竊盜4.6%。其中再犯次數最高者高達13次。約15.2%之樣本，再犯(偵查罪名)1次，13.8%樣本，再犯(偵查罪名)2次，10.5%樣本，再犯(偵查罪名)3次，8.7%樣本，再犯(偵查罪名)4次，5.4%樣本，再犯(偵查罪名)5次，2.3%樣本，再犯(偵查罪名)6次。第1次再犯存活月數部分，6個月以內，再犯百分比為36.4%，6個月至1年百分比為16.2%，累計百分比計為52.6%，近約5成。顯示離開戒治所後一年為再犯高峰期。

表 4-2 第 1 次再犯類型(罪名)

	再犯人數	百分比	有效百分比	累計百分比
毒品危害防制條例	715	41.0	71.9	71.9
竊盜	80	4.6	8.0	80.0
贓物	24	1.4	2.4	82.4
偽造文書、偽造印文	38	2.2	3.8	86.2
詐欺、常業詐欺	10	.6	1.0	87.2
侵占	10	.6	1.0	88.2
賭博	15	.9	1.5	89.7
傷害	10	.6	1.0	90.7
公共危險	17	1.0	1.7	92.5
槍砲彈刀條例	14	.8	1.4	93.9
其他	61	3.5	6.1	100.0
合計	994	56.9	100.0	
遺漏值	752	43.1		
總計	1746	100.0		

註：本表不包括死亡者 53 人。

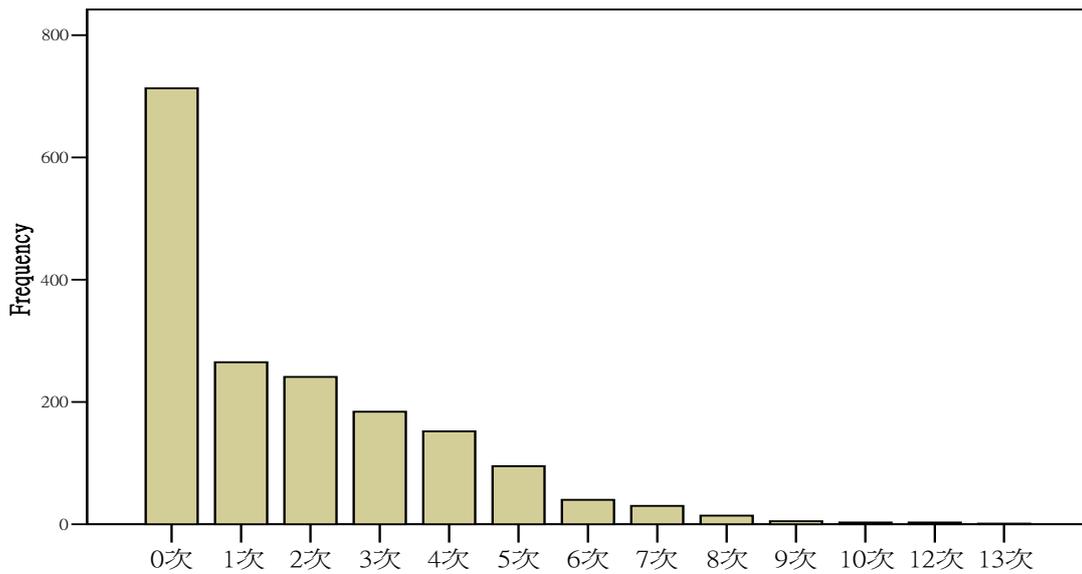


圖 4-3 再犯次數分析圖

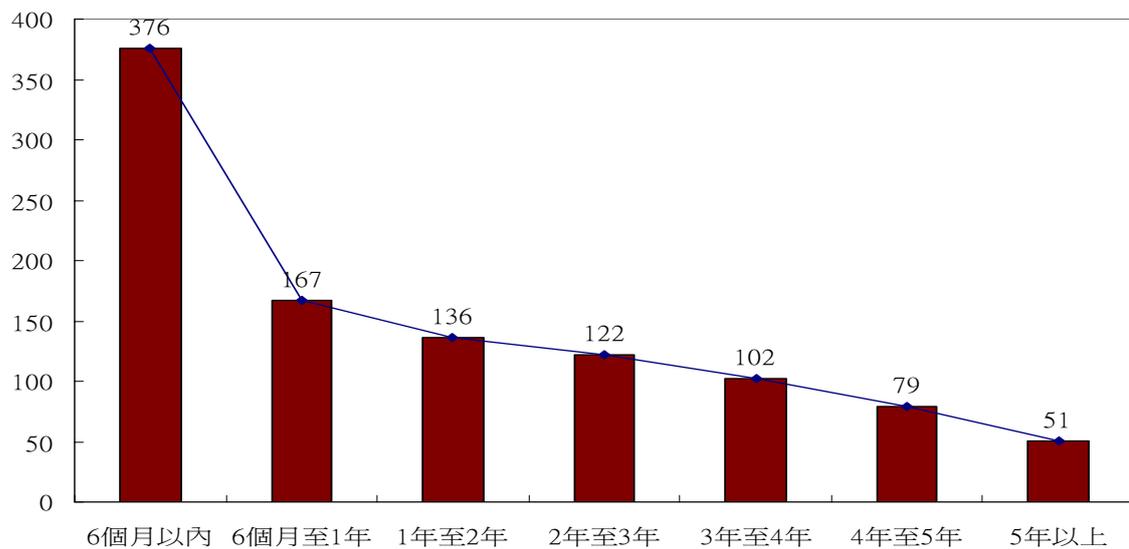


圖 4-4 第 1 次再犯存活月數分析圖

3. 男性毒品犯之再犯百分較女性高，約為 70.3%。31-40 歲之再犯百分比最高，計為 69.5%。超過 51 歲最低，計為 48.0%。18-20 歲之再犯百分比，計為 54.4%，可能與兵役有關。

表 4-3 性別與再犯關連性分析

		實際再犯情形		合計	
		未再犯	實際再犯		
性別	男	人數	375	886	1261
		%	29.7%	70.3%	100.0%
	女	人數	213	255	468
		%	45.5%	54.5%	100.0%
合計		人數	588	1141	1729
		%	34.0%	66.0%	100.0%

註：本表不包括死亡者 53 人⁹。 $\chi^2=37.845$; $df=1$; $p=.000$

表 4-4 年齡與再犯關連性分析

		實際再犯情形		合計	
		未再犯	實際再犯		
年齡	18 歲未滿	人數	18	32	50
		%	36.0%	64.0%	100.0%
	18-20 歲	人數	31	37	68
		%	45.6%	54.4%	100.0%
	21-30 歲	人數	255	487	742
		%	34.4%	65.6%	100.0%
	31-40 歲	人數	169	386	555
		%	30.5%	69.5%	100.0%
	41-50 歲	人數	92	173	265
		%	34.7%	65.3%	100.0%
	超過 51 歲	人數	26	24	50
		%	52.0%	48.0%	100.0%
合計		人數	591	1139	1730
		%	34.2%	65.8%	100.0%

$\chi^2=14.545$; $df=5$; $p=.012$

4. 在早期犯罪經驗與再犯方面，是否曾因毒品犯罪入獄、用毒種類、是否牽涉其他案件、服刑次數等，與再犯具有統計上顯著關聯性。先前曾因毒品犯罪入獄、使用一級毒品、曾牽涉其他案件和多次服刑者有較高的再犯率。

⁹ 本章報告中之圖表，係不包括已死亡者之樣本。如圖表中有包括死亡者，則將於圖表中特別陳述之。

表 4-5 是否曾因毒品犯罪入獄與再犯之關聯性

		實際再犯情形			合計
			未再犯	實際再犯	
是否 曾因 使用 毒品 入獄	否	人數	111	169	280
		%	39.6%	60.4%	100.0%
	是	人數	435	901	1336
		%	32.6%	67.4%	100.0%
合計		人數	546	1070	1616
		%	33.8%	66.2%	100.0%

