

臺灣高等檢察署114年委託研究案



建構毒品緩起訴個案處遇分流評估量表及分流處

遇方案

期末研究報告

受委託單位：國立清華大學

計畫主持人：國立清華大學科技法律研究所副教授 連孟琦

協同主持人：國立臺灣大學心理學系兼任助理教授 鄧善娟

研究人員：簡辰芳

研究計畫案號：1140218SC

計畫經費：新臺幣113萬元整

計畫期程：中華民國114年3月10日至114年12月31日

中華民國114年12月26日印製

（本案內容純係研究團隊之觀點，不應引申為委託機關之意見）

摘要

自2008年修法允許檢察官對施用毒品罪被告為附條件緩起訴處分以來，毒品施用者獲緩起訴的比例逐漸增加，且為因應戒癮處遇多元性的需求，2020年修法使緩起訴處遇內容由僅能「附命完成戒癮治療」單一條件之規定，放寬得為多種不同附條件的處分。而如何協助檢察官針對特定緩起訴個案作出適切之處遇，以最大化緩起訴處分的戒癮成效，則亟需仰賴篩選或分流處遇的評估工具。

為建構合適的處遇分流評估工具，以期能藉由此工具辨識易完成或易撤銷緩起訴處分的個案，並針對易撤緩之個案增加更完善的處遇，以提升緩起訴處分的完成率及效能。本研究團隊於2020年起開始針對臺北地檢署第二級毒品緩起訴個案進行研究，藉由蒐集這些個案的毒品施用歷程、戒毒復原指標、前科紀錄等資料，和持續追蹤他們的緩起訴處分履行狀況至2022年，來探究影響緩起訴撤銷率的關鍵因素，並依此建構初步的處遇分流評估量表。

2023年起我們再次於臺北地檢署招募第二級毒品緩起訴個案並加以追蹤，預計兩年後他們的緩起訴處分期滿時，結合其緩起訴處分履行狀況資料，來檢驗該處遇分流評估量表預測個案撤緩風險的效度。2024年起更擴大樣本範圍，將高雄地檢署的第二級毒品緩起訴個案納入檢驗評估量表之研究參與者，以期能以更大量、更具代表性的樣本來進行預測效度的檢驗與評估量表的修改。

今年度研究有三個主要目標：（一）以2023年起所蒐集並持續追蹤之北檢個案資料，檢驗先前建構之處遇分流評估量表對於這些個案撤緩風險的預測效度。（二）參照該評估量表之撤緩風險評估結果，對照目前緩起訴處分之條件內容，擬制初步的緩起訴處遇分流模型，協助檢察官針對不同撤緩風險之個案，制訂初步的緩起訴處遇方案，以擴大緩起訴處遇的適用可能性。（三）持續招募雄檢個案為研究參與者，追蹤他們的緩起訴處分履行狀況，並以目前所取得之緩起訴處分履行狀況資料，來檢驗先前建構之處遇分流評估量表對雄檢個案撤緩風險的預測效度，

探討此量表能否跨區使用，以及未來擴大使用區域時可能需要的修改方向。

本研究結果顯示，先前建構的處遇分流評估量表能有效預測北檢個案的緩起訴撤銷率，顯示該量表具備實務應用潛力，可作為檢察官初步評估個案緩起訴處分方案的參考依據。然而，初步分析亦顯示該量表對雄檢個案撤緩風險的預測穩定度略顯不足，顯示其跨地區適用性仍需進一步驗證與校正。此外，本研究所建構之處遇分流模型試圖釐清不同撤緩風險個案的處遇需求，未來可透過追蹤此模型導入後的個案緩起訴處分履行結果，評估該模型對於提升緩起訴完成率與整體緩起訴處遇效能的實際影響，並據以調整模型內容以提升應用的準確性。整體而言，本研究建立了以實證資料為基礎之緩起訴處遇分流評估量表與相對應的處遇分流模型，為司法機關推動精準分流決策與提升戒癮處遇成效提供了可行的工具與實證依據。

關鍵詞：毒品緩起訴個案、戒癮治療、分流處遇

Abstract

Since the amendment to the Narcotics Hazard Prevention Act in 2008, which allowed prosecutors to grant deferred prosecution for drug offenders, the proportion of drug abusers sentenced to deferred prosecution with the condition of completing addiction treatment has gradually increased. To meet the demand for more diverse addiction treatment options, a subsequent amendment in 2020 expanded the available options for deferred prosecution from a single condition—mandatory completion of addiction treatment—to a wider variety of dispositions. To assist prosecutors in making appropriate dispositions for specific cases and thus maximizing the effectiveness of the intervention for addiction recovery, there is an urgent need for assessment tools that can screen or divert offenders to suitable treatments.

To develop an appropriate diversion assessment, aiming to identify cases likely to successfully complete or be revoked from deferred prosecution, and to provide more comprehensive interventions for those at high risk of revocation, thereby improving the completion rate and effectiveness of the deferred prosecution order, our research team began studying scheduled II drug deferred prosecution cases from the Taipei District Prosecutors Office in 2020. We collected data on these individuals' drug use history, addiction recovery indicators, and prior criminal records. By continuously tracking their compliance with deferred prosecution orders until 2022, we explored the key factors influencing the revocation rate and, based on these findings, developed a preliminary diversion assessment.

In 2023, to examine the predictive validity of the preliminary diversion assessment, we recruited a new sample of scheduled II drug deferred prosecution cases from the Taipei District Prosecutors Office and started to track their compliance of the deferred prosecution order. In 2024, we expanded the study by including cases from the Kaohsiung District Prosecutors Office to examine and modify the preliminary diversion assessment with a larger and more representative sample.

This year's study has three aims: (1) examining the predictive validity of the preliminary diversion assessment with data collected and tracked from Taipei cases since 2023; (2) developing corresponding intervention programs that align with the risk of revocation predicted by the tool to establish an initial diversion model and enable prosecutors to quickly evaluate the risk of revocation and formulate preliminary intervention strategies for drug offenders; (3) continuing recruiting cases from Kaohsiung District Prosecutors Office as study participants and track their compliance of the deferred prosecution order, and use the collected data to examine the predictive validity of the preliminary diversion assessment for Kaohsiung cases. This analysis will explore whether the assessment can be applied across different regions and identify potential adjustments needed for future expansion of its use.

The results of this study indicate that the previously developed diversion assessment effectively predicts the deferred prosecution revocation rate among Taipei cases, demonstrating its practical potential as a reference tool for prosecutors in formulating preliminary deferred prosecution plans. However, preliminary analyses also show that this assessment's predictive stability for Kaohsiung cases is somewhat limited, suggesting that its cross-regional applicability requires further validation and calibration.

In addition, the diversion model constructed in this study aims to clarify the treatment needs of individuals with varying levels of revocation risk. Future research may track case outcomes following the implementation of this model to evaluate its actual impact on improving completion rates and overall effectiveness of the deferred prosecution, and adjust the model accordingly to enhance its accuracy.

Overall, this study established an evidence-based diversion assessment and corresponding diversion model for deferred prosecution cases, providing judicial authorities with a feasible tool and empirical foundation for implementing precision diversion decisions and improving addiction treatment outcomes.

keywords: drug abusers with deferred prosecution, addiction treatments, diversion of treatments

目錄

壹、研究主旨	1
貳、背景分析	2
參、研究一	15
一、研究方法	16
二、研究發現	20
三、初步緩起訴處遇分流模型	22
肆、研究二	25
一、研究方法	25
二、研究發現	25
伍、綜合討論與研究限制	28
陸、建議事項	30
柒、期末經費使用說明	31
捌、參考書目與資料	32
附件一 處遇分流評估量表（2022 年研究成果）	38
附件二 緩起訴撤銷風險估算 excel 工作表示意圖（2022 年研究成果）	40
附件三 施測用問卷	41

圖次

圖一 全國地方檢察署查獲各級毒品施用人數（案件還原人數）	3
圖二 全國地方檢察署毒品施用者附命完成戒癮治療緩起訴處分比例.....	4
圖三 全國地方檢察署附命戒癮治療緩起訴處分案件撤銷比率.....	5
圖四 全國地方檢察署毒品緩起訴個案的緩護療未完成率.....	6
圖五 全國地方檢察署戒癮治療緩起訴處分者遭撤銷原因.....	6
圖六 紀致光（2020）毒品個案多元處遇分流篩選考量構面.....	12
圖七 處遇分流評估量表預測樣本二北檢個案緩起訴處分履行狀況的 ROC 曲線（ $AUC = .63$ ）	21
圖八 處遇分流評估量表所預測之樣本二北檢個案不同撤緩風險組的實際 撤緩率.....	21
圖九 初步緩起訴處遇分流模型.....	24
圖十 處遇分流評估量表預測雄檢個案緩起訴處分履行狀況的 ROC 曲線 （ $AUC = .66$ ）	27
圖十一 處遇分流評估量表所預測之雄檢個案不同撤緩風險組的實際撤緩 率.....	27

表次

表一 預測撤緩率之邏輯斯迴歸模型結果摘要	16
表二 樣本二北檢個案撤緩率估計值預測實際緩起訴履行狀況（完成/撤銷）之邏輯斯迴歸模型結果摘要.....	20
表三 雄檢個案撤緩率估計值預測實際緩起訴履行狀況（完成/撤銷）之邏輯斯迴歸模型結果摘要	26

壹、研究主旨

自2008年修法允許檢察官對施用毒品罪被告為附條件緩起訴處分以來，毒品施用者獲緩起訴的比例逐漸增加，且為因應戒癮處遇多元性的需求，2020年修法使緩起訴處遇內容由僅能「附命完成戒癮治療」單一條件之規定，放寬得為多種不同附條件的處分。而如何協助檢察官針對特定緩起訴個案作出適切之處遇，以最大化緩起訴處分的戒癮成效，則亟需仰賴篩選或分流處遇的評估工具。

為建構合適的處遇分流評估工具，以期能藉由此工具辨識易完成或易撤銷緩起訴處分的個案，並針對易撤緩之個案增加更完善的處遇，以提升緩起訴處分的完成率及效能。本研究團隊於2020年起開始針對臺北地檢署第二級毒品緩起訴個案進行研究，藉由蒐集這些個案的毒品施用歷程、戒毒復原指標、前科紀錄等資料，和持續追蹤他們的緩起訴處分履行狀況至2022年，來探究影響緩起訴撤銷率的關鍵因素，並依此建構初步的處遇分流評估量表。

2023年起我們再次於臺北地檢署招募第二級毒品緩起訴個案並加以追蹤，預計兩年後他們的緩起訴處分期滿時，結合其緩起訴處分履行狀況資料，來檢驗該處遇分流評估量表預測個案撤緩風險的效度；2024年起更擴大樣本範圍，將高雄地檢署的第二級毒品緩起訴個案納入檢驗評估量表之研究參與者，以期能以更大量、更具代表性的樣本來進行預測效度的檢驗與評估量表的修改。

今年度研究有三個主要目標：（一）以2023年起所蒐集並持續追蹤之北檢個案資料，檢驗先前建構之處遇分流評估量表對於個案撤緩風險的預測效度。（二）參照該評估量表之撤緩風險評估結果，對照目前緩起訴處分之條件內容，擬制初步的緩起訴處遇分流模型，協助檢察官針對不同撤緩風險之個案，制訂初步的緩起訴處遇方案，以擴大緩起訴處遇的適用可能性。（三）持續招募雄檢個案為研究參與者，追蹤他們的緩起訴處分履行狀況，並以目前所取得之緩起訴處分履行狀況資料，來檢驗先前建構之處遇分流評估量表對雄檢個案撤緩風險的預測效度，探討此量表能否跨區使用，以及未來擴大使用區域時可能需要的修改方向。

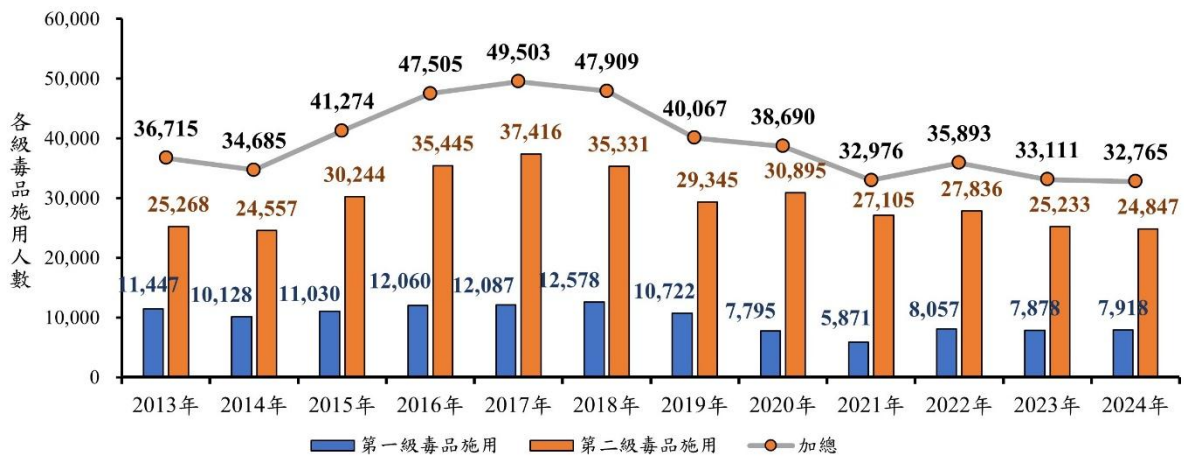
貳、背景分析

臺灣自1998年毒品危害防制條例修正公布後，毒品施用者的刑事定位已逐漸由只接受刑罰制裁的「犯人」轉變為需接受治療的「病患型犯人」；而為落實「治療優先於刑罰」的理念，行政院先於2008年依當時修正公布之毒品危害防制條例第24條第3項¹授權訂定「毒品戒癮治療實施辦法及完成治療認定標準」，並公告第一級毒品（海洛因、嗎啡、鴉片、古柯鹼及其相類製品）施用者為附命完成戒癮治療緩起訴處分之實施對象，之後行政院又於2013年再公告將第二級毒品（罌粟、古柯、大麻、安非他命、配西汀、潘他唑新及其相類製品）施用者增列為實施對象。

