

打造用藥者之社區居住資源 ——以美國復元家屋為例

陳玟如、鄭麗珍

壹、過往實務經驗與目前毒品政策

回顧筆者十多年在社區服務法定毒品使用者（簡稱：用藥者或前用藥者）的實務經驗，時常看到由於這群成年用藥者有較弱之家庭支持，以至於在初出監、經濟陷入窘境、面對健康不利處境與失業時，即便已經無（嚴重）成癮議題、但有居住需求時，仍會因「毒品標籤」而被轉介／安排到戒毒村（或戒癮中途之家），並反覆經歷社會福利資格申請不易（非老非障）、或難以獲得經濟或租屋補助。面對這群前用藥者、或處於正在復元中（recovering）的用藥者時，由於當時筆者與服務對象都苦於難以獲得公、私部門的資源挹注，便須一起思考並發展出具應變力的服務策略，如：面對居住資源有限時，需先利用24小時的網咖、便宜計時旅館、街友中心等，提供短期且可負擔的臨

時處所，然後又因沒有家人可以協助儲蓄或開戶的狀況下，利用悠遊卡進行短暫儲蓄計畫，透過臨時工作，讓他們一邊存錢且一邊發展金錢管理能力（存押金與房租），並在儲蓄到安全經濟門檻後，再協助有就業能力與意願者，以兩至三人合租一套房，並透過日夜排班機制讓合租者彼此能獲得適當休息與隱私，以減輕他們共同的租屋壓力，才能讓這些用藥者獲得較長期且穩定的居住資源。

近年來，隨著公／私社會福利部門、醫療／社會／勞政／公共衛生等專業人士對用藥者生活重建的重視，不少專家與實務經驗者均指出，應對這群人提供多專業整合性服務、提升其服務意願，並提供重返社區生活的各項友善資源，才能降低這群人反覆落入再次施用的不利處境。在National Institute on Drug Abuse（NIDA）（2021）的成癮治療指南中便指出，應根據成癮者不同階段的治療需求，分別提供

6大服務，分別是：1.長期住院治療：針對有嚴重成癮議題、且需要24小時之護理服務者，提供6-12個月（含以上）治療性社區計畫（therapeutic community，簡稱TC）；2.短期住院治療：根據12戒癮步驟提供密集且短暫的處遇服務，先由醫院提供3-6週的住院治療計畫，之後再透過門診與追蹤服務，以延長這群人接受門診治療和參與自助團體（如AA）的時間，降低用藥者因離開戒癮環境後的復發風險；3.門診治療：適合已有工作、或社會支持較強的用藥者，依據其治療需求進行彈性調整，並同時對合併有其他疾病之用藥者進行其他疾病之治療等；4.個別化用藥諮詢服務：不僅意圖減少或降低用藥者在毒品與酒精上的使用，且積極的對其就業、家庭／社會關係、法律權益等提供諮詢，發展個別化諮詢服務與提供社會資源；5.團體輔導：有別於短期安置處遇計畫的自助團體，團體諮商是由專業心理師、社工、醫師等，運用認知行為、動機式晤談等團體治療，促進用藥者的生活適應力與社會化；6.涉及司法處遇之用藥者：提供監禁前、中、後用藥者的相關處遇，或提供替代監禁的治療機會（註1）。

而臺灣自2017年由中央推動的「新世代反毒策略」，即是由行政院統合衛生福利部與法務部等提出第一期「新世代反毒策略行動綱領」（106-109年），試圖從防毒、拒毒、緝毒、戒毒及修法等五大

