

法務部 104 年度委託報告

104 年度犯罪人危險分級評估與 再犯預測指標之研究案

執行機構：國立臺灣師範大學

研究主持人：李教授思賢 (Tony Szu-Hsien Lee, PhD)

共同主持人：David S. Festinger, PhD、

楊教授士隆 (Shu-Lung Yang, PhD)

吳副教授慧菁 (Hui-Ching Wu, Ph.D.)

研究員：李宗憲

研究助理：溫梅君

研究計畫編號：PG10408-0073

法務部編印

中華民國 105 年 07 月

(本報告研究內容與建議，純屬研究小組意見，不代表本部意見)

中英文摘要

我國單純施用一、二級毒品者，依據法務部統計，經矯正處遇後再涉案率為 74.8%；同時自 2008 年「毒品危害防制條例」修訂第 24 條，施用毒品者得以緩起訴處分附命戒癮治療，亦即從觀察勒戒、強制戒治優先於刑罰的轉向處遇，逐漸轉為倚重緩起訴處分附命戒癮治療，此乃藉由刑事司法轉向制度的前門策略，結合衛生醫療體系，在檢察官與觀護人的監督下，配合尿液檢驗與藥物治療、心理治療與社會復健，以達促使毒品犯戒癮並重新復歸於社會之目標。然而一、二級毒品緩起訴案件中，我國在 2012 與 2013 年撤銷一、二級毒品緩起訴比例分別為 62.9%與 57.0%，因此對於如何針對每一位毒品犯不同的醫療需求與再犯罪傾向，需要有系統、客觀的評估工具，提高個別處遇的有效性。本計畫目的是發展我國具信、效度、系統性與客觀性之毒品施用者再犯危險傾向與分流處遇評估工具（中文版 RANT[®]），以作為檢察官、觀護人或其他社區處遇相關人員準確評估與擬訂分流處遇之參考。

本研究共計召開 3 次專家會議、1 次專家諮詢，有 15 位專家與會，專家背景包括犯罪防治領域教授、檢察官、成癮治療醫師、心理師、社工師、觀護人、縣市毒品危害防治中心承辦人等。專家焦點團體的共識與結論如下：

1. 分流評估的可行性：RANT[®] 可以作為毒品犯的初步評估，雖然內容涉及再犯與醫療需求，但是這些評估向度是做為分流客觀指標，並非醫療專業評估，因此由檢察官或是檢事官進行前端評估相當可行。
2. RANT[®] 信、效度：評估項目皆有過去文獻的支持，為可信且有效的科學實證，能預測再犯風險與醫療需求。
3. 評量結果可以提供檢察官作裁定的參考，檢察官依舊獨立行使職權。搭配檢察官給予緩起訴處分時有哪些監督與治療方案，建議應予以整合與規劃。
4. 本土化評估：因為 RANT[®] 涵蓋再犯危險因子，也包含了醫療上的需求，這些因子有跨文化共通性，加上 RANT[®] 計分有其邏輯性，建議暫時不加我國特有題目。
5. 修改相關辦法與規劃我國處遇內容：有需要修訂毒品戒癮治療實施辦法及完成治療認定標準與毒品危害防制條例。現行處遇多著重於司法內容，建議未來處遇可整合精神醫學、心理治療、公共衛生、社區工作等各領域，平衡司法處遇以及社區處遇，並結合各家暴中心、性侵害中心等次系統，統整成為一個完整的處遇結構。

在實際毒品犯個案評量部分，本研究將 RANT[®] 工具預試於 34 位一、二級毒品緩起訴的個案，依據工具評量結果，中文版 RANT[®] 已具備下列特性：

1. 易讀性：個案多能直接了解題目之意涵，能快速做出直覺式回答。
2. 便利性：個案平均能在 10 分鐘內作答完畢，也可以很快完成計分與風險需求評估的判讀。
3. 具有信度：RANT[®] 隔一週再測信度為 0.8。

結論與建議：本研究結合專家建議與對個案的預試，發現為了落實對毒品施用者的分流處遇，有需要刪除「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」的限制，回歸緩起訴的多元附隨處分。以依據毒品施用者個別的特性及需求，在司法轉向與監督，以及醫療、心理輔導、社會復歸等多元處遇方案的配合下，提供適切的分流處遇，以達到更有效的戒癮與社會復歸的結果。因此，本研究對毒品施用者分流處遇之建議包括：

- (一) 跳脫醫療思維，放寬處遇限制，以達到適合不同類型個案的多元化社區處遇的效果。
- (二) 鼓勵民間參與，發展多元方案，以適合毒品施用者與各類型犯罪人、更生人的矯治及社會復歸需求。
- (三) 司法充分授權，簡化認定程序，以避免增加刑事司法體系之負擔，增加檢察官為緩起訴處附隨處分之意願。

關鍵字：毒品施用者；緩起訴；評量工具；分流

Abstract

According to Ministry of Justice (Executive Yuan, R.O.C.), the recidivism rate is 74.8% for those who simply used Schedule I and/or Schedule II drugs and then received corrections; meanwhile, Article 24 of *Statute for Narcotics Hazard Prevention and Control* was amended to ‘illicit drug users can receive deferred prosecution with conditionality for demanded/compulsory drug abstention and treatment’ indicating a gradual shift from taking diversion actions, i.e. employing observation & abstention and compulsory abstention prior to the use of penalties, to relying on deferred prosecutions with conditionality for abstention and treatment in medical settings. By incorporating both the criminal justice system, e.g. adopting its front-door strategy, and the healthcare system, e.g. monitored by prosecutors and probation officers with other measures including urine testing routine, pharmacological treatment, psychotherapy and social rehabilitation, it is hoped to urge drug inmates to quit their using and return to the society. Nonetheless, among all the deferred prosecution cases concerning Schedule I and/or Schedule II drugs in Taiwan, 62.9% and 57.0% were revoked in 2012 and 2013 respectively. Under that circumstance, in order to improve the effectiveness of individual treatment, more systematic and objective assessment tools and/or procedures are required to meet the different medical demands and recidivism of different drug inmates. This study aims to develop reliable, valid, systematic and objective measures to assess the criminogenic/medical risks and triage of illicit drug users, i.e. the Chinese version of Risk and Needs Triage (RANT[®]), and to serve as reference when accurate evaluation and triage plans are required by prosecutors, probation officers or other community-based treatment personnel.

There were three expert meetings and one expert consulting with 15 experts including professors in the field of crime prevention and corrections, prosecutors, psychiatrists, psychologists, social workers, probation officers and case managers from county- and city-level drug abuse prevention centers involved in this study. The consensus reached and the conclusions made by those experts and focus groups are:

1. The feasibility of Triage: RANT[®] can serve as the preliminary assessment even though its content involves both the drug inmate’s criminogenic and medical demand. Since these assessment criteria are to be considered as objective indicators instead of professional medical evaluations, it is rather workable for either a prosecutor or a prosecutor assistant to conduct a front end assessment (FEA).
2. The Reliability and Validity of RANT[®]: All the assessment entries come

with support from previous literature; that is, they are reliable and effective scientific evidence in terms of predicting the drug inmate's criminogenic risk and medical demand.

3. The assessment result can be regarded by prosecutors as reference without jeopardizing the independence while exercising their authorized power. Since the result can also provide prosecutors with possible monitoring and treatment strategies for deferred prosecutions, some further integration and plans for the abovementioned strategies are to be suggested.
4. The localization of assessment: Since RANT[®] covers the drug inmate's criminogenic risk and medical demand both sharing cross-cultural etc, and its assessing process bears certain logics as well, it is suggested to not include questions exclusive to Taiwan.
5. To amend related regulations and to plan the content of Taiwan's treatment: Both *Regulations for Implementing Drug Abstention and Treatment & Principles for Recognizing Treatment Completion* and *Narcotics Hazard Prevention and Control Act* are in need of amendment. Since the current treatments mostly focus on judicial content, it is suggested to integrate with different fields, such as psychiatry, psychotherapy, public health, community-based intervention, etc., as far as future treatments are concerned, to find balance between judicial treatment and community-based treatment, and to incorporate various subsystems including domestic violence prevention centers and sexual assault prevention centers so that a complete treatment structure can be established.

As far as the actual individual drug inmate assessment is concerned, this study conducted an RANT[®] pilot test on 34 participants receiving deferred prosecutions on their use of Schedule I and/or Schedule II drugs, and the assessment results suggest that the Chinese-version RANT[®] already contains the following distinguishing features:

1. Easy Readability: Most subjects can understand the meaning of the questions and therefore answer the questions rapidly and intuitively.
2. Satisfying Convenience: Averagely speaking, all participants can complete the questions in 10 minutes; the grading and risk assessing can also be done quickly.
3. Significant Reliability: The One-week Test-Retest Reliability of RANT[®] is 0.8.

Conclusions and Suggestions: Based on the suggestions given by experts and the pilot test conducted, this study finds it necessary to eliminate the limitation in Article

24, *deferred prosecution with conditionality for demanded/compulsory drug abstention and treatment in medical setting (Narcotics Hazard Prevention and Control)* and return to multiple conditionality in order to put the triage of illicit drug users in to action. Since a more effective result of drug abstention and returning to the society can be produced when adequate triage can be offered to illicit drug users according to their individual characteristics and demand, and when a multiple treatment project covering judicial diversion and monitoring, medical treatment, psychological counseling/therapy, social returning, etc. can be implemented, this study offers the following suggestions regarding the triage of illicit drug users, and they are:

- (1) Jumping out of the box of pharmacological/medication thinking and loosening the limitation in treatment to produce an outcome of a multiple community-based treatment suitable for different types of individual cases.
- (2) Encouraging private participation and developing multiple projects to meet the corrections of illicit drug users, criminals of all kinds and rehabilitated peoples and their needs to return to the society.
- (3) Giving full judicial authorization and simplifying the recognition procedures to avoid burdening the criminal justice system and to make prosecutors willing to give deferred prosecution with conditionality.

Keywords: Illicit Drug Users, Deferred Prosecution, *Statute for Narcotics Hazard Prevention and Control* Triage, Assessment Tools

目次

中英文摘要	1
第一章 研究主旨	1
第二章 研究背景分析	2
第一節 施用毒品犯罪與緩起訴戒癮治療情形	2
第二節 毒品施用者之轉向與緩起訴附命戒癮治療	5
第三節 毒品施用者的需求與再犯風險評估	6
第四節 毒癮者風險與需求評估工具「THE RISK AND NEEDS TRIAGE (RANT®)」	8
第五節 RANT®實務上的可行性與適用性	9
第三章 研究方法及進行步驟	10
第一節 研究架構與主題	10
第二節 研究流程與研究方法	11
第三節 研究倫理	12
第四節 各行政提供協助分工計畫	13
第四章 研究結果	14
第一節 可行性研究與 RANT® 中文文化版本修訂	14
第二節 毒品施用者分流處遇評估機制	18
第三節 毒品施用者分流與處遇策略模型	22
第五章 結論與政策建議	33
第一節 研究結果與建議	33
第二節 政策建議	34
第六章 參考文獻	37
附錄	40
附錄一 計畫行事曆	40
附錄二 會議記錄	42
附錄三 教育訓練研習會成果	57
附錄四 毒品施用者再犯風險與醫療需求分流處遇評量工具使用手冊	63

圖表次

表 2-1 偵查終結有犯罪嫌疑之施用第一、二級毒品者人數.....	2
表 2-2 偵查終結有犯罪嫌疑之施用第一、二級毒品者再涉案統計.....	3
表 2-3 偵查終結有犯罪嫌疑之施用毒品再涉案者涉案情形 (2004-2013)	3
表 2-4 毒品案件緩起訴處分及撤銷緩起訴處分情形.....	4
表 2-5 一、二級毒品案件緩起訴處分及撤銷緩起訴處分情形.....	4
表 2-6 一、二級毒品案件緩起訴處分撤銷原因.....	5
表 4-1 RANT [®] 再犯風險評估項目.....	15
表 4-2 可行性試驗緩起訴個案分流評估分布情形.....	18
表 4-3 RANT [®] 再犯風險評估標準.....	19
表 4-4 RANT [®] 醫療需求評估標準.....	20
表 4-5 未來可應用的毒品施用者分流評估機制.....	22
表 4-6 RANT [®] 對不同象限的處遇方案.....	22
表 4-7 本土化毒品施用者社區分流處遇及未來建議.....	23
表 4-8 毒品危害防制條例 第 24 條修法建議.....	30
表 4-9 多元化司法監督與社區處遇.....	31
圖 2-1 監控程度由低到高的毒品施用者司法矯正方案.....	7
圖 3-1 研究策略與架構.....	11
圖 4-1 藥事法庭背景與運作.....	19
圖 4-2 毒品施用者刑事案件流程.....	21

第一章 研究主旨

我國對於犯罪人之司法轉向、矯治處遇及更生保護等制度措施，迄今仍缺乏具本土性、科學性及實用性之分級、分類與再犯風險評估之工具與指標，致使司法人員對於犯罪人之處理流程及處遇需求、危險評估多流於主觀經驗之判斷，個案處遇成效更難以有效提升。

以施用毒品案件為例，違反毒品危害防制條例一直為地方法院檢察署新收偵查案件前三大罪名，裁判有罪確定的違反毒品危害防制條例案件中，超過七成五的案件是單純施用，每年逾七千人因施用毒品入監執行。在推動緩起訴處分附命戒癮治療後，單純施用毒品者佔緩起訴社區處遇未結案件五成，如何強化緩起訴個案的篩選與評估機制，及適宜的分類處遇配套方案，是提昇緩起訴處分附命戒癮治療成效，及有效運用司法資源、拓展毒品施用者社區矯治方案的重要關鍵。

本計畫期望藉由發展我國本土化、具信、效度之毒品犯罪人危險分級評估與再犯預測指標的實證研究，提昇個案再犯風險預測評估之公正性與客觀性，作為檢察官、觀護人或其他社區處遇相關人員準確評估與擬訂分流處遇之參考，透過分流機制提供適切之處遇，使司法資源獲得有效之配置，俾降低犯罪人再犯風險，維護社會治安。

第二章 研究背景分析

第一節 施用毒品犯罪與緩起訴戒癮治療情形

違反毒品危害防制條例一直為地方法院檢察署新收偵查案件前三大罪名，裁判確定的毒品案件中，每年有超過七成五的犯罪人是單純施用一、二級毒品，逾兩萬七千人¹（法務部，2015）。

依法務部統計分析（李科泯，2014），近 10 年來（2004~2013 年）地方法院檢察署偵查終結有犯罪嫌疑之施用第一、二級毒品人數為 46 萬 7,418 人次，平均每年有 4 萬多人因施用一、二級毒品而進入刑事司法體系（如表 2-1）。

表 2-1 偵查終結有犯罪嫌疑之施用第一、二級毒品者人數

單位：人、%

年 別	總 計	男 性				女 性					
		計	第一級毒品		第二級毒品		計	第一級毒品		第二級毒品	
				%		%			%		%
93年-102年	467,418	399,780	226,456	56.6	173,324	43.4	67,638	35,920	53.1	31,718	46.9
93年	35,774	30,804	20,019	65.0	10,785	35.0	4,970	3,039	61.1	1,931	38.9
94年	43,222	36,888	22,683	61.5	14,205	38.5	6,334	3,830	60.5	2,504	39.5
95年	39,350	33,135	22,039	66.5	11,096	33.5	6,215	3,972	63.9	2,243	36.1
96年	51,555	44,103	29,509	66.9	14,594	33.1	7,452	4,781	64.2	2,671	35.8
97年	61,005	52,816	36,386	68.9	16,430	31.1	8,189	5,313	64.9	2,876	35.1
98年	49,145	41,964	26,079	62.1	15,885	37.9	7,181	4,133	57.6	3,048	42.4
99年	50,847	43,538	20,784	47.7	22,754	52.3	7,309	3,382	46.3	3,927	53.7
100年	49,250	42,079	18,499	44.0	23,580	56.0	7,171	2,965	41.3	4,206	58.7
101年	46,090	39,305	17,011	43.3	22,294	56.7	6,785	2,560	37.7	4,225	62.3
102年	41,180	35,148	13,447	38.3	21,701	61.7	6,032	1,945	32.2	4,087	67.8

而依最早收案日，不重複為判定標準，施用毒品者總計 14 萬 1,733 人，追蹤至 2013 年底再涉案者共 10 萬 6,087 人，再涉案率為 74.8%，再涉案次數為 70 萬 8,283 罪次，再涉案者平均每人再涉案次數為 6.7 罪次（如表 2-2），且近九成再涉案罪名為毒品罪（如表 2-3），顯見毒品施用者再累犯之嚴重程度，司法處遇、矯治與戒癮治療成效不彰。

¹ 法務部執行裁判確定有罪人數與純施用人數分別為 99 年 35,460/29,428；100 年 36,440/29,351；101 年 36,410/28,553；102 年 36,096/27,705（資料來源：法務部，2015，P9 表 5-1）。

表 2-2 偵查終結有犯罪嫌疑之施用第一、二級毒品者再涉案統計

項 目 別	總計	男性	女性	同一人最早收案之案件罪名						
				施用第一級毒品			施用第二級毒品			
				計	男性	女性	計	男性	女性	
施用毒品人數(A)	人	141,733	119,224	22,509	62,639	53,536	9,103	79,094	65,688	13,406
再涉案人數(B)	人	106,087	91,518	14,569	53,977	46,625	7,352	52,110	44,893	7,217
再涉案率 (C=B/A*100%)	%	74.8	76.8	64.7	86.2	87.1	80.8	65.9	68.3	53.8
再涉案次數 (D)	罪次	708,283	625,349	82,934	415,938	365,744	50,194	292,345	259,605	32,740
平均每人再涉案 次數(D/B)	罪次/人	6.7	6.8	5.7	7.7	7.8	6.8	5.6	5.8	4.5
再涉案可能性Odds (C/(100-C))		3.0	3.3	1.8	6.2	6.7	4.2	1.9	2.2	1.2

說明：1.施用毒品人數(A)係以身分證號碼判定為同一人者僅計1人，並剔除資料缺漏者140人。
2.最早收案之案件同時施用第一、二級毒品者，從重列入施用第一級毒品。
3.再涉案次數(C)係每一再涉案中每一罪名均計1次。

表 2-3 偵查終結有犯罪嫌疑之施用毒品再涉案者涉案情形 (2004-2013)

截至 102 年底止

單位：人、%

再涉案罪名別	總計	男 性						女 性						
		比率	計	比率	第一級 毒品	比率	第二級 毒品	比率	計	比率	第一級 毒品	比率	第二級 毒品	比率
再涉案人數	106,087	100.0	91,518	100.0	46,625	100.0	44,893	100.0	14,569	100.0	7,352	100.0	7,217	100.0
毒品罪	93,748	88.4	80,496	88.0	43,302	92.9	37,194	82.9	13,252	91.0	6,943	94.4	6,309	87.4
竊盜罪	30,850	29.1	28,651	31.3	17,441	37.4	11,210	25.0	2,199	15.1	1,390	18.9	809	11.2
詐欺罪	13,910	13.1	11,955	13.1	6,527	14.0	5,428	12.1	1,955	13.4	1,081	14.7	874	12.1
公共危險罪	11,291	10.6	10,411	11.4	4,711	10.1	5,700	12.7	880	6.0	371	5.0	509	7.1
傷害罪	8,741	8.2	8,248	9.0	3,516	7.5	4,732	10.5	493	3.4	253	3.4	240	3.3
偽造文書印文罪	7,045	6.6	5,904	6.5	2,985	6.4	2,919	6.5	1,141	7.8	649	8.8	492	6.8
贓物罪	5,936	5.6	5,396	5.9	2,909	6.2	2,487	5.5	540	3.7	313	4.3	227	3.1
妨害自由罪	5,647	5.3	5,425	5.9	2,305	4.9	3,120	6.9	222	1.5	113	1.5	109	1.5
槍砲彈藥刀械管制條例	5,460	5.1	5,324	5.8	2,529	5.4	2,795	6.2	136	0.9	65	0.9	71	1.0
侵占罪	3,552	3.3	3,183	3.5	1,520	3.3	1,663	3.7	369	2.5	195	2.7	174	2.4
其他罪名	29,755	28.0	27,487	30.0	13,681	29.3	13,806	30.8	2,268	15.6	1,170	15.9	1,098	15.2

說明：因同一人可能再涉有多種罪名，致各罪名別再涉案人數相加於「再涉案人數」，各罪名別再涉案比率(各罪名別涉案人數/再涉案人數*100)相加於100。

我國自 2008 年「毒品危害防制條例」第 24 條修訂後，施用毒品者得以緩起訴處分附命戒癮治療。法務部在 2011 年更積極推動，將毒品施用者自刑事司法體系轉向至醫療系統，促使其接受醫療戒癮與復歸社會。依據法務部統計(張文玲, 2014)，近年來施用毒品案件偵查終結緩起訴處分比例，自修法後逐年提昇，至 2011 年法務部積極推動緩起訴處分附命戒癮治療時達高峰(6.9%)，隨後逐年下降(如表 2-4)。2012 年、2013 年撤銷緩起訴比例超過五成(62.9%、57.0%)²，撤銷緩起訴比例過高，可能是影響檢察官減少緩起訴處分附命戒癮治療案件的原因。

就一、二級毒品的成癮性與戒癮需求而言，一級毒品海洛因的毒品施用者對戒癮治療的需求，遠高於二級毒品安非他命的毒品施用者。然由一、二級毒品案件緩起訴處分及撤銷緩起訴處分情形可知(如表 2-5)，自 2011 年法務部積極推動緩起訴處分附命戒癮治療後，施用二級毒品緩起訴比例維持在 15% 上下，但施用一級毒品緩起訴案件，則自 16.9% 降至 9.2%，施用一級毒品緩起訴案件撤銷比例高³，應是一級毒品緩起訴案件降低的主要因素。如何強化緩起訴

² 地檢署偵查毒品案件緩起訴處分及撤銷緩起訴處分人數，101 年分別為 3,925 人及 2,470 人，102 年分別為 3,228 人及 1,839 人(資料來源：張文玲, 2014, P2 圖 1)。

