

學術論著

毒品防制及戒治成效評估之研究

蔡田木

中央警察大學教授

謝文彥

中央警察大學副教授

林安倫

嘉義縣政府警察局警務員

連鴻榮

法務部矯正署雲林第二監獄副典獄長

摘要

蔡田木、謝文彥、林安倫、連鴻榮

我國防治毒品犯罪的刑事政策，由嚴刑峻罰的肅清煙毒時期到除刑不除罪的戒治時期，在處遇政策的演變上有了突破性的發展。但迄今，毒品犯罪問題在累、再犯率仍居高不下的狀況下，實有進一步探討現行毒品防制及戒治成效的必要。本研究透過專家學者的訪談及座談，探討毒品防制及戒治成效，分析刑事執法人員、專家學者之執法或反毒經驗，歸納其對毒品防制及戒治成效之看法，希望對我國毒品犯罪的防制及戒治提出有效的建議。本研究發現，檢討現階段毒品防制策略方面：各縣市政府的毒品危害防制中心應法制化；戒毒上不只是單純進行個人的醫療戒癮，尚須社會支持、心理諮商、就業訓練同時兼顧；吸毒者資料應統整健保、警政與觀護資料以整合資料；應採不定期採尿措施，較易達到威嚇的效果；個案是否應接受戒治應由第一線實務工作者評估；戒治均需收費且須統一收費標準。在毒品成癮性與戒治困境方面，本研究發現：使用單一治療方式戒治可能性甚低；海洛因依賴性高戒治困難；全人治療才有可能戒治；毒品成癮性與戒治可能性會隨個人不同而有差異；需要支持系統激發戒毒意願。在戒毒戒治成效方面，本研究發現：戒毒工作是一種高投資低成效的行業；部分替代療法者缺乏戒毒決心；政府的反毒政策與戒治方式宣導不足，民衆不易理解；嚴格緝毒，造成價格飆漲，易引發犯罪問題；替代療法對毒品戒治效果不明顯。因此，本研究建議：社會資源應引進吸毒族群家庭，加強家庭支持宣導；政府公權力應提早以行政力量介入及處置，強制吸毒三、四級者接受毒品成癮性之戒治；抗制毒品犯罪須刑罰與醫療同時實施；應依吸毒者犯罪及再犯危險性分類治療及處遇；各縣市之毒品危害防制中心須法制化，發揮整合能力、統一窗口功能；擴大建置「毒品使用者資料庫」，以利追蹤輔導；增加醫療資源介入毒品戒治，並給予危險加給。

關鍵字：毒品、毒品防制、毒品戒治

壹、問題背景與研究目的

近年來新興毒品類型推陳出新，毒品犯的再犯與累犯比例亦不斷升高，大部份的治安案件，包括竊盜、強盜、擄人勒索等犯罪，都與毒品有直接或間接的關係。另外，在毒癮的驅使及毒品販賣暴利的誘使之下，造成鋌而走險犯罪之比例隨之日漸攀升。根據法務部統計，2011 年年底執行毒品案件判決確定有罪人數統計，毒品案件之累、再犯人數中具有毒品罪前科者，占毒品有罪人數比率為 88.9%。又從各監獄毒品受刑人收容情況分析，2011 年年底在監毒品犯計 25,257 人，占全體在監受刑人 43.9%（如表 1-1）。如此居高不下的再犯率與收容人數，顯示現行毒品防制策略及觀察勒戒、強制戒治之司法處遇措施有重新檢視之必要。

表 1-1 2002 年至 2011 年新入監及在監毒品受刑人再累犯情形統計表

年底別	新入監受刑人	新入監毒品犯	在監受刑人			在監毒品再累犯	
			總計 a	毒品犯總數 b	比例 c=b/a	小計 d	比例 e=d/b
2002 年底	27,003	5,844	39,825	16,321	41.0%	13,091	80.2%
2003 年底	28,966	5,988	41,245	16,013	41.1%	13,111	81.9%
2004 年底	33,346	10,946	45,955	18,599	40.5%	15,476	83.2%
2005 年底	33,193	10,988	48,779	19,775	40.5%	17,165	86.8%
2006 年底	37,607	12,419	51,381	20,671	40.2%	18,467	83.9%
2007 年底	34,991	10,093	40,461	14,162	35.0%	12,395	87.5%
2008 年底	48,234	14,492	52,708	20,933	39.7%	18,978	90.7%
2009 年底	42,336	12,440	55,225	23,636	42.8%	21,590	91.3%
2010 年底	37,159	11,247	57,088	24,480	42.9%	22,031	90.0%
2011 年底	36,459	11,474	57,479	25,257	43.9%	22,449	88.9%

資料來源：2011 年 12 月法務統計月報。

由於毒品問題的嚴重性，為探討我國現行毒品防制及戒治成效，本研究藉由刑事執法人員、專家學者之執法或反毒經驗，探討其對毒品防制及戒治成效之看法與建議，希望對我國毒品犯罪的防制及戒治提出有效的建議，本研究之具體研究目的包括：

- 一、探討及檢討並分析我國現階段毒品防制策略。
- 二、分析毒品施用之成癮性及其戒治之困境。
- 三、探討我國現階段戒毒戒治之成效。
- 四、根據上述研究發現，對毒品防制及戒治提出改進之建議。

貳、相關文獻探討

為探討毒品防制及戒治成效，本研究文獻探討首先分析毒品防制之立法演進，其次從我國毒品政策的歷史脈絡，檢視毒品施用者的處遇現況，茲分述如下：

一、我國毒品防制之立法演進

（一）由寬鬆時期的民國初年到嚴刑峻罰的動員戡亂時期

我國於 1935 年頒行的刑法，即有施用鴉片的處罰，惟因對於吸食施用毒品者之處查與刑罰過輕，難以抑制及遏阻毒害。台灣光復後政府大力禁煙，於 1955 年制定「動員戡亂時期肅清煙毒條例」，以特別刑法對毒販之處罰及對吸毒者的勒戒¹。

當年「動員戡亂時期肅清煙毒條例」制定目的在防止毒品惡化，貫徹禁毒政策，對於毒品犯罪中販賣者（第五條）與施用者（第九條），均採嚴刑峻罰的刑事政策。另一方面對於施用毒品成癮者，亦訂有自首請求勒戒（第四條）與移送勒戒（第九條）等相關規定，以求兼顧特別預防原則。就刑事政策而言，當時對毒品犯罪者，乃透過刑罰的手段，將其與社會隔離，以杜絕

¹ 林健陽、陳玉書、柯雨瑞（2003），毒品犯罪戒治成效影響因素之追蹤研究。2003 犯罪矯正與觀護研討會，頁 131-161。

其再接觸毒品，並藉由監禁的痛苦，以嚇阻其再吸食，並謂治療與矯正理念²。自 1987 年由總統蔣經國宣佈同年 7 月 15 日起解嚴為止後，「動員戡亂時期肅清煙毒條例」於 1992 年 7 月將該條例名為「肅清煙毒條例」，然而在反毒政策上並無大方向之改變。

（二）由嚴刑峻罰的肅清煙毒時期到除刑不除罪的戒治時期

自從 1990 年 10 月將安非他命類列入麻醉藥品管制條例後之十年內，各地方法院檢察署新收偵查案的煙毒麻藥案件（包含施用毒品行為及其它毒品犯罪）均高達上萬件，可見毒品犯罪之嚴重程度。因此，我國於 1999 年 5 月 12 日，在行政院長連戰先生之號召與領導下，正式向毒品宣戰，成立「中央反毒會報」，整合各部會之力量全力消滅煙毒，並將肅清煙毒條例大幅修正，提出「毒品防治危害條例」。修正後的條例當中，降低施用毒品及持有毒品的罪刑。修正重點包括，將毒品依成癮性濫用性及對社會危害性分為三級：第一級是海洛因、嗎啡、鴉片、古柯鹼等；第二級為罌粟、大麻、安非他命、古柯鹼等；第三級為納洛芬、異戊巴比妥、西可巴比妥等。施用第一級毒品處六個月以上、五年以下有期徒刑，施用第二級毒品處三年以下有期徒刑。

針對施用毒品者實施除刑不除罪，亦即於犯罪未發覺前，自動向衛生署指定的醫療機構請求治療，醫療機構不必將其送法院或檢察機關，且在治療情況下「第一次」被查獲時，應為不起訴處分或為不附審理的裁定。另外施用毒品者再犯，規定吸毒者於保護管束期間及出獄兩年內強制採驗尿液，於五年內再犯者，於戒治後，視其戒治的成效，再決定是否仍需執行宣告刑。

由於「毒品危害防治條例」自 1998 年實施以來，有諸多問題：一、僅分三級與管制藥品管理條例無法互相配合，致搖頭丸、K 他命等第四級管制藥品施用人數日益增加，且年齡層有下降之趨勢，不僅危害治安，也嚴重戕害國民健康。其次，毒品刑事程序過於繁複，一般刑事訴訟程序與觀察勒戒、戒治程序交錯複雜，於法律適用上引發諸多爭議。第三，強制戒治執行時間滿三月，

2 賴擁連（2000），台灣地區毒品犯罪者戒治處遇成效之研究。中央警察大學犯罪防治研究所碩士論文。

即得停止戒治出所付保護管束，戒治執行時間實嫌過短，無法提升強制戒治之成效，再犯問題層出不窮。第四，勒戒處所，由法務部委託於醫院內附設之規定，有執行上之困難等問題，亟待解決³。

為防治新興毒品危害， 政院於 2003 年 4 月 6 日通過「毒品危害防治條例」修正案，乃增訂製造、販賣、運輸、販賣搖頭丸、K 他命等管制藥品之處罰規定。 法院於同年 6 月 6 日通過修正案，2003 年 7 月 9 日公佈實施之新修正「毒品危害防治條例」於第二條第二項明文規定，毒品依其成癮性、濫用性及對社會的危害分為四等級，其品項如下：第一級包括海洛因、嗎啡、鴉片、古柯鹼及其相類製品。第二級包括罌粟、古柯、大麻、安非他命、配西汀、潘他唑新及其相類製品。第三級包括西可巴比妥、異戊巴比妥、納洛芬及其相類製品。第四級包括二丙烯基巴比妥、阿普唑他及其相類製品。有關毒品之分級及品項，由法務部會同行政院衛生署組成審議委員會，每三個月定期檢討，報由行政院公告調整、增減之。其他有關醫藥及科學上需用之麻醉藥品與其製品及影響精神物質與其製品之管理，另以法律定之。

二、我國毒品治療模式

我國目前戒毒方式，依 1993 年行政院之「中央反毒會報」決議確立是以「生理勒戒」、「心理戒治」，及「追蹤輔導」三階段之戒毒架構進行規劃。「生理勒戒」著重於吸毒犯毒癮發作之生理解毒。「心理戒治」則著重於心理輔導與復健，解除毒品之心理依賴。「追蹤輔導」除消極防止吸毒犯之毒癮復發再犯，更積極地藉由觀護及更生輔導協助其重歸社會。因此奠定了台灣的戒毒主軸與方向，不論是政府機關、矯正機構、醫療機構，及民間之宗教戒毒輔導機構，皆朝此三方向規劃施行。有關藥物濫用的控制、預防及治療方面所要做的努力，主要來自政府機關立法、教育單位、專業的醫療單位、宗教團體及矯治機構。茲分述如下⁴：

