

HU970617(法務部委託研究報告)

建構毒品施用者修復社會功能的
社區資源網絡之研究
(修訂版)

本研究受行政院研究發展考核會贊助

法務部編印

中華民國 98 年 11 月

(本報告內容及建議，純屬研究小組意見，不代表本會意見)

HU970617(法務部委託研究報告)

建構毒品施用者修復社會功能的 社區資源網絡之研究 (修訂版)

受委託單位：國立中正大學犯罪研究中心

研究主持人：楊士隆 教授

協同主持人：黃世隆 教授

研究助理：李宗憲、曾郁倫、莊淑婷、李卓穎

本研究受行政院研究發展考核會贊助

法務部編印

中華民國 98 年 11 月

(本報告內容及建議，純屬研究小組意見，不代表本會意見)

目次

提 要	
第一章 緒論	1
第一節 研究主旨	1
第二節 研究設計	2
一、研究主題分析	2
二、研究架構與主題	4
三、研究方法與流程	6
四、資料蒐集與分析方法	7
第二章 國際間毒癮戒治與社會資源網絡概況	11
第一節 聯合國UNODC毒癮戒治處遇建議	11
第二節 歐、美、澳地區概況	12
一、英國	12
二、荷蘭	14
三、愛爾蘭	15
四、美國	19
五、澳洲	19
第三節 亞洲地區概況	21
一、香港	21
二、澳門	22
三、新加坡	23
四、中國	24
第四節 小結	25
第三章 毒品施用者之服務網絡相關方案與研究	27
第一節 美國的方案	27
一、無毒社區支援方案（DFC）	27
二、復原之路（Access to Recovery，ATR）	31
三、復歸輔助（Reentry）	33
第二節 澳洲的方案	41
第三節 中國大陸毒品施用者的社區服務網絡相關研究	60
第四節 香港	65
第五節 新加坡	70
第六節 台灣	82
第七節 小結	87

第四章	研究發現	105
第一節	我國毒品施用者戒治體系中之社區資源網絡	107
一、	地方毒品危害防制中心	107
二、	社區醫療戒治	108
三、	更生保護會	109
四、	民間戒癮機構	110
第二節	毒品施用者社會資源分佈情形	110
一、	毒品列管人口與資源分佈情形	110
二、	各縣市資源分佈狀態	113
第三節	參訪與訪談結果	154
一、	地方法院檢察署觀護人與更生保護會	154
二、	地方毒品危害防制中心	155
三、	醫療戒癮機構	159
四、	民間戒毒輔導機構	161
五、	醫療戒癮體系與民間戒毒輔導機構的毒癮個案	163
六、	其他社會福利服務、扶助機構	166
第四節	小結	168
第五章	研究結果與討論	171
第一節	研究結果	171
一、	我國協助毒品施用者之社區資源網絡現況	171
二、	各界對協助毒品施用者之社區資源網絡觀點與建議	173
三、	國外的經驗與參考價值	173
四、	國外政策措施對中間性銜接機構的參考建議	175
第二節	討論	176
一、	戒癮治療與社會/社區資源的協助	176
二、	毒品施用者的社會資源需求層面	179
三、	政府角色與民間機構的連結	180
四、	強化民間的參與	185
第六章	研究建議	191
參考書目		173
附錄一	國外參訪紀要	錯誤! 尚未定義書籤。
附錄二	期中報告審查意見與回應對照表	錯誤! 尚未定義書籤。
附錄三	期末報告審查意見與回應對照表	錯誤! 尚未定義書籤。

提 要

關鍵字：毒品、毒品濫用、社區資源、社會功能、毒品施用者

一、研究緣起

毒品濫用已是世界各國共同面臨的社會問題，由於毒品使用具有強烈成癮性、累進性，致使在毒品防制與矯治處遇上面臨許多挑戰。目前我國對毒品施用者的戒治工作仍然倚重刑事司法體系，但毒品施用者離開機構回歸社會後，除假釋中受保護管束人尚受觀護系統之管控外，對其他毒品施用者並無法予以介入，毒品施用者出獄後需獨自面對現實生活問題與各種社會壓力，在家庭與社會支持系統無法有效發揮功能的情形下，戒治成效常難以延續，再累犯比例居高不下。因此，本研究擬深入了解毒品施用者修復其社會功能所需之支持或協助，並探究我國現行毒品施用者回歸社區後之醫療與輔導現況，以及瞭解國外相關毒品施用者之社區協助體系。從重整毒品施用者之家庭與社會支持功能觀點出發，嘗試提供完整的社會支持與關懷系統，銜接圍牆內外的處遇，進而增強毒品施用者外在支持力量，維持並強化其戒除毒品之內在心志，使其得修復社會功能，恢復其正常的社會功能與家庭生活。

二、研究方法及流程

為有效研擬適合我國國情、毒癮戒治體系與刑事政策之毒癮戒治社會資源網絡，以協助毒品施用者重建社會功能，本研究擬先探討我國目前可對毒品施用者提供協助之社會資源網絡現況，包含各戒毒相關網絡間之連結情形、資源、功能、社區資源網絡與區域分佈等，並藉由瞭解毒品施用者與民間團體對毒癮戒治社會網絡之觀感與期待，以及國外現行毒癮戒治體系中，協助毒品施用者重建社會功能的政策措施、體系網絡與整合經驗，以建構適合我國之毒癮戒治體系社會資源網絡，有效修復我國毒品施用者的社會功能，增進各政府單位與民間資源之整合與利用，並補充不足之體系領域，以降低毒品施用者再犯之機會。

三、重要發現

依據研究結果，可分為國際經驗與國內現況與困境兩大部分說明。從國際經驗歸納之結果為：(一)、社會復歸工作，已是毒癮戒治的趨勢；(二)、資金的投注與制度的規劃、落實，是毒品施用者社會復歸網絡發展的關鍵核心；(三)需有明確的防治架構，並設立明確的核心工作目標，相關工作才能有效呼應、具體落實；(四)、毒品施用者的社會復歸需考量多方面向，除施用毒品行為外，社會福利需求、疾病問題、生活就業問題及家庭關係改善等都需予以滿足；(五)、社會復歸不僅僅是社會資源的轉介，更重要的是個案管理工作，包括對個案的需求評估，以及資源的評估，進而發展計畫，執行並評估成效；(六)、一個完整的社會復歸方案個案管理工作，包含衡鑑（assessment）、發展介入計畫(plan)、確認資源所在(Identify)、協調（Coordinate）、成效評估(Evaluation)等階段；(七)、強制性的介入方案，對毒品施用者的處遇仍可發揮相當成效；(八)、以刑事司法體系的監督監控，輔以社會福利措施的介入，是較有效且完整的介入模式；(九)、刑事司法的積極參與，可以讓社會復歸方案更有效執行；(十)、協助毒品施用者社會復歸之民間機構，並非單純的宗教團體，接受政府補助的民間機構，皆須接受專業能力督導與考核，政府並給予專業能力的培植。

我國毒品施用者復歸社會的社區資源連結概況與困境則有：(一)、毒品危害防制中心承接了大量的出監毒癮人口，但欠缺良好的制度設計、配套措施與經費、人力，多疲於個案追蹤而無法進行個案管理；(二)、對毒品施用者復歸方案的社會資源網絡利用，多止於個案轉介，欠缺個案管理的落實；(三)、協助毒品施用者社會復歸的社會福利團體與民間機構，欠缺資金與專業訓練的協助，成長緩慢；(四)、目前毒癮戒治已由機構內拓展至機構外，但除醫療體系外，其他面向的資源稀少，多以官方或半官方組織為核心；(五)、醫療機構與替代治療對毒品施用者提供相當程度的幫助，但毒品施用者仍須其他面向的社會資源，特別是經濟與就業；(六)、受限於毒品施用者的特性與就業能力，勞委會與就業服務站的職業訓練與媒合普遍無法因應毒品施用者的需求；(七)、當前的刑事政策與刑事司法體系，並未與毒品施用者的社會復歸與社會工作產生緊密的連結，效能未能發揮；(八)、政府政策並未能有效扶植或協助毒癮者社會復歸的相關社會福利與民間機構發展。

四、主要建議事項

依據研究發現，本研究對建構毒品施用者修復社會功能的社區資源網絡提出下列建議：(一)、確立明確的毒品防治架構與核心工作目標，以落實毒品防治策略；(二)調整刑事政策，以發展毒品施用者社會復歸網絡；(三)、扶植毒品施用者復歸社會所需的社區資源，政府不應等待民間機構的緩慢發展，應更積極地扶植相關的社區資源發展，透過訓練、委託辦理、委託經營的方式，來扶植社區資源的發展。

具體的政策措施規劃如下：

類別	期程	具體措施
毒品 防制 政策 規劃	近程	<p>確立毒癮戒治的政策目標，應包括：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 發展能夠因應不同毒品施用者需求的戒癮方案：包含藥物治療模式、心理治療模式、社會復歸模式、個案的評估分類、治療程序、訓練課程、工作手冊、專業人員的認證程序…等。 2. 確立政府相關部門的分工與權責，較具專業性的戒癮治療內容（包含替代藥物、臨床工作、諮商輔導…等），應由衛生署負責擬訂相關的作業標準、訓練、認證…等規範。較具社會福利性質內容（例如安置輔導、居家照護、經濟援助、社會輔助…等），應由社會司負責擬定相關的辦法與準則 3. 研議對戒癮專業機構的認證規範，以及戒癮專業人員的訓練內容、對戒癮相關機構的補助、獎勵辦法。
	中程	<p>提供充分的相關戒癮機構數量與服務量：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 依據各縣市地區藥物濫用人口數量，應提供充足機構數量與服務量，除醫療院所外，應有專業的輔導治療機構、安置收容、教育訓練、庇護工廠…等不同類型的機構與充足的服務量，以因應毒品施用者康復需求。

刑事政策的調整		2. 依據不同機構的訓練與考核辦法，對機構進行教育訓練與成效監督考核，以提升機構的專業性、維持穩定的服務品質。
	遠程	修正對毒品施用者的刑事政策定位，由犯罪/處罰取向，轉向為疾病/治療，由衛生醫療與社會福利體系接手處理毒品施用者的戒癮與康復工作，刑事司法體系退縮，以懲罰威嚇、監督的角色，促使毒品施用者接受戒癮治療與康復服務的角色。
	近程	透過刑事司法的轉向處分，促使民間機構的參與： 1. 對表現良好且有戒癮意願的毒品施用者提前假釋，在觀護監督機制下，委由民間機構協助其復歸社會，例如庇護工廠、中途之家、接受持續性的戒癮治療或心理輔導。 2. 仿照新加坡階段性釋放與中途之家/治療中心的運作模式，設置中途之家/治療中心，對表現良好且有戒癮意願的毒品施用者提前假釋進入中途之家/治療中心，由刑事司法體系負責戒護安全與外圍管理，將特定治療方案需求委託民間機構辦理，例如專業評估、職業訓練、心理輔導、團體治療等，以做為機構內與社會復歸的銜接，提升個案接受社會復歸服務的意願與配合度、自我改善意願，同時亦促進民間機構的參與，發展民間機構的專業服務。
	中程	將現階段刑事司法體系所負擔的戒癮治療工作，逐步轉由專業性機構與團體負責： 1. 觀察勒戒與強制戒治可委由醫療院所或專業戒癮機構辦理，評估毒品施用者的成癮性，與提供戒癮治療服務，刑事司法體系退縮至第二線，如新加坡監獄署般扮演威嚇懲戒的角色，回歸刑事司法的本質，亦可促進毒品施用者配合戒癮治療的意願、降低戒癮專業性團體工作推展的困難。 2. 擴大緩起訴附命戒癮治療的適用範圍，現階段對緩起訴附帶戒癮治療的範圍限縮在海洛因類成癮者的美沙冬替代治療，對其他非鴉片類藥物施用者則無適用餘地。俟戒癮方案

		的發展（包含藥物治療、心理治療、社會復歸等模式），以及對戒癮機構團體的專業訓練完成後，應擴大擴大緩起訴附命戒癮治療的適用範圍，將戒癮服務委由專業團體執行，培植民間戒癮團體的專業性與負荷力、促進民間機構參與戒癮治療的相關工作。
	遠程	確立對毒品施用者的刑事政策定位，以及刑事司法體系、衛生醫療體系、社會福利體系的專業性與權責範圍，明確對毒品施用者的疾病治療與刑法處遇的差異，刑事司法體系負責懲罰威嚇與監督的角色，衛生醫療與社會福利體系負責毒品施用者的戒癮與康復工作，並確保刑事司法體系與衛生醫療、社會福利體系間的合作關係與銜接工作。
扶植社會資源的發展	近程	<p>1.鼓勵民間機構的參與： 毒品施用者在現階段社會觀感中，較不屬於福利服務團體，但對部分特定的毒品施用者，例如青少年族群，民間機構提供福利服務的意願較高，且對青少年族群在介入措施並不限於戒癮治療，以高關懷的觀點或扶助身心發展的理念，皆可處理青少年的藥物濫用與偏差行為、社會適應問題，可由此著手促進民間機構瞭解毒品施用相關議題，並降低民間機構對提供毒品施用者社會福利服務的排斥。</p> <p>2.委託民間辦理部分業務：政府以採購福利服務的方式，將毒品施用者復歸社會所需的社會福利服務中，部分較不具「戒癮專業」的福利服務內容委託民間機構辦理，例如毒品施用者家庭的居家照護、孩童的安置與照護、職業訓練…等，以鼓勵民間參與協助毒癮者復歸社會，拉近民間機構對毒品施用者提供服務的距離。</p>
	中程	1.戒癮方案發展完成後（包含藥物治療、心理治療、社會復歸等模式），需開始扶植民間戒癮專業團體的發展與訓練，以強化民間機構的專業性，包含對專業機構的評鑑與考核、專業人員的訓練與專業證照核發，並擴大民間機構參與較具戒

		<p>癮專業的社會福利服務方案，例如諮商輔導、團體治療、生涯發展、治療性社區等面向，更可與刑事司法體系作結合，參與刑事司法體系中途之家/治療中心的運作與發展，擴大對戒癮治療相關服務的參與，以及機構本身專業性的發展。</p> <p>2.建立對參與毒品施用者戒癮治療與社會復歸機構的評鑑、教育訓練、輔導制度，對優良的民間機構可以擴大委託服務的內容，對表現較為差的機構應加強輔導與輔助，以輔助民間機構的成長、培植民間機構參與提供毒品施用者戒癮與社會復歸的能量。</p>
	遠程	<p>民間機構參與毒品施用者戒癮與社會復歸情形達一定程度，足以因應毒品施用者的戒癮治療與社會福利服務需求後，政府與民間機構的關係應逐漸回歸市場競爭機制，由政府選擇較佳的民間機構委辦相關的服務，表現較不良的機構則逐漸被淘汰，以確保服務提供的品質。</p>

第一章 緒論

第一節 研究主旨

毒品濫用已是世界各國共同面臨的社會問題，由於毒品使用具有強烈成癮性、累進性，致使在毒品防制與矯治處遇上面臨許多挑戰。近年來，政府逐漸轉變過去以緝毒為重，拒毒、戒毒為次的反毒方針，改以強調「降低需求」的毒品防制政策，著重「拒毒」與「戒毒」的政策取向，強化拒毒宣導與戒治毒品施用者，以降低毒品施用人口。除陸續成立獨立戒治所，發展本土化戒治模式外，衛生署並全面推動美沙冬替代療法，以強化藥癮戒治成效。法務部並與衛生署結合，辦理毒癮戒治暨社區復健計畫，成立社區型藥癮治療中心。各縣市政府亦陸續成立毒品危害防制中心，整合矯正系統、司法系統、警政系統、醫療系統、社政系統、職訓就業服務系統等分散式的毒品防制機構，以及民間組織如更生保護會、宗教戒毒、諮商輔導機構及社會安置機構等社會資源，建立各系統間橫向連結的統合機制，以協助毒品施用者在自意戒癮、結束機構性戒治處遇或刑事監禁復歸社會時，能尋求持續性輔導戒毒網絡的支持，恢復其正常的社會功能與家庭生活。

目前我國對毒品施用者的戒治工作仍然倚重刑事司法體系，但毒品施用者離開機構回歸社會後，除假釋中受保護管束人尚受觀護系統之管控外，對其他毒品施用者並無法予以介入，毒品施用者出獄後需獨自面對現實生活問題與各種社會壓力，在家庭與社會支持系統無法有效發揮功能的情形下，戒治成效常難以延續，再累犯比例居高不下。因此，本研究擬深入了解毒品施用者修復其社會功能所需之支持或協助，並探究我國現行毒品施用者回歸社區後之醫療與輔導現況，以及瞭解國外相關毒品施用者之社區協助體系。從重整毒品施用者之家庭與社會支持功能觀點出發，探討社會福利團體、民間戒毒機構，以及政府相關組織機構如何對毒品施用者提供必要之協助，經由社會、政治結構面之調整，建立連結政府司法、矯治、社會福利與民間資源之機制，以提供完整的社會支持與關懷系統，銜接圍牆內外的處遇，進而增強毒品施用者外在支持力量，維持並強化其戒除毒品之內在心志，使其得修

復社會功能，重新營造一個有盼望、有未來的健康人生。

據此，為有效研擬適合我國國情、毒癮戒治體系與刑事政策之毒癮戒治社會資源網絡，以協助毒品施用者重建社會功能，本研究擬先探討我國目前可對毒品施用者提供協助之社會資源網絡現況，包含各戒毒相關網絡間之連結情形、資源、功能、社區資源網絡與區域分佈等，並藉由瞭解毒品施用者與民間團體對毒癮戒治社會網絡之觀感與期待，以及國外現行毒癮戒治體系中，協助毒品施用者重建社會功能的政策措施、體系網絡與整合經驗，以建構適合我國之毒癮戒治體系社會資源網絡，有效修復我國毒品施用者的社會功能，增進各政府單位與民間資源之整合與利用，並補充不足之體系領域，以降低毒品施用者再犯之機會。

第二節 研究設計

一、研究主題分析

（一）社區資源網絡與戒癮體系、刑事司法體系

本研究之最終目的在於建構一毒癮戒治體系之社區資源網絡，以修復毒品施用者之社會功能，降低毒品施用者再犯機會。目前我國對毒品施用者之刑事政策定位為「病犯」，亦即毒品施用者同時具備「病患」與「罪犯」之身分，除肯定對毒品施用者需提供治療之外，其施用毒品行為仍為犯罪行為。因此，在目前對毒品施用者之刑事政策概念下，修復毒品施用者社會功能之社會資源網絡並無法獨立於司法體系或戒癮體系而存在。需以整體毒癮戒治體系之觀點，在符合我國對毒品施用者之刑事政策取向下，探討哪些是對毒品施用者戒癮、重建社會功能有所貢獻之社會資源體系，以及在刑事政策取向與毒癮戒治體系之下，如何統整這些社會資源體系，以及建構此一社區資源網絡。並釐清社區資源網絡中，各體系環節在戒癮體系中所扮演之角色、與戒癮體系之結合情形、與刑事司法體系之互動及關連性。

（二）社區資源網絡銜接戒癮體系與機構性戒癮處遇

建構毒癮戒治體系社區資源網絡之目的在於整合與利用政府及民間資源，以有效修復毒品施用者之社會功能。此一社區資源網絡含括於整體戒治

體系中，但所連結之資源網絡體系環節並不限於社會/社區中，而應自毒癮戒治時即開始連結，以有效銜接戒癮機構與社會/社區。一般而言，銜接戒癮機構與社會/社區通常自離開機構開始，例如毒品施用者在離開戒治所或監獄時，機構便將其轉介至合作之醫療院所、更生保護會或地方毒品危害防制中心，毒品施用者自此離開機構管束而回歸社會。在此情形下，對銜接的社區資源網絡而言，確保毒品施用者在離開機構後願意持續接受社區支援網絡之協助，恐將成為社區資源網絡能否發揮功效之關鍵。

目前我國對毒品施用者之戒治或處遇機構多侷限於機構內，欠缺機構與社會/社區間之銜接機構與措施，此亦為目前戒癮體系中之空缺。在學理上機構性處遇可區分為閉鎖式處遇與開放式處遇¹，開放性處遇如社區矯正即可包括²：監督方案、居住方案、釋放方案、觀護處遇、社區監督與控制方案、監外就業、密集式觀護…等。例如新加坡³與美國德拉瓦州⁴之機構性戒毒處遇，既包含了日間監外就業、日間就業夜間住家拘禁、週末拘禁輔導等方案，以促使毒癮者能在半機構性處遇方案中，逐漸適應社會生活。因此，在建構以修復毒品施用者社會功能為目的之社區資源網絡時，機構性與半機構性的戒癮處遇措施亦應納入探討。

（三）社區資源網絡與刑事司法之角色及彈性

聯合國毒品與犯罪問題辦公室（UNODC）對毒癮戒治與處遇原則指出⁵，毒癮問題之處遇並非單純的生理、心理或醫療問題，對毒癮者之處遇，尚須以促使毒癮者回歸社會為核心，因此除了司法與戒癮機構外，社區與家庭亦應納入戒癮體系環節中。對毒品施用者的最佳處遇方式是採取「持續門診治療」、「藥物治療」與「監控」三種方式合併使用，使戒毒者能從治療中獲得最大治療效益。因此當前對於毒品施用者之處遇，多考量以監禁、緩刑

¹ 張甘妹(1997)。刑事政策。台北：三民書局。

林山田、林東茂(2002)。犯罪學。台北：三民書局。

² 蔡德輝、楊士隆(2006)。犯罪學。台北：五南出版社。

³ 陳定南、張紫薇、黃徵男、洪光宣(2003)。赴新加坡瞭解檢察官交流計畫成效，考察獄政及洽商簽訂刑事司法互相協定可行性。公務出國報告。

⁴ The State of Delaware-Department of Correction (DOC) Substance Abuse Treatment Program <http://doc.delaware.gov/Programs/treatmentprograms.shtml>。

⁵ United Nations Office on Drugs and Crime (2002). Investing in Drug Abuse Treatment-A discussion Paper for Policy Maker. http://www.unodc.org/pdf/report_2003-01-31_1.pdf

或假釋等刑事司法處遇結合治療、社區處遇方式來實施，這也是目前被認為最可行且值得採用之作法。

美國在刑事司法體系下的戒治規劃，其刑事司法體系乃扮演監督角色，促使毒品施用者配合相關的戒癮方案；而以監獄為基礎之處遇方案，則視毒品施用者改善情形，逐步縮減刑事司法體系的約束力，此一原則在新加坡的機構性戒癮處遇中亦可發現。相較之下，我國刑事司法體系下的戒治模式則較不具彈性，在戒治處遇中，刑事司法的約束力呈現有、無的狀態，受戒治人離開戒治所後，刑事司法體系便無約束力，即便有醫療轉介或追蹤之配套措施，但卻無法以刑事司法的約束力促使受戒治人配合方案。因此，在探討健全毒癮戒治體系中的社區資源網絡時，對於刑事司法之角色定位，以及如何在社區資源網絡中調整刑事司法約束力的彈性，亦需加以思考探索。

二、研究架構與主題

本研究之目的在於研擬適合我國國情、毒癮戒治體系與刑事政策之毒癮戒治社會資源網絡，以協助毒癮者重建社會功能。藉由探討、分析我國目前可對毒癮者提供協助之社會資源網絡現況，包含各戒毒相關網絡間之連結情形、資源、功能、社區資源網絡與區域分佈等，並瞭解毒品施用者與民間團體對毒癮戒治社會網絡之觀感與期待，以及國外現行毒癮戒治體系中，協助毒品施用者重建社會功能的政策措施、體系網絡與整合經驗，以建構適合我國之毒癮戒治體系社會資源網絡，有效修復我國毒品施用者的社會功能，增進各政府單位與民間資源之整合與利用，並補充不足之體系領域，以降低毒品施用者再犯之機會。據此，本研究之架構可設定如下圖 1-1：

研究主題包括：

- (一) 調查分析我國目前協助毒品施用者之社區資源網絡中，各體系環節之現況，包含各體系環節之現行政策、民間機構資源之運作辦理情形、各體系環節整合機制之設置與功能、合作模式及效益分析、治療性社區中心之建置情形，以及我國現行可供建構社區資源網絡之各項資源與區域分布情形。

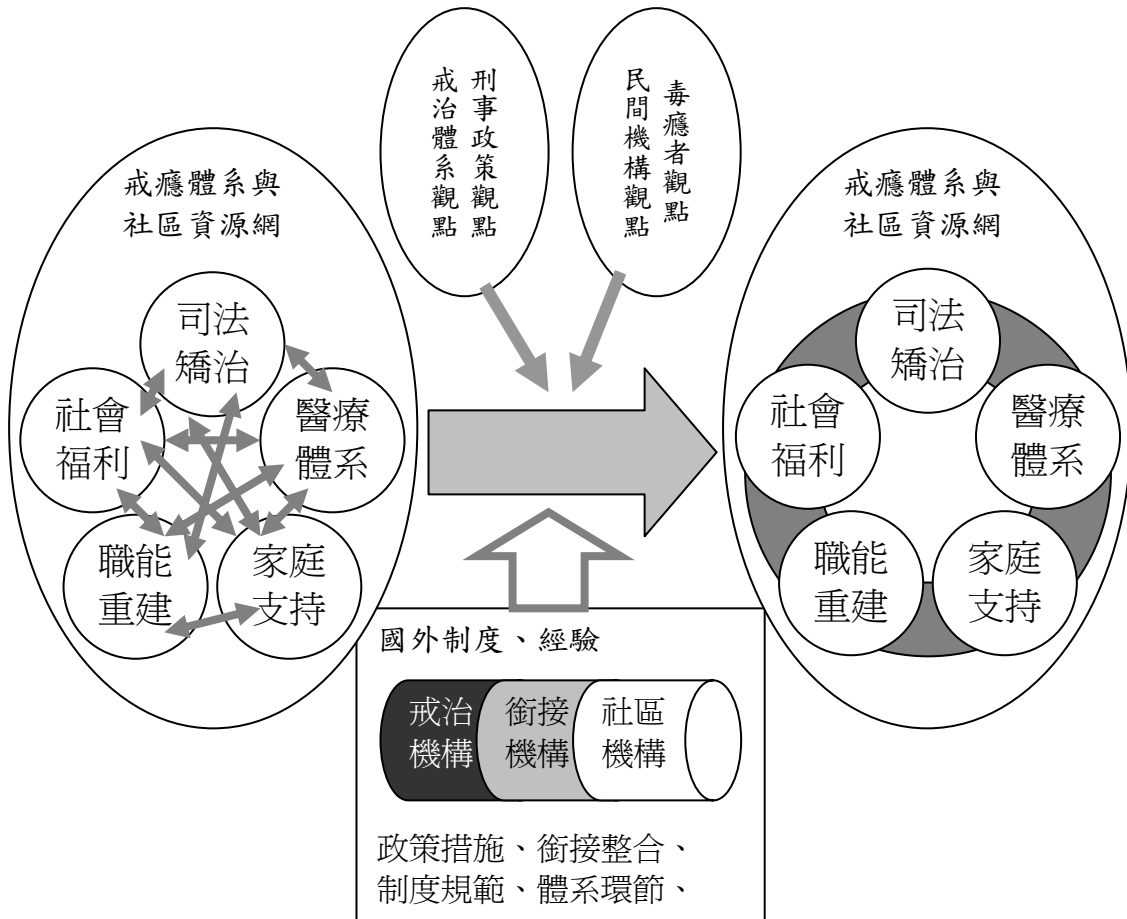


圖 1-1 研究架構圖

- (二) 調查毒品施用者、民間社團對我國現行修復社會功能之社區資源網絡的看法及未來的建議。
- (三) 瞭解與國外協助毒品施用者修復社會功能之政策、措施與整合經驗，並評估引介至國內使用之可行性。
- (四) 瞭解國外毒癮戒治體系中，銜接毒品施用者機構內與機構外處遇之機構或措施、制度與其相關之立法規範，以探討我國規劃設置中間性銜接機構之可行性與建議。

- (五) 建構、規劃具體可行之毒癮戒治體系社區資源網絡，以增進各政府單位與民間資源之整合與利用，並補充不足之領域，健全網絡中各體系環節之功能與目的，以有效修復我國毒品施用者的社會功能，降低毒品施用者再犯之機會。

三、研究方法與流程

為能確實瞭解國內戒治體系與對毒品施用者提供協助之社會資源網絡現況，以利後續研究之進行與建構毒癮戒治社會資源網絡，本研究擬先透過蒐集與分析國內有關毒癮戒治與相關社會資源網絡之文獻資料，以對毒癮戒治體系與協助毒品施用者重建社會功能之社會資源網絡有初步掌握。進而透過參訪國內社區資源網絡機構，並與機構負責人或主要執行人進行訪談，以瞭解社會資源網絡之現況，包含現行政策、機構之資源與實務辦理情形、功能、與其他機構之整合機制、資源與區域分佈、對社區資源網絡之看法與期待…等。並對戒治機構內外之毒品施用者進行訪談，以瞭解毒品施用者對重建社會功能之社區資源網絡看法與期待。

透過對毒品施用者與社區機構之訪談，以瞭解國內戒癮體系與社區資源網絡之問題與困境後，並藉由文獻資料之蒐集分析、參訪，瞭解國外戒毒體系與社會資源銜接、運用情形、相關法令規範，可做為我國參考之處…等，以提出對我國毒癮戒治社區資源網絡之規劃建議，建構適合我國之毒癮戒治體系社會資源網絡，以有效修復我國毒品施用者的社會功能，增進各政府單位與民間資源之整合與利用，並補充不足之體系領域，以降低毒品施用者再犯之機會。

為確保研究建議之可行性與適切性，初步研議社區網絡資源體系規劃後，藉由召開座談會，邀請戒癮體系相關單位共同討論，以修正規劃之社區資源網絡不足之處、體系間互動合作形態，使社區資源網絡之規劃更符合我國制度體系。

本研究之研究方法與流程，可以圖 1-2 表示：

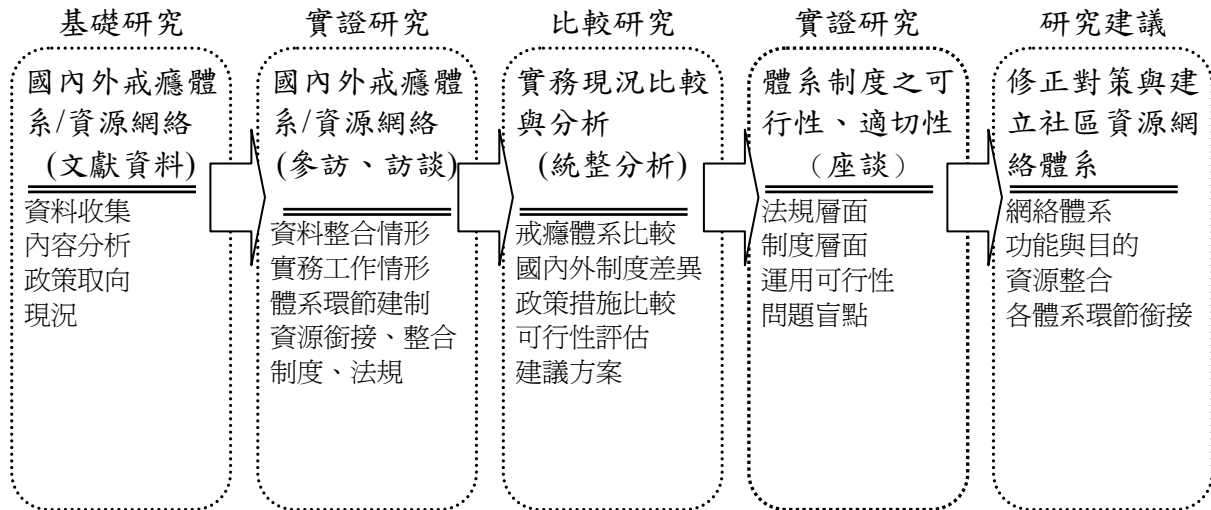


圖 1-2 研究方法與流程

四、資料蒐集與分析方法

本研究之資料蒐集與分析方法，依照研究流程分別說明如下：

- (一) 基礎研究：為能確實瞭解國內戒治體系與對毒品施用者提供協助之社會資源網絡現況，以利後續研究之進行與建構毒癮戒治社會資源網絡，本研究擬先透過蒐集與分析國內外有關毒癮戒治與相關社會資源網絡之文獻資料，以對國內毒癮戒治體系與協助毒品施用者重建社會功能之社會資源網絡有初步掌握，為後續研究之基礎。並對國外毒癮戒治體系、社會資源銜接網絡、資源運用情形、體系間的合作模式、相關法令規範等能有所掌握，以利後續研究進行與討論。
- (二) 實證研究：透過實證研究之進行，以瞭解國內社區資源網絡之現況、現行政策措施、資源整合與實務工作情形、整合機制之功能與運作現況、治療性社區性之建制情形、社區資源網絡之各項資源與區域分佈情形、毒品施用者對重建社會功能之社區資源網絡看法與期待、社區機構對重建社會功能之社區資源網絡看法與期待…等。最終瞭解本研究所規劃之重建社會功能社區資源網絡適切性。實證研究預計以實地參訪、訪談及座談方式進行。

1、實地參訪：

- (1) 國內戒癮體系相關社會資源網絡：透過參訪目前之社區資源網絡，以瞭解各項社區資源網絡之現況、執行情形、社區資源網絡之各項資源與區域分佈情形、民間機構資源之辦理情形等。預計參訪衛生醫療體系、目前社會上參與社會福利、職能重建、家庭支持的社會福利團體、重點安置收容機構、民間戒毒機構等，以達到充分瞭解我國目前協助毒品施用者之社區資源網絡現況，以及未來可以提供協助毒品施用者之社區資源網絡為目標。
- (2) 國外戒癮體系與相關社會資源網絡：透過參訪國外戒癮體系與相關社會資源網絡機構，以瞭解國外協助毒品施用者修復社會功能之政策、措施與整合經驗、中間性銜接機構之措施、制度與相關法令規範，以利評估相關制度引介至國內使用之可行性。對國外戒癮體系之制度，雖可透過網路蒐集相關資料與文獻，瞭解國外戒癮體系與相關社會資源網絡概況，但對於體系間之互動、合作模式、整合經驗等，終究難以盡窺全貌，透過實地參訪方式，與機構、相關方案執行人員座談，當可對戒癮體系與相關資源網絡之概況、運作方式、合作整合模式等有較為詳細之理解。考量研究經費與效益，本研究擇定鄰近我國，且文化、社會環境相近之香港與新加坡，以及社區資源網絡相當豐富的澳洲為實地參訪對象，說明如下：
 - 1) 香港：香港視施用毒品者為病患，長久以來即由政府 and 民間、社區共同參與對毒品施用者的治療，包含各種戒毒治療模式和康復計畫，並有懲戒署強迫戒毒計畫，由機構內至機構外之戒癮模式與康復計畫皆含括在內，當可做為我國整合社區資源網絡與銜接機構性處遇之參考。
 - 2) 新加坡：新加坡對施用毒品者所採取之刑事政策與我國相同，但其對施用毒品者所採取之戒毒模式較為多元，含括機構內與社區戒毒模式，除社區戒毒模式可為我國戒毒模式之參考外，其機構內之戒毒模式並設有階段性監禁措施，包含日間外出工作夜間監禁模式，與日間外出工作夜間在家拘禁模式，在刑事

司法之拘束力逐步消滅的情形下，毒品施用者得以與社區處遇逐步銜接，此一模式亦可供我機構性毒癮戒治模式之參考。

- 3) 澳洲：澳洲的藥物濫用戒癮服務相當多元，以維多利亞州人類服務部為例即包括居住性的戒癮服務、居家戒癮服務、門診戒癮、戒毒村、替代療法、諮商治療、復健社區、居住服務、支持性團體、外展服務，以及毒癮犯罪人處遇方案等。西澳在健康服務部組織架構下除藥癮戒治服務外，更獨立出個案服務與發展一環，納入了非政府組織的整合、品質提昇、藥物資訊服務，當可做為我國發展社區資源網絡與銜接機構性處遇之參考。

2、訪談：

- (1) 國內戒癮體系與相關社會資源網絡：除進行機構參訪外，並對社區機構方案執行者或管理者進行訪談，以瞭解各民間機構資源之辦理情形、地方毒品危害防制中心與機構之合作模式、機能、效益等，以及民間機構對我國現行修復社會功能之社區資源網絡現況與困境、期待，預計訪談各社區資源網絡機構方案執行者或管理者 12～15 名。
- (2) 毒品施用者：透過對毒品施用者之訪談，以瞭解毒品施用者對修復社會功能之需求、對修復社會功能之社區資源網絡觀感、現行制度之問題、期待等，預計訪談不同性質之機構收容毒品施用者 10～12 名，包含治療性機構（醫療院所）、支持性機構（宗教團體）、安置性機構（中途之家）、功能性機構（職業訓練、介紹）…等機構，以願意參與訪談，且能提供較為充分觀點之個案為主要考量。
- (3) 訪談分析：將訪談個案依據不同類型區分後，依據質化研究部分之資料分析，先以敘事方式對個案所表達之內容做一整體性的瞭解，進而將資料群聚歸納出相關的主題，進行分析。具體步驟包括：
 - 1) 將訪談內容謄寫成逐字稿；
 - 2) 根據訪談架構將資料群聚並段落化；
 - 3) 藉由群聚相關資料的步驟，並重複閱讀資料，發現資料中所呈現之主題；
 - 4) 根據主題進一步抽取資料中包含的元素或概念；
 - 5) 彙整分析內容，進行討論。

- (三) 比較研究：藉由國內外戒癮體系與社會資源網絡之比較，瞭解國內外戒癮體系、制度政策措施之差異，是否可以解決我國戒癮體系社會支援網絡之問題與困境、國外制度在我國實施之可行性，以提出對我國戒癮體系社會支援網絡之規劃案，建構適合我國之毒癮戒治體系社會資源網絡，以有效修復我國毒品施用者的社會功能，增進各政府單位與民間資源之整合與利用，並補充不足之體系領域，以降低毒品施用者再犯之機會。
- (四) 座談：為確保研究建議之可行性與適切性，初步研議社區網絡資源體系規劃後，藉由召開座談會，邀請戒癮體系相關單位共同討論，以修正規劃之社區資源網絡不足之處、體系間互動合作形態，使社區資源網絡之規劃更符合我國制度體系。預計召開 2 場座談會，每場次邀請戒癮體系主要參與機關、部門之相關業務負責或主導人、主管機關代表、以及民間戒癮體系負責人 8~10 位共同參與討論。

第二章 國際間毒癮戒治與社會資源網絡概況

國際間對毒品施用者所抱持的觀點不盡相同，部分國家在刑事政策上將毒品施用者視為犯罪，而有刑罰與強制戒治的規定，部分國家則以醫療處遇與社會福利制度處理毒品施用者毒癮問題。不管對毒品施用者的刑事政策取向為何，目前新近的毒癮戒治思想以傾向於提供吸毒者復原的整合性服務策略，除戒癮治療外，更著重重建毒品施用者的社會功能，使其重新獲得因為施用毒品所影響的社會生活能力。

第一節 聯合國 UNODC 毒癮戒治處遇建議

聯合國毒品與犯罪問題辦公室（UNODC）⁶建議將毒品施用者視為慢性病患來處遇，並強調提供戒癮處遇之機構或方案的執行者，對於處理毒癮問題應有下列概念：

1. 要與毒癮者的雇主及社會福利機構共同合作，以達成促使毒癮者復歸社會之目標。
2. 與刑事司法機關及緩刑/假釋官員合作，以達成監督毒癮者預防再犯之目標。
3. 與毒品施用者之家庭成員和家庭問題相關機構（例如兒童局、學校）合作，以達成促使毒品施用者勝任家庭角色之目標。

亦即對毒品施用者之處遇，尚須以促使毒癮者回歸社會為核心，因此除了司法與戒癮機構外，社區與家庭及各社區資源網絡皆應納入戒癮體系環節中。

根據聯合國UNODC對藥物濫用處遇的實證評估，當代有效的藥物濫用

⁶ United Nations Office on Drugs and Crime (2002). Investing in Drug Abuse Treatment-A discussion Paper for Policy Maker. http://www.unodc.org/pdf/report_2003-01-31_1.pdf

處遇包含「解毒」與「復發預防」兩個階段⁷。「復發預防」的主要目標即在於預防再次使用毒品、協助控制用藥渴求、重獲健康與社會功能。復發預防階段治療的成效與毒品施用者的一些因素相關，包括毒品施用者本身與治療兩個面向。毒癮者相關因素包括物質濫用嚴重程度、精神疾病的嚴重程度、治療的意願與動機、職業狀態、家庭與社會支持。治療相關因素則包括治療模式、治療的完成與成效持續狀況、藥物治療、諮商輔導。

由於對毒品施用者戒毒意願與持續接受、完成戒癮處遇對戒癮處遇之成效影響頗大，故當前對於毒品施用者之處遇，多考量以監禁、緩刑或假釋等刑事司法處遇結合治療處遇方式來實施，這也是目前被認為最可行且值得採用之作法，會比單純的醫療處遇或刑事司法處遇有效。

第二節 歐、美、澳地區概況

一、英國⁸

整體而言，英國對毒品施用者的處遇充分展現了醫療與公共衛生的觀點，滿足毒品施用者的戒治需求，並減少藥物濫用行為對個人所造成的健康損害，以及對社會所造成的危害。

英國對毒品施用者所採取的刑事政策觀點傾向於「病患」，儘量對毒品

⁷ United Nations Office on Drugs and Crime (2002). Contemporary Drug Abuse Treatment- A Review of the Evidence Base。 <http://www.ndc.hrb.ie/attached/1681-1586.pdf>

⁸ Department of Health (England) and the devolved administrations (2007). Drug Misuse and Dependence: UK Guidelines on Clinical Management. London: Department of Health (England), the Scottish Government, Welsh Assembly Government and Northern Ireland Executive. http://www.nta.nhs.uk/publications/documents/clinical_guidelines_2007.pdf
Department of Health, National Treatment Agency for Substance Misuse, Royal College of General Practitioners, Royal College of Psychiatrists, & Royal Pharmaceutical Society of Great Britain. (2006). Clinical Management of Drug Dependence in the Adult Prison Setting - Including Psychosocial Treatment as a Core Part. http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_063064。

The National Audit Office. (2004). The Drug Treatment and Testing Order: early lessons. http://www.nao.org.uk/publications/nao_reports/03-04/0304366.pdf。

Cranstoun Drug Services 網站， <http://www.cranstoun.org/>。

施用者提供醫療照護，雖然以「禁絕所有毒品」為最終目標，但在達到此最終目標前，亦設立不同階段的毒癮治療目標，包含「禁絕主要問題使用毒品種類」、「達成受控制、非依賴或非問題性的毒品使用」、「降低與毒品濫用相關的損害行為或風險行為」、「減少因毒品濫用間接造成的健康、社會或其他問題」…等，以階段性方式處理毒癮問題，此一理念相當值得我國參考，亦即毒癮問題並非一朝一夕可以解決，必須設立階段性目標，逐步控制毒癮問題，以獲得戒癮成效。

英國之毒癮戒治，乃由健康部制訂藥物濫用者的臨床管理、藥物治療、心理社會介入等指導並提供實物工作者治療的相關工具。亦即在英國健康部專業領導下，英國具有一致性的戒癮方案規劃，以及指導原則、工具等，而非由戒癮機構自行研究探索合適之戒癮方案。我國至今仍無一致性、完整的戒癮方案內容，可參考英國之作法，由衛生署研議毒癮者戒癮工作內容，以使戒癮實務工作者有所依循。

英國對毒品施用者採取醫療照護觀點，在矯正機構場域中，對毒品施用者仍有醫療照護、社會心理處遇、替代性治療等方案內容，以促使毒品施用者戒癮。並有法庭轉介治療處遇制度，對有毒品濫用問題之犯罪人宣判社區處遇，並受緩刑部門監督，促使毒品施用者接受戒癮治療，司法體系中仍有濃厚的治療色彩，以處理毒癮問題為最終考量。

在社會功能復健方面，英國將重心放在處理問題性毒品使用者（problem drug users, PDUs）的就業困擾上（Working Towards Recovery⁹），因其國內研究發現，有八成以上的毒品使用者屬於無業，而就業與否也會成為後續復健與重新進入社會的重要元素之一，因此就業成為英國看待毒品使用者是否能夠擁有良好治療成效之重要指標之一。Care Planning Practice Guide也視就業過程為治療歷程的一部份，當PDUs能夠順利進入職場時，也能提升復原的力量。

一般來說，PDUs 有著多樣性與複雜的需求，他們可能很早就輟學、生活不穩定、有犯罪行為、需要醫療服務、以及就業困難等。所以當要讓 PDUs

⁹ http://www.ukdpc.org.uk/resources/Working_Towards_Recovery.pdf
http://www.ukdpc.org.uk/resources/Part_One_Background_Research.pdf
http://www.ukdpc.org.uk/resources/Part_Two_Background_Research.pdf

能夠順利進入勞動市場，所以從在職業中心內到勞動市場之間有可能需要多樣的介入，如：首先要先處理生理與心理疾病或症狀、促進就業動機、提供適當住所、發展相關技能、財務管理技能以及在就業過程中提供相關協助等。

另外從雇主立場的考量，應該尊重其對於雇用 PDUs 時會產生的擔心，如管理上或營業上的可能各類風險，所以在期待雇主提供就業機會的同時，也應該針對雇主的擔心予以解決。另外為了鼓勵雇主多提供就業機會，提供補助或調降營業相關的稅金都是可行。同時在法律與政策上也會考量加以修正有助於協助 PDUs 順利重回社區。

二、荷蘭¹⁰

荷蘭的毒品政策則是寬宏（liberal）聞名，對毒品施用者的治療目標是在完全消除毒品使用行為，但若該目標無法達成，則會設定其他目標。荷蘭不把毒品施用者視為罪犯，而當作有健康問題的病人，必須尋找有效的辦法降低此類社會問題的危害。荷蘭的戒毒治療包括醫院和門診，住院提供的治療主要使病人戒絕毒癮，以危機干預和戒毒治療協助病人克服毒癮。門診則提供包括美沙冬替代治療、輔導、團體治療和心理治療，部分醫院診所也提供以社會服務為主的護理，如街頭服務和為有毒癮的娼妓提供日間收容。荷蘭的美沙冬替代療法是免費供應的，大部分的戒毒者可以在診所、拘留所、監獄、警局取得，嚴重的毒品施用成癮者可能會被納入由員警、自願者組織和市立健康服務聯合管理局的特殊處遇計畫之下。該計畫為毒品施用者提供監控點，提供住宿、合法工作收入，以及確保這些重度成癮者可以有個安全和乾淨的去處¹¹。

荷蘭對毒品施用者所採取的寬容態度與我國刑事政策有相當大的差距，因此其戒癮政策與方案乃以醫療戒癮、替代療法與社會服務為主。在荷蘭對毒品施用者所提供的治療處遇方案中，特殊處遇計畫是相當特別的制

¹⁰ Tops, D. (2003) "Sweden and Holland – two drug policy models". In Henrik Tham (red): Research on Swedish Drug Policy. Stockholm: Stockholm University, Department of Criminology.
http://66.102.1.104/scholar?hl=sv&lr=&q=cache:KPzPDYs0IRAJ:www.crim.su.se/downloads/ResearcherOnSweDrugPolicy_eng.pdf+dolf+tops

¹¹ 束連文(2007)。藥物濫用戒治模式整理研究。行政院衛生署管制藥品管理局九十五年度業務委託研究計畫。

度，由員警、自願者組織和市立健康服務聯合管理局共同運作，對重度成癮的毒品施用者提供監控點，提供住宿、合法工作收入，以及確保這些重度成癮者可以有個安全和乾淨的去處，此一制度乃「減少毒品傷害」理念的極致展現。目前我國毒品政策中「減害」觀點僅止於針具交換與替代療法，對參與替代療法個案所提供之服務僅止於提供藥物治療，但毒品施用者的問題並非僅止於生理層面，社會生活層面亦需要提供協助，可以仿照荷蘭特殊處遇計畫建立中途之家，對特定類型之毒癮者提供住宿、合法工作收入之機會，促使毒品施用者重新整合於社會生活中。

三、愛爾蘭

愛爾蘭對毒品問題主要的因應策略主要建構在降低毒品的供應、預防毒品的使用、戒癮處遇與研究四大面向，在 2005 年 6 月全國毒品策略（the National Drugs Strategy）報告審查中，各方意見要求對「復健」議題的重視的呼聲持續不斷，與會團體陳述：「…在整體策略中將『復健』要素一項納進的必要，在整個諮詢過程中是一個一再重複出現的主題，同時為確保不是僅能有限地將毒品施用者置於美沙冬的治療中，『復健』概念被視為是最基本的…」，在隨後的報告書審查建議中，即一致贊同應將復健「復健」併為毒品防制策略的第五支柱¹²，同時並建議應成立一個工作團隊，以發展統整「復健」供應體系，發展提供給毒品施用者復健的整合性服務之策略。

愛爾蘭政府對使用毒品施用者的復健是採取廣義的定義，認為「復健」不只是治療處遇過程的結束，施用者的戒毒而已，更應包括使人們重新獲得之前因為毒品的影響的生活能力，並使其能重新整合入社區中。提供給毒品施用者復健的整合性服務之策略是以一種合作方式，將愛爾蘭內各種不同國家機構以及志願與社區團體一同納入，共同在該國內深受毒品影響之區域工作而形成的決策，這些機構包括健康服務執行區（Health Service Executive Areas）、警察（the Gardai）、職業教育委員會（Vocational Educational Committee）、監獄服務（the prison service）、地方當局（local authority）與政府部門（Government departments）。

此外，國家關於毒品的諮詢委員會（the National Advisory on Drugs）在

¹² Department of Community, Rural and Gaeltacht Affairs 網站，<http://www.pobail.ie/en/>。

檢閱了一連串的毒品計畫後，確認了一些與毒品處遇相關聯的重要組成因素，而將這些因素形成作為整合性復健方案的基礎，這些因素包括：

1. 特定之毒品處遇（例如協助瞭解成癮、有目的的訪談、一對一諮商、團體治療等等）
2. 健康的促進（如一般的飲食、安全性行為的資訊、牙科治療、資訊與建議等）
3. 個人發展（如一般生活技能、社交、溝通技巧、家庭、社區支持、親職技巧）
4. 教育（如的成人教育、讀寫能力、算數、藝術、職業訓練等）
就業（如社區就業、就業準備、工作找尋與面試技巧、工作準備與安置）
5. 支持與倡導（如住宅、安置問題的處理、社會福利以及行事司法相關議題）
6. 社交與休閒活動（目標在提供一種替代毒品使用的生活方式、提高道德層次與自信）

上述服務之提供涉及到許多單位、組織，因為不可能有單一機構有各項專精與能力能夠滿足所有的需求。為了使對復健所牽涉之各機構間能夠達成充分的協調，愛爾蘭政府在原有組織架構中，另新增設一個新的委員會－全國毒品復健執行委員會（National Drug Rehabilitation Implementation Committee, NDRIC），成為專門負責復健有關事項的委員會，希望能達到一個以案主為中心的復健工作目標，滿足案主達到充分復健的需求。

愛爾蘭政府為使復健服務的遞送能夠順暢，他們發展了一個復健呈報架構（Rehabilitation Reporting Structure）（圖 2-1），它是在現存架構之外，另外再提增而新建一個全國毒品復健執行委員會。

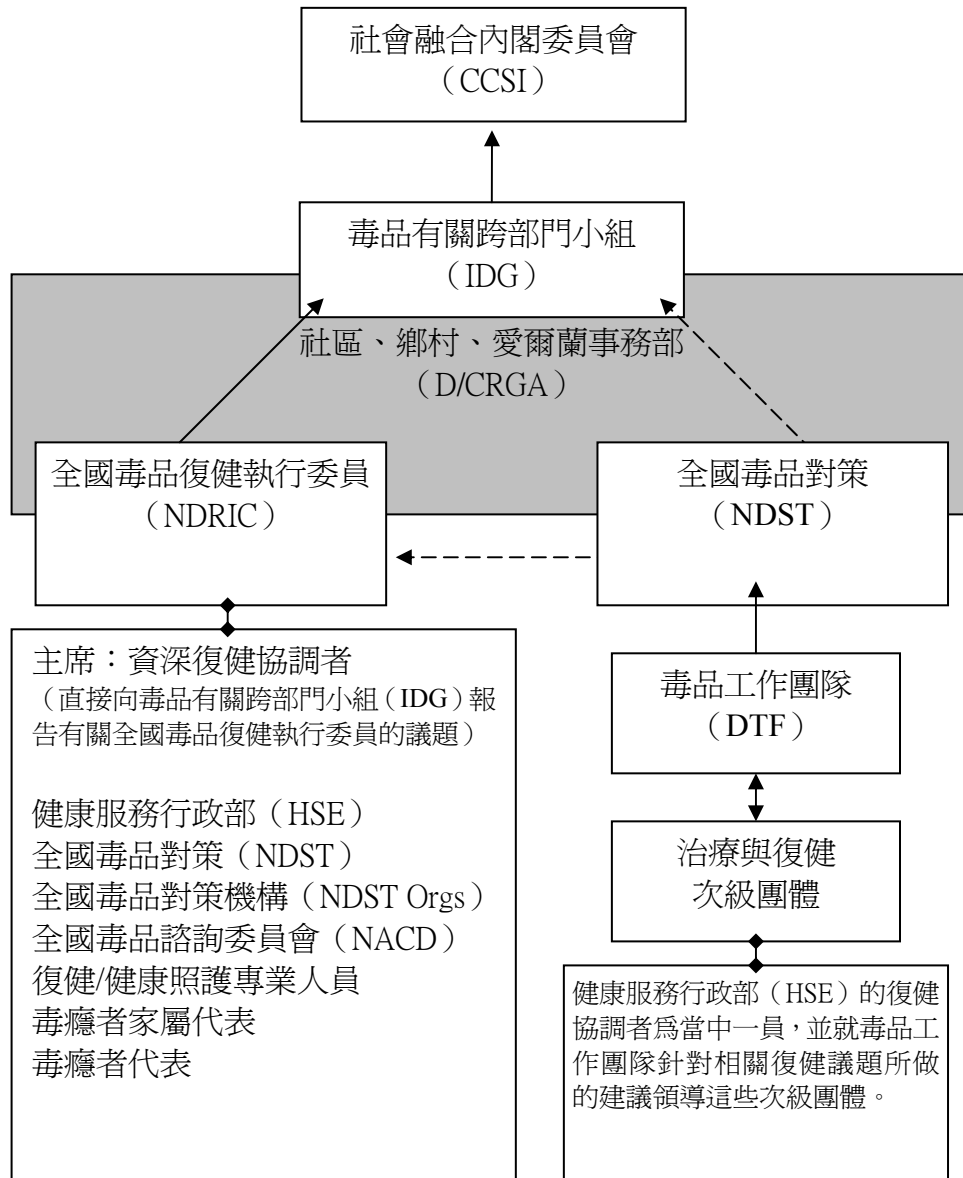


圖 2-1 愛爾蘭政府毒癮復健呈報架構圖

全國毒品復健執行委員會由原有的健康服務行政部（Health Service Executive, HSE）擔任主席，全國藥物復健執行委員會主要負責：

1. 監控由藥物復健工作團隊所提出的建議的執行狀況

2. 發展提供服務的各單位間一致同意的議訂書與對服務水準的一致標準
3. 在現有標準之上，發展一個有品質的架構
4. 監看個案管理與照護計畫進行流程
5. 確認最重要的能力與訓練需求並確保這些需求的滿足。

