

RDEC-RES-101-019（委託研究報告）

毒品施用者處遇及除罪化可行性 之研究

行政院研究發展考核委員會委託研究

中華民國 102 年 3 月

（本報告內容及建議，純屬研究小組意見，不代表本會意見）

RDEC-RES-101-019（委託研究報告）

毒品施用者處遇及除罪化可行性 之研究

受委託單位：國立臺北大學

研究主持人：許教授春金

協同主持人：陳副教授玉書、蔡教授田木

研究助理：楊冀華、鄒啟勳、廖秀娟、洪千涵、
白鎮福

行政院研究發展考核委員會委託研究

中華民國 102 年 3 月

（本報告內容及建議，純屬研究小組意見，不代表本會意見）

提要

關鍵詞：毒品、除罪化、犯罪化、毒品處遇

一、研究緣起

依法務部統計資料顯示，我國整體毒品案件數呈逐年遞增的趨勢。毒品衍生出許多犯罪，嚴重危害社會治安，對於個人、家庭的傷害愈形嚴重，為此付出巨大的社會成本。依據法務部統計，居高不下的毒品犯再犯率與收容人數，顯示現行觀察勒戒及強制戒治之司法處遇措施有重新檢視之必要。

近年歐盟會員國推動毒品施用者除罪化政策，不僅愛滋感染率、吸毒死亡人數減少，且將監所收容費用移作治療費用，更有助提高戒毒人數、降低吸毒人數。但鑑於我國國情與上開國家不盡相同，毒品施用者除罪化及其相關配套措施對於社會整體影響衝擊，值得深入探究。特別是落實醫療先於司法處遇之理念，應為未來毒品防制政策所需關注的重要議題。故本研究目的如下：

- (一) 檢視我國毒品施用者處遇現況及問題。
- (二) 研析先進國家毒品施用者除罪化及其相關配套措施推動情形與成效。
- (三) 研析我國若欲推動毒品施用者除罪化，如何建構結合社政、警政機構處遇與通報，及醫療機構治療等相關配套措施之可行性評估。
- (四) 研提我國推動毒品施用者除罪化之相關法制調整建議。
- (五) 研提我國推動毒品施用者除罪化之社會影響評估分析。

二、研究方法及過程

毒品施用者處遇及除罪化可行性之研究

為探討我國毒品施用者處遇及除罪化可行性，本研究採用多元資料蒐集方法，從五種不同的途徑依序著手研究，包括：（1）文獻資料蒐集；（2）相關人員、實務人員之深度訪談；（3）實務人員、學者專家之焦點團體座談；（4）實務人員、學者專家之德菲問卷調查；（5）網路意見之蒐集。

透過蒐集我國有關毒品政策與除罪化相關研究，檢視我國毒品施用者處遇現況及問題；以及各國毒品施用者除罪化相關資料，分析比較先進國家毒品施用者除罪化及其相關配套措施推動情形與成效。同時以相關文獻為基礎，邀集相關人員、學者專家舉辦深度訪談、焦點座談，另採德菲法及網路意見蒐集等方法進行實證調查，探討我國若推動毒品施用者除罪化，如何建構社政、警政、矯正及醫政等之處遇與通報措施，評估相關配套措施之可行性。

三、重要發現

（一）各國毒品施用者處遇政策研究發現：

蒐集多國資料後，歸納出四個主要犯罪化／除罪化模式，包括：（1）除罪化模式：如葡萄牙、英國、澳洲首都地區；（2）部份除罪化模式：如荷蘭、澳洲首都以外地區、美國華盛頓州和科羅拉多州；（3）除刑不除罪模式：如臺灣；（4）犯罪化：如美國、日本和新加坡。毒品施用除罪化與犯罪化是政策長久發展下的結果，而影響各國政策走向的因素各異，除罪化國家多數係以醫療衛生觀點看待毒品施用問題，為解決毒品衍生的疾病問題，而予以除罪化；犯罪化的國家則多以違反道德的觀點看待毒品施用，因此採用刑事政策與之對抗，當毒品越趨氾濫時，對抗的力道越趨嚴厲。

在毒品施用除罪化或部分除罪化國家，除有毒品施用規範、毒品分級／分類和執法上的作為，仍有其他配套措施以處理毒品施用的問題，主要作為包括：（1）毒品政策以衛生醫療為核心，由衛生部或內政部主導毒品政策；（2）健全相關立法與規範；（3）明確規範合法與違法持有毒品的規定；（4）成立專責推動毒品政策機構；（5）推

動減害計畫；（6）落實戒癮治療；（7）重視成癮照護與重建復歸；（8）推動早期介入和轉介；（9）執行治療監督與毒品檢測；（10）深化和落實毒品預防；（11）複雜家庭或麻煩成癮者照顧計畫等。

在政策效果上，毒品施用除罪化或部分除罪化國家其施用人口獲得控制，毒品衍生的健康與疾病問題減少，因毒品死亡人數亦下降，戒癮治療顯示出其效果；但毒品處遇之相關支出龐大，管理的規範仍存有爭議，且衍生其他犯罪問題。至於在犯罪化國家方面，部分國家如：新加坡與日本，其施用人口一樣獲得控制，更生或就業輔導、支持或治療計畫等作為也能有效避免毒品施用者在刑事司法體系中不斷循環；惟施用問題仍然嚴峻，施用者有污名化問題，且施用者處遇有人權問題，更甚者年輕的毒品施用人口仍持續增加。顯示犯罪化／除罪化政策效果各有利弊，亦各自面臨不同問題。

（二）我國毒品施用者處遇政策研究發現：

現行毒品施用者除刑不除罪處遇模式受專家學者所支持，但可再予以強化、改善。在機構處遇方面，目前雖有獨立的戒治所，但機構色彩濃重，對毒品施用者而言觀察勒戒與強制戒治仍等同於在監服刑，且各戒治所資源多寡、專業人才比例以及授課的品質各異，皆影響戒治處遇之成效。而在監禁方面，毒品施用者雖刑期不長，但人數眾多，大量監禁於監獄已影響監獄空間，且監獄僅單純施以監禁，除隔離外，沒有其他的積極處遇效果。

在非機構處遇方面，緩起訴附命戒癮治療較監禁有效，且緩起訴制度具有強制力可強化戒癮治療的執行與成效，並使施用者有接觸醫療的機會，增加社會復歸可能性。惟緩起訴的處分應依戒癮者特性與個案性質給予彈性處理，並建立再犯率以外的維持療法成功指標以及一致性的緩起訴撤銷標準。且戒癮治療方面仍須更多的經費補助，並強化戒癮醫療之可近性。

毒品施用者處遇及除罪化可行性之研究

而當毒品施用者回到社會，雖目前各縣市政府皆成立毒防中心，但囿於人力與經費，對毒品施用者之追蹤與服務效果有限，且缺乏支持的網絡，無法對毒品施用者提供有效的支持，協助其擺脫不良環境。

（三）我國毒品施用者除罪化可行性：

除罪化需有相關條件配合，包括：（1）司法、衛生與醫療人力的完善程度；（2）完善的法律制度；（3）成癮者的社會復健機制；（4）毒品施用本身對社會、家庭及個人等影響程度；（5）衛生醫療設施之配合程度；（6）國際毒品施用之治療趨勢；（7）總體經費配合程度；以及（8）民眾對除罪化的接受程度。後者在本研究對一般民眾的網路意見調查上顯示，有 86.36% 民眾認為應以刑罰制裁毒品施用行為，並有 75% 民眾不同意對製造、運輸、販賣毒品採嚴刑峻罰，而對毒品施用改以治療方式除罪。

本研究實施的德菲法調查發現，相較於保守的刑罰化模式與開放的除罪化模式，多數專家支持現行的除刑不除罪處遇模式，並且同意現行實施的緩起訴附命戒癮治療已趨向除罪化精神。

（四）毒品施用者除罪化之影響：

除罪化將有助於紓解目前監獄超額收容之問題，並可降低因監禁處遇而對毒品施用者生活所造成之負面影響。但除罪化亦可能造成：（1）缺乏司法強制力，無法監控毒品施用人口；（2）增加毒品查緝上困難；（3）施用者接受治療意願下降，醫療無法有效介入；（4）僅採行政罰，會使戒毒執行效率降低；（5）缺乏監控與強制治療機制，造成家庭經濟負擔、人際衝突等問題；（6）造成毒品施用升級與氾濫；（7）其他犯罪問題；（8）國家生產力下降；以及（9）健保給付衍生問題。

四、主要建議

（一）立即可行建議

1、強化檢警合作，以有效查緝毒品（主辦機關：法務部；協辦機關：內政部）：無論毒品施用除罪化與否，毒品始終是重要社會問題，為避免毒品氾濫，僅有透過檢警合作加強緝毒，才能有效阻斷毒品來源。

2、強化緩起訴附命戒癮治療

- （1）建立彈性或多元的戒癮成效指標，賦予檢察官處遇裁定權（主辦機關：法務部；協辦機關：行政院衛生署）：因毒品具高度成癮性，再犯率無法作為戒癮治療成功與否的單一指標。賦予檢察官彈性運用空間，對毒品施用者給予長時間、多元方案，以有效產生戒癮成效。
- （2）專業戒癮治療人才訓練，以落實處遇效果（主辦機關：行政院衛生署；協辦機關：教育部、法務部）：強化心理與精神醫學之專業人才，才能對毒品施用者實施心理或醫學的治療方式。
- （3）提高維持療法服務之便利性，以符合戒癮者實際需求（主辦機關：行政院衛生署）：替代藥物維持療法是鴉片類毒品的主要治療措施，增加給藥地點與延長給藥時段，可符合戒癮者實際需求。
- （4）賦予毒品施用者自願接受治療之請求權（主辦機關：法務部）：建議透過法律修正，於毒品危害防制條例中，明定受觀察勒戒或強制戒治之被告「得」請求機構提供戒癮治療，讓毒品施用者在觀察勒戒或是強制戒治的期間，只要當事人有意願接受積極的治療，司法檢察機關可再為緩起訴或經過兩年的監控，就不予處罰。

3、強化毒品成癮者機構內處遇

- （1）修復毒品收容人家庭關係，推動家庭支持方案（主辦機關：法務部）：家庭親情的力量，是很重要的社會控制因

素，部分矯正機構推行的家庭支持方案，有助於修復毒品收容人的家庭關係。建議在矯治處遇的過程中，將施用者之家庭納入服務範疇，強化家庭關係重建，以提高毒品施用者脫離用毒與犯罪的循環。

- (2) 提升犯罪矯正機關之毒癮戒治專業與人力，以因應毒品戒治需求（主辦機關：法務部；協辦機關：行政院衛生署）：毒癮戒治仍以司法矯正機關為主，故監獄仍須具備毒癮戒治與醫療專業能力，選任專業醫療人員進駐監所，增編矯正機關衛教護理師、心理師與社工師之編制，以提升矯正機關毒癮戒治之專業能力，因應毒癮戒治工作。
- (3) 設置中間處遇機制，執行社會適應期處遇階段（主辦機關：法務部；協辦機關：內政部）：毒癮者多有社會適應問題，但社會適應之目標無法藉由機構內處遇達成。建議當受戒治人在戒治所完成心理輔導期之階段後，可使受戒治人進入中間性處遇機構，以治療性社區（TC）方式，培養其自律與自主能力，以逐步融入社會並穩定社會生活狀態，重建家庭與社會關係。
- (4) 運用閒置營區或公營機構，設置中間性處遇場所（主辦機關：財政部國有財產局、國防部；協辦機關：法務部、內政部、行政院衛生署）：為統一管理國內吸毒犯矯正問題，可在北、中、南三地尋找現有閒置營區或相關公營機構，進而改建並修繕為收容毒品犯之中間性處遇場所，不但間接解決監所超收問題，亦較新建設施更節省公帑。

4、強化毒品施用者社區處遇

- (1) 協助毒品施用者脫離負面環境（主辦機關：各縣市毒品危害防制中心；協辦機關：法務部）：接觸毒品施用者和有利於接觸毒品的環境，是阻斷戒毒的重要危險因子。為有協助遠離原先的朋友與環境，才能有效減少誘惑。

- (2) 藥癮篩檢與早期介入，降低嚴重成癮人口（主辦機關：行政院衛生署）：以藥癮篩檢工具，辨識各個階段的毒品施用者，以短期、符合成本效益的介入方式來協助他們不再施用毒品；並以早期介入行動計畫，降低毒品人口中嚴重的成癮者。
- (3) 強化符合地區性需求的毒品防制資訊整合平台（縱向觀察），提升毒品防治效能（主辦機關：法務部；協辦機關：各縣市政府、內政部、行政院衛生署、教育部）：目前毒品成癮者單一窗口服務系統並無匯出功能，致各毒防中心無法進行系統架構外之統計分析，釐訂符合地方需求的防治策略。應可在確保資訊安全及個人資料保護無虞之前提下，向主管機關法務部提出申請開放原始資料，以發展以資訊為導向的計畫，重新建構和強化預防系統，以及時提供符合地區需求毒品預防策略。
- (4) 建立社區戒毒資源，協助藥癮者復歸社會（主辦機關：行政院衛生署；協辦機關：各縣市政府）：提供社區處遇機會，可使毒品犯在離開矯正機構後有緩衝期間，並可透過社區處遇機構協助就業，重建社會關係，以及建立心理諮商及醫療網絡。
- (5) 強化就業與復原機制，打斷施用者在司法體系循環（主辦機關：行政院勞委會；協辦機關：法務部、內政部）：毒品犯出監（所）後缺乏就業機會，是再犯的高危險因素，戒治所及監獄內可引進社會資源，增加專業師資來幫助單純施用之毒品犯培養未來的謀生技能，提升毒品犯工作之能力與意願。

5、強化青少年毒品預防與治療（主辦機關：教育部；協辦機關：行政院衛生署、內政部）：無論除罪化或犯罪化國家，青少年藥物濫用為共同面臨的嚴重問題，雖青少年毒品施用具潛在性，以及執法部

門無法介入的困境，仍須將青少年毒品預防和治療列為重要的反毒目標。

6、強化毒品防制相關機關間橫向聯繫、資料分享及合作機制（橫向觀察）（主辦機關：法務部；協辦機關：內政部、行政院衛生署、各縣市政府）：毒品施用者之基本資料及曾經接受之處遇或調查，係由各機關依據職權獨立進行，橫向機關間，缺乏合作及調查資料之傳遞，致實務工作者往往重複進行相同工作，不僅缺乏效率，亦徒增對民眾生活的干擾。除有保密之情形外，應可考慮藉由系統介接之方式，在系統容量許可之前提下，傳遞相關資料電子檔。

7、重新檢視第三、四級毒品的防制策略（主辦機關：行政院毒品防制會報；協辦機關：法務部、行政院衛生署）：毒品施用具漸進性及戒治之困難性，建議重新檢視第三、四級毒品之防制策略，除瞭解其對三、四級的防制成效，建立有效的規範、管理和處遇模式，亦可作為未來第一、二級毒品是否可除罪化或其配套是否完善之參考依據。

（二）中長期建議

1、除罪化可行性方面

- （1）確立毒品施用政策觀點（主辦機關：行政院毒品防制會報）：毒品使用者處遇政策觀點的形成需有長久的文化或歷史發展，未來若要改採完全醫療模式，應先確立政策觀點，才有可能將毒品施用除罪化。
- （2）深化社會對施用醫療與人性化處遇認知（主辦機關：教育部；協辦機關：行政院衛生署）：社會態度是影響毒品除罪化的重要因素，透過教育和預防宣導，深化社會對於毒品施用行為的認知，以及施用者醫療處遇與重建的必要性，建立對毒品施用的醫療和人性化認知，有助於未來政策的推展。

- (3) 檢視負責毒品施用政策主管部門（主辦機關：行政院毒品防制會報）：我國目前毒品施用者立法和處遇，仍以司法體系為主，衛生和內政機關為輔；但在實施毒品施用除罪化或部分除罪化國家，其毒品施用政策主導者為衛生部（負責醫療）或內政部（負責查緝）；如欲推動毒品施用除罪化，在確立毒品施用政策後，須重新檢視負責主導毒品施用政策的部門。

2、除罪化配套措施之建議

- (1) 健全除罪化後相關法令規範（主辦機關：行政院衛生署；協辦機關：內政部、法務部）：既有現行之戒毒法令體系龐雜，規範之事項眾多，如施用毒品除罪化之後，首要步驟為全面性法規檢視。若施用毒品除罪化為既定政策方向，亦應檢討現行法制中與除罪化有關之法規與行政措施，將相關事項，如：嚴謹的毒品分級制度、行政罰、合法持有毒品量、施用者年齡等予以法制化。
- (2) 治療配套措施（主辦機關：行政院衛生署；協辦機關：各縣市衛生局、內政部）：戒癮治療為除罪化或部分除罪化毒品政策核心，需完備戒癮治療，建立戒癮評估和階段性戒癮制度，健全多元化治療模式，以及建立嚴重成癮照護與社會重建制度。
- (3) 犯罪預防（主辦機關：教育部；協辦機關：法務部、內政部兒童局、各縣市社會局）：為健全青少年成長理念，協助青少年身心發展，對於青少年之毒品防治工作不能僅以學校反毒教育宣導為核心，須將網絡延伸至家庭教育與社區。

毒品施用者處遇及除罪化可行性之研究

目次

| | |
|------------------------------------|-----------|
| 提要..... | I |
| 目次..... | XI |
| 表次..... | XV |
| 圖次..... | XVIII |
| 第一章 緒論 | 1 |
| 第一節 研究背景與目的 | 1 |
| 第二節 相關名詞詮釋 | 5 |
| 第二章 相關文獻探討 | 7 |
| 第一節 毒品施用觀點與處遇模式 | 7 |
| 第二節 我國毒品施用政策與施用者處遇現況 | 12 |
| 第三節 毒品除罪化與相關研究 | 27 |
| 第四節 小結 | 33 |
| 第三章 研究設計與實施過程 | 35 |
| 第一節 研究設計 | 35 |
| 第二節 研究方法與研究對象 | 37 |
| 第三節 研究工具 | 43 |
| 第四節 資料處理與分析 | 47 |
| 第四章 各國毒品施用者處遇政策及其比較分析 | 51 |

毒品施用者處遇及除罪化可行性之研究

| | | |
|------------|-------------------------------|------------|
| 第一節 | 聯合國毒品施用者處遇政策 | 51 |
| 第二節 | 美國毒品施用者處遇政策 | 54 |
| 第三節 | 英國毒品施用者處遇政策 | 70 |
| 第四節 | 荷蘭毒品施用者處遇政策 | 89 |
| 第五節 | 葡萄牙毒品施用者處遇政策 | 102 |
| 第六節 | 澳洲毒品施用者處遇政策 | 120 |
| 第七節 | 新加坡毒品施用者處遇政策 | 137 |
| 第八節 | 日本毒品施用者處遇政策 | 160 |
| 第九節 | 各國毒品使用者處遇政策之比較分析 | 176 |
| 第五章 | 深度訪談與焦點團體研究結果與討論 | 202 |
| 第一節 | 毒品施用狀況與問題 | 202 |
| 第二節 | 毒品執法與矯治 | 208 |
| 第三節 | 毒品施用戒癮治療與社會復歸 | 218 |
| 第四節 | 毒品施用除罪化可行性 | 228 |
| 第五節 | 焦點團體發現 | 241 |
| 第六章 | 德菲法與網路意見調查發現與分析 | 266 |
| 第一節 | 毒品施用除罪化模式與可行性 | 266 |
| 第二節 | 毒品施用除罪化之影響 | 271 |
| 第三節 | 毒品施用除罪化之配套措施 | 276 |
| 第四節 | 毒品施用處遇政策 | 281 |
| 第五節 | 毒品施用緩起訴處分 | 287 |

| | |
|--------------------------|------------|
| 第六節 網路意見調查 | 293 |
| 第七章 研究發現與建議 | 298 |
| 第一節 研究發現 | 298 |
| 第二節 研究建議 | 314 |
| 參考文獻 | 330 |
| 附錄 | 361 |
| 附錄一 深訪摘要 | 362 |
| 附錄二 焦點座談摘要 | 399 |
| 附錄三 期中報告審查意見回覆表 | 419 |
| 附錄四 二次德菲法調查問卷題目 | 427 |
| 附錄五 期末報告審查會紀錄 | 434 |
| 附錄六 期末報告初稿審查意見回覆表 | 445 |

毒品施用者處遇及除罪化可行性之研究

表次

| | | |
|-------|----------------------------------------|-----|
| 表 1-1 | 2005 年至 2011 年臺灣地區毒癮者感染 HIV 人數統計表..... | 1 |
| 表 1-2 | 2005 年-2011 年新入監及在監有毒品前科受刑人情形統計表 | 2 |
| 表 1-3 | 在監毒品受刑人曾接受美沙冬替代療法比例 | 3 |
| 表 2-1 | 毒品處遇模式之比較分析..... | 11 |
| 表 2-2 | 臺灣毒品施用政策發展一覽表 | 14 |
| 表 2-3 | 法務部矯正署所屬戒治所受戒治人處遇模式 | 18 |
| 表 2-4 | 2012 年各戒治所受戒治人數與心理師、社工員編制*一覽表 | 23 |
| 表 2-5 | 2002 年底至 2011 年底矯正機關收容情形統計表 | 24 |
| 表 2-6 | 2005 年至 2011 年受戒治人出所再犯情形統計表..... | 26 |
| 表 2-7 | 各國毒品刑事政策與成果效益比較表 | 30 |
| 表 3-1 | 深度訪談對象與取樣條件..... | 37 |
| 表 3-2 | 深度訪談對象簡介 | 38 |
| 表 3-3 | 焦點團體座談各場次簡介..... | 39 |
| 表 3-4 | 焦點團體座談對象簡介..... | 39 |
| 表 3-5 | 德菲法調查對象簡介..... | 41 |
| 表 3-6 | 深度訪談大綱 | 43 |
| 表 3-7 | 焦點團體討論大綱 | 44 |
| 表 3-8 | 網路意見調查題目 | 46 |
| 表 4-1 | 大麻除罪化後澳洲各地對持有少量大麻的處罰..... | 123 |
| 表 4-2 | 澳洲二階段戒癮治療重點 | 125 |
| 表 4-3 | 澳洲酒精和其他毒品之強制治療計畫概述 | 128 |
| 表 4-4 | 毒品施用除罪化後各省對持有少量毒品的處罰..... | 129 |
| 表 4-5 | 澳洲整體藥物政策及政策施行成果 | 129 |
| 表 4-6 | 各國毒品施用政策比較表 | 180 |
| 表 4-7 | 各國毒品施用規範與除罪化／犯罪化毒品類型 | 183 |
| 表 4-8 | 除罪化與部分除罪化國家主要配套措施 | 188 |

毒品施用者處遇及除罪化可行性之研究

| | | |
|--------|------------------------------|-----|
| 表 4-9 | 各國施用毒品者處遇措施比較表 | 193 |
| 表 4-10 | 各國毒品施用政策執行效果之比較表 | 197 |
| 表 6-1 | 對毒品施用除罪化模式之看法 | 266 |
| 表 6-2 | 對毒品施用除罪化可行性之看法 | 268 |
| 表 6-3 | 對毒品施用除罪化正向影響之看法 | 271 |
| 表 6-4 | 對毒品施用除罪化負向影響之看法 | 272 |
| 表 6-5 | 對毒品施用除罪化衛生醫療配套措施之看法 | 276 |
| 表 6-6 | 對毒品施用除罪化社會復歸與宣導配套措施之看法 | 277 |
| 表 6-7 | 對毒品施用除罪化強制力、監控機制與網絡合作配套措施之看法 | 278 |
| 表 6-8 | 對毒品施用處遇政策之看法－機構處遇 | 281 |
| 表 6-9 | 對毒品施用處遇政策之看法－社區處遇 | 282 |
| 表 6-10 | 對毒品施用處遇政策之看法－醫療處遇 | 283 |
| 表 6-11 | 對毒品施用處遇政策之看法－國家政策 | 285 |
| 表 6-12 | 對毒品施用緩起訴處分之看法 | 287 |
| 表 6-13 | 對毒品施用緩起訴處分建議之看法 | 288 |
| 表 6-14 | 對毒品施用者美沙冬維持療法之看法 | 289 |
| 表 6-15 | 對毒品施用者美沙冬維持療法建議之看法 | 290 |
| 表 6-16 | 民眾對毒品施用除罪化之看法 | 293 |
| 表 6-17 | 民眾對毒品施用除罪化影響之看法 | 295 |
| 表 6-18 | 民眾對毒品除罪化之看法 | 296 |

表次

XVII

圖次

| | | |
|-------|---------------------------------|-----|
| 圖 2-1 | 毒品處遇階段與模式圖 | 22 |
| 圖 3-1 | 研究設計 | 36 |
| 圖 4-1 | 葡萄牙施用藥物盛行率調查結果 | 116 |
| 圖 4-2 | 葡萄牙因毒品死亡人數 | 117 |
| 圖 4-3 | 施用毒品入監人數 | 118 |
| 圖 4-4 | 澳洲各地家戶藥物施用調查結果 | 131 |
| 圖 4-5 | 1998-2010 年 14 歲以上施用大麻盛行率 | 131 |
| 圖 6-1 | 民眾對毒品施用除罪化之看法 | 294 |
| 圖 6-2 | 民眾對毒品施用除罪化影響之看法 | 295 |
| 圖 6-3 | 民眾對毒品除罪化／犯罪化模式之看法 | 297 |

圖次

第一章 緒論

第一節 研究背景與目的

依法務部統計資料顯示，我國整體毒品案件數除在 2001 年及 2002 年曾經遞減外，餘均呈逐年遞增的趨勢。毒品氾濫，吸毒人口相對增加。基於毒品具有成癮性、累進性，且毒品用量愈來愈多，在耗盡家財後，轉而竊盜或搶奪，甚或擄人勒贖或殺人，衍生出許許多多犯罪，嚴重危害社會治安。隨著工商業進步，毒品日益氾濫，對於個人、家庭的傷害愈形嚴重，為此已付出巨大的社會成本。早期對吸毒者只重視刑罰之處遇，然我國在 1998 年 5 月 20 日公布施行「毒品危害防制條例」後，已將施用毒品者由傳統「犯人」之概念重新定位為「病犯」，著重於專業醫療之處遇。希望透過觀察勒戒及強制戒治的方式，來協助其戒除毒癮。

表 1-1 2005 年至 2011 年臺灣地區毒癮者感染 HIV 人數統計表

| 性別 HIV 診斷年 | 感染 HIV 總人數 | | | 毒癮者感染 HIV 人數 | | |
|------------------|------------------|---------------|-----------------|------------------|---------------|-----------------|
| | 合計 (%) | 女 (%) | 男 (%) | 合計 (%) | 女 (%) | 男 (%) |
| 2005 年 | 3,380 (100.0) | 398 (11.8) | 2,982 (88.2) | 2,420 (100.0) | 328 (13.6) | 2,092 (86.4) |
| 2006 年 | 2,918 (100.0) | 303 (10.4) | 2,615 (89.6) | 1,839 (100.0) | 244 (13.3) | 1,595 (86.7) |
| 2007 年 | 1,930 (100.0) | 179 (9.3) | 1,751 (90.7) | 742 (100.0) | 109 (14.7) | 633 (85.3) |
| 2008 年 | 1,742 (100.0) | 96 (5.5) | 1,646 (94.5) | 386 (100.0) | 51 (13.2) | 335 (86.8) |
| 2009 年 | 1,644 (100.0) | 67 (4.1) | 1,577 (95.9) | 178 (100.0) | 22 (12.4) | 156 (87.6) |
| 2010 年 | 1,796 (100.0) | 65 (3.6) | 1,731 (96.4) | 116 (100.0) | 16 (13.8) | 100 (86.2) |

毒品施用者處遇及除罪化可行性之研究

| | | | | | | |
|--------|-------------------|----------------|------------------|------------------|---------------|-----------------|
| 2011 年 | 1,967 (100.0) | 65 (3.3) | 1,902 (96.7) | 99 (100.0) | 10 (10.1) | 89 (89.9) |
| 總 計 | 15,377 (100.0) | 1,173 (7.6) | 14,204 (92.4) | 5,780 (100.0) | 780 (13.5) | 5,000 (86.5) |

資料來源：行政院衛生署疾病管制局（網址：<http://www.cdc.gov.tw/info>）

表 1-2 2005 年-2011 年新入監及在監有毒品前科受刑人情形統計表¹

| 年底別 | 新入監 受刑人 | 新入監 毒品犯 | 在監受刑人 | | | 在監有毒品前科 | |
|---------|------------|------------|---------|-------------|-------------|---------|-------------|
| | | | 總計 a | 毒品犯 總數 b | 比例 c=b/a | 小計 d | 比例 e=d/b |
| 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：100 年 12 月法務統計月報，頁 80-114。

¹ 2005 年至 2011 年在監受刑人數變動係受修法與政策之影響。例如：2003 年 7 月 9 日毒品危害防制條例大幅修正，簡化觀察勒戒、強制戒治之程序。被告經觀察勒戒或強制戒治後，5 年內再犯施用毒品案件，依法應起訴或聲請簡易判決處刑，恐導致機構內刑罰處遇人數增加。另 2007 年「中華民國九十六年罪犯減刑條例」施行後，監獄內受刑人人數大幅降低。又 2008 年 4 月 30 日修正公布之毒品危害防制條例第 24 條第 1 項規定：「本法第 20 條第 1 項及第 23 條第 2 項之程序，於檢察官先依刑事訴訟法第 253 條之 1 第 1 項、第 253 條之 2 之規定，為附命完成戒癮治療之緩起訴處分時，或於少年法院（地方法院少年法庭）認以依少年事件處理法程序處理為適當時，不適用之。」依此規定，無論係初犯施用第一、二級毒品案件抑或 5 年內再犯施用第一、二級毒品案件，檢察官斟酌適當，偵查結果，認為被告具有留置於戒癮體系之高度意願，且案件符合緩起訴要件及「毒品戒癮治療實施辦法及完成治療認定標準」，得不聲請法院為觀察勒戒之裁定或起訴，而採附命完成戒癮治療之緩起訴處分，恐造成監獄內施用毒品犯人數降低。惟無論法律如何修訂或政策如何變化，在監毒品受刑人及在監有毒品前科比例仍然偏高。

此外，為解決毒癮者罹患愛滋攀升問題，政府於 2005 年試辦，並於 2006 年全面實施「毒品病患愛滋減害計畫」，依據行政院衛生署疾病管制局調查顯示，毒癮者感染 HIV 陽性的人數，從 2005 年的 2,420 人，已大幅降至 2011 年的 99 人；2005 至 2011 年間感染 HIV 人數中，女性約佔 7.6%，但毒品者感染 HIV 人數中，女性則佔 13.5%（如表 1-1）。並於 2008 年修正公布毒品危害防制條例第 24 條第 1 項規定，使初犯或 5 年內再犯施用第一、二級毒品案件者，得不聲請法院為觀察勒戒之裁定或起訴，而採附命完成戒癮治療之緩起訴處分，擴大美沙冬替代療法的使用。

但依據法務部 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，占在監受刑人 57,479 人之 43.9%（如表 1-2）。如此居高不下的毒品犯再犯率、收容人數與在監毒品受刑人曾接受美沙冬替代療法比例逐年提高（如表 1-3），顯示現行觀察勒戒、強制戒治等司法處遇措施有重新檢視之必要。

表 1-3 在監毒品受刑人曾接受美沙冬替代療法比例

| | 在監毒品受刑人 | 在監有毒品前科犯 | 曾接受美沙冬替代療法（%） |
|------|---------|----------|---------------|
| 2009 | 23,636 | 21,590 | 1,389（5.88%） |
| 2010 | 24,480 | 22,031 | 2,419（9.88%） |
| 2011 | 25,257 | 22,449 | 3,533（13.99%） |

資料來源：法務部矯正署

註：本表所稱「曾接受美沙冬替代療法」以被告犯毒品危害防制條例第 10 條第 1 項之罪，經地方法院檢察署實施緩起訴處分附命戒癮治療案件為統計範圍。

近年如瑞士、奧地利、比利時、德國、愛爾蘭及英國等先進國家，推動毒品施用者除罪化政策，除少數毒品外，單純施用毒品不再是犯罪行為。經李思賢等（2011）研究發現，除罪化後愛滋感染率、吸毒死亡人數減少。至於美國，對於毒品向來採取嚴厲管制措施，投注大量經費與資源查緝毒品，以刑事司法手段處理毒品問題，惟其毒品問

毒品施用者處遇及除罪化可行性之研究

題仍然嚴重。綜觀國際現況，全面禁絕人民施用毒品恐非有效防制之道，各國毒品防制政策漸有朝向除罪化趨勢發展。

鑑於我國國情與上開國家不盡相同，毒品施用者除罪化及其相關配套措施對於社會整體影響衝擊，值得深入探究。特別是以醫療戒癮、替代療法與社會服務為主之社會處遇模式，針對單純施用毒品而無涉及其他犯罪者，轉移至衛生醫療機構進行專業醫療戒癮處遇，落實醫療先於司法處遇之理念，應為未來毒品防制政策所需關注的重要議題。故本研究目的如下：

- 一、檢視我國毒品施用者處遇現況及問題。
- 二、研析先進國家毒品施用者除罪化及其相關配套措施推動情形與成效。
- 三、研析我國若欲推動毒品施用者除罪化，如何建構結合社政、警政機構處遇與通報，及醫療機構治療等相關配套措施之可行性評估。
- 四、研提我國推動毒品施用者除罪化之相關法制調整建議。
- 五、研提我國推動毒品施用者除罪化之社會影響評估分析。

第二節 相關名詞詮釋

一、毒品施用者

本研究中所謂毒品施用者，係指涉犯「毒品危害防制條例」第 10 條第 1 項、第 2 項之施用第一級、第二級毒品罪，經檢察官聲請法院裁定觀察勒戒或強制戒治、提起公訴、聲請法院簡易判決處刑或緩起訴處分，或經法院判決有罪確定者。

二、毒品處遇

本研究中所謂毒品處遇，係指法院、檢察官依據「毒品危害防制條例」等相關法令，對毒品施用者處以觀察勒戒、強制戒治、附命完成戒癮治療之緩起訴處分、執行徒刑之監禁；或由行政院衛生署指定之醫療機構給予自行求助者治療服務；或由各縣市毒品危害防制中心所提供之轉介醫療、就學、就業等各項社會扶助與輔導措施等。

三、毒品施用除罪化

本研究中所謂毒品施用除罪化，係指透過立法手段，將刑事實體法明定為犯罪之施用第一級、第二級毒品之行為，視為自傷（自殘）行為，自法律規範中加以刪除（張伯宏、黃鈴晃，2011）。

四、替代療法與維持療法

毒品施用者戒癮治療其主要方式包括：（1）藥物治療；（2）心理治療；（3）社會復健治療。在藥物治療方面，最常見者係以美沙冬或丁基原啡因等藥物替代鴉片類毒品的治療方法。所謂替代療法（Replacement Therapy）係指物質成癮者在醫生的評估與治療之下，運用「替代藥物」取代成癮物質的醫療行為；20 世紀初期迄今，替代療法已被廣泛運用於治療各類成癮性行為，其中以鴉片類物質成癮替代療法最廣為人知，而其主要的替代藥物為美沙冬（Methadone）或丁基原啡因（Buprenorphine），亦即一般人所稱的美沙冬替代療法；但

並非所有的成癮物質均能夠找到適當的替代藥品來進行治療（如：安非他命、古柯鹼等）。我國 2006 年 3 月公布「鴉片類物質成癮替代療法作業基準」即屬此種戒癮治療。

維持療法 (Maintenance Treatment) 與替代療法 (Replacement Therapy) 經常交替使用，因為在某些情況下二者有所重疊；維持療法為「輔助主要治療成功的醫療作為」，通常用於慢性疾病或較嚴重的疾病²。為減少鴉片類成癮物質對於施用者的健康和生活造成嚴重影響，在醫生評估與治療下，除運用口服的藥品取代藥癮者靜脈注射海洛因的行為，以控制 AIDS 等疾病蔓延，並合併採取心理治療以維持藥癮者正常生活。通常採取的維持療法如：(1) 美沙冬維持療法 (Agonist Methadone Maintenance Treatment)，係對鴉片類成癮者以美沙冬替代療法和心理諮商同時進行治療；(2) 海洛因維持療法，係針對嚴重藥物依賴者，透過醫療單位開立處方，進行醫療用海洛因和心理諮商合併治療³。我國在 2008 年修訂「毒品危害防制條例」第 24 條第一項，將毒品施用緩起訴治法制化，許多地檢署與醫療體系合作毒品施用者緩起訴戒癮治療，大都採替代藥物治療與心理諮商合併的美沙冬維持療法。

由於替代療法 (Replacement Therapy) 與維持療法 (Maintenance Treatment) 之意涵與戒癮治療作為有所差異，為使本研究之論述更為精確，如僅針對鴉片類物質以美沙冬或丁基原啡因等進行成癮替代治療，則使用替代療法 (Replacement Therapy)；如除藥物替代療法外，同時採取心理諮商合併治療以強化替代療法成效者，則採用維持療法。

²Maintenance therapy from Wikipedia, the free encyclopedia, 2012 年 9 月 19 日取自網址：http://en.wikipedia.org/wiki/Maintenance_therapy。

³參見李思賢、楊士隆、東連文等 (2011)。毒品減害措施之研究。行政院研究發展考核委員會委託研究。

第二章 相關文獻探討

暴力犯罪（如殺人、強盜搶奪、強制性交等）與財產犯罪（如竊盜、詐欺等）為「本質上即是邪惡的行為」（*mala in se*），這些行為為危害社會及侵害他人權益之本質無庸置疑；而施用毒品行為主要傷害的對象為施用者本身，屬無受害者犯罪或道德犯罪，將之犯罪化係因違反社會道德規範、公共意見或社會政策，刑罰是否應該干涉非道德行為，一直為爭論不休而又難以解決的問題（許春金，2010）。

為深入瞭解毒品施用者處遇模式，以及施用毒品行為是否具有除罪化的可能性，本研究文獻探討首先分析毒品施用觀點及其處遇模式，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；而各國毒品施用者處遇政策與除罪化或刑罰化之作為，亦值得借鏡，在此僅簡要介紹，研究過程中將有更完整的資料蒐集和比較分析；最後則根據相關實證研究，探討毒品施用行為除罪化之可能效益與衍生問題。

第一節 毒品施用觀點與處遇模式

毒品施用者應採取何種處遇模式？主要受毒品施用原因、對於施用者的觀點和治療者三個因素而有不同的處遇模式（李思賢，2008；林健陽、陳玉書、柯雨瑞，2003），毒品施用原因影響處遇與治療的核心，而「施用者」是否有自由意志或為自傷的疾病的患者，則涉及施用者是否需要為施用毒品的行為負責；從「處遇者／治療者」的角度則在探討其對戒毒成敗有無責任。根據此三因素，推引出五個毒品施用處遇模式：

一、道德模式 (Moral Model)

道德模式興起於 1800 年代維多利亞時期的英格蘭，此模式強調施用毒品等成癮性行為係個人選擇、意志薄弱與缺乏道德意識等因素所導致⁴，因此，對於毒品使用者的處遇重點，在於強化其責任感與道德意識。道德模式處遇與治療責任歸於毒品使用者本身，將毒品施用者視為犯人，故其處遇政策是以嚴厲或強迫的懲罰方式，將毒品施用者監禁於矯治機構（如：監獄、戒治所等）。美國與亞洲地區國家（如：臺灣和中國大陸）雖有部分減少毒品危害處遇策略，但較傾向於「司法處遇」；例如：美國自從 1986 年通過「反毒品濫用法案」(Anti-Drug Abuse Act)，其毒品政策強調道德訴求（李思賢、楊士隆、束連文等，2010；林健陽、陳玉書、柯雨瑞，2003）；1998 年以前臺灣的肅清煙毒條例對於毒品施用者亦採監禁措施。

二、疾病模式 (Disease Model)

疾病模式原被運用於酒精成癮者的治療，目前則廣泛用於毒品處遇與戒治中；此模式將毒品施用者視為病人，主張施用毒品乃生物或遺傳因素問題所造成，應由醫療專業人員來治療。疾病模式最大優點在於立即有效地去除毒品施用者生理上之困擾，而減輕毒品犯再犯之可能性則為次要工作。因此模式將毒品施用者視為病人，病人尋求治療乃合理的事，而醫師則需提供各種方法來照顧治療病人，解決病人問題，如再次生病（再次施用毒品）是無可厚非之事，無法加以責難（林健陽、陳玉書、柯雨瑞，2003）。

歐洲（包含英國）、紐澳等國家倡導醫療取向的疾病模式，如 1920 年代英國的洛雷斯頓委員會（The Rolleston Committee），由一群著名內科醫生組成的團體，建議在一些毒品施用案例中開具麻醉藥品處

⁴ 參見 ANTA Alcohol & Other Drugs Toolbox (2011). Models of drug use and drug related problems.
<http://toolboxes.flexiblelearning.net.au/demosites/series2/205/segments/articles/modtreat.pdf>

方，以減少其施用毒品的危害，並幫助他們恢復生活。荷蘭亦對於毒品施用者所採取寬容政策，因此處遇政策與方案乃以醫療戒癮、替代療法與社會服務為主（李思賢、楊士隆、束連文等，2010）。

三、自療模式 (Self-medication Model)

就自療模式而言，毒品依賴或施用為其他精神疾病之症狀或因應機制 (Khantzian, 1985)，毒品施用者係使用毒品來減輕其精神疾病產生的痛苦（如憂鬱症），因此將毒品施用者視為心理疾病患者，其處遇目標在於增進施用者精神功能，須透過心理與精神治療方能解決其藥物成癮問題 (Brower, Blow, & Beresford, 1989)。自療模式與疾病模式很容易混淆，自療模式係將毒品施用歸因於精神病理，而疾病模式則歸因為生物或遺傳因素。由於自療模式認為成癮者精神異常，治療方法需透過精神治療與藥物來戒除藥癮，以增加其自我控制的能力，此與學習模式觀點相近。此外，如將毒品戒治視為精神治療，因精神疾病的復發率甚高，毒癮戒治失敗時，對施用者與處遇或治療者均不加以責難（林健陽、陳玉書、柯雨瑞，2003）。

四、學習模式 (Learning Model)

根據學習模式，毒品與其他成癮性行為係導因於學習不良嗜好，懲罰與指責失敗者無濟於事，因此，其處遇目標在於透過認知學習和教育訓練，學習新的行為、認知和因應策略以控制成癮行為，尤其是增強其自我控制技巧 (Marlatt, 1985；引自 Brower, Blow, & Beresford, 1989)。雖然毒品施用者須為其不當行為負責，但因具有身心等多重困擾，他們需要具備專業人員積極協助與治療的病人。

例如：美國科羅拉多州戒毒政策著眼於教育毒品施用者學習戒毒之方式，而臺灣草屯療養院成癮戒治模式，亦採取學習模式；認為毒品施用者具多重適應障礙困擾，個人與環境因素交互形成藥物濫用，進而因生理體質因素形成依賴，最終產生全面性適應不良之惡性循環，因此需要由專業人員積極協助與治療，始能恢復其健康身體，免再受毒品殘害（林健陽、陳玉書、柯雨瑞，2003）。

五、整合模式 (Integrated Model)

Brower, Blow, & Beresford (1989) 認為毒品施用為生物、心理、社會等多元因素所造成，故必須整合生物、藥理、心理、環境及社會各層面，透過醫療、刑事司法系統、社會系統共同幫助藥癮者戒毒。以整合模式處理毒品施用再犯的防治，主要包含四個領域：(1) 自我效能的增強 (透過技巧的養成)；(2) 誘因的使用 (以創造及維持動機)；(3) 整體性的療程 (以處理案主的生活型態) (Holistic Treatment Packages)；(4) 病人－治療的個別化搭配 (Patient-Treatment)。

因此，整合性的處遇逐漸被視為達成良好療效所需具備的策略；治療或處遇不僅僅在處理毒品施用問題而已，同時亦須兼毒品施用者在生活中所面臨各種議題，如僅將處遇的焦點狹隘地集中於戒癮的維持上，施用者可能很容易受到誘惑而再犯 (李素卿譯，1996)。日本的戒毒模式，可謂為整合式的策略，除了政府的力量之外，更有社區的參與及民間大量志工的投入，提供輔導、藥物濫用教育、更生資訊等協助毒品施用者重返社會 (江振亨，2000)。

六、毒品處遇模式之比較分析

表 2-1 為五種毒品處遇模式在毒品施用成因、處遇目標、處遇策略和施用者角色之比較分析，其中道德模式將毒品施用者視為犯人，因此，以道德模式為主的國家大都將施用成癮性較高的一、二級毒品行為刑罰化；雖然疾病模式、自療模式和學習模式在毒品施用成因和處遇目標與策略上有所不同，但此三種模式均將毒品施用者視為精神、生理或自我控制能力較為不足的患者，採取較為寬容的處遇策略以協助其恢復正常生活；整合模式強調毒品施用原因的多元性，然其處遇目標與策略整合前述模式，在美國和亞洲國家傾向道德模式，毒品施用者同時被視為病人與犯人雙重角色，在歐洲國家和紐澳則較傾向於醫療模式，而將毒品施用者視為病人。

表 2-1 毒品處遇模式之比較分析

| 處遇模式 | 毒品施用成因 | 處遇目標 | 處遇策略 | 施用者角色 |
|------|------------------------|-------------------------|---------------------------|---------------------|
| 道德模式 | 個人選擇、意志薄弱與缺乏道德意識等因素所導致 | 強化其責任感與道德意識以對抗毒品 | 以嚴厲或強迫的懲罰方式隔離戒毒 | 視為犯人，須加以責難 |
| 疾病模式 | 生物或遺傳因素問題所造成 | 除毒品施用者生理上之困擾 | 以替代毒品或藥物治療，以降低毒癮危害 | 視為病人，不加以責難 |
| 自療模式 | 施用毒品係其他精神疾病之症狀或因應機制 | 增進施用者精神功能 | 透過心理與精神治療方能解決其藥物成癮問題 | 視為心理疾病患者，不加以責難 |
| 學習模式 | 導因於環境接觸和學習不良嗜好 | 學習新行為、認知、因應策略和增強其自我控制技巧 | 認知學習和教育訓練 | 視為病人，懲罰與指責毒品施用者無濟於事 |
| 整合模式 | 生物、心理、社會等多因素所造成 | 綜合性/多元性處遇目標 | 透過醫療、刑事司法系統、社會系統共同幫助藥癮者戒毒 | 同時視為病人或犯人 |

資料來源：研究者自行整理

第二節 我國毒品施用政策與施用者處遇現況

一、毒品施用政策變革

(一) 清朝時期 (1730-1895 年)

鑑於毒品危害人體健康與社會風氣甚鉅，我國清朝雍正 7 年（西元 1730 年）即頒有「禁止買賣鴉片條例」，並訂有 1730 年「關於流寓臺灣人民與禁止販賣鴉片條例」規範之鴉片罪行；嘉慶 8 年（西元 1803 年）復頒「嚴禁吸食刑例」，為我國禁煙立法開始。嗣於道光 19 年 6 月（西元 1839 年）頒有「查禁鴉片章程」，明訂官兵查拏鴉片烟，遇有大夥拒捕者，准予放槍，格殺無論。同年兩廣總督林則徐焚燬英商鴉片，嚴厲掃毒，危及帝國主義利益，引起鴉片戰爭，血跡斑斑，歷歷在目。

(二) 日據時期 (1895-1945 年)

在日據時代毒品政策時期（1895-1945 年），臺灣總督府於明治 30 年（1897 年）頒佈實施「臺灣鴉片令」及「臺灣鴉片例舉辦章程」，規定鴉片煙膏為臺灣總督府官方專賣。經由醫師之認定程序，確定為鴉片的癮者後，方得發給購買，吸食鴉片的執照，其他人一概不得為之。為強調禁止吸食鴉片之意，令持有鴉片煙膏購買、吸食之特許者及領有鴉片執照者，須向依府令所指定之地點，繳交特許費。

(三) 遷臺初期至肅清煙毒條例時期 (1945-1998 年)

民國創建以來，禁之尤嚴，如民國 3 年（西元 1914 年）4 月 11 日公布「嗎啡治罪法」。14 年（西元 1925 年）7 月 21 日公布「禁烟條例」。17 年（西元 1928 年）9 月 1 日舊刑法施行，第 19 章鴉片罪將鴉片、嗎啡、高根、海洛因及其化合質料，均包括在內。另 17 年（西元 1928 年）9 月 17 日公布「禁烟法」，18 年 7 月 25 日修正。24 年（西元 1935 年）10 月 28 日公布「禁烟治罪暫行條例」、「禁毒治罪

暫行條例」。現行中華民國刑法於 24 年（西元 1935 年）1 月 1 日國民政府公布伊始，分則即設有鴉片罪章，針對吸食鴉片或施打嗎啡或使用高根、海洛因或其他化合質料者，設有刑事處罰，30 年 2 月 19 日公布「禁烟禁毒治罪暫行條例」，此一時期施用毒品屬犯罪行為。動員戡亂時期，因受國內實施之戒嚴制度及遵守國際反毒公約等國內外司法制度影響，乃於 44 年（西元 1955 年）6 月 3 日公布「戡亂時期肅清烟毒條例」，以特別刑法加重對販賣毒品者之處罰及對施用毒品者之勒戒，其間歷經 62 年（西元 1973 年）6 月 21 日修正，動員戡亂時期於 80 年（西元 1991 年）5 月 1 日終止後，再於 81 年（西元 1992 年）7 月 27 日修正為「肅清煙毒條例」，此一時期將毒品施用者視為犯罪人。

（四）毒品危害防制條例時期（1998 迄今）

政府為宣示反毒政策，86 年（1997 年）10 月 30 日立法院通過將「肅清煙毒條例」名稱修正為「毒品危害防制條例」，並於 87 年（1998 年）5 月 20 日由總統公布施行，「毒品危害防制條例」施行後，已為目前我國主要抗制毒品犯罪之法律（陳煥生、劉秉鈞，2011；林健陽、柯雨瑞，2003；柯雨瑞，2006；褚劍鴻，1997）。自 87 年（1998 年）毒品危害防制條例實施後，因認施用毒品者具「病患性犯人」之特質，除降低施用毒品罪之法定刑外，並兼採以觀察勒戒及強制戒治等措施代替刑罰矯正。至 93 年（2004 年），簡化施用毒品犯刑事處遇程序，五年內再犯者不再施以觀察勒戒或強制戒治處分，而直接依法進行追訴。迄 97 年（2008 年），毒品防制刑事政策以「務實、有效」為主要考量，以降低毒品所衍生之整體風險與危害為首要目標，由醫療機關與執行機關密切合作並整合地方資源，對毒癮患者施以適切之毒癮治療。「毒品危害防制條例」迭次修正後，已朝施用毒品係一種心理疾病或不良適應方向發展，無論對毒品施用者採取觀察勒戒、強制戒治、附命完成戒癮治療之緩起訴處分，或由行政院衛生署指定之醫療機構給予自行求助者治療服務，乃至於由各縣市毒品危害防制中心所

提供之各項轉介醫療、就學、就業等各項社會扶助與輔導措施等，均為非刑罰之處遇手段。

表 2-2 臺灣毒品施用政策發展一覽表

| 發展時期 | 對毒品者主要政策 | 毒品施用者處遇 |
|------------------------------|--------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| 清朝時期 (1839-1895 年) | 1862 年以前採純正犯罪觀之鴉片刑事政策，採取嚴厲禁煙刑事政策 1862 年以後鴉片成為商品，鴉片合法化 | 施用鴉片者之戒治工作未受到重視 |
| 日據時期 (1895-1945 年) | 1930 年以前鴉片專賣、吸食特許、漸禁施用鴉片以收經濟利益 1930 年以後結合犯罪觀及醫療疾病觀的綜合性觀點。 | 經核准，成癮者施用毒品合法化 對於鴉片中毒者加以醫療戒治，以機構式戒治模式為主。 |
| 肅清煙毒條例時期 (1955-1998 年) | 以犯罪觀為主，輔以醫療觀點（醫療戒治之角色係為配角） 以嚴刑峻罰禁煙禁毒為主 | 毒品施用者為犯罪人，於監獄接受矯治。 以機構式戒治模式為主。 |
| 毒品危害防制條例時期 (1998-迄今) | 同時兼具犯罪觀及醫療觀點 病犯並存、務實處理 對於施用毒品之行為改採除刑不除罪之毒品刑事政策 | 施用一級、二級毒品者為病犯，以機構式戒治模式為主 推展毒品減害計畫 |
| 推動附命戒癮治療 緩起訴 (2008-迄今) | 非刑罰之處遇手段 | 海洛因施用者可接受緩起訴替代療法 |

資料來源：修正自林健陽、陳玉書等（2007）

二、影響臺灣毒品施用政策變革主要原因

（一）經濟發展與毒品問題嚴重性

法律之制訂與修正及政策方向之擬定，與時空環境有關。我國於 1980 年代末，經濟蓬勃發展，低失業率及低通貨膨脹率形成景氣環境。同時期政治環境方面，解除戒嚴雖寓有民主意涵，但新規範尚未鞏固，造成社會紀律鬆弛。根據涂爾幹（Durkheim, Emile）之觀點，

社會應規範個人對物質之無窮慾望，個人與社會團體或機構之連結（connection）可提供相關之規範與約束，個人之慾望始可能受到控制。若社會結構無法提供相關規範約束，會產生亂迷（Anomie）之狀態。亂迷為社會或團體所呈現之無規範（normlessness）或規範喪失之狀態（許春金，2010）。

解嚴前後之經濟社會發展狀況，恰好提供社會衝突之沃土，我國社會往一條未知之道路摸索前進，在處理毒品犯罪之過程異常艱辛。當時適逢鄰近日、韓開始大力取締安非他命，此一毒品乃陸續回流臺灣，並迅速蔓延。同時國內海洛因之施用情形，亦呈幾何級數增加，施用毒品問題日益嚴重，迄 1993 年達最高峰（林健陽、柯雨瑞，2003）。因此，行政院於同年正式向毒品宣戰，在反毒戰略上，採取「斷絕供給」與「降低需求」兩大戰略主軸。在反毒戰術上，則分別採取拒毒、緝毒與戒毒之作為。此種戰略與戰術目標，至 2008 年間，產生重大變化，其中戰略目標調整為「首重降低需求，平衡抑制供需」，並增加防毒及國際參與之戰術項目（法務部、衛生署、教育部、外交部，2009；2010）。

（二）毒品施用者矯治效果有限與高再犯率

過去刑事政策將毒品施用者視為一般罪犯，完全以判刑監禁處遇之，希望藉由刑罰手段遏止其再犯施用，究其原因，一來由於歷史背景使然，二來由於此類犯罪危害社會善良風俗，並經常與其他犯罪相結合，衍生其他犯罪行為，嚴重戕害國民身心健康與破壞社會秩序。何以在反毒戰略上採取重大轉折？恐與界定施用毒品之本質為自傷（自殘）行為，並認清法律施行結果以刑罰方式無法根除毒品施用者之習慣有關。以刑罰手段處罰毒品施用者，無法消弭青少年首次吸毒之各項誘因，並無法有效解決毒品問題。將施用毒品犯罪化之結果，使監獄中充斥毒品犯，監禁之效果僅能一時戒除身癮，並無法解除施用毒品者對毒品心理上之依賴（張伯宏、黃鈴晃，2011）。

（三）國際上對毒品施用者處遇趨勢

無論是聯合國、歐各國或紐澳等國，對於毒品施用者之處遇政策朝向醫療模式發展，就長期發展而言，我國毒品政策實與各國毒品政策一致，已將毒品施用者視為「病患」而非「犯人」，雖然現階段仍囿於醫療資源有限、一般民眾接受度低及短期內可能造成吸毒者增加等因素，並未採行全面性除罪化，而係採「除刑不除罪」之方式，在初犯或施用毒品前期階段，將毒品施用者之處遇轉向醫療系統，導向正確之醫療救治、身心復健與社會復歸管道。例如：衛生署提供減害治療服務及發展多元藥癮戒治模式，包括以「減害」及「維持」概念為主之替代治療、以醫療模式為主之戒斷治療、日間型藥癮者社區復健，以及以社會復健模式為主，補助民間機構團體合作辦理之福音戒毒、藥癮者生活適應與職業探索、技能培訓、藥癮者社會資源連結服務等。

（四）施用毒品衍生問題與疾病危害

毒品施用衍生其他犯罪、危害經濟與生產力，藥物濫用是目前醫學界與公共衛生界遭逢的重大挑戰，使用非法藥物所造成的毒品成癮與毒品犯罪也是嚴重的社會問題。依據聯合國藥物與犯罪部門(United Nation Office on Drugs and Crime) 2011 年出版的世界毒品報告 (World Drug Report)⁵，2011 年全球 15 至 64 歲人口中，非法使用物質人口約為 1.49 億人至 2.72 億人，其中大約 2.1 億人至少使用過一次毒品（約占 3.3%至 6.1%），嚴重依賴毒品者約有 1,500 萬至 3,900 萬人，占全球成年人口的 0.3%至 0.9%，大約 20 萬人因使用毒品而死亡。尤其是因施用／注射毒品而感染的疾病如：HIV 病毒（參

⁵ 參見 United Nation Office on Drugs and Crime (2011) World Drug Report 2011, Pp16-26。資料來源：
http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2011/World_Drug_Report_2011_ebook.pdf

見表 1-1)、B 型肝炎和 C 型肝炎等，迫使各國和我國推動毒品減害計畫。

(五) 多元處遇模式影響

聯合國毒品與犯罪問題辦公室 (UNODC) 根據各國有關毒品施用者處遇模式和成效，提出對於毒品施用者的多元處遇建議 (李思賢、楊士隆、束連文等，2010)；在「毒品危害防制條例」實施後，我國有關毒品施用者處遇措施更加多元且具有彈性，在刑事司法矯治體系與社區監督方面，則啟動以觀護處遇結合追蹤，並發展多元化之司法及社區毒品處遇計畫模式，以病人模式發展 (非) 機構式處遇及醫療選擇方案。同時，法務部為有效降低控制毒品施用者再犯率，賡續推動毒品危害防制工作，已建置完成「毒品成癮者單一窗口服務」(其中「案件管理系統」、「總歸戶系統」及「戒毒成功專線系統」已於 2009 年 6 月上線啟用；「決策支援系統」則 2012 年 3 月 1 日啟用)，整合檢、警、監獄矯治、觀護、戒毒醫療院所、毒品危害防制中心及職業訓練之資訊，提供各相關部會及各縣市毒品危害防制中心充分掌握毒癮者之各項資訊，使毒品防制工作，由中央與地方整合成為緊密之反毒網絡，藉由跨機關之聯繫、追蹤、輔導與協助，期能徹底斷絕毒品施用者之毒癮，使其遠離毒害與犯罪。

三、毒品施用者處遇現況

1998 年 5 月 20 日「毒品危害防制條例」公布施行後，將施用毒品之人，定位為病犯，與一般犯人之處遇有所不同，其係著重在專業醫療之處遇。有關我國目前對於施用毒品者之處遇治療模式，計可如下所述：

(一) 觀察勒戒

根據「毒品危害防制條例」第 20 條第 1 項規定，「犯第十條之罪者，檢察官應聲請法院裁定，或少年法院 (地方法院少年法庭) 應先裁定，令被告或少年人勒戒處所觀察、勒戒，其期間不得逾二月。」

亦即，對於施用毒品之初犯，其對應之毒品處遇方案，係接受觀察、勒戒，而在時程方面，期間不得逾二個月。

由於毒品之觀察勒戒係屬醫療行為，理應在醫院內由醫生或心理師等專業人員負責治療與處遇，惟接受毒品勒戒之受勒戒人，原係收容於看守所附設之觀察勒戒處所，考量看守所附設觀察勒戒處所人力及醫療資源不足，法務部爰積極推動毒品危害防制條例第 27 條第 1 項之修法，該法於 2010 年 11 月 24 日修正公布後，自 2011 年 10 月 1 日起，使觀察勒戒處所得附設於戒治所中，進一步運用戒治所之專業人力與醫療資源，提昇觀察勒戒成效。

(二) 強制戒治

我國現階段之毒癮戒治措施係依據「戒治處分執行條例」規定，將強制戒治措施分為「調適期」、「心理輔導期」及「社會適應期」三階段。法務部鑑於毒品戕害國民健康，期以專責機構收容形式，有效結合醫療、社工、心理輔導等各方面資源，從事吸毒者之毒品戒治工作。我國於 2007 年底前已成立新店、台中、高雄、台東四所獨立專責戒治所，提升專業毒癮戒治，並積極發展本土化戒治處遇模式，各戒治所之處遇模式特點如下表 2-3 所示：

表 2-3 法務部矯正署所屬戒治所受戒治人處遇模式

| 戒治所 | 處遇模式 |
|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 新店戒治所 (張伯宏、鄭安凱、洪嘉璣, 2007) | 以宗教戒毒為主軸：藉由宗教的感化力量與信仰的建立，克服心癮，修補心靈。 採雙軌制之輔導策略：積極引進社會及宗教團體等資源，規劃較長期之處遇方案（特殊處遇），供受戒治人依其個人偏好及意願參加。 實施司法與醫療的整合：整合司法與醫療系統建立合作模式。 重視更生保護與職能教育：重視受戒治人所內更生保護認輔制度與職能教育，以增加社會支持系統與建立正確就業及工作價值觀，預防社區再犯。 強化機構戒治與社區復歸之銜接：積極落實所外追蹤輔導，使能延續所內輔導成效，強化預防再犯。 |

| 戒治所 | 處遇模式 |
|----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 臺中戒治所 (傅雅懌, 2007) | <p>醫療整合試辦計畫：實施對象包括受戒治人及其家屬，與衛生署草屯療養院合作，發展「所內團體治療」、「出所準備」及「出所追蹤」等計畫。</p> <p>團體治療結合個別治療之戒癮計畫：結合生物－心理－社會三向度的戒癮觀點，協助受戒治人提升戒癮動機，減少復發的可能性。</p> <p>「輔導團體計畫」多元方案：如推行「預防再犯團體」、「生涯規劃團體」、「無殘刑另案受戒治人輔導戒癮及生涯輔導團體」、「殘刑另案受戒治人小團體互助輔導」、「輔導教育課程團體」及「受戒治人小團體互助輔導」等。</p> |
| 高雄戒治所 (江振亨, 2007) | <p>增強自我效能的：結合認知行為治療模式，包括團體治療（諮商）及個別心理治療（諮商）。</p> <p>誘因的使用：參考美國賓州大學治療研究中心的 BRENDA 取向戒癮手冊－結合藥物與心理社會治療之基本原理，強調個別的心理與社會支持。</p> <p>整體性的治療包裹：以「多元戒治處遇模式－生理/心理與社會整合 (Multiple Treatment Program: Bio-Psycho-Social) 為戒治處遇規劃之主軸。</p> <p>案主與治療的搭配：配合 BRENDA 取向戒癮方式之個案管理，依個案入所時所做各項測驗與評估實施個別晤談時介入參考，以及篩選各式戒治團體方案依據。</p> |
| 臺東戒治所 (陳永慶, 2007) | <p>分組處遇：依受戒治人之心理處遇評估及社會需求評估，區分為一般組、專業處遇組、特殊處遇組進行戒治處遇。</p> <p>戒治醫療處遇方案：針對所有受戒治人實施團體或個別治療處遇，藉由後期的醫療介入，以利日後追蹤輔導的延續。</p> <p>職業技能訓練：協調更生保護會及職業訓練局開設符合未來市場需求的課程，增加受戒治人出所後的職業競爭力，避免再度落入失業窘況下的成癮復發狀況。</p> <p>更生輔導方案：協調更生保護會及毒品危害防制中心於受戒治人出所前先行介入，藉由更生輔導員關係的建立，出所後願意尋求協助解決面臨到的問題，順利回歸社會。</p> <p>受戒治人出所後追蹤處遇：出所前調查其更生保護需求、未來出所計畫與聯繫方式，並了解其固定居所、家庭支持情形，以供後續追蹤輔導之用。</p> |

資料來源：本研究自行整理

（三）毒品施用者附命完成戒癮治療之緩起訴處分

目前我國對施以緩起訴替代療法的對象篩選，主要以尿液檢驗之鴉片類呈陽性反應，在接受替代療法的過程中並無他案在身，由檢察官命令被告遵循一年替代療法處遇措施與兩年緩起訴處分，以學習模式對待毒品施用者，認為毒品施用者無法戒除毒癮有其生理與心理之困擾，執法者與毒品施用者應共同努力幫助其抑制毒癮。緩起訴替代療法參與者在參與期間，每天至指定醫院服用美沙冬一年，並定期接受心理治療 24 次與就業輔導，由醫院進行醫療情形的評估回報，並定期驗尿，參與治療期間，連續超過七天（含）未服維持治療藥物，或有三次（以上）無故未參加團體治療者，即終止資格；治療期間，採驗尿液呈嗎啡陽性反應或再犯罪者，經檢察官撤銷保護管束者，即終止資格。緩起訴替代療法之個案配合觀護人的監督及醫療機構的檢驗與給藥程序，達到減害之目的（林健陽、裘雅恬，2009）。

（四）監獄毒品施用者處遇

監獄為執行刑罰之場所並非戒癮專責機關，因此對於毒品犯之處遇仍以輔導教誨為主，依據法務部頒訂之「監獄毒品犯輔導計畫」內容（許國賢，2008），將監獄毒品施用者之輔導策略區分為「新收評估階段」、「在監輔導階段」與「出監輔導階段」：

1、新收評估階段：

新收一個月內為新收評估階段，針對毒品犯進行基本資料與毒品案件相關資料之蒐集，以為日後輔導重點及輔導策略選擇之參考。依據「毒品犯受刑人評估表」收集各項資料，包含個人基本人口變項資料、藥物濫用史、過去戒癮經驗、再犯原因、施用毒品態度、職業史、犯罪史、家庭關係、人際關係等。

2、在監輔導階段：

服刑期間扣除新收評估階段與出監輔導階段皆屬之，目標設定為加強毒品施用者對毒品危害之感受及對毒品相關法律之認識，提升戒

癮動機，同時加強壓力適應、情緒管理技巧之訓練，提昇戒癮信心以預防復發。輔導策略包括：毒癮醫療處遇措施、個別教誨、類別教誨、衛教講座、社會資源輔導方案等

3、出監輔導階段：

出監前三個月（刑期未滿一年六個月者）至六個月（刑期一年六個月以上者）為出監輔導階段，以加強毒品犯受刑人之就業、生涯輔導與職業訓練為目標，同時協助其出監規劃、強化家庭支持系統，並提昇追蹤意願，使其順利復歸社會並預防再犯。輔導策略包括：毒癮醫療處遇措施、個別教誨、家屬衛教活動、職業訓練、就業輔導及更生保護銜接等。

（五）出監再犯危險性評估及社區追蹤輔導之銜接

延續監內毒品犯輔導成效，落實社區追蹤輔導以降低毒品犯出監後毒品再犯率。對假釋出監者，監獄將相關資料與評估報告交由各地檢察署觀護人室及各地毒品危害防制中心，進行後續追蹤輔導及轉介醫療、社政、警察、教育等機構予以協助。對刑滿出監者，將個案交由各地毒品危害防制中心與更生保護分會，進行後續追蹤輔導及轉介醫療、社政、警察、教育等機構予以協助。