3 法務部（2003），毒品新制五年來實施概況。法務部網站：專案報告。

4 薛雅尹（2003），我國戒毒戒毒政策成效評估之研究。國立東華大學公共行政研究所碩士論文。

- 1、政府機關推動：透過立法、於社區照顧機構辦理教育訓練、進行研究，以提昇知能及方法。社會工作參與之方案有三：藥物濫用之預防工作、個別成癮者及其家庭之治療工作、減少易造成藥物濫用之社會情境。
- 2、教育單位宣導：從預防勝於治療的觀點，除導正學生對於毒品的認知外，避免其行為偏差，更重要的是，需整合不同領域之專家學者，一同推動進行，建立毒品手冊，增加學生對於毒品的認識。
- 3、醫療機構戒治：主要是以「醫療戒治」模式，來治療藥物濫用成癮者，分為生理解毒、心理治療（心理復健）及追蹤輔導（社會復健）。
 - (1) 生理解毒：主要在減緩成癮者因停止吸食毒品所帶來的生理不適症狀，一般是在醫護人員的照護下，進行生理解毒，為期 3 至 10 天，可能給予藥物治療、活動治療，及進一步之實驗室檢查或放鬆訓練睡眠衛生指導等協助。目前公立醫院精神科全面開辦藥癮治療特別門診，提供吸毒者能自動至醫療院所求治服務的管道。
 - (2) 心理治療（心理復健）：生理解毒後將施行心理治療、職能治療等心理復健戒治，為期約 15 至 30 天，除可能給予人格特質檢測等心理測驗外，另施予疾病認識、心理治療、團體治療、家屬會談、藥物治療及預備出院後生活安排等衛生教育；此時多以加強患者持續維持戒毒狀態的態度與毅力增加患者及家屬對藥物濫用身心危害知識的瞭解、強化患者自我調適及因應技能為主，基本上以透過統合個別心理治療、團體心理治療、家族治療等心理復健措施之提供，使成癮者進行重返社會之準備。
 - (3) 追蹤輔導（社會復健）：出院後之社會復健期，多以門診方式進行追蹤輔導或建議轉介至中途之家；近年來陸續有許多戒癮機構，注意到後續追蹤的重要性，逐漸加強有關後續追蹤輔導設計，及追蹤輔導。
- 4、宗教團體戒毒：目前民間之宗教戒毒輔導機構較具成效者，主要以基督教的福音戒毒為主，基督教的福音戒毒係經由福音課程，過來人的帶領，及提供身、心、靈全面教育，做全方位的協助戒除毒癮。較具規模者有基督教晨曦會福音戒毒中心、花蓮主愛之家、高雄市基督教戒癮協會附設「希望之家」，及財團法人基督教沐恩之家等。

5、矯治機構戒毒：法務部所屬矯治機構之戒治模式，其戒治對象係依據毒品危害防制條例第 29 條之規定，在矯正機構內實施觀察、勒戒或強制戒治，其戒毒模式自成一格，名為司法戒治模式，亦為我國戒毒政策之主要規劃。

吸毒者一旦觸法，即須依循司法戒治程式接受勒戒、戒治及追蹤輔導，茲將其三階段戒毒程式：(1) 生理解毒階段之觀察、勒戒；(2) 心理治療階段之強制戒治及 (3) 社會復健階段之追蹤輔導。

目前世界各國對於毒品問題之政策因應措施，主要以減少毒品供應與減少毒品需求為主要策略，但中國大陸、泰國對於毒品犯（製造、運輸、販賣者）採取嚴刑峻罰手段，荷蘭、澳洲對施用大麻採取容忍之態度，荷蘭、英國、澳洲採行減害之措施，美國對防堵毒品擴散所投注之大量經費預算與人力資源等，由於不同之觀點，亦隨之發展出不同之政策取向。目前各國毒癮戒治模式可概分為戒絕模式（Abstinence）、維持治療模式（Maintenance treatment）與戒毒村模式（Therapeutic community）等三大模式，但由於毒癮治療往往非一次可戒除即不再復發，亦非單一模式即可成功，必須從生理解毒、心理復健及追蹤輔導三方面著手⁵。

參、研究設計與實施

我國的毒品由嚴刑峻罰的肅清煙毒時期到除刑不除罪的戒治時期，在刑事政策的演變上有了突破性的發展，但在累、再犯率居高不下的情況下，實應進一步探討我國現行毒品防制及戒治成效。為達研究目的，本研究針對刑事執法人員、專家學者進行座談及訪談，藉由其執法或反毒經驗，探討我國現行毒品防制及戒治成效，希望對我國毒品犯罪的防制及戒治提出有效的建議。

5 謝文彥、蔡田木等（2008），吸毒行為除罪化之研究。台北：財團法人林心正教育基金會委託研究。

一、資料蒐集方法

- (一) 焦點團體座談法：焦點團體主要在使與會人員彼此對相關議題進行互動溝通，交換意見。焦點團體邀請毒品醫療政策制訂機構之人員、毒品醫療實務人員、法務機構毒品、戒治醫療管理人員、警務人員與刑法學者等，進行舉辦實務界及與學術界之座談會。
- (二) 深度訪談法：利用深度訪談法，針對實務界執法人員、學者專家進行訪談，以了解其實務工作上對毒品抗制政策與戒毒之看法。

二、研究參與者

本研究採非機率抽樣方法之立意抽樣，研究對象區分為兩大部分，第一焦點團體座談之專家，第二為深度訪談之學者專家，相互彌補彼此間的不足，增加研究之信度與效度。研究參與者以具有抗制毒品經驗五年以上者為取樣標準。

第一次焦點團體座談之專家包括衛生署官員、精神科主任、觀護人共 3 位，於 2008 年 6 月進行座談；第二次焦點團體座談之專家包括刑事警察局科長、法務部承辦官員與戒治所組長共 3 位，於同年 7 月進行座談。訪談對象為刑法學者、法務部保護司科長、資深檢察官、民間戒毒村負責人共 4 位，於 2008 年 6~7 月進行訪談，訪談基本資料表如表 3-1 所示。

表 3-1 焦點團體座談、深度訪談對象基本資料表

代號	服務單位	職稱
焦 1-1	衛生署官員	科長
焦 1-2	桃園榮民醫院精神科	醫師
焦 1-3	高雄地方法院檢察署	觀護人
焦 2-1	刑事警察局	科長
焦 2-2	法務部矯正署	科長
焦 2-3	新店戒治所	組長
深-1	開南大學	教授
深-2	法務部保護司	科長
深-3	台北地方法院檢察署	檢察官
深-4	民間戒毒村	負責人

資料來源：本研究整理

三、研究工具

一、焦點團體座談之討論議題

(一) 我國現行的毒品防制政策

1. 現行毒品防制政策之趨勢為何？
2. 現行毒品防制政策困境及缺失為何？

(二) 毒品成癮性與戒治可能性

1. 各種毒品之成癮性如何？
2. 各種毒品之戒治可能程度如何？

(三) 我國戒毒戒治成效

1. 我國戒毒戒治困境有那些？
2. 我國戒毒戒治成效為何？

二、深度訪談之訪談大綱

1. 我國現行的毒品防制政策及其困境為何？
2. 各種毒品之成癮性與戒治可能程度為何？
3. 我國毒品戒治困境及成效如何？
4. 其他可供我國政府部門作為推展毒品政策之參考意見？

四、資料處理與分析

(一) 資料處理

本研究將訪談錄音內容，透過電腦打字轉檔成文字，並將每個訪談對象，賦予代號，研究者以「焦 1-1」或「研 1」表示之，第一個研究對象為

01，如焦 1-1-1 代表為焦點團體座談第一個研究對象，第 1 句，並將所觀察到研究對象之情緒、肢體語言等，以括弧補充於逐字稿中。

(二) 資料分析

本研究具體分析程序有以下的步驟：(1) 謄寫逐字記錄。(2) 放入括弧：研究者保持開放的態度，進入受訪者個人的獨特世界。應用受訪者的世界觀來了解受訪者所談所說的意義。(3) 聆聽訪談內容：以掌握整體感。(4) 描述意義單元：以開放的態度，對每一個字、片語、句子、段落、非語言訊息的記錄，加以斷句，為的是引出特殊的意義。(5) 描述意義單元：描述與研究問題有關的意義單元。(6) 淘汰多餘不必要的資料。(7) 群聚意義單元：群聚相關的意義單元。(8) 決定主題：從意義的群聚中決定主題項。(9) 確認主題：對所有訪談做跨單元分析，完全參照受訪者的訪談內容寫出摘要。(10) 統整摘要：撰寫統整摘要。

(三) 可信賴性檢驗

質性研究長久以 倍受爭議與質疑的是信、效 問題。Lincoln & Guba(1984) 主張以確實性 (credibility)、可轉換性 (transferability)、可靠性 (dependability) 及可確認性 (confirmability) 四種方法 控制質性研究的信與效 (潘淑滿, 2003)，本研究採此種方式，對訪談所得之資料，進行檢核，以求其客觀及公正。

肆、研究發現與討論

為探討毒品防制及戒治成效，本研究以焦點團體座談、深度訪談等方法，進行 2 次焦點團體座談、訪談 4 位專家學者，探討毒品防制及戒治成效之看法與建議。茲就相關研究結果分述如下：

一、現行毒品防制策略之檢討與分析

自 1998 以來，「毒品危害防治條 」歷經多次修正，相關單位亦如火如荼展開反毒大作戰，綜觀近年來的反毒、戒治成效並不理想。在面對如此高

比例之毒品累再犯情形，實有必要深入檢討我國毒品政策，希望能發展可行及適宜我國之毒品政策，針對我國現行的毒品防制政策，本研究提出二大議題：1. 現行毒品防制政策之趨勢為何？2. 現行毒品防制政策困境及缺失為何？茲就相關研究結果分述如下：

（一）目前戒毒工作的參與機構各自為政，應儘速落實「毒品危害防制中心」之功能

目前在毒品防治條例裡面找不到一個主管機關，只得由主管緝毒機關的法務部來做衛生署的戒毒工作，而衛生署對戒毒工作並沒有投入多少的資源。因此目前戒毒工作的參與機構可說是各做各的，如果在中央能夠成立一個單獨的跨部會的、集合各單位的機構，執行效率應可大幅提昇。此外，過去地方政府少能配合中央的抗毒政策，總是覺得那是中央政府的事，各縣市政府若能落實「毒品危害防制中心」，中央的一些政策就可以落實到地方去，反毒成效更可提升。

戒治所的人員去做戒治工作困難，變成說現在毒品防治條例結果是造成主管緝毒機關的法務部來做衛生署的戒毒工作，那衛生署就是…其實最近一、二年是比較有積極在做，原因是因為愛滋病的氾濫，愛滋病還沒有氾濫之前，衛生署根本就對戒毒這一塊，並沒有投入任何的資源。我們的看法是吸毒行為犯罪化的刑法基礎是很薄弱的。（焦-2-001）