第一、二級毒品施用者戒癮治療概況

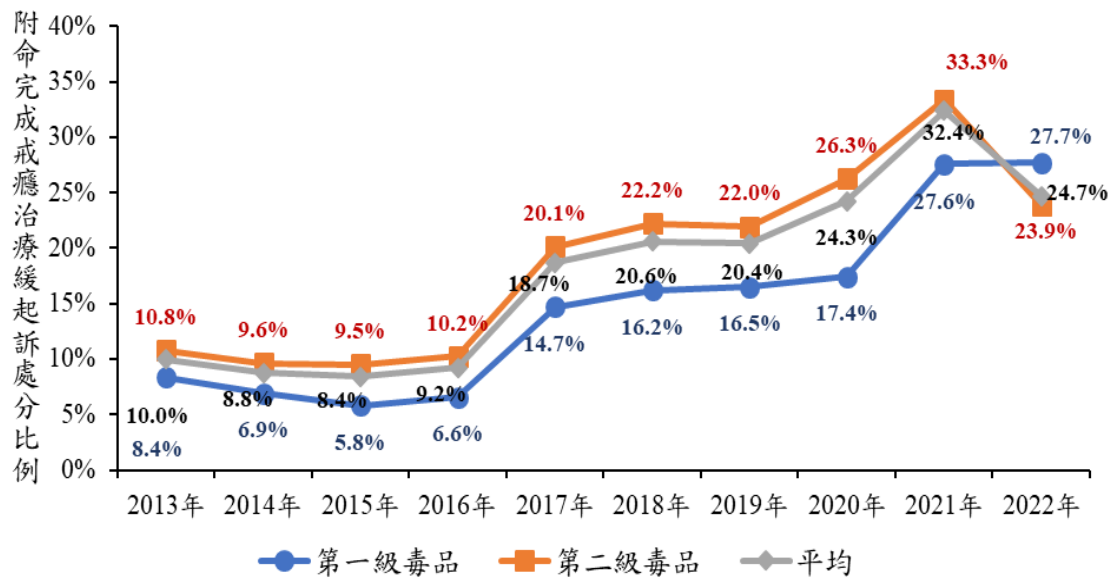
根據法務部統計，近十年來，第二級毒品儼然成為國內毒品的主流（見圖一）。從2015年開始，第二級毒品施用人數已超過三萬人；並在2017年達到高峰，成長至將近四萬人，此時第二級毒品施用人數（37,416）已超過第一級毒品施用人數（12,087）的三倍。此後，施用第二級毒品的人數雖有減少，至2024年時仍為第一級毒品施用人數的三倍以上。

¹ 2020年1月15日公布之新修正第24條原第3項移列為第4項，並酌作文字修正。



圖一 全國地方檢察署查獲各級毒品施用人數（案件還原人數）
（本研究團隊依照以下資料來源製圖：臺灣高等檢察署科技偵查資料中心、統計室2025年2月13日）

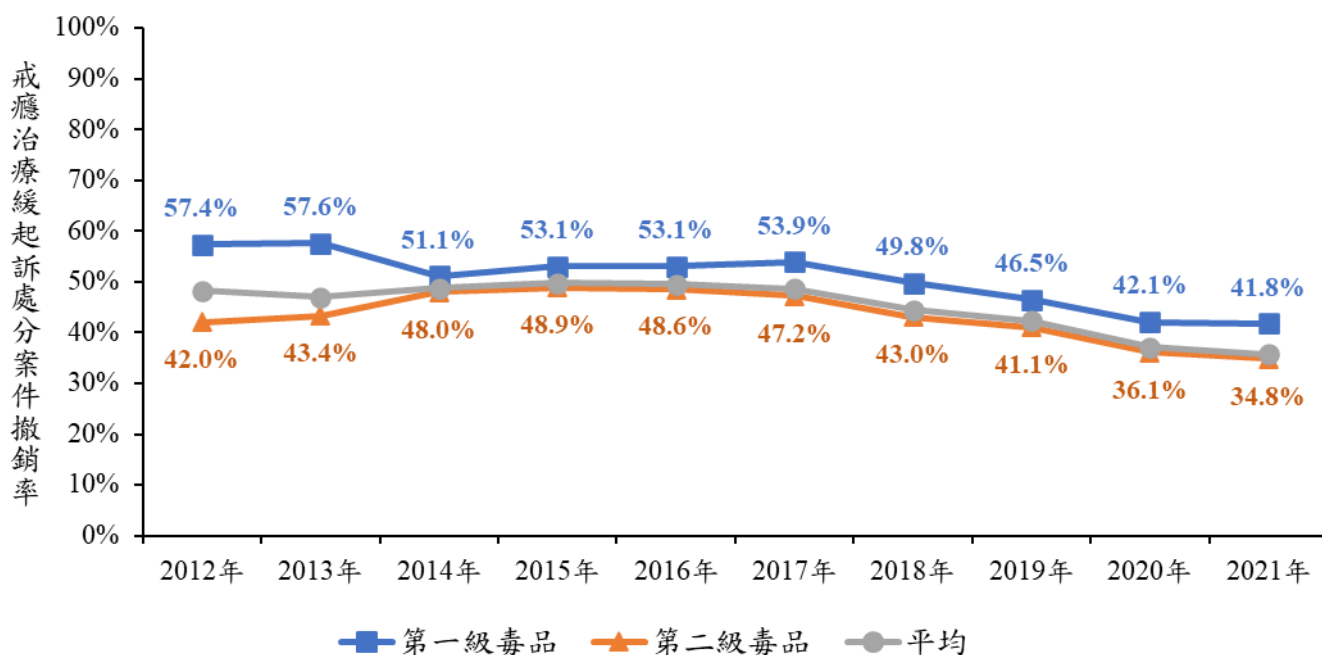
針對施用第一、二級毒品之案件類型，檢察官偵查終結後為「附命完成戒癮治療人數」占「起訴及緩起訴處分人數」的比例的部分（圖二），自2013年至2016年，附命完成戒癮治療緩起訴處分之比例均介於9%~11%，2017年法務部督促所屬積極辦理附命完成戒癮治療緩起訴處分（新世代反毒策略，2017年），故自該年起，每年附命完成戒癮治療緩起訴處分之比例均超過20%，並於2021年達到高峰，施用第一、二級毒品者受附命完成戒癮治療緩起訴處分之比例分別為27.6%和33.3%。2022年施用第二級毒品者受附命完成戒癮治療緩起訴處分之比例則大幅降至23.9%，但仍超過20%。



圖二 全國地方檢察署毒品施用者附命完成戒癮治療緩起訴處分比例
（本研究團隊依照以下資料來源製圖：臺高檢統計室，人數統計為同年度一人犯多案者，以一人計）

雖然，近十多年來毒品施用者附命完成戒癮治療緩起訴處分的比例有增長的趨勢，但遭撤銷緩起訴處分的比例也相當高。自2012年起至2021年底，共有49,921位毒品施用者遭判處附命完成戒癮治療緩起訴處分，截至2023年底，共26,265人（占52.6%）期滿完成，21,881人（占43.8%）的緩起訴遭撤銷²。施用第一級毒品者共10,636人，其中有4,862人（占45.7%）期滿完成，5,344人（占50.2%）的緩起訴遭撤銷；施用第二級毒品者共39,285人，其中有21,403人（占54.5%）期滿完成，16,537人（占42.1%）的緩起訴遭撤銷（每年度第一、二級毒品個案的緩起訴處分撤銷率請見圖三）。

²另有 3.6%的附命完成戒癮治療緩起訴處分案件終結情形被歸類為「其他」。

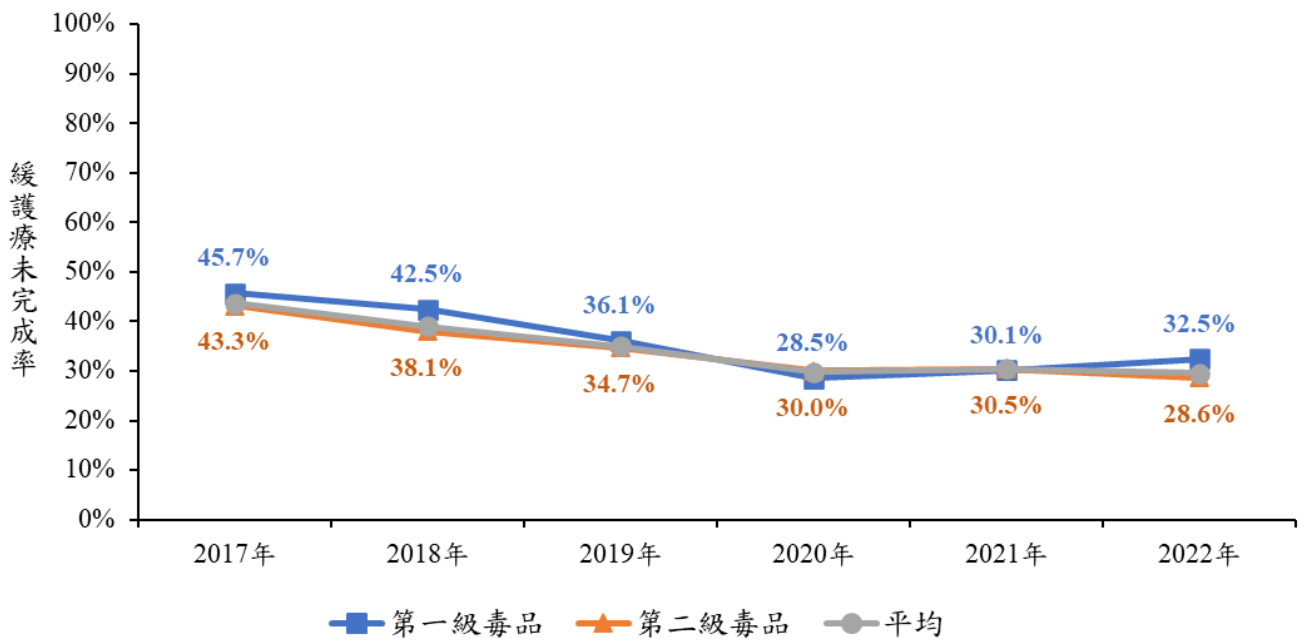


圖三 全國地方檢察署附命戒癮治療緩起訴處分案件撤銷比率
 （本研究團隊依照以下資料來源製圖：臺高檢統計室。圖中顯示的數值為該年度遭判處附命戒癮治療緩起訴處分者於兩年後期滿前緩起訴遭撤銷之比例）

在戒癮治療（緩護療）履行狀況方面，自2017年起至2021年底³，共有41,572位毒品緩起訴個案接受為期一年之戒癮治療，截至2023年底，共25,731人（占61.9%）履行完成，14,498人（占34.9%）未履行完成⁴。施用第一級毒品者共8,368人，其中有4,867人（占58.2%）履行完成，3,069人（占36.7%）未履行完成；施用第二級毒品者共33,204人，其中有20,864人（占62.8%）履行完成，11,429人（占34.4%）未履行完成（每年度第一、二級毒品緩起訴個案的緩護療未完成率請見圖四）。

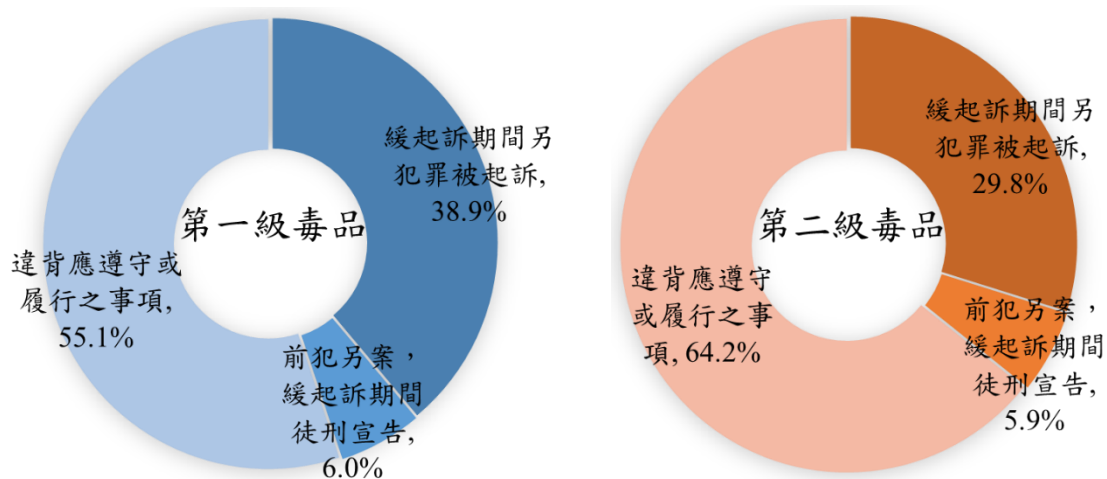
³ 大部分地檢署於2016年以前將緩護療履行狀況併入緩護命履行狀況紀錄，故無法單獨分析緩護療履行狀況。

⁴ 另有3.2%個案之緩護療終結情形被歸類為「其他」。



圖四 全國地方檢察署毒品緩起訴個案的緩護療未完成率
（本研究團隊依照以下資料來源製圖：臺高檢統計室。圖中顯示的數值為該年度遭判處附命戒癮治療緩起訴處分者於一年後未完成戒癮治療之比例）

此外，自2013年起至2022年，第一、二級毒品個案之緩起訴經撤銷主因均為「違背應遵守或履行之事項」，分別占55.1%和64.2%，其次則為「緩起訴期間另犯罪被起訴」，分別占38.9%和29.8%（圖五）。



