案號：**ndc106060**

我國附命完成戒癮治療之
緩起訴處分機制與成效之檢討

國家發展委員會委託研究

中華民國 **107** 年 **8** 月

案號：**ndc106060**

我國附命完成戒癮治療之緩起訴處分機制與成效之檢討

計畫主持人：中央警察大學防治系教授　蔡田木
共同主持人：國立臺灣大學社工系教授　吳慧菁
中央警察大學防治系副教授　賴擁連
台北市立聯合醫院主治醫師　束連文

期程：106 年 10 月至 107 年 8 月
經費：99 萬元

國家發展委員會委託研究
中華民國 **107** 年 **8** 月

（本研究報告內容僅供本會業務參考）

提　要

緩起訴附命完成戒癮治療（簡稱緩護療）係目前毒品處遇之重要政策，為瞭解其運作狀況並建立成效評估指標，本研究以質化及量化並重的研究設計，使用文獻探討法，蒐集相關文獻及美國、德國之政策；官方資料分析法，分析近 5 年緩起訴附命戒癮治療處分狀況、趨勢、撤銷原因；以深度訪談法，邀請檢察官、醫師、觀護人、社工、毒品施用者共 10 人，進行深度訪談，以瞭解處遇資源整配置與合作整合狀況；以問卷調查法，邀請學者、專家共計 31 名，對於當前緩起訴附命戒癮治療的現行運作與缺失進行調查、評估，最後提出相關建言，建構成效評估指標；另外，針對 413 位毒品施用者進行問卷調查，瞭解其處遇經驗與需求；最後，提供具體可行之政策建議，提供相關單位參考。

本研究發現，我國目前緩起訴戒癮治療已具備法源基礎，但因執行人員之運作及人力資源等因素，至今仍然未能普遍適用，相關原因包括：法院與醫療機構間仍未建立合作模式；緩起訴轉向處遇後，未機動調整人力資源；具司法強制執行力的檢察官、檢察事務官及觀護人人力不足；原為鴉片類毒品替代療法設計的規範，著重在減害及醫療協助，不足以符合其他毒品緩起訴心理戒癮治療或資源連結的需求，緩起訴戒癮資源分布仍然不均勻。有關緩護療治療成功關鍵影響因素，可分為用藥者意志不堅、成癮嚴重等個人內在因素及毒友持續與其接觸、社會支持弱等外在因素。緩起訴附命戒癮治療撤銷率偏高原因包括：缺乏彈性調整機制、警察加強毒品查緝、罰則太輕等政策因素及—缺乏撤銷整合機制、執行人員對毒癮觀念不一致等執行因素均為是高撤銷率關鍵。在政策評估方面，多數受訪專家認為緩護療在醫療外之戒癮協助資源仍然不足、毒防中心人員對於緩護療的參與程度決定於地方首長的態度、缺乏跨系統整合之個案管理師、各地方就業服務中心提供緩護療個案之就業機會較少、單位間缺少資訊及資源整合平台；毒防中心人員監控力較弱、毒防中心人員和緩護療相關單

位連結不足及司法人員對毒癮戒治之認識稍嫌不足。

本研究根據研究發現，提出建議如下：

一、立即可行建議：

(一) 強化緩起訴附命戒癮治療制度之建議

1 政策上應容許合理之緩起訴撤銷率，持續進行現行緩護療制度，但需建立緩衝與寬容機制、搭配勞動役，減少監禁式處遇。

2 在檢察官指揮、處分下，以毒品專股觀護人為整合平台，綜合醫療、社工、毒危中心資料，建議針對毒品施用者個別狀況，動態評估戒癮者之個別需求，動態調整從低度保護管束至高度之監獄處遇之分流處遇，採取漸層化戒癮治療模式，由密集治療漸進至門診治療，提出符合每個人之最適戒治方案。

3 在現有體制下，建議參考德國麻藥法中暫緩執行、停止執行之立法例，由毒品施用者提出「自主戒癮計畫」，經檢察官同意後，暫緩起訴或經法院核准後，可停止徒刑之執行，以「自主醫療替代強制監督機制」。

4 政策上應規範告誡單開立次數，樹立毒品刑罰規範，以達一般威嚇效果。

(二) 提升緩起訴附命戒癮治療資源之建議

1.建議透過工作分析，檢討緩護療相關部門之資源配置，並儘速增加各地檢署觀護人之人員編制，除增強原觀護功能外，同時扮演跨系統整合之個案管理師角色，以強化各機關間之資源溝通及連結。

2.建議對有意願投入緩護療的社區復歸及醫療照護的優質機構，提供相對的優惠與補助，加強合作誘因，擴大醫療資源投入及人員的參與。

3.參考德國施用毒品處遇防制政策，建議擴大社區資源之應用，尋找更多之醫療資源，供毒品戒治者根據自身情況之不同，自由設計專屬於自身的戒治規劃

（三）評估緩起訴附命戒癮治療成效之建議

1.考量個案狀況及需求不同，建議治療評估內容應具多元性。

2.建議應依據受處分人毒品使用的嚴重程度，進行治療前診斷評估、治療後成效評估及緩護療結束前之癒後評估。

（四）提升緩起訴附命戒癮治療成效之建議

1.地檢署建立標準化轉介流程，並建立治療示範模式，選取成效良好單位之運作方式，提供各機構學習、觀摩。

2.強化觀護人與毒品犯間輔導與互動品質，並由專股觀護人依個案需求，整合勞政、社政、法務榮觀等資源，提供轉介服務，並與毒防中心密切合作進行持續追輔。

3.強化藥癮醫療戒治宣導的觀念，改變各單位執行人員「從犯人轉為病人治療」觀念，將觀護原則翻轉為「個案於社區醫療系統中循環，避免重複在獄政系統進出」，並強化各單位專業服務效能。

4.各單位建立獎勵機制以提高受處分人參加處遇活動頻率。

5.各單位執行人員協助毒品施用者降低對毒品合理化的認知，並提供治療成敗關鍵影響因素，供執行人員及受處分人參考。

6.地檢署檢察官及觀護人整合相關單位之資源，協助受處分人改善居住環境或遠離風險環境。

7.地檢署建立恩威並濟的監控與輔導機制，當個案經評估治療無效後，則予以撤銷緩起訴處分，以提升緩起訴附命戒癮治療的成效。

8.強化人力派遣公司或庇護工場之階段性就業手段，使毒品施用個案能回歸一般就業市場。

二、中長期建議：

（一）建議司法院參考美國毒品專業法庭之運作模式，建立「緩刑附命戒癮治療制度」,針對用毒者進行分級分流之動態風險及需求評估，發展符合不同個案需求的多元、機動處遇方案。

（二）建議建立資訊平台整合，提供執行人員充分資訊，並強化各機關間溝通連結。

(三)建議修訂毒品危害防制條例第 24 條第 1 項，將原先之「附命完成戒癮治療之」文字刪除，使檢察官不必命無醫療需求之緩起訴處分個案至醫院治療；修訂毒品戒癮治療實施辦法及完成治療認定標準第 2 條第 1 項，將「海洛因、嗎啡、鴉片及前開相類製品」文字刪除，使所有具有刑事責任之毒品施用者皆納入戒癮治療之範圍內，使緩起訴戒癮治療法律基礎能符合實務需求。

關鍵詞：緩起訴處分、毒品戒癮治療、毒品治療成效

目　次

提　要 I

目　次 V

表　次 VIII

圖　次 XIII

第一章　前　言 1

第一節　研究背景與重要性 1

第二節　研究動機與目的 5

第三節　相關名詞詮釋 6

第二章　相關文獻之介紹與檢討 9

第一節　我國毒品施用者處遇制度之沿革 9

第二節　我國毒品施用者處遇架構及現況分析 12

第三節　緩起訴處分戒癮治療之實證研究 16

第四節　施用毒品者再度施用毒品的因素 18

第五節　毒品犯社會復歸的協助與資源整合 21

第三章　研究設計與實施 23

第一節　研究架構 23

第二節　研究方法 24

第三節　研究工具與概念測量 26

第四節　研究對象 32

第五節　資料處理與分析方法 34

第四章　美國及德國毒品處遇狀況分析 37

第一節　美國毒品處遇現況 37

第二節　德國毒品盛行率與處遇法制現況 49

第五章　緩起訴附命戒癮治療制度及運作分析 57

第一節　緩起訴附命戒癮治療處分制度運作狀況 57

第二節　緩起訴附命戒癮治療執行之官方統計分析 74

第六章　緩起訴附命戒癮治療影響及成效評估分析 93

第一節　戒癮治療對用藥者影響及撤銷率偏高原因分析 93

第二節　緩起訴附命戒癮治療者處遇經驗與需求 103

第三節　緩起訴附命戒癮治療資源配置與整合狀況分析 140

第四節　緩起訴附命戒癮治療成效評估 155

第七章　結論與建議 185

第一節　研究發現 185

第二節　政策建議 207

第三節　本研究限制 220

參考書目 223

附件一、深度訪談大綱－第一線實務工作者 227

附件二、深度訪談大綱-緩起訴附命戒癮治療者 229

附件三、訪談同意書 231

附件四、緩起訴附命戒癮治療期間生活適應調查表 233

附件五、緩起訴附命完成戒癮治療專家意見調查問卷 243

附件六、提供「替代治療」服務醫院名單（共 111 家）.. 251

附件七、提供「替代治療」衛星給藥點名單（共 67 家）255

附件八、深度訪談重點稿 257

附件九、期中報告審查意見回應對照表 329

附件十、期末報告審查會紀錄 333

附件十一、期末報告審查意見回應對照表 337

表　次

表 1-1-1　歷年地方檢察署附命戒癮治療人數統計表 2
表 1-1-2　歷年地方檢察署附命戒癮治療者撤銷緩起訴人數統計表 ... 3
表 1-1-3　附命完成戒癮治療者緩起訴期間另犯罪名統計表 4
表 2-2-1　毒品施用者於矯正機構內及受緩起訴處分戒癮治療統計 . 15
表 3-3-1　深度訪談表綱要 27
表 3-3-2　毒品施用者問卷調查變項 28
表 3-3-3　毒品犯對於用藥態度量表之因素與信度分析 28
表 3-3-4　毒品犯與配偶和家人相處情形量表之因素與信度分析 29
表 3-3-5　毒品犯對於觀護人輔導與互動量表之因素與信度分析 30
表 3-3-6　毒品犯對於戒癮期間社會機構專業性量表之因素與信度分析 30
表 3-3-7　毒品犯對於將來所需協助量表之因素與信度分析 31
表 3-3-8　專家問卷調查問題大綱 31
表 3-4-1　深度訪談條件與對象 32
表 3-4-2　問卷調查法對象分配表 33
表 4-1-1　美國防治毒品作為對我國毒品防制政策之啟發彙整表 48
表 4-2-1　德國防治毒品作為對我國毒品防制政策之啟發彙整表 54
表 5-1-1　地方檢察署新收執行緩起訴處分及緩刑附命戒癮治療案件 59
表 5-1-2　我國感染人類免疫缺乏病毒者統計 61
表 5-2-1　執行緩起訴附命戒癮治療之醫療機構分佈一覽表 76
表 5-2-2　106 年度各檢察署毒品施用者戒癮治療人數統計表 88
表 5-2-3　106 年度各檢察署緩起訴戒癮治療處分案件終結情形 91
表 6-2-1　調查樣本來源(N=413) 103
表 6-2-2　調查樣本特性 104
表 6-2-3　受訪者涉入另案、涉入的罪名及其處理情形 106
表 6-2-4　緩起訴處分附命戒癮治療期間及其他判決有罪判決 107
表 6-2-5　緩起訴期間的工作經驗 108

表 6-2-6　緩起訴期間家人或同居人之狀況 109
表 6-2-7　緩起訴附命戒癮治療之最主要原因及最有效戒毒方式... 111
表 6-2-8　受訪者對於結束緩起訴/離開監獄時需要協助之看法 111
表 6-2-9　毒品犯對於用藥態度量表之內容 112
表 6-2-10 受處分人與受刑人對於用藥態度量表之差異性檢定 113
表 6-2-11 受處分人與受刑人附命戒癮期間工作穩定性分析 114
表 6-2-12 受處分人與受刑人附命戒癮期間更換工作狀況分析 114
表 6-2-13 受處分人與受刑人附命戒癮期間工作時數分析 115
表 6-2-14 受處分人與受刑人在工作收入與預期收入之差異性
檢定 115
表 6-2-15 毒品犯與配偶和家人相處情形量表之內容 115
表 6-2-16 受處分人與受刑人在家人和配偶相處情形之差異分析... 116
表 6-2-17 受處分人與受刑人在家人或配偶偏差行為認知之差異
分析 117
表 6-2-18 受處分人與受刑人在偏差友伴之差異分析 118
表 6-2-19 受處分人與受刑人在生活型態與日常活動情形之差異
分析 118
表 6-2-20 受處分人與受刑人附命戒癮期間向觀護人報到之頻率
分析 120
表 6-2-21 受處分人與受刑人附命戒癮期間服用美沙冬之頻率
分析 121
表 6-2-22 受處分人與受刑人附命戒癮期間參加門診治療之頻率
分析 121
表 6-2-23 受處分人與受刑人附命戒癮期間參加團體治療之頻率
分析 122
表 6-2-24 受處分人與受刑人附命戒癮期間參加個別諮商輔導之
頻率分析 122
表 6-2-25 受處分人與受刑人附命戒癮期間參加家庭治療之頻率
分析 123

表 6-2-26 受處分人與受刑人附命戒癮期間參加宗教活動之頻率分析 123
表 6-2-27 受處分人與受刑人附命戒癮期間參加親職教育之頻率分析 124
表 6-2-28 受處分人與受刑人附命戒癮期間參加就業輔導之頻率分析 124
表 6-2-29 受處分人與受刑人附命戒癮期間參加職業訓練之頻率分析 125
表 6-2-30 受處分人與受刑人附命戒癮期間疾病治療或取藥之頻率分析..... 125
表 6-2-31 受處分人與受刑人附命戒癮期間觀護人報到缺席狀況分析..... 126
表 6-2-32 受處分人與受刑人附命戒癮期間服用美沙冬缺席狀況分析 126
表 6-2-33 受處分人與受刑人附命戒癮期間門診治療缺席狀況分析 127
表 6-2-34 受處分人與受刑人附命戒癮期間團體治療缺席狀況分析 127
表 6-2-35 受處分人與受刑人附命戒癮期間個別諮商輔導缺席狀況分析..... 128
表 6-2-36 受處分人與受刑人附命戒癮期間家庭治療缺席狀況分析 128
表 6-2-37 受處分人與受刑人附命戒癮期間宗教治療缺席狀況分析 128
表 6-2-38 受處分人與受刑人附命戒癮期間親職教育缺席狀況分析 129
表 6-2-39 受處分人與受刑人附命戒癮期間就業輔導缺席狀況分析 129
表 6-2-40 受處分人與受刑人附命戒癮期間職業訓練缺席狀況分析 129

表 6-2-41 受處分人與受刑人戒治期間疾病治療與取藥缺席狀況分析 130
表 6-2-42 毒品犯對於觀護人輔導與互動量表之內容 130
表 6-2-43 受處分人與受刑人在觀護人輔導與互動情形之差異分析 131
表 6-2-44 毒品犯對於戒癮期間社會機構專業性量表之內容 131
表 6-2-45 受處分人與受刑人在社會機構專業滿意程度之差異分析 132
表 6-2-46 毒品犯對於將來所需協助量表之內容 132
表 6-2-47 受處分人與受刑人在將來需求之差異分析 133
表 6-2-48 受處分人與受刑人在接受過社會機構協助之差異分析 ... 133
表 6-2-49 受處分人與受刑人在接受協助戒癮人員感受之差異分析 134
表 6-2-50 受處分人與受刑人在處遇制度感受之差異分析 136
表 6-2-51 受處分人與受刑人在戒癮配套措施看法之差異分析 136
表 6-2-52 受處分人與受刑人處遇經驗與需求之差異分析彙整表 ... 138
表 6-4-1 當事人對於施用毒品行為合理化之自我評估 156
表 6-4-2 當事人對於毒品戒治醫療化之自我評估 157
表 6-4-3 當事人對於毒品戒治監禁化之自我評估 157
表 6-4-4 受訪專家對政策效果評估之意見分佈 161
表 6-4-5 受訪專家對各單位緩護療政策執行困境評估之意見分佈 165
表 6-4-6 受訪專家對撤銷率增加原因之意見分佈 167
表 6-4-7 受訪專家對緩護療政策執行能力評估之意見分佈 169
表 6-4-8 受訪專家對未來緩護療政策建議之意見分佈 174
表 6-4-9 受處分人與受刑人性別分布情形的差異分析 177
表 6-4-10 受處分人與受刑人教育程度之差異分析 177
表 6-4-11 受處分人與受刑人婚姻狀況之差異分析 178
表 6-4-12 受處分人與受刑人有無涉入另案之差異分析 178

表 6-4-13 受處分人與受刑人在前科紀錄（有罪判決）之差異分析 179
表 6-4-14 受處分人與受刑人工作穩定性分析 179
表 6-4-15 受處分人與受刑人在預期收入之差異性檢定 180
表 6-4-16 受處分人與受刑人在偏差家人與友伴之差異分析 181
表 6-4-17 受處分人與受刑人在偏差生活型態之差異分析 181
表 6-4-18 受處分人與受刑人參與處遇活動時缺席之差異分析 182
表 6-4-19 受處分人與受刑人在觀護人與社會機構互動之差異分析 183
表 6-4-20 緩起訴附命戒癮治療成效評估指標 183
表 8-1-1 緩起訴處分附命戒癮治療制度分析表 207

圖　次

圖 1-1-1　地方檢察署附命完成戒癮治療者遭撤銷緩起訴原因分析圖 4
圖 2-2-1　第一級、第二級毒品施用者司法處遇分流圖 14
圖 2-3-1　緩起訴附命戒癮治療期程與完成率之關聯圖 17
圖 2-4-1　毒品施用者再犯毒品施用罪之相關面向與因素 21
圖 3-1-1　研究架構圖 23
圖 3-2-1　研究設計 25
圖 4-1-1　美國藥事法庭背景與運作 40
圖 4-1-2　監控程度由低到高的毒品施用者司法矯正方案 43
圖 4-1-3　犯罪源起因素與醫療需求 46
圖 4-1-4　未來可應用的毒品施用者分流評估機制 47
圖 4-1-5　RANT® 對不同象限的處遇方案 47
圖 4-2-1　德國麻藥法對於藥癮犯暫緩/中止刑罰執行的措施 50
圖 5-1-1　毒品施用者緩起訴處分附命完成戒癮治療案件篩選流程 . 67
圖 5-2-1　目前提供「替代治療」服務醫院分佈圖 75
圖 5-2-2　目前提供「替代治療」衛星給藥點分佈圖 76
圖 5-2-3　97-106 年各級毒品緩起訴附命戒癮治療處分人數趨勢圖 . 78
圖 5-2-4　緩起訴附命戒癮治療處分人年齡分佈圖 78
圖 5-2-5　97-106 年緩起訴附命戒癮治療處分人初再犯狀況趨勢圖 . 79
圖 5-2-6　97-106 年男女緩起訴附命戒癮治療處分人初再犯狀況趨勢圖 80
圖 5-2-7　97-106 年遭撤銷緩起訴處分原因分析圖 81
圖 5-2-8　97-106 年男性遭撤銷緩起訴處分原因分析圖 81
圖 5-2-9　97-106 年女性遭撤銷緩起訴處分原因分析圖 82
圖 5-2-10　97-106 年一級毒品戒癮治療處分人遭撤銷時間趨勢圖 83
圖 5-2-11　97-106 年男性一級毒品戒癮治療處分人遭撤銷時間趨勢圖 83

圖 5-2-12 97-106 年女性一級毒品戒癮治療處分人遭撤銷時間趨勢圖 84
圖 5-2-13 97-106 年二級毒品戒癮治療處分人遭撤銷時間趨勢圖 85
圖 5-2-14 97-106 年男性二級毒品戒癮治療處分人遭撤銷時間趨勢圖 85
圖 5-2-15 97-106 年女性二級毒品戒癮治療處分人遭撤銷時間趨勢圖 86
圖 5-2-16 97-106 年男性完成戒癮治療緩起訴處分者年齡分佈圖 86
圖 5-2-17 97-106 年女性完成戒癮治療緩起訴處分者年齡分佈圖 87
圖 5-2-18 106 年度各檢察署毒品施用者戒癮治療人數統計圖 89
圖 5-2-19 106 年度各檢察署毒品施用者戒癮治療撤銷件數及比率圖 90
圖 8-2-1 預後（犯罪）風險與醫療需求兩向度評估與相對應建議處遇 209

第一章　前　言

第一節　研究背景與重要性

「毒品」，是一種具成癮性及危害性之有害物質，濫用後會造成生理及心理嚴重的傷害，世界衛生組織（WHO）與醫界普遍認定，毒品成癮為慢性復發性的疾病，且對社會功能和健康會造成損害。因此，世界各國普遍認為，對毒品施用者應該採取治療、處遇的政策思維。早自 1998 年起，我國即修正公布「毒品危害防制條例」，將毒品施用者定位為「病患性犯人」，對於毒品施用者之制裁，採「有條件的除刑不除罪」政策，從傳統的消極「監禁」手段，轉向為積極的「治療優先」措施，以協助其順利復歸社會。據此，機構性的觀察勒戒與強制戒治業務順利開辦。在 2008 年，更因應鴉片類毒癮者替代療法戒癮治療之需要，建立了緩起訴處分附命完成戒癮治療之機制，開起了毒癮者社區處遇的大門。2010 年再修法賦予地方政府成立「毒品危害防制中心」，讓我國的毒品施用者之戒治工作，可以從機構性處遇無縫接軌至社區性處遇。至此，多元性且連續的戒治處遇策略，粲然大備（黃徵男、賴擁連，2015；紀致光，2015），其中，毒品施用者的戒治處遇能否有效成功，緩起訴附命戒癮治療扮演重要的發動者角色。有鑑於此，行政院會議已於 2017 年 5 月通過「新世代反毒策略」，統合防毒、拒毒、緝毒、戒毒及修法配套等五大工作，期有效降低涉毒者之各種衍生性犯罪，維護世代健康。在戒毒策略方面，推動多元且連續之處遇服務，並將逐步提升緩起訴附命完成戒癮治療比率，列為行動方案之一，目標從 2016 年之 11%，2017 年提升至 15%，並於 2020 年增加至 20%。

根據法務部統計（2018）資料顯示，自 2008 年開辦緩起訴附命戒癮治療以來，2008 年附命完成戒癮治療之緩起訴人數為 1,202 人，至

2011 年為高峰，達 3,707 人，2014 年降為 2,309 人，但 2017 年又上升為 6,788 人，自 2008 年至 2017 年間，成長 464.7%。足見各地檢署仍然在使用緩起訴附命完成戒癮治療，作為機構性強制治療的替代方案。進一步分析，2008 年實施伊始，一級毒品施用者附命戒癮治療，約佔整體一、二級毒品施用者附命戒癮治療的 98%，隨著實施的時間愈長，適用的人數愈來愈少，以 2016 年為例，一級毒品施用者僅佔所有附命戒癮治療人數的 18.9%。相反地，二級毒品施用者附命戒癮治療的人數，從 2008 年的 1.8%，提升至 2017 年的 79.7%。但自 2012 年以後，二級毒品施用者附命戒癮治療的人數，已超越一級毒品施用者，並有持續成長的趨勢（詳表 1-1-1），

表 1-1-1 歷年地方檢察署附命戒癮治療人數統計表

年份	一、二級毒品施用者附命戒癮治療人數(A)	一級毒品施用者附命戒癮治療		二級毒品施用者附命戒癮治療	
		人數(B)	比例(B/A)	人數(C)	比例(C/A)
2008	1,202	1,176	97.8%	26	2.2%
2009	1,677	1,326	79.1%	351	20.9%
2010	2,315	1,510	65.2%	805	34.8%
2011	3,707	1,868	50.4%	1,839	49.5%
2012	3,303	1,313	39.8%	1,990	60.2%
2013	2,762	794	28.7%	1,968	71.3%
2014	2,309	580	25.1%	1,729	74.9%
2015	2,477	503	20.3%	1,974	79.7%
2016	3,207	634	19.8%	2,573	80.2%
2017	6,788	1,376	20.3%	5,412	79.7%

資料來源：法務部統計處（2018），毒品施用者戒癮治療概況分析。

同一時間，緩起訴附命戒癮治療者被撤銷的人次也逐年增加，從 2008 年的 537 人，增加到 2017 年的 1,646 人，成長了 206.5%，然而，撤銷人數與當年附命完成戒癮治療的人數，除 2012 年達到高峰，達 63.9 %，其餘年份約在 24 %～60 %間。此外，雖然早年一級毒品施用者被撤銷的人數與比例較高（例如 2008 年達到 96.1%），但近年來，

隨著一級毒品施用者附命戒癮治療的人數減少，被撤銷緩起訴的人數與比例，也逐年減少（2017 年降至 20.5 %）；但二級毒品施用者被撤銷的人數與比例，卻逐年增加，與一級毒品施用者的情形相反，亦即呈現附命戒癮治療人數愈多，撤銷緩起訴的人數與比例也愈多之趨勢（詳表 1-1-2），

表 1-1-2　歷年地方檢察署附命戒癮治療者撤銷緩起訴人數統計表

年份	撤銷緩起訴附命戒癮治療人數(A)	撤銷人數佔當年附命戒癮治療人數比例(B)	一級毒品施用者撤銷附命戒癮治療		二級毒品施用者撤銷附命戒癮治療	
			人數(C)	比例(C/A)	人數(D)	比例(D/A)
2008	537	44.7%	516	96.1%	21	3.9%
2009	572	34.1%	532	93.1%	40	7.0%
2010	893	38.6%	709	79.4%	184	20.6%
2011	1,291	35.0%	830	64.3%	461	35.7%
2012	2,105	63.9%	1090	51.8%	1015	48.2%
2013	1,587	57.6%	624	39.3%	963	60.7%
2014	1,372	59.4%	447	32.6%	925	67.4%
2015	1,213	49.0%	313	25.8%	900	74.2%
2016	1,210	37.7%	261	21.6%	949	78.4%
2017	1,646	24.2%	338	20.5%	1,308	79.5%

資料來源：法務部統計處（2018），毒品施用者戒癮治療概況分析。

進一步分析 2008 年至 2017 年間，5,660 位一級毒品施用者被撤銷緩起訴的原因，主要以緩起訴期間因另案遭起訴者最多（51.2%），其次為違背遵守事項(41.9%)，再次為前犯徒刑宣告者(6.9%)；同時，分析歷年二級毒品施用者遭撤銷緩起訴之原因，反而是違背遵守事項最高(60.8%)，其次為期間另案遭起訴(32.5%)，再次為前犯徒刑宣告(6.7%)。（詳圖 1-1-1），

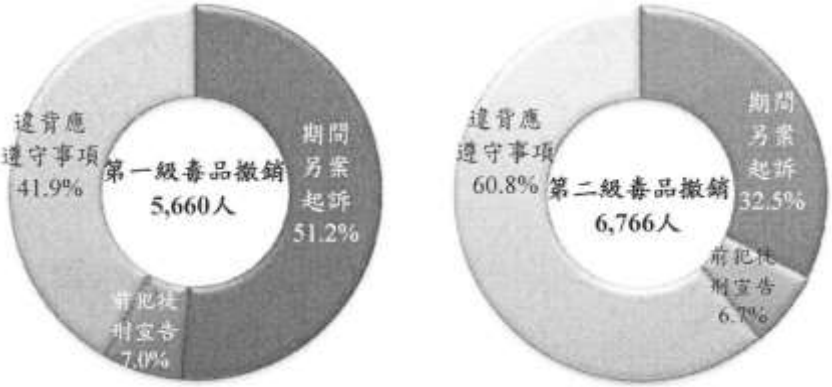

圖 1-1-1　地方檢察署附命完成戒癮治療者遭撤銷緩起訴原因分析圖

資料來源：法務部統計處（2018），毒品施用者戒癮治療概況分析。

在犯罪類型方面，附命完成戒癮治療的毒品施用者，在緩起訴期間再度犯罪的罪名，高度地與施用毒品有關。以第一級毒品被撤銷緩起訴者為例，自 2008 年至 2017 年間，總計被撤銷人數達 2,897，其中再犯毒品施用者，一級施用達 80.8 %，二級施用者達 7.5 %，共計達 88.3 %；另第二級毒品被撤銷緩起訴再犯毒品施用者，施用一級者為 7.2%，施用二級者達 75.4 %，兩者合計達 82.6%，顯見緩起訴期間再度施用毒品問題的嚴重性（詳表 1-1-3），

表 1-1-3　附命完成戒癮治療者緩起訴期間另犯罪名統計表

單位：人、%

項目別	第一級毒品							第二級毒品						
	總計	毒品罪				非施用	非毒品罪	總計	毒品罪				非施用	非毒品罪
		施用第一級	比率	施用第二級	比率				施用第一級	比率	施用第二級	比率		
97年至106年	**2,897**	**2,341**	***80.8***	**216**	***7.5***	**81**	**259**	**2,196**	**158**	***7.2***	**1,655**	***75.4***	**79**	**304**
97年	302	254	*84.1*	20	*6.6*	6	22	15	4	*26.7*	10	*66.7*	1	-
98年	336	295	*87.8*	11	*3.3*	7	23	10	1	*10.0*	8	*80.0*	1	-
99年	414	346	*83.6*	28	*6.8*	11	29	56	8	*14.3*	36	*64.3*	4	8
100年	445	350	*78.7*	34	*7.6*	21	40	147	22	*15.0*	86	*58.5*	8	31
101年	544	441	*81.1*	40	*7.4*	16	47	387	34	*8.8*	294	*76.0*	11	48
102年	316	248	*78.5*	32	*10.1*	5	31	321	28	*8.7*	235	*73.2*	17	41
103年	199	153	*76.9*	18	*9.0*	4	24	286	15	*5.2*	220	*76.9*	10	41
104年	137	104	*75.9*	14	*10.2*	4	15	296	12	*4.1*	218	*73.6*	11	55
105年	84	62	*73.8*	8	*9.5*	3	11	310	15	*4.8*	259	*83.5*	6	30
106年	120	88	*66.7*	11	*5.6*	4	17	368	19	*1.5*	289	*86.8*	10	50

資料來源：法務部統計處（2018），毒品施用者戒癮治療概況分析。

第二節　研究動機與目的

自 2008 年以來，各地檢署檢察官對於毒品施用者實施緩起訴附命完成戒癮治療處分的適用上，仍有逐年增加的趨勢，且目前以二級毒品施用者為多(佔 80.2%)。在此同時，遭撤銷的人數，也逐年攀升，隨著二級毒品施用者適用附命戒癮治療的人數增加，二級毒品犯遭撤銷緩起訴的人數與比例(949 人，78.4%)，也較一級毒品施用者為多(261 人，21.6%)。自實施迄今已近十年，對於緩起訴附命戒癮治療的處遇機制，似乎尚未有一大規模、系統性的運作模式與現況之分析與檢視研究，殊為可惜，此為本研究動機之一。

其次，根據法務部統計資料顯示，緩起訴附命戒癮治療者被撤銷的人次，似乎也逐年增加。特別是，適用緩起訴附命戒癮治療之人數愈多，被撤銷緩起訴的人數與比例也逐年增長，對於此一撤銷率逐年偏高的現象與趨勢，其背後的關鍵影響因素為何？殊值探究，此為本研究動機之二。

再者，深入分析毒品施用者緩起訴期間另犯之罪名，與其所施用之毒品罪有高度關聯性，例如一級毒品施用者在緩起訴期間以再犯一級毒品施用罪為多，而二級毒品施用者在緩起訴期間則以再犯二級毒品施用罪為多。換言之，這些在社區內被撤銷緩起訴附命戒癮治療的毒品施用者，其藥物治療、心理治療、社會復歸治療等社區資源的整合與配套，是否有發生整合不易的問題，尚未有全盤性的實證研究與檢視文章產出，此為本研究動機之三。

因此，如何調整與修正緩起訴附命戒癮治療制度以協助成癮者成功戒除毒品，實為當前「新世代反毒策略」的重要課題。基於上述幾點對於當前緩起訴附命戒癮治療處遇運作與資源整合的問題，本研究希望達成以下幾點目的：

（一）針對我國緩起訴附命戒癮治療相關機制運作模式與現況進行分析。

（二）針對現行緩起訴附命戒癮治療制度下之撤銷率偏高現象，進行

問題研析並提出對策。

（三）檢視我國相關藥物治療、心理治療與社會復健治療等處遇機構之資源配置與合作、整合狀況，研擬妥適之布建規劃。

（四）針對緩起訴附命戒癮治療之處遇模式，試擬妥適之成效評估方法或指標，並據以分析現行運作成效。

（五）針對提升緩起訴附命戒癮治療之成效，研提具體可行之政策建議。

第三節　相關名詞詮釋

一、毒品施用者：

本文所稱毒品施用者係以煙吸、鼻嗅、口服、注射等各種方式非法使用毒品危害防制條例第 2 條列管之各級毒品之人，不論使用毒品之狀態係偶爾使用者、經常使用者、濫用者、依賴者皆屬之。若係合法使用者（如因醫療行為使用嗎啡之病患），即非本文所稱之毒品使用者。惟依毒品危害防制條例第 10 條及第 11 條之 1 之規定，目前我國第一、二級毒品施用者具有刑事責任，而第三、四級毒品施用者，僅具有行政責任，因此，本文所探討緩起訴處分戒癮治療之對象，僅限於第一、二級毒品施用者。

二、緩起訴附命戒癮治療： (簡稱緩護療)

根據「毒品危害防制條例」第 24 條之規定，對於施用第一、二級毒品之成年犯，不論初犯或再犯，檢察官先依刑事訴訟法第 253 條之 1 第 1 項、第 253 條之 2 之規定，為附命完成戒癮治療之緩起訴處分，使其在社區接受專業之戒癮治療。而依刑事訴訟法第 253 條之 1 規定，緩起訴處分得定 1 年以上 3 年以下之緩起訴期間為緩起訴處分，其中因戒癮治療應持續 6 個以上方能完成完整的療程，而「毒品戒癮治療實施辦法及完成治療認定標準」第 7 條規定戒癮治療期間以 1 年為限。

因此實務上皆由戒癮機構為 6 個月以上、1 年以下之戒癮治療，另一般而言，緩起訴期間通常為 2 年或 3 年，因此戒癮者於戒癮治療完成後之緩起訴期間，仍須遵守緩起訴所附之條件。綜上所述，本文所稱緩起訴處分戒癮治療,係指經檢察官依毒品危害防制條例第 24 條為緩起訴處分後所為之戒癮治療。

三、緩起訴得撤銷處分：

依戒癮治療實施辦法及完成治療認定標準第 12 條之規定，「若於治療期間，無故未依指定時間接受藥物治療逾 7 日」、「無故未依指定時間接受心理治療或社會復健治療逾 3 次」、「對治療機構人員有強暴、脅迫、恐嚇等行為」，或「於緩起訴期間，經檢察機關或司法警察機關採尿送驗，呈毒品陽性反應」者等 4 種情形，得撤銷緩起訴處分。

第二章　相關文獻之介紹與檢討

第一節　我國毒品施用者處遇制度之沿革

我國對毒品施用者之處遇制度，一方面受到國際思潮的影響，另方面受到我國法律制度、醫療體系及社會價值觀等因素影響，在長時間的經驗的積累下，發展出適合我國國情的毒品施用者處遇制度，然而，環境、觀念都會隨著社會變遷而改變，再好的處遇政策也需要隨時檢討，以符合時代潮流的需要，楊士隆等（2013）研究指出，我國目前的毒品施用者處遇制度幾經多次轉變，然每次轉變的過程，並非將前階段的制度作為全盤翻新，而是透過司法、矯正、醫療與社工等不同專業背景的參詳、折衝、斡旋與聚焦後，釐清彼此之間的共識後，進行政策的擬訂與法律的修正，實務的運作。因此，在過去半世紀以來，我國對於毒品施用者的處遇制度，約可分為以下 3 個期程，分析如下（楊士隆、李思賢、朱日僑，2013）：

一、機構性消極監禁：視為一般犯罪人

受到 1912 年「海牙國鴉片條約」的影響，我國 1935 年 7 月 1 日施行之刑法中，第 262 條規定對吸食鴉片或施打嗎啡或使用高根、海洛因或其化合質料者，處 6 月以下有期徒刑、拘役或 500 元以下罰金，對毒品施用者採取單純的刑罰規範。1955 年 6 月 3 日公布之戡亂時期肅清煙毒條例中，第 9 條規定施打毒品、吸食毒品或鴉片者，處 3 年以上、7 年以下有期徒刑；吸用蔴煙或抵癮物品者，處 1 年以上 3 年以下有期徒刑，採取更加保守的手段，大幅加重了毒品施用者之刑責，該條例雖然規定此類毒品施用者，應由審判機關先行指定相當處所勒戒，但目的係在使毒癮者脫毒（detoxification），避免因中斷毒品使用後而產生的致命危險，其本質仍為刑事處罰。

至於煙毒以外之成癮藥物，由於早期濫用情形並不嚴重，因此其施用者並無刑事責任之規定，對於麻醉藥品，最初規定在於 1929 年 11 月 11 日公布之麻醉藥品管理條例，該條例於 1954 年 3 月 27 日修正公布時，順應醫藥發展及社會環境的變遷，將管制範圍由原來的「煙毒」擴充至「化學合成麻醉藥品類及其製劑」，使該條例管制範圍延伸到鴉片、大麻和古柯鹼外其他易遭濫用之藥品，惟此階段僅以行政規範加以管理「化學合成麻醉藥品類及其製劑」，並未對非法販運或施用者科以刑罰或為其他處罰。及至 1980 年 7 月 2 日該條例新增第 13 條之 1，方對施用「化學合成麻醉藥品類及其製劑」者，處 3 年以下有期徒刑、拘役或 1 萬元以下罰金，並比照對施用煙毒者之處罰，規定應由審判機關先行指定相當處所勒戒。

由前述國際及國內的法規沿革來看，早年我國刑法及戡亂時期肅清煙毒條例制定時，國際間對於毒癮的疾病特性理解不多，因此亦僅採取處罰的方式。其後，國際間在 1961 及 1971 兩公約的倡導下，已逐漸著重以診療、教育、病後護理等方式，目的在使毒癮者康復並復歸社會，但因我國於 1971 年退出聯合國，相關毒品政策及法制規範逐漸與國際潮流脫勾，因此即便已注意到煙毒以外成癮藥物濫用問題，但在 1980 年麻醉藥品管理條例修正時，仍僅將施用者認為是可以藉刑罰加以威嚇的一般犯罪，而未注意其成癮時自由意志的缺乏，1980 年代後期安非他命的大流行及刑罰強勢介入後所產生的種種問題[1]（許福生，2010），多少也反映了我國毒品政策與國際脫節的景況，這樣的情形，直至足以震憾國人的重大事件發生後，才有了轉變的契機。

二、機構內戒癮治療：基於對毒癮者疾病性質之認識

1993 年 5 月 10 日，臺灣破獲 336 公斤海洛因走私案，毒品價值估計超過 100 億新臺幣，除了安非他命以外，臺灣亦同時面臨著海洛因這種依賴性極高的毒品問題，單純的刑罰，實難以解決複雜的毒品問題，影響所及，政府除了對毒品宣戰，加獲對販毒者的查緝，更重

[1] 政府於 1990 年將安非他命施用刑罰化以後，導致刑事案件劇增，造成監獄人口爆滿，迫使於 1994 年修改假釋規範，其他各類型犯罪人因此提前假釋，而使我國於 1995 以後的三、四年間治安惡化。

要的是，重新建構我國對毒品犯罪的政策及相關法制，其中尤具有意義者，是採納國際毒品公約的精神及先進國家的作法，將毒品施用者的規範，由單純的犯罪人轉變為「病患性犯人」[2]，對吸食毒品行為採取「有條件的除刑不除罪」之刑事政策，認為國家應該以司法強制力的方式，協助毒品施用者戒除毒癮。而具體的作法，係在 1998 年 5 月 20 日公布實施之毒品危害防制條例第 20 條，建立了機構內戒癮治療制度。亦即，對於施用第一、二級毒品者，先施以觀察勒戒、強制戒治之保安處分，以勒戒處所或戒治所內較豐富的醫療或相關戒癮資源，協助毒癮者戒除毒癮。該條文於施行 5 年後進行檢討，並於 2004 年 1 月 9 日修正為現在制度。

現行觀察勒戒、強制戒治的規定，只要是初次遭司法緝獲之第一、二級毒品施用者，無論是否成癮，皆需送觀察勒戒，若認定有再繼續施用傾向，則送強制戒治。這項制度，固使毒品施用罪之初犯者免於受到刑事標籤，但終需有一定之標準作為發動刑事追訴之起點，使毒品施用者能藉由可能發動司法制裁，強化其戒除毒癮之意志，因此依毒品危害防制條例第 20 條第 3 項之規定，行為人若於觀察、勒戒或強制戒治執行完畢釋放後 5 年內再犯者，即應依同法第 10 條之規定予以起訴，回到刑罰之手段。由於在觀察、勒戒或強制戒治執行完畢釋放後 5 年內，國家並未制度性的提供戒癮協助，因此改以監禁或易刑處分之刑罰手段，僅係基於威嚇之考量。

三、社區內戒癮治療：基於愛滋防制之意外突破

至於替代監禁之「社區內戒癮治療」，最初係基於愛滋防制之目的，由於研究發現為數甚高的愛滋病感染者，是起因於海洛因毒癮者共用針具所造成，聯合國世界衛生組織（WHO）在「2005 年防制毒品注射者感染愛滋病預防與照顧之政策與綱領之制定」報告書（policy and programming guide for HIV/AIDS prevention and care among

[2] 依法務部陳報行政院函請立法院審議之「肅清煙毒條例修正草案」所臚列之修正要點第 10 點：「施用毒品者所具『病患性犯人』的特質，雖仍設有刑事制裁規定，但在執行上擬改以勒戒之方式戒除其「身癮」及以強制戒治之方式戒除其『心癮』」。參見立法院公報第 84 卷第 65 期，頁 184。

injecting drug users）中倡議，應藉由「提供清潔、無菌之注射針具」、「替代療法」等方式預防愛滋感染，因此，行政院衛生署與法務部合作，於 2006 年 9 月 1 日由臺南地檢署與署立嘉南療養院正式簽約實施「緩起訴替代療法」[3]方案，以緩起訴附命施用海洛因之被告接受美沙冬替代療法及心理輔導，之後再將此一模式推廣至全國。2008 年 10 月 30 日生效之「毒品危害防制條例」第 24 條修正條文及「毒品戒癮治療實施辦法及完成治療認定標準」，則是使毒品施用者施以緩起訴處分附命完成戒癮治療之制度有了一致性的做法。

為了配合美沙冬療法不宜於監獄中推廣之考量，「毒品戒癮治療實施辦法及完成治療認定標準」僅將鴉片類毒品納入實施範圍，第二級毒品施用者則屬試辦性質，其後由於鴉片類毒品施用者以緩起訴戒癮治療之成效良好，再於 2013 年將第二級毒品施用者正式納入實施範圍（林健陽、裘雅恬，2009；紀致光，2015），

亦即，無論是應實施觀察勒戒之初犯，或應提起公訴之再犯，倘經檢察官認為以緩起訴處分附命完成戒癮治療較為適宜，即可以緩起訴處分令毒品施用者於社區戒癮，故此制度之運作，較觀察勒戒更具彈性。在緩起訴期間，由於違反緩起訴處分相關規定可改採監禁手段，司法的強制手段便成為毒癮者接受戒癮治療時最重要的外在控制力。然而，當國家的戒癮醫療資源無法充分供應，或是司法機關對於戒癮規範之要求提高時，這些第一、二級毒品施用者，仍會再度流向監禁的處遇方式。

第二節　我國毒品施用者處遇架構及現況分析

我國對於毒品施用者處遇政策，經由前述數個階段的累積，目前係刑事處罰、機構內戒癮治療、機構外戒癮治療等三個方式並行，而在處遇的分流上，主要有 4 個分流點（如圖 2-2-1），依其分流次序分

[3] 在我國美沙冬療法為替代性療法，而非戒癮治療，合先說明。

述如次：

一、初、再犯：

依毒品危害防制條例第 10 條、第 20 條第 1 項之規定，依據毒品施用者被查獲之狀況來分其處遇方式，對於初次被查獲者，原則施以觀察勒戒，對於再次被查獲者，原則予以起訴，對於觀察、勒戒或強制戒治執行完畢釋放後 5 年後再犯者，視為初犯。此分流方式，悉依被告司法上之紀錄判斷之。

二、緩起訴與否：

依毒品危害防制條例第 24 條之規定，無論初犯或再犯，倘經檢察官及被告同意，經醫療機構評估認為適當者，均可轉向至社區進行戒癮治療，在轉向的條件當中，以檢察官之態度居最重要之地位。亦即，此分流方式，需評估毒品施用者是否適合社區戒癮治療，再由檢察官決定緩起訴與否。

三、有無繼續施用傾向：

依毒品危害防制條例第 20 條第 2 項之規定，對於受觀察、勒戒者，認為有繼續施用毒品傾向，檢察官應聲請法院裁定令入戒治處所強制戒治，其期間為 6 個月以上 1 年以下。此分流方式，單純以醫學診斷其成癮情形為判斷，目前有「有無繼續施用毒品傾向評估標準紀錄表」等作為判斷標準。

四、刑期高低：

依毒品危害防制條例第 10 條之規定，施用第一級毒品者，處 6 月以上 5 年以下有期徒刑；施用第二級毒品者，處 3 年以下有期徒刑，然其最終是否必需監禁，係受宣告刑之影響。依刑法第 41 條之規定，犯最重本刑為 5 年以下有期徒刑之罪，而受 6 月以下有期徒刑或拘役之宣告者，得以新臺幣 1 千元、2 千元或 3 千元折算一日，易科罰金，亦得易為社會勞動。實務上，施用第一級毒品者，或有毒品施用前科之第二級毒品施用者，較少宣告 6 個月以下之徒刑而為易刑處分，首

次因施用第二級毒品者，較可能宣告 6 個月以下有期徒刑，此等乃因施用不同毒品之法定刑差異，加上刑法易刑處分之分界點，使得毒品施用者究竟會不會被監禁，有了相當大的分野。

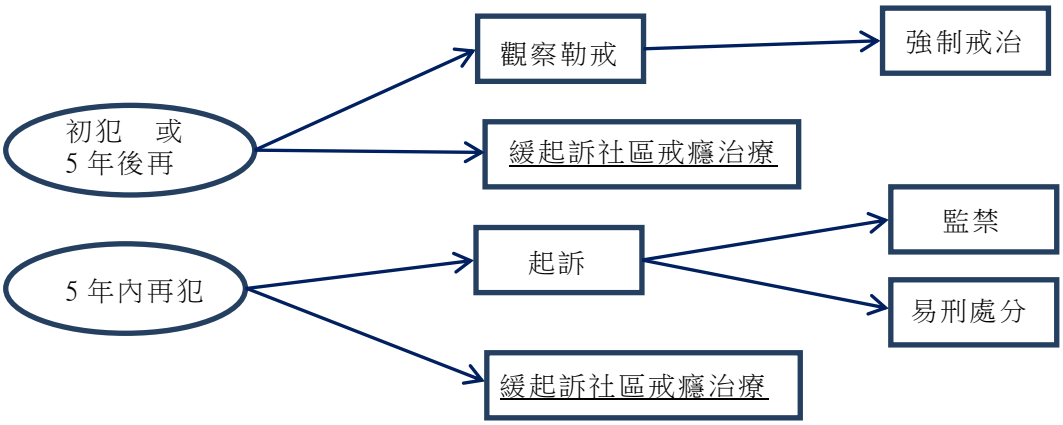

圖 2-2-1　第一級、第二級毒品施用者司法處遇分流圖

資料來源：紀致光，2015。

自 1994 年後，毒品施用者實際於監獄、勒戒處所、戒治所之收容人數以及經由緩起訴處分轉向至社區進行戒癮治療之人數，陳列於表 2-2-1。吾人可以發現，自 1998 年「毒品危害防制條例」實施後，原本每年在監約 1 萬 5 千多的毒品施用者，已有相當多毒品施用人數，轉至勒戒處所或戒治所，其中在戒治所的人數高達 8 千至 1 萬多人，然似乎成效不如預期，在機構中的總人數反而較「毒品危害防制條例」施用前為多，及至 2003 年「毒品危害防制條例」再次修法，戒治所中的人數明顯減少，人數再次回流至監獄中，而機構內的總人數則約與 1998 年之前相當。由此看來，原先規劃應以醫療為主的機構內處遇方式，因種種原因一直係由矯正機構為主要負責機關推動，似乎成效不如預期。

自 2007 年緩起訴處分附命完成戒癮治療制度正式推行後，機構內處遇的總人數由原先的 1 萬 6 千人上下，逐漸減少至近年的 1 萬 1 千人左右，究其原因，固與近年推動減害計畫及毒品使用文化的改變有關，然轉向社區處遇的緩起訴處分制度，確實使專業的醫療人力及其

他的戒癮資源能真正的為毒癮者服務，也讓民眾改變態度，更能接受毒癮者係具疾病的現象。因此，以現實面來看，既然將毒品施用者安置於醫療機構中處遇仍有其困難，全面對毒品施用者施以醫療戒癮也不符現實情況，現階段透過緩起訴處分的方式，逐漸以個案評估的方式，使醫療或社會支持的體系重新負擔起毒品施用者處遇的責任，應是目前實務上最為可行的途徑。

表 2-2-1　毒品施用者於矯正機構內及受緩起訴處分戒癮治療統計

年份	監獄	勒戒處所	戒治所	緩起訴處分
1994	18,756	-	-	-
1995	16,289	-	-	-
1996	14,564	-	-	-
1997	15,121	-	-	-
1998	11,231	2,204	5,362	-
1999	7,911	2,447	8,129	-
2000	7,140	1,845	10,283	-
2001	8,626	1,193	8,485	-
2002	8,057	1,249	8,768	-
2003	8,891	1,093	8,537	-
2004	11,235	1,226	1,919	-
2005	12,267	1,355	2,071	-
2006	13,201	1,504	2,163	84
2007	6,942	1,804	2,849	760
2008	12,893	1,113	2,499	1,202
2009	14,970	1,063	1,306	1,677
2010	14,213	1,119	1,011	2,315
2011	13,197	883	734	3,707
2012	12,141	823	572	3,303
2013	10,947	727	474	2,762
2014	9,808	717	430	2,308
2015	9,628	922	439	2,477
2016	10,272	949	523	3,207
2017	10,706	702	423	6,788

說明：

1.資料來源：法務部統計處（2018），

2.監獄、勒戒處所及戒治所人數為各該年度 12 月 31 日在機構內之人數。

3.附命完成戒癮治療之緩起訴處分以人次統計。

第三節　緩起訴處分戒癮治療之實證研究

如同前述，根據法務部統計處（2018）統計，2008 年至 2017 年間，累計緩起訴附命戒癮治療的毒品施用者已 29,747 人，同一時間累積的撤銷緩起訴人數已達 12,426 人，佔參加緩起訴附命戒癮治療人數的 41.8%。換言之，有將近一半的參加緩起訴附命戒癮治療的毒品施用者，未能在法定期間內完成檢察官所命令的戒癮治療處遇。

陳泉錫、季延平和詹中原（2012）曾以 2009 年上半年出監的一級毒品毒癮者 3343 人為研究對象,區分為持續接受美沙冬療法與未接受美沙冬療法 2 組，分別追蹤 18 個月。結果發現，參加替代療法者在 18 個月後維持率僅 23.64%，對整體再犯率改善之影響有限。武維馨（2012）針對北部某參與地檢署緩起訴附命戒癮治療的署立醫院之美沙冬門診，於 2007 年 7 月至 2012 年底共計調查美沙冬門診受試樣本 196 人，結果發現，可持續治療逾 6 個月者僅 70.9%，而能持續 1 年者僅為 50.5%。無獨有偶的是，謝明鴻（2012）針對中山醫學大學附設醫院以及草屯療養院接受美沙冬門診治療的毒品施用者計 995 位，進行門診留存率分析後發現，治療 3 個月者為 65.7%，治療逾 6 個月者 61.7%，持續 1 年者為 58.6%。陳葵瑩（2012）針對南臺灣接受美沙冬維持療法的海洛因施用者 368 名進行維持 18 個月的追蹤調查後發現，能維持 1 年的僅 41.6%，維持 18 個月者 31.3%；如果排除非自願流失者（例如有另案執行），1 年留存率達 47.1%，18 個月則提升至 39.5%。綜上所述，參加美沙冬替代療法之毒品施用者，維持半年者約 6~7 成，一年者約 4~6 成，一年半者約 2~3 成，隨著時間越長，維持的比例愈低（詳圖 2-3-1），因此，當前緩起訴附命戒癮治療最大問題與挑戰就是，如何協助附命戒癮治療者完成整個治療流程。

圖 2-3-1　緩起訴附命戒癮治療期程與完成率之關聯圖

資料來源：本研究團隊。

林健陽、張智雄、裘雅恬（2010）針對完成緩起訴附命戒癮治療的成功者 5 位以及自監獄及看守所選取緩起訴治療失敗者 5 位，進行質化訪談，探討緩起訴中接受替代療法之成敗影響因素，研究結果發現，成功抑制毒癮並完成戒癮期程者，除個案本身有較高的戒毒自我效能外，外在的環境，諸如穩定的工作、家人支持以及脫離舊有的吸毒環境、斬除舊有的毒友人際網絡等因素是中止施用毒品成功的重要關鍵。而對於戒癮失敗的個案而言，無法改變的舊環境與老毒友，以及生活的經濟壓力，是迫使他們持續施用毒品的重要因素。武德馨（2012）的量化分析發現，女性、已婚、穩定工作以及無前科者，有較高的機會完成戒癮治療；此外，越高的治療劑量、越低的最終治療劑量、越高的出席率以及愈低的驗尿陽性率，越有可能完成戒癮治療。陳葵瑩（2012）的追蹤研究發現，在參與附命戒癮治療前，每月花費在購買海洛因金額愈高者（亦即重度成癮者）以及家庭支持程度愈低者，在追蹤期間脫離戒癮治療的危險性就愈高。

謝明清（2012）的大樣本追蹤調查發現，戒治期間與同居人或朋友同住者，女性藥癮者、無緩起訴身分時以及較低的家庭支持者，其脫離美沙冬門診治療的可能性愈高。晚近王雪芳（2015）利用次級資料分析法，針對緩起訴戒癮治療個案之特質（性別、年齡、施用毒品級別、緩起訴前之犯次等），探究緩起訴戒癮治療個案之再犯類型與期程（再度施用毒品；經過多少時間再犯），進一步驗證緩起訴戒癮治療成效。該研究發現，第一級毒品緩起訴戒癮治療者，相較第二級毒品容易再犯；男性較女性容易再犯；犯次為「五年內再犯」者，相對容

易再犯；「30 歲以上 40 歲未滿」及「40 歲以上 50 未滿」年齡層相對容易再犯。女性撤銷者相對較為年輕，八成左右在「40 歲以下」。男性撤銷者，第一級以「30 歲至 50 歲」為主；第二級以「20 歲至 40 歲」為主。「6 個月以內」再犯者占四成四。「2 月未滿」即再犯者中，第一級占 68%，顯見第一級具短期間再犯之特性等。另外，經卡方檢定及羅吉斯迴歸分析結果發現，第一、二級毒品戒癮治療者，都有年紀愈輕者愈容易再犯之傾向。至於毒品施用者戒癮治療完成之影響因素以及再度施用毒品之動態因素，仍需要進一步探究。

第四節　施用毒品者再度施用毒品的因素

根據法務部統計處（2017）統計，毒品施用者被撤銷緩起訴之原因，仍以再犯施用毒品罪為多，約佔八成以上。進一步探究其再次施用毒品之原因，可以區分為以下四大面向，茲分述如下：（賴擁連等，2016）

一、個人基本特性

在相關研究中發現，不同的個人特性，例如性別、年齡、教育程度、婚姻狀況、宗教信仰、工作狀況與收入情形、用藥經驗/歷史以及戒治/監禁經驗等，都會影響其再犯的程度。首先，在性別方面，大部分研究指出，男性較女性具有明顯的再犯現象（林宗穎，2002；張聖照，2007；李明謹，2009；Deng, Vaughn, & Lee, 2003）；在年齡方面，有些研究指出，年齡較大者其再犯毒品罪的機率也比較大(Lang & Belenko, 2000)，究其原因乃因為毒品犯年齡較大者，其肇始吸毒或濫用藥物的年齡較輕，吸毒或濫用藥物時間較長，較難戒除其心癮，再犯機率較高（Chou, Hser, & Anglin, 1998)。林宗穎（2002）的研究也發現青壯年紀的毒品犯其再犯機率高於年紀較輕的毒品犯。在教育程度方面，林宗穎（2002）的研究指出，國中學歷者的再犯率高於國小學歷者；另外，林健陽、陳玉書、林褕泓、呂豐足（2014）在探究初次毒品犯與其再犯關聯性的研究也發現，教育程度愈低者，其再犯的

可能性略大。在婚姻狀況方面，有穩定的婚姻可以中止毒品犯再度吸毒（Sampson & Laub, 1993），王儷婷（2004）針對女性受戒治人進行出所後追蹤研究發現，婚姻狀態不穩定者，其再犯比率較單身未婚者高出 2.32 倍，而已婚者較單身的再犯率高出 1.32 倍。Deng et al. (2003) 解釋，女性毒品犯其用藥來源都是來自於熟識者、同居人或配偶，因此，當其婚姻狀態不穩定或不正常時，如果配偶或同居人是毒品犯，其再犯的機率即顯著增加。

二、家庭／家族互動

家庭或家族互動指標的建構源自於社會鍵理論，認為家庭結構的完整性以及家人與個體的互動狀況，決定個體是否再度吸毒或濫用藥物。柯慧貞、黃徵男、林幸勳與廖德富（2003）針對受觀察勒戒人且無再度施用傾向之毒品犯 302 人，與接受強制戒治的受戒治人 526 人，進行釋放後的再犯追蹤。結果發現，兩組毒品犯再度入所的比例並沒有顯著差異，但進一步分析，受戒治人組在早年家庭環境上，存在著家庭衝突較多、家庭凝聚力較弱的現象，雙親對其行為監控、父親對其正面回應與教導之情形也較少。林健陽等（2014）研究指出，父母親的婚姻狀況與初次毒品犯之再犯間，雖未達顯著水準，但仍以父母親婚姻狀況不健全者再犯率較高。另一方面，家人接見屬於社會支持一環，接見次數愈多者，表示其外在的社會支持程度愈高（Chen, Lai, & Lin, 2014），出獄後家人接納的程度也愈高，可以推測其再犯的情形愈低。例如李思賢等（2010）針對基隆地區毒品犯再犯情形研究發現，監禁期間親屬有無接見與再犯有顯著的關聯性，接見次數愈多者，再犯的機率就愈低。另外，研究也顯示，家人有吸毒行為者，子女進而學習與仿效的機會也會大增（賴擁連等，2016），

三、生活情緒狀態/負面事件

生活情緒狀態或負面事件指標源自於壓力與緊張理論，認為生活中的負面情緒狀態或一些負面事件（例如重大家人的喪亡）均可能導致毒品犯再度吸食毒品。由於此一指標運用於再犯研究甚少，僅就初次吸毒或藥物濫用行為解釋。李嘉富、張敏、楊聰財（2001）研究指

出，生活中存在著高度憂鬱症狀的人，其施用毒品或濫用藥物的機率，確實比較高；且毒品犯較一般民眾有較高程度的生活壓力感受，焦慮與憂鬱的表現也明顯較高，因此渠等自殺念頭與企圖，也比較高。Vaughn 等人（2003）的研究指出，許多釋放的毒品犯具有生活適應困難的問題，例如經濟、法律訴訟、家庭問題等，讓他們再度犯罪，此外，研究也發現，有心理問題的毒品犯（例如無自我控制力或自殺傾向較高者），其再犯的機率也顯著高於沒有心理疾病之毒品犯。

四、生活型態與風險環境

生活型態與風險環境指標來自於生活型態與生態理論，主張個體的生活型態以及涉入的場所，與其施用毒品與濫用藥物，呈現高度關聯性。例如李景美、賴香如、江鎮東（2002）在整理青少年濫用藥物的相關因素時發現，青少年經常涉足不良場所（例如電動玩具店、保齡球館、餐廳、撞球場、泡沫紅茶店、啤酒屋、KTV、MTV 包廂與網咖等），其濫用藥物的機率較高。蔡田木、賴擁連（2014）針對女性毒品犯所進行的研究發現，許多女性毒品犯在入監所前的生活型態屬於遊樂型，例如經常蹺課、逃家，與一些朋友經常流連於上述不良場所與環境中，尋求歡樂、冒險與刺激，過著享樂的生活；此外，亦有些女性毒品犯稱有多次有進出酒店等風化場所之經驗，包括酒店傳播妹、遊藝場開分員等，接觸偏差同儕與友人的機會增加，學習吸毒技巧與沾染毒品的機會大增，進而染上施用毒品行為。因此，毒品犯的生活型態屬於遊樂型或享樂型，再加上涉足不當或不良場所，而這些場所大多充斥著毒品、性與酒，在偏差友人與同儕的學習、仿效與鼓吹下，過著染毒與沈溺於酒色的生活，實難以戒除毒癮。

綜上所述，本研究根據過去實證研究，整理出個體施用毒品與再度施用毒品之風險因子，包含個人特性、家庭與家族互動、生活負面事件／負面事件以及生活型態與風險環境等（詳圖 2-4-1），進一步建構毒品施用者其再被查獲者之高風險指標，以提供衛福及法務部門作為日後調整戒治處遇措施之參考。

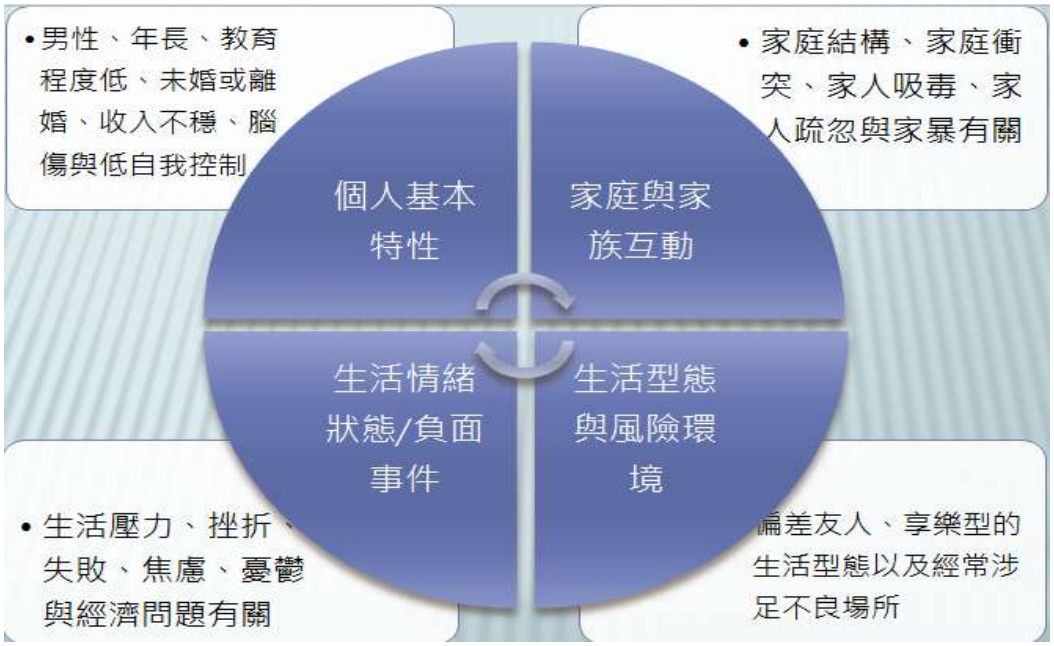

圖 2-4-1　毒品施用者再犯毒品施用罪之相關面向與因素

資料來源：本研究團隊。

第五節　毒品犯社會復歸的協助與資源整合

毒品成癮者在建構社會復歸的人際網絡中，非正式與正式支持系統的建置相當重要，緩起訴附命戒癮治療的服務內容，強調多元化、服務系統的完備性，服務過程則強調隱密性與尊重性，避免對成癮者產生社會偏見與社會排除，影響戒毒動機與更生意願。林健陽等人(2007)從毒品成癮處遇者的觀點發現，戒治處遇期間最需要的協助在於社區生活，許多困難多是當事人回到社會，在與其他人互動後才會面臨到的，因此應增加毒品犯社會資源的連結與親屬關係的建立。決心戒癮、接受更生保護協助社會適應的成癮者常面臨的需求如：(林健陽等，2007)

一、轉介機制與銜接

緩起訴戒毒階段或離開戒治所或監所等矯正單位後，如需就醫、宗教團體、就業輔導轉介，需與轉介機構維持緊密關係，才能發揮轉介效果。

二、中間機制

緩起訴附命戒癮者在缺乏嚴密監控情況下，生活於社區或與家人關係惡化下獨立生活於社區中，應建立中間處遇機制，如促進非正式系統（親友）網絡關係、或成立中途之家或相關機構，以維持戒治效果，並使之逐漸適應社會。

三、資源整合

緩起訴附命戒癮者在戒治處遇階段，失業者需要接受就業輔導、無居所者需要接受安置、HIV 帶源者需要被監控或參加美沙冬替代療法者需要治療，其所需要的協助可能是多元的，因此，相關機構之連結與資源均有必要做更有效的整合與運用。

Azarnoff & Seliger(1982)研究指出，對於毒品施用者在社區戒治期間，所需的社會復歸之資源整合服務，不外乎是強調以下四個功能之連結：（一）接近（access）其他服務，例如提供轉介資訊、外展服務、醫療、職訓、交通服務等。（二）保護服務（protective），例如兒童保護、家庭暴力防制、性交易防制、心智障礙者成人的保護、犯罪預防、藥物濫用預防等。（三）個人成長（personal growth），（四）維持生存（survival）所需的健康、就業、照顧與住宅等。由於成癮者為兼具病人與犯人特質，司法或醫療各有其鑑定標準，但就社會服務需求，除提供基本的保護性功能（如：更生）協助適應外，更需服務可近性（如：訊息轉介）與生存（如：健康、就業、壓力因應）維持的功能（李宗憲、楊士隆，2010），

第三章　研究設計與實施

第一節　研究架構

本研究主要目的有五：1.檢視緩起訴相關機制運作模式與現況、2.瞭解與分析當前緩起訴附命戒癮治療撤銷率偏高原因、3.檢視藥物治療、心理治療與社會復歸治療等多元且連續治療處遇資源配置與整合狀況、4.研擬妥適的成效評估方法或指標，據以分析現行運作成效、5.提供具體可行之政策建議，提供相關單位參考。因此研究架構係以緩起訴附命戒癮成效為依變項，包括戒癮執行撤銷狀況、戒癮策略執行狀況、戒癮資源整合狀況、戒癮治療感受狀況。在自變項有二部份：戒癮者因素，包括個人特性、用毒狀況、家庭支持狀況、生活負面事件、環境風險狀況；策略因素，包括策略可行程度、策略支持程度、策略執行能力。研究架構如圖 3-1-1 所示，本研究假設：1.不同特性之戒癮者在緩起訴附命戒癮成效有顯著差異存在。2.不同戒癮策略因素在緩起訴附命戒癮成效有顯著差異存在。3.戒癮者因素及策略因素對緩起訴附命戒癮成效有顯著影響存在。

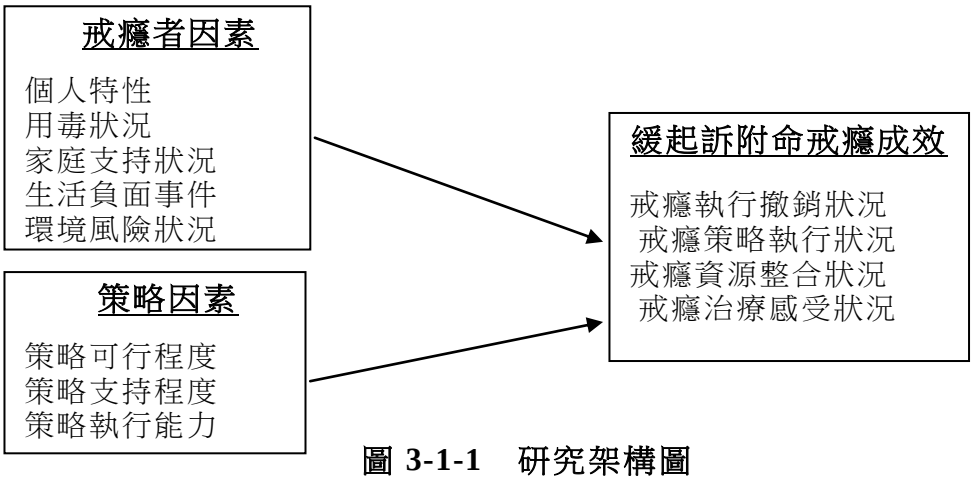

圖 3-1-1　研究架構圖

第二節　研究方法

本研究為達研究目的，本研究以四種不同的研究方法進行，包括：1.文獻探討法；2.次級資料分析法；3.問卷調查法；4.深度訪談法，以質化及量化並重的研究設計，具體客觀地針對現行緩起訴附命戒癮治療的運作模式進行分析、發掘緩起訴附命戒癮治療撤銷率偏高之問題與成因、檢視多元治療方案（藥物、心理與社會復歸治療）之資源配置與整合狀況，建立成效評估指標，最後依據研究發現提出研究建議，提供相關單位研擬緩起訴附命戒癮治療政策之參考。本研究之研究設計，如圖 3-2-1 所示，並說明如下：

一、文獻探討法

本研究透過相關文獻與網路資料蒐集之歸納分析，以瞭解我國實施緩起訴附命戒癮治療之理論背景、運作模式與現況；另外，本研究以比較法觀點（comparative perspective），收集美國毒品法庭設置的理論背景、運作模式與現況及德國毒品處遇機制，以作為我國研擬防制毒品政策之參考。

二、次級資料分析法

本研究蒐集近 5 年官方統計資料，分析緩起訴附命戒癮治療處分狀況、趨勢、撤銷原因，並分析受處分者之人口特性及其與撤銷原因之關聯情形，以作為瞭解現況並研擬防制毒品政策之參考。

三、深度訪談法：（毒品施用者、實務工作者）

根據 2017 年法務部統計，參加緩起訴附命戒癮治療的毒品施用者撤銷緩起訴之比率已近五成，而這些被撤銷者再犯毒品施用罪達八成。實有探究渠等被撤銷的原因以及再犯的危險因子。此外，對於成功完成附命戒癮治療的毒品施用者，其完成或成功抑制再犯之保護因子，實有進一步瞭解與比較之必要，以對於當前緩起訴制度實施的運作缺失提出修正。再者，針對於當前多元處遇（藥物、心理與社會復歸治療）機構之資源配置與合作、整合狀況，當前的運作情形是否有

扞格或隅合問題，本研究邀請檢察官、醫師、觀護人、社工、毒品施用者共 10 人，進行深度訪談，以深入瞭解當前多元處遇模式的資源整配置與合作整合，是否存在利弊得失，據以研提妥適之規劃。深度訪談規劃人數，詳見圖 3-2-1。

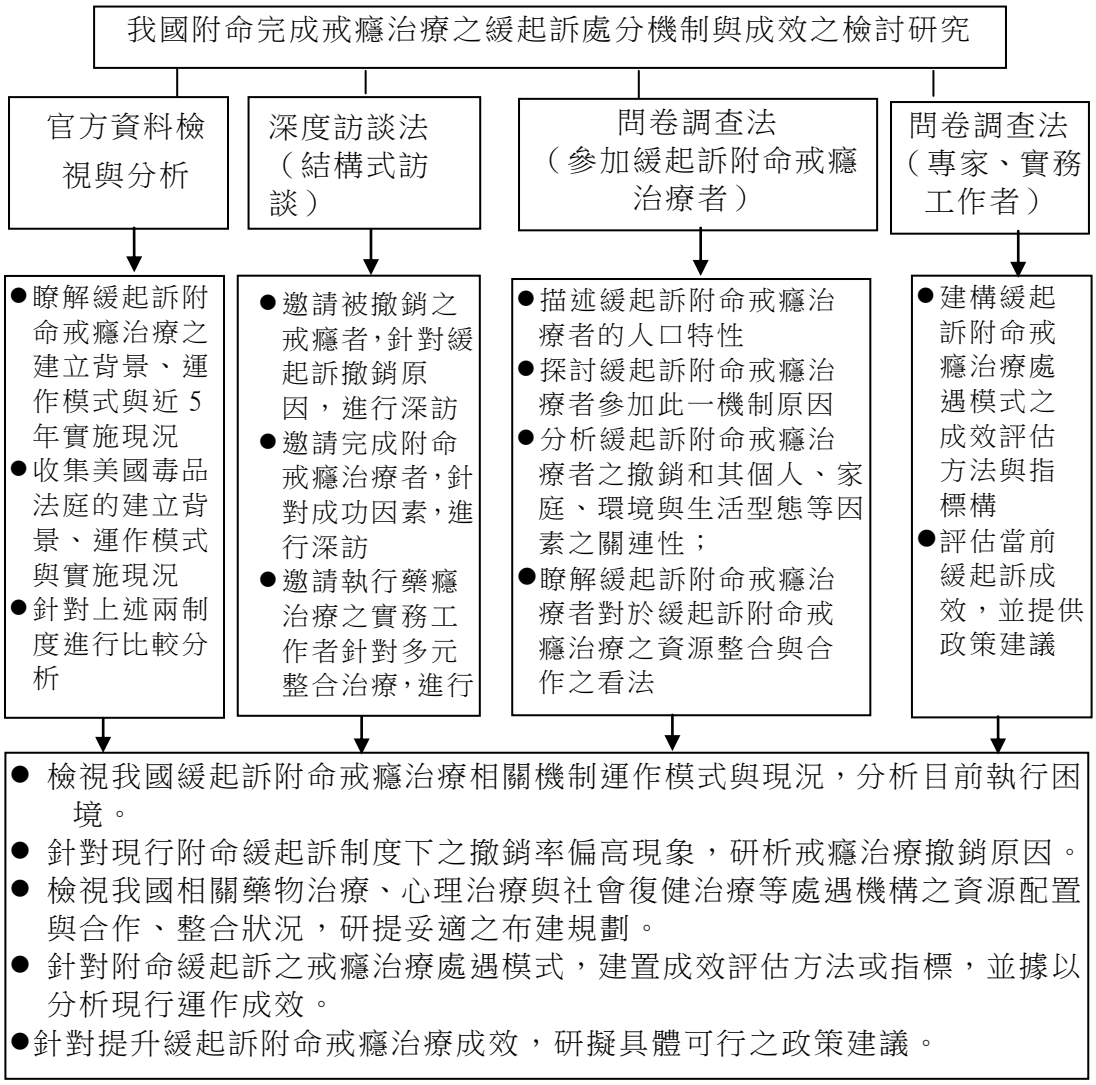

圖 3-2-1 研究設計

四、問卷調查法：（毒品施用者、專家、實務工作者）

本研究針對目前刻正參與緩起訴處分付命戒癮治療之毒品施用者，已完成或接近完成附命戒癮治療且仍在緩起訴階段者，進行問卷調查，除探討完成戒癮治療之成功因素外，並分析再度施用毒品進而導致撤銷緩起訴之原因。本研究以個別或集體施測問卷的方式進行調查，調查時讓受調查者仔細閱讀問卷指導語，以自陳方式填答問卷；為求研究樣本回收的標準化，告知受訪者施測目的，說明問卷回答內容皆不影響其收容執行的表現和評分，以提高受訪者接受調查意願，使之安心、誠實的作答問卷，藉以確保測量的信和效度；而調查結果僅作為整體分析之用,並嚴守個人資料保護法的相關規定與保密原則。

另外，對於當前緩起訴附命戒癮治療的處遇模式，本研究以專家問卷調查方法，邀請長期參與緩起訴附命戒癮治療的學者、專家、政府部門官員（例如檢察官、觀護人、社工、心理師）、第一線參與之醫師以及民間團體成員（例如晨曦會執事）共計 31 名，對於當前緩起訴附命戒癮治療的現行運作與缺失進行調查、評估，最後提出相關建言，並建構成效評估指標，以提高緩起訴附命戒癮治療之適用比例，期能達到行政院所設定之 2020 年提升至 20%之適用比例。

第三節　研究工具與概念測量

為達研究目的，本研究以質化及量化並重的研究設計，對現行緩起訴附命戒癮治療的運作模式進行分析、發掘緩起訴附命戒癮治療撤銷率偏高之成因、檢視多元治療方案之資源配置與整合狀況，建立成效評估指標，本研究工具包括：深度訪談大綱（第一線實務工作者及緩起訴附命戒癮治療者）、毒品施用者問卷調查工具及專家問卷調查工具。

一、深度訪談大綱

在深度訪談方面，本研究分別就第一線負責緩起訴附命戒癮治療

實務工作者及緩起訴毒品施用者分別設計訪談大綱，其中第一線實務工作者深度訪談大綱如附件一、緩起訴附命戒癮治療者深度訪談大綱如附件二。主要項目如表 3-3-1 所示：

表 3-3-1　深度訪談表綱要

第一線實務工作者	緩起訴附命戒癮治療者
個人基本特性	個人基本特性
實務工作者扮演角色	家人互動狀況
成功與失敗案例	生活壓力狀況
緩護療成敗原因	友儕狀況與藥物管道
緩護療成敗治療者特性	緩護療經驗
整體緩護療成效評估	整體緩護療主觀效果評估
緩護療撤銷率偏高主因	緩護療期間交友情形
緩護療能量評估	緩護療期間就業狀況
處遇資源合作狀況評估	緩護療期間生活型態
對各類緩護療人員主觀效果評估	緩護療期間生活經驗
對各緩護療機關主觀效果與建議	緩護療成敗原因
緩護療成效指標	對各類緩護療人員主觀效果評估
對緩護療政策建議	對各緩護療機關主觀效果與建議
	訪談個案總結觀察

二、毒品施用者問卷調查工具

本研究依據研究目的，並參酌國內外毒品施用者再度觸犯毒品施用罪的相關文獻，提出毒品施用者問卷調查之研究變項如表 3-3-2。本研究之自變項包括：緩起訴附命戒癮治療者之個人特性、家庭/家族互動、生活情緒狀態/負面事件影響以及風險環境/生活態樣；依變項包括：緩起訴成效（完成或遭撤銷容）以及對於社區資源整合的認同程度與相關需求（例如謀職與安置）是否滿足的看法。

表 3-3-2　毒品施用者問卷調查變項

主要概念	變項
個人特性因素	年齡、教育程度、婚姻狀況、就業狀況、心理特質、前科、生活型態
家庭/家族互動	親人犯罪經驗、家庭特性、家庭關係、家暴經驗、同居經驗
情緒狀態/生活負面事件	生活壓力、事件挫折、焦慮、經濟拮据
風險環境與生活型態	偏差友伴、取得藥物管道、危險生活型態、不良場所
緩起訴成效	完成/撤銷狀況、社區資源整合狀況、需求狀況

（一）用藥態度

本研究針對用藥態度，設計 10 個題目如表 3-3-3，其中非常同意 4 分、還算同意 3 分、不太同意 2 分、非常不同意 1 分，分數愈高，用藥態度同意度愈高。經過因素分析與信度分析後，10 個題目可以區分為三個面向，依序為對毒品施用的合理化、毒品戒治醫療化政策與毒品戒治監禁化。各分量表之因素與信度分析，詳如表 3-3-3。

表 3-3-3 毒品犯對於用藥態度量表之因素與信度分析

面向	題目	因素與信度分析
毒品施用合理化	1.對我來說吸毒並不是件嚴重的事，沒什麼大不了	特徵值=2.37 (44.5%) Cronbach's alpha=.72
	2.戒掉毒品太困難了，頂多自己控制少用一些，不可能戒除	
	3.使用毒品有一定的好處，像是可以讓我忘掉煩惱的事情	
	4.我能自己控制毒品使用，所以沒有戒不戒毒的問題	
	5.到目前為止，使用毒品對我的生活並沒有造成負面影響	
毒品戒治醫療化	1.我認為吸食毒品是個人行為，國家不應該動用刑罰制裁	特徵值=2.16 (71.9%) Cronbach's alpha=.81
	2.我認為吸食毒品不應該被監禁	
	3.我認為吸食毒品是一種疾病，應該以治療手段取代監禁措施	

面向	題目	因素與信度分析
毒品戒治監禁化	1.我認為將吸食毒品者關起來，可以達到嚇阻其不再吸毒的目的	特徵值=1.57 (78.4%) Cronbach's alpha=.72
	2.我認為要戒除吸食毒品，監獄監禁還是比醫療治療有效	

（二）與配偶和家人相處情形

本研究針對配偶（含同居人）和家人相處情形，分別設計兩個分量表，各包含六個題目，其中非常同意 4 分、還算同意 3 分、不太同意 2 分、非常不同意 1 分、無配偶或同居人 0 分，分數愈高，與配偶和家人相處互動程度愈高。各分量表之因素與信度分析如表 3-3-4。

表 3-3-4 毒品犯與配偶和家人相處情形量表之因素與信度分析

面向	題目	因素與信度分析
與配偶(同居人)相處情形量表	您的配偶或同居人瞭解您	特徵值=3.83 (63.9%) Cronbach's alpha=.89
	您的配偶或同居人諒解、接納您	
	您的配偶或同居人會關心您	
	您的配偶或同居人會尊重您的想法	
	您和配偶或同居人相處和諧融洽	
	您有問題時會和配偶或同居人一起商量	
與家人相處情形量表	您的家人瞭解您	特徵值=4.24 (70.6%) Cronbach's alpha=.92
	您的家人諒解、接納您	
	您的家人會關心您	
	您的家人會尊重您的想法	
	您和家人相處和諧融洽	
	您有問題時會和家人一起商量	

註：本量表內的家人，包含父母、兄弟、姊妹或子女等。

（三）與觀護人互動

本研究針對受試者於接受附命戒癮治療期間與觀護人輔導和互動情形，分別設計兩個分量表，各包含 8 個題目，其中非常滿意 4 分、還算滿意 3 分、不太滿意 2 分、非常不滿意 1 分與未曾接觸 0 分，分數愈高，觀護人輔導與互動程度愈高。第一個面向為輔導與互動程度，

第二面向為擔心被撤銷緩起訴程度，因素與信度分析之結果，詳表 3-3-5。

表 3-3-5　毒品犯對於觀護人輔導與互動量表之因素與信度分析

面向	題目	因素與信度分析
觀護人輔導與互動程度	我所分配到的觀護人關心我	特徵值=4.13 (68.9%) Cronbach's alpha=.91
	觀護人的晤談，對於解決生活問題是有用的	
	觀護人所安排的課程，對我戒癮是有用	
	我會遵照觀護人的指令去上課、找工作	
	我誠實的報告我的生活、交友與工作等情況	
	我會盡力配合觀護人並完成他給我的工作	
擔心被撤銷緩起訴程度	我會擔心觀護人撤銷我的緩起訴	特徵值=1.36 (67.9%) Cronbach's alpha=.51
	我擔心觀護人對我進行採尿與驗尿指令	

（四）與社會機構互動

本研究為探究毒品犯於戒癮期間，對於所接觸的公家機關與私人部門（總稱為社會機構）所提供專業性服務之滿意程度，設計 9 個題目，其中非常滿意 4 分、還算滿意 3 分、不太滿意 2 分、非常不滿意 1 分與未曾接觸 0 分，分數愈高，社會機構專責性滿意度愈高。透過因素分析後，形成一個分量表，其因素與信度分析之結果，詳表 3-3-6。

表 3-3-6　毒品犯對於戒癮期間社會機構專業性量表之因素與信度分析

面向	題目	因素與信度分析
社會機構專責性滿意度	檢察官裁定您接受緩起訴的專業性	特徵值=6.81 (75.6%) Cronbach's alpha=.96
	觀護人對於您進行驗尿與監管的專業性	
	觀護人對於您進行輔導與服務的專業性	
	觀護人轉介您參加諮商輔導或門診治療的專業性	
	醫療機構醫生與護理人員於門診時的專業性	
	醫療機構醫師或心理師進行團體治療的專業性	
	毒防中心社工員或個管師電話追蹤與關切的專業性	
	就業服務中心有關輔導您就業的專業性	
	宗教/民間機構有關戒癮治療的專業性	

（五）將來需求

本研究為探求毒品犯於結束緩起訴或離開監獄後，所需要之協助項目，設計 11 個題目，其中非常需要 4 分、還算需要 3 分、不太需要 2 分、非常不需要 1 分，分數愈高，需求度愈高。透過因素分析後，上述 11 個題目形成一個分量表，稱為將來需求協助程度，其因素與信度分析之結果，詳表 3-3-7。

表 3-3-7　毒品犯對於將來所需協助量表之因素與信度分析

面向	題目	因素與信度分析
將來需求協助之程度	協助聯絡家人	特徵值=7.29 (60.8%) Cronbach's alpha=.94
	協助職業訓練	
	協助就業輔導或介紹工作	
	提供車資	
	協助接受美沙冬替代療法	
	提供與更生保護會聯絡方式	
	提供與毒品防治中心聯絡方式	
	協助居住安置	
	安排或輔導重新就學	
	協助安排心理諮商輔導	
	協助改善與家人關係	

三、專家問卷調查工具

本研究將針對研究目的和相關文獻，擬定專家調查問題，內容如表 3-3-8 所示，專家調查問卷如附件五。

表 3-3-8 專家問卷調查問題大綱

問題重點	問題大綱
緩起訴附命戒癮策略成效	戒癮執行撤銷狀況、戒癮策略執行狀況、戒癮資源整合狀況、戒癮治療感受狀況
策略價值性	制度運作狀況、各級毒品戒癮方式、社會復歸運作狀況、轉向處遇運作狀況
策略支持程度	上級支持、同仁支持、網絡支持狀況
策略執行能力	執行職能、執行人力及執行資源狀況