現在是各做各的，所以我的建議是如果在中央能夠成立一個單獨的跨部會的、集合各單位的這樣一個情形的話，我認為就效率上來講會比較好。講簡單一點，現在戒毒的工作，毒品危害條例是法務部主管，但是法務部雖然主管，但是戒毒的部分，它能夠為衛生署做怎麼樣的情形嗎也沒辦法，所以除非院長給這個衛生署長很大的壓力，他才會接受、去思考法務部的建議、內政部警政署的建議是不是可行的，要不然增加工作負擔，你不給我錢，你不給我人，我就沒有辦法。（焦-2-006）

最顯著的就是從中央到地方成立「毒品危害防制中心」。以往的一個版圖都是中央，一直在大力鼓吹，而事實上在地方上能配合的單位並不多，而現在就是各縣市都成立的「毒品危害防制中心」，可以把中央的一些政

策等等，落實到地方去。我想這個對於反毒的成效來講，絕對是相當有利的。
(深-2-3)

毒品防治法令的主管機關是法務部，但這法令有很多都是主管機關。照理說戒毒本來是衛生署來負責，那緝毒其是法務部跟很多偵查機關都要負責，那還有其他防毒、緝毒的工作，有很多機關，所以我們。(焦-2-001)

(二) 各縣市政府的毒品危害防制中心應儘速法制化

各縣市政府少重視毒品戒治工作，而毒品危害防制條例也未有明確規定應編列多少的經費或配置一定量的人員等法源目為執行的依據，目前都是使用任務編組的方式，縣市政府並未正式編列毒品戒治的預算，且各相關局處都是找一個人兼辦，以致戒毒工作成效不彰，遑論從事後續毒品犯追蹤輔導的工作。

整個毒品危害防制中心法制化，除了各單位協助之外，還要必須要有專責的人員，也就是像家庭暴力防治中心一樣，設置有社工人員、警察、衛生人員，設置好專責人員進來之後，才有辦法去做追蹤輔導。強制追蹤輔導也把他納入我們法源的依據裡面，這樣子的話我們的追蹤輔導人員他有一個執行追蹤的法源依據，我想對於毒品犯整個資訊的交流上，就會比較明確。
(深-2-11)

全國有二十萬個毒品人口，但是我們不認為說全部都需要追蹤輔導，因為也沒有那個人力，所以我們就針對高危險群。我們先從監獄裡面篩選出高危險群，然後扣除掉觀護的可以做追蹤輔導之外的，這些高危險群我們納入強制追蹤輔導的範疇。(深-2-11)

毒品危害防制中心無論如何都一定要先把他法制化，目前是任務編組，任務編組就是衛生局那邊隨便找個人兼辦然後其他的教育局、社會局也都是兼辦嘛，都是本身的工作辦完之後業餘的才來辦這一看的業務，非常困窘，第一個人力的困窘，第二個沒有經費。那到目前為止，各地的防制中心都已經有一定的規模了，那運作方面也有他一定的制度了，可惜的是九十七年沒錢了，今年又沒錢啦。有好幾個防制中心上來反應沒有經費，雖然人力都是兼辦但是至少都有那個心去努力運作，但是現實上就是沒有經費。(深-2-17)

（三）目前戒毒只重視吸毒者本身，戒毒不只是單純進行個人的醫療戒癮，尚須社會支持、心理諮商、就業訓練

目前反毒三大策略為減少毒品供應、減少毒品需求與進行戒毒治療。可見反毒作戰基本上應從降低需求上著手，而降低需求的基本作法為拒毒與戒毒兩部分。在拒毒的宣導上，除列為學校的普遍宣導外，更應從高危險群者著手，對於有可能真正接觸到毒品的人，應想辦法多給予資源，並強化宣導效果，使他們能離開吸毒團體。在戒毒上也不只是單純進行個人的醫療戒癮，尚須社會支持、心理諮商、就業訓練。此外，反毒要成功，也要在家庭教育、學校教育、社會教育上積極努力。

戒毒可以從宣導的層面來看的話，我們過去是比較重視在校園的宣導，而這次的宣導面我們比較重視在高危險群，所謂高危險群我們是把他列為所謂檢查機關所言八大行業、特種行業之類的這些，或是夜間有像被警察局所謂春風專案抓到的少年，我們都會來結合作業宣導，所以在高危險群的部份這一部份宣導的比較多。（深-2-11）

在戒毒的部份呢，其實也不是很單純的只有戒癮而已，因為你要對於一個吸毒犯能夠完全戒癮，除了醫療之外還必須要社會支持。社會支持當然包括了心理諮商，包括他就業的職訓等。（深-2-11）

從很多方面上去做教育，家庭教育、學校教育、社會教育都要有，如果學校做得好，家庭卻沒做好結果還是一樣。如果家裡教育得好，但到了社會這個大染缸該怎麼辦。所以各個環節都要扣緊，這是很不容易的……所以你在防毒、反毒的時候，我們晨曦會是有做但是我做的大部分是教育、還有到學校，我覺得還是方法的內容比較重要，因為你講的東西，宣導的內容有時候有反作用…所以我們做反毒的要注意宣導的反效果，在內容的設計上要多注意。（深-4-14）

（四）吸毒者資料散在各種不同機關，應統整健保、警政與觀護資料

過去有關吸毒犯的資料未能擁有一個單一窗口，也缺乏資料整合的機構，吸毒者的資料散在各種不同機關，因而無法更清楚的了解吸毒者全面的問題，不但難以發揮戒治的效果，其後續追蹤輔導工作更是難以有效實施，

這是未來應該設法改善之處。

法務部希望把包括他的健保資料、就醫資料、警政資料及觀護的資料，全部整合在這個系統裡面，這樣的話未來我們在管理這些毒品犯的資料裡面，他的刑案資料、在監的執行資料、觀察勒戒資料，還有他的警政採驗尿液的紀錄，他的治安顧慮人口查訪的紀錄，健保的紀錄，就醫的紀錄，執行訓練的紀錄，都在裡面可以看得到。這樣的話未來我們在做整個追蹤輔導方面，資訊面向就可以將他整合在一起，還有法律面向整合在一起。（深-2-11）

（五）現行定期採尿措施容易規避，應採不定期採尿措施

毒品危害條例規定對吸毒者應定期驗尿，尤其是出所六個月以後每二個月才驗尿一次，但這容易讓吸毒者設法規避被驗出呈陽性反應的，若能有時不定期的驗尿，或許較易達到威嚇的效果。

毒品危害條例要求定期採尿，對他們來講就是我每個月至少要過來採一次尿，那在採尿之前，我大概就會估算一下，之前就不要去碰，所以這也是黑數啊，事實上他來這邊的報告都是過關的，但是你就是看這個人就是不對勁，臉色蒼白，然後身體狀況很糟，問他工作也一直都不穩定，但在我們這邊的驗尿是過關的。（焦-1-054）

毒品條例規定剛開始出所的二個月是每二個禮拜一次，二個月以後是一個月一次，六個月以後是二個月一次，那警政單位的介入其實滿重要的，因為警察他們有職權去不定期採尿嘛，對他們來講其實也有一些威嚇的效果。（焦-1-056）

（六）吸毒者危害程度及是否應接受戒治判定不易，個案是否應接受戒治，應由第一線實務工作者評估。

吸毒者的危害程度及是否應接受戒治，判定不易，如果將所有的吸毒者都加以監禁，將徒增監獄壓力，若能成立專業的藥物法庭，由此法庭來判定與篩選需入監的吸毒者，將可減少刑事司法的浪費，並減低監獄擁擠現象。至於該吸毒者是否應接受戒治，醫療判定也經常有疑慮，其解決方式可由心理師、社工師、矯治人員來綜合評估。

抽象危險犯到底他多危險，是少數人危險，所以少數危險的人才需要入監，而不是大多數人都入監，造成刑事司法的浪費。所以我們還需要去區分這些危險行為，怎麼發展出中間那些機制，怎麼讓那個危險找到…應該要個別處理，用藥物法庭的概念，個別認定這個個案的危險不危險比較適當…（焦-1-015）

戒治所跟醫療單位的合作，但是特殊醫療的部份，醫療在判定是否接受戒治是有所疑慮的，因為不是第一線人員，往往不能通盤了解而給予錯的評估。應由心理師、社工師、矯治人員來綜合評估…（焦-2-012）

（七）再犯後入監執行者不需負擔任何戒治費用，有如變相懲罰初次吸毒者之現象，戒治均需收費，且須統一收費標準

吸毒者接受戒治的費用，初次吸毒者的觀察勒戒費用需由受戒治的人負擔部分費用，至次再犯後入監執行者就不需負擔任何戒治費用，似乎有變相懲罰初次吸毒者之現象，因此應該重新檢討，並統一平治收費標準。

戒治收費的問題，現在很困擾我們，因為它執行率也不高…他就沒錢讓你扣，到時候再移到行政執行處，行政執行處也是要去追，那沒錢就多一條這樣子…他們就會覺得說我是初犯，結果進來這邊，政府給我扣錢，如果我是再犯，我多犯一條的話，就可以去監獄吃免費的牢飯，那對他們來說去戒治所跟去監獄都一樣，都是在關嘛，怎麼說我是初犯，政府要我罰錢，去那個監獄，政府不罰錢…你要你就乾脆二邊都收錢，不然就乾脆二邊都不收錢…以現在人民的思想，應報刑的觀念來說，…乾脆就給你收錢，那也是一種，不然就乾脆都不要收錢，一個收一個不收，這個道理是講不通的。（焦-2-012）

二、毒品成癮性與戒治困境之分析

吸毒行為之本質為何，除對個人之危害外，本研究亦從毒品本身著手，探討各種毒品之成癮性與戒治可能性，針對毒品成癮性與戒治困境，本研究提出二大議題：1. 各種毒品之成癮性如何？2. 各種毒品之戒治可能程度如何？茲就相關研究結果分述如下：

(一) 各類毒品互相牽連，使用單一治療方式戒治可能性甚低

大多數的學者認毒品戒治可能性甚低，因為各類毒品相互牽連，而且是一種全人的破壞，包含身心靈，社會行為的破壞，所以無法從單一治療行為獲得適當的解決，以致吸毒的復發可能性高，且吸毒再犯可能性亦高，至今各國仍難找到適當且有效的戒治方法。

…這些單一治療行為對一個上癮的吸毒者，怎麼可能解決這個問題呢？你看美國、日本花了多少經費在戒毒的研究上，還是沒有辦法。這是一種全人的破壞，包含身心靈，社會行為的破壞。一染上毒癮，不是腦神經就是心理狀況很扭曲，心靈上很空虛，然後連社會行為也都全部破壞了。你要康復要針對身心靈及社會行為，可是醫生只醫療身體，他們承認無法做到心理方面的治療。坦白說，心理專家他連煙毒心理也不懂…（深-4-5）