³ 自 98 年至 102 年，一級毒品緩起訴案件撤銷比例分別為 40.2%、46.9%、44.4%、80.0%、78.8%，二級毒品緩起訴案件撤銷比例則為 11.8%、23.4%、25.2%、51.3%、49.9%。資料來源：自張文玲, 2014, P2 表 2、P3 表 3 之資料換算)。

個案的篩選與評估機制，及適宜的分類處遇方案，是提昇緩起訴處分附命戒癮治療成效，及有效運用司法資源、拓展毒品施用者社區矯治方案的重要關鍵。

表 2-4 毒品案件緩起訴處分及撤銷緩起訴處分情形

項 目 別	全般刑案								
	偵、及 查緩不 終起起 結訴訴 起處處 訴分分 a				撤緩 起 訴 處 銷分	毒品案件			撤緩 起 訴 處 銷分
	緩起 訴處 分 b		百 分 比 b/a*100	偵、及 查緩不 終起起 結訴訴 起處處 訴分分 c		緩起 訴處 分 d	百 分 比 d/c*100		
	人	人		%	人			人	%
98年	428,389	39,387	9.2	4,385	60,098	2,153	3.6	708	
99年	441,646	44,514	10.1	5,183	64,175	2,825	4.4	1,042	
100年	438,951	49,442	11.3	5,927	64,902	4,457	6.9	1,538	
101年	427,642	48,884	11.4	7,375	62,423	3,925	6.3	2,470	
102年	430,688	48,747	11.3	6,210	58,820	3,228	5.5	1,839	

表 2-5 一、二級毒品案件緩起訴處分情形

項 目 別	第一級毒品起訴處分				第二級毒品起訴處分			
	緩起 訴處 分 a	緩起 訴處 分 b	實施戒癮治療 比 率 c/a*100		緩起 訴處 分 d	緩起 訴處 分 e	實施戒癮治療 比 率 f/d*100	
			人	%			人	%
	人	人	人	%	人	人	人	%
98年	14,102	1,326	1,324	9.4	7,871	351	339	4.3
99年	11,852	1,510	1,510	12.7	11,559	805	785	6.8
100年	11,035	1,868	1,868	16.9	12,392	1,839	1,825	14.7
101年	10,230	1,313	1,313	12.8	12,823	1,990	1,979	15.4
102年	8,574	794	792	9.2	12,890	1,968	1,964	15.2

說明： 1.本表以被告犯毒品危害防制條例第 10 條之罪，所實施緩起訴處分案件為統計範圍。
2.本表毒品起訴及緩起訴人數，一人犯多案者，以一人計。

表 2-6 一、二級毒品案件緩起訴處分撤銷原因

項 目 別	第一級毒品								第二級毒品							
	計		第 1 緩意以起犯上訴有罪期被問徒起		第 2 緩罪徒起，刑訴緩以前期上刑之宣		第 3 違或背履應行違事款守項		計		第 1 緩意以起犯上訴有罪期被問徒起		第 2 緩罪徒起，刑訴緩以前期上刑之宣		第 3 違或背履應行違事款守項	
	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%
98年	532	100.0	336	63.2	41	7.7	155	29.1	40	100.0	10	25.0	2	5.0	28	70.0
99年	709	100.0	414	58.4	55	7.8	240	33.9	184	100.0	56	30.4	22	12.0	106	57.6
100年	830	100.0	445	53.6	55	6.6	330	39.8	461	100.0	147	31.9	45	9.8	269	58.4
101年	1,090	100.0	544	49.9	73	6.7	473	43.4	1,015	100.0	387	38.1	67	6.6	561	55.3
102年	624	100.0	316	50.6	30	4.8	278	44.6	963	100.0	321	33.3	42	4.4	600	62.3

說明：撤銷緩起訴處分依撤銷案件結案為統計基準，並以一人撤銷多件者，以一人計。

第二節 毒品施用者之轉向與緩起訴附命戒癮治療

依據法務部矯正署 2014 年 2 月底的統計資料估算，我國在監受刑人有 46% 與非法藥物使用有關，其中約 23% 是單純施用第一級與二級毒品者(李思賢等，2014)。因施用毒品犯罪率與累再犯率居高不下，從戒癮治療解決施用毒品的根本問題，以降低施用毒品所衍生的司法與社會成本，已為當前迫切需要。目前我國針對毒品施用者所採取的刑事政策，已從觀察勒戒、強制戒治優先於刑罰的轉向處遇，逐漸轉為倚重緩起訴處分附命戒癮治療，此乃藉由刑事司法轉向制度的前門策略，結合衛生醫療體系，在檢察官與觀護人的監督下，配合尿液檢驗與藥物治療、心理治療、社會復健，以達促使毒癮者戒除毒癮並重新復歸於社會之目標。

將轉向制度運用於毒癮戒治並非台灣創舉，美國自 1989 年即開始運用藥事法庭，藉由轉向制度結合刑事司法體系與衛生醫療體系，針對毒癮者的戒癮治療問題，整合刑事司法、醫療、社區等單位，透過藥事法庭的監督，在法官、觀護人員與社區機構的合作下，促使毒品施用者接受戒癮治療和其他相關的服務，以發揮戒癮最大效益。而緩起訴處分附命戒癮治療之概念與藥事法庭設立之意旨具有相似之處。

緩起訴處分附命戒癮治療，除依刑事訴訟法與毒品危害防制條例之相關規定為依據外，2012 年法務部又擬定「防毒拒毒緝毒戒毒聯線行動方案」，就戒毒部分採用胡蘿蔔與棍棒(carrot and stick)理論，檢察官對於施用毒品案件之被告，不以起訴為唯一之手段，而於傳喚被告到庭後，先強力勸諭被告戒毒，如被告同意，由地方法院檢察署之承辦檢察官對於有犯罪嫌疑且具備訴訟條件者，審酌被告犯罪之動機、目的、行為人之生活狀況、智識程度、所生之危險或損害、犯後態度等事項，及公共利益之維護，判斷無追訴必要時，即填寫轉介單交由被告持往毒品危害防制中心報到，毒品危害防制中心則通知被告前往指定之醫療院所評估，其中一張轉介單交還檢察官據以緩起訴處分，另一份轉

介單則交由追蹤輔導員或志工，據以聯繫及督促被告前往評估，如評估適宜使用美沙冬療法或戒癮治療時，得裁量定1年以上3年以下之緩起訴，即進入戒毒（癮）程序，追蹤輔導員或志工並應經常聯繫及督促被告持續使用美沙冬或參與戒癮治療。

依據毒品戒癮治療實施辦法及完成治療認定標準，藉由緩起訴處分，命施用第一級毒品海洛因、嗎啡、鴉片及前開相類製品與第二級毒品者至指定之治療機構接受以連續一年為限的戒癮治療期程，以及觀護人每月一次的定期輔導、定期與不定期尿液採檢，以追蹤毒品施用者的再犯情形。如被告於緩起訴期間，有未依指定時間接受藥物治療逾七日；無故未依指定時間接受心理治療或社會復健治療逾三次；對治療機構人員有強暴、脅迫、恐嚇等行為；採尿送驗呈毒品陽性反應者，視為未完成戒癮治療，由檢察官撤銷緩起訴處分，並提起公訴，同時，請求法院處以重刑（至少1年以上），於判決確定後，指揮入監服刑，使被告在監獄中無從取得毒品而形同強制戒治。

對毒品施用者的司法評估及監督，觀護人針對緩刑或假釋付保護管束的毒品施用者，有「施用毒品之受保護管束人評估表」供其依評估內容進行分類分級，並施予毒品施用者個別化處遇，處遇的內容包含：加強密集約談及訪視次數、加強驗尿、請警方加強監管（複數監督）或加強個案向管區警察報到、視個案需求轉介戒癮治療或相關單位提供協助等。而在監服刑之毒品施用者，監所的教化人員可利用「毒品犯受刑人評估表」及「毒品再犯危險性評估表」進行評估，監獄則依評估內容施予個別化處遇，並作為是否釋放出所或假釋之參考。然而，對於毒品施用者的轉向分流，仍然欠缺合適、有效且客觀的評估工具，包括風險與戒治需求的評估，以及分流的處遇建議。

第三節 毒品施用者的需求與再犯風險評估

（一）毒品施用者的風險評估與分流

隨著矯治成本的上升與戒癮治療理念的演進，越來越多的國家，將大量的非暴力持有毒品施用者從監禁分流到以社區為基礎的方案。司法管轄區持續的矯正方案，大多數是處理與毒品有關的罪犯。如圖 2-1 所示，這些方案從要求最低的審前處遇或是緩起訴報到方案，到中階法院管理的藥事法庭，到最後採取懲罰、或是入監服刑的最嚴格懲罰。隨著監控管理的程度提高，司法、處遇成本也大幅提升。

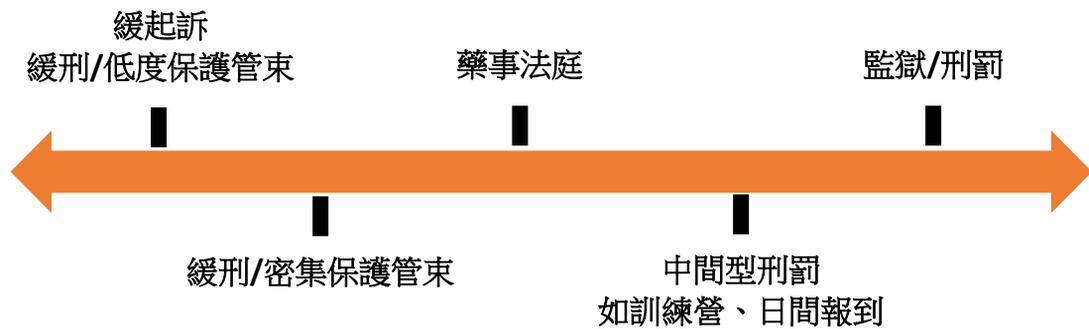


圖 2-1 監控程度由低到高的毒品施用者司法矯正方案

分流處遇對大多數司法機關而言，最關鍵的任務是發展出一套迅速、可靠且高效率的系統來評估毒品施用者，並針對他們的需求做出最有效的判決/分流方案，以減少不必要的成本並提高矯治的成效。這樣的評估必需同時關注犯罪者的犯罪因素需求（criminogenic needs）及醫療需求（clinical needs），才可能達到最有效及最具經濟效益的結果（Andrews & Bonta, 2010; Taxman & Marlowe, 2006）。

1. 犯罪因素需求：促使毒品施用者不太可能在傳統的康復形式中成功戒毒，並因此更可能重新吸毒或犯罪的特性。這些風險並非涉及暴力或危害社會的風險，例如早期的施用毒品或犯罪、經常性的犯罪活動、過去失敗的康復治療...等。
2. 醫療需求：個案心理功能或障礙區域，如能有效處理，可以大大減少重複毒品使用、犯罪和從事其他不當行為的可能性。例如毒癮或酗酒、精神症狀、慢性疾病、文盲...等。

這樣的評估並不意味著應該剝奪高風險或高需求個案參與康復治療或分流處遇的機會，而是需要更多以社區為基礎、更深入、更好的計畫，來改善這些人的預後情形。

（二）預後（犯罪）風險評估

預後風險或稱犯罪風險，是指那些能預測出較差的復健治療效果的犯罪者特質。以毒品犯罪者而言，最可靠和最普遍的預後風險特質包括年輕、男性、青少年期即使用毒品或犯罪、重罪定罪、先前不成功的治療或復健嘗試、符合反社會人格診斷、在反社會同儕中的優越感（Butzin et al., 2002; Marlowe et al., 2003）。為了讓治療能夠成功和克制其毒品使用與違法的行為，具有這些高風險特質的人通常必須被密切監視，並被要求對自己的行為負責。另一方面，低風險的犯罪者，比較不會固著在反社會的發展型態，同時也較可能在受到逮捕

後，有較佳的行為改善表現。因此，對這些人來說，密集式的矯正介入處置成本高，但矯治成效卻可能很有限 (DeMatteo et al., 2006)。更糟的是，這些低風險的犯罪者很可能在與其他高風險的犯罪者相處當中，學習到反社會的態度和行為，並導致他們的預後變差 (McCord, 2003)。

研究顯示，依據風險和需求所做的處置配對 (Matching dispositions by risk and need) 採取分流處置，可以為不同型態的犯罪者帶來更好的矯治處遇結果。例如對有非法藥物成癮問題，且較可能在寬鬆處遇中失敗的犯罪者來說，藥事法庭能產生較佳的處遇結果。對高風險犯罪者採取藥事法庭所獲得的處遇效果，是低犯罪者的兩倍 (Fielding et al., 2002; Lowenkamp et al., 2005)，節省的預算開銷更可高達 50% (Bhati et al., 2008; Carey et al., 2008)。

然而，藥事法庭所提供的完整服務，對那些低風險或是低需求的人來說，便顯得多餘，甚至會帶來反效果。研究顯示，對低風險的施用毒品犯罪者而言，法官低度介入的處遇成效甚至是更好的 (Festinger et al., 2002)，個案由臨床個案管理師直接監督，再由個案管師向法官報告進度，個案僅在需要被督促、改善其治療遵從性時才被傳喚到庭的情況下，他們往往能進展得更好。這樣的安排不僅減輕法庭的負擔，也減少了高風險者與低風險者接觸的機會。

第四節 毒癮者風險與需求評估工具「the Risk and Needs Triage (RANT[®])」

RANT[®] 是美國 TRI (Treatment Research Institute) 團隊研究發展出的毒品施用者再犯風險與醫療需求分流的評估工具，是一份簡短、容易上手、有實證研究支持的分流評量工具，提供給美國藥物法庭法官和其他刑事司法決策者的決策使用，能幫助法院工作者判定對藥癮者最佳的監控和治療處遇方式，目前美國有 29 州 200 多個法院採用這套評量工具。這套工具建立在實證研究的基礎上，確認毒品施用者能被配到合適的處遇方式，並符合他們的再犯風險和醫療需求，對其在社區矯正機構的處遇成效有相當良好的結果 (李思賢等, 2014)。在一份藥事法庭的研究報告中蒐集了 473 名個案，有 43% (205 名) 的個案落在低風險低醫療需求向度，而在這些低風險低醫療需求的個案之中，又有 87% 個案可從其建議的處遇中順利結案，且追蹤六個月之後，有高達 97% 的個案不會再有犯罪行為 (Karen L. Dugosh et al., 2014)。與其他評估工具相較之下，RANT[®] 更有下列優於其他評估工具的特性：

1. RANT[®]能同時評估再犯風險和醫療需求，將個案分類成與矯治方案直接相關的「象限」概念。
2. RANT[®]施測執行時間不到 15 分鐘，且不需要大量的臨床培訓。
3. RANT[®]包含網路功能，可以讓多個個案同時跨司法管轄區使用（有適當的安全保護與密碼登錄）。

RANT[®]包括個案的風險與需求評估，由法院或是地檢署相關人員來實施，可以在 15 分鐘內完成。由系統自動產生的評估報告簡單易懂，將毒品施用者歸類為四種再犯風險/醫療需求象限的其中一種，讓司法人員判斷哪些是適合個案的矯正處遇與治療。例如毒品施用者如果是屬於再犯可能性高與醫療需求低，會建議加強司法監督與較少的醫療介入。相反的，如其是屬於再犯可能性低與醫療需求高，則會建議加強醫療介入與較少的司法監督。

RANT[®]於 2014 年獲得美國 TRI 團隊同意進行中文化，並經預試與信效度檢驗，中文化後試題的內容、意涵經專家確認與原試題相同，受試者也都能理解、掌握（李思賢等，2014）。

第五節 RANT[®]實務上的可行性與適用性

在「毒品再犯風險與醫療需求分流處置評量工具之研究」的前導性研究中，除針對 RANT[®]進行中文化與信效度檢驗外，同時以五場焦點座談方式，針對 RANT[®]在實務上的運用進行討論（李思賢等，2014）。除了對個案的分流評估外，處遇策略也是可行性與適用性所關注的議題，所有與會的實務工作者與專家學者都認為，RANT[®]不僅可輔助檢察官判斷是否對毒品施用者緩起訴，所提供的處遇建議，也有機會能降低毒品施用者的再犯情形。

整體而言，我國各地方法院檢察署對毒品施用者的緩起訴處分附命戒癮治療，並無一致性的評估指標與評估方式，多基於毒品施用者犯次、意願，以及檢察官價值判斷與好惡、自由心證、政策導向、相關資源為判定，因此毒品施用者難免產生質疑，對於矯治或治療成效之影響更難以估計。因此，實務上對 RANT[®]的引進非常期待。而 RANT[®]的可行性分為環境與工具兩個層次來探討，環境的部分需考慮到台灣現行的法律及社會現況，工具部分則要考量對實務工作者及毒品施用者是否易讀、易懂，以及測驗的有效性。

第三章 研究方法及進行步驟

第一節 研究架構與主題

本研究之目的，在發展簡短、易操作且有實證研究支持的毒品犯罪人再犯風險與分流處遇評估工具「the Risk and Needs Triage (RANT®)」，並建立本土化初步資料，以供司法人員藉以評估施用毒品者之戒癮治療處遇需求及再犯危險，俾便擬定後續之分流與處遇措施，以使司法資源獲得有效之配置與利用，並降低毒品施用者再犯率、維護社會治安。

奠基於前導性研究 (pilot study) — 「毒品再犯風險與醫療需求分流處置評量工具之研究」之研究成果 (李思賢等, 2014)，本研究以可行性試驗 (feasibility study) 確認 RANT® 的中文化與操作實施適切性，包括試題內容、施測方式與流程、實際個案的適用、處遇建議…等。因此，本研究之策略與架構如圖 3-1 所示，研究主題包括：

- (一) RANT® 試題的本土化修訂，以符合我國國情，及施測者與受測者的理解與直覺判斷。
- (二) 取得我國毒品施用者的 RANT® 施測結果分布概況，以評估是否有修訂調整 RANT® 計分標準之必要。
- (三) 將美國藥物法庭的分流處遇評估機制做技術轉移，以符合我國現階段緩起訴處分流程。
- (四) 編訂「毒品犯罪人危險分級評估與再犯預測指標工具使用說明與處遇策略手冊」，以作為指導司法人員瞭解本項工具編訂原則與使用方式之教材。
- (五) 舉辦「毒品犯罪人危險分級評估與再犯預測」工作坊，促使緩起訴附命戒癮治療相關實務工作者熟悉 RANT® 評量工具及其應用。
- (六) 規劃我國毒品施用者的再犯風險與處遇需求之評估及分流處遇之政策建議。

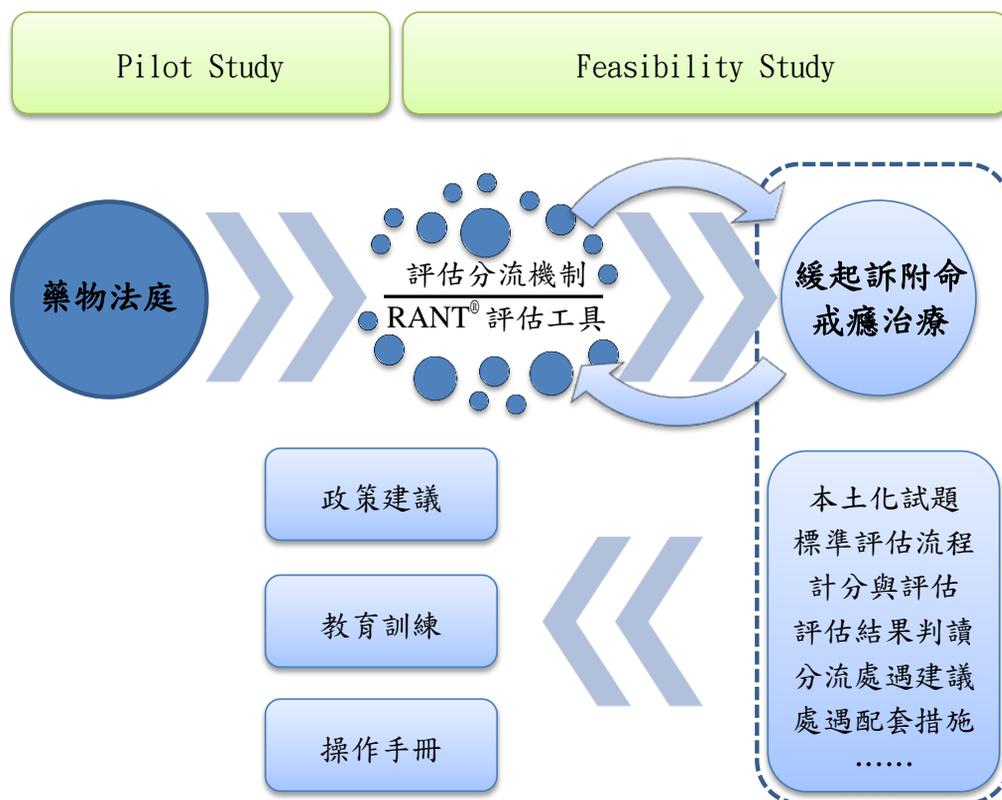


圖 3-1 研究策略與架構

第二節 研究流程與研究方法

為有效發展具實證研究支持，且適合我國國情、簡單易用之施用毒品犯罪人再犯風險與分流處遇評估工具，及相對應的操作流程與配套措施，本研究將透過文獻資料研究、調查研究、專家座談、教育訓練等方式，以建構本土化的評估工具、評估流程與相關機制，並建立本土化資料、擬定適切之再犯評估指標與分流判斷，及相對應的配套措施建議，以供司法人員藉以評估施用毒品者之戒癮治療處遇需求及再犯危險，俾便擬定後續之分流與處遇措施，以使司法資源獲得有效之配置與利用，並降低毒品施用者再犯率、維護社會治安。