第四節　研究對象

一、官方統計資料

本研究蒐集近 5 年官方統計資料，分析緩起訴附命戒癮治療處分狀況、趨勢、撤銷原因，並分析受處分者之人口特性及其與撤銷原因之關聯情形。

二、毒品施用者、實務工作者深度訪談對象

為探究毒品施用者被撤銷的原因、再犯因子及其處遇經驗，並瞭解當前緩起訴多元處遇模式的資源配置、合作整合及困境，本研究邀請毒品施用者、觀護人、社工、醫師共 10 人，進行深度訪談，訪談條件與對象詳見表 3-4-1。

表 3-4-1　深度訪談條件與對象

代號	身份	單位	條件
A1	檢察官	台北地檢署	執行戒癮工作 3 年以上
A2	觀護人	宜蘭地檢署	執行戒癮工作 3 年以上
A3	醫師	台北聯合醫院。	執行戒癮工作 3 年以上
A4	社工師	八里療養院	執行戒癮工作 3 年以上
A5	心理師	凱旋醫院	執行戒癮工作 3 年以上
A6	個管師	八里療養院	執行戒癮工作 5 年以上
B1	緩起訴治療成功者	台北地檢署	治療完成後未再施用
B2	緩起訴治療成功者	高雄橋頭地檢署	治療完成後未再施用
B3	緩起訴治療失敗者	桃園女子監獄	治療期間再施用
B4	緩起訴治療失敗者	新店戒治所	治療期間再施用

三、問卷調查法

（一）毒品施用者

本研究針對目前刻正參與緩起訴處分付命戒癮治療之毒品施用者，分北中南東四區進行問卷調查，受訪對象有包括：1.目前刻正參與緩起訴處分附命戒癮治療之毒品施用者，且已完成或接近完成附命

戒癮治療仍在緩起訴階段者 206 位（在地檢署端，稱為受處分人）；2. 曾參加緩起訴附命戒癮治療之毒品施用者但未完成附命戒癮治療即被撤銷緩起訴後，經判決確定目前在監獄服刑者 207 位（在監獄稱為受刑人），合計共有 413 位毒品犯，接受本研究相關問題之問卷調查。地檢署方面，全台各地分北中南東四區，其中北部地檢署分配（臺北、士林、新北、桃園、基隆、新竹）共 62 份、中部地檢署（苗栗、臺中、彰化、南投、雲林）共 62 份、南部地檢署（嘉義、臺南、高雄、橋頭、屏東）共 56 份，東部地檢署（宜蘭、花蓮、台東）共 26 份，合計 206 份；監獄方面，則分北中南三區，為未完成附命戒癮治療被撤銷緩起訴後，在監獄服刑之受刑人，共抽取 207 位，其中臺北監獄 16 份、臺中監獄 71 份、臺中女監 30 份、臺南監獄 70 份以及高雄女監 20 份，共計 207 份，監獄及地檢署全部樣本共有 413 份，詳見表 3-4-2。

（二）專家、實務工作者

本研究邀請長期參與緩起訴附命戒癮治療的學者、專家、檢察官、醫師、心理師、社工以及民間團體成員（例如晨曦會執事）共計 31 名，進行成效評估指標之建構，以符合實需。同時，對於當前緩起訴附命戒癮治療的現行運作與缺失，進行調查、評估。受邀對象之分配，詳表 3-4-2。

表 3-4-2　問卷調查法對象分配表

	受試者背景	場域	人數
問卷調查 (戒癮者)	完成戒癮治療，但目前仍接受觀護處分之緩起訴附命戒癮治療者	地檢署觀護人室	206
	緩起訴附命戒癮治療遭撤銷並判刑入監執行者	監獄	207
問卷調查 (專家)	學者、政府官員、民間團體以及醫師		31
共計參與人數：			444

資料來源：本研究團隊。

第五節　資料處理與分析方法

一、質化之料處理與分析

質化資料的分析是一個動態性的資料蒐集與歸納過程，透過分析使研究者可對研究對象有更深入的了解。本研究有關緩起訴附命戒癮治療者完成者及撤銷者的特性、原因和處遇需求之分析以及對於實務工作者在執行緩起訴附命戒癮治療的工作內容、完成/撤銷成因以及當前該制面臨的困境與建議等，包括針對主題發展描述與類化概念，並從收集資料的脈絡中進行對資料的了解。透過系統性的過程可將所有資料做歸納、整合，使其呈現主題、概念和解釋。因此，在整個研究的過程中，從（1）評估資料的確實性與可轉換性、（2）發展描述與類化概念、（3）歸納整合與解釋資料，均將遵循質化研究之基本原則進行。

二、量化資料處理與分析

本研究調查回收之問卷，運用 SPSS 電腦統計套裝軟體，進行下列資料統計與分析：

（一）次數分配、百分比、平均數和標準差：針對不同類型之毒品施用者在完成與撤銷上之基本描述與統計，以瞭解其分佈情形。

（二）卡方檢定：用以探求兩個類別變數或順序尺度變數之間之關係。如個人特性與緩起訴附命戒癮治療的完成與撤銷之關聯性。

（三）信度分析：以 Cronbach’s Alpha 係數檢定本研究問卷各分量表之內部一致性，凡 Cronbach α 係數愈高者，則表示該分量表各題目之性質與整個分量表趨於一致。

（四）效度分析：運用因素分析，將研究問卷各分量表之問項進行資料縮減，以符合本研究所測量之各項概念，例如家人互動量表等；以直交轉軸之最大變異法選取因素負荷量較大的題目，組成各分量表，進行檢驗並提高各分量表之效度。

（五）t 檢定：用以考驗二分類別變數之樣本在各變項平均數差異情

形。

（六）單因子變異數分析：用以考驗三個以上不同類型組別樣本在各變項之差異情形，如組數大於三且其 F 值之 P-value 小於 0.05，則以雪費氏法（Scheff's method）進行事後多重比較，以了解各組間之平均數有無差異存在。

（七）皮爾遜積差相關：分析兩個連續變數間之相關情形，如生活壓力與用藥次數或前科次數之相關程度。

（八）對數迴歸分析：分析各影響因素對緩起訴附命戒癮治療者完成/未完成之影響力，以進一步預測毒品犯被撤銷之危險因子。

（九）專家間共識一致性及共識程度

本研究專家間共識一致性的統計標準為：

1.標準差（s）：係指所有專家填答之妥適性程度與平均數的離散程度。當小於 1.00 時，則顯示專家意見在該題項達成共識（胡幼慧等，1996）。

$$s = \sqrt{\frac{\sum(x_i - \bar{x})^2}{n-1}}$$

2.共識程度（Degree of Consensus，縮寫 D.C）：變異係數（Coefficient of Variation，縮寫 C.V）是判定一組資料分散情形的統計方法，亦可作為共識性評判標準，當變異係數越小表示該題項變異越小，專家看法越趨一致。

$$C.V = \frac{s}{\bar{x}} \times 100\%$$

為方便理解專家間的共識性，本研究遂定義以專家共識程度（D.C）表示之，當 D.C 越高即表示共識程度越高。

$$D.C = 100\% - C.V$$

因多位專家間意見要達到 100％共識實屬不可能，故本研究事先

擬訂共識程度門檻值，當共識程度達 70%以上，則認定該題項的專家意見達到共識；反之，若共識程度未達 70%，則認定該項目未達共識程度。

第四章　美國及德國毒品處遇狀況分析

我國的毒品危害防制條例，與美國、德國處理毒品施用者情形相近，並且因為我國賦予檢察官附命治療緩起訴的處分權，與美國藥事法庭法官，處置毒品犯罪情形相類似，美國藥事法庭可以做為借鏡。由於其他國家在毒品的管制與法令，與我國有較大差異，例如瑞士與荷蘭等毒品多屬於除罪，並沒有類似藥事法庭評估機制可供參考。因此，本研究以美國及德國為對象，針對上述兩個國家制度進行比較分析，茲就研究結果，分述如下：

第一節　美國毒品處遇現況

在美國超過百分之八十的犯罪人使用非法藥物或酒精(National Center on Addiction & Substance Abuse, [NCASA], 2010)，且近半數符合藥物依賴或成癮的診斷標準(Fazel et al., 2006; Karberg & James, 2005)。這些數據不只適用於那些被起訴的藥物犯罪者，也適用於大部分其他類型的被監禁者，包括偷竊與財產犯罪(property crimes)(NCASA, 2010; Zhang, 2003)。研究發現持續藥物濫用或依賴問題者的再犯罪率是二到四倍(Bennett et al., 2008)；然而，提供藥物濫用與依賴的治療可以顯著減少再犯率(Gossop et al., 2005; Holloway et al., 2006; Prendergast et al., 2002)，但是藥物犯罪者鮮少能好好遵從藥物濫用的治療。除非他們能被安排接受適合的矯正觀護計劃，否則僅有不到四分之一的有藥物濫用問題的犯罪者能盡到他們的治療和被監督的責任(Marlowe, 2002; University of California, Los Angeles, 2007)。

因此，美國在大部份的轄區都有一連串的社區處置機構可偵測犯罪者的藥物問題、進行服務轉介、以及要求他們參加治療與介入處遇措施。在這些處置當中，最寬鬆的就是犯輕型罪者可以符合認罪協商或是行政緩刑。如果犯罪者可以維持在某段時間之內不再因為犯罪而

被逮捕，且做到回報檢察官或是觀護人的責任，以及完成治療的要求，則可以被免除留下犯罪紀錄。只要能符合這些條件，所被訴的罪刑就可被撤銷，且紀錄可被刪除。

在美國，進入訴訟和審判程序後，有些藥物犯罪者會被判接受傳統的緩刑，或較嚴密的緩刑監督方案，也就是嚴密的緩刑監視，通常這也牽涉到檢察官與觀護人的工作量，提供更密集的治療和社會服務，並讓觀護人藉由家訪或是宵禁點名等活動，觀察犯罪者在平常的社區環境裡的表現。

超過一半的美國城鎮有司法監督的藥事法庭(Huddleston et al., 2008)，這些法庭會要求參與者時常報到，讓法官能審查他們的治療進度，並且根據他們的表現進行判決(National Association of Drug Court Professionals, 1997)。其中的要求包括參與者必須要完成一項標準的藥物濫用治療，接受每週一次的尿液抽檢，再針對未依照治療計畫違規的情事逐漸增加處置，或是對良好表現給予獎勵。在判決前的藥事法庭中，完成者可以獲得撤銷告訴，且他們的記錄也會被消除。如果是在判決確定後的藥事法庭中，完成者則可以避免入獄或是可以減少他們緩刑期中的義務。

最後，有些藥物犯罪者可能被判在社區接受中等程度的懲罰以替代入獄，像是軍事化訓練營、中途之家、每日向中心報到、在家監禁或是電子監測。主要的目的是在減輕進行矯正花費的同時也保障社會公共安全，並避免機構式監禁的效果受影響。

在美國有越來越多犯罪者參與上述提的分流處置方案，大部分方案仍然維持使用「一套準則適用於全部犯罪者」來決定司法監護與醫療服務。過去研究一致指出物質濫用與成癮犯罪者在臨床治療需求與再犯罪可能性的差異性很大，也就是採用一套準則其實是缺乏實證基礎，也就不可避免地呈現出資源分配不恰當、失去事前預防與治療最佳時間等。因此法官與假釋官的決定其實是可以根據實證研究建立的客觀證據(Evidence-based criminal policy)，來處置與導引犯罪者，讓社會安全與公共衛生都能更有效果。 以下針對美國藥事法庭處遇分流

的緣起、運作模式、與實施現況進行介紹。

一、美國毒品法庭的建立背景

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。法院監督的治療情形、參與規則與相對應的縮短刑期，都清楚地寫在法官、檢察官、被告與被告律師的共同協議書中。

二、美國藥事法庭運作模式

美國藥事法庭的基本概念，乃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，以促使毒品施用者接受戒癮治療和其他相關的服務；由於其他國家在毒品的管制與法令，與台灣有較大差異，例如瑞士與荷蘭等毒品多屬於除罪，並沒有類似藥事法庭評估機制可供參考。我國的毒品危害防制條例，與美國處理毒品施用者情形相近，並且因為我國賦予檢察官附命治療緩起訴的處分權，與美國藥事法庭法官，處置毒品犯罪情形相近，美國藥事法庭可以做為借鏡。

美國藥事法庭從 1989 年實施至今，已有 2,459 個藥事法庭在美國各州實施。而該制度亦為少數經過實證研究，確實具有減低毒癮與避免再犯之處遇模式。根據美國藥事法庭專業人員協會（National Association of Drug Court Professionals, NADCP, 2014）的估計，目前約有 120 萬毒品成癮者參與藥事法庭的計畫，也針對藥事法庭之實施，擬定指導方針以供美國各地藥事法庭參考為準則。

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，探討 6 個藥事法庭的成效，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（Rempel, et al., 2003），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（Amanda & Rempel, 2005），此顯著成效獲得廣泛認同其為有效降低毒品施用者再犯率方法之一，並於 1994 年獲得美國國會通過法案（Biden Crime Bill） 授權，支付共十億美元無條件的支持藥事法庭補助方案（Drug Court Discretionary Grant Program），整體的藥事法庭背景與運作可歸納如圖 4-1-1 所示（Amanda & Rempel, 2005）:

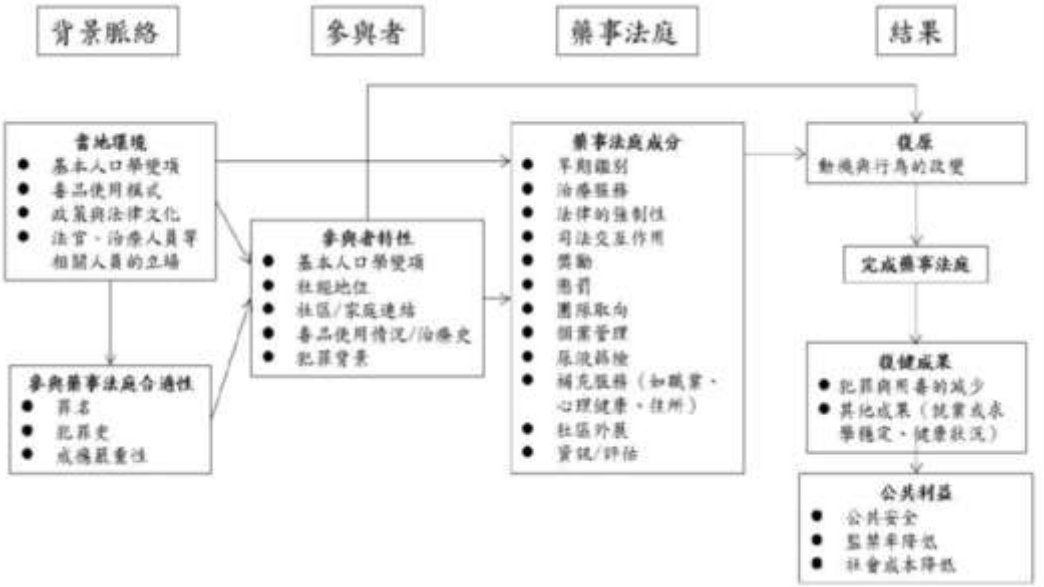

圖 4-1-1　美國藥事法庭背景與運作

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。

三、美國毒品法庭實施現況

藥物法庭需依據藥癮者之醫療或犯罪風險狀態，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），

以紐約州為例（National Association of Drug Court Professionals, 2014），到 2014 年 3 月 1 日，總共有 147 個藥事法庭，包含 90 個刑事法庭、35 個家事法庭與 15 個少年藥事法庭。到 2014 年 3 月 1 日為止，已經有 83,290 個人參加過紐約州藥事法庭監督治療方案，36,950 成功完成治療方案；同時在參與此監督方案過程中，有 824 沒有受到毒害的嬰兒出生（drug-free-babies），刑事法庭、家事法庭與少年藥事法庭介紹如下(法務部，2013):

（一）刑事藥事法庭（Criminal Drug Courts）

被告的重大犯罪或是嚴重不法行為是因為與使用毒品或是成癮所導致的話，被告封可以有資格參加藥事治療法庭的方案。對於能夠順利完成藥事治療法庭方案的被告，被起訴與判決的刑期可以減少，甚至是撤銷。

美國紐約州在 2009 年十月，通過一項刑事審判程序法 216 條（CriminalProcedure Law, Article 216: Judicial Diversion Program for Certain FelonyOffenders），賦予法院權力，可以進行分流處遇，要求刑事犯罪者參加藥物濫用治療。另外也有幾個刑事法庭，針對 16 到 21 歲的犯罪者，會提供青壯年藥事治療法庭方案。

（二）家事藥事治療法庭（Family drug treatment courts）

家事藥事治療法庭主要是針對因為使用毒品，導致忽視、虐待、或是沒有適當照顧孩子的嫌疑人。參與者如果能成功完成治療方案，能夠順利與他們孩子團聚的機會非常大。同時，能配合家事藥事治療法庭方案者，在完成治療前，法院也會給予較寬鬆的孩子探視權與互動機會。

（三）少年藥事法庭（Juvenile Drug Treatment Courts）

少年藥事法庭是針對少年因為涉及使用毒品的訴狀，包含違犯、或是經由家事法庭確認需要監護的少年。如果能順利完成少年藥事法庭治療方案，法院會撤銷相關控訴。

而 1993 年費城的藥事法庭運用團隊評估系統協助法官判決為例，團隊成員包括法官、地區檢察官、公共辯護律師、治療師或諮商師、個管師、督導、協調師針對個案處遇狀況開庭前進行報告討論。報告內容包括毒品施用者的報到出缺席率、家庭相關的議題(如:家庭關係、家庭照顧者、同住家屬、有無扶養子女、子女照顧等)、住所、支持系統、驗尿報告、接受治療頻率。當藥物使用者完成每一階段處遇，會在法庭公開頒佈結業證書。

四、小結：美國毒品防治作為對我國毒品防制政策之啟發

台灣目前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。

然而，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，因此，強化緩起訴個案的篩選與評估機制，適宜的分類處遇配套方案，尚有發展改善的空間，以提昇緩起訴處分附命戒癮治療成效，並能有效運用司法資源、拓展毒品施用者社區矯治方案的重要預防關鍵。

美國藥事法對於毒品施用者的犯罪暨醫療風險評估與分流，值得台灣推動緩起訴處分附命戒癮治療的借鏡，以提升處遇成效性。以下建議台灣未來針對毒品施用者的風險評估與分流能進一步參酌美國的分流評估方式：

（一）毒品施用者的風險因素評估與需求分流

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 4-1-2 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。

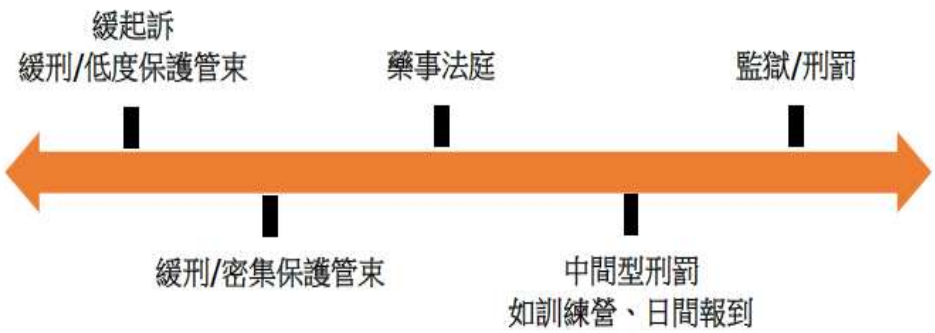

圖 4-1-2 監控程度由低到高的毒品施用者司法矯正方案

(資料來源：李思賢等，2014)

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。這樣的評估必須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），以下針對毒品施用者之風險因素與醫療需求進一步說明：

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。

（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。

RANT® (Risk and Needs Triage)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，是一套為量刑和司法處置而設計出簡而不陋、容易上手、以網絡為基礎、同時具備高度安全性，且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。這套工具指出毒品施用者被配到適合的處遇方式，是否符合他們的犯罪源起因素和醫療需求，將會影響其在社區矯正機構的結果。RANT® 的獨特之處在於:

- RANT® 能同時評估犯罪源起因素和醫療需求，將個案分類成與矯治方案直接相關的“象限”概念（如圖 4-1-3）。
- RANT® 在執行上不到 15 分鐘，而且並不需要大量的臨床培訓。
- RANT® 包含網路功能，因此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® 能迅速地產生簡單易懂的結果報告，將毒品施用者歸類為四種再犯風險/醫療需求象限（如圖 4-1-3）的其中一種，每一種結果都直接影響法官（或台灣的檢察官）判斷哪些是其合適的矯正處遇，以及健康行為治療。舉例來說，被歸為低風險和低需求類別的個案，通常需要最少的監控和治療服務；被歸為低風險和高需求類別的個案，通常需要涉及密集治療以及密切監控以防止其復發的結合服務々被歸為高風險和低需求類別的個案，通常需要密切監控以及對自己的

行為負責，他們通常不需要密集的治療服務；被歸為高風險和高需求類別的個案，通常需要涉及密集治療、密切監控以及的為自己的行為負責的結合服務。以下舉例一些為個案設計在特定象限的介入方案:

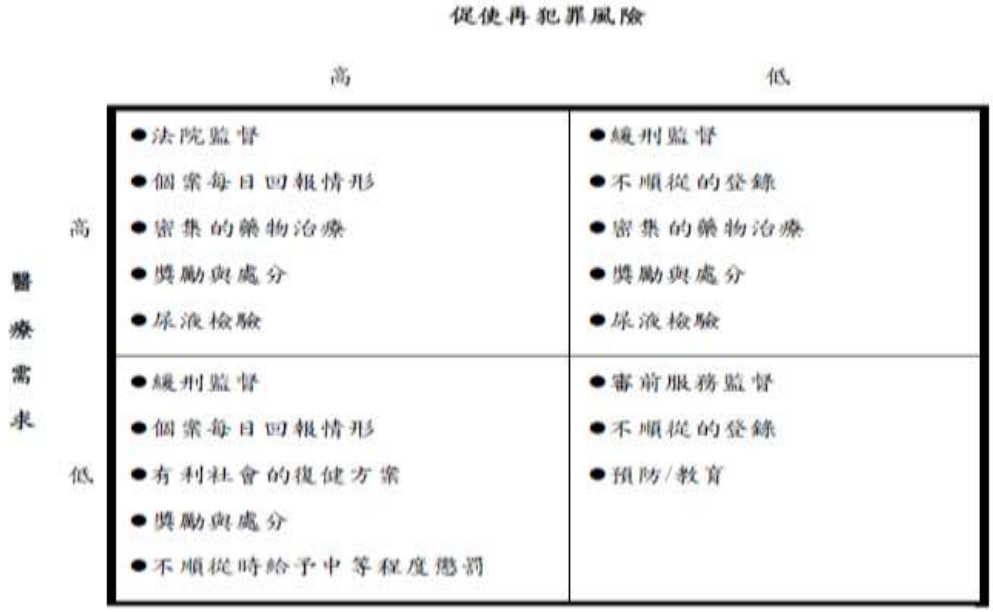

圖 4-1-3 犯罪源起因素與醫療需求

(資料來源：李思賢等，2014)

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）。

依據目前台灣的司法制度，參考 RANT 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 (如圖 4-1-4)。

醫療需求	再犯風險：低	再犯風險：中	再犯風險：高
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

圖 4-1-4 未來可應用的毒品施用者分流評估機制

(資料來源：李思賢等，2014)

分流評估之外，更重要的是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，如圖 4-1-5。 (李思賢等, 2016)

醫療需求	再犯風險：低	再犯風險：高
高	第二象限（LR/HN） ●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	第一象限（HR/HN） ●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	第三象限（LR/LN） ●審前服務監督 ●不順從的登錄 ●預防/教育	第四象限（HR/LN） ●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

圖 4-1-5　RANT® 對不同象限的處遇方案

(資料來源：李思賢等，2016)

台灣如能具有美國藥事法庭處分機制，針對毒品施用者的需求與再犯風險評估進行縝密評估後，轉介安排適當處分，應能提高緩訴處分的成效性。上述內容，具體彙整成表 4-1-1。

表 4-1-1 美國防治毒品作為對我國毒品防制政策之啟發彙整表

啟發層面	具體內容
刑事政策	美國在大部份的轄區都有一連串的社區處置機構偵測犯罪者的藥物問題、進行服務轉介、以及要求毒品施用者參加治療與介入措施。在這些處置當中,最寬鬆的是犯輕型罪者可以符合認罪協商或是行政緩刑。
具體作為	美國藥事法對於毒品施用者的犯罪暨醫療風險進行評估與分流。美國藥事法庭的基本概念，即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。
優點	依據毒品施用者風險和需求所做的處置配對(Matching dispositions by risk and need)，安排不同的分流處置，可以為不同型態的犯罪者帶來更好的結果。如：有些毒品犯罪者可能被判在社區接受中等程度的懲罰以替代入獄，像是軍事化訓練營、中途之家、每日向中心報到、在家監禁或是電子監控。目的是在減輕進行矯正花費的同時也保障社會公共安全,並避免機構式監禁的效果受影響。尤其針對嚴重犯罪者所進行的藥事法庭,可以為社區帶來節省 50%花費。
缺點	藥事法庭提供全套完整服務對低風險或是低需求的人來說，顯得多餘，甚至會帶來反效果。 把高風險和低風險的人共處，容易對低風險者造成負面影響，他們可能學得反社會的態度和價值觀。
參考作為	台灣未來針對毒品施用者的風險評估與分流能進一步參酌美國的分流評估方式。 司法機關能發展出一套迅速、可靠且高效率的系統來評估毒品施用者，並針對他們的犯罪因素及醫療需求提出最有效的判決/分流方案，以減少不必要的成本並提高矯治的成效。 社區處遇模式多元化，以提供適當的判決分流。

參考資料：本研究彙整。

第二節　德國毒品盛行率與處遇法制現況

在德國，有關成年人口的藥物使用者的數據，可以從該國的藥物濫用流行病學調查（Epidemiological Survey of Substance Abuse, ESA) 獲得，至於藥物吸引力研究（The Drug Affinity Study, DAS）則提供有關在 12-25 歲青少年中使用合法和非法物質的數據。根據德國 2017 年國家藥物報告（Germany country drug report 2017）[4]指出，在德國，有四分之一以上的成年人在其一生中使用過非法藥物。2015 年的研究指出，大麻（cannabis）仍然是德國成年人和青少年中最常見的非法藥物。一般來說，非法藥物在男性的消費比女性更加普遍，在年輕人，尤其是 18-25 歲的年輕人中，消費人數更高。最近 ESA 的調查結果顯示，年輕成年人使用大麻的情況略有上升;相較之下，DAS 最近一次的調查數據則顯示，青少年的大麻使用率，呈現略有下降趨勢。

2015 年，安非他命（amphetamine）首次被調查發現是德國成年人在過去 12 個月中最受歡迎的濫用興奮劑，其次是古柯鹼（cocaine）和搖頭丸（MDMA）。德國約有 2.8%的成年人使用過任何種類的新興精神活性物質（New Psychoactive Substances，簡稱 NPS），例如 K 他命、類大麻活性物質（K2）、MDPV（浴鹽）等，而約 2.2%的年輕人（18 - 25 歲）過去曾使用這些物質。

德國在高風險鴉片類(含海洛因)的藥物濫用者，估算約從 146,000 人到 174,000 人之間，而安非他命的施用者估算約 255,000。而大麻人口，根據 2015 年 ESA 的數據顯示，德國 18-64 歲人群中約有 1%（約 612,000 人）自陳在過去 12 個月內有使用大麻的紀錄。

根據德國聯邦統計局（Statistiches Bundesamt)之司法統計資料顯示，截至 2017 年 3 月 31 日，德國矯正機關收容人數達 5 萬 1,643 名，其中違法麻藥條例的收容人（包含受刑人與受處分人）計 6,506 人，約佔整體收容人的 12.5%[5]。德國之現行刑事政策係以「刑期無刑」為

---

[4] http://www.emcdda.europa.eu/countries/drug-reports/2017/germany/drug-use_en

[5] https://www.destatis.ed/DE/Publikationen/Thematisch/Rechtspflege/Strafverfolgung Vollzug/Stravollzug2100410177004.pdf?_blob=publicationFile

原則，並佐以使犯罪者「再社會化」之目標，運用刑罰的目的在於教育社會大眾恪遵法律、使犯罪者能夠再度重新適應社會、避免再犯，從而達到不運用刑罰就能夠達到預防犯罪之最終目的。刑期無刑與再社會化之刑罰思想也反映在德國對於毒品施用者之處遇策略上，基於毒品之成癮性高，為個體帶來生理、心理方面之危害以及對社會各個面向存有潛在之風險，亦有相當大之社會危害性，故德國於 1981 年 7 月 28 日頒布「麻醉藥品交易防制法（以下簡稱麻藥法）」（Gesetz über den Verkehr mit Betäubungsmitteln , Betäubungsmittelgesetz – BtMG），作為毒品施用者以「醫療替代刑罰」之基礎法，將毒品施用者視為病人，而非視為與其他犯罪人相當之一般受刑人，將其納入監獄體系，反而是以治療毒品施用者之成癮性為處遇核心，制定相關毒品處遇策略之矯治模式，以期協助毒品施用者戒除毒癮，符合德國刑事政策之終極目標。

德國麻藥法規定之暫緩或中止刑罰執行之措施，按自由刑之開始執行與否，區分為二種可能的類型：即已經法院宣告之自由刑尚未開始執行者，得暫緩其執行；已經執行者，得中止其執行。圖示如下：

圖 4-2-1 德國麻藥法對於藥癮犯暫緩/中止刑罰執行的措施

以下針對上圖兩種途徑，引述德國麻藥法之規定，詳細介紹如下：

一、德國麻藥法第 35 條立法例－停止執行制度

接著從法制面觀之，麻藥法第七章中詳訂關於麻醉藥品成癮犯(Betäubungsmittelabhängige Straftäter)之相關戒治處遇規定，其中第 35

條說明適用於毒品施用者之「停止執行」(Zurückstellung der Strafvollstreckung) 的矯治模式，為介於考核刑與自由刑之間的制裁手段，以檢察官為發動中心，由檢察官聲請經法院同意後，給予毒品施用者兩年以下之期間接受毒品戒癮治療，並同時暫緩、停止其刑罰或收容於戒治所處分之執行，然停止行刑須符合以下幾項要件：

（一）停止執行之適用對象

雖然麻藥法之規範對象包含製造、販賣毒品等禁止行為之毒品犯以及單純施用毒品之成癮犯，惟本條之適用對象被必須為單純違犯毒品成癮(Betäubungsmittelabhängigkeit)之行為。反之，若僅為單純施用而未成癮者則排除本條對象之適用。

（二）停止執行之適用範圍

停止行刑之適用範圍必須為受判決人因犯罪而受二年以下有期徒刑之宣告，包含單科兩年以下之有期徒刑以及單科、併科兩年以上有期徒刑之宣告，而得執行之殘刑所剩之期刑未滿兩年，均得為本條所指之適用範圍(麻藥法第 35 條第一項、第三項)。

（三）停止執行所需之相關作為義務

除了上述適用對象及範圍之規定外，毒品施用者亦需要提出相關文件證明其正於醫療院所接受有關毒品戒癮之治療，或承諾即將接受相當之戒癮治療並保證立即開始實施，始符合本條停止行刑之要件。

此外，停止執行之矯治模式賦予毒品施用者報告義務，於執行機關規定的期間內，向執行機關提出正在、持續接受毒品戒癮治療的證明。同樣的，提供戒治療程之機構亦賦有相關義務，當毒品施用者治療中斷或停止時，應通知執行機關。未開始戒癮治療、中斷接受戒癮治療或未提供相關證明之受判決人，執行機關得撤銷暫緩或停止執行之處分。如受判決人嗣後能證明其正在接受戒癮治療者，得不撤銷暫緩或停止執行之處分。然經撤銷暫緩或停止執行之處分後，仍得重新再為暫緩或停止執刑之處分(麻藥法第 35 條第四項、第五項)。

另外，依德國麻藥法第 36 條第 1 項規定，受判決人受暫緩或停止

執行處分之宣告，並自行至國家認可之機構進行戒癮治療者，其居留於該機構內接受治療之期間，得折抵其刑期至三分之二。關於折抵刑期之資格的裁定，同樣由第 35 條第 1 項規定之第一審管轄法院為之。又依同條第 3 項規定，如受判決人於犯罪後自行受戒癮治療，而不具備第 1 項第 1 句規定之要件，但考量刑期之折抵可以彰顯癮治療對於受判決人之需要，法院得宣告將行為人接受治療之期間折抵其刑期之全部或一部。

從上敘述可知，德國麻藥法第 35 條為停止刑之執行，就某種程度而言與我國刑法第 74 條第二項第六款「命犯罪行為人完成戒癮治療或其他適當的處遇措施」之緩刑具有相同暫緩執行刑罰，提供一定期間供毒品施用者戒除毒癮，以「醫療替代刑罰」及助於社會賦歸之意味。

二、德國麻藥法第 37 條立法例－暫緩起訴制度

另外，具有同樣之毒品政策意涵，但發動時點相異之麻藥法第 37 條暫緩起訴制度，亦以單純施用毒品之成癮犯為適用對象，並在預期毒品施用者可能獲得兩年以下有期徒刑之宣告時，由毒品施用者提出與同法第 35 條相同之毒品戒癮治療的證明，檢察官在獲得法院之同意後可給予毒品施用者暫緩起訴之機會，始其接受毒品戒癮治療，預期其可以再社會化。

除此之外，依麻藥法第 37 條之規定，檢察官亦賦予毒品施用者提出正在、持續接受毒品戒癮治療證明之義務。反之，如果發現毒品施用者之戒癮療程無繼續進行、未提供檢察官所要求之證據、犯下其他刑事犯罪違反檢察官給予暫緩起訴之期待或根據新事實或新證據顯示，有可能被判處兩年以上有期徒刑時，檢察官則可撤銷暫緩起訴，提起公訴。惟值得注意的是，倘毒品施用者嗣後提出仍繼續接受治療之證據時，則不可繼續進行訴訟；此外，兩年內沒有繼續進行追訴，亦不得再起訴該罪。再者，檢察官再提起公訴之後，法院可以在檢察官的同意下中止訴訟程序，在此期間最後一次審理案件事實，暫停審理，直到審判結束。

由此觀之，德國麻藥法第 37 條暫緩起訴之制度，與我國刑事訴訟

法第 253-2 條第六款「檢察官為緩起訴處分者，得命被告於一定期間內完成戒癮治療或其他適當之處遇措施」有相同意旨之趣，同為暫時不將被告起訴，以延緩起訴之誘因，貫徹醫療替代刑罰之刑事政策，提供毒品施用者戒除毒癮、改過自新及再社會化之機會。

三、小結：德國毒品防治作為對我國毒品防制政策之啟發

從德國麻藥法第 35 條停止執行制度及同法第 37 條暫緩起訴制度可以發現，我國刑法、刑事訴訟法之緩刑、緩起訴付命戒癮治療之制度與前述法條例立法目的相同，皆以暫緩刑罰之執行或刑罰之追訴，提供一定期間給毒品施用者進行毒品戒癮之治療，冀以藉此制度之推展，符合將毒品施用者視為病患之中心思想，使其早日脫離毒品危害性之束縛，重拾健康人生、早日復歸社會。

然而學者 Horst Gerasch (2009)[6]提出德國麻藥法第 35 條面臨之一些問題，在刑事司法方面，例如：難以證明行為人因毒品成癮產生其他犯罪行為以及「成癮」的狀況和「犯罪時間」是否同時發生、受判決者是否真實成癮、是否為了獲取較為優待之刑罰，而假裝自己有接受治療的動機和企圖心、以及非本國人民之毒品施用者亦可能面臨較為特殊之困境，像是無適合之方案或無法負擔治療之費用而不得適用麻藥法第 35 條、或應執行大部分之刑罰，但是只有部分的刑期可得暫緩執行等等，在司法實務操作上遇有難題。再者，於醫療體系方面，像是關於那些經常性使用毒品而未成癮之毒品施用者該如何處理、戒癮治療經常無法完成、無法完成戒癮治療所衍生之相關費用、甚至有些個案已至國外機構接受治療等等，亦是治療過程中可能會面臨的議題。儘管德國實施麻藥法後面臨這些挑戰，仍可期待我國在制定對抗毒品之政策時效法。

值得我們注意的是，我國對於付命戒癮治療之毒品刑事政策，皆以法院、檢察官為策動戒癮治療之主體，由其命毒品施用者至「指定」

[6] Gerasch, H. (2009). Die Vollstreckungsvorschriften der §§ 35, 36 BtmG und Probleme in der Praxis bei deren Anwendung. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, *3*(4), 302.

之醫療院所、戒治機構進行相關戒治療程，無疑將每位毒品施用者視為相同之個體、且為過度制式化。更進一步言之，就某種程度而言，仍具有刑罰先於治療之殘影存在，亦即強制指定至某個機構接受治療，似與現今主流之毒品刑事政策相左。而從德國麻藥法之立法例可以看出,無論是第 35 條之停止執行制度或是第 37 條之暫緩起訴制度,皆可由毒品施用者「自行」提出戒治計畫（或謂自主戒癮計畫），至國家認可之專門助人戒除毒癮之機構，由法院審核毒品戒癮治療計畫，並在獲得同意後隨之進行相關戒治療程，並且賦予毒品施用者義務，在戒癮期間提出相關資訊證明正在接受療程之事實。此是將戒除毒癮之相關權利、選擇自主權及義務、交還於毒品施用者本身，以符合每位毒品施用者可能所需戒治之時間、所需戒治之資源不同，更是貫徹「以醫療替代刑罰」之原則。更甚者，此一制度可結合較為多元社區醫療網絡之資源，更有利於毒品施用者戒除毒癮，幫助其社會復歸、再社會化，重新適應社會。基此，將德國麻藥法之處遇制度引進我國似可解決現今過多無效處遇之缺憾，亦可作為我國未來修訂相關毒品處遇政策之參考。上述內容，具體彙整成表 4-2-1。

表 4-2-1　德國防治毒品作為對我國毒品防制政策之啟發彙整表

啟發層面	具體內容
刑事政策	1. 刑期無刑」為原則，並佐以使犯罪者「再社會化」之目標。 2.基此，制訂「麻醉藥品交易防制法（以下簡稱麻藥法）」作為毒品施用者以「醫療替代刑罰」之基礎法，盡量實施「除機構化」之處遇作為。
具體作為	1.麻藥法第 35 條規定，毒品施用者提出「自主戒癮計畫者」，經法院核准後，可停止徒刑之執行，以「醫療替代刑罰」。（停止/中止執行） 2.麻藥法第 37 條規定，毒品施用者提出「自主戒癮計畫者」，經檢察官同意後，暫緩起訴，以「醫療替代刑罰」。（暫緩起訴）
優點	1.皆以暫緩刑罰之執行或刑罰之追訴,提供一定期間給毒品施用者進行毒品戒癮之治療。

啟發層面	具體內容
	2.符合將毒品施用者視為病患之中心思想。 3.讓單純毒品施用者在社區中即可脫離毒品危害性之束縛，早日復歸社會，減少機構性治療弊病。
缺點	1.是否為了獲取較為優待之刑罰,而假裝自己有接受治療的動機和企圖心。 2.經常性使用毒品而未成癮之毒品施用者該如何處理。 3.戒癮治療經常無法完成以及無法完成戒癮治療所衍生之相關費用。
參考作為	1.利用我國當前緩起訴與緩刑制度，賦予毒品施用者「自行」提出戒治計畫（或謂自主戒癮計畫），進而取代監禁或徒刑。 2.擴大政府所認可之戒除毒癮之機構,由法院審核毒品戒癮治療計畫，並在獲得同意後隨之進行相關戒治療程，並且課予毒品施用者與治療機構義務，在戒癮期間提出相關資訊，證明正在接受療程之事實。

參考資料：本研究彙整。

第五章　緩起訴附命戒癮治療制度及運作分析

本單元主要目的在探討緩起訴附命戒癮治療處分狀況，並分析受處分者之人口特性及其與撤銷原因之關聯情形，茲就研究結果分述如下：

第一節　緩起訴附命戒癮治療處分制度運作狀況

我國刑事訴訟法緩起訴制度之規劃，並非專為毒品戒治之所需；而目前運行中之緩起訴戒癮處分制度，亦非為所有類型毒品施用者戒癮所設計。整體制度之形成，係在我國不同時間的法律及醫療思潮交錯影響下逐步發展而成。源此，在對制度進行分析、與國外類似制度比較，甚至提出改進建言前，宜先對我國緩起訴附命戒癮治療處分制度之發展進行回顧，以求較為正確之理解，同時，在了解過去發展的阻礙後，也可更深刻思索我國未來在司法協助戒癮的這個領域上，如何創造更佳的實務環境，以及著眼、著手的最佳要點。

一、源起

為使司法資源有效運用，填補被害人之損害、有利被告或犯罪嫌疑人之再社會化及犯罪之特別預防等目的，我國參考日本起訴猶豫制度及德國附條件及履行期間之暫不提起公訴制度，於 2002 年 1 月 18 日增訂刑事訴訟法第 253 條之 1、第 253 條之 2 緩起訴處分制度相關條文，其適用範圍為所犯為死刑、無期徒刑或最低本刑為 3 年以上有期徒刑以外之罪者，猶豫期間訂為為 1 年以上 3 年以下[7]。

依刑事訴訟法第 253 條之 2 規定，檢察官為緩起訴處分者，得命

[7] 參照立法院法律系統網站，網址：http://lis.ly.gov.tw/lglawc/lawsingle?00A71C3487990000000000000000320000000007000000^04552106110700^00069001001，查詢時間：2017 年 12 月 25 日。

被告於一定期間內遵守或履行下列各款事項：

（一）向被害人道歉。

（二）立悔過書。

（三）向被害人支付相當數額之財產或非財產上之損害賠償。

（四）向公庫支付一定金額，並得由該管檢察署依規定提撥一定比率補助相關公益團體或地方自治團體。

（五）向該管檢察署指定之政府機關、政府機構、行政法人、社區或其他符合公益目的之機構或團體提供 40 小時以上 240 小時以下之義務勞務。

（六）完成戒癮治療、精神治療、心理輔導或其他適當之處遇措施。

（七）保護被害人安全之必要命令。

（八）預防再犯所為之必要命令。

其中第 3 款至第 6 款之各該應遵守事項，因課以被告履行一定負擔之義務，人身自由及財產將遭拘束，且產生未經裁判即終局處理案件之實質效果，因此應先得被告之同意始得為之。

其後，刑法亦參考刑事訴訟法有關緩起訴處分之規定，於 2005 年 1 月 7 日修正刑法第 74 條有關緩刑之規定，後經 2009 年 5 月 19 日、2015 年 12 月 17 日小幅修正後，現行刑法第 74 條第 1 條規定受 2 年以下有期徒刑、拘役或罰金之宣告，而有「未曾因故意犯罪受有期徒刑以上刑之宣告」、「前因故意犯罪受有期徒刑以上刑之宣告，執行完畢或赦免後，5 年以內未曾因故意犯罪受有期徒刑以上刑之宣告。」兩者之一者，得宣告 2 年以上 5 年以下之緩刑，同條第 2 項規定，亦規定得斟酌情形，命犯罪行為人為下列各款事項：

（一）向被害人道歉。

（二）立悔過書。

（三）向被害人支付相當數額之財產或非財產上之損害賠償。

（四）向公庫支付一定之金額。

（五）向指定之政府機關、政府機構、行政法人、社區或其他符合公益目的之機構或團體，提供 40 小時以上 240 小時以下之義務勞務。

（六）完成戒癮治療、精神治療、心理輔導或其他適當之處遇措施。

（七）保護被害人安全之必要命令。

（八）預防再犯所為之必要命令。

綜上內容，由於緩刑係參考緩起訴處分之規定所訂，因此兩者內容大致相當，惟是否緩刑決定時，被告之犯罪事實已被認定，且已據以科刑，因此在對象資格上，係以宣告刑而非法定刑為標準，而所附條件即使涉及人身自由或財產，然因犯罪行為業經法院認定，因此不需再由被告同意。至於違反所附條件之效果，在緩起訴處分之情形時，檢察官依刑事訴訟法第 253 條之 3，得依職權或依告訴人之聲請撤銷原處分，繼續偵查或起訴；在緩刑之情形時，法官依刑法第 75 條之 1，足認原宣告之緩刑難收其預期效果，而有執行刑罰之必要者，得撤銷其宣告。

表 5-1-1　地方檢察署新收執行緩起訴處分及緩刑附命戒癮治療案件

年度	緩起訴	緩刑
2007	470	0
2008	1,361	0
2009	1,546	0
2010	2,581	10
2011	3,265	12
2012	3,361	25
2013	2,747	40
2014	2,470	31
2015	2,351	67
2016	3,405	57

資料來源：法務部司法官學院犯罪狀況及其分析，2016。

雖然刑事訴訟法及刑法分別在 2002 年及 2005 年先後賦予緩起訴及緩刑附命戒癮治療法源依據，然而由表 1 統計顯示，緩起訴處分附命戒癮治療之件數自 2008 年逐步增加，其後在 2011、2012 及 2016 年皆達到 3 千件以上；相較之下，緩刑附命戒癮治療自 2010 年後始有少數案件，件數始終未能達到 3 位數字，由於緩刑附命戒癮治療在立法上顯至參考緩起訴處分附命戒癮治療，兩者猶如雙生兄弟，然而後續發展卻天差地遠，此與後續的發展契機及相關衍變有關。

二、契機

影響緩起訴附命戒癮治療處分是否順暢運作之因素，不僅在於檢察官之態度以及前端司法面向的各種考量，更重要的是後端處遇資源是否挹入，以及是否有運作機制可供大量的案件暢順運行。

在處遇資源方面，在 2002 年緩起訴法制建立之後，後端資源並未有太大的變動，大致只能在現在的架構下進行，因此成效有限，這情形一直到了 2004 年起注射藥癮者大量感染 HIV 病毒起始有所改變，依衛生福利部疾病管制局之統計，經由共用針頭或稀釋液感染愛滋之人數在 1984 年至 1988 年的 5 年間皆未發現，在 1989 年至 2001 年的 13 年間每年亦未超過 10 人，然自 2002 年起數年，此類感染人數呈幾何式的成長，到 2005 年高峰時，當年感染人數已到 2,425 人，佔全部感染人數的 71.8%（詳如表 5-1-1），嚴峻的發展情形，使得當時的行政院衛生署疾病管制局參考國際間減害等觀念提出全面性的防制對策，並在 2007 年 6 月 14 日全文修正「人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障條例」，在該條例第 9 條第 1 項中規定：「主管機關為防止人類免疫缺乏病毒透過共用針具、稀釋液或容器傳染於人，得視需要，建立針具提供、交換、回收及管制藥品成癮替代治療等機制；其實施對象、方式、內容與執行機構及其他應遵行事項之辦法，由中央主管機關定之。」以「針具服務」及「替代療法」作為避免 IDU（Injection Drug Users）感染 HIV 病毒的主要策略，並依該項規定於 2008 年 7 月 24 日制定「針具服務及替代治療實施辦法」。

表 5-1-2　我國感染人類免疫缺乏病毒者統計

年度	女	男	合計	百分比	感染總數
1985	-	-	0	0.0	14
1986	-	-	0	0.0	9
1987	-	-	0	0.0	12
1988	-	-	0	0.0	21
1989	-	6	6	16.2	37
1990	-	3	3	9.7	31
1991	-	3	3	3.8	78
1992	1	7	8	6.5	123
1993	1	5	6	4.5	132
1994	1	4	5	3.1	160
1995	-	7	7	3.2	221
1996	-	9	9	3.4	267
1997	1	5	6	1.8	341
1998	-	5	5	1.3	388
1999	-	2	2	0.4	471
2000	-	8	8	1.5	527
2001	-	7	7	1.1	652
2002	1	17	18	2.3	766
2003	4	79	83	9.7	860
2004	69	554	623	41.0	1,520
2005	327	2,098	2,425	71.8	3,378
2006	244	1,613	1,857	63.6	2,918
2007	112	638	750	38.9	1,929
2008	52	342	394	22.7	1,739
2009	22	164	186	11.3	1,643
2010	16	102	118	6.6	1,795
2011	10	102	112	5.7	1,968
2012	15	69	84	3.8	2,221
2013	6	42	48	2.2	2,224
2014	10	46	56	2.5	2,236
總計	892	5,937	6,829	23.8	28,681

惟醫療端推行替代療法時，有若干司法上的問題必須克服，首先，國內的 IDU 主要為海洛因施用者，施用海洛因係違反毒品危害防制條例第 10 條第 1 項規定，應處 6 月以上 5 年以下有期徒期，倘為初犯或 5 年後再犯者，則依該條例第 20 條規定應先進入觀察勒戒處所，如有繼續施用傾向，須再進入戒治處所，因此，部分宣告刑在 6 月以下有期徒刑者依刑法 41 條為易科罰金或易服社會勞動外，無論是觀察勒戒、強制戒治或入監服刑，皆在矯正機構中處遇。然矯正機構中執行替代療法具有一定之難度，例如「針具服務及替代治療實施辦法」第 9 條第 1 項規定替代療法執行機構須醫師、藥師及護理人員各 1 名以上之規定，使得矯正機構中實施替代療法具有相當之成本。此外，而我國矯正機構中之受觀察勒戒人、受戒治人或受刑人，皆已處於無毒環境，對於使用後仍可能成癮的美沙冬等替代藥物接受度並不高，因此要在矯正機構中推行替代療法較為不易，實益也較低。

其次，倘以自願戒癮之方式，使海洛因使用者主動前往醫療機構中尋求協助，即便依毒品危害防制條例第 21 條規定，對自動尋求治療中經查獲之被告或少年，由檢察官為不起訴之處分或由少年法院 (地方法院少年法庭) 為不付審理之裁定，然初期對醫療機構之陌生及擔心司法查獲後之後續效果，皆會使毒品施用者裹足不前。基於替代療法在當時刑事制度下推展之困難，以及愛滋病防制之急迫性，相關法律之修改勢在必行，原本在實務上鮮少利用的刑事訴訟法第 253 條之 2 第 1 項第 6 款之緩起訴處分附命完成戒癮治療得到了制度性運作的契機。為明確相關規定，2008 年 4 月 8 日增訂毒品危害防制條例第 24 條，依該條第 1 項規定，同法第 20 條第 1 項及第 23 條第 2 項之程序，於檢察官先依刑事訴訟法第 253 條之 1 第 1 項、第 253 條之 2 之規定，為附命完成戒癮治療之緩起訴處分時，或於少年法院（地方法院少年法庭）認以依少年事件處理法程序處理為適當時，不適用之。亦即無論是初犯（含 5 年後再犯）或再犯之毒品施用者，皆可藉由緩起訴處分轉向至社區接受戒癮治療，如此，除可避免掉矯正機構內實施美沙冬替代治療之困難，亦可藉由司法之強制力，促使海洛因成癮者進行戒癮治療，而新制度則係在依毒品危害防制條例第 24 條第 3 項授權制

定之「毒品戒癮治療實施辦法及完成治療認定標準」於 2008 年 10 月 30 日公布後正式上路。

三、適用對象之篩選及撤銷

我國目前緩起訴附命治療處分之運作，主要係以前述刑事訴訟法、毒品危害防制條例、毒品戒癮治療實施辦法及完成治療認定標準及檢察機關辦理緩起訴處分作業要點為執行依據，另各地方檢察署基於作業方式一致化之需求，亦有分別訂立相關之行政規則，以下就具全國一致性之運作方式說明之：

（一）適用對象

目前以毒品危害防制條例第 24 條為主之戒癮對象，係以「單純毒品施用者」為惟一對象，對於具有毒品施用問題之其他犯罪人（例如因毒癮問題而犯竊盜罪者），在符合相關規定下，亦不排除可逕依刑事訴訟法第 253 條之 1、第 253 條之 2 為緩起訴附命戒癮治療，然由於無法引用毒品戒癮治療實施辦法及完成治療認定標準為執行依據，目前仍與前述緩起訴制度創立初期之情形相仿，難以實際推展。

其次，雖在毒品危害防制條例第 24 條中之適用範圍係包含所有第一級、第二級毒品之施用者中，然因為制度之運作係配合替代療法而實施，而替代療法僅能針對鴉片類毒癮者，因此在毒品戒癮治療實施辦法及完成治療認定標準第 2 條在 2008 年制定初期，將適用範圍侷限於為施用第 1 級毒品海洛因、嗎啡、鴉片及前開相類製品者，對於諸如古柯鹼等其他第 1 級毒品使用者及第 2 級毒品使用者，都被排除在適用範圍外，然此基於愛滋預防之特殊作法，在司法上出現「吸一級海洛因不用被關，吸二級安非他命要關」的特殊情形，後實務上亦將第二級毒品施用者納入緩起訴戒癮治療範疇，並在 2013 年 6 月 26 日修正毒品戒癮治療實施辦法及完成治療認定標準第 2 條，將適用對象放寬至「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」，此一修正將第二級毒品施用者正式納入，然鴉片類毒品外之第一級毒品漏未納入，似乎非刻意排除，可於後續檢討時加以修正。

（二）篩選方式

被告若為鴉片類毒品或第二級毒品施用者，仍需經由下列 4 個階段的審查或確認程序，始可藉由緩起訴處分轉向社區戒癮。（如圖 5-1-1）

1、資格審查

在檢察官或檢察事務官收案後至為緩起訴處分決定前，必須對於個案為資格審查，對於資格不符者，需使其回歸至一般刑事訴訟程序（即對初犯者聲請法院為觀察勒戒，對於再犯者提起公訴，下同），由於經初步審查後，即不會進入後續篩選程序，因此資格審查通常被認為係所有篩選程序的第一道關卡，然而，由於不適合為緩起訴處分之事由可能發生或發現在後續的階段，因此資格審查會在全程的流程中持續進行。在資格審查時，主要針對以下兩個項目進行：

（1）有無妨礙完成戒癮治療之原因

由於現行緩起訴附命戒癮治療主要係在社區接受 6 個月以上至 1 年之戒癮協助，以非限制人身自由之方式為之，倘被告可能因其他刑事責任受到限制人身自由之刑事制裁，便可能使戒癮療程無法完成，故依毒品戒癮治療實施辦法及完成治療認定標準第 2 條第 2 項規定，有「緩起訴處分前，因故意犯他罪，經檢察官提起公訴或判決有罪確定」、「緩起訴處分前，另案撤銷假釋，等待入監服刑」、「緩起訴處分前，另案羈押或執行有期徒刑」3 種情形之一者，原則不得為緩起訴處分，但由於具刑事責任者，未必最終會受到拘束人身自由或不利其接受社區處遇之制裁，因此同項後段規定「無礙其完成戒癮治療之期程者，不在此限」。易言之，若經判斷不會因刑事責任妨礙完成戒癮治療，即符合本項之審查。

（2）緩起訴處分適當性

緩起訴處分係檢察官對於刑罰權發動之猶豫，因此個案是否可進行緩起訴處分，必須依循一定之標準判斷，方不至流為恣意專斷。依刑事訴訟法第 253 條之 1 第 1 項規定，檢察官為緩起訴處分前，應參

酌刑法第 57 條所列事項（即量刑之 10 項標準）及公共利益之維護，認以緩起訴為適當者，始得定 1 年以上 3 年以下之緩起訴期間為緩起訴處分。然由於「刑法第 57 條所列事項」所涉範圍廣泛，而「公共利益之維護」屬不確定法律概念，因此檢察官對是否給予個案緩起訴機會，仍在事實基礎下具有相當之裁量權。由於現階段個案各方面資訊連結尚未整合，檢察官難以迅速取得可為憑據之事實作為判斷基礎，因此目前檢察官對於緩起訴處分對象在適當性的衡量上，多基於具客觀性且即時可得之司法紀錄，偏向將緩起訴之機會給予較無犯罪記錄或犯罪紀錄較不嚴重者，而較少為其他面向之考量。

2、確認個案意願

欲達戒癮之成效，必須被告有戒癮之意願，另考量目前戒癮治療所需之費用，係由被告自行負擔，並非單純的授益處分，因此刑事訴訟法第 253 條之 2 及毒品戒癮治療實施辦法及完成治療認定標準第 6 條規定，檢察官為緩起訴處分前，應得參加戒癮治療被告之同意，並向其說明完成戒癮治療應遵守事項後，方能指定其前往治療機構參加戒癮治療。若被告為未成年人時，則應得其法定代理人之同意。

由於同意接受緩起訴處分附命完成戒癮治療後，除了衛生福利部對於替代藥物的部分補助，或符合其他補助方案外，個案需要自行負擔醫療機構評估費用、門診費用等數萬元之戒癮費用，對於經濟狀況不佳之個案，往往影響其同意緩起訴處分戒癮治療之意願；另方面，戒癮治療期間在 6 個月以上、1 年以下，通常每週或數週即須於上班日至指定醫療機構接受門診治療，對於工作難以經常請假，或是不願其他人知道其因毒品案件接受治療之個案，常會選擇放棄接受緩起訴處分的機會，這種情形在宣告刑通常在 6 個月以下、得易科罰金的第二級毒品施用者間，更容易發生。

由於接受附命完成戒癮治療之緩起訴處分，並非皆對個案有利，倘若在戒癮治療進行至一個階段，才發現個案因經濟能力、時間等因素無法配合，或是個案戒癮決心不足以完成整個療程，便會造成治療中輟，個案緩起訴被撤銷之情形，此對個案或是相關機關而言是雙輸

的結果，因此對可能接受緩起訴處處分的個案充分說明相關資訊，再由個案慎重做出接不接受緩起訴的決定，乃制度運作成敗之重要環節，然而卻往往在實務運作中被輕乎，而未能充分落實。目前各地檢署對確認個案意願前之資訊揭露，常於制作筆錄時以書面或口頭予以說明，或另行召開說明會說明之。

3、醫療機構評估

由於緩起訴處分附命完成戒癮治療之個案，多係由醫院等治療機構執行戒癮計畫之主要工作，因此被告於緩起訴前，需先由地檢署依毒品戒癮治療實施辦法及完成治療認定標準第 8 條之規定，轉介個案至治療機構進行評估，並將評估結果回復地檢署，經治療評估認為適當後者，始得為緩起訴處分。

依現行制度，倘經治療機構評估不適合，被告即失去受緩起訴處分之機會，回歸一般刑事程序，對於有心接受戒癮治療之個案無異是另一個形式之打擊，亦與治療機構之天職相悖，因此治療機構對於到案接受評估之個案，幾乎皆評估為適合。此外，在現行法規未明列需為成癮嚴重性或其他其他項目評估，且目前緩起訴戒癮治療之實務侷限於門診醫療一途，更細緻評估缺乏實益之情形下，醫療機構之評估結果多僅記載適合緩起訴戒癮治療，未有其他進一步狀況之說明。綜上，現行在醫療評估之階段，除個案有未到案接受評估之情形，必須回歸一般刑事訴訟程序外，其他個案都會得到一個綠燈，得以進入後續的程序。

4、再議審查

由於毒品施用之行為屬無被害者犯罪，因此檢察官為緩起訴處分時，並無得聲請再議之人時，依刑事訴訟法第 256 條第 3 項之規定，原檢察官應依職權逕送直接上級檢察署檢察長或檢察總長再議，並通知告發人。

前述規定旨在確保是類案件能在無從再議之情形下，仍能確保處分的正確及適當性，為刑事訴訟制度中通案性之設計，非專為毒品施用案件設計，亦可相當程度的統一緩起訴處分之裁量標準，然而，在

實務運中，常會因為上級檢察署對成癮科學認識的不同，抑或是對個案狀況判斷之不同，不認可地檢署對毒品施用案件的緩起訴處分，使個案重回一般刑事審判程序，中，因此，只有地檢署及高（分）檢署承辦檢察官有一致同識時，該不起訴處分方能確定並據以執行。為避免因價值判斷差異過大，產生不同地區或不同承辦檢察官執法差異過大，進而影響公平性或個案對制度的信賴度，建立統一而週延的緩起訴處分認定標準，為個案篩選流程中的重要議題。

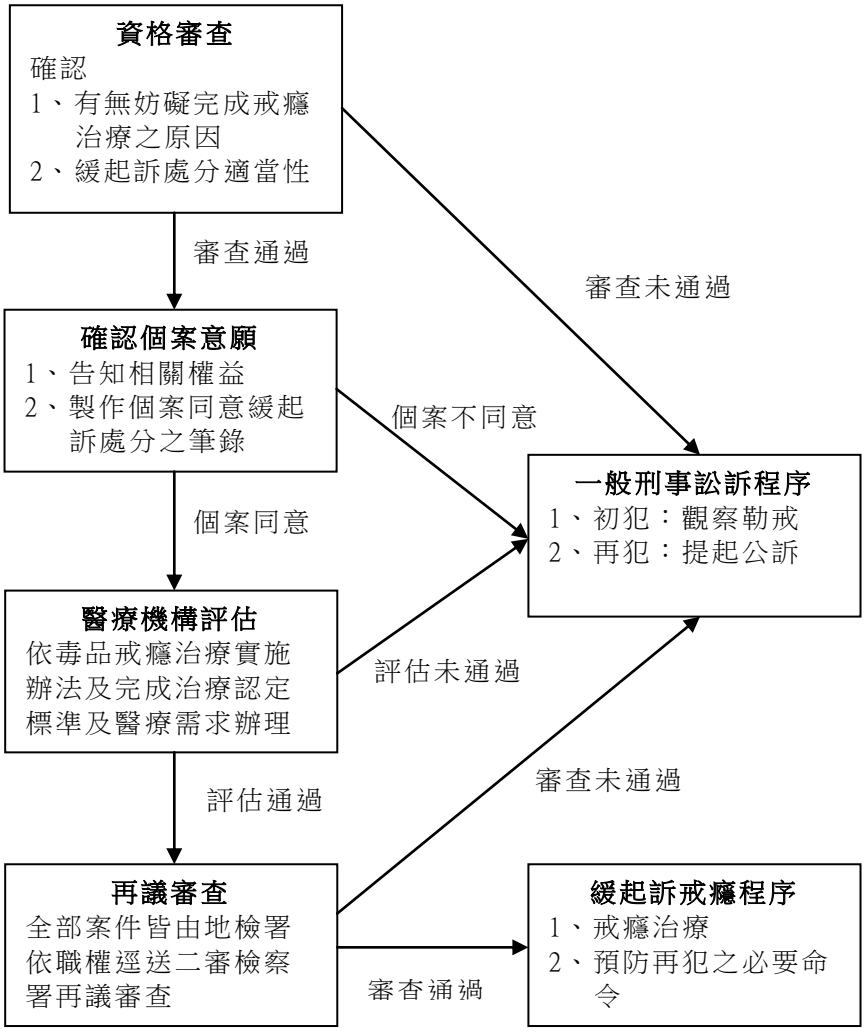

圖 5-1-1　毒品施用者緩起訴處分附命完成戒癮治療案件篩選流程

(本研究整理)

（三）撤銷決定

由於毒品成癮一般被認為係慢性、易復發之腦性疾病，即便治療期間同時受到地檢署之監督及治療機構之協助，個案於緩起訴期間仍可能有復用毒品之情形，如何看待及處理在緩起訴期間再度施用毒品或其他不遵守地檢署命令之情形，使得可能因完成治療而減少復發之被告可不因治療期間違規行為而中斷其治療，致使前功盡棄；又同時兼顧對部分狀況不良、難以在戒療治療中獲得改善之個案施加壓力或在適當時機撤銷緩起訴，其分寸拿捏，與緩起訴戒癮制度成效息息相關，茲說明如下：

依刑事訴訟法第 253 條之 3 第 1 項規定，被告於緩起訴期間內，有下列情形之一者，檢察官得依職權或依告訴人之聲請撤銷原處分，繼續偵查或起訴：

1.於期間內故意更犯有期徒刑以上刑之罪，經檢察官提起公訴者。

2.緩起訴前，因故意犯他罪，而在緩起訴期間內受有期徒刑以上刑之宣告者。

3.違背第二百五十三條之二第一項各款之應遵守或履行事項者。

依表 3、表 4 顯示，被告被撤銷緩起訴處分主要之原因有 2，首先是第 1 款緩起訴期間故意更犯有期徒刑以上刑之罪，此通常係在遭警察機關或觀護人查獲在緩起訴期間有繼續施用第一級、第二級毒品之情形，其次是第 3 款緩起訴期間違背應應守或履行事項，在實務上通常包含至指定之治療機構依其指定日期，前往接受藥物治療、心理治療或社會復健，並完成不超過 1 年之戒癮療程，以及依觀護人之指示接受不定期之尿液檢驗。依撤銷之原因分析，被告主要仍是因毒品使用情形未獲穩定控制而無法完成戒癮治療，然而，亦有可能因為無法自力支付戒癮治療費用或其他原因而中輟治療，實際原因值得進一步探討，另因刑事訴訟法第 253 條之 3 第 1 項規定在有撤銷原因發生時，檢察官係「得」撤銷，而非「應」撤銷，撤銷與否涉及對個案戒癮治療狀況之評估，雖目前相關法規並未規定應考量之事項，然為週全考量，法務部曾於 105 年發函各地檢署，要求在撤銷緩起訴之前須先徵

詢治療機構之意見，期能以更完整的資訊為基礎下此重要決定。

四、實務工作者角色及作為

（一）檢察官角色及作為

依據刑事訴訟法第 253 條之 1、第 253 條之 2 之規定，緩起訴處分制度相關條文，檢察官職司緩起訴戒癮治療的處分之職責，其主要角色與任為包括，1.決定行為人進行緩起訴戒癮治療的處分；2.決定行為人撤緩起訴戒癮治療的處分；3.依據刑事訴訟法、毒品危害防制條例及其授權辦法執行職務。

> 擔任偵查檢察官時，決定要不要做緩起訴戒癮治療，在北檢是檢察官自己操作，未委託檢事官辦理。擔任執行股檢察官時，督導觀護人室對個案為社區觀護。（A1-2-1）
>
> 對可能因違反相關規定之個案，於加註意見後，移回原偵查檢察官決定是否撤銷緩起訴。（A1-2-1）
>
> 需配合之規定：刑事訴訟法、毒品危害防制條例及其授權辦法。（A1-2-1）

（二）觀護人角色及作為

檢察官決定緩起訴戒癮治療之處分後，乃由觀護人承接檢察官指揮之戒癮治療工作，於收受案件後，由專案助理登錄造冊，通知被告報到，由觀護人向被告說明應戒癮治療期間應遵守之事項，同時並整合各項戒癮資源協助被告戒治及提供被告轉介之服務。

> 觀護人扮演著承接檢察官指揮執行的附命戒癮治療工作，目前附命戒癮治療有一級與二級毒品。（A2-1-1）
>
> 於緩起訴處分確定後，通知被告報到並依命令事項執行，被告應受不定期驗尿，及囑託至醫療機構參加戒癮治療並追蹤治療情形等。（A2-1-1
>
> 另外，緩起訴被告均轉介毒防中心追輔，另依個案需求必要時轉介就業服務中心協助就業、安排心理師個別諮商或囑託榮觀複數監督等資源運用，協助被告完成戒癮治療，因

此觀護人扮演著承接檢察官指揮執行卻又負責相關處遇資源整合與轉介的角色。（A2-1-1）

（三）醫師角色及作為

醫院接受來自各地檢署轉診之被告，醫師之角色作為主要提供被告醫療戒治服務、精神科診斷性會談、完整之身體檢查，如抽血、心電圖、X 光等醫事服務。以臺北市立聯合醫院松德院區為例，更是引進國外之戒治技術，以協助被告戒除毒癮。

目前我們每年的接受台北市的二級毒品緩起訴的 referral(轉診)，大概是 350 個到 700 個不等(A3-2-1)。

接下來我們會進行一個療程是我們松德院區自己引用國外的一個治療叫做 contingency management。他的原則是這樣，叫情境管理治療(A3-2-3)；整體而言，我們提供主要是醫療服務，包含完整的身體檢查，精神科診斷性會談(A3-2-4)…。

那所以簡單的說第一，身體心理的部分，第二精神科診斷性會談的處理，第三我們運用 contingency management model 在處理這個緩起訴的病人(A3-2-6)。

（四）社工師角色及作為

社會工作師主要之職責在於提供被告非醫事服務之治療，如團體治療，利用諮商行為技術之理論，教導被告有關毒品正確之觀念、如何正確的與人互動、維持正常之人際關係，並定期接受 8 小時之專業訓練以維持其專業之職能。

本院的「二級毒品緩起訴治療服務計畫」，以認知行為結合動機改變理論、強調現實取向為基礎，提供內容包括 5 次的成癮專科醫師藥癮評估、精神醫療評估及個別動機評估，提供所需藥物治療及正確成癮概念、不定期尿液檢查及 8 次團體治療。社工師和心理師一起進行團體治療(A4-2-1)。我認為社工師的重點偏向人際關係及互動上，而心理師偏重人格方面。

我是社工師，負責團體治療課程的服務(A4-2-3)，每次 1 小時到 80 分鐘，總共進行 8 次，總期程為半年到 8 個月，我們把時間拉長來進行，每次上課 1-2 位工作人員，而一班成員有 8-12 人，平均都有 8 人，出席率頗高。

我們醫療團隊人員每年都要接受 8 小時之訓練，由衛生局的人員來授課。(A4-2-2)

（五）心理師角色及作為

心理師之工作在於與醫師搭配整套戒癮治療計畫之實行，通常團體治療為 4 次，個別治療為 8 次，另視個案之需求，提供不同之個別輔導、團體輔導、心理治療等等，並藉由輔導治療之課程使個案了解毒品之相關知識、如何控制自我成功戒毒、改善戒癮所產生之副作用，重新回歸正常生活。因團體治療之成效有限，目前治療仍以個別治療為主。

心理師搭配團體治療，還有個別輔導、個別心理治療。(A5-2-4)

配合緩起訴期間內完成所有的附命的治療：因為緩起訴期間固定，所以我們配合常常是在，期限快到了，我們就會加速治療的次數，團體治療是 4 次，個別治療是 8 次。(A5-2-5)

能夠讓他繼續生活、工作，並讓他們能持續接受醫療的戒治，改善因長期服物產生的副作用，以及相關心理治療。(A5-2-1)

團體心理治療，讓個案知道藥物相關知識、戒毒方式，以及播放成功案例影片，讓他們知道說是有人成功的這樣子，目標是讓個案接受自己是一個病人，並願意自動接受醫療。(A5-2-2)

因為團體療效不好，課程時間短、人數多容易流於形式，且報到率低，對彼此的認識少，缺乏團體信任，因此團體動力低。後來轉變為個別治療為主，並導入個案管理機制。(A5-2-3)

團體治療內容：第一次就耗在成效的診斷上；第二次標

定危險情境；第三次詢問是否有使用毒品以及個案生活穩定度；第四次強調緩起訴保固期，若有偷用或快受不了情狀，請再用一次醫療戒治的方式。(A5-2-7)

個人治療內容：第一次為成效評估主要為問卷施測；第二次標定危險情境；第三次告知被臨檢的應對；第四次討論個案目前生活、工作穩定度；第五次毒品好處探討；第六次毒品壞處確定；第七次說明戒治治療，並詢問有無偷用；第八次戒治成功定義，探討生活中情緒問題，並詢問是否需要醫療戒毒。(A5-2-6)

（六）個管師角色及作為

個管師較常接觸之外部單位為地檢署檢察事務官、觀護人及衛生局毒防中心人員，並於緩起訴附命戒癮治療期間，個管師負責與個案聯繫、掌握名單，協助醫師、護理師之醫療行為、安排個案進入戒治方案之規劃、團體療程之進行、個案缺課的追蹤、對外之轉介輔導、撤銷緩起訴或結案報告等行政事務之處理。惟目前個管師之人力較為缺乏，一位個管師可能需要應對一百名個案。

主要負責個案聯繫、名單掌握。目前承辦緩起訴業務的為八里門診及土城門診，其中八里門診只辦 2 級門診，土城門診為 1、2 級皆有。(A6-2-3)

目前八里療養院土城門診共 3 位個管師，總個案數約 300 個，總個案數自去(106)年 5 月開始轉介量增加導致個案暴增，原每月 10-20 個初診，增為每月初診 40-50 個，原總個案數為 100 至 200 個，5 月暴增至 200-300 個(含在案)。(A6-2-4)

若個案超過 3 次門診未到(門診約 1 個月 1 次)，會告知觀護人開告誡單提醒個案，個案才會較受到警惕，且有司法上依據。(A6-2-5)

五、緩護療治療運作歷程

我國緩起訴附命戒癮治療執行流程主要為：檢察官緩起訴處分(含

選案、當事人同意、醫療機構評估)、醫療機構執行戒癮治療、觀護人執行觀護(含追蹤輔導及不定期尿液檢驗等預防再犯之措施)、毒品危害防制中心進行職業訓練及就業輔導或轉介，相關人員包括檢察官、醫師、個管師、心理師、社工師、觀護人及毒品施用者，茲就相關訪談結果歸納如下：

（一）治療歷程

視個案所犯為一級毒品和二級毒品其治療歷程而有不同。第一級毒品之治療主要為替代療法治療，戒癮治療之結果以驗尿為準；第二級毒品則較多為會談治療搭配治療期間不定期抽查驗血。另外，依毒品之級別，治療之經費亦有所差異，就自費而言，1 級毒品因需服用替代藥物，治療費約為 3 萬 6000 元以上，2 級毒品多為心理治療，治療費約 3 萬元。

> 每天來診所報到喝藥，連續 7 天未到則通報違規。療程共 17 次(最後 3 次為驗尿) (A6-3-9)；前 4 次為每兩週回診 1 次，剩餘療程為 1 個月 1 次。(A6-3-1)
>
> 第 1 次為初診：抽血、驗尿；第 2-5 次：醫師個別會談；第 6-13 次：團體治療(每團 10-12 人)；第 14-17 次：預備結案(連續 15 天驗 3 次尿)。(A6-3-2)
>
> 治療方式以驗尿結果為準，初診驗尿若為陰性，只做心理治療，不喝美沙冬，若為陽性則強制服用美沙冬。(A6-3-13)
>
> 門診為自費，療程共 17 次(最後 3 次為驗尿)。(A6-3-9)
>
> 一級初診為 5000 元，整體療程約為 3 萬 6000 元以上，因有服用美沙冬(每次 60 元，1 個月將近 3000 元，至少都要喝一年；非緩起訴者自願就診有部分單位會補助為每次 30 元)。(A6-3-10)
>
> 二級初診為 4000 元，整體療程約為 3 萬元內，因無替代療法，多為心理治療。(A6-3-11)

（二）藥物、心理治療目的與成效評估

藥物治療之主要目的為解決毒品之成癮性、消除身體不適之症

狀；而心理治療之主要目的則為協助個案發覺用藥原因，並依個案之出席率作為成效評估之標準。

解決癮頭、身體不適。(A6-3-4)

目的在探討用藥根本原因；團體治療效果評估依據為出席、報到狀況及驗尿結果。由心理師或社工師執行，但在團體治療過程中易受到同儕影響，各團體約為 8-10 人，若當中有不穩定個案，也會影響整體成效。評估團體治療效果依據為出席率。(A6-3-4)

（三）管理措施

以衛服部心口司之替代治療作業管理系統追蹤個案之進度狀況，個管師並於治療期間配合電話追蹤，至少每月一次以電話聯繫個案，監督其戒癮進度。

一級毒品治療在衛福部心口司有替代治療作業管理系統可查詢，另外治療期間由個管師進行電話追蹤。(A6-3-9)

全國統一使用，彙整至衛福部心口司，所有用藥紀錄存入系統，個案來診所以指紋辨識報到進入系統，內有個案服藥狀況，衛生局也可登入查看。(A6-3-6)

個管師有自行製作電話聯繫紀錄，每個月約需額外電話聯繫約 50 人，若無法聯繫上則通知觀護人。(A6-3-7)

第二節　緩起訴附命戒癮治療執行之官方統計分析

有關目前緩起訴附命戒癮治療現況，茲就執行緩起訴附命戒癮治療之醫療機構之分佈狀況及趨勢分述如下：

一、執行緩起訴附命戒癮治療之醫療機構

有關各地檢署執行緩起訴附命戒癮治療之醫療機構，茲就提供「替代治療」服務醫院及提供「替代治療」衛星給藥點之分佈狀況分述如

下：

（一）提供「替代治療」服務醫院

目前各地檢署執行緩起訴附命戒癮治療之醫療機構，提供「替代治療」服務醫院共 111 家，分佈圖如如 5-2-1。

圖 5-2-1　目前提供「替代治療」服務醫院分佈圖

（二）提供「替代治療」衛星給藥點

目前各地檢署執行緩起訴附命戒癮治療之醫療機構，提供替代治療」衛星給藥點共 67 家，分佈圖如如 5-2-2。

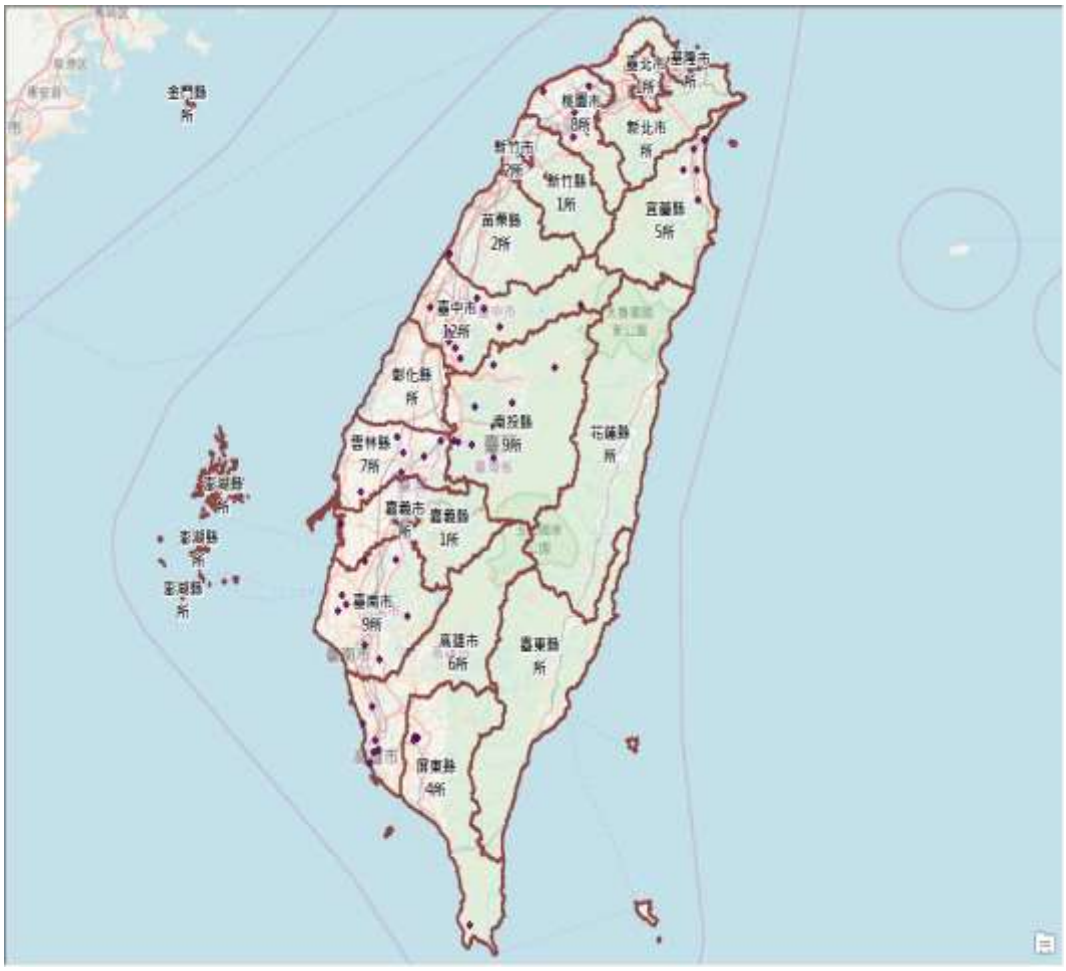

圖 5-2-2　目前提供「替代治療」衛星給藥點分佈圖

有關執行緩起訴附命戒癮治療之醫療機構，包括「提供替代治療服務醫院」及「提供替代治療衛星給藥點」，依縣市別如下表所示：

表 5-2-1　執行緩起訴附命戒癮治療之醫療機構分佈一覽表

縣市別	替代治療 服務醫院	%	替代治療衛星 給藥點	%
宜蘭縣	5	4.46	5	7.46
花蓮縣	4	3.57	0	0.00
金門縣	1	0.89	0	0.00
南投縣	3	2.68	9	13.43

縣市別	替代治療服務醫院	%	替代治療衛星給藥點	%
屏東縣	4	3.57	4	5.97
苗栗縣	3	2.68	2	2.99
桃園市	5	4.46	8	11.94
高雄市	13	11.61	6	8.96
基隆市	3	2.68	0	0.00
雲林縣	5	4.46	7	10.45
新北市	11	9.82	2	2.99
新竹市	3	2.68	0	0.00
新竹縣	3	2.68	1	1.49
嘉義市	2	1.79	0	0.00
嘉義縣	3	2.68	1	1.49
彰化縣	7	6.25	0	0.00
臺中市	18	16.07	12	17.91
臺北市	5	4.46	1	1.49
臺東縣	1	0.89	0	0.00
臺南市	12	10.71	9	13.43
澎湖縣	1	0.89	0	0.00
合計	112	100.00	67	100.00

二、緩起訴附命戒癮治療處分狀況分析

（一）受處分人趨勢狀況

由圖 5-2-3 顯示，97-106 年十年間毒品施用人次趨勢為上升，雖然一級毒品年使用人次減少近五成，但二次毒品使用人次卻成長 3.7 倍。其中，二級毒品使用人次在 100 年超過一級毒品，且使用人次在 104-106 年逐年都是明顯上升。

圖 5-2-3　97-106 年各級毒品緩起訴附命戒癮治療處分人數趨勢圖

（二）受處分人年齡層分佈狀況

由圖 5-2-4 顯示，依年齡層別分析，以「30-40 歲未滿」（38%）居冠，而後依序為「40-50 歲未滿」（28%）、「20-30 歲未滿」（22%）及「50-60 歲未滿」（8%），餘為「20 歲未滿」（2%）及「60 歲以上」（2%）。

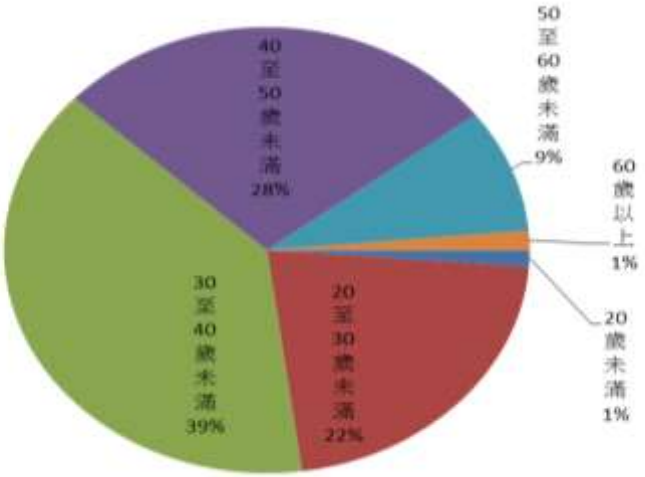

圖 5-2-4　緩起訴附命戒癮治療處分人年齡分佈圖

（三）受處分人初再犯及前科狀況

由圖 5-2-5 顯示，附命完成戒癮治療緩起訴處分之初犯者逐年上升，97-100 年每年近乎成長兩倍、100-103 年則平緩增減，但於 104-106 年又明顯攀升，106 年更高達 5,159 人次，相較前一年成長兩倍。再犯者完成戒癮治療之趨勢變化較多，97-100 年逐年增加，100 年達到高峰為 2,020 人次，但隨後四年則是遞減，104 年降至 619 人次，而後兩年情況又有所改善，106 年提高至 1,437 人次。

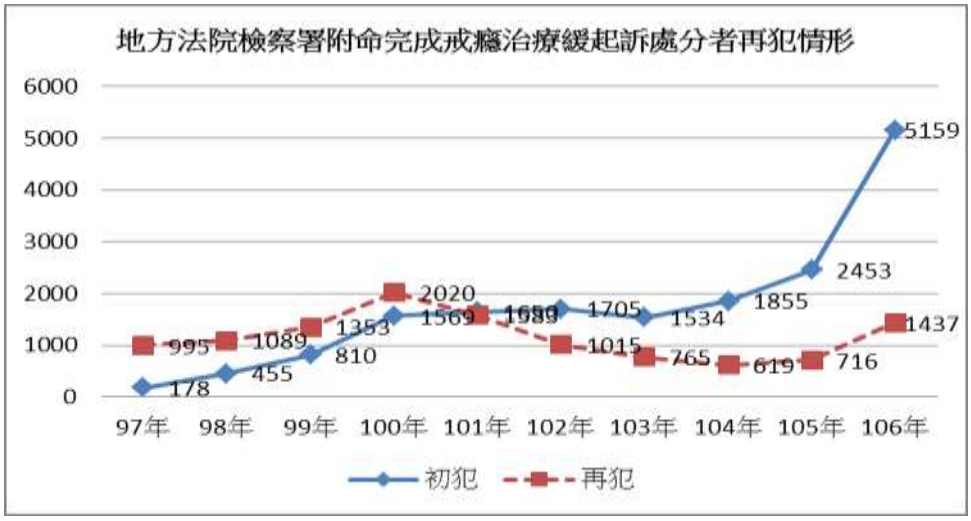

圖 5-2-5　97-106 年緩起訴附命戒癮治療處分人初再犯狀況趨勢圖

由圖 5-2-6 顯示，97-106 年附命完成戒癮治療緩起訴處分者之性別與吸毒前科狀況的趨勢類似，初犯者皆是上升，再犯者為先升後降，106 年則又上升。初犯方面，男性在 97-100 年皆是逐年上升，接著三年趨緩，104-106 年持續增加，106 年達到高峰為 4,405 人；女性再犯者趨勢相近，97-102 逐年上升後趨緩，於 106 年陡增，相較前一年由 381 人增至 754 人。再犯方面，男性在 97-100 年逐年上升，於 100 年更是達到高峰 1,719 人次，而後四年逐年下降至 514 人次，至 105-106 年有所回升，106 年為 1,245 人次；女性再犯者趨勢亦同，僅其人數約為男性再犯者之五分之依至六分之一。

