

分流處遇模式的提出與推行：以高雄毒品犯緩起訴分流處遇為例

李思賢¹、徐倩²、蔡孟璋³

摘要

分流處遇的主張是基於不同的毒品對於大腦與身體有不同的作用機制，對於大腦與身體的傷害在過去研究證實會導致不同程度的健康問題。對於藥物施用者採取同一套的處遇流程與內容，除了沒有針對藥物施用者的問題進行處遇，導致處遇效果受限，也並非有效的資源配置。李思賢等(2014)提出分流處遇模式，並引進美國法院採用的 RANT 量表，完成中文化、本土化與建置良好信度與效度（李思賢，2014，2016），銜接檢察官給予緩起訴時，能有客觀評估的工具與依據，並依據評估結果建置多元社區處遇。本文是介紹分流處遇模式與 RANT 在高雄地檢署與高雄長庚紀念醫院於 2018 年開始推動下，實際執行的過程與還有待解決的問題。

關鍵詞：社區處遇、緩起訴、再犯風險、藥事法庭、分流處遇模式、醫療需求

¹ 臺灣師範大學健康促進與衛生教育學系教授

² 國立臺灣師範大學健康促進與衛生教育學系碩士生

³ 長庚醫療財團法人高雄長庚紀念醫院一般精神科醫師(通訊作者)

Promoting and Implementing the Risk and Needs Triage: An example of Drug Probation Diversion Program in Kaohsiung

Szu-Hsien Lee, Qian Xu, Meng-Chang Tsai

Abstract

Diversion is due to the fact that the mechanism of a variety of drugs on the brain and physiology is different. Use the same procedure and intervention to all people who used drugs did not respond to the needs of individuals but also had limited intervention effects, consequently lower the cost benefit of resources allocation. Lee et al. (2014, 2016) proposed a diversion model with a great reliability, validity, and indigenous Chinese version RANT used in the US drug courts to link individuals with deferred prosecution to objective assessment and evaluation which provides opportunity to establish community based programs to correspond to individual needs. This paper is to retrospect the procedures and barriers of delivering the RANT and the proposed Diversion Model collaborated between the Taiwan Kaohsiung District Prosecution Office and Kaohsiung Chang Gung Memorial Hospital.

Key words: Community treatment, Deferred prosecution, Criminogenic needs, Drug court, Diversion intervention model, Medical needs

壹、前言

藥物的使用與濫用，對於施用者的生理、心理與社會都可能造成傷害；然而對於生理健康傷害的快慢、造成物質使用疾患的嚴重程度、與衍生出的社會人際問題，會因施用不同影響精神的藥物，在時間與問題嚴重度上有很大的不同（Nutt, King, Saulsbury, & Blakemore, 2007）。我國在立法精神上，是將毒品施用者先視為病人、再視為犯人。現行制度上是採用緩起訴與否，讓毒品施用者到醫院接受治療或是起訴並提請法官裁判。檢察官同意緩起訴的毒品犯，不管是否有嚴重的物質使用障礙症，一律都到藥癮戒治醫療機構去進行治療，這對於符合沒有或是輕微的物質使用障礙症之毒品犯，並不能有效處理，甚至可能有負面效果。分流處遇模式的提出便是希望能有效評估毒品造成不同嚴重程度的影響，並依據評估結果，給予適切、恰當的醫療、教育、諮商與社區處遇，以符合成本少與效益高的最佳結果。

貳、文獻探討

一、分流處遇的重要性與分流處遇模式的提出

對於不同藥物給予不同的處遇，是根據實證研究發現的結果。亦即，藥物的使用與濫用，對於施用者的生理、心理與社會都可能造成傷害；然而對於生理健康傷害的快慢、造成心理依賴嚴重的程度、與衍生出的社會人際問題，會因施用不同影響精神的藥物，在時間與問題嚴重度上有很大的不同（Nutt, King, Saulsbury, & Blakemore, 2007），主要的原因是這些影響精神的藥物，對於大腦與身體的影響區域與機制確實有所不同。因此，聯合國 UNODC 與世界各國的政策，都有針對這些藥物進行分級管理的制度，我國也依據毒品危害防制條例第 2 條中所依據的成癮性、濫用性及對社會危害性（中華民國全國法規資料庫，2019a）、以及依管制藥品管理條例第三條中所依據的習慣性、依賴性、濫用性及對社會危害性（中華民國全國法規資料庫，2019b）分為四級，對於施用第一級與第二級中規範的毒品，個人行為屬於犯罪，將面臨刑罰的責罰。然而對於第三級與第四級的藥物施用，則給予行政處罰，但並無刑罰。

依據過去的研究成果，不同藥物濫用造成的問題，會需要不同的處遇與治療。例如，我國過去十年來所執行的美沙冬輔助治療，不僅僅對於愛滋病毒的擴散有很好的控制（Lyu, Su, & Chen, 2012），對於海洛因使用者的成癮治療也有很好的效果（Chou, Shih, Tsai, Li, Xu, & Lee, 2013）。例如李思賢團

隊 (Chou et al., 2013) 針對 599 位接受美沙冬的海洛因成癮者進行治療前與治療後的比較，發現喝美沙冬對於患者的生理與心理之生活品質都有顯著的改善。相對於海洛因，興奮劑藥物（包含安非他命、甲基安非他命、搖頭丸、K 他命等等）的使用，就不能採用美沙冬給予治療，因為興奮劑作用在大腦的機制與海洛因完全不同。除了醫藥的治療，心理社會的支持對於施用藥物的問題也可能有改善的效果，例如，李思賢、吳憲璋、黃昭正、王志傑、石倩瑜

