

當前緩起訴附命戒癮治療資源配置 與整合之現況分析與芻議

楊雅琳、賴擁連

適逢「新世代反毒2.0」上路之際，本文針對「新世代反毒策略行動綱領」（即「新世代反毒1.0」）所執行之緩起訴附命戒癮治療（簡稱緩護療）的現況、資源配置與整合，進行實證性之研究，期能透過研究發現，提出相關政策性芻議，提供政府部門參考，以提高「新世代反毒2.0」有關社區毒癮戒治之成效。本研究運用2018年行政院國家發展委員會委託蔡田木研究團隊所進行之研究案中，針對當時第一線參與緩護療之六位實務工作者之訪談意見，進行分析後發現，第一線實務工作者之專業背景，均有其發揮的空間與專長之表現，對於毒品犯之戒癮工作扮演著不可或缺的角色。然而，仍有醫師診斷與服務之差異性大、願意投入之機構數少、部分專業人員（例如心理師）之臨床經驗仍不足、各實務工作者間的協調與溝通不足、毒防中心偏重行政工作且無強制力、勞動部勞動力發展署的就業服務轉介效果不彰、社會

局的安置機構因為床位少、需求性有限等困境；此外，雖然緩護療各單位本身運作良好，但皆是獨立作業，缺少與社會復歸資源之連結、亟待形塑緩護療標準化之轉介流程；另各單位間彼此聯繫溝通不足，也亟需建立資訊整合平臺，以強化各單位間溝通連結，同時也可以增加各單位第一線實務工作者對個案的監控程度。最後，研究也發現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「毒癮是一種疾病，是需要做治療」的觀念，且也應宣導毒癮者的復發（或謂再犯）為常態，毒癮是一種慢性疾病，需要長期治療，讓社會大眾知道醫療戒治的成效與其侷限性。據此，本研究最後提出八點芻議供相關政府部門參考。

壹、問題背景與重要性

毒品危害國民身心健康，衍生社會治

安及犯罪等問題，對國家造成極為重大之損失，因此，如何將毒品問題控制以減少對社會及國家之傷害，是我國過去二十餘年來刑事政策及犯罪防治的重要議題。

1998年，我國修正公布「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」（conditional deferred prosecution but still criminalization），亦即「醫療優於司法」、「保安先於刑罰」之處遇措施，以協助其順利復歸社會（黃徵男、賴擁連，2015）。2008年毒品危害防制條例部分條文修正案，明定緩起訴附命戒癮治療（簡稱緩護療），讓施用毒品之人可以不用送進戒治處所進行觀察勒戒與戒治，相反地，是由檢察官以附命戒癮治療之方式取代機構性治療，讓願意接受治療的毒品犯存留於社區中，送進醫療機構或尋求諮輔團體之協助，戒除或降低毒品之成癮與依賴。而2017年行政院所揭櫫「新世代反毒策略行動綱領」，以跨部會、跨地方及跨領域的合作方式，整合及加強「防毒、拒毒、緝毒、戒毒、修法策略」五大主軸，逐年提升附命戒癮治療緩起訴處分比率，期透過司法與醫療的連結，促使毒癮者接受成癮治療之效能更上一層樓（蔡田木、吳慧菁、賴擁連、束連文，2018）。換言之，緩起訴附命戒癮治療為當前我國重要戒治毒品之治療處遇手段與措施，行政院於2020年底所接櫟之

「新世代反毒2.0」，強調未來四年更是以緩起訴附命戒癮治療成效之提升為主要之戒毒策略之重點。

根據法務部統計處（2020）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1,197人，至2011年為高峰，達3,691人，2014年降為2,307人，但2016年又上升為3,201人。自2017年為配合「新世代反毒策略行動綱領」，逐步提升緩起訴附命完成戒癮治療比率，目標從2016年之11%，2017年提升至15%，並於2020年增加至20%。因此，2017年參加緩起訴附命戒癮治療人數，從2016年之3,201人，提升至2018年之7,313人，自2008年至2019年間，成長526%。足見各地檢署目前大幅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年實施時，一級毒品施用者附命戒癮治療，約占整體一二級毒品施用者附命戒癮治療的98.16%，隨著實施的時間愈長，適用的人數愈來愈少，以2019年為例，一級毒品施用者附命戒癮治療僅占所有一二級毒品施用者附命戒癮治療人數的22.32%。相反地，二級毒品施用者附命戒癮治療的人數，從2008年僅占一二級毒品施用者附命戒癮治療人數的1.84%，提升至2019年的77.68%。足見近年來二級毒品施用者附命戒癮治療的人數，已約占整體緩起訴附命戒癮治療人數之八成（詳表1）。

