

法務部「戒治機構內成癮性毒品施用
者之管理與處遇模式建構」委託研究
結案報告

執行單位：國立中正大學犯罪研究中心

計畫主持人：楊士隆（教授）
協同主持人：蔡德輝（教授）
研究員：張伯宏（博士）
研究人員：李宗憲、莊淑婷、黃天鈺

本研究受行政院研究發展考核委員會補助

中 華 民 國 9 7 年 1 1 月

目 錄

	頁 碼
封面	
目錄	
摘要.....	iii
第一章 前言.....	1
第一節 研究主旨.....	1
第二節 研究方法.....	5
一、研究主題分析.....	5
二、研究架構與主題.....	9
三、研究方法與流程.....	11
四、資料蒐集與分析方法.....	12
第二章 我國機構內毒癮戒治體系與戒治模式.....	15
第一節 司法戒治工作發展概況.....	15
第二節 強制戒治方案.....	20
一、臺灣新店戒治所.....	20
二、臺灣臺中戒治所.....	22
三、臺灣高雄戒治所.....	27
四、臺灣臺東戒治所戒治處遇模式.....	31
五、獨立戒治所戒治處遇模式比較.....	33
第三節 監獄毒癮犯戒治處遇.....	37
第四節 機構性戒治處遇之問題與困境.....	41
第五節 小結.....	61
第三章 國際間毒癮戒治模式之分析.....	65
第一節 國際間毒癮戒治概況.....	65
第二節 聯合國毒癮處遇取向.....	67
第三節 亞洲地區毒癮戒治概況.....	74
一、日本.....	74
二、香港.....	77
三、澳門.....	80

四、新加坡	84
五、中國	93
第四節 歐洲地區毒癮戒治概況	97
一、英國	97
二、瑞典	103
三、丹麥	106
四、荷蘭	108
第五節 美國毒癮戒治取向	110
一、毒癮戒治觀點	110
二、刑事司法體系中的毒癮戒治概念	113
三、以監獄為基礎的治療性社區	118
四、德拉瓦州矯正部之毒品治療計畫	124
五、其他與刑事司法體系相連結的毒癮戒治方案	126
第六節 小結	129
第四章 毒癮者的戒治需求與戒治成效評估	135
第一節 戒治需求之評估	135
第二節 建立我國毒品施用者評估衡量工具	136
第三節 毒品施用者調查分類情形	138
第四節 戒癮成效之評估	148
第五節 小結	151
第五章 結論與建議	153
第一節 結論	153
第二節 建議	160
附錄	169

摘要

司法戒治是目前我國承接毒癮者戒癮工作的主要體系，如能建構一套有效的毒癮戒治管理及處遇模式，包括受戒治者之身體與心理階段之處遇計畫、針對施用不同毒品類型之受戒治人分級分類評估、戒治所戒治人員的專業人力之配置、專業能力與工作內容、制度等，對提昇我國毒癮戒治工作之成效、改善我國毒品問題將有相當的助益。

本研究之內容包括：

- 1、瞭解我國毒品犯罪之機構內戒治處遇之現況與改進之處，以有效建構適宜之毒癮戒治處遇模式。
- 2、蒐集國外相關毒品犯罪之機構內成功處遇模式，以提供政府參考。
- 3、提出受戒治者不同階段之處遇計畫方案。
- 4、透過理論與實務之實證整合研究，提出以管理制度配合戒治處遇計畫方案之模式，做為未來我國在實務之管理、處遇運用之基礎。

本研究對毒品犯之管理與處遇模式提出之建議包括：

- 1、對毒品施用者進行分流，以減輕戒癮機構之負擔並強化戒癮成效
- 2、強化毒品濫用或依賴、成癮性評估或簡化成癮性評估程序
- 3、以保安處分概念實施強制戒治處遇，評估改善程度予以晉級
- 4、延長強制戒治處遇期間，並延伸至半機構性與社區戒治、保護管束
- 5、設置半機構性毒癮治療中心，執行社會適應期處遇階段
- 6、在監毒癮犯之處遇回歸刑罰本質

第一章 前言

第一節 研究主旨

毒品犯罪向來為我國重大犯罪問題，近二年來新入監受刑人中，約有 1/3 因觸犯毒品危害防制條例而入監服刑，而年（月）底在監受刑人中，觸犯毒品危害防制條例者更佔四成¹。政府自民國 82 年向毒品宣戰以來，毒品收容人一直在矯正機關中佔有相當大比例。為有效解決毒品蔓延問題，我國於 87 年 5 月頒佈「毒品危害防制條例」施行，新制定之條例視施用毒品成癮者為「病犯」，著重於醫療之處置，並降低其法定刑，將施用毒品者移送勒戒處所或戒治處所，施以觀察、勒戒，強制戒除其「身癮」及「心癮」。此等保安處分處遇方式，是我國防制毒品政策之重大變革，影響毒品案件之變動趨勢極鉅，我國對毒癮者之處遇，乃開始思考以戒治取代刑罰。

毒品危害防制條例實施後，鑑於毒品刑事程序過於繁複、強制戒治執行時間過短無法提升戒治成效、勒戒處所於醫院內附設執行上困難等問題，法務部針對實務運作上面臨之困境予以修正毒品危害防制條例²。新修正之毒品危害防制條例於 93 年 1 月開始實施，其中對毒癮戒治影響最大者，包含簡化吸毒犯刑事處遇程序、延長觀察勒戒與戒治期間以提升勒戒及戒治成效，以及修正設置勒戒處所之規定。依據立法院對 93 年毒品危害防制條例之修訂說明³：「本條例既認施用毒品者具『病患性犯人』之特質，即應著重於醫療之

¹ 法務部網站-法務統計-法務統計指標：<http://www.moj.gov.tw/np.asp?ctNode=11605&mp=001>。

² 法務部網站-法務統計-統計專題分析-專案報告-毒品新制五年來實施概況：<http://www.moj.gov.tw/ct.asp?xItem=34301&ctNode=11613>。

³ 立法院，立法院公報，第 92 卷第 30 期（上），2003 年 5 月，第 155-181 頁。

處置，故受觀察勒戒人除另因他案依法應予羈押、留置或收容外，本以由相關主管機關於醫院內附設專業之勒戒處所施予生理治療為宜，惟因限於醫療人力、經費等相關問題，短期內無法在醫院內全面性附設勒戒處所，為顧及現實之條件，乃修正為勒戒處所由法務部及國防部於(軍事)看守所、少年觀護所或所屬醫院內附設…。」在限於醫療人力、經費等相關問題的現實考量下，毒品危害防制條例原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，自此刑事司法體系正式承接毒品犯之戒治工作，機構內毒品犯之戒治與處遇更顯重要。

司法戒治是目前我國承接毒癮者戒癮工作的主要體系，根據法務部「當前毒品防制政策的新策略」⁴，當前的戒毒工作已開始朝向多元整合發展，除推動社區戒治暨社區復健計畫、社區追蹤輔導、監獄毒品受刑人輔導方案外，最重要的是成立獨立專責戒治所，整合戒治醫療資源，以完善戒治處遇模式、落實各項戒治處遇措施，並延長勒戒戒治處遇期間，使勒戒及戒治處遇之執行更趨完善，以提昇戒治成效。針對受觀察勒戒人之追蹤調查發現⁵，追蹤一年後未再犯毒品相關罪名者占 82.1%，二年後未再犯毒品相關罪名者占 63.6%，三年後未再犯毒品相關罪名者占 50.9%，四年後未再犯毒品相關罪名者占 43.1%。而對受戒治人所進行的追蹤調查發現⁶，經過 5 年追蹤調查結果顯示，受戒治之毒品犯未再犯比率約 33%，顯示戒治處遇仍然對毒品受戒治人有相當成效。然而受戒治人出所後 6

⁴ 法務部網站。www.moj.gov.tw/public/Attachment/61251744121.doc

⁵ 林明傑，2007：藥物濫用者有無繼續施用傾向量表之建立研究。行政院衛生署管制藥品管理局九十五年度科技研究發展計畫。

⁶ 林健陽、陳玉書，2007：除刑化毒品政策之檢討-論我國毒品犯罪之戒治成效。刑事再犯防制政策研究成果發表會，法務部犯罪研究中心，2007/09/21，台北：法務部。

月內有 36.4%再犯，出所後 1 年內則有 52.6%再犯⁷，如何強化毒癮戒治工作，卻也是戒治機構需要面臨之問題。

成癮性毒品施用乃當前國際間共有的挑戰，衍生的犯罪、家庭、社會福利問題更形成社會的不安定性及威脅性，加重整體社會成本支出，嚴重影響政府施政形象及成效。在現今視毒品施用者為病犯之觀念下，凸顯毒品戒治需司法與醫療之共同合作，目前北、中、南、東四所獨立戒治所正發展適合我國國情之本土化戒治模式，但在醫療與專業戒治人力不足的情形下⁸，欲提升現行戒治成效首先對於現行戒治管理、處遇模式、與戒治人員與相關專業人員之資源有提出修正與整合之必要。根據對受戒治人所進行的追蹤調查與戒治成效評估發現⁹，受戒治人對強制戒治處遇之管教認知、戒毒態度、生活適應、技藝訓練、醫療衛生認同愈強者，則再犯次數會愈少。因此，如能建構一套有效的毒癮戒治管理及處遇模式，包括受戒治者之身體與心理階段之處遇計畫、針對施用不同毒品類型之受戒治人分級分類評估、戒治所戒治人員的專業人力之配置、專業能力與工作內容、制度等，對提昇我國毒癮戒治工作之成效、改善我國毒品問題將有相當的助益。

據此，為有效研擬適合我國國情、毒癮戒治體系與刑事政策之毒癮戒治處遇模式，本研究擬先探討我國現行戒治機構內之戒治、管理與處遇模式、專業人力分配、負荷量等，以瞭解毒品犯罪之機構內戒治處遇現況與改進之處，並蒐集與分析國際間對毒品施用者所進行之矯治機構內管理、處遇方案與模式、以及專業人力配置與

⁷ 同前註。

⁸ 李復甸，2007/03/14：針對法務部戒治所人員配置過少難提昇戒毒成效提出質詢。立法院全球資訊網。

http://www.ly.gov.tw/ly/01_introduce/0103_leg/leg_main/interrogate/interrogate_02.jsp?ItemNO=01030600&ly1500_number=6288&stage=6&lgn=00231。

⁹ 同前揭註：林健陽、陳玉書，2007。

規劃，針對其運作進行分析，瞭解其有效運作之相關因素，以做為我國毒癮戒治之參考。依據國內外毒癮戒治模式之分析，進而提出對受戒治人生理與心理戒治不同階段之完整處遇計畫方案，以及戒治成效評估、專業人力分工等規劃，以為我國在毒癮戒治實務之管理、處遇運用之基礎。本研究之目的包括：

- (一) 瞭解我國毒品犯罪之機構內戒治處遇之現況與改進之處，以有效建構適宜之毒癮戒治處遇模式。
- (二) 蒐集國外相關毒品犯罪之機構內成功處遇模式，並加以分析其成功之原因，包括戒治處遇計畫方案、專業人力之配置、比例及毒品犯罪人之收容分類與管理方式等，以提供政府參考。
- (三) 提出受戒治者之身體與心理戒治不同階段之完整處遇計畫方案，並針對不同類型毒品之受戒治人擬定戒治成效評估表，以及戒治所專業人力與能力、工作內容之分工規畫方案等。
- (四) 透過理論與實務之實證整合研究，提出以管理制度配合戒治處遇計畫方案之模式，發展出具成效之本土化戒治模式，做為未來我國在實務之管理、處遇運用之基礎。

第二節 研究方法

一、研究主題分析

(一) 戒治機構與處遇模式之範疇

本研究之目的在於建構一套有效的戒治機構內毒品犯管理與處遇模式，對於戒治機構之範疇可限縮至戒治所與監獄，但戒治機構亦可含括社區處遇與轉向處遇。學者對於犯罪矯正處遇之分類包含機構性處遇與非機構性處遇兩大類¹⁰，而機構性處遇又可分為閉鎖式處遇與開放式處遇，而社區矯正處遇即屬機構性處遇中開放性之一環。對社區處遇的進一步分類則包括¹¹：監督方案、居住方案、釋放方案、觀護處遇、社區監督與控制方案。故毒品犯之戒治方案不能侷限在戒治所與監獄內，如同犯罪矯治一般，更生保護與保護管束也是矯治一環，而社區戒治中心、監外就業、密集式觀護等處遇方案對毒癮戒治亦有相當助益。因此，戒治機構與處遇模式之範疇不應以監獄、戒治所等圍牆內機構為限，在刑事司法體系之監督或管理下之各毒癮戒治環節應一併納入討論。

(二) 刑事司法之角色與彈性

美國在刑事司法體系下的戒治規劃，其刑事司法體系乃扮演監督角色，類似個案管理的轉向處遇方式，促使毒癮者配合相關的戒癮方案；而以監獄為基礎之處遇方案，則視毒癮者改善情形，逐步縮減刑事司法體系的約束力，例如美國德拉瓦州矯正部之毒品治療計畫，在以監獄為基礎之治療性社區，受戒治者與其他罪犯隔離並持續接受戒護，參與戒治方案（The KEY Program），而後經過居

¹⁰ 張甘妹，1997：刑事政策。台北：三民書局。

林山田、林東茂，2002：犯罪學。台北：三民書局。

¹¹ 蔡德輝、楊士隆，2006：犯罪學。台北：五南出版社。

住治療、日間外出工作等階段，逐步縮減刑事司法體系之約束力（The Crest Program），最後則在受戒治者回到社區生活後，透過定期追蹤輔導與隨機尿液篩檢方式，持續予以後續戒癮照護（The Aftercare Program）¹²。相較之下，我國刑事司法體系下的戒治模式則較不具彈性，在戒治處遇中，刑事司法的約束力呈現有、無的狀態，受戒治人離開戒治所後，刑事司法體系便無約束力，即便有醫療轉介或追蹤之配套措施，但卻無法以刑事司法的約束力促使受戒治人配合方案。因此，在探討戒治機構內毒品犯之管理與處遇模式中，除前述「戒治機構與處遇模式之範疇」之討論外，對於刑事司法之角色定位，以及如何在戒治機構之毒品犯管理與處遇模式中調整刑事司法約束力的彈性，為本研究可加以思考討論之議題。

（三）毒癮戒治與刑事政策

毒癮戒治在刑事政策之觀點中乃具醫療性質之保安處分，俟戒治無效後再加以刑罰處遇，戒治與刑罰兩者在本質上有相當差異。但階段實務上卻出現受戒治人接受戒治處遇期間平均在 10 個月以上，而戒治後五年內再犯者卻判處 6 月～10 月有期徒刑之情形，兩者處遇內容雖有治療與刑罰之差異，但在現實條件下，戒治所與監獄之生活、環境、限制、戒護…等內涵卻相距不遠，對毒癮者所造成之觀感不可忽略。再者，戒治後五年內再犯者所接受之監獄行刑乃刑罰處遇，實質上並不具備治療本質，我國對毒癮犯在刑事政策上乃採取「病犯」之定位，亦即毒癮者同時具備「病患」與「罪犯」之雙重身份，因此對於受徒刑執行後之毒癮犯是否需接受戒治治療（刑罰後之保安處分），亦為研擬戒治機構毒癮處遇模式不可忽略之處。

¹² The State of Delaware-Department of Correction (DOC) Substance Abuse Treatment Program <http://doc.delaware.gov/Programs/treatmentprograms.shtml>。

（四）毒癮犯之管理與處遇

刑事司法機構中所謂管理，一般乃指戒護管理，通常含括對收容人的生活管理與機構的戒護安全管理。戒護管理之目的乃在於安全地保護和控制收容人，使矯正機構形成一個有紀律的小型社會，唯有持續維持安全且有紀律之環境，方能使矯正處遇工作有效地付諸實施。在機構中對收容人的處遇和訓練計畫必須因應戒護程度之需要而有所不同，一般而言，矯正機構中的管理可區分為高度戒護管理（Close Custody）、中度戒護管理（Medium Custody）和低度戒護管理（Minimum Custody）¹³。目前我國矯正機構亦採取分監管理方式，將不同特性之受刑人分別監禁於專業或不同安全等級之監獄，給予適當之處遇與管理，例如普通監、重刑監、接收監、矯正學校、病監、外役監、技能訓練所…等，依據處遇之目的不同，而給予不同之管理。

對毒癮犯而言，我國刑事政策上將其視為病犯，兼具病患與罪犯之本質，因此在處遇上需特別予以戒癮治療之處遇，而在犯罪本質上，施用毒品屬於無受害者犯罪，其罪質輕微，在戒護與安全管理上本應與其他侵害不同法益之犯罪有所區隔。依目前對毒癮犯之刑事政策定位，機構對毒癮者應採行之戒護或安全管理方式自不待言，討論機構對毒癮犯之管理方式意義不大，宜以巨觀面探討對毒癮者的分類管理，亦即是否依據毒癮者之成癮情形、戒癮成效，或對戒癮處遇之配合或適應情形分類，而給予不同類型之處遇方案，配合處遇方案予以不同程度之戒護安全管理，調整刑事司法強制力對不同程度或不同類型之毒癮者干涉程度，對不同類型之毒癮者安

¹³ 林茂榮、楊士隆，2006：監獄學-犯罪矯正原理與實務。台北：五南。

置於不同戒護安全管理之機構中，例如普通監、病監、外役監、或社區處遇機構…。

（五）毒癮犯之分類處遇

毒品危害防制條例第 2 條規定：「本條例所稱毒品，指具有成癮性、濫用性及對社會危害性之麻醉藥品與其製品及影響精神物質與其製品」，顯見成癮性與濫用性在毒品問題之重要性。而經觀察勒戒與強制戒治之相關規定，亦顯現對成癮性及濫用性之重視。然關注施用毒品之成癮性與濫用性差異之精神，僅能由相關條文窺見，實務運作上一旦發現有施用一、二級毒品者，檢察官即應聲請法院裁定，或少年法院應先裁定，令被告或少年入勒戒處所觀察、勒戒¹⁴，在法令規定與實務運作上並未區分施用毒品與濫用毒品、成癮之差異，即一律進入刑事司法程序處遇。而經觀察勒戒或強制戒治執行完畢釋放後，五年內再施用一、二級毒品者，即依法追訴或審理，亦未區分濫用毒品、成癮與依賴毒品之差異，而一律以刑事司法矯正處遇，未依其需求給予司法處遇或醫療、戒癮處遇。此一現象除受制於法令規定外，實務上現階段之戒治機構處遇模式亦無法提供不同濫用或依賴程度之毒癮者不同處遇（例如戒治所或社區戒癮中心），因此研擬戒治機構毒癮處遇模式時，需能區分適合不同濫用或依賴程度之毒癮者之戒治模式，以及不同類型毒品毒癮者之戒治方案。

依 97 年 4 月 30 日修正後之毒品危害防制條例 24 條規定：「本法第二十條第一項（觀察勒戒）及第二十三條第二項（起訴審理）之程序，於檢察官先依刑事訴訟法第二百五十三條之一第一項、第二百五十三條之二之規定，為附命完成戒癮治療之緩起訴處分時，

¹⁴ 參見毒品危害防制條例第 20 條相關規定。

或於少年法院（地方法院少年法庭）認以依少年事件處理法程序處理為適當時，不適用之。前項緩起訴處分，經撤銷者，檢察官應依法追訴。第一項所適用之戒癮治療之種類、其實施對象、內容、方式與執行之醫療機構及其他應遵行事項之辦法及完成戒癮治療之認定標準，由行政院定之。」修訂後之毒品危害防制條例 24 條是對毒癮者的一種轉向處遇方式，促使毒癮者在刑事司法體系之監督管理下接受戒癮治療，但所適用之戒癮治療之種類、其實施對象、內容、方式與執行之醫療機構等，仍有待行政院進一步規劃，其重點核心仍應回歸至毒癮者的分類與處遇。

二、研究架構與主題

本研究之目的，在於研擬適合我國國情、毒癮戒治體系與刑事政策之毒癮戒治處遇模式。藉由分析我國戒治機構內之處遇現況與所面臨之問題，並參考國外機構內毒癮戒治方案與處遇計畫、毒癮者之收容分類與管理方式、專業人力配置與配套措施等，以建構有效的毒癮戒治處遇模式。並藉由瞭解毒癮者之藥物濫用問題、生理-心理-社會問題、戒治需求等面向，以規劃不同戒治方案或戒治階段之處遇計畫，戒治成效評估等，發展適合我國國情之毒癮戒治模式，包括受戒治者之身體與心理階段之處遇計畫、並針對吸食不同類型毒品之受戒治人分級分類評估、戒治所負責執行輔導戒治計畫之執行人員的專業人力之配置、能力與工作內容之制度建立，能提出具體有效的一套管理與處遇模式，以有效防制毒品再犯，作為未來刑事政策改革或創新的參考。據此，本研究之架構可設定如下圖 1-1：

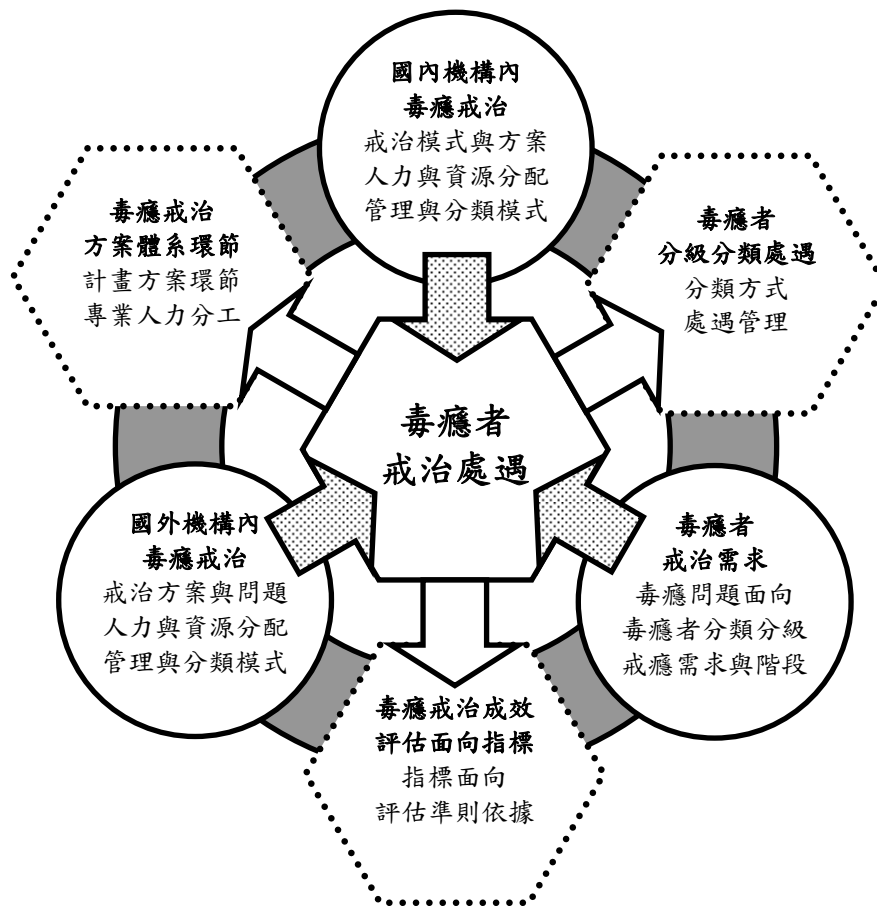


圖 1-1 研究架構圖

研究主題包括：

- (一) 瞭解我國毒品犯罪之機構內戒治處遇之現況與改進之處，以有效建構適宜之毒癮戒治處遇模式。
- (二) 蒐集國外相關毒品犯罪之機構內成功處遇模式，並加以分析其成功之原因，包括戒治處遇計畫方案、專業人力之配置、比例及毒品犯罪人之收容分類與管理方式等，以提供政府參考。
- (三) 提出受戒治者之身體與心理戒治不同階段之完整處遇計畫方案，並針對不同類型毒品之受戒治人擬定戒治

成效評估表，以及戒治所專業人力與能力、工作內容之分工規畫方案等。

(四) 透過理論與實務之實證整合研究，提出以管理制度配合戒治處遇計畫方案之模式，發展出具成效之本土化戒治模式，做為未來我國在實務之管理、處遇運用之基礎。

三、研究方法與流程

為能確實反應國內戒治場域之現況，以確立適切之修正方向與提出適當對策，本研究擬先透過蒐集與分析國外有關戒治模式與研究之研究方法與有效因素，藉此以利設計後續國內戒治機構調查之主題與方法，爾後透過實證研究取得國內戒治機構內之真實需求與限制，進行確立修正方向與對策，以利未來本土化戒治模式之建置。本研究之研究方法與流程，可以下圖 1-2 表示：

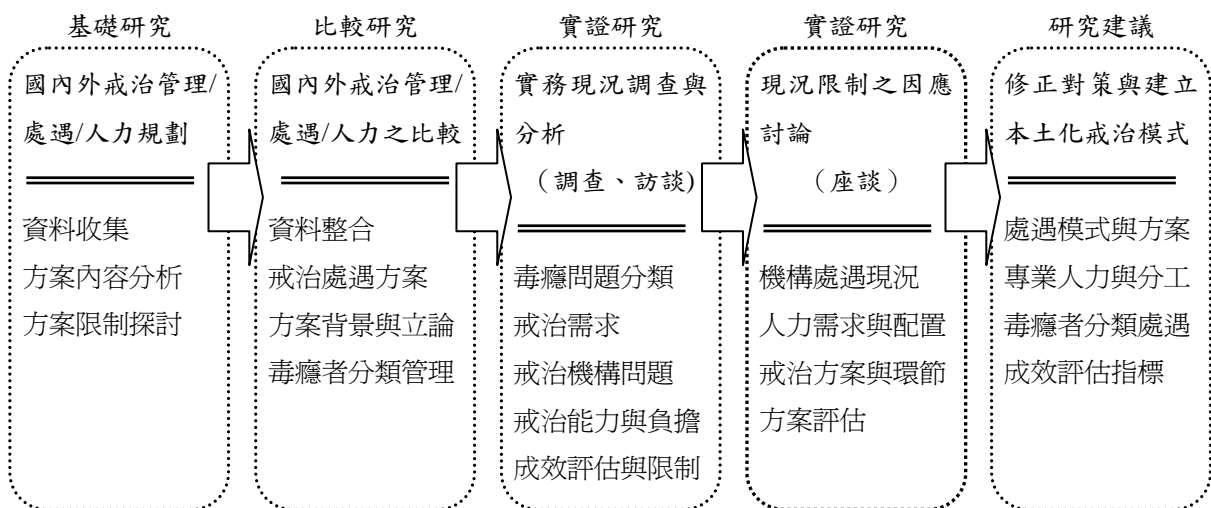


圖 1-2 研究方法與流程

四、資料蒐集與分析方法

本研究之資料蒐集與分析方法，依照研究流程分別說明如下：

- (一) 基礎研究：為有利於國內修正現行戒治管理、處遇模式、與專業人力設置，本研究擬蒐集與分析國內外矯治機構內之戒治與管理模式、對矯治機構內之各類有效戒治模式研究，以瞭解國內外在各類戒治相關政策與組織規劃之異同，以為後續研究之基礎。
- (二) 比較研究：比較國內外在戒治管理、處遇模式、專業人員分派等各面向規劃之優劣與限制，及國外類似方案之因應作法與建議，以選定有效的機構內毒癮戒治方案，並瞭解其背景因素與規劃理念，以利後續之研究與討論。預計除參考美國各州較著名之戒治方案外，亦將參考亞洲鄰近國家（如日本、香港、泰國及中國大陸等）及北歐（如丹麥、荷蘭及瑞典等）與澳洲等國家之戒治方案資料，以收借鑑之效。
- (三) 實證研究：透過實證研究，以瞭解毒品施用者之戒治需求，以及戒治機關內處遇現況與問題、專業人員之需求與配置、毒癮戒治之能力與負荷、專業人員對國外經驗之看法等，以研擬適合我國國情之戒治模式。預計以訪談、問卷調查及座談方式進行。

1、訪談研究：

- (1) 毒癮者之戒治需求：透過訪談戒治所、監獄、治療性社區之毒癮者，以瞭解毒癮者對戒治方案之需求、毒

癮再復發之歷程、戒治方案內容對其藥物濫用循環之影響、戒治方案環節過阻其用藥循環歷程之功效。預計訪談 12~15 名毒癮者，以有再犯情形之毒癮者為訪談個案選擇之優先考量。

(2) 毒癮戒治專業人員：透過訪談戒治所、戒毒監之毒癮戒治方案規劃或執行者，以瞭解戒治機關內毒癮戒治處遇之現況與問題、專業人力之需求與配置、毒癮戒治之能力與負擔等，以分析我國毒癮戒治機構內之現況與問題。預計訪談獨立戒治所與專業戒毒監之戒癮方案規劃者或主要執行者 8 位。

2、問卷調查：透過對毒癮者之問卷調查，以瞭解毒癮者之毒癮問題面向與戒治方案需求，預計調查監獄內毒癮犯與戒治所內受戒治者共 1,200 名，以隨機抽樣方式對各監所與戒治所毒癮者進行抽樣，或在研究期間內對新入監（所）之毒癮犯進行施測，問卷調查內容以對毒癮者戒治需求之訪談內容為基礎，以瞭解毒癮者之戒治需求，並加入類似草屯療養院物質使用之心理社會相關因子評估量表

(TSPSS)（內容包括人口學資料、海洛因使用型態、家庭支持度、憂鬱、創傷後壓力症候群以及人格及自我效能等向度），並參考目前於戒治所施行之問卷及量表，以瞭解毒癮犯之心理、社會之需要。問卷內容編制完成後需先經預試，以確定問卷調查內容符合毒癮者之毒癮問題型態與戒治方案需求。

3、座談：邀請我國參與機構內毒癮戒治方案之專業人員，透過座談會廣泛討論之方式，以瞭解國內目前機構內毒癮戒

治處遇之問題現況、專業人員之需求與配置、戒癮工作環節規劃、毒癮戒治之能力與負擔…等，以及對國外機構內毒癮戒治經驗之看法，並就研究初步結果與建議草案進行討論，提供對研究結果之修正與建議，使研究結果更符合我國機構內毒癮戒治處遇之需求。預計舉辦二場座談會，每場邀請參與機構內毒癮戒治方案之專業人員 8 人參與討論。

第二章 我國機構內毒癮戒治體系與戒治模式

第一節 司法戒治工作發展概況

司法戒治是目前我國承接毒癮者戒癮工作的主要體系，根據法務部「當前毒品防制政策的新策略」¹⁵，以及法務部毒品危害防制措施¹⁶，當前的戒毒工作已開始朝向多元整合發展，新推展的模式包括：

- 一、成立獨立專責戒治所，落實各項戒治處遇措施及提昇執行成效：目前全國已成立北、中、南、東成立四所獨立專責戒治所，延請宗教團體駐所提供戒治輔導方案，及廣納社會資源，開辦各類課程，分別引進醫療資源，合作推動戒治醫療計畫，使戒治所提供之戒治處遇方案多元化而更趨完善。
- 二、延長勒戒、戒治處遇期間，使勒戒及戒治處遇之執行更趨完善：修正觀察勒戒作業流程，自 95 年 4 月將原訂 21 日工作天之觀察勒戒程序逐步延長為 50 日，而各戒治所亦配合延長受戒治人戒治處分期間，使受戒治人於所內接受之各項處遇計畫或輔導方案能更趨完善，及落實核實考核受戒治人在所表現，俾利降低受戒治人出所後再犯可能性，提昇戒治成效。依據統計，至 95 年 11 月止觀察勒戒期間平均為 56 天，強制戒治期間則達近 9.5 個月（283 天）。
- 三、強化觀察勒戒成效：於各看守所及少年觀護所附設勒戒處所，並研擬觀察勒戒 40 日作業流程，安排戒毒輔導、宗教

¹⁵ 法務部網站。www.moj.gov.tw/public/Attachment/61251744121.doc

¹⁶ 法務部網站，檢察司-防制毒品-參、法務部「拒毒、戒毒、緝毒」等毒品危害防制措施。<http://www.moj.gov.tw/ct.asp?xItem=94244&ctNode=11449>

輔導、法治教育、衛生教育等相關課程。並由衛生署精神醫療網責任區域之核心醫院支援醫療業務，由衛生署邀集相關機關及專家學者共同研訂「有無繼續施用毒品傾向評估標準」，以判定受觀察勒戒人有無繼續施用毒品傾向。

- 四、整合戒治醫療資源，完善戒治處遇模式，提昇戒治成效：促成醫療體系與獨立專責戒治所之合作，擬定戒治醫療整合試辦計畫，推動受戒治人所內及所外之戒治醫療服務方案，使受戒治人於所內即能接受完整毒癮之醫療照顧，提昇戒毒動機，並於出所後能順利銜接所外社區醫療系統的毒癮治療及追蹤，俾利預防復發。
- 五、推動「毒品犯輔導計畫」，擴大戒毒處遇實施對象，以全面降低毒品再犯率：透過毒品犯受刑人基本資料及毒品施用情形等相關資料的搜集與評估，研訂監獄毒品犯輔導策略，對毒品犯受刑人施予在監及出監前兩階段的輔導，除落實個別、類別教誨外，廣納社會資源及引進各地衛生局或醫療機構，提供戒毒輔導方案或戒癮相關衛教講座。並配合衛生署「毒品病患愛滋減害計畫」之實施，對於感染愛滋病之受刑人，於其出監前加強相關衛教宣導，及協助辦理替代療法之收案評估前置作業。
- 六、出監毒品犯結合觀護、更生保護、毒品危害防制中心，落實社區追蹤輔導機制：以延續監內毒品犯輔導成效，落實社區追蹤輔導，降低毒品犯出監後再犯率。對於期滿或假釋出監且具高再犯危險者則除將相關資料函知更生保護分會、觀護人室外，並直接將相關資料交由毒品危害防制中心進行後續追蹤輔導事宜。

(一) 受戒治人：由戒治所與各地方毒品危害防制中心聯繫，規劃推動受戒治人出獄後之社區追蹤輔導、資源轉介等預防復發措施。

(二) 受刑人：監獄毒品犯受刑人之追蹤輔導機制，由毒品危害防制中心及更生保護、觀護體系配合。

1、期滿出監者：於其出監時將相關資料交由各更生保護分會持續追蹤，經其篩選後認有必要者，再由各分會將資料交由毒品危害防制中心進行後續追蹤輔導事宜。

2、假釋出監者：資料交由各檢察署觀護人室追蹤，經其篩選認有必要者，再由各觀護人室將資料交由毒品危害防制中心進行後續追蹤輔導事宜。

七、辦理毒癮戒治暨社區復健計畫—法務與醫療合作模式：參考國外藥物濫用者治療性社區（Therapeutic Community）計畫，結合衛生署辦理「毒癮戒治暨社區復健計畫—法務與醫療合作模式」延續毒品戒治效能。治療性社區可使毒品施用者學習或重新建立健康的功能、技巧及價值，同時重新獲得身體上及情緒上的健康，達到復健的功能，此外並透過自助（Self-help）與互助（Mutual Self-help），完成個人自我治療。於95年9月12日與衛生署正式簽署跨部會合作契約，共同辦理「毒癮戒治暨社區復健計畫—法務與醫療合作模式」，於台中監獄草屯分監舊址設立「茄荖山莊」，針對離開監獄、戒治所之吸毒犯或有毒品成癮的民眾，在脫離司法機構的戒癮處遇或結束門診或住院治療後，可以自願性地進入治療性社區，由專業的醫療團隊

提供全天候的心理復健、職能訓練、轉介就業等治療輔導。成員離開治療性社區後，由醫療機構及法務單位（地方法院檢察署及更生保護會）持續追蹤輔導，提供各種協助，以助吸毒者穩定適應及順利復歸社會。

八、建立毒品犯受保護管束人醫療戒癮模式：為預防毒品犯受保護管束人再犯，並在觀護期間內提供專業心理治療，幫助其在保護管束期滿後延續戒癮效果，由各地檢署廣泛結合醫療資源共同辦理諮商團體或治療團體，期待藉由專業化、系統化的小團體治療模式，在精神科醫師、心理師、社工師等專業人員帶領下，適時運用團體動力，增強受保護管束人自我認知及重新學習適應社會行為技巧，以助其穩定適應社會生活。此戒癮模式將結合毒品危害防制中心更積極辦理毒品犯團體諮商治療。另在吸毒犯接受保護管束期間內，亦提供個別諮商、愛滋防治衛教宣導，愛滋病篩檢、毒品減害計畫宣導、轉介就業等輔導，以深化吸毒犯心理輔導效能，協助成功戒毒，並配合加強採驗尿液等外在監督措施，而達到預防再犯的目的。

九、試辦「減少毒癮者對社會治安危害的醫療更生方案」：由臺南地檢署、臺南觀護志工協進會、衛生署立嘉南療養院、臺南縣政府毒品危害防制中心、臺南市政府毒品危害防制中心、勞委會職訓中心、就業服務站共同推動。透過醫療行為，針對檢察官受理偵查二犯施用海洛因之被告，經專業評估篩檢並同意接受本方案時，檢察官即給予緩起訴 2 年，並命令被告應立即接受 6 個月的替代性維持〈藥物〉治療及心理治療〈12 次〉，使毒癮者服用美沙酮

(Methadone) 替代對海洛因的渴求與依賴，減少毒癮者為購買及施用海洛因而造成的社會治安危害〈衍生性犯罪〉，重建毒癮者的生活型態與生產能力。預期可大幅降低毒癮者因共用針頭感染愛滋病毒所造成公共衛生問題，並減少毒品犯衍生性犯罪所造成的犯罪問題，以及疏解監所人滿為患的超額收容壓力，更積極使毒品犯回復正常生活，增加社會生產力。

因此目前我國毒癮者之司法戒治模式應包含觀察勒戒與強制戒治、毒癮戒治暨社區復健、受保護管束人之醫療戒癮模式、監獄受刑人輔導方案、社區追蹤輔導、緩起訴戒癮。其中毒癮戒治暨社區復健計畫乃自願方案，由離開戒治機構之毒癮者自願參與；社區追蹤輔導除假釋出監者有保護管束之約束外，其餘乃受戒治人出所或受刑人期滿出監後之轉介服務。因此實際上刑事司法之毒癮戒治體系僅包含觀察勒戒與強制戒治、監獄毒品受刑人輔導方案與保護管束之醫療戒癮三個環節，以及試辦中的緩起訴醫療戒癮/替代療法方案。

保護管束之醫療戒癮乃由各地檢署結合醫療資源，辦理毒品犯團體、個別諮商治療、毒品、愛滋防治衛教宣導及愛滋篩檢、毒癮減害計畫宣導等活動，以強化個案心理輔導效能協助戒毒，並配合尿液採驗之外在監督，以達預防再犯成效，故方案模式較不固定，而依各地檢察署之資源與環境因地制宜。而觀察勒戒乃藉由觀察勒戒期間，由醫師對受觀察勒戒人進行研判，判斷其有無繼續施用毒品傾向，並以輔以戒毒輔導及宗教教誨等事宜，使受觀察、勒戒人堅定戒毒決心。而試辦中的緩起訴醫療戒癮/替代療法方案則是以

刑事司法的追訴力，驅使毒癮者配合接受醫療體系之戒癮處遇。因此實際上司法戒治應指強制戒治與監獄受刑人輔導方案。

第二節 強制戒治方案

以我國現階段之毒癮戒治體系而言，強制戒治措施依據「戒治處分執行條例」之規定，將戒治措施分為「調適期」、「心理輔導期」、「社會適應期」三階段：

- 一、調適期：處遇重點在培養受戒治人之體力及毅力，增進其戒毒信心，調適課程參與包括體育活動、宗教教育、生活適應。
- 二、心理輔導期：處遇重點在激發受戒治人之戒毒動機及更生意志，協助其戒除對毒品之心理依賴，輔導課程參與包括諮商輔導、體育活動、衛生教育、成癮概念。
- 三、社會適應期：處遇重點在重建受戒治人之人際關係及解決問題能力，協助其復歸社會，社會適應課程參與包括生涯輔導、人文教育、法治教育、工作與休閒。