面向著手，以奠定我國毒品防制工作之根基（行政院，2017）；且為持續強化我國藥癮醫療與專業處遇服務資源之佈建，能依照個案不同之需求、以提供更為便利之求助資源，更進一步規劃第二期「新世代反毒策略」（110-113年）（註2），將「溯毒、追人、斷金流」等「斷絕毒三流」設為總目標，並訂定八項主要策略（註3）（教育部學生事務及特殊教育司，2021）。在這些戒毒策略中，首重提升個案接受專業服務之涵蓋率，並透過開辦各項藥癮戒治費用之補助，以降低個案就醫經濟障礙、提升治療動機，並鼓勵醫療機構積極投入藥癮治療服務，以強化治療效能，使之早日重返社會；於此同時，也強調須引入多元的民間協力資源，持續提供服務對象在網絡中的各項轉介服務與資訊，以有效降低毒品對臺灣公共衛生、社會治安與經濟發展所造成的衝擊（衛生福利部心理及口腔健康司，2021）。

有鑑於目前推動的「新世代反毒策略」，實有很濃厚美國對成癮者處遇的色彩，且其中之「策略3：深化多元安置型藥癮處遇與社區復健服務質量」與「策略5：建立以家庭為中心之家庭支持服務，促進藥癮者重返社會」，其目的均是試圖以跨網絡與跨專業平臺之建立與整合實務策略，翻轉過往這群人因毒品與更生等污名標誌、導致生活反覆落入不利處境的積極作為，彰顯當前政府對用藥者社區重

返之居住／安置需求及提供家庭支持的重視。然而，成癮者及用藥者的安置處遇究竟要如何做，才能協助這群人復歸社區呢？本文想借鏡美國對用藥者「復元家屋」（Recovery residences）的發展與設置經驗，提供給國內實務工作者、公部門與民間相關社會福利服務單位在思考如何擴大用藥者的社區居住資源與服務量能的一種參考架構。

貳、美國的復元家屋的歷史與發展

復元家屋（Recovery residences）在美國的興起，其實在NIDA發表的「用藥者治療指南」時就已經逐步發展。根據National Association of Recovery Residences（2012）對「住宿型復元家屋」（Recovery residences）的成立目的，在於「提供藥／酒癮者、用藥／酒者，一個安全而健康的生活環境，俾利於他們進行戒斷復元的開啟和持續」；這樣的設施大約開始於1841年，最早的第一間住宿型復元家屋是由Washingtonian Temperance Society所設立，該組織後來陸續在Boston和Chicago成立專門為藥酒癮者進行戒癮或社會化的住宿型家屋；同時，部分地區的戒酒匿名協會（Alcoholics Anonymous Taiwan，簡稱AA）的會友，有感於很多戒酒成功的會友常因沒有穩定的住處而導

致再度酗酒，因此也開始設立「清醒家屋」（sober housing）。這兩股的家屋設立運動在美國如雨後春筍般的蓬勃發展，並提供需要戒癮的人在出監後或返家前，能有一個安全進行戒癮治療、恢復健康與準備復歸社區的場所；當時，這些住宿型復元家屋的成立大多是由藥／酒癮的過來人所成立，開辦的費用大多來自創辦人自己和慈善團體的捐助，提供的住宿大多為單人房，進住的住民須要遵守居住規則與參與活動，創辦人會安排資深住民擔任帶領的學長，並使住民間能獲得相互支持及參與AA的12步驟團體治療，而住屋管理則由住民互相分工完成，雖沒有專職的薪給工作人員，但會有社區中的志願服務人員與過來人會來此宿舍提供住民陪伴和物資協助。

1940-50年代時，在美國聯邦政府的補助下，一些老舊的州立醫院開始轉型並介入提供藥／酒癮者的住院治療服務方案，監所也同時開始發展獄內的戒治處遇服務方案，在資源有限的狀況下，使得社區住宿型復元家屋的擴展因而趨緩（Wittman & Polcin, 2014）。到了1950-60年代，由於爆發精神醫院虐待住民事件，由下而上推動了精神醫療院所去機構化運動，美國政府開始轉向鼓勵社區化處遇政策，加上二次世界大戰後平價住宅短缺，住宿式家屋便再度獲得藥／酒癮者選擇住宿的首選，此種家屋模式因而再次