$\chi^2=5.191$; $df=1$; $p=.023$

表 4-6 是否牽涉其他案件與再犯之關聯性

		實際再犯情形			合計
			未再犯	實際再犯	
是否牽涉 其他案件	否	人數	323	535	858
		%	37.6%	62.4%	100.0%
	是	人數	219	523	742
		%	29.5%	70.5%	100.0%
合計		人數	542	1058	1600
		%	33.9%	66.1%	100.0%

$\chi^2=11.744$; $df=1$; $p=.001$

表 4-7 是否再犯者服刑次數之差異分析

	實際再犯	人數	平均數	t 值	P
服刑次數	未再犯	581	2.29	-3.825	0.000
	再犯	1125	2.53		

表 4-8 是否曾因毒品犯罪入獄者再犯次數之差異分析

先前是否曾因毒品犯罪入獄	人數	平均數	t 值	P
未曾因毒品犯罪入獄	280 人	1.4429	-3.149	.002
曾因毒品犯罪入獄	1336 人	1.8743		

表 4-9 是否另涉他案者再犯次數之差異分析

另涉他案	人數	平均數	t 值	P
再犯次數 否	858	1.5373	-5.039	.000
是	742	2.0633		

5. 在早期社會適應與再犯方面，再犯組與未再犯組在不良交友有顯著差異。在不良交友部分，再犯組不良交友人數之平均數較高，毒品犯於進入戒治所之前，其不良交友愈多，則再犯次數亦會愈多。

表 4-10 是否再犯兩組其早期社會適應之差異分析

實際再犯	人數	平均數	t 值	P
不良交友 未再犯	593	8.1413	-3.408	.001
再犯	1153	9.3223		

(二) 戒治處遇與再犯

1. 在管教認知部分，顯示管教認知愈強，則再犯次數會愈少。在服從管教部分，在服從管教與女性再犯次數之間，顯示女性服從管教愈佳，則再犯次數會愈少。

表 4-11 戒治處遇適應與再犯次數、存活月數相關分析

戒治處遇內容		再犯次數	存活月數
管教適應	管教認知	-0.060**	-0.018
	管教態度	-0.022	-0.001
	服從管教	-0.005	-0.239***
戒毒適應	戒毒認知	-0.039	-0.013
	戒毒態度	-0.044*	0.060*
	抗癮自信	-0.025	-0.006
課程適應	生活適應	-0.047*	-0.012
	體能訓練	-0.032	-0.012
	技藝訓練	-0.047*	-0.012
	輔導教化	-0.008	-0.029
	醫療衛生	-0.041*	-0.023
戒治成效	戒治成效	-0.002	0.007

樣本數量：1746 位毒品受戒治人。 * p<.05；** p<0.01；*** p<.001

2. 戒毒態度愈強，則再犯次數會愈少；男性樣本戒毒態度愈佳，則存活月數會愈長。
3. 生活適應愈強，則再犯次數愈少。在生活適應與男性再犯次數之間，顯示生活適應愈佳，則再犯次數會愈多。在技藝訓練部分，未再犯組技藝訓練功能看法之平均數較高。技藝訓練愈佳，則再犯次數會愈少。在醫療衛生部分，顯示醫療衛生愈佳，則再犯次數會愈少。
4. 再犯組與未再犯組在戒治所內主觀戒治成效未具有統計上之差異性，顯示在戒治所內有很強的戒治信心，出所後仍有可能再犯，因此，出所後的生活適應可能是影響再犯的關鍵，值得進一步觀察。

(三) 毒品戒治再犯影響因素之分析

1. 對於是否再犯具有影響力之預測因子(全部樣本)，已達統計上顯著水準者，計為：性別、是否另涉他案、不良交友。男性再犯比率为女性之 2.001 倍，曾另涉他案者再犯比率为未曾另涉他案者(參考組)之 1.285 倍，每增加一位不良交友人數，再犯比率增加

之比例為 2.8%。

2. 影響男性樣本再犯的主要因子為：年齡、不良交友。年齡愈長，較不會再犯。不良交友人數較多者，其再犯之比率較高。而女性樣本則為：用藥種類、婚姻、先前是否曾用毒入監和不良交友。
3. 毒品犯罪者之深度訪談亦顯示，影響其再犯原因方面，主要可分為兩部分，一為生活壓力，另一為偏差友伴，吸毒者社會資源通常較為不足，所以在家庭、工作、交友方面易受到挫折，若不知道如何排解壓力就很容易再吸毒，在進入監所裡面後，社會連結都中斷了，因此出所後會變的更退縮，因此就很容易回去找以前的朋友，甚至是在所內認識的朋友，就造成了惡性循環，使其更容易使用毒品。
4. 對於再犯總次數具有影響力之預測因子(全部樣本)，已達統計上顯著水準者為：性別、是否牽涉其他案件、年齡、不良交友。男性再犯總次數較多，如樣本於接受戒治當時，有牽涉其他案件者再犯總次數較多。年齡愈長者，再犯總次數較少。不良交友每增加一個標準差，則會提升 0.081 個標準差之犯罪總次數。其中男性毒品犯主要影響因子為：年齡、不良交友、生活適應、家庭附著；而女性則為是否牽涉其他案件、不良交友、是否曾因使用毒品入獄。
5. 就存活月數觀之，Cox迴歸分析顯示年齡、是否另涉他案、服從管教、戒毒態度等為主要影響因子。樣本年齡每增加一歲，再犯比率降低之比例程度為 9.1%，曾另涉他案者再犯比率為未曾另涉他案者(參考組)之 1.232 倍。服從管教程程度較佳者，再犯比率高於服從管教程程度較差者。戒毒態度程度較強者，再犯比率低於戒毒態度程度較弱者。

表 4-12 自變數與毒品再犯統計顯著性摘要表

變數	顯著性	變數	顯著性
個人特性		管教適應	
性別	✓	管教認知	✓
教育程度	X	管教態度	X
年齡	✓	服從管教	✓
婚姻狀況	✓	戒毒適應	
早期犯罪經驗		戒毒認知	X
是否曾因毒品犯罪 入獄	✓	戒毒態度	✓
用毒種類	✓	抗癮自信	X
是否牽涉其他案件	✓	課程適應	
是否有戒毒經驗	X	生活適應	✓
服刑次數	✓	體能訓練	X
早期社會適應		技藝訓練	✓
家庭附著	✓	輔導教化	X
不良交友	✓	醫療衛生	✓
工作情形	X	主觀戒治成效	X

註：符號✓表示有達到統計上顯著水準，X表示未達到統計上顯著水準

四、毒品戒治處遇政策

(一) 刑罰與規範方面：對於毒品犯罪者之處罰嚴厲性，參與焦點座談的專家有不同的看法，部份認為毒品犯應重罰，依毒品類型戒治與量刑，但也有學者、專家認為成癮者用法律嚇阻無效，應思考由醫療機構治療。為保護兒童與少年，宜避免其進入機構處遇並以法律明定，注意三、四級的毒品問題。而接受毒品處遇之受訪者亦有相同的現象，有些認為應加重刑度，以達成嚇阻效果；有些認為應將毒品加以開放，另也有認為保護管束