表 1 歷年地方法院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	1,197	1,175	98.16%	22	1.84%
2009	1,663	1,324	79.62%	339	20.38%
2010	2,293	1,510	65.85%	783	34.15%
2011	3,691	1,867	50.58%	1,824	49.42%
2012	3,292	1,312	39.85%	1,980	60.15%
2013	2,751	792	28.79%	1,959	71.21%
2014	2,307	579	25.10%	1,728	74.90%
2015	2,476	503	20.32%	1,973	79.68%
2016	3,201	631	19.71%	2,570	80.29%
2017	6,782	1,376	20.29%	5,406	79.71%
2018	7,313	1,499	20.50%	5,814	79.50%
2019	6,305	1,407	22.32%	4,898	77.68%

說明：同年度依人犯多案者，以一人計。

資料來源：法務部統計處（2017）。〈毒品施用者戒癮治療概況分析〉；法務部統計處（2020）。〈毒品案件統計分析〉。

值得注意的是，緩起訴附命戒癮治療者被撤銷的人次，似乎也逐年增加，2012年2,105人達到高峰，被撤銷比例為63.9%，其餘年份則約在24%~60%間。而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；但二級毒品施用者被撤銷的人數與比例，卻逐年增加。2017年至2019年，因應政策，附命戒癮治療人數驟增，撤銷緩起訴的人數也創新高，2019年撤銷緩起訴人數達3,927人，撤銷比例達62.3%。似

乎有：附命戒癮治療人數愈多者，撤銷緩起訴的人數與比例也愈多之趨勢（詳表2）。

另依法務部（2018）針對參加緩起訴附命戒癮治療者遭撤銷緩起訴之原因分析，2008年至2017年間，戒癮治療緩起訴處分案件終結情形，期滿完成者占41%，撤銷者占57%。撤銷的原因部分，施用第一級毒品戒癮治療緩起訴處分者有51.2%因緩起訴期間另犯罪被起訴而遭撤銷緩起訴；施用第二級毒品戒癮治療緩起訴處分

表 2 歷年地方法院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)	撤銷人數占 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%	1,090	51.8%	1,015	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%
2018	2,982	40.8%	657	22.0%	2,325	78.0%
2019	3,927	62.3%	1,407	35.8%	2,520	64.2%