（六）其他非司法強制性之戒毒處遇措施

對於毒品犯的治療，最早乃是藉由刑事司法的約束力，認為將其送入監所與外隔絕後，即可斷其對毒品之依賴。惟「身癮易戒，心癮難除」，出獄後的結果，毒品犯仍重回毒品的懷抱中。基於對毒品犯的身分定位不同，治療方式也有其社會文化背景、刑事政策等考量，目前對吸毒犯的戒治模式，在非強制性之戒毒處遇措施方面，還包括以清潔針具計畫、行政院衛生署指定藥癮戒治機構、治療性社區、美沙冬替代療法、民間參與戒癮模式等來幫助毒癮者戒斷毒癮，俾利建立完整之毒品戒治模式，強化毒品危害防制之效能。

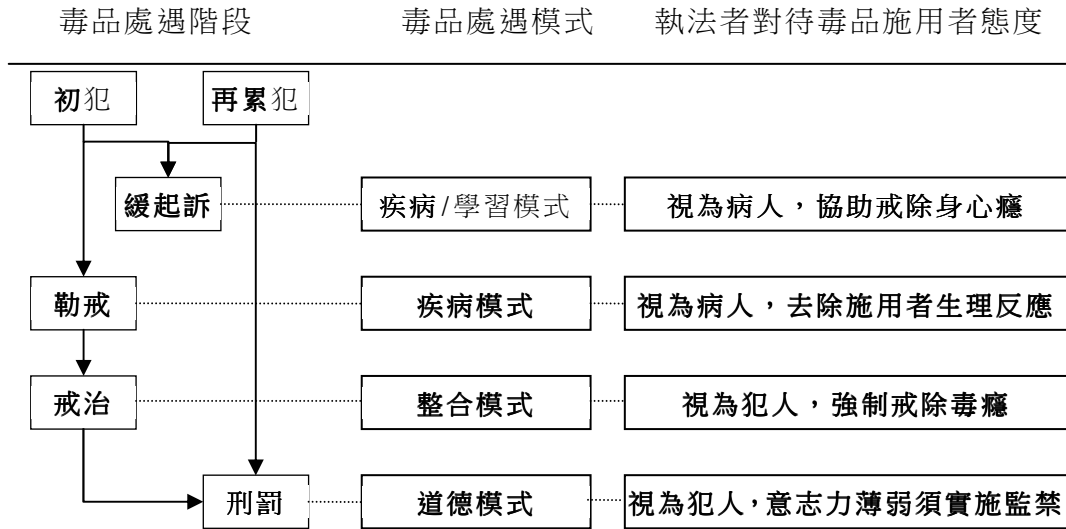


圖 2-1 毒品處遇階段與模式圖

註：初犯包含新毒品施用與超過五年再次施用者

四、毒品施用者處遇面臨問題

(一) 專業人力不足

我國司法戒毒處遇從觀察勒戒、強制戒治到監禁均於矯正機關實施，以戒治所為例，戒治所是戒治體系中戒治資源最豐富之處所，但戒治機構內之專業人力，除傳統戒護與行政人員外，尚需專責醫護人員投入，始可克竟全功。目前戒治所雖已編制專職心理師、社工員等專業人員，但人力配置仍嫌不足，致整體戒治成效難以發揮（楊士隆、蔡德輝等，2008）。由下表 2-4 可知，除台東與高雄女子戒治所外，其餘戒治所心理師、社工員與受戒治人比例均高於一比十；且受戒治人來來去去，實際工作之專業人力比更高。且毒品犯於監獄監禁期間，所需之專業人力則更不足以提供專業之處遇作為，為提昇專業矯治處遇品質，解決毒品犯治療處遇無法遍及或持續之問題，應於監獄編列臨床心理師及社會工作人員職缺，如此才能讓個案輔導或團體治療能對毒癮戒治產生相當程度影響。

表 2-4 2012 年各戒治所受戒治人數與心理師、社工員編制*一覽表

| 戒治所別 | 101 年年底留所 受戒治人人數 | 臨床心理 師人數 | 社會工作 員人數 | 心理師、社工員 與受戒治人比例 |
|-------|---------------------|-------------|-------------|--------------------|
| 新店戒治所 | 208 | 6 | 6 | 1 : 18 |
| 台中戒治所 | 122 | 4 | 4 | 1 : 16 |
| 高雄戒治所 | 142 | 5 | 4 | 1 : 16 |
| 台東戒治所 | 11 | 1 | 1 | 1 : 6 |
| 桃女戒治所 | 68 | 1 | 0 | 1 : 68 |
| 高女戒治所 | 19 | 1 | 1 | 1 : 10 |
| 合計 | 570 | 18 | 16 | 1 : 17 |

資料來源：法務部矯正署

註：法務部矯正署所屬戒治所臨床心理師、社會工作人員員額編制係截至 2012 年 6 月底止之統計資料。

（二）處遇成效仍有待努力

根據毒品處遇模式，各國對於毒品之勒戒、戒治或替代療法的實施，大多將毒品施用者視為病人，由醫療機關主導處遇措施。現因缺乏處遇處所與醫療資源，而於矯正處所實施勒戒和戒治，似難以發揮其處遇效果；就強制戒治而言，其處遇目的在使毒品施用者的毒癮戒除，目前戒治所對受強制戒治者之戒治措施依據「戒治處分執行條例」之規定，可分為調適期、心理輔導期、社會適應期三階段。各階段之戒治成效評估，依據「戒治處遇成效評估辦法」規定，依生活規律性及各階段課程參與核給，與監獄累進處遇措施相近，並無法適切反應受戒治人毒癮問題的改善程度，受戒治人亦不因毒癮改善程度影響處遇晉級與出所，喪失戒癮處遇保安處分之意義。而且依法令規定，戒治期間以一年為限，但大約在戒治六個月受戒治人成績合格後，即給予陳報停止戒治，這對於有二戒或三戒的毒品犯，六個月的期程似乎太短，直接影響處遇成效（監察院，2011）。現行實務上之戒治期間雖延長到八至九個月，但其戒治處遇成效仍有待努力，如何評估處遇成效，亦為本研究探討議題之一。

(三) 監獄超額收容嚴重

依據法務部統計顯示(如表 2-5)，法務部所屬矯正機關毒品收容人自 2002 年之 26,903 人，增加至 2011 年之 28,329 人，顯見毒品犯人數逐年增加，而矯正機關收容空間嚴重不足，各年皆呈現超額收容之情形，除 2007 年間因施行罪犯減刑條例，該年底超額收容比率降至 1.2%，超額收容人數驟減為 654 人，嗣後逐年攀升，至 2011 年底矯正機關總收容人數為 64,864 人，較核定容額 54,593 人，超額收容 10,271 人，超收比率 18.8%，其中 2008 年底至 2011 年底，毒品收容人占總收容人數比率超過 41.1% 至 43.7%。

監獄超額收容之結果，造成毒品施用者處遇之困境。首先，造成監獄之監房及工場更加擁擠，受刑人活動空間緊縮，而各項生活服務及處遇措施品質隨之降低，影響收容人應享有之各項基本生活權益。目前在監毒品受刑人數眾多，但在監毒品犯之處遇卻無特別規定，因此再犯情形嚴重。

表 2-5 2002 年底至 2011 年底矯正機關收容情形統計表

| 年底別 | 總收容 人數 | 核定 容額 | 毒品收 容人 | 毒品收容人 占總收容人 數比率 | 超額收容 | |
|---------|-----------|----------|-----------|-----------------------|--------|-------|
| | | | | | 人數 | 比率 |
| 2002 年底 | 56,444 | 52,863 | 26,903 | 47.7% | 3,581 | 6.8% |
| 2003 年底 | 57,429 | 52,232 | 26,287 | 45.8% | 5,197 | 9.9% |
| 2004 年底 | 56,786 | 52,232 | 23,053 | 40.6% | 4,554 | 8.7% |
| 2005 年底 | 60,122 | 52,232 | 24,621 | 41.0% | 7,890 | 15.1% |
| 2006 年底 | 63,226 | 53,311 | 25,747 | 40.7% | 9,915 | 18.6% |
| 2007 年底 | 53,965 | 53,311 | 20,710 | 38.4% | 654 | 1.2%* |
| 2008 年底 | 63,203 | 54,924 | 25,956 | 41.1% | 8,279 | 15.1% |
| 2009 年底 | 63,875 | 54,593 | 27,538 | 43.1% | 9,282 | 17.0% |
| 2010 年底 | 65,311 | 54,593 | 28,304 | 43.3% | 10,718 | 19.6% |
| 2011 年底 | 64,864 | 54,593 | 28,329 | 43.7% | 10,271 | 18.8% |

資料來源：100 年 12 月法務統計月報，頁 88-89。

*註：2007 年 7 月 16 日施行罪犯減刑條例收容人數大幅減少。

其次，監獄行刑之本質在刑罰應報，矯治處遇乃附加之效果，戒治工作之目的在於戒除毒癮，促使毒癮者重新適於社會，但在機構性的環境限制下，無異於監獄行刑，因此，以機構性之環境限制，不但難以跳脫刑罰色彩，發揮戒治成效，更難以促使毒癮者回歸正常社會生活，甚者更易造成群聚與惡習感染，對毒品施用者而言，難免心存怨懟而抗拒刑事司法體系，同時對戒癮方案也產生排斥。再者，毒癮問題牽涉層面廣泛，對毒品犯的處遇需要有相當資源的投注，但目前監獄普遍欠缺戒癮所需之衛生醫療、心理師、社工員、職能治療師等資源，缺乏戒治處遇措施，對毒癮者生理、心理、家庭、社會等問題層面未能予以處理，僅以刑罰威嚇，毒癮戒治成效不彰。

（四）社會復歸不易

雖然部分毒癮者的毒癮問題在戒治所內已獲得改善，但毒癮問題與社會適應問題息息相關，例如居住與經濟問題，常是毒癮者離開機構後首先面臨的重大考驗，尤其國人對藥癮者具有刻板印象及偏見，雇主更是難以接受藥癮者，使就業更是回歸社會所需面臨的問題，但毒癮戒治工作對此一區塊卻無法有效觸及，在社會資源不足的情況下，毒癮者戒治出所後難以重新融入社會生活（楊士隆、蔡德輝等，2008）。目前毒癮受戒治人出所後多轉介至地方毒品危害防制中心，但地方毒品危害防制中心發展尚未健全，對出所後的受戒治人安置輔導、就業輔導等工作尚未能有效予以協助，是影響整體戒治工作成效的重要因素。

（五）再犯比率偏高

由上開表 1-2 所示，2005 年至 2011 年在監受刑人中，有毒品前科比例都超過 80% 以上，其中 2009 年底為 91.3% 為最高。另再以 2005 年至 2011 年受戒治人出戒治所之累計人數達 18,321 人，出所後再犯者計 8,699 人，再犯比率達 47.5%（如表 2-6），亦即近五成的比率，顯示毒品犯罪者經強制戒治後，因心癮甚難戒絕，致再犯比例偏高。

表 2-6 2005 年至 2011 年受戒治人出所再犯情形統計表

| 年別 | 受戒治人出所人數 | 出所後再犯人數 | 出所後再犯比率 |
|--------|----------|---------|---------|
| 2005 年 | 2,990 | 1,675 | 56.0% |
| 2006 年 | 2,637 | 1,549 | 58.7% |
| 2007 年 | 2,772 | 1,538 | 55.5% |
| 2008 年 | 3,696 | 1,959 | 53.0% |
| 2009 年 | 3,145 | 1,360 | 43.2% |
| 2010 年 | 1,737 | 529 | 30.5% |
| 2011 年 | 1,344 | 89 | 6.6% |
| 總 計 | 18,321 | 8,699 | 47.5% |

資料來源：法務部矯正署 100 年 12 月統計資料。

第三節 毒品除罪化與相關研究

施用毒品行為是否應該予以犯罪化、除罪化或除刑化，一直是一個相當具有爭議及複雜之課題。有關毒品除罪化的效應及毒品除罪化可能衍生問題之相關文獻，茲分述如下：

一、毒品除罪化的效應

有關毒品除罪化之影響，有以下數種毒品除罪化效應：

(一) 毒品除罪化可維護人類與生俱來的財產權

Friendman & Szasz (1992) 極力主張人們擁有毒品之權利，擁有毒品之權利，係屬於財產權之一種。亦即，毒品是人類財產之一種，因此對毒品的權力是財產權的形式之一，我們有權去種植、買賣和吸食毒品，正如我們有權去種植、買賣和享用食物一樣；現行法中有關毒品的禁令構成了剝奪我們擁有和使用財產的基本權力。(Friendman & Szasz, 1992)

(二) 毒品除罪化可避免毒品禁制策略（禁毒模式）傷害自由社會

為對抗毒品問題，世界各國持續訂定禁制策略，但至目前為止，已經證明毒品禁制策略是無效的方法。在毒品戰爭中，毒品禁制策略是一個失敗的策略，現在的美國社會正形成一個忽略毒品問題的重要象徵，事實上，許多的不幸，證實源自於毒品禁制政策比使用毒品的影響還來的大。Ethan A. Nadelmann 指出：「在毒品法中最大的受益人就是有組織和無組織的毒品商人。」同樣的情況也發生於早先美國禁酒政策和最近前蘇聯對於取得酒精更多的嚴格控制政策。犯罪企業家手裡掌握的非法毒品，其所控制和生產壟斷會產生不良後果(Dwight, 1998)。

Manning 及 Kleiman 指出，菸酒的合法化，意味著政府不用加以取締，因此可以節省執法機關的機會成本，同時也減少執法者之貪瀆

機會（轉引自李湧清，1998）。吸食菸酒為合法行為，所以製造者、銷售者與消費者都不必因此而鋃鐺入獄，監所可以不用考慮容量問題。與菸酒有關的當事人都必須繳稅，可以豐裕政府的稅收。這些都是合法化的明顯優點與效益。

Bertram (1996) 批評嚴厲的反毒政策造成兩方面的挫敗效應，一是利益矛盾 (profit paradox)，禁毒原為維護大眾利益、避免毒品氾濫成災，但禁毒卻也使得毒品價格提高、利潤驚人，讓毒品供應者寧願繼續從事毒品交易，並吸引新的販毒者加入，二是難以根除效應 (Hydra effect)，由於古柯鹼、海洛因、大麻的容易製造、運輸和販賣，所以企圖撲滅毒品製造和交易減少毒品來源，卻使得走私方法和途徑不斷創新、改變，讓毒品問題仍舊氾濫 (Bertram, 1996)。

（三）寬鬆毒品政策，對愛滋感染率有明顯效果，但無助於降低犯罪

我國為解決毒癮者罹患愛滋攀升問題，政府於 2005 年試辦，並於 2006 年全面實施「毒品病患愛滋減害計畫」，依據行政院衛生署疾病管制局調查顯示，毒癮者感染 HIV 陽性的人數，從 2005 年的 2,420 人，已大幅降至 2011 年的 99 人（如表 1）。荷蘭係對毒品採取最寬鬆及自由政策的國家，荷蘭區別了成癮性毒品和非成癮性的毒品，且積極地限制成癮性毒品的買賣，海洛因和古柯鹼在政府部門中的衛生機構，可以用合理價格購買之，咖啡店如有取得特別之許可，任何人都可以在很多咖啡店裡買到大麻，荷蘭不鼓勵將毒品完全地在社會上消失，雖然其結果並不如他們所預期的，但是相較於美國，荷蘭已降低了服藥過量和陽性愛滋病的發生率 (Dwight, 1998)。

如前所述，在歐洲的主要國家中，近年如瑞士、奧地利、比利時、德國、愛爾蘭及英國等先進國家，推動毒品施用者除罪化政策，除少數毒品外，單純施用毒品不再是犯罪行為。經調查發現，除罪化後愛滋感染率、吸毒死亡人數減少。英國政府對於毒品施用的初犯，則使用附帶條件之保釋機制，令毒品施用初犯必須接受毒品戒治處遇，作為保釋之附帶條件。

(四) 各國反毒成效不一

全世界對於毒品問題之政策因應措施，在減少毒品供應與減少毒品需求之態度是一致的，差別在於對毒品戒治問題之刑事政策與公共衛生安全之考量，如中國大陸、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，立基於不同之觀點，將發展出不同之政策取向。而政策措施所達成之目標檢核與成效評估，亦將影響毒品政策之修訂與延續，對於毒品問題之觀察、監控、分析等研究工作，則成為毒品政策之關鍵。目前各國毒癮戒治模式可概分為戒絕（Abstinence）、維持治療（Maintenance treatment）與戒毒村（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，復以國情不同，因而各國所採行之戒治模式亦不盡相同（謝文彥、蔡田木等，2008）。

謝文彥、蔡田木等經比較各國毒品刑事政策發現，我國與日本目前對於毒品之刑事政策，採取犯罪觀點及醫療疾病觀點，亦即，毒品犯本身既是罪犯，同時又兼具有病患之性質。美國、英國的毒品刑事政策之實際成果效益方面，兩國均不佳，甚至有愈來愈嚴重之趨勢。英國雖然是一個保守的國家，但英國民眾認為反毒戰爭難見成效，有一些論者主張要將毒品全面合法化，但又擔心毒品失控所造成的社會問題。亞洲國家的日本，因其採取嚴厲的毒品刑事政策，加上高度的社會控制力，故反毒成效佳。在中國大陸部分，隨著新興毒品的氾濫，中國大陸的毒品問題有愈加嚴重之勢，目前的解決方案，係將吸毒行為加以犯罪化。有關各國毒品刑事政策與成果效益比較，如表 2-6 所示（謝文彥、蔡田木等，2008）：

表 2-7 各國毒品刑事政策與成果效益比較表

| 國家 | 法律規範 | 毒品刑事政策 | 實際成果效益* |
|------|---------------|---------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| 臺灣 | 以刑事法對抗毒品犯罪 | 嚴格的毒品刑事政策，初次施用毒品行為施以戒治，再犯則施以刑罰。採取犯罪觀點（犯人）及醫療衛生觀點（病人）之毒品刑事政策。 | 緝毒成效尚佳 防毒成效不佳 拒毒成效不佳 戒毒成效不佳 |
| 日本 | 以刑事法打擊毒品犯罪 | 非常嚴格的毒品刑事政策，施用毒品行為被加以犯罪化。採取犯罪觀點及醫療衛生觀點之毒品刑事政策。 | 反毒成效佳 |
| 英國 | 主要以刑事法對抗毒品犯罪 | 毒品刑事政策重視以刑事制裁之手段，對抗非法生產、供給、運輸、出口或進口毒品之犯罪行為。擁有專業執照之醫師可以開立美沙冬的處方，作為治療毒品犯之用。 | 民眾認為反毒戰爭難見成效，論者主張要毒品全面合法化，但又擔心毒品失控。 |
| 荷蘭 | 以刑事法對抗毒品犯罪 | 毒品刑事政策較為寬鬆，容許少量之吸毒行為。 | 反毒成效不佳 |
| 中國大陸 | 以刑法嚴打毒品犯罪 | 毒品刑事政策相當嚴厲，但吸毒行為屬於行政不法行為，非犯罪行為。 | 禁毒成效不佳 |
| 美國 | 以刑事法規嚴厲打擊毒品犯罪 | 以刑事罰對抗毒品犯罪，毒品刑事政策強調取締及執法，亦即，嚴厲打擊毒品犯罪。 | 毒品問題仍相當嚴重 |

資料來源：摘錄自謝文彥、蔡田木等，2008。

*註：成效評估係根據自謝文彥、蔡田木等於 2008 年「吸毒行為除罪化之研究」研究之專家訪談結果。

二、毒品除罪化可能衍生問題

有關毒品除罪化可能衍生問題，茲分述如下：

（一）毒品犯罪並非無被害人犯罪，吸食毒品會侵害社會法益

我國刑法學者林山田認為，使用毒品並不是無被害人的犯罪，毒品犯罪應歸類為侵害社會法益的犯罪，林山田教授指出：「毒品犯罪

會危及到整個社會秩序與國家民族的前途，故毒品犯罪所侵害及侵害的法益，是社會法益。」（林山田，1999）。

（二）毒品除罪化會造成更多的犯罪

有關毒品犯罪問題之探討，美國出現一個非常熱烈討論的議題，即對目前強力取締毒品模式之思想反動，美國社會自由派人士主張，毒品有需要加以犯罪化嗎？刑罰難道是對抗毒品的唯一手段嗎？針對毒品這個議題，美國社會出現另類的聲音，即主張應將之合法化。然而反對毒品合法化的人士，則猛烈攻擊支持毒品合法化人士所提之論點，其中，毒品與犯罪兩者間的關聯性，是經常被加以討論的（林健陽、柯雨瑞，2003）。謝文彥、蔡田木等在 2008 年針對 343 位吸毒者之實證研究發現，吸毒容易帶有犯罪前科（財產、暴力財產及暴力犯罪等）、有較多的服刑經驗，為了買毒品可能有竊盜、搶奪及販毒的犯罪情形產生；而吸毒後更容易有偏差行為的發生，如自殘、自殺行為，飆車，打架、摔東西，毆打家人等；由此證明吸毒對於個人會帶來危害及其家人的危險、家庭的破碎。另外，吸毒與再犯罪行為之間的確存在關連性，而且超過五成的吸毒者在吸毒後有犯罪行為的產生，主要為財產犯罪及暴力財產犯罪，也就是說吸毒後容易與竊盜、搶劫、強盜、詐欺等犯罪有關連；而與為了買毒品有關的犯罪類型，同樣地也是呈現財產犯罪及暴力財產犯罪為顯著的關連。另外，該研究針對 190 位執法人員之實證研究發現，執法人員對毒品與犯罪之關聯性的看法對傾向支持毒品與犯罪惡性循環，有高的關聯性；吸毒者為找錢而犯罪；吸毒行為會牽扯其他犯罪或引發其他的社會問題（謝文彥、蔡田木等，2008）。

林瑞欽研究發現，施打管制藥物後有顯著較高的風險觸犯吸毒以外的罪行，又以男性與多重用藥者為然（林瑞欽，2006）。Klinkenberg 調查發現毒癮者之生活常在「吸毒－找毒品－勒戒（勒治）－再吸毒」的惡性循環中打滾，其每天生活的重心幾乎以追逐藥物為主，甚至鋌而走險，偷竊、行搶、淪為娼妓、販賣毒品等，導致各種人際與家庭

關係破裂，影響個人、家庭生活，甚至因為毒品價格昂貴，為滿足藥癮所需花費，不得不使用偷騙搶盜或製造毒品等不法行為換取金錢，造成嚴重社會安全問題。調查報告中亦指出以往許多研究都發現藥物濫用者會為了獲取金錢購買藥物，常使用性行為交換藥物，甚至在性交易過程中因為使用藥物刺激性慾而不用保險套，促使愛滋病毒直接傳染的危險性提高。此外，因為血管注射毒品的便速性，使藥物濫用者常為省錢、或怕被人發現身上攜帶針頭而共用針頭，造成愛滋病傳染的快速傳播，對國家衛生安全更造成威脅（Klinkenberg, 2004）。

（三）毒品犯罪影響青少年之正常發展

「1988年聯合國禁止非法販運麻醉藥品和精神藥物公約」前言中指出，「麻醉藥品和精神藥物非法販運日益嚴重地侵蝕社會的各類群體，特別是在世界許多地區，兒童被當成毒品消費者市場，並被利用進行麻醉藥品和精神藥物的非法生產、分銷和買賣，從而造成嚴重到無法估量的危害。」是以，將毒品加以犯罪化之原因，係因為毒品影響青少年之正常發展（林健陽等，2005）。

謝文彥、蔡田木等在2008年針對343位吸毒者之實證研究發現，初次用毒年齡在12至17歲的青少年佔用毒者約20%左右，一旦在青少年時期接觸到毒品，很有可能就成為未來的吸毒犯或受戒治人，此種情況的確令人憂心（謝文彥、蔡田木等，2008）。

（四）毒品犯罪影響全人類之健康、幸福、經濟、文化及政治

「1988年聯合國禁止非法販運麻醉藥品和精神藥物公約」前言指出，「深切關注麻醉藥品和精神藥物的非法生產，需求及販運的巨大規模和上升趨勢，對人類健康和幸福構成了嚴重威脅，並對社會的經濟、文化及政治基礎帶來了不利影響。」是以，毒品犯罪具有高度之危害性，影響全人類之健康、幸福、經濟、文化及政治（林健陽等，2005）。

第四節 小結

我國自 87 年（1998 年）5 月 20 日「毒品危害防制條例」施行後，對於毒品施用者之處遇方式，變更為施以觀察勒戒、強制戒治之處分，使得受司法起訴與判決有罪人數有明顯下降的趨勢。惟毒品犯罪之再犯與累犯比例卻有逐年上升之趨勢，而且在判決有罪確定後，進入矯正機關執行之毒品犯中，有約六成左右比例為累犯或再犯，顯見毒品犯罪再犯問題之嚴重性，造成目前刑事司法體系沈重的負擔。

司法戒治是目前我國承接毒品施用者戒癮處遇工作的主要體系，我國現設有四所獨立戒治所，對毒品施用者之戒治處遇，係以「戒治處分執行條例」為核心，並依戒治時程分為「調適期」、「心理輔導期」、「社會適應期」三階段，給予不同的戒癮團體方案或輔導課程，促使毒品施用者參與戒毒，以協助其復歸社會。因我國刑事政策上視毒品施用者為兼具病人與犯人特質之病犯，並確立以疾病治療優先於刑罰處遇之觀點，但在刑事司法的執行上卻未能體現毒品戒癮問題的疾病特性，除戒治環境與管理類似監獄行刑外，對毒品施用者的處遇亦無法依據毒癮問題的嚴重性給予合適的處遇，是以難免影響毒品施用者對刑事司法體系之觀感，以及對戒治處遇的接受與配合，進而影響戒治成效與累再犯比例。

另外，我國對毒品施用者的戒治處遇工作，其最大問題來自專業性資源與人力之不足，此專業性資源包括專業性評估、多元化戒癮處遇、衛生醫療、心理輔導、社會資源、家庭輔助、安置收容、就業輔導等，部分項目雖可直接在刑事司法體系中發展，但大部分的環節，則需要在一般的社會環境中加以建構，例如：將刑事司法體系之處遇措施拓展至機構外與社區中，方足以有效因應毒品施用者之戒癮問題。有鑑於此，各種針對毒品施用者之戒治模式，如：美沙冬替代療法、行政院衛生署指定藥癮戒治機構、治療性社區、民間參與戒癮模式等，紛紛出籠配合建立完整之毒品戒治模式，強化毒品危害防制之效能。

毒品施用者處遇及除罪化可行性之研究

有關毒品除罪化的思考，是認為毒品施用者在不危害他人的狀態下，其行為都應屬於無受害者犯罪（victimless crime），而對於無受害者犯罪的最佳處理方式就是應該予以除罪化，同時落實法律所標榜的最低道德標準，讓其回歸社會面，根據其不同的特性與社會尋求整合點。目前世界各國在有關毒品的政策上，應採取犯罪化、除罪化或除刑化視之等議題的討論也甚囂塵上，是以我國目前之毒品政策，實有必要重新思考與檢視，並提出更適合本土化的毒品防制策略。

本研究將透過文獻蒐集，檢視我國毒品施用者處遇現況及問題，比較先進國家毒品施用者除罪化及其相關配套措施推動情形與成效；並以相關文獻為基礎，透過深度訪談、焦點座談以及德菲法等實證研究方法，分析我國若推動毒品施用者除罪化，如何建構社政、警政、矯正及醫政等之整合平台，並評估相關配套措施之可行性。另外，亦分析我國推動毒品施用者除罪化之社會影響評估；最後提出我國推動毒品施用者除罪化相關法制調整建議。

第三章 研究設計與實施過程

第一節 研究設計

為探討我國毒品施用者處遇及除罪化可行性，本研究採用多元資料蒐集方法，使研究結果更具有客觀性及豐富性。在計畫執行中，研究者從五種不同的途徑著手，包括：（1）文獻資料蒐集；（2）相關人員、實務人員之深度訪談；（3）實務人員、學者專家之焦點團體座談；（4）實務人員、學者專家之德菲問卷調查；（5）網路意見之蒐集。本研究透過蒐集我國有關毒品政策與除罪化相關研究，檢視我國毒品施用者處遇現況及問題；以及各國毒品施用者除罪化相關資料，分析比較先進國家毒品施用者除罪化及其相關配套措施推動情形與成效。同時以相關文獻為基礎，邀集相關人員、學者專家舉辦深度訪談、焦點座談，另採德菲法及網路意見蒐集等方法進行實證調查，探討我國若推動毒品施用者除罪化，如何建構社政、警政、矯正及醫政等之處遇與通報措施，評估相關配套措施之可行性。另外，亦評估分析我國若推動毒品施用者除罪化對目前社會之影響；最後提出我國若推動毒品施用者除罪化相關措施及法制調整之建議。本研究之研究設計如圖 3-1 所示：

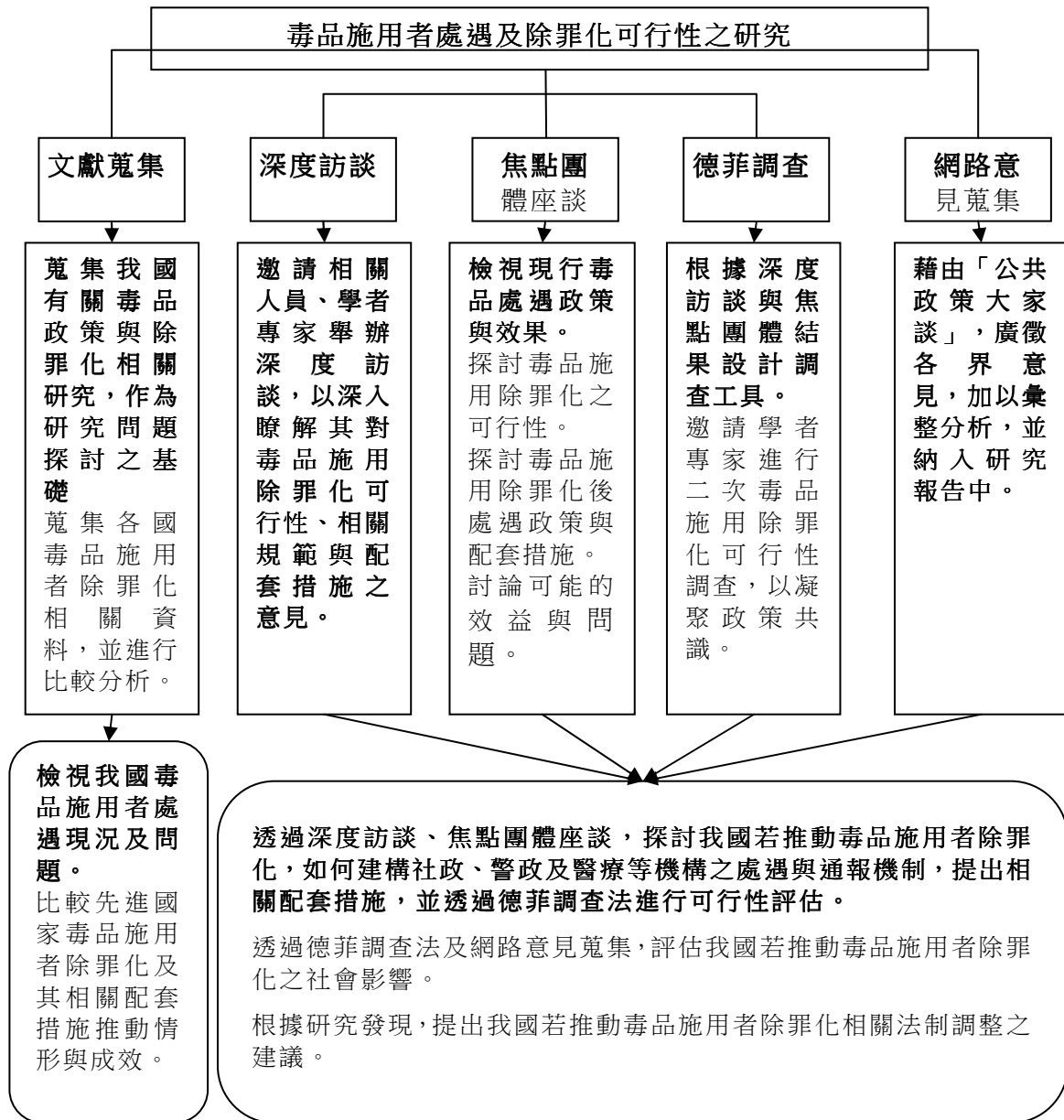


圖 3-1 研究設計

第二節 研究方法與研究對象

一、文獻資料蒐集與探討

有關文獻資料蒐集與探討，係蒐集與本研究有關之國內外期刊、著作、論文與研究報告等資料，加以整理、歸納和分析，作為本研究之參考及基礎。無論是我國有關毒品政策與除罪化相關研究，以及各國毒品施用者除罪化相關資料，進行比較分析，均有助於檢視我國毒品施用者處遇現況及問題，瞭解先進國家毒品施用者除罪化及其相關配套措施推動情形與成效。

二、深度訪談

為瞭解與毒品處遇政策密切相關人員對毒品施用除罪化可行性、相關規範與配套措施之意見。本研究邀請毒品施用者、精神科醫師、警察、衛生醫療社工等相關人員進行深度訪談，瞭解其對於研究設定議題之看法與建議，除加以整合分析並納入研究報告中，並據以擬訂焦點座談的討論議題與方向。各領域受訪者的取樣標準如表 3-1 所示：

表 3-1 深度訪談對象與取樣條件

| 對象 | 取樣條件 |
|--------|---------------------------------------------------------|
| 毒品施用者 | 因施用毒品犯罪累（再）犯三次以上，具有觀勒、戒治、觀護、接受替代療法等經驗，且目前監禁於司法監獄之毒品施用者。 |
| 精神科醫師 | 具對毒品施用者實施精神臨床醫療經驗三年以上之精神科醫師 |
| 警察 | 具從事毒品犯罪偵防經驗三年以上之警察人員 |
| 衛生醫療社工 | 具對毒品施用者處遇經驗三年以上之衛生醫療社工人員 |

本次研究共計深度訪談 13 名的相關人員，包括：毒品施用者 3 位、精神科醫師 3 位、資深警察 3 位、衛生醫療社工 4 位，所有受訪

對象的身分與經歷如表 3-2 所示。深度訪談的進行方式由研究成員兩人一組，在取得受訪者同意後與其進行面對面訪談，除毒品施用者於矯正機關進行外，其餘訪談場域皆配合受訪者，多於執業場所中選擇較無干擾之會議室或辦公室進行。

表 3-2 深度訪談對象簡介

| 對象 | 樣本代號 | 經歷 |
|--------|-------|----------------------|
| 毒品施用者 | 施用者 1 | 吸食安非及海洛因，有觀勒、戒治及徒刑經驗 |
| | 施用者 2 | 吸食安非及海洛因，有觀勒、戒治及徒刑經驗 |
| | 施用者 3 | 吸食、販賣海洛因，有觀勒、戒治及徒刑經驗 |
| 精神科醫師 | 深醫 1 | 署立醫院精神科主任，專長藥物成癮治療 |
| | 深醫 2 | 署立醫院精神科主任，專長藥物成癮治療 |
| | 深醫 3 | 署立醫院精神科主任，專長藥物成癮治療 |
| 警察 | 深警 1 | 刑事警察局隊長 |
| | 深警 2 | 刑事警察局組長，專辦毒品警政 |
| | 深警 3 | 縣市政府刑警大隊，專辦毒品業務 |
| 衛生醫療社工 | 深衛 1 | 公立醫院臨床心理師 |
| | 深衛 2 | 戒治所社工師 |
| | 深衛 3 | 縣市政府毒品危害防制中心個管師 |
| | 深衛 4 | 衛生署毒品業務主管 |

三、焦點團體座談

為檢視現行毒品處遇政策與效果，並探討毒品施用除罪化模式和可行性、毒品施用除罪化後的處遇政策與配套措施，以及討論除罪化可能的效益與問題，本研究邀請行政機關專家、相關團體及學者進行焦點團體座談會。所有焦點團體參與對象均有三年以上對毒品施用者處遇之經驗，或從事毒品犯罪研究達三年以上。

本研究共計於北、中、南三區舉辦五場次的焦點團體座談會，舉辦之時間地點詳如下表 3-3。

表 3-3 焦點團體座談各場次簡介

| 場次 | 時間 | 地點 | 主持人 | 參與對象 |
|-----------|----------|-----------------|--------------------------|-------------------------------------|
| 北區 第一場 | 101.7.27 | 臺北大學會議室 | 許春金教授 陳玉書副教授 蔡田木教授 | 學者*1 醫師*1 衛生醫療社工*1 警察*1 |
| 南區場 | 101.8.10 | 高雄市政府警察局 簡報室 | 陳玉書副教授 | 學者*1 檢察官*1 觀護人*1 警察*1 |
| 中區場 | 101.8.10 | 台中市政府警察局 會議室 | 蔡田木教授 | 衛生醫療社工*1 檢察官*1 觀護人*1 警察*1 |
| 北區 第二場 | 101.8.14 | 臺北大學 821 教室 | 許春金教授 陳玉書副教授 蔡田木教授 | 檢察官*1 觀護人*1 矯正人員*2 研考會代表*2 |
| 北區 第三場 | 101.8.16 | 桃園縣政府衛生局 會議室 | 許春金教授 | 學者*1 醫師*2 衛生醫療社工*2 |

五場次共計邀請 21 名相關工作經驗者與會進行討論，包括：精神科醫師 3 人、資深警察 3 人、衛生醫療社工 4 人、矯正人員 2 人、學者專家 3 人、觀護人 3 人、檢察官 3 人，廣徵各領域工作者與學者專家之意見。所有受訪對象的身分與經歷如下表 3-4 所示：

表 3-4 焦點團體座談對象簡介

| 對象 | 樣本代號 | 經歷 | 參與場次 |
|-----------|------|-------------------|-------|
| 精神科 醫師 | 焦醫 1 | 署立醫院成癮防治科主任 | 北區第一場 |
| | 焦醫 2 | 署立醫院院長，專長藥癮防治 | 北區第三場 |
| | 焦醫 3 | 司法及藥癮精神科醫師，專辦替代療法 | 北區第三場 |

毒品施用者處遇及除罪化可行性之研究

| 對象 | 樣本代號 | 經歷 | 參與場次 |
|--------|------|-------------------|-------|
| 警察 | 焦警 1 | 刑事警察局反毒有功人士 | 北區第一場 |
| | 焦警 2 | 縣市政府刑警大隊大隊長 | 南區場 |
| | 焦警 3 | 縣市政府刑警大隊組長，專辦毒品預防 | 中區場 |
| 衛生醫療社工 | 焦衛 1 | 護理人員，市立醫院行政主任 | 北區第一場 |
| | 焦衛 2 | 戒治所心理師 | 中區場 |
| | 焦衛 3 | 縣市政府衛生局食品藥物管理科 | 北區第三場 |
| | 焦衛 4 | 縣市政府衛生局專辦藥物濫用防制 | 北區第三場 |
| 矯正人員 | 焦矯 1 | 前戒治所所長 | 北區第二場 |
| | 焦矯 2 | 現任典獄長 | 北區第二場 |
| 學者專家 | 焦學 1 | 研究專長：毒品犯罪 | 北區第一場 |
| | 焦學 2 | 研究專長：藥學、藥物濫用 | 南區場 |
| | 焦學 3 | 研究專長：藥物濫用處遇 | 北區第三場 |
| 觀護人 | 焦觀 1 | 負責毒品業務之連繫窗口 | 南區場 |
| | 焦觀 2 | 負責毒品業務之連繫窗口及執行 | 中區場 |
| | 焦觀 3 | 負責毒品業務之連繫窗口 | 北區第二場 |
| 檢察官 | 焦檢 1 | 專辦毒品案件 | 南區場 |
| | 焦檢 2 | 專辦毒品案件 | 中區場 |
| | 焦檢 3 | 曾負責法務部毒品政策 | 北區第二場 |

四、德菲法

德菲法 (Delphi Method) 係彙集專家針對某特定議題的看法，目的在建立專家的共識，進而使用專家所提供之寶貴意見，針對未來可能的狀況進行評估，作為重大決策參考的一種研究方法 (胡幼慧等，1996)。本研究應用德菲法進行的調查包括下列各項：(1) 以深度訪談、座談資料為基礎，設計「毒品施用者處遇及除罪化可行性」德菲問卷；(2) 以反覆分享回饋方式進行調查；(3) 研究者就回收的資料加以整理，並在第二次調查問卷中提供統計資料，作為專家之參考；

(4) 專家以自己的經驗對議題給予註解；(5) 反覆收集資料過程，促使專家意見趨向一致，並得到精確的結果。

為凝聚政策共識，本研究對實務人員、學者專家共計 30 人，以紙本問卷郵寄方式（部分受試者採電子問卷）進行二次針對毒品施用除罪化可行性之德菲調查。調查之對象，其中 15 人來自前述深度訪談與焦點團體座談對象，餘 15 人由研究團隊另外遴選，以廣徵相關領域專家意見。所有受訪對象的身分與經歷如下表 3-5 所示：

表 3-5 德菲法調查對象簡介

| 對象 | 樣本代號 | 經歷 | 曾參與 |
|------------|------|--------------------|------|
| 精神科 醫師 | 1 | 署立醫院主任，專長藥物成癮治療 | 深度訪談 |
| | 2 | 公立醫院主任，專長藥物成癮治療 | |
| | 3 | 署立療養院主任，專長藥物成癮治療 | 深度訪談 |
| | 4 | 署立療養院主任，專長藥物成癮治療 | 焦點座談 |
| | 5 | 市立醫院主任，專長藥物成癮治療 | |
| 警察 | 6 | 刑事警察局隊長 | 深度訪談 |
| | 7 | 縣市政府警察局副局長 | |
| | 8 | 縣市政府刑警大隊毒品偵查組組長 | |
| | 9 | 縣市政府刑警大隊大隊長 | 焦點座談 |
| 衛生醫 療社工 | 10 | 縣市政府衛生局局長 | |
| | 11 | 縣市政府衛生局食品藥物管理科 | 焦點座談 |
| | 12 | 戒治所社工師 | 深度訪談 |
| | 13 | 戒治所心理師 | 焦點座談 |
| | 14 | 衛生署毒品業務主管 | 深度訪談 |
| 學者 專家 | 15 | 研究專長：刑事法 | |
| | 16 | 研究專長：犯罪學、藥物濫用與毒品防治 | |
| | 17 | 研究專長：愛滋病防治、傳染病流行病學 | |

毒品施用者處遇及除罪化可行性之研究

| 對象 | 樣本代號 | 經歷 | 曾參與 |
|------|------|--------------|------|
| | 18 | 研究專長：刑事法 | |
| 矯正人員 | 19 | 矯正機關首長 | |
| | 20 | 前戒治所所長 | 焦點座談 |
| | 21 | 矯正機關主管 | |
| | 22 | 現任典獄長 | 焦點座談 |
| 觀護人 | 23 | 負責毒品業務之連繫窗口 | 焦點座談 |
| | 24 | 曾負責毒品業務之連繫窗口 | |
| | 25 | 負責毒品業務之連繫窗口 | 焦點座談 |
| | 26 | 負責毒品業務之連繫窗口 | |
| 檢察官 | 27 | 曾負責法務部毒品政策 | 焦點座談 |
| | 28 | 曾負責法務部毒品政策 | |
| | 29 | 專辦毒品案件 | |
| | 30 | 專辦毒品案件 | |

五、網路意見蒐集

為達成研究所欲達成之研究目標，蒐集各界意見，遂利用網路意見蒐集無人數限制之優點，廣徵社會普羅大眾之意見，並將蒐集之資料加以整合分析並納入研究報告，做為報告撰寫的一項依據及政策修改的意見。本研究研擬有調查民眾態度之題目，於 101 年 8 月 1 日送請行政院研考會上傳至其經營之 Face book「我的 E 政府/公共政策大家談/政策投手板 (<http://thinktank.www.gov.tw>)」粉絲頁，並由行政院研考會於 101 年 10 月 24 日上傳、邀請一般民眾發表對於毒品處遇及除罪化議題的態度。

第三節 研究工具

一、深度訪談表大綱

本研究依據研究目的和相關文獻分析結果，再根據受訪者的身分別擬定有不同之訪談大綱，詳如下表 3-6 所示：

表 3-6 深度訪談大綱

| 警察 | 精神醫師 | 衛生醫療社工 | 毒品施用者 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> ● 轄區內毒品施用之盛行率及人口特徵為何？ ● 警察執行毒品施用查緝之態度、策略、技術及困難各為何？ ● 毒品施用者復歸社會所需協助？ ● 毒品施用者處遇社會資源網絡間之合作情形？有何困難？ ● 其他有關我國毒品施用者矯治處遇之建議為何？ | <ul style="list-style-type: none"> ● 與毒品施用者共同工作的經驗、看法？ ● 毒品施用者的戒癮情況與困難？ ● 施用毒品行為除罪化，後續應如何協助戒治？政府應有何配套措施？ ● 對於毒品施用者汙名化之看法？ ● 毒品施用者處遇社會資源網絡間之合作情形？有何困難？ ● 其他有關我國毒品施用者矯治處遇之建議為何？ | <ul style="list-style-type: none"> ● 與毒品施用者共同工作的經驗、看法，所遭遇的困難？ ● 對替代療法的看法？效果評估？ ● 毒品施用者最需要之協助為何？ ● 毒品施用者處遇社會資源網絡間之合作情形？有何困難？ ● 其他有關我國毒品施用者矯治處遇之建議為何？ | <ul style="list-style-type: none"> ● 受訪者基本特性／毒品施用歷程與經驗？ ● 對於「毒品施用者犯罪化」有何看法？ ● 對於「吸毒與犯罪關聯性」有何經驗與看法？ ● 曾經在矯正機關接受處遇或治療之經驗、效果與建議？ ● 復歸社會後，接受保護管束之經驗、效果與建議？ ● 再次犯罪原因／復歸社會有何困難／須要何種協助？ ● 對於毒品施用者之矯正處遇有何看法或建 |

毒品施用者處遇及除罪化可行性之研究

| 警察 | 精神醫師 | 衛生醫療社工 | 毒品施用者 |
|---------------------------------------------------------------------------|------|--------|----------------------------------------|
| | | | 議？ ● 對於解決毒品問題有何看法（如減少青少年吸毒、戒毒等）／建議？ |
| ● 毒品施用除罪化可行性？ ● 毒品施用除罪化影響為何？ ● 毒品施用除罪化配套措施為何？ ● 其他有關毒品施用矯治處遇之建議？ | | | |

二、焦點團體討論綱要

根據國內外相關研究的分析結果，再綜合上述深度訪談的初步發現，本研究舉辦之焦點團體座談，焦點團體所討論之議題如表 3-7 所示：

表 3-7 焦點團體討論大綱

| |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> ● 對於目前毒品施用者的處遇政策與再犯情形有何看法？現行緩起訴替代療法、觀察勒戒、強制戒治、矯治處遇、觀護處遇、社會復歸等面臨哪些困境或問題？有何具體建議？ ● 目前國際上針對「一或二級毒品施用除罪化」有不同政策模式，如： <ul style="list-style-type: none"> ■ 毒品施用除罪化模式（如葡萄牙），施用及少量持有不違法。 ■ 部份除罪化模式（如荷蘭），軟性毒品（如大麻）限量/限地施用，施用硬性毒品（如古柯鹼、海洛因等）仍不除罪。 ■ 除刑不除罪模式（如我國），給予一、二級毒品施用者勒戒、強制戒治和緩起訴機會。 就上述模式，在我國如「施用一級或二級毒品除罪化」是否可行？何種模式較為可行？ ● 如果將「一級或二級毒品施用除罪化」，則對於施用者本身、家庭、犯 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

罪、偵查、衛生醫療、教育和經濟將產生哪些正面或負面影響？有何因應對策？

- 如果將「一級或二級毒品施用除罪化」，則警政、檢察、矯正、觀護、社政、衛生醫療和教育等機構須有哪些配套措施？如何建立合作網絡？
- 如果將「一級或二級毒品施用除罪化」，在實施替代療法與戒癮治療時，如何建立監控機制以維持其效果？（例如：監控者？監控方式？）
- 如果將「一級或二級毒品施用除罪化」，對於相關法令和制度調整有何建議？
- 對於「一級或二級毒品施用除罪化」，有何其他建議或看法？

三、德菲法問卷調查工具

針對本研究之研究目的、深度訪談、焦點團體結果並參酌國內外相關的研究後，彙整出有關毒品施用者除罪化影響性、可行性之意見，以及對毒品政策之意見，據以擬訂本研究德菲法調查工具內容。調查主題包括下列五大面向：（1）目前毒品施用者緩起訴處分；（2）目前毒品施用處遇政策；（3）毒品施用除罪化可行性；（4）毒品施用除罪化影響；（5）除罪化所需之配套措施、網絡合作及監控。各面向則再發展 13 至 17 題的題目，整份問卷共計有 75 題。

德菲法調查以 Likert 的五分量表作為尺度，以供受試者勾選對於題項的支持程度，此外並設計有意見欄，供受試者填寫勾選理由、對於題目的看法與其他意見；而在第一次調查問卷回收後，本研究再依據受試專家的回饋意見修正部分題目的用語，並附上第一次調查之統計結果與所有專家意見，以做為第二次調查問卷。詳細題目與修正題項、內容請參見附錄。

四、網路意見調查工具

針對本研究之研究目的，再考量網路調查特性以及網路受試者對於毒品議題的瞭解程度，本研究針對毒品除罪化看法、除罪化影響與除罪化模式擬訂五個調查題目，如表 3-8 所示：

表 3-8 網路意見調查題目

- 根據調查資料顯示，毒品施用者再犯率甚高，請問您同不同意毒品施用是個人的選擇與權
- 毒品施用並無受害者，不應以刑罰制裁。
- 毒品施用者常因籌措購買毒品的經費，而犯下其他犯罪行為，若將毒品施用除罪化，將可
- 對製造、運輸、販賣毒品犯罪者採取嚴刑峻罰手段，但對於毒品施用者應改以治療方式除
- 毒品除罪化會使毒品施用者增加。

第四節 資料處理與分析

一、質化資料處理與分析

質化資料的分析是一個動態性的資料蒐集與歸納過程，透過分析可使研究者對研究對象有更深入的了解。本研究深度訪談與焦點團體資料即屬質化資料，包括針對主題發展描述與類化概念，並從蒐集資料的脈絡中進行對資料的了解。透過系統性的過程可將所有資料做歸納、整合，使其呈現主題、概念和解釋。因此，在整個研究的過程中，從（1）評估資料的確實性與可轉換性；（2）發展、描述與類化概念；（3）歸納整合與解釋資料，均將遵循質化研究之基本原則進行。

深度訪談與焦點團體之會議過程及發言重點，已謄錄成逐字稿，並將其重點摘要、彙整成訪談紀錄與會議紀錄，列入研究報告之附錄。

二、德菲法之資料分析

為評估「毒品施用者處遇及除罪化可行性」作法之妥適性，本研究採德菲法，邀請專家進行二次德菲問卷調查，再以專家所提供之建議彙整而成本研究結果。有關專家間共識一致性及專家選定重要性項目及重要性排序穩定性的考驗，茲分述如下：

（一）專家間共識一致性

本研究專家間共識一致性的統計標準為：

1、標準差（ σ ）：

係指所有專家填答之妥適性程度與平均數的離散程度。當小於1.00時，則顯示專家意見在該題項達成共識（胡幼慧等，1996）。

$$\sigma = \sqrt{\frac{1}{N} \sum_{i=1}^N (x_i - \bar{x})^2}$$

2、共識程度 (D.C)：

變異係數 (C.V) 是判定一組資料分散情形的統計方法，亦可作為共識性評判標準，當變異係數越小表示該題項變異越小，專家看法越趨一致。

$$C.V = \frac{S}{\bar{x}} \times 100\%$$

而為方便理解專家間的共識性，本研究遂定義以專家共識程度 (D.C) 表示之，當 D.C 越高即表示共識程度越高。

$$D.C = 100\% - C.V$$

因多位專家間意見要達到 100% 共識實屬不可能，故本研究事先擬訂共識程度門檻值，當共識程度達 75% 以上，始能認定該題項的專家意見達到共識。

(二) 專家選定重要性項目及重要性排序集中性

為使本研究結果更具有實用性，將專家意見以 Likert 綜合尺度衡量專家的示意程度。把對於調查問題的合適性分成 1 至 5 個層級，分別給予評定分數 1 至 5 分，分數愈高即表示越合適與越支持。再以集中趨勢量數分析來求得各項目的平均數 (mean) 和眾數 (mode)，瞭解資料的集中趨勢，即瞭解專家對各項目重要性的評估情形。

1、眾數 (Mo)：

係指所有專家填答之合適性程度出現最多次者。數值表示多數專家的意見。

2、平均數 (M)：

係指所有專家填答之合適性程度總和的平均值，數值越大表示專家對該題項的支持程度越高。至於支持程度的標準，本研究考量受試者專業領域的異質性，以稍高於合適性 1 至 5 分中位數的 3.50 分作為

支持與否的門檻值，當平均數超過 3.50 分即可代表該題項據專家支持。

毒品施用者處遇及除罪化可行性之研究

第四章 各國毒品施用者處遇政策及其比較分析

各國毒品施用者處遇政策以及對於毒品施用行為的犯罪化或除罪化，深受社會文化因素、刑事政策理念與毒品問題背景之影響，以下就聯合國、美國、英國、荷蘭、澳洲、葡萄牙、新加坡和日本等國和各國之毒品使用者處遇政策簡述如后：

第一節 聯合國毒品施用者處遇政策

一、對藥物依賴的觀點

根據聯合國 2012 世界毒品報告，估計 2010 年大約 2.3 億人至少使用過一次非法藥物，占世界成年人口的 5%。問題藥物施用者的數量約為 2,700 萬人；除一些發展中國家非法施用藥物人口仍不斷上升，全球非法施用藥物種數維持平穩。每年因施用海洛因、古柯鹼和其他毒品致死者約為 20 萬人，非法性毒品不但破壞經濟與社會發展，同時造成犯罪和 AIDS 等疾病蔓延⁶。

聯合國毒品與犯罪問題辦公室（UNODC）對於藥物依賴基本上採取醫療模式，毒品和犯罪問題辦公室於 2005 年成立藥癮者治療網（簡稱 Treatnet），創辦時在全球共有 20 個治療中心，2010 年在全球 5 個區域有 27 國家開設了治療中心（UNODC, 2010），UNODC 對於藥物依賴的觀點是：（1）藥物依賴性是一種複雜的、多重因素的功能障礙，涉及個人、文化、生物、社會和環境因素；（2）藥物依賴性如同其它任何神經或精神疾病一樣，屬於一種大腦功能的紊亂；（3）治療和護

⁶ 參見 United Nations Office on Drug and Crime （2012） World Drug Report 2012. 資料來源：
http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2012/WDR_2012_web_small.pdf

理的主要障礙之一，是對藥癮治療的恥辱和歧視；（4）藥物依賴性治療需要採取一種綜合、多學科方法，同時包括藥理學和社會心理學干預措施；（5）藥物依賴性可採用低成本的醫藥和標準化的心理療法得到有效治療⁷。

二、毒品施用者處遇政策

聯合國對毒品施用者之處遇或治療，並無具體的處遇方案，而是由各成員國藉由簽訂政治協定予以落實；根據各國實施的戒毒方案評估結果，UNODC 對毒品施用者的處遇建議包括：（1）以醫療模式達到「解毒治療」及「復發預防」兩個目標；（2）以司法矯正模式強制毒品施用者在機構內或社區高度監控下戒毒；（3）最佳戒毒模式係將藥癮視為慢性病持續治療，並處理復發風險因子，及提高社區監控預防復發；（4）結合刑事司法體系、家庭、雇主和社會福利機構協助施用者復歸社會（李思賢、楊士隆、束連文等，2010）。

毒品施用者的治療一直是聯合國政策重點之一，2005 年啟動的治療網即為 UNODC 治療藥物依賴性的新戰略，促進和支援世界各國的符合醫德之治療政策。為促進藥物依賴性治療和優質照護服務的多樣化和普及化，其重點亦包括 HIV/AIDS 的預防和護理。治療藥物依賴性的原則包含：（1）藥物依賴性治療服務的供應和普及化；（2）個人治療規劃和滿足多種需要；（3）以實證取向的藥物依賴治療；（4）保護病人權利和尊嚴的工作框架；（5）不同病人群體的文化和社會關聯；（6）醫療保健與刑事司法系統間的協調；（7）病人和社區參與；（8）治療服務的良好管理；以及（9）治療系統的戰略規劃（UNODC, 2010）。

「傷害減量」為 UNODC 藥癮處遇另一項重點，由於施用毒品衍生的醫療和公共衛生問題越來越嚴重（如：HIV/AIDS、B 型肝炎、C 型

⁷ UNODC. (2010). *Treatnet Phase II: International network of drug dependence treatment and rehabilitation resource centres*. 資料來源：
<http://www.unodc.org/treatment/en/index.html>.

肝炎等），及高度再犯率與監禁對毒品施用者的傷害（如：社會隔離、社會成本、污名化和復歸困難等），遂於 1973 年世界衛生組織有關毒品依賴的會議中提出「傷害減量」，此為對毒品施用者監禁和監控以外減少危害的另一可行方案（楊士隆、李宗憲、黃靖婷，2007）。

UNODC 在毒品減害計畫方面，其主要策略為：（1）針頭／注射器交換或分配，方案主要目的在控制 HIV／AIDS 的傳播，而非便利或促進毒品施用；（2）支持根據處方的海洛因替代療法；（3）藥物安全注射室違反國際藥物管制條約的規定。減害與給予成癮長期治療，是希望各會員國對於單純施用毒品的政策思維，能夠改採醫療取代刑罰（李思賢、楊士隆、束連文等，2010）。

2012 年 UNODC 所發佈的世界毒品報告中指出，國際間的毒品問題仍相當嚴峻，未來將採取雙管齊下的對策：一為發展整合取向對策，二為注重預防、治療、替代發展和促進基本人權。前者主要目標在減少全球非法藥物的供應和需求；後者除了為毒品種植者開展替代發展方案，以降低毒品來源外；並強調協助毒品施用者康復和重新融入社會的重要性，非法藥物施用者的治療和康復比處罰更有效，預防、治療、康復、重返社會和健康是全球減少毒品需求戰略的關鍵要素⁸。

⁸參見 United Nations Office on Drug and Crime (2012) World Drug Report 2012. 資料來源：
http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2012/WDR_2012_web_small.pdf

第二節 美國毒品施用者處遇政策

一、施用毒品除罪化／犯罪化歷史簡述

由於治療系統的複雜性，依照整體時間發展歷程描述。

(一) 19 世紀末至 20 世紀初：毒品合法化

Brecher(1972)稱此階段為毒友天堂(dope fiend's paradise)，因為鴉片是合法且價格便宜。政府很少以有效的麻醉藥品法介入。儘管多州有州法管制鴉片的銷售(實際上，許多大城市禁制吸食鴉片)，但執法單位的執法非常零星；醫師可自由開立鴉片，在沒有醫師處方的情況下，藥房仍可賣鴉片給消費者，許多雜貨店也在販售鴉片，此時有兩種類型的鴉片施用者：對鴉片和嗎啡成癮者和抽鴉片煙者。早期治療模式有三個類型：(1)維持療法：讓患者吸食固定劑量，能維持正常的生活功能；(2)生理解毒；(3)治癒(Musto, 1973)。

(二) 1909 至 1923 年：發展聯邦法規和毒品治療

此階段的特色是執法單位開始介入毒品治療的階段，至少在聯邦層面已開始著手進行。1914 年通過的哈里遜麻醉藥品法(The Harrison Narcotics Act)，為此期間聯邦通過最重要的法規，亦為後續法律的立法基礎。Harrison Act 的關鍵法條為醫師僅可在專業執業情況下開立鴉片處方。一開始，全國各領域的公共衛生官員建立公立鴉片診所，成癮者可在此接受免費的麻醉藥品；可說是美沙冬維持診所的前身。即使設立 44 個鴉片診所，但在 1923 年以前，稅務局禁毒處(Narcotic Division of the Bureau of Internal Revenue)很快的關閉最後一間鴉片診所(Terry & Pellens, 1970; Waldorf, Orlick, & Reinerman, 1974)。

(三) 1923 至 1970：監禁與強制治療

關閉麻醉藥品診所後，管理成癮者的主要公家機構為監獄；1917年，聯邦監獄的犯罪人口中，有 151 位是違反麻醉藥品管制條例。至 1928 年，因違法麻醉藥品管制條例入監人數增加到 2,341 人，大部分都是施用海洛因 (Anglin & Hser, 1990)，占總受刑人口 31% (Dershowitz, 1973)。許多監獄管理者擔心成癮者的「道德淪喪感」會影響其他受刑人。

儘管司法委員會 (Judiciary House Committee) 在 1928 年決定，用隔離的方式來解決這個問題 (Kane, 1973)；直到 1935 年，美國才在肯塔基州 Lexington 市設立第一個專門收容毒品成癮者的中心，稱為「麻醉藥品農場 (narcotic farm)」(Courtwright et al., 1989)。第二間專門收容毒品成癮者的地方是在 1938 年設立於德州的 Fort Worth。這些收容中心到 1970 年代初期都由公共衛生服務中心負責經營，並由 1930 年司法部成立的聯邦麻醉藥品管制局 (Federal Bureau of Narcotics) 負責監督。內科醫學會的一份報告指出 (Gerstein & Harwood, 1990)，毒品成癮者收容中心對後續發展治療模式的重要性有三：(1) 成癮者保有是否自願接受治療的權利；(2) 奠定聯邦層級處理成癮治療的先例；(3) 因為公共衛生的研究計畫，醫院和監獄成為有毒品成癮專業的研究人員和臨床醫師建立治療架構的主要場域。

司法體系持續進行毒癮治療，並開始委託民間機構建構相關計畫，加州在 1961 年率先展開，其次為紐約州。有鑑於成癮人口急速增加，1960 年代採行的計畫是對非法毒品依賴者採取法定強制治療；在法律賦予權限之下，加州政府在 Corona 市成立加州復健中心 (Anglin, 1988; Dershowitz, 1973)。紐約在 1966 年跟進，從政治思維的角度來看，毒品成癮可能與犯罪有關，因而成立此類復健中心 (Waldorf, 1971)。當時非常重要的一項政策是開始實施美沙冬維持治療和治療社區這兩種治療模組。

(四) 1970 年迄今：拓展治療服務與向毒品宣戰

尼克森總統在 1971 年向國會發表國情咨文時，提到毒品濫用是個日益嚴重的問題，導致新一波的城市犯罪 (Courtwright, 1992)。為了遏止問題持續蔓延，宣布成立毒品濫用預防特別行政委員會 (Special Action Office of Drug Abuse Prevention, SAODAP)，由委員會負責統籌毒品治療和復健。該會其中一個主要的功能是，提供資金給社區以減少接受社區機構治療的等待時間。SAODAP 立法要求各州政府必須成立一個行政機構，負責監督自己轄區內毒品濫用計畫執行情形。

1973 年成立國家毒品濫用研究院 (National Institute on Drug Abuse, NIDA)，負責監督國家治療計畫的網絡，持續資助毒品研究。1981 年雷根總統通過統一綜合預算執行法 (Omnibus Budget Reconciliation Act, OBRA; Pub. L. No. 977-35) 後，將 NIDA 的權限移轉給州政府，所有社區為主的補助金都集中到整體撥款 (Block Grant)，其涵蓋範圍包括酒精、毒品戒癮服務和精神健康服務。由 NIDA 的上級組織酒精毒品濫用和精神健康局 (Alcohol, Drug Abuse and Mental Health Administration, ADAMHA) 執行這項補助金 (Schmidt & Weisner, 1993: 371)。

自 1971 年展開為期 30 年的向毒品宣戰 (War on Drug)，美國自從向毒品宣戰，於 1988 年實施「反毒品濫用法案」(Anti-Drug Abuse Act)，其毒品政策強調道德訴求，醫療用大麻在部分州是不處罰的；施用其他非法毒品 (例如：安非他命、嗎啡、古柯鹼、海洛因、大麻等毒品) 仍違法，受到法律規範。政治上主張美沙冬治療就是提供毒品給施用者，政府將資源分配於緝毒與反毒，因此實際上無法在美國廣為設置美沙冬療法，也無法推展針具交換計畫 (李思賢、楊士隆、束連文等, 2010)。依據反毒品濫用法，於 1989 年成立白宮毒品管制政策辦公室 (Office of National Drug Policy, ONDCP)。白宮毒品政策辦公室的主要職責是訂定國家毒品政策、列出政策施行的優先順

序、列出根除非法毒品、製造、有私、毒品相關犯罪和暴力事件、毒品有關健康危害的方法。

1976 至 1980 年間自由派的卡特擔任總統，推動大麻除罪化，有 11 個州將大麻除刑（同意大麻的醫療用途－治療 AIDS 及癌症），使非法施用毒品攀向另一高峰。

1980 年因毒品濫用嚴重程度到達最高峰，雷根總統將毒品防制策略調整為「重緝毒，輕治療處遇」，此毒品政策一直延續到柯林頓總統。儘管如此，美國對被控告觸犯單純持有或施用毒品罪之被告、緩刑犯及假釋犯，近年來其政策走向已從傳統之監禁轉向以社區為基礎的藥物濫用戒治處遇；此種以社區為主的毒品處遇計畫，包括下列一種或多種處遇：門診處遇（outpatient treatment）、中途之家處遇、麻醉藥物替代治療，或因應特殊解毒、戒治毒癮再次復發或嚴重毒品依賴性之需，採取限制性住院處遇（limited inpatient）、住居所式毒品處遇、毒品教育課程及毒品預防課程等。亦即，美國重視將毒品犯罪人轉向至社區，接受社區毒品戒治處遇，非一味將其監禁在監獄中（林健陽、柯雨瑞，2003）。

自此之後，美國毒品政策沒有太大的改變，主要著重在三方面，分別是治療毒品成癮者、賦權青少年拒絕施用非法毒品、將毒品阻絕於境外。

2009 年歐巴馬總統持續支持毒品法案，但承諾在美國國內不起訴藥用大麻，有 14 個州通過不起訴藥用大麻政策，但其中部分州則是部分接受。2012 年 11 月 6 日美國總統大選投票之際，科羅拉多州和華盛頓州公投表決通過，率先成為美國可合法持有並銷售大麻作為娛樂用途的二個州⁹。

⁹參見：中央通訊社 2012 年 11 月 7 日報導，資料來源：
<http://www.cna.com.tw/News/FirstNews/201211070069-1.aspx>

2012 年毒品政策施政另一項重點為吸毒後開車（drugged driving）和預防處方用藥濫用，其政策整體目標為：（1）致力於預防社區毒品施用；（2）尋求醫療機構早期介入機會；（3）物質施用障礙之健康照護和支持其復原的整合治療；（4）打破毒品施用、犯罪、偏差行為和入監服刑的惡性循環。