及家人支持很重要的。

- (二) **政策方面**：焦點座談主要結果包括：(1) 成立獨立戒治所有其優點，宜成立獨立女性戒治所；(2) 初犯毒品罪可選擇戒治或至醫療機構勒戒；(3) 觀察勒戒獨立於矯正機構之外，交由醫療機構負責；(4) 觀察勒戒、戒治應與醫療體系緊密結合；(5) 可考量毒品犯於外役監進行處遇；(6) 先執行殘刑再進行戒治；(7) 戒治課程不應切割，社會資源應及時進入；(8) 專業人才栽培，社工師專業化，重視實務人員基礎訓練；(9) 戒治費用繳交規定有彈性；(10) 毒品防治中心應專業編組，建立各單位銜接合作的平台，並納入內政部漸進落實毒品犯罪除罪化。

五、毒品戒治處遇實務

- (一) **觀察勒戒方面**：焦點座談結果顯示，應加強觀察勒戒與戒治效果評估專業性；而大多數接受毒品處遇受訪者對於觀察勒戒評估有無再施用毒品之虞的標準都相當存疑，甚至覺得很不公平，認為心理醫師才見過幾次面、問兩三個問題就要決定是否要送強制戒治非常的不公平，分數佔的非常重，認為觀察勒戒的設置的立意很好，但成效不大。
- (二) **戒治方面**：焦點座談結果顯示，下列為毒品戒治處遇可努力方向：(1) 戒治管道多元化，並可考量民營化；(2) 蒐集並建立戒治過程資料，做好受戒治人分類工作；(3) 培育戒治志工，引進戒毒成功者現身說法，同儕援助計畫；(4) 家庭會談和參與應納入處遇計畫。而接受毒品戒治處遇者所關注者為：(1) 希望增加運動的時間，以養成強壯的體魄；(2) 也有個案認為都是上宗教的課程很沈悶，對於沒有宗教信仰的人比較沒有成效，因此也可以藉由社會案例來開示，也許會更貼切實務；(3) 有人認為最重要的是出社會後的工作與家人的聯繫問題，有好的工作，跟家人有好的互動，遇到挫折時才會更有定力，不會走回頭路。
- (三) **課程方面**：接受毒品處遇者受訪者認為，處遇課程內容較為貧瘠，大多課程皆與宗教有關，更有個案指出課程常流於形式而沒有成效，而受徒刑者則多為宗教教誨、或是一些專題演講、

志工個別輔導等，比較沒有針對毒品的戒治課程。另外受戒治者方面課程內容就較為豐富，其中曾受過二次以上戒治者，也有提到戒治課程內容有比以往多元、設施完善、師資良好。但是對於戒毒方面，大部分的受訪者都認為戒毒是要靠自己。部分個案並不認為新的毒品政策在處遇的內容或課程有效果，從毒品戒治者的角度來思考及設計適合且有效的課程或內容，應該是毒品政策擬定者及戒治實務工作應積極努力的重點。

- (四) 戒毒意願：多數毒品犯罪個案表示自行戒毒比較有幫助，且強調動機和決心很重要，若採用強制戒治則可以完全與毒友、毒品隔離，這樣對戒毒較有幫助，環境對毒品再犯的影響力之大，從個案的自述中可以應證。對於自行戒毒之配合條件包括：初犯、家人支持、自己的決心、保護管束、生活環境、工作、宗教信仰等。其中，家人支持與生活環境、工作更值得重視。
- (五) 戒治期間：對於強制戒治期間延長或調整，多數受訪個案表示不贊成強制戒治期間延長或維持目前方式即可。因此，從戒治人角度來看，延長時間效果並不顯著，毒品政策似乎不宜從延長時間的角度來規劃，而應加強處遇課程及內容，增強戒毒動機才是重點。
- (六) 處遇感受與成效：在處遇成效部分，比較起來多數毒品受訪者認為強制戒治的成效是高於觀察勒戒的，且課程內容豐富很多，但須配合其戒治的時間，假若戒治的時間較短，成效也會不彰，多了社工師與心理師的進駐，受訪者會有被關心、注意的感覺，再加上許多課程的豐富，感覺就更充實、有收穫了。
- (七) 處遇面臨問題：(1) 醫療與專業人力不足，經費缺乏；(2) 醫療資源進入勒戒所和戒治所不足。(3) 應增加戒治人力，尤其是輔導人力；如無法增加，人力的比例評估調整，並給予適當訓練。
- (八) 處遇期間所需協助：從接受毒品處遇者的觀點，大多認為在所內所需的幫助並不多，因為最重要的出所後的生活，許多困難也多是到自由社會上才會面臨到的，因此認為應增加他們的社會連結，像是與家人的會面次數或是與同居人的通信等。

- (九) **其他事項**：(1) 勒戒所與戒治所未禁煙，影響戒治效果；(2) 建立社會資源手冊，提供出所者使用。

六、處遇評估與再犯

- (一) **處遇評估**：無論觀察勒戒或戒治處遇，其效果如何均需藉由專家進行評估；參與焦點團體者認為，目前處遇評估仍有努力空間，可朝下列方向著手：(1) 健全處遇評估模式；(2) 設計良好評估量表；(3) 對勒戒和戒治人進行前測後測評估；(4) 根據勒戒或戒治性質進行評估。
- (二) **成效評估**：目前有關毒品戒治成效評估主要以接受處遇者處遇後「是否再犯」為主要評估指標，焦點團體參與者大都認為處遇成效評估應包括：(1) 再犯：評估應同時考量是否再犯、時距（延緩再犯）、再犯類型等；(2) 處遇後社會適應（如工作、家庭關係等）應列入再犯評估。
- (三) **再犯者處理**：由於施用毒品後成癮性高，戒除不易，對於主動尋求戒毒者應視為病人或非再犯者，鼓勵毒癮者接受治療和處遇。

七、更生保護與社會適應

- (一) **更生保護**：無論焦點團體參與者或接受處遇個案均表示，對毒品成癮者而言，離開處遇機構以後的更生保護和社會適應非常重要。焦點團體參與者大都認為目前出所後更生保護銜接仍相當不足；而接受毒品處遇者則認為，毒品戒治結束之後，願意接受更生保護者的看法，大都認為穩定的工作很重要，希望更生保護單位可以協助就業。但接受更生保護的協助者，會擔心被更多人知道自己前科而意願不高；若有一技之長者較傾向不願接受更生保護，有關更生保護在戒治所或監獄中的宣導效果仍有限，應可多鼓勵受戒治人接受更生保護。
- (二) **關係建立**：更生或中途機構在戒治期間即應與受戒治人建立關係，以強化出所後連結，並且較能在穩定關係基礎上，因為彼此信賴關係而發揮更生保護的功能。
- (三) **轉介機制**：重視受戒治人出所後之轉介，受戒治人出戒治所後如需轉介（如醫療、宗教團體、就業輔導），因與轉介機構維

持緊密關係，以發揮轉介效果。

- (四) **中間機制**：受戒治人出戒治所後在沒有任何監控情況下重返社會，宜建立出所後中間機制，如成立中途之家或相關機構，以維持戒治效果，並使之逐漸適應社會。
- (五) **資源整合**：毒品受戒治人或犯罪人在離開戒治所或監獄，有的需要接受輔導（如失業者）、安置（如無居所者）、監控（如HIV帶源者）或治療（如參加美沙酮替代療法者），其所需要的協助可能是多元的，而相關機構之連結與資源均有必要做更有效的整合。