除了以「戒治處分執行條例」規定為核心之戒治模式外，目前我國已經成立四所獨立戒治所，並積極發展本土化戒治模式，各所戒治模式特點如下：

一、臺灣新店戒治所¹⁷

推動之戒治處遇除聘有具專業知能之師資群，以提供一般處遇課程外，亦積極引進社會資源與宗教團體，提供有計畫之戒毒輔導

¹⁷ 張伯宏、鄭安凱、洪嘉璣，【本土化戒治模式成效評估】。2007 全國戒治業務研討會。台北：新店戒治所，96年6月28日。

方案，並由所內心理師、社工員提供心理、社會處遇，於受戒治人出所前則引進更保認輔及辦理職能訓練。並由衛生署指定之戒治醫療團隊（衛生署立桃園療養院、八里療養院）的進駐，協助落實毒癮醫療處遇。戒治模式之特點如下：

- （一）以宗教戒毒為主軸：藉由宗教的感化力量與信仰的建立，克服心癮，修補心靈。
- （二）採雙軌制之輔導策略：除依法務部頒定之「戒治所實施階段處遇課程應行注意事項」，提供調適期、心理輔導期及社會適應期應有之教育課程（一般處遇）外，同時積極引進社會及宗教團體等資源，參考台南明德戒毒分監之處遇模式，規劃較長期之處遇方案（特殊處遇），供受戒治人依其個人偏好及意願參加。
- （三）實施司法與醫療的整合：刑事政策將受戒治人定位為「病犯」，其意義在以強制力使吸毒者接受醫療的處遇，因此司法與醫療專業缺一不可，需整合司法與醫療系統，建立永續經營之合作模式。
- （四）重視更生保護與職能教育：為使受戒治人出所之生活適應能力得以提升，特別重視受戒治人所內更生保護認輔制度與職能教育的推動，使能增加社會支持系統與建立正確就業及工作價值觀，俾利社區之再犯預防。
- （五）強化機構戒治與社區復歸之銜接：積極落實所外追蹤輔導，使能延續所內輔導成效，強化預防再犯。

另有由新店戒治所結合外界資源所開設的特殊處遇班別，包括：

- (一) 笑笑功班：透過正向心理學與中國氣功的手法，協助受戒治人進行身、心及思想之轉化。
- (二) 天恩彌勒佛院戒毒輔導班：傳授、啟示佛聖經典精華的銘言箴語，引導人格的成熟，協助受戒治人穩定情緒、培養耐心、恆心。
- (三) 佛教班：教授佛法、禪修等相關課程，提昇學員悟性，圓融生命，感受佛法清淨無求之生活。
- (四) 基督教班：以基督教信仰為核心，透過互動式教學與個別或團體輔導，穩定對基督的信仰，加強個人靈修，促進學員間的彼此激勵與學習。
- (五) 天主教班：透過福傳專題的討論，強化信仰力量及培養成熟健康之價值觀。

二、臺灣臺中戒治所¹⁸

臺中戒治所除了以「戒治處分執行條例」規定為核心之戒治模式外，還有三種主要的治療方案：

- (一) 醫療整合試辦計畫：目的在協助受戒治人戒除毒癮，學習並重新建立健康的功能、技巧與價值，同時幫助其回復生活、家庭、職業與社會功能，降低藥物與犯罪行為的再犯率，因此，本計劃的實施對象不僅只於所內之受戒治人，同時亦包括受戒治人之家屬，並對於出所後之受戒治人加以追蹤，以利落實後續之照護。與衛生署草屯療養院合作後，配合處遇之狀況，及對受戒治人之越

¹⁸ 傅雅憚，團體治療與個別治療於戒治所內之應用。2007 全國戒治業務研討會。台北：新店戒治所，96年6月28日。

加瞭解，迄今已陸續發展出不同之所內團體治療、出所準備、出所追蹤等等計劃。

- 1、 所內團體治療：由草屯療養院醫療團隊主導之「海洛因使用者應用團體治療模式治療效果評估計劃」修訂計畫，採用草屯療養院物質使用之心理社會相關因子評估量表（TSPSS）（內容包括人口學資料、海洛因使用型態、家庭支持度、憂鬱、創傷後壓力症候群以及人格及自我效能等向度），篩檢全所之海洛因使用者，分析其心理社會之需要，並以此為依據設計團體治療課程。
- 2、 出所準備：A) 受戒治人方面由戒治所與草屯療養院及更生保護會共同合作，針對完成三期處遇之受戒治人進行每週一次之團體輔導，設定的議題包括「更生保護業務宣導」、「出所後之治療」、「出所後之心癮」、「出所後之正確生活」、以及「家庭重建」。B) 針對無殘刑、無另案之受戒治人，於社會適應期結束之後，由草屯療養院及戒治所之工作人員進行兩次以上之個別輔導，其目的為協助受戒治人建立出所後與醫療資源聯結之求助管道，以提高其接受追蹤輔導的意願。C) 受戒治人家屬方面，為促進家屬對受戒治人之接受度，辦理「受戒治人家屬座談會」，由參加團體治療之受戒治人家屬與未參與團體治療之受戒治人，於進入待釋期後辦理家屬座談，並與草療醫療人員共同於綜合座談中，為家屬說明戒癮相關議題。

3、 出所追蹤:受戒治人出所後，由草屯療養院之工作人員採用電話或書信的方式，進行一年九次之出所追蹤，瞭解其生活、工作情形，有無再犯等狀況，並評估其有無戒毒之諮詢或治療需要，適時安排進一步的協助。

(二) 團體治療結合個別治療之戒癮計劃：為提供受戒治人多元的戒癮服務，藉由團體治療與個別心理治療的方式，結合生物—心理—社會三向度的戒癮觀點，協助受戒治人提升戒癮動機，並探索各項戒癮議題，以期由內而外改變其藥物的使用行為，減少復發的可能性，由3位臨床心理師輪流擔任團體領導者、團體觀察員以及個別治療師。目前團體內容主要探討「看似表面與用藥無關的決定」、「內在反應」、「用藥制約」、「渴望」、「用藥慾望」、「抗拒用藥力量」、「對毒品的安忍」、「用藥機會」、「社區抑制」、「自我控制技巧訓練」、「拒絕用藥」、「良好生活」等，並經治療師個別晤談評估時及團體進行間，依對受戒治人實際需要之發現而調整。預計實施五個團體後進行本計畫之總評估，以瞭解藉由團體治療與個別心理治療的方式，整合多向度戒癮觀點之處遇模式，對於協助受戒治人提升戒癮動機、探索戒癮議題、由內而外改變藥物使用行為、以及復發可能性之減少等層面之成效。

(三) 「輔導團體計劃」多元方案：藉由多元方案的實施，可因受戒治人動機不同而提供不同之處遇，且可作為與其他不同挑選個案方式、但處遇方向近似方案之對照，並

可補救「高再犯危險性之受戒治人，因較缺乏治療動機，拒絕治療，而減少治療機會」之問題。目前團體方案包括：

- 1、 「預防再犯」團體：團體成員篩選自調適期或本月剛入心理期，且未參加其他治療團體之受戒治人中，採用問卷篩選適合團體處遇之個案，篩選標準為有意願者優先。團體成員 5 人。團體實施自 95 年 7 月 26 日起至 10 月 5 日止。團體內容為「動機增強」及「預防再犯」相關內容。
- 2、 「生涯規劃」團體：團體成員篩選自調適期或本月剛入心理期，且未參加其他治療團體之受戒治人中，採用問卷篩選適合團體處遇之個案，篩選標準為有意願者優先。團體成員 6 人，團體實施自 95 年 7 月 28 日起至 10 月 4 日止。團體內容為「認識自己」、「生涯發展」、「社會資源認識」等生涯輔導內容。
- 3、 「無殘刑另案受戒治人輔導戒癮團體」：為調適期或入心理期未滿兩個月，無另案（或另案殘刑未定或一年內）、想戒毒、願參加團體，且未參加其他治療團體之受戒治人中，採用問卷篩選適合團體處遇之個案。團體成員 6 人。團體實施預計自 95 年 12 月 27 日起至 96 年 2 月 7 日止。團體內容為「動機增強」及「預防再犯」相關內容。
- 4、 「無殘刑另案受戒治人生涯輔導團體」：自調適期或入心理期未滿兩個月，無另案（或另案殘刑未定

或一年內)、不想戒毒但想討論生涯、願參加團體，且未參加其他治療團體之受戒治人中，採用問卷篩選適合團體處遇之個案。團體成員5人，團體實施自96年1月5日起至3月7日止。團體內容為「認識自己」、「生涯發展」、「社會資源認識」等生涯輔導內容。

5、「殘刑另案受戒治人小團體互助輔導」：自調適期或入心理期未滿兩個月，有殘刑另案、想戒毒或討論生涯、願意參加團體，且未參加其他治療團體之受戒治人中，採用問卷篩選適合團體處遇之個案。團體成員9人，團體實施自95年12月26日起至96年3月6日止。每次實施內容由受戒治人自行討論決定。

6、「不識字受戒治人教育團體」：透過輔導團體的進行，促進團體成員彼此激勵與影響，從言談中教導戒癮與生涯觀念，以降低其因教育程度不足而致處遇績效不佳的困擾。自調適期或入心理期未滿兩個月，不識字、或不太會書寫，且未參加其他治療團體之受戒治人選入團體。團體成員6人，團體實施自96年1月8日起至96年2月12日止。團體內容為「預防再犯」及「生涯規劃」之主題。

7、「輔導教育課程團體」：調適期或入心理期未滿兩個月，讀寫無礙，無另案，不願參加團體治療及接受個別治療，且未參加其他治療團體之受戒治人。NIDA在「司法矯正體系的毒癮治療原則」中提到「對

於低改變動機或低參與動機者，如果符合藥物依賴標準，亦不能排除在治療之外，而提昇動機的介入方案則可能會有所助益」。因此本教育課程團體期望透過短期教育課程的進行，教導成員基本戒癮觀念，並要求其填寫作業，以增強對戒癮之動機及技巧，降低再犯危險性。團體成員 13 人，團體實施自 96 年 1 月 17 日起至 96 年 3 月 7 日止。

- 8、「受戒治人小團體互助輔導」：接受團體輔導過，並主動期望繼續接受團體輔導意願之受戒治人。每次實施內容由受戒治人自行討論決定。人數 5 人。自 96 年 4 月 2 日起迄今。

未來除現有方案外，將考慮發展出「中老年生涯團體輔導」、「失眠團體」、「全自主自助團體」等方案。

三、臺灣高雄戒治所¹⁹

藥物成癮之矯治工作涉及「生物、心理、社會 (biopsychosocial)」的問題，晚近對成癮防治策略的共識已浮現出以整合取向為主軸的復發防治策略，包括案主自我效能的增強 (透過技巧的養成)、誘因的使用 (以創造及維持動機)、整體性的治療包裹 (以處理案主的生活型態)、案主與治療的搭配 (使治療策略個別化) 四大領域。因此發展一套整合生理-心理-社會之多元整合戒治處遇模式始能適切的反應戒治之需求，且達到戒治之目標。為

¹⁹ 江振亨，多元戒治整合模式戒治方案之規劃與實施。2007 全國戒治業務研討會。台北：新店戒治所，96 年 6 月 28 日。

此，此亦高雄戒治所規劃多元整合模式戒治策略以適切反應戒治之需求，其基本要素與目標包括：

- (一) 案主自我效能的增強(透過技巧的養成)：教導案主處理環境的「觸因」，提升個人的自助能力產生希望與信心。主要的策略包括：渴求的確認、高風險情境的預期、面對觸因之替代性反應的排練、及練習適應性的行為。此部份將結合認知行為治療模式，透過團體治療(諮商)及個別心理治療(諮商)之方式辦理。
- (二) 誘因的使用(以創造及維持動機)：個案動機關係著個案在戒治處遇過程中能否用心接受戒治課程及對未來出所後的戒治成敗，因此提升個案戒治之動機為戒治處遇整體過程中治療者首要之務。此部份參考美國賓州大學治療研究中心的 BRENDA 取向戒癮手冊-結合藥物與心理社會治療之基本原理，強調個別的心理與社會支持。

BRENDA 戒癮策略包括了：

- * B (biopsychosocial)生理、心理和社會功能的評估
- * R (report)向案主告知評估的結果
- * E (empathy)以同理心了解案主的問題
- * N (needs)協助案主確認其需求
- * D (direct)直接建議案主如何達成需求
- * A (assess)對直接建議的反應，必要時調整建議，以達到最好的效果

- (三) 整體性的治療包裹(以處理案主的生活型態)：整體性的治療包裹前階段首重於心理衛生、藥物教育及健康生活

管理方案之執行，而戒癮治療中不僅僅只是處理藥物使用的問題，尚需包含婚姻/家庭諮商、就業諮商、信心訓練、社交技巧訓練、讀寫能力課程等，因此採行模組(Module)的理念，以「多元戒治處遇模式-生理、心理與社會整合」(Multiple Treatment Program:Bio-Psycho-Social)為戒治處遇規劃之主軸，計包括 10 個處遇模組，分別為：

- 1、Module 1 心理衛生、藥物教育及健康生活管理方案：課程主題包括衛教宣導與生活管理，衛教宣導包含正確的用藥概念、健康與正確的性行為(HIV/AIDS)、毒品對身心之影響、愛滋病與藥物濫用之相關性(共用針頭、稀釋液之危險)、替代療法之認識、香煙之危害、簡易急救、認識精神疾病、上癮歷程、其他關於衛生教育議題，健康生活管理包含睡眠問題的處理、生活壓力調適、自我健康管理、人際關係管理、自我焦慮控制、生活休閒與人生、飲食與健康、生理衛生、兩性教育、開放心遠憂鬱(談憂鬱)、其他關於健康生活管理議題。
- 2、Module 2 認知重構方案：內容包括理性信念、自我教導訓練、認知治療、衝動控制、價值澄清。
- 3、Module 3 自我效能方案：內容包括自重感、自信心、自我肯定、因應技巧、自我調控、正向楷模。
- 4、Module 4 生活技能方案與生涯規劃方案：內容包括問題解決能力、人際互動與溝通、核心職能 3C 課程(動機職能、行為職能、知識職能)、職業試探、

技能訓練(法務部規定戒治課程中之工作與休閒類)、藝能課程、就業宣導與職能評估。

- 5、Module 5 復發預防方案：內容包括復發預防高風險情境辨視與預防演練、社會支持網絡重構(銜接輔導、就業輔導與追蹤)。
- 6、Module 6 家庭重建方案：內容包含家庭日活動、家庭諮商方案、家屬衛教方案、家庭生活心理教育課程(親職教育、家庭關係…)
- 7、Module 7 生命教育方案：內容包括生命教育課程、繪本治療、寫作治療、園藝治療、讀書治療。治療內容以生命教育議題為主軸，治療方式只是媒介。
- 8、Module 8 宗教心靈教育方案：內容包括宗教教育與一般宗教活動、小團體之牧靈諮商活動。
- 9、Module 9 通識教育課程方案：主要依據法務部所訂之戒治處遇課程標準訂之，包括體適能活動、法治教育、人文教育。課程著重於增加受戒治人體能、法律知識及人文常識，同時亦充實戒治課程之多樣性。
- 10、Module 10 藥物治療方案：替代療法(只適用特殊個案)。

(四) 案主與治療的搭配(使治療策略個別化)：治療要配合案主的個別需要，配合 BRENDA 取向戒癮方式之個案管理，針對所有個案依其入所時所做之各項測驗與評估可作為實施個別晤談時介入之參考，同時亦為篩選各式戒治

團體方案之依據，例如在性格量表測驗結果上屬低度自我肯定之受戒治人即較需要參加自我肯定的訓練團體。

高雄戒治所以「多元戒治處遇模式-生理、心理與社會整合」之理念，採行模組(Module)的戒治處遇，希望達到打破藥物濫用者過去不良的生活負因，包括物質濫用、無動機的生活、未能受僱用的情況、不良的情緒控制、處於犯罪風險邊緣、高度的挫折、無生活技巧、家庭功能之不良、不能隨時代進度的 21 世紀文盲、缺乏問題解決技巧等不良的循環。戒治之目標希能達到個案戒毒、降低犯罪率、增進個人功能、家庭功能、社會功能及提高就業率發揮工作之功能等。

四、臺灣臺東戒治所戒治處遇模式²⁰

臺東戒治所主要的戒治方案包括心理與社會需求分組處遇、戒治醫療處遇、職業技能訓練、更生輔導，以及受戒治人出所後追蹤。

(一) 分組處遇：依受戒治人之心理處遇評估及社會需求評估，

區分為一般組、專業處遇組、特殊處遇組進行戒治處遇：

- 1、 一般組：以實施戒治處遇課程為主，課程規劃依據法務部所頒訂「戒治所實施階段處遇課程應行注意事項」辦理，每一階段課程根據該階段處遇目標，訂定課程的類別及時數。
- 2、 專業處遇組：除實施戒治處遇課程外，另在調適期加入動機增強方案，提昇受戒治人戒治動機，增進戒治技能學習；心理輔導期及社會適應期階段則依受戒治人的個

²⁰ 陳永慶，臺灣臺東戒治所戒治處遇模式。2007 全國戒治業務研討會。台北：新店戒治所，96 年 6 月 28 日。

別狀況，適時安排醫療事業人員提供個別專業輔導，必要時得提供團體處遇。

3、特殊處遇組：主要區分為體能調適期及心靈成長期兩個階段，宗教處遇橫跨兩個期別執行，受戒治人得依自己的興趣選擇加入一個宗教處遇，目前規劃以基督教、天主教及佛教為主，各宗教的介入採認輔制度，亦即選擇基督教處遇之受戒治人，平時的課程、個別輔導、團體輔導、出所後追蹤皆由該宗教負責，一方面便於加強該宗教對於受戒治人心靈上的依託，戒治期間的處遇亦得以比較連貫，另一方面，出所後的聯繫網路亦因宗教處遇的介入可以更加緊密及強化。

(1) 體能調適期階段：以簡樸、自然的生活為重點，加入氣功、禪坐等養生課程，藉由規律的作息、身體的活動、原始的農耕養殖生活、自給自足的工作環境，協助受戒治人鍛鍊強健體魄、了解工作的意義、體會自我存在感受。

(2) 心靈成長期階段：以宗教處遇及生命教育為兩大主軸，改採密集的團體輔導、上課講授課程，透過宗教真理的引導和信仰的力量，提昇受戒治人生命的智慧，造成心靈上的改變；透過生命教育課程的薰陶，引領受戒治人思索終極關懷與實踐、倫理思考與反省素養、人格統整與靈性發展等生命教育之核心議題。

(二) 戒治醫療處遇方案：針對所有受戒治人實施團體或個別治療處遇，改變受戒治人對毒品使用的不當認知、強化持續

停止用藥的決心、學習復發時的因應技巧，藉由後期的醫療介入，使得受戒治人得以與醫療人員建立關係，便於日後追蹤輔導的延續。

- (三) 職業技能訓練：協助受戒治人於入所期間能習得一技之長，便於出所後能有職業技能上的銜接，除戒治所內既有課程外，並協調更生保護會及職業訓練局開設符合未來市場需求的課程，增加受戒治人出所後的職業競爭力，避免再度落入失業窘況下的成癮復發狀況。
- (四) 更生輔導方案：協調更生保護會於受戒治人出所前先行介入，藉由更生輔導員關係的建立，出所後能夠願意尋求更生保護會的協助解決面臨到的問題，順利回歸社會。
- (五) 受戒治人出所後追蹤處遇：為延續戒治處遇成效，於受戒治人出所前調查其更生保護需求、未來出所計畫與聯繫方式，並了解其固定居所、家庭支持情形，以供後續追蹤輔導之用。並知會受戒治人戶籍所在地之毒品危害防制中心，以便於就近追蹤輔導。受戒治人於戒治期間所參與的醫療處遇、宗教處遇、更生輔導方案亦密切結合，形成一個網狀系統的追蹤輔導體系，便於掌握受戒治人出所適應狀況，並適時提供所需協助。

五、獨立戒治所戒治處遇模式比較

整體而言，目前我國四所獨立戒治所對毒癮者之戒治處遇，乃以「戒治處分執行條例」為核心，依據毒癮者戒治時期，區分為「調適期」、「心理輔導期」、「社會適應期」三階段，給予體育活動、

宗教教育、生活適應、諮商輔導、衛生教育、戒癮概念、生涯輔導、人文教育、法治教育、工作與休閒等課程，以大班授課方式促使毒癮者參與戒毒，提昇人際關係、協助復歸社會。各戒治所並因地制宜，結合鄰近社區、民間團體與醫療資源，共同參與戒癮工作，並由所內心理師與社工師針對毒癮者問題，開設不同的戒癮團體或輔導方案。

各戒治所所規劃開設之治療處遇方案不盡相同，但整體而言，四所獨立戒治所之戒癮方案內涵並無太大差異。依處遇方案之類型與內涵可歸納為下列類別：

- (一) 「戒治處分執行條例」內容方案
- (二) 醫療整合模式：與醫療院所結合，提供戒癮治療、心理治療、團體治療、職能治療、出所後轉介與追蹤…等。
- (三) 宗教戒毒：由宗教團體入所輔導，強化毒癮者信仰並提供心理支持、穩定情緒、生命教育…等。
- (四) 社會團體：導入社會團體資源，提供不同課程方案以培養毒癮者生活興趣、休閒活動、修生養性、體驗生活。
- (五) 團體、治療方案：由所內心理師、社工師依據受戒治人特性、需求開設團體或治療課程。
- (六) 出所銜接：結合更生保護會、醫療院所、地方毒品危害防制中心…等，以協助受戒治人出所銜接。
- (七) 其他方案：如臺東戒治所實驗農場等對毒癮者戒癮有所助益之方案。

表 2-1 獨立戒治所戒治處遇模式比較

處遇類型	新店戒治所	臺中戒治所	高雄戒治所	臺東戒治所
戒治處分 執行條例		調適期 心理輔導期 社會適應期		
醫療整合模 式	台北市立聯合 醫院 桃園療養院 八里療養院	草屯療養院	嘉南療養院	玉里療養院
宗教團體	佛教 基督教 天主教	佛教 基督教 天主教	佛教 基督教 天主教	佛教 基督教 天主教
社會團體	笑笑功	氣功 生命教育 武術		
團體、 治療方案	心理治療 團體治療 諮商輔導 衛生教育 ...	治療團體 預防再犯 生涯規劃 團體互助 輔導教育 失眠團體 讀書會 ...	心理衛生 認知重構 自我效能 生活技能 生涯規劃 復發預防 家庭重建 生命教育 心靈教育 ...	認知團體 心理治療 職能治療 團體衛教 ...
出所銜接	職能訓練 更生保護 所外追蹤 社區轉介 家屬衛教	職能訓練 更生保護 所外追蹤 社區轉介 家屬團體	職能訓練 更生保護 所外追蹤 社區轉介 家屬衛教	職能訓練 更生保護 所外追蹤 社區轉介 家屬衛教
其他				實驗性農場

※附註：各戒治所對戒治方案內容強調重點不一，部分項目內容可能有所遺漏，實際處遇並不僅限於本表整理內容。

目前獨立戒治所皆編制有心理師、社工員、輔導員等人員以協助毒癮者戒癮，其對毒癮者的治療處遇多以個別輔導與團體治療方式展現，在團體治療方案部份，各戒治所所開設的團體性質不盡相同，但總結來說，各戒治所所開設的團體方案依其對毒癮戒治的介入觀點可歸納為心理、家庭與社會生活三個層面，心理層面包括心理衛生、認知重構、自我效能、壓力調適、生命教育、心靈教育等；

家庭層面包括：家庭重建、親職教育、家庭關係等；社會生活層面包括：生活技能、生涯規劃、社會支持網絡、問題解決能力、人際互動與溝通、就業輔導與職能評估等。各戒治所皆儘量依據受戒治人之需求規劃團體方案，其中高雄戒治所並對團體方案做系統性規劃與實施，可作為獨立戒治所團體方案之代表。

第三節 監獄毒癮犯戒治處遇

司法戒治乃以觀察勒戒與強制戒治為主，依我國現行法令之規定，毒品施用者受觀察勒戒或強制戒治處分完畢後五年內再度施用毒品者，檢察官即予以起訴，俟法院審理判刑確定後即入監服刑。監獄為執行刑罰之場所並非戒癮專責機構，因此對於毒品犯之處遇仍以輔導教誨為主，依據法務部頒訂之「監獄毒品犯輔導計畫」內容，乃將監獄毒品施用者之輔導策略區分為「新收評估階段」、「在監輔導階段」與「出監輔導階段」：

- 一、 新收評估階段：新收 1 個月內為新收評估階段，針對毒品犯進行基本資料與毒品案件相關資料之蒐集，以為日後輔導重點及輔導策略選擇之參考。依據「毒品犯受刑人評估表」收集各項資料，包含個人基本人口變項資料、藥物濫用史、過去戒癮經驗、再犯原因、施用毒品態度、職業史、犯罪史、家庭關係、人際關係等。
- 二、 在監輔導階段：服刑期間扣除新收評估階段與出監輔導階段皆屬之，目標設定為加強毒品施用者對毒品危害之感受及對毒品相關法律之認識，提升戒癮動機，同時加強壓力適應、情緒管理技巧之訓練，提昇戒癮信心以預防復發。輔導策略包括：
 - (一) 毒癮醫療處遇措施：引進地區醫療資源，組成專業團隊規劃監內毒癮醫療處遇方案，針對成癮嚴重者提供戒治醫療協助。
 - (二) 個別教誨：針對高再犯危險或二犯以上之施用毒品者，由教誨師或運用社會志工增加平日個別教

誨次數或頻率，加強該階段輔導目標，以激發戒毒動機與更生意志，協助戒除對毒品的心理依賴。

(三) 類別教誨：將毒品犯依據不同的向度（如再犯原因、施用種類等）區分同質性高者，針對某一議題集中施予教誨。

(四) 衛教講座：定期辦理毒癮及戒癮相關議題之衛生教育講座或法治教育演講，強化毒品犯之毒癮相關衛教知識，或提昇道德良知。

(五) 社會資源輔導方案：廣納社會資源（社會公益、宗教團體或大專院校等），提供戒毒輔導方案入監協助毒品犯之心理戒治。

(六) 其他：辦理各項反毒或戒癮相關活動，以增強或穩固戒毒動機，培養健康休閒嗜好。

三、出監輔導階段：出監前3個月（刑期未滿1年6個月者）至6個月（刑期1年6個月以上者）為出監輔導階段，已加強毒品犯受刑人就業、生涯輔導與職業訓練為目標，同時協助其出監規劃、強化家庭支持系統，並提昇追蹤意願，使其順利復歸社會並預防再犯。輔導策略包括：

(一) 毒癮醫療處遇措施：引進地區醫療資源，組成專業團隊規劃監內與監外毒癮醫療處遇之銜接，提昇毒品犯出監後尋求專業毒癮醫療協助之可能性。

- (二) 個別教誨：由教誨師或運用社會志工增加平日個別教誨次數或頻率，加強該階段輔導目標，協助毒品犯人際、家庭關係重建及提昇問題解決能力，增加復歸社會可能性。
- (三) 家屬衛教活動：辦理家屬與毒品犯之毒癮相關衛教活動、減害計畫宣導或懇親相關活動，以提昇毒品犯戒癮及復發歷程之自覺，提昇其出監尋求醫療支援之可能性，及協助家屬充實陪伴戒癮過程中所需之相關知能，提昇家庭支持度，改善家庭溝通技巧，重建毒品犯之家庭關係。
- (四) 職業訓練：針對改變動機強但缺乏一技之長之毒品犯辦理短期技能訓練，增加出監後就業能力與機會。
- (五) 就業輔導：對已有一技之長之毒品犯，強化就業輔導功能，協助職涯規劃及就業轉介，以提昇出監後就業機會。
- (六) 更保銜接：針對改變動機強之毒品犯，引進更生保護及志工進行個別認輔，提昇出監後被追蹤之意願，俾利出監後追蹤輔導之銜接，延續監內輔導成效。

四、出監再犯危險性評估及社區追蹤輔導之銜接：延續監內毒品犯輔導成效，落實社區追蹤輔導以降低毒品犯出監後毒品再犯率。對假釋出監者，監獄將相關資料與評估報告交由各地檢察署觀護人室及各地毒品危害防制中心，進行後續追蹤輔導及轉介醫療、社政、警察、教育

等機構予以協助。對行滿出監者，則將個案交由各地毒品危害防制中心與更生保護分會，進行後續追蹤輔導及轉介醫療、社政、警察、教育等機構予以協助。

此外，法務部自民國 83 年底設立台南監獄明德戒治分監，開始收容毒品受刑人，其以宗教輔導課程為基礎，輔以體能訓練、勞動服務、心理輔導、衛生醫療及法治教育、技藝訓練及見證分享等多元化之處遇措施，期藉由宗教信仰的深植，徹底改變其舊有觀念與思想，以淨化心靈，使其瞭解人生的內涵意義，認識毒品對自己與家人的危害，進而下定決心戒除對毒品的心理依賴，課程包括²¹：

- 一、 宗教教誨：依收容人入監前所信仰之宗教，分別配屬佛教班及基督教班，使收容人能藉由宗教力量，啟迪新生。
- 二、 體能訓練：鑑於毒品犯身體狀況普遍不佳之情形，初期課程編排特別重視體能之鍛鍊，一方面使其體會健康的可貴，另一方面建立自我信心，而不再墮入殘害身心的吸毒行為。
- 三、 勞動服務：有鑑於毒品犯懶惰成性、好逸惡勞的特性，因此處遇上著重勞動工作的實施，實施項目計有：園藝花卉培植及環境整理、農園開墾、農作栽培、溝圳淤泥疏通清理、山坡地保護、沙包搬運建築擋土牆等工作。
- 四、 心理輔導：為徹底戒除吸毒者的心癮，由宗教團體中遴選具有輔導專長或相關領域之志工實施諮商輔導課程，甚至收容人出監後之追蹤輔導等，收容人自入監以至出監皆由同一宗教志工予以輔導，落實「一貫式輔導」之理念，以提高輔導成效。

²¹ 臺南監獄毒品戒治經驗分享—以「明德戒治分監戒毒模式」、「三層次醫療戒毒模式」為例。2007 全國戒治業務研討會。台北：新店戒治所，96 年 6 月 28 日。

- 五、衛生醫療及法治教育：每月定期敦請奇美醫院、署立台南醫院新化分院、台南縣衛生局、山上鄉衛生所及本監衛生科等醫護人員蒞監實施相關毒品及愛滋防治、減害計畫之專題演講或衛生講習宣導，使吸毒者能獲得有關自我身體健康管理及毒品對身心不良影響等常識，並透過更保及觀護團體邀請地檢署檢察官或具有法律專長之專家進行法治宣導教育。
- 六、技藝訓練及見證分享：建立毒品收容人就業觀念及謀職技能，開辦各類短期技能訓練班；另外為發掘並增強其內心戒毒之動機，亦開辦「合唱班」、「寫作班」、「書法班」等藝文課程，藉藝文創作或欣賞沉澱心靈。每半年邀請自本分監出監5年以上之更生人入監見證分享。

第四節 機構性戒治處遇之問題與困境

本節主要乃透過訪談實務工作者與曾接受過機構內戒治之毒癮者，以瞭解戒治機關內處遇現況與問題、毒癮戒治之能力與負荷、戒治方案對毒癮者藥物濫用問題之影響、戒治方案或環節對遏阻藥物濫用之成效。

本研究執行至今，已訪談毒癮累再犯17名，藥物濫用期間為1~23年。有3名個案單純施用海洛因，3名個案單純施用安非他命，其餘多以海洛因毒癮為主，安非他命為輔，有合併用藥情形，除少部分個案一開始施用毒品即以海洛因為主外，大部分個案多先施用安非他命，繼而逐漸接觸海洛因。個案皆曾接受過戒治處遇與監獄行刑，毒癮者個案資料如下：

表 2-2 毒癮累再犯受訪者基本資料

個案編號	年齡	開始吸毒	吸毒史	施用毒品種類
明德 A	27	16	11 年	安非他命
明德 B	34	13	11 年	安非他命、海洛因
明德 C	35	17	18 年	安非他命
明德 D	34	17	17 年	安非他命、海洛因
明德 E	37	20	17 年	海洛因
北監 A	38	23	15 年	安非他命、海洛因
北監 B	25	18	7 年	安非他命、海洛因
北監 C	24	19	5 年	K 他命、搖頭丸、大麻、安非他命、海洛因
北監 D	28	14	14 年	安非他命、搖頭丸、海洛因
中監 A	- (約 45)	-	1 年	安非他命、海洛因
中監 B	- (約 40)	-	9 年	海洛因
中監 C	- (約 30)	-	2 年	安非他命
中監 D	- (約 40)	-	2 年	海洛因
高監 A	33	20	13 年	安非他命、海洛因
高監 B	42	22	20 年	安非他命、海洛因
高監 C	22	14	8 年	安非他命、海洛因
高監 D	55	32	23 年	安非他命、海洛因

實務工作者之訪談以獨立戒治所專業人員為訪談對象，包含輔導科長 2 名、心理師 6 名、社工員 6 名、輔導員 1 名，總計 15 名。

訪談結果分析結果如下：

壹、實務工作者觀點

就實務工作者觀點而言，戒治工作的問題主要來自刑事司法制度面問題，以及戒治方案的設計與執行層面、刑事司法體系與專業人員對毒癮問題的觀點差異，因此對強制性的毒癮戒治工作產生一定程度影響。

一、毒癮戒治刑事司法制度問題

目前我國毒癮者視為兼具病人與犯人性質的病犯，毒癮戒治工作亦以戒治所為主要核心，整體戒治處遇在設計上受刑事司法制度影響甚巨，刑事司法制度影響毒癮戒治處遇主要問題層面包括：

（一）觀察勒戒有無繼續施用毒品傾向無法評估戒癮需求

觀察、勒戒階段之無繼續施用毒品傾向乃評估毒品施用者成癮性與依賴性、濫用性，以評估毒品施用者係偶發犯或已有毒品成癮問題，並決定給予不起訴處分或裁定戒治處分。此毒品施用者有無繼續施用毒品傾向評估面向包含（1）人格特質：毒品犯罪相關司法紀錄、其他犯罪相關紀錄、短期內再犯加重計分、行為觀察。（2）臨床徵候：戒斷症狀、多重藥物使用、注射使用、使用期間、情緒及態度。（3）環境相關因素：社會功能、支持系統。但實務運作上犯罪前科所佔比重過高，對收容人毒品依賴、濫用或成癮性之評估與戒癮需求較為欠缺，無法有效篩選有毒癮傾向或有戒癮需求者予以戒癮治療。

我國對毒品施用者之刑事政策取向是採取病犯觀點，在觀察、勒戒與強制戒治兩階段是以病患觀點治療毒品施用者，但在成癮性與濫用性評估上，卻無法展現此一觀點。對毒品施用者而言，在進入觀察勒戒處所前可能已經有數月未再施用毒品，但卻因為犯罪前科因素因素被判定有繼續施用毒品傾向，因此對毒癮戒治制度產生相當大抗拒，戒治治療亦形同變相監禁。

（二）戒癮成效不影響毒癮者出所，喪失保安處分與戒癮意義

強制戒治處遇目的在於毒癮者的毒癮戒除，目前戒治所對受強制戒治者之戒治措施依據「戒治處分執行條例」之規定，可分為調

適期、心理輔導期、社會適應期三階段。各階段之戒治成效評估，依據「戒治處遇成效評估辦法」之規定，調適期處遇成績以生活規律性及調適課程參與二項核給，生活規律性包括日常作息、生活紀律、行為表現三目；心理輔導期處遇成績以生活規律性及輔導課程參與二項核給；社會適應期處遇成績以生活規律性及社會適應課程參與二項核給。整體而言，戒治處分對於戒治成效之評估，與監獄累進處遇措施相近，以受戒治者生活作息表現及各項課程參與情形作為評估依據，此一評估項目並無法適切反應受戒治人毒癮問題的改善程度，受戒治人亦不因毒癮改善程度影響處遇晉級與出所。

戒治所是我國目前毒癮戒治體系的核心，但依目前戒治處遇的實施規定，受戒治人之戒治成效之評估乃依據生活規律性以及各階段的課程參與給分。戒治所為一強制機構，受戒治人在所內之生活作息與課程參與皆有相關規定，因此在戒治所中，即便受戒治人之毒癮問題並未改善，或對施用毒品之衛生教育知識仍然不足，但只需受戒治人依循戒治所之生活規範，依據戒治處分相關規定即需給予應得分數，進而完成各階段處遇後停止戒治，與毒癮問題改善情形無關，喪失戒癮處遇保安處分之意義。

（三）觀察、勒戒與戒治後欠缺保護管束預防復發

施用毒品成癮成因複雜，戒癮處遇需要多方環節配合方能見效，聯合國毒品與犯罪問題辦公室對毒癮戒治問題即提出需從「解毒」與「預防復發」兩階段的觀點，由「持續門診治療」、「藥物治療」與「監控」三種方式合併進行，使戒毒者能從治療中獲得最大治療效益。在觀察勒戒與強制戒治階段，毒品施用者的毒癮問題已獲得控制，需處理的是「復發預防」問題，在勒戒所與戒治所中

規劃有相當課程協助毒品施用者控制毒癮問題，但勒戒所與戒治所為全控機構，收容人在機構內並無接觸毒品之可能性，機構環境與社會生活全然不同，收容人離開機構返回社會後所面臨的社會生活問題、生活壓力、毒癮誘惑等，皆是造成毒品施用者毒癮再復發之因素。在欠缺持續性的治療與監控下，毒癮復發結果是可以預期的。

毒品危害防制條例在 92 年 7 月修訂前訂有停止戒治期間應付保護管束之規定，在修法後停止戒治後付保護管束之規定已予取消，此雖有實務現實之考量，且強制戒治執行期間已予以延長至 6 月以上不得逾 1 年，實務上執行觀察勒戒期間更普遍在 10 月上下，剩餘期間交付保護管束並無實質上意義。但須思考的是保護管束與社區銜接性追蹤治療對毒癮戒治與毒癮復發預防之功效，現階段對毒癮者接受戒治處遇出所後，僅有兩年內由警察定期採驗尿液之規定，此一監督機制與保護管束監督機制對預防毒癮復發之成效不可等同視之。

（四）觀察、勒戒與戒治後欠缺社區戒癮治療

目前我國毒癮戒治幾乎由矯正機構承擔而欠缺社區處遇之銜接，但矯正機構僅能在機構內實施戒癮治療措施，難以延伸至機構外。在欠缺保護管束與社區治療的機制下，毒品施用者離開勒戒處所與戒治機構後形同脫韁野馬難以控制，尤其觀察勒戒期間短暫，且對毒癮者的成癮性評估機制亦不甚健全，毒品施用者離開觀察勒戒處所後結伴覓毒之事時有所聞，反而造成毒癮者群聚。

由於社區戒癮治療資源之缺乏，且毒癮者並不習於主動求助，因此毒癮者離開機構後即失去戒毒資源，除部分毒癮者會依機構轉介尋求醫療院所知戒癮治療外，大多數的毒癮者在面臨社會問題或

用藥情境時，在欠缺社區戒癮治療機構的主動協助下，即容易再復發。

目前戒治機構在戒治人出所前，皆會邀請支援之醫療院所入所對受戒治人進行衛生教育與出所後的銜接工作，但目前醫療院所對毒癮治療多侷限在美沙酮之替代性藥物治療，但此一替代性治療並非毒癮者的普遍需求，包含居住、職業、人際互動、家庭問題等毒癮者離開機構後的社會生活適應問題並未獲得處理，需有社區戒癮治療機構處理毒癮者離開機構後的心理與社會生活適應問題。

（五）監獄對毒癮者之戒癮處遇不足，難以因應毒癮問題

目前在監毒癮犯為數眾多，但在監毒癮犯之處遇卻無特別規定，因此毒癮再累犯情形嚴重。毒癮問題牽涉層面廣泛，對毒癮的處遇需有相當資源投注，目前監獄普遍欠缺戒癮所需之衛生醫療、心理師、社工員、職能治療師等資源，缺乏戒治處遇措施，對毒癮者生理、心理、家庭、社會等問題層面未能予以處理，僅以刑罰威嚇，毒癮戒治成效不彰。