二、毒品施用規範與除罪化／犯罪化毒品類型

（一）毒品施用規範

美國聯邦法規中毒品相關犯罪、毒品類型與等級、預防、治療、刑罰等，皆詳細載明於 1970 管制藥品法（Controlled Substances Act）和管制綜合法（Comprehensive Drug Abuse Prevention and Control Act）第二章列管物質法（Controlled Substances Act，CSA）。

（二）除罪化／犯罪化毒品類型

美國聯邦法規中並未有任何毒品除罪，但各州有不同的法令。美國毒品之分級主要依據毒品之醫療價值、危害程度及被濫用成癮的可能程度等為指標，將毒品管制分為五級，第一級是危害最大且無醫療用途的毒品，第五級則為較不具成癮風險且具有醫療用途的濫用藥物¹⁰¹¹；一級和二級毒品為嚴格限制使用藥品，其分級如下：

第一級：有被濫用的高風險，非醫療用藥，安全程度未經檢驗，鴉片類、古柯鹼、MDMA 及 GHB 被列為一級毒品。

第二級：有被濫用的高風險，非醫療用藥或為嚴格限制使用之藥品，同時具有生理及心理之成癮性，安非他命在 1971 年即被列為二級毒品。

¹⁰ 參見立法院國會圖書館，外國法案介紹：毒品危害防制條例：德國、日本、美國。資料來源：

<http://npl.ly.gov.tw/do/www/billIntroductionContent?id=38#美國>

¹¹ 法務部，法治視窗：犯罪問題焦點。資料來源：

<http://www.moj.gov.tw/fp.asp?xItem=29726&ctNode=28261&mp=001>

第三級：有被濫用可能的醫療處方用藥，對生理造成低度至中度的依賴性且造成高度心理依賴，K 他命 (Ketamine) 於 1999 年被列為三級毒品。

第四級：被濫用的可能較小的醫療處方用藥，對生理及心理造成的依賴程度較前三級輕，Rohypnol 在 1984 年被列為四級毒品。

第五級：仍有濫用可能的醫療處方用藥，對生理及心理造成的依賴程度較第四級毒品輕微。

美國有 17 個州以及哥倫比亞特區 (District of Columbia)，訂有醫療用大麻的法條。以加州為例，在 2010 年修法將大麻除罪化，癌症患者可使用大麻減輕因化療帶來不適；但持有少量大麻仍是違法行為，將被處以 100 美元的罰金，不會被判有期徒刑。

2012 年 11 月 6 日華盛頓州民公投表決 502 號提案 (Initiative 502)，55.96% 贊成通過提案，成為全美第一個大麻合法化的州，年滿 21 歲的成年人，可在華盛頓州合法購買和持有 1 盎司娛樂性大麻，州政府也可對擁有合法執照的大麻業者進行檢驗及徵稅，支持華盛頓州大麻合法化者表示，這項措施並不是要鼓勵民眾吸大麻，而是希望藉著透明化管理，讓州政府可控制大麻市場，藉此提高稅收。同時科羅拉多州亦公投通過 21 歲以上成人合法持有最多 1 盎司大麻作為休閒用途提案，但禁止公開吸食。成人最多可種植六株大麻，但必須是在隱密和安全的場所。這將為美國司法部和緝毒局帶來頭疼的問題，因為聯邦當局仍視大麻為非法毒品¹²。

三、毒品施用者處遇

(一) 藥癮者篩檢與介入

¹²參見：中央通訊社 2012 年 11 月 7 日報導，資料來源：
<http://www.cna.com.tw/News/FirstNews/201211070069-1.aspx>

毒品施用者處遇及除罪化可行性之研究

研究認為公共衛生法應重視的是辨識毒品問題，對各階段毒品施用者（從偶用毒品者到成癮者）處遇，主要針對有物質濫用但未被找出來的人。美國醫界已發展出重要的工具來處理這個問題，聯邦政府與健康照護專家擴大使用此工具，辨識各個階段的毒品施用者，以短期、符合成本效益的介入方式協助他們不再施用毒品。這個療法稱為篩選、短期介入、轉介和治療（Screening, Brief Intervention, Referral and Treatment, SBIRT），目前在全國各級醫院、衛生所、學校為主的健康中心作為示範計畫。

在 SBIRT 的監督下，一旦找出問題，醫療人員馬上會進行不到 30 分鐘的短期介入。短期介入在於協助病人了解不健康的飲酒或施用毒品對他們的影響，並要他們訂定停止施用的計畫。研究顯示，短期介入顯著減少物質濫用。這些介入方式是非常經濟，因為此法可減少反覆到急診就醫和反覆住院的次數。他們也會使注射式施用毒品者（DUIs）者降低，因為醫療人員能在問題變得更嚴重之前就協助個案解決問題。在許多情況下，短期介入即可協助未成癮的毒品施用者。篩選分數落在依賴區塊者，則會轉介他們去接受密集治療。

（二）早期介入與成癮治療

美國國家毒品管制政策中早期介入有關的行動計畫，為找出物質施用障礙者，早期拯救生命和減少金錢的支出，其主要作為包括：（1）在所有醫療照護機構，擴大和評估物質濫用機制；（2）增加採納和篩選短期介入和轉介至治療（SBIRT）；（3）提升健康照護提供者進行篩選短期介入，轉介個案去接受治療的技巧；（4）遏止處方藥物濫用；（5）教育醫師開立鴉片類止痛劑的知識；（6）擴大處方藥監控計畫，提升各州醫療體系間的資訊溝通平台和強化電子病歷的使用；（7）增加連續處方簽藥物持有率和回收藥物計畫；（8）協助各州減少病人逛醫院和拿藥的比率；（9）促使關閉網路非法藥店；（10）打擊不依照適當開藥準則的疼痛科診所。

與治療相關的行動計畫國家毒品管制政策內容是包羅萬象，強調成癮治療必須是整合性，使之成為主流健康照護的一部分，主要作為包括：（1）擴大社區健康中心成癮專業服務；（2）在印第安那健康服務中，增加成癮治療服務；（3）擴大物質施用事務部門的創新行動；（4）其他聯邦健康照護系統也核准疾病的治療；（5）提升公家和私人保險給付成癮治療的部分；（6）諭令公共健康體系執行清潔針具交換計畫。

成癮患者及其家屬必須接受高品質的照護，主要作為包括：（1）支持治療成癮新藥的發展；（2）建立付費表現機制，以促進政府資助物質濫用治療的品質；（3）公告成癮治療全國品質論壇標準；（4）讓健康照護提供者和第一線救難人員有能力辨識和管理用藥過量；（5）尋找、檢驗和治療刑事司法體系 HIV 呈陽性反應的受刑人。

（三）青少年毒品防制計畫

美國相關研究顯示，暴露在有效、以社區為主、校園毒品預防計畫能提升青年發揮潛能的機會（Spoth, Redmond, Clair, Shin, Greenberg, & Feinberg, 2011; Hawkins, Oesterle, Brown, Arthur, Abbott, Fagan, & Catalano, 2009）。以實證研究為主的物質施用預防計畫是歐巴馬政府毒品政策優先實施的項目，物質施用預防政策的計畫包括：（1）物質濫用預防和治療整體撥款（Substance Abuse Prevention and Treatment Block Grant, SAPTBG）；（2）健康和人類服務（Health and Human Services, HHS）；（3）策略預防架構與各州誘因補助款（Strategic Prevention Framework-State Incentive Grants）；（4）安全校園／健康學生計畫等。其中安全校園／健康學生計畫為教育、少年法庭、執法部門和精神健康體系建立最好的實務運作模式，提供兒童和青少年整合資源協助預防和早期介入服務。

（四）職場計畫：無毒工作環境

職場計畫提供明確的毒品施用政策，提供預防和教育機會給雇主和主管階級，進行藥檢、阻卻施用毒品；支持有物質施用障礙的個案

轉介和接受治療。在降低全國毒品需求也是很重要的一部分，也能協助毒品施用者接受治療。這些計畫都讓員工有機會了解自己施用毒品的問題並接受協助。一般來說，這樣的計畫通常會給員工重返原來工作崗位、或在同一產業服務的機會；因此，讓他們有完全復原和能重返職場的誘因是很重要的。這樣的計畫能創造出勞動階級、雇主、毒品施用者家庭和社區的四贏局面。

（五）擴大治療與重建

因有成癮問題而被轉介接受治療者，行政部門極力擴大治療選項；HHS 所屬的復原計畫管道（Access to Recovery Program, ATR）是成癮復原領域一項創新資源。此計畫保證提供個案治療服務和復原支持服務。這項計畫將治療範疇擴大到納入信仰和社區為主的服務，個案可選擇對自己最有利的治療方式。許多成癮者面臨到接受治療的阻礙，復原計畫將托嬰、運輸工作保證人、教導服務列入 ATR 計畫的一部分。

這項計畫需要州政府提供成果資料，就能評估患者的治療成果，了解何者是對下一代最好的方法。過去，缺乏物質濫用者的就業、家庭和社會連結、禁毒等關鍵成果資料，無法進行追蹤。針對許多個案，成果評估不只針對 ATR 計畫，而是所有提供保證州的復原計畫；在這個方式之下，ATR 是個創新的復原計畫，ATR 的治療重心不只是增加醫療可近性，也鼓勵個案能朝向獨立、無毒的生活理想前進。

（六）藥事法庭

對進入刑事司法系統的毒品施用者來說，藥事法庭對施用者來說是個很重要的策略，它協助毒品施用者過著無毒、無罪的生活。藥事法庭提供全面、有效因應毒品相關刑事案件的方法。法院運用強制力與當事人的家庭、朋友、諮商師及治療者，整合出一套獨一無二、有戒毒誘因和刑罰的方法，幫助個案達到完全禁毒的狀態。

四、近年毒品防制對策

(一) 全國性預防系統必須植基於社區層面

與州政府合作共同支持社區物質施用預防計畫。在 2011 年 3 月，物質濫用和精神健康局 (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, SAMHSA) 補助 46 項預防提升策略計畫，讓各州和部落評估目前的物質施用預防基礎建設，評估其預防能力；根據這些評估結果，發展出一套長期、以資訊為導向的計畫重新建構、提升或進一步強化預防系統，期望更能滿足社區的需求。

將預防計畫擴大到工作場域。勞工部的工作團隊進行 12 項互動式、多次毒品預防工作坊，為工作團隊啟動線上服務機制以鼓勵參與者過著無毒生活。由美國緝毒局 (DEA) 資助的全國處方藥任務回收計畫，在 2011 年 10 月 28 日從華盛頓首府 14 個回收站回收 506 磅未用或過期的藥物

(二) 青少年成長過程中不可缺乏預防計畫

強化無毒社區支持計畫 (1.2.A.)：在 2011 年 8 月，歐巴馬政府宣布將提供 1,230 萬美元經費執行無毒社區 (DFC) 支持計畫給 87 個社區和 20 項新的無毒社區計畫指導經費。

全國青少年反毒媒體運動換新裝再出發 (1.2.B.)：自 2005 年起，政府撥了相當多的經費建立廣受大家認同的「Above the Influence (ATI)」品牌；獨立科學研究進行分析發現，此法是有效的、與年輕族群相關、有助社區毒品預防努力。從 2010 年起，國家青年反毒媒體運動直接與青少年組織，例如無毒社區支持計畫獲補助單位 (Drug Free Communities Support Program grantees)、美國兒童群益會 (Boys & Girls Clubs of America)、基督教青年會 (YMCA's)、學生反有害決定協會 (Students Against Destructive Decisions chapters) 合作，增加青少年和社區層面參與 ATI。再者，此活動也建立強而有力的線上和社群媒體活動，青少年成員臉書超過 50 萬人（每週約有 4,000 人加入好友名單）。歐巴馬政府在 2013 年預算中針對媒體節目編列

毒品施用者處遇及除罪化可行性之研究

2,000 萬美元，將執行二梯次、以全國（第一階段）和特定社區（第二階段）為基礎、傳達反毒訊息給青少年。

動員家長教育青少年拒絕施用毒品計畫（1.2.D.）：在 2011 年 10 月，國防部教育活動邀請 194 所學校 85,000 名學生的老師和家長共同參與。在與緝毒局的努力下，教育部將最受歡迎的出版品 *Growing Up Drug-Free: A Parent's Guide to Prevention* 進行修正、更新和做更詳細的規劃，並登在網路上。

（三）撰寫預防青少年施用毒品、喝酒和抽菸相關的訊息，並發放此資料

支持大專校園物質濫用計畫（1.3.A.）：2011 年大專院校物質濫用聯邦跨部會工作坊建立工作計畫，進行大專院校預防、解決和管理喝酒、物質施用事務。此工作團隊旨在解決未成年人喝酒問題，並視施用毒品是個公共衛生、安全、經濟競爭力議題，處理這樣的問題需要校園生活所有元素的合作。在 2006 年，校長工作團隊曾主導大專院校呼籲預防未成年飲酒議題。在 2011 年，全國酒精濫用和酒癮者研究院再次舉辦校長工作團隊。此一工作團隊是策略是要建立提升與大專院校行政部門的溝通，檢視新開發的教材，像是以最好的實務為基礎解決校園飲酒事件，建議可在學校進行預防和處遇活動的研究計畫。

撰寫青少年物質施用健康風險報告（1.3.C.）：美國醫事總署完成預定於 2012 年出版的呼籲各界採取行動預防青少年濫用處方藥物。這份文件是由國家毒品濫用研究院（National Institute on Drug Abuse, NIDA）主導之下，透過跨部門的合作所完成的一份報告。在這份報告完成之際，將有助於達到處方用藥濫用預防計畫第一個目標：透過教育家長、青少年、健康照護人員的方式來提升他們對用藥的認識。美國醫事總署的報告提及青少年濫用處方用藥的潛在動機。此外，這份報告也建議，包括青少年、家長、臨床醫師、合作夥伴、執法人員、聯邦政府、州政府和地方機構等社群應採取各種特定行動。

刑事司法機構和預防組織必須合作提供有效預防資訊給執法部門（1.4.A.）：執法機構是提倡和參與社區為主的毒品預防計畫主體。為了協助他們完成任務，ONDCP 與司法部和衛生及人類服務部合作建構線上毒品預防資源。這項資源是由聯邦經費資助設計出預防策略、計畫、工具和資源，提供給執法專業人員，讓他們能支持、啟動、催化和領導整個以社區為主的毒品預防活動。緝毒局贊助許多社區外展服務和提供公共教育的機會。DEA 也會持續目前的公共外展服務，擴大教育層面、提供更多藥物資訊、和教學工具；目前這些資料都可透過兩個網站來取得，其中 www.JustThinkTwice.com 是針對青少年族群；www.GetSmartAboutDrugs.com 則是針對家長。

讓執法人員能參與校園、社區聯盟、公民團體、和有各種信仰團體的社區預防計畫（1.4.B.）：在過去兩年，ONDCP 提供 570 萬美元給高密度毒品走私地區（High Intensity Drug Trafficking Areas, HIDTAs）增加執法單位和預防社群間的合作關係。目前在 28 個 HIDTAs（包括 5 個西南邊境 HIDTA 地區）中，有 20 個獲得政府補助。在 2011 年 2 月，國土安全部在 2011 全國各地舉辦的全美社區反毒聯盟（Community Anti-Drug Coalitions of America, CADCA）論壇中贊助一項訓練計畫，其主題包括毒品走私、走私對各地區毒品施用影響、反麻醉藥品資料和邊境安全。在 2011 年 5 月透過 CADCA 網站的線上訓練課程也進行相同的訓練計畫。在 2011 年，CADCA 全國論壇、DEA 也舉辦工作坊，討論大麻合法化和處方用藥濫用議題。此外，PACT360 是司法部資助、由執法人員主導的毒品教育計畫；於 2011 年舉辦 86 場宣導活動，讓 3,670 位民眾獲得相關資訊。其課程內容與 drugfree.org 合作設計，用來告知家長和協助他們解決家中未成年小孩毒品相關議題。

這些成就反映出歐巴馬政府認為，在開始施用毒品前即開始進行預防工作是最符合成本效益和大眾認知的方法，以提倡安全和健康的社區。在有效的基礎了解國家毒品問題是地區性質，需採取地區導向

的解決方案。歐巴馬政府致力於打造穩健、地區為主的預防基礎建設，期能確保每個社區都有足夠資源來因應毒品問題。

五、政策效果

(一) 醫療照護面向尋求早期介入的機會，減少照護成本

醫療專業必須能辨識患者出現物質施用障礙的早期症狀並及早進行介入；在醫療照護體系，早期介入的作法是提升醫師更能意識患者在治療方面的需求，以減少個人、社區和醫療照護體系的成本。歐巴馬政府持續將 SBIRT 整合到主流的醫療照護體系，向更多醫療照護機構宣導使用 SBIRT，及鼓勵提供給醫療專業聯盟訓練機會。

(二) 物質施用障礙治療整併入醫療照護體系有顯著進展，擴大支持復原計畫

歐巴馬政府將物質施用障礙服務整併進基礎醫療照護的努力有顯著的進展，並支持在社區的復原計畫。歐巴馬政府在 2012 年實現這些目標，以協助更多美國人能看到治療的願景和復原後的再生機會。

(三) 支持和治療計畫打斷施用者在司法體系循環

歐巴馬政府了解刑事司法在遏止毒品施用、減少毒品可取得性、促使施用者尋求協助，使鄰里更安全上，扮演舉足輕重的地位。在了解毒品成癮是個慢性且逐漸惡化的疾病，進行預防治療潛在物質施用障礙，可減少毒品相關犯罪和再犯的比率。

與其讓物質施用者持續在刑事司法體系來回循環，支持計畫和治療潛在物質施用問題對物質施用者更有意義。政府各部會都認為，公平和有效的刑事司法處遇應可與以實證為基礎的預防和治療結合，以打破毒品施用、犯罪、入監服刑的循環。

六、向毒品宣戰政策面臨問題

(一) 毒品施用問題仍然嚴峻：

美國家戶毒品濫用調查結果顯示，非法毒品施用在雷根總統宣布向毒品宣戰開始前 6 至 7 年有顯著下降，後續的 6 年也持續下降，在 1990 年代初期的施用人口則有上下波動的趨勢（Jensen & Gerber, 1998; Sourcebook of Criminal Justice Statistics, 2001）。監獄受刑人以毒品犯罪人居多，1980-2001 年間，各州和聯邦監獄收容毒品犯罪人口增加了將近 1,300%¹³。

（二）毒品施用量刑問題：

非法毒品施用判刑出現歧異，快克毒品施用者的刑期較古柯鹼粉的刑期重（Belenko, 1993）。企圖將孕婦施用毒品的行為犯罪化，因為他們會將毒品傳給未成年人（Beckett, 1995; Sagatun-Edwards, 1998）。

（三）侵犯施用者人權：

毒品戰爭在整個社會蔓延開來，以控制犯罪為名，政府侵犯人民的權利；此舉使象徵美國人民正常程序權利迅速顯著下滑。例如：（1）沒收毒品犯罪案子的相關財產（Blumenson & Nilsen, 1998; Jensen, 2000）。1985-1999 會計年度期間，執法機構沒收近 70 億美元與毒品犯罪有關的金錢（Jensen, 2000; Sourcebook of Criminal Justice Statistics, 2001）；（2）有愈來愈多公立學校的學生會被要求藥檢（參見 Crowley, 1998）；（3）在沒有搜索令的情況下，在學校和校園停車場也經常使用緝毒犬來找非法毒品。

（四）反毒成本昂貴：

考量反毒的社會、經濟、衛生、政治和人事成本，毒品政策使數百萬人成為司法體系的負擔。

（五）使用者被汙名化：

¹³參見 www.ojp.usdoj.gov/bjs/prisons.htm.

毒品施用者處遇及除罪化可行性之研究

數百萬出獄的年輕人（很大比例的是非裔美國人），背負著前科犯和毒品成癮者的污名要怎麼面對未來？他們能找到餬口的工作和建立穩定的家庭？或回到年輕時破碎的生活類型？數百萬年輕人、被定罪為重刑犯的黑人失去投票權會對非裔美國人的合法政治影響力造成何種影響？

（六）監所缺乏解決 HIV 問題政策：

矯正機構內大部分的性侵事件發生在地區和郡拘留所，在這些地方半數以上的犯罪嫌疑人尚未被定罪。此外，對受刑人來說，在監所感染 HIV 的風險因子包括監所常出現人際暴力，造成當事人撕裂傷和咬傷，兩人房的牢房中情況可能更嚴重。使用針頭刺青、注射式毒品施用者共用針具都是感染 HIV 的高風險族群。儘管聯邦和州政府受刑人 HIV 呈陽性反應的人數日益增加，在這些機構中有效的 HIV 預防計畫卻愈來愈少。大量監禁非暴力犯罪的毒品犯也是造成 HIV 感染風險上升的主要原因之一。對美國在內的許多國家來說，這是個非常重要的公共衛生議題；在美國 25% HIV 感染者都在監獄裡進進出出，而監禁不平等也是造成大量非裔美國人感染 HIV 的主因。

（七）HIV/AIDS 問題嚴重：

全球毒品政策委員會（GLOBAL COMMISSION ON DRUG POLICY）在向毒品和 HIV/AIDS 宣戰－毒品施用犯罪化刺激全球毒品施用大流行的方法（The War on Drugs and HIV/AIDS How the Criminalization of Drug Use Fuels the Global Pandemic）這一份報告中，於摘要中明確指出，向毒品宣戰的政策使施用毒品及其性伴侶間的 HIV/AIDS 大流行。綜觀全球，愈來愈多研究指出，鎮壓式的毒品執法實務使毒品施用者無法接受公共衛生醫療的服務，躲在社會角落，使 HIV 感染風險顯著上升。

（八）政策效果有限：

第四章 各國毒品施用者處遇政策及其比較分析

檢視美國毒品監測資料也可發現，向毒品宣戰策略失敗的證據。舉例來說，儘管美國聯邦從 1980 年代起迄今已增加 600% 以上反毒預算，美國地區的古柯鹼售價的降幅卻高達 80%，海洛因的純度增加超過 900%。從美國毒品監測資料中亦可發現其他常用毒品（包括古柯鹼和大麻）的售價也在下降。

第三節 英國毒品施用者處遇政策

英國對藥癮者的處遇充分展現醫療與公共衛生的觀點，滿足毒品施用者的戒治需求，減少藥物濫用行為對個人造成的健康損害，及對社會所造成的危害。從 1800 年代迄今對毒品施用政策、相關規範、處遇、毒品政策、政策效果和衍生問題分述如下：

一、施用毒品除罪化／犯罪化歷史簡述

(一) 第一及第二階段（1800 至 1920 年代／1920 至 1960 年代）：增加專業控制和制度發展

此階段發生的重要事件包括制定 1920 年危險藥物法（1920 Dangerous Drugs Act），此法象徵政府對古柯鹼流行係以懲罰回應；1926 年 Rolleston 的報告再次重申成癮的疾病模式，也再次肯定醫師開立支持性劑量鴉片類藥物作為治療方法的自由。

(二) 第三階段（1960 至 1980）：開設戒癮門診

毒品成為青少年文化的社會議題（Young, 1971），毒品施用主要是出現在倫敦；施用者包括學生、反叛分子和反文化的青少年。主要施用的毒品類型是大麻，不過在小族群（主要是青少年族群）施用海洛因有增加的現象。因此，從 1920 年起醫療專業獨立性開始崩解；但醫界還保有某些獨立性，像醫師可決定治療範疇。短期競相開立處方多以美沙冬為主，特別是口服型態。從 1971 到 1978 年，海洛因處方量降低 40%，多出現在 1970 年代初期。從初期階段開始，診所接受需開立長期海洛因處方的患者。也只有少數患者獲得允許能接受維持治療（Stimson, & Oppenheim, 1982）。

主要的治療類型是為期三個月的生理解毒，但戒毒門診僅接觸到小部分毒品施用者，主要是特殊海洛因施用族群；但不常見到多重藥

物施用者。這類人通常很難相處、有時會有暴力行為，過著不規律、不穩定的生活。整體來說，設立在倫敦以外城市的戒癮診所很少。

(三) 第四階段（1980 年代）：擴大社區為主的服務

擴大社區服務成為主導整體治療趨勢時，新一波的海洛因施用開始蔓延，促使政府再視成癮為生理問題；開立海洛因處方再次成為一個重要議題。在這個階段，家醫科醫師看診的患者中，有愈來愈多毒品施用者，不過大部分的醫師並不想提供長期照護，較偏向將患者轉介給專科醫師（Glanz, 1994）。

因為擔心 1960 年代初期藥物氾濫大規模捲土重來，社會安全部於 1984 年著手控制日益增加的海洛因處方，制定公共良好臨床實務（good clinical practice, GCP）。但此時海洛因的主要來源不是從醫療體系流出，而是非法市場供應大量增加所致。1975 年，通報到英國內政部（負責司法體系的政府部門）的成癮人口有 3,425 人，在 1984 年的通報人口上升到 12,000 人。後續 10 年間，通報人口進一步增加了兩、三倍。一般認為通報人數只是冰山一角。1980 年代因大眾對與毒品相關的犯罪和社會議題（以及貧窮者和更多工作階級團體）更加關注，政府對毒品施用採取更多懲罰措施。政府於 1985 年公告的政策文件—處理毒品濫用（Tackling Drugs Misuse），政策的主要目標在降低境外供貨、讓執法當局能夠有效地緝毒、維持有效的威嚇效果和緊縮國內毒品控制，發展預防和提升治療和重建計畫。1985 年的政策開始涵蓋治療和司法兩個面向，例如：保釋官在這個服務網絡中扮演更重要的角色。1986 年毒品走私犯罪法指出，政府進一步採取懲罰取向，象徵毒品治療的基層醫療和專業治療法的沒落。不過，也出現對立的趨勢。衛生部核撥重要的任務在於撥出經費建立以社區為主的戒毒服務（MacGregor, Ettore, Coomber, Crosier, & Lodge, 1991），特別著重倫敦以外的服務。在這一系列的服務中，社區精神科專科護理師在社區毒品團隊的影響力日增。其目的是要利用團隊作為鼓勵更

多家醫科醫師和其他各界好手，像公共衛生護理師和衛教者的參與，不過後來他們單純成為另一個層面的專業人士。

受到部分美國概念的影響及社會道德概念日益升高的現象，許多人愈形強調治療的目標是完全禁毒；兩者間的區隔是提倡傷害減量（1970年代志工操作實務的新名詞）。當時正是 AIDS 在英國蔓延開來，顯著影響此一爭論的成果。使得對毒品施用者懲罰的反應趨勢不再下滑的現象，並改變大眾對毒品誤用者的觀感。政府重視一般大眾可能感染 HIV 更甚為思考如何治療成癮者。圍堵、監督成為毒品政策和供應的主要議題。傷害減量一詞運用到政策設計，主要在吸引毒品施用者能接受治療並持續就醫。

（四）第五階段（1990年代）：社區夥伴關係與反毒政策

社區夥伴關係的基本原理是毒品濫用反映社會化失敗和社區解組，青少年毒品施用者，特別是在貧困地區，被視為是主要的社會問題；生活型態常有區域集中性，也依據區域問題來設計區域的解決方法。中央層級呼籲提升內政部、健康部教育和就業服務部、關稅和稅捐處等主要的政府部門的協調機制；在這樣的意識下再加上層出不窮的問題和國家財政持續吃緊，治療變得更便宜（或更符合成本效益）。醫療費用昂貴的診所和復健居所制度因過度昂貴而難以維持，但反常的是，成本並非是監禁毒品施用者考慮的因素，愈來愈多人強調「入監服刑有效」，對販賣和走私毒品者應處以強制、長期刑成為監獄人口的大宗，而圍堵毒品進入英國所費不貲。這說明任務小組的報告著重在省錢，主張將犯罪活躍的毒品施用者轉介至治療和照護系統，在那裏他們比較不會想、或有較少的機會犯罪。

1990年代初期，社區照護變革讓地區當局須負起支付照護和復健服務的費用。社會安全部決定減少住院照護的支出。當支付醫療服務的財政吃緊，對政府來說，將責任下放給地方政府的衛生和社會服務是比較便利的做法，因此形成政治問題。

其效果使得內政部的影響力大增，內政部至始至終都持有預防的責任。儘管刑罰還是主要管理吸毒者的工具，法官、警務人員和公務員呼籲採取預防手段的聲浪高漲。1995 年全民反毒（Tackling Drugs Together）為英格蘭毒品治療發展中的重要事件，此政策進一步強調預防和讓更多社區投入此項工作。有些概念是取自美國在社會政策上具有卓著效果的社區概念。其目標是讓更多有才能的人，像是醫界、社工界和護理界能再次投入此領域。針對治療藥物濫用者，家醫科醫師要求更高的給付。社區照護，像去機構化照護法，在提供少數族群居住或日間照護中心的費用更高。針對大部分民眾進行的預防宣導。地區層級的政策主要在於協助當地負責住居、社會服務、教育、規劃部門、警方、精神科醫師和其他毒品專科醫師執行經過協調的地區政策。全民反毒政策執行到 1998 年。此階段透過積極執法、提升進入治療管道，強調以教育和預防來強化社區的安全性，減少毒品相關的犯罪、減少年輕人認同和取得毒品，並降低與毒品相關的健康風險和其他傷害。

因此，英國的治療法具有多樣性和地區自由性的特色，遠遠超越其他國家。此舉在於了解毒品施用者其在英國各地和不同戒毒機構中需求間的差異。

（五）十年反毒政策（1998 至 2008 年）：處理毒品問題以建立更美好的英國（Tackling Drugs to Build a Better Britain）

這十年的政策之主要目標針對四類族群，分別是：（1）年輕人：旨在協助他們抗拒藥物濫用期能在社會中發揮所長；（2）社區：保護社區免受毒品相關之反社會和犯罪行為；（3）治療可獲得性：讓有毒品問題者能夠克服成癮問題，重新過著健康、無犯罪的生活；（4）毒品的可獲得：減少在街頭可取得非法毒品（UK Government, 2008）。

1995 年英格蘭政府公布施行的共同打擊毒品（Tackling Drugs Together）迄今已有些成果，當年的政策朝向正確的方向。政府的願景是建立一個健康、自信的社會，讓民眾免受到毒品濫用的危害；現

毒品施用者處遇及除罪化可行性之研究

行的方法是整合預防和執法兩方面。毒品問題不會單獨發生，通常與社會問題有關。政府試圖讓人人平等，讓領社會救助金者能有工作，並進行一連串福利國家的改革行動，包括教育、衛生、刑事司法和經濟。

長期來看，政府提倡反毒活動有所進展；相關的行動計畫必須集中在最大的治療需求和毒品的風險。所有毒品對人體都有害，執法單位必須持續打擊所有非法物質。聚焦在造成最大傷害的部分，包括海洛因和古柯鹼。

夥伴關係是新政策的關鍵要素，其奠基於已有的成果之上。在英國反毒協調者 Keith Hellawell 及其副手 Mike Trace 縝密回顧所有可獲得的資訊、諮詢 2,000 多人及相關組織後，形塑成未來十年的反毒政策。

(六) 持續十年反毒政策 (2008 至 2018 年)：減少需求、降低供給、促進復原，讓人們過著無毒生活 (Reducing demand, restricting supply, building recovery: supporting people to live a drug free life)

2008 至 2018 年英國政府正推動毒品管制策略十年計畫，由內政部主導整體策略推動，醫療部分則由衛生部負責。包含四大主題：(1) 保護社區；(2) 預防孩童、年輕人和家庭受到毒品迫害；(3) 宣導新式戒毒療法；(4) 提高社會大眾對毒品的認知。其毒品政策中關鍵治療行動包括：

- 1、由國家治療機構進行先導試驗和提供相關服務，戒毒治療服務朝向符合個人化需求規劃，提高戒毒者完成戒毒計畫的比例。
- 2、治療機構／就業服務中心／租屋服務有更密切的服務，協助施用者重建生活。
- 3、毒品施用者如欲獲得相關利益時，須與專業治療服務者共同討論治療內容。

- 4、以家庭為主治療服務旨在保護更多年輕人及其家人。
- 5、先導計畫規劃預算讓地區夥伴將資金整合起來，以減少毒品帶來的傷害。
- 6、獄中毒品戒治的主要改善，在確保監獄均能提供一致、品質更好的戒毒服務。
- 7、改善社會大眾對藥物成癮的認知，同時開發新式戒毒療法和預防方法。

二、毒品施用規範與除罪化／犯罪化毒品類型

（一）毒品施用規範

英國有關毒品施用主要規範為：（1）1971 年藥物濫用法（毒品分類）；（2）1972 年道路安全法規（Road Traffic Act）（不能安全駕駛的規範）；（3）1998 年犯罪與社會秩序法 Crime and Disorder Act）（規範藥檢與藥癮治療）；（4）2005 年毒品法（Drugs Act）（A 級毒品執法與治療）。

1、1971 年的藥物濫用法（The Misuse of Drugs Act [Amendment] Order 2012）：此法規範的藥物通稱為管制藥品，基本上此法規範的藥物分為 A、B、C 三級。A 級毒品包括：古柯鹼、快克古柯鹼、快樂丸、海洛因、LSD、美沙冬、甲基安非他命、神奇蘑菇、含有裸頭草辛脂（ester of psilocin）的神奇蘑菇和所有 B 級注射式的毒品。B 級毒品包括安非他命、巴比妥酸鹽類藥物、可待因和大麻。所有甲基卡西酮衍生物（包括 4-甲基甲基卡西酮[俗稱喵喵]、methyline, methedrone 和 MDPV。C 級毒品包括 anabolic steroid、微量鎮靜劑 GBL、GHB 和 K 他命等。

法律明定 A 級毒品是最危險的，藥物濫用法中明訂的犯行包括持有管制藥品、持有管制藥品並意圖供他人施用、生產、栽種或製造管制藥品、供應管制藥品、進口或出口管制藥品。此法意欲預防非醫療用途施用某些類型藥物。因此不只管制藥品（在醫療法中也有相關規

毒品施用者處遇及除罪化可行性之研究

範），也規範非供醫療用途的藥品，並賦予警察基於「合理懷疑」個案持有管制藥品，對其進行攔檢、拘提和搜索。

2、1972 年道路安全法 (Road Traffic Act)：此法規範在喝酒或服用藥物而無法安全駕駛時，開／騎車皆屬違法。此法規範的藥物包括非法毒品、處方藥物或溶劑。

3、1998 年犯罪與社會秩序法 (Crime and Disorder Act)：此法首次引入反社會行為令 (anti-social behaviour order, ASBO)，可強制個案接受戒毒治療和藥檢。

4、2005 年毒品法 (Drugs Act)：此法於 2006 年 1 月生效。主要是當警察有相當理由懷疑遭逮捕者施用 A 級管制藥品，可進行強制藥檢。不願進行藥檢者視為違法，藥檢呈現陽性者須接受強制戒毒治療評估。此法並將新鮮的神奇蘑菇納入 A 級管制藥品。在此法實施之前，僅是經處理或乾燥的神奇蘑菇為非法毒品。此法亦與毒品法規相連結，訂定反社會行為，因此給予反社會行為令者須接受強制藥檢和戒毒治療。

(二) 除罪化／犯罪化毒品類型

在英國 A、B 級毒品為管制毒品，1928 年，英國將大麻歸在 B 級毒品 (STEVE DOUGHTY, 2008)。英國的藥物濫用諮詢委員會 (Advisory Council on the Misuse of Drugs, ACMD)，負責審議相關管制藥品列管等級，如：2004 年起曾一度將大麻從 B 級毒品降至 C 級 (Travis, 2007)。因此施用量顯著下降 (Kirkup, James, Edwards, Richard, 2008)。不過在經過相關人等的研究，於 2009 年 1 月又從 C 級毒品改列為 B 級毒品。

1971 年的藥物濫用法對於管制藥物的製造、販賣和持有均有懲罰規定，該法中雖未對於施用毒品有懲罰規定，根據 1971 年的藥物濫用法，2001 年藥物濫用條例 (The Misuse of Drugs Regulations 2001)

中規範製造、持有和供應管制藥物執照，因此，無有效處方或執照而持有藥物者將被處與刑罰。

雖然在英國大麻是違法的，不過其罰則很輕，少量持有會沒收毒品並開給大麻告誡單，紀錄不會顯示在其前科紀錄中；依據操作手冊，如果在 12 個月內連續被開立大麻告誡單，就會遭到逮捕。大麻告誡單的開單對象僅限於 18 歲以上者。因為英國所簽屬的國際公約，該公約指出，開立大麻告誡單的程序不能適用於 18 歲以下者。處理 18 歲以下持有少量大麻者的方式是採非官方沒收大麻、告知家長或直接逮捕。

三、毒品施用者處遇

（一）附帶條件之保釋機制（Restriction on Bail）

英國政府對於毒品初次施用者之處遇方式，於 2003 年通過刑事司法條例（Criminal Justice Act），對於毒品施用的初犯（trigger offences），則使用附帶條件之保釋機制（Restriction on Bail），令毒品施用初犯必須接受毒品戒治處遇，作為保釋之附帶條件。不過，在降低犯罪之實際成效方面，似尚未有證據顯示 2003 年刑事司法條例的附帶條件之保釋機制能夠降低犯罪¹⁴。

（二）多元化戒癮治療

英國政府提供戒毒處遇之內涵，計包括：涉及戒毒處遇之建議及資訊、清潔針具交換計畫、諮商輔導、結構式之日間照護計畫、社區處方藥箋（含替代療法）、住院式之戒毒處遇、固定居住型之康復處遇。而戒毒處遇之內涵尚包括：對於毒癮者提供如何預防再次吸毒（relapse prevention）、更生保護之照顧計畫（aftercare programmes）、預防感染 B 型肝炎之接種注射（hepatitis B vaccinations），以及對於 B 型、C 型肝炎及 HIV 之檢測與諮商輔導（林健陽、陳玉書，2008）。

¹⁴ Peter Reuter; Alex Stevens. UK Drug Policy Commission: An Analysis of UK Drug Policy, 2007. www.ukdpc.org.uk/docs/UKDPC%20drug%20policy%20review.pdf.

（三）戒癮指導指南與治療制度

英國皇家醫學會和皇家精神醫學會出版的新版戒癮指導指南，強調提供戒毒／酒治療者應有整合技術和臨床專業知識的團隊來提供服務。指導指南清楚指出，適當的督導和臨床管理，對提供安全和有效的照護服務給戒毒者是很重要的。並協助相關主管當局、雇主和其他人，符合法律／規上的要求，以提供高品質的服務給尋求治療者，包括那些有複雜需要者。

在英國大部分地區，特別是英格蘭，有四階段治療制度。

- 1、第一階段為轉介一般處遇：提供資訊和建議、進行篩檢和轉介給更專業服務。
- 2、第二階段為轉介至開放式處遇：如家訪服務可提供建議、資訊、清潔針具等減害服務。
- 3、第三階段為專業醫師社區服務：包括處方開立服務、結構化日間住院服務和結構化心理處遇（諮商和社區為主的生理戒毒服務）。
- 4、第四階段為住院服務：包括生理戒毒和住院復健。

多數的結構化治療是在第三階段來提供，主要是透過社區為主的專科戒毒治療，復原和社會復歸是英國毒品政策的主要元素。在英格蘭和威爾斯，針對刑事司法體系中毒品者的毒品介入計畫，透過刑事司法處遇團隊提供許多以社區和監獄制度為主的治療和社會復歸服務。

（四）替代療法

透過專科戒毒門診服務提供毒品施用者替代療法（Substitution treatment），仍是英國鴉片類毒品施用者主要的治療模式。透過其他的安排之下，家醫科醫師也會一起提供相關服務。口服美沙冬是替代治療所使用的藥物，不過從 1999 年起也提供丁基原啡因。在英格蘭地

區醫師也會開立注射式的美沙冬；也有少數個案是可開立海洛因作為替代治療。

毒品濫用法第七條第三款賦予醫師權利開立管制藥品；第十條第二款（g）-（i）許可訂定相關管制和監督管制用藥處方的法規。毒品濫用法提供替代治療的法源，可由醫師、專科醫師和治療中心啟動治療機制。

四、近年毒品防制對策

（一）減少需求

單純治療毒品濫用的症狀是不夠的，處理犯罪和減少毒品對社會造成的危害和成本，需要減少毒品的需求。主要途徑包括；（1）對已出現依賴者，應要求他們停止持續施用毒品的行為，施用者及其家屬應支持施用者朝完全康復的方向去；（2）建立終生治療法以預防和減少對毒品的需求，其中包括：透過支持受毒品施用影響之家庭，打破跨世代成癮路徑；（3）提供品質良好的教育和建議，讓青年人及其家長都能獲得可信的資訊以積極抗拒物質濫用；（4）運用英格蘭公共醫療（Public Health England, PHE），鼓勵個案為自己的健康負責；（5）對青年人和甫成年者進行早期介入；（6）持續強化有效的刑罰約束以遏止施用毒品；（7）支持個案復原。

（二）毒品施用早期預防

何時開始是進行預防的時機？預防必須盡早開始，在生命開始初期即開始提供額外的支持可減少許多問題。全民健保(National Health Service, NHS)和PHE扮演重要的角色。例如：健康兒童計畫(The Healthy Child Programme)，是以支持兒童健康、發展、懷孕初期等所需的證據為基礎所設計的計畫。關鍵議題包括提供定期檢查、家長支持方案和健康促進指導方針。為了確保有能力提供這樣的機會給每個青少年並提供他們所需的額外協助，預計在 2015 年前能夠多招募 4,200 位健康訪視員。特別支持有最複雜需要的家庭，讓他們的小孩

能贏在起跑點。2012 至 2013 年，所有 2 歲的弱勢兒童每週接受 15 小時的早期教育和照護；持續提供這樣的支持給 3 至 4 歲的小孩。安穩起步 (Sure Start) 計畫將再次聚焦在提升弱勢兒童改善生活的機會，包括提供現金維持生活。家庭護理合作計畫 (Family Nurse Partnerships)，從母親懷孕初期到小孩 2 至 3 歲為止，開始提供密集、結構式的支持，讓身處易受傷害家庭的雙親具備為人父母的能力 (Barnes, Mog, Meadows, Belsky, and the FNP Implementation Research Team, 2009)。

(三) 複雜問題家庭脫離複雜環境的國家計畫

為整個問題家庭量身訂製、提供滿足他們的需要有效的方案，預估每年每個家庭需要 49,000 英鎊 (Kendall, Rodger, & Palmer, 2010)；資金來源從中央轉移到地區，讓地區夥伴的合作關係更緊密，並將資源投入到有需求的地方。此外，從 2011 年 4 月起在 16 個地區訂定社區預算 (Community Budgets) 計畫。由各部門投入的資源能讓社區提供更好的成果給所需的家庭。政府傾向在 2013-14 年間能推動全國的社區預算計畫。

(四) 毒品預防教育

民眾所需要的是毒品教育和資訊，所有年輕人需要高品質的藥物和酒精教育，完整了解藥物和其所帶來的影響和傷害，並有技巧和自信來選擇不施用毒品和喝酒。

1、民眾預防

政府要求民眾須為自己的行為負責，並能了解這些行為帶來的後果。FRANK¹⁵是英國政府第一個採取行為模式的毒品防制運動；此服務

¹⁵ FRANK 是國家毒品資訊服務的網路和電話服務，提供毒品施用者、家屬朋友和照護者毒品相關的資訊(包括毒品、揮發劑濫用)。為一全年 24 小時無休的服務。取 frank 原文中可暢所欲言之意，如同台灣的自殺安心專線中取有“995”之意涵。參見

已成功提供資訊和建立評估架構。在毒品政策的發展過程中，持續改善這個方法。透過 FRANK 服務，任何人，不論幾歲都能獲得毒品帶來的影響和危害之正確且可信的資訊。如果個人、小孩、或他們認識的人是毒品濫用的高危險群，他們有獲得建議、資訊和支持的管道。約三分之一的人曾打電話到 FRANK 的協助專線，許多則是父母親打來求助的（FRANK Helpline Annual Report 2009-10）。

2、學校預防

學校在預防藥物和酒精濫用方面有著非常清楚的角色，確保學校成員有資訊、建議和權利，包括：（1）透過 FRANK 服務，提供給教育成員正確的藥物和酒精資訊；（2）以更廣泛的搜尋和沒收方式處理學生在校的問題行為。在校發現有學生有交易毒品行為時，確保導師能對這樣的學生能採取易上手的行動；以及（3）與地區志工組織警方和其他組織合作，預防藥物或酒精濫用。

強化替代方式的品質，包括利用志工和社區團體的專業，讓學校能訂定適用該校的方法。募集資金以最有效的方式服務所有學生。在網路上分享學校的成功經驗、相關的教材和課程計畫，以及提升有效的實務做法。也修正、簡化毒品和酒精濫用預防指導方針，來協助學校進行預防工作。補助款能解決各校資金不平等的問題。學校有自主權能運用創新的方法縮小影響弱勢背景學生在學校成就上的差距。健康校園(Healthy Schools)計畫的目的也在於提昇學生的健康和福祉。

所有年輕人在 18 歲之前可直接接受教育或訓練。當參與者的年紀愈來愈大，則確保大部分弱勢族群青年都可獲得財務上的補助，讓他們能在成人期有很好的開始，並讓他們準備好進入職場或接受高等教育。大專院校和其他教育體系也是非常重要的，因為上百萬年輕人和甫成年人者在生命中最重要時刻，就是在校接受教育或訓練。

3、地區性預防

從地區層級發展出最能滿足各種不同需要回應的方式，並採具有國家一致性、證明有效的方法。撥經費給地方相關單位，包括成立單一早期介入獎助金，在 2014–15 兩年大概會有 20 億英鎊。這能整合預防和早期服務的經費來源，讓地方政府有彈性的規劃能有效地將資訊和服務傳遞到這些易受傷害團體。許多以家庭為焦點的介入方法最能預防青少年的藥物濫用。地區目前已經使用許多以家庭為焦點的介入方法。

許多地區的首長重新設計提供的服務，以回應多重問題家庭的需求，以免束手無策，使用實證基礎的家庭支持方案預防未來出現其他問題。密集式的家庭介入方法具有高度成本效益，預估每年投資 1 百萬英鎊，可使地區當局和州政府成本節省 250 萬英鎊(Kendall, Rodger, and Palmer, 2010)。對大部分易受傷害青少年來說，地區性、多機構的照護模式—包括治療、住宅、教養和教育的支持都是需要的，確保對成年人的服務過渡期的任何安排在地區層級上也是有效的。

(五) 相關立法、量刑和轉介／轉向計畫

1、結合刑罰的社區處遇

雖然部分受刑人仍需處以監禁，在立法和量刑的架構上，必須協助法院讓法官了解毒品處遇有那些選擇，除了入監之外，何種處遇有助於犯罪人處理毒品或酒精依賴問題。毒品復健要求 (Drug Rehabilitation Requirements, DRR) 提供法院透過犯罪者管理、治療和藥檢等，在社區中處理藥物濫用和許多問題，如：成人犯罪者健全和選擇性方案，強化成人的社區處遇制度；結合毒品和藥物要求與其他處遇選擇性，例如：社區服務 (Community Payback) 結合健全的徒刑制度，確保社區每人都可看到刑罰。

對許多毒品犯而言，監獄或許不是克服成癮和犯罪行為最好的地方，因此，持續支持各地發展毒品介入計畫 (Drug Interventions

Programme, DIP)，以確認每次犯罪人與刑事司法體系接觸時，都有鼓勵犯罪人尋求協助和復原的機會；鼓勵這些毒品或酒精成癮者進入社區中，提供以復原為焦點的服務；其主要作為包括：（1）在社區發展和評估治療為主的替代方案，以取代住宿隔離制度；（2）於 2014 年前使拘留所和法院都有聯繫窗口和轉向服務；（3）將易受傷害年輕人少年轉向處遇，在逮捕個案時，將有複雜需求青少年進行有效的轉向；目前正思考如何擴大這樣類型的計畫。

2、矯正機構中的處遇

司法部綠皮書「打破循環：有效處罰、復健和犯罪者量刑」（Breaking the Cycle: Effective Punishment, Rehabilitation and Sentencing of Offenders）中（Ministry of Justice, 2010），其先導計畫以監獄受刑人為對象，完全禁毒為焦點，於成人監獄中提供毒品中復原的服務（drug recovery wings），鼓勵更多徹底擺脫毒品和酒精問題者能成為復原競賽（Recovery Champions）的一員，成為新一批需戒毒、戒酒者的導師。從 2011 年 4 月起，衛生部承擔募集在監獄和社區中所有毒品治療經費的責任，支持政府提升英格蘭毒品戒治服務的共同任務；此舉促進更多跨部門合作，以協助毒品依賴個案復原。

3、社區中建立復原機制

政府與因毒品或酒精依賴者一起面對問題，並提供所有的機會給他們，期望他們能夠漸進性的解決這些問題。過去十年英國政府投資在毒品治療體系，主要在於建立醫學界治療成癮的能力，讓有此問題者接受治療，並有充分的時間協助他們重獲健康。

4、個別化復原治療歷程

支持個案過著無毒生活是復原系統的宗旨，復原是個人化、以個人為中心的歷程，復原包含三個涵蓋範圍廣泛的原則—民眾健康、維護公民權利和不受成癮束縛的自由。這是一個非常個人中心的歷程，

因為每個人的治療歷程會面臨不同的問題，因此，將個體放在復原系統的核心，地區層級的治療單位願意提供許多服務，來提供客製化的照護和支持系統。最終的目的是讓個人能擺脫成癮，這也是絕大多數接受治療者進入毒品治療的目的。

5、社區替代療法

不論是在穩定毒品施用和支持生理解毒部分，替代療法在治療海洛因依賴上仍有著舉足輕重的地位，在醫療協助的復原計畫中不可或缺的。許多接受替代治療者仍保有工作、有正向的家庭生活、不再為了取得非法毒品而犯罪。

6、提升藥癮者復原力

個人的「復原資本」一所需開始進入復原歷程的資源和持續維持復原狀況。是預測復原的重要因子，這包括的要素有(Best, and Laudet, 2010)：(1) 社會資本—個人擁有的人際關係（例如家庭、伴侶、兒童、夥伴和同儕）。這包括人際關係提供的支持，和因為這些人際關係讓他們願意承諾並認為擺脫成癮是自己的責任；(2) 生理資本：例如金錢和安全的居住環境；(3) 人類資本—生存技能、身心健康和穩定的工作；以及(4) 文化資本：個人的價值觀、信仰和態度。政府與個案共同努力的支持性服務，可協助個案復原力和找到這些資本。

由公共衛生局長負責指揮和監督毒品和監禁治療服務，傳遞公共衛生成果，並與警察和犯罪部門專員（Police and Crime Commissioners PCCs）、就業和居住服務處、監獄和保釋官等其他地區機構合作，增加藥癮者復原成功的機會。其主要作為包括：

- (1) 與地區連結並由地區主導：地區可自由設計和加入委員會機構，以確保他們符合地區需求，包括刑事司法系統的要求。
- (2) 競爭性的償付和獎賞：績效評比透明化和提供戒癮成功者獎金，贏得競賽的地區機構和照護提供者將會得到獎勵。

- (3) 績效評比透明化：以地區特性評比效能，如：支持地區負責透過一致性的資料、持續更新的臨床準則、獲得資助和發展技巧等活動獲得的主要成果。亦將地區居住環境和就業市場列入考量時，分析影響復原因素的變異。

五、政策效果

(一) 青年戒癮治療有其效益

經濟學諮詢公司 (Frontier Economics) 2011 年 2 月的「提供給青年朋友的毒品和酒精成癮專科服務—成本效益分析」發現青年人治療的立即及長期利益。治療的立即益處是與毒品和酒精相關的犯罪程度下降，與毒品和酒精相關的住院和死亡人數也降低。治療的長期效益是年輕人出現和成人一樣物質濫用問題的可能性降低，使得預期成本會下降，提升青年人與教育的連結和在勞動市場的成果。

(二) 結構性治療使超過 40% 戒癮者克服問題

最新的資料顯示，在 2010—11 年有 64,994 個案依舊接受治療，其中 27,969 個案 (43%) 在完成 12 週治療後仍持續接受治療，被定義為克服依賴問題。這些個案完成治療離開醫療體系，其中鴉片類個案需要進行每半年的檢視，49% 個案從吸食非法鴉片到完全禁毒，24% 則被歸類到確實有進步的一群，還有 2% 的人情況每下愈況。只在 2010—11 年中，60% 施用快克古柯鹼的個案接受每半年的檢視，其中 60% 完全不再施用快克古柯鹼，7% 個案則有進步，2% 的個案則狀況惡化。

六、面臨問題

(一) 大麻政策爭議不斷

在調整大麻的類別之前，有些評論者主張，減輕對施用者的罰則可能會增加施用量，因此會有更多精神健康問題 (Phillips, 2004)，

毒品施用者處遇及除罪化可行性之研究

但大麻施用的相關報告則指出，即使將大麻重新升級為 B 級毒品，施用程度仍不是很普遍(Roe, 2005; NatCen/NFER, 2006)。2001 年 Brixon 實驗，指示警務人員不用逮捕持有大麻者的作法，反而以開立告誡單和沒收毒品的方式來檢視節省警方勤務時間。評估實驗成果發現，確實能鬆綁警務人員的時間，警務人員勤務時間則用來處理 A 級毒品 (PRS 2002)。政府引用這項實驗來證明將大麻降級為 C 級毒品決策的正當性。這也是受到爭議的一點，後來內政部部長 Charles Clarke，在 2005 年大選前訂定一項檢視策略。內政部 2005 年報告(Home Office, 2005b) 指出，將大麻降為 C 級實施後第一年，逮捕持有大麻者的人數為史上第三低，節省了將近 199,000 警察勤務時數。2006 年 1 月，接納藥物濫用諮詢委員會 (Advisory Council on the Misuse of Drugs, ACMD) 和警察首長協會的建議，將大麻依舊列在 C 級毒品之列。

2008 年政府進行研究，以了解將大麻從 B 級降為 C 級的影響，2009 年 1 月 26 日正式將大麻重新歸類為 B 級毒品 (number of people)。大麻應歸屬 B 級或 C 級一直是具爭議性的問題；毒品濫用諮詢委員會的主席 Nutt 博士在學術期刊中發表的文章指出，大麻的危害性較酒精和香菸低，2009 年 9 月，內政部部長 Alan Johnson 要求 Nutt 博士辭去主席職務，部份委員會也辭職抗議；2010 年 9 月 18 日警政署毒品防制委員會主席 Time Hollis 表示，他不希望逮捕持有少量大麻或其他物質者，並將該行為犯罪化。2010 年 9 月 20 日自由民主毒品政策改革創立者 Ewan Hoyle 表示，政黨應支持大麻合法化 (UKPA, 2010; Townsend, 2010)。

(二) 毒品人口仍高

英國目前是歐盟國家中毒品施用和毒品依賴人口最高的國家之一，相關研究顯示，些許證據指出，一個國家的毒品政策對毒品施用者和毒品依賴者會有什麼樣的影響，反倒是文化和社會因素才是更為

重要的因素；英國與毒品相關的死亡人數在 1996 至 2001 年穩定成長，在 2001 至 2003 年有下降的現象，但 2004 年以後則有逐漸上升趨勢，2004 年有 1,877 件，2005 有 1,980 件，2006 年有 2,036 件，2007 年有 2,231 件，2008 共有 2,569 人。男性因毒品相關因素死亡的比率為 79.1%，超過四分之三平均死亡年齡為 38.9 歲。

英國毒品問題主要以海洛因和古柯鹼造成的危害最大，大約 1,130 萬英國人一生中曾經吸食過毒品，嚴重危害毒品施用者的身體和心理健康，更衍生許多與毒品有關的犯罪問題。2007 年接受社區戒毒的毒犯將近 16,000 人，另外還有 6 萬人是透過司法體系進行戒毒；其中約三分之二屬於海洛因成癮者，6% 為古柯鹼粉末吸食者，另 6% 具有「快克古柯鹼」毒癮。估計施用第一級毒品每年耗費英國司法和醫療體系 154 億英鎊。近年來則有越來越多的毒品施用者傾向使用一種以上的毒品，如：併用鴉片類（opiates）和快克（crack），吸毒的趨勢逐漸轉向多重藥物濫用（poly-drug use）¹⁶。

（三）毒品政策效果與資源分配問題

英國政策分析報告（Reuter, Stevens, 2010）評估的是政策的邊際效應而非其整體影響，判斷毒品政策每個要素的有效性，而不是與決定公共價值標準來比較。例如，質疑對毒品施用者處以長期刑的有效性和提供更有正向的治療評估，而建議重新分配資源，將監獄的資源撥給治療的益處會更高。有些人基於國家利益建議完全排除監禁的做法，或增稅來擴大治療範疇。

（四）毒品犯罪逮捕效果難以評估

1990 年代初期在藥物濫用法之下遭判刑的犯罪人顯著增加，於 2004 年將大麻調降為 C 級毒品看起來使得施用被捕罰款的金額大幅度下降，和其他類型犯罪刑期也下降（包括絕對和有條件的釋放）。2004

¹⁶國科會駐英科技組（2009）海洛因及古柯鹼成癮者療法。資料來源：
<http://mepopedia.com/forum/read.php?127,1072>

毒品施用者處遇及除罪化可行性之研究

—05 年間，在英格蘭和威爾斯有 85,000 人因毒品犯罪而被逮捕(Ayres and Murray, 2005)，蘇格蘭警方紀錄 42,000 件毒品犯罪 (Scottish Executive 2005c)。

現行的刑罰期望能藉由懲罰來遏止持有毒品，但很難評估這項主張的成效，因為沒有任何與事實相反的例子（例如要找到一個與英國有一模一樣毒品政策制度的國家，但藥物濫用法不同的情況下，來比較兩者的毒品政策成效），能比較刑罰對毒品施用的威嚇作用。許多國家增加對持有毒品的刑罰，但其毒品施用率卻未明顯下降。

第四節 荷蘭毒品施用者處遇政策

一、除罪化／犯罪化歷史簡述

荷蘭毒品政策與其他國家很大的歧異，了解荷蘭以獨特的方式處理毒品的發展，在整個毒品政策發展史的過程中，荷蘭與西方國家為何出現歧異？是很有趣的議題；本章首先簡要介紹荷蘭毒品施用政策的發展：

（一）19 世紀初期至中期：傳統和理性醫療模式

自我醫療到 19 世紀末在荷蘭是非常常見的，大部分的人都不曾看過醫師；Verdoorn (1981) 指出，19 世紀荷蘭社會出現兩種醫療模式：「傳統」和「理性科學」醫學模式；這兩種獨立的團體，各自在自己對疾病和健康看法的文化模式下到 1880 年前都並存，之後兩者才開始整合；「傳統」和「理性科學」的治療方式逐漸開始整合，此趨勢持續到 20 世紀。

鴉片在「傳統」醫療模式扮演重要角色，19 世紀大眾醫書記載許多搭配鴉片的處方。例如，病人牙痛，就在中空的牙齒中放入一片鴉片來止痛，若病人有痔瘡的話，則以含罌粟油的通腸劑就可治癒痔瘡 (Oslander 1854)，在 19 世紀中期，使用鴉片並非禁忌。19 世紀後半期，有許多專利藥品（常稱為特色藥）含有鴉片、古柯鹼或大麻，成為「傳統」醫療的一部分。在「理性科學」醫療實務中也常用到鴉片。事實上鴉片是當時唯一具有止痛效果的藥物。在 19 世紀中期，以皮下針注射嗎啡是「理性科學」醫療的應用，因此形成一群新的成癮者。由於「傳統」醫療在荷蘭的重要性，較少民眾會出現因「理性科學」醫療出現成癮問題（像是採用皮下針）；相對的，民眾會喝鴉片酊或含有鴉片等特色藥。

（二）19 世紀末期：殖民地毒品生產和交易

直到 19 世紀末期荷屬東印度群島，施用鴉片作娛樂用途已有相當長的一段時間，事實上，當地居民吸鴉片導致荷蘭數百年來獲益的主因；Vanvugt（1985）指出，荷蘭在銷售和施用鴉片的地位取決於銷售大麻為國庫帶來的收入。當租賃鴉片的利潤下降程度很明顯時，政府決定由國家在荷屬東印度群島獨家銷售和買賣鴉片，國營獨佔事業被稱為國家專賣制度（regie-system）。

從租賃制度過渡到國家專賣制度引發爭論，聚焦在三個主題：（1）走私到荷屬東印度群島的鴉片問題；（2）施用鴉片可能造成的傷害；（3）租賃制度過渡到國家專賣制度。直到 20 世紀起，鴉片帶來的利益過多使荷蘭政府無法採行禁止措施。荷蘭代表於 20 世紀初開始出席國際鴉片會議，但荷蘭不願與國際一起合作管制毒品是意料中的事，因為此舉將對荷蘭國庫造成重大損失。

（三）1909 至 1919 年：國際鴉片會議和鴉片法

1909 年美國提議在上海召開委員會，討論國際鴉片貿易及殖民地施用鴉片的現狀。除了美國之外，當時出席的其他與會國似乎不關心國內施用毒品的情形，荷蘭同樣的也未注意到國內毒品濫用的事實。1911 年在海牙舉辦的會議將上海委員會的建議轉化成實際的立法行動。終於，荷蘭於 1912 年舉辦首次國際鴉片會議—海牙鴉片會議。此次會議大部分都在討論訂定規範生產和銷售鴉片和古柯鹼法規的指導方針。在第九條中要求與會國制定相關法規，僅能販售醫療用途鴉片和古柯鹼，這也是目前討論到最重要的一點。該條文成為 1919 年荷蘭鴉片法的基礎¹⁷。

¹⁷ 荷蘭鴉片法於 1919 年生效。該法規範鴉片、其萃取物和古柯鹼。鴉片法禁止製藥、銷售、加工、配銷、進出口和持有意欲銷售他人的毒品。由於 1925 年簽訂國際公約於 1928 年修改鴉片法。1928 年修法後將大麻和古柯鹼萃取物納入管轄範圍。此外，刑罰也加重。

(四) 1919 至 1960 年：選擇性執行鴉片法

荷蘭於 1919 年訂定鴉片法後，毒品運送和交易成為非法行為；儘管透過許可制度，有些企業仍可能參與毒品交易，似可避免大規模的走私行動。但在意料之中的，鴉片法實際上無法遏止毒品走私。大眾傳媒一再抱怨政府缺乏有效的緝毒方法。例如在 1921 年，藥理學週刊（the Pharmaceutical Weekly）預估「荷蘭不久將成為地下鴉片和古柯鹼貿易的中心。」

在戰爭結束後剛開始幾年，政府並未注意到毒品施用的現象，毒品執法當局僅觀察到娛樂性施用毒品案件不多；幾乎沒有人注意到警方紀錄中曾逮捕施用毒品的案件，和沒收被捕者之古柯鹼和嗎啡量；當時也可容忍當地中國人抽大麻。不過起訴走私數公斤鴉片的中國籍船員。在二次大戰前，在荷蘭幾乎看不到大麻的蹤跡。二次大戰後，大麻煙的交易量增加。不過警察卻無能為力，因為持有和販賣毒品是合法的。1953 年鴉片法規定持有大麻是非法的；1955 年起，首次逮捕走私和施用大麻者。

(五) 1960 至 1970 年：毒品氾濫使政策趨嚴

荷蘭在 1960 年代對毒品施用和毒品政策有了不同的做法，常見的是大麻，其次是安非他命，在這段期間，警方密集緝獲許多大麻或印度大麻，刑罰也相對較嚴厲，持有最少限制量的施用者會被處以幾個月有期徒刑。不過鎮壓式的作法無法遏止迅速竄升的大麻施用量，特別是在 1960 年代的青少年文化中（像 Provos 劈頭族或嬉皮）。1965 年首次從英國進口大量 LSD，施用情形迅速蔓延開來。1966 年，媒體一波引起社會轟動的報導助長民眾害怕 LSD，不到兩個星期的時間，鴉片法迅速的把 LSD 和另外兩種迷幻藥納入管制。

1960 年代，青少年施用鴉片的情況也愈來愈普遍。在那段時間，或多或少可容忍中國鴉片館的存在。不過當荷蘭青少年開始到鴉片館買鴉片時，政府針對吸食和注射鴉片進行鎮壓式的政策，此一情況持續到 1972 年大量海洛因叩關。

(六) 1970 迄今：Baan 委員會與毒品雙軌政策

1967 年起有愈來愈多娛樂性毒品施用的情形，因此荷蘭政府意識到需要一套不同的毒品政策。1968 年指派 Baan 委員會負責重新評估荷蘭的毒品政策。Baan 委員會的建議報告形成現行荷蘭毒品政策的哲學和法律架構。該份報告清楚劃分軟性毒品（像是大麻和印度大麻）以及硬性毒品。一般認為軟性毒品較無害，政策上不處理施用者和販賣者。硬性毒品成癮則被視為是一種疾病，政府也決定仍維持硬性毒品是違法的政策。該份報告贊成「雙軌」政策，對成癮者採取醫療取向，對大規模販賣硬性毒品者採刑事司法取向。

荷蘭對硬性毒品的政策最重要的一個基礎是由 Baan 委員會所奠定的，即是強調對施用者採取醫療社會照護。在此列出三個不同的理由：（1）荷蘭社會有套完善的社會立法和良好的醫療照護系統；（2）由 Baan 委員化規劃的硬性毒品政策並未顯示出在毒品政策上的激烈變革，相對的是一種既存制度的調整和細緻化；（3）Baan 委員會提出報告時荷蘭並沒有吸食海洛因的問題。

政府決定持續進行咖啡店前導計畫（coffee shop pilot projects），以對抗大都會地區民眾的反感；在執行的這些計畫都會測量其有效性，如：鼓勵小規模的咖啡店、拓展咖啡店開店量、新穎的執法方式、在咖啡店引入特殊的身分辨識系統、對咖啡店店主有更多的要求、交通執法測量方式、處理非法販售點和與外國毒品旅遊業溝通等。其具體作為與問題包括：

- 1、修訂後的鴉片法禁止販賣種植大麻相關用品的大麻植物園藝店。
- 2、於2010年成立專家委員會，負責鴉片和各種毒品的分級。
- 3、在不能安全駕駛方面，修訂後的道路管理條例（Road Traffic Act）送交下議院審議，規定施用任何毒品後受到毒品的影響而無法安全駕駛者，禁止駕駛汽機車，並訂有相關標準（Section 8 of the 1994 Road Traffic Act section 1）。

警方若懷疑駕駛人吸毒後開車，有權進行毒品檢測。例如車禍事故雙方都可能須接受檢測。若吸毒後開車造成意外且導致身體傷害，此施用毒品行為是種犯罪行為，會被處以最高刑期三年的有期徒刑（若是致死事故的話則可處以九年有期徒刑）。吊扣駕照是常見的處罰方式（最高可吊扣五年）。

- 4、在荷蘭部分地區，在俱樂部、舞會等地方仍執行零容忍的毒品政策。像是在阿姆斯特丹附近的Schiphol國際機場，長久以來執行零容忍毒品政策，禁止搭機旅客攜毒。
- 5、施用快克但未施用鴉片者有上升的趨勢。
- 6、田野調查研究顯示，問題快克使用者平均來說較問題鴉片施用者年輕，接受治療的比率較低。

