

淺談社會福利與醫療之跨系統服務對物質使用者的重要性——以老年監所收容人為例

陳玟如

壹、前言

七、八年前，我服務過一個80幾歲的毒品個案，他出監前兩、三個禮拜我才去看過他，因為這種年紀大的出監前，監所都會通知我們，我們就會入監去看……那時候我還特別問他要不要更保幫忙、監所也有跟他家人聯繫，他說他會回家……因為他刑期很久，在監期間家人還有跟他通信、也去看過幾次，所以我和監所都以為他會回家……沒想到他出監後回不了家，以前住的管區也不認識他、鄰居也不認識……除了獄友，就好像沒有半個他認識或認識他的人……自己在街上晃好幾天，才想到要來更保找我，他來的時我真的嚇到，整個人跟在監所的時候差很多、掉很

快，那時候他也才出監不到一個禮拜……因為在監所至少還有吃有住，可是一出監、沒人理他，那種年紀大的不用幾天就會變很糟……我就說還好你知道更保在地檢署，他開玩笑說：「我有想過要不要路上隨便搶個人，就可以坐警車來地檢署找你，因為真的很餓又很累，不然再進去（監所）也不錯，可是又怕再進去，就要躺著出來了……」。我聽他這樣說真的很難過……所以真的覺得這幾年推社安網（即強化社會安全網簡稱）真的有差，因為不是只有我和監所替這些老人家想辦法了，現在出監前會找社會處、毒防中心、或心衛的人一起開轉銜會議，然後分工，大家就可以提前準備……尤其對那種回不了家的老人家、或合併身障、

合併精障、或有愛滋的，我們就比較不用擔心他們會死在街上或短期內再進去。（更生保護會某分會工作人員口述）

從上可知，臺灣在未推動強化社安網前，須依據《監獄行刑法》（1946 / 2020）之規定執行出監後服務：

釋放衰老、重病、身心障礙不能自理生活之受刑人前，應通知家屬或受刑人認為適當之人來監接回。無法通知或經通知後拒絕接回者，監獄應檢具相關資料通知受刑人戶籍所在地直轄市、縣（市）社會福利主管機關辦理轉介安置或為其他必要之處置。（第142條）

其目的即在於當這群人缺乏家庭或非正式支持資源時，可由戶籍所在之社福主管機關提供上述對象重返社區之社會服務。然而，有鑑於過往服務老年收容人之協力網絡單位有限，且這群人因長期脫離社會以致連結非正式支持資源相當不易、身心健康普遍不佳、及複合多重污名（如毒品、犯罪污名）等因素，導致未有準備的出監，將直接衝擊這些人的生命安全。

已知目前臺灣根據世界衛生組織（World Health Organization, WHO）以聯合國《馬德里老化國際行動方案》為基礎，且在配合聯合國永續發展目標下，提出以人權為基礎的《健康老化十年

（2020-2030）》計畫，除認為每一位老人應享有人權的普及性、不可剝奪性及不可分割性外，更強調享有涉及生心理、社會等各項權利並免於剝削、暴力及虐待，以彰顯對老年者人權的重視（衛生福利部保護服務司，2022）。

根據2020年新修且已公布的《監獄行刑法》（1946 / 2020）：「為達監獄行刑矯治處遇之目的，促使受刑人改悔向上，培養其適應社會生活之能力，特制定本法」（第1條），是該法首重之立法目的；蔡宜家等人（2022）也指出《監獄行刑法》的立法目的在於「並重監獄處遇與社會復歸」之概念內涵，且基於該條立法說明是援引了公民與政治權利國際公約、聯合國在監人處遇最低標準規則，及日本刑事收容設施法關聯的規範與學理討論後，該法內涵除延續矯正機關以防止再犯為目的外，亦期透過矯治專業引導受刑人改過並強化守法狀態，以促使受刑人重回社會，維護這群人憲法上之權利，及運用外部社會福利措施以實踐人性尊嚴，因此蔡宜家等人也呼籲本國矯正機關發展發展矯治專業時，應思索如何協助國家規劃並結合現行高齡與長照政策，以進一步串聯高齡受刑人出獄前後的生活，讓受刑人得漸進同步外部社會的高齡者態樣。

若用更嚴肅的態度檢視老年入監服刑與老人保護的關聯，有Maschi等人（2014）指出若監所提供老年收容人（註

1) 惡劣之生活環境，實已構成對老人虐待與疏忽之要件，尤其讓老人長時間暴露在醫療需求被忽視、照護資源不足、缺乏復元服務與出所準備等處境下，將加劇這群老年收容人身心疾患的惡化，且缺乏適當照顧更構成嚴重侵犯健康權、福祉權、社會保障權、家庭權、文化與安全、免遭受酷刑與虐待等重大人權議題。可知，無論國際趨勢、本國《監獄行刑法》立法目的、學術研究等觀點，均強烈重視老年監所收容人之權益。