(2010) 估計毒品再犯罪率，以及不再犯毒品罪保護因素。研究對象是從 2003 年 1 月 1 日以前離開基隆戒治所列表之 1,662 人次的毒品施用者，隨機擷取 353 名毒品施用者，然後從基隆監獄查詢入監時調查表記載資料，並比對全國刑案查詢系統判刑資料，結果發現 353 位受戒治人出所半年內、一年內、兩年內與兩年半內再犯毒品罪被判刑的比率分別為 12.5% (44 人)、33.24% (117 人)、46.02% (162 人) 與 65.7% (232 人)；也就是說，約三成四的藥癮者能夠維持兩年半不使用毒品，甚至回到工作崗位上貢獻社會。統計分析結果發現不再使用毒品保護因素可歸功於家人的關懷與支持。

另外，成癮嚴重程度不同，需要不同處遇與治療。美國精神疾病診斷手冊第五版 (DSM-5) 在看待藥物施用、濫用或是成癮時，會根據施用藥物對於個案大腦與生活功能的影響程度，從 11 項準則中去決定該個案符合哪幾項診斷準則 (表一)，再依據符合準則的數目，分成 0-1 是沒有問題、2-3 是輕度、4-5 是中度、以及 6 或是 6 以上為重度的不同程度 (廖定列、鄭若瑟、吳文正、黃正誼、陳保中，2013)。有強迫性藥物成癮的人，通常會極其渴求使用該藥物，並且在試著戒除時，經歷痛苦和不舒服的戒斷症狀 (廖定列等，2013)。這些症狀也反應出一種神經學或神經化學的腦部傷害 (Baler & Volkow, 2006; Dackis & O'Brien, 2005; Goldstein et al., 2009)。對符合於 DSM-5 中度或是重度的人，需要正式的治療去減輕其對藥物的渴求及戒斷的症狀，教導他們具體的拒絕藥物和酒精的技巧，並且培養面對日常生活壓力的有效調適方法

(Chandler et al., 2009)。對這些成癮犯罪者提供不足的劑量或治療，只會導致不好的治療結果以及更高的再犯率 (De Leon, Melnick, & Cleland, 2010; Vieira, Skilling, & Badali-Peterson, 2009)。

根據研究與統計，至少半數有藥物施用或是濫用的人，並未達中度或是重度成癮的程度 (Belenko & Peugh, 2005; DeMatteo, Marlowe, & Festinger, 2009)。這些人可能會在危害自己或他人的情境下重複地使用藥物，但是他們的

大部分藥物使用是可以自行控制的，也沒有明顯的戒斷症狀與強烈的渴求。研究顯示在這樣的人身上，藥物濫用的治療效果可能會打折扣 (DeMatteo, et al., 2006)。住院式或是團體式的藥物濫用治療對這些非中度或重度成癮的人來說，治療效果明顯較差或是會導致較高的再犯率 (Lowenkamp & Latessa, 2005)。有可能是花時間與成癮的同儕相處正常化了他們使用藥物的生活形態，也或者是參與治療干擾了他們從事有生產力的活動，像是工作、就學、或是養育子女。不論如何，提供太多的治療很可能不僅是浪費資源，也可能導致負面的效應，使得治療效果變差。

李思賢與 Festinger (2014) 團隊自從 2014 年起提出針對緩起訴的藥物施用與濫用個案，應該分流與提供多元社區處遇模式，否則有可能會錯失事前預防與治療的最佳時機。我國附命戒癮治療之緩起訴處分 (中華民國全國法規資料庫, 2019c)，並非將藥癮者從現存之刑事司法程序切離，而是給予檢察官在處理犯罪事件轉向制度之前門政策。我國自 2008 年「毒品危害防制條例」第 24 條修訂後，施用毒品者得以緩起訴處分附命戒癮治療。法務部在 2011 年更積極推動，將毒品施用者自刑事司法體系轉向至醫療系統，促使其接受醫療戒癮與復歸社會。緩起訴處分附命戒癮治療，除依刑事訴訟法與毒品危害防制條例之相關規定為依據外，2012 年反毒報告書中說明法務部擬定「防毒拒毒緝毒戒毒聯線行動方案」，就戒毒部分採用胡蘿蔔與棍棒 (carrot and stick) 理論，檢察官對於施用毒品案件之被告，不以起訴為唯一之手段，而於傳喚被告到庭後，先強力勸諭被告戒毒，如被告同意，即填寫轉介單交由被告持往毒品危害防制中心報到，毒品危害防制中心則通知被告前往指定之醫療院所評估，其中一張轉介單交還檢察官據以緩起訴處分，另一份轉介單則交由追蹤輔導員或志工，據以聯繫及督促被告前往評估，如評估適宜使用美沙冬療法或戒癮治療時，得進入戒毒 (癮) 程序，追蹤輔導員或志工並應經常聯繫及督促被告持續使用美沙冬或參與戒癮治療，直到戒毒成功為止。惟如被告未依通知前往醫療院所評估是否適宜使用美沙冬治療或戒癮治療，或評估合格後又中斷服用美沙冬或參加戒癮治療，或再服用毒品時，則由檢察官撤銷緩起訴處分，並提起公訴。

