

一般論述或譯文

毒癮難戒？如何重新解讀毒品再犯 數字背後的意義

Is abstinence difficult? Reinterpreting recidivism of the drug
abuse offenders

蔡震邦

法務部矯正署高雄戒治所臨床心理師

DOI: 10.6905/JC.201905_8(2).0008

摘要

蔡震邦

施用毒品犯再犯（或毒癮者復發）的現象一直是矯正機關長期關注的焦點，它不僅是造成監禁人口居高不下的主要原因之一，亦導致許多家庭經濟困境與社會功能崩解，甚至危害到整個社會國家安定的基礎；因此本文主要目的，在於說明不同戒癮處遇模式、不同統計分析概念下，如何務實探討、理性運用實證研究的結果，來思考不同樣態下毒品犯累再犯率（毒癮復發率）的意義。

筆者嘗試導入當前公共衛生「三段五級預防」的概念，結合司法戒癮的不同模式，分別詳述我國在初段預防（毒品製造轉運的C級名單、施用一級或二級毒品初犯人數下降）、次段預防（戒治再犯效益優於觀察勒戒）和後段預防（推動監獄毒品犯戒治輔導計畫），目前在毒品防制工作上已取得的實證成效；同時，亦簡述如何參考國內外相關研究的建議，在未來持續地改善我國的戒癮效益。

關鍵字：毒品犯、再犯、復發、戒癮療效、三段五級預防

DOI : 10.6905/JC.201905_8(2).0008

Is abstinence difficult? Reinterpreting recidivism of the drug abuse offenders.

Abstract

Cheng-Pang Tsai

Over the years, recidivism of drug abuse offenders (or addicts relapse) has been a highlight issue in the correctional institutes. Recidivism is not only one of the main causes of the high population in prison, it has also led to the financial breakdown of many families. As a result, society as a whole is functionally impaired while the social security, which is the basis of national solidarity, is severely harmed. So, how to understand the significance of recidivism rate (or relapse rate)? Pragmatically, we use the results of evidence-based research, which is based on different drug abuse treatment models and different statistical analysis models, to interpret the significance of recidivism rate (or relapse rate).

We try to import the current public health concept, "3-stage and 5-grade of prevention," which combines different modes of Agency of Correction, Ministry of Justice, to illustrate various benefits in Primary Prevention (list C of INCSR, decreasing the number of new drug addicts of class A and class B), Secondary Prevention (some long-term correcting model for recidivism showing better benefits than short-term detention and rehab), and Tertiary Prevention (promoting drug abuse treatment programs in prison). Meanwhile, we also refer to some related research suggestions as to improve effectiveness of drug abuse treatment in future.

Keywords : drug abuse offenders, recidivism, relapse, effectiveness of treatment, 3-stage and 5-grade of prevention.

壹、前言

毒品問題對世界各國來說都是亟欲克服的重大議題，有些國家或部分地區甚至成立專責機構來因應，像美國的 FDA 與香港的禁毒處；台灣自 2006 年 6 月 2 日召開之「行政院毒品防制會報」中，裁示我國反毒策略應由原來之「斷絕供給，降低需求」，調整為「首重降低需求，平衡抑制供需」，並將反毒新策略工作區分為「緝毒」、「拒毒」、「戒毒」及「防毒」4 大區塊。對於降低毒品需求的部分，目標即以「拒毒」防止新的毒品人口產生、以「戒毒」減少原有毒品人口為核心；平衡抑制毒品部份，則輔以積極「緝毒」以減少供給，並將反毒戰略警戒線推展至「防毒」，管控原為合法用途之藥品及先驅化學工業原料或製品，同時為避免這些原物料被轉製成非法毒品，也增設了第五區塊「國際參與」的部份，以提昇我國在反毒國際合作上的行動，加強與美、日、澳洲及東南亞等鄰國增加簽訂相關協定。近廿年來的持續努力，不但使我國自 2000 年起從毒品主要製造及轉運國名單中除名（即從 A 級名單調整至 B 級名單），更在 2013 年起，正式被歸類至表現最優異的 C 級名單 (2013, 反毒報告書)，顯見十多年來的努力，我國整體的反毒成效在全世界是有目共睹的。

然而，在政府各部門積極投入反毒工作的同時，卻仍不斷面對國內各界與社會輿論對現有毒品防治成效的質疑。譬如：1999 年 11 月 3 日中國時報就曾報載提到監察委員在「毒品危害防制條例」實施一年後的檢討會中，表達出對戒毒成效不彰的指責和關切；監察院甚至在 2009 年 8 月、2011 年 6 月、2013 年 11 月，皆以糾正案正式對法務部及其他單位的戒毒成效提出評論意見，雖然文字中對矯正機關人力匱乏表示理解也支持增補人員的態度，但就當前戒毒成效部分，則嚴詞厲色地指責相關作為的不足並對再犯率居高不下表示不滿。就連天下雜誌亦在 2008 年 9 月第 405 期以「新鴉片戰爭」、2012 年 5 月第 498 期以「反毒戰爭」為標題，來進行專題式的深入報導，文章也引用許多圖表數據顯示近年來國內的毒品問題似仍未曾或歇…。

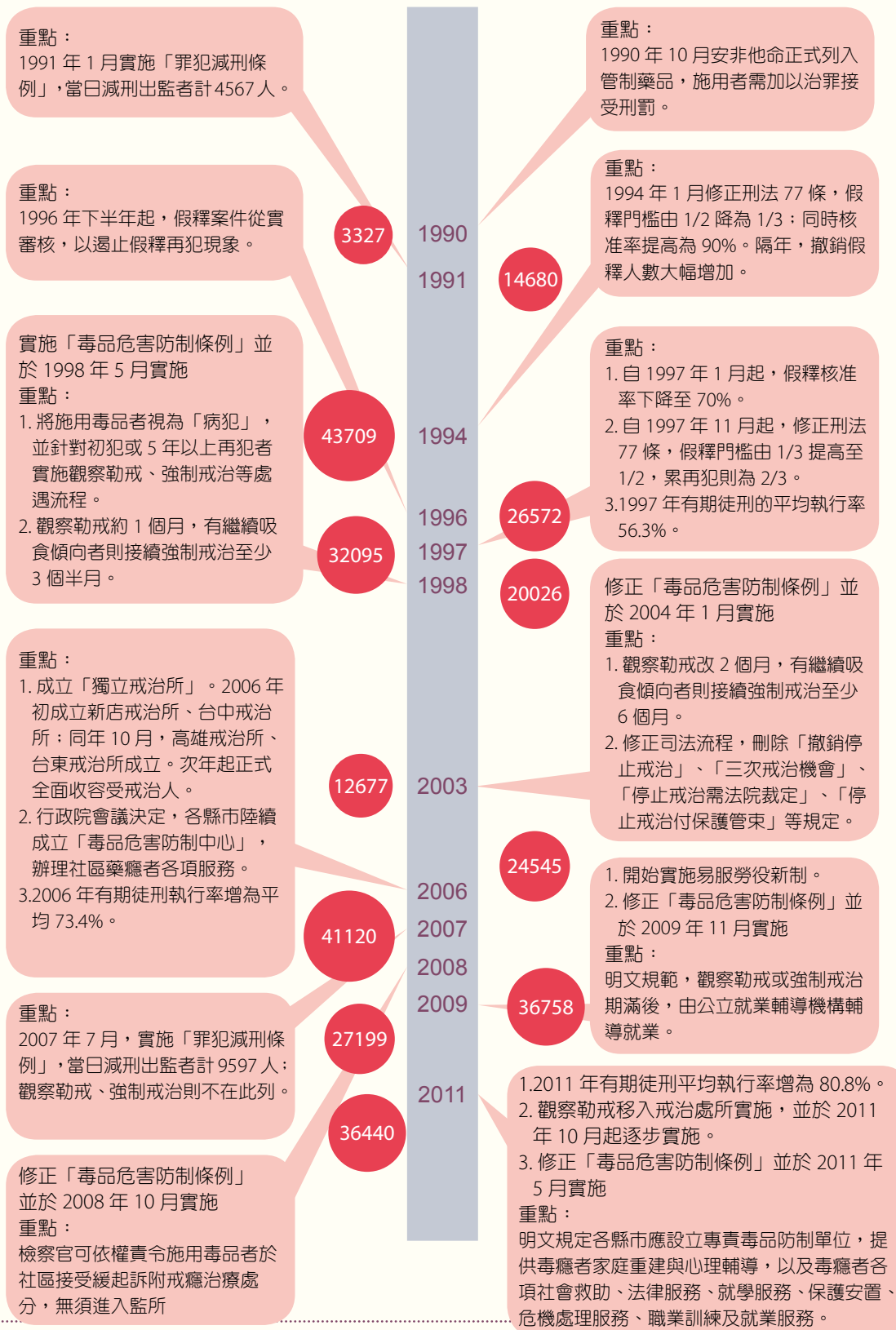
看到上述監委指摘與媒體報導，讓人不由得疑惑投入越來越多的戒毒資源，究竟是不是真如這些評論所言，依舊未見可令人肯定的成效？同時除