因此，本文試圖借鏡聯合國毒品和犯罪問題辦公室（United Nations Office on Drugs and Crime, UNODC）在2009年委託出版《特定需求收容人手冊》（*Handbook on Prisoners With Special Needs*）（註2）第六章“Older Prisoner”為主要參考架構，搭配本國推動強化社安網計畫時對跨網絡合作的重視，期透過梳理臺灣在監毒品犯罪人口統計，與了解老年監所收容人的保護領域及毒品施用／成癮的關係，令讀者了解社會福利與醫療之跨系統服務物質使用／成癮老年監所收容者的服務內涵，並於文末淺談對此類老年人口群提供服務時之建議與展望。

貳、在監毒品犯罪人口統計，與了解老年監所收容人的保護領域及毒品施用／成癮的關係

一、在監毒品犯罪人口年齡統計

儘管《監獄行刑法》（1946／2020）：「受刑人入監時，應行健康檢查，受刑人不得拒絕；有下列情形之一者，應拒絕收監」（第13條）及「前條適用累進處遇之受刑人有下列情形之一者，監獄得給予和緩處遇」（第19條）（註3）皆將「衰老、身心障礙，不能於監獄自理生活」納入其中，即指當法院判決老年人需入獄時，監獄仍得以受刑人衰老為由，拒絕收監或給予和緩處遇。此二條法律並非指稱老年人犯罪時不需要執行刑事判決，而是當監獄拒絕收監或給予緩和處遇時，須另覓可執行刑事判決之其他機關作為監獄的替代執行處所。因此，在實務上若無覓得適當場域或機關時，老年受刑人仍須入獄服刑。臺灣自2018年3月起已正式邁入高齡社會，且國家發展委員會推估2026年臺灣將正式進入超高齡社會，在每五人中就有一位高齡者下，高齡者不僅會出現在社區生活中，且有一定比例高齡者將短期或長期生活在監獄中，凸顯老年監所收容人的在監生活品質及出監轉銜服務已不容忽視。

根據2013～2023年10月違反《毒品危害防制條例》與《肅清煙毒條例》入獄之

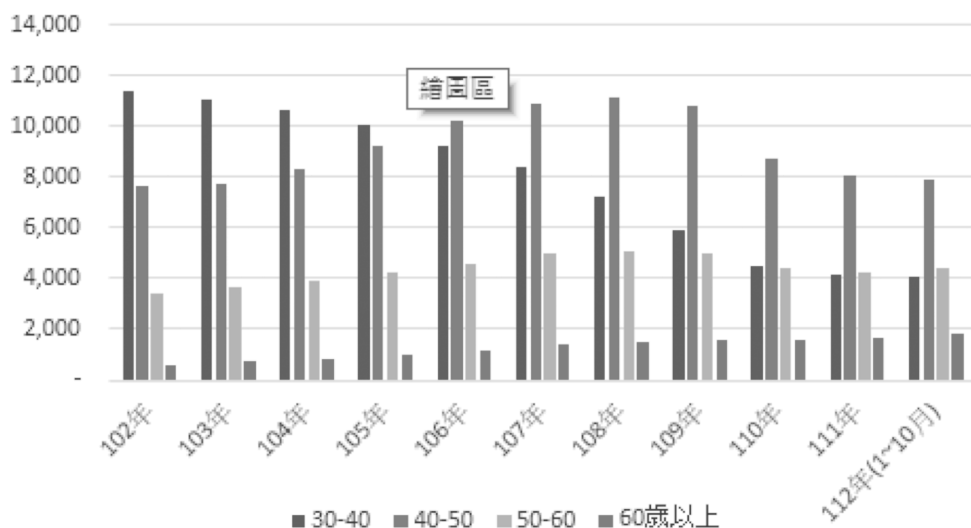


圖 1 2013 ~ 2023 年 10 月 30 歲以上在監毒品犯罪人口年齡分布圖

資料來源：法務部（無日期）。

人口統計，可知10年內30歲以上犯毒品罪者（含施用、運輸、製作、販賣等）之年齡變化，在2016年前以30～40歲最大宗，2017年起已變化為40～50歲為數最多，此趨勢不僅維持至今（2023年10月止），60歲以上的人數亦逐年增加（圖1）。

進一步以2013年各年齡層為比較基礎，比較2014～2022年間30～60歲以上在監毒品犯罪各年齡層成長幅度，除了30～40歲為負成長（介於0.96倍～0.36倍）外，其餘40～50歲（介於1.02～1.47倍）、50～60歲（1.07～1.5倍），60歲以上為等（介於1.17～2.70倍），皆為正成長。又，截至2023年10月為止60歲以上之人口統計，未至2023年年底便已高出2013年2.99倍（表1）。換言之，十年內，臺

灣已增加1,200多名因犯毒品罪而生活在監所之年長者，可預期隨著時間推移，下一個10年若當50～60歲移動到60歲以上後，各監所勢必面臨更龐大因違反毒品罪之高齡人口數，在監所內部資源有限、外部執行處所難覓且外部資源難以引入監所內時，當毒品犯罪之高齡者合併多重議題（如精神疾患、肢體障礙、無家可歸、安寧、重大疾病）時，其處境著實令整個社會堪慮。