根據醫療實證研究，轉給醫療院所進行醫療機構模式的附命戒癮治療，應該是針對中度或是重度成癮的病患，資源才算是花在有效的治療。可是在實務上，撤銷緩起訴的比率確實是高。以王雪芳、王宏文 (2017) 針對 2006 年到

2014 年間緩起訴者進行再犯罪之研究，吸食第一級毒品緩起訴者的再犯罪率為 63.8%，其中一年內再犯罪者占 66%；第二級毒品緩起訴者再犯罪率為 38.5%，其中一年再犯罪者占 69%；相較於強制戒治者的再犯率約為 52.8%，無繼續施用傾向之觀察勒戒者再犯罪率（40.5%），就再犯罪率而言成效並沒有比較好。我國在 106 年提出新世代反毒策略行動綱領（核定版）中之戒毒策略（頁 22）的治療便利性改善方案，提及提升緩起訴處分的比率，然新策略綱領並無緩起訴流程改變或是增進緩起訴效率之政策新方針。

撤銷緩起的原因很多，不一定會與再施用毒品有關，然撤銷緩起訴比例確實高。檢察官會傾向於將緩起訴給予接觸藥物的時間不長（初犯）（王雪芳、王宏文，2017）、使用藥物的頻率不高、有意願接受治療、或是成癮性輕微的人（何明哲，2009）。許多符合緩起訴條件正是不需要高強度治療的藥物使用者，顯露出具有緩起訴身份、且具有輕微，甚至沒有任何成癮的人。可是依據毒品戒癮治療實施辦法及完成治療認定標準，這些沒有或是輕微藥物使用問題的個案，會需要喝美沙冬或是在醫療院所戒癮來符合行政程序的矛盾現象。我們認為分流與轉向的概念仍需要推廣並改變相關規則，建置醫療院所外之社區多元的各項處遇，是目前的當務之急，美國推動藥事法庭（或稱毒品法庭）的經驗值得借鏡。

二、藥事法庭與客觀評量工具

李思賢、Festinger, D.D., Dugosh, K.L., 楊士隆、楊浩然、吳慧菁（2014）引進藥事法庭上做為分流處遇的客觀評量工具，並進行中文化、本土化、與信度效度的建置（2016）。藥事法庭或稱毒品法庭（Drug Court）是以美國為主，由於其他國家在毒品政策與司法處遇上不盡相同，缺乏藥事法庭設置。我國的毒品危害防制條例，與美國處理毒品施用者情形雖不相同，但因為我國賦予檢察官附命治療緩起訴的處分權，與美國藥事法庭法官，處置毒品犯罪情形可以比較，藥事法庭可以做為思考借鏡。

藥事法庭的起源，可以追溯到 1989 年的美國佛羅里達州邁阿密，當時古柯鹼大流行，法官無法忍受成癮的毒犯出獄後，很快又復發（即再犯）被抓回到監牢，且監所經常人滿為患。因此佛羅里達州幾位法官，基於整合司法、矯正、保護、檢察、教育、與執法單位，共同提出完整介入模式之理念，於原有司法體系內首先創立藥事法庭。初步是針對非暴力成癮之毒品施用者，給予主動進入法院監督治療計畫的選項，作為交換較短的刑期。法院監督的治療情

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

在佛羅里達州所進行的藥事法庭處遇方案相當成功。一項 2003 年 Center for Court Innovation 所進行研究 (Rempel, et al., 2003)，探討 6 個藥事法庭的成效，發現能從藥事法庭監督處遇方案畢業的藥物施用者，會再犯的比率顯著降低。基於藥事法庭的成功經驗，後來藥事法庭制度逐步被推廣，專業人員共同成立專業協會，積極進行推廣活動及專業人員培訓課程；藥事法庭施行成效，經近年來研究顯示，藥物施用者若能在藥事法庭制度完整監控下完成 12-18 個月的療程，則一年內再犯率可能由 60%-80% 降低至 4%-29%，此顯著成效獲得廣泛認同其為有效降低毒品施用者再犯率方法之一，並於 1994 年獲得美國國會通過法案 (Biden Crime Bill) 授權，支付共十億美元無條件的支持藥事法庭補助方案 (Drug Court Discretionary Grant Program)。整體的藥事法庭背景與運作可歸納如圖 1 所示 (Cissner & Rempel, 2005)：

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

分流處遇對大多數司法機關而言，最關鍵的兩項任務是 (1) 發展出一套迅速、可靠且高效率的系統來評估藥物施用者，並針對他們的需求做出最有效的判決/分流方案，(2) 建置多元處遇方案，以減少不必要的成本並提高處遇的成效。這樣的評估與找到相對應的處遇必需同時關注犯罪者的犯罪因素需求 (criminogenic needs) 及醫療需求 (clinical needs)，才可能達到最有效及最具經濟效益的結果 (Andrews & Bonta, 2010; Taxman & Marlowe, 2006)。

(一) 評量工具 RANT®

再犯風險與醫療需求分流的評估工具「the Risk and Needs Triage (RANT®)」是由美國 TRI 機構所開展之客觀評量工具，採用犯罪與醫療需求兩個軸度，其發展、中文化與在臺灣地區具有良好之信度、效度，請參閱李思賢等 (2014, 2015, 2016) 的報告。