NDRIC 除了主席是由健康服務行政部所聘僱之資深復健協調者擔任外，委員會的組成來自各方代表，包括：健康服務行政部與全國藥物對策（National Drug Strategy, NDS）的代表、充分反應出組成全國藥物對策成員，來自各部門、各單位、社區與自願部門的代表（但並非與全國藥物對策的成員一模一樣而是更直接涉入在復健領域的人員）、全國藥物諮詢委員會與復健及健康照護的專家（如精神科醫師、心理諮商師、全科醫師、藥師）藥物使用者代表與藥物使用者的家屬代表，而所有代表須在其所代表之組織有一定的層級而有權在共同合意的議題上進行簽署。在這個架構下，資深之復健協調者將以全國藥物復健執行委員會（NDRIC）代表的身份向關於藥物跨部門小組。

為使提供復健服務遞送的各組織間的合作順暢，藥物工作團對建議擬定正式的協定書，內容含括如何將藥癮個案從一個機構平順地轉銜至另一機構、保密一般性的評估工具及當機構組織間有爭議時如何處理等議題，協定書主要含括兩個層級，包括全國性與地方性兩部分。全國性的協定書是由全國藥物復健執行委員會（NDRIC）形成，並經由與藥物有關的跨部門小組（IDG）以及社會融合內閣委員會（the Cabinet Committee on Social Inclusion, 簡稱 CCSI）的批准。而地方性的協定書則是以全國性的協定書為基礎，並經由在地方層級上直接參與復健服務遞送的相關組織的同意。另外為使各個單位的角色能夠清楚釐清，另外發展了與協定書一致的服務水平同意書，這也是包括全國性與地方性兩個層級的同意書。另外，健康服務行政部（HSE）將擔任領導的角色負責藥癮者的個案管理與追蹤他們的進展。而除了個案管理的強調外，該復健系統亦設計了復健協調者的建制，以促進實際推展治療與復健服務的各部門與機構間的運作更協調順暢，以確保毒品施用者能獲得品質良好的復健服務而滿足其復健需求。此外，社區、鄉村暨愛爾蘭事務部

(Department of Community, Rural & Gaeltacht Affairs, 簡稱 D/CRGA) 作為一個提供資金給各式各樣支持社區發展的方案, 以使社會性排除的團體與地方社區能積極參與確認與滿足其自身的發展需要的部門, 也持續發展策略並同時不斷與全國藥物策略 (NDST) 合作, 以處理愛爾蘭的藥物濫用問題。

四、美國

目前美國對毒品施用者之治療處遇介入型式包括 13：美沙冬維持療法、Naltrexone 拮抗劑治療法、門診戒毒治療、長期居住處遇、短期居住處遇、醫療解毒、與醫療結合的司法處遇, 包含以監獄為基礎之處遇以及以社區為基礎之處遇。

目前美國對於毒品施用者所進行之各類治療方法是朝著提供多樣性, 讓接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, 若受治療者同時有其他社會福利需求或共病或醫療等需求也應獲得滿足, 所以治療目標是可以包括讓個體能夠在家庭、工作、與社區能夠回復生產功能; 至於治療成效的評估指標, 可包括接受治療的期程、另外所接受的治療方式亦可成為指標項目, 所以可以用以測量成效的面向包括犯罪行為之層次、家庭功能、職業功能、與醫療狀況等。一般來說會認為需要受治療者有治療意願才能讓成效彰顯, 但 ONDCP 亦認為, 若使用外力強制介入可獲得相當成效。毒品使用行為的高再發性, 也提醒藥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。

五、澳洲¹⁴

在 1970 年代與 1980 年代早期, 澳洲的毒品政策反映了美國對毒品嚴打的態度, 提高刑度, 僅需不高的證據證明力即可定罪, 並制訂財產沒收的法律。嚴格執法被視為是主要的解決使用毒品的方式。澳洲毒品政策在 1985 年因全國抗毒品濫用宣導(National Campaign Against Drug Abuse, 簡稱

¹³ Office of National Drug Control Policy-Types of Treatment, <http://www.whitehousedrugpolicy.gov/treat/treatment.html>

¹⁴ NATIONAL DRUG POLICY: AUSTRALIA。 <http://www.parl.gc.ca/37/1/parlbus/commbus/senate/com-e/ille-e/library-e/robin-e.htm> ; Drug policy around the world (from Drug Policy Alliance) –Australia。 <http://www.drugpolicy.org/global/drugpolicyby/australianew/>。

NCADA)方案，而經歷一次重要的轉變，其著重於公眾健康及減害，強調毒品問題應被視為健康議題，從處罰的取向轉為著重公眾健康與減害。

NCADA 強調毒品使用應被視為是健康議題，減害的概念包含了減少供給、減少需求、與減少傷害的策略，藉由預防施用有害藥物與降低藥物帶來的有害影響，以促進健康與社會、經濟的狀況。至 1990 年六月，各級政府單位一致同意以治療的取向取代之前的監禁策略。

至 1993 年，新的全國毒品策略 (The National Drug Strategy, 簡稱 NDS) 持續強調減害的重要。與毒品相關的傷害之型態顯示，特定社群、人口群比其他群體所受影響更大，處理毒品危害之策略不僅需針對特定毒品或毒品所影起的問題 (微觀面)，還需發展考量受影響社群之社會情境脈絡 (宏觀面)，職業層級、健康狀態、無家可歸、偏遠地區、休閒機會、文化考量、家庭支持、社區發展、接近服務的管道等，都需納入考量。

1999 年六月，聯邦政府州、及行政區的衛生、執法首長同意在毒品轉向的發展上全國採行之。非法藥物的使用從刑事司法體系轉向至教育與治療。轉向涉及適用於嚴重犯行的介入措施及犯罪者的環境等有等次的系列。毒品犯如果僅是持有少量的毒品，則可能在街頭被警告並提供治療的相關訊息。他們可能被直接送去鑑定或治療，只要犯行不嚴重且無社會危害性。法院與矯正體系亦能對於保護管束者或假釋者行使接受精神治療或社區處遇，治療處遇可在矯正機構或矯正機構經營、贊助之治療社區、中途之家中實施。

目前澳洲的藥物濫用戒癮服務，以維多利亞為例¹⁵，即包括居住性的戒癮服務、居家戒癮服務、門診戒癮、戒毒村、替代療法、諮商治療、復健社區、居住服務、支持性團體、外展服務。在對藥癮犯罪人的處遇服務上包括社區性處遇、密集性監督、警察轉向方案、法庭轉向、緩執行、在監處遇等。

¹⁵ State Government of Victoria, Australia, Department of Human Services. Victoria's alcohol & drug treatment services - Framework for service delivery.
<http://www.health.vic.gov.au/drugservices/pubs/vicadts.htm>

第三節 亞洲地區概況

一、香港¹⁶

香港視毒品施用者為病患，對毒品施用者的治療，多由政府和民間、社區共同參與，鑑於沒有單一種治療方法可在任何時間適用於所有人，香港一直提供多種模式的戒毒治療和康復服務，包括懲戒署強迫戒毒計畫、衛生署美沙冬自願門診計畫、自願住院戒毒治療康復計畫、濫用精神藥物者輔導計畫、物質誤用診所。

懲戒署強迫戒毒計畫：戒毒計畫是監禁以外的另一選擇，旨在協助院友戒除毒癮和恢復健康，並通過採用戒毒及康復治療，戒絕其對藥物的倚賴。並協助院友解決獲釋後的就業和住宿問題。戒毒所計畫主要包括：醫療服務、輔導服務、心理服務、工作治療及職業訓練、教育、體育及康樂、善後輔導服務、釋前計畫、就業安排、中途宿舍等。

衛生署美沙冬自願門診計畫：提供一種容易得到、合法、醫療上安全而有效的藥物，以取代繼續濫用鴉片類違禁藥物，可減少因濫用違禁藥物而引致的罪行和反社會行為，並使毒品施用者能夠如常人般工作和生活、預防愛滋病、肝炎和破傷風等疾病的傳播，以及幫助毒品施用者戒毒，直至他們完全無須依賴毒品。

自願住院戒毒治療康復計畫：目的在滿足自願住院戒毒、康復和重返社會的藥物依賴者的需要，方案包括福音戒毒治療模式、長期住宿計畫、短期住宿計畫、後續照顧及支援服務、職業訓練、輔導服務…等，機構有各自的服務內容。

濫用精神藥物者輔導計畫：由非政府機構在社署的資助下營辦，為間歇或慣性濫用精神藥物者和邊緣青少年提供輔導及協助，包括需要評估、輔導及小組工作服務、為家人提供服務、為從事不同專業的人員提供培訓，以及為中學舉辦禁毒教育講座等。

¹⁶ 香港特別行政區政府保安局禁毒處網站-香港戒毒治療和康復服務第四個三年計劃（二零零六至零八年）。http://www.nd.gov.hk/Fourth_Three_Year_Plan_Chinese.pdf。

物質濫用診所：接受濫用精神藥物者輔導中心、自願住院戒毒治療中心、醫生及其他醫護服務機構的轉介。提供的服務包括戒毒、輔導，以及心理治療。

香港對施用毒品施用者採取「病患」觀點，以醫療方式處理毒癮問題，此一毒品刑事政策觀點與我國相異，但香港毒癮者處遇方式亦有值得我國參考之處，例如「懲戒署強迫戒毒計畫」對有藥物濫用問題者進行強迫戒毒，包含釋前計劃、就業安排、中途宿舍等，並需接受 12 個月的善後監管，以司法監督促使毒品施用者逐步回歸社會。

二、澳門¹⁷

澳門對毒品施用者的戒治施行自願戒毒模式，由政府集中處理門診求助以及轉介之戒毒個案，另有交託民間戒毒院舍經營之長期住宿形式之戒毒治療康復服務。其戒癮體系包括：

戒毒復康處戒毒治療服務：為毒品施用者提供綜合性及多元化的戒毒治療及復康服務，包括有門診戒毒及短期住院脫毒服務。主要提供的服務包括：自願性門診、社區式戒毒治療服務、個案跟進服務。

衛生局戒毒治療服務：衛生局以定期派駐精神科醫生之形式，協助戒毒復康處開展門診治療工作。醫院社會工作部更為求診者提供社會工作服務，協助病者及其家屬處理因疾病所帶來的家庭、情緒、康復、出院安置及其他適應上的問題。並為長期病患及有經濟問題之澳門居民，提供醫療援助，對疾病所帶來的經濟問題，協助案主轉介有關機構，促使治療過程順利進行，及增強病者的自顧能力，重新投入社會。

澳門監獄之戒毒復康工作：提供社會及經濟援助、心理輔導、醫療護理、保健及康復、戒毒治療與復康、職業培訓及教育、舉辦文化娛樂及體育活動等，使被囚禁者在獄中能夠改過自新，並為重返社會後建立新生活作準備。

¹⁷ 澳門社會工作局網站，<http://www.ias.gov.mo/web2/big5/index.htm>。

澳門禁毒網，<http://www.antidrug.gov.mo/big5/home.htm>。

澳門禁毒報告書 2006，http://www.ias.gov.mo/web2/big5/rept/dptt_report2006/index.htm。

澳門禁毒報告書（1991-2000），

http://www.ias.gov.mo/web2/big5/rept/dptt_relatorio/cover.htm。

整體而言，澳門對施用毒品施用者亦採取「病患」觀點，以醫療方式處理毒癮問題，且對於尋求協助的自願戒癮免費提供醫療服務。澳門對毒品施用者之處遇乃以社會工作局防治藥物依賴廳轄下之戒毒復康處為專責部門，並設置「戒毒綜合服務中心」直接為藥物依賴者提供多元化的戒毒復康服務，並向民間戒毒機構/社團提供專業技術及財政援助，在精神醫療方面並有衛生局派駐精神科醫師與醫療人員協助，因此澳門戒癮體系之專業性較高。相較之下，我國對毒品施用者之戒癮工作含括在刑事司法體系中，雖有衛生署醫療體系之協助，但欠缺了社區與社會工作環節，除欠缺專責機關外，戒癮專業性亦較為薄弱。

三、新加坡¹⁸

新加坡與我國同樣對施用毒品者界定為「病犯」，但其對毒品施用者的處遇較為多元，可區分為戒毒所、機構性戒毒處遇、社區性戒毒處遇與矯治公司。

戒毒所：以第一次及第二次使用毒品者、長刑期與短刑期人犯以及混合罪刑的人犯等為主，矯治方式包括機構性及社區性處遇，機構性處遇之執行透過訓練、教育職業訓練、娛樂活動、宗教及社會諮商及工作治療方式為之；社區性矯治處遇包括五種項目：社區居住、社區居住並施用納曲酮（Naltrexone）、中途之家、中途之家並施用納曲酮（Naltrexone）及在家監禁。

機構性戒毒處遇：施用毒品再累犯超過兩次以上，即移送由矯正機構強迫戒治。包含「機構性處遇與復健」、「機構性白天外役工作計畫」、「夜晚住家白天外出工作計畫」三階段個別處遇計畫，促使毒品施用者逐步適應社會正常生活。

社區性戒毒處遇：對自願性戒毒者提供之服務，包含中途之家戒毒計畫、假釋居家戒毒計畫、中央肅毒局監督、頑劣毒品犯戒毒計畫、納曲酮社區管理計畫、自願性處遇計劃。

¹⁸ 陳定南、張紫薇、黃徵男、洪光宣(2003)。赴新加坡瞭解檢察官交流計畫成效，考察獄政及洽商簽訂刑事司法互相協定可行性。公務出國報告。

新加坡矯治公司：隸屬於內政部的半公營公司，幫助受刑人與毒品施用者成為具有適應能力與生產能力的市民，以利重返社會。其主要功能包括1.透過技職與作業訓練教導受刑人具有市場導向之技術；2.透過辛勤工作鼓勵受刑人具備積極進取的價值觀念；3.對出獄受刑人提供職業安置；4.給予中途之家或反毒協會（SANA）在經濟上或以其他實質幫助來協助出獄之受刑人復歸社會；5.結合受刑人家屬、政府部門、企業主以及社區共同攜手合作幫助受刑人與毒品犯更生重建。

新加坡對毒品施用者所採取的刑事政策與我國最為相近，但相較之下，新加坡對毒品施用者所提供之戒癮方案較為多元，其機構內處遇與我國戒治所與監獄之處遇相似，但後續銜接之社區處遇環節則為我國所欠缺的，包含社區居住、中途之家、在家監禁等措施。此外，新加坡機構性處遇透過三階段處遇計畫，包含「機構性處遇與復健」、「機構性白天外役工作計畫」、「夜晚住家白天外出工作計畫」，使毒癮者階段性的釋放而適應社會生活，並與後續社區處遇做完整銜接，此一制度藉由刑事司法之約束力，促使毒品施用者配合各項戒癮措施並與社會戒癮機構銜接，乃我國戒癮處遇制度上所欠缺，相當值得我國參考實施。

四、中國

中國對於強化毒癮者之戒癮與監控、發展社區治療與社區幫教¹⁹、強化全民反毒的毒品政策，在2007年底公佈之「禁毒法²⁰」中皆有明文規定，如「國家採取各種措施幫助吸毒人員戒除毒癮，教育和挽救吸毒人員」、「禁毒是全社會的共同責任」、「國家鼓勵對禁毒工作的社會捐贈，並依法給予稅收優惠」、「國家鼓勵開展禁毒科學技術研究，推廣先進的緝毒技術、裝備和戒毒方法」、「與戒毒人員簽訂社區戒毒協議，落實有針對性的社區戒毒措施」、「對無職業且缺乏就業能力的戒毒人員，應當提供必要的職業技能培訓、就業指導和就業援助」、「設置戒毒醫療機構或者醫療機構從事戒毒治療

¹⁹ 根據在線新華辭典幫教的意思為幫忙與教育，<http://xh.5156edu.com/html5/146936.html>。

用在此處有兩種意思，一是協調解決社區人民的生活困難，二是對社區人民進行思想教育。中國幫教工作是以維護社會穩定為出發點，在黨和政府的統一領導下，發揮社區建設、管理的綜合優勢，對人民進行的一種主動而非強制的思想引導、教育、扶助、管理等的工作，是維護社會穩定的一種機制。

²⁰ 立法院國會圖書館，中華人民共和國禁毒法：<http://npl.ly.gov.tw/pdf/6292.pdf>。

業務的，應當符合國務院衛生行政部門規定的條件」、「公安機關、司法行政部門對被依法拘留、逮捕、收監執行刑罰以及被依法採取強制性教育措施的吸毒人員，應當給予必要的戒毒治療」、「有關單位及其工作人員在入學、就業、享受社會保障等方面歧視戒毒人員的，由教育行政部門、勞動行政部門責令改正；給當事人造成損失的，依法承擔賠償責任」…等，顯見中國大陸對於毒品施用者處遇與促使毒品施用者回歸社會之重視。

以往中國對毒品施用者的處遇多停留在「罪犯」的觀點，但現今中國對毒品施用者之處遇已改以社區戒毒為核心，當毒品施用者無法配合社區戒毒時方改以強制隔離戒毒與勞動改造，且給予必要的戒毒治療，其刑事政策已轉向「病犯」觀點。體認到毒品施用者需要社會各界之協助且終需回歸社會，社區戒毒乃結合社會各界之資源，中央及地方政府部門與社會各界同心協力促使毒癮者能重新適於社會生活，並重視毒品施用者的入學、就業、享受社會保障的各項權利，此一觀念與我國現行以刑事司法為核心之戒毒措施大相逕庭，此一戒觀念與毒取向之改變相當值得我國參考。

第四節 小結

由目前國際間毒癮戒治體系與社會資源網絡概況可以發現，目前新近的毒癮戒治思想以傾向於提供毒品施用者復原的整合性服務策略。對毒品施用者的處遇並不僅止於「戒癮治療」，更重要的是重建毒品施用者的社會功能，使其重新獲得因為施用毒品所影響的社會生活能力，並重新整合融入社會生活中，幫助其回復生活、家庭、職業與社會功能，降低藥物與犯罪行為的再犯率。

毒品施用者社會功能之重建需考量多方面向，毒品使用行為外，其他社福需求、疾病問題、生活就業問題等都需予以滿足，因此必須要整合相關的社會資源網絡，以有效修復毒品施用者之社會功能。對毒品施用者之介入處遇一般認為需要毒品施用者有治療意願才能讓成效彰顯，但聯合國 UNODC 亦指出，認為若使用外力強制介入亦能獲得相當成效，前對於毒品施用者之處遇，以監禁、緩刑或假釋等刑事司法處遇結合治療處遇方式來實施，這也是目前被認為最可行且值得採用之作法。

建構毒品施用者修復社會功能的社區資源網絡之研究

第三章 毒品施用者之服務網絡相關方案與研究

建構毒癮戒治體系社區資源網絡之目的在於整合與利用政府及民間資源，以有效修復毒品施用者之社會功能。此一社區資源網絡含括於整體戒治體系中，但所連結之資源網絡體系環節並不限於社會/社區中，而應自毒癮戒治時即開始連結，以有效銜接戒癮機構與社會/社區。

本章藉文獻資料及實地參訪所蒐集到的毒品施用者社區資源服務網絡方案的內容進行探討，並藉由相關的研究與分析，呈現對建構協助毒品使用者修復社會功能的社區資源網絡所應具備的概念。

第一節 美國的方案

一、無毒社區支援方案（DFC）²¹

針對毒品施用者所提供的服務網絡，通常需要有行政機關的推動或鼓勵，在美國官方推動社區參與建立無毒社區的作法中，以無毒社區支援計畫（Drug Free Communities Support Program，DFC）為例，該方案是由美國毒品政策管制辦公室（Office of National Drug Control Policy，ONDCP），與物質濫用暨心理健康服務局（Substance Abuse and Mental Health Services Administration，SAMHSA）提供經費，至今已補助一千餘個社區進行方案推動。DFC 方案是依據無毒社區法案（the Drug-Free Communities Act）所建置，該於 1997 年法

²¹ <http://www.grants.gov/search/search.do?mode=VIEW&oppId=12611>
<http://www.ondcop.gov/dfc/>

案通過，並且從 1998 年開始補助各社區研究經費，歷經 2001 年與 2006 年修正，在 2006 年修正後，目前最新階段方案執行預計至 2012 年。

無毒社區支援計畫方案有兩個主要目標：

建立與強化社區、非營利組織、聯邦、州、與當地行政部門的合作，預防與減少青少年物質濫用情形

降低社區內促進用藥可能性的風險因子。

該方案也注重多重物質使用的現象，也將合法物質（如煙、酒、醫療處方箋）一起納入探討。

由於 DFC 方案的申請者是要求動員社區內的有關力量，短期內先針對當地物質使用問題進行介入與處理，在長期運作下進而帶動社區環境的改變。此作法也傳達一重要概念—「個人物質使用行為不能排除社會環境因素之影響」。所以物質濫用也可視為個體所處社會環境之產物，所以為有效預防與改善社區內促進用藥因素，需要將環境脈絡納入考量。

DFC是以the Strategic Prevention Framework (SPF) 22為架構，包括五點要素：1.衡鑑(assessment)、2.承載力(capacity)、3.發展介入計畫(planning)、4、執行(Implementation)、5.評估(Evaluation)。除此之外，也要考量永續發展性(Sustainability)以及文化脈絡因素(Cultural

²² http://www.coalitioninstitute.org/SPF_Elements/SPFElementsHome.asp ;
Drug Free Communities Support Program.
http://www.samhsa.gov/Grants/2007/SP_07_001.pdf ;
Community Anti-Drug Coalitions Of America National Community Anti-Drug Coalition Institute (2006). ASSESSMENT PRIMER: Analyzing the Community, Identifying Problems and Setting Goals.
http://www.coalitioninstitute.org/SPF_Elements/Assessment/AssessmentPrimer-final-08-09-2006.pdf ;
Community Anti-Drug Coalitions Of America National Community Anti-Drug Coalition Institute (n.d.). Core Competencies that Facilitate Implementation of the SAMHSA's Strategic Prevention Framework.
http://www.coalitioninstitute.org/SPF_Elements/Assessment/AssessmentTools/SPF-Core-Competencies-that-Facilitate-Implementation.pdf

Competence)。架構圖如下所示。



圖 3-1 無毒社區支援方案架構圖

1. 衡鑑(assessment)—透過收集相關資訊以界定社區內的物質使用問題、可用資源、以及相關部門的準備程度，而瞭解社區內的各內需求滿足的可達成性與缺口，並分析社區內的問題

與設定目標。

此階段首要建立聯盟與維持合作，並且評估社區內的需求與資源，所以這階段需要如藉由舉辦焦點團體、聽證會、會談或調查等方式取得多樣資料，運用 S.W.O.T.分析社區內的與物質使用相關之議題，重建或建立當地社區內可動員的各項資源與反毒工作，其中「社區」的地理界定也是必要的工作。在界定問題與設定目標的方式，可以採用「問題陳述→為何又該問題→為何是這裡有問題」的技巧加以分析。

2. 承載力(capacity)—意指能動員或建立的資源，並且要考量社區內的多元文化，並改善與促進組織間的管理與發展。此階段主要是要找出可一起合作單位、建立合作關係與促進參與動機，所以建立領導與從屬階層也是該階段要進行的工作之一。另外也應納入社區內的文化因素，因為物質使用的環境因素也許與社區內的某些文化有所相關，所以在推動相關方案或計畫時有需要保持文化敏感度，以及廣納社區內的多元文化之影響力，也因為有許多民間與官方的單位共同合作，組織管理方式也會影響同盟能力之發揮，而組織管理即使建立從屬與領導關係，也要讓彼此間的溝通管道暢通。
3. 發展介入計畫(planning)—此時在發展策略與行動方案，策略與方案的設計均要以社區內所關切的問題與分析為依據，並且有效連結各方資源。計畫的行動程序與方針也需要明確界定，讓參與單位都能夠對自己所應負責的面向有所覺知與擔起責任。
4. 執行(Implementation)—確認、採用與執行最符合社區需求的方案、符合當地獨特性的需求。也倡導一些革新或改變，如執法人員的參與、原有方案再納入環境因子、建立新方案等。在進行方案或改變原來作法時，也能透過研究協助促進革新。同時也要關切社區內的各種聲音、有效地支持方案執行與執法。而執行過程需要經費，所以也可以與潛在性的經費

來源單位共同合作，讓雙方都能獲益、為將來永續發展做好經費開發準備。

5. 評估(Evaluation)—評估是為看成效達成的程度，也是為了讓之後的工作運作更順暢，所以透過評估讓經費提供單位瞭解運作狀況與考量之後的預算規劃，讓執行方案也能夠獲得永續發展的機會。

也因為DFC包括行政單位與私人機構共同參與，Community Anti-Drug Coalitions of America (CADCA)有列舉各類評估或訪談大綱，以瞭解各部門在執行與合作的各項情況，如以Coalition Member Survey²³調查各合作部門在參與過程中的角色定位與尋求改善之道；以Coalition Self Assessment²⁴瞭解所參與的各單位是以何種政策作為執行之依據，並且瞭解政策與實際運作的相符程度、瞭解當地現況、以及資源動員的細部情況；或採用Community Coalition Profile Survey²⁵以瞭解社區內的各單位合作的期待與執行現況。

二、復原之路（Access to Recovery，ATR）²⁶

另一個鼓勵民間單位投入出監者回歸社區之補助方案，是由美國物質濫用暨心理健康服務局（Substance Abuse and Mental Health Services Administration，SAMHSA）提供相關經費，自2004年開始的三年計畫，其鼓勵案主接受物質濫用治療與康復支持服務（recovery support services）。該方案目標乃期待擴大服務範圍、支持案主的選擇、並且增加宗教與社區為基礎之相關機構可以提供臨床治

²³

http://www.coalitioninstitute.org/SPF_Elements/Assessment/AssessmentTools/CoalitionRatingScale-May2004.doc

²⁴

http://www.coalitioninstitute.org/SPF_Elements/Assessment/AssessmentTools/CoalitionSelf-AssessmentInstrument.doc

²⁵

http://www.coalitioninstitute.org/SPF_Elements/Assessment/AssessmentTools/OSA-S-CommunityCoalitionProfileSurvey.pdf

²⁶

http://atr.samhsa.gov/downloads/atr_faq2008.pdf

療與康復支持服務。

ATR 的經費僅能提供臨床治療與康復支持服務之申請，所以申請該方案經費之服務提供者，其經費可運用在住所等硬體設備上。有關住所的居住天數限制會依據住所型態不同而異。支持服務對象也擴及案主的家人，服務範圍包括評估所需轉介之住所型態、相關諮商服務、協調、以及其他有關住所之需求評估。申請該方案主有必要說明最高居住天數以及能提供的最大量服務內容。

ATR 也服務被監禁受刑人，包括在 work release 單位者。出獄前六個月內可以參加該方案接受個案管理服務，在出獄後協助銜接相關服務。參與申請方案的單位，必須要提供多位的個案管理員，以確保能達到良好的服務水準，但不代表案主可以去指定要由哪位個管員服務。

ATR 可以提供的服務類別包括：

1. 具備相關執照與資格的臨床醫療服務提供者提供的特定醫療服務，如：篩選/評估、短期介入、治療規劃、個別諮商、團體諮商、家庭諮商、共病治療服務、藥物治療、HIV/AIDS 諮商、其他臨床服務、醫療照護、酒精/藥物篩檢、HIV/AIDS 醫療支持與篩檢、其他醫療服務等；
2. 由有給職的工作人員或志工提供的康復支持服務，這些工作人員或志工熟悉如何將社區內需要被幫助的案主找出來，這些服務有些是免費或可以受補助，類型包括：家庭服務（婚姻教育、教養與兒童發展服務）、兒童照護、就業服務、職前服務、職業訓練、交通、HIV/AIDS 服務、支持性無毒住所服務、其他個案管理服務、持續照護、復發預防、康復訓練、自助團體與支持團體、靈性團體、其他後續照護服務（Other After Care Services）、物質濫用教育、HIV/AIDS 教育、其他教育服務、同儕訓練或指導、住所提供、無毒/酒精社會活動（Alcohol- and Drug-Free Social Activities）、資訊傳遞與轉介、其他同儕康復支持服務（Peer-to-Peer Recovery Support

Services)。

三、復歸輔助 (Reentry)

從監獄矯治的角度思考為再進入社會可做的準備。意指受刑人出監後回歸社會之歷程。the Urban Institute²⁷ (一個無黨派的社會經濟政策研究機構) 於 2008 年出版一份給予矯正機關參考手冊，作為協助受刑人離開矯正機關並順利回到社區內之指導²⁸。該手冊的服務對象包括所有犯罪人，同時短期刑與長期刑者。協助回歸社會前的矯正機關人員的工作，在評估篩選、回歸社會之各類策略擬定、確認社區資源、以及單位協調與公眾教育等歷程，都使用 APIC 模式，該模式內容如下表所示：

表 3-1 復歸輔助的 APIC 模式

The APIC Model	
Assess	評估受刑人的臨床醫療與社會需求，以及公共安全風險。
Plan	設計符合受刑人將來出獄後的需求之治療與服務計畫
Identify	確認出獄後所需要的社區與矯治方案
Coordinate	協調出獄計畫與社區服務之間的鴻溝。

協助犯罪人回歸社區的準備工作，始於 intake (初談)。該階段可以採用各類的篩選評估工具，而篩選工具的選擇，也需要考量各類因素：信度與效度高或低、篩選或評估所需的時間長短、使用者的條件是否有所限制、費用多寡、執行前需要花多久訓練、電腦或人工計分、所得的結果是否有研究價值等。篩選面向包括生理疾病、心理健康、物質濫用篩檢。一般來說受刑人都會有生理檢查或藉由量表篩選

²⁷ <http://www.urban.org/>

²⁸ Urban Institute(2008).The Jail Administrator's Toolkit for Reentry.
<http://www.ojp.usdoj.gov/BJA/pdf/ToolkitForReentry.pdf>

評估，例如 The Texas Uniform Health Status Update 或 New York City Correctional Health Services；心理健康篩檢評估量表則如 The Brief Jail Mental Health Screen、The Mental Health Screening Form-III (MHSF-III)、Mental Disability/ Suicide Intake Screening、或 the Suicide Prevention Screening Guidelines；物質使用行為篩檢工具如 the TCU Drug Screen II。亦有具有多重篩選目的之評量工具，例如 the Level of Service Inventory-Revised (LSI-R) 與 Correctional Offender Management Profiling for Alternative Sanctions (COMPAS)。透過篩選與評估的工具，可以初步瞭解受刑人未來回到社會時可能面臨的困難。

一份針對受刑人回歸社會需求的理想方案，是能夠將監獄內的服務與社區資源有所串連，實際情況也不可能要求所有受刑人都參與相關服務或程序。當資源有限時，應該是要協助有適合該服務且有需要該服務的受刑人與這些服務予以串連。最適當的復歸社會策略之決定，是依據每個矯正機構自己的篩選評估工具以及出獄規劃問卷。每個受刑人的復歸社會策略通常會參考個人的行為或醫療需求、入監的理由、刑期、先前職業狀態與教育程度等面向，將 reentry 服務需求分為六個類別，簡要說明如下表 3-2：

表 3-2 復歸輔助的六個類別

類型	所需Reentry Services
1.低需求 或短刑期	主要提供一般資源訊息— 對於沒有特定需求者、或因為刑期短而很難完成相關規劃者，給予一般資訊即可，讓其出獄後可以自行與想要的部門聯繫，如住所、職業介紹、物質濫用治療等，這些資訊可包括免費與自費之機構。

2.中度需求或較長刑期	<p>協助規劃Reentry 計畫與提供一般資源訊息—</p> <p>每位受刑人的Reentry 計畫也許會有不同的形式與重點，但相同都是要受刑人參與規劃的過程。以The New York City Department of Correction Discharge Planning Questionnaire為例（報告書有附錄），該份問卷被認為是一份良好的調查工具，藉此瞭解受刑人在出獄後的職業、家庭、利益、住所、健康照護與物質濫用需求，並藉此提供所需資訊。另外也列舉the Davidson County Sheriff's Reentry Plan做為參考。一般來說Reentry 計畫的內容可能包括：醫療健康照護、醫療服務、藥物、委任、住所、職業、物質濫用、健康照護、收入、食物/衣物、交通、生活技能、家庭狀況、轉介服務、在監獄內所接受的相關服務。</p>
3.高需求或刑期較長	<p>協助與其他服務進行預約、規劃Reentry 計畫、一般資訊提供—</p> <p>這類受刑人有可能在出監後就要前往特定單位，所以有可能要先協助與這些單位聯繫，如門診醫療服務或居住性社區。</p>
4.高風險與高需求，或者有較長刑期	<p>需要與社區內的相關單位進行協調與合作、協助與其他服務進行預約、規劃Reentry 計畫、一般資訊提供—</p> <p>有顯著的安全或健康需求，以致於需要社區各單位相互合作。不同於上面三類出監者，這類受刑人在出監前到回到社區的過程，會與許多部門有所互動。通常也會跟這些部門有正式的文書往來，這類人通常有較嚴重或有持續性的心理疾病。</p> <p>另外針對這類出監者，也要納入執法單位考量，以及也要瞭解即使有協助相關單位聯繫，但他們也可能不會去使用。</p>
5.高度需求	<p>延伸照護場域(Extended care placement)</p> <p>針對這群人，出獄後有需要持續的照護或提供支持性住</p>

	所。他們有可能是在一般日常活動都有困難。該報告書有舉出The ADL screen，協助瞭解是否有需要支持性照護環境的出監者。
6.2～5類 受刑人	Reentry方案、需要與社區內的相關單位進行協調與合作、協助與其他服務進行預約、規劃Reentry 計畫、一般資訊提供

由於 reentry 是被定義為受刑人出獄後進入社會的一個歷程，Reentry 規畫(planning)的目的之一就是將犯罪人在處前與出獄後之間的服務有所串連，要達到該目的，除了找出社區可運用資源外，也要讓出監者能夠前往使用。即使監獄之前已有提供相關服務，但大部分的犯罪人都是靠自己找到所需的資源，所以在 Urban Institute 的建議中，服務的串連最好是具有可得性（available）與可及性（accessible），意即資源最好能讓出監者就近使用而無須先擔憂交通或其他問題。鑑於出監者可能無法完全知悉社區內的各類資源，在其出獄前提供網路版或紙本的資源手冊或口袋書之類的指導手冊有益於出監後對所需資源的可及性。發展 reentry 指引的 12 項建議包括：

1. 提供真實與有幫助的介紹
2. 內容可納入過去出監者寫下心路歷程之類的話語
3. 資訊的說明應簡潔，且應優先排序可提供支持性服務（即提供衣食住行等支持性服務）之單位
4. 提供出監前的個人支持性與訓練計畫
5. 讓受刑人對於出監後的資源使用能有所想像
6. 由於出監者回到社區後可能面臨特殊的挑戰，所以要協助建立因應與管理能力
7. 各類資源的地理位置圖、交通方式
8. 犯罪人閱讀能力可能受限，因此內容要讓出監者能夠理解
9. 需包含能夠穩定提供服務的資源，以及願意接納、提供那些

有許多犯罪前科者服務的資源。

10. 要有各類語言的版本（台灣應不需要）
11. 資源指導手冊應該要簡要、可攜帶、以及考慮周詳
12. 資源手冊的出版前後都要有所評估以做適當修正。

不光是資源手冊讓出監者得以順利回到社區內，其家人也是重要因素之一。透過外展可以瞭解出監者的家庭狀況、家人可協助的角色、以及家人也能共同使用的資源。國外有些地區會在監獄內設置家庭資源中心，協助平常的家人探訪、即將出監者的家人因應出監者之後的各類適應狀況、提供相關資源等。

各個監獄在開發社區資源時，應盡量少期待自願者的加入，而是透過對自己機構內受刑人之瞭解、以及自身在當地的影響力，納入有能力的資源單位。在找到適當的合作機構或協助單位時，第一步就是把他們集結相互認識與瞭解，成立 **Reentry** 委員會，共同討論社區內對服務各類出監者可提供之服務、可能面臨的困難與解決之道，委員會的成員包括監獄工作人員（負責執行評估、篩選、治療、各類處遇的相關人員）、法庭人員、社區資源提供者。

通常監獄提供受刑人未來出監時可能用到的服務面向包括：一般出獄計畫服務、教育課程、職業訓練中心、宗教服務、心理健康服務、物質濫用治療、被害者支持服務、HIV/AIDS 支持性服務、自助/憤怒管理方案、親職諮商、法律支持性服務、社區覺醒服務(**Community awareness services**)。而讓出監者可以靠近這些服務時，大眾媒體的影響力也不容小覷。

四、監獄內治療與毒品法庭之串連 ²⁹

另一個從監獄矯治的角度思考為與毒品法庭串連（**Reentry drug courts**），此概念是從 1998 年率先由美國提出，服務對象包括所有犯

²⁹ <http://www.ndci.org/Reentrypdf.pdf>

罪人（不僅毒品使用者），目標在協助出監者重新與社區整合。由於 Reentry drug courts 一開始是先由地方性監獄機關設計與推動，也讓美國毒品法庭協會（the National Drug Court Institute，NDCI）想要瞭解運用在州監獄內的適用性。

毒品法庭是提供有毒品使用行為之犯罪人其他更適合的轉向與矯正服務，對於會一再違反毒品法庭相關規定者，Reentry drug courts 提供更進一步的監督機制，也是因應傳統上毒品法庭在面臨無法配合全程的毒品法庭程序者的另一個作法。

當犯罪人參與毒品法庭方案而接受監獄治療處遇後，即在為將來「Reentry」做準備。以監獄為基礎的 Reentry 毒品法庭，同樣也會要求參與者定期接受毒品篩檢、電子監控、接受保護管束、個案管理、以及家庭訪視等，此外也會連結其他轉向服務(transitional services)與後續照護(aftercare)，以協助順利達成重新回歸社區之目標。至於 aftercare 的方案內容，除協助建立特定的生活技能外，也會偏重在維繫曾接受過的監獄內治療成效。

以監獄基礎的 Reentry 毒品法庭所服務的對象可以分為兩大族群—(1)短刑期（30～120 天內）並且會持續接受司法監督與接受治療之毒品關聯犯罪人，常是非暴力、財產罪者；(2)刑期在 1 年以上者 (one year or more under a split-sentence)，通常是有嚴重的毒品使用犯罪者。這兩類族群的個案管理方式也有所不同，第一類族群者通常會轉向到其他替代監禁的處遇方式，並且是能夠立即性的給予醫療服務。至於社區的個案管理員(community case manager)/假釋官/保護官(probation/parole officer)要定期的與方案參與者會談、並逐漸確認未來回到社區中所需的服務，協助串連所需相關服務。至於針對第二類族群，因為有較長的監禁期，所以矯正機關內的個案管理員也會有較多的屬於傳統監禁機構內管理責任，不過通常是在準備出監前個案管理員才會介入，所擔任的角色與工作也與服務第一類族群一樣。由於準備出監的受刑人特性可能多樣，所以未來的服務銜接有必要在出監前先做好準備。

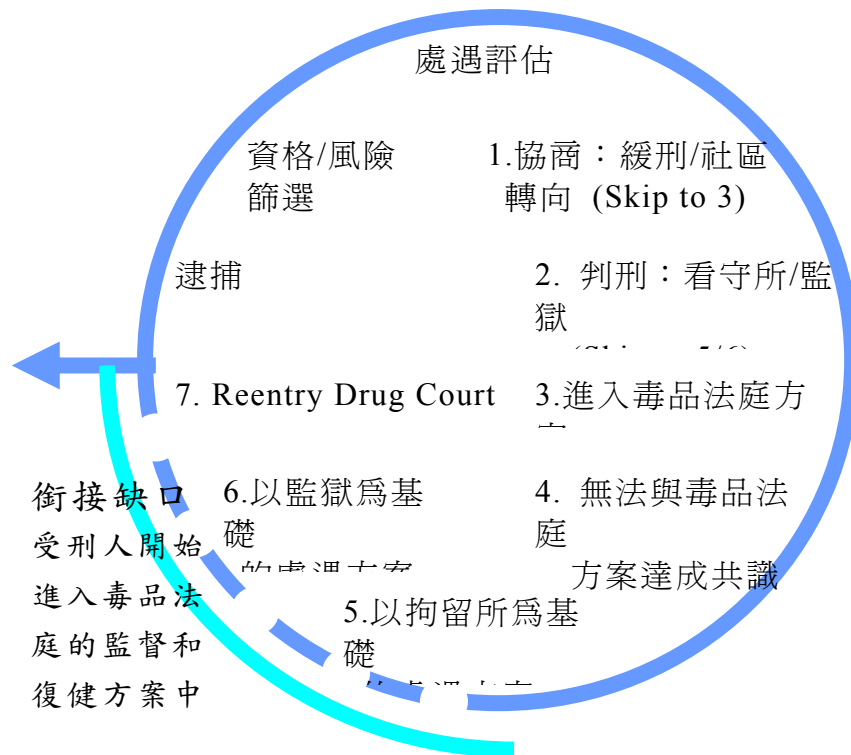


圖 3-2 Reentry drug courts 銜接傳統毒品法庭的

五、醫療社區（medical community）³⁰

從醫療的觀點看對毒品施用者服務的連結，可以 Screening、Brief Intervention、Referral 和 Treatment（SBIRT）的模式，提供早期介入與治療服務，建構讓物質使用疾患或潛在族群可以接受相關服務的一種廣泛性、整合與公共健康的服務模式。SBIRT 主要是整合與協調各層級治療單位，讓早期介入與治療轉介得以串連，讓醫療與社會服務機構得以相互聯繫，在這個模式中所涉及的單位包括：基層照護中心

³⁰ <http://sbirt.samhsa.gov/>

(primary care centers)、醫院急診室、創傷中心(trauma centers)以及其他社區機構。依據 BIRT 效益研究指出，其可以降低物質使用的頻率與嚴重性、降低創傷風險以及增加接受特定物質濫用治療者的比例，亦可也縮短住院天數與降低急診人數，在成本利益分析與成效分析上都可以達到不錯的效果。

SBIRT 同時包括特定與傳統治療服務，其流程包括：

1. Screening³¹，篩選病人：即是透過快速評估物質使用嚴重度並且確認合適的治療方式。快速評估物質使用的嚴重性與適當的治療方式。可透過會談與自我陳述進行。篩選過程可以在創傷中心、急診室、社區診所、健康中心與學校診所進行。
2. Brief intervention，短期介入：焦點放在增加物質使用行為的內省與自覺導向行為改變。主要目標在鼓勵病人改變原來物質使用行為。
3. Referral to treatment³²，轉介治療：對於被評估需要更多的密集性治療者轉介至特定醫療照護，讓有需要進一步治療的病人得以接受相關服務。針對已經完成療程進入社會者，並設計追蹤問卷The Global Appraisal of Individual Needs - Quick (GAIN-Q)³³，以全面廣泛性瞭解之後的壓力來源、生/心理健康狀況、行為問題、物質使用相關議題、後續服務的使用狀況等。

隸屬於 the U.S. Department of Health and Human Services (HHS) 的 the Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA)，其中的 the Center for Substance Abuse Treatment (CSAT) 主要目標在促進以社區為基礎，提供給個人與家庭所需要的物質濫用治療服務，CAST 與社區內的團體可依據 the Substance Abuse Prevention and Treatment Block Grant Program，申請相關經費、共同

³¹ http://www.ireta.org/sbirt/clinical_tools.htm

³² http://sbirt.samhsa.gov/core_comp/referral.htm

³³ http://www.chestnut.org/LI/gain/GAIN_Q/GAIN-Q_Overview_Handout_1105.pdf

合作擴展可用服務範圍，CAST 也提供免費的社區服務治療。

一般來說，有心理或成癮疾病者，進入社會之際往往需要廣泛的社會與附件支持服務，所需要的服務類型³⁴大概可分類如下。

1. 交通
2. 兒童照護
3. 住所提供或經費補助
4. 職業訓練、職業諮商、與職業相關服務
5. 主要健康照護，傳染疾病篩檢與治療
6. 教育支持性服務
7. 法律諮詢與諮商服務
8. 經濟諮商、補助
9. 家暴支持服務
10. 營養方面的教育
11. 親職課程與訓練
12. 兒童/青少年支持性服務，包含課後方案、青少年中心、監控方案、娛樂方案、藝術與文化促進

不過有些服務，如交通、孩童照顧、職業相關服務以及部分補充服務有時也需要負擔部分費用，也因為費用將會使得即使有需要的人也會因此而選擇放棄使用。

第二節 澳洲的方案

一、現況與歷史沿革

³⁴ Wraparound or Ancillary Services。
<http://tie.samhsa.gov/Taps/tap22/TAP22ChapterIII.htm#TYPO>

澳洲目前尋求戒治的案主，主要是因為酒精、大麻及安非他命的成癮問題，其中大部分都有健康上的問題，而且以精神上的問題為主。愈來愈多的案主家人開始向政府求援，而毒品戒治計畫的成功與否，更廣泛地影響了青少年的健康、福利、居住、教育及就業等各方面的需要。

根據 2003 及 2004 年的研究發現，案主所需要的協助是整合性的，現有的酒精及其他毒品矯治系統和其他的各種福利、健康及就業系統間，必須有良好的聯繫才能畢竟其功的。然而現況並非如此，目前各種聯繫是破碎而不連接的。這種系統間不整合的情形，因為 1990 年代以及 21 世紀初期各項戒治服務迅速掘起而更加嚴重，因為所有的單位都迫不及待地從各個方面發展不同的方案。

為了解決這個狀況，澳洲於 2007 年開始發展一個從 2008 到 2013 的五年計畫，該計畫展現了整個戒治服務執行環境的變化，保留了現有且具有成效的方案。該計畫將與其他相關政府政策，共同合作以解決澳洲的藥物濫用問題，這些相關政策包括「回歸平衡—維多利亞 2008-2013 戒酒方案（Restoring the balance – Victoria's alcohol action plan 2008-2013）」、即將公布的安非他命類物質與相關毒品策略、政府整體酒精與毒品防治策略、以及最新的精神健康策略。

其中「回歸平衡—維多利亞 2008-2013 戒酒方案」中的諸多政策，對於整體的酒精與毒品防治奠定了重要基礎，其重要性包括：

- 1.編列 1 千 9 百萬澳幣以提供較佳的戒酒方案，並透過提供專業性的家庭心理諮商干預，對青少年其及家人提供較有力之支持。
- 2.編列 2 千 7 百萬澳幣，對於剛離開收容方案並需要特殊協助者，提供適當程度並以社區為基礎的戒酒支持。
- 3.編列 4 千 5 百萬澳幣，對於可能因飲酒而受害者，發展並提供各種網路及電話自助資源。
- 4.編列 2 百萬澳幣對於特定案主提供藥物性協助。

- 5.編列 3 百萬澳幣，對於特定社群，推廣過度飲酒可能造成危險與傷害的觀念。

二、戒癮網絡架構

澳洲維多利亞的毒品酒精（alcohol & drug-AOD）政策與活動，是在預防與降低損害（harm minimisation）的架構下實施，與該國的「國家毒品策略（National Drug Strategy）」一致。澳洲是從 1985 年開始建構全國性的毒品防治策略。該國聯合了司法部門、衛健部門、矯治部門，為毒品策略而召集部會級的會議，包括了來自警察及衛健的代表、來自紐西蘭的代表。該架構結合了預防部門、減少損害部門、以及減少供應部門以及警察。另外還結合了社區的力量，包括教育部門列入相關課程，也招募青少年加入相關的身心健康活動。

1.架構的內容組成

該架構的主要構成部分包括：預防用癮與降低需求（preventing uptake and reducing demand）、降低用癮所造成的損害、減少供應。

（1）降低用癮所造成的損害

其目的在藉由降低或限制使用合法或非法藥品，所對社區、個人及其家人所造成的損害，進而減少因使用毒品酒精而造成的整體健康、社會及經濟惡果。其基本策略是透過很實際的作法，來減少濫用藥物的情形。最近一項澳洲的研究顯示，因毒品及酒精造成的經濟損害約達 5 千萬澳幣，這對國家而言，是一個很重要的經濟成本。澳洲最大量的成癮物是香菸，其次是酒精，接下來才是非法毒品。但是相較於香菸與酒精，非法毒品的量其實是少的。

澳洲現在立法禁止在公開場所吸菸，包括餐廳、酒吧、大眾交通工具等，甚至轎車裡有兒童時也是禁菸的。以前在澳洲抽菸是一件很正常的事，現在卻變成是少見的行爲了，這趨勢已經改變。不過年輕女性還是很多在抽菸。整體來說，吸菸者

的權利爭取近 20 年來已經逐漸聲勢減弱。

(2) 降低需求

該策略旨在預防有害藥品的使用，包括可以降低毒品使用的戒治導向策略。其方法包括：健康觀念的提倡、教育、提供替代性藥品、為成癮使用者提供的矯治方案、以及藥價控制等等。

(3) 減少供應

其策略在瓦解非法毒品的製造與供應，其方法則包括立法及執法。

(4) 減少損害及風險

該策略則旨在尋找會增加個人或團體涉入有害藥品機會的因素，並減少特定個人或社區承受因毒品導致的傷害。其規劃是屬於國家毒品防治策略架構 (National NSP Strategic framework) 中的一環，其效果接受 COAG (Council of Australian Governments') NSP 的評鑑。澳洲為了減少因毒品造成的傷害，在 1987 年成立了 NSP 方案，其目的在預防愛滋病及減少 C 型肝炎 (Hepatitis C – BBV or HCV) 的傳播。相對於全國的毒品使用者有 62% 罹患 C 型肝炎，維多利亞市有 73% 的罹患率。

從 1999 年開始，COAG 方案每年花費澳洲政府 32% 的年度預算，其目的便在增加 IDU 的教育、宣導、戒治轉介、以及讓 NSP 的據點 (outlet) 更多功能化。

從 1999 年至 2000 年間，維多利亞政府藥品局 (Victorian Government Drug) 便實施了兩大策略：

(1) 地區毒品策略 (local drug strategy)：在 5 個熱點設立主要的健康機構，包括墨爾本、Dandenong、Maribyrnong、Port Phillip、Yarra。

(2) 生命救援策略 (saving lives strategy)：設置九個「機動毒

品安全中心 (mobile drug safety)」及七個「機動過度用藥處理中心 (mobile overdose response services)」。

2007 年 8 月時，維多利亞市共有 165 個 NSP 的據點，其中有 85 個位於市區，80 個位於郊區。其據點散佈於社區健康中心 (88 個)、醫院 (26 個)、社區的藥房 (18 個)、毒品矯治機構 (11 個) 以及其他的健康與福利機構 (包括學生、看護、原住民、性病防治、家庭計劃、青少年機構、地區政府等共 22 個)。今年該市議會主席更批准了超過 250 個 NSP 的據點以低廉的零售價來販售注射器，而該市共 1236 個藥房中，至少 733 個 (59%) 也提供同樣的服務，其中 8% 的注射器是由 IDU 所提供。

2007 年至 2008 年兩年間，就提供了 870 萬個注射器，比起 2006 年到 2007 年成長了 8.3%，比起 2002 年到 2003 年則成長了 30.2%。提供的針頭以墨爾本市區為主，佔了 80.7%。在機構的下班時間，則透過 HIE、WMH 及販賣機的方式來提供針具。

2. 酒精及毒品服務系統與干預架構範例

澳洲維多利亞對於毒品及酒精問題，有擬定一些細部的實施步驟以及策略，可以有效的利用在不同領域進行干預行動。並且，這些實施的狀況會適時的施以監控干預方案的進展。相關的系統網絡以及干預內容如圖 6-2-1。

3. 維多利亞市的毒品矯治服務網

維多利亞市的酒精與毒品系統是一個以社區為基礎的系統，而非醫藥模式。從 2007 年到 2008 年，總數不到 2 萬 6 千的案主，完成了 47,416 個矯治方案，其中包括：

- (1) 1.87% 完成了住宿性的修復。
- (2) 10.84% 完成了住宿性的收容解毒。
- (3) 2.09% 使用了由 AOD 提供或支付的住宿。
- (4) 其餘則皆為以社區為基礎的諮詢及治療性應對等等。

其中詳細之服務內容如下：

(1) 地區性服務

維多利亞市的酒精毒品服務系統包含了 113 個單位共 800 名全職員工，提供了 360 種的服務。這 113 個單位中有 28 個位於社區的健康中心，21 個位於醫院內，4 個在州政府內，60 個則位於「非政府組織（NGO）」機構內。

1) 針對青少年方案包括：

- a.主動出擊（Out Reach）。
- b.提供諮詢、顧問及持續性的照顧。
- c.收容（提供住宿、晚上在其家白天收容、晚上收容白天去上學或工作、郊區的青少年）。
- d.由 AOD 提供或支付的住宿。
- e.同儕支持。
- f.戒斷機構。
- g.以住宿在具有療效的社區，進行 AOD 留宿性的修復。
- h.白天的方案