二、了解老年監所收容人的保護領域，及毒品施用 / 成癮的關係

從許多已開發國家的犯罪狀況來看，可知老年人因貧窮與社會孤立而走向犯罪（如日本、美國），且Atabay（2009）亦

表 1 2013 ~ 2023 年 10 月 30 歲以上之在監毒品犯罪人口年齡統計

年分	30-40歲	40-50歲	50-60歲	60歲以上
2013年	11,436	7,614	3,408	625
2014年	11,043	7,761	3,654	730
2015年	10,659	8,284	3,910	835
2016年	10,078	9,227	4,267	977
2017年	9,226	10,189	4,581	1,186
2018年	8,430	10,902	5,012	1,382
2019年	7,236	11,161	5,102	1,533
2020年	5,934	10,808	4,984	1,606
2021年	4,473	8,775	4,397	1,586
2022年	4,130	8,082	4,246	1,685
2023年1 ~ 10月	4,112	7,896	4,403	1,871

資料來源：法務部（無日期）。

提醒監獄 / 監所實是依年輕犯罪者所設計的生活場域（如生活動線、設施設備等），大部分監所矯正計畫也是依據年輕犯罪者之需求與能力所制定的，因此幾乎鮮少發展照顧高齡或年長受刑人之收容環境與計畫。如Maschi等人（2014）便曾指出發展老年出監後之社區與家庭福利服務

時，不僅涉及代際正義（intergenerational justice），且基於入監途徑、時間與國家政策對不同犯罪之司法策略有所差異，累積了對老年收容人入監服刑之多重劣勢，因此思考老年監所收容人之議題時，應跳脫以監所為主要場域的框架進行思考與設計，始能發展出多系統（即不僅止步於監

所與矯正系統）、跨網絡（連結社區與監所）與多階段（從青年期到中高齡或高齡）之連貫性策略，以因應全球各國因人口老化對監所收容產生的衝擊；因此，Maschi等人（2014）提出老年監所收容人的保護領域，應包含：禁止年齡歧視、維護其法律行為能力與法律層面之平等、提供其機構或家庭長期照顧資源、終止任何暴力和虐待，且在監與出獄後，皆應提供有助於他們促進生產力之資源，如就業／工作、食物、居住資源、社會保護服務、健康服務（含臨終關懷照顧、安寧服務、身心障礙）、司法保障權等。

蔡宜家等人（2022）指出近年臺灣犯罪狀況較值得令人重視的焦點議題中，便包含了長刑期受刑人，而他們服刑期間產生的問題包括：（一）受刑人難以適應監獄環境，與提高監獄管理秩序的風險；（二）受刑人出監時可能已屆高齡，致生身心照護、社會適應等問題；（三）受刑人因長期自家人等人際關係中被隔離，導致服刑期間漸進失去經濟來源，或因失去與外界之聯繫而產生精神問題；且該研究整理國內外文獻亦發現，當長刑期受刑人經歷服刑期間的無目標度日、反覆面對移監作業的環境變動、假釋准駁時的情緒起伏等狀況時，容易產生自我封閉現象，且隨著服刑期間經過，長刑期受刑人的人際關係容易自動與外部社會疏離，並轉而與監所內部人際互動高度依附之監獄人格，

導致即使監獄管理模式有所轉變、提升管教人員與收容人的互尊重、和諧等關係，對這群人來說，仍容易為了穩定自身經濟而被動適應監獄生活、文化與人際關係，導致長刑期受刑人的意識、價值觀、目標與社會價值有其大差異，並發展不利於日後融入社會的復歸行動。

此外，該研究也同時指出受到近年來刑事政策兩極化之發展（註4），毒品犯一直高居監所新入監、在監人數之過往印象，近五年內已緩慢下降，彰顯政府與司法機關試圖降低因施用毒品犯罪者入獄之策進作為，且法務部2017年司法改革國是會議之報告中，亦考量此類收容人兼具病人與犯人之雙重特性，於2020年修正《毒品危害防制條例》（1995 / 2022）第24條，令施用毒品之緩起訴處分條件不僅限於戒癮治療，而是回歸刑事訴訟法之多款緩起訴規範之附帶條件，並將毒品施用人口之就業與社區福利服務整併於強化社安網計畫中，由衛生福利部推動諸多毒品施用人口之多元處遇策略與計畫，以利檢察官在撤銷毒品施用者緩起訴附命戒癮治療時，仍可對其聲請觀察勒戒等作為，以減少因起訴與入監服刑而對國人產生的監禁弊端。這些行動，均是近年本國提升毒品施用人口健康維護與減少司法標籤之進步作為，但僅對40歲以下之毒品施用人口較能產生利多效果，有鑑於過去臺灣毒品政策對毒品施用人口採取較重刑責之脈絡，

對目前在監長刑期或再犯紀錄累積較多之中高齡毒品犯來說，卻較難產生上述之利多效果；因此，服刑期間累積的健康不利處境、出監後社會復歸不利因素（如多重污名、就業不易、家庭關係不佳、社會支持薄弱、安置困難、較差的健康狀況等）等因素，都將迫使高齡者容易落入犯罪生活風險環境中（如加入犯罪集團、竊盜、詐欺等生活方式）。