(二) 題項與計分

RANT®為美國 TRI 註冊的商品，因此本文無法提供題項與計分方式，請讀者

參閱李思賢等（2014, 2015, 2016）的相關報告。不過在此簡要介紹兩個向度的評估：

1. 犯罪因素需求：促使毒品施用者不太可能在傳統的康復形式中成功戒毒，並因此更可能重新吸毒或犯罪的特性。這些風險並非涉及暴力或危害社會的風險，例如早期的施用毒品或犯罪、經常性的犯罪活動、過去失敗的康復治療…等。
2. 醫療需求：個案心理功能或障礙區域，如能有效處理，可以大大減少重複毒品使用、犯罪和從事其他不當行為的可能性。例如藥癮或酗酒、精神症狀、慢性疾病…等。

這樣的評估並不意味著應該剝奪高風險或高需求個案參與康復治療或分流處遇的機會，而是需要更多以社區為基礎、更深入、更好的實證計畫，來改善這些人的預後情形。

三、預後（犯罪）風險評估

預後風險或稱犯罪風險，是指那些能預測出較差的復健治療效果的犯罪者特質。以毒品犯罪者而言，最可靠和最普遍的預後風險特質包括年輕、男性、青少年期即使用毒品或犯罪、重罪定罪、先前不成功的治療或復健嘗試、符合反社會人格診斷、在反社會同儕中的優越感（Butzin, Saum, & Scarpitti, 2002; Marlowe, Patapis, & DeMatteo, 2003）。為了讓治療能夠成功和克制其毒品使用與違法的行為，具有這些高風險特質的人通常必須被密切監視，並被要求對自己的行為負責。另一方面，低風險的犯罪者，比較不會固著在反社會的發展型態，同時也較可能在受到逮捕後，有較佳的行為改善表現。因此，對這些人來說，密集式的矯正介入處置成本高，但矯治成效卻可能很有限

（DeMatteo, Marlowe, & Festinger, 2006）。更糟的是，這些低風險的犯罪者很可能在與其他高風險的犯罪者相處當中，學習到反社會的態度和行為，並導致他們的預後變差（McCord, 2003）。我國附命戒癮緩起訴，就是命毒品犯罪者在醫療院所戒癮來符合行政程序，這樣的團體相處及符合上述研究的研究成果，即緩起訴者的預後效果不佳。

研究顯示，依據風險和需求所做的處置配對（Matching dispositions by risk and need）採取分流處置，可以為不同型態的犯罪者帶來更好的矯治處遇結果。例如對有非法藥物成癮問題，且較可能在寬鬆處遇中失敗的犯罪者來說，藥事法庭能產生較佳的處遇結果。對高風險犯罪者採取藥事法庭所獲得的

處遇效果，是低犯罪者的兩倍 (Fielding, Tye, Ogawa, Imam, & Long, 2002; Lowenkamp & Latessa, 2005)，節省的預算開銷更可高達 50% (Bhati, Roman, & Chalfin, 2008; Carey, Finigan, & Pukstas, 2008)。

然而，藥事法庭與醫療戒治機構所提供的完整服務，對那些低風險或是低需求的人來說，便顯得多餘，甚至會帶來反效果。研究顯示，對低風險的施用毒品犯罪者而言，法官低度介入的處遇成效甚至是更好的 (Dugosh, Festinger, Clements, & Marlowe, 2014)，該研究針對 473 位藥事法庭的個案進行追蹤，其中 121 位是被評估為低再犯風險與低醫療需求，結果有 101 位 (83%) 能完成或是持續待在處遇方案中；有 87 位 (87%) 是在 95 天之內就完成法官的交付任務；這個研究發現由臨床個案管理師直接監督，再由個管師向法官報告進度，個案僅在需要被督促、改善其治療遵從性時才被傳喚到庭的情況下，他們往往能進展得更好。這樣的安排不只減輕了法庭的負擔，也減少了高再犯風險與低再犯風險者接觸的機會。因為如同前面所說，把高再犯風險和低再犯風險的人共處，容易對低再犯風險者造成負面影響 (McCord, 2003)，因為他們可能學得反社會的態度和價值觀。

參、 研究方法與設計

一、分流處遇模式之試辦與可行方案

本文是建立在分流處遇模式與 RANT® 在李思賢等 (2014, 2015) 的推動與發展下，已具備可以進入實務的操作。李思賢教授與臺灣高雄地方檢察署 (下稱高雄地檢署) 於 107 年 1 月 1 日簽訂「臺灣高雄地方檢察署 RANT 量表試辦計畫」，高雄地檢署並於 107 年 3 月起，就施用毒品案件附命戒癮治療之緩起訴處分者推行「零毒害多元司法處遇計畫」，與高雄長庚紀念醫院合作開展對於緩起訴個案進行 RANT® 評量，並討論相關處遇方案的進行，以下是我們過去一年來的執行過程與省思。

二、分流處遇試辦與 RANT® 評估

高雄地檢署由周章欽檢察長主持零毒害多元司法處遇計畫，指派李門騫主任檢察官率同全體毒品組檢察官就施用毒品案件，引進 RANT 量表進行分流處遇，首先由毒品組陳筱茜檢察官於 2017 年 6 月開始與高雄長庚醫院討論如何將 RANT 量表融入現有緩起訴處分流程，待形成初步共識後，隨即於 2017 年 12 月