資料來源：法務部統計處（2020）。〈毒品案件統計分析〉。

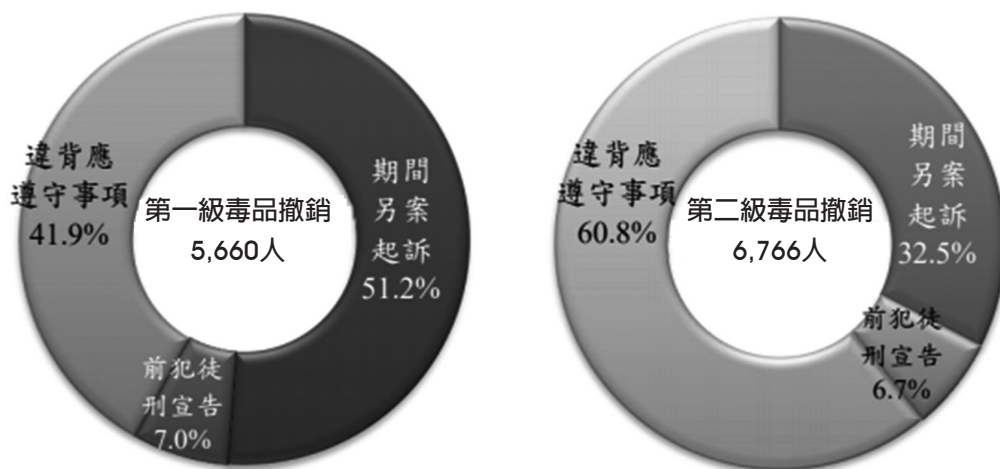


圖 1 地方法院檢察署附命完成戒癮治療者遭撤銷緩起訴原因分析圖

資料來源：法務部統計處（2018）。〈毒品施用者戒癮治療概況分析〉。

者則有60.8%因違背應遵守或履行之事項而撤銷。

讓人感到挫折的是，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，高度地與施用毒品罪有關。以第一級毒品被撤銷緩起訴者為例，自2008年至2017年間，因再犯毒品施用者，一級施用達80.8%，二級施用者達7.5%，合計達88.3%；另而第二級毒品被撤銷緩起訴再犯毒品施用者，一級施用達7.2%，二級施用達75.4%，合計達82.6%（詳表3）。因此，未來如何妥適運用毒品戒癮治療方式協助成癮者戒除毒癮，以有效降低毒品施用者人數，實為當前反毒作戰的重要課題。

最近，監察院林雅鋒、劉德勳與楊芳婉委員等針對緩起訴附命戒癮治療之品質，進行調查（109司調0013）。調查指出，行政院在2017年「新世代反毒策略行動綱領」中，提出以醫療處遇為主戒治為輔之政策方向，其中附命戒癮治療緩起訴案件確實對於舒緩監獄擁擠應有功效，然而緩起訴附命戒癮治療的人數，逐步成長之際，經盤點各地區藥癮戒治機構可供服務之量能後發現，部分地方檢察機關僅指派少數醫療機構辦理，肇致醫院負荷過重，嚴重影響戒治品質。請法務部與衛福部允宜正視各地檢署與戒癮治療院所面臨問題，除提供必要之協助外，亦應持續精進各地檢署指定戒癮治療機構相關作業，

表 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 毒 品 罪	總 計	毒 品 罪					非 毒 品 罪
		施 第		施 第		非 施			施 第		施 第		非 施	
		一 用	比 率	二 用	比 率				一 用	比 率	二 用	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〉。

積極充實地方醫療院所戒癮治療量能，以提升緩起訴戒癮治療之實施成果（監察院，2020）。（註1）

基於上述分析，緩起訴附命戒癮治療已成為當前臺灣地區毒品犯戒除毒癮之重要處遇策略與手段，特別是在「新世代反毒策略行動綱領」（即「新世代反毒1.0」）配合政府戒毒策略之成效，已顯著提升其施用對象之比例，亦如從2016年之11%參與率，提升至2020年的20%。但同一時間，法務部相關統計數據也發現，參加緩起訴附命戒癮治療之人數增加，被撤銷之人數也增加，根據監察院（2020）之調查報告顯示，主要是因為社區醫療機構承載之治療量能以及相關社區資源不足與整合不佳所致。因此，實有針對當前緩起訴附命治療之社區資源配置與整合，進行瞭解與分析之必要，據以提出適切之芻議，以提供相關政府部門於提升「新世代反毒2.0」毒品戒治效能之重要參考依據。

貳、文獻探討

一、我國毒品施用者處遇制度之沿革

如同前述，過去二十餘年間，反毒政策為我國重要刑事政策之一，其中戒癮策略更可說是反毒策略中的核心，根據學者之觀察與規劃，認為我國過去二十年間之戒治處遇策略之發展與沿革，可以區分