已知新世代反毒策略在「戒毒面」最主要目的，是期待透過各項藥癮戒治補助費用之開辦，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，以強化治療成效使之能早日重返社會，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（行政院新聞傳播處，2020）。透過反思Maschi等學者與UNODC的提醒，若臺灣現階段的矯正處遇計畫（含監所內與出監）仍持續採用年輕犯罪者／更生人之觀點與需求進行服務提供與設計，強調出監後之復歸社會應提供大量就業機會、修復家庭關係、維持復元生活狀態等，以創造社會生產力等，此思維實難適用於已經歷多重社會排除與複合多重污名與社會標籤之合併物質使用／成癮之老年監所容人。

因此，如何提供專為中高齡毒品前科

犯之就業、就養與就醫等社會服務，不僅是勞政、社政、衛政與司法等服務系統及整體社會急需正視、且共同面對的重要課題，更挑戰著無論在監收容期或出監後之跨網絡與多系統，應參採哪些工作原則執行社會服務，以預防這群人落入更大的生存困境中。據此，本文將接續整理社會福利與醫療之跨系統服務物質使用／成癮之工作原則。

參、社會福利與醫療之跨系統服務物質使用／成癮之老年監所收容者的服務內涵

一、了解多系統、多專業與跨網絡服務模式對服務物質使用者的重要性

Hser等人（2009）指出1990年代後，成癮醫學研究受到蓬勃的發展與重視，產出許多在醫療診斷、治療與復發預防的有效研究，讓用藥者與相關專業不僅對於共病議題有了更廣泛且具科學實證的基礎研究——特別是在精神健康、愛滋病治療與刑事司法矯正介入作為等；但也因如此，基於以醫學治療為基礎的服務也變得越來越複雜，用藥與成癮者的服務重點也逐漸從疾病、轉向更大的社會與生活議題，提供服務的單位也從個別性服務、轉移到單一組織與跨組織／跨網絡服務，及結合現行融資結構（如提供個案面臨借貸、經濟與財務管理等問題之服務）。若

從慢性疾病的生命歷程角度來看，成癮研究與服務則有必要朝三個方向去思考，並一一進行深入研究，包括：（一）視成癮為慢性疾病的長期照護策略（包括長期介入模式）；（二）跨網絡系統的聯繫（linkage）與協調（coordination）；及（三）創新性服務（包括發展生命歷程曲線、混合研究方法等）。

以服務物質使用障礙（SUDs）家庭的成人與兒童為例，美國國家藥物濫用與兒童福利中心（The National Center on Substance Abuse and Child Welfare, NCSACW）強力認為評估此類家庭有公共健康風險與需求時，需提供系列性跨網絡合作服務，強調具整合性與跨網絡合作模式之所以特別重要之由，在於能為此類家庭提供更大的保護傘，除增強家庭社區適應力，有效降低健康風險及提供有力的社會支持與資源。可知，基於物質使用障礙者與其家庭的復元需求橫跨醫療、司法、社會、勞工、兒童與成人福利、社區支持與照護、就業與職場等多面向生活領域，因此在幾乎不可能以一個機構、或一個系統可提供全面性服務之狀況下，發展跨網絡系統協作模式，可產生更具效能且有即時力之工作策略，促使其生活得以恢復平衡（Green et al., 2008; Hser et al., 2009; NCSACW, 2022）。

二、如何發展成癮者與物質使用障礙症之整合性處遇服務

已知不少現代國家對毒品政策之建構與推動，相當重視對成癮者與物質使用障礙者與其家庭提供跨系統整合性服務，如美國藥物濫用研究所（National Institute on Drug Abuse, NIDA）與美國物質濫用和精神健康服務管理局（Substance Abuse and Mental Health Services Administration, SAMHSA）認為對成癮者或有物質使用障礙症者最好的治療方式，是提供「整合性處遇模式」，以達兼顧個人／病患的戒癮治療與整合性生活服務。如NIDA（2019）認為若僅對這群人提供戒癮治療或緩解戒斷症狀、而無提供跨網絡之整合性服務，則很容易誘發這群人因無力應付生活中各種挫折與困難時，再次施用法定毒品或合法的成癮物質（如酒精、安眠藥、鎮定劑），因此提出整合多專業與跨網絡之醫療與個案管理服務，以提供連續性之復元支持方案與照顧（continuing care）之多系統處遇服務，包含以七個重要的處遇系統（圖2）。

若以圖2為借鏡，儘管在臺灣之施用法定毒品者雖兼具「犯人」與「病人」身分，但在臺灣已長年推動長期照顧政策、全民健保、新世代反毒計畫、強化社會安全網計畫等基礎下，實相當有必要在各個福利服務計畫間，建立起能回應合併有物質使用／成癮之老年監所收容者監內、所