興起；在這段期間內住宿型復元家屋的發展，則逐漸轉變並加入多元專業的處遇，除了提供互助性的住宿外，這些新興的家屋模式亦開始聘用醫療專業訓練的精神醫師、護理人員、美沙冬治療人員等進駐，以在家屋中提供更完整的戒癮治療（National Association of Recovery Residences, 2012; Kaplan & Broekaert, 2003; Wittman & Polcin, 2014）。

到了1970年代，加州地區有些戒癮家屋開始對住宿型家屋過於醫療化表達反彈，認為疾病化、門診化並非有效的處遇方式，進而提出「社會模式」（social model）的主張，試圖回歸早期共住互助的烏托邦精神，因而出現治療村的概念（即治療性社區的雛型），例如1964年在加州成立的Daytop Village，即試圖建立一處藥酒癮者的治療社區（therapeutic community）以進行復健和復元（Kaplan & Broekaert, 2003; Wittman & Polcin, 2014）。自此，住宿型復元家屋的發展不僅趨向數量的增加，住宿型復元家屋的提供模式開始多元化，從社區型的復元中心到專業型的戒治中心都有，呈現介於醫療模式和社會模式光譜之間的各種復元中心的多元樣貌（Wittman & Polcin, 2014）。而此階段，由於聯邦政府也開始重視民眾的藥／酒癮產生的社會與健康問題，因此建制了一些政策性的協助，如1968年的Fair Housing Act便增加反歧視條款——

「保護弱勢族群」（protected class），規定房東不得因住民的種族、年齡、性別、身心障礙而拒絕租屋，並定義團體家屋為「家庭」、且將藥／酒癮社群納入其中一類（Wittman & Polcin, 2014），此法亦是奠定用藥者能依法獲得居住權益保障的重要法源。

1980年代後的發展，則因法定毒品使用而入監的人數暴增，加上復歸社區的用藥者眾多，聯邦政府便試圖通過更多法律以支持藥／酒癮家屋的發展，如1988年通過Fair Housing Act修正案，強調戒癮團體家屋不僅應被視為「家庭」，且在社區中亦應與其他區民享有同等公平且平等的權利（如合理居住空間規定、住宅分區規定），且最重要的是依法不准房東、市政府與地主對用藥／酒者之歧視，以降低「鄰避效果」（Wittman & Polcin, 2014）。爾後，又有Sam Tsemberis提出Housing First（居住優先計畫），並隨著無家者的多元樣態，發展成提供給長期在街上無家可歸、或從精神疾病出院、或離開監獄後等無家可歸者的社會服務，以更積極的作為進行政策倡導（Tsemberis, 2010）。

從上述發展可知，1950年代以前對合併有精神疾病、藥酒／癮與用藥／酒者等之服務，多會要求他們配合一系列的治療計畫，並要他們有維持清醒與獨立生活能力後，才會提供永久性的住屋服務；但到

了1950-1980年代則因服務典範與重視個體自主意識與權益等轉變，從原本「線性住宅模型」（linear residential continuum model）開始移轉成「支持性住宅模型」（supported housing paradigm），並強調「支持性住宅模型」重視的兩重要元素：1.社會融合，而非以同質障礙進行分類服務；2.提供便利性與最適性之居住環境，而非限制性環境與限制其獨立性，形成提供支持性住屋服務的重要核心精神與準則（Ridgway & Zipple, 1990）。直至近年，美國各州更將無家者的房租補助納入都市更新與房租補助的重要項目，並由Department of Housing and Urban Development透過無家者房租補助的Housing First計畫，提供多樣選擇的等租屋券（或租屋補助）給有無家身分的用藥／酒者進住復元家屋，以提供當他們流落街頭時能有一處穩定的家屋居住，對未來復歸社會／社區做準備（Wittman & Polcin, 2014）。

參、美國住宿型復元家屋的分類

從美國復元家屋的興起與發展，可知隨著對用藥者治療性社區處遇政策的方向明確，加速並促成住宿型復元家屋成長，但National Association of Recovery Residences（2012）也同時指出因經營者理念不同，復元家屋的經營日趨多元化，