我也相信有戒治的可能性，但是一般有效的方法在現在很多的國家還是一直在尋求，怎麼樣才有效。那因為他目前還沒有真正找到說真的很有效的方式，所以他的我們看到的一些數據比如說再犯性，毒品的再犯率，或復發率，有一個研究文獻指出，他的復發率高達80%。那我們台灣我們一些統計數字也發現，他的再犯率大部分是60%到70%，從最近這幾年，大概從最近九十年到九十六年都是60%到70%中間。那所以可見這種毒品的一個當然是成癮性，那戒治是有可能，因為他不是百分之百你犯了以後就沒有戒治的可能，所以他還是有一些人不會再犯，所以只是說他這個再犯的比率這麼高，復發率這麼高，所以他的這個可能性，我覺得戒治的可能性還是有，但是比較低…（深-2-7）

(二) 海洛因依賴性高，戒治困難

吸食海洛因者常十分痛苦，無法自拔，只得繼續吸毒來解除戒斷作用的痛苦，因此難以戒毒成功。甚至政府提出美沙酮替代療法後，還產生一種「有錢就用海洛因，沒錢才喝美沙酮」的情形，戒毒不易，可見一斑。

本來沒有用的，你不會去使用美沙酮，施用美沙酮百分之九十九，百分之百都是因為海洛因，退而求其次用美沙酮，我們目前臨床上沒有我本來沒有用毒品，我開始主動來用美沙酮的，好像還沒見過。（焦-1-006）

美國、香港也是如此，發現他們一陣子怎麼不來，他們有錢就不來了，他們有那個紀錄，怎麼不來用美沙酮，他們美沙酮是很 free 的，我們現在還有半管制喔，我們有造名冊，你不來的時候，我們還會電話去追蹤，你為什麼不來，香港沒有，根本沒有管制，愛來就來，不來就不來，但是他們紀錄，這個人怎麼不來了，後來訪問時候，他們說有錢，所以就比較強的海洛因。（焦 -1-007）

（三）個人內在生理、意志因素與外在環境因素交互影響的結果，全人治療才有可能戒治

吸毒行為是個人內在生理因素、心理空虛、意志薄弱與外在不良環境交互作用的結果，也可以說是生物與環境因素交互影響的結果，若非作全人治療或多層面的關懷，難以產生療效。

有些人意志很堅強，但他再怎麼堅強也堅強不過他周遭都是吸毒的朋友。你九次拒絕，但有一次受到朋友的誘惑、刺激，他們也不是真的要害你，而你看久了心裡也會癢，所以吸毒是個人意志與環境互為影響的…「到底是毒品厲害，還是空虛厲害？」，不過從我們宗教的立場來講，空虛是談到生命，而毒品是物質性的，空虛是精神性的，我們認為人是因為空虛而產生物質的需求，才去濫用毒品的。（深 -4-7）

目前有許多的研究，腦部裡面缺乏某一個元素，多巴胺失調之下，會使用這些毒品，然後來平衡他腦中的內分泌…當然也有很多他是在一個犯罪的環境裡面，包括黑道來講，你不使用就不是我們這一夥的，你不使用擔心你去告密，他也會用。所以他不見得是生物因素引發，環境因素…，有很多中輟生一進入到幫派裡面，不吸都不行，人在江湖，身不由己，所以在監所裡面問，幾乎十個裡面都是交到壞朋友，每一個人說對方都是壞朋友，他自己看不到自己，這是我們永遠看不到自己，都看不到別人的錯，別人錯引起我的錯，所以他都沒有錯…這個我們可以從心理學去看，去輔導，如何建立他正確的態度…（焦 -1-003）

（四）毒品成癮性與戒治可能性會隨個人不同而有差異

除了毒品的藥理作用外，吸毒對吸毒者的影響也常隨個人體質、意志

力與工作責任感等情形的不同而有異，必須要從當事人的整個狀況去判斷。

單純只講大麻，只能從藥物特性去看它的問題，對於它吃進人體後，對那個當事人所造成的影響，必須要從當事人的整個狀況去判斷，所以很難簡化到變成只看藥本身，然後就說我們大麻應該要除罪化。……大麻是二級，它會興奮，它是屬於興奮劑，它吸的時候這種興奮到底劑量多少會造成他的失控，因人而異，有人吸的時候他只是爽快一下，他一樣照常工作，它是在pub、夜店裡面，它是讓你一直興奮，事實上這種狀況就像喝酒一樣也危害不大，但是過量隨著個人體質不同來講，會造成他失控的現象…他（病患）們反問啊我吸了很久的安非他命也沒有得精神病，也有這種個案啊，吸了十幾年，好好的一個人，他沒有生病…（焦-1-018）

（五）戒治成功不易，需要支持系統激發戒毒意願

想要讓毒品戒治成功，需要配合的條件甚多，包括提供家庭支持系統與社會支持系統、強化吸毒者內在的心理建設與自我價值感、激發吸毒者自動（或自願）戒毒的意願。

那我想一個收容人一個毒品的犯罪人，他出去後第一個部份家庭支持系統就把他往外推的話就沒有那個接受他的可能性的話，那當然這個再犯的機會就更大了。那社會如果對他不能接納，用異樣的眼光或很多的工作怎麼都不如意，那當然這個更不可能。……所以說有沒有哪些政府或社會戒治機構，可以比照國外，給他這個新加坡也好或者像美國、英國，他們那種過渡性的治療機構，可以讓他有一個支持，可以過度到前面這兩三年，度過以後可能未來他再犯的機會他的可能性就會比較低。（深-2-7）

第一次我就讓你都可以來，你可以自動去戒，警察抓到也可以去戒，但是自動戒是最好的啦，讓這個政策使全台灣的人都知道……對，但是如果完全沒有錢，由國家負責……所以毒品危害防治你要修，你從政策面看如果這樣的話，在法制面你就要去修法，觀察勒戒、戒治通通離開……更寬鬆的原因，第一個、我們把他當病人，對單純吸毒者。第二個、讓這個販毒集團要逞兇暴利沒有機會，因為這些毒蟲都在我們這些醫療院所裡面。第三個、隱藏的黑市通通會浮現。（深-4-6）

…戒毒成功的第一步就是他要有強烈的戒毒意願，如果沒有意願，再多的人力、物力、財力都沒有用。並且讓全民都知道我們有這個機制，如果萬一你很不幸沾染到毒品，不管你是基於好奇或基於被迫，你都可以趕快去醫療院所去戒。家裡如果沒有錢，政府應該想辦法負責。但這不是鼓勵他第二次再戒，因為第二次就要進入司法程序…（深-4-6）

他只是驗尿反應沒有毒，可是他心理還沒有建設好。很多在監房裡的諮商師，我不知道他怎麼評估他出獄會吸，他出獄會不吸。你連這個都不了解的話，要怎麼評估，那只是在做表象的測試，只是假象而已。他們心裡扭曲得很可怕，憤怒這個社會，憤恨家人和舉發他的人，憤恨老婆和別人跑掉，這些人心理都還沒建設，怎麼能夠就說他驗尿沒有陽性反應可以出去。再加上人還有一個靈魂，這個是最疏忽的，我們要如何在他精神上給他正確的價值觀引導，都沒有人做得到…因此要把這些事研究出來要有深度的訪談。（深-4-9）

三、毒品戒治成效之探討

法務部為強化毒品戒治的效果，於 2006 年起分別於北部、中部、南部與東部成立毒品戒治的專業戒治所，期能幫助毒品犯罪人完全戒除毒癮，其成效如何？實有深入探究之必要，針對我國現行毒品防制政策困境及缺失，茲分析如下：

（一）戒治須投入大量人力、物力與財力，戒毒工作是一種高投資低成效的行業

從事戒毒的人必須要有專業知識及豐富的經驗，而且戒治期間不宜太短，而這些條件的配合都必須投入很多的人力、物力與財力。換言之，戒毒工作是一種高投資、低成效，但又不得不作的行業。

煙毒犯的心理就是，你幫我讓我無法遁形我不喜歡，你不幫我，我又說你沒有愛心，不了解我的痛苦。這要怎麼幫助他？所以社會上有人稱這種工作叫厭惡性的行業，表示高投資低成效的行業…（深-4-8）

現在戒毒的人沒有 fighting 的知識、見識、經驗還有奮鬥力，他希

望人性化一點，你就配合的話，你永遠會被牠牽著鼻子走…我們是很嚴，時間也很長，有人說我們花的成本效益很高，老實講在外面花的更高…而你用這個方法去做的話，還有人戒毒成功。你用教育、醫學、司法，你用關的、殺的有幾個可以戒毒？幾乎全部失敗…（深-4-8）

香港戒毒期間是設計六個月身體，六個月心理，六個月心靈，來台灣後怕太長，縮短為四個月、半年、一年，都不能成功的原因是，有些毒品幾個月他還迷迷糊糊沒有睡醒，就說驗尿沒有陽性反應可以走了（深-4-6）。

過去都強調緝毒、掃毒，當然是有拒毒和戒毒，但是戒毒所需的人力、物力、財力很多，但成效一定不好。但是現在政策稍微在轉了，需求面減少了，開始重視戒毒工作了，但戒毒工作的基本認識上是發揮了很多人力、物力、財力，但效果一定不好。但是你不發揮人力、物力、財力，你的所謂戒治處遇計畫、戒毒計畫那幾乎是全部沒有效，但你花了，只有一點點效。…你那3-6個月，我不相信。1年都不一定有效，反正就當作給你一次機會了，接下來就是要進入司法程序。但是我覺得要給兩年，才或多或少有一點效果。還要考慮到能不能落實，現在很多人力、物力、財力的限制，很多都未來落實，說難聽一點，就是做形式的，簡單做一做就好了，有沒有效不管啦。（深-4-1）

（二）部分替代療法者缺乏戒毒決心，戒毒不易

有些接受替代療法者未有戒毒的決心，只是心存僥倖而已，其暫時未吸毒可能只是期待獲得緩起訴或不付審理，或只是擔心其驗尿結果呈現陽性反應後假釋會被撤銷。

他可能在第一個時間點他會願意，但是他不是出自於內心他願意去做這樣子的替代療法，來把毒品戒掉，他可能打從心裡頭沒有要把毒品戒掉，因為他存有僥倖的心理，我做美沙酮前幾個月可能不需要驗尿，我其實還可以再撐一陣子，我還是可以併合使用一級或二級的毒品，只要我用的量比較少，不致於致命，他們可能還是有這種僥倖的心理，還是持續在用，那個動機是不一樣的，那可能他們希望因為是緩起訴嘛，所以假釋的部分不致於被撤銷…（焦-1-009）

他只是驗尿沒有毒，但心裡還沒建設好，那只是表象的測試，他的心理

仍舊憤恨社會、憤恨家人、憤恨抓耙子。再加上人還有靈魂，這是最受到忽視的，我們在精神層面如何給他正確價值觀，沒有人能做到，所以目前為止紀錄成功率很少。（深-4-6）