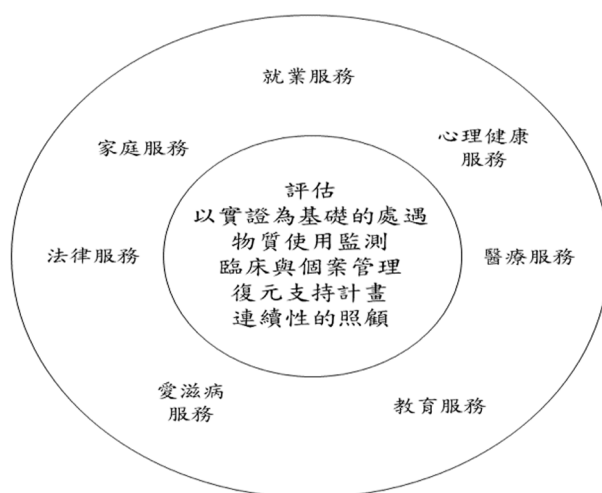


圖 2 NIDA 對成癮者與物質使用障礙的整合性處遇服務

資料來源：NIDA（2019）。



圖 3 跨網絡合作發展進程之連續層次

資料來源：鄭麗珍（2020）。

外等整合性服務。若能對其提供合併社會福利與醫療之跨系統服務，不僅可連結起社會問題的「治理」與「網絡」關係，對合併多重議題之物質使用者，更是可發展協助這群人穩定「復元狀態」之重要鉅視觀點，建立以實證為基礎的跨部門協作與網絡範疇。

在國內，林煥笙與喬憲新（2015）認為「治理」與「網絡」的連結關係，「治理」是以多元行動者網絡的管理做為基礎，「網絡」則是由多元行動者的持續互賴關係所組成，而治理與網絡同樣重

視多元行動者的共同參與，並強調納入多元行動者的互動過程，而跨部門協作所涉及的跨部門組織與跨疆域界限的概念，同樣是建立於多元行動者的跨域互動過程之上。而Agranoff與McGuire（2004）則呼籲應將「公共網絡，應被視為是一種多元的組織安排，藉以解決單一組織所無法解決的問題」。在落實強化社安網計畫的經驗中，有鄭麗珍（2020）根據Graham與Barter的觀點，認為跨網絡的協調（coordination）與協作（collaboration）是一種「關係系統」，指的是兩個或兩個

以上的利益相關人一起工作，以促成個人改變或達成共同目標的過程或組織結構，合作關係不只是機構與機構間的關係，還包括社工和服務對象的專業關係、工作人員的同事關係、社工與機構的雇用關係、機構與社區／社會的合作關係，且在面對快速變遷的社會及社福資源競爭下，發展全面性的跨網絡合作關係已經是社工師工作的必要之鑰，若從機構間的相互溝通層次來看，跨網絡合作的概念，則包括四個步驟之連續體（圖3）。

鄭麗珍（2020）認為機構之得以展開合作，始於彼此的資訊交換或互相溝通，此過程稱之為協作（cooperation），象徵機構間已建立正式關係且雙方工作人員可透過平臺討論計畫、想法並制定共同行動策略，在維持各自主要功能與責任界線下，可進行工作協調，而機構間建立跨網絡合作的正式機制（如聯合行動、資源共享、分工結構等規範原則的制定），則可稱為合作（collaboration），且跨網絡合作成熟到可發展合作聯盟組織，且機構之間的合作可透過共同訓練、經費共享、工作小組、共同評估、共同決策，則稱為整合（intergration），是發展成跨網絡系統合作的最高境界。最後，鄭麗珍（2020）也提醒當發展跨網絡合作模式時，須發展具體可行的合作機制，如各機構人員可合署上班、簽署合作意向書、跨專業或跨機構訓練、建立共用的個案管理資訊系統，

以及成立合作工作團隊等。

另，Bunge等人（2020）則指出跨系統介入雖可協助多系統「整合」，但要推動整合、實仰賴系統與系統間有著強大的協作關係，且基於權變理論，不同協作系統將隨著該系統特定任務與運作，將對有效性服務產生影響，因此應對於跨網絡系統的合作模式的次網絡系統建立決策指南，以協助組織領導者與執行人員能在各種狀況下使用適當的協作策略；相關研究與服務的開展，亦有必要進行貫時性混合研究，始能於研究初期，透過服務滿意度調查、機構文件、行政數據、合作夥伴協議與小組訪談等資料，提出初步協作模式歸納，以作為進一步開發與優化協作模式之基調，並於後期再廣邀服務提供者（如社會工作者、督導、相鄰專業）及與社區中利益相關專家等，以專家團體方式討論混合研究資料初步分析結果，發展各階段的任務分工、決策歷程以及決策樹（decision tree）；最後，在階段性研究任務結束後，也應持續對跨網絡系統的整合與發展協作模式，進行定期追蹤與測試，以確認該協作模式的可接受性、適當性與可行性。

三、如何運用與檢討「跨網絡系統協作模式」

有鑑於依照過往社會工作傳統依個案需求之階段性「轉介服務模式」，在服務

對象需求已轉向多元化與複雜化下，若各專業系統內部過於專注發展專精、相關法令之訂定無法接軌，實對實務現場之跨網絡合作模式已不敷使用，因此應有必要並重「跨網絡合作模式」與傳統工作方法，始能對這些服務對象的整體性問題提供更綿密且完整的服務。例如對用藥者／成癮者在跨網絡系統之服務聯繫與協調上，時常需要接觸藥物治療以外的服務系統，且每個系統（如刑事司法、心理健康、福利和醫療保健等）皆可發揮該系統對用藥／成癮者的問題與需求，但若無法將該專業介入時之效益延伸至其他議題、或將階段性系統介入成效延續到下一個網絡系統中，實是對個人與系統的損失。因此，透過定期與不定期跨網絡平臺會議或協調等程序，促使跨網絡協作系統可透過多面向綜整效益及次序性協調服務內容，已落實回應服務對象流動於跨網絡系統間的需求、知識落差、與聯繫強度-尤其是各網絡系統使用的語言、評估工具與決策依據。