因此建議以「服務密度」與「住民問題嚴重程度」兩個衡量標準，將復元家屋分為四種層級；而復元家屋的運用應依照住民復元程度進行評估，對急需醫療照顧者仍應以醫療住院為佳，對已復元者（recovered）者則應安排進住社區中獨立且規律性的長期租屋，因而此二類不屬於復元家屋的服務範疇。以下，將運用案例說明四類復元家屋類型：

一、Level I：以Oxford Houses為例

Oxford Houses在1975年由一位酒癮過來人所設立，秉持自助互助的精神，以建立住民的自我管理及相互幫助。Oxford Houses只提供單一性別之住民且允許攜子同住，家屋內沒有專職人員管理，屋內的各項事情採取民主式討論來決議，所有決議住民均須共同遵守。若有不遵守的情況，家屋會議可以透過罰款來要求住民完成家事、透過家屋會議來討論人際衝突或行為、透過會議來發展行為公約等，家屋也會透過獎勵來鼓勵達成目標者。

Oxford Houses對住民唯一的要求就是——準時繳付住屋的月租金、分擔住屋的各項家事、持續保持戒斷狀態。目前Oxford Houses遍佈全美42州，家數不計其數，是美國最大的住宿型復元家屋網絡組織（Jason & Ferrari, 2010）。Mericle等人（2015）指出不少實證研究顯示Oxford Houses的住屋模式對於進住的住民之犯罪

風險、入監服刑、藥酒復發與復元，均有正向影響；特別值得一提的是一項有關女性藥癮更生人的實證研究顯示，進住Oxford Houses至少6個月以上者，在維持清醒、就業率與自我效能，都有明顯提升。

二、Level II：Sober living houses（簡稱SLHs）

SLHs又稱「12步驟屋」（12 step residence），主要由一群匿名酒癮會的會員於1940年代成立，因應當時許多匿名酒癮者在戒癮的過程中居無定所而減損戒癮的效果，這些會員因此興起尋找住屋的念頭，SLHs大多座落在條件不好的社區之中，例如出租單人房的旅館、便宜的小公寓、較大空間的老屋等；當時SLHs改造了不少老式木造屋，並將這些房子便宜分租給匿名酒會的會員，至今當時所設立的“First Step Home in San Francisco”仍在經營中（Wittman & Polcin, 2014）。

運作上，SLHs的住民來自非正式轉介，秉持匿名酒會的戒癮和匿名原則（註4），以好鄰人姿態完全參與社區。住民不須被迫接受臨床治療，機構也沒有任何治療契約，但住民自行參與外面的治療亦不受限制，平均居住為1-7個月，當住民戒癮成功或恢復身體健康，便可自動離所，而住民唯一義務即是——保持戒斷狀態、準時繳交月租金、參加匿名會的會議、分擔住屋的家務事（Wittman &

Polcin, 2014）。Mericle等人（2015）指出，根據一些長期追蹤的實證研究顯示，SLHs模式對住民在成癮、精神症狀、就業率、被逮捕率上，亦都有所改善。

三、Level III：費城（Philadelphia）的住宿型復元家屋

費城住宿型復元家屋則是在2004年由費城衛生單位所推動發展。此復元家屋的特色是透過機構進行管理與經營，工作人員採24小時輪班制，所有的工作人員須接受一定時數的專業訓練，並採「個案管理模式」模式對住民提供服務；由於住民進住的費用全由費城市政府，因此住民的義務包括：須遵守機構的規定、接受醫院的處遇治療、配合機構內臨床輔導活動、定期與機構人員或觀護人會談，且有規定居住期限；而與美國法務部一般出監的中途之家（half-way house）相比較，唯一的差異在於費城住宿型復元家屋不須要政府認證，機構內也無專職護理人員提供臨床治療（Johnson et al., 2009）。Mericle等人（2015）指出費城住宿型復元家屋模式，對住民在成癮、精神症狀、就業率上，有正向影響。