為以下三階段之演進（黃徵男、賴擁連，2015）。

（一）機構性監禁至機構內治療：毒犯至病犯

1998年以前，我國採機構性消極監禁，是將毒品犯視為一般犯罪人的刑事處罰，然而這樣的結果導致毒品犯在監僅是消極的監禁隔離，並無真正的戒治與治療，遂導致渠等出獄後再犯率過高，不得不對渠等之治療處遇政策，改弦易轍。1998年5月20日，我國將「肅清煙毒條例」更名並修正為「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」，以協助其順利復歸社會。「毒品危害防制條例」第20條建立之機構內戒癮治療制度，亦即對於施用第一、二級毒品者，無論是否成癮，皆須送觀察勒戒，若認定有較高之繼續施用傾向，則送強制戒治。這項制度能使初犯毒品施用罪者免於刑事標籤，但依毒品危害防制條例第20條第3項之規定，若為觀察、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。而矯正當局於勒戒處所與戒治所，配置豐富且多元之醫療與戒治人員與資源，期能協助毒癮者戒除毒癮（張伯宏，2007）。然而，如同前述，對於毒品犯採取機構性處遇，即為

「肅清煙毒條例」時代政府對於毒品犯之作爲，雖然進入「毒品危害防制條例」時代，矯正當局給予更多的醫療與戒治處遇人力與資源，但仍屬於機構性治療，與醫界或公衛界希望透過專責醫療機構治療與社區性治療之倡議，仍有一段距離，且機構性之觀察勒戒與戒治處分之再犯情形，並未減少，反而日趨嚴重（陳泉錫、季延平、詹中原，2012；蔡震邦，2015），因此，該條文於施行5年後進行檢討，並於2004年1月9日修正，將毒品犯之機構性戒治，轉向為社區性戒治。

（二）社區內戒癮治療：緩起訴附命戒癮治療

社區內戒癮治療，最初係基於愛滋防制之替代療法。由於研究發現許多的愛滋病感染者，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 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（衛生福利部之前身）亦與法務部合作，率先由臺南地檢署於2006年9月1日與署立嘉南療養院正式簽約實施「緩起訴替代療法」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（黃徵男、賴擁連，2015）。

由於最初係為了配合美沙冬療法不宜於監獄中推廣之考量，因此「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）。

（三）強化醫療與家庭支持之社區戒癮：新世代反毒策略

2017年起，行政院統籌擘劃我國「新世代反毒策略行動綱領」，依任務需要，指定權責機關辦理，要求法務部逐年提升緩起訴戒癮治療比率，並由衛福部建置整合性藥癮醫療服務中心，配合地方毒品危害防制中心（下稱毒防中心），期能建立藥癮者以家庭為中心之家庭支持服務。因此，毒品防制工作，係由中央相關部會與地方政府共同推動。中央在行政院毒品防制會報下，依「防毒監控組」、「拒毒預

防組」、「緝毒合作組」、「毒品戒治組」及「綜合規劃組」等工作分組，按毒品防制專案任務需要，指定權責機關辦理。至於地方政府反毒工作，則由其所屬之「毒防中心」負責，整合衛政、警政、社政、教育、勞政等相關局處資源，並與各矯正機關及地檢署合作，落實執行各項反毒工作。有關新世代反毒策略組織圖，詳下圖2。

「新世代反毒策略行動綱領」，除了再次強調社區戒癮工作的專責性與重要性外，加強與擴大醫療系統的服務與承接力道，並建立以家庭為中心之家庭支持服務，促進藥癮者重返家庭，其具體行動方案包含輔導地方政府推動藥癮者入監轉銜服務，發展家庭轉銜預備服務案、推動藥癮者個案家屬自助團體，辦理家庭維繫及

支持性服務活動，推動修復式家庭干預方案計畫，修復藥癮者與家庭關係，讓藥癮者復歸社會後能有一個降低毒品需求，又能自力更生，自立自強的生活，就能使渠等不再因為犯罪入獄服刑，以達治療性社區（therapeutic community）的目的，乃是現階段戒治毒品的目標。然而，此一部分，應該可以參採鄰近或先進國家之作法，包含法規的修正、組織的創新與變革、公私部門之協調整合以及資源挹注與培力計畫等，以提升我國社區醫療戒治之效能。