（三）政府的反毒政策與戒治方式宣導不足，民衆不易理解

政府的反毒政策與戒治方式宣導不足，吸毒者的角色經常改變，使用二級毒品美沙酮作為治療一級毒品海洛因的作法等反毒與戒毒策略不易使民衆理解，甚至常遭民衆的誤解。

我們國家有二套法制，毒品危害防制條例、管制藥品管理條例，合於醫藥科學之用者為管制藥品，所以這些替代藥品的身分是管制藥品管理條例的身分，是合法醫藥科學之用，所以今天我們使用一個合法的、醫藥科學之用的美沙酮，或者丁基原啡因在治療這個個案，所以我們是醫藥科學之用，它是管制藥品，並非用毒品去治療一個毒癮者，所以並非以毒攻毒的意思。但這種似是而非的見解會在社會上不斷出現，只是我們在適當的時間，我們會澄清這個事實，表示說很多的法理，在目前這麼複雜的法理機制之下，會不太容易讓社會大眾理解，這樣的問題會形成很多紛亂的現象……（焦-1-002）

（四）嚴格緝毒，造成價格飆漲，易引發犯罪問題

對毒品採取嚴格的政策可能使得毒品價格飆漲，反而衍生許多因需高額金錢買毒所引發的偷錢、搶錢的問題。

那以前安非他命還沒有列入管制藥品的時候，也沒有人因為施用安非他命去搶、去偷，因為沒有經過管制的時候，它的市場行情就不會這樣，就好像現在三、四級毒品便宜啊。就因為我們國家去管制這個毒品，造成毒品價格飛漲，所以他們為了去買毒品，衍生這個問題。如果國家提供替代療法，你不要去用海洛因，用美沙酮，那如果安非他命除罪化，安非他命是一種興奮劑，用完之後他戒斷症狀其實不嚴重，很多司機其實跟他喝蠻牛差不多，除罪化後是不是會衍生後續那些犯罪問題，就會大幅下降，因為他不會去為了取得這毒品高額的金額去衍生犯罪。

(五) 替代療法對毒品戒治效果不明顯，但在防止愛滋病漫延上有其成效

雖然替代療法對毒品戒治之效果並不明顯，但對防止愛滋病的氾濫卻有其不錯的功效。

衛生署會進入到戒治這個業務是因為愛滋病的氾濫，現在衛生署或者我們地檢署推動替代療法，這個也是在防止愛滋，衛生署有私心啦，透過檢察機關來替他們防制愛滋病的氾濫，那現在是確實有效降低了愛滋的流行，降得很快。很多地檢署的檢察官都認為我們是公義的代表人，欣然接受，但這其實違反了一般我們檢察機關，或是警察機關過度地介入到醫療的行為裡面去了，你要讓一個毒品犯接受替代療法是由檢察官來決定，檢察官決定這個要戒才送到醫院去評估。如果說我們從衛生署或者說世界各國的研究報告顯示說施用毒品本來就是一種病，那病本來就要去醫，而不是因為檢察官要不要讓他去。沒有醫療介入，在毒品戒治執行是很困難的…（焦-2-009）

四、受訪專家對毒品防制及戒治策略之建議

本研究希望檢討目前國內毒品政策之得失，並提出符合國情之作法與建議，以供我國政府相關部門作為推展毒品政策之參考資料，茲歸納受訪專家對毒品防制及戒治策略之建議如下：

1. 毒癮者危險程度上不一，應成立藥物法庭，依危險性分類處遇

毒癮輕重、犯罪前科、數量與類型，在危險程度上並不一樣，既然抽象危險是我國吸食毒品者刑罰的基礎，那麼依據行為人危險程度的不同加以區分，實屬必要，將具犯罪危險與不具危險的人區別開，做出不同的處遇，能符合刑罰經濟性、必要性與最後手段原則。因此，成立藥物法庭，依危險性分類處遇既能滿足刑罰一般威嚇的效果，又能解決目前戒毒及監獄人滿為患的困境。

這樣子的情形其實它就是藥物法庭處理的基本觀念，也就是說他不能把這個事情全部交給醫療機構去做，因為沒有強制力，就像我們今天看門診一樣，醫療機構的門診是開放的…醫院的情形是我門開放等你病人來，除非你是嚴重的精神病人，你才是強制的押送過來，所以在不是這樣的狀況之下，而且更何況你只能限制他一定的時間，所以在這樣的情況之下，不可能

期待他有可能治的好，所以他也只是隨機偶發治好或沒治好這樣的結果。

（焦 -1-063）

所以如果說是在一個藥物法庭下去建構，我們現在的刑法跟刑事訴訟法是足夠的，特別是刑法的那一段還沒做而已，緩刑比較少處理用替代療法來做，但緩起訴的部分已經有在操作了，所以緩起訴目前替代療法的概念，這個計畫基本上就是藥物法庭的某一個元素啦，只是藥物法庭在不同國家可能做法也有不同，這個時候有檢察系統的部分，也有法官系統的部分，所以我們會思考說未來在這一塊呢，如何有一個司法監督之下，去協助個案完成治療…（焦 -1-063）

2. 拒毒或戒毒方面效果不佳，應成立專責機關，發揮反毒功效

近年來我國除在緝毒方面有較佳的成效外，在拒毒或戒毒方面效果並不佳，反毒應同時兼具拒毒、緝毒及戒毒等各層面，行政院有意在法務部設置「毒品防制局」。既然毒品使用者是一特定群體，本研究認為，我國有必要設置專責之「毒品防制局」，同時強化緝毒、拒毒及戒毒之功能，整合很多的專業意見，包括毒品犯罪偵查、司法、矯正、醫藥衛生及毒品戒治，再運用建置的資料庫，追蹤輔導吸食毒品者，才能發揮反毒的實際功效。

我們期待未來這個法制有沒有辦法回歸一個法制，不要讓它在台灣變成一個獨特的法制，很多國家包括美國 DEA，它都是獨立的組織，專責的緝毒機關，專責的法制，所以它都是由一個主要的機關在主管，這些都是法務部，所以從毒品的刑事政策變成衛生政策，這也是我們台灣出現的另外一個看法。本來很多國家是在毒品刑事政策下，你可以諮詢很多的專業意見，包括醫藥衛生專業，以致於形成整體的毒品刑事政策，可是台灣的反毒從一開始就是分工、分部門去執行，以致於我們出現各行其是，難以整合…（焦 -1-002）

我是覺得不是政府沒有做，而是他們不曉得怎麼做，應該來說，我國在戒毒方面參照新加坡、香港還有其他，當然效果不一定很好，但起碼有個專責的部門，禁毒處，找一些專家、學者和過來人研討，在研討當中總會討論出辦法來，沒有研究的決策老實講跟他們的需求根本不符合，介入成效也不好。（深 -4-10）

3. 地方毒害中心須法制化，落實毒防中心，發揮整合能力、統一窗口功能
毒品危害防制中心的概念是一可行的作法，毒害中心可以直接面對面去接觸吸毒者，他也可以直接去整合地方的資源，以目前的毒品政策現況，地方毒品危害防制中心他面臨了一個很大的困境，就沒有法制化，法源、組織、編制、職掌、經費都沒有，實難發揮實際功能。

毒防中心的概念很好，只是我們現在沒有把它做得很好，就是沒有去發揮它的功能，事實上毒品防制中心它可以做的事情很多，除了去整合轄下的社政、警政之外，就我知道的防制中心它底下有設三、四組，各縣市不太一樣，它有一個伸縮，但原則上組織架構是不一樣的，然後毒防中心通常是由縣市長擔任主委嘛，它底下可能有校園宣導組、社會預防組還有轉介組，那每一個組就是一個體系，歸它們來負責，社會預防組就教育局嘛…如果由毒防中心來發揮它的功能，如果它的周邊是健全的，事實上我覺得再來談是不是讓它除罪，時機是比較成熟…（焦-1-073）

其實我們的毒防中心也是設在衛生署轄下的衛生局底下，通常都是由他們來做主導…事實上毒防中心應該要掌握最完整的數據，只是說每個地方的功能不彰，所以他們反而有些數據是要跟我們要的，需要我們提供…事實上他們應該去整合，比方醫政、社政的單位，上下游的資料去做一個整合，所以其實它的功能有發揮的話，去統合這些數據，去做分析的話，事實上是有這樣的可能…因為整個體系的連貫…最直接就是監所把資料給毒防中心，但是監所的電腦檔案有些都還是手記，最重要它們的系統不能轉換成word系統去列印出來…，所以它們要提供這些資料是一個很大的工程，那就很麻煩…不是麻煩就不做啊，為長遠性來考量，這是一定要做的。（焦-1-078）

因為需要有一個統一的窗口，而且那個窗口能夠掌握所有的資源，包括社政、警政等等的單位，它能夠把這些資源去整合出來，那我們有些個案，來自哪些單位不管，可以轉介到毒防中心，毒防中心對它轄下的單位很清楚，可以去做運用或轉介，所以如果以這個概念的話，毒防中心應該是最完整的，只是因為是去年才開始推嘛，各地方是慢慢才成立，陸陸續續成立，那可能每個地方的概念或者不是那麼樣的清楚，所以毒防中心雖然都已經成立了，是不是這樣子的運作有健全，那是還需要再加強的。（焦-1-043）

其實以現在的毒品政策來講，如果要讓他徹底的落實去執行的話，我想各縣市的地方毒品危害防制中心他是扮演一個最重要的關鍵角色，他是可以直接面對面去接觸吸毒者，他也可以直接去整合地方的資源，…但是地方毒品危害防制中心他面臨了一個很大的困境就是他沒有法制化，人員的編制沒有建立。倒是任務編組臨時性的，臨時性的你要去整合包括他不要說外面的資源，連縣市政府裡面各級處的相關資源去整合都有困難，因為你既然是臨時性的任務編組，沒有把工作當成是工作，他的專職化沒有，負責任的態度可能沒有等等都有關…（深-2-15）

…在毒品危害防制中心只是個任務編組，它沒有立法來保障他的機構、法源、組織、編制、職掌、經費都沒有，只是縣市政府下轄的一個單位，就是各縣市衛生局它去兼辦，我參觀了四、五家毒品危害防制中心，都跟我們講沒錢、沒人，叫我們不要把個案轉過去，轉過去他們負荷不了，連打個電話都沒有那個人力，更何況要去追蹤…

地方政府的首長要喚起他的重視，他必須要將反毒的工作相關毒品防制的政策將他列為重要的地方的防治事項，才可以動。如果沒有地方首長高一呼，那各級處也好，地方毒品危害防制中心也好他不會動員起來的。就是必須要他們都動員起來，再配合我們法務部所屬的更保還有監獄裡面也有監獄志工，統統把他納入以後，然後縣市政府他的防制中心他也可以自己招募志工，很深入的把那些家庭支持網路系統深根，再加上國家編列相關的預算，我想他們的成效才能很快的顯現出來…如果真的是沒有國家挹注經費、沒有法制化、沒有地方政府的支持的話，所有的這一些都是空談…（深-2-16）

*我覺得這個要逐步去推動啦，現在我們要求地方政府要加入，如果要執行除罪化，地方政府一定要加入，由中央來做這種工作是沒辦法，當然這個部分當然衛生署要有勇氣。其實如果把施用毒品除罪化，用內政部跟法務部，或海巡署來嚴格查緝毒品的交易行為的時候，讓大家沒有海洛因可以買的時候，當然就會慢慢的減少…（焦-2-011）