圖五 全國地方檢察署戒癮治療緩起訴處分者遭撤銷原因
（本研究團隊依照以下資料來源製圖：臺高檢統計室，人數統計為同年度一人犯多案者，以一人計，並以同年度一人撤銷多件者，以一人計）

由上述的統計分析整理可知，台灣近十年來第二級毒品施用人口持續攀升，而為了更有效的幫助毒品施用者戒除毒癮，除了原有的機構內處遇（觀察勒戒、強制戒治）外，政府也積極開拓機構外處遇的模式，大幅提升了附命完成戒癮治療之緩起訴處分的比例。

毒品緩起訴個案之特殊性

在楊士隆、李思賢、束連文（2014）針對260名戒治所和146名地檢署之緩起訴處分個案的調查研究發現，進入戒治所接受監禁式戒癮治療之個案與接受機構外戒癮治療之個案，在年齡分布、教育程度以及物質濫用或藥物依賴的狀況有顯著的差異。在年齡分布方面，雖然兩組人的年紀均主要集中在18~40歲（分別占70.4%、87.0%），但戒治所個案在41歲以上所占之比例（23.0%）較緩起訴個案多（13.0%）。教育程度方面，緩起訴個案顯著高於戒治所個案，兩組個案的最高學歷均有超過四成的比例是高中職（緩起訴：47.3%；戒治所：44.8%），但前者最高學歷為大專院校以上的比例高於後者（緩起訴：38.4%；戒治所：7.7%），後者則在最高學歷為國中小的比例高於前者（緩起訴：14.4%；戒治所：47.5%）。在物質濫用方面，戒治所個案則顯著較緩起訴個案嚴重，不論是在入所前三十天飲酒和使用非法藥物的天數，或是一年內飲酒和使用非法藥物的月數，前者均顯著較後者多。

本研究團隊於2020年執行之研究計畫「建構二級毒品者之施用歷程、戒毒復原指標及分流處遇模型」的發現與上述研究結果相似，在針對194位臺灣臺北地方檢察署第二級毒品緩起訴個案所進行之調查發現，第二級毒品緩起訴個案主要為年齡介於19~40歲的單身男性（占73.2%）；他們的教育程度高，最高學歷為大專院校以上者將近七成，絕大多數有一份固定且正當的工作（占96.7%）；他們藥物濫用的情況也較輕，近七成的人施用毒品的時間在五年以下，而醫師診斷和個案自評的成癮嚴重度也偏低。

此外，本研究團隊更進一步發現，第二級毒品緩起訴個案自評有不錯的身心健康狀況以及社會支持，在這些個案當中，分別有12%與38%的人自述患有心理與生理疾患，在人際關係方面，個案自評有不錯的家

庭支持、且有將近半數之個案自評已與毒友切斷往來。雖然這部分的測量以自評量表為主，無法完全排除社會期許的混淆，但這樣的結果顯示這些個案本身具備減少復發機率的有利條件。

綜上所述，緩起訴處分個案大多正值壯年期、教育程度高，且成癮問題較為輕微，相較於戒治所個案，這些個案較適合在維持其社會功能運作的情境，亦即在保有原工作角色與家庭生活等維持基本功能的情況下，於社區接受專業的醫療協助，以自主戒毒的方式來戒除毒癮。且將其留在社區中，對於保持國家生產力也會有所助益。然而，從法務部的統計資料來看，近十年以來，仍有超過四成的緩起訴處分個案遭撤銷緩起訴，這也意涵了目前針對這些個案所施行的緩起訴處遇方案之適切性仍有需要改善之處。

現行緩起訴處分附命戒癮治療的成效與可能的影響因素

隨著緩起訴處分附命戒癮治療的比例增高，國內也開始有研究探討其效益以及戒癮成效的預測因子。惟目前相關研究仍相當稀少，僅有三篇研究在進行相關的探討，分別針對第二級以及第一級毒品緩起訴個案，探討戒癮治療的成效與影響成效的可能因素（曾靖紘，2013；湯瑋峪，2016；林俊杰，2016）。

曾靖紘（2013）針對主要施用安非他命的緩起訴個案，探討他們接受為期十四個月認知行為治療（包含4次個別訪談與8次團體治療）的戒癮成效。結果發現，能完成治療者，自評一個月內施用安非他命天數顯著下降，且心理健康狀態、身體健康狀態及生活品質均顯著上升。但是，此研究未探討無法完成治療之個案（約占30%，包含未依指定時間接受治療者，以及因再犯而遭逮捕致治療中斷者）的特質，因而難以得知哪些個案適合或不適合此類治療。

後來，湯瑋峪（2016）針對第二級毒品緩起訴個案，探討完成一年心理社會支持性團體（包含20次的團體治療，每次2小時）的治療成功率，也探討在各治療階段分別流失的個案特質。結果發現，約有37%個案完成治療，其中，個案的家庭支持越強、身邊販毒的朋友越少，則完成治療的機率越高；而當個案的毒品和非毒品案件的服刑次數、曾接受

戒癮治療的次數均越多時，治療的流失率則會越高。

林俊杰（2016）則以接受替代療法的第一級毒品緩起訴個案為對象，探討「個人因素」與「自評治療的實質益處」，兩者之間是否有顯著關聯。研究結果發現，個案在參加治療之前平均每週施用海洛因的次數越少、接受美沙冬替代療法的次數越少、參與該次緩起訴替代療法有獲家人支持、以及參與替代療法越能持續服藥者，其自評療效（例如：生活較為規律、減少施用海洛因的慾望）越好。

建構毒品緩起訴個案分流處遇的重要性

不同於曾靖紘（2013）僅探討戒癮治療的成效，另兩篇研究（林俊杰，2016；湯瑋峪，2016）皆更進一步探討同一治療方案，對不同緩起訴個案的適用程度。從上述文獻探討可知，即使提供同一治療，對於不同背景與特質差異的緩起訴個案而言，接受戒癮治療的成效也會有相當大的差異，而影響成效的因素也不盡相同，這也呼應了美國國家藥物濫用研究所（National Institute on Drug Abuse, NIDA）（2018）所提的觀點：「沒有一種治療方法可以適用於所有藥癮者」。

另外，司法處遇常以毒品施用者的再犯率作為評估成效的指標依據（楊冀華，2017）。過去研究顯示，當成癮者接受不合適的治療時，反而可能導致更高的再犯率（e.g., De Leon, Melnick, & Cleland, 2008, 2010; Karno & Longabaugh, 2007; Vieira et al., 2009）。例如：在面對尚未了解自身用藥成因與需求的毒品施用者時，逕行採用認知行為治療，要求個案執行戒癮計畫，不僅無法與其建立信賴關係，甚至可能引發強烈反彈。然而，若治療者先透過動機式晤談引導個案覺察並反思毒品帶來的影響及後果，進而引發戒癮動機，或許更能有效幫助個案解決成癮問題，提升戒癮成效。而上述的研究結果和觀點也突顯了針對毒品緩起訴個案建構分流的多元處遇的重要性。

為因應戒癮處遇多元性的需求，2020年1月15日毒品危害防制條例第24條修正公布，將原先檢察官對施用第一、二級毒品者為緩起訴僅能「附命完成戒癮治療」單一條件之規定，放寬得適用刑事訴訟法第二百五十三條之二第一項第四款至第六款或第八款規定，使毒品緩起訴個案

能獲得有利於戒除毒品之適當且多元處遇，此後檢察官得為多種不同附條件的緩起訴處分，諸如完成戒癮治療、精神治療、心理輔導、提供義務勞務或其他適當之處遇措施。這樣的修法方向，與美國毒品法庭之設立理念相合，惟美國毒品法庭係以毒品相關專業團隊整合、以法官為主體斟酌給予適合被告之處遇監督措施，而我國則是社區處遇之分散模式，以檢察官為主體決定對個案附何種條件，所以亟需仰賴篩選工具或分流模型協助檢察官，進行評估、分流以決定之。而根據美國毒品法庭專業人員協會（NADCP）於《成人毒品法庭最佳實踐標準》（Adult Drug Court Best Practice Standards, 2013）文獻中指出，藉由使用標準化及具實證基礎的篩選及評估工具，除了能大幅提升毒品法庭之成效及降低成本，同時也提供適合被告之處遇監督措施，使處遇方案成效最大化。

因此，為協助檢察官針對毒品緩起訴個案作出適切之處遇，以最大化緩起訴處分的戒癮成效，串聯多方面資料，針對毒品緩起訴個案建構分流之多元處遇是至關重要的。接下來，將根據過去相關文獻及本研究團隊過去研究發現，探討第二級毒品緩起訴個案之處遇分流的可能依據。

建構處遇分流模型的關鍵因素

若要建構處遇分流模型，可以從兩個面向著手：（1）探討可能影響緩起訴處分附命戒癮治療履行完成與否的因素，以初步區分不適用於現行緩起訴處遇之個案的特徵、（2）釐清可能影響不同處遇之戒癮成效的因素，以區分適用不同處遇之毒品個案的特徵。目前國內各有一篇研究試圖探討上述二議題。

賴擁連曾於2019年進行一個橫斷式的研究，針對兩類正接受不同司法處遇情況的毒品施用者，包含目前正在進行且接近完成緩起訴處分附命戒癮治療者（受處分者），以及被撤銷緩起訴後在監獄服刑者（受刑人），以問卷調查的方式，比較兩群個案於緩起訴期間在工作穩定度、生活型態、家人與友伴的偏差行為等面向的差異。研究結果顯示，在緩起訴期間，相較於受刑人，受處分者有顯著較高的比例擁有穩定的工作、經濟壓力也顯著較小，受處分者主觀評估父親、配偶、兄弟與友伴的偏差行為（例如：酗酒、賭博、犯罪前科、施用毒品）顯著較少，自評有

顯著較少的偏差生活型態（例如：三餐與住所不穩定、作息日夜顛倒）與偏差的日常活動（例如：整天在家玩電動、出入舞廳、夜店、撞球場）。然而，兩群個案填寫問卷所依據的情況與時間略有不同：前者仍處於緩起訴期間，只需報告當下的狀態即可；但後者已在監獄服刑，須回憶自身過去緩起訴期間的情況來填寫問卷，而此種回溯性的資料調查方法可能會受到記憶或當下處境影響而有所限制。

另外，為初步建構可能的處遇分流模型，紀致光（2020）深入訪談毒品戒治相關領域的第一線從業人員與主管，包含地方檢察署的主任檢察官、檢察官、觀護人、矯正署的毒品業務主管、成癮防治科的醫師與護理師、衛生福利部與地方戒治所的心理師、毒品危害防制中心的個管師，透過整合相關的實務經驗，試圖篩選出重要的處遇分流評估項目。然後，他再進一步將這些評估項目依照影響戒癮成效的權重加以排序，由重至輕分別為：（1）對醫療協助的需求性、（2）戒毒動機、（3）社區戒毒的適合性、（4）重大犯罪前科次數、（5）在社區可使家庭成員受照顧、（6）從事施用毒品以外犯罪之可能性、（7）在社區有利於個案家庭經濟狀況、（8）在社區有利於個案家庭和諧、（9）在社區吸毒行為之可責性。

接著，紀致光（2020）將上述項目分別歸類到兩個主要概念：「健康改善需求性」及「社區處遇合適性」。前者與個案對醫療協助的需求，以及是否具有其他共病有關，包含「針對個案對醫療協助需求」與「個案的戒毒動機」此二評估項目。後者則與個案的吸毒可責性與再犯次數有關，剩餘的七個評估項目屬之。

而依照毒品施用者在此二主要概念的高低程度，紀致光（2020）進一步提出四個處遇方向（見圖六）：

（一）緩起訴處分：社區觀護方案

篩選標準：健康改善需求性「低」，社區處遇合適性「高」。

分類描述：成癮嚴重度輕微，自我控制力尚佳。

可提供處遇方向：定期向觀護人報到、定期或隨機給予尿液採驗。

（二）緩起訴處分：社區戒癮方案

篩選標準：健康改善需求性與社區處遇合適性均「高」。

分類描述：成癮嚴重度達中重度，自我控制力較差。

可提供處遇方向：除定期向觀護人報到及尿液採驗以外，尚需專業協助，例如透過心理師的心理輔導，提升個案戒癮動機與穩定改變行為。

（三） 緩起訴處分：機構戒癮方案

篩選標準：健康改善需求性「高」，社區處遇合適性「低」。

分類描述：明顯難以在社區控制毒品使用，需要隔離式的戒癮處遇，協助調養身心，進而調整與建立良好習慣與功能。

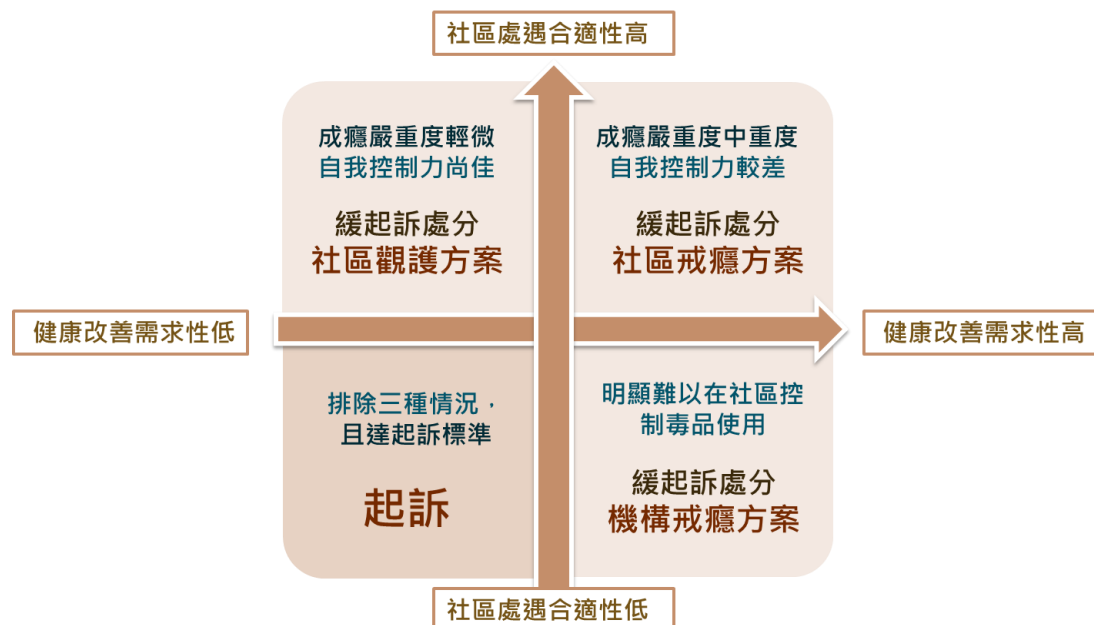
可提供處遇方向：住院治療。

（四） 起訴

篩選標準：健康改善需求性與社區處遇合適性均「低」。

分類描述：排除上述三種情況且達起訴標準。

可提供處遇方向：依照罪行起訴處分。



圖六 紀致光（2020）毒品個案多元處遇分流篩選考量構面

總結來看，紀致光（2020）主要是從司法的層面與毒品施用者的社會功能是否健全，來探討毒品施用者是否適合緩起訴處分與相對合適的處遇方案。該研究結果對於處遇分流模型提出一統整性的概念，對建構本土處遇分流模型與評估標準指出一可能的方向，然而，此研究並未發