二、目前緩起訴附命戒癮治療實務運作狀況

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

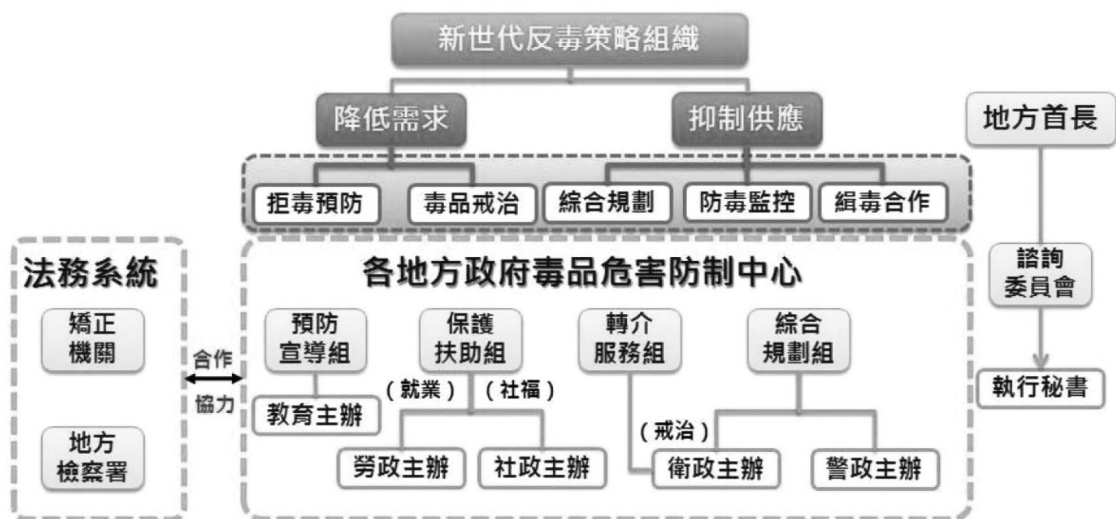


圖 2 2017 年行政院新世代反毒策略組織

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：臺中），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（蔡田木等，2018）。

然而，如果照上述之規劃，緩起訴附命戒癮治療之成效，應該會非常顯著。但事實上，根據法務部相關統計資料之顯示以及監察院的調查報告顯示，當前緩起訴附命戒癮治療在數量上，參與的人數已經增加，符合「新世代反毒策略行動綱領」之期待，但附隨而來的是撤銷的人數與比例也增加，戒治的品質與資源之挹注，也未如預期。換言之，當前緩起訴附命戒癮治療的實施現況、資源配置與人力整合，存在哪些問題，在當前政府推動「新世代反毒2.0」之際，實有進行相關實證研究，以瞭解缺失或不足之處，俾以提供相關精進作為，提供未來提升社區戒治成效之參考。

參、研究方法

本研究採次級資料研究，以蔡田木、吳慧菁、賴擁連、束連文等研究團隊於2018年執行行政院國家發展委員會所委託之研究案（ndc106060）中有關質性深度訪談資料，進行分析，以了解第一線執行緩起訴附命完成戒癮治療之實務專業人員，對於目前執行現況及資源配置的看法，以評估我國現階段附命完成戒癮治療之緩起訴處分的落實性與資源配置是否合宜。

質性研究重視樣本提供資料的豐富性，而非樣本數量的特性（陳向明，2019）。因此，質性對於本研究主題更顯合適。為了解當前緩起訴附命完成戒癮治療處分於社區的資源配置、合作整合及困境，本研究將針對檢察官、觀護人、醫師、社工師、心理師、個管師等6人所獲得之深度訪談資料，進行分析。本研究受訪者之相關背景與條件，詳見表4。

本研究深度訪談之時間規劃於2018年三月至五月間，由研究團隊與研究人員於安排適切的時間與地點後，前往訪談，訪談之前均徵詢受訪者之同意，並於受訪前再度說明本研究目的與宗旨後，簽署相關同意書。期間根據受訪者事先過目之訪談大綱，進行半結構式訪談，每一場訪談時間約末一至一個半小時，並徵得受訪者同意下進行錄音，以方便事後將受訪內容謄

表 4 本研究受訪者之相關背景與條件

代號	身分	單位	條件
A1	檢察官	臺北地檢署	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	臺北聯合醫院	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