2004 年，將大麻除罪化的新法在馬斯垂克和愛德華文市試辦，2012 年新增阿姆斯特丹為試辦城市。新法規定，只有俱樂部註冊會員可到大麻咖啡廳，荷蘭的規定則是必須年滿 18 歲才可加入會員，但禁止外國人（包含所有其他歐盟國）註冊成會員。過去幾年來，毒品旅遊和四輕大麻酚(tetrahydrocannabinol,THC)濃度較高的大麻曾為荷蘭帶來大量旅遊商機，但目前卻朝向緊縮政策；例如：在 2011 年底開始禁止咖啡店販賣大麻給觀光客，2011 年 10 月，荷蘭政府將新法送交議會審查，新法規定 15%THC 或濃度更高的大麻將被列為硬性毒品。

二、毒品施用規範與除罪化／犯罪化毒品類型

（一）毒品施用規範

1、鴉片法

在荷蘭，有些法直接與毒品相關，不過有些涵蓋面向更廣的法律也與非法毒品有關。荷蘭管理毒品的主要法規是鴉片法。此法源於 1912 年荷蘭參與海牙國際鴉片公約後所訂定的法規。新法於 1928 年生效，此法於 1976 年進行修訂，修訂後的版本沿用至今。修訂的鴉片法版本中確定依照政府「麻醉藥品工作小組（Working Group on Narcotic Drugs）」建議報告中所提，將毒品區別「硬性」和「軟性」

毒品。此工作小組引進一套以醫學、藥理、社會學和心理學資料整合而成的「風險量尺」。

因此 1976 年已可接受的健康風險來作為區分點將毒品分為硬性毒品及大麻製品（或稱「軟性毒品」）。2007 年修定鴉片法（article 13b）生效。地方當局可因其販售非法毒品使用鴉片法第 13 條 b 款關閉公營或私人咖啡店，作為最終的懲罰。咖啡店內販售大麻是容許的。為了符合歐盟架構，在走私非法毒品的部分訂定構成犯罪行為和刑罰的最低標準。2006 年二級毒品的部分交易之最大刑期從原本的 4 年增加到 6 年有期徒刑，或處以一定金額的罰金。在鴉片法的架構下，進出口任何管制毒品皆被視為嚴重犯行。硬性毒品走私的刑期將高達 12 至 16 年有期徒刑。相對的，進出口任何量的大麻最高刑期是 4 年有期徒刑，和／或 67,000 歐元罰金。政府在政策制定和執行上，一方面制定進出口的懲罰，但對銷售則有不同的做法（在某種程度內容忍少量的買賣行為），不過這些行為都被視為是「交易」，但荷蘭毒品法並未清楚說明是否確切處罰「交易」。

2、相關的健康和社會福利法

其他針對毒品施用行為和毒品施用者另訂有相關的健康和社會福利法。逮捕和持有少量供個人施用毒品之人視為犯罪者並非是執法部門的首要任務。其他與毒品相關的法律包括集體性預防和公共衛生法、初級教育法、中等教育基教育法、照護機構品質法、醫療法。執法方式包括提供給主動與警察或司法機構聯繫機會，能透過「緩起訴」的制度下讓其接受治療。成癮者刑事照護機構法於 2001 年 4 月生效，此法讓法院能讓有前科的成癮者進入特殊機構接受最多兩年的密集治療。2004 年，累犯罪者安置於特殊機構法生效，此法指的是前科累累的犯罪人，不是成癮者；從 2004 年起，成癮者之刑罰照護機構法與累犯罪者安置於特殊機構法整合。

（二）除罪化／犯罪化毒品類型

2004 年軟性毒品（大麻和印度大麻）除罪化，硬性毒品仍維持犯罪化的情況，不過 THC 濃度超過 15% 的大麻被歸類成硬性毒品。附屬在鴉片法中的非法物質分為兩級：物質中有無法接受的風險和其他物質兩類。區別等級會影響非法毒品的查緝：以二級毒品來說，犯行的刑罰會比一級的輕。第一級：毒品中含有無法接受的風險，分為 a、b 與 c 三級：（1）Ia：包括其他鴉片類物質、古柯鹼、大麻油；（2）Ib：可待因；（3）Ic：安非他命和 LSD。第二級：區分為 IIa：包括鎮靜劑和巴比妥酸鹽類和 IIb：包括大麻

三、毒品施用者處遇

在荷蘭，毒品施用者不被視為是犯罪人，而是需要協助改善其生理及心理健康的病人；毒品施用是公衛議題，其權責單位為衛生、福利和運動部及司法部。

荷蘭的毒品政策有四個主要目標：（1）預防娛樂性毒品施用並治療娛樂性施用毒品者；（2）降低毒品施用者面臨的傷害；（3）減少毒品施用者對社會秩序的擾動及維持鄰近社區的安全；（4）積極查緝娛樂性毒品走私和生產。

（一）戒癮服務

荷蘭每年花費在戒癮設施的經費超過 1 億 3 千萬歐元，五成以上是直接用在成癮者身上；荷蘭訂定大規模的需求減害計畫，全國約有 25,000 至 28,000 位硬性毒品施用者，八成以上都能接受戒癮服務。過去幾年來硬性毒品成癮人數呈現穩定，平均年齡上升到 38 歲，看起來這是個正向趨勢，而荷蘭與毒品相關的死亡人數仍舊是歐洲最低。

另一個概念是累犯機構處遇（Placement in an Institution for prolific offenders, ISD），其前身為成癮者之刑事照護機構（Penal Care Facility for Addicts, SOV）。適用於累犯，且大部分的累犯都是硬性毒品施用者。此目標是保護社會免受到累犯屢次犯案危害社會，其最高刑期為兩年；同時也會提供給犯罪人行為處遇以減少再犯

刑事案件；若是成癮或心理問題，亦提供相關治療處遇。ISD 犯罪人會進入正常的刑事監禁機構；處遇的中心要素是以個人為導向，由司法和照護機構合作進行。

（二）預防、照護和治療

在預防方面，荷蘭政府營造出發展、執行和評估預防計畫，以校園毒品預防架構三法為例：（1）初級教育法：提倡健康的生活是國民小學的義務（WBO 第 9.1 條 h 款）；（2）集體預防和公共衛生法：提供大城市及其健康照護服務，依據該法負責執行青少年健康風險的集體預防。（3）初級中學基礎教育法：營造出範圍更廣、更現代化的教育，健康促進的議題也包含於其中，並在這此法下發展出健康學校和物質計畫。

在照護方面，1996 年 4 月 1 日照護機構品質法生效。此法開始啟動照護創新歷程，政府非常關注這個議題，設立有適當照護目標的「麻煩照顧機構」，以及提倡現有成癮照護系統和更有效利用現有資源兩種方式，來照顧到這些麻煩的成癮者。提供機會給個案能由一機構轉往下一個機構，後續照護的機構的治療目標與先前治療成果是一致性的。

2009 年荷蘭成癮照護在過去幾十年來穩定的發展。主要的發展是成癮照護專業化，特別是以品質管理計畫 Scoring Results；且與其他科別合併，通常是與精神健康照護合併促成 13 個大型的區域型組織。2009 年成癮醫學專長的照護知識中心促使新的發展；並且與日常成果監測（Routine Outcome Monitoring）合作一起找出績效指標。不過，在慢性（複雜）成癮照護、治療古柯鹼問題和線上治療都有顯著改善。

在治療方面，遭逮捕的毒品成癮者可選擇治療來暫停預防性羈押的進行，只要成癮者接受臨床治療並完成所有療程；只要他們服滿一半的刑期，將獲得法官許可離監，盡快進入一個戒癮中心接受治療，其最高刑期為 6 個月（Article 47 Prison Regulation）。此外，部

分刑期將會以其他替代處分來代替：像是完成一定時數的社會福利工作，並由觀護機構負責監督這類替代刑罰的執行。

再者，監獄系統也設有成癮諮商部門，主要提供毒品成癮者幫助，以刺激他們產生動機接受進一步的治療；東荷蘭成癮照護機構（The East Netherlands Institute for Addiction Care, IVON）負責設立和經營司法成癮門診（Forensic Addiction Clinic, FVK），為犯下數罪且過去曾有數次治療失敗紀錄的問題成癮青少年，提供治療服務。

（三）訓練和教育

2009年12月3日，首批18位成癮專科醫師在Radboud University Nijmegen完成成癮醫學專科訓練，包括理論和實務階段，此一專科訓練是歐洲第一個專科訓練。同時，也展開成癮心理師的專業訓練。在2008年由高等職業教育（InHolland）建立官方網站（www.verslavingskundeplein.nl），此為學生、教師、專家和研究人員的資訊和教育入口網站。網站由五個群組組成，包括資訊、溝通（像是論壇）、知識、學習和發展。這象徵為所有毒品預防、治療和照護以及毒品政策專家舉辦虛擬會議（Buisman, 2009）。

（四）成癮照護監測系統

負責荷蘭成癮照護的機構中有三個，他們採行的治療模式是其他機構依循的標準作法，這三個機構分別是：（1）由阿姆斯特丹成癮研究研究院（Amsterdam Institute for Addiction Research, AIAR）經營的認知行為生活模式訓練監測計畫；（2）住院病患動機中心監測系統（see National Report 2007, par. 5.1）；（3）雙重診斷治療監測系統。

四、近年毒品防制對策

（一）獨一無二的荷蘭的毒品政策

施用者方面：可接受或不可接受健康風險作為區別物質的標準，可接受健康風險的物質像是大麻或菸草，不可接受健康風險的物質像

是海洛因、古柯鹼、快樂丸或其他合成毒品。可接受健康風險的物質稱為軟性毒品，其他則稱為硬性毒品。

毒品管理方面：軟性毒品的市場（咖啡店）與硬性毒品市場有嚴格的區分。過去鄰近國家許多人特定到荷蘭觀光和吸毒，鑑於這種現象，2003年11月27日，荷蘭司法部長 Piet Hein Donner 宣布，政府正考慮制定法規，規範咖啡店只能銷售所有軟性毒品給荷蘭居民，以改變「毒品觀光客」的狀況。歐洲法院（The European Court of Justice）於2010年12月裁定，荷蘭的馬斯垂克市可保有其權利，因為該市在2005年引進「大麻護照」，以防止外國人進入賣大麻的咖啡店。

部分的國家毒品政策分權至地方的層級：處理與毒品相關的社會亂象，包括若販賣非法毒品時，將以行政命令關閉咖啡店，這就是市長所及的能力。地區層級的毒品政策必須遵守國家綱領，是在市長、公設檢察官和警政首長協調和共商而成的，因此稱為三方協商。

（二）大麻政策

刑事司法體系對「軟性毒品」採容忍策略（gedoogbeleid），大麻在荷蘭是種管制藥品，在咖啡店販賣少量大麻雖違法，不過整個產業仍蓬勃發展，經營者或咖啡店店長與檢察總長體系內有共識，只要儲藏量未超出政府訂定的標準就不會被起訴，這些標準包括：（1）每次交易量不超過5克，咖啡店內的庫存量不得超過500克；（2）不販售硬性毒品；（3）不廣告毒品；（4）不造成任何紛擾；（5）不販賣含酒精性飲料；（6）不販賣毒品給未成年人（18歲未滿），未滿18歲者不可進入該營業場所。持有和生產供個人施用的大麻是輕罪，可處以罰款。咖啡店在技術層面上還是非法的；不執法的政策是比較常見的情況，即使檢察官起訴，但司法體系不同調仍是個問題。因為荷蘭的司法院對「軟性毒品」採容忍策略（gedoogbeleid），將這項政策是將原本的內規公開化，讓檢察官知道不必起訴何種犯罪人。

根據規定，警察無權撤回刑事案件，但警方若認為是微罪，實務上，如果認為撤銷告訴符合公設檢察官的合宜政策，警方可撤銷案件。而檢方對毒品相關案件多是取決於檢察總長所頒布的指導原則。2005年修訂過的指導原則中，對每一項與毒品相關犯行的犯罪調查、起訴和求處刑其有詳細的說明；包括說明少量持有供個人施用的概念，對「量」的概念，經營咖啡店的要件和處理違反鴉片法的執法方式。

在荷蘭，犯罪調查和起訴多是在所謂的方便原則（*opportuniteitsbeginsel*）進行，這意味著荷蘭公訴檢察辦公室（為荷蘭唯一具有起訴權的機構）能自己決定若此舉最符合大社會大眾利益，有權避免起訴；約90%本刑6年以下的犯罪行為和其他微罪能由檢察官來處理和協調，提供機會給犯罪人改過向善的機會。由檢察官提出一定金額的罰金或要求犯罪人達到某些條件，以交換檢察不起訴處分；而檢察官要求的金錢額度不可超過刑事罰款。此外，從1993年起，引進行政罰來處理毒品問題，這項作為已改善公法和公共秩序（例如處理出事附近的咖啡店，處理住居等），行政罰中將每種犯罪行為一定的點數，依據犯罪行為合計的點數來決定是否起訴犯罪人或撤銷該告訴。依據給犯罪行為的所有點數計算，決定要撤銷或起訴該案件。

五、大麻政策效果

在荷蘭15至34歲間的年輕人，每個月約有9.5%施用一次軟性毒品，與芬蘭（8%）、拉脫維亞（9.7%）和挪威（9.6%）相當；不過低於英國（13.8%）、德國（11.9%）、捷克共和國（19.3%）、丹麥（13.3%）、西班牙（18.8%）、法國（16.7%）、斯洛伐克（14.7%）和義大利（20.9%），卻高於保加利亞（4.4%）、瑞典（4.8%）、波蘭（5.3%）或希臘（3.2%）。除了大麻以外，15至24歲間施用其他毒品的盛行率在2004年是4%，高於15個歐盟國家的平均（3%）。

從總人口數來看，荷蘭、波蘭、法國、斯洛伐克、匈牙利和捷克共和國因施用毒品死亡的通報人數皆是歐盟國家中最低。荷蘭政府能

負擔約 90% 生理戒癮計畫。荷蘭國內對治療的需求持續上升。荷蘭警方調查組織犯罪時發現，72% 的組織犯罪與毒品有關。儘管與軟性毒品有關的毒品犯罪案件數日益增加，約佔組織犯罪的 69%，大部分的組織犯罪與硬性毒品（特別是與古柯鹼和合成毒品）有關。儘管軟性毒品犯罪的案件持續增加，不過大部分都是硬性毒品犯罪的調查（特別是古柯鹼和合成毒品）。

六、面臨問題

（一）大麻咖啡店管理：

2009 年時，鹿特丹銷售大麻的咖啡店至少需離學校 200 公尺遠，在 200 公尺內的咖啡店必須關閉，共關閉了 27 間咖啡店，差不多整個都會地區半數的咖啡店都關閉了。此為新任市長 Ivo Opstelten 及其議會所做的決定。

（二）大麻成分與影響：

荷蘭的研究顯示，THC 濃度增加會使得神經運動技巧受損，特別是對青少年或較不常吸食大麻者更是如此，因為他們無法適應較高濃度的大麻。關閉咖啡店並不只是鹿特丹的一個特殊現象，現在已有更多的城鎮在近十年來紛紛採取此一政策。2008 年 Utrecht 市實施像是在 Jaarbeurs 的舞會 Trance Energy 等大型活動實施禁用毒品政策。Roosendaal 和 Bergen op Zoom 這兩鎮每年有高達 25,000 名毒品觀光客造訪；兩鎮在 2008 年 10 月宣布，他們將開始關閉所有咖啡店，這項任務從 2009 年 2 月開始。2011 年 5 月荷蘭政府宣布，荷蘭咖啡店禁止外國觀光客到販賣大麻的咖啡店，從南部省分開始進行；於 2011 年底時全國都會實施這項禁令。

（三）邊境毒品問題：

荷蘭當局的自由毒品政策引起邊境犯罪熱點的問題，造成毒品旅遊熱和走私等問題，問題遍及各邊境都市，從東部的 Enschede 和南部的 Terneuzen、Venlo、馬斯垂克（Maastricht）和 Heerlen。荷蘭衛

生和司法部寫給荷蘭議會的函中指出，為了處理與咖啡店相關的麻煩，以及和犯罪事件以及毒品走私事件，將會終止公開的咖啡店策略。

(四) 合法化爭議持續存在：

2008 年 11 月，天主教民主黨 (Christian Democrats, CDA) 議會黨鞭 Pieter van Geel 呼籲禁止販賣大麻的咖啡店，他表示現行稱為咖啡店的經營策略是失敗的，CU (ChristenUnie) 也支持 CDA 的意見。不過荷蘭的第三大黨勞工黨 (PvdA) 則持反對意見。三個在野黨在 2007 年簽訂結盟協議，文中提到對容忍政策無改變。

(五) 組織犯罪問題：

2007 年底，荷蘭政府針對組織犯罪提出新的行動方案，此項行動方案除了解決其他問題，也企圖打擊組織犯罪團體非法生產大麻。一般來說，少量生產可援用行政罰和民事法介入，此項計畫在於強化調查此類案件檢調雙方的力量。

第五節 葡萄牙毒品施用者處遇政策

一、除罪化／犯罪化歷史簡述

(一) 早期葡萄牙的毒品管制

葡萄牙早在 1920 年代即已制定與毒品議題相關的法律，那時國家的法律結構是採取國際鴉片公約 1912 年 (Dias, 2007; IDT, I.P., 2011b) 的建議。後續近 40 年的時間，並沒有通過任何與非法毒品有關的法律，在政治辯論上也沒有以此為議題者，此情況持續到 1963 年制定精神健康法時，針對「毒品成癮」治療才有相關討論。

1970 年代，因為毒品成癮已成為一個無法視而不見的健康問題時，葡萄牙在獨裁政權下制定第一個當代反毒政策 (George et al., 2007)。1970 年通過 Decree-Law 420/70，規範麻醉藥品的生產、走私和施用，提供法源將毒品施用視為犯罪行為。麻醉藥品有了法律上的定義，個人持有之犯行會被處以二年以下有期徒刑或處以 25 至 250 歐元的罰款。施用毒品造成危險或鼓勵他人施用將被處以 6 個月到 2 年的有期徒刑或罰款。

1973 年訂定第一個成癮治療服務。當時政治辯論毒品議題主要聚焦在毒品施用的道德面，將其稱為犯罪的來源或成因，導致社會上出現政治的對立。停止毒品氾濫現象是個重要的議題，這是為了避免葡萄牙青少年出現「生理和道德淪喪」(Dias, 2007, p.43)。

(二) 1974 年研究中心引導毒品政策

1974 年隨著民主改革，葡萄牙毒品策略出現首次改變。當時在學術界開始進行大量毒品的實驗，這與新獲得的自由概念有關。因應這一點，在首長委員會下成立兩個組織，分別是：(1) 發展預防和治療研究的青少年研究中心 (Centro de Estudos da Juventude [Youth

Studies Centre])和(2)毒品犯罪調查中心(Centro de Investigação Judiciária da Droga [Drug Criminal Investigation Centre])。

「青少年研究中心」的使命是研究毒品相關議題，將研究成果作為訂定處遇的方針，特別著重在治療和預防方面。「毒品犯罪調查中心」的使命是評估刑事司法體系與毒品相關議題和執行犯罪調查、控制和遏止犯罪的發生。同時也設立一個聯絡室，負責監督和協調這兩個組織。儘管毒品政策並非是政府執政的重點政策，在後改革時期政治上辯論和改變聚焦在：需採取治療服務、提供科學研究和資料作為毒品政策制定的基礎；開始考慮是否將毒品施用視為犯罪或提倡以醫療和社會心理處遇來處理此一問題(Dias, 2007, pp.41 - 64)。

1976年，毒品施用除罪化的概念首次引進國家法律結構，擴大青少年研究中心使命的律法內文序言指出，「毒品施用視為犯罪行為的概念」應加以修正，以「若有適當理由，應在行政罰的架構下訂定一系列的標準」。對毒品施用的反應則由原先的刑事罰模式轉向「臨床治療和將毒品施用者視為病人而非犯人」(Trigueiros et al., 2010)。

1983年採納1971年聯合國精神藥物物質公約(葡萄牙於1979年簽訂)制定的新法(Decree-law 430/83)，執法層面則強調遏止毒品走私。此時仍維持施用非法毒品是「社會譴責的議題」，因此施用毒品是犯罪行為的狀況並未改變。不過，法律認定毒品施用者為病人，需接受醫療照護；此時政府認為，對毒品施用者應先給予治療而非懲罰。此舉將衛生部列入毒品政策領域執行的一環，許可開設第一個治療中心。不過，大部分的治療和預防服務仍由司法部監督。

(三) 1987年第一階段的整合性毒品策略

1987年，隨著海洛因問題日益升高和持續進行查緝毒品走私的行動，葡萄牙成立第一個國家反毒計畫—Projecto VIDA。在首長委員會的監督下，這個計畫的主要任務是要訂定反毒策略，後來該計畫訂定的反毒策略成為葡萄牙第一個全面性、整合性的毒品政策，整體政策

毒品施用者處遇及除罪化可行性之研究

涵蓋減少需求和供應。該計畫成立全國毒品協調機制，從資訊和意識面引入 30 種測量方式，「治療和社會復健」和「供應控制」。創新的作為包括：呼籲執行毒品施用者 AIDS 預防計畫和免付費協助專線，考慮在法律層面上訂定低門檻服務的可能性，在監獄進行戒毒治療、將重心放在供應減量上。更積極的作法是，在全葡萄牙設立專門的治療中心，先前司法部管轄的治療中心將主管權移轉給衛生部。

（四）1993 年實施首次針具交換和 HIV 檢測計畫

1993 年採行的新毒品法持續沿用至今的是供應減量的部分。此法將 1988 年聯合國麻醉藥品和精神物質非法販運公約轉換成本國法律，聚焦在販賣毒品的洗錢和管制毒品前驅物質。此時毒品施用行為是犯罪行為，不過開始針對毒品施用發展特定治療服務。

法律的序言中提到，「毒品施用者須被懲處…以象徵性的方法。在這種象徵性的方法下，需與正式司法體系的接觸設計應是鼓勵其尋求治療」並觀察「在義大利和西班牙等國家是否鼓勵採用此法」。其結論指出，偶爾施用者「不應先加以標籤或邊緣化」（Portuguese Government, 1993, p.93）。司法部在介紹法律時也表示：「將毒品施用犯罪化的選項不應由明確的政策制定而成，該政策視此種方式為解決之道，不過在此類複雜範圍之下引入改變的方式，像是定罪也是其中一個選擇，一切只要證明若相關可靠資料足以證明新的制度較傳統有效即可。」（translated from Dias, 2007, p.86）。

（五）1999 年新反毒政策：毒品除罪化

儘管政府在 1990 年代努力不懈的進行反毒，葡萄牙的毒品狀態仍是問題重重，特別是在海洛因成癮和 HIV 感染部分。1998 年，政府指派全國反毒政策委員會針對預防、治療、再融入社會、訓練、研究、風險減量和供應量控制部分負責制定「反毒和毒品成癮」報告和指導方針（Dias, 2007）。

委員會有九個成員，包括五位毒品領域的（法律或衛生）專家、兩位衛生部和司法部相關組織的代表、一位負責毒品政策的官方代表（副首相），和一位過去未曾與毒品政策有關的獨立和國際認可的學者擔任這個委員會的主席。並於當年度呈交報告給議會，這份報告涵蓋 12 個不同方面（包括國際合作、法律架構、預防、治療、減害、監獄和毒品、復健、供應減量和洗錢防制、民主社會、協調和財政來源等）全方位的毒品報告。

國會的毒品委員會無異議通過這份報告，一年後，首長委員會正式通過整個報告的內容，使之成為 1999 年國家反毒政策（Portuguese Government, 1999）。此份報告至今依舊是葡萄牙反毒政策的基礎。此政策訂定八項原則，制定處遇指導方針的價值觀具體化。例如，「人性化」是認定須尊重包括毒品施用者在內每位公民的尊嚴，並將此點轉換成提供更多面向的服務給這些需要幫助者，制定對其不造成傷害的法律。「務實主義」呼籲採納基於科學證據的解決方式和處遇，「參與」則是要求社區參與毒品政策的定義和執行。

此策略也訂定 13 個政策選項指導在毒品領域中公部門應採取的行動：強化國際合作、擴大減害處遇、提倡社會復歸、發展獄中治療和減害方式、發展獄中執行的替代治療、增加研究和訓練、將毒品施用除罪化、聚焦在初級預防上、確認接受治療管道是暢通的、建立評估治療的方法、簡化跨部門協調、強化追緝毒品走私和洗錢防制、增加政府挹注在毒品領域的經費。

這些原則和策略選擇形塑成現行葡萄牙毒品政策之基礎，首次透過全國反毒和毒品成癮行動計畫執行—Horizon 2004（IDT, I.P., 2001）。2001 年除罪化法案通過，同年採行的行動計畫引入與增加改善戒毒相關處遇方式和減少毒品施用、冒險性行為和毒品相關傷害的 30 個初步目標。行動計畫也首次成為每年預算計畫中列入國家排定的優先順序之中，透過負責單位將經費撥給相關單位使用。於 1999 制定此計畫時，與毒品相關的政府預算預計在 1999 至 2004 年間每年增加

10%，2004 年達到 159,615,327 歐元。過了幾年開始進行外部評估，不過，這不可能評估是否有效達成政府預算目標。

新的毒品計畫也需要新的協調機制。1999 年政府將 Projecto VIDA 和司法部負責毒品議題的規劃和協調辦公室合併，命名為葡萄牙毒品和毒品依賴局（IPDT）。2002 年，此機構移轉至隸屬於衛生部（迄今依舊如此），與衛生部毒品濫用、預防和治療處合併，更名為毒品和毒品依賴研究院（IDT）。首相任命衛生部長為國家毒品政策的一員。強化並擴大跨部門的協調和機制。在這段期間於政治層面上負責監督於 1999 年執行的國家反毒政策和國家反毒和毒品成癮行動計畫—Horizon 2004。

二、毒品施用規範與除罪化毒品類型

（一）毒品施用規範：以 Decree-Law 183/2001 為主要法規。

新法維持毒品施用或持有供個人施用量，持有超過主管當局同意的毒品量是違法的，但施用毒品行為已由刑法改由行政罰，不會因被關進監獄。處理此類犯罪行為的程序和機制也已改變，目前是由行政程序為之。

個人因持有十日份個人施用量的毒品（參考法規中訂定限制劑量），被捕者無涉及其他犯罪嫌疑或供應他人施用毒品的證據，毒品會被沒收。個案會被移送至毒品濫用規勸委員會(Comissões para a Dissuasão da Toxicoddependência, CDT)；目前葡萄牙 18 個行政區皆設有規勸委員會。毒品濫用規勸委員會由司法部和衛生部指派三人組成（司法部指派法律專家、其他兩位則為衛生專業和一名社工），並由一小組實務工作人員支援。實務工作人員與犯罪人會面，以個案評估為主評估個案的狀況，毒品濫用規勸委員會聽取犯罪人供詞，據此宣判，針對任何成癮個案所需的治療和復健。

毒品濫用規勸委員會裁定毒品施用犯罪時，罰則的範疇包括告誡、禁止個案到某些地方、禁止與某些人交往、定期到特定處所報到、

吊銷專業證照或持槍執照。其中的一個選項是罰款，需視毒品涉入狀況而定。被發現持有毒品量超過十日份將會被法院以刑事消耗罪（criminal consumption offence）起訴。

（二）除罪化毒品類型

將所有毒品施用行為除罪化，訂定持有量標準。法定容許持有量的限制為：（1）5克大麻脂；（2）25克大麻葉；（3）5克四氫大麻醇THC；（4）2.5克大麻油；（5）1克海洛因；（6）1克快樂丸；（7）2克古柯鹼；（8）30至50份的LSD，只有在公共場所施用會被處罰（罰款301至300,000歐元）；（9）持有超出上述量者，量刑原則為持有第一級到三級毒品會被處以4至12年有期徒刑；第四級毒品處1至5年有期徒刑。

三、毒品施用者處遇

（一）成癮規勸委員會

由一名社工、一名精神科醫師和一名律師組成三人的成癮規勸委員會（Comissões para a Dissuasão da Toxicodependência - CDT），面談毒品施用者。規勸委員會擁有與調解委員會一樣的權利，不過其對象僅限於毒品使用者或持有少量毒品者。葡萄牙的18個區各有一個規勸委員會。規勸委員會在裁定毒品施用犯罪時，擁有許多懲罰方式，包括：（1）處以25至150歐元罰款，這個數字根據葡萄牙最低薪資約330歐元來定（Banco de Portugal, 2001），並轉換成損失的工作時數；（2）若施用者是有執照的專業人士（例如醫師、計程車司機）且可能危及他人，可吊銷其證照；（3）禁止到某些地方去（例如特殊的小舞廳）；（4）禁止與其他特定人士交往；禁止出國旅遊；（5）定期向委員會報到；（6）取消持槍的權利；（7）沒收個人持有的毒品；（8）暫停公家機關給予的補助。

若個案有毒品成癮的情形，只要規勸委員會認定對犯罪人遠離麻煩是較好的做法，可責令他／她住進戒毒復健機構或從事社區服務。

儘管強制治療是要讓個案接受持續治療，但委員會不能命令個案接受強制治療。若個案自願接受治療，委員會有很明確的權力可暫緩執行處罰。如果犯罪人未對毒品成癮，或不願接受治療或社區服務，將被罰錢。

（二）擴大戒毒治療

1987年在里斯本成立毒品成癮治療的專門機構the Centro das Taipas。此中心提供的服務包括諮商服務、日間病房和患者生理解毒病房。這個機構由衛生部負責，是葡萄牙第一個專門治療毒品成癮中心。葡萄牙共有18個行政區，共有73個專門治療機構（公立和經過認證的私人治療社區）、14個生理解毒戒治所、70個公立門診機構、13個經過認證的日間病房戒治中心。除了四個行政區外，其他地方都提供完整的戒毒門診治療（未有戒毒門診治療的為葡萄牙北部的Viana do Castelo、Bragança、Viseu和Guarda）。

在衛生部毒品和毒品成癮研究院的管理，葡萄牙對毒品施用者的健康照護主要是，透過公立醫院提供的非法物質依賴治療服務。除了公立機構提供的服務外，非官方組織和其他公立或私人治療服務的證明和協議皆能確保個案能有管道取得有品質、多治療模組的服務。公立機構提供的服務是免費的，並提供相關治療管道給尋求治療的毒品施用者。

（三）替代療法

葡萄牙於1977年在Oporto開始實施替代療法，今日替代治療在葡萄牙是隨處可得；透過專門治療中心、衛生中心、醫院和藥局等公家機構的服務和非政府機構以及非營利組織都可取得相關治療服務。北部的毒品預防研究中心（Study Centre on Drug Prevention/North CEPD/North），使用美沙冬作為替代物質，在1992年前是唯一一個使用鴉片作為替代療法的地方。不過，毒品成癮人數（包括1990年代初期人數暴增），加上毒品成癮者是愛滋病和C型肝炎罹病人數增加，造成政府態度轉變。1992年以後，美沙冬替代療法計畫擴大適用到數個

毒品成癮者協助中心（Centres of Assistance to drug addicts, CATs）。整體來說，這些計畫都有中度到高度的進入門檻。除了在里斯本貧民窟偶爾會辦些活動外，在2001年以前，可說沒有低進入門檻的治療計畫（風險降低或減害計畫）。

目前沒有強制接受替代治療的要件，但基本接受替代治療的準則包括：（1）年滿18歲（HIV呈陽性者例外）；（2）HIV呈陽性反應；（3）孕婦；（4）長期成癮者，多次接受治療失敗；（5）出現精神疾病共病；（6）罹患嚴重生理疾病，及（7）缺乏社會和家庭支持導致治療預後差者（預後的目標是完全戒毒）。

一般來說個案都會同意接受治療，因為這項治療只會在其他治療都失敗時才會提供給個案。不過就如同在其他國家的情形一樣，機構提供的服務常會讓物質依賴者停止治療或忽視計畫的要求；大部分的計畫都有相關社會心理支持（由社工師提供）和心理治療。儘管社會支持有其限度，社工師在與家庭成員聯繫上扮演著重要的角色，確保個案有住的地方、飲食補助金、求職的機會。

個案都能接受這樣的支持方式。在經過一段時間治療後，個案較常放棄心理治療，可能是因為個案需要冷靜想一想。在這個時期，治療師要求個案改變生活方式會讓他們逃避或與治療師發生衝突。治療師付出相當大的心力讓個案接受定期心理治療，特別是在改變階段時需付出更大的心力。有些計畫規定，如果個案不能服從心理治療的要求，就會處罰個案。不過只要個案能有所改善，臨床上很少處罰個案。

有些計畫接納未顯著依賴其他毒品的海洛因施用者，不過計畫接受的個案多為規律施用其他毒品者。儘管在葡萄牙主要施用的非法毒品是海洛因（而非大麻），目前有很多施用海洛因者，施用的第二種毒品是古柯鹼（30至50%）。規律施用古柯鹼者表示，在接受替代治療後身體常會有問題。這些個案也常濫用酒精和苯二氮平類藥物。葡萄牙的替代治療並未訂定時間限制，治療的進行都視個案的情況而定。

2000至2008年，葡萄牙接受替代療法的人數從6,040人增加到25,808人（2007前時有24,313人接受替代治療），75%都接受美沙冬維持治療。其他的患者服用高劑量的丁基原啡因（buprenorphine）。1999年藥界生產丁基原啡因，後來則使用丁基原啡因／哪囉克松（naloxone）混合療法。

四、近年毒品防制對策

（一）毒品除罪化

1999年新一代反毒政策的一項重點提案是，將毒品施用除罪化，國會已討論和通過此議題，明訂於Law 30/2000。2001年除罪化法案通過，新法設立一個歐洲獨一無二的「規勸委員會」制度，由衛生部而非司法部或內政部負責管理。此完善的法律規範整體的減害處遇和毒品成癮者戒癮中心、庇護中心、傳染病預防行動中心、低門檻替代療法計畫（美沙冬替代療法和丁基原啡因），聯繫和詢問台和街頭工作人員。

1999至2003年政策及其行動計畫兩者皆有評估方法，在2004年將外部評估工作發包給其他公司以進行在1999至2003年政策發展的評估（Moreira et al., 2007）。隨著新成立毒品濫用規勸委員會，評估者的結論是，依據政策執行，包括毒品施用者在內各種人對毒品的認知等各方面蒐集到的資料，提供給一般毒品施用者的服務和執行除罪化後之法律架構皆有所進展（Tavares et al., 2005）。不過評估者也注意到，在社會復歸等某些領域仍缺乏任何主要進展，毒品政策的協調和監督機制仍不足。在成果方面，評估者觀察發現，葡萄牙的毒品狀況已有所改變。

2005年評估報告的結論成為2005至2012年國家反毒和毒品成癮計畫（IDT, I.P., 2006a）的基礎。這項計畫發展出另外四項原則以提升與戒毒相關的處遇。這四項原則分別是：（1）地區層級的規劃和管理；（2）妥善整合服務提供者內部和各提供者間的合作；（3）更重視施用者的需求，以及（4）透過認證機制提升服務品質。國家反毒計

畫也定義一套進行協調、國際合作、資訊／研究／訓練／介入的目標和原則、法律架構、需求和供應減量。

葡萄牙將後續計畫分成兩階段來進行，分別是2005至2008年（Horizon 2008）（IDT, I.P., 2006b）和2009至2012年（IDT, I.P., 2010a）。並制定行動計畫，在各行動計畫中列出期望達成的目標，例如在第一行動計畫中列出87個目標，第二行動計畫列出69個目標。在未來四年將執行的一系列行動計畫（在第一行動計畫列出近250個須執行的任務，第二行動計畫有近214個須執行的任務）。在每個任務中，各子計畫清楚說明各單位的責任、進行時程表和監測計畫執行的評估工具／指標。

（二）毒品減害計畫

針具交換計畫，「對使用過的針具說不！」是全國性清潔針具計畫，於1993年10月上路，葡萄牙有2,500多間藥局參與此項活動。這項活動由衛生部和全國藥商公會成立（Associação Nacional de Farmácias, ANF — National Association of Pharmacies）的一個非政府組織—國家反愛滋病委員會（Comissão Nacional de Luta contra a SIDA, CNLCS — National Commission for the Fight against AIDS）在大部分葡萄牙藥局進行這項計畫。所有施用毒品者可在全國藥局櫃台換取新的針具。他們會拿到一組針頭、注射器、保險套、外用酒精和預防愛滋病和成癮治療的宣導單。

此項計畫受到毒品施用者的青睞，共用針具的情形有顯著下降（Félix da Costa and Ferraz de Oliveira, 1997）。從1993至1997年間，到藥局交換使用過的針具數量顯著增加。

替代療法：透過 Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodpendência（SPTT）和ANF，藥劑師願意投入清潔針具的計畫和毒品成癮者治療促使藥劑師投入CAT主導的美沙冬替代治療的實驗性計畫。美沙冬替代治療的目的在於減少CAT過度負荷，並允許個案可將藥物帶回家用。參與此計畫的藥劑師不多，每間藥局的容額為五名。

此項計畫從1998年開始進行，當時並未對個案做任何評估。藥劑師在相關知識的訓練是由SPTT的工作人員負責，定期接受CAT專業人員的繼續教育。

安全注射室：許多低門檻的計畫在1999年後開始啟動，特別是在2003至2005年這段期間，外展團隊開始推動安全注射實務和在街頭提供針頭和注射設備。許多計畫現在仍在進行中。計畫開始時，在電視、廣播和平面媒體進行宣傳，在小舞廳和酒吧附近張貼海報，這都是為了吸引目標團體注意到毒品成癮相關的問題，特別是透過共用針具導致HIV的疾病傳染。

五、除罪化配套措施

（一）施用和持有

2001年除罪化法案通過，現在施用毒品者被視為是病人而非犯人（持有個人施用量10日份是不用接受處罰的），不過還是持續遏止。會將持有和施用毒品者移送規勸委員會，個案需與委員會會談或付罰款。自由派智庫Cato Institute認為，葡萄牙青少年非法毒品施用的人數在2001年後就開始減少，國內45%海洛因施用者會尋求醫療服務。

（二）基層照護的投入

毒品專責成癮治療服務的SPTT於1990年成立，此項服務的管轄單位是衛生部，其服務等級等同於基層照護，不屬於全國醫療服務的一環；SPTT確保提供免費的服務和保障個案的匿名性。

建立垂直結構主要是迅速、有效率回應施用者的需求，須考慮手上的棘手問題（這是前Serviço Nacional de Saúde〔SNS〕無法做到的）。在處理初步問題後，將各種不同服務連結起來，能讓其他配套措施協助處理棘手問題。這樣的合作方式以各種不同形式出現，包括：
（1）毒品成癮者協助中心（Centres of Assistance to drug addicts, CATs）人員提供健康中心支持和諮詢服務；（2）許多家醫科醫師（GPs）

能在CATs或在毒品成癮領域兼職；（3）CAT人員定期提供訓練給醫療保健服務人員。

（三）後續治療和復歸社會

葡萄牙毒品施用者的後續治療和復歸社會，依據地區別由三個主要的計畫負責-Programa Vida Emprego、Programa Quadro Reinsereir Programa de Investimentos e Despesas de Desenvolvimento da Administração Central（PIDDAC）提供復歸社會的誘因。這三個計畫透過不同管道獲得所需資金，透過職業訓練機會、就業支持和提供住所等方式來進行。

（四）監督毒品治療

葡萄牙已開始建構全國性治療監測計畫，但還未進行全面性監測。已可取得全國門診中心替代治療個案的一般性統計資料（像是接受美沙冬和丁基原啡因計畫的個案數）。

（五）負責歐洲毒品和毒品成癮監測中心

葡萄牙主導歐洲毒品和毒品成癮監測中心（European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction），這個機構是歐盟國家專門蒐集和宣傳歐盟國家毒品狀況官方資料。

（六）普及戒癮治療

葡萄牙的毒品成癮治療由公立醫院進行，也有許多營利性和非營利性的私人機構提供此類治療服務，此顯示民間企業參與民主社會活動的一部分。戒癮治療包括各種類型或特定處遇模式，端視個案的問題來決定接受處遇類型。專業、科技整合的團隊反映出處遇模式的多樣性，由醫師、心理師、社工師、護理師、社會心理工作人員、物理治療師、職能治療師等。

六、除罪化效果

（一）毒品施用人口穩定

葡萄牙毒品現狀特色從整體人口來說，是歐洲平均施用人口率的一半，略低於鄰近的西班牙。例如，2007年15至34年歲年輕人施用大麻的比率為6.7%，是歐洲平均數12.1%的一半。15至16歲兒童的調查也顯示，葡萄牙的年輕族群之大麻施用終生施用率為13%，是西歐國家最低的國家之一，與預估為目前2.1%歐盟國家和挪威的平均數相較，葡萄牙2007年15至34歲的古柯鹼施用率為2%。以趨勢來看，學校和一般民眾的調查顯示，葡萄牙的大麻施用呈現穩定，不過在青年人的古柯鹼施用可能會增加。

與一般民眾毒品施用的中等程度成對比的是，問題毒品施用和毒品相關傷害相當接近歐盟國家的平均，甚至高出一點。2005年預估葡萄牙問題毒品施用者人數約有42,000人，換算成每千人施用毒品人數的比率來看的話，在2004年15至64歲者中，每千人就有6人施用毒品，預估的數字較2004較低。因毒品引發死亡（過量）預估還在修訂中；不過其他首次預估出來的數據顯示，葡萄牙的毒品施用人數些微低於歐洲國家平均。毒品施用者新診斷出的HIV人數（在2009年是每百萬人感染HIV者為13.4人），確實高於歐洲平均數（在26個國家中每百萬人感染HIV者為2.85人），是歐盟國家感染率最高的國家之一。不過，近幾年有下降的趨勢。

（二）執法效果

執行除罪化後的法律架構顯示，2009年大部分CDT主要的判決（68%）是暫停程序的進行，個案同意接受治療暫緩刑事訴訟。遭懲處者占14%，其中4%是處以罰金刑，10%是非罰金刑（主要是要求個案定期到CDT指定的某些定方報到）。整體來說，76%的裁判程序包括僅與大麻有關，11%是海洛因、6%是古柯鹼；其餘6%是多重毒品施用者，主要是海洛因和古柯鹼合併使用。

（三）毒品政策評估結果顯示問題獲得改善

內部的評估工作仰仗10個主軸專家委員會，涵蓋2005至2008年行動計畫，2009年所作的結論是，這幾年貫徹執行Horizon 2008計畫訂

定的行動，在19個可辨識結果中完成17個。唯一未被考慮進來的結果是，檢視法律架構和供應減量的部分（IDT, I.P., 2009）。評估報告顯示，葡萄牙毒品相關的指標顯示，在2004至2007年間改善毒品狀況。

（四）毒品相關統計

統計指標顯示，2001年7月到2007年這段期間毒品策略和後續發展間的關係：（1）戒癮治療人數增加；（2）毒品施用者感染HIV減少17%；（3）毒品相關的死亡人數和反毒策略執行前處於差不多程度。不過，這可能是因為測量作法有改善的關係，測量方法納入驗屍時檢查是否有毒品反應，這意味著在驗屍報告中會記錄更多與毒品相關的死亡資料；（4）終生施用「所有非法毒品」的比率從7.8%增加到12%，終生施用大麻的比率從7.6%增加到11.7%，快樂丸增加了近一倍，從0.7%增加到11.7%，海洛因從0.7%增加到1.1%。有些人質疑這些數字可能與受訪者的坦白與否有關，可能因為對毒品施用相關的汙名化程度下降，有些受訪者更願意坦白。不過同期施用海洛因和大麻在西班牙和義大利有增加的趨勢；數年前西班牙和義大利已將個人施用毒品除罪化，在西歐其他國家施用大麻和海洛因的人數已在下降；（5）青少年（13-15歲）施用毒品和「問題」使用者人數有減少的現象；（6）與毒品相關的刑事案件量減少；（7）街頭非法毒品的價格顯著下降。

葡萄牙於2001年首次針對一般大眾進行毒品施用的調查。以15至64歲者為母體抽出15,000名代表性樣本。調查結果顯示，7.8%受訪者在一生中至少使用過一次非法毒品（終生盛行率）。最常使用的毒品類是大麻（終生盛行率為7.6%）。較不常使用其他毒品。像是古柯鹼、海洛因、快樂丸、安非他命和LSD的終生盛行率不到1%。各種非法毒品施用存在性別差異，男性使用這些物質的比例較女性高（大麻施用者的男女性比為11.5% vs 3.9%；海洛因則為1.2% vs 0.2%；古柯鹼為1.5% vs 0%）。第二次調查於2007年進行，抽出12,202代表性樣本。調查結果顯示，15至64歲樣本中有12%在一生中曾使用過一次非法物質（終生盛行率）。最常施用的非法物質仍為大麻（終生盛行

率為11.7%)。安非他命、LSD和迷幻蘑菇的終生盛行率不到1%；古柯鹼終生盛行率為1.9%，海洛因終生盛行率為1.1%，快樂丸的終生盛行率為1.2%。施用各種非法物質皆有性別差異的存在。男性施用非法物質的終生盛行率高於女性，施用大麻的男女比率為18.4% vs 5.2%、海洛因為1.8% vs 0.4%、古柯鹼則為3.2% vs 0.7%。

2007年的調查顯示，酒精和香菸是葡萄牙15至64歲人口中最常使用的精神物質。最常使用的非法物質是大麻、古柯鹼和快樂丸（大麻、古柯鹼和快樂丸一生中至少使用一次的盛行率分別為11.7%、1.9%和1.3%）。除了海洛因外（其一生至少使用一次的盛行率為1.1%），較少使用其他非法物質。在過去一年和過去一個月使用非法物質的盛行率呈現穩定，除了古柯鹼、海洛因和LSD的施用盛行率有些微上升。

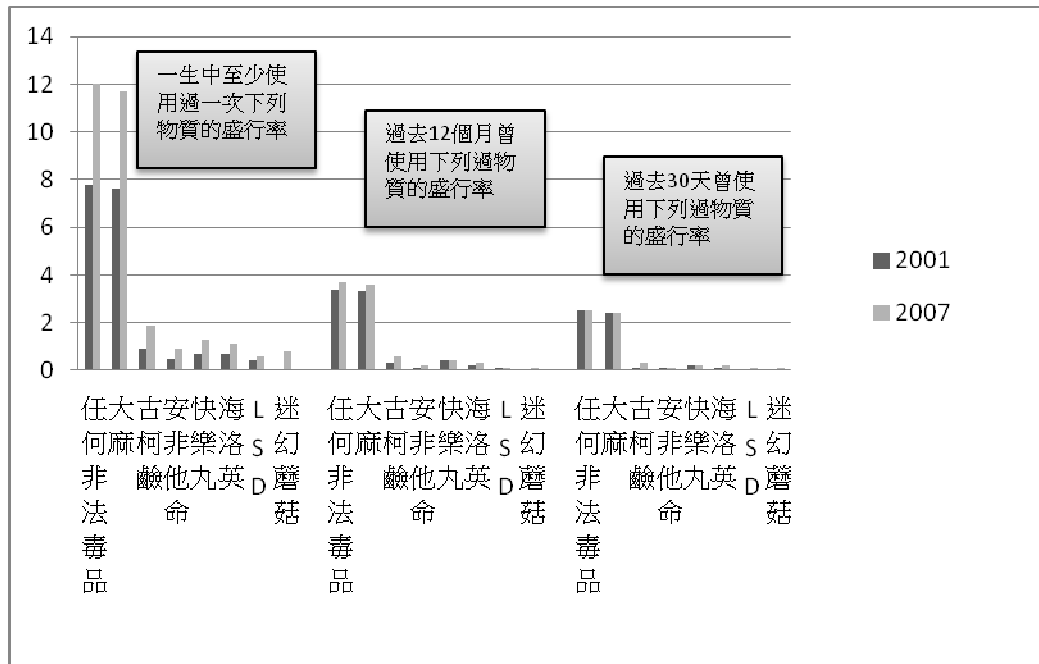


圖 4-1 葡萄牙施用藥物盛行率調查結果

葡萄牙的經驗證實毒品施用除罪化並不會使得毒品施用增加。相對的，該國政策顯示，以人道和務實的策略實際上反而會降低毒品施用、成癮、再犯和感染HIV。葡萄牙的經驗給了我們一個希望，可克服「向毒品宣戰」，害怕毒品會癱瘓整個社會和造成改革的障礙。以人性尊嚴和享有健康權利為基礎的葡萄牙毒品政策，確實可增加公共安全。

從圖4-2可知，葡萄牙因吸毒致死的人數從1989到1999年持續增加，在1999年達到高峰。隨著2001年葡萄牙政府宣布施用所有毒品的行為除罪化，改採行政罰，加上多種配套措施，因毒品死亡者顯著下降，到2005年時更創下歷史新低，僅有個位數。

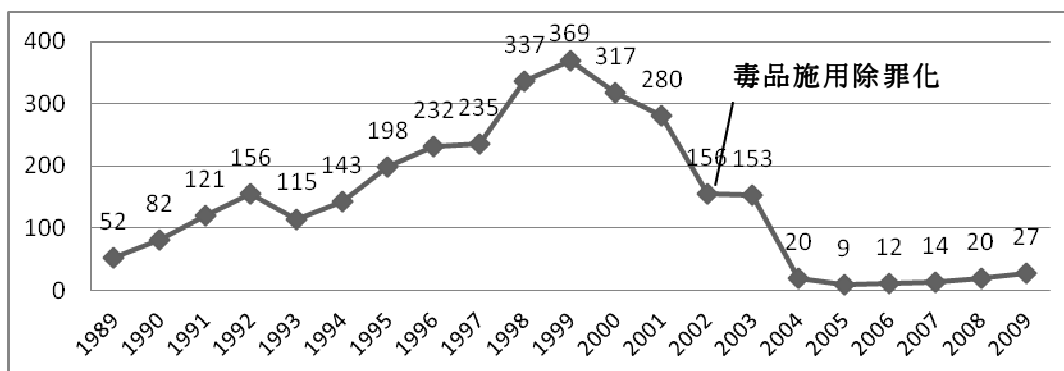


圖 4-2 葡萄牙因毒品死亡人數

註：依照葡萄牙 2000、2002、2011 年年度報告整理。

根據葡萄牙矯正署 (Direcção-Geral dos Serviços Prisionais) 1999年12月31日止，共有3,863名監所受刑人都是因為違反毒品法被關的。從圖4-3可知1990至1999年這段期間因違法毒品入監服刑的人數，與1998年相較，1999年的人監人數是十年首次出現下滑趨勢。

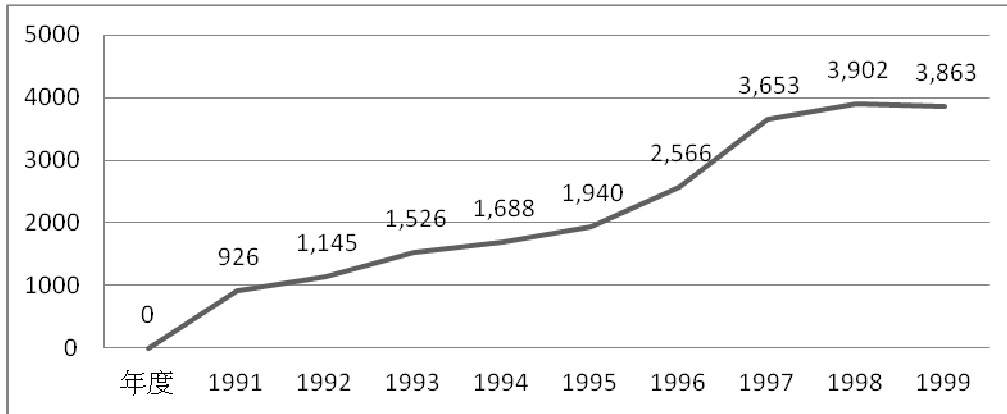


圖 4-3 施用毒品入監人數

註：依照葡萄牙 2000、2002、2011 年年度報告整理。

七、面臨問題

（一）毒品消耗量增加

不過也有人批評此項政策，像無毒葡萄牙這個組織表示，從2001年起葡萄牙整體的毒品消耗量增加4.2%，主張除罪化的益處過度聳動。

（二）HIV與疾病感染率仍高

葡萄牙的問題毒品施用和HIV感染率依舊很高，並未發展出與其他國家毒品處境不同的特殊政策。近期的調查發現，85%注射毒品者感染C型肝炎（Godinho et al., 1996）。

（三）毒品相關預算問題

2011年初葡萄牙政府向歐盟國家、歐盟央行和國際貨幣基金要求一筆紓困貸款，用以支付相關費用，此舉將使得未來幾年的葡萄牙毒品政策面臨許多新挑戰。

（四）緝獲毒品量上升

每年葡萄牙的執法部門沒收數噸的古柯鹼，創紀錄的是在2006年破獲34.5噸古柯鹼。每年破獲的大麻脂量都持續增加，儘管在2008（破獲61噸）－2009（23噸）年這兩年有下降的現象，不過我們觀察到近年來又有持續增加的趨勢。

（五）毒品種植問題

2003年另一份更新葡萄牙反毒法將持有大麻籽犯罪化，除了經政府認證工業大麻籽例外。此舉將會影響葡萄牙施用、持有、種植和分銷大麻。

第六節 澳洲毒品施用者處遇政策

一、除罪化／犯罪化歷史簡述

(一) 1980年代以前：嚴苛的毒品政策

在1890年代，為了避免抽鴉片的習慣從華人的少數族群擴散至一般大眾，1891年頒布的毒品銷售和使用規定，昆士蘭禁止販賣可吸食鴉片給原住民。1895年南澳禁止所有鴉片吸食行為。新南威爾斯、昆士蘭和維多利亞隨後跟進。一般來說，這些法令禁止吸食、販賣、走私、製造和持有可吸食的鴉片。在1800年代末期1900年代初期，在澳洲各地引入大麻相關罰則，已禁止華人吸食鴉片，而且也非常嚴格。

1901年殖民時代的澳洲成立聯邦政府，政府有權管理商品進出口。1905年政府禁止進口可吸食鴉片。1910年，聯邦政府立法持有禁止進口商品，像是沒有任何合理藉口持有鴉片者，視為犯法行為，被告須自證「合理」的理由。

1928年，1925年擬定的日內瓦鴉片和其他毒品公約生效。這是第一個將大麻納入管制的國際公約。聯邦政府於1926年禁止大麻進口。第一個在省層次管制未授權大麻使用者的懲罰也在1927年維多利亞的毒物法中明訂。其他省也跟進：新南威爾斯在1934年訂定、昆士蘭在1937年訂定，西澳於1950年、塔斯馬尼亞於1959年訂定相關罰則。因此，今日最廣泛使用的大麻，在澳洲的使用量直到1960年代時使用者還是很少。

聯邦層級的政府策略持續扮演重要角色。例如，聯邦政府在逐漸減少醫療用海洛因，以符合國際反毒公約之要求上扮演著重要的角色。1953年，聯邦政府對海洛因進口下了絕對禁止令，呼籲各省禁止生產。直到1960年代末期，反毒法的效果非常顯著。需使用的資源不多，只有警察執行反毒法，主要原因很少人使用非法藥品。

1970年代和1980年代初期，政府以毒品管制計畫進行嚇阻作用，採取強硬的反毒策略，提供更多資源給負責執法的相關部門。基本上政策是提高刑罰、將更多相關行為列為犯罪行為、更容易辨識出這些犯罪行為，成立新的調查機構，像是國家犯罪局（National Crime Authority）顯著提升權力和科技，使執法機構能偵查毒品犯罪。訂定法規和部會機構沒收販毒相關利益（市民財產沒收法[civil asset forfeiture laws]）之法源。因此直到1980年代中期，澳洲採取較嚴苛的毒品政策。

（二）國家反藥物濫用（National Campaign Against Drug Abuse, NCADA）—自1985年後執行減害法

1980年代初期，HIV/AIDS開始影響澳洲社會（一開始發生在同志社群中）；政府官員害怕，這會迅速擴散到注射毒品使用者族群。事實上，HIV/AIDS流行的威脅從整個毒品使用人口蔓延到一般大眾，促使澳洲制定「傷害減量」。此一政策是從減害（harm reduction）衍生而來的，減害也是將傷害減量政策的一個元素；此一政策成為澳洲處理毒品問題的一大特色。減害法成功地限制住HIV/AIDS的傳染，不過政策卻無法限制住澳洲毒品濫用的蔓延。

到了1980年代中期，澳洲重新評估和改變毒品管制政策的方向，強調預防和治療；於1985年國家反毒濫用運動（National Campaign Against Drug Abuse, NCADA），將新政策編成相關手冊。NCADA強調，施用毒品一開始應視為一健康問題。新方法的特色覺得使用毒品是個複雜的現象，無法根除此一現象。

從策略面來看，那時新的政策將焦點放在危險毒品供應和毒品施用對社會和個人造成傷害。禁毒通常被視為是種目標，不過那不再是控制毒品的單一目標。此目標的基本原來是預防有害的毒品施用，以及減少對此非法和合法藥品需求與供給的危害效應。政府的政策對國家各社會和經濟福祉和健康來說有其正面效益。

1985至1993年這段期間，澳洲準備好進行檢測和評估新策略。與先前以實證為主的政策法，毒品策略內政委員會（Ministerial Council on Drug Strategy, MCDS）接受委任對NCADA進行兩次獨立的評估。評估的設計主要是測量目前活動的效力，以作為設計和調整後續計畫的基礎。這兩次評估分別於1988和1992年舉行，形成下個階段國家毒品管制經驗的基礎。

（三）1997年強硬的反毒策略（Tough on Drugs）

澳洲企圖重新平衡整個政策組合，於1997年底宣布國家非法毒品政策「強硬的反毒策略」，再次賦予執法人員和控制供給，而弱化需求降低的努力，維持減害計畫。澳洲毒品政策的研究導向是維持和強化。十年後，證據顯示，政策的重新平衡達到更重要、成功的里程碑。

（四）2010至2015年澳洲毒品政策

此階段的澳洲毒品政策有三大基礎，分別為需求減少、供應減量和減害，針對毒品施用的特定目的主要聚焦在需求減量策略和傷害減量。在需求減量的部分包括：（1）預防毒品施用和延後首次施用毒品的時間，減少誤用酒精、抽菸和施用其他毒品；（2）減少在社區施用毒品；（3）支持自依賴中復原的個案，接納其復歸社會。傷害減量著重在減少施用毒品對個人、家庭和社區造成身體、社會和經濟的負面影響。主要目的包括：（1）減少危害社區安全和賠償；（2）減少對家庭的危害；（3）減少對個人的危害。

二、毒品施用規範與除罪化／犯罪化毒品類型

（一）毒品施用規範：

1、Serious Drug Offences and Other Measures：明定包括吸食、持有、買賣、供應、走私、製造非法藥物的規範。

2、Criminal Code 2002：規範持有、買賣、供應、走私、製造非法藥物的規範。

(二) 除罪化／犯罪化毒品類型

澳洲法律將毒品分為：(1) 合法但管制藥品：包括酒精、香菸、吸入劑、Khat；但需醫師處方施用者為合法者，包括：安非他命、苯二氮平類藥物 (Benzodiazepines)、K他命 (Ketamine)，其他自行取得與施用使用是違法的。(2) 非法毒品：包括大麻 (含合成大麻)、古柯鹼、快樂丸 (MDMA)、GHB (gamma hydroxybutyrate)、海洛因、LSD (lysergic acid diethylamide)、PCP (phencyclidine)。

澳洲的毒品犯罪可區分成施用毒品和供應或走私毒品兩類，各省對毒品犯罪施用訂有罰則，不過基於視成癮者為病人，有三個階段能將成癮者轉向至接受評估和治療。例如維多利亞省訂定的The Drugs, Poisons and Controlled Substances Act (DPCSA)，清楚說明除施用大麻外，施用其他毒品皆為毒品犯罪之一，由法官視個案狀況進行轉向。

澳洲主要施用的非法毒品包括安非他命、大麻、古柯鹼、快樂丸、迷幻劑、海洛因、吸入劑、處方用藥和類固醇，施用大麻的部分在澳洲處以行政罰 (參見表4-1)。

表 4-1 大麻除罪化後澳洲各地對持有少量大麻的處罰

| 省分 (法律生效年) | 最大持有量 | 除外條件 | 罰金 | 取代罰金的罰則 |
|---------------|-----------------------------------------------|----------------------|------------|----------------------|
| 南澳(1987) | 100克植物原料 20克大麻脂 1株植物 | 非法人工栽培 大麻籽油 | \$50-\$150 | 刑事定罪 |
| 澳洲首府地區(1992) | 25克植物原料 2株植物 | 人工栽培 大麻脂和大麻 籽油 | \$100 | 參加酒精和藥物計畫-評估和治療計畫 |
| 北領地 (1996) | 50克植物原料 10克大麻脂 1克大麻籽油 10克大麻子 2株植物 | | \$200 | 欠政府錢，不會定罪—青少年則送去接受評估 |

三、毒品施用者處遇

(一) 藥事法庭：以新南威爾斯省為例

澳洲藥事法庭附設在新南威爾斯省法院內，其成員包括法官、檢察官、警察代表、律師、醫護人員和觀護人等；其主要目的在以司法監督力量結合藥物治療機構之處遇，取代傳統刑罰制裁，而非決定施用者是否有罪，因為所有施用者均承認有罪，且選擇以參加藥事法庭戒癮治療及社區復健計畫。審理時進行「report backs (回報)」程序，由施用者簡略陳述報告治療及復健過程，法官會詢問參與者是否仍使用藥物；如仍在服用藥物，則共同討論和決定懲罰的方式，而未誠實陳述使用毒品狀況者將受到較嚴厲懲罰。藥事法庭成員會主動了解及諮詢施用者個別處遇計畫方面的問題，如：美沙冬治療、就學、就業與經濟、家庭與生活安排、健康等，以妥善安排其治療計畫。

藥事法庭治療計畫分三階段：

- 1、第一階段：至少三個月，必須每週到法庭報到，且每週藥檢三次。
- 2、第二階段：至少三個月，報到頻率延長為二週一次，每週藥檢二次。
- 3、第三階段：至少六個月，每月向法庭報到一次，每週藥檢二次。

於治療期間如繼續違規使用藥物、未接受安排諮商或尿液檢測等違反規定者，將會遭受一天的監禁刑罰，累積到一定天數後才會入監執行（通常為7天或14天）。如能履行治療計畫，則法官及法庭成員會給予鼓勵，公開讚賞其良好表現，如能持續數個星期，則可免除其累計的懲罰。如果完成全部治療計畫，會由法庭成員代表及法官分別恭賀施用者，並由法官頒發證書，證明其已經完成全部療程（法務部、行政院衛生署、桃園縣政府，2012）。因此，澳洲的藥事法庭成員具

全面性，除監督與治療外，並給予施用者接受治療機會和鼓勵，協助解決問題和重建生活。

(二) 戒癮治療：以Rankin Court Methadone Stabilisation Clinic 為例¹⁸

Rankin Court Treatment Centre為新南威爾斯省聖文森醫院酒藥癮治療 (Alcohol and Drug Service, St Vincent's Hospital) 提供鴉片類維持療法的中心；提供鴉片類成癮者之臨床評估、替代療法及轉介等服務，其提供之替代療法藥物主要為Methadone及Buprenorphine，平均每天有210名接受戒癮治療者到中心服用藥物，每一名藥癮個案都有個別個案管理師負責提供相關諮詢及追蹤轉介等服務。在澳洲，藥癮治療分為「穩定」(Stabilisation)及「維持」(Maintenance)二個階段，以及A、B、C三個層級。Rankin Court基本上提供的是一個穩定 (Stabilisation) 治療計畫，主要希望盡量擴大社區藥癮者接受到Methadone計畫，而且鼓勵現在已經穩定接受治療之藥癮個案到社區藥局或診所，接受更方便的藥物提供。因此藥癮個案在Rankin Court接受3至12個月的替代治療後，就會被轉介到社區藥局拿藥，而且中心也會建議由社區診所醫師來接手後續之治療處方開立。

表 4-2 澳洲二階段戒癮治療重點

| 階段 | 層級 | 治療重點 |
|----------|--------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 穩定 階段 | Stream | <ul style="list-style-type: none"> • 新參加替代治療個案的最初 3 個月時期 • 每天都要到中心當場服用藥物，藥物不得攜離 |
| | A | <ul style="list-style-type: none"> • 每 1 個月須接受尿液檢查一次 • 每 1 個月須與個案管理師討論一次 |

¹⁸ 詳細資料參見：陳泉錫等 (2008)。澳洲、香港毒品減害計畫參訪報告。2012 年 11 月 11 日。

<https://www.moj.gov.tw/fp.asp?xItem=242131&ctNode=28172&mp=001>

| | |
|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | <ul style="list-style-type: none"> • 每 6 個月須與醫師及個管師檢討治療情形 • 每 6 個月評估一次是否適合轉入 Stream B，同時協助個案轉向 Stream B 發展。 |
| 維持階段 | Stream B <ul style="list-style-type: none"> • 個案至社區藥局領藥 • 個案每個星期最多可領藥回家服用 2 次 • 中心醫師及個管師每 2 個月需檢討個案治療情形 • 個案每 2 個月須接受尿液檢查 1 次 |
| | Stream C <ul style="list-style-type: none"> • 在 Stream B 至少 6 個月，而且已經很穩定的在社區藥局領藥 • 由中心醫師開立處方之治療模式，轉移給個案居住處所附近的開業醫師來負責，但是中心仍然提供個案管理及其他健康服務。 • 個案至社區藥局領藥 • 個案每個星期最多可領藥回家服用 4 次 • 個案每 3 個月至少要跟個管師會面 1 次，每 6 個月至少要跟醫師會面 1 次，如有必要，可以增加頻率。 |

資料來源：陳泉錫等（2008）。澳洲、香港毒品減害計畫參訪報告

四、近年毒品防制對策

（一）全國毒品策略－澳洲的整體架構（The National Drug Strategy - Australia's Integrated Framework）

2004至2009年的三大主軸為：供應減少策略：打斷非法藥物之生產和供給，控制和管理非法物質；需求減少策略：預防使用有害的毒品，包括禁毒導向政策和減少毒品使用之治療；和減害政策，以減少對個人與社區與毒品相關的傷害。

國家毒品策略性架構的主要目標包括：增加社區對毒品相關危害的認識；減少社區中非法毒品的施用和供應；預防吸食有害毒品；降低與施用毒品相關的危險行為；減少社區毒品犯罪和其他毒品相關的犯罪、暴力和反社會行為；降低對個人和社會的損害、生活品質的降低、生產力降低與使用有害毒品相關的經濟成本上升；提供範圍更大、

高品質的預防和治療服務；透過研究和專業教育和訓練提升實證方法之落實。

（二）全國毒品策略（The National Drug Strategy）2010至2015

傷害減量法內容包羅萬象，從1985年起成為國家藥物政策的指導方針，在2010至2015年的三大重點為：（1）需求降低：預防吸食和／或延後首次飲酒、吸菸和施用其他藥物的年齡、減少社區中誤用酒精、抽菸、和施用其他藥物，支持民眾擺脫物質依賴，重新復歸社會。（2）供給降低：預防、遏止、打斷或以其他方式減少生產和供給非法藥物，透過控制、管理、和／或規範取得合法藥物的管道。（3）減害：減少因飲酒、抽菸和施用其他藥造成健康、社會和經濟的不良影響。這三大支柱能以各種不同的方式運用到各種不同的藥物策略；例如，看使用的藥物是合法或非法。可以此三大支柱為基礎依照對年齡、生命階段、弱勢族群、和施用環境及介入環境的敏感度來加以變化運用。