展具體可行的評估工具供實務使用。

另一方面，在戒癮治療實務上，評估考量個案所具有的風險因子⁵（risk factor），並幫助個案辨識具有高風險因素的條件或環境，會有助於預防或降低個案復用毒品的風險。也就是說，風險因子的評估可能也是預測緩起訴處分執行成效與分流處遇的關鍵因素及指標。而紀致光（2020）雖基於專家學者的實務經驗提出處遇分流模型，卻也忽略了某些復用毒品的風險因子對戒癮成效的影響，例如蔡田木等人（2018）便發現緩起訴期間，個案所接受的社會支持程度、是否持續與毒友接觸等社會連結因素，也是影響戒癮治療成效的關鍵因素。

本團隊過去研究成果簡述

為建構合適的處遇分流評估工具，以期能藉由此工具辨識易完成或易撤銷緩起訴處分的個案，並針對易撤緩之個案增加更完善的處遇，以提升緩起訴處分的完成率及效能。本研究團隊採縱貫式的研究方法，於2020年開始追蹤235位臺北地檢署第二級毒品緩起訴個案履行緩起訴處分附命戒癮治療之情形，我們在緩起訴初期即蒐集這些個案的社會人口學、毒品施用歷程、前科紀錄、身心健康狀況及社會連結等資料，並持續追蹤至緩起訴處分期滿（兩年），以探討影響緩起訴撤銷率的關鍵因素，並據以初步建構處遇分流評估量表。以下簡述各年度（2020~2022年）之研究成果。

本研究團隊於2020年先初步建構第二級毒品緩起訴個案之毒品施用歷程、戒毒復原指標、前科紀錄等相關訊息的資料庫，並探討這些個案的特徵，結果發現（1）這些個案大多為未婚之青壯年男性、教育程度高，且不到四成的個案有前科紀錄；（2）在毒品施用歷程方面，個案主要施用的毒品大多為安非他命，其次為大麻，且開始施用毒品的年齡平均約30歲，藥物濫用的時間長度平均約5年；（3）在毒品施用需求方面，個案施用毒品以情緒、人際和性愛需求為主；（4）在成癮嚴重度方面，個案自評之成癮嚴重度不高，但病識感偏低；（5）在身心健康狀況方面，

⁵ 風險因子是指會增加對於個體的思考或行為的負面影響，並引發毒品濫用等相關行為的生理、心理與社會條件（SAMSA, 2019），例如：毒品可得性高、偏差同儕的引誘等等（Kring & Johnson, 2018）。

個案自評之心理困擾程度低、生活滿意度高、自評睡眠品質佳；(6) 在社會連結與社經地位方面，個案自評有不錯的家庭支持、且有將近半數之個案自評已與毒友切斷往來，自評有中等以上的社經地位。

2021年本研究團隊持續追蹤個案履行緩護療之狀況，並探討影響緩護療完成率的關鍵因素。統計分析的結果發現共有六個因素可以顯著預測緩護療完成率：(1) 毒品前科次數、(2) 非毒品前科次數、(3) 自評對毒品的渴求程度、(4) 自評物質濫用的程度、(5) 精神疾病史、(6) 與毒友的往來緊密程度。若個案的毒品與非毒品前科次數越多、自評對毒品的渴求程度越高、自評物質濫用的程度越高、患有精神疾病，以及與毒友的往來越密切，則緩護療的完成率就越低。

最後在2022年本研究團隊持續追蹤個案履行緩護命之狀況，進一步檢驗能有效預測緩起訴撤銷率的關鍵因素，並依此初步建構處遇分流評估量表。統計分析的結果顯示共有七個指標能有效預測緩起訴撤銷率，按其預測力之權重高低排列依序為：(1) 教育程度、(2) 年齡、(3) 自評對毒品的渴求程度、(4) 前科類型、(5) 自評實質性家庭支持度、(6) 自評與毒友往來的緊密程度、(7) 自評情緒困擾程度。進一步來說，當個案教育程度越低、年齡越小、對毒品的渴求程度越高、同時有毒品與非毒品前科（無論次數）、家庭實質性支持度越低、與毒友往來的緊密程度越高、情緒困擾程度越高，則緩起訴撤銷率就越高。

上述研究結果與紀致光（2020）的處遇分流評估項目以及賴擁連（2019）的發現也有相合之處。首先，個案的渴求程度、情緒困擾程度，與紀致光（2020）所提出的「健康改善需求性」項目相呼應；而同時有毒品與非毒品前科則與「社區處遇合適性」有關。不過，本團隊的研究發現則更進一步展現了「社會連結」對戒癮治療成效的預測力，當第二級毒品緩起訴個案與毒友往來越密切、家庭實質性支持越低時，其緩起訴撤銷率會越高。這樣的結果也呼應了賴擁連（2019）、蔡田木等人（2018）的發現，即有越多具偏差行為之親友、社會支持越薄弱的緩起訴毒品個案，越難完成緩起訴處分。

根據上述結果，本研究團隊將以上七個指標之相關評估問題整合成

一評估量表（見附件一），作為初步的處遇分流評估工具⁶。

2023年起，我們再次於臺北地檢署招募剛被判處緩起訴處分之第二級毒品緩起訴個案，蒐集其社會人口學、毒品施用歷程、前科紀錄、身心健康狀況及社會連結等資料，並加以追蹤，預計兩年後他們的緩起訴處分期滿時，結合這些資料以及他們的緩起訴處分履行狀況資料，檢驗該處遇分流評估量表預測個案撤緩風險的效度。2024年起更擴大樣本範圍，將高雄地檢署的第二級毒品緩起訴個案納入檢驗評估量表之研究參與者，以期能以更大量、更具代表性的樣本來進行預測效度的檢驗與評估量表的修改。

研究概述

今年度計畫以2023年起所蒐集以及持續追蹤之北檢個案資料，針對先前建構之處遇分流評估量表預測北檢個案撤緩風險的效度進行檢驗。也進一步參照該評估量表之撤緩風險評估結果，對照目前緩起訴處分之條件內容，擬制初步的緩起訴處遇分流模型，協助檢察官針對不同撤緩風險之個案，制訂初步的緩起訴處遇方案，以提升緩起訴處遇的適用性。除此之外，我們也持續招募雄檢個案為研究參與者，追蹤他們的緩起訴處分履行狀況，並以目前所取得之緩起訴處分履行狀況資料，來檢驗先前建構之處遇分流評估量表對雄檢個案撤緩風險的預測效度，探討此量表能否跨區使用，以及未來擴大使用區域時可能需要的修改方向。

叁、研究一

研究一旨在檢驗2022年初步建構之處遇分流評估量表對北檢個案撤緩風險的預測效度，並進一步參照該評估量表之撤緩風險評估結果，對照目前緩起訴處分之條件內容，擬制初步的緩起訴處遇分流模型。

⁶ 為幫助檢察官能快速獲得緩起訴撤銷風險的評估參考，本研究團隊也於先前研究設計了一個自動估計緩起訴撤銷風險的 excel 工作表，待量表填寫完成後，只需將每題結果輸入 excel 工作表中相對應的表格，即能得知估算結果（示意圖如附件一所示）。

一、研究方法

（一）處遇分流評估量表建構階段

本研究團隊於2020年，招募235位臺北地檢署第二級毒品緩起訴個案（樣本一），蒐集其一般社會人口學資料、偵查資料（前科紀錄）、毒品施用歷程、成癮嚴重度、身心健康狀況、以及社會連結與社經地位等六大項資料。

待2022年這些個案的緩起訴期滿時，我們蒐集其緩起訴處分履行狀況的資料（被撤銷/完成），並以此指標為依變項，透過後向邏輯斯迴歸分析（backward logistic regression analysis）篩選出在上述資料中能顯著預測緩起訴撤銷率的七個關鍵指標——（1）教育程度、（2）年齡、（3）自評對毒品的渴癮程度、（4）前科類型、（5）自評實質性家庭支持度、（6）自評與毒友往來的緊密程度、（7）自評情緒困擾程度，並據此建構預測撤緩率的邏輯斯迴歸模型（模型結果摘要如表一所示）。而以此七個指標之相關問卷題目所整合之問卷即為處遇分流評估量表（見附件一）。

表一 預測撤緩率之邏輯斯迴歸模型結果摘要

預測變項	係數(B)	SE	Wald χ^2	p 值	OR	95% CI for OR
教育程度	-1.68	0.41	16.66	<.001	0.19	[0.08, 0.42]
年齡	-0.08	0.02	11.53	<.001	0.92	[0.88, 0.97]
對毒品的渴癮程度	0.24	0.09	6.90	0.009	1.27	[1.06, 1.51]
前科類型	0.45	0.19	5.59	0.018	1.56	[1.08, 2.26]
家庭實質性支持度	-0.44	0.19	5.70	0.017	0.64	[0.45, 0.92]
與毒友往來的緊密程度	-0.33	0.19	3.06	0.080	0.72	[0.49, 1.04]
情緒困擾程度	0.08	0.04	3.40	0.065	1.08	[1.00, 1.17]
（常數）	2.89	1.00	8.30	0.004	17.93	

（二）處遇分流評估量表檢驗階段（今年度研究）

為檢驗處遇分流評估量表的預測效度（predictive validity），2023年我們再次招募北檢第二級毒品緩起訴個案（樣本二），並同樣蒐集與上一階段相同之六大項資料。待今年度（2025年）這些個案的緩起訴期滿後，我們蒐集他們的緩起訴處分履行狀況資料（撤銷/完成），並將這些

個案在七個關鍵預測指標上的得分代入上一階段以樣本一所建構的邏輯斯迴歸模型中，計算出每位個案的撤緩率估計值，然後以邏輯斯迴歸分析與 ROC 曲線分析（Receiver Operating Characteristic (ROC) curve analysis）來檢驗評估量表的預測效度。以下介紹樣本二（今年度研究參與者）的特徵以及六大項資料內容。

1. 今年度研究參與者（樣本二）

2023年「第二級毒品緩起訴個案之戒癮復原指標、分流處遇模型建構-111年計畫延續案」之研究計畫所招募之北檢第二級毒品緩起訴個案180名（招募期間：2023年6月至2024年2月，含29位女性），平均年齡為39.7歲（介於19.0~68.0歲，標準誤=0.8歲），超過半數教育程度為高中以下（占55.9%），大多數個案未婚（占69.9%），工作類型以商業為最多（占28.3%）。

在毒品施用歷程方面，個案主要施用的毒品類型以安非他命為大宗（占62.1%）、大麻其次（占37.1%），初次施用毒品的平均年齡為27.4歲（介於12~55歲，標準誤=0.9歲），平均藥物濫用時間長度為11.0年（介於未滿1年~36年，標準誤=1.0年）。

我們以其中117位個案的資料納入量表預測效度檢驗的分析，這些個案中共有39位的緩起訴處分遭撤銷（佔33.3%）。其他63位個案的資料不納入分析的原因包含（1）在7個關鍵預測指標中，缺少3個以上預測指標的資料（51人）、（2）查無緩起訴處分資料（8人）、（3）期滿前死亡（3人）、（4）移他機關續執（1人）。

2. 六大項資料內容（除偵查資料以外之問卷題目詳見附件三）

- (1) 一般社會人口學資料：包含性別、年齡、教育程度、婚姻狀況和工作類型。
- (2) 偵查資料：個案於本次緩起訴處分前之所有前科紀錄，並將前科紀錄加以分類，以了解具有毒品前科（包含施用、持有、轉讓、販賣、製造等）與非毒品前科（包含詐欺、竊盜、強盜、傷害等）之個案所占比例。
- (3) 毒品施用歷程：包含主要施用的毒品類型、初次施用毒品年齡與藥物濫用時間長度。

(4) 成癮嚴重度：包含三份問卷，說明如下

- A. **視覺類比渴癮量表**：參與者自評對毒品的渴癮程度，並在一條10公分的直線上標示出需求強度，直線最右端代表「對毒品有非常強烈的需求（10）」，最左端代表「對毒品完全沒有需求（0）」。
- B. **物質依賴嚴重程度量表（Severity of Dependence Scale, Gossop et al., 1995）**：用以測量參與者對成癮物質依賴的嚴重程度，為4點量表（「0」：從來沒有、「3」：總是如此），共有5道題目，分數越高代表物質依賴嚴重度越高，內部一致信度介於 .80~.90。總分（0~15分）越高代表依賴程度越高。
- C. **定期評估表（Brief Addiction Monitor, Cacciola, et al., 2013）**：用以監控成癮物質使用相關行為的量表，本量表為5點量表（0~4），共有16道題目，包含三個向度，分別是物質濫用（第4~6題，例如：過去30天，你有多少天有使用非法藥物或是濫用處方藥物？）、危險因子（第1~3、8、11、15題，例如：過去30天，你有被喝酒或使用藥物困擾的程度有多少？）和保護因子（第9、10、12~14、16題，例如：過去30天，你有多少天投入多數時間在工作、學習、或是志工服務？）。各向度的再測信度介於 .75~.84，內部一致信度介於 .71~.78。以平均分數作為各向度之得分。