本研究之流程與相對應之研究方法、工作內容說明如下：

- (一) 文獻資料研究：蒐集國內外有關毒品犯罪人危險分級評估與再犯預測指標相關研究文獻，以作為本項研究產出工具與處遇策略之基本模型，資料內容包含：
 1. RANT® 的評估與分流處遇的相關理念、操作流程、配套措施、問題困境與因應方式等。
 2. 其他的毒品犯罪人危險分級評估與再犯預測指標資料。
- (二) 第一階段可行性研究 (feasibility study)：透過調查研究方式，與臺灣臺北地方法院檢察署或臺灣新北地方法院檢察署合作，對施用毒品嫌疑犯抽樣實施 RANT® 評估，抽樣 8~12 人實施評估，主

要目的包括：

1. 廣泛發掘 RANT[®] 中文化版本的潛在問題，以完成 RANT[®] 中文本土化，符合我國國情，及施測者與受測者的理解與直覺判斷。
 2. 熟悉地檢署執行緩起訴評估的實務操作流程，俾便進行美國藥物法庭與 RANT[®] 評估流程技術轉移。
- (三) 第二階段可行性研究 (feasibility study)：透過專家座談方式，確立 RANT[®] 評估分流制度在本土化過程的信、效度，主要方式包括：
1. 邀請美國 RANT[®] 實務專家學者視訊座談，就前階段 RANT[®] 本土化可行性研究之結果與發現進行討論，以確立 RANT[®] 評估分流制度在本土化過程的信、效度，及在政策及技術上之可行性。
 2. 邀請相關領域專家學者參與座談，確立 RANT[®] 評估分流制度在本土化過程的信、效度。
- (四) 第三階段可行性研究 (feasibility study)：透過調查研究與專家座談方式，確立 RANT[®] 本土化評估工具計分、分流處遇評估指標、處遇建議，以確立 RANT[®] 評估分流制度在政策及技術上之可行性，主要實施方式包括：
1. 調查研究：與臺灣臺北地方法院檢察署合作，對施用毒品嫌疑犯抽樣實施 RANT[®] 評估，預計抽樣 30 人實施評估，以評估是否有修訂調整 RANT[®] 計分標準或分流處遇評估指標之必要。
 2. 專家座談：邀請相關領域專家學者、司法及戒癮治療、社區處遇實務專家參與講座及座談，確立 RANT[®] 評估分流制度及在政策及技術上之可行性。
 3. 教育訓練：舉辦「毒品犯罪人危險分級評估與再犯預測」工作坊，促使緩起訴附命戒癮治療相關實務工作者熟悉 RANT[®] 評量工具及其應用，並確認 RANT[®] 評估分流制度在政策及技術上之可行性。

第三節 研究倫理

就執行本研究涉及之相關人員權益、倫理議題與守則說明如下：

(一) TRI 機構：RANT[®] 是 TRI 機構在美國註冊的商品，故

1. RANT[®] 產權仍屬於 TRI，為維護 TRI 機構之法律權益，以及避免侵害著作財產權，詳細 RANT[®] 相關資料請洽詢以下網頁：

<http://www.tresearch.org/tools/for-courts/rant/>

2. 執行研究之人員、研究參與者，包含受試者與參與座談專家，皆需簽署保密協議。

(二) 受試者：受試者為施用毒品嫌疑犯，為保障其權益

1. 受試者知情同意：包括對研究目的與施測流程、影響或疑問之了解，及同意參與研究、中止參與研究之權力。
2. 受試者不因同意接受施測與否，及施測之結果，而對刑事司法程序及處遇、戒癮治療產生不利之影響。
3. 焦點座談參與者：知情同意，參與者在會前能夠獲得相關的資訊，包含本研究、RANT[®]、討論議題等相關資訊。

第四節 各行政提供協助分工計畫

行政單位	協助內容
法務部保護司	<ol style="list-style-type: none"> 1. 督導本計畫執行進度 2. 協助本計畫之工作協調 3. 提供毒品危害防制運作現況資料 4. 提供瞭解毒品危害防制運作之實務工作者（檢察官、觀護人等） 5. 參加本計畫期末舉辦之成果發表
內政部警政署	派任瞭解毒品危害防制運作之實務工作者參與本計畫題項之擬定
各縣市檢察與觀護單位	<ol style="list-style-type: none"> 1. 協助本計畫所需評估空間 2. 協助本計畫焦點團體訪談所需實務工作者與空間 3. 參與本計畫題目之擬定、實際測試、並與專家共同討論

第四章 研究結果

第一節 可行性研究與 RANT[®] 中文化版本修訂

一、 添加本土化再犯因子試題評估

毒品再犯的因素相當多也相當複雜，綜觀國內外對毒品施用者再犯的相關研究，毒品施用者的再犯風險，大致可以分為個人因素、環境因素與毒品接觸風險三個面向，例如個人因素部分有關注在負向情緒 (Colder & Chassin, 1997)、尋求刺激 (Wanger et al., 1991)、神經質性格 (高振傑、柯慧貞, 2002; Ingram & Price, 2001; McCormick et al., 1998)、衝動性格 (Kuo et al., 2002)、認知功能與注意力缺陷 (Giancola et al., 1999)、憂鬱 (呂淑好等, 1999)、憂鬱 (Turrina, 2001; Kelder, 2001) ... 等特質。環境因素部分則關注在家庭成員物質濫用 (Resnick et al., 1997)、放任或威權教養 (周碧瑟, 1999; Turner, 1995)、父母的高期望 (鄭泰安, 1999)、家庭暴力 (Fergusson & Horwood, 1998)、親子衝突 (Turner et al., 2000)、家庭結構不完整 (Baus et al., 2002; 周碧瑟, 1999, 蔡尚穎等, 1996) ... 等。毒品接觸風險如同儕影響 (柯慧貞, 2003; Morojele et al., 2002; Johnson, 1997)。

事實上毒品再犯的因素不是單一因素可以預測或解釋，常常是多個因素交互作用的結果。國內研究也發現，當用藥渴求產生時，毒品的取得管道、環繞用藥的社會環境將會觸動藥癮復發，導致其對藥物效果的期待、覺得心癮難耐而對戒癮失去信心；在情感上，更會因為壓力、逃避負面情緒而導致再使用毒品 (潘昱萱、黃秀瑄、潘虹妮、林瑞欽, 2008)；社會與同儕壓力是導致毒品使用者再使用的前驅因素，而社會適應力、情緒穩定性以及教育程度則與毒品在使用有相關 (Yen & Chang, 2005)。

近年來本土化研究則著重在再犯危險因子與保護因子的探討，可以看到家庭是影響藥物成癮患者再犯的重要因素之一 (程玲玲, 1997; 林健陽、陳玉書, 2006; 林倩如, 2006; 鄭瑞隆, 2010; 王振宇, 2010; 顏旻秀, 2011; 張明華, 2011)，當家人關係重建時，可以降低再犯率 (陳碧珍, 2005)，且在監獄的受刑人，若在服刑中有家屬的接見，其再犯率也會比較低 (李思賢, 2010; 江振亨, 2011)，可見其家庭因素對毒品再犯之重要性。而除了家庭因素之外，不良友伴影響 (柯慧貞, 2003)、職業 (李思賢, 2010; 王振宇, 2010; 張明華, 2011) 也都是影響毒品施用者是否再犯的重要因素。

因為毒品再犯因素的複雜性，且 RANT[®] 的主要目的是成為迅速、可靠且高效率的毒品施用者評估系統，依據其犯罪因素需求 (criminogenic needs) 及醫

療需求 (clinical needs) 做出最有效的分流方案，以達到最有效及最具經濟效益的矯治處遇結果。所以 RANT[®] 在對毒品施用者進行評估時，不會像臨床診斷或學術研究般，對毒品施用者的各個再犯危險因子進行專業的診斷評估，RANT[®] 的每個評估項目必須是簡短、可客觀量測，且不需要臨床診斷評估訓練的。所以 RANT[®] 以間接測量方式，評估個案在社會生活或行為上的反應情形，而這些評估項目皆有可信和有效的科學證據，證實能顯著預測矯治處遇及戒癮治療的結果，包括年齡、居住、就業、犯罪、不良友伴、用藥、戒癮及精神診斷結果等。依據研究團隊對 RANT[®] 再犯風險評估項目的分析，這些間接評估的項目實際含攝了許多再犯危險因子，也包含了本土化研究的結果。

表 4-1 RANT[®] 再犯風險評估項目

分組	項目	實證基礎/概念	含攝因素
RG1	目前年齡	年輕的毒品施用者通常需要更密集的監管。	自我發展、戒癮動機...
RG1	居住穩定	不穩定的生活模式對治療反應較差，且不遵守監管的可能性更大。	生活穩定、家庭結構、支持系統、其他社會問題...
RG1	就業穩定	穩定就業的程度通常與未能履行監管要求有關。	性格、社會適應、支持系統、人際互動、其他社會問題...
RG1	不良友伴	與偏差友伴的接觸情形，能預測個案對治療和監管要求的反應	環境因素、支持系統、接觸風險...
RG2	用藥年齡	越早接觸毒品個案，對治療反應較差，需要更密集的監管。	人格特質、環境因素、社會適應、支持系統、接觸風險...
RG3	初犯年齡	初犯年齡越早，犯罪矯治效能越糟。	自我發展、性格、品性疾患、家庭結構...
RG4	戒癮記錄	曾參加戒毒的個案，對處遇的反應較差，需要更密集的監管。	人格特質、環境因素、社會適應、支持系統、接觸風險...
RG5	傳喚未到	經傳喚未到而被拘提、通緝，能預測遵守監管要求的可能。	人格特質、環境因素、支持系統、其他社會問題...
RG6	司法轉向	成年後的轉向失敗經驗，能預測對未來處遇的服從性與結果。	人格特質、環境因素、支持系統、其他社會問題...
RG7	犯罪記錄	成年後的輕重罪犯罪紀錄，能預測再犯的可能。	人格特質、環境因素、社會適應、支持系統、社會控制...

另外，由於 RANT[®] 為一套具有版權之分流處遇建議工具，本團隊僅授權使用翻譯為中文版本，僅能就台灣之專業名詞或是法條定義做修正，無法針對題目做大幅度的增減，且若加入本土的題目之後，極有可能因為改變施測流程、

所需時間與計分方式的關係，改變原本建立的信度與效度，進而影響處遇的切點分數，而左右了處遇的建議，恐影響分流工具之本意。因此團隊決定不加入本土化的再犯因素題目，但會調整處遇建議的細項，使之適用於台灣環境以及目前緩起訴現況。

二、 RANT® 中文版可行性研究實施結果

(一) 施測情形

本計劃共執行 2 次施測，第一次施測主要目的在於進行試題修訂評估（第一階段可行性研究），第二次施測主要目的在於評估個案分流的分布情形（第三階段可行性研究）。兩次施測執行情形如下：

1. 實施場地：

第一次施測：中華民國解癮戒毒協會

第二次施測：臺北地檢署觀護人室、中華民國解癮戒毒協會

2. 個案來源：

第一次施測：施用毒品緩起訴個案

第二次施測：施用毒品緩起訴個案

3. 施測標準語：

第一次施測：施用毒品緩起訴個案

此套測驗主要目的是為了以後針對緩起訴的分流評估做建議，研究團隊想瞭解題目的意思是否清晰且好理解，因此邀請您來幫忙，此次作答內容僅供研究團隊使用，並不會提供給第三者知悉，因此並不會影響您現在以及未來的任何處遇，若在填寫過程中有什麼問題的話，請您隨時發問，準備好了就可以開始作答了。

第二次施測：

您好，我是國立台灣師範大學的研究助理，我們目前正在進行一個研究計畫，希望使用一套工具來快速的做毒品個案之評估，了解個案的再犯風險是高還是低，醫療需求是高還是低。我們的研究內容和地檢署、您的處遇表現皆無關係，且我們的研究遵守研究倫理之規範，所有的作答內容僅我們研究團隊會知悉，請您放心作答。

4. 個案概況：

第一次施測：共收集了 12 名個案，其中男性 10 名，女性 2 名，平均年齡為 30 歲。

第二次施測：共收集了 34 名個案，其中男性 28 位，女性 6 位，平均年齡為 35 歲。

(二) 可行性研究預試分析與試題調整

第一次施測主要是想了解在個案意識正常之下，此套工具對於個案來說是否有難以理解其用語或意思，以及答題選項是否符合實際狀況。總體施測時間

約為 100 分鐘，平均每人 10 分鐘內可完成，符合 RANT[®] 可迅速作答、易操作之本意。施測採一對一方式進行，將電腦試題設立於研究人員以及受試者中間，雙方皆可見試題畫面，在作答途中若受試者有疑問皆可隨時提出，由研究人員給予協助與回答。

我們針對預試的 12 位個案，隨機選取 6 位進行一週後的再測，共完成 5 位，再測信度係數高達 0.8。

從預試報告中可以看出，施測人員需熟悉 19 個問題，包含其背後函意以及所要瞭解之向度，還有個案針對各個問題可能會提出的問題，才能迅速又準確的得出我們想要之結果，也才不違背 RANT[®] 之本意。因此針對 RANT[®] 編寫「毒品施用者再犯風險與醫療需求分流處遇評量工具使用手冊」有其必要性，也必須針對施測人員舉辦教育訓練，才能達到標準化之成效，並提高此套分流工具之信度以及效度。

三、 可行性研究個案評估結果分析

第二次施測主要目的，是為了解施用毒品緩起訴個案在分流處遇評估中的分布情形，並同時檢驗、評估試題修正後，個案對試題的理解情形。

經由前一次修正題目以及檢討之後，此次收案在閱讀題目以及說明的部分順利很多，個案能直接了解題目之意涵，僅有少數個案須再將題目口語化或是轉換量詞(例如:題目本為「過去 12 個月，有幾個月從事每週 20 小時以上之穩定且合法的工作」，施測員唸完題目若個案仍不瞭解時，會改說「過去一年都有在工作嗎?每天有工作至少四小時以上嗎?」)

但由於地點在觀護人室，為緩起訴個案報到地方，觀察個案的作答仍有所顧忌，第一次回答的答案都以「此次緩起訴」的狀況為主，例如第一次吸毒時間，要多次詢問才能得到答案。然相較於在觀護人室個案之謹慎，中華民國解癮戒毒協會的個案在作答時較無顧忌，多半快而精準的作答，但也有可能是因為他們多半前科較少甚至無前科，因此也沒有其他欲隱瞞之事。

此次施測共收集了 34 名個案，其中男性 28 位，女性 6 位，平均年齡為 35 歲，首次犯罪年齡平均為 26.8 歲。有七成(25 名)個案在一年內都有穩定且合法之工作，並且是整年皆有在工作，有不到一成(3 名)的個案則是一整年都沒有穩定且合法之工作，有不到兩成個案(6 名)是工作 6 個月以上但未滿一年。

在刑事紀錄方面，多數個案在此次緩起訴之前都沒有參與過其他緩起訴或是審前轉向方案，僅有 6 名(17.6%)個案有參加過其他緩起訴或是審前轉向方案。有 4 名(11.8%)個案被判過重罪，有 9 名(26.5%)被判過輕罪。

在藥物使用方面，首次規律使用毒品、酒精的年齡為 23.8 歲。18 歲以後參與或嘗試參與藥物治療的個案有 6 名(17.6%)，有 3 名(9%)個案在過去一年有出現過戒斷症狀，有 3 名(9%)個案表示過去一年在使用非法物質會越用越多失去控制，有 4 名(11.8%)個案過去一年對毒品有產生渴求或是強迫，也有 4 名(11.8%)個案有藥物濫用方面的慢性生理疾病。

五成六的個案表示已經沒有跟從事犯罪活動或是用毒品的人在一起，自述和犯罪人、用毒品之人相處時間一點點、有一些的個案各有 7 名(20.6%)。

在精神疾病診斷方面，有 9 名(26.5%)個案自述曾有醫師診斷其有相關之第一軸精神疾病。

本次預試依美國 TRI 機構所給之計分方式計分以後，個案分流情形如下表 4-2 所示：

表 4-2 可行性試驗緩起訴個案分流評估分布情形
再犯風險

		低	高
醫療需求	高	第二象限 (LR/HN) 7 人(20.6%)	第一象限 (HR/HN) 6 人(17.6%)
	低	第三象限 (LR/LN) 7 人(20.6%)	第四象限 (HR/LN) 14 人(41.2%)

第二節 毒品施用者分流處遇評估機制

一、美國藥事法庭與 RANT[®] 評估機制

美國藥事法庭 (Drug Court) 的起源，可以追溯到 1989 年的美國佛羅里達州的邁阿密，當時古柯鹼大流行，法官無法忍受成癮的毒犯出獄後，很快又復發 (即再犯) 被抓回到監牢，且監所經常人滿為患。因此佛羅里達州幾位法官，基於整合司法、矯正、保護、檢察、教育、與執法單位，共同提出完整介入模式之理念，於原有司法體系內創立藥事法庭。最早是針對非暴力成癮之毒品施用者，提供主動接受法院監督治療計畫的選項，以作為交換較短的刑期。

依據 Center for Court Innovation 對佛羅里達州藥事法庭治療方案所進行的研究發現 (Rempel, et al., 2003)，能完成藥事法庭監督治療方案的毒品施用者，再犯的比率顯著降低。而基於佛羅里達州藥事法庭的成功經驗，此一制度逐步被推廣，並由相關專業人員共同成立專業協會，積極進行推廣活動及專業人員培訓課程。近年來的研究顯示，毒品施用者若能在藥事法庭制度完整監控下完成 12-18 個月的療程，則一年內再犯率可由 60%~80% 降低至 4%~29%，是有效降低毒品施用者再犯率的方法之一 (李思賢, 2014; Amanda & Rempel, 2005)。

藥事法庭之目的，乃藉由法庭來管理藥癮者之戒治，結合社會、社區與醫療資源，促使藥癮者能夠回歸社會正常生活，而非僅將藥癮者由司法處遇體系轉介至藥癮戒治體系，藥癮者之戒治仍為藥事法庭之核心目標。藥物法庭需依據藥癮者之狀態，給予合適有效的戒治處遇，並引進社區與醫療支援，協助藥癮者戒癮並回歸社會，藥癮戒治之實務工作雖有專業團體負責，但藥事法庭仍須掌握藥癮者之戒癮進度、監督藥癮者用藥情形，以及藥癮戒治體系的專業能力。目前美國對於毒品使用者所進行之各類治療方法朝向多樣性，讓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，對受治療者

其他社會福利需求、共病問題或醫療等需求也應予以滿足，所以治療目標包括讓個體在家庭、工作、與社區回復生產功能。而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，意即當提供完整體療程之後，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（李宗憲，2010）。整體的藥事法庭運作可歸納如下圖 4-1 所示（Amanda & Rempel, 2005）：

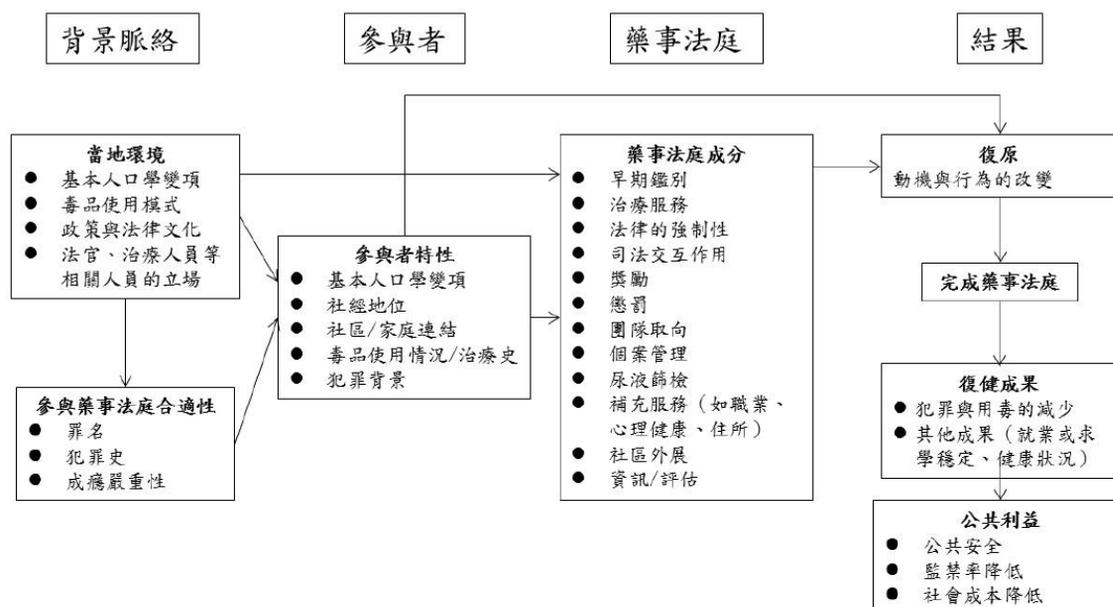


圖 4-1 藥事法庭背景與運作

由於藥事法庭處遇的多樣性，對毒品施用者的處遇評估與分流就更顯得重要。是以 RANT[®] 透過個案的犯罪風險以及醫療需求評估，將毒品施用者歸類為以再犯風險及醫療需求為主軸的四個象限的其中一種，以提供藥事法庭對參與方案的毒品施用者進行分流處遇。

RANT[®] 題目分為再犯風險評估項目 (RG1~RG7) 與醫療需求評估項目 (N1~N5)，並依據風險標準進行判斷。RG1 至 RG7 的再犯風險評估項目只要有一項判斷為高風險，個案即屬高再犯風險。N1 至 N5 的醫療需求評估項目只要有一項判斷為高需求，個案即屬高醫療需求。

表 4-3 RANT[®] 再犯風險評估標準

分組	項目	風險標準	高風險判斷
RG1	目前年齡	≤24	有兩項符合風險標準
RG1	居住穩定	≥2 是	
RG1	就業穩定	<6	
RG1	不良友伴	經常 幾乎	
RG2	用藥年齡	≤13	符合風險標準

RG3	初犯年齡	≤15	符合風險標準
RG4	戒癮記錄	≥2	符合風險標準
RG5	傳喚未到	≥3	符合風險標準
RG6	司法轉向	≥2 ≥2	任一子題符合風險標準
RG7	犯罪記錄	≥2 ≥2	任一子題符合風險標準