五、除罪化配套措施

（一）早期介入與轉向計畫

早期介入和轉向計畫可幫助青少年和成人因施用毒品被抓，從刑事司法體系轉介接受治療，是整個傷害減量法中最成功的一部分。最簡單的轉向計畫是運用在刑事司法體系程序第一線（就是在逮捕階段尚未進行任何正式指控前），聚焦在符合轉向計畫要件的個案，提供講習和／或治療服務，而非採取其他手段。實務上，轉向計畫依照其時間點分成逮捕前、審判前、判刑後和民事安置，各省擁有的計畫和資源不盡相同（參見表4-3）。從執行轉向計畫單位可分成：警方的毒品轉向計畫；以法院為主的轉向計畫（從進入法院接受審判前、判刑前後的轉向計畫，以及在法院體系下的末端包括密集式、判刑前後的藥事法庭選擇，像讓施用毒品者接受長期、密集式治療）；在監禁期，於矯治中心接受戒毒治療。

表 4-3 澳洲酒精和其他毒品之強制治療計畫概述

| 省分 | 逮捕前 | 審判前 | 判刑前 | 判刑後 | | | | 民事安置 |
|--------|-----|------------------------------|--------|----------|-------|------|-----|------------------|
| | | | | 藥事法庭 | 原住民法庭 | 暫緩判刑 | 釋放前 | |
| 澳洲首都地區 | v | CADAS | × | × | v | v | × | × |
| 新南威爾斯 | v | MERIT RAD Youth conferencing | & | * | v | v | v | v |
| 北領地 | v | CREDIT | × | 酒癮法庭 | v | v | v | v ¹³⁷ |
| 昆士蘭 | v | QMERIT | 非法藥事法庭 | 昆士蘭藥事法庭 | v | × | v | × |
| 南澳 | v | DAAP CARDS | × | 南澳藥事法庭 | v | v | v | × |
| 塔斯馬尼亞 | v | × | × | × | × | v | v | v |
| 維多利亞省 | v | CREDIT/交保以支持此方案 | && | 維多利亞藥事法庭 | v | × | v | v |
| 西澳 | v | × | &&& | 西澳藥事法庭 | × | × | v | × |

註：&青少年 AOD 法院、延後判刑；刑事司法轉向計畫、延後判刑；&&刑事司法轉向計畫、延後判刑；&&&：判刑前機會計畫、青少年機會計畫、原住民轉向計畫、督導式治療處遇計畫；*成人藥事法庭、青少年毒品和酒精法庭、矯治中心之強制治療；**維多利亞藥事法庭(含酒精依賴)。

(二) 持有毒品處罰

在澳洲使用、持有、種植或販賣大麻是違法的，不過其罰則隨各省的法規而異。在澳洲首都地區、南澳、西澳和北領地，對微罪有不同程度的除罪化。在新南威爾斯、維多利亞、塔斯馬尼亞和昆士蘭，認為持有大麻是種犯罪行為（參見表4-4）。

表 4-4 毒品施用除罪化後各省對持有少量毒品的處罰

| 省分 | 處遇計畫 | 描述 |
|--------|-------------------------------------|---------------------------------|
| 新南威爾斯 | 大麻告誡計畫 (Cannabis Cautioning Scheme) | 警方給予大麻施用者告誡 |
| 南澳 | 大麻 | 轉介接受大麻評估和治療 |
| | 其他毒品 | 轉介至接受毒品的評估和治療 |
| 塔斯馬尼亞 | 第一階段轉向計畫－大麻告誡 | 警方告誡首次因施用大麻遭逮捕者 |
| | 第二階段項計畫－短期處遇 | 轉介因施用大麻第二次遭逮捕者接受評估 |
| | 第三階段轉向－評估和治療 | 將施用毒品第三次遭逮捕者或施用其他毒品轉介至接受評估 |
| 澳洲首府地區 | 警方早期處遇和轉向計畫 (大麻) | 轉介施用大麻者接受評估 (如果該點有提供治療, 令其接受治療) |
| | 警方早期處遇和轉向計畫 (施用非大麻之毒品) | 將施用其他毒品者轉介至接受評估和治療 |
| 維多利亞省 | 大麻告誡計畫 | 警方告誡和提供毒品衛教教材給施用者 |
| | 毒品轉向計畫 | 將施用其他毒品 (非大麻) 者轉介接受評估/治療 |
| 昆士蘭北領地 | 大麻轉向計畫 | 轉介至接受評估和治療 |
| | 大麻和非大麻轉向計畫 | 開出違法吸食大麻罰單, 處以罰金或令其接受講習課程以為懲處 |

六、除罪化效果

20世紀初迄今澳洲政府毒品政策經過多次變革, 各期間的毒品政策與成果如表4-5所示。

表 4-5 澳洲整體藥物政策及政策施行成果

| 期間 | 國家藥物政策 | 政策施行成果 |
|-----------|---------|---------------------------|
| 1900-1985 | 嚴苛的毒品政策 | ● 從1900到1960年代初期, 毒品使用量下降 |
| | | ● 1960年代末期至1980年代中期毒品使 |

毒品施用者處遇及除罪化可行性之研究

| 期間 | 國家藥物政策 | 政策施行成果 |
|-----------|-----------------------------------------|---------------------------------------------|
| | | 用量驟升 ● 1980年代初期，HIV／AIDS罹病人數上升，包括與IDU有關。 |
| 1985-1998 | 傷害減量政策 | ● 成功減少HIV／AIDS感染人數 ● 1998年以前毒品使用人數遽升 |
| 1998-2007 | 強硬的反毒策略 (持續進行傷害減量法時，並給予大筆金援使施用者接受治療) | ● IDU相關的HIV／AIDS感染人數維持低成長 ● 毒品使用顯著下降 |

澳洲在毒品政策方面，1980年代傾向的反毒政策，主要為提高毒品施用者犯罪刑期和程度，並且制定由政府沒收藥癮者相關財產的法律條文；1985年，毒品施用者感染愛滋的比率漸漸升高，因此，政策由刑罰轉變為降低傷害。1986年開始施行減害計畫，以減少不斷攀升的毒品施用者死亡和感染愛滋與C肝數目，並在新南威爾省、澳洲首都、維多利亞省進行設立安全注射室試驗，擬訂相關立法，以及建立完整的配套措施，並強化司法體系與醫療體系聯結，對毒品施用者提供藥癮戒治和心理層面輔導與轉介。自1985年澳洲開始實施國家毒品政策以來，目前的成果包括：

(一) 抽菸和暴露在二手煙環境者減少：

此為實施全面公共衛生取向促成的結果，包括禁止煙品廣告、禁止在密閉式的公共場所吸煙、大量投資在提升公共教育和媒體宣傳抽菸和拒抽二手煙。14歲以上者吸煙的比率從1988年的30.5%下降2007年的16.6%。

(二) 施用非法毒品人口降低：

2007年全國毒品政策家庭調查結果指出，施用毒品人口從1988年的22%降低至2007年的13.4%。

調查顯示，澳洲各地在2007至2010年這段期間非法毒品施用的比率都有些微上升的現象，只有塔斯馬尼亞在過去12個月的非法毒品施用率下降了19%。北領地持續是全澳洲施用毒品比率最高的地方。在2010年澳洲最常使用的非法毒品是大麻，將近有一百九十萬人在過去12個月施用過大麻。西澳在選舉後再次修正過毒品相關條例，修正過後的法律對施用率的影響尚無法得知。

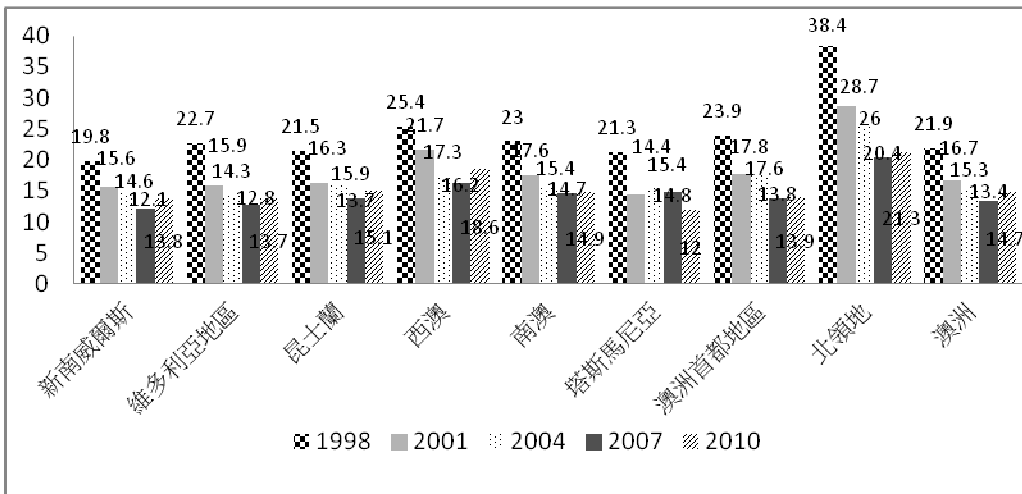


圖 4-4 澳洲各地家戶藥物施用調查結果

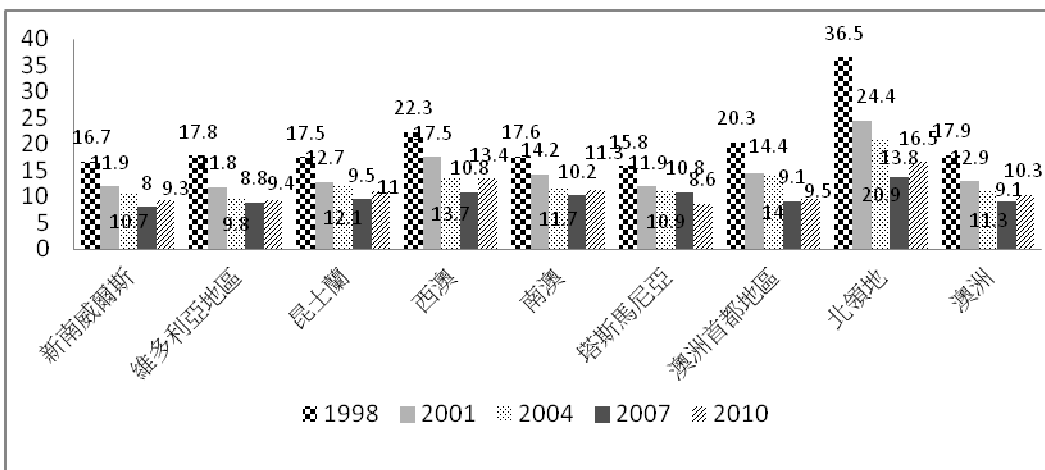


圖 4-5 1998-2010 年 14 歲以上施用大麻盛行率

毒品施用者處遇及除罪化可行性之研究

(三) 執法機構持續有效偵查和緝獲非法毒品以打斷毒品供應：

在1999-2000到2008-2009年間非法毒品緝獲量增加將近70%，緝獲總量增加了116%。

(四) 自2000年起海洛因的儲存量呈現穩定趨勢：

從那時起施用海洛因的比率維持在很低的程度。

(五) 與注射毒品相關的危害也降低：

預估從2000到2009年間因實施清潔針具計畫，確保施用者可得到乾淨和拋棄式的針具，直接使32,000人免於感染HIV，有97,000人得避免感染C型肝炎。

(六) 自2005年9月引進非嗅聞用蛋白燃料(non-sniffable opal fuel)：

使得西澳、南澳、北領地和昆士蘭等20個地區和偏遠地區的汽油嗅聞比率下降了70%。

(七) 警方的轉向計畫：

(1) 在所有轄區，大部分的轉向計畫參與者在12-18個月內都未再犯。(2) 大部分有前科的轉向計畫參與者在參與轉向計畫後，都未曾因犯案而再次被捕；參與後仍再犯被捕者的比率都有下降的趨勢；(3) 不論參與者的年齡、性別或種族，其遵從性很高，大部分參與者都能完成規定參與講習課程、治療會談次數；(4) 在參與計畫後可顯著預測再犯的變數有兩個，分別是前科紀錄（特別是前科累累）和計畫遵從性差者。

(八) 醫療監督注射室 (Medically Supervised Injecting Center, MSIC)

1、MSIC提供安全的注射環境，藥物過量事件有管理紀錄：

從開張以來，MSIC的紀錄顯示有3,426起毒品注射過量的個案，沒有任何一個個案在注射中心身故。因此合理推斷，如果MSIC處理過量相關的案件是發生在其他沒有醫療人員督導或介入的地方（像是公共場所或私人住宅）的話，可能就會因過量造成傷害或致死。分析外部資料指出，MSIC對降低公共場所因注射鴉片過量致死方面有正面的影響（減少鄰近地區因注射毒品過量請求119救護車出勤數）。

2、提供戒除毒品治療和諮商的管道：

MSIC的個案和有些社會邊緣人或易受傷害族群且有長期注射毒品使用者，過去並沒有什麼機會（40%）獲得戒除毒品的治療或更多的健康照護服務。從2001年MSIC開張以來，MSIC轉介8,508位個案接受其他服務，一半以上都與毒品相關的戒癮治療（3,871人）。愈常來MSIC的個案，愈有可能轉介至接受其他戒癮服務。與前五年比較起來，後四年的轉介率較為穩定—這更可能反映出新掛號個案的穩定度和MSIC個案就診次數的穩定性（例如，整體來說，MSIC的常客就是固定那幾個，小部分就是那些不常就診的個案）。

儘管計畫參與者在參與轉向計畫前後的犯案程度有顯著差異，參加轉向計畫後的犯案程度與參與計畫非常一致。這顯示出無論轉向計畫設計、人口學和主要招募犯罪人的差異性，轉向計畫都有益於毒品施用者。

七、面臨問題

除罪化對社會帶來的問題簡述如下：

（一）因飲酒、抽菸和使用其他藥物對個人、家庭、社區和整個澳洲社會帶來整體的傷害。

（二）預估澳洲2004-2005年因飲酒、抽菸和誤用其他毒品帶來的社會成本超過560億元，此成本估計包括醫療和醫院系統、損失的工作產能、交通意外事故和衍生的犯罪案件。預估因抽菸造成的社會成本總預估社會成本的56.2%（相當於315億元）、飲酒造成的社會成本佔

總預估社會成本的27.3%（相當於153億元），非法毒品施用造成的社會成本佔總預估社會成本的14.6%（相當於82億元）。

（三）非法藥物不只威脅身體健康，也是引發許多犯罪行為的原因。對許多組織犯罪集團來說，他們的主要活動就是吸毒，販毒就是其收穫來源。和飲酒一樣，施用非法藥物也會造成交通意外事故和引發暴力事件、造成家庭破裂和社會失能。不安全的注射藥物行為也是造成像C型肝炎和HIV/AIDS等透過血液傳染疾病擴散的主因。

（四）可合法取得的其他藥物和物質也可能造成嚴重傷害。使用吸入劑、像是石油、油漆和強力膠都會造成腦部傷害，也可能會致死。

（五）飲酒、抽菸和施用其他藥物會造成和強化個人、家庭和社區成為社會弱勢。與有誤用藥物者住在一起的兒童出現情緒和行為問題的可能性更高，他們在校表現不佳，有可能成為兒童受虐的受害者。雙親有酗酒、抽菸或施用藥物者也可能會仿效其行為—造成跨世代的藥物誤用和傷害模式。家庭破落和失業常與藥物使用問題相關。

（六）弱勢族群是飲酒、抽菸和誤用其他毒品的高風險族群。例如，原住民和多雷斯島島民遭受不一致的飲酒、抽菸和施用其他毒品造成的傷害。毒品相關問題對澳洲原住民和一般民眾的健康和壽命造成不一致的損害。和其他澳洲民眾比較，原住民較可能死於因吸菸引起的疾病，例如呼吸系統疾病和癌症。

（七）2004年出版的非法毒品施用者治療的障礙和缺少誘因（Barriers and Incentives to treatment for illicit drug users）報告指出，缺乏接受治療的管道、等待接受治療時間過長和缺乏衛生專家的支持。

（八）2007年國家藥物政策家庭調查結果顯示，失業者表示近期施用非法毒品的比率為23.3%，一般民眾的比率為23.3%。遊民喝酒、抽菸、施用非法毒品很常見。一項研究預估，雪梨遊民的12個月有害性酒精施用盛行率為41%，毒品施用則為36%。不良親子關係、家庭

解組、紊亂和壓力、家庭衝突和婚姻不協調、語言、身體或性暴力等家庭因素都與毒品施用有關。研究也發現許多問題性酒精和其他毒品施用的保護因素，包括有工作，穩定的家庭生活和固定的居住處所。在預防和克服毒品相關問題時，這些都是重要的因素。

（九）醫療監督注射室（MSIC）：

從2001年5月成立至今，MSIC僅保住人數不多的毒品施用者的性命，但經營這個注射的成本非常高，僅服務小部分毒品施用者。其預期成效未顯示能顯著影響拋棄式針具施用與在公共場所施打毒品，也無法降低血液傳染疾病。

（十）政治影響毒品政策：以西澳為例

西澳近期才將持有大麻除罪化。從2004年起與南澳的大麻罰單（Cannabis Expiation Notice, CEN）相似，警察能開立大麻罰單（Cannabis Infringement Notice, CIN）給認為犯下輕微大麻罪刑者。若個案持有超過30克以上的大麻、隨身用具或兩株非水栽植物，警方會開出CIN，當事人可選擇繳清罰款（最高為\$200澳幣），參加由西澳主要衛生官員指派治療人員擔任大麻講習課程（Cannabis Education Session, CES）講師、或面臨法院的起訴。一個人被開立CIN的次數並無限制，但如果一個人在三年內收到兩次以上的CIN，他們就喪失單純付罰款的機會，而必須參加大麻講習課程或上法院（Lenton, Allsop, 2010）。如果被開單者無法付清罰款，會被視為欠政府錢，但不會被在前科紀錄上記上一筆。

在鼓勵個人以支付CIN的罰款，避免其他司法管轄區以威脅吊扣駕照的方式要求被開單者繳清罰款的方式，民眾繳清罰款的比率高達75%（Reuter and Peter, 2010）。

CIN政策使得大麻施用盛行率下降，從2002年的19%降至2007年的12%（Hyshka, 2009）。2007年的大麻終生盛行率也從2002年的54%降至2007年的46%。反對大麻除罪化者主張，除罪化會使大麻取得更

毒品施用者處遇及除罪化可行性之研究

容易和使施用其他毒品的機率增加。不過一項研究指出，在實施CIN計畫後，西澳民眾表示他們施用非大麻的其他毒品次數增加，9%者表示減少施用其他毒品，82%者表示施用非大麻類毒品的次數沒有減少。

中間偏右派贏得2008年的選舉，政府取消西澳的CIN計畫。新法於2011年生效。此舉顯示政府顯然忽略CIN政策成功的部份，政府改變大麻輕罪的門檻限制，從原本持有30克大麻的限制降低為10克。不過，資料顯示在除罪化的這段期間，西澳的大麻施用率有下降的趨勢，儘管執法模式各地不進相同，不過全澳洲在大麻施用率下降上有相同的趨勢（Australian Institute of Health and Welfare, 2010）。西澳的新政策使得更多人面臨因持有大麻而被起訴的命運。

第七節 新加坡毒品施用者處遇政策

儘管執法部門採取嚴刑峻罰，新加坡政府反毒政策的努力仍在治療疾病，非處理此問題的根本原因。執法部門追捕和將毒品成癮者送入勒戒所不遺餘力，但許多毒品者回到社會後還是又回到過去的生活方式。再者，首次被抓的毒品成癮者人數日益增加，成為社會關注的焦點。1993年在毒品治療復健中心的人數為4,470人，1987年則降到3,050人。在這個時期的毒品成癮新增人口不過860人。但很明顯的在處理毒品問題上缺乏協調和全面性的措施。新加坡的成癮人口減少，是以各國檢討自身國家政策時期望從該國成功因素學習，以下從除罪化／犯罪化歷史開始介紹。

一、除罪化／犯罪化歷史簡述

（一）英國殖民時期的毒品狀態

新加坡的毒品濫用問題可追溯至中國移民，當他們移民到新加坡時就有吸鴉片的習慣。1819至1945年新加坡主要濫用的毒品是鴉片。在1848年，約有15,043名抽鴉片的中國人，當時新加坡的總人口有70,000人，吸食鴉片人口占了21.5%。大眾開始呼籲反對抽鴉片的行為，使得政府規範那些吸鴉片者須強制註冊，定量配給鴉片給他們。這個情況持續到1929年。到該年年底，共有40,956人向新加坡布政司（Straits Settlements）註冊（Leong, 1980）。這意味著，沒有註冊的人會被視為「非法毒品施用者」（Tan, 2006）。英國殖民政府容忍吸鴉片的行為是因為可從販賣鴉片中獲得龐大利益。例如，新加坡在1823-1824與1929-1830年間的鴉片歲收從15%增加到52%（Phang, 1990）。

受到英國本土和新加坡布政司反鴉片運動及全球各地的壓力，新加坡布政司於1907年7月19日成立鴉片委員會，確認吸食鴉片人口，建議採取遏止的方法（Tan, 2006）。與民眾預期不同，鴉片委員會並未

建議禁止吸食鴉片，相對的，委員會為保障鴉片的獨賣業務還幫英國政府辯護和保護其鴉片歲收（Pang, 1990）。

在成立鴉片委員會後近40年的日子，在1946年2月1日正式禁止吸食鴉片的行為。此舉造成鴉片煙的走私和1950年代嗎啡煙館的興起，成為抽鴉片者的另一個選擇，因為抽鴉片者負擔不起那麼貴的鴉片煙。失控的狀態使得政府於1951年3月1日訂定危險藥物條例（Ong, 1989）。

整體來說，在新加坡這個殖民地上，鴉片成癮的問題是由於政府獨賣鴉片和鴉片帶來的稅收所致，其結果是政府忽視當地鴉片成癮者。潘文龍（Andrew Phang）認為，新加坡在殖民時期的毒品狀況是鴉片成癮者的比率很高，直到政治發展迫使當地殖民政府重新考慮其毒品政策（Pang, 1990）。

（二）獨立後的毒品狀況

新加坡於1965年8月9日獨立，鴉片成癮者人數下降反映出鴉片成癮不再是個嚴重的問題（Tang, 2006）。不過，在1960年代末期出現新的威脅，也就是出現新一類型的成癮者，他們使用大麻和甲酮（methaqualone, MX）。隨著從西方叛逆的「嬉皮文化」流行，伴隨而來的是大麻和甲酮的流行（NCADA, 1998）。這對政府來說是個新麻煩，與鴉片成癮不同，大麻和甲酮不再侷限於中國人或某特定年齡族群的問題。根據國家毒品濫用委員會（National Council Against Drug Abuse, NCADA）：

約莫到了1970至1971年，新加坡的成癮人口暴增。「大麻」團體四處可見，在迪斯可舞廳和俱樂部都有人在施用此類毒品。令人憂心的另一個趨勢是，學校也發現有學生在施用這類毒品。毒品問題不再只影響中國人或其他特定種族。此階段的毒品影響各經濟和社會階層。簡而言之，毒品成癮已成為全國問題。

鴉片成癮人口下降，嗎啡成癮人口卻上升，這是因為部分鴉片成癮人口為了減少花費改用嗎啡。不過另一個更嚴重的問題是，大麻使用人口有愈來愈多的趨勢。再則，令人憂心的是，學校發現學生使用甲酮錠劑。

新加坡毒品日益嚴重的情況反映在，1971年1至10月間緝獲450磅重大麻和2,280顆甲酮錠。因毒品犯罪遭逮捕的人數從1965年的1,229人成長到1971年的1,949人（Ong, 1989）。1971至1972年間因大麻犯罪被捕人數從456人成長到774人（Tang, 2006）。甲酮犯罪者在同期從34人成長到125人（Soh, 1951）。

與當時英國殖民政府未採取任何行動不同的是，人民行動黨政府在獨立後於1971年11月成立中央毒品檢肅局（Central Narcotics Bureau, CNB），主管新加坡的毒品成癮問題。

（三）中央毒品檢肅局的誕生

英國殖民政府在1952年8月主管國內鴉片銷售和施用的工作從關稅局移轉給刑事調查部內的麻醉藥品局（Ganesan, ）。由於麻醉藥品局的層級較低，必須由新加坡各警察單位支援其任務。1954年1月新加坡在關稅局底下成立中央毒品情資局（NCIB），關稅局將預防走私毒品至新加坡的工作移轉給中央毒品情資局。該局與國際麻醉藥品情資中心合作一起遏止國際毒品走私集團的活動（Singapore, 1955）。中央毒品檢肅局與中央毒品情資局密切合作，其合作在1959年自組政府到1965年獨立後，整個合作關係並無太大的變化。

除了這些機構外，衛生部（Ministry of Health, MOH）主管危險藥品的進口、銷售和施用。這些危險藥品也包括麻醉藥品。在門診部也成立一個小單位負責個別成癮者尋求治療和進入聖約翰島的治療復健中心的業務。在科學暨科技部中成立一化學部，負責分析和辨識可疑毒品（Manby, 1971）。

不過，依賴刑事調查部底下的麻醉藥品局為新加坡主要緝毒機構有三大缺點。第一，刑事調查部重視的是解決嚴重的犯罪問題，像殺人、強暴、搶奪等罪，毒品議題並未馬上獲得注意和列為優先處理事件。其次，刑事調查部獲得內政部一筆經費時，麻醉藥品局必須與其他六個部會和祕密社會部門在人力、設備和其他資源上相互競爭。最後，麻醉藥品局的辦公室設在刑事調查部，顯示出政府並未慎重看待反毒議題（Tan, 2000）。1971年2月人民行動黨政府對當時新加坡處理毒品議題採取分權的方式不滿，於是成立中央機構展現其反毒的決心。因此，內政部的常任部長邀請身在日內瓦聯合國麻醉藥品管理局的M.C. Manby至新加坡訪問，針對政府的國家麻醉藥品管理局的組織和功能提出建言（Manby, 1971）。

Manby提出三個可能的替代方案供新加坡政府參考：（1）成立獨立行政單位執行此五項任務；（2）設立不同的行政單位，由各部門進行協調執行此五項功能；（3）分別設立部門，由一中央主管機關負責協調工作，隨時間轉變，必須對毒品狀況提出準確和平衡的評估報告。

1971年11月新加坡政府成立中央毒品檢肅局，負責工作包括：（1）訓練執法人員，使其具備專業技能；（2）出版刊物教育一般大眾和建立大眾反毒品走私和濫用的氛圍；（3）在毒品走私和執法部分的情資蒐集；（4）與國際執法單位建立合作關係；（5）由緝毒情資中心負責行動（CNB, 1996）。

（四）強化反毒立法

1973年通過的藥物濫用法於1975年11月進行修訂，針對未經授權製造海洛因和嗎啡者，不論其製造量多寡，或未經授權進出口或走私30克以上的嗎啡或15克以上的海洛因，皆可處以死刑。內政暨教育部長提出相關數據顯示，1973年立法通過的藥物濫用法訂定的刑罰對毒品走私無法產生任何遏阻效果。

1974年上半年，1,793名毒品濫用者中只有9人因施用海洛因被捕。同年下半年，1,921名毒品濫用者中有1,007人因施用海洛因遭逮

捕。海洛因濫用者遭逮捕的數字在12個月中增加近112倍。同樣顯著的情形是，因海洛因交易遭逮捕的走私者在1974年前六個月有26人，下半年則有45人。

除了提升刑罰的威嚇效果外，引進死刑是要讓走私毒品者了解其所帶來永久的危害和毒品成癮對國家安全和永續生存帶來的威脅。在年輕族群和婦女間蔓延開來的毒品成癮問題會影響社會結構的基礎和危害經濟。人一旦依賴毒品，就不再對經濟和社會進步有所貢獻。他們無法正常工作。特別是年輕人，他們會轉而從事犯罪，因此在一個發展中的國家，進步和生存都會受到嚴苛的威脅。

二、毒品施用規範與犯罪化毒品類型

（一）毒品施用規範：

在新加坡，規範成癮物質的法令為藥物濫用法（Misuse of Drugs Act）¹⁹。刑法認定施用任何成癮物質是違法的，需接受強制治療和復健。

根據新加坡藥物濫用法第8條規定，本條立法目的在於將持有及施用管制藥物犯罪化（Possession and consumption of controlled drugs），依據藥物濫用法（Misuse of Drugs Act）第8條規定，供自己吸食、施打或施用一種管制藥物（a controlled drug）或指定藥物（a specified drug）均構成犯罪。

在新加坡，被懷疑濫用毒品者皆須接受尿液檢驗，新加坡將毒品吸食者視為病犯，將第一次和初次再犯（第二次）的毒品施用者送往戒毒所，視為病人；第三次以上屢戒不改的再犯者，視為犯人，將受到更嚴厲的處罰。吸食毒品經多次輔導戒治仍無法戒斷，被警方查獲3次以上者，將被法院科處5年以上，7年以下之有期徒刑，併科3至6下

19

http://statutes.agc.gov.sg/non_version/cgi-bin/cgi_retrieve.pl?actno=Reved-185&date=latest&method=part。

鞭刑，不得科處罰金。假若是第4次施用指定藥物被逮之累犯，第4次施用毒品行為或拒絕提供尿液之行為，法院將處以7年以上，13年以下之有期徒刑，併科6至12下鞭刑，不得科處罰金（林健陽、陳玉書等，2009）。

有些毒品濫用者進入毒品治療復健中心接受數次的治療後仍無法擺脫吸食毒品的習慣，這些頑固不化的濫用者通常會涉入犯罪活動。為了解決這個問題，從1998年7月20日起，新加坡政府對這些嚴重吸毒者處以長期刊²⁰。

（二）犯罪化毒品類型：

非依照醫囑施用管制性物質皆屬犯罪行為，物質分類列於藥物濫用法（Misuse of Drugs Act, 1973）。所謂管制藥物（a controlled drug），依據新加坡藥物濫用法（Misuse of Drugs Act）第2條的定義係指，藥物濫用法附件一規範及指定第1、2、3部分（A、B、C級）之藥物或其產品，約略共計有160餘種之管制藥物。最嚴重者為A級，如：海洛因、古柯鹼、大麻、冰毒（安非他命）、K他命等毒品；B級如：可待因（Codeine）、二氫可待因（Dihydrocodeine）、洁吡普洛（Zipeprol）等；C級如：FM2、西可巴比妥（Secobarbital）、三唑他（Triazolam）。其中K他命提升為A級毒品係為遏止其氾濫。

所謂的指定藥物（a specified drug），依據該法第2條定義的規定，係指藥物濫用法附件四規範及指定之藥物（a drug specified in the Fourth Schedule）。在新加坡，凡是供自己吸食、施打或施用上述之管制藥物（a controlled drug）或指定藥物（a specified drug）均構成犯罪行為，亦即，將施用行為犯罪化（林健陽、陳玉書等，2009）。

三、毒品施用者處遇

²⁰參見新加坡禁毒協會（Singapore Anti-Narcotics Association, SANA）
<http://www.sana.org.sg/>.

毒品成癮治療期：對個案來說，藥物成癮治療期須視其問題和需要而定。研究顯示，對大部分的患者來說，在進入治療後三個月可達顯著改善。復原是個持續進行的歷程，成癮治療沒有任捷徑可走。個案在治療計畫中學得的技巧在計畫結束，能靈活運用到日常生活中，協助個案了解處理過去會造成問題的情境。

發現成癮易受性基因使成癮治療的發展有長足的進展。學習更多反轉或穩定腦部訊息方可協助我們幫助成癮個案恢復適當的腦部功能。我們愈了解成癮機制，愈能在未來找到有效的治療方式。

不同類型的治療中心：大部分成癮治療中心提供各種不同的治療方式，像是住院治療、門診治療、生理解毒機構和清醒生活家園。住院治療常是用來收容有接受密集治療、監督和諮商需要的個案，由專業人士提供治療服務。門診治療針對成癮狀況較輕微的個案，個案可接受定期諮商會談。生理解毒機構的專長是自成癮中復原的第一階段，清醒生活家園聚焦在完成戒癮治療計畫後的輔導安置。

（二）毒品治療復健中心

毒品治療復健中心：毒品成癮者常會認為自己是受害者而不是犯罪人，他們不是被定罪或被監禁，而是送到毒品治療復健中心接受六個月以上三年以下的治療和復健。為了確保成癮者在毒品治療復健中心不被虐待，新加坡內政部指派由18人組成的參訪委員會，於1979年2月23日參訪所有的毒品治療復健中心。探視每位希望被訪談的毒品成癮者、傾聽他們的申訴、確保食衣住、醫療和復健設備都符合要求，並觀察他們每人的治療和康復過程。

在毒品治療復健中心接受治療和機構式復健的時間持續六個月，需經過下列五個階段：

第一階段，持續一個星期的強制生理戒癮，在這段期間，不會開立任何藥物緩解戒癮症狀，例外要件是戒斷症狀危及個案性命。當個

案經歷戒斷症狀且醫師判斷可能危及生命時，可開立藥物改善戒斷症狀。年滿55歲以上的成癮者不需經過此階段。

第二階段，持續一個星期的恢復期，並由毒品治療復健中心職員協助受刑人適應毒品治療復健中心的規定。

第三階段：一星期的密集教誨課程，讓受刑人意識到吸食毒品習慣帶來的危險，透過毒品治療復健中心醫療人員和監獄內社工人員進行個別和團體諮商會談，讓個案了解生命的現實、自己的角色和自己對社會的貢獻。在這個階段也會引進宗教諮商課。

第四階段：為期九週的軍事訓練，教導受刑人規矩以提升他們的身體健康。

第五階段：為期12週、每天八小時（或每週44小時）在工廠作業，讓受刑人準備好釋放後的就業。

不過在藥物濫用法修正後針對反覆復發的成癮個案，可從原本為期六個月的治療計畫延長治療時間，最長時間不可超過3年。1978年1月，由精神科醫師主持的審查委員會負責審查成癮者是否適合在為期六個月的治療結束後即可獲釋。若有需要，審查委員會可延長六個月的監禁期間。不過，整體監禁期間不可超過三年。

參訪委員會和審查委員會確保毒品成癮者在監禁期間不會超過他們治療成功和復健所需的時間。參訪委員會除了整理出受刑人的申訴外，毒品治療復健中心的每位受刑人若覺得自己覺得不當監禁，可提出一次申訴。

（三）日間釋放計畫

1、日間釋放計畫（Day Release Scheme, DRS）：

1979年5月中央毒品檢肅局局長鄭大岩建議引進日間釋放計畫（Day Release Scheme, DRS），透過威嚇效果和迅速監禁的方式來預防復發和減少再犯（Tee, 1979）。日間釋放計畫以非拘禁方式增加他

們暴露在無毒環境的時間，協助他們自毒品治療復健中心和監獄出獄者適應這個社會。審查委員會負責篩選適合進行日間釋放計畫的個案。選出的受刑人會留在日間釋放營區六個月的期間。他們白天在工廠工作，工作結束後就回到日間釋放營區。他們也可在周末回家陪伴家人。不過，若定期驗尿時若呈現陽性反應則顯示他們在這段期間有施用毒品，會取消他們留在日間釋放計畫，他們需再次回到毒品治療復健中心。

現行自日間釋放計畫和監獄出來者進行為期兩年觀護制度似乎效果不彰，他們常再重獲自由後一年內就會再犯。嚴重吸毒成癮者不會有進入毒品治療復健中心的機會，其原因有二，一為他們無法自此方案中獲益，其次是因為共有8,752名成癮者，若要將6,154名嚴重吸毒成癮者納入計畫中，也窒礙難行。因此，日間釋放計畫只能收容2,598名第一次和第二次成癮被捕者，給予兩年的治療和復健期。最後，提供足夠的時間和適當的居所、招募適當的員工、修改法律，中央毒品檢肅局局長建議於1980年開始實施日間釋放計畫。日間釋放計畫是延長個案留在毒品治療復健中心的時間，透過縮短留在毒品治療復健中心的嚴格管制期和進入社會自由期前的中間適應期（Velloo, 1983）。

2、提升毒品成癮者的治療和復健

許多毒品成癮者常會碰到其他社會、健康、家庭和法律問題，這些問題需要加以解決。幾乎所有成癮個案相信，只要自己願意，自己可以停止施用毒品，大部分吸毒者嘗試自己停藥，有些人真的做到了，許多人在嘗試停止卻失敗了。對這些無法停止濫用毒品者來說，還有很多治療方案可協助期望停止那種不由自主濫用毒品行為的成癮者。

毒品成癮治療的方式有很多種，會依個案施用的毒品類型及其需要而定。成癮的嚴重程度和先前試圖停止吸毒的努力都會列入治療的考量之中。戒毒治療的目的在於協助成癮個案停止強迫性濫用毒品的行為。

治療和復健毒品成癮者是毒品治療復健中心和矯治部門的責任。委員會認為高達70%以上的毒品成癮者在離開後會復發的原因是，毒品治療復健中心採取「較柔性」的管理，這是讓嚴重吸毒成癮者離監後無法不碰毒品的原因。

被送到毒品治療復健中心接受6個月到2年治療的毒品成癮者，接受的治療包括生理解毒、恢復、教誨、身體訓練、工作治療和諮商。在完成治療後，毒品成癮者離開毒品治療復健中心後還需接受中央毒品檢肅局為期2年的觀護。

（四）監獄治療計畫

監獄部門引進四項特殊計畫，用以協助真心想擺脫吸毒習慣的成癮者：

1、出關諮商計畫（Exit Counseling Programme, ECP）：

包括密集諮商、反毒教育、教育訓練，設計為期兩週的實驗了解沒有刑事或吸毒前科者（通常都是青年人）。由專家進行密集諮商會談，期望能協助毒品成癮者提升他們抗拒毒品誘惑的能力，教導他們遠離毒品的方法。可注意到的是ECP的復發率較毒品治療復健中心的集體治療計畫的復發率低；到1993年9月左右，1,554名參加ECP的毒品成癮者，有57.5%全程參與；相較之下，完成毒品治療復健中心治療者有70%。

2、三階段計畫（Three Phase Programme, 3PP）：

包含（1）毒品治療復健中心集體治療的密集版本；（2）機構性日間釋放計畫（institutional Day Release Scheme, DRS）允許成癮者白天外出工作晚上再回去毒品治療復健中心營區；（3）在DRS的這段期間，成癮者可外出工作和回家，一切都須以電子登錄進出時間以確保他們遵守夜間宵禁的規定。三階段計畫個案的復發率也較毒品治療復健中心為低。

3、修訂電子監控制度（Electronic Monitoring System, EMS）計畫：

該計畫的設計適用於不符合三階段計畫規定、但願意改變者。此計畫的持續時間較三階段計畫長，不過較毒品治療復健中心集體治療時間短。治療後，成癮者會安置在居住型的DRS，需配戴電子監控設備。復發率約為58%，主要原因是個案犯了其他罪（包括再次施用毒品）。

4、拿淬松前導計畫（Naltrexone Pilot Programme）：

持續時間為兩年，在1993年8月由矯治部門率先引進，主要探討拿淬松這種非成癮性藥物，在海洛因成癮者身上降低渴望毒品的效力。約有60位自願者參加，他們都是符合參加三階段計畫資格者。參與拿淬松試驗者需接受為期兩年的實驗；第一年他們會先服用藥物，第二年就會停藥。在1993年12月。只排除4位成癮者（6.7%）。委員會建議，矯治部門應持續作為治療和矯治毒品成癮者的部門，應成立協調委員會，由中央毒品檢肅局、新加坡復健企業公司、新加坡禁毒協會、教育部、衛生部和社區發展部指派代表出席會議。再者，委員會建議應對復建有正向反應的個案，給予更同理和協助的方法，而對冥頑不靈的個案採則取堅定嚴格的態度。

因此，優先順序應提供給新成癮人口（定義就是首次或第二次被抓者）治療和復健的機會，避免他們成為嚴重吸毒成癮者。不過，委員會建議長期監禁那些嚴重吸毒成癮者（被抓三次以上的成癮者），需加上具刑罰色彩的DRC集體治療以提升其嚇阻效果。更詳細的做法就是，委員會建議法院應起訴第五次被抓的毒品犯，處以有期徒刑，期能嚇阻新成癮者成為嚴重吸毒成癮者。

有鑑於監獄部門的有限資源，委員會建議復健的工作應聚焦在那些第一次或第二次被抓、願意改變的毒品成癮者。嚴重吸毒的成癮者應根據他們是否有刑事或毒品犯罪前科，在刑期上有所區隔，走私毒品者應判處最長的刑期。主動尋求治療的毒品成癮者，委員會建議提供特別的短期治療計畫，治療內容包括在毒品治療復健中心接受生理

解毒、復原和預備教誨期和諮商輔導；在完成治療後須進入指定的中途之家。為了讓監獄部門能依賴這些有效的治療計畫和管理良好的中途之家，委員會建議內政部應提供新興運作基金給經過篩選的中途之家來治療那些「願意改變」、嚴重吸毒的成癮者。

最後，應給予監獄部門更多人事資源來招募全職的專業諮商師，提升毒品治療復健中心的諮商輔導品質。應提供所有毒品成癮者團體心理治療；個別心理治療僅提供給第一、二次被抓的新毒品成癮者和願意改變的嚴重吸毒成癮者。

四、近年毒品防制對策

新加坡的毒品政策相當穩定，1971年11月新加坡在內政部成立中央毒品檢肅局，為緝毒、戒治與反毒教育合一的毒品防治專責機構；內政部意識到國家需要一個全面性的反毒計畫，才能有效處理毒品問題，內政部設立「改善新加坡毒品現狀委員會」，由議會主席何炳基（Ho Peng Kee）擔任主席，探討對抗毒品威脅必須採取的措施；1994年該委員會完成相關報告，提出重要的建議給政府。這些建議形塑出今日新加坡的反毒政策。在新制度之下，協調後統整的策略如下：（1）毒品防範教育（Preventive Drug Education, PDE）；（2）強化執法；（3）治療毒品成癮者，並給予其復歸社會的機會；（4）復歸社會後的照顧和持續復健計畫。

（一）毒品防範教育

新加坡的毒品防範教育關注的對象為 25 歲以下的青少年，對學校、社區實施反毒教育及安排全國性反毒活動，透過學校教育（如：集會講座、校園展覽、教師研習、學生分享、家長反毒宣導和反毒教育課程等）、社區教育（如：職場／戒毒所講座和反毒展覽會等）和全國性反毒運動（6 月 26 日為新加坡全國反嗜毒日）（陳明印等，2010）。

1971年中央毒品檢肅局成立之際，海洛因成癮一開始不是一個很嚴重的問題。不過，因海洛因濫用遭逮捕者的人數日益增加，從1972年的4人，1974年的110人，到1975年有2,263人。到了1976年，海洛因成癮變成是一個很嚴重的問題，每個月逮捕的人數約在475人（Velloo, 1983）。因此中央毒品檢肅局在因應海洛因問題成長的問題是，與新加坡警察局和海關局配合在1977年4月1日啟動全國防衛性進行的「搜捕行動」，透過逮捕成癮者減少對海洛因的需求。

中央毒品檢肅局蒐集到與毒品成癮者相關的資訊，使其能預估新加坡的海洛因毒品人口，並登記在案。「搜捕行動」的效果非常不錯，到1977年12月逮捕6,719名毒品成癮者，將他們送進毒品治療復健中心，使毒品問題不致於無法掌控。獵捕活動展開前，被送到毒品治療復健中心的成癮者人數從1975年的171人，1976年962人，1977年1-3月就有449人。不過，1977年4月到1978年2月間逮捕26,376人進行藥檢，其中7,348人（28%）成陽性反應而被送往毒品治療復健中心接受治療和復健。

搜捕行動成功的因素是六個機關通力合作。這六個機關分別是中央毒品檢肅局，新加坡警察局和海關密切合作逮捕疑似毒品成癮者，科技服務部負責尿液檢驗，監獄部的毒品治療復健中心負責治療和復健毒品成癮者，觀護和就業輔導對自毒品治療復健中心獲釋者進行督導和後續輔導。事實上，搜捕行動也被稱為「里程碑行動」，因為它是第一個國內團隊行動。簡而言之，搜捕行動展現內政部各局處聯合行動的彈性和益處（Velloo, 1983）。

五、犯罪化配套措施

（一）供應減量政策

1971年成立中央毒品檢肅局，人民行動黨政府對供應和供給減量採取雙向政策，兩者皆由中央毒品檢肅局、監獄、海關局和新加坡警察局負責執行。在毒品供應部分，預防從其他管道走私毒品進入新加坡，中央毒品檢肅局的供應減量政策仰賴四項措施來進行（Singapore

MHA, 1994)：(1) 強力打擊各級毒品供應者；(2) 在入出境各關卡進行檢查；(3) 提升與國外反毒機關的合作；(4) 提升情蒐能力追緝大毒梟。

(二) 搜捕行動：減少對毒品的需求

為了減少對毒品的需求，中央毒品檢肅局將其重心放在執行1973藥物濫用法，及1975修訂的藥物濫用法；透過逮捕、孤立和治療毒品成癮者，同時也教育大眾毒品帶來的危害。有效執法打擊毒品走私者以減少毒品的供應，中央毒品檢肅局也意識到，必須做到需求降低。

(三) 受刑人輔導與復歸社會

1、新加坡禁毒協會 (SANA)

於1972年建立，提供毒品成癮者諮商、復健和就業輔導服務。三年後，社會庶務部承接從聖約翰島首次因吸毒被送進毒品治療復健中心的成癮者。不過，政府於1976年8月20日對被釋放者採取強制觀護。1977年因應3,976人的觀護業務，毒品成癮部門後續照護服務由688名兼職義警 (Special Constabulary national servicemen) 擔任SCNS觀護官。毒品成癮者的人數到1978年6月30日增至5,325人。

每個職員的觀護對象為8名毒品成癮者，因為觀護制度不可能提供個人觀護給所有毒品成癮者。因此，在中央毒品檢肅局管轄下，於1978年7月1日引進新的觀護制度。在新的架構下，中央毒品檢肅局承接自毒品治療復健中心獲釋的毒品成癮者和因施用毒品被監禁和判處有期徒刑者釋放後的觀護業務。

2、新加坡復健監獄公司 (SCORE)

於1976年4月1日成立，主要工作為提升「犯罪者的就業能力」；讓受刑人準備好回歸工作崗位的方式來減少再犯機會。新加坡復健監獄公司執行復健和社會復歸，透過工作計畫、職業訓練和讓更生人有強烈的工作倫理等方式，讓他們成為能負起社會負責任的一員，提供

所需的工作經驗和工作技巧。到2006年時，新加坡復健監獄公司提供訓練給4,100名受刑人，到2000年受訓人數已增加一倍。

為了縮小後續就業輔導工作的時間，新加坡復健監獄公司法於1987年通過，擴大新加坡復健監獄公司的功能，新加坡復健監獄公司可在受刑人出獄前後即開始提供受刑人復建等後續就業輔導的服務。1990年，就業輔導支持服務併入新加坡復健監獄公司，提供高品質的中途之家照護服務給毒品犯罪者。

3、更生人復建之社區行動方案網絡（Community Action for the Rehabilitation of Ex-Offenders [CARE] Network）

於2000年5月啟動。此計畫旨在提供復建和照護服務給更生人，採行的方法是讓他們準備好，縮小他們與一般大眾間的差距，幫助潛在雇主接納這些更生人再次回到工作崗位。

4、提升更生照護和持續康復

中央毒品檢肅局、監獄、新加坡復健企業公司、新加坡禁毒協會和中途之家一起執行更生照護和持續康復的工作。但無任何一個機構負責協調，造成更生照護階段最大的問題是，各單位各自為政，缺乏一致的方法支持這些成癮者。

成癮者離開毒品治療復健中心後，中央毒品檢肅局進行為期兩年的觀護工作。這些成癮者依其進度，需每兩天、每週、每兩週到指定的派出所報到，進行定期尿液檢驗。中央毒品檢肅局可在既定期程間進行突襲式尿檢。如果個案在一年內沒有任何不良紀錄，中央毒品檢肅局可撤銷其觀護令。再者，中央毒品檢肅局也可將個案轉介給新加坡禁毒協會，在個案自願的情況下，由更生志工（VAOs）進行諮商輔導。

對在ECP和拿淬松前導計畫個案的受刑人，監所能做的後續追蹤有限。監獄督導官提供每月諮商會談給ECP的受刑人及其家屬，共進行三次會談。在受刑人離開ECP計畫後，更生志工會在受刑人剛獲釋前三個

月提供每週團體諮商輔導。受刑人於居住型日間釋放計畫搭配EMS的狀態下，更生志工提供密集諮商輔導給他們及其家屬。一位監獄官須管理15名受刑人，定期與他們進行會談、諮商和評估，官員也需定期到受刑人作業的工廠去視察。

5、提供就業機會

新加坡復健企業公司負責提供工作和就業機會給出獄的更生人，新加坡復健企業公司成立協調委員會，中央毒品檢肅局、監獄、新加坡禁毒協會和其他相關機構應派代表參與。新加坡復健企業公司也應檢視和提升其技能訓練課程給具矯正可能、在毒品治療復健中心的受刑人，讓他們有更多機會能獲得工作和有更好的就業前景。新加坡復健企業公司應拓展產業與服務合作社的活動，納入小型企業和與前成癮者建構夥伴關係。

新加坡復健企業公司須負擔毒品治療復健中心8位全職諮商師的薪水，受刑人在毒品治療復健中心的治療期間結束之際，需到新加坡復健企業公司的工廠工作，此一目的是訓練他們的紀律和灌輸工作倫理。新加坡復健企業公司會選出具矯治性、第二次被捕者和5%的毒品治療復健中心受刑人接受職業訓練，以提升他們的技能。受刑人離開毒品治療復健中心時，新加坡復健企業公司的工作安排單位（JPU）提供工作機會給他們；到1993年12月時，工作銀行中還有1,000多名雇主。

6、中途之家

新加坡禁毒協會和中途之家（HWHs）分別提供刑後保護管束和居住照護給復原中成癮者強而有力支持的機構。從毒品治療復健中心挑出離開中心六個月左右的受刑人，將他們安置在中途之家；中途之家的工作人員會協助他們重新調適和幫助他們準備好復歸社會。此外，透過執業訓練和提供工作給受刑人，也運用必要的測量工具評估成癮者已經做好準備進入職場。

目前在新加坡有15個中途之家，13個是由宗教團體經營，兩個由民間組織經營。中途之家提供食、衣、住、個人諮商輔導、心靈指導給成癮者，努力最小化對他們造成的負面影響。1993年12月時，15個中途之家的佔床率為28%，這些中途之家提供個人化的方法協助個案復健，這是因為他們的人員配置較毒品治療復健中心佳。透過他們的社群網絡，中途之家可動員志工協助成癮者康復。

7、更生人輔導

在中央毒品檢肅局的督導下，新加坡禁毒協會透過更生人志工諮商輔導計畫，提供更生人一對一的個人化更生輔導（Volunteer Aftercare Of A cer, VAO）。不過，只有符合VAO標準的個案，新加坡禁毒協會才會將此個案列入VAO計畫。

（四）毒品防範教育

預防勝於治療，對毒品的需求也可透過教育一般大眾毒品濫用帶來的危害減少對毒品的需求。毒品犯罪預防教育之任務由新加坡中央毒品檢肅局、禁毒協會（Singapore Anti-Narcotics Association, SANA）、教育部和軍事武裝部隊一起分擔。

1、中央毒品檢肅局毒品預防

中央毒品檢肅局毒品預防教育由三名幹員及兩位復健監獄公司成員組成；此單位於1992年12月成立，負責六項任務，分別是（1）提供毒品趨勢的統計分析；（2）提供現行毒品法和毒品犯罪刑罰資訊；（3）為其他組織辨識出高風險目標族群，指引其努力的方向；（4）安排學生和社區團體參訪毒品治療復健中心；（5）提供毒品預防教育會談和展覽所需的視聽資訊；以及（6）針對特定族群安排演講行程，在研討會和公共論壇擔任專題討論參加者的角色。

2、禁毒協會毒品預防

新加坡禁毒協會於1972年成立以來為毒品成癮者提供諮商、復健和就業輔導服務。此外，新加坡禁毒協會也負責透過組織性的行動，

毒品施用者處遇及除罪化可行性之研究

在各級學校舉辦年度反毒活動，將反毒訊息傳遞給青年學子。指派講師定期與學生進行會談，為學生介紹反毒標章運動（Anti-Drug Badge Scheme）和學生團體的特別調查員計畫（Special Agent Scheme），在兩個選舉區針對中輟生提供直接受惠介入計畫。新加坡禁毒協會也為新加坡男童收容所（Singapore Boys' Home）等團體提供訓練計畫以提升他們對毒品濫用危害的認知。

在社區層面上，新加坡禁毒協會協助公民諮詢委員會（Citizens' Consultative Committees）在不同選舉區組成34個毒品和吸入劑濫用預防委員會，組織反毒濫用展示會或毒品意識對談、展示海報和發放反毒訊息手冊。國家反毒濫用活動也由新加坡禁毒協會組成，每兩年舉辦一次活動，以提升新加坡全體市民對毒品問題的意識。新加坡禁毒協會於1990年2月開始提供線上諮商和支持服務給毒品成癮者。

內政部以同意新加坡禁毒協會和中央毒品檢肅局到學校演講和安排參訪毒品治療復健中心的方式支持毒品預防教育。由於新加坡有上課時數的限制，在面臨其他計畫的競爭下，校長和老師無法提供足夠的毒品預防教育計畫。

3、毒品預防教育計畫

（1）巡迴會談：中央毒品檢肅局的官員到校園與學子進行面對面對談，讓學生更了解毒品帶來的危害。

（2）聯合會談：警方和中央毒品檢肅局一起舉辦的會談，重點放在國中和技職院校的高風險學生。

（3）舞出無毒（DanceWorks!）：舞出無毒是個跨校舞蹈比賽，由中央毒品檢肅局為國家反毒品委員會（NCADA）籌辦，其目的是提倡舞蹈為正當休閒娛樂，期望邁向無毒新加坡。

（4）反毒展：中央毒品檢肅局在社區等地方圖書館進行定期反毒展可提升大眾對毒品相關議題的觀念。

(5) Preserving and Loving (PAL) 計畫：新加坡禁毒協會舉辦的計畫是透過走動式志工指導人員 (VGOs)，與高風險學生為友，鼓勵他們重返校園、學習一技之長，從事有益身心的活動或找份穩定工作。

毒品預防教育計畫是透過大眾媒體、展覽和反毒演唱會等各種不同的方式教育大眾毒品濫用帶來的危險。反毒訊息相關資訊會依據高風險族群的特性，依據其語言、文化和生活習慣不同，量身打造符合他們的訊息。邀請電視明星、運動名人擔任反毒大使，讓年輕人有更深刻的印象。預防毒品濫用計畫的另一個焦點是青少年自己。教育傳遞給青少年的訊息是，若濫用毒品的話，需為自己的行為負責。毒品預防教育致力於讓大眾同情毒品濫用者。

4、軍事武裝部隊毒品預防

對軍隊中的青年人進行研究，梁全忠 (Leong Choon Cheong) 觀察發現在1974年以前，毒品濫用不是新加坡武裝部隊的問題 (Leong, 1978)。但新加坡武裝部隊服役者因毒品濫用被定罪人數從1970年的3人成長到1977年高峰的618人。因此，國防部處理新加坡武裝部隊毒品濫用的問題是採用三角策略 (Tan, 2006)：(1) 在新加坡武裝部隊針對毒品犯罪者建立執法單位；(2) 拘禁和提供復健資源給毒品濫用者；(3) 透過教育計畫讓官兵了解毒品濫用帶來的危害。

新加坡武裝部隊在基本軍事訓練中整合反毒品濫用計畫，教育官兵毒品濫用帶來的危害。此外，分別在1977年6月27日到7月23日和1979年5月25日到8月31日這兩段期間舉辦反毒活動。在這些活動中，分別舉辦研討會、會談、辯論、團體討論、競賽和移動式展覽 (Ng, 1981)。最後，新加坡武裝部隊建立一特殊諮商中心，提供毒品預防教育計畫和諮商服務給官兵。

(五) 改善走私毒品者和成癮者的執法工作

中央毒品檢肅局負責緝捕毒品走私者和成癮者，新加坡武裝部隊協助中央毒品檢肅局逮捕疑似毒品濫用者和街頭販毒者，海關局偵查新加坡各入出境走私非法毒品。不過，中央毒品檢肅局在1993年時僅有200名成員，負責處理各式各樣與毒品相關的問題，包括從馬來西亞新山流入的毒品、愈來愈多新加坡人在海外因走私毒品被捕、自毒品治療復健中心獲釋者高再犯率、和毒品治療復健中心過度擁擠。中央毒品檢肅局人員短缺的問題顯示，該機構人員配置數未隨案件量增加而增多，在新加坡武裝部隊的刑事調查人員有600名成員，兩者承擔的案件量差不多。

因此，委員會建議，應提供中央毒品檢肅局更多資源強化其查緝毒品走私者和成癮者的功能。此外，亦應提升中央毒品檢肅局情報部的能力，以打斷馬來西亞的毒品供應鏈，中央毒品檢肅局應持續與馬來西亞當局合作，聯手打擊以新山為根據地的毒梟。

不過，中央毒品檢肅局主要的任務是透過緝獲毒品走私者和打擊當地毒品市場的方法改善新加坡的毒品問題。最後，因應毒品治療復健中心過度擁擠的情形，委員會建議探討以各種不同的方法收容更多的毒品成癮者。

嚴格取締販毒者和毒品濫用者有其必要，此舉在於確保能控制毒品造成的危害。為了將政府取締毒品的決心傳達給民眾，中央毒品檢肅局經常向世人昭告政府打擊販毒者和毒品濫用者的執行成效。若有需要，政府有權羈押未經審判的販毒者，預防禍及他人。面對日益複雜的毒品走私問題，中央毒品檢肅局持續與其他國家的執法單位合作，將毒品阻絕境外。

（六）朝向整合性政策邁進

為了克服雙向毒品管制政策缺乏協調和整合的問題，新加坡「改善新加坡毒品現狀委員會」建議，政府應將重心放在由三個主要機構執行的整合性政策上。（1）中央毒品檢肅局負責毒品預防教育和執法；（2）監獄負責治療和康復；（3）復健企業公司負責成癮者的更生照

護和持續康復。委員會也建議，應提供中央毒品檢肅局更多資源以提升其能力；在毒品治療復健中心進行治療對遏止嚴重吸毒成癮者或冥頑不靈者效果不佳，委員會進一步建議，監獄應將治療和康復的努力聚焦在第一、二次被捕、具矯正性的成癮者上。對被捕五次以上的成癮者，委員會建議應由法院起訴，讓他們接受短期刑和鞭刑。

六、政策效果

（一）毒品施用人口獲得控制

從中央毒品檢肅局在1994至2007年間逮捕的毒品濫用者人數下降反映出，新加坡於1994年起實施的毒品濫用整合政策已獲得豐碩成果。被捕的人數從1994年的6,165人降至2007年的2,211人。中央毒品檢肅局減少新加坡海洛因供應是促成街頭海洛因價格從2002年平均20-25元新幣，成長到2003年40-50元新幣。因此，海洛因成癮者數從2002年的2,235人降至2003年的567人。

中央毒品檢肅局2011毒品現狀報告提到，中央毒品檢肅局逮捕更多毒品濫用者，沒收更多毒品，作為中央毒品檢肅局在2011年強化執法努力的成果。中央毒品檢肅局在2011年逮捕3,326名毒品濫用者，較2010年逮捕2,887人成長了15%。逮捕到的毒品濫用者中，新增人口下降15%，從2010年的1,327人新增毒品濫用人降至2010年的1,128人。

（二）更生輔導獲得效果

到1993年7月，新加坡禁毒協會從2,280名挑出符合資格的更生人加入VAO計畫。依據新加坡禁毒協會的說法，1992年，VAO計畫個案的復發率為58.5%，較其他成癮者復發率的75.2%為低。

（三）落實就業輔導

在1993年，JPU協助2,680名受刑人找到勞動方面的工作，月薪在550至850新幣。1989年7月，新加坡復健企業公司成立產業與服務合作社，提供工作機會和自營清潔公司和創新工作產業給更生人。到1993年12月，產業與服務合作社有2,826名工作人員和405個工作場所。

（四）戒癮治療

新加坡政府積極治療成癮者，強制將成癮者轉介至花費昂貴的復健治療，此一目的在於塑造一個無毒生活；接受矯治者需遵守嚴苛的原則，矯治處所提供他們高度結構化、各類型教育，包括大學課程、音樂訓練、工程貿易、電腦科技等。具備這些能力者，可教授不同課程，可獲得國家認證的證書，此類政策可協助成癮者復歸社會（Hahas, 1994; The NTS Alert Team, 2010）。

中央毒品檢肅局會對抗毒品問題持續採取強硬態度，確保能及早抓到毒品濫用者，以利他們即早接受治療和康復。同時也希望傳達訊息給毒梟們，中央毒品檢肅局會持續追捕，以維持和諧的社會。

除了強硬的執法外，中央毒品檢肅局持續深化毒品預防教育，以預防青年人成為下一代的毒品犯罪者。中央毒品檢肅局不是單一對抗毒品的單位。需要大眾、社區、父母的支持，只有在大家的支持下，才能維持新加坡對毒品濫用抱持零容忍的態度。

七、面臨問題

（一）新興毒品查緝和治療

一粒眠，在新加坡毒品濫用排名於2005年排名第一，2006年則降到第三位，由丁丙諾非取代。在新加坡2006年受關注的其他毒品包括在俱樂部流行的毒品，K他命排名第二，與2005年相同。在安非他命類毒品中，冰毒排在第四位，搖頭丸排在第七，兩者的排名都比2005下降。濫用大麻的趨勢不斷上升，目前排在第五位，與2005年排名相同。

從2005年7月1日起，首次和第二次因為濫用MDMA（搖頭丸）、K他命、甲基安非他命（「冰毒」或「YABA」）以及一粒眠（硝甲西洋）需進入毒品治療復健中心進行新一制度的治療；新的康復制度是特別針對合成毒品和一粒眠濫用者的需要量身訂製的。針對其物質濫用問題和相關的社會心理需要，全面性的計畫會教育濫用者他們擺脫毒品所需的知識、技巧和指導方針。此一範疇的目的是使濫用者康復，這

樣他們就可擺脫施用毒品的習慣，再次成為一個有用的公民。這些濫用者在康復過程可有更好的機會，不會因為前科而被汙名化。

(二) 年輕毒品人口

2011 年的毒品數量顯示出毒品狀況正在惡化，且青年人對毒品抱持更自由的態度。2011 年 20 歲未滿的青年毒品濫用新增人口卻從 2010 年的 155 人增加到 2011 年的 228 人。

第八節 日本毒品施用者處遇政策

一、除罪化／犯罪化歷史簡述

(一) 20世紀前：嚴格管制毒品

一般來說，日本從未有過毒品濫用大流行或區域流行的現象，除了在二次大戰期間。若說日本有毒品問題，可能也只是某種類型的毒品（Bejorot, 1969），而且是集中在二次大戰軍旅生活的毒品施用。回顧日本毒品政策的歷史可發現，鄰近中國因鴉片戰爭戰敗成為英美法等國的殖民地，獲取不少教訓。日本在19世紀後半期尋求建立現代化國家之際，中國經驗影響日本的政治走向及毒品政策。受到美國、俄羅斯、英國和荷蘭等國強迫開放商業關係之際，日本仍持續執行嚴格的鴉片進口管制。此外，明治天皇主政的第一年（1868年）發出一行政命令，日本開始進行強烈的反鴉片運動，強調鴉片對人體帶來的危害，嚴懲非法走私客。

至於國內的毒品問題，從19世紀末起，日本政府持續執行嚴格管制的毒品政策。除了在二次大戰期間，會因軍隊行動而迫使許多民兵和在軍事基地從事勞力者服用興奮劑（Kato, 1969; Vaughn, Huang, & Ramirez, 1995）。

(二) 20世紀初-1970年代：刑法禁毒與毒品法律

與大部分國家相似，日本以刑法規範生產、銷售持有被定義為精神科用藥、毒物、吸入劑和許多有毒性、遭濫用或被認定為具危險性的物質。如同其他國家一樣，鴉片是首先被定為毒品的物質。

1907年制訂的刑法詳細說明禁止進口、生產和施用鴉片。之後五十年來，日本未訂有其他毒品法令，直至1940年代末期到1950年代初期時經歷安非他命濫用，在1948年通過大麻取締法，1951年通過興奮劑管制法（或稱覺醒劑法）。

（三）1970年代以後：毒品施用指導處遇

日本簽訂1971年精神物質公約後，近年才開始治療成癮者。2006年日本「刑事設施及受刑人處遇法」修正公布施行，該法第82條規定對「藥物成癮者」必須實施「改善指導」處遇。

二、毒品施用規範與犯罪化毒品類型

日本厚生省嚴格管制毒品，管轄範圍包括走私、製造、栽種、進出口、持有和施用非法毒品及製造非法毒品原料皆受到法律規範。日本無對毒品進行分類或分級而規定於同一法律中，規範毒品的法律是個別分散的，如：（1）鴉片法、（2）大麻取締法、（3）覺醒劑取締法、（4）麻藥取締法、（5）精神藥物及鎮靜劑法、（6）有機溶劑及毒劇物取締法等（周輝煌等，2007；井田良，2007）。各法均限制藥物的使用僅限於醫療和研究；使用法律取締藥物，都要取得資格、許可或受到特定規範，對未履行這些程序的行為應一律予以禁止，違反規定者會受到處罰（井田良，2007）。

日本的毒品法兼具懲罰和改善方式，強制毒品勒戒並未將用吸入劑或安非他命濫用者納入，施用吸入劑或安非他命者僅處以刑罰。毒品施用者自行至醫院接受治療時，被司法機關發覺，仍視同犯罪，經偵查、起訴、判刑確定後發監執行（周輝煌等，2007）。

三、毒品施用者處遇

在日本，九成以上的藥物濫用均是施用安非他命及搖頭丸(MDMA)等毒品，海洛因成癮者或施用其他毒品者不多，故以美沙冬替代海洛因戒癮療法並無其必要或迫切性。安非他命及搖頭丸(MDMA)以吸食為主，並無因共用針頭而感染愛滋的問題，因此無相關減害處遇措施（周輝煌等，2007）。

與其他將毒品施用除罪化或刑罰與治療並行的國家不同，日本對施用毒品基本上僅規定刑罰，並無針對毒品施用者戒癮處遇有所規定；毒品犯佔四分之一的日本監獄人口比，2006年監獄法修正為「刑

事設施及受刑人處遇法」後，對毒品施用者在服刑期間有給予「矯正處遇」（特別改善指導）的義務，出獄後則無特別處遇規定；毒品犯再犯率約為56%，為一般犯罪的四倍。

日本有三種治療模式－法律、醫療和社會模式。法律模式即是司法程序，發展最為完整。1963年通過的麻醉藥品管制條例架構下，特別針對麻醉藥品成癮者、或對其他毒品成癮者進行醫療模式。社會模式的發展程度最低，社會模式在社區環境提供毒品濫用和毒品依賴者照護和保護，大部分都是協助毒品成癮者在社會裡復健。法律模式應用在機構內，每日約有15,000名毒品濫用者，醫療模式的容額為1,500名，社會模式只有150個名額。