4. 整合警政、司法、矯正、醫藥系統，建立整合資料庫，長期追蹤

毒品使用者是一特定群體，本研究認為，建置毒品使用者資料庫，整合警政系統、司法系統、矯正系統、醫藥系統及毒品戒治系統的的資料，增

加資料能見度，追蹤輔導吸食毒品者，才能發揮反毒的實際功效。

假設今天有一個資料庫，中央健保局有一個資料庫，它的資料庫是什麼？是醫療機構，所有民眾到醫療機構看病，向健保局申報的資料，這樣的資料健保局把它交給國家衛生研究院，可以隨時提供學者專家切磋那樣的資料庫，但是去名化的，這個時候它是一個資料庫公開的狀態，它可以有效看到這個領域的資訊發展，會比較容易進入，它會很快速的找到正確的決策，因為它看得到的東西都能分析資料。但是毒品這個領域非常黑啊，它不容易看到以上的資料，這樣的資料一定要靠特定的人去建立那個資料庫…（焦-1-023）

*…如果有可能，如何嘗試性地將這一些資料庫整建出來，能夠比較清楚地實證，跟講出來的話都有科學的認證，我們才能清楚知道這個行為是什麼，否則講出來的都是印象、自己的經驗這樣。（焦-1-022）

他整個在吸食的時候的那個幻想那快樂似神仙的幻想，所謂的心理因素那心理層面永遠佔據他的大腦，沒有辦法去忘掉。所以當兩年過後，也就是戒治的黃金時期過後，他碰到哪一些比如說某一種不如意的事情，他就會回想我趕快再來回復我以前那快樂的生活，所以這個東西就是說必須要做長期的輔導追蹤…（深-2-8）

5. 增加衛生部門介入毒品戒治，並給予危險加給

毒品使用是一種物質性的犯罪成癮問題，衛生署實應扮演最重要的角色，因此，加衛生部門介入毒品戒治，方可徹底解決毒品問題，但相關第一線人員應給予專業（危險）加給，尤其是矯治毒品愛滋的人員，更應給多鼓勵。

如果醫療資源沒有進入…其實他本來就是一個物質性的犯罪成癮問題…像美國他們聯邦的衛生福利部，都還是納入他們毒品的一個醫療體系裡面的一個重要部會，那我們的衛生署其實是應該扮演最重要的角色，反而他們有點抗拒不願意進來，那所以說這個戒治的成效你丟給法務部，再考評說這個戒治有沒有成效，你衛生署不進來，這個效果來講一定是大打折扣啦，所謂說的事倍功半這樣。（深-2-13）…有啦他們偶爾有進來衛教宣導啦，但是始終沒有真正的醫師，而且也是最近才進來的，更保介入之後他們才進去的。他們現在只有心理師、社工師在做，沒有醫生嘛。（深-2-14）

毒品愛滋這塊…同仁希望法務部給予這些矯治毒品愛滋的人員專業（危險）加給，因為這些第一線人員都蠻辛苦…（焦 -2-012）

6. 加強拒毒、虞犯及家庭支持宣導

拒毒宣導應考慮深度及廣度，若能深入每一個家庭，深入每一個國民，應該可以立即看得到效果的。除此之外，對有吸毒危險及已吸毒的族群應有不同的宣導與關懷，另外更應走入吸毒族群的家庭，他們是實質的受害人之一，也是能直接幫助吸毒者的當事人。

宣導拒毒這一方面，我想如果我們深入的層面夠深、夠廣的話，深入每一個家庭，深入每一個國民的話，那那個效果應該是可以立即看得到的。這一部份是做的越多，效果就越容易顯現對毒品越容易控制…只要有多出來的經費，我們就全部把它放到我們毒品防制方面的宣導。這一區塊我們就是要做到盡量要讓沒有吸毒者不要進入吸毒的行列，我想它的效果是可以馬上收到效能的，馬上可以看得見的。（深 -2-23）

我們教育部出來的經費，他到各學校去是普遍性的來宣傳，其實那樣子的宣傳產生的功能不大，倒不如把他集結起來，對那一些有虞犯的危險圈，那些危險圈少年警察有紀錄的知道，所以專注把那些危險圈的人看住，經常性的要求他們的行蹤，我想這樣會比普遍性的效果還好。而這個並不涉及不平的問題，這純粹是講求需要和功效的問題…（深 -1-4）

…只要你染上吸毒的話，家庭家人都會很討厭他，然後放任他自己一個人自生自滅…吸毒犯在監所裡面快出來之前，我們透過各地的志工先去訪視他的家庭，然後不是針對本身吸毒者做宣導而已，包括他的家庭內也必須要做宣導…只有他的家庭成員也願意站出來幫忙這個吸毒者，我想這樣的一個戒毒成效才比較可以成功…（深 -2-8）

7. 開發本土戒毒模式，戒治分二階段實施，先至醫療戒毒，無效後再施以重懲（再犯從嚴）

戒治分二階段實施，第一階段為醫療模式，將吸毒者視為病人，觀察勒戒、戒治，全部都到醫療院所，不在矯正或刑事司法機關。比較世界各國、專家學者認為期間需要兩年，才會有效果，目前戒治期間為六個月，應修正。

若再吸毒，第二階段即施以重刑，理由就是已給予一次機會，為防止一再復發，維護社會治安，第二階段則施以重懲已屬刑罰必要性及最後手段性。

先分階段，政策面當作前半段，第一次用醫療模式，把他當作病人，觀察勒戒、戒治的全部都到醫療院所，不在矯正或刑事司法機關。但是戒治期間世界各國專家、學者公認是要兩年，才會有一點點效果…像現在除刑不除罪，變得兩不像，所以政策面一定要這樣走，等他判刑了，我們再來擬一套戒毒計畫，那這個戒毒計畫就有別於戒治處遇計畫，否則的話，你就會重蹈覆轍。（深-4-1）

既然第一次不要進入司法程序、體系，你就是一般病人一樣，就沒有這些問題，你就照顧他們、醫治他們戒毒，反正就沒有關係了。第二次就要進入了，你既然已經有這麼多機會了，參加這麼多戒治計畫，你又無法完成，那就對不起了，你就一定要進來了。進來當然就是 Punish Mode 懲罰模式，戒毒就不再戒治了，因為你已經失敗了，就不能再重蹈覆轍了。（深-4-4）

…我們給你一次機會，讓你也參加了一年半到二年的戒斷處遇，那在醫療方面也花了這麼多的人力、物力、財力了，那你還是沒有效，所以我們要開始用強制的，用所謂比較嚴格的刑事政策來對付你了。所以就把吸毒視為犯罪了，這是第一個理由。那第二個理由就是防止一直復發，防止他再續打，他沒有辦法再續打，我們再採用較有效的戒毒計畫。（深-4-8）

我們台灣大概有分三種類型啦，第一個就是司法戒治，觀察勒戒。第二個就是宗教性的戒毒模式，我們目前像晨曦會啦，像主愛之家啦，我們有委託他們去開辦中途之家，讓他們去從事一種宗教式的戒除毒癮。最後一種就是醫療式的戒毒，目前就是茄荖山莊不知道你了解嗎，在草屯我們那邊有建立一個草屯分監整理環境之後交給衛生署，他們去辦一個醫療性的戒毒，就是全部用醫療、準醫療的模式…目前台灣有三種的戒治模式啦，至於這三種的戒治模式是哪一種比較好，我想這個喔，如果可以的話不妨也納入研究，當然我比較希望的是開發一種本土化的戒治模式，最適合我們台灣的國情本國文化的戒治處遇模式，大家在社會上能夠接受的…（深-2-10）

8. 掌握毒品流行趨勢，提前防範

各類迷幻藥品推陳出新，美、日對流行趨勢均十分重視，為提前防範，

相關單位（警政、法務、司法及衛生醫療）應預估流行趨勢，提前防範。

日本是非常非常重視的，那去年他們也做了一個叫做「五年的控制藥物」的一個計畫，那他們的這個剛好那個安非他命的高原期他過了，他們認為一個社會的一段期間這個使用藥物的情況會有一個「高原」跟「低原」的情形，那順勢推出什麼樣的作為的讓他趕快降下來，怎麼辦呢，就是等他下一次再來評估…

伍、結論與建議

本研究透過焦點團體座談、深度訪談方式，探討專家學者對毒品防制及戒治成效之看法與建議。茲就研究結論與建議分述如下：

一、結論

（一）現行毒品防制政策及其檢討

1. 各縣市政府的毒品危害防制中心應法制化：各縣市政府少重視毒品戒治工作，而毒品危害防制條例也未有明確規定應編列多少的經費或配置一定量的人員等法源為執行的依據，目前都是使用任務編組的方式，縣市政府並未正式編列毒品戒治的預算，且各相關局處都是找一個人兼辦，以致戒毒工作成效不彰，遑論從事後續毒品犯追蹤輔導的工作。
2. 戒毒須社會支持、心理諮商、就業訓練：目前反毒三大策略為減少毒品供應、減少毒品需求與進行戒毒治療。戒毒上不只是單純進行個人的醫療戒癮，尚須社會支持、心理諮商、就業訓練。此外，反毒要成功，也要在家庭教育、學校教育、社會教育上積極努力。
3. 吸毒者資料應統整健保、警政與觀護資料：過去有關吸毒犯的資料未能擁有一個單一窗口，也缺乏資料整合的機構，吸毒者的資料散在各種不同機關，因而無法更清楚的了解吸毒者全面的問題，不但難以發揮戒治的效果，其後續追蹤輔導工作更是難以有效實施，這是未來應該設法改善之處。

4. 應採不定期採尿措施：毒品危害條例規定對吸毒者應定期驗尿，由其是出所六個月以後每二個月才驗尿一次，但這容易讓吸毒者設法規避被驗出呈陽性反應的，若能有時不定期的驗尿，或許較易達到威嚇的效果。
5. 個案是否應接受戒治應由第一線實務工作者評估：吸毒者的危害程度及是否應接受戒治，判定不易，如果將所有的吸毒者都加以監禁，將徒增監獄壓力，若能成立專業的藥物法庭，由此法庭來判定與篩選需入監的吸毒者，將可減少刑事司法的浪費，並減低監獄擁擠現象。至於該吸毒者是否應接受戒治，可由心理師、社工師、矯治人員來綜合評估。
6. 戒治均需收費且須統一收費標準：吸毒者接受戒治的費用，初次吸毒者的觀察勒戒費用需由受戒治的人負擔部分費用，至次再犯後入監執行者就不需負擔任何戒治費用，似乎有變相懲罰初次吸毒者之現象，因此應該重新檢討，並統一平治收費標準。