舉例來說，在Bauld等人（2010）進行對用藥者求職與雇用經驗的研究，因發現用藥者找工作時常面臨各種障礙，且大多數障礙皆根深蒂固（如缺乏自信、心理與生理狀態均不健康、教育程度較低、缺少技能培訓的機會與工作技能、或深受成癮所苦），而他們在出監或復元階段時，又因需同時顧及工作、接受成癮治療、承

擔雇主／職場／社會等毒品污名效益產生的負面影響，因此該研究認為要克服上述障礙，需要更廣泛的社會變革，因此進行了跨網絡系統的協力合作的倡議行動；研究中，他們發現運用福利提供（含現金與實物）是有助於將這群人留在服務系統／網絡的重要策略，當拉長這群人留在服務系統的時間，且降低服務系統因毒品污名導致拒絕提供服務的發生率（如不因個人成癮復發或再次施用法定毒品，便取消或停止服務與福利資格），將有助於提升這群人持續接受福利服務、成癮相關治療與就業協助（含培訓、職業重建）的意願，以大幅降低其生活脆弱性（即誘發復發、或再次淪入犯罪生活型態），因此將提供去污名服務之思維，視為服務此社群重要的福利改革起點，並建議國家政策與福利體制提供此社群整合性服務時，應重視去污名的教育訓練與服務介入。

又，以Winstanley等人（2018）運用「案例報告」為例，該研究旨在探究俄亥俄州對於處方藥濫用（Prescription Drug Abuse）的現象，為呈現美國醫療系統的破碎與非法毒品及處方箋濫用（abuse）／誤用（misuse）的關聯性，運用「跨網絡與系統的整合性資料分析」，梳理跨網絡與系統的協作歷程；除透過個別訪談與田野調查，還原個人藥物購買需求與脈絡、社區藥房藥物販售策略與行銷方式、緊急護理介入等實際情境外，還積極提出

對社會福利評估及法令監督等多層次檢討（含主系統與次系統），並依據實證研究之基礎，發展監督處方藥購買與濫用／誤用策略。由上可知，透過以「案例報告（研究）」呈現的跨網絡系統的運作模式，實有助於逐一檢討案例在每個系統、每個階段與個人行為決策的關係。

肆、建議與展望

有鑑於「在監老化」是目前許多已開發國家正面對的難題，且依各國對監所管理及毒品犯罪之社會包容與處遇政策各有不同，本文尚無法直接提出有利發展服務老年物質使用／成癮之收容人之跨網絡系統等策略。然，已知臺灣自2017年起推動推動《長期照顧十年計畫2.0》（長照2.0），長照預算從2016年近50億元增加至今（2022年）超過600億元，除積極布建居家式、社區式及住宿式服務外，同時推動長照給付及支付新制與社區整體照顧服務體系，亦致力保障照顧服務員薪資待遇以充實長照人力、提升失智症服務涵蓋率，並持續推動預防及延緩失能照顧、強化失智症照顧量能及整合居家醫療等服務，廣泛照顧不同長照需求的民眾，已有卓然成效（行政院新聞傳播處，2022）。因此，本文期透過令讀者了解目前臺灣在監毒品犯罪人口統計、了解老年監所收容人的保護領域及毒品施用／成癮的關係，

在借鏡他國經驗下，提供發展國內服務物質使用／成癮之老年監所收容者時，建構有效能之社會福利與醫療跨系統整合服務，並提出初步建議與展望有以下三點。

一、並重老年監所收容人在監與出監的「成癮復元」與「長期照顧」需求

建議臺灣應參採Atabay（2009）及聯合國永續發展目標中以人權為基礎提出之《健康老化十年（2020-2030）》計畫，以落實本國《監獄行刑法》第一條之原則，因此，本文首要呼籲是強調享有涉及生心理、社會等各項權利並免於剝削、暴力及虐待時，實不可將監所老年人排除在外。基於NIDA與SAMSHA認為對成癮者或有物質使用障礙症者最好的治療方式，是提供「整合性處遇模式」，因此，強烈建議本國矯正體系有必要盡速在監所內提供老年收容人（含毒品犯罪與其他犯罪類型者，均應適用）整合性服務，且跳脫以監所為主要場域之框架，致力於監所場域內建構能回應老年收容人需求之長期照顧服務，並基於毒品施用／成癮之特殊性，對老年毒品犯罪者引入成癮復元之跨網絡系統協作模式。

以可行性觀點來看，基於筆者參與強化社安網巡迴輔導之經驗，可知目前已有部分縣市之身心障礙個管中心與長期照顧管理中心，與轄內監所合作，對出監年齡已達65歲以上者（含）、或收容人已被診