資料來源：蔡田木等（2018）研究報告。

寫成逐字稿。而本研究針對實務工作者所規劃之訪談大綱，詳表5。

肆、質性訪談研究分析

一、緩護療相關人員執行成效分析

（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）

表 5 本研究訪談大綱

個人基本特性
實務工作者扮演角色
成功與失敗案例
緩護療成敗原因
緩護療成敗治療者特性
整體緩護療成效評估
緩護療撤銷率偏高主因
緩護療能量評估
處遇資源合作狀況評估
對各類緩護療人員主觀效果評估
對各緩護療單位主觀效果與建議
緩護療成效指標
對緩護療政策建議

資料來源：引自蔡田木等（2018）研究報告。

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）

（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。

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體……但社工師及心理師可依團體需求自行調整。（A6-10-4）

（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。

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體……但社工師及心理師可依團體需求自行調整。（A6-10-4）

（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）

（五）觀護人能協助個案進行戒癮

觀護人與戒癮者建立信任關係，觀護人會協助個案進行戒癮，特別是有依照觀護人指令參加各項戒治課程與轉介服務者，並準時報到和觀護人面訪者，渠等戒治處遇完成之機會大。

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再在監獄系統繞來繞去。（A2-3-1）

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）

（六）毒品危害防制中心社工人員較偏重行政工作，因無強制力，監控能力弱，雖然都有就其執掌運行工作，但所發揮之功能有限

毒防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，但癮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)

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，問題是出在臺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)。

二、緩護療資源整合(合作運作)狀況分析

(一) 各單位本身運作良好，但缺少與社會復歸資源之連結

檢視目前緩起訴附命戒癮治療運作狀況發現，各單位本身運作良好，但單位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，但有所不足，與毒防中心連結則較弱；觀護人要以專股與人員共事，才是制度成功關鍵等，顯見，目前從事戒治相關人員單位間彼此聯繫溝通不足。換言之，緩護療轉介流程亟待標準化。

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，臺灣幾乎

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，臺灣幾乎是零啊(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，我覺得整個臺灣非常缺乏。(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，現衛生局已退出，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臺也可以。(A6-9-3)

(二) 單位間對戒癮者之資訊通透度不足，亟需建立資訊整合平臺以強化聯絡

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，目前緩護療各單位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臺，以強化各單位間溝通連結，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

毒品紀錄然後重新進來，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) 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)

(四) 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)

(五) 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)

伍、結論與建議

一、結論

目前緩起訴附命戒癮治療實務運作狀況，第一線專業人員醫師(治療)、心理師(團體輔導)、社工師(盤點社會資源)、個管師(監管與追蹤)及觀護人(命令報到與轉介機會)等，皆對於緩護療的執行，肯定有正向的效果，換言之，第一線實務工作者之專業背景，均有其發揮的空間與專長之表現，對於毒品犯之戒癮工作扮演著不可或缺的角色。然而，進一步分析發現，仍有醫師診斷與服務之差

異性大、願意投入之機構數少、部分專業人員（例如心理師）之臨床經驗仍不足、各實務工作者間的協調與溝通不足、毒防中心偏重行政工作且無強制力、勞動部勞動力發展署的就業服務轉介效果不彰、社會局的安置機構因為床位少需求性有限等困境。

其次，目前緩護療各單位本身運作良好，但皆是獨立作業，缺少與社會復歸資源之連結、亟待形塑緩護療標準化之轉介流程；另各單位間彼此聯繫溝通不足，也亟需建立資訊整合平臺，以強化各單位間溝通連結，同時也可以增加各單位第一線實務工作者對個案的監控程度。最後，研究也發現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「毒癮是一種疾病，是需要做治療」，且也應宣導毒癮者的復發（或謂再犯）為常態，毒癮是一種慢性疾病，需要長期治療，讓社會大眾知道醫療戒治的成效與其侷限性。

二、建議

基此，本文提出以下幾點政策與實務面建議，提供參考：

建議針對不同的專業人員，負責專業的戒治工作，例如心理師專業為團體治療與輔導，即不適合要求其從事治療工作或從事行政工作。社工師的專業在於社會資源的盤點與聯絡，應該透過其將相關的社