監獄行刑之本質在刑罰應報，矯治處遇乃附加之效果，但毒癮犯無受害者之犯罪特性，在定罪量刑上普遍難以達到刑罰威嚇效果，亦難以處理毒癮再累犯問題。

（六）對毒品施用者之徒刑期間與戒治處遇期間差異

戒治處遇期間依法為 6 月以上不得逾 1 年，目前執行期間平均為 10 月，但施用毒品判處徒刑卻有 8~10 月之情形。雖然強制戒治與徒刑在本質上有保安處分與刑罰之差異，但對毒癮者來說皆為限制自由，難免造成戒治處分重於刑罰處遇之觀感，而對戒治處分產生排斥心態，影響對戒治處分的參與與成效。

總結而言，我國對毒癮者刑事政策之病犯定位未完全落實，刑事司法制度上未能充分反應毒癮者「病患」之特質，對毒癮問題之處遇不足，觀察勒戒與戒治未能跳脫刑罰樣貌，在司法戒治與處遇仍未跳脫獄政教化觀點，未深入處理毒癮者生理、心理、社會問題，且無接續之毒癮戒治服務與支援，以協助毒品施用者解決毒癮問題。

二、毒癮戒治方案與執行層面問題

在毒癮戒治方案設計與戒治工作執行層面上，主要面臨下列問題：

（一）機構性環境限制，難以跳脫刑罰色彩發揮戒治成效

強制戒治與徒刑在本質上有保安處分與刑罰之差異，現階段戒癮處遇以機構性處遇為主，在機構環境、居住條件與生活管理上類似監獄行刑，對受戒治人而言，其所接受之保安處分與刑罰相近，而受戒治人尚須支付戒治費用，對受戒治人而言，難免心存怨懟而抗拒刑事司法體系，對戒癮方案產生排斥。

再者，戒治工作之目的在於戒除毒癮，促使毒癮者重新適於社會，但在機構性環境限制下卻無異於監獄行刑，機構化特性難以促使毒癮者回歸正常社會生活，更易造成毒癮者群聚與惡習感染，即便在機構約束下雖可展現穩定的日常生活，但脫離刑事司法約束回歸社會後，社會生活形態、社會適應、社會壓力等問題，極容易引發毒癮復發。因此毒癮戒治工作需衍生至社會場域中，依毒癮者所面臨的社會適應問題予以協助。

（二）欠缺成癮性評估，無法有效篩選有戒治需求之毒癮者

戒治所是我國目前最主要的毒癮戒治機構，毒品受戒治人乃經觀察、勒戒程序後評估有繼續施用毒品傾向者，但此制度並無法有效評估毒品施用者的成癮性與戒治需求，在戒治機構中有部分毒品施用者並無成癮傾向，或者無戒癮動機，戒治機構只能靜待戒治程序執行完畢後予以釋放，也造成戒治所人力資源的浪費與負擔。

而由於欠缺成癮性評估，無法有效篩選有戒治需求之毒癮者，亦造成受戒治人對刑事司法體系與戒治處遇產生怨懟，而排斥戒治處遇方案，對戒治課程的參與與成效難免產生影響。

（三）戒治課程無法深入處理毒癮問題

毒癮問題層面含括生理、心裡、家庭、社會等面向，目前戒治課程多以大班上課講授為主，雖戒治課程規劃包含生理、心理與社會層面問題，但單向的宣教並無法深入毒癮者內心，欠缺雙向溝通的方式較難深入處理毒癮問題。

再者，毒癮者施用毒品問題並非單純來自心理衛生與對毒品認知知識不足，引發毒癮者施用毒品之動機包括生活壓力、社會適應問題、內心空虛、欠缺生涯發展、社會生活網絡、團體次文化等層面問題，對毒癮者而言，影響其施用毒品之因素不盡相同，大班授課的戒治課程並非其本身所需，即便普遍能從課程中獲益，但不見得能協助其因應施用毒品問題。

聯合國毒品與犯罪問題辦公室對毒癮之處遇治療即指出，毒癮問題無法透過教育方式解決，毒癮者對毒癮的施用行為並非來自不瞭解毒品。因此現階段以大班授課方式進行毒癮戒治，對毒癮者生理、心理、家庭與社會問題確實難以有效深入處理。

（四）專業人員不足，戒癮成效難以發揮

戒治所是目前我國司法戒治體系中戒治資源最豐富之戒治處所，但戒治機構內專業人力仍不足以因應龐大的毒品受戒治人口。目前有衛生醫療團隊協助戒癮，但戒治機構本身心理師、社工員、護理人員等專業人力不足以因應龐大的毒癮戒治需求，專業未能有效發揮。

戒治所雖規劃有心理衛生、教育、健康生活管理等課程教授，但影響毒癮者施用毒品問題層面不盡相同，仍須依照毒癮者個別特性予以協助，透過個別晤談瞭解毒癮者個別問題，並提供個別處遇，此有賴專業人員提供協助，包含處理毒癮渴求、心理認知的重建、提升自我效能、健全生活技能、生涯規劃輔導、職能訓練、家庭關係重建等。目前戒治所已編制專職心理師、社工員等專業人員，但專業人員與個案比例懸殊，個別處遇難以普及受戒治人。以團體方案而言，團體治療僅能容納 10~12 名個案，以一週一次為期三月的團體方案而言，1 位專業人員亦僅能提供 60 人次的處遇治療。

受戒治人與心理師、社工員普遍認為個案輔導或團體治療能對毒癮戒治產生相當程度影響，但限於人力負荷，專業治療處遇無法遍及或持續，僅能針對少數個案進行戒癮治療，因此整體戒治成效難以發揮。

（五）未能依毒癮者問題面向之評估結果進行分類處遇

由於戒治機構資源之限制，毒癮戒治專業人力資源不足以對受戒治人依毒癮問題面向進行評估，並依評估結果進行分類處遇。對毒癮者之戒癮處遇僅能廣泛透過大班教學方式，進行生理、心理、家庭、社會等問題面向與因應方式進行授課。心理師、社工員與支

援之醫療院所針對特定議題所開設之團體治療，亦僅能挑選最有可能改變之個案參與，以期戒癮資源能對個案發揮最大功效。

（六）戒癮資源多倚重社會團體，較欠缺戒癮專業

由於戒治所本身人力、資源不足，因此戒癮工作多需社會、民間團體予以協助，其中又以宗教團體為主要資源。不同宗教雖有不同教義，但普遍而言宗教信仰是較深的心靈層次，屬於心靈與思想上的教化改變，但對毒癮者而言，部分毒癮者能藉由宗教獲得心靈上的平靜，但並非普遍皆能接受宗教之教誨。

民間與宗教團體確實對毒癮者之戒治工作產生相當大的助益，但並非普遍適於所有的毒癮者，毒癮戒治之專業仍須盡力發展，並引進拓展專業資源。

（七）戒癮工作侷限於戒治所內，欠缺社會戒癮環節的銜接

戒治所對毒癮者的戒癮工作僅能於機構中實施，受戒治人離開機構後便無法觸及，僅能透過轉介制度將出所受戒治人轉介至地方毒品危害防制中心，在欠缺社會戒癮資源之承接與協助下，致使戒癮成效難以持續。戒癮機構如能拓展至社會場域中實施，對毒癮者之戒癮處遇將更為有效，且更能因應毒癮者問題。

（八）社區安置輔導機構不足，無法協助毒癮者回歸社會生活

部分毒癮者的毒癮問題在戒治所內已獲得極大改善，但毒癮問題與社會適應問題息息相關，例如居住與經濟問題常是毒癮者離開機構後首先面臨的重大考驗，就業更是回歸社會所需面臨的問題，但毒癮戒治工作對此一區塊卻無法有效觸及，在社會資源不足的情況下，毒癮者戒治出所後難以重新融入社會生活。

目前毒癮受戒治人出所後多轉介至地方毒品危害防制中心，但地方毒品危害防制中心發展尚未健全，對出所後的受戒治人安置輔導、就業輔導等工作尚未能有效予以協助，是影響整體戒治工作成效的重要因素。

（九）無法有效顧及對毒癮者家庭的輔導與連結

家庭支持系統是毒癮者改善毒癮問題的重要因素，但戒治所限於人力與支援，對受戒治人之家庭輔導與連結僅能鼓勵家屬參與各類戒治活動，無法緊密結合共同處理毒癮者問題。

（十）無法處理伴隨精神疾病或重度醫療需求之毒癮個案

戒治所型式上雖為戒治機構，但其欠缺醫療專業處遇，專業人力與資源亦有不足，實質上仍然存在刑事司法機構性處遇之本質。毒品施用者偶而會伴隨精神疾病，如譫妄、痴呆、精神性疾患、情感性疾患、焦慮性疾患等，也有可能因施用毒品而感染傳染病，或造成生理機能損傷而有重度醫療需求，此等對醫療有重度需求之個案並非戒治機構能夠予以滿足，在處遇上宜交由精神與醫療院所治療。

總結而言，我國對毒癮者的戒治方案最大問題來自專業性資源不足，無法因應龐大的毒癮受戒治人。此專業性資源包括專業性評估、多元化戒癮處遇、衛生醫療、心理輔導、社會資源、家庭輔助、安置收容、就業輔導等面向，部分項目可於刑事司法體系中發展，但大部分環節則需在社會環境中建構，尚須發展社會環境中毒癮戒治的相關資源，或將刑事司法體系之處遇措施拓展至機構外與社區中，方足以有效因應毒癮問題。

三、刑事司法體系與專業人員對毒癮問題觀點差異

由於刑事司法體系與戒癮專業人員對毒癮問題的觀點不同，對毒癮戒治工作亦產生相當大的衝擊，包括：

（一）對戒癮成效與再復發的觀點，影響戒癮成效的延續

在刑事司法的觀點中，毒癮戒治成效是以有無再犯為衡量依據，但在戒癮專業人員的觀點中，毒癮問題的改善有程度上的差異，毒癮者施用毒品的劑、量施用頻率、施用方式、社會生活的改善情形、社會適應問題、違法行為的改善等，都是毒癮戒治成效的展現，因此對毒癮者的對待方式有程度上的差異。在戒癮專業人員的觀點中，毒癮者需耗費相當大的心力與堅持才能抗拒毒品的誘惑，因此毒癮問題的改善是值得鼓勵的，而毒癮的再復發則是再介入處理的契機，鼓勵毒癮者尋求協助與戒癮人員共同處理毒癮問題。但刑事司法的觀點卻將毒癮者拒絕施用毒品為視為基本義務，若再次施用毒品即觸犯法律則需接受刑罰，因此對毒癮者的戒治成效認定上有相當大的差異，對毒癮者所採取的介入方式亦有相當大的不同。

就專業人員的觀點而言，毒癮復發是必然的，但並不代表戒治沒有成效，毒癮者出所後立即施用毒品與半年、1 年、3 年後復發有不同的意義，但在刑事司法上卻並沒有太大的差異。在戒癮專業上對施用毒品者的評估有成癮性與社會適應問題的差異，但在刑事司法的觀點中，卻只有施用毒品與否的差異，因此當毒癮者再次施用毒品後，由於在刑事司法上的意義相同，毒癮者會有自我放棄的心態，而不再嘗試戒癮或尋求協助，難免影響戒治成效。

（二）對毒癮者的管理與介入差異影響戒治工作的實施

我國刑事政策上將施用毒品者視為兼具病人與犯人的病犯，並在戒治處遇中設置心理師、社工員等專業人員以協助毒癮者戒毒，但目前對毒癮者的戒治工作多於刑事司法體系下執行，在戒治所中刑事司法體系人員與專業人員對毒癮者的觀點不盡相同，戒護管理的需求與戒癮治療難免發生衝突，理念上的差異亦影響戒癮工作的成效發揮，若戒護管理人員與戒癮專業人員的理念一致，對受戒治人可以產生加乘的影響，若戒護管理人員無法認同戒癮專業人員的理念，則戒癮工作之實施難免受到影響。亦即以戒癮治療或戒護安全為核心，將左右戒治機構對戒癮工作的實施觀點，影響戒癮治療工作的落實情形。

總結而言，對戒癮專業人員來說，戒治是一種治療工作，需處理的面向除毒癮問題外，尚包含心理層面的治療與社會適應問題的改善，但在刑事司法體系觀點與機構文化的限制下，戒癮治療的理念受到許多箝制，刑事司法體系與戒癮機構對戒癮治療的觀點，將影響戒癮工作的實施與治療延續情形，刑事司法體系需依據對毒癮者的刑事政策定位在毒癮戒治工作中所扮演妥適的角色。

貳、毒癮再累犯之觀點

就毒癮再累犯之觀點而言，政府對毒癮者所採取之處遇措施僅能全盤接受，對毒癮戒治之成效亦不在意，其所關注之重點僅在刑事司法上的公平性。依據訪談結果與訪談中之觀察，戒治處遇與刑事司法體系對其施用毒品行為之影響，以及影響戒治成效之因素包括：

一、刑事司法制度影響毒癮者對戒治與處遇之觀感

就毒癮再累犯之觀點而言，對毒癮者的刑事司法制度存在下列問題，而影響其對刑罰與戒治處遇的觀感，包括：

（一）觀察勒戒有無繼續施用毒品傾向並非反應毒癮程度

觀察、勒戒階段之無繼續施用毒品傾向乃評估毒品施用者成癮性與依賴性、濫用性，以評估毒品施用者係偶發犯或已有毒品成癮問題，並決定給予不起訴處分或裁定戒治處分。但在成癮性與濫用性評估上，卻無法展現此一觀點。對毒品施用者而言，在進入觀察勒戒處所前可能已經有數月未再施用毒品，但卻因為犯罪前科因素因素被判定有繼續施用毒品傾向，因此對毒癮戒治制度產生相當大抗拒，戒治治療亦形同變相監禁。

（二）觀察勒戒出所後5年內再犯即以刑罰處遇，欠缺戒癮治療

我國毒品刑事政策上將毒品施用者視為具病人特質之犯罪人，並在處遇上以戒癮治療優先於刑罰處遇，在制度上以觀察、勒戒評估毒品施用者之成癮性與依賴性，評估毒品施用者是否有繼續施用毒品之傾向，有繼續施用毒品傾向者由法院裁定進入戒治處所進行戒治，無毒品施用傾向者則由檢察官或少年法庭為不起訴處分或不付審理裁定。經觀察、勒戒或強制戒治執行完畢釋放後5年內再犯者，即不再予以戒治改以刑罰處遇。

此觀察、勒戒與強制戒治優先於刑罰處遇之制度，乃我國毒品刑事政策上之一大變革，對改善毒品施用者之毒癮問題有極大幫助，但經評估無繼續施用毒品傾向並為不起訴處分者，實際上仍有再次施用毒品之可能性，但制度設計上毒品施用者經過觀察、勒戒

後5年內再犯即以刑罰處遇，許多毒品施用者僅接受過數十日之觀察勒戒，未曾真正接受過戒癮治療。

（三）對毒品施用者之徒刑期間與戒治處遇期間差異

戒治處遇期間依法為6月以上不得逾1年，目前執行期間平均為10月，但施用毒品判處徒刑卻有8~10月之情形。雖然強制戒治與徒刑在本質上有保安處分與刑罰之差異，但對毒癮者來說皆為限制自由，難免造成戒治處分重於刑罰處遇之觀感，而對戒治處分產生排斥心態，影響對戒治處分的參與與成效。

（四）對多次施用毒品一罪一罰，有違對毒癮者病犯思維

95年7月刑法修正實施後，由於連續犯規定之刪除，毒品施用者施用毒品一次即成一罪，數罪併罰後毒品施用者仍常需面臨多年徒刑，因而對司法體系與制度心存怨懟，難以接受處遇。此對施用毒品罪採一罪一罰之制度，與毒品施用依賴性、成癮性之病犯特質相違背，在刑事政策上有檢討之必要。

在司法院對施用毒品應採一罪一罰，或依連續犯或集合犯論以包括的一罪有廣泛討論²²，最終裁決認為，刑法第56條之修正之理由乃認為「對繼續犯同一罪名之罪者，均適用連續犯之規定論處，不無鼓勵犯罪之嫌，亦使國家刑罰權之行使發生不合理之現象。」「基於連續犯原為數罪之本質及刑罰公平原則之考量，爰刪除有關連續犯之規定」等語，即係將本應各自獨立評價之數罪，回歸本來就應賦予複數法律效果之原貌，因此就刑法修正施行後多次施用毒品之犯行，除符合接續犯之要件外，則應採一罪一罰，始符合立法本旨。

²² 參見最高法院96年度第9次刑事庭會議記錄中，96年刑議字第5號討論內容，司法院公報第49卷，第11期，2007年11月。

接續犯係指數個在密切接近之時地侵害同一法益之行為，因各行為舉動之獨立性極為薄弱，依社會通念認為無法強行分開，乃將之視為一個行為之接續進行，而給予單純一罪之刑法評價。毒品施用行為行為態樣因個案情節不同，但多具有反覆、延續實行之特徵而具成癮性。然依司法院之裁定，毒品施用行為需在時空有密接性之情況下方符合接續犯之要件，否則多次施用毒品行為即需一罪一罰，此即形成成癮問題較高之毒癮者施用行為可符合接續犯之要件，而成癮問題較低之毒癮者則需一罪一罰，而面臨更高的刑罰，此亦一思維亦與毒品施用者病犯之思維相違背。

總結而言，我國刑事政策上雖然視毒癮者為兼具病人與犯人特質之病犯，但在刑事司法中卻未落實，對毒癮者的處遇無法依據毒癮問題的嚴重性給予合適的處遇，雖然刑事政策上確立以疾病治療優先於刑罰處遇之觀點，但在刑事司法的執行上卻未能體現毒癮問題的疾病特性，難免影響毒癮者對刑事司法體系之觀感，及對刑罰與戒治處遇的接受與配合，而影響毒癮的戒治成效與累再犯比例。

二、毒癮戒治與處遇難以協助毒癮者因應毒癮問題

就毒癮再累犯之觀點而言，對毒癮者的戒治與處遇並無法有效協助毒癮者因應毒癮問題，或協助其重新適應社會生活，包括：

（一）戒治課程無法深入處理毒癮問題

目前戒治課程多以大班上課講授為主，雖戒治課程規劃包含生理、心理與社會層面問題，但單向的宣教並無法深入毒癮者內心，毒癮者施用毒品問題並非單純來自心理衛生與對毒品認知、知識不足，引發毒癮者施用毒品之動機包括生活壓力、社會適應問題、內

心空虛、欠缺生涯發展、社會生活網絡、團體次文化等層面問題，對毒癮者而言，影響其施用毒品之因素不盡相同，大班授課的戒治課程並非其本身所需，即便普遍能從課程中獲益，但不見得能協助其因應施用毒品問題。

（二）專業人員不足，無法兼顧毒癮者

對毒癮者而言，諮商與團體治療可以深入毒癮者的問題，毒癮者亦渴望接受心理師與社工員的輔導與協助，但專業人員與個案比例懸殊，個別處遇與治療難以普及受戒治人。

（三）宗教與心靈治療無法協助其因應社會適應問題

目前司法戒治引進許多宗教團體之資源，強調心靈層次之改善，對毒癮者而言，部分毒癮者能藉由宗教獲得心靈上的平靜，對毒癮者之戒治工作產生相當大的助益，但並非普遍適於所有的毒癮者，毒癮者亦非普遍能接受宗教之教誨，毒癮者在戒除毒癮與重新適應社會的過程中有許多現實面問題需要處理，需要專業的戒癮資源，包括心理治療與其他社會資源的協助，例如安置收容、就業輔導、職業訓練等。

（四）社區安置輔導機構不足，無法協助毒癮者回歸社會生活

部分毒癮者的毒癮問題在戒治所內已獲得極大改善，但毒癮問題與社會適應問題息息相關，例如居住與經濟問題常是毒癮者離開機構後首先面臨的重大考驗，就業更是回歸社會所需面臨的問題，但毒癮戒治工作對此一區塊卻無法有效觸及，在社會資源不足的情況下，毒癮者戒治出所後難以重新融入社會生活。

總結而言，我國對毒癮者的戒治處遇仍以刑罰教誨教育觀點實施，對毒癮者的介入多以教育、心靈課程為核心，在醫療或心理治療、社會工作、社區資源等環節較為欠缺，是影響整體戒治工作成效的重要因素。

三、毒癮者之特性影響戒治成效

毒癮戒治之成效並非戒治機構單方面問題，亦需毒癮者能夠配合戒癮方案共同努力，毒癮者之特性影響戒治成效層面乃綜合訪談結果，並與在訪談過程中觀察所得歸納而成，影響戒治成效之毒癮者本身特性包括：

（一）毒癮者普遍缺乏病識感，未能主動尋求協助

毒癮者對於自身毒品施用行為普遍缺乏病識感，認為戒毒成功與否之關鍵在個人意志力，或自己想戒就戒得掉。對戒癮處遇措施之需求抱持可有可無之心態，並不積極參與，無法戒除毒癮的人便該受監禁。對醫療的需求多限於解毒，服用美沙酮或藥房解藥（成份不明，多為鎮定劑、安眠藥、抗焦慮劑、抗憂鬱劑一類藥物），以控制戒斷症狀或減輕身體不適，並不會主動尋求心理、家庭與社會問題層面之協助。

（二）毒癮者戒癮動機普遍低落，未能積極參與戒癮方案

除受限於毒品對毒癮者本身的生理、心理成癮性影響毒癮者的戒癮動機外，對毒癮者來說，常常存在吸毒是自身行為，並無害於社會的心態，對政府涉入的態度不以為然，因此對戒癮方案並不積極參與。或認為只要有錢吸毒，不做其他違法的事，政府並無權干涉的心態。因此在戒癮實務上首先必須要強化毒癮者的戒癮動

機，進而在受戒治人出所後亦能持續維持其戒癮動機。毒癮問題帶來的不良後果常是引發毒癮者戒毒動機之來源，包括生理健康問題、家庭、經濟、社會交友等，刑事司法所帶來的後果亦為引發戒癮動機之關鍵，因此如何藉由刑事司法的力量提昇並維持毒品施用者之戒癮動機，是戒治處遇當思考的環節之一。

（三）犯罪生涯與社會環境特性，影響毒癮者改善動機

部分毒癮者本身從事高獲利的犯罪行為或參加犯罪團體，而影響其戒癮或適應社會正常生活之動機，例如販毒、賭博、參加幫派、圍事、討債集團等。高獲利與物質生活、娛樂享受、犯罪次文化的特性，影響其脫離原有社會環境之意願，毒癮戒治顯得格外困難。對此類毒癮者之處遇，毒癮戒治恐非首先需要考量的問題，在刑事政策上需有不同之定位。

總結而言，毒癮者並不認為自身施用毒品行為會引發社會問題，而將其視為一種類似菸酒的嗜好，即便對生理造成影響亦為個人自由意志之選擇，而且只要自己想戒，就可以倚靠自己的意志力戒除，政府的戒治處遇措施是多餘的。毒品施用者亦忽略毒品所帶來的後果，而普遍缺乏戒癮動機。因此刑事司法體系可以思考如何提昇並延續毒癮者戒癮動機。

四、改善毒癮者戒癮問題之重要因素

雖然目前毒癮戒治工作無法完全因應毒癮者戒癮需求，但對毒癮者亦能產生相當影響，就毒癮者的觀點而言，能改善其毒癮問題的重要因素包括：

（一）刑事司法的約束與威嚇

刑事司法的約束與威嚇是影響毒癮者改善毒癮問題的最重要因素之一，許多毒癮者在假釋期間皆能克制再次施用毒品的慾望，對警察單位的追蹤驗尿亦心存警惕。但影響毒癮者再次施用毒品之因素眾多，毒癮者再次施用毒品後，面對刑事司法的約束與威嚇常無路可退，只能以逃避方式因應，毒癮的再復發亦如潰堤般一發不可收拾，因此對刑事司法約束與威嚇的運用顯得更為重要。

由於修訂後之刑法將連續犯規定廢除，一罪一罰方式使毒癮者常需面臨多年刑罰，使毒癮者審慎思考戒毒毒癮之可能性，因此重行化刑事政策亦能對毒癮者亦能產生相當大的刑罰威嚇效果。

（二）個別諮商與團體輔導

在戒治機構中毒癮者開始有機會接觸醫師、心理師與社工員，亦開始深入瞭解自我與內在問題，學習自我成長、改變認知與問題解決能力，對其社會適應問題與毒癮問題能產生許多幫助。唯機構內專業人員比例不足，毒癮者接受諮商或治療機會有限。而離開機構回歸社會後，因為對社會資源的陌生或動機的缺乏，較少主動尋求諮商治療的協助。

（三）他人的關懷

「他人」包含機構內的管教人員、教化人員與戒治專業人員，以及進入機構協助戒癮工作的社會團體成員，他人的關懷對毒癮者亦產生相當的影響，堅定戒毒的信念。唯「他人」的關懷在毒癮者離開機構後不一定能持續，亦影響其戒癮動機的延續。

（四）生活與心靈的平靜

生活與心靈平靜的影響主要顯現在明德戒治分監的收容人上，在沒有戒護壓力下的日常生活的穩定與心靈上的平靜，促使毒癮者有更多的機會去思考過往的生活與日後生涯規劃的議題。

（五）出所後的就業與居住

在毒癮累再犯的經驗中，居住與就業的穩定與否影響其社會生活甚巨，穩定的就業更使其具備生活重心，亦可避免與過往不良友伴的交往互動，避免毒癮問題的再復發。

總結而言，影響毒癮者再復發的因素包含刑事司法的約束監督、治療與關懷、社會生活的穩定性。

第五節 小結

司法戒治是目前我國承接毒癮者戒癮工作的主要體系，目前我國四所獨立戒治所對毒癮者之戒治處遇，乃以「戒治處分執行條例」為核心，依據毒癮者戒治時期，區分為「調適期」、「心理輔導期」、「社會適應期」三階段給予不同課程，以大班授課方式促使毒癮者參與戒毒，提昇人際關係、協助復歸社會。各戒治所並因地制宜，結合鄰近社區、民間團體與醫療資源，共同參與戒癮工作，並由所內心理師與社工師針對毒癮者問題，開設不同的戒癮團體或輔導方案。

在戒治制度規劃上，調適期、心理輔導期與社會適應期的規劃，亦逐步解決毒癮者成癮性問題與社會適應性問題，但在戒治方案的實施上，以大班授課方式並不能深入處理毒癮者生理、心理與

社會適應各層面問題，而由心理師、社工師等專業人員所實施的心理治療及團體治療，則限於人力資源的負擔，無法普及毒癮者，因而戒治成效難以展現。在人力資源受限之情形下，戒治機構努力引進社會資源協助戒癮工作，但目前社會環境中對毒癮戒治之資源亦相當缺乏，除醫療體系外，社會福利團體並無法有效提供支援。而整體毒癮戒治工作亦侷限於司法戒治體系中，無法延伸至社會環境中。

此外，我國刑事政策上雖然視毒癮者為兼具病人與犯人特質之病犯，但在刑事司法中卻未落實。除戒治環境與管理類似監獄行刑外，對毒癮者的處遇亦無法依據毒癮問題的嚴重性給予合適的處遇，雖然刑事政策上確立以疾病治療優先於刑罰處遇之觀點，但在刑事司法的執行上卻未能體現毒癮問題的疾病特性，難免影響毒癮者對刑事司法體系之觀感，及對刑罰與戒治處遇的接受與配合，而影響毒癮的戒治成效與累再犯比例。

總結而言，除了對毒品施用者刑事政策上的定位問題外，我國對毒癮者的戒治工作最大問題來自專業性資源不足，無法因應龐大的毒癮受戒治人。此專業性資源包括專業性評估、多元化戒癮處遇、衛生醫療、心理輔導、社會資源、家庭輔助、安置收容、就業輔導等面向，部分項目可於刑事司法體系中發展，但大部分環節則需在社會環境中建構，尚須發展社會環境中毒癮戒治的相關資源，或將刑事司法體系之處遇措施拓展至機構外與社區中，方足以有效因應毒癮問題。

在改善毒癮戒治工作上，可以思考的面向包括：

- (一) 區分刑罰與戒治處遇本質上之差異：需落實戒治處遇治療內涵，展現戒治異於刑罰本質的差異，包含處遇期間

的長短、生活環境、居住形態、戒護管理方式、對專業治療的提供與毒癮者戒癮需求的滿足。

- (二) 回歸施用毒品的成癮性本質：在刑事政策上需依據施用毒品者成癮性不同給予不同的處遇或治療方案。
- (三) 提昇戒癮專業人員比例：戒癮專業人員無法滿足龐大的毒癮戒治人口，需提昇專業人員與個案比例，增加專業人員人力或減少專業人員的工作負擔。
- (四) 將戒癮工作拓展至機構外與社區中：在社會生活場域中戒癮，以有效因應毒癮者問題，更需發展社會戒癮資源、安置收容與就業輔導。
- (五) 以刑事司法力量輔助毒癮戒治工作：包含強化戒癮動機、配合治療方案、維持戒癮成效、避免再復發等。

第三章 國際間毒癮戒治模式之分析

第一節 國際間毒癮戒治概況

對於毒品與藥物濫用者之身分定位，國際間並不一致，採用何種治療模式，自有其社會文化背景、刑事政策與成本效益考量。如美國在 60 年代至 80 年代間，將毒品犯視為病人，並採取醫療模式進行戒治，至 90 年代刑事司法體系則結合戒治與觀護追蹤輔導，建立戒毒矯治工作體系²³。日本對於藥物濫用者仍予以判刑，但同時規定先予以強制戒治，與我國視為病犯之觀點相近²⁴。香港則繼承英國時代的「醫療模式」，主要以戒毒治療和康復服務計劃戒毒，亦有強迫戒毒計畫²⁵。新加坡則以機構式處遇搭配密集性監督觀護，以司法處遇戒除毒癮²⁶。

目前國際間對毒癮者採機構內戒治或處遇者不在少數，如中國大陸之毒品戒治模式乃以強制戒毒為主體，對吸毒成癮者，一律送到由各級政府統一建立的戒毒所強制戒毒；對強制戒毒後又吸毒者，一律送司法部門管理的勞動教養所，在勞動教養中強制戒毒。各戒毒所堅持教育、感化、挽救的方針，實行依法、嚴格、科學、文明管理。戒毒所都對戒毒人員進行安全科學的戒毒治療，進行法制教育、道德教育和嚴格的行為矯正訓練。²⁷香港強迫戒毒計畫，則是針對曾犯輕微罪行而經法庭裁定適合接受這種治療的藥物依

²³ 賴擁連：台灣地區毒品犯罪者戒治處遇成效之研究，中央警察大學犯罪防治研究所碩士論文。桃園：中央警察大學，2000。

²⁴ 鄧學仁：日本反毒體制運作之概況，「當前亞太地區反毒現況與未來發展」座談會。警察大學恐怖主義研究中心，<http://trc.cpu.edu.tw/7.pdf>，2005/03/30。

²⁵ 香港特別行政區政府保安局禁毒處網站，戒毒治療和康復服務：http://www.nd.gov.hk/c_treatment.htm。

²⁶ 賴擁連：台灣地區毒品犯罪者戒治處遇成效之研究，中央警察大學犯罪防治研究所碩士論文。桃園：中央警察大學，2000。

²⁷ 中華人民共和國公安部-禁毒白皮書（2001）。
http://www.mps.gov.cn/cenweb/brjlCenweb/jsp/common/three_gagz1.jsp?category=700723008。

賴者，目的是協助犯人徹底戒除毒癮，重新投入社會²⁸。戒毒所計劃主要包括²⁹：醫療服務、輔導服務、心理服務、工作治療及職業訓練、教育、體育及康樂、善後輔導服務、釋前計劃、就業安排、中途宿舍等。新加坡則由中央肅毒局的毒品治療復健中心（Drug Rehabilitation Center, DRC）復健治療 6 至 36 個月³⁰。而英國亦有專業的毒癮治療監獄對毒癮犯提供治療計畫³¹。日本對於非法使用藥物者仍予以判刑，但同時亦規定先予以強制戒治³²。

對毒癮者的司法轉向處遇已是一種趨勢，近年來美國部分州或地方政府已將毒癮犯從監獄處遇轉向為強制治療，如加州於 2000 年投票創制 Proposition 36 法案，使得非暴力的毒品持有者得以接受毒品戒治以替代監禁。在該法案制訂後 2 年間，約有 66,000 位毒癮犯接受轉向處遇。綜觀美國，由法院監督的毒品戒治方案（通常是聯邦支持的 drug courts）急速擴增，提供被告替代監禁的措施，並讓地方管轄機關節省法院、拘留相關費用。將毒品犯轉向接受治療，使毒癮犯在刑事司法體系管控之下戒治對毒品之濫用與依賴，雖然被視為是毒品政策中的創舉（innovation），但仍有嚴格的限制，藉以置個人於刑事司法體系管控之下，讓完全戒治毒品使用成為唯一可允許的結果³³。

²⁸ 同前揭註：香港特別行政區政府保安局禁毒處網站。

²⁹ 香港特別行政區政府保安局禁毒處網站-香港戒毒治療和康復服務第四個三年計劃（二零零六至零八年）。http://www.nd.gov.hk/Fourth_Three_Year_Plan_Chinese.pdf。

³⁰ 江振亨，2000：認知行為團體療法對濫用藥物者輔導成效之研究。國立中正大學碩士論文。

³¹ 李志恒，1997：赴澳洲參加第七屆減少毒品相關傷害國際研討會暨考察英國、法國、德國麻醉藥品管理及影響精神藥品使用之管理報告。行政院衛生署 85 年因公出國人員報告彙編。台北：行政院衛生署。

³² 鄧學仁：日本反毒體制運作之概況，「當前亞太地區反毒現況與未來發展」座談會。警察大學恐怖主義研究中心，<http://trc.cpu.edu.tw/7.pdf>，2005/03/30。

³³ King County Bar Association (2005), "International Trends in Drug Policy: Lessons Learned from Abroad," Report of the Legal Frameworks Group to the King County Bar Association Board of Trustees.

一些歐洲國家，包括法國、德國、瑞士、挪威、義大利等國，亦將輕微的毒品犯罪（minor drug law violators）者轉向接受強制治療。瑞典允許地方政府對於任何有藥物濫用之嫌疑者施加強制治療，而不論其是否遭受逮捕或判刑。在西澳，被逮捕之毒品施用者，只要是初犯並僅違反毒品犯罪者，即得選擇接受諮商。在一些國家，毒品成癮被視為是健康問題而非犯罪問題，如奈及利亞的 National Drug Law Enforcement Agency（NDLEA）即視毒品成癮者為受害者而非違法者，並以諮商代替司法處遇，若成癮情形被認為已對個人造成傷害，則要求他們接受處遇、更生計畫重返社會。阿拉伯聯合大公國亦思考轉變其毒品政策，將毒品濫用者視為病人而非犯人，並加以治療使其重新整合回歸社會之中。

第二節 聯合國毒癮處遇取向

毒癮已是全球性的問題，對於毒癮者的處遇問題，聯合國毒品與犯罪問題辦公室（UNODC）特別指出下列幾點事實³⁴：

- （一）毒品依賴之改善並無法透過教育達成，因為毒品的使用並非因為對毒品相關知識不瞭解所導致。
- （二）毒品使用後所衍生之各類負面結果，可以是刺激毒癮者接受治療之動機來源。
- （三）矯正取向幾乎不適合成癮個案，從相關數據中可以看到因施用毒品而被監禁者，其復發率達七成以上。

³⁴ United Nations Office on Drugs and Crime (2002). Investing in Drug Abuse Treatment-A discussion Paper for Policy Maker. http://www.unodc.org/pdf/report_2003-01-31_1.pdf

(四) 成癮不僅是長期穩定的持續使用問題，毒品使用者會因為長期的使用毒品而被社會排擠。

基於上述事實，UNODC 認為，對於毒品依賴或成癮者，合適的治療與處遇原則包括：

- (一) 將毒癮視為一種慢性疾病，並提供持續性的治療服務。
- (二) 辨識出毒癮者在生理、心理與社會等面向導致毒癮復發之風險因子。
- (三) 透過監控與復發預防，促使毒癮者重新整合於社會中。

因此，對毒品濫用者的最佳處遇方式是採取「持續門診治療」、「藥物治療」與「監控」三種方式合併使用，並透過這三種處遇形式的進行，使戒毒者能從治療中獲得最大治療效益。

由於聯合國 UNODC 建議將毒癮者視為慢性病患來處遇，因此強調提供戒癮處遇之機構或方案的執行者，對於處理毒癮問題應有下列概念：

- (一) 要與毒癮者的雇主及社會福利機構共同合作，以達成促使毒癮者早日復歸社會之目標。
- (二) 與刑事司法機關及緩刑/假釋官員合作，以達成監督毒癮者預防再犯之目標。
- (三) 與毒癮者之家庭成員和家庭問題相關機構(例如兒童局、學校)合作，以達成促使毒癮者勝任家庭角色之目標，特別是教養兒童之角色。

亦即毒癮問題之處遇並非單純的生理、心理或醫療問題，對毒癮者之處遇，尚須以促使毒癮者回歸社會為核心，因此除了司法與戒癮機構外，社區與家庭亦應納入戒癮體系環節中。

對毒癮者的處遇，一般而言，醫療模式會關注治療服務的使用者，依其需求設立治療目標，此乃假設個案會主動求醫。然而毒癮者是否尋求服務會受到多樣因素影響，如個人對自身健康狀況的瞭解與詮釋、症狀表現嚴重性、人口特性、經濟狀況等。由於毒品問題影響的層面廣泛且顯而易見，所以會接受戒治服務者，不乏由組織、團體、家人等轉介，也因此使得戒癮治療的目標設定並非以成癮者的需求而設計。由於毒癮者大多透過他人轉介（家人、司法…）而接受治療，因此轉介者會期待戒癮治療能夠處理「毒品相關問題」，包括降低社會健康與治安的風險性、提升職業功能、降低犯罪與監禁率…等。簡言之，一個有效的毒品治療，不僅是戒除用藥行為，更包含降低其他毒品相關問題。社會大眾期待的毒癮戒治目標可概分三項：1) 消除或降低物質使用行為；2) 促進個人健康與社會功能；3) 降低公共健康與安全的威脅。

考量其他非治療性的處遇形態，刑事司法系統是最常被提及之介入類型，所採取的形式包括監禁、緩刑、假釋或集中監督管理等，但這樣的介入模式有兩點必須加以考量，首先是監獄設置所需之經費與相關成本耗費驚人，再者是毒癮者感染傳染疾病或 HIV 將對監獄管理造成相當大的威脅。因此當前對於毒癮者之處遇，多考量以監禁、緩刑或假釋等刑事司法處遇結合治療處遇方式來實施，這也是目前被認為最可行且值得採用之作法，加入醫療處遇之戒癮成效會比單獨依靠刑事司法處遇來得有效。

根據聯合國 UNODC 對藥物濫用處遇的實證評估，當代有效的藥物濫用處遇包含「解毒」與「復發預防」兩個階段³⁵。解毒是以藥物治療的方式，讓產生戒斷症狀的毒癮者生理功能達最低正常標準，情緒穩定。復發預防則是避免已無因毒品而產生急性生理或情緒症狀者避免繼續施用毒品。「戒毒治療」的主要目標是藥物安全管理，以及認知與行為的改變，使戒除的動機與行為持續。戒毒治療的治療期間大約需要 3~5 天，但若有其他生理問題、或合併藥物使用、或對 benzodiazepines(苯二氮平類藥物，為抗焦慮劑之一)產生身心依賴，則治療期間可能要再拉長。「復發預防」的主要目標在於預防再次使用毒品、協助控制用藥渴求、重獲健康與社會功能。復發預防的治療期間大約在 1 月至 1、2 年不等，在復健歷程期間，治療的密集度會逐漸降低，一開始可能一週五次，最後可能每週一次或數週一次。

戒毒治療的場域可大致分為住院 (hospital inpatient)、療養院 (residential settings)、門診 (outpatient)、以及社區治療 (community-based) 四種形式。「住院」與「療養院」形式有較佳的治療完成率，但所收容的對象往往伴隨有精神症狀與情緒疾病。「門診」被認為有較高的治療中斷，參與「社區治療」者普遍為較少急性症狀與生理問題，且有穩定的家庭支持者，較易完成戒斷期的治療程序。

復發預防應具有較多元的專業人員可供戒毒者選擇，也應有多樣的治療策略以因應不同的毒癮問題。復發預防的治療場域可大致分為短期療養居住性治療 (大約 30~90 天)、居住性社區方案 (大約 3 個月到 1 年)、門診與戒斷取向之諮商形式 (大約 30~120 天)。