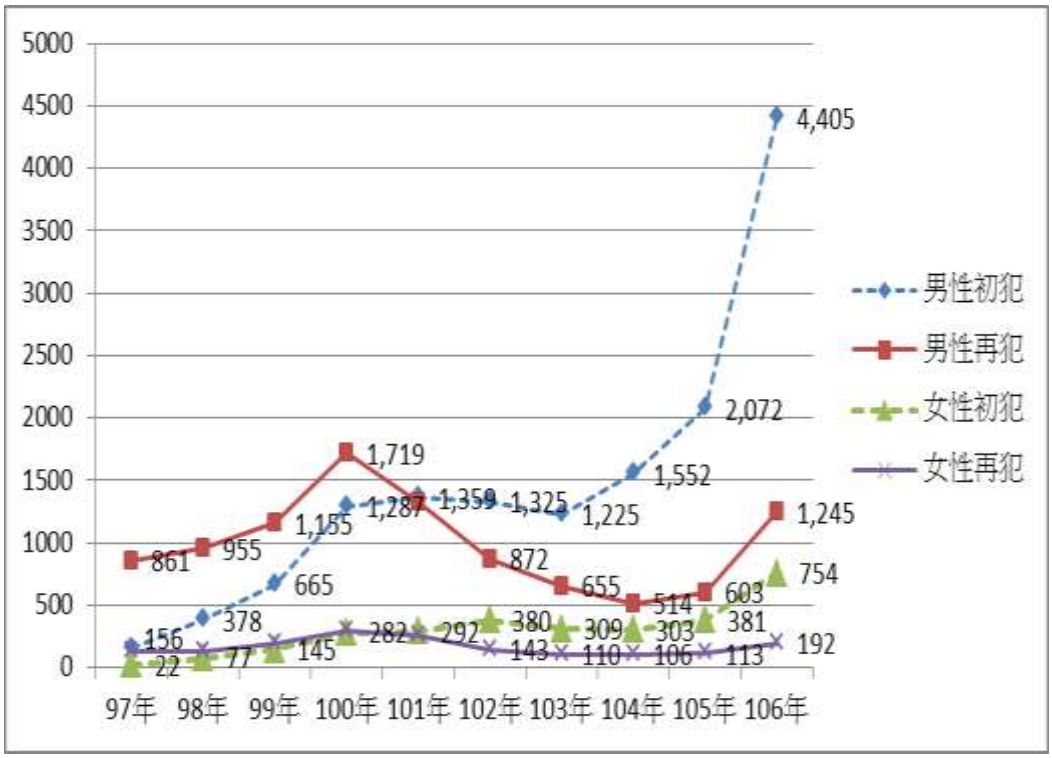

圖 5-2-6　97-106 年男女緩起訴附命戒癮治療處分人初再犯狀況趨勢圖

（四）撤銷緩起訴原因

由圖 5-2-7 顯示，97-106 年一級毒品緩起訴處分撤銷人數共 5,660 人，以「期間另案起訴」2,897 人居首、「違背應遵守或履行之事項」2,369 人次之，餘為「前犯另案徒刑宣告」394 人。

97-106 年二級毒品緩起訴處分撤銷人數共 6,766 人，以「違背應遵守或履行之事項」4,117 人居首、「期間另案起訴」2,196 人次之，餘為「前犯另案徒刑宣告」453 人。

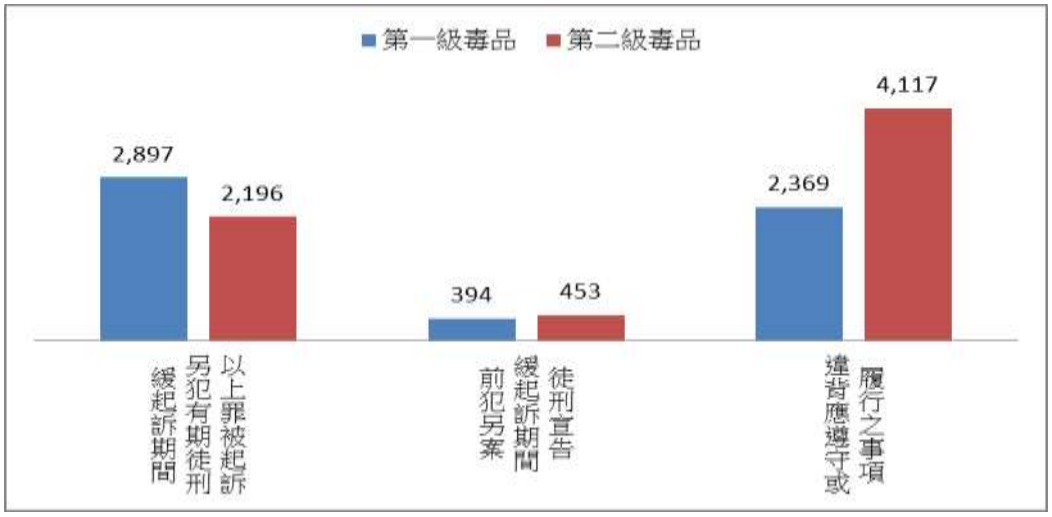

圖 5-2-7　97-106 年遭撤銷緩起訴處分原因分析圖

由圖 5-2-8 及圖 5-2-9 顯示，依性別分析 97-106 年緩起訴撤銷原因別，兩性在皆是以「違背應遵守或履行之事項」居首、「期間另案起訴」次之，餘為「前犯另案徒刑宣告」。放入毒品級別，性別在「違背應遵守或履行之事項」、「另案徒刑宣告」的人數，皆是二級毒品高於一級，但「期間另案起訴」者，男性使用一級毒品的人數高於二級毒品，女性則是差異不大。

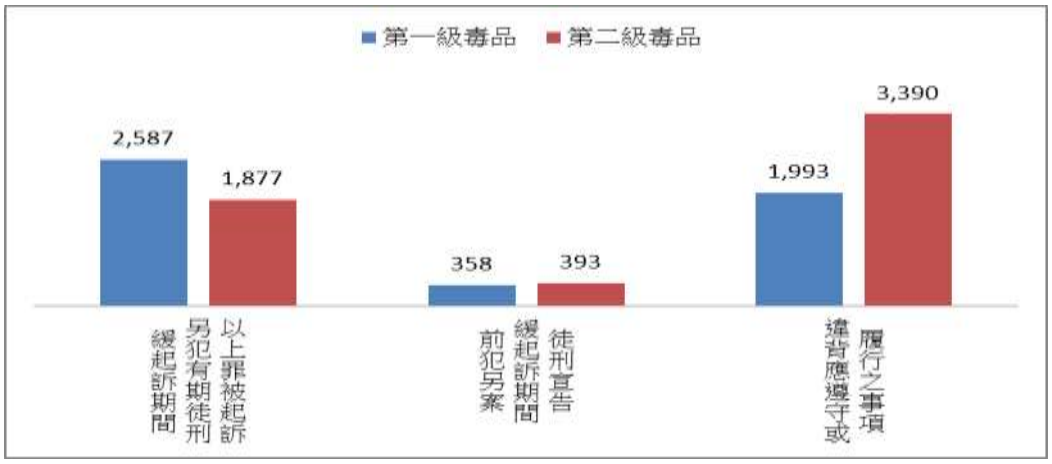

圖 5-2-8　97-106 年男性遭撤銷緩起訴處分原因分析圖

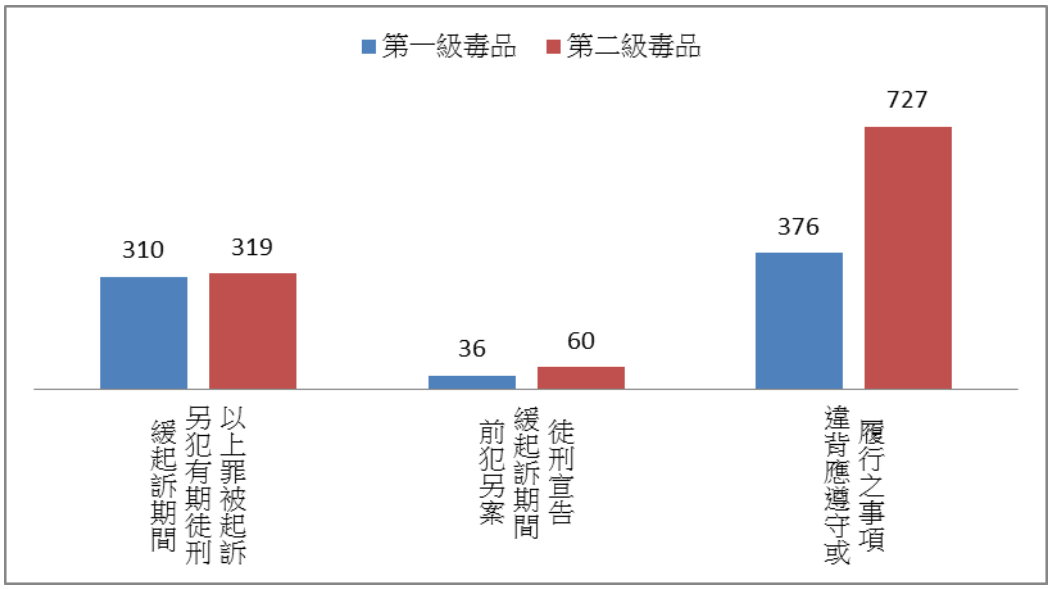

圖 5-2-9　97-106 年女性遭撤銷緩起訴處分原因分析圖

（五）緩起訴遭撤銷時間趨勢

由圖 5-2-10 顯示，97-106 年一級毒品緩起訴遭撤銷時間之趨勢，未滿一年者 97-101 年逐年上升，以 101 年 845 人為高峰，而後明顯減少，106 年為 264 人。一年以上兩年未滿者同樣是先增後減的趨勢，由 97 年 30 人增加至 102 年 219 人，而後逐年減少，106 年為 71 人。兩年以上三年未滿者歷年為個位數，三年以上者則無。

依性別分析 97-106 年一、二級毒品撤銷緩起訴經過時間別之趨勢，兩性在一、二級毒品的趨勢相似。

以一級毒品而言，由圖 5-2-11 及圖 5-2-12 顯示，兩性在一年未滿方面 97-101 年皆是逐年增加，其中增加幅度較大的年份，男性是 100-101 年由 550 人增加至 747 人，女性則是 98-99 年由 45 人增加至 83 人，隔年兩性人數都陡降後就起伏不大。一年以上兩年為者方面，兩性在 100-102 年皆是高峰，男性人數維持在近 200 人、女性則是 20 人，而後呈現逐漸減少趨勢。

圖 5-2-10　97-106 年一級毒品戒癮治療處分人遭撤銷時間趨勢圖

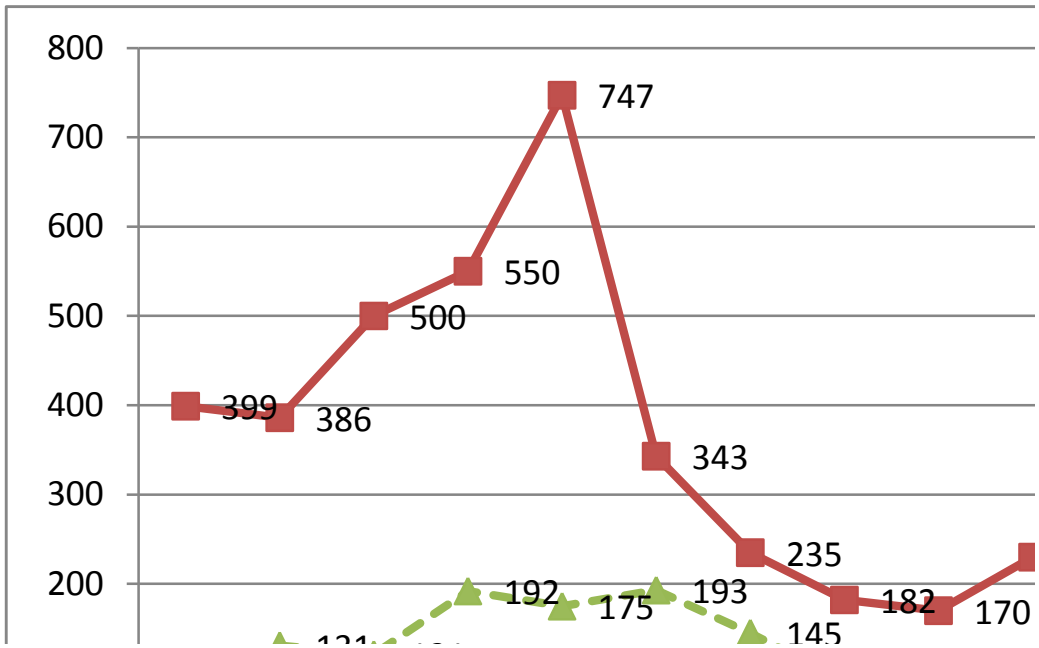

圖 5-2-11　97-106 年男性一級毒品戒癮治療處分人遭撤銷時間趨勢圖

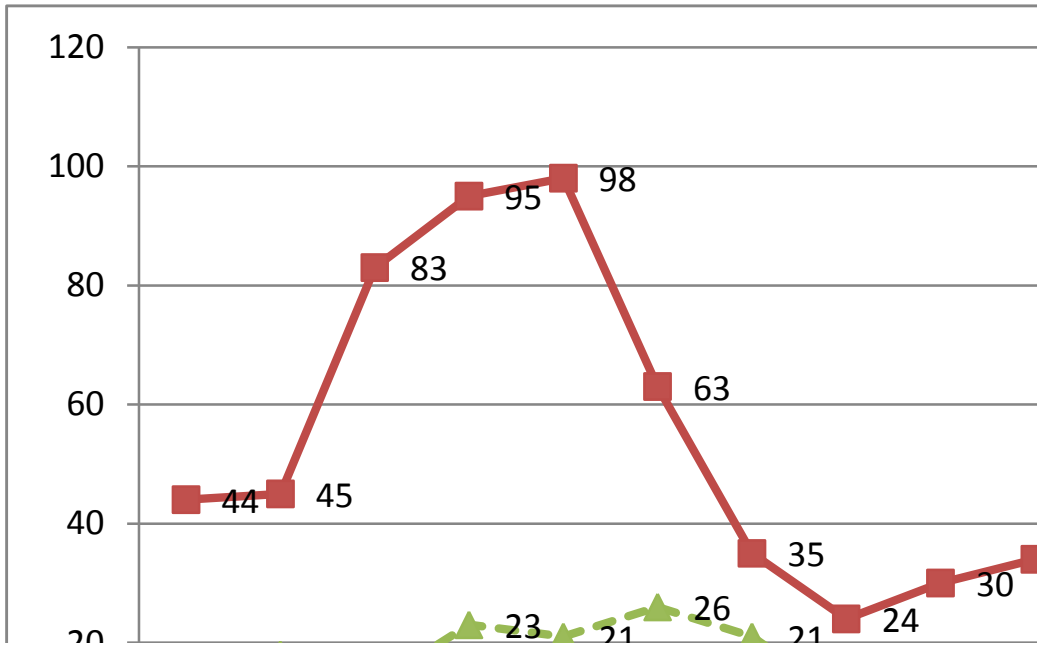

圖 5-2-12　97-106 年女性一級毒品戒癮治療處分人遭撤銷時間趨勢圖

由圖 5-2-13 顯示，97-106 年二級毒品緩起訴遭撤銷之趨勢，未滿一年者自 97 年逐年上升，100-101 年更是由 287 人陡增為 788 人，而後四年有所趨緩，106 年則又小幅度增至 861 人。一年以上兩年未滿者可謂逐年上升，第一個陡增時間點為 99-100 年，由 3 人增加至 149 人，而後持續增加，106 年為 368 人。兩年以上三年未滿者、三年以上者歷年皆為個位數。

以二級毒品而言，由圖 5-2-14 及圖 5-2-15 顯示，兩性在一年未滿方面 97-101 年皆有明顯增加，尤其是 100-101 年間，男性由 248 增加至 658 人，女性由 39 人增加至 130 人，隨後幾年兩性人數變化有所差異，男性人數逐漸減少後於 106 年 746 人攀上高峰，女性人數趨勢則是逐步減少。一年以上兩年為者方面，兩性整體趨勢皆是上升，，尤其自 99 年後明顯上升，男性於 106 年 312 人達到高峰，女性於 103、106 年分別是 58、56 人，算是趨平。

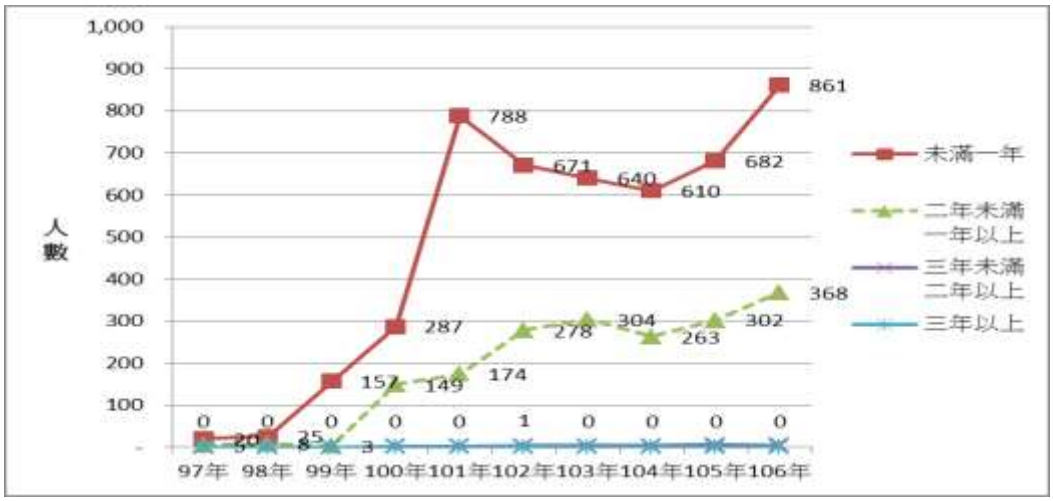

圖 5-2-13　97-106 年二級毒品戒癮治療處分人遭撤銷時間趨勢圖

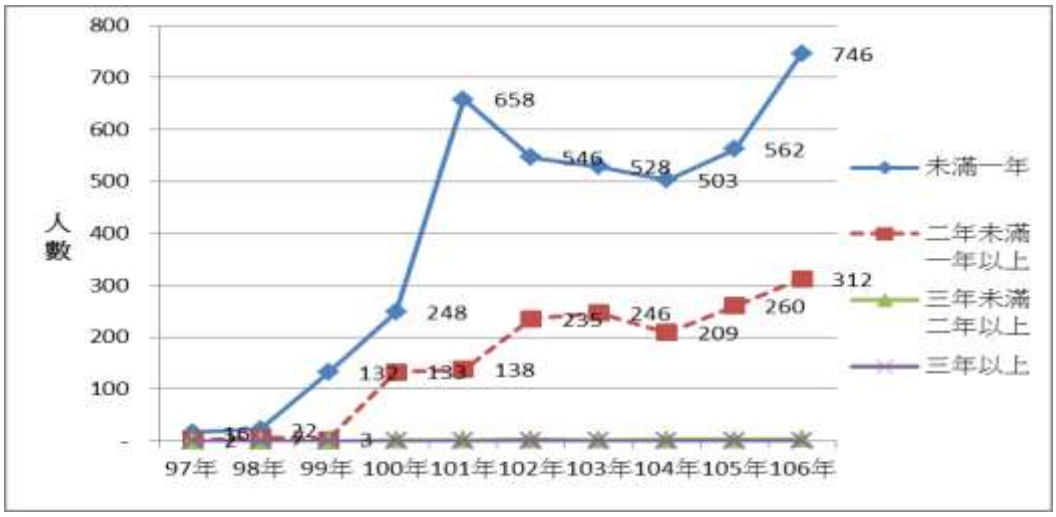

圖 5-2-14　97-106 年男性二級毒品戒癮治療處分人遭撤銷時間趨勢圖

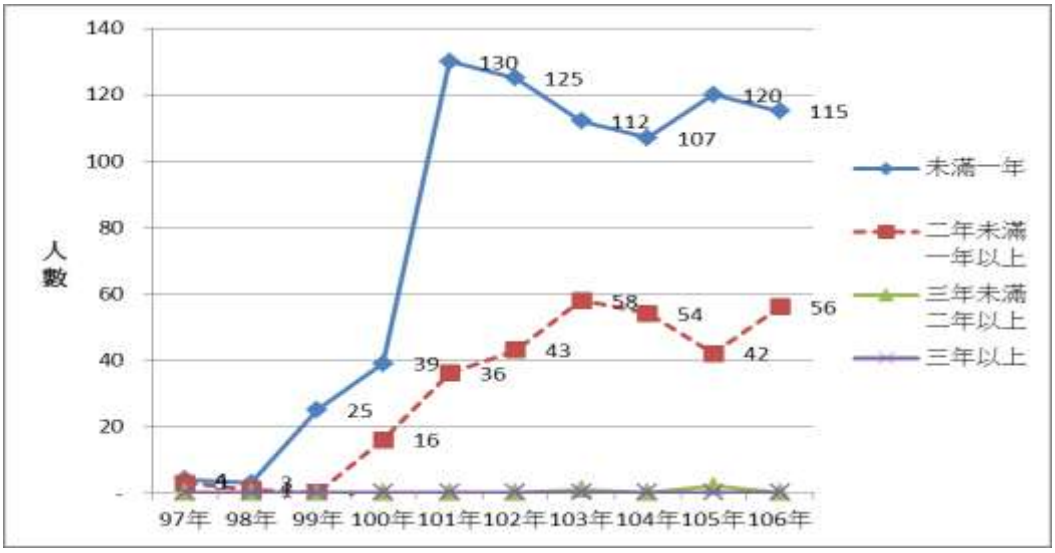

圖 5-2-15　97-106 年女性二級毒品戒癮治療處分人遭撤銷時間趨勢圖

（六）完成戒癮治療緩起訴處分者年齡特性

由圖 5-2-16 及 6-2-17 顯示，以性別分析完成戒癮治療緩起訴處分者的年齡層別，兩性（男：女）皆以「30-40 歲未滿」（38%：40%）居冠，而後次序則有所差異。男性依序為「40-50 歲未滿」（30%）、「20-30 歲未滿」（20%）及「50-60 歲未滿」（10%），餘為「60 歲以上」（2%）。女性依序為「20-30 歲未滿」（34%）、「40-50 歲未滿」（20%）及「50-60 歲未滿」（4%），餘為「20 歲未滿」（2%）。

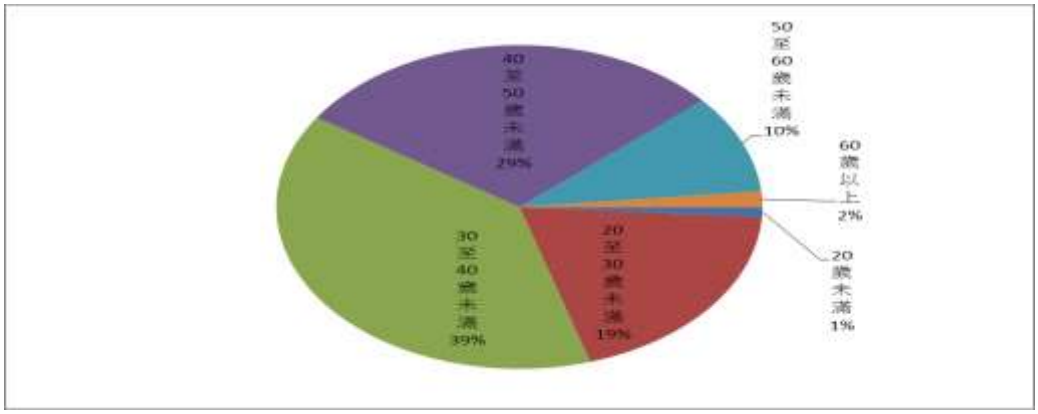

圖 5-2-16　97-106 年男性完成戒癮治療緩起訴處分者年齡分佈圖

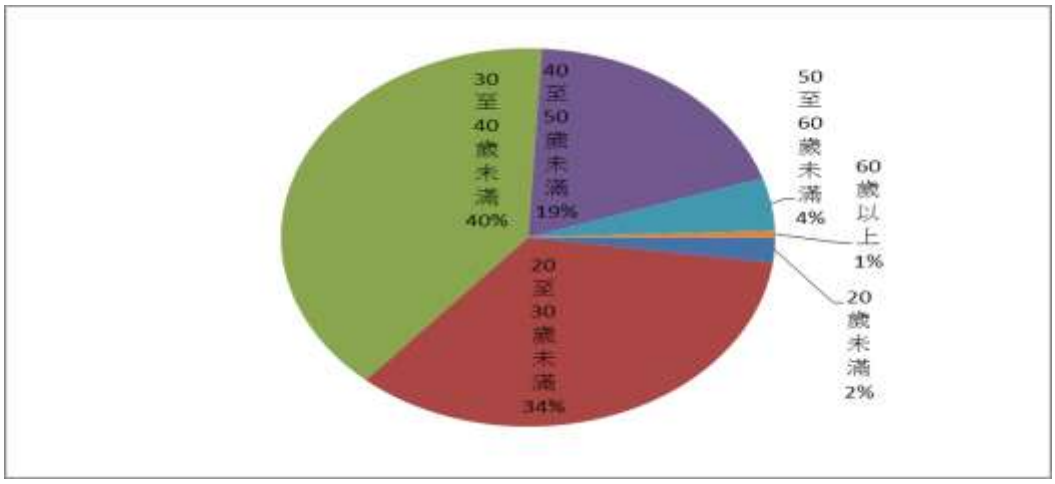

圖 5-2-17　97-106 年女性完成戒癮治療緩起訴處分者年齡分佈圖

（七）106 年度各地檢署毒品施用者戒癮治療統計

如表 5-2-2 及圖 5-2-18 所示，106 年度全國一級毒品起訴及緩起訴處分人數為 8,667 人，附命完成戒癮治療緩起訴處分人數為 1,376 人，佔 15.9%。二級毒品起訴及緩起訴處分人數為 21,281 人，附命完成戒癮治療緩起訴處分人數為 5,411 人，佔 25.4%。若以行政資源較為豐富與否的都會區（台北、士林、新北、桃園、臺中、臺南、高雄及橋頭）及非都會區（六都以外縣市，並另排除因人數過少之澎湖、金門、連江）分別比較。都會區之一級毒品附命完成戒癮治療緩起訴處分最高者為桃園地檢署（19.2%）、最低者為臺北地檢署（7.7%），二級毒品方面最高者則為桃園地檢署（28.3%）、最低者為臺南地檢署（13.8%）。非都會區之一級毒品附命完成戒癮治療緩起訴處分最高者為雲林地檢署（40.8%）、最低者為苗栗地檢署（5.4%），二級毒品方面最高者則為雲林地檢署（49.3%）、最低者為臺東地檢署（6.9%）。

表 5-2-2　106 年度各檢察署毒品施用者戒癮治療人數統計表

項目別	第一級毒品			第二級毒品		
	起訴及緩起訴處分人數	附命完成戒癮治療緩起訴處分人數		起訴及緩起訴處分人數	附命完成戒癮治療緩起訴處分人數	
	a	b	比率 b/a*100	c	d	比率 d/c*100
	人	人	%	人	人	%
總計	**8,667**	**1,376**	***15.9***	**21,281**	**5,411**	***25.4***
臺北地檢署	287	22	*7.7*	1,810	451	*24.9*
士林地檢署	231	24	*10.4*	1,059	157	*14.8*
新北地檢署	1,063	159	*15.0*	4,132	1,164	*28.2*
桃園地檢署	991	190	*19.2*	2,198	623	*28.3*
新竹地檢署	305	67	*22.0*	812	284	*35.0*
苗栗地檢署	222	12	*5.4*	788	121	*15.4*
臺中地檢署	812	140	*17.2*	1,640	454	*27.7*
彰化地檢署	667	100	*15.0*	664	131	*19.7*
南投地檢署	289	62	*21.5*	350	110	*31.4*
雲林地檢署	426	174	*40.8*	655	323	*49.3*
嘉義地檢署	259	56	*21.6*	721	261	*36.2*
臺南地檢署	506	52	*10.3*	1,101	152	*13.8*
高雄地檢署	842	79	*9.4*	1,249	220	*17.6*
橋頭地檢署	602	75	*12.5*	826	182	*22.0*
屏東地檢署	487	62	*12.7*	942	220	*23.4*
臺東地檢署	47	4	*8.5*	259	18	*6.9*
花蓮地檢署	88	4	*4.5*	495	43	*8.7*
宜蘭地檢署	219	34	*15.5*	543	184	*33.9*
基隆地檢署	312	58	*18.6*	922	272	*29.5*
澎湖地檢署	6	1	*16.7*	40	12	*30.0*
金門地檢署	4	1	*25.0*	71	27	*38.0*
連江地檢署	2	-	-	4	2	*50.0*

資料提供：法務部統計處

說　　明：1.本表以被告違反毒品危害防制條例第 10 條第 1 項（第一級）及第 2 項（第二級）毒品施用罪為統計範圍。

2.人數統計為同年度一人犯多案者，以一人計。

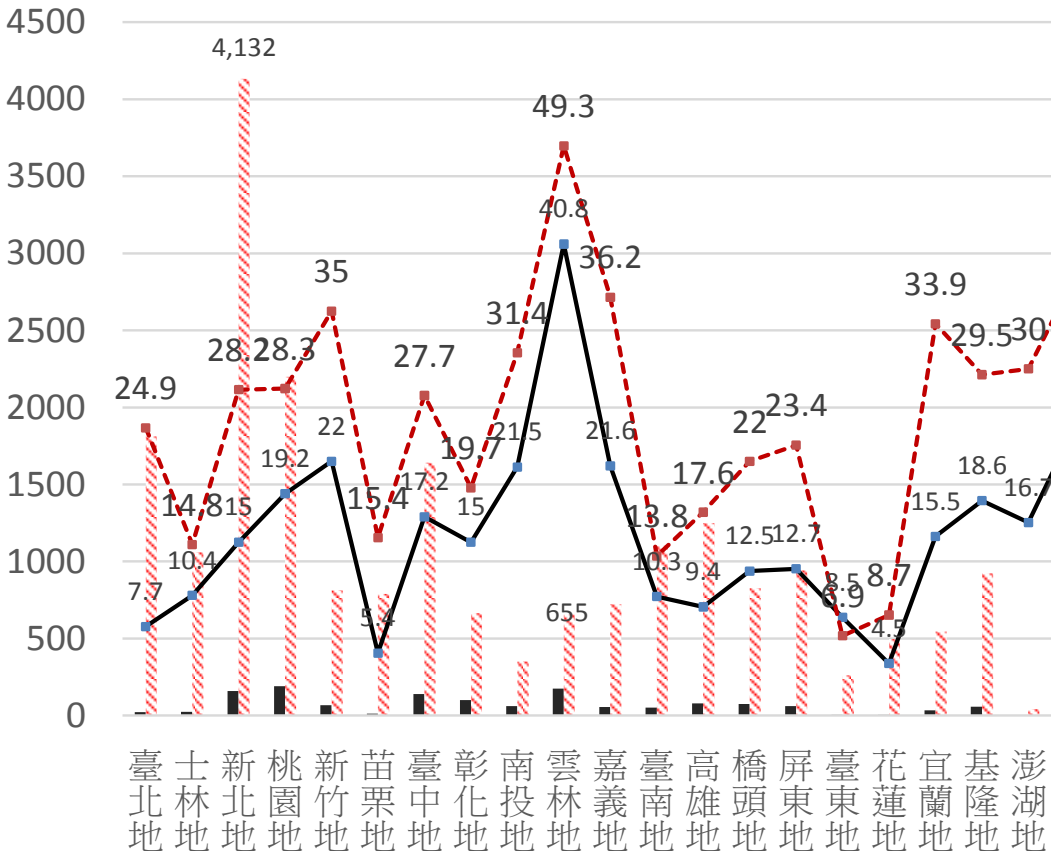

圖 5-2-18　106 年度各檢察署毒品施用者戒癮治療人數統計圖

（八）106 年度各地檢署宣告及撤銷緩起訴附命戒癮治療之件數及比例

如表 5-2-3 及圖 5-2-19 所示，106 年度全國一級毒品緩起訴處分終結人數 545 人，緩起訴處分撤銷人數 335 人，撤銷率為 61.5%。二級毒品緩起訴處分終結人數 2,187 人，緩起訴處分撤銷人數 1,233 人，撤銷率為 56.4%。若以行政資源較為豐富與否的都會區（台北、士林、新北、桃園、臺中、臺南、高雄及橋頭）及非都會區（六都以外縣市，並另排除因人數過少之澎湖、金門、連江）分別比較。都會區之一級毒品緩起訴撤銷率方面，排除案件終結人數未達 10 人之士林地檢署後，最高者為桃園地檢署（76.5%）、最低者為臺中地檢署（43.6%），二級毒品方面最高者則為橋頭地檢署（87.5%）、最低者為新北地檢署

（41.5%）。非都會區之一級毒品附命完成戒癮治療緩起訴處分，排除案件終結人數未達 10 人之苗栗、屏東、臺東、花蓮、澎湖、金門級連江地檢署後，最高者為雲林地檢署（85.7%）、最低者為基隆地檢署（45.5%），二級毒品方面，排除案件終結人數未達 10 人之臺東、澎湖、金門級連江地檢署後，最高者則為南投地檢署（94.2%）、最低者為基隆地檢署（55.9%）。

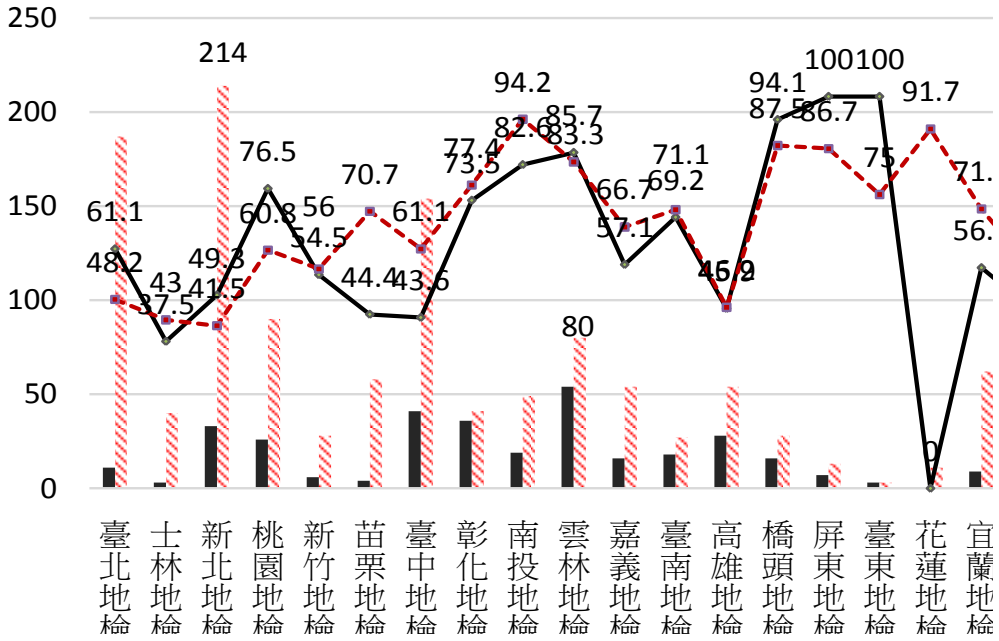

圖 5-2-19　106 年度各檢察署毒品施用者戒癮治療撤銷件數及比率圖

表 5-2-3　106 年度各檢察署緩起訴戒癮治療處分案件終結情形

項目別	第一級毒品				第二級毒品			
	計	期滿	撤銷		計	期滿	撤銷	
	a		b	比率 b/a*100	c		d	比率 d/c*100
	人	人	人	%	人	人	人	%
總計	**545**	**190**	**335**	***61.5***	**2,187**	**904**	**1,233**	***56.4***
臺北地檢署	18	6	11	*61.1*	388	197	187	*48.2*
士林地檢署	8	5	3	*37.5*	93	52	40	*43.0*
新北地檢署	67	32	33	*49.3*	516	293	214	*41.5*
桃園地檢署	34	6	26	*76.5*	148	54	90	*60.8*
新竹地檢署	11	4	6	*54.5*	50	22	28	*56.0*
苗栗地檢署	9	5	4	*44.4*	82	24	58	*70.7*
臺中地檢署	94	51	41	*43.6*	252	92	154	*61.1*
彰化地檢署	49	11	36	*73.5*	53	10	41	*77.4*
南投地檢署	23	3	19	*82.6*	52	3	49	*94.2*
雲林地檢署	63	3	54	*85.7*	96	10	80	*83.3*
嘉義地檢署	28	12	16	*57.1*	81	24	54	*66.7*
臺南地檢署	26	8	18	*69.2*	38	10	27	*71.1*
高雄地檢署	61	31	28	*45.9*	117	60	54	*46.2*
橋頭地檢署	17	-	16	*94.1*	32	1	28	*87.5*
屏東地檢署	7	-	7	*100.0*	15	1	13	*86.7*
臺東地檢署	3	-	3	*100.0*	4	1	3	*75.0*
花蓮地檢署	-	-	-	-	12	-	11	*91.7*
宜蘭地檢署	16	7	9	*56.3*	87	22	62	*71.3*
基隆地檢署	11	6	5	*45.5*	68	28	38	*55.9*
澎湖地檢署	-	-	-	-	-	-	-	-
金門地檢署	-	-	-	-	3	-	2	*66.7*
連江地檢署	-	-	-	-	-	-	-	-

資料提供：法務部統計處

說　　明：本表係依緩起訴處分確定後分「緩」字案件結案為統計基準，且同年度一人犯多案者，以一人計。

第六章　緩起訴附命戒癮治療影響及成效評估分析

我國緩起訴附命戒癮治療之成效，本研究透過深度訪談法及問卷調查法，蒐集毒品施用者、實務工作者之經驗與意見，茲就戒癮治療對用藥者影響及撤銷率偏高原因、處遇經驗與需求、資源配置與整合狀況、治療成效評估等單元分述如下：

第一節　戒癮治療對用藥者影響及撤銷率偏高原因分析

本單元針對緩起訴附命戒癮者治療成功及失敗原因進行分析，茲分述如下：

一、緩起訴附命戒癮治療對用藥者影響

（一）戒癮治療對用藥者交友影響因人而異：有個案沒影響，有個案因此遠離毒友

本單元在探討用藥者緩護療期間有無因緩起訴戒癮而改變交友情形，包括朋友類型特性、較要好朋友之關係與互動情形、與異性/同居朋友交往情形，發現若用藥者個性內向，不喜交友也不喜出去玩樂，喜歡獨處，較不受緩起訴附命戒癮治療影響；另有發現因緩起訴戒癮治療而改變交友情形，回復正常交友並遠離損友，脫離毒癮生活圈；但亦有認為緩起訴戒癮後並未改變交友情形，與吸毒朋友仍有網路聯繫、有互動可持續吸毒，但亦會考慮家人之感受。故緩護療期間之交友情形對於用藥者有正面之影響，亦有認為毫無改變。

> 案主由於個性緣故，不喜交朋友也不喜歡出去玩，比較喜歡一個人獨處，特別是在 101 年生過小孩後，就不會想和朋友出去玩樂。（B1-7-1）
>
> 有，原本因自己行為異常而疏遠的好朋友，接受戒癮治療後開始回復來往，無同居情形。原一起用藥朋友已無聯絡。

(B2-7-1)

緩起訴戒癮後並未改變交友情形，但家人會傷心，男友則是第一次知道，他不知道以前的事，所以還好。(B3-7-1)

朋友會一起飲酒吸毒，多用臉書聯繫，朋友找時或個案想吸毒時會一同出遊，男友不會同行。(B3-7-2)

在緩起訴戒癮期間，還是有和這些朋友接觸(B4-7-1)，但是不會和他們交談太久，互動也比較少了，主要是向他們購買並吸食安非他命。(B4-7-2)未與異性朋友交往：因為我太太都陪我去喝美沙冬，我沒有和異性朋友交往。(B4-7-3)

（二）戒癮治療對用藥者工作有影響：用藥者可藉由工作減少吸毒機會，但亦會擔憂雇主知道自己正接受緩護療而影響工作

有關用藥者緩護療期間就業狀況，主要目的在探討有無因緩起訴戒癮而改變就業狀況，包括換工作或被解僱之原因、工作期間是否犯罪。研究發現用藥者於緩護療期間之就業狀況為從未工作或多屬不穩定、工作期間的表現反覆無常且不積極。另外亦會擔憂雇主知道自己正接受緩護療。用藥者於緩護療期間之工作性質多屬無需過高技術，且薪資多不高，僅有少數可養家餬口。值得肯定的是，發現用藥者可藉由工作後減少吸毒機會。

工作兩個月即辭職，案主與母親討論，等完成緩起訴戒癮治療結束、過完年後，再找份工作。（B1-8-1），生活收入從線上遊戲贏錢或靠母親接濟（B1-9-1），因從小排行家中老么，媽媽疼愛所以不用工作，姊姊們都有工作。(B3-8-1)。接受緩起訴治療期間已自行找到工作，故可負擔部分緩起訴戒癮治療費用。(B2-8-1)

案主所從事的職業，大致上都是以不具有技術性的餐飲業的場務為主。（B1-8-1）

並不夠生活所需(B4-8-3)，都由我太太工作賺錢養我。

待遇可負擔治療費用、還錢、儲蓄，工作環境不錯、情況穩定。(B2-8-2)

但經常性請假，久了怕引起雇主疑慮，因此希望完成緩

起訴後，就不用再受到觀護人安排的課程與報到的限制，就比較能投入於工作中。（B1-8-1）

案主自陳，工作期間沒有再犯罪。但根據側面了解，案主應該尚有施用安非他命，只是施用的劑量較少、頻率較長。（B1-8-1）在那期間並沒有犯罪(B4-8-4)，大多待在家。

自認為與雇主相處尚佳，但仍有脾氣衝動之時，此次工作經驗的離職，是自己的緣故，與雇主較無關係。（B1-8-1）緩起訴戒癮期間有改變工作狀況(B4-8-1)，但是那時會比較懶散，偶而畫畫而已。(B4-8-2)

（三）用藥者緩護療期間生活型態改變不大

有關用藥者在緩護療期間生活型態，主要內容包括：有無因緩起訴戒癮而改變生活型態、生活作息與生活習慣、休閒活動及消費習慣。訪談發現用藥者於緩護療期間，生活未因緩起訴戒癮治療而有太大改變，有抽菸的習慣，部分亦有飲酒習慣，甚至是繼續施用毒品。另外亦有發現部分用藥者生活休閒為打線上遊戲，無戶外休閒活動，生活開銷之費用不多。

案主的生活型態似乎沒有因為參加緩起訴戒癮治療而改變太多。（B1-9-1）緩起訴戒癮期間生活型態有回復用藥前之生活(B2-9-1)。要去醫院報到、驗尿，脫離毒區，較少與身邊用毒的朋友碰面，但是想要用的時候，還是會透過臉書找他們(B3-9-1)；在緩起訴戒癮期間，生活型態並未改變(B4-9-1)。

生活型態本來就是比較單純、不喜外出（B1-9-1）生活作息多在家中活動(B3-9-2)，生活坐息與習慣都和一般人一樣正常、安定。(B4-9-2)

有抽菸的習慣，約兩天一包（B1-9-1），偶有抽菸喝酒，1 週 1 次，在朋友家，或家裡附近便利商店 (B2-9-2)。有抽菸、喝酒(同住的姊姊也有)(B3-9-3)；只有抽菸而已(B4-9-3)，其他偶而有吸食安非他命(B4-9-4)，沒有使用其他毒品。

沒有戶外休閒活動，不喜逛街，所以沒有消費的情況。

（B1-9-1）生活消費不高，多由家人協助購買。(B3-9-4)

如果有一些戒癮課程，或有工作時才會離開家，否則就是在家玩遊戲或睡覺。（B1-9-1）生活休閒為抽菸、喝酒和與男友打網咖，有時會與朋友一起吸毒。(B3-9-3)

（四）用藥者因戒癮課程而影響交友及生活圈

用藥者有無因緩起訴戒癮而改變生活，研究發現緩護療期間，用藥者因受戒癮課程之約束，其之交友圈可能更為封閉，也可能影響用藥者之工作出席率。部分個案於緩護療期間面臨有家人罹病或去世為重要生命事件

參加緩起訴後，就更加保守，不會特定的去找朋友（B1-10-1），較少與身邊用毒的朋友碰面，但是想要用的時候，還是會透過臉書找他們。(B3-9-1)

因為參加緩起訴，要向觀護人報到、驗尿以及參加一些課程等，其實都會影響到工作。（B1-10-1）

案發後居家期間，由母親處得知父親已罹癌症，接受治療中。(B2-10-2) 媽媽過世後開始自己照顧小孩。姐姐知道我的朋友大部分都是吸毒的，但有點半放棄狀態，但還是會唸。(B3-10-2)，生命中並無重大事件及影響、意外與疾病、家人偏差與犯罪行為等。(B4-10-2)

同居人確實也是用藥人，他是被判罰金刑，所以整天也閒賦在家打線上遊戲。（B1-10-1），不會買毒品，毒品都是跟朋友借的。(B3-10-1)；只有三姐酒駕，四姊現在也無固定工作，只有臨時工，主要都是照顧剛出生的孫子。(B3-10-3)

二、緩起訴附命戒癮治療成功原因

（一）用藥者個人內在因素：毒癮輕微、意志力高、配合治療、家人支持、不願失去自由、工作穩定、有能力負擔緩起訴費用

有關緩起訴附命戒癮治療成功原因，歸納研究結果，包括：1.用藥者之毒癮情形較輕微；2.用藥成癮度較低；3.能拒絕與毒有之往來；

4.個人意志力高；5.積極配合治療行程；6.態度積極正面；7.重視配合與檢察官或觀護人的約定；8.不願意失去自由的威嚇作用；9.家人支持；10.家庭功能正常；11.有穩定工作；12.有能力負擔緩起訴費用。

個案的個性屬於內向型、喜歡獨處、不善於交際或交朋友，因此在個性上就阻絕了老毒友引誘他繼續吸毒的機會（B1-7-1），較不與其他個案打交道，故不受同儕負面影響。(A6-4-1)

認為自己並沒有重度成癮，自己還有克制力（B1-11-1），自己的心態為主，家人的關心與支持(尤其父母)也提供很大的幫助 (B2-11-2)。對自己有期待(A4-4-1-1)，有較強的自我控制能力(A4-4-1-4)，在團體中願意分享自己的經驗、思考自己面臨的問題(A4-4-1-5)。態度積極，與醫護人員較有交流或回饋，配合度高。(A6-4-1)

當觀護人發現案主很願意配合時，也多給予機會以及鼓勵，最後完成此一戒癮課程（B1-5-1）、（B1-6-1），願意與觀護人共同解決問題者，戒癮成功愈大。（A2-3-1），注重承諾、自主安排行程。(A5-4-1)

親情的依附也是讓她完成戒癮治療的動力之一（B1-3-1），重要意義他人或家庭支持 (A4-4-2-1)，有子女之責任義務、要作為子女模範(A4-4-2-2)，有家人支持。(A6-4-1)

個案對於觀察勒戒的經驗，非常排斥，非常的警惕自己不要再犯或被撤銷，因為進入機構性戒治，很多事情都沒有辦法做（B1-6-1），

戒癮治療費用由父親先出(現已還清)，較無困難。(B2-11-1)；戒癮治療不會造成生活上的問題和困難，就是照時間到醫院接受治療，不覺得麻煩 (B3-11-1)。我認為戒治成功的重點是美沙冬替代療法很省錢(B4-11-2)。

治療成功者主因，治療者為初犯、成癮程度較低(A3-4-2)，比例很高就是初犯的 (A3-4-1)；毒品對身心理影響程度較低，未達成癮狀態。(A4-4-1-3)

具有正常工作，比例很高就是初犯的 (A3-4-1)；工作穩定(A4-4-2-3)。

最重要的決定因子是成癮的嚴重程度(A3-5-1)。毒品對身心理影響程度較低，未達成癮狀態。(A4-5-1)

家庭連結功能都正常，社會功能也還不錯，成功率就很高。(A3-5-2)

一開始表現積極態度，主動了解流程並提出問題，較不與其他個案打交道，有家人支持，與醫護人員較有交流或回饋，配合度高。(A6-5-1)；對自己有期待，心理質素、認知理解能力佳，有較強的自我控制能力(A4-5-1)。身心的功能還不錯，成功率就很高。(A3-5-2)

（二）協助者外在因素：執行者觀念一致、協助個案主動配合治療、協助個案學習規律生活、協助個案離開原居住地、協助個案遠離吸毒朋友、協助個案建立家庭關係、有穩定的工作、有穩固的人際網絡支持

緩起訴戒癮治療成功之案例模式可以發現，1.政策上各地檢署觀念一致，強調機制整合與觀念溝通；2.借助其他機關成功戒治後返回醫院；3.使個案經由戒癮活動學習生活規律；4.使個案離開原居住地；5.遠離吸毒朋友；6.加強建立家庭關係；7.有穩定的工作；8.有穩固的人際網絡支持；9.讓個案主動配合戒癮治療，比較容易戒治成功。

即各地檢署要成立毒品專股，由檢察官、檢事官與觀護人等組成，強調的就是觀念的一致與溝通。將專股的觀念，將醫療與其他社會支援系統整合起來，此為機制的整合與觀念的溝通。（A2-2-1）

只要個案不要離開觀護系統，復發沒有關係，鼓勵個案回觀護人處來談。觀護法則就是，寧願讓個案在醫療系統繞來繞去也不要在監獄系統繞來繞去。（A2-3-1）

經由北檢所舉辦看電影、親子日等活動，讓個案從中學習如何建立良好家庭關係。（A1-2-9）

他還是乖乖的每個禮拜來，他剛來的時候有跟我說有沒

有辦法通融，我說真的沒有辦法，這個是緩起訴附帶戒癮治療不是純醫療行為，這個醫療行為上面的架構是你是檢察官判來的，後來他也很合作。(A3-3-1)

例如有個案 A 在團體治療中的改變(A4-3-1)，他遠離吸毒的朋友，投入另一個生活圈(A4-3-1-1)。另有個案年青人B(A4-3-2)後來他就離開土城到桃園與母親同住，在電子工廠，以工作為生活重心，隔絕以前吸毒朋友，生活規律作息正常，也開始有存錢，思考自己的未來規劃，考慮回學校讀書(A4-3-2-1)。另外團體成員也建議應該要開始有朋友圈，個案描述自己到工廠工作以後，觀察是否有人有吸毒，將近半年以上觀察，才接受同事邀約一起去逛夜市。我認為重點是個案要有穩定的工作，和穩固的人際網絡支持，才容易戒治成功。(A4-3-2-3)

成功定義為他都坦承我沒有在用，然後也沒有被驗到，多因有工作、家人有在關注，常都在外地，離開他的居住處，那他就比較容易成功。(A5-3-4)

三、緩起訴附命戒癮治療失敗原因

（一）用藥者個人內在因素：意志不堅、成癮嚴重、未按規定報到且參與治療意願低、生活不穩定、經濟能力無法支應治療費用、以吸毒面排解壓力

有關緩起訴附命戒癮治療失敗的個人內在原因，歸納研究結果，包括：1.用藥者本身意志不堅；2.仍然持續用毒、持續再犯；3.本身藥物成癮情形較嚴重；4.未按規定報到且參與治療意願低；5.生活不穩定；6.經濟能力無法支應治療費用；7.仍以吸毒面排解壓力等，皆為附命戒癮治療失敗之個人內在因素。

戒癮會失敗者，大致上個案本身意志不堅定或戒癮動機不強。（A2-4-1）

…撤銷大概就是第一再犯 (A3-7-1)。另一個原因是對於個案自己而言，還是持續使用毒品，對於戒毒尚未有改變的

動機(A4-7-2)，戒斷症狀不易克服(A4-7-3)，本身又不肯接受處方用藥(A4-7-4)。有些則對於重大壓力事件無法克服(A4-7-5)、生活沒有目標(A4-7-6)等，都是常見的原因。

..no show 就是連絡不到嘛，極少數是身體出問題。(A3-7-1)

在團體治療中比較不願意分享自己的經驗、也很少思考自己面臨的問題(A4-5-2)。本身參與意願不高、與醫護人員互動不高。(A6-5-2)

被撤銷者成癮性比較高(A3-5-1)、(A3-4-4)，毒品對身心理影響程度較大，已達成癮狀態。(A4-5-2)

生活沒有重心、無聊(A4-4-3-2)，工作不穩定、較低階的工作(A4-4-4-3)，生活不穩定(A5-4-2)因經濟原因拖延回診時間。(A6-4-1)

面臨重大壓力事件的個人因應方式，例如感情挫折、事業危機(A4-4-3-1)，創傷壓力症候群之因應，例如特定日子。(A4-4-3-3)

（二）外在因素：仍有毒友並持續與其接觸、另犯他案、社會支持弱

有關緩起訴附命戒癮治療失敗外在原因，歸納研究結果，包括：1.生活圈中仍有毒友並持續與其接觸；2.另有犯下其他案件；3.社會支持較弱，皆為附命戒癮治療失敗之外在原因。

有另案(酒駕、公共危險罪)導致撤緩。(A6-4-1)

不良、有害、衝突的各種人際關係，例如親密關係、親子關係(A4-4-4-1)，支持系統薄弱(A4-4-4-2)；生活無人關注。(A5-4-2)

在戒癮治療期間，如果吸毒再犯被抓，或在進入戒癮治療前就有正在審理的案件，於戒癮治療期間判決定讞服刑，就退出緩起訴治療(A4-3-3)。這是因為感情因素，我認為生活有很大壓力，迫使其吸毒。(A4-3-3-1)

生活未脫離吸毒圈。(A5-4-2) 與其他個案互動較多，且有社群軟體群組進行交流。(A6-4-1)

四、緩起訴附命戒癮治療撤銷率偏高原因-政策及執行因素

撤銷率偏高的主要原因分析：目前撤銷率約 20％～25％，主要為現行反毒政策和執行者因素二項：

（一）政策因素—只有撤銷或不撤銷之處分，缺乏彈性調整機制，另警察加強毒品查緝，使吸毒者被捕機率大增，罰則太輕致使用藥者一再用藥

撤銷率偏高於政策因素方面，經由訪談發現，目前緩起訴附命戒癮治療之政策設計上，只有撤銷或不撤銷之處分，尚缺乏其他調整機制，缺乏彈性運作空間，又受現行反毒政策之影響，警察加強查緝毒品成為績效來源，使吸毒者被捕機率大增。另外一面，執行緩護療之期間較緩起訴之時間來的短暫，用藥者亦卸下心防而再度犯罪。

> 我國目前的緩起訴戒癮計畫缺乏動態調整機制，只有撤或不撤的選擇。（A1-4-3）
>
> 根據去年的觀察，主要分為二者，一為將附命治療快速結束後，其餘的緩起訴期間卸下心防；第二種是不看重附命治療，覺得來日方長，因此可能未接受到治療前就再犯；第三種則是治療時間少、不規律，無故不合作，建議要多一個條件，再怎麼密集也不能一週兩次。(A5-6-1)
>
> 一是與現行反毒政策有關，例如警察在緝毒這部分的績效要求較高，所以勤於臨檢查察吸毒者，導致吸毒者在戒治期間如果繼續吸食，就容易被捕，而被撤銷緩起訴。(A4-7-1)
>
> 個管師認為罰責太輕，個案即便被撤銷，還是會再度緩起訴，尤其這一年來比例有增加的趨勢。(A6-7-1)

（二）執行因素—受檢察官觀念影響、觀護人間欠缺共識、執行人員對戒癮治療之認識不足

撤銷率偏高於執行因素方面，發現撤銷率之高低與檢查官對毒癮理解及制度運作較無彈性有關，且機制間缺乏整合、觀念不一致乃成為高撤銷率之關鍵。再者，觀護人間對於用藥者之處遇亦欠缺共識，也會造成高撤銷率之現象。另外，執行人員對戒癮治療之運作認識不

足、成癮科醫師人力短缺、不夠專業，甚至有認為現行對於用藥者之罰則太輕皆為撤銷率偏高之原因。

> 因為撤銷率高低與檢察官的知識及態度有關，若有更完整的監測機制及制度彈性，亦可減少撤銷的情形，因為只要是評估仍有在進步，適合仍在社區處遇的個案，即不應輕易撤銷。（A1-7-1；A1-4-1）
>
> 撤銷率偏高或偏低的問題，機制有沒有整合以及觀念有沒有一致的問題，要給予個案緩衝與寬容的機制，這樣撤銷標準才會有一致。（A2-7-1）
>
> 這幾年因為對成癮醫學的認識，了解成癮的人再犯是合理的，但不是大部分的檢察官都有深刻的了解，有許多檢察官會基於快速結案的想法，還是會對再吸毒個案撤銷後起訴。（A1-4-1）。
>
> 因為就我所知全台灣的成癮科醫師也不多，很多縣市甚至沒有。(A3-7-2)
>
> 就是不是成癮次專科這種，然後所以能夠提供治療是不是真的夠完整。(A3-7-3)

五、衡量緩起訴附命戒癮治療成效因子

有關衡量(評估)緩起訴附命戒癮治療成效，受訪專家建議可參考以下影響因子，諸如：再犯狀況、驗尿結果、回診及回饋狀況、復發之時間、復歸社會之狀況及受治療者之生活型態。

> 我認為衡量(評估)緩起訴附命戒癮治療成效，主要是以被撤銷數量和比率為準(A4-12-1)，這和司法單位有關。
>
> 包含執行單位之指標及受治療者之指標 2 類。(A4-12-2)
>
> 個案一年之間沒有被抓到，或者沒有任何一次驗到，這就是完全的成功。(A5-11-1)
>
> 指標可包含驗尿、回診或出席狀況、個案於治療期間或結案時的回饋。再犯率、個案對於治療期間的回饋或感想。(A6-12-1)

個管師可從治療期間表現評估再復發的可能性，包含回診狀況及行為。(A6-12-2)

第一個成效指標，我當然會覺得第一個就是譬如說復發的狀況。(A3-12-1)

第二就是說復歸社會的狀況，譬如說半年後有沒有工作，半年後有沒有自殺通報，有沒有家暴，這幾個都會是重要的指標。(A3-12-1)

如坐息安排(生活型態)、工件穩定、飲食正常、運動習慣等。(A4-12-2-2)

第二節　緩起訴附命戒癮治療者處遇經驗與需求

為瞭解接受緩起訴附命戒癮治療者之處遇經驗與需求，本研究針對以下兩種參加附命戒癮治療者[8]，進行問卷調查。調查樣本對象詳見表 6-2-1：

表 6-2-1 調查樣本來源(N=413)

項目	組別	人數	百分比
類別	地檢署(受處分人)	206	49.9
	監獄(受刑人)	207	50.1
監獄	臺北監獄	16	3.9
	臺中監獄	71	17.2
	臺中女監	30	7.3
	臺南監獄	70	16.9
	高雄女監	20	4.8
地檢署	臺北地檢	10	2.4
	新北地檢	10	2.4
	士林地檢	10	2.4
	桃園地檢	11	2.7
	新竹地檢	11	2.7

[8] 本研究之問卷調查分為 2 組，正接受緩起訴附命戒癮治療者以及已完成戒癮治療者，皆屬於緩起訴附命戒癮治療組；其他在監獄者則為另 1 組。

項目	組別	人數	百分比
	苗栗地檢	10	2.4
	臺中地檢	21	5.1
	南投地檢	10	2.4
	彰化地檢	11	2.7
	雲林地檢	10	2.4
	嘉義地檢	10	2.4
	臺南地檢	16	3.9
	橋頭地檢	10	2.4
	高雄地檢	10	2.4
	屏東地檢	10	2.4
	臺東地檢	6	1.5
	花蓮地檢	10	2.4
	宜蘭地檢	10	2.4
	基隆地檢	10	2.4

本研究之調查樣本其中性別方面，80.6%的調查對象為男性；年齡方面，42.2%的調查對象為 40-49 歲；教育程度方面，50.1%為高中職畢(肄)業；婚姻狀況方面，42.5%的調查對象未婚 ；子女數方面，有 0-2 位子女共佔 86.7%；居住狀況方面，多與父母親同住，為 55%。調查本特性，根據受處分人組、受刑人組以及全部樣本，分析如表 6-2-2。

表 6-2-2 調查樣本特性

項目	組別	受處分人 (%)	受刑人 (%)	全部樣本 (%)
性別	女性	30(14.6)	50(24.2)	80(19.4)
	男性	176(85.4)	157(75.8)	333(80.6)
年齡	19-29 歲	34(16.7)	13(6.3)	47(11.5)
	30-39 歲	49(24.1)	66(31.9)	115(28.0)
	40-49 歲	78(38.4)	95(45.9)	173(42.2)
	50-59 歲	29(14.3)	29(14.0)	58(14.1)
	60 歲及以上	13(6.4)	4(1.9)	17(4.1)

項目	組別	受處分人 (%)	受刑人 (%)	全部樣本 (%)
教育程度	國中小畢(肄)業	67(32.7)	91(44.6)	158(38.6)
	高中職畢(肄)業	103(50.2)	102(50.0)	205(50.1)
	專科畢(肄)業	17(8.3)	8(3.9)	25(6.1)
	學院或大學畢(肄)業	12(5.9)	3(1.5)	15(3.7)
	研究所畢(肄)業	6(2.9)	0(0.0)	6(1.5)
婚姻狀況	已婚	64(31.1)	39(18.9)	103(25.0)
	未婚	88(42.7)	87(42.2)	175(42.5)
	離婚	47(22.8)	67(32.5)	114(27.7)
	寡居(喪偶)	2(1.0)	6(2.9)	8(1.9)
	同居（未婚）	5(2.4)	7(3.4)	12(2.9)
子女數	0 位	79(42.2)	78(39.6)	157(40.9)
	1 位	35(18.7)	60(30.5)	95(24.7)
	2 位	51(27.3)	30(15.2)	81(21.1)
	3 位	16(8.6)	21(10.7)	37(9.6)
	4 位	5(2.7)	6(3.0)	11(2.9)
	5 位	1(0.5)	1(0.5)	2(0.5)
	6 位	0(0.0)	1(0.5)	1(0.3)
居住狀況	獨居	20(9.7)	15(7.2)	35(8.5)
	與雇主同住	2(1.0)	2(1.0)	4(1.0)
	與同事同住	4(1.9)	3(1.4)	7(1.7)
	與配偶同住	55(26.7)	42(20.3)	97(23.5)
	與父母同住	110(53.4)	117(56.5)	227(55.0)
	與男女友同住(同居人)	14(6.8)	34(16.4)	48(11.6)
	與子女同住	55(26.7)	52(25.1)	107(25.9)
	與兄弟姊妹同住	37(16.4)	41(19.8)	78(18.9)
	與朋友同住	1(0.4)	4(1.9)	5(1.2)
	其他	6(2.9)	2(1.0)	8(1.9)

本次之調查對象共有 75.2%未涉入另案，另外則有 24.8%表示曾經有涉入另案。於涉入另外之案件中，以違犯毒品危害防制條例最多，為 71.3%；竊盜罪次之，為 5.0%；公共危險罪（酒駕）、槍砲彈藥管制條例與詐欺罪並列第三，為 4.0%；另有 5.9%未指明特定案件。犯

下另案之處理情形計有 51.7%為已執行中，20.0%則為正在偵查中。關於涉入另案、涉入之罪名及其處理情形，已依受處分人、受刑人與全部樣本三組，分析如表 6-2-3：

表 6-2-3 受訪者涉入另案、涉入的罪名及其處理情形

項目	組別	受處分人 (%)	受刑人 (%)	全部樣本 (%)
是否涉入另案	無	188(93.1)	119(57.8)	307(75.2)
	有	14(6.9)	87(42.2)	101(24.8)
涉入的罪名	公共危險罪	2(14.3)	2(2.3)	4(4.0)
	毒品危害防制條例	7(50.0)	65(74.7)	72(71.3)
	槍砲彈藥管制條例	0(0.0)	4(4.6)	4(4.0)
	竊盜罪	1(7.1)	4(4.6)	5(5.0)
	毀損罪	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
	強盜罪	0(0.0)	1(1.1)	1(1.0)
	詐欺罪	0(0.0)	4(4.6)	4(4.0)
	傷害罪	1(7.1)	1(1.1)	2(2.0)
	肇事逃逸罪	0(0.0)	1(1.1)	1(1.0)
	贓物罪	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
	過失致死罪	1(7.1)	0(0.0)	1(1.0)
	恐嚇罪	0(0.0)	1(1.1)	1(1.0)
	未指明	2(14.3)	4(4.6)	6(5.9)
處理情形	調解中	2(6.1)	1(1.1)	3(2.5)
	交保中	1(3.0)	3(3.4)	4(3.3)
	偵查中	12(36.4)	12(13.8)	24(20.0)
	一審中	0(0.0)	6(6.9)	6(5.0)
	二審上訴中	0(0.0)	4(4.6)	4(3.3)
	已宣判	4(12.1)	9(10.3)	13(10.8)
	等執行	2(6.1)	2(2.3)	4(3.3)
	執行中	12(36.4)	50(57.5)	62(51.7)

調查樣本之緩起訴附命戒癮治療之執行期間有 70.9%之對象已執行 0-12 個月，再者，已執行 13-24 個月則有 24.3%，最後則有 4.9%為已執行 25 個月以上。此外，不包含本次，曾經被判決有罪確定最多為

施用毒品，計有 62.5%；第二多為竊盜罪，為 15.5%；第三則為製造、販賣、轉讓或運輸毒品，為 9.9%。緩起訴處分附命戒癮治療期間及其他判決有罪判決情形，已根據受處分人、受刑人與全部樣本三組，分析如表 6-2-4：

表 6-2-4 緩起訴處分附命戒癮治療期間及其他判決有罪判決

項目	組別	受處分人 (%)	受刑人 (%)	全部樣本 (%)
治療期間	0-12 個月	121(66.9)	142(74.7)	263(70.9)
	13-24 個月	59(32.6)	31(16.3)	90(24.3)
	25 個月以上	1(0.6)	17(8.9)	18(4.9)
有罪確定	賭博	1(0.5)	7(3.4)	8(1.9)
	詐欺	7(3.4)	21(10.1)	28(6.8)
	竊盜	19(8.2)	45(21.7)	64(15.5)
	偽造文書	6(2.9)	14(6.8)	20(4.8)
	施用毒品	99(48.1)	159(76.8)	258(62.5)
	製造、販賣、轉讓或運輸毒品	4(1.9)	37(17.9)	41(9.9)
	傷害	6(2.9)	13(6.3)	19(4.6)
	殺人	2(1.0)	3(1.4)	5(1.2)
	強盜、搶奪、擄人勒贖	2(1.0)	13(6.3)	15(3.6)
	其他	43(20.9)	23(11.1)	66(16.0)

有關緩起訴附命戒癮治療期間之工作經驗，受雇領日（月）薪的為 44.8%；打零工或兼職(常換工作)的為 15.3%；另外有 14.3%表示沒有工作。此外，有 37.5%的對象沒有換過工作，換過一次工作的有 15.0%；換過兩次工作的有 17.6%；換過三次工作的有 14.2%；換過四次工作以上的有 15.7%。其每週的工作時間，以每天或工作六天週休一日為最多，有 54.1%，工作五天週休二日為第二，有 27.7%。在每月工作收入之部分，有 59.1%的對象每月收入落於 20001-40000 元，再來為 40001-60000 元的有 17.5%，最後 0-20000 元則有 13.9%。維持生活金額的部分，有 43.8%的對象需要 0-20000 元；有 39.7%的對象需要 20001-40000 元才能維持其生活。以上緩起訴期間的工作經驗，已

根據受處分人、受刑人與全部樣本三組，分析如表 6-2-5：

表 6-2-5　緩起訴期間的工作經驗

項目	組別	受處分人 (%)	受刑人 (%)	全部樣本 (%)
工作情形	沒有工作	22(10.7)	37(18.0)	59(14.4)
	農漁牧業	9(4.4)	11(5.3)	20(4.9)
	打零工或兼職 (常換工作)	26(12.7)	37(18.0)	63(15.3)
	受雇領日（月）薪	110(53.7)	74(35.9)	184(44.8)
	受雇親人	8(3.9)	11(5.3)	19(4.6)
	自營生意	26(12.7)	30(14.6)	56(13.6)
	合夥做生意	4(2.0)	5(2.4)	9(2.2)
換過幾次工作	0 次	75(38.9)	68(36.2)	143(37.5)
	1 次	25(13.0)	32(17.0)	57(15.0)
	2 次	29(15.0)	38(20.2)	67(17.6)
	3 次	32(16.6)	22(11.7)	54(14.2)
	4 次	11(5.7)	4(2.1)	15(3.9)
	5 次以上	21(10.9)	24(12.8)	45(11.8)
每週的工作時間	每天或工作六天週休一日	90(50.3)	103(57.9)	193(54.1)
	工作五天週休二日	55(30.7)	44(24.7)	99(27.7)
	三班制	1(0.6)	8(4.5)	9(2.5)
	每週工作 3-4 天	24(13.4)	18(10.1)	42(11.8)
	每週工作 1-2 天	9(5.0)	5(2.8)	14(3.9)
每月工作收入	0-20000 元	28(15.6)	22(12.2)	50(13.9)
	20001-40000 元	115(64.2)	97(53.9)	212(59.1)
	40001-60000 元	24(13.4)	39(21.7)	63(17.5)
	60001-80000 元	7(3.9)	11(6.1)	18(5.0)
	80001-100000 元	3(1.7)	5(2.8)	8(2.2)
	100001 元以上	2(1.1)	6(3.3)	8(2.2)
維持生活金額	0-20000 元	106(56.1)	65(32.3)	171(43.8)
	20001-40000 元	72(38.1)	83(41.3)	155(39.7)
	40001-60000 元	8(4.2)	29(14.4)	37(9.5)
	60001-80000 元	2(1.1)	8(4.0)	10(2.6)
	80001-100000 元	1(0.5)	10(5.0)	11(2.8)
	100001 元以上	0(0.0)	6(3.0)	6(1.5)

有關緩起訴期間調查對象與其家人或同居人之狀況，其父親有10.7%表示為酗酒，第二為 6.8%之賭博，另有 78%為無以上情形或父不詳。母親之部分，最多是賭博，有 2.4%，其他行為則為較少，另有92.5%為無以上情形或母不詳。配偶或同居人之部分，最多之狀況為吸毒，有 10.7%；入監服刑的有 4.8%；另有 85%為無以上情形或無配偶或同居人。姐妹之部分，吸毒的有 1.9%，酗酒的有 1.5%；另有 93.2%為無以上情形或無姊妹。最後兄弟之部分，吸毒的有 7.7%，入監服刑的有 4.1%，酗酒的則有 2.7%；另有 85.2%為無以上情形或無兄弟。關於緩起訴期間家人或同居人之狀況，已根據受處分人、受刑人與全部樣本三組，分析如表 6-2-6：

表 6-2-6　緩起訴期間家人或同居人之狀況

項目	組別	受處分人 (%)	受刑人 (%)	全部樣本 (%)
父親是否有下列情形	酗酒	19(9.2)	25(12.1)	44(10.7)
	賭博	10(4.9)	18(8.7)	28(6.8)
	對家人施暴	4(1.9)	13(6.3)	17(4.1)
	外遇	4(1.9)	7(3.4)	11(2.7)
	吸毒	3(1.5)	9(4.3)	12(2.9)
	入監服刑	3(1.5)	9(4.3)	12(2.9)
	無以上情形或父不詳	171(83.0)	151(7.3)	322(77.9)
母親是否有下列情形	酗酒	3(1.5)	1(0.5)	4(0.9)
	賭博	4(1.9)	6(2.9)	10(2.4)
	對家人施暴	0(0.0)	1(0.5)	1(0.2)
	外遇	1(0.5)	0(0.0)	1(0.2)
	吸毒	0(0.0)	2(1.0)	2(0.4)
	入監服刑	0(0.0)	1(0.5)	1(0.2)
	無以上情形或母不詳	192(93.2)	190(91.8)	382(92.5)
配偶或同居人是否有下列情形	酗酒	3(1.5)	5(2.4)	8(1.9)
	賭博	1(0.5)	8(3.9)	9(2.1)
	對家人施暴	2(1.0)	3(1.4)	5(1.2)
	外遇	0(0.0)	6(2.9)	6(1.5)
	吸毒	4(2.0)	40(19.3)	44(10.7)

項目	組別	受處分人 (%)	受刑人 (%)	全部樣本 (%)
	入監服刑	2(1.0)	18(8.7)	20(4.8)
	無以上情形	106(51.5)	82(39.6)	188(45.5)
	無配偶或同居人	88(42.7)	75(36.2)	163(39.5)
姐妹是否有下列情形	酗酒	1(0.5)	5(2.4)	6(1.5)
	賭博	0(0.0)	3(1.4)	3(0.7)
	對家人施暴	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
	外遇	1(0.5)	0(0.0)	1(0.2)
	吸毒	1(0.5)	7(3.4)	8(1.9)
	入監服刑	0(0.0)	4(1.9)	4(0.9)
	無以上情形	158(76.7)	151(72.9)	309(74.8)
	無姊妹	36(17.5)	40(19.3)	76(18.4)
兄弟是否有下列情形	酗酒	4(2.0)	7(3.4)	11(2.7)
	賭博	2(1.0)	3(1.4)	5(1.2)
	對家人施暴	0(0.0)	2(0.9)	2(0.5)
	外遇	1(0.5)	0(0.0)	1(0.2)
	吸毒	11(5.3)	21(10.1)	32(7.7)
	入監服刑	7(3.4)	10(4.8)	17(4.1)
	無以上情形	149(72.3)	132(63.8)	281(68.0)
	無兄弟	31(15.0)	40(19.3)	71(17.2)

研究詢問調查對象其緩起訴附命戒癮治療之最主要原因為何，大多表示想戒毒，有 47.9%；次多則為不想被關，有 28.5%；第三是為了家庭，有 16.7%。另外一併詢問認為何種戒毒方式最有效，有 49.0%的對象表示緩起訴替代療法是最有效的，為最多；第二則為醫療院所門診治療，有 24.5%；第三則是自主居家戒癮，有 10.5%。以上戒癮治療之最主要原因及最有效之戒毒方式，已根據受處分人、受刑人與全部樣本三組，分析如表 6-2-7：

表 6-2-7　緩起訴附命戒癮治療之最主要原因及最有效戒毒方式

項目	組別	受處分人 (%)	受刑人 (%)	全部樣本 (%)
主要原因	就業	14(6.9)	7(3.4)	21(5.2)
	戒毒	111(54.4)	84(41.4)	195(47.9)
	不想被關	34(16.7)	82(40.4)	116(28.5)
	就學	1(0.5)	0(0.0)	1(0.2)
	家庭	41(20.1)	27(13.3)	68(16.7)
	其他	3(1.5)	3(1.5)	6(1.5)
最有效戒毒方式	戒治所強制戒治	2(1.0)	7(3.4)	9(2.2)
	醫療院所住院戒毒	14(6.9)	23(11.3)	37(9.1)
	緩起訴替代療法	106(52.0)	94(46.1)	200(49.0)
	自主居家戒癮	17(8.3)	26(12.7)	43(10.5)
	醫療院所門診治療	57(27.9)	43(21.1)	100(24.5)
	宗教/民間團體戒毒	4(2.0)	4(2.0)	8(2.0)
	其他	4(2.0)	7(3.4)	11(2.7)

最後，本研究詢問受試者對於結束緩起訴/離開監獄時需要的協助，設計以下 12 個題目，其各項協助的需求程度，詳如表 6-2-8。針對本研究所提供的需求，除協助就業輔導與介紹工作外，70%以上的受訪者均表達出不太需要或完全不需要的意見。換言之，對於本研究所列的 12 種需求，約有 26%以下的受訪者認為非常需要或還算需要，根據需求排序，前五名依序為協助就業輔導或介紹工作、協助職業訓練、提供與更生保護會聯絡方式、協助提供車資與協助聯絡家人。

表 6-2-8　受訪者對於結束緩起訴/離開監獄時需要協助之看法

題次	題目	不太需要或完全不需要 (%)	非常需要或還算需要 (%)	需求排序
3	協助就業輔導或介紹工作	68.5	26.6	1
2	協助職業訓練	70.5	24.7	2
6	提供與更生保護聯絡方式	70.9	23.7	3
4	協助提供車資	71.7	23.0	4

題次	題目	不太需要或完全不需要(%)	非常需要或還算需要(%)	需求排序
1	協助聯絡家人	72.4	22.5	5
5	協助接受美沙冬替代療法	72.6	20.6	6
7	提供與毒品防治中心聯絡方式	76.8	18.2	7
12	期待更生保護會提供其他服務	74.3	16.2	8
11	協助改善與家人關係	78.2	16.0	9
10	協助安排心理諮商輔導	78.2	15.5	10
9	安排或輔導重新就學	84.0	10.4	11
8	協助居住安置	84.0	10.2	12

根據本研究架構圖 3-1-1，將受訪之毒品犯，區分為受處分人（即刻正接受緩起訴附命戒癮治療情況良好者）以及受刑人（即緩起訴附命戒癮治療被撤銷後經起訴與判決確定，在監服刑者），針對用藥態度，戒癮治療期間生活狀況，戒癮治療處遇經驗以及離開司法系統後的需求程度，進行差異分析，以探究兩者對於上述議題有何顯著不同的經驗、看法和感受。茲將上述之分析結果，逐次分述如下：

一、用藥態度分析

本研究針對用藥態度，設計 10 個題目如表 6-2-9，10 個題目可以區分為三個面向，依序為對毒品施用的合理化、毒品戒治醫療化政策與毒品戒治監禁化。

表 6-2-9　毒品犯對於用藥態度量表之內容

面向	題目
毒品施用合理化	1.對我來說吸毒並不是件嚴重的事，沒什麼大不了
	2.戒掉毒品太困難了，頂多自己控制少用一些，不可能戒除
	3.使用毒品有一定的好處，像是可以讓我忘掉煩惱的事情
	4.我能自己控制毒品使用，所以沒有戒不戒毒的問題
	5.到目前為止，使用毒品對我的生活並沒有造成負面影響
毒品戒治醫療化	1.我認為吸食毒品是個人行為，國家不應該動用刑罰制裁
	2.我認為吸食毒品不應該被監禁

面向	題目
	3.我認為吸食毒品是一種疾病，應該以治療手段取代監禁措施
毒品戒治監禁化	1.我認為將吸食毒品者關起來，可以達到嚇阻其不再吸毒的目的
	2.我認為要戒除吸食毒品，監獄監禁還是比醫療治療有效

進一步針對緩起訴附命戒癮治療之受處分人（受處分人）與撤銷緩起訴附命戒癮治療入監執行之受刑人（受刑人），進行上述三分量表之差異性分析，受刑人在毒品施用合理化與毒品戒治醫療化，顯著地高於受處分人，亦即受刑人對於毒品施用的合理化程度（例如使用毒品對自己的生活並沒有造成負面影響），以及支持施用毒品應該採取治療手段，顯著地較受處分人來得認同（詳表 6-2-10）。

表 6-2-10　受處分人與受刑人對於用藥態度量表之差異性檢定

面向	組群	平均數	t 值
毒品施用合理化	1.受處分人 2.受刑人	1.628 1.988	-5.322***
毒品戒治醫療化	1.受處分人 2.受刑人	2.354 3.234	-11.535***
毒品戒治監禁化	1.受處分人 2.受刑人	2.051 1.927	1.527

註：*p<.05;**p<.01;***p<.001。

二、緩起訴附命戒癮治療期間生活狀況分析

緩起訴附命戒癮治療期間的生活狀況分析，分緩起訴期間的工作經驗、與家人和配偶（含同居人）相處情形、偏差家人和配偶（含同居人）、偏差友伴以及生活型態與日常活動等五大面向，進行分析。分析結果，說明如下。

（一）工作經驗

在工作經驗方面，本研究分別就戒治期間之工作穩定性、更換工作頻率、工作時間、每月工作收入及對維持生活之每月預期收入進行

分析。

結果發現受處分人戒治期間有 76.6%具有較穩定之工作，打零工或兼職及沒有工作的比例分別為 12.7%及 10.7%，相較之下，受刑人在戒治期間具有較穩定工作的比例為較低的 64.1%，而打零工或兼職及沒有工作的比例則較高，皆為 18.0%，受處分人與受刑人兩個組別在工作穩定性之差異具有顯著性（詳表 6-2-11）。

表 6-2-11　受處分人與受刑人附命戒癮期間工作穩定性分析

	沒有工作	打零工或兼職（常換工作）	有較穩定工作	χ^2
受處分人	22（10.7%）	26（12.7%）	157（76.6%）	7.89*
受刑人	37（18.0%）	37（18.0%）	132（64.1%）	

註：有較穩定工作包含農漁牧業、受雇領日月薪、受雇親人、自營生意與合夥做生意。註：*p<.05;**p<.01;***p<.001。

在戒治期間更換工作頻率方面，受處分人有 38.9%沒有更換過工作，受刑人有 36.2%沒有更換過工作，其餘則至少有 1 次以上換工作的經驗，經再區別為 1 次、2 次、3 次及 4 次以上，發現受處分人與受刑人在更換工作頻率方面，並無明顯的差異（詳表 6-2-12）。

表 6-2-12　受處分人與受刑人附命戒癮期間更換工作狀況分析

	0 次	1 次	2 次	3 次	4 次以上	χ^2
受處分人	75 (38.9%)	25 (13.0%)	29 (15.0%)	32 (16.6%)	32 (16.6%)	4.46
受刑人	68 (36.2%)	32 (15.0%)	38 (20.2%)	22 (11.7%)	28 (14.9%)	

註：*p<.05;**p<.01;***p<.001。

在戒治期間工作時數方面，受處分人每週每天工作或工作六天的比例為 50.6%，高於受刑人的 60.6%，每週工作五天及四天以下的比例，受處分人皆高於受刑人，惟兩個組別間的差異並不具顯著性（詳表 6-2-13）。

表 6-2-13　受處分人與受刑人附命戒癮期間工作時數分析

	每週每天工作或工作六天週休一日	每週工作五天週休二日	每週工作四天以下日數	χ^2
受處分人	90 (50.6%)	55 (30.9%)	33 (18.5%)	3.70
受刑人	103 (60.6%)	44 (25.9%)	23 (13.5%)	

註：*p<.05;**p<.01;***p<.001。

在工作收入方面，受處分人平均每月收入 37,690 元，低於受刑人每月 50,389 元，惟兩者之差異並無顯著性。在預期可維持生活之月收入方面，受處分人平均為 22,751 元，低於受刑人之 38,567 元，顯示受處分人之物質需求或是經濟壓力可能較低，兩者之差異具有顯著性（詳表 6-2-14）。

表 6-2-14　受處分人與受刑人在工作收入與預期收入之差異性檢定

面向	組群	平均數	t 值
每月工作收入	1.受處分人 2.受刑人	37,690 50,389	-1.352
預期可維持生活之月收入	1.受處分人 2.受刑人	22,751 38,567	-6.007***

註：*p<.05;**p<.01;***p<.001。

（二）與配偶（含同居人）和家人相處情形

本研究針對配偶（含同居人）和家人相處情形，分別設計兩個分量表，各包含六個題目，各分量表之內容如表 6-2-15。

表 6-2-15　毒品犯與配偶和家人相處情形量表之內容

面向	題目
與配偶(同居人)相處情形量表	您的配偶或同居人瞭解您
	您的配偶或同居人諒解、接納您
	您的配偶或同居人會關心您
	您的配偶或同居人會尊重您的想法

面向	題目
	您和**配偶或同居人**相處和諧融洽
	您有問題時會和**配偶或同居人**一起商量
與家人相處情形量表	您的**家人**瞭解您
	您的**家人**諒解、接納您
	您的**家人**會關心您
	您的**家人**會尊重您的想法
	您和**家人**相處和諧融洽
	您有問題時會和**家人**一起商量

註：本量表內的家人，包含父母、兄弟、姊妹或子女等。

經由前述量表分別測量受測之受處分人及受刑人：與配偶（同居人）相處情形之測量結果，受處分人為 3.3721，與受刑人 3.2406，差異不具顯著性；與家人相處情形之測量結果，受處分人為 3.3215，亦與受刑人之 3.2681 差異不大，具其差異亦不具顯著性（詳表 6-2-16）。

表 6-2-16　受處分人與受刑人在家人和配偶相處情形之差異分析

面向	組群	平均數	t 值
與配偶(同居人)相處情形	1.受處分人(n=129) 2.受刑人(n=124)	3.3721 3.2406	1.855
與家人相處情形	1.受處分人 2.受刑人	3.3215 3.2681	.896

註：與配偶（同居人）相處情形之分析，僅針對填答有配偶（同居人）之受試者進行分析而已，受處分人計有 129 位，受刑人計有 124 位。
*p<.05;**p<.01;***p<.001。

（三）偏差家人和配偶（含同居人）

對於偏差家人和配偶之認知是否與緩起訴戒癮治療結果具相關性，本研究就認知有偏差行為之家人和配偶（含同居人）區分為父親、母親、配偶（含同居人）、兄弟及姊妹 5 類。結果發現受處分人對所有類別之家人或配偶（含同居人）之偏差行為認知皆較受刑人為低，其中父親、配偶（同居人）及兄弟 3 個類別之差異達到顯著性，在母親及姊妹之差異則不具顯著性，因此，是否父親、兄弟或配偶（含同居人）是否有偏差狀況及其偏差程度，與個案是否能完成緩起訴處分所