2) 針對一般成年人方案包括：

- a.收容（提供住宿、晚上在其家白天收容、晚上收容白天去上學或工作、居住在郊區者）。
- b.替代毒品方案：美沙酮及 Buprenorphine
- c.提供諮詢、顧問及持續性的照顧。
- d.由 AOD 提供或支付的住宿。
- e.同儕支持。
- f.戒斷機構。
- g.留宿性的修復。
- h.機動過度用藥處理中心。
- i.機動毒品安全中心。
- j.持續性的照顧。
- k.ABI/AOD 臨床諮詢。

1.結合藥品與治療地主動出擊

(2) 全國性服務

全國性服務方案包括：

- 1) 青少年物質濫用機構。
- 2) Ante & Post Natal Support
- 3) 家庭住宿修復方案。
- 4) 家庭毒品資訊與支持熱線。
- 5) 家長支持方案。
- 6) 雙重診斷 (dual diagnosis)。
- 7) 遊民酒精與毒品方案。
- 8) 由維多利亞市開始提倡的「駕駛人教育方案」－「飲酒與用毒駕駛方案」。
- 9) 針頭與注射器方案。
- 10) 藥理毒品矯治方案，包括：
 - a. 社區毒品犯諮詢與矯治機構 (Community Offenders Advice & Treatment Service-COATS)。
 - c. 毒品教育。
 - d. 郊區 Outreach 方案的分部。
 - e. 法院轉介，包括 CREDIT 保釋方案、Koori 法院分院、延緩判決及兒童法庭方案。
 - f. 替代判決：CBO、ICO、CCTO、ESO。
 - g. 毒品法庭－DTO。
 - h. 出獄後續機構－StepOut。
 - i. AOD 青少年諮詢與兒童保護。
 - j. 青少年法庭。
 - k. 健康管束性酒精與毒品照料。

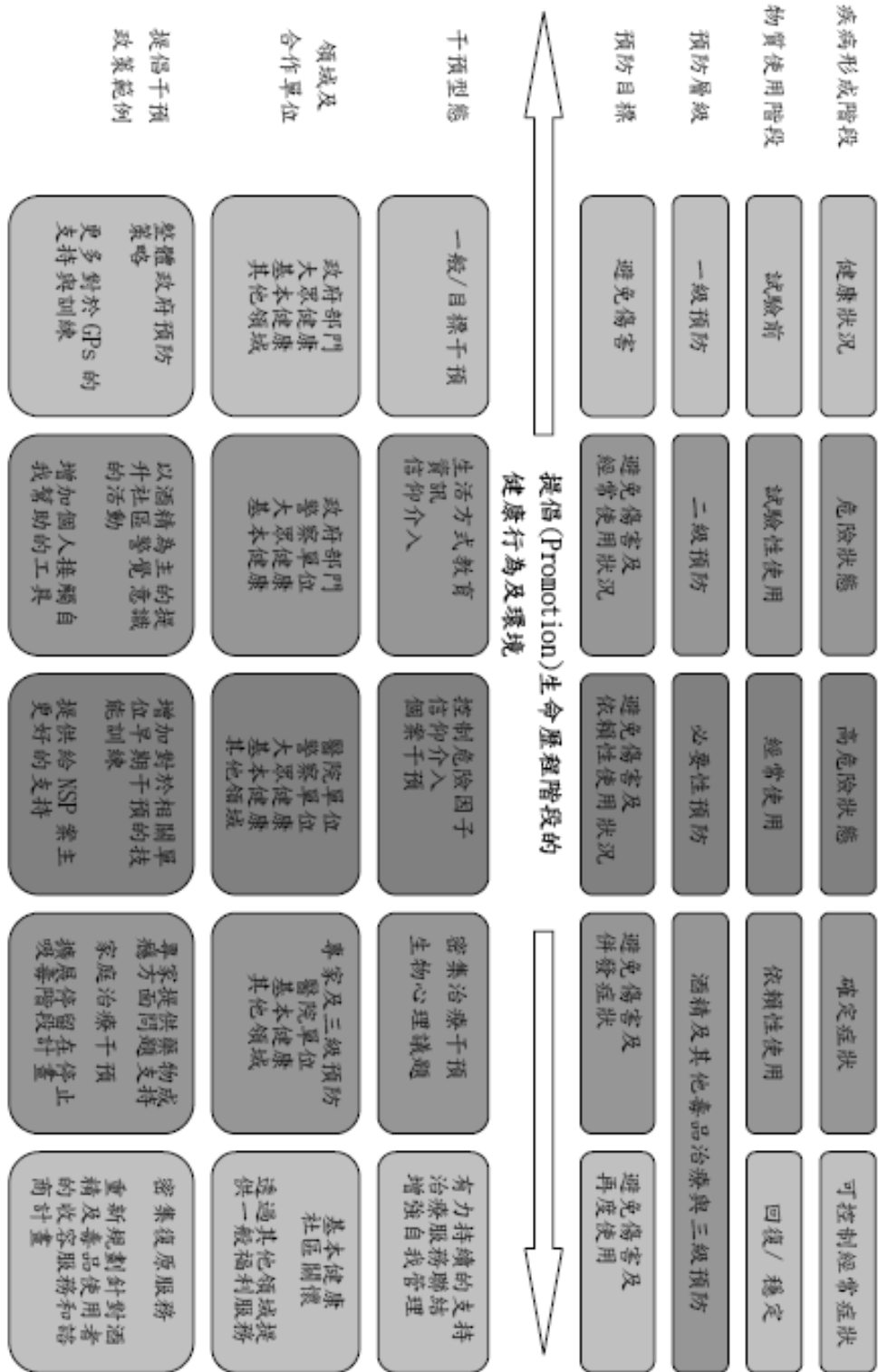


圖 3-3 澳洲維多利亞酒精及其他毒品服務系統與干預架構範例

4.酒精毒品矯治及支持服務系統

酒精與毒癮戒治及支持系統有幾個原則：

- (1) 由州政府及聯邦提供經費。
- (2) 志工團體。
- (3) 以社區為基礎，發揮社區力量。
- (4) 專業的成人與青少年機構。
- (5) 為特別團體提供的服務，包括：
 - 1) 原住民。
 - 2) 女性。
 - 3) 雙重失能 (dual disability) 與雙重診斷 (dual diagnosis)。
 - 4) 後天的腦部損壞。
 - 5) 法律諮詢。

5.人力資源

維多利亞市的酒精與毒品方案所採用的人力資源是科際整合的，包括：

- (1) 成癮醫學專家。
- (2) 一般性從業人員。
- (3) 護士。
- (4) 心理學家
- (5) 社工。
- (6) 律師。
- (7) Outreach 的工作人員。
- (8) 健康與福利部門。

三、運作流程

澳洲酒精與毒品戒治的運作是以評估為基礎，再進入不同的矯治階段。評估階段在於評估毒品使用的種類，以轉介到適當的矯治機構，其介面包括：酒精毒品服務資訊直撥電話、由「毒品酒精資訊與家庭支持機構」所提供的家庭毒品免付費熱線，以及青少年酒精毒品免付費熱線。在矯治階段有幾種不同的方案，包括：

- 1.化學矯治：透過美沙酮與丁基原啡因實施替代藥品性療法。
- 2.心理矯治：這個階段的工作包括準備、治療性的訪談、討論動機、降低損害、持續性關注、再犯控制以及資源聯結，其介面則包括：提供諮詢、顧問及持續性的照顧、主動出擊（Out Reach）、Koori 的機構、CLD 的機構、Ante & Post Natal 的機構。
- 3.物理環境控制，包括：居住性收容、社區收容、以家庭為基礎的矯治、機構內與機構外處遇、郊區用毒者住宿環境之提供。
- 4.生活技能方案，包括：
 - （1）以戒除毒品為目標。
 - （2）在社區內進行治療，以四個月為觀察單位。
 - （3）在支援毒品與酒精患者的住宿方案者，則以 12 個月為觀察單位。
- 5.重新整合方案，包括：
 - （1）提供療後的諮商與各項資源聯結。
 - （2）若戒治成功則可令其獨立生活，若失敗則重新回到第一個評估階段。

以上五個戒治階段，第 1、2、5 個階段屬於「社區修復方案」，其他則屬於「居住修復方案」。

四、未來規劃

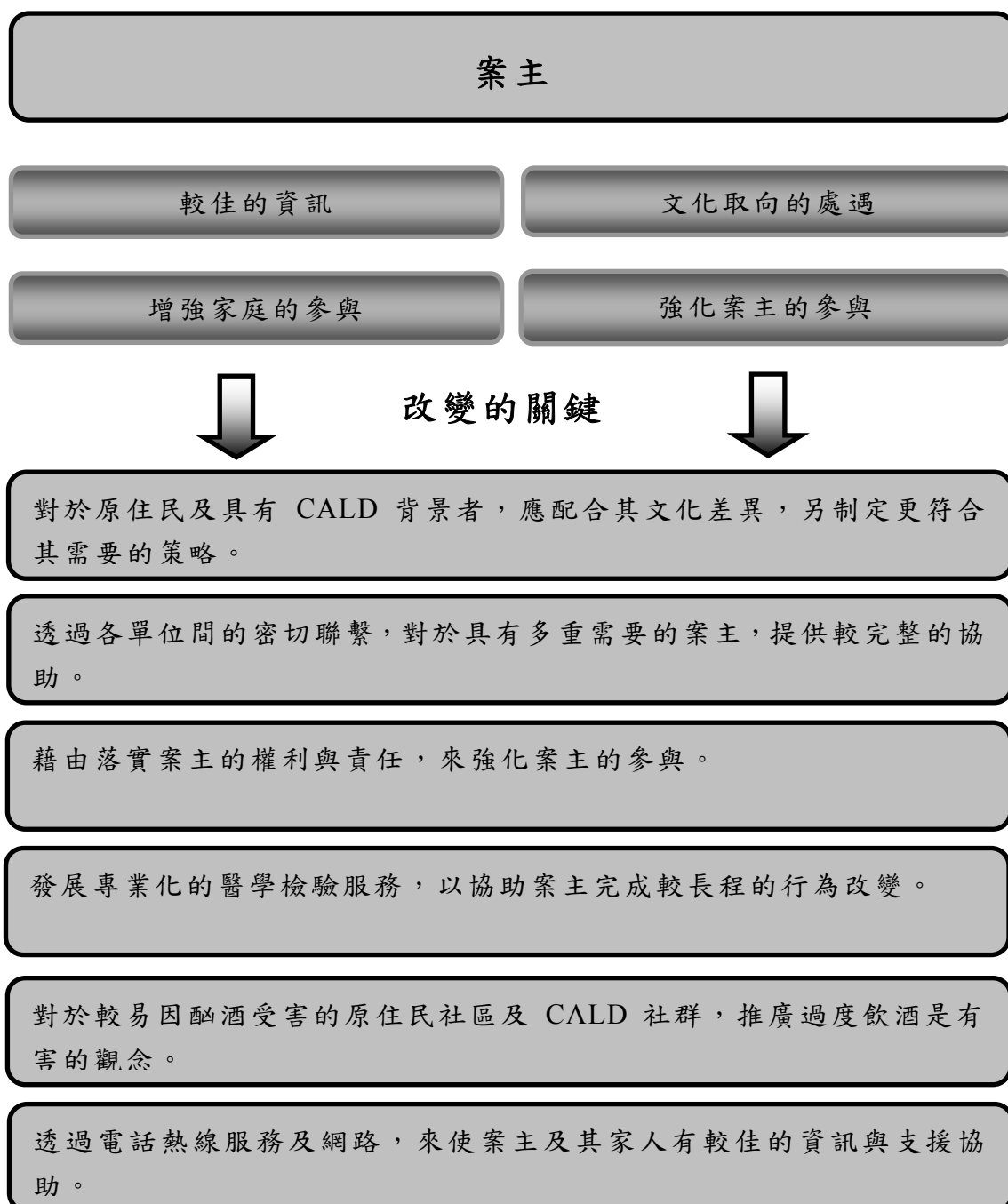
維多利亞州的酒精與毒品服務部門長期以來已經成功地改造了許多人的生活，該州以之前的成功經驗為基礎，於未來 2009 年至 2013 年更提出了一個為期五年，總共增加了 1 千 4 百萬澳幣預算的願景。該計畫之所以提出，是為了因應社區中酒精與毒品所造成的種種危害方式，正日新月異的變遷著。該計劃對酒精與毒品矯治服務的基本精神是：「是案主為中心，以服務為焦點（client-centred, service-focused）」。該州政府認為，案主及其家人與社區的需要，應該是這整個計劃的核心。澳洲「精神健康部（Ministry of Mental Health）」部長 Lisa Neville 指出，該架構將可指引維多利亞州政府對接下來五年關於酒精與毒品矯治服務的執政優先順序以及經費分配。該五年計劃的目標是：

1. 預防與減少因酒精與藥物的誤用所導致的個人、家庭及社區損害。
2. 提供高品質、以實證數據為基礎的、整合性的服務。該計劃所提供的服務，應該對案主有長期且最有效的幫助，因此其臨床實務必須不斷更新最新的知識，以幫助案主減少或停止藥物濫用。
3. 確保酒精與毒品施用者能得到回歸生活常軌所需要的幫助，讓他們能完全的參與維多利亞的社區生活。
4. 在這個精神健康策略的基礎上，維多利亞州應確保能夠提早介入兒童及青少年的健康、發展與福利事項。
5. 健全家庭功能，以預防因代間相傳的物質濫用與精神健康問題所導致的損害。
6. 該計劃必須與其他減少損害、預防、健康、福利及就業機關緊密合作，使案主在成癮到戒斷的過程中，能夠與其家庭及社區保持聯結。

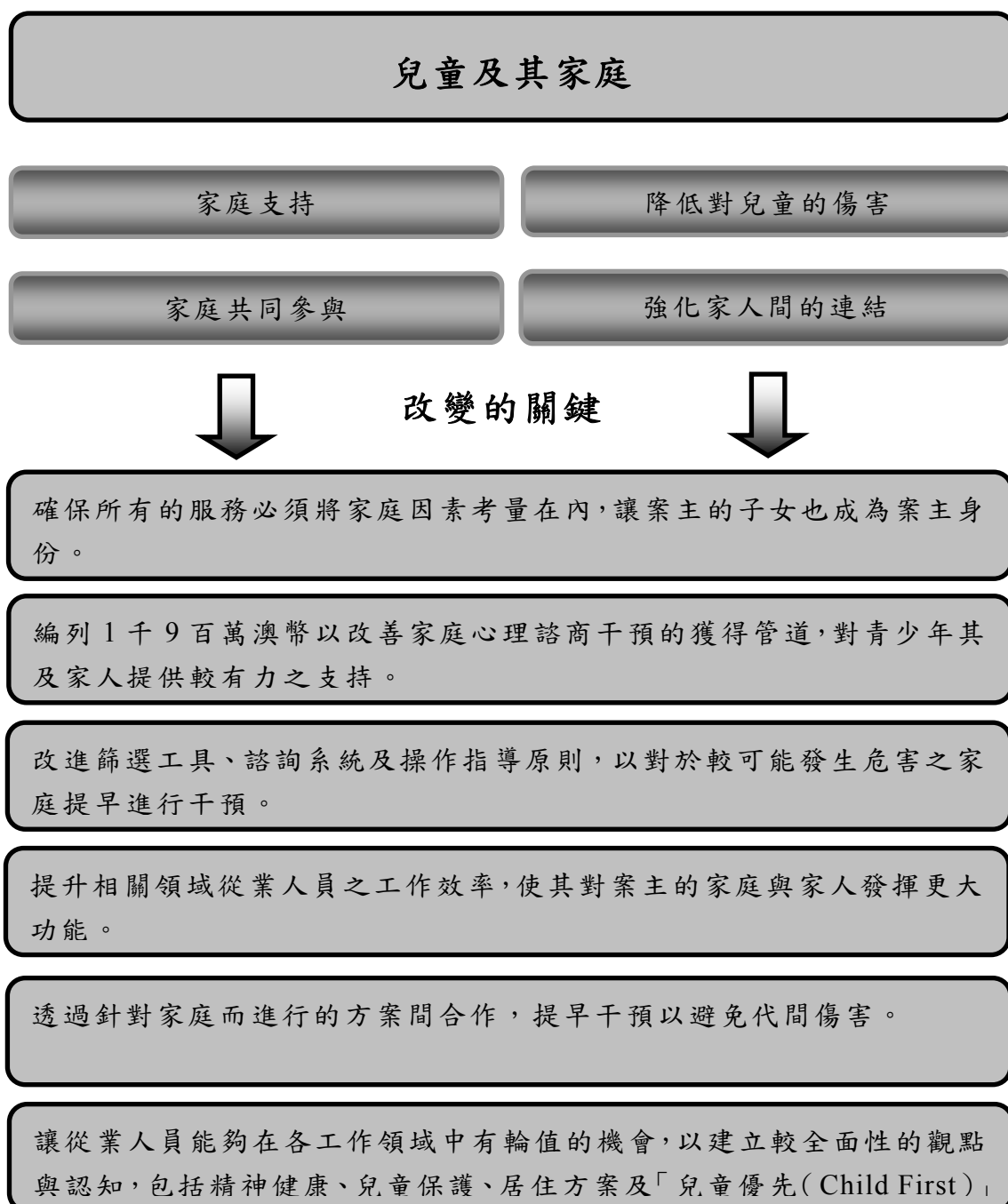
- 7.必須建立一個共識，那就是接受酒精與毒品服務者的子女及家人都應以案主看待之。
- 8.服務模式必須具備應有的彈性，以調整並改革來因應變遷。在人力資源上也必須不斷提升從業人員的能力與表現。例如在 Geelong 這個地方，其收容服務已經發展出更進階的照顧模式，像這種開創性的作為都能協助重新塑造本計畫的未來。
- 9.最重要的，要讓案主及其家人，對於整個計畫如何加入、過程及其後果有清楚且完整的認識。

此計畫的主要行動內涵包含了六個領域，前三個領域是以當事人為主(client - centred)的服務方案，而後三個領域則是注重在於服務的提供(service - focused)：

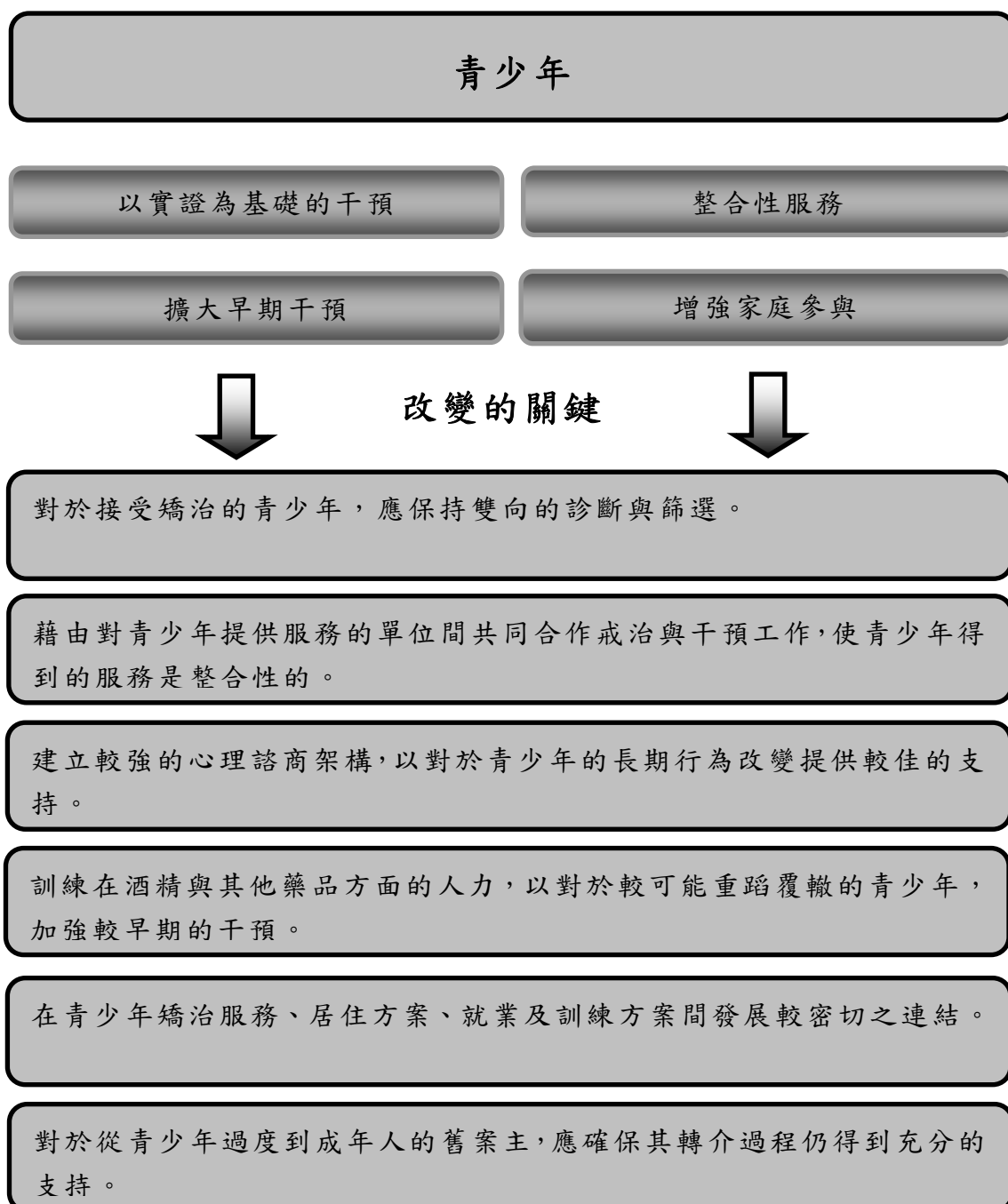
1.案主



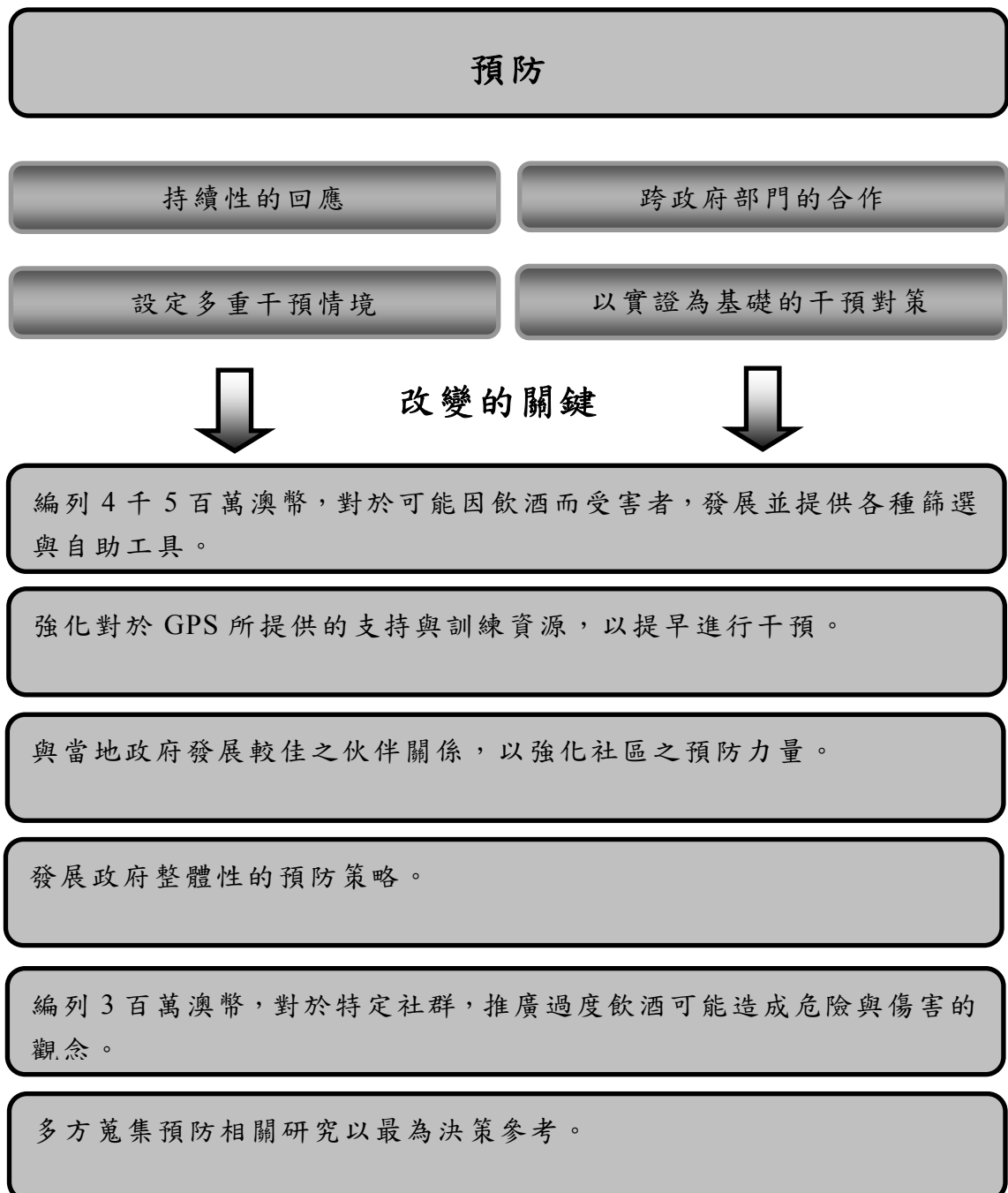
2. 兒童及其家庭



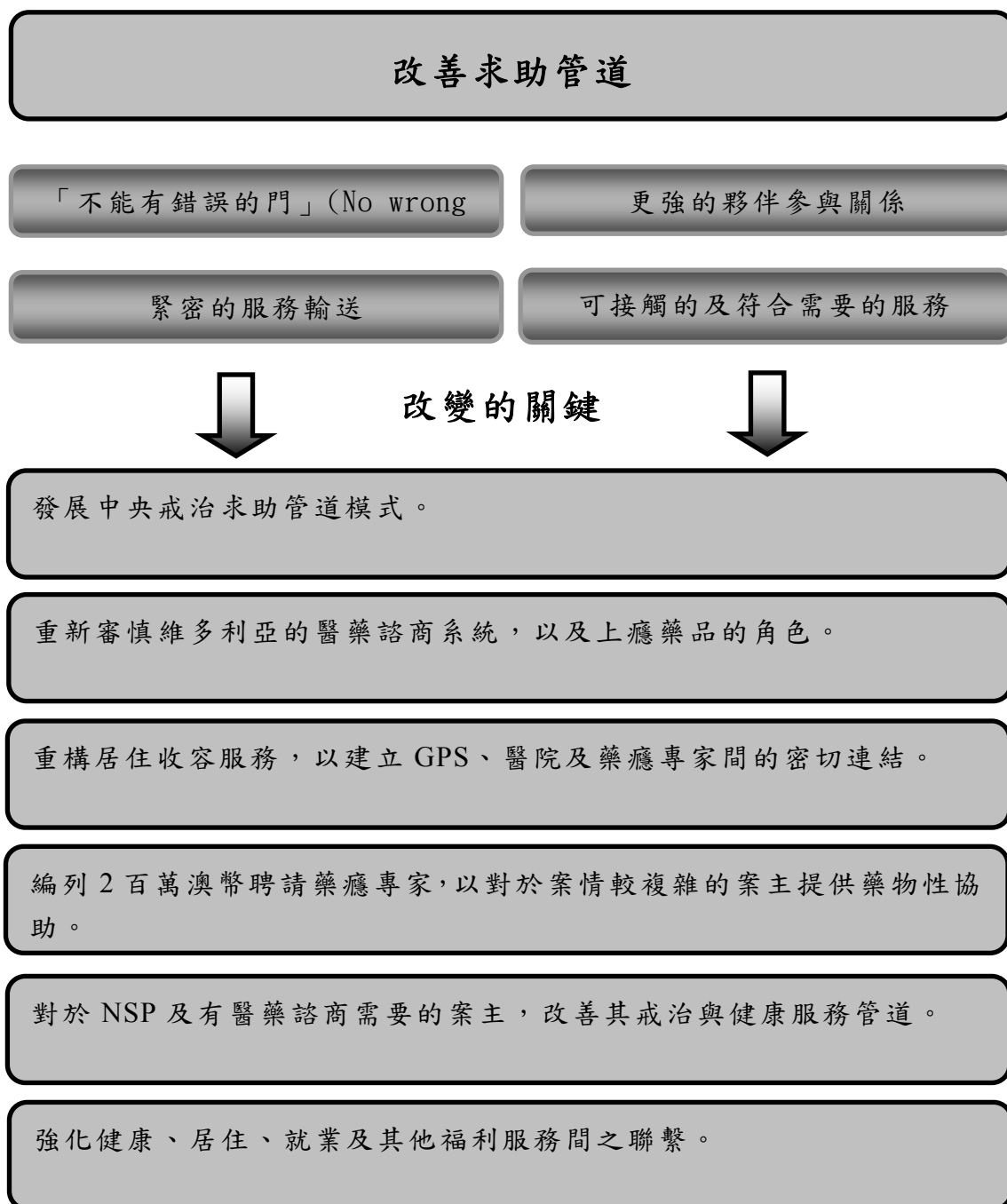
3. 青少年



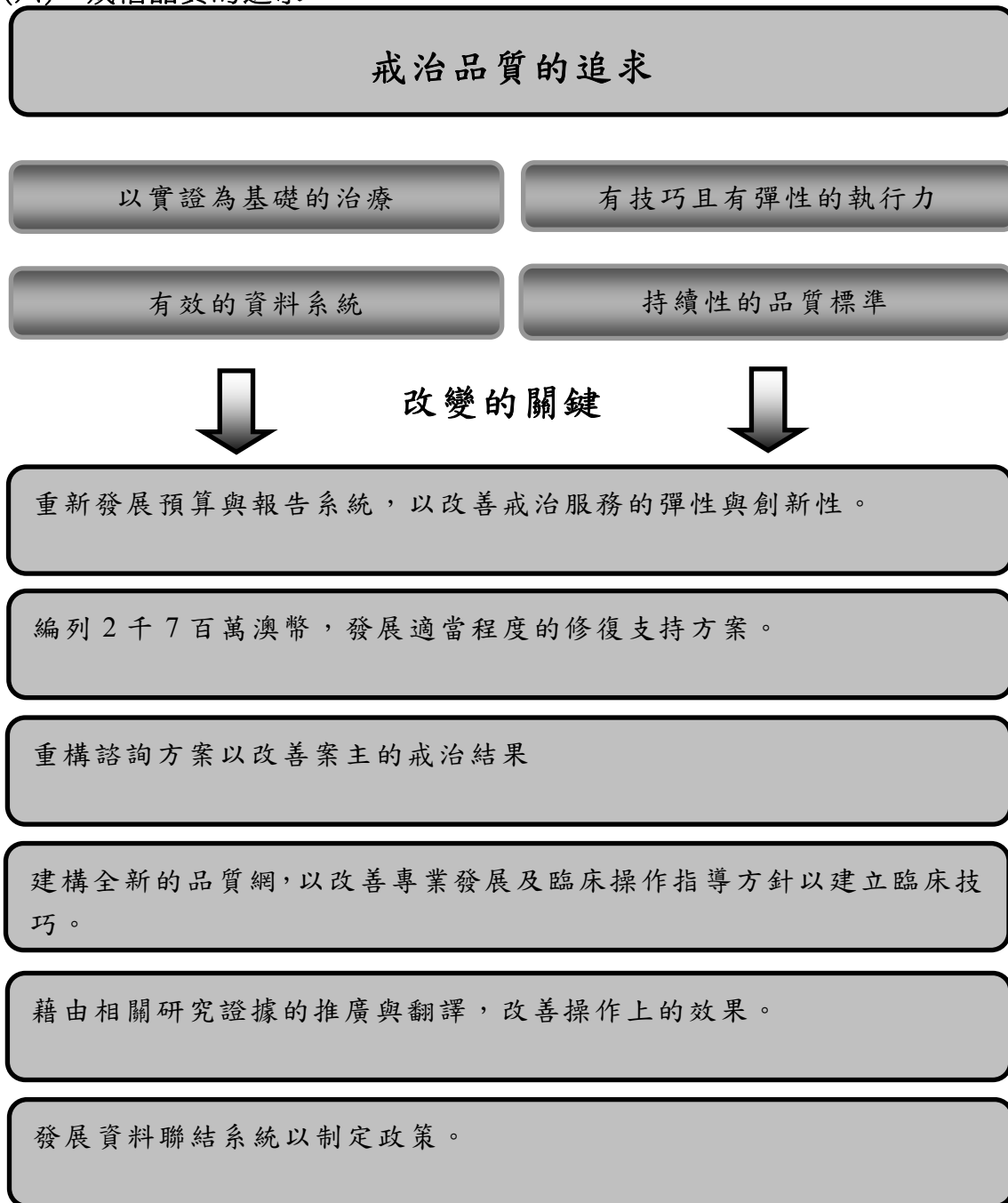
4.預防



(五)、改善求助管道



(六)、戒治品質的追求



五、結論

澳洲所關注的並不是毒品使用行為，而是物質濫用與成癮問題，因此其處遇與社會復健架構乃是將藥物與酒精濫用合併處理，以心理與精神健康問題的處理為核心，整體架構包括個案在健康、福利、居住、教育及就業等各方面的需要。

戒癮個案所需的各項資源與系統間需要整合，早期澳洲對戒癮所提供的服務呈現百家爭鳴的情況，各項服務雖然蓬勃發展，但系統間的聯繫較為薄弱，欠缺一個整合性的服務架構。在澳洲於 2007 年規劃的五年計畫中，可以看出澳洲政府嘗試建構一個完整的防治策略與架構，並為此五年計畫編列近億元澳幣的預算（超過 25 億台幣）來處理酒精與藥物成癮問題。相較之下，我國對毒品問題較關注在刑事司法體系面的防制工作，對其他防治面向欠缺資源投入，社會福利措施在防治毒品問題面向上的推展相當薄弱。

澳洲對於毒品及酒精成癮問題，設立幾個明確的核心目標，包括預防與減少因酒精與藥物的誤用所導致的個人、家庭及社區損害；提供以實證為基礎的高品質、整合性服務；確保成癮者能得到回歸社會正常生活所需要的協助；以精神健康為基礎，確保能夠提早介入兒童及青少年的健康、發展與福利事項；健全家庭功能，以預防因代間相傳的物質濫用與精神健康問題所導致的損害；必須與其他減少損害、預防、健康、福利及就業機關緊密合作，使案主在成癮到戒斷的過程中，能夠與其家庭及社區保持聯結；接受戒癮服務的個案、子女與家人，都是需要服務的案主；服務模式（包含人力、資源）必須具備應有的彈性，以調整並改革來因應變遷；讓案主與其家人，對整體計畫有完整的認識，包含計畫內容、如何加入計畫、過程及其後續影響。這些核心目標確立後，後續的方案規劃才能有所依循。這是我國毒品防治策略的規劃上所欠缺的。

除了核心目標的設立外，澳州政府並擬定一些明確的實施步驟以及策略（如圖 6-2-1），針對不同的藥物或酒精成癮階段特性，給予不同的干預策略，以有效防治酒精與藥物的成癮問題。這個架構確立了

對不同階段個案的定位與預防目標、對不同階段個案的策略、干預型態、與權責單位部門，以及干預措施。相較之下，我國毒品防治政策僅有概念性的策略目標，並未明訂具體的措施方針，因此雖然毒品防治政策有相關權責單位，但實際上的運作則呈現各行其是的狀態，欠缺整合性的行動方針，以致於毒品防治所需的各面向發展程度不一，因此在政策措施的規劃上應設立更明確的工作目標，讓各相關部會能夠依據具體的目標規劃防治工作。

第三節 中國大陸毒品施用者的社區服務網絡相關研究

上海於 2003 年開始將社會工作制度帶入社區戒毒工作³⁵，並開展禁毒、矯正、及青少年三類專業社會工作者服務之試辦計畫。禁毒社工包括法律、教育、社會、公安、司法等不同身份人員所組成，依據大陸「政府主導推動，社團自主運作」之原則，乃由公家機關和各類社團簽訂合約。禁毒社工也秉著「平等、尊重、接納」之原則將毒品使用者視為慢性病人，建立醫病關係，依據個別需求制訂個別幫教計畫、提供心理輔導、行為矯正、法律諮詢、就業指導、助學幫困等服務，歷經五年也已初步建構出可行的禁毒社會工作理論架構。

毒品施用者有生理、心理與社交三類依賴³⁶，其中社交依賴指的是毒品施用者行為會受到所處社群之次文化影響，即使生理、心理成癮獲得有效解決，但在回歸社會後再次接觸原來社群，則會陷入復發風險。所以毒品施用者的復原歷程可以區分為「生理康復、心理康復、社會康復」，在此概念下社區戒毒、社區寬容、社區照管之發展，均被認為有助解決戒毒成功者在回歸社會時所面臨的問題。

³⁵ 張儉琛（2005）。禁毒社工在社區禁吸戒毒中的作用初探。理論與實踐探討。

范志海（2008）。禁毒社會工作的理論、政策與實踐—以上海為例。華東理工大學學報，1，30-35。

³⁶ 范志海（2008）。禁毒社會工作的理論、政策與實踐—以上海為例。華東理工大學學報，1，30-35。

「社區照管」概念源自英國的「在社區內照顧」，該概念原本是服務身心障礙者與老年人，運用在毒品使用者上，照顧工作由地方政府、非營利機構、以及其家庭共同承擔，提供服務或支持給有需要者，能使其盡可能在自己家中或社區中的類似家的環境中實現正常化生活，所以「去機構化」與「正常化」為其主要兩大特色。以上海為例，其視藥物濫用者為高危險群體以及弱勢族群，主動提供就業指導、法律諮詢、心理輔導、社會功能恢復等服務，以順應去機構化之潮流，並且以案主需求為主要考量，結合正式與非正式照顧，協助案主可以在社區內達到自立之目標。

有關中國大陸研究者針對社區戒毒模式，鐘瑩與梁國勛³⁷以個案管理為思考基礎，認為透過個案管理模式處理可以有效處理有多種需求但卻沒有有效資源可供利用的戒毒使用之現實情況，此外對整合社區資源與提昇社區戒毒工作之專業水準也有重要意義。由於個案管理模式所具有的兩項特點—（1）注重發展或強化資源網絡、與（2）同時注重案主使用資源之知識/技巧/態度以及獲得與運用資源等兩方面能力養成，可以有效處理毒品施用者具有多重問題之特色，同時個案管理師也被視為諮商者與協商者，意即一面從旁協助戒毒者強化戒毒動機與能力，另一方面也協助戒毒者與其他資源連結，保障資源使用暢通性。鐘瑩等人進而提出針對毒品施用者的個案管理模式，如下圖 3-3 所示：

大陸同樣將毒品施用者視為病人或罪犯，所以針對其所成的公共危害特點採取勞教戒毒和社會幫教之救助方式，學者研究指出，對毒品施用者提供的救助方式不應忽略其「公民」之身分³⁸，因為這將影響生活救助、醫療救助和社會服務等社會救助權利是否有賦予毒品施用者上，但這樣的忽略也反應毒品使用行為之特殊性，很容易讓毒品施用者應享有的公共福利容易被剝奪。

³⁷鐘瑩、梁國勛（2008）。個案管理：社區戒毒工作的新模式。社會學與社會工作，2，23-28。

³⁸姚建平（2005）。權利與福利：吸毒者的社會救助研究。江西公安專科學校學報，5，97，33-37。

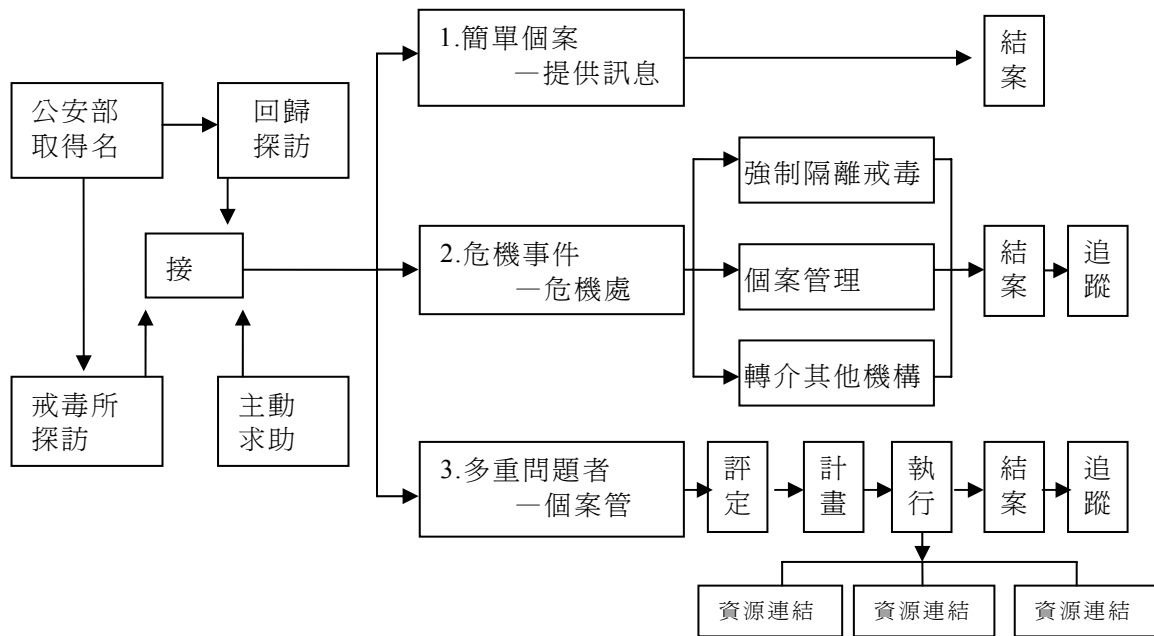


圖 3-4 中國大陸毒癮個案管理工作流程圖

中國大陸目前的社會政策有三大內涵—(1)生活救助（即最低的生活保障。除毒品施用者本人，尚需要考慮家屬，包括未成年者的生活救助問題）、(2)公共醫療救助、(3)社會服務。從三大面向思考毒品施用者應該享有何種社會政策所賦予之公民的公共福利和社會保護，公共醫療救助與社會服務是屬於所有公民應當享有，但毒品施用者的特殊性使得在提供上可能要與一般民眾有所差異：

1. 生活救助：雖然不見得每位毒品施用者都有生活救助之需求，但長期使用下對經濟勢必造成損害，再加上社會文化所賦予的負面烙印，應設定一些條件將有需要生活救助之毒品使用者納入最低生活保障制度之內。另外，生活救助對象應該擴及毒品施用者之家屬，特別是未成年的子女，所以有必要針對此點進行監控或者考量監護權的轉移。

2. 醫療救助部分：由於毒品的使用往往會造成身心方面的健康損害，而毒品施用者也可能有不同考量而沒有使用醫療服務，如沒有多餘的金錢、沒有管道，所以有必要考量在提供醫療減免措施、設立公共醫療救助基金等必要性，並且堅持非歧視性原則，意即不把毒品施用者當成社會亂源，而是樹立生命平等之觀念，防止社會排斥。此外也應廣邀社會團體、工會組織、慈善機構共同合作。
3. 社會服務與非營利組織救助：由於社會服務觀點加入，所以當傳統幫教視毒品使用者為犯罪人，在社會服務觀點來看則視其為公民，介入手段也有別過去社會控制與矯治，而是透過社會福利與關懷服務進行貧困救助、解決就業、子女教養、生活照顧等問題。為了服務順利推動，有必要以公部門為主要指導單位或加入，但主要執行者則建議以非營利組織為主。

「創建無毒社區」是近年來中國大陸進行禁毒活動之重點，透過由政府發起、動員社會各界參與，警察與社區合作，於社區內建立戒毒幫教小組，形成嚴密的社會控制網絡，已達到預防毒品危害並監督幫助毒品施用者戒除毒癮。昆明市的金碧社區是中國大陸推廣創建無毒社區工作之試辦地區³⁹，昆明市於1990年起即進行社區禁毒幫教工作，在1996年由禁毒委員會和聯合國亞太經社理事會之合作，被定位為「減少毒品需求、預防愛滋病」項目之城市社區試辦地區。其「五心工程」—「真心、愛心、信心、耐心和心換心」，是在政府指導下，建立以社區為基礎，公部門、社區和幫教小組所組成的三級戒毒組織體系。網絡包括政府與社區、社區與警察、社會與社區、社區和居民等，運用社區組織的各方面力量，進行心理和行為矯治，提供所需之戒毒服務。該模式由於納入中國傳統倫理價值觀的核心（群體主義與人本主義），且讓警察部門與社區有所合作，使禁毒戒毒工作能從公安部門擴大至具廣泛社會參與之社區防治體系，並引進社區工作和小組工作概念以建立能夠支持戒毒者戒毒行為的社會網絡。由於

³⁹ 錢寧（2002）。社區戒毒的控制與支持網絡—昆明市創建無毒社區活動研究。華東理工大學學報，65，47-54。

該模式也獲得聯合國的肯定，使得大陸地區也開始朝創建全方位社區戒毒幫教工作為目標，社區戒毒幫教組織架構圖如下圖 3-4 所示：

在此模式之下，社區網絡不僅具有控制功能，也帶來有利的社會支持功能，透過社會支持往的幫助，使人們得以有機會解決危機與困擾、使生活得以正常運作。此外，社區戒毒除需要對吸毒者進行控制外，更需要賦予吸毒者我能感，透過增能(empowerment)，增強或提高個體能力、信心、意識等，堅定改變動機。所以戒毒者的社會支持往的意義在於，透過網絡向戒毒者提供多元化支持，以協助因應戒毒過程中不利的因素。

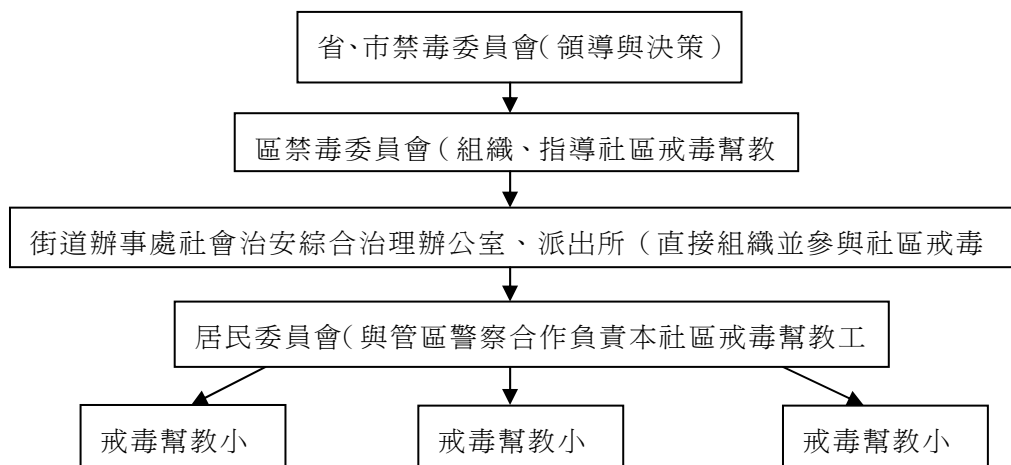


圖 3-5 昆明金碧社區戒毒幫教組織架構

由於毒品施用者的特殊性，要對這些族群提供社會福利措施也會有諸多爭議，黃洪基與田保傳⁴⁰從上海禁毒社會工作制度進一步思考針對毒品施用者的復健規劃可能面臨的問題—(1)禁毒社會工作的經費與人才流失、(2)社團雖可自主運作但仍受到官方行政風格之影

⁴⁰ 黃洪基、田保傳(2006)。體制創新與禁毒工作的社會化—關於上海禁毒社會工作制度的思考。上海大學學報，13，4，128-131。

響、(3)戒毒者有明顯的就業困難，能提供的社區資源有限、(4)「重」禁毒但「輕」康復、(5)社區戒毒康復模式需要法律地位，使成為強制戒毒、勞教戒毒、自願戒毒之外的第四種戒毒模式，而使相關社團、專業人員、公部門的協調地位有所明確。其更進一步提出應該規劃以高危弱勢人群為對象之社區照顧政策，來克服當前困境，也提出要進一步持續培養專業人員讓人數得以持續擴展，並鼓勵由戒毒者、家屬等自發性組織團體一同參與，以發掘與整合來自社區內的禁毒資源。至於地方性立法的建議，則提出下列四個思考面向以供參考：

1. 思考如何讓禁毒社團的社會公益身份與資源在政策和法規上有所明確標示。如：與公部門相互合作與分工、社區內的地位與功能、犯罪預防與社區禁毒的合作關係建立方式。
2. 制訂評估禁毒社團工作績效之辦法，並思考創新民間社區資源的工作架構。
3. 思考專業人員的工作模式與組織方式。如：再思考毒品施用者為犯人或病人、刑罰與量刑上在不同的毒品使用特性之差異性考量、建立健全社區禁毒監控系統、以及禁毒專業人員組織之考核、評量、獎懲、與升遷等各項制度。
4. 思考社區禁毒的可行的宣傳教育和專業人員的培訓模式

第四節 香港

一、現況

香港戒毒相關機構非常多元，對毒品施用者提供多種模式的戒毒治療及康復服務，以適合不同背景和生活情況各異的毒品施用者的種種需求，相關的戒癮服務可以分為五類：

1. 社會福利署資助的濫用精神藥物者輔導中心（濫藥者輔導中心）：向吸食危害精神毒品者和邊緣青少年提供輔導服務和其他協助；

2. 醫院管理局轄下的物質誤用診所：為有精神問題的毒品施用者提供治療；
3. 衛生署推行的美沙冬治療計劃：透過轄下 20 間美沙冬診所的門診網絡，為吸食鴉片類毒品的各年齡組別人士提供代用和戒毒兩類療法；
4. 由 17 間非政府機構營辦的 39 間住院戒毒治療及康復中心和中途宿舍：當中 20 間獲衛生署或社會福利署資助，另外 19 間則未獲政府資助，大多同時為青少年及成年的毒品施用者提供服務；
5. 懲教署轄下戒毒所實施的強迫戒毒計劃：服務 14 歲或以上被裁定有罪可處監禁罪行並有毒癮的人士。

其社會輔助方案的蓬勃發展與刑事政策及社會背景有關，香港對毒品施用者大多是以醫療體系或社會福利體系介入，僅有懲教署轄下戒毒所實施的強迫戒毒計劃，民間非政府組織中更營辦了 39 間住院戒毒治療及康復中心和中途宿舍，其中有一半未獲政府補助，大量的民間機構對毒癮者提供協助與刑事政策及香港社會背景有關。在刑事政策部分，香港沿襲英國統治時期對毒品施用者採取較為開放的刑事政策，因此對毒品施用者的處遇早已由刑事司法轉向醫療、社區治療。再者，由於注重當事人人權與隱私，警察機關並不能強制對可能的毒品施用者進行強制尿液檢驗，除非同時查獲當事人身上攜帶毒品，否則香港警察並不會對當事人進行尿液檢驗，刑事司法體系對毒品施用者的介入自然減少。而在社會背景方面，香港經歷英國政府長時期的殖民統治，其社會環境自然受到西方宗教的影響，而以及對社會福利制度的要求，民間團體與非營利組織在社會環境中早已具規模。

另值得注意的為香港的民間戒癮組織具有相當的專業水準，香港民間戒癮體系可以區分為宗教團體與社會工作團體兩個區塊，部分團

體在機構名稱或歷史淵源上或多或少與宗教相關，但在實質內涵上卻是以社會工作團體的方式發展其專業性，這樣戒癮專業的發展與轉變，與政府的經費補助及社會工作的發展有關。在民間戒癮服務中，香港有 17 間非政府機構營辦 39 間住院戒毒治療及康復中心和中途宿舍，當中 20 間獲衛生署或社會福利署資助，另外 19 間則未獲政府資助，獲得政府補助的機構必須接受政府的評審與監督，其運作模式自然朝向專業性發展。而未獲政府資助的機構，則大多不願意接受政府的監督和評審，而較傾向依循機構的宗旨和信念運作，不願意讓政府介入，這些絕大多數是屬於宗教團體，但政府對於這些機構或方案仍會提供支助。

除針對毒品施用者的關注外，香港對青少年與家長預防教育也非常著重，很大的一個原因是香港毒品問題的轉變，以往香港毒品使用類型是以海洛因為主，但在過去十年間（1998～2007），毒品統計數據顯示報吸食傳統毒品（海洛因）的人數，已由 13,636 人降至 7,409 人，減幅達 46%。但同期被呈報吸食危害精神毒品的人數則持續上升，由 3,412 人升至 7,810 人，增幅達 129%，2007 年檔案室所接獲呈報的吸毒者中，吸食危害精神毒品的人數更首次超越吸食傳統毒品的人數，因此在 2007 年行政長官的施政報告中，即宣布由律政司司長領導一個高層次的跨部門專責小組，以專責打擊青少年吸毒問題。

在青少年預防教育的方案中，很特別的是青少年毒品問題專責小組特別強調家長的教育。在預防青少年吸毒的工作上，家長的角色極為重要。專責小組全力支持透過不同途徑及方法，為家長舉辦更多精心策劃的預防教育活動。相關活動必須能迎合不同背景家長的需要，包括沒有多少空閒時間的在職成年人。禁毒處、社會福利署和教育局一直為家長舉辦工作坊和座談會，以加深他們對毒品的認識，讓他們掌握與子女溝通的技巧和尋求協助的途徑。許多非政府機構和家長教師會也有提供類似援助。專責小組認為，有需要在較為一般性的家長教育活動和為家長而設的健康生活計劃中，加入禁毒教育的元素。除特定的教育活動外，還可在定期舉辦的家長活動中，加入清晰而相關的禁毒信息。這些活動也應讓家長明白實際上如何預防子女吸毒，

以及加強他們與子女溝通的技巧。除提供有用的資訊幫助家長面對不同階段和程度的毒品問題外，也須提供參考材料，協助政府部門、家長教師會、學校和其他非政府機構，為家長策劃禁毒教育課程和學習單元，以及籌辦導師培訓計劃。