³⁵ United Nations Office on Drugs and Crime (2002). Contemporary Drug Abuse Treatment- A Review of the Evidence Base。 <http://www.ndc.hrb.ie/attached/1681-1586.pdf>

一般而言，復健歷程的治療密度會逐漸降低，門診治療可被視為「持續照護（continuing care）」或「後續照護（aftercare）」，通常門診期間也會合併團體諮商治療，期間可能會延續到兩年。

就毒癮戒治成效而言，「復發預防」階段比「解毒治療」更為重要，復健/復發預防期主要處理的問題包括個案的毒癮治療、公共健康以及社會安全，可界定為1)削弱或減少酒精與毒品使用；2)促進健康與功能；3)減少公共安全（犯罪）與衛生（傳染病）的威脅三方面。所有復健/復發預防期皆有四個治療目標，包括：1)維持戒斷治療期之後的心理與情緒改善狀態；2)減少並維持酒精與毒品的使用行為，最終達到完全戒除的目標；3)透過教育、示範、與支持行為，以對個人健康、社會功能、以及減少社會安全與衛生之威脅；4)改變原有的用藥生涯型態。

復發預防階段治療的成效與毒癮者的一些因素相關，包括毒癮者本身與治療兩個面向。

（一）毒癮者相關因素

- 1、物質濫用嚴重程度：長期用藥以及物質濫用模式較嚴重者，對於未來持續治療的可能性越低，且越有可能復發。此亦可作為治療中斷與復發可能性之指標。
- 2、精神疾病的嚴重程度：根據流行病學調查與臨床研究顯示，有物質濫用與依賴診斷者，常伴隨焦慮、情感性、反社會以及其他人格疾患，通常若能早期治療，癒後效果越佳。嚴重的精神症狀或疾患亦可作為治療中斷可能性與較差治療成果的指標。

- 3、治療的意願與動機：通常有意願、準備好以及有動機之毒癮者較願意投入治療，也較能持續接受治療。但亦有研究指出，被轉介接受治療者之治療成效，與自己自願治療者並無差異。
- 4、職業狀態：毒品濫用者通常也有尋找工作或持續工作的困擾，而無業者更容易有治療中斷的現象與毒癮復發。雖然治療方案對於職業部分的幫助有限，但是透過社區服務則可以協助促進職業相關功能。目前職業狀況被認為是可預測持續接受治療與良好治療結果之指標。
- 5、家庭與社會支持：社會支持相當多樣性，改善毒癮問題需要的是非衝突與非支持物質濫用行為之社會支持。而有效的物質濫用治療也包括社會與家庭關係的改善。

（二）治療相關因素

- 1、治療模式：許多研究比較門診與住院治療的成效與差異，總結來說，若沒有重大的精神或其他困擾者，可適用於門診治療，而有急性或慢性問題者，通常會需要轉介至居住性的醫療治療模式。
- 2、治療的完成與成效持續狀況：一般來說，接受治療的期間越久，癒後效果越佳，戒治成效也會持續較久。目前美國國內研究有一致性的結果認為，接受至少三個月療養院性質的住院治療，成效會比少於三個月佳。
- 3、藥物治療：主要針對鴉片類藥物濫用者提供藥物治療，主要有鴉片類促動劑與拮抗劑，鴉片類促動劑可以替代非法的鴉片類藥物使用，以緩解戒斷症狀與毒癮需求，常用的

鴉片類促動劑如美沙酮（Methadone）、LAAM（levo-alpha-acetyl-methadol，與Methadone類似但藥效更長）、丁基原啡因（Buprenorphine）、 $\alpha 2$ （一種腎上腺受體）促動劑（如Clonidine）…等。鴉片類拮抗劑則是阻斷神經系統中鴉片類受體的作用，當毒癮者再度使用鴉片類藥物時，會感覺不到興奮感或舒適感，因而不會復發，常用的鴉片類拮抗劑如納洛酮（Naloxone）與納曲酮（Naltrexone）。這些藥物都可以對鴉片類毒癮者提供良好的治療效果。

4、諮商：接受定期諮商有助於治療的投入與促進治療的成效，以接受美沙酮治療者為例，接受諮商者比未接受諮商者有較佳的治療效果與可維持半年無復發。

(1)一般門診戒毒諮商—以完全戒除為取向之諮商治療模式。目標在完全戒除毒品使用行為以及犯罪行為，進而提升個人身心狀況。

(2)不同形式的認知心理治療—如支持性表達心理治療、認知心理治療、動機介入等。不同治療取向有不同的治療目標。

(3)認知行為取向—該取向是目前最廣泛利用之治療取向。重點在社交技巧、壓力與情緒管理、與肯定訓練等。

(4)社區增強與訂立契約—1970年代發展的社區增強取向，當時是利用在酒癮治療上，之後拓展在古柯鹼與其他毒品戒治上。

總結來說，如能將病患與治療模式做適當的搭配，戒癮成效會更好，不同特性的毒品使用者有對不同的治療模式有不同的反應效果，實務上應依據毒癮者問題的嚴重性做區隔，並就特定問題提供適當服務，以個別化治療概念的概念來提升戒治成效。

第三節 亞洲地區毒癮戒治概況

亞洲地區國家對毒癮戒治取向不盡相同，以下分別介紹幾個較具代表性及獨特性之國家戒毒取向。

一、日本³⁶

日本矯正制度並無保安處分措施，故對吸毒者的處理仍以傳統的刑罰制裁為依據，在刑務所（監獄）中有臨床心理師與社工員的編制，針對性犯罪者和藥物濫用者給予相關的諮商輔導。日本對於藥物濫用者仍予以判刑，但同時規定先予以強制戒治，與我國視為病犯之觀點相近³⁷，2006年5月24日「刑事設施及受刑人處遇法」公佈實施後，該法第82條規定對「藥物成癮者」必須實施「改善指導」的處遇，且在該法施行後5年內，針對實施情況進行檢討，認為有必要時應採取妥善的改進措施。是以日本刑務所對於毒品犯的矯正處遇措施，仍屬試驗階段的摸索期，比起修法前只由管教人員作單向的講話形式或播放視聽教材，且屬任意參加的方式，新法規定後對毒癮犯之處遇已有相當改善。

日本刑務所所實施的「改善指導」區分為「一般改善指導」和「特別改善指導」兩種，「一般改善指導」包含：1) 使受刑人自

³⁶ 簡德源、杜聰典、周輝煌，2007：96年度考察日本網走監獄博物館暨瞭解日本矯正機關（毒品）處遇措計畫。公務出國報告施。

³⁷ 鄧學仁：日本反毒體制運作之概況，「當前亞太地區反毒現況與未來發展」座談會。警察大學恐怖主義研究中心，<http://trc.cpu.edu.tw/7.pdf>，2005/03/30。

覺犯罪的責任(含理解被害人的感情等)；2) 培養健康的身心，如養成規律的生活習慣、灌輸健全正確的觀念及增進身心的健康等；3) 習得社會生活必須的知識與生活態度，如賦予生活設計及符合社會生活要求的行為樣式等。「特別改善指導」乃針對不同的犯罪類型給予特別改善的指導，依罪名的不同包括：1) 脫離依賴藥物的指導；2) 脫離暴力團的指導；3) 防止性犯罪再犯；4) 交通安全的指導；5) 勞動就業的支援指導。「脫離藥物依賴的指導」乃藉由民間自助團體的積極參與(強化社會資源連結)，以及團體工作的導入、視聽教材設備，促使毒癮者脫離藥物依賴，項目包括：

- 1、瞭解藥物的藥理作用及其上癮症狀：藥物的藥理作用及其上癮狀態的形成過程、為了有效戒癮使其理解藥物的依存症狀等。
- 2、面對再度用藥物時的情況：以團體工作方式，促使成員對毒癮的共通問題能持有勇於面對的態度，並回顧檢討再度用藥物時的狀態。
- 3、對有關用藥問題的自我洞察：使其反省在什麼時候下使用藥物，加深自我理解並明確化依賴藥物的背景。
- 4、知覺用藥的影響：使毒癮者體認用藥造成引發周遭的麻煩，社會責任等問題，喚醒其內心的罪惡感。
- 5、從藥物成癮到康復：使毒癮者認識上癮症狀並擁有拒絕再用藥的良策。透過戒毒成功過來人及活動，賦予成癮者由藥物成癮到康復的希望。
- 6、建立脫離藥物依賴的決心：促使毒癮者具體且實際地反省用藥的得失，強化洞察用藥對自我今後人生的影響。

7、面對用藥危機與拒絕誘惑：提供拒絕誘惑的方策，具體的回顧檢討 1) 可能再度用藥的場面或狀況；2) 渴用藥物的場面或狀況，再對有再度用藥之虞的場面或狀況提供拒絕用藥的技巧，不依賴藥物的迴避方法，以及如何習得此種迴避方法。

8、出所後生活應留意事項和社會資源的活用，以及提供民間自助團體相關活動的情報。

由於日本藥物濫用類型主要是以安非他命及 MDMA（搖頭丸）等覺醒劑為主，九成以上的毒癮者是覺醒劑毒癮犯，在依賴性與戒斷症狀等層面問題不若鴉片類毒品嚴重，因此與我國相較之下，日本的毒癮戒治問題顯得單純。

日本對於毒癮者的刑事政策定位是採取罪犯觀點，對毒癮者以刑罰方式處遇，其在監獄對於毒癮者的戒癮改善指導，與我國法務部頒定之「監獄毒品犯輔導計畫」內容並無太大差異，即以刑罰及教育輔導方式對毒癮者進行處遇。但我國毒癮者型態與日本毒癮者類型有相當大的差異，我國癮者以海洛因成癮為主要類型，其生理與心理層面問題較覺醒劑類藥物濫用者嚴重，因此單純以刑罰及教育輔導方式，並不足以有效因應我國毒癮問題。雖然我國與日本毒癮者類型有相當大的差異，但日本對毒癮者的處遇經驗仍可作為我國毒品「濫用」者處遇之參考，亦即可以對成癮性、依賴性較低，濫用性較高之毒品施用者，例如安非他命、搖頭丸、K 他命、大麻等類型之毒品施用者，以刑罰、教育輔導方式處遇之。

二、香港³⁸

香港視毒癮者為病患，對毒癮者的治療，多由政府和民間、社區共同參與，鑑於沒有單一種治療方法可在任何時間適用於所有人，香港一直提供多種模式的戒毒治療和康復服務。根據每名求診者的問題和需要，安排與之配合的治療環境、介入和服務。香港的戒毒治療和康復計畫包括懲戒署強迫戒毒計畫、衛生署美沙酮自願門診計畫、自願住院戒毒治療康復計畫、濫用精神藥物者輔導計畫、物質誤用診所。

1、懲戒署強迫戒毒計畫：香港強迫戒毒計畫，則是針對曾犯輕微罪行而經法庭裁定適合接受這種治療的藥物依賴者，法定羈留期由 2 至 12 個月不等。戒毒計畫是監禁以外的另一選擇，旨在協助院友戒除毒癮和恢復健康，並通過採用戒毒及康復治療，戒絕其對藥物的倚賴。此外，戒毒所亦會協助院友解決獲釋後的就業和住宿問題。戒毒所計畫主要包括：醫療服務、輔導服務、心理服務、工作治療及職業訓練、教育、體育及康樂、善後輔導服務、釋前計畫、就業安排、中途宿舍等。所有獲釋的戒毒所院友從獲釋開始，均須接受為期 12 個月的善後監管。受監管者如在監管期屆滿前被發現服用違禁藥物，可能會被召回戒毒所再接受一段時間的治療。

2、衛生署美沙酮自願門診計畫：由衛生署透過轄下 20 間美沙酮診所組成的網絡推行，採用自願門診治療模式。主要提供代用和戒毒兩類療法，供鴉片類藥物依賴者選擇。根

³⁸ 香港特別行政區政府保安局禁毒處網站-香港戒毒治療和康復服務第四個三年計畫(二零零六至零八年)。 http://www.nd.gov.hk/Fourth_Three_Year_Plan_Chinese.pdf。

據代用治療計劃，求診者每日可得到若干劑量的美沙酮，以遏止海洛英毒癮。至於戒毒治療計劃，為求診者開處的美沙酮劑量會逐步減少，直至求診者完全戒除毒癮。美沙酮自願門診提供一種容易得到、合法、醫療上安全而有效的藥物，以取代繼續濫用鴉片類違禁藥物，可減少因濫用違禁藥物而引致的罪行和反社會行為，並使吸毒者能夠如常人般工作和生活、預防愛滋病、肝炎和破傷風等疾病的傳播，以及幫助吸毒者戒毒，直至他們完全無須依賴毒品。

- 3、自願住院戒毒治療康復計畫：目的在滿足自願住院戒毒、康復和重返社會的藥物依賴者的需要，共有 17 間非政府機構營辦共 40 間住院戒毒治療及康復中心和中途宿舍。由於藥物依賴者背景不同，需要各異，這些機構發展了一系列使用不同治療模式的戒毒和康復計畫。治療計畫一般為期 4 周至 24 個月不等，方案包括福音戒毒治療模式、長期住宿計畫、短期住宿計畫、後續照顧及支援服務、職業訓練、輔導服務…等，機構有各自的服務內容。
- 4、濫用精神藥物者輔導計畫：濫用精神藥物者輔導中心由非政府機構在社署的資助下營辦，這些中心為間歇或慣性濫用精神藥物者和邊緣青少年提供輔導及協助，以期引導他們遠離毒品。所提供的服務包括需要評估、輔導及小組工作服務、為家人提供服務、為從事不同專業的人員提供培訓，以及為中學舉辦禁毒教育講座等。
- 5、物質濫用診所：因應濫用精神藥物者所需的醫療和精神治療服務短缺，由醫管開設物質濫用診所，接受濫用精神藥物者輔導中心、自願住院戒毒治療中心、醫生及其他醫護

服務機構的轉介。求診者大多接受門診治療。診所提供的服務包括戒毒、輔導，以及心理治療。求診者是否需要接受一段時間的住院治療，視乎個別求診者的臨牀需要而定。診所亦為被確診為患有藥物引致的精神病併發症的人士提供特定治療，讓他們接受住院戒毒和治療。

香港對施用毒品者採取「病患」觀點，以醫療方式處理毒癮問題，因此其對毒癮者之戒治工作著重於社區戒癮、醫療體系與社會福利環節，此一毒品刑事政策觀點與我國相異，因此香港對毒癮者所提供之治療方式並不全然適合我國之毒癮處遇。但香港毒癮者處遇方式亦有值得我國參考之處，例如「懲戒署強迫戒毒計畫」對有藥物濫用問題者進行強迫戒毒，包含醫療、心理輔導、善後輔導、釋前計劃、就業安排、中途宿舍等，而戒治出所後仍須接受 12 個月的善後監管，亦即除了強迫性的機構處遇外，可以選擇司法轉向方式，讓毒癮者接受毒癮治療，並將毒癮者的戒癮治療衍生至社區環節，包括就業安排與中途宿舍，以解決毒癮者離開機構後所需面臨的居住與經濟、就業問題，並輔以為期一年的善後監管，以監督毒癮者的行為改善與施用毒品問題。我國對於二犯以上之毒癮者乃以刑罰方式處遇，與香港強迫戒毒方案相較之下，對毒癮者的治療處遇措施較為缺乏，因此毒癮者再累犯比例高達八成以上，應可參考香港強迫戒毒方案，改善對於毒癮犯之處遇方案，藉由轉向制度提昇毒癮者的戒癮動機，在刑事司法的約束力下，促使毒癮者接受戒癮治療，以作為監禁的替代選擇，並強化社區資源，提供毒癮者短期居住與就業方案，促使毒癮者回歸社會。

三、澳門³⁹

澳門對毒癮犯的戒治施行自願戒毒模式，由政府集中處理門診求助以及轉介之戒毒個案，另有交託民間戒毒院舍經營之長期住宿形式之戒毒治療康復服務。社會工作局防治藥物依賴廳轄下之戒毒復康處是承擔戒毒治療及復康工作的專責部門，該處設有一所「戒毒綜合服務中心」直接為藥物依賴者提供多元化的戒毒復康服務，並向民間戒毒機構/社團提供專業技術及財政援助，以及負責收集、分析濫藥人口及情況之有關數據，評估和發展戒毒復康工作。除此之外，政府衛生局以及澳門監獄亦有為濫藥者提供相關戒毒支援服務，而民間戒毒工作方面，澳門目前有六個民間戒毒團體，大部份推行福音戒毒和受政府資助。

(一) 戒毒復康處戒毒治療服務

戒毒復康處的「戒毒綜合服務中心」為藥物依賴者提供綜合性及多元化的戒毒治療及復康服務，包括有門診戒毒及短期住院脫毒服務。門診部為戒毒求助者提供門診社區式醫藥護理、健康檢查、個人心理輔導、家庭輔導、社會支援及轉介等服務。住院部為短期住院式之脫毒治療，提供醫療及處理因藥物依賴而引起之戒斷症狀及其他身體不適。求助戒癮者經門診部評估後可接受為期約 15 天、24 小時的住院治療，完成後將會安排跟進長期康復及社會重返計劃。2006 年戒毒復康服務處更著力開展減低傷害之維持治療計畫，引進丁丙諾非及美沙酮維持治療服務，為受感染者提供特殊情緒輔導及醫療轉介服務。戒毒復康處主要提供的服務包括：

³⁹ 澳門社會工作局網站，<http://www.ias.gov.mo/web2/big5/index.htm>。

澳門禁毒網，<http://www.antidrugs.gov.mo/big5/home.htm>。

澳門禁毒報告書 2006，http://www.ias.gov.mo/web2/big5/rept/dptt_report2006/index.htm。

澳門禁毒報告書（1991-2000），http://www.ias.gov.mo/web2/big5/rept/dptt_relatorio/cover.htm。

- 1、自願性門診：由社工輔導員、心理學家、精神科醫生和專業護士組成專責治療小組，對自願求助者之各項困難給予協助。主要由社工輔導員為個案作深入的治療評估，建立適合之治療計劃，並提供具體之服務，包括生理戒斷、動機激勵、情緒支持和輔導、經濟援助、醫療護理、家庭重塑、以及重返社會培訓等等。戒癮者先由社工輔導員接見，進行評估，並安排具體之醫療戒毒時間表和計劃，安排醫生面診，由護士跟進有關醫藥護理。正常斷癮療程為3至4星期左右，每星期需至門診中心2至3次，以接受社工輔導面談、護理及醫療覆診等服務。完成斷癮療程後，由社工跟進社會重返之工作。
- 2、社區式戒毒治療服務：為一個半院舍式復康中心。其目的是為了配合門診中心之戒毒服務，以增加戒毒者之康復適應能力，進一步獲得康復培訓和治療機會。其特色為晚上容許復康者回到家庭環境生活。中心之設立，一方面為了讓戒毒康復者學習重返社會之生活技能和習慣，另一方面更著重其家庭關係之重建。
- 3、個案跟進服務：在戒毒者成功戒除毒癮後，專業社工還需跟進其進展，協助其生活、職業與家庭方面達至安定。跟進期長短，視個別而定，在此期間，會提供一些職業輔導，轉介服務等，亦會為有需要者申請社會經濟援助等。

戒毒復康處會接收由其他服務機構、社會重返廳及法院轉介之個案，亦為個別有需要的個案提供轉介服務，例如急診、留院、一般免費醫療申請、社會經濟援助、入住民間戒毒院舍等。此外，戒毒復康處的工作還包括對民間團體技術及財政支持、資助民間戒毒

團體進行活動，以及收集及分析藥物依賴者資料，以有效地監察和了解澳門地區之吸毒情況，與其他國際組織保持數據交流，對戒毒服務進行評估。

（二）衛生局戒毒治療服務

根據澳門法令規定，衛生局有職責對自願求助之戒毒者提供免費之醫療服務。因為澳門當局認為藥物依賴者是帶病之弱勢群體，保障和鼓勵其獲得適切的治療乃是解決毒品問題之一個重要環節。自 1993 年開始，衛生局以定期派駐精神科醫生之形式，協助戒毒復康處開展門診治療工作，並為該門診中心提供必須之醫療用具和藥品，使門診中心能提供專業之醫療服務。

在醫療服務方面，針對一些需要長期 24 小時留院治療之藥物依賴個案，精神科和其他專科均按實際情況予以收容和治療。就預防傳染病工作方面，公共衛生化驗所為有需要之戒毒者提供各項傳染病檢查，例如愛滋病、肝炎及性病等。而針對戒毒者之其他疾患，各衛生中心均能給予適切之治療。部分醫院更與戒毒復康處有緊密之合作，衛生當局在治療藥物依賴之工作上扮演相當重要之角色。

醫院社會工作部更為求診者提供社會工作服務，協助病者及其家屬處理因疾病所帶來的家庭、情緒、康復、出院安置及其他適應上的問題。並為長期病患及有經濟問題之澳門居民，提供醫療援助，對疾病所帶來的經濟問題，協助案主轉介有關機構，促使治療過程順利進行，及增強病者的自顧能力，重新投入社會。而對戒毒復康者而言，社會工作部特別著重在協助辦理免費醫療之申請上，社會工作部與戒毒復康處有經常性之聯絡，就個案轉介方面及尋求醫療服務方面，均有良好之合作。

(三)澳門監獄之戒毒復康工作

澳門監獄是澳門唯一的監獄，具有行政自治權，主要職務除了對被囚禁者執行剝奪自由刑罰及羈押處分所採取之相應措施外，並為他們提供社會及經濟援助、心理輔導、醫療護理、保健及康復、戒毒治療與復康、職業培訓及教育、舉辦文化娛樂及體育活動等，使被囚禁者在獄中能夠改過自新，並為重返社會後建立新生活作準備。澳門監獄中設有社會工作部，所有被囚禁者，皆由具有心理學專業或社會工作專業等高級技術員及技術員跟進。

澳門監獄於 1996 年 1 月開始擬定戒毒復康之工作計劃，並於 1997 年 7 月 29 日成立復康小組，透過戒毒及復康計劃幫助藥物濫用者戒除毒癮及恢復身心的健康，讓他們認識濫用藥物對其個人、家庭與社會的危害；建立自信，增強自尊心和提昇自我價值，樹立健康的價值觀和人生觀，修補並重建家庭關係。堅定其抗拒毒品誘惑的決心，為他們出獄後的生活作準備以便重返社會後建立新生活及遠離毒品，同時亦預防再吸毒及再犯罪。

戒毒復康計劃內容包括毒品之專題講座、個別心理輔導、團體心理輔導、電腦課、陶瓷課、手工藝班、體育活動、小組分享、家庭聚會等。另外，澳門基督教監獄事工協會之同工以義務性質定期為復康小組之組員進行經驗分享活動。

整體而言，澳門對施用毒品者亦採取「病患」觀點，以醫療方式處理毒癮問題，且對於尋求協助的自願戒癮免費提供醫療服務，此一毒品刑事政策觀點與我國相異，因此澳門對毒癮者所提供之治療方式並不全然適合我國之毒癮處遇。對在監毒癮者則提供戒毒康

復計畫，幫助藥物濫用者戒除毒癮及恢復身心的健康，相關的課程方案與我國戒治機構內提供之方案大致相同。

比較澳門與我國對毒癮者處遇之差異，澳門對毒癮者之處遇乃以社會工作局防治藥物依賴廳轄下之戒毒復康處為專責部門，並設置「戒毒綜合服務中心」直接為藥物依賴者提供多元化的戒毒復康服務，並向民間戒毒機構/社團提供專業技術及財政援助，在精神醫療方面並有衛生局派駐精神科醫師與醫療人員協助，因此澳門戒癮體系之專業性較高。相較之下，我國對毒癮者之戒癮工作含括在刑事司法體系中，雖有衛生署醫療體系之協助，但欠缺了社區與社會工作環節，除欠缺專責機關外，戒癮專業性亦較為薄弱。

四、新加坡⁴⁰

新加坡與我國同樣對施用毒品者界定為「病犯」，但其對毒癮者的處遇較為多元，可區分為戒毒所、機構性戒毒處遇、社區性戒毒處遇與矯治公司。

(一) 戒毒所

1973年新加坡通過藥物濫用法(Misuse of Drugs Acts)，主要核心為強力禁止毒品交易，以及強制施用毒品者接受戒毒⁴¹。戒治所通常也是附設監獄，戒毒所收容的人犯種類是以第一次及第二次使用毒品成癮者、長刑期與短刑期人犯以及混合罪刑的人犯等為主：

⁴⁰ 陳定南、張紫薇、黃徵男、洪光宣，2003：赴新加坡瞭解檢察官交流計畫成效，考察獄政及治商簽訂刑事司法互相協定可行性。公務出國報告。

⁴¹ 束連文，2007：藥物濫用戒治模式整理研究。行政院衛生署管制藥品管理局九十五年度業務委託研究計畫。

- 1、第一次使用毒品成癮者：人犯所受監禁從 12 個月到 36 個月。
- 2、第二次使用毒品成癮者：人犯所受監禁從 18 個月到 36 個月。
- 3、短刑期人犯：人犯所服刑期低於 1 年。
- 4、長刑期人犯(與毒品相關罪行)：人犯所服殘刑為 1 年或低於 1 年。
- 5、觸犯混合罪刑的人犯：如違反移民規定，人犯所服刑期低於 1 年。

戒毒所之矯治方式包括機構性及社區性處遇，機構性處遇之執行透過訓練、教育職業訓練、娛樂活動、宗教及社會諮商及工作治療方式為之；社區性矯治處遇包括五種項目：社區居住、社區居住並施用納曲酮（Naltrexone）、中途之家、中途之家並施用納曲酮（Naltrexone）及在家監禁。

1、機構性處遇

- (1) 訓練（戒毒所人犯所獨有）：人犯在接受拘禁時每天需接受一小時例行不斷反覆的紀律訓練及控制。
- (2) 教育及技能訓練（戒毒所提供給長刑期人犯）：符合條件的人犯必須接受教育及技能訓練，有多類的課程提供符合條件的戒毒所及長刑期之刑事受刑人接受訓練。
- (3) 娛樂活動（所有人犯）：有室內活動及戶外活動、體能活動，以培養人犯健康生活。

(4) 宗教及社會諮商：可依照其宗教信仰選擇其信仰的宗教，各類宗教的義工會提供宗教的之諮商及服務。

(5) 工作（僅提供戒毒所人犯）：人犯必須服刑達到一定程度後方可從事於秩序維持、舍房理髮、一般維護、廚房及後勤工作等相關的家政工作。

2、社區性處遇：毒品成癮者，一旦被捕進入中央肅毒局（Central Narcotic Bureau）後，將會經歷一周強制性的解毒期間（即冷火雞），以戒除生理依賴之後，毒品犯將接受一週的恢復/適應期，之後毒品犯將接受軍事管理、訓練、作業、教育及諮商輔導、就業技訓培訓、宗教教誨。

3、納曲酮社區管理計畫：服用納曲酮可以有效的去除收容人吸毒習慣，在社區矯正矯治計畫運作下，政府結合中途之家及社區居民共同合作，要求毒品犯接受為期 12 個月的治療課程。

4、自願性處遇計畫：自願性處遇計畫（Voluntary Treatment Programme, VTP），以強硬的態度和方法處遇頑劣的毒品犯，在戒毒所執行社區式的處遇以避免毒品犯在獄中受到惡性傳染的弊病。自願性處遇計畫允許無前科紀錄之毒品犯以自願的方式接受矯治，毒品犯認為已戒毒完成，可隨時離開戒毒所，但是該毒品犯若再度吸食毒品被捕，則不得再參與類似的社區式處遇計畫。參與者在醫院接受 7 到 10 天的去毒治療，完成戒毒計畫後參與者將安置於中

途之家及輔導計劃，參與者可選擇進入為期 6 個月的中途之家或社區式的輔導計劃。

（二）機構性戒毒處遇

施用毒品再累犯超過兩次以上，經尿液篩檢呈現陽性反應者，即移送由矯正機構管理的戒毒所（Drug Rehabilitation Center，簡稱 DRC）強迫戒治。新加坡的戒毒所共分五階段強迫吸毒者戒治：

- 1、「戒毒期」：除年齡五十歲以上為早期鴉片吸毒者得施用美沙酮（Methadone）去毒外，其他人全部以「冷火雞」（Cold Turkey）法強迫去毒，為期一週，以戒除吸毒者對毒品之依賴。
- 2、「復元期」：經過戒毒期階段後，緊接著戒毒者有一至二星期的復元期，期間係依戒毒者成癮程度與健康情形而定。
- 3、「教育期」：以一週時間教育有關毒品之危害、相關法令，以及社會、家庭與朋友關係。
- 4、「體能訓練期」：以數月的時間用軍事化的管理與訓練毒癮者之體能訓練與紀律，同時加強個人與團體的諮商輔導。
- 5、「職能治療期」：每位毒癮者都能依其興趣及治療中心所能提供的設施分配一種技能訓練，一方面培養工作倫理，一方面培養工作能力，以便使其出所後得到較佳的工作機會。

然而為強化戒毒成效，新加坡政府又於 1990 年推出三階段個別處遇計畫：

- 1、「機構性處遇與復健」：戒毒者必須在不同戒毒所經歷嚴厲規律生活，在一個剝奪自由環境下，遠離毒品一段時日，身體操練著重恢復個人健康，同時在康復過程中強調自律之重要性。密集諮商將提供戒毒者各種應付問題基本技術與能力。
- 2、「機構性白天外役工作計畫」：其目標在於使吸毒者透過戒毒所監督性白天外役工作計畫來加以調整，允許戒毒者白天外出工作，工作完畢返回戒毒所，就康復過程而言，介紹就業為主要部分，因此必使其忙碌且經濟上有生活能力，也惟有如此方能使戒毒者回到自由社會時能有較好適應。除此，尚需接受定期與不定期尿液篩檢。
- 3、「夜晚住家白天外出工作計畫」，此階段促使戒毒者及其家庭容易完全恢復適應，戒毒者可以繼續工作，工作完畢返家，惟在規定時間內留在家中，以保證不再回到其過去不良同輩團體中，從事不定期實施尿液篩檢，來了解吸毒者是否故態復萌。此階段戒毒者被定位在電子追蹤系統上，在其足踝上裝置電子監控器，家中安裝監視系統與電話連線，此種系統在於保證戒毒者同意於工作外之特別規定宵禁時間內遵守各項規定，如果違反，連線家中電話監視器就會自動發現，此時在 CISCO 總監視中心將立即發出警告。

（三）社區性戒毒處遇

新加坡監獄局認為毒品犯的問題不單是醫療上的問題而已，而是毒品犯社會以及行為上的問題導致其一再成癮。而戒毒可說是毒品犯為其個人行為付出代價的一種責任。因此監獄局應該提出一套具威嚇性的對策以促使毒品犯遠離毒品之危害。如果他有心戒除毒癮，監獄局將不計處遇與矯治成本竭力幫助他達成願望，因此制訂毒品犯社區矯治方案（Community-Based Rehabilitation Programmes For Drug Offenders, CBR）。毒癮者會經歷一周強制性的解毒期間（即冷火雞），以戒除生理依賴之後，毒品犯將接受一週的恢復/適應期，之後毒品犯將接受軍事管理、訓練、作業、教育及諮商輔導、就業技訓培訓、宗教教誨。其主要方案有：

- 1、中途之家戒毒計畫：以社區為主的矯治計畫，對於家庭環境、不良及缺乏家庭支持者，安置於中途之家接受輔導及驗尿，並使用納曲酮拮抗劑治療，期間為9個月。
- 2、假釋居家戒毒計畫：對於有良好家庭環境並受家庭支持者，安置於家中，配戴電子追蹤感應器，白天在外工作，晚上監禁在家，同時接受輔導及驗尿。
- 3、中央肅毒局監督：毒品犯完成各種戒毒治療計畫離所後，必須接受中央肅毒局2年之強制輔導監督，並且要在特定的報到中心進行驗尿。
- 4、頑劣毒品犯戒毒計畫：對於頑劣毒品犯，惡性不改則移送法院以長期徒刑及鞭刑對待，以防止個人繼續濫用毒品，並減少其他犯罪發生。其刑罰有長期徒刑有5至7年附加鞭刑為3至6鞭，以及長期徒刑7至13年附加鞭刑6至12鞭兩種。

5、納曲酮社區管理計畫

6、自願性處遇計畫

(四) 矯治公司

新加坡矯治企業公司（Singapore Corporation of Rehabilitative Enterprise，簡稱 SCORE）成立於 1976 年，是隸屬於內政部的半公營公司。它的任務是要幫助受刑人與吸毒犯成為具有適應能力與生產能力的市民，以利重返社會。其主要功能包括：

- 1、透過技職與作業訓練教導受刑人具有市場導向之技術；
- 2、透過辛勤工作鼓勵受刑人具備積極進取的價值觀念；
- 3、對出獄受刑人提供職業安置；
- 4、給予中途之家或反毒協會（SANA）在經濟上或以其他實質幫助來協助出獄之受刑人復歸社會；
- 5、結合受刑人家庭、政府部門、企業主以及社區共同攜手合作幫助受刑人與毒品犯更生重建。

新加坡矯正企業公司係由委員會、主席、副主席、執行長以及矯治支援部門（Rehabilitation Support Division）、行政與財務部門、作業部門（Industries Division）所組成。作業部門下管理六個監獄及戒毒中心（DRC）的工場，並負責民間參與矯正工作之相關業務。矯治支援部門提供在監受刑人技能訓練業務、以及出獄後的職業安置，同時輔導志工團體設立中途之家收容出獄毒品犯，並提供中途之家職員職業訓練之機會。該公司有 4 個主要計畫：

- 1、作業計畫 (Work Programme)：其目的是培養受刑人勤奮的工作習慣，建立正確的價值觀念，以協助受刑人正常復歸社會，同時也給予受刑人學習新技術之機會，切身感受與外界相似的就業環境。
- 2、技能訓練計畫 (Vocational Training Programme)：讓適合的受刑人接受適當的技能訓練，以期出獄後能獲得一份與其所學技藝相符之職業。此外，SCORE 也引進共同協助矯治的計畫 (Corporate Assistance for Rehabilitation Scheme)，將民間團體納入技能訓練計畫中，對於參與技能訓練之受刑人出獄後，引進公司就業，提供六個月在監獄所學到技術之工作，以扶持其自力更生。
- 3、就業安置服務 (Job Placement Service)：協調私人企業，提供出獄受刑人多樣化的職業選擇。
- 4、中途之家計畫 (Halfway House Scheme)：SCORE 以提供建築物及資金之方式幫助志工團體設置中途之家以收容出獄之毒品犯，同時在中途之家中也提供設備與處遇計畫，供其運用。中途之家組織 (HHS) 在毒品犯離開戒毒所 (DRC) 前 6 個月即遴選若干毒品犯到中途之家收容，並幫助及早適應社會生活。出獄毒品犯在中途之家會接受居家照護以靜心戒除毒癮，並規劃有諮商、心靈改革之輔導計畫，同時也提供職業與教育訓練、工作與創造力活動。

SCORE 雖以半公營的公司型態經營監所作業，然而其目標均鎖定在如何幫助受刑人與出獄毒品犯轉變為一個全新的、適應社會的

個體，並能自力更生，重新開始個人之新生活。再加上政府與民間公司、社會志工的通力合作，使新加坡出獄受刑人再犯率降低，扮演著舉足輕重之角色。

新加坡對毒品施用者所採取的刑事政策與我國最為相近，其處遇措施亦帶有濃厚的刑事司法色彩，對第 1、2 次施用毒品者採取戒治所戒癮處遇，對短刑期或殘餘刑期在 1 年以下者亦給予戒治所戒癮處遇，3 次以上之毒癮者則改以機構性處遇，與我國毒品危害防制條例相較之下，新加坡對毒癮者所採取的病犯觀點較為落實，亦即在刑罰之基礎上，儘量給予戒癮處遇。我國目前對於 2 犯以上之毒癮者一律採取刑罰處遇，並未對毒癮犯提供充足之戒癮輔助措施，對毒癮者所採取之「病犯」刑事政策未能予以落實，因此毒癮者再累犯之比例居高不下。

相較之下，新加坡對毒癮者所提供之戒癮方案較為多元，其機構內處遇包括教育職業訓練、娛樂活動、宗教及社會諮商及工作治療等方式，與我國戒治所與監獄之處遇相似，但後續銜接之社區處遇環節則為我國所欠缺的，包含社區居住、中途之家、在家監禁等措施。此外，新加坡機構性處遇透過三階段處遇計畫，包含「機構性處遇與復健」、「機構性白天外役工作計畫」、「夜晚住家白天外出工作計畫」，使毒癮者階段性的釋放而適應社會生活，並與後續社區處遇做完整銜接，此一制度藉由刑事司法之約束力，促使毒癮者配合各項戒癮措施並與社會戒癮機構銜接，乃我國戒癮處遇制度上所欠缺，相當值得我國參考實施。

五、中國

中國大陸之毒品戒治模式乃以強制戒毒為主體，對吸毒成癮者，一律送到由各級政府統一建立的戒毒所強制戒毒；對強制戒毒後又吸毒者，一律送司法部門管理的勞動教養所，在勞動教養中強制戒毒。各戒毒所堅持教育、感化、挽救的方針，實行依法、嚴格、科學、文明管理。戒毒所都對戒毒人員進行安全科學的戒毒治療，進行法制教育、道德教育和嚴格的行為矯正訓練⁴²。

2004年6月中國國家禁毒委員會在全國禁毒工作會議中確立了「禁吸、禁販、禁種、禁制並舉，預防為本，綜合治理」的禁毒工作方針，針對海洛因的戒毒工作，積極探索建立強制脫毒、身心康復、融入社會功能於一體的戒毒康復模式，明確要求各省（自治區、直轄市）、吸毒問題嚴重的市（地、州、盟）和吸毒人口千人以上的縣（市、區）都要建立一至二所戒毒康復農場、工廠，依托強制戒毒場所、勞教戒毒場所建成一批綜合性的戒毒康復場所，用足一年的強制戒毒期限和兩年的勞教戒毒期限，對戒毒人員進行生理脫毒治療後，轉入康復環節進行心理矯治和康復鞏固⁴³。

2006年國家禁毒委員會以「禁毒預防、禁吸戒毒、堵源截流、禁毒嚴打、禁毒嚴管」五個戰役為重點，深入展開禁毒作戰⁴⁴。對毒癮者展開的禁吸戒毒戰役，主要工作核心在建立吸毒人員動態管控機制、開展多種形式的戒毒治療、推進戒毒康復場所建設、積極

⁴² 中華人民共和國公安部-禁毒白皮書（2001）。

http://www.mps.gov.cn/cenweb/brjlCenweb/jsp/common/three_gagz1.jsp?category=700723008。

⁴³ 束連文，2007：藥物濫用戒治模式整理研究。行政院衛生署管制藥品管理局九十五年度業務委託研究計畫。

⁴⁴ 中國國家禁毒委員會辦公室：2007年中國禁毒報告。2007年6月。中國海關網站，
<http://www.customs.gov.cn/YWStaticPage/7018/32e05b4f.htm>。

探索建立禁吸戒毒新模式，以及深化「無毒社區」創建活動，進一步提高海洛因成癮者的戒斷鞏固率，以有效減少毒品危害。

（一）推進戒毒康復場所建設，探索禁吸戒毒工作新思路

中國戒毒康復場所設定集強制脫毒、身心康復、融入社會功能於一體，是國家禁毒委員會為深入推進禁毒人民戰爭、完善禁吸戒毒工作體系、有效解決吸毒人員復吸率高問題的重大舉措。

（二）建立吸毒人員動態管控機制，對吸毒人員進行全面排查和資訊上網入庫

2006年8月，國家禁毒委員會辦公室召開全國公安機關建立吸毒人員動態管控機制會議，部署在全國的公安機關組織開展對吸毒人員的大排查，將吸毒人員資訊全部登記上網，以實現全國資訊共用、動態監控和跟蹤，建立對吸毒人員的動態管控機制，將建立吸毒人員動態管控機制工作作為最大限度地教育戒治挽救吸毒人員、促進社會和諧穩定、加強「三基工程建設（抓基層、打基礎、苦練基本功，為期3年）」的一項重要工作，堅持做到見面排查、查清真實身份、如實採集現狀資訊、高品質錄入資訊資料，並積極建立資訊維護制度，即時更新、維護吸毒人員動態資訊，不斷完善吸毒人員資訊資料庫。