附命之戒癮治療，可能具有相當之關連（詳表 6-2-17）。

表 6-2-17　受處分人與受刑人在家人或配偶偏差行為認知之差異分析

面向	組群	平均數	t 值
父親偏差行為認知	1.受處分人 2.受刑人	0.2087 0.3913	-2.763**
母親偏差行為認知	1.受處分人 2.受刑人	0.0388 0.0531	-.600
配偶(同居人)偏差行為認知	1.受處分人 2.受刑人	0.0583 0.3865	-5.514***
兄弟偏差行為認知	1.受處分人 2.受刑人	0.0146 0.0918	-3.107**
姊妹偏差行為認知	1.受處分人 2.受刑人	0.1214 0.2077	-1.875

註：

1.偏差行為包含酗酒、賭博、對家人施暴、外遇、吸毒與入監服刑。計算方式為上述行為累加，平均數愈高，代表偏差行為認知也愈高。

2.無以上情形、無上述家人或配偶（同居人）者，均已排除分析。

3.*p<.05;**p<.01;***p<.001。

（四）偏差友伴

本研究針對受試者於緩起訴附命戒癮治療期間經常往來的朋友中，經常從事以下活動者，進行詢問：1.有幾人有犯罪前科；2.有幾人參加幫派；3.有幾人曾使用一二級毒品；4.有幾人曾使用三四級毒品；5.有幾人有抽煙或酗酒；6.有幾人離婚或與人同居；7 有幾人與家人處得不好，感情不睦。另提供以下選項供受試者根據自己的實際情形填答：1.0 人；2.1 人；3.2~3 人；4.4~5 人；5.6 人以上；7.不清楚。除不清楚外，填答號次愈高者，代表其偏差友伴的互動情形愈加頻繁。由於，許多受訪者（約 300 位）大多填答不清楚或拒絕回答（空白），因此，僅就填答者進行分析。

由表 6-2-18 得知，受處分人對偏差友伴之行為認知平均為 6.4912，與受刑人平均為 13.8837，兩者之差異具有顯著性，偏差友伴之情形與個案是否能完成緩起訴處分所附命之戒癮治療可能具有相當

之關連。

表 6-2-18　受處分人與受刑人在偏差友伴之差異分析

面向	組群	平均數	t 值
偏差友伴之行為認知	1.受處分人(57 位) 2.受刑人(43 位)	6.4912 13.8837	-5.490***

註：僅針對有回答者分析，未回答予以排除。*p<.05;**p<.01;***p<.001。

（五）生活型態與日常活動

本研究針對受試者在緩起訴附命戒癮治療期間的生活型態與日常活動，設計以下幾個問題詢問受試者：1.到 KTV、MTV、卡拉 OK 等場所；2.到舞廳、歌廳、夜店、PUB 等場所；3.到電動玩具店、網咖、撞球場或保齡球館等場所；4.晚上很晚才睡覺(或不睡覺)，白天睡覺；5.抽煙、喝酒或嚼檳榔；6.生活、居住地方與三餐飲食，呈現不穩定狀況；7.整天在家上網、玩線上遊戲或手遊；8.與朋友出入不當的營業場所或特種場所。另設計以下的頻率，提供受試者根據實際情形填答：1.從未；2.每月 1~2 次；3.每月 3~4 次；4.每月 5 次以上。填答數字愈高者，代表受試者的偏差生活型態與偏差日常活動愈多。

表 6-2-19 顯示，受處分人平均得分為 4.7164，低於受刑人平均得分 9.9502，其差異達顯著性。因此，有經常出入娛樂場所、經常作息不規律、使用合法成癮物質習慣等娛樂型生活型態者，可能較不易完成緩起訴處分附命之戒癮治療。

表 6-2-19　受處分人與受刑人在生活型態與日常活動情形之差異分析

面向	組群	平均數	t 值
生活型態與日常活動情形	1.受處分人 2.受刑人	4.7164 9.9502	-12.106***

註：*p<.05;**p<.01;***p<.001。

三、緩起訴附命戒癮治療處遇經驗分析

（一）處遇活動

個案接受緩起訴處分附命戒癮治療後，通常必須同時接受地檢署

觀護人室、醫療機構及各直轄市、縣（市）政府毒品危害防制中心三方面共同處遇，其中觀護人室代表司法拘束力，其面訪、電訪及驗尿等處遇措施之個案配合度及驗尿結果通常會與個案的司法責任相連結，具有相當之強制性；醫療機構主要係扮演成癮戒治專業協助的角色，其治療的方式，除了例行的門診治療外，亦會規劃個案參加美沙冬等替代藥物治療、團體治療、個別諮商、家庭治療等治療方式，由於各地區醫療資源不盡相同，因此並非各醫療院所皆能提供所有類型戒癮治療方案，此外，醫療院所提供之處遇措施通常係站在協助病患之立場，除了醫療順從性太差，已無法繼續治療，而須依法將狀況回報地檢署檢察官處理外，通常其處遇內容不會與強制力相連結；各直轄市、縣（市）政府毒品危害防制中心之處遇，則係以社工的角色，提供基本衛教（包含親職教育）、轉介就業輔導或職業訓練等服務，這些服務方案通常係依個案需求提供，個案並無接受之義務，通常即便有需求而仍不配合服務計畫，亦不會產生法律責任。

1.參與頻率

個案向觀護人報到之次數係取決於地檢署之決定，通常問題嚴重性較高之個案可能被要求報到的頻率較高，多數地檢署都以每個月報到一次為原則，再視個案狀況加以調整，而對於應報到未報到的個案，如無正當理由，其緩起訴處分可能遭到撤銷。

由表 6-2-20 顯示，受處分人以每個月向觀護人報到 1 次為最多，比例為 73.7%，被要求更密集報到者僅有 6.3%，而被減少報到次數、請假或無故未到，致使每月報到不到 1 次或未報到者，合計約 20%。相較之下，受刑人在接受戒治期間，依一般規律每月向觀護人報到者僅 43.1%，被要求較密集報到者明顯較多，比例為 28.4%，而被減少報到次數、請假或無故未到，致使每月報到不到 1 次或未報到者，合計約 28.4%，受處分人與受刑人向觀護人報到之頻率有明顯之差異。

表 6-2-20　受處分人與受刑人附命戒癮期間向觀護人報到之頻率分析

	從未參加	大約每月不到 1 次	大約每月 1 次	大約每月 2 次以上	χ^2
受處分人	6（3.2%）	32（16.8%）	140（73.7%）	12 (6.3%)	59.56***
受刑人	31（15.7%）	25（12.7%）	85（43.1%）	56 (28.4%)	

註：*p<.05;**p<.01;***p<.001。

緩起訴處分附命戒癮治療最初規劃之目的，係為了以替代藥物治療鴉片類（主要為海洛因）毒癮者，而至目前為止，國內僅有海洛因毒癮者有美沙冬或丁基原非因等替代藥物可使用，至於安非他命、大麻等第二級毒品成癮者，並不能使用美沙冬，也無其他替代藥物可使用。而在替代藥物中，基於價格考量，美沙冬為最普遍使用之替代藥物。

一般而言，接受美沙冬替代療法之個案需每日一次至指定之給藥點服用美沙冬，以避免海洛因藥癮發作，僅有藥癮狀況有所改善，方可逐漸戒斷美沙冬。由表 6-2-21 所顯示戒治期間服用美沙冬之頻率，受處分人以從未參加美沙冬替代治療者為最多，佔 84.1%，大多數應為第二級毒品施用者，而受刑人當中有 61.6%為每月服用美沙冬 2 次以上，皆為第一級毒品海洛因施用者，受處分人和受刑人在服用美沙冬頻率上有明顯之差異，此與目前官方統計顯示第一級毒品施用者被撤銷緩起訴之比例高於第二級毒品施用者一致。[9]

[9] 查受刑人會被撤銷緩起訴者，大多以再犯毒品罪為最多（詳表 6-2-4），特別是再犯施用一級毒品海洛因者為主，因此受刑人受訪者在附命戒癮治療期間，從未參加服用美沙冬的情況相較於受處分人（因包含施用一級與二及毒品者）為高，且附命戒癮治療期間，參加服用美沙冬的次數也顯著較高。本研究僅分析現象面，不探究受處分人（包含一二級毒品施用者）與受刑人（主要以一級毒品施用者）身份上的差異導致處遇或接受治療的次數恐有所不同。

表 6-2-21　受處分人與受刑人附命戒癮期間服用美沙冬之頻率分析

	從未參加	大約每月不到 1 次	大約每月 1 次	大約每月 2 次以上	χ^2
受處分人	148（84.1%）	37（4.0%）	2（1.1%）	19 (10.8%)	106.06***
受刑人	56（31.6%）	7（4.0%）	5（2.8%）	109 (61.6%)	

註：*p<.05;**p<.01;***p<.001。

接受緩起訴處分附命戒癮治療者，皆需至醫院門診，因此於調查中表示從未參加者者，除部分因醫療順從性低或其他因素而未至醫院門診外，另有部分應係雖到醫院門診，然個案認為其並未在門診中接受「治療」，而接受門診之次數一般皆以每月 1 次為基準，再視治療需求調整門診頻率，但個案亦可能因為醫療順從性低或其他因素而向醫院請假或無故不到，由表 6-2-22 顯示，受處分人以每月接受例行性 1 次門診之次數最多，占 67.6%，而受刑人僅有 47.3%每月接受 1 次門診，而在接受較密集門診或較不密集門診之比例，皆較受處分人為多，兩者之差異具有顯著性。

表 6-2-22　受處分人與受刑人附命戒癮期間參加門診治療之頻率分析

	從未參加	大約每月不到 1 次	大約每月 1 次	大約每月 2 次以上	χ^2
受處分人	13（7.4%）	11（6.3%）	119（67.6%）	33 (18.8%)	16.84**
受刑人	26（14.3%）	25（13.7%）	86（47.3%）	45 (24.7%)	

註：*p<.05;**p<.01;***p<.001。

團體治療之戒癮方式，一般含括在醫院整體的戒癮計畫中，能提供團體治療之戒癮療程，通常可以給個案較多協助，由表 6-2-23 顯示，受刑人從未參加團體治療之比例為 60.8%，明顯較受處分人之 36.3%為高，而每月接受 1 次或 2 次以上團體治療比例則較受處分人為低，受處分人與受刑人在戒治期間參加團體治療頻率之差異具有顯著性。

表 6-2-23　受處分人與受刑人附命戒癮期間參加團體治療之頻率分析

	從未參加	大約每月不到 1 次	大約每月 1 次	大約每月 2 次以上	X2
受處分人	61（36.3%）	12（7.1%）	52（31.0%）	43 (25.6%)	24.40***
受刑人	113（60.8%）	15（8.1%）	35（18.8%）	23 (12.4%)	

註：*p<.05;**p<.01;***p<.001。

個別諮商輔導，可能由觀護人、醫院中之醫師、心理師、個管師，或是毒品危害防制中心的個管師來進行，由表 6-2-24 顯示，受處分人從未參加的比例為 61.1%，較受刑人之 54.8%高，而曾參加者的部分，受處分人與受刑人之比例分配亦有不同，兩者之差異具有顯著性。[10]

表 6-2-24　受處分人與受刑人附命戒癮期間參加個別諮商輔導之頻率分析

	從未參加	大約每月不到 1 次	大約每月 1 次	大約每月 2 次以上	χ^2
受處分人	107（61.1%）	11（6.3%）	48（27.4%）	9 (5.1%)	15.13**
受刑人	103（54.8%）	33（17.6%）	35（18.6%）	17 (9.0%)	

註：*p<.05;**p<.01;***p<.001。

家庭治療為治療方式之一種，亦可與其他戒癮治療方式相互搭配，由表 6-2-25 顯示，無論受處分人或受刑人，在戒治期間從未參加過家庭治療之比例皆在 90%以上，顯示家庭治療在國內尚不普及，而兩個組別在參加家庭治療頻率之差異不具統計顯著性。

[10] 個別諮商輔導，係由觀護人或相關的諮輔人員或醫師，針對受處分人的需求，予以規劃或要求進行，並非全部受處分人均必須接受個別諮商。因此，排除從未參加者，本研究發現受刑人在接受緩起訴附命戒癮治療期間，有較多接受個別諮商與輔導的頻率，此僅就現象面描述。

表 6-2-25　受處分人與受刑人附命戒癮期間參加家庭治療之頻率分析

	從未參加	大約每月不到 1 次	大約每月 1 次	大約每月 2 次以上	χ^2
受處分人	178（92.2%）	7（3.6%）	5（2.6%）	3 (1.6%)	.92
受刑人	173（90.6%）	9（4.7%）	4（2.1%）	5 (2.6%)	

註：*p<.05;**p<.01;***p<.001。

基於宗教自由之因素，檢察官依法為緩起訴附命戒癮治療時，一般並不會將參加宗教活動列入緩起訴處分之條件內，因此參加宗教活動在我國應視為可能有助於戒癮之自願性行為。表 6-2-26 顯示，受處分人在戒治期間從未參加過宗教活動者為 80.0%，受刑人則為 85.4%，兩者參與比例皆不高，而受刑人從未參加之比例較受處分人高出 5.4；每月不到 1 次的宗教活動參與，亦即相對低度參與統計上，受刑人的比例約較受處分人高出 5.3%。相對之下，受處分人在每月 1 次或每月 2 次以上，屬較高參與程度之統計上，則皆較受刑人之比例為高。整體而言，受處分人與受刑人於戒治期間參加宗教活動頻率有顯著差異。

表 6-2-26　受處分人與受刑人附命戒癮期間參加宗教活動之頻率分析

	從未參加	大約每月不到 1 次	大約每月 1 次	大約每月 2 次以上	χ^2
受處分人	156（80.0%）	10（5.1%）	16（8.2%）	13 (6.7%)	17.32**
受刑人	164（85.4%）	20（10.4%）	7（3.6%）	1 (0.5%)	

註：*p<.05;**p<.01;***p<.001。

在親職教育方面，由於緩起訴處分附命戒癮治療之目的係協助毒品施用個案祛除毒癮，因此一般僅會將對個案戒癮有直接助益之處遇方式列為條件，親職教育係在於協助個案健立良好家庭關係，通常不會被認為係緩起訴處分所附之條件（即戒癮治療、預防再犯之必要命令），因此較不會列入法定處遇內容中。由表 6-2-27 顯示，無論受處分人或是受刑人，皆有 90%之個案從未在戒治期間參加過親職教育，

而兩者參與比例之差異，並不具有顯著性。

表 6-2-27　受處分人與受刑人附命戒癮期間參加親職教育之頻率分析

	從未參加	大約每月不到 1 次	大約每月 1 次	大約每月 2 次以上	χ^2
受處分人	178（91.8%）	8（4.1%）	4（2.1%）	4 (2.1%)	3.98
受刑人	179（93.7%）	8（4.2%）	4（2.1%）	0 (0.0%)	

註：*p<.05;**p<.01;***p<.001。

由於我國現行制度及實務運作狀況，緩起訴處分所附之戒癮治療，多以醫療為「戒癮治療」之主軸，較少著重在社會關係上之重健，因此參加就業輔導及參加職業訓練通常係在個案有需要及意願之情形下，在地檢署、醫院或毒防中心之建議下經由轉介參加，一般而言，各地毒防中心對有需求之個案皆會積極協助，鮮有因資源不足而無法使其參加就業輔導或職業訓練。由表 6-2-28 及 6-2-29 顯示，我國多數參加緩起訴戒癮治療之個案並未接受就業輔導或職業訓練，而受處分人與受刑人在參加就業輔導及參加職業訓練上之差異，皆未達統計上之顯著水準。

表 6-2-28　受處分人與受刑人附命戒癮期間參加就業輔導之頻率分析

	從未參加	大約每月不到 1 次	大約每月 1 次	大約每月 2 次以上	χ^2
受處分人	181（94.3%）	5（2.6%）	5（2.6%）	1 (0.5%)	5.84
受刑人	168（88.9%）	14（7.4%）	4（2.1%）	3 (1.6%)	

註：*p<.05;**p<.01;***p<.001。

表 6-2-29　受處分人與受刑人附命戒癮期間參加職業訓練之頻率分析

	從未參加	大約每月不到 1 次	大約每月 1 次	大約每月 2 次以上	χ^2
受處分人	184（95.3%）	6（3.1%）	2（1.0%）	1 (0.5%)	1.29
受刑人	182（94.8%）	7（3.6%）	3（1.6%）	0 (0.0%)	

註：*p<.05;**p<.01;***p<.001。

毒品施用經常伴隨著身體上或精神上之共病，共病問題較嚴重之個案通常要戒除毒癮較為困難，然而，共病若能獲得適當治療，則對於毒品施用情形之改善亦有相當之助益。由表 6-2-30 顯示，受處分人在從未參加及大約每月 1 次的比例較高，而在大約每月不到 1 次及大約每月 2 次以上的比例則較低，兩者之差異具有顯著性，亦即受刑人於似有較高的疾病治療與取藥之頻率。

表 6-2-30　受處分人與受刑人附命戒癮期間疾病治療或取藥之頻率分析

	從未參加	大約每月不到 1 次	大約每月 1 次	大約每月 2 次以上	χ^2
受處分人	139（71.9%）	14（7.3%）	28（14.6%）	12 (6.3%)	8.03*
受刑人	119（63.6%）	21（11.2%）	22（11.8%）	25 (13.4%)	

註：*p<.05;**p<.01;***p<.001。

2.缺席狀況

各種處遇方案之缺席狀況，相當程度的反映個案狀況的穩定性、戒癮意願的強弱，亦可能與該等方案之強制性或效益高低有關，由於不同處遇方案之缺席狀況代表之意義不盡相同，不可一概而論，以下分別述之：

向觀護人報到並接受驗尿，是接受緩起訴處分附命戒癮治療個案的基本義務，倘若個案無故不到，即屬違反緩起訴處分所附預防再犯之必要命令，觀護人可依職權向檢察官陳報後由檢察官撤銷緩起訴處

分，因此緩起訴處分個案倘有維持緩起訴之意願，皆會儘可能依規定向觀護人報到。由表 6-2-31 所顯示，受處分人當中有 86.4%從未缺席，有缺席紀錄者占 16.3%，相對之下，受刑人當中，僅有 54.8%從未缺席，有缺席經驗者占 45.2%。整體而言，受刑人之司法順從性較受處分人差，受處分人與受刑人間之差異具有顯著性。

表 6-2-31　受處分人與受刑人附命戒癮期間觀護人報到缺席狀況分析[11]

	從未缺席	有缺席紀錄	χ^2
受處分人	146 （86.4%）	23 (16.3%)	40.33***
受刑人	91 （54.8%）	75 (45.2%)	

註：*<.05;**<.01;***<.001。

美沙冬替代治療雖屬長效藥劑，但仍需每日親至給藥點服用美沙冬，個案若缺席美沙冬替代治療，通常與再使用海洛因等鴉片類毒品有關，此類狀況不佳之個案，一般而言較可能因為被觀護人室驗出毒品陽性反應、缺席觀護人室報到、缺席醫院門診治療等因素，而被撤銷緩起訴處分。由表 6-2-32 顯示，受處分人當中，有 83.1%的個案從未於戒治期間缺席美沙冬治療，高於受刑人之 53.2%，相對之下，受處分人在缺席紀錄，也顯著地較受刑人為低，兩者之差異具有顯著水準。

表 6-2-32　受處分人與受刑人附命戒癮期間服用美沙冬缺席狀況分析

	從未缺席	有缺席紀錄	χ^2
受處分人	69 （83.1%）	14 (16.9%)	50.95***
受刑人	83 （53.2%）	73 (46.8%)	

註：*p<.05;**p<.01;***p<.001。

[11] 從表 6-2-30 至表 6-2-40 有關分析受訪者在附命戒癮治療期間參加醫療與處遇活動的缺席狀況，由於回答缺席狀況的次數較少，部分選項（例如缺席 4~5 次以及缺席 6 次以上）受訪者填答為 0，導致系格為 0 者無法進行分析，因此，將缺席 1～3 次、缺席 4～5 次以及缺席 6 次以上者，合併為有缺席紀錄，以利進行統計分析。

接受醫院門診治療亦為緩起訴個案必遵從之基本義務，雖然以醫療之立場，通常會儘可能包容戒癮過程中個案不穩定之狀況，協助其控制或戒除毒癮，然而，倘若個案醫療順從性過差，戒癮意願低落，則在醫療端亦難給予有效的協助。目前在實務上常以連續缺席為醫療順從性最主要之判斷標準，一旦於戒治期間連續缺席門診 3 次以上，便會將缺席狀況回報至委託戒癮治療之檢察署，檢察官可依此回報撤銷緩起訴處分，因此，缺席門診與維持緩起訴處分之戒癮治療具有相當高之聯連性。由表 6-2-33 顯示，受處分人有 90.4%在戒治期間從未缺席門診治療，高於受刑人之 78.9%，相對之下，受處分人在缺席紀錄方面，顯著地較受刑人為低，兩者之差異具有顯著水準。

表 6-2-33　受處分人與受刑人附命戒癮期間門診治療缺席狀況分析

	從未缺席	有缺席紀錄	χ^2
受處分人	151 （90.4%）	16 (9.6%)	8.44**
受刑人	127 （78.9%）	34 (21.1%)	

註：*p<.05;**p<.01;***p<.001。

表 6-2-34 顯示，受處分人當中有 83.7%從未缺席團體治療活動，有缺席紀錄者占 16.3%，相對之下，受刑人當中，有 78.2%從未缺席，有缺席經驗者占 21.82%，兩者在參加團體活動的缺席表現，未達顯著差異。

表 6-2-34　受處分人與受刑人附命戒癮期間團體治療缺席狀況分析

	從未缺席	有缺席紀錄	χ^2
受處分人	118 （83.7%）	23 (16.3%)	1.29
受刑人	93 （78.2%）	26 (21.8%)	

註：*p<.05;**p<.01;***p<.001。

表 6-2-35 顯示，受處分人當中有 93.5%從未缺席個別諮商與輔導活動，有缺席紀錄者僅占 6.5%；相對之下，受刑人當中，有 83.9%從

未缺席，但有缺席經驗者占 16.1，較受處分人為高，達顯著差異%。

表 6-2-35　受處分人與受刑人附命戒癮期間個別諮商輔導缺席狀況分析

	從未缺席	有缺席紀錄	χ^2
受處分人	101 （93.5%）	7 (6.5%)	5.02*
受刑人	94 （83.9%）	18 (16.1%)	

註：*p<.05;**p<.01;***p<.001。

表 6-2-36 顯示，受處分人當中高達 96.3%從未缺席家庭治療活動，有缺席紀錄者僅占 3.7%，相對之下，受刑人當中，有 83.1%從未缺席，但有缺席經驗者占 16.9%，較受處分人為高，並達統計上之顯著水準。

表 6-2-36　受處分人與受刑人附命戒癮期間家庭治療缺席狀況分析

	從未缺席	有缺席紀錄	χ^2
受處分人	52 （96.3%）	2 (3.7%)	5.37*
受刑人	59 （83.1%）	12 (16.9%)	

註：*p<.05;**p<.01;***p<.001。

表 6-2-37 顯示，受處分人當中有 90.2%從未缺席參加宗教治療活動，有缺席紀錄者僅占 9.8，相對之下，受刑人當中，有 74.3%從未缺席，但有缺席經驗者高達 25.7%，顯著高於受處分人。

表 6-2-37　受處分人與受刑人附命戒癮期間宗教治療缺席狀況分析

	從未缺席	有缺席紀錄	χ^2
受處分人	55 （90.2%）	6 (9.8%)	5.56*
受刑人	55 （74.3%）	19 (25.7%)	

註：*p<.05;**p<.01;***p<.001。

表 6-2-38 顯示，受處分人當中有 96.2%從未缺席親職教育課程，有缺席紀錄者僅占 3.8%，相對之下，受刑人當中，有 81.4%從未缺席，但有缺席經驗者占 18.6%，顯著高於受處分人。

表 6-2-38　受處分人與受刑人附命戒癮期間親職教育缺席狀況分析

	從未缺席	有缺席紀錄	χ^2
受處分人	51 （96.2%）	2 (3.8%)	6.16*
受刑人	57 （81.4%）	13 (18.6%)	

註：*p<.05;**p<.01;***p<.001。

表 6-2-39 顯示，受處分人當中有 96.2%從未缺席就業輔導，有缺席紀錄者占 3.8%，相對之下，受刑人當中，有 79.7%宣稱從未缺席，但有缺席經驗者占 20.3%，顯著高於受處分人。

表 6-2-39　受處分人與受刑人附命戒癮期間就業輔導缺席狀況分析

	從未缺席	有缺席紀錄	χ^2
受處分人	51 （96.2%）	2 (3.8%)	7.24**
受刑人	59 （79.7%）	15 (20.3%)	

註：*p<.05;**p<.01;***p<.001。

表 6-2-40 顯示，受處分人當中有 95.9%從未缺席職業訓練課程，有缺席紀錄者僅占 4.1%，相對之下，受刑人當中，僅有 81.4%從未缺席，有缺席經驗者占 18.6%，顯著高於受處分人。

表 6-2-40　受處分人與受刑人附命戒癮期間職業訓練缺席狀況分析

	從未缺席	有缺席紀錄	χ^2
受處分人	47 （95.9%）	2 (4.1%)	5.49*
受刑人	57 （81.4%）	13 (18.6%)	

註：*p<.05;**p<.01;***p<.001。

表 6-2-41 顯示，受處分人當中有 94.0%從未缺席疾病治療與取藥活動，有缺席紀錄者僅占 6.0%，相對之下，受刑人當中，有 75.8%宣稱從未缺席，但有缺席經驗者占 24.2%，顯著高於受處分人。

表 6-2-41　受處分人與受刑人戒治期間疾病治療與取藥缺席狀況分析

	從未缺席	有缺席紀錄	χ^2
受處分人	63 （94.0%）	4 (6.0%)	9.51**
受刑人	75 （75.8%）	24 (24.2%)	

註：*p<.05;**p<.01;***p<.001。

（二）與觀護人互動

本研究針對受試者於接受附命戒癮治療期間與觀護人輔導和互動情形，分為兩個面向，第一個面向為輔導與互動程度，第二面向為擔心被撤銷緩起訴程度，內容組成詳表 6-2-42。

表 6-2-42　毒品犯對於觀護人輔導與互動量表之內容

面向	題目
觀護人輔導與互動程度	我所分配到的觀護人關心我
	觀護人的晤談，對於解決生活問題是有用的
	觀護人所安排的課程，對我戒癮是有用
	我會遵照觀護人的指令去上課、找工作
	我誠實的報告我的生活、交友與工作等情況
	我會盡力配合觀護人並完成他給我的工作
擔心被撤銷緩起訴程度	我會擔心觀護人撤銷我的緩起訴
	我擔心觀護人對我進行採尿與驗尿指令

由表 6-2-43 顯示，在觀護人輔導與互動程度這個面向上，受處分人平均得分為 3.7382，高於受刑人的 3.1544，兩者具有顯著差異；而在擔心被撤銷緩起訴程度這個面向上，受處分人平均得分為 3.0855，受刑人平均得分為 3.2355，兩者之差異不具顯著性。

表 6-2-43　受處分人與受刑人在觀護人輔導與互動情形之差異分析

面向	組群	平均數	t 值
觀護人輔導與互動程度	1.受處分人 2.受刑人	3.7382 3.1544	11.321***
擔心被撤銷緩起訴程度	1.受處分人 2.受刑人	3.0855 3.2355	-1.724

註：1.*p<.05;**p<.01;***p<.001。2.已排除未曾發生之受試者。

（三）與社會機構互動

本研究為探究毒品犯於戒癮期間，對於所接觸的公家機關與私人部門（總稱為社會機構）所提供專業性服務之滿意程度，設計 9 個題目，內容詳如表 6-2-44，分數愈高，社會機構專責性滿意程度愈高。

表 6-2-44　毒品犯對於戒癮期間社會機構專業性量表之內容

面向	題目
社會機構專責性滿意度	檢察官裁定您接受緩起訴的專業性
	觀護人對於您進行驗尿與監管的專業性
	觀護人對於您進行輔導與服務的專業性
	觀護人轉介您參加諮商輔導或門診治療的專業性
	醫療機構醫生與護理人員於門診時的專業性
	醫療機構醫師或心理師進行團體治療的專業性
	毒防中心社工員或個管師電話追蹤與關切的專業性
	就業服務中心有關輔導您就業的專業性
	宗教/民間機構有關戒癮治療的專業性

由表 6-2-45 顯示，在社會機構專業性滿意程度之問題上，受處分人平均得分為 3.6278 分，高於受刑人之 3.0772 分，兩者有顯著之差異。

表 6-2-45　受處分人與受刑人在社會機構專業滿意程度之差異分析

面向	組群	平均數	t 值
社會機構專業性滿意程度	1.受處分人 2.受刑人	3.6278 3.0772	7.189***

註：1.*p<.05;**p<.01;***p<.001。2.已排除未曾接觸之受試者。

四、處遇需求分析

（一）將來需求

本研究為探求毒品犯於結束緩起訴或離開監獄後，所需要之協助項目，設計以下 11 個題目形成一個分量表，稱為將來需求協助程度，內容詳表 6-2-46，分數愈高，將來需求協助之程度愈高。。

表 6-2-46　毒品犯對於將來所需協助量表之內容

面向	題目
將來需求協助之程度	協助聯絡家人
	協助職業訓練
	協助就業輔導或介紹工作
	提供車資
	協助接受美沙冬替代療法
	提供與更生保護會聯絡方式
	提供與毒品防治中心聯絡方式
	協助居住安置
	安排或輔導重新就學
	協助安排心理諮商輔導
	協助改善與家人關係

由於受處分人接受調查時，係處於社區接受處遇，而受刑人係於矯正機構中接受處遇，兩者與社會的連結度不儘相同，因而在協助的需求上也可能有所不同。由表 6-2-47 顯示，對於將來需求程度，受處分人平均得分為 1.6160 分，低於受刑人之 1.8024 分，兩者之差異具有顯著性。

表 6-2-47　受處分人與受刑人在將來需求之差異分析

面向	組群	平均數	t 值
將來需求程度	1.受處分人 2.受刑人	1.6160 1.8024	-2.412*

註：*p<.05;**p<.01;***p<.001。

由過去曾接受之社會機構協助類別，通常可以了解個案之特色，表 6-2-48 顯示，受處分人與受刑人在協助職業訓練、協助就業輔導、協助接受美沙冬替代療法、提供與更生保護會聯絡方式、及協助安排心理諮商輔導等 5 類協助上，其差異具有顯著性。而在協助聯絡家人、提供車資、提供與毒品防制中心聯絡方式、協助居住安置、安排或輔導重新就學及協助改善與家人關係等 6 類協助上，其差異則不具顯著性。

差異具顯著性的部分，在與就業相關項目上，受處分人接受職業訓練及就業輔導或介紹工作之比例均少於受刑人，亦即受處分人在工作能力及工作狀況上，可能較受刑人理想；在曾協助接受美沙冬替代療法上，受處分人為 12.0%，少於受刑人的 39.1%，此可能與施用毒品種類有關，一般而言，會接受美沙冬替代療法之海洛因毒癮者，其戒治的難度較高，緩起訴處分被撤銷的比例也較高；在提供更生保護會聯絡方式方面，受處分人為 4.2%，少於受刑人的 10.9%，此應與個案接受刑事處遇經驗及接受更生保護會協助需求有關；另在協助接受安排心理諮商輔導方面，受處分人之 10.3%則是高於受刑人之 4.4%

表 6-2-48　受處分人與受刑人在接受過社會機構協助之差異分析

協助內容	身份	是	否	χ^2
協助聯絡家人	1.受處分人 2.受刑人	25(15.2%) 17(9.1%)	138(84.1%) 170(90.9%)	4.36
協助職業訓練	1.受處分人 2.受刑人	4(2.5%) 16(8.6%)	159(97.5%) 169(91.4%)	6.14*
協助就業輔導或介紹工作	1.受處分人 2.受刑人	11(6.7%) 26(14.1%)	152(93.3%) 158(85.9%)	4.94*
提供車資	1.受處分人	7(4.3%)	157(95.7%)	.59

協助內容	身份	是	否	χ^2
	2.受刑人	5(2.7%)	177(97.3%)	
協助接受美沙冬替代療法	1.受處分人 2.受刑人	20(12.0%) 70(39.1%)	145(87.3%) 109(60.9%)	33.44***
提供與更生保護會聯絡方式	1.受處分人 2.受刑人	7(4.2%) 20(10.9%)	157(95.2%) 163(89.1%)	6.46*
提供與毒品防治中心聯絡方式	1.受處分人 2.受刑人	21(12.8%) 14(7.7%)	142(86.6%) 168(92.3%)	3.65
協助居住安置	1.受處分人 2.受刑人	1(0.6%) 5(2.7%)	161(98.8%) 177(97.3%)	3.38
安排或輔導重新就學	1.受處分人 2.受刑人	3(1.8%) 6(3.3%)	162(98.2%) 176(96.7%)	.74
協助安排心理諮商輔導	1.受處分人 2.受刑人	17(10.3%) 8(4.4%)	148(89.7%) 173(95.6%)	4.45*
協助改善與家人關係	1.受處分人 2.受刑人	8(4.9%) 7(3.9%)	155(95.1%) 174(96.1%)	.22

註：*p<.05;**p<.01;***p<.001。

（二）專業人員的協助

在接受不同身分人員協助戒癮是否有幫助的感受度上，區分為不太或沒有幫助的負向感受，及非常或還算有幫助的正向感受兩大類，從表 6-2-49 顯示，受處分人對朋友協助戒癮認為非常或還算有幫助的比例為 67.5%，高於受刑人的 54.6%；受處分人對司法人員協助戒癮認為非常或還算有幫助的比例為 89.5%，高於受刑人的 53.8%；受處分人對醫療人員協助戒癮認為非常或還算有幫助的比例為 92.8%，高於受刑人的 79.1%；受處分人對輔導人員協助戒癮認為非常或還算有幫助的比例為 91.7%，高於受刑人的 65.0%。前述對朋友、司法人員、醫療人員及輔導人員之戒癮協助，受處分人具有正向感受者比例均高於受刑人，且差異均具有顯著性。至於對於父母、配偶或同居人、兄弟姊妹、子女及自己的戒癮協助，其感受之差異性則不具顯著性。

表 6-2-49　受處分人與受刑人在接受協助戒癮人員感受之差異分析

協助感受	身份	不太或沒有幫助	非常或還算幫助	χ^2
父母	1.受處分人 2.受刑人	13(7.9%) 8(4.1%)	152(92.1%) 187(95.9%)	2.32
配偶與或同居人	1.受處分人 2.受刑人	14(10.3%) 21(14.2%)	122(89.7%) 127(85.8%)	.99
兄弟姊妹	1.受處分人 2.受刑人	23(14.0%) 24(12.5%)	141(86.0%) 168(87.5%)	.17
子女	1.受處分人 2.受刑人	18(14.5%) 11(8.5%)	106(85.5%) 119(91.5%)	.59
朋友	1.受處分人 2.受刑人	53(32.5%) 84(45.4%)	110(67.5%) 101(54.6%)	6.03*
司法人員	1.受處分人 2.受刑人	14(10.5%) 49(46.2%)	119(89.5%) 57(53.8%)	38.73***
醫療人員	1.受處分人 2.受刑人	11(7.2%) 24(20.9%)	141(92.8%) 91(79.1%)	10.68**
輔導人員	1.受處分人 2.受刑人	12(8.3%) 36(35.0%)	132(91.7%) 67(65.0%)	27.17***
自己	1.受處分人 2.受刑人	12(7.5%) 23(13.2%)	149(92.5%) 151(86.8%)	2.97

註：1.*p<.05;**p<.01;***p<.001。2.已排除未曾接觸或沒有印象者。

（三）處遇制度的效果

對處遇制度感受之分析，無論是受處分人或受刑人，均對屬於社區處遇的緩起訴戒癮治療及緩刑戒癮治療具高度的肯定，認為非常或還算有效果的比例均在 90%以上，對於徒刑監禁則皆有半數以上認為不太或沒有效果。

在組間差異的比較上，受處分人與受刑人分別在對緩起訴戒癮治療、緩刑戒癮治療、觀察勒戒處分、強制戒治處分及參加民間機構戒癮治療等 5 類處遇制度是否有效果具有顯著的差異，且受處分人對這 5 類制度認為對於戒癮非常或還算有效的比例皆高於受刑人，在對徒刑監禁、參加宗教機構戒癮治療，受處分人及受刑人間認知的差異則不具顯著性（詳表 6-2-50）。

表 6-2-50　受處分人與受刑人在處遇制度感受之差異分析

處遇感受	身份	不太或沒有效果	非常或還算有效果	χ^2
緩起訴戒癮治療	1.受處分人 2.受刑人	1(0.5%) 20(10.0%)	197(99.5%) 181(90.0%)	17.85***
緩刑戒癮治療	1.受處分人 2.受刑人	3(2.1%) 16(8.4%)	140(97.9%) 175(91.6%)	6.01*
觀察勒戒處分	1.受處分人 2.受刑人	51(37.2%) 90(49.2%)	86(62.8%) 93(50.8%)	4.54*
強制戒治處分	1.受處分人 2.受刑人	51(43.6%) 103(62.8%)	66(56.4%) 61(37.2%)	10.17**
徒刑監禁	1.受處分人 2.受刑人	61(52.1%) 111(58.1%)	56(47.9%) 80(41.9%)	1.05
參加民間機構戒癮治療	1.受處分人 2.受刑人	27(25.2%) 47(37.9%)	80(74.8%) 77(62.1%)	4.23*
參加宗教機構戒癮治療	1.受處分人 2.受刑人	31(35.6%) 41(36.3%)	56(64.4%) 72(63.7%)	.01

註：1.*p<.05;**p<.01;***p<.001。2.已排除未曾接觸或沒有印象者。

（四）配套措施的看法

對於緩起訴處分附命戒癮治療，本研究提出各種的調整方案詢問受處分人及受刑人，整體而言，對於成立毒品法庭、以改變環境遠離毒友、協助找到穩定工作 3 個想法，皆獲得受處分人及受刑人 80%以上之支持。在組間的差距上，對於戒癮時間是否延長、戒癮計畫是否由個案自主提出、治療費用是否難以負擔、是否需更廣泛設立中途之家、是否需協助改變環境以遠離毒友等方面，受處分人與受刑人間均具有顯著的差異，一般而言，受刑人對於現制的滿意度均較受處分人為低，而期待有所改變（詳表 6-2-51）。

表 6-2-51　受處分人與受刑人在戒癮配套措施看法之差異分析

處遇感受	身份	不太或非常不同意	非常或還算同意	χ^2

緩起訴戒癮的時間不夠長	1.受處分人 2.受刑人	108(72.0%) 85(51.5%)	42(28.0%) 80(48.5%)	13.89***
由自己提出自主戒癮計畫，而不是由檢察官強制決定	1.受處分人 2.受刑人	65(39.2%) 35(19.1%)	101(60.8%) 148(80.9%)	17.08***
成立毒品法庭，讓法官來協助，可以提供更適合您的治療機會	1.受處分人 2.受刑人	25(15.8%) 17(9.1%)	133(84.2%) 169(90.9%)	3.56
治療費用的負擔，讓您無法（或不想要）完成治療	1.受處分人 2.受刑人	82(51.6%) 50(26.3%)	77(48.4%) 140(73.7%)	23.48***
透過宗教信仰或宗教團體的協助，對治療成功會更有幫助	1.受處分人 2.受刑人	47(36.2%) 47(34.6%)	83(63.8%) 89(65.4%)	.07
如果設立中途之家，提供戒癮時居住，對治療成功會更有幫助	1.受處分人 2.受刑人	48(36.6%) 40(25.2%)	83(63.4%) 119(74.8%)	4.48*
如果有能協助您改變居住環境，讓您遠離毒友，對治療成功會更有幫助	1.受處分人 2.受刑人	27(15.7%) 13(7.0%)	145(84.3%) 173(93.0%)	6.82***
如果能協助您找到穩定的工作，對治療成功會更有幫助	1.受處分人 2.受刑人	21(13.0%) 17(9.6%)	141(87.0%) 161(90.4%)	.99

註：1.*p<.05;**p<.01;***p<.001。2.已排除沒有意見者。

五、小結

根據上述分析，受處分人與受刑人在附命戒癮治療期間的處遇經驗與需求，甚至戒癮治療的配套措施，存在許多的差異看法與經驗，茲將上述的分析結果，摘要如表 6-2-52。

首先，在用藥態度方面，受刑人對於毒品施用合理化與戒治應該採取醫療化，表達出較高的同意程度。而在工作經驗方面，受處分人的工作穩定性較佳，另受刑人則表達出需要較高的工作收入。

在偏差家人、朋友與偏差生活型態方面，除母親偏差行為與姊妹

偏差行為外，受刑人表達出較多的父親偏差行為、配偶（同居人）偏差行為與兄弟偏差行為，此外，受刑人也自陳其在附命戒癮期間仍有比較多的偏差朋友以及較多的偏差生活型態。

在各項處遇參與頻率方面，扣除未曾參加之受訪者，除受刑人在服用美沙冬的頻率與參加個別諮商的頻率較受處分人為高外，受處分人在向觀護人報到、門診治療、、團體治療、與宗教活動的頻率，均較受刑人為高。而在各項處遇活動的缺席情形，扣除未曾參加之受訪者，受刑人的缺席情形均較受處分人嚴重。

再與觀護人和社會機構的互動方面，受處分人與上述機構的互動程度，遠較受刑人為佳；且在將來離開緩起訴戒癮/監獄系統後所需要的協助，受刑人也顯著地表達出較高的需求程度。

表 6-2-52　受處分人與受刑人處遇經驗與需求之差異分析彙整表

面向	次面向	顯著性與分析
用藥態度	毒品施用合理化	受刑人>受處分人
	毒品戒治醫療化	受刑人>受處分人
	毒品戒治監禁化	N.S.
工作經驗	工作穩定性	受處分人>受刑人
	更換工作頻率	N.S.
	工作時數	N.S.
	工作收入	N.S.
	預期收入	受刑人>受處分人
配偶與家人相處情形	與配偶（同居人）相處情形	N.S.
	家人相處情形	N.S.
偏差家人、朋友與偏差生活型態	父親偏差行為	受刑人>受處分人
	母親偏差行為	N.S.
	配偶偏差行為	受刑人>受處分人
	兄弟偏差行為	受刑人>受處分人
	姊妹偏差行為	N.S.
	偏差友伴	受刑人>受處分人
	偏差生活型態	受刑人>受處分人
各項處遇活動參與頻率	向觀護人報到頻率	受處分人>受刑人
	服用美沙冬頻率	受刑人>受處分人
	門診治療頻率	受處分人>受刑人

面向	次面向	顯著性與分析
	團體治療頻率	受處分人>受刑人
	個別諮商頻率	受刑人>受處分人
	家庭治療頻率	N.S.
	宗教活動頻率	受處分人>受刑人
	親職教育頻率	N.S.-
	就業輔導頻率	N.S.-
	職業訓練頻率	N.S.-
	疾病治療或取藥頻率	受刑人>受處分人
各項處遇活動缺席情況	向觀護人報到缺席	受刑人>受處分人
	美沙冬缺席	受刑人>受處分人
	門診治療缺席	受刑人>受處分人
	團體治療缺席	N.S.-
	個別諮商缺席	受刑人>受處分人
	家庭治療缺席	受刑人>受處分人
	宗教治療缺席	受刑人>受處分人
	親職教育缺席	受刑人>受處分人
	就業輔導缺席	受刑人>受處分人
	職業訓練缺席	受刑人>受處分人
	疾病治療與取藥缺席	受刑人>受處分人
與觀護人互動情況	觀護人輔導與互動程度	受處分人>受刑人
	擔心被撤銷程度	N.S.
與社會機構互動情況	社會機構專責性滿意度	受處分人>受刑人
將來需求程度	將來需求程度	受刑人>受處分人
專業人員協助程度	朋友、司法人員、醫療人員、輔導人員	受處分人>受刑人
處遇制度效能	緩起訴戒癮治療、緩刑戒癮治療、觀察勒戒、強制戒治、民間機構戒癮治療	受處分人>受刑人
配套措施看法	緩起訴時間不夠、自主戒癮計畫、戒治費用影響戒治完成、設置中途之家、改變居住環境	受刑人>受處分人

註：“N.S.”未達顯著度。

最後，在處遇制度的效能看法，受處分人對於緩起訴戒癮治療、緩刑戒癮治療、觀察勒戒、強制戒治與民間機構戒癮治療的效果，顯

著地高於受刑人。受訪者中，有 28%認為緩起訴附命戒癮治療之主要原因就是戒毒，且將近一半（48.4%）之受訪者認為最有效的戒毒方式就是緩起訴附命戒癮治療，且受刑人與受處分人的意見相同，未達顯著水準（X^2=1.41, p>.05）。而對於配套措施的看法上，受刑人在緩起訴時間不夠，自主戒癮計畫、戒治費用影響戒治完成、設立中途之家以及改變居住環境的同意程度，顯著高於受處分人，顯見受刑人在附命戒癮期間對於當前上述配套措施的不完善，表達出強烈的認同程度，值得政府相關部門思考。因此，從上述分析得知，本研究根據圖 3-1-1 所提之三點假設，其中第 1 點假設（不同特性之戒癮者在緩起訴附命戒癮成效存有顯著差異）以及第 2 點假設（不同戒癮策略因素在緩起訴附命戒癮成效存有顯著差異），已獲得支持[12]。

第三節　緩起訴附命戒癮治療資源配置與整合狀況分析

一、緩護療整體運作成效分析

有關治療者對整體緩護療成效，主要內容在探討目前執行緩起訴附命戒癮治療處遇成效、延緩復發情形、成本效益，茲分述如下：

（一）緩起訴附命戒癮治療處遇具有較多正向成效

緩起訴附命戒癮治療處遇可協助成癮者完成戒毒、有效延緩毒癮復發，讓戒治者學習如何戒癮，進而復歸自我、有正常工作、重新回歸家庭及社會，亦可使用藥者獲得妥適之治療繼續維持其正常生活。目前緩起訴治療之成功率約八成左右，治療期間內對個案有正向影響，但完成療程後之效果無從追蹤。

有完成戒毒，但自己心態也很重要。(B2-6-2)

[12] 有關本假設第 3 點，戒癮者因素及策略因素對緩起訴附命戒癮成效有顯著影響存在部分，本研究利用二元邏輯式迴歸模式(binary logistic regression model)進行驗證，結果發現，進入方式的樣本數過少（例如有些變項，像是課程參與、有無配偶以及配偶相處情形、需求經驗以及需求程度，不是所有受訪者均曾有經驗，進而可以提供意見），導致無法形成預測方程式（亦即尋找顯著影響的因子）。

我認為透過緩起訴戒癮治療處遇，復歸社會或延緩復發，是有很好的效果(B4-6-3)

完成幾乎是八成以上，最高可以到八成五。(A3-6-6)

戒治成功率約為 75％～80％。(A4-6-1)

案主認為在那裡可以吸收一些成功戒毒者的經驗分享。緩起訴給予施用者立即改變生活的機會，以配合觀護人的指令，維持緩起訴的進行，而這部分是監禁無法達成的，因此對於緩起訴是否有利於復歸社會部分，案主採取肯定的態度。（B1-6-1）

與家庭互動回復良好，存款開始增加，有回復到用藥前的自己。(B2-6-3)

基本上第一個成效就是說，讓他能夠保留在生活中去生活，第二個的成效是緩起訴就是讓你有復發情境的訓練，但缺了密集度的訓練。(A5-5-1)

感覺是有被攙扶、有被鼓勵，有正向影響。(B2-6-1)

如果說未來有機會去做緩起訴，還會想繼續。(B3-13-1)

個管師認為在療程期間內對個案有正向影響，但完成療程後(即結案)，後續效果及發展如何則不清楚。(A6-6-1)

受戒癮治療我認為可以有效地舒緩毒癮。(B4-6-1)

因為我看到這個療程對很多人的幫忙。(A3-11-3)

基本上，我認為緩起訴附命戒癮治療是值得肯定的，因為社區治療較不會影響個案的生活現況，此外團體治療提供個案有機會去思考毒品在個人生命中的位置、或對自己生活所造成的影響。許多個案對於團體課程的回饋就是，現在開始會三思而後行或者考慮投資報酬率。(A4-14-1)

（二）緩起訴附命戒癮治療處遇仍有部份負向成效

緩起訴附命戒癮治療處遇可能有依用藥者施用毒品之級別而有差別，其成本效益不高之現象。另對於用藥者而言，使用戒癮治療並無產生任何特別感覺或反應，有輕微之戒斷症狀，認為戒癮成敗依舊需要靠自己，亦有部分之用藥者認為戒癮治療為避免監禁之保護傘而非

真心想治療，有復發之可能性。

藉由緩起訴治療機制可戒癮成功比率約為 2 級 10%以下、1 級 0.1%以下。可結案比率約為 70-80%，但無法保證不會在用藥，近期診所有收到頗多再次緩起訴個案。(A6-6-4)；個管師評估藉由緩起訴治療機制可戒癮成功比率約為 10%以下(2 級)、0.1%以下(1 級)，成本效益不高。(A6-6-5)

她認為她並沒有成癮，只是有一個習慣，這個習慣可以不做也可以做，案主自陳她可以半個月不施用安非他命，因此她認為是否延緩復發，完全是看個人。(B1-6-1)

有戒斷症狀，生活無動力，沒力氣，食慾變很好(50 公斤升至 65 公斤)，輕微頻尿，輕微失眠。(B2-6-4)戒癮治療結束後：只有輕微頻尿，但不影響工作。(B2-6-5)

因接受戒癮治療才 3 次，第一次報到，第二次驗尿，第三次跟醫師談話，但尚無特別感受。(B3-6-1)

以前曾去過土城勒戒所約 6 個月，再加上這次緩起訴戒癮治療，對於其中帶來的助益仍沒有特殊感受，覺得自己想戒毒時，就睡覺，只要睡個一兩天就可以了。(B3-6-2)

覺得戒癮治療的醫師讓我不要再去用，但也是要靠自己，還沒有想到要離開吸毒的朋友，但離開應該沒有接觸就可以了。(B3-13-2)

但是有這種緩起訴的附命治療之後，他們似乎學會這是一種保護傘的概念。(A5-2-8)

個管師認為個案大多為被動配合，參與治療只為換取沒有前科紀錄，大約只有 20%對於機制有正向回饋。(A6-6-2)

個管師有觀察到大多數個案在療程執行期間內，仍有服藥，來診所時與其他個案進行交流，以暗號溝通。故對於復發可能性有提高的可能。(A6-6-3)

二、緩護療相關人員執行成效分析

本研究針對各類緩護療人員主觀效果評估，包括：醫師的診斷與

治療品質、心理師輔導品質如何、社工師輔導品質、個管師及觀護人監控狀況、毒品危害中心所提供的服務狀況、勞動部勞動力發展署的就業服務狀況、社會局的安置服務狀況，茲分述如下：

（一）醫師具有診斷與治療功能

以醫師之治療品質而言，部分醫師認為毒品個案較難處理，其診斷與治療品質與個案的合作程度、外在環境有關，降低其醫治之意願，且個別醫師服務差異性大，對個案未必能有正面的助益。醫師於診斷方面，依檢驗報告結果決定給藥用量或心理治療方式，亦有醫師採鼓勵方式，惟戒癮者認為醫師的診斷與治療品質普通。值得注意的是，臺北市之醫師戒治模式因運作許久，診斷與治療品質很好，似乎可成為其他縣市學習借鏡之楷模。

個別醫師服務差異性大，對個案未必能有正面的助益。（A1-10-1）

另有個案自陳，實際上覺得門診就是花錢然後得不到甚麼效益，印象中門診就是看一下醫生，然後開單、繳費、驗尿、走人。一次 1,140 元，其實很花錢但好像沒有甚麼效果，醫生開的藥也沒會吃，就算吃了應該也是沒幫助。（B1-12-1）

我覺得醫師的診斷和治療品質都還好啦，但是只有大醫院才有戒癮治療，偏遠地區就不方便。(B4-12-1)

醫療品質的部分，精神科醫生曾坦言，因毒品個案相較於精神病患是較難處理的一群，部分不喜歡處理毒品個案。（A2-10-1）

我認為醫師的診斷跟治療品質看狀況，但是以臺北市我覺得很好，因為我們做很久了。(A3-10-1)

醫師的診斷與治療品質和病人的合作程度有關。(A4-10-1)

大多成功因素是在個案本身，是否工作穩定、家屬關注、離開用毒情境等，這些無法外在創造的情境，當具備這條件的個案，再加上醫療戒治的介入，才能創造好的結果，但符合這些因素的個案不到二成。(A5-10-3)

當詢問個案會不會改變時，他們的認知是「我要改就改」，而非「我生病了我要看醫生」。(A5-10-5)

醫師依檢驗報告結果決定給藥用量或心理治療方式。(A6-10-1)

每次治療都會碰到醫生，醫生多為鼓勵，勉勵繼續保持。(B2-12-1)

在接受治療期間會減少毒品的使用，上課的部分因為才去一兩次而已，所以不知道。(B3-12-1)

（二）心理師具備個別及團體治療功能

關於心理師之治療品質而言，有認為心理師對毒癮戒治多較陌生，處遇效能待驗證，且因藥物成癮疾病較為複雜，由專業精神科醫師看診較為妥適。但心理師可做團體治療，此部分之治療品質應為不錯。部分戒癮者認為心理師輔導品質普通。

心理師對毒癮戒治多較陌生，處遇效能待驗證。（A1-10-1）

心理師差異很大，對成癮疾病了解差異非常大(A3-10-2)初診由他們來評估對心理師和病人都是不安全的，這些東西還是醫療人員來做比較安全(A3-10-3)。成癮是一個就算藥物介入也很具挑戰的疾病，他的治療難度很高，連精神科醫師沒有接受過成癮訓練他們都不敢看。(A3-10-4)

心理師也是做團體治療，效果應該不錯。(A4-10-2)

大多為帶團體治療，目前八里療養院總共為 7 位左右，團體課程主題為固定。(A6-10-2)

由社工師與心理師自行協調各自帶團輔…但社工師及心理師可依團體需求自行調整。(A6-10-4)

(心理師)上課狀況普普。另有電話家訪。(B2-12-2)

（三）社工師能協助成癮者連結社區戒治資源

社工師可以從事團體治療，輔導品質不錯，可協助成癮者連結社區戒治資源，關心戒癮者有關生活及戒治之狀況。惟戒癮者認為社工

師診療品質普通。

社工師可以協助，我很常跟社工師合作，因為這些很多就是要跟社會資源連結。(A3-10-5)

社工師也是做團體治療，輔導品質我認為還不錯。(A4-10-3)

與心理師工作內容差不多，也是帶團體治療，討論方向可能不同，但若個案若有需社會資源，可照會社工師協助。(A6-10-3)

由社工師與心理師自行協調各自帶團輔…但社工師及心理師可依團體需求自行調整。(A6-10-4)

有一個單位的來電，她忘記來自何處，打電話者確實很關心她的狀況、聊及戒癮治療與觀護人的狀況等，聊滿久的，因此案主對其印象很深刻。（B1-12-1）

上課狀況普普。另有電話家訪。(B2-12-3)

（四）個管師協助相關戒治人員追蹤個案進度

個管師之監控品質不錯，可協助相關戒治人員追蹤個案進度，從事戒治行政工作，協助監管戒癮者之狀況，對個案有正面之影響。

個管師只有做行政流程，譬如說發公文跟地檢署，電話追蹤病人等等，我們個案管理師比較像是處理行政部分的事情(A3-10-7)個管師我們醫院只有一個，我是覺得狀況還不錯。(A3-10-6)

個管師主要是監控狀況，會追蹤、記錄上課出席、缺課狀況。(A4-10-4)

平常若互動較好，個案回診時若有關心或攀談，對於個案有正向影響，但是依個案個性或個管師做法情況而有所不同。(A6-10-6)

每次治療前都會來電提醒，對於個案來院動力有支持與幫助。(B2-12-4)

至於個管師(護理師)很關心，會打電話來追蹤。(B4-12-3)

（五）觀護人能協助個案進行戒治，具備監控功能

就觀護人監控之狀況而言，觀護人具備監控功能存在，戒癮者與觀護人的互動還不錯，觀護人會協助個案進行戒治，關心個案生活狀況。

自陳觀護人會和她聊天、掌握她的生活與動態，會給個案指令，個案認為就配合觀護人就好了，所以個案認為其實觀護人是關心她的，只要和觀護人實話實說，其實觀護人還滿幫她忙的。（B1-12-1）

觀護人只要安排時間，都會積極配合，監控程度嚴格。(B2-12-5)

每個月去警察局報到，法官叫我每個月去醫院驗尿接受治療，只有一張紙讓我們按表操課去治療，全部集滿就對了。(B3-12-4)

（六）毒品危害中心社工人員較偏重行政工作，因無強制力，監控能力弱，所發揮功能有限

毒防危害中心提供的服務目前還在整合中，其內部的社工人員，業務較為偏重行政工作，和地檢署連結較少，無強制力故監控能力也較弱，所發揮功能有限，但毒防中心各組之工作、社會資源配套均有運行。

毒防中心及內部的社工人員，業務偏重在行政工作，和地檢署連結不多，監控力較弱，所發揮功能有限。（A1-10-1）

其實目前毒防中心之各組之工作，如就業、追輔等工作都有在進行，以就業來說，目前轉介就業服務中心，均會協助就業，但癥結點還是個案的動機。毒防中心個管師亦進行電話或家訪追輔工作，因對個案無強制力，個案接受度較低，甚有覺得是打擾。（A2-10-1）

有與個案聯繫，也有家訪。(B2-12-6)

毒品危害防制中心提供的服務目前還在整合中。(A3-10-9)

（七）勞動部勞動力發展署會轉介就業，但因個案本身工作態度及能力限制，提供之就業機會較少，轉介就業效果不彰

勞動部勞動力發展署對需要就業輔導的個案皆會轉介，但因個案本身工作態度及能力限制，提供之就業機會較少故效果不彰，常不如預期。

> 勞動部勞動力發展署對需要就業輔導的個案皆會轉介，然因個案本身工作態度及能力限制，效果常不如預期。（A1-10-10~12）以前勒戒完，有協助找工作的，但我比較不喜歡工作，喜歡待在家裡睡覺，也沒有想過去學東西。(B3-12-5)
>
> 就業服務，我去找過，他們很熱心去幫我找工作，有幫助啦。(B4-12-6)
>
> 以前與衛生局還有合作時，還有派人駐點在診所，提供個案詢問有關就業資訊。個管師會詢問個案就業情形，也可介紹輔導就業機構給個案。但目前效果不彰，因提供工作機會薪水太低，目前也撤離了。(A6-10-9)

（八）社會局能提供戒癮者特定補助、協助戒癮者安置，但真正需要社會局安置的個案非常少

社會局能提供戒癮者特定補助、協助戒癮者安置，但真正需要社會局安置的個案非常少，且居無定所的人，地檢署也傾向不給緩起訴機會，主要之缺點為能安置的機構卻有限。

> 真正需要社會局安置的個案非常少，且居無定所的人，地檢署也傾向不給緩起訴機會。（A1-10-13）
>
> 至於社會局的安置服務狀況，就是目前我們連絡連絡社會局要安置就可以，問題是他們沒有地方去…所以社會局很負責，問題是出在台灣沒有適合這群患者的機構，這個是我自己很大的困擾。(A3-10-11)。
>
> 目前家中因為姐姐的小孩未婚生子，是兒少(未滿 18)的單親家庭，所以有領一些補助金。(B3-12-6)

三、緩起訴附命戒癮治療能量分析

（一）戒癮機構足夠但治療成癮醫療、社工、觀護人力缺乏治療成癮疾患之醫療程序訓練及專業醫療人力缺乏，亦有考量人身安全之問題

目前醫療院所戒癮機構應為足夠，足夠協助緩起訴戒癮者完成治療。臺北市之戒癮機構有昆明院區和松德院區；新北市板橋地檢署之處遇機構還算足夠應付戒癮者之案量；高雄市之處遇機構有長庚、高醫、慈惠和凱旋醫院四間經衛福部認證之單位。惟醫院和地檢署簽約不穩定或簽約期太短，未提供人事費，醫院多運用原有人力匆忙完成戒癮治療則為其不足之處。

> 一級是昆明院區，二級是松德，然後一、二級都加了中華民國成癮戒毒協會，另外還在與臺安醫院洽談。（A1-8-1）
>
> 板橋地檢署轄下有 2 家醫院。以我服務的地區為例，板橋地檢署轄下的藥物治療、心理治療與社會復歸治療機構主要有：八里療養院、新北聯醫(板橋及三重院區)2 家醫院(A4-8-1) (A6-8-1)。以目前人力來說，因現職人員年資較久，流程嫻熟，故還勉強足夠協助緩起訴戒癮者完成治療，但已算是負荷過量。(A6-8-3)
>
> 本院(八里療養院)的戒癮業務都可以配合板橋地檢署及士林地檢署的作業，足夠協助緩起訴戒癮者完成治療(A4-8-2)。處遇機構光是台北市就是松德跟昆明嘛...我所轄的地檢署，目前足夠。(A3-8-1)
>
> 有長庚、高醫、慈惠和凱旋醫院四間，無個人的治療所或機制。(A5-7-1)
>
> 因為一個醫院會聘自己的專任去做這件事，但是缺點是和地檢署的約是不穩定的，因此多運用原有人力匆忙的完成很多事，這個方案的問題未提供人事費，且簽約期太短的問題，無法預估總營收與成本，無法做人力資源的長期規劃。(A5-7-3)
>
> 個案若與個管師發生爭執，個管師易受到個案威脅。

(A6-11-4)

但是我認為台灣最大的困難就是說我們要訓練足夠的 medical step (A3-11-4)。所以醫療人員的訓練(很重要)。(A3-11-5)

（二）醫療院所、榮觀、就業服務中心、毒防中心及相關民間單位亦是重要的戒癮配合單位，協助戒癮者復歸社會、完成戒癮。

以臺中為例，共有八家醫療院所配合，他們均提供一致之門診與團療頻率，而地檢署另聘兩位心理師進行個別諮商，與毒防中心、就業服務中心與榮觀等資源結合，協助個案完成緩起訴。（A2-8-1）

個案被緩起訴時，毒防的觀訪員就會去跟他說，你有沒有工作，我們可以幫你轉介工作，這個時候就是轉型工作的部分。(A5-7-2)

永和晨曦會(但只提供自願戒毒者)。(A6-8-2)

（三）醫療品質並不穩定，也缺乏有經驗的心理師制度性介入，其他戒癮團體參與亦不多。

有些個案會抱怨醫院只是驗尿，其他協助不大，但也有很熱心的醫師。（A1-2-2）

目前心理師或其他戒癮團體參與不多，若要接緩起訴戒癮業務，應該要拿出實證成效，才可能把個案交給他們。（A1-2-5）

（四）因目前戒治資源足夠，承辦人的主動性扮演要角，與醫療機構合作時，承辦人之觀念，可決定戒癮者治療之成效。

以臺中地檢署為例，因有臺中地檢署委託醫院執行一級毒品與二級毒品戒癮治療計畫書為依據，及每年召開醫療院所協調會議，討論執行之相關問題，經過 8 年之磨合，有一定配合機制，個案未服藥、未回診或參與團療，觀護人能於當日或隔日即知道並做後續督促之作為（通知抽驗尿液、回診或告誡等），對個案之醫療亦有督促之效果。（A2-8-1）

在宜蘭，因初期合作未有完整規劃，致後續調整困難，且承辦人認醫療專業非主管機關不宜涉入等問題，溝通及連結密度較不緊密之情形，故相關承辦人員之態度很重要。（A2-8-1）

四、緩護療資源整合(合作運作)狀況分析

（一）各機關本身運作良好，但缺少與社會復歸資源之連結，且機關間彼此聯繫溝通不足，緩護療轉介流程亟待標準化

檢視目前緩起訴附命戒癮治療運作狀況發現，各機關本身運作良好，但機關間彼此聯繫溝通不足，衛生局毒防中心會請其協助尋找列管個案，毒防中心個管師若能與地檢署密切合作，應能大幅提升其角色功能；地檢署與醫院連結較多，但有不足，與毒防中心連結則較弱；觀護人要以專股與人員共識，才是制度成功關鍵等，顯見，目前從事戒治相關人員機關間彼此聯繫溝通不足。

檢察官、觀護人、醫院資訊整合、聯繫不良。(A6-11-2)

跟社會資源的連結，幫助這些人回歸社會就是你的社會復歸機構，台灣幾乎是零。(A3-11-5)

我覺得以醫療機構來講合作沒有問題，醫療機構本身，因為我們都是學同一套理論，都有基本的認識…(A3-9-1)。各治療機構獨立作業。各家醫院進行戒癮方案，原則上各家治療機構都是獨立作業，沒有合作和轉介問題，也無資源整合問題。(A4-9-1)

衛生局毒防中心原為主要聯繫窗口，自前年開始已不參與業務，但會請協助尋找列管個案。衛生局毒防中心也有個管師，但只辦理出所後的追蹤，與八里療養院個管師功能不相同。(A6-2-6)

我覺得社會復歸機構，台灣幾乎是零啊(A3-9-2)簡單地說，就是我覺得 aftercare、subacute care 缺乏，還有就是說社會復歸這部分，我覺得整個台灣非常缺乏。(A3-9-5)

北檢主要跟松德互動較佳，昆明院區因案子較少，所以

互動較少，此外與戒毒協會的合作較強，和毒防中心的聯繫較弱。（A1-9-1）

其實處遇資源合作與整合之運作良莠，其實與承辦觀護人有關，如果承辦觀護人願意負起責任，盯著這些醫療院所，則這些醫療院所或合作系統則會運作的良好。觀護人要以專股，這樣觀念與作法才會一致，醫療院所配合才會高。（A2-8-1）

毒防中心對於緩起訴個案的輔導與協助，因個案無法律上之拘束力，效果往往不彰。（A1-2-8）

若有地檢署統一窗口承辦轉介流程會較好，以前是衛生局，縣衛生局已退出，個管師現須個別跟各股聯絡，個案若有狀況，個管師可直接告知地檢署統一窗口，由同一窗口聯繫，且要熟悉行政流程，以便個管師諮詢，若地檢署有類似窗口會有較好行政效率。又或者將此程序合併進整合系統平台也可以。(A6-9-3)

（二）機關間對戒癮治療者狀況之資訊通透度不足，亟需建立資訊整合平台，強化各機關間溝通連結

緩護療執行者對資訊的瞭解狀況影響治療的品質與執行者對個案的監控程度，目前緩護療各機關間對戒癮治療者狀況之資訊通透度不足，亟需建立資訊整合平台，以強化各機關間溝通連結，同時也增加執行者對個案的監控程度。

整合系統，除了原有替代療法系統，再加入電話追蹤、回診紀錄，且開放權限給觀護人等相關單位同步查閱追蹤，個管師就不用再為每一個案做額外統整紀錄或花時間打電話聯繫，可減少與觀護人來回聯繫時間，觀護人也可同步查閱個案情形，提高個管師與觀護人討論執行情況與追蹤個案效率。(A6-9-2)

個案的處理機構應該做勾稽，然後要回饋給單位，緩起訴期間，無論有無被驗到，或因為毒品再度被起訴，或因為有毒品紀錄然後從新進來，都要回饋給治療師或處遇人員，

才能夠知道這個個案的進展，現為被動知道，若個案長期缺席，個管會告知失聯或被撤銷，去年才開始建置全系統，只要一進來治療我們就登入，那以後如果重複名單我們就知道。(A5-3-5)

（三）民間戒癮機構素質參差不齊，影響戒癮成效

與緩護療現況作法扞格或無法配合之問題，發現部分相關協會干擾正規治療、醫院收不到治療費用、政府未對協助戒癮機構給予相關優惠及相關資源與配套措施不足等。

所謂的成癮的協會，解癮的協會，可是臨床上我們接觸到很多病人會聽信他們的話，說不需要治療什麼的，說真的正規治療都很多沒有處理好，何況是你跟他宣傳說你都不用吃藥都不用什麼，利用宗教力量怎麼樣。(A3-9-6)

戒毒者唯一的援手就是醫院，那醫院是不是也被剝削？處理了一攤，然後錢都收不到，出院不知道找誰。(A3-9-7)

國外是有說政府給那些優惠，譬如說他們可以減免一點稅金。(A3-9-9)

如果監禁有效，全世界都用了，瑞典為什麼要除罪化?可是瑞典不是只除罪化，只除罪化會完蛋，要有很多配套。舉例，你要把司法系統的資源用來醫療。(A3-9-10)

（四）緩護療前或期間再犯案，個案會因等待判決結果，無法安心進行戒癮治療

因為另案發生至撤銷緩起訴之命令等待時間較長，期間無法告知個案是否要持續治療等問題，治療期間應減少治療空窗期。

另案發生至撤緩命令出來至少都半年，期間無法告知個案是否要持續療程。(A6-11-3)

（五）戒癮治療未因應個案毒癮狀況及需求而變化，應採漸層化，由嚴格而寬鬆

戒癮治療應採漸層化，由嚴格而寬鬆，如從密集治療的戒毒村到

自由前往的門診治療。

> 檢察官可與醫療單位協調，從醫療單位治療的觀點來看戒治的次數，應該從密集到追蹤，如果緩起訴附命是一年，那我的建議是密集 8 週，接下來再改為每個月一次，目標就是整個醫療完全涵蓋你的緩起訴附命一年，也符合治療的標準說法，一年為一個單位。(A5-8-2)
>
> 比方說密集的戒毒村，由密集的訓練再漸進式、緩和的給個案自由，看出成效再放到門診治療。(A5-8-3)

（六）應宣導緩護療醫療戒治的必要性及功能有限性

民眾及相關執法人員對緩護療醫療戒治相關知識認知仍普遍不足，應多宣導「藥癮是一種疾病，是需要做治療的」，且也應宣導醫療戒治的有限性，讓社會大眾知道醫療的極限在哪裡。

> 多宣導「藥癮是一種疾病，是需要做治療的」的觀念(A5-8-4)宣導醫療戒治的有限性，讓社會大眾知道醫療的極限在哪裡。(A5-8-5)

五、提升緩護療成效之具體作法

受訪者對當前緩起訴附命戒癮治療處遇需要修法或政策及其他相關配套措施調整之建議，如應發展符合不同個案需求的多元處遇方案，減少監禁式處遇，擴大緩起訴運用並搭配勞動役。另外引進毒品法庭之運作模式、設立毒品專股並傳承經驗，調整傳統刑事訴訟程序處理毒品施用者處遇制度，以建立緩起訴戒癮治療示範模式供其他機構學習成效良好執行單位之運作方式，亦針對毒品戒癮治療制度之運作仍須持續進行。其他行政資源、經費、醫療人員之挹注以及相關戒癮治療資源之連結。政策建議則為認為司法政策太寬容，給太多次機會，應規範告誡單開立次數，建立緩衝與寬容機制及強化宣導有藥癮者需要醫療協助之概念。

> 有沒有可能採監護、緩刑附戒癮治療、刑前保安處分、刑後保安處分、免除刑之執行的保安處分，甚至社區型的保

安處分可以提升到短期的、隔離式的住院治療，可採類似精神衛生法之作法，由醫師評估後進行，或由法官下令，也就是在一個基本型態下，加上可彈性調整的套餐。（A1-13-1）

因此是類案件的重點應該著重在如何使個案獲得合於其狀況之處遇，這方面需要法規依據賦予較多的彈性。可參考毒品法庭發展動態運作模式，即時、快速的針對個案狀況調整其處遇內容。（A1-13-1）

建議輔導心理師提升對毒品施用者處遇之能力，另亦需鼓勵更多的民間戒癮團體加入，惟需考量實證上的成效，之後可以思考使原先監獄裏的人轉向至社區處遇。（A1-14-1）

支持擴大緩起訴。(A3-11-1)

我認為當前緩起訴附命戒癮治療處遇，如果搭配勞動役，可能會比較有效。(A4-13-1)

我認為緩起訴命令機關的地檢署，對於吸毒者應多給予緩起訴戒癮治療的機會。(B4-13-1)

其實可參考「臺中地方檢察署觀護人室辦理毒品戒癮治療緩護療與緩護命案件要點」及減害小組之執行作法，訂定各地檢署實施之標準，這樣才會漸有一致之觀念及執行流程。（A2-13-1）推薦臺中地檢署專股模式。（A2-11-1）

提升緩起訴附命戒癮治療，我覺得最重要的就是行政跟醫療的人力一定要進來，包含其他縣市的醫療人員的訓練護理人員的訓練，還有行政資源。(A3-13-2)

主要是編經費給勞動役者，使其無後顧之憂。(A4-13-2)

此外我建議緩起訴附命戒癮治療，也可以和戒毒村合作戒毒，這樣可以有更多元的管道可以進行戒毒工作。(A4-14-1)

配套措施要加強落實。(A5-12-2)

建議整合醫療、觀護人、檢察官各單位資訊系統，提升資訊透明度；提升執行緩護療醫療人員之強制力及約束力。(A6-14-1)

目前只在大城市才有戒癮治療執行機關，偏遠地方都沒

有，會很不方便。(B4-13-3)

戒毒議題已久，仍需革命，因為國家趨勢，未來還是要發展。(A5-10-6)

繼續推動緩護療制度，但緩護療機會要由用藥人自己爭取才會珍惜(B2-13-2)檢閱所有檢察署跟醫療單位的合約模式，推動示範模式。(A5-12-1)

鼓勵醫院多做一些宣傳，然後讓大家感受到醫療戒治的清新畫面，例如有人現身說法，並說醫院戒治很好，令人有鼓舞的效果。(A5-13-1)

有覺得司法太寬容，給太多次機會。但降低開告誡單的門檻可能有用，但開告誡單的門檻無法令上規定。(A6-13-1)

就是藥物法庭(A3-13-1)。假設真的要推藥物法庭的話，才有辦法推分流，比較輕的就是驗尿結束，比較重的強制住院等等的，所以我覺得未來的資源可能要灑在這裡。(A3-13-2)

如同前述，就是制度和人。我覺得包括司法機關或醫院治療有沒有一致性的制度，這些都會影響緩起訴附命戒癮治療之運作。所以，制度的建立以及人員的觀念很重要。（A2-11-1）然而，要用什麼樣的觀念帶這群專股人員，師徒制的傳承學習就很重要。（A2-11-1）

第四節　緩起訴附命戒癮治療成效評估

為瞭解我國緩起訴附命戒癮治療成效，本研究透過問卷調查方式，探討緩起訴附命戒癮治療成效以及機構處遇經驗與需求。我國緩起訴附命戒癮治療執行流程主要為：檢察官緩起訴處分、醫療機構執行戒癮治療、觀護人執行觀護、毒品危害防制中心輔導或轉介，相關人員包括檢察官、醫師、個管師、心理師、社工師、觀護人及毒品施用者，茲就當事人及專家評估發現分述如下：

一、當事人自我評估

本研究設計 5 個題目檢視受訪者對於毒品施用程度的自我評估，包含：1.對我來說吸毒並不是件嚴重的事，沒什麼大不了；2.戒掉毒品太困難了，頂多自己控制少用一些，不可能戒除；3.使用毒品有一定的好處，像是可以讓我忘掉煩惱的事情 3.使用毒品有一定的好處，像是可以讓我忘掉煩惱的事情；4.我能自己控制毒品使用，所以沒有戒不戒毒的問；5.到目前為止，使用毒品對我的生活並沒有造成負面影響。透過次數分配統計，表 6-4-1 顯示，受訪者對於毒品合理化之自我評估，其實存在著不太同意或非常不同意的看法，例如，大部分的受訪者對於吸毒不是件嚴重的事、毒品可以讓人忘記煩惱、自己可以控制毒品使用以及使用毒品並沒有對於生活造成負面影響的問題，採取不太同意或非常不同意的看法。足見受訪者認為，要合理化吸食毒品行為，認為不是很嚴重，可以控制，可以忘記煩惱，並不會造成生活負面影響，恐難以達成。

表 6-4-1　當事人對於施用毒品行為合理化之自我評估

題次	題目	非常同意或還算同意（%）	不太同意或非常不同意（%）
1	對我來說吸毒並不是件嚴重的事，沒什麼大不了	21.8	77.9
2	戒掉毒品太困難了，頂多自己控制少用一些，不可能戒除	14.0	85.7
3	使用毒品有一定的好處，像是可以讓我忘掉煩惱的事情	31.0	68.3
4	我能自己控制毒品使用，所以沒有戒不戒毒的問題	32.2	66.5
5	到目前為止，使用毒品對我的生活並沒有造成負面影響	15.0	83.8

本研究設計 3 個題目詢問受試者有關毒品戒治醫療化的自我評估：1.我認為吸食毒品是個人行為，國家不應該動用刑罰制裁；2.我認為吸食毒品不應該被監禁；3.我認為吸食毒品是一種疾病，應該以治療手段取代監禁措施。表 6-4-2 顯示，有一半的受訪者認為國家不

應該動用刑罰制裁毒品戒治行為，但仍有一半的受訪者支持當前的刑罰制裁政策，其中大部分的支持者為受刑人（73.2％，χ^2=88.76,p<.001），值得關注。接近 58％的受訪者對於吸食毒品不應該被監禁，採取還算同意或非常同意的態度，高達近 82％的受訪者認為吸食毒品是一種疾病，應該以治療手段取代監禁。因此，從受訪者對於毒品戒治醫療化的自我評估可知，大多數的受訪者仍然支持施用毒品是一種疾病，應該以治療方式取代監禁，至於是否應該動用刑罰制裁，則呈現受處分人與受刑人兩極不同的看法，受刑人比較支持動用刑罰制裁，但受處分人則比較支持不該動用刑罰制裁。

表 6-4-2　當事人對於毒品戒治醫療化之自我評估

題次	題目	非常同意或還算同意（％）	不太同意或非常不同意（％）
1	1.我認為吸食毒品是個人行為，國家不應該動用刑罰制裁	49.6	49.9
2	2.我認為吸食毒品不應該被監禁	57.7	42.1
3	3.我認為吸食毒品是一種疾病，應該以治療手段取代監禁措施	81.8	18.1

最後，本研究設計 2 個題目詢問受試者有關毒品戒治監禁化的自評估：1.我認為將吸食毒品者關起來，可以達到嚇阻其不再吸毒的目的；2. 我認為要戒除吸食毒品，監獄監禁還是比醫療治療有效。表 6-4-3 顯示，有 75％的受訪者不同意或非常不同意將吸食毒品者關起來戒治；另有 78％的受訪者不同意或非常不同意監獄監禁比醫療治療來得有效。換言之，受訪者仍是認為監獄監禁對於毒品戒治而言，不是比較妥適的作法。

表 6-4-3　當事人對於毒品戒治監禁化之自我評估

題次	題目	非常同意或還算同意（％）	不太同意或非常不同意（％）

1	我認為將吸食毒品者關起來，可以達到嚇阻其不再吸毒的目的	25.0	75.0
2	我認為要戒除吸食毒品，監獄監禁還是比醫療治療有效	21.5	78.0

綜合上述毒品犯的自我評估，在毒品施用合理化方面，大多是的受訪者已經不再一昧的合理化自己的吸毒或施用毒品之行為，不再認為吸毒行為不是很嚴重、可以控制少用些、可以忘記煩惱、沒有戒不掉的問題以及並不會造成生活負面影響。換言之，吸毒行為確實造成受訪者生活上問題以及難以戒毒的問題，因此，不再完全合理化吸食毒品之行為。基此，有將近一半的受訪者同意國家透過刑罰制裁的方式，對於吸毒者進行戒治行為，而戒治的方式，認為應該透過醫療方式而非監禁的方式進行之。大部分的受訪者認為監禁不會達成嚇阻的效果，比醫療治療來得沒有成效。基本上，這樣的自我評估，仍是符合當前我國對於毒品的刑事政策：透過刑事制裁的方式干預國民的吸毒行為，但干預的手段或方法，仍主張醫療應優先司法、社區處遇應重於機構性處遇。

二、政策效果評估

本研究有關緩起訴附命戒癮治療之政策效果評估，主要包括二個面向：（一）對治療者之戒癮成效；（二）對司法體系之成效。

表 6-4-4 為受訪專家對治療者之戒癮成效同意程度的分佈，其中以「協助成癮者延緩毒癮復發的效果」共識程度最高(84.42%)，其他依序為「使成癮者獲得妥適之戒癮治療效果」、「讓成癮者維繫良好家庭關係的效果」、「協助成癮者舒緩毒癮發作的效果」、「讓成癮者維持穩定工作的效果」、「協助成癮者學習如何戒癮的效果」、「讓成癮者維持正常社交生活的效果」、「緩護療之刑罰壓力使成癮者更加正視毒癮問題」、「協助成癮者戒除毒癮的效果」、「緩護療的實施成效會因施用毒品級別而有不同」，其平均數均為 3 分以上；另外「緩護療是成癮者的保護傘，他並非真心想治療」、「緩護療完成療程後之成效無從追蹤」則未達共識標準(70%以下)，且其平均數亦均未

達 3 分。有關緩護療之其他正面效果如下：

1.緩護療對於動機強之個案有良好的治療效果，對於動機低或改變與準備階段較前期(甚至是假意戒癮)的個案有減害效果。

2.對被告家屬而言，可以避免家庭關係的破裂，尤其親子關係可有修復的機會。

3.一級毒品施用者在服用美沙冬如搭配緩起訴的制度，較二級毒品施用者明顯有效。

4.搭配觀護人如能提供衛教及必要的輔導，則監控效果更顯著。

5.對於施用毒品之初犯者及尚未成癮者，緩護療的機制較具彈性。而對當事人之工作、生活、家庭影響較小，該等人員治療完成後，可達到轉出司法體系的效果。

緩護療之其他負面效果如下：

1.能解決醫療需求，但未能使個案重新過正常生活及職業工作，有待更多的評估，如與中途之家合作醫療社區會更有效果。

2.緩起訴的方式可協助個案接觸醫療資源，但要求自費的條件下，經濟弱勢的成癮者會遇到沒錢無法完成治療的困境，需要有相關經濟補助的配套措施。

3.有些一級施用者因混合施用毒品，如未適時的處理，恐會導致成癮更嚴重或健康惡化。

4.若團體中有一、二位無戒癮動機者，會影響其他成員的改變意願。

5.使用毒品期間的長短，對團體治療有不同的成效。

6.易接觸到其他毒品施用者，使成癮者有群聚之機會，彼此間易流通毒品資訊，造成相互利誘。

7.管制期間再犯率較低，但”期滿”是另一個高危險期，且許多人都認為期滿日等於治療終止日，不僅是個案，連同司法單位

都需再加強教育，方能接受戒癮治療係屬長期、慢性的療程。

8.緩起訴處分戒癮治療原係為鴉片類毒癮者之維持療法所規劃，故對二級毒品、如安非他命、或目前各種新興毒品，若納入通用，勢必遭遇瓶頸及困難。

綜合上述，在政策上，多數受訪專家認為緩護療對治療者具戒癮成效，包括：緩護療制度能協助成癮者延緩毒癮復發、能使成癮者獲得妥適之戒癮治療、能讓成癮者維繫良好家庭關係、能協助成癮者舒緩毒癮發作、能讓成癮者維持穩定工作、能協助成癮者學習如何戒癮、能讓成癮者維持正常社交生活、能協助成癮者戒除毒癮。

再者，表 6-4-4 為受訪專家就緩護療制度對司法體系之成效同意程度，其中以「緩護療制度使醫療資源介入成癮者之戒治處遇」共識程度最高(88.15%)，其次為「行政部門決策者支持緩護療制度」共識程度(81.97%)，第三為「緩護療對於監所收容壓力具有舒緩的效果」共識程度(81.01%)，共識程度均達八成以上，其他依序為「立法機關對緩護療之毒品戒治政策大多支持」、「緩護療對成癮者的經濟負擔較其他司法處遇制度還小」、「監獄擁擠問題使緩護療制度更受社會期待」、「現行執行緩護療的單位間合作狀況良好」，其平均數均為 3 分以上。有關緩護療制度對司法體系之其他正面影響如下：

1.提供有意戒癮者跳脫司法糾葛的機會。

2.使毒癮者及家屬抱有回復生活秩序的希望。

3.促進醫療、社政及法務系統的交流。

4.司法系統再精進職能知識的可能性。

5.提升社區處遇制度的重要性及受依賴性。

6.透過系統的資源分配，合理增加社區處遇制度的人力及經費。

緩護療之其他負面影響如下：

1.立法部門及社會大眾未同步理解與支持，日久將成社會衝突問題。

2.成群毒癮者流竄街頭，嚴重敗壞社會治安。

3.司法系統內部反對除罪化者，對系統產生失望、忿怒的情緒，嚴重僵化業務進展，延遲大量案件的結案速度。

4.浪費公帑，且虛耗人力及資源。

5.對個案雖不用入監服刑，但在醫療面未能有約束力，使個案們有僥倖心態去執行緩護療，更有吸毒之傾向及漏洞。

6.社會大眾無法認同癮為疾病之一種，會出現負面觀感，像是浪費醫療資源…針對社會大眾與戒癮者與專業人員皆須強化癮等於疾病之觀念。

7.對觀護人是一項增加負擔的工作，但其觀護人居間個案及醫療及相關單位是可以發揮很好的輔導及協調功能，因此如何提升觀護人投入意願及學習，並提供觀護人其他資源分擔工作量，實是值得思考的方向。

8.若對施用毒品者大量無差別給予緩起訴，恐造成社會治安不好的狀況，對於毒品施用未能嚴厲打擊，易造成毒品氾濫，新生人口增加，施用毒品者升級為販賣者等現象。

9.執行緩護療院所成為施用毒品者群聚交易毒品的地點，也因此造成該等院所依班醫療病人、家屬負面觀感。

10.如正受緩護療之毒癮者於緩處分期間另涉重大刑案如小燈泡事件，會重創司法威信。

11.一級毒品(海洛因)成癮者採美沙冬替代療法最具成效；二級毒品(安非他命)成癮者採心理輔導，成效甚少。

綜合上述，在政策上，多數受訪專家認為我國司法體系之戒癮成效均良好，包括：緩護療制度使醫療資源介入成癮者之戒治處遇、行政部門決策者支持緩護療制度、緩護療對於監所收容壓力具有舒緩的效果、立法機關大多支持緩護療政策。