會資源挹注於需要的毒藥癮者。

建議建立毒藥者的病例檔案Portfolio，註記與載明其所需的治療與服務為何，更重要的是，有哪些治療已經執行過、哪些服務機構或團體已經介入過，詳為註記，不要浪費社會資源重複於一個藥癮者身上。

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，以強化各單位間之資源溝通及連結。

建議儘速補齊毒防中心社工師的人力，降低其人力負擔比。另外，賦予毒防中心強制力，例如具有向檢察官或觀護人建議撤銷緩起訴附命戒癮治療之權力，社工師的監管功能才能有效地發揮。

建議政府對有意願投入緩護療的醫療與社區照護機構，提供相對的優惠（例如減稅）與補助方案，加強合作誘因，擴大醫療資源投入及人員的參與，以擴大社區承載毒癮戒治量能。

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，提供轉介服務之流程SOP，並與毒防中心密切合作進行持續追輔。

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」。

建議社會局能擴大參與社區戒治業務，積極尋找社區收容與安置機構，透過相關獎勵措施與輔導計畫，積極參與地檢署或戒治所毒品犯復歸社會之轉銜計畫或方案，讓進入社區之毒品犯及早有安置處所而不至於成為失聯或失蹤對象，造成社會治安之隱憂。

適逢「新世代反毒2.0」上路伊始，本文透過「新世代反毒1.0」政策推動下的戒治策略，進行實務單位運作現況之研究，將現況、優點、困境與缺失，進行研究外，並據以提出適切的建議給司法單位、民間醫療機構、社福單位與毒防中心等相關部門參考：在政策面上，強調毒

藥癮者復歸轉銜的重要性，社區治療優於機構性治療；在實務面，盤點社區各專業部門與人力資源，強調角色定位與培力訓練的重要性；在運作上，診斷轉銜配套流程的順遂性，找出扞格或可能漏接的癥結點，期能優化復歸流程，並期盼透過定期的滾動式檢討，讓毒藥癮者的社會復歸轉銜工作，更具成效。

（本文作者：楊雅琳為國立中央大學企業管理研究所博士生；賴擁連為中央警察大學犯罪防治學系教授兼系主任）

關鍵詞：緩護療、復歸轉銜、毒品戒治、戒治政策、新世代反毒

註 釋

註1：〈調查報告〉。<https://www.cy.gov.tw/CyBsBox.aspx?CSN=1>。「監察院」網站。

參考文獻

王雪芳（2015）。《我國毒品緩起訴戒癮治療效益之探討》。臺北：國立臺灣大學政治學研究所碩士論文。

行政院（2017）。〈新世代反毒策略〉。<https://www.ey.gov.tw/Page/5A8A0CB5B41DA11E/47bbd6cf-5762-4a63-a308-b810e84712ce>。「行政院」網站。2017/5/25。

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。頁1-29。

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。頁1-41。

法務部統計處（2017）。〈毒品施用者戒癮治療概況分析〉。<http://www.moj.gov.tw>。

法務部統計處（2020）。〈毒品案件統計分析〉。<http://www.moj.gov.tw>。

- 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）。頁193-212。
- 張伯宏（2007）。《我國毒品戒治政策與成效之研究》。嘉義：國立中正大學犯罪學研究所博士論文。
- 陳向明（2019）。《社會科學質的研究》。臺北：五南。
- 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）。頁485-497。
- 黃徵男、賴擁連（2015）。《21世紀監獄學》。臺北：一品。
- 楊士隆、李思賢、朱日僑（2013）。〈第一章緒論〉，收錄於楊士隆、李思賢、朱日僑、李宗憲主編，《藥物濫用、毒品與防治》（頁3-16）。臺北：五南。
- 監察院（2020）。〈109司調0013調查報告〉。<https://cybsbox.cy.gov.tw/CYBSBoxSSL/edoc/download/30301>。
- 蔡田木、吳慧菁、賴擁連、束連文（2018）。《我國附命完成戒癮治療之緩起訴處分機制與成效之檢討》。行政院國家發展委員會106年委託研究案成果報告書（106060）。
- 蔡震邦（2015）。〈毒癮難戒？如何重新解釋毒品再犯數字背後的意義〉，《矯政期刊》4（1）。頁74-106。