(二) 毒品成癮性與戒治困境之分析

1. 使用單一治療方式戒治可能性甚低：大多數的學者認毒品戒治可能性甚低，因為各類毒品相互牽連，而且是一種全人的破壞，包含身心靈，社會行為的破壞，所以無法從單一治療行為獲得適當的解決，以致吸毒的復發可能性高，且吸毒再犯可能性亦高，至今各國仍難找到適當且有效的戒治方法。
2. 海洛因依賴性高戒治困難：吸食海洛因者常十分痛苦，無法自拔，只得繼續吸毒來解除戒斷作用的痛苦，因此難以戒毒成功。甚至政府提出美沙酮替代療法後，還產生一種「有錢就用海洛因，沒錢才喝美沙酮」的情形，戒毒不易，可見一斑。
3. 全人治療才有可能戒治：吸毒行為是個人內在生理因素、心理空虛、意志薄弱與外在不良環境交互作用的結果，也可以說是生物與環境因素交互影響的結果，若非作全人治療或多層面的關懷，難以產生療效。
4. 毒品成癮性與戒治可能性會隨個人不同而有差異：除了毒品的藥理作用外，吸毒對吸毒者的影響也常隨個人體質、意志力與工作責任感等情形的不同而有異，必須要從當事人的整個狀況去判斷。
5. 需要支持系統激發戒毒意願：想要讓毒品戒治成功，需要配合的條件甚

多，包括提供家庭支持系統與社會支持系統、強化吸毒者內在的心理建設與自我價值感、激發吸毒者自動（或自願）戒毒的意願。

（三）戒毒戒治成效之探討

1. 戒毒工作是一種高投資低成效的行業：從事戒毒的人必需要有專業知識及豐富的經驗，而且戒治期間不宜太短，而這些條件的配合都必須投入很多的人力、物力與財力。換言之，戒毒工作是一種高投資、低成效，但又不得不作的行業。
2. 部分替代療法者缺乏戒毒決心：有些接受替代療法者未有戒毒的決心，只是心存僥倖而已，其暫時未吸毒可能只是期待獲得緩起訴或不付審理，或只是擔心其驗尿結果呈現陽性反應後假釋會被撤銷。
3. 政府的反毒政策與戒治方式宣導不足，民衆不易理解：政府的反毒政策與戒治方式宣導不足，吸毒者的角色經常改變，使用二級毒品美沙酮作為治療一級毒品海洛因的作法等反毒與戒毒策略不易使民衆理解，甚至常遭民衆的誤解。
4. 嚴格緝毒，造成價格飆漲，易引發犯罪問題：對毒品採取嚴格的政策可能使得毒品價格飆漲，反而衍生許多因需高額金錢買毒所引發的偷錢、搶錢的問題。
5. 替代療法對毒品戒治效果不明顯，但在防止愛滋病漫延上有其成效：雖然替代療法對毒品戒治之效果並不明顯，但對防止愛滋病的氾濫卻有其不錯的功效。

（四）受訪專家對毒品防制及戒治策略之建議

1. 成立藥物法庭，依危險性分類處遇：毒癮輕重、犯罪前科、數量與類型，在危險程度上並不相同，將具犯罪危險與不具危險的人區別開，做不同的處遇，能符合刑罰經濟性、必要性與最後手段原則。成立藥物法庭，依危險性分類處遇既能滿足刑罰一般威嚇的效果，又能解決目前戒毒及監獄人滿為患的困境。
2. 地方毒害中心須法制化，落實毒防中心，發揮整合能力、統一窗口功能：毒品危害防制中心的概念是一可行的作法，毒害中心可以直接

面對面去接觸吸毒者，也可以直接去整合地方的資源，目前地方毒品危害防制中心他面臨了一個很大的困境，就沒有法制化，法源、組織、編制、職掌、經費都沒有，實難發揮實際功能。

3. 配合毒防中心，建立資料庫，長期追蹤：毒品使用者是一特定群體，建置毒品使用者資料庫，整合警政系統、司法系統、矯正系統、醫藥系統及毒品戒治系統的資料，增加資料能見度，追蹤輔導吸食毒品者，才能發揮反毒的實際功效。
4. 應增加衛生部門人力介入毒品戒治並給予危險加給：毒品使用是一種物質性的犯罪成癮問題，衛生醫療人員實應扮演最重要的角色，加衛生部門介入毒品戒治，方可徹底解決毒品問題，相關人員應給予危險加給，尤其是矯治毒品愛滋的人員，更應給多鼓勵。
5. 加強拒毒、虞犯及家庭支持宣導：拒毒宣導應考慮深度及廣度，若能深入每一個家庭，深入每一個國民，應該可以立即看得到效果的。另外，對有吸毒危險及已吸毒的族群應有不同的宣導與關懷，社會資源應引進吸毒族群的家庭，吸毒者之家人是實質的受害人之一，也是能直接幫助吸毒者的當事人。
6. 開發本土戒毒模式：戒治分二階段實施，第一階段為醫療模式，將吸毒者視為病人，觀察勒戒、戒治，全部都到醫療院所，不在矯正或刑事司法機關。比較世界各國、專家學者認為期間需要兩年，才會有效果，目前戒治期間為六個月，應修正。
7. 掌握毒品流行趨勢，提前防範：各類迷幻藥品推陳出新，美、日對流行趨勢均十分重視，為提前防範，相關單位（警政、法務、司法及衛生醫療）應預估流行趨勢，提前防範。

二、建議

根據研究發現，本研究提出下列作法與建議，以供我國政府相關部門作為推展反毒政策之參考。

（一）社會資源應引進吸毒者之家庭，加強家庭支持宣導

拒毒宣導應考慮深度及廣度，若能深入每一個家庭，深入每一個國民，

應該可以立即看得到效果的。除此之外，對有吸毒危險及已吸毒的族群應有不同的宣導與關懷，另外更應走入吸毒族群的家庭，他們是實質的受害人之一，也是能直接幫助吸毒者的當事人。

（二）政府公權力應提早以行政力量介入及處置，強制吸毒三、四級者接受毒品成癮性之戒治

日本對於毒品犯之戒治，可分為二部分進行。第一，已被執法人員取締之施用毒品的毒品犯，必須接受強制戒治。第二，針對麻藥成癮性，若麻藥中毒者成癮已深，則必須進入由厚生勞動部所指定之「麻藥中毒者醫療處遇戒治病院」接受毒品戒治。本研究建議，政府公權力針對三、四級毒品成癮性部分，宜提早加以行政力量介入，並進行適當之處置，如強迫毒品成癮性之患者接受戒治。場所方面，可採「醫療處遇」模式，由醫療單位進行三、四級毒品成癮性部分之戒治。

（三）抗制毒品犯罪須刑罰與醫療同時實施

根據「毒品危害防制條例」第 20 條第 3 項的規定，五年之後再犯者，才有機會接受觀察勒戒、強制戒治，反之，若是五年之內再犯者，則沒有上述機會接受觀察勒戒、強制戒治，而是直接接受徒刑之執行。接受徒刑之執行者則不賦予毒品犯毒品戒治之機會。本研究認為，有關五年再犯的規定，並不符合利用醫療手段抗制毒品犯罪之原則，似宜加以修正。亦即不論毒品犯是五年內或五年之後再犯，亦不論其再犯之次數為何，應以病犯之角色對待毒品使用者，給予適當之醫療。因此，本研究建議，本土戒毒模式應採取二階段實施，第一階段為醫療模式，將吸毒者視為病人，觀察勒戒、戒治，全部都到醫療院所，不在矯正或刑事司法機關。比較世界各國、專家學者認為期間需要兩年，才會有效果，目前戒治期間為六個月，應修正。若再吸毒，第二階段除再施予戒治處遇外，並施重刑處罰，理由就是已給予一次機會，為防止一再復發，維護社會治安，第二階段則施以治療及重懲已屬刑罰必要性及最後手段性。

(四) 應依吸毒者犯罪及再犯危險性分類治療及處遇

毒癮輕重、犯罪前科、數量與類型，在危險程度上並不一樣，既然抽象危險是我國吸食毒品者刑罰的基礎，那麼依據行為人危險程度的不同加以分類治療及處遇，實屬必要，將具犯罪危險與不具危險的人區別開，做出不同的處遇，能符合刑罰經濟性、必要性與最後手段原則。因此，依危險性分類處遇既能滿足刑罰一般威嚇的效果，又能解決目前戒毒及監獄人滿為患的困境。

(五) 各縣市之毒品危害防制中心須法制化，發揮整合能力、統一窗口功能

毒品危害防制中心的概念是一可行的作法，毒害中心可以直接面對面接觸吸毒者，他也可以直接整合地方的資源，以目前的毒品政策現況，地方毒品危害防制中心面臨了一個很大的困境，就是沒有法制化，法源、組織、編制、職掌、經費都沒有，實難發揮實際功能。

(六) 擴大建置「毒品使用者資料庫」，以利追蹤輔導

毒品使用者是一特定群體，目前法務部整合警政系統、司法系統及矯正系統，建置「毒品使用者資料庫」，已即將完成，本研究建議，未來若能再加入就業、戒治及醫藥系統的資料，增加資料庫之廣度及深度，完整掌握吸食毒品者資料，並長期追蹤輔導，才能發揮反毒的實際功效。

(七) 增加醫療資源介入毒品戒治，並給予危險加給

毒品使用是一種物質性的犯罪成癮問題，衛生署實應扮演最重要的角色，因此，加衛生部門介入毒品戒治，方可徹底解決毒品問題，但相關第一線人員應給予專業（危險）加給，尤其是矯治毒品愛滋的人員，更應給多鼓勵。

參考文獻

一、中文文獻

- 方啓泰（2006），臺灣毒癮愛滋疫情趨勢的流行病學模式分析。96年反毒報告書。台北：法務部。

- 江振亨 (1999)，認知行為團體療法對濫用藥物者輔導成效之研究。嘉義：國立中正大學犯罪防治研究所碩士論文。
- 江振亨、林瑞欽 (2000)，認知行為團體療法對濫用藥物者輔導成效之研究。犯罪學期刊，5：277-310。
- 李志恒 (2001)，赴北愛爾蘭貝爾法斯特參加「第十六屆國際減少毒品相關傷害會議」報告，行政院所屬各機關因公出國人員出國報告書。
- 李志恒 (2001)，赴印度參加「第十二屆國際減少毒品傷害研討會」報告，行政院所屬各機關因公出國人員出國報告書。
- 李志恒 (2000)，赴英國澤西島參加「第十一屆國際減少毒品傷害研討會」報告，行政院所屬各機關因公出國人員出國報告書。
- 李志恒 (1996)，赴澳洲參加「第七屆減少毒品相關傷害國際研討會」暨考察「英國、法國、德國麻醉藥品及影響精神藥品使用之管理」報告，行政院所屬各機關因公出國人員出國報告書。
- 李志恒 (2004)，赴澳洲墨爾本參加「第十五屆國際減少毒品相關傷害會議」報告，行政院衛生署管制藥品管理局。
- 李湧清 (1998)，毒品管制的政策討論。警學叢刊，28(6)：51-75。
- 李志恒 (1996)，考察英國、法國、德國麻醉藥品及影響精神藥品使用之管理報告。台北：行政院衛生署。
- 沈雅靜 (2002)，論施用毒品行為之除罪化。國立中正大學犯罪防治研究所碩士論文。
- 沈道震、劉進福、宋筱元、曾正一 (2003)，兩岸合作共同打擊毒品犯罪之研究。台北：財團法人兩岸交流遠景基金會，遠景基金會學術叢書政策研究系列。
- 周碧瑟 (1997)，台灣地區在校青少年藥物濫用盛行率與危險因的探討。學生輔導 50：35-41。
- 林長春 (2005)，毒品防治法制之研究。國立中山大學政治學研究所碩士論文。
- 林倩如 (2006)，同儕吸毒、家庭功能對戒治所男性海洛因使用者毒品再用的影響。國立成功大學行為醫學研究所碩士論文。
- 林健陽、柯雨瑞 (2001)，美國 1960 年代早期聯邦最高法院對「毒品成癮性」除罪化的態度——以 1962 年 *Robinson v. California* 案為例。中央警察大學學報，38:267-294。
- 林健陽、柯雨瑞 (2000)，毒品除罪化及其對犯罪矯治之影響。中央警察大學犯罪防治學報，(1)：63-112。
- 林健陽、柯雨瑞 (2003)，毒品犯罪與防治。中央警察大學。
- 林健陽、柯雨瑞 (2003)，國內外毒品戒治模式分析。中央警察大學犯罪防治學報 (4)，
- 林健陽、柯雨瑞 (2006)，新興毒品管理制度之國際比較分析。發表於 2006 年內政部犯罪防治中心、國立台北大學犯罪學研究所「2006 年犯罪問題與對策」學術研討會。