表 6-4-4　受訪專家對政策效果評估之意見分佈

項 目	非常不同意 不太同意		沒有意見		還算同意 非常同意		Mean	SD	共識程度
	人數	%	人數	%	人數	%			
緩護療對治療者之戒癮成效									
具協助成癮者延緩毒癮復發的效果	1	3.2	4	12.9	25	80.6	3.90	0.61	84.42
使成癮者獲得妥適之戒癮治療效果	3	9.7	5	16.1	20	64.5	3.68	0.77	79.00
讓成癮者維繫良好家庭關係的效果	4	12.9	6	19.4	20	64.5	3.57	0.77	78.30
協助成癮者舒緩毒癮發作的效果	3	9.7	6	19.4	20	64.5	3.76	0.87	76.79
讓成癮者維持穩定工作的效果	3	9.7	3	9.7	24	77.4	3.80	0.89	76.67
協助成癮者學習如何戒癮的效果	4	12.9	5	16.1	21	67.7	3.63	0.93	74.46
讓成癮者維持正常社交生活的效果	5	16.1	3	9.7	22	71.0	3.63	0.96	73.46
緩護療之刑罰壓力使成癮者更加正視毒癮問題	4	12.9	1	3.2	26	83.9	3.97	1.11	72.02
協助成癮者戒除毒癮的效果	8	25.8	2	6.5	19	61.3	3.45	0.99	71.43
緩護療的實施成效會因施用毒品級別而有不同	6	19.4	0	0	25	80.6	4.06	1.21	70.25
緩護療是成癮者的保護傘，他並非真心想治療	21	67.7	5	16.1	5	16.1	2.48	1.00	59.91
緩護療完成療程後之成效無從追蹤	17	54.8	3	9.7	11	35.5	2.94	1.24	57.88
緩護療對司法體系之成效									

項　目	非常不同意 不太同意		沒有意見		還算同意 非常同意		Mean	SD	共識程度
	人數	%	人數	%	人數	%			
緩護療制度使醫療資源介入成癮者之戒治處遇	1	3.2	0	0	30	96.8	4.65	0.55	88.15
行政部門決策者支持緩護療制度	1	3.2	3	9.7	27	87.1	4.23	0.76	81.97
緩護療對於監所收容壓力具有舒緩的效果	1	3.2	1	3.2	29	93.5	4.48	0.85	81.01
立法機關對緩護療之毒品戒治政策大多支持	3	9.7	4	12.9	23	74.2	3.83	0.83	78.25
緩護療對成癮者的經濟負擔較其他司法處遇制度還小	8	25.8	3	9.7	20	64.5	3.48	1.00	71.42
監獄擁擠問題使緩護療制度更受社會期待	5	16.1	6	19.4	20	64.5	3.71	1.10	70.31
現行執行緩護療的單位間合作狀況良好	7	22.6	5	16.1	18	58.1	3.40	1.10	67.60

三、政策執行困境評估

本研究有關緩起訴附命戒癮治療之政策執行困境，主要包括三個面向：(一) 執行資源困境；(二) 執行能力困境；(三) 用藥者因素。

表 6-4-5 為受訪專家對政策執行困境之執行資源困境同意程度的分佈，其中以「現行醫療外之戒癮協助資源仍然不足」共識程度最高(85.98%)，其次為「毒防中心人員對於緩護療的參與程度決定於地方首長的態度」(84.97%)，共識程度達八成以上，其他依序為「目前緩護療缺乏跨系統整合之個案管理師」、「各地方就業服務中心提供緩護療個案之就業機會較少」、「現行執行緩護療的單位間缺少資訊整合平台」、「現行執行緩護療單位間缺少戒癮資源整合平台」，其平均數均為 3 分以上；另外「現行緩護療檢察官缺乏一致性個案篩選指標」、「目

前能承接社會局安置成癮者的中途機構不足」則未達共識標準(70%以下)，且「目前能承接社會局安置成癮者的中途機構不足」其平均數亦未達 3 分。其他專家開放式問卷，專家意見綜合如下：

1.緩護療政策主導機關仍應回歸由衛服部策畫，地方政府執行、毒防中心整合，檢察官應該是被整合的資源之一，不應該是主導政策者。

2.為使戒癮治療更有效，可考慮對施用毒品者家庭其他成員進行輔導、關懷、幫助，令其瞭解毒癮，方可給戒癮的家人支持，或幫忙注意通報戒癮之不正常情況，以便及早拉回，防範再犯。

3.緩護療執行程序繁瑣，增加人員負擔，也影響成效，應簡化相關程序。整體來說，所投入的單位普遍認為是多出來的業務，政策認同度不高。

4.醫院投入數量太少，不足以因應毒癮者的量，應再擴展更多醫院投入協助。

5.心理師的治療場所欠缺，常須向地檢署借場地，應由毒防中心介入協調醫院、社區中心或政府機構提供場所。

綜合上述，多數受訪專家認為緩護療在執行資源困境包括：醫療外之戒癮協助資源仍然不足、毒防中心人員對於緩護療的參與程度決定於地方首長的態度、缺乏跨系統整合之個案管理師、各地方就業服務中心提供緩護療個案之就業機會較少、單位間缺少資訊及資源整合平台。

再者，受訪專家對政策執行困境之執行能力困境同意程度的分佈，詳見表 6-4-5，其中以「毒防中心人員對緩護療對象監控力較弱」共識程度最高(75.82%)，其他依序為「毒防中心人員和緩護療相關單位連結不足」、「司法人員對毒癮戒治的認識仍有不足」，其平均數均為 3 分以上。其他專家開放式問卷，專家意見綜合如下：

1.專業人力不足是事實，但專業間的整合是另一問題。

2.緩護療的發動端在地檢署或檢察官，故有必要讓檢察官受訓培

養專業能力與對毒品的認知，尤其在究竟是否要給予緩起訴(緩起訴期間在次施用毒品、可容許多少次、有無評估方法、判斷方式)方面。檢察官若無正確認知，很難有一致的標準。

綜合上述在政策執行困境上，多數受訪專家認為緩護療在執行能力困境包括：毒防中心人員監控力較弱、毒防中心人員和緩護療相關單位連結不足及司法人員對毒癮戒治之認識稍嫌不足。

最後，受訪專家對用藥者因素同意程度的分佈，詳見表 6-4-5，其中以「因個案本身工作態度及能力限制，就業輔導效果將不如預期」共識程度最高(81.51%)，其次為「目前能符合社會局安置條件的成癮個案不多」共識程度(71.43%)，其平均數均為 3 分以上。其他專家開放式問卷，專家意見綜合如下：

1.個案在轉介至醫院尚未有觀護人時，常有一段時間的真空期，影響整體成效。

2.緩護療專業能力(人力)建議涵蓋職能治療師，以重塑生活、職能之管理、重建。

綜合上述，多數受訪專家認為用藥者本身工作態度及能力限制因素，致使就業輔導成效不如預期，且符合安置條件之個案亦較少，致使安置個案不多。

表 6-4-5　受訪專家對各單位緩護療政策執行困境評估之意見分佈

項　目	非常不同意 不太同意		沒有意見		還算同意 非常同意		Mean	SD	共識程度
	人數	%	人數	%	人數	%			
執行資源困境									
現行醫療外之戒癮協助資源仍然不足	2	6.5	0	0	29	93.5	4.45	0.62	85.98
毒防中心人員對於緩護療的參與程度決定於地方首長的態度	3	9.7	27	87.1	30	96.8	4.53	0.68	84.97

項 目	非常不同意 不太同意		沒有意見		還算同意 非常同意		Mean	SD	共識程度
	人數	%	人數	%	人數	%			
目前緩護療缺乏跨系統整合之個案管理師	3	9.7	0	0	28	90.3	4.29	0.90	78.98
各地方就業服務中心提供緩護療個案之就業機會較少	2	6.5	6	19.4	22	71.0	3.87	0.82	78.81
現行執行緩護療的單位間缺少資訊整合平台	4	12.9	4	12.9	23	74.2	4.03	1.05	74.00
現行執行緩護療單位間缺少戒癮資源整合平台	6	19.4	0	0	24	77.4	4.03	1.13	72.01
現行緩護療檢察官缺乏一致性個案篩選指標	5	16.1	4	12.9	20	64.5	3.83	1.17	69.51
目前能承接社會局安置成癮者的中途機構不足	1	3.2	3	9.7	26	83.9	2.80	1.16	58.69
執行能力困境									
毒防中心人員對緩護療對象監控力較弱	3	9.7	4	12.9	24	77.4	4.19	1.01	75.82
毒防中心人員和緩護療相關單位連結不足	5	16.1	4	12.9	22	71.0	3.87	1.06	72.71
司法人員對毒癮戒治的認識仍有不足	4	12.9	7	22.6	18	58.1	3.72	1.10	70.50
用藥者因素									
因個案本身工作態度及能力限制，就業輔導效果將不如預期	1	3.2	3	9.7	26	83.9	4.40	0.81	81.51
目前能符合社會局安置條件的成癮個案不多	4	12.9	4	12.9	21	67.7	3.90	1.11	71.43

四、撤銷率增加原因分析

本研究有關緩起訴附命戒癮治療之撤銷率增加原因分析，敘述如下：

表 6-4-6 為受訪專家對撤銷率增加原因分析同意程度的分佈，其中以「個案於緩護療期間再犯罪，會因可能遭撤緩而放棄治療，導致撤銷率增加」共識程度最高(77.75%)，其次為「個案假意戒癮，治療期間持續用藥，導致撤銷率增加」共識程度 (72.30%)，其平均數均為 3 分以上；另外「緩護療實施之觀護處分成效不高，撤銷率增加」、「目檢察官對毒癮戒治認同度低，導致撤銷率增加」、「緩護療實施之戒癮治療成效不高，撤銷率增加」、「戒癮治療期間短於緩起訴期間，故於戒癮治療完成後至緩起訴期間屆滿前，個案容易失去警覺心，導致撤銷率增加」則未達共識標準(70%以下)，且「緩護療實施之觀護處分成效不高，撤銷率增加」、「緩護療實施之戒癮治療成效不高，撤銷率增加」、「戒癮治療期間短於緩起訴期間，故於戒癮治療完成後至緩起訴期間屆滿前，個案容易失去警覺心，導致撤銷率增加」其平均數亦未達 3 分。

綜合上述，在撤銷率增加原因分析上，多數受訪專家僅認為戒癮者因緩護療期間再犯罪及假意接受治療而導致撤銷率增加，其餘題項未達共識。

表 6-4-6　受訪專家對撤銷率增加原因之意見分佈

項 目	非常不同意 不太同意		沒有意見		還算同意 非常同意		Mean	SD	共識程度
	人數	%	人數	%	人數	%			
撤銷率增加原因									
個案於緩護療期間再犯罪，會因可能遭撤緩而放棄治療，導致撤銷率增加	1	3.2	4	12.9	24	77.4	4.17	0.93	77.75
個案假意戒癮，治療期間持續用藥，導致撤銷率增加	4	12.9	2	6.5	23	74.2	4.03	1.12	72.30
緩護療實施之觀護處分成效不高，撤銷率增加	14	45.2	7	22.6	9	29.0	2.77	1.07	61.23

檢察官對毒癮戒治認同度低，導致撤銷率增加	11	35.5	5	16.1	13	41.9	3.03	1.18	61.12
緩護療實施之戒癮治療成效不高，撤銷率增加	15	48.4	5	16.1	10	32.3	2.80	1.16	58.69
戒癮治療期間短於緩起訴期間，故於戒癮治療完成後至緩起訴期間屆滿前，個案容易失去警覺心，導致撤銷率增加。	15	48.4	3	9.7	12	38.7	2.83	1.32	53.58

五、政策執行能力評估

本研究有關緩起訴附命戒癮治療之運作與執行分析，主要包括二個面向：（一）緩護療政策執行人力評估；（二）緩護療政策執行能力評估。

表 6-4-7 為受訪專家對緩護療運作與執行之緩護療政策執行人力評估同意程度的分佈，所有平均數為 3 分以下，且均未達共識標準(70%以下)，包括：「醫療機構執行緩護療的護理人員人力」、「醫療機構執行緩護療的醫生人力」、「地檢署執行緩護療的檢察官人力」、「毒防中心執行緩護療的個管師人力」、「醫療機構執行緩護療的心理師人力」、「醫療機構執行緩護療的社工人員人力」、「地檢署執行緩護療的觀護人力」。其他專家開放式問卷，亦有專家建議，緩護療專業能力(人力)建議涵蓋職能治療師，重塑生活、職能之管理、重建。

綜合上述，在緩護療運作與執行之緩護療政策執行人力評估上，多數受訪專家都認為緩護療之執行人力均不足夠，包括醫生、護理人員、檢察官、個管師、心理師、社工人員及觀護人等均不足夠。

再者，為受訪專家對緩護療運作與執行之緩護療政策執行能力評

估同意程度的分佈，僅有「醫療機構醫生診療的專業能力」共識程度(73.57%)、「醫療機構心理師執行緩護療專業能力」共識程度(70.8%)及「醫療機構護理人員執行緩護療的專業能力」獲得共識，為 70.64%，其平均數為 3 分以上；其他「醫療機構社工人員執行緩護療的專業能力」、「觀護人對於緩護療監管的專業能力」、「觀護人對於緩護療輔導的專業能力」、「毒防中心個管師執行緩護療的專業能力」、「檢察官處分緩護療的專業能力」、「民間宗教/公益團體戒癮治療的專業能力」、「觀護人轉介諮商輔導或治療的合作單位」、「就業服務中心人員輔導成癮者就業的能力」均未達共識標準(70%以下)，且僅「就業服務中心人員輔導成癮者就業的能力」其平均數亦未達 3 分。其他專家開放式問卷，專家意見綜合如下：

1.長期持續培訓個專業人才、留任制度、督導制度皆須建立。

2.許多醫療人員對毒癮者仍抱持排斥之心態，未能認知毒癮者係一種慢性病患，其他如檢察官，觀護人、社工亦如是，必須對毒癮者有正確認知，才能真心提供服務。

綜合上述，在緩護療運作與執行之緩護療政策執行能力評估上，多數受訪專家僅認同緩護療醫療機構之醫生、心理師及其護理人員具備執行緩護療專業能力，詳見表 6-4-7。

表 6-4-7　受訪專家對緩護療政策執行能力評估之意見分佈

項　目	非常不足夠 不太足夠		沒有意見		還算足夠 非常足夠		Mean	SD	共識程度
	人數	%	人數	%	人數	%			
緩護療政策執行人力評估									
醫療機構執行緩護療的護理人員人力	16	51.6	9	29.0	6	19.4	2.61	0.99	62.14
醫療機構執行緩護療的醫生人力	15	48.4	7	22.6	9	29.0	2.81	1.08	61.60
地檢署執行緩護療的檢察官人力	11	35.5	8	25.8	8	25.8	2.85	1.13	60.25

項 目	非常不足夠 不太足夠		沒有意見		還算足夠 非常足夠		Mean	SD	共識程度
	人數	%	人數	%	人數	%			
毒防中心執行緩護療的個管師人力	18	58.1	6	19.4	5	16.1	2.85	1.13	60.25
醫療機構執行緩護療的心理師人力	18	58.1	7	22.6	6	19.4	2.50	1.07	57.01
醫療機構執行緩護療的社工人員人力	17	54.8	7	22.6	6	19.4	2.31	1.04	55.04
地檢署執行緩護療的觀護人力	15	48.4	6	19.4	6	19.4	2.48	1.16	53.42
緩護療政策執行能力評估									
醫療機構醫生診療的專業能力	6	19.4	4	12.9	21	67.7	3.61	0.95	73.57
醫療機構心理師執行緩護療專業能力	7	22.6	6	19.4	18	58.1	3.39	0.99	70.80
醫療機構護理人員執行緩護療的專業能力	7	22.6	7	22.6	17	54.8	3.35	0.98	70.64
醫療機構社工人員執行緩護療的專業能力	7	22.6	6	19.4	18	58.1	3.35	1.05	68.69
觀護人對於緩護療監管的專業能力	7	22.6	5	16.1	18	58.1	3.37	1.07	68.33
觀護人對於緩護療輔導的專業能力	6	19.4	5	16.1	19	61.3	3.40	1.10	67.60
毒防中心個管師執行緩護療的專業能力	9	29.0	4	12.9	17	54.8	3.17	1.09	65.72
檢察官處分緩護療的專業能力	9	29.0	7	22.6	13	41.9	3.24	1.12	65.36
民間宗教/公益團體戒癮治療的專業能力	9	29.0	10	32.3	10	32.3	3.03	1.05	65.34

項 目	非常不足夠 不太足夠		沒有意見		還算足夠 非常足夠		Mean	SD	共識程度
	人數	%	人數	%	人數	%			
觀護人轉介諮商輔導或治療的合作單位	11	35.5	6	19.4	13	41.9	3.03	1.16	61.79
就業服務中心人員輔導成癮者就業的能力	11	35.5	9	29.0	8	25.8	2.64	1.16	56.05

六、政策建議共識度評估

本研究有關緩起訴附命戒癮治療之未來緩護療政策建議，主要包括二個面向：（一）制度層面建議；（二）執行層面建議；（三）資源層面建議。

表 6-4-8 為受訪專家對緩護療未來緩護療政策建議之制度層面建議同意程度的分佈，其中「各司法處遇模式應強化醫療戒治宣導：宣導有藥癮的人其實是需要醫療幫忙的概念」共識程度最高（87.89%），其他依序為「現行緩護療制度之運作，仍須持續進行」、「增加緩護療處遇人口即可能有高撤緩率，應容許合理之緩起訴撤銷率」、「地檢署應建立跨系統資訊平台，整合各機關資料，提供執行人員充分資訊，以監督及協助個案完成戒毒」、「應強化現有毒防中心組織，扮演跨系統個管師角色，串接司法、社政、衛政、勞政等相關機關間資源，發揮跨系統監控及轉介功能」、「目前緩護療只有撤或不撤處分，缺乏其他彈性的調整機制，應建立緩衝與寬容機制」，其平均數均為 3 分以上；其他「司法政策太寬容，給太多次機會，法務部應統一規範告誡單開立次數，提高治療成效」、「緩護療之治療期間維持現有以一年為限，但治療時間應採彈性化機制，若完成身心癮治療評估，即由觀護人接手，及早進入觀護觀察期」、「緩護療之期間應由現行一年改為三年，延長觀護人之觀察時間」均未達共識標準（70%以下），且「緩護療之期間應由現行一年改為三年，延長觀護人之觀察時間」其平均數亦未達 3 分。其他專家開放式問卷，專家意見綜合如下：

1.衛服部應更積極統籌醫療資源，建構醫療戒癮模式，供司法機關統一緩護療的規範。

2.建議施用毒品罪之刑度再提高（及嚴刑），但同時增加毒品戒癮治療之適用對象（即以病患看待），建立緩衝及寬容機制，如果願意戒除毒癮者，司法可以給予機會。

綜合上述，在緩護療未來緩護療政策建議之制度層面建議上，多數受訪專家大多認同緩護療之制度層面建議，包括：宣導有藥癮的人其實是需要醫療幫忙的概念、現行緩護療制度仍須持續進行、應容許合理之緩起訴撤銷率、地檢署應整合各機關資料提供執行人員充分資訊、應強化現有毒防中心組織發揮跨系統監控及轉介功能、目前緩護療應建立緩衝與寬容機制。

再者，受訪專家對緩護療未來緩護療政策建議之執行層面建議同意程度的分佈，其中「緩護療成效會因施用毒品之種類等因素而有不同，應發展符合不同個案需求的多元處遇方案」共識程度最高（89%），其他依序為「各地檢署應建立成癮者標準化篩選機制」、「戒癮治療漸層化，由嚴格而寬鬆，如由密集監控治療的戒治所到自由前往的門診治療」、「各地醫療單位應建立緩護療示範模式，提供其他單位學習」具其平均數均為 3 分以上；其他「擴大多元處遇方案，減少監禁式處遇，例如擴大緩起訴運用、搭配社區勞動與勞役」、「觀護人室應設立毒品專股，承辦緩護療業務」、「可參考德國毒品處遇模式，檢察官於緩護療處分或法官於緩刑裁定時，增加成癮者提出自主戒癮管理計劃之選項，以取代監禁處遇」、「可參考美國毒品法庭之運作模式，現行檢察官處分的緩護療制度，改由法官裁定毒品處遇」均未達共識標準（70%以下）。其他專家開放式問卷，專家意見綜合如下：

1.衛生福利部應發揮功能，尤其在醫療資源整合及戒癮模式的建立，方便毒癮者醫療之醫院，異地給藥，增加二次毒品戒癮醫院。

2.建議先醫療後司法，應設置中途之家，使藥癮者可以斷絕原來之交友圈。

3.個案應先篩選，不適合的個案進入戒癮體系內只會浪費司法和醫療資源。

4.建議舉辦全國戒癮醫療機構年度成果展，評選出績優前 10 家醫院進行專題研討、發表戒癮模式、共享成功經驗。鼓勵研發成效顯著的戒癮治療模式。

綜合上述，在緩護療未來緩護療政策建議之執行層面上，多數受訪專家大多認同緩護療之成效受毒品種類而影響，應發展符合不同個案需求的多元處遇方案；各地檢署應建立成癮者標準化篩選機制；戒癮治療漸層化，由嚴格而寬鬆，由密集監控治療的戒治所到自由前往的門診治療；各地醫療單位應建立緩護療示範模式，提供其他單位學習，詳見表 6-4-8。

最後，再者，受訪專家對緩護療未來緩護療政策建議之資源層面建議同意程度的分佈，其中「政府應再擴大醫療資源投入及人員的參與」共識程度最高(83.71%)，其他依序為「地檢署增加緩護療之專責執行人員」、「政府應再增加對戒癮費用的補貼」，具其平均數均為 3 分以上。其他專家開放式問卷，有專家表示應強化毒品人口之就業輔導，始可能降低再犯率。

綜合上述，在緩護療未來緩護療政策建議之資源層面上，受訪專家均認同資源層面之建議，包括：政府應再擴大醫療資源投入及人員的參與；地檢署增加緩護療之專責執行人員；政府應再增加對戒癮費用的補貼，詳見表 6-4-8。

表 6-4-8　受訪專家對未來緩護療政策建議之意見分佈

項　目	非常不同意 不太同意		沒有意見		還算同意 非常同意		Mean	SD	共識程度
	人數	%	人數	%	人數	%			
針對制度層面建議之共識度									
各司法處遇模式應強化醫療戒治宣導：宣導有藥癮的人其實是需要醫療幫忙的概念	0	0	1	3.2	30	96.8	4.61	0.56	87.89
現行緩護療制度之運作，仍須持續進行	1	3.2	2	6.5	27	87.1	4.33	0.88	79.60
增加緩護療處遇人口即可能有高撤緩率，應容許合理之緩起訴撤銷率	2	6.5	2	6.5	26	83.9	4.17	0.95	77.20
地檢署應建立跨系統資訊平台，整合各機關資料，提供執行人員充分資訊，以監督及協助個案完成戒毒	2	6.5	1	3.2	28	90.3	4.26	1.03	75.77
應強化現有毒防中心組織，扮演跨系統個管師角色，串接司法、社政、衛政、勞政等相關機關間資源，發揮跨系統監控及轉介功能	4	12.9	3	9.7	24	77.4	4.03	1.11	72.47
目前緩護療只有撤或不撤處分，缺乏其他彈性的調整機制，應建立緩衝與寬容機制	6	19.4	0	0	25	80.6	3.87	1.12	71.12
司法政策太寬容，給太多次機會，法務部應統一規範告誡單開立次數，提高治療成效	8	25.8	9	29	14	45.2	3.23	0.99	69.30

項 目	非常不同意 不太同意		沒有意見		還算同意 非常同意		Mean	SD	共識程度
	人數	%	人數	%	人數	%			
緩護療之治療期間維持現有以一年為限，但治療時間應採彈性化機制，若完成身心癮治療評估，即由觀護人接手，及早進入觀護觀察期	6	19.4	3	9.7	21	67.7	3.67	1.18	67.70
緩護療之期間應由現行一年改為三年，延長觀護人之觀察時間	11	35.5	9	29	11	35.5	2.90	1.11	61.90
針對執行層面建議之共識度									
緩護療成效會因施用毒品之種類等因素而有不同，應發展符合不同個案需求的多元處遇方案	0	0	1	3.2	29	93.5	4.73	0.52	89.00
各地檢署應建立成癮者標準化篩選機制	1	3.2	2	6.5	28	90.3	4.29	0.86	79.87
戒癮治療漸層化，由嚴格而寬鬆，如由密集監控治療的戒治所到自由前往的門診治療	2	6.5	3	9.7	25	80.6	4.27	0.91	78.74
醫療單位應建立緩護療示範模式，提供其他單位學習。	2	6.5	4	12.9	25	80.6	4.16	1.00	75.89
擴大多元處遇方案，減少監禁式處遇，例如擴大緩起訴運用、搭配社區勞動與勞役	5	16.1	1	3.2	24	77.4	4.17	1.29	69.07

項 目	非常不同意 不太同意		沒有意見		還算同意 非常同意		Mean	SD	共識程度
	人數	%	人數	%	人數	%			
觀護人室應設立毒品專股，承辦緩護療業務	5	16.1	4	12.9	22	71	3.94	1.26	67.90
可參考德國毒品處遇模式，檢察官於緩護療處分或法官於緩刑裁定時，增加成癮者提出自主戒癮管理計劃之選項，以取代監禁處遇	6	19.4	2	6.5	23	74.2	3.84	1.24	67.67
可參考美國毒品法庭之運作模式，現行檢察官處分的緩護療制度，改由法官裁定毒品處遇	12	38.7	6	19.4	13	41.9	3.10	1.35	56.39
針對資源層面建議之共識度									
政府應再擴大醫療資源投入及人員的參與	0	0	4	12.9	27	87.1	4.42	0.72	83.71
地檢署增加緩護療之專責執行人員	2	6.5	2	6.5	27	87.1	4.32	0.98	77.34
政府應再增加對戒癮費用的補貼	5	16.1	6	19.4	20	64.5	3.84	1.10	71.39

七、緩護療處遇成效評估指標

本研究根據文獻，彙整出戒癮者的個人與環境因素，包含基本特性、工作經驗、家庭支持、偏差家人與朋友以及偏差生活型態與活動等，恐會影響其附命戒癮治療的成效，以下分別針對上述各層面，僅就有顯著的因子，進行分析，以進一步探究影響附命戒癮期間被撤銷附命戒癮資格進而如監服刑的評估指標。

（一）個人基本特性：

1.性別：

表 6-4-9 顯示，受刑人的女性，顯著高於受處分人女性，換言之，被撤銷緩起訴附命戒癮治療後，被法院判處入獄服刑的受刑人中，雖然男性為大宗，但女性受刑人的比例較女性受處分人為高。

表 6-4-9　受處分人與受刑人性別分布情形的差異分析

	男性	女性	χ^2
受處分人	176 （85.4％）	30 (14.6％)	6.08*
受刑人	157 （75.8％）	50 (24.2%)	

註：*p<.05;**p<.01;***p<.001。

2.教育程度：

表 6-4-10 顯示，受處分人與受刑人在教育程度的分布上，達到顯著差異，亦即受刑人在國中小教育程度的分布，顯著地高於受處分人，相對地，受處分人在大專以上程度的分布，顯著高於受刑人，代表受刑人的教育程度，略較受處分人為低。換言之，教育程度似可歸為重要的預測指標。

表 6-4-10　受處分人與受刑人教育程度之差異分析

	國中小程度	高中職程度	大專以上程度	χ^2
受處分人	67 (32.7%)	103 (50.2%)	35 (17.1%)	16.17***
受刑人	91 (44.6%)	102 (50.0%)	11 (5.4%)	

註：*p<.05;**p<.01;***p<.001。

3.婚姻狀況

表 6-4-11 顯示，受處分人在已婚與同居的分布上，顯著地高於受刑人，亦即，受刑人在未婚、離婚與喪偶的分布上，顯著地高於受處分人。換言之，婚姻狀況亦可歸納為重要的預測指標。

表 6-4-11　受處分人與受刑人婚姻狀況之差異分析

	未婚、離婚與喪偶	已婚與同居（未婚）	χ^2
受處分人	137 （66.5%）	69 (33.5%)	6.38*
受刑人	160 （77.7%）	46 (22.3%)	

註：*p<.05;**p<.01;***p<.001。

4.有無涉入另案

表 6-4-12 顯示，受處分人在附命戒癮期間，涉入另案的情形，顯著低於受刑人，換言之，受刑人在接受附命戒癮治療的期間，有涉入另案的人數，顯著高於受處分人，值得檢察官在裁定是否附命戒癮治療時，當事人是否有涉入另案，提供一個協助檢察官決定時的參考。換言之，毒品犯於附命戒癮治療期間是否涉入另案，亦為重要的預測指標。

表 6-4-12　受處分人與受刑人有無涉入另案之差異分析

	無涉入	有涉入	χ^2
受處分人	188 （93.1%）	14 (6.9%)	68.24***
受刑人	119 （57.8%）	87 (42.2%)	

註：*p<.05;**p<.01;***<.001。

5.前科紀錄：

表 6-4-13 顯示，受處分人的前科紀錄，平均不到 1 件，但受刑人的前科紀錄為 1.6 件，顯著高於受處分人。進一步透過卡分檢定分析，受刑人在賭博(χ^2=4.56*)、詐欺(χ^2=7.44**)、竊盜(χ^2=12.35***)、施用毒品(χ^2=36.04***)、施用與製造運輸販賣毒品(χ^2=29.31***)以及暴力犯罪（強盜搶奪與擄人勒贖）(χ^2=8.31**)等前科紀錄，顯著高於受處分人。

表 6-4-13　受處分人與受刑人在前科紀錄（有罪判決）之差異分析

	組群	平均數	t 值
前科紀錄（次數）	1.受處分人 2.受刑人	0.9175 1.6184	-8.194***

註：*p<.05;**p<.01;***p<.001。

（二）工作經驗

本研究根據文獻探討，將工作經驗亦列為預測毒品犯附命戒癮治療期間是否決定其完成的重要預測指標，因此，設計出 5 個題目供受訪者填寫，內容包括工作穩定性（沒有工作、打零工或兼差以及有較穩定工作）、更換工作狀況、每週工作時數、以及工作收入與預期收入等。以下僅針對有達到差異結果者，進行分析。

1.工作穩定性分析

表 6-4-14 顯示，受處分人在附命戒癮治療期間，其有較高的比例擁有較穩定的工作，相形之下，受刑人則有較多者沒有工作或處於打零工或兼差工作的情況。換言之，工作是否穩定，似乎可以視為決定毒品犯是否能夠完成附命戒癮治療的預測指標之一。

表 6-4-14　受處分人與受刑人工作穩定性分析

	沒有工作	打零工或兼職	有較穩定工作	χ^2
受處分人	22 （10.7%）	26 （12.7%）	157 （76.6%）	7.89*
受刑人	37 （18.0%）	37 （18.0%）	132 （64.1%）	

註：有較穩定工作包含農漁牧業、受雇領日月薪、受雇親人、自營生意與合夥做生意。註：*p<.05;**p<.01;***p<.001。

2.預期收入：

表 6-4-15 顯示，受刑人對於每個月大約需要多少錢始可維持生活的預期收入方面，顯著高於受處分人。可以推測受刑人會有如此高的預期收入，恐與其所施用的毒品級別有關。蓋受刑人會被撤銷緩起訴並起訴判決確定，入監執行者，大多都是施用一級毒品海洛因者，而

海洛因的費用較一般其他級別之毒品昂貴，再加上即使參加美沙冬戒癮治療，美沙冬的費用也要二級毒品者所從事的團體治療等活動來得昂貴，因此，受刑人對於每個月生活收入的預期，較受處分人為高。也因如此，倘一級毒品之受處分人，如果未能有足夠的收入負擔其附命戒癮治療之費用，甚至負擔施用一級毒品之費用，其再犯的風險可能大增。

表 6-4-15　受處分人與受刑人在預期收入之差異性檢定

面向	組群	平均數	t 值
預期可始維持生活之月收入	1.受處分人 2.受刑人	22,751 38,567	-6.007***

註：*p<.05;**p<.01;***p<.001。

（三）家庭支持

本研究在家庭支持方面，設計家庭支持量表，針對配偶（含同居人）

與家人間的相處情形，進行分析，以探究受刑人與受處分在家人支持的量表上，是否達到顯著不同，進一步推究家庭支持良好與否，是否是毒品犯完成附命戒癮治療之重要預測指標。結果發現，受處分人與受刑人在附命戒癮治療期間的家庭支持程度均好，未達統計上之顯著差異，因此，家庭支持在本研究中，推測並非是一個重要的預測指標。

（四）偏差家人與友伴

本研究在偏差家人與友伴方面，也設計相關的問題，以測量受試者對於周遭家人以及經常往來之友伴，渠等偏差行為的認知程度。表 6-4-16 發現，受刑人在父親、配偶、兄弟與經常往來友伴之偏差行為認知程度，顯著高於受處分人，代表受刑人在其附命戒癮治療的期間，確實擁有比較多的偏差家人（父親配偶、兄弟）與友伴在其周遭。

表 6-4-16　受處分人與受刑人在偏差家人與友伴之差異分析

面向	組群	平均數	t 值
父親偏差行為認知	1.受處分人 2.受刑人	0.2087 0.3913	-2.763**
配偶(同居人)偏差行為認知	1.受處分人 2.受刑人	0.0583 0.3865	-5.514***
兄弟偏差行為認知	1.受處分人 2.受刑人	0.0146 0.0918	-3.107**
偏差友伴之行為認知	1.受處分人 2.受刑人	6.4912 13.8837	-5.490***

註：

1.偏差行為包含酗酒、賭博、對家人施暴、外遇、吸毒與入監服刑。計算方式為上述行為累加，平均數愈高，代表偏差行為認知也愈高。

2.無以上情形、無上述家人或配偶（同居人）以及未回答者，均已排除。

3.*p<.05;**p<.01;***p<.001。

（五）偏差生活型態

本研究在探究受試者於附命戒癮治療期間的生活型態與日常活動方面，受刑人與受處分人是否達到顯著差異，進行 t 檢定。表 6-4-17 顯示，受刑人確實有比較多的偏差生活型態樣與活動。足見偏差生活型態為預測附命戒癮治療者是否完成其緩起訴處分期間的重要預測指標。

表 6-4-17　受處分人與受刑人在偏差生活型態之差異分析

面向	組群	平均數	t 值
生活型態與日常活動情形	1.受處分人 2.受刑人	4.7164 9.9502	-12.106***

註：*p<.05;**p<.01;***p<.001。

（六）參加處遇活動之缺席狀況

由於毒品犯附命戒癮治療之目的，即為降低或減少毒品犯對於毒品的依賴程度。因此，是否能夠完成檢察官或觀護人所命參加之相關治療與處遇課程，相當重要。因此，本研究設計一系列附命戒癮期間各地檢署開辦或要求毒品犯參加的戒治處遇課程，並詢問受訪的缺席

情況。表 6-4-18 顯示，除了參加團體治療未達顯著外，受刑人在地檢署所安排的各項處遇活動，均達到顯著的缺席狀況，換言之，受處分人較可能完成附命戒癮治療，其對於各項處遇活動的參與程度與缺席情況均較受刑人為佳。如何提高受刑人對於處遇活動的參與度，降低其缺席率，似乎也是日後改善或提升緩起訴附命戒癮治療的成效之重要指標。

表 6-4-18　受處分人與受刑人參與處遇活動時缺席之差異分析

處遇活動	身份	從未缺席	有缺席紀錄	χ^2
向觀護人報到	1.受處分人 2.受刑人	146(86.4%) 91(54.8%)	23(16.3%) 75(45.2%)	40.33***
服用美沙冬	1.受處分人 2.受刑人	69(83.1%) 83(53.2%)	14(16.9%) 73(46.8%)	50.95***
門診治療	1.受處分人 2.受刑人	151(90.4%) 127(78.9%)	16(9.6%) 34(21.1%)	8.44**
個別諮商輔導	1.受處分人 2.受刑人	101(93.5%) 94(83.9%)	7(6.5%) 18(16.1%)	5.02*
家庭治療	1.受處分人 2.受刑人	52(96.3%) 59(83.1%)	2(3.7%) 12(16.9%)	5.37*
宗教治療	1.受處分人 2.受刑人	55(90.2%) 55(74.3%)	6(9.8%) 19(25.7%)	5.56*
親職教育	1.受處分人 2.受刑人	51(96.2%) 57(81.4%)	2(3.8%) 13(18.6%)	6.16*
就業輔導	1.受處分人 2.受刑人	51(96.2%) 59(79.7%)	2(3.8%) 15(20.3%)	7.24**
職業訓練	1.受處分人 2.受刑人	47(95.9%) 57(81.4%)	2(4.1%) 13(18.6%)	5.49*
疾病治療與取藥	1.受處分人 2.受刑人	63(94.0%) 75(75.8%)	4(6.0%) 24(24.2%)	9.51**

註：*p<.05;**p<.01;***p<.001。

（七）觀護人與社會機構互動

本研究除探究受訪者的家庭支持外，也設計相關問題探究受訪者於附命戒癮治療期間與觀護人的互動程度以及對於相關社會機構之專

業性滿意程度，進行差異分析。表 6-4-19 顯示，受刑人在與觀護人的互動以及對於社會相關機構專業性的滿意程度，顯著地低於受處分人。因此，如何強化毒品犯與觀護人的互動程度以及提升社會機構對於毒品犯之專業性服務，亦為重要的預測指標。

表 6-4-19　受處分人與受刑人在觀護人與社會機構互動之差異分析

面向	組群	平均數	t 值
觀護人輔導與互動程度	1.受處分人 2.受刑人	3.7382 3.1544	11.321***
社會機構專業性滿意程度	1.受處分人 2.受刑人	3.6278 3.0772	7.189***

註：1.*p<.05;**p<.01;***p<.001。2.已排除未曾接觸之受試者。

綜合上述分析，預測毒品犯於附命戒癮治療期間是否可以完成的重要指標，包含性別、教育程度、婚姻狀況、有無涉入另案、前科紀錄、工作穩定度、每月預期收入、偏差家人（含配偶）與友伴、偏差生活型態與活動、有缺席各類型處遇活動紀錄、與觀護人的互動狀況以及與各類型社會機構的專業滿意度。整理成表 6-4-20。

表 6-4-20　緩起訴附命戒癮治療成效評估指標

面向	指標
工作經驗	1.工作穩定性 2.每月預期高收入
生活負面事件	1.偏差家人（父親、兄弟與配偶（同居人）） 2.偏差友伴
環境風險狀況	多樣的偏差生活型態與活動
各項處遇活動參與情況	1.參加的次數多少 2.缺席的情況
觀護人互動與社會機構專業滿意性	1.與觀護人的互動狀況 2.各類型的社會機構所提供服務的專業性滿意度

註：本研究團隊製作。

第七章　結論與建議

為瞭解現行緩起訴附命戒癮治療的運作模式並建立成效評估指標，本研究以質化及量化並重的研究設計，使用文獻探討、官方資料分析法、問卷調查法及深度訪談法等四種不同的研究方法，具體客觀地針對現行緩起訴附命戒癮治療的運作模式進行現況分析、發掘緩起訴附命戒癮治療撤銷率偏高之問題與成因、檢視藥物、心理與社會復歸治療等多元治療方案之資源配置與合作整合狀況，進行實證性研究，最後依據研究發現提出研究建議，提供相關單位研擬緩起訴附命戒癮治療政策之參考，茲就相關研究結果分述如下：

第一節　研究發現

依據本研究分析內容，茲就美國及德國毒品處遇狀況分析、我國緩起訴附命戒癮治療處分制度運作及執行狀況、用毒者處遇經驗與需求之調查結果及專家針對我國緩起訴附命戒癮治療之評估結果等單元，分述如下：

一、美國及德國毒品處遇狀況分析

在我國現行緩起訴附命戒癮之制度下，透過上述訪談及問卷研究結果呈現可知，緩護療於部分制度、運作及執行方面稍嫌不足，乃冀以國外之立法例以及其他國家對於毒品處遇之運行現況，作為我國毒品政策修正之參照，以達真正幫助毒品施用者完全戒除毒癮之目標。惟世界上各個國家在處理毒品問題之態度上，呈現多元且分歧之狀態，並無所謂一套統一的標準，以歐洲部分國家為例，荷蘭、瑞士、葡萄牙等國面對毒品施用者之態度，已將其單純施用毒品除罪化，此舉與我國現行實施之毒品政策差異甚大，雖可當作學習模仿之對象，不過以我國國情而言，仍無法接受將單純施用毒品除罪化，逕以行政

裁罰之方式處理之。因此，選擇與我國較為相近、仍然保留施用毒品者罪刑之國家，即美國和德國，參考其二在毒品戒癮方面之政策及執行方式，期許替我國毒品政策開啟一條嶄新的道路。

（一）美國毒品分級分流之彈性處遇策略可供我國參考

在美國處理毒品成癮者政策方面，美國設立毒品法庭已行之有年。從 1989 年迄今，兩千多個毒品法庭於美國各地林立、各司其職，專門解決毒品成癮者之戒治問題，且亦經過實證研究之證實，確實能夠有效的幫助毒品成癮者脫離毒品生涯，其再犯比例也有顯著的降低。簡言之，毒品法庭擺脫過去單純偵查、審理、最後執行刑罰的觀點，將此類「犯罪人」重新認知為「病人」，利用國家公權力之方式，整合多項資源，包括司法、醫療、教育、社政、心理、社區等等能夠幫助毒品成癮者之政府單位和第三部門，在背後支持這些病人一步步邁向未來無毒害之人生。再者，毒品法庭除了可以幫助戒癮者遠離毒品人生之外，因其本質仍然是「司法單位」，或多或少依舊保有刑事司法之色彩，一方面繼續利用公權力的手段，監督藥癮者之戒癮進度，使藥癮者認知到其負有戒除毒癮之義務。另一方面也確保其受到完善的癒後照護，無論在家庭、就學就業甚至是復歸之方面，期望他們能夠像正常人一樣的生活。

我國在面對毒品施用之問題方面，亦是從過去單純刑罰逐漸轉向為觀察勒戒、強制戒治，再度轉向偏重緩起訴附命戒癮治療的策略。惟與本研究結果一致，我國雖然將相當大比例之毒品施用者以緩護療之方式，卻出現撤銷率偏高、戒癮者無法重新融入社會生活、資源橫向連結不足等問題。因此希望參照美國毒品法庭之運行方式，採取分級分流之方式，以最有效的方式進行處遇，亦符合各個等級相異戒癮者之犯罪因素需求和醫療需求，接著輔以預後之風險評估，以毒品法庭多元處遇方案，決定採取高度介入或低度介入才可獲得更加之效果，藉以提高戒癮治療之成效。

值得注意的是，由於美國毒品法庭的成功經驗，國內無論是醫界或法界人士，皆有倡議全盤引進美國毒品法庭制度，由法院的法官來

做為轉向社區戒癮治療的主導者。對此倡議，需要先體察我國及美國的司法制度及運作實務上的幾點不同：首先，美國的司法權力主要掌握在法官，檢察官基本上是扮演公訴官的角色，不似我國檢察官亦屬司法官，並具有較大之司法權力，因此美國以法院為此類制度的樞紐自屬當然，我國的司法制度則可能存有緩起訴及緩刑雙軌並存的可能；其次，目前我國法院的負擔相當大，在毒品法庭可能帶來更大工作負擔、法官普遍缺乏以解決問題為導向的目標認同下，司法院對於成立毒品法庭一向持較為保留的態度；此外，由於我國目前後端的處遇資源不但尚不充分，而且資源分配並不平均，因此一體適用處遇資源需求更大的毒品法庭制度，恐在部分司法轄區中帶來反效果。因此，在我國目前已有發展到相當程度的緩起訴戒癮制度時，宜採實務的方式，在汲取毒品法庭運作經驗後，逐漸改善現制，以避免邯鄲學步之憾。

（二）德國毒品施用人自主戒癮計畫策略可供我國參考

接著再繼續檢視德國之毒品戒癮政策。相較於美國，因我國之毒品危害防制條例乃參考德國麻藥法之立法例所制定，故在毒品緩起訴處遇方面與德國有幾分相似，像是德國麻藥法第 35 條之停止執行制度和德國麻藥法第 37 條之暫緩起訴制度，即分別對應至我國之緩刑附戒癮治療及緩起訴附命戒癮治療。儘管我國毒品危害防制條例由德國麻藥法所修正制定，不過在執行方面卻有幾分差異。如上所述，德國目前之刑事政策以「刑期無刑」為最主要之原則，再加上輔以使犯罪者「再社會化」之目標，希望戒癮者可以如獲重生的回歸社會，此刑事政策之刑期無期之觀點，也正反映在德國面對藥癮者之毒品處遇上。針對單純施用毒品之成癮者，有別於我國由檢察官(或法院)分別「指定」戒癮者至附近鄰近醫院進行戒治，德國法律卻將戒癮治療之自主權交還於戒癮者本身，讓毒品戒癮者自行擬定戒治計畫、尋找戒治資源，以符合每位戒癮者之戒治需求。此舉並非意味著法院失去監督戒癮者戒治之進度，德國麻藥法亦規定戒癮者本身附有報告義務，向執行機關提出正在接受毒品戒癮治療的證明。同樣的，提供戒癮治療之機構亦賦有當毒品施用者治療中斷或停止時，應通知執行機關之義

務。因此德國在面對毒品施用之處遇，更是貫徹「以醫療替代刑罰」之原則，有別於我國仍存在著刑罰先於治療之殘影，此一制度可結合較多社區醫療資源，更可以幫助毒品施用者戒除毒癮、回歸社會。

綜上，美國與德國之施用毒品刑事政策，皆有值得我國學習借鏡之處，美國之毒品法庭以分級分流之方式整合多項政府、社區資源，傾力幫助毒品戒癮者脫離毒圈；德國之自主戒癮計畫將自主權交還當事人，以符合每位毒癮戒治者之差異需求，此二者均可供我國在面對單純毒品施用者之處遇時，更廣闊之多元思考，作為我國未來毒品處遇政策之參考。

二、緩起訴附命戒癮治療執行之官方統計分析

（一）緩起訴戒癮資源分布不均

由執行緩起訴附命戒癮治療之醫療院所分布情形顯示，我國替代治療服務據點並不是依地理空間平均分布，而係與人口密度及醫療院所數量有較大關係。然而成癮治療，尤其是美沙冬給藥點，個案就醫的方便性常也是影響戒癮成效的重要因素，目前在都會區有較多的就醫點，而交通狀況也相對較為便捷，但如臺東縣、花蓮縣此類幅原廣闊的縣市，分別只有 1 個及 4 個替代治療服務醫院，就醫便利性明顯偏低，參考 106 年全年對毒品施用者給予緩起訴處分戒癮治療的比例，臺東第一級毒品施用者為 8.5%，第二級毒品施用者為 6.9%，花蓮第一級毒品施用者為 4.5，第二級毒品施用者為 8.7%，與全國第一級毒品施用者平均為 15.9%，第二級毒品施用者平均為 25.4%相較明顯偏低，實務運作是否因為各地區戒癮資源不平均，而使緩起訴處分戒癮制度運作產生司法及醫療上的雙重的不公平，是否可以克服收支平衡考量提供較多戒癮醫療據點，或是提出其他彈性方案，是規劃戒癮醫療服務量能時所必須重視的課題。

（二）緩起訴戒癮治療未考量個案狀況及醫療、輔導及轉介等戒癮治療能量，緩起訴處分戒癮治療比例並非越高越好

對於觸犯施用第一級、第二級毒品罪名之個案，除了部分因有其

他法律責任、個案無意願等因素外，多數個案皆可由檢察官為緩起訴戒癮治療，檢察官對此擁有相當大的裁量空間。由統計數據發現，自97年開始正式實施緩起訴處分戒癮制度後，緩起訴處分戒癮治療比例曾經在100年及105年起兩度明顯提升，其提升原因主要係法務部在政策上的推動。同樣的，由各地檢署106年實施緩起訴處分戒癮治療比例的情形可以發現，不同地檢署實施的比例亦有相當大的差距，而這些差距主要來自各地檢署或高（分）檢署的政策決定。

然而，並非緩起訴處分戒癮治療比例越高即表示會有較佳的成效，因為緩起訴處分戒癮治療的成效會受到後端戒癮治療資源是否充足、個案戒癮是否有足夠戒癮動力及司法人員執法觀念態度是否成熟所影響。倘若轄區內無足夠或健全的戒癮資源、個案戒癮意願不足或司法人員無法正確理解毒癮戒治之特性及合適的執法方式，則越高的緩起訴處分戒癮治療比例將造成越高的失敗率，此在100年緩起訴處分戒癮治療比例大幅提升後，在101年撤銷緩起訴比例隨即大幅提升可證，而個案在被撤銷緩起訴處分，重新回到一般刑事程序後，將造成司法及醫療資源的浪費，因此緩起訴處分戒癮治療比例應視客觀條件以適度為宜，並非越高越好。

理想的推動方式，或許可由中央及地方法務部門與衛生福利部門先做充分的溝通，建立共識後，再逐步提高戒癮醫療資源的量能，加強司法人員的成癮戒治職能，以及修正法規及實務運作上不適切之處，務必使緩起訴處分戒癮治療比例能在穩健的基礎上合理的提升，方能使制度發揮最大效益，避免資源浪費。

（三）緩起訴處分之撤銷未能針對個案需求建立客觀且具體的標準

緩起訴處分戒癮治療制度，就如同美國毒品法庭制度一般，皆是以司法強制力使毒癮者能正視問題，提高醫療順從性，增加戒癮成功機會或減少毒品使用問題。然而，毒品問題使用者，其特徵為即使明知繼續使用毒品對其有害，但仍難以控制繼續使用之行為，因此，以司法強制力為後盾的戒癮計畫，必然要對在戒癮治療過程中已失控的個案有所處置，以維護制度能順利繼續運作，一般而言，即是撤銷緩

起訴處皆，使其回到一般刑事程序。

依刑事訴訟法第 253 條之 3 規定，撤銷緩起訴的原因可分為「於期間內故意更犯有期徒刑以上刑之罪，經檢察官提起公訴者」、「緩起訴前，因故意犯他罪，而在緩起訴期間內受有期徒刑以上刑之宣告者」及「違背第二百五十三條之二第一項各款之應遵守或履行事項者」三種，依官方統計顯示，以緩起訴期間故意更犯有期徒刑以上之罪及違法緩起訴處分所附應遵守或履行事項兩者居多，而這兩種情形大多與個案再次施用毒品有關，由於目前施用第一級或第二級毒品之刑責，皆為有期徒刑以上之罪，因此只要在緩起訴期間再次施用第一級或第二級毒品，即符合撤銷緩起訴之要件，而在緩起訴期間，倘個案無法控制再次施用毒品之行為，為避免至觀護人室驗尿呈陽性而另成一罪，或不願繼續至醫療院所接受治療，便可能缺席至觀護人室的報到或醫院的回診，而符合撤銷緩起訴之要件。

由於毒癮者在緩起訴期間再次使用毒品，屬戒癮治療期間可能發生之疾病復發現象，倘繼續給予適當的監督及治療，仍有相當之機會逐漸改善，因此司法在決定是否或何時撤銷緩起訴處分，當依專業判斷個案是否仍宜停留在社區戒癮模式，由於現行實務運作較缺乏撤銷緩起訴判斷之標準流程及認定標準，致使部分決定難免流於專斷而易生爭議，為使緩起訴處分戒癮制度能發揮更大效能，對於決定個案是否撤銷緩起訴處分，亦有建立更客觀且具體的標準之必要。

三、緩起訴附命戒癮治療處分制度分析

（一）緩起訴戒癮治療已具備法源基礎，但因執行人員專業、運作及人力資源等問題，至今仍然未能普遍適用

隨著轉向處遇、社區處遇觀念之普及，我國於 2002 年刑事訴訴法修正時，即已建立緩起訴處分制度，在 2005 年刑法修正時，亦修訂了緩刑制度，有先後兩次修法後，已可使毒品成癮者在起訴前及有罪判決確定後藉由司法轉向制度接受社區的戒癮治療，然而，由相關統計數據中可以很明顯的發現，實務上並未如其他一般的緩起訴處分或緩刑那麼普遍的適用，探其原因，附命戒癮治療與未附命戒癮治療的緩

起訴（或緩刑）有兩點明顯的差異：其一，附命戒癮治療並非司法體系之專長及職責，在與以醫療為主的戒癮體系充分溝通並建立標準化的運作機制前，司法單位不易將個案轉介到適合的醫療院所，而醫療體系亦未必願意將資源投注在毒癮戒治的專科上，因此會有戒癮無門的窘境；其二，所謂附命「完成」戒癮治療意謂著緩起訴處分或緩刑所附之戒癮治療必須完成一定期間之戒癮療程，這意謂著案件在司法端無法快速結案，而且必須耗費一定司法資源（如觀護人）去監督戒癮治療的完成，這對司法從業人員已負擔過重的我國而言，會是相當影響執行意願的負面因素。因此，在緩起訴處分制度實施之初，在緩起訴處附命戒癮治療部分係處在未能普遍適用的窘境。

（二）法院與醫療機構間仍未建立合作模式

徒法不能自行的窘境後來因愛滋防治的必要而有了轉變，醫療體系已可和司法體系相互對話及合作，然而很可惜的，這個對話及合作的狀況，目前僅止於檢察機關與醫療體系之間，在法院體系與醫療體系之間，目前仍是一片荒蕪，此與美國毒品法庭制度適用對象較多在有罪確定者之現象，呈現極大之對比，也顯示我國司法轉向戒癮制度仍有相當大的發展空間。

（三）緩起訴轉向處遇後，未機動調整人力資源，具司法強制執行力的檢察官、檢察事務官及觀護人人力嚴重不足

而對於辦理緩起訴處分附命戒癮治療案件，會增加檢察官、檢察事務官或觀護人之工作負擔之情形，此屬推廣社區轉向制度之必然結果，然這個制度仍有推廣之價值，除了一方面可使個案能藉此戒癮毒癮，減少再施施用毒品或犯罪的機會，另方面，在實施轉向處遇之前門政策後，亦相當程度的減少了個案進入矯正機構之機會，此時，決策者不應急著將監獄中空出來位置再塞進其他類的犯罪人，而是應該將節省下來的司法資源調整到前端檢察機關及觀護系統，使社區轉向制度可以良性的發展，亦可以健康且有效的減省整體的司法資源。

（四）原為鴉片類毒品替代療法設計的規範，著重在醫療協助，不足以符合其他毒品緩起訴心理戒癮治療或資源連結的需求

我國目前雖因歷史的因緣巧合，發展出了類似美國毒品法庭的社區戒癮制度，但目前受人所關注的緩起訴戒癮制度究竟是為治使鴉片類毒癮者能實施美沙冬替代療法所發展出來的法律制度，因此在毒品危害防制條例第 24 條及其子法毒品戒癮治療實施辦法及完成治療認定標準，都仍有相當的調整空間，使目前毒品施用者的緩起訴處分轉向制度能夠更全面、更週全。

在諸多法規制度的檢討上，但最重要的議題應在於處遇方案的鬆綁，在毒品危害防制條例第 24 條第 1 項中規定：「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。」這項規定相當程度的使得檢察官在對初犯或再犯毒品施用罪者為緩起訴處分時，必須有「附命完成戒癮治療」之條件，而所謂之「戒癮治療」在文義上，又以醫師的醫療行為為基本元素。此若係針對使鴉片類毒癮者接受美沙冬替代療法當無問題，因為美沙冬為第二級管制藥品，因此由醫師診斷後再開立處方箋為理所當然。然而，在目前緩起訴處分戒癮治療制度已延伸至第二級毒品之情形下，如安非他命、搖頭丸等廣大鴉片類外之毒品，皆無替代藥物可使用，且第二級毒品使用者成癮的比例相對較低，亦未必皆需要醫療協助，因此如何讓毒品危害防制條例第 24 條為適度之鬆綁，讓無醫療需求之毒品施用者能接受不附命完成戒癮治療之緩起訴處分，係擴大毒品施用者緩起訴處分的重要課題，若此，也可避免浪費在戒癮體系中最珍貴也最昂貴的醫療資源。

四、緩起訴附命戒癮治療系統運作分析

（一）目前緩起訴附命戒癮治療實務運作狀況

1. 緩起訴附命戒癮治療運作機構及人員，包括地檢署之檢察官、觀護人、榮觀；醫療單位及毒防中心之醫生、護理師、個管師；就業服務中心之服務人員，其中醫療專業人員均需接受過專業訓練。

緩起訴附命戒癮治療運作流程由檢察官依據刑事訴訟法、毒品危害防制條例及其授權辦法執行職務，決定行為人進行緩起訴戒癮治療的處分與撤銷緩起訴戒癮治療的處分。再由觀護人承接檢察官指揮執行戒癮治療工作，有些地檢設立專股執行戒癮治療者之觀護處分（如：台中），並整合資源與轉介服務。緩起訴被告均需轉介毒防中心追輔，或另依個案需求轉介就業服務中心協助就業，安排心理師個別諮商或囑託榮觀複數監督等資源運用，協助被告完成戒癮治療。

2.各地區醫療資源不一，提供診療服務內容主要包括身體心理基本檢查、精神科診斷性會談及運用情境管理治療處理緩起訴的病人，各醫院報到率與提供處遇治療模式均有差異，需藉由醫院個管師提醒追蹤提高報到率

醫院接受各地檢署轉診，以台北市立醫院為例，接受的二級毒品緩起訴的 referral(轉診)，每年大概是 350 個到 700 個不等。提供診療服務，服務內容主要包括，身體心理基本檢查、精神科診斷性會談、及運用社工管是權變管理模式處理緩起訴的病人。社工師與心理師每年均要接受 8 小時的專業訓練，負責團體治療與個別心理治療，期程為半年到 8 個月，團體治療次數與時數各縣市受地檢委託有所差異，分別自 4-8 次，每次約 60-80 分鐘不等。心理師多使用個別治療為主，也認為較有成效性。各醫院報到率與提供處遇治療模式均有差異，需藉由醫院個管師提醒追蹤提高報到率。個管師目前的工作負荷量為 100 名，多為護理師兼任：因為個案可能有合併精神科症狀，需醫療方面介入，引導個案看精神科門診。

合作醫院的治療方式(個別或團體)、次數、與時間均有差異，建議依據受處分毒品使用的嚴重程度分類，安排適當的治療方式、次數、與時間，提出治療後成效評估、與預後評估。各醫院必須配置個管師，需具備精神醫療評估能力，每位個案量控制為 100 名以內，進行提醒追蹤與適時的精神科門診醫療轉介。

3.緩護療治療運作歷程，依據毒品級別而有不同，一級毒品需要每天到醫院喝藥，由個管師或護理師協助執行；二級毒品以心

理治療為主，由心理師或社工師執行

緩護療治療運作歷程，依據毒品級別而有不同，一級毒品需要每天到醫院喝藥，由個管師或護理師協助執行，治療期間有個管師進行電話追蹤，衛福部替代治療作業管理系統亦可查詢，連續 7 天未到則通報違規。二級毒品以心理治療為主，由心理師或社工師執行。治療期間必須規律回診抽血、驗尿，醫師個別會談評估是否需進行藥物治療。治療費用區分為自費與地檢緩起訴費用支付，治療成效的評估通常以驗尿結果為指標，團體治療以出席率為治療成效依據。

緩起訴個案的處分理念應專業間具有共識，從法務地檢觀護系統而言，建議設立專股執行戒癮治療者之觀護處分，較能熟悉毒品使用者特質與生活環境適應需求，整合勞政、社政、法務榮觀資源提供轉介服務，並與毒防中心密切合作進行持續追輔。

治療成效指標不應僅止於驗尿結果與團體出席率，除需針對個案毒品使用種類與嚴重性分級提供不同的治療模式與頻率外，治療過程參與意願、面對生活壓力與危機事件的因應能力、家庭、親友關係網絡、與生活穩定性均須列為再犯預後的評估指標。

4.執行緩護療單位多元、治療模式不一、轉銜機構相當有限，資源有待進一步整合：地檢與各家治療醫院均為契約關係，與毒防中心間僅止於文書資料交換及協助尋找列管個案，另外，治療模式不一且轉銜機構相當有限。

地檢與各家治療醫院均為契約關係，並單位間無合作、轉介、和資源整合問題。與毒防中心合作關係較為薄弱，僅止於文書資料交換。衛生局毒防中心雖已不參與醫院戒癮業務，但能協助尋找列管個案。

目前療護資源整合問題在於部分戒癮相關協會用多元非正規處遇模式干擾正規治療方式，如：成癮的協會，山達基等。台灣社區復歸的轉銜機構相當有限，通常為宗教性質的中途之家或寺廟，結構性的協助復歸或社區就業、甚至出院後亞急性照護相當有限(急性緩解後，狀況稍改善能出院持續治療，稱之亞急性)。此外，醫院收不到治療費用、政府未對協助戒癮機構給予相關優惠，相關資源與配套措施不足

都足以影響療護資源的整合性。對於不當戒癮機構應建立適切的規範標準並取締不法機構，對於社區復歸的轉銜機構與醫療的延伸照護系統需尋求有意願合作機構擴展，提供相對優惠與補助，加強合作誘因。

5.地檢與合作機構與簽約不穩定，治療專業人人力負荷量重、醫療品質不穩定、戒癮相關服務資源亦不足

由於合作機構與地檢簽約不穩定，也無提供人事費用，無法預估總營收與成本，不願另聘專責人力治療緩起訴個案，治療專業人員（如：個管、心理、社工）均為兼任性質，人力負荷量重。此外，醫療品質不穩定，部分參與治療心理師經驗缺乏，醫院也僅提供驗尿，對受到緩起訴處分者而言，協助有限。目前心理師參與團體治療也有限，參與治療的心理師應提出實證成效，才能放心轉介。

除醫療機構為主要戒癮資源外，榮觀、就業服務中心、與毒防中心都是重要的戒癮相關服務資源。部分地檢（如：台中）會另聘兩位兼任諮商師，提供心理諮商服務。而承辦觀護人的觀護理念與態度相當重要，必須能協助地檢，成為與社區醫療資源橋樑，其中包括與相關資源的主動溝通聯繫、對個案的追蹤與督促就醫，方能達到治療配合與成效性。

緩起訴的合作橋樑必須藉由具正確觀護理念與態度的觀護人進行在地社區醫療與相關服務資源主動聯繫，並能評估挑選適切醫療服務品質再提供轉介，針對個案狀況定期與醫療院所召開協調會議，期待合作醫療機構提出服務檢討報告，以確認服務品質與成效性。

地檢應評估慎選適當醫療合作機構、建立長期合作關係，補助專業治療人事費用，降低醫院用原有醫療人力兼任治療緩起訴個案，以提供縝密治療評估與模式，提升治療品質。

（二）緩護療資源整合(合作運作)狀況

1.各機關本身運作良好，但缺少與社會復歸資源之連結，且機關間彼此聯繫溝通不足，緩護療轉介流程亟待標準化。

2. 機關間對戒癮治療者狀況之資訊通透度不足，亟需建立資訊整

合平台，強化各機關間溝通連結。

3. 民間戒癮機構素質參差不齊，影響戒癮成效。

4. 緩護療前或期間再犯案，個案會因等待判決結果，無法安心進行戒癮治療。

5.戒癮治療未因應個案毒癮狀況及需求而變化。

6. 應宣導緩護療醫療戒治的必要性及功能有限性。

（三）緩護療整體制度運作成效評估

1. 緩起訴附命戒癮治療處遇具有較多正向成效：能協助成癮者完成戒毒、舒緩毒癮、獲得妥適之治療、有效延緩復發、也讓戒治者學習戒癮，復歸自我、工作、家庭及社會，維持正常生活

緩起訴附命戒癮治療處遇正向成效包括治療期間成功率約八成左右、協助成癮者完成戒毒、舒緩毒癮、獲得妥適之治療、有效延緩復發、也讓戒治者學習戒癮，復歸自我、工作、家庭及社會，維持正常生活。部分戒治者認為心理師與社工師做的團體治療，品質不錯，社工師還能幫忙協助連結資源，個管師可協助控管戒癮者狀況。唯一不足是完成療程後之效果無從追蹤。

2. 緩起訴附命戒癮治療處遇仍有部份負向成效：成本效益不高，且依毒品使用級別而有差別，成敗需要靠自己，亦有將戒癮治療視為保護傘而非真心想治療

緩起訴負向成效為成本效益不高，且依毒品使用級別而有差別，認為成敗需要靠自己，將戒癮治療視為保護傘而非真心想治療。

3.戒治者對於緩護療人員的主觀評估：醫師具有診斷與治療功能但差異性大、心理師具備個別及團體治療功能但效能待驗證、社工師能協助成癮者連結社區戒治資源但效果普通、個管師協助相關戒治人員追蹤個案進度、觀護人能協助個案進行戒治具備監控功能但目前人力不足、毒防中心業務偏重在行政工作功能有限、勞動部勞動力發展署對需要就業輔導但效果常不如預

期、真正符合社會局安置個案非常少。

戒治者對於緩護療人員的主觀評估如下:認為醫師服務差異性大，有些不想治療吸食毒品者，未必能有正面的助益，診斷與治療品質普通，有戒癮者認為診斷與治療品質與病人的合作程度有關，醫師會依檢驗報告結果決定給藥用量或心理治療方式，亦有醫師採鼓勵繼續保持。認為心理師對毒癮戒治多較陌生，處遇效能待驗證，而藥物成癮疾病較為複雜，由專業精神科醫師看診較為妥適。觀護人監控狀況，由於目前人力不足，若能增加輔佐人力，並設毒品專責觀護人，可發揮更好的效能。至於毒防中心，其內部的工作人員，業務偏重在行政工作，和地檢署連結不多，監控力較弱，所發揮功能有限，目前提供的服務還在整合中。勞動部勞動力發展署對需要就業輔導的個案皆會轉介，但因個案本身工作態度及能力限制，加以提供之就業機會較少，效果常不如預期。社會局能提供戒癮者特定補助，也很負責，但能安置的機構卻有限，而真正需要社會局安置的個案非常少，且居無定所的人，地檢署也傾向不給緩起訴機會。

五、戒癮治療對用藥者影響及撤銷率偏高原因

（一）戒癮治療對用藥者影響

1.戒癮治療對用藥者交友影響因人而異：有個案沒影響，有個案因此遠離毒友。

2. 戒癮治療對用藥者工作有影響：用藥者可藉由工作減少吸毒機會，但亦會擔憂雇主知道自己正接受緩護療而影響工作

3. 用藥者緩護療期間生活型態改變不大。

4. 用藥者因戒癮課程而影響交友及生活圈。

（二）緩護療治療成敗關鍵影響因素

緩起訴附命戒癮治療期間對用藥者影響因素為交友、就業狀況、生活型態、生活經驗等。交友對象對用藥者是否持續使用與對家屬情緒有相當影響；多數受處分者者為未工作或工作不穩定，工作技術性

低，薪資低，僅只於養家糊口，工作表現較不積極。而工作能減少吸毒機會，但擔心雇主知道目前處於緩起訴階段，也會因需參加緩起訴治療影響工作出席率；其生活型態並未有太大影響，一般生活開銷不高，生活休閒多為居家線上遊戲；交友圈可能變得更封閉，家人未必有犯罪行為，然生活圈常有吸毒的友伴。

緩護療治療成功與失敗案例因素，綜合歸納專家及用藥者之訪談結果，成功案例通常為二大面向因素：

1.用藥者個人內在因素：毒癮輕微、意志力高、配合治療、家人支持、不願失去自由、工作穩定、有能力負擔緩起訴費用。

2.協助者外在因素：執行者觀念一致、協助個案主動配合治療、協助個案學習規律生活、協助個案離開原居住地、協助個案遠離吸毒朋友、協助個案建立家庭關係、有穩定的工作、有穩固的人際網絡支持。

失敗案例歸因：

1. 用藥者個人內在因素：意志不堅、成癮嚴重、未按規定報到且參與治療意願低、生活不穩定、經濟能力無法支應治療費用、以吸毒面排解壓力。

2. 外在因素：仍有毒友持續與其接觸、另犯他案、社會支持弱。

（三）緩起訴附命戒癮治療撤銷率偏高原因

目前撤銷率約 20％～25％，主要為現行反毒政策和執行者因素二項：

1. 政策因素：只有撤銷或不撤銷之處分，缺乏彈性調整機制，另警察加強毒品查緝，使吸毒者被捕機率大增，罰則太輕致使用藥者一再用藥。

2.執行因素：由於撤銷機制沒有整合，檢察官、觀護人與執行人員對毒癮理解觀念不一致也不足，此外成癮科醫師不夠、也不專業等均為是高撤銷率關鍵因素。

六、緩起訴附命戒癮治療者處遇經驗與需求之調查發現

本研究針對毒品犯於接受緩起訴附命戒癮治療期間的處遇經驗，設計參加醫療與處遇活動之頻率與缺席狀況、觀護人輔導與互動狀況、接觸社會機構專業性滿意度、結束緩起訴/離開監獄所需之協助、附命戒癮治療期間影響戒毒效果人員、處遇制度以及提升緩起訴附命戒癮治療效能之配套措施等面向，進行分析。進一步說明如下:

（一）參與處遇活動之頻率影響被撤銷比例

本研究針對毒品犯於接受緩起訴附命戒癮治療期間的處遇經驗，設計有向觀護人報到、服用美沙冬、門診治療、團體治療、個別諮商/輔導、家庭治療、宗教活動、親職教育、就業輔導、職業訓練與疾病治療或取藥。在參與頻率方面，除家庭治療、親職教育、就業輔導與職業訓練未達顯著外，受處分人在各類型處遇活動的頻率次數，顯著地高於受刑人，除服用美沙冬以外，換言之，受處分人參與地檢署所規劃的處遇課程之頻率，大多數均顯著地高於受刑人。

其次，在上述各項處遇課程與活動的缺席程度，除團體治療外，有參加的受訪者中，受處分人的缺席情況，顯著地較受刑人為少，亦即受刑人的缺席程度顯著地較受處分人為多。綜上分析，受處分人在附命戒癮治療期間參加各項處遇活動的頻率與缺席的狀況，均較受刑人為好，進而可以順利地完成緩起訴附命戒癮期間，因此，如何提高毒品犯在附命戒癮期間參與處遇活動的頻率並降低其缺席的次數，以減少渠等被撤銷緩起訴附命戒癮治療處遇，實為當前重要的議題。

（二）與觀護人輔導與互動狀況良窳是成敗關鍵

本研究針對毒品犯於附命戒癮治療期間與觀護人之輔導與互動狀況，設計一分量表，內容包含觀護人關心程度、觀護人晤談對於生活問題是否有用、觀護人安排課程對戒癮是否有用、是否遵照觀護人指令上課與找工作、是否誠實報告觀護人生活、交友與工作狀況以及是否盡力完成觀護人交辦之工作。結果發現，受處分人在此量表的同意程度，顯著地高於受刑人，由此可知，配合觀護人之指令以及與觀護人互動品質之良好與否，與毒品犯是否完成附命戒癮治療期間，息息

相關。因此，日後應強調觀護人與毒品犯間輔導與互動品質的強度。

（三）接觸社會機構專業性滿意度愈高，緩護療成功機會愈高

本研究針對本研究針對毒品犯於附命戒癮治療期間與公家機關和私人機構(統稱社會機構)所提供之專業性滿足程度，設計一分量表，內容包含檢察官的裁定緩起訴、觀護人的監管、觀護人的輔導與服務、觀護人轉介參加諮商輔導與門診治療、醫療機構醫生與護理人員的門診服務、醫療機構醫師與心理師進行團體治療服務、毒防中心社工員或個管師電話追蹤與關切、就業服務中心就業輔導服務以及宗教/民間機構戒治服務等之專業性滿意度。結果發現，受處分人在上述社會機構所提供專業性滿意度之程度，顯著高於受刑人，換言之，如何強化上述社會機構所提供服務之專業性，以提高毒品犯於附命戒癮治療期間之滿意度，實為日後強化緩起訴效能之改進重點。

（四）結束緩起訴/離開監獄最需要之協助為就業輔導

本研究詢問受試者對於結束緩起訴/離開監獄時需要的協助，設計以下 12 個題目：內容包含聯絡家人、職業訓練、就業輔導或介紹工作、提供車資、接受美沙冬替代療法、更生保護會連絡方式、毒品防治中心聯絡方式、居住安置、安排或輔導重新就學、安排心理諮商輔導、改善與家人關係以及更生保護會提供其他服務等。除協助就業輔導與介紹工作外有比較高的需求程度外，70%以上的受訪者均表達出不太需要或完全不需要上述協助項目。換言之，對於本研究所列的 12 種需求，僅約 26%以下的受訪者認為非常需要或還算需要。即使需求程度很低，本研究嘗試需求排序後發現，前五名需求程度較高之項目，依序為就業輔導或介紹工作、協助職業訓練、提供與更生保護會聯絡方式、提供車資與聯絡家人，顯見毒品較需要協助的需求與工作、家人與立即金錢(車資)有關。

進一步分析受刑人與受處分人在上述需求上之差異，結果發現受刑人在上述各項提供協助之需求程度，顯著地高於受處分人；此外，受刑人在職業訓練、就業輔導或介紹工作、接受美沙冬替代療法以及更生保護會連絡方式等接受過協助之經驗，顯著高於受處分人。因此，

接受過協助經驗之受刑人，可能了解協助過後之好處或利益，進而增加了需求協助的程度。因此，日後的應該強化如何鼓勵毒品犯於附命戒癮治療期間多多尋求協助的機會與頻率，特別是應該讓其運用協助後，獲得好處或利益，以增加協助之需求程度。

（五）附命戒癮治療期間影響戒毒效果之人員為家人

本研究為探究毒品犯於附命戒癮治療期間之戒毒效果，是否與其周遭的家人、朋友以及相關專業人員有關，結果顯示，有高達八成以上的受訪者認為，父母、配偶(含同居人) 、兄弟姊妹、子女、醫療人員、輔導人員與自己等，對於毒品犯的戒毒，非常有或還算有幫助，而司法人員，僅有七成三左右認為非常有或還算有當幫助，朋友部分則為降至六成左右，認為非常或還算有幫助，換言之，毒品犯大都知道其周遭朋友大致上以毒友或偏差友伴為多，因此，在戒毒過程中，難以對其有幫助。

進一步分析受刑人與受處分人對於這些人員在戒毒效果的幫助程度，結果發現，受處分人在朋友、司法人員、醫療人員與輔導人員等，顯著地高於受刑人，亦即受處分人認為朋友、司法人員、醫療人員與輔導人員在其戒毒過程，顯著地給予非常或還算有之幫助。因此，如何強化朋友、司法人員、醫療人員與輔導人員在毒品犯戒癮期間協助戒毒之效能，亦為值得探究之課題。

（六）提升緩起訴附命戒癮治療效能之配套措施為協找到穩定的工作以及協助改變居住環境

本研究為探究毒品犯於附命戒癮治療期間，那些配套措施或作法，會提高毒品犯之戒治效能，設計出 10 個配套措施或作為提供受試者填答，結果顯示，協找到穩定的工作以及協助改變居住環境的非常同意與還算同意程度達 88.8%，其次為成立毒品法庭，非常同意與還算同意程度達 87.8%，第三名為提出自主戒癮計畫，非常同意與還算同意程度為 71.3%，而設立中途之家、透過宗教信仰協助以及戒治費用負擔，同意程度為 69%~62%之間，而緩起訴戒癮時間不夠長的同意程度僅 38.7%。

進一步分析後發現，受刑人在緩起訴時間不夠長、自主戒癮計畫、成立毒品法庭、治療費用負擔過重、設立中途之家以及改變居住環境等配套措施或作為之同意程度，顯著高於受處分人。足見協助毒品犯改變居住環境、協助尋找穩定工作、成立毒品法庭以及提供自主戒癮計畫等，為當前毒品犯較為認可提升附命戒癮治療的配套措施或作法。

七、緩起訴附命戒癮治療成效用藥者自我評估之調查發現

有關毒品犯緩起訴附命戒癮治療期間用藥者自我評估部分，本研究設計有毒品施用合理化、毒品戒治醫療化以及毒品戒治監禁化三部份分析。

（一）毒品施用者容易合理化用毒行為

本研究設計 5 個題目檢視受訪者對於毒品施用程度的自我評估，包含：1.對我來說吸毒並不是件嚴重的事，沒什麼大不了；2.戒掉毒品太困難了，頂多自己控制少用一些，不可能戒除；3.使用毒品有一定的好處，像是可以讓我忘掉煩惱的事情 3.使用毒品有一定的好處，像是可以讓我忘掉煩惱的事情；4.我能自己控制毒品使用，所以沒有戒不戒毒的問；5.到目前為止，使用毒品對我的生活並沒有造成負面影響。結果顯示，受訪者對於毒品合理化之自我評估，其實存在著不太同意或非常不同意的看法，例如，大部分的受訪者對於吸毒不是件嚴重的事、毒品可以讓人忘記煩惱、自己可以控制毒品使用以及使用毒品並沒有對於生活造成負面影響的問題，採取不太同意或非常不同意的看法。足見受訪者認為，要合理化吸食毒品行為，認為不是很嚴重，可以控制，可以忘記煩惱，並不會造成生活負面影響，恐難以達成。

進一步分析受處分人與受刑人在此一量表的差異性，結果發現，受刑人對於毒品合理化的同意程度，顯著高於受處分人，亦即受刑人對於毒品合理化的程度(例如使用毒品對自己的生活並不會造成負面影響)顯著高於受處分人。因此，有關單位應該透過相關的課程設計或教案，以降低毒品受刑人對於毒品合理化的認知程度。

（二）毒品施用者支持戒治醫療化

本研究設計 3 個題目詢問受試者有關毒品戒治醫療化的自我評估：1.我認為吸食毒品是個人行為，國家不應該動用刑罰制裁；2.我認為吸食毒品不應該被監禁；3.我認為吸食毒品是一種疾病，應該以治療手段取代監禁措施。結果顯示，有一半的受訪者認為國家不應該動用刑罰制裁毒品戒治行為，但仍有一半的受訪者支持當前的刑罰制裁政策，值得關注。有接近 58％的受訪者對於吸食毒品不應該被監禁，採取還算同意或非常同意的態度，高達近 82％的受訪者認為吸食毒品是一種疾病，應該以治療手段取代監禁。因此，從受訪者對於毒品戒治醫療化的自我評估可知，大多數的受訪者仍然支持施用毒品是一種疾病，應該以治療方式取代監禁，特別是受刑人，顯著地高於支持毒品戒治應該予以醫療化，但至於是否應該動用刑罰制裁，則呈現受處分人與受刑人兩極不同的看法，受刑人比較支持動用刑罰制裁，但受處分人則比較不支持動用刑罰制裁。

（三）毒品施用者不支持戒治監禁化

最後，本研究設計 2 個題目詢問受試者有關毒品戒治監禁化的自評估：1.我認為將吸食毒品者關起來，可以達到嚇阻其不再吸毒的目的；2. 我認為要戒除吸食毒品，監獄監禁還是比醫療治療有效。表結果顯示，有 75％的受訪者不同意或非常不同意將吸食毒品者關起來戒治；另有 78％的受訪者不同意或非常不同意監獄監禁比醫療治療來得有效。換言之，受訪者仍是認為監獄監禁對於毒品戒治而言，不是比較妥適的作法。

至於受處分人與受刑人在於毒品戒治監禁化之看法，並未達顯著差異，換言之，無論是受處分人或受刑人，均不贊同毒品戒治應予監禁化。

綜合上述毒品犯的自我評估，在毒品施用合理化方面，大多是的受訪者已經不再一昧的合理化自己的吸毒或施用毒品之行為，不再認為吸毒行為不是很嚴重、可以控制少用些、可以忘記煩惱、沒有戒不掉的問題以及並不會造成生活負面影響。換言之，吸毒行為確實造成

受訪者生活上問題以及難以戒毒的問題，因此，不再完全合理化吸食毒品之行為。基此，有將近一半的受訪者同意國家透過刑罰制裁的方式，對於吸毒者進行戒治行為，而戒治的方式，認為應該透過醫療方式而非監禁的方式進行之。大部分的受訪者認為監禁不會達成嚇阻的效果，比醫療治療來得沒有成效。透過毒品犯之自我評估，可以發現，受試之毒品犯仍然支持當前我國對於毒品戒治的刑事政策，亦即透過刑事制裁的方式干預國民的吸毒行為，但干預的手段或方法，仍主張醫療應優先司法、社區處遇應重於機構性處遇。

八、緩起訴附命戒癮治療成效專家評估之調查發現

有關我國緩起訴附命戒癮治療處遇成效，本研究綜合 31 位專家意見調查如下：

（一）緩護療對治療者戒癮成效評估結果

在對治療者之戒癮成效方面，多數受訪專家認為緩護療對治療者具戒癮成效，包括：1.緩護療制度能協助成癮者延緩毒癮復發。2.能使成癮者獲得妥適之戒癮治療。3.能讓成癮者維繫良好家庭關係。4.能協助成癮者舒緩毒癮發作。5.能讓成癮者維持穩定工作。6.能協助成癮者學習如何戒癮。7.能讓成癮者維持正常社交生活。8.能協助成癮者戒除毒癮。

（二）緩護療對司法體系政策成效評估結果

在對司法體系政策之成效上，多數受訪專家認為我國司法體系之戒癮成效均良好，包括：1.緩護療制度使醫療資源介入成癮者之戒治處遇。2.行政部門決策者支持緩護療制度。3.緩護療對於監所收容壓力具有舒緩的效果。4.立法機關大多支持緩護療政策。

（三）緩護療執行資源困境評估結果

多數受訪專家認為緩護療在執行資源困境包括：1.醫療外之戒癮協助資源仍然不足。2.毒防中心人員對於緩護療的參與程度決定於地方首長的態度。3.缺乏跨系統整合之個案管理師。4.各地方就業服務中心提供緩護療個案之就業機會較少。5.單位間缺少資訊及資源整合

平台。

（四）緩護療執行能力困境評估結果

多數受訪專家認為緩護療執行能力困境包括：1.毒防中心人員監控力較弱。2.毒防中心人員和緩護療相關單位連結不足及司法人員對毒癮戒治之認識稍嫌不足。

（五）用藥者因素評估結果

多數受訪專家認為緩護療失敗之用藥者因素包括：1.用藥者本身工作態度及能力限制因素，致使就業輔導成效不如預期。2.符合安置條件之個案亦較少，致使安置個案不多。

（六）緩護療撤銷率增加原因分析結果

多數受訪專家認為緩護療撤銷率增加原因包括：1.戒癮者因緩護療期間再罪導致撤銷率增加。2.戒癮者因假意接受治療而導致撤銷率增加。

（七）緩護療政策執行人力評估

緩護療運作與執行之緩護療政策執行人力評估上，多數受訪專家都認為緩護療之執行人力均不足夠，包括：醫生、護理人員、檢察官、個管師、心理師、社工人員及觀護人等均不足夠。

（八）緩護療政策執行能力評估

多數受訪專家僅認同緩護療醫療機構之醫生、心理師及其護理人員具備執行緩護療專業能力。

（九）未來緩護療制度層面建議共識度

在緩護療政策及制度層面建議上，多數受訪專家大多認同之建議，包括：1.宣導有藥癮的人其實是需要醫療幫忙的概念。2.現行緩護療制度仍須持續進行。3.應容許合理之緩起訴撤銷率。4.地檢署應整合各機關資料提供執行人員充分資訊。5.應強化現有毒防中心組織發揮跨系統監控及轉介功能。6.目前緩護療應建立緩衝與寬容機制。

（十）未來緩護療執行層面建議共識度

在緩護療未來緩護療政策建議之執行層面上，多數受訪專家大多認同：1.緩護療之成效受毒品種類而影響，應發展符合不同個案需求的多元處遇方案。2.各地檢署應建立成癮者標準化篩選機制。3.戒癮治療漸層化，由嚴格而寬鬆，由密集監控治療的戒治所到自由前往的門診治療。4.各地醫療單位應建立緩護療示範模式，提供其他單位學習。

（十一）未來緩護療資源層面建議共識度

在緩護療未來緩護療政策建議之資源層面上，受訪專家均認同資源層面之建議，包括：1.政府應再擴大醫療資源投入及人員的參與。2.地檢署增加緩護療之專責執行人員。3.政府應再增加對戒癮費用的補貼。

八、小結

現行緩起訴處分附命戒癮治療制度，乃係在我國法律制度基礎下，基於愛滋防制之減害計畫下所形成之獨特制度，雖其他國家所規劃的司法監督下戒癮制度皆有不同之處，未來可能的發展應基於現行制度運作之經驗，理解現行制度之利弊得失、機會及威脅，為長遠之規劃，以下藉由企業管理常使用之強弱危機分析（SWOT Analysis），對現行制度加以理解，並作為未來探討及變革之基礎。

表 8-1-1　緩起訴處分附命戒癮治療制度分析表

S	W
Strength：優勢 ◎ 刑罰壓力使個案正視毒癮 ◎ 個案維持社會連結，利於復歸 ◎ 財政負擔較其他處遇制度小 ◎ 醫療更容易介入毒癮戒治	Weakness：劣勢 ◎ 缺乏一致性個案篩選指標 ◎ 司法人員對毒癮認識仍不足 ◎ 醫療外之戒癮協助仍有不足 ◎ 處遇計畫執行內容缺乏彈性 ◎ 缺乏有效能之個案管理人員
O	T
Opportunity：機會 ◎ 決策者支持此項制度 ◎ 監獄擁擠問題使制度受期待 ◎ 政府戒癮經費提高 ◎ 立法機關對毒品政策之支持	Threat：威脅 ◎ 個案於社區犯罪易引恐慌 ◎ 個案假意戒癮，浪費資源 ◎ 缺乏評估機制，難持續推展 ◎ 警察配合政策加強緝毒，因績效壓力增加撤緩率

第二節　政策建議

本研究根據上述研究發現，提出研究建議，茲就立即可行建議及中長期建議，分述如下　：

一、立即可行建議

（一）針對制度層面的建議

1.政策上建議應容許合理之緩起訴撤銷率，持續進行現行緩護療制度，但需建立緩衝與寬容機制、搭配勞動役，減少監禁式處遇

由於多數受訪專家認為緩護療政策具多項正向功能(能協助成癮者延緩毒癮復發、能使成癮者獲得妥適之戒癮治療、能讓成癮者維繫良好家庭關係、能協助成癮者舒緩毒癮發作、能讓成癮者維持穩定工作、能協助成癮者學習如何戒癮、能讓成癮者維持正常社交生活、能