了社會大眾的觀感外，更重要的是，即便我們在與毒癮者共同努力邁向復原的過程中總能得到來自社區成功戒癮者的認同，此刻仍無法具體解釋為何戒癮的系統性療效如此不佳；此外，不同系統間的資料至今亦有整合的困難，目前雖有法務部所建構的「毒品犯資料平台」可供矯正署與各地毒防中心進行資料匯整，但對於處遇療效與社區環境等影響毒癮復發（再犯毒品罪）的重要因素，卻一如過去難以進行追蹤評量。

其實，關於戒毒成效不易顯現、讓人民無感的關鍵因素之一，起因於近廿年來我國攸關毒品防制的相關法令不斷變遷，加上許多時空背景改變導致相關政策更迭形成了再犯率、再犯人數的起伏，因此無法累計足夠穩定的資訊進行戒毒療效評估（詳見圖一）。舉例來說，1990 年修正「麻醉藥品管制條例」將施用安非他命處以刑罰後，每年入監毒品犯人數便開始逐年增加，形成日後毒品犯總人數約佔同時期在監受刑人約 40% 左右；1998 年實施「毒品危害防制條例」時，新入監毒品犯人數就立即大幅下降，原因在於施用毒品者轉為受戒治人而非受刑人所致，直到 2004 年該法修正實施新制，將三次戒治機會和撤銷停止戒治處分的條文刪除後，新入監毒品犯人數就隨之回升；1990 年與 2007 年實施減刑條例後的兩年間，新入監人數也都有上揚趨勢，導致這段時間在監受刑人累再犯人數相對增加；而 1994 年假釋門檻曾放寬至 1/3，1997 年因為劉邦友、白曉燕、彭婉如等重大命案開始限縮假釋核准率、緊縮假釋門檻為初犯 1/2 和累再犯 2/3，也間接影響了日後的再犯人數及比率。

本文並無意聚焦於法律修訂、制度更迭或系統性資源的討論，而希望將重點放在另一個同樣造成戒癮療效評估困難的關鍵因素：「為什麼每個官方報導看到的毒品再犯率都不一樣，有的說高達九成？有的卻說是六成多？」、「究竟該如何看待再犯率？」

筆者試圖透過國內相關政府公務統計、文獻資料或研究報告的彙整，並透過實務經驗來進一步做澄清與詮釋這些再犯數字更迭不一的樣貌，嘗試說明我們究竟該用何種角度來詮釋再犯率，以及如何透過不同面向來務實思考當前毒品戒治的成效？畢竟，在矯正機構中許多從事戒癮實務工作者面對這些質疑聲浪不免心生疑惑，自己往昔所投入的心力是否石沉大海難收效益。筆者認為，



圖一：近廿年來我國毒品政策、相關法律變遷及重點摘要（「●」為該年度執行毒品案件判決有罪人數）

混淆不一的訊息才是真正導致第一線工作者倦怠的因素，或許透過本文的分享，可以將紛亂的思維、失焦的論述做些整合，讓我們得以有機會不再以瞎子摸象的方式來看待毒癮戒治，而能運用實證、聚焦的目標來改善、提高我們未來的戒癮成效。

貳、解析數字陷阱 - 重新解讀毒品再犯率

熟悉統計研究的實務工作者心裏一定明白，採用何種統計模組、再犯計算基準、特定樣本群、隨機或分層採樣樣本，都會直接影響再犯統計的結果，同時「再犯」二字也經常以不同的概念來最作為定義。譬如法務統計中所謂的再犯，係為經檢察官偵查終結被提起公訴、聲請簡易判決處刑、緩起訴處分、職權不起訴處分及移送觀察勒戒或戒治等有犯罪嫌疑者；學者進行的研究則多以審判終結確定有罪為再犯依據；有時部分研究者則以地院一審結果判決有罪作為依據而非三審定讞；有些再犯統計限於再犯施用毒品罪而非再犯任一罪刑……等。由此可發現，光是「統計」這個單一因素的變化就足以讓再犯人數或再犯率出現差異，若再加上先前所謂政策變遷或系統性因素所導致的重大影響，相信大家便能明白為什麼再犯率或再犯現象經常存有無法切割、難以釐清的困境。周石棋(2012)認為，社會學研究幾乎不可能像實驗室一樣嚴謹地控制研究設計、研究條件、干擾變項與其他潛在因素，同時即便面對相同的研究結果或數據，不同學者亦可能依其專業背景也會出現詮釋出互異的結果，更不用說部分研究存有取樣偏誤，或者是錯誤的相關解釋等。

在本文中，我們將試著運用當前公共衛生與醫療保健所使用的「三段五級預防」概念(如表一)，來思考我們在施用毒品再犯率統計所遇上的難題。

以目前國人十大死因第二名的心臟疾病為例，相信多數人都能同意接受心臟外科手術(心臟繞道手術，後段第四級預防)比起心臟內科手術(心導管氣球擴張術，次段第三級預防)而言，前者心臟疾病術後復發再次住院接受手術的比率應高於後者，因為進行心臟繞道外科手術相對於心導管內科手術來說，外科手術患者本身的疾病嚴重度比較高，復發的預後當然也就較差；同理，因為心律不整(初段第二級預防)而常規在門診接受藥物治療者，因為復發需住院接受手術的比率就較前二者為低了。簡言之，就法律層面的觀點來說，觀察勒

戒這類保安處分係屬較輕微的犯行，相較之下判處徒刑就屬於較為嚴重的層級，當然後者再犯情形（預後）一般來說就比較不佳。

表一：從三段五級預防的概念來看毒癮防治在司法機關的現行樣態

階段	初段預防		次段預防	後級預防	
一般概念	日常生活和個體功能尚無影響或輕微影響		日常生活和個體功能已有明顯響者	日常生活和個體功能已受嚴重影響者	
	一級預防	二級預防	三級預防	四級預防	五級預防
	促進健康	特殊保護	早期診斷 適當治療	限制殘障	功能復健
	廣泛地促進身心健康，以抵抗各種疾病侵擾危機	採取各種防護保健措施，以避免或減少輕微症狀演進成為疾病	早期發現症狀與疾病診斷，以防止或阻滯病程繼續演變，同時亦可避免併發症、後遺症或殘障發生	控制疾病或症狀不再惡化，而維持於暫時性失能狀態，進而不再形成更嚴重的永久性殘障	對已遭受永久性殘障的患者，協助其恢復有限度的功能，使其有機會自主運用留存功能
毒癮防治 實施對象	一般民衆	* 初次吸毒者 * 戒毒 5 年以上再使用者	* 有繼續施用毒品傾向者 * 曾經戒毒卻復發者	在戒毒 / 吸毒歷程中不斷循環者	
現階段 法定處遇	反毒宣導教育	觀察勒戒	* 強制戒治 * 緩起訴付戒癮治療	* 因吸毒判處徒刑者 * 撤銷保護管束再入監者	
毒癮治療 策略	* 心理衛生教育 * 戒癮治療		* 心理衛生教育 * 輔導諮商 * 戒癮治療	* 法治教育 * 諮商與心理治療 * 認知重構 / 戒癮治療	