八、保護管束問題

(一) 支持戒治後保護管束看法：

1. **焦點團體結果**：參與焦點團體討論者大都認為毒品戒治處遇後之保護管束有其功能，其主要的觀點包括：(1) 保護管束是非常有效的，戒治成效的維持在後段的保護管束與更生保護；(2) 接受保護管束最起碼能夠驗尿，沒有驗尿怎麼知道成效？不知道他有沒有再犯，定期採集尿液仍可嚇阻其吸毒；(3) 圍牆內的成效再好，出去後像斷了線的風箏，會影響成效，保護管束可加強聯繫；(4) 毒品犯的保護管束報到時間較多者，可繼續個別輔導或團體治療；(5) 保護管束最大的功效是監督他，要他不再吸毒，還有其他的配套措施要加入，如工作、就業、家庭。
2. **接受毒品處遇者看法**：多數個案認為是有幫助的，其主要看法如(1) 戒治的成效都只有在圍牆內，吸毒者被標籤後不被社會接納甚至是排斥，在這樣的狀況下，且無保護管束，無法持續追蹤；(2) 保護管束有一個好處就是起碼不會失聯，一失聯他的保護管束就會被撤銷，這有心理強制力，所以我們贊成說保護管束是蠻重要的，是真正所內跟所外可以再連接。(3) 毒品犯罪者停止戒治或出監後交付保護管束是一較有效的社會控制，也是持續追蹤輔導的正式管道，可減少其再犯的機會。(4) 許多個案表示驗尿有嚇阻的作用，因此贊成此項作法，以增加戒毒效果。而不贊成者認為沒有戒毒效果，只是消極控制。

(二) 反對戒治後保護管束看法：間點團體中意有反對保護管束看

法，其主要的理由為保護管束時間過短，接受保護管束者也是收不到很好的成效，增加實務工作量

表 4-13 支持與反對戒治後保護管束一覽表

支持戒治後保護管束意見	反對戒治後保護管束意見
<ol style="list-style-type: none"> 1. 保護管束是非常有效的，戒治成效的維持在後段的保護管束與更生保護 2. 接受保護管束最起碼能夠驗尿，沒有驗尿怎麼知道成效？不知道他有沒有再犯，定期採集尿液仍可嚇阻其吸毒 3. 圍牆內的成效再好，出去後像斷了線的風箏，會影響成效 4. 毒品犯的保護管束報到時間較多者，可有團體治療 5. 保護管束最大的功效是監督他，要他不再吸毒，還有其他的配套要加入，如工作、就業、家庭。 6. 戒治的成效都只有在圍牆內，吸毒者被標籤後不被社會接納甚至是排斥，在這樣的狀況下，且無保護管束，無法持續追蹤 7. 保護管束有一個好處就是起碼不會失聯，一失聯他的保護管束就會被撤銷，這有心理強制力，所以我們贊成說保護管束是蠻重要的，是真正所內跟所外可以再連接 	<p>時間過短，接受保護管束者也是收不到很好的成效，增加實務工作量</p>

九、本土化戒治模式

(一) 目前主要戒治模式：發展適合果國毒品犯罪者之處遇模式一直是相關單為努力的目標，本研究進行期間，研究者除在焦點團體中討論本土化戒治模式相關議題，研究成員並實地參訪新店戒治所和台中戒治所；根據焦點團體討論與參訪發現，各戒治機構根據其處遇理念和處遇資源，實施不同且多元戒治模式，如宗教戒毒、社區團體治療、禪修內觀戒毒、家庭支持等模式。因此，國內目前尚無明確且有效的本土化戒毒模式。

(二) 本土化戒治模式建立：焦點團體參與者認為，如欲發展本土化

戒治模式，則須對於不同戒治模式進行科學化的實證評估研究，參考國外模式和國內研究結果，建立本土化戒治模式。

十、替代療法問題

1. **政策與成效評估**：在矯正機關施行替代療法之適法性問題與效果仍存在不同意見，實有必要對於這項政策在國內實施的可行性和效果進行評估；同時對於替代療法有效之評估指標，醫療系統與法務系統觀點仍有歧異，須建立客觀的評估指標。
2. **相關配套措施**：美沙酮替代療法需有配套措施（如協助接受治療者就業），以維護治療的穩定性、持續性和效果；此外，並非每個毒品受戒治人皆可施行，而非愛滋病犯因需付費意願降低。
3. **衛生宣導**：愛滋病的宣導男性跟女性要有差異性，尤其是在垂直感染部分，感染者知識還不夠，須針對不同對象實施衛生宣導。
4. **更生保護**：更生保護協會對愛滋病毒品施用者接受度低，也無法保護這些人進入職場不會曝光或是受歧視，因此，愛滋毒品者之更生保護推動相當不易，而使之重複使用毒品或傳染疾病。
5. **專業知能**：對於愛滋病、毒品犯罪和替代療法之專業知能，參與毒癮戒治團體應提升相關知能。
6. **資源手冊**：編製替代療法資源手冊，讓出觀察勒戒所、戒治所或監獄之毒品犯或愛滋毒品犯均能知悉替代療法之相關社會與醫療資源訊息。例如：接受毒品處遇之受訪者中，仍有部分未曾聽過替代療法，或者不甚瞭解，有的知道替代療法的個案中，支持者多認為可以小毒換大毒，且多少對戒毒有幫助，未來在實施替代療法的相關訊息和宣導上應更加強，以提高毒品使用者的接受程度，進而取代原有注射海洛因的毒品使用行為。

伍、研究建議

本研究調查根據與實務工作者與專家焦點座談，以及接受毒品處遇者深度訪談之結果，彙整對毒品政策、處遇實務、處遇評估與再犯、更生保護與社會適應、保護管束問題、本土化戒治模式、替代療

法問題等議題之看法與建議事項如下：

一、政策方面

- (一) 重視國際反毒公約之發展趨勢，作為我國毒品防制策略之參考：根據聯合國目前三大反毒公約之規範，施用毒品仍是被加以犯罪化之行為，我國之毒品政策，現階段而論，經與上開聯合國三大反毒公約互相比較與對照之結果，我國目前所採取「除刑不除罪」之毒品刑事政策，亦即，仍將施用毒品行為犯罪化，但採取除刑化之策略，諸如觀察勒戒、強制戒治、「緩起訴毒品病患減害替代療法」等，尚符合國際反毒公約之發展趨勢與要求。國際反毒公約所揭示替代刑罰之其他措施與作法，亦相當值得作為我國毒品政策之參考。毒品危害防制條例在民國 87 年(1998 年)5 月修訂後，將施用毒品者界定為具病患性犯人之特質，亦即，兼具有病人及犯人之雙重角色，目前實務對毒品施用者之身分定位，實際運作係較偏向犯罪人，然因考量毒品犯仍具有病人之屬性，是屬於長期慢性病患。因毒品犯兼具有犯人及病人雙重之身分，故似宜平衡發展上述雙重身分為佳，亦即，亦宜重視及強調毒品犯具有病人之身分。
- (二) 以替代性處遇措施作為監禁之替代辦法(方案)：根據 1988 年禁止非法販運麻醉藥品和精神藥物公約第 3 條第 4 款第 (d) 項之規定，對於故意占有、購買或種植麻醉藥品或精神藥物以供個人消費的行為，各個締約國可以對罪犯採取治療、教育、善後護理、康復或回歸社會的措施，以作為定罪或懲罰的替代辦法，或作為定罪或懲罰的補充。我國對於意圖供個人消費而故意占有(持有)、購買或種植麻醉藥品或精神藥物之犯罪行為，對於較為輕微毒品相關犯罪，似可採取多元之毒品刑事政策，作為刑罰之替代性措施，諸如處以緩起訴，或其他社區處遇等替代性方案，此亦是符合前揭 1988 年禁止非法販運麻醉藥品和精神藥物公約第 3 條第 4 款第 (d) 項之規定。
- (三) 加強推動「緩起訴毒品病患減害替代療法」：對於毒品受戒治人而論，多次、反覆出入毒品戒治所，可能會有若干之不良負作用，故法務部所推行之「緩起訴毒品病患減害替代療法」，係為毒品戒治處遇，研發另外一扇門，這是相當值得讚揚之作法。