打擊毒品問題須要社會上各方通力合作。非政府機構和大專院校是政府禁毒工作的主要伙伴。不少非政府機構正致力在預防教育、戒毒治療及康復工作方面提供計劃和服務。大專院校則是專門知識的重要來源，可以自行或聯合相關的非政府機構展開禁毒計畫和與毒品有關的研究。這些工作的主要經費來源多來自經常資助金和政府撥款，很多機構和院校會同時依靠或根本完全依靠社會資源和其他資源來推行工作。這情況在多方面具有重要意義，特別是在運用社會本身的資源來應付社會上的問題。但政府仍須承擔一定角色，禁毒基金是政府在這方面所作的主要承擔，主要在提供一個穩定的額外經費來源，增加政府的資助以支持值得推行的禁毒計劃。

禁毒基金在 1996 年由立法局批准一次撥出 3.5 億元港幣成立，香港當局的計劃是維持禁毒基金的資本基礎不變，只透過投資所得的收入應付開支。基金每年撥出的實際款額，會取決於所得的收入和接獲的申請案。禁毒基金迄今資助了 395 項計劃，共批出撥款 1.964 億元港幣。

禁毒基金由禁毒基金會負責管理，管理委員會由保安局常任秘書長擔任主席，由三名非官方成員和兩名官方成員（禁毒專員和庫務署署長）組成，基金會在決定如何運用禁毒基金時，會考慮禁毒常務委員會的意見。禁毒基金通常每年接受申請一次，禁毒常務委員會和管理委員會可因應當前的吸毒趨勢，訂定具體的優先範疇，以徵求計劃項目。例如 2008 至 2009 年度撥款計劃的優先範疇之一是資助預防教育和宣傳計劃，以配合專責小組建議推行的全港青少年禁毒運動。禁毒基金也設立特別撥款計劃，以配合具體需要。例如 2002 年禁毒基金即設立專項計劃，協助戒毒治療及康復中心進行改善或重置設施的基本建設工程，以符合藥物倚賴者治療康復中心的需求。

禁毒基金資助計畫方案時，同時也要求資助計畫的工作表現評估，包括：1.禁毒基金申請人須在申請書內提出一套用以評估擬議計畫效率和成效的工作表現指標。2.禁毒處制訂了自我評估指引。申請人可因應計畫的性質，在成果、成效、影響及效益等方面，訂定適當的工作表現指標。3.禁毒處和相關部門評審申請時，會考慮申請人提出的自我評估方法。4.獲撥款人須在計畫完成後提交詳盡報告，以便根據工作表現指標評估其計畫。5.禁毒處進一步在網站發放資訊，以提高禁毒基金的透明度。已完成計畫的最後報告存放於香港賽馬會藥物資訊天地，供公眾取閱。

五、結論

香港民間參與毒品防制工作的情形踴躍，與其毒品刑事政策取向、毒品防制主管機關及禁毒基金息息相關，這些經驗皆值得我國在毒品防制政策作為上的參考。

首先在刑事政策上，刑事司法體系略微退縮，以優先讓醫療、社會輔助體系處理毒品施用者的問題，因此醫療與社會輔助體系有較多的個案來源，毒品施用者亦對醫療與社會輔助體系有較多的需求，因此醫療與社會輔助體系能夠蓬勃發展，建構更完整的社區資源網絡。

其次在毒品防制主管機關上，香港保安局轄下的禁毒處負責制定禁毒政策，並統籌禁毒教育和宣傳計畫、研究工作、戒毒治療和康復服務、國際合作事宜，以及執法行動。整個禁毒處包含禁毒常務委員會、禁毒常務委員會小組委員會、毒品問題聯絡委員會，以及研究諮詢小組。這些委員會與諮詢小組由大量的非官方人士擔任，包括社工界、教育界、戒毒治療和康復界、醫療界和社區服務方面的傑出和資深人士參與，能提供毒品防制政策建言，包括防治政策措施、資源的適當分配、各政府部門和志願機構的協調和合作、檢討各政府部門和志願機構所推行的計畫和工作、促請政府在有需要時修改政策、計畫、工作、法例和程序等，因此民間機構參與毒品防制工作自然踴躍。

最後在禁毒基金方面，因為有禁毒基金穩定充分的資金來源得以

支助各項計畫工作，非政府機構和大專院校即可在預防教育、戒毒治療及康復工作方面，提供計劃、服務和相關的研究、教育訓練，因此民間機構得以朝向專業性發展。禁毒基金在資助計畫方案時亦將工作表現評估納入考量，在方案成果、成效、影響及效益等方面進行評估，亦同時促進民間團體發展其專業與能量。

第五節 新加坡

（一）Rehabilitation Process

新加坡監獄署的 Rehabilitation Process 是爲了協助犯罪人復歸社會，透過入監評估、震撼威嚇、處遇提前釋放、中途之家、後續照護的階段規劃，協助犯罪人復歸社會。在入監評估階段會依據犯罪人的危險性與社會復歸需求，規劃處遇方案，並在處遇過程中監控評估。震撼威嚇是給予刑罰上的威嚇，讓犯罪人檢視過去的錯誤行爲。處遇階段則因應個案所需，包括工作、教育、技能訓練、特別處遇等不同方案類型。提前釋放是爲了協助犯罪人能夠逐步的適應社會生活，在犯罪人做好準備後，可以進入中途之家預作釋放準備，逐步回歸社會。中途之家包含了社區復健方案、居家監禁以及就業釋放方案，在此階段已經開始由民間機構接手處理個案管理與社會復歸工作。

（二）SCORE 協助受刑人更生經驗

SCORE 的目標是幫助出獄者可以復歸社會不再進入獄政體系，SCORE 由內政部門在 1976 年創立，由國家單位與地方民營機構合作，其創立的基本理由是爲了謀求更大預算上的彈性，借重民營機構組織運作的特點。SCORE 與監獄部門的合作建立在幾個基礎上，包括擁有共同的目標、擬定主要的政策以預防再犯，以及彼此在政策和執行層面上有密切的互動和交流。

1.願景：

- (1) 建立一座希望的橋樑，提供給犯罪人與其家人。
- (2) 藉由成功使出獄者復歸社會，可致力於達到安全社區理想的實現。
- (3) 更重要的是，該機構提倡並且引導社會大眾嘗試用包容和溫暖的態度，看待這些曾經犯罪者，願意給予第二次的機會。

2.任務：重新修復與幫助犯罪者與社會進行再整合，使犯罪者可以成爲一個有責任感的人，且對於社會大眾有所貢獻。

3.核心功能：該機構主要功能有訓練、工作、就業協助以及社區參與四大區塊，訓練及工作是屬於監獄方面的功能區塊，而就業協助以及社區參與屬於社會方面的功能部分。在 2008 年統計數據方面，訓練的人次有 2980 人，工作方面有 3500 人每天應徵到工作，在就業協助方面有 2517 人受到協助，而在社區參與方面，有 1853 個雇主加入銀行聘用雇員。

4.組織架構：該組織架構高層管理階級有主席、執行長及營運長。營運長乃以合作創造優勢的執行長，負責管理再整合部門、社區合作及社會復歸部門、工商部門及人力資源部門。該單位一共有 160 名員工，有半數在監獄工廠服務，而有 28% 是曾經犯罪者。

5.工作復歸方案：乃藉由工作與社會進行再整合的方案。該方案的願景是希望建構一個安全社區(Safe Community)的環境，任務是在於復歸及再整合(Rehabilitate and Reintegrate)的理想上，除了建立健全的制度與程序、加強彼此的合作關係外，更必須注重的是對於復歸社會者技能的培養，以及機構與雇主合作，增進其聘用復歸社會者意願的方案。並且，使復歸社會者可以在安全的環境中工作，並持續就業。方案內容包括幾個核心取向：

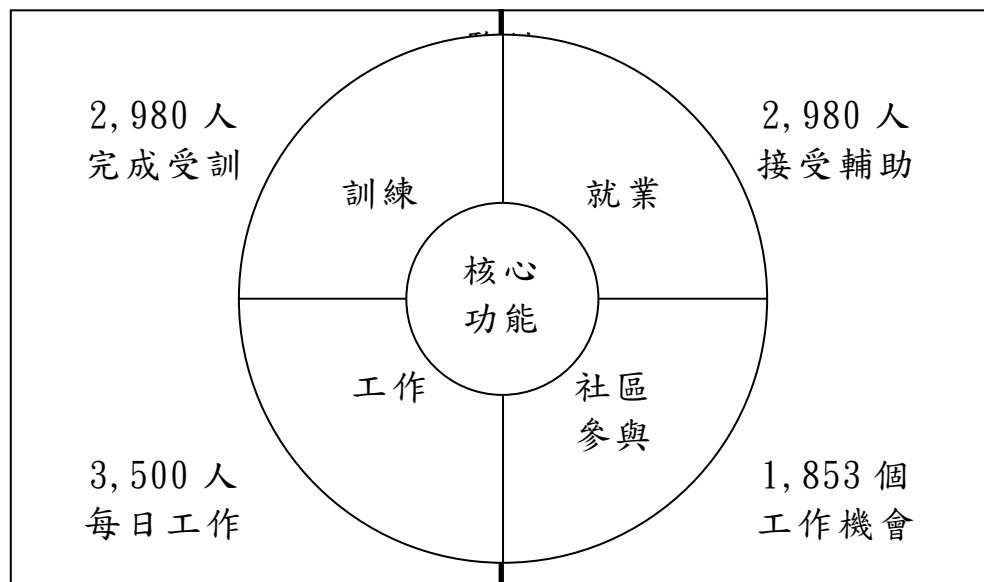


圖 3-6 SCORE 2008 年成果

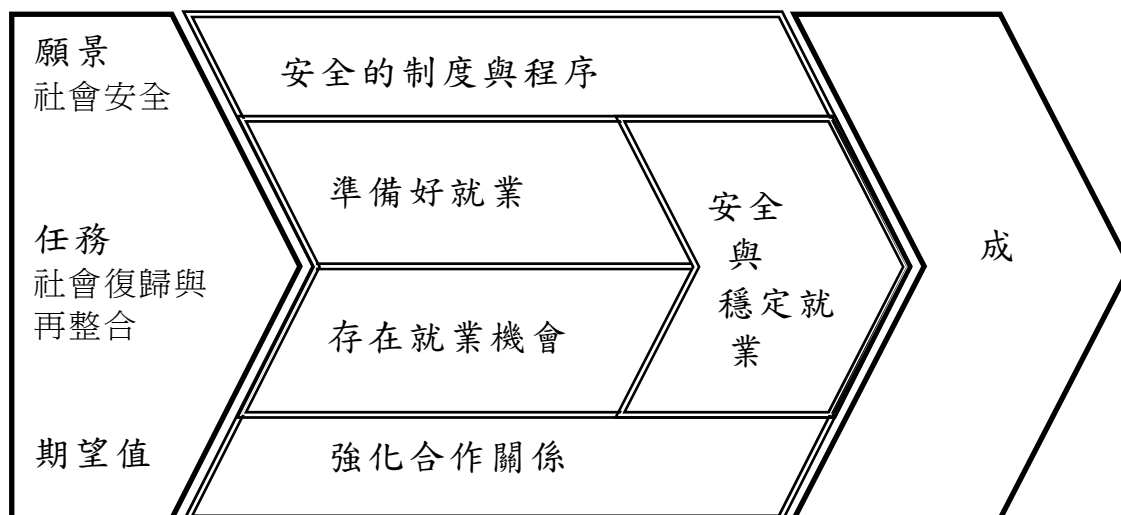


圖 3-7 工作復歸方案取向

- (1) 技能培養：該機構提倡讓復歸社會者可以隨時進入就業市場（Ready for Work），給予適當的技能，尤其針對市場需求較大的產業如景觀美化、物流服務等，聯結與雇主對於需要員工技能的訓練，並提供全國性的技能認證。工作的目的，要落實監獄的管理策略，增加犯罪者工作倫理與紀律的培養，加強其與市場相關需求的技能，並且最終達到可以順利復歸社會的理想。從手工業到服務業，包括亞麻布製品、食物、分包契約以及空地出租。簡言之，適合的技能及正向的態度，可以有效達到復歸社會的理想。有一位曾經犯下過搶奪罪的復歸社會者就表示，「我很開心在監獄的八年沒有浪費時間，我得到謀生的基本技能，所以我可以自立自足，並且照顧我家人的生活。」
- (2) 與雇主合作：機構與雇主合作，增進其聘用復歸社會者的意願，也就是一個以雇主為中心點出發的方案（Employer-Centric Approach），由增進雇主聘用員工到使他們願意續聘這些復歸社會者。提供良好的就業機會，給予合理的報酬以及技能訓練與進修，是機構選擇合作雇主的標準。並且，機構還提供給該雇主稅制上的優惠。
- (3) 安全且持續的就業：2005 年建立線上就業入口平台，可以提供適合工作的配對，在 2008 年該線上就提供有 1481 個缺額。其中，生涯資源中心(Career Resource Centres)幫助出獄者可以在獲得釋放前，立即找到工作，其所提供的服務有：
 - 1) 協助準備好進入職場:包括良好態度的養成、面試技巧的傳授，以及簡單編列預算的能力。
 - 2) 工作入門訓練。
 - 3) 電腦適應能力測試，尤其文書能力及計算能力。
 - 4) 與自願分享相關經驗者做溝通交流。

並且，所提供的服務強調一致性的照顧(Throughcare)，嘗試整合職業訓練場所與實際工作場所的一致，並透過個案管理(case management)的方式嘗試維持出獄者就業的狀態，並且與相關方案做聯結。對於工作實行的個案管理，從 2005 年開始進行，期間對於方案計畫仍有持續性的改進和發展，主要任務有以下：

- 1) 傳達與工作相關的訊息或議題。
 - 2) 回饋機制。
 - 3) 和其他機構單位合作。
- (4) 成果：要使出獄者成功維持持續就業狀態，有以下四項決定性的因素：
- 1) 對於個案管理者的承諾與保證。
 - 2) 工作的品質。
 - 3) 家庭的正向影響力。
 - 4) 個人所有權歸屬感。
- (5) 加強合作關係：由於出獄者在由監獄釋放到社會的過程，可能面對很多心理上的不適應，是以在社會必須提供給出獄者的資源上，必須要更多的機構人力資源及義工的投入。社區提供給出獄者的復歸計畫行動(Community Action for the Rehabilitation of Ex-offenders, CARE)網絡，有效率的實行復歸計畫，並且善用個案管理的概念。CARE 網絡機構包括有 MCYS、MINISTRY OF HOME AFFAIRS、SANA、SACA、ISCOS、NCSS und、SCORE 等。另外，「黃絲帶計畫」如上所述，旨在幫助出獄者可以不在進入獄政體系，也就是「讓社會不再成為他們第二個監獄」(Help Unlock the Second Prison)。「黃絲帶計畫」有三大目標(3As)：

- 1)意識(AWARENESS)：提升大眾給予這些復歸社會者第二次機會的意識。
- 2)接受(ACCEPTANCE)：提高大眾給予這些復歸社會者及其家庭進入社區生活的接受度。
- 3)行動(ACTION)：鼓勵社區支持復歸及整合計畫的支持行動。

在 2009 年 8 月，「黃絲帶計畫」提倡「奉獻愛」(Tribute of Love)以及攜帶黃絲帶的活動，而在 2009 年 9 月，舉辦黃絲帶路跑運動以及藝術展覽，主題是「看到希望」(Vision of Hope)。從 2004 年開始，看到了「黃絲帶計畫」實行的進步，在一份 2007 年的大眾接受度的調查，發現在意識(AWARENESS)方面的接受度有 94%，在當年也得到聯合國的公開肯定表揚，從 2004 至 2008 年，統計有 160 萬個「黃絲帶計畫」分部，298570 人次參加活動，692 個新雇主加入，及 722 個新義工加入。

- (6) 健全的制度與程序：政府各部會及監獄、私人機構部門，會每年定期聚會並向部長做簡報，並且向國會報告財務狀況，並公開給大眾知曉，在內部也定期會做財務審計，以確實了解財務運作的狀況。

在 SCORE 的方案中，可以看到所有的行動都是以目的為導向，並且提供整合且完整的服務，藉由良好的夥伴合作關係，來提供並維持良好的復歸社會成效。

(三) 黃絲帶計畫 (Yellow Ribbon Project)

新加坡每年有超過 11,000 名受刑人刑滿出監，基於 Rehab、Renew、Restart 的理念，新加坡自 2000 年 5 月開始推展黃絲帶計畫 (Yellow Ribbon Project)，建構社區康復網絡以協助這些出監人重新生活，負責建構復健網絡的機構包括內政部 (Ministry of Home Affairs, MHA)、社區發展與青年、體育部 (Ministry of Community

Development, Youth & Sports, MCYS)、新加坡監獄署 (Singapore Prison Service, SPS)、新加坡復健企業公司 (Singapore Corporation of Rehabilitative Enterprises, SCORE)、社會服務全國聯會 (National Council of Social Service, NCSS)、產業與服務合作社 (Industrial & Services Co-operative Society Ltd, ISCOS)、新加坡後續照護協會 (Singapore After-Care Association, SACA), 以及新加坡禁毒協會 (Singapore Anti-Narcotics Association, SANA)。整個計畫內容包括對個案的服務、教育的援助, 以及輔導專業人才的培訓。對個案的服務是以個案管理的框架進行評估、確認服務資源、擬定計畫、促使個案接受服務、監控與評估服務的落實及成效。這些個案管理的工作主要是由 SACA 及 SANA 的全職後續照護個案管理師 (Aftercare Case Managers, ACMs) 來負責

(四) 新加坡禁毒協會 (SANA)

在 1970 年代因為青少年施用毒品問題, 新加坡政府遂於 1971 年成立中央肅毒局 (Central Narcotics Bureau, CNB) 以對抗毒品問題, 當時新加坡政府只有一個毒品處遇中心, 沒有中途之家和社會復歸服務(aftercare service), 為建構完整的處遇與社會復歸制度, 一批公務員於 1972 年 8 月組成了 SANA 的管理委員會成立了 SANA。SANA 的核心宗旨是動員社區對抗毒品, 努力使新加坡成為一個無毒社會。

SANA 的主要目標包括：

- (1) 教育大眾, 尤其是青少年, 有關毒品與藥物濫用的危險。
- (2) 透過政府部門與福利團體使人民遠離毒品。
- (3) 蒐集與宣傳有關毒品的資訊。
- (4) 維持與提供毒品和藥物成癮的展覽訊息。
- (5) 提供吸毒者諮商與社會復歸服務。

SANA 提供一個整體性的社會復歸方案和服務，以符合毒品成癮者及其家庭在復歸過程的需求。SNAN 焦點在再犯預防的諮商輔導。社會復歸方案包含個人諮商 (individual counselling)、提前釋放輔導(pre-release counselling)、以及助人服務(Befriender Services)等。

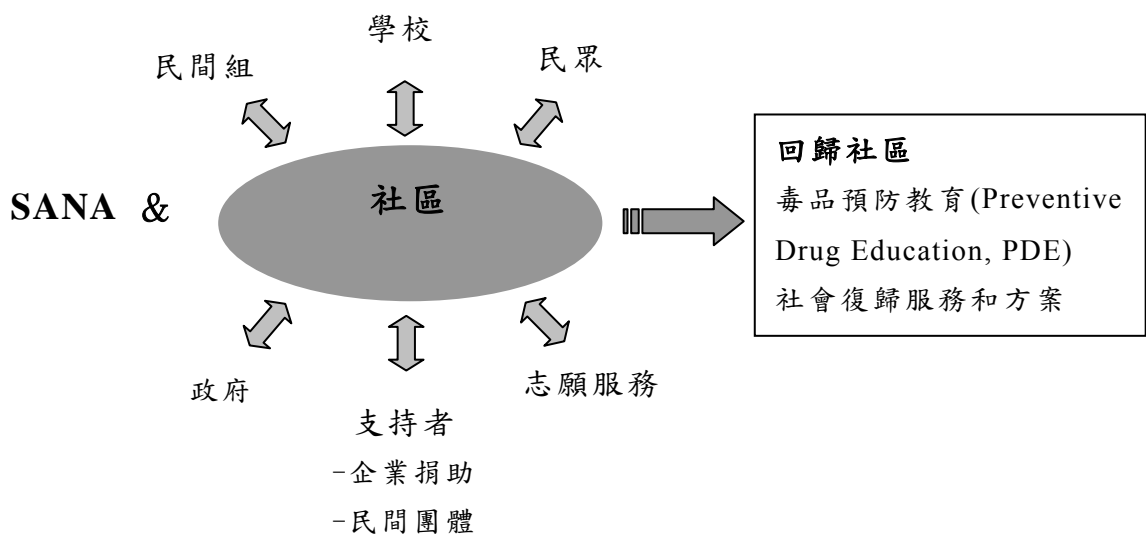


圖 3-8 新加坡毒品防治體系

- (1)強化家庭復歸方案(Aftercare Family Enrichment Programme, AFEP)和運動：目的是滿足社會復歸案主及其家庭的需求。透過活動和豐富的研習課程，提供案主及其配偶和孩子經驗的學習，協助案主和其家庭發展自信心、社會技能、問題解決技巧和意願去接受新的挑戰。主要目標在於協助毒品犯強化家庭連結，以及透過運動發展健康的社會生活以復歸社會。

- (2) 宗教照顧方案(In-care Religious Programme, CRP)：70 年代，爲了減少毒品施用者的數量，SANA 在 1977 年開始透過宗教的諮商方案實際支持社區去協助毒品施用者復歸社會。此方案透過宗教增強案主能力和減輕毒品對其的誘惑和壓力。宗教團體的社會復歸輔導服務包括了幾個不同的宗教派別：天主教、基督督教、伊斯蘭教、印度教、錫克教(Sikh)。
- (3) 社區復歸方案(Community Reintegration Programme, CRP)：CRP 的目標是將適合的犯罪人提前釋放(原釋放日期的前二個月)回到社區。此方案使這些毒品施用者具備復歸社會的知識與技能，且其目標在於減低再犯率和改變其觀念。此方案包括四個部分：做出有效的選擇、家庭復歸、社區復歸、及就業。
- (4) 助人方案(Befriender Programme)：此方案提供正面引導、好的模範、以及輔導案主。透過建立一個正面的、有意義的關係使案主復歸社會，並透過持續監督協助毒品犯以及其他機構轉介的案主(如 Ling Kwang Home 和 National University Hospital)社會復歸。
- (5) 個案管理架構(Case Management Framework, CMF)：CMF 在 2001 年三月開始實施，其目標在於提供想要讓生活有積極改變的毒品犯之個人協助。此持續性照顧方案(throughcare programme)包括二個月的照顧(incare)和六個月的社會復歸(aftercare)服務，個案管理師(After-care Case Manager, ACM)會評定案主的需求、確認適當的服務，以發展整體性的個案服務方案(Individualised Service Plan, ISP)，並督導其參與的過程。

CMF 協助案主復歸社會的服務核心爲：培養個案處理問題、壓力、獨立解決社會困難的生活技能；賦權-讓案主學習以較正面的觀點看待事情；減少案主再次吸毒

或犯罪行為的可能性。2008 年將社會復歸標準作業程序 (Standard Operating Procedures, SOP) 正式化，使得個案的歸檔和結案流程結構化，而個案管理師也能從較有組織的工作流程中確保成效。每月一次的個案會議更提供一個平台去討論 CMF 的處理過程，以及能促進個案管理師間的相互支持與較佳的連結，以建立更好的團體動力。

SANA 輔導案主的資金來源 50% 來自新加坡監獄署 (Singapore Prisons Service, SPS)，20% 來自新加坡協助出獄者復歸社會企業 (Singapore Cooperation of Rehabilitative Enterprises, SCORE)，20% 來自國家的社會諮商服務 (National Council of Social Services, NCSS)，以及 10% 來自 SANA。2008 年參與 CMP 的案主完成率為 50%。

- (6) SMART 方案：主要是對象為判緩刑的 14-18 歲青少年，透過活動、表達(reflections)/關係和治療使案主學習自我管理(Self-Management)。此方案目標在預防青少年再犯，尤其是對吸食毒品的傷害提高警覺。透過以團體為基礎的心理教育療法和戶外活動做經驗性學習，運用活動/工作坊促進改變案主的感受、心態和行為，以及教導其學習生氣和衝突管理、決策與問題解決技巧，父母參與治療過程更能促進案主社會復歸。

SMART 方案於 2008 年 12 月完成試辦方案，第一次方案執行為 2009 年 1 月 17 日至 2009 年 3 月 29 日。第二次方案在 2009 年 6 月 11 日至 2009 年 8 月 29 日舉辦。其中參加的青少年毒品犯有 66% 為 20 歲，最年輕的為 11 歲。

- (7) 案主及其家庭支持團體：是於 2009 年開始展開的新社會復歸方案。在社會復歸過程中，提供案主及其家庭一個次級的支持網絡，其範圍包含情緒支持、心理及社會經濟

等。連結助人方案與支持團體，透過 DAPCs 和宗教代表、過去的案主、社區志工使支持團體順利進行。

（五）中途之家（Halfway Houses，HWH）

中途之家是一個中間性處遇機構，提供人道關懷、個別化照顧、非正式社會控制代理人，以照顧並促進犯罪者復歸社會。與新加坡監獄合作的中途之家大多由社區組織、曾吸毒者和傳教者所設立，並接受不同宗教組織的援助，提供的方案與服務內容包括：諮商/治療活動、道德/精神教育、工作/技巧訓練、資訊提供、轉介服務、後續照顧。中途之家收容的個案包括自願者、被釋放的罪犯，以及強制性的參與中途之家計畫的罪犯。

中途之家計畫於 1995 年 4 月開始實施，其目的在使收容人獲得專長和資源，以及安置即將出獄的受刑人，對象包含 DRC 罪犯、長刑期罪犯、藥物濫用者、工作釋放計畫(work release scheme, WRS)之罪犯。中途之家計畫提供的金錢援助包括固定資金成本-裝修和定期維護房屋建築；租金-按照市場利率資助；反覆需要的資金-依據安置的罪犯人數給予補助。在此計畫中，監獄扮演的角色包括鑑定和評估適當的罪犯、執行特別的處遇計畫、確認被安置的名單、提供監管的協助，以及支付經常性的補助金。SCORE 扮演的角色則包括協調和支持中途之家的運作、監督和評估中途之家，以及提供工作上的協助。監督和評估的內容包括計畫成效(完成率)、監督成效(釋放率)、計畫品質、管理人員的品質、社會復歸服務的品質，以及參與者的滿意度。最低的標準是完成率達 85%、釋放率為全國釋放率的 30%、計畫品質需包含 3 個最基本的復歸要素、工作人員和收容人數比為 1：6、與社會復歸支持服務做連結，並透過對案主做調查作為參與者的滿意度指標。

五、結論

在新加坡可以看到一個協助受刑人社會復歸的完整制度規劃，包含監獄署的 Rehabilitation Process，在刑事司法處遇階段中，除了依據對個案的評估給予不同的處遇方案外，更願意依照受刑人的改善程

度，以及工作、家庭上的需求給予提前釋放、居家監禁，或電子腳鐐的處遇方案。在受刑人離開監獄後，亦有中途之家可予以銜接，協助個案復歸社會，以及後續的資源協助與照護。這樣的制度設計，結合了刑事司法與社會工作，構成了一個完整的社會復歸網絡，在監獄署的金援及個案的篩選評估、安全管理等協助下，以及 SCORE 的專業協助與評估監督下，讓社會團體可以銜接協助犯罪人復歸社會工作，以及後續的照護工作，這樣的制度與架構相當值得參考學習。

SCORE 是新加坡協助犯罪人復歸社會的重要機構，在官方與民營機構的合作下，擁有監獄部門行政體系上的支援協助，以及民營機構運作的彈性，對犯罪人復歸社會發揮了極大的影響力，包含降低刑事司法體系與民間團體間的鴻溝、提升社區參與、培訓專業人員等工作，以及協助民間團體發展專業、評估與監督方案執行等，這樣的工作內容，並不是官方機構（組織缺乏彈性）或民間機構可以單方面完成。在 SCORE 的方案中，可以看到所有的方案與行動都是以目的為導向，強調資源與服務的整合，以及夥伴合作關係，這也正是我國犯罪人更生處遇上所欠缺的。

為了協助受刑人復歸社會，新加坡於 2000 年開始推展黃絲帶計畫，透過社區康復網絡的建構，除了協助出監人重新社會生活外，新加坡監獄署的工作人員表示，黃絲帶計畫更重要的影響是喚起社會大眾對犯罪人復歸社會的重視以及參與。相較之下我國更生保護制度的推展並未能消除社會與更生人間的鴻溝，在整體的目標與行動架構上可以參考 SCORE 與黃絲帶計畫來調整。

SANA 在新加坡毒品防治網絡中扮演了一個很重要的社會參與角色，所提供的實質服務在毒品防治、毒品使用者的處遇，以及毒癮者的社會復歸極具專業性，SANA 的資金來源有 30% 為政府補助，70% 為提供這些專業服務，從 SANA 可以看到一個專業團體藥物濫用防治網絡的影響力，也可以看到政府將相關方案委外辦理所獲得得效益。

作為監獄與社會復歸間的橋樑，中途之家扮演了一個很重要的角

色，新加坡中途之家的發展，除了資金的補助外，更重要的是刑事司法的監獄行刑設置了提前釋放的制度，讓中途之家可以提供制度上所需的服務，而制度也可以提供中途之家所需的資源及個案。除了資金與制度外，監獄署在中途之家的計畫中還給予個案的鑑定和評估篩選，以及提供監管（個案在中途之家的處遇失敗需返回監獄處遇），而 SCORE 也提供了協調資源和支持中途之家的運作、監督和評估、專業協助等面向的輔助。

第六節 台灣

司法戒治是目前我國承接毒癮戒治工作之主要體系，根據法務部「當前毒品防制政策的新策略」⁴¹，以及法務部毒品危害防制措施⁴²，當前的戒毒工作已開始朝向多元整合發展，新推展的模式包括：

- 一、 成立獨立專責戒治所，落實各項戒治處遇措施及提昇執行成效。
- 二、 延長勒戒、戒治處遇期間，使勒戒及戒治處遇之執行更趨完善。
- 三、 強化觀察勒戒成效
- 四、 整合戒治醫療資源，完善戒治處遇模式，提昇戒治成效
- 五、 推動監獄「毒品犯輔導計畫」，擴大戒毒處遇實施對象，以全面降低毒品再犯率
- 六、 出監毒品犯結合觀護、更生保護、毒品危害防制中心，落實社區追蹤輔導機制
- 七、 辦理毒癮戒治暨社區復健計畫—法務與醫療合作模式

⁴¹ 法務部網站。www.moj.gov.tw/public/Attachment/61251744121.doc

⁴² 法務部網站，檢察司-防制毒品-參、法務部「拒毒、戒毒、緝毒」等毒品危害防制措施。http://www.moj.gov.tw/ct.asp?xItem=94244&ctNode=11449

八、 建立毒品犯受保護管束人醫療戒癮模式

九、 試辦「減少毒品施用者對社會治安危害的醫療更生方案」

由當前推展之毒癮戒治模式可發現，當前毒癮戒治已由機構內拓展至機構外，藉由整合醫療體系、觀護體系、更生保護、毒品危害防制中心、治療性社區等體系，將毒癮戒治拓展至社區環節，以有效修復我國毒品施用者的社會功能，降低毒品施用者再犯之機會。各戒治所亦將受戒治人出所後的社會網絡連結、出所追蹤輔導納入毒癮戒治方案中⁴³，結合醫療院所資源，於所內執行家屬戒癮團體，於所外連結地方毒品危害防制中心、更生保護會、醫療院所等資源，於受戒治人出所後持續追蹤輔導，以使戒治成效得以於所外延續。可見目前對於毒品施用者之戒癮工作已相當重視對社區資源網絡之連結。

目前台灣的戒治醫療專業處遇方案有兩類模式進行示範中，分別為衛生署草屯療養院在行政院研考會及衛生署的支持下所試辦「長期居住性治療」之社區藥癮復健模式（茄荖山莊），以及衛生署八里療養院執行社區追蹤模式。

社區追蹤治療模式於 2006 年 11 月開始執行，為結合門診戒毒與替代療法的本土化社區追蹤治療模式，由專業人員扮演中立角色，提供專業意見，並藉由家庭訪視來深入瞭解個案問題，已提供適當的醫療服務與其他社會資源，以利個案回歸社會、重建社會功能，並降低其成癮行為之復發與慢性化。

社區藥癮復健模式於 2007 年初開始試辦，目前僅有草屯療養院「茄荖山莊」，以居住性機構形態，應用進階的等級制度模式，促使居民展現義務、承擔責任，並有不同階段性的治療過程，促使居民養成

⁴³ 張伯宏、鄭安凱、洪嘉璣(2007)。本土化戒治模式成效評估。2007 全國戒治業務研討會。台北：新店戒治所。
傅雅懌(2007)。團體治療與個別治療於戒治所內之應用。2007 全國戒治業務研討會。台北：新店戒治所。
江振亨(2007)。多元戒治整合模式戒治方案之規劃與實施。2007 全國戒治業務研討會。台北：新店戒治所。
陳永慶(2007)。臺灣臺東戒治所戒治處遇模式。2007 全國戒治業務研討會。台北：新店戒治所。

助人習慣、具備建設性認同、表達及處理其情緒與感覺、學習正確的社會生活方式與社會行為、社會責任。

薛瑞元（2007）⁴⁴更以表列說明社區追蹤治療模式及社區藥癮復健模式優劣勢(見表 3-3)。其中八里療養院所進行的社區追蹤模式部分，所提供的轉介與資源連結架構圖，如下圖 3-9 所示。

表 3-3 社區追蹤治療與社區藥癮復健模式比較

	社區追蹤治療模式-八里療養院	社區藥癮復健模式-茄荖山莊
優點	成本少、人力較少 可轉銜至各種不同治療模式與服務 可提供病人本身及其家屬諮商服務	個案全日居住於山莊內 可協助個案處理各種問題 重建個案的認知與行為模式 與原來毒品使用環境脫離、減少負面影響
缺點	個案行蹤掌握不易 病人提供的資料不精確 不易進行面談 醫病關係不易維持	人力成本高 管理不易 居住時間至少要三個月才有治療成效 非強制治療的病人流動性高
關鍵因素	在戒治所內要先建立良好的醫病關係，否則出所後病人不願接受追蹤輔導 社區需要有足夠與多樣性的資	團隊需要有多種成癮治療經驗的專業人員 需要有充足的空間以規劃治療性社區之結構

⁴⁴ 薛瑞元（2007）。發展本土戒治醫療專業處遇方案－社區追蹤治療模式與社區藥癮復健治療模式之比較。研考雙月刊，31，6，49-59。

	源與服務方便轉介	<p>個案及家屬需對社區藥癮復健治療有一定程度的認同與治療動機。所以再進入之前應做前端準備作業，讓個案與家屬有初步的認知教育與動機改變</p> <p>是否能給予充足的時間建構穩固的治療模式</p>
--	----------	--

除醫療資源外，更在國內各縣市設置毒品危害防制中心，但根據陳泉錫（2008）⁴⁵針對兩處中心的報表進行探討，發現個案失聯比例達 35%，且目前毒品危害防制中心在執行出監所毒品施用者的工作推動上，並沒有專責人力，在有限人力情況下無法確實執行追蹤與後續作業。所以陳泉錫從資訊管理系統思考目前服務連結的可能性做法（如下圖 4-1 所示），首先針對出監前後的不同責任單位加以區分，其次要建立毒品施用者的歸戶資料庫，讓矯正機關（在監輔導資料、施用傾向評估）、檢察機關（保護管束資料、歷犯資料）、衛生機關（毒癮者持續接受替代療法資料）與警政機關（採尿記錄、失聯協尋）、勞委會（職訓與就業輔導）、健保機關（就業現況）、毒品危害防制中心（專職輔導人員之輔導記錄）的資料庫有所連結；也建議目前的毒品危害防制條例應加入中途處遇制度，以解決毒品犯在出監所後所面臨的求職困擾、社會環境未能有改變的現實情況，希冀透過中途處遇讓毒品施用者在回到社會時仍可在有限的監控下從事社會參與與生產。

⁴⁵陳泉錫（2008）。建立毒品成癮者單一窗口服務—毒品防制政策之策略規劃建議。研考雙月刊，32，1，66-76。

建構毒品施用者修復社會功能的社區資源網絡之研究

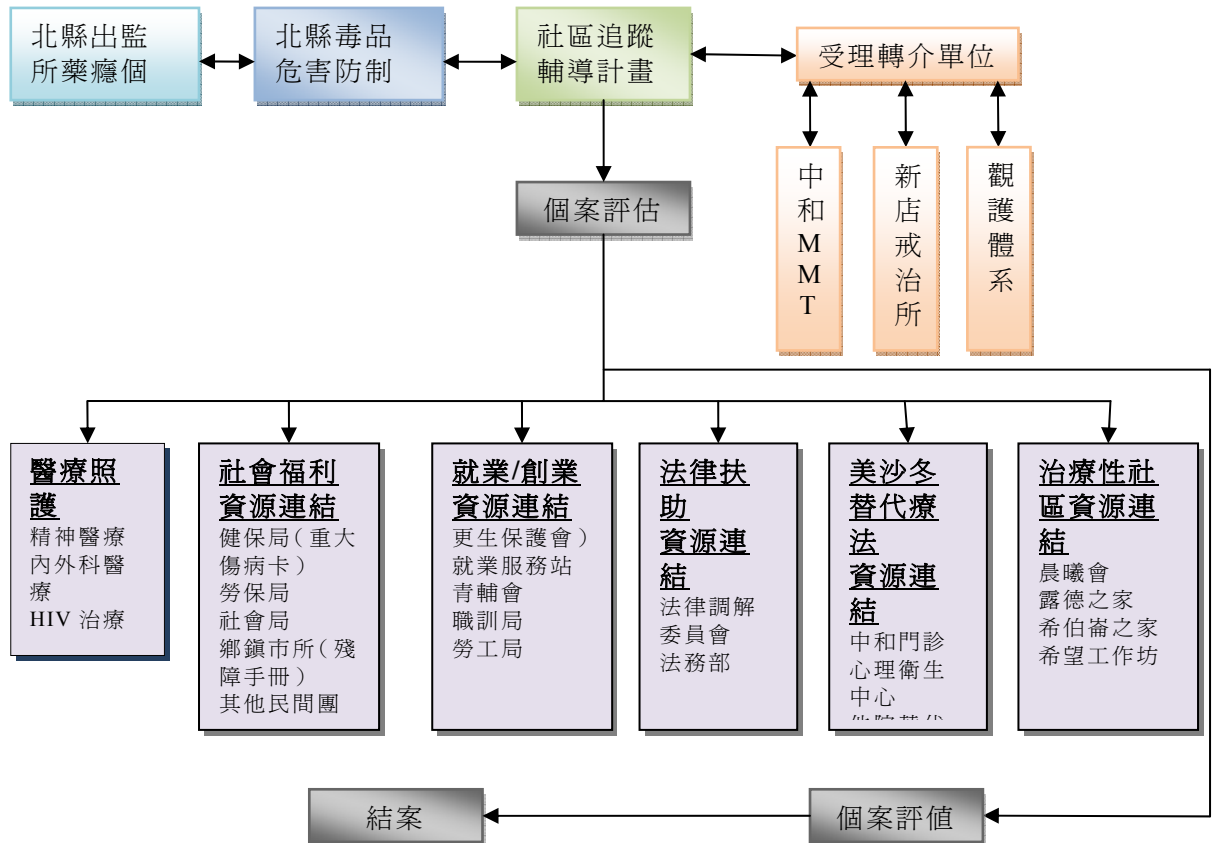


圖 3-9 八里療養院社區追蹤治療模式

第七節 小結

從上述各國方案與經驗可觀察到社會福利資源的提供並無法單純倚靠社會福利機構或非營利機構來達成，政府在其中扮演著相當重要的經費支持、支援、輔助的角色，如香港、澳洲及新加坡等。不同的方案所著重的核心不盡相同，例如就業、家庭輔助、醫療、法律扶助...等，但不管所提供的社會輔助方案核心為何，社會福利資源方案的提供，都脫離不了美國毒品政策管制辦公室（Office of National Drug Control Policy，ONDCP），與物質濫用暨心理健康服務局（Substance Abuse and Mental Health Services Administration，SAMHSA）補助推動的無毒社區架構中，亦即 1.衡鑑：評估個案的需求，瞭解個案問題與設定目標；2.承載力：掌握機構能提供的資源、協力機構、周邊資源，管理與結盟；3.發展介入計畫：設計發展策略與行動方案，讓參與的個案、協力機構瞭解其角色與責任；4.執行：確認、採用與執行最符合個案需求的方案；5.評估：瞭解成效達成的程度、運作狀況與考量後續的預算、方案規劃。

本研究之目的在於建構一毒癮戒治體系之社區資源網絡，以修復毒品施用者之社會功能，降低毒品施用者再犯機會。但目前我國對毒品施用者之刑事政策概念下，修復毒品施用者社會功能之社會資源網絡並無法獨立於司法體系或戒癮體系而存在，需以整體毒癮戒治體系之觀點，建構社區資源網絡。並釐清社區資源網絡中，各體系環節在戒癮體系中所扮演之角色、與戒癮體系之結合情形、與刑事司法體系之互動及關連性。

建構毒品施用者修復社會功能的社區資源網絡之研究

第四章 研究發現

本研究透過機關參訪與訪談及向各地毒品危害防制中心蒐集資料，藉以瞭解國內對毒品施用者所提供的社區資源網絡現況、現行政策措施、資源整合與實務工作情形、社區資源網絡之各項資源與區域分佈情形，以及毒品施用者對重建社會功能之社區資源網絡看法與期待、社區機構對重建社會功能之社區資源網絡看法與期待…等。

本研究共計參訪機構與訪談個案情形如下：

表 4-1 參訪機關與訪談個案一覽表

1.地方法院檢察署觀護人室與更生保護會	
參訪機構	台北地檢署、台中地檢署、高雄地檢署、南投地檢署
訪談成員	主任觀護人 4 人、專責毒品犯業務觀護人 5 人、更生保護會人員 2 人，共計 11 人。
訪談內容	瞭解地檢署對毒品使用者的保護管束執行概況、與社會資源網絡的連結情形、個案轉介情形、更生保護會業務執行概況、毒品使用者修復社會功能所需面向...
2.地方毒品危害防制中心	
參訪機構	台北市、嘉義縣、雲林縣、宜蘭縣、桃園縣
訪談成員	科長 1 人、股長 1 人、承辦科員 3 人，共計 5 人。嘉義縣乃參與毒品危害防制中心推動委員會暨任務編組小組會議。 宜蘭縣與桃園縣乃以座談會方式討論協助毒品施用者回歸社會的相關工作情形。 宜蘭縣毒危中心座談會成員包括：科長、承辦科員、社會局代表、地檢署主任觀護人、戒癮輔導員 桃園縣毒危中心座談會成員包括：科長、技正、3 名個案管理師、社會局代表
訪談內容	瞭解地方毒品危害防制中心業務執行概況、與社會資源網絡的連結情形、個案轉介、追蹤、管理情形、毒品使用者修復社會

	功能所需面向、戒毒成功專線執行情形...
3.醫療戒癮機構	
參訪機構	台北市立聯合醫院松德院區、草屯療養院茄荖山莊、桃園療養院
訪談成員	精神科主任 1 人、精神科醫師 1 人、社工師 4 人、個案管理師 1 人，共計 7 人。 戒癮治療與替代療法個案 5 人、治療性社區居民 2 人，共計毒癮戒治者 7 人。
訪談內容	醫療院所提供協助毒品施用者回歸社會的服務情形、毒癮者回歸社會所需要的資源面向、目前社會資源的共同參與情形、個案管理與機關間的協調...。毒癮者接受相關資源服務的情形、有哪些面向的需求尚未被滿足、對政府部門與民間社福團體的協助期待...。
4.民間戒毒輔導機構	
參訪機構	高雄輔導所（基督教沐恩之家）、主愛希望工作坊（主愛之家庇護工廠）與主愛之家輔導中心
訪談成員	戒癮者（同工）2 人 花蓮主愛之家除與創辦人夫婦訪談外，並與行政主任、輔導員座談。
訪談內容	毒癮者接受相關資源服務的情形、有哪些面向的需求尚未被滿足、對政府部門與民間社福團體的協助期待...。民間機構協助毒癮者回歸社會的經驗與困境、政府部門與民間機構的互動情形、需要的資源與協助...。
5.其他社會福利服務、扶助機構	
參訪機構	台中縣家庭暴力及性侵害防制中心、向陽公益基金會向陽學園、彰化地方法院觀護人室、高雄少年法院
訪談成員	主任 1 人、社工員 3 人、主任觀護人 1 人、少年法院法官 1 人，共計 6 人。
訪談內容	機關所提供的資源服務情形、社區資源網絡連結、個案管理與機關間的協調、該資源網絡運作模式運用在毒品使用者族群所

	可能面臨的問題…。
--	-----------

第一節 我國毒品施用者戒治體系中之社區資源網絡

以往社區資源網絡未獲重視時，毒品施用者社區資源約僅限於更生保護會與宗教戒毒團體，96 年 6 月行政院召開毒品危害防制會議後，法務部所屬各檢察機關陸續於各縣市推動地方政府成立毒品危害防制中心，自此毒癮戒治之社會資源網絡開始擴充連結，包含司法矯正體系、衛生醫療體系、社會福利政策、職能重建等體系環節皆有大幅度推展，目前毒癮戒治體系之社區資源網絡包含下列環節：

一、地方毒品危害防制中心

由地方縣市首長擔任召集人，各地方毒品危害防制中心下設綜合規劃組、預防宣導組、保護扶助組、轉介服務組，各組功能如下：

- （一）綜合規劃組：由衛生局負責，擬訂毒品防制年度實施工作計畫、協調聯繫推動毒品防制機關，舉辦毒品防制工作研習與座談、毒品防制專業人員之教育訓練等事項。
- （二）預防宣導組：由教育局（處）負責，辦理毒品危害預防宣導、推廣毒品危害防制教育、蒐集分析研究或編印預防宣導有關資料等事項。
- （三）保護扶助組：由社會局（處）負責，提供法律諮詢、追蹤輔導、家庭重建、民間公益、宗教、戒毒團體機構等輔導設置及轉介等事項。
- （四）轉介服務組：由衛生局負責，辦理電話諮詢、心理輔導、轉介指定醫療機構門診、提供心理諮詢、愛滋病篩檢治療等事項。

此四組為基本分組，各地方政府並可依據防毒規劃設立其他組別或結合其他社會資源，例如臺北市、高雄市、基隆市、台北縣、嘉義市等地方毒品危害防制中心即予行政院勞工委員會就業服務站有相當良好之聯繫，轉介個

案至就業服務機構提供就業服務¹⁰¹。臺北市物質濫用防制危害中心更設有預防宣導、危害防制、教育宣導、防治宣導、社會扶助、醫療轉介、勞工就業、綜合規劃等 7 組，以協助慢性病患者角度給予毒品施用者整體性的協助¹⁰²。

在法務部 96 年度聯合視導地方毒品危害防制中心視導報告¹⁰³中，各地方毒品危害防制中心皆能發揮相當功能，但亦有部分問題困境，例如與各業務單位間之溝通、協調及聯繫問題、個案服務量仍低、離開監所之毒品施用者失聯比例高，難以提供後續之追蹤查訪及服務，以及組織編制、經費預算等問題困境皆有待克服。

二、社區醫療戒治¹⁰⁴

由衛生署所屬醫療院所於社區中對毒品施用者提供相關的醫療、追蹤、治療模式，目前有「社區追蹤治療模式」與「社區藥癮復健模式」兩種類型實施中。

- (一) 社區追蹤治療模式：於 2006 年 11 月開始執行，為結合門診戒毒與替代療法的本土化社區追蹤治療模式，由專業人員扮演中立角色，提供專業意見，並藉由家庭訪視來深入瞭解個案問題，已提供適當的醫療服務與其他社會資源，以利個案回歸社會、重建社會功能，並降低其成癮行為之復發與慢性化。
- (二) 社區藥癮復健模式：於 2007 年初開始試辦，目前僅有草屯療養院「茄荖山莊」，以居住性機構形態，應用進階的等級制度模式，促使居民展現義務、承擔責任，並有不同階段性的治療過程，促使居民養成助人習慣、具備建設性認同、表達及處理其情緒與感覺、學習正確的社會生活

¹⁰¹ 法務部 96 年聯合視導小組視導地方毒品危害防制中心總報告。
<http://www.moj.gov.tw/public/Data/8325111611410.doc>。

¹⁰² 詹中原，2007：我國地方毒品危害防制中心之研究。國改研究報告，國家政策研究基金會。
<http://www.npf.org.tw/particle-2574-2.html>。

¹⁰³ 法務部 96 年聯合視導小組視導地方毒品危害防制中心總報告。
<http://www.moj.gov.tw/public/Data/8325111611410.doc>。

¹⁰⁴ 薛瑞元(2007)。發展本土戒治醫療專業處遇方案—社區追蹤治療模式與社區藥癮復健治療模式之比較。研考雙月刊 31(6)，P49-59。

方式與社會行爲、社會責任。

目前此兩種社區醫療戒治皆已實施一段期間，對個案提供相當大的協助，但此兩種治療模式尚不為社會大眾與毒品施用者所瞭解予接受，亦仍須相當的推廣與經費支持，使相關方案能更有效推展。

三、更生保護會¹⁰⁵

更生保護工作以輔導受保護人自立更生，適應社會生活為主要目的，藉助社區處遇之方法使受保護人重返社區。目前更生保護會對出監受刑人或毒品施用者提供的服務包括：

（一）直接保護：包含

- 1、輔導所：安置輔導身體健康、有謀生能力而無家可歸之受保護人，及辦理吸毒犯受保護人心理戒毒輔導，結合社會各項資源針對收容人施予輔導就業、技能訓練、生涯規劃及性行輔導等，包含一般輔導所與心理戒毒輔導所。
- 2、學苑：為一介於犯罪矯治機構與自由社會間，具有調整收容者生活環境作用之中間處遇機構，按收容少年之特性，分別施以生活、品德、就學、職能訓練、心理諮商及宗教活動等各項輔導，並重視推廣親職教育、建立社區服務網路及家庭危機之調適。藉由潛移默化的生活方式，重建學童正確的是非觀念和人生態度，促進其人格正常發展，導正其偏差行為，使回歸適應家庭社會生活。
- 3、技能訓練：協助受保護人習得一技之長。
- 4、安置參加生產：為加強輔導受保護人技能訓練及就業，結合廠商、雇主成立生產事業，提供出獄人就業、技能及經營訓練。
- 5、開辦更生事業：運用自有經費輔導更生人等規劃開辦事業，創造出獄更生人就業機會
- 6、結合社會福利機構安置收容，拓展中途之家業務。

¹⁰⁵ 財團法人臺灣更生保護會網站，<http://www.after-care.org.tw/>。

(二) 間接保護：以輔導就業、就學、就醫、就養、急難救助或其他適當方式實施。

(三) 暫時保護：以對於受保護人給予資助旅費、供給車票、資助醫藥費、協辦戶口、資助膳宿費用、資送回籍或其他處所，或予創業小額貸款。

對協助更生人重新返回社會，更生保護會實扮演相當重要角色。

四、民間戒癮機構

目前我國民間戒癮機構，除醫療院所體系外，多為宗教人士所設立之宗教戒毒機構。較知名的民間戒毒機構包含基督教晨曦會、沐恩之家、主愛之家，皆以宗教信仰為核心，協助戒癮者恢復身體、心理、靈性及社會生活功能，以朋友陪伴方式相互扶持、共同生活。此類民間戒癮機構以量少質精的方式協助毒品施用者戒除毒癮、重建社會功能，其成效亦頗佳。

整體而言，目前我國戒癮社區資源網絡正在拓展中，故多以官方或半官方組織為核心，例如地方毒品危害防制中心、衛生署立醫療院所、更生保護會，民間戒毒機構雖成立已久，但其資源、能力有限，其餘的民間團體社會資源網絡則未有系統性整合，多由各地方單位憑藉其社會資源狀況予以連結，在戒癮社區資源網絡日漸拓展下，應能系統性逐漸統合各相關社會資源。

第二節 毒品施用者社會資源分佈情形

本節將依所蒐集的各地區毒品施用者列管情形、相關的社會資源與服務內容，呈現各地區的社會資源分佈狀態。

一、毒品列管人口與資源分佈情形

各縣市政府毒品危害防制中心所列管毒品人口統計資料如表 4-2 所示，以各縣市列管毒品人口數繪製地圖，可以發現我國各縣市毒品人口密度以基隆市、臺北市、新竹市、臺中市、嘉義市、臺南市及高雄市密度較高，其次是臺北縣與桃園縣，東部花蓮與台東密度較低。由於僅有部分少數縣市提供以鄉鎮為基準之統計數據，因此所繪製的地圖密度乃以整體縣市面積為

基準，如能取得各鄉鎮統計資料，將可繪製更為精確之毒品人口分佈。

表 4-2 各縣市總人口數暨毒品危害防制中心列管毒品人口數與資源數

縣市別	總人數	列管人數	門診治療	住院治療	替代療法	中途之家
基隆市	388,624	1,990	3	1	3	1
台北市	2,612,605	2,151	8	8	5	
台北縣	3,857,840	4,428	7	1	6	3
桃園縣	1,970,358	3,800	9	2	4	2
新竹市	409,365	486	2		3	
新竹縣	508,157	684	3	2	1	1
苗栗縣	560,975	982	3	2	3	1
台中市	1,070,792	1,380	8	4	4	2
台中縣	1,559,703	2,903	6	4	4	
彰化縣	1,311,761	2,677	4	4	3	
南投縣	530,941	1,366	3	2	3	1
雲林縣	722,858	1,212	4	2	4	
嘉義市	274,051	533	4	3	2	
嘉義縣	547,525	1,172	3	1	2	
台南市	770,363	1,170	9	2	3	
台南縣	1,103,909	2,000	4	1	3	1
高雄市	1,526,840	2,797	5	5	7	
高雄縣	1,241,902	3,700	5	2	4	2
屏東縣	882,601	1,931	6	2	4	1
宜蘭縣	461,251	765	7	1	2	1
花蓮縣	341,001	318	7	6	3	1
台東縣	232,290	281	1			1
澎湖縣	95,292	57	1	1	1	
金門縣	91,261	18				
連江縣	9,860	4				