因此當前毒品再犯統計的趨勢之一，便是透過收容人出監所後的某一段時間內，是否出現因施用毒品而受偵查、起訴或緩起訴或者是再犯其他罪刑，而註記於個人犯罪紀錄中（前科資料），來追蹤不同處遇或身分的收容人離開矯正機關回歸社區的正常生活時間（醫療上則稱為無病存活期）。以 2007 年出監所之施用毒品收容人再犯施用毒品罪的比率來看（表二），施用毒品收容人出監所後追蹤半年時間，受觀察勒戒人再犯率為 11.16%、受戒治人 8.59%、受刑人則為 20.67%；追蹤累計一年期間，受觀察勒戒人再犯率

為 21.12%、受戒治人 24.75%、受刑人則為 40.36%；追蹤累計兩年，受觀察勒戒人再犯率為 31.59%、受戒治人 41.05%、受刑人則為 57.69%。透過這些統計數字，我們就能明顯發現到，一樣是因為施用毒品行為被強制進入司法處遇流程，但由於犯後所隸屬的司法流程不同（疾病嚴重程度不同），不同類別身份之施用毒品收容人原本就會有著輕重互異的再犯率（復發率）。

另一種現行的毒品再犯統計趨勢，則是檢視毒品案件裁判確定有罪當事人、新入監或在監的毒品罪受刑人，過去有無毒品或其他罪行的前科，來註記此次毒品犯罪行為係屬初犯或累再犯。這樣的思維就如同在心臟內外科門診、心臟內外科病房裡調查病人有無心臟病史，或者其他誘發心臟疾病如高血壓、高血脂、高血糖等重要罹病因素，其結果必然發現多數是高度關連的。

表二：不同身份之施用毒品收容人出監所後再犯施用毒品罪逐年追蹤表

對象	年度	出監所後再犯施用毒品罪時間之人數比 (%)					
		六月以內	一年累計	兩年累計	三年累計	四年累計	五年累計
出所受觀察勒戒人 (無繼續施用傾向者)	2001	9.36	16.99	27.16	33.56	38.95	42.24
	2004	11.76	21.14	30.70	36.40	40.22	43.08
	2007	11.16	21.12	31.59	38.11	42.40	45.31
	2010	15.71	27.99	38.88	*	*	*
直接出所受戒治人	2001	9.81	17.46	29.08	40.42	50.05	56.63
	2004	5.94	13.01	31.70	45.23	54.32	60.26
	2007	8.59	24.75	41.05	49.86	54.29	57.29
	2010	8.58	21.70	38.17	*	*	*
出監之施用毒品受刑人	2001	*	*	*	*	*	*
	2004	12.27	31.62	53.24	62.66	67.73	69.97
	2007	20.67	40.36	57.69	65.41	69.46	72.00
	2010	18.76	36.85	53.92	*	*	*

註 I：資料來源：法務統計再犯統計專區 (2013)；監察院糾正文 (2011)。
 註 II：** 欄位係目前仍無公開資料可供查詢。

例如在表三中，一樣以 2007 年的資料為例，就相對應的累再犯率來看，毒品案件裁判確定有罪當事人累再犯率為 90.2%、新入監毒品罪受刑人累再犯率為 94.3%、年底在監毒品罪受刑人累再犯率則為 87.5%，高累再犯率的表徵意義就如同在心臟內外科病房調查患者有無高血壓、高血脂等已知的心血管高風險因子一般；此外，倘若我們單純以施用毒品行為來看，毒品案件裁判確定有罪施用毒品當事人同罪名累再犯率為 82.5%、新入監施用毒品受刑人同罪名累再犯率為 83.6%，就等同於調查心血管患者有無相關疾病高風險因子或者過去有無就診和住院記錄一般，所以，無論是從何者來看，高比例的再犯現象也就不言而喻。

行筆至此，或許我們已經能對這些不同的數據有了基本的認識或區隔。接下來想要再釐清的一個重要概念是，「施用毒品收容人的累再犯率」、「出監所之施用毒品收容人追蹤的再犯率」，兩者原本就不應混為一談，雖然皆為特定時間的橫斷研究，再犯的意義卻是大相逕庭。

表三：近年來法務統計中不同累再犯率的相關統計資料

項目	執行毒品案件裁判確定有罪 (A)				新入監毒品罪受刑人 (B)				年底在監毒品罪受刑人 (C)			
	人數	累再犯率 (%)	純施用毒品		人數	累再犯率 (%)	純施用毒品		人數	累再犯率 (%)	純施用毒品	
			人數	同罪名累再犯率 (%)			人數	同罪名累再犯率 (%)			人數	同罪名累再犯率 (%)
2003	12,677	82.1	10,525	70.9	5,988	*	5,135	*	16,013	81.9	8,891	*
2004	14,640	82.7	12,477	68.8	10,946	*	9,955	*	18,599	83.2	11,235	*
2005	22,540	84.7	19,982	70.7	10,988	*	10,039	*	19,775	86.8	12,267	*
2006	24,545	87.7	21,324	77.9	12,419	89.0	11,134	78.0	20,671	89.3	13,201	*
2007	27,199	90.2	23,444	82.5	10,093	94.3	8,710	83.6	14,162	87.5	6,942	*
2008	41,120	93.7	36,563	89.1	14,492	95.6	12,623	82.7	20,933	90.7	12,893	*
2009	36,758	92.9	32,046	88.4	12,440	95.2	10,771	80.2	23,636	91.3	14,970	*
2010	35,460	91.0	29,428	85.8	11,247	92.2	9,110	77.8	24,480	90.0	14,213	*
2011	36,440	90.6	29,351	85.6	11,474	91.2	8,917	81.3	25,257	88.9	13,198	*
2012	36,410	*	28,553	*	10,971	*	8,160	*	26,326	*	12,141	*

註 I：資料來源：法務統計 2012 年報、法務統計 2013 年 8 月再犯統計專區資料。
註 II：* 欄位係目前尚無公開資料可供查詢。

施用毒品收容人的累再犯率所指的是，個人過去已發生的犯罪紀錄（病史），可回溯的時間長度是延伸至出生前，因此同樣是回溯廿年資料，對於現在年齡為廿歲、三十歲或四十歲的施用毒品者，其前科查詢結果可能大不相同，簡單說，年齡越大者可能累積的前科記錄通常機率較高較多，年輕族群則擁有可能相對較少前科記錄，就算追蹤時程一致，其立基點本質也充滿差異；不過，這些相關數據仍可提供毒品防制、公衛監控上的數據參考。

譬如毒品案件裁判確定有罪人數顯然在 2007 年實施減刑條例後，於 2008 年起大幅增加，然而新入監毒品犯人數與年底在監毒品犯人數增加幅度卻未見明顯，即可推測施用毒品者併有其他更重罪行審判確定的情形，隨著時間推移越加劇烈；譬如一樣從毒品案件裁判確定有罪人數及其累再犯率，與毒品案件裁判確定有罪之施用毒品者人數及其累再犯率來作逐年比對，就會發現，從 2003 年起這十年間，初犯施用毒品罪者每年皆在 4,000 人上下，然而初次犯罪即涉入毒品案件者（含製造販賣運輸與施用），卻從 2003 年的兩千多人逐年上揚至近四千人，若能配合更細部資料的研究，或許就可以釐清究竟是犯罪族群涉入毒品案件的比例提高，還是一般民衆或學生施用毒品的新生吸毒人口增加所致。