- (四) **重視及加強毒品先驅物之管理**：在毒品先驅物之管理方面，可以參考國外先驅化學品工業原料之管理模式，建構專門之一部法律，並適度地提高處罰之額度，或授權給工研院更大之權限，或成立毒品管制之專責機關，以有效地管制先驅化學品工業原料之動向，容有討論之空間。
- (五) **審慎評估單純持有或施用 Ketamine 之刑事政策**：在日本，對於 Ketamine 之持有或施用，係使用刑罰加以制裁。在臺灣，K 他命被列為第 3 級之毒品，單純施用及持有是不受刑罰之處罰。我國對於持有或施用 Ketamine 之行為，因考量刑事司法資源之有限性，尚未加以處罰，目前之作法容有改善及討論之空間，本文建議因考量 Ketamine 濫用程度相當嚴重，我國目前將 K 他命定位為第 3 級毒品，單純施用及持有未加以處罰之毒品政策，似乎有必要重新考量及作進一步評估，以採取有效之方式，對 Ketamine 進行更加高度及嚴密之控管。
- (六) **門診式毒品戒治處遇模式與機構式毒品戒治處遇可同時併存**：本研究之毒品犯樣本，經長達追蹤 5 年之結果，未再犯毒品犯樣本占百分比 33.0%，再犯百分比占 64.1%，死亡佔 2.9%。顯示毒品犯之存活率(未再犯)僅約 3 成。我國毒品犯之戒治方式，除了現存之戒治所模式外，考量毒品之成癮性，如能搭配門診式之毒品戒治處遇模式，亦是可行方向之一。
- (七) **觀察勒戒回歸衛生醫療體系**：焦點團體參與者大都認同觀察勒戒目的在協助毒品施用者戒除身癮，宜將之視為病人，而勒戒者勒戒過程所需的協助和勒戒效果的評估，均有賴於醫療人員，目前的勒戒所僅收容的功能大於勒戒，因此，觀察勒戒宜回歸衛生醫療體系，才能有效發揮效果。
- (七) **單純毒品施用者應以治療為主，監禁為輔**：毒品政策在戒毒方面以『病犯』之處遇為思考邏輯，初犯或累再犯之單純施用者，應修法以衛生醫療系統為主要之戒毒機構，對於醫療系統無法處理之藥癮者（例如：施用一級毒品深度成癮、無戒毒意願之重複施用者），始以長期監禁為斷絕、隔離、改變環境因素等為幫助戒毒之最後手段。
- (八) **戒治處遇專業化，並成立獨立女性戒治所**：我國目前已成立四

所毒品專責戒治所，參與焦點團體之學者和專家大都肯定專責毒品戒治所之功能，但目前戒治所人力不足與專業性仍有努力空間。此外，這些戒治所僅收容男性受戒治人，而女子戒治所仍附設於女子監獄，考量女性毒品施用者已有相當人數，宜成立獨立之女子戒治所。

- (九) **重新評估、考量保護管束恢復的可能性**：無論是參與間點團體之學者專家，亦或是接受訪談之毒品施用者，大都認為戒治處遇後的保護管束具多元功能。例如：保護管束增加監控和聯繫，有助於其他更生保護或社區處遇之銜接；保護管束中之輔導具支持作用，驗尿具有警惕嚇阻作用，對於藥癮者(戒治者、勒戒人)加強保護管束並驗尿之做法，對於藥癮者有實質之幫助、維持效果。
- (十) **改進驗尿技術**：驗尿具有嚇阻作用，但是技術可以再改進，譬如增加採驗毛髮，以增長嚇阻之時間；或是採取每次驗尿後間隔一至三天，再密集驗尿一次，以確實掌控藥癮者之使用情形，產生警惕性，增加其嚇阻作用
- (十一) **自首以及初犯者視為病人給予接受戒毒和治療機會**：自首以及初犯者應交由醫療衛生機構實施戒毒，並給予強制性的社區處遇計畫，計畫需結合家人支持、宗教團體、職業訓練、輔導就業、保護管束、嚇阻警惕之震撼措施等，以個案處理之方式幫助、監督藥癮者重生。

二、處遇方面

- (一) **持續強化各相關之毒品處遇方式效果**：毒品戒治所整體之成效方面，根據 Pearson 相關分析之統計分析結果，毒品戒治所內之各項處遇方式與再犯(偵查罪名)各類型犯罪合計總次數及再犯存活月數之間，多數毒品戒治處遇方式 Pearson 相關係數係為負向之相關性，顯示毒品戒治所絕大多數之處遇方式，即使經過 5 年之時程，仍保有一定程度之成效，整體而論，本研究調查認為，毒品戒治所之成效整體尚佳。未來，如能強化各相關之處遇方式功效，則當更佳理想化。
- (二) **加強與醫療機構之連結**：以現行毒品處遇政策，毒癮的戒除無論是觀察勒戒、戒治處遇，矯正機關的醫療資源均不足以負荷或勝任相關醫療作為，因此仍須仰賴附近醫療機構的支援，加

強與醫療機構的合作和增進彼此的信賴關係顯得格外重要。

- (三) **重視實務人員基礎訓練，專業人才栽培與專業化：**毒品處遇工作者的專業能力為毒品勒戒和戒治成效關鍵之一，例如：受訪的個案對於社工師與心理師的進駐處遇機構持肯定態度。雖然目前已成立專業戒治機構，但機構內人員大都由其他矯正機構調任或借調組成，他們的努力和效果已獲肯定初步，如欲發揮更大效果，則處遇實務人員的基礎訓練和專業化應被重視和實踐。
- (四) **落實受處遇者之分類：**由受處遇者之訪談中我們可發現，一樣的處遇內容，但是每個人都會有不同的感受，這可能跟其本身吸毒、戒毒經驗、年齡、社會環境等種種因素有關。也許同樣是接受觀察勒戒處遇者，但其戒毒意志、家庭因素、社會資源都不同，所需要的處遇內容與幫助也不盡相同，因此我們必須落實對於接受處遇者之分類，才可以精細的分配資源，把錢花在刀口上，以期待得到更大的功效。而參與焦點團體的實務工作者亦有相同的看法，認為應重視戒治分類，建立戒治過程資料，實施個別化戒治處遇。
- (五) **強化處遇評估標準：**許多受訪接受處遇者對於是否送強制戒治的標準抱持著質疑的態度，認為評估內容標準很不明確、也不甚公平，因此在這個部分我們應加強評估問卷的內容，詢問的題項應更加詳細，也可增加約談次數，加強其公平性，也使受處遇者自己本身可以了解。而參與焦點團體者亦有同樣的看法，認為有必要健全處遇評估模式，設計良好勒戒與戒治評估量表。
- (六) **加強戒治處遇課程內容：**目前在監所內的戒治內容，仍是以宗教教誨為主，但對於無宗教信仰的受處遇者，相對就會感到沈悶而無功效，因此對於課程內容的設計方面，應走向多元，因應不同類別的受處遇者發展出應對的模式。且目前課程的重心是擺在強制戒治，對於觀察勒戒與受徒刑者，他們常覺得自己跟一般的受刑人沒有不同，這是比較可惜的一部份，應該可以豐富這一塊的課程內容設計。
- (七) **評估延長戒治期間之效能：**服刑因為刑期長具有警惕性，參加作業有其養成勤勞習慣之功用；觀察勒戒與強制戒治較具人性，有社工員、有課程，效果比較好。其中「時間」與「課程」

是重要的關鍵因素，權衡二者之間，建議各取其優點，可評估『延長戒治期間，增加課程設計，參與作業』，一則可以使強制戒治增加警惕性，延長戒治成效；二則更可以以作業所得支付戒治費用，減輕戒治人之負擔。