資料來源：內政部戶政司人口統計、各縣市毒危中心於 98 年 9-10 月間提供之資料

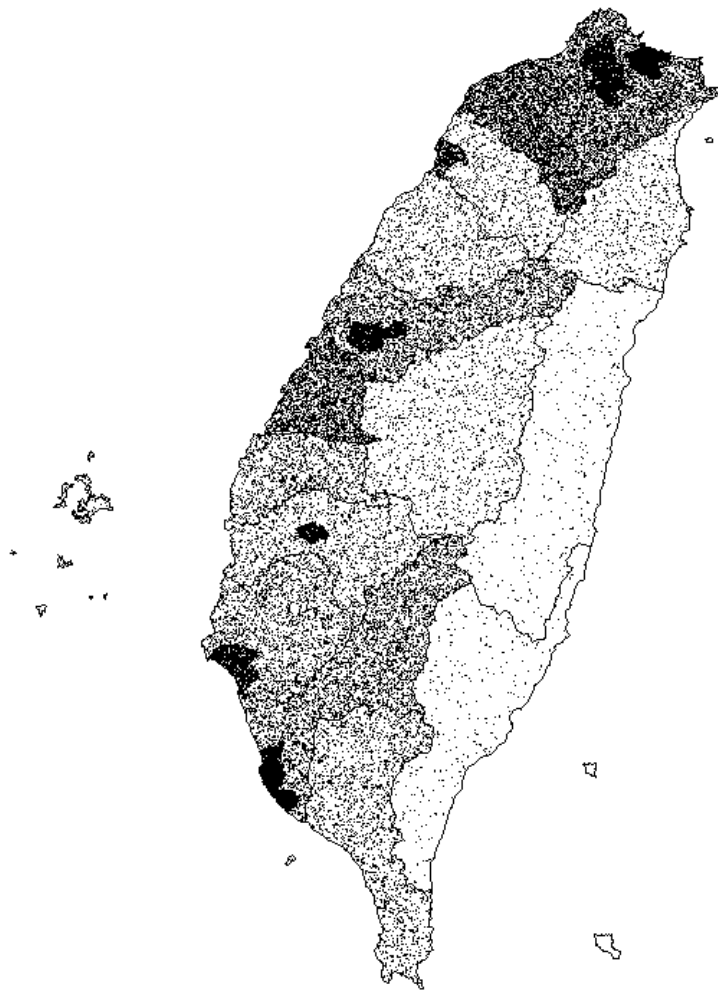


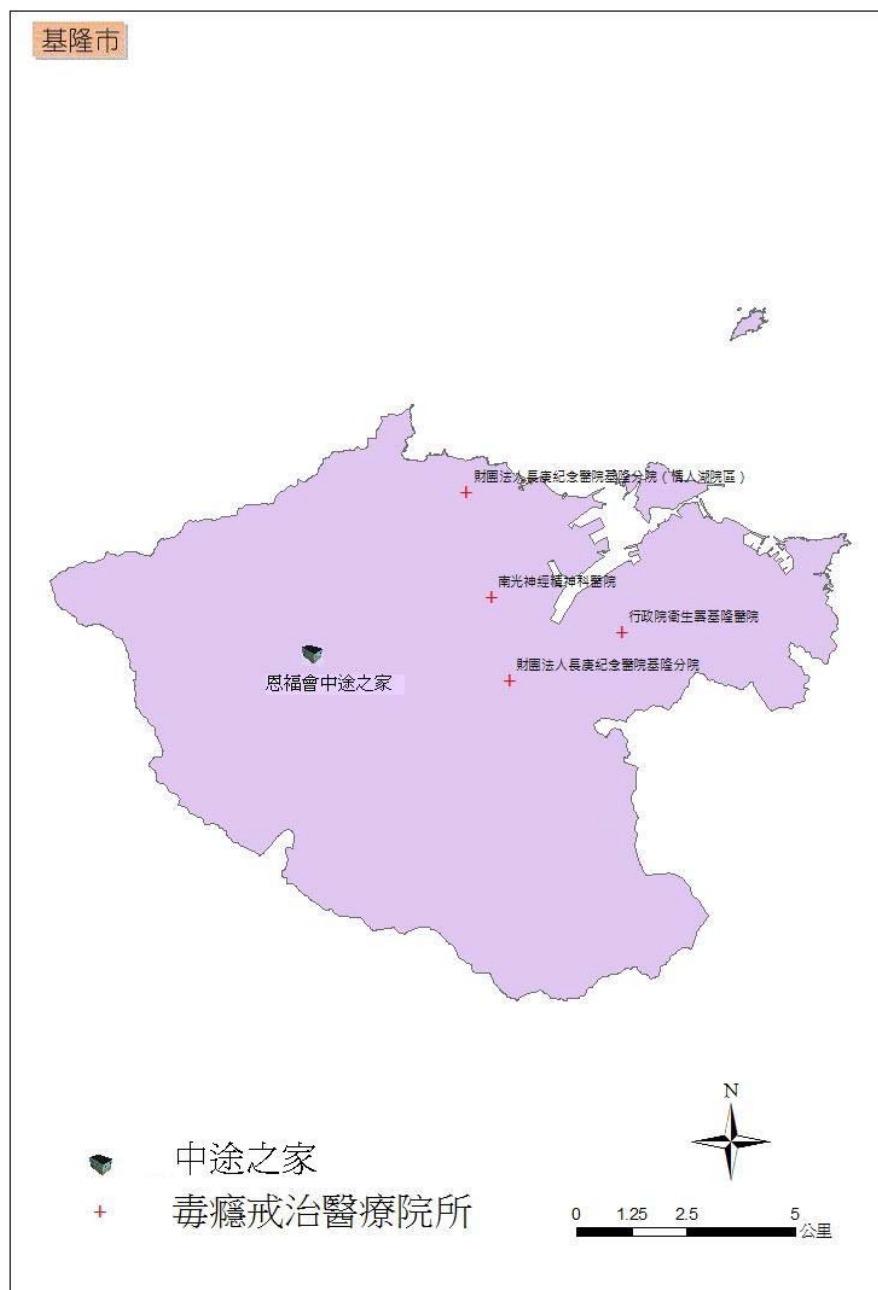
圖 5-1 各縣市毒品列管人口分佈情形

二、各縣市資源分佈狀態

1.基隆市

基隆市的戒毒資源可分為兩類，一類為醫療型資源，一類為提供住宿的中途之家。醫療資源分別落座於信義區及安樂區內，為行政院衛生署基隆醫院、長庚紀念醫院基隆分院和情人湖分院，及南光精神科醫院，其所提供之服務見下表；而中途之家則位於七堵區的瑪西社區。其中，恩福會中途之家主要是提供男性毒癮者出監後的暫時居所，而在今年七月，也開始為女性的毒癮者提供住宿服務。在中途之家內，事工陪同毒癮者戒除毒癮，及分享戒毒經驗。而恩福會中途之家也開設庇護工廠—珍寶燒臘店，以提供戒毒者一個賺錢及學習的機會。

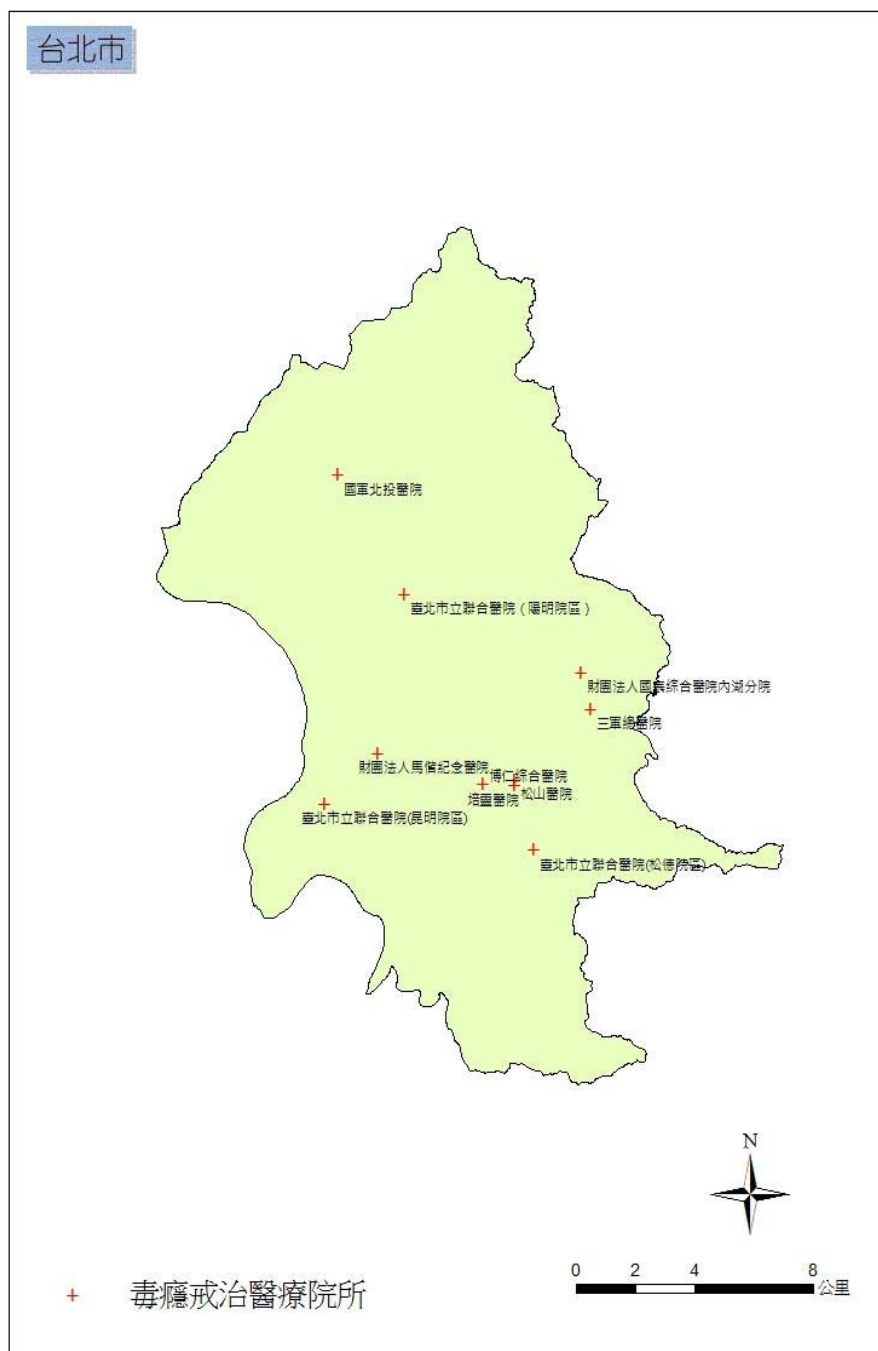
縣市別	醫療機構名稱	門診	住院	實施替代療法
基隆市	行政院衛生署基隆醫院	✓		✓
	財團法人長庚紀念醫院基隆分院	✓		✓
	南光神經精神科醫院	✓	✓	



2.台北市

台北市則為醫療型資源居多，分別位於信義區、內湖區、北投區、中山區、松山區、萬華區、士林區，共計有十間醫療院所提供醫療服務，另若有毒癮者同時帶有 AIDS/HIV 問題，則轉介至台北市立聯合醫院昆明院區，由該院做統一個案管理工作。

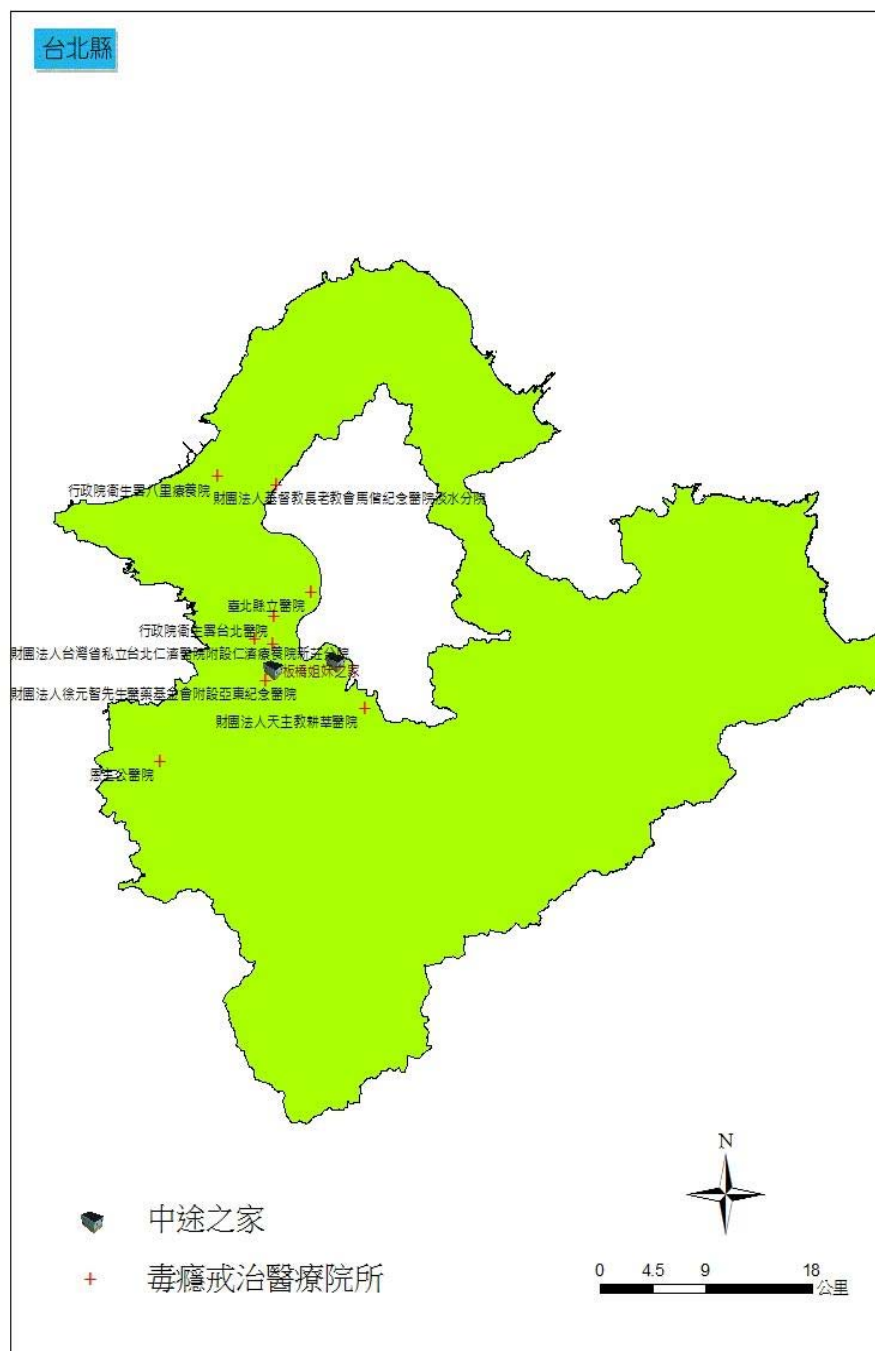
縣市別	醫療機構名稱	門診	住院	實施替代療法	愛滋醫療
台北市	臺北市立聯合醫院(松德院區)	✓	✓	✓	
	三軍總醫院	✓	✓	✓	
	國軍北投醫院	✓	✓	✓	
	財團法人國泰綜合醫院內湖分院	✓	✓		
	財團法人馬偕紀念醫院	✓	✓		
	博仁綜合醫院	✓	✓		
	培靈醫院	✓	✓		
	松山醫院	✓	✓		
	臺北市立聯合醫院(昆明院區)			✓	✓
	臺北市立聯合醫院（陽明院區）			✓	



3.台北縣

台北縣則有醫療型資源與中途之家。醫療資源分別位於新店市、新莊市、三峽鎮、淡水鎮、八里鄉、三重市和板橋市，各家醫院提供服務如下表，而中途之家分別為板橋姐妹之家、歸回之家、基督教晨曦愛輔會三間，而愛輔會則是專門收容同時帶有愛滋的毒品施用者，這三家中途之家皆採用福音戒毒的方式，在中途之家居住的期間內，皆有課程安排與輔導專線的服務，以協助毒品施用者走過戒毒階段。

縣市別	醫療機構名稱	門診	住院	實施替代療法
台北縣	財團法人天主教耕莘醫院	✓		✓
	恩主公醫院	✓		✓
	行政院衛生署台北醫院	✓		✓
	財團法人基督教長老教會馬偕紀念醫院淡水分院	✓		
	行政院衛生署八里療養院	✓	✓	✓
	財團法人台灣省私立台北仁濟醫院附設仁濟療養院新莊分院	✓		
	臺北縣立醫院	✓		✓
	財團法人徐元智先生醫藥基金會附設亞東紀念醫院			✓

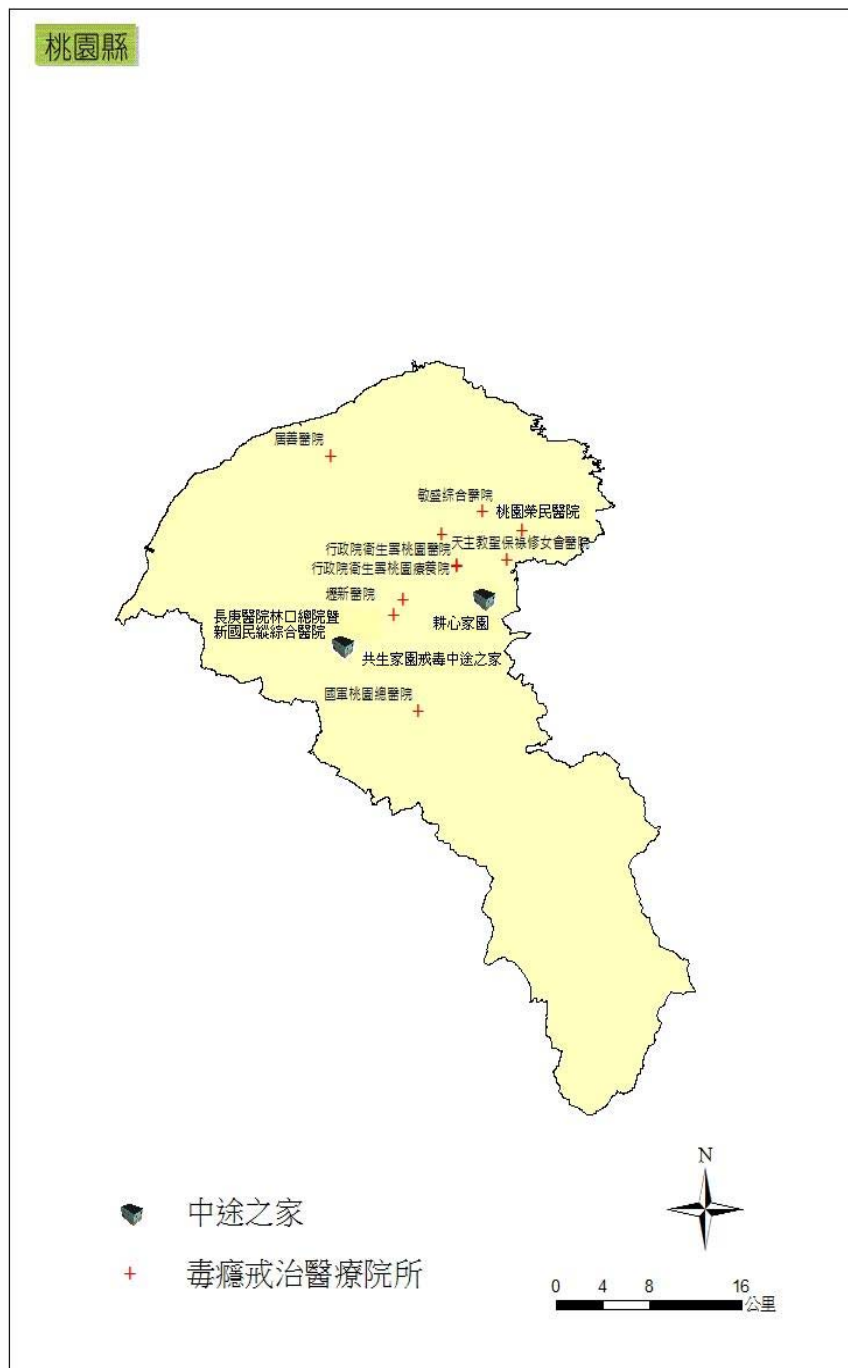


4.桃園縣

桃園縣在毒癮戒治資源網絡方面有醫療資源、中途之家、就業服務中心、生命線協會及志工團隊的加入，更與全縣 98 家藥局合作，以供大眾做藥物諮詢並向大眾宣導的服務。在醫療資源方面多集中於桃園市，共計有五間，其他則分別位於中壢市、平鎮市、龍潭鄉、大園鄉各一間。

而中途之家則有希伯崙共生家園及耕心家園，前者為一大型的社區型居住社區，提供多元的服務與協助，而耕心家園則是提供女性更生人居住之處。

縣市別	醫療機構名稱	門診	住院	實施替代療法
桃園縣	行政院衛生署桃園療養院	✓	✓	✓
	長庚醫院林口總院暨新國民綜合醫院	✓		✓
	國軍桃園總醫院	✓		✓
	行政院衛生署桃園醫院	✓		
	壢新醫院	✓		
	桃園榮民醫院	✓	✓	✓
	居善醫院	✓		
	天主教聖保祿修女會醫院	✓		
	敏盛綜合醫院	✓		



5.新竹縣市

新竹地區的資源則分別為醫療資源與中途之家 1 間，醫療院所分別座落於新竹市東區 2 間，北區 1 間、新竹縣竹東鎮 2 間和湖口鄉 2 間，其所提供的服務如下：

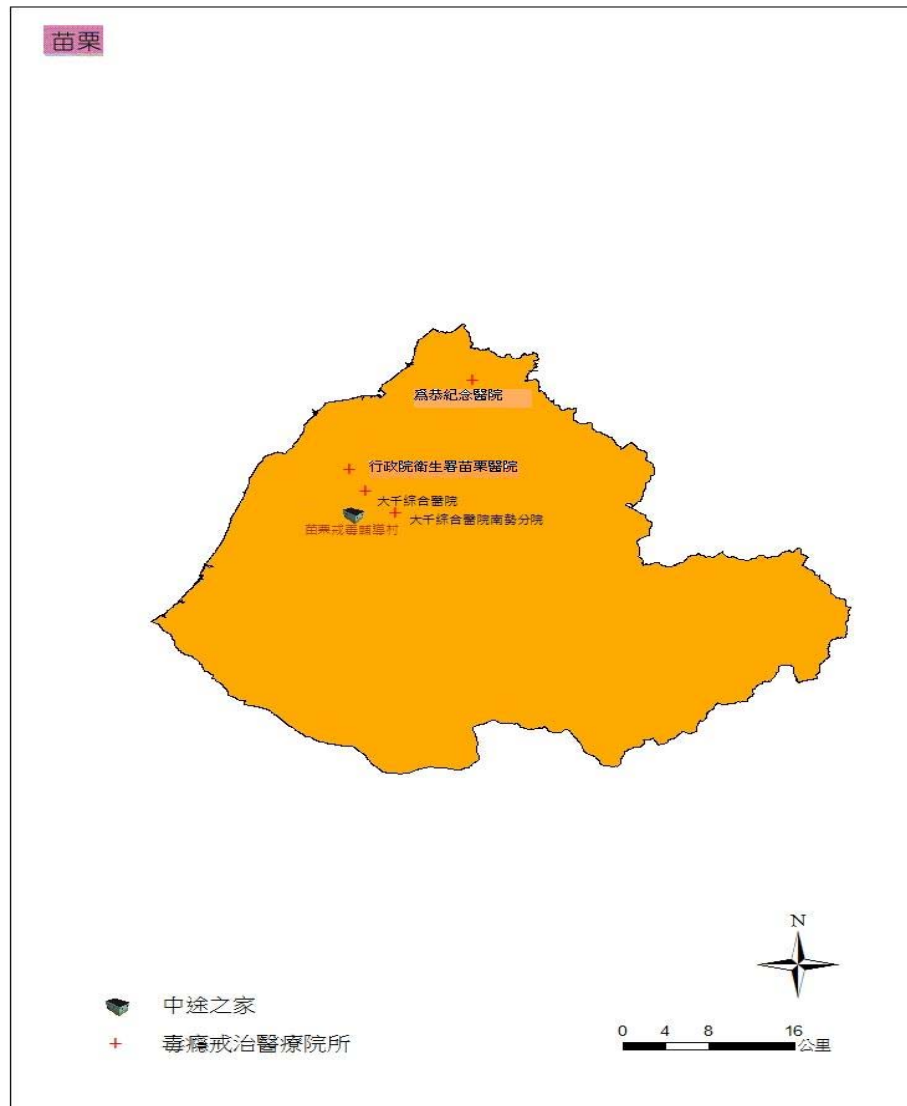
縣市別	醫療機構名稱	門診	住院	實施替代療法
新竹市	行政院衛生署新竹醫院	√		√
	新中興醫院	√		√
	馬偕紀念醫院新竹院區			√
新竹縣	竹東榮民醫院	√	√	
	湖口仁慈醫院	√	√	
	天主教聖母診所	√		
	行政院衛生署竹東醫院			√



6. 苗栗縣

苗栗縣也是分醫療型和中途之家兩類，而苗栗的資源較集中於苗栗市，共有 3 家辦理毒癮戒治的醫療院所和 1 間中途之家，另 1 間醫療院所則座落於苗栗縣頭份鎮。

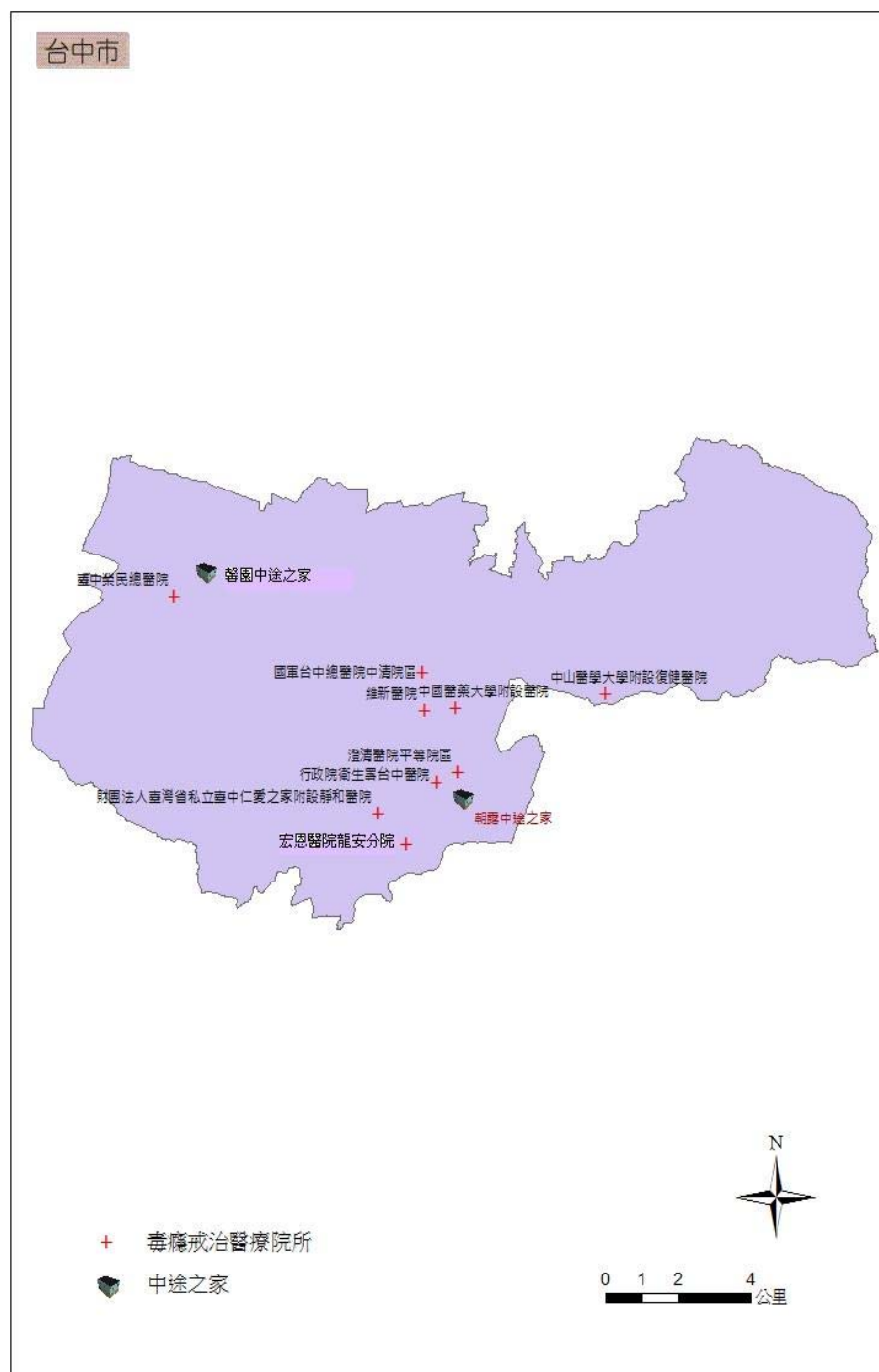
縣市別	醫療機構名稱	門診	住院	實施替代療法
苗栗縣	財團法人為恭紀念醫院	✓	✓	✓
	行政院衛生署苗栗醫院	✓	✓	✓
	大千綜合醫院南勢分院	✓		
	大千綜合醫院			✓



7.台中市

臺中市的毒品戒治資源網絡除有醫療院所的投入，中途之家的設置外，尚與臺中藥師公會及臺中生命線協會合作。在醫療資源方面共計有 9 間，分別為西屯區 1 間、北屯區 1 間、北區較為集中有 3 間、西區 2 間、中區和南區各 1 間，其所提供服務如下表，而臺中市內尚有兩家中途之家提供服務，其中朝露中途之家是收容帶有 HIV 的個案。

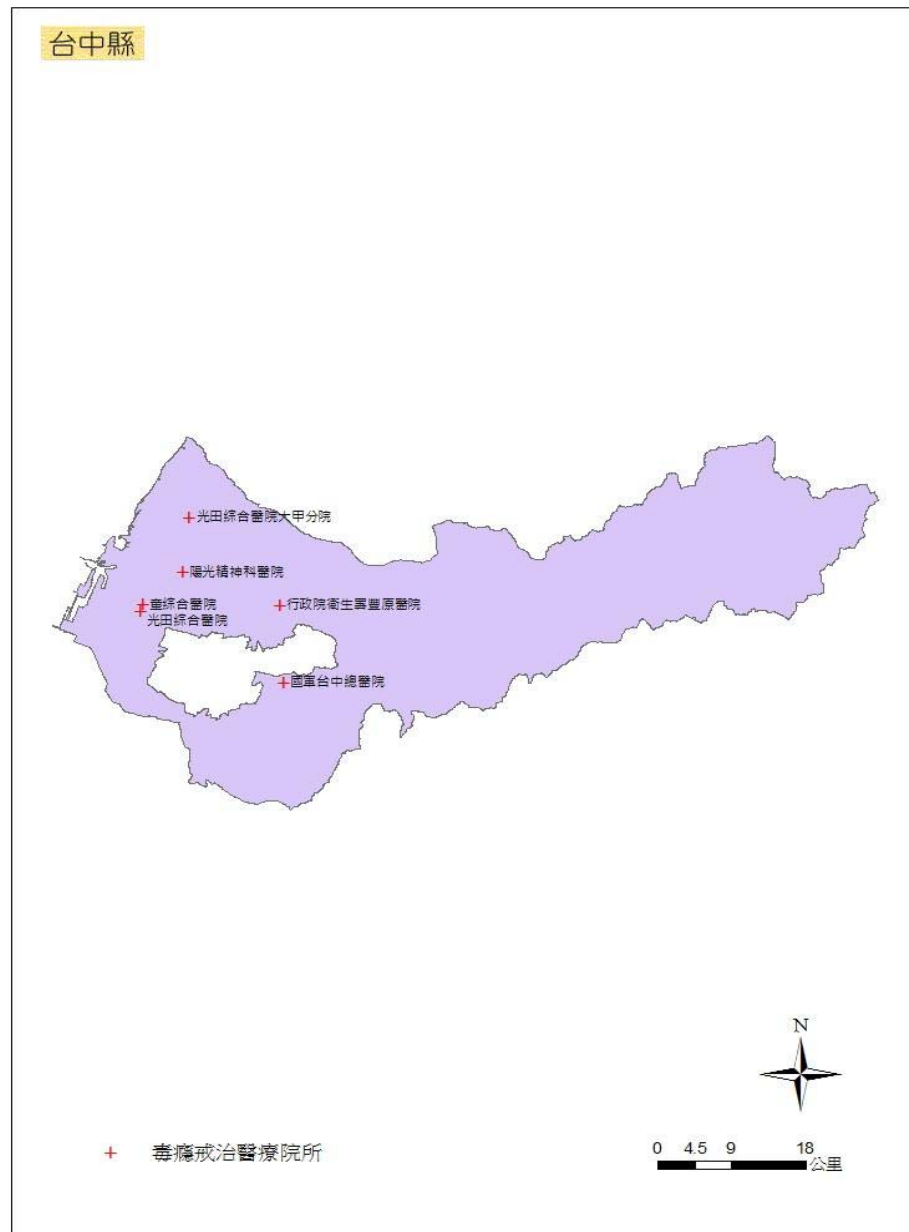
縣市別	醫療機構名稱	門診	住院	實施替代療法
台中市	臺中榮民總醫院	✓	✓	✓
	中國醫藥大學附設醫院	✓	✓	✓
	中山醫學大學附設復健醫院	✓	✓	✓
	行政院衛生署台中醫院	✓		
	財團法人臺灣省私立臺中仁愛之家附設靜和醫院	✓		
	澄清醫院平等院區	✓		
	宏恩醫院龍安分院	✓	✓	
	國軍台中總醫院中清院區	✓		
	維新醫院			✓



8.台中縣

而臺中縣的資源網絡則是醫療院所和基金會的投入，基金會分別為慈濟基金會和蘭馨國際交流協會以提供經濟協助，後者則是針對女性毒癮者提供協助。而本縣之醫療院所分別為清水鎮的陽光精神科醫院、沙鹿鎮的童綜合醫院和光田綜合醫院、大甲鎮的光田綜合醫院大甲分院、太平市的國軍綜合醫院及豐原市的行政院衛生署豐原醫院。

縣市別	醫療機構名稱	門診	住院	實施替代療法
台中縣	陽光精神科醫院	✓	✓	✓
	童綜合醫院	✓	✓	✓
	光田綜合醫院	✓	✓	
	光田綜合醫院大甲分院	✓	✓	
	國軍台中總醫院	✓		✓
	行政院衛生署豐原醫院	✓		✓

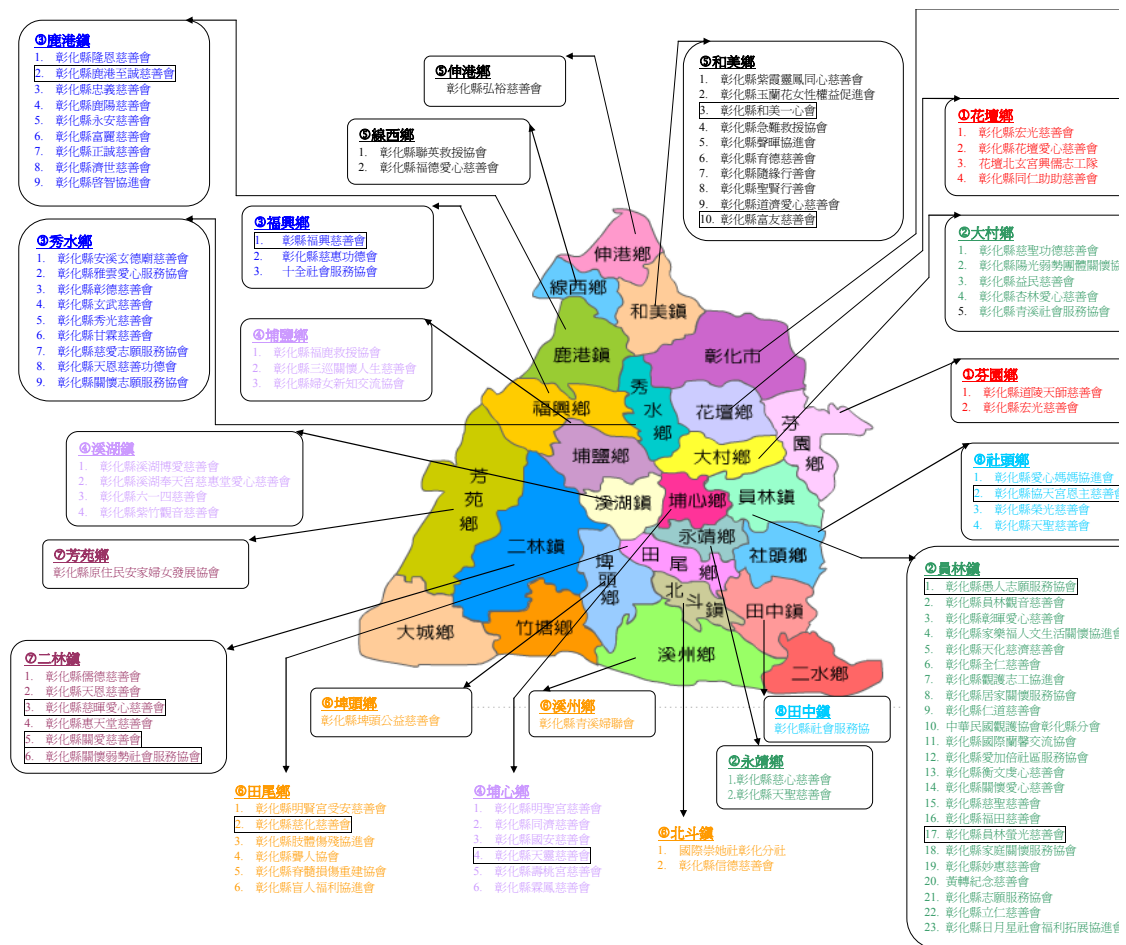


9.彰化縣

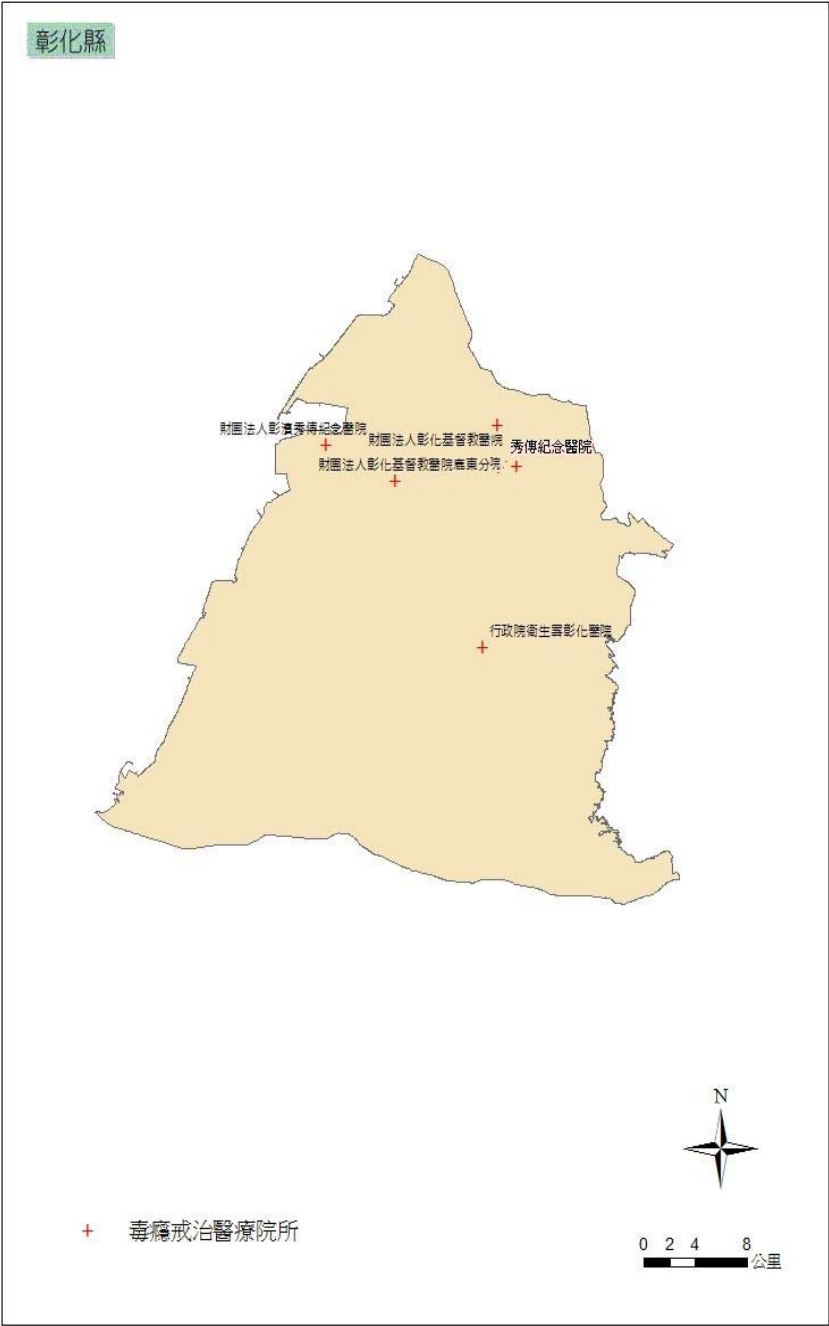
彰化縣的資源除醫療資源外，尚有大量的基金會、協會、慈善團體共 101 家的投入以提供經濟協助或其他服務。彰化縣的醫療資源分別座落在彰化市 2 間、埔心鄉 1 間、及鹿港鎮 2 間。

縣市別	醫療機構名稱	門診	住院	實施替代療法
彰化縣	財團法人彰化基督教醫院	√	√	√
	秀傳紀念醫院	√	√	
	行政院衛生署彰化醫院	√	√	√
	財團法人彰濱秀傳紀念醫院	√	√	
	財團法人彰化基督教醫院鹿東分院			√

建構毒品施用者修復社會功能的社區資源網絡之研究



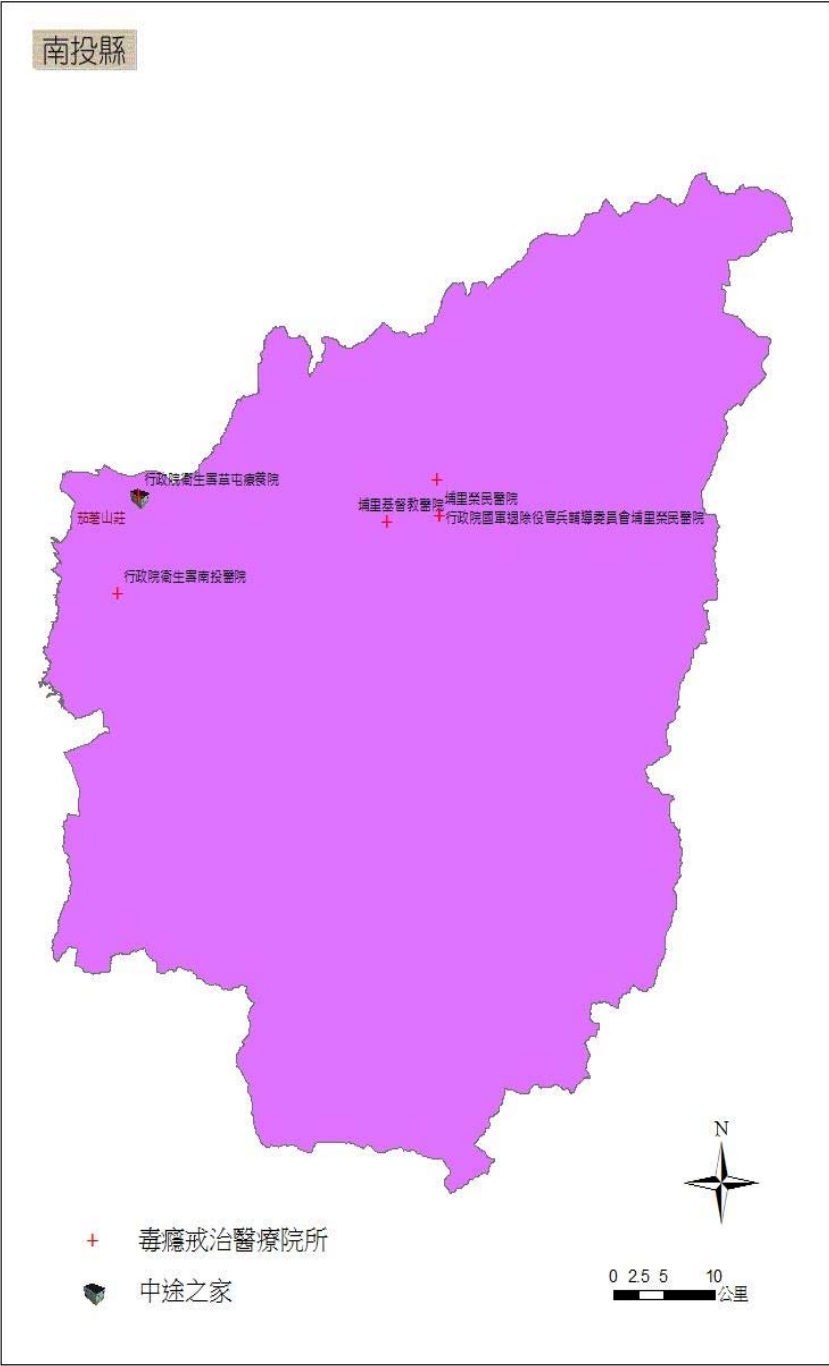
彰化縣各鄉鎮基金會分佈圖



10.南投縣

南投縣則多為醫療資源，多集中在埔里鎮上，共有 3 間，而草屯鎮和南投市各 1 間，分別為行政院草屯療養院和行政院衛生署南投醫院，而草屯療養院更是開辦茄荖山莊供毒品施用者戒除毒癮，但其規定嚴格，收容人數約 20 人左右，是屬於一較為深入式的戒治社區。

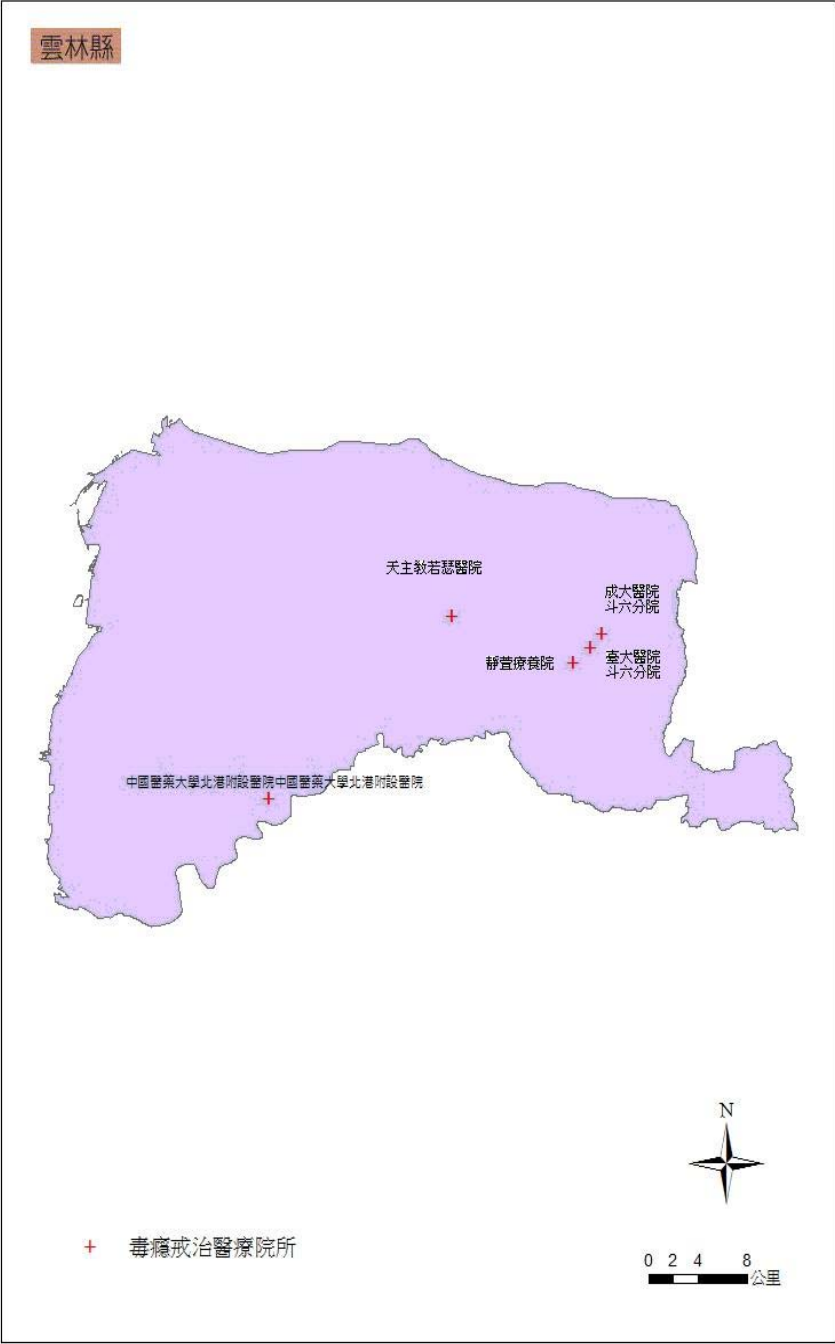
縣市別	醫療機構名稱	門診	住院	實施替代療法
南投縣	行政院衛生署草屯療養院	√	√	√
	埔里榮民醫院	√	√	
	埔里基督教醫院	√		
	行政院衛生署南投醫院			√
	行政院國軍退除役官兵輔導委員會埔里榮民醫院			√



11. 雲林縣

雲林縣有醫療院所和教會投入，以提供生理戒治和心理協助，教會分別為林投教會與橋頭教會。雲林縣的醫療資源多集中在斗六市共有三間，而北港鎮和虎尾鎮各 1 間，其所提供的服務如下：

縣市別	醫療機構名稱	門診	住院	實施替代療法
雲林縣	國立臺灣大學醫學院附設醫院雲林分院（斗六分院）	✓	✓	✓
	靜萱療養院	✓	✓	
	天主教若瑟醫院	✓		✓
	中國醫藥大學北港附設醫院	✓		✓
	國立成功大學醫學院附設醫院斗六分院			✓

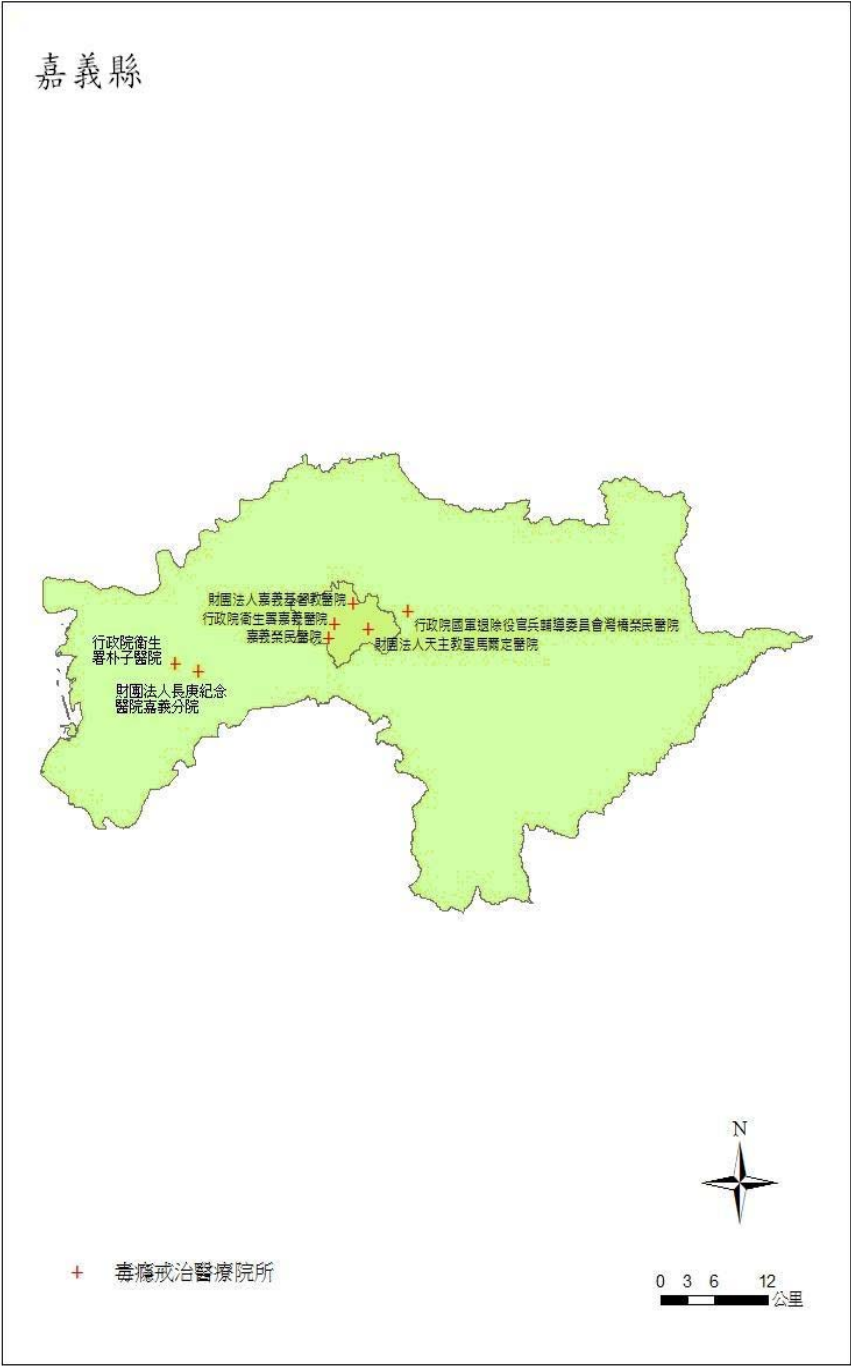


12.嘉義縣

嘉義地區的資源多為醫療資源，分別為嘉義市東區的行政院衛生署嘉義醫院、財團法人嘉義基督教醫院、財團法人天主教聖馬爾定醫院，和西區的嘉義榮民醫院；而嘉義縣的醫療資源為朴子市的行政院衛生署朴子醫院和財團法人長庚紀念醫院嘉義分院，及大林鎮的財團法人佛教慈濟綜合醫院大林分院，和竹崎鄉的行政院國軍退除役官兵輔導委員會灣橋榮民醫院，而所提供的服務如下：