協助成癮者戒除毒癮、使醫療資源介入成癮者之戒治處遇、對於監所收容壓力具有舒緩的效果)，因此，多數受訪專家大多認同應容許合理之緩起訴撤銷率，持續進行現行緩護療制度，但需建立緩衝與寬容機制、搭配勞動役，減少監禁式處遇。另外，本研究透過毒品犯之自我評估發現，毒品犯仍然支持當前我國對於毒品戒治的刑事政策，亦即透過刑事制裁的方式干預國民的吸毒行為，但干預的手段或方法，仍主張醫療應優先司法、社區處遇應重於機構性處遇。

2.在檢察官指揮、處分下，建議以毒品專股觀護人為整合平台，綜合醫療、社工、毒危中心之資料，針對毒品施用者個別狀況，動態評估戒癮者之個別需求，動態調整從低度保護管束至高度之監獄處遇之分流處遇，採取漸層化戒癮治療模式，由密集治療漸進至門診治療，提出符合每個人之最適戒治方案

由於緩護療之成效受毒品種類而影響，應發展符合不同個案需求的多元處遇方案，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，如:引用 RANT® 社區矯正處遇方案的評估工具，依據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至合適的社區矯正方案，其中優先針對附命緩起訴戒癮遭撤銷者辦理，參考圖 8-2-1。因為醫療部分在 RANT 的社區治療處遇有分級:從密集/住院治療到社區門診或心衛中心，檢察官可與醫療單位協調，從醫療單位治療的觀點來看戒治的次數，應該從密集到追蹤，如果緩起訴附命是一年，建議是密集 8 週，接下來再改為每個月一次，較能符合治療的標準。戒癮治療應該漸層化，由密集治療的住院方式看出成效後，再放至門診治療。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。

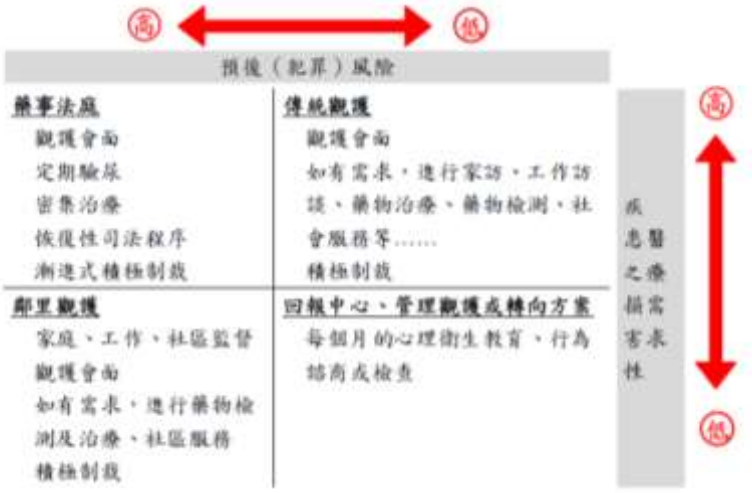

圖 8-2-1　預後（犯罪）風險與醫療需求兩向度評估與相對應建議處遇

本研究參酌美國毒品法庭及德國自主戒癮計畫制度，在我國現有防治毒品機制下，考量司法處分權、司法監控權、變更處分權，本研究建議：(1)在檢察官指揮下，以毒品專股觀護人為整合平台，綜合醫療、社工、毒危中心之資料，由觀護人針對毒品施用者個別狀況，進行評估及分流處遇，建立從緩起訴/緩刑之低度保護管束至高度監獄處遇之高度監督，以專業系統評估戒癮者之個別需求，提出符合每個人之最適戒治方案，較能熟悉毒品使用者特質與生活環境適應需求，整合勞政、社政、法務榮觀資源提供轉介服務，並與毒防中心密切合作進行持續追輔。(2)戒癮治療策略應具機動性，應依毒品種類及成癮狀況而採漸層化處遇，由嚴格而寬鬆，由密集監控治療的戒治所到自由前往的門診治療。(3)因政府提供之資源太少，無法給予足夠的監督照護，社區資源亦相當缺乏，故以國家公權力結合社區多元資源以提供更完善之戒治資源給戒治者，才能多管齊下對抗毒品問題。(4)允許毒品施用者提出「自主戒癮計畫」，以「自主醫療替代強制治療」具體作法，詳述如後。

3.在現有體制下，建議參考德國麻藥法中暫緩執行、停止執行之立法例，由毒品施用者提出「自主戒癮計畫」，經檢察官同意後，

暫緩起訴或經法院核准後，可停止徒刑之執行，以「自主醫療替代強制監督機制」

我國之毒品危害防制條例第 24 條及毒品戒癮治療實施辦法及完成治療認定標準，以及刑法第 74 條有關緩刑的規定，可以參考德國麻藥法之規定為適當之修正，提供一個多元處遇選項，除了由司法機關指定戒癮機構之治療計畫外，亦容許由毒品施用者緩起訴處分附命戒癮治療的規定提出「自主戒癮計畫」，亦即由受處分人，尋求衛生福利部或地方衛生主管機關所認可之戒癮治療機構，與醫生討論個案的需求與用藥狀況後，擬定符合受處分人的治療處遇計畫或方案，遞交法院法官或檢察官，由法院法官或檢察官諮詢相關醫療專業人員以及考核受處分人的用藥情形、家庭條件以及平常素行後，認為該自主戒癮計畫確實符合受處分人之所需，且較法院或地檢署的緩刑或緩起訴附命戒癮治療為佳，即可以此自主戒癮計畫取代法院或檢察官的附命戒癮治療計畫。如此不但可以避免採取一體適用治療流程可能無法滿足各類個案需求的現象，落實毒品犯個別化處遇之(individual treatment)目標，亦可藉此使規模較小、未簽約，但合格的戒癮機構可以納入整體戒癮處遇的機制中，亦即以「自主醫療替代強制治療」，達到醫療模式取代監禁模式的目標。換言之，採取「自主戒癮計畫」可說是落實法務部所提「多元戒治處遇方案」之目標。根據本研究發現，支持（非常與還算同意）自主戒癮計畫的受訪者高達 60.3%，其中受刑人的支持程度顯著高於受處分人（詳見表 6-2-51），足見此一政策，頗獲大部分毒品施用者的青睞，值得修正相關法律推動。

4.建議政策上應規範告誡單開立次數，樹立毒品刑罰規範，以達一般威嚇效果

本研究發現，雖然緩護療具多項正向效果，但仍有負向效果存在，戒癮者會假意接受治療而導致撤銷率增加，因此，建議應規範告誡單開立次數，降低給太多次機會，避免僥倖心態，同時樹立毒品刑罰規範，教育民眾毒品仍係違禁品，濫用藥物仍會受到刑事處罰，期能達一般威嚇效果。

（二）針對資源層面的建議

1.建議透過工作分析，檢討緩護療相關部門之資源配置，並儘速增加各地檢署觀護人之人員編制，除增強原觀護功能外，同時扮演跨系統整合之個案管理師角色，以強化各機關間之資源溝通及連結

由於國家政策已決定將更多毒品施用者由機構處遇轉向至社區處遇，因此，自緩起訴戒癮制度實施以來，已有越來越多的毒品施用者由原來的機構處遇轉向至社區處遇，我國以往監獄擁擠致使矯正功能及戒護安全受到影響的問題獲得部分的緩解，也使得推動監獄一人一床等人權計畫有了更多推動空間，或許以目前矯正機構資源短絀的情形，尚難將減少收容人所節省下來的資源轉挹注至檢察或觀護系統，然而本研究檢視目前負責社區處遇之資源及能量後發現，緩護療醫療外之戒癮協助資源仍然不足，且執行人力也都不足，包括：檢察官、個管師、心理師、社工人員、職能治療師及觀護人等均不足夠，其中負責評估及分流的檢察人力及負責社區處遇的觀護人更是嚴重不足，如此不但會降低地檢署辦理緩起訴處分戒癮治療的意願，更會進一步影響處遇品質；另外，本研究在執行困境中也發現，目前各單位間缺乏跨系統整合之個案管理師，考量醫療人員、毒防中心社工等人員缺乏司法強制執行力，若政策上能以毒品專股觀護人為整合平台，應更能發揮緩護療機制的功能。

2.對有意願投入緩護療的社區復歸及醫療照護的優質機構，建議提供相對的優惠與補助，加強合作誘因，擴大醫療資源投入及人員的參與

目前投入緩護療的醫療機構及社區復歸的轉銜機構不多，各地區醫療資源不一，且與各地檢署均為契約關係，現階段緩護療相關資源與配套措施不足，有醫院也會收不到治療費的狀況出現，建議對有意願投入緩護療的社區復歸及醫療照護機構，提供相對的優惠與補助，加強合作誘因，擴大醫療資源投入及人員的參與；另外，亦應增加對戒癮費用的補貼。

3.參考德國施用毒品處遇防制政策，建議擴大社區資源之應用，尋找更多之醫療資源，供毒品戒治者根據自身情況之不同，自由設計專屬於自身的戒治規劃

由於戒癮治療所需要的不單只是醫療體系的介入，而目前各地檢署轉介戒癮治療的醫療機構亦常有容額不足或服務內容不盡然符合個案的情形，因此如果能把既有而尚未納入緩起訴處分戒癮治療機制之合法、有效的戒癮資源充分運用，應是在討論進一步擴大緩起訴處分戒癮治療適用範圍時所需處理的課題。建議可配合前述自主戒癮計畫，由個案依個別不同的狀況，自行或透過一定機制尋找更多的醫療及其他類戒癮資源，在經過主管認證及檢察官審查同意後，作為個案戒癮計畫之內容。

（三）針對評估緩起訴附命戒癮治療成效的建議

1.考量個案狀況及需求不同，建議治療評估內容應具多元性

本研究發現，治療成效指標不應僅止於驗尿結果與團體出席率，除需針對個案毒品使用種類與嚴重性，分級提供不同的治療模式與頻率外，治療過程參與意願、面對生活壓力與危機事件的因應能力，家庭、親友關係網絡與生活穩定性均須列為再犯預後的評估指標。緩療護經驗對於部分毒品使用者雖未必能達到完全制止或療癒成效，但至少在治療過程中能逐漸學習適量自我控制或減少使用。綜合上述，評估緩起訴附命戒癮治療成效指標，建議具體項目包括：1.被撤銷次數、2.再犯次數、3.復發時間、4.驗尿結果、5.回診狀況、6.團體治療出席狀況、7.毒品使用種類、8.毒癮程度、9.治療過程參與意願、10.面對生活壓力與危機事件的因應能力、11.家庭關係網絡、12.親友關係網絡、13.工作穩定性、14.生活型態規律性、15.毒品適量自控或減少使用狀況。另外，也建議由法務部保護司統籌，將上述治療成效指標，設計為「緩起訴附命戒癮治療藥癮者再犯風險衡量評估表」，由觀護人根據個案的動靜態條件，輸入電腦介面之評估表，分析附命戒癮治療的藥癮者在社區中再次施用毒品的風險程度，提供第一線觀護人員啟動中高度監控與輔導，甚至作為解除緩起訴付命戒癮治療處遇之參考

依據，提高觀護品質，降毒品犯再度危害社區之隱憂。

2. 建議依據受處分人毒品使用的嚴重程度，再進行治療前診斷評估、治療後成效評估及緩護療結束前之癒後評估

依據毒品級別而有不同的緩護療治療歷程，一級毒品需要每天到醫院喝藥，由個管師或護理師協助執行；二級毒品以心理治療為主，由心理師或社工師執行；且合作醫院的治療方式(個別或團體)、次數、與時間均有差異，應依據受處分人毒品使用的嚴重程度，再進行治療前診斷評估、治療後成效評估，最後再進行緩護療結束前之癒後評估。

（四）針對提升緩起訴附命戒癮治療成效的建議

本研究發現，成功案例通常具下列關鍵因素：各地檢署觀護觀念一致、個案持續維持在觀護系統、個案規律參與戒癮課程並學習重建家庭關係與友善溝通方式、具備主動配合意願、工作穩定、遠離成癮朋友伴、生活規律、具有健康穩定的人際網絡支持。反之，失敗案例歸因，包括：戒癮動機不強、意志不堅、成癮程度嚴重、因感情因素再用毒、生活壓力大，常合理化自我行為。他山之石可以攻錯，為提升緩起訴附命戒癮治療成效，本研究針對運作執行層面的建議如下：

1.建議地檢署建立標準化轉介流程，並建立治療示範模式，選取成效良好單位之運作方式，提供各機構學習、觀摩。

目前緩護療由各各地檢署執行，但其轉介、觀護流程不一、醫療模式不同，毒防中心監控方式各異，建議緩起訴個案的處分理念應具有共識，地檢署轉介流程標準化，簡化檢察官股別，避免每人做法新舊不同，以標準化轉介、告知個案訊息方式及機制之流程與內容。另外，從法務地檢觀護系統而言，建議設立專股執行戒癮治療者之觀護處分，較能熟悉毒品使用者特質與生活環境適應需求，整合勞政、社政、法務榮觀資源提供轉介服務，並與毒防中心密切合作進行持續追輔。

2.建議應強化觀護人與毒品犯間輔導與互動品質，並由專股觀護人依個案需求，整合勞政、社政、法務榮觀等資源，提供轉介

服務，並與毒防中心密切合作進行持續追輔

本研究發現，受處分人配合觀護人之指導以及與觀護人互動品質之良好與否，與受處分人是否完成附命戒癮治療息息相關。因此，建議應強化觀護人與毒品犯間輔導與互動品質，以提高緩護療成效。並由專股觀護人進行在地社區醫療與相關服務資源主動聯繫，評估毒品使用者特質與生活環境適應需求，整合勞政、社政、法務榮觀資源，挑選適切醫療服務品質再提供轉介，提供轉介服務，並與毒防中心密切合作進行持續追輔，針對個案狀況定期與醫療院所召開協調會議，期待合作醫療機構提出服務檢討報告，以確認服務品質與成效性。

3.建議強化藥癮醫療戒治宣導，改變各單位執行人員「從犯人轉為病人治療」觀念，將觀護原則翻轉為「個案於社區醫療系統中循環，避免重複在獄政系統進出」

本研究發現，不同背景觀護人對於是否撤銷緩起訴附命戒癮治療的標準並不相同，例如法律背景者，就一板一眼，但諮輔或社工為背景者，則比較願意根據個案的過往表現，給予多次機會而不提撤銷。此外，問卷調查也發現，受刑人對於觀護人的輔導與互動品質的滿意度，顯著低於受處分人。這當然可以是因為受刑人不遵守觀護人指令或對於觀護人的安排不太認同使然。然而，提高觀護人與毒品個案間的互動與輔導品質，卻是一個不爭的事實。因此，針對觀護人應安排強化毒品犯為病人的宣導以及如何協助復歸社會等觀念溝通之課程，甚至開辦毒品犯與觀護人共同溝通的工作坊，讓大家互相參與其中，互相瞭解與溝通，也不是不可能的規劃與安排；另外，受處分人在各相關機構所提供專業性滿意度之程度，顯著高於受刑人，實有需要提升、強化緩起訴者之服務效能。因此，建議強化宣導有藥癮的人其實是需要醫療幫忙的概念、針對毒品戒癮治療制度之運作仍須持續進行；另外，亦應改變各單位執行人員「從犯人轉為病人治療」的觀念；允計合理的復發，復發後需進一步分析復發原因，共同面對問題提供協助，並將觀護原則翻轉為「個案於社區醫療系統中循環，避免重複在獄政系統進出」，其中，各單位執行人員包括法官、檢察長、檢察官、觀護人、醫生、護理人員、個管師、心理師、社工人員及職能治療師。

4.建議各單位建立獎勵機制以提高受處分人參加處遇活動之頻率

本研究發現，毒品犯於接受附命戒癮治療時，地檢署與觀護人均提供或轉介相當多的處遇課程與方案給毒品犯參加，大部分的受訪者也對於這些社會機構所提供的處遇課程與方案，在專業性方面表達高度的滿意。然而，進一步分析，受刑人在許多處遇活動的參與次數顯著較受處分人低，缺席率也較受處分人高。雖然地檢署觀護人均與上述處遇活動的主辦機構建立聯絡機制，但通報時，可能都是毒品犯缺席多次，甚為可惜。因此，建立獎勵機制以提升毒品犯參與處遇活動的投入程度，實為當前重要課題，例如是否可以完成一個課程，即可抵免一些免於呈報檢察官的小偏差或違規行為（例如沒有報到）？或是一些獎金或獎品，以提高其報到與參與處遇活動之程度。

5.建議協助毒品施用者降低對毒品合理化認知，並提供治療成敗關鍵影響因素，供執行人員及受處分人參考

本研究發現受刑人(遭撤銷緩護療者)對於毒品合理化的程度(例如使用毒品對自己的生活並不會造成負面影響)顯著高於受處分人(未遭撤銷緩護療者)，因此，有關單位應該透過相關的課程設計或教案，以降低毒品受刑人對於毒品合理化的認知程度，另外亦應提供緩護療治療成功與失敗案例之影響因素，供緩護療受處分人參考。綜合歸納專家及用藥者之訪談結果，成功案例通常其有下列特性：各地檢署由檢察官、檢事官與觀護人組成成立毒品專股，強調觀念的一致性與溝通性；個案持續維持在觀護系統，復發後分析原因，共同面對問題並提供協助，翻轉觀護原則為「個案於社區醫療系統中循環，避免重複在獄政系統進出」；受處分人個人意志力強，態度積極正面、戒毒動機強烈，不願意失去自由，具主動配合意願、工作穩定、能阻絕毒友、遠離成癮朋友、生活規律，維持健康穩定的人際網絡支持，家庭功能正常與家人支持力強，學習重建家庭關係與友善溝通方式；重視配合與檢察官或觀護人的約定、以及且積極配合治療行程，規律參與戒癮課程與團體。失敗案例歸因於戒癮動機不強或意志不堅、成癮程度嚴重、感情及生活壓力大，常合理化自我行為、藥物成癮情形較嚴重、生活中社會支持較弱、生活不穩定、面臨重大壓力時缺乏良好的因應

方式、經濟無力支應治療費用、以及生活圈中仍有毒友，另外用藥者本身另有其他犯罪、未按規定報到、參與治療意願低等，均是失敗案例的成因。

6.地檢署檢察官及觀護人應整合相關單位資源，協助受處分人改善居住環境或遠離風險環境

本研究發現，受訪者在提升緩起訴附命戒癮治療期間的配套措施中，認為改變居住環境是提升緩起訴附命戒癮治療效果的首要措施。另從再犯的重要指標分析，偏差友伴與偏差生活型態與活動，其實與毒品犯身處的環境息息相關。換言之，如果不脫離原有的居住環境或遠離風險環境，毒品犯再犯的機率非常高。日本觀護人具有「調整環境」的權限，亦即當觀護人發現受保護管束者處於風險環境或再犯風險因子高時，可以調整其受保護管束處所。因此，建議地檢署觀護人可以報請檢察官運用調整受保護管束區的方式，經過考核認為有必要或個案主動提出後，聯絡欲轉移的受保護管束地，接洽相關的安置處所與安排臨時工作後，協助個案改變居住環境，以確保戒除毒癮的成功機率。

7.建議地檢署建立恩威並濟的監控與輔導機制，當個案經評估治療無效後，應予以撤銷緩起訴之處分，以提升緩起訴附命戒癮治療的成效

本研究發現約有一半的受訪者認為毒品戒癮應該採取刑罰制裁，但相對地，也有一半的受訪者不認同採取刑罰制裁的方式進行毒品戒癮工作。然而，毒品戒治醫療化，杜絕監禁化，似乎已經是大家共識以及世界潮流。因此，以刑罰為外衣（棍子）、以醫療為內裡（紅蘿蔔）的毒品戒治模式，乃當前社會大眾與毒品施用者的共識模式；另外，本研究就毒品施用者需求排序後發現，前五名需求程度較高之項目，依序為就業輔導或介紹工作、協助職業訓練、提供與更生保護會聯絡方式、提供車資與聯絡家人，顯見毒品較需要協助的需求與工作、家人與立即金錢(車資)有關。因此，在此模式下，透過地檢署檢察官的指揮、觀護人的執行與協調，整合社會資源，對毒品犯進行治療、處

遇與輔導；而當毒品犯消極或不願意參加相關的治療、處遇與輔導方案時，則觀護人仍有提報權，檢察官仍可再運用職權對其撤銷緩起訴，以嚇阻毒品犯的消極態度。此一恩威並濟的附命戒癮治療模式，實為當前醫療優於司法、社區處遇重於監禁處遇的主流模式，也是觀護人、毒品犯等受訪者的共識模式。因此，地檢署應該建立一個洽當的容忍機制或寬容規範，當毒品個案一而再、再而三的挑戰此一容忍機制與寬容規範時，則予以撤銷緩起訴處分，以提升緩起訴附命戒癮治療成效。

8.建議強化人力派遣公司或庇護工場之階段性就業手段，使毒品施用個案能回歸一般就業市場

本研究發現，工作狀況是緩護療成敗的關鍵影響因素之一，從與觀護人的訪談也得知，有無工作影響受處分人戒毒意志力與參加各項處遇方案（例如美沙冬）的關鍵因素，因此，如何協助工作狀況不佳之毒品施用者穩定就業，便成為協助戒癮的重要基礎工作。由於毒品犯的工作能力或自我控制力通常較低，因此目前諸多行業對於聘用毒品犯仍不免有所疑慮，常有禁用或不願意聘僱的內規，讓毒品犯欲尋找工作復歸社會，困難重重。因此，政府除了一方面提供戒癮者職業訓練及就業媒合的服務外，另方面也應有適當的方式，使不同工作能力皆能獲得適當的工作機會。對於工作能力較低、工作經驗較少的個案，可以藉由輔導合法之派遣公司，作為毒品犯復歸社會的第一站，透過派遣公司的從事多樣性的工作領域，協助毒品犯瞭解自己的缺點或激發其向上意志，進而參加相關技能訓練或就業謀合，以期獲得更好的工作與收入。坊間已有許多更生人成立且合法的派遣公司（例如新北市三重區的菩薩之家、新竹縣的福將人力公司）[13]，地檢署可主動接洽聯繫，簽訂合作契約作為轉介有立即工作需求之毒品犯安置與工作之場所，降低其再犯風險。另亦可透過庇護工場的運作方式(如苗

[13] 據了解，這些派遣公司都是更生人成立，曾經向更生保護會申請就業貸款，雇主非常願意聘僱更生人，並瞭解更生人的需求與行為，以菩薩之家為例，可以提供住宿服務，讓更生人馬上可以安置，另外，工作都是領日薪，也符合大多數更生人之需求。目前該公司與新北更生保護會簽有合作契約，接收新北更保會轉介之更生人，包含毒品更生人。

栗葛瑞絲香草田[14])，協助個案獲得工作經驗、固定收入及自我肯定。而最終的目的，仍是希望個案能夠不斷的成長，能在一般就業市場正常就業。

二、中長期建議

（一）司法院可參考美國毒品專業法庭之運作模式，針對用毒者進行分級分流之動態風險及需求評估，發展符合不同個案需求的多元、機動處遇方案

本研究發現，以傳統刑事訴訟程序處理毒品施用者處遇缺乏效能(缺少資訊及資源整合平台、單位連結不足、缺乏跨系統整合之個案管理師、醫療社工及毒防中心人員缺少司法轉介及監控力)，且緩護療之成效受毒品種類而影響，應發展符合不同個案需求的多元處遇方案，另外專家也建議戒癮治療應採漸層化，由嚴格而寬鬆，由密集監控治療的戒治所到自由前往的門診治療，由司法監控力、變更處遇能力及機動力的角度，我國目前對於毒品施用者僅有在起訴前給予緩起訴處分附命戒癮治療之機會，在起訴後即便被告條件適用在社區接受戒癮治療，然而法官在實務上卻很少運用在刑法所賦予法官的這項權力，本研究建議可參考美國毒品處遇之政策，建立「緩刑附命戒癮治療制度」，由司法機關參考目前法務部與衛生福利部所共同推動的緩起訴處分附命戒癮治療的制度，由司法體系與衛福體系亦同樣建立專門適用於毒品施用者之處遇流程，針對毒品施用者個別狀況，進行評估及分流處遇。藉由院檢及衛福體系的合作，建立從緩起訴/緩刑之低度保護管束至高度監獄處遇之高度監督，以專業系統評估戒癮者之個別需求，作出符合每個人之最適戒治方案，並非無差別地擴大緩起訴附命戒癮治療之適用，有效提高戒癮成效及減少戒癮處遇成本，更符合資源最適及多元個別適用之宗旨。另外，在毒品社區處遇方面，「國力有限，民力無窮」，如同研究結果顯示，許多戒癮者皆認為政府提供之資源太少，無法給予足夠的預後照護，社區資源亦相當缺乏，故以國家

[14] 葛瑞絲香草田位於苗栗頭屋鄉明德水庫附近，主要目的在幫助吸毒者戒毒並給予更生人庇護工場、訓練更生人工作技能的福音戒毒機構。創辦人劉志宏曾有十年的吸毒經驗，洗心革面後開拓庇護工場，幫助吸毒者開創新的人生。

公權力結合社區多元資源以提供更完善之戒治資源給戒治者，才能多管齊下對抗毒品問題。

（二）建議建立資訊平台整合，提供執行人員充分資訊，並強化各機關間溝通連結

在緩護療執行資源困境中發現，目前各單位間缺少資訊及資源整合平台，建議可以在醫療體系所使用的替代療法系統中，再加入電話追蹤、回診紀錄等資訊，且開放權限給觀護人等相關單位同步查閱追蹤，提高個管師與觀護人追蹤個案效率，了解個案服務現況。甚至更進一步，應該將醫院、觀護人室及毒防中心三方的資訊加以串連，建立個案檔案，讓每位毒品個案的諮輔、聯繫、關切，甚至安置與輔導就業等紀錄，都能翔實的記載下來，作為橫向聯繫及了解個案狀況之重要基礎。本研究發現，部分個案有發生資源重複的情況，甚至表達出關切與後追電話很多，但都不知哪個單位打來的電話，甚至已有工作了，還來關切與詢問是否需要安排就業輔導，足見社區各機構間的資源共享與聯繫，發生的問題，導致輔導個案資源重複浪費或有所疏漏，這對處遇資源珍貴的情形而言殊為可惜，究其原因，與目前實務上缺乏更全面的個案管理資訊平台有莫大的聯連。因此，建立毒品個案戒癮檔案，以整合社會醫療與輔導資源，乃是刻不容緩之情事。

(三)修訂毒品危害防制條例第 24 條第 1 項，使檢察官不必命無醫療需求之緩起訴處分個案至醫院治療；修訂毒品戒癮治療實施辦法及完成治療認定標準第 2 條第 1 項，使所有具有刑事責任之毒品施用者皆納入戒癮治療之範圍內，以使緩起訴戒癮治療法律基礎能符合實務需求

我國緩起訴戒癮治療制度最初係為了鴉片類毒癮者之需求，因此無論毒品危害防制條例第 24 條、毒品戒癮治療實施辦法及完成治療認定標準之立法，皆是依美沙冬替代治療之需求所訂，目前在適用對象上雖已放寬至第二級毒品施用者，然而並重新檢視、調整相關法規，目前法規中尚未納入非鴉片類之第一級毒品施用者，也尚未規劃轉向處遇前之實質評估機制，另外，也缺乏對無醫療需求毒品施用者之處

遇模式，因此在進一步擴大推動緩起訴處分戒癮制度前，宜再行檢視相關法規內容。

建議將毒品危害防制條例第 24 條第 1 項規定修正為：「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。」將原先之「附命完成戒癮治療之」文字刪除，使檢察官不必使無醫療需求之緩起訴處分個案至醫院治療；至於毒品戒癮治療實施辦法及完成治療認定標準第 2 條第 1 項，則修正為「戒癮治療之實施對象，為施用第一級毒品與第二級毒品者。」將「海洛因、嗎啡、鴉片及前開相類製品」文字刪除，使所有具有刑事責任之毒品施用者皆納入戒癮治療之範圍內。至於如何區分個別毒品施用者是否有醫療需求，及如何重新規劃調整毒品戒癮治療實施內容，建議由法務部門及衛生福利部門進行細部研商。

第三節　本研究限制

本研究存在以下幾點限制，分點說明如下，提供日後研究者於從事類似研究時之參考。

一、增加參與本研究問卷調查之樣本數量

本研究對於毒品犯參與附命戒癮治療期間的生活狀況、工作型態以及參加各項處遇計畫或方案，甚至戒治成效等，充滿興趣。甚至假設未被撤銷者（及當前仍接受附命戒癮治療者）以及被撤銷者（以及入獄服刑者）對於上述議題的看法與感受，對有顯著差異，進而凸顯出戒治處遇效能之差異，達到本研究目的。這樣的設計是正確的，但由於從事研究的時間過於短促，參加問卷調查者之背景也較多元，特別是對於受處分人的施測，因為渠等處於自由狀態，無法透過地檢署集中施測，導致施測的期程拉長，最後獲得之問卷數量，雖達 413 人，

仍嫌不足。樣本數量有限的結果，對於研究發現，受到一些限制。日後研究，除應增加樣本數外，也應該考量實施分層隨機抽樣，讓研究發現更具推論性。

二、增加參與各類處遇活動與經驗之樣本數量

有關本假設第 3 點，戒癮者因素及策略因素對緩起訴附命戒癮成效有顯著影響存在部分，本研究利用二元邏輯式迴歸模式(binary logistic regression model)進行驗證，結果發現，進入方式的樣本數過少，例如有些變項，像是課程參與、有無配偶以及配偶相處情形、需求經驗以及需求程度，不是所有受訪者均曾有經驗，可以進入方程式進行分析者，不到 100 位，有些變項進入方程式分析者，例如部分課程參與，僅 55 位，進而提供無法意見或填答，導致無法形成預測方程式（亦即尋找顯著影響的因子），因此，本研究假設三部分，未能顯著達到預測，進一步鑑定出預測因子，甚為可惜。

參考書目

一、中文書目

王雪芳（2015），我國毒品緩起訴戒癮治療效益之探討。臺灣大學政治學研究所碩士論文。

王儷婷（2004），我國女性毒品再犯之實證研究。桃園：中央警察大學犯罪防治研究所碩士論文。

李宗憲、楊士隆（2010），刑事司法戒治處遇制度之問題與困境研究。犯罪學期刊第十三卷第一期，中華民國犯罪學學會印。

李明謹（2009），成年犯罪人再犯影響因素之追蹤研究。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。

李思賢、楊士隆、吳慧菁（2014，2016）毒品再犯風險與醫療需求分流處置評量工具之研究。台北：法務部司法官學院。

李景美、賴香如、江鎮東（2002），臺北縣市高職學生物質濫用之危險因子與保護因子研究。行政院衛生署 89 年至 91 年度科技研究發展計畫，計畫編號：DOH89-TD-1115。臺北：行政院衛生署。

李嘉富、張敏、楊聰財（2001），台灣北部地區役男新兵非法用藥盛行率與危險因子探討。行政院衛生署管制藥品管理局科研發展計畫，計畫編號：DOH90-NNB-1003。臺北：行政院衛生署。

林宗穎（2002），一般化犯罪理論對受保護管束之毒品犯罪者再犯之解釋。靜宜大學青少年兒童福利學系論文。臺中：靜宜大學。

林健陽、張智雄、裘雅恬（2010），從海洛因施用者觀點探討緩起訴替代療法成敗之影響因素。中央警察大學犯罪防治學報，12，1-29。

林健陽、陳玉書、林褕泓、呂豐足（2014），初次毒品施用者個人特性與再犯毒品罪之關聯性。犯罪與刑事政策論文集，17：139-171。

林健陽、陳玉書、張智雄、柯雨瑞、呂豐足（2007），我國當前毒品戒治政策之省思與建議。刑事政策與犯罪研究論文集（十）（頁283-321），台北：法務部。

林健陽、裘雅恬（2009），毒品施用者緩起訴接受替代療法現況與效果之研究。中央警察大學犯罪防治學報，10，1-41。

武維馨（2012），緩起訴毒品犯完成美沙冬戒癮治療之因素分析。臺北大學犯罪學研究所碩士論文。

法務部統計處（2017），毒品施用者戒癮治療概況分析。台北：法務部。

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分析。行政院衛生署管制藥品管理局 92 年度科技研究發展計畫。臺北：行政院衛生署。

紀致光（2015），緩起訴處分戒癮治療之回顧與展望。犯罪學期刊，17（2），193-212。

張聖照（2007），假釋受刑人再犯預測研究。中央警察大學犯罪防治研究所博士論文。桃園：中央警察大學。

許福生（2010），犯罪學與刑事政策。台北：元照。

陳泉錫、季延平、詹中原（2012），台灣地區出監毒癮者接受美沙冬替代療法 18 個月之再犯率追蹤。臺灣公共衛生雜誌，31(5)，485-497。

陳葵瑩（2012），海洛因戒癮者自美沙冬維持治療流失之預測因子研究。高雄醫學大學神經學科碩士論文。

黃徵男、賴擁連（2015），21 世紀監獄學（六版），台北：五南。

楊士隆、李思賢、朱日僑（2013），第一章緒論。文刊楊士隆、李思賢、朱日僑、李宗憲主編，藥物濫用、毒品與防治（pp.3-16），台北：五南。

蔡田木、賴擁連（2014），女性之藥物濫用原因、預防與處遇對策之研究。法務部 103 年委託研究期末報告。臺北：法務部。

賴擁連、郭佩棻、林健陽、吳永杉、陳超凡、溫敏男、張雲傑、黃家慶(2016)，受戒治人再犯毒品罪風險因子之分析與對策，警學叢刊，46(6)，第 1-28 頁。

謝明鴻（2012），海洛因成癮者持續接受美沙冬維持治療之預測因子研究，國立中大學醫學研究所碩士論文。

二、英文書目

Amanda, B. C. & Rempel, M. (2005). The State of Drug Court Research: Moving beyond „ Do they work?” Center for Court Innovation: New York.

Azarnoff, R. S. & Seliger, J. S. (1982). Delivering Human Services. NJ: Prentice-Hall.

Bader, A., & Magnani, M. (2003). The New York State Adult Drug Court Evaluation Policies, Participants and Impacts. Center for Court Innovation: New York.

Chen, Y.-S., Lai, Y.-L., & Lin, C.-Y. (2014). The impact on prison adjustment among women offenders: A Taiwanese perspective. The Prison Journal, 94, 7-30.

Chou, C. P., Hser, Y. I., & Anglin, M. D. (1998). Interaction effects of client and treatment programs characteristics on retention: An exploratory analysis using hierarchical liner models. Substance Use and Misuse, 33, 2281-2301.

Deng, F., Vaughn, M. S., & Lee, L.-J. (2003). Imprisoned drug offenders in Taiwan: A gender-based analysis. Substance Use & Misuse, 38, 933-964.

Huddleston, C. W., Marlowe, D. B., & Casebolt, R. (2008). Painting the current picture: A national report card on drug courts and other problem solving court programs in the United States. Alexandria,

VA: National Drug Court Institute

Lang, M.A., & Belenko, S. (2000). Predicting retention in a residential drug treatment alternative to prison program. Journal of Substance Abuse Treatment, 19, 145-160.

National Association of Drug Court Professionals (2014). Drug Court Work. Accessed at 3 June 2014 from http://www.nadcp.org/learn/facts-and-figures

National Association of Drug Court Professionals. (1997). Defining drug courts: The key components. Washington, DC: Office of Justice Programs, U.S. Dept. of Justice.

Rempel, M., Fox-Kralstein, D., Cissner, A., Cohen, R., Labriola, M., Farole, D.,

Sampson, R., & Laub, J. (1993). Crime in the making: Pathways and turning points through life. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Vaughn, M. S., Deng, F., Lee, L.-J. (2003). Evaluating a prison-based drug treatment program in Taiwan. Journal of Drug Issues, 33, 357-384.

https://www.tpi.moj.gov.tw/ct.asp?xItem=345204&ctNode=35602&mp=302

附件一、深度訪談大綱－第一線實務工作者

訪談時間：107 年__月__日/__時__分 至__時__分

受訪人編號：____；訪談地點：_____；訪談人：_____

項目	內容
個人基本特性	性別、單位、職稱、學歷、工作經歷
實務工作者扮演角色	目前您在緩起訴附命戒癮治療處遇機制中所扮演角色、需配合之規定以及所提供之服務為何？
成功與失敗案例	在執行緩起訴戒癮治療處遇經驗中，有沒有令您印象深刻的治療成功者與被撤銷者案例？請說明治療處遇歷程。
緩護療成敗原因	治療成功者與被撤銷者的主要原因為何？(成敗主因
緩護療成敗治療者特性	目前緩起訴附命戒癮治療完成者與被撤銷者的特性為何？(那種特性的用藥者較容易戒癮成功或被撤銷—成、敗者個人或行為特性)
整體緩護療成效評估	目前執行緩起訴附命戒癮治療處遇成效如何？(成效評估--延緩復發情形為何？完成與被撤銷之情形為何？成本效益如何？)
緩護療撤銷率偏高主因	根據統計，目前撤銷率有偏高的趨勢，主要原因為何？
緩護療能量評估	就你所知，以你所轄地檢署為例，目前有那些處遇機構（如：有那些藥物治療、心理治療與社會復歸治療機構）？足夠協助緩起訴戒癮者完成治療嗎？
處遇資源合作狀況評估	上述處遇機構之資源整合(合作運作)狀況如何？是否有扞格或無法配合問題？(利弊得失及其因境)有何建議？
對各類緩護療人員主觀效果評估	您認為醫師的診斷與治療品質如何？心理師輔導品質如何？社工師輔導品質如何？個管師監控狀況如何？觀護人監控狀況如何？毒品危害中心所提供的服務狀況如何？勞動部勞動力發展署的就業服務狀況如何？社會局的安置服務狀況如何？
對各緩護療機關主觀效果與建議	承上題，上述執行緩起訴附命戒癮治療處遇運作機制之優缺點、以及面臨之困難與挑戰為何？
緩護療成效指標	就您觀點，如何衡量(評估)緩起訴附命戒癮治療成效？成效指標為何？(那些屬「執行單位」？那些屬「受治療者」之指標)
對緩護療政策建議	當前緩起訴附命戒癮治療處遇是否需要修法或修訂政策？相關配套措施如何調整？，有沒有其他興革建議？

附件二、深度訪談大綱-緩起訴附命戒癮治療者

訪談時間：107 年__月__日/__時__分 至__時__分

受訪人編號：____；訪談地點：_____；訪談人：_____

個人基本特性	性別、年齡、教育程度、婚姻狀況、工作狀況、心理特質、前科狀況、休閒型態
家人互動狀況	家人互動、家人犯罪經驗、家庭特性、家庭關係、家暴經驗
生活壓力狀況	生活壓力、事件挫折、經濟狀況
友儕狀況與藥物管道	朋友伴侶、生活型態、取得藥物管道
緩起訴附命戒癮治療之經驗	何時開始接受緩起訴戒癮治療、接受緩起訴戒癮治療之地點、接受緩起訴戒癮治療的時間持續多久或何時中止、接受緩起訴附命戒癮治療期間是否繼續混用毒品或藥物或酒精等經驗。
緩起訴附命戒癮治療之主觀效果	使用戒癮治療的感覺或反應為何？接受戒癮治療是否能有效地舒緩毒癮？能否透過緩起訴戒癮治療處遇復歸社會或延緩復發？
緩起訴附命戒癮期間的交友情形	有無因緩起訴戒癮而改變交友情形？包括朋友類型特性、較要好朋友之關係與互動情形、與異性/同居朋友交往情形？
緩起訴附命戒癮期間的就業狀況	有無因緩起訴戒癮而改變就業狀況？工作型態有哪些、待遇如何、工作是否滿足生活需要及個人期待、工作環境之氣氛、換工作或被解僱之原因、工作期間是否犯罪，原因為何？
緩起訴附命戒癮期間的生活型態	有無因緩起訴戒癮而改變生活型態？生活作息情形與生活習慣、休閒活動及消費情形？
緩起訴附命戒癮期間的生活經驗與重要事件	有無因緩起訴戒癮而改變生活？生命中重大事件及影響、意外與疾病、家人偏差與犯罪行為？
緩起訴附命戒癮治療成功或失敗原因	戒癮治療是否會造成生活上的問題和困難？接受緩起訴戒癮治療成功與失敗之成因？
緩起訴附命戒癮治療處遇的資源連結與整合	醫師的診斷與治療品質如何？心理師輔導品質如何？社工師治療品質如何？個管師監控程度如何？觀護人監控程度如何？毒品危害中心所提供的服務如何？勞動部勞動力發展署的就業服務如何？社會局的安置服務品質如何？
處遇需求與建議	對於緩起訴命令機關、戒癮治療執行機關（醫師、心理師、社工師、個管師）以及社區處遇提供服務機關的看法與建議等。
訪談總結觀察	受訪者合作程度與資料可靠程度。

附件三、訪談同意書

為深入瞭解我國附命完成戒癮治療之緩起訴處分機制，並檢討目前執行之成效，國家發展委員會特別委託本研究小組進行本項研究，本研究擬邀請您進行訪談，希望您能提供個人之想法和經驗。本項訪談至少需要進行 1 次的訪談，每次約 60 至 90 分鐘；為妥善進行資料的整理與分析，會在取得您的同意後使用錄音器材，錄音內容僅作為研究者分析使用，且為保護受訪者，未來報告書中您的姓名與服務機關將予以隱匿，並以代碼取代之，因此，希望您能提供真實的意見，以增加研究資料的正確性。

在訪談期間您隨時有權利選擇退出，且沒有義務告知原因，我們將立即銷毀錄音檔；過程中有不想回答之問題您能選擇拒絕回答，亦有權力隨時中止錄音。若您對本研究有任何意見，亦歡迎隨時提供給研究者。

為了供政府研擬緩起訴附命戒癮治療處分政策的參考，本研究誠摯邀請您參與並與我們分享您的看法與經驗。您的回答僅作為整體分析之用，不會針對個人作分析討論，請您放心回答。非常感謝您的協助與合作！

敬祝

健康快樂！

計劃主持人：蔡田木教授及全體研究團隊 敬上

2018 年 1 月

同　　意　　書

經研究者說明後，本人同意參與本項訪問，研究人員對於訪問內容及個人基本資料應負保密責任，以維護受訪者權益。且在研究過程中隨時有權利退出。

受訪者：_____（簽名）

中 華 民 國　　年　　月　　日

附件四、緩起訴附命戒癮治療期間生活適應調查表

您好：

由於社會各界高度關心緩起訴附命戒癮治療的政策，行政院國家發展委員會特地委託本研究團隊，針對您在緩起訴戒癮治療期間的生活狀況進行問卷調查，瞭解您的生活適應狀況，以作為政府擬定毒品戒治處遇政策的參考。

這是一份想幫助您瞭解自己和處遇現況的問卷，所以沒有「對」與「錯」的答案，您只要選出符合自己想法和實際狀況的答案，在方格□內打「√」，或是在橫線上「____」作答即可。

本項調查採用「**不記名**」、「**不編號**」的方式，亦即您不需留下您的姓名或號碼，問卷調查的結果也不會做個別的分析，**研究者將遵守個人資料保護法相關規定，對於您所填答的內容絕對保密，這項調查結果也絕對不會影響您處遇的分數或表現，請放心作答**。您的答案對於處遇現況的瞭解和政策的擬定非常重要，請盡可能回答所有的問題，並請在填答完畢之後，將本問卷交由調查人員。最後，非常感謝您的協助與合作！

敬祝　平安 健康

本研究計畫主持人　蔡田木教授暨全體研究團隊

敬上

107.04.12

經研究者說明後，本人同意接受問卷調查。並且瞭解個人資料將受保護、研究過程中隨時有權利退出。

受訪者：　　（簽名）　　年　　月　　日

我國附命完成戒癮治療之緩起訴處分機制與成效之檢討

第一部份

1.您的性別是：□①女性　□②男性。

2.您出生年月是：民國_____年_____月

3.您的教育程度：**單選**

□①國中小畢(肄)業　□②高中職畢(肄)業　□③專科畢(肄)業

□④學院或大學畢(肄)業　□⑤研究所畢(肄)業

4.您目前的婚姻狀況是：**單選**

□①已婚 □②未婚 □③離婚 □④寡居（喪偶） □⑤同居（未婚）

□⑥其他(請說明：_____)

5.您目前有子女共_____人　**無子女請填 0**

6.您在接受**緩起訴附命戒癮治療期間**，居住狀況：**複選**

□①獨居　□②與雇主同住　□③與同事同住

□④與配偶同住　□⑤與父母同住　□⑥與男女友同住（同居人）

□⑤與子女同住　□⑥與兄弟姊妹同住　□⑦與朋友同住

□⑧其他(請說明：_____)

7.您是否有涉入另案：**單選**

□①無　(請跳答第 8 題)

□②有，請說明涉入的罪名：.....。

（回答有者，請繼續回答 7-1）

7-1．該案件的處理情形：**單選**

□①調解中　□②交保中　□③偵查中　□④一審中

□⑤二審上訴中　□⑥已宣判　□⑦等執行　□⑧執行中

8 您的緩起訴處分附命戒癮治療，已執行多久：.....年.....月。

9.不包括本次，您曾經因下列哪些行為被判決有罪確定？ **可複選**

□①賭博　□②詐欺　□③竊盜　□④偽造文書

□⑤施用毒品　□⑥製造、販賣、轉讓或運輸毒品　□⑦傷害

□⑧殺人　□⑨強盜、搶奪、擄人勒贖　□⑩其他(請說明：_____)。

背面尚有題目，請繼續作答。

10.以下是有關您的看法，答案並無所謂的「對」或「錯」，請依據您的感覺和實際情況，在適當的方格中打「√」作答。**單選**	非常同意	還算同意	不太同意	非常不同意
(1)對我來說吸毒並不是件嚴重的事，沒什麼大不了……	□	□	□	□
(2)戒掉毒品太困難了，頂多自己控制少用一些，不可能戒除……	□	□	□	□
(3)使用毒品有一定的好處，像是可以讓我忘掉煩惱的事情……	□	□	□	□
(4)我能自己控制毒品使用，所以沒有戒不戒毒的問題……	□	□	□	□
(5)到目前為止，使用毒品對我的生活並沒有造成負面影響……	□	□	□	□
(6)我認為吸食毒品是個人行為，國家不應該動用刑罰制裁……	□	□	□	□
(7)我認為吸食毒品不應該被監禁……	□	□	□	□
(8)我認為吸食毒品是一種疾病，應該以治療手段取代監禁措施……	□	□	□	□
(9)我認為將吸食毒品者關起來，可以達到嚇阻其不再吸毒的目的……	□	□	□	□
(10)我認為要戒除吸食毒品，監獄監禁還是比醫療治療有效……	□	□	□	□
(11)最近三個月，我常覺得心灰意冷、人生沒有希望……	□	□	□	□
(12)最近三個月，我常覺得憂慮心煩，別人幫助也不管用……	□	□	□	□
(13)最近三個月，我常覺得不能集中精神做自己想要做的事……	□	□	□	□
(14)最近三個月，我常覺得做任何事都不起勁……	□	□	□	□
(15)最近三個月，我常感到孤單、悲傷，想大哭一場……	□	□	□	□

第二部份

1.下列問題是有關您在**緩起訴附命戒癮治療期間的工作經驗**，請依照自己實際的情況，在適當的方格中打「√」回答。

(1)您在緩起訴期間的工作情形為何？**單選**

□①沒有工作**(請跳答第(5)題)** □②農漁牧業 □③打零工或兼職(常換工作) □④受雇領日（月）薪 □⑤受雇親人 □⑥自營生意 □⑦合夥做生意

(2)您曾經換過幾次工作？**單選**

□① 0 次 □② 1 次 □③ 2 次 □④ 3 次 □⑤ 4 次 □⑥ 5 次以上

(3)您每週的工作時間為：**單選**

□①每天或工作六天週休一日 □②工作五天週休二日 □③三班制 □④每週工作 3-4 天 □⑤每週工作 1-2 天

(4)您每月工作收入大約是：_____萬_____千元

(5)您每月大約需要多少錢才能維持生活？大約是：_____萬_____千元。

背面尚有題目，請繼續作答。

2.下列問題是有關您在**緩起訴附命戒癮治療期間**，**與家人（指父母、兄弟、姊妹或子女等）、配偶或同居人的相處的情形**，請依照自己入監前實際情況，在適當的答案中打「√」作答。**單選**	非常同意	還算同意	不太同意	非常不同意	無配偶或同居人
① 您的**配偶或同居人**瞭解您……	□	□	□	□	□
② 您的**配偶或同居人**諒解、接納您……	□	□	□	□	□
③ 您的**配偶或同居人**會關心您……	□	□	□	□	□
④ 您的**配偶或同居人**會尊重您的想法……	□	□	□	□	□
⑤ 您和**配偶或同居人**相處和諧融洽… ……	□	□	□	□	□
⑥ 您有問題時會和**配偶或同居人**一起商量	□	□	□	□	□
⑦) 您的**家人**瞭解您……	□	□	□	□	---------
⑧ 您的**家人**諒解、接納您……	□	□	□	□	---------
⑨ 您的**家人**會關心您……	□	□	□	□	---------
⑩ 您的**家人**會尊重您的想法……	□	□	□	□	---------
(11)您和**家人**相處和諧融洽……	□	□	□	□	---------
(12)您有問題時會和**家人**一起商量……	□	□	□	□	---------

3.下列問題是有關緩起訴期間**您家人或同居人的狀況**，**可以複選，每一項目均請作答**，請仔細閱讀後，就家人的實際狀況在適當的方格中打「√」回答。

(1)您的**父親**是否有下列情形： **可複選**

□①酗酒 □②賭博 □③對家人施暴 □④外遇

□⑤吸毒 □⑥入監服刑 □⑦無以上情形或父不詳

(2)您的**母親**是否有下列情形： **可複選**

□①酗酒 □②賭博 □③對家人施暴 □④外遇

□⑤吸毒 □⑥入監服刑 □⑦無以上情形或母不詳

(3)您的**配偶或同居人**是否有下列情形： **可複選**

□①酗酒 □②賭博 □③對家人施暴 □④外遇

□⑤吸毒 □⑥入監服刑 □⑦無以上情形 □⑧無配偶或同居人

(4)您的**姐妹**是否有下列情形： **可複選**

□①酗酒 □②賭博 □③對家人施暴 □④外遇

□⑤吸毒 □⑥入監服刑 □⑦無以上情形 □⑧無姊妹

(5)您的**兄弟**是否有下列情形： **可複選**

□①酗酒 □②賭博 □③對家人施暴 □④外遇

□⑤吸毒 □⑥入監服刑 □⑦無以上情形 □⑧無兄弟

背面尚有題目，請繼續作答。

附件四

4.下列問題是有關您在**緩起訴附命戒癮治療期間經常往來的朋友**相處的情形，請分別依照自己的實際情況，在適當的方格中打「√」作答。**單選**	0 人	1 人	2~3 人	4~5 人	6 人以上	不清楚
(1) 朋友當中有幾人有犯罪前科……	□	□	□	□	□	□
(2) 朋友中有幾人曾參加幫派……	□	□	□	□	□	□
(3) 朋友中有幾人曾使用一、二級毒品……(如海洛因、安非他命、大麻等)	□	□	□	□	□	□
(4) 朋友中有幾人曾使用三、四級毒品……(如 K 他命、FM2、一粒眠等)	□	□	□	□	□	□
(5) 朋友中有幾人有抽煙或酗酒……	□	□	□	□	□	□
(6) 朋友中有幾人離婚或與人同居……	□	□	□	□	□	□
(7) 朋友中有幾人與家人處得不好，感情不睦……	□	□	□	□	□	□

5.下列是請您回想一下在緩起訴附命戒癮治療期間的**生活型態與日常活動**，並分別就自己的實際情況，在適當的答案中打「√」做答。	從未	每月 1～2 次	每月 3～4 次	每月 5 次以上
(1) 到 KTV、MTV、卡拉 OK 等場所……	□	□	□	□
(2) 到舞廳、歌廳、夜店、PUB 等場所……	□	□	□	□
(3) 到電動玩具店、網咖、撞球場或保齡球館等場所…	□	□	□	□
(4) 晚上很晚才睡覺(或不睡覺)，白天睡覺……	□	□	□	□
(5) 抽煙、喝酒或嚼檳榔……	□	□	□	□
(6) 生活、居住地方與三餐飲食，呈現不穩定狀況……	□	□	□	□
(7) 整天在家上網、玩線上遊戲或手遊……	□	□	□	□
(8) 與朋友出入不當的特種營業場所……	□	□	□	□

背面尚有題目，請繼續作答。

第三部份

1.下列問題是有關您在**緩起訴期間參加醫療與處遇活動的頻率以及缺席狀況**，請依照自己的實際經驗，在適當方格中打「√」回答。

	參與活動頻率						缺席狀況			
	從未參加	大約每月不到1次	大約每月1次	大約每月2次	大約每月3次以上		從未缺席	缺席1～3次	缺席4～5次	缺席6次以上
(1)向觀護人報到…	□	□	□	□	□		□	□	□	□
(2)服用美沙冬……	□	□	□	□	□		□	□	□	□
(3) 門診治療……	□	□	□	□	□		□	□	□	□
(4) 團體治療……	□	□	□	□	□		□	□	□	□
(5) 個別諮商/輔導…	□	□	□	□	□	請繼續填答→	□	□	□	□
(6) 家庭治療……	□	□	□	□	□		□	□	□	□
(7) 宗教活動……	□	□	□	□	□		□	□	□	□
(8) 親職教育……	□	□	□	□	□		□	□	□	□
(9) 就業輔導.……	□	□	□	□	□		□	□	□	□
(10) 職業訓練……	□	□	□	□	□		□	□	□	□
(11)疾病治療或取藥	□	□	□	□	□		□	□	□	□

2.下列問題是有關您對於**觀護人輔導與互動狀況的看法**，請依照自己實際的經驗和感受在適當方格中打「√」回答。	非常同意	還算同意	不太同意	非常不同意	未曾發生
(1) 我所分配到的觀護人關心我……	□	□	□	□	□
(2) 觀護人的晤談，對於解決生活問題是有用的……	□	□	□	□	□
(3) 觀護人所安排的課程，對我戒癮是有用的……	□	□	□	□	□
(4) 我會擔心觀護人撤銷我的緩起訴……	□	□	□	□	□
(5) 我會遵照觀護人的指令去上課、找工作……	□	□	□	□	□
(6) 我誠實的報告我的生活、交友與工作等情況……	□	□	□	□	□
(7) 我擔心觀護人對我進行採尿與驗尿指令……	□	□	□	□	□
(8) 我會盡力配合觀護人並完成他給我的工作……	□	□	□	□	□

背面尚有題目，請繼續作答。

附件四

3.下列問題是有關您對於在緩起訴戒癮期間，**所接觸到的公家機關與私人部門的專業性**，對於您的戒癮是否有幫助，請依照自己實際的經驗和感受在適當方格中打「√」回答。	非常滿意	還算滿意	不太滿意	非常不滿意	未曾接觸
(1) 檢察官裁定您接受緩起訴的專業性……	☐	☐	☐	☐	☐
(2) 觀護人對於您進行驗尿與監管的專業性……	☐	☐	☐	☐	☐
(3) 觀護人對於您進行輔導與服務的專業性..……	☐	☐	☐	☐	☐
(4) 觀護人轉介您參加諮商輔導或門診治療的專業性……	☐	☐	☐	☐	☐
(5) 醫療機構醫生與護理人員於門診時的專業性……	☐	☐	☐	☐	☐
(6) 醫療機構醫師或心理師進行團體治療的專業性……	☐	☐	☐	☐	☐
(7) 毒防中心社工員或個管師電話追蹤與關切的專業性...	☐	☐	☐	☐	☐
(8) 就業服務中心有關輔導您就業的專業性……	☐	☐	☐	☐	☐
(9) 宗教/民間機構有關戒癮治療的專業性……	☐	☐	☐	☐	☐

4.下列問題是有關您**結束緩起訴/離開監獄時所需要的協助**，請就自己需要該項協助的程度填答，並就自己的經驗回答過去 「是」、「否」曾經接受過該項協助。	將來的需求程度					是否曾接受過	
	非常需要	還算需要	不太需要	完全不需要		是	否
(1) 協助聯絡家人……	☐	☐	☐	☐		☐	☐
(2) 協助職業訓練……	☐	☐	☐	☐		☐	☐
(3) 協助就業輔導或介紹工作……	☐	☐	☐	☐	**請**	☐	☐
(4) 協助提供車資……	☐	☐	☐	☐	**繼**	☐	☐
(5) 協助接受美沙冬替代療法……	☐	☐	☐	☐	**續**	☐	☐
(6) 提供與更生保護會聯絡方式……	☐	☐	☐	☐	**填**	☐	☐
(7) 提供與毒品防治中心聯絡方式……	☐	☐	☐	☐	**答**	☐	☐
(8) 協助居住安置……	☐	☐	☐	☐	**➔**	☐	☐
(9) 安排或輔導重新就學……	☐	☐	☐	☐		☐	☐
(10) 協助安排心理諮商輔導……	☐	☐	☐	☐		☐	☐
(11) 協助改善與家人關係……	☐	☐	☐	☐		☐	☐
(12) 期待更生保護會提供其他服務（請說明：_____）	☐	☐	☐	☐		☐	☐

背面尚有題目，請繼續作答。

5.下列**人員**可能影響您戒毒**效果**，請依照自己實際的經驗和感受在適當方格中打「√」回答。**單選**	非常有幫助	還算有幫助	不太有幫助	非常沒有幫助	未曾接觸或沒有印象
(1)父母……	□	□	□	□	□
(2)配偶或同居人……	□	□	□	□	□
(3)兄弟、姊妹..……	□	□	□	□	□
(4)子女……	□	□	□	□	□
(5)朋友……	□	□	□	□	□
(6)司法人員(那一職務人員：_____)	□	□	□	□	□
(7)醫療人員(那一職務人員：_____)	□	□	□	□	□
(8)輔導人員(那一職務人員：_____)	□	□	□	□	□
(9)自己……	□	□	□	□	□
(10)其他人員(請說明：_____)	□	□	□	□	□

6.下列**處遇制度**可能影響您戒毒**效果**，請依照自己實際的經驗和感受在適當方格中打「√」回答。**單選**	非常有效果	還算有效果	不太有效果	非常沒有效果	未曾接觸或沒有印象
(1) 緩起訴戒癮治療……	□	□	□	□	□
(2) 緩刑戒癮治療……	□	□	□	□	□
(3) 觀察勒戒處分(機構內觀察勒戒)……	□	□	□	□	□
(4) 強制戒治處分(機構內強制戒治)……	□	□	□	□	□
(5) 徒刑監禁(機構內監禁)……	□	□	□	□	□
(6) 參加民間機構戒癮治療……	□	□	□	□	□
(7) 參加宗教機構戒癮治療……	□	□	□	□	□

7.請問您參與緩起訴附命戒癮治療之最主要原因為何？**單選**

□①就業　□②戒毒　□③不想被關
□④就學　□⑤家庭　□⑥其他(請說明：_____)

8.對您而言，何種戒毒方式**最有效**？**單選**

□①戒治所強制戒治　□②醫療院所**住院**戒毒　□③緩起訴替代療法
□④自主居家戒癮　□⑤醫療院所**門診**治療　□⑥宗教/民間團體戒毒
□⑦其他(請說明：_____)

背面尚有題目，請繼續作答。

附件四

9.下列**配套措施或作為**，可能會幫助您提高戒毒**效能**，請依照自己實際的經驗和感受在適當方格中打「√」回答。**單選**	非常同意	還算同意	不太同意	非常不同意	沒有意見
(1)緩起訴戒癮的時間不夠長……	□	□	□	□	□
(2)由自己提出自主戒癮計畫，而不是由檢察官強制決定……	□	□	□	□	□
(3)成立毒品法庭，讓法官來協助，可以提供更適合您的治療機會……	□	□	□	□	□
(4)治療費用的負擔，讓您無法（或不想要）完成治療……	□	□	□	□	□
(5)背負著「治療如果不成功，就會被起訴」的壓力，會讓您更努力戒癮……	□	□	□	□	□
(6)「如果治療成功，就不會被起訴」讓您更有動力戒癮……	□	□	□	□	□
(7)透過宗教信仰或宗教團體的協助，對治療成功會更有幫助..	□	□	□	□	□
(8 如果設立中途之家，提供戒癮時居住，對治療成功會更有幫助……	□	□	□	□	□
(9)如果能協助您改變居住環境，讓您遠離毒友，對治療成功會更有幫助……	□	□	□	□	□
(10)如果能協助您找到穩定的工作，對治療成功會更有幫助..	□	□	□	□	□

※您的答案非常重要，請從頭到尾檢查一遍

看看有無漏答，如果有漏答，請補填　※

最後非常感謝您的耐心作答！

施測人員：_____

施測日期：_____年_____月_____日

施測地點：_____

問卷填寫完成情形:

☐ 完成本問卷所有題目

☐ 受訪者拒絕回答部分題目(請說明題號：_____)

☐ 漏答部分題目(請說明題號：_____，並即刻請受訪者補填)

☐ 本問卷無法使用(如有三分之二以上未填寫或答案顯然有誤等)

☐ 其他(請說明：_____)

附件五、緩起訴附命完成戒癮治療專家意見調查問卷

為深入瞭解我國附命完成戒癮治療之緩起訴處分機制，並檢討目前執行之成效，國家發展委員會特別委託本研究小組進行本項研究，本研究擬邀請您進行意見調查，希望您能提供個人之想法和經驗。本項意見調查約 30-40 分鐘；本研究會在取得您的同意後進行，過程中有不想回答之問題您能選擇拒絕回答，亦有權力隨時中止。若您對本研究有任何意見，亦歡迎隨時提供給研究者。

為了供政府相關單位研擬緩起訴附命戒癮治療處分政策的參考，本研究誠摯邀請您參與並與我們分享您的看法與經驗，您只要選出符合自己想法的答案，在該題之答項上畫圈，或是在橫線上、空格內作答即可。您的回答僅作為整體分析之用，不會針對個人作分析討論，請您放心回答。為感謝您的協助，完成本問卷後，本研究將會以匯款方式致上 800 元問卷調查費(煩請填具領據)，非常感謝您的協助與合作！

敬祝

健康快樂！

研究主持人：中央警察大學 蔡田木 教授

共同主持人：吳慧菁教授、賴擁連副教授

東連文醫師暨全體研究成員　敬上

2018 年 5 月

同　　意　　書

經研究者說明後，本人同意參與本項問卷調查，研究人員對於調查內容及個人基本資料應負保密責任，以維護受訪者權益。且在研究過程中隨時有權利退出。

受訪者：　　（簽名）

年　　月　　日

一、緩起訴處分附命完成戒癮治療政策效果評估

97 年起實施之緩起訴處分附命完成戒癮治療政策(以下簡稱：緩護療)，本研究初期研究發現，緩護療對毒品施用者有下列效果，請就您個人看法表示意見：
您只要選出符合自己想法的答案，在該題之答項上畫圈，或是在橫線上、空格內作答即可

題號	題　　項	低 ⟷ 高						其他意見或理由
		1 非常無效	2 不太有效	3 沒意見	4 還算有效	5 非常有效	0 不知道	
1.	緩護療協助成癮者戒除毒癮的效果	1	2	3	4	5	0	
2.	緩護療協助成癮者延緩毒癮復發的效果	1	2	3	4	5	0	
3.	緩護療協助成癮者學習如何戒癮的效果	1	2	3	4	5	0	
4.	緩護療協助成癮者舒緩毒癮發作的效果	1	2	3	4	5	0	
5.	緩護療使成癮者獲得妥適之戒癮治療的效果	1	2	3	4	5	0	
6.	緩護療讓成癮者維持正常社交生活的效果	1	2	3	4	5	0	
7.	緩護療讓成癮者維持穩定工作的效果	1	2	3	4	5	0	
8.	緩護療讓成癮者維繫良好家庭關係的效果	1	2	3	4	5	0	
9.	緩護療有其他正、負面效果嗎？請說明：							

二、緩起訴處分附命完成戒癮治療影響評估

本研究初期研究發現，緩護療對毒品施用者有下列影響，請就您個人看法表示意見：

題號	題　　項	低←→高						其他意見或理由
		1非常不同意	2不太同意	3沒意見	4還算同意	5非常同意	0不知道	
1.	緩護療的實施成效會因施用毒品級別而有不同	1	2	3	4	5	0	
2.	緩護療完成療程後之成效無從追蹤	1	2	3	4	5	0	
3.	緩護療是成癮者的保護傘，他並非真心想治療	1	2	3	4	5	0	
4.	緩護療之刑罰壓力使成癮者更加正視毒癮問題	1	2	3	4	5	0	
5.	緩護療對成癮者的經濟負擔較其他司法處遇制度還小	1	2	3	4	5	0	
6.	緩護療制度使醫療資源介入成癮者之戒治處遇	1	2	3	4	5	0	
7.	行政部門決策者支持緩護療制度	1	2	3	4	5	0	
8.	立法機關對緩護療之毒品戒治政策大多支持	1	2	3	4	5	0	
9.	緩護療對於監所收容壓力具有舒緩的效果	1	2	3	4	5	0	
10.	監獄擁擠問題使緩護療制度更受社會期待	1	2	3	4	5	0	
11.	現行執行緩護療的單位間合作狀況良好	1	2	3	4	5	0	
12.	緩護療有其他正、負面影響嗎？請說明：							

三、各單位緩護療政策執行能力評估

本研究初期研究發現，各單位執行緩護療政策有下列能力需求，請就您個人看法表示意見：

題號	題　　項	低 ←→ 高						其他意見或理由
		1 非常不足夠	2 不太足夠	3 沒意見	4 還算足夠	5 非常足夠	0 不知道	
1.	檢察官處分緩護療的專業能力	1	2	3	4	5	0	
2.	地檢署執行緩護療的檢察官人力	1	2	3	4	5	0	
3.	觀護人對於緩護療監管的專業能力	1	2	3	4	5	0	
4.	觀護人對於緩護療輔導的專業能力	1	2	3	4	5	0	
5.	觀護人轉介諮商輔導或治療的合作單位	1	2	3	4	5	0	
6.	地檢署執行緩護療的觀護人力	1	2	3	4	5	0	
7.	醫療機構醫生診療的專業能力	1	2	3	4	5	0	
8.	醫療機構執行緩護療的醫生人力	1	2	3	4	5	0	
9.	醫療機構護理人員執行緩護療的專業能力	1	2	3	4	5	0	
10.	醫療機構執行緩護療的護理人員人力	1	2	3	4	5	0	
11.	醫療機構心理師執行緩護療專業能力	1	2	3	4	5	0	
12.	醫療機構執行緩護療的心理師人力	1	2	3	4	5	0	
13.	醫療機構社工人員執行緩護療的專業能力	1	2	3	4	5	0	
14.	醫療機構執行緩護療的社工人員人力	1	2	3	4	5	0	
15.	毒防中心個管師執行緩護療的專業能力	1	2	3	4	5	0	
16.	毒防中心執行緩護療的個管師人力	1	2	3	4	5	0	
17.	就業服務中心人員輔導成癮者就業的能力	1	2	3	4	5	0	
18.	民間宗教/公益團體戒癮治療的專業能力	1	2	3	4	5	0	
19.	針對各單位執行緩護療政策能力，有其他建議嗎？請說明：							

四、各單位緩護療政策執行結果評估

本研究初期研究發現，有關緩護療政策執行結果，請就您個人看法表示意見：								
題號	題　　項	低◀▶高						其他意見或理由
		1 非常不同意	2 不太同意	3 沒意見	4 還算同意	5 非常同意	0 不知道	
1.	現行執行緩護療單位間缺少戒癮資源整合平台	1	2	3	4	5	0	
2.	目前緩護療缺乏跨系統整合之個案管理師	1	2	3	4	5	0	
3.	現行執行緩護療的單位間缺少資訊整合平台	1	2	3	4	5	0	
4.	現行緩護療檢察官缺乏一致性個案篩選指標	1	2	3	4	5	0	
5.	司法人員對毒癮戒治的認識仍有不足	1	2	3	4	5	0	
6.	現行醫療外之戒癮協助資源仍然不足	1	2	3	4	5	0	
7.	目前能承接社會局安置成癮者的中途機構不足	1	2	3	4	5	0	
8.	目前能符合社會局安置條件的成癮個案不多	1	2	3	4	5	0	
9.	毒防中心人員和緩護療相關單位連結不足	1	2	3	4	5	0	
10.	毒防中心人員對緩護療對象監控力較弱	1	2	3	4	5	0	
11.	毒防中心人員對於緩護療的參與程度決定於地方首長的態度	1	2	3	4	5	0	
12.	各地方就業服務中心提供緩護療個案之就業機會較少	1	2	3	4	5	0	
13.	因個案本身工作態度及能力限制，就業輔導效果將不如預期	1	2	3	4	5	0	
14.	個案假意戒癮，治療期間持續用藥，導致撤銷率增加	1	2	3	4	5	0	
15.	個案於緩護療期間再犯罪，會因可能遭撤緩而放棄治療，導致撤銷率增加	1	2	3	4	5	0	
16.	戒癮治療期間短於緩起訴期間，故於戒癮治療完成後至緩起訴期間屆滿前，個案容易失去警覺心，導致撤銷率增加。	1	2	3	4	5	0	
17.	緩護療實施之戒癮治療成效不高，撤銷率增加	1	2	3	4	5	0	
18.	緩護療實施之觀護處分成效不高，撤銷率增加	1	2	3	4	5	0	
19.	檢察官對毒癮戒治認同度低，導致撤銷率增加	1	2	3	4	5	0	
20.	針對各單位執行緩護療政策結果，有其他建議嗎？請說明：							

五、未來緩護療政策建議

本研究初期研究發現，有關未來緩護療有下列建議，請就您個人看法表示意見：

題號	題　　項	低←→高						其他意見或理由
		1非常不同意	2不太同意	3沒意見	4還算同意	5非常同意	0不知道	
1.	現行緩護療制度之運作，仍須持續進行	1	2	3	4	5	0	
2.	增加緩護療處遇人口即可能有高撤緩率，應容許合理之緩起訴撤銷率	1	2	3	4	5	0	
3.	目前緩護療只有撤或不撤處分，缺乏其他彈性的調整機制，應建立緩衝與寬容機制	1	2	3	4	5	0	
4.	可參考美國毒品法庭之運作模式，現行檢察官處分的緩護療制度，改由法官裁定毒品處遇	1	2	3	4	5	0	
5.	可參考德國毒品處遇模式，檢察官於緩護療處分或法官於緩刑裁定時，增加成癮者提出自主戒癮管理計劃之選項，以取代監禁處遇	1	2	3	4	5	0	
6.	地檢署增加緩護療之專責執行人員	1	2	3	4	5	0	
7.	政府應再擴大醫療資源投入及人員的參與	1	2	3	4	5	0	
8.	政府應再增加對戒癮費用的補貼	1	2	3	4	5	0	
9.	緩護療成效會因施用毒品之種類等因素而有不同，應發展符合不同個案需求的多元處遇方案	1	2	3	4	5	0	
10.	擴大多元處遇方案，減少監禁式處遇，例如擴大緩起訴運用、搭配社區勞動與勞役	1	2	3	4	5	0	
11.	戒癮治療漸層化，由嚴格而寬鬆，如由密集監控治療的戒治所到自由前往的門診治療	1	2	3	4	5	0	
12.	緩護療之治療期間維持現有以一年為限，但治療時間應採彈性化機制，若完成身心癮治療評估，即由觀護人接手，及早進入觀護觀察期	1	2	3	4	5	0	
13.	緩護療之期間應由現行一年改為三年，延長觀護人之觀察時間	1	2	3	4	5	0	
14.	觀護人室應設立毒品專股，承辦緩護療業務	1	2	3	4	5	0	
15.	各地檢署應建立成癮者標準化篩選機制	1	2	3	4	5	0	

附件五

題號	題　　項	低 ←→ 高						其他意見或理由
		1 非常不同意	2 不太同意	3 沒意見	4 還算同意	5 非常同意	0 不知道	
16.	地檢署應建立跨系統資訊平台，整合各機關資料，提供執行人員充分資訊，以監督及協助個案完成戒毒	1	2	3	4	5	0	
17.	各司法處遇模式應強化醫療戒治宣導：宣導有藥癮的人其實是需要醫療幫忙的概念	1	2	3	4	5	0	
18.	司法政策太寬容，給太多次機會，法務部應統一規範告誡單開立次數，提高治療成效	1	2	3	4	5	0	
19.	應強化現有毒防中心組織，扮演跨系統個管師角色，串接司法、社政、衛政、勞政等相關機關間資源，發揮跨系統監控及轉介功能	1	2	3	4	5	0	
20.	醫療單位應建立緩護療示範模式，提供其他單位學習。	1	2	3	4	5	0	
21.	1. 您覺得那個醫療單位可以作為示範模式：_____ 2. 針對未來緩護療政策與執行，有其他建議嗎？請說明：							

※您的答案非常重要，請從頭到尾檢查一遍
看看有無漏答，如果有漏答，請補填　※
最後非常感謝您寶貴的意見！

附件六、提供「替代治療」服務醫院名單（共 111 家）

序號	縣市別	醫院名稱	醫院地址	醫院電話	備註
1	臺北市	臺北市立聯合醫院（松德院區）	臺北市信義區松德路 309 號	(02)27263141	
2	臺北市	臺北市立聯合醫院（昆明院區）	臺北市萬華昆明街 100 號	(02)23754068 (02)23703739	
3	臺北市	臺北市立聯合醫院（陽明院區）	臺北市士林區雨聲街 105 號	(02)28353456	
4	臺北市	三軍總醫院北投分院附設民眾診療服務處	臺北市北投區中和街 250 號	(02)28959808	
5	臺北市	三軍總醫院附設民眾診療服務處	臺北市內湖區成功路 2 段 325 號	(02)87923311	
6	新北市	財團法人天主教耕莘醫院	新北市新店區中正路 362 號	(02)22193391#66908	
7	新北市	衛生福利部八里療養院土城門診(106.06.1 起更名)	新北市土城區青雲路 6 號	(02)22745250	
8	新北市	衛生福利部臺北醫院	新北市新莊區思源路 127 號	(02)22765566	
9	新北市	財團法人徐元智先生醫藥基金會附設亞東紀念醫院	新北市板橋區南雅南路二段 21 號	(02)89667000	
10	新北市	行天宮醫療志業醫療財團法人	新北市三峽區復興路 399 號	(02)26723456	
11	新北市	新北市立聯合醫院（板橋院區）	新北市板橋區英士路 198 號	(02)22575151	
12	新北市	新北市立聯合醫院（三重院區）	新北市三重區中山路 2 號	(02)29829111	
13	新北市	樂生療養院	新北市新莊區中正路 794 號	(02)82006600	
14	新北市	財團法人基督教長老會馬偕紀念醫院淡水分院	新北市淡水區民生里民生路 45 號	(02)28094661	僅提供「丁基原啡因」
15	新北市	衛生福利部雙和醫院(委託臺北醫學大學興建經營)	新北市中和區中正路 291 號	(02)22490088	僅提供「丁基原啡因」
16	新北市	財團法人佛教慈濟綜合醫院台北分院	新北市新店區建國路 289 號	(02)66289779	僅提供「丁基原啡因」
17	基隆市	衛生福利部基隆醫院	基隆市信義區信二路 268 號	(02)24292525	
18	基隆市	長庚醫療財團法人基隆長庚紀念醫院暨情人湖院區	基隆市安樂區基金一路 208 巷 200 號	(02)24329292	
19	基隆市	維德醫療社團法人基隆維德醫院	基隆市中正區調和街 210 號	(02)24696688	僅提供「丁基原啡因」
20	宜蘭縣	醫療財團法人羅許基金會羅東博愛醫院	宜蘭縣羅東鎮南昌街 83 號	(03)9543131	
21	宜蘭縣	國立陽明大學附設醫院	宜蘭市新民路 152 號	(03)9325192	
22	宜蘭縣	財團法人天主教靈醫會羅東聖母醫院	宜蘭縣羅東鎮中正南路 160 號	(03)9544106	
23	宜蘭縣	臺北榮民總醫院蘇澳分院	宜蘭縣蘇澳鎮濱海路 301 號	(03)9905106	僅提供「丁基原啡因」
24	宜蘭縣	臺北榮民總醫院員山分院	宜蘭縣員山鄉內城村榮光路 386 號	(03)9222141	僅提供「丁基原啡因」
25	桃園市	衛生福利部桃園療養院	桃園市桃園區龍壽街 71 號	(03)3698553	
26	桃園市	臺北榮民總醫院桃園分院	桃園市桃園區成功路三段 100 號	(03)3384889	
27	桃園市	國軍桃園總醫院	桃園市龍潭區中興路 168 號	(03)4799595	
28	桃園市	長庚醫療財團法人林口長庚紀念	桃園市龜山區復興街 5 號	(03)3281200	僅提供「丁基原

序號	縣市別	醫院名稱	醫院地址	醫院電話	備註
		醫院			啡因」
29	桃園市	居善醫院	桃園市大園區南港村大觀路 910 號	(03)3866511	僅提供「丁基原啡因」
30	新竹市	馬偕紀念醫院新竹院區	新竹市東區光復路二段 690 號	(03)6119595	僅提供「丁基原啡因」
31	新竹市	國立臺灣大學醫學院附設醫院新竹分院	新竹市東區經國路一段 442 巷 25 號	(03)5326151	
32	新竹市	國軍新竹地區醫院附設民眾診療處	新竹市北區武陵路 3 號	(03)5348181	僅提供「丁基原啡因」
33	新竹縣	國立臺灣大學醫學院附設醫院竹東分院	新竹縣竹東鎮至善路 52 號	(03)5943248	
34	新竹縣	臺北榮民總醫院新竹分院	新竹縣竹東鎮中豐路一段 81 號	(03)5962134	僅提供「丁基原啡因」
35	新竹縣	天主教仁慈醫療財團法人仁慈醫院	新竹縣湖口鄉忠孝路 29 號	(03)5993500	僅提供「丁基原啡因」
36	苗栗縣	財團法人為恭紀念醫院	苗栗縣頭份鎮東庄里仁愛路 116 號	(037)685569	
37	苗栗縣	大千綜合醫院南勢分院	苗栗市南勢里南勢 52 號	(037)369936	
38	苗栗縣	衛生福利部苗栗醫院	苗栗市為公路 747 號	(037)261920	
39	臺中市	中國醫藥大學附設醫院	臺中市北區育德路 2 號	(04)22052121	
40	臺中市	維新醫療社團法人臺中維新醫院	臺中市北區育德路 185 號	(04)22038585	
41	臺中市	中山醫學大學附設醫院中興分院	臺中市南區復興路二段 11 號	(04) 22621652	
42	臺中市	行政院國軍退除役官兵輔導委員會臺中榮民總醫院	臺中市西屯區臺灣大道三段 160 號	(04)23592525	
43	臺中市	衛生福利部臺中醫院	臺中市西區三民路一段 199 號	(04)22294411	
44	臺中市	童綜合醫院（沙鹿院區）	臺中市沙鹿區成功西街 8 號	(04)26626161	
45	臺中市	衛生福利部豐原醫院	臺中市豐原區安康路 100 號	(04)25271180	
46	臺中市	國軍臺中總醫院	臺中市太平區中山路二段 348 號	(04)23934191	
47	臺中市	陽光精神科醫院	臺中市清水區吳厝里東山路 68-1 號	(04)26202949	
48	臺中市	清海醫院	臺中市石岡區金星村下坑巷 41-2 號	(04)25723332	僅提供「丁基原啡因」
49	臺中市	財團法人佛教慈濟綜合醫院臺中分院	臺中市潭子區豐興路一段 88 號	(04)36060666	
50	臺中市	賢德醫院	臺中市太平市宜昌路 420 號	(04)23939995	
51	臺中市	光田醫療社團法人光田綜合醫院大甲院區	臺中市大甲區經國路 321 號	(04)26888126	
52	臺中市	宏恩醫院龍安分院	臺中市南區德富路 145 巷 2 號	(04)26888126	僅提供「丁基原啡因」
53	臺中市	林新醫療社團法人林新醫院	臺中市南屯區惠中路三段 36 號	(04)22586688	僅提供「丁基原啡因」
54	臺中市	澄清綜合醫院中港分院	臺中市臺灣大道四段 966 號	(04)24632000 轉 53626	僅提供「丁基原啡因」
55	臺中市	財團法人臺灣省私立臺中仁愛之家附設靜和醫院	臺中市西區南屯路 1 段 158 號	(04)23711129	僅提供「丁基原啡因」
56	臺中市	仁愛醫療財團法人大里仁愛醫院	臺中市大里區東榮路 483 號	(04)22511247 轉 12110	僅提供「丁基原啡因」
57	彰化縣	財團法人彰化基督教醫院	彰化縣彰化市南校街 135 號	(04)7238595	
58	彰化縣	衛生福利部彰化醫院	彰化縣埔心鄉中正路二段 80 號	(04)8298686	

附件六

序號	縣市別	醫院名稱	醫院地址	醫院電話	備註
59	彰化縣	財團法人彰化基督教醫院鹿東分院	彰化縣鹿港鎮鹿東路二段 888 號	(04)7789595	
60	彰化縣	彰化秀傳紀念醫院	彰化縣彰化市中山路一段 542 號	(04)7256166	
61	彰化縣	財團法人彰化基督教醫院二林分院	彰化縣二林鎮大成路一段 558 號	(04)8952031	
62	彰化縣	頤晴診所	彰化縣彰化市福安里中山路二段 271 號	(04)7288333	僅提供「丁基原啡因」
63	彰化縣	修慧診所	彰化縣彰化市五權里金馬路三段 59 號	(04)7266158	僅提供「丁基原啡因」
64	南投縣	衛生福利部草屯療養院	南投縣草屯鎮玉屏路 161 號	(049)2550800	
65	南投縣	衛生福利部南投醫院	南投縣南投市復興路 478 號	(049)2231150	
66	南投縣	臺中榮民總醫院埔里分院	南投縣埔里鎮榮光路 1 號	(049)2990833	
67	雲林縣	國立臺灣大學醫學院附設醫院雲林分院	雲林縣斗六市雲林路二段 579 號	(05)5323911	
68	雲林縣	天主教若瑟醫療財團法人若瑟醫院	雲林縣虎尾鎮新生路 74 號	(05)6337333	
69	雲林縣	中國醫藥大學北港附設醫院	雲林縣北港鎮新街里新德路 123 號	(05)7837901	
70	雲林縣	國立成功大學醫學院附設醫院斗六分院	雲林縣斗六市莊敬路 345 號	(05)5332121	
71	雲林縣	信安醫療社團法人信安醫院	雲林縣斗六市江厝里瓦厝路 159 號	(05)5223788	僅提供「丁基原啡因」
72	嘉義市	臺中榮民總醫院嘉義分院	嘉義市西區世賢路 2 段 600 號	(05)2359630	
73	嘉義市	衛生福利部嘉義醫院	嘉義市西區北港路 312 號	(05)2319090	
74	嘉義縣	衛生福利部朴子醫院	嘉義縣朴子市永和里 42-50 號	(05)3790600	
75	嘉義縣	臺中榮民總醫院灣橋分院	嘉義縣竹崎鄉灣橋村石麻園 38 號	(05)2791072	
76	嘉義縣	財團法人佛教慈濟綜合醫院大林分院	嘉義縣大林鎮民生路 2 號	(05)2648000	
77	臺南市	衛生福利部嘉南療養院	臺南市仁德區中山路 870 巷 80 號	(06)2795019	
77	臺南市	高雄榮民總醫院臺南分院	臺南市永康區復興路 427 號	(06)3125101	
78	臺南市	衛生福利部新營醫院	臺南市新營區信義街 73 號	(06)6351131	
79	臺南市	國立成功大學醫學院附設醫院	臺南市勝利路 138 號	(06)2766188	
80	臺南市	財團法人奇美醫院臺南分院	臺南市樹林街二段 442 號	(06)2228116	
81	臺南市	衛生福利部臺南醫院	臺南市中西區中山路 125 號	(06)2200055	
82	臺南市	台南市立醫院(委託秀傳醫療社團法人經營)	臺南市東區崇德路 670 號	(06)260-6351	
83	臺南市	奇美醫療財團法人柳營奇美醫院	臺南市柳營區太康里太康 201 號	(06)6226999	僅提供「丁基原啡因」
84	臺南市	臺南市立安南醫院-委託中國醫藥大學興建經營	臺南市安南區長和路二段 66 號	(06)3553111 轉 2212	
85	臺南市	奇美醫療財團法人奇美醫院	臺南市永康區中華路 901 號	(06)2812811	僅提供「丁基原啡因」
86	臺南市	郭綜合醫院	臺南市中西區民生路二段 22 號	(06)2221111	僅提供「丁基原啡因」
87	臺南市	財團法人台灣省私立台南仁愛之家附設精神療養院	臺南市新化區中山路 20 號	(06)5902336	僅提供「丁基原啡因」
88	高雄市	高雄市立凱旋醫院	高雄市苓雅區凱旋二路 130 號	(07)7513171	
89	高雄市	國軍高雄總醫院	高雄市苓雅區中正一路 2 號	(07)7495985 (07)7496751	