- (八) **受戒治人於戒治所內之生活適應，值得注意與關切：**在毒品戒治所之生活適應情形，包括安定、房舍空間、作息等三項，將此三項分數加總之後，形成此一生活適應因素，分數越高表示在所生活適應越好。在男性樣本方面，生活適應每增加一個標準差，則會提升.066 個標準差之犯罪總次數，顯示男性樣本於毒品戒治所內之生活適應愈強者，再犯總次數較多。之所以會造成上述情形，有可能與毒品犯多次進入戒治所接受戒治，已了解其中之戒治流程與作息時間，業已習慣於毒品戒治所內之生活情形所導致之。
- (九) **加強戒毒之意願與動機：**目前在戒治所採取各個擊破的策略，以個別化處遇引發其改變動機、協助其問題解決，提供支持與協助，缺點是流於個別化且不易看出成效。戒治人戒毒動機的引發與監所的環境、輔導治療關係的建立、個案的個別條件、家人的支持等，息息相關，建議可做較為整體的考量。
- (十) **有效激發受戒治人之戒毒態度：**在戒治所內戒毒態度方面，每提升 1 個標準差之戒毒態度程度，則會增加.083 個標準差之再犯存活月數，戒毒態度程度愈強化，則再犯存活月數愈久。未來之毒品戒治，如能有效激發受戒治人之戒毒態度，當能有效延長其再犯之時程。
- (十一) **培育戒治志工，引進戒毒成功者現身說法，同儕援助計畫：**無論觀察勒戒或戒治處遇，人力不足是共有的問題，引進宗教、教育、輔導、法律等領域之人才（或退休者）但任志工，對於處遇機構和接受處遇者而言可發揮相當大的助力。尤其是引進戒毒成功者擔任志工現身說法，發展同儕支援計畫，對於同為毒品施用者更能發揮同理心，並給予支持、鼓勵和信心。
- (十二) **審慎評估戒治成效：**無論是專責戒治所、附設戒治所或收容毒品犯之監獄，對於毒品犯戒治或處遇成效均相當關注，而目前最常用以評估處遇成效之指標為「是否再犯」，參與焦點團體的專家大都認為戒除毒癮相當不易（甚至有認為已經成癮者終其一身戒毒成功率為 20% 左右），戒治或處遇成效的評估指

標應更切合實際，宜同時考量再犯、時距、類型與復歸社會適應等因素。

三、更生保護

- (一) **強化毒品犯出戒治所後之過渡中間與轉介機制**：從民國 89 年 12 月至第 1 次再犯存活月數部分，6 個月以內，再犯百分比為 36.4%，6 個月至 1 年百分比為 16.2%，累計百分比計為 52.6%，近約 5 成。對於毒品犯之再犯防治工作，出戒治所後之半年至 1 年內，是最為關鍵性之控管時程，此期間之再犯比例高達 52.6%。如何強化毒品犯出戒治所後之過渡中間機制，諸如成立中途之家，或類似之過渡中轉介機構或社區，以提高受戒人成功復歸社會機會。
- (二) **加強更生保護與民間之合作**：戒治人出所之後復歸社會，後續的追蹤輔導/協助其適應社會生活，有其不可或缺的重要性，也才能延續在所期間輔導治療成效。現行的更生保護體系對於戒治人/毒品犯的協助較為零星、有限。建議以「公辦（設）民營」（中途之家）、「方案委託」（協助就業、就醫等）的方式，與民間戒毒機構或社福團體合作，加強引進民間資源協助戒治人/毒品犯社會適應。並積極實施技能訓練及媒介就業之輔導，對於無一技在身以及缺乏家庭經濟支持之藥癮者，可以有效維持其戒毒信念。
- (三) **結合戒毒之宗教團體與醫療機構**：藥癮者普遍皆有在家戒毒之經驗，顯見衛生醫療系統提供戒毒之管道尚不夠暢通，一方面應配合修法凡是自首者皆得以安心於戒毒機構接受一定之療程，經判定無繼續施用之傾向者，得以緩起訴、除刑化、宣告保安處分等代替監禁。二方面應擴大資助素有成效之法人或社福團體（例如：晨曦會、沐恩之家、主愛之家），並設法結合戒毒之宗教團體與醫療機構，共同幫助藥癮者戒毒。
- (四) **與社會資源結合，建立連貫性的處遇政策**：有許多受訪者有提到，其實在機關裡面所需要的協助並不多甚至不需要，他們所擔憂的是出所之後的社會適應問題，擔心社會的接受度、找工作等問題，也認為會再犯毒品是很複雜的原因，包括社會、家庭、交友因素，因此毒品處遇的重點應該要延伸到出所之外，對於司法單位的處遇有連接的效果，一貫的政策下來，處遇內容也會更加完整與有效。

- (五) **更生保護或中間機制宜開始於處遇機構內**：信賴關係的建立是更生保護和各類社區處遇成功的關鍵，更生保護機構或中途機構在戒治期間即應與受戒治人建立關係，以強化出所後連結，增強其意願，則較易發揮效果。

四、本土化戒毒模式

- (一) **針對需求實施多元之戒治模式**：目前各國之戒毒模式相當多元，而國內毒品戒治處遇機構所採用之戒毒模式，除依據相關法律規定實施外，另發展以宗教、團體輔導、禪修、家庭支持系統等模式；而毒品之戒治應以如何使受戒治人戒除毒品為主要考量，仍須針對其施用毒品之類型、接受處遇者之特性和意願、處遇資源等因素，採取不同的方式進行較能發揮效果。
- (二) **建立以科學證據為基礎的戒毒模式**：目前各處遇機構所採取的戒毒模式個有特色，但何種模式對於何種毒品施用者較為有效？仍須以科學的研究方法進行評估，針對不同戒治模式進行實證評估，根據實際研究結果做為建立本土化戒治模式之基礎。

五、再犯預防

- (一) **鼓勵毒癮者接受治療和處遇，主動尋求戒毒者應視為非再犯**：毒品難戒為不爭之事實，如將毒品施用者視為慢性病人，雖有藥物控制，有時仍會發病需繼續接受治療，鼓勵接受治療可降低再犯，避免傳染疾病；故可考慮將主動尋求戒毒或接受替代療法之毒品施用者視為病人，鼓勵其接受處遇或治療。
- (二) **鼓勵受戒治人改變生活環境，斷絕接觸毒品機會**：不良交友係為毒品再犯相當強而有力之預測因子，在不良交友部分，當依變項係為有無再犯及再犯次數時，毒品犯所交往之不良交友人數，會提升再犯之比率，增加再犯之次數。不良交友對於有無再犯、再犯次數而論，是一個強而有力之預測因子。如能有效控管毒品犯之不良交友人數，則當能有效降低再犯情形；鼓勵毒品犯出戒治所或監獄後改變生活環境，從事正當之休閒活動，避免不良交友，輔以其他就業和治療協助可有效避免其再犯。
- (三) **加強社會支持與控制**：本研究調查分析結果顯示，社會控制理論獲得實證上支持，在男性樣本方面，犯罪學中之社會控制理論——家庭附著得到實證上之支持。在女性樣本方面，社會控

制理論-----家庭附著未得到實證上之支持。本研究對於毒品受戒人進行長達5年之追蹤，結果發現這些毒品受戒人於未進入毒品戒治所之家庭附著，對於5年後之再犯情形，仍具有負向之抑制力，家庭附著愈強者，再犯總次數較少。顯示在打擊毒品犯罪之策略上，家庭附著之作用力不容忽視，對於毒品犯之治療，似可朝毒品犯家人共同參與之方向前進。

- (四) 提升毒品受戒人工作之能力與意願：在工作方面，男性樣本無工作者再犯比率為有工作者(參考組)之1.723倍，無工作者較易再犯。在戒毒處遇方面，毒品犯是否具有工作，值得加以關注。本研究調查發現，經過長達5年之追蹤，毒品犯於未進入毒品戒治所之前，如無工作，則無工作者再犯比率較高。工作之作用力，即使經過5年，仍具有抑制毒品再犯之效果。如能藉由技能訓練和就業輔導，提升毒品受戒人工作之能力與意願，抑制毒品再犯之效果則當更加強而有力。