至於出監所後施用毒品收容人的再犯施用毒品罪之再犯率所指的是，個人戒除毒品賦歸社會後再次施用毒品而被檢警調所查獲的時間點，因此追蹤時間的長度可無限延伸至個體死亡；雖然每個人出監所的時間不一，但研究者通常會設定某個特定切截時間點來進行研究，即可獲取如追蹤半年、追蹤一年、追蹤三年、追蹤五年等再犯資料，並進一步做為當前處遇評估或規劃政策流程的參考。

像是呂源益、石玉華、王秀月(2008)分析 1990-2006 年高檢署的資料庫後發現，17 年來我國新生吸毒人口共計有 232,717 人，17 年內未再犯罪者共 44.81%，而再犯者中亦僅有 25.42% 再犯毒品相關罪刑(59,157 人)；束連文、林克明、陳娟瑜(2007)分析 2000-2004 年直接出所受戒治人中有效樣本計 54,897 人的再犯情形，追蹤半年再犯率為 6.85%~15.00%、追蹤一年累計再犯率為 14.19%~25.74%、追蹤兩年累計再犯率為 31.76%~37.63%；法務統計(2010)

六月份的專題報告就以 2004-2009 年出監受刑人計 218,692 人再犯情形進行分析，追蹤一年累計再犯率為 26.2%(2009 年出監者尚未滿一年追蹤期)，或者單以 2004 年的 9,948 名出監毒品罪受刑人來看，追蹤一年累計再犯率為 34.7%，追蹤五年累計再犯率達 76.0%。若能配合更細部資料的研究，或許就可以瞭解究竟 2004 年實施修正後的戒治處遇模式至今、成立獨立戒治所至今、實施毒品犯輔導處遇計畫至今，對於降低毒品再犯甚至是減少一般犯罪再犯是否發揮了計畫效益。

要提醒讀者的是，任何刑案加總後的再犯率當然會高於單純計算施用毒品罪（同罪名）的累再犯率，而目前法務統計的部份資料僅計入最重罪名的分類方式，再加上犯罪黑數…等因素影響，皆可能會導致低估再犯的實際情況；不過這些統計資料上的未盡之全，相信對於本文所欲探討的現象並不會形成太多的干擾便是了。

參、從三段五級預防來看毒癮戒治效益

現代醫學已走向預防醫學的領域與範疇強調「未病即癒」，若我們從三段五級預防的概念來思考毒癮治療如何推展（如上表一），就不得不審慎細究其毒癮戒除的效益該如何定義。整體來說，如果我們整體的毒品犯罪率下降、吸毒人口減少、緝獲毒品增減、社會安定平和，大概就不會有人質疑戒毒成就，然而就在我國緝毒成績屢獲佳績並於 2013 年獲得聯合國毒品與犯罪委員會 (UNODC) 肯定的同時，為何大家依舊仍對戒毒成效無感呢？主要原因在於多數民衆並不覺得國內施用毒品人口有下降的趨勢，反而覺得像 K 他命這一類型的俱樂部毒品甚至進入校園蠱惑莘莘學子，在出生率明顯下降的同時，校園染毒的新聞卻仍層出不窮，也莫怪乎毒品防治效益備受質疑：在 2005 年、2009 年所進行的「國民健康訪問暨藥物 用調查」似乎間接證實了這樣的訊息，就其結果顯示推估全國 12 歲至 64 歲的藥物濫用人口的確從 1.2% 增加至 1.43%，換句話說 2005-2009 的數年間，這份資料推估我國的藥物濫用人口終生盛行率就大約增加了數萬名。（衛生福利部，2011）

不過，當我們從理性、客觀的角度來思考戒癮效益時，究竟應該採取

何種效益評估模式，才能持平視之？同時，又應如何定義戒癮處遇的效益呢？

當前評估醫療處遇效益最簡單的思維莫過於成本分析。目前國內戒癮處遇模式或許可以概分為四大類：「醫療藥癮戒治模式」、「司法矯正戒治模式」、「司法監禁輔導模式」以及「社區戒癮模式」。

在醫療藥癮戒治模式部分，由於毒癮者接受戒癮醫療協助的方式多元，包括接受門診藥物或住院戒除、有無使用替代療法、有無中斷或持續整個療程、有無計入後續追蹤或復發治療的費用…等差異，所以就連最容易進行的成本效益分析也變得複雜難辨。倘若綜合近年來國內相關研究結果來看（如表四），則意指司法監禁輔導、司法矯正戒治是成本最低的戒癮治療型態，其與醫療戒癮模式的成本差異約為 5~25 倍；簡言之，司法戒癮模式是最具經濟效益的，所付出的成本最低，同一時間可同時容納的戒癮人數也是最多。

乍看之下，司法戒癮模式似乎是在成本考量之下的最佳選擇，然而由於司法戒癮涉及社會成本直接的負擔與有形的支出（如因毒品衍生出的其他犯罪或建造監獄與戒護管理人力），亦存在著間接且無形的減損（如喪失勞動力的產能或家庭結構的暫時性崩解），同時社會大眾也未認真細究，其實醫療戒癮模式主要是成癮者自費負擔支出（健保不給付）而司法戒癮模式則是社會成本居多（國家預算或僅部分自費），這些林林總總的重大成本差異，則從未被核實計入推算。

表四：近年來不同藥癮戒除成本之相關研究

項目	研究主題	醫療藥癮戒除模式	司法戒治模式	司法監禁模式	社區減害戒癮模式
李志愷 (2003)	藥物濫用概況及防制 (每人每日)	6,831 元	*	248 元	*
賴俊雄 (2003)	藥物濫用醫療成本效果分析 (以每一個療程費用)	72,118 元	*	*	*
楊士隆 (2006)	病患、病犯之毒癮戒治模式成本與效益評估 (以每一個療程費用)	急性期住院 7 天約 3 萬	15,472 元	*	*
馬作鏹 (2009)	藥癮減害執行成效評估之探討 (以兩個月療程計算)	57,584 元	*	12,713 元	29,033 元

由此可見，司法戒癮模式是否真的符合最大成本效益（或最少支出），實在令人商榷。最後還有民間個人或宗教團體的社區戒癮模式尚未論及，但由於這類單位或機構多半並未公開人事成本與資本結構，同時還併有宗教資源的挹注，因此就不放入表列中來同步進行比較了。

然而在成本效益之外，是否有其他可行的戒癮成效評估模式呢？其實，這些年來已有諸多學者嘗試從不同向度或學理來檢視，接下來在本文中，就讓我們開始運用三段五級預防的概念（如表五）來思考，如何評估毒癮戒治效益。

表五：從三段五級預防的概念來看我國毒品防制的效益

類別	初段預防 (一級、二級)	次段預防 (三級)	後級預防 (四級、五級)
一般概念	日常生活和個體功能尚無影響或輕微影響	日常生活和個體功能已有明顯影響者	日常生活和個體功能已受嚴重影響者
毒癮防治對象	一般社會大眾 初次吸毒者戒毒 5年以上再使用者	曾經戒毒 卻復發者	因吸毒判處徒刑者 撤銷假釋再入監者
現階段 法定處遇	反毒教育 / 觀察勒戒	強制戒治 起訴付戒癮治療	因吸毒判處徒刑者 撤銷保護管束再入監者
處遇效益 評估標的	1. 減少新興吸毒人口 2. 緝毒數量增加 3. 提升社區防毒意識 4. 再犯率下降	1. 成癮疾病嚴重程度的有效控制（不再犯罪、不使用進階毒品） 2. 聰明自行運用替代療法戒癮比率提高 3. 成癮疾病 / 復發狀態下的生活品質維繫 4. 再犯率下降	1. 延長復發 / 再犯時間、延長壽命（感染傳染病 / 自發性疾病） 2. 降低成癮程度 / 減少併發症（其他犯罪行為） 3. 撤銷保護管束再入監者身心疾病的共病 4. 再犯率下降