表 4-4 RANT[®] 醫療需求評估標準

分組	項目	需求標準	高需求判斷
N1	戒斷症狀	是	符合需求標準
N2	成癮依賴	是	符合需求標準
N3	用藥渴求	是	符合需求標準
N4	精神診斷	是	符合需求標準
N5	慢性疾病	是	符合需求標準

RANT[®] 這套工具所產生的結果，是一種實證性配對毒品施用者到合適的社區矯正方案的概念架構。採用 2×2 矩陣，毒品施用者可同時對應其再犯風險和醫療需求到四個象限的其中一個，每個象限將直接影響對個案選擇合適的矯正處遇和行為復健治療。被歸為低再犯風險和低醫療需求類別的個案，通常需要最少的監控和治療服務；被歸為低再犯風險和高醫療需求類別的個案，通常需要涉及密集治療以及較少的監控，以防止其復發的整合性處遇；被歸為高再犯風險和低醫療需求類別的個案，通常不需要太多的治療服務，而需要密切監管，並對自己的行為負責；被歸為高再犯風險和高醫療需求類別的個案，通常需要涉及密集治療、密切監控以及為自己行為負責的整合性處遇。依據電腦計分的結果，RANT[®] 評估系統將直接顯示個案的特性與建議的處遇方案。

二、 地檢署緩起訴附命戒癮治療評估

RANT[®] 這套工具主要是提供美國藥事法庭作為毒品施用者的社區矯正處遇方案建議，是一種實證性配對毒品施用者到合適的社區矯正方案的概念架構。目前台灣對於毒品施用者的司法處遇，雖然僅有徒刑及觀察勒戒與強制戒治、緩刑、緩起訴等轉向制度，並沒有明確的社區矯正或處遇方案，然而緩刑與緩起訴制度已賦予法官及檢察官對當事人設定負擔的權力，包括完成戒癮治療、精神治療、心理輔導或其他適當之處遇措施，以及預防再犯所為之必要命令。並有觀護制度輔助，對當事人進行監督、輔導、行狀考察等。因此，事實上緩起訴處分制度已可如美國藥事法庭制度般，依據對毒品施用者的再犯風險與醫療評估結果，對毒品施用者進行分流處遇。所差異者，僅在目前台灣社區

矯治資源及處遇方案仍較為欠缺，以及當當事人違反指令或規定時所能給予的懲罰較為侷限。

毒品施用者被警察逮捕之後，所可能經歷的司法流程如下圖 4-2 所示。依據 RANT[®] 前導性研究之結果（李思賢，2014），訪談的五個縣市地檢署對符合緩起訴要件的毒品施用者是否給予緩起訴處分，並沒有一定的評估或判斷標準，而由檢察官綜合個案個別情形進行判斷，例如單純施用、性別、前科數、前科與本案間隔時間、毒品使用級別、家庭支持、職業、經濟狀況、態度（誠實與否）、居住地、參與意願、醫院評估...等，決定是否給予緩起訴。除讓毒品施用者有質疑與爭議的空間，相對於起訴判決服刑的戒治成效，更難以評估。而緩起訴處分附命戒癮治療的處遇方案，由於法規限制，僅能由醫療院所執行藥物治療或團體/心理治療，並輔以觀護人定期報到與尿液檢驗的監督機制。

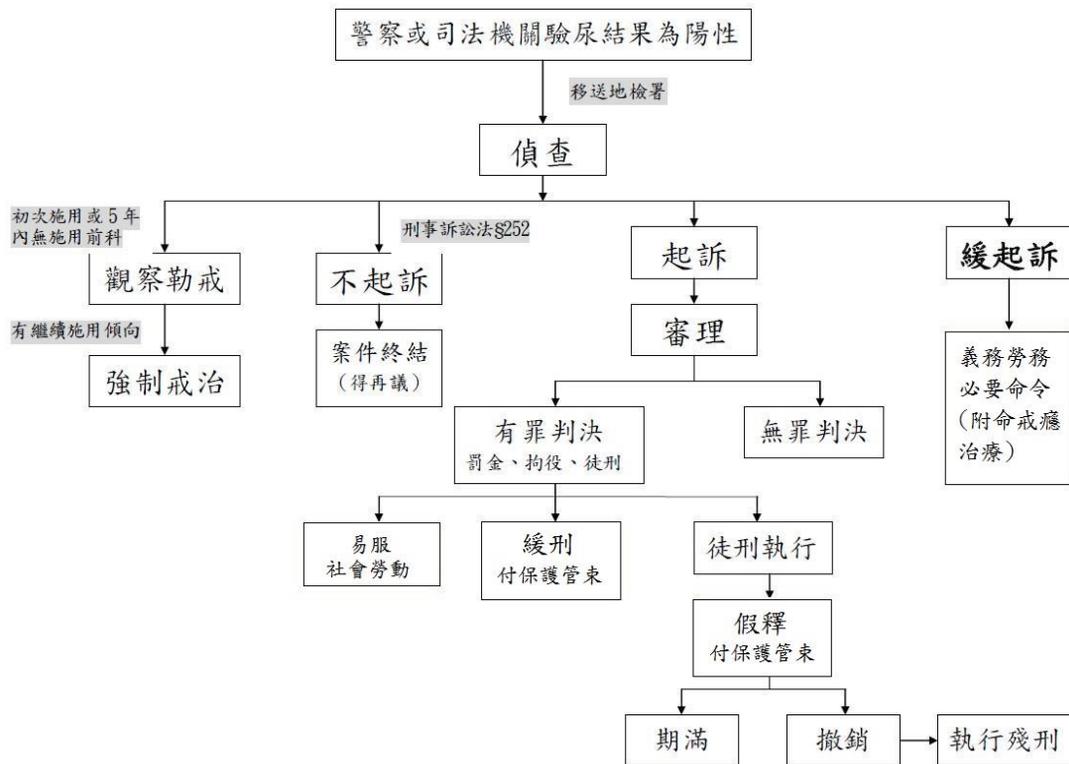


圖 4-2 毒品施用者刑事案件流程

台灣對於施用毒品者雖然已有戒癮、醫療概念，但本質上仍然傾向於視為犯罪行為，多數認為毒品施用者應承擔司法不利的後果。再者，目前台灣對毒品施用者的戒癮、治療、處遇，仍然侷限於醫療，整體社會對於毒品施用者社區處遇的乘載力並不充足。因此，依據目前台灣的司法制度，對於本項評估工具的使用，應可運用於評估是否對毒品施用者進行司法轉向，以及轉向後的矯治處遇方案選擇。法官、檢察官、觀護人及相關的司法人員、醫療/諮商/社會工作等專業人員，也可依據評估結果，調整對個案的監督、命令要求或遵守事

項的內容及強度，以及矯治/處遇/治療等方案的內涵。

表 4-5 未來可應用的毒品施用者分流評估機制

		再犯風險		
		低	中	高
醫療需求	高	緩起訴附命戒癮治療	觀勒與戒治程序 緩起訴附命戒癮治療 與密集性觀護監督	精神、醫療病監 觀勒與戒治程序
	低	緩起訴附處分命令	觀勒與戒治程序 緩起訴附處分命令與 密集性觀護監督	一般監獄、外役監

第三節 毒品施用者分流與處遇策略模型

一、專家會議對毒品施用者分流處遇模型建議

RANT[®] 提供了對毒品施用者的社區矯正處遇方案建議，以實證性配對毒品施用者到合適的社區矯正方案的概念架構，迅速明確地提供藥事法庭作為處遇參考。除了分流評估工具之外，更重要的是如何依據不同的分流結果，提供毒品施用者合適的處遇方案。RANT[®] 對各象限的社區矯正處遇方案舉例如下表 4-6。

表 4-6 RANT[®] 對不同象限的處遇方案

		再犯風險	
		低	高
醫療需求	高	<u>第二象限 (LR/HN)</u> ● 緩刑監督 ● 不順從的登錄 ● 密集的藥物治療 ● 獎勵與處分 ● 尿液檢驗	<u>第一象限 (HR/HN)</u> ● 法院監督 ● 個案每日回報情形 ● 密集的藥物治療 ● 獎勵與處分 ● 尿液檢驗
	低	<u>第三象限 (LR/LN)</u> ● 審前服務監督 ● 不順從的登錄 ● 預防/教育	<u>第四象限 (HR/LN)</u> ● 緩刑監督 ● 個案每日回報情形 ● 有利社會的復健方案 ● 獎勵與處分 ● 不順從時給予中等程度懲罰

本研究在召開專家會議之後，收集整理來自司法領域、警政單位、醫療院所、社會工作、觀護體制以及 NGO 等不同專家所提出之多項意見，依據提出本土化之社區處遇建議如下表 4-7，以利未來擬定適切之再犯評估指標與分流判斷、評估流程與配套措施等方案之進行。

表 4-7 本土化毒品施用者社區分流處遇及未來建議

		再犯風險	
		低	高
醫療需求	高	<u>第二象限 (LR/HN)</u> 觀護會面 醫療院所驗尿 積極制裁 住院治療 如有需求，進行家訪、工作訪談、藥物治療、藥物檢測、義務勞務等..... 修復式司法 (未來建議) 假日監禁 (未來建議)	<u>第一象限 (HR/HN)</u> 觀護會面 觀護追蹤定期驗尿 醫療院所定期驗尿 密集治療 修復式司法 (未來建議) 漸進式積極制裁 (未來建議) NGO 處遇監督 (未來建議) 安置方案 (未來建議)
	低	<u>第三象限 (LR/LN)</u> 每個月的心理衛生教育、行為諮商或檢查 戒癮課程或講習 義務勞務 修復式司法 (未來建議)	<u>第四象限 (HR/LN)</u> 家庭、工作、社區監督 觀護會面 觀護定期追蹤驗尿 積極制裁 進行藥物檢測 修復式司法 (未來建議) 安置方案 (未來建議) 假日監禁 (未來建議)

方案內容說明如下：

- 觀護會面：由於本計畫僅針對成年犯作分流建議，故觀護人部份僅討論執行成年保護管束者。成人執行成年保護管束者分為兩種，一種為地檢署執行成年保護管束者，一種為榮譽執行成年保護管束者。執行保護管束，運用公權力監督受保護管束人，榮譽觀護人則協助觀護人執行保護管束個案。此處所稱之觀護會面為定期向觀護人報到、接受訪視等觀護制度中所提之輔導方法。

- 觀護追蹤定期驗尿：若尿液反應驗到呈陽性反應，需報告檢察官，並具有撤銷緩起訴之效力。
- 醫療院所定期驗尿：若尿液呈陽性反應，可不通報。
- 觀護定期追蹤驗尿：可以控制頻率的高低。
- 修復式司法：修復式司法（Restorative Justice）是對因犯罪行為受到最直接影響的人們，即加害人、被害人、他們的家屬、甚至社區的成員或代表，提供各式各樣對話與解決問題之機會，讓加害人認知其犯行的影響，而對自身行為直接負責，並修復被害人之情感創傷及填補實質損害。修復式司法分為三種模式，情感修復、家庭與關係的修復、社區網絡的修復。本計畫採用的是家族協商會議模式，藉此修復家庭與關係，減少司法成本，由於施用毒品稱為無受害者犯罪，故目前尚未將毒品列入修復式司法的範疇內。
- NGO 處遇監督：社會處遇型態之一，希望能找 NGO 團體做配合，讓檢察官在為緩起訴時可以讓毒品犯前往 NGO 做安置輔導，若不配合亦可撤銷緩起訴，可請觀護人指定要與哪個 NGO 做配合，若需配套或是外聘的治療師，需由觀護人釐清工作的內容與強度，也可由地檢署提供經費來做協助。
- 假日監禁：乃指利用受刑人空暇時間，如周末、假日，入監服刑以完成自由刑之執行，一般是自星期五下午入監至星期一早晨釋放，依此累積時間以完成刑期。
- 短期住院治療：隔離治療，讓個案可以住短期（1-3 個月），且讓刑期＝療程。
- 戒癮課程：針對不同毒品給於不同課程。
- 漸進式積極制裁：美國藥事法庭中所使用，採用漸進式的處遇方式。臺北市立聯合醫院松德院區針對驗尿結果分成三階段，依結果不同會「降階」或是「升階」。
- 家庭、工作、社區監督：此為美國藥事法庭之方案。在台灣目前觀護人有權責可以針對此三項做監督。
- 義務勞務：40~240 小時，社區處遇稱之為監督方案。
- 安置方案：在美國有一些因為家庭不適合讓個案再居住，所以提供一些 housing 的方案。
- 社區處遇之型態：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。

二、 社區處遇方案的問題與配套措施

目前台灣對成人的犯罪處遇並未如學理或國外制度般有明確的社區處遇制度，而係透過緩刑/緩起訴的轉向機制，將個案自機構性處遇（監禁）轉向至社區處遇（非監禁），並藉由緩刑/緩起訴設定負擔的機制，要求個案執行或遵守

一定事項，例如社區勞動服務，完成戒癮治療、精神治療、心理輔導或其他適當之處遇措施，以及預防再犯所為之必要命令，進而達到矯治處遇的效果，並藉由觀護制度的輔助，對個案進行監督、輔導、行狀考察等，以促使個案達到社區矯治處遇的效果。然而目前這樣的處遇制度與藥事法庭對毒品施用者的分流處遇相較之下，仍然存在幾個問題：

（一）法律的適用與限制

緩起訴處分制度的附隨處分（設定負擔）授權檢察官創設被告（毒品施用者）在刑事訴訟法上的義務，在懸而未決的公訴提出猶豫期間，遵守或履行一定的事項，以彌補對被害人或社會的侵害，或藉以促使被告復歸社會，達到特別預防的效能，依據目前刑事訴訟法第 253 條之 2 的規定，緩起訴設定負擔的內容包括道歉、悔過、損害賠償、公益性支付、義務勞務、治療/輔導/適當處遇措施、保護被害人安全之必要命令、預防再犯所為之必要命令。

依據「檢察機關辦理緩起訴處分作業要點」對緩起訴處分原則之規定，檢察官對被告應遵守或履行之事項，得複選指令並令同時執行，或依指定各款之性質及履行之需要，指定其執行之順序，憑供執行。依據此一內涵，藉由緩起訴處分制度，檢察官有相當大的處分彈性，可以依毒品施用者的再犯危險與醫療需求，要求個案參與或接受各種類型的社區處遇方案，並搭配觀護人的觀護監督，而實現藥事法庭對毒品施用者的各種社區處遇分流方案。

然而事實上由於毒品危害防制條例第 24 條之規定，依據中央法規標準法第 16 條特別法優先於普通法之原則，對毒品施用者的緩起訴處分，已限定為附命完成戒癮治療之緩起訴處分。

毒品危害防制條例 第 24 條

本法第二十條第一項（觀察、勒戒）及第二十三條第二項（追訴）之程序，於檢察官先依刑事訴訟法第二百五十三條之一第一項、第二百五十三條之二之規定，為附命完成戒癮治療之緩起訴處分時，或於少年法院（地方法院少年法庭）認以依少年事件處理法程序處理為適當時，不適用之。

前項緩起訴處分，經撤銷者，檢察官應依法追訴。

第一項所適用之戒癮治療之種類、其實施對象、內容、方式與執行之醫療機構及其他應遵行事項之辦法及完成戒癮治療之認定標準，由行政院定之。

而依據毒品危害防制條例第 24 條第 3 項所訂定的「毒品戒癮治療實施辦法及完成治療認定標準」，則限定了戒癮治療的方式（第 3 條），以及戒癮治療機構的醫療專業資格與專業人員配置（第 4 條）。亦即，對於毒品施用者的司法轉向處遇（即緩起訴），必須以醫學治療為基礎，在此基礎上，檢察官方得依據緩起訴附隨處分之規定，命個案遵守或履行其他事項。

毒品戒癮治療實施辦法及完成治療認定標準 第3條

戒癮治療之方式如下：

- 一、藥物治療。
- 二、心理治療。
- 三、社會復健治療。

前項各款之治療方式應符合醫學實證，具有相當療效或被普遍採行者。

毒品戒癮治療實施辦法及完成治療認定標準 第4條

醫療機構置有曾受藥癮治療相關訓練之精神科專科醫師、藥師、護理人員、臨床心理師、職能治療人員及社會工作人員各一名以上，且其精神科專科醫師領有管制藥品使用執照者，得向中央衛生主管機關申請認定為戒癮治療機構（以下稱治療機構）。

前項人員每年應接受藥癮治療相關繼續教育八小時。

中央衛生主管機關得依戒癮治療需求，依第一項所定資格指定治療機構；其於醫療資源不足地區指定之治療機構，得不受第一項所定條件之限制。

在法律適用的限制下，美國藥事法庭利用 RANT[®] 對毒品施用者評估結果所採行的分流處遇架構，以及此架構的效能，包含司法系統的運作效率、經濟效益、處遇成效等，恐將無法實現，甚至因為疊床架屋而產生反效果，包括：

1. 增加檢察官的工作負擔：處分前的分流評估由檢察官或是檢事官為之，增添相關人員的學習與工作負擔，又目前無法依據分流評估給與緩起訴建議，因此無實質上的效益。
2. 無法產生經濟效益：低再犯風險與低醫療需求的個案，仍須接受醫學治療機構的戒癮治療，或在醫療體系下進行心理治療或社會復健治療。
3. 影響社區處遇的發展：非醫療的社區處遇機制仍須在醫學治療機構下發展，不僅增加成本，也因為專業的理念不同或門檻限制、機構的意願等因素，而影響了社區處遇的發展。
4. 影響處遇成效：對低再犯風險與低醫療需求的個案而言，接受多餘的戒癮治療，可能造成個案的反感、時間與經濟上的負擔，而影響了個案接受處遇的意願及配合度，同時增加了與其他高風險施用毒品者的接觸機會。
5. 對個案產生不利影響：除了多餘的戒癮治療所造成的負擔、增加了與其他高風險施用毒品者的接觸機會外，因為分流處遇的架構，個案可能需要接受其他的附隨處分，監督及社區處遇方案的參與。

(二) 對毒品施用者的處遇目的與完整的戒癮治療體系

因為刑事政策的影響，台灣對毒品施用者的處遇從罪犯—矯治（道德觀點）

的概念，轉變為病犯—治療優先於處遇（醫療觀點），近十年來因為海洛因注射者共用針具造成愛滋大幅傳播，醫療體系對戒癮治療開始更積極的參與，且推動減害計畫，刑事政策上對醫療體系的戒癮治療有了相當的期待，因此毒品危害防制條例才有附命完成戒癮治療之緩起訴處分的司法轉向設計。然而在醫療機構中海洛因的美沙冬治療模式是否適用於所有的毒品施用者呢？

從以往國內學者對於戒癮治療的評估研究可以發現，成效評估指標，大致可歸納為用藥行為的改善（用藥行為的改善、用藥渴求、再犯情形...）、內在心理（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）、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（楊士隆、李宗憲、黃靖婷，2007）。亦即對毒品施用者的處遇，是帶有治療與社會復歸的結果。

前行政院衛生署管制藥品局為有效防治藥物濫用與成癮，主張藥癮治療應包括「生理戒斷」、「心理輔導」及「社會復健」三個階段。「生理戒斷」係指對藥物生理依賴之解除，需時約十天左右；「心理輔導」的功能在於協助患者解除對藥物的心理依賴，學習改變行為的技巧，需時約數月甚至數年之；而「社會復健」則以協助藥癮患者遠離引發藥癮的高危險環境，維持不再使用毒品的狀態，並以恢復其家庭、社會與職業功能為目標，需時可能更為長久（李思賢，2006）。

在生理、心理、社會模式的觀點中，社會因素是戒癮治療成功與否的關鍵，也是個案是否能維持長期康復狀態的預測指標（高淑宜、劉明倫譯，2003），包含工作情形、工作壓力、生涯規劃、家庭與婚姻狀態、社會環境、社交生活...等。美國藥物濫用處遇成果研究（Drug Abuse Treatment Outcome Studies，DATOS），對處遇成效的評估除了藥物使用情形之外，非法活動、全職工作等社會層面因素，也是重要的評估指標（楊士隆、黃世龍、李宗憲，2009）。因此生理-醫療戒癮僅是戒癮治療的一個環節，毒品施用者尚有社會生活問題，以協助毒品施用者維持已經改善或康復的狀態，對毒品施用者的戒癮工作，還需要心理-諮商輔導的協助與配合。在國外已有一些藥物治療搭配心理治療的結果顯示：藥物及心理治療同時進行對毒品濫用者有最佳的治療效果（李思賢，2006）。

藥癮者最終仍須回到社會，因此唯一能保障大眾安全的方式，在於確定這些藥癮者能夠不再從事犯罪並適應社會。聯合國毒品與犯罪問題辦公室（UNODC，2002）建議將毒品施用者視為慢性病患來處遇，並強調提供戒癮治療之機構或方案執行者，對於處理毒癮問題應有下列概念：

1. 要與毒癮者的雇主及社會福利機構共同合作，以達成促使毒癮者復歸社會之目標。
2. 要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。
3. 要與毒品施用者之家庭成員和家庭問題相關機構（例如兒童局、學校）合作，以達成促使毒品施用者勝任家庭角色之目標。

亦即對毒品施用者之處遇，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，社區與家庭及各社區資源網絡皆應納入戒癮體系環節中(楊士隆、黃世龍、李宗憲，2009)。

世界衛生組織 World Health Organization(2004)認為，對鴉片類物質依賴者進行治療並使其康復的主要目的，應為減少對非法毒品的依賴性、減少因使用非法鴉片類物質所導致的或與使用此類物質相關的發病率和死亡率、改善身體和心理健康狀況、減少犯罪行為、促進重新融入勞動力隊伍和教育系統中，以及改善社會功能。事實上，沒有任何一種治療措施對所有的人都能奏效，因為藥癮者存在不同形式的風險和保護因素，以及不同心理和社會的問題。為此，治療服務也要具備足夠的多樣性與靈活程度，以應對患者的需求、依賴的嚴重性、個人情況、動機及對干預措施的反應，結合使用藥物治療、心理治療、社會心理性康復和降低風險的干預措施。