（三）大力收戒吸毒成癮人員，切實萎縮毒品消費市場

2006年6月，公安部要求對初次發現的吸毒成癮人員一律強制戒毒，對戒毒出所後復吸毒品的，一律報送勞動教養。各地公安機關以此為依據，普遍加大了對吸毒成癮人員的收戒力度，開展了「大收戒」行動，最大限度地收戒吸毒成癮人員。2006年，中國共強戒毒26.9萬人次，勞教戒毒7.1萬人。

（四）積極推進社區藥物維持治療工作，切實降低毒品危害

各地衛生、藥監、公安等部門從減少毒品危害出發，落實吸毒成癮人員的社區藥物維持治療工作。公安部要求各地公安機關積極配合衛生、食品藥品監管等部門，確保地區計畫內的治療點如期開診，並保證門診病人達到一定的數量，努力降低脫失率。藥物維持治療人數累計 3.7 萬人，有 2.5 萬人每天服藥。

（五）加大對回歸社會戒毒人員的幫教力度，切實提高戒毒出所人員的戒斷鞏固率

幫教工作是在黨委、政府的統一領導下、依靠各有關部門和社會力量對毒癮者進行的一種非強制性的引導、扶助、教育、管理活動。主要對象是刑滿釋放或解除勞教三年之內，沒有生活出路和有重新犯罪傾向的人員。幫教工作範圍包括：

- 1、對服刑、勞教人員回歸社會前的思想教育、就業技能培訓。
- 2、向刑滿釋放、解除勞教人員戶口所在地公安機關、接收單位介紹情況，移交有關檔案、材料。
- 3、引導、扶助刑滿釋放、解除勞教人員就業，或解決生活出路問題。
- 4、對有重新違法犯罪傾向的刑滿釋放、解除勞教人員進行幫助教育，落實預防重新違法犯罪的措施。
- 5、對重新違法犯罪的刑滿釋放、解除勞教人員依法從寬懲處。

通過安置、幫教工作，促使大多數刑滿釋放和解除勞教人增強改過自新的信念和就業能力，在就業、上學和社會救濟等方面不受歧視，現實生活有著落，就業有門路，預防和減少重新違法犯罪的

目標。國家禁毒委員會辦公室並總結、推廣各地在戒毒出所人員幫教工作中積累的好經驗、好做法，並給予大力支持。

中國對於強化毒癮者之戒癮與監控、發展社區治療與社區幫教、強化全民反毒的毒品政策，在 2007 年底公佈之「禁毒法⁴⁵」中皆有明文規定，如「國家採取各種措施幫助吸毒人員戒除毒癮，教育和挽救吸毒人員」、「禁毒是全社會的共同責任」、「國家鼓勵對禁毒工作的社會捐贈，並依法給予稅收優惠」、「國家鼓勵開展禁毒科學技術研究，推廣先進的緝毒技術、裝備和戒毒方法」、「與戒毒人員簽訂社區戒毒協議，落實有針對性的社區戒毒措施」、「對無職業且缺乏就業能力的戒毒人員，應當提供必要的職業技能培訓、就業指導和就業援助」、「設置戒毒醫療機構或者醫療機構從事戒毒治療業務的，應當符合國務院衛生行政部門規定的條件」、「公安機關、司法行政部門對被依法拘留、逮捕、收監執行刑罰以及被依法採取強制性教育措施的吸毒人員，應當給予必要的戒毒治療」、「有關單位及其工作人員在入學、就業、享受社會保障等方面歧視戒毒人員的，由教育行政部門、勞動行政部門責令改正；給當事人造成損失的，依法承擔賠償責任」…等，顯見中國大陸對於毒癮者處遇與促使毒癮者回歸社會之重視。

總結來說，中國對毒癮者採取戒毒所強制戒毒方式戒治毒癮，對再犯者則以勞改方式進行矯治，並建立將吸毒人口資料庫，對吸毒人員進行動態管控與盤查，對毒癮者的處遇及管控相當嚴苛。但在社區中亦推行社區藥物維持治療，以及「幫教工作」，結合社會與社區資源，促使毒癮者能降低毒品危害，並回歸正常穩定的社會生活。亦即中國的戒癮政策工作實際上包含了司法戒治、勞改矯

⁴⁵ 立法院國會圖書館，中華人民共和國禁毒法：<http://npl.ly.gov.tw/pdf/6292.pdf>。

治、監控與社區處遇四大環節，以社區處遇為核心，若毒癮者拒絕社區戒毒或違反社區戒毒協議，則改以強制隔離戒毒，以刑事司法力量驅使毒癮者接受戒癮治療。

以往中國對毒癮者的處遇多停留在「罪犯」的觀點，但現今中國對毒癮者之處遇已改以社區戒毒為核心，當毒癮者無法配合社區戒毒時方改以強制隔離戒毒與勞動改造，且給予必要的戒毒治療，其刑事政策已轉向「病犯」觀點。體認到毒癮者需要社會各界之協助且終需回歸社會，社區戒毒乃結合社會各界之資源，中央及地方政府部門與社會各界同心協力促使毒癮者能重新適於社會生活，並重視毒癮者的入學、就業、享受社會保障的各項權利，此一觀念與我國現行以刑事司法為核心之戒毒措施大相逕庭，此一戒觀念與毒取向之改變相當值得我國參考。

第四節 歐洲地區毒癮戒治概況

歐洲地區部分將毒癮問題視為公共衛生或醫療問題，在處遇上傾向以治療與減害方式，但亦有部分國家將毒癮問題視為一種犯罪，而以刑罰方式處遇，以下分別介紹幾個較具代表性之國家戒毒取向。

一、英國

英國認為吸毒者若沒有犯罪行為就不屬於犯罪，對毒品的政策經歷了一個從關注個人健康到強調公共衛生的演變過程⁴⁶。英國的經驗認為毒癮的治療目標有階層化，由先到後的期望包括⁴⁷：

⁴⁶ 束連文，2007：藥物濫用戒治模式整理研究。行政院衛生署管制藥品管理局九十五年度業務委託研究計畫。

⁴⁷ Department of Health (England) and the devolved administrations (2007). Drug Misuse and Dependence: UK Guidelines on Clinical Management. London: Department of Health (England),

- 1、降低健康、社會、犯罪與其他會受到毒品濫用危害的問題的損害性。
- 2、減少因毒品濫用間接造成的健康、社會或其他問題。
- 3、降低與毒品濫用相關的損害行為或風險行為。
- 4、達成受控制、非依賴或非問題性的毒品使用。
- 5、主要問題使用毒品種類的完全禁絕。
- 6、所有毒品種類的禁絕。

(一) 毒癮戒治取向⁴⁸

英國健康部自 1999 年即開始制訂藥物濫用者的臨床管理指導，針對鴉片類藥物成癮者規劃毒品濫用者的臨床管理指導、藥物治療服務，以及藥物濫用者的心理社會介入，並提供臨床實務者臨床治療的相關工具。

對毒品濫用者的適當照護主要原則包括：

- 1、毒品濫用者應與其他病人享有相同的國家健康服務。
- 2、所提供或規劃的調查或治療應是基於專業人員與病人共同商量其需求與優先性的評估，以及基於專業人員的臨床判斷。而專業人員也不應當拒絕或暫不施以治療。專業人員不應當對病人有個人觀感進而影響專業關係與後續治療規劃，包括評價病人的生活形態。
- 3、對毒品濫用者提供醫療服務是實務者的責任，各階層的衛生機關與相關單位有責任對毒品濫用者施以治療，並配合當地

theScottish Government, Welsh Assembly Government and Northern Ireland Executive.
http://www.nta.nhs.uk/publications/documents/clinical_guidelines_2007.pdf

⁴⁸ 同前註：Drug Misuse and Dependence: UK Guidelines on Clinical Management.

群眾的需求，這些應當包括降低毒品相關的傷害，如 B 肝傳染與針具交換的預防等。

- 4、醫生應當提供醫療照護到一定的水準，始能期待應有專業表現，而增加的臨床人員也應在當地行政機關的合約下，受相關訓練與支持以提供毒品治療。
- 5、治療人員提供毒品治療的焦點原則是毒品濫用者本身，但是也應關切相關的人員以提供適當介入，如仰賴病人提供經濟來源的家人。

有關毒品治療模式，近年英國提供的健康照護方式有重要改變，趨向將責任賦予地方層級。單一分享照護模式（A single ‘shared care’ model）於 1999 年提出，強調主要、次要與特定服務提供者之間的伙伴關係，不過隨著發展，地方的服務提供者可以更直接的介入，也隨之建立屬於當地治療系統模式，其中也有相關指導原則需要遵循，包括：

- 1、當地毒品治療系統需依據當地需求。
- 2、毒品問題錯綜複雜，需要多方專業人員介入，專業人員彼此間要建立伙伴關係。
- 3、醫療人員需要有相關知識背景與訓練。
- 4、治療團隊為跨專業，需有良好的臨床管理系統以提供良好的治療品質。
- 5、治療主體為病人，治療成效也有賴病人的配合，因此規劃治療服務方案的同時，應當邀請病人一同討論。

而提供毒癮戒治服務的基本元素則包括：

- 1、毒品濫用者的戒治需求，需要評估毒品/酒精濫用、生理健康、社會功能，以及犯罪涉入情況四個面向。
- 2、對父母親為毒品濫用者的小孩，也應考量其藥物濫用的風險性。
- 3、所有毒品濫用者接受結構性治療時，應該定期審視照護/治療計畫。
- 4、毒品濫用治療應包括一定程度的心理與社會介入，而非僅是開藥。
- 5、對藥物濫用者應當有所管理，並接受病患該有的照護或治療計畫。
- 6、毒品篩檢是評估與監控治療歷程與成效的有利工具。

(二) 監獄內的戒毒與風險管理⁴⁹

英國的監獄服務 (the Prison Service) 鑑於監獄內自殺或自傷行為與毒品戒斷之間的相關性，且毒品犯罪人有最高的死亡風險往往是在出獄後的一週內，因此注重對監獄內的物質依賴者進行風險管理，而臨床上許多物質濫用的實務技巧則直接放在風險管理中運用，包含臨床毒品篩檢、醫療照護、藥物濫用監督、對鴉片類藥物的戒斷穩定與後續照護、社會心理處遇、替代性鴉片類之管理、持續治療與用藥過量之預防教育。

(三) 法庭轉介治療處遇⁵⁰

⁴⁹ Department of Health, National Treatment Agency for Substance Misuse, Royal College of General Practitioners, Royal College of Psychiatrists, & Royal Pharmaceutical Society of Great Britain. (2006). Clinical Management of Drug Dependence in the Adult Prison Setting - Including Psychosocial Treatment as a Core Part.
http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_063064

⁵⁰ The National Audit Office. (2004). The Drug Treatment and Testing Order: early lessons.
http://www.nao.org.uk/publications/nao_reports/03-04/0304366.pdf

DTTO (The drug treatment and testing order) 是英國法庭轉介之治療選擇，是英國首次建立之主動性多元介入毒品濫用方案之策略，根據 1998 年的 the Crime and Disorder Act 而設置，是一針對有毒品濫用的犯罪人所宣判的社區處遇。接受該處遇的犯罪人需定期接受毒品篩檢、參加密集性治療以及復健方案。剛開始一週大約 20 小時，法院也會定期審視；受該司法處遇的犯罪人受緩刑部門監督，並且接受緩刑部門所提供的相關方案；參與期間，最短 6 個月，最長至 3 年；除透過強制毒品篩檢外，也協助自願接受治療者進行轉介，以及在監獄內提供治療。

(四) 民間毒癮治療⁵¹

Cranstoun Drug Services 是英國屬於非營利性與獨立的 NGO 組織，於 1969 年建立，以毒品使用者為對象提供居住性、社區式、與刑事司法服務、受刑人相關協助、支持與出監規劃。該單位越趨組織化，其目標也期待在建立完整與廣泛的持續性照護，盡可能的提供相關支持服務，以符合毒品/酒精使用者之需求。到 1980 年代，開始與監獄服務合作，開始提供付費性服務，並建立一組照護規劃用以替代監禁，而在宣判期間內，持續性對這群受刑人提供個案管理與支持性服務。該組織不僅在英國內部運作，也發展歐洲毒品服務網絡，與 NGO 及歐盟所支持的政策制訂者與實務者共同合作，所以目前歐盟各國有許多在進行矯正機關內的服務。

整體而言，英國對毒癮者的處遇充分展現了醫療與公共衛生的觀點，滿足毒癮者的戒治需求，並減少藥物濫用行為對個人所造成的健康損害，以及對社會所造成的危害。

⁵¹ Cranstoun Drug Services 網站，<http://www.cranstoun.org/>。

英國對毒癮者所採取的刑事政策觀點傾向於「病患」，儘量對毒癮者提供醫療照護，雖然以「禁絕所有毒品」為最終目標，但在達到此最終目標前，亦設立不同階段的毒癮治療目標，包含「禁絕主要問題使用毒品種類」、「達成受控制、非依賴或非問題性的毒品使用」、「降低與毒品濫用相關的損害行為或風險行為」、「減少因毒品濫用間接造成的健康、社會或其他問題」…等，以階段性方式處理毒癮問題，此一理念相當值得我國參考，亦即毒癮問題並非一朝一夕可以解決，必須設立階段性目標，逐步控制毒癮問題，以獲得戒癮成效。

英國之毒癮戒治，乃由健康部制訂藥物濫用者的臨床管理、藥物治療、心理社會介入等指導並提供實物工作者治療的相關工具。亦即在英國健康部專業領導下，英國具有一致性的戒癮方案規劃，以及指導原則、工具等，而非由戒癮機構自行研究探索合適之戒癮方案。我國至今仍無一致性、完整的戒癮方案內容，可參考英國之作法，由衛生署研議毒癮者戒癮工作內容，以使戒癮實務工作者有所依循。

英國對毒癮者採取醫療照護觀點，在矯正機構場域中，對毒癮者仍有醫療照護、社會心理處遇、替代性治療等方案內容，以促使毒癮者戒癮。並有法庭轉介治療處遇制度，對有毒品濫用問題之犯罪人宣判社區處遇，並受緩刑部門監督，促使毒癮者接受戒癮治療，司法體系中仍有濃厚的治療色彩，以處理毒癮問題為最終考量。

二、瑞典

瑞典的毒品政策目標為「drug free society」，其在1980年代制訂特別法，加入強制治療之服務提供給毒品濫用者，但治療與嚴刑峻法的結合並未能讓毒品濫用問題獲得解決，而僅是讓監禁率提高，到1993年，警方開始有強大權力對嫌疑者採集檢體進行篩檢⁵²。瑞典加入歐盟後，在1995年歐洲會議（the European Parliament）投票將個人持有毒品之行為予以除罪化。

瑞典毒品政策是不處罰毒品使用者，且更要提供協助與復健之服務。而外展之相關服務、解毒、門診與機構等之結合稱之為「關心鏈 caring chain」。如基礎治療、美沙冬維持療法、與針具交換方案等。

瑞典的無毒社會觀點始終壓倒其他觀點，這樣的目標視毒品濫為不容於社會之行為以及社會邊緣的現象，這樣的目標使戒癮治療更傾向將成癮者帶入司法審判程序中，只能針對與毒品相關之罪刑加以因應，而非真正處理毒品濫用之根本問題⁵³。目前依照瑞典 The Social Services Act，毒品濫用者已可被轉介至強制治療。

（一）強制戒治

瑞典毒品政策密集性政策事項（intensive policy agenda），包括資訊、治療與管理措施相當成功。雖然成功，但有關資訊活動與治療方案也被質疑，最大的批判是認為瑞典將毒品政策聚焦於管理上，所以毒品政策包括制裁與強制性，但警察介入、監禁制裁、

⁵² Brian McConnell, 1999. Sweden's Drug Policy – Does it have answers for Australia? <http://www.ffdlr.org.au/commentary/Swedens%20drug%20policy.htm>

⁵³ United Nations Office on Drugs and Crime, 2007. Sweden's successful drug policy: A review of the evidence. http://www.unodc.org/pdf/research/Swedish_drug_control.pdf

與強制治療都脫離基本公民權與瑞典憲法，因此需要制訂特別法以協助處遇之實行，但每年監禁制裁的人數都是不斷增加⁵⁴。

對瑞典來說，所有藥物使用都是濫用（all drug use is abuse），不管如何的使用都會造成個人與社會不等傷害性。所以在瑞典無論是持有或使用都屬於犯罪行為。通常判處監禁是針對毒品交易者，對於使用者更注重治療與教育的介入。也因為毒品使用在瑞典屬於非法，警察人員可以進行檢體採集以篩檢，但目的是在於早期介入、起訴但非監禁。篩選出毒品使用者後，要告知其有關相關福利機構之資訊，以期能夠提供適合其需求之治療方案。有大量的經費投注在解毒與治療方案上，監獄內的戒斷治療是強制性，而監獄內之受刑人可以將在監外治療的天數併入刑期中⁵⁵。

瑞典 the Care of Abusers Act (1988:870)之特別條款，也簡稱為 LVM，於 1980 年施行。該法案裁定物質濫用者需於特定機構內接受 6 個月以下的強制治療。強制介入之目的在於確保個體能夠順利克服因物質濫用所生的急性症狀、強化治療動機以及為未來長期復健做準備。一般來說在強制治療機構內與自願性機構的改善狀況是相近的，不管治療是如何被提供（強制性或自願性），物質濫用者都可以有部分改善，強制治療對毒品濫用者有正面好處⁵⁶。

接受強制治療的毒品使用者有時也會懷疑在治療期過後是否還能夠將良好成效持續，此時專業人員從旁協助提供相關服務，對於未來持續接受治療與相關服務之動機也會有所強化。瑞典在 1913 年所制訂的酒精法案（the Alcoholics Act of 1913）中即有相關

⁵⁴ Forrás: Henrik Tham (2003) Drug policy and trends in problematic drug use in Sweden Review of Swedish Drug Policy Department of Criminology Ed. Henrik Tham - Stockholm University 2003.

⁵⁵ Daily Mail, 2002. The Swedish war on drugs. <http://www.melaniephillips.com/articles-new/?p=61>

⁵⁶ Ekendahl, 2003 M. Ekendahl, The results and consequences of the compulsory treatment system. In: H. Tham, Editor, Final Swedish drug policy report, Kriminologiska Institutionen (2003), pp. 28-32.

規定，即使成癮者未開口要求，政府仍須主動提供服務給毒品使用者。

the LVM Act 認為毒品使用行為具有危害性，而毒品使用者也是在此情境下的受害者，所以創造一個對毒品使用者而言的安全場所，讓毒品使用者可以從中恢復。實務上來說，強制治療對瑞典福利層面具有三個重要性：1) 因為有強制治療規定，保障了一定的資源被投注在毒品治療中；2) 如同對社會的不幸者提供協助般，使毒品使用者得以再存續於社會中；3) 對於缺乏足夠能力自我改變的毒品使用者而言，有一強大的社會服務部門可以依賴。

(二) 美沙酮維持治療⁵⁷

1965 瑞典即採取一實驗性方案，對鴉片類與安非他命以處方箋型態以口服和靜脈注射提供，以期能在立法與減害上有所實證。該實驗方案並沒有進行控制組或嚴謹的科學設計，而是基於寬宏和非獨裁之觀點進行毒品處方箋，意即雖然是在醫療監督下，但由病人自行決定藥量，但也看到瑞典在早期對於毒品減害所做的嘗試性研究。在 1966 年，瑞典開始展開美沙冬維持性方案，成為歐洲第一個進行美沙冬維持療法之國家，該方案所帶來的正面效果包括毒品濫用情形減少、犯罪與賣淫的再犯減少，也降低因毒品濫用之死亡率。

瑞典的無毒社會觀點將成癮者帶入司法審判程序中，但也強制毒癮者接受治療，因此瑞典對毒癮者的刑事政策是與我國刑事政策相近的。回顧 UNODC 「矯正取向不適合成癮個案」觀點，但在瑞典

⁵⁷ 同前註：Sweden's successful drug policy: A review of the evidence,

的研究中，在強制性治療機構與自願性治療機構中的成效是相近的，此應可歸因於在瑞典的毒癮者刑事政策中，因為強制治療之規定，保障了一定的資源被投注在毒品治療中，使毒品使用者得改變，再存續於社會中。亦即瑞典的毒品政策並不是要處罰毒品使用者，更要提供毒癮者協助與復健服務，包含基礎治療、美沙冬維持療法、與針具交換方案等，以解決毒癮問題。此一理念亦相當值得我國學習，對於在監毒癮犯亦應提供充分之戒毒治療資源，而非僅期待刑罰能嚇阻毒品施用行為。

三、丹麥

丹麥的毒品政策以寬宏毒品政策（fairly liberal drug policy）聞名，但過去 5 年間，丹麥的毒品政策已有大幅變化⁵⁸。新的毒品政策於 2003 年制訂：The Fight against Drugs，是丹麥過去數十年來首次勾畫的毒品政策，而這項法案包含丹麥毒品政策的整體面向：治療、控制、預防與減害。新的毒品政策是建立在「零容忍」的觀點，意即不僅是要處理毒品交易與運輸問題，毒品使用者也是對象之一。自 2001 年，丹麥政府對毒品犯罪已施行零容忍，並增加毒品犯罪人的刑罰，除增加治療服務的提供量外，也增加監獄內的毒品治療。

監獄內的毒品治療方案由監獄外的公立或私立的醫療單位所提供，透過監獄服務進入機構內，故治療方案與監獄系統獨立，治療人員（如諮商員、治療師）是由醫療機構聘僱，並非受聘於監獄機構。健康照護人員（如護理人員、醫師）以及社工則由監獄所聘

⁵⁸ Asmussen, V. 2007, Recent changes in Danish drug policy: examples from a prison setting, The International Society for the Study of Drug Policy, www.issdp.org.

僱，諮商/治療師與監獄的工作人員、醫師、護理人員一起工作，監獄內的毒品治療呈現複雜並且有不同的組織架構，而並非僅是提供治療而已。

針對「零容忍」的政策，2004-2007 年監獄內的毒品治療方案即將焦點放在「監獄與拘留所的毒品零容忍」上，對控制技巧的建議包括：

1. 增加矯正機構的物理環境安全管理，避免毒品有機會滲透
2. 增加緝毒犬數量
3. 讓監獄成為實驗性的無金錢交易社會
4. 運用新的技術，如掃瞄器、探測器、探照器、以及毒品篩檢測驗等
5. 隨機做尿液篩檢

而到 2005 年七月開始，監獄開始每天進行隨機尿液篩檢，這樣的隨機採樣作法在之前並沒有。

另一個零容忍的控制技巧是「give-and-take」政策。當收容人參與治療方案、或教育課程，若他們會持續接受監獄外的治療，他們可以在監禁期間內提早釋放。但若收容人被驗出陽性反應，包括使用大麻，將會受到隔離、收回原本享有的權益、或者限制參與社會活動與工作等。

丹麥自 1996 年開始在監獄內施行無毒治療（drug free treatment），該方案的參與者是自願加入，但是仍是透過監獄的諮商人員轉介進入治療。同時監獄也設置「drug free wings」，矯正機構提供較好的環境措施、與介入服務，但參與治療的收容人必須同意戒除毒癮。治療過程中並透過尿液篩檢的監督，以掌握參

與者的戒斷情形。監獄戒毒治療也可能提供替代療法，部分方案沒有提供心理社會支持。

丹麥以往對於毒品問題採取寬宏的刑事政策，但目前已轉向於「零容忍」觀點，對毒癮者亦同，除增加毒品犯之刑罰外，亦增加對毒癮者之治療。對毒癮者刑罰處遇之餘，對毒癮者提供治療也是必須的，在丹麥的作法中，刑罰處遇由監獄執行，在監獄的戒癮治療則獨立於監獄系統，由醫療體系扮演戒癮治療之角色，監獄的護理人員、社工則配合戒癮治療團隊。此一作法與我國現行戒治所的醫療合作模式相同，除了丹麥在監獄中仍實施此一模式外，在監獄的「give-and-take」政策，乃刑事司法約束力的強弱，鼓勵收容人配合戒癮治療，此乃我國刑事司法制度所欠缺，可以多加參考採用，由矯正機構負責安全、生活管理，由醫療體系負責戒癮治療，並由矯正機構配合醫療戒癮治療之進度，給予毒癮者在矯正處遇上的優裕對待。

四、荷蘭

荷蘭的毒品政策則是寬宏（liberal）聞名，荷蘭的毒品政策是基於不同精神作用物質對個人與社會的風險上所設定，危害性是相較之下的結果，以這些物質的最大風險為考量，例如大麻的風險性比 LSD、安非他命、鴉片類等低。對荷蘭來說，並非所有毒品使用都要被界定為濫用，而是要考量社會的風險層面。

荷蘭認為毒品問題的起因是來自於國內社會狀況，而非國外引進毒品所引起。所以斷絕毒品供應就不被認為是一種合理的作法，

就荷蘭的經濟運作模式而言亦不可能達成。有關毒品查緝，乃針對不同毒品依據其不同特性採取不同作法，而預防就是透過教育與傳播；治療方面，目標是在完全消除毒品使用行為，但若該目標無法達成，則會設定其他目標，所以目標的設定是依據個別狀況。因此，荷蘭毒品政策的最大特色在於，會將毒品做不同分類，也會將毒品使用者特性分群，而採取的措施主要是在風險降低之目標⁵⁹。

荷蘭將毒品非為硬性毒品和軟性毒品，硬性毒品如海洛因、安非他命…等，對公眾健康構成難以承受的威脅。荷蘭的禁毒哲學認為，適當地開放毒軟性毒品反而會使人們遠離毒品。對硬性毒品的政策是以減少傷害為原則，儘量減少對個人健康的危害，而不單要求戒斷毒癮。荷蘭不把吸毒者視為罪犯，而當作有健康問題的病人，必須尋找有效的辦法降低此類社會問題的危害。荷蘭的戒毒治療包括醫院和門診，住院提供的治療主要使病人戒絕毒癮，以危機干預和戒毒治療協助病人克服毒癮。門診則提供包括美沙酮替代治療、輔導、團體治療和心理治療，部分醫院診所也提供以社會服務為主的護理，如街頭服務和為有毒癮的娼妓提供日間收容。荷蘭的美沙酮替代療法免費供應的，大部分的戒毒者可以在診所、拘留所、監獄、警局取得，嚴重的成癮者可能會被納入由員警、自願者組織和市立健康服務聯合管理局的特殊處遇計畫之下。該計畫為吸毒者提供監控點，提供住宿、合法工作收入，以及確保這些重度成癮者可以有個安全和乾淨的去處⁶⁰

⁵⁹ Tops, D. (2003) "Sweden and Holland – two drug policy models". In Henrik Tham (red): Research on Swedish Drug Policy. Stockholm: Stockholm University, Department of Criminology. http://66.102.1.104/scholar?hl=sv&lr=&q=cache:KPzPDYs0IRAJ:www.crim.su.se/downloads/ResearcherOnSweDrugPolicy_eng.pdf+dolf+tops

⁶⁰ 束連文，2007：藥物濫用戒治模式整理研究。行政院衛生署管制藥品管理局九十五年度業務委託研究計畫。

荷蘭對毒癮者所採取的寬容態度與我國刑事政策有相當大的差距，其將毒癮問題視為公共衛生議題，因此著重於教育與預防宣導，對毒癮問題的處理，則以降低公眾健康的風險為主要考量，因此對毒品種類與毒癮者特性作不同的區分，以降低毒品問題對社會所造成的風險，其戒癮政策與方案乃以醫療戒癮、替代療法與社會服務為主。在荷蘭對毒癮者所提供的治療處遇方案中，特殊處遇計畫是相當特別的制度，由員警、自願者組織和市立健康服務聯合管理局共同運作，對重度成癮的吸毒者提供監控點，提供住宿、合法工作收入，以及確保這些重度成癮者可以有個安全和乾淨的去處，此一制度乃「減少毒品傷害」理念的極致展現。

由於對毒癮者刑事政策上的定位不同，荷蘭對毒癮問題所採取的政策是以減少傷害為核心，此與我國目前刑事政策思維並不相容，但部分作為卻也值得我國參考。目前我國毒品政策中「減害」觀點僅止於針具交換與替代療法，對參與替代療法個案所提供之服務僅止於提供藥物治療，但毒癮者的問題並非僅止於生理層面，社會生活層面亦需要提供協助，可以仿照荷蘭特殊處遇計畫建立中途之家，對特定類型之毒癮者提供住宿、合法工作收入之機會，促使毒癮者重新整合於社會生活中。

第五節 美國毒癮戒治取向

一、毒癮戒治觀點

由於各國對毒癮問題之觀點不同，採用之毒癮戒治模式自有其文化背景、社會價值觀、刑事政策與成本效益考量，在此情形下，

比較不同國家之機構內毒癮戒治模式成效差異有其限制。美國為一聯邦共和體制，在此情形下各州有其獨立的司法權力，也因此毒癮戒治模式顯得多采多姿，在相似的社會文化與刑事政策背景下，比較機構內毒癮戒治方案之成效更具有實質效益。目前美國對毒品使用者之治療處遇介入型式有下列 7 類型⁶¹：

1. 美沙酮維持療法 (Agonist Maintenance Treatment) 、
2. Naltrexone 拮抗劑治療法 (Narcotic Antagonist Treatment Using Naltrexone) 、
3. 門診戒毒治療 (Outpatient Drug-Free Treatment) 、
4. 長期居住處遇 (Long-Term Residential Treatment) 、
5. 短期居住處遇 (Short-Term Residential Treatment) 、
6. 醫療解毒 (Medical Detoxification) 、
7. 與醫療結合的司法處遇 (Treating Criminal Justice-Involved Drug Abusers and Addicts) ，包含以監獄為基礎之處遇 (Prison-Based Treatment Programs) ，以及以社區為基礎之處遇 (Community-Based Treatment for Criminal Justice Populations) 。

因而在相近的文化背景、社會價值觀與刑事政策背景下，由各不同處遇模式之方案與成效比較，對我國毒癮戒治模式將能提供更具體之參考。

美國國家毒品控制政策辦公室 (Office of National Drug Control Policy, ONDCP) 對於毒品使用者之治療處遇介入型式除

⁶¹ Office of National Drug Control Policy-Types of Treatment, <http://www.whitehousedrugpolicy.gov/treat/treatment.html>

包含前述 7 種模式外，ONDCP 更指出對毒癮者之治療應有下列原則⁶²：

- (1) 沒有單一治療模式能夠通用在所有受戒治者上
- (2) 治療服務需要被無困難的使用
- (3) 有效的治療是要能夠處理受戒治者之多樣需求，而不是僅侷限在毒品使用上
- (4) 個別化治療計畫與服務應該要被持續的評估與修正以能符合受戒治者可能會變動之需求
- (5) 治療要有所成效其中之一指標即在停留於治療期的時間
- (6) 個別或團體諮商與其他行為治療（各類治療取向）也是讓治療有所成效之其他指標。
- (7) 對許多病人來說，藥物治療有其必要性，特別是同時進行諮商或行為治療者
- (8) 毒品成癮或濫用者若有其他共病也應該要被同時治療
- (9) 藥物解毒僅是在成癮治療初期的第一常被採取之行動，並無法改變用藥行為
- (10) 治療並非要有意願才能有療效，若能利用其他外力讓受戒治者前來治療一樣也能有所成效
- (11) 在治療期間仍要持續監控是否仍有毒品使用行為發生
- (12) 治療方案應該提供 HIV/AIDS、B 肝、C 肝、與其他感染疾病之檢驗，並且透過諮商來協助病人矯正或改變高風險行為

⁶² 同前註。 <http://www.whitehousedrugpolicy.gov/index.html>

(13) 復原是一段長期抗戰，也有可能是在治療期間不斷復發，如同慢性病般，所以治療程序完成後仍是要施以其他方式以維持成效。

亦即目前對於毒品使用者所進行之各類治療方法是朝著提供多樣性方案，讓接受治療者能夠不困難的接受適合其毒癮問題之戒治模式，而治療的目標不完全聚焦於毒品使用行為上，若受治療者同時有其他社福需求或共病或醫療等需求也應是被予以滿足，所以治療目標是可以包括讓個體能夠在家庭、工作、與社區能夠回復生產功能；至於治療成效的評估指標，可包括接受治療的期程、另外所接受的治療方式亦可成為指標項目，所以可以用以測量成效的面向包括犯罪行為之層次、家庭功能、職業功能、與醫療狀況等；一般來說會認為需要受治療者有治療意願才能讓成效彰顯，不過 ONDCP 認為若使用外力強制介入也是可行，但也提出毒品使用行為的高再發性，也提醒工作者可將之視為慢性病來對待，意即當提供完整體療程之後，也仍需要有其他後續服務的提供以對抗不可預期的再發發生。

二、刑事司法體系中的毒癮戒治概念⁶³

美國目前大約有 61% 的州立矯正機構有提供藥物濫用治療。雖然聯邦基金不斷挹注經費以支持於監獄內進行居住型的毒品濫用治療模式，但參與該類治療模式之犯罪人從 1991 年的 25% 下降到 1997 年的 10%，對此美國當局認為，犯罪人並沒有因為參與治療方案而解決他們的毒品濫用與犯罪行為，因此自然不吸引犯罪人參與，故有必要瞭解將毒癮治療帶入矯正機構內卻無法吸引犯罪人參與。

⁶³ Mears, D.P., Winterfield, L., Hunsaker, J., Moore, G.E. & White, R.M. (2003). Drug Treatment in the Criminal Justice System: The Current State of Knowledge. URBAN INSTITUTE Justice Policy Center. http://www.urban.org/uploadedpdf/410618_NIDA1_KnowledgeRpt.pdf

與之因素。因此由 Urban Institute 與 NIDA (National Institute on Drug Abuse) 共同合作，以期待能夠對矯正機構的獨特環境有更進一步的瞭解，並且克服將醫療帶入矯正機構的挑戰，將治療服務與公共健康取向整合於矯正機構內。

Urban Institute 與 NIDA 的研究報告指出，毒品治療運用可在刑事司法系統之任一歷程，而物質使用行為往往也跟生活形態有所相關，因此每個人可能都會需要不同的治療服務形式，而治療可以在監獄內、判決前、緩刑、監禁、或假釋任何階段均可進行。下列原則可在規劃犯罪人之治療方案之參考：

- (1) 治療不應是以判決或懲罰的形式呈現。
- (2) 治療應該是可普遍提供且適合犯罪人之需求。
- (3) 酒精或毒品濫用治療服務應該在進入監獄初期即進行評估。
- (4) 對犯罪人之監督應該是一進入治療歷程即持續進行。
- (5) 犯罪人應該對法官或假釋/緩刑官員之要求保持配合。

而有關治療服務方案所應含闔的範圍，應該至少包含下列一項以上：

- (1) 廣泛的懷孕管理方案，以利懷孕或需要在監獄中照顧小孩之婦女之需求。
- (2) 有慢性疾病與有重大傳染病 (B 肝、C 肝、AIDS/HIV) 者，在治療方案中也應提供治療與服務。
- (3) 藥物治療服務，如對於有雙極性情感疾患與重度憂鬱症者。
- (4) 有酒精與藥物濫用問題之犯罪人應該要與其他犯罪人有所界線隔離，在釋放後也應該先進入中途社區而非直接進入社會。

- (5) 有需要依照特別物質濫用問題的犯罪人設計特定的管理方案。
- (6) 需提供釋放前之團體方案與回歸社區方案給各類犯罪人，特別是已經被監禁很長一段時間者。
- (7) 復發預防也應該含括在轉向服務(transitional services)當中。

而在矯正機構可提供之方案與服務可包括：生理解讀、自助團體、毒品篩檢、教育、個別諮商、團體諮商、門診毒品治療服務、環境治療、家庭治療、短期住院治療、社區居住方案、替代性藥物維持療法、與轉向服務。

NIDA 並對矯正機構內的毒癮戒治提出了幾個重要的概念⁶⁴：

- 1、毒品成癮是一種腦部的疾病，會影響行為表現：毒品成癮會影響到認知、行為與心理，目前研究也發現持續性的毒品濫用將會造成大腦本質與生化的改變，可能長達數月到數年，即使個體已經停止使用，但傷害仍會持續存在。也因此可以解釋為何毒品濫用有如此高的復發率，以及解釋對毒品的渴求。
- 2、從毒癮中復原需要長期性的治療才能獲得成效：毒品成癮是需要加以治療與管理的問題。有效的毒品成癮治療會讓參與治療者投入治療歷程，並且持續性的接受治療，以及協助參與者對自己的戒癮成果能長久持續。多樣的治療型式也有其必要性。

⁶⁴ National Institute on Drug Abuse(2006), Principles of Drug Abuse Treatment for Criminal Justice Populations - A Research-Based Guide.
http://ncadistore.samhsa.gov/catalognida/Pub_Details.aspx?ItemID=17449

- 3、治療期間必須夠足夠到能夠產生穩定的行為改變：有嚴重毒品使用問題的犯罪人與有其他疾病共病者，一般來說是需要更長的治療期以及更廣泛的服務類型。而在治療的早期常是針對毒品作為處理目標，但在後其則需要對毒品相關問題進行介入處理，使得犯罪人不僅能夠處理自己的毒品使用行為，也能處理與毒品相關的個人議題。
- 4、治療前首重衡鑑：需對毒品或酒精的使用相關背景有所廣泛性的詢問與調查，有助於界定個體的毒品問題嚴重程度、了解毒品所造成的問題層面為何、需要怎樣的治療計畫等。因為犯罪人普遍有人格疾患與心理健康方面的共病，所以廣泛性的衡鑑也應該包括心理健康評估。
- 5、規劃符合個體需求的服務有其重要性：個別性表現在性別、年齡、種族、文化背景、毒品問題嚴重性、復原狀況、以及受監控的層級差異上。所以個體需要的治療或服務型態應該也要針對其需求而設計，才能協助個體順利重回社群中。
- 6、治療期間的毒品使用應該被小心監控：個體在戒癮的過程中會經驗到復發或在使用，而會使個體再次使用毒品的原因也相當多樣，常見的原因包括心理壓力、有用藥的同儕/家庭環境等。若未能對復發行為有所發現，將有可能會進展到更嚴重的用藥狀況，所以若能在復發前即能偵查到，就能及早介入，避免問題更形擴大。所以在監控預防復發的歷程中，可以採用尿液篩檢或刑事司法的方式進行，或者是將治療計畫隨著治療的進展有所變化。

- 7、治療應以與犯罪行為有相關的因素作為標的：「犯罪思考」是一種態度與信念的結合，也支持犯罪生活形態與犯罪行為。而這種犯罪思考也常見購毒品使用與犯罪行為，所以治療應該就該特色進行介入，協助個體重新整合原來的信念，以改變原來導致毒品濫用與犯罪的思考模式。
- 8、刑事司法的監督應合併治療計畫，而治療提供者應該瞭解矯正體系之要求：毒品濫用治療與矯正計畫的合作可以鼓勵犯罪人投入治療中，也可協助治療提供者將矯正目標併入治療計畫中。治療提供者應該與矯正機關人員合作以評估個別治療計畫與保證計畫也能符合矯正機關之需求，同時也是符合犯罪人之需求。這些需求有可能為：住所、孩童照顧、醫療服務、心理治療、社會服務、職業與就業支持等。對於有毒品濫用問題的犯罪人而言，全部的治療與矯正計畫應包括併入銜接社區治療與釋放前的相關服務，用以促進治療的成功與再回歸社會中。除此之外，在戒癮的歷程中，個體可能會面臨急性的臨床反應，在此情況下，也需要加入諮商、有目標性的介入、藥物治療、或復發預防等。
- 9、持續性的照護是毒品濫用者再次回到社區中的不可或缺之因素：完成監獄內治療以及在社區中仍能持續治療者，其治療成效最佳。持續性的毒品濫用治療可以協助出監的犯罪人處理其毒品相關問題，如適當面對可能在復發的情境、學習無毒生活、發展無毒同儕支持網絡等。可視矯正機構內的治療是治療的開始，讓犯罪人開始有機會學習不在使用毒品與從事犯罪行為。

- 10、籌賞與懲罰分明可以鼓勵 prosocial 行為與治療的參與度：當治療是由矯正機構轉介時，就顯得增強正向行為之重要性。非金錢的社會增強亦有其成效。
- 11、毒品濫用與心理疾病共病的犯罪人時常需要整合性的治療取向：犯罪人口中常見高比例的心理健康問題，毒品濫用治療有時也需要針對這些精神症狀進行處理，因為人格特質、認知與其他嚴重的心理疾病有時可以破壞原訂的毒品治療計畫，所以需要整合毒品治療計畫與心理治療計畫。
- 12、藥物在整個治療歷程中有其重要性：如海洛因成癮者會需要美沙冬或丁基原啡因等藥物治療。其他精神症狀也需要其他藥物進行治療，而在服藥的過程中，個體穩定性較佳，也能有較適當的行為改變發生。
- 13、對於在社區內或再次回到社區內的毒品濫用犯罪人，其治療計畫應該包括復發預防以及對於如 HIV/AIDS、B 肝、C 肝或其他重大傳染病感染預防等：由於在毒品濫用者身上，重大傳染病的感染風險較高，而且影響的層面也包括個體、刑事司法體系與社區，所以進行社區處遇時，根據聯邦法律與該州法律，有毒品使用的犯罪人應該接受傳染病的篩檢並且接受諮商以處理高風險行為，而刑事司法人員會對即將完成刑期的犯罪人進行社區內的監控，並協助與適當的醫療機構連結。

三、以監獄為基礎的治療性社區⁶⁵

⁶⁵ Executive Office of the President, Office of National Drug Control Policy, Therapeutic Communities in Correctional Settings: The Prison Based TC Standards Development Project, Final

ONDCP 對於有關毒品濫用與成癮者之醫療式刑事司法 (Treating Criminal Justice- Involved Drug Abusers and Addicts) 之做法乃是司法矯正機關與醫療之結合代表，其認為於矯正機關為主要執行治療場域之成效會比一般醫療場域佳。由此概念所生的方案有「以監獄為基礎之治療方案」以及「以社區為基礎」兩類。後者為轉向的概念，以社區處遇替代監禁處遇之執行。而以監獄為基礎之治療方案，則考量到有毒品施用行為之犯罪人在監禁的同時也需要受治療之需求，而滿足這些需求的服務方式可為相關教育課程、自助方案、轉至治療性社區(簡稱 TC)等。其中 TC 已被廣泛運用與研究，且被認為是有助於降低毒品使用與再犯預防上，並且讓原有監禁文化的影響力降到最小，然也提醒當離開 TC 而復歸社會後仍是需要有關服務持續提供，以讓在監禁場域內之成效仍有效持續。

治療性社區 (TC) 是針對毒品濫用與成癮者所成立的機構，該類機構已經運作 40 多年。一般來說，TC 是屬於戒斷毒品(drug-free) 的居住性機構，採取階段性治療模式，藉此增加個人與社會責任。另外運用多樣的團體歷程所帶來的同儕影響協助個體學習與內化社會規範與發展更多有效的社會技巧⁶⁶。不同的治療原則與取向會發展不同的 TC 運作方式。

TC 內的成員的互動有結構性與非結構性，藉此影響對藥物的態度、覺察與行為。會參與 TC 者通常在社會角色功能、職業或學業的表現、以及社區和家庭的連結都因為毒品使用而受到損害。TC 提供相關的方案作社會功能的修復，包括：(1) 復健

Report of Phase II (Washington, DC: 1999)

http://www.whitehousedrugpolicy.gov/publications/therap_comm/toc.html

⁶⁶ What is a therapeutic community?, National Institute on Drug Abuse - Research Report Series - Therapeutic Community.