斷有精神疾患、或肢體障礙未被鑑定者、或患有重大絕症等類型，在出監前二至三個月內進行入所評估，以協助有需要的收容人取得身心障礙身分並協助申請福利服務，試圖縮短這群人出監後因福利身分尚未取得而無法獲得適當照顧之空窗期，是相當令人讚賞與值得效法之作為。只可惜並非所有監所皆可獲得類似之服務與資源，因此，筆者期待國家矯正機關在回應老年監所收容人需求時，實可參考上述作為，並結合現有之各項社會保護計畫（長期照顧政策、全民健保、新世代反毒計畫、強化社會安全網計畫）與福利服務，為監所內引入有利於老年毒品收容人長期照顧資源，及出監前發展積極與外部跨網絡合作之彈性與策略，或參考蔡宜家、張瓊文、陳建瑋、吳佩珊（2022）建議監所應活用緩起訴、檢視監獄內醫療與身心照護，及發展出獄後的社會福利體系接應機制等，發展從監所到社區之連貫性處遇策略，以因應本國因監所人口老化對監所管理與更生人社會復歸產生的衝擊。

二、建立以實證為基礎之跨網絡協作模式

有鑑於跨系統網絡的協調與合作往往伴隨大量訊息，而這些訊息又往往牽動著服務對象當下服務介入的適切程度（如就業、犯罪）。因此，應特別注意發展與研究物質使用者多網絡系統協作時，須評

估花在醫療戒治的錢是否高出其他網絡系統甚多（如個人復元成本、社會福利、居住、交通）；若國家能設置專責的成癮部門並進行大數據行政資料分析，以證明跨網絡系統運用的有效性，將更有助於作為跨專業實務推動與改善系統協作模式或發展創新策略之重要依據。

國家成癮政策在檢視社會工作實務工作與跨網絡協作模式時，擬定妥善運用跨網絡系統之「資料庫」與「決策指南」是重要的。「資料庫」旨在能令政策與實務工作之推動，可運用貫時性資料追蹤、案例報告等研究策略，以發展具體改善涉及老年監所收容人在監、出監轉銜、社會復歸等跨系統協作模式。「決策指南」則是在建構跨網絡協作模式服務合併老年、毒品施用、刑事犯罪等議題之國民時，由相關涉及此跨網絡協助模式之主責單位，提供對於跨網絡系統的合作模式的次網絡系統建立決策指南，旨在協助組織領導者與執行人員（包含公私立部門）能在各種狀況下使用適當的協作策略（包括各職類之工作者，如社會工作者、督導、相鄰專業等，均有明確之階段性任務分工、決策歷程以及決策依據），並對跨網絡協作模式保持定期追蹤與調整之彈性，以確認該協作模式的可接受性、適當性與可行性。若能於未來發展上述雙管齊下的策略，實踐以實證為基礎之跨網絡協作模式，則受益對象將不止於服務對象及其家庭，跨網絡

中的各單位也將不再因單兵作戰、或服務範圍無所指引而覺疲憊或挫折，且在福利服務輸送、成效評估及專業能力等層面，更能回應社會期待及需求。

三、落實社會福利與醫療跨系統服務之去污名教育訓練

有鑑於跨網絡整合服務將可能大幅降低用藥者／成癮者生活的脆弱性（即誘發復發、或再次淪入犯罪生活型態），但合併有多重污名身分之老年毒品收容人來說，筆者認為除提升監所內部助人者專業評估、運用社會資源、跨專業合作等專業能力外，應借重Bauld等人（2010）之研究提醒，視「提供去污名服務」之思維，為服務施用法定毒品者重要之福利改革

起點，且基於提供跨網絡整合性服務時，涉及多專業、多系統與跨網絡之服務提供者，只要有一個環節令老年人因感受到污名而退出服務系統，便十分容易發生筆者於一開始提出之案例窘境。因此，筆者於文末呼籲並期許建構與提供物質施用（含法定毒品與新興毒品）之社群整合性、或跨網絡服務時，實不可忽視「提供去污名教育訓練」與「去污名服務介入」之重要。

（本文作者為臺北大學社會工作學系助理教授）

關鍵詞：跨系統、老年收容人、物質使用、毒品

註 釋

- 註1 本文所指之「收容人」包含目前法務部所屬「監、院、所、校」下之49所機關內（含24所監獄、12間看守所、4所戒治所、3所技能訓練所，以及少年矯正學校等）之受刑事處分者。
- 註2 此手冊定義之特殊需求收容人為：心理／精神疾患者、肢體障礙者、少數族群與原住民族、外籍人士、多元性傾向（LGBT）、年長者、身患絕症者、被判死刑者等八類收容人。
- 註3 《監獄行刑法》第18條，內容為：「1. 對於刑期六月以上之受刑人，為促使其改悔向上，培養其適應社會生活之能力，其處遇應分為數個階段，以累進方法為之。但因身心狀況或其他事由認為不適宜者，得暫緩適用累進處遇。2. 累進處遇事項及方法，另以法律定之」。
- 註4 即依據新收入監之受刑人之人口組成可發現，長刑期之犯罪類別之減少主要集中於特定類