美國國家藥物濫用研究所(National Institute on Drug Abuse, NIDA)便依據長達數十年的毒癮治療研究計畫，彙整出 13 項戒癮治療的主要原則(Principles of Addiction Treatment)，用以說明如何達成「有效」的目標，而除了藥物治療的協助以外，認知行為療法皆符合絕大多數的要件，顯見行為改善才能確認成效。這些原則包括：

1. 治療的多元性：沒有一個治療模式適用於所有的毒品成癮者。
2. 治療的易近性：治療必須是能容易取得的、容易應用在生活上的。
3. 治療的完整性：有效治療必須關照毒品成癮者的多重需求，而非僅於藥物協助。
4. 治療的個別性：個別治療計畫必須因應毒品成癮者的需求，同時不斷進行評估改變。
5. 治療的持續性：治療必須穩定持續一段時期(三到六個月)。
6. 諮商輔導介入：對戒癮而言，諮商、行為療法是治療成功的關鍵因素。
7. 藥物輔助治療：對毒品成癮者來說，在諮商、行為療法之外，藥物的協助亦十分重要。
8. 其他心理疾病：毒品成癮者共存有其他心理疾病時，應同時評估、處理。
9. 不僅僅是身癮：生理解癮只是戒癮的起步，對長期的戒癮歷程來說功效不大。
10. 司法轉向戒癮：非自願的毒品成癮者依然可以有治療效果。
11. 司法監督輔助：治療期間必須監控有無再度使用毒品。
12. 公共衛生預防：治療必須包括其他傳染病的檢查，並協助毒品成癮者預防疾病的擴散。
13. 長期處遇治療：戒癮是需要長期且多種治療來協助介入的歷程。

美國國家藥物濫用研究所(NIDA)指出，融合藥物及社會心理之戒治方式比

單用一種戒治方式來的有效，倘能同時改變其認知、行為以及環境，則其戒治成效將可維持更為長久，不僅可增進藥物治療的結果，亦能協助民眾脫離成癮問題，並提出常見的社會心理戒治模式或合併實施方式，至少包括個別藥物諮商、支持性療法、團體藥物諮商、認知行為療法、矩陣模式、個案管理計畫、現實療法等。因此，對毒品施用者的處遇，不僅僅是醫療層次，還需要多元的處遇方案，以適合不同類型的毒品施用者與毒品施用者不同階段的需求。

（三）緩起訴附隨處分的制度與執行問題

依目前台灣刑事政策與刑事司法體系的運作，對毒品施用者的有效處遇，短期內仍需透過緩起訴附隨處分的方式，藉由司法轉向、監督，以及醫療、多元處遇方案的配合，達到戒癮與社會復歸的結果。然而對毒品施用者的緩起訴附隨處分而言，撇開毒品危害防制條例對附隨處分內容之限制，在制度及執行上仍有一些問題存在，包括：

1. 附隨處分的性質：緩起訴附隨處分並非刑罰制裁（刑罰權），而具有實質裁罰效果的不利處分（行政權），仍有一事不二罰之原則，不得重複裁處（蔡震榮，2008）。因此在執行上，如處遇方案不合適，或未能達到戒癮與社會復歸成效時，在緩起訴期間內，檢察官能否變更、調整附隨處分內容不無疑問。如變更、調整附隨處分，是否違反一事不二罰之原則？如僅能撤銷緩起訴，則又失去轉向與社區戒癮的原意。因此，對個案的評估與方案的擬定、執行，又更顯得重要。
2. 法官保留原則：法治國憲政理念的分權原則，賦予法官行使裁判權以保障國民基本權力。檢察官藉由起訴裁量權要求個案遵守或履行一定事項，附隨處分之決定是否符合公平正義，法院全無置喙餘地，恐有違反憲法對人民訴訟權之保障。因此，附隨處分之內容，除檢察官宜與個案協商取得共識外，仍應有法院/法官之審核監督為宜。
3. 比例原則：緩起訴處分賦予檢察官自由裁量的權力，然而附隨處分對人民權益產生不同程度的限制或剝奪，雖然對毒品施用者的戒癮屬於治療性質，但在擬定處遇方案時，仍應兼顧刑事政策特別預防目的之達成，以及個案權益損害。
4. 依法行政：緩起訴附隨處分本質上是一個行政處分，仍須遵循依法行政的原則，即法律優越與法律保留，刑事訴訟法的緩起訴附隨處分規定已授予檢察官相當大的裁量空間，對毒品施用者的社區處遇而言，對治療/輔導/適當處遇措施的認定，包含執行單位與執行人的適格性、執行標準、執行期間與完成處遇、公費或自費等，以及預防再犯所為之必要命令可以包含哪些方案措施，仍應有法律或行政命令的明確規定，以讓檢察官有所依據，並確保公權力行使之正當性。

對毒品施用者的緩起訴附隨處分，提供了社區處遇與多元方案的發展空間，與司法矯治、醫療戒癮相較之下，更能達到戒癮與社會復歸的結果。然而在制度與執行上的問題如未能獲得妥善的解決，反而可能造成檢察體系更大的負擔，其成效必然大打折扣。

三、 毒品施用者社區矯治之分流處遇建議

依據前述的討論分析，本研究對毒品施用者社區矯治之分流處遇建議包括：

(一) 跳脫醫療思維，放寬處遇限制

當前對毒品施用者的處遇理念，不僅僅是從傳統的懲罰取向轉為治療取向，更進展至生理、心理與社會觀點，除了協助毒品施用者解除身癮，心理輔導與社會復歸尤其重要。然而由於「毒品危害防制條例」及「毒品戒癮治療實施辦法及完成治療認定標準」之限制，對毒品施用者的緩起訴轉向，僅能透過醫療單位執行，對社區處遇的分流產生了相當大的限制，也造成了成本負擔、影響處遇成效。故對毒品施用者的轉向與社區處遇理念，宜跳脫醫療思維，修改毒品危害防制條例「附命完成戒癮治療之緩起訴處分」限制，回復原緩起訴附隨處分的多元與彈性。

表 4-8 毒品危害防制條例 第 24 條修法建議

法條內容	修法建議
<p>本法第二十條第一項及第二十三條第二項之程序，於檢察官先依刑事訴訟法第二百五十三條之一第一項、第二百五十三條之二之規定，為附命完成戒癮治療之緩起訴處分時，或於少年法院（地方法院少年法庭）認以依少年事件處理法程序處理為適當時，不適用之。</p> <p>前項緩起訴處分，經撤銷者，檢察官應依法追訴。</p> <p>第一項所適用之戒癮治療之種類、其實施對象、內容、方式與執行之醫療機構及其他應遵行事項之辦法及完成戒癮治療之認定標準，由行政院定之。</p>	<p>本法第二十條第一項及第二十三條第二項之程序，於檢察官先依刑事訴訟法第二百五十三條之一第一項、第二百五十三條之二之規定，為附命完成戒癮治療之緩起訴附隨處分時，或於少年法院（地方法院少年法庭）認以依少年事件處理法程序處理為適當時，不適用之。</p> <p>前項緩起訴處分，經撤銷者，檢察官應依法追訴。</p> <p>第一項所適用之戒癮治療附隨處分之種類、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處分之認定標準，由行政院定之。</p>

(二) 發展多元方案，鼓勵民間參與

刑事訴訟法於 2002 年增訂緩起訴附隨處分的司法轉向制度與社區處遇制度，緩刑制度也於 2005 年修訂增加相對應的附隨處分。然此轉向與社區處遇制度十餘年來，學者專家與社會團體大多關注在緩起訴處分金與義務勞務，對於具有積極矯治或改善的處遇方案，相較之下則顯少被討論，對毒品施用者的轉向與社區處遇甚至限定在醫療體系的緩起訴附命戒癮治療，對應的社會資源發展自然較為不足。故宜鼓勵各類型的民間團體參與，發展專業、半專業與福利服務團體的多元方案，以適合毒品施用者與各類型犯罪人、更生人的需求。

表 4-9 多元化司法監督與社區處遇

類型	依據		監督與處遇方案類型
司法監督	再犯風險	高 ↑ ↓ 低	安置收容 密集性觀護監督 一般性觀護監督 替代性觀護監督
社區處遇	醫療需求	高 ↑ ↓ 低	住院治療 門診與藥物治療 心理治療 諮商輔導、團體 社會工作與個案管理 衛教、講習、職訓、就業、應遵守事項、其他命令

(三) 司法充分授權，簡化認定程序

對毒品施用者之社區矯治分流處遇，可依據刑事訴訟法第 253-2 條第一項第六款及第八款之規定，為附隨處分之緩起訴而達成，在實務運作上，為避免增加刑事司法體系之負擔，及促使個案復歸社會，在制度與方案設計上，可由執行處遇方案之機構先行擬定處遇計畫，包含方案適用對象、方案內容、執行方式、執行期程、個案應配合事項、完成方案之評估判斷標準等，提供給檢察官作為緩起訴附隨處分之參考，而後檢察官依據個案的分流評估結果，分配合適的個案交由社區處遇機構依處遇計畫執行，執行機構在執行過程中適時回報方案執行情形，並依據個案參與處遇方案之執行結果出具報告，俾便檢察官判斷個案是否完成處遇措施，並據以認定是否撤銷緩起訴。

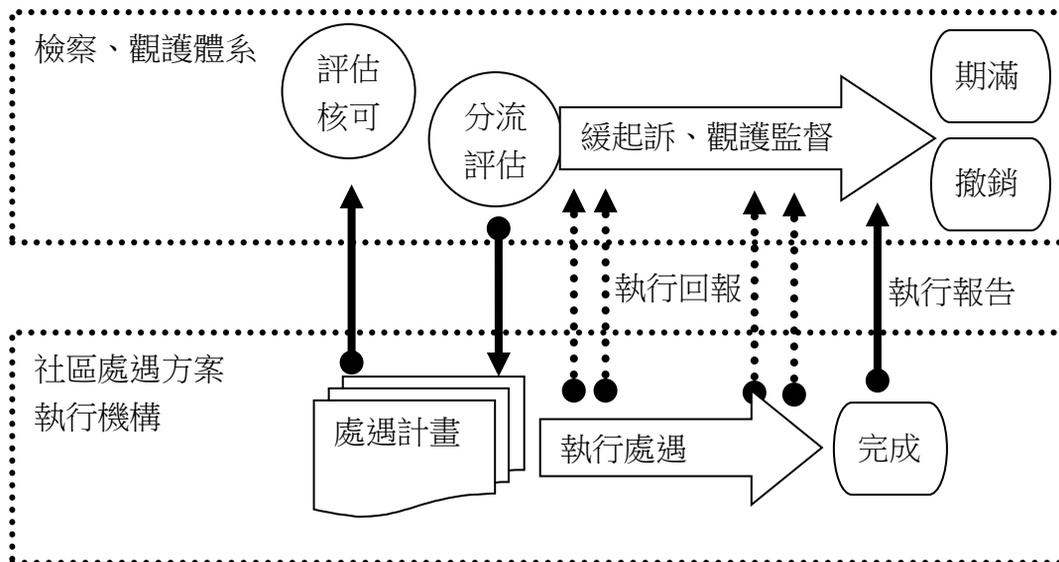


圖 4-1 毒品施用者之社區矯治分流處遇流程建議

第五章 結論與政策建議

第一節 研究結果與建議

依據本研究之執行結果，對於本土化毒品施用者再犯危險分級與分流處遇評估之結論如下：

一、分流處遇評估工具之擬定

(一) 再犯危險因子之構面

施用毒品與再犯危險因素不是單一因素可以預測或解釋，常常是多個因素交互作用的結果。而 RANT[®] 以間接測量方式，評估個案在社會生活或行為上的反應情形，這些評估項目皆有可信和有效的科學證據，證實能顯著預測矯治處遇及和戒癮治療的結果，包括年齡、居住、就業、犯罪、不良友伴、用藥、戒癮及精神診斷結果等。依據研究團隊對 RANT[®] 再犯風險評估項目的分析，這些間接評估的項目實際含攝了許多再犯危險因子，也包含了本土化研究的結果。

(二) 分流評估工具之易讀性

經兩次可行性研究施測評估結果，修訂後的施測試題版本，個案多能直接了解題目之意涵，並快而精準的作答，僅有少數個案須再將題目口語化或是轉換量詞，例如「過去 12 個月，有幾個月從事每週 20 小時以上之穩定且合法的工作」，施測員唸完題目若個案仍不瞭解時，會改說「過去一年都有在工作嗎？每天有工作平均四小時以上嗎？」

(三) 分流評估工具之便利性

經兩次可行性研究施測評估結果，個案平均能在 10 分鐘內作答完畢，而對於評估結果的計分，即便沒有軟體或電腦輔助，也可以很快完成計分與風險需求評估，而對個案進行分流處遇。

二、分流處遇的評估情形

依據第二次可行性研究施測結果，34 名施用毒品緩起訴個案的再犯風險與醫療需求評估分布情形，有 58.8% 個案為高再犯風險 (HR)、41.2% 為低再犯風險 (LR)；38.2% 個案為高醫療需求 (HN)，61.8% 為低醫療需求 (LN)。各象限分布為第一象限 (HR/HN) 17.6%；第二象限 (LR/HN) 20.6%；第三象限 (LR/LN) 20.6%；第四象限 (HR/LN) 41.2%。亦即約

有 1/5 的個案需要較高度監管與醫療需求，1/5 的個案僅需低度監管與處遇，剩下的 3/5 個案需要較高程度的監管或醫療協助，分布情形整體而言仍符合常態分布。

三、分流處遇的可行性

分流處遇主要的目的在於對司法轉向的個案，進行社區處遇的分流。對毒品施用者的社區處遇而言，在沒有「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」的限制下，透過多元的緩起訴附隨處分的方式，藉由司法轉向與監督，以及醫療、多元處遇方案的配合，能提供社區處遇與多元方案的發展空間，藉由分流處遇的評估，更能達到戒癮與社會復歸的結果達到戒癮與社會復歸的結果。

依據本研究之執行結果，對於本土化毒品施用者再犯危險分級與分流處遇評估之建議包括：

- 一、跳脫醫療思維，放寬處遇限制，以達到適合不同類型個案的多元化社區處遇的效果。
- 二、發展多元方案，鼓勵民間參與，以適合毒品施用者與各類型犯罪人、更生人的矯治及社會復歸需求。
- 三、司法充分授權，簡化認定程序，以避免增加刑事司法體系之負擔，增加檢察官為緩起訴處附隨處分之意願。

第二節 政策建議

依據本研究之發現，對於現行政策之建議包括：

一、刪除毒品危害防治條例「附命完成戒癮治療之緩起訴處分」

毒品危害防治條例「附命完成戒癮治療之緩起訴處分」之規定有其時空背景因素，然當前對毒品施用者的處遇理念已進展至生理、心理與社會觀點，除了協助毒品施用者解除身癮外，心理輔導與社會復歸尤其重要。依據目前刑事訴訟法第 253 條之 2 的規定，檢察官為緩起訴的附隨處分，包括道歉、悔過、損害賠償、公益性支付、義務勞務、治療/輔導/適當處遇措施、保護被害人安全之必要命令、預防再犯所為之必要命令，已足以提供檢察官要求毒品施用者參與各類型的治療、輔導或適當的處遇措施，甚至進一步依據「檢察機關辦理緩起訴處分作業要點」對緩起訴處分原則之規定，複選指令並令同時執行，或依指定各款之性質及履行之需要，指定其執行之順序。亦即藉由緩起訴處分制度，檢察官有相當大的處分彈性，可以依毒品施用者的再犯危險與醫療需求，要求個案參與或接受各種類型的社區處遇方案，並搭配觀護人的觀護監督，而

實現藥事法庭對毒品施用者的各種社區處遇分流方案。然而由於毒品危害防制條例第 24 條之規定，依據中央法規標準法第 16 條特別法優先於普通法之原則，對毒品施用者的緩起訴處分，已限定為附命完成戒癮治療之緩起訴處分，限縮了毒品施用者的處遇。因此，刪除毒品危害防治條例「附命完成戒癮治療之緩起訴處分」規定，為推行毒品施用者社區處遇與分流處遇的首要工作。

毒品危害防制條例第 24 條修法建議：

本法第二十條第一項及第二十三條第二項之程序，於檢察官先依刑事訴訟法第二百五十三條之一第一項、第二百五十三條之二之規定，為附命完成戒癮治療之緩起訴附隨處分時，或於少年法院（地方法院少年法庭）認以依少年事件處理法程序處理為適當時，不適用之。

前項緩起訴處分，經撤銷者，檢察官應依法追訴。

第一項所適用之戒癮治療附隨處分之種類、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處分之認定標準，由行政院定之。

二、 鼓勵民間參與，發展多元處遇方案

當前對毒品施用者的處遇理念已進展至生理、心理與社會觀點，除了協助毒品施用者解除身癮外，心理輔導與社會復歸尤其重要。然而由於以往對毒品施用者的處遇侷限於醫療戒癮，民間團體對毒品施用者的處遇及社會復歸投注較少，在刪除毒品危害防治條例「附命完成戒癮治療之緩起訴處分」規定後，對毒品施用者的社區處遇勢必也將面臨民間資源不足的問題，實務上對毒品施用者的緩起訴附隨處分恐仍侷限於醫療體系。因此，需鼓勵各類型民間團體參與，透過教育、宣傳等方式，讓民間團體了解毒品施用者的特性與多元需求，以及其可參與或提供的社區處遇方案、刑事司法體系能提供的保護與協助，並透過個案的評估與分流，分派適宜的個案給適宜的民間團體進行輔導與社會復歸工作。

三、 簡化附隨處分方案的擬定與完成的認定程序

司法轉向的目的在於減少刑事司法體系的負擔，並使個案獲得更良好的矯治與社會復歸結果。因此，在鼓勵民間參與及發展多元處遇方案後，可由民間團體依據團體特性、專長、資源等，先行擬定處遇方案計畫，包含方案適用對象、方案內容、執行方式、執行期程、個案應配合事項、完成方案之評估判斷標準等，經檢察署審查核可後，提供給檢察官作為緩起訴附隨處分之參考。檢察官僅需依據個案的分流評估結果，分配合適的個案交由民間團體依處遇方案計畫執行，民間團體則在執行過程中適時回報方案執行情形，並依據個案參與處遇方案之執行結果出具執行成果報告，俾便檢察官判斷個案是否完成處遇措施，並據以認定是否撤銷緩起訴。而觀護人僅需依據個案的風險評估結果，以及個案參與民間團體的處遇方案情形，調整觀護密集度及相關的措施，例如驗

尿、報到等，以減少刑事司法體系的負擔，增加檢察官為緩起訴附隨處分的意願。

第六章 參考文獻

- 李思賢等 (2014)。毒品再犯風險與醫療需求分流處置評量工具之研究。法務部司法官學院 103 年委託研究計畫結案報告。
- 李科泯 (2014)。施用第一、二級毒品者犯罪型態性別分析。法務部法務統計，統計分析，統計短文。
http://www.rjsd.moj.gov.tw/RJSDWEB/common/WebListFile.ashx?list_id=1124
- 法務部 (2015)。毒品案件統計 (統計期間：103 年 1-11 月)。法務部法務統計，最新統計資料。
<http://www.moj.gov.tw/site/moj/public/MMO/moj/stat/new/newtxt5.pdf>
- 張文玲 (2014)。毒品戒癮治療統計分析。法務部法務統計，統計分析，統計短文。
http://www.rjsd.moj.gov.tw/RJSDWEB/common/WebListFile.ashx?list_id=1257
- 王振宇 (2014)。藥物濫用者家庭支持、用藥渴求與復發意向之研究。暨南國際大學社會政策與社會工作學所碩士論文。
- 江振亨, 陳憲章, 劉亦純, 邱鐘德, & 李俊珍 (2011)。戒治團體方案對受戒治人心理變項與再犯與否之成效評估研究。《犯罪學期刊》，14(2)，41-97。
- 李思賢, 吳憲璋, 黃昭正, 王志傑, & 石倩瑜 (2010)。毒品罪再犯率與保護因子研究：以基隆地區為例。《犯罪學期刊》，13 (1)，81-106。
- 林倩如 (2006)。同儕吸毒、家庭功能對戒治所男性海洛因使用者毒品再用的影響。國立成功大學行為醫學研究所碩士論文。
- 林健陽、陳玉書 (2006)，毒品犯罪者社會適應與再犯之研究。行政院國科會專題研究計畫。

- 柯慧貞、黃徵男、林幸勳、廖德富（2003）。吸毒病犯之戒治處遇成效與再犯之預測因子研究。行政院衛生署管制藥品管理局九十二年度科技發展計劃。
- 陳碧珍(2004)。回家—藥癮戒治復原者重返家庭的歷程。國立嘉義大學家庭教育與諮商研究所碩士論文。
- 程玲玲(1997)。海洛因成癮者的家庭研究。中華心理衛生學刊, 10(2), 45-65。
- 張明華(2011)。影響女性施用毒品再犯行為的相關因素之實證研究。臺北大學公共行政暨政策學系學位論文, 1-223。
- 鄭瑞隆(2010)。藥物成癮者社會心理復健模式初探。藥物濫用與犯罪防治國際研討會。
- 顏旻秀(2010)。毒品累犯受刑人再犯危險因子之研究。國立中正大學犯罪防治所碩士論文。
- Andrews, D. A., & Bonta, J. (2010). *The psychology of criminal conduct* (5th ed.). New Providence, NJ: LexisNexis.
- Bhati, A. S., Roman, J.K., & Chalfin, A. (2008). *To treat or not to treat: Evidence on the prospects of expanding treatment to drug-involved offenders*. Washington, DC: The Urban Institute.
- Butzin, C. A., Saum, C. A., & Scarpitti, F. R. (2002). Factors associated with completion of a drug treatment court diversion program. *Substance Use & Misuse*, 37, 1615-1633.
- Carey, S. M., Finigan, M. W., & Pukstas, K. (2008). *Exploring the key components of drug courts: A comparative study of 18 adult drug courts on practices, outcomes and costs*. Portland, OR: NPC Research. Available at www.npcresearch.com.
- DeMatteo, D. S., Marlowe, D. B., & Festinger, D. S. (2006). *Secondary prevention services for clients who are low risk in drug court: A conceptual*

model. *Crime & Delinquency*, 52, 114-134.