(5) 身心健康狀況：包含三份問卷，說明如下

- A. **簡式健康量表（Brief Symptom Rating Scale）**：測量參與者主觀情緒困擾程度，包括「焦慮」、「憤怒」、「憂鬱」、「不如人」與「失眠」的困擾程度，為5點量表（「0」：完全沒有、「4」：非常厲害），共有5道題目，內部一致信度為 .84（Chen et al., 2005）。總分（0~20分）越高代表情緒困擾程度越高。
- B. **生活滿意度量表（Satisfaction With Life Scale, Diener, et al., 1985）**：測量參與者的主觀幸福感，為7點量表

(「0」：非常不同意、「6」：非常同意)，共有5道題目(例如：我的生活大致符合我的理想)。量表的再測信度為.82，內部一致信度為.87。平均分數越高代表生活滿意度越高。

- C. **失眠症自我評估表 (Insomnia Self-assessment Inventory, ISAI)**：用以測量參與者之睡眠品質，此量表為世界衛生組織 (World Health Organization, WHO, 2001) 的「睡眠與健康全球專案計畫」(Worldwide Project on Sleep and Health) 所建議之睡眠品質評估量表。共計有13題，為五點量表(「0」：從未如此、「4」：總是如此)，分數越高代表睡眠品質越差。

(6) **社會連結與社經地位**：包含三份問卷，說明如下

- A. **家庭支持度量表 (王振宇, 2010)**：用以測量藥癮者的家庭支持強度，分成三個向度：情感性支持(例如：當我心情不好時，家人能夠了解我的感受)、訊息性支持(例如：家人會提供意見來協助我戒除藥癮)及實質性支持(例如：家人會提供我金錢上的支援)。量表的內部一致性 (Cronbach's α) 為0.93，共計11題，為五點量表(「0」：從未如此、「4」：總是如此)，由參與者就自己對家人支持的感受程度，勾選出適當的選項。以平均分數作為各向度之得分，分數愈高代表家庭支持的程度越高。
- B. **毒友往來狀況評量**：與施用毒品者有所聯繫與接觸，是藥癮者復發再次施用毒品的高風險因子，在此問卷中，參與者需自評目前與毒友往來的緊密程度，共分成四個層次：(1) 與毒友照常聯絡(緊密程度、復發風險均最高)、(2) 與毒友聯絡頻率降低、(3) 保留毒友聯絡方式，但不再聯絡、(4) 切斷毒友聯絡方式，不再聯絡(緊密程度、復發風險均最低)。
- C. **社經地位自評量表 (林俊瑩, 2009)**：請參與者針對一問題進行評量：「在這個社會上，有些人地位比較高，有些

人地位比較低。如果用「0」分代表最低，「9」分代表最高，您會給自己現在的地位打幾分？」，分數越高，代表主觀社經地位越高。

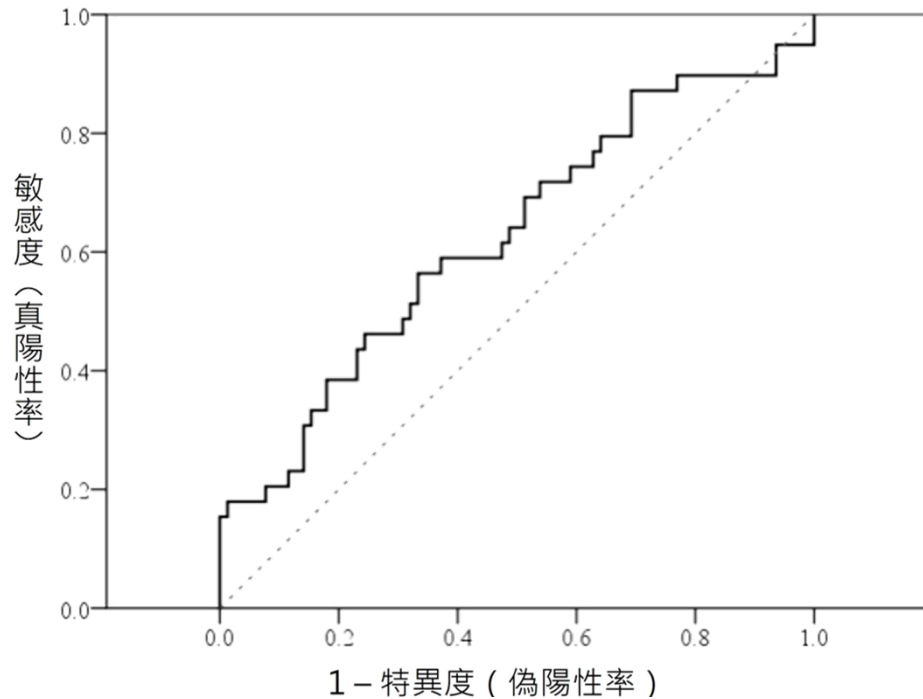
二、研究發現

為檢驗處遇分流評估量表預測撤緩率的效度，我們先以樣本二的撤緩率估計值作為自變項，個案實際的緩起訴處分履行狀況（0 = 完成，1 = 撤銷）作為依變項，進行邏輯斯迴歸分析。結果發現，整體模型達到統計顯著（ $\chi^2(1) = 7.21$ ， $p = .007$ ）。進一步分析發現，「撤緩率估計值」對於實際的緩起訴處分履行狀況具有顯著的預測力（ $B = 2.49$ ， $SE = 0.96$ ， $Wald \chi^2 = 6.80$ ， $p = .009$ ， $OR = 12.06$ ，95% CI [1.86, 78.36]），表示撤緩率估計值愈高，緩起訴處分實際遭撤銷的機率也愈高（模型結果摘要如表二所示）。

表二 樣本二北檢個案撤緩率估計值預測實際緩起訴履行狀況（完成/撤銷）之邏輯斯迴歸模型結果摘要

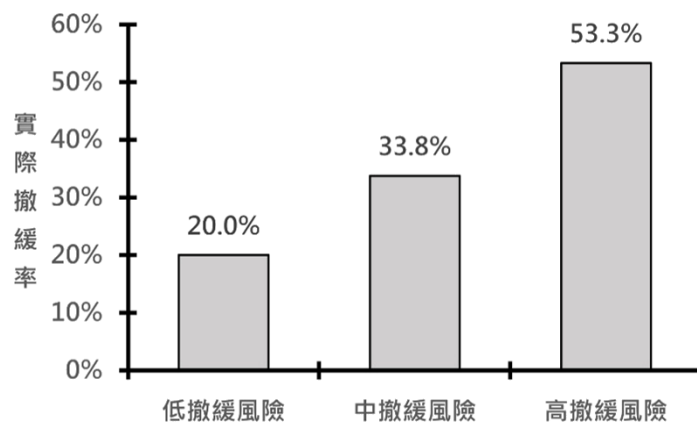
預測變項	係數(B)	SE	Wald χ^2	p 值	OR	95% CI for OR
撤緩率估計值	2.49	0.95	6.80	0.009	12.06	[1.86, 78.36]
(常數)	-1.41	0.35	16.42	<.0001	0.24	

接下來，為進一步檢驗處遇分流評估量表的預測效度與分類能力，我們進行 ROC 曲線分析，先繪製撤緩率估計值對實際緩起訴處分履行狀況的 ROC 曲線（如圖七所示），再針對曲線下面積（Area Under Curve，AUC）進行檢驗，結果顯示曲線下面積為0.63（95% CI [0.51, 0.74]），達統計顯著（ $p = .028$ ），這樣的結果意涵，若隨機抽取兩位個案，其中一位的緩起訴處分遭撤銷，另一位完成緩起訴處分，此量表針對這兩位個案估計出來的撤緩風險值有63%的機率會是前者高於後者，亦即量表區分可能完成與未完成緩起訴處分個案的效力顯著優於隨機猜測（50%）。



圖七 處遇分流評估量表預測樣本二北檢個案緩起訴處分履行狀況的 ROC 曲線 (AUC = .63)

若進一步以10%與50%的撤緩率估計值為分界點，將所有參與者分為低撤緩風險組（撤緩率估計值未滿10%，共25人）、中撤緩風險組（撤緩率估計值在10%以上但未滿50%，共77人）和高撤緩風險組（撤緩率估計值在50%以上，共15人），此三組參與者實際的撤緩率分別為20.0%、33.8%和53.3%（如圖八所示），差異達統計顯著（Somers' $d = 0.178$ ， $p = .028$ ），代表預測撤緩風險越高者，緩起訴實際被撤銷的可能性越大。



圖八 處遇分流評估量表所預測之樣本二北檢個案不同撤緩風險組的實際撤緩率

三、初步緩起訴處遇分流模型

以上的結果顯示先前建構的處遇分流評估量表能有效預測樣本二北檢個案的緩起訴撤銷率。由於用以建構此評估量表的樣本一個案所接受之緩起訴處分的附條件⁷均為完成為期一年的戒癮治療（即緩起訴附命戒癮治療，係指個案至衛生福利部指定之藥癮戒治機構接受治療），以及接受觀護人指定日期報到和採尿⁸，因此，個案的撤緩風險估計值越高，代表僅接受這些附條件處遇無法幫助他們維持戒癮的可能性越大，也就是說，隨著撤緩風險的提升，個案接受其他（更多）附條件的需求也會跟著增加。

根據上述的推論，我們可以將有不同撤緩風險之個案視為需要不同強度緩起訴處分附條件的人（撤緩風險越高代表個案需要接受的戒癮方案越多或越密集），並據以擬制相對應的緩起訴分流處遇方案，建立初步的緩起訴處遇分流模型（圖九）。以下分別針對模型中不同撤緩風險程度之個案說明建議的處遇方案內容：

- （一）低撤緩風險個案（撤緩率估計值未滿10%）：完成為期一年的戒癮治療，以及向觀護人報到採尿，相當適合幫助這些個案維持戒癮，因此建議針對這群個案給予上述附條件處遇。不過，「單獨接受多元處遇或義務勞務及有助於這些個案維持戒癮」的可能性不能被完全排除，只是根據目前的研究結果，尚無法下定論，由於這些個案也是成癮問題較輕微者，確實有可能不一定需要至醫療院所接受戒癮治療，所以給予戒癮治療以外之附條件也是可以嘗試的方向。
- （二）中撤緩風險個案（撤緩率估計值在10%以上但未滿50%）：除了戒癮治療與向觀護人報到採尿外，這些個案還需要接受其他處遇

⁷ 樣本二個案所接受之緩起訴處分的附條件與樣本一個案相同。

⁸ 依據毒品危害防制條例第24條第1項規定，對於施用第一級或第二級毒品之被告，檢察官得依刑事訴訟法第二百五十三條之一第一項、第二百五十三條之二第一項第四款至第六款或第八款規定，為附條件之緩起訴處分而不行觀察勒戒。再依行政院依同條第4項所發布之毒品戒癮治療實施辦法及完成治療認定標準第9條及第10條之規定，被告經檢察官為附命完成戒癮治療之緩起訴處分時，應至指定之治療機構接受戒癮治療並遵守檢察官依刑事訴訟法第二百五十三條之二第一項第四款至第六款及第八款規定命其應遵守或履行之事項。戒癮治療之期程，單次最長以連續一年為限。

來提升維持戒癮的強度。建議除給予上述附條件處遇外，可以多給予他們多元處遇（即緩起訴附命多元處遇，係指個案至衛生福利部指定之藥癮戒治機構以外的單位接受非醫療的戒癮方案），使其接受已證實有效的戒癮方案，例如：認知行為療法、動機式晤談、酬賞管理（contingency management）、多向度家族療法、伴侶諮商等（e.g., Boness et al., 2023; Hogue et al., 2022; Liddle, 2016; NIDA, 2018）或其他被證實能改善疼痛、焦慮或睡眠等常見共病症狀的輔助性治療，例如：職能治療、藝術治療、園藝治療、按摩／筋膜炎治療等，以支持戒癮復原歷程（e.g., Armstrong et al., 2024; Cipriani et al., 2017; Díaz-Martínez et al., 2024; Gozalo-Pascual et al., 2023; Joschko et al., 2024; Michalak et al., 2022; Rojo-Mota et al., 2017）。由於不同地檢署能觸及的民間戒癮輔導資源會有差異，因此個案所接受之多元處遇內容具體應包含哪些治療，應由心理、社工、個管等專業人員進行詳盡的個別評估，視當地服務量能制定，並定期追蹤評估個案的戒癮進程，必要時進行治療方案的調整。

- （三）高撤緩風險個案（撤緩率估計值在50%以上）：只是接受戒癮治療與向觀護人報到採尿的附條件處遇，很難幫助這些個案維持戒癮，他們需要強度最高的附條件處遇。建議（1）給予與中撤緩風險個案相同的附條件處遇。（2）提高向觀護人報到採尿的頻率：美國國家藥物濫用研究所（NIDA）（2018）於針對藥物成癮之治療所提出的十三項原則中明確指出，透過尿液檢測或其他客觀方法檢驗用藥情況，除了是刑事司法監督的一環，也同時是治療的一部分，此手段不但是評估個案治療進展的依據，也創造了治療者介入以促進個案改變的機會，並有助調整個案的治療計畫。過去關於美國毒品法庭的實證研究也發現，驗尿越頻繁，個案的戒癮成效越好（Carey et al., 2006; 2012）。在面對成癮問題更加嚴重的個案，治療者掌握介入與促進個案改變的機會更形重要，因此建議提高這些個案的驗尿頻率。（3）給予這群個案義務勞務的附條件處遇，尤其是涉及身體活動的服務：雖然現今我國的司法體系大多只是將義務勞務視為矯正或懲罰的手段，但從