（一）法律模式

法律模式的處遇隨著受刑人的年齡不同有不同的處遇。毒品濫用和成癮者的醫療和非醫療模式進行的方式主要的對象為14歲（法律上應負責任的年齡）以下的兒童；「教育模式」針對14至20歲青少年，呼籲透過教育協助他們成長；「矯正處遇法」的適用對象是成人，將毒品成癮或依賴者監禁在刑事設施中。儘管法律模式會結合特殊教育計畫，教導民眾毒品帶來的危害，但在監獄中毒品濫用者和其他受刑人（例如竊盜和強盜罪加害人）一樣，不會給予特殊治療。

1、保護法：兒童與少年濫用

日本有57個兒童福利機構（矯正學校）可收容兒童，大部分的案源來自貧窮家庭、曾有過非行行為。很明顯的，13至15歲青少年毒品濫用的情形需加以重視。矯治學校的指導方針整合生活、學校和職業技能訓練於一個計畫中。依據法律，他們組成一個提供住宿的制度，在這個制度下，設有職員（生活方針指導老師、教師和舍監），讓青少年住在一起是希望能在一個開放、自由的環境下改變他們的特質。

2、教育法：少年矯正

司法部(1996b)的矯治資料統計數字顯示(Ministry of Justice, 1996b), 1995年少年鑑別所的平均每日人數為915人(792名男性, 123名女性)。1995年共有13,844新入監的個案, 873人(6.3%)觸犯興奮劑管制法, 770人(5.6%)觸犯毒物及劇毒物取締法(毒劇法)。3,464(25.00%)名收容人曾有過毒品濫用的經驗。相對的少年矯正學校的平均每日人數僅有2,847人(2,494名男性, 353名女性)。同年有3,828新進成員有366人(188名男性, 178名女性)違反興奮劑管制法, 163人(120名男性, 43名女性)違反毒劇法。在這些少年矯正機構, 青少年接受短期或長期治療。長期治療的定義是, 在矯治機構的時間為一年以上, 兩年以下(平均為一年)。為了確保能逐步滿足矯正和社會接納的需要, 這些學校有五種治療取向, 包括生活指導、職業訓練、學術教育、特殊教育和醫療。

3、矯治法

日本簽訂1971年精神物質公約後, 近年才開始治療成癮者。2006年日本「刑事設施及受刑人處遇法」修正公布施行, 該法第82條規定對「藥物成癮者」必須實施「改善指導」處遇, 而且在「刑事設施及受刑人處遇法」施行後五年內, 針對實施情況進行檢討, 認為有必要時應採取妥善的改進措施。

日本刑務所對毒品犯的矯正處遇措施, 仍屬試驗階段的摸索期, 相較於修法前僅由管教人員作單向演講型式或播放視聽教材, 個案可選擇欲參加的處遇類型, 稱得上向前邁進一大步。「改善指導」可區分為「一般改善指導」和「特別改善指導」兩種, 前者包含:(1)使受刑人自覺犯罪的責任(含理解被害人的感情等); (2)培養健康的身心, 如養成規律的生活習慣、灌輸健全正確的觀念及增進身心健康等; (3)習得社會生活必須的知識與生活態度, 如賦予生活設計及符合社會生活要求的行為樣式等三類。後者係針對不同的毒品犯罪類型, 給予特別改善的指導, 包括:(1)脫離依賴藥物的指導; (2)

脫離暴力團的指導；（3）防止性犯罪再犯；（4）交通安全的指導；（5）勞動就業的支援指導等六類（林健陽、陳玉書等，2009）。

內觀法（Naikan Therapy）：內觀法一開始是用來療神經質的方法，此法強調自我檢視與與個案有關的過去和現在的事件，以及自己與他人在日常生活中的接觸經驗（Suwaki, 1980）。約從1955年起，在部分監獄和青少年矯治學校和一般高中都會運用此法。

（二）醫療模式

1950年日本通過精神健康法，但法中並規定需治療精神障礙者，但未規定須治療毒品相關障礙者；在1954年修法時納入治療範疇的有慢性依賴安非他命、麻醉藥品和鴉片者。1954年修訂的法律規定，醫院須通報當地政府，政府若認為有需要時可強制個案住院。1963年，將這些要件整併成麻醉藥品及精神物質管制法（Narcotics and Psychotropics Control Law）。各地方政府首長有權要求毒品依賴、有高度繼續施用麻醉藥品和大麻者強制住院。

精神健康法中也規定，甲基安非他命施用者若有危及自己或他人之際，可強制個案住院。施用麻醉藥品和大麻者，強制住院的最長期間為6個月；對甲基安非他命施用者則沒有訂特定的住院時間。一旦不需要強制住院，個案即可出院。延長住院時間須由各地設置的專門委員會開會討論。

在日本，很少用毒品和美沙冬類的藥物作為成癮治療的方法。較常採用冷火雞法（cold turkey method，[註：馬上完全不再使用毒品]）。美沙冬只在住院的情況下開給外國人施用；依據厚生省（日本衛生署）的指示，醫師提供美沙冬給外國人。對施用毒品的日本人，只有在生理戒斷的非自願治療情況下會讓個案使用美沙冬，用以克服戒斷症狀。日本並未賦予醫師權利可開立海洛因處方，也沒有像清潔針具類的減害計畫。

(三) 社會模式

1、庇護所

儘管在全國濟貧法 (National Assistance Act) 的架構下，東京和大阪提供許多庇護所給單身、酒精依賴者居住，但沒有一個專門的機構可收容毒品依賴者。國家濟貧法僅提供救濟金給私人機構，協助毒品施用者進行復健。不過在1988年修訂精神健康法後，允許設立各類型的復健機構，包括庇護工場，這樣的庇護工廠可收容一般的精神疾病患者，也可收容酒精依賴者和毒品濫用或依賴者。

2、自助團體

官方的社會照護服務很少是針對毒品依賴者，在非正式的社會服務領域來說，雖然只有少數零星開始發展，不過已逐漸成形，提供服務給此類個案。1995年3月，全日本約有62個麻醉藥品匿名服務 (Narcotics Anonymous)，每週會面一次。除了社區的自助活動，1985年於東京成立毒品成癮復健中心 (Drug Addiction Rehabilitation Center, DARC)，經營者之前也曾有毒品濫用的經驗，現在提供諮商服務給其他成癮者。到1994年時這樣的運動已擴增到其他七個城市。八個復健中心共收容65名個案，61名男性，4名女性。

依據相關規則，參與者除了參加這些中心舉辦的會議外，也同時參加社區的麻醉藥品匿名會或酒精匿名會，主要的原因是這些活動的原則強調的是傾聽其他同伴故事。DARC的活動不只侷限在出院後的功能，他們也提供住院前的功能促進。Nagano (1994) 針對528名成癮者進行調查結果顯示，其中221名個案在過去5.5年間參與東京DARC活動者，可完成為期三個月的住院式計畫。

3、私人教育機構

有些私人教育機構主要教育有反社會行為的學童，此類學童出現的反社會行為包括濫用毒品或偏差行為。此類機構通常都是住宿制，

在這個地方學童離開自己的父母和偏差同儕。在某種層面上來看，此類機構具有治療概念。

四、近年毒品防制對策

日本內閣建立非政府組織（毒品濫用預防中心，the Drug Abuse Prevention Center），負責執行國家反毒品濫用預防活動和教育活動。針對大眾無法容忍毒品施用和毒品濫用的部份，其反毒標語為「絕對不可吸毒（Dame. Zettai）」。由厚生省嚴格管制毒品。日本政府和提倡反毒品濫用措施總部的「五年反毒策略」目標包括：

（一）目標1：根除青年人毒品濫用和提升規範意識已拒絕毒品濫用

預防青年人毒品濫用，在2003至2007年間進行各種不同的方式，像是在學校教導學生毒品對身體的危害，建立讓青年人難以接觸到毒品的環境，特別提升對毒品的意識，執法人員加強城市街道的巡邏任務，注意是否有學生翹課，讓學生了解不曾碰過的毒品千萬不要碰，減少年輕人因興奮劑相關毒品犯罪而被捕。不過，必須採取更進一步的行動，包括與相關組織密切合作，以達到根除青年人口毒品濫用的問題。官方資料也顯示，大麻、MDMA和其他合成毒品的主要施用族群都是青少年。

有鑑於上述情況，必須執行下列措施：

1、提升和強化全國毒品濫用預防指導方針

（1）在國小、國中和高中需精進毒品濫用指導方針，須持續強化學生族群根除非法毒品的規範意識

（2）提供學校毒品教育活動的指導方針，已加強毒品對學子的毒品預防教育，同時利用「生理教育」、「健康教育」、「倫理教育」和「特別活動」等學習活動，加上科技整合課程的「整體學習時間」，使學子對毒品帶來的危害有全面性的了解（教育文化、運動、科學和科技部）。

(3) 與警方、販毒前科犯、學校藥劑師合作提供所有國高中每年至少一次「毒品濫用預防課」(警視廳、財政部、教育文化、運動、科學和科技部)。

(4) 提供老師毒品濫用預防教材，提供學生毒品濫用的衛教需知，使學子能正確理解毒品濫用對身體的危害(警視廳、教育文化、運動、科學和科技部、衛生、勞動暨福利部)。

(5) 提醒老師有效利用毒品濫用教材，並提升各機關間的合作善加利用相關教材(警視廳、教育文化、運動、科學和科技部、衛生、勞動暨福利部)。

(6) 提升國家和地方政府舉辦研討會的水準，透過有效的指導方針，妥善規劃和改善教學方式，增加訓練機會給教師和毒品濫用育課程老師(警視廳、教育文化、運動、科學和科技部、衛生、勞動暨福利部)。

(7) 定期進行調查和分析，評估學生對毒品的意識、毒品濫用的情況，已進行研究毒品濫用預防教育的成效(教育文化、運動、科學和科技部、衛生、勞動暨福利部)。

(8) 強化學校和警察單位在青少年毒品危害對身體造成的害處資訊交換，並加強警方、學校老師和其他相關單位的合作(警視廳、教育文化、運動、科學和科技部)。

(9) 提升大專院校學生的意識，預防毒品濫用；鼓勵大專院校利用新生入學的機會，提供預防毒品濫用教材給學生(教育文化、運動、科學和科技部)。

(10) 將地區、社區和學生發展階段列入考慮之列，改善老師教授大麻、MDMA和其他合成毒品對身體造成傷害的方法(教育文化、運動、科學和科技部；衛生、勞動暨福利部)。

毒品施用者處遇及除罪化可行性之研究

2、強化有／無就業青年族群間的用藥安全意識

(1) 應提供教育給有/無就業的青年族群，教授正確毒品濫用對身體造成的傷害，並讓他們深刻了解不該施用任何毒品。

(2) 提供從事勞動活動青年族群正確的用藥知識（教育文化、運動、科學和科技部）

(3) 透過街頭宣導，提升有／無就業青年的毒品濫用預防意識（警視廳）。

3、培養根除毒品濫用的意識和強化社區的預防措施

(1) 透過與地區志工團體合作，建立一個毒品濫用零容忍的環境（教育文化、運動、科學和科技部）。

(2) 為青少年及其家屬舉辦社區毒品濫用預防會談（衛生、勞動暨福利部）。

(3) 透過發送教材給家長，讓他們能提供在家青少年的毒品濫用預防教育（衛生、勞動暨福利部）。

(4) 透過研討會、街頭活動提升青少年及其家長毒品濫用預防意識（警視廳）。

(5) 透過街頭巡邏查訪青少年翹課行為、與當地社區及相關組織合作，早期偵測和預防青少年的毒品濫用（警視廳）。

(6) 年輕人會聚集在遊樂場、卡拉OK店，警方鞏固與這些業主的合作關係，鼓勵他們舉發濫用毒品的年輕人（警視廳）。

(7) 強化與當地志工團體的合作關係，提供協助和提升認識毒品相關教材（衛生、勞動暨福利部）。

4、加強宣傳和認識毒品的活動

(1) 採取下列措施進一步提升民眾對毒品濫用預防的知識

(2) 進一步宣傳和強化毒品濫用預防活動，包括提供毒品濫用的諮商服務（內閣省、警視廳、司法部、教育文化、運動、科學和科技部；衛生、勞動暨福利部）。

(3) 進一步提倡眾對毒品濫用對身體的危害之教育活動，提供毒品濫用預防教育的指導方針；以活動的方式提升民眾教育和正常身心發展，像是「向毒品說不，絕對不可以吸毒（No, Absolutely No!）」宣導活動（內閣省、警視廳、司法部、教育文化、運動、科學和科技部；衛生、勞動暨福利部）。

(4) 透過毒品濫用宣導車和網路提供正確、毒品濫用對身體造成的傷害知識（內閣省、警視廳、司法部、教育文化、運動、科學和科技部；衛生、勞動暨福利部）。

5、相關組織建立諮詢系統

(1) 採取下列措施以提升諮詢系統，並迅速、準確回應地區民眾的詢問

(2) 進一步提升諮詢機構的合作，期望能提供給青年人最好的服務（內閣省、警視廳、司法部、教育文化、運動、科學和科技部；衛生、勞動暨福利部）。

(3) 透過積極運用諮詢服務以提升公共對諮詢服務的了解（內閣省、警視廳、司法部、教育文化、運動、科學和科技部；衛生、勞動暨福利部）。

(4) 舉辦各種不同工作坊和研討會提升諮商師的品質，使他們能對青少年議題有更多的了解，並具備心理學等專業知識（內閣省、警視廳、司法部）。

(二) 目標2：透過治療和復歸社會的方式和強化家庭支持的方法，支持毒品依賴和成癮者來預防毒品濫用復發

支持毒品依賴／成癮者接受治療和復歸社會，並給予家屬相關支持。一旦個體濫用毒品，早期發現和採取因應行為是必要的。在這種強況下，依據個案的狀況採取必要因應行動。個案須進行身體檢查以了解毒品依賴和神經心理相關的症狀（例如妄想、幻覺）。即使在現行精神健康照護系統的架構下，可治療妄想和其他神經症狀，不過在成癮醫學中尚未發現出確定有效的治療方式。因此，必須在國家神經科學和精神醫學中心架構下，進行有效治療成癮的相關研究；同時，妥善利用現有的資源和方法。研究成果亦可回饋給相關單位，進行實務運用。在研發和實務並進時，須注意到的是成癮治療和社會復歸是個連續歷程；也就是說，協助個案復歸社會和成癮治療是個完整的治療模式，而不是分開進行的。

再者，成癮治療和復歸社會不是公部門的跨部門合作即可，亦須整合民間機構，提供毒品依賴者的家屬家庭支持。

（三）目標3：消滅非法毒品走私團體和進行全面性管制

（四）目標4：邊境管理和提升國際合作遏止毒品走私

五、犯罪化配套措施

在簽訂聯合國精神物質相關公約後，內閣省制定五年的毒品濫用預防策略。其中現行政策為第三波五年毒品濫用預防策略（內閣省，2008）。進行第三波毒品濫用預防策略是反映出當前的毒品現狀，約八成被捕的民眾都是涉嫌毒品相關案件被捕。興奮劑類毒品相關犯罪仍是日本毒品問題的重點項目。此外，在過去十年來，因大麻相關案件被捕者則有倍增的趨勢。與MDMA和其他合成毒品相關的犯罪行為，官方沒收合成毒品量迅速成長，高達八成以上遭逮捕的嫌疑犯都是首次犯案，顯示毒品濫用荼毒民眾的層面有多廣。

（一）強化行政部門和私人部門的合作，以預防毒品濫用者復發

為了根除毒品濫用的問題，相關的組織和團體必須密切合作提倡全面性發展策略，以補足各方不足的地方。有鑑於此，毒品管制的行

政組織、刑事設施、醫療衛生、兒童福利、像社區義工團體、非官方政府組織等私部門必須協調其作為以執行全方位的計畫，不只做到毒品濫用的預防，也做到家庭支持和復歸社會以遏止再犯。

（二）提倡反組織犯罪有效的方式

為了根除日本的毒品濫用，必須禁止毒品供應。有鑑於此，必須提倡積極反制組織犯罪的有效方法，以達到剷除組織犯罪團體和非法走私毒品組織。此外，這些走私毒品的非法走私組織近年以複雜的方式、使用手機和網路來聯絡。因此，採用有效的策略來遏止走私活動是必要的。

（三）準確因應非法走私毒品的趨勢

在毒品走私部分，自中國和北韓走私興奮劑是大宗走私事件。不過近期毒品走私的來源國增加，有的是從加拿大走私，因此邊境巡防須採取適當管制措施來處理走私來源國改變的趨勢。再者，必須提倡有效的國際合作，這是因為非法毒品走私和生產國已不再侷限在東南亞，販毒者可能從世界其他國家走私毒品進入日本。

（四）矯正機構毒品施用者處遇

對於矯正機構收容人針對不同年齡而有不同的處遇，14歲（法律上應負責任的年齡）以下的兒童採醫療；14-20歲青少年採教育模式，成人採矯正處遇模式。

六、政策效果

日本在規範大麻、麻醉藥品、精神科用藥、興奮劑和鴉片等物質分別訂有特定法規。法規中所謂的毒品犯罪包括施用、交易、持有和生產。1990年代，因應簽署聯合國公約而引進針對新毒品的規範。日本毒品濫用主要的族群是青少年，主要是因為價格便宜。在日本社會中，主要施用的毒品是安非他命，而安非他命的來源是自其他亞洲國家進口而來。

日本對於施用非法毒品採取絕對禁止的政策，於舉辦世界杯足球賽時，外國遊客引入神奇蘑菇，在了解神奇蘑菇對人體的毒害之前，神奇蘑菇一度是合法的。之後與其他毒品一樣就被禁止。視施用毒品為犯罪人，罰則可重達1至2年勞動服務或有期徒刑。對於外國人因施用毒品而遭逮捕者，除在日本接受刑法審判後，刑後驅除出境，並可拒絕其再次入境；醫院目前有針對處方籤用藥濫用接受戒癮治療，不過參與對象是自願出席。

關於日本的毒品現狀：

1、安非他命類型興奮劑犯罪

日本最常濫用的毒品是興奮劑，以冰毒為大宗。從1950年起，日本歷經三波安非他命濫用：第一波的高峰是在1950年代末期，第二波是在1980年代，第三波是在1990年代末期。近年來施用安非他命有下降的趨勢，2010年日本警方逮捕的毒品犯罪者中，甲基安非他命犯罪者占了82.5%。大部分的甲基安非他命是自外國走私進口。

近年來，甲基安非他命走私國家包括中國、東南亞、中東及非洲等國。特別是以假觀光真走私的案例有增加的趨勢。在國內走私的部分，日本暴力犯罪集團和伊朗販毒集團的涉入程度甚深。

2、其他毒品犯罪

近年來，日本警方逮捕大麻犯罪者的人數有上升的現象，在2009年創下歷史新高。MDMA和其他合成毒品的犯罪人數則有下降趨勢。古柯鹼、海洛因和鴉片犯罪者僅占整體毒品犯罪者的一小部分而已。

為了有效提升國內的反毒政策，日本政府制定五年毒品濫用預防策略和毒品濫用預防策略加速行動方案。相關的政府部門密集合作，有效進行反毒措施。日本警方（中央部會和地方局處）誓言針對根除毒品供應和降低毒品需求採取全面性措施。

3、根除毒品供應

為了將毒品阻絕境外，日本警方加強國內和國外執法單位的合作關係。針對根除毒梟部分，日本警方積極運用毒品管制和監聽科技等專業調查技術。沒收毒品犯罪所得也是重點項目。為了找出毒品走私的路徑，日本警方建立甲基安非他命分析數據資料庫。

4、減少毒品需求

日本警方強化查緝街頭毒品濫用者。日本警方也與相關單位合作，舉辦認識毒品的活動。

5、提升國際合作

日本警方也與國際執法單位進行資訊交流和聯合行動。除了情資共享外，日本警方派遣聯絡官到亞洲各國進行技術交流。警視廳與日本國際協力機構合作於2010年舉辦毒品犯罪研討會。

儘管近年來因興奮劑類毒品相關犯罪行為逮捕率逐年下降，目前的毒品現狀顯示，約八成被捕的民眾都是涉嫌毒品相關案件被捕。興奮劑類毒品相關犯罪仍是日本毒品問題的重點項目。此外，在過去十年來，因大麻相關案件被捕者則有倍增的趨勢。與MDMA和其他合成毒品相關的犯罪行為，官方沒收合成毒品量迅速成長，高達八成以上遭逮捕的嫌疑犯都是首次犯案，顯示毒品濫用荼毒民眾的層面有多廣。

興奮劑類毒品相關犯罪行為遭逮捕者中，組織犯罪團體成員的比率超過五成。此外，非法毒品走私組織成員愈來愈複雜，有像是伊朗人和其外國人參與，顯示犯罪團體對毒品犯罪行為涉入甚深。

近年來，日本專家非常重視許多類型毒品的施用，特別是安非他命再次成為施用毒品的大宗，其次為MDMA和MDA，揮發性溶劑和吸入劑的施用，主要的施用人口都是青年。不過，日本不是採取向毒品宣戰這樣的政策，因為採取此類做法是有違日本文化傳統。1998年日本宣布首波反毒品濫用政策的完整宣言。其基本目標是聚焦在「終結日本興奮劑類毒品濫用第三階段」。在2003年，宣布第二波為期五年的反

毒品濫用政策。另外增加四項特定政策目標於基本反毒政策目標中，包括

- (1) 提供毒品濫用對身體造成危害的密集教育根除年輕族群濫用毒品
- (2) 消滅非法毒品走私團體，監督和管制非法毒品的購買者
- (3) 阻絕境外，並與他國家合作管制非法毒品走私和生產
- (4) 支持毒品濫用者接受治療和復健，支持毒品濫用者的家屬以協助預防毒品濫用者再次施用毒品。

美國反毒政策是向毒品宣戰，但這卻不是日本政府基本政策所強調的部分。日本視教育為基本預防工具，加上對毒品的支持和協助復健。不過在某種層面上，執法單位的作風與美國並未有太大的差異。執法單位的政策都在於打擊組織犯罪團體。日本認為，非法毒品市場都有外來因素存在。很重要的一點是，日本認為幾乎所有非法毒品都是在境外生產，以非法手段走私進日本。日本認為毒品走私最主要的來源國是中國，其他還包括北韓、臺灣、菲律賓和許多東南亞國家。日本近期也發現在日本居住的伊朗人在經銷非法毒品中扮演重要角色。

七、面臨問題

(一) 青少年毒品問題：

在年輕族群中，因興奮劑類毒品相關犯罪而被逮捕的人數有下降的現象。不過，因大麻、MDMA、或其他合成毒品遭逮捕者，約未成年和甫成年者占了60至70%左右，顯示濫用此類毒品多為年輕人。

(二) 組織犯罪與毒品共生問題：

在所有新入監的男性受刑中，約四分之一為違反興奮劑管制法的組織犯罪團。日本的藥物不法交易多為暴力團所支配，暴力團從占藥物案件大半以上的安非他命交易中所獲不法收益估計每年超過4,000

億日元，因為藥物流通過程中各個介入環節都要獲得不法收益，所以終端價格往往抬得很高。興奮劑類毒品相關犯罪行為遭逮捕者中，組織犯罪團體成員的比率超過五成。此外，非法毒品走私組織成員愈來愈複雜，有像是伊朗人和其外國人參與，顯示犯罪團體對毒品犯罪行為涉入甚深（井田良，2007）。

（三）洗錢問題：

暴力團不僅將非法所獲利潤再投注於新的交易，而且，還將其投資於合法的經濟活動，由此，暴力團得以擴大其對全社會的影響力和支配力。因此，必須摧毀藥物交易幕後組織，徹底剝奪不法收益。但是，不言而喻，既然緝查當局要剝奪不法收益，不法組織就必然會想盡辦法隱藏不法收益，或將其偽裝成合法收益（井田良，2007）。

（四）對安非他命成癮者的歧視：

物質濫用或成癮者，可能接受治療包括在精神健康和社福法下，若物質成癮或濫用者出現精神不穩定或危及他人或自己的情況下可能會接受相關的治療。但施用或持有安非他命或吸入劑者並不符合強制勒戒的標準。此一區別反映出對安非他命濫用的負面態度，顯示出各界對安非他命濫用的歧視高於其他毒品濫用者。

（五）戒癮治療與復原照顧不足：

毒品「管制」而非「治療」制度是日本主要預防毒品濫用的策略，因此，日本在毒品醫療和社會治療制度發展程度沒有歐洲國家和北美國家成熟，此導致在二級及三級預防制度上的嚴重瑕疵。不過，此狀況可用不同的方法加以解讀。毒品成癮者的醫學治療制度尚未完全發展，部分原因是日本的毒品依賴患者或毒品精神病者較少需要精神醫學的治療。同時，法律和矯正管制有效阻卻了成癮者的復發。日本毒品治療制度最嚴重的缺陷是缺乏正在復原中成癮者的照護制度。

第九節 各國毒品使用者處遇政策之比較分析

綜合上述有關美國、英國、荷蘭、澳洲、葡萄牙、新加坡、日本等國毒品政策、毒品施用規範、除罪化或犯罪化毒品類型、毒品施用者處遇、近年政策、效果和面臨問題等，進行比較分析如下：

一、影響除罪化與犯罪化因素

(一) 影響除罪化因素

1、對毒品施用的觀點：

毒品施用的歷史文化背景與毒品施用觀點，深刻影響國家對毒品施用行為的政策，及對施用者的處遇措施。這樣的現象可從英國、荷蘭和葡萄牙毒品除罪化的發展過程中發現。

從19世紀迄今，英國對藥癮者的處遇一直是以醫療與公共衛生觀點為基礎，在刑罰上禁止製造、運輸、販賣和持有毒品，但對施用者處遇，則為提供其戒治需求和減少藥物濫用造成的健康損害，以及對社會造成的危害，因此，在有效的醫師處方下可施用管制毒品。荷蘭對施用者亦採取醫療社會照護，將毒品分為硬性毒品和軟性毒品，政策上認為軟性毒品（如：大麻）較無害，而於2004年將軟性毒品（大麻和印度大麻）除罪化，硬性毒品仍維持犯罪化。葡萄牙採「人性化」觀點，尊重包括毒品施用者在內每位公民的尊嚴，2001年除罪化法案通過，同年採行的行動計畫引入與增加和改善戒毒相關處遇方式和減少毒品施用。

2、解決毒品施用衍生的疾病問題：

毒品施用除罪化政策並非單一因素形成，由於毒品的成癮性和使用行為，常會帶來許多社會和疾病的問題。在葡萄牙除了對毒品施用者處遇觀點影響其毒品政策，因應1990年代毒品與HIV感染嚴重，1998年成立國會毒品委員會，該委員會於1999年國家反毒政策(Portuguese

Government, 1999) 將毒品施用除罪化，2001年除罪化法案通過。相似情形也發生在澳洲，1985年澳洲深受HIV/AIDS流行的威脅，從整個毒品使用人口蔓延到一般大眾，促使澳洲制定「傷害減量」，雖然澳洲各省的毒品政策一致，基本上對毒品施用採醫療模式和減害政策，其中澳洲首都地區施用毒品處以行政罰。

3、成癮物質背後的經濟效益：

成癮物質（如：菸、酒和藥物）也會帶來經濟價值，或者提高政府的稅收，19世紀殖民地時代的英國和荷蘭為了經濟利益，於其殖民的印度和新加坡對鴉片採取開放政策，其後因國際禁鴉片壓力才改變政策，將施用鴉片犯罪化。但對於軟性毒品（如大麻），在適量的控制下，才被視為休閒娛樂物質；2012年11月6日美國華盛頓州民公投表決502號提案（Initiative 502），通過大麻合法化提案，倡導合法化者認為，州政府可對擁有合法執照的大麻業者進行檢驗及徵稅，藉著透明化管理，讓州政府可以控制大麻市場，藉此提高稅收。

（二）影響犯罪化因素

1、傳統刑事政策取向

從19世紀末迄今，日本政府對毒品施用採道德模式，日本未曾面臨毒品濫用大流行或區域流行的現象，其主要毒品濫用為安非他命，因無嚴重的海洛因施用與疾病傳染問題，因此，持續執行嚴格管制的毒品政策。新加坡也有相似的情形，1965年新加坡獨立迄今，對毒品施用亦採政犯罪化策。

2、毒品氾濫使政策趨嚴

同一現象可能出現二種不同結果，這取決於政府對毒品施用的觀點，葡萄牙和澳洲對毒品施用採醫療和人性觀點，將毒品（或部分毒品除罪化），但在採道德模式的國家（如：美國和新加坡），嚴重的毒品問題則採取趨嚴的毒品政策。

1971年美國毒品濫用日益嚴重的問題，尼克森總統展開為期30年的向毒品宣戰（War on Drug），並於1986年通過「反毒品濫用法案」（Anti-Drug Abuse Act），強調毒品政策的道德訴求，雖然醫療用大麻在部分州是不處罰的；施用其他非法毒品（例如：安非他命、古柯鹼、海洛因、大麻等毒品）仍屬違法。同一時期的新加坡毒品日益嚴重，亦於1971年成立中央毒品檢肅局，負責處理全國毒品問題，在刑法認定施用任何成癮物質是違反法令。

3、國際反毒力量：

新加坡在英國殖民政府容忍吸鴉片的行為是因為，可從販賣鴉片獲得龐大利益，如前述，由於英國本土和新加坡布政司的反鴉片運動及全球各地的壓力，促使新加坡布政司於1907年7月19日成立鴉片委員會，展開禁毒。1909年由美國提議，在上海召開會議討論國際鴉片貿易及其殖民地施用鴉片的現狀；儘管荷蘭早期採取寬容的毒品政策，荷蘭終於在1912年舉辦首次國際鴉片會議－海牙鴉片會議，於1919訂定鴉片法，1953年鴉片法規定持有大麻是非法的；1955年起，首次逮捕走私和施用大麻者。

二、毒品施用處罰政策：犯罪化 vs. 除罪化

毒品施用除罪化，與毒品的定義和等級有關；本研究所謂「除罪化」係指：「透過立法手段，將刑事實體法明定為犯罪之施用第一級、第二級毒品之行為，視為自傷（自殘）行為，自法律規範中加以刪除。」因此，以下所討論之毒品施用處罰政策，係針對施用毒品為臺灣之一級或二級毒品。

本研究蒐集臺灣、美國、英國、荷蘭、澳洲、葡萄牙、新加坡和日本等八國，針對施用「一或二級毒品」除罪化或犯罪化有不同政策模式（參見表4-6），如下：

(一) 除罪化模式：如葡萄牙、英國、澳洲首都地區

葡萄牙為此模式之主要代表國家，葡萄牙施用所有毒品皆除罪化，但並非合法化，施用及少量持有不違法，對持有量訂定標準，且不可公開施用。英國在有效醫師處方下可施用管制毒品，澳洲首都地區施用毒品處以行政罰。

(二) 部份除罪化模式：如荷蘭、澳洲首都以外地區、美國華盛頓州和科羅拉多州

荷蘭和澳洲為部份毒品除罪化的典型，荷蘭將毒品分為：(1) 可接受健康風險的物質，稱之為軟性毒品（如：大麻或菸草）；(2) 不可接受健康風險的物質，稱之為硬性毒品（如：海洛因、古柯鹼、快樂丸或其他合成毒品）。荷蘭對單純施用限量的軟性毒品視為個人行為，不科處刑罰，持有少量硬性毒品為犯罪但不起訴；咖啡店為合法吸食大麻處所，但限量施用，同時禁止外國人施用。主動與警察或司法機構聯繫，透過「緩起訴」的制度讓施用者接受治療。美國華盛頓州和科羅拉多州則於2012年通過大麻施用合法化。

減害計畫為澳洲國家毒品防制政策，澳洲全國除罪化之毒品類型為大麻，其他則各省不同。以澳洲首都地區（ACT）為例，所有毒品施用為行政罰，並轉介評估和治療；但在維多利亞省，除大麻外，其他毒品之施用仍為毒品犯罪，但須經過數個階段才會啟動刑罰（例如警察轉向計畫、法院轉向計畫等）。

(三) 除刑不除罪模式：如臺灣

我國現行採提供者與施用者分離處罰之刑事政策，其中提供者並無除罪化之政策，但施用者兼採醫療模式和道德模式並濟。根據毒品危害防制條例之規定，施用一級、二級施用毒品者仍屬犯罪化，初犯除刑不除罪，累犯實施監禁或替代療法。

(四) 犯罪化：如美國、日本和新加坡

毒品施用者處遇及除罪化可行性之研究

美國的毒品施用政策深受1971年展開的向毒品宣戰(War on Drug)影響，除在1976至1980年卡特總統推動大麻除罪化期間，有11個州將大麻除刑外，目前非法毒品仍屬犯罪行為；日本則由厚生省嚴格管制毒品，訂有毒品四法，處罰毒品施用，施用任何非法毒品皆為犯罪行為。新加坡施用管制藥品（含海洛因、鴉片、嗎啡）為犯罪行為，累犯將受嚴厲制裁。

整體而言，美國、日本和新加坡等國施用毒品仍屬犯罪行為並科以刑罰，我國施用毒品雖未除罪化，但對於初犯和接受緩起訴替代療法者給予除刑機會，累犯會由檢察官裁定，起訴者則可能被監禁於監獄；英國和澳洲之毒品政策則較寬鬆，以醫療模式為主，基於自我傷害不處罰的立場，英國在醫師有效處方下可合法持有毒品，單純施用毒品不構成刑事犯罪；澳洲是第一個以減害為國家毒品政策的國家，荷蘭則將軟性毒品大麻除罪化；葡萄牙將施用毒品除罪化，其毒品政策最為寬鬆。

表 4-6 各國毒品施用政策比較表

| 國別 | 施用毒品處罰政策 |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 葡萄牙 | <ul style="list-style-type: none">● 施用所有毒品皆除罪化（但並非合法化） |
| 英國 | <ul style="list-style-type: none">● 無有效醫師處方或執照持有毒品須接受刑罰。● 毒品施用初犯有附帶條件之保釋機制 |
| 澳洲 | <ul style="list-style-type: none">● 全國除罪化之毒品類型為大麻，其他者則各省不同。澳洲首都地區（ACT）所有毒品施用接處行政罰，並將個案轉介評估和治療；但在維多利亞省，除大麻外，其他毒品之施用仍列為毒品犯罪，但須經過數個階段才會啟動刑罰（例如警察轉向計畫、法院轉向計畫等）● 減害計畫為國家毒品防制政策 |

| | |
|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 荷蘭 | <ul style="list-style-type: none"> ● 軟性毒品為可接受健康風險的物質(如:大麻或菸草)，硬性毒品為不可接受健康風險的物質為海洛因、古柯鹼、快樂丸或其他合成毒品等。不科處刑罰，單純藥物施用視為個人行為。 ● 少量持有硬性毒品為犯罪但不起訴。 |
| 臺灣 | <ul style="list-style-type: none"> ● 我國現行採提供者與施用者分離處罰之刑事政策，其中施用者則兼採醫療模式與道德模式。 ● 施用一級、二級施用毒品者仍屬犯罪化，初犯除刑不除罪，累犯實施監禁或替代療法。 |
| 美國 | <ul style="list-style-type: none"> ● 醫療用大麻在部分州是不處罰。 ● 卡特總統時推動大麻除罪化，有 11 個州將大麻除刑。歐巴馬總統持續支持毒品法案，承諾在美國國內不起訴藥用大麻，有 14 個州通過不起訴藥用大麻政策。2011 年華盛頓州和科羅拉多州透過公投將娛樂用大麻合法化。但此舉違反聯邦毒品政策。 ● 處罰毒品施用，施用其他非法毒品（例如安非他命、嗎啡、古柯鹼、海洛因等毒品）仍違法，受到法律規範。 |
| 新加坡 | <ul style="list-style-type: none"> ● 施用管制藥品（含海洛因、鴉片、嗎啡等）為犯罪行為 ● 累犯受嚴厲制裁 |
| 日本 | <ul style="list-style-type: none"> ● 處罰毒品施用，施用任何非法毒品皆為犯罪行為。 ● 未將毒品分級，由厚生省嚴格管制毒品，針對各類毒品訂定法令，如：鴉片法、大麻取締法、興奮劑取締法、麻醉藥品取締法等。 |

研究者自行整理

三、毒品施用規範與除罪化或犯罪化毒品類型

各國毒品施用處罰政策採除罪化或犯罪化模式已如前述，毒品施用規範與除罪化或犯罪化類型亦大都以法律規範，茲就各模式之毒品施用規範與類型分述如下（參見表4-7）：

（一）除罪化模式：葡萄牙、英國和澳洲首都地區

對施用毒品採醫療模式或人性化處遇政策，但在除罪化政策下，仍有其相關規範，以避免毒品氾濫和過度施用毒品，如：（1）將毒品

毒品施用者處遇及除罪化可行性之研究

分級（如英國）或以毒品風險分合法管制或非法毒品（如：澳洲首都地區）；（2）對施用毒品改採行政罰（葡萄牙、澳洲首都地區）；（3）禁止於公共場所施用毒品；（4）限制合法持有毒品數量（如葡萄牙、澳洲）；（5）在有效醫師處方下可施用管制毒品（如英國）；（6）成癮者戒癮治療（如葡萄牙、澳洲、英國）；（7）實施減害計畫（如澳洲）。因此，毒品施用除罪化其實是建立一套毒品施用除罪化的規範、管理和處遇模式，而非不予規範和管理。

（二）部份除罪化模式：如荷蘭、澳洲首都以外地區、美國華盛頓州和科羅拉多州

部分除罪化的國家或地區，其對毒品施用的價值觀亦都採醫療模式，以法律規範和分類（像荷蘭分為硬性和軟性毒品；澳洲的管制藥物或非法毒品）；部分除罪化主要毒品類型為軟性毒品／非法毒品中的大麻，雖然大麻施用除罪化，但施用大麻仍有其管制措施，如：（1）限制使用場所（如荷蘭咖啡店）；（2）限制施用者年齡（如荷蘭18歲以上；華盛頓州和科羅拉多州21歲以上）；（3）限制持有量（荷蘭和華盛頓州／科羅拉多州）；（4）限制濃度（如：荷蘭大麻THC濃度超過15%被歸類成硬性毒品）；（5）可對業者檢驗和抽稅（如：華盛頓州／科羅拉多州）；（6）對違反規定施用者採行政罰。

（三）除刑不除罪模式：臺灣

臺灣有關毒品施用處罰有別於日本和新加坡的犯罪化模式，近年發展醫療結合道德模式，這在亞洲國家為相當創新的作為；1997年以毒品危害防制條例將毒品分級，施用一級、二級施用毒品者仍屬犯罪行為，初犯除刑不除罪須接受觀察勒戒。2006年通過「鴉片類物質成癮替代療法作業基準」，使海洛因等鴉片類毒品施用者有機會接受美沙冬維持療法，因此，累犯實施監禁或戒癮治療；2008年修訂毒品危害防制條例，使施用者有機會接受緩起訴處分戒癮治療。

(四) 犯罪化：如美國、日本和新加坡

對毒品施用採道德模式的美國、新加坡和日本，對違法施用管制藥物均有處罰規定，其中美國和新加坡對藥物均有分級規定，美國依據毒品之醫療價值、危害程度及被濫用成癮的可能程度等為指標，將毒品管制分為五級，一級和二級為嚴格管制藥物，施用屬違法行為；而新加坡則將管制藥物分為A、B、C三級，供自己吸食、施打或施用一種管制藥物（a controlled drug）構成犯罪。日本雖未對毒品進行分類或分級，而是將相關的管制藥物規定於同一法律中（如：鴉片法、大麻取締法等），我國所規範的一級和二級毒品，在日本施用屬違法行為。

表 4-7 各國毒品施用規範與除罪化／犯罪化毒品類型

| 模式 | 國別 | 毒品施用規範 | 除罪化或犯罪化毒品類型 |
|-----|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 除罪化 | 葡萄牙 | <ul style="list-style-type: none"> ● 以 Decree-Law 183/20012 為主要法規。2001 年除罪化法案通過。 ● 新法維持毒品施用或持有供個人施用量，未有主管當局同意的毒品量是違法的，但施用毒品行為已由刑法改由行政罰，不會因犯下此罪而被關入監獄。 | <ul style="list-style-type: none"> ● 將所有毒品施用行為除罪化，對持有量訂定標準。 ● 法定少量持有量的限制，如：(1)5 克大麻脂；(2)25 克大麻葉；(3)5 克 四氫大麻醇 THC；(4)；2.5 克大麻油；(5)1 克海洛因；(6)1 克快樂丸；(7)2 克古柯鹼；(8)30-50 份的 LSD。 ● 在公共場所施用會被處罰(罰款 301-300,000 歐元)。 |
| | 英國 | <ul style="list-style-type: none"> ● 1971 年藥物濫用法(毒品分類) ● 1972 年道路安全法規(不能安全駕駛規範) ● 1998 年犯罪與社會秩序法(規範藥檢與藥癮治 | <ul style="list-style-type: none"> ● 藥物濫用法規範的藥物通稱為管制藥品，藥物分為 A、B、C 三級；A 和 B 級毒品為管制毒品，在有效醫師處方之下可以施用管制毒品。 |

毒品施用者處遇及除罪化可行性之研究

| 模式 | 國別 | 毒品施用規範 | 除罪化或犯罪化毒品類型 |
|-------|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | <ul style="list-style-type: none"> 療) ● 2005 年毒品法(Drugs Act)(A 級毒品執法與治療) | <ul style="list-style-type: none"> ● 1928 年，英國將大麻歸在 B 級毒品。 |
| | 澳洲首都地區 | <ul style="list-style-type: none"> ● Serious Drug Offences and Other Measures 明定包括吸食、持有、買賣、供應、走私、製造非法藥物的規範。但各省有不同政策。 ● 澳洲首都地區施用毒品處以行政罰。 ● 所有毒品施用為行政罰，並轉介評估和治療。 | <ul style="list-style-type: none"> ● 澳洲法律將毒品分為：(1)合法但管制藥品，醫師處方施用者為合法者，包括：安非他命、苯二氮平類藥物、K 他命，其他自行取得與施用使用是違法的；(2)非法毒品：包括大麻(含合成大麻)、古柯鹼、快樂丸、海洛因和 LSD。 ● 主要施用的非法毒品包括安非他命、大麻、古柯鹼、快樂丸、迷幻劑、海洛因、吸入劑、處方用藥和類固醇，施用處以行政罰。 |
| 部份除罪化 | 荷蘭 | <ul style="list-style-type: none"> ● 1928 年鴉片法生效，1976 年進行修訂，確定將毒品區別「硬性」和「軟性」毒品。 ● 相關規範如健康和社會福利法、照護機構品質法、醫療法等。 ● 2004 年成癮者之刑罰照護機構法與累犯者安置特殊機構法整合。 | <ul style="list-style-type: none"> ● 2004 年軟性毒品(大麻和印度大麻)除罪化，硬性毒品仍維持犯罪化的情況，不過 THC 濃度超過 15%的大麻被歸類成硬性毒品。 ● 主動與警察/司法機構聯繫者可透過緩起訴制度讓其接受治療。 |
| | 澳洲首都以外地區 | <ul style="list-style-type: none"> ● Serious Drug Offences and Other Measures 明定包括吸食、持有、買賣、供應、走私、製造非法藥物的規範。但各省有 | <ul style="list-style-type: none"> ● 澳洲法律將毒品分為：(1)合法但管制藥品，醫師處方施用者為合法者，包括：安非他命、苯二氮平類藥物、K 他 |

| 模式 | 國別 | 毒品施用規範 | 除罪化或犯罪化毒品類型 |
|-------|-------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | 不同政策。 | 命，其他自行取得與施用使用是違法的；(2)非法毒品：包括大麻(含合成大麻)、古柯鹼、快樂丸、海洛因和 LSD。 ● 除大麻外，其他非法毒品之施用仍列為毒品犯罪，但須經過數個階段才會啟動刑罰(例如警察轉向計畫、法院轉向計畫等)。 |
| | 美國華盛頓、科羅拉多州 | ● 聯邦管制藥品法 (Controlled Substances Act) 規範毒品相關犯罪、毒品類型與等級、預防、治療、刑罰等。 ● 2012 公投通過施用大麻合法化。 | ● 可合法購買/持有 1 盎司娛樂性大麻，州政府可對擁有合法執照大麻業者進行檢驗/徵稅。 |
| 除刑不除罪 | 臺灣 | ● 1997 年毒品危害防制條例規定施用一級和二級毒品為違法行為。 ● 2002 年通過修訂刑事訴訟法第 253 條有關緩起訴之規定，2008 年修訂毒品危害防制條例第 24 條第一項之規定，使施用者有機會接受緩起訴戒癮治療。 ● 2006 年「鴉片類物質成癮替代療法作業基準」，使海洛因等鴉片類毒品施用者有機會接受美沙冬維持療法。 | ● 將成癮性、濫用性及對社會危害性之麻醉藥品與其製品及影響精神物質與其製品，依其成癮性、濫用性及對社會危害性分為 1-4 級。 ● 一級如：海洛因、嗎啡、鴉片、古柯鹼及其相類製品；二級如：大麻、安非他命等。 |
| | 美國 | ● 聯邦法規中毒品相關犯 | ● 依據毒品之醫療價值、危 |

| 模式 | 國別 | 毒品施用規範 | 除罪化或犯罪化毒品類型 |
|-----|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 犯罪化 | | 罪、類型與等級、預防、治療、刑罰等，於 1970 管制藥品法和管制綜合法案第二章列管物質法中載明。 | <p>害程度及被濫用成癮的可能程度等為指標，將毒品管制分為五級，第一級是危害最大且無醫療用途的毒品，第五級則為較不具成癮風險且具有醫療用途的濫用藥物；一級和二級毒品為嚴格限制使用藥品。</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 美國有 17 個州以及哥倫比亞特區 (District of Columbia)，訂有大麻可醫療用的法條。 |
| | 新加坡 | <ul style="list-style-type: none"> ● 1973 年藥物濫用法 (Misuse of Drugs Act)，認定施用任何成癮物質是違反法的，需接受強制治療、復健。 ● 供自己吸食、施打或施用一種管制藥物 (a controlled drug) 構成犯罪。 | <ul style="list-style-type: none"> ● 管制藥物 (a controlled drug) 分為 A、B、C 級之藥物或其產品。 ● A 級，如：海洛因、可可因、大麻、安非他命、K 他命等毒品；B 級如：可待因、二氫可待因、洁吡普洛等；C 級如：FM2、西可巴比妥、三唑他。其中 K 他命提升為 A 級毒品係為遏止其氾濫。 |
| | 日本 | <ul style="list-style-type: none"> ● 鴉片法、大麻取締法、覺醒劑取締法、麻藥取締法、精神藥物及鎮靜劑法、有機溶劑及毒劇物取締法等。 | <ul style="list-style-type: none"> ● 日本無對毒品進行分類或分級而規定於同一法律中。 |

四、除罪化配套措施

在研究國家中，對於毒品施用除罪化或部分除罪化包括：葡萄牙、英國、澳洲、和荷蘭等。以下歸納這些國家推動除罪化或部分除罪化（以大麻為主）之政策和配套措施，如下：

(一) 國家毒品施用政策：

均以衛生醫療模式為核心，強調施用毒品為健康問題，因給予治療機會，毒品施用者處遇以醫療為主，毒品施用政策由內政部或衛生部主導。

(二) 相關立法與規範：

明確規範毒品的分級、治療和處遇。

(三) 持有毒品規範：

毒品施用除罪化後，持有毒品的規範成為重點，對除罪化毒品的量、施用場所、濃度均須予以規範。

(四) 成立專責機構：

葡萄牙成立規勸委員會，荷蘭由Baan委員會負責評估毒品政策。

(五) 推動減害計畫：

減害計畫為重要政策，以替代療法和交換針具較普遍，葡萄牙、澳洲則有安全注射室政策。

(六) 戒癮治療：

戒癮治療為毒品政策核心，其主要特色為：(1) 投入所需經費以健全設配和戒癮相關經費；(2) 提供多元化戒癮治療；(3) 普及戒癮治療；(4) 階段性戒癮治療；(5) 個別化；(6) 政府與民間共同投入戒癮治療等。

(七) 成癮照護與重建復歸：

規劃個別化需求計畫，透過職業訓練機會、就業支持和提供住所等方式來進行，提供毒品施用者復歸社會的誘因，培養其復歸能力。

(八) 早期介入和轉介：

毒品施用者處遇及除罪化可行性之研究

幫助因施用毒品被逮捕，從刑事司法體系轉介接受治療，為傷害減量法中最成功的措施。

(九) 治療監督與毒品檢測：

成立專責單位監督和評估戒癮治療效果，建立監測中心並對毒品和毒品人口予以監測。

(十) 深化落實毒品預防：

主要包括早期預防、學校／家庭／社區／地區性預防教育等。

(十一) 複雜家庭或麻煩成癮者照顧計畫：

主要針對高風險家庭和嚴重成癮者，投入高關懷和照護計畫。

表 4-8 除罪化與部分除罪化國家主要配套措施

| 國別 | 主要配套措施 |
|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 葡萄牙 | <ul style="list-style-type: none">● 毒品施用政策: 具體聲明毒品施用政策，對施用者人性化價值。● 持有毒品規範: 對不同毒品訂定持有量標準和份量。● 成立規勸委員會: 將持有和施用毒品者移送規勸委員會，須與委員會會談或付罰款。● 推動毒品減害計畫: 含針具交換計畫、替代療法和注射室。● 基投入層照護: 1990 年成立由衛生部管轄的專責毒品成癮治療服務的 SPTT (不屬於全國醫療服務的一環)，建立垂直結構迅速、有效的回應施用者需求、免費的基層服務和保障個案的匿名性。● 後續治療和復歸社會: 規劃專責計畫，透過職業訓練機會、就業支持和提供住所等方式來進行，提供毒品施用者復歸社會的誘因。● 監督毒物治療: 建構全國性治療監測計畫，雖未全面性監測，已可取得全國門診中心替代治療一般性統計資料。● 負責區域毒品和毒品成癮監測中心: 主導歐洲毒品和毒品成癮 |

| 國別 | 主要配套措施 |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | <p>監測中心，負責歐盟專門收集和宣傳毒品狀況官方資料。</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 普及戒癮治療:成癮治療由公立醫院進行，多營利性和非營利性的私人機構亦提供此類治療服務。 |
| 英國 | <ul style="list-style-type: none"> ● 毒品施用政策:英國對藥癮者的處遇充分展現了醫療與公共衛生的觀點。 ● 毒品持有:無有效處方或執照而持有藥物者將被處與刑罰。 ● 立法、量刑和轉介/轉向計畫:健全毒品相關立法、結合刑罰的社區處遇、機構中的處遇、社區中建立復原機制、個別化復原治療歷程等。 ● 附帶條件之保釋機制:令毒品施用初犯必須接受毒品戒治處遇，作為保釋之附帶條件。 ● 提供多元化戒癮治療:包括戒毒處遇之建議及資訊、清潔針具交換計畫、諮商輔導、結構式之日間照護計畫、社區處方藥箋、住院式之戒毒處遇、固定居住型之康復處遇等。 ● 出版戒癮指導指南:提供主管當局、雇主和其他人所需指導，以符合法律/規上的要求，並提供高品質的服務給尋求治療者。 ● 建立四階段治療制度:從轉介一般處遇、轉介至開放式處遇、專業醫師社區服務到住院服務等四階段。 ● 實施減害計畫:以替代療法為主。 ● 深化毒品施用早期預防:從生命開始即提供相關計畫，包括:健康兒童計畫、家庭護理合作計畫等。 ● 複雜問題家庭脫離複雜環境的國家計畫 ● 毒品預防教育:包括學校預防、民眾預防和地區性預防。 |
| 荷蘭 | <ul style="list-style-type: none"> ● 毒品施用政策:在衛生醫療模式下，對施用者採取醫療社會照護，對軟性毒品大麻採寬容政策。 ● 大麻持有量和濃度限制 ● 投入戒癮服務:訂定大規模的需求減害計畫，80%硬性毒品施用者接受戒癮服務，每年在戒癮設施的經費超過 1 億 3 千萬歐元， |

| 國別 | 主要配套措施 |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | <p>50%</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 以上直接用在成癮者身上。 ● 毒品預防:營造出發展、執行和評估預防計畫，以校園毒品預防架構三法深化毒品預防。 ● 麻煩成癮者照護計畫:通過照護機構品質法，開始啟動照護創新歷程，提共個案能由一機構轉往下一個機構，後續照護的機構的治療目標與先前治療成果是一致性的。 ● 提供監禁者社區治療:(1)遭逮捕的毒品成癮者可選擇治療來暫停預防性羈押，並完成所有療程；(2)監禁者服滿一半的刑期，經法官許可離監，進入戒癮中心接受治療。 ● 醫師訓練和教育:成癮醫師和心理師教育訓練。 ● 建立成癮照護監測系統 |
| 澳洲 | <ul style="list-style-type: none"> ● 毒品施用政策:採衛生醫療觀點，將施用毒品行為是為健康問題。 ● 持有毒品處罰:訂定持有毒品規範、處罰與處遇措施。 ● 減害計畫:替代療法、交換針具和安全注射室。 ● 藥事法庭:以司法監督力量結合藥物治療機構之處遇，取代傳統刑事刑罰制裁，決定戒癮治療及社區復健計畫。 ● 戒癮治療:分穩定及維持二個階段，以及 A, B, C 三個層級。 ● 早期介入與轉向計畫:幫助因施用毒品被逮捕，從刑事司法體系轉介接受治療，為傷害減量法中最成功的措施。 |

五、毒品施用者處遇

無論是何種形式的毒品施用政策國家，對於毒品施用者之處遇均有許多積極的措施，如：監禁期間處遇、維持療法、戒癮治療、門診治療、住院治療、就業協助、家庭支持、疾病感染控制等，茲分述如下：

(一) 毒品施用者監禁處遇：日本、新加坡、美國、臺灣

在毒品犯罪化國家，毒品施用者處遇期間仍須處以技能訓練、教化等措施，其中以日本對於杜絕施用毒品態度最為嚴謹，其反毒標語為「絕對不可吸毒 (Dame. Zettai)」，而新加坡則最重視毒品施用者監禁期間的技能訓練和出監後的就業協助；新加坡接受毒癮矯治者須遵守嚴苛的處遇原則，而矯治機構提供各類型教育（包括：大學課程、音樂訓練、工程貿易等、電腦科技等），具備相當能力者，可教授不同課程，並可獲得國家認證的證書，因此類政策而成功復歸社會，使新加坡毒品犯罪顯著下降。

(二) 初犯機構性戒治處遇：臺灣

以機構性處遇之觀察勒戒與強制戒治模式為主，視初次或5年以上再次施用毒品者為「病人」，將之收容於機構中施予觀察勒戒，如有繼續施用傾向者則須接受強制戒治。

(三) 替代療法：臺灣、美國、英國、荷蘭、澳洲、葡萄牙

為目前各國對於鴉片類毒品施用者處遇主流對策，以減少毒品危害與疾病傳染；其中澳洲最為落實，無論是機構內外均有機會接受替代療法，臺灣除推動緩起訴替代療法，亦曾於新店戒治所實施替代療法，以及在雲林和基隆監獄試辦監獄內替代療法。

(四) 身心治療：英國、荷蘭、澳洲、葡萄牙、美國、臺灣、新加坡

由於毒品對於身心的危害和具有強烈的成癮性，多數國家對於毒品施用者會提供各種治療的措施，尤其是以醫療模式為主的歐洲國家和澳洲，對於毒癮者的治療相當重視；如：英國的個別化治療與家庭治療、荷蘭鼓勵施用者尋求醫療協助，澳洲的戒癮治療與心理輔導，以及葡萄牙提供可近性／可負擔起的毒品治療和擴大治療服務等，均有其特色和成效。而美國的門診處遇、健康照護和支持復原的整合治療，以及其中新加坡的醫療檢測與觀察亦相當值得參考。

(五) 協助復歸與重建生活：臺灣、日本、英國、美國、新加坡

相較於其他犯罪，毒品施用者的社會復歸和重建則顯得更加困難，臺灣毒品犯出監前由毒品危害防制中心提供出監前團體輔導，以有效個案管理協助其社會銜接和就業輔導；新加坡以就業協助為主，美國則提供中途之家安置，英國以租屋服務協助毒品施用者重建生活。

（六）就業協助：臺灣、新加坡、日本、英國、荷蘭、澳洲等

經濟與就業為毒品施用者重複施用毒品或再犯其他罪的主要原因，多數國家均相當重視毒品施用者的就業訓練與協助，其中以新加坡最為落實，且具成效，我國、日本、荷蘭和澳洲亦有相似的服務；英國以就業服務中心協助毒品施用者重建生活。

（七）復發／再犯者協助：美國、英國、荷蘭

由於毒品的高再犯／復發率，美國對於復發或嚴重毒品依賴性採取限制性住院處遇；英國則施以住院式之戒毒處遇、固定居住型之康復處遇住院治療；荷蘭對於重度成癮毒品施用者提供特殊服務，如：安全注射監控點、護理照護、提供住宿、就業協助、替代治療等以降低危害；這些協助對於重複再犯之毒品施用者，實有必要。

（八）疾病感染預防：臺灣、美國、英國、荷蘭、澳洲、葡萄牙等

透過清潔針具、疾病篩檢、衛生醫療宣導、替代藥物維持治療等方式，以避免透過血液傳染HIV、HCV、B型肝炎、C型肝炎等病。

（九）交通安全：美國、日本、臺灣、英國等

我國刑法第185條之三的不能安全駕駛罪雖以使用酒精為主，仍因施用毒品而不能安全駕駛亦為懲罰範圍；日本將交通安全列為毒品施用者特別指導內容；而美國2012年毒品政策施政重點之一為吸毒後開車（drugged driving）問題，顯示施用毒品後的安全問題逐漸受到重視。

表 4-9 各國施用毒品者處遇措施比較表

| 國別 | 毒品施用者處遇措施 |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 臺灣 | <ul style="list-style-type: none"> ● 以機構性處遇之觀察勒戒與強制戒治模式為主，視毒品施用者為「病犯」。 ● 針對施用第一級毒品鴉片類者，推展毒品減害計畫、緩起訴一級毒品施用者實施美沙冬維持療法，二級毒品施用者試辦戒癮治療。 ● 以趨近於醫療觀點模式處理施用毒品問題。 ● 社會銜接、個案管理、就業輔導等，協助毒品施用者復歸社會。 |
| 葡萄牙 | <ul style="list-style-type: none"> ● 成立規勸委員會，被警察緝獲的毒品施用者會移送至規勸委員會，由三人小組的委員會進行會談，於會後作成懲處決議，包括接受評估治療、罰款等。 ● 預防：執行全面性預防策略葡萄牙民眾施用和濫用非法精神物質，此一全面性策略涵蓋的面向包括學校、社區和家庭層級。 ● 毒品相關治療：檢視現行治療需求、提供可近性、可負擔起的毒品治療（於公立機構接受戒癮治療是免費的）。擴大治療服務，納入基礎醫療、專科治療，設立公立戒癮機構和認證私立機構已增加病床容額，並提供日間病房供戒癮用。 ● 減害：向「二手針具說不！（ Say No! to a used syringe!）」，結合藥師於藥局等地交換清潔針具，避免透過血液傳染 HIV、HCV 等病。 |
| 英國 | <ul style="list-style-type: none"> ● 毒品政策中關鍵治療行動包括： <ol style="list-style-type: none"> 1. 由國家治療機構進行先導試驗和提供相關服務，朝向符合個人化需求規劃。 2. 治療機構／就業中心／租屋服務有更密切的服務，協助毒品施用者重建生活。 3. 施用者欲獲得相關利益，須與專業治療服務提供者共同討論治療內容。 |

| 國別 | 毒品施用者處遇措施 |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | <p>4.以家庭為主治療服務旨在保護更多年輕人及其家人。</p> <p>5.先導計畫規劃預算讓地區夥伴將資金整合起來，以減少毒品帶來的傷害。</p> <p>6.獄中毒品戒治改善在於確保所有監獄都能提供一致、品質更好戒毒服務。</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 其他毒品施用預防相關措施：（1）清潔針具交換計畫；（2）結構式之日間照護計畫、社區處方藥箋（含替代療法）；（3）住院式之戒毒處遇、固定居住型之康復處遇；（4）預防感染B型肝炎之接種注射；（5）B型、C型肝炎及HIV之檢測與諮商輔導。 |
| 澳洲 | <ul style="list-style-type: none"> ● 傷害減量法從1985年起成為國家藥物政策的指導方針，在2010至2015年的三大重點為： ● 需求降低：預防吸食和／或延後首次飲酒、吸菸和施用其他藥物的年齡、減少社區中誤用酒精、抽菸、和施用其他藥物，支持民眾擺脫物質依賴，重新復歸社會。 ● 2,供給降低：預防、遏止、打斷或以其他方式減少生產和供給非法藥物，透過控制、管理或規範取得合法藥物的管道。 ● 減害：減少因飲酒、抽菸和施用其他藥物造成健康、社會和經濟的不良影響。 ● 致力於毒品減害計畫，含替代療法、清潔針具、安全注射室等。 ● 強化司法體系與醫療體系聯結，對毒品施用者提供藥癮戒治和心理層面輔導與轉介。 |
| 荷蘭 | <ul style="list-style-type: none"> ● 軟性毒品的市場（咖啡店）與硬性毒品市場有嚴格的區分 ● 視毒品施用者是需要協助改善其生理及心理健康的病人，而非是犯罪人，而。不處罰施用毒品的行為旨在鼓勵施用者尋求醫療協助。 ● 減害計畫：含替代療法、清潔針具和安全注射室 ● 重度成癮毒品施用者特殊服務（如：安全注射監控點、護理照 |

| 國別 | 毒品施用者處遇措施 |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | 護、提供住宿、就業協助、替代治療等以降低危害) |
| 美國 | <ul style="list-style-type: none"> ● 2012 年毒品政策施政重點：(1) 吸毒後開車 (drugged driving)；(2) 預防處方用藥濫用。 ● 2012 年毒品政策整體目標為：(1) 致力預防社區毒品施用；(2) 尋求醫療機構早期介入機會；(3) 物質施用障礙之健康照護和 支持其復原的整合治療；(4) 打破毒品施用、犯罪、偏差行為和入監服刑的惡性循環。 ● 接受刑罰之毒品犯實施監禁。 ● 單純的持有或施用毒品罪之被告、緩刑犯及假釋犯轉向為以社區為基礎之藥物濫用戒治處遇 ● 門診處遇、中途之家處遇、麻醉藥物替代治療。 ● 復發或嚴重毒品依賴性之需，所採取之限制性住院處遇。 |
| 新加坡 | <ul style="list-style-type: none"> ● 毒品成癮者接受醫療檢測或觀察。 ● 重視毒品犯之技能訓練。 ● 積極治療成癮者強制轉介花費昂貴的復健治療，此一目的在塑造一個無毒生活。 ● 接受矯治者須遵守嚴苛的原則，矯治處所提供他們高度結構化、各類型教育，包括大學課程、音樂訓練、工程貿易等、電腦科技等。具備這些能力者，可教授不同課程，並可獲得國家認證的證書，此類政策可協助成癮者復歸社會。 |
| 日本 | <ul style="list-style-type: none"> ● 由非政府組織(毒品濫用預防中心, the Drug Abuse Prevention Center)，負責執行國家反毒品濫用預防活動和教育活動。 ● 針對大眾無法容忍毒品施用和毒品濫用的部份，其反毒標語 為「絕對不可吸毒 (Dame. Zettai)」。 ● 實施改善指導，包括：(1) 脫離依賴藥物；(2) 脫離暴力團；(3) 防止性犯罪再犯；(4) 交通安全；(5) 勞動就業的支援。 |

研究者自行整理

六、政策效果

（一）毒品危害仍然嚴重：

各國因毒品施用與衍生問題，付出沈重的經濟、醫療和社會治安成本。美國毒品施用預估在2007年造成約1,930億美元之犯罪、健康、損失生產力的成本。荷蘭的部分每年約花費1億3千萬歐元在治療毒品成癮者的機構。

（二）日本與新加坡保守的毒品政策使毒品人口偏低：

新加坡與日本保守的毒品政策，使新加坡毒品施用人口率為全世界最低，約為0.005%，日本亦有相似情形；因日本藥物主要以興奮劑為主，替代療法不如臺灣受到重視。

（三）替代療法執行效果：

（1）使毒品監禁人口下降；（2）抽菸和暴露在二手煙環境者減少；（3）施用非法毒品人口降低；（4）注射毒品相關的危害也降低；（5）降低疾病傳染人口；（6）再犯率下降。

（四）大麻限量除罪化使荷蘭施用軟性毒品人口下降，但限制外國人使用。

（五）毒品再累犯問題仍未獲得解決：

無論在臺灣或美國，於監獄接受處遇之受刑人均以毒品施用者所佔比例最高，臺灣因毒品政策，監獄收容之毒品施用者均為累犯，使監獄再累犯比率高居不下。

（六）國家政策在解決嚴重毒品依賴成效上仍有限：

英國相關研究指出，鮮少證據指出，一個國家的毒品政策對毒品施用者和毒品依賴者會有何種影響，文化和社會因素才是更為重要的因素。

（七）毒品衍生死亡，使犯罪和疾病問題日益嚴重：

美國20%以上之毒品犯罪人曾因施用毒品衍生財產犯罪和暴力犯罪；英國近年每年有2,000餘人因施用毒品死亡；透過毒品施用者的治療政策，有效降低因毒品施用而死亡人數。