<http://www.drugabuse.gov/ResearchReports/Therapeutic/Therapeutic2.html>

(rehabilitation)一再學習與再建立心理與生理的健康性功能、技巧與價值觀；(2)對於部分 TC 成員來說從來沒有建構出具功能性的生活形式，對於這類個案 TC 亦將提供其學習社會化所需的行為技巧、態度與價值觀。

除此之外，社區本身也是一個對改變重要的媒介(agent)。TC 首要原則是「社區即方法(community as method)」。第二個基本原則為「自助(self-help)」，該觀念隱含個人本身在改變歷程中的重要性，「相互自助(mutual self-help)」指每個人也可能夠對同儕的復原歷程中擔起部分責任。

典型的 TC 是讓成員居住在不曾再次接觸到毒品的居住性機構。居住於其中的成員被期待遵守明確且嚴謹的行為規範，並有籌賞機制協助發展自我控制與責任感，透過個別與團體治療、同儕支持、社會基礎的學習、面質、遊戲與角色扮演等方式來改變負向的思考與行為。成員透過階段性的增加角色重要性，逐漸被賦權與責任感。參與 TC 者被期待能夠學習社區內正向的價值觀，所接受的例行性活動即是對其原本混亂的生活相抗，希望成員能夠從中習得如何計畫生活、達到生活目標與建立責任感，學習個人與社會責任感及道德。

TC 的治療歷程可以分為三個階段

階段 1：引入與早期治療(Induction and early treatment)歷程大約是在入住起的 30 天內，一個新成員要學習 TC 的相關規定與程序、與其他住民及工作人員建立信賴感、對自己的情況需求有所評估、開始瞭解成癮的本質、以及應該開始有意願與投入復原歷程。

階段 2：主要治療(Primary treatment)時常使用結構性模式，透過增加與社會化相關態度、行為與責任感。TC 也許使用介入處遇以改變個人與毒品相關的態度、覺察與行為，並且強調社會、教育、職業、家庭與心理需求。

階段 3：復歸社會(Re-entry)是要將成員再次成功回到社群中。離開 TC 後的後續照護服務(Postresidential aftercare services)也許包括個別與家庭諮商、職業、教育等指導。TC 也會鼓勵結束治療的成員能夠持續參與該類團體。

TC 內的所有活動、人際與社交互動被認為是對個體改變有意義，所採取的方式有：臨床團體(Clinical groups)，屬於治療性團體以處理重大生活困擾；社區會議(Community meetings)，即晨會、夜間會議、討論會等，主要在審視目標、程序與功能；職業與教育活動(Vocational and educational activities)以團體方式運作，提供工作、溝通與人際互動技巧訓練等；社區與臨床管理活動(Community and clinical management activities)如監督、安全管理、賞罰機制等執行，意在維持生心安全並保證住民生活是規律且有生產力。

雖然 TC 的運作方式有著多樣的型態，一般來說典型的執行架構約可容納 40-80 名。設置地點可依需求、可用資源、與社區容忍度為考量。有些可能是設置在先前為營區或郊區處，有些則是設置在監獄、拘留所或庇護所。依據 DATOS (The Drug Abuse Treatment Outcome Studies) 的研究，平均來說一個諮商人員負責 11 名成員。大約三分之二的諮商人員是完成毒品濫用治療方案的前使用毒品者。TC 的運作也有賴社工、護理人員、心理師等專業人員加入。

TC 方案亦可應用於刑事司法系統中⁶⁷，此乃鑑於毒品長期使用者所衍生的各類問題嚴重行為與常期的物質濫用問題，大部份的 TC 內的成員都有司法案件問題，在此前提下，針對毒品施用者之 TC 方案必然會與刑事司法機構有正式與非正式的聯結，也因此該類 TC 方案乃將重點放在如何讓這群人能夠在合法的範圍中再度重塑與發展原有的技能。目前美國對監獄內的受刑人約略估計有七成有嚴重的毒品濫用問題，而將 TC 修改後以順應成癮犯罪人特性之可行處包括：

- (1) 因為修改後以順應監獄狀況之 TC 模式，所採取的治療取向是基於一明確與持續的治療哲學，治療持續性在矯正場域也能被納進方案設計中。
- (2) TC 式的矯正方案有別於傳統的監獄文化，提供了同理與個人安全的保證。
- (3) 具備足夠與適任的專業人員與醫療人員。
- (4) 具清楚與明確的運作規則。
- (5) 將成功戒癮的犯罪人或成癮者做為模範，將之納進為工作人員或志工。
- (6) 採用同儕模範與運用同儕壓力，而非以上對下的管理約束。
- (7) 主張治療過程是也能讓成員感受自主、彈性與開放。
- (8) 採用隔離居住的方式而非在監獄內進行，能降低監獄負面文化的影響。
- (9) 目前研究顯示，大約 9-12 個月的期間即可有效果產生

⁶⁷ Therapeutic Communities of America -Therapeutic Communities and the Criminal Justice System.
http://www.therapeuticcommunitiesofamerica.org/index.asp?Type=B_PRGSRV&SEC={35A331D2-21B7-42D5-AB87-3A57A9181272}

(10)即使離開治療性的矯正場域後也能夠持續獲得相關照顧而不中斷。

美國治療性社區(Therapeutic Communities of America, TCA)之目標在透過刑事司法之基礎，在監獄場所(prison settings)中發展刑事司法可達到之最少標準的矯治性治療性社區(TC)方案。這項計畫共分三階段，第一階段計畫由俄亥俄州政府的酒癮與毒癮服務部門(the Ohio Department of Alcohol and Drug Addiction Services, ODADAS)進行，該期在發展相關標準之初步規劃與相關評估程序；第二階段由白宮 ONDCP 支持，該階段在制定完善之標準；第三階段則是將計畫成果運用在矯正機構內，該模式目前也提供矯正機構外的治療性社區取向之中途之家(TC-oriented halfway houses)，以讓在離開治療性社區之監獄模式 (Prison TC) 者能夠繼續維繫先前成效⁶⁸。

美國目前有些地方已經在監獄場所中進行治療性社區模式，該模式之發展也反映出毒品犯罪人造成監獄人口的擁擠特性，而早期以監獄為基礎之治療性社區模式(TC prison model)的成果也顯示能降低再犯與毒品施用再復發。治療性社區之監獄模式的特色也表現在安全性(its focus on security)、以儘早釋放為目標(goal on early release)、對身體與社會環境最低度影響、以及本身的監禁文化。矯治性監獄模式的顯著特色之一在於同時納進矯治人員、監獄官員、心理健康與治療性社區治療專業人員。根據經驗與研究顯示，物質濫用者在以監獄為場域之治療性社區下，經由同儕管理的方式更能成功達到良好的社會學習。

⁶⁸ Therapeutic Communities of America。 <http://www.therapeuticcommunitiesofamerica.org>。

目前對治療性社區監獄模式之相關研究顯示，在先前對毒品施用者視為犯罪人的立場下，讓受戒治者並無法從治療經驗中獲取正向影響，而 Prison TC 被認為能增加正向治療體驗，也有助於促進治療參與⁶⁹；由於該模式目的在降低毒品施用行為再犯發生，所以許多研究重心放在成效研究上，也肯定該類模式對於達成該目的之價值⁷⁰，但亦有研究指出 Prison TC 可以降低被捕率與監禁率，但未必能夠降低復發率⁷¹；

過去 30 年，NIDA 針對毒品濫用治療進行大量研究也對治療成果有所評估。從公立治療機構內取得六萬五千名研究參與者資料，樣本來自 TC 模式、美沙冬維持療法模式、門診戒毒模式、短期住院模式、以及解毒模式等。資料內容從分派、治療期間、以及一系列 12 個月或更久的追蹤治療成果。從研究發現 TC 的樣本相較於其他治療模式者有許多正向的成果，如 the Drug Abuse Treatment Outcome (DATOS) 與近年短期毒品治療成效研究都指出能夠完整參與的 TC 方案者在古柯鹼、海洛因與酒精再使用情形、犯罪行為、失業等都有相對較少的情形，另外若治療前有憂鬱也能有所改善⁷²。

四、德拉瓦州矯正部之毒品治療計畫⁷³

⁶⁹ Melnick, G., Hawke, J. & Wexler, H. K. (2004). Client Perceptions Of Prison-Based Therapeutic Community Drug Treatment Programs. *The Prison Journal*, Vol. 84, No. 1, 121-138.

⁷⁰ Kevin Knight, D Dwayne Simpson, Lois R Chatham (1997) An assessment of prison-based drug treatment texas' in-prison therapeutic community program. *Journal of Offender Rehabilitation*, 24, 75 - 100.

⁷¹ Welsh, W.N. (2007). A MULTISITE EVALUATION OF PRISON-BASED THERAPEUTIC COMMUNITY DRUG TREATMENT. *Criminal Justice and Behavior*, Vol. 34, No. 11, 1481-1498.

⁷² What is a therapeutic community?, National Institute on Drug Abuse - Research Report Series - Therapeutic Community.

<http://www.drugabuse.gov/ResearchReports/Therapeutic/Therapeutic2.html>

⁷³ The State of Delaware-Department of Correction (DOC) Substance Abuse Treatment Program <http://doc.delaware.gov/Programs/treatmentprograms.shtml>。

德拉瓦州對州內的犯罪人口調查發現，有八成犯罪人有物質濫用之行為，其中七成沒有接受過任何治療或相關服務，因此設計規劃以收容人/犯罪人為對象之三階段物質濫用戒治方案，頗富國際盛名。其三階段方案為 KEY、Crest、與 Aftercare，介入期間從被監禁開始起算，直到釋放後仍持續介入，屬於全程持續性介入，該州首先嘗試將治療方案運用在攻擊性犯罪人身上。有關三階段治療的方案概要如下：

(1) The KEY Program

KEY 是德拉瓦物質濫用治療第一階段，乃以監獄為基礎之治療性社區，受戒治者與其他罪犯隔離並持續接受戒護。該方案主要目標是要改變毒品濫用犯罪人之行為、思考、與感覺的負面模式，大約在該監獄模式之治療性社區停留約 12 至 18 個月，收容人於其中接受有紀錄與規律的生活，他們沒有電視或電話，若有違紀行為也會被取消自由時間。

(2) The Crest Program

Crest 是德拉瓦州物質濫用治療第二階段，所設置的 Crest Outreach Centers 也是屬於居住型的模式。該方案仍持續之前的治療計畫，而居住於其中的犯罪人必須展現合宜的社會行為，接受方案的犯罪人白天工作，晚上則接受生理治療或心理諮商治療。該方案的期程規劃為 6 個月，前 3 個月犯罪人要全時間參與治療計畫，在後 3 個月犯罪人則能出外求職或工作，但晚上要回到中心持續接受治療。簡而言之，The Crest Program 可概分成四個階段：

- 1) 進入期 Entry：評估與定向。進入此階段之犯罪人是要為將來回歸社會做準備。
- 2) 主要期 Primary：諮商人員與犯罪人會針對個人藥物議題進行治療工作，以為將來復發之可能性降到最低。
- 3) 求職期 Job-seeking：協助犯罪人發展求職與面談技巧。
- 4) 工作釋放期 Work Release：犯罪人仍居住於中心內，但白天外出工作。

(3) 後續照護方案 The Aftercare Program

在該計畫的最後一個階段，犯罪人將回到社區內全時生活，但每週會回到原居住之中心內持續接受團體諮商，另外也進行隨機尿液篩檢，以瞭解復發行為發生之可能性。

德拉瓦的毒品濫用治療方案之執行效能，根據德拉瓦大學所進行的研究發現，完成所有階段之犯罪人，在 18 個月後有 76% 受治療者無用藥復發，有 71% 的犯罪人未再因犯罪被捕，而沒有參與該計畫之犯罪人，只有 19% 者沒有再用藥，僅 30% 沒有再被捕；另一份是由 California Department of Alcohol and Drug Programs 之研究，其評估成本效益，在物質濫用治療上的一美金，所能達成的效果，在刑事司法上需要花七塊美金，故由此可見採用治療介入是能達到良好的成本利益結果。

五、其他與刑事司法體系相連結的毒癮戒治方案

美國仍有其他刑事司法體系與醫療戒治體系共同合作之戒治模式，亦可透過瞭解這些方案內涵以思考對修正國內現行戒治相關服務之方向：

(一) Treatment Accountability for Safer Communities, TASC⁷⁴

由專業人員持續監督罪犯出席諮商課程的情形，並不定期進行尿液檢測，經評估後提供資料給負責的司法矯正機關進行處置，藉以確保罪犯能持續接受治療的一種策略。目前美國境內有數百處執行該類個案管理單位，執行方式各異，所合作之醫療機構不一定具有簽約合作關係。有關該類作法之成效⁷⁵，由於各地作法並非一致，也使得在成效表現有所差異，然從該研究也可看到對於專業人員之人員配置與工作分派之重要性，以及當與外在醫療資源合作時，如何提升治療配合度與追蹤方式，都有賴持續修正。而這對於目前成立未久的各地毒品危害防制中心，以作為個案管理之角色，也值得從中參考利弊做為未來建置整體戒治體系之準備。

(2) Drug Courts⁷⁶

提供了司法監督的治療與個案管理的服務，藉以代替起訴或監禁，所採取的措施通常包括法庭內定期召開的聽證會、每週抽樣的尿液檢測、強制性且足量的毒癮治療、違反治療規定時的漸進式懲處及完成治療計畫後的獎賞。而依照目前研究認為，有認

⁷⁴ Marlowe, D. B. (2003). Integrating substance abuse treatment and criminal justice supervision. *NIDA Science & Practice Perspectives*, 2(1), 4-14.

⁷⁵ Anglin, M.D.; Longshore, D.; and Turner, S., 1999. Treatment Alternatives to Street Crime: An evaluation of five programs. *Criminal Justice & Behavior* 26(2):168-195.

⁷⁶ Marlowe, D. B. (2003). Integrating substance abuse treatment and criminal justice supervision. *NIDA Science & Practice Perspectives*, 2(1), 4-14.

為成效遠比一般以社區為基礎的毒癮治療計畫還好⁷⁷，也有研究指出當參與該方案者越久，將有助降低再犯率⁷⁸。

(3) Treatment Community

採住宿式的治療計畫，將假釋者有條件地轉介到以勞役代替拘役的社區，而該方案若能在獄內的治療、以勞動代替拘役的治療、持續的門診治療⁷⁹等方面持續提供完整服務，將可讓成效達到最大。而美國也有企圖於矯正場所內規劃治療性社區性質之矯正模式，不過也不容忽視在出監後之服務治療取向之延續對成效提升之幫助性。

目前對於毒品使用者所進行之各類治療方法是朝著提供多樣性，讓接受治療者能夠不困難的接受，而治療的目標不完全聚焦於毒品使用行為上，若受治療者同時有其他社會福利需求或共病或醫療等需求也應獲得滿足，所以治療目標是可以包括讓個體能夠在家庭、工作、與社區能夠回復生產功能；至於治療成效的評估指標，可包括接受治療的期程、另外所接受的治療方式亦可成為指標項目，所以可以用以測量成效的面向包括犯罪行為之層次、家庭功能、職業功能、與醫療狀況等。一般來說會認為需要受治療者有治療意願才能讓成效彰顯，但 ONDCP 亦認為，若使用外力強制介入可

⁷⁷ Belenko, S., 2001. *Research on Drug Courts: A Critical Review: 2000 Update*. New York: National Center on Addiction and Substance Abuse at Columbia University.

⁷⁸ Turner, S., et al., 1999. Perceptions of drug court: How offenders view ease of program completion, strengths and weaknesses, and the impact on their lives. *National Drug Court Institute Review* 2(1):61-85.

⁷⁹ Knight, K.; Simpson, D.D.; and Hiller, M.L., 1999. Three-year reincarceration outcomes for in-prison therapeutic community treatment in Texas. *Prison Journal* 79 (3):337-351.; Martin, S.S., et al., 1999. Three-year outcomes of therapeutic community treatment for drug-involved offenders in Delaware. *Prison Journal* 79:294-320.; Wexler, H.K., et al., 1999. Three-year reincarceration outcomes for Amity in-prison therapeutic community and aftercare in California. *Prison Journal* 79:321-336.

獲得相當成效。毒品使用行為的高再發性，也提醒毒癮戒治工作者應將之視為慢性病來對待，意即當提供完整療程之後，亦需要有其他後續服務的提供以對抗不可預期的再發發生。

第六節 小結

對於毒品與藥物濫用者之身分定位，國際間並不一致，採用何種治療模式，自有其社會文化背景、刑事政策與成本效益考量。目前國際間對毒癮者採機構內戒治或處遇者不在少數，但普遍皆對毒癮者提供戒癮治療以協助戒除毒癮問題。在西方國家中，普遍對毒癮者採行病患觀點，以戒癮治療、社區處遇的方式協助毒癮者康復，或以藥物替代治療方式減輕毒品施用所帶來的危害。部分國家對毒品施用者雖以刑事司法體系處遇，但在處遇過程中亦針對毒癮問題提供所需資源。整體而言，對毒癮者的司法轉向處遇已是一種趨勢。

聯合國毒品與犯罪問題辦公室（UNODC）指出，對於毒品依賴或成癮者，合適的治療與處遇原則包括：（1）將毒癮視為一種慢性疾病，並提供持續性的治療服務。（2）辨識出毒癮者在生理、心理與社會等面向導致毒癮復發之風險因子。（3）透過監控與復發預防，促使毒癮者重新整合於社會中。亦即毒癮問題之處遇並非單純的生理、心理或醫療問題，對毒癮者之處遇，尚須以促使毒癮者回歸社會為核心，因此除了司法與戒癮機構外，社區與家庭亦應納入戒癮體系環節中。

就毒癮戒治成效而言，「復發預防」階段比「解毒治療」更為重要，包括處理個案的毒癮治療、公共健康以及社會安全，可界定

為 1)削弱或減少酒精與毒品使用；2)促進健康與功能；3)減少公共安全（犯罪）與衛生（傳染病）的威脅三方面。其目標包括：1)維持戒斷治療期之後的心理與情緒改善狀態；2)減少並維持酒精與毒品的使用行為，最終達到完全戒除的目標；3)透過教育、示範、與支持行為，以對個人健康、社會功能、以及減少社會安全與衛生之威脅；4)改變原有的用藥生涯型態。

就機構性處遇而言，新加坡與美國的毒癮戒治模式可提供做為我國機構性戒癮處遇之參考，包含「以監獄為基礎之治療性社區」，以及「階段性機構處遇」。事實上，美國 NIDA 認為毒品治療運用可在刑事司法系統任一歷程，而物質使用行為往往也跟生活形態有所相關，因此每個人可能都會需要不同的治療服務形式，而治療可以在監獄內、判決前、緩刑、監禁、或假釋任何階段均可進行。而在矯正機構可提供之方案與服務可包括：生理解讀、自助團體、毒品篩檢、教育、個別諮商、團體諮商、門診毒品治療服務、環境治療、家庭治療、短期住院治療、社區居住方案、替代性藥物維持療法、與轉向服務。

治療性社區認為「社區」本身就是一個對改變重要的媒介，典型的 TC 是讓成員居住在不曾再次接觸到毒品的居住性機構。居住於其中的成員被期待遵守明確且嚴謹的行為規範，並有籌賞機制協助發展自我控制與責任感，透過個別與團體治療、同儕支持、社會基礎的學習、面質、遊戲與角色扮演等方式來改變負向的思考與行為。成員透過階段性的增加角色重要性，逐漸被賦權與責任感，學習社區內正向的價值觀、如何計畫生活、達到生活目標與建立責任感，學習個人與社會責任感及道德。

新加坡與美國德拉瓦州的階段性機構處遇則是透過機構的階段性釋放，使毒癮者逐步適應社會生活，並與後續社區處遇做完整銜接，藉由刑事司法之約束力，促使毒癮者配合各項戒癮措施並與社會戒癮機構銜接。階段性機構處遇包含：（1）第一階段的以機構為基礎的治療性社區處遇，以改變毒品濫用犯罪人之行為、思考、與感覺的負面模式，學習有紀錄與規律的生活。（2）第二階段的社區型居住模式，除促使受戒治人展現合宜的社會行為外，並提供相關的治療與協助受戒治人謀職，受戒治人並需日間外出工作，晚上則回到治療中心接受生理治療或心理諮商治療。（3）第三階段的後續照護方案，受戒治人將回到社區內全時生活，但每週會回到原居住之中心內持續接受團體諮商，另外也進行隨機尿液篩檢，以瞭解復發行為發生之可能性。

表 3-1 各國毒癮戒治模式比較

毒品濫用者之介入	執行場域	專業人員	策略或介入模式	
日本	強制治療→監禁	監獄	心理師、社工	一般改善指導 特別改善指導
香港	參與計畫以替代監禁 社區資源	機構處遇 醫療場所	社工、心理學家、精神科醫生、護理人員	懲戒署強迫戒毒計畫，12 個月 衛生署美沙酮自願門診計畫 自願住院戒毒治療康復計畫，4 週至 24 個月 濫用精神藥物者輔導計畫 物質濫用診所
澳門	監獄-戒毒復康計畫 政府主動結合社區資源	監獄內 醫療場所	社工、心理學家、精神科醫生、護理人員	戒毒綜合服務中心 1. 自願戒毒模式 2. 醫療場域為主
新加坡	強制戒治	機構處遇 社區處遇		<u>五階段戒治歷程</u> 1. 戒毒期 2. 復原期 3. 教育期 4. 體能訓練期 5. 職能訓練期 <u>三階段個別處遇</u> 1. 機構性處遇與復健 2. 機構性白天外役工作計畫 3. 夜晚住家白天外出工作計畫 1. 社區居住，自願性處遇，6 個月 2. 社區居住並施用 Naltrexone，12 個月 3. 中途之家，自願性處遇，6 個月 4. 中途之家並施用 Naltrexone，12 個月 5. 在家監禁
中國	強制戒治→勞改矯治	機構處遇		

社區處遇

幫教工作

歐洲 ⁸⁰	<p>1. 強制治療</p> <ul style="list-style-type: none"> - 法院裁定 - 地點常設在精神醫療機構（非監獄內） - 替代監禁，但是仍是在監獄場域內 <p>2. 自願性治療</p> <ul style="list-style-type: none"> - 開放式監獄 - 無毒的場域(Drug free/zones) - 短期監禁參與非官方組織所辦的計畫 - 參與以監獄為基礎的方案 - 參與個別與團體工作 	<p>治療類型</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 監獄內提供一無毒品流通的場域(Drug Free Unit, DFU) 2. 同儕教育、團體 3. 僅就青少年犯罪人安置在確保無毒的機構中 DFU 	
英國	<p>醫療與公共衛生觀點</p>	<p>監獄機構</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 醫療專業人員進行篩選與臨床衡鑑 2. 工作職責與分派都需要透過聯合委員會的指導架構下進行 <p>醫療機構</p> <p>醫療人員</p>	<p>物質篩檢-找出受刑人的立即性健康照護的需求</p>
瑞典	<p>強制治療</p>	<p>監獄</p> <p>強制治療機構</p> <p>自願性機構</p> <p>醫療機構</p>	<p>提供強制性治療</p> <p>基礎治療</p> <p>替代療法</p> <p>針具交換</p>
丹麥 ⁸¹	<p>增加刑罰、提供治療</p>	<p>監獄內特定地區</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 治療人員（如諮商員、治療師）是由醫療機構聘僱 2. 健康照護人員（如護理人員、醫師）以及社工是由監 	<p>自願參與戒毒治療</p> <p>隨機尿液篩檢</p> <p>替代療法</p> <p>並非每個治療方案都會提供心理社會支持</p>

⁸⁰ 歐洲 10 個國家整合比較。MacDonald, M. (2005). Problematic drug users in prison.

			獄所聘僱	
荷蘭	適當開放軟性毒品以使人遠離毒品 硬性毒品採減害原則	社區進行為主	員警、自願者組織和市立健康服務聯合管理局	醫療戒癮、替代療法與社會服務
美國	與醫療結合的司法處遇	機構處遇		德拉瓦方案 1. The KEY Program 2. The Crest Program 3. The Aftercare Program
		社區處遇		

⁸¹ Asmussen, V. (2007). Recent changes in Danish drug policy: examples from a prison setting.

第四章 毒癮者的戒治需求與戒治成效評估

毒癮者的戒治需求與戒治成效評估是一體兩面，透過對毒癮者各毒癮相關問題層面之瞭解，在戒治前可作為戒治需求評量，在戒治後可作為戒治成效評估。在美國 SAMHSA（Substance Abuse and Mental Health Services Administration）對機構內毒癮者的戒治準則中，首先便說明如何篩選與衡量毒癮者的戒治需求，方足以對毒癮者提供合適之戒治處遇。

第一節 戒治需求之評估⁸²

美國 Urban 司法研究所指出，在刑事司法體系內的毒癮戒治工作中，戒治處遇前的篩選評估是提供受戒治者適宜處遇的關鍵，篩選與評估意在區分犯罪人的風險性、治療需求、與後續治療計畫。篩選程是短期性的初始判定毒癮者是否有潛在毒品使用之問題，至於評估程序則是在篩選程序之後進行，在進行深度會談與評估後對犯罪人之需求與方案能更進一步的合宜規劃，通常評估程序之執行乃由專業人員進行。

有關篩選程序的目標可條列如下：

- 1、瞭解物質濫用、心理健康、與醫療問題
- 2、確認犯罪人在各層面之優勢與劣勢（有助於後續治療設計）
- 3、將沒有問題之犯罪人予以排除
- 4、確認犯罪人之暴力犯罪行為史
- 5、確認可能會影響治療成效之環境因子或其他問題
- 6、界定犯罪人於治療期間所需之安全戒護與監督層級
- 7、確認參與者之動機

⁸² Drug Treatment in the Criminal Justice System: The Current State of Knowledge
http://www.urban.org/uploadedpdf/410618_NIDA1_KnowledgeRpt.pdf

8、確認參與者能在該方案中即使會有權益受損，但仍有相等或最大之利益

評估程序之目標可條列如下：

- 1、驗證物質濫用問題的範圍與本質
- 2、界定出在治療期間也應注意之心裡社會問題
- 3、理解物質濫用對個體之影響，包括對犯罪行為之影響
- 4、確認犯罪人成熟度與對治療之意願
- 5、確認犯罪人是否也有生理問題需要被列進治療計畫內
- 6、確認完整的所需服務需求，以使得治療計畫更趨完善
- 7、讓犯罪人接受合適的服務

篩選與評估應該在刑事司法程序早期完成，因為它將引導著刑事司法的決議歷程，包括決定要使用何種轉向，是以藥物法庭或以接受治療之緩刑。而要進行篩選與評估，均需要多元資料以進行，如考量刑事司法記錄、先前治療記錄、藥物檢驗結果、或甚至是觀察報告均可。也需要瞭解篩選與評估並非是靜態的歷程，相反的是在整個刑事司法歷程中持續進行，並且根據每個所得而反應於相關計畫上，而持續評估應包括下列各層面—治療本身、犯罪人意願、整體的治療方案、治療程序與成果等。

第二節 建立我國毒品施用者評估衡量工具

我國戒治處遇對毒癮者的分類處遇是較為缺乏的，受戒治處遇者的入所調查乃仿照監獄入所調查方式並未能契合受戒治者的毒癮問題，以及其戒治需求。美國 Urban 司法研究所指出⁸³，在刑事司法體系內的毒癮戒治工作中，戒治處遇前的篩選評估是提供受戒治者適宜處遇的關

⁸³ 同前註：Drug Treatment in the Criminal Justice System: The Current State of Knowledge

鍵，藉由篩選與評估可區分犯罪人的風險性、治療需求、與後續治療計畫。而篩選與評估需藉由多元資料進行，如考量刑事司法記錄、先前治療記錄、藥物檢驗結果等。因此，本研究參考下列問卷與調查表，編制毒癮者的評估衡量工具：

- 1、戒治所入所調查表
- 2、戒治所心理師與社工師對受戒治者的評估問卷與量表
- 3、支援戒治所的醫療團隊所使用的實施的評估表與問卷
- 4、國外評估毒癮者戒治需求的工具，包括：
 - (1) Drug Abuse Screening Test，DAST⁸⁴
 - (2) SSI-AOD⁸⁵
 - (3) Texas Christian University Drug Screen，TCU Drug Screen II⁸⁶
 - (4) University of Rhode Island Change Assessment (URICA) Scale⁸⁷
 - (5) The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale，SOCRATES⁸⁸
 - (6) the Alcohol, Smoking, and Substance Involvement Screening Test，ASSIST⁸⁹

⁸⁴ http://www.projectcork.org/clinical_tools/html/DAST.html#Scoring

http://www.projectcork.org/clinical_tools/pdf/DAST.pdf

⁸⁵ <http://health1.clinicaltools.com/PageReq?id=1776:14048>

http://images1.clinicaltools.com/images/cmealcohol/ssi_aod.pdf

⁸⁶

http://www.dpscs.state.md.us/publicservs/procurement/QA_5_ATTACHMENT_1_TCU_DRUG_SCREEN.pdf

⁸⁷

[http://casaa.unm.edu/inst/University%20of%20Rhode%20Island%20Change%20Assessment%20\(URICA\).pdf](http://casaa.unm.edu/inst/University%20of%20Rhode%20Island%20Change%20Assessment%20(URICA).pdf)

⁸⁸ <http://www.motivationalinterview.org/library/socrates8.pdf>

⁸⁹ http://www.who.int/substance_abuse/activities/en/Draft_The_ASSIST_Guidelines.pdf

http://www.who.int/substance_abuse/activities/assist_v3_english.pdf

總計包含 1) 個人基本資料、2) 就業與職業技能、3) 婚姻、家庭與生活狀態、4) 前科與刑事司法狀態、5) 各類物質使用情形與程度、6) 醫療服務與需求調查。問卷修訂完成後先經預試分析，由新店戒治所 30 位受戒治人進行填答，並就問卷內容進行討論，以瞭解量表編制是否有問題或文句詞彙需要修訂之處。問卷修訂完成後進行正式施測，對新收入監之毒癮犯與受戒治人進行調查，施測期間為 97 年 9 月，以雲林第二監獄、高雄第二監獄兩所調查分類監，以及新店、臺中、高雄、臺東四所獨立戒治所新收毒品施用者為樣本來源，共計施測 1200 份，問卷調查之目的在於：

- 1、瞭解我國毒品施用者在各類問題面向的分佈形態
- 2、測量量表中各項目對不同成癮度的毒品施用者鑑別力，以精簡量表內容，作為戒治需求評估與戒治成效評估之依據。
- 3、對施用毒品者進行分類，作為分類處遇依據

雲林第二監獄與高雄第二監獄為調查分類監獄，接受問卷調查之樣本入監期間在 2.5 月內，新店、臺中、高雄、臺東四所獨立戒治所接受問卷調查之樣本以調適期受戒治人為主，其入所期間不超過 2 個月，部分樣本為心理輔導期，其入所期間不超過 3 個月。

第三節 毒品施用者調查分類情形

本節主要呈現對戒治所受戒治人與調查監獄新收毒癮犯之調查結果，並依調查結果對毒癮者進行分類，以研擬合適處遇。

一、問卷調查回收情形

本次問卷調查回收情形如表 4-1，總計回收有效問卷 985 份，有效問卷回收率 82%。

表 4-1 問卷調查回收情形

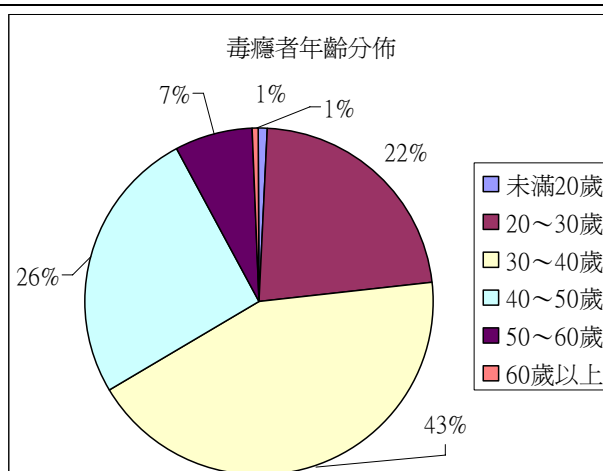
單位名稱	全部問卷	有效問卷	無效問卷
高雄二監	300	255	45
雲林二監	300	233	57
新店戒治所	115	108	7
臺中戒治所	170	158	12
高雄戒治所	221	166	55
臺東戒治所	94	65	29
總計	1200	985	205

二、毒癮者年齡分佈

毒癮者年齡分佈如下表 4-2，以 30~40 歲佔大多數（43.4%），其次是 40~50 歲（26.2%）與 20~30 歲（21.7%）。

表 4-2 毒癮者年齡分佈

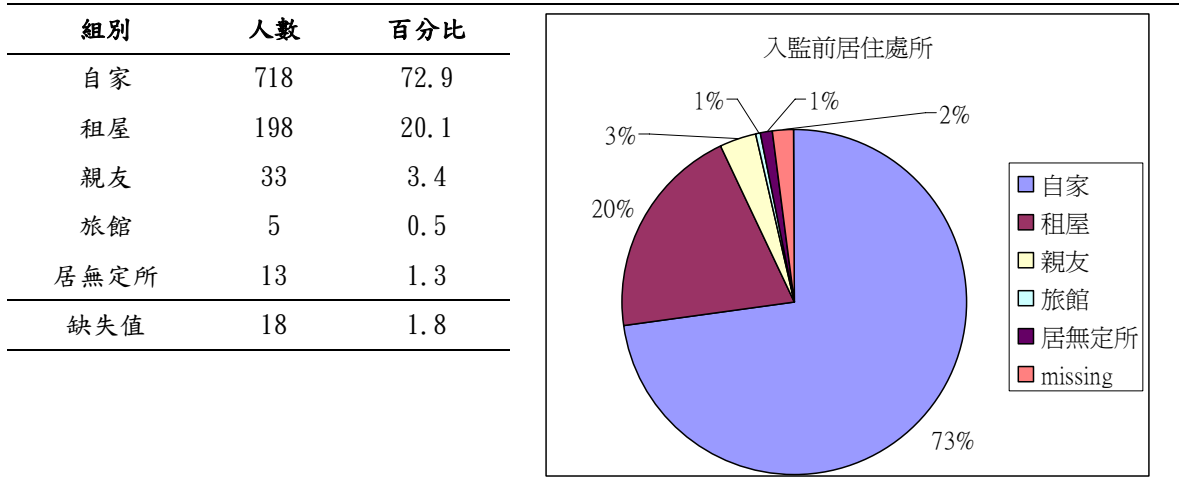
組別	人數	百分比
未滿 20 歲	8	0.8
20~30 歲	203	19.8
30~40 歲	390	39.6
40~50 歲	235	23.9
50~60 歲	65	6.6
60 歲以上	5	0.5
缺失值	87	8.8



三、毒癮者入監前居住處所

毒癮者入監前居住處所如下表 4-3，大部分居住在自家中（72.9%），或在外租屋（20.1%）。

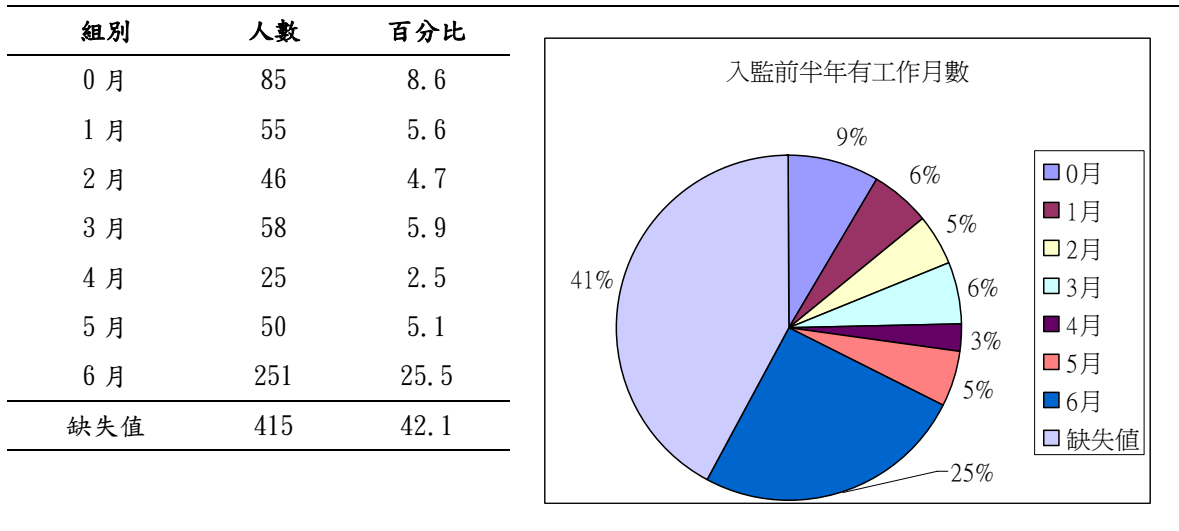
表 4-3 毒癮者入監前居住處所



四、毒癮者入監前 6 月就業狀態

毒癮者入監前 6 月內就業情形下表 4-4，本項目缺失值所佔比例甚高，可能並無就業或對合法工作問題較為敏感。毒癮者入所前 6 月內，約有 25.5% 有穩定且持續的就業狀態。