Festinger, D. S., Marlowe, D. B., Lee, P. A., Kirby, K. C., Bovasso, G., & McLellan, A. T. (2002). Status hearings in drug court: When more is less and less is more. *Drug and Alcohol Dependence*, 68, 151–157.

Festinger, K. L. D. D. S., & Marlowe, N. T. C. D. B. ALTERNATIVE TRACKS FOR LOW-RISK AND LOW-NEED PARTICIPANTS IN A MISDEMEANOR DRUG COURT: PRELIMINARY OUTCOMES. *NATIONAL DRUG COURT INSTITUTE*, 9(1), 43.

Fielding, J. E., Tye, G., Ogawa, P. L., Imam, I. J., & Long, A. M. (2002). Los Angeles County drug court programs: Initial results. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 23, 217–224.

Lowenkamp, C. T., & Latessa, E. J. (2005). Increasing the effectiveness of correctional programming through the risk principle: Identifying offenders for residential placement. *Criminology & Public Policy*, 4, 263–290.

Marlowe, D. B., Patapis, N. S., & DeMatteo, D. S. (2003). Amenity to treatment of drug offenders. *Federal Probation*, 67, 40–46.

McCord, J. (2003). Cures that harm: Unanticipated outcomes of crime prevention programs. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 587, 16–30.

Taxman, F. S., & Marlowe, D. B. (Eds.). (2006). Risk, needs, responsibility: In action or inaction? [Special Issue]. *Crime & Delinquency*, 52 (1).

附錄

附錄一 計畫行事曆

計畫行事曆

預計時間	計畫進度	已完成	完成時間	備註
3月	行前會議	✓	3/19	
6月	投標會議	✓	6/5	法務部
	計畫書評審簡報與簽訂契約書	✓	6/23	法務部
	第一次團隊會議	✓	6/24	
8月	第一次共同主持人會議	✓	8/6	
	進度報告	✓	8/18	
	與美國 TRI 團隊會議	✓	8/19	Skype
	預試	✓	8/29	
	預試成果報告	✓	8/31	
9月	第一次專家座談	✓	9/9	臺灣師範大學
	進度報告	✓	9/10	
	進度報告	✓	9/15	
	期中報告繳交	✓	9/22	
10月	第二次專家座談	✓	10/20	松德院區
	期中報告審查會	✓	10/23	法務部
	進度報告	✓	10/29	
11月	第三次專家座談	✓	11/6	南仁湖探索園區
	進度報告	✓	11/10	
	進度報告	✓	11/19	
	次長會議	✓	11/20	法務部
	司長會議	✓	11/27	法務部
12月	進度報告	✓	12/3	
	檢察司會議	✓	12/8	法務部
	進度報告	✓	12/24	
1月	收案	✓	1/12	
	進度報告	✓	1/14	

	收案	✓	1/14	
	收案	✓	1/15	
	收案施測報告	✓	1/	
	檢察官會議	✓	1/19	臺北地檢署
	期末報告繳交	✓	1/22	
2月	教育訓練會	✓	2/4	法務部

附錄二 會議記錄

2015 年行前會議記錄

時間：2015 年 3 月 19 日 16：00～17：00

地點：師大誠 5 樓李思賢老師辦公室

主席：李思賢老師

紀錄：廖文婷

出席人員：李思賢老師、李宗憲研究員、溫梅君助理

請假人員：楊士隆老師、吳慧菁老師

會議內容

一、 主席致詞

本計畫延續前導研究，討論未來計畫方向。

二、 討論事項

1、 建立機制、訓練檢察官等相關司法人員。

2、 完成隨機分派實驗。

3、 建構系統與操作手冊。

三、 散會

2015 年第一次團隊會議會議記錄

時間：2015 年 6 月 24 日 16：00～17：00

地點：師大誠 6 樓李思賢老師辦公室

主席：李思賢老師

紀錄：廖文婷

出席人員：李思賢老師

請假人員：楊士隆老師、吳慧菁老師、李宗憲研究員、溫梅君助理

會議內容

一、 主席致詞

本計畫已經正式簽約，討論後續行政工作。

二、 討論事項

- 1、 計畫執行 8 個月。
- 2、 需重新編列經費，調整以符合未來需求。
- 3、 前三個月需建立基礎平台。
- 4、 請臺北地檢署林達檢察官提供相關意見及資訊。
- 5、 聯絡內觀禪修團體作為成癮方案之可行性評估預試團體。
- 6、 期中報告需撰寫調查結果與分析。
- 7、 1 月中要撰寫期末報告。
- 8、 2 月舉辦教育訓練。

三、 散會

2015 年第一次共同主持人會議會議記錄

時間：2015 年 8 月 6 日 15：00～16：00

地點：師大誠 6 樓李思賢老師辦公室

主席：李思賢老師

紀錄：溫梅君

出席人員：李思賢老師、吳慧菁老師、溫梅君助理

請假人員：楊士隆老師、李宗憲

會議內容

一、 主席致詞

本計畫目前正在進行 RANT[®] 題目確認階段，完成後預計在 8 月底前針對 12 名施用一、二級毒品緩起訴個案作預試，確認題目填寫可行性。

二、 討論事項

1、 是否要加入本土化的題目？

本土化的題目可考慮家庭等因素之影響。吳慧菁老師可以提供一些有關的家庭量表題庫供選擇。此外，若新增題目的話，則必須要考慮分數算法將有所影響。

2、 整理美國版分數與處遇建議，以便未來收集資料後可以瞭解台灣分數切點是否與美國版有所不同。

3、 9 月份辦理專家座談，收集國內目前緩起訴可以的處遇類型與方式。

4、 9 月份開始聯繫臺北與新北地檢署，協調實際收案的可行性。

5、 預計 12 月作 30 名施用毒品嫌疑犯的施測，並追蹤此 30 人一個月，瞭解藉由 RANT[®] 給予的處遇建議方案是否恰當。

三、 散會

2015 年與美國 TRI 會議會議記錄

時間：2015 年 8 月 19 日 21：00～22：00

地點：Skype

主席：李思賢老師

紀錄：溫梅君

出席人員：李思賢老師、David S. Festinger、Jessica Lipkin、溫梅君助理

請假人員：楊士隆老師、吳慧菁老師、李宗憲研究員

會議內容

一、 主席致詞

討論目前計畫進行進度。

二、 討論事項

- 1、 注意針對毒品初犯不要一開始就判其入監。
- 2、 僅挑選一個城市做施測，降低偏誤。
- 3、 專家會議請專家協助排序風險/需求順序並調整頻率。
- 4、 請美國提供處遇切點計分方式。

三、 散會

2015 年第一次專家會議會議記錄

時間：2015 年 9 月 9 日早上 9:00~12:00

地點：師大誠 6 樓 602 教室

主持人：李思賢教授

應到人員：吳慧菁副教授、康慧貞主任、林達檢察官、張淑慧執行長、李昭慧心理師、溫梅君研究助理

出席人員：李思賢教授、吳慧菁副教授、康慧貞主任、林達檢察官、張淑慧執行長、溫梅君研究助理

主席致詞：

這是第一次專家會議，主要是希望能邀請不同領域的專家一起討論台灣現行的緩起訴制度以及相關處遇方案，還有未來有什麼可行的處遇形式。

討論事項：

- 一、由於 RANT[®] 計畫為目前美國在藥事法庭所使用之分流工具，其中所提出的四大處遇建議較適用於美國狀況，因此需做本土化討論以符合目前台灣之情形。

一、美國 RANT[®] 風險評估與需求之處遇建議

	高犯罪風險	低犯罪風險
高醫療需求	<u>藥事法庭</u> ✓ 觀護會面 ✓ 定期驗尿 ✓ 密集治療 ✓ 恢復性司法程序 ✓ 漸進式積極制裁	<u>傳統觀護</u> ✓ 觀護會面 ✓ 如有需求，進行家訪、工作訪談、藥物治療、藥物檢測、社會服務等 ✓ 積極制裁
低醫療需求	<u>鄰里觀護</u> ✓ 家庭、工作、社區監督 ✓ 觀護會面 ✓ 如有需求，進行藥物檢測及治療、社區服務 ✓ 積極制裁	<u>回報中心、管理觀護或轉向方案</u> ✓ 每個月的心理衛生教育、行為諮商或檢查

二、RANT[®] 工具分流評估後，依據風險與需求，現行處遇方案

	高犯罪風險	低犯罪風險
高醫療需求	<p>藥事法庭</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ 觀護會面 ✓ 觀護追蹤定期驗尿 ✓ 醫療院所定期驗尿 ✓ 密集治療 ✓ 修復式司法 ✓ 漸進式積極制裁 ✓ NGO 居住方案 ✓ 安置方案 	<p>傳統觀護</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ 觀護會面 ✓ 醫療院所驗尿 ✓ 如有需求，進行家訪、工作訪談、藥物治療、藥物檢測、義務勞務等 ✓ 積極制裁 ✓ 住院治療 ✓ 修復式司法
低醫療需求	<p>社區（鄰里）觀護</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ 家庭、工作、社區監督 ✓ 觀護會面 ✓ 觀護定期追蹤驗尿 ✓ 如有需求，進行藥物檢測及治療、社區服務 ✓ 積極制裁 ✓ 社區安置 ✓ 修復式司法 	<p>回報中心、管理觀護或轉向方案</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ 每個月的心理衛生教育、行為諮商或檢查 ✓ 修復式司法 ✓ 戒癮課程或講習

三、RANT[®] 工具分流評估後，依據風險與需求，未來可行處遇方案

	高犯罪風險	低犯罪風險
高醫療需求	<p>藥事法庭</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ 觀護會面 ✓ 觀護追蹤定期驗尿 ✓ 醫療院所定期驗尿 ✓ 密集治療 ✓ 修復式司法 ✓ 漸進式積極制裁 ✓ NGO 居住方案 ✓ 安置方案 	<p>傳統觀護</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ 觀護會面 ✓ 醫療院所驗尿 ✓ 積極制裁 ✓ 假日監禁 ✓ 住院治療 ✓ 修復式司法 ✓ 如有需求，進行家訪、工作訪談、藥物治療、藥物檢測、義務勞務等
低醫療需求	<p>社區（鄰里）觀護</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ 家庭、工作、社區監督 	<p>回報中心、管理觀護或轉向方案</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ 每個月的心理衛生教育、行為諮商或檢查

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 觀護會面 ✓ 假日監禁 ✓ 觀護定期追蹤驗尿 ✓ 積極制裁 ✓ 社區安置 ✓ 修復式司法 ✓ 如有需求，進行藥物 檢測及治療、社區服 務 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 修復式司法 ✓ 戒癮課程或講習
--	--	--

二、 名詞解釋與定義：許多專有名詞為直接翻譯，提出修正以符合台灣之狀況，也針對今日會議所提之名詞做更詳細之定義。

- 觀護會面：由於本計畫僅針對成年犯作分流建議，故觀護人部份僅討論成人觀護人。成人觀護人分為兩種，一種為觀護人，一種為榮譽觀護人。觀護人執行保護管束，運用公權力監督受保護管束人，榮譽觀護人則協助觀護人執行保護管束個案。此處所稱之觀護會面為定期向觀護人報到、接受訪視等觀護制度中所提之輔導方法。
- 觀護追蹤定期驗尿：若尿液反應驗到為陽性反應，需通報，並具有撤銷緩起訴之效力。
- 醫療院所定期驗尿：若尿液反應驗到為陽性反應，可不通報。
- 觀護定期追蹤驗尿：可以控制頻率的高低。
- 修復式司法：修復式司法（Restorative Justice）是對因犯罪行為受到最直接影響的人們，即加害人、被害人、他們的家屬、甚至社區的成員或代表，提供各式各樣對話與解決問題之機會，讓加害人認知其犯行的影響，而對自身行為直接負責，並修復被害人之情感創傷及填補實質損害。修復式司法分為三種模式，情感修復、家庭與關係的修復、社區網絡的修復。本計畫採用的是家族協商會議模式，藉此修復家庭與關係，減少司法成本，由於施用毒品稱為無被害者犯罪，故目前尚未將毒品列入修復式司法的範疇內。
- NGO 居住方案以及民間監督力量：社會處遇型態之一，希望能找 NGO 團體做配合，讓檢察官在判緩起訴時可以讓毒品犯前往 NGO 做治療或是監禁，若不配合亦可撤銷緩起訴，可請觀護人指定要與哪個 NGO 做配合，若需配套或是外聘的治療師，需由觀護人室釐清工作的內容與強度，也可由地檢署提供經費來做協助。
- 假日監禁：乃指利用受刑人空暇時間，如周末、假日，入監服刑以完成自由刑之執行，一般是自星期五下午入監至星期一早晨釋放，依此累積時間以完成刑期。
- 短期住院治療：隔離治療，讓個案可以住短期（1-3 個月），且讓刑

期＝療程。

- 戒癮課程：針對不同毒品給於不同課程。
- 漸進式積極制裁：美國藥事法庭中所使用，採用漸進式的處遇方式。松德院區針對驗尿結果分成三階段，依結果不同會「降階」或是「升階」。
- 家庭、工作、社區監督：此為美國藥事法庭之方案。在台灣目前觀護人有權責可以針對此三項做監督。
- 義務勞務：40~240小時，社區處遇稱之為監督方案。
- 安置方案：在美國有一些因為家庭不適合讓個案再居住，所以提供一些 housing 的方案，台灣是否能建立？
- 社區處遇之型態：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。

三、 目前緩起訴與相關處遇實際執行面遭遇困難。

- 戒癮治療目前皆委託醫療院所作配合，但是由於醫療院所目前的業務繁多，有時其實較難再接外來的業務。且精神科醫師無法針對二級毒品毒犯給藥。建議可以修法增加其他的單位協助。
- 每個地方的毒防中心的定位不一樣，個管師有時也需去幫忙其他業務，且個管師也沒有法律強制力，僅能道德勸說，因此當個管師的訓練與背景不同時，所在意的面向也會不同。個管師的成效指標 (KPI) 在哪裡？
- 目前緩起訴個案若有違規，會直接撤銷緩起訴，導致檢方會將此案例視為失敗。是否能有給予緩衝的中介方案，來協助緩起訴之執行？
- 戒癮課程與法治教育是否能講動人心？還是只是淪於形式化的課程？講師的培育以及尋找是個關鍵。
- 如果僅使用一次即被逮捕的個案，是否算是戒癮？何謂戒毒成功？個案何時結案？
- 不同的毒品種類、性別以及合併用藥的部份會細分到什麼程度？正向脫離制度以及分流之必須性。

四、 建議

- 本處遇建議多著重在司法體制，建議應加強社工體制。
- 針對緩起訴戒癮治療辦法做修正，加入非醫療的部份。
- 觀察勒戒應該放入緩起訴裡面。

五、 請各專家提供書面資料補充。

六、 散會。

2015 年第二次專家會議 會議記錄

時間：2015 年 10 月 20 日(三) 17：00-18：00

地點：臺北市立聯合醫院松德院區

主持人：李思賢教授

出席人員：台北毒防中心執行秘書束連文醫師、台北市立聯合醫院松德院區精神科主治醫師陳亮好醫師、台北市立聯合醫院松德院區精神科主治醫師郭彥君醫師

一、主席報告

目前毒品危害防制條例第 24 條中的緩起訴附命戒癮治療，檢察官的判決都是自由心證，因此我們希望能利用一個客觀評量的量表(RANT[®])來提供處遇的建議。

二、計畫介紹

三、討論事項

- 1、程序上來說，目前高風險高需求的個案會進到醫療機構，法務部希望可以修訂條例的內容，讓有些低風險的個案不用進到醫療機構，提供一些可行的方案，也許是診所、或是社區等，讓這些低風險低需求的個案可以與其他的使用者隔離。
- 2、台北市立聯合醫院松德院區緩起訴附命戒癮治療的流程如下：第一個月要每週回診，針對共病(內外科、精神科等)或是其他的物質濫用做詳細的鑑別診斷。第二、三個月開始每兩周要回診一次。第四個月開始要每個月回診一次，以上療程皆為自費，且須持續一年。
- 3、目前松德院區在執行緩起訴附命戒癮治療遭遇到的困難有二：(1)若個案沒有成癮，僅娛樂性使用，且使用這些藥物也不會造成個案的經濟困難，卻剛好被抓到因而須到醫療院所規律的報到以及回診，反而會影響個案原本的生活。尤其當個案有正當工作，對國家來說是有生產力的人，卻因為必須回診

而影響正常生活，反而對社會來說是一種損失。(2) 共病的種類繁多，可能會與內科、或是精神科、其他的物質濫用共病，需要專業的醫師詢問以及追蹤才能釐清。(3)每個檢察官態度不同，結案標準也大不相同。

- 4、針對 RANT[®] 的評估後的後續處理很重要，假若高風險的個案經濟無虞，對他們來說錢不會是造成壓力的來源也不會影響。而社區的功用會是什麼?降低某些個案在醫療上金錢的支出壓力，又可以隔離個案與其他的藥物使用者。
- 5、緩起訴附命戒癮治療不同地方的標準差異之大，較為混亂又非常態，因此可以討論配合戒癮治療的醫療機構要如何擴大。
- 6、以緩起訴附命戒癮治療來說，前端的標準是檢察官所訂定，如果有醫療人員協助評估，那意見可以修改嗎?高檢願意認定嗎?醫療人員的鑑定是否適合個案?且個案是某有權利要求檢察官為其緩起訴?(因為現在緩起訴並無申訴管道)那以後端的執行單位而言，因為不清楚前端的檢察官標準為何，因此可能標準會連不上。
- 7、目前緩起訴附命戒癮治療的法令，其完成的認定標準死板且不合理，是需要修正的。
- 8、建議可以讓高風險高需求的個案進入醫療程序，而低風險低需求的個案可以進入社區，但仍建議第一個月與第二個月須要跟醫療單位配合追蹤與回診，找社區或是觀護人驗尿等。
- 9、所建議出來的方案主要必須要讓檢察官安心，且對檢察官來說 RANT[®] 為建議而非強制，且也需要防止個案為了逃避高風險高需求的處遇建議而做出偽答。
- 10、RANT[®] 的題目已有評量風險以及醫療需求的部分，為了讓檢察官可以快速又準確的篩選評估。
- 11、如何評估緩起訴附命戒癮治療的部分，各縣市有其不同的難度。

- 12、當緩起訴的個案尚未進入到治療的部分，醫療的評估介入要到什麼程度？
- 13、總結而言，RANT[®]即是提供一個團隊來給檢察官作裁定的參考，但用與不用則端看檢察官的決定。

2015 年第三次專家會議記錄

時間：2015 年 11 月 6 日(五) 15：00-17：00

地點：南仁湖探索體驗園區 會議室

主持人：李思賢教授

出席人員：臺中毒品危害防制中心邱惠慈、台中市毒品危害防制中心石倩瑜、
高雄市毒品危害防制中心邱婷慧、國立中正大學犯罪防治學系鄭瑞隆教授、台
中榮民總醫院精神科洪嘉均醫師

一、主席報告

二、計畫介紹

三、討論事項

- 1、建議可以加入電子監控，隨時 CALL 個案回來驗尿。
- 2、如何加入社工系統是目前的重要議題。
- 3、目前對醫療單位來說負擔過重，希望藉由此案來重新分配精神醫療、社工、與社區資源，對於毒犯來說，醫療是需求沒錯，但不是唯一需求。他們仍需要其他的資源，例如社會適應、找工作等等。
- 4、建議加入條件式處遇，並且提供獎勵，達成個別化的評估與處置的建議。
- 5、許多個案也許跟其他的案件有關，建議可以結合其他的系統，如家暴中心、性侵害防制中心等。
- 6、心衛中心可以提供心理復健與諮詢。
- 7、修復式司法可以修復家人的關係，例如和家人一起報到、上課。
- 8、建議要敘明主責建議的部分。
- 9、目前法務部規定緩刑、緩起訴等保護管束個案，需轉介毒防中心與地檢署觀護人共同服務，高雄市毒防中心建請法務部可依地檢署評估後依個案屬性分流以提供適當處遇，說明如下：

(1)高犯罪低醫療需求部分：建議以地檢署觀護強制為主，連結轄區警局共同監控，無需轉介毒防中心。

(2)低犯罪高醫療需求：建議可以依循現行金三角機制轉介，並訂定追蹤頻率及期限。

(3)低犯罪低醫療需求，建議由毒防中心服務，協助藥癮個案復歸社會之功能發揮，然在各縣市財源不足情形下，可請地檢署運用緩起訴處分金供縣市毒防中心辦理相關課程。

10、臺中市毒防中心建請如下：

(1) 高犯罪高醫療需求：長期性個別心理治療、藥物治療、增加報到頻率、參與家屬治療團體。

(2)低犯罪高醫療需求：增加獎勵機制，例如增加個案動機，完成所有戒癮治療療程可以縮短刑期；要求參加職訓課程學習謀生技能；須參與家屬團體一梯次，增強家庭支持系統，要求重要他人陪同參與。

(3)高犯罪低醫療需求：每周至警察局報告驗尿、地檢署隨機驗尿。

(4)低犯罪低醫療需求：定期與毒防中心報到面談；從事社會公益服務，如老人送餐、關懷弱勢、公園打掃、淨山活動等，以增強自我價值；須參與家屬團體一梯次，增強家庭支持系統，要求重要他人陪同參與。