邀集轄區內戒癮治療院所及檢察官，在高雄地檢署舉辦「毒品防制策略研習」工作坊，課程中首先由Festinger教授介紹RANT的精神及美國藥事法庭的運作模式，之後再由李思賢教授講解RANT中文化題目之架構及操作方法，與會之司法及醫療人員因而對於RANT有更進一步了解，同時亦明白因本土法制與美國藥事法庭運作模式不盡相同，率然將RANT引入目前附命戒癮治療之緩起訴處分，許多挑戰馬上就會浮現。

高雄地檢署與高雄長庚紀念醫院合作模式

高雄地檢署為落實行政院「新世代反毒策略」中之「多元戒毒處遇」機制，於107年3月起就施用毒品案件附命戒癮治療之緩起訴處分者推行「零毒害多元司法處遇計畫」。與本團隊此項戒癮治療分流處遇模式的提出是全國首創且具前瞻性，主要目標，一是希望讓藥癮程度不同者可以依評估得到最適合自身的處遇，二則是希望藉由與醫院端的合作，除象徵檢醫合作進入新紀元外，也希望藉由開辦此計畫，可以發展出適合台灣的社區處遇，讓傳統戒癮治療擁有嶄新面貌。

RANT在美國是結合藥事法庭及許多相關配套處遇方案如觀護會面、定期驗尿、密集治療、恢復性司法程序、漸進性積極制裁、社區服務、鄰里觀護、家庭/工作/社區監督、每個月的心理衛生教育等等。RANT依照毒品使用者評估的再犯風險高低及醫療需求高低做處遇分流，並根據毒品使用者處遇分流的執行情況隨時做彈性調整。高雄地檢署目前規劃是將有意願參加附命戒癮治療緩起訴處分之第一二級毒品施用者，初步先使用RANT量表進行分流，之後再依據高雄地區現有之處遇方案設定緩起訴處分之條件。檢醫團隊（高雄地檢署和高雄長庚紀念醫院）在附命戒癮治療之緩起訴處分馬上遇到的困境：

第一，國內並無類似美國毒品法庭多元化的分流處遇方案，因此個案經RANT評估後所分出的四個象限：高再犯風險高醫療需求、高再犯風險低醫療需求、低再犯風險低醫療需求、及低再犯風險高醫療需求，應該如何就目前既有的處遇方式及在最小的改變下創造出可行的處遇方式。第二，RANT量表應由何單位執行評估工作，因為RANT量表共由再犯風險14題，和醫療需求5題所組成，此19題題目包含施用者之前犯罪歷史及個人身心理情況之判讀。RANT量表評估在美國係由毒品法庭之法官完成，但在高雄地區該由司法或者醫療端執行評估？

檢醫團隊在經過多次的溝通下，確認以下模式。第一，由地檢署為主導，整合轄區內醫療、毒防及社工資源，建立戒癮治療網絡平台，協助創設標準化

轉介流程及治療示範模式。第二，有意願參與附命戒癮治療緩起訴處分之毒品使用者，在地檢署開庭時，需先完成歷史犯罪紀錄之評估，再由醫院就醫療需求題目評估後，將二者進行統整，並填寫醫院戒癮處遇分流評估表送回地檢署。第三，使用 RANT 量表評估後個案，若屬於低再犯風險、低醫療需求（第三象限）者，考量其成癮性較低，故著重社會復歸需求，不需醫療處遇，因而配置處遇內容為社會復健治療課程及義務勞務。其中社會復健治療課程分為在高雄市毒防局的多元處遇課程及地檢署的團體主題課程，義務勞務則集中在市立殯儀館、監獄或宗教機構之打掃勞務。此外，其餘經評估為高再犯風險、高醫療需求者（第一象限）、高再犯風險、低醫療需求者（第四象限）、低再犯風險、高醫療需求者（第二象限），考量其成癮性較高，故仍須在醫療院所進行戒癮治療處遇。其中第一級毒品戒癮治療經評估為高醫療需求者，須搭配美沙冬或丁基原啡因輔助治療外，另考量個案的再犯風險和醫療需求高低不同，故給予戒癮治療院所依據個案狀況，滾動式彈性調整個別心理治療和團體治療次數。此外，高醫療需求或高再犯風險個案，亦可以選擇搭配精神科住院治療或中途之家。

肆、 研究結果與討論

一、 實施初步情形與省思

（一） 基本背景變項

從 2018 年 3 月到 2018 年 12 月，團隊總共評估了 232 位毒品緩起訴者，其中屬於第一級毒品緩起訴佔 35 位（15%）、二級緩起訴 197 位（85%）；女生 35 人（15%）、男生 197 人（85%）；年齡從 20 歲到 63 歲，平均 37 歲（標準差 9 歲）；初次轉介到醫院進行評估時的尿液篩檢，有 121 人（52%）為陰性。至於就業情況，每週從事 20 小時以上穩定且合法的工作，共有 150 人，占 65%。

採用卡方檢定做統計分析，結果性別、初診尿篩陽性與一、二級緩起訴之間沒有顯著差異。唯一顯著差異是一級緩起訴的平均年齡（44 歲）顯著高於二級的緩起訴者（36 歲）。