縣市別	醫療機構名稱	門診	住院	實施替代療法
嘉義市	行政院衛生署嘉義醫院	✓		✓
	嘉義榮民醫院	✓	✓	✓
	財團法人嘉義基督教醫院	✓	✓	
	財團法人天主教聖馬爾定醫院	✓	✓	
嘉義縣	財團法人長庚紀念醫院嘉義分院	✓		
	財團法人佛教慈濟綜合醫院大林分院	✓		
	行政院國軍退除役官兵輔導委員會灣橋榮民醫院	✓	✓	✓
	行政院衛生署朴子醫院			✓

嘉義縣除醫療資源外，嘉義縣毒品危害防制中心更與嘉義大學輔導諮商所合作，開辦家屬支持團體，另有一再生家具行與其合辦庇護工場，以提供毒品施用者一就職的環境。



13.臺南市

臺南市目前則有 9 間醫療院所及中華毒品危害防制協進會的投入，該協進會協助該市毒品危害防制中心進行教育宣導之工作，而醫療院所則分佈的較為集中，其北區、中西區、安平區各有 2 間，南區、安南區和東區則各有 1 間，除安南區的分佈較遠外，其他 8 間則非常集中，其所提供的服務如下，除上述之外，尚有台南輔導所提供毒品施用者一個暫居之所。

表 台南市醫療院所提供服務項目

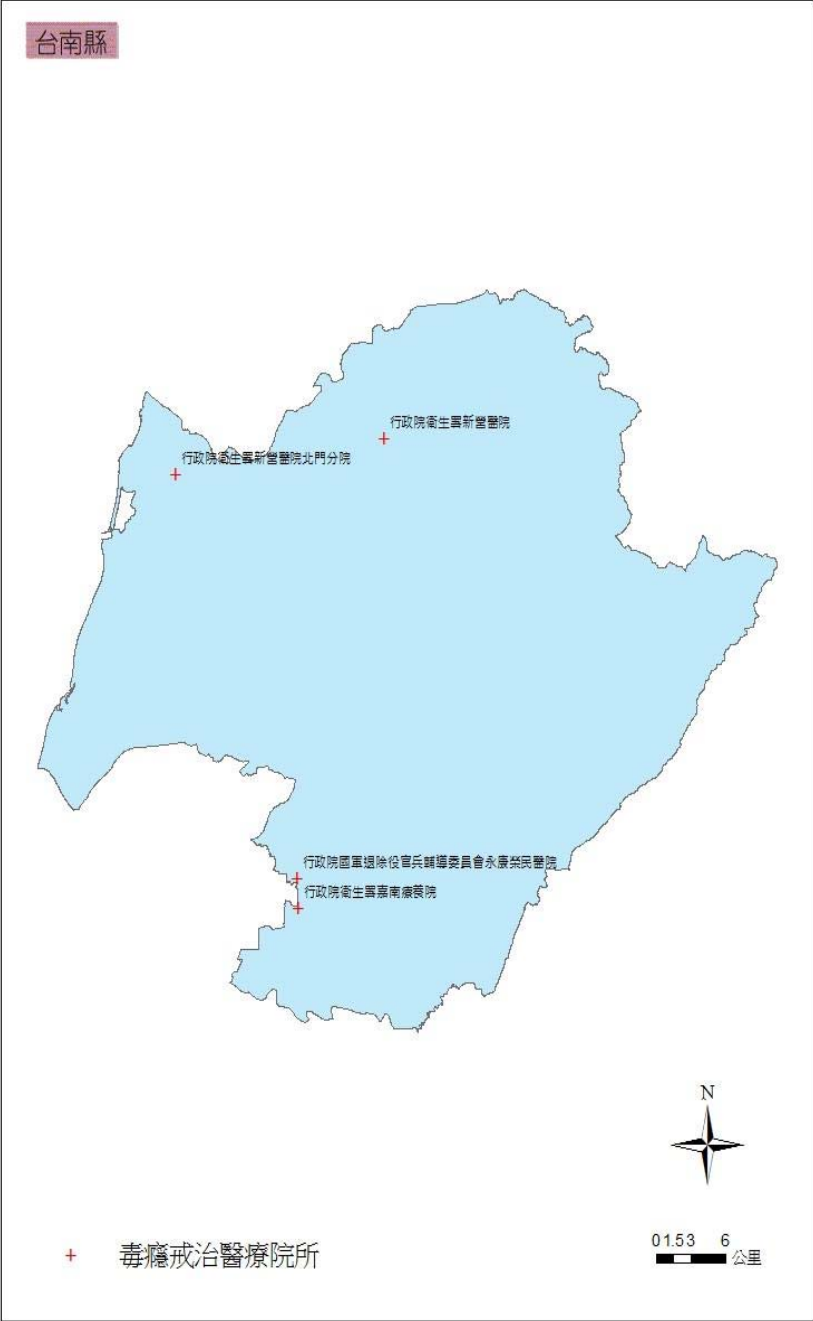
縣市別	醫療機構名稱	門診	住院	實施替代療法
台南市	國立成功大學醫學院附設醫院	✓	✓	✓
	行政院衛生署台南醫院	✓		✓
	財團法人奇美醫院台南分院	✓	✓	✓
	安立診所	✓		
	歐大正診所（小天使聯合診所）	✓		
	安平診所	✓		
	蔡明輝診所	✓		
	殷建智精神科診所	✓		
	郭綜合醫院	✓		



14.臺南縣

臺南縣醫療資源分別為位於永康市的行政院國軍退除役官兵輔導委員會永康榮民醫院、新營市的行政院衛生署新營醫院、仁德鄉的行政院衛生署嘉南療養院，和北門鄉的行政院衛生署新營醫院北門分院，其所提供服務如下：

縣市別	醫療機構名稱	門診	住院	實施替代療法
台南縣	行政院衛生署嘉南療養院	√	√	√
	行政院國軍退除役官兵輔導委員會永康榮民醫院	√		√
	行政院衛生署新營醫院	√		√
	行政院衛生署新營醫院北門分院	√		



15. 高雄市

高雄市是有 7 間醫療院所及一個民間團體「戒毒過來人」的投入，後者協助該市毒品危害防制中心進行宣導、教育等活動，該市的醫療院所苓雅區有 3 間、三民區和新興區各 1 間、左營區 2 間，其所服務的項目有：

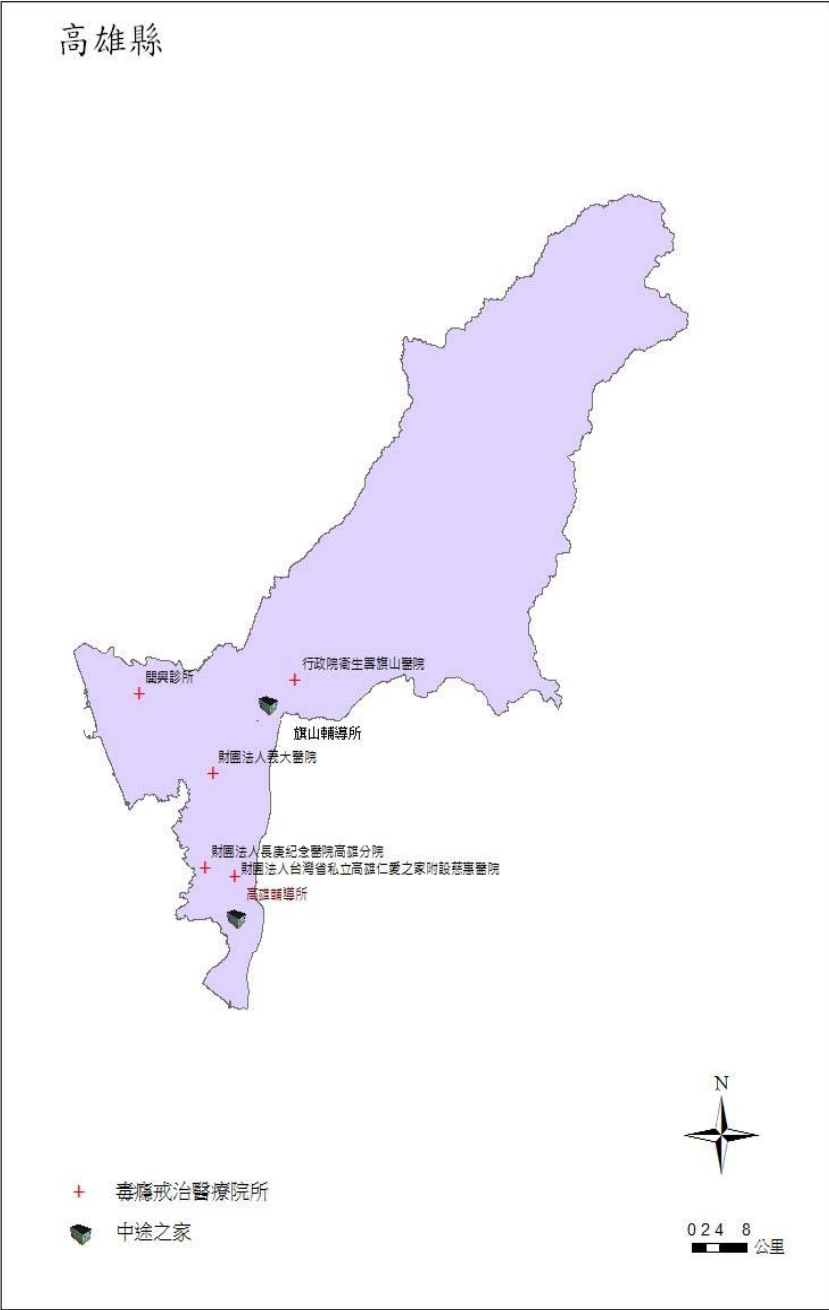
縣市別	醫療機構名稱	門診	住院	實施替代療法
高雄市	高雄市立凱旋醫院	√	√	√
	高雄醫學大學附設中和紀念醫院	√	√	√
	國軍高雄總醫院	√	√	√
	國軍左營醫院	√	√	√
	行政院國軍退除役官兵輔導委員會高雄榮民總醫院	√	√	√
	靜和醫院			√
	阮綜合醫院			√



16.高雄縣

高雄縣有 5 家醫療資源及 3 間中途之家的投入，3 間中途之家分別為座落於大寮鄉的高雄輔導所、旗山鎮的旗山輔導所及提供女性毒品施用者短期住宿的新園輔導所。而 5 家醫院分別是鳥松鄉的財團法人長庚紀念醫院高雄分院、旗山鎮的行政院衛生署旗山醫院、燕巢鄉的財團法人義大醫院、大寮鄉的財團法人台灣省私立高雄仁愛之家附設慈惠醫院、和路竹鄉的開興診所，其所提供服務如下：

縣市別	醫療機構名稱	門診	住院	實施替代療法
高雄縣	財團法人長庚紀念醫院高雄分院	✓	✓	✓
	行政院衛生署旗山醫院	✓		✓
	財團法人義大醫院	✓		✓
	財團法人台灣省私立高雄仁愛之家附設慈惠醫院	✓	✓	✓
	開興診所	✓		



17.屏東縣

屏東縣有 6 家醫院與 1 家中途之家，分別是屏東市的行政院衛生署屏東醫院、屏安醫院附設門診部精神科、興安診所，及東港鎮的安泰醫院、新埤鄉的財團法人迦樂醫院、和麟洛鄉的屏安醫院，與長治鄉的屏東輔導所。

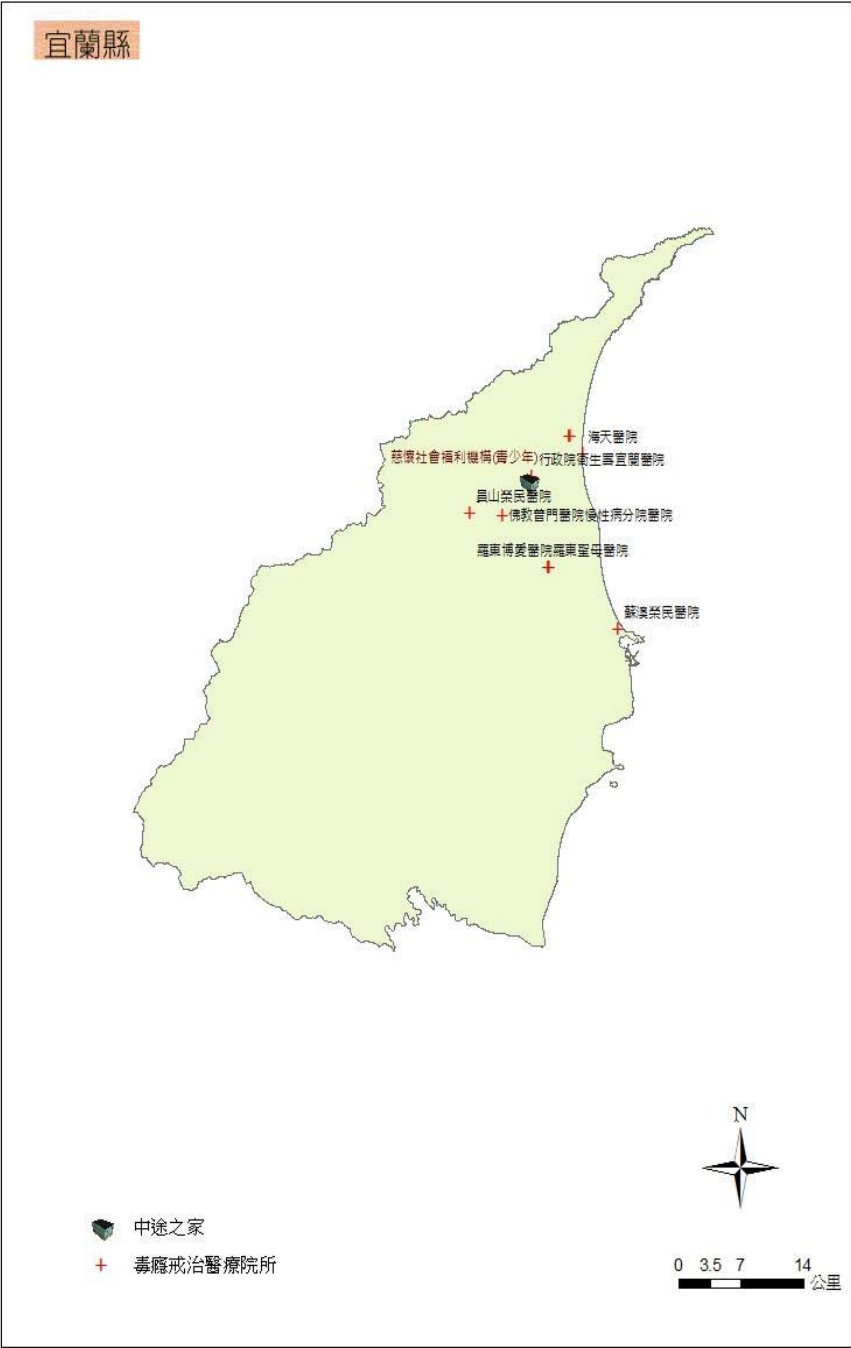
縣市別	醫療機構名稱	門診	住院	實施替代療法
屏東縣	行政院衛生署屏東醫院	✓		✓
	安泰醫院	✓		✓
	財團法人迦樂醫院	✓	✓	✓
	屏安醫院	✓	✓	✓
	屏安醫院附設門診部精神科	✓		
	興安診所	✓		



18.宜蘭縣

宜蘭縣共有 8 間醫療資源與 1 家專門處理青少年問題的財團法人慈懷社會福利基金會投入，慈懷園成立中途之家以處理有藥物濫用情形的青少年，而 8 家醫院所則較集中於宜蘭縣的東北部，分別是宜蘭市的行政院衛生署宜蘭醫院和國立陽明大學附設醫院，羅東鎮的羅東博愛醫院、羅東聖母醫院、員山鄉的員山榮民醫院和佛教普門醫院慢性病分院醫院，及蘇澳鎮的蘇澳榮民醫院和壯圍鄉的海天醫院，其個別提供服務如下：

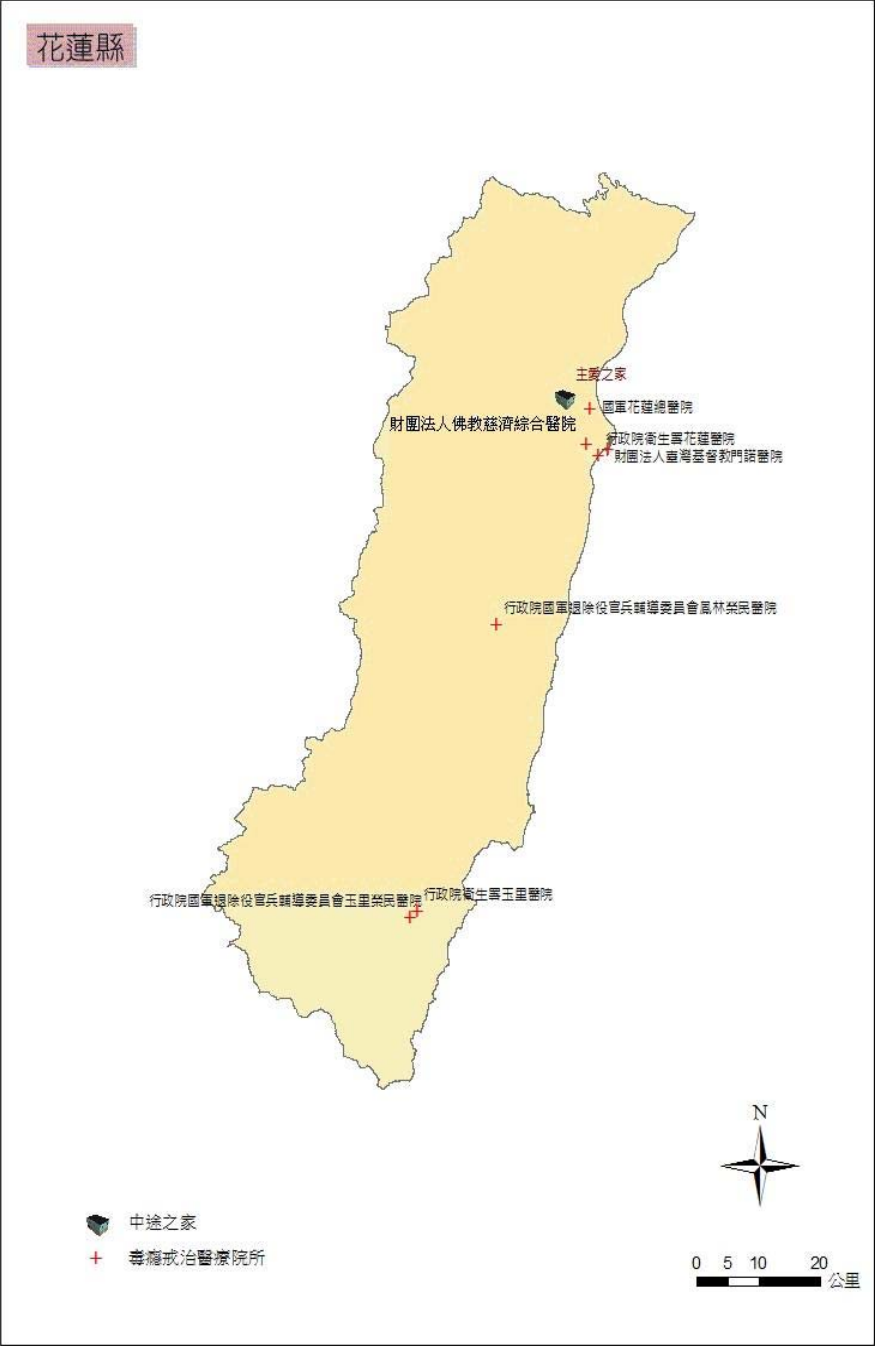
縣市別	醫療機構名稱	門診	住院	實施替代療法
宜蘭縣	羅東博愛醫院	✓		✓
	行政院衛生署宜蘭醫院	✓		
	員山榮民醫院	✓		
	蘇澳榮民醫院	✓	✓	
	羅東聖母醫院	✓		
	海天醫院	✓		
	佛教普門醫院慢性病分院醫院	✓		
	國立陽明大學附設醫院			✓



19.花蓮縣

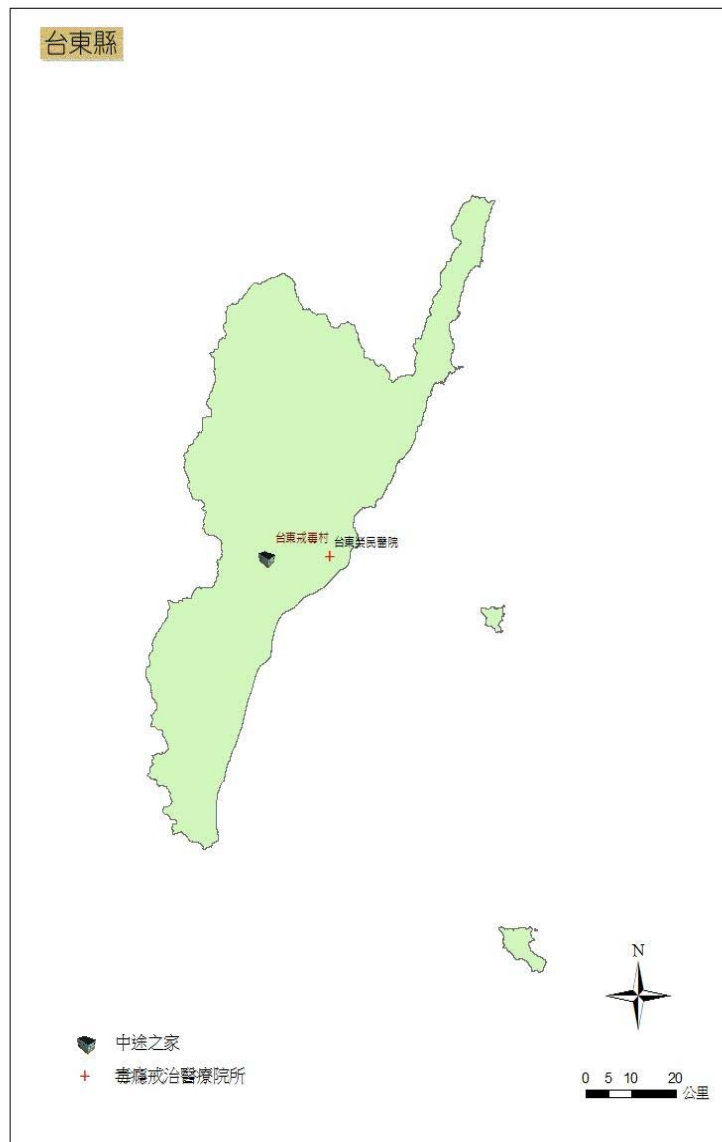
花蓮縣有 7 家醫療院所、1 個由主愛之家所舉辦的中途之家、財團法人聖仁慈善基金會花蓮分會，及花蓮縣藥師公會的投入。由主愛之家所承辦的中途之家，針對男、女性毒品施用者皆有收容，並成立庇護工場—尼西廚房，以供毒品施用者有一就職與賺取金錢的機會，而財團法人聖仁慈善基金會花蓮分會則是提供經濟協助，藥師公會則是協助培訓物質濫用防制種子教師，而醫療院所則分別是花蓮市的財團法人佛教慈濟綜合醫院、財團法人臺灣基督教門諾醫院、行政院衛生署花蓮醫院，和新城鄉的國軍花蓮總醫院、鳳林鎮的行政院國軍退除役官兵輔導委員會鳳林榮民醫院、玉里鎮的行政院國軍退除役官兵輔導委員會玉里榮民醫院、行政院衛生署玉里醫院，其所提供的服務如下：

縣市別	醫療機構名稱	門診	住院	實施替代療法
花蓮縣	行政院國軍退除役官兵輔導委員會玉里榮民醫院	✓	✓	
	行政院國軍退除役官兵輔導委員會鳳林榮民醫院	✓	✓	
	財團法人佛教慈濟綜合醫院	✓	✓	
	財團法人臺灣基督教門諾醫院	✓		
	國軍花蓮總醫院	✓	✓	✓
	行政院衛生署花蓮醫院	✓	✓	✓
	行政院衛生署玉里醫院	✓	✓	✓

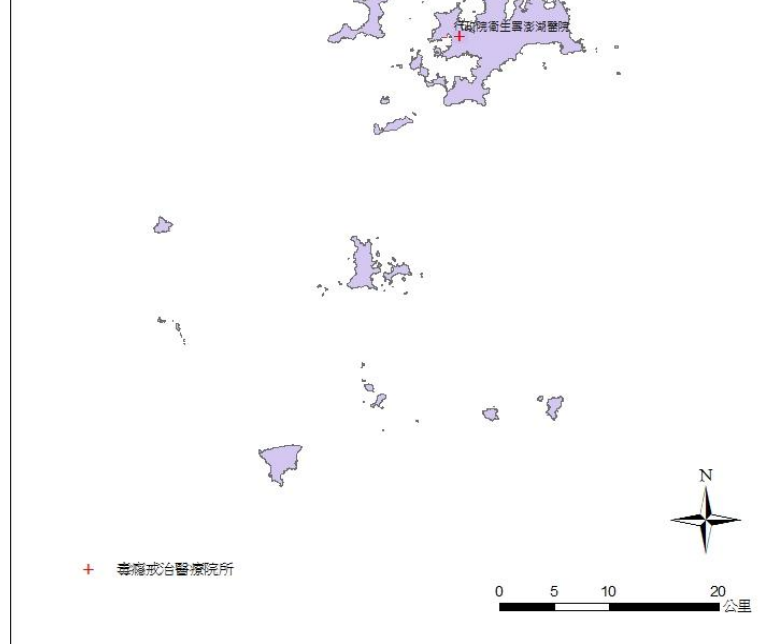


20.台東縣

臺東縣有醫療院所和中途之家各 1 間，分別位於臺東市的臺東榮民醫院及卑南鄉的臺東輔導所，臺東榮民醫院只提供門診服務，若有需要其他服務，則為轉介鄰近縣市以尋求協助。

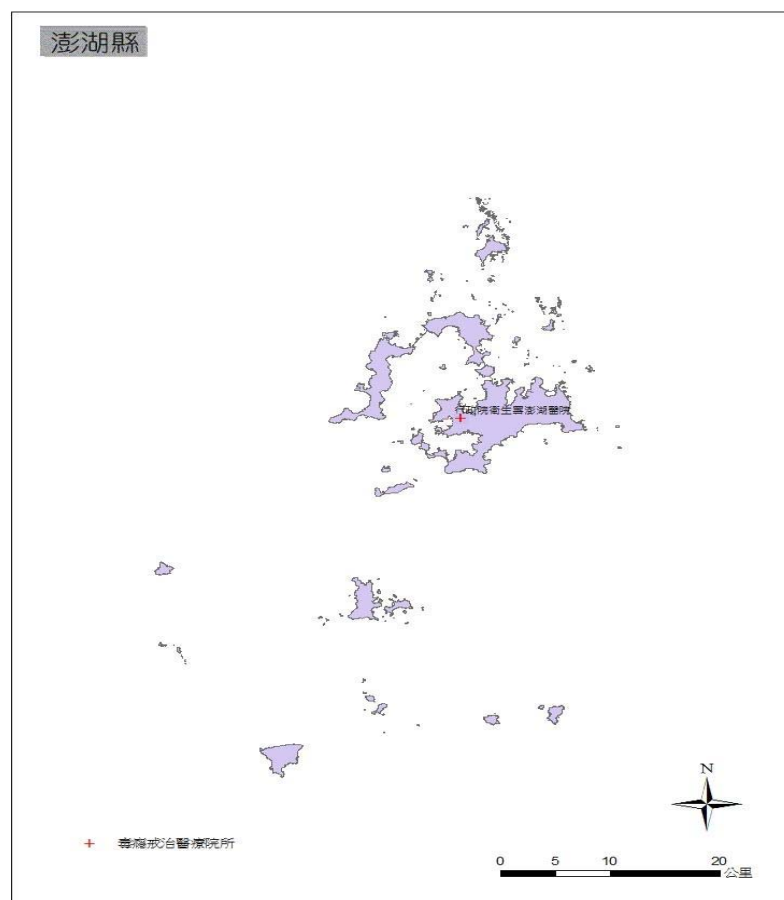


2
 口並
 澎湖
 皆是



與討論

口上人
 衛生署
 江縣



第三節 參訪與訪談結果

本節將依機關參訪與訪談結果，呈現國內對毒癮者所提供的社區資源網絡現況與實務工作情形，以及所面臨的問題困境、對協助毒品施用者重建社會功能之社區資源網絡看法與期待…等。

一、地方法院檢察署觀護人與更生保護會

地方法院檢察署觀護人與更生保護會是與毒品施用者回歸社會最直接關連的機構，觀護人扮演著資源轉介與刑事司法的個案監督工作，更生保護會則扮演資源轉介與服務提供的角色。

（一）在個案的銜接層面上

目前更生保護在毒品施用者離開戒治所或出監前一定時間內，便會進入監所進行更生保護的講習座談，而監獄或戒治所工作人員發現有特別需要更生保護的個案時，亦會主動與更生保護會聯繫，進行個案轉介的動作。目前針對毒癮犯的部分，由於各縣市政府已成立毒品危害防制中心，因此離開監所的毒品施用者多由毒品危害防制中心承接。

（二）資源的轉介與合作

在更生保護會方面，更生保護會各地分會與民間戒毒機構合作，可以提供毒癮者戒癮需求，包含輔導中心、輔導所、中途之家等機構。亦與各地職訓局、就業服務站合作，提供技能訓練、就業服務介紹，協助受保護人謀職。在觀護人部分，與社會資源的轉介合作多以轉介醫療戒癮（通常是緩起訴個案接受替代療法）、民間戒癮機構、職業訓練、就業服務為主。

（三）社會資源的協助與連結

對協助毒品施用者回歸社會而言，近幾年來我國對毒品施用者的刑事政策開始慢慢轉變至醫療與社區面向，現階段除了醫療戒癮機構

之外，社會上能夠提供毒癮者協助的民間機構仍然有限，許多個案的需求並沒有辦法予以協助，例如安置收容、家庭關係等。即便在職業訓練與就業方面有職訓局與就業服務中心協助，但目前社會失業、待業人口遽增，職訓局與就業服務中心很難特別針對毒癮者或更生人提供服務，而毒癮者或更生人本身就業競爭力便處於弱勢，其習性又無法滿足於高勞力低報酬的工作，因此在就業服務上確實有困難。

（四）工作困境

在參訪與訪談過程中，地方法院檢察署觀護人與更生保護會並未特別說明或強調其工作困境。但依據研究團隊的觀察與瞭解，地方法院檢察署觀護人與更生保護會所面臨的工作困境，應有個案服務量龐大，以及社會資源的協助不足兩個層面。目前地檢署觀護人每人所負責觀護監督的個案量，普遍皆超過百人，很難對每一位個案皆有良好的觀護監督成果。而更生人與受保護管束者的數量龐大，觀護人與更生保會雖有機制可以轉介個案至合作的民間機構，但所能提供的服務量亦有限。

二、地方毒品危害防制中心

地方毒品危害防制中心在毒品施用者回歸社會層面上，扮演著個案銜接、資源轉介與個案管理的角色，但目前毒品危害防制中心尚未法制化，缺乏人事與經費預算，其投入之專、兼任人力相差甚大(見表 5-3-1)，因此各項業務多由衛生局、社會局等單位人員兼辦，因此，在其功能發揮上自然受限。以在中央機關聯合視導地方毒品危害防制中心業務考核榮獲第一的桃園縣毒品危害防制中心為例，桃園縣政府以縣預算聘用 6 名個案管理師，並編制 1 名技正綜理毒品危害防制業務，在各項業務的推展與執行成效上成績斐然，充裕經費與專業人力的重要性由此可見一斑。

表 5-3-1 毒品危害防制中心員額數

縣市別	專任人數	兼任人數	合計
台北市	4	22	26
桃園縣	12	12	24
高雄縣	14	23	37
澎湖縣	1	1	2
金門縣	0	1	1
連江縣	0	1	1

資料來源：各地毒品危害防制中心

註：只列出人數最多及最少的三名縣市

(一) 在個案的銜接層面上

目前離開監所回歸社會的毒品施用者資料皆會轉送至地方毒品危害防制中心，在個人資料的轉移上並沒有太大的問題，但毒品危害防制中心對出監所的毒品施用者並無任何約束力，因此即便資料轉移至地方毒品危害防制中心，大部分的個案還是處於失聯狀態，必須由個案管理員逐一追蹤查訪，以瞭解個案是否有需要資源協助。在目前毒品危害防制中心欠缺專職人力的情形下，個案的追蹤工作已耗費相當多人力資源。

個案管理工作社會工作的基礎，透過關係的建立、個案評估、計畫擬定、取得資源、整合等過程⁵¹，結合資源提供個案所需的服務，並確保個案所接受的服務內容。Urban協助受刑人回歸社會的指導手冊⁵²中，協助受刑人復歸社會的APIC模式，亦強調個案評估（Assess）、計畫擬定（Plan）、確認所需資源與方案（Identify），以及協調各項資源服務間的鴻溝（Coordinate）。因此，個案管理是一項專業性工作，而不應流於個案追蹤。

⁵¹ 謝秀芬（2003）。社會個案工作-理論與技巧。雙葉書廊。

⁵² Urban Institute(2008).The Jail Administrator's Toolkit for Reentry.
<http://www.ojp.usdoj.gov/BJA/pdf/ToolkitForReentry.pdf>

依據毒品危害防制條例第 25 條之規定，警察機關對毒品人口已有「追蹤」與「定期驗尿」之制度，觸犯第十條之罪（指施用第一、二級毒品者）者，於保護管束期間，或觀察勒戒、強制戒治、不起訴處分或不付審理裁定、免刑或不付保護管束裁定、刑罰獲保護處分完畢後兩年內，警察機關得定期或於其有事實可疑為施用毒品時，通知其於指定之時間到場採驗尿液。因此在追蹤部分事實上已有警察機關專責，地方毒品危害防制中心之個案追蹤已有資源重疊浪費之情形，宜將有限之人力運用在有求助意願與資源協助需求毒癮者的個案管理上，以有效發揮地方毒品危害防制中心設置之功能與目的。

（二）資源的轉介與合作

由於地方毒品危害防制中心之組織架構已含括各相關機關，因此在公部門內的資源轉介與合作是很順暢的，包含衛生醫療體系、就業職訓、社會扶助等。但實際運作上各單位資訊系統並不相通，各單位無法知悉彼此對個案提供扶助服務的情形，各體系各自為政，無法達成有效的個案管理，例如個案接受替代療法方案與能否與其就業狀態的相互配合問題。需要有一個整合的系統，讓各支援網絡體系能夠掌握個案狀態，目前「毒品成癮者總歸戶資料庫系統」尚在試辦中，期待能藉由警察、衛生、社政、職訓、毒品危害防制中心等輔導機關之追蹤輔導與協助，全程管控後續輔導階段與各項作為，以對個案提供更完整、友善的服務。

（三）社會資源的協助與連結

目前對毒癮者提供的服務與社會資源連結包含醫療院所、社會扶助、職業訓練、就業輔導。但個案還有心理部分需要去做諮商或更進一步的協助，有家庭關係與互動問題需要協助改善，特別是在家庭關係層面上，這部分目前還難以提供有效的服務。另外目前醫療體系對藥癮個案所提供的服務多以美沙冬替代治療為主，但美沙冬替代療法只是用於鴉片類藥物成癮者，對於施用二級毒品的藥癮者，目前醫療院所對其提供的支援協助仍然有限。在就業輔助方面，由於毒品施用者的競爭力與習性，媒合合適的職業工作並不容易，特別是毒品施用

者的習性常讓雇主卻步，如何有效協助毒品施用者就業與穩定工作，還需要多加研議。

（四）工作困境

現階段毒品危害防制中心在運作上所面臨的困境包括：

- 1.毒品危害防制中心並未法制化，經費人力的欠缺讓業務推展受限。
- 2.個案追蹤耗費許多人力，失聯個案仍佔相當比例，需釐清地方毒品危害防制中心之任務在於「追蹤監督」抑或「個案管理」。
- 3.對非鴉片類毒品使用者，所能轉介的醫療體系資源或協助有限。
- 4.替代療法需要刑事司法體系的支持，特別是警察機關應該避免對接受替代療法個案的偵查，以避免戒癮個案流失。
- 5.醫療體系與刑事司法體系對施用毒品與戒癮的觀點歧異，持續戒癮個案可能因為偶然再復發而被刑事司法體系視為戒癮失敗，進而進入刑事司法系統，將戒癮改善成效全盤否定。刑事司法體系需要對戒癮個案多一些包容與彈性，宜思考刑事政策對毒品施用者的定位。
- 6.整體而言，緩起訴個案的配合度優於非緩起訴個案，刑事司法的約束力對個案的配合度有相當大的影響，應思考將刑事司法的約束力納入整個戒癮體系環節。
- 7.刑事司法體系是否能採信醫療系統或個案管理師的建議，依據個案的差異給予不同的處遇方案，以協助個案戒癮或復歸社會。
- 8.從醫療立場而言，其他毒品施用問題仍然必須加以處理，例如 K 他命的問題，但因為那些個案不會進入刑事司法體系，所以也不會進入毒品危害防制中心。
- 9.家屬或社會對美沙冬替代治療的觀點仍有待釐清（戒毒抑或吸毒），醫療戒癮體系應該發展更完整的戒癮治療方案，避免僅止

於服用美沙冬。

三、醫療戒癮機構

醫療體系是目前刑事司法體系之外最主要的戒癮治療系統，在檢察官得給予毒品施用者緩起訴附帶戒癮命令之處分後，醫療體系對毒品施用者回歸社會所扮演的角色將日益重要。目前醫療戒癮機構提供的服務面向多以提供美沙冬替代治療為主，對毒品施用者社會復歸面向的介入較少。

（一）在個案的銜接層面上

以往醫療院所的個案都是主動就醫，並沒有個案銜接的問題。在毒品危害防制條例修訂後，檢察官得以對毒品施用者緩起訴附帶戒癮命令之處分，醫療院所才開始有承接刑事司法體系轉向處遇的個案。

（二）資源的轉介與合作

醫院系統主旨在幫助病人，醫院社工並無多餘的社會資源，因此醫院社工能夠做的並不比醫院體系外多。醫院社工在毒癮者的處理這部分，目前能做的僅限於戒毒資訊的傳遞，以及協助個案在戒癮過程中的追蹤與資源協助，對個案離開醫療機構的後續追蹤或其他輔助方案就沒有辦法去處理。除了接受替代療法的個案外，毒品施用的患者住院多半為了短期解毒，以應付諸如觀護人要驗尿或近期查緝動作較嚴的狀況，而非為了戒毒，且由於多半解毒期都甚短暫，因此對於醫院社工所舉辦之團體輔導、資源轉介等方案參與率均不高。

針對個案所提供的資源轉介與社會資源合作，應該針對不同程度的毒品使用者進行討論，成癮情形很嚴重的個案，或許需要的是較多的監控而非替代方案或資源轉介。運用個案管理的方式，可以將個案的問題清楚呈現，並確認個案的需求，然而其所需的治療、協助，目

前並無配套措施，所以縱使有個案管理，仍無法解決目前的問題。

對於毒品施用者的處遇，最困難的就是後續復歸社會的資源連結、管理、追蹤這一部分，特別是就業環節，主要原因包括如何開拓就業機會，另一部分涉及毒品施用者本身的工作意願。許多毒品施用者的工作意願並不高，有些可能先前就沒有工作習慣，有些可能之前從事的工作是高利潤的八大行業，所以儘管為個案找到適合的職訓或適合的工作機會，但個案卻不見得能夠接受或維持。

（三）社會資源的協助與連結

毒品危害防制條例修訂後，針對毒品施用者得以適用緩起訴處分，其執行辦法之認定標準訂定得相當寬鬆，但只適用於一級毒品，認定標準是治療的一年期間，需要進行幾次尿液檢驗，若無施用毒品反應，則戒癮治療便算完成。中間過程則是開放給醫療院所規劃實施，開放很大空間給醫療院所去規劃執行立意良好，但最後的戒癮治療評估標準又依據尿液檢驗結果，而非醫療院所的評估。

緩起訴附帶戒癮治療的法條的用意是讓醫療手段幫助毒品施用者，而不要讓毒品施用者進入刑事司法系統，但實施辦法讓執行上會有些阻礙，特別是現在的醫療系統並沒有準備好承接數量如此龐大的戒癮治療者，如此一來，醫療體系在戒癮治療執行的過程中，會變成依照司法系統的規定去執行，而不是以醫療專業來判斷。

醫療院所對毒品施用者所提供的協助是戒除毒癮或控制毒癮，以減輕毒品施用者對毒品的需求與依賴，在個案接受醫療院所治療期間，醫院社工師或個案管理師會依照個案的需求尋求相關的社會資源協助。

（四）工作困境

對醫療院所而言，提供毒品施用者戒癮與相關資源服務所面臨的最大困境，是對於治療的給付問題，以及戒癮模式的發展。由於治療

給付的限制，目前全民健康保險並不支付戒癮費用，而刑事司法體系或衛生機構所編列的預算，多限定在特定對象的替代藥物治療，因此醫療院所對戒癮個案所提供的服務，亦多限定在替代性藥物的治療，對於毒品施用者戒治所需的其他心理與社會面向問題，限於醫療給付問題，醫療院所無法有效提供。再者，當前醫療體系對毒品施用者的戒癮治療模式仍在發展中，除了對海洛因毒品施用者有替代藥物的使用外，對其他類型的毒品施用者的藥物治療，或除了藥物治療之外的其他心理、社會問題的治療介入模式仍有待發展。

四、民間戒毒輔導機構

我國目前民間協助戒毒輔導之機構多以宗教戒毒為主，由內在心靈層次的改變推展至外在生活與行為的改善。目前民間戒毒輔導機構所提供的服務除了協助監獄、戒治所開設戒毒班或戒治所外，皆為居住型治療中心型態，例如基督教晨曦會、主愛之家、沐恩之家，佛教鹿鳴精舍戒毒輔導中心…等，但登記立案類型則不一，或為社會服務及慈善團體，或為宗教團體。

（一）在個案的銜接層面上

民間戒毒輔導機構所接受的個案多為主動尋求協助，部份個案雖為刑事司法所轉介，但在刑事司法機構內多曾接受過宗教的協助，因此在個案的銜接層面上並無太大問題，只是受限於經費與環境空間，能承接的個案數量有限。

（二）資源的轉介與合作

對民間戒毒輔導機構而言，由於所採行的戒毒治療方式為全人服務，亦即戒癮者所面臨的各類問題，都由戒毒中心以本身所具備的資源與網絡提供協助，包含居住、膳食、陪伴個案至醫療院所就醫、職業訓練與就業…等，鮮少以機構對機構的方式進行資源轉介或合作，

而是以購買服務或義工協助的方式取得所需的資源，例如以健保卡或自費方式讓個案至醫療院所接受治療、尋求有意願的志工或聘請老師進入治療中心開設職業訓練課程、為離開機構的個案承租公寓作為中途之家…等。

（三）社會資源的協助與連結

目前我國民間協助戒癮輔導機構多屬宗教團體，部分機構雖登記立案為社會服務及慈善團體，但所採行的方案核心仍為宗教戒毒，其專業性並未如醫療單位般受政府認定，工作人員亦未如醫師、心理師、社工師、護理師…等具有專業證照認證，因此其角色定位較為模糊，雖然在實務工作上大多認定其為戒癮機構，但在行政體系中之認定則非屬戒癮機構，衛生署無法給予專業的輔助或訓練，對所提供的戒癮治療亦無法給付費用，而是以安置收容的方式給付個案安置費用與伙食費、零用金，其實質地位較類似安置收容中心。

由於民間戒毒輔導機構之特性與專業取向之因素，民間戒毒輔導機構與社會資源的連結較為稀少，相關的社會資源主要來自宗教團體、志工與過來人的奉獻及付出，規模與服務量較少，向對所需要的外部資源連結或協助顯得較不重要。

（四）工作困境

我國民間戒毒輔導機構的工作困境來自於機構自身的限制，包括經費與營運、承接能力、專業能力的認定等層面。

1. 經費與營運的是民間戒毒輔導機構最大的困境，由於服務對象的特殊性，民間戒毒輔導機構很難獲得社會上資金的挹注，政府機構對其所提供的補助，有個案量與收容服務時間的限制。此外，由於服務個案的特殊性，民間戒毒輔導機構在土地房舍的取得或機構據點的設置，常遭遇社區民眾排斥，也是民間戒毒輔導機構所需要面對的問題。

- 2.民間戒毒輔導機構受限於資金與機構營運的問題，其服務規模普遍較小，能承接的個案數量有限，亦限制了機構自身的發展。
- 3.目前我國民間戒毒輔導機構皆為宗教團體，在對其戒癮專業的認定上，以及是否普遍適合毒品施用者，是民間戒毒輔導機構最常遭受到的質疑。由於無法認定其在戒癮治療上的專業能力，衛生署無法給予經費的補助或專業的訓練，法務部亦無法將緩起訴個案委由民間戒毒輔導機構處理。

五、醫療戒癮體系與民間戒毒輔導機構的毒癮個案

（一）美沙冬與丁基原啡因替代療法個案

接受替代療法治療的個案，普遍認為替代療法對其回歸社會生活幫助很大，這些個案認為在協助其回歸社會生活、修復社會功能的層面上，還需要一些協助，包括：

- 1.服藥的便利性：特別是接受美沙冬替代療法的個案，由於美沙冬替代療法的實施地點、門診時間都有限制，也造成個案就業的不便。
- 2.治療費用的補助：雖然美沙冬的使用減少了個案先前在毒品使用上的龐大費用，這些個案不再被毒癮糾纏後，也大多脫離了犯罪活動，因此即便治療費用花費不高，但部分個案仍支應困難。
- 3.減少無實質助益的追蹤：許多機構都會對個案進行追蹤調查，但對個案而言，欠缺實質助益的追蹤卻是一種困擾與不名譽的提醒，對個案的毒品施用問題有害無益。
- 4.家庭互動的改善：毒品施用者通常因為毒癮問題，其家庭關係與互動通常都不佳，甚至是衝突狀態，當個案藥癮問題或得有效的控制後，他們也期待家庭關係能夠有所改善。因此對個案提供的社會扶助應該將家庭成員關係一併納入。

- 5.替代治療的劑量調整：替代治療應該是戒癮治療的一種方法，劑量應該隨著個案的改善情形做調整，避免流於以較輕微毒品成癮取代嚴重毒品成癮的減害。
- 6.改善就業問題：對藥癮個案的重返社會，其最重要的部分在於就業，應有階段性的安排，協助其就業或職訓，並應順應就業市場需求與興趣，協助取得證照，以提高專業性與競爭力，並與就業服務站、更生保護會配合，進行工作媒合。在其進入職場後，隨時提供必要的協助。同時為因應就業可能會遇到的諸多狀況，應事先為其進行必要之心理建設。
- 7.儘量以轉向處遇取代刑事司法機構性處遇：入獄監禁以及假釋報到是增加他們與其他藥癮個案接觸的管道與機會，有些可能入獄前僅認識藥頭一人，入獄後卻可能使得他們的人際圈更充斥同樣在用藥的人。
- 8.替代治療藥物選擇的多元化：使用美沙冬與丁基原啡因替代治療個案相互比較之下，使用丁基原啡因對個案的生活影響較為輕微，不需要每日至醫療院所服藥，對其工作干擾較少。美沙冬個案則需每日至醫療院所服藥，個案因為上班時間、上班地點、工作性質的不同，對其服用美沙冬或多或少都會受到干擾。因此應該提供多元化的替代性治療藥物的選擇，以因應個案所需。
- 9.提供庇護工廠：對年紀大之或競爭力較薄弱的個案，其復歸社會、尋找工作難度非常高，政府若能提供庇護工廠，使其回歸社會時 有一落腳處，同時無須擔心工作與經濟問題，將有助於預防其復發。
- 10.心理諮商與支持：藥癮個案多半心理狀況很脆弱，且有挫折容忍與情緒控制的問題，宜需有相關的心理諮商、心靈成長及情緒控制課程等，協助其獲得改善。
- 11.協助建構健全之心理與社交技巧：毒癮友伴是造成戒癮個案再復發的重要因素，藥癮者在使用藥物後，可能因為本身的

自卑與恐懼感，而不敢與昔日一般的朋友或未用毒的大眾有正常往來，而只能與有相同習性者互動，此更加深復發之可能性，有必要協助其發展正常的社交能力與關係。

（二）治療性社區個案

接受治療性社區處遇的個案認為，社區治療提供一個自我管理、自律生活、心靈沈澱課程，能夠刺激其自我管理、自我思考、反省、內化，從內在改變個案，進而延伸至外在行為表現。這些個案認為在協助其回歸社會生活、修復社會功能的層面上，所需要的協助是延續性的輔導治療，在治療性社區中，個案獲得很大個協助與改善，但戒毒是一輩子的事，個案離開社區後，仍期待可以針對自己的問題與治療師討論，透過治療師的幫忙建議，使其反覆練習並內化自己。心理輔導與治療資源的延續，是個案認為離開機構後所面臨的最大問題。

（三）民間戒毒機構（福音戒毒）個案

接受宗教福音戒毒的個案，是從心靈層面上強化其信念與心靈支持，讓生命有個倚靠後可以不再被毒癮所羈絆，其認為唯有透過信仰才能改變一切困境，才能協助自己抵擋毒癮的誘惑與生活所面臨的各項挑戰。接受福音戒毒的個案，對協助毒品施用者修復社會功能的資源網絡期待是能夠擴大福音戒毒的力量，讓福音戒毒可以幫助更多的毒品施用者，因此許多接受福音戒毒過來人，都願意投入福音戒毒的服務工作。

雖然信仰是福音戒毒的核心，但亦有個案認為，過於濃厚的宗教色彩會讓一些毒品施用者排斥，可以考慮設立戒毒社區或戒毒學校，讓戒毒成功的過來人協助其他的毒品施用者，以他們過往經驗來協助毒品施用者，彼此協助扶持，提供心靈上的支持與陪伴，由內而外改善毒品對個案的誘惑。

六、其他社會福利服務、扶助機構

目前我國協助毒品施用者的社區資源網絡，除醫療院所外，其他的資源連結較少，因此本研究以地利人緣之便，參訪了其他的社會福利服務或輔助機構，包含台中縣家庭暴力及性侵害防制中心與向陽公益基金會向陽學園，以及有較多社會資源連結的少年刑事司法體系，包括高雄少年法院以及彰化地方法院觀護人室，並與實務工作人員會談，以瞭解各機關所提供的服務與社區資源網絡連結情形，個案管理與機關間的協調等面向，以及瞭解該機構之資源網絡模式運用在毒品使用者族群的可能性。

基於訪談所得，對社會資源網絡之連結與問題歸納出下列幾點：

（一）資源網絡中的個案管理

針對服務個案所做的資源連結並不是單純的資源轉介，除了必須確認個案的需求，以及資源的提供是否能因應個案的需求外，更需要確認個案是否從資源網絡中獲益，以及個案的需求是否已獲得滿足，故需要的是個案管理工作。

個案管理工作必須先評估個案的需求後，再確認所需的資源，資源網絡如已充分發展，就可以順利提供個案所需的服務，但當資源網絡並不充裕時，個案管理員就必須要拓展所需的資源網絡。靠個案管理員去尋找或拓展資源網絡的困難度很高，如果機構間能夠建立互助合作關係，提供足夠的服務資源，資源網絡的建立就很容易。

（二）主導單位與協力單位間的合作關係或主從關係

同一個個案可能同時有好幾個機構或單位在介入，例如在向陽學員所收容的個案中，就可能同時涉及少年法院、學校輔導老師、訓導人員、個案的家庭。為了有效處理個案的問題，必須要瞭解這些相關

單位對個案的介入情形，取得共識與策略來共同解決個案的問題，甚至以往個案曾經接受過的輔導介入，都是可以尋求的資源。這麼多單位間的整合，通常會透過個案研討來取得共識，雖說是共識，但常會需要有人出來主導，通常是由對個案狀況有較充分瞭解的單位做主導，協調其他單位取得共識。

家暴性侵害防治業務涉及許多單位，包括警政、教育、衛生、社政、司法等相關單位，單位間的協調合作並不容易，在家庭暴力防治法通過之後，有一個很明確的法律規範存在，單位間的協調合作比較有制度，社工員在個案管理與資源整合上比較專業，所以會由家暴性侵害防治中心的社工員來做主導，統整各單位的相互合作。

（三）刑事司法體系與社會福利單位間的分工合作

少年法院與少年事件的合作機關間，是一種合作關係而不是隸屬關係，是少年法院與社會福利機構合作，共同處理少年的問題。機構可能在處理少年問題時遭遇一些困難，少年法院應該要出面來協助，例如機構的資金與營運問題、少年不服管教或抗拒、家長的問題…等，不能丟給機構自己解決。

對毒品施用者治療與社會復歸，雖然在刑事政策上把毒品施用者當成病犯，但這些毒品施用者大多是被迫接受治療的。目前對施用毒品者的政策逐漸轉向醫療治療，刑事司法體系應該要思考如何協助醫療機構解決毒癮者的問題，例如提升毒品施用者戒癮動機、戒癮獎勵、促使毒品施用者穩定就業…等。

（四）個案的角色定位與社會觀感

對社會工作者而言，對服務對象的普遍認知是協助弱勢族群或受害者。毒品施用者在刑事司法體系與社會觀感都是犯罪人，提供這些犯罪人社會工作服務，社會觀感也不見得能夠接受。如果要讓社政機關來處理毒品施用者的問題，在刑事政策上需要重新定位，或法令明