別的短刑期受刑人數（如毒品初犯）並改以社區處遇或施以緩起訴處分，但對於某特定類別之再犯者，多採取再犯時加重刑責之策略。

📖 參考文獻

- 《毒品危害防制條例》（1955 / 2022修訂）。<https://law.moj.gov.tw/LawClass/LawAll.aspx?pcode=C0000008&kw=%e6%af%92%e5%93%81%e5%8d%b1%e5%ae%b3%e9%98%b2%e5%88%b6>
- 《監獄行刑法》（1946 / 2020修訂）。<https://law.moj.gov.tw/LawClass/LawAll.aspx?pcode=I0040001&kw=%e7%9b%a3%e7%8d%84%e8%a1%8c%e5%88%91%e6%b3%95>
- 行政院新聞傳播處（2020年9月29日）。〈新世代反毒策略2.0——溯源斷根，毒品零容忍〉。檢索自行政院，<https://www.ey.gov.tw/Page/5A8A0CB5B41DA11E/dd0ee74c-82b9-4b7b-9030-5c2d0869a165>
- 行政院新聞傳播處（2022年7月22日）。〈長照2.0，讓照顧的長路上更安心〉。檢索自行政院，<https://www.ey.gov.tw/Page/5A8A0CB5B41DA11E/1e9bc8a6-99bc-41a5-b91f-96e6df4df192>
- 林煥筌、喬憲新（2015）。〈地方政府跨部門協力網絡的運作分析——以臺北市與新北市雙城共飲翡翠水為例〉。《文官制度》，7（4），73-119。
- 法務部（無日期）。〈矯正業務 / 在監 / 監獄在監受刑人人數（含性別）——依年齡別分（人）〉。2023年11月20日檢索自法務統計，<https://www.rjsd.moj.gov.tw/RJSDWeb/inquiry/InquireAdvance.aspx>
- 蔡宜家、張瓊文、陳建瑋、吳佩珊（2022）。《高齡受刑人之監獄處遇與社會復歸研究成果報告書》。法務部法官學院。<https://www.cprc.moj.gov.tw/media/20212166/%E9%AB%98%E9%BD%A1%E5%8F%97%E5%88%91%E4%BA%BA%E4%B9%8B%E7%9B%A3%E7%8D%84%E8%99%95%E9%81%87%E8%88%87%E7%A4%BE%E6%9C%83%E5%BE%A9%E6%AD%B8-110%E5%B9%B4%E7%8A%AF%E7%BD%AA%E7%8B%80%E6%B3%81%E5%8F%8A%E5%85%B6%E5%88%86%E6%9E%90-1111221.pdf?mediaDL=true>
- 衛生福利部保護服務司（2022年12月20日）。《老人保護工作指引手冊》。<https://www.mohw.gov.tw/dl-81372-23f1441a-9682-494a-bc80-aab565ac86a5.html>
- 鄭麗珍（2020）。〈以個案評估為基礎的資源管理和跨網絡合作〉。《社區發展季刊》，172，8-26。
- Agranoff, R., & McGuire, M. (2004). Another look at bargaining and negotiating in intergovernmental management. *Journal of Public Administration Research and Theory: J-PART*, 14(4), 495-512.

<https://doi.org/10.1093/jopart/muh033>

- Atabay, T. (2009). *Handbook on prisoners with special needs*. United Nations Office on Drugs and Crime. <https://www.ojp.gov/ncjrs/virtual-library/abstracts/handbook-prisoners-special-needs>
- Bauld, L., Hay, G., McKell, J., & Carroll, C. (2010). *Problem drug users' experiences of employment and the benefit system*. Department for Work and Pensions. <https://assets.publishing.service.gov.uk/media/5a75a9dce5274a545822d40c/rrep640.pdf>
- Bunger, A. C., Chuang, E., & Girth, A. (2020). Establishing cross-systems collaborations for implementation: protocol for a longitudinal mixed methods study. *Implementation Science*, 15, Article 55. <https://doi.org/10.1186/s13012-020-01016-9>
- Green, B. L., Rockhill, A., & Burrus, S. (2008). The role of interagency collaboration for substance-abusing families involved with child welfare. *Child Welfare*, 87(1), 29-61.
- Hser, Y. I., Hamilton, A., & Niv, N. (2009). Understanding drug use over the life course: Past, present, and future. *Journal of Drug Issues*, 31(1), 231-236. <https://doi.org/10.1177/002204260903900119>
- Maschi, T., Viola, D., T Harrison, M., Harrison, W., Koskinen, L., & Bellusa, S. (2014). Bridging community and prison for older adults: Invoking human rights and elder and intergenerational family justice. *International Journal of Prisoner Health*, 10(1), 55-73. <https://doi.org/10.1108/IJPH-04-2013-0017>
- National Center on Substance Abuse and Child Welfare. (2022). *Setting the collaborative foundation: Developing the structure of collaborative teams to serve families affected by substance use disorders*. <https://ncsacw.acf.hhs.gov/collaborative/building-capacity.aspx>
- National Institute on Drug Abuse. (2019). *Treatment approaches for drug addiction drug facts*. <https://rutgerstraining.sph.rutgers.edu/Fiveminutes/download/drug-facts-treatment-approaches-for-drug-addiction.pdf>
- Winstanley, E. L., Zhang, Y., Mashni, R., Schnee, S., Penm, J., Boone, J., McNamee, C., & MacKinnon, N. J. (2018). Mandatory review of a prescription drug monitoring program and impact on opioid and benzodiazepine dispensing. *Drug and Alcohol Dependence*, 188, 169-174. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2018.03.036>