一、初段預防效益評估（緝毒數據、新興吸毒人口變化）

在初段預防部份，倘若我們可以防毒於境外、緝毒於前線、拒毒於社區、戒毒於初期，那麼必能大幅限制施用毒品人口的增加，然而我們又該如何評估這些努力的成效呢？或許可從社區防毒意識的良窳、緝毒數量、新興吸毒人口增減情形及該族群再犯現象來窺其一二。

就社區防毒意識的部分，其實政府各部會每年皆編列預算來進行反毒教育，譬如 2013 年教育部的紫錐花運動與春暉網站、2013 年法務部的戰毒記網路遊戲與無毒家園網站、2013 年衛生署的白天黑夜案例探討手冊及 K 他命濫用之臨床評估與處置建議、2013 年警政署的校園反毒戲劇宣導與刑事局網站青少年特區…等、都是為了要讓社會大眾知曉毒品的危害甚鉅不可不慎行，不過由於宣導工作難取得實際拒毒效益的證據，因此多數僅能以活動舉辦場次或人次來做為輔助說明。

而較易取得資料佐證的事實，來自於歷年緝毒防毒的成果（第一級預防），這也是我國 2013 年從毒品製造及轉運國 B 級名單中除名，正式被歸類至表現最優異的 C 級名單的主因（2013，反毒報告書）；因此當製造販賣運輸定罪案件數量與查獲的毒品重量增加的同時，也就代表毒品流通的困難度上升，而毒品取得不易，自然就會抑制毒品氾濫的現象。表六即為近年來的相關資料，我們可以發現被定罪的純製造販賣運輸的毒品人口雖然逐年提昇，不過由於毒品緝獲量多有起伏，同時毒品市場上的交易價格經過警政單位訪查結果亦高低不定，雖然可從總體經濟學的角度論述以價抑量的現象，卻甚難直接推論在戒癮部分的實證效益。

表六：近年來裁定有罪純製造販賣運輸毒品案件及緝獲量統計資料

年度	一級毒品		二級毒品		三級毒品	
	人數	重量 kg	人數	重量 kg	人數	重量 kg
2006	677	204.4	480	214.1	97	1,046.2
2007	783	136.7	560	262.3	166	810.2
2008	1,009	194.9	709	48.6	272	800.7
2009	993	62.5	748	179.2	356	1,201.8
2010	1,451	85.1	1,241	273.1	738	2,618.5
2011	1,646	17.8	1,818	166.9	1,002	1,436.0
2012	1,516	159.7	2,269	143.8	1,121	2,233.5

資料來源：法務統計 2012 年報。

不過當我們把眼光移向新生吸毒人口的變動時，就有明顯的證據來論述毒品濫用初段第一級預防的效益。呂源益、石玉華、王秀月(2008)調查司法記錄中自1990年到2006年這十六年之間，因為施用毒品初次被檢警調逮捕、查獲的藥物濫用者共有232,717人，若細究歷年各年齡層人數和人口比率(如表七)，我們就能發現新生吸毒人口多呈現逐年下降的趨勢，從1992年從每十萬人平均有150.6人發現為新生吸毒人口，到2006年降為每十萬人平均僅有29.8人為新生吸毒人口來看，已降低了80%新興吸毒人口的發生率；而束連文、林克明與陳娟瑜(2007)有關本土有效戒毒系統的研究分析，束連文(2008)運用重複捕抓模式來進行新興毒品使用族群的估計，也都印證了新興吸毒人口逐年減少的相同趨勢；由此可見，緝毒防毒拒毒在第一級預防的實質效益可謂相當顯著，毒品防制的整體措施已使得嘗鮮試用第一級或第二級毒品的人數減少許多，也就做到了預防醫學最重要未病即癒的目標，讓許多身心健康的民衆不至於因為嘗試施用毒品，因而陷入可能成癮、無法遠離毒品的終生遺憾。

表七：吸食毒品新生人口率(人/每十萬人)

年別	初次施用毒品人數	19歲以下	20-29歲	30-39歲	40-49歲	50-59歲	60歲以上
總計人數	232,717	41,338	119,079	55,433	14,047	2,328	439
總計人口率	1,075.5	632.3	3,118.9	1,530.8	485.0	103.9	17.4
1990	25.5	12.6	59.6	40.0	16.6	10.6	1.9
1991	101.8	62.1	295.6	118.2	30.2	9.8	1.6
1992	150.6	81.7	415.2	218.7	57.9	14.2	2.3
1993	145.6	67.7	389.6	238.2	77.2	16.7	2.2
1994	85.4	42.9	216.8	140.9	54.1	12.3	2.6
1995	54.8	38.2	132.1	80.2	34.0	7.7	1.1
1996	59.2	47.0	151.4	74.3	30.5	7.0	0.8
1997	61.6	44.8	173.3	74.7	27.8	7.4	0.8
1998	50.7	33.1	151.1	61.8	22.4	6.1	0.7
1999	65.0	42.2	207.3	71.5	25.2	6.7	1.1
2000	57.9	33.7	192.9	64.9	22.4	5.7	0.7
2001	37.3	19.1	123.9	46.8	14.4	4.1	0.5
2002	38.8	24.0	135.0	40.2	11.6	3.2	0.3
2003	32.9	16.4	116.3	38.2	11.8	2.9	0.5
2004	33.5	12.3	119.8	44.1	13.1	3.3	0.5
2005	38.3	10.7	134.5	58.1	17.2	4.4	0.4
2006	29.8	7.4	102.9	49.3	15.9	3.4	0.3

資料來源：引自呂源益、石玉華、王秀月(2008)：吸食毒品新生人口統計分析。

二、次段預防效益評估（緩起訴附戒癮治療命令、強制戒治處分）

所謂的次段預防，就是針對因為施用毒品已經造成日常生活的明顯干擾或有限度的功能缺損，需要提供治療處遇來預防疾病程度加劇的階段；換句話說，若我們能協助有前科記錄者（無毒品犯罪）或虞犯少年拒絕染毒、定期追蹤社區戒癮者堅定無毒的生活型態、協助戒除毒品後復發者的身心復原，甚至善用現代醫療資源來幫助成癮者戒毒而非在成癮後嚴重影響到健康品質與生涯規劃，那麼或許就可以說已做到此階段預防最重要的任務：早期發現，早期治療。然而，要如何才能夠進行這個部份的療效評估呢？

對於有前科記錄者但未曾有毒品施用情形者，由於目前並無已公開可自由取得的政府紀錄（包括施用毒品犯罪紀錄、虞犯與少年紀錄、社區戒癮者追蹤記錄等）或研究結果可供直接查詢，因此，實在難以說明或證實近年來相關人數增減的情形；即便如此，我們或許仍可從近年來替代療法實施的情形來試著做些瞭解。