訂由社政機關來接手，否則社政機關接手處理毒品施用者的意願不高。

第四節 小結

目前我國毒癮戒治已由機構內拓展至機構外，藉由整合醫療體系、觀護體系、更生保護、毒品危害防制中心、治療性社區等體系，將毒癮戒治拓展至社區環節，以修復我國毒品施用者的社會功能。但目前我國戒癮社區資源網絡正在拓展中，從目前協助毒品施用者復歸社會的資源分佈情形來看，可以發現幾乎以醫療院所為主，現階段除了醫療戒癮機構之外，社會上能夠提供毒品施用者協助的民間機構仍然有限，許多個案的需求並沒有辦法予以協助，例如安置收容、經濟來源等。即便在職業訓練與就業方面有職訓局與就業服務中心協助，但職訓局與就業服務中心很難特別針對毒癮者或更生人提供服務。另民間戒毒機構雖成立已久，但其資源、能力有限，其餘的民間團體社會資源網絡則未有系統性整合。

毒品施用者社會復健問題複雜，牽涉問題除藥癮本身外，尚包含家庭支持、職能重建、社會適應…等。社會資源網絡的建立並不僅僅是資源轉介而已，更重要的是個案管理工作，透過關係的建立、個案評估、計畫擬定、取得資源、整合、監督、倡導等過程，結合資源提供個案所需的服務，並確保個案所接受的服務內容。

而政府對民間非營利組織所採行的指導模式，會影響非營利機構的發展，法令性與經濟性的指導方式，可以直接改變或間接影響非營利組織的運作，以符合政府政策上的需求與目標；資訊性的指導方式影響較為薄弱，政府僅能選擇優秀或合適的非營利組織來配合政策目標。現階段參與毒品施用者社會復歸的非營利組織類型與數量有限，政府需要更積極的扶植非營利組織的發展，以因應協助毒品施用者回歸社會生活所需，在政策上需要做一些改變，例如採用公設民營或方案委託的方式進行，協助非營利組織的發展。或在刑事政策上做改

變，將協助毒癮者社會復歸納入社會福利工作的範疇中。

資源網絡的建立與連結並非僅是資訊交流或個案轉介而已，資源網絡的建立必須要能夠符合組織的特性，使組織機構的發展與個案的需求都能獲得滿足。各社會福利服務機構或方案或多或少都會遇到一些運作上的問題，例如政府單位的意見歧異、資源連結的困境、經費與資源欠缺、專業人力不足、民眾認知不清、機構與資源分佈不均等問題，這些問題部分有待政府機關編列更多的預算經費來支援，部分則需要透過更有效的結盟或資源整合方式予以改善，機構必須組成專業的工作團隊，擴充資源的連結與結盟合作，藉由個案管理系統來加以統整這些存在於不同機構內的服務，以兼顧服務的效率與成本，以維持服務的穩定與持續，對個案提供真正有益的服務。

建構毒品施用者修復社會功能的社區資源網絡之研究

第五章 研究結果與討論

本章將依據研究發現，對研究主題歸納研究結果，並針對相關的議題進行討論，以釐清研究結果與相關議題。

第一節 研究結果

據此，為有效研擬適合我國國情、毒癮戒治體系與刑事政策之毒癮戒治社會資源網絡，以協助毒品施用者重建社會功能，本研究設定的研究主題包括我國目前協助毒品施用者之社區資源網絡各體系環節之現況；毒品施用者、民間社團對我國現行修復社會功能之社區資源網絡的看法；瞭解與國外協助毒品施用者修復社會功能之政策措施與整合經驗；瞭解國外毒癮戒治體系中，銜接毒品施用者機構內與機構外處遇之機構或措施制度，最後以建構、規劃具體可行之毒癮戒治體系社區資源網絡。本節將依研究主題歸納闡述研究結果。

一、我國協助毒品施用者之社區資源網絡現況

從前述研究內容中可以發現，目前我國毒癮戒治雖已由機構內拓展至機構外，企圖藉由整合醫療體系、觀護體系、更生保護、毒品危害防制中心、治療性社區等體系，將毒癮戒治拓展至社區環節，以修復我國毒品施用者的社會功能。但目前我國戒癮社區資源網絡正在拓展中，協助毒品施用者復歸社會的工作目前多由公部門承擔，提供毒品施用者服務的資源，幾乎以醫療院所為主，其他能夠提供毒品施用者協助的民間機構仍有限，許多個案的需求並沒有辦法予以協助，例如安置收容、經濟來源等。即便在職業訓練與就業方面有職訓局與就業服務中心協助，但職訓局與就業服務中心很難特別針對毒癮者或更生人提供服務。而民間戒毒機構雖成立已久，但其資源、能力有限，其餘的民間團體社會資源網絡則未有系統性整合。

除了民間機構與資源的參與不足外，各體系資源間的運作，亦存在相當問題，目前協助毒品施用者回歸社區的各體系資源間互動，多以個案轉介的方式連結，但社會資源網絡的建立並不僅僅是資源轉介而已，更重要的是個案管理工作，透過關係的建立、個案評估、計畫擬定、取得資源、整合、監督、倡導等過程，結合資源提供個案所需的服務，並確保個案所接受的服務內容。

由我國資源連結現況的調查，以及機關參訪、訪談、座談發現，可以歸納出下列幾點結論：

- （一）目前毒癮戒治已由機構內拓展至機構外，但除醫療體系外，其他面向的資源稀少，多以官方或半官方組織為核心
- （二）醫療機構與替代治療對毒品施用者提供相當程度的幫助，但毒品施用者仍須其他面向的社會資源，特別是經濟與就業面向
- （三）對毒品施用者復歸方案的社會資源網絡利用，多止於個案轉介，欠缺個案管理的落實
- （四）毒品危害防制中心承接了大量的出監毒癮人口，但欠缺良好的制度設計、配套措施與經費、人力，多疲於個案追蹤而無法進行個案管理
- （五）受限於毒品施用者的特性與就業能力，勞委會與就業服務站的職業訓練與媒合普遍無法因應毒品施用者的需求
- （六）當前的刑事政策與刑事司法體系，並未與毒品施用者的社會復歸與社會工作產生緊密的連結，效能未能發揮
- （七）政府政策並未能有效扶植或協助毒癮者社會復歸的相關社會福利與民間機構發展
- （八）協助毒品施用者社會復歸的社會福利團體與民間機構，欠缺資金與專業訓練的協助，成長緩慢

二、各界對協助毒品施用者之社區資源網絡觀點與建議

長久以來我國對毒品施用者皆採取犯罪人觀點，即便在刑事政策中將其視為兼具病人與犯人的雙重身份，但實際上皆以刑事司法處遇毒品施用者，近幾年才有較大的政策轉變，包括替代療法的實施、地方毒品危害防制中心的設立、緩起訴附命戒癮治療的處分…等，民間與非司法體系的政府資源才有較多的參與。在與毒品施用者、民間團體、非司法體系的政府機構接觸中發現，各界對協助毒品施用者之社區資源網絡抱持著樂觀其成的態度，卻又很難具體的陳述對協助毒品施用者之社區資源網絡的期待或需求架構。

毒品施用者對協助其復歸社會的服務需求，普遍而言，除了對經濟與工作、替代治療的需求較為明確外，較難指出對其他需要協助的面向需求，即便個案知道自身存在著家庭關係、人際互動、社會環境限制等面向的問題，卻認為那些是自己需要面對的，而不期待政府或社會能給予協助。這樣的現象並非毒品施用者不需要協助，而是毒品施用者未曾經歷或認識專業人員能在這些面向所能提供的協助，接受過治療性社區處遇的個案，就非常期待能夠繼續接受諮商與輔導的資源協助，幫助其因應在社會生活中所面臨的問題與困境。

對民間團體與非司法體系的政府機構而言，因為在實務工作中所面臨的困境，對建立協助毒品施用者復歸社會的社區資源網絡是非常期待的。民間團體如主愛之家、晨曦會等，主張的是全人服務，對個案提供各面向的服務，對機構或資源間的網絡聯繫需求不高。而非司法體系的政府機構期待的是依法行政，透過制度面的設計將毒品施用者復歸社會所需的網絡連結起來，各部會間的合作模式自然會成形。

三、國外的經驗與參考價值

由國際間毒癮戒治體系與社會資源網絡概況，以及國外實地參訪發現，國外對協助毒品施用者社會復歸的社區資源網絡連結概況可歸

納出下列幾點結論：

- (一) 社會復歸工作，已是毒癮戒治的趨勢，毒品施用者的社會復歸需考量多方面向，除施用毒品行為外，社會福利需求、疾病問題、生活就業問題及家庭關係改善等都需予以滿足
- (二) 強制性的介入方案，對毒品施用者的處遇仍可發揮相當成效，以刑事司法體系的監督監控，輔以社會福利措施的介入，是較有效且完整的介入模式。刑事司法的積極參與，可以讓社會復歸方案更有效執行
- (三) 社會復歸不僅僅是社會資源的轉介，更重要的是個案管理工作，包括對個案的需求評估，以及資源的評估，進而發展計畫，執行並評估成效
- (四) 一個完整的社會復歸方案個案管理工作，包含衡鑑 (assessment)、發展介入計畫(plan)、確認資源所在(Identify)、協調 (Coordinate)、成效評估(Evaluation)等階段
- (五) 協助毒品施用者社會復歸之民間機構，並非單純的宗教團體，接受政府補助的民間機構，皆須接受專業能力督導與考核，政府並給予專業能力的培植
- (六) 資金的投注與制度的規劃、落實，是毒品施用者社會復歸網絡發展的關鍵核心
- (七) 需有明確的防治架構，並設立明確的核心工作目標，相關工作才能有效呼應、具體落實

總結而言，建構協助毒癮者復歸社會的社區資源網絡，仍需要整體政策的配合，方得以有效運作發展，特別是刑事司法體系的合作，以及主政機關對協助毒癮者復歸社會的政策落實。透過刑事司法體系的監督監控，可以促使毒品施用者接受相關的社會福利措施介入，也促使毒品施用者積極地自我改善，使協助毒品施用者復歸社會的工作

達到事半功倍的效果。主政機關對協助毒癮者復歸社會的政策落實，可以確保政府與社會/社區提供足夠的服務面向、服務品質與服務量，主政機關亦需提供充分的資源挹注與教育訓練，方得以扶植各項資源的發展。

四、國外政策措施對中間性銜接機構的參考建議

中間性銜接機構是連結刑事司法體系與社會復歸的重要機構，也是促使毒品施用者接受社會福利服務、強化自我改善意願的措施。在研究所蒐集的國家相關戒癮體系資料中，美國的復原之路（Access to Recovery, ATR）方案、復歸輔助（Reentry）方案、毒品法庭（Reentry drug courts）方案都有類似的概念，但考量我國與西方國家對毒品施用者觀點的差異，以及社會福利資源發展的落差，兼以配合我國對毒品施用者的刑事政策特性，以及民間社會資源的參與情形、社會大眾對毒品施用者的觀點，新加坡的中途之家（Halfway House）與階段性釋放措施，是較符合我國國情與現階段社會發展概況的參考方案。

新加坡與我國對毒品施用者採取相同的刑事政策，在刑罰處罰上更為嚴厲，但透過階段性釋放的制度設計，依照受刑人的改善程度，以及工作、家庭上的需求給予提前釋放、居家監禁，或電子腳鐐的處遇方案。讓受刑人可以提早離開監獄進入中途之家，以協助個案復歸社會，以及後續的資源協助與照護。

新加坡的階段性釋放與中途之家制度，是讓監獄署透過入監評估、震撼威嚇、處遇提前釋放、中途之家、後續照護的階段規劃，協助犯罪人復歸社會。先以刑罰上的震撼威嚇處遇毒品施用者，繼而依據個案的改善情形予以提前釋放至中途之家/治療中心，協助毒品施用者逐步適應社會生活，此階段仍由監獄署負責個案的安全與監督管理，但已經開始由民間機構接手處理個案管理與社會復歸工作，環境設施與處遇內容較類似治療性社區，在中途之家/治療中心階段中，並依據個案的改善情形，將個案移送回監獄（降級），或就業釋放、居家監禁（晉級）。

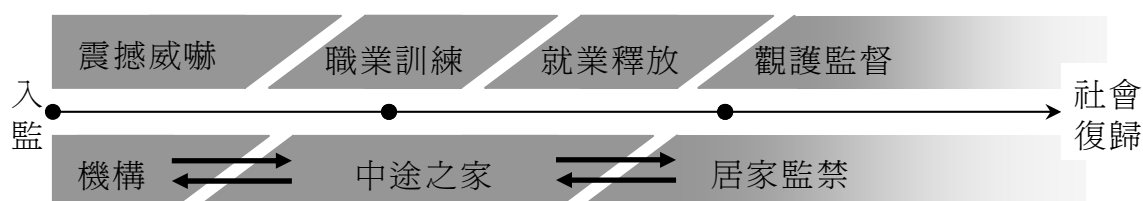


圖 5-1 毒品施用者的中間性銜接機構模式

第二節 討論

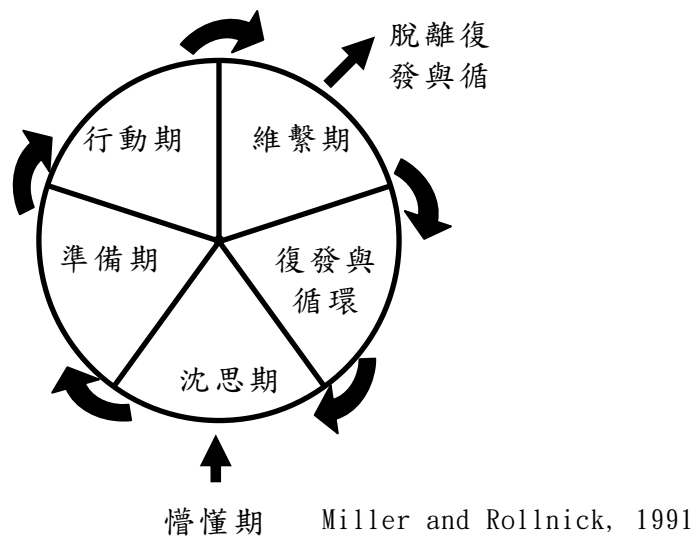
依據研究結果可以發現，我國目前毒癮戒治雖以逐步已由機構內拓展至機構外，但協助毒癮者復歸社會的整體資源仍然相當欠缺，民間機構的參與亦相當有限。本節將就建構毒品施用者修復社會功能之社區資源網絡將關議題提出討論，以建構、規劃具體可行之毒癮戒治體系社區資源網絡，增進各政府單位與民間資源之整合與利用，並補充不足之領域。

一、戒癮治療與社會/社區資源的協助

隨著對成癮問題的生理、心理、社會等問題面向的瞭解，當代對於成癮的治療，已強調生理、心理社會模式（Biopsychosocial Model）觀點，同時包含了藥物治療、個別的心理治療與社會支持。以往的戒癮治療關注的是成癮行為的生理依賴（Physical Dependence）問題，傳統的道德模式視毒品施用者為缺乏意志力或品格缺陷，因此司法系統往往變成了戒癮治療的提供者。現今對於成癮問題的瞭解，已發現成癮原因相當複雜，且因人而異，缺乏控制力實際上是源自一連串因素所造成的結果，因此治療方式需就成癮者的個別需求而定。戒癮治療亦不再強調「戒除（不再使用）」的目標，而逐漸被「康復」的概念所取代，因此藥癮的再復發

也不被認為是戒癮的失敗結果，而是康復的一個歷程，在這復發歷程中，個案可以學到一些經驗教訓，並將此經驗應用在實際的行為改變上，有助於增強戒癮治療的效果。

藥癮的再復發是當代戒癮治療模式重視的一個議題，Marlatt提出的「再犯預防（Relapse prevention）」模式⁵³即指出，戒癮的成功並不在治療當時，而是在治療後案主能維持其改善狀態。Miller與Rollnick提出的改變動機階段論（Motivational Interviewing）⁵⁴亦指出，要持續行為的改變是很不容易的，在維持階段中需要努力預防復發，但復發不應被視為治療計畫的失敗，反而是一個學習的機會，使個案很容易再回到維繫階段。



⁵³ Marlatt, G. A. & Gordon J. R. (1985). Relapse prevention: a self-control strategy for the maintenance of behavior change. New York: Guilford Press.

⁵⁴ Miller, W. R., & Rollnick, S. (1991). Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior. New York: Guilford Press.

在生理、心理社會模式的觀點中，社會因素是戒癮治療成功與否的關鍵，也是個案是否能維持長期康復狀態的預測指標⁵⁵，這些社會因素包含工作情形、工作壓力、生涯規劃、家庭與婚姻狀態、社會環境、社交生活…等。在藥癮戒治處遇成效的評估研究中，例如美國藥物濫用處遇成果研究(Drug Abuse Treatment Outcome Studies, DATOS)，對處遇成效的評估除了藥物使用情形之外，非法活動、全職工作等社會層面因素，也是重要的評估指標。因此協助毒品施用者復歸社會的社區資源僅是戒癮治療的一個環節，處理的議題是毒品施用者的社會生活問題，以協助毒品施用者維持已經改善或康復的狀態，對毒品施用者的戒癮工作，還需要生理-醫療，以及心理-諮商輔導的協助與配合。

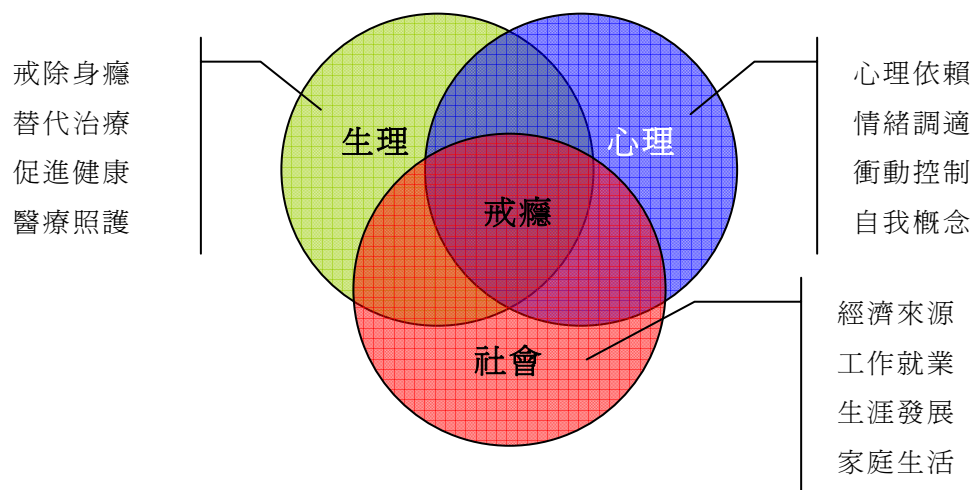


圖 5-3 戒癮治療的生理、心理社會模式

⁵⁵ 高淑宜、劉明倫譯，2003：「BRENDA 取向」戒癮手冊-結合藥物與心理社會治療，心理出版社。

二、毒品施用者的社會資源需求層面

從 Maslow 的需求層次理論 (need-hierarchy theory) 理論觀點，個體的生存有不同層次的需求，低層次的需求是最基本的需要，包含生理、安全與情感，更高層次的需求則是在追求自我價值，包含尊重與自我實現。各層次的需求相互依賴和重疊，高層次的需求建立在低層次需求被滿足的基礎上，即便高層次的需求以發展成形，低層次的需求仍然存在。

- (1) 生理需求(physiological need)：維持個體生存基本所需，如食、衣、住行的滿足，需要運動、休息、休閒和睡眠等。
- (2) 安全需求(safety need)：使個體能免於害怕、焦慮、混亂、緊張、危機及威脅，能安全地獲得依賴和保護。

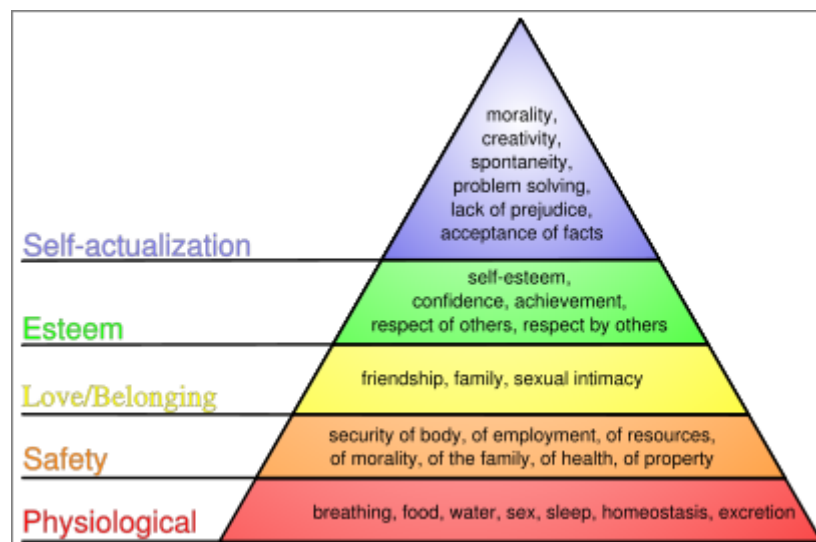


圖 5-4 Maslow 的需求層次

- (3) 愛與隸屬需求(belongingness and love need)：

個體需要被接納、關注、鼓勵及支持，避免孤獨、陌生、寂寞、疏離，使個體能成為團體中的一份子，與他人建立親密的關係。

(4) 自尊需求(self-esteem need)：包括指尊重自己、相信自己有能力、有自信、獨立及勝任感、受人尊重、受人注意及賞識、能獲取或維護個人自尊心需求。

(5) 自我實現需求(self-actualization need)：個體能完成個人目標、發揮潛能，充分成長，最後趨向統整的個體。例如：具接納自己、面對問題、自動自發的思考、富創造力、幽默感、民主價值等特質的人。

在這些需求中，生理、安全、愛與歸屬的低層次需求，透過外在條件就可以獲得滿足，尊重和自我實現的高級需求，則需透過內部因素才能滿足的。對毒品施用者復歸社會而言，首先要面對的也是生存/生理、安全、隸屬的需求，而後才能顧及，自尊與自我實現等議題。因此，在建構協助毒癮者復歸社會的資源網絡時，需先考量滿足毒品施用者生存的基本需求，包含經濟、居住與就業等問題，繼而尋求社會生活的穩定，減少生活的不安，然後才能進展到被接納、關懷、有歸屬感的層次。

三、政府角色與民間機構的連結

施用毒品行為涉及刑事司法問題，因此民間機構不可能獨立運作而不受政府干涉。此外，不僅政府要借重民間機構的資源與協助，民間機構也需要與政府相連結，以取得必要的資源與協助，例如經費、個案來源、專業培訓...等。政府與非營利組織間的互動或指導關係性

質有三種類型⁵⁶，包含：

- (一) 法令性的政策工具：例如禁令、政府基金會、監督管制等。具有強制性質，企圖改變非營利組織的產出或行動，來實現政府的目標。
- (二) 經濟性的政策工具：例如契約委託、減稅、補助等。具有經濟誘因性質，藉以間接影響非營利組織的運作，調整非營利組織的決策來配合政府的目標。
- (三) 資訊性的政策工具：例如資訊公開、教育訓練、公民參與等。具有學習的性質，運用政策影響適合非營利組織的運作環境，以營造適合非營利組織發展的環境，由政府補助優秀的非營利組織來配合政策目標。

政府對民間非營利組織所採行的指導模式，會影響非營利機構的發展，法令性與經濟性的指導方式，可以直接改變或間接影響非營利組織的運作，以符合政府政策上的需求與目標；資訊性的指導方式影響較為薄弱，政府僅能選擇優秀或合適的非營利組織來配合政策目標。現階段參與毒品施用者社會復歸的非營利組織類型與數量有限，是否應採行更積極的介入指導模式，是值得思考的問題。

就政府與社福性非營利組織之間的關係分析，政府與非營利組織的主要目標都是為案主提供品質良好且數量充足的服務，可以採用公設民營或方案委託的方式進行，過程中也許會有利益衝突，但若能夠藉由互動與資源的交換，衝突的態勢應可逐漸轉變為籠絡吸納的模式，雙方的互動模式可能會隨著資源交換的過程而有所改變；其次從政府與非營利組織的共同治理來看，可看到從法案的草擬、策略聯盟、國會遊說、立法的通過與落實，都有非營利組織的主導與運作，也顯見政府與非營利組織的共同治理更形顯著。

政府雖然努力創造各種社會福利服務，但民間對於福利服務的需

⁵⁶ 孫煒（2007）：臺灣第三部門與政府互動的政策分析-新治理觀點，非營利部門研究-治理、部門互動與社會創新。邱昌泰主編，台北：智勝文化。

求是多元性的，且許多服務是需要植基於大量的專業人力上，這些是政府有限的人力與龐雜的科層體系無法辦到的。在現代民主政治選舉機制下，許多選民、利益團體、政黨或政府官僚會因為自我利益或自我保護的考量，去追求自我利益的極大化，甚至相互之間形成一個「自我支持聯盟體系」，這些心態往往導致資源的錯置、重複、浪費與冗員充斥等問題，福利服務方案也往往只解決了少數人的問題，而忽略了大眾的需求與利益⁵⁷。因此學者主張以民營化的手段來達到「消融以官僚為中心所建立的自我支持聯盟體系」、「以契約競爭作為揭露預算分配黑箱作業機制」及「在政府體系中創造商業運作以增加福利方案執行效率」等目的。

在民營化風潮影響下，政府與非營利機構組織間的角色有了明顯的轉變，政府不再由政策的擬定到服務的提供一手包辦，民間與非營利機構也不再只是個案權益的倡導者或志願服務工作者。就政府的角度而言，其角色轉變為⁵⁸：

1. 由服務提供者轉變為服務的管理者。
2. 由服務的生產者轉變為服務的購買者。
3. 由福利服務的規劃者轉變為福利服務的審查者。

因此，政府必須謹慎、客觀、公正地分配有限的資源，並做好管理與督導的工作，也必須積極與民間合作，購買具專業品質與有效率的服務，進而激發民間無限的資源，投入福利服務的行列。而民間非營利機構的角色也有了不同的轉變：

1. 由弱勢權益的倡導者，轉變為服務的直接提供者。
2. 由案主的代言人，轉變為政策的執行者。
3. 由原先的提供不定型服務，轉變為提供定型服務。
4. 由原先的單純志工團體，轉變為專業工作者。

⁵⁷ 劉淑瓊（1998）：社會福利民營化之研究，台大三研所博士論文。

⁵⁸ 黃慶讚（2007）：從社會福利的發展看非營利機構與政府間之互動關係，非營利部門組織與運作，蕭新煌主編，台北：巨流圖書。

5. 由全方位滿足個案的思考，轉變為必須考量效益、效率的思考。

因此民間機構不再只是單純地倡導弱勢族群的權益，或提供政府有關福利政策建言，更必須開始直接執行自己所建議的各項服務方案，必須組成專業工作團隊，以提供有效、且對個案真正有益的服務，並考量提供服務的效率與成本，以維持服務的穩定與持續。除了向政府爭取各項資源外，也必須從民間尋找各項資源。

在政府、民間非營利組織與服務的使用者之間形成了一種三角關係，政府必須扮演購買福利服務、監督福利服務品質、鼓勵、催生福利服務的角色。在福利服務民營化的趨勢下，福利服務的傳輸已漸漸由政府轉移到民間，然後在民間彼此之間輸送，福利服務的窗口也不限於政府部門，部分的民間組織也開始發展個案管理系統，以統合福利服務的傳輸。

福利服務的傳輸由直線系統（政府-使用者）轉變為三角系統的過程中，最大的轉變就是把服務的購買者與服務的提供者明顯區分開來，在原來的直線傳輸系統中，政府為個案編列預算購買政府自己所提供的服務，這有助於管理稽核的單純化與一元化，但也可能導致提供的經費只滿足政府官員個人工作上的需求，或是服務的提供只為了配合經費的編列，而並非個案的實際需求。

在三角傳輸體系中，將服務的購買者與提供者予以分離，這樣的好處有⁵⁹：

1. 將服務使用者的需求放在首位。
2. 讓服務購買者與生產者透過買賣的制約關係，分清雙方的權責關係。
3. 使服務的產品多元化，讓個案有更多選擇的空間。
4. 使民間各服務提供者彼此之間形成市場競爭，可提升服務品

⁵⁹ 黃慶讚（2007）。從社會福利的發展看非營利機構與政府間之互動關係，非營利部門組織與運作，蕭新煌主編，台北：巨流圖書。

質。

5. 為滿足購買者的需求，服務的提供者必須不斷的創新、進步。
6. 服務的購買者，將因自己的選擇與購買，更加珍惜、善用服務的資源。

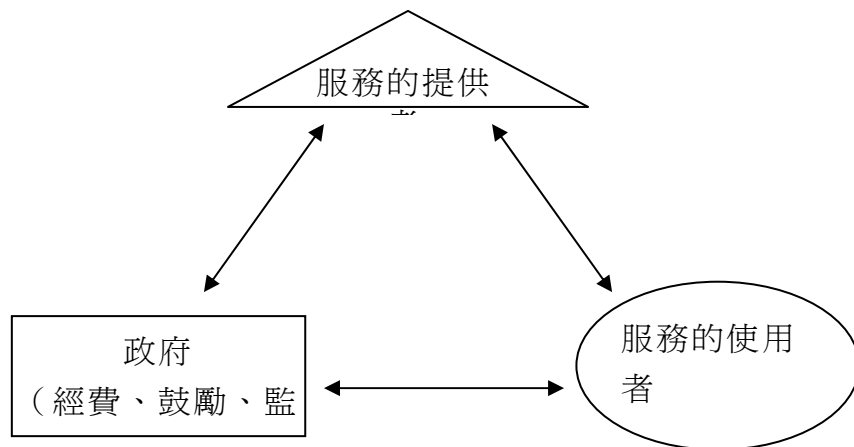


圖 5-5 福利服務的三角傳輸體系

福利服務的傳輸由政府轉向民間後，個案管理與個案的生涯規劃重要性更被突顯出來。許多個案的需求是多元化的，他們必須同時得到不同的支持，才能順利的適應或發展。爲了能讓個案順利使用或統整這些存在於不同機構內的服務，就必須藉由個案管理系統來加以整合或彙總。黃源協⁶⁰指出個案管理在資源網絡中的運作旨在導正服務供給的片斷、零散和資源重疊浪費的現象，以避免讓具多重問題或需求的個案奔走於各機構間，進而期待能善用資源以爲個案提供符合其需求之全面性服務及資源輸送之效率。而回顧第三章介紹各國針對毒品施用者復歸社會所做之方案，如DFC採用衡鑑、承載力、發展介

⁶⁰ 黃源協(2006, 09)。社會資源網絡建構與個案管理實務——以中部四區為例。社區發展季刊，115, 65-77。

入計畫、執行、評估，或是Reentry的APIC模式或是醫療社區的SBIRT模式，其所架構之模型亦有個案管理運作的精神。因此，健全的個案管理與社區資源網絡的建構乃相輔相成之關係。

四、強化民間的參與

我國協助毒癮者復歸社會的民間資源發展情形不佳，如何協助民間資源的發展，是推展毒癮者復歸社會工作需要面臨的課題。馮燕⁶¹對強化非營利機構推展福利業務指出，政府委託民間辦理福利服務的可行性上，應考量大社會的環境脈絡、政府的意願及認知，以及民間的能力與準備。社會環境脈絡例如福利政策發展的狀況、社會需求、社會共識等；政府的意願與認知，包含對議題的關注、福利服務的推展、委託民間的意願，以及對民間參與的認知，例如委辦是放任不管，任由民間機構自行摸索，或是以嚴苛條件致使民間機構裹足不前；民間的能力與準備牽涉到機構的承接意願及能力，政府在行政實務上必須要瞭解民間福利機構的性質、特性、資源，來考量委託辦理的項目、如何委託、委託給誰、民間各類機構之間應該要如何分工或做服務上的區隔等，才能有效發揮民間機構的特性及能量。

目前協助毒癮者復歸社會的民間資源發展問題，所面臨也正是社會的環境脈絡限制、政府的認知，以及民間的能力問題。在將施用毒品視為犯罪行為的社會環境脈絡的限制下，相較於其他社會福利領域，民間機構對協助毒癮者的意願普遍不高，甚至排斥接受有施用毒品行為的個案。在政府的認知面向上，政府肯定民間機構參與毒癮戒治的貢獻，例如基督教晨曦會、主愛之家、沐恩之家等，但卻欠缺對這些民間機構的扶植或輔助，例如對專業能力的認證與訓練、經費協助與輔導營運等，政府期待民間機構能夠擴大參與，卻未能積極的扶助民間機構發展。而民間也未能發展其專業能力，做好協助毒癮者復歸社會的準備。

⁶¹ 馮燕、張英陣：如何加強委託非營利機構推展福利服務，行政院研究發展考核委員會編印。1998年出版，2008年2月初版二刷

政府的角色與民間機構間的發展，是一個雞生蛋、蛋生雞的議題，政府固然可以待民間機構做好準備後，再將相關業務委外辦理，但政府亦可以透過相關業務的委外辦理，以扶植民間機構的成長。在各社會福利領域機構蓬勃發展的情形下，政府固然可以選擇優良的民間機構，以將相關的社會福利服務委託民間機構辦理，但在特定社福領域欠缺民間機構參與的情形下，政府應該更積極的透過方案的委託、訓練、督導等方式，扶植民間機構的成長，以為政府特定業務委外辦理做準備。政府與民間非營利機構的互動、關係有許多模式，這些模式會影響到民間機構的發展，以及服務的提供情形，在馮燕⁶²的研究中特別指出，阻礙我國非營利組織與政府合夥關係的因素，主要可歸納為6個因素：

- （一）政府缺乏明確福利政策，降低非營利機構合作意願：政府缺乏對社會福利政策有中、長期計畫，亦或是政府的政策不夠明確，欠缺整體性、連續性的政策規劃，造成民間非營利機構與政府合作的困擾、合作關係的不穩定性及不確定性，民間參與度自然低落。
- （二）非營利組織實力不足，堪以承接政府福利業務者少：非營利組織實力不足的問題包含非營利組織的規模小、專業人員不足、地域分佈不均、不同福利領域的發展差異、財源穩定情形…等，因此非營利機構在類型上與多元化上，仍有許多開拓空間。
- （三）政府懼怕圖利他人之心態，導致防弊措施甚於鼓勵：政府的政務推動常會害怕有圖利他人的問題，因此在業務委託過程中，對於受託者的資格與條件常有許多限制與要求。但政府在推動社會福利業務交由民間承辦的過程中，應勿過度擔心圖利非營利機構問題，而應轉以積極性的鼓勵與支持，加速民間社會福利機構的成長及成熟。

⁶² 馮燕、張英陣：如何加強委託非營利機構推展福利服務，行政院研究發展考核委員會編印。1998年出版，2008年2月初版二刷。

- (四) 無法正確評估社會需求，使得各福利資源配置失調：政府在面臨社會大眾社會福利的需求，資源與經費運用是否得當與切合民眾需要，是一個值得省思的問題。現階段社會福利發展所呈現出的局面是，聲音大的組織，所能得自政府的資源也就越大，但卻忽略了那些無法為自己出聲的弱勢族群。政府並未針對社會需求進行有系統、全面性的調查，致使在資源配置上呈現失調狀況，導致民間非營利組織的發展亦有所偏頗。
- (五) 契約內容規範不平等，難以取得非營利機構的信賴：政府委託民間非營利機構辦理社會福利業務，不管是公設民營或委託服務，雙方均須簽訂契約書，但契約書的內容與條件對非營利機構的不利，卻削減民間機構承辦的意願，包含：
1. 房屋設備問題，政府不予以補助或協助，卻又限制設備形式，造成民間機構的困境。
 2. 人事費用問題：一般委託服務政府並不直接補助人事費用，然而社會福利服務需要專業人力，承接政府業務需要增聘專業人員的薪資需由機構自行負擔，委託關係結束或委託量減少時，員工的出路問題又將造成機構的困擾。
 3. 雙方職權不清：基本上是政府委託民間非營利機構辦理福利服務，亦即由民間機構來經營，但政府又未完全支付人事費用與營運開銷，彼此應該承擔的義務存在許多爭議。
 4. 成本估算認知不同：政府在委託福利業務的過程中，有時會忽略現實社會的條件，而做出不恰當的計畫與預算配置，在服務費用或經費運用上產生歧異，或受限契約規定而無法彈性調整。
 5. 缺乏評鑑標準：政府在委託非營利機構辦理福利服務

過程中，需對機構的服務品質或結果進行評估，但卻未明訂明確的評鑑標準，使得雙方在真正進行評鑑時，沒有基本的共識標準。

6. 續約條件不明：民間非營利機構在承辦政府委託業務時，均須對自身的人力及資源進行大量投資，因此多數機構均希望有較長的合作期。但對政府而言，絕難以對承接機構提出續約保證，非營利機構一方面需擔心個案服務品質問題，卻也對是否應該在此項服務進行投資有所疑慮。

（六）政府內部不同層級單位間意見歧異，缺乏有效溝通：政府委託業務涉及到的政府內部單位並非僅只委託單位，還包括會計、主計、人事等單位，這些單位間的溝通與協調往往造成非營利機構在運作上的不便。政府單位的公文承轉、人事異動，也常使非營利機構面臨服務片斷化的結果。

社會福利機構或非營利機構的設立目的，是提供福利服務而非營利，但機構本身亦有營運與成本的考量，在場地設備的取得與維護、專業人力、行政工作等，都需要花費相當的營運成本，特別是提供專業服務的花費所費不貲，機構不可能無止盡的奉獻與付出。因此，如果政府期待民間機構能夠協助提供某項社會福利服務，政府需要與民間機構達成共識，並建立良好的伙伴關係。亦即在政府與民間機構的委託或互動關係中，必須先確認政策需求與目標規劃，例如政府期望民間機構能夠提供怎樣的服務？提供多少的服務內容？持續的需求如何？政府提供哪些協助？…等，減少政策與合作關係的不穩定性及不確定性，民間機構才能評估資源投入對機構營運的影響，公部門亦應儘量提供對民間機構的協助，以提升民間機構的參與意願、降低民間機構參與福利服務的困難與限制。

對於如何增進民間非營利機構參與社會福利業務，馮燕⁶³在研究

⁶³ 馮燕、張英陣：如何加強委託非營利機構推展福利服務，行政院研究發展考核委員會編印。1998年出版，2008年2月初版二刷。

中指出可以從7個目標著手，包括制訂明確社會福利政策，廣邀民間組織參與；厚植非營利機構實力，強化其服務提供的體質；設置中介組織，訂定清楚明確的評鑑標準；加強法規立法的周延，以及契約內容的公平；建立制度化運作模式，不致因人事異動而影響；會同民間非營利機構，共同評估社會需求；強化政府各單位間的溝通協調。總結來說，就是社會福利政策應有明確的制度規劃，此政策應依社會實際需求妥善評估，且政策規劃應持續連貫，依制度或法令有制度地運作，不因主事者變動而更迭，對於委外項目應有清楚明確的評鑑制度，政府並需扶植輔導民間機構的發展、強化政府與民間的溝通，以培植民力。

總結而言，民間機構對社會福利服務的參與，會受到政府政策的影響，政府固然可以俟民間機構的服務或參與度成熟後，再將協助毒品施用者復歸社會的服務內容委託民間機構辦理，但政府亦可採取更積極的角色，透過政策的規劃、資源的挹注、專業的訓練等方式，扶植民間機構的發展和參與。政府對民間非營利組織所採行的指導模式，會影響非營利機構的發展，法令性與經濟性的指導方式，可以直接改變或間接影響非營利組織的運作，以符合政府政策上的需求與目標；資訊性的指導方式影響較為薄弱，政府僅能選擇優秀或合適的非營利組織來配合政策目標。現階段參與毒品施用者社會復歸的非營利組織類型與數量有限，政府需要更積極的扶植非營利組織的發展，以因應協助毒品施用者回歸社會生活所需，在政策上需要做一些改變，例如採用公設民營或方案委託的方式進行，協助非營利組織的發展。或在刑事政策上做改變，將協助毒癮者社會復歸納入社會福利工作的範疇中。

此外，資源網絡的建立與連結並非僅是資訊交流或個案轉介而已，資源網絡的建立必須要能夠符合組織的特性，使組織機構的發展

與個案的需求都能獲得滿足。各社會福利服務機構或方案或多或少都會遇到一些運作上的問題，例如政府單位的意見歧異、資源連結的困境、經費與資源欠缺、專業人力不足、民眾認知不清、機構與資源分佈不均等問題，這些問題部分有待政府機關編列更多的預算經費來支援，部分則需要透過更有效的結盟或資源整合方式予以改善，機構必須組成專業的工作團隊，擴充資源的連結與結盟合作，藉由個案管理系統來加以統整這些存在於不同機構內的服務，以兼顧服務的效率與成本，以維持服務的穩定與持續，對個案提供真正有益的服務。

第六章 研究建議

依據研究發現，本研究對建構毒品施用者修復社會功能的社區資源網絡提出下列建議：

- （二）確立明確的毒品防治架構與核心工作目標，以落實毒品防治策略：工作目標應具體且可以達成，例如發展能夠因應毒品施用者需求的戒癮方案、促使個案就業的職業訓練方案…，並採用過程評估與結果評估的指標，評估方案是否有效落實核心工作項目。包含：權責單位、願景目標、階段目標、評估考核等內容。
- （三）調整刑事政策，以發展毒品施用者社會復歸網絡
 - 1. 刑事政策應能針對毒品使用行為的濫用與依賴特性，給予不同程度反應，需有效評估個案的毒品濫用與成癮行為，程度越嚴重成癮或濫用行為，給予越嚴厲的刑罰反應。
 - 2. 保持刑事司法體系的彈性，在刑罰處遇階段，給予毒品使用者不同的替代方案，包含居家監禁、電子監控、就業釋放…等，促使個案可以積極自我改善，若替代方案失敗，在執行原本的刑罰。
- （四）扶植毒品施用者復歸社會所需的社區資源：政府不應等待民間機構的緩慢發展，應更積極地扶植相關的社區資源發展，透過訓練、委託辦理、委託經營的方式，來扶植社區資源的發展。
 - 1. 投注充裕的預算：以採購方式，購買社會福利團體的服務項目，例如個案管理、安置收容、各類型輔導方案、諮商與團體治療…，擴大市場需求，誘使提升市場供給能力。
 - 2. 發展與培訓協助毒品施用者戒癮治療或社會復歸的專業技

能，以訓練、培植民間團體與專業人員。

3. 以公辦民營方式，購置硬體設施，委由民間經營治療性社區、中途之家、治療中心等機構，並予以監督考

針對研究建議，在政策面的具體措施可以做以下規劃：

類別	期程	具體措施
毒品防制政策規劃	近程	<p>確立毒癮戒治的政策目標，應包括：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 發展能夠因應不同毒品施用者需求的戒癮方案：包含藥物治療模式、心理治療模式、社會復歸模式、個案的評估分類、治療程序、訓練課程、工作手冊、專業人員的認證程序…等。 2. 確立政府相關部門的分工與權責，較具專業性的戒癮治療內容（包含替代藥物、臨床工作、諮商輔導…等），應由衛生署負責擬訂相關的作業標準、訓練、認證…等規範。較具社會福利性質內容（例如安置輔導、居家照護、經濟援助、社會輔助…等），應由社會司負責擬定相關的辦法與準則 3. 研議對戒癮專業機構的認證規範，以及戒癮專業人員的訓練內容、對戒癮相關機構的補助、獎勵辦法。
	中程	<p>提供充分的相關戒癮機構數量與服務量：</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. 依據各縣市地區藥物濫用人口數量，應提供充足機構數量與服務量，除醫療院所外，應有專業的輔導治療機構、安置收容、教育訓練、庇護工廠…等不同類型的機構與充足的服務量，以因應毒品施用者康復需求。 4. 依據不同機構的訓練與考核辦法，對機構進行教育訓

		練與成效監督考核，以提升機構的專業性、維持穩定的服務品質。
	遠程	修正對毒品施用者的刑事政策定位，由犯罪/處罰取向，轉向為疾病/治療，由衛生醫療與社會福利體系接手處理毒品施用者的戒癮與康復工作，刑事司法體系退縮，以懲罰威嚇、監督的角色，促使毒品施用者接受戒癮治療與康復服務的角色。
刑事政策的調整	近程	<p>透過刑事司法的轉向處分，促使民間機構的參與：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.對表現良好且有戒癮意願的毒品施用者提前假釋，在觀護監督機制下，委由民間機構協助其復歸社會，例如庇護工廠、中途之家、接受持續性的戒癮治療或心理輔導。 2.仿照新加坡階段性釋放與中途之家/治療中心的運作模式，設置中途之家/治療中心，對表現良好且有戒癮意願的毒品施用者提前假釋進入中途之家/治療中心，由刑事司法體系負責戒護安全與外圍管理，將特定治療方案需求委託民間機構辦理，例如專業評估、職業訓練、心理輔導、團體治療等，以做為機構內與社會復歸的銜接，提升個案接受社會復歸服務的意願與配合度、自我改善意願，同時亦促進民間機構的參與，發展民間機構的專業服務。
	中程	<p>將現階段刑事司法體系所負擔的戒癮治療工作，逐步轉由專業性機構與團體負責：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.觀察勒戒與強制戒治可委由醫療院所或專業戒癮機構辦理，評估毒品施用者的成癮性，與提供戒癮治療服務，刑事司法體系退縮至第二線，如新加坡監獄署般扮演威嚇懲戒的角色，回歸刑事司法的本質，亦可促進毒品施用者配合戒癮治療的意願、降低戒癮專業性

扶 植 社 會 資 源 的 發 展		<p>團體工作推展的困難。</p> <p>2.擴大緩起訴附命戒癮治療的適用範圍，現階段對緩起訴附帶戒癮治療的範圍限縮在海洛因類成癮者的美沙冬替代治療，對其他非鴉片類藥物施用者則無適用餘地。俟戒癮方案的發展（包含藥物治療、心理治療、社會復歸等模式），以及對戒癮機構團體的專業訓練完成後，應擴大擴大緩起訴附命戒癮治療的適用範圍，將戒癮服務委由專業團體執行，培植民間戒癮團體的專業性與負荷力、促進民間機構參與戒癮治療的相關工作。</p>
	遠程	<p>確立對毒品施用者的刑事政策定位，以及刑事司法體系、衛生醫療體系、社會福利體系的專業性與權責範圍，明確對毒品施用者的疾病治療與刑法處遇的差異，刑事司法體系負責懲罰威嚇與監督的角色，衛生醫療與社會福利體系負責毒品施用者的戒癮與康復工作，並確保刑事司法體系與衛生醫療、社會福利體系間的合作關係與銜接工作。</p>
	近程	<p>1.鼓勵民間機構的參與：毒品施用者在現階段社會觀感中，較不屬於福利服務團體，但對部分特定的毒品施用者，例如青少年族群，民間機構提供福利服務的意願較高，且對青少年族群在介入措施並不限於戒癮治療，以高關懷的觀點或扶助身心發展的理念，皆可處理青少年的藥物濫用與偏差行為、社會適應問題，可由此著手促進民間機構瞭解毒品施用相關議題，並降低民間機構對提供毒品施用者社會福利服務的排斥。</p> <p>2.委託民間辦理部分業務：政府以採購福利服務的方式，將毒品施用者復歸社會所需的社會福利服務中，部分較不具「戒癮專業」的福利服務內容委託民間機構辦理，例如毒品施用者家庭的居家照護、孩童的安置與</p>

		<p>照護、職業訓練…等，以鼓勵民間參與協助毒癮者復歸社會，拉近民間機構對毒品施用者提供服務的距離。</p> <p>3.透過媒體的宣導，以改善社會對毒品施用者的觀點，亦可廣邀慈善/宗教團體參與毒品防制的各項工作，以拉近民間團體參與提供毒品施用者福利服務的距離。</p>
	中程	<p>1.戒癮方案發展完成後（包含藥物治療、心理治療、社會復歸等模式），需開始扶植民間戒癮專業團體的發展與訓練，以強化民間機構的專業性，包含對專業機構的評鑑與考核、專業人員的訓練與專業證照核發，並擴大民間機構參與較具戒癮專業的社會福利服務方案，例如諮商輔導、團體治療、生涯發展、治療性社區等面向，更可與刑事司法體系作結合，參與刑事司法體系中途之家/治療中心的運作與發展，擴大對戒癮治療相關服務的參與，以及機構本身專業性的發展。</p> <p>2.建立對參與毒品施用者戒癮治療與社會復歸機構的評鑑、教育訓練、輔導制度，對優良的民間機構可以擴大委託服務的內涵，對表現較為差的機構應加強輔導與輔助，以輔助民間機構的成長、培植民間機構參與提供毒品施用者戒癮與社會復歸的能量。</p>
	遠程	<p>民間機構參與毒品施用者戒癮與社會復歸情形達一定程度，足以因應毒品施用者的戒癮治療與社會福利服務需求後，政府與民間機構的關係應逐漸回歸市場競爭機制，由政府選擇較佳的民間機構委辦相關的服務，表現較不良的機構則逐漸被淘汰，以確保服務提供的品質。</p>

建構毒品施用者修復社會功能的社區資源網絡之研究

參考書目

一、中文部份

立法院國會圖書館，中華人民共和國禁毒法：<http://npl.ly.gov.tw/pdf/6292.pdf>

呂寶靜(2004)。*老人非正式支持網絡與長期照護服務使用之初探：兼論老人支持網絡類型之建構*。行政院國家科學委員會專題研究計畫。計畫編號：NSC93-2412-H004-006。

江振亨(2007)。*多元戒治整合模式戒治方案之規劃與實施*。2007 全國戒治業務研討會。台北：新店戒治所。

李翠萍、鍾維祥(2005)。*社會福利議題倡導網絡與治理模式之建構-台北市與高雄市的比較研究*。行政院國家科學委員會專題研究計畫。計畫編號：NSC93-2414-H029-002

李豫芸、姜遠萍、施鐘卿、張瑛、梁美寬、黃嗣榮、黃瑞媛、詹惠雅合譯(2005)，Suzanne K. Powell 著。個案管理。台北市：五南。

束連文(2007)。*藥物濫用戒治模式整理研究*。行政院衛生署管制藥品管理局九十五年度業務委託研究計畫。計畫編號：DOH95-NNB-1046。

宋麗玉(2000)。*建構臺灣慢性精神病患之社區支持體系—醫療模式與社會心理模式之整合*。*社區發展季刊*，92，126-140。

林山田、林東茂(2002)。*犯罪學*。台北：三民書局。

法務部網站。www.moj.gov.tw/public/Attachment/61251744121.doc

法務部網站，檢察司-防制毒品-參、法務部「拒毒、戒毒、緝毒」等毒品危害防制措施。<http://www.moj.gov.tw/ct.asp?xItem=94244&ctNode=11449>

法務部 96 年聯合視導小組視導地方毒品危害防制中心總報告。
<http://www.moj.gov.tw/public/Data/8325111611410.doc>。

法務部 96 年聯合視導小組視導地方毒品危害防制中心總報告。

<http://www.moj.gov.tw/public/Data/8325111611410.doc>。

范志海 (2008)。禁毒社會工作的理論、政策與實踐—以上海為例。《華東理工大學學報》，1，30-35。

邱瑜瑾(2000)。非營利組織的資源網絡與應用。載於蕭新煌主編，*非營利部門組織與運作*，339-383。臺北市：巨流圖書公司。

姚建平 (2005)。權利與福利：吸毒者的社會救助研究。《江西公安專科學校學報》，97，33-37。

香港特別行政區政府保安局禁毒處網站-香港戒毒治療和康復服務第四個三年計劃（二零零六至零八年）。

http://www.nd.gov.hk/Fourth_Three_Year_Plan_Chinese.pdf。

孫煒 (2007)。臺灣第三部門與政府互動的政策分析-新治理觀點。載於邱昌泰主編，*非營利部門研究-治理、部門互動與社會創新*，157-203。台北：智勝文化。

財團法人臺灣更生保護會網站，<http://www.after-care.org.tw/>

翁慧圓(2006)。兒童福利專業資源網絡之探討。《社區發展季刊》，115，173-185。

許釗涓、蔡素芬、李慧玲(2006)。高雄市社會福利資源網絡與行銷策略。《社區發展季刊》，115，21-29

張甘妹(1997)。《刑事政策》。台北：三民書局。

張伯宏、鄭安凱、洪嘉璣(2007)。《本土化戒治模式成效評估》。2007 全國戒治業務研討會。台北：新店戒治所。

張儉琛 (2005)。禁毒社工在社區禁吸戒毒中的作用初探。《中國藥物依賴性雜誌》，14(6)，444-444。

張錦麗、顏玉如 (2003)。臺灣地區家庭暴力與性侵害基礎型防治模式一個案管理的工作策略。《社區發展季刊》，102，242—261。

- 陳永慶(2007)。臺灣臺東戒治所戒治處遇模式。2007 全國戒治業務研討會。台北：新店戒治所。
- 陳定南、張紫薇、黃徵男、洪光宣(2003)。赴新加坡瞭解檢察官交流計畫成效，考察獄政及洽商簽訂刑事司法互相協定可行性。公務出國報告。
- 陳泉錫(2008)。建立毒品成癮者單一窗口服務—毒品防制政策之策略規劃建議。研考雙月刊，32(1)，66-76。
- 黃洪基、田保傳(2006)。體制創新與禁毒工作的社會化—關於上海禁毒社會工作制度的思考。上海大學學報，13(4)，128-131。
- 黃源協(2006)。社會資源網絡建構與個案管理實務——以中部四區為例。社區發展季刊，115，65-77。
- 黃慶讚(2007)。從社會福利的發展看非營利機構與政府間之互動關係。載於蕭新煌主編，非營利部門組織與運作，291-313。台北：巨流圖書。
- 傅雅憚(2007)。團體治療與個別治療於戒治所內之應用。2007 全國戒治業務研討會。台北：新店戒治所。
- 詹中原(2007)。我國地方毒品危害防制中心之研究。國改研究報告，國家政策研究基金會。<http://www.npf.org.tw/particle-2574-2.html>。
- 蔡慈儀、鍾宛諭(2006)。台灣地區減害試辦計畫實施成效評估。行政院衛生署疾病管制局委託研究。計畫編號：DOH95-DC-1111。
- 蔡德輝、楊士隆(2006)。犯罪學。台北：五南出版社。
- 劉淑瓊(1998)：社會福利民營化之研究，台大三研所博士論文。
- 劉淑瓊、林玲君、廖尹男(2002)。台灣地區家庭暴力防治業務取向研究—地方政府推動防治家庭暴力實務運作模式及建構跨專業資源網絡之規劃研究。內政部委託研究報告。
- 劉麗雯、曾竹寧與陳世堅(2002)。老人長期照護機構網絡建立之評估研究。內政部委託研究。計畫編號 091000000AU631002。

建構毒品施用者修復社會功能的社區資源網絡之研究

澳門社會工作局網站，<http://www.ias.gov.mo/web2/big5/index.htm>。

澳門禁毒網，<http://www.antidrugs.gov.mo/big5/home.htm>。

澳門禁毒報告書(2006)，

http://www.ias.gov.mo/web2/big5/rept/dptt_report2006/index.htm。

澳門禁毒報告書（1991-2000），

http://www.ias.gov.mo/web2/big5/rept/dptt_relatorio/cover.htm

錢寧（2002）。社區戒毒的控制與支持網絡—昆明市創建無毒社區活動研究。
華東理工大學學報，65，47-54。

鐘瑩、梁國勛（2008）。個案管理：社區戒毒工作的新模式。*社會學與社會工作*，2，23-28。

薛瑞元(2007)。發展本土戒治醫療專業處遇方案—社區追蹤治療模式與社區
藥癮復健治療模式之比較。研考雙月刊，31(6)，49-59。

謝秀芬（2003）。*社會個案工作-理論與技巧*。臺北市：雙葉書廊。

顏正芳（2005）。海洛因、安非他命和搖頭丸使用者戒除毒品動機、求助管道
和自覺成效調查。行政院衛生署管制藥品管理局委託研究。計畫編號
DOH94-NNB-1033。

嚴健彰（2005）。出獄人生涯發展之社會適應與就業問題初探。*諮商與輔導*，
229，11-15。

二、英文部份

Chestnut Health System(n.d.).Description of the GAIN-Q Instrument. From :

http://www.chestnut.org/LI/gain/GAIN_Q/GAIN-Q_Overview_Handout_1105.pdf

- Community Anti-Drug Coalitions Of America National Community Anti-Drug Coalition Institute (2006). ASSESSMENT PRIMER: Analyzing the Community, Identifying Problems and Setting Goals.
http://www.coalitioninstitute.org/SPF_Elements/Assessment/AssessmentPrimer-final-08-09-2006.pdf
- Community Anti-Drug Coalitions Of America National Community Anti-Drug Coalition Institute (n.d.). Core Competencies that Facilitate Implementation of the SAMHSA's Strategic Prevention Framework
- Cranstoun Drug Services(n.d.).From : <http://www.cranstoun.org/> °
- Daker-White, G.(1997). Drug users' access to community-based services. *Health & Place*, 3(4), pp. 217-228.
- De Wilde, J., Soyeze, V., Broekaert, E., Rosseel, Y., Kaplan, C. & Larsson, J.(2004). Problem severity profiles of substance abusing women in European Therapeutic Communities: Influence of psychiatric problems. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 26(4), pp. 243-251.
- Department of Health (England) and the devolved administrations (2007). *Drug Misuse and Dependence: UK Guidelines on Clinical Management*. London: Department of Health (England), theScottish Government, Welsh Assembly Government and Northern Ireland Executive. From :
http://www.nta.nhs.uk/publications/documents/clinical_guidelines_2007.pdf
- Department of Health, National Treatment Agency for Substance Misuse, Royal College of General Practitioners, Royal College of Psychiatrists, & Royal Pharmaceutical Society of Great Britain. (2006) .*Clinical Management of Drug Dependence in the Adult Prison Setting - Including Psychosocial Treatment as a Core Part*. From :
http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_063064 °

Department of Community, Rural and Gaeltacht Affairs(n.d.).From :

<http://www.pobail.ie/en/>。

Drug Free Communities Support Program. (n.d.).From : <http://www.ondcp.gov/dfc/>

<http://www.urban.org/>

Friedman, S. R.(2002). Sociopharmacology of drug use: initial thoughts. The International Journal of Drug Policy, 13(5),pp. 341 – 347.