「具身認知 (embodied cognition)」的角度來看，人的心理與認知功能並非單純發生在大腦的抽象運算，而是透過「身體在環境中的行動與感知」而建構與調節的 (Wilson, 2002; Barsalou, 2008)。在此脈絡下，義務勞務的附條件處遇，作為一種具身的勞動實踐，可以透過個案身體參與與環境的互動，形塑並強化他們的心理狀態與認知功能。首先，目前已有研究發現，規律的體力活動除了能改善多巴胺系統的調節功能外，也可以提升藥癮者的注意力、執行控制功能、認知彈性、睡眠品質、以及降低憂慮焦慮傾向 (回顧見 Wang et al., 2014; Zheng et al., 2024)，而這些正是藥癮者在長期施用毒品後常出現缺陷的心智功能。其次，在心理層面，身體勞動所帶來的身體疲勞與努力感，能增強個體對自身行動的感知與掌控感，進而重建能動感⁹ (sense of agency)，這對於提升自我控制力與降低渴求極為重要 (Gallagher, 2005)。換言之，義務勞務處遇不僅是一種外在的制度安排，更可以理解為一種「身體化的認知訓練場域」，其價值在於透過身體實踐來形塑心智功能，並促進藥癮者的健康與復原。



圖九 初步緩起訴處遇分流模型

上述處遇分流模型是否真能幫助不同撤緩風險之個案獲得適切的處遇，進而提升緩起訴處分的完成率及效能，仍須進一步的研究加以檢驗與修改。

⁹ 能動感是指個體在執行某一行動時，經驗到自己是該行動之發起者與控制者的主觀感受 (Gallagher, 2000; 2005)，也是一種「自我掌控感」，目前已有研究發現藥癮者有能動感低落的傾向 (Render & Jansen, 2019)。

肆、研究二

研究二旨在以自去年度起所招募之雄檢個案目前的緩起訴處分履行狀況，初步檢驗先前建構之處遇分流評估量表對雄檢個案撤緩風險的預測效度，探討此量表能否跨區使用，以及未來擴大使用區域時可能需要的修改方向。

一、研究方法

(一) 參與者（雄檢個案）

研究團隊自2024年3月至2025年9月於雄檢招募276位¹⁰第二級毒品緩起訴個案參與研究（含41位女性），這些個案的平均年齡為40.5歲（介於20.0～74.0歲，標準誤＝0.7歲），大多數個案的教育程度為高中以下（占79.3%）且未婚（占63.1%），工作類型以工業為最多（占50.8%）。

在毒品施用歷程方面，個案主要施用的毒品類型以安非他命為大宗（占74.5%）、大麻其次（占13.2%），初次施用毒品的平均年齡為26.3歲（介於14～61歲，標準誤＝0.6歲），平均藥物濫用時間長度為14.0年（介於未滿1年～43年，標準誤＝0.7年）。

我們以其中78位個案的資料來檢驗先前建構之處遇分流評估量表對雄檢個案撤緩風險的預測效度，這些個案中共有53位的緩起訴處分已期滿（其中有20位個案的緩起訴處分遭撤銷，佔37.7%），25位的緩起訴處分雖未期滿但已遭撤銷。其他198位個案的緩起訴處分均尚未期滿，其中121位的緩起訴處分尚未被撤銷，77位尚未調閱緩起訴處分履行狀況資料。由於最終的履行結果尚未明朗，故不納入本次分析。

(二) 本研究蒐集之資料

同研究一的六大項資料。

二、研究發現

為檢驗處遇分流評估量表預測撤緩率的效度，我們先以雄檢個案的撤緩率估計值作為自變項，個案實際的緩起訴處分履行狀況（0＝完

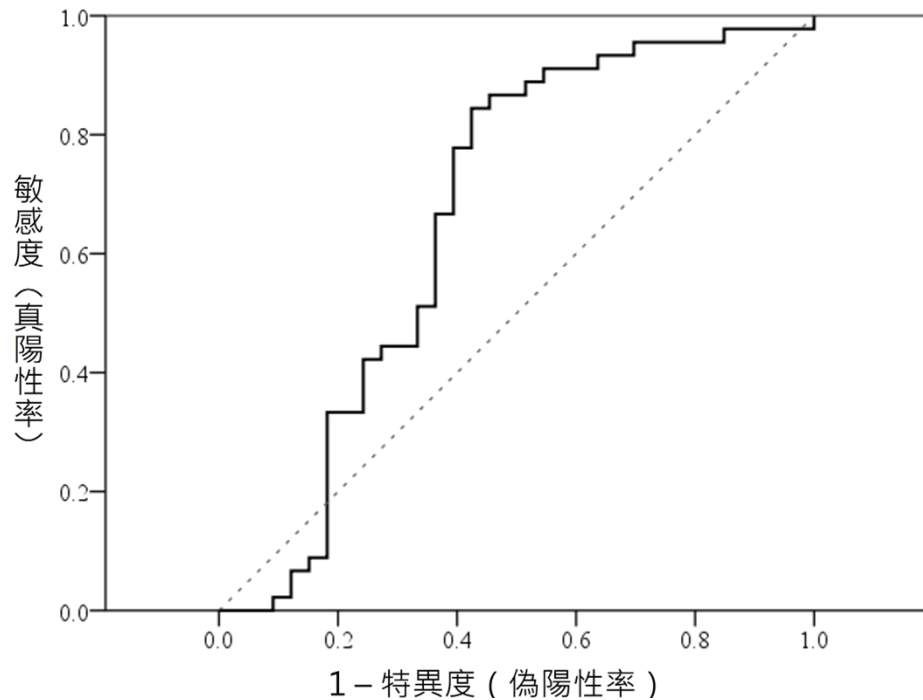
¹⁰ 2024年3月至12月共招募163位雄檢個案，2025年3月至9月共招募113位雄檢個案。

成，1 = 撤銷）作為依變項，進行邏輯斯迴歸分析。結果發現，整體模型在統計上達邊際顯著（ $\chi^2(1) = 3.37$ ， $p = .066$ ）。進一步分析發現，「撤緩率估計值」對於實際的緩起訴處分履行狀況具有邊際顯著的預測力（ $B = 1.76$ ， $SE = 0.99$ ， $Wald \chi^2 = 3.18$ ， $p = .075$ ， $OR = 5.79$ ，95% CI [0.84，39.96]），表示撤緩率估計值愈高，緩起訴處分實際遭撤銷的機率也有愈高的傾向（模型結果摘要如表三所示）。

表三 雄檢個案撤緩率估計值預測實際緩起訴履行狀況（完成/撤銷）之邏輯斯迴歸模型結果摘要

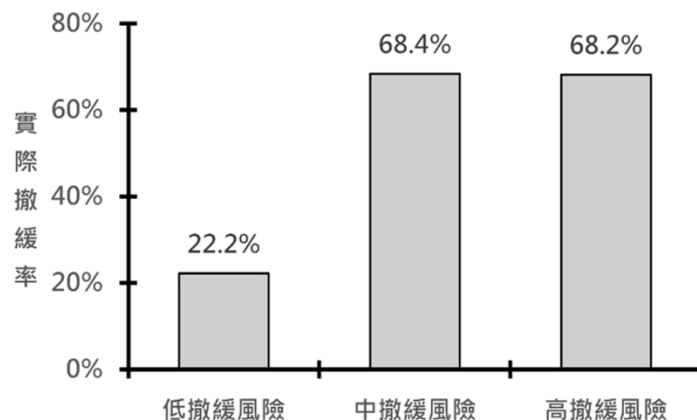
預測變項	係數(B)	SE	Wald χ^2	p 值	OR	95% CI for OR
撤緩率估計值	1.76	0.99	3.18	0.075	5.791	[0.84，39.96]
（常數）	-0.26	0.39	0.45	0.502	0.771	

接下來，為進一步針對雄檢個案檢驗處遇分流評估量表的預測效度與分類能力，我們進行 ROC 曲線分析，先繪製撤緩率估計值對實際緩起訴處分履行狀況的 ROC 曲線（如圖十所示），再針對曲線下面積（Area Under Curve，AUC）進行檢驗，結果顯示曲線下面積為0.66（95% CI [0.53, 0.80]），達統計顯著（ $p = .015$ ），這樣的結果意涵，若隨機抽取兩位個案，其中一位的緩起訴處分遭撤銷，另一位完成緩起訴處分，此量表針對這兩位個案估計出來的撤緩風險值有66%的機率會是前者高於後者，亦即量表區分可能完成與未完成緩起訴處分個案的效力顯著優於隨機猜測（50%）。



圖十 處遇分流評估量表預測雄檢個案緩起訴處分履行狀況的 ROC 曲線 (AUC = .66)

若進一步以10%與50%的撤緩率估計值為分界點，將雄檢個案分為低撤緩風險組（撤緩率估計值未滿10%，共18人）、中撤緩風險組（撤緩率估計值在10%以上但未滿50%，共38人）和高撤緩風險組（撤緩率估計值在50%以上，共22人），此三組參與者實際的撤緩率分別為22.2%、68.4%和68.2%（如圖十一所示），差異達統計顯著（Somers' $d = 0.259$ ， $p = .005$ ），代表預測撤緩風險越高者，緩起訴實際被撤銷的可能性越大。



圖十一 處遇分流評估量表所預測之雄檢個案不同撤緩風險組的實際撤緩率

以上的結果顯示先前建構的處遇分流評估量表同樣能有效預測雄檢個案的緩起訴撤銷率。

伍、綜合討論與研究限制

目前的結果顯示先前建構的處遇分流評估量表能有效預測北檢與雄檢個案的撤緩風險，然而，受限於量表建構階段所招募之樣本一北檢個案與其所接受之緩起訴處遇方案的特徵，此評估量表以及根據評估結果所建立之初步處遇分流模型的應用範圍有三個主要的限制：

- (一) 樣本一個案均為第二級毒品緩起訴個案，因此上述評估量表目前已知只適用於這類個案。第一級毒品緩起訴個案是否也能透過此量表進行處遇分流的評估，則須待其他研究進行檢驗。
- (二) 如前所述，樣本一個案所接受之緩起訴處分的附條件均為完成為期一年的戒癮治療，以及向觀護人報到採尿，沒有個案接受多元處遇或義務勞務的附條件處遇。因此，雖然「單獨接受戒癮治療以外之處遇即有助於個案維持戒癮」的可能性不能被完全排除，目前模型建議的處遇方案必然包含「戒癮治療和向觀護人報到採尿」。未來若能納入接受戒癮治療以外之處遇的個案進行研究，將有助於使模型的處遇方案內容更加豐富與完善。
- (三) 此評估量表之評估結果僅能作為個案未來緩起訴遭撤銷之風險的參考，並幫助檢察官據以初步評估個案須接受之附條件強度，而非制定附條件的具體內容（例如：同樣是至醫療院所接受戒癮治療，有的個案只需定期服用精神藥物，有的個案則需要住院治療），這部分仍須由醫師、心理師、社工、個管等專業人員詳盡評估個案戒癮的需求後才能制定並視情況調整。

此外，雖然目前的結果顯示處遇分流評估量表也能有效預測雄檢個案的撤緩風險，但從目前的結果來看，此量表似乎尚無法清楚地區分具中高撤緩風險之雄檢個案實際的緩起訴履行狀況。也就是說，此量表預測雄檢個案撤緩風險的穩定度較低，會有這樣的現象有可能是因為目前能納入分析的樣本數還比較少，而導致統計結果還不夠穩定，也有可能

是因為除了前述七個關鍵預測指標外，還有其他因素也會顯著的影響雄檢個案實際的緩起訴處分履行狀況。進一步的分析發現，不同於北檢個案，這78位雄檢個案的緩起訴是否遭撤銷還與他們主要施用的毒品類型、以及他們在定期評估表中戒癮保護因子的得分顯著相關。統計分析的結果顯示，這些個案中，主要施用大麻者的緩起訴均未被撤銷，但主要施用安非他命、K他命、新興毒品者的撤緩率分別達67.7%、25.0%、50.0%，差異達統計顯著 ($\chi^2(4) = 15.29$, $p = .004$)；而緩起訴遭撤銷者在戒癮保護因子的得分則顯著低於完成緩起訴者 (2.36 vs. 2.80, $t(76) = 2.69$, $p = .009$)。這樣的結果意涵，若要更準確地預測雄檢個案的撤緩風險，可能需要調整評估量表的內容以及計算撤緩風險估計值的邏輯斯迴歸模型裡的參數，但是否真的有此需求，須待更多的雄檢個案緩起訴期滿，以更大樣本進行更精確的量表預測效度之檢驗後才能確定。

另外，個案的緩起訴處分遭撤銷的原因未必一定是因為再次施用毒品，如前所回顧，緩起訴處分遭撤銷的第二級毒品個案中，分別有29.8%的人遭撤銷的原因是「緩起訴期間另犯罪被起訴」，雖然這些個案中至少有八成以上¹¹是再犯施用毒品罪而被撤銷緩起訴處分，但其餘個案可能大都有遵循處分穩定接受戒癮治療，只是因為另犯非毒品的案件而被撤緩，在建構處遇分流量表與模型的過程中，若沒有將這些個案排除，是否會影響量表預測撤緩風險的準確度？給予這些個案更強的附條件處分是否有助於提升緩起訴處分效能？

首先，在建構量表和模型的過程中，一定不可避免的會有些干擾的資料存在，這些資料的比例越高，量表的預測效度就會越差。在這個研究中，上述個案就屬會造成干擾的資料。但是，這些個案實際上是因另犯非毒品案件而被撤緩者，佔整體第二級毒品緩起訴個案的比例其實很低，約2.1%（根據「背景分析」一章的回顧，第二級毒品個案平均的撤緩率為[34.4%]×因「緩起訴期間另犯罪被起訴」而遭撤銷緩起訴的比例[29.8%]×此犯罪為非毒品案件的比例估計值[20.0%]），納入這些個案的資料進入分析，對量表預測效度的影響其實並不大，所以前面統計分析的結果才可能發現量表具顯著的預測效度。