序號	縣市別	醫院名稱	醫院地址	醫院電話	備註
90	高雄市	財團法人私立高雄醫學大學附設中和紀念醫院	高雄市三民區十全一路 100 號	(07)3121101	
91	高雄市	阮綜合醫院	高雄市苓雅區成功一路 162 號	(07)3351121	
92	高雄市	國軍高雄總醫院左營分院	高雄市左營區軍校路 553 號	(07)5817121	
93	高雄市	高雄榮民總醫院	高雄市左營區大中一路 386 號	(07)3422121	
94	高雄市	財團法人台灣省私立高雄仁愛之家附設慈惠醫院	高雄市大寮區鳳屏一路 509 號	(07)7030315	
95	高雄市	長庚醫療財團法人高雄長庚紀念醫院	高雄市鳥松區大埤路 123 號	(07)7317123	
96	高雄市	義大醫療財團法人義大醫院	高雄市燕巢區角宿村義大路 1 號	(07)6150011	
97	高雄市	衛生福利部旗山醫院	高雄市旗山區中學路 60 號	(07)6613811	
98	高雄市	靜和醫院	高雄市新興區民族二路 178 號	(07)2229612	僅提供「丁基原啡因」
99	高雄市	高雄市立聯合醫院	高雄市鼓山區中華一路 976 號	(07)5552565	僅提供「丁基原啡因」
100	高雄市	樂安醫院	高雄市岡山區通校路 300 號	(07)6256791	僅提供「丁基原啡因」
101	屏東縣	安泰醫療社團法人安泰醫院	屏東縣東港鎮中正路一段 210 號	(08)8329966	
102	屏東縣	屏安醫院	屏東縣麟洛鄉中山路 160-1 號	(08)7211777	
103	屏東縣	衛生福利部屏東醫院	屏東縣屏東市自由路 270 號	(08)7363011	
104	屏東縣	高雄榮民總醫院屏東分院	屏東縣內埔鄉龍潭村昭勝路安平 1 巷 1 號	(08)7704115	
105	花蓮縣	國軍花蓮總醫院	花蓮縣新城鄉嘉里村嘉里路 163 號	(03)8266694	
106	花蓮縣	衛生福利部花蓮醫院	花蓮縣花蓮市中正路 600 號	(03)8358141	
107	花蓮縣	衛生福利部玉里醫院	花蓮縣玉里鎮中華路 448 號	(03)8886141	
108	花蓮縣	財團法人佛教慈濟綜合醫院	花蓮市中山路三段 707 號	(03)8561825	僅提供「丁基原啡因」
109	臺東縣	衛生福利部臺東醫院	臺東縣臺東市五權街 1 號	(089)324112	
110	澎湖縣	衛生福利部澎湖醫院	澎湖縣馬公市中正路 10 號	(06)9261151	
111	金門縣	衛生福利部金門醫院	金門縣金湖鎮新市里復興路 2 號	(082)332546	

附件七、提供「替代治療」衛星給藥點名單（共 67 家）

序號	縣市別	醫院名稱	地址	備註
1	臺北市	慧祥診所	臺北市信義區松山路 484 之 5 號	僅提供「丁基原啡因」
2	桃園市	新國民醫院	桃園市中壢區復興路 152 號	
3	桃園市	觀音區衛生所	桃園市觀音區觀新路 58 號	
4	桃園市	大溪區衛生所	桃園市大溪區仁愛路 1 號	
5	桃園市	楊延壽診所	桃園市龍潭區中正路 298 號	僅提供「丁基原啡因」
6	桃園市	晨新診所	桃園市蘆竹區中正路 357 號	僅提供「丁基原啡因」
7	桃園市	晨峰診所	桃園市八德區永豐路 576 號	僅提供「丁基原啡因」
8	桃園市	晨暘診所	桃園市蘆竹區寶山街 235 號	僅提供「丁基原啡因」
9	桃園市	周孫元診所	桃園市桃園區龍城五街 62 號	僅提供「丁基原啡因」
10	新竹市	新中興醫院	新竹市北區興南街 43 號	
11	新竹市	林正修診所	新竹市東區新光路 38 號	僅提供「丁基原啡因」
12	新竹縣	陽光精神科診所	新竹縣竹東鎮東榮路 2 號 1 樓	僅提供「丁基原啡因」
13	苗栗縣	大千綜合醫院	苗栗市恭敬路 36 號	
14	苗栗縣	李綜合醫療社團法人苑裡李綜合醫院	苗栗縣苑裡鎮和平路 168 號	
15	臺中市	石岡鄉衛生所	臺中市石岡區石岡街 6 號	
16	臺中市	大里市衛生所	臺中市大里區大衛路 82 號	
17	臺中市	和平區衛生所	臺中市和平區南勢里東關路三段 132 號	
18	臺中市	霧峰區衛生所	臺中市霧峰區本堂里民生路 1-9 號	
19	臺中市	和平區梨山衛生所	臺中市和平區梨山里中正路 68 號	
20	臺中市	新社區衛生所	臺中市新社區興社街四段 1 號	
21	臺中市	新活力診所	臺中市沙鹿區中山路 493 之 2 號 1 樓	僅提供「丁基原啡因」
22	臺中市	劉騰光心身診所	臺中市北區進化路 635 號 1 樓	僅提供「丁基原啡因」
23	臺中市	詹益忠身心醫學診所	臺中市北區中清路一段 685 號	僅提供「丁基原啡因」
24	臺中市	詹東霖心身診所	臺中市中區三民路二段 11 號 1 樓	僅提供「丁基原啡因」
25	臺中市	中山醫學大學附設醫院	臺中市南區建國北路一段 110 號	
26	臺中市	康誠診所	臺中市南屯區大墩路 705 號 2 樓	僅提供「丁基原啡因」
27	南投縣	水里鄉衛生所	南投縣水里鄉博愛街 125 號	
28	南投縣	竹山鎮衛生所	南投縣竹山鎮公所路 126 號	
29	南投縣	國姓鄉衛生所	南投縣國姓鄉民族街 42 號	
30	南投縣	信義鄉衛生所	南投縣信義鄉玉山路 45 號	
31	南投縣	仁愛鄉衛生所	南投縣仁愛鄉五福巷 17 號	
32	南投縣	鹿谷鄉衛生所	南投縣鹿谷鄉鹿谷村中正路 2 段 20 號	
33	南投縣	中寮鄉衛生所	南投縣中寮鄉永平村永昌街 102 號	
34	南投縣	魚池鄉衛生所	南投縣魚池鄉東池村魚池街 194 號	
35	南投縣	惠元診所	南投縣竹山鎮桂林里中正巷 27 之 99 號	僅提供「丁基原啡因」
36	雲林縣	水林鄉衛生所	雲林縣水林鄉水林路 8 號	

序號	縣市別	醫院名稱	地址	備註
37	雲林縣	麥寮鄉衛生所	雲林縣麥寮鄉光復路 4 號	
38	雲林縣	林內鄉衛生所	雲林縣林內鄉新興路 54 號	
39	雲林縣	大埤鄉衛生所	雲林縣大埤鄉中山路 4 號	
40	雲林縣	二崙鄉衛生所	雲林縣二崙鄉中興路 9 號	
41	雲林縣	廖寶全診所	雲林縣虎尾鎮東明路 182 號	僅提供「丁基原啡因」
42	雲林縣	何政岳診所	雲林縣斗六市建成路 109 號	僅提供「丁基原啡因」
43	嘉義縣	東石鄉衛生所(104.08.25 重啟服務)	嘉義縣東石鄉 3 之 7 號	
44	臺南市	玉井鄉衛生所	臺南市玉井區中正路 5 號	
45	臺南市	佳里鎮衛生所	臺南市佳里區進學路 159 號	
46	臺南市	東山鄉衛生所	臺南市東山區東山里 236 號	
47	臺南市	官田鄉衛生所	臺南市官田區中山路一段 132 號	
48	臺南市	七股鄉衛生所	臺南市七股區大埕里 379 號	
49	臺南市	將軍鄉衛生所	臺南市將軍區忠興里 190	
50	臺南市	關廟鄉衛生所	臺南市關廟區中正路 998 號	
51	臺南市	鹽水區衛生所	臺南市鹽水區中境里武廟路 1 號	
52	臺南市	仁享診所	臺南市永康區永大路 2 段 970 號	僅提供「丁基原啡因」
53	高雄市	幸生診所	高雄市新興區民生一路 240 號 1 樓	僅提供「丁基原啡因」
54	高雄市	維心診所	高雄市岡山區岡山路 314 號	僅提供「丁基原啡因」
55	高雄市	梓安診所	高雄市梓官區中正路 319 號	僅提供「丁基原啡因」
56	高雄市	陽光診所	高雄市左營區自由三路 176 號	僅提供「丁基原啡因」
57	高雄市	靜安診所	高雄市苓雅區大順三路 197 號	僅提供「丁基原啡因」
58	高雄市	高雄市立旗津醫院(委託財團法人私立高雄醫學大學經營)	高雄市旗津區旗港路 33 號	
59	屏東縣	衛生福利部恆春旅遊醫院	屏東縣恆春鎮恆南路 188 號	
60	屏東縣	屏安醫院附設門診部	屏東縣屏東市瑞光路 2 段 250 號	僅提供「丁基原啡因」
61	屏東縣	興安診所	屏東縣屏東市自由路 463 號	僅提供「丁基原啡因」
62	屏東縣	寬心診所	屏東縣屏東市中山路 40 號	僅提供「丁基原啡因」
63	宜蘭縣	冬山鄉衛生所	宜蘭縣冬山鄉中正路 16 號	
64	宜蘭縣	頭城鎮衛生所	宜蘭縣頭城鎮新興路 304 號	
65	宜蘭縣	員山鄉衛生所	宜蘭縣員山鄉復興路 2 號	
66	宜蘭縣	壯圍鄉衛生所	宜蘭縣壯圍鄉吉祥村中央路二段 290 號	
67	宜蘭縣	礁溪鄉衛生所	宜蘭縣礁溪鄉礁溪路四段 126 號	

附件八、深度訪談重點稿

A1 深度訪談摘要

訪談時間：2017 年 1 月 13 日下午 2 時 0 分至 4 時 0 分（共 2 小時）

地點：法務部 411 會議室

訪談者：紀致光

訪談內容：

一、個人基本特性

1、性別：男

2、單位：臺北地檢署

3、職稱：檢察官

4、學歷：臺大法律系學士、臺大法研所碩士、臺大政治學研究所博士

5、工作經歷：102 年至 104 年（約 3 年）在緝毒組擔任偵查檢察官，104 年至 105 年底（約 1~2 年）擔任督導執行檢察官工作。

二、緩起訴附命戒癮治療處遇是目前毒品處遇的重要政策，目前您在緩起訴附命戒癮治療處遇機制中所扮演角色、需配合之規定以及所提供之服務為何？

1、所扮演的角色及所提供之服務：擔任偵查檢察官時，決定要不要做緩起訴戒癮治療，在北檢是檢察官自己操作，未委託檢事官辦理。擔任執行股檢察官時，督導觀護人室對個案為社區觀護，並對可能因違反相關規定之個案，於加註意見後，移回原偵查檢察官決定是否撤銷緩起訴。（A1-2-1）

2、需配合之規定：刑事訴訟法、毒品危害防制條例及其授權辦法。（A1-2-1）

三、在執行緩起訴戒癮治療處遇經驗中，有沒有令您印象深刻的治療成功者與被撤銷者案例？請舉例說明。

1、經由個案學習到我國可參考的戒癮模式：在擔任執行股檢察官時，訪談到一個個案，他在美國有看過 AA meeting（按：戒酒無名會），在參考其經驗後，由 A1 結合地檢署及榮觀資源，成立社團法人中華民國解癮戒毒協會。（A1-2-9）

2、個案經由戒癮活動學習或建立家庭關係：經由北檢所舉辦看電影、親子日等活動，讓個案從中學習如何建立良好家庭關係。（A1-2-9）

四、目前緩起訴附命戒癮治療完成者與被撤銷者的特性為何？(那種特性的用藥者較容易戒癮成功或被撤銷－成功與失敗者個人或行為特性)

因無相關佐證資料，未直接回答本問題，但提及：

1、有些個案緩起訴被撤銷係因檢察官對成癮知識缺乏：檢察官對於是否撤銷緩起訴有裁量權，早些年，檢察官並沒有很明確的認知，只要是再犯毒品施用罪，一律就撤銷改起訴，這幾年因為對成癮醫學的認識，了解成癮的人再犯是合理的，所以情形有所改變，但不是大部分的檢察官都有深刻的了解，有許多檢察官會基於快速結案的想法，還是會對再吸毒個案撤銷後起訴。（A1-4-1）

2、我國目前的緩起訴戒癮計畫缺乏動態調整機制：應該像毒品法庭一樣，不要一次全撤，或全部繼續，盡量讓他繼續，再動態調整，我國目前在違規時，只有撤或不撤的選擇。（A1-4-3）

3、了解個案不易完成緩起訴的特質，應係用在規劃未來多元處遇的參考：了解易撤緩個案的特質，對於前端篩選個案的參考價值不大，因為目前能做緩起訴的大多做了，應是藉由這些個案特性，了解我們目前所缺乏的處遇方式。（A1-4-7）

五、就您治療經驗，上述治療成功者與被撤銷者的主要原因為何？(成敗主因)

1、因 A1 不負責治療，本題所能回答的角度與上題同。（A1-5-1）

六、就您觀點，目前執行緩起訴附命戒癮治療處遇成效如何？(成效評估--延緩復發情形為何？完成與被撤銷之情形為何？成本效益如何？)

1、緩起訴附命戒癮治療處遇成效之評估，應該更符合成癮特質的標準：A1 不認為應該有無再犯為單一成效標準，應評估者有 3：第一

是再犯頻率，第二是社會連結有沒有增強，第三是社會生產力，工作有沒有提昇，如果這 3 項綜合評估是正面的，那他的戒癮就是有效的。（A1-4-1）

七、根據統計，目前撤銷率有偏高的趨勢，主要原因為何？

1、撤銷率高低與檢察官對毒癮理解及制度運作彈性有關：A1 不確認目前是否緩起訴撤銷率有偏高情形，因為撤銷率高低與檢察官的知識及態度有關，若有更完整的監測機制及制度彈性，亦可減少撤銷的情形，因為只要是評估仍有在進步，適合仍在社區處遇的個案，即不應輕易撤銷。（A1-7-1；A1-4-1）

八、就你所知，目前以你所轄地檢署為核心，有那些處遇機構（如：有那些藥物治療、心理治療與社會復歸治療機構）？是否足夠協助戒癮者完成戒癮治療？

1、戒癮機構：一級是昆明院區，二級是松德，然後一、二級都加了中華民國成癮戒毒協會，另外還在與臺安醫院洽談。（A1-8-1）

2、醫療品質並不穩定，也缺乏有經驗的心理師制度性介入：有些個案會抱怨醫院只是驗尿，其他協助不大，但也有很熱心的醫師（A1-2-2），目前心理師或其他戒癮團體參與不多，若要接緩起訴戒癮業務，應該要拿出實證成效，才可能把個案交給他們。（A1-2-5）

九、上述處遇模式資源合作整合之運作狀況如何？是否有扞格或無法配合問題？(利弊得失及其困境)有何建議？

1、地檢署與醫院連結較多，但有不足，與毒防中心連結則較弱：以臺北地檢署來說，有毒品金三角，但毒品金三角都沒有觸及到實體個案的問題，主要在講交換文書資料，對個案的幫助較弱。北檢主要跟松德互動較佳，昆明院區因案子較少，所以互動較少，此外與戒毒協會的合作較強，和毒防中心的聯繫較弱。（A1-9-1）

2、毒防中心個管師若能與地檢署密切合作，應能大幅提升其角色功能：毒防中心對於緩起訴個案的輔導與協助，因個案無法律上之拘束力，效果往往不彰，依新北地檢的作法，係使毒防中心個管直接進駐觀護人室，個案來觀護人室報到的時候，由觀護人告訴個案你的個管師就在這裏，建立個管師與個案的信任關係，如此個案更願意接受毒防中心的輔導，惟北檢目前因為觀護人的值班輪值和毒防個管的值

班輪值接不上，尚難引入此項作法。（A1-2-8）

十、目前緩起訴附命戒癮治療運作機制，包括緩起訴命令機關、替代療法執行機關（醫院）以及社區處遇提供服務機關。您認為醫師的診斷與治療品質如何？心理師治療品質如何？社工師治療品質如何？個管師監控程度如何？觀護人監控程度如何？毒品危害中心所提供的服務如何？勞動部勞動力發展署的就業服務如何？社會局的安置服務品質如何？

1、個別醫師服務差異性大，對個案未必能有正面的助益。（A1-10-1）

2、心理師對毒癮戒治多較陌生，處遇效能待驗證。（A1-10-1）

3、毒防中心及內部的社工人員，業務偏重在行政工作，和地檢署連結不多，監控力較弱，所發揮功能有限。（A1-10-1）

4、觀護人目前人力不足，若能增加輔佐人力，並設毒品專責觀護人，可發揮更好的效能。（A1-10-4）

5、勞動部對需要就業輔導的個案皆會轉介，然因個案本身工作態度及能力限制，效果常不如預期。（A1-10-10~12）

6、真正需要社會局安置的個案非常少，且居無定所的人，地檢署也傾向不給緩起訴機會。（A1-10-13）

十一、承上題，上述執行緩起訴附命戒癮治療處遇運作機制之優缺點、以及面臨之困難與挑戰為何？

1、我國應引進毒品法庭之運作模式：（1）應該不限於醫療，應該像舊金山那樣，把醫療當作 bonus，因為聯合國統計，真正需要戒癮治療的人，恐怕只有 5~10%而已，而我國是 100%，當成資源浪費。（2）目前緩起訴戒癮制度，會產生過多的公文流程，而且沒有人身自由限制的決策權，移轉由法院辦理應能有效減少行政流程的負擔，提高整體效能。（A1-11-1）

十二、就您觀點，如何衡量(評估)緩起訴附命戒癮治療成效？成效指標為何？(那些屬「執行單位」？那些屬「受治療者」之指標)

（執行單位指標達回答，受治療者之指標，同第七題的回答）

十三、當前緩起訴附命戒癮治療是否需要修法或修訂政策？相關配套措施如何調整？

1、應發展符合不同個案需求的多元處遇方案：緩起訴戒癮治療、觀察勒戒、起訴判刑，這些太僵化，有沒有可能採監護、緩刑附戒癮治療、刑前保安處分、刑後保安處分、免除刑之執行的保安處分，甚至社區型的保安處分可以提升到短期的、隔離式的住院治療，可採類似精神衛生法之作法，由醫師評估後進行，或由法官下令，也就是在一個基本型態下，加上可彈性調整的套餐。（A1-13-1）

2、以傳統刑事訴訟程序處理毒品施用者處遇缺乏效能，應加以調整（如參考美國毒品法庭）：傳統訴訟程序的目的，是在確認先前的行為構不構成犯罪，屬較具對抗性之制度。但是施用毒品的案件之刑事責任，基本上都依靠驗尿報告，較無爭議，因此是類案件的重點應該著重在如何使個案獲得合於其狀況之處遇，這方面需要法規依據賦予較多的彈性。其次，傳統的訴訟程序是下決定後就不管他，是靜態的，而毒品施用案件，是要透過償酬機制讓他不斷變好，是動態的，可參考毒品法庭發展動態運作模式，即時、快速的針對個案狀況調整其處遇內容。（A1-13-1）

十四、針對提升緩起訴附命戒癮治療成效，有沒有其他興革建議？

1、培養多元處遇之基礎，逐步減少監禁式處遇：目前執行緩起訴戒癮治療之重心仍在精神科醫師，致使處遇方案內容不夠多元，量能也難以提升，建議輔導心理師提升對毒品施用者處遇之能力，另亦需鼓勵更多的民間戒癮團體加入，惟需考量實證上的成效，之後可以思考使原先監獄裏的人轉向至社區處遇。（A1-14-1）

A2 深度訪談摘要

訪談時間：2017 年 1 月 11 日上午 10 時 0 分至 11 時 30 分（共 1 小時 30 分）

地點：宜蘭地檢署四樓會議室

訪談者：賴擁連

訪談內容：

一、個人基本特性

1、性別：女性

2、單位：宜蘭地檢署

3、職稱：主任觀護人

4、學歷：中央警察大學犯罪防治學系法學士

5、工作經歷：擔任觀護人工作長達 22 年，待過台中地檢署與宜蘭地檢署。

二、緩起訴附命戒癮治療處遇是目前毒品處遇的重要政策，目前您在緩起訴附命戒癮治療處遇機制中所扮演角色、需配合之規定以及所提供之服務為何？

1、承接檢察官指揮執行：觀護人扮演著承接檢察官指揮執行的附命戒癮治療工作，目前附命戒癮治療有一級與二級毒品。

2.專股提供服務：過去在臺中地檢署的服務經驗，是以專股（減害小組）機制運作，有主任檢察官、檢察官、檢事官以及觀護人、專案助理，負責執行毒品犯的緩起訴戒癮治療工作。觀護人於偵查中協助向被告說明減害計畫並協助轉介醫院初評，於緩起訴處分確定後，通知被告報到並依命令事項執行，被告應受不定期驗尿，及囑託至醫療機構參加戒癮治療並追蹤治療情形等。（A2-1-1）

3.資源整合與轉介服務：另外，緩起訴被告均轉介毒防中心追輔，另依個案需求必要時轉介就業服務中心協助就業、安排心理師個別諮商或囑託榮觀複數監督等資源運用，協助被告完成戒癮治療，因此觀護人扮演著承接檢察官指揮執行卻又負責相關處遇資源整合與轉介的角色。（A2-1-1）

三、在執行緩起訴戒癮治療處遇經驗中，有沒有令您印象深刻的治療成功者與被撤銷者案例？請舉例說明。

1.機制整合與觀念一致：成功的關鍵，可以分為兩部分說明，在地檢署部份，首先就是機制的整合及執行成員要有一致的觀念；其次，被告部分戒治動機本屬搖擺不定，緩起訴過程中強化其戒治動機與成功經驗累積亦為完成戒癮治療之關鍵之一。

2.機制的整合，成立專股：亦即各地檢署要成立毒品專股，由檢察官、檢事官與觀護人等組成，強調的就是觀念的一致與溝通，例如剛收案的前三個月，稱為轉換期，得不驗尿，最好不要撤銷緩起訴，這就是共識。然而，將專股的觀念，將醫療與其他社會支援系統整合

起來，此為機制的整合與觀念的溝通。（A2-2-1）

3.戒治動機的刺激，復發就是最好的治療時間：只要個案不要離開觀護系統，復發沒有關係，鼓勵個案回觀護人處來談，分析復發原因，共同面對問題，協助其解決問題，讓其感受到觀護人願意給他機會，遵循觀護人的指令去做做看，逐步累積成功經驗，則個案會信服觀護人。此外，觀護法則就是，寧願讓個案在醫療系統繞來繞去也不要在監獄系統繞來繞去。（A2-3-1）

4.失敗的案例，戒癮動機不強或意志不堅者：有可能是他認為他還不想戒除或是說自認為還可以控制藥癮，因為還有工作，也沒有影響其生活等，但驗尿一直不會過，太多次，不得不撤。亦即失敗者本身就是沒有戒癮的動機或意志不堅者，其實從態度就可以但得出來。（A2-4-1）

四、目前緩起訴附命戒癮治療完成者與被撤銷者的特性為何？(那種特性的用藥者較容易戒癮成功或被撤銷—成功與失敗者個人或行為特性)

1.戒癮會成功者，大致上就是願意配合觀護人的指令者：相信觀護人的轉介與安排，例如會聽從觀護人去門診、接受團療、找工作支付治療費用、甚至失業時，願意接受榮觀輔導或就業服務中心安排等，願意與觀護人共同解決問題者，戒癮成功愈大。（A2-3-1）

2.戒癮會失敗者，大致上個案本身意志不堅定或戒癮動機不強：對於觀護系統的依附程度比較低；或是來報到，觀護人多給驗尿機會，但陽性結果一直呈現，感覺配合度很低者，最後還是要報撤。（A2-4-1）

五、就您治療經驗，上述治療成功者與被撤銷者的主要原因為何？(成敗主因)

同前述。

六、就您觀點，目前執行緩起訴附命戒癮治療處遇成效如何？(成效評估--延緩復發情形為何？完成與被撤銷之情形為何？成本效益如何？)

1.緩衝與寬容機制的建立是處遇成效的關鍵：個人覺得臺中地檢署的實施成效就很好，所謂的成效很好，係指成立毒品專股處理緩起訴附命戒癮治療，專股同仁間的觀念與執行一致性，再加上醫療系統

願意協助與配合，因此，個案在戒治期間的成效就很好，被撤銷的比率就很低（詳見王雪芳所撰「我國毒品緩起訴戒癮治療成效探討（一）」一文提及：台中地檢署一級緩起訴施用者撤銷率為 34.5%，二級撤銷率為 20.9%，均較其他地檢署為低（第 10 頁））。（A2-6-1）

2.緩起訴處分金的挹住，是成本效益的關鍵：從成本的角度來看，過去有緩起訴處分金時，確實比較好做，因為有處分金的支持，毒品施用者統一以處分金負擔其費用（被告須繳處分金但有分期制度），不會因沒錢之原因中斷醫療，亦無法以此為藉口延後治療。但現在沒有緩起訴處分金了，毒品戒治投注的費用轉嫁到個案身上，相形下成本會過高，戒治意願就會比較低。（A2-6-1）

七、根據統計，目前撤銷率有偏高的趨勢，主要原因為何？

1.機制沒有整合，觀念沒有一致，是高撤銷關鍵：撤銷率偏高或偏低的問題，其實就是我一開始講的，機制有沒有整合以及觀念有沒有一致的問題。

2.觀護人間沒有共識，高撤銷現象：如果觀護人機制沒有整合、觀護人間沒有共同的觀念，一查到尿液成陽性就撤銷，當然撤銷率就會很高。但是，如果大家有一致的觀念，如同前述，剛接案三個月為轉換期，不得採尿，即使採尿成陽性，必須給予機會，不得報撤，這就是觀念有一致，這樣撤銷率就沒有偏高的問題，主要還是大家要講好，要給予個案緩衝與寬容的機制，這樣撤銷標準才會有一致。（A2-7-1）

八、就你所知，目前以你所轄地檢署為核心，有那些處遇機構（如：有那些藥物治療、心理治療與社會復歸治療機構）？是否足夠協助戒癮者完成戒癮治療？

1.醫療、榮觀以及就業服務中心都是：以臺中為例，共有八家醫療院所配合，他們均提供一致之門診與團療頻率，而地檢署另聘兩位心理師進行個別諮商，與毒防中心、就業服務中心與榮觀等資源結合，協助個案完成緩起訴。（A2-8-1）

2.此外，與醫療機構合作時，承辦觀護人之觀念，扮演要角。以臺中地檢署為例，因有臺中地檢署委託醫院執行一級毒品與二級毒品戒癮治療計畫書為依據，及每年召開醫療院所協調會議，討論執行之

相關問題，經過 8 年之磨合，有一定配合機制，個案未服藥、未回診或參與團療，觀護人能於當日或隔日即知道並做後續督促之作為（通知抽驗尿液、回診或告誡等），對個案之醫療亦有督促之效果。（A2-8-1）

3.資源是足夠，但承辦人的主動性最為重要：在宜蘭，因初期合作未有完整規劃，致後續調整困難，且承辦人認醫療專業非主管機關不宜涉入等問題，溝通及連結密度較不緊密之情形，故相關承辦人員之態度很重要。（A2-8-1）

九、上述處遇模式資源合作整合之運作狀況如何？是否有扞格或無法配合問題？(利弊得失及其困境)有何建議？

專股與人員共識，才是制度成功關鍵：同前述，其實處遇資源合作與整合之運作良莠，其實與承辦觀護人有關，如果承辦觀護人願意負起責任，盯著這些醫療院所，則這些醫療院所或合作系統則會運作的良好，但是承辦人若以非自身的業務，不願意去緊盯這些配合資源，則運作的情況會比較差。曾有於宜蘭醫療協調會議時，分享台中經驗，一位醫生私底下提及，觀護人要以專股，這樣觀念與作法才會一致，醫療院所配合才會高。（A2-8-1）

十、目前緩起訴附命戒癮治療運作機制，包括緩起訴命令機關、替代療法執行機關（醫院）以及社區處遇提供服務機關。您認為醫師的診斷與治療品質如何？心理師治療品質如何？社工師治療品質如何？個管師監控程度如何？觀護人監控程度如何？毒品危害中心所提供的服務如何？勞動部勞動力發展署的就業服務如何？社會局的安置服務品質如何？

1.社會資源配套，其實都有在做：其實目前毒防中心之各組之工作，如就業、追輔等工作都有在進行，以就業來說，目前轉介就業服務中心，均會協助就業，但癥結點還是個案的動機，如個案工作經驗少，長期處於無正常工作時，亦影響其就業動機；另廠商願不願意用毒品犯也是問題，個案較常遇到是不敢跟廠商講他有毒品案件，怕不被錄用。毒防中心個管師亦進行電話或家訪追輔工作，因對個案無強制力，個案接受度較低，甚有覺得是打擾。（A2-10-1）

2.醫療部份，坦言毒品者醫師都不想碰：醫療品質的部分，精神科醫生曾坦言，因毒品個案相較於精神病患是較難處理的一群，部分

不喜歡處理毒品個案；另外如果緩起訴的案量過大時，於醫療人員不足之情況下，門診的時間會較短或團療等待情形，效果易被質疑；曾有個案表示覺得花這個錢，怎麼沒有講什麼話？可是，我們還是覺得要以醫療機制改變個案循環於監獄之狀況；觀護人於執行時還是會去瞭解醫生怎麼處理個案，個案和醫生談了什麼，醫生在他可以負荷的狀態下，或個案有疑問的狀態時，仍是會處理相關醫療問題。心理治療的部分，會視醫院之心理師人力安排團體，個案多時以台中榮為例會有外聘心理師，但各醫院仍有其成本考量。（A2-10-1）

十一、承上題，上述執行緩起訴附命戒癮治療處遇運作機制之優缺點、以及面臨之困難與挑戰為何？

1.如同前述，就是制度和人。我覺得包括司法機關或醫院治療有沒有一致性的制度，這些都會影響緩起訴附命戒癮治療之運作；另外，執行人員的觀念，執行之目標方向為何？如何執行是較有效之方式？如觀念（定義何為成功？）、方法差異大或方向仍以處理假釋案件之思維，撤銷率仍會很高，如以假釋的標準執行緩起訴處分，個案有兩次、三次未採尿或有改善後之偶然復發情形，仍會被視為撤銷之次數時，就容易被撤銷。所以，制度的建立以及人員的觀念很重要。（A2-11-1）

2.專股的傳承學習很重要：然而，要用什麼樣的觀念帶這群專股人員，師徒制的傳承學習就很重要。如果成立專股但一致的概念卻不能傳承下來，那撤銷率還是會很高。現在每個人處理的方式與觀念不同，或撤銷的標準不一致，這是除緩起訴被告報到之初仍處復發狀態及毒品之高復發特性外，再加上執行人員上述之現況，是緩起訴附命戒癮治療面臨之困難與挑戰。甚至偵查處分中也會存在給予緩起訴處分或撤銷之不同裁量標準，有些會給他第二次緩起訴，但有些則認犯罪行為，不會再予以第二次緩起訴，則前案就隨之撤銷，這是觀念不同所造成之現況。（A2-11-1）

3.推薦臺中地檢署專股模式：所以個人認為，真的是要建立一套機制，推薦台中地檢署的減害小組長期累積之經驗及機制。（A2-11-1）

十二、就您觀點，如何衡量(評估)緩起訴附命戒癮治療成效？成效指標為何？(那些屬「執行單位」？那些屬「受治療者」之指標)

1.讓個案在醫院循環而非監獄循環：其實我要分享一個實務工作

的心得，就是要讓個案學習在醫院循環，而不是在監獄循環；此外是讓個案有「長期之成功經驗」，增加其自我緩解能力，遇有渴藥或復發時知道以就醫等正向方法處理。（A2-12-1）

2. 復發是最佳治療時機：所以，衡量緩起訴附命戒癮的成效，就是之前提到的「復發是最佳的治療時機」，個案復發，不應該是給予撤銷的始點，個案復發，代表觀護人應該鼓勵個案走出來談，與醫療結合。（A2-12-1）

3. 觀護人還是要有驗尿監督機制：相對地，觀護人須有驗尿等監督機制，以中度以上的司法監督結合醫療處遇，但過程中不能僅以犯罪之角度看待驗尿陽性，即認再犯罪就報撤銷，還是要視個案面對復發之態度及改善情形，引導個案持續報到、接受輔導、治療等，才有成功的機會，因為毒品犯之高復發特質之故，要以一次緩起訴或在處分初期就完全戒除的個案，實在寥寥無幾，難度太高了，也造成觀護人之工作挫折。（A2-12-1）

十三、當前緩起訴附命戒癮治療是否需要修法或修訂政策？相關配套措施如何調整？

其實可參考「臺中地方檢察署觀護人室辦理毒品戒癮治療緩護療與緩護命案件要點」及減害小組之執行作法，訂定各地檢署實施之標準，如性侵害案件，經長期之修正改善、人員訓練等，有一套執行標準，觀護人在此部分已為執行之主角及具專業性地位，大家遵照辦理與執行，有些理念，例如個案報到的前三個月為轉換期，原則上得不採驗尿液、檢察官要撤銷緩起訴時能夠會簽觀護人意見，讓表現良好的個案不要被撤銷緩起訴等，這樣才會漸有一致之觀念及執行流程。（A2-13-1）

十四、針對提升緩起訴附命戒癮治療成效，有沒有其他興革建議？

沒有，就是將臺中經驗分享出來，若可以將相關機制制度化，讓緩起訴處分附命戒癮治療之制度，更發揮其效能；建議有機會和台中地檢署的前觀護人劉慶南晤談，我的學習經驗及相關處遇之理念，均由其而來，此部分他經驗豐富並曾到宜蘭毒防中心上課分享經驗，我覺得很值得和他談談，並期待相關執行人員以更寬容及理解之態度對待毒品施用者。（A2-14-1）

A3 深度訪談摘要

訪談時間：107 年 2 月 1 日（星期四）上午 10 時 10 分至 11 時 00 分（共 0 小時 50 分鐘）

地點：松德院區三樓圖書室

訪談者：康家誠

訪談內容：

一、個人基本特性

性別：女 單位：松德院區 職稱：VS(主治醫師) 學歷：MD PHD, Johns Hopkins School of Public Health, PHD 工作經歷：台北市立聯合醫院松德院區成癮科主治醫師 台大流行病學與預防醫學研究所助理教授

二、緩起訴附命戒癮治療處遇是目前毒品處遇的重要政策，目前您在緩起訴附命戒癮治療處遇機制中所扮演角色、需配合之規定以及所提供之服務為何？

1.扮演的角色：目前我們每年的接受台北市的二級毒品緩起訴的 referral(轉診)，大概是 350 個到 700 個不等(A3-2-1)。

2.提供的服務：那我們提供的服務內容主要是醫療的提供，譬如說病人來我們會在初診的時候做完整的身體檢查，這是內外科的部分，精神科的部分會做診斷性會談，一般而言，毒品的施用以外，通常都會合併一些焦慮、憂鬱，甚至有些用興奮劑的使用還會引起幻聽、妄想，必須在初診由精神科專科醫師做完整的會談才能夠把這些東西抓出來。我也滿常發現病人來發現肝其實已經爆掉，自己都不知道，因為一直在用毒品，所以整套的抽血、心電圖、X 光都會做，這是我們做的部分(A3-2-2)。接下來我們會進行一個療程是我們松德院區自己引用國外的一個治療叫做 contingency management。他的原則是這樣，叫情境管理治療(A3-2-3)。

3.提供的服務：整體而言，我們提供主要是醫療服務，包含完整的身體檢查，精神科診斷性會談(A3-2-4)…。第三個就是我們會提供療程叫 contingency management，是國外目前證據最多，針對毒品的一個行為治療(A3-2-5)，也就是說你表現好都驗不到我給你獎勵，那

國外是很前衛的，他們是直接給錢，有給一些食物券。那台灣當然是不可能給錢，大家也反對，所以我們給所謂的獎勵就是你可以不用那麼常來，所以這個原則叫做 contingency management，那所以簡單的說第一，身體心理的部分，第二精神科診斷性會談的處理，第三我們運用 contingency management model 在處理這個緩起訴的病人(A3-2-6)。

三、在執行緩起訴戒癮治療處遇經驗中，有沒有令您印象深刻的治療成功者與被撤銷者案例？請說明治療處遇歷程。

1.治療成功者：那我提一個大概比較不典型的，譬如說是金融業很高階的管理階層的人，那他的背景是說他本來就留美，本來就小留學生等等，然後回來接公司，那他就是跟他美國回來的朋友一起去夜店，就是呼大麻，然後剛好遇到臨檢就來了。 那我們門診的時間提供是在上午，剛好是他們金融公司最忙的時候，股票開始啊什麼的，可是他還是乖乖的每個禮拜來，他剛來的時候有跟我說有沒有辦法通融，有沒有辦法什麼，我說真的沒有辦法，你這個是緩起訴附帶戒癮治療，這個不是我私下可以通融你的，這個不是醫療、純醫療行為，你這個醫療行為上面的架構是你是檢察官判來的，後來他也很合作，他離開的時候還特別跟我謝謝這樣子，所以那個印象蠻深刻的(A3-3-1)。

2.被撤銷者：我們醫院倒是有那種一直驗到就得一直來，因為你沒有辦法都 drug free 的話(A3-3-2)，你是不是就沒有辦法進階到兩個禮拜一次，你也沒辦法進階到一個月一次，那他的安非他命就戒不掉，後來我就把他簽住院，簽住院住到不到一個禮拜他就說住院都沒有效，他要回去，他絕對不會再用，結果回去也是繼續用，然後就一樣每個禮拜驗到，後來他就決定不來了，他就覺得反正來也是花錢，因為這個都自費嘛，來了就是花錢，花錢也是驗到，他就決定不來了，然後最後他應該就是再進去了，因為就是又抓到，就撤銷了。

3.被撤銷者：我們認為成癮是一個疾病，那所有的疾病都是有輕中重度對不對，譬如說肺炎有很輕的吃吃抗生素，有嚴重一點必需打抗生素，要住院打，再嚴重一點就直接進加護病房連呼吸器都給你，同樣的道理成癮疾病也是，有些人就是一抓到他成癮的程度不高，他

靠意志力就可以處理；中程度的你給他一點藥物協助就可以處理，譬如說你跟他講說你焦慮想呼大麻的時候就用用樂力靜啊，不要再去呼大麻，用合法的不要用非法的，他可以處理；有一種已經來的時候，被抓到已經很嚴重了，已經是每天用 2 到 6 克的安非他命，那你跟他說只是叫他來驗尿就可以處理這個很難，那再來就是說，目前興奮劑並沒有全世界包括美國、台灣、FDA，都沒有 approve 任何藥物，所以興奮劑治療是很困難的(A3-3-3)。

4.被撤銷者：成癮疾病一樣有輕中重，能夠只靠意志力的就是他的成癮程度比較輕，就是這麼簡單並不是意志力比較高，沒有這回事(A3-3-4)。

四、上述治療成功者與被撤銷者的主要原因為何？(成敗主因)

1.治療成功者主因：那成功者太多了，因為八成以上，我們醫院的成功者八成，這個其實比例很高就是初犯的、被抓到就還有正常工作就都來驗尿了，幾乎他們都可以完成(A3-4-1)。

2.治療成功者主因：他們幾乎沒有什麼成癮啊(A3-4-2)，他們都是譬如說生日跟朋友去，然後去夜店，就有人拿出咖啡包大家喝，喝完了就被...

3.治療成功者主因：然後很多都還有正常工作，有金融業的、有老師的、有大學助理教授、有醫生、有律師(A3-4-3)。

4.被撤銷者主因：被撤銷者成癮性比較高，也不是說完全沒有藥物輔助，譬如說用安非他命用到有幻聽的，我們就可以用抗精神病治療，可是興奮劑本身的成癮本來就沒有藥物啊，我從美國回來美國也一樣對啊，美國 FDA so far approve zero medication for stimulant treatment，for 興奮劑成癮本身治療目前沒有藥物被核可，就是這樣子(A3-4-4)。

五、就您治療處遇經驗，目前緩起訴附命戒癮治療完成者與被撤銷者的特性為何？(那種特性的用藥者較容易戒癮成功或被撤銷－成、敗者個人或行為特性)

1.戒癮治療完成者與被撤銷者的特性：最重要的決定因子是成癮的嚴重程度(A3-5-1)。

2.戒癮治療完成者與被撤銷者的特性：就稍微可以判斷，因為他...

你去問他被抓到的過程跟過去的生活，他可能有老婆有小孩，然後在賣燒肉，然後家庭連結功能都正常，也沒有家暴沒有自殺什麼的，他跟朋友去慶生不小心用到遇到臨檢來的那種，那種你就可以看到，他社會連結強，然後身心的功能還不錯，沒有說用到什麼肝爆掉、腎爆掉對不對，然後社會功能也還不錯，對不對有工作嘛，然後跟人家 social network 也那種的，成功率就很高(A3-5-2)。

3.戒癮治療完成者與被撤銷者的特性：另外一種就是，成癮嚴重度高的，本來你的身體心理社會功能都會下降，你自己想想看，一個人一直在家裡用，他有工作會變沒工作，老婆媽媽一定會唸，說你在那邊要吃不賺錢什麼的，被唸到後來用的那麼多那麼長時間，最後經濟一定會有問題，然後最後就是身、心、社會，我們講的 biopsychosocial 都會有問題，所以我認為最重要的特性，就是成癮的嚴重度，而成癮的嚴重度跟他的身體心理社會功能有關係，嚴重度高的幾乎看不到社會功能很好…所以並不是因為這個人社會連結很好很好，所以他可以戒掉，其實是相反，是他太嚴重了，所以他幾乎失去社會連結(A3-5-3)。

六、就您觀點，目前執行緩起訴附命戒癮治療處遇成效如何？(成效評估--延緩復發情形為何？完成與被撤銷之情形為何？成本效益如何？)

1.延緩復發情形為何：第一題台灣目前沒有資料(A3-6-1)。

2.延緩復發情形為何：我們後續只有追蹤半年，那個沒有辦法判斷延緩復發，因為就算他沒有來緩起訴，他有可能半年不復發。因為我們研究是這樣子，你有實驗組跟對照組，那換起訴的對照組是誰?因為來緩起訴本身就不能是累犯，所以你拿他們跟累犯比不公平，一定覺得我們療效超好，累犯就進去了，所以我們會沒有對照組，你懂我意思嗎，所以這一題會是實際上很困難回答問題 (A3-6-2)。

3.延緩復發情形為何：嚴謹地說，這樣才知道我們緩起訴的療效有沒有用，因為他們同樣都是初犯，可是老實說這樣對初犯並不公平，因為現在法令就是規定，初犯就得來，他得以自由，只是來接受治療，所以這件事情以現在的制度設計是沒辦法比的，事實上全世界都是這樣(A3-6-3)。

4.延緩復發情形為何：所以這個是沒有辦法很客觀的比較的，只

能說我們目前臨床觀察說，這些有完成的人，其實恢復社會的功能很不錯，而且至少在治療的過程他沒有被剝奪自由權，沒有被剝奪回歸社會的能力(A3-6-4)。

5.延緩復發情形為何：還有就是說要跟誰比啦，譬如說我們要證明我們有效，主要是缺乏 control 組(A3-6-5)。

6.完成與被撤銷之情形：完成與被撤銷的情形我可以回答，完成幾乎是八成以上，最高可以到八成五(A3-6-6)。

7.成本效益如何：同(A3-6-1)。

七、根據統計，目前撤銷率有偏高的趨勢，主要原因為何？

1.比例其實沒有那麼高，那我們撤銷的...以我們醫院來講，因為他這個應該是全台灣的撤銷率，其他醫院怎麼做我不知道，因為我們醫院做最久，而且是由精神科專科醫師來處理，那我們醫院撤銷率沒有很高，那撤銷大概就是第一再犯嘛，他 no show 就是連絡不到嘛，極少數是身體出問題，譬如說他們常常這樣啊，個性衝動又用毒品，然後車禍骨折一躺躺很久，你根本就沒辦法回來驗尿，這個很常發生，他們人生也蠻多變故的，有一兩個就跑去自殺，跳海跳河啊，每年都會有(A3-7-1)。

2.全台我覺得要仔細看一下，其他醫療機構執行的方式老實說可能要去檢視一下，因為我們算歷史悠久，已經做的 SOP 都很熟了，那可能看一下其他單位，譬如說人力夠不夠，因為就我所知全台灣的成癮科醫師也不多，很多縣市甚至沒有(A3-7-2)。

3.就是不是成癮次專科這種，然後所以能夠提供治療是不是真的夠完整，像我跟我其他的學弟聊，因為學弟以前也不是做成癮科的，然後到了其他醫院，他們就要求他要接這個業務，那我說你怎麼做?他說就驗尿啊，那你都沒有談?他說沒有談，每個來都驗尿就走，對啊那跟我們那種，像你可以感受到譬如像我這種跟病人建立關係，不管是我那個金融業的還是我的檳榔西施慢慢談，談他的人生遇到了什麼事情，怎麼會在這個時候用了這個物質，那未來我可以怎麼協助你，那預後當然差很多啊(A3-7-3)。

八、就你所知，以你所轄地檢署為例，目前有那些處遇機構（如：有那些藥物治療、心理治療與社會復歸治療機構）？足夠協助緩起訴

戒癮者完成治療嗎？

1.這個很多啦，處遇機構光是，台北市就是松德跟昆明嘛...我所轄的地檢署，第八題，足夠協助...目前足夠，因為今年昆明加入了，所以量沒有那麼大(A3-8-1)。

九、上述處遇機構之資源整合(合作運作)狀況如何？是否有扞格或無法配合問題？(利弊得失及其因境)有何建議？

1.資源整合狀況：我覺得以醫療機構來講合作沒有問題，醫療機構本身，因為我們都是學同一套理論都有基本的認識…(A3-9-1)。

2.資源整合狀況：第二個部分是我覺得社會賦歸機構，台灣幾乎是零啊(A3-9-2)。

3.資源整合狀況：幾乎是零，比如說有個東西叫做晨曦會，是很知名的牧師做的，可是他那個幾乎就是讓你在那邊有點像是亞急性的照顧，急性病房從我們這邊出院之後，去那邊待個一年半，然後遵守那邊的規則，很難回復社會正常工作，有的是跑到花蓮的一些佛教的或者是道教的寺廟那邊，師父好心收容你，可是這個都不是正規的像美國中途之家這樣子…那再來是說社會賦歸，說真的有提供給他們什麼樣的工作協助嗎?沒有嘛(A3-9-3)。

4.資源整合狀況：因為我覺得整個資源介入的不夠，連結的不夠，這些人在門診緩起訴治療成功的當然就是本來就功能不錯，成癮性不高的，他們可以治療成功這是第一個…第二個很嚴重的家庭非常 broken 的，他們怎麼回歸社會?沒有嗎，就我跟他談一談，我覺得要找社工，找我們醫院的社工幫忙，社工再來想辦法找外面的機構，但是說真的，專門服務成癮者的康復機構真的少之又少，全部就我們自己處理(A3-9-4)。

5.資源整合狀況：簡單地說，就是我覺得 aftercare、subacute care 缺乏，還有就是說社會賦歸這部分，我覺得整個台灣非常缺乏(A3-9-5)。

6.是否有扞格或無法配合問題：那外面很多所謂的，因為什麼成癮的協會，解癮的協會，還有所謂山達基，我不知道你有沒有聽過這件事情，山達基是科學教，他就是反精神科然後他們就會說什麼去他們那邊戒毒不需要，用藥、無毒之家，其實害到滿多病人，他們說不

需要用西藥就可以戒毒，就跟病人收四十萬，然後我有一些病人都破產，因為不是很有錢，工人，然後最後沒效又跑來醫院用健保，所以這個是我覺得滿大的問題，就是說，我們不太方便公開對這樣的團體說什麼，可是臨床上我們接觸到很多病人會聽信他們的話，說不需要治療什麼的，說真的正規治療都很多沒有處理好，何況是你跟他宣傳說你都不用吃藥都不用什麼，利用宗教力量怎麼樣(A3-9-6)

7.是否有扞格或無法配合問題：他們唯一的援手就是醫院，那醫院是不是也被剝屑?處理了一攤，然後錢都收不到，出院不知道找誰(A3-9-7)。

8.(利弊得失及其因境)有何建議：所以需要一個了解成癮的亞急性的機構，這樣子是缺乏醫療機構(A3-9-8)。

9.(利弊得失及其因境)有何建議：國外是有說政府給那些優惠，那目前台灣就是民間自己做啊…像挪威他們是做到說，假設你願意僱用譬如說關過的成癮者，挪威他們現在是全部除罪了，已經沒有關過了這種人，可是他們一開始在實施的時候，是說譬如說他們可以減免一點稅金(A3-9-9)。

10.(利弊得失及其因境)有何建議：如果監禁有效，全世界都用了，瑞典為什麼要除罪化?可是瑞典不是只除罪化，只除罪化會完蛋，要有很多配套。舉例，你要把司法系統的資源用來醫療(A3-9-10)。

十、目前緩起訴附命戒癮治療運作機制，包括緩起訴命令機關、戒癮治療執行機關（醫院）以及社區處遇提供服務機關。您認為醫師的診斷與治療品質如何？心理師治療品質如何？社工師輔導品質如何？個管師監控狀況如何？觀護人監控狀況如何？毒品危害中心所提供的服務狀況如何？勞動部勞動力發展署的就業服務狀況如何？社會局的安置服務狀況如何？

1.醫師的診斷與治療品質如何：我認為醫師的診斷跟治療品質看狀況，但是以台北市我覺得很好，因為我們做很久了(A3-10-1)。

2.心理師治療品質如何：心理師差異很大，太大了因為說真的台灣的心理師很多，對成癮疾病了解差異非常大(A3-10-2)。

3.心理師治療品質如何：心理師是非常專業的，然而初診由他們來評估對心理師和病人都是不安全的…舉例而言曾經有個病人掛我號

我還沒看到人直接休克，那時候我就要開始 CPR 了，抽血做鑑別診斷了，根本不是會談的時候，這些東西還是醫療人員來做比較安全(A3-10-3)。

4.心理師治療品質如何：完全不同理論基礎啊，單純憂鬱、恐慌可能可以慢用會談的，成癮這麼嚴重的疾病，又牽涉身體問題，譬如說這些人如果用到什麼幻聽妄想，幻聽妄想談不下來的，只能用抗精神病藥物，只有醫師能評估開藥阿。成癮是一個就算藥物介入也很具挑戰的疾病，他的治療難度很高。譬如：你用興奮劑會幻聽妄想，用海洛英過量你可能會呼吸抑制死掉，現在又有混和性毒品像咖啡包，裡頭有安非他命、有搖頭丸、有 K 他命、有新興毒品、有合成大麻、mephedrone，這麼複雜，心理系四年學的心理學理論，再加兩年碩士的實習考上一個心理師執照，就馬上來看這樣子的病人，真的是很困難。說真的，連精神科醫師沒有接受過成癮訓練他們都不敢看(A3-10-4)。

5.社工師輔導品質如何：社工師可以協助，我很常跟社工師合作，因為這些很多就是譬如說要跟社會資源連結，剛剛提到的社會局的介入，然後家暴、自殺這個都很多，家暴自殺都得通報，所以很需要他們的幫忙，也需要家庭功能的評估，大概是這個樣子 (A3-10-5)。

6.個管師監控狀況如何：那個管師我們醫院只有一個，我是覺得狀況還不錯(A3-10-6)。

7.個管師監控狀況如何：個管師只有做行政流程，譬如說發公文跟地檢署，電話追蹤病人等等，病人沒有回來記得通知個別醫生這樣子…我們個案管理師比較像是處理行政部分的事情(A3-10-7)。

8.觀護人監控狀況如何：觀護人這邊我所知不多，我的病人裡面沒有觀護人幫忙找工作的，觀護人都是輔導的立場(A3-10-8)。

9.毒品危害中心所提供的服務狀況如何：毒品危害防制中心提供的服務目前還在整合中(A3-10-9)。

10.勞動部勞動力發展署的就業服務狀況如何：沒有遇過(A3-10-10)。

11.社會局的安置服務狀況如何：至於社會局的安置服務狀況，就是目前我們連絡連絡社會局要安置就可以，問題是他們沒有地方去…

所以社會局很負責，問題是出在台灣沒有適合這群患者的機構，這個是我自己很大的困擾。(A3-10-11)。

十一、承上題，上述執行緩起訴附命戒癮治療處遇運作機制之優缺點、以及面臨之困難與挑戰為何？

1.緩起訴附命戒癮治療處遇運作機制之優點：擴大緩起訴?支持。因為我覺得這幾百個人，你把他全部關進去，我覺得大家根本搞不清楚這樣對社會損失更大(A3-11-1)。

2.緩起訴附命戒癮治療處遇運作機制之優點：成癮疾患是一個光譜，從那種幾乎沒有成癮，party 偶爾使用被抓到，到那種天天用，出很多事，非常嚴重躲在家裡的這些人，都一樣會被判來這裡，對吧只要他是初犯，那你想想看，你把這麼差別這麼多的人，通通丟進去用舊的監禁的模式，這社會損失多少生產力(A3-11-2)。

3.緩起訴附命戒癮治療處遇運作機制之優點：我認為我贊成擴大，因為我看到這個療程對很多人的幫忙 (A3-11-3)。

4.面臨之困難與挑戰為何：但是我認為台灣最大的困難就是說我們要訓練足夠的 medical step，像我這樣的像我們松德院區這樣的，我知道很多其他縣市沒有這種 luxury(A3-11-4)。

5.面臨之困難與挑戰為何：所以醫療人員的訓練還有就是說，跟社會資源的連結，幫助這些人回歸社會就是你的社會復歸機構，台灣幾乎是零(A3-11-5)。

十二、就您觀點，如何衡量(評估)緩起訴附命戒癮治療成效？成效指標為何？(那些屬「執行單位」？那些屬「受治療者」之指標)

1.「受治療者」之指標：第一個成效指標，我當然會覺得第一個就是譬如說復發的狀況，那復發的狀況，我們能夠自己追蹤，還有就是可能和法務部談合作，來對照復發的資料。第二就是說復歸社會的狀況，這個是看不到譬如說半年後有沒有工作，半年後有沒有自殺通報，像自殺防治中心會有自殺通報，有沒有被列入自殺有沒有家暴比如說他家暴小孩家暴老婆，這幾個都會是重要的指標(A3-12-1)。

2.「執行單位」之指標：就是受治療者的指標就是我們的指標(A3-12-2)。

十三、當前緩起訴附命戒癮治療處遇是否需要修法或修訂政策？相關配套措施如何調整？

1.就是 drug court，就是藥物法庭，藥物法庭的意思就是說，因為每個個案狀況不一樣，譬如說你是來很輕的那種，偶爾用一次沒有成癮的，跟他那種很嚴重的患者，甚至要提供給你，強制你住院叫你住院三十天的那種，在美國是這樣子。那台灣假設要推這個部分，大概要跟司法院整合非常多，因為法官的角色就變得很重要，因為法官了解毒品的不多，目前也只能按照法條判，因為法律本身就是這樣子(A3-13-1)。

2.假設真的要推藥物法庭的話，才有辦法推分流，比較輕的就是驗尿結束，比較重的強制住院等等的，所以我覺得未來的資源可能要灑在這裡。提升緩起訴附命戒癮治療，我覺得最重要的就是行政跟醫療的人力一定要進來，包含其他縣市的醫療人員的訓練護理人員的訓練，都是都一起的，然後心理師的訓練等等，還有行政資源(A3-13-2)。

3.我的意思是說醫療資源灑得不夠，所以除了我們醫院很多人在看，其他醫院可能是一個人要看一百多個，怎麼可能好好評估，不太可能，那看的那個人也不一定有受過成癮的訓練，這是第一個，第二個是說有沒有灑行政資源給負責的醫院，沒有嘛，醫院如果接了話緩起訴業務就是醫院自己要吸收，醫院自己要花一個人力請一個個管師去處理，那醫院本來也是要經營的啊，我幹嘛耗費如此多人力處理幾百個緩起訴個案，派一個人公文往返就夠了啊。管理的個案數太大，那這個個管其實就沒有個管的功能，這是很可惜的(A3-13-3)。

A4 深度訪談摘要

訪談時間：107 年 1 月 8 日/14 時 15 分至 16 時 30 分
受訪人編號：A4；訪談地點：八里療養院 3 樓晤談室；
訪談人：陳信良

一、個人基本特性

答：

(一)性別：女(A4-1-1)

(二)單位：八里療養院(A4-1-2)

(三)職稱：社會工作師(A4-1-3)

(四)學歷：東吳社工系碩士班(2005 畢) (A4-1-4)

(五)工作經歷：北市聯醫松德院區(台北市立療養院)(81.12-96.5)
八里療養院(96.5-99.9，101.6-迄今) (A4-1-5)

二、緩起訴附命戒癮治療處遇是目前毒品處遇的重要政策，目前您在緩起訴附命戒癮治療處遇機制中所扮演角色、需配合之規定以及所提供之服務為何？

答：

(一)社工師在戒癮治療處遇機制中所扮演角色：負責團體治療

本院的「二級毒品緩起訴治療服務計畫」，以認知行為結合動機改變理論、強調現實取向為基礎，提供內容包括 5 次的成癮專科醫師藥癮評估、精神醫療評估及個別動機評估，提供所需藥物治療及正確成癮概念、不定期尿液檢查及 8 次團體治療。若團體課程有缺課則需要安排個別補課，結案前要做 2 次尿液檢查等；期間個管師負責，個案進入方案的個別及團體療程安排，缺課的追蹤，對外轉介、撤銷緩起訴、結案報告等行政事務。社工師和心理師一起進行團體治療(A4-2-1)。我認為社工師的重點偏向人際關係及互動上，而心理師偏重人格方面。

(二)需配合之規定：要接受 8 小時之訓練

我們醫療團隊人員每年都要接受 8 小時之訓練，由衛生局的人員來授課(A4-2-2)。

(三)個人所提供之服務：我是社工師，負責團體治療課程的服務(A4-2-3)，每次 1 小時到 80 分鐘，總共進行 8 次，總期程為半年到 8 個月，我們把時間拉長來進行，每次上課 1-2 位工作人員，而一班成員有 8-12 人，平均都有 8 人，出席率頗高。

三、在執行緩起訴戒癮治療處遇經驗中，有沒有令您印象深刻的治療成功者與被撤銷者案例？請說明治療處遇歷程。

答：

(一)治療成功者之處遇歷程：要有穩定的工作，和穩固的人際網絡支持，才容易戒治成功

例如：有個案 A 在團體治療中的改變(A4-3-1)，他遠離吸毒的朋友，投入另一個生活圈(A4-3-1-1)，好像是採會員制的國外旅遊團，發現有更廣闊的世界，遇到不同生活圈的人，開始有些嚮往，所以他很珍惜目前的生活，對於過去吸毒的生活感到不可思議。

另有個案年青人 B(A4-3-2)，父母離婚，與父親住在土城，因為吸毒，所以父親報案後，警察到家裡抓個案(現行犯)，而事件發生之後他就經常被臨檢，後來他就離開土城到桃園與母親同住，在電子工廠，以工作為生活重心，隔絕以前吸毒朋友，生活規律作息正常，也開始有存錢，思考自己的未來規劃，考慮回學校讀書(A4-3-2-1)。另外團體成員也建議應該要開始有朋友圈，個案描述自己到工廠工作以後，觀察是否有人有吸毒，將近半年以上觀察，才接受同事邀約一起去逛夜市。我認為重點是個案要有穩定的工作，和穩固的人際網絡支持，才容易戒治成功(A4-3-2-3)。

(二)被撤銷者之處遇歷程：感情因素和生活壓力大，容易戒治失敗

在戒癮治療期間，如果吸毒再犯被抓，或在進入戒癮治療前就有正在審理的案件，於戒癮治療期間判決定讞服刑，就退出緩起訴治療。

例如：某位從高雄來上課的成員 C(A4-3-3)，在最近 1 次(第 4 次)來院治療時，提到將被撤銷緩起訴，因為被未婚妻劈腿，在情緒極度低落混亂情況(個案描述家人都說自己瘋了)下，再度使用毒品。這是因為感情因素，我認為生活有很大壓力，迫使其吸毒(A4-3-3-1)。

四、上述治療成功者與被撤銷者的主要原因為何？(成敗主因)

答：我認為治療成功者與被撤銷者可以分為個人內在原因和外在系統二大類，細分為 4 部分來說明。：

(一)治療成功者的個人內在原因(A4-4-1)。

(二)治療成功者的外在系統(A4-4-2)。

(三)被撤銷者的個人內在原因(A4-4-3)。

(四)被撤銷者的外在系統(A4-4-4)。

以我長期的工作經驗，分析歸納原因如下：

治療成功-即在戒癮治療期間完全不施用毒品，或小心使用未被查獲被撤銷原因—即再度使用，且被警察抓到移送地檢署

個人內在原因：

1、對自己有期待(A4-4-1-1)。

2、心理質素、認知理解能力佳(A4-4-1-2)。

3、毒品對身心理影響程度較低，未達成癮狀態(A4-4-1-3)。

4、有較強的自我控制能力(A4-4-1-4)。

5、在團體中願意分享自己的經驗、思考自己面臨的問題(A4-4-1-5)。1、面臨重大壓力事件的個人因應方式，例如感情挫折、事業危機(A4-4-3-1)。

2、生活沒有重心、無聊(A4-4-3-2)。

3、創傷壓力症候群之因應，例如特定日子(A4-4-3-3)。

外在系統：

1、重要意義他人或家庭支持：例如父母、親友等(A4-4-2-1)。

2、有子女：有責任義務、要作為子女模範(A4-4-2-2)。

3、工作穩定(A4-4-2-3)。1、不良、有害、衝突的各種人際關係，例如親密關係、親子關係(A4-4-4-1)。

2、支持系統薄弱，例如單身 1 人(A4-4-4-2)。

3、工作不穩定、較低階的工作(A4-4-4-3)。

五、就您治療處遇經驗，目前緩起訴附命戒癮治療完成者與被撤銷者的特性為何？(那種特性的用藥者較容易戒癮成功或被撤銷—成、敗者個人或行為特性)

答：

(一)戒癮成功主要特性：用藥者較容易戒癮成功，其主要特性如下(A4-5-1)

1、對自己有期待。

2、心理質素、認知理解能力佳。

3、毒品對身心理影響程度較低，未達成癮狀態。

4、有較強的自我控制能力。

5、在團體中願意分享自己的經驗、思考自己面臨的問題。

(二)用藥者被撤銷主要特性：至於用藥者較容易被撤銷，其主要特性和成功者相反，歸納如下(A4-5-2)

1、對自己沒有期待，生活沒有重心。

2、心理質素、認知理解能力比較不佳。

3、毒品對身心理影響程度較大，已達成癮狀態。

4、自我控制能力較低。

5、在團體治療中比較不願意分享自己的經驗、也很少思考自己面臨的問題。

六、就您觀點，目前執行緩起訴附命戒癮治療處遇成效如何？(成效評估--延緩復發情形為何？完成與被撤銷之情形為何？成本效益如何？)

答：

(一)戒癮治療處遇成效評估：戒治成功率約為 75％～80％

這要先定義時間的區間範圍，如果是以完成整個治療過程而言，以我的經驗來看，1 團 10-12 人參加，約有 2-3 人被撤銷，撤銷率約 20％～25％，亦即戒治成功率約有 75％～80％(A4-6-1)，我認為效果很不錯。

(二)成本效益：需自費戒治，影響戒治成效

我認為主要是費用問題，因為參加戒治者都要自費，每次 1000 元，如果加上驗尿 1 次 500 元，對參加者而言是一筆負擔，會導致有人會缺課，影響戒治成效(A4-6-2)。

七、根據統計，目前撤銷率有偏高的趨勢，主要原因為何？

答：撤銷率偏高的主要原因分析：主要為現行反毒政策和個案本身因素二項

以我的經驗來看，1 團 10-12 人參加戒癮治療，約有 2-3 人被撤銷，撤銷率約 20％～25％。我認為主要原因分為二部分：

一是與現行反毒政策有關(A4-7-1)，例如警察在緝毒這部分的績效要求較高，所以勤於臨檢查察吸毒者，導致吸毒者在戒治期間如果繼續吸食，就容易被捕，而被撤銷緩起訴。

另一個原因是對於個案自己而言，還是持續使用毒品，對於戒毒尚未有改變的動機(A4-7-2)，只是應付檢察官的要求而已。因為他找不到不吸食毒品的理由，自我控制力不足。且戒斷症狀不易克服(A4-7-3)，本身又不肯接受處方用藥(A4-7-4)。有些則對於重大壓力事件無法克服(A4-7-5)、生活沒有目標(A4-7-6)等，都是常見的原因。

八、就你所知，以你所轄地檢署為例，目前有那些處遇機構（如：有那些藥物治療、心理治療與社會復歸治療機構）？足夠協助緩起訴戒癮者完成治療嗎？

答：

(一)所轄地檢署之處遇機構：板橋地檢署轄下有 2 家醫院

以我服務的地區為例，板橋地檢署轄下的藥物治療、心理治療與社會復歸治療機構主要有：八里療養院、新北聯醫(板橋及三重院區)2 家醫院(A4-8-1)。

(二)足夠協助緩起訴戒癮者完成治療：其他治療機構我並不清楚，因為各家治療機構都是獨立作業，但是本院的戒癮業務都可以配合板橋地檢署及士林地檢的作業，足夠協助緩起訴戒癮者完成治療(A4-8-2)。

九、上述處遇機構之資源整合(合作運作)狀況如何？是否有扞格或無法配合問題？(利弊得失及其因境)有何建議？

答：處遇機構之資源整合(合作運作)狀況：各治療機構獨立作業

各家醫院進行戒癮方案，原則上各家治療機構都是獨立作業，沒

有合作和轉介問題，也無資源整合問題(A4-9-1)。沒有其他建議(A4-9-2)。

十、目前緩起訴附命戒癮治療運作機制，包括緩起訴命令機關、戒癮治療執行機關（醫院）以及社區處遇提供服務機關。您認為醫師的診斷與治療品質如何？心理師治療品質如何？社工師輔導品質如何？個管師監控狀況如何？觀護人監控狀況如何？毒品危害中心所提供的服務狀況如何？勞動部勞動力發展署的就業服務狀況如何？社會局的安置服務狀況如何？

答：

(一)醫師的診斷與治療品質：和病人的合作程度有關

個案來院報到後，會先由醫師先作鑑別，看有沒有失眠、憂鬱、酒癮、精神疾病等。第 1 關先看精神科 5 次，其次評估是否開藥，第 3 關才是進入團體治療。醫師的診斷與治療品質和病人的合作程度有關(A4-10-1)。

(二)心理師治療品質：效果應該不錯

心理師也是做團體治療，效果應該不錯(A4-10-2)。

(四)社工師輔導品質：品質還不錯

社工師也是做團體治療，輔導品質我認為還不錯(A4-10-3)。

(五)個管師監控狀況：個管師會監控、追蹤上課狀況

個管師主要是監控狀況，會追蹤、記錄上課出席、缺課狀況(A4-10-4)。

(六)其他單位品質：沒接觸，不清楚

至於觀護人、毒品危害中心、勞動部勞動力發展署、社會局的安置服務等，我們都沒和他們接觸，所以不清楚(A4-10-5)。

十一、承上題，上述執行緩起訴附命戒癮治療處遇運作機制之優缺點、以及面臨之困難與挑戰為何？

答：我戒癮治療處遇運作機制之優缺點：屬於政策面或是制度面的問題，並不清楚

認為執行緩起訴附命戒癮治療處遇運作機制之優缺點、以及面臨

之困難與挑戰，這些都是政策面或是制度面的問題，我並不清楚(A4-11-1)。

十二、就您觀點，如何衡量(評估)緩起訴附命戒癮治療成效？成效指標為何？(那些屬「執行單位」？那些屬「受治療者」之指標)

答：

(一)衡量(評估)緩起訴附命戒癮治療成效：以被撤銷數量和比率為準

我認為衡量(評估)緩起訴附命戒癮治療成效，主要是以被撤銷數量和比率為準(A4-12-1)，這和司法單位有關。

(二)成效指標(A4-12-2)：包含執行單位之指標及受治療者之指標2類

1、執行單位之指標(A4-12-2-1)：例如戒癮者問卷((如改變量表、行為層次(有無被查獲))、驗尿結果。

2、受治療者之指標(A4-12-2-2)：如坐息安排(生活型態)、工件穩定、飲食正常、運動習慣等。

十三、當前緩起訴附命戒癮治療處遇是否需要修法或修訂政策？相關配套措施如何調整？

答：

(一)修法或修訂政策：建議搭配勞動役

我認為當前緩起訴附命戒癮治療處遇，如果搭配勞動役，可能會比較有效(A4-13-1)。因為用藥者從未思考用藥的問題，而勞動役有事情做，比較不會去吸毒，不過可以由當事人來選擇是否服勞動役。

(二)相關配套措施：編列經費

主要是編經費給勞動役者，使其無後顧之憂(A4-13-2)。

十四、針對提升緩起訴附命戒癮治療成效，有沒有其他興革建議？

答：興革建議：可以和戒毒村合作戒毒

基本上，我認為緩起訴附命戒癮治療是值得肯定的，因為社區治療較不會影響個案的生活現況，此外團體治療提供個案有機會去思考毒品在個人生命中的位置、或對自己生活所造成的影響。

許多個案對於團體課程的回饋就是，從來都沒有想過吸毒所付出的代價，現在開始會三思而後行或者考慮投資報酬率。

興革建議：此外我建議緩起訴附命戒癮治療，也可以和戒毒村合作戒毒，這樣可以有更多元的管道可以進行戒毒工作(A4-14-1)。

A5 深度訪談摘要

訪談時間：107 年 1 月 4 日（星期四）/14 時 10 分至 15 時 45 分
訪談地點：凱旋醫院會談室
訪談人：吳慧菁教授、莊宜佳研究生

一、個人基本特性

1、性別：男

2、單位：凱旋醫院

3、職稱：臨床心理師兼科主任

4、學歷：碩士

5、工作經歷：台北靜養醫院服務 2 年、凱旋醫院工作 17 年、二級毒品緩起訴機制中服務 5 年(103-107 年)。(A5-1-1)

二、緩起訴附命戒癮治療處遇是目前毒品處遇的重要政策，目前您在緩起訴附命戒癮治療處遇機制中所扮演角色、需配合之規定以及所提供之服務為何？

(一)政策面：緩起訴附命戒癮治療處遇，能夠讓他繼續生活、工作，並讓他們能持續接受醫療的戒治，改善因長期服物產生的副作用，以及相關心理治療。((A5-2-1)

(二)扮演角色：

1、原本推行：

團體心理治療，讓個案知道物相關知識、戒毒方式，以及播放成功案例影片，讓他們知道說是有人成功的這樣子，目標是讓個案接受自己是一個病人，並願意自動接受醫療，但目前還沒有達到。(A5-2-2)

2、現行方式以個別治療為主：

因為團體療效不好，課程時間短、人數多容易流於形式，且報到率低，對彼此的認識少，缺乏團體信任，因此團體動力低。後來轉變為個別治療為主，並導入個案管理機制，目前醫生和社工就配合二、四上午開診(團體治療)，心理師就二、四下午候診，如果個案臨時更改時間就心理師下午接個案。(A5-2-3)

3、心理師的角色：心理醫生負責看診、給藥和驗尿的檢查，心理

師搭配團體治療，還有個別輔導、個別心理治療。(A5-2-4)

(三)配合緩起訴期間內完成所有的附命的治療：

因為緩起訴期間固定，所以我們配合常常是在，期限快到了，我們就會加速治療的次數，團體治療是 4 次，個別治療是 8 次，因地檢署經費問題而簽約次數不同，目前個案約分為公費(雄檢)、自費各半，自費為屏東來的個案為多，治療方式是個案自行選擇，若個案無故缺席二次就撤銷緩起訴，當檢察官針對高度關懷的對象，就會明訂 8 次的時間，提高報到率。(A5-2-5)

(四)服務內容：

1、個人治療內容：第一次為成效評估主要為問卷施測；第二次標定危險情境(先標定不處理)並告知醫療戒治出事的後果；第三次告知被臨檢的應對，並詢問有無想用機會以及如何回應、處理；第四次討論個案目前生活、工作穩定度；第五次毒品好處探討；第六次毒品壞處確定；第七次說明戒治治療，並詢問有無偷用，若過去這段時間討論的事情還仍然讓他失誤，那失誤的時候就跟他講說，反正失敗是必然的；第八次戒治成功定義，探討生活中情緒問題，並詢問是否需要醫療戒毒，但現行上個案多持「戒毒我自己不要用就可以了」的想法，而非尋求醫療協助。(A5-2-6)

2、團體治療內容：第一次就耗在成效的診斷上；第二次標定危險情境，並說明緩起訴期間有什麼事，可能面對的撤銷假釋情境，以及如何回應；第三次詢問是否有使用毒品以及個案生活穩定度；第四次強調緩起訴保固期，道德呼籲若有偷用或快受不了情狀，請再用一次醫療戒治的方式。(A5-2-7)

3、戒癮治療成為保護傘而非真心想治療：

個案多在被驗尿後，尚不確定結果時，自費醫療戒治，爭取最後與檢察官討價的機會，對醫療來講不是壞事，至少個案願意自動接受醫療協助，但是有這種緩起訴的附命治療之後，他們似乎學會這是一種保護傘的概念。之後導入個管師，強化關懷後有些許改善，但個管師的流動率很高，亦是一個瓶頸。(A5-2-8)

三、在執行緩起訴戒癮治療處遇經驗中，有沒有令您印象深刻的治療成功者與被撤銷者案例？請說明治療處遇歷程。

(一) 被撤銷者案例-欺瞞治療者最終被逮捕撤銷：

1、印象深者一者為因為肝癌而結束的個案，但是那個不是被撤銷；另外偷用被撤銷者，印象最深的是，自陳未使用我們也相信，但最後被撤銷，有點被蒙蔽的感覺，會讓檢察官撤銷的個案，大部分都很年輕，或有很多其他的前科。(A5-3-1)

2、失敗原因：多為被撤銷或另案。(A5-3-2)

(二)治療成功者-借助他機關成功戒治後返回醫院：

1、若成功的定義是緩起訴期間都未使用，醫療單位是看不見的，因為治療結束後就不在醫療單位的掌控內，若成功的定義是，在我們的附命治療的期間都沒有在用，或說沒有被抓到在用，有過印象較深刻的成功案例，個案突然回來，說他進晨曦會一年，然後都沒在用，這種說法確實是不太舒服。(A5-3-3)

2、成功原因：成功定義為他都坦承我沒有用，然後也沒有被驗到，多因生活很規律、有工作、家人有在關注，常都在外地，離開他的居住處，那他就比較容易成功。(A5-3-4)

(三)各機關間溝通連結宜強化：個案的處理機構應該做勾稽，然後要回饋給單位，緩起訴期間，無論有無被驗到，或因為毒品再度被起訴，或因為有毒品紀錄然後從新進來，都要回饋給治療師或處遇人員，才能夠知道這個個案的進展，現為被動知道，若個案長期缺席，個管會告知失聯或被撤銷，去年才開始建置全系統，只要一進來治療我們就登入，那以後如果重複名單我們就知道。(A5-3-5)

四、就您治療處遇經驗，目前緩起訴附命戒癮治療完成者與被撤銷者的特性為何？(那種特性的用藥者較容易戒癮成功或被撤銷—成、敗者個人或行為特性)

(一)成功者特性-注重承諾、自主安排行程：

個案特性為願意配合，且把他跟檢察官的約定當作一回事，另外就是速戰速決，排除困難盡量來上課，若時間不允許，會主動重新約定上課時間，會自己想怎麼完成這個程序。(A5-4-1)

(二)失敗者特性-生活不穩定、無人關注且未脫離吸毒圈。(A5-4-2)

五、就您觀點，目前執行緩起訴附命戒癮治療處遇成效如何？(成效評估--延緩復發情形為何？完成與被撤銷之情形為何？成本效益如何？)

(一)緩起訴附命戒癮治療處遇效益-有利無害

對個案而言，完全有利無害，第一個因為他不用被剝奪自由權，二是費用也較划算，所以基本上第一個成效就是說，讓他能夠保留在生活中去生活，第二個的成效是緩起訴就是讓你有復發情境的訓練，但缺了密集度的訓練。(A5-5-1)

(二)緩起訴附命戒癮治療處遇成本：人事成本。(A5-5-2)

(三)建議方式：前面有個比較密集的，後面延續的較和緩的治療。(A5-5-3)

六、根據統計，目前撤銷率有偏高的趨勢，主要原因為何？

治療期間短於緩起訴期間，或不看重治療者，易卸下心防再犯：根據去年的觀察，主要分為二者，一為將附命治療快速結束後，其餘的緩起訴期間卸下心防；第二種是不看重附命治療，覺得來日方長，因此可能未接受到治療前就再犯；第三種則是治療時間少、不規律，無故不合作，建議要多一個條件，再怎麼密集也不能一週兩次。(A5-6-1)

七、就你所知，以你所轄地檢署為例，目前有那些處遇機構（如：有那些藥物治療、心理治療與社會復歸治療機構）？足夠協助緩起訴戒癮者完成治療嗎？

(一)處遇機構須為衛福部認證單位：有長庚、高醫、慈惠和凱旋醫院四間，無個人的治療所或機制。(A5-7-1)

(二)社會復歸是在毒防中心裡：個案被緩起訴時，毒防的觀訪員就會去跟他說，你有沒有工作，我們可以幫你轉介工作，這個時候就是轉型工作的部分。(A5-7-2)

(三)醫院人力原則上是夠，因為一個醫院會聘自己的專任的去做

這件事，如果你要長期經營的話，一定是會聘足夠人力去做這件事，但是缺點是和地檢署的約是不穩定的，因此多運用原有人力匆忙的完成很多事，這個方案的問題未提供人事費，且簽約期太短的問題，無法預估總營收與成本，舞法做人力資源的長期規劃。(A5-7-3)

八、上述處遇機構之資源整合(合作運作)狀況如何？是否有扞格或無法配合問題？(利弊得失及其因境)有何建議？

(一)資源整合慢慢改善，預計成立特殊個案的個管模式：現導入個管師管理，且在毒防中心也有一個個管，兩者會去聯繫，但毒防局的個管他是沒有威脅條件的，因為他是服務性質，因此治療單位多依靠自己的個管師去掌握資訊。未來高雄預計成立特殊個案的個管模式，與家暴個案相似，先標的出特殊性，所有的團隊都有勾稽，這個時候就可以管他那個特定的對象，性侵、高度風險的個案也是如此！若毒品個案比照，就一定會有效果。(A5-8-1)

(二)建議：

1、戒治機制考量納入醫療觀點：檢察官可與醫療單位協調，從醫療單位治療的觀點來看戒治的次數，應該從密集到追蹤，如果緩起訴附命是一年，那我的建議是密集 8 週，接下來再改為每個月一次，目標就是整個醫療完全涵蓋你的緩起訴附命一年，也符合治療的標準說法，一年為一個單位；另醫療戒治的容忍度及極限範圍到哪裡？或部分個案並不適合醫療戒治，醫療單位必須要提出說明。最後當檢討醫療戒治的總成效，這是醫療單位最後要面對的最大問題。(A5-8-2)

2、建議增設配套措施：比方說密集的戒毒村，由密集的訓練再漸進式、緩和的給個案自由，例如：先指定醫療處所作住院治療，看出成效再放到門診治療。(A5-8-3)

3、強化醫療戒治宣導：

(1)多宣導「藥癮是一種疾病，是需要做治療的」的觀念。可以採有人現身說法，有一個好的示範，如晨曦會，附宗教型治療性社區的概念，而我們可成立醫療社區，藉由公共社區關心強化戒治成效。(A5-8-4)

(2)宣導醫療戒治的有限性，讓社會大眾知道醫療的極限在哪裡。

(A5-8-5)

九、目前緩起訴附命戒癮治療運作機制，包括緩起訴命令機關、戒癮治療執行機關（醫院）以及社區處遇提供服務機關。您認為醫師的診斷與治療品質如何？心理師治療品質如何？社工師輔導品質如何？個管師監控狀況如何？觀護人監控狀況如何？毒品危害中心所提供的服務狀況如何？勞動部勞動力發展署的就業服務狀況如何？社會局的安置服務狀況如何？

(一)各機關的品質僅可由地方檢察署續約情形間接判斷：品質端看撤銷率、完成率，或者被起訴、被驗到、陽性反應等等這些，以機構來做整體的衡量，那機構內部各個團體的組合方式倒沒有辦法去評估，只能知道總體效果。(A5-9-1)

(二)各機關間的聯繫不密切，有資源轉介的課成多以影片介紹。(A5-9-2)

十、承上題，上述執行緩起訴附命戒癮治療處遇運作機制之優缺點、以及面臨之困難與挑戰為何？

(一)優點：讓醫療戒治有空間發揮。(A5-10-1)

(二)困難：處遇空間實效不易證明，現況看來普通，無更好進步。(A5-10-2)

(三)挑戰：

1、醫療戒治的責難：若說這是一個國家重點政策，勢必要發展更有成效的方式，例如個案管理模式導入、增加治療次數等，但是也擔心這外在條件客觀符合後，大多成功因素是在個案本身，是否工作穩定、家屬關注、離開用毒情境等，這些無法外在創造的情境，當具備這條件的個案，再加上醫療戒治的介入，才能創造好的結果，但符合這些因素的個案不到二成，多數責任卻歸咎在醫療戒治上。當所有的條件都給了醫療單位的時候，你要治療你要什麼都給你，這個時候是最挑戰的時候。(A5-10-3)

2、治療學的觀點：考量讓個案從治療單位先說預測其成功率，當個案不能納在可救治範圍時，即不傷及到醫療戒治成功率。(A5-10-4)

3、個案「毒癮是疾病」心態未改變：當詢問個案會不會改變時，他們的認知是「我要改就改」，而非「我生病了我要看醫生」。(A5-10-5)

4、戒毒議題已久，仍需革命：因為這個議題不是現在才有，毒品、用毒、戒毒這個議題已久，戒治效果有限，挑戰依舊，只是大家不死心，從林則徐焚菸鴉到現在，這是就是趨勢，因為國家趨勢，未來還是要發展。(A5-10-6)

十一、就您觀點，如何衡量(評估)緩起訴附命戒癮治療成效？成效指標為何？(那些屬「執行單位」？那些屬「受治療者」之指標)

(一)成效指標：個案一年之間沒有被抓到，或者沒有任何一次驗到，這就是完全的成功。(A5-11-1)

(二)執行單位於計畫前可預做可行性評估：依據檢察署談合約的時，執行單位就先對於整個計畫的效果做一個評估，例如協商治療次數等。(A5-11-2)

十二、當前緩起訴附命戒癮治療處遇是否需要修法或修訂政策？相關配套措施如何調整？

(一)無須修法，而是檢閱所有檢察署跟醫療單位的合約模式，做示範區推動。(A5-12-1)

(二)配套措施要加強落實：醫療戒治可加上前提限制，例如你知道戒毒是需要醫療協助的，且自願去醫療過，這種個案才能夠第二次使用醫療戒治，那如果你是因為檢察署才你去醫療戒治，你就不適合醫療戒治。(A5-12-2)

十三、針對提升緩起訴附命戒癮治療成效，有沒有其他興革建議？

強化宣導有藥癮的人其實是需要醫療幫忙的概念：給予大眾從醫療戒治回來，人生成功且光明，另外一個就是沒有經過醫院，就直接進檢察官的觀察勒戒，或者是監獄，十分清晰的形象，但醫院的技術尚未到達那個等級。或者可以鼓勵醫院多做一些宣傳，然後讓大家感受到醫療戒治的清新畫面，例如有人現身說法，並說醫院戒治很好，令人有鼓舞的效果。(A5-13-1)

A6 深度訪談摘要

訪談時間：107 年 1 月 5 日 14 時至 16 時
訪談地點：八里療養院土城門診中心 ；
訪談人：蔡田木、蔡文瑜

一、個人基本特性

性別：女(A6-1-1)

單位：八里療養院護理科(公務機關) (A6-1-2)

職稱：護理師(兼個案管理師業務)，約聘人員(A6-1-3)

年資：8 年(自 97 年至今) (A6-1-4)

學歷：台北健康護理大學(北投，前台北護理學院)，健康事業管理系

工作經歷：(藥癮相關工作經歷) (A6-1-5)

1.從事美沙冬替代療法，負責給藥。(一級) (97 年迄今)

2.二級緩起訴業務，承接新北市地檢署轉介過來緩起訴個案，收案、講解流程，帶團體，個案追蹤，與觀護人、衛生局聯繫。(97 年迄今)

二、緩起訴附命戒癮治療處遇是目前毒品處遇的重要政策，目前您在緩起訴附命戒癮治療處遇機制中所扮演角色、需配合之規定以及所提供之服務為何？

(一)目前在戒癮治療處遇機制中之角色：護理師兼個管師

1.承接新北市地檢署轉介個案(A6-2-1)

2.護理師兼個管師：護理師：因為個案可能有合併精神科症狀(因長期使用藥物(安非他命)，會產生幻覺幻聽)，需醫療方面介入，引導個案看精神科門診。(主要醫療由醫師、心理師及社工師執行)；個管師：個案追蹤、出缺席狀況、門診進度、是否有另案或經濟問題。(A6-2-2)

(二)個管師所提供之服務：土城門診共 3 位個管師，負責個案聯繫、名單掌握

A6 為八里療養院土城門診主要聯繫窗口，主要負責個案聯繫、名

單掌握。八里療養院分三個門診部：八里門診、土城門診、蘆洲門診。目前承辦緩起訴業務的為八里門診及土城門診，其中八里門診只辦 2 級門診，土城門診為 1、2 級皆有。(A6-2-3)

(三)護理師所提供之服務：引導個案看精神科門診

護理師：因為個案可能有合併精神科症狀(因長期使用藥物(安非他命)，會產生幻覺幻聽)，需醫療方面介入，引導個案看精神科門診。

(四)八里療養院土城門診現況：共 3 位個管師，總個案數約 300 個

目前八里療養院土城門診共 3 位個管師，總個案數約 300 個，總個案數自去(106)年 5 月開始轉介量增加導致個案暴增，原每月 10-20 個初診，增為每月初診 40-50 個，原總個案數為 100 至 200 個，5 月暴增至 200-300 個(含在案)。(A6-2-4)

(五)目前較常接觸之外部單位為地檢署檢察事務官、觀護人及衛生局毒防中心：

若個案確定緩起訴後，案子由觀護人分案，若個案有另案情形發生，與觀護人聯繫確認。若個案超過 3 次門診未到(門診約 1 個月 1 次)，會告知觀護人開告誡單提醒個案，個案才會較受到警惕，且有司法上依據。(目前由八里療養院提出違規占個案比率 10-20%左右，另三個月以上未到診，每個約開出 10-20 告誡單。) (A6-2-5)