（二） 在 RANT 的得分與交叉分析

如圖二所示，從 2018 年 3 月到 2018 年 12 月在高雄執行 RANT 評估的 232 位，其中屬於低再犯風險低醫療需求占 30%（69 人），與何明哲（2009）研究結

果認為初犯者容易獲得緩起訴相同；屬於低再犯風險高醫療需求占 26% (61 人)、屬於高再犯風險高醫療需求占 27% (62 人)，合併起來高醫療需求占 53%，適合由醫療院所進行治療。最後，高再犯風險與低醫療需求占 17% (40 人)。

採用卡方檢定做統計分析，結果在進行 RANT 評估時，個案的尿液檢驗結果為陽性者，比較可能是高再犯風險 ($\chi^2=16.46$, $p<.01$)；個案的尿液篩檢為陰性者，比較可能是低醫療需求 ($\chi^2=7.73$, $p<.05$)。進一步採用尿液篩檢、再犯風險與醫療需求做 2x2x2 卡方分析，結果發現高再犯風險高醫療需求者在初檢時尿液篩檢為陽性的比率顯著高於其他三組 ($\chi^2=4.02$, $p<.05$)。

(三) 執行時的障礙

RANT 處遇分流於 2018 年 3 月開始實施時，遇到執行上一些障礙。例如：

1. 第一級毒品戒癮治療評估出來為高醫療需求者，其高醫療需求如果是因為 RANT 評估出個案有思覺失調症急性發作，而並非個案有海洛因成癮問題，這時個案就不需要搭配美沙冬或丁基原啡因輔助治療。
2. 藥物使用者評估出為思覺失調症急性發作且有需住院需求，但若勾選搭配住院治療，在實際執行住院治療上是有現行制度上的困難。困難處是強制住院涉及個別人身自由，必須得本人同意，且需在檢察官需在初步評估後，即在緩起訴處分書上明確記載住院起迄日期，這與醫療過程中的彈性調整是相違背的。若緩起訴者為高再犯風險的個案，可搭配中途之家處遇，但台灣中途之家幾乎為宗教戒毒，有床數及經費限制，且目前轄區內並無適合之中途之家可搭配運用。執行上亦有其難度
3. 初期執行 RANT，因涉及地檢署、醫院、毒防局三方運作模式建立，尚在磨合階段，前期需要花費較多時間在人員訓練及流程設計、簡化，故 2018 年 3 月一開始執行時，僅先委由高雄長庚紀念醫院一家醫院負責 RANT 評估，過程中除了團隊成員保持密切聯絡，隨時就評估過程及各種處遇方案可行性進行討論、調整，並定期召開戒癮治療網絡平台聯繫會議，直到 2018 年 8 月逐步形成初步共識後，高雄市立凱旋醫院、高雄中和紀念醫院才陸續加入 RANT 評估。

(四) 溝通與共識

RANT 處遇分流從 2018 年 3 月實施至今，合作最大特色再於「檢醫持續溝通」。畢竟檢醫的思考模式及出發點是不同的，唯有保持溝通管道及時和順暢，透過不斷的激盪和衝擊才有辦法取得最大共識。以 RANT 的評估和回報過程為

例，個案一：醫院端接受地檢署所提供的個案犯罪資料，如與個案接受醫師評估時，所述不符該如何進行第二階段評估？個案二：第一級毒品使用者，經醫院評估後，發現該個案是因為思覺失調症急性發作而評估為高醫療需求高再犯風險，故不需接受美沙冬輔助治療，則檢察署是否可以在緩起訴條件當中免除美沙冬治療？個案三：醫院在執行後端處遇時，發現個案為中風患者，認知功能嚴重下降，每次做心理治療都需家屬把個案從安養院帶到醫院治療，有無其他處遇方式代替？

伍、 研究結果與討論

最後，對於 RANT 處遇分流目前在高雄地區實施一年後，我們有幾個想法與建議，如下：

第一、有關 RANT 量表的 19 個題目：應搭配物質使用障礙症診斷標準嚴重度（依據精神疾病診斷準則手冊第五版）及本土化調整。目前 RANT 量表醫療需求評估是使用依據精神疾病診斷準則手冊第四版，而第四版跟第五版的評估是有差異的，而第五版有加入物質使用的嚴重度分類。至於再犯風險題目中，有關犯罪紀錄部分，在台灣使用是否需重新定義輕罪和重罪的範圍（目前雄檢採用為重罪為 5 年以上刑期，輕罪為 5 年以下刑期），亦可再進行討論。

第二、有關 RANT 量表操作者部分：因 RANT 量表同時涉及醫療與專業的評估，故目前仍需由醫院精神科專業人員評估（如受訓過的心理師等）及搭配地檢署所提供歷史犯罪資料，藉由雙方專業資料彙整期許真正發揮 RANT 量表再犯風險及醫療需求評估分流精神。

第三、分流後處遇方案部分：在美國藥事法庭使用 RANT 分流，後端有很豐富方案可供選擇並隨時調整。但反觀國內，目前社區、醫療、及司法均欠缺多元處遇方案可供選擇，尚須建構更多的處遇方案因應。

陸、 結論與限制

此項 RANT 戒癮治療分流處遇模式的提出是全國首創且具前瞻性，主要目標是希望讓毒品緩起訴處個案可以依再犯風險及醫療需求的程度不同，用 RANT 評估得到最適合自身的處遇。從高雄實際收到的個案與評估結果，可以確認緩起訴個案確實可以分成四個象限，也從資料發現黃金準則（Golden Standard）尿液篩檢結果，確實確認 RANT 有良好預測效度。