(八) 葡萄牙毒品除罪化效果：

依據富比士雜誌的報導，將所有毒品除罪化十年後，葡萄牙毒品濫用比率下降了一半。

表 4-10 各國毒品施用政策執行效果之比較表

| 國別 | 執行效果 |
|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 葡萄牙 | <ul style="list-style-type: none"> ● 從整體人口來說葡萄牙毒品現狀是歐洲平均施用人口的一半，也些微低於鄰近的西班牙。2007年15-34年歲年輕人施用大麻的比率為6.7%，是歐洲平均數12.1%的一半。15-16歲兒童的調查也顯示，葡萄牙年輕族群之大麻終生施用率為13%，是西歐國家最低的國家之一，與預估目前2.1%歐盟國家和挪威的平均數相較，葡萄牙2007年15-34歲的古柯鹼施用率為.2%。以趨勢來看，學校和一般民眾的調查顯示，葡萄牙的大麻施用呈現穩定，不過在青年人的古柯鹼施用可能增加。 ● 依據富比士雜誌的報導，將所有毒品除罪化十年後，該國毒品濫用比率下降一半。 |
| 英國 | <ul style="list-style-type: none"> ● 目前是歐盟國家中毒品施用和毒品依賴人口最高的國家之一。 ● 相關研究指出，顯少證據指出，一個國家的毒品政策對毒品施用者和毒品依賴者會有何種影響。反倒是其他像是文化和社會因素是更為重要的因素。 ● 毒品政策的相關資料顯示，英國與毒品相關的死亡人數在1996-2001年穩定成長，在2001-2003年有下降的現象，不過接著在2008年共有2,569人因毒品相關因素致死，相較之下，2007年有2,231件，2006年有2,036件，2005有1,980件，2004年有1,877件)。在2009年因毒品相關因素使亡者下降至2,481件。 |

| 國別 | 執行效果 |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | <p>男性因毒品相關因素死亡的比率為79.1%，平均死亡年齡為38.9歲。</p> |
| 荷蘭 | <ul style="list-style-type: none"> ● 毒品是個健康問題。 ● 每年約花費1億3千萬歐元的經費在治療毒品成癮者的機構，其中五成都用在毒品施用者身上。荷蘭的需求減害計畫涵蓋範圍很廣，每年全國約25,000到28,000人受惠。 ● 從80年代末期到2007年，在阿姆斯特丹的鴉片成癮者人數有些微下降，約9,000人，在2009年呈穩定現象，約有3,000多人。近年硬性毒品施用者的人數穩定，平均年齡上升到38歲，這也是個正向的趨勢。很明顯地，荷蘭仍是歐洲國家因毒品相關死亡率最低的。 ● 歐盟司法部法院於2010年12月裁定，荷蘭當局必須禁止咖啡店販賣大麻給外國人。以遏止該國成為毒品旅客造訪該國的原因。 ● 2008/2009調查顯示，1/5~1/10的人過去一年在舞會或俱樂部曾施用過古柯鹼、快樂丸或安非他命 ● 在荷蘭，有9.5%施用軟性毒品的青年人（15-34歲）每月施用一次，2004年15-24歲年青人每月毒品的盛行率為4%，高於歐盟15國家的平均（3%）。 ● 以總人口來看荷蘭因毒品相關死亡數和波蘭、法國、斯洛伐克、匈牙利和捷克共和國皆為歐盟國家最低的幾國。荷蘭政府也支持九成以上尋求戒癮的毒品施用者。治療需求有增加的趨勢。 ● 犯罪調查有72%是與嚴重組織犯罪有關。儘管個案數仍在成長，目前約有69%犯罪調查與毒品相關，不過大部分的調查多著重在硬性毒品犯罪（特別是古柯鹼和合成毒品）。 |

| 國別 | 執行效果 |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 澳洲 | <ul style="list-style-type: none"> ● 施用非法毒品人口降低。 ● 執法機構持續有效偵查和緝獲非法毒品以打斷毒品供應。 ● 與注射毒品相關的危害也降低。 ● 從2000到2009年間因實施清潔針具計畫，確保施用者可得到乾淨和拋棄式的針具，直接使32,000人免於感染HIV，有97,000人得避免感染C型肝炎。 ● 警方的轉向計畫使再犯率下降。 |
| 臺灣 | <ul style="list-style-type: none"> ● 查獲毒品以三級毒品K他命罪多，但一級和二級毒品則有下降趨勢。 ● 因一級毒品犯罪偵察案件下降，二級毒品偵察案件則上升。值得注意的是，2008-2010年各地方法院審理終結少年暨兒童犯罪人數有上升趨勢，其中以保護處分為主，顯示應重視兒少施用三、四級毒品。 ● 毒品初犯受遏止後略有回升，因推動毒品施用者緩起訴替代療法，觀察勒戒與強制戒治人數下降。 ● 因施用一級毒品被判決確定人數下降，但施用二級毒品被判決確定人數上升。 ● 毒品再累犯比率仍高，監獄以毒品犯所佔比例最高。 |
| 美國 | <ul style="list-style-type: none"> ● 美國毒品在2007年造成約1,930億美元之犯罪、健康、損失生產力的成本。 ● 聯邦和州立監獄分別有24.5%和29%的受刑人在吸食毒品後犯下暴力犯罪。 ● 聯邦和州受刑人分別有10.8%和36.6%在吸食毒品後從事財產犯罪 ● 聯邦和州立受刑人25%和41.9 41.9%表示他們是在吸食毒品後犯下毒品相關罪行 ● 聯邦和州立受刑人分別有24.4%和22.4%州立監獄受刑人，此 |

毒品施用者處遇及除罪化可行性之研究

| 國別 | 執行效果 |
|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | 表示他們是在吸食毒品和持械犯案。 |
| 新加坡 | <ul style="list-style-type: none"> ● NAHAS 醫師於1994年紐約時報投書時指出，80年代的新加坡擁有三百萬人口，於1980年的毒品施用人口從8,000人降至1984年的4,000人。 ● Osman (2002) 指出，新加坡成功逮捕的毒品成癮人口從1994年的6,165人降至2,000年的3,153人。 ● Aquino (2011) 指出，新加坡的毒品施用率（像是海洛因、鴉片、嗎啡等）是全世界最低的，約為0.005%。 ● 中央毒品檢肅局 (The Central Narcotics Bureau, CNB) 於2011年逮捕3,265毒品濫用者，較2010年逮捕2,887人增加了13%。所逮捕的毒品濫用新增人口從2010年的1,327人降至2011年的1,104人，20歲以下的青少年毒品新增人口從2010年的155人降至2011年的225人。 |
| 日本 | <ul style="list-style-type: none"> ● 於舉辦世界杯足球賽時，外國遊客引入神奇蘑菇，在了解神奇蘑菇對人體的毒害之前，神奇蘑菇一度是合法的，之後就被禁止，與其他毒品一樣。 ● 視施用毒品為犯罪人，罰則可重達1~2年勞動服務或有期徒刑。 ● 對因施用毒品而遭逮捕之外國人，除在日本接受刑法審判後，刑後驅除出境，並可拒絕再次入境。 ● 醫院目前針對處方籤用藥濫用接受戒癮治療，不過參與對象是自願出席。 |

研究者自行整理

第四章 各國毒品施用者處遇政策及其比較分析

第五章 深度訪談與焦點團體研究結果與討論

本研究在完成毒品施用者、精神科醫師、資深警察及衛生醫療社工之深度訪談後，彙整研究結果，並邀請長期從事毒品犯罪與處遇研究之專家學者 3 人，以及負責毒品查緝工作之檢察官 3 人、警察 3 人，和從事毒品施用者戒癮治療與處遇工作之精神科醫師 3 人、心理師 1 人、衛生醫療社工 3 人及觀護人 3 人，分別就研究議題與研究發現，於北、中、南等地區進行五場次之焦點團體座談，期能將研究結果落實於實際問題的解決上。本章依序分為五節討論深度訪談及焦點團體座談之討論重點，包括：（一）毒品施用狀況與問題；（二）毒品執法與矯治；（三）毒品施用戒癮治療與社會復歸；（四）毒品施用除罪化可行性；（五）焦點團體發現。茲將研究與討論結果分述如下：

第一節 毒品施用狀況與問題

我國毒品處遇政策一直無法有效降低毒品犯罪的問題，雖自民國 87（1998）年實施毒品危害防制條例，對毒品初犯採「除刑不除罪」之刑事政策，使毒品犯罪入監人數一度驟降，但根據相關研究顯示，毒品施用者對毒品的依賴難以透過觀察勒戒、強制戒治或監禁等方式戒除，毒品施用者往往於監禁釋放後再度染毒，由此可見毒品施用問題儼然仍屬當前國內嚴重的犯罪議題。茲就毒品施用狀況與問題之研究結果分述如下：

一、毒品施用狀況

（一）吸毒情境

因為自己意志不堅的關係，又遇到之前的朋友，加上我有甲狀腺癌，長期下來，心情不好的時候就會想要吃（毒品）。

（施用者 1）

第一次吸毒就是跟朋友在一起！出去喝酒的時候，在舞廳的時候，喝一喝人家拿出來請的。（施用者 2）

我記得第一次在四樓頂用（注射），用完後就覺得整個人輕輕鬆鬆的，輕飄飄的。（施用者 3）

（二）施用毒品的負面感覺

我第一次用海洛因，只吸兩口就都不敢動了，比喝醉還難過，因為之前沒有接觸過海洛因，吸了之後很暈，都不敢亂動，躺在那邊，吃什麼、喝什麼就吐什麼。（施用者 2）

（三）施用初期可控制，但因違法問題而不敢就醫

初期開始施用海洛因的個案，大部分也都很不願意喝美沙冬，他覺得自己都還可以控制。除非又連續施用一段時間，來喝美沙冬，喝很短的時間就退出，有可能這樣往訪幾次之後，生理變化一旦形成，要控制是不可能。（深醫 1）

以有隱疾的海洛因個案來講，人特質其實改變了，各方面都有問題，現在不管門診戒毒、替代療法，都無法處理這方面，就是毒品以外相關的問題。（深醫 3）

找公立醫院做戒毒治療，有些東西是規定要花錢的，可是金錢不是困難，因為相較於買毒品還是便宜的，只要他們看醫生，一個月可以看四到六次療程，每次只要 50 元掛號費，是便宜的，只是很多人可能不知道這訊息，可是他們只要稍微使用一點點，會覺得對不起你，就不來了！（深衛 1）

（四）施用一段時間因大腦受到影響，已成為一種疾病

我認為，海洛因濫用者如果已經使用一段時間後，它對大腦神經傳導物質的影響，已經讓它成為是一種固定的疾病了。（深醫 1）

為什麼復發？歸根來講，我們臨床醫師都知道其實最重要是，他腦部損傷很難恢復。（深醫3）

我親自詢問一個毒販，他真的跟我這樣說：阿sir你們要戒菸都這麼難了，毒品比吸菸更爽快！毒品怎麼可能戒掉？（深警2）

大部分吸毒的吸到思想都亂了，你看吸毒的，哪一個頭腦是清楚的，腦筋都空空（傻傻的）。以前還沒有大哥大、手機的時代，電話號碼我至少可以記得1、20支，現在喔！搞不好一支都要背個半天，你看頭腦影響大不大？後遺症影響有多大。（施用者2）

（五）毒品施用者的人際關係

吸毒的人有一個毒品的網絡圈，彼此之間是互相聯繫的，消息可以互通有無，對警察在查緝上面也是一個利多，所以很容易就得到一些情報，也可以提供給我一些很準確的情報。（深警1）

沒有需求面幹嘛要供給，所以兩個是有相當密切的連動關係，不是單純可以分割的。（深警2）

沾到毒品後，賭場的人也會排斥，他們不要跟吸毒的人接觸。一開始想說去跟朋友借，借久了，人家寧願把錢拿去丟掉，也不會丟到你這個無底深淵。（施用者2）

（六）毒品施用者的追蹤不易

持續追蹤毒品施用者有相當難度。

唯一的資料來源是監所，若電話、地址不對，就要花很多時間去找個案，可能就錯失與他們建立關係的時效性。（深衛3）

藥癮者離開病房之後，我們希望他們可以回診，如果沒回來，我們頂多打一、二次電話，就沒辦法了！（深衛1）

（七）施用者最後變成販毒者

犯罪網絡就是這樣子。因為利潤高，所以不想去工作！工作沒有辦法賺那麼多錢，沒辦法供他吸毒，賺的錢不夠給他吸毒品！（深警2）

很少跟朋友借錢買毒！唯一有跟妹妹開口，但是時間一久，我也會不好意思，所以自己才會想去賣毒。（施用者2）

（八）吸毒者與犯罪之關聯性高

因吸毒而發展其他犯罪行為之關聯性很高，大多是因為施用毒品後逐漸成癮，致無法正常工作，在缺乏金錢購買毒品的情況下，進而衍生出竊盜、搶奪等犯罪行為，更甚者，則販賣毒品。

吸毒的比較會這樣做。（施用者1）

吸毒的大部分會去搶啦！偷啦！賣藥啦！都是吸毒引起的。在監獄裡面我所看到的，差不多有六、七成，案件都會涉及到毒品，所以會吸毒的，同樣有很多也涉及到其他犯罪。（施用者2）

我遇到很多進來關的，很多都有這樣的情形，因為毒品所以才去犯罪的。（施用者3）

二、施用毒品衍生之其他問題

（一）法律問題

毒品施用者在毒品的防制工作上是最容易查緝的對象，單純對警察這部份來講，有績效，加上有相對的獎勵、獎金，不

毒品施用者處遇及除罪化可行性之研究

用花很多的成本，然後就可以去查獲到相關的績效。（深警 1）

毒品施用者有很多其實不是光光的毒品施用，有的可能是毒販，因為罪證的不夠，所以我們警方只能認定他是毒品的持用人、施用者。（深警 2）

（二）家庭問題

因為使用毒品到很痛苦，家人希望他戒毒。（深衛 1）

有的時候有家長會說「他不住在這，他死了」，然後大家就會很緊張，甚至常常會被認為是詐騙集團。（深衛 3）

（三）醫療問題

長期的角度來想，這些人醫療費用要標準化嗎？現在是因為緩起訴的制度，整個計畫是由政府出錢，所以在某些面向他的費用是標準一致的。但對醫療體系來說，這個在營運經營上就有所不足。（深醫 2）

我覺得醫院的醫療成本會付出很多，因為毒品吃到後來，身體一定都壞光光了，整個器官什麼的，壞的也是很快，就要住院什麼有的沒的。（施用者 2）

（四）工作問題

做馬達做了 2、3 年，之後因為吸毒的關係，就沒做，之後就進來關了（施用者 1）。

有時候錢少的不願意賺，錢多的又賺不到。（施用者 2）

（五）新增人口問題

避免新增毒品施用者，那是一個很大的議題。目前有一套預防措施，例如透過何種預防方式，可避免青少年、年輕人施用這些毒品。除罪化之後我相信會是個更棘手的問題。（深醫 2）

搖頭丸在民國 90 年左右開始大流行，那時是三級，我們國內專家想把它提升到二級，犯罪化就沒人敢用。但為什麼現在 K 他命這麼多，因為它是三級的。（深醫 3）

社會現在最嚴重的就是 K 他命，現在吃 K 好像是全民運動，不趕快處理，以後就會像安非他命一樣，吃到大家都上癮了，政府才說要用刑法處罰，要關要什麼的，但是大家都已經成癮了。（施用者 2）

（六）毒品通報問題

毒危條例是在民國 87 年間才出來，當時施用人不敢到醫院來。那時的說法是，你到公立機構，到我們這邊我們就要通報，不報的是違反公務人員法。（深醫 2）

教育體系都比較不願意通報。學校寧可隱匿不報，害怕被懲處或怎麼樣，如果學校發現有學生施用毒品，就會希望他轉學、休學等。（深醫 2）

第二節 毒品執法與矯治

目前我國針對毒品施用者之刑事政策，採取「病犯」之觀點，原則上認為毒品施用者乃罹患慢性疾病，需要長期維持治療，故採用替代療法，以減輕傷害為出發點，提供長效之鴉片促動劑藥物（如美沙冬），輔以心理治療、社會復健治療，維持毒品施用者身心功能正常，降低其行為所造成之傷害。

此種視毒品施用者罹患慢性疾病之觀點，固已成為主流思維，惟一開始介入處理之執法者並非醫護人員，仍為傳統刑事司法人員，醫護人員乃「接手處理」刑事司法人員所查獲之毒品施用者。此乃因我國之毒品危害防制條例等刑事法律仍視施用第一級、第二級毒品行為為犯罪行為，賦予刑罰之法律效果，刑事政策仍未完全脫離施用毒品乃犯罪行為之觀點。

另自 2004 年起，刑事司法體系正式承接毒品犯之觀察勒戒及強制戒治工作，機構內毒品犯之戒治與處遇更顯重要。而法務部復於 2011 年 10 月整併勒戒及戒治處所，目前全國有新店、臺中、高雄及臺東等四所獨立戒治所，編列相關戒治醫療費用，以個案管理模式，強化毒品施用者之處遇，同時亦發展適合我國國情之本土化戒治模式。

以下茲就毒品執法與矯治處遇現況研究結果分述之：

一、毒品執法

（一）如何看待毒品施用者？

1、毒品施用者與販賣者間之關係錯綜複雜

現行毒品的販賣與施用者是種連動的網絡關係。

吸毒的人比較不像正常人這樣正常的工作、生活，他會在一個全毒品的網絡圈...毒品的供應與施用具有連動關係，且市

場的價格或種類與毒品消費者，有相當密切的連動關係。(深警 1)

我覺得唯一的對策，就是要把源頭切斷，販賣的、走私進來的，如果能夠加強查緝，後面就沒什麼東西可以供應了。(施用者 2)

毒品施用者往往亦是毒品販賣者，毒品施用者往往藉由販賣毒品而獲取資金。

吸毒是越吸越窮，沒錢的話，買兩包，賣一包，用一包，於是無形中又增加一個毒販。(深警 2)

吸食以後他會缺錢，缺錢會開始販賣，就是這樣的小型通路是很重要的關鍵...國內三級毒品的販賣，它提供一、二級毒品的吸食者的金錢的供應...所以他不需要去強盜、搶劫。(深警 3)

2、第一、二級毒品與第三、四級毒品行銷方式不同

第一、二級毒品施用者因自身的需要，會主動尋找販賣者，不同於第三、四級成癮性較低，是由販賣者向下推銷。

一、二級是吸食者有需求，找得到毒品他死命都會要...只要吸過一次、兩次...他永生難以忘懷...跟 K 他命不同；K 他命是促銷，所以它有固定的促銷點...三、四級可能是從上面下來這樣子促銷，一、二級可能是從下（施用者）的要求。(深警 3)

當前第三、四級毒品施用者年齡逐漸下降、人數迅速增加，且因幫派與中輟生結合，而進入校園。

年輕人喜歡去 KTV、PUB、夜店這些高誘因場所，這類環境的特性，需要助興的東西，於是結合在一起...中輟生沒有受正

常的教育學程...可能依附在黑道幫派，他的人脈網絡，就是過去的那些同學，所以就把毒品帶進校園裡面。（深警 1）

從戒毒、處遇甚至查緝，一級毒品都是有下降，二級毒品增加的幅度沒那麼大了，現在增加幅度最大的是三級。（深警 2）

（二）警察之執法策略及方法

1、警方從毒品施用者追查社區藥頭

警察在毒品查緝策略上，基本是從施用者身上著手，向上找販賣者。

毒品施用者在毒品的防制工作上是最容易查緝的對象，雖然量不會很多，可是相對上它比較容易。（深警 1）

2、行動電話通聯紀錄為主要查緝工具

策略上警方會從毒品施用者的手機通聯紀錄中，追查出販賣者。

員警，包含司法警察，必須要拿施用者的手機來看撥出跟撥入的前 10 通電話，並把它記下來送給地檢署做關聯調查。（深警 3）

3、治安顧慮人口定期訪查驗尿

現行刑事政策仍視毒品施用者為「治安顧慮人口」，並未全然視為「慢性病患」，因此，對於毒品施用者防範嚴密，同時亦加強其監控。

處遇大部分都屬於戒毒層面，警察唯一能做的，就是因為毒品人口是治安顧慮人口...要去訪查。（深警 1）

施用者出獄之後，我們還是必須要去做毒品人口調驗的工作，每三個月要來驗一次尿... 毒犯從戒治所、監獄出來以後，都要通報警察。（深警 3）

（三）執法之困境

1、警察無專責分析單位

國家現行沒有專責單位，沒有分析單位，反而是各單位如多頭馬車，處理自己轄區的案件。

要有情報要有分析，分析之後擬定策略，擬定策略要設定目標，目標確定後才交給下層單位去執行... 現行只有中央毒品防制會報，主辦單位就是調查局。（深警 1）

我們國家大概是我看過的國家裡頭，唯一沒有緝毒專責組織的。（深警 3）

2、現行法律規定造成查緝困難

現行法律將第三、四級毒品施用者除罪化而採行政罰，抓到施用者無法強制驗尿，增加毒品查緝及定罪上的困難，更使警方不易追查販賣者。

現在三級毒品那麼多... 因吸食跟通路上部分斷掉，無法查緝，持有 20 公克以下是行政罰，行政罰抓到沒有強制採尿權... 小朋友在網路上說吃三、四級毒品沒罪，警察抓到你不要給他驗，他就不能拿你怎麼樣。（深警 2）

警方逮捕到一個吸食三、四級毒品或者抓到持有 20 公克以下毒品犯，除了對他開罰單之外，不能有其他的限制。（深警 3）

3、嚴格之刑事程序增加查緝困難

由於刑事訴訟法修法，關於證據能力及證明力日趨嚴格，造成販賣毒品等重罪在法庭上定罪較為困難，故警察在查緝方面必須特別謹慎合法，否則常常使販賣毒品者脫罪成為毒品施用者。

派出所的範圍內很難抓到販毒的現行犯...是證據上認罪的問題，縱使是兩造雙方一手交錢一手交貨抓到之後，只要不承認的話，也是很難去斷定。（深警 2）

4、科技進步增加查緝困難

現行通訊科技進步，會逐步增加警察查緝毒品技術上的困難。

現在也發現吸毒者越來越不好查...通訊的工具越來越多樣化，包括網路通訊...相對的造成警方在查緝技術上的困難。（深警 1）

（四）治療觀念與刑罰觀念之衝突

1、治療與刑罰立場不同致常遭受誤會

替代療法係基於治療慢性疾病之觀點處遇毒品施用者，而檢警乃追緝犯罪之機關，雙方立場即有不同。而警察常需到衛生單位佈線抓毒品販賣者，但易被誤會為阻礙醫療單位幫助毒品施用者復歸社會。

警察大部份都是著重在查緝的部份，那其他矯治都是由社會局、衛生署他們在負責。（深警 2）

衛生單位曾經下給我們一個公文，希望我們的員警不要到美沙冬醫療院所外面去查緝毒犯...但因為警察看到有一些毒販也在那邊。（深警 1）

上線監聽到有人去美沙冬那邊賣藥...美沙冬就是毒品人口,有人就在那邊販賣...不然我們不會去干擾醫療行為。(深警 2)

這些販毒者也是利用美沙冬替代療法!因為這邊是毒品犯聚集的地方,所以會在那邊促銷。(深警 3)

2、現行治療機構設於監禁的環境中,影響治療效果

現行制度雖將毒品施用者視為病犯,但治療的機構卻設在監禁的環境,這多少會增加個案的抗拒,進而影響治療的效果。

矯正系統裡有根深蒂固的氛圍,應跳脫傳統對毒品施用者的想法,真正將其視為病人。...強制的環境確實讓處遇有正向效果,但前提是在治療機構裡有一定程度的強制性,而不是監禁起來去治療。這群人才會知道自己是要接受治療而不是被關起來而已。(深衛 2)

要求法務部所屬的矯正機關要有治療色彩,這很弔詭...畢竟監獄就是戒護至上,怎樣治療都會變附加的。(深衛 2)

二、毒品矯治

(一) 勒戒、戒治之處遇治療成效未具顯著

1、觀察勒戒所的「施用傾向評估表」正確性不夠客觀

評估表本身就是大問題,因為它前科佔很重,如果你前科多個幾條,那分數加上去就沒了!所以同學會反應為什麼用他過去的行為來評斷他未來的事情?沒有人可以說我出去以後會不會用,只有我自己知道,過去有用藥、有被判刑不代表說未來就會用。(深衛 2)

2、觀察勒戒與強制戒治等同在監執行

在司法體系裡面戒治所其實跟監獄的管理是一樣。... 實際運作是司法的一個東西，不是運作醫療的東西。（深醫 3）

大部分人還是覺得自己被關，而且還要自己花錢被關，所以會有同學說他寧願被判刑，反正判刑也許幾個月而已，還不用自己交錢。（深衛 2）

說真的，我的感覺啦，其實勒戒就好像跟關一樣。（施用者 2）

我是覺得這個勒戒、戒治沒效果，根本就是跟關著一樣意思，外面的替代療法還比較有用。勒戒沒有上課，戒治多少有啦，但是都上一些法律常識、生活禮儀，我覺得沒什麼用。（施用者 3）

3、戒治所常因資源多寡及師資的授課品質，而影響戒治處遇成效

戒治所雖有安排一套課程大綱，算蠻完整的，但問題在於課程大綱是法務部頒布，而各個戒治所因所在地的資源多寡、聘請師資的良窳，提供的課程品質不一致，對效果都有些影響。（深衛 2）

我們現在司法體系裡面的醫療是很弱的，是配角啊！在矯治底下本來不可能有太大的彈性，所以醫療併行就非常困難。再怎麼講管理還是為主，醫療其實是附帶的。（深醫 3）

監獄醫事人員的配置，正式編制跟真正聘到的人有很大的差距，沒有辦法做到每一個矯正機關都有足夠的醫事人員提供必要的醫療的支援，矯正機關的醫療資源呈現極度缺乏的狀態。（深衛 4）

戒治都是一個型態！在裡面就給你盤坐，信仰天主、基督的就去喊阿門，這樣給你心靈淨化！如果要有什麼效果？沒

啦！在裡面根本就沒有吸毒的地方，當然絕對是OK！沒得吃當然戒了！主要環境沒變的話，再犯率很高。（深警2）

（二）監獄相關毒品處遇措施成效未具體呈現

1、毒品施用者刑期不長，但監禁比率偏高

現在是施用者一直關進去，刑期可能大概都是6個月、8個月...這些人把監獄塞爆了，反而導致那些重罪的人在外頭遊蕩。（深警3）

2、對毒品施用者應使用替代方案，使監獄有較多空間關重罪者

監獄真的要空下來關那些重罪，對於施用者，是不是還有其他的行政處分，像罰金或講習，不見得要用到監獄。（深警3）

我覺得現在法律的設計因為配套沒辦法落實，...沒辦法回應法律條文的精神，這種情況下，什麼都要管，什麼都做不成，我所知道對毒品採治療較進步的國家，其實沒有人會這樣子做。（深醫3）

3、監獄單純施以監禁，增加再犯機率

整個政策都不對了！吸毒的都應該視同病人，放在這個矯正機關根本就沒用，浪費國家資源。比如說我單純吃藥的，和賣藥的關在一起，如果我跟他接觸了，出去之後又再聯絡，是不是越關越嚴重。（施用者1）

像我同學說他在監獄做教誨師，每個月都要寫報告，哪有時間教誨，監獄關了三千多人，教誨師才五、六個，他一個月要處理好幾百個，所以變成都是文書作業，流於形式，沒有效果。（深警2）

4、將治療機構設在監禁環境中，影響治療效果

現行制度雖將毒品施用者視為病犯，但治療的機構卻設置在監禁的環境中，多少會增加個案抗拒，進而影響治療的效果。

矯正系統裡有根深蒂固的氛圍，應跳脫傳統對毒品施用者的想法，真正將其視為病人，而不是監禁起來去治療。這群人才會知道自己是要接受治療而不是被關起來而已。（深衛 2）

現在是認為所有毒品犯進入司法程序，如果說走到戒治這一條路，不管他效果好不好，還有部份接受治療的機會；可是到監獄這個路，沒有任何很明確的治療。（深醫 3）

推動藥癮處遇計畫多集中在戒治所，監所部分則視擁有的資源多寡及對毒品犯的態度跟價值觀而定。

施用毒品分三個區塊：包括觀察勒戒、強制戒治，跟毒品受刑人，目前安排比較多的分期處遇跟課程都在戒治的部分。至於毒品犯受刑人因分布在各個監所，要看監所擁有的資源，以及對於毒品犯的態度與價值觀，可能會提供不一樣的處遇計畫。（深衛 2）

5、現行結構下應加強監獄毒品犯接受專業處遇的量跟質

目前毒品犯的分佈，大都在監獄裡，可是監獄的社工、心理師等專業人員很少，法務部現階段雖推動毒品犯輔導計畫，可是各監獄狀況不一，如何提供毒品受刑人接受專業的戒癮處遇，是現行結構下需加強的。（深衛 2）

6、監獄應透過專業師資幫助施用者培養謀生技能

當然目前的制度是不錯，但也是有需要改進的地方...比如讓一些老師來教施用者求生活的專業技能。（深警 1）

(四) 專業治療人力及可用資源嚴重不足

人力的問題導致真正被服務的個案是有限的，服務的品質也大受影響。

大部分的受戒治人我們只見一次，評估沒有立即危險就留大班級上課，只挑動機強、改變性高的做比較多的個別輔導或團體課程。…強調要個別化處遇，現況卻都只能處理表面問題，內在的原因無法做很好的處理。(深衛2)

從事戒治工作所遭遇的困難是資源嚴重不足。

資源不足的情況嚴重，有一些問題是需要延續去處理的，但可使用的資源非常少。家人跟週遭友人對藥癮的認識很少，面對誤解跟不被接納的情況也很嚴重。(深衛2)

第三節 毒品施用戒癮治療與社會復歸

我國各縣市成立毒品危害防制中心後，進一步結合法務、檢察、警察、社政及衛生資源，並提供認識毒品危害、心理諮商、法律諮詢、轉介醫療院所或宗教團體戒毒、HIV 篩檢、參與減害計畫等相關服務。其目的除了增加矯正機關戒毒資源外，另外也提供毒品施用者、家屬及社會大眾透過相關資訊及管道，瞭解毒品危害及可行解決方法，提高戒癮意願並積極採取行動主動尋求援助，達到全面防制毒品與維護社會治安之目的。以下茲就毒品施用戒癮治療與社會復歸研究結果分述之：

一、對戒癮治療之看法

(一) 美沙冬療法僅維持生活功能不能取代海洛因

現行的美沙冬替代療法，實際上只能維持施用者的生活功能，並不能完全取代第一級毒品海洛因。

我們不是把美沙冬當作替代性的毒品，而是在對這個人傷害最少的情況之下，透過藥品來讓他可以不影響他的正常生活。（深衛 4）

美沙冬不等於是海洛因...所以還是不可取代。（深警 2）

美沙冬替代療法...都把它講成是維持療法...那只能讓施用者撐久一點，撐到他有錢可以買海洛因的時候，就去買海洛因，不會選擇回來使用美沙冬。（深警 3）

(二) 現行治療人人有份但份量不足且效果不一

1、美沙冬維持療法效果不一

替代療法應該三分之二是有效的…他可以有工作，雖不是百分之百不再使用（毒品），但至少生活是穩定的，不會對社會、對自己或對他的家庭造成太大傷害。就我觀察，美沙冬的部分，確實有人是一直維持，狀況越來越好。（深衛 1）

都是用美沙冬替代療法，反正來喝完了就回去啊，所以大部分都不了解他們這個整個細膩的這樣的變化跟很難去改變這樣的一個過程。（深醫 3）

家屬會說他們的孩子用替代療法之後，開始過的像人一樣的生活。（深衛 3）

我是覺得勒戒及戒治沒效果，根本就是跟關著一樣意思，外面的替代療法還比較有用。（施用者 3）

我是覺得替代療法反而比勒戒還要好！對吸毒的人來說…我看很多已經改了很多！去喝美沙冬，就可以正常去工作…說真的就比較不會去犯罪，也不會被嫌棄說你去哪裡搶、去做那些有的沒的。（施用者 3）

2、緩起訴附戒癮治療者效果最好

美沙冬門診的費用由醫事處和疾管局補助，若是 HIV 陽性者，則全額補助；自費部分則分成兩組，有自動接受治療者和緩起訴者，緩起訴者每月自費 930 元，健保不給付藥酒癮，目前僅進行藥物治療。三組中以緩起訴個案的遵從性效果最好，留在治療的時間愈久，成效愈好。

研究比較不同的身分，愛滋帶原者完全免費，他們減害計畫的費用由 CDC 負擔。另外一群人要自費，自費可分兩群，一為緩起訴，二為否。這樣可分為三群。我們發現，留在計畫裡愈久效果愈好，出席率愈高效果愈好。只要有一天沒來喝藥，他就會全身不舒服，就會再去用毒品。所以要說服大眾，

除罪化之後這些狀況要怎麼維持。我們看到緩起訴是這三組裡，留在計畫的時間和出席率都是三組裡最好的。自費的那組最差。（深醫 2）

依現行制度，施用者因緩起訴而使其受到刑事司法的監控，所以會讓他們願意接受替代治療，進而有接觸醫療的機會，增加社會復歸的可能性。

我們發現緩起訴的個案實際在緩起訴治療期間，他的整個 performance 其實會比單純來接受治療的個案來得好。所以我相信這些司法監控的力量進來之後，還是會促使這些個案初期的遵從性(adherence)比較好。因為毒品施用個案知道，如果不把握就需入監服刑，因此刑罰對施用者而言，仍具有社會控制的手段。（深醫 1）

南投的檢察長我覺得他的觀念不錯，二級給你緩起訴，但是治療過程很嚴謹，如果不遵守，對不起就撤銷，就進去關，所以我們留下來的比例雖然沒有很高，一年大概五成，可是留下來的表現都非常好。（深醫 3）

某方面而言，法律是最強烈的現實，強迫他們正視，醫療人員沒有權力對他們嚴厲，畢竟醫療是服務業，角色有些不同…法律才能掌握住他們…除罪化，要用醫療去控制不容易，自行求助的通常只想喝美沙冬，其他（心理測驗、評估或團體課程）不想參加…緩起訴的，他雖然不甘願，但比較願意參與，因此，法律還是有其強制性。（深衛 1）

強制力還是需要，人有劣根性，且毒品施用者在服從規定上就有一定難度，沒有強制的話，治療效果會有折扣。（深衛 2）

（三）醫療資源有限，應提供予有戒癮動機之毒品施用者

替代療法針對嚴重鴉片類藥物成癮者施以治療，若毒品施用者本身無強烈動機，效果不彰，故應將有限資源提供予動機強之毒品施用者。

有限的資源要保留給比較有動機、比較可能有效果的毒品犯，不是給所有的人，所以我剛剛講那個美沙冬替代療法也是這樣子，政府讓每個人都有，那就沒有約束力。（深醫 3）

美沙冬治療確實對個案而言多了一項選擇，有錢買海洛因，沒錢喝美沙冬，比較糟的會混用，讓效果更強烈…所以成效要看個人有沒有戒海洛因的動機，只是把它當作替代海洛因的方案，那就不會看到成效。（深衛 2）

（四）替代療法成本高

醫療院所是否能承擔這麼龐大的醫療需求。（深醫 1）

國外的話，他們推出幾個模式，但成本非常高，需要非常多的人力。可是國內在現有的狀況來看，現有的處遇能力已不足。我們現在處遇的人力都不足。這會是下個面對的問題。（深醫 2）

（五）缺乏海洛因以外毒品的治療方式

配套都要先想清楚？以現在的情況來說，一級毒品有替代治療，二級還沒有一套被認可、有效的治療模式。（深醫 2）

二、毒品施用者社會復歸處遇現況

（一）警察人員之實施策略

警察在協助施用者復歸策略上，是將剛出獄的施用者納入治安顧慮人口定期訪查驗尿，加強社會監控。

處遇大部分都屬於戒毒層面，警察唯一能做的就是因為毒品犯是治安顧慮人口...要去訪查。(深警1)

警察大都是著重在查緝的部份，其他矯治都是由社會局、衛生署在負責。(深警2)

施用者出獄後，我們還必須要去做毒品人口調驗的工作，每三個月要來驗一次尿...毒品犯從戒治所、監獄出來以後，都要通報警察。(深警3)

(二) 發揮觀護功能，投注更多的陪伴與支持，提高更生機會

個案對於未來能否順利復歸社會仍有所期待；同時，藉由司法監督之保護管束的介入，加上驗尿措施，讓毒品犯會有所警惕，多少有其拘束效果，如果觀護人對受保護管束者，能夠多給予關心及尊重，可減少復歸社會的困難，進而提高更生成功的機會。衛生醫療社工亦採取同樣之看法。

多關心啦，打電話多關心吸毒者的近況與生活情形。(施用者1)

多多少少有約束力，譬如說，我出去以後要吸毒，但是想想還要報到！還要驗尿！比如說一個月報到一次，如果十天後要驗尿，就會先趕快戒掉。(施用者2)

去家裡拜訪，給你關心，有些報到期間還會打電話給你或是到你家，臨時到你家，這樣我們比較會去注意。(施用者3)

其實最好的方式要有人打電話陪伴，問題是我們不可能做到這樣...他們最需要的協助應該是建立生活目標，沒有目標，他們的生活會回到依賴藥物的情況。(深衛1)

(三) 再犯原因多因意志力不夠堅定

毒品案件之累、再犯人數高，主要原因是意志力不夠堅定、心魔難敵。朋友一有邀約即隨之而去，再者則是心存僥倖而施用。

之所以會繼續用，要怪自己意志力的問題，是自己心不定才又去沾染。因為環境的關係，去到澎湖那邊，比較不會想要去找那些朋友，朋友也不會來邀約。當兵那段時間都很順。
(施用者 1)

吸毒真的要有什麼方法去叫他們改掉，我覺得最主要的是「心魔」，…大部分進來關一、二個禮拜之後，毒都已經退掉了，最主要難改的，是那個心魔難改。(施用者 2)

毒癮好戒，心癮難戒！停了二、三個月沒有吃，就想說不會再吃，但後來又遇到朋友，他們在用啊，自己看了就怪怪的，心癢癢的，想要去那個…。(施用者 3)

(四) 遠離現在環境係社會復歸成功重要關鍵

從對個案評估其順利復歸社會之更生日標分析可知，個案對於「遠離現在環境」的成功，視為個人更生成功的重要依據。

為什麼關了五、六年或幾十年沒用毒的話，不是都好好的嗎？！怎麼會一出去又碰了呢？！。同學變成一堆啊！後來變成都是在吸毒的圈子裡面認識，對不對，你說毒品要戒，是很困難的，除非換一個環境。(施用者 2)

如果這一次關進去之後，最好是離開這個環境啦。(施用者 3)

(五) 提供支持網絡，協助擺脫環境的不良因素

生理上有易施用毒品的危險因子，但所處的家庭跟社會環境也是一危險因子…我們還沒有做好家庭與社會支持，或是整合社會資源，民間有很多機構團體願意協助，譬如在毒品施

用者回到家庭前，提供短暫的安置住所，讓他適應後，再回到家庭。…社會要有很好的支持網絡，讓他即使不回原生家庭，還是可以在社會生存，如果你連這個環境都不給他，他會不會再去使用毒品？（深衛 4）

三、毒品戒癮治療與施用者復歸社會面臨之問題

（一）醫院與毒防中心，人力不足是最大困境

現今國內司法醫療資源嚴重不足，且專業人才流動率高、培訓不足，使得施用者出機構後與社會銜接有困難。而且在與毒品施用者共同工作的經驗上，無論在醫院或毒防中心等服務，人力不足是最大困境。

現在處遇的設施還要有一群人來做...那這一群人從哪邊來？這些人力資源，還有組織的資源，跟我們原先在講吸毒犯進到司法體系，浪費的司法資源是不是相當。（深警 1）

毒品人口越來越多...經費跟專業人員都不夠，毒防中心雖然成立，但是每年中央都編三百萬，問題是毒品還在成長啊。（深警 2）

法務部固定由一個檢察官跟一個調查官在辦這些案件，然後每兩年換一次。其實我們的政策是沒辦法看到未來的。（深警 3）

最大困難是心有餘而力不足，人力是很大的問題，一個心理師對 50 床病人，如果出院再繼續追蹤，要處理的個案將有多少？（深衛 1）

每個月持續在追蹤輔導的有 3,300 多個案子，由 14 位個案師負責，業務量真的很大，要做到很細、很深，壓力就很大。（深衛 3）

（二）成立毒品危害防制中心，但執行效果不彰

在法務部強力主導下，各縣市政府依循法務部之規劃與指導，已成立毒品危害防制中心，惟囿於人力與經費，服務品質有限，且毒品施用者追蹤不易，執行效果不彰。

毒品危害防制中心...我是覺得效果沒有很明顯...比如說，你去追蹤施用毒品的，他出獄以後，追蹤有沒有工作，如果追蹤他有去工作，後來又不追蹤了，那後續怎麼樣又不曉得了。（深警 2）

毒品施用者的追蹤不易，持續追蹤毒品施用者有相當難度。

唯一的資料來源是監所，若電話、地址不對，就要花很多時間去找個案，可能就錯失與他們建立關係的時效性。（深衛 3）

藥癮者離開病房之後，我們希望他們可以回診，如果沒回來，我們頂多打一、二次電話，就沒辦法了！（深衛 1）

（三）毒品施用者處遇社會資源網絡間之合作情形不佳

現行制度與毒品施用者共同工作的單位很多，但彼此合作卻有限，導致許多工作不斷地重複，無形增加工作者的負擔，同時也增加毒品施用者及其家人的困擾，因此建立常規的合作平台是必要的。

若有合作平台，個案接受治療的程序就可以很清楚。可以適當的提供服務...不用從頭與他討論，簡化治療程序。（深衛 1）

現況是大家各做各的，若知道其他單位做了什麼，追蹤到個案的情況如何，我們就不用重複工作，家屬就不會不勝其擾，一直接到不同單位電話詢問同樣的事情。（深衛 2）

毒品危害防制條例賦予毒品危害防治中心可以去追蹤個案，但緩起訴結束之後就中斷…要系統串連，譬如有就業，有加入勞保，就知道在哪裡工作。可以透過資訊系統來監控，掌握個案的行蹤，就算不來主動報到，也可以知道他在哪裡。
(深衛 4)

(四) 不易界定何謂「戒癮成功」

要界定何謂「成功」對抗毒品是有難度的，若以不再使用才為成功，那要蓋棺才能論定，且成功個案將少之又少，但法律的規定就是死板地以使用與否來劃分再犯與未再犯，缺乏考慮個人改變的漸進性。

如果處遇後，他願意面對自己過去的生命，有動機去改善…也許偶而偷用一下毒品，再趕快抽身，讓生活再回到軌道…這樣應該也是一種成功。(深衛 2)

從復發再回到維持期，每一次的維持期比上一次更長，就是成功的進步。(深衛 3)

毒品戒治有沒有成功？要看他能不能成功的復歸社會，這才是整個毒品防治政策有沒有成功的整體性指標。所謂的復歸社會是，讓他有恢復或是重生，可以擔負一些職能角色，譬如吸毒之前是一爸爸，那他要是能回到家庭，好好的扮演爸爸這角色，養家糊口。(深衛 4)

(五) 醫療機構承接藥癮治療之意願與能力不佳

目前替代療法面臨複雜收費之困境，醫療機構有營運成本之考量，導致承接意願與能力不佳。

醫療院所是否能承擔這麼龐大的醫療需求。(深醫 1)

醫療機構有沒有這麼大的能量接納這麼多的病人。這些醫療機構願不願意處理。(深醫 2)

國外的話，他們推出幾個模式，但成本非常高，需要非常多的人力。可是國內在現有的狀況來看，現有的處遇能力已不足。我們現在處遇的人力都不足。這會是下個面對的問題。
(深醫 2)

沒有給醫療機構好的環境發展毒品戒治，它不是健保給付的項目，不會是第一個要積極推動的業務。再者，毒品吸食者這族群特殊，醫院還要額外花費把就醫動線作區隔。另外醫療機構還必須做聯繫工作，跟警察、地檢署回報，要負法律效果、擔負社會責任，醫院並不願意去做這些。(深衛 4)

第四節 毒品施用除罪化可行性

本研究的研究目的之三，在研析我國如果推動毒品施用者除罪化，如何建構結合社政、警政機構處遇與通報，及醫療機構治療等相關配套措施；另外，研究目的之五，在研提我國推動毒品施用者除罪化之社會影響，為達上述研究目的，本節茲就毒品施用除罪化之可行性、毒品施用除罪化之影響、毒品施用除罪化之配套措施進行討論，茲分述如下：

一、毒品施用除罪化之可行性及其條件

有關毒品施用除罪化之可行性，需要考慮民眾接受程度、社會氛圍與國情文化，其條件首先要評估後續的配套措施、人力是否完善，其次要評估國家是否有進行除罪化的能力。

（一）考量國情文化，目前毒品除罪化應不可行

除罪化需要考慮民眾接受程度、社會氛圍與國情文化，如果社會接受度不夠，毒品施用除罪化仍不可行。

若藥癮除罪，那何以現在酒駕要加重刑罰？（深衛 1）

（二）除罪化前需先評估配套措施、人力是否完善

除罪化的可行性，首先要評估後續的配套措施、人力是否完善。

除罪化不是不可以，可是配套措施要做得很嚴謹...如果在沒有除罪化之前，處遇的策略方法就不是很成功了，要怎麼樣擔保將來除罪化後，這個處遇策略會很成功。（深警 1）

支持除罪的，配套措施可能要非常完整才可以。（深警 3）

戒治只是一個過程，臺灣絕對有足夠的能力來做毒品的戒治工作，醫療環境、專業能力是 ok 的，但是沒有充分的挹注資

源在醫療這一塊，我們有能力，但沒有財力、沒有物力。（深衛 4）

（三）除罪化前要評估國家是否有進行除罪化的能力

我們的法制還沒達到先進國家的那個標準... 所以說除罪化的國家幾乎都是先進國家，而不是發展中的國家。（深警 2）

輔導的措施其實是很弱，我們國家在這塊的投資是非常低。（深警 3）

二、毒品施用除罪化之影響

有關毒品施用除罪化之影響，茲就正面影響及負面影響二方面分述如下：

（一）正面影響

1、司法資源轉向

警察可用於偵查其他犯罪，監獄有較多的空間關重罪者。

警察的話就可將資源用來做其他治安的工作。（深醫 3）

監獄要空下來關那些重罪，對於施用者是不是還有其他的行政處分，像罰金或講習，不見得要用到監獄。（深警 3）

2、可紓解監獄超收問題

法務部會很高興，因為入監人數馬上清空一半。像過去碰到減刑，最大宗的就是這些人。當然對法務部來說有某些面向的好處。（深醫 3）

3、可降低對毒品施用人口生活的影響

這些人他不用入監，他還是可以維持他的生活。（深醫 3）

4、除罪化後由國家提供毒品，可能使與毒品相關犯罪下降

吸食的人，他當初可能就是為了非得要去取得海洛因，所以去強盜、搶劫，現在國家已經提供給你了，就不需要去強盜、搶劫。（深警 3）

（二）負面影響

1、施用者家人首當其衝

在討論除罪化的負面影響部分，最先受到影響的將會是施用者的家庭，可能不勝其擾，也可能不知向何處求助。

除罪化最先受苦的會是他們的家人，…除罪後若吸毒意識不清，是否表示是在病態狀態下不用負擔百分之百責任？於是變得肆無忌憚…要錢，家人要給，不給就打家人。…再說，有精神疾病無法控制衝動與判斷力減低刑責…他們可以主張自己是生病…有個很好的藉口。（深衛 1）

用藥被抓起碼知道去哪見我的家人，起碼知道他安全的在某個監所。…現在發現家人用藥很嚴重可以請警察來抓，以後怎麼辦？警察不理了！我希望家人好起來，我要怎麼做？（深衛 2）

一旦除罪不會被關，誰來給家屬保護與保障？與毒品施用者生活的人都是在恐懼當中…（深衛 3）

2、會使毒品問題更加嚴重，使施用者成長

除罪化在沒有完整的配套措施前，會使毒品問題更加嚴重，使施用者成長。

除罪化真的是要很多配套措施…如果除罪化配套措施沒有做好的話，會變成吸毒的人不但沒有威嚇制裁的效果，反而

處遇的功能也沒有發揮，造成社會的毒品更加嚴重。（深警 1）

因為除罪化就是行政裁罰都沒有了！三、四級毒品因為沒有強制採尿，只有行政裁罰，它的量就成長那麼多，表示除罪化更沒有效。（深警 2）

3、毒品具有進階性，拉K如同全民運動一般

毒品有進階性，目前社會上拉K如同全民運動一般，政府應積極處理，最好用刑法加以處罰。（施用者 2）

4、衍生犯罪問題

失去這些社會控制時，毒品施用者還是會想去用毒品，他就會去犯罪。如果沒有錢他還是會去犯罪。相對的就是其他配套怎麼加強毒品製造、它的來源、毒品的管控。（深醫 2）

經濟的問題，剛說到一定去作奸犯科，那不除罪化的話，很可能大家認為說這個沒有關係嘛，大家來用嘛，那誰有這麼多錢可以去用？（深醫 3）

毒品除罪化之後可能會使得施用量增加，現行接受替代療法者多會流失，因為缺少替代療法背後的司法監控，沒有動機戒毒的個案可能會衍生出各種犯罪，包括獲得買毒所需金錢的竊盜罪，受到毒品影響時可能會出現暴力行為、家暴、人際衝突。（深醫 1）

5、增加警察在查緝毒品販賣者上的困難

在查察施用毒品的策略上，警察是從吸毒者往上追，可利用刑法減刑使其供出上游，除罪化後警察公權力隨即退出施用者，增加警察在查緝毒品販賣者上的困難。

毒品施用者處遇及除罪化可行性之研究

如果施用毒品除罪化後，警察接觸到施用者可能變比較弱...
相對也會影響到警察查緝。（深警 1）

現在要認定販毒真的是很嚴謹...指證的人證，你沒有一個法
給他綁住、有一個籌碼跟他談判，沒有辦法往上追。（深警
2）

6、警察將從施用者的戒治處遇網絡退出

除罪化後，警察喪失對施用者的公權力，亦將從施用者的戒治處
遇網絡退出。

在處遇的社會資源網絡，警察藉由依據施用者是治安顧慮人
口查訪的機會，去看如何跟處遇的資源做結合...如果除罪化
之後就沒有了。（深警 1）

警察沒有矯治角色或功能可以扮演，除了抓那個販毒者。（深
警 3）

7、醫界承接藥癮治療的意願及能力不足

醫療院所是否能承擔這麼龐大的醫療需求。（深醫 1）

醫療機構有沒有這麼大的能量接納這麼多的病人。這些醫療
機構願不願意處理。（深醫 2）

配套都要先想清楚？以現在的情況來說，一級毒品我們有替
代治療，二級我們沒有一套被認可、有效的治療模式。國外
有推出幾個模式，但成本非常高，需要非常多的人力。可是
國內在現有的狀況來看，現有的處遇能力已不足。這會是下
個面對的問題。（深醫 2）

8、除罪化會造成緩起訴接受替代療法者之流失

除罪化後，緩起訴接受替代療法者會流失，依照現行制度，因為刑罰還在後頭支撐，所以會讓他們願意接受替代治療。

原本因緩起訴而來接受替代治療者會流失，因為毒品施用個案知道這是第二次機會，如果不把握就需入監服刑，因此刑罰對施用者而言，仍具有社會控制的手段。（深醫 1）

把它除罪化，那社會控制的手段呢？不只要從醫療的角度來看，反而是社會一般大眾的想法是什麼。一般大眾會想說，即使除罪化，我的人身安全、疾病疫情的部份是否可獲得有效解決。還是要回頭看當初減害計畫實施時，有很多的水溝蓋、鐵門都被偷了，近年來這樣的新聞沒有了。這是在減害計畫實施之後，這個數字就減少了。（深醫 3）

9、除罪將缺乏強制性，影響治療

醫療可以幫助施用者，但缺少法律的強制力，單就醫療的力量難起作用。

吸毒是可以忘記現實，某方面而言法律就是最強烈的現實，強迫他們正視，醫療人員沒有權力對他們嚴厲，畢竟醫療是服務業，角色有些不同…法律，才能掌握住他們…除罪化，要用醫療去控制不容易，尤其是那些吃到整個人都昏亂的，就完全沒辦法處理。（深衛 1）

強制力還是需要，人有劣根性，且毒品施用者在服從規定上就有一定難度，沒有強制的話治療效果會有折扣。（深衛 2）

自行就診的病患與強制轉介接受替代療法的個案相比，自行就診個案的課程參與度較差。

自行求助的通常只想喝美沙冬，其他（心理測驗、評估或團體課程）都不想參加…緩起訴的，他雖然不甘願，但比較願意參與，因此，法律還是有其強制性。（深衛 1）

三、毒品施用除罪化之配套措施

有關毒品施用除罪化的配套措施，本研究訪談發現，受訪專家之建議包含中央機關至個人層面，茲分述如下：

（一）主管機關由法務部更換為衛生署

若毒品施用除罪化，則毒品濫用將以醫療處理，主管機關需要由法務部更換為衛生署。

要求法務部下的矯正機關要有治療色彩，這很弔詭…畢竟監獄就是戒護至上，怎樣治療都會變附加的。（深衛 2）

但也有不同看法認為主管機關應該置於內政部。

衛生醫療在整個除罪化路途上，並不是終點，而只是個過程而已，最終他（施用者）還是要回到社區，回到家庭。社區如果沒有好的環境讓他回去，他永遠只在戒治這階段，…戒治的延伸，是延續到不再使用，因此社會環境是很重要的，…希望內政部去承接這一塊。（深衛 4）

（二）建立專責單位負責毒品業務，統合國家反毒資源

國家必須建立專責組織來負責毒品業務，統合國家司法資源，而非只是讓各單位自行處理轄區案件。

成立一個緝毒局或緝毒署，這些單位應該百分之七、八十是設在警察機關裡。（深警 3）

（三）統整國家資源，做有效資源分配

若將毒品施用除罪化，現有的資源與人力需依政策方向重作分配，甚至在不不足之處尚需有額外的國家資源投入。

政府的總體政策是要把錢花在前段還是後段？如果國家朝除罪化這方向努力，兩個區塊最需要資源投注，第一是戒毒，要讓接受戒毒者是無後顧之憂的，但對於沒有戒癮決心者仍要有配套措施管制；第二是去毒，這個區塊跨很多部會，內政、勞委會、教育等，不能因施用毒品造成一個人生產力的流失。（深衛 4）

（四）需要設置有足夠且可近性高之資源

需設有足夠的治療資源與提高資源的可近性，再者，藥癮的治療需納入健保給付，才能確實提高施用者求助意願；並真正將毒品施用者視為病人，落實導向醫療的政策。

健保補助會影響求助意願，像公費美沙冬改自費後，求助量少了三分之二以上。（深衛 1）

像現在去醫院的成癮防治科治療需要自費…我們認為有病，但治療政策上卻沒有用病的角色去看待，所以它還是回歸法律或道德的問題。（深衛 2）

要讓他們覺得這真的是疾病，確實有依賴，然後真的會去尋求醫療治療…否則會挾著自己是病人的身分，將衍生更多問題。（深衛 3）

或是在健保之外，尋求其他資源挹注，協助藥癮者治療費用。

除非國家願意外加資源進來，否則除罪後改醫療戒治是走不通的。國家其他財源…譬如說一些基金，像菸品健康捐，本用作 primary care 的，最有理由放進來的。這樣才能讓有意願要戒治的人，不會有經濟上面的就醫障礙。（深衛 4）

(五) 需要充足的社會宣導

需要向社會大眾宣導，「藥癮變成是心理或健康的問題，要尋求治療」，否則會有人心惶惶的氛圍出現。(深衛 2)

用庇護工場的形式，漸進的使用強制力要求去工作，所得一半屬自己的，一半捐獻做公益…不僅向社會作宣導，也讓大眾了解他們並不可怕。…並透過工作讓他們獲得成就感與自信心。(深衛 3)

往除罪化發展，一定要重視社會民眾的觀感，因為施用者最終會回到社區，民眾沒有辦法接受的話，就等於是白忙…若民眾接受施用者是生病、會重複復發，這樣民眾慢慢也可以接受這不是犯罪。國家要非常全面的、紮根式的對民眾做宣導。(深衛 4)

(六) 需要清楚定義除罪化，且需有明確的國家毒品政策

要定義除罪化到底指的是哪一塊。如果是後面那一塊的話，應該說不管是前段或後段的除罪，那配套措施是什麼？不然除完刑之後就除罪，馬上就會有很多問題。(深醫 2)

在第一線覺得是沒有明確毒品政策，如果國家很清楚的說減害是我們國家最重要的政策，如果政府宣示就沒關係，大部分人喝美沙冬，既然減害，他就毒品用少一點，也不要期待說，很多人可以去工作，就是不要為非作歹就好了。(深醫 3)

(七) 需有專業資源協助現行替代療法

現行替代療法尚需要配合專業資源協助，如增加家庭訪視。且毒品施用者有後續醫療需求。

家庭訪視更可以觀察他接受美沙冬療法之後，外在的環境是不是也配合這一個戒毒的環境。（深警 1）

治療都要有階段性，在第一個階段初期，當然是藥物為主，後面的介入（intervention）都還是要再繼續的。可是目前是什麼都沒有。（深醫 1）

（八）需在社區設立毒品醫院或門診

在特定地區設立毒品醫院或門診，進行治療的場域是社區。

有司法作為社會控制力量，增強個案接受治療的動力。（深醫 3）

南部某衛生局嘗試要找場地設立類似治療社區的機構，但卻遭到地方民眾反彈。（深醫 2）

茄老山莊是臺灣唯一一個治療社區，每年能收容 30 至 50 人，政府補助經費不足。（深醫 3）

加強監控、治療的模式。如果有必要的話，用戒毒村，或者利用宗教輔導的力量。（深醫 2）

（九）需加重毒品製造、運輸、販賣刑度，並加強查緝

法律上應將毒品製造、運輸、販賣刑度加重。

走私毒品者可能關個兩、三年就出來了，但是他出來還是會再繼續犯案。（深警 3）

透過立法院修法，將持有二十公克以上毒品的，列為有販賣之虞，而非只是單純施用。

二十公克是完全不合理的重量...持有二十公克絕對是在賣，不要說二十公克，五公克都是在賣的。（深警 3）

(十) 可考慮由國家發行煙牌或設立毒品吸食專區

對於戒毒無效者，國家可發行煙牌讓其維持正常的生活。

無藥可救，就發煙牌... 吃到死為止。如果以這種方式，可能我們查獲的毒品可以供給他們使用，因為吸食海洛因的死亡率還蠻高的... 也就是走私進口海洛因的量，就會大幅度減少...。(深警 3)

看能不能除罪化，不然關這些吸毒者，根本就是浪費國家資源。是不是要設一個專區，讓這些吸毒的人有一個依靠，去指定的專區用。(施用者 1)

(十一) 毒品施用者有個人、團體心理治療之需求

現行緩起訴之替代療法有團體心理治療，過去吸食鴉片類者可接受美沙冬替代門診。但是許多毒品施用者在社會復歸時所面臨是吸毒導致家庭破碎、無正當職業。

1、行為矯治

他生病可能是因為他的個性特質、家庭因素各方面的條件，那麼後面的支援(backup)要繼續，單純吃藥可能沒有辦法完全徹底改變他環境整體引起問題的因素。(深醫 1)

毒品犯，尤其是一級毒品，他們表現出來的認知和平常的人格偏差、防衛機轉偏差等等，本來就讓他們很難在社會上有一個新的人際關係。(深醫 3)

2、家庭支持方案

吸毒者一般都受家庭成員所排斥，家人會覺得他們很困擾，而社區也不希望他們待在社區裡，他們缺乏支持。

衍生經濟相關的問題，那家庭當然不用說，應該這樣講。（深醫 3）

很多研究都顯示，他如果有工作，家庭支持度夠，一定能讓他的治療維持（maintenance）較好，但是家庭的功能，能不能回復，現在看到有些更保是有在做事，可是就大部分的個案來講，他們都覺得得不到實際的效益和幫助。（深醫 1）

可能因為吸毒，所以家庭沒有了，家人會覺得他們很困擾，甚至愛滋的個案，連家屬都會排斥，社區也不希望他們在社區裡，他們缺乏支持。（深醫 2）

重建他的家庭關係、支持網絡，讓他至少有短期的居住地點，不會居無定所，然後又回去（吸毒）…目前家庭支持方案，內政部有些來自於公益彩券回饋金的補助，如果這部分可以多一點使力的話，這個是很好的。（深衛 4）

毒品施用者的家人也是需要被協助的。

家人需要知道如何與其相處，或是如何鼓勵他們…家人的態度是重要的，發現使用毒品要怎麼面對與應對？…家人要給予支持。（深衛 1）

3、就業需求：更務實的職業轉介

就業的協助實際上對他們的幫助不大。因為一旦被他們的勞雇主知道有毒品前科，他們很可能馬上被 layoff。（深醫 1）

譬如說職業的重建，這大概是最重要的，至於其他的，其實我還是要講很難喔。（深醫 3）

法務部矯正機關也是有為受刑人安排技能培訓的課程，但是出機關之後能不能順利做就業的媒合？有職訓，可是沒有就業的媒合。（深衛 4）

4、後續醫療需求

治療都要有階段性，在第一個階段初期，當然是以藥物為主，後面的那些介入（intervention）都還是要再繼續的。可是目前是什麼都沒有。（深醫 1）

第五節 焦點團體發現

一、目前毒品施用者的處遇政策與問題

(一) 毒品政策之發展與變動

1、毒品政策發展快速

1998年公佈施行毒品危害防制條例，迄今修法變動快速，以使觀察勒戒、強制戒治和緩起訴替代療法等處遇措施之推動，尤其是推動緩起訴替代療法後，於2008年毒危條例修正後，初犯才可用替代療法，五年內再犯亦可接受替代治療。（焦檢1）

毒品危害防制條例是特別刑法，目前將施用、製造、販賣與運輸綁在一起，應該要將施用者獨立出來，才能真正將施用者視為病人。（焦學3）

2、目前毒品政策是有條件的除刑不除罪

臺灣毒品政策是採部分除刑不除罪，初犯是除刑，再犯則不除刑。（焦矯1）

治療無效後才開始執行徒刑。我們是有條件的除刑。（焦矯2）

3、毒品政策有走向刑罰的趨勢

因應再犯問題，戒治程序逐漸縮減，以致多數毒品犯都依法追訴、判刑，受戒治人數越來越少，無形中監獄人口增加。

但戒治所的設計接近醫療，監獄只是戒護，施用者被治療的可能減少。（焦學1）

戒治的對象原本設定為初犯，但初犯不應放在機構內，角色應予以調整；可考慮成立中介機構或緩衝機構，從戒治到出所有一個緩衝，幫忙找工作、心理諮商，在此過渡期間如失敗，將之打回原形送回戒治所，讓表現良好的受戒治人可以從戒治所（機構處遇）到復歸社會有一個過度的緩衝機構；目前是針對初犯實施強制戒治，建議戒治對象可改為再、累犯（含撤銷戒治者），初犯的部分則歸醫療處理。（焦衛2）。

監獄大部分吸毒犯二犯以上，50,000 以上收容人，一半是毒品犯，其實這些人在監獄中未有任何有效戒毒行為。（焦矯1）

在監獄毒品犯，有有效的戒毒相關輔導，卻無適當的醫療。（焦矯2）

4、毒品政策關係到我們治安走向和戒治思維

近年來的犯罪人口率我們可以看出來毒品政策有很大的影響。（焦觀1）

5、新增毒品危害防制中心，作為縣市與中央的連接平台

毒防中心負責追蹤、就醫、就業與就學，人力經費始終不足，中央也只是鼓勵卻無法要求，雖各縣市的品質不一，但毒防中心的功能值得肯定。（焦學1）

各縣市毒防中心是自己找資源，若中央能統一系列出資源，各縣市可以合作，甚至將個案送至他縣市以有效阻絕環境。由中央提供經費、建置標準與一貫的資源，對全臺灣的毒品問題較有幫助。（焦衛4）

6、因應愛滋問題開始使用替代療法

因愛滋人數增加，疾管局提供經費補助替代療法，但後來不再補助，健保也排除毒品治療，對個案而言自願就醫就將有一筆花費，對進入醫療體系是一個障礙，反而緩起訴比較有補助，要進入醫療比較容易。（焦衛1）

7、分軌措施並重視緝毒工作

目前對於三、四級毒品施用者並無刑責，對一、二級毒品施用者採刑罰化方式處理。一、二級毒品施用者如係初犯，聲請觀察勒戒，如有施用傾向者，則裁定移送強制戒治；如係再犯，原則是起訴，但現行有一緩起訴制度，因此在符合特定的狀況，也可以緩起訴搭配戒癮治療的方式來加以處遇，根據不同狀況為分別之處理。（焦檢2）

毒品政策包括拒毒、戒毒、緝毒三大部分，緝毒為警方所重視。（焦警3）

（二）毒品緩起訴制度與替代療法

1、美沙冬替代療法確實有效降低海洛因使用量

替代療法只針對一級毒品，二級衛生署還在研發階段，海洛因使用量確實有降低趨勢，一來是因為積極查緝，但同時也是替代療法產生作用。（焦學1）

海洛因使用確實有下降，但替代療法的持續宣導力量也減弱了！（焦衛1）

警察機關查緝上海洛因等一級毒品確實有在下降，查緝量有在減少，重量也比較減少，供給是有相關，顯示吸食確實有減少。三級使用者比較年輕化，也不認為是毒品，反而是警政比較煩惱的地方。（焦警1）

2、緩起訴具有強制性可強化醫療功能

雖然毒品犯是非自願案主，但緩起訴他們非配合不可，有些類似半自願案主，醫療人員可以在其緩起訴期間盡量處理。
(焦醫 1)

緩起訴是不錯的制度，牽涉不僅是醫療單位，觀護人才是重要的角色，因為司法人員對個案的概念，會影響個案願意投入多少心力接受醫療的協助，所以我是在做教育的工作。(焦觀 2)

3、美沙冬替代療法存在法律邏輯矛盾

美沙冬替代治療他本身是悖離原本的立法原則，因為你讓他戒除掉一級的然後你用二級的去替代，本來要抓去關的。此外，法治精神在哪裡？同樣都是犯一級的罪，施用古柯鹼要關，施用海洛因可緩起訴，目前的狀況可說是背離當初的精神。(焦學 2)

今年(101)才開始開辦二級的，現在還有新增一種正在試辦的去除掉這兩個之外；沒有辦法，不只古柯鹼，大麻也是犯法的。(焦檢 1)

這就是法上邏輯的矛盾，在法上應該要有一致的作法。(焦學 2)

4、美沙冬替代療法有爭議

美沙冬是二級毒品，還是有成癮性，反而丁基原啡因沒有成癮性，用美沙冬治療反而讓他們有成癮問題，但是美沙冬要

求每天吃藥也意味著一種行為改變，每天固定到醫院就是一種改變。（焦醫 1）

美沙冬替代療法後，使用非法藥物美沙冬人數上升，且復發人數也增高，使用美沙冬後智力衰退、意外猝死、共藥與共病問題須加以注意。（焦學 3）

5、替代療法應是選項之一而非唯一方法

應要視個案的態度、病識感與克服心癮的程度，否則實務上見過個案是無奈接受替代療法，但仍會使用海洛因，造成有共藥情況（焦衛 4）。

6、毒品緩起訴措施依案件性質給予不同處理

施用一、二級毒品如係初犯，聲請觀察勒戒，有施用傾向，則是強制戒治；如係再犯，就依案件的性質，給予不同的處理，由承辦之專責檢察官依案件性質自行決定，與專責觀護人合作，進行緩起訴並搭配戒癮治療，設定條件，至醫療機構接受治療（焦檢 2）。

7、適用／撤銷緩起訴應有一致性標準

目前緩起訴沒有一致，似乎有公平性的疑慮，因不同檢察官或不同縣市地檢署，個案會接受不同處分，這很不公平。（焦醫 3）

每一個檢察官的做法（撤銷）也都不一樣。（焦觀 1）

8、撤銷緩起訴須有彈性：

吸藥之後他無法控制自己了，因為他們（毒品施用者）會反覆；而且也通常不會一次驗尿呈陽性反應就把你撤銷。（觀護人 1）

治療過程會復發是正常，主要是看當事人態度，有心要變好，就給予機會，不是用一次的驗尿驗出陽性就終結治療。（焦醫 1）

我們執行比較嚴格，狀況還不錯，但撤銷率稍微高一點，近 4 年的平均大約是 3 成 5 至 4 成左右，就我們自己來看，成效還不錯，同時搭配檢察官設定的標準，最多 3 次未遵守規定，就撤銷了，我們希望把個案能夠留到緩起訴期滿，只要能夠走完 2 年的時間，就算是治療成功，本措施自己覺得做的很有成就感（焦觀 2）。