對於國外行之有年的替代療法，在 2008 年 10 月正式法制化之後，對於已戒除毒品後復發者，檢察官可以依權職有條件地給予緩起訴附戒癮治療命令的處分，而無須判刑入監或者隔離進入觀察勒戒處所，就不至於導致毒癮者日常生活、工作規畫、家庭功能的斷裂。表八的前端資料係彙整自監察院公佈的文件資料、反毒報告書內容，我們可以發現，接受緩起訴附戒癮治療命令的毒癮者人數從 2008 年起明顯增加，到 2012 年已達 3,687 人，然而一年內撤銷該緩起訴的比率 2010 年為 47.7%、2011 年為 36.5%、2012 年為 63.7%；雖然我們可以正面看待，每年皆有上千名毒癮復發者因為緩起訴附戒癮治療命令而無須中斷其家庭生活與工作，然而撤銷的比例過高卻也難詮釋替代療法政策是否具有好的效益，同時，撤銷緩起訴附戒癮治療命令的原因很多（如再犯其他罪名），並不一定是再繼續施用非法毒品所致，也因此難以推論實施緩起訴附戒癮治療命令實質效益的良窳。

不過從另一個角度來看，衛福部疾管署公告的資料則顯示，2013 年 7 月份有 10,933 人正在全國各縣市共 108 家醫療院所接受替代療法的協助，也說明了全面合法執行替代療法之後，已有許多成癮患者開始會主動透過醫療模式來

幫助自己戒除毒癮，雖然不同的研究取向對於目前醫療院所實施替代療法實質效益立場不一（陳快樂、周孫元、詹佳祥，2010；李思賢等，2010；張耿嘉，2009），但筆者認為，無論從減少司法逮捕、審理、監禁成本的支出，或者是增加社會勞動生產所得、持續肩負家庭角色功能的角度來看，相信替代療法都有其正面助益存在。

至於實施強制戒治處遇是否存有療效呢？表八亦羅列了無繼續吸食傾向出所受觀察勒戒人、直接出所之受戒治人、出監之施用毒品受刑人近幾年來的再犯追蹤情形。以追蹤一年時間的長度來看（短期再犯），我們可以發現到，無論是受觀察勒戒人、受戒治人、施用毒品受刑人的一年內再犯毒品罪的比率，在不同年度之間是更迭不一的，實在難以描述各個年度或者是不同身分處遇的毒癮者，接受不同型式的司法戒癮處遇後有無實際療效作用力存在。

但若我們從公共衛生三段五級預防的觀點來檢視強制戒治處遇療效，其答案反而是昭然若揭。從目前司法戒癮模式來區分觀察勒戒（初段第二級預防）、強制戒治（次段第三級預防）及毒品犯處遇（後段第四級預防）這些不同的司法處遇制度，我們就能從表八的資料中觀察到在一年內再犯施用毒品情形（毒癮復發率），自2004年到2012年間，受觀察勒戒人再犯率為16.8%~28.0%、受戒治人再犯率為12.9%~24.7%、施用毒品受刑人再犯率為31.6%~40.4%；接著我們透過 χ^2 百分比考驗來檢視，發現到觀察勒戒及強制戒治兩者之間再犯率雖無差異，但兩者與施用毒品受刑人再犯率則呈統計顯著性，若我們融合公共衛生三段五級預防的角度（初段再犯率 < 次段再犯率 < 後段再犯率），就可以大膽假設目前強制戒治的效益已經浮現。

簡言之，受戒治人是經由觀察勒戒判定有繼續吸食傾向者才會進入此強制戒治流程，所以，受戒治人的成癮性原本就高於受觀察勒戒人（或者說受戒治人預後原本就較差），而強制戒治的再犯率應高於觀察勒戒。但透過現行的戒治處遇模式，已使得成癮程度較高、復發機率較高的毒癮者（強制戒治，次段第三級預防），其再犯率下降至與觀察勒戒（初段第二級預防）再犯率無異，這樣的現象已能顯示強制戒治的確有其實證效益展現，讓受戒治

人出所後得以維繫較長時間的無毒生活，並在社區中展開復原之旅，藉以思考如何維繫家庭功能與個體的生活品質。

表八：近年來相關法務統計中不同累再犯率的統計資料 (追蹤一年)

項目	毒品罪經緩起訴處分附命戒癮治療			無繼續吸食傾向出所觀察勒戒人			直接出所受戒治人			出監之施用毒品受刑人		
	總人數	撤銷緩起訴人數	累計一年再犯率 (%)	總人數	再犯施用毒品罪		總人數	再犯施用毒品罪		總人數	再犯施用毒品罪	
					累計一年再犯人數	累計一年再犯率 (%)		累計一年再犯人數	累計一年再犯率 (%)		累計一年再犯人數	累計一年再犯率 (%)
2004	32	*	*	8,738	1,847	21.4	9,407	1,224	13.0	8,498	2,687	31.6
2005	68	*	*	10,028	1,864	18.6	2,990	578	19.3	8,795	3,101	35.3
2006	121	*	*	7,522	1,266	16.8	2,637	488	18.5	9,667	3,681	38.1
2007	543	*	*	7,189	1,518	21.1	2,772	686	24.7	14,933	6,027	40.4
2008	1,085	*	*	7,359	1,411	19.2	3,696	904	24.5	6,801	2,566	37.7
2009	1,389	*	*	6,216	1,445	23.2	3,145	706	22.4	7,887	2,694	34.2
2010	2,419	720	47.7	7,682	2,150	28.0	1,737	377	21.7	9,036	3,331	36.9
2011	3,533	1,290	36.5	7,681	1,790	23.3	1,344	261	19.4	9,030	2,978	33.0
2012	3,687	2,105	63.7	6,147	1,082	17.9	940	122	12.9	8,260	2,919	35.3

* 資料來源：法務統計 2012 年報、法務統計 2013 年 8 月再犯統計專區資料、2009 與 2011 監察院糾正文案、2013 反毒報告書、2011 年犯罪狀況及其分析

因此，雖然距離次段預防效益的全面推展尚待努力，現在我們或可說明實施強制戒治處遇、替代療法的戒毒成效已逐步顯現，而非如媒體所評論的一無是處；當前實際的情況是，毒癮者的再犯率（復發率）在接受強制戒治處遇後一直有穩定的固定效益，只是當前的療效對社會大眾而言，稱不上滿意就是了。

三、後段預防效益評估 (毒品犯再犯研究)

後段預防，就是針對因為施用毒品已經造成日常生活嚴重影響或生理心理

毒癮難戒？如何重新解讀毒品再犯數字背後的意義

社會功能的缺損已難復返，僅能提供治療處遇來控制疾病程度不再惡化（第四級預防），或者是透過緩和處遇促使個體有機會維持最大生活自主能力來減緩功能崩解的時程（第五級預防）。換句話說，若我們能協助有多次施用毒品前科反覆進出監所的成癮者，學習如何自我照護同時賦歸社會後延長其未施用毒品的無毒生活（可視為延長無病存活期）、或毒癮雖已復發但仍維持平穩狀態不再涉足其他非法行為（視為無併發症或誘發其他疾病）、或透過假釋付保護管束來確保無毒生活和檢核其生活型態（可視為出院病人門診定期追蹤控制病情），那麼，無論是達到哪一類型的效益，都應可視為此階段效益的展現。囿於篇幅限制與公開資料取得不易，此部分我們將僅以出監毒品犯再犯現象來作探討。

即便是美國每年投入 146 億美金在支出政府相關部門的毒品相關處遇（涵蓋監獄、公衛系統），仍僅有 14.8%~17.4% 的收容人得以接受戒癮醫療處遇（NIDA，2012）；而往年我國監禁在監所的毒品犯受刑人並無提供戒癮相關處遇內容，但 2006 年起實施「監獄毒品犯輔導計畫」、2012 修訂為「監獄毒品犯戒治輔導計畫」後，毒品犯便有機會接受三個階段（新入監、在監期間、出監前）的輔導服務，2012 年更加入家庭支持方案來擴大其輔導內容。