表 4-4 毒癮者入監前 6 月就業狀態

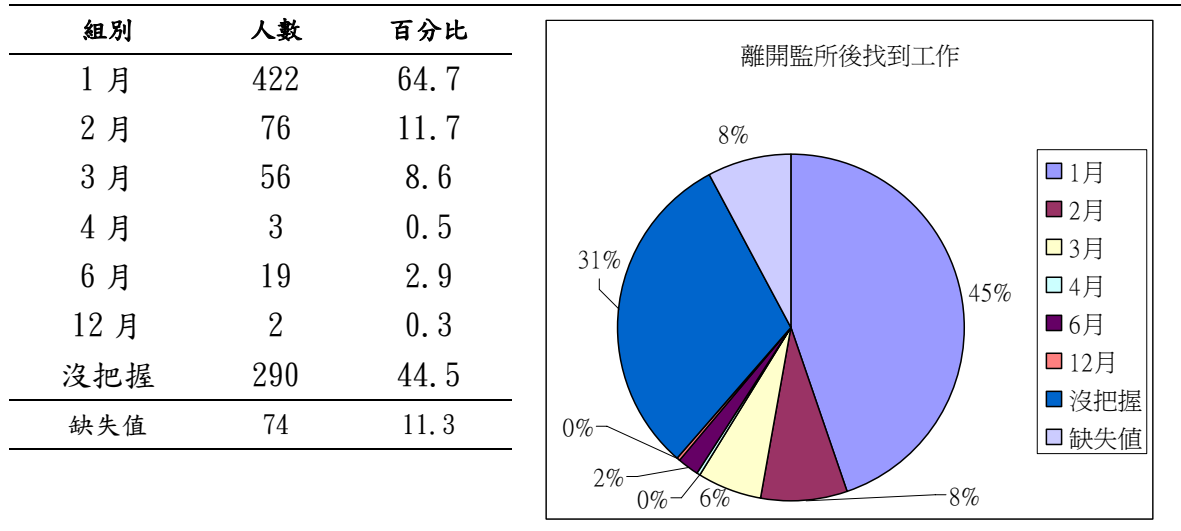


五、毒癮者離開機構後謀職能力

毒癮者對離開機構後謀職情形之預估，有 66.2% (652 人) 有把握能找到工作，預計可以找到工作的時間如表 4-5。本項目缺失值所佔比

例甚高，可能並無就業或對合法工作問題較為敏感。毒癮者入所前 6 月內，約有 25.5% 有穩定且持續的就業狀態。

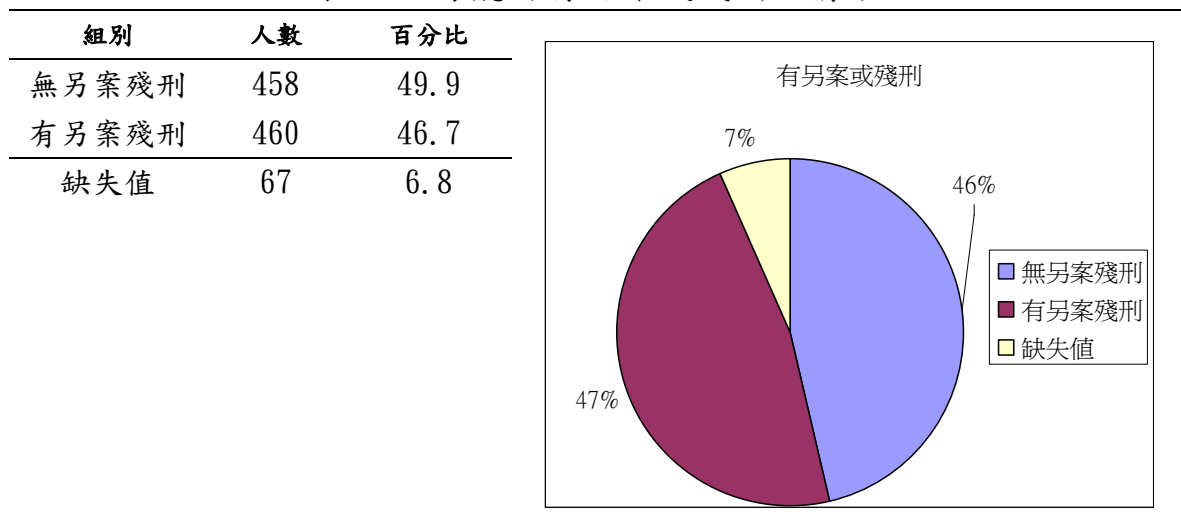
表 4-5 毒癮者離開機構後對謀職的把握



六、毒癮者有另案審理中之情形

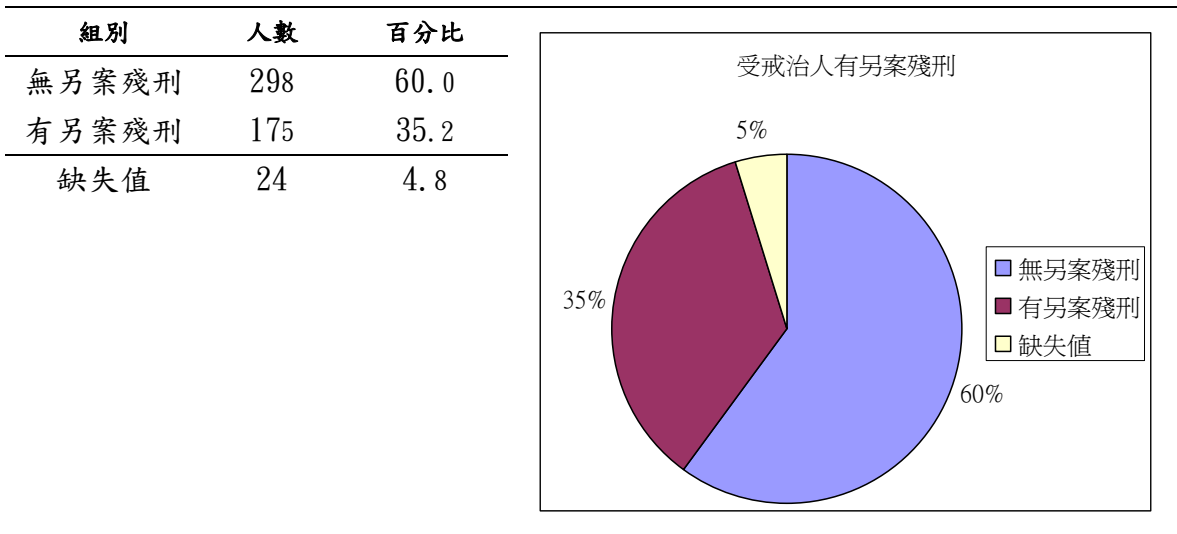
毒癮者有另案審理、待執行或殘刑之情形如下表 4-6。約有 50% 的毒癮者是單純的施用毒品罪，其餘多有另案或殘刑待審理或待執行。

表 4-6 毒癮者有另案或殘刑之情形



七、受戒治人有另案審理中之情形

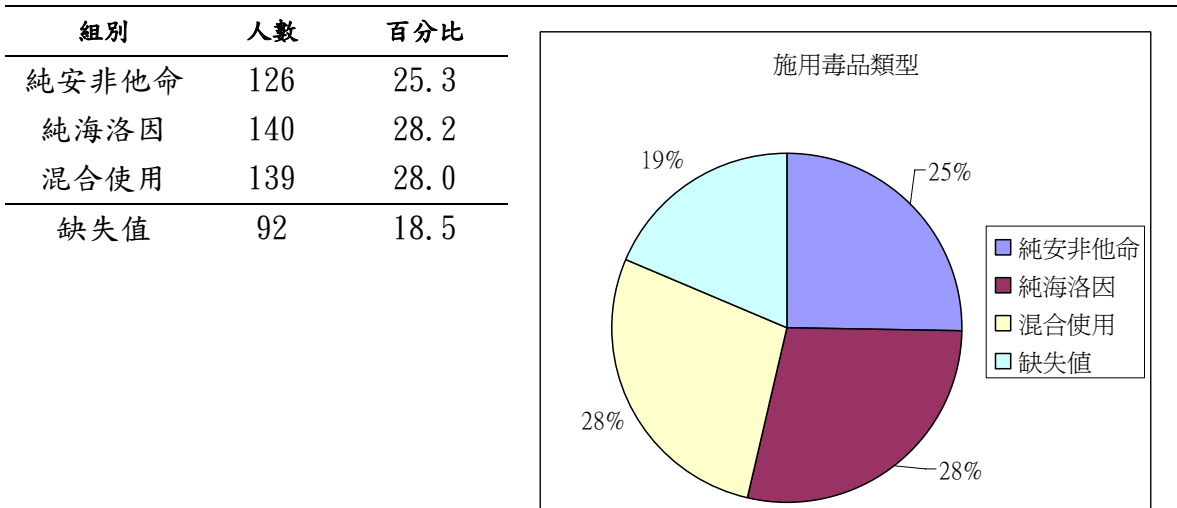
表 4-7 受戒治人有另案或殘刑之情形



毒癮受戒治人有另案審理、待執行或殘刑之情形如表 4-7。約有 60% 的毒癮受戒治人是單純的施用毒品罪，其餘多有另案或殘刑。

八、受戒治人施用毒品類型

表 4-8 受戒治人施用毒品類型



受戒治人施用毒品類型以海洛因與安非他命為主要類型，對其他鴉片類、其他麻醉藥品類、鎮靜劑、K 他命、古柯鹼、搖頭丸、大麻、迷幻藥類、吸入劑類的使用較為稀少，比例最高僅佔 1.6%。因此僅以海洛因與安非他命毒品種類進行分析，單純施用安非他命者佔 25.3%（在

新入監毒癮犯中比例為 12%)，施用海洛因者佔 56.2%，其中有半數同時有施用安非他命之情形。

九、受戒治人成癮性與戒癮需求

依據問卷調查分析結果，毒癮者的醫療戒治評估經信度分析後，其 Cronbach's Alpha 值為.955，具備量好的內部一致性信度。在建構效度的檢定結果，經因素分析後可萃取出 3 個因素可解釋之總變異量為 66.31%，依據各因素題目內容，可將此三因素命名為戒癮動機、成癮性與危害性。因素分析結果如下表 4-9。受戒治人在戒癮動機、成癮性與危害性的面向分佈情形如圖 4-1 至 4-3 所示，受戒治人有高估自身戒癮動機之傾向（常態分佈曲線呈負偏），而低估自身毒癮成癮性（常態分佈曲線呈負偏），對自身毒癮危害性的評估較屬常態分佈。

本問卷醫療/戒癮需求之調查主要目的為評估毒癮者對戒癮之需求，施測後依據因素分析結果，此一醫療/戒癮需求調查包括戒癮動機、成癮性與危害性三個面向，戒癮動機的提昇是戒癮工作的核心項目之一，而施用毒品的成癮性與危害性則顯現毒癮者的毒品施用問題嚴重性，以及施用毒品對其所造成傷害與影響。依據對新收毒癮者的調查，毒癮者在此三面向中皆能顯現程度上的差異，可用以評估毒品施用者在戒癮動機、成癮性與濫用性上的差異，進而予以不同的分類處遇，並在處遇後進行評估，以瞭解在戒癮動機的提昇或成癮性的改善、濫用性的改善的成效。

4-9 成癮性與戒癮需求因素分析

轉軸平方和負荷量		
總和	變異數%	累積%
7.615	27.196	27.196
6.876	24.556	51.753
4.076	14.558	66.310

轉軸後成分矩陣				
題號	成分			
	1	2	3	
13	.862		.175	我已經準備好開始改變我的毒品/藥物使用行爲。
15	.860			我已經計畫好如何去處理我的毒癮/毒癮問題。
11	.857		.201	我真的很想要改變我的毒品/藥物使用行爲。
23	.836	.137	.208	我已經試圖開始改變我的毒品/藥物使用行爲。
10	.835		.167	我已經很努力在改善我的毒癮/毒癮問題。
14	.807	.163	.186	我曾經找尋一些方法處理我的毒癮/毒癮問題。
7	.774		.262	我很努力在改變我的毒品/藥物使用行爲。
20	.742		.127	我已經主動地去戒癮或停止施用毒品/藥物。
25	.731	.295	.167	有時候我想要控制我的毒品/藥物使用行爲。
22	.649	.204	.417	如果不快改變毒癮問題，我的問題會更越糟。
27	.161	.864		如果有毒品放在我眼前，我一定會拿起來用
28	.133	.841		聽到別人在談論施用毒品，就會勾起我的慾望
26	.177	.831	.106	只要有朋友找我施用毒品，我就很難拒絕
19		.771	.154	我沒有辦法脫離毒品/藥物而生活。
3		.743	.288	我沒有辦法抗拒毒品/藥物的誘惑。
9		.737	.315	我已經沒辦法處理我的毒癮/毒癮問題了。
6		.720	.412	我有嚴重的毒品/藥物使用問題。
24	.177	.671	.389	我使用毒品/藥物的量真的太多了。
18	.187	.654	.384	有時候我想我是個毒品/藥物成癮者。
1	.190	.531	.459	我每天使用毒品/藥物的次數真的太多了。
5	.429	.499	.319	我知道我有毒品/藥物使用問題。
17	.302	.316	.695	我的毒品/藥物使用行爲導致太多傷害。
8	.328	.252	.656	我想我的毒品/藥物使用行爲傷害到其他人。
4	.248	.381	.639	毒癮/毒癮問題已經嚴重影響到我和家人的互動。
12	.484	.291	.621	毒癮/毒癮問題已經對我的生活產生很大影響。
16	.199	.530	.602	我的毒品/藥物問題其實挺嚴重的。
21	.502	.230	.539	毒癮/毒癮問題已經嚴重影響到我身體健康。
2	.285	.436	.486	我需要協助，讓我可以處理毒癮/毒癮問題。

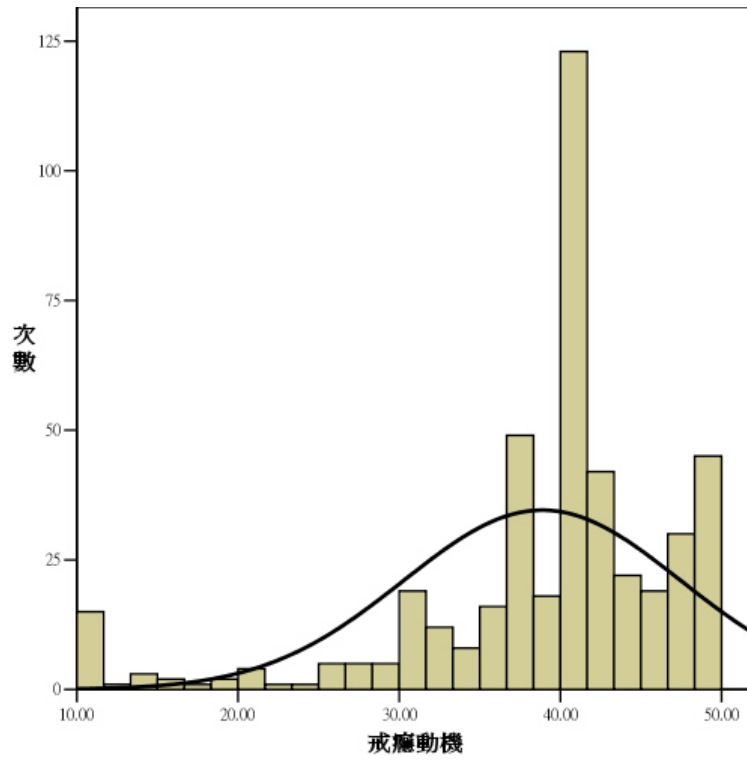


圖 4-1 受戒治人戒癮動機情形分佈

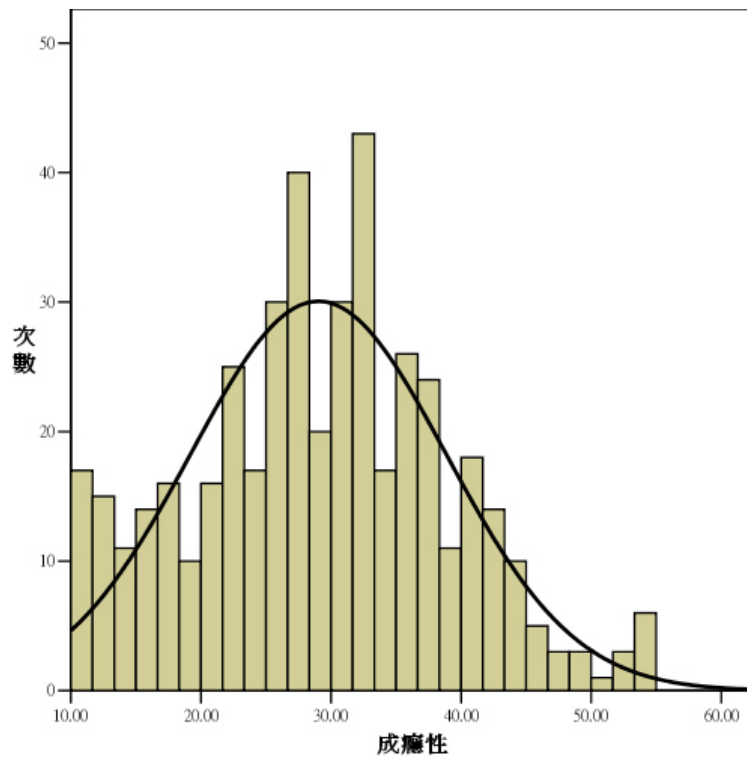


圖 4-2 受戒治人毒癮成癮性情形分佈

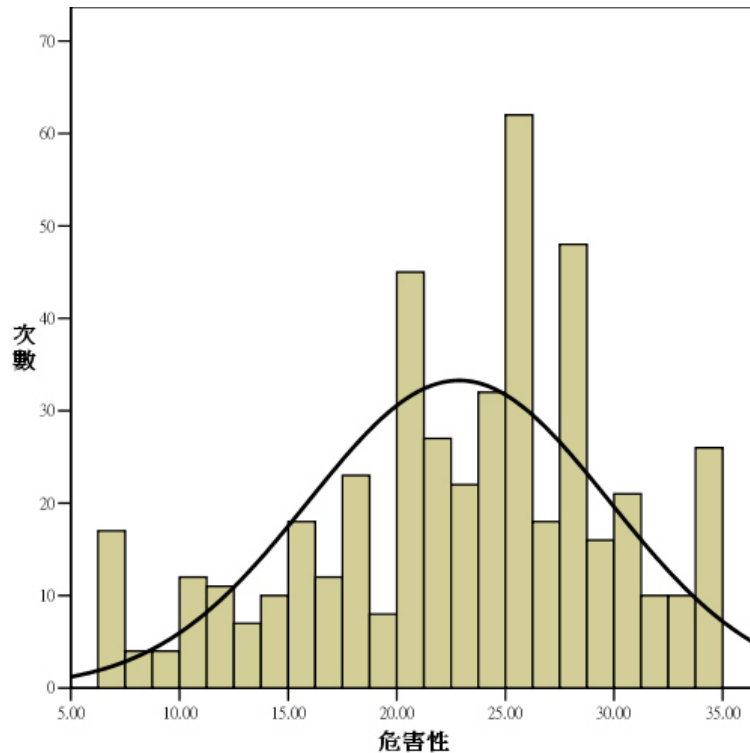


圖 4-3 受戒治人毒癮危害性情形分佈

十、受戒治人分類

依據問卷調查中，依據毒品施用者本身是否有其他犯罪行為，以及影響戒癮成效之因素情形，對受戒治人的處遇分類可初步區分如下圖 4-4。

- (一) 受戒治人中有另案、殘刑者約佔 40%，由於有另案殘刑，在戒治完成後尚須面臨刑罰處遇，在現階段毒癮戒治資源不足的情形下，對此類受戒治人可思考逕予執行其另案、殘刑，俟刑罰執行完畢後再評估是否給予戒癮處遇。此一分流估計將可使戒治所減少 40% 受戒治人，戒治資源與受戒治人比例可大幅提高，進而提昇戒治成效。

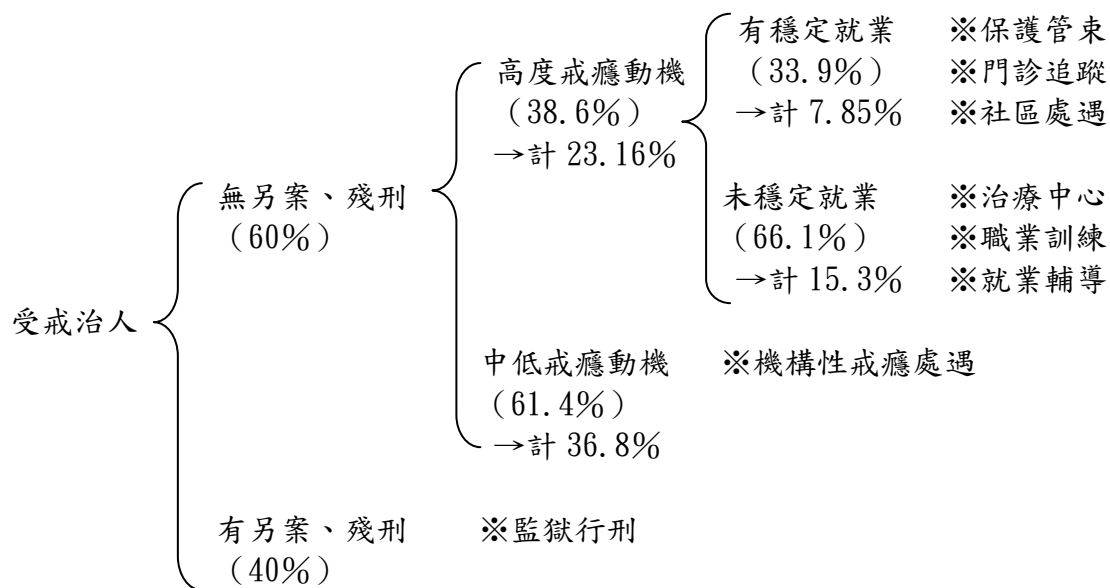


圖 4-4 受戒治人分類處遇模式

(二) 在無另案殘刑的受戒治人中，有 38.6% 自評具有高度戒癮動機，其中 33.9% 在入所前半年內皆有穩定的就業狀態，對此類毒品施用者實無強制要求其進入戒治所戒治之必要，否則中斷其就業狀態，無疑加深其社會適應問題。宜思考以緩起訴附帶戒癮命令或保護管束方式，使其接受醫療院所門診追蹤治療或其他社區處遇，在司法監督下協助其戒癮，並免在復發。此一分流估計可減少 7.85% 的戒治所受戒治人口。

(三) 在無另案殘刑的受戒治人中，且自評具有高度戒癮動機之受戒治人中，有 66.1% 在入所前欠缺穩定的就業狀態，對此類毒品施用者更需要提供的是職業訓練與就業輔導，進入戒治所實施戒治對其幫助有限，宜思考以醫療院所與社區處遇方式協助其戒癮，並轉介勞委會職訓局、就業輔導中心等單位，以協助其職業訓練及謀職就業。此一分流估計可減少 15.3% 的戒治所受戒治人口。

(四) 在無另案殘刑的受戒治人中，有 61.4% 自評戒癮動機在中低度程度，此類毒品施用者戒癮動機不足，需仰賴機構性戒治處遇強制戒毒。估計在排除有另案殘刑之受戒治人，以及自評具有高度戒癮動機之受戒治人後，戒治機構僅需負擔原先的 36.8% 的受戒治人戒癮工作，戒癮資源相對之下提昇許多。

第四節 戒癮成效之評估⁹⁰

我國司法體系對於戒治成效之評估仍無法跳脫刑事司法之觀點，以其行為表現與再犯情形作為戒治成效之評估標準，而藥物濫用與成癮其實有程度上之差異，因此若單純以再犯情形之評估為指標，反倒壓縮了司法戒治之發展空間。綜合目前我國司法體系對戒癮成效之評估，其指標包含戒治所參與方案期間之行為表現、戒斷症狀、情緒與態度反應；勒戒所生活作息表現及各項課程參與情形；出監（所）後的再犯情形；受戒治人對處遇方案之觀感、參與方案整個過程的想法與感受；戒治方案參與者之追蹤同意率、追蹤輔導率、司法再犯率。而國內學者對於司法戒治成效之評估，則可歸納為用藥行為的改善（成癮行為的改善、用藥渴求、再犯情形…）、內在心靈的強化（自我觀點、憂鬱、焦慮、心理困擾、壓力因應與情感表達…）、戒治方案的參與與持續（戒治意願、方案參與情形）與社會生活的改善（生活適應、社會功能、家庭互動、人際互動（外向）…）等層面。

就衛生醫療的觀點而言，對於藥物濫用成癮者的戒治目標是相當多元的，最理想的狀態是藥物濫用者可以達到完全戒絕藥物濫用，並能預防復發，重新回歸社會建立健康的生活形態。除此之外，以醫療照顧使

⁹⁰ 楊士隆，毒癮戒治及減害計畫政策績效指標研究。行政院衛生署管制藥品管理局 96 年度委託科技研究計畫，2007。

藥物濫用成癮者可以達到生理上的解毒，或者以藥物治療使藥物濫用成癮者能減少因濫用藥物所成的傷害，或改變藥物濫用成癮者的用藥情形，亦即包含目前毒品防治措施中減少需求與減少傷害領域。在醫療戒癮體系的成效評估上，大致可以包含：藥物使用行為的改善（使用種類、使用程度、成癮情形）、方案參與程度（意願、持續性），以及社會生活之改善（就業情形、家庭關係、人際互動…）等面向。個案改善情形多為質性的評估資料，但如果據此評估經過一段時間獲得大量資料後，應可予以類別化、量化為一個標準化的指標。

而國外藥（毒）癮戒成效評估面向，則包括對毒品的使用情形、酒精使用、非法的活動、再犯比率、工作情形、社會生活、心理層面問題、方案參與或中斷情形、再度被監禁等。

綜合國內外對毒癮戒治成效之評估面向，評估指標以戒治方案為主軸可區分為過程評估與結果評估（如圖 4-5），若以受戒治人問題為主軸，則可區分為生理、心理、社會、行為四個面向（如圖 4-6）。

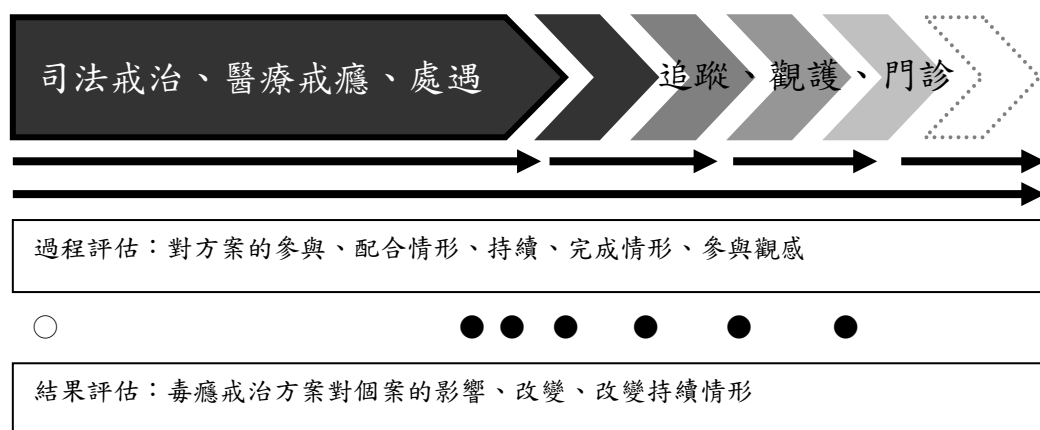


圖 4-5 以戒治方案為主軸的成效評估面向

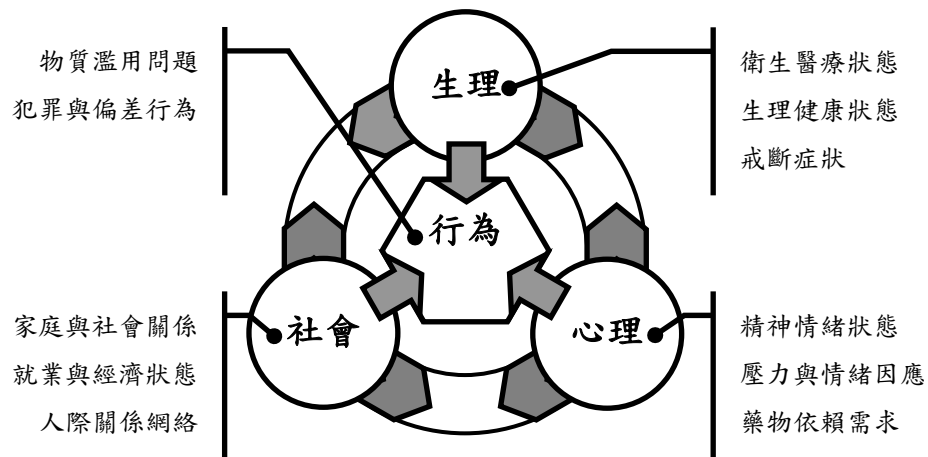


圖 4-6 以受戒治人問題為主軸的成效評估面向

以戒治方案為主軸的「過程評估」應包括個案對參與方案的意願、持續參與或中止方案的情形、完成方案情形、參與方案的想法與感受、對於所接受的各類服務滿意狀況、方案對個案需求的滿足情形等方案實施過程中，個案對毒癮戒治方案的參與情形、主觀感受與想法、滿意情形。「結果評估」則是個案參與毒癮戒治方案後所產生的影響與改變，以及改變持續的情形，可更進一步以受戒治人問題為主軸，區分為生理、心理、社會、行為四個面向。

以受戒治人問題為主軸的毒癮戒治成效評估面向可區分為生理、心理、社會與行為四個面向。「生理」層面包含個案的衛生醫療狀態、生理疾病、衛生醫療需求、與毒癮相關的共病問題、毒癮戒斷症狀、毒癮治療等。「心理」層面包括個案的精神狀態、心理疾病或情緒困擾、心理健康問題與治療需求、心理與精神問題（如憂鬱、嚴重焦慮、幻覺、認知障礙、衝動控制、自殺…等）。「社會」層面包括個案的家庭與社會關係、居住情形、就業情形、職業訓練與就業問題、收入與經濟狀態、人際關係網絡、人際衝突、家庭與社會人際問題等。「行為」層面則包括對物質濫用與依賴情形（轉用其他替代藥物或物質、毒品與藥物使用的劑量與頻率、使用毒品的花費、毒品施用途徑的轉變、施用毒品行為

的改善…等）、犯罪與偏差行為（違規行為、因犯罪行為而被逮捕、再犯毒品相關犯罪、犯與毒品無關之犯罪等）。

藉由上述以戒治方案為主軸的成效評估面向，以及以受戒治人問題為主軸的成效評估面向，當可對毒癮戒治模式之成效予以系統性分析。但不同的毒癮戒治方案有不同的取向與關注焦點，透過共通性指標評估方案間之成效的同時，可能會忽略部分戒治方案的特殊目的與成效，因此對毒癮戒治方案之成效評估應以個案問題狀態為基準，評估戒癮方案對個案所產生的影響，以瞭解不同類型的戒癮方案對不同個案的問題改善情形，掌握戒癮方案對不同類型個案所產生的「效益」，以針對個案特性給予合適的戒癮處遇。

本研究參考國內戒治機構所使用的調查評估表，以及國外毒癮戒治評估相關量表後，編制毒癮者的評估衡量工具，除用以瞭解我國毒品施用者在各類問題面向的分佈形態，進而對施用毒品者進行分類，作為分類處遇依據外，對毒癮問題的戒癮動機、毒癮成癮性、毒癮問題危害性評估量表經信效度分析後，已具備內部一致性信度與建構效度（因素分析），可依據量表中對毒品施用者毒癮問題評估進行分類處遇，並以之作為戒治成效評估之依據，評估毒癮者在接受處遇後，在毒癮問題面向的戒癮動機、毒癮成癮性、毒癮問題危害性等面向之改變情形。

第五節 小結

毒癮者的戒治需求與戒治成效評估是一體兩面，透過對毒癮者各毒癮相關問題層面之瞭解，在戒治前可作為戒治需求評量，在戒治後可作為戒治成效評估。戒治處遇前的篩選評估是提供受戒治者適宜處遇的關鍵，篩選與評估意在區分犯罪人的風險性、治療需求、與後續治療計畫。

我國戒治處遇對毒癮者的分類處遇是較為缺乏的，受戒治處遇者的入所調查乃仿照監獄入所調查方式並未能契合受戒治者的毒癮問題，以及其戒治需求。本研究參考國內戒治機構所使用的調查評估表，以及國外毒癮戒治評估相關量表後，編制毒癮者的評估衡量工具，以瞭解我國毒品施用者在各類問題面向的分佈形態，進而對施用毒品者進行分類，作為分類處遇依據。可先以是否有另案殘刑、就業穩定性、戒癮動機高低、成癮性與危害性高低進行分流，給予合適之處遇方案，以集中機構內毒癮戒治之資源。

在戒治成效的評估方面，我國司法體系對於戒治成效之評估仍無法跳脫刑事司法之觀點，以其行為表現與再犯情形作為戒治成效之評估標準，而藥物濫用與成癮其實有程度上之差異，因此若單純以再犯情形之評估為指標，反倒壓縮了司法戒治之發展空間。較合適的評估方式，應以結果評估的觀點，評估則是毒癮者參與毒癮戒治方案後所產生的影響與改變，以及改變持續的情形。

本研究參考國內戒治機構所使用的調查評估表，以及國外毒癮戒治評估相關量表後，編制毒癮者的評估衡量工具，除用以瞭解我國毒品施用者在各類問題面向的分佈形態，進而對施用毒品者進行分類，作為分類處遇依據外，對毒癮問題的戒癮動機、毒癮成癮性、毒癮問題危害性評估量表經信效度分析後，已具備內部一致性信度與建構效度（因素分析），可依據量表中對毒品施用者毒癮問題評估進行分類處遇，並以之作為戒治戒治成效評估之依據，評估毒癮者在接受處遇後，在毒癮問題面向的戒癮動機、毒癮成癮性、毒癮問題危害性等面向之改變情形。

第五章 結論與建議

依據前述對國內外戒癮制度之探討，以及對我國戒癮處遇措施之實證研究，對毒癮者之調查分類，本研究歸納出下列結論，並對我國機構內毒品犯之管理與處遇提出建議。

第一節 結論

壹、當前機構內毒癮戒治問題與困境

我國當前機構內毒癮戒治問題主要在於刑事司法制度與戒治方案實施、戒癮資源等層面，包括：

一、戒癮人力資源不足影響戒治成效

毒癮戒治須依照毒癮者個別特性予以協助，有賴專業人員透過對毒癮者個別問題的瞭解提供個別處遇，包含處理毒癮渴求、心理認知的重建、提升自我效能、健全生活技能、生涯規劃輔導、職能訓練、家庭關係重建等。戒治所是目前我國最主要的毒癮戒治機構，所內皆編制有心理師、社工員等專業人員可以提供受戒治人戒癮治療，並有行政院衛生署所屬各醫療院所提供醫療資源協助受戒治人戒癮所需，受戒治人與心理師、社工員亦普遍認為個案輔導或團體治療能對毒癮戒治產生相當程度影響。但相較於受戒治人口，戒治專業人力與資源仍然不足，即便規劃有完整戒癮方案，但不足以因應所有受戒治人之需求，因此戒治成效不彰。以團體方案而言，團體治療僅能容納 10~12 名個案，以一週一次為期三月的團體方案而言，1 位專業人員亦僅能提供 60 人次的處遇治療，因此需

提昇專業人員與個案比例，增加專業人員人力或減少專業人員的工作負擔。

二、戒治處遇制度欠缺成癮性與毒癮改善評估

我國對毒品施用者之刑事政策取向是採取病犯觀點，在觀察、勒戒與強制戒治兩階段是以病患觀點治療毒品施用者，但在成癮性與濫用性評估上，卻無法展現此一觀點。戒治處遇制度雖為毒癮治療之保安處分措施，但實際上制度執行卻欠缺成癮性評估與毒癮改善評估，對於是否需要接受強制戒治，或可以停止強制戒治之判斷欠缺毒癮的專業性評估，對毒品施用者而言，在進入觀察勒戒處所前可能已經有數月未再施用毒品，但卻因為犯罪前科因素因素被判定有繼續施用毒品傾向，因此對毒癮戒治制度產生相當大抗拒，影響受戒治人對戒治方案的接受度與投入，戒治治療亦形同變相監禁。

此外，戒治處分對於戒治成效之評估，與監獄累進處遇措施相近，以受戒治者生活作息表現及各項課程參與情形作為評估依據，此一評估項目並無法適切反應受戒治人毒癮問題的改善程度，受戒治人亦不因毒癮改善程度影響處遇晉級與出所，亦影響毒癮者改善毒癮問題之意願。

三、戒治工作僅限於機構內，出所後的預防復發仍須社會資源協助

目前我國毒癮戒治幾乎由矯正機構承擔而欠缺社區處遇之銜接，但矯正機構僅能在機構內實施戒癮治療措施，難以延伸至機構外。在欠缺保護管束與社區治療的機制下，毒品施用者離開勒戒處所與戒治機構後形同脫韁野馬難以控制。

有效的毒癮戒治核心在「復發預防階段」，但我國毒癮戒治工作多僅仰賴戒治所，近年來雖有醫療戒癮體系之發展，但對整體戒癮資源仍然不足，受戒治人出所後欠缺社會資源之協助，包括安置收容、就業輔助、保護管束、社區追蹤治療等環節，受戒治人出所後面臨社會適應問題與生活壓力下極容易再復發。

四、毒癮者「病犯」定位未落實，處遇措施無法因應戒癮所需

我國對毒癮者刑事政策之病犯定位未完全落實，刑事司法制度上未能充分反應毒癮者「病患」之特質，對毒癮問題之處遇不足，觀察勒戒與戒治未能跳脫刑罰樣貌，在司法戒治與處遇仍未跳脫獄政教化觀點，未深入處理毒癮者生理、心理、社會問題，且無接續之毒癮戒治服務與支援，以協助毒品施用者解決毒癮問題，政策定位與資源投注上存在相當大的落差。

五、刑事司法約束力應保持彈性，促使戒癮方案多樣化

參考國外制度發現，刑事司法體系需與社會、醫療支援整合，方能對毒癮者產生戒癮成效，但我國刑事司法體系對毒癮者戒治處遇未能保持彈性，未能將毒品施用者轉向至社區機構接受治療，而社區機構亦未能發展戒癮專業以協助刑事司法體系處理毒癮問題。

六、社會整體戒癮資源仍有待發展，以多元化治療因應戒癮問題

長久以來對於毒癮者的處遇多仰賴刑事司法體系，或以司法戒治處遇，或以刑罰威嚇，社區戒癮之資源與專業性未能推展，而多仰賴宗教團體協助參與戒治工作。部分毒癮者的毒癮問題在戒治所內已獲得極大改善，但毒癮問題與社會適應問題息息相關，例如居住與經濟問題常是毒癮者離開機構後首先面臨的重大考驗，就業更

是回歸社會所需面臨的問題，但毒癮戒治工作對此一區塊卻無法有效觸及，在社會資源不足的情況下，毒癮者戒治出所後難以重新融入社會生活。

參考國外制度發現戒癮制度皆多元化發展，除刑事司法體系外，更含括醫療戒癮、社區戒癮治療、安置收容機構等層面，因而能以多元化處遇方案因應毒癮者戒治需求，或接續司法體系戒癮工作，或由司法體系接手處理頑劣個案之戒癮處遇。

總結而言，我國對毒癮者的戒治方案最大問題來自專業性資源不足，無法因應龐大的毒癮受戒治人。此專業性資源包括專業性評估、多元化戒癮處遇、衛生醫療、心理輔導、社會資源、家庭輔助、安置收容、就業輔導等面向，部分項目可於刑事司法體系中發展，但大部分環節則需在社會環境中建構，尚須發展社會環境中毒癮戒治的相關資源，或將刑事司法體系之處遇措施拓展至機構外與社區中，方足以有效因應毒癮問題。