四、Level IV：治療型社區（Therapeutic community，簡稱TC）

治療型社區的前身是Synanon模式，成立於1957年的加州地區，處遇的精神

立基於烏托邦的精神，藥酒癮者離群索居，形成合作互助的小型社區，相互扶持走在戒斷的路上；但後來成員理念分歧而衍生不同的處遇模式，引進精神醫療處遇，運用醫療模式進行全面性的復健，最終復歸社區、融入社會（Kaplan & Broekaert, 2003）。此模式運作和前幾個家屋模式最大的不同之處，即是採用的是「社區」、而非「家屋」，強調住民是共同住在一個社區裡，並透過自助和互助的方式來改變自己的生活方式及藥癮身分；社區中有先來後到的層級結構，新來的住民要以資深的住民作為角色模仿的學習，住民要積極參與社區中的各種活動，例如個人諮商、社區聚會、團體活動等；到了第二階段，住民要開始接受專業性的臨床治療工作，可能在機構內進行，也可能需要到醫療機構接受治療，目的在改變個人的態度行為、注入希望、增進情緒成長及自我管理；到了第三階段，住民為復歸社會作準備、安排銜接社區中的就業／教育／訓練的服務，並繼續追蹤至其穩定生活（National Institute on Drug Abuse, 2021）。

五、住宿型復元家屋之相關研究與服務成效比較

Jason等人（2015）針對位於芝加哥地區的三類型處遇服務的離所案主，分別為Oxford House、治療性社區及一般性服

務機構，進行5波的訪談，瞭解他們接受處遇服務及生活適應的經驗，並進行不同處遇類型的比較分析，共有270位前住民接受訪談（224位男性，46位女性），他們都已經離所且出監也超過24個月。研究結果顯示，居住在這些單位的時間愈長者，在戒癮的維持、就業穩定等面向上，均有明顯改變；進一步對處遇類型進行分析，則可知Oxford House比起治療性社區，其前住民在就業薪資水準、工作持續程度、清醒維持程度等表現較好，Oxford House在機構的成本效益分析方面也較為省錢。

另外，Jason與Salina（2016）也特別針對女性家屋進行研究，並比較Oxford House和一般家屋服務對住民結束安置服務後的處遇效益。此研究追蹤並訪談分別住過此二安置處所的200位女性住民，以居住6個月以上與否的處遇服務期作為成效比較期，研究結果顯示居住在家屋超過6個月以上的女性住民，比起短於6個月居住期的女性住民，在戒癮戒斷的改善、就業穩定性、自我效能等變項上表現得比較好；在兩個機構的比較上來看，由於Oxford House的居住形式，較能提供女性住民過來人陪伴、且保有一定生活自主地彈性，因此其居住停留的時間較長且就業穩定之成效表現較一般安置機構好。而上述四類的復元家屋之功能與服務之比較彙整，請見表1。

表 1 層級——層級四住宿型復元家屋之功能與服務比較彙整

層級 功能	Level I	Level II	Level III	Level IV
行政管理	<ul style="list-style-type: none"> · 民主式管理 · 手冊和程序 	<ul style="list-style-type: none"> · 家屋管理員／資深住民管理 · 有政策和程序規章 	<ul style="list-style-type: none"> · 小型組織層級 · 有行政管理主任 · 有政策和程序規章 · 專業證照 	<ul style="list-style-type: none"> · 大型組織層級 · 有臨床和行政督導 · 有政策和程序規章 · 專業證照
服務提供	<ul style="list-style-type: none"> · 藥物篩檢 · 家屋會議 · 自助團體 	<ul style="list-style-type: none"> · 結構性家屋規則 · 同儕團體 · 藥物篩檢 · 家屋會議 · 自助團體或處遇治療 	<ul style="list-style-type: none"> · 生活技巧發展 · 連結外面的臨床服務 · 家屋內的輔導服務 	<ul style="list-style-type: none"> · 臨床服務 · 家屋內的方案 · 生活技巧發展
住宅狀態	<ul style="list-style-type: none"> · 單身房為主 	<ul style="list-style-type: none"> · 單身房為主 · 公寓或其他 	<ul style="list-style-type: none"> · 各種形式住房 	<ul style="list-style-type: none"> · 各種形式，經常是一站式服務的單位 · 可能是機構式環境
人事配置	<ul style="list-style-type: none"> · 無專職人員 · 可能有管理員 	<ul style="list-style-type: none"> · 至少1位專職人員 	<ul style="list-style-type: none"> · 住房管理員 · 專業個管員 	<ul style="list-style-type: none"> · 專職專業人員
家屋案例	Oxford Homes	清醒復元家屋 Sober living houses	住宿型復元家屋 in Philadelphia	治療型社區 簡稱：TC