筆者曾於 2007 年於南部某監獄針對前科資料中註載有兩次或兩次以上施用毒品記錄之毒品累再犯受刑人，在「出監前階段」處遇中，實施每週 1 小時共 10 單元的戒癮衛教宣導課程（循環帶狀課程），運用藥物濫用和成癮防治相關短片的放映，以及心理師的輔助說明，透過預防復發為基礎的核心課程，來進行毒品犯輔導處遇。實施 9 個月後（共計實施三次循環、30 堂課、超過一千人次），該監 2007 年 1-9 月出監受刑人再犯情形，與 2006 年同時期或同樣基準點的資料透過卡方考驗後，在「受刑人再犯率」、「毒品受刑人再犯率」、「毒品受刑人再犯毒品罪」三個項目上，皆達到統計顯著上的改善（ $p < .05$ ）；而其中，又以毒品受刑人再犯毒品罪部份，再犯率下降程度最為顯著（如表九）。

表九：南部某監獄 2006 年 1-9 月、2007 年 1-9 月出監受刑人再犯情形分析

樣本	項目	全國平均再犯率	該監再犯率	該監再犯毒品罪部分	該監再犯非毒品罪部分
2006 年 (1-9 月再犯率)	受刑人再犯率	8.6%	12.6%(排名 6)	9.2%(排名 1)	3.4%(排名 28)
	毒品受刑人再犯率	10.9%	14.3%(排名 9)	11.2%(排名 11)	3.1%(排名 12)
2007 年 (1-9 月再犯率)	受刑人再犯率	7.1%	7.9%(排名 13)	5.8%(排名 4)	2.1%(排名 33)
	毒品受刑人再犯率	8.4%	7.5%(排名 24)	6.4%(排名 23)	1.1%(排名 27)

註 1：上述排名係指當時全國 45 個監（所）的再犯率排序，排名前者再犯率較高。

註 2：2007 年起該監依函示開始全面推行毒品犯輔導處遇計畫。

接著我們再把焦點擴大至全國出監毒品犯回歸社區後的現象來觀察，在表十的再犯統計數據中可發現，隨著毒品犯接受相關處遇計畫時程的推延，無論是出監毒品犯一年再犯率、出監施用毒品犯的一年再犯率，都明顯呈現下降趨勢（尚未達顯著水準），可見得毒品犯接受戒癮相關處遇計畫確能促使毒癮者出監賦歸社會後，維持更長時間的無毒生活（無病存活期），因此就能更有機會逐步開創新生、重新掌握人生的正確節奏。

國內外證據都一致顯示，針對毒品犯受刑人實施一系列的戒癮處遇課程，就能夠協助毒癮者在重獲自由後的一定時間內，降低其再次施用毒品的行為；而 Marlowe(2003) 接受 NIDA 委託所進行的一項大型研究中亦證實，在美國的監獄中對非自願性毒癮患者實施戒癮治療，若能落實得宜仍可有效降低 10% 左右的毒癮復發率。現在，我國實施監獄毒品戒治輔導處遇計畫至今，2006-2012 這六年間毒品犯（或施用毒品犯）再犯率雖有更迭，但追蹤一年再犯率仍持續向下減少約 5%(如表十)。由此可見，當前我國矯正機構持續實施更完整而全面的毒品犯戒治輔導處遇計畫後，未來必能呈現更好的可見效益。

表十：近年來相關法務統計中不同累再犯率的統計資料（追蹤一年）

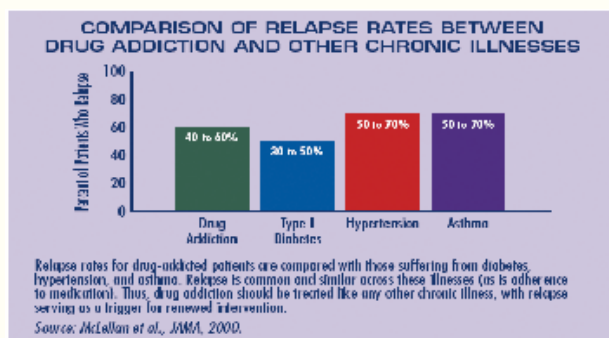
項目	出監之毒品受刑人			出監之毒品受刑人			出監之施用毒品受刑人			出監之施用毒品受刑人		
	總人數	再犯罪		總人數	再犯施用毒品罪		總人數	再犯罪		總人數	再犯施用毒品罪	
		累計一年再犯人數	累計一年再犯率(%)		累計一年再犯人數	累計一年再犯率(%)		累計一年再犯人數	累計一年再犯率(%)		累計一年再犯人數	累計一年再犯率(%)
2004	9,958	3,473	34.9	9,958	2,922	29.3	8,498	3,167	37.3	8,498	2,687	31.6
2005	10,278	4,107	39.9	10,278	3,343	32.5	8,795	3,792	43.1	8,795	3,101	35.3
2006	11,670	4,782	40.9	11,670	3,972	34.0	9,667	4,393	45.4	9,667	3,681	38.1
2007	17,009	7,473	43.9	17,009	6,448	37.9	14,933	6,942	46.5	14,933	6,027	40.4
2008	8,409	3,412	40.6	8,409	2,839	33.8	6,801	3,045	44.8	6,801	2,566	37.7
2009	9,492	3,495	36.8	9,492	2,931	30.9	7,887	3,169	40.2	7,887	2,694	34.2
2010	10,490	4,128	39.6	10,490	3,571	34.0	9,036	3,813	42.2	9,036	3,331	36.9
2011	10,871	3,834	35.3	10,871	3,199	29.4	9,030	3,520	38.9	9,030	2,978	33.0
2012	10,093	3,168	31.4	10,093	2,595	25.7	8,260	2,535	30.7	8,260	2,919	35.3

* 資料來源：法務統計 2010 受刑人出獄後再犯統計分析、法務統計 2013 年 8 月再犯統計專區資料

肆、結語、限制與展望

行筆至此，我想讀者已能概略瞭解從三段五級預防的觀點而言，我國在初段預防（毒品製造轉運的 C 級名單、施用一級或二級毒品初犯人數下降）、次段預防（戒治再犯效益優於觀察勒戒）和後段預防（推動監獄毒品犯戒治輔導計畫），經過政府與民間的共同努力下都獲得了初步成效，並非像是糾正案文或者是報載文章所評論的成效不彰甚至是毫無成效；然而，不可一日鬆懈的毒品防制工作，究竟要如何持續提升當前績效，來說服大院諸公以及社會大眾，明白戒癮療效並非一蹴可幾呢？

其實，NIDA(2005) 年便已依據美國境內醫療統計資料計算出，濫用非法藥物所造成的總體醫療支出一年大約是 1,610 億美金，跟所有癌症患者的 1,716 億美金、糖尿病患者的 1,317 億美金，並列於美國前五大醫療支出項目；此外，McLellan 等人 (2000) 則分析了不同慢性疾病與藥物成癮在復發部分的情形，發現從目前的臨床研究的觀察顯示 (如圖二)，藥物成癮的復發率約為 40%~60%、氣喘患者的復發率約為 50%~70%、高血壓疾患的復發率約為 50%~70%，這顯示出藥物濫用者復發現象其實和許多慢性疾病是相似的。由此可見，若要將施用毒品成癮行為僅單純視為非法行為，在接受強制戒治處遇或提供監獄毒品犯戒治輔導計畫之後，便要以「終生不再犯(不復發)」的角度來論斷戒治處遇成效或毒品輔導矯正成效良窳，緣木求魚的思維原本就難以實現其目標。



圖二：不同慢性疾病復發率之比較 (資料來源：Drug, brains and behavior – The science of addiction. 2007, p26.)