Jeff, J.T., West, C.H..(1999). Reentry Drug Courts. From :

<http://www.ndci.org/sites/default/files/ndci/Mono3.Reentry.pdf>

Kurtz,L. F., Bagarozzi, D. A.. & Pollance, L. P. (1984) .Case management in mental health. Health and Social Work, 9 (3) ,201 – 211

Office of National Drug Control Policy-Types of Treatment,

<http://www.whitehousedrugpolicy.gov/treat/treatment.html>

NATIONAL DRUG POLICY: AUSTRALIA 。

<http://www.parl.gc.ca/37/1/parlbus/commbus/senate/com-e/>

[ille-e/library-e/robin-e.htm](http://www.parl.gc.ca/37/1/parlbus/commbus/senate/com-e/ille-e/library-e/robin-e.htm) ; Drug policy around the world (from Drug Policy Alliance) –Australia 。

<http://www.drugpolicy.org/global/drugpolicyby/australianew/> 。

NIDA , Principles of Drug Abuse Treatment for Criminal Justice Populations

http://www.nida.nih.gov/PODAT_CJ/principles/ 原則 5

State Government of Victoria, Australia, Department of Human Services.

Victoria's alcohol & drug treatment services - Framework for service delivery.

<http://www.health.vic.gov.au/drugservices/pubs/vicadts.htm>

<http://www.grants.gov/search/search.do?mode=VIEW&oppId=12611>

http://www.coalitioninstitute.org/SPF_Elements/SPFElementsHome.asp ;

The State of Delaware-Department of Correction (DOC) Substance Abuse Treatment Program

<http://doc.delaware.gov/Programs/treatmentprograms.shtml> 。

The National Audit Office. (2004). The Drug Treatment and Testing Order: early lessons. http://www.nao.org.uk/publications/nao_reports/03-04/0304366.pdf。

Tops, D. (2003) “Sweden and Holland – two drug policy models”. In Henrik Tham (red): Research on Swedish Drug Policy. Stockholm: Stockholm University, Department of Criminology. . From :
http://66.102.1.104/scholar?hl=sv&lr=&q=cache:KPzPDYs0IRAJ:www.crim.su.se/downloads/ResearcherOnSweDrugPolicy_eng.pdf+dolf+tops

Urban Institute(2008).The Jail Administrator's Toolkit for Reentry.

<http://www.ojp.usdoj.gov/BJA/pdf/ToolkitForReentry.pdf>

SAMHSA(2008). *SAMHSA Access to Recovery (ATR) 2007 Grants*. From :

http://atr.samhsa.gov/downloads/atr_fa2008.pdf

http://www.samhsa.gov/Grants/2007/SP_07_001.pdf ;

SAMHSA(n.d.).*Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment*. From :

<http://sbirt.samhsa.gov/>

http://www.ireta.org/sbirt/clinical_tools.htm

UKDPC(2008).*Working Towards Recovery: Getting Problem Drug Users into Job*.

From : http://www.ukdpc.org.uk/resources/Working_Towards_Recovery.pdf

UKDPC(2008). *Getting Problem Drug Users (Beck)Into Employment : Part One : Social Security and Problem Drug Users: Law and Policy*. From :

http://www.ukdpc.org.uk/resources/Part_One_Background_Research.pdf

UKDPC(2008). *Getting Problem Drug Users (Beck)Into Employment : Part Two*.

From :

建構毒品施用者修復社會功能的社區資源網絡之研究

http://www.ukdpc.org.uk/resources/Part_Two_Background_Research.pdf

United Nations Office on Drugs and Crime (2002). Investing in Drug Abuse Treatment-A discussion Paper for Policy Maker. From :

http://www.unodc.org/pdf/report_2003-01-31_1.pdf

United Nations Office on Drugs and Crime (2002). *Contemporary Drug Abuse Treatment- A Review of the Evidence Base*. From :

<http://www.ndc.hrb.ie/attached/1681-1586.pdf>

Urban Institute(2008). The Jail Administrator's Toolkit for Reentry. From :

<http://www.ojp.usdoj.gov/BJA/pdf/ToolkitForReentry.pdf>

Wraparound or Ancillary Services(n.d.). From :

<http://tie.samhsa.gov/Taps/tap22/TAP22ChapterIII.htm#TYPO>

附錄一 國外參訪紀要

一、 香港

(一)、參訪行程

時間	行程內容
1 月 19 日中午	抵達香港
1 月 19 日下午	賽馬會藥物資訊天地、保安局禁毒處
1 月 20 日上午	基督教服務處賽馬會日出山莊
1 月 20 日下午	香港明愛樂協會
1 月 21 日上午	基督教互愛中心
1 月 21 日下午	返回台灣

(二)、參訪機關簡介

1.賽馬會藥物資訊天地

香港為加強禁毒教育工作，以避免青年人受到毒品的危害，禁毒常務委員會在 1999 年 12 月的會議上通過設立香港賽馬會藥物資訊天地，於 2004 年 6 月正式啓用。藥物資訊天地是香港第一個以禁毒教育為主題的永久展覽館。展覽館共分兩層，佔地 900 平方公尺。第一層是主要展覽場地，主題是人物、藥物及環境；第二層設有互動影院、課室、資訊站、圖書館及專題展覽區。展覽館得到香港賽馬會慈善信託基金贊助撥款 5,058 萬元港幣（約新台幣 2 億）資助興建，並得到多個政府部門大力支持參與籌備工作。

2. 保安局禁毒處

香港保安局轄下的禁毒處專責統籌政府各部門、非政府機構以及社會各界為對付吸食毒品問題而推行的政策及措施，是香港毒品問題的主管機關。禁毒處主要負責制定禁毒政策，並統籌禁毒教育和宣傳計劃、研究工作、戒毒治療和康復服務、國際合作事宜，以及執法行動。整個禁毒處包含禁毒常務委員會、禁毒常務委員會小組委員會、毒品問題聯絡委員會，以及研究諮詢小組。

「禁毒常務委員會」是一個非法定的諮詢機構，主席由非官方人士擔任，委員包括社工界、教育界、醫療界和社區服務方面的傑出和資深人士。工作範圍包括：(1).就禁止危險藥物非法運入或運經香港的政策提出意見，並經常檢討此等政策；(2).就根除本港社會中吸食毒品行為的措施提出意見；(3).就資源的適當分配問題提出意見；(4).確保本港各政府部門和志願機構取得協調和通力合作，並獲得社會人士的支持；(5).經常檢討各政府部門和志願機構所推行的計劃和工作，並確保該等計劃和工作能夠奏效；(6).促請政府在有需要時修改政策、計劃、工作、法例和程序，以加強成效；(7).就政府或其他有關方面所提出的事項提供意見。

「禁毒常務委員會小組委員會」包括：

- (1).禁毒教育及宣傳小組委員會：負責就禁毒教育和宣傳政策和計劃向禁毒常務委員會提出意見，監察政策和計劃的成效；以及統籌政府在這方面的工作。
- (2).戒毒治療及康復小組委員會：負責監察藥物濫用趨勢和藥物倚賴者特性的轉變；檢討由政府撥款舉辦的戒毒治療和康復計劃的進展和成效；以及向禁毒常務委員會提出有關戒毒治療和康復設施發展的意見。

「毒品問題聯絡委員會」主要在促進禁毒處與各志願機構之間的溝通和合作。成員包括戒毒治療和康復界代表、藥物教育專家、青少年團體和機構，以及有關政府部門的代表。委員會提供有效途徑，讓政府與志願機構就戒毒治療和康復事宜及其他毒品問題交換意見。職

權範圍包括：提供討論渠道，讓禁毒專員與從事緩減毒品需求工作的機構可定期交換意見。

「研究諮詢小組」的職權範圍則包括：(1).選定和進行各項與藥物問題有關的研究項目，使政府及禁毒常務委員會對問題有更深入的了解，從而制訂適當的策略。(2).就禁毒處管理的各個相關呈報系統，提供相關的數據收集機制、資訊分析及詮釋角度等方面的專業意見。

3.基督教服務處賽馬會日出山莊

香港基督教服務處賽馬會日出山莊是香港第一間門診住院兼容戒藥中心，具有治療性社區性質，容額為 24 名。其於 2003 年 3 月成立，服務宗旨在於為 30 歲以下的藥物濫用者提供人性化及一站式的斷癮及康復治療。服務目標包括協助服務使用者戒除藥物，提升自信與自我效能感，加強獨立自主的能力，保持操守和健康及平衡的生活方式，並特別著重家人的參與，以促進康復成效與改善家庭功能。

日出山莊由衛生署資助，並是第一間獲社會福利署發給藥物倚賴者中心牌照的戒毒中心。其戒毒及康復治療的方式乃採納全人照顧、鼓勵性質、個別化治療及能力提昇的工作手法作為主要的策略，以向藥物濫用者提供門診及住宿兼容的戒毒康復服務。提供一站式的戒藥康復服務，包括：門診斷癮治療、住宿斷癮治療（限男性）、個人及家庭輔導、治療小組、康樂及社交活動及生活技能訓練等以配合不同服務使用者的需要，並有駐院醫生及護士提供全面而專業的斷癮及醫護照顧。並協助服務使用者探索及發揮潛能、擴展生活的空間、學習處理困難及建立快樂的人生，協助家人支持及幫助服務使用者戒藥，並在輔導過程中改善他們的溝通及家庭關係，提供善後輔導服務，協助服務使用者預防再度濫用藥物。

具體的服務內容包括：

- (1).戒藥前導向輔導：提升服務使用者戒藥動機，訂立康復計劃；
- (2).門診斷癮服務：由醫護人員及社工提供藥物及社會心理治

療，協助服務使用者留在社區斷癮；

- (3).住宿斷癮服務：提供 1 至 3 個月的住院式斷癮及康復服務；
- (4).預防復發服務：為已斷癮的戒藥者提供 18-24 個月的跟進輔導；
- (5).個人及家庭輔導：協助服務使用者及其家庭解決問題及改善功能；
- (6).治療小組：為服務使用者及其家人提供預防復發、探索自我和互助小組；
- (7).康樂及社交活動：鼓勵服務使用者參與活動，發展興趣，以保持平衡的生活方式；
- (8).生活技能訓練：改善服務使用者的情緒管理，溝通技巧等。

4.香港明愛樂協會

「明愛」樂協會於 1968 年成立，起初以戒毒服務者為主要服務對象，取其樂於協助的宗旨而取名樂協會。目前服務對象包括藥物濫用者、戒毒康復者、接受替代治療者、受藥物濫用影響之家人、以及關心藥物濫用問題的人士。

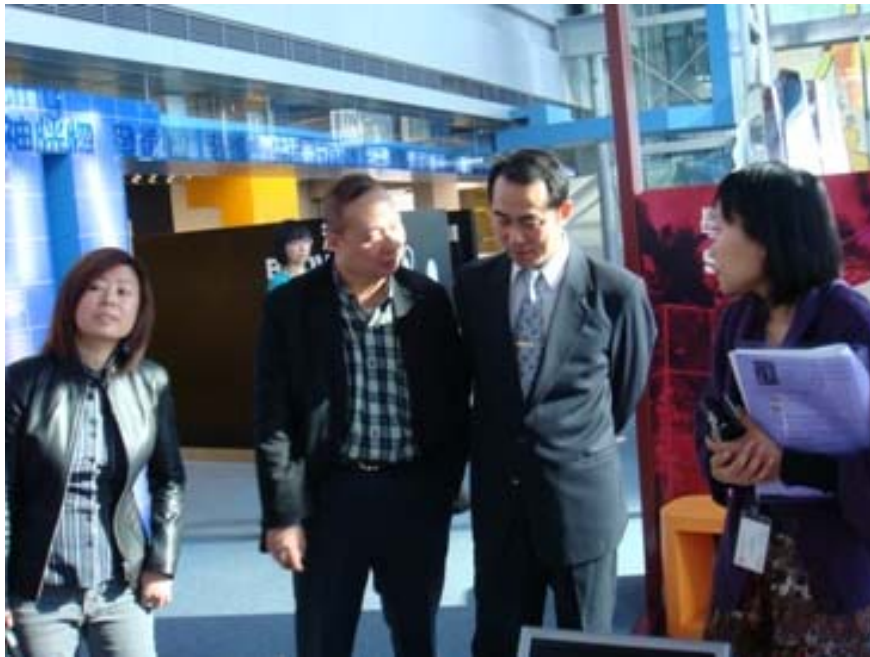
樂協會為藥物濫用者、戒毒康復者以至其家人提供輔導，協助助人處理與藥物濫用相關的各項問題。服務目標包括協助藥物濫用者戒毒及處理相關問題、協助戒毒康復者維持行為表現、協助有需要處理家人藥物濫用問題者，以及藥物濫用預防活動。具體的服務內容包括個案輔導、康復支援、戒毒轉介、就業協助、進修津貼、家庭輔導、家人小組、住宿轉介、康樂活動、驗尿服務興趣小組與預防教育。

5.基督教互愛中心

基督教互愛中心是一個福音戒毒機構，機構宗旨乃藉由戒毒康復

訓練事工，幫助吸毒者與假釋出監者、具有黑社會背景者、性工作者及問題青少年重新回歸社會。以宗教信仰為核心栽培事工，以服侍問題青少年、毒癮者、黑社會人士、藥物濫用者以及法庭轉介的個案。並藉由外展的佈道活動，將福音戒毒服務介紹給有需要，投入社會工作。

(三)、照片集錦



賽馬會藥物資訊天地向楊士隆教授與同行香港大學教授解說



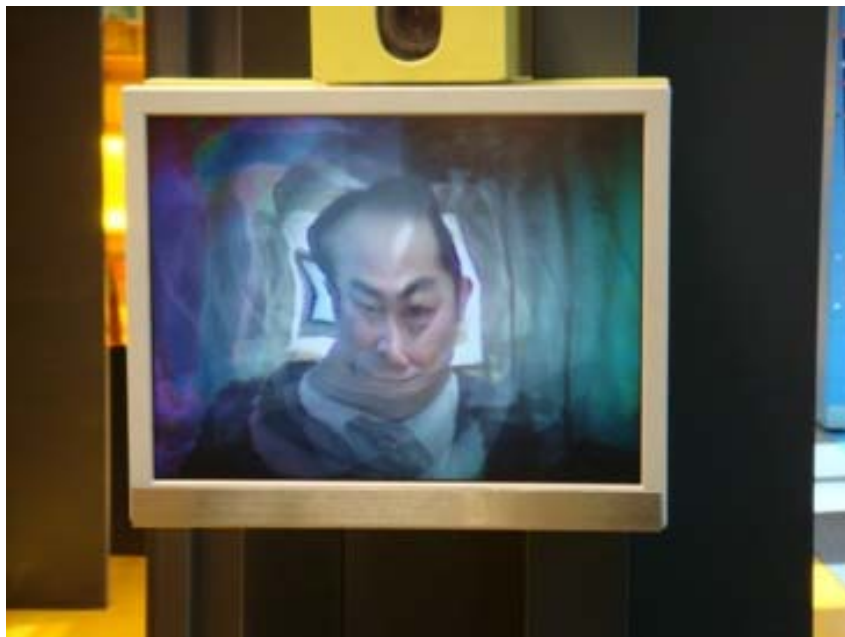
賽馬會藥物資訊天地藥物濫用宣導展覽



賽馬會藥物資訊天地藥物濫用宣導展覽



賽馬會藥物資訊天地藥物濫用互動式媒體



賽馬會藥物資訊天地藥物濫用互動式媒體



賽馬會藥物資訊天地藥物濫用相關研究圖書資料室



與禁毒會助理秘書長、藥物濫用資訊天地主任、香港大學教授座談



日出山莊攀岩訓練場



日出山莊諮商晤談室



日出山莊健身房



日出山莊樂團練習室



與香港大學教授、日出山莊社工主任、社工員、居民座談

二、 澳洲

(一).參訪行程

時間	行程內容
7 月 20 日下午	抵達莫爾本
7 月 20 日傍晚	莫爾本大學 The Nossal Institute for Global Health 與 Dr. Nick Crofts 會談
7 月 21 日上午	莫爾本大學犯罪學系與 Dr Steve James 會談
7 月 21 日下午	參訪 Policy, Planning & Strategy: Mental Health and Drugs Division 以及 Moreland Hall
7 月 22 日下午	由莫爾本前往伯斯
7 月 23 日上午	參訪西澳伯斯 Palmerston 機構

7 月 24 日下午	參訪西澳伯斯 Drug and Alcohol Office
7 月 25 日上午	返回臺灣

(二)..參訪機關簡介

1.The Nossal Institute for Global Health

The Nossal Institute for Global Health 是莫爾本大學的研究機構，關注全球性的健康議題，包含愛滋病、健康促進、青少年健康、煙草與大麻…等。Nick Crofts 博士是該機構中資深的研究員，藥物濫用也是他所關注的重要議題。

Nick Crofts 博士認為，在毒品使用者的生活中，有比毒品重要的東西，例如工作、家人、宗教信仰等，特別是對於海洛英的上癮者，只要他們有好的理由，他們就有能力中止毒品的使用。由社區來進行毒品戒治是很有效的，很多使用毒品幾十年的成癮者，其實都已經很厭倦這樣的辛苦生活，只要我們願意提供良好的社區，也就是環境，他們其他都願意停止使用毒品的生活。

根據 Nick Crofts 博士的觀察，澳洲的社區毒品防治工作主要依賴慈善捐款的方式，政府反而沒有提供很多的資源。但政府不願意把資源投注於毒品戒治，就必須投注在監獄或兒童的問題上，這些代價也是所費不貲的。但政府似乎寧可把錢花在監獄，也不願意花在毒品戒治上，可能因為這樣比較能迎合社會大眾的需求，比較能獲得選票。

2.莫爾本大學犯罪學系

Steve James 博士對毒品問題的研究在澳洲具有相當知名度，他在會談中指出，毒品的使用與社會條件（social indicators）及社會環境（social surroundings）有很大的關係，如果忽略這些因素，而只投注於毒品本身的防治，將無法阻止這些人不斷地進出監獄。許多研究都在爭議一個發生在美國以及澳洲的問題，那就是聯邦與政府被認為投

注太少經費於這個領域，其原因不外是政治因素，因為其效果很難被證明是明顯的。

對於毒品施用者的處遇和轉介，毒品法庭的轉介比較正式，比較複雜，通常會改變被轉介人的生命歷程。雖然毒品法庭的強制收容毒品犯計畫頗受好評，但卻無法在管理階層進行一些改革，Steve James 博士認為不能以為毒品法庭可以解決所有的問題，因為進入毒品法庭的人並不是單純因為使用毒品，而是因為犯罪，而且毒品法庭有點把施用毒品犯罪化的感覺。如果改採行警察機關的轉向方式，將用藥較不嚴重的族群轉向，以避免毒品犯進入毒品法庭，可能在第一次被發現使用毒品時，以勸導並發給一些關於毒品戒治的手冊的方式處理。第二次被發現時，就會被評估是否有用藥成癮的問題，然後就依評估結果而轉介至適當的戒治方案。在沒有犯罪之前，整個轉介程序比較像是依『民法 (civil law)』來處理，而非以『刑事犯』的概念來看待。

3. Policy, Planning & Strategy

Policy, Planning & Strategy 是澳洲維多利亞州政府健康部心理健康與藥政司 (Mental Health and Drugs Division) 下的一個部門，心理健康和藥政司主要業務是負責心理健康和藥物政策，包含政策規劃、策略和計劃，提供預防、早期干預、治療和支持等面向服務，對象包含有心理健康或藥物濫用問題者，以及他們的照顧者或其他家庭成員。Policy, Planning & Strategy (PPS) 負責心理健康和藥物政策、酒精戰略、預防和立法審查，並扮演心理健康與藥政司秘書處的工作，以及提供分區服務、財務和報告、資本項目、數據分析、戰略規劃和整體的政府協調和跨轄區的工作。

4. Moreland Hall

Moreland Hall 是莫爾本一個酒精與藥癮治療與教育機構，提供的服務內容包括評估、訪談、輔導、脫癮、法醫、教育、訓練方案支持

團體、治療性社區、青年與家庭服務等。Moreland Hall 自 1970 年即開始運作，是一個非營利（NGO）機構，所提供的服務方案類型有電話諮詢、電話諮商、戒癮門診、安置收容、各類的輔導方案、支持性團體、社區復健、監獄法醫服務…等

5. Palmerston

Palmerston 是一個農場型式的治療性社區，收容對象包含酒癮與藥物濫用者，提供個人、家庭、團體、居住等類型服務。方案類型包含評估、住宿方案、治療性社區、輔導、心理健康、原住民支持、愛滋與性病、清潔針具、藥物治療、資源轉介、家庭計畫、支持性團體、藝術治療、農場計畫、中途之家…等。

6. Drug and Alcohol Office

Drug and Alcohol Office（DAO）是西澳大利亞州負責毒品和酒精防治策略規劃與提供服務的政府機構，包含提供全州的治療服務網絡、規劃預防計畫、職業訓練、教育培訓和研究工作，並負責協調州政府間的防治策略，以及與聯邦間的協調。DAO 需管理社區毒品防治機構以及門診、住院輔導治療，並提供所需的協助，以確保這些機構能夠提供妥善的服務內容，包含輔導及戒癮治療、對青少年、成人毒癮者與家庭提供支持、藥物與酒精濫用預防方案、門診治療、住院治療…等。

(三).照片集錦



與 Nossal Institute for Global Health Dr Nick Crofts 會談



與莫爾本大學犯罪學系 Dr Steve James 會談



Policy, Planning & Strategy 機構簡報與會談



Moreland Hall 主管簡報與座談



與 Palmerston（治療性社區） Paula Wood 先生合影



參訪 Palmerston 與解說（治療性社區居民餐廳）



參訪 Palmerston（治療性社區居民起居室兼會議室）



Drug and Alcohol Office， Andrew Salter 與 Annie Brock

三、 新加坡

(一).參訪行程

時間	行程內容
9 月 24 日	抵達新加坡
9 月 25 日	參訪 Singapore Prison Service 與 Singapore Corporation of Rehabilitative Enterprises (SCORE)
9 月 26 日	參訪 Singapore Anti-Narcotics Association (SANA)
9 月 27 日	返回臺灣

(二).參訪機關簡介

1.Singapore Prison Service

新加坡監獄署 (Singapore Prison Service) 主管新加坡監獄，除了負責監獄的安全和管理外，各致力於犯罪人的更生康復 (rehabilitation)，核心任務是執行刑事司法的懲罰工作、透過安全管理與復健達到防衛社會的目的、以及預防再犯與後續照護，處遇方案建立在康復 (Rehab)、更生 (Renew) 重新開始 (Restart) 三個原則上。康復是監獄對受刑人的承諾，相信受刑人能夠改變，並且提供有效的處遇方案和諮商輔導系統，協助受刑人改變。更生是受刑人對自我的承諾，表現出他們也期望改變，可以重新生活。重新開始是承諾爭取社區的協助，透過照護網絡，讓犯罪人可以有機會重新開始社會生活。

2.Singapore Corporation of Rehabilitative Enterprises

Singapore Corporation of Rehabilitative Enterprises (SCORE)是由新加坡內政部所成立，也是內政部的一個工作伙伴，更是新加坡矯正體系的一部份，其主要目標是協助犯罪人重返社會，降低再犯，屬於後續照護的角色。

3.Singapore Anti-Narcotics Association (SANA)

Singapore Anti-Narcotics Association (SANA) 新加坡禁毒協會是一個社會福利機構，以建構無毒社會為工作核心。服務內容包括毒品防治與教育、後續照護服務，以及志願服務工作者的發展與管理。

(三).照片集錦



與 SANA 各類型方案工作人員簡報與座談



SANA 辦公室

附錄二 期中報告審查意見與回應對照表

審查意見	研究團隊回應
<p>李委員思賢審查建議：</p> <p>研究進度落後，請儘快補上進度。</p>	<p>遵照辦理</p>
<p>我國毒癮戒治趨勢（第 2 章）稍嫌薄弱；例如：各個層次（社區資源）的辦理情形以及「效益」（目的一）探討缺乏。</p>	<p>遵照辦理，然目前我國對於毒品施用者之處遇仍以機構性處遇及醫療戒癮服務為主，對其他修復社會功能所提供之服務較為欠缺，在效益的探討上較為困難。</p>
<p>參訪機構的訪談內容及分析，請依照質性研究或政策研究方法學再加強整理及分析。</p>	<p>遵照辦理</p>
<p>劉委員淑瓊審查建議：</p> <p>本期中報告提供相當豐富的各種資訊，建議依據與我國社會文化背景及現制之接近性，區分成不同類別，不僅更具系統性，也可做為研究者建議制度參採之考量基準。</p>	<p>遵照辦理，將再調整研究報告之架構。</p>
<p>建議敘明期中之後的研究工作內容與進度</p>	<p>本研究後續研究工作內容與進度將依據研究計畫內容與期中報告審查委員建議執行。</p>
<p>建議擬列期末報告撰寫架構與大綱</p>	<p>本研究仍在進行文獻資料收集，相關的概念仍在擴充中，目前尚無法預期期末報告之整體架構與大綱，但在召</p>

附錄二 期中報告審查意見與回應對照表

審查意見	研究團隊回應
	開座談會前應可形成期末報告整體架構。
<p>林委員克亮審查建議：</p> <p>請再針對國內戒癮組織或機構的整合計畫及協助，能有具體之整理及政策的推動，提出更具體的建議，並配合復歸輔助，能有垂直式或平行式的串連，作出系統性的歸納。</p>	遵照辦理，將彙整研究資料與座談會討論情形，於期末報告時提出建議。
<p>陳委員快樂審查建議：</p> <p>醫療機構只訪談松德院區、茄荖山莊醫師 1 人、社工 3 人，不具代表性，建議訪談桃園療養院及其他醫院醫師、護士、社工。</p>	參考辦理。然本案計畫書規劃訪談實務工作者 12~15 名，執行至今已超過 20 名，在研究經費限制下，建議考量訪談對象之特性，以及對本案所能提供之實質助益，提供合適訪談對象。
民間戒毒機構僅 1 家，不具代表性，請增加家數。	遵照辦理。
其他社區資源，需加上勞工局、職訓局、社會局等	遵照辦理。
可增加國內藥癮者會談，了解藥癮者需求。(桃園療養院可提供個案)	本研究執行至今已訪談藥癮者 7 人，其中包含醫療院所戒癮治療與替代療法個案 5 人，訪談所得差異性不大，希望桃園療養院可提供差異性較高或對回復社會功能之社區資源網絡需求度較高之個案，以接受研究單位訪談。
<p>郭委員文東審查建議：</p> <p>明德戒治分監為官辦戒毒村，</p>	遵照辦理。

附錄二 期中報告審查意見與回應對照表

審查意見	研究團隊回應
<p>績效良好，建議研究單位於參訪機構中增列明德戒治分監，除探討其輔導模式外，並透過訪談志工或教誨師，瞭解應如何有效連結機構內與機構外的資源，協助戒癮者復歸社會，或訪談明德戒治分監之戒癮者，深入了解戒癮者復歸社會時所需之資源。</p>	
<p>周委員章欽審查建議：</p> <p>建議研究單位於醫療戒癮機構方面，針對茄荖山莊如何透過資源連結，提高毒品施用者接受治療性社區戒癮模式之意願。</p>	<p>已訪談茄荖山莊社工師 2 名，居民 2 名，瞭解其資源連結與毒品施用者接受處遇概況，茄荖山莊居民對治療性社區戒癮模式接受度頗高。</p>
<p>陳委員世志審查建議：</p> <p>本研究主題為「建構毒品施用者修復社會功能的社區資源網絡之研究」，其中「社區資源網絡」與「修復社會功能」為本研究之主軸，然本研究在此二概念上相關的理論性文獻論述偏少，也未定義本研究對此兩個概念之定義。如文中反覆提及「社會資源網絡」，但從報告中有時候似乎與「社區處遇方案」相通，有時又似乎指機構內的轉介方案，又與文中所提</p>	<p>針對毒品施用者「修復社會功能」之內涵，本研究乃依據本委託計畫需求書內容所描述之「司法矯治、衛生醫療、社會福利、職能重建、家庭支持」層面，以及與實務工作人員及毒品施用者訪談所得而建構，確實欠缺相關的理論性文獻討論，後續將儘量予以補強。而社區資源網絡乃泛指協助毒品施用者修復社會功能之資源，包含政府公部門（機構性處遇…）、私部門（醫療戒癮處遇…）與非營利組織（民間團體），在本研究中並未特別區分。</p>

附錄二 期中報告審查意見與回應對照表

審查意見	研究團隊回應
<p>之「社會資源體系」是否一樣？</p> <p>文獻資料蒐集豐富，但整篇研究報告的撰述架構稍亂了些，建請加強組織性與連貫性。以目錄而言，第二章為我國毒癮戒治體系概況，但第三節內容在談「社區資源網絡」的理論概念。第三章標題為國際間毒癮戒治與社會資源網絡，其中第二節的六又回過頭來談我國之情形，與第二章第二節在架構上重複，內容上亦有相似。第三章第二節的八、九，明顯與一至七談世界各國的社區方案不同，而內容較似闡述「社區資源網絡」的影響因素。建議於每章節的最前面先以一段文字陳述該章節之目的，或撰述架構之說明，有助閱讀者對研究者本研究之思考脈絡的理解。</p>	<p>遵照辦理，重新調整第二、三章內容，使架構較為清楚明確。</p>
<p>另第四章以毒癮者社區資源連結概況為題，在架構上似又回到第二章，而詳研第四章內容，係描述及分析國內參訪之情形，屬本研究之研究方法之結果，但在參訪結果的撰寫上，區分為（一）在個案的銜</p>	<p>第四章在研究結果的撰寫上，「（二）資源的轉介與合作」主要描述機構之間的連結情形，屬於資源網絡的樣貌；「（三）社會資源的協助與連結」為描述可對毒品使用者提供的服務，屬於服務的內涵，服務的內容是否可以滿足毒品施用者的需求。關於「（四）</p>

附錄二 期中報告審查意見與回應對照表

審查意見	研究團隊回應
<p>接層面上（二）資源的轉介與合作（三）社會資源的協助與連結（四）工作困境等四小節說明，惟（二）與（三）兩標題欲傳達之概念差異何在，則從內容上亦不易區分。第四章之一、地方法院檢察署觀護人與更生保護會及之三、醫療戒癮機構又無（四）之說明。有關毒癮個案的訪談部分，亦有相似的問題，這使得本章在結果的陳述上顯得結構性弱，且結果的分析（架構）又如何與先前的文獻整理所要傳達或抓住的重要概念相連結。建議宜先就研究目的及文獻整理結果，設計具體參訪或訪談大綱，並依照理出之本研究重要概念或訪談大綱針對研究結果進行較系統性的分析。</p>	<p>工作困境」部分，由於地方法院檢察署觀護人與更生保護會、醫療戒癮機構，在其業務執行與資源連結的過程中，並未描述有工作困境之問題，因此並無資料可予以描述。</p>
<p>期中報告第二及三章的文獻回顧與整理，是否已經完成？在內容上缺乏整合性之比較分析，難以突顯本研究所要傳達的重要概念為何。這也使得第二、三章的內容與第四章後的研究結果難有結構性上的串聯（沒有前後呼應的感覺）。</p>	<p>對文獻回顧部分，研究團隊成員已竭力收集，以往國內對於協助毒癮者修復社會功能與回歸社會之議題較少關注，因此資料較為欠缺。國外對於毒品施用者修復社會功能之探討，目前所蒐集到之文獻資料較著重在毒癮者處遇的整體架構面，例如刑事司法與社區戒癮之連結配合、處遇的架構等</p>

附錄二 期中報告審查意見與回應對照表

審查意見	研究團隊回應
	內容，本研究將持續蒐集文獻資料，使整體架構較為完整。
<p>以目前已完成之期中報告來說，報告的論述脈絡與架構的連貫性（連結性）尚不清楚，對閱讀報告者而言，並不能很清楚從第一章就了解整個研究理念與鋪陳。建議能補充說明段落與段落間的思考脈絡，或於每一章節的開始簡述這一章節的陳述架構或於章節的最後以小結的方式說明本章節與整個研究目的的關係，讓研究報告的每一個段落有承先啓後的功能，有利閱讀者理解。</p>	<p>遵照辦理，重新調整報告架構。</p>
<p>從 p.9 的圖 1-1 似乎可以看出研究者對社區資源網在本研究中的界定，但該界定又與後續章節（如 p.18-22）的分類不同。另圖 1-1 應於本文中以文字描述清楚其架構規劃，也可避免 p.8 的內容與 p.4 完全重複。P.9 的圖 1-1 的左邊大圈圈應該是戒癮體系「的」社會資源網抑或是戒癮體系「與」社會資源網？文中的戒治體系（或戒癮體系）究指為何？是指目前的戒治所或監獄嗎？抑或包含社</p>	<p>P.9 圖 1-1 乃本委託計畫需求書內容所描述之「司法矯治、衛生醫療、社會福利、職能重建、家庭支持」層面，亦為毒癮戒治體系與對毒品施用者所提供的相關社會資源所期待應具備之內容，但目前我國毒癮戒治體系並未完善，對毒品施用者所提供之相關社會資源網絡亦欠缺，因此本研究目前僅能就廣泛的戒癮體系（包含刑事司法、醫療院所與民間機構），以及能對毒品施用者提供服務或被期待應提供服務之社會資源體系進行探討。</p>

附錄二 期中報告審查意見與回應對照表

審查意見	研究團隊回應
區的民間戒治機構？抑或指現行毒品戒治之司法矯治政策？抑或包含全部和戒治有關的體系（社區、矯正、更保、醫療...）。	
p.4-p.5 有關研究主旨與目的之內容與 p.8-p.10 研究架構與主題之內容重複性甚高，建議整併，避免贅述。建議第 8 頁的內容可以針對圖 1-1 研究架構之圖表予以說明。	將重新調整報告架構，刪除研究目的中與研究主題中重複描述之內容。另圖 1-1 架構圖乃總結第二節「一、研究主題分析」與研究主題之內容概念化而成。
P.10-15 間的內容也有重覆敘述的情形，這些篇幅皆在同一章節中，實無需前後重覆描述（特別是在研究主題的細節上重覆描述）。本研究採質性分析，但未在本章節中說明質性分析方式及架構。	P10-15 為為完成研究主題所擇定之研究方法與資料蒐集之內容，刪除造成混淆，建議仍予以保留。另將補充質性分析方式。
行政院研究發展考核委員會洪專員慧茹： 建議研究單位就如何重建社會功能，如就學、就業、生活重建，及復歸社會等模式或相關配套措施，提供具體建議。	遵照辦理，於期末報告時依據研究所得提供具體建議。
有關比較各國資料部分，建議增加優缺點之說明，以利瞭解國外有哪些制度可供參採。	遵照辦理，將再蒐集資料於期末報告時表列各國制度優缺點。
關於香港機構訪視部分，建議	由於至香港所訪談之毒品施用者為青

附錄二 期中報告審查意見與回應對照表

審查意見	研究團隊回應
將訪談香港毒品施用者對於現行修復社會功能或修復社會資源網絡之看法，於本研究報告中說明。	少年 K 他命使用者，在個案表達能力與語言溝通之限制下，僅可瞭解青少年對治療性社區對其所提供之協助與適應概況，並未觸及其對修復社會功能或修復社會資源網絡之看法。
請配合本會「社會發展政策研究補助作業要點」規定，於期中報告初稿完成後兩週內提送期中進度報告表。	遵照辦理。
行政院研究發展考核委員會建議： 本案期中報告內容，除研究方法與進度說明、蒐集之資料與文獻分析外，應請增列初步研究發現、初步建議事項以及參考資料目錄（如：重要法規、參考書目等）。	遵照辦理。
案內有關國外毒癮戒治體系與社會資源網絡概況介紹部分（第三章第一節），僅就各國現況說明，尚未深入探討分析，建議增加各國優缺點之比較說明與相關立法規範，並分析可供我國參採借鏡之處。	遵照辦理，將再蒐集資料於期末報告時表列各國制度優缺點。
本案建議就我國毒品施用者修復社會功能的社區資源網絡，儘速就就學、就業、生活重建及復歸社會等，研提妥適的採行模式與相關配套措施建議。	遵照辦理，於期末報告時依據研究所得提供具體建議。

附錄二 期中報告審查意見與回應對照表

審查意見	研究團隊回應
有關毒品施用者對於現行修復社會功能之社區資源網絡的看法亦為本案研究重點，建議補充調查研析。	期中報告初稿中第四章已包含毒品施用者對現行修復社會功能之社區資源網絡的看法。
本案有關結論與建議部分，應予儘速補充研擬具體建議事項，且於期末報告區分為立即可行及中長程建議，並註明相應之主、協辦機關。另相關審查會議紀錄建請列入研究報告之附錄。	遵照辦理，於期末報告時依據研究所得提供具體建議。

附錄三 期末報告審查意見與回應對照表

審查意見	研究團隊回應
<p>李委員思賢審查建議：</p> <p>請分別針對國內及國外的資源整合模式做對照表。</p>	<p>國內對提供毒品施用者戒癮或社會復歸的相關資源尚在發展階段，對於相關資源的整合尚未建立制度。在國外制度中，可以見到對資源的整合主要是依靠個案管理機制，以評估-計畫-連結-監督-倡導的方式，對個案的需求進行評估，以及為個案做所需資源間的整合。此國內外資源整合模式間的差異比較，由於我國尚在發展階段，較難用對照表的方式說明，僅此陳述如上。</p>
<p>請分別依據「有效」的指標，說明 what works and what doesn't work！</p>	<p>目前對毒品施用者的戒癮治療成效評估指標不一而定，國內刑事司法體系常用的再犯、再復發率並不足以代表戒癮治療的成效。而衛生醫療體系常用已評估成效的指標，包含毒品施用問題的減緩、工作的穩定、治療的持續性等，恰巧是社會福利服務所要介入或維持的面向，本研究無法依據指標探討各項服務的成效。</p> <p>在研究資料中發現，國外所關注的面向是以個案評估為基礎，提供個案所需的各類服務，該項服務是否能有效的減低毒品施用者的問題或協助社會復歸，則非其所關注的重點。以全人服務及預防的觀點來看，在政策規劃</p>

附錄三 期末報告審查意見與回應對照表

審查意見	研究團隊回應
	上，似應關注在提供個案所需，而較難評估具體成效。
依據 1、2 兩項，提出國內資源及社區該如何修正或運作。	研究報告修訂版，已增加第五章研究結果與討論，針對研究所發現的各層面問題提出討論。我國目前在社區資源面向上，所欠缺的是民間的參與，因此對於國內社區資源的修正或運作建議，較關注在扶植民間機構的參與與發展上，敬請參照。
<p>林委員克亮審查建議：</p> <p>本研究計畫報告已針對國內外協助毒品施用者之社區資源之概況有詳盡的收集與整理，惟針對本計畫研究主題第三及第四項的要求，本研究報告內容之指述仍沒有看到具體建議（如新加坡 SANA 及 SCORE 是否可在國內推行？），政府部門如何主動提供並整合國內資源，並無任何論述，應請改進之。</p>	研究報告修訂版，已增加第五章研究結果與討論，針對研究所設定的研究主題歸納結論，並針對相關議題進行討論，敬請參照。
研究報告建議部分可就國內慈善團體，最能有執行面且有宗教力量為首選，進行社區化（在地化）網狀平台建構，並強調觀念倡導之重要性。	由於毒品施用者對戒癮治療與社會復歸的需求面向複雜，宗教與慈善團體能否提供符合毒品施用者所需的服務仍有疑慮，在研究報告修訂版第五章已增列討論，本研究建議較傾向由政府規劃專業服務的內涵、提供教育訓

附錄三 期末報告審查意見與回應對照表

審查意見	研究團隊回應
	<p>練與考核、輔導扶植民間機構的專業性成長，以符合毒品施用者戒癮治療與社會復歸所需，對宗教/慈善團體的部分，僅能建議廣邀宗教/慈善團體參與毒品防治的相關活動，並透過媒體的宣導，倡導社會對毒品施用者的觀點改變，敬請參照。</p>
<p>陳委員世志審查建議：</p> <p>文獻資料蒐集豐富，但整篇研究報告的撰述架構建議可再彙整，請在組織性與連貫性做加強。如第四章為我國毒癮戒治體系與社會資源連結概況，但在第三節內容在談「社區服務網絡」的設計概念、理論相關研究；及第四節成癮者的社區服務網絡服務可接近性問題與第四章第三節社區資源網絡的建構問題等，內容皆為各國相關執行方案或研究內容，建議可彙整至第二章論述。</p>	<p>遵照辦理，已修訂研究報告的整體架構。</p>
<p>另第五章以毒癮者社區資源連結概況為題，在架構上似又回到第四章，而詳研第五章內容，係描述及分析國內參訪之情形，屬本研究之研究方法之結果，但在參訪結果的撰寫上，區分為（一）在個案的銜</p>	<p>遵照辦理，已增補地方法院檢察署觀護人與更生保護會、醫療戒癮機構，在其業務執行與資源連結的過程中工作困境之問題。</p>

附錄三 期末報告審查意見與回應對照表

審查意見	研究團隊回應
<p>接層面上（二）資源的轉介與合作（三）社會資源的協助與連結（四）工作困境等四小節說明，惟第五章第二節之一、地方法院檢察署觀護人與更生保護會及之三、醫療戒癮機構與之四、民間戒毒輔導機構等又無（四）之說明。有關毒癮個案的訪談部分，亦有相似的問題。</p>	
<p>名稱用詞與語法建議能一致性，如「社會資源網絡」與「社區資源網絡」有何區別？「成癮者」、「毒癮者」、「毒品成癮者」、「毒品施用者」一再於章節標題不同形式出現，易使閱讀者混淆。</p>	<p>遵照辦理，已統一修改為毒品施用者。</p>
<p>有些屬各國的專門性術語，建議於該頁附註加以說明之，如中國大陸的「幫教」等。</p>	<p>遵照辦理，已增加說明。</p>
<p>研究報告建議部分可增列媒體於觀念倡導之角色及其重要性，以協助毒品施用者復歸社會。</p>	<p>遵照辦理，已增列建議。</p>
<p>費委員玲玲審查建議：</p> <p>我國實務上對於毒品施用者處遇業依個案需求原則進行復歸計畫，但仍無法有效降低其再</p>	<p>研究報告修訂版，已增加第五章研究結果與討論，針對毒品施用者復歸計畫與戒癮治療間的關係進行闡述。社會環境是促使毒品施用者再犯的間接</p>

附錄三 期末報告審查意見與回應對照表

審查意見	研究團隊回應
<p>犯率，請研究單位研提具體建議。</p>	<p>因素，社會復歸工作應視為減低再犯危險，維持毒品施用者的戒癮成效，實際上毒品施用者在生理、心理等層面的戒癮治療，仍須有效的介入處理。</p> <p>且「再復發」在當代的戒癮治療觀點中，並非意味著戒癮治療的失敗，而是戒癮治療的一個歷程，與個案處理再復發議題，也是戒癮治療的一個環節。相關討論內容敬請參照報告書第五章。</p>
<p>政府扶植民間機構部分，請研究單位研提整體性建議，俾利政府有效結合民間資源，協助毒品施用者修復社會功能。</p>	<p>遵照辦理，已在政策建議上提出整體性的建議，敬請參照。</p>
<p>黃委員怡君審查建議：</p> <p>請研究單位補充說明國外民眾或其社會如何看待毒品人口。</p>	<p>在研究所觸及的各國資料中，各國社會對毒品施用者的觀點，深受國家對毒品施用者的刑事政策所影響，以衛生醫療與社會福利體系處理毒品施用者問題的國家，社會對毒品施用者的接受度較高，以刑事司法處理毒品施用者問題的國家，社會將其視為犯罪行為，接受度自然不高。</p> <p>在研究所接觸的各國資料中，新加坡藉由刑事政策的轉變與黃絲帶方案的推動，成功在短時間內改變社會大眾對犯罪人的觀點，其經驗相當值得我國參考，詳細內容敬請參閱報告書第三章第五節。</p>

附錄三 期末報告審查意見與回應對照表

審查意見	研究團隊回應
<p>劉委員淑瓊審查建議：</p> <p>本報告資訊豐富，呈現極具參考價值的實證資料與觀點，但卻缺乏統整，目前版本仍顯冗長蕪雜。例如：第五章「我國的毒癮者社區資源連結概況」網絡各單位彼此間，乃至於與毒癮個案的關係環環相扣，建議除將他們的意見個別整理外，也呈現相互對話、印證或反證的部分；第三節「社區資源網絡的建構問題」，研究團隊列舉眾多學者觀點，惟與本研究田野資料之間的扣連性較低。</p>	<p>已進行修正，在第五章研究結果與討論中，討論社區資源的相關問題，敬請參照。</p>
<p>建議第六章「國外戒癮體系與資源網絡實地參訪」應整合到第二章，並將參訪照片移到附錄。研究團隊實地到國外參訪，呈現的應不只是從網頁上就可以得到的平面式、介紹性、描述性的資料，而是回答行前已規劃好針對台灣現況與待解決困境而設計的提問。</p>	<p>遵照辦理，已修訂。</p>
<p>強化結論建議：宜刪除宣示性、普通常識型的論點，加入更具體深入的建議。例如：目前專業服務資源普遍不足，如</p>	<p>遵照辦理，已修訂。</p>

附錄三 期末報告審查意見與回應對照表

審查意見	研究團隊回應
何做「個案管理」？如何有效扶植與引進民間資源以擴大服務供應的質量？借助各地方政府家暴及性侵害防治中心成立十年以來的經驗，如何規劃可使毒品危害防制中心成為具效能的防治網絡核心組織？在弱勢社會福利服務領域已發展出來的建構社區資源網絡經驗，如何轉化到毒品施用者社會功能修復服務之上？	
P.143 從學者對「資源網絡建構」的論述轉到個案管理似顯牽強，這是兩個不同的主題，宜分段敘述。	遵照辦理，已修訂刪除較無關的主題與論述。
本報告經常出現十點以上的論述，建議予以歸類命名，以收執簡馭繁之功。	部分內容已修訂，部分內容為文獻資料所呈現的架構，較難妥適處理。
建議研究團隊將期初、期中委員意見及團隊回應做成兩欄對照表說明之。	遵照辦理
請再確認註 60 引文的原始出處	已確定出處無誤。
陳委員快樂審查建議： 本篇研究主題最重要是建構、規劃具體可行之毒癮戒治體系社區資源網絡，修復我國毒品	已進行修正，在第五章研究結果與討論中增列相關論述。

附錄三 期末報告審查意見與回應對照表

審查意見	研究團隊回應
施用者的社會功能。但初稿中未具體建構、規劃具體可行之毒癮戒治體系社區資源網絡。如何連結司法、社政、醫療、民間資源？由新加坡、香港、澳洲之戒癮體系可以給我們什麼具體建議？	
第 10 頁文中提出研究方法及流程包括基礎研究、實證研究、比較研究、實證研究及研究建議，初稿中只有基礎研究及實證研究。請補上比較研究、實證研究及加強研究建議。	已修正更改報告書陳述內容，在第四章、第五章中呈現。
作者對新加坡之戒癮體系與資源網絡研析詳細及有系統，但對台灣之戒癮體系與社會資源連結研析不完整。政府的資源、民間的資源、政府的資源少了什麼，毒癮社區資源少了什麼？	已進行修正，在第五章研究結果與討論中增列相關論述。
作者花太多頁數在陳述醫療資源，(醫療機構之表及圖，建議可放在附件供參考)。在 P76，請加入各縣市人口數、毒危中心人力。請研析毒危中心人員之素質、實際工作及困境請研析其他社會資源(如更生、宗教團體提供的中途之家等)之現況	各縣市社會資源的分佈是本研究主題之一，且透過各縣市資源分佈圖，可以看出資源分佈在地域性的差別，研究單位評估仍不宜放置於附錄中。另毒危中心的人力、工作困境等，已在第四章中闡述。

附錄三 期末報告審查意見與回應對照表

審查意見	研究團隊回應
及困境。	
有關第 127 頁替代療法藥物選擇的多元化：文中不宜下結論：…比較之下，丁基原啡對個案的生活……………。	已修正更改用語與增加說明。
第五章第三節社區資源網絡的建構問題 P132-139， 141-144 所回顧之文獻太理論未計對毒癮討論，請加強針對台灣毒癮的社區資源網絡的建構問題來研析。	已修正。
第七章建議太簡略，未建構、規劃具體可行之毒癮戒治體系社區資源網絡，以修復我國毒品施用者的社會功能。	已修正。
<p>行政院研究發展考核委員會審查建議：</p> <p>本次期末報告新增內容主要為毒癮者社會資源分布情形（第五章第一節）、澳洲與新加坡戒癮體系與資源網絡實地訪查（第六章第二節與第三節）以及結論與建議（第七章），其餘均係以期中報告內容重新調整章節架構編輯，本會就期中報告所提建議意見並未納入回應，仍應請就建立連結政府司</p>	已修正，並依據研究內容提出具體建議。

附錄三 期末報告審查意見與回應對照表

審查意見	研究團隊回應
<p>法、矯治、社會福利與民間資源之機制，加以深入研析並提供具體建議。</p>	
<p>本案除探討對我國毒品施用者之社會復歸議題外，建議再就上開毒品施用者之就學、就業、生活重建等研提妥適之採行模式與相關配套措施。</p>	<p>研究發現，目前我國社會資源之發展問題乃在民間的參與不足，以及欠缺對個案管理模式。</p> <p>對毒品施用者之就學、就業、生活重建之採行模式，從國外經驗中可以發現，較佳的模式是藉由對個案的評估-計畫-連結-監督-倡導的方式，對個案的需求進行評估，以及為個案做所需資源間的整合，因應不同個案的不同需求，對個案的社會重建與資源整合。</p>
<p>有關毒品施用者對於現行修復社會功能之社區資源網絡的看法，亦為本案研究重點，建議補充調查研析。</p>	<p>已補充於在第五章研究結果與討論中，敬請參照。</p>
<p>本案有關結論與建議部分，應予區分為立即可行及中長程建議，並註明相應之主、協辦機關。另相關審查會議紀錄建請列入研究報告之附錄，並加以回應處理情形。</p>	<p>已遵照辦理。</p>