(六)衛生局毒防中心已不參與業務，但會請其協助尋找列管個案

衛生局毒防中心原為主要聯繫窗口，自前年開始已不參與業務，但會請協助尋找列管個案。衛生局毒防中心也有個管師，但只辦理出所後的追蹤，與八里療養院個管師功能不相同。(A6-2-6)

三、在執行緩起訴戒癮治療處遇經驗中，有沒有令您印象深刻的治療成功者與被撤銷者案例？請說明治療處遇歷程。

(一)治療歷程：依毒品級別而有不同。2 級毒品為心理治療：療程共 17 次，每次 8-10 人，前 4 次為每兩週回診 1 次，剩餘療程為 1 個月 1 次；第 1 次初診，抽血、驗尿；第 2-5 次，醫師個別會談；第 6-13 次，團體治療；第 14-17 次，預備結案(連續 15 天驗 3 次尿)。1 級毒品之替代療法治療：每天來診所報到喝藥，連續 7 天未到則通報違規。

療程共 17 次(最後 3 次為驗尿) (A6-3-9)前 4 次為每兩週回診 1 次，剩餘療程為 1 個月 1 次 (A6-3-1)

1.2 級治療(治療期間不定期抽查驗血)：(A6-3-2)

第 1 次為初診：抽血、驗尿

第 2-5 次：醫師個別會談

第 6-13 次：團體治療(每團 10-12 人)，若有缺席必須補課，每次上課約 1 小時。

第 14-17 次：預備結案(連續 15 天驗 3 次尿)

2.1 級治療：每天來診所報到喝藥，連續 7 天未到則通報違規。(A6-3-3)

(二)藥物治療目的：解決癮頭、身體不適(A6-3-4)

(三)心理治療(含團體治療)目的與成效評估：目的在探討用藥根本原因；團體治療效果評估依據為出席、報到狀況及驗尿結果。

由心理師或社工師執行，但在團體治療過程中易受到同儕影響，各團體約為 8-10 人，若當中有不穩定個案，也會影響整體成效。評估團體治療效果依據為出席率。(A6-3-4)

(四)管理措施：一級毒品治療在衛福部心口司有替代治療作業管理系統可查詢，另外，治療期間由個管師進行電話追蹤

1. 替代治療作業管理系統：全國統一使用，彙整至衛福部心口司，所有用藥紀錄存入系統，個案來診所以指紋辨識報到進入系統，內有個案服藥狀況，衛生局也可登入查看。(A6-3-6)

2.電話追蹤治療期間配合電話追蹤(每月至少一次)，A6 個管師有自行製作電話聯繫紀錄，每個月約需額外電話聯繫約 50 人，若無法聯繫上則通知觀護人。(A6-3-7)

(五)治療經費：門診為自費；1 級毒品治療約為 3 萬 6000 元以上，2 級毒品治療約 3 萬元。

1.門診為自費，療程共 17 次(最後 3 次為驗尿) (A6-3-9)

2.1 級初診為 5000 元，整體療程約為 3 萬 6000 元以上，因有服用美沙冬。(每次 60 元，1 個月將近 3000 元，至少都要喝一年；非緩起訴者自願就診有部分單位會補助為每次 30 元) (A6-3-10)

3.2 級初診為 4000 元，整體療程約為 3 萬元內，因無替代療法，

多為心理治療。(A6-3-11)

4.治療方式以驗尿結果為準，並依結果強制執行醫療方式，初診驗尿若為陰性，會只做心理治療，不喝美沙冬，若為陽性則強制服用美沙冬。若個案拒絕，個管師會在同意書上註記不適合進入戒癮治療，個案則進行勒戒或交由檢察官決定。(A6-3-12)

補充：因在門診結束醫療流程(結案)不完全等於戒癮成功，只算是完成表定療程，後續由觀護人處理。(A6-3-13)

四、上述治療成功者與被撤銷者的主要原因為何？(成敗主因)

(一)成功個案原因：1.態度積極，2.主動了解流程，3.提出問題，4.較不與其他個案打交道，5.不受同儕負面影響，6.有家人支持，7.與醫護人員較有交流或回饋，配合度高

個案本身態度積極，主動了解流程(下次回程日期)，提出問題，較不與其他個案打交道，故不受同儕負面影響，有家人支持，與醫護人員較有交流或回饋，配合度高。(A6-4-1)

(二)失敗個案原因：1. 大部分個案因經濟能力受限、2.因經濟原因拖延回診時間(門診只收現金)、3.與其他個案互動較多(因門診也是變相提供個案互相交流資訊的場所，雖有明令禁止，但約束有難度，有發現個案間有社群軟體群組進行交流)、4.有另案(酒駕、公共危險罪)導致撤緩

經濟能力受限(大部分個案為此原因)、或因經濟原因拖延回診時間(門診只收現金)、與其他個案互動較多(因門診也是變相提供個案互相交流資訊的場所，雖有明令禁止，但約束有難度，有發現個案間有社群軟體群組進行交流)、有另案(酒駕、公共危險罪)導致撤緩。(A6-4-2)

補充：若改用健保補助部分費用，個管師認為可能會有正面影響。另若有持續電話追蹤連繫對個案有正向影響，有利於療程持續進行。(A6-4-3)

五、就您治療經驗，目前緩起訴附命戒癮治療完成者與被撤銷者的特性為何？(那種特性的用藥者較容易戒癮成功或被撤銷—成、敗者個人或行為特性)

(一)成功個案特性：1.一開始即表現積極態度，2.主動了解流程並提出問題，3.較不與其他個案打交道，4.有家人支持，5.與醫護人員較有交流或回饋，6.配合度高。

一開始表現積極態度，主動了解流程並提出問題，較不與其他個案打交道，有家人支持，與醫護人員較有交流或回饋，配合度高。(A6-5-1)

(二)失敗個案特性：1.經濟能力受限、2.與其他個案互動較多、3.本身參與意願不高、4.與醫護人員互動不高

經濟能力受限、與其他個案互動較多、本身參與意願不高、與醫護人員互動不高。(A6-5-2)

六、就您觀點，目前執行緩起訴附命戒癮治療處遇成效如何？(成效評估--延緩復發情形為何？完成與被撤銷之情形為何？成本效益如何？)

(一) 個管師認為在療程期間內對個案有正向影響，但完成療程後，後續效果及發展如何則不清楚

因在門診結束醫療流程(結案)不完全等於戒癮成功，只算是完成表定療程，後續由觀護人處理。戒癮治療成效定義需再明確。若以完成療程者個案來評估，個管師認為在療程期間內對個案有正向影響，但完成療程後(即結案)，後續效果及發展如何則不清楚。(A6-6-1)

(二) 個管師認為個案大多為被動配合，參與治療只為換取沒有前科紀錄，大約只有 20%對於機制有正向回饋

個管師認為即便完成療程並可結案之個案對於機制的大多為被動配合，參與療程只為換取沒有前科紀錄，大約只有 20%對於機制有正向回饋。(A6-6-2)

(三) 個管師觀察到大多數個案在療程執行期間內，仍有服藥

個管師有觀察到大多數個案在療程執行期間內，仍有服藥，來診所時與其他個案進行交流，以暗號溝通。故對於復發可能性有提高的可能。(A6-6-3)

(四) 成本效益不高，且依級別而有差別：藉由緩起訴治療機制可戒癮成功比率約為 2 級 10%以下、1 級 0.1%以下

可結案比率約為 70-80%，但無法保證不會在用藥，近期診所有收到頗多再次緩起訴個案。(A6-6-4)

個管師評估藉由緩起訴治療機制可戒癮成功比率約為 10%以下(2 級)、0.1%以下(1 級)，成本效益不高，但還是要做，因為救 1 個是 1 個。(A6-6-5)

七、根據統計，目前撤銷率有偏高的趨勢，主要原因為何？

(一) 撤銷率有偏高主要原因：罰則太輕

個管師認為罰則太輕，個案即便被撤銷，還是會再度緩起訴，尤其這一年來比例有增加的趨勢。(A6-7-1)

八、就你所知，以你所轄地檢署為例，目前有那些處遇機構（如：有那些藥物治療、心理治療與社會復歸治療機構）？足夠協助緩起訴戒癮者完成治療嗎？

(一) 板橋地檢署緩起訴藥物治療、心理治療機構：有八里療養院、新北市立聯合聯合醫院板橋院區及三重院區；社會復歸治療機構為永和晨曦會

A.藥物治療、心理治療有八里療養院、新北市立聯合聯合醫院板橋院區及三重院區。(A6-8-1)

B.社會復歸治療機構為永和晨曦會(但只提供自願戒毒者)(A6-8-2)

C.以目前人力來說，因現職人員年資較久，流程嫻熟，故還勉強足夠協助緩起訴戒癮者完成治療，但已算是負荷過量。(A6-8-3)

九、上述處遇機構之資源整合(合作運作)狀況如何？是否有扞格或無法配合問題？(利弊得失及其因境)有何建議？

(一) 個管師主要聯繫單位：為檢察事務官、觀護人室

個管師主要聯繫單位為觀護人與衛生局，但多為觀護人，目前還算順利。法院轉介個案至八里療養院，報到成功後，個管師將資料回傳檢察事務官，再由事務官分案給觀護人。(A6-9-1)

(二) 建議建立資訊平台整合：原有替代療法系統，再加入電話追蹤、回診紀錄，且開放權限給觀護人等相關單位同步查閱追蹤，提高個管師與觀護人追蹤個案效率

若整合系統，除了原有替代療法系統，再加入電話追蹤、回診紀錄，且開放權限給觀護人等相關單位同步查閱追蹤，個管師就不用再為每一個案做額外統整紀錄或花時間打電話聯繫，可減少與觀護人來回聯繫時間，觀護人也可同步查閱個案情形，提高個管師與觀護人討論執行情況與追蹤個案效率。(A6-9-2)

2.轉介流程標準化：檢察官股別太多，每人做法新舊不同，轉介方式依每股行事風格而定，告知個案訊息方式及機制紊亂。若有地檢署統一窗口承辦轉介流程會較好，以前是衛生局，縣衛生局已退出，個管師現須個別跟各股聯絡，個案若有狀況，個管師可直接告知地檢署統一窗口，由同一窗口聯繫，且要熟悉行政流程，以便個管師諮詢，其實觀護司已有一位個管師，負責所有八里療養院所有緩起訴業務，A6 可藉由該觀護司個管師詢問，有關是否要開違規，再由該個管師聯繫個案所屬觀護人，若地檢署有類似窗口會有較好行政效率。又或者將此程序合併進整合系統平台也可以。(A6-9-3)

十、目前緩起訴附命戒癮治療運作機制，包括緩起訴命令機關、戒癮治療執行機關（醫院）以及社區處遇提供服務機關。您認為醫師的診斷與治療品質如何？心理師治療品質如何？社工師輔導品質如何？個管師監控狀況如何？觀護人監控狀況如何？毒品危害中心所提供的服務狀況如何？勞動部勞動力發展署的就業服務狀況如何？社會局的安置服務狀況如何？

(一) 醫師依檢驗報告結果決定給藥用量或心理治療方式，1 級治

療者與醫師接觸頻繁，2 級治療者只有頭 4 次。

A.醫師(精神科)：1 級與醫師接觸頻繁，2 級只有頭 4 次。醫師依檢驗報告結果決定給藥用量或心理治療方式。(A6-10-1)

(二) 心理師、社工師大多為帶團體治療，社工師也會因個案需要協助引介社會資源。各院有自訂課程計畫。治療紀錄由心理師或社工師填寫，但無制式評估表，且為額外紙本記錄單獨留存，未整合進入用藥系統，觀護人也不會得知，個管師也不會告知觀護人。個管師主要負責個案連絡與管控，緩護療期間有關個案的大部分資訊來源多為個管師，平常若個案互動較好，對於個案有正向影響。

A.心理師：大多為帶團體治療，目前八里療養院總共為 7 位左右，團體課程主題為固定。(A6-10-2)

B.社工師：與心理師工作內容差不多，也是帶團體治療，討論方向可能不同，但若個案若有需社會資源，可照會社工師協助。(A6-10-3)

C.團體治療的課程及分派團體：由社工師與心理師自行協調各自帶團輔，每年約 6-8 團由社工師帶，其餘團體由心理師帶，個管師不介入(心理師帶領的團較多)。課程各院有自訂課程計畫，由院內病例委員會審核過，但社工師及心理師可依團體需求自行調整。但社工師與心理師帶領團體治療時個管師不會參與，故兩者帶領方式及成效差異個管師無法得知。(A6-10-4)

D.每一個案參與團體治療紀錄由心理師或社工師填寫(但無制式評估表)，且為額外紙本記錄單獨留存，未整合進入用藥系統，觀護人也不會得知，個管師也不會告知觀護人。(A6-10-5) 課程各院有自訂課程計畫課程各院有自訂課程計畫

E.個管師：平常若互動較好，個案回診時若有關心或攀談，對於個案有正向影響，但是依個案個性或個管師做法情況而有所不同。個案管理師對於每一個案整體戒癮治療流程並非全面，故部份情況並非由個管師掌握。(A6-10-6)

(三)個案在緩護療期間執行期間不會接觸到觀護人(除非有另案)；毒危中心人員已不介入緩起訴戒癮治療程序；與衛生局合作時，勞動部勞動力發展署還有派人駐點在診所，提供個案詢問有關就業資訊，因提供工作機會薪水太低，目前效果不彰，目前也撤離了。

E.觀護人：就個管師所知，大部分資訊來源多為個管師，除非有另案，不然個案在執行期間不會接觸到觀護人。(A6-10-7)

F.毒危中心：較少聯繫，已不介入緩起訴戒癮治療程序。(A6-10-8)

G.勞動部勞動力發展署：以前與衛生局還有合作時，還有派人駐點在診所，提供個案詢問有關就業資訊。個管師會詢問個案就業情形，除評估後續回診情況(經費問題)，也可介紹輔導就業機構給個案。但目前效果不彰，因提供工作機會薪水太低。(A6-10-9)

H.社會局：精神科社工或個管師會提供非海個案安置機構資訊。(社會局有沒有?)?? (A6-10-10)

十一、承上題，上述執行緩起訴附命戒癮治療處遇運作機制之優缺點、以及面臨之困難與挑戰為何？

(一) 執行緩起訴附命戒癮治療處遇運作機制之優點：對大部分個案有正向影響。

A.優點：戒癮治療期間對於大部分個案有正向影響。(A6-11-1)

(二) 執行緩起訴附命戒癮治療處遇運作機制之缺點：1. 檢察官、觀護人、醫院資訊整合、聯繫不良；2. 另案發生至撤緩命令出來至少都半年，期間無法告知個案是否要持續治療；3. 個管師有人身安全問題，個案若與個管師發生爭執，個管師易受到個案威脅。

B.缺點：

1.資訊整合方面(包含檢察官、觀護人、醫院)，包含聯繫過程。(A6-11-2)

2.另案發生至撤緩命令出來至少都半年，期間無法告知個案是否要持續療程。(因為門診須繳費，但有可能被撤緩，期間就診紀錄就無效) (A6-11-3)

3.個管師的人身安全問題，個案若與個管師發生爭執，個管師易受到個案威脅。(A6-11-4)

十二、就您觀點，如何衡量(評估)緩起訴附命戒癮治療成效？成效指標為何？(那些屬「執行單位」？那些屬「受治療者」之指標)

(一) 評估緩起訴附命戒癮治療成效：再犯狀況。

(二) 評估緩起訴附命戒癮治療成效指標：1.驗尿、2.回診或出席狀況、3.個案於治療期間或結案時的回饋。

A.再犯率、個案對於治療期間的回饋或感想，結案時若個案有分享治療期間想法會有幫助，但個案若被撤案則無從得知個案回饋。(A6-12-1)

B.個管師可從治療期間表現評估再復發的可能性，包含回診狀況及行為。(A6-12-2)

十三、當前緩起訴附命戒癮治療是否需要修法或修訂政策？相關配套措施如何調整？

(一) 當前緩起訴附命戒癮治療規範政策：司法政策太寬容，給太多次機會；未規範告誡單開立次數，目前為 2-3 次不等；

個管師執行治療期間不會接觸到法條或政策，但有覺得司法太寬容，給太多次機會。但降低開告誡單的門檻可能有用，但開告誡單的門檻無法令上規定，但法令上規定告誡單累計 3 次會提報給地檢署。另同意書上也敘明，心理治療若 2 次未到，團體若 3 次未到就會退團。(A6-13-1)

十四、針對提升緩起訴附命戒癮治療成效，有沒有其他興革建議？

(一) 提升緩起訴附命戒癮治療成效建議：1.整合醫療、觀護人、檢察官各單位資訊系統，提升資訊透明度；2.提升執行緩護療醫療人員之強制力及約束力，個案有缺席、失聯、或不配合檢驗(如驗尿)情形發生時，醫療人員可以有強制力及約束力。

各單位(含觀護人、檢察官)資訊系統整合，還有加強與中央聯繫。另若個案有缺席、失聯、或不配合檢驗(如驗尿)情形發生，希望可以強制介入，相較於個管師對於個案較有約束力，因個管師不會直接影響判決，只提供醫療措施，對於個案較無強制力。(A6-14-1)

B1 深度訪談摘要

訪談時間：2017 年 1 月 19 日下午 15 時 0 分至 16 時 30 分
地點：臺北地檢署觀護人室小型會議室
訪談者：賴擁連
訪談內容：

一、個人基本特性

1.性別：女性。

2.年齡：30 歲。

3.教育程度：高中。

4.工作狀況：無業。

5.婚姻狀況：同居。

6.心理特質：正常，自陳沒有精神疾病。

7.前科：毒品。

8.生活型態：每天在家玩線上遊戲，甚少外出，也很少有社交，106 年八、九月依觀護人要求，曾覓得工作(在雞肉飯店上班)，但於十、十一月時已辭掉，原因是太累（內文提及，受到雇主責備，無法忍耐下，且認為時薪過低，賭氣辭職）。日常活動範圍不是在家就是去媽媽家照顧女兒一名。（B1-1-1）

二、家庭/家族互動

1.親人犯罪經驗：無。

2.家庭特性：小家庭。

3.家庭關係：一個屋簷下，與丈夫各自過各自的生活。

4.同居經驗：有。

5.家暴經驗：有，個案分享一個案例，就是在民國 101 年左右，案主當時在錢都火鍋店上班，那時候同居人會對其施予暴力。某天下午約莫 5 點左右，案主要前往上班時，案主與其同居人在吵架，吵到一半，因為時間來不及，即馬上離家前往上班，結果被同居人拉回家毆打並不准她去上班、也不准打電話請假，控制其行動。這樣情形有過三、四次，雇主也覺得很奇怪，為何不事先通知就臨時不來上班，

後來案主向雇主說明後，雇主了解了也很願意給予機會，但案主認為這樣的話，對雇主與工作夥伴不好，因為同居人這樣的情況無法保證日後不會再發生，於是就把工作辭了。（B1-8-1）

三、生活情緒狀態/負面事件

1.生活壓力：無，即使每天沒有工作、在家玩線上遊戲，也不認為有生活壓力。

2.事件挫折、焦慮：無。

3.經濟狀況(拮据狀況)：沒有收入，靠線上遊戲獲得的金錢度日，有時也回娘家看女兒時，接受母親的接濟。（B1-3-1）

四、風險環境與生活型態

1.偏差友伴：自陳沒有偏差友伴。

2.取得藥物管道：從丈夫(同居人)那取得。

3.危險生活型態：沒有。

4.不良場所：不會去不良場所。（B1-4-1）

五、緩起訴附命戒癮治療之經驗

1.兩次緩起訴均完成：案主於台北市立聯合醫院松德院區接受戒癮治療，第一案緩起訴戒癮治療期間為 104/10~105/10(緩起訴期間為 104/10/01-106/09/30)，第二案緩起訴戒癮治療期間為 105/10~106/10(緩起訴期間為 105/10/03-107/10/02)，期間 105/10、105/11 及 106/1 未按時到診，其餘時間皆有回診。

2.尚有施用安非他命，但懂得控制與減少計量：根據案主自陳，治療期間應仍有施用安非他命情形，但施用頻率比往昔減少許多，偶仍有施用毒品不能驗尿時，都會坦誠，觀護人也給予較多的機會與鼓勵，並加強驗尿頻率，使其未脫離觀護系統，並接受觀護人指令。（B1-5-1）

3.無使用其搭藥物與飲酒習慣：另二案緩起訴期間，無服用醫師開立的藥物，平時應無飲酒的習慣。（B1-5-1）

六、緩起訴附命戒癮治療之主觀效果

1.提醒自己不要再回監禁機構戒毒：案主曾經待過觀察勒戒處所，對於以監禁方式戒癮，感到害怕與恐懼，認為觀勒處分確實有達到嚇阻的效果。觀勒處分，讓毒品犯在機構內惡性感染，出所後繼續吸毒，並沒有緩解毒癮。（B1-6-1）

2.緩起訴讓自己學習戒癮、不會惡性感染並可以找工作：案主是二級毒品安非他命施用者，緩起訴期間配合台北地檢署所安排為期六個月每週六至八堂課的正念班。案主認為在那裡可以吸收一些成功戒毒者的經驗分享，此外，觀護人安排的一些課程，案主也是會盡量配合。案主認為，但緩起訴，至少不會有一大票人聚集，然後彼此討論哪裡買毒品比較便宜或可以獲得不一樣的毒品之類的，大家來觀護人處報到時，幾乎沒有人在打招呼或聊天、交朋友的。此外，緩起訴給予施用者立即改變生活的機會，例如觀護人要個案馬上去找工作，案主就會去找工作，以配合觀護人的指令，維持緩起訴的進行，而這部分是監禁無法達成的，因此對於緩起訴是否有利於復歸社會部分，案主採取肯定的態度。（B1-6-1）

3.是否延緩復發，其實案主認為還是要靠自己：她認為她並沒有成癮，只是有一個習慣，這個習慣可以不做也可以做，案主自陳她可以半個月不施用安非他命，這有算成癮嗎?此外，她看到她的同居人在施用，她也沒有想施用，因此她認為是否延緩復發，完全是看個人。（B1-6-1）

七、緩起訴附命戒癮期間的交友情形

1.個性內向，不喜交友也不喜出去玩樂，喜歡獨處：案主由於個性緣故，不喜交朋友也不喜歡出去玩，比較喜歡一個人獨處，特別是在 101 年生過小孩後，就不會想和朋友出去玩樂。（B1-7-1）

2.因為與一群朋友外出唱歌與好奇，發生人生第一次施用毒品：案主回想其國中畢業時(民 93~94 年)接觸毒品，也是和一般國中生接觸毒品的動機一樣，就是一群朋友到桃園某家舞廳瞎起哄再加上好奇，初次使用 k 他命。根據案主自陳，除海洛因外，其餘的毒品她大致上都使用過，但是最後安非他命還是她最常使用的毒品，因為 K 他

命抽下去後，很暈、很臭又不好玩，然後退藥的時候又很難過，退藥之後又要睡很多天。（B1-7-1）

3.同居人處取得毒品，自己使用，甚少與其他朋友使用毒，減少查獲機會：但是，後來結交了同居人後，自己的生活型態改變，不喜歡外出或是找朋友，自己的生活作息很單純，就是在家中或者在媽媽家協助照顧自己的一位女兒(約 6 歲) 。案主與其他施用毒品者使用毒品的特徵就是她自己使用，不會與其他人一起使用，即使看到同居人在使用毒品，她也不會一起使用，此外同居人外出找朋友(可能是使用毒品或買毒品) ，她也不會跟隨或陪同，但是她如果需要毒品時，毒品的來源卻是從同居人那取得。（B1-7-1）

八、緩起訴附命戒癮期間的就業狀況

1.緩起訴期間曾配合觀護人指令找份工作，但為期甚短：根據案主自陳，參加緩起訴期間曾聽從觀護人指令去找工作，亦即去(106)年八、九月，找到一份雞肉飯的餐廳打工，但因為時間過長，時薪(140元)較低，覺得太累，因此工做兩個月後，約去年十月、十一月左右就辭掉了。案主所從事的職業，大致上都是以不具有技術性的餐飲業的場務為主。最後僅工作兩個月即辭職，案主與母親討論，等完成緩起訴戒癮治療結束、過完年後，再找份工作。（B1-8-1）

2.緩起訴期間就業會擔心雇主知曉：因為之前工作時，與上正念班以及要到觀護人處報到，經常請假，導致困擾，雖然雇主不知道案主是毒品犯正接受緩起訴，但經常性請假，久了怕引起雇主疑慮，因此希望完成緩起訴後，就不用再受到觀護人安排的課程與報到的限制，就比較能投入於工作中。（B1-8-1）

3.自認為與雇主相處尚佳，但仍有脾氣衝動之時：案主自陳，在工作期間，其實與雇主和夥伴的關係還不錯，例如在錢都火鍋店，雇主知道她因為家暴問題導致未請假缺工，並沒有責備，甚至歡迎她繼續工作，但因為考慮同居人的脾氣與性格，還是婉拒。在雞肉飯店，除時薪過低、沒有駕照、工作過於吃重與忙碌外，其實與夥伴們關係尚佳，雖然雇主也會罵她，但是可以忍下來，有一天卻忍不下來就直接嗆說不做了。換言之，此次工作經驗的離職，應該是自己的緣故，

與雇主較無關係。這件事情，案主事後也帶有點後悔之意。（B1-8-1）

4.案主自陳，工作期間沒有再犯罪。但根據側面了解，案主應該尚有施用安非他命，只是施用的劑量較少、頻率較長，會推算向觀護人報到或驗尿的時間點，因此可以兩週不使用毒品，進而無法驗出。不過此一部分，應可視為緩起訴的成效，至少沒有加重其用藥劑量或高度成癮而被撤銷。（B1-8-1）

九、緩起訴附命戒癮期間的生活型態

1.生活型態本來就是比較單純、不喜外出：此次被警察查獲施用安非他命，其實都是在家使用被自己母親以及同居人父親報警查獲，而非在外面的旅館或 KTV 包廂使用時被查獲，因此，案主的生活型態似乎沒有因為參加緩起訴戒癮治療而改變太多。（B1-9-1）

2.緩起訴期間的生活型態就是整日待在家中：如果有一些戒癮課程，她才會離開住所前往參加，或是有工作時，她才會離開家前往工作，否則就是待在家中上網玩遊戲或睡覺。案主稱其沒有戶外休閒活動，不喜逛街，所以沒有消費的情況。（B1-9-1）

3.有抽菸的習慣：約兩天一包，其餘的嚼檳榔、喝酒、用藥等，案主自陳都沒有這樣的習性。（B1-9-1）

4.生活收入從線上遊戲贏錢或靠母親接濟：至於生活上的基本開銷費用，案主認為她都很省，錢可能是線上遊戲賺得一、兩千元，支應食物與香菸，或是回媽媽家一起用餐，解決食的問題。（B1-9-1）

十、緩起訴附命戒癮期間的生活經驗與重要事件

1.緩起訴期間兩大生活經驗的改變，朋友與工作：根據案主自陳因為參加緩起訴後，對於朋友與工作兩部分，多少造成一些改變，例如在朋友方面，原來個性就比較內向，喜歡獨處，不喜歡交朋友的個性，參加緩起訴後，就更加保守，不會特定的去找朋友，因為擔心朋友聚在一起又吆喝一起用藥、吸毒，若被查獲，自己的緩起訴就會被撤銷。另外，案主也認為工作也是因為緩起訴會受到影響，因為參加緩起訴，要向觀護人報到、驗尿以及參加一些課程等，其實都會影響到工作，因為要請假或與他人換班，這樣都會讓人家覺得妳很奇怪。

所以去年將雞肉飯的工作辭掉，除自己覺得累以外，這個原因也是存在的，因此想說等緩起訴結案後、過完年，再重新找過工作比較好。（B1-10-1）

2.案主沒有生命中的重大事件及影響、意外與疾病、以及家人偏差與犯罪行為：但同居人確實也是用藥人，他是被判罰金刑，所以整天也閒賦在家打線上遊戲。（B1-10-1）

十一、緩起訴附命戒癮治療成功或失敗原因

因此，本個案是成功的，綜合晤談內容，從幾個角度分析。

1.個案的個性屬於內向型、喜歡獨處、不善於交際或交朋友：因此在個性上就阻絕了老毒友引誘他繼續吸毒的機會。（B1-7-1）

2.從晤談過程中發現，個案對於觀察勒戒的經驗，非常排斥，認為監禁一個毒品犯確實有嚇阻的效果：因此，她非常的警惕自己不要再犯或被撤銷，因為進入機構性戒治，很多事情(例如要工作或看小孩)都沒有辦法做到了。（B1-6-1）

3.個案也多次強調配合觀護人指令的重要性：觀護人要求她的事項，諸如參加正念班、找工作以及門診等，案主都會盡力配合，而人是互動的，當觀護人發現案主很願意配合時，也多給予機會以及鼓勵，最後完成此一戒癮課程。（B1-5-1）（B1-6-1）

4.個案也會提到母親與女兒：經常性的會回去看望她們並協助母親照顧女兒，換言之，親情的依附也是讓她完成戒癮治療的動力之一。（B1-3-1）

5.案主認為自己並沒有重度成癮，自己還有克制力：例如可以兩個星期左右可以不碰安非他命，所以可以規避驗尿的時間而不會被發現，但這部分已經較過去剛參加戒癮治療時減少許多。（B1-11-1）

十二、社區處遇的資源連結與整合

1.醫療資源，配合度高，但效益有限：個案自陳，有參加門診治療，約每週一次(星期五門診) ，雖然醫生也會問是否有需要幫忙之處，但實際上覺得門診就是花錢然後得不到甚麼效益，印象中門診就是看一下一生，然後開單、繳費、驗尿、走人。一次 1,140 元，其實

很花錢但好像沒有甚麼效果，醫生開的藥也沒會吃，就算吃了應該也是沒幫助。案主還是認為要不要戒毒，其實真的是看自己啊，自己心態的問題。至於心理師部分，案主沒有接觸經驗。（B1-12-1）

2.社工員或個管師，有接觸經驗，但關心電話太多，無法詳記：至於社工員或個管師，應該是有接觸過，只是關心的電話與單位太多，她無法一一詳記。大部分的來電關心，她都接到很煩，但有一個單位的來電，她忘記來自何處，打電話者確實很關心她的狀況、聊及戒癮治療與觀護人的狀況等，聊滿久的，因此案主對其印象很深刻。對個管師印象不深刻。（B1-12-1）

3.與觀護人的互動還不錯，觀護人會協助她也會敬畏她：自陳觀護人會和她聊天、掌握她的生活與動態，會給個案指令，個案認為就配合觀護人就好了，例如觀護人說要找工作，本來還沒找工作前，兩個禮拜來報到一次，然後那次之後，觀護人稱再不找工作的話，就每個禮拜來報到，逼得個案馬上去找到雞肉飯的工作，所以個案認為其實觀護人是關心她的，只要和觀護人實話實說，其實觀護人還滿幫她忙的。（B1-12-1）

4.其他單位，印象不深刻：至於毒防中心，印象中沒有接觸過。而就業服務中心，印象中就是寄就業宣傳單來，但是沒有前往接受服務過，因此也不了解他們的服務品質為何。（B1-12-1）

十三、處遇需求與建議

案主認為沒有需要改進或建議之處，只希望盡速完成戒癮治療、離開觀護人就好。（B1-13-1）

十四、訪談總結觀察

1.內容堪稱可靠：雖然案主說話量不多，部份內容所有保留與閃躲，但所談內容堪稱可靠。

2.認為沒有人可以真正戒除毒癮：不過案主最後分享稱，其實她發現沒有人能真正戒掉毒癮，在她周遭遇到的案例，都是沒有成功的，即使有一位停用了七、八年，但最後也還是回來使用，因為使用毒品這種東西，似乎已經成為一種習慣，這種習慣，其實可以很久使用一

次或很密集使用一次，但都是很難完全根除的。（B1-14-1）

3.監禁嚇阻還是有效的：其實吸毒的人，有好的也有壞的，但若要成癮者降低成使用次數較少的話，個案覺得重罰仍是不錯的做法，向菲律賓的槍斃以及關到監獄當中的嚇阻，其實某一程度還是會讓成癮者的施用次數與密度減少，所以個案認為，重刑或嚇阻還是有一定的效能。（B1-14-1）

B2 深度訪談摘要

訪談時間：107 年 1 月 23 日/14 時 00 分至 15 時 45 分

受訪人編號：B2；訪談地點：高雄橋頭地檢署；訪談人：蔡田木、蔡文瑜

一、個人基本特性

性別：男(B2-1-1)

年齡：26(81.3.10) (B2-1-2)

教育程度：高中職(高苑工商餐飲管理) (B2-1-3)

工作狀況：業務送貨員(正職，底薪 2 萬 5，迄今 1 年) (B2-1-4)

婚姻狀況：未婚 (B2-1-5)

心理特質：好奇心旺盛、自制力普通、不喜他人碎碎念(B2-1-6)

前科：無(B2-1-7)

生活型態：目前工作穩定，住家裡，下班之餘與家人用餐，後與朋友聊天、聚會或打電動，偶爾喝酒(B2-1-8)

二、家庭/家族互動

親人犯罪經驗：無(B2-2-1)

家庭特性：務農家庭(父母、1 兄 1 姊) (B2-2-2)

家庭關係：目前互動良好，吸毒期間較為叛逆(B2-2-3)

家暴經驗：無(B2-2-4)

同居經驗：無(B2-2-5)

三、生活情緒狀態/負面事件

有生活壓力：金錢(還父親之前買汽車的錢、治療牙齒、緩起訴治療費用) (B2-3-1)

有挫折事件、焦慮：女友分手、與朋友相處有摩擦，目前無(B2-3-2)

有經濟拮据狀況：正在還跟父親借的錢，目前每月分期還款(B2-3-3)

四、風險環境與生活型態

有偏差友伴：外頭認識的朋友，會一起去夜店，目前已無聯絡(B2-4-1)

取得藥物管道為藥頭(朋友的朋友)：藥頭(朋友的朋友)提供，目前已無聯絡(B2-4-2)

不正常的生活型態：下班後就與朋友一起出去玩，凌晨才回家，目前生活正常(B2-4-3)

出入不良場所：夜店(B2-4-4)

五、緩起訴附命戒癮治療之經驗

1.何時開始接受緩起訴戒癮治療：105 年 12 月底(緩起訴執行：自 106 年 4 月 26 日起至 107 年 4 月 10 日止) (B2-5-1)

2.接受緩起訴戒癮治療之地點：樂安醫院及高雄橋頭地檢署(B2-5-2)

3.接受緩起訴戒癮治療的時間持續多久或何時中止：約半年(B2-5-3)

4.接受緩起訴附命戒癮治療期間是否繼續混用毒品或藥物或酒精等經驗：有喝酒(B2-5-4)

六、緩起訴附命戒癮治療之主觀效果

1.使用戒癮治療的感覺或反應為何？

有改過自新機會、具正向影響：感覺是有被攙扶、有被鼓勵，有正向影響。(B2-6-1)

2.接受戒癮治療是否能有效地舒緩毒癮？

完成戒毒：有，但自己心態也很重要。(B2-6-2)

3.能否透過緩起訴戒癮治療處遇復歸社會或延緩復發？

透過緩起訴戒癮治療復歸自我、家庭、工作及社會：可以，與家庭互動回復良好，存款開始增加，有回復到用藥前的自己。(B2-6-3)

4.戒斷症狀

有戒斷症狀-生活無動力，沒力氣，食慾變很好(增加 10 公斤)，輕微頻尿，輕微失眠：個案戒斷症狀(105 年 10 月至 12 月居家期間)：生活無動力，沒力氣，食慾變很好(50 公斤升至 65 公斤)，輕微頻尿，輕微失眠。(B2-6-4)

戒癮治療結束後：只有輕微頻尿，但不影響工作。(B2-6-5)

七、緩起訴附命戒癮期間的交友情形

1.有無因緩起訴戒癮而改變交友情形？包括朋友類型特性、較要好朋友之關係與互動情形、與異性/同居朋友交往情形？

緩起訴戒癮改變交友情形-回復正常交友並遠離損友：有，原本因自己行為異常而疏遠的好朋友，接受戒癮治療後開始回復來往，無同居情形。原一起用藥朋友已無聯絡。(B2-7-1)

八、緩起訴附命戒癮期間的就業狀況

1.有無因緩起訴戒癮而改變就業狀況？

緩起訴戒癮期間工作情形-找到工作：接受緩起訴治療期間已自行找到工作，故可負擔部分緩起訴戒癮治療費用。(B2-8-1)

2.工作型態有哪些、待遇如何、工作是否滿足生活需要及個人期待、工作環境之氣氛、換工作或被解僱之原因、工作期間是否犯罪，原因為何？

緩起訴戒癮期間經濟狀況-自己賺錢養活自己、償還債務：業務送貨員，待遇不錯(底薪 2 萬 5，最多可到 2 萬 8)，可負擔治療費用，還家人錢，可儲蓄，工作環境不錯，情況穩定。(B2-8-2)

九、緩起訴附命戒癮期間的生活型態

1.有無因緩起訴戒癮而改變生活型態？

緩起訴戒癮期間生活型態-回復正常生活：有，回復正常生活(同用藥前)。(B2-9-1)

2.生活作息情形與生活習慣、休閒活動、抽菸、嚼檳榔、喝酒、用藥等情形、消費情形？

緩起訴戒癮期間生活習慣-偶有抽菸喝酒：偶有抽菸喝酒，1 週喝 1 次，在朋友家，或家裡附近便利商店。(B2-9-2)

十、緩起訴附命戒癮期間的生活經驗與重要事件

1.有無因緩起訴戒癮而改變生活？

緩起訴戒癮期間生活經驗-回復正常生活：有，回復正常生活(同用藥前)。(B2-10-1)

2.生命中重大事件及影響、意外與疾病、家人偏差與犯罪行為？

緩起訴戒癮期間生命事件-父親罹癌：案發後居家期間，由母親處得知父親已罹癌症，接受治療中。(B2-10-2)

十一、緩起訴附命戒癮治療成功或失敗原因

1.戒癮治療是否會造成生活上的問題和困難？

緩起訴戒癮期間生活問題-戒癮治療費用由父親先付：戒癮治療費用由父親先出(現已還清)，較無困難。(B2-11-1)

2.接受緩起訴戒癮治療成功與失敗之成因？

緩起訴戒癮治療成敗原因-自己意志力及 心態最重要(感謝檢察官提供改過機會)、家人關心、醫療及地檢支持，(自身佔 7 成、家人 1 成、醫院 1 成、地檢署 1 成)：自己的心態為主，家人的關心與支持(尤其父母)也提供很大的幫助。但對於緩起訴治療流程心態為配合進行。(B2-11-2)

個案覺得戒癮治療成功的主要原因為自己，自身佔 7 成，家人 1 成，醫院 1 成，地檢署 1 成。主要是因為自己心態跟意志夠堅定，緩起訴戒癮治療只是配合完成的流程而已。戒癮治療上課課程內容覺得

還好，覺得很貴。(B2-12-9)

十二、緩起訴附命戒癮治療處遇的資源連結與整合

1.醫師的診斷與治療品質如何？

醫師診療品質-醫生多採鼓勵：每次治療都會碰到醫生，醫生多為鼓勵，勉勵繼續保持。(B2-12-1)

2.心理師治療品質如何？

心理師診療品質-普通、有電話家訪：上課狀況普普。另有電話家訪。(B2-12-2)

3.社工師治療品質如何？

社工師診療品質-普通、有電話家訪：上課狀況普普。另有電話家訪。(B2-12-3)

4.個管師監控程度如何？

個管師診療品質-來電提醒，對於個案有支持與幫助：每次治療前都會來電提醒，對於個案來院動力有支持與幫助。(B2-12-4)

5.觀護人監控程度如何？

觀護人監控品質-監控嚴格：觀護人只要安排時間，都會積極配合，監控程度嚴格。(雖然公司會一直問為什麼要請假或調班，雖然個案有壓力，但還是會配合觀護人時間請假。) (B2-12-5)

6.毒品危害中心所提供的服務如何？

毒品危害中心服務品質-有聯繫及家訪：有與個案聯繫，也有家訪。(B2-12-6)

7.勞動部勞動力發展署的就業服務如何？

勞動力發展署服務品質-原有介紹就業機會，但個案已先找到工作，無深入接觸：原有要介紹就業機會，但個案已先找到工作，故無深入接觸。(但個案分不出是勞動部勞動力發展署還是社會局的人) (B2-12-7)

8.社會局的安置服務品質如何？

社會局的安置服務品質-原有介紹就業機會，但個案已先找到工作，無深入接觸：原有要介紹就業機會，但個案已先找到工作，故無

深入接觸。(但個案分不出是勞動部勞動力發展署還是社會局的人)(B2-12-8)

十三、處遇需求與建議

1.對於緩起訴命令機關、戒癮治療執行機關（醫師、心理師、社工師、個管師）以及社區處遇提供服務機關的看法與建議等。

(一)對緩起訴處遇制度的看法：肯定家人、檢察官、醫院、觀護人等協助與支持，後悔太晚被逮捕

對於整體緩起訴治療機關，個案反應良好，若無家人、檢察官、醫院、觀護人等協助與支持，覺得自己撐不過去，但有覺得為什麼自己不快點被抓到。(B2-13-1)

(一)對緩起訴處遇制度的建議：1.繼續推動緩護療制度，但緩護療機會要由用藥人自己爭取才會珍惜，2.團體治療氣氛混亂、成員複雜，容易成為用藥資源交流平台，建議改為治療方式

若扣除個案本身對於戒癮治療的意志力及心態，個案覺得相對有幫助的首先是家人支持，再來是法官及檢察官願意給予機會，然後是觀護人、毒危中心老師(個案不知職稱)。個案覺得這個機會是自己跟檢察官苦苦哀求得來，故非常珍惜，且努力表現良好。另覺得團體課程只是去聽，老師上課要求就照做(例如分享心得)，上課氣氛有時混亂。(B2-13-2)

十四、訪談總結觀察

1.受訪者合作程度與資料可靠程度。

受訪者合作程度高，表達程度尚可，但可能用藥時間及上癮程度尚淺(只有安非他命及 K 他命)，故較無嚴重戒斷症狀及強烈受誘環境因素。(B2-14-1)

B3 深度訪談摘要

訪談時間：107 年 1 月 9 日(星期二)/14 時 0 分至 14 時 56 分
受訪人編號：B3；訪談地點：桃女監；訪談人：吳慧菁教授

一、個人基本特性

1、性別：女

2、年齡：33 歲

3、教育程度：高中肄業

4、工作狀況：家管

5、婚姻狀況：未婚

6、心理特質：無特殊狀況

7、前科：毒品(二級)

8、生活型態：顧小孩、整理家裡、未婚但有小孩，多自己照顧，姊姊有時候會幫忙。(B3-1-1)

二、家庭/家族互動

(一)親人犯罪經驗不多：三姊酒後駕車，其餘無。(B3-2-1)

(二)家庭特性上，原生家庭與現在同住之家族成員皆多，且婚姻狀況較多不穩定：父母雙亡，有四個姊姊，大姊過世，二姊出嫁住山上，三姊住大南(近桃園)，現與四姊同住。(B3-2-2)

(三)家庭關係中，現僅與四姊關係較緊密：與家人關係良好，目前與四姊、四姊男友、四姊小孩二名、四姊孫子(姊姊的小孩所生，未婚生子)、自己男友、自己小孩，計 8 名同住。

(四)無家暴經驗。(B3-2-3)

(五)同居經驗豐富，且姊姊亦與男友為同居關係：未婚，因姪子介紹而認識現任男友，現與男友同居近一年，帶有一個四年級大的男孩(非現任男友小孩)，孩子生父有空會來探望孩子。(B3-2-4)

三、生活情緒狀態/負面事件

(一)生活壓力源單純，只有經濟壓力，但不願意工作：金錢上的壓力，因不喜歡工作且無交通工具所以沒有工作，只有做過零時工，

問題就是小孩要什麼然後你沒有辦法買給他。(B3-3-1)

(二)生活事件挫折與焦慮少：小孩管教上，孩子比較皮但無困難；居住上與家人不會有衝突，跟男友相處上，因男友年紀較小(81 年次)，個案本人 74 年次，二者思想有差異，有時意見相左。(B3-3-2)

(三)經濟狀況較為拮据，但個案仍不願工作，僅靠家人與男友金援：經濟上會有較多壓力，但不會有生活空間不夠，而與家人彼此衝突。(B3-3-3)

四、風險環境與生活型態

(一)偏差友伴多，為個案吸毒主因：

1、有固定一群偏差友伴，之前的男朋友(約在 16 歲時)的朋友互相介紹，多用臉書聯繫，男性女性都有。

2、男友汰換頻繁，在生孩子後約交過 5 位，生小孩之前已無法計算。(B3-4-1)

(二)取得藥物管道單一，主要為偏差友伴提供，而非購買。(B3-4-2)

(三)危險生活型態為與朋友一起吸食毒品和喝酒(用毒品解酒)，但現任男友並無吸毒，通常在朋友家吸毒，但不會在外過夜，姊姊會一直打電話。(B3-4-3)

(四)不常前往不良場所，主要吸毒環境為朋友家：在朋友家一起吸食毒品；和男友的話會一起去網咖打電動(約一周 2 次)，因家裡沒電腦，不會去夜店因為開銷太大。(B3-4-4)

五、緩起訴附命戒癮治療之經驗何時開始接受緩起訴戒癮治療、接受緩起訴戒癮治療之地點、接受緩起訴戒癮治療的時間持續多久或何時中止、接受緩起訴附命戒癮治療期間是否繼續混用毒品或藥物或酒精等經驗。

(一)去年開始接受緩起訴戒癮治療：2017 年忘記幾月，共需執行一年六個月。(B3-5-1)

(二)於桃療接受緩起訴戒癮治療：團體治療。(B3-5-2)

(三)接受過 3 次緩起訴戒癮治療，約 3 個月，於被警方逮捕後中止：去了 3 次，一個月去一次，中間未停過，之後因為警察說我七條

毒品案(單去年就被抓七次)，還有一條未執行，所以就停止緩起訴附命戒癮治療。(B3-5-3)

(四)接受緩起訴附命戒癮治療期間同時繼續混用毒品及酒精：

1、在去的中間若想吸食會感覺很累，就一直睡覺，在驗尿的時候就會停，若不用驗尿則會一邊少量使用，不會在家人面前使用，與朋友私下聯絡不會讓家人知道。

2、偶爾有喝酒(保力達)，約一天兩瓶，有錢就喝，沒錢沒有，姊姊們也會一起喝，但姊姊們不會使用毒品。(B3-5-4)

六、緩起訴附命戒癮治療之主觀效果使用戒癮治療的感覺或反應為何？接受戒癮治療是否能有效地舒緩毒癮？能否透過緩起訴戒癮治療處遇復歸社會或延緩復發？

(一)對於使用戒癮治療無任何感覺或反應：因接受解癮治療才 3 次，第一次報到，第二次驗尿，第三次跟醫師談話，但尚無特別感受。(B3-6-1)

(二)對於接受戒癮治療是否有效地舒緩毒癮無想法：以前曾去過土城勒戒所約 6 個月，再加上這次緩起訴戒癮治療，對於其中帶來的助益仍沒有特殊感受，覺得自己想戒毒時，就睡覺，只要睡個一兩天就可以了。(B3-6-2)

(三)對於日後復歸社會或延緩復發方面未曾思考：尚未思考到借助這個機制再度回歸到社區的層面。(B3-6-3)

七、緩起訴附命戒癮期間的交友情形有無因緩起訴戒癮而改變交友情形？包括朋友類型特性、較要好朋友之關係與互動情形、與異性/同居朋友交往情形？

(一)緩起訴戒癮後並未改變交友情形，但家人會傷心，男友則是第一次知道，他不知道以前的事，所以還好。(B3-7-1)

(二)與朋友網路聯繫仍可持續吸毒：

朋友會一起飲酒吸毒，多用臉書聯繫，朋友找時或個案想吸毒時會一同出遊，男友不會同行。(B3-7-2)

(三)與異性/同居朋友交往更換頻繁，但仍未有婚姻關係：

曾交往過多任男友，未婚生子，與現任男友交往一年多，現同居中，男友工作室園藝性質，固定 11 點多上班，個案因通緝被警方抓入監執行時，男友亦在家中目睹(睡在一起)。(B3-7-3)

八、緩起訴附命戒癮期間的就業狀況有無因緩起訴戒癮而改變就業狀況？工作型態有哪些、待遇如何、工作是否滿足生活需要及個人期待、工作環境之氣氛、換工作或被解僱之原因、工作期間是否犯罪，原因為何？

從小到大未曾有固定工作過，因此未因緩起訴戒癮而改變就業狀況，因從小排行家中老么，媽媽疼愛所以不用工作，姊姊們都有工作。(B3-8-1)

九、緩起訴附命戒癮期間的生活型態有無因緩起訴戒癮而改變生活型態？生活作息情形與生活習慣、休閒活動、抽菸、嚼檳榔、喝酒、用藥等情形、消費情形？

(一)因緩起訴戒癮而改變部分生活型態，但想吸毒時仍會與毒友齊聚：因為要去醫院報到、驗尿，脫離毒區，較少與身邊用毒的朋友碰面，但是想要用的時候，還是會透過臉書找他們。(B3-9-1)

(二)生活作息固定，多在家中活動：家管，曾做過粗工(臨時工/偶爾一天兩天)，不常帶小孩出門，每天作息大概為整理家裡、煮飯、煮菜，自己做自己的事，幫忙姊姊照顧孫子換尿布、餵牛奶，等小孩子下課，小孩會自己回家不用接送，功課方面小孩有參加學校的安親班，不用親自教。(B3-9-2)

(三)生活休閒為抽菸、喝酒和與男友打網咖，有時會與朋友一起吸毒。

生活習慣：有抽菸(姊姊也有)、沒有嚼檳榔(姊姊也無)、有喝酒(姊姊也有)。

(四)生活消費不高，多由家人協助購買：生活必需品姊姊會買，但不會直接給錢，小孩子需要的東西，姐姐他們也會買。(B3-9-3)

十、緩起訴附命戒癮期間的生活經驗與重要事件有無因緩起訴戒癮而改變生活？生命中重大事件及影響、意外與疾病、家人偏差與犯罪行為？

(一)未因緩起訴戒癮而改變生活，男友因為年紀較輕，也不會干預太多交友情形，姊姊們則是會很生氣，因為重蹈覆轍，因為都不會在家中使用毒品，所以家人睜一隻眼閉一隻眼，跟家人拿錢都是買生活用品、小孩要的東西或喝點小酒，不會買毒品，毒品都是跟朋友借的。(B3-10-1)

(二)在母親過世後才開始自己學著面對生活、照顧小孩，但仍不願工作：

1、媽媽過世後開始自己照顧小孩。

2、姐姐知道我的朋友大部分都是吸毒的，但有點半放棄狀態，認為我長大了，做好做壞都是自己的，該講的都已經講了，管不住了，但還是會唸。(B3-10-2)

(三)家人偏差與犯罪行為不多：只有三姐酒駕，四姊現在也無固定工作，只有臨時工，主要都是照顧剛出生的孫子。(B3-10-3)

十一、緩起訴附命戒癮治療成功或失敗原因戒癮治療是否會造成生活上的問題和困難？接受緩起訴戒癮治療成功與失敗之成因？

(一)戒癮治療不會造成生活上的問題和困難，就是照時間到醫院接受治療，不覺得麻煩。(B3-11-1)

(二)接受緩起訴戒癮治療失敗之因另案被通緝入獄，因而中止治療，若有機會，希望可以完成治療。(B3-11-2)

十二、社區處遇的資源連結與整合醫師的診斷與治療品質如何？心理師治療品質如何？社工師治療品質如何？個管師監控程度如何？觀護人監控程度如何？毒品危害中心所提供的服務如何？勞動部勞動力發展署的就業服務如何？社會局的安置服務品質如何？

(一)醫師的診斷與治療品質上覺得還好，在接受治療期間會減少毒品的使用，上課的部分因為才去一兩次而已，所以不知道，去醫院的時候都自己去，抽號碼牌候診，不會等很久，治療進度只要每個月

完成醫師、驗尿跟上課即可，看完醫師就驗尿，驗尿完就上課，但不能排在同一天。(B3-12-1)

(二)沒有個管師協助監控進度，因為被裁緩起訴附命戒癮治療時，就有發一張進度表，照表操課即可。(B3-12-2)

(三)對緩起訴跟勒戒的幫助無特別想法，緩起訴是因為沒上幾次課，勒戒則是覺得作息正常就沒有其他想法，覺得一切都要靠自己。(B3-12-3)

(四)觀護人監控上，個案不知道有觀護人存在，每個月去警察局報到，法官叫我每個月去醫院驗尿接受治療，只有一張紙讓我們按表操課去治療，全部集滿就對了。(B3-12-4)

(五)勞動部勞動力發展署的在勒戒後有協助找工作：以前勒戒完，有協助找工作的，但我比較不喜歡工作，喜歡待在家裡睡覺，也沒有想過去學東西。(B3-12-5)

(六)社會局方面因姪女未成年單親生子而有補助：目前家中因為姐姐的小孩未婚生子，是兒少(未滿 18)的單親家庭，所以有領一些補助金。(B3-12-6)

十三、處遇需求與建議對於緩起訴命令機關、戒癮治療執行機關（醫師、心理師、社工師、個管師）以及社區處遇提供服務機關的看法與建議等。

(一)如果說未來有機會去做緩起訴，還會想繼續。(B3-13-1)

(二)認為戒毒要靠自己：覺得戒癮治療的醫師讓我不要再去用，但也是要靠自己，還沒有想到要離開吸毒的朋友，但離開應該沒有接觸就可以了。(B3-13-2)

十四、訪談總結觀察受訪者合作程度與資料可靠程度。

受訪者配合度高，對於已發生過去成癮過程、異性關係與互動，判刑罪名記憶稍模糊，追溯性記憶約 65-70%。資料可靠，然部分事件發生時間前後性稍有茅盾或記憶穿插不清楚，可信度 70-80%。

B4 深度訪談摘要

訪談時間：107 年 1 月 9 日 14 時 50 分至 16 時 30 分

受訪人編號：B4；訪談地點：新店戒治所；訪談人：蔡田木、陳信良

一、個人基本特性

答：

1、性別：男(B4-1-1)

2、年齡：35 歲(B4-1-2)

3、教育程度：高工畢業(B4-1-3)

4、工作狀況：自由業(畫素描水彩) (B4-1-4)

5、婚姻狀況：已婚(有 1 子，由老婆帶) (B4-1-5)

6、心理特質：內向、悶騷型，剛入所心情起伏大、脾氣爆燥、容易逃避(B4-1-6)

7、前科：違反槍砲彈藥刀械管制條例、妨礙公務、搶奪、吸毒等(B4-1-7)

8、生活型態：本來有穩定工作，但吸毒後無法工作(B4-1-8)

二、家庭/家族互動

答：

1、親人犯罪經驗：親人有犯罪前科

我大哥有盜匪前科，其他親人沒有前科(B4-2-1)。

2、家庭特性：原生家庭不完整

爸爸是漁夫，媽在我們小時候就離婚不在家了，我是祖母帶大的，祖母比較溺愛我(B4-2-2)。

3、家庭關係：家庭關係欠佳

以前和家庭關係比較好，現在比較不好(B4-2-3)。

4、家暴經驗：沒有家暴經驗

我沒有家暴經驗(B4-2-4)。

5、同居經驗：同居後結婚

我和女友同居 2 年，去年結婚生子(B4-2-5)。

三、生活情緒狀態/負面事件

答：

1、生活壓力：生活壓力大

未結婚前比較沒壓力，有家庭後比較有壓力(B4-3-1)。

2、事件挫折、焦慮：吸毒後挫折比較多

焦慮：不太會有挫折壓力，但是吸毒後挫折比較多(B4-3-2)。

3、經濟狀況：經濟狀況拮据

經濟狀況以前穩定，吸毒後 1 個月要多花 2-3 萬元，生活開銷只能打平(B4-3-3)。

四、風險環境與生活型態

答：

1、偏差友伴：有吸毒的偏差友伴

我朋友不多，因為我不喜歡群聚(B4-4-1)。

2、取得藥物管道：從朋友取得毒品

毒品都是從我朋友那裡來的，我沒有販毒(B4-4-2)。

3、危險生活型態：生活型態正常

我大多在家，不會往外跑，偶而和朋友出去唱歌而已，後來吸毒後就比較孤僻(B4-4-3)。

4、不良場所：不會去不良場所

不會去(B4-4-4)。

五、緩起訴附命戒癮治療之經驗何時開始接受緩起訴戒癮治療、接受緩起訴戒癮治療之地點、接受緩起訴戒癮治療的時間持續多久或何時中止、接受緩起訴附命戒癮治療期間是否繼續混用毒品或藥物或酒精等經驗。

答：戒癮治療之經驗：

1、接受緩起訴戒癮治療時間：從 105 年 12 月開始接受緩起訴戒癮治療

我從 105 年 12 月開始接受緩起訴戒癮治療，後來在 106 年 1 月被撤銷。19 歲開始接觸毒品，第 1 次是 19 歲時在宜蘭戒治，第 2 次是

98 年時在新店戒治所戒治，這是我第 3 次戒治了，從 106 年 6 月進來迄今(B4-5-1)。

2、接受緩起訴戒癮治療地點：宜蘭羅東博愛醫院(B4-5-2)。

3、接受緩起訴戒癮治療期間：從 105 年 12 月開始到 106 年 6 月

本次接受緩起訴戒癮治療從 105 年 12 月開始,在宜蘭羅東的醫院以美沙冬替代療法進行，每天到醫院喝 1 次，1 個月花費 1800 元，美沙冬我喝了約半年(B4-5-3)，就不會找海洛因施打，因為海洛因就沒味道了。後來是因為我遲交給檢察官醫院的戒癮療程相關資料，就被檢察官撤銷緩起訴戒癮治療，就來這裡戒治了。

4、戒癮治療期間混用毒品：還有吸食安非他命

接受緩起訴附命戒癮治療期間，除了喝美沙冬之外，只有吸食安非他命(B4-5-4)，美沙冬也會提藥、失眠。

六、緩起訴附命戒癮治療之主觀效果使用戒癮治療的感覺或反應為何？接受戒癮治療是否能有效地舒緩毒癮？能否透過緩起訴戒癮治療處遇復歸社會或延緩復發？

答：

1、使用戒癮治療的反應：可以舒緩一級毒品毒癮

接受戒癮治療我認為可以有效地舒緩毒癮(B4-6-1)，只是一定要持續去喝，不能間斷。美沙冬我喝了約半年，就不會找海洛因施打，因為海洛因就沒味道了

2、透過緩起訴戒癮治療處遇：可以有效延緩復發

我認為透過緩起訴戒癮治療處遇，復歸社會或延緩復發，是有很好的效果(B4-6-3)，因為美沙冬很便宜，1 個月花費 1800 元，喝了約半年就可以戒除海洛因了。而且這段期間可以繼續畫畫工作，對於復歸社會有很大的幫助。

七、緩起訴附命戒癮期間的交友情形有無因緩起訴戒癮而改變交友情形？包括朋友類型特性、較要好朋友之關係與互動情形、與異性/同居朋友交往情形？

答：

1、緩起訴附命戒癮期間的交友情形：仍和吸毒朋友有互動

在緩起訴戒癮期間，還是有和這些朋友接觸(B4-7-1)，但是不會和他們交談太久，互動也比較少了，主要是向他們購買並吸食安非他命(B4-7-2)。

2、未與異性朋友交往：因為我太太都陪我去喝美沙冬，我沒有和異朋友交往(B4-7-3)。

八、緩起訴附命戒癮期間的就業狀況有無因緩起訴戒癮而改變就業狀況？工作型態有哪些、待遇如何、工作是否滿足生活需要及個人期待、工作環境之氣氛、換工作或被解僱之原因、工作期間是否犯罪，原因為何？

答：

1、緩起訴戒癮期間有改變工作狀況：緩起訴戒癮期間有改變工作狀況(B4-8-1)，喝美沙冬就不會找朋友吸毒，但是那時會比較懶散，偶而畫畫而已(B4-8-2)，並不夠生活所需(B4-8-3)，都由我太太工作賺錢養我。

2、緩起訴戒癮期間沒有犯罪：在那期間並沒有犯罪(B4-8-4)，大多待在家。

九、緩起訴附命戒癮期間的生活型態有無因緩起訴戒癮而改變生活型態？生活作息情形與生活習慣、休閒活動、抽菸、嚼檳榔、喝酒、用藥等情形、消費情形？

答：

1、在緩起訴戒癮期間，生活型態並未改變(B4-9-1)。

2、生活坐息與習慣都和一般人一樣正常、安定(B4-9-2)

3、我只有抽菸而已(B4-9-3)，其他偶而有吸食安非他命(B4-9-4)，沒有使用其他毒品。

十、緩起訴附命戒癮期間的生活經驗與重要事件有無因緩起訴戒癮而改變生活？生命中重大事件及影響、意外與疾病、家人偏差與犯罪行為？

答：

1、在緩起訴戒癮期間並未改變生活(B4-10-1)。

2、在緩起訴戒癮期間，生命中並無重大事件及影響、意外與疾病、家人偏差與犯罪行為等(B4-10-2)。

十一、緩起訴附命戒癮治療成功或失敗原因戒癮治療是否會造成生活上的問題和困難？接受緩起訴戒癮治療成功與失敗之成因？

答：

1、戒癮治療不會造成生活上的問題和困難：

戒癮治療不會造成生活上的問題和困難：因為我是自由業，不必規律上班，所以戒癮治療不會造成生活上的問題和困難(B4-11-1)。

2、戒癮治療成功之成因：戒治成功的重點是美沙冬替代療法很省錢

我認為我並不算是治療失敗的例子，只是我晚了一個多月向檢察官繳交醫院的證明資料而被撤銷緩起訴。不過我都有按時去醫院喝美沙冬，而且已經戒除了海洛因，我認為戒治成功的重點是美沙冬替代療法很省錢(B4-11-2)，一個月不到 2000 元，如果打海洛因一天就要 1000 元以上，一個月要 3 萬元以上。

十二、社區處遇的資源連結與整合醫師的診斷與治療品質如何？心理師治療品質如何？社工師治療品質如何？個管師監控程度如何？觀護人監控程度如何？毒品危害中心所提供的服務如何？勞動部勞動力發展署的就業服務如何？社會局的安置服務品質如何？

答：社區處遇的資源連結與整合：

1、醫師的診斷和治療品質：都還好

我覺得醫師的診斷和治療品質都還好啦，但是只有大醫院才有戒癮治療，偏遠地區就不方便(B4-12-1)。

2、未接觸到心理師和社工師：因為我沒有參加團體治療班，所以沒有接觸到心理師和社工師(B4-12-2)。

3、個管師(護理師)會追蹤：至於個管師(護理師)很關心，會打電話來追蹤(B4-12-3)。

4、未接觸到觀護人：因為我被撤銷緩起訴，所以觀護人我也沒接觸到(B4-12-4)。

5、不清楚毒品危害中心之工作內容：我知道這裡，但我不清楚其工件內容。我是先到毒危中心拿報到單，再去醫院喝美沙冬(B4-12-5)。

6、勞動部勞動力發展署很熱心幫忙找工作：就業服務，我去找過，他們很熱心去幫我找工作，有幫助啦(B4-12-6)。

7、未接觸社會局：安置服務我未接觸過(B4-12-7)。

十三、處遇需求與建議對於緩起訴命令機關、戒癮治療執行機關（醫師、心理師、社工師、個管師）以及社區處遇提供服務機關的看法與建議等。

答：處遇需求與建議：

1、地檢署應多給予緩起訴戒癮治療的機會：我認為緩起訴命令機關的地檢署，對於吸毒者應多給予緩起訴戒癮治療的機會，而不是強制勒戒(B4-13-1)。

2、戒癮治療執行機關的服務很方便、快速：至於戒癮治療執行機關，我認為他們的服務很方便、快速(B4-13-2)。

3、建議戒癮治療執行機關應該包含偏遠地區：目前只在大城市才有戒癮治療執行機關，偏遠地方都沒有，會很不方便(B4-13-3)。

十四、訪談總結觀察受訪者合作程度與資料可靠程度。

答：依個案訪談結果觀察並歸納如下：

1、緩起訴戒癮治療有效:緩起訴戒癮治療以美沙冬替代療法有效(B4-14-1)，因為可以逐漸減緩一級毒品的依賴性。

2、個案肯定緩起訴戒癮治療方式：個案認為緩起訴戒癮治療比較人性化，因為在戒治機關強制戒治，雖然說是把他們當病人看待，實際上他們認為是被當犯人看待，而且要自費戒治，是一筆不小的費用(B4-14-2)。

附件九、期中報告審查意見回應對照表

編號	審查意見	修正說明
	我國推動自主戒癮計畫之可行性與待解決問題、以家庭或重要他人為中心之治療模式、依毒品施用者狀況予以分流、檢察官在職教育等議題，建議本研究可多著墨。(郭教授鐘隆)	已參考修正於第八章第二節（頁191-202）。
	有關戒癮成效之探討，建議可增加戒癮期程長短、治療頻率是否密集、健保或其他社福資源是否支持等內容。(郭教授鐘隆)	已參考修正於第八章第二節（頁194）。
	戒癮者問卷建議增加工作、人際關係、治療機構等相關題項。(郭教授鐘隆)	已參考修正於附件四（頁 218；219；223）。
	針對戒癮者的訪談對象較少，分析推論時應一併考量受訪者性別、工作、人際關係、戒癮經驗等情況。(郭教授鐘隆)	已參考修正於第七章第二節（頁149；123；127）。
	美沙冬療法是屬於替代性或維持療法，不應視為戒癮治療，在研究內容上應避免混淆。另研究初步建議所提衛生所給藥部分，考量藥癮戒治需醫療、社工等人員共同參與，請就其執行量能再行評估。(郭教授鐘隆)	已參考修正於第八章第二節（頁195）。
	本研究所採各研究方法間應有互補與連結功能，請加強說明各種方法之目的、執行方式與品質流程控管做法。(陳教授娟瑜)	已參考修正於第三章第二節（頁24-26）。
	國外經驗係以美國與德國相關機制進行分析，請說明國家選擇理由，並針對兩國可供我國參考之處予以分析。(陳教授娟瑜)	已參考修正於第四章第一、二節（頁 38-42；46-48）。第八章第一節（頁 171-173）

我國附命完成戒癮治療之緩起訴處分機制與成效之檢討

編號	審查意見	修正說明
	戒癮成效分析較偏重個人因素，未來可加強政策、系統運作、資源配置等方面之探討。另考量相關因素甚多，應釐清重要性與優先性，據以研提未來可供改進之政策建議。(陳教授娟瑜)	已參考修正於第八章第二節（頁191-202）。
	在研究方法設計上，除強調個人因素分析外，戒癮資源之整合應列為分析重點。另問卷調查部分，建議將戒癮者對毒品的認知與心理憂鬱狀況納入問卷設計與分析中。(楊委員士隆)	已參考修正於第七章第二節（頁160-162）。第附件四（頁 224；218）。
	國內外文獻可再充實與更新，其中有關 drug court 部分，應併陳評析優缺點，中文譯名並應修正一致。(楊委員士隆)	已參考修正於第四章第一節（頁38-42）。
	SWOT 分析部分，警察配合政策加強執行緝毒工作，相關之績效壓力增加，建議可列入「威脅」項目。(楊委員士隆)	已參考修正於第五章第一節（頁61）。
	本報告初步研提戒癮成效評估指標中，「復歸社會之狀況」內容應更具體化，並建議納入工作狀況、家庭支持之評估。(楊委員士隆)	已參考修正於第七章第二節（頁155）。
	表 1-1-1 與表 1-1-2 所統計之各年度戒癮治療者與緩起訴遭撤銷者為不同對象，建議以同一處分對象進行統計撤銷比率。(聶主任檢察官眾)	已參考修正於第一章第一節（頁2-3）。
	深度訪談受訪者多位於北部，考量實務上城鄉對戒癮處遇態度可能存在差異，推論時請留意地域性因素。(聶主任檢察官眾)	已參考修正於第三章第四節（頁29-30）。
	初步研究發現與建議現以訪談內容為主，後續如完成其他研究方法所蒐集的資料，應加以系統性整理後，提出研究團隊的見解與建議。(聶主任檢察官眾)	已參考修正於第八章第二節（頁191-202）。

附件九

編號	審查意見	修正說明
	建議增加檢察官態度與處理案件成本、各地檢署分案方式等可能影響因素之分析，並就分流評估機制的行政成本、健保給付優缺點、偏鄉假日跨區給藥等課題進行探討。(聶主任檢察官眾)	已參考修正於第八章第二節（頁191-202）。
	本研究應從國發會角度出發，著重探討相關戒癮資源配置與處遇模式整合問題，俾助於本研究政策參考價值。(國發會意見)	已參考修正於第八章第二節（頁191-202）。
	有關美國及德國毒品處遇現況，請比較美國毒品法庭及德國緩起訴制度與我國現行作法之異同，並針對如何避免上開國外制度缺點研提評析意見。(國發會意見)	已參考修正於第四章第一、二節（頁 38-42；46-48）。第八章第一節（頁 171-173）
	有關報告大綱第五至七章規劃（頁35-36），請依本研究計畫目標及研究架構之設定，第五章以「緩起訴戒癮治療現況分析」為主，內容包括相關機制運作情形、資源配置與合作整合狀況、戒癮者人口特性與撤銷原因等，第六章以「緩起訴戒癮治療成效分析」為主，先研擬評估方法，再據以從戒癮者因素及相關機制運作兩面向，分析影響成效之因素。(國發會意見)	已參考修正於第五至七章（頁49-170）。第八章第一節（頁171-173）
	有關戒癮者問卷調查部分，請依附件意見修正並送本會確認後辦理。(國發會意見)	已參考修正於附件四（頁215-225）。
	本研究專家問卷調查部分，請依預定期程（4 至 5 月）將問卷內容及調查對象等資料，送本會確認後辦理。(國發會意見)	已參考修正於附件五（頁227-234）。

附件十、期末報告審查會紀錄

一、時間：107 年 8 月 1 日（星期三）下午 2 時

二、地點：本會濟南辦公區 703 會議室

三、主席：李處長武育　　記錄：呂視察昭輝

四、出（列）席人員：

學者專家：

許教授春金（臺北大學犯罪學研究所）、楊委員士隆（中正大學犯罪防治學系）、郭教授鐘隆（師範大學健康促進與衛生教育學系）

機關代表：

聶主任檢察官眾（法務部）、衛生福利部（請假）

研究小組成員：

蔡教授田木（計畫主持人）、紀科長致光（兼任研究員）、陳講師信良（兼任研究員）

本會列席人員：

楊副處長淑瓊、賴專門委員韻琳、吳科長怡銘、呂視察昭輝

五、主席致詞（略）

六、研究小組報告（略）

七、發言要點（依發言順序）

（一）許教授春金（臺北大學犯罪學研究所）

1.第三章提出 3 項研究假設（頁 23），分析結果應說明與研究假設之回應情形。

2.第五章各地檢署毒品施用者戒癮治療及撤銷統計（頁 76-81），請以表格方式呈現，以利閱讀。

3.第七章表 7-1-1 調查樣本統計特性中（頁 113），請附註說明已完成或接近完成之區別。

4.第八章有關漸進治療之建議（頁 194），應修正為「緩起訴期間應涵蓋治療期間」；另所提毒品法庭及評估指標等建議，也請強化其政策論證基礎。

5.全文多處出現排版、字體不一致，以及錯別字、數據誤植等情形，請再詳加檢視，另報告中首次出現之名詞（如緩護療等）應附註說明定義。

（二）楊委員士隆（中正大學犯罪防治學系）

1.本研究國外經驗部分係以美國與德國相關機制進行分析，請加強說明國家選擇理由，其中美國藥事法庭部分，建議酌加該國分流處遇評估工具（RANT）之介紹。

2.有關毒品法庭相關分析，應加強司法與行政制度融合之探討，並分析我國在推動經驗上支持與反對理由。

3.研究建議參採德國自主戒癮計畫作法（頁 193、196）立意良善，惟適用對象與範疇是否可取代現有機制，建議再思考配套措施以強化可行性。

4.研究建議有關鼓勵人力派遣公司聘僱受處分人部分（頁 202），考量政府在人力派遣政策有所調整，可思考於毒品危害防治條例或相關法規增訂禁止企業歧視之規定，以減少社會排除。

5.摘要部分應就研究發現與建議再予重點式整理。另有關我國戒癮處遇相關統計，應更新至最新資料。

（三）郭教授鐘隆（師範大學健康促進與衛生教育學系）

1.考量本研究問卷調查樣本數有限，受訪者身分背景亦較多元複雜，建議增列研究限制說明。

2.有關研究設計部分，問卷信效度說明（頁 31）應予調整，並建議可採多變量分析 Hotelling T-test 進行調查資料檢定。

3.美沙冬療法為替代性或維持療法，不應視為戒癮治療，在研究內容上應避免混淆，並請於文內適當說明。

4.研究建議有關資源層面部分（頁 194），除現行以醫療院所為主要治療機構外，亦可思考民間戒癮照護機構資源之整合，並就立案管理或評鑑等進行探討。

5.研究建議有關鼓勵人力派遣公司聘僱受處分人部分（頁 202），建議調整為研議設置庇護性就業服務機構。

6.研究建議有關建立整合性資訊平台部分（頁 204），建議排除成功者，優先針對附命緩起訴戒癮遭撤銷者辦理。

（四）聶主任檢察官眾（法務部）

1.研究建議參採德國自主戒癮計畫作法（頁 193、196），實務上附命戒癮治療緩起訴受處分人多屬社會底層，是否有能力提出自主戒癮治療計畫，建議此作法僅列為多元處遇選項之一。

2.建議本研究針對戒癮處遇評估機制之操作設計，以及各縣市毒品危害防制中心之功能角色等，酌予分析並研提相關建議。

3.以美國經驗觀察，毒品法庭耗費資源頗大，其設置效益在我國亦迭有爭論，未來是否以現行緩起訴與緩刑制度為基礎發展「類毒品法庭」，建議本研究可進一步探討。

（五）本會意見

1.研究建議我國可參採美國毒品法庭分級分流機制，以及德國自主戒癮計畫等措施一節，建議可整併量化與質化資料所提出之研究發現為基礎，加強我國導入相關措施之立論說明。

2.第六、七章：

（1）該兩章之章節結構多有重複，請依本研究之計畫目的與研究架構（頁 5-6、23）所列議題整合論述，並以訪談內容或問卷調查資料相互佐證，俾助於整體分析之完整性。另該兩章多處內容均為「成效評估」、「成效分析」，請予釐清。

（2）第七章第一節表 7-1-1 至 7-1-8 等 8 項表格資料（頁 113-120），請呈現受處分人及受刑人之統計。另第二節提出緩起訴附命戒癮治療成效分析指標（頁 155），其中個人基本資料（性別、教育程度等）與本項指標性質不符，建議刪除。

（3）本文如需援引深度訪談發言內容，請擇要引用，訪談紀錄請列為附錄。

3.第八章：

（1）建議調整為「研究發現」、「政策建議」等兩大部分，以清晰呈現本研究所提各項政策建議事項之研究論據基礎。

（2）考量第六、七章已就質、量化調查結果進行分析，本章研究發現建議以各章分析結果為基礎予以精簡整理，以利掌握本研究重要成果。

（3）第二節共提出 25 項立即可行建議事項，其中不乏重複者，例

如一（三）、二（六）、四（一）等均為設立毒品專股觀護人，二（一）過於籠統以致與該小節其他建議事項重複，四（二）、（三）均為加強執行人員觀念整合等，請加強研究建議之收斂與聚焦。

（4）第二節立即可行建議有關修正毒品危害防制條例第 24 條一節（頁 191），考量如緩起訴處分不限於附命戒癮治療，將涉及治療需求跨機關評估機制之重新建立及立法作業，建議改列中長程建議。

4.其他

（1）法院組織法第 114 條之 2 業經總統公布，法務部所屬各級檢察署均已於 107 年 5 月正式更名，爰本研究內容所涉各檢察機關名稱請配合調整。

（2）文內所提部分圖表無對應內容（如頁 55、60）、編號與圖說明有所誤植（如頁 62、63）、圖示無法辨識（如頁 66、68、69、70、75）等；另第六章摘錄訪談內容多有重複（如頁 103、104）、第七章表 7-2-4 男性與女性資料錯置（頁 149）等，請研究團隊再行檢視校正。

八、研究小組說明

研究團隊將依與會者及委託單位所提建議進行檢視修正。

九、主席結論

感謝各位學者專家及機關代表撥冗出席本次審查會，與會貴賓與相關機關所提意見，請研究團隊參酌修正研究報告，並於契約規定期限（107 年 8 月 24 日）前完成修正。

十、散會（下午 3 時 20 分）

附件十一、期末報告審查意見回應對照表

編號	審查意見	修正說明
1.	第三章提出 3 項研究假設（頁 23），分析結果應說明與研究假設之回應情形。（許教授春金）	有關假設一與二獲得支持部分，已增加說明在頁 140。另有關假設三未能獲得支持部分，已在同頁增列註腳 11，予以說明。並增加為研究限制二，以回應審查老師意見，詳頁 220-221。
2.	第五章各地檢署毒品施用者戒癮治療及撤銷統計（頁 76-81），請以表格方式呈現，以利閱讀。（許教授春金）	已依委員意見修正，詳見頁 88、91。
3.	第七章表 7-1-1 調查樣本統計特性中（頁 113），請附註說明已完成或接近完成之區別。（許教授春金）	已詳加說明，詳見頁 103。
4.	第八章有關漸進治療之建議（頁 194），應修正為「緩起訴期間應涵蓋治療期間」；另所提毒品法庭及評估指標等建議，也請強化其政策論證基礎。（許教授春金）	本項建議「緩起訴期間應涵蓋治療期間」已刪除。針對毒品法庭及評估指標部分，增加論述於頁 42-48。
5.	全文多處出現排版、字體不一致，以及錯別字、數據誤植等情形，請再詳加檢視，另報告中首次出現之名詞（如緩護療等）應附註說明定義。（許教授春金）	已依委員意見修正，詳見頁 6。
6.	本研究國外經驗部分係以美國與德國相關機制進行分析，請加強說明國家選擇理由，其中美國藥事法庭部分，建議酌加該國分流處遇評估工具（RANT）之介紹。（楊教授士隆）	已依委員意見修正，詳見頁 37、45-47。

編號	審查意見	修正說明
7.	有關毒品法庭相關分析，應加強司法與行政制度融合之探討，並分析我國在推動經驗上支持與反對理由。（楊教授士隆）	1、已就頁 186 結論「一、美國及德國毒品處遇狀況分析」之「(一)美國毒品分級分流之彈性處遇策略可供我國參考」項下進行補充。 2、就頁 218「貳、中長期建議一的部分為修正」。
8.	研究建議參採德國自主戒癮計畫作法（頁 193、196）立意良善，惟適用對象與範疇是否可取代現有機制，建議再思考配套措施以強化可行性。（楊教授士隆）	該自主戒癮計畫並非取代現行機制，反而是在現行機制中提供法院或檢察官一個治療毒品犯的選項，符合法務部所提之多元處遇方案目標。已增加論述於頁 209-210。
9.	研究建議有關鼓勵人力派遣公司聘僱受處分人部分（頁 202），考量政府在人力派遣政策有所調整，可思考於毒品危害防治條例或相關法規增訂禁止企業歧視之規定，以減少社會排除。（楊教授士隆）	已依委員意見修正，詳見頁 217。
10.	摘要部分應就研究發現與建議再予重點式整理。 另有關我國戒癮處遇相關統計，應更新至最新資料。（楊教授士隆）	已依委員意見修正，詳見頁 185-220。 1、更新第一章第一節所有統計圖表及內容說明至 2017 年底。 2、更新表 2-2-1 至 2017 年。 3、更新第二章第三節第一段文字敘述之統計部分。 4、更新第二章第四節第一段法務部統計處年度。
11.	考量本研究問卷調查樣本數有限，受訪者身分背景亦較多元複雜，建議增列研究限制說明。（郭教授鐘隆）	已增加此議題為本研究限制一，詳頁 220-221。

編號	審查意見	修正說明
12.	有關研究設計部分，問卷信效度說明（頁 31）應予調整 並建議可採多變量分析 Hotelling T-test 進行調查資料檢定。（郭教授鐘隆）	已依委員意見修正，詳見頁 34-36。 Hotelling T-test 係指反應變項為連續型資料，且符合常態分配假設之下，可分析單一樣本或兩樣本的重覆測量，是 t-test 的延伸。在本研究中，一來已適切地使用 t-test（詳見第六章第二節），二來也沒有同一樣本重覆施測的情況，因此，似乎不太需要使用此一工具。謝謝審查老師的寶貴建議。
13.	美沙冬療法為替代性或維持療法，不應視為戒癮治療，在研究內容上應避免混淆，並請於文內適當說明。（郭教授鐘隆）	已依委員意見修正，詳見頁 12 註 3。
14.	研究建議有關資源層面部分（頁 194），除現行以醫療院所為主要治療機構外，亦可思考民間戒癮照護機構資源之整合，並就立案管理或評鑑等進行探討。（郭教授鐘隆）	已依委員意見修正，詳見頁 211。
15.	研究建議有關鼓勵人力派遣公司聘僱受處分人部分（頁 202），建議調整為研議設置庇護性就業服務機構。（郭教授鐘隆）	已依委員意見修正，詳見頁 217-218。
16.	研究建議有關建立整合性資訊平台部分（頁 204），建議排除成功者，優先針對附命緩起訴戒癮遭撤銷者辦理。（郭教授鐘隆）	已依委員意見修正，詳見頁 219。

編號	審查意見	修正說明
17.	研究建議參採德國自主戒癮計畫作法（頁 193、196），實務上附命戒癮治療緩起訴受處分人多屬社會底層，是否有能力提出自主戒癮治療計畫，建議此作法僅列為多元處遇選項之一。（聶主任檢察官眾）	完全接受審查老師意見，已經此一建議納入並修正於頁 209-210，將此一建議列為法務部所主張多元戒治處遇方案的選項之一。
18.	建議本研究針對戒癮處遇評估機制之操作設計，以及各縣市毒品危害防制中心之功能角色等，酌予分析並研提相關建議。（聶主任檢察官眾）	已依委員意見修正，詳見頁 192-194、219。
19.	以美國經驗觀察，毒品法庭耗費資源頗大，其設置效益在我國亦迭有爭論，未來是否以現行緩起訴與緩刑制度為基礎發展「類毒品法庭」，建議本研究可進一步探討。（聶主任檢察官眾）	已依委員意見修正，詳見頁 209-210。
20.	研究建議我國可參採美國毒品法庭分級分流機制，以及德國自主戒癮計畫等措施一節，建議可整併量化與質化資料所提出之研究發現為基礎，加強我國導入相關措施之立論說明。（國發會）	有關德國自主戒癮計畫部分，量化與質化資料，已整合於頁 208-210，請參考。
21.	第六、七章：該兩章之章節結構多有重複，請依本研究之計畫目的與研究架構（頁 5-6、23）所列議題整合論述，並以訪談內容或問卷調查資料相互佐證，俾助於整體分析之完整性。另該兩章多處內容均為「成效評估」、「成效分析」，請予釐清。（國發會）	已依委員意見修正，詳見頁 93-184。
22.	第七章第一節表 7-1-1 至 7-1-8 等 8 項表格資料（頁 113-120），請呈現受處分人及受刑人之統計。另第二節提出緩起訴附命戒癮治療成效分析指標	1.有關表 7-1-1 至 7-1-8 表格修正部分，已依審查意見修正完畢，請參考頁 104-111。 2.為探討個人特性與戒癮成

編號	審查意見	修正說明
	（頁 155），其中個人基本資料（性別、教育程度等）與本項指標性質不符，建議刪除。（國發會）	效之關係，個人基本資料（性別、教育程度等）建議保留，詳頁 177-178。
23.	本文如需援引深度訪談發言內容，請擇要引用，訪談紀錄請列為附錄。（國發會）	已依委員意見修正，詳見頁 69-103、257-327。
24.	第八章：建議調整為「研究發現」、「政策建議」等兩大部分，以清晰呈現本研究所提各項政策建議事項之研究論據基礎。（國發會）	已依委員意見修正，詳見頁 185-220。
25.	考量第六、七章已就質、量化調查結果進行分析，本章研究發現建議以各章分析結果為基礎予以精簡整理，以利掌握本研究重要成果。（國發會）	已依委員意見修正，詳見頁 185-206。
26.	第二節共提出 25 項立即可行建議事項，其中不乏重複者，例如一（三）、二（六）、四（一）等均為設立毒品專股觀護人，二（一）過於籠統以致與該小節其他建議事項重複，四（二）、（三）均為加強執行人員觀念整合等，請加強研究建議之收斂與聚焦。（國發會）	已依委員意見修正，詳見頁 207-220。
27.	第二節立即可行建議有關修正毒品危害防制條例第 24 條一節（頁 191），考量如緩起訴處分不限於附命戒癮治療，將涉及治療需求跨機關評估機制之重新建立及立法作業，建議改列中長程建議。（國發會）	此項修法工作目前在法務部已在評估中，也可能在下個會期排入優先法案，惟整體制度之完善仍需時日，同意移至中、長期建議。
28.	其他：法院組織法第 114 條之 2 業經總統公布，法務部所屬各級檢察署均已於 107 年 5 月正式更名，爰本研究內容所涉各檢察機關名稱請配合調整。（國發會）	已依委員意見修正，詳見頁 63、66-67、127、155

我國附命完成戒癮治療之緩起訴處分機制與成效之檢討

編號	審查意見	修正說明
29.	文內所提部分圖表無對應內容（如頁 55、60）、編號與圖說明有所誤植（如頁 62、63）、圖示無法辨識（如頁 66、68、69、70、75）等；另第六章摘錄訪談內容多有重複（如頁 103、104）、第七章表 7-2-4 男性與女性資料錯置（頁 149）等，請研究團隊再行檢視校正。（國發會）	已依委員意見修正。