六、替代療法

審慎評估戒治機構實施替代療法執行方式與效果，近年替代療法對機構外毒癮者之控制和正常生活的運作功能已獲肯定，但以目前戒治處遇機構之環境、專業人力、人員態度等因素是否能夠有效配合，而其成效如何？全面推行可能面臨哪些問題？均須有較客觀和具體的評估。

七、編製相關資源手冊

有效的毒品犯罪者的處遇是一個過程，其中包含觀察勒戒、強制戒治、更生保護、替代療法或其他社區處遇等，在這過程中仍有許多毒品犯深刻體會毒品的影響和危害，需要更多的支持和協助，此時如能針對不同處遇階段編製具有鼓勵性、方便性和實用性的資源手冊(如在哪些公立或私立機構可進行勒戒、哪些處所可接受替代療法等)，並在前一階段提供這些資訊，將可提高其意願和成功機會。

八、未來研究建議

無論是毒品犯罪現象觀察、原因解釋或政策執行效果，均應建立在客觀、科學的基礎上；過去已經有很多毒品犯罪相關研究，而這些研究讓我們對於毒品相關議題有更深入的瞭解，並且

提供了許多寶貴的建議，但政府每年仍然耗費許多的經費和人力來處理毒品犯罪及其衍生的問題。在本次研究中我們發現仍有許多重要問題是未來研究應考量的。如(1)毒品犯罪者之長期追蹤調查；(2)本土化戒治模式評估研究；(3)毒品犯更生保護之研究；(4)緩起訴毒品犯減害替代療法之實際執行成效評估；(5)矯正機構內實施替代療法成效評估；(6)處遇資源整合；(7)戒治處遇後實施保護管束評估；(8)觀察勒戒回歸醫療體系的可行性研究。

參考書目

一、中文部分

- 丁興祥、張慈宜、賴誠斌等譯(1982)，Runyan, W. M. 著，生命史與心理傳記學-理論與方法的探討，台北：遠流。
- 丁興祥等譯(2002)，William McKinley Runyan著，生命史與心理傳記學：理論與方法的探討，台北：遠流出版社。
- 王文科、王智弘(2004)，教育研究法，台北：五南出版社。
- 王佳煌、潘中道等譯(2005)，Neuman, W. Lawrence著，當代社會研究法。台北：學富文化。
- 王儷婷(2005)，我國女性毒品再犯之實證研究，桃園：中央警察大學犯罪防治研究所碩士論文。
- 任全鈞(1997)，一般性犯罪理論與社會學習理論之驗證：以少年吸毒行為為例，中央警察大學犯罪防治研究所碩士論文。
- 安辰赫(2004)，治療社區中成年男性藥癮者戒癮復原歷程之改變因子研究，國立臺灣師範大學教育心理與輔導研究所碩士論文。
- 江旭麗(2005)，自我控制與少女偏差行為之關聯性研究，國立台北大學犯罪研究所碩士論文。
- 江志皇(2005)，藥物濫用者藥物濫用及再犯原因之探討，中央警察大學警學叢刊，35卷6期，257-272頁。
- 行政院衛生署、法務部、教育部(2005)法務部94年反毒報告書，台北市：行政院衛生署、法務部、教育部
- 吳柳蓓(2004)，自我控制、同儕關係與青少年偏差行為相關性之研究，南華大學教育社會學研究所碩士論文。
- 李志恆(1997)，濫用藥物之在監費用與醫療費用比較分析—行政院衛生署八十六年度委託研究計畫，台北：行政院衛生署麻經處。
- 李素卿譯(1996)，上癮行為導論，Dnnis Thombs原著，台北：五南圖書公司。
- 杜聰典(2002)，台灣地區少年毒品犯戒治處遇成效之實證研究，中正大學犯罪防治研究所碩士論文。
- 周愷嫻、曹立群(2007)，犯罪學理論及其實證，台北：五南
- 林宗穎(2002)，一般化犯罪理論對受保護管束之毒品犯罪者再犯之解釋，靜宜大學青少年兒童福利碩士論文

- 林柏君 (2005), 影響毒品犯戒治成效相關因素之研究, 國立中正大學犯罪防治研究所碩士論文。
- 林倩如 (2006), 同儕吸毒、家庭功能對戒治所男性海洛因使用者毒品再用的影響, 國立成功大學行為醫學研究所碩士論文。
- 林澤聰 (2007), 毒品犯罪者社會控制與再犯之研究, 桃園: 中央警察大學犯罪防治研究所碩士論文。
- 林健陽、柯雨瑞 (2003), 毒品犯罪與防治, 桃園: 中央警察大學
- 林健陽、陳玉書 (2006), 毒品犯罪者社會適應與再犯之研究, 台北: 行政院國科會專題研究計畫。
- 林健陽、陳玉書等 (2001), 「毒品危害防治條例」施行後毒品犯罪者繳制成效之研究, 中央警察大學犯罪防治學報, 2: 101-124
- 林健陽、黃啟賓 (2002), 毒品矯治與成效策略之探討, 中央警察大學學報, 第39期, 頁291-322, 桃園: 中央警察大學。
- 林健陽、賴擁連 (2002), 台灣地區毒品犯戒治處遇效能之實證研究, 公共事務評論, 第3卷第1期。
- 林健陽等 (2000), 毒品除罪化及其對犯罪矯治之影響, 中央警察大學犯罪防治學報, 1: 63-112, 桃園: 中央警察大學。
- 柯雨瑞 (2006), 百年來台灣毒品刑事政策變遷之研究, 中央警察大學犯罪防治研究所博士論文, 桃園: 中央警察大學。
- 法務部 (2006), 94年法務統計重要指標分析, 台北: 法務部。
- 法務部 (2007), 95年法務統計重要指標分析, 台北: 法務部。
- 柳正信 (2006), 我國少年毒品再犯社會心理因素之研究, 國立台北大學公共行政研究所碩士論文。
- 洪宏榮 (2003), 成年受保護管束人再犯歷程之質性研究, 中央警察大學犯罪防治研究所碩士論文。
- 徐宗國 (1996), 紮根理論研究方法: 淵源、原則、技術與涵義, 刊於胡幼慧主編: 質性研究—理論、方法及本土女性研究實例, 台北: 巨流出版社。
- 徐淑美 (2004), 家庭與學校因素對國中生偏差行為影響研究, 南華大學教育社會學研究所碩士論文。
- 張平吾、黃富源、范國勇 (2002), 犯罪學概論, 桃園: 中央警察大學。
- 張惠君 (2002) 家庭系統、學校系統與國中生自我控制及偏差行為之研究—以台南地區為例, 國立成功大學教育研究所碩士論文。
- 張智雄 (2003), 強制戒治處遇再犯研究, 中央警察大學犯罪防治研究所碩士論文。
- 張學鶚、楊士隆 (1997), 台灣地區少年吸毒行為之研究, 中央警察大學學報, 13: 199-224。
- 曹光文、唐心北、林健陽 (1999), 台灣地區毒品犯罪矯治模式及其成效之介紹, 矯治月刊。
- 曹光文、唐心北、林健陽 (1999), 我國毒品犯罪矯治模式及其成效之介紹, 矯正月刊, 1999年9月, 桃園: 法務部矯正人員訓練所。
- 莊耀嘉 (1993), 犯罪理論與再犯預測—八十年減刑出獄人所做的貫時性研究, 台北: 法務部犯罪問題研究中心。
- 莊耀嘉 (1996), 犯罪的心理成因: 自我控制或社會控制, 國家科學委員會研究會刊: 人文及社會科學, 6, 2: 235-257。

