



【學術論著】

毒品防制及戒治成效評估之研究

蔡田木

[中央警察大學犯罪防治系(所)教授兼通識教育中心主任]

謝文彥

[中央警察大學犯罪防治系(所)副教授]

林安倫

[臺中市政府警察局巡官]

連鴻榮

[法務部矯正署編審]



毒品防制及戒治成效評估之研究¹

摘要

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；吸菸者資料應統整健保、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：社會資源應引進吸菸族群家庭，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，強制吸菸三、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；應依吸菸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。

關鍵詞：毒品、毒品防制、毒品戒治

¹ 本文係財團法人林心正教育基金會委託研究案，感謝委託單位、審查委員及所有研究成員之協助與支持。本文內容僅呈現客觀研究成果，不代表委託單位立場。



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，造成铤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「動員戡亂時期煙毒條例」，以特別刑法對毒販之處罰及對吸毒者的勒戒²。

²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年犯罪矯正與觀護研討會，頁131-161。



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³。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月將該條例更名為「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「毒品危害防制條例」。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付審理的裁定。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内強制採驗尿液，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，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⁴。

為防治新興毒品危害，行政院於2003年4月6日通過「毒品危害防制條例」修正案，乃增訂製造、販賣、運輸、販賣搖頭丸、K他命等管制藥品者之處罰規定。立法院於同年6月6日通過修正案，2003年7月9日公佈實施之新修正「毒品危害防制條例」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

³ 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。

⁴ 法務部（2003），毒品新制五年來實施概況。法務部網站：專案報告。



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⁵：

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，提供吸菸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 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。



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，其三階段戒毒程式為：(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⁶。

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。

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，第一為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

⁶ 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。



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

質性研究長久以來倍受爭議與質疑的是信、效度問題。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) 四種方法來控制質性研究的信度與效度（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年以來，「毒品危害防制條例」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

目前在毒品危害防制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）



毒品防制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，那緝毒其實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、心理諮詢、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、心理諮詢、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。

拒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察機關所言八大行業、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詢，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

毒品危害防制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，至於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，並統一評估收費標準。

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，政府要給我罰錢，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

大多數的學者認為毒品戒治可能性甚低，因為各類毒品相互牽連，而是一種全人的破壞，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，以致吸食的復發可能性高，且吸食再犯可能性亦高，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食者，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，只得繼續吸食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，我們目前臨牀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，所以就用比較強的海洛因。（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

吸食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响，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…所以說有沒有一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，可以過渡到前面這兩三年，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……所以毒品危害防制你要修，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…