



(深-4-6)

他只是驗尿反應沒有毒，可是他心理還沒有建設好。很多在監獄裡的諮詢師，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，你永遠會被他牽著鼻子走…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，所以假釋的部分不至於被撤銷…（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份是管制藥品管理條例的身份，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…醫院的情形是我們開放等你病人來，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，如何在一個司法監督之下，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，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許不是那麼樣的清楚，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聲一呼，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耕，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，加入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、日目前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。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。
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。
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，並統一評估收費標準。

(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：大多數的學者認為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。
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。
3. 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。
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，吸食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。
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。
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，增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、日目前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，加入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子的探討。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、王儼婷、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、王儼婷、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、林千苺、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年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癒效果。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。

褚宸軒（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年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 ellerue, 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 Estimaing the Oppulation Size of Injecting Drug Users in Southwest China, Journal of Health Science, 51(4) : pp.405–409.