貳、適宜的機構內毒癮戒治取向

我國對毒癮者的處遇問題來自戒治所與監獄對毒癮者的戒癮處遇措施未盡完善，由於制度設計上的問題與專業人力及資源的不足，刑事政策之病犯定位未完全落實，對毒癮者生理、心理、家庭、社會等問題層面未能有效含括，處遇內容未能依毒癮的依賴與濫用性問題予以介入處理，對毒癮者處遇的刑罰色彩仍然濃厚。

聯合國 UNODC 建議將毒癮者視為慢性病患來處遇，強調處理毒癮問題應具有促使毒癮者早日復歸社會、監督毒癮者預防再犯的概念。對毒癮者的有效處遇應包含「解毒」與「復發預防」兩個階段，

且應特別重視「復發預防階段」，預防已無生理或情緒症狀之毒癮者再次使用毒品、協助控制用藥渴求、重獲健康與社會功能。且復發預防應具有較多元的專業人員可供戒毒者選擇，也應有多樣的治療策略以因應不同的毒癮問題。

就毒癮者機構性處遇制度而言，新加坡與美國的毒癮戒治模式可提供做為我國機構性戒癮處遇之參考，包含「以監獄為基礎之治療性社區」，以及「階段性機構處遇」。事實上，美國 NIDA 認為毒品治療運用可在刑事司法系統任一歷程，而物質使用行為往往也跟生活形態有所相關，因此每個人可能都會需要不同的治療服務形式，而治療可以在監獄內、判決前、緩刑、監禁、或假釋任何階段均可進行。而在矯正機構可提供之方案與服務可包括：生理解讀、自助團體、毒品篩檢、教育、個別諮商、團體諮商、門診毒品治療服務、環境治療、家庭治療、短期住院治療、社區居住方案、替代性藥物維持療法、與轉向服務。

運用於監獄場域之治療性社區，乃以刑事司法結合戒癮治療的方式實施。以社區居住型式採取階段性治療，藉此增加個人與社會責任，並運用多樣的團體歷程所帶來的同儕影響協助個體學習與內化社會規範與發展更多有效的社會技巧。居住於其中的成員被期待遵守明確且嚴謹的行為規範，並有籌賞機制協助發展自我控制與責任感，透過個別與團體治療、同儕支持、社會基礎的學習、面質、遊戲與角色扮演等方式來改變負向的思考與行為。成員透過階段性的增加角色重要性，逐漸被賦權與責任感，學習社區內正向的價值觀、如何計畫生活、達到生活目標與建立責任感，學習個人與社會責任感及道德。

新加坡與美國德拉瓦州的階段性機構處遇則是透過機構的階段性釋放，使毒癮者逐步適應社會生活，並與後續社區處遇做完整銜接，藉由刑事司法之約束力，促使毒癮者配合各項戒癮措施並與社會戒癮機構銜接。階段性機構處遇包含：（1）第一階段的以機構為基礎的治療性社區處遇，以改變毒品濫用犯罪人之行為、思考、與感覺的負面模式，學習有紀錄與規律的生活。（2）第二階段的社區型居住模式，除促使受戒治人展現合宜的社會行為外，並提供相關的治療與協助受戒治人謀職，受戒治人並需日間外出工作，晚上則回到治療中心接受生理治療或心理諮商治療。（3）第三階段的後續照護方案，受戒治人將回到社區內全時生活，但每週會回到原居住之中心內持續接受團體諮商，另外也進行隨機尿液篩檢，以瞭解復發行為發生之可能性。

當代對毒癮者的處遇，多考量以監禁、緩刑或假釋等刑事司法處遇結合治療處遇方式來實施，亦即藉由刑事司法之約束力，促使毒癮者配合各項戒癮措施並與社會戒癮機構銜接，使毒癮者能重新復歸社會，適應社會生活，並預防毒癮再復發，此理念相當值得我國戒癮處遇制度參考實施。

參、戒治需求與戒治成效評估

毒癮者的戒治需求與戒治成效評估是一體兩面，透過對毒癮者各毒癮相關問題層面之瞭解，在戒治前可作為戒治需求評量，在戒治後可作為戒治成效評估。而在戒治處遇前的篩選評估是提供受戒治者適宜處遇的關鍵，篩選與評估意在區分犯罪人的風險性、治療需求、與後續治療計畫。

我國戒治處遇對毒癮者的分類處遇是較為缺乏的，受戒治處遇者的入所調查乃仿照監獄入所調查方式並未能契合受戒治者的毒癮問題，以及其戒治需求。對毒癮戒治之需求與成效評估宜回歸毒癮問題依賴性與濫用性之本質，可依據成癮性與濫用性的核心理念對毒品施用者進行成癮性評估，並對毒癮者進行分流處遇，依據不同成癮特性給予合適之處遇，以減輕刑事司法體系之負荷。

在戒治成效的評估方面，我國司法體系對於戒治成效之評估仍無法跳脫刑事司法之觀點，以其行為表現與再犯情形作為戒治成效之評估標準，但毒癮問題有成癮性程度上之差異，因此不宜單純以再犯情形為評估指標，較合適的評估方式，應以結果評估的觀點，評估則是毒癮者參與毒癮戒治方案後所產生的影響與改變，以及改變持續的情形。

本研究參考國內戒治機構所使用的調查評估表，以及國外毒癮戒治評估相關量表後，編制毒癮者的評估衡量工具，除用以瞭解我國毒品施用者在各類問題面向的分佈形態，進而對施用毒品者進行分類，作為分類處遇依據外，對毒癮問題的戒癮動機、毒癮成癮性、毒癮問題危害性評估量表經信效度分析後，已具備內部一致性信度與建構效度（因素分析），可依據量表中對毒品施用者毒癮問題評估進行分類處遇，並以之作為戒治戒治成效評估之依據，評估毒癮者在接受處遇後，在毒癮問題面向的戒癮動機、毒癮成癮性、毒癮問題危害性等面向之改變情形。

第二節 建議

依據我國所面臨的毒癮戒治問題，並參考國外制度與相關經驗，本研究提出對毒癮犯管理與處遇模式之建議，並邀請戒治所、戒治分監機關首長與輔導、教化科長，以及法務部毒品犯戒治業務主管參與座談，就毒癮犯管理處遇模式之建議進行討論後進行修訂。

本研究對毒品犯之管理與處遇模式提出之建議包括：

一、對毒品施用者進行分流，以減輕戒癮機構之負擔並強化戒癮成效

毒癮之戒治需耗費相當多的資源，目前我國毒品施用者人數龐大，對司法矯正體系而言已是沉重負擔，如要對所有的毒品施用者進行戒癮，依現階段戒癮機構、戒癮資源不足之情形下，無疑天方夜譚。因此需對毒品施用者進行分類處遇，以逐步解決毒癮問題。並隨著戒癮機構與戒癮專業之發展，逐漸擴展戒癮處遇之對象。

現階段對毒癮者處遇分類可區分為戒癮與刑罰，為有效利用戒癮資源，對於施用毒品累再犯者需以刑罰處遇，對於初次使用毒品遭查獲者，則仍沿用觀察勒戒與強制戒治之毒癮治療處遇，但對有另案或有殘刑待執行者，則仍予刑罰處遇。對毒癮者之分類處遇原則為：

- (一) 初次施用毒品或5年後再犯，且無另案殘刑者：以觀察勒戒程序進行毒癮問題評估。有高度戒癮動機或無成癮傾向或濫用傾向者，則以緩起訴方式交由觀護人

保護管束或地方毒品危害防制中心進行社區監督，或轉向至毒癮治療機構戒癮。有成癮或濫用傾向者而欠缺戒癮動機者，則進入強制戒治處遇進行毒癮戒治處分。

(二) 初次施用毒品或5年後再犯，但有另案或殘刑者：進入訴訟程序，以刑罰處遇，合併另案或殘刑執行刑罰。

(三) 施用毒品5年內2犯，且前次案件已接受戒治處分者：進入訴訟程序，以刑罰處遇。

(四) 施用毒品5年內2犯，但前次案件未接受戒治處分者：進入強制戒治處遇進行毒癮戒治處分。

(五) 施用毒品5年內3犯以上者：進入訴訟程序，以刑罰處遇。

依據本研究的問卷調查分類結果，依據上述對毒癮者之分類處遇原則為進行分流後，則戒治機構僅需負擔現有戒治人口的36.8%，相形之下戒癮專業人員比例即增為現有的2.7倍人力，對戒治工作之實施有極大的影響。

二、 強化毒品濫用或依賴、成癮性評估或簡化成癮性評估程序：

毒癮問題的本質在濫用與依賴，毒癮戒治所的核心亦為濫用與依賴。目前觀察勒戒乃以「有無繼續施用毒品傾向評估」判定毒品施用者是否需移送強制戒治，此判斷標準包含：(1) 人格特質：毒品犯罪相關司法紀錄、其他犯罪相關紀錄、短期內再犯加重計分、行為觀察。(2) 臨床徵候：戒斷症狀、多重藥物使

用、注射使用、使用期間、情緒及態度。(3) 環境相關因素：社會功能、支持系統。唯犯罪前科分數所佔比重過高，並非依據收容人毒品依賴、濫用或成癮性為評估標準，宜以臨床醫學與心理輔導、社會工作之專業為核心，回歸對施用毒品者成癮性、依賴性與濫用性評估，俾便給予合適之戒癮處遇。

依據精神疾病診斷的診斷與統計第四版(DSM-IV)之分類，物質的濫用與依賴評估準則分別為：

(一) 物質依賴：個體不顧已有明顯的物質關連問題(認知、行為、生理症狀)，仍持續使用該物質，重複性的自我驅使模式而導致耐受性、戒斷、及強迫性使用行為。評估準則包括：

- 1、耐受性：需大量增加物質使用量以達到效果，或繼續使用原本的物質使用量時效果大幅降低。
- 2、戒斷：原先長期且大量使用此物質之個案，在血中或組織中該物質濃度下降時，發生適應不良的行為變化。當戒斷發生後，個案可能使用此物質以緩和或避免此戒斷症狀。
- 3、使用比原先意願更大量或更長期地使用該物質。
- 4、有多次不成功的減量或戒除努力。
- 5、在努力取得此物質、使用此物質或由物質作用恢復等過程耗時甚久。
- 6、為了物質使用，放棄或減少重要的社會、職業或休閒活動。
- 7、即使已經瞭解自己的心理或生理問題是物質使用所造成，仍繼續使用該物質。

(二) 物質濫用：一種適應不良的物質使用模式，表現於與重複使用此物質相關聯的再發而顯著的不良後果。

- 1、個體一再疏忽其主要角色的責任，對個體有害的狀況下仍繼續使用此物質，一再引起社會與人際問題。
- 2、在被期許應實踐其工作、學業或家庭的主要角色責任時，卻一再物質中毒或表現其他與此物質關聯的症狀。
- 3、一再於物質使用對身體有害的情況下使用。
- 4、一再捲入與物質使用關聯的法律糾紛。
- 5、縱使過去持續或重複出現此物質帶來不想要的社會或人際不良後果，個案仍繼續使用此物質。

可依據成癮性與濫用性的核心理念對毒品施用者進行成癮性評估，並對毒癮者進行分流處遇，對無成癮或依賴情形之毒品施用者進行緩起訴處分，以保護管束、社區監督的方式預防其再次施用毒品，以減緩刑事司法體系之負荷。對有成癮性或依賴性者，則裁定強制戒治。

對毒品施用者之依賴、濫用或成癮性評估標準需以臨床醫學與心理輔導、社會工作之專業為核心，亦需耗費相當多的專業資源。在戒癮專業資源不足的情況下，亦可考慮簡化評估程序，由目前於觀察勒戒處所實施「有無繼續施用毒品傾向評估」之方式，轉化為在刑事司法約束下，於社會生活中觀察是否有繼續施用毒品之傾向，援用毒品危害防制條例第 24 條為附命完成戒癮治療之緩起訴處分方式，使毒品施用者接受社區戒癮治療，或驗尿監督。若於緩起訴期間毒品施用者仍有再次施用毒品之情形，

即顯現毒品施用者有再次施用毒品之傾向，若於緩起訴期間並無再次施用毒品之情形，即顯現毒品施用者無再次施用毒品之傾向，以簡化成癮性評估程序方式，促使毒品施用者戒除毒癮，亦可精簡觀察勒戒程序所耗費之資源。

三、以保安處分概念實施強制戒治處遇，評估改善程度予以晉級

毒癮戒治本質上為保安處分，現行處遇制度本質上與行刑累進處遇制度相近，對施用毒品者毒癮、心理與社會適應問題之評估較為缺乏，即便受戒治人毒癮與相關問題並未改善，僅需課程參與及生活表現正常便可晉級，即便未完成晉級，強制戒治期間亦不得逾1年，失去保安處分與毒癮戒治之意義。因此戒治處遇之晉級與完成戒癮之評估應以臨床醫學與心理輔導、社會工作之專業為核心，回歸對施用毒品者成癮性、依賴性與濫用性評估，判斷受戒治人是否適宜晉級或已完成戒癮處遇。

強制戒治處遇之實施方式應以治療性社區方式實施，在機構性場域之治療性社區方案，乃刑事司法結合戒癮治療的居住型方案，以社區居住型式採取階段性治療，藉此增加個人與社會責任，並運用多樣的團體歷程所帶來的同儕影響協助個體學習與內化社會規範與發展更多有效的社會技巧，並藉由籌賞機制協助發展自我控制與責任感，透過個別與團體治療、同儕支持、社會基礎的學習、面質、遊戲與角色扮演等方式來改變負向的思考與行為，關於機構場域之治療性社區的實施理念與方式，可參考第三章第五節之三所述，以小機構方式實施（個案量在40~80），

並維持足夠的專業人員比例（依 DATS 之研究，理想的諮商人員與個案比為 1：11），著重毒癮者之自我生活管理與責任承擔。

四、 延長強制戒治處遇期間，並延伸至半機構性與社區戒治、保護管束

強制戒治本質上具備保安處分之性質，現行法規規定戒治期間為 1 年以下（於戒治處所），已足以控制毒品施用者身癮問題，但心理層面與社會適應問題並無法在機構內環境有效予以處理，以致於毒品施用者回歸社會後再犯問題嚴重。現行戒治制度雖有調適期、心理輔導期、社會適應期之分級與課程內容，但本質上皆為授課或參與活動，並無法因應毒癮者毒癮與社會適應問題。宜延長強制戒治處遇期間，並仿效美國德拉瓦州及新加坡機構內戒癮方案，在機構內完成生理調適期與心理輔導期後，以半機構方式或社區處遇方式，促使受戒治人逐步適應社會生活，若受戒治人無法達成半機構或社區處遇之要求，則退回戒治所接受機構內處遇。

以新加坡強制戒治為例，初犯毒癮者所需受監禁期間為 12～36 個月，二犯則為 18～36 個月，而目前我國刑法廢除連續犯之規定後，毒癮者所面臨之刑罰更有高達 10 年者，因此可考慮延長戒治期間，並將戒治處遇方案拓展至半機構性與社區戒治、保護管束，以使刑事司法的約束力仍能延續，促使受戒治者延續其戒癮意願。

五、 設置半機構性毒癮治療中心，執行社會適應期處遇階段

毒癮者大多有社會適應問題，現階段戒治處分亦有社會適應階段課程，但社會適應之目標並無法藉由機構內處遇達成。當受戒治人在戒治所完成心理輔導階段後，可以類似緩刑制度方式，使受戒治人離開戒治機構，進入半機構性治療中心，以治療性社區（TC）方式，培養受戒治人自律與自主能力，並仿效美國德拉瓦州及新加坡機構內戒癮方案，以日間外出就業、返家居住就業等階段，使受戒治人逐步融入社會並穩定社會生活狀態，重建家庭與社會關係。其階段包括：

- （一）訓練準備階段-社會適應訓練：以治療性社區方式，受戒治人在治療中心居住，學習適應團體生活與自律，並參與相關輔導課程，增進其社會適應能力。受戒治人完成階段考核後可進入下一階段，若無法適應訓練或有重大違規或，則延長本階段期間，嚴重違規者可退回戒治所心理輔導期階段。
- （二）社會適應階段-日間外出就業：受戒治人完成社會適應準備工作後可輔導其就學、職業訓練、謀職或就業，受戒治人可日間外出就學或就業，但夜間需返回治療中心居住並參與課程，協助其因應社會生活中所面臨的問題。
- （三）回歸社會階段-返家居住：當受戒治人完成社會適應階段後，仍然持續就學或就業，但夜間可返家居住，以穩固家庭生活，但週末需返回治療中心參與課程，以協助其因應家庭生活與社會生活中所面臨的問題。

題，並隨社會適應情形逐步減少返家參與課程的頻率。若有社會適應不良之情形，則可回歸社會適應階段，夜間返回治療中心居住並接受輔導、參與課程。

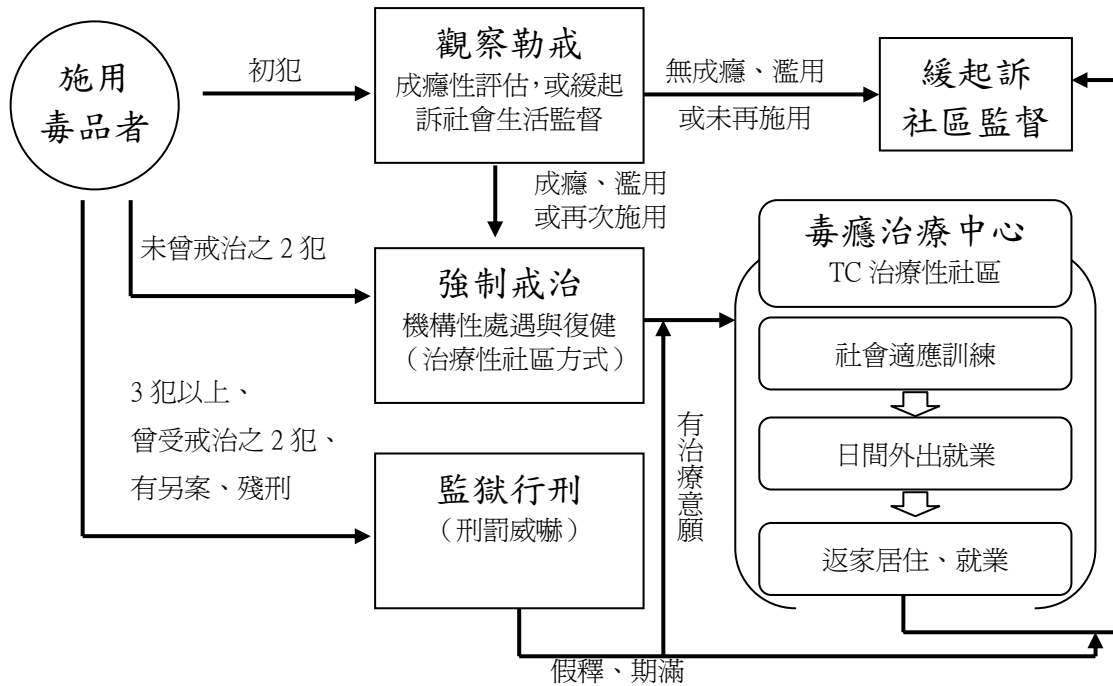
此半機構性毒癮治療中心可於戒治機構中分區設置，亦可由衛生署、地方毒品危害防制中心於社區中設置，並由戒治機構依據「受戒治人所外戒治實施辦法」配合實施。

六、 在監毒癮犯之處遇回歸刑罰本質

對在監毒癮犯之處遇，由於毒癮犯為數眾多，且目前對戒癮處遇之專業人力與資源皆不足，實難寄望在監獄環境予以戒治。因此現階段對在監毒癮者之處遇宜回歸刑罰本質，並將戒癮人力與資源集中在戒治機構中，以逐步改善社會整體毒癮問題。俟社會整體毒癮問題改善程度，以及戒癮資源之發展與投入狀態，逐步調整監獄內毒癮犯之戒癮處遇內容。

對在監毒癮犯唯需注意刑罰與戒治處分之比例輕重，適度延長毒癮犯之刑期與假釋基準、出所後之保護管束密度，以免對毒品施用者造成戒治處分重於刑罰處遇之觀感。

毒癮犯之管理與處遇模式建議



毒癮治療歷程

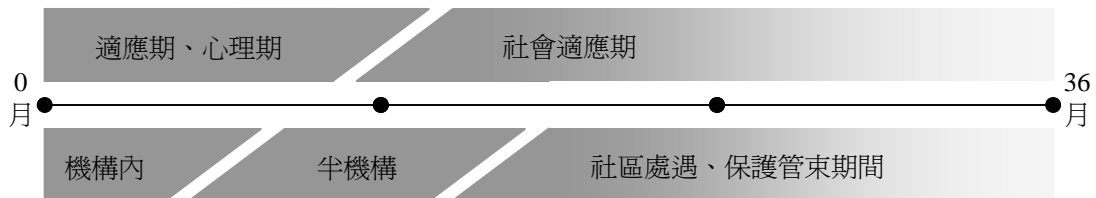


圖 5-1 毒癮犯之管理與處遇模式建議

附錄

附件一 戒癮機構專業人員訪談大綱

附件二 藥物成癮者訪談大綱

附件三 物質濫用者戒治處遇需求調查評估表

戒癮機構專業人員訪談大綱

- 一、受戒治人對戒癮或改善毒癮問題的需求包含哪些面向？目前戒治機構可以處理受戒治人哪些層面的問題？
- 二、目前戒治所所實施的戒癮方案中，哪些方案或措施對改善毒癮行為較有成效？
- 三、目前對毒癮者的強制戒治的制度中，處理受戒治人毒癮問題有哪些限制或困境？
- 四、機構性戒治處遇適合哪一類型的毒癮者？較無法處理哪些類型的毒癮者？
- 五、對毒癮者戒治處遇成功的關鍵因素包含哪些？現行制度需增強哪些環節或配套措施？

藥物成癮者訪談大綱

一、藥物使用的歷程（為何開始使用、繼續使用、何種情況會使用）

二、對戒癮或改善毒癮問題的需求？（毒癮問題對自身的影響）

三、接受過哪些毒癮戒治處遇？（醫院、民間團體、戒治所、監獄）

四、毒癮戒治處遇的幫助如何？（對毒癮問題的幫助與影響）

五、接受毒癮處遇後的復發歷程（哪些面向的原因促使毒癮復發）

六、哪些毒癮戒治或輔助方案可以對毒癮問題有較大的改善？

物質濫用者戒治處遇需求評估表

這是一份針對毒品/藥物濫用者所設計的戒治處遇需求評估，包含 1) 基本資料、2) 職業/技能、3) 家庭/生活狀態、4) 法律狀況、5) 毒品/藥物使用、6) 醫療服務需求，這份調查表目前還在設計、評估中，並不會產生任何實質影響，請您放心填寫。問卷中的問題並沒有標準答案，請您根據自身真實的狀況填答即可。填寫過程中有任何疑問，請隨時向施測人員反應。

第一部份：個人基本資料

01. 單位： _____ 編號： _____

02. 性別： (1)男 (2)女

03. 國曆生日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

04 入監（所）前主要的居住/生活地區：（請單選）

- | | | | | |
|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> (1)台北市 | <input type="checkbox"/> (2)高雄市 | <input type="checkbox"/> (3)基隆市 | <input type="checkbox"/> (4)新竹市 | <input type="checkbox"/> (5)台中市 |
| <input type="checkbox"/> (6)嘉義市 | <input type="checkbox"/> (7)台南市 | <input type="checkbox"/> (8)台北縣 | <input type="checkbox"/> (9)宜蘭縣 | <input type="checkbox"/> (10)桃園縣 |
| <input type="checkbox"/> (11)新竹縣 | <input type="checkbox"/> (12)苗栗縣 | <input type="checkbox"/> (13)台中縣 | <input type="checkbox"/> (14)南投縣 | <input type="checkbox"/> (15)彰化縣 |
| <input type="checkbox"/> (16)雲林縣 | <input type="checkbox"/> (17)嘉義縣 | <input type="checkbox"/> (18)台南縣 | <input type="checkbox"/> (19)高雄縣 | <input type="checkbox"/> (20)屏東縣 |
| <input type="checkbox"/> (21)花蓮縣 | <input type="checkbox"/> (22)台東縣 | <input type="checkbox"/> (23)澎湖縣 | <input type="checkbox"/> (24)連江縣 | <input type="checkbox"/> (25)金門縣 |

05. 入監（所）前主要的居住處所：

- | | | |
|--------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> (1)自家 | <input type="checkbox"/> (2)租屋處 | <input type="checkbox"/> (3)親戚/朋友家 |
| <input type="checkbox"/> (4)旅館 | <input type="checkbox"/> (5)安置/收容處所 | <input type="checkbox"/> (6)居無定所 |

06. 婚姻狀況：

- | | | |
|--------------------------------------|--|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> (1)未婚 | <input type="checkbox"/> (2)未婚同居 | |
| <input type="checkbox"/> (3)已婚，與配偶同住 | <input type="checkbox"/> (4)已婚，不常與配偶同住 | |
| <input type="checkbox"/> (5)分居，未離婚 | <input type="checkbox"/> (6)離婚 | <input type="checkbox"/> (7)喪偶 |

07. 教育程度：

- | | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> (1)沒有接受教育 | <input type="checkbox"/> (2)國小(肄/畢) | <input type="checkbox"/> (3)國中(肄/畢) |
| <input type="checkbox"/> (4)高中(肄/畢) | <input type="checkbox"/> (5)高職(肄/畢) | <input type="checkbox"/> (6)專科 (肄/畢) |
| <input type="checkbox"/> (7)大學(肄/畢) | <input type="checkbox"/> (8)研究所以上 | |

08. 宗教信仰：

- | | | |
|---|----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> (1)無 | <input type="checkbox"/> (2)沒有特定 | <input type="checkbox"/> (3)佛教 |
| <input type="checkbox"/> (4)道教 | <input type="checkbox"/> (5)一貫道 | <input type="checkbox"/> (6)基督教 |
| <input type="checkbox"/> (7)天主教 | <input type="checkbox"/> (8)回教 | <input type="checkbox"/> (9)民間信仰 |
| <input type="checkbox"/> (10)其他 (請說明) _____ | | |

第二部分：職業/技能狀態

01. 是否具備專業證照： (1) 否 (2) 有，證照為：（請說明）。
02. 您的主要經濟來源（請單選）
- (1) 自己賺 (2) 家人/親戚提供 (3) 配偶提供
 (4) 朋友提供 (5) 社會福利津貼或救濟
03. 目前做最久的全職工作時間，約 _____ 年 _____ 月。
[說明：指每週有工作在 35 小時以上，且不一定是最近一次的工作經驗。]
04. 入監（所）前的最後一份職業：
- (1) 無業或失業 如：學生（不包括在職進修）、家庭主婦、自給自足者。
 (2) 主管、經理人 如：經理人員、企業主管
 (3) 專業人員 如：工程師、教師、會計師、作家、音樂家、醫事人員
 (4) 技術員及助理專業人員 如：土木工程、電力技術、電腦技術、證券經紀人
 (5) 技術工與有關工作人員 如：一般電工、油漆、焊接、縫紉
 (6) 機械設備操作及組裝 如：裝配員、作業員、貨車/客車駕駛員、印刷人員
 (7) 事務工作人員 如：行政人員、秘書、收銀員
 (8) 服務工作人員及售貨員 如：導遊、保母、美容化妝師、保全、餐飲人員
 (9) 農林漁牧工作人員 如：動物飼育、栽培、海洋撈捕
 (10) 非技術工與體力工 如：家庭傭工、清潔人員、臨時攤販
05. 入監（所）前一年內主要職業型態為（請單選）：
- (1) 全職(每週超過 35 小時) (2) 兼職(每週時數均固定)
 (3) 兼職、臨時工(每週時數不固定) (4) 季節性工作
 (5) 家管、在家幫忙（薪資不定） (6) 學生、服役（自願役、義務役）
 (7) 退休 (8) 失業、無業
06. 入監（所）前半年內，領有（合法工作）薪水的時間約 _____ 月。
07. 入監（所）前半年內，每月收入(包括非法收入)估計約 _____ 元。
08. 入監（所）前半年內，他人提供金錢，估計每月約 _____ 元。
09. 入監（所）前半年內，需撫養或提供他人之金錢，每月約 _____ 元。
10. 入監（所）前半年內，有求職不易或常換工作的職業困擾？ (1) 否 (2) 是
11. 離開監（所）後可以找到工作？ (1) 沒把握 (2) 有把握在 _____ 月內。
12. 是否曾尋求就業服務或技能訓練？ (1) 否 (2) 是

第三部分：家庭/生活狀況

01. 在入所前半年內，您的主要共同生活/照顧者與/或需要您照顧者。

- (1)父母 (2)男(女)朋友/配偶 (3)小孩
 (4)兄弟姊妹 (5)朋友 (6)獨居(自家/租屋/旅館)

02. 承上題，您對這樣的生活，主觀感受是否滿意？

- (1)不滿意 (2)沒什麼差別 (3)滿意

03. 假日、空閒或不用工作的時候，最常與下列何人一起？

- (1)父母 (2)男(女)朋友/配偶 (3)家人/小孩
 (4)兄弟姊妹 (5)朋友/同事 (6)獨自一人

04. 承上題，您對這樣的生活，主觀感受是否滿意？

- (1)不滿意 (2)沒什麼差別 (3)滿意

06. 請問在入所前 6 個月內，是否有與下列人有口角衝突或有相處問題。

	互動良好	有輕微問題	經常起衝突	不相往來
(1)父、母	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)兄弟姊妹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3)配偶/男女朋友	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4)子女	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(5)常會碰面的親戚家人	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(6)常會碰面的朋友/同事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(7)常會碰面的鄰居	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

07. 您主要的家人/配偶/親人，會對您使用毒品/藥物問題表示關心？

- (1)他們自己也有在用毒品/藥物 (2)不聞不問/已經死心了
 (3)不知道您有使用毒品/藥物 (4)偶而會關心一下
 (4)經常會關心或勸告別再使用 (5)很積極的幫您戒毒

08. 請問您身邊有使用毒品/藥物的親友的人數： 人。（請約略估計）

09. 請問您遭主要親友中，哪些人有使用毒品/藥物問題？

	有成癮	有輕微使用	沒有使用
(1)父、母	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)兄弟姊妹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3)配偶/男女朋友	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4)子女	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(5)常會碰面的親戚、朋友	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. 是否會想要接受家庭諮商或個人諮商、心理治療： (1)否 (2)是

第四部分：法律狀況調查

01. 目前是否有另案審判中： (1) 否 (2) 是，罪名：_____。
02. 目前是否有另案已判決待執行或正合併執行：
 (1) 否 (2) 是，罪名：_____ 刑期：____年 ____月。
03. 入所前的 30 天內，是否有為獲得購買毒品或生活的費用而從事非法活動？
 (1) 否。
 (2) 是，30 天內大概有_____天從事非法活動。（請約略估計）
04. 18 歲以前，曾因毒品使用進入刑事司法體系的次數：
（含少年法院、觀察勒戒所、戒治所、少觀所、保護管束、刑罰等）
 (1) 沒有 (2) 1 次 (3) 2 次 (4) 3 次 (5) 4 次以上
05. 18 歲以後至今，曾因毒品使用進入觀察勒戒所、戒治所的次數：（不含本次）
 (1) 沒有 (2) 1 次 (3) 2 次 (4) 3 次 (5) 4 次以上
06. 18 歲以後至今，曾因毒品使用進入監獄的次數：（不含本次）
 (1) 沒有 (2) 1 次 (3) 2 次 (4) 3 次 (5) 4 次以上
07. 18 歲以後至今，因下列案件被移送/起訴次數？[說明：若都沒有，請填 0。]
- | | |
|-----------------------------|------------------|
| (1) 竊盜：_____次。 | (7) 傷害：_____次。 |
| (2) 違反假釋/緩刑條例：_____次。 | (8) 縱火：_____次。 |
| (3) 製造/運輸/販賣/持有等毒品罪：_____次。 | (9) 性侵害：_____次。 |
| (4) 施用毒品：_____次。 | (10) 殺人：_____次。 |
| (5) 槍砲彈藥防制條例：_____次。 | (11) 性交易：_____次。 |
| (6) 強盜、搶奪：_____次。 | (12) 其他：_____次。 |
08. 18 歲以後至今被起訴定罪的次數總計：_____次，刑期共_____年_____月。
09. 下列各罪名與您毒品使用的關係：
- | | (1) 無相關 | (2) 不確定 | (3) 有相關 |
|----------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| (1) 竊盜： | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 是 |
| (2) 違反假釋/緩刑條例： | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 是 |
| (3) 槍砲彈藥防制條例： | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 是 |
| (4) 強盜、搶奪： | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 是 |
| (5) 傷害： | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 是 |
| (6) 縱火： | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 是 |
| (7) 性侵害： | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 是 |
| (8) 殺人 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 是 |
| (9) 性交易 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 是 |
| (10) 其他 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 是 |

第五部份：毒品/藥物使用調查

請問您在入監（所）前一年內是否有下列狀況：	否	是
01. 曾經超乎預期地大量使用毒品或使用很長一段時間？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02. 嘗試戒掉使用毒品/藥物的行為，但都不成功？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03. 使用毒品/藥物後，需要很多時間才能恢復正常？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04. 曾經因為使用毒品/藥物，以致於		
(1)沒有去工作、上學、或照顧小孩	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)出意外或使他人陷入危險	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05. 因為使用毒品/藥物，而花很少的時間在工作上？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06. 使用毒品/藥物的原因是因為		
(1)情緒或心理問題	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)家庭、朋友、工作或司法問題	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3)身體不適或醫療方面的問題	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07. 需要使用更多毒品/藥物的量，才能感受相同的效果？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08. 需藉由持續使用毒品/藥物以消除戒斷症狀的不舒服？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09. 不使用毒品/藥物時，會感到不舒服或有戒斷症狀？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. 需要靠使用毒品/藥物才能得想要的感覺？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. 會花很多時間在取得毒品/藥物上？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. 使用完毒品/藥物後，做比平常容易衝動、冒險或違法？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. 感覺自己使用毒品/藥物的數量太多了？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. 早上醒來後，想要先使用一下毒品/藥物後再說？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. 覺得自己使用毒品/藥物的行為不太好？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. 覺得自己有使用毒品/藥物成癮的問題？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. 感覺自己毒品/藥物的使用量太多或太頻繁？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. 因為使用毒品/藥物使得人際關係退縮？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. 因為使用毒品/藥物使得經濟陷入困境？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. 停止使用毒品/藥物會有失眠的問題？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. 沒事做就會想要使用毒品/藥物？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. 需要以靜脈注射方式施用毒品/藥物？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. 使用毒品/藥物已經使生活出現問題？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. 使用毒品/藥物已經造成自己跟親人之間互動的問題？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. 只要想戒，就可以戒掉？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. 除了毒品/藥物，很少有其他事可以讓自己感興趣？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

27. 請問您對下列各毒品/藥物的使用情形，如未曾使用或非經常性使用則不用填答

毒品/藥物類別	開始習慣性 使用年齡	是主要或次要的 施用毒品/藥物	已習慣性 使用期間	曾經自願性戒除 或不再施用期間	最後一次施用 在入監(所)前
1. 海洛因	_____歲	<input type="checkbox"/> 主要 <input type="checkbox"/> 次要	____年____月	_____月	_____天
2. 其他鴉片類 (如：鴉片、嗎啡、可待因)	_____歲	<input type="checkbox"/> 主要 <input type="checkbox"/> 次要	____年____月	_____月	_____天
3. 其他麻醉藥品類 (如：速賜康、配西汀)	_____歲	<input type="checkbox"/> 主要 <input type="checkbox"/> 次要	____年____月	_____月	_____天
4. 鎮靜劑 (如：紅中、青發、FM2、安眠藥)	_____歲	<input type="checkbox"/> 主要 <input type="checkbox"/> 次要	____年____月	_____月	_____天
5. K他命、GHB (神仙水、液態快樂丸)	_____歲	<input type="checkbox"/> 主要 <input type="checkbox"/> 次要	____年____月	_____月	_____天
6. 古柯鹼	_____歲	<input type="checkbox"/> 主要 <input type="checkbox"/> 次要	____年____月	_____月	_____天
7. 安非他命	_____歲	<input type="checkbox"/> 主要 <input type="checkbox"/> 次要	____年____月	_____月	_____天
8. 搖頭丸、MDMA 類	_____歲	<input type="checkbox"/> 主要 <input type="checkbox"/> 次要	____年____月	_____月	_____天
9. 大麻	_____歲	<input type="checkbox"/> 主要 <input type="checkbox"/> 次要	____年____月	_____月	_____天
10. 其他迷幻藥類 (如：PCP、魔菇、LSD)	_____歲	<input type="checkbox"/> 主要 <input type="checkbox"/> 次要	____年____月	_____月	_____天
11. 吸入劑 (如：強力膠、有機溶濟、笑氣)	_____歲	<input type="checkbox"/> 主要 <input type="checkbox"/> 次要	____年____月	_____月	_____天

28. 請問您在入監(所)前 3 個月內，對下列各毒品/藥物的使用情形

毒品/藥物類別	入監(所)前 3 個月內平均施用情形					因施用毒品而無法做原本能做的工作				
	無施用	每週 不到 1 天	每週 1-2 天	每週 3-4 天	每週 5-7 天	無施用	每週 不到 1 次	每週 1-2 次	每週 3-4 次	每週 5-7 次
1. 海洛因：	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 其他鴉片類：(如：鴉片、嗎啡、可待因)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 其他麻醉藥品類：(如：速賜康、配西汀)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 鎮靜劑：(如：紅中、青發、FM2、安眠藥)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. K他命、GHB (神仙水、液態快樂丸)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 古柯鹼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 安非他命	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 搖頭丸、MDMA 類	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. 大麻	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. 其他迷幻藥類：(如：PCP、魔菇、LSD)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. 吸入劑：(如：強力膠、有機溶濟、笑氣)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

第六部分：醫療服務意願調查

01. 曾經因為施用毒品/藥物而送醫急診？ (1)否 (2)是
02. 曾經因為施用毒品/藥物造成的其他問題而就醫？ (1)否 (2)是
03. 曾經到醫院戒癮？ (1)否 (2)是

04. 是否做過肝炎檢查？ 沒有。 有
- 檢查結果為：
 B型肝炎 沒有感染 感染 不知道
 C型肝炎 沒有感染 感染 不知道

05. 是否做過愛滋篩檢？ 沒有。 有
- 檢查結果為： 沒有感染 感染 不知道

06. 戒癮需求評估 (下列描述句是否符合您的情形?)	非常 不同意	不同 意	不確 定	同意	非常 同意
1 我每天使用毒品/藥物的次數真的太多了。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 我需要協助，讓我可以處理毒癮/毒癮問題。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 我沒有辦法抗拒毒品/藥物的誘惑。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 毒癮/毒癮問題已經嚴重影響到我和家人的互動。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 我知道我有毒品/藥物使用問題。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 我有嚴重的毒品/藥物使用問題。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 我很努力在改變我的毒品/藥物使用行爲。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 我想我的毒品/藥物使用行爲傷害到其他人。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 我已經沒辦法處理我的毒癮/毒癮問題了。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 我已經很努力在改善我的毒癮/毒癮問題。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 我真的很想要改變我的毒品/藥物使用行爲。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 毒癮/毒癮問題已經對我的生活產生很大影響。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 我已經準備好開始改變我的毒品/藥物使用行爲。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 我曾經找尋一些方法處理我的毒癮/毒癮問題。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 我已經計畫好如何去處理我的毒癮/毒癮問題。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 我的毒品/藥物問題其實挺嚴重的。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 我的毒品/藥物使用行爲導致太多傷害。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 有時候我想我是個毒品/藥物成癮者。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 我沒有辦法脫離毒品/藥物而生活。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 我已經主動地去戒癮或停止施用毒品/藥物。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21 毒癮/毒癮問題已經嚴重影響到我身體健康。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22 如果不快改變我的毒品/藥物使用行爲，我的問題將會越來 越糟。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23 我已經試圖開始改變我的毒品/藥物使用行爲。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24 我使用毒品/藥物的量真的太多了。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25 有時候我想要控制我的毒品/藥物使用行爲。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