專家諮詢記錄

時間：2016 年 1 月 19 日(二) 11：00-12：00

地點：台北地檢署第二辦公室

主持人：李宗憲兼任講師

出席人員：臺北地檢署檢察官楊冀華檢察官、研究助理溫梅君

一、計畫介紹

二、討論事項

1. 依現行法規刑事訴訟法 253-2 條之精神，以北檢來說，檢察官可命毒癮緩起訴之個案至松德院區進行門診治療，而相關戒癮治療之療程則是由醫生認定以及安排，也就是說目前醫生以及醫療單位為主體，而所搭配的必要社區資源明顯不足，因此有其他的配套措施是勢在必行的。
2. 這些緩起訴個案也會依法向觀護人報到，觀護人則會因個案需求不同，視情況而定看如何搭配追蹤輔導的方案，例如北檢與中華民國解癮戒毒協會之觀護活動。
3. 在法條上，刑事訴訟法其實已可以解釋得很完整，只是礙於毒品戒癮治療實施辦法及完成治療認定標準，顯得有些窒礙難行，會建議將毒品危害防制條例第 24 條予以修正，可以解套。
4. 在處遇模型的建議上，會建議在高風險、低醫療需求象限加入公衛體系下高密度監督，在低風險、低醫療需求加入公衛體系下低密度監督，相關完成戒癮的規定、辦法，或是結案期限，則是由公衛專家來明文訂定。在案件管理方面，可由個案自行向觀護人報到，但更建議由個案向公衛體系報到，觀護人向該委辦公衛單位調閱出席紀錄等相關報告，來達成低監控之目的。也就是說，利用司法強制力來監督，並搭配專家訂定的社區處遇(包含內涵、期限)，在細節的執行上以不違反刑事訴訟法為主。並建議在評估階段就要做更細膩的分流，且要具體明確。

5. 在藥事法庭的精神上，法官可以變更裁定，相較於台灣緩起訴制度，檢察官也有其在操作面之彈性，例如即使個案已達撤銷標準，但檢察官仍可以刑訴 253-3 另案執行、併案之程序，再給個案緩起訴之機會，此方法會類似於藥事法庭，但檢察官多半因為會增加作業程序，較少如此處理。
6. 假若對於處遇方案有所不滿，目前有刑訴第 256 條救濟程序，可聲請再議。
7. 刑事轉向為刑事訴訟的範圍，因為對人民有利，是檢調單位樂於見到的。

附錄三 教育訓練研習會成果

問題與討論

Q1: RANT 的量表是在藥事法庭施測的，如果引進我國之後，預計是在何種階段做施測？誰來決定分流跟轉向？

A1: 量表一開始設計的目的就是要簡單、快速，誰都可以做，不需要太多的訓練，甚至把問卷丟給個案，就可以讓個案自己完成。手冊背後有題目，大家可以試著看看，這樣的題目需不需要很專業的背景才可以作施測？按照我們施測的結果，這些毒品個案也都在 10~15 分鐘完成。對研究團隊來說，我們沒有去設定誰來做，因為這是實務上會因應到的問題。但我們知道在分流越早做越好，才能減輕後面的負擔。甚至有沒有可能在個案主動前往戒治時先做，讓民間團體或是毒防中心先做，對藥癮者來說，任何處遇都是社會負擔與成本耗費，讓毒品個案回歸社區就是實質除罪化的概念，例如在澳洲，刑事司法體系不抓毒品施用者，直接讓社區去處理。因此，若毒癮者無法好好在社區處遇中配合，一直重複使用，這時候刑事司法體系才介入。任何階段都可以做分流處遇的評估，但是我會認為越早做越好，最好每個單位都做，且分流的越細，越個別化。

Q2: 在美國毒品法庭的法官有權限分流這些施用毒品者應該到哪個處遇，在台灣的話應該是誰有權限來做這樣子的分流？在台灣畢竟沒有像毒品法庭法官的權限，檢察官只有起訴跟緩起訴的權限，法官才有判去那裡的權限，台灣的狀況跟美國的狀況不一樣，在台灣，RANT 究竟該放在哪一個階段由哪一些人來施測？由誰來決定這些人應該分流到哪些地方去？我覺得這才是問題的所在。

A2: 這是一個很有趣的問題，沒有這套工具的時候我們是怎麼做的？多了這套工具會產生什麼改變？這套工具是協助檢察官以及實務工作者快速篩選個案，把個案放到合適的地方。在沒有這套工具時，晤談的時間可能是半小時或一小時，而使用這套工具可以協助在十分鐘之內完成決策，省下來的時間就是這套工具的目的。這套工具一開始就是在已存在的制度上做輔助。因此，台灣沒有藥物法庭，法官不可能就他的職權去對個案作緩刑之後的設定負擔或是社區處遇的裁定，這也是為什麼毒品犯都是法務部體系在做？因為沒有人要做，只有檢察官不得不做，要去偵查、要起訴、要矯治處遇所以得去做，不管是檢察司、矯正署或是保護司，通通都是法務部的事。這套工具只是一個輔助，並沒有試圖要影響制度，他所帶出來的是一個理念，對於毒品施用者我們可以怎麼做、可以得到一個較良好的結果。對於我們來說處遇建議其實很簡單，只要把毒品危害防制條例第 24 條的附命戒癮治療的「戒癮治療」四個字拿掉，整個檢察官的權限就跟藥物法庭的法官權限沒有太大的差異，因為刑事訴訟法第 253-2 條的設定負擔，給予檢察官很大的權限可以做任何社區處遇的方案。至於有沒有違憲、有沒有刑罰權上的問題，那是另

一個層次了。至少在這個層次上，檢察官所能達到的效能跟美國藥物法庭的效能是十分相近的。所以這套工具只是協助分流而已，至於誰來做、誰要做？在這套工具之前，誰做？跟有了這套工具之後，當然還是誰做。

Q3:美國 1989 年成立第一個藥物法庭以來有很多的實證研究，聯邦機構針對這麼多各式各樣毒品法庭的計畫，用的是後設分析(Meta analysis)去統計，大概只有四篇研究提到毒品法庭成效的效用是好的，那這四篇怎麼去評估呢？這些毒品法庭計畫的參與者日後的再犯情形以及減少成本是什麼？在評估成效時候最嚴重的問題是「蒐集資料方法錯誤」，都是使用自陳報告。今天要使用這一套問卷來施測時，第一個要面臨的問題是要靠大量的被告的自陳報告來決定處遇的方向，這會不會有問題？這些題目都是要靠誠實的被告來陳述，那我們的國家的被告是不是這麼誠實？實務上來看，是不可能。這是問卷設計的問題，所以我們就是靠被告自陳報告來決定未來處遇，這是面臨到的第一個困境。

A3:確實無法跳脫，部分題目還是得需要利用個案自陳來做問卷，例如居住情形、與其他犯罪人接觸互動的情形。RANT 裡面有七個再犯組別，這兩個的確是較為主觀，其他五個主題相較之下較為客觀，這部分是較難避免的。我們在做本土化評估的時候，美國藥物法庭的個案跟法官的互動情形，法官是比較佛心，和個案的關係建立良好，個案較容易據實回報。在台灣如果個案回報不準確該怎麼辦？就居住這件事情來講，如果在調查時、在通緝時好不好抓、同居人是誰、房東是否真的有出租這間房給他、聯絡不聯絡的到他，大概都能略知一二，至於和其他毒品施用者的交流情形，這的確也是比較難。因此我們再做本土化時也希望可以有更多的收穫，例如這一項如果在收集更多的資料、累積常模之後發現沒有結果，或者是比例很少，或許這個項目對我們就是多餘的，就可以拿掉。畢竟國土風情不一樣，因此在設計上面我們也需要更多的支持來確認這套工具在分流上是不是真的可行。可能還有很多問題是我們還沒有發現的，起碼現階段在個案分流時我們可以做一個參考。

Q4:剛剛有同仁提到誰來施測，李博士回答最好前階段施測。假如誰都可以施測，且是讓刑事司法人員例如書記官、事務官等來施測，那這套量表的法律定位是什麼？是否為鑑定？性質為何？要不要附卷？如果結果適合緩起訴，但檢察官斟酌後認為不適合緩起訴，申請觀察勒戒，那是否會有救濟？或是誰來做審查？檢察官有沒有權限做出跟量表相反的認定？將來在在法庭上攻防時是否能成為攻防的證據，假如量表只能參考，那當做訴訟資料是否會有爭議？

A4:藥物法庭的運作類似與我國少年法庭，在審查前會有審前調查，調查官去調查，但採行與否是法官、少年、監護人一起去討論協商，美國藥物法庭亦然，結果出來會跟個案討論分流處遇、需要個案同意再做決定。因此我們需要跳脫出刑事訴訟上的觀點，本來就是一個很模糊的裁量空間，確實證據力有他的問題存在，就拿鑑定來說，被告跟檢察官所找的鑑定也都是讓法官去裁定，本來就有爭議空

間。回歸原點，我們該思考的是為什麼要轉向?要給個案社區處遇的機會，刑罰權是在檢察官的身上，被告可以免除國家的追訴，因此我們要掌握的是我們的理念，社會願不願意承擔風險，緩起訴在我國一定有人贊成跟不贊成，但我們要怎麼去說服人家同意。這套工具的效能是什麼?RANT 不應該有裁量權，應該是類似少年法庭的審前調查報告，做為參考用。

處遇成效評估，不單純只是有效跟沒效，或是再使用與否，還會有其他包含社會生活面相、社會功能恢復狀況、穩定就業、居住狀況、是否配合處遇等。因此我們要思考的觀點，介入毒品施用者的目的為何，目前法規的設定並不完美，認定施用毒品就是犯罪，忽略掉了其他概念，目前在概念上應該要做一些調整，在實務面上應該要放寬一點，讓法律跟個案都有機會，我們願意彈性到什麼程度?去做決策?是我們應該要思考的問題。

Q5:這個量表幫助我們更了解個案多方面的狀況，是一個很重要的參考。建議可以在地檢署成立一個專組，由專組來進行較為適合。如何決定量表結果是否準確?就可以由專組的人來調查一些客觀資料，例如個案的前科狀況、居住標準等，不曉得老師認為專組來做是否適合。

A5:在實務上由專組來做是必須的。因為分流之後還是要有社區機構來做分流處遇的承接，因此需要有人去擴展社區資源，讓民間團體來接手處理毒癮個案。司法要跟民間機構有、警察的緊密連結。實際上也不需要檢察官、事務官或是觀護人親自去訪談，只需要跟警察或是其他合作的民間團體調查就好了。因此有專組的話是有很大的幫助。

Q6:想請問 RANT 的風險評估，只要有符合一項就是高風險，那一項跟七項符合會有不同的分流嗎?也想請問問卷有考慮到心理年齡嗎?問卷訪談開始日是因為同一個個案要做很多次嗎?性別指的是生理性別還是心理性別嗎?居無定所部分，現在很多人雖然住家裡，但是家庭疏離也是再犯因素，另外再犯是指再吸毒還是其他犯罪行為?

A6:符合高風險就要強化他的監督，實際上結果不會告訴你此個案有幾個高風險因素，只會告訴你有沒有高風險，這部分主要是因為我們做的是篩選風險高低，這有實證上面的基礎。性別那些欄位只是做資料登記不會做分析，且問卷只會做一次，問的是過去一年的情況。如果要細問每個項目，那就回歸到一開始說的，我們要做間接性的評估，例如我們要詳細評估家庭，可能需要專業人士、專業背景去做詳細的評估，但做間接評估我們只需要問他有沒有住在家裡。如果家庭功能不好，那為什麼他會住在家裡?表示家裡還是有一些會讓他想住在家裡的因素。這表示我們到底要評估到多仔細?以及這麼仔細對我們的幫助是什麼?我們做初步的評估讓個案分流之後，接下來執行處遇的專業人員就會有機會再做更詳盡的評估與應對處理。年齡篩選的是生理年齡，因為無法考量太繁瑣，評估的目的不是要判定要做什麼處遇，而是要不要做處遇。另外就算心智年齡未滿，但還是有其他

可能的風險因素會出現，因此高風險個案還是可以被篩選出來的。

照片實錄



一樓服務台海報

簽到處



法務部保護司張副司長致詞



計畫主持人李教授致詞



計畫主持人李教授致詞



計畫主持人李教授致詞



計畫主持人李教授簡介計畫



計畫主持人李教授簡介計畫



計畫研究員李博士進行教育訓練會



計畫研究員李博士進行教育訓練會



計畫研究員李博士進行教育訓練會



問題與討論

附錄四 毒品施用者再犯風險與醫療需求分流處遇

評量工具使用手冊

毒品施用者再犯風險與醫療需
求分流處遇評量工具使用手冊
(中文版 RANT®使用手冊)

李思賢特聘教授

Douglas B. Marlowe, J.D., Ph.D.

David S. Festinger, Ph.D.

	國立臺灣師範大學
	保密協議書

犯罪人危險分級評估與再犯預測指標之研究

教育訓練會保密協議書

本人出席國立臺灣師範大學主持之計畫「犯罪人危險分級評估與再犯預測指標之研究」教育訓練會，本人同意遵守下列協議：

- 一、包括研究計畫案、會議中討論與評估工具「the Risk and Needs Triage (RANT®)」內容等均須保密，嚴禁對計畫以外的人員洩漏。
- 二、將檔案和文件視為機密，不能複製、保留或對任何人私自透露研究計畫之內容與相關資料。
- 三、不能直接、間接公開或應用本計畫所提供本人閱覽，屬於第三者機密或專利的資料。
- 四、不能因任何目的在授權之外使用保密資料，或以任何方法導致自己或第三者獲利。
- 五、工作結束後，應交還或銷毀本計畫所有紀錄與原始檔案或複印文件。

本人已經詳細閱讀並瞭解上述協議內容，如違反願接受相關法令之處置，絕無異議。

此致

國立臺灣師範大學

立書人：

日期： 年 月 日

目 錄

<u>一、</u>	<u>關於 RANT®與 RANT®中文化</u>	68
<u>二、</u>	<u>毒品施用者處遇與司法轉向</u>	69
<u>三、</u>	<u>毒品施用者的風險評估與分流</u>	70
<u>四、</u>	<u>RANT®的發展與中文化版本編製</u>	73
<u>五、</u>	<u>再犯風險與需求評估項目架構</u>	75
<u>六、</u>	<u>計分與評估</u>	78
<u>七、</u>	<u>再犯風險與醫療需求象限</u>	79
<u>八、</u>	<u>再犯風險與醫療需求之評估與處遇建議</u>	80
	<u>參考文獻</u>	82

一、關於 RANT[®]與 RANT[®]中文化

毒品施用者風險與需求評估工具「the Risk and Needs Triage (RANT[®])」是美國 TRI (Treatment Research Institute) 團隊研究發展出的毒品施用者再犯風險與醫療需求分流的評估工具，是一份簡短、容易上手、有實證研究支持的分流評量工具，提供給美國藥事法庭法官和其他刑事司法決策者的決策使用，能幫助法院工作者判定對藥癮者最佳的監控和治療處遇方式，目前美國有 29 州 200 多個法院採用這套評量工具。這套工具建立在實證研究的基礎上，確認毒品施用者能被配到合適的處遇方式，並符合他們的再犯風險和醫療需求，對其在社區矯正機構的處遇成效有相當良好的結果 (李思賢等, 2014)。與其他評估工具相較之下，RANT[®]更有下列優於其他評估工具的特性：

1. RANT[®]能同時評估再犯風險和醫療需求，將個案分類成與矯治方案直接相關的「象限」概念。
2. RANT[®]施測執行時間不到 15 分鐘，且不需要大量的臨床培訓。
3. RANT[®]包含網路功能，可以讓多個個案同時跨司法管轄區使用。(中文版尚未取得 RANT[®]軟體授權，故目前無此功能)

RANT[®]包括個案的風險與需求評估，由法院或是地檢署相關人員來實施，可以在 15 分鐘內完成。由系統自動產生的評估報告簡單易懂，將毒品施用者歸類為以再犯風險及醫療需求為主軸的四個象限的其中一種，讓司法人員判斷哪些是適合個案的矯正處遇與治療。例如毒品施用者如果是屬於再犯可能風險高與醫療需求低，會建議加強司法監督與較少的醫療介入。相反的，如其是屬於再犯風險低與醫療需求高，則會建議加強醫療介入與較少的司法監督。

RANT[®]於 2014 年獲得美國 TRI 團隊同意進行中文化，並經預試與信效度檢驗，中文化後試題的內容、意涵經專家確認與原試題相同，受試者也都能理解、掌握 (李思賢等, 2014)。

二、毒品施用者處遇與司法轉向

對於毒品施用者的處遇，臨床工作人員通常較支持「公共衛生」的觀點，認為治療才能真正減少毒品使用與累犯的出現。而持「公共安全」觀點者則認為，毒品的施用是一種犯罪行為，需長期嚴密監控才能避免故態復萌。事實上，純粹的「公共衛生」或「公共安全」觀點都不能完全解決問題，以統整的方式結合社區處遇的治療與持續的司法監督，由司法矯正系統扮演實質監控的角色，且可對違反治療規定的個案進行立即的處分，才能有效達到藥癮戒治成效（Marlowe, 2002、楊士隆，2007）。

美國自 1989 年即開始運用藥事法庭，藉由轉向制度整合刑事司法、醫療、社區等單位，透過藥事法庭的監督，在法官、觀護人員與社區機構的合作下，促使毒品施用者接受治療和其他相關的服務，以發揮戒癮最大效益。目前我國對毒品施用者所採取的刑事政策，除觀察勒戒、強制戒治優先於刑罰的轉向處遇外，更逐漸倚重緩起訴處分附命戒癮治療，藉由刑事司法轉向制度的前門策略，結合衛生醫療體系，在檢察官與觀護人的監督下，配合尿液檢驗與藥物治療、心理治療、社會復健，以達促使毒癮者戒除毒癮並重新復歸於社會之目標。此一緩起訴處分附命戒癮治療之概念，與美國藥事法庭設立之意旨具有相似之處。

對毒品施用者的司法評估及監督，觀護人針對緩刑或假釋付保護管束的毒品施用者，有「施用毒品之受保護管束人評估表」供其依評估內容進行分類分級，並施予毒品施用者個別化處遇，如加強密集約談及訪視次數、加強驗尿、複數監督…等。而在監服刑之毒品施用者，監所的教化人員可利用「毒品犯受刑人評估表」及「毒品再犯危險性評估表」進行評估，並依評估內容施予個別化處遇。然而，對於毒品施用者的轉向分流，仍然欠缺合適、有效且客觀的評估工具，包括風險與戒治需求的評估，以及分流的處遇建議。「毒品施用者風險與需求評估工具」即為解決毒品施用者的轉向分流與處遇建議問題。

三、毒品施用者的風險評估與分流

隨著矯治成本的上升與戒癮治療理念的演進，越來越多的國家，將大量的非暴力持有毒品施用者從監禁分流到以社區為基礎的方案。司法管轄區持續的矯正方案，大多數是處理與毒品有關的罪犯。如圖 3-1 所示，這些方案從要求最低的審前處遇或是緩起訴報到方案，到中階法院管理的藥事法庭，到最後採取懲罰、或是入監服刑的最嚴格懲罰。隨著監控管理的程度提高，司法、處遇成本也大幅提升。

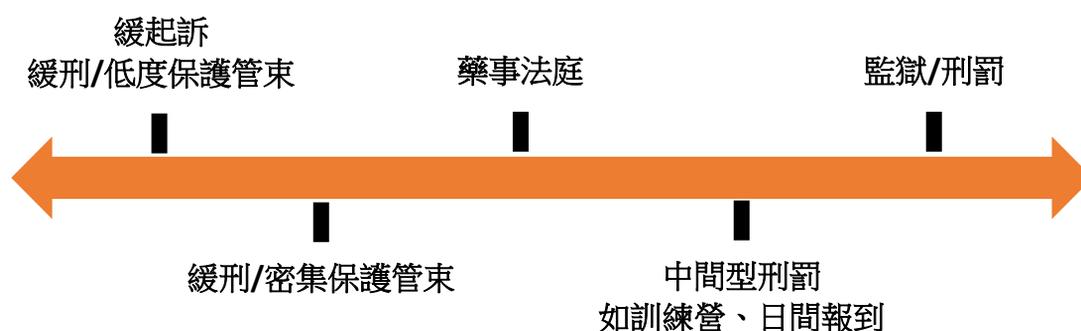


圖 3-1 監控程度由低到高的毒品施用者司法矯正方案

分流處遇對大多數司法機關而言，最關鍵的任務是發展出一套迅速、可靠且高效率的系統來評估毒品施用者，並針對他們的需求做出最有效的判決/分流方案，以減少不必要的成本並提高矯治的成效。這樣的評估必需同時關注犯罪者的犯罪因素需求（criminogenic needs）及醫療需求（clinical needs），才可能達到最有效及最具經濟效益的結果（Andrews & Bonta, 2010; Taxman & Marlowe, 2006）。

1. 風險因素：促使毒品施用者不太可能在傳統的康復形式中成功戒毒，並因此更可能重新吸毒或犯罪的特性。這些風險並非涉及暴力或危害社會的風險，例如早期的施用毒品或犯罪、經常性的犯罪活動、過去失敗的康復治療…等。
2. 醫療需求：個案心理功能或障礙區域，如能有效處理，可以大大減少

重複毒品使用、犯罪和從事其他不當行為的可能性。例如毒癮或酗酒、精神症狀、慢性疾病、文盲…等。

這樣的評估並不意味著應該剝奪高風險或高需求個案參與康復治療或分流處遇的機會，而是需要更多以社區為基礎、更深入、更好的計畫，來改善這些人的預後情形。

預後風險或稱犯罪風險，是指那些能預測出較差的復健治療效果的犯罪者特質。以毒品犯罪者而言，最可靠和最普遍的預後風險特質包括年輕、男性、青少年期即使用毒品或犯罪、重罪定罪、先前不成功的治療或復健嘗試、符合反社會人格診斷、在反社會同儕中的優越感（Butzin et al., 2002; Marlowe et al., 2003）。為了讓治療能夠成功和克制其毒品使用與違法的行為，具有這些高風險特質的人通常必需被密切監視，並被要求對自己的行為負責。另一方面，低風險的犯罪者，比較不會固著在反社會的發展型態，同時也較可能在受到逮捕後，有較佳的行為改善表現。因此，對這些人來說，密集式的矯正介入處置成本高，但矯治成效卻可能很有限（DeMatteo et al., 2006）。更糟的是，這些低風險的犯罪者很可能在與其他高風險的犯罪者相處當中，學習到反社會的態度和行為，並導致他們的預後變差（McCord, 2003）。