¹¹ 此數據是檢察官於先前的訪談中告知研究者的估計值。

再者，雖然這些個案所犯的案件不是施用毒品，但犯案的原因也可能與成癮問題相關，例如：個案可能因為施用毒品造成腦傷而失去工作能力，因為有經濟壓力而偷竊。也就是說，即使個案對於緩起訴處分的要求有高度的依從性，若他們的成癮問題很嚴重，也可能會犯下非毒品案件。因此，給予強度更高的附條件處分理當會有助於提升這些個案完成緩起訴處分的機會。

最後，若能夠取得個案緩起訴遭撤銷之處分書資料，以及每位個案實際接受之緩起訴處分的詳細內容，會有助於更細緻的分析影響個案緩起訴遭撤銷的因素而提升量表預測撤緩風險的效度，以及制定更全面的處遇分流模型。但這些資料涉及司法與醫療方面的敏感個資，過去研究團隊雖有提出需求，但公務機關對於個人資料保護法的解讀非常保守謹慎，均表達不便提供。實則，根據個人資料保護法第4條之規定，受公務機關或非公務機關委託蒐集、處理或利用個人資料者，於本法適用範圍內，視同委託機關，因此，研究團隊自當以等同公務機關之謹慎態度，處理個資。再者，對於敏感個資，個人資料保護法第6條第1項但書第4款規定，「或經蒐集者依其揭露方式無從識別特定之當事人」亦可蒐集、處理或利用。本研究團隊所呈現之研究結果，完全僅是統計數字，並無可識別特定當事人之問題。因此，建議公務機關尤其在執行法定職務範圍內委託外部團隊研究時，可以勇於依法提供更詳盡之資料，以助於研究團隊能進行更符合實際情況之研究，使分流量表與模型的內容更加完善。

陸、建議事項

- 一、 本研究的結果顯示，先前建構的處遇分流評估量表能有效預測北檢個案的緩起訴撤銷率，未來可以嘗試在實務中加以運用，搭配目前建構之緩起訴處遇分流模型，作為檢察官初步評估個案須接受之緩起訴處分方案的參考。
- 二、 未來研究可進一步檢驗本研究所建構之處遇分流模型在實務應用中的效能，特別是其是否能幫助不同撤緩風險的個案獲得更符合需求的處遇方案。透過追蹤此模型導入後的個案緩起訴處分履行

結果，可進一步評估該模型對於提升緩起訴完成率與整體緩起訴處遇效能的實際影響，作為後續優化處遇分流機制的重要依據。

- 三、本研究統計分析的結果顯示，先前建構的處遇分流評估量表在預測雄檢個案的緩起訴撤銷率具有一定的效度，但其預測穩定度略顯不足。這意涵著，該量表在跨地區應用時，可能需依各地個案特性與司法實務情境，調整部分評估項目內容或重新校正撤緩風險估計模型的參數，以提升其區辨與預測精準度。未來研究可持續累積更多雄檢個案於緩起訴期滿後的緩起訴處份履行狀況資料，透過更大樣本與跨地區比較分析，檢驗量表的跨地區適用性與修正後模型的適配性。若能據此建立具地區敏感性的評估工具，將有助於提升緩起訴處遇分流機制的科學化與精準化，促進司法與戒癮介入資源之最適分配。

柒、期末經費使用說明

經費項目	預算數	實支數 (截至 2025/11/2)	餘額	項目使用說明
人事費	981,853	607,683	374,170	1.計畫主持人費&協同主持人費(0月)，第一期款項 10/22 匯入本校，目前尚在進行校內流程。 2.專任研究助理薪資(4-11月) 3.兼任研究助理薪資(3-10月) 4.臨時工薪資(4-10月)
業務費	42,370	23,595	18,775	1.問卷印刷費 2.報告印刷費 3.研究倫理審查費 4.施測禮品費 5.交通費 6.資料蒐集費
雜支	3,050	958	2,092	文具、紙張、郵資、碳粉匣、電腦周邊設備與配件、施測禮品運費等
管理費	102,727	0	102,727	
合計：	1,130,000	632,236	497,764	

捌、參考書目與資料

- 王振宇（2010）：《藥物濫用者家庭支持、用藥渴求與復發意向之研究》：暨南大學社會政策與社會工作學系，碩士學位論文。
- 行政院（2017年5月11日）。新世代反毒策略。行政院重要政策。
<https://www.ey.gov.tw/Page/5A8A0CB5B41DA11E/47bbd6cf-5762-4a63-a308-b810e84712ce>
- 林俊杰（2016）。緩起訴替代療法執行成效之實證研究：以臺灣臺中地方法院檢察署為例。《藥物濫用防治》，1卷（2期），頁95-117。
- 林俊瑩（2009）。臺灣地區中小學教師主觀社會地位與階級認同之特性。《教育與社會研究》，19卷，頁43-81。
- 紀致光（2020）：《毒品施用者分流處遇制度及篩選項目之研究》：中央警察大學犯罪防治研究所，博士學位論文。
- 曾靖紘（2013）：《探討認知行為治療對緩起訴藥癮個案之影響》：臺北醫學大學醫務管理學研究所，碩士學位論文。
- 湯瑋峪（2016）：《除刑化毒品政策之心理社會支持性團體治療對二級毒品緩起訴個案成效之初探》：高雄醫學大學職能治療學系，碩士在職專班學位論文。
- 楊士隆、李思賢、束連文（2014）二級毒品試辦緩起訴戒癮治療之成效評估研究。計畫編號：NSC 101-2410-H-194-028-MY2。科技部。
- 楊冀華（2017）：《毒品施用者司法處遇效能之追蹤研究》：中央警察大學犯罪防治學系，博士學位論文。
- 臺灣高等檢察署科技偵查資料中心、統計室（2025年2月13日）。
2024年國內毒品情勢快速分析年報。檢自
<https://www.tph.moj.gov.tw/4421/4599/4603/749677/937043/post>
- 蔡田木、吳慧菁、賴擁連、束連文（2018）。我國附命完成戒癮治療之緩起訴處分機制與成效之檢討。國家發展委員會委託研究期末報告。臺北：國家發展委員會。
- 鄧善娟、康慧貞（2017年11月27-30日）。毒品使用習慣需求之初步探討〔研討會演講〕。2017一帶一路禁毒前沿高端論壇暨亞洲藥物濫用研究學會第五次年會，雲南昆明，中國。

賴擁連、蔡田木、吳慧菁（2019）緩起訴附命戒癮治療者完成與撤銷戒癮治療之成因分析。《藥物濫用防治》，1 卷（2 期），頁 81-112。

Armstrong, A., Nolan, C., Cremin, K., Turner, N., & Lawlor, G. (2024). The Relationship Between Horticulture, Recovery and Occupational Therapy in Mental Health: A Scoping Review. *Occupational Therapy in Mental Health*, 40(4), 345-370.

Barsalou, L. W. (2008). Grounded cognition. *Annu. Rev. Psychol.*, 59(1), 617-645.

Boness, C. L., Votaw, V. R., Schwebel, F. J., Moniz-Lewis, D. I., McHugh, R. K., & Witkiewitz, K. (2023). An Evaluation of Cognitive Behavioral Therapy for Substance Use Disorder: A Systematic Review and Application of the Society of Clinical Psychology Criteria for Empirically Supported Treatments. *Clinical Psychology : A Publication of the Division of Clinical Psychology of the American Psychological Association*, 30(2), 129. <https://doi.org/10.1037/cps0000131>

Cacciola, J. S., Alterman, A. I., DePhillippis, D., Drapkin, M. L., Valadez, C., Jr., Fala, N. C., . . . McKay, J. R. (2013). Development and initial evaluation of the Brief Addiction Monitor (BAM). *J Subst Abuse Treat*, 44(3), 256-263. doi:10.1016/j.jsat.2012.07.013

Carey, S. M., Finigan, M., Crumpton, D., & Waller, M. (2006). California drug courts: Outcomes, costs and promising practices: An overview of phase II in a statewide study. *Journal of Psychoactive Drugs*, 38(sup3), 345-356.

Carey, S. M., Mackin, J. R., & Finigan, M. W. (2012). What works? The ten key components of drug court: Research-based best practices. *Drug Court Review*, 8(1), 6-42.

Chen, H.-L., Chen, V. C.-H., Wang, S.-Y., & Lin, T.-Y. (2017). The Reliability of Readiness to Change Questionnaire-Treatment Version Chinese Version (RCQ-TV [Ch]) in Heroin Users. *臺灣精神醫學*, 31(4), 355-360.

- Chen, H.-C., Wu, C.-H., Lee, Y.-J., Liao, S.-C., & Lee, M.-B. (2005). Validity of the five-item Brief Symptom Rating Scale among subjects admitted for general health screening. *Journal of the Formosan Medical Association*, 104(11), 824-829.
- Cipriani, J., Benz, A., Holmgren, A., Kinter, D., McGarry, J., & Rufino, G. (2017). A systematic review of the effects of horticultural therapy on persons with mental health conditions. *Occupational Therapy in Mental Health*, 33(1), 47-69.
- Compton, W. M., Thomas, Y. F., Stinson, F. S., & Grant, B. F. (2007). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV drug abuse and dependence in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Archives of general psychiatry*, 64(5), 566-576.
- De Leon, G., Melnick, G., & Cleland, C. M. (2008). Client matching: A severity-treatment intensity paradigm. *Journal of Addictive Diseases*, 27(3), 1–15.
- 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.
- Díaz-Martínez, F., Sánchez-Sauco, M. F., Cabrera-Rivera, L. T., Ortín-Fernández, C. A., Orenes-Piñero, E., & Ortega-García, J. A. (2024). Harnessing the healing power of nature: A review of natural interventions in substance abuse treatment and prevention. *Environmental Health and Preventive Medicine*, 29, 64. <https://doi.org/10.1265/ehpm.24-00145>
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of personality assessment*, 49(1), 71-75.
- Gallagher, S. (2000). *Philosophical conceptions of the self: implications for cognitive science*. Trends in Cognitive Sciences, 4(1), 14–21.

doi:10.1016/S1364-6613(99)01417-5

Gallagher, S. (2005). *How the body shapes the mind*. Oxford University Press.
doi:10.1093/0199271941.001.0001

Gossop, M., Darke, S., Griffiths, P., Hando, J., Powis, B., Hall, W., & Strang, J. (1995). The Severity of Dependence Scale (SDS): psychometric properties of the SDS in English and Australian samples of heroin, cocaine and amphetamine users. *Addiction*, 90 (5) , 607-614.

Gozalo-Pascual, R., Gonzalez-Ordi, H., Atin-Arratibel, M.A., Llames-Sanchez, J., and Alvarez-Melcon, A.C. (2023). Efficacy of the myofascial approach as a manual therapy technique in patients with clinical anxiety: A randomized controlled clinical trial. *Complementary Therapies in Clinical Practice* 51, 101753. doi: 10.1016/j.ctcp.2023.101753.

Grant, B. F., & Dawson, D. A. (1998). Age of onset of drug use and its association with DSM-IV drug abuse and dependence: results from the National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey. *Journal of substance abuse*, 10(2), 163-173.

Heather, N., & Hönekopp, J. (2009). A revised edition of the Readiness to Change Questionnaire [Treatment Version]. *Addiction Research & Theory*, 16(5), 421-433. doi:10.1080/16066350801900321

Hogue, A., Schumm, J. A., MacLean, A., & Bobek, M. (2022). Couple and family therapy for substance use disorders: Evidence-based update 2010-2019. *Journal of marital and family therapy*, 48(1), 178–203.
<https://doi.org/10.1111/jmft.12546>

Karno, M. P., & Longabaugh, R. (2007). Does matching matter? Examining matches and mismatches between patient attributes and therapy techniques in alcoholism treatment. *Addiction*, 102, 587–596.

Liddle H. A. (2016). Multidimensional Family Therapy: Evidence Base for Transdiagnostic Treatment Outcomes, Change Mechanisms, and Implementation in Community Settings. *Family process*, 55(3), 558–576.

<https://doi.org/10.1111/famp.12243>

Michalak, J., Aranmolate, L., Bonn, A., Grandin, K., Schleip, R., Schmiedtke, J., et al. (2022). Myofascial Tissue and Depression. *Cognitive Therapy and Research* 46(3), 560-572. doi: 10.1007/s10608-021-10282-w.

National Association of Drug Court Professionals. (2013). Adult Drug Court Best Practice Standards (Volume I, Text Revision). Alexandria, VA, p 1–56. Retrieved from <https://www.nadcp.org/wp-content/uploads/2018/12/Adult-Drug-Court-Best-Practice-Standards-Volume-I-Text-Revision-December-2018-1.pdf>

National Institute on Drug Abuse (2018). Principles of Drug Addiction Treatment: A Research-Based Guide (3rd edition ed.). Bethesda, MD: National Institutes of Health. Retrieved from <https://www.drugabuse.gov/publications/principles-drug-addiction-treatment-research-based-guide-third-edition/principles-effective-treatment>.

Ogai, Y., Haraguchi, A., Kondo, A., Ishibashi, Y., Umeno, M., Kikumoto, H., . . . Ikeda, K. (2007). Development and validation of the Stimulant Relapse Risk Scale for drug abusers in Japan. *Drug Alcohol Depend*, 88(2-3), 174-181. doi:10.1016/j.drugalcdep.2006.10.005

Placzek, A. N., Zhang, T. A., & Dani, J. A. (2009). Age dependent nicotinic influences over dopamine neuron synaptic plasticity. *Biochemical pharmacology*, 78(7), 686-692.

Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: theory, research & practice*, 19 (3), 276.

Render, A., & Jansen, P. (2019). Dopamine and sense of agency: Determinants in personality and substance use. *PLoS One*, 14(3), e0214069.