資料來源：整理自 National Association of Recovery Residences（2012）。

肆、結論與建議

根據 Betty Ford Institute & Consensus Panel（2009）和 UK Drug Policy Commission（2008）對復元定義的共識，是「個人能盡可能自發性的控制物質的使用動機，並能致力展現自己在健康與福祉、社會角色與社會責任發揮的最大承諾」（註5），且復元（recovery）所涉及的範圍與意涵，意旨藥酒癮者能透過個人、家庭及社區等

網絡，能動員個人之內、外在資源以解決他們的成癮的議題，因此復元也將牽涉到個人成癮經驗的療傷歷程，藉以發展出對未來維持健康、具有生產力、有意義等生命經驗（White, 2007）。進一步來說，復元更是一種學習經驗的正向累積結果，呈現用藥者在復元生活中學到的——追求有意義、有成長的、有目的性等過程體驗。

基於過往對藥酒癮者的臨床工作，多半強調——減少傷害、穩定生理健康、

心理治療等治療／處遇模式，因此多以短期成效評估（註6）的戒治目標進行；然而，近年已有不少研究主張並強調成癮者的復元（含法定毒品、酒精）是一個歷程，不是一個事件，因此應需要給予他們足夠的時間以累積「復元資本」（recovery capital），且此資本累積的歷程需至少5年（含）以上（Scott et al., 2005; Groshkova et al., 2013; Betty Ford Institute & Consensus Panel, 2009）。反觀對用藥者處遇成效之相關研究，多指出無論男、女，只要能拉長處遇服務時間，則愈能拉長這群人維持清醒的成果，且能連帶提升其就業成功率、降低再犯與不利健康之身心反應。由上可見，若能將多樣化的居住穩定策略，作為是這群人邁入復元歷程的策略之一，將能為這群人在復元歷程上，奠定很重要的基礎與開端。

本文有感於目前新世代反毒策略行動綱領與社會安全網的網絡合作與介入策略，較偏重以緩起訴附命戒癮治療等醫療介入（註7）、及佈建專業化程度較高的治療性社區，對照於美國住宿型復元家屋的歷史回顧與發展來看，若能將此類復元家屋視為「家庭」，更能符合強化社會安全網「以家庭為中心，以社區為基礎」的核心精神。因此，本文認為若臺灣目前的毒品政策，能朝著協助用藥者不僅能邁入復元、且還能穩定其復元生活，就需思考如何在這群人的復元生活中，注入以下

滿足其居住需求的策略，包括：1.制定友善居住法案（如美國1968、1988年的Fair Housing Act，且應透過政策降低「鄰避效果」）、2.落實「支持性住宅模式」與促進社會融合、3.對用藥者的居住需求評估（如提供便利性高的租屋卷或租屋補助策略，與多樣態的社區居住資源）、4.過來同儕的正向引導（能參加匿名戒毒／戒酒無名協會）（註8），及5.在不同的復元階段，投入適切且能順利轉銜、轉介的多專業服務（包括一般／精神醫療、護理、減少傷害、心理輔導、社會工作、職業復健等）。