雖然實證資料與 RANT 評估結果能給予緩起訴處分者差異性的處遇，然而我國政策在實施上還有許多尚未到位的資源與方案。在高雄推行之際，確實發現面臨一些問題，例如司法、醫療專業人力不足、戒癮治療費用負擔及緩起訴期間再犯應否撤銷等等，此尚需引進外界更多資源與累積更多資料方能因應。

本研究屬於初步資料的呈現，研究有許多限制。第一是研究對象來自高雄地檢署，也並非隨機抽選個案，並沒有樣本代表性，可能在台灣其他地區會呈現不一樣的分布。第二是本研究並沒有對照組，無法分析參與 RANT 與沒有參與 RANT 的毒品犯，是否有系統性的差異。第三是緩起訴毒品犯接受分流處遇後，仍須一段時間的追蹤，才能進行初步的評估，我們將來研究將累積資料與評估處遇後的效果。

總體來說，分流處遇模式是可以實施的架構，評估工具 RANT 的評估內容及相關處遇制度的調整或是建置，則須建立在執行一段時間後，累積到足夠的資料、經驗與證據基礎下，才有辦法做出更精確且有科學化證據的建議。我們希望分流處遇模式的提出，讓整個戒癮治療機制走向整合性的多元處遇，且建制結構完整之網絡系統。

參考文獻

一、中文文獻

王雪芳、王宏文 (2017)。臺灣接受毒品緩起訴戒癮治療者再犯罪之分析。犯罪與刑事司法研究，27，1-41。

中華民國全國法規資料庫 (2019a) 管制藥品管理條例。六法全書。2019年5月6日，取自 <https://law.moj.gov.tw/LawClass/LawAll.aspx?PCode=L0030010>

中華民國全國法規資料庫 (2019b) 毒品危害防制條例。六法全書。2019年5月6日，取自 <https://law.moj.gov.tw/LawClass/LawAll.aspx?pcode=C0000008>

中華民國全國法規資料庫 (2019c) 毒品戒癮治療實施辦法及完成治療認定標準。六法全書。2019年5月6日，取自

<https://mojlaw.moj.gov.tw/LawContent.aspx?LSID=FL047294>

何明哲 (2009) 成年新犯毒品施用者特性及其繼續施用傾向相關因素之研究 (未出版碩士論文)，中央警察大學，桃園市，臺灣。

法務部 (2017) 新世紀反毒行動策略綱領 (核定版)。於2019年5月13日取自 <https://antidrug.moj.gov.tw/cp-7-5113-1.html>

李思賢、Festinger, D.D., Dugosh, K.L., 楊士隆、楊浩然、吳慧菁 (2014)。毒品再犯風險與醫療需求分流處置評量工具之研究。計畫編號：PG10302-0356。法務部司法官學院，法務部。

李思賢...Seymour, B. L. (2015) 毒品再犯風險與醫療需求分流處置評量工具之研究。載於法務部 (主編)，刑事政策與犯罪研究論文集 (18)，頁157-183。臺北市：法務部。

李思賢、Festinger, D.D.、楊士隆、吳慧菁 (2016) 犯罪人危險分級評估與再犯預測指標之研究案。計畫編號：PG10408-0073。法務部司法官學院，法務部。

廖定烈、鄭若瑟、吳文正、黃正誼、陳保中 (2013) 物質成癮及治療：國內臨床服務的十年進展。家庭醫學與基層醫療，28(11)，299-304。

二、外文文獻

Andrews, D. A., & Bonta, J. (2010). *The psychology of criminal conduct* (5th ed.). New Providence, NJ: LexisNexis.

Bhati, A. S., Roman, J.K., & Chalfin, A. (2008). *To treat or not to treat: Evidence on the prospects of expanding treatment to drug-involved offenders*. Washington,