Rojo-Mota, G., Pedrero-Pérez, E. J., & Huertas-Hoyas, E. (2017). Systematic review of occupational therapy in the treatment of addiction: Models, practice, and qualitative and quantitative research. *The American Journal*

of Occupational Therapy, 71(5), 7105100030p1-7105100030p11.

- SAMSA (2019, July 18). *Risk and protective factors*. <https://www.samhsa.gov/sites/default/files/20190718-samhsa-risk-protective-factors.pdf>
- 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.
- Wang, D., Wang, Y., Wang, Y., Li, R., & Zhou, C. (2014). Impact of physical exercise on substance use disorders: a meta-analysis. *PloS one*, 9(10), e110728.
- Wilson, M. (2002). Six views of embodied cognition. *Psychonomic bulletin & review*, 9(4), 625-636.
- World Health Organization. (2001). *Worldwide Project on Sleep and Health*. Geneva: International Foundation for Mental Health and Neuroscience.
- Zheng, Y., Zhao, Y., Chen, X., & Li, S. (2024). Effect of physical exercise on the emotional and cognitive levels of patients with substance use disorder: A meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, 15, 1348224.

附件一 處遇分流評估量表（2022年研究成果）

請填寫下列基本資料，或根據生活經驗填答問題

- 一、年齡：_____歲（實歲）
- 二、教育程度：☐國小 ☐國中 ☐高中職 ☐專科 ☐大學 ☐研究所
- 三、請仔細閱讀下面的敘述，並依據您目前與家人互動的狀況來回答，由「0」到「4」分進行勾選，數字越大，代表該敘述越常發生。

	從 未 如 此	很 少 如 此	偶 爾 如 此	經 常 如 此	總 是 如 此
1. 家人會提供我金錢上的支援。	0	1	2	3	4
2. 家人會提供給我生活上需要的物品。	0	1	2	3	4
3. 家人會協助我照顧其他需要照顧的家人。	0	1	2	3	4

- 四、請仔細回想在最近一星期中，下列問題使您感到困擾或苦惱的程度，然後圈選一個最能代表您的感覺的答案。由「0」到「4」分進行勾選，數字越大，代表該問題使您感到困擾或苦惱的程度越大。

	完 全 沒 有	中 等 輕 微	程 度	屬 害	非 常 屬 害
1. 感覺緊張不安。	0	1	2	3	4
2. 覺得容易苦惱或動怒。	0	1	2	3	4
3. 感覺憂鬱、心情低落。	0	1	2	3	4
4. 覺得比不上別人。	0	1	2	3	4
5. 睡眠困難，譬如難以入睡、易醒或早醒。	0	1	2	3	4

五、下面有一條直線，直線的最右端一點表示對成癮物質有非常強烈的需求，直線的最左端一點表示完全沒有需求。請您在這條直線上，標示自己目前對成癮物質的需求。

完全沒有需求 需求非常強烈

六、「這次被抓之後」您與曾經一起使用毒品的朋友有多常聯絡？

- ☐和被抓之前聯絡的頻率一樣
- ☐和被抓之前相比，比較少聯絡了
- ☐有他們的聯絡方式，但已經不再聯絡了
- ☐完全刪除他們的聯絡方式，不再聯絡

七、前科紀錄（可複選，由檢察官填寫）：

- ☐無任何前科 ☐有毒品相關前科 ☐有非毒品相關前科

附件二 緩起訴撤銷風險估算 excel 工作表示意圖（2022年研究成果）

	A	B	C	D	I	J	K	L	M
1	請依照下列說明將分流評估問卷之分數填入藍底的表格中				緩起訴撤銷率估計值：		74.8%	緩起訴撤銷風險：高	
5	一、年齡：		32	歲					
7	二、教育程度：		大學						
16	三、請依序選填各題目圈選之分數								
17		1	0						
18		2	0						
19		3	0						
27	四、請依序選填各題目圈選之分數								
28		1	1						
29		2	3						
30		3	2						
31		4	1						
32		5	0						
34	五、標示點距離最左邊的端點		7.2	公分					
36	六、與毒友聯絡狀況：		和被抓之前相比，比較少聯絡了						
43	七、前科紀錄：		同時有毒品與非毒品相關前科						

工作表 1

附件三 施測用問卷

壹、個人基本資料

1. 性別：_____
2. 出生日期：_____年____月____日
3. 教育程度：☐無 ☐小學 ☐國中 ☐高中 ☐專科 ☐大學 ☐研究所
4. 婚姻狀況：☐未婚 ☐已婚 ☐離婚 ☐配偶死亡 ☐不詳 ☐其他，說明_____
5. 職業：☐軍 ☐公 ☐教 ☐商 ☐工 ☐農 ☐林漁牧
☐自由業 ☐娛樂業 ☐學生 ☐家管 ☐未就業 ☐其他，說明_____
6. 是否有慢性生心理疾病？(可複選)
☐否 ☐高血壓 ☐心臟病 ☐HIV ☐糖尿病 ☐肝硬化 ☐氣喘 ☐痛風
☐腎臟病 ☐B 型肝炎 ☐癌症：_____
☐憂鬱症 ☐躁鬱症 ☐焦慮症 ☐恐慌症 ☐過動症 ☐思覺失調 ☐其他：_____

貳、施用毒品評量

1. 曾經使用之毒品(可複選)：
☐海洛因 ☐安非他命 ☐搖頭丸 ☐大麻 ☐K 他命 ☐LSD ☐新興毒品(例如：咖啡包、奶茶包、果凍、軟糖等) ☐其他_____
2. 最常使用的毒品(單選)：
☐海洛因 ☐安非他命 ☐搖頭丸 ☐大麻 ☐K 他命 ☐LSD ☐新興毒品(例如：咖啡包、奶茶包、果凍、軟糖等) ☐其他_____
3. 承上題，第一次用該毒品的年齡：_____歲

參、定期評估表(BAM-C)

1. 你如何看待自己過去30天的身體狀況？

☐非常好 ☐很好 ☐好 ☐普通 ☐不好

2. 過去30天，你有多少個晚上難以入睡？

☐0天 ☐1-3天 ☐4-8天 ☐9-15天 ☐16-30天

3. 過去30天，你有多少天一整天大部分時間感覺憂鬱、焦慮、生氣或是不安？

☐0天 ☐1-3天 ☐4-8天 ☐9-15天 ☐16-30天

4. 過去30天，你有多少天有喝含酒精飲料？

☐0天 ☐1-3天 ☐4-8天 ☐9-15天 ☐16-30天

*選0天，請跳答第6題

5. 過去30天，你有多少天有喝超過5杯（男性）或是4杯（女性）含酒精飲料？（1杯：烈酒約50cc 或是啤酒易開罐一瓶或是紅酒約140cc）

☐0天 ☐1-3天 ☐4-8天 ☐9-15天 ☐16-30天

6. 過去30天，你有多少天有使用毒品或是濫用處方藥物？

☐0天 ☐1-3天 ☐4-8天 ☐9-15天 ☐16-30天

*選0天，請跳答第7題

7. 過去30天，你被酒精或毒品困擾的程度有多少？

☐一點也不 ☐輕微 ☐中等 ☐相當嚴重 ☐非常嚴重

8. 你對自己完全戒酒和戒毒的能力有多大信心？

☐一點也不 ☐輕微 ☐中等 ☐相當有 ☐非常有

9. 過去30天，你有多少天參加支持團體或方案？

☐0天 ☐1-3天 ☐4-8天 ☐9-15天 ☐16-30天

10. 過去30天，你有多少天有在任何場所與可能會增加你使用酒精或是毒品風險的人碰面？

☐0天 ☐1-3天 ☐4-8天 ☐9-15天 ☐16-30天

11. 你的信仰或是信念是否支持你走向復原？

☐一點也不 ☐輕微 ☐中等 ☐相當有 ☐非常有

12. 過去30天，你有多少天投入多數時間在工作、學習或是志工服務？

☐0天 ☐1-3天 ☐4-8天 ☐9-15天 ☐16-30天

13. 你是否有足夠的合法收入來支持你與被你撫養的家人生活所需？

☐不夠 ☐足夠

14. 過去30天，你與家人或是朋友之間的問題與爭執，讓你困擾的程度有多少？

☐一點也不 ☐輕微 ☐中等 ☐相當嚴重 ☐非常嚴重

15. 過去30天，你有多少天與支持你復原的家人或朋友聯絡或是相處？

☐0天 ☐1-3天 ☐4-8天 ☐9-15天 ☐16-30天

肆、簡式健康量表(BSRS-5)

請您仔細回想在最近一星期中(包括今天)，這些問題使您感到困擾或苦惱的程度，然後圈選一個最能代表您感覺的答案。

	完全沒有	輕微	中等程度	厲害	非常厲害
1.感覺緊張不安	0	1	2	3	4
2.覺得容易苦惱或動怒	0	1	2	3	4
3.感覺憂鬱、心情低落	0	1	2	3	4
4.覺得比不上別人	0	1	2	3	4
5.睡眠困難，譬如難以入睡、易醒或早醒	0	1	2	3	4
6.有自殺的想法	0	1	2	3	4

伍、物質依賴嚴重程度量表(SDS)

請依照各項敘述圈選最符合您的程度。您的答案反映您大部分時間中，最典型的態度與想法。

	從來沒有	有時如此	常常如此	總是如此
1.過去一年內，你是否曾覺得你對毒品的使用已經失去控制？	0	1	2	3
2.過去一年內，你是否會因即將不能用毒品而感到非常焦慮或煩惱？	0	1	2	3
3.過去一年內，你是否為自己使用毒品而感到煩惱？	0	1	2	3
4.過去一年內，你是否希望自己能停掉毒品？	0	1	2	3
	毫無困難	有點困難	相當困難	極度困難
5.你覺得不用毒品有多困難？	0	1	2	3

陸、成癮物質使用目視渴求自陳量表

我們了解戒除成癮物質是很痛苦的歷程，也知道您已非常努力要度過。為了瞭解我們所提供的協助對您是否有效，在此請您自己評估對成癮物質的需求。

下面有一條直線，直線的最右端一點表示對成癮物質有非常強烈的需求，直線的最左端一點表示完全沒有需求。

請您在這條水平直線上，畫一小段垂直線，標示自己目前對成癮物質的需求。

完全沒有需求

非常強烈需求

柒、生活滿意度量表

請閱讀下列五項，並根據在旁一至七的指標，圈上適當的數字，表達您對各項的同意程度。

	非常 不同 意	不 同 意	少 許 不 同 意	中 立	少 許 同 意	同 意	非常 同 意
1.我的生活大致符合我的理想。	1	2	3	4	5	6	7
2.我的生活狀況非常圓滿。	1	2	3	4	5	6	7
3.我滿意自己的生活。	1	2	3	4	5	6	7
4.直到現在為止，我都能夠得到我在生活上希望擁有的重要東西。	1	2	3	4	5	6	7
5.如果我能重新活過，差不多沒有東西我想改變。	1	2	3	4	5	6	7

捌、睡眠經驗評量

請仔細閱讀下面的敘述(共13題)，並依據您過去一個月來的睡眠經驗來回答，由「1」到「5」分進行勾選，數字越大，代表該敘述越常發生。

	從未如此	很少如此	偶爾如此	經常如此	總是如此
1. 有入睡困難的情形。	1	2	3	4	5
2. 需要超過一個小時以上才能睡著。	1	2	3	4	5
3. 在睡覺的過程中，我會醒來三次以上。	1	2	3	4	5
4. 如果在睡覺的過程中醒來，我常需花很長的時間才能再入睡。	1	2	3	4	5
5. 睡不到四個小時就會突然醒來。	1	2	3	4	5
6. 擔心不能睡好。	1	2	3	4	5
7. 我會喝酒幫助入睡。	1	2	3	4	5
8. 躺在床上時，腿部會有不舒服的感覺。	1	2	3	4	5
9. 該起床時會起不來。	1	2	3	4	5
10. 醒來時仍感疲倦。	1	2	3	4	5
11. 我的睡眠無法讓我感到精神飽滿有活力。	1	2	3	4	5
12. 雖然躺在床上的時間夠長，卻覺得睡不飽。	1	2	3	4	5
13. 我的睡眠不足讓我在平日生活感覺疲乏。	1	2	3	4	5

玖、家庭支持度感受評量

請仔細閱讀下面的敘述(共11題)，並依據您目前與家人互動的狀況來回答，由「1」到「5」分進行勾選，數字越大，代表該敘述越常發生。

	從 未 如 此	很 少 如 此	偶 爾 如 此	經 常 如 此	總 是 如 此
1. 家人會分享家中近來發生的事情。	1	2	3	4	5
2. 當我戒癮遇到挫折時，家人會安慰我。	1	2	3	4	5
3. 當我情緒低落時，家人總會適時地關心我。	1	2	3	4	5
4. 當我心情不好時，家人能夠了解我的感受。	1	2	3	4	5
5. 無論我遭逢多大的問題，家人總是願意接納我。	1	2	3	4	5
6. 家人會提供我很多生活上的意見。	1	2	3	4	5
7. 家人會提供意見來協助我戒除藥癮。	1	2	3	4	5
8. 當我有困擾時，家人會告訴我該怎麼做。	1	2	3	4	5
9. 家人會提供我金錢上的支援。	1	2	3	4	5
10. 家人會提供給我生活上需要的物品。	1	2	3	4	5
11. 家人會協助我照顧其他需要照顧的家人。	1	2	3	4	5

拾、其他

一、在這個社會上，有些人地位比較高，有些人地位比較低。如果用「1」分代表最低，「10」分代表最高，您會給自己現在的地位打幾分？_____分

二、「這次被抓之後」您與曾經一起使用毒品的朋友有多常聯絡？

- ☐和被抓之前聯絡的頻率一樣
- ☐和被抓之前相比，比較少聯絡了
- ☐有他們的聯絡方式，但已經不再聯絡了
- ☐完全刪除他們的聯絡方式，不再聯絡

三、身份證字號：_____