研究顯示，依據風險和需求所做的處置配對（Matching dispositions by risk and need）採取分流處置，可以為不同型態的犯罪者帶來更好的矯治處遇結果。例如對有非法藥物成癮問題，且較可能在寬鬆處遇中失敗的犯罪者來說，藥事法庭能產生較佳的處遇結果。對高風險犯罪者採取藥事法庭所獲得的處遇效果，是低犯罪者的兩倍（Fielding et al., 2002; Lowenkamp et al., 2005），節省的預算開銷更可高達 50%（Bhati et al., 2008; Carey et al., 2008）。

然而，藥事法庭所提供的完整服務，對那些低再犯風險或是低醫療需求的人來說，便顯得多餘，甚至會帶來反效果。研究顯示，對低風險的施用毒品犯罪者而言，法官低度介入的處遇成效甚至是更好的（Festinger et al., 2002），個

案由臨床個案管理師直接監督，再由個案管師向法官報告進度，個案僅在需要被督促、改善其治療遵從性時才被傳喚到庭的情況下，他們往往能進展得更好。這樣的安排不僅減輕法庭的負擔，也減少了高風險與低風險者接觸的機會。

「毒品施用者風險與需求評估工具」透過一個簡短的評估表（僅有 19 個評估項目），來評估個案的犯罪風險以及醫療需求，法院或是地檢署相關人員只需經過少許的培訓，即可以在 15 分鐘甚至更少的時間內完成施測評估。評估結果將毒品施用者歸類為以再犯風險及醫療需求為主軸的四個象限的其中一種，每一種結果都能提供法院或是地檢署相關人員決策合適的矯正與治療處遇。

四、RANT®的發展與中文化版本編製

為了實現對毒品施用者的分流處遇架構，必須制定一個易於使用且有實務經驗支持的評估工具，TRI 團隊所開發的「毒品施用者風險與需求評估工具」，便是建立在以下幾個原則的基礎上：

1. 由於在許多司法管轄區域會有大批的毒品施用人口被捕獲，因此對毒品施用者的分流評估不可超過 15 分鐘。
2. 分流評估工具需要適合非臨床培訓，且評估經驗有限，或很少時間參與正式評估技術培訓的觀護人、檢察事務官或個案管理師。
3. 需要具備網路功能，以便同時在不同司法管轄區的多個個案使用，包括由法官、觀護人、提供治療者和律師（有適當的安全保護和分級管理）進行訪談。（中文版尚未取得 RANT®軟體授權，故目前無此功能）
4. 評估工具必須能夠即時產生得分與結果，提供並協助法院快速做出處置，並且可以容易且快速地被非臨床人士讀取和理解。（中文版尚未取得 RANT®軟體授權，故目前無此功能）
5. 必須有可信和有效的科學證據，證實每個評估項目都能顯著預測矯治處遇及和戒癮治療的結果。
6. 每個評估項目必須是客觀量測且具實證性的，而不是僅僅依據單方面的臨床判斷或罪犯不偏頗的自我報告。
7. 對易受傷害族群應有不同的影響，例如種族、少數民族或女性，且評估項目不能違反正當程序或平等保護。

RANT®中文化版本，由法務部司法官學院委託國立台灣師範大學李思賢教授等人於 103 年 10 月翻譯完成（李思賢，2014），104 年在法務部委託下再次進行可行性研究與試題的評估修訂。RANT®這套評估工具在美國經過十幾年的研究已經相當成熟，已有 29 州 200 多個法院採用作為毒品施用者再犯風險與醫療需求分流的評估工具，經實證研究確認毒品施用者能被配到合適的處遇方

式，並符合他們的再犯風險和醫療需求，對其在社區矯正機構的處遇成效有相當良好的結果，故而目前中文化版本僅針對 RANT® 原版試題進行翻譯、校正，使其符合台灣之專業名詞或是法條定義，而不添加任何試題或評估項目，避免影響 RANT® 原本建立的信度與效度。目前 RANT® 中文化版本乃經由下列程序編製而成：

1. 由社會工作學博士進行 RANT® 原版試題中文翻譯（英文翻譯為中文）。
2. 由公共衛生學博士進行中文翻譯版本的反翻譯（中文再翻譯為英文）。
3. 由研究主持人李思賢教授與共同主持人以及美國 TRI 團隊之專家，依據原版、翻譯之中文版、反翻譯之英文版試題逐題討論，修訂、確認翻譯後的中文能符合試題原意，以及專業用語的適切性。
4. 進行預試提升內容效度，確認毒品施用者在意識正常的情形下，對試題內容的理解情形，並依據受試者的回饋進行討論與修訂、補充說明。
5. 重複對不同的受試者進行預試，直到受試者能夠依據試題內容直接反應作答。
6. 針對這 54 名個案中隨機選取 6 位進行一週後的再測，共完成 5 位，再測信度係數高達 0.8。
7. 本研究共收集了 54 名個案，其施用毒品緩起訴個案的再犯風險與醫療需求評估分布情形，有 66.3% 個案為高再犯風險（HR）、53.7% 為低再犯風險（LR）；42.6% 個案為高醫療需求（HN），57.4% 為低醫療需求（LN）。各象限分布為第一象限（HR/HN）22.2%；第二象限（LR/HN）20.4%；第三象限（LR/LN）33.3%；第四象限（HR/LN）24.1%。

再犯風險

		再犯風險	
		低	高
醫療需求	高	第二象限（LR/HN） 11 人(20.4%)	第一象限（HR/HN） 12 人(22.2%)
	低	第三象限（LR/LN） 18 人(33.3%)	第四象限（HR/LN） 13 人(24.1%)

五、再犯風險與需求評估項目架構

毒品再犯的因素相當多也相當複雜，綜觀國內外對毒品施用者再犯的相關研究，毒品施用者的再犯風險，大致可以分為個人因素、環境因素與毒品接觸風險三個面向，例如個人因素部分有關注在負向情緒 (Colder & Chassin, 1997)、尋求刺激 (Wanger et al, 1991)、神經質性格 (高振傑、柯慧貞, 2002; Ingram & Price, 2001; McCormick et al, 1998)、衝動性格 (Kuo et al, 2002)、認知功能與注意力缺陷 (Giancola et al, 1999)、憂鬱 (呂淑妤等, 1999)、憂鬱 (Turrina, 2001; Kelder, 2001)...等特質。環境因素部分則關注在家庭成員物質濫用 (Resnick et al, 1997)、放任或威權教養 (周碧瑟, 1999; Turner, 1995)、父母的高期望 (鄭泰安, 1999)、家庭暴力 (Fergusson & Horwood, 1998)、親子衝突 (Turner et al, 2000)、家庭結構不完整 (Baus et al, 2002; 周碧瑟, 1999, 蔡尚穎等, 1996) ...等。毒品接觸風險如同儕影響 (柯慧貞, 2003; Morojele et al, 2002; Johnson, 1997)。

事實上毒品再犯的因素不是單一因素可以預測或解釋，常常是多個因素交互作用的結果。例如毒品使用者除了必須忍受戒斷症狀之外，更必須面對情緒及社會經濟的問題。若再加上面對周遭環境與他人的誘惑，則往往導致再次使用毒品的結果 (Laudet, Magura, Vogel, & Knight, 2000)；不同的生活壓力，如貧窮、種族、住所變動的差異，導致了父母對於孩子管教的忽略，並且削弱了社區中非正式的社會控制力，這樣的結果亦會造成毒品使用行為 (Weatherburn & Lind, 2006)。國內研究也發現，當用藥渴求產生時，毒品的取得管道、環繞用藥的社會環境將會觸動藥癮復發，導致其對藥物效果的期待、覺得心癮難耐而對戒癮失去信心，在情感上，更會因為壓力、逃避負面情緒而導致再使用毒品 (潘昱萱、黃秀瑄、潘虹妮、林瑞欽, 2008)；社會與同儕壓力是導致毒品使用者再使用的前驅因素，而社會適應力、情緒穩定性以及教育程度則與毒品在

使用有相關 (Yen 與 Chang, 2005)。

因為毒品再犯因素的複雜性，且 RANT® 的主要目的是成為迅速、可靠且高效率的毒品施用者評估系統，依據其犯罪因素需求 (criminogenic needs) 及醫療需求 (clinical needs) 做出最有效的分流方案，以達到最有效及最具經濟效益的矯治處遇結果。所以 RANT® 在對毒品施用者進行評估時，不會像臨床診斷或學術研究般，對毒品施用者的各個再犯危險因子進行專業的診斷評估，RANT® 的每個評估項目必須是簡短、可客觀量測，且不需要臨床診斷評估訓練的。所以 RANT® 以間接測量方式，評估個案在社會生活或行為上的反應情形，而這些評估項目皆有可信和有效的科學證據，證實能顯著預測矯治處遇及戒癮治療的結果，包括年齡、居住、就業、犯罪、不良友伴、用藥、戒癮及精神診斷結果等。

表 5-1 RANT® 再犯風險評估項目

分組	項目	實證基礎/概念	含攝因素
RG1	目前年齡	年輕的毒品施用者通常需要更密集的監管。	自我發展、戒癮動機...
RG1	居住穩定	不穩定的生活模式對治療反應較差，且不遵守監管的可能性更大。	生活穩定、家庭結構、支持系統、其他社會問題...
RG1	就業穩定	穩定就業的程度通常與未能履行監管要求有關。	性格、社會適應、支持系統、人際互動、其他社會問題...
RG1	不良友伴	與偏差友伴的接觸情形，能預測個案對治療和監管要求的反應	環境因素、支持系統、接觸風險...
RG2	用藥年齡	越早接觸毒品個案，對治療反應較差，需要更密集的監管。	人格特質、環境因素、社會適應、支持系統、接觸風險...
RG3	初犯年齡	初犯年齡越早，犯罪矯治效能越糟。	自我發展、性格、品性疾患、家庭結構...
RG4	戒癮記錄	曾參加戒毒的個案，對處遇的反應較差，需要更密集的監管。	人格特質、環境因素、社會適應、支持系統、接觸風險...
RG5	傳喚未到	經傳喚未到而被拘提、通緝，能預測遵守監管要求的可能。	人格特質、環境因素、支持系統、其他社會問題...
RG6	司法	成年後的轉向失敗經驗，能預測	人格特質、環境因素、支持

	轉向	對未來處遇的服從性與結果。	系統、其他社會問題...
RG7	犯罪記錄	成年後的輕重罪犯罪記錄，能預測再犯的可能。	人格特質、環境因素、社會適應、支持系統、社會控制...

相較於再犯風險評估需要衡量個案遵守並完成監管要求的可能性，RANT[®]對醫療需求的評估，並非確定個案是否能在接受醫療後獲益，個案是否能在接受醫療後獲益需要有更深入的臨床評估，RANT[®]對醫療需求的評估僅是確定個案在司法處遇制度下，是否可能有需要密集的醫療協助或監測。

表 5-2 RANT[®]醫療需求評估項目

分組	項目	評估內容	實證基礎/概念
N1	戒斷症狀	是否產生戒斷症狀。	戒斷的嚴重生理反應，會損害個人從事日常生活的能力
N2	成癮依賴	無法控制或自行停止的持續使用。	成癮或依賴會引發越用越多且失去控制的毒品使用型態。
N3	用藥渴求	難以忍受或抵抗使用毒品。	難以忍受不使用毒品，越不用壓力愈大，思考能力會更受限。
N4	精神診斷	符合 DSM-V “Axis I”的診斷，或嚴重影響日常生活能力。	可能需要密集的醫療協助與監測。
N5	慢性疾病	藥物濫用所引起，或加重的慢性生理疾病。	可能需要密集的醫療協助與監測。

六、計分與評估

RANT[®]題目分為再犯風險評估項目（RG1～RG7）與醫療需求評估項目（N1～N5），並依據風險標準進行判斷。RANT[®]在美國採用電腦作答，由個案或司法人員依據題目的描述輸入個案的實際情形後，電腦軟體即自動計分並輸出建議的處遇方案。由於中文版尚未取得 RANT[®]軟體授權，故目前仍須透過人工方式計分，但 RANT[®]的評估計分方式相當簡單，仍可輕易完成計分與評估。下表 6-1 與 6-2 分別為 RANT[®]的在犯風險與醫療需求評估標準與高風險、高需求之判斷。RG1 至 RG7 的再犯風險評估項目只要有一項判斷為高風險，個案即屬高再犯風險。N1 至 N5 的醫療需求評估項目只要有一項判斷為高需求，個案即屬高醫療需求。

七、再犯風險與醫療需求象限

在過去的十年中，TRI 法律與倫理研究部門的研究人員一直在進行實驗性研究，調查毒品施用者專屬方案和決定什麼類型的毒品施用者最適合什麼類型的方案之關鍵要素，並經數十篇研究報告和期刊論文而總結此一研究結果（李思賢，2014）。

RANT[®]這套工具所產生的結果，是一種實證性配對毒品施用者到合適的社區矯正方案的概念架構。採用 2x2 矩陣，毒品施用者可同時對應其再犯風險和醫療需求到四個象限的其中一個，每個象限將直接影響對個案選擇合適的矯正處遇和行為復健治療。被歸為低再犯風險和低醫療需求類別的個案，通常需要最少的監控和治療服務；被歸為低再犯風險和高醫療需求類別的個案，通常需要涉及密集治療以及密切監控，以防止其復發的整合性處遇；被歸為高再犯風險和低醫療需求類別的個案，通常不需要太多的治療服務，而需要密切監管，並對自己的行為負責；被歸為高再犯風險和高醫療需求類別的個案，通常需要涉及密集治療、密切監控以及為自己行為負責的整合性處遇。RANT[®]對各象限的社區矯正處遇方案舉例如下表 7-1。

表 7-1 RANT[®]對不同象限的處遇方案

		再犯風險	
		低	高
醫療需求	高	<u>第二象限 (LR/HN)</u> ● 緩刑監督 ● 不順從的登錄 ● 密集的藥物治療 ● 獎勵與處分 ● 尿液檢驗	<u>第一象限 (HR/HN)</u> ● 法院監督 ● 個案每日回報情形 ● 密集的藥物治療 ● 獎勵與處分 ● 尿液檢驗
	低	<u>第三象限 (LR/LN)</u> ● 審前服務監督 ● 不順從的登錄 ● 預防/教育	<u>第四象限 (HR/LN)</u> ● 緩刑監督 ● 個案每日回報情形 ● 有利社會的復健方案 ● 獎勵與處分 ● 不順從時給予中等程度懲罰

八、再犯風險與醫療需求之評估與處遇建議

RANT[®]這套工具主要是提供美國藥事法庭作為毒品施用者的社區矯正處遇方案建議，是一種實證性配對毒品施用者到合適的社區矯正方案的概念架構。目前台灣對於毒品施用者的司法處遇，雖然僅有徒刑及觀察勒戒與強制戒治、緩刑、緩起訴等轉向制度，並沒有明確的社區矯正或處遇方案，然而緩刑與緩起訴制度已賦予法官及檢察官對受當事人設定負擔的權力，包括完成戒癮治療、精神治療、心理輔導或其他適當之處遇措施，以及預防再犯所為之必要命令。並有觀護制度輔助，對當事人進行監督、輔導、行狀考察等。因此，事實上已可如美國藥事法庭制度，依據對毒品施用者的再犯風險與醫療評估結果，對毒品施用者進行分流處遇。所差異者，僅在目前台灣社區矯治資源及處遇方案仍較為欠缺，以及當當事人違反指令或規定時所能給予的懲罰較為侷限。

台灣對於施用毒品者雖然已有戒癮、醫療概念，但本質上仍然傾向於視為犯罪行為，多數認為毒品施用者應承擔司法不利益的後果。再者，目前台灣對毒品施用者的社區戒癮、治療、處遇，仍然局限於醫療，整體社會對於毒品施用者社區處遇的乘載力並不充足。因此，依據目前台灣的司法制度，對於本項評估工具的使用，應可運用於評估是否對毒品施用者進行司法轉向，以及轉向後的矯治處遇方案選擇。法官、檢察官、觀護人及相關的司法人員、醫療/諮商/社會工作等專業人員，也可依據評估結果，調整對個案的監督、命令要求或遵守事項的內容及強度，以及矯治/處遇/治療等方案的內涵。

表 8-1 風險與需求評估用工具於評估是否進行司法轉向

		再犯風險	
		低	高
醫療需求	高	緩起訴附命戒癮治療 ● 觀護監督 ● 戒癮治療 ● 精神治療 ● 尿液檢驗	監獄行刑、觀勒與戒治程序 ● 醫療病監 ● 精神病監 ● 戒治病監、戒治所 ● 醫療資源豐富之監獄
	低	緩起訴附處分命令 ● 觀護監督 ● 心理治療 ● 適當之處遇措施 ● 尿液檢驗	監獄行刑、外役監獄 ● 一般監獄 ● 外役監獄

表 8-2 風險與需求評估用工具於評估司法轉向後的矯治處遇方案選擇

		再犯風險	
		低	高
醫療需求	高	緩起訴附命戒癮治療 ● 一般性觀護監督 ● 戒癮治療 ● 精神治療 ● 尿液檢驗	觀勒與戒治程序 ● 戒治所 ● 較多的醫療協助 緩起訴附命戒癮治療與密集性觀護監督 ● 密集性觀護監督 ● 戒癮治療 ● 精神治療 ● 尿液檢驗
	低	緩起訴附處分命令 ● 一般性觀護監督 ● 諮商輔導與心理治療 ● 適當之處分命令，如職訓就業 ● 尿液檢驗	觀勒與戒治程序 ● 戒治所 ● 諮商輔導與社會功能重建 緩起訴附處分命令與密集性觀護監督 ● 密集性觀護監督 ● 諮商輔導與心理治療 ● 適當之處分命令，如職訓就業 ● 尿液檢驗

參考文獻

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- DeMatteo, D. S., Marlowe, D. B., & Festinger, D. S. (2006). Secondary prevention services for clients who are low risk in drug court: A conceptual model. *Crime & Delinquency, 52*, 114-134.
- Festinger, D. S., Marlowe, D. B., Lee, P. A., Kirby, K. C., Bovasso, G., & McLellan, A. T. (2002). Status hearings in drug court: When more is less and less is more. *Drug & Alcohol Dependence, 68*, 151-157.
- Marlowe, D. B. (2002). Effective strategies for intervening with drug abusing offenders. *Villanova Law Review, 47*, 989-1025.
- Marlowe, D. B. (2003). Integrating substance abuse treatment and criminal justice supervision. *NIDA Science & Practice Perspectives, 2(1)*, 4-14.
- Marlowe, D. B. (2006). Judicial supervision of drug-abusing offenders. *Journal of Psychoactive Drugs, SARC Suppl. 3*, 323-331.
- Marlowe, D. B. (2007). Strategies for administering rewards and sanctions. In J. E. Lessenger & G. F. Roper (Eds.), *Drug courts: A new approach to treatment and rehabilitation* (pp. 317-336). New York: Springer.
- Marlowe, D. B. (in press). Application of sanctions. In *Drug Court Quality Improvement Monograph*. Alexandria, VA: National Drug Court Institute and Bureau of Justice Assistance.
- Marlowe, D. B., DeMatteo, D. S., & Festinger, D. S. (2003). A sober assessment of drug courts. *Federal Sentencing Reporter, 16*, 153-157.
- Marlowe, D. B., Festinger, D. S., Dugosh, K. L., & Lee, P. A. (2005). Are judicial status hearings a "key component" of drug court? Six and twelve months outcomes. *Drug & Alcohol Dependence, 79*, 145-155.
- Marlowe, D. B., Festinger, D. S., Dugosh, K. L., Lee, P. A., & Benasutti, K. M. (2007). Adapting judicial supervision to the risk level of drug offenders: Discharge and sixmonth outcomes from a prospective matching study. *Drug & Alcohol Dependence, 88S*, 4-13.
- Marlowe, D. B., Festinger, D. S., Foltz, C., Lee, P. A., & Patapis, N. S. (2005).

- Perceived deterrence and outcomes in drug court. *Behavioral Sciences & the Law*, 23, 183-198.
- Marlowe, D. B., Festinger, D. S., & Lee, P. A. (2004). The judge is a key component of drug court. *Drug Court Review*, 4, 1-34.
- Marlowe, D. B., Festinger, D. S., & Lee, P. A. (2003). The role of judicial status hearings in drug court. *Offender Substance Abuse Report*, 3, 33-46.
- Marlowe, D. B., Festinger, D. S., Lee, P. A., Dugosh, K. L., & Benasutti, K. M. (2006). Matching judicial supervision to clients' risk status in drug court. *Crime & Delinquency*, 52, 52-76.
- Marlowe, D. B., Festinger, D. S., Lee, P. A., Schepise, M. M., Hazzard, J. E. R., Merrill, J. C., Mulvaney, F. D., & McLellan, A. T. (2003a). Are judicial status hearings a key component of drug court?: During-treatment data from a randomized trial. *Criminal Justice & Behavior*, 30, 141-162.
- Marlowe, D. B., & Kirby, K. C. (1999). Effective use of sanctions in drug courts: Lessons from behavioral research. *National Drug Court Institute Review*, 2, 1-31.
- Marlowe, D. B., Patapis, N. S., & DeMatteo, D. S. (2003). Amenability to treatment of drug offenders. *Federal Probation*, 67, 40-46.
- Marlowe, D. B., & Wong, C. J. (2008). Contingency management in adult criminal drug courts (pp. 334-354). In S. T. Higgins, K. Silverman, & S. H. Heil (Eds.), *Contingency management in substance abuse treatment*. New York: Guilford Press.
- Taxman, F. S., & Marlowe, D. B. (Eds.) (2006). Risk, needs, responsivity: In action or inaction? [Special Issue]. *Crime & Delinquency*, 52(1).