- 許春金 (2006), 人本犯罪學, 台北: 三民書局
- 許春金 (2007), 犯罪學, 台北: 三民書局。
- 陳玉書 (2002), 再犯預測: 生活壓力、社會控制與社會學習對成人再犯之影響及其預防對策, 台北: 行政院國科會專題研究計畫。
- 陳向明 (2002), 社會科學質的研究, 台北: 五南。
- 陳妙平 (2005), 成年男性藥物成癮者復發決定因素之探究-以臺北戒治所為例, 輔仁大學社會工作學系碩士論文。
- 陳玟如 (2004), 物濫用者復發歷程之研究, 慈濟大學社會工作學系研究所碩士論文。
- 陳南翰 (2004), 低自我控制、性行為、飲酒行為與少年偏差行為之研究, 中央警察大學犯罪防治研究所碩士論文。
- 陳紫凰 (2004), 物濫用女性生命歷程發展之探討, 南華大學生死學研究所碩士論文。
- 陳慧如 (2004), 自我控制、青少年自我中心與偏差行為之關係, 國立成功大學教育研究所碩士論文。
- 曾百川 (2006), 網路詐欺犯罪歷程之質化研究, 中央警察大學犯罪防治研究所碩士論文。
- 黃俊棠 (2004), 毒品犯觀察勒戒成效之實證研究, 國立中正大學犯罪防治研究所碩士論文。
- 黃淑美 (2004), 臺灣毒癮男女: 性別角色與生命歷程之社會建構觀點, 東吳大學社會學系碩士論文。
- 黃富源, 曹光文 (1996), 成年觀護新趨勢, 台北: 心理出版公司。
- 黃瑞琴 (1994), 質的教育研究方法, 台北: 心理出版社。
- 黃徵男 (2001), 毒品犯之現況分析、處遇模式與矯治對策, 矯正月刊: 108, 桃園: 法務部矯正人員訓練所。
- 黃徵男 (2005), 監獄學, 台北: 一品。
- 黃徵男 (1998), 煙毒犯的矯治與預防, 觀護人訓練研習會實錄, 台北: 法務部。
- 黃曉芬 (2006), 終止犯罪之研究, 台北: 國立台北大學犯罪學研究所碩士論文。
- 熊同鑫 (2001), 窺、潰、餽: 我與生命史研究相遇的心靈起伏, 應用心理研究季刊: 12, 107-131 頁。
- 趙星光 (1998), 生活型態觀點的毒品濫用及戒治之分析與政策運用, 刑事政策與犯罪研究論文集 (一), 台北: 法務部犯罪研究中心。
- 齊力、林本炫編 (2006), 質性研究方法與資料分析, 嘉義: 南華大學教育社會研究所。
- 劉亦純 (2006), 多重用藥、渴求向度、拒用自我效能對男性戒治者毒品一年後再犯的預測, 國立成功大學行為醫學研究所碩士論文。
- 潘淑滿 (2003), 質性研究: 理論與應用, 台北: 心理出版社。
- 蔡德輝、楊士隆 (2004), 犯罪學, 台北: 五南出版社。
- 蔡錦美 (2003), 台灣女性陶藝家連寶猜生命史研究-陶藝、生命力、社會文化, 國立台灣師範大學社會教育研究所碩士論文
- 賴擁連 (2000), 台灣地區毒品犯罪者戒治處遇成效之研究, 桃園: 中央警察大學犯罪防治研究所碩士論文。
- 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。

- 謝臥龍 (2004), 質性研究。台北：心理出版社。
- 韓鍾旭 (1994), 少年藥物濫用行為之實證研究-社會控制理論與差別接觸理論之驗證，中央警察大學警政研究所碩士論文。

二、英文部分

- Akers, Ronald L. (1991) Self-control as a general theory of crime, Journal of Quantitative Criminology,7(2).
- Akers, Ronald L. (1997) Criminological theories:Introduction and evaluation(2nd ed) .CA: Roxbury Press.
- Anglin, M. Douglas, David Farabee, Michael Prendergast(1998). “The effectiveness of coerced treatment for drug-abusing offenders.” Federal Probation, Vol. 62 (1). 3-11.
- Apsler , Robert (1994)American Enterprise, Vol.5。
- Bartollas, Clemens (1985). Correctional Treatment: Theory and Practice , Prentice Hall Inc.
- Bryman, A. (1998) Quantity and Quality in Social Research. Unwin Hyman
- Cameron, Kim S. and David A. Whetten (1983).”Organizational effectiveness :One model or several? In Cameron, Kim S. and David A. Whetten (eds.) Organizational Effectiveness: A Comparison of Multiple Models. New York: Academic Press. 1-2
- Champion, Dean J. (1996). Probation Parole and Community Corrections, New Jersey : Prentice Hall.
- Conger, R.(1976) Social control and social learning models of delinquent behavior: a synthesis. Criminology 14:17-41
- D’Aunno, Thomas (1992). The effectiveness of human service organization: A comparison of model.”In Yeheskel Hasenfeld(ed.) Human Service as Complex Organizations. Newbury Park: Sage Publications, 339-361.
- Dobkin, Patricia L., Mirella De Civita, Antonios Paraherakis and Kathryn Gill(2001).“The role of functional social support in treatment retention and outcome among outpatient adult substance abusers.” Addiction, Vol. 97(3), 347-356.
- Gottfredson, M. and T. Hirschi(1990) A General Theory of Crime. Stanford, CA: Stanford University Press.
- Hirschi Travis. (1969) Causes of delinquency. Berkeley: University of California Press.
- Kevin E. Early (1996) Drug Treatment Behind Bars : Prison-Based Strategies for Change, Praeger Publisher。
- Laub, John H. & Sampson, Robert J. (2003) Shared Beginnings, divergent lives:delinquent boys to age 70. MA: Harvard University Press.
- Marshall C., & Rossman, G. B.(1995).Designing qualitative research.(second ed.). CA:Sage.
- Martinson, R. (1974). “What works? -- Question and answers about prison reform.” Public Interest, Vol.35, 22-54.
- McKay, James R., Elizabeth Merikle, Frank Mulvaney D., Richard Weiss V., Janelle Koppenhaver M. (2001).”Factors accounting for cocaine use two years following initiation of counting care.” Addiction, Vol. 96 (2), 213-226.

- McKay, James R., Richard V. Weiss (2001). "A Review of temporal effects and outcome predictors in substance abuse treatment studies with long-term follow-ups." Evaluation Review, Vol. 25(2), 113-161.
- Ney, Ivan F. (1958) Family Relationships and delinquent behavior. New York: Wiley.
- O'Leary, Vecent. and David Duffee (1971). "Correction policy: A classification of goals designed for change," Crime and Delinquency, Vol. 17(4), 373-386.
- Palmer, Ted. (1978) . Correctional Intervention and Research. Lexington, MA: Lexington Books.
- Pearson , Frank S. and Douglas S. Lipton (1999) , Prison Journal , Vol. 79(4) .
- Petersilia, Joan. (1988) . "Evaluation of New Jersey's Intensive Supervision Program." Crime and Delinquency, Vol. 34(4), 437-448.
- Reckless, Walter C.(1961) A new theory of delinquency and crime. Federal Probation 25:42-46.
- Reiss, Albert J., Jr. (1951) Delinquency as the failure of personal and social controls. American Sociological Review 16:196-207.
- Sampson, Robert J. and Laub, John H. (1993) Crime in the making: Pathways and Turning Points Through Life. MA: Harvard University Press.
- Vaillant, G. E. (1998). "Natural history of addiction and pathways to recovery." In Principles of Addiction Medicine, In A. W. Graham and T. Shultz (eds.) 295-308. Chicago: University of Chicago Press.
- Wexler , Harry K. and John Blackmore , (1991), Journal of Drug , Vol .21(2) .