- 林健陽、陳玉書、呂豐足、陳俊宏、王儷婷、柯雨瑞（2004），毒品犯罪者社會適應與再犯之研究（第一年成果報告），國科會成果期中報告。
- 林健陽、陳玉書、呂豐足、陳俊宏、王儷婷、柯雨瑞（2005），毒品犯罪者社會適應與再犯之研究（第二年），國科會補助。
- 林健陽、陳玉書、張智雄、呂豐足、林澤聰、王秋惠、柯雨瑞（2007），95 年度除刑化毒品政策之檢討—論我國毒品犯罪之戒治成效。法務部委託研究案。
- 林健陽、陳玉書、曹光文、林秀怡、柯雨瑞（2002），毒品危害防制條例施行後毒品犯罪者矯治成效之研究。行政院國科會委託研究案。
- 林健陽、謝立功、范國勇、陳玉書、林佳璋、林干芩、柯雨瑞、江振維、朱柏萱、張鈞盛、林書琪（2005），分析聯合國及各先進國家新興毒品防制之作為，行政院衛生署管制藥品管理局九十四年度科技研究發展計畫。
- 林淑卿（1997），毒品防制政策之問題界定：社會建構論的觀點。政治大學公共行政研究所碩士論文。
- 林瑞欽（2006），成癮者的用藥行為特性與其對違法藥物戒治的啓示。刑事政策與犯罪研究論文集 (9)：121-144。
- 林瑞欽、黃秀瑄（2006），自我肯定訓練對女性海洛因濫用者戒癮成效研究。行政院衛生署管制藥品管理局。
- 林盈慧（2001），戒毒經驗之社會建構。中正大學心理研究所碩士論文。
- 林健陽、陳玉書、柯雨瑞（2003），毒品犯罪戒治成效影響因素之追蹤研究。2003 犯罪矯正與觀護研討會，頁 131-161。
- 法務部（2007），96 年反毒報告書。台北：法務部。
- 法務部、教育部、行政院衛生署（2004），93 年反毒報告書，頁 121。台北：法務部。
- 法務部、教育部、行政院衛生署（2005），94 年反毒報告書，頁 24。台北：法務部。
- 法務部調查局編（1996），法務部調查局簡介，新店：法務部調查局，頁 16-17。
- 邱淑筠（1994），毒品消費行為與刑罰制裁之研究。中央警察大學研究所碩士論文。
- 姚克明、李蘭、李景美、洪百薰、楊銘欽、鄭泰安（1995），成癮藥物濫用防制宣言。中華公共衛生雜誌，14(3)：213-219。
- 施志茂（1999），安非他命罪犯人口資料暨犯罪行為分析，警學叢刊，29(6)：77-146。
- 柯雨瑞（2006），百年來台灣毒品刑事政策變遷之研究。中央警察大學犯罪防治所博士論文。
- 韋若蘭（2003），成年吸毒者吸毒涉入程度、自我控制、非理性信念與再吸毒意向之關係研究。國立中正大學犯罪防治研究所碩士論文。
- 韋海浪（2007），海洛因成癮者接受美沙冬替代療法之短期戒癮效果。陽明大學醫務管理研究所碩士論文。
- 張智雄、柯雨瑞（2005），毒品強制戒治處遇成效與再犯影響之研究，《更生保護實務與犯罪矯正學術研討會》。

- 張智雄。2002年。強制戒治處遇再犯研究。國立中央警察大學犯罪防治研究所碩士論文。
- 張瑜真(2004)，危險遊戲-使用MDMA青年用藥行為、風險知覺與因應策略之質性研究。國立台灣師範大學衛生教育學系碩士論文。
- 梁玲郁(1997)，成癮問題的諮詢與改變行為。學生輔導通訊，50：82-89。
- 許秀琴(1991)，藥物濫用者之家庭結構分析－以安非他命濫用者為例。東吳大學社會學研究所社會工作組碩士論文。
- 陳宜民、藍郁青(2006)，毒癮愛滋減害計畫整合型研究：臺灣地區毒品病患HIV感染盛行率、危險因子調查以及未來流行成長推估研究。96年反毒報告書。台北：法務部。
- 陳俊偉(2004)，入罪化與除罪化－刑事立法政策之基本思維。中正大學法律學研究所碩士論文。
- 陳益乾等(2006)，藥物成癮者衝動行為特質與治療模式研究。95年度法務部委託研究案，刊於「96年反毒報告書」。
- 程百君(1999)，國內藥物濫用現況及防制策略，學校衛生(35)，
- 黃育慧(2006)，台灣注射毒癮者感染HIV-1之分子流行病學研究。國立陽明大學公共衛生研究所碩士論文。
- 黃富源、曹光文(1996)，成年觀護新趨勢。台北：心理出版社。
- 楊士隆、李宗憲(2006)，我國反毒政策檢討。毒品與防治研討會論文集，國立中正大學犯罪防治學系暨研究所編印。
- 楊士隆、林瑞欽、鄭昆山、李宗憲、潘昱萱(2005)，毒品問題與對策。台北市：行政院研究發展考核委員會委託研究。
- 楊惠婷(2001)，藥物濫用青少年生涯發展歷程與生涯建構之研究。高雄：國立高雄師範大學輔導研究所碩士論文。
- 楊瑞美(2003)，毒品政策對施用毒品者之影響－以某成年男性戒治所為例。國立臺灣大學社會工作學系碩士論文。
- 詹中原(2007)，我國地方毒品危害防制中心之研究。財團法人國家政策研究基金會國政研究報告。憲政(研)096-026號。
- 詹德杰(2002)，吸毒犯行認知基模之萃取研究。國立中正大學犯罪防治研究所碩士論文。
- 褚宸舸(2007)，懲罰吸毒的根據－禁毒法(草案)引發的思考。中國法學網：www.iolaw.org.cn/shownews.asp?id=16093。
- 蔡奇秀(2006)，影響毒品犯罪率因素之實證研究。國立成功大學高階管理碩士在職專班論文。
- 蔡維恬(2005)，國家管制施用毒品行為之正當性？國立台灣大學法律學研究所碩士論文。
- 蔡鴻文(2002)，台灣地區毒品犯罪實證分析研究。中央警察大學刑事警察研究所碩士論文。

- 鄭幼民 (2005) , 2005 日本藥物犯罪取締研討會。法務部調查局緝毒中心日本東京出國報告書, 頁 1-23。
- 潘淑滿 (2003) , 《質性研究：理論與應用》, 台北：心理出版社。
- 鄧學仁 (2005) , 日本反毒體制運作之概況, 「當前亞太地區反毒現況與未來發展」座談會, 中央警察大學恐怖主義研究中心主辦。
- 蕭開平 (2001) , 台灣地區濫用藥物致死探討。2001 年國際藥物濫用防制研討會, 管制藥品管理局編。
- 賴擁連 (2000) , 台灣地區毒品犯罪者戒治處遇成效之研究。中央警察大學犯罪防治研究所碩士論文。
- 戴華、鄭曉時 (1991) , 正義及其相關問題。中央研究院中山人文社會科學研究所。
- 薛雅尹 (2003) , 我國戒毒戒毒政策成效評估之研究。國立東華大學公共行政研究所碩士論文。
- 謝立功、柯雨瑞 (2001) , 毒品合法化之爭論 --- 毒品與以經濟利益為導向之強制性暴力犯罪關連性之研究 (合著), 文教基金會會訊 (54) : 5-9。
- 謝立功、陳明傳、陳玉書 (2006) , 大陸地區非法在台人數之分析研究。行政院大陸委員會委託研究, 中央警察大學國境警察學系執行, 第 125-210 頁。
- 謝其演 (2002) , 毒品犯罪防制政策分析之法社會學觀察—以英美的發展為借鏡。國立台灣大學法律研究所碩士論文。
- 簡莉盈、鄭泰安 (1995) , 社會危險因子與青少年藥物濫用。中華心理衛生學刊, 8 (1) : 7-12。
- 蘇佩鈺 (1997) , 施用毒品行為之刑事立法問題。中興大學法律學研究所刑事法學組碩士論文。
- 蘇裕翔 (2005) , 我國毒品犯罪之立法研究 - 以毒品危害防制條例為中心。國防管理學院法律學研究所碩士論文。

二、外文文獻

- Bertram, E. (1996). Drug war Politics 「The Price of denial Berkeley」. University of California Press.
- Biklen, S.K. & Bogdan, R.C. (1982) . Qualitative Research for Education : An Introduction to Theory and Methods. Boston : Allyn and Bacon.
- Boyd, S & Faith, K. (1999) Women, illegal drugs and prison: Views from Canada. International Journal of Drug Policy, 10(3):195-207.
- Dwight B, Health. (1998) Prohibition Is a Losing Strategy in the War on Drugs, edited in the Stephen P, Thompson. The War on Drugs: Opposing Viewpoints, CA: Greenhaven Press, Inc. pp46-54.

- Fields, R. (1998). Drugs in Perspective. Personalized Look at Substance Use and Abuse. Director, FACES, Family and Addiction Conferences and Education/Counseling Services Center, Washington.
- Klinkenberg, W. D.& Sacks, S. (2004) Mental disorders and drug abuse in persons living with HIV/AIDS. *AIDS Care*, 16(Supplement 1): S22-S42.
- Friedman, M. & Szasz, T. (1992) On Liberty and Drugs, N.W.: The Drug Policy Foundation Press, pp149-153.
- Parker, J. (1987). *Crystal, Crank & Speedy Stuff: A Close-up Look at Stimulant Drug*. Phoenix: Do It Now Publications.
- Luan, R. et al. (2005) A Study on the Capture-Recapture Method for Estimating the Population Size of Injecting Drug Users in Southwest China, *Journal of Health Science*, 51(4) : pp.405-409.