當前我們應當審慎思考的是，如何在相對匱乏的有限戒癮資源中創造更大的效益，或者是運用實證研究來調整、改善現行制度的目標，這樣才能真正達到戒癮療效，毒癮者也能因之受益；此外，我們亦須瞭解到，慢性疾病的復發率，原本就會隨著時間的遞延而增加，本文內容皆選擇以一年期間的再犯率(復發率)做為討論標的，主要原因便在於醫療上慢性疾病復發現象的討論，以及療效控制理論的研究，多數便是以半年期或一年期的追蹤來判定或評估治療的療效。因為慢性疾病患者經治療離院後，經常會因為無法保持規律的生活型態，或者是由飲食、壓力和其他身心疾病而誘發其疾病復發，甚至併發其他疾病，這些環境與個人等非治療處遇的因素，易隨著時間演進逐步影響患者的健康而可能導致發病。同樣的，接受強制戒治處遇或毒品犯戒治輔導計畫離開監所的毒品成癮者，隨著出監所回歸社區的時間越長，原本在監所期間提供戒癮處遇

的療效就會因之遞減，怎能將無時間區隔的再犯率視為矯正機關戒毒成效不彰的佐證。此外媒體經常報導毒品案件裁定有罪之累再犯率、或新入監毒品犯累再犯率為九成左右，就是上述各項統計資料誤用、以訛傳訛的錯誤定義所致。

未來，我們應當如何持續推展戒癮成效，並進一步透過實證研究來呈現佐證效益呢？其實，法務統計蘊含相當龐大的資料，已可提供學者來進行分析研究，這幾年就有相當多的法務統計專欄文章、戒癮處遇的内部研究和委外研究已發表或持續進行中，皆可讓實務工作者在實施機構内部戒癮處遇時，用更有效益且實證的方式來運用（請參考附錄資料）；許多國外的文獻資料與實證研究也針對如何改善戒癮計畫使其更具療效（TAP31: Improvement contributes to the improved efficiency of treatment facilities, 2007）、消除毒癮者抗拒或減少非個體層面的戒癮障礙（NIATx: ProcessImprovement in Addiction Treatment, 2007）、如何提供更有效率或更具成本效益的戒癮處遇（Addiction science & clinical perspectives: Cost evaluation of evidence-based treatments, 2011），提供了不少的建議可供參考。當然落實追蹤機制，一如慢性病患在治療後有無接受定期門診追蹤一樣重要，若能有效發揮各縣市毒品防制中心社區整合服務的能量，相信戒癮療效必能持續延宕。

最後想說的是，當矯正機構針對施用第一級毒品、第二集毒品成癮者的毒癮戒治處遇計畫正逐漸發揮其效益的同時，K他命濫用的現象則像是野火燎原般地在青年與青少年的世界蔓延，2013年11月監察院糾正案文中提到在施用第三級毒品的部分，2010年查獲有9,383人，2012年便上揚至20,915人；2013年12月台灣高等檢察署就「當前毒品情勢分析」在行政院院會報告中也指出，18歲到24歲未滿的青年階層，施用K他命、FM2等三級毒品的人口數亦較去年同期成長倍餘（轉載自悠活健康網電子報），或許這就是造成社會大眾普遍認為反毒作為供效不彰的重要因素之一。雖然，就政府總體思維策略而言，反毒拒毒戒毒防毒皆為毒品防制工作的一環，但將矯正機關、醫療單位在毒癮戒治數十年努力的戒癮成效跟近年K他命在社區蔓延現象混為一談，對於從事毒癮戒治臨床工作人員而言，實是非戰之罪。

盼望，有那麼一天，戒癮處遇的效益能夠全然展現在社會大眾面前，而再犯率或毒癮復發率的數字不再被誤用誤導時，我們也就可以讓毒癮收容人更加相信毒癮戒除的契機，誠摯地去接受強制戒治處遇或毒品犯戒治輔導處遇，就能有更多機會在社會上找到自己生活的重心，重啓復原之旅。

伍、參考資料

期刊論文

- 呂源益、石玉華、王秀月 (2008)：吸毒新生人口分析。矯正月刊，187，3-7。
- 周石棋 (2012)：犯罪學家如何獲得犯罪方面的數據及統計概念與技術的應用。犯罪、刑罰與矯正研究期刊，4(1)，219-250。
- Marlowe, D. B. (2003). Integrating Substance Abuse Treatment and Criminal Justice Supervision. Science & Practice Perspectives, 2(1),4-14.

專書

- 反毒報告書 (2013)：法務部、教育部、外交部、衛生福利部。網址 <http://www.moj.gov.tw/ct.asp?xItem=309515&ctNode=27486&mp=001>
- 法務部 (2011)：100 年犯罪狀況及其分析。台北：法務部。

合輯專書

- 李志恆 (2003)：藥物濫用概況及防制。行政院衛生署管制藥品管理局出版。

相關研究

- 李思賢、王博思、任全鈞、林式毅、武維馨、段永章、莊莘、張君威、黃鈞蔚、顏慕庸、蔡偉德、劉宜廉 (2010)：台灣北部地區美沙冬替代療法實施背景成效及成本效益三年期追蹤研究 (第三年)。行政院衛生署食品藥物管理局委託科技研究案。DOH99-FDA-61501。
- 束連文 (2008)：運用重複捕取方法估計台灣歷年毒品使用族群數 - 新增與復發趨勢。行政院衛生署管制藥品管理局委託科技研究案。DOH97-NNB-1017。
- 束連文、林克明、陳娟瑜 (2007)：95 年度建置本土有效戒毒系統之初探：法務系統資料分析。行政院法務部委託研究案。PG9509-0097。
- 馬作錐 (2009)：藥癮減害執行成效評估之探討。行政院衛生署管制藥品管理局委託科技研究案。DOH98-NNB-1034。

- 張耿嘉 (2009)：台灣美沙冬替代療法外展服務對治療成效與社區的影響。行政院衛生署食品藥物管理局委託科技研究案。DOH98-NNB-1036。
- 陳快樂、周孫元、詹佳祥 (2010)：台灣藥癮替代療法整體成效及社會影響評估。行政院衛生署食品藥物管理局委託科技研究案。DOH99-FDA-61502。
- 楊士隆 (2006)：病患、病犯與罪犯之毒癮戒治模式成本與效益分析。行政院衛生署管制藥品管理局委託科技研究案。DOH95-NNB-1039。
- 賴俊雄 (2003)：藥物濫用醫療成本效果分析。行政院衛生署管制藥品管理局委託科技研究案。DOH92-NNB-1024。

其他

- 法務統計再犯統計專區 (2013)：網址 <http://www.mjac.moj/lp.asp?CtNode=26280&CtUnit=4185&BaseDSD=7&mp=043>
- 法務部 (2010)：受刑人出獄後再犯罪統計分析。法務統計專題分析。
- 法務部 (2010)：新入監受刑人再累犯統計分析。法務統計專題分析。
- 法務部 (2012)：101 年法務統計年報。網址 <http://www.moj.gov.tw/ct.asp?xItem=319430&ctNode=28166&mp=001>
- 衛生福利部 (2011)：2009 年國民健康訪問暨藥物 用調查報告。網址 <http://nhis.nhri.org.tw/>
- National Institute Drug Abuse Publication.(2005)：Drug Abuse and Addiction: One of America's Most Challenging Public Health Problems. Retrieved 01/01/2014 from <http://http://archives.drugabuse.gov/about/welcome/aboutdrugabuse/magnitude/>
- National Institute Drug Abuse Publication.(2007). Drugs, brains, and behavior - The science of addiction. Retrieved 01/01/2014 from <http://http://www.drugabuse.gov/publications/science-addiction>
- National Institute Drug Abuse Publication.(2012). Principles of drug abuse treatment for criminal justice populations - A research-based guide. Retrieved 01/01/2014 from <http://www.drugabuse.gov/publications/principles-drug-abuse-treatment-criminal-justice-populations>