最後，本文強力呼籲要落實強化社會安全網第二期計畫中「強化藥癮個案管理服務網絡合作與提升效能」（註9），不應只著眼於擴充服務用藥者個案管理專業人力與發展治療性社區，應同時在社區中佈建具多樣態的可居住式復元家屋，例如Oxford Homes、清醒復元家屋、住宿型復元家屋，並融入促進這群人上述之復元生活的參考要件，以發展對這群人具彈性、且有助於他們恢復個人自主能力的處遇策略與空間。未來，若能更進一步的針對多樣態之復元居住資源進行以實證為基礎之比較研究，則將更能落實社安網第二期「策略二：優化保護服務輸送，提升風險控管」與「策略四：強化部會網絡資源佈建，拓展公私協力服務」之目的，並實踐讓接受個案管理處遇服務的這群人，不

管是處於正復元中（recovering）、在復元中（in recovery）、或已復元（recovered）狀態，都能獲得具支持性之多樣化安置／居住資源，最終希望有利於這群公民在個人、家庭與社會等層面之功能恢復、降低復發，並維持更長期的復元生活。

（本文作者：陳玟如為國立臺北大學社會工作學系助理教授；鄭麗珍為國立臺灣大學社會工作學系教授）

關鍵詞：用藥者、復元、居住服務、社會安全網、新世代反毒策略

註 釋

註1：類似臺灣的緩起訴附命戒癮治療。

註2：「新世代反毒策略（第二期110-113年）」於109年8月27日經行政院第3716次會議核定。「新世代反毒策略行動綱領（第二期110-113年）」（核定本）經行政院於109年12月31日以院臺法字第1090202107號函通知法務部准予推動辦理。

註3：策略1：多元發展藥癮醫療服務方案，建立轉診與分流處遇系統。策略2：擴大藥癮治療與處遇人才培訓制度。策略3：深化多元安置型藥癮處遇與社區復健服務質量。策略4：強化替代治療便利性與提升治療品質。策略5：建立以家庭為中心之家庭支持服務，促進藥癮者重返社會。策略6：深化施用毒品者就業服務，連結網絡資源以促進就業。策略7：強化毒防中心追蹤輔導效能。策略8：提升矯正機關藥癮醫療服務質量，建立復歸轉銜機制。上述策略，除策略5由衛生福利部社會救助及社工司主政、策略6由勞動部主政外，其餘均由衛生福利部心口司主導與規劃（衛生福利部，2021）。

註4：即接納上癮是一個問題，且必須戒癮和把自己交託給上帝，並透過自助和互助來克服困難、積極參與12戒癮步驟，才能真正戒癮。

註5：象徵復元的三個元素是：清醒、全人健康與福祉（含生理、情緒、關係、靈性）、及公民權的行使（如正向的社區再融入），且其操作性定義是：1.清醒：象徵個人維持清醒且個人與專業對清醒狀態的評估同等重要，2.健康與福祉：包含生理、心理、人際關係、靈性等層面，3.公民權的行使：便是社區融入與社會參與。

註6：急性戒癮多以3至6個月為一期評估；而社區復歸則多為1至1年半。

註7：以「人」為中心追緝毒品源頭、以「量」為目標消弭毒品存在之策略（衛生福利部，2021：36）。

註8：戒毒無名協會（Narcotics Anonymous，簡稱NA）；戒酒無名協會（Alcoholics Anonymous，簡稱AA）。

註9：在強化社會安全網第二期計畫中，「強化藥癮個案管理服務網絡合作與提升效能」包括了：

1.充實藥癮個案管理人員，建立專業九任制度；2.精進藥癮個案管理服務模式，促進個案復歸社會；3.完善藥癮個案管理資訊系統，強化網絡合作效能（衛生福利部，2021，頁94）。