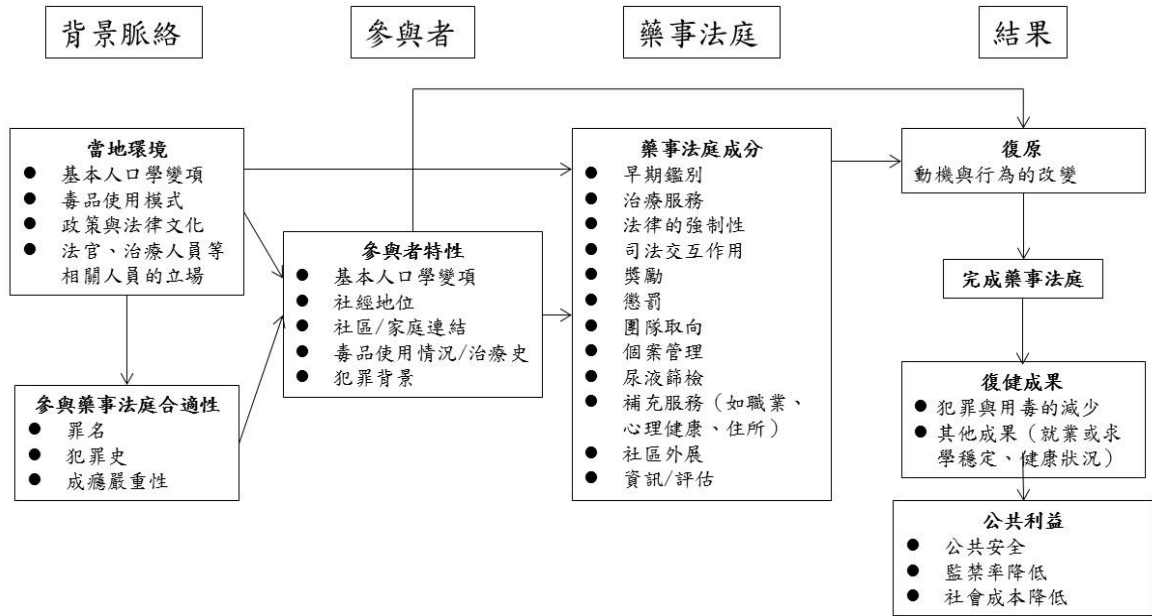
- DC: The Urban Institute.
- Belenko, S., & Peugh, J. (2005). Estimating drug treatment needs among state prison inmates. *Drug and Alcohol Dependence*, 77, 269–281.
- Baler, R. D., & Volkow, N. D. (2006). Drug addiction: The neurobiology of disrupted self-control. *Trends in Molecular Medicine*, 12, 559–566.
- Butzin, C. A., Saum, C. A., & Scarpitti, F. R. (2002). Factors associated with completion of a drug treatment court diversion program. *Substance Use & Misuse*, 37, 1615-1633.
- Carey, S. M., Finigan, M. W., & Pukstas, K. (2008). Exploring the key components of drug courts: A comparative study of 18 adult drug courts on practices, outcomes and costs. Portland, OR: NPC Research. Available at www.npcresearch.com.
- Chandler, R. K., Fletcher, B. W., & Volkow, N. D. (2009). Treating drug abuse and addiction in the criminal justice system: Improving public health and safety. *Journal of the American Medical Association*, 301, 183-190.
- Chou, Y.C., Shih, S.F., Tsai, W.D., Li, C.R., Xu, K., & Lee, T.S.H. (2013). Improvement of quality of life in methadone treatment patients in northern Taiwan: a follow-up study. *BMC Psychiatry*, 13:190. doi:10.1186/1471-244X-13-190.
- Cissner, A., & Rempel, M. (2005). The State of Drug Court Research: Moving Beyond 'Do They Work?' Center for Court Innovation. Retrieved at May 6, 2019 from <https://www.courtinnovation.org/publications/state-drug-court-research-moving-beyond-do-they-work>
- Dackis, C., & O'Brien, C. (2005). Neurobiology of addiction: Treatment and public policy ramifications. *Nature Neuroscience*, 8, 1431–1436.
- De Leon, G., Melnick, G., & Cleland, C. M. (2010). Matching to sufficient treatment: Some characteristics of undertreated (mismatched) clients. *Journal of Addictive Diseases*, 29, 59-67.
- DeMatteo, D. S., Marlowe, D. B., & Festinger, D. S. (2006). Secondary prevention services for clients who are low risk in drug court: A conceptual model. *Crime & Delinquency*, 52, 114-134.
- Dugosh, K. L., Festinger, D. S., Clements, N. T., & Marlowe, D. B. (2014).

- Alternative tracks for low-risk and low-need participants in a misdemeanor drug court: Preliminary outcomes. National Drug Court Institute, 9(1), 43.
- Fielding, J. E., Tye, G., Ogawa, P. L., Imam, I. J., & Long, A. M. (2002). Los Angeles County drug court programs: Initial results. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 23, 217–224.
- Goldstein, R. Z., Craig, A. D., Bechara, A., Garavan, H., Childress, A. R., Paulus, M. P., & Volkow, N. D. (2009). The neurocircuitry of impaired insight in drug addiction. *Cell*, 13, 372–380.
- Lowenkamp, C. T., & Latessa, E. J. (2005). Increasing the effectiveness of correctional programming through the risk principle: Identifying offenders for residential placement. *Criminology & Public Policy*, 4, 263–290.
- Lyu, S.Y., Su, L.W., & Chen, Y.M. (2012). Effects of education on harm-reduction programmes. *Lancet*. 4;379(9814):e28-30. doi: 10.1016/S0140-6736(11)60786-1.
- Marlowe, D. B., Patapis, N. S., & DeMatteo, D. S. (2003). Amenability to treatment of drug offenders. *Federal Probation*, 67, 40–46.
- McCord, J. (2003). Cures that harm: Unanticipated outcomes of crime prevention programs. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 587, 16–30.
- Nutt, D., King, L. A., Saulsbury, W., & Blakemore, C. (2007). Development of a rational scale to assess the harm of drugs of potential misuse". *The Lancet*. 369 (9566): 1047–1053. doi:10.1016/S0140-6736(07)60464-4. PMID 17382831.
- Taxman, F. S., & Marlowe, D. B. (Eds.).(2006). Risk, needs, responsivity: In action or inaction? [Special Issue]. *Crime & Delinquency*, 52(1).
- Vieira, T. A., Skilling, T. A., & Badali-Peterson, M. (2009). Matching court-ordered services with treatment needs: Predicting treatment success with young offenders. *Criminal Justice & Behavior*, 36, 385–401.

附錄

附錄一

圖 1 整體的藥事法庭背景與運作



再犯風險與醫療需求分流象限分佈圖