參考文獻

- 行政院全球資訊網（2017年5月25日）。〈重要政策——新世代反毒策略〉。<https://www.ey.gov.tw/Page/5A8A0CB5B41DA11E/47bbd6cf-5762-4a63-a308-b810e84712ce>
- 教育部學生事務及特殊教育司（2021年1月12日）。〈新世代反毒策略（第二期110-113年）簡報及行動綱領〉。<https://enc.moe.edu.tw/New/Info/446>
- 衛生福利部（2018）。《強化社會安全網計畫（核定本）》。
- 衛生福利部心理及口腔健康司（2021年8月10日）。〈新世代反毒策略之戒毒策略〉。<https://dep.mohw.gov.tw/domhaoh/cp-4077-43294-107.html>
- Betty Ford Institute & Consensus Panel. (2009). What is recovery? Revisiting the Betty Ford Institute Consensus Panel Definition. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 7(4), 493-496. <https://doi.org/10.1007/s11469-009-9227-z>
- Cano, I., Best, D., Edwards, M., & Lehman, J. (2017). Recovery capital pathways: Modelling the components of recovery wellbeing. *Drug Alcohol Depend*, 181, 11-19. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2017.09.002>
- Groshkova, T., Best, D., & White, W. (2013). The Assessment of Recovery Capital: properties and psychometrics of a measure of addiction recovery strengths. *Drug Alcohol Rev*, 32(2), 187-194. <https://doi.org/10.1111/j.1465-3362.2012.00489.x>
- Jason LA, Olson BD, & Harvey R. (2015). Evaluating Alternative Aftercare Models for Ex-Offenders. *J Drug Issues*, 45(1), 53-68. <https://doi.org/10.1177/0022042614552019>
- Jason, L. A., & Ferrari, J. R. (2010). Oxford House Recovery Homes: Characteristics and Effectiveness. *HHS Public Access*, 7(2), 92-102. <https://doi.org/10.1037/a0017932>
- Jason, L. A., Salina, D., & Ram, D. (2016). Oxford recovery housing: Length of stay correlated with improved outcomes for women previously involved with the criminal justice system. *Substance abuse*, 37(1), 248-254. <https://doi.org/10.1080/08897077.2015.1037946>
- Johnson, R., Martin, N., Sheahan, T., Way, F., & White, W. (2009). *Recovery Resource Mapping: Results of a Philadelphia Recovery Home Survey*. Philadelphia Department of Behavioral Health and Mental Retardation Services.
- Kaplan, C., & Broekaert, E. (2003). An introduction to research on the social impact of the therapeutic community for addiction. *International Journal of Social Welfare*, 12, 204-210.

- Mericle A. A., Miles J., & Way F. (2015). Recovery Residences and Providing Safe and Supportive Housing for Individuals Overcoming Addiction. *Journal of Drug Issues*, 45(4), 368-384.
- National Association of Recovery Residences (2012). A primer on recovery residences: Frequently asked questions from the National Association of Recovery Residences. Accessible. <http://narronline.org/wp-content/uploads/2014/06/Primer-on-Recovery-Residences-09-20-2012a.pdf>
- National Institute on Drug Abuse (2021). Principles of Drug Addiction Treatment: A Research-Based Guide (Third Edition)-Types of Treatment Programs. <https://www.drugabuse.gov/publications/principles-drug-addiction-treatment-research-based-guide-third-edition/drug-addiction-treatment-in-united-states/types-treatment-programs>
- Scott, C. K., Foss, M. A., & Dennis, M. L. (2005). Pathways in the relapse--treatment--recovery cycle over 3 years. *J Subst Abuse Treat*, 28 Suppl 1, S63-72. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2004.09.006>
- Tsemberis, SJ (2010). *Housing First: The Pathways Model to End Homeless for People with Mental Illness and Addiction*. Hazelden
- UK Drug Policy Commission. (2008). *The UK Drug Policy Commission Recovery Consensus Group*. Kings Place.
- White, W. (2007). Addiction recovery: its definition and conceptual boundaries. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 33, 229-241.
- Wittman, F. D., & Polcin, D. (2014). The Evolution of Peer Run Sober Housing as a Recovery Resource for California Communities. *NIH Public Access*, 8(2), 157-187. <https://doi.org/10.2190/SH.8.2.c>