9、另犯他案即中斷治療之問題

施用毒品者犯其他案件的比率非常高，若犯其他案件，就無法給予緩起訴；若他真有心要戒的話，因為他先前犯了非常多的案件；有的要去監獄服刑，這樣就無法給予緩起訴。（焦檢 1）

施用者內部有聲音認為美沙冬比海洛因難戒，彼此告誡不要再使用美沙冬，因美沙冬的戒斷要兩個月，海洛因只要一個禮拜，如果入監可將替代療法帶進去，會較有功效，也讓個案較能接受。（焦衛 1）

（三）毒品犯罪問題

1、毒品再犯仍然偏高

再犯情形的話，就我自己的經驗來看，其實再犯還蠻高的，緩起訴撤銷應該有 3 至 5 成，就是在緩起訴期間再犯率是 5 成。（焦檢 1）

高雄市以前強盜搶奪案件很高。這些強盜搶奪案件中，有毒品前科者佔了 80% 以上。（焦警 2）

依據法務部 100 年的統計，毒品累再犯人數，具有毒品前科者，占毒品有罪人數的 85.6%，再犯率算蠻高的；另從監獄的受刑人來看，監獄的毒品犯有 2 萬多人，占在監受刑人中的 44%，將近一半。（焦警 3）

毒癮犯的本質，吸食時間愈久，一日吸毒終身戒毒，出機構半年至一年半是再犯高危險期間，維持成效難，特別是出獄後碰到誘惑難以抵擋。（焦矯 1）

半年到一年半間復發率很高，毒癮是疾病當然是會復發。（焦矯 2）

2、藥頭與毒友為再犯主因

主要的問題是藥頭都在醫院附近發藥，因為接受緩起訴替代治療一定要去醫院，賣藥的藥頭就在醫院等著，這是現在遇到的問題。另外，施用者的朋友聚在一起，他們本身的環境使然，所以其實他們都會再犯，只是說有沒有被警察機關或檢察機關查到、驗到。（焦檢 1）

3、毒品犯罪黑數仍高

你查到一個人，你的區域會有 40 個人在吸，這個跟政策有關係。（焦警 2）

吸毒者不會自己矯治認為自己是吸毒品，這與我們做從流行病學的角度來看，像是糖尿病的人口有多少，所以得到的數據是偏低。（焦學 2）

4、毒品衍生其他問題

其實他們都是反覆，走回頭路的，成功者很少。到最後就會出現毒品衍生犯罪毒品人口，你沒給他免費的毒品吸，那他吸食的錢從哪裡來。所以家裡有一個人吸毒，這個家就破碎

了。要看戒毒成功的家庭環境、鄰近，一定有強大支持力協助他戒毒。且有遠景，他的將來。例如事業不錯。但誠如檢座所言，吸毒的家庭環境都不好。（焦警 2）

原本家庭好的吸到最後也變不好。（焦檢 1）

5、經濟與就業問題為中止再犯關鍵

若有心治療，可能因經濟因素或其他案件因素而無法讓其接受緩起訴去接受戒癮治療。（焦檢 1）

毒品犯很快就會回到原來的狀態。既使家庭、環境、親友支持還有社會接納，雇主若知道他是毒品犯，都不會僱用。（焦警 2）

最重要的是要給毒品犯工作及技能訓練培養，無工作是再犯的高危險因素，社會資源需要再投入，毒品犯在外面一定要聯繫。（焦矯 2）

（四）有效推動假釋付保護管束期間之戒癮治療²¹

目前毒品犯的假釋期間都很短，最多不超過半年，受保護管束人大多是在應付，如有復發，觀護人會鼓勵其接受戒癮治療，但受保護管束人配合度與落實度都比較差，因此效果也比較差（焦觀 2）。

²¹因提報假釋之條件限制及施用毒品犯一般而言刑期非長，施用毒品犯縱獲假釋，其假釋期間亦甚短，最長不超過 6 個月。法務部金三角計畫藥癮者輔導網絡建立後，受保護管束個案如有接受戒癮治療意願，觀護人一律轉介至各縣市毒品危害防制中心處理。而戒癮治療僅為觀護處遇內容之一，且涉及醫療行為，被告仍有自主權，難以強迫實施，故焦點團體座談有觀護人認為受保護管束人配合度差。然實務上作法，係由觀護人鼓勵受保護管束個案參加戒癮治療，如該個案遵期參與戒癮治療，觀護人可善意減少驗尿頻率，以提高受保護管束人留置醫療體系之意願，有助於提昇戒癮治療之成效。

(五) 出監所後之後續追蹤輔導仍應強化²²

出所後追蹤輔導少。出監後到底由哪個單位負責追蹤，現實似乎是無。無個案管理師，無專責單位。監獄裡無專業人士，社工員、心理師。在追蹤輔導只能委請更生保護會負責，但能做的仍很欠缺。(焦矯 1)

(六) 檢警合作查緝毒品中盤可有效阻斷毒品市場

我們緝毒的政策一直都是溯源，要追到上游要斷源，但其實那斷不了。查緝毒品中小盤結果竊盜案和暴力犯罪的比率明顯下降。(焦警 2)

(七) 加強毒品教育與宣導

警方的預防工作就是不要讓毒品新興人口再增加，目前對於毒品犯每 3 個月會執行 1 次毒品調驗，為期 2 年，另外也對學生加強教育灌輸(焦警 3)。

²²行政院於 95 年 6 月 2 日毒品防制會報中，指示推動縣市地方政府毒品危害防制中心。在法務部主導推動下，各縣市以任務編組方式，陸續建置毒品危害防制中心。由於毒品危害防制中心乃接收出監所之戒毒個案、醫療院所評估需由中心轉介服務之個案、地檢署、更生保護會、其他中心或各任務編組通報有意願接受後續服務之個案或自行求助之個案，任務十分龐雜。毒品危害防制中心仍不失為提供受刑人出監所後之社區追蹤輔導處遇機構。受刑人於監所內接受心理師輔導，出監前 1 個月復接受接受毒品危害防制中心之銜接輔導，出監後再接受觀護人、毒防中心及更生保護會之追蹤輔導。法務部金三角計畫藥癮者輔導網絡建立後，觀護人一律轉介至各縣市毒品危害防制中心處理，已經建構處遇網絡。

惟有學者研究意見認為：現行中央與地方之毒品防制網絡雖已形成，但系絡之困境仍阻礙反毒網絡之發展與持續深化。任務編組之人員配置及補助金額有限，使主責單位面臨難以負荷之問題(顏良恭、林俊宏，地方毒品危害防制中心的實際運作—政策網絡觀點的分析，刊東吳政治學報第 29 卷第 2 期，p111-180)。焦點團體專家雖慨嘆：出所後追蹤輔導少，應係指監所難以繼續追蹤輔導，然依照現制，並非無機構或人員接手繼續追蹤輔導。

(八) 「病犯」概念須釐清

毒危條例將施用者視為病犯，其實在法律上是沒有這樣的說法，是精神上。因為當初修法時，很多人誤解，吸毒者同時具有兩個身份，其實不然。當初修法是這樣修的，病犯的身分是犯罪未被發現前，自動到衛生醫療機構指定醫療院所治療的話，那是病人；因為你沒被抓到。但是如果你在外面去買毒被抓到你就就犯人。(焦學2)

(九) 醫療與刑事司法人員合作需要磨合

醫療人員需要時間處理個案，但進到戒治所工作需一次照顧所有人，無法只處理少數個案，人數一多就無法按標準治療進行。(焦醫1)

醫療觀點與法律觀點有落差，醫學不會因為一次使用就視為犯罪，而是觀察成癮與否，但法律規定較死；也不會因為參與治療後再使用毒品就認為是失敗，主要是看用量變化與生活改善(焦醫3)。

(十) 戒癮復發定義應重新定義

所謂的戒毒成功，只要可以在短時間內讓身心回復在某程度上，就達到一定的效果。(焦檢2)

緩起訴時間是2年，只要期滿就算是治療成功，如有再犯，則再進行下一個療程。(焦觀2)

戒癮復發並不代表治療的失敗，只要停用的時間拉長，就代表治療是有效的。(焦衛2)

(十一) 年輕人對毒品的認知偏差

三、四級毒品對年輕人而言已不是毒品，甚至現在吸食安非他命被視為是時尚，把安非稱作菸。在第一線看到是相當擔心的，尤其他們很難抓到，要就醫更難，現況相當嚴重，14、15歲開始施用、得病，一般人、學校與家庭皆不知道，宣導教育也沒有到這麼低的年齡層。(焦衛1)

(十二) 缺乏海洛因以外毒品的治療方式

目前僅處理海洛因，其他藥物成癮並沒有吸引病人的治療方式，但相對而言其他毒品造成的危害漸為明顯，這是目前的困難之處。(焦醫3)

(十三) 缺乏治療經費來源

WHO 將使用毒品視為病，精神衛生也視為疾病，但健保卻不給付，海洛因還有衛生署補助，安非或K他命卻沒有任何補助，既使接受治療他們還是要籌措經費，香港可以用賽馬協助經費補助治療，臺灣是否考慮利用菸捐、公益彩券基金協助治療，缺乏治療費個案很容易會中斷治療(焦醫2)。

二、毒品施用除罪化可行性

(一) 反對毒品除罪化：

1、需考量文化差異與民眾支持度

除罪化思維模式和歐美的思維模式不一定適合臺灣，例如不能闖紅燈，臺灣人在黑夜會闖，但美國人不會。(焦警2)

除罪化可能不可行，在臺灣要完全除罪化不可行。(焦檢1)

再來看整體民眾的心態，他們並不認為除罪化是個好的作法(焦學2)

由國家提供毒品，是不適合的。（焦檢 2）

2、需考量司法制度上差異

臺灣的執行機關是檢察署，美國執行監控的是法院，在美國的檢察官主要職權是在控訴部份，我們地檢署檢察官還兼任美國法院的一些責任；如果要走緩起訴的話，那些義務是檢察官在定。（焦檢 1）

這個和 drug court 很像只是看執行者是誰。（焦學 2）

我認為不除罪比較好，因為除罪化會對警政業務造成很大的負擔；除罪化會讓緩起訴、強制勒戒都沒有了，誰去監控？（觀護人 1）

3、需國際趨勢之改變

聯合國的麻管局對藥物管制嚴格，荷蘭政府也承認大麻合法是錯誤政策，若世界各國用刑法約束毒品施用者接受治療，我們何以要這麼先進談除罪化？（焦學 1）

4、躁進會破壞現有成效

實質上毒品處遇上已有一些改變，現在已有醫療進入處理，後來也有緩起訴搭配治療，目前的轉變在實質上已有很大意義，現在突然打出除罪化口號，可能會有很大的反彈，倒不如實質的去做，發展多樣的治療模式或是處遇方式，增加中途之家、支持系統等，視個案不同給予不同處遇方式，這樣充實實質的作法，比喊出除罪化來的有效益。（焦醫 3）

除罪化真的會使吸毒人口降低嗎？目前還沒有實證研究可驗證說明，希望維持現狀。（焦警 3）

(二) 贊成除罪化

贊成除罪，但除罪之前要有配套，觀念要改變，尤其是刑事司法體系與醫療體系，且衛生署要出面負責，並設置5年以上的緩衝期，以將人員、經費做移撥。(焦學3)

(三) 支持現行毒品施用者處遇模式：

1、現行模式符合臺灣社會需求

我認為現行政策應該就是種折衷方式，這個還蠻不錯。每個地區有不同模式，整個民族性、民心不同。(焦警2)

目前我國毒品除刑不除罪的模式是較可行的方法。(焦檢2)

2、仍需以司法強制力作為後盾

目前用司法的強制力讓他們接受治療，我覺得會是個最好的模式。有這樣的嚇阻力量是不錯。(焦學2)

3、緩起訴除刑不除罪已符合除罪功能

就毒品治療的部分，刑訴253之2修正後，緩起訴者只要完成緩起訴的所有要件就可獲得不起訴處分，前科中不會有紀錄。不過緩起訴有些義務要完成。在兩年之內，盡完所有義務，檢察官要做出不起訴處分。(焦觀1)

雖然仍有罪，在刑法的理論就是不再起訴判刑。單存刑法來看就只是有罪或無罪。緩起訴政策就是不處罰，就是要你繳錢或是什麼樣的條件，這樣的話法院就不起訴，若期間內完成所有義務，就不處罰。把緩起訴的喻知事項做到就不會處罰。(焦檢1)

也沒有累犯和再犯的問題。(焦警2)

4、要落實現行制度的設計

現行制度已很好，只是不夠落實的問題，而非效果不好。（焦學 1）

現在這樣就很好，檢察系統可以利用緩起訴第八項，可以命其去 TC 或是替代療法，可能就有不同程度的彈性，針對個別個案有細緻的處理效果就會很好。（焦醫 1）

可以將戒治與緩起訴的位階加以調整。（焦衛 2）

除罪化是一個很遙遠的目標，如果換個角度想，可考慮將程序顛倒，好讓監所人數降低，同時達到社會成本降低之目的。（焦觀 2）

5、引進其他資源與模式

機構引進社會資源、志工，可複製社會團體成功模式，如花蓮晨曦會。（焦矯 2）

三、除罪化可能的負面影響

（一）缺乏監控力

如果除罪要監控的話很難。（焦檢 1）

對除罪化我會有些擔憂，因為現在三四級毒品吸食的只有行政罰，現在連我們警察都在頭痛了。包括要如何強制驗尿。（焦警 2）

除罪化將衍生治安敗壞、造成犯罪增加。（焦警 3）

除罪化進而衍生犯罪問題、家庭教育不彰、家庭功能失調、施用者無法認真工作、產生疾病醫療資源耗損、經濟產能下降。（焦衛 2）

（二）增加查緝困難

使查緝工作更加困難（焦警 3）。

法律有明文規定供出上游者可以減刑，但三、四級並未明文規定，無形中將販賣三、四級毒品者解套，同時也增加查緝上之困難。（焦檢 2）

施用一、二級毒品除罪化，但是販賣毒品還是沒有除罪化，檢警還是負有查緝的責任，只是與現在比較，方法和武器都變少，而且要花更多的時間、人力與物力去處理同一件事（焦檢 2）。

（三）行政罰執行率低

吸食三、四級的處以行政罰，持有 20 公克以上是違反刑法；20 公克以下是行政罰，送交警察機關裁罰。現在統一裁罰 20,000 元，講習六個小時。可是出席率非常低。剛開始裁罰的繳款率大概是 50%，今年大概只剩下 30%。一直在降，有的是繳得起，有的繳不起，可是訊息會傳，這些政策都是警察在作，裁罰是警察在開。101 年 7 月份執行率才只有 12%。（焦警 2）

（四）毒品施用升級

吸食毒品沒有犯罪不會送到地檢署。你放心去吸。所以會吸 K 他命，會吸三級毒品。會慢慢升級去吸二級、一級毒品，這也是個問題。（焦警 2）

除罪化有可能造成濫用，甚至往更高階的毒品去使用。（焦衛 2）

(五) 造成毒品氾濫

三、四級毒品，因為沒有罪，現在校園、娛樂場所都淪陷。甚至於 K 他命，00 市國中都有傳播妹，都可以去坐檯、陪酒、賣淫，職業學校甚至國中，比我們想像中嚴重。後來查到七所學校 11 個學生都在賣淫，價值觀偏差。他們都用 K 他命、搖頭丸。所以如果除罪化的話，藥頭就會說沒有罪。(焦警 2)

因為不犯罪了！會造成心房瓦解，想去嘗試。(焦學 1)

若合法，則取得將容易，年輕學子很容易去嘗試，將有很大的危害。(焦醫 1)

除罪化初期，施用毒品人數應該會暴增。(焦警 3)

(六) 醫療無法有效介入

非緩起訴個案根本不會就醫，假使除罪化沒有強制力讓非自願案主進到醫療院所，我對醫療可以處理施用者是感到悲觀的。(焦醫 1)

(七) 健保無法給付

成癮也是精神疾病的一種，但是全民健保把藥癮治療排除掉，這才是真正的問題；有人認為健保應照顧所有人，但卻未含蓋藥癮治療，所以希望把它法制化後，讓他們能夠接受病人般的照護。就法律的精神，讓藥癮患者享有健保照護是應該的，但是藥癮卻會造成社會問題。(焦學 2)

四、除罪化所需之配套措施與網絡合作

(一) 需設置專責機構

中央機關成立一個專責機構去整合毒品問題，減少用毒人口。(焦警3)

如果真正除罪化了，我們這幾個司法系統根本沒有立場介入這件事了，接下來只剩下社政跟醫療的事。(焦衛2)

(二) 需有足夠人力配置

需要新增人力，像心輔師做心理測驗，因為我們要用量表來決定社會復歸。須進行心理衡鑑，依據各個結果來評估。就目前人力配置，我們只能做到很表面。(焦觀1)

所有人員，包括醫師、臨床心理師或護理人員等都需要接受調訓，以增加專業知識，甚至精神醫師不夠用，可能需要依賴家醫科進來協助，所以所有人員都要接受相關訓練，未來更要將學校教師納入，才能有正確觀念。(焦學3)

需有完善的衛生醫療進入到戒治體系，個人經驗認為，衛生署並未深入投入戒治體系。(焦矯1)

(三) 治療或處遇仍需有強制力作為後盾

以性侵害來說，有強制治療和輔導衛生教育，但衛生署強烈建議要在地檢署做而不是在醫院，因為他們說在醫院做他們都不會去，在地檢做的時候他就會乖乖去，因為有強制力。(觀護人1) 酒癮是合法的，但要做治療的難度卻相當高，甚至比戒海洛因還難，所以強制力還是需要的。(焦醫1)

除罪沒有強制力，那我為何要去就醫？現在就發現緩起訴個案服藥的出席率較自願個案好。(焦衛1)

(四) 需有健保與醫療措施配合

現因毒品人口不能當成慢性病，我們怎麼治療。但是這些慢性病有些健保、公家機關的補助。(焦警 2)

無健保給付下需另籌經費，個案進入收容、治療單位時，要有生產力以自力救濟，製造販售一些商品，以增加醫療經費。(焦學 3)

(五) 警察角色定位

如果我們把一、二級除罪化之後，走的一定是行政罰的部份，我們可能就會把級數做些調整，裁罰的高低作些調整；但回到行政面監督者一定是最有強制力的警察同仁(焦觀 1)。

(六) 強化精神科醫師人力與能力

須要更多的精神科醫師投入，加強自己的專業能力，讓他能照顧這樣的患者。(焦學 2)

現在醫療人力遠遠不足。(焦衛 1)

除罪後若需要以住院方式關起來治療，是非常昂貴的，且目前的人力是不足以應付，但若以門診、社區處遇的方式進行，這幾年成癮防治科的設立、培訓應足以應付。(焦醫 3)

(七) 強化毒品門診功能

第一次健康檢查是初評，看他們適合與否。檢查完再讓決定藥量讓他們喝下去不會出事的。目前門診只是看藥量的增減，就只有這樣。後續門診都是在調整藥量。精神科醫師不會作輔導的部份，輔導部分是另外的。(焦觀 1)

(八) 增加丁基原啡因做為替代藥物

有的國家會用丁基原啡因，因為等級比較低，臺灣列三級，美國列五級。這個不需要精神科醫師就可開立，這樣可減少目前醫療人力缺乏的問題。但精神科醫師是否有此胸襟。(焦學 2)

因為丁基原啡因是更長效的，兩天給藥一次，因為你回診時你醫師要給診察費，這樣可降低二分之一；若是用美沙冬，你天天都要回來喝，醫師的診療費比較低。(焦學 2)

用美沙冬有二個臨床意義，固定每天吃藥是一種行為改變，若對困難個案使用丁基原啡因，就少了行為治療。兩種藥效力幾乎一樣，除非更改法令使丁基原啡因改為二級，就可以固定到醫院使用。(焦醫 1)

(九) 強化施用者之職業訓練與就業輔導

事實上他只要有穩定工作，再回頭的機率少。像毒品人口吸毒、偷車的人犯罪原因，若無工作，自己和小孩也要生活，無其他謀生能力。(焦警 2)

新加坡做的好是因為有職業訓練，他們出來後若無一技之長，他當然會再去吸，新加坡是國家職訓局轉介。臺灣的更生事業不會歧視毒品施用者的背景，他們(更生事業)應該都有領一些政府補助。(焦學 2)

(十) 落實心理輔導

團體應採封閉式的，12個人為限，這樣才能形成團體動力。目前因為經費的關係他採取開放性的，所以團體 LEADER 和 COLEADER 沒有辦法形成一個動力，所以只能表象的完成這個 12 次團體，在每個團體都是這樣。(焦觀 1)

(十一) 建立毒品網絡機關合作平台

性侵案少，這個團體的人也少，所以可以一個 CASE 討論。但毒品人多，無法這樣討論，依照現在的科技，其實我們可以建立一個很好的平台，在個資的授權之下轄內的案件，這樣每個觀護人和檢察官的案量不會太大，這種平台的建立。(焦觀 1)

建立一個機制，有套橫向聯繫系統，有個平台可進來了解個案狀態，你要建立這套。(焦警 2)

例如：各精神科通報設置在管管局，但有開放醫療系統進入系統，開放有權限(焦學 2)。

(十二) 符合個案需求治療和處遇

現在要求所有個案都要轉毒防中心，在轉介單上勾選所需事項。理論上應該是有需要轉介，但他要求全部轉介，我知道個案需要什麼，就會勾選所需事項，為何要全部轉介，那個案會覺得被打擾。因為所有轉介出去的個案都要列管兩年，然後毒防中心就會三不五時打電話問候一下，個案對這個非常的抗拒，也覺得不可思議。其實我轉過去其實什麼都沒有寫，(焦觀 1)

五、除罪化之監控問題

(一) 法制化取代內規

通常都是一到三年的緩起訴處分，施用者多是兩年，這是內規(焦檢 1)。緩起訴一年結束是公費的部份沒有，之後要自費。(焦觀 1)

所以它需要繳 25,000 的費用給國庫。這其實都是內規，沒有法律規定。(焦檢 1)

（二）落實驗尿

不驗尿其實他們（毒品施用者）會施用，現在的驗尿比例比較低，不是強制的，這會變成一個問題。（焦學2）

有的人每個月驗一次，有的會更久。（焦觀1）

（三）警察監控無法源依據、衛生醫療單位監控無力道

除罪後警察要如何監控，事實上是沒有力道的，而且沒有法源依據，未來監控的重責大任會落在衛生醫療單位。（焦警3）

除罪化後，公權力會失去立場，要如何進行監控。（焦衛2）

除罪化以後，還可以做緩起訴嗎？其立論的依據為何？以現況來看，觀護人或衛生單位可能是未來有權執行監控者，但還是要透過修法來賦予其一定的職權。（焦觀2）

可以考慮設計一套行政監控的制度，但由誰來監控？如何監控？（焦檢2）

六、其他建議

（一）處遇措施法制化

就是把現行制度常態化，更進一步的說明。因為像緩起訴他比較粗糙，如果要做整套，就要有完整的規範，包括除罪化的問題，至少可以保障這一兩年之內他不會犯（焦檢1）。

（二）明定初犯與自願治療者可除刑接受治療

毒品施用者觀察勒戒期間，或在強制戒治的期間，只要當事人有意願接受較積極的治療，國家可為緩起訴或類似美國藥

事法庭。把這些列入法裡。用一個法條比較明確的規定。（焦學 2）

施用行為不處罰，例如：針對毒品犯你就要把它列在毒品危害防制條例中，比如說經過這兩年的監控，就不處罰了，這可以列進去。（焦檢 1）

（三）賦予檢察官處遇裁定權：

讓檢察官有彈性運用空間有其好處，對一再反覆吸毒的人說，其實最可惡的是賣你毒品的人，你只要說出來我就讓你緩起訴。它可運用這個彈性去遏止和逮捕販毒者。（焦警 2）

（四）賦予施用者接受治療請求權

要除罪化的話就要給他一個請求權；他們被抓都會知道自己要被關了，他們沒有一個請求權，請求不被處罰。大部分都知道要被關，無請求權，強度會高一點。（焦檢 1）

我剛想一下那就是受觀察勒戒或強制戒治之處遇”得”請求接受治療。（焦學 2）

（五）法制化監控機制

如果除刑不除罪的話，要在毒危條例中規定如何監控、治療施用者，這樣才可能讓他接受治療（焦檢 1）。

（六）修改毒品危害防制條例

毒品、藥品還是管制藥品須要確立名稱，毒品危害防制條例首先須要修法，才能真正將施用者獨立出來，予以需要的醫療，而罰則要納入是否接受治療的考量，而其他的相關法令亦須一併修改（焦學 3）。

(七) 以多元指標徹底評估毒品政策效益

各國的流行病學的資料都很可靠的話，其實我們用證據來說話，評估政策是有效或無效，這應該是最簡單容易的，這取決與各國執行流行病學調查能力如何。社會影響評估其實會比較客觀，比如說在肅清煙毒條例時，我們將施用者當成犯人，吸食者的社會成本多少；即使是在毒品危害條例也有各個不同階段，剝奪掉五年內再犯機會一次就把他送去關，這個因素的貢獻度有多少，其實可切成幾塊來看。減害措施期間會有多少人因為這樣的人口增加而減少導致整個社會成本增加或減少，當然此類研究不易進行，但這樣的研究較為客觀（焦學 2）。

(八) 維持療法可以設計的更彈性

個案初期可以用美沙冬，藉固定門診提高行為之改變，等個案穩定後再改用丁基原啡因，如此方式個案比較不會再使用海洛因，因為這兩種藥效同時使用會比較痛苦，不過一開始使用丁基原啡因個案很快就會放棄，進階個案較適合（焦醫 1）。

(九) 建立治療性社區

我們將緩起訴個案納為我們醫院的同事，結果成功的比例很高，我想向晨曦會那樣的治療性社區確有幫助，幫助他們改變環境。（焦衛 1）

全世界各國都同意 TC(晨曦會)的功能，但耗費成本相當高。（焦學 1）

機構引進社會資源、志工，複製社會團體成功模式，如花蓮晨曦會。（焦矯 2）

(十) 推動家庭支持方案

毒品犯都是妻離子散，家庭破碎，沒有個人的家庭，毒品戒治成功可建立一個大家庭讓毒品犯相互幫助，或許這樣成功機率比較好。(焦矯 2)

(十一) 增加中途之家

臺灣中途之家的量仍不夠，政府應鼓勵社會團體成立中途之家，協助戒治，讓個案有其他選擇，適合中途之家送中途之家，適合美沙冬者用美沙冬，這樣有不同的方式，中途之家可以協助導正觀念，提供支持，與美沙冬療法有些差異。(焦衛 4)

(十二) 中途之家的使用時間要提前

建議修改為出監前半年、一年進入中途之家，接受療程，使個案在出獄前接受，可以建構他們的生活能力與觀念，否則出監後再進入中途之家就沒有強制性，入住率偏低，等離開中途之家再放到毒防中心的追蹤名單。(焦衛 4)

使將要出監之人到另一個環境切換，避免回到原先的朋友圈，當然他們入住要有一些付出，要工作有經濟產值，若此一般民眾也將能接納。(焦衛 3)

第五章 深度訪談與焦點團體研究結果與討論

第六章 德菲法與網路意見調查發現與分析

第一節 毒品施用除罪化模式與可行性

一、除罪化模式

本研究蒐集、整理各國文獻，據以整理出四種毒品除罪化模式，包括：完全除罪化、部分除罪化、除刑不除罪與刑罰化模式。在德菲法的調查中，四種模式中僅有我國現行之除刑不除罪模式具有專家意見共識，共識程度達 83.10%，其餘三種模式之共識程度皆小於 75%，不具有受試專家之共識（詳見下表 6-1）。

表 6-1 對毒品施用除罪化模式之看法

| 題項 | 最小值 | 最大值 | 眾數 | 平均數 | 標準差 | 共識程度 | 共識程度排序 | 支持程度排序 |
|---------------------------------------------------|-----|-----|----|------|------|-------|--------|--------|
| 完全除罪化模式，施用及少量持有毒品不違法。 | 1 | 5 | 2 | 2.17 | 0.87 | 59.65 | 4 | 4 |
| 部分除罪化模式，施用軟性毒品（如大麻）限量/限地施用，施用硬性毒品（如古柯鹼、海洛因等）仍不除罪。 | 1 | 5 | 4 | 3.00 | 1.14 | 61.84 | 3 | 2 |

| 題項 | 最小值 | 最大值 | 眾數 | 平均數 | 標準差 | 共識程度 | 共識程度排序 | 支持程度排序 |
|-----------------------------------|-----|-----|----|------|------|-------|--------|--------|
| 除刑不除罪模式，給予一、二級毒品施用者勒戒、強制戒治和緩起訴機會。 | 1 | 5 | 4 | 3.83 | 0.65 | 83.10 | 1 | 1 |
| 刑罰化模式，將一、二級毒品施用者監禁處遇。 | 1 | 5 | 2 | 2.45 | 0.83 | 66.20 | 2 | 3 |

在對四種除罪化模式的支持度方面，同樣僅有現行的除刑不除罪模式其支持度高過門檻值（3.50），達 3.83；其餘三種模式的支持度依序為部分除罪化模式、刑罰化模式，而完全除罪化模式的支持度為最低。此調查結果顯示，在四種不同程度的毒品施用除罪化模式中，德菲法受試專家最為支持現行的除刑不除罪模式，且具有專家共識。

二、除罪化前應具備的條件

雖然德菲受試專家較為支持現行的制度，但除罪化並非全然不可行。在有關我國施用一級或二級毒品除罪化可行性方面，本研究在深度訪談與焦點座談階段蒐集了受訪者對於除罪化前所應考量事項之意見，並渠以整理為九項在除罪化前應具備的條件，如下表 6-2 所示。

而在德菲法的專家調查結果中此九項除罪化前應具備的條件，標準差皆小於 1、共識程度皆大於 75%，顯示受試專家對於九項條件皆具有共識。其中「應考量國際毒品施用治療趨勢」、「應考量衛生醫療設施之配合程度」、「應考量司法、衛生與醫療等人力完善程度」三項共識度最高，均達 89% 以上。而受試專家對九項除罪化前應具備

條件的支持程度，所得分數全高於門檻值。其中又以「應考量司法、衛生與醫療等人力完善程度」為最高，平均數達 4.63 分，其次為「應有完善法律制度」達 4.60 分，而「應考量毒品之成癮性與治療可能性」支持程度為最低，但也有 4.00 分。

此調查結果顯示，此九項除罪化前應具備的條件，皆獲受試專家支持，且皆具有專家間的共識。其中最為支持「應考量司法、衛生與醫療等人力完善程度」(4.63)與「應有完善法律制度」(平均數 4.60)，其次依序是「除罪化前，須強化成癮者的社會復健機制，增強其社會適應能力」(4.23)、「應考量毒品施用對社會、家庭、個人、治安影響程度」(4.20)、「應考量衛生醫療設施之配合程度」(4.20)、「應考量國際毒品施用治療趨勢」(4.07)、「應考量總體經費配合程度」(4.07)、「應考量民眾對除罪化的接受程度」(4.03)與「應考量毒品之成癮性與治療可能性」(4.00)。

表 6-2 對毒品施用除罪化可行性之看法

| 題項 | 最小值 | 最大值 | 眾數 | 平均數 | 標準差 | 共識程度 | 共識程度排序 | 支持程度排序 |
|-----------------------|-----|-----|----|------|------|-------|--------|--------|
| ◎除罪化前，應考量民眾對除罪化的接受程度 | 1 | 5 | 4 | 4.03 | 0.67 | 83.42 | 8 | 8 |
| ◎除罪化前，應考量國際毒品施用治療趨勢 | 3 | 5 | 4 | 4.07 | 0.37 | 91.02 | 1 | 6 |
| ◎除罪化前，應考量毒品之成癮性與治療可能性 | 2 | 5 | 4 | 4.00 | 0.53 | 86.87 | 6 | 9 |

| 題項 | 最小值 | 最大值 | 眾數 | 平均數 | 標準差 | 共識程度 | 共識程度排序 | 支持程度排序 |
|------------------------------------------------------------------|-----|-----|----|------|------|-------|--------|--------|
| ◎ <u>除罪化前</u> ，應考量毒品施用對社會、家庭、個人、治安影響程度 | 3 | 5 | 4 | 4.20 | 0.48 | 88.47 | 4 | 4 |
| ◎ <u>除罪化前</u> ，應考量總體經費配合程度 | 2 | 5 | 4 | 4.07 | 0.52 | 87.19 | 5 | 6 |
| ◎ <u>除罪化前</u> ，應考量司法、衛生與醫療等人力完善程度 | 4 | 5 | 5 | 4.63 | 0.49 | 89.42 | 3 | 1 |
| ◎ <u>除罪化前</u> ，應考量衛生醫療設施之配合程度 | 4 | 5 | 4 | 4.20 | 0.41 | 90.31 | 2 | 4 |
| ◎ <u>除罪化前</u> ，應有完善法律制度（如： <u>司法、衛生、依療、社政等相關法令建立</u> ） | 3 | 5 | 5 | 4.60 | 0.62 | 86.49 | 7 | 2 |
| ◎ <u>除罪化前</u> ，須強化成癮者的社會復健機制（如： <u>提升就業能力、重建人際關係</u> ），增強其社會適應能力 | 2 | 5 | 4 | 4.23 | 0.77 | 81.72 | 9 | 3 |

註：◎表經專家意見修正之題項，原始題目請參見附錄。

三、毒品施用除罪化模式與可行性之專家建議

在對於除罪化模式的調查中，受試專家對於現行的除刑不除罪模式最為支持，但部分專家亦認為，現行的制度仍有改善空間，包括緩起訴、觀察勒戒等制度應可再研議更佳的做法，或是集思廣意再增加其他創新作為；支持程度次之的部分除罪化模式，專家建議需先建立完善配套措施始可為之，並有專家擔心部分除罪化造成的負面影響，包括：造成軟性毒品氾濫、毒品施用進階等問題，以及增加查緝毒品販賣與製造罪刑之困難。

而在除罪化可行性方面，受試專家皆認同本研究依據深度訪談與焦點座談發現所歸納整理的九項條件。在考量民眾意向或國際趨勢方面，雖「應考量國際毒品施用治療趨勢」支持度高於「應考量民眾對除罪化的接受程度」，但亦有意見認為國外的毒品政策不一定合於我國的國情與文化，仍需考量社會民意，政策始能推行，也才能避免衍生更嚴重社會問題；惟有專家持不同意見，認為一般民眾已為現行法令制度所規訓，若考量民眾接受度，國家根本無法進行制度改革。而在現有經費、人力與設施方面，專家建議應將現有資源做盤點，以作為整體規劃之依據，更有專家建議將現有機構監禁費用撥移至社區處遇上。雖各領域學者意見多元，或有共識或各有歧見，專家皆一致同意在除罪化前需有多面向的審慎評估與考量。

第二節 毒品施用除罪化之影響

一、毒品施用除罪化之正向影響

本研究依據文獻探討、深度訪談與焦點座談結果，歸納出除罪化之 15 項正、負向影響，其中正向影響有三，包括：「可紓解監獄超收問題」、「可降低監禁處遇對施用者生活之影響」以及「可使施用毒品數量下降」。

三項正向影響僅有「可紓解監獄超收問題」與「可降低監禁處遇對施用者生活之影響」具專家共識，且支持度超過門檻值，分達 3.97 與 3.70 分。顯示受試專家認同將毒品施用除罪化可「紓解監獄超收問題」與「降低監禁處遇對施用者生活之影響」；但毒品施用除罪化卻無法使毒品施用數量下降，惟此項看法在專家間並不具有共識。

表 6-3 對毒品施用除罪化正向影響之看法

| 題項 | 最小值 | 最大值 | 眾數 | 平均數 | 標準差 | 共識程度 | 共識程度排序 | 支持程度排序 |
|--------------------------|-----|-----|----|------|------|-------|--------|--------|
| 毒品施用除罪化可紓解監獄超收問題 | 2 | 5 | 4 | 3.97 | 0.56 | 85.98 | 1 | 1 |
| ◎毒品施用除罪化可降低監禁處遇對施用者生活之影響 | 1 | 4 | 4 | 3.70 | 0.70 | 81.02 | 2 | 2 |
| ◎毒品施用除罪化後，可使施用毒品數量 | 1 | 4 | 2 | 2.77 | 1.01 | 63.63 | 3 | 3 |

下降

註：◎表經專家意見修正之題項，原始題目請參見附錄。

二、毒品施用除罪化之負向影響

而在 12 項毒品施用除罪化所造成的負向影響中，「戒毒人口增加，會影響一般就診民眾，造成醫療體系承接藥癮治療之意願降低」與「施用人口增加，易造成疾病感染，造成醫療資源耗損」二項共識程度小於 75%，不具有受試專家之共識。而具有共識之負向影響中，又以「毒品施用除罪化後，缺乏司法強制力，無法強制驗尿，以監控毒品施用人口」與「毒品施用除罪化會使毒品施用升級、氾濫」兩項共識最高。

表 6-4 對毒品施用除罪化負向影響之看法

| 題項 | 最小值 | 最大值 | 眾數 | 平均數 | 標準差 | 共識程度 | 共識程度排序 | 支持程度排序 |
|--------------------------------------------------|-----|-----|----|------|------|-------|--------|--------|
| 毒品施用除罪化後，容易衍生其他犯罪問題 | 2 | 5 | 4 | 3.60 | 0.77 | 78.61 | 7 | 8 |
| 毒品施用除罪化會使毒品施用升級、氾濫 | 2 | 4 | 4 | 3.73 | 0.58 | 84.38 | 2 | 5 |
| ◎ <u>毒品施用除罪化缺乏監控、強制治療機制，造成家庭負面影響（經濟負擔、人際衝突等）</u> | 2 | 4 | 4 | 3.73 | 0.64 | 82.87 | 3 | 5 |
| ◎ <u>施用一、二級毒品成</u> | 2 | 5 | 4 | 3.73 | 0.74 | 80.19 | 5 | 5 |

| 題項 | 最小值 | 最大值 | 眾數 | 平均數 | 標準差 | 共識程度 | 共識程度排序 | 支持程度排序 |
|-----------------------------------------|-----|-----|----|------|------|-------|--------|--------|
| 癮即無法認真工作、維持正常生活，既使除罪化亦無法改善 | | | | | | | | |
| 毒品施用除罪化會使施用人口增加，造成國家生產力下降 | 2 | 5 | 4 | 3.60 | 0.81 | 77.40 | 9 | 8 |
| 毒品施用除罪化後，如僅採用行政罰，會使戒毒執行效率降低 | 2 | 5 | 4 | 3.77 | 0.82 | 78.30 | 8 | 4 |
| ◎ 毒品施用除罪化後，缺乏司法強制力，施用者接受治療意願下降 | 2 | 5 | 4 | 3.80 | 0.76 | 79.97 | 6 | 3 |
| 毒品施用除罪化後，缺乏司法強制力，無法強制驗尿，以監控毒品施用人口 | 2 | 5 | 4 | 3.97 | 0.61 | 84.50 | 1 | 1 |
| 毒品施用除罪化後，缺乏司法強制力，毒品施用者無配合調查意願，將增加毒品查緝困難 | 2 | 5 | 4 | 3.87 | 0.73 | 81.11 | 4 | 2 |

| 題項 | 最小值 | 最大值 | 眾數 | 平均數 | 標準差 | 共識程度 | 共識程度排序 | 支持程度排序 |
|---------------------------------------------|-----|-----|----|------|------|-------|--------|--------|
| ◎ 毒品施用除罪化後， <u>戒毒人口增加</u> ，醫療機構無法承受大量藥癮治療人口 | 1 | 4 | 4 | 3.50 | 0.86 | 75.40 | 10 | 10 |
| 毒品施用除罪化後，戒毒人口增加，會影響一般就診民眾，造成醫療體系承接藥癮治療之意願降低 | 2 | 5 | 4 | 3.43 | 0.90 | 73.86 | 11 | 11 |
| ◎ 毒品施用除罪化後， <u>施用人口增加</u> ，易造成疾病感染，造成醫療資源耗損 | 1 | 5 | 2 | 2.90 | 1.03 | 64.52 | 12 | 12 |

註：◎表經專家意見修正之題項，原始題目請參見附錄。

在受試專家對 12 項除罪化負向影響的支持度上，也僅有未達共識的「戒毒人口增加，會影響一般就診民眾，造成醫療體系承接藥癮治療之意願降低」與「施用人口增加，易造成疾病感染，造成醫療資源耗損」未獲專家支持，支持度分別僅有 3.43 與 2.90 分。至於專家較支持的看法依序是「毒品施用除罪化後，缺乏司法強制力，無法強制驗尿，以監控毒品施用人口」（3.97 分）、「毒品施用除罪化後，缺乏司法強制力，毒品施用者無配合調查意願，將增加毒品查緝困難」

(3.87 分) 與「毒品施用除罪化後，缺乏司法強制力，施用者接受治療意願下降」(3.80 分)。

此項調查結果顯示在 15 項除罪化正、負向影響上，受試專家最為認同除罪化「可紓解監獄超收問題」(支持度 3.97，共識度 85.98%)，但同時也最擔心「毒品施用除罪化後，缺乏司法強制力，無法強制驗尿，以監控毒品施用人口」(支持度 3.97，共識度 84.50%)。而受試專家多數不認同除罪化「戒毒人口增加，會影響一般就診民眾，造成醫療體系承接藥癮治療之意願降低」(支持度 3.43)、「可使施用毒品數量下降」(支持度 2.77) 與「施用人口增加，易造成疾病感染，造成醫療資源耗損」(支持度 2.90)，尤其後兩者在調查中其眾數皆為 2，顯示多數專家不認同此二看法，惟此三項並不具專家共識。

三、毒品施用除罪化影響之專家建議

基本上專家認同毒品施用除罪化可帶來「可紓解監獄超收問題」與「可降低監禁處遇對施用者生活之影響」的正向影響，但是監獄中單純施用毒品的比例仍須透過詳細調查，才可知毒品施用除罪化對於監獄超收問題可緩解之程度。而在毒品施用除罪化「可使施用毒品數量下降」方面，調查結果已知此看法並不受專家認同，主因係缺乏相關統計資料足以證明，且多位專家指出可以以三、四級毒品除罪化後的變化做為比較，現況是三、四級毒品除罪化後並未造成毒品數量下降，不僅查獲數量屢創新高，施用人數也日益增多，甚至施用年齡層有下降趨勢。

而在除罪化造成的負向影響上，因為目前並未除罪化，在此調查中所列的影響多為深度訪談與焦點座談受訪者預想的可能情況，並無實證上的統計數據足以佐證，因此在此面向的調查上，專家的支持度皆未高過 4 分，且專家作答意見多數表示無法判定這些負面影響是否必然成立，尤其尚需考慮除罪化的相關配套措施與實施情況，始能平心而論。

第三節 毒品施用除罪化之配套措施

一、毒品施用除罪化之配套措施

本研究依據深度訪談與焦點座談歸納出 13 項除罪化需具備之配套措施，包括：衛生醫療、社會復歸與宣導、強制力與監控機制，以及網絡合作等。

表 6-5 對毒品施用除罪化衛生醫療配套措施之看法

| 題項 | 最小值 | 最大值 | 眾數 | 平均數 | 標準差 | 共識程度 | 共識程度排序 | 支持程度排序 |
|---------------------------------------------------------------|-----|-----|----|------|------|-------|--------|--------|
| ◎若除罪化，施用者治療應有健保配合 | 1 | 5 | 4 | 3.77 | 0.90 | 76.17 | 5 | 4 |
| ◎若除罪化，須增加 <u>藥癮醫療</u> 人力與能力，強化戒毒門診功能 | 4 | 5 | 5 | 4.63 | 0.49 | 89.42 | 3 | 3 |
| ◎若除罪化，對於 <u>鴉片類</u> 戒毒無效者，由醫師開立 <u>慢性病</u> 處方籤提供替代藥物使其維持正常的生活 | 2 | 5 | 4 | 3.67 | 0.80 | 78.12 | 4 | 5 |
| 若除罪化，須落實施用者之諮商與心理輔導 | 4 | 5 | 5 | 4.67 | 0.48 | 89.73 | 1 | 1 |

| | | | | | | | | |
|-----------------------|---|---|---|------|------|-------|---|---|
| 若除罪化，須建立符合個案需求治療和處遇措施 | 4 | 5 | 5 | 4.67 | 0.48 | 89.73 | 1 | 1 |
|-----------------------|---|---|---|------|------|-------|---|---|

註：◎表經專家意見修正之題項，原始題目請參見附錄。

在五項有關衛生醫療的配套措施中，如表 6-5 所示表列的五項衛生醫療配套措施均具有專家共識，支持程度亦都高於門檻值。尤其是「須落實施用者之諮商與心理輔導」、「須建立符合個案需求治療和處遇措施」與「須增加藥癮醫療人力與能力，強化戒毒門診功能」三項不僅共識度接近九成，支持度都高於 4.6 分，且最大、最小值介於 4 分與 5 分之間，顯示所有受試專家皆同意此三項衛生醫療配套措施。

而受試專家對於社會復歸與宣導配套措施之看法，如表 6-6 所示不僅均具專家共識，且支持程度都高於門檻值。尤其在「須加強社會教育及宣導，以避免施用毒品人口增加」上，不僅共識程度達九成，且支持度達 4.70 分，且最大、最小值介於 4 分與 5 分之間，顯示所有受試專家皆支持除罪化須加強教育與宣導。

表 6-6 對毒品施用除罪化社會復歸與宣導配套措施之看法

| 題項 | 最小值 | 最大值 | 眾數 | 平均數 | 標準差 | 共識程度 | 共識程度排序 | 支持程度排序 |
|-----------------------------|-----|-----|----|------|------|-------|--------|--------|
| 若除罪化，須擴大毒品施用者家庭支持方案，以強化家庭功能 | 3 | 5 | 5 | 4.70 | 0.53 | 88.62 | 2 | 1 |
| 若除罪化，須強化施用者之職業訓練與就業 | 3 | 5 | 4 | 4.20 | 0.48 | 88.47 | 2 | 2 |

| | | | | | | | | | |
|-----------------------------|---|---|---|------|------|-------|---|---|--|
| 輔導。 | | | | | | | | | |
| 若除罪化，須加強社會教育及宣導，以避免施用毒品人口增加 | 4 | 5 | 5 | 4.70 | 0.47 | 90.08 | 1 | 1 | |

而在強制力、監控機制以及網絡合作的配套措施方面，由下表 6-7 可見，本研究所列之配套措施均受專家支持，且具有專家共識。尤其「強化毒品相關機關合作平台，相同工作不致重複」與「加強毒品製造、運輸、販賣之查緝，以及提高製造半成品之處罰」兩項配套措施其支持度均高達 4.70 分，且最大、最小值均介於 4 分至 5 分之間，顯示所有受試專家都支持此兩項配套措施。而「施用者治療或處遇仍須有強制力作為後盾」方面，雖然標準差高於 1，顯示專家間意見具歧異，但共識程度仍高於 75%，且支持度達 4.47 分、眾數為 5，顯見多數專家受試者支持有強制力作為治療與處遇的後盾。

表 6-7 對毒品施用除罪化強制力、監控機制與網絡合作配套措施之看法

| 題項 | 最小值 | 最大值 | 眾數 | 平均數 | 標準差 | 共識程度 | 共識程度排序 | 支持程度排序 |
|-------------------------|-----|-----|----|------|------|-------|--------|--------|
| 若除罪化，施用者治療或處遇仍須有強制力作為後盾 | 1 | 5 | 5 | 4.47 | 1.04 | 76.68 | 5 | 3 |
| 若除罪化，須法制化監控機制 | 4 | 5 | 4 | 4.20 | 0.41 | 90.31 | 1 | 5 |

| | | | | | | | | |
|------------------------------------|---|---|---|------|------|-------|---|---|
| 若除罪化，須立法落實驗尿機制，以強化監控、落實戒癮治療效果 | 4 | 5 | 4 | 4.23 | 0.43 | 89.84 | 4 | 4 |
| 若除罪化，須加強毒品製造、運輸、販賣之查緝，以及提高製造半成品之處罰 | 4 | 5 | 5 | 4.70 | 0.47 | 90.08 | 2 | 1 |
| 若除罪化，須強化毒品相關機關合作平台，相同工作不致重複 | 4 | 5 | 5 | 4.70 | 0.47 | 90.08 | 2 | 1 |

註：◎表經專家意見修正之題項，原始題目請參見附錄。

總結而言，在全數 13 項的配套措施中，又以「須擴大毒品施用者家庭支持方案，以強化家庭功能」、「須加強社會教育及宣導，以避免施用毒品人口增加」、「須加強毒品製造、運輸、販賣之查緝，以及提高製造半成品之處罰」與「須強化毒品相關機關合作平台，相同工作不致重複」四項最為受試專家所支持。而「施用者治療應有健保配合」與「對於鴉片類戒毒無效者，由醫師開立慢性病處方籤提供替代藥物使其維持正常的生活」兩項則最不受專家支持。

二、毒品施用除罪化配套措施之專家建議

前述依據深度訪談與焦點座談所整理之配套措施，雖均獲德菲法受試專家支持，但部分專家對於所列配套措施仍有疑慮，例如對於「施用者治療應有健保配合」，雖有專家認為除罪化後，毒品施用者可以慢性病患視之，理應適用健保，且健保制度之配合，可避免毒品施用者因經濟問題放棄或中斷戒癮治療；但有專家認為全民健康保險係保障基本醫療，毒品戒癮違反健康保險的基本立意，不應一體適用。或如「施用者治療或處遇仍須有強制力作為後盾」，部分受試專家認同監控力量有助戒癮效果，但質疑以強制力做後盾可能影響當事人之戒

毒品施用者處遇及除罪化可行性之研究

癮意願，且質疑除罪化後，既已無相關刑責亦無法視為犯罪，何來強制力之有。

第四節 毒品施用處遇政策

一、毒品施用處遇政策

依前述可知德菲法受試專家多同意維持現行的除刑不除罪模式，而有關我國目前的毒品施用處遇政策，在深度訪談與焦點座談階段受訪者提出許多看法與建議，本研究將其整理為 17 項，包括對機構處遇、社區處遇、醫療處遇與其他政策四個面向。

在機構處遇方面，調查結果顯示表 6-8 所列之看法與建議均具專家共識，「矯正機構可參考社會團體成功戒毒模式」與「戒治所及監獄內應幫助施用者培養未來的謀生技能」兩項建議均獲專家支持，而「現行毒品觀勒、戒治之處遇效果有限」之看法，雖受專家支持，但支持度較低僅有 3.83 分。

表 6-8 對毒品施用處遇政策之看法－機構處遇

| 題項 | 最小值 | 最大值 | 眾數 | 平均數 | 標準差 | 共識程度 | 共識程度排序 | 支持程度排序 |
|------------------------|-----|-----|----|------|------|-------|--------|--------|
| 現行毒品觀勒、戒治之處遇效果有限 | 1 | 5 | 4 | 3.83 | 0.83 | 78.25 | 3 | 3 |
| 戒治所及監獄內應幫助施用者培養未來的謀生技能 | 2 | 5 | 4 | 4.03 | 0.49 | 87.85 | 1 | 2 |

| | | | | | | | | |
|----------------------------------|---|---|---|------|------|-------|---|---|
| ◎矯正機構可參考社會團體成功戒毒模式 (如晨曦會戒毒模式) | 2 | 5 | 4 | 4.10 | 0.61 | 85.18 | 2 | 1 |
|----------------------------------|---|---|---|------|------|-------|---|---|

註：◎表經專家意見修正之題項，原始題目請參見附錄。

在社區處遇方面，本調查所列四項建議（詳見下表 6-9）均具有專家共識，且此四項對於社區處遇的建議多受專家支持，尤其是「毒品施用者出監（所）後，應強化毒防中心後續追蹤輔導機制」，不僅支持分數達 4.27 分，且最小、最大值介於 4 分與 5 分之間，顯示所有受試專家均同意此項建議。而對於「毒品施用者假釋交付保護管束期間太短，應修法在保護管束結束後，一定期間內實施驗尿，延長監控」的建議，支持度較低，僅有 3.73 分。

表 6-9 對毒品施用處遇政策之看法－社區處遇

| 題項 | 最小值 | 最大值 | 眾數 | 平均數 | 標準差 | 共識程度 | 共識程度排序 | 支持程度排序 |
|----------------------------------------------|-----|-----|----|------|------|-------|--------|--------|
| 毒品施用者假釋交付保護管束期間太短，應修法在保護管束結束後，一定期間內實施驗尿，延長監控 | 2 | 5 | 4 | 3.73 | 0.74 | 80.19 | 4 | 4 |
| 毒品施用者出監（所）後，應強化毒防中心後續追蹤輔導機制 | 4 | 5 | 4 | 4.27 | 0.45 | 89.46 | 1 | 1 |

| | | | | | | | | |
|---------------------------|---|---|---|------|------|-------|---|---|
| 可增加治療性社區(如茄萇山莊)，以社區做為治療場域 | 2 | 5 | 4 | 4.03 | 0.56 | 86.21 | 2 | 2 |
| 可增加單純毒品施用者中間性處遇，協助調適機構外生活 | 2 | 5 | 4 | 4.03 | 0.56 | 86.21 | 2 | 2 |

在醫療處遇方面，調查結果顯示所列六項建議均具有專家共識，且皆獲專家支持。尤其是「司法醫療專業人才培訓不足、流動率高，政府應有計畫、積極培養」之建議，不僅支持分數最高，達 4.33 分，其最小、最大值介於 4 分與 5 分之間，顯示所有受試專家均同意此建議。其次的「醫療與刑事司法人員對毒品處遇認知有落差，應強化二者對彼此專業之認識」之建議，支持分數亦相當高，達 4.13 分。而「毒品施用應加強治療，但仍須有刑罰之監控力量」之建議，支持程度最低，僅有 3.70 分而已。

表 6-10 對毒品施用處遇政策之看法－醫療處遇

| 題項 | 最小值 | 最大值 | 眾數 | 平均數 | 標準差 | 共識程度 | 共識程度排序 | 支持程度排序 |
|-------------------------------|-----|-----|----|------|------|-------|--------|--------|
| 司法醫療資源嚴重不足，應增加戒除毒癮之治療經費 | 2 | 5 | 4 | 4.00 | 0.74 | 81.43 | 5 | 3 |
| 司法醫療專業人才培訓不足、流動率高，政府應有計畫、積極培養 | 4 | 5 | 4 | 4.33 | 0.48 | 88.94 | 2 | 1 |

| 題項 | 最小值 | 最大值 | 眾數 | 平均數 | 標準差 | 共識程度 | 共識程度排序 | 支持程度排序 |
|-----------------------------------|-----|-----|----|------|------|-------|--------|--------|
| 醫院應廣設戒癮門診，以增加醫療可近性 | 3 | 5 | 4 | 4.00 | 0.45 | 88.63 | 2 | 3 |
| 醫療與刑事司法人員對毒品處遇認知有落差，應強化二者對彼此專業之認識 | 3 | 5 | 4 | 4.13 | 0.43 | 89.50 | 1 | 2 |
| ◎毒品施用應加強治療，但仍須有刑罰之監控力量 | 2 | 5 | 4 | 3.70 | 0.84 | 77.39 | 6 | 6 |
| ◎可賦予單純毒品施用者接受治療請求權，接受緩起訴戒癮治療 | 2 | 5 | 4 | 4.00 | 0.53 | 86.87 | 4 | 3 |

註：◎表經專家意見修正之題項，原始題目請參見附錄。

在其他毒品處遇政策建議上，本調查整理出四項建議（詳見下表 6-11），包括：「現在年輕人認為施用三、四級毒品不罰，但三、四級毒品施用情況嚴重，政府應有積極政策作為」、「現行學校毒品教育與宣導仍有待加強」、「應以多元指標徹底評估毒品政策效益」與「政府應成立專責毒品分析研究單位」。此四項建議在調查中均具有專家共識，亦皆獲專家支持，且支持程度相當高，均超過 4.00 分。其中又以「政府應成立專責毒品分析研究單位」這項建議為最高，支持程度達 4.70 分，且最小、最大值介於 4 分與 5 分之間，顯示所有受試

專家均同意此建議。其次為「現在年輕人認為施用三、四級毒品不罰，但三、四級毒品施用情況嚴重，政府應有積極政策作為」支持程度為 4.60 分。

表 6-11 對毒品施用處遇政策之看法－國家政策

| 題項 | 最小值 | 最大值 | 眾數 | 平均數 | 標準差 | 共識程度 | 共識程度排序 | 支持程度排序 |
|---------------------------------------------|-----|-----|----|------|------|-------|--------|--------|
| ◎現在年輕人認為施用三、四級毒品不罰，但三、四級毒品施用情況嚴重，政府應有積極政策作為 | 2 | 5 | 5 | 4.60 | 0.67 | 85.33 | 3 | 2 |
| 現行學校毒品教育與宣導仍有待加強 | 2 | 5 | 5 | 4.47 | 0.82 | 81.66 | 4 | 3 |
| 應以多元指標徹底評估毒品政策效益 | 4 | 5 | 4 | 4.20 | 0.41 | 90.31 | 1 | 4 |
| 政府應成立專責毒品分析研究單位 | 4 | 5 | 5 | 4.70 | 0.47 | 90.08 | 2 | 1 |

註：◎表經專家意見修正之題項，原始題目請參見附錄。

此調查結果顯示，對於深度訪談與焦點座談受訪者所提之建議與看法，德菲受試專家多表同意，尤以「政府應成立專責毒品分析研究單位」（支持度 4.70 分）、「現在年輕人認為施用三、四級毒品不罰，但三、四級毒品施用情況嚴重，政府應有積極政策作為」（支持度 4.60 分）、「現行學校毒品教育與宣導仍有待加強」（支持度 4.47 分）、

「司法醫療專業人才培訓不足、流動率高，政府應有計畫、積極培養」（支持度 4.33 分）與「毒品施用者出監（所）後，應強化毒防中心後續追蹤輔導機制」（支持度 4.27 分）等五項建議支持度最高。

二、毒品施用處遇政策之專家建議

在機構處遇方面，受試專家雖多同意機構幫助施用者培養謀生技能之建議，但也有專家表示戒治期間應專注於治療工作，培養謀生技能等需待治療結束。而在社區處遇方面，多數受試專家同意「修法在保護管束結束後，一定期間內實施驗尿，延長監控」之建議，甚有專家明確指出可延長兩年，惟亦有專家指出此舉將有侵害人權之嫌；而在「增加治療性社區，以社區做為治療場域」與「增加單純毒品施用者中間性處遇」方面，受試專家多數均同意，但有專家認為治療性社區所費不貲，應考慮使用者付費，或另籌措資金（如：公益彩券回饋金）。但在「強化毒防中心後續追蹤輔導機制」方面，多數專家認同此項建議，並建議應投注更多的人力與資源，以使毒防中心之功能得以發揮。

在醫療處遇方面，多數專家認同應增加戒除毒癮之治療經費，包含人力與醫療費用，但亦有專家認為應採使用者付費原則。而在政府應有計畫積極培養司法醫療專業人才方面，受試專家認為除培養之外，如何使優秀人員留任更是當務之急。在「毒品施用應加強治療，但仍須有刑罰之監控力量」上，受試專家指出實務上缺乏監控力確實不利處遇，但是否以刑罰作為監控或是強制力要求就醫仍有待討論。在其他政策方面，多數專家認同「現行學校毒品教育與宣導仍有待加強」之看法，但認為除加強宣導外，更重要的是強化宣導內容，需依據宣導對象族群有多元的宣導內容與手法。

第五節 毒品施用緩起訴處分

一、毒品施用緩起訴處分

對於目前的毒品緩起訴處分，調查中所列三項看法(詳見表 6-12)均具有專家共識，也均獲專家支持。其中「對單純毒品施用者，在緩起訴中實施戒癮治療較監禁有效」的支持度最高，達 3.97 分。而「緩起訴附命完成社區戒癮治療已趨向除罪化精神」的支持度有 3.93 分，且眾數為 4，顯示多數受試專家認為現行的緩起訴戒癮治療已接近除罪化。

表 6-12 對毒品施用緩起訴處分之看法

| 題項 | 最小值 | 最大值 | 眾數 | 平均數 | 標準差 | 共識程度 | 共識程度排序 | 支持程度排序 |
|-----------------------------|-----|-----|----|------|------|-------|--------|--------|
| ◎ 對單純毒品施用者，在緩起訴中實施戒癮治療較監禁有效 | 2 | 5 | 4 | 3.97 | 0.61 | 84.50 | 2 | 1 |
| ◎ 緩起訴具強制性可強化戒癮治療執行及其成效 | 2 | 5 | 4 | 3.67 | 0.76 | 79.32 | 3 | 3 |
| 緩起訴附命完成社區戒癮治療已趨向除罪化精神 | 2 | 5 | 4 | 3.93 | 0.52 | 86.76 | 1 | 2 |

註：◎表經專家意見修正之題項，原始題目請參見附錄。

而在對於目前緩起訴處分的建議上，本研究依據深度訪談與焦點座談蒐集之資料整理為五項建議（如表 6-13 所示），而在德菲法調查中，此五項建議僅「毒癮戒除不易，應給予毒品施用者機會，因再施用毒品而撤銷緩起訴標準可再放寬」一項未達專家共識（僅 74.54%），其餘均具專家共識，並獲專家支持。

尤其「有效的戒毒治療，除維持療法外，仍需諮商輔導或方案輔助」此項建議，其支持程度達 4.70 分，且最小、最大值介於 4 分與 5 分之間，顯示所有受試專家均同意此項建議。其次的「毒品施用者緩起訴措施應依個案性質給予不同處理」之建議，支持程度亦達 4.10 分，而「各地檢署檢察官在適用或撤銷緩起訴標準不一，應有一致性規範」支持度亦達 4.07 分。

表 6-13 對毒品施用緩起訴處分建議之看法

| 題項 | 最小值 | 最大值 | 眾數 | 平均數 | 標準差 | 共識程度 | 共識程度排序 | 支持程度排序 |
|----------------------------|-----|-----|----|------|------|-------|--------|--------|
| 毒品施用者緩起訴措施應依個案性質給予不同處理 | 3 | 5 | 4 | 4.10 | 0.40 | 90.18 | 1 | 2 |
| 有效的戒毒治療，除維持療法外，仍需諮商輔導或方案輔助 | 4 | 5 | 5 | 4.70 | 0.47 | 90.08 | 2 | 1 |

| | | | | | | | | |
|--------------------------------------|---|---|---|------|------|-------|---|---|
| 毒癮戒除不易，應給予毒品施用者機會，因再施用毒品而撤銷緩起訴標準可再放寬 | 2 | 5 | 4 | 3.53 | 0.90 | 74.54 | 5 | 5 |
| 各地檢署檢察官在適用或撤銷緩起訴標準不一，應有一致性規範 | 2 | 5 | 4 | 4.07 | 0.58 | 85.66 | 3 | 3 |
| 考量醫療院所可承納情形，可擴大緩起訴適用對象 | 2 | 5 | 4 | 3.93 | 0.78 | 80.04 | 4 | 4 |

二、毒品施用之美沙冬維持療法

對於目前緩起訴制度中美沙冬替代藥物維持療法的看法，包括「現行維持療法有助於維持戒癮者正常生活」與「現行維持療法能有效降低海洛因使用量」兩項均具專家共識，且皆受受試專家支持。

表 6-14 對毒品施用者美沙冬維持療法之看法

| 題項 | 最小值 | 最大值 | 眾數 | 平均數 | 標準差 | 共識程度 | 共識程度排序 | 支持程度排序 |
|--------------------|-----|-----|----|------|------|-------|--------|--------|
| 現行維持療法有助於維持戒癮者正常生活 | 2 | 5 | 4 | 3.87 | 0.63 | 83.74 | 1 | 1 |
| 現行維持療法能有效降低海洛因使用量 | 2 | 5 | 4 | 3.80 | 0.76 | 79.97 | 2 | 2 |

關於美沙冬替代藥物維持療法，本研究依據深度訪談與焦點座談受訪者的意見整理出七項建議（如表 6-15 所示），除「接受美沙冬維持療法戒癮者如果另犯他罪判刑逾六個月而須入監執行者，應中止維持療法之治療」之建議不具專家共識外，其餘均具專家共識，並獲受試專家支持。

這些對於現行美沙冬替代藥物維持療法的建議，又以「除再犯率外，須重新界定評估維持療法成功與否的指標」最受專家支持，支持分數高達 4.23 分，其次是「應強化接受維持療法之毒品施用者的追蹤」，支持度達 4.10 分，而「現行維持療法之醫療人力不足，應增加醫療人力」之建議，支持度亦超過 4 分。

表 6-15 對毒品施用者美沙冬維持療法建議之看法

| 題項 | 最小值 | 最大值 | 眾數 | 平均數 | 標準差 | 共識程度 | 共識程度排序 | 支持程度排序 |
|-------------------------------|-----|-----|----|------|------|-------|--------|--------|
| 現行維持療法之醫療人力不足，應增加醫療人力 | 2 | 5 | 4 | 4.03 | 0.67 | 83.42 | 4 | 3 |
| ◎現行維持療法資源不足時，應將資源留給較有動機、可能戒毒者 | 2 | 5 | 4 | 3.87 | 0.68 | 82.38 | 5 | 5 |
| 應強化接受維持療法之毒品施用者的追蹤 | 3 | 5 | 4 | 4.10 | 0.40 | 90.18 | 1 | 2 |
| ◎接受美沙冬維持療法戒癮者如果另犯他 | 2 | 5 | 4 | 3.47 | 0.97 | 71.93 | 7 | 7 |

| 題項 | 最小值 | 最大值 | 眾數 | 平均數 | 標準差 | 共識程度 | 共識程度排序 | 支持程度排序 |
|------------------------------|-----|-----|----|------|------|-------|--------|--------|
| 罪判刑逾六個月而須入監執行者，應中止維持療法之治療 | | | | | | | | |
| 除再犯率外，須重新界定評估維持療法成功與否的指標 | 3 | 5 | 4 | 4.23 | 0.50 | 88.09 | 2 | 1 |
| ◎除美沙冬外，可擴大使用丁基原啡因做為鴉片類毒品替代藥物 | 2 | 5 | 4 | 3.93 | 0.58 | 85.17 | 3 | 4 |
| ◎除鴉片類外，可提供其他一、二級毒品施用者戒癮治療 | 2 | 5 | 4 | 3.83 | 0.70 | 81.77 | 6 | 6 |

註：◎表經專家意見修正之題項，原始題目請參見附錄。

三、毒品施用緩起訴處分之專家建議

受試專家在調查中除表達支持與否態度外，亦留下許多建議。在目前的緩起訴的維持療法上，專家多數同意「現行維持療法之醫療人力不足，應增加醫療人力」，更有專家具體建議，可於各縣市擇公立醫院全面試辦，以分散單一醫院的負荷。而在「現行維持療法資源不足時，應將資源留給較有動機、可能戒毒者」上，有專家認為確實在資源不足時需做如此分配，但亦有專家指出那些缺乏戒毒動機的成癮者，反而社會危害性更高，更應積極處理才是。

毒品施用者處遇及除罪化可行性之研究

至於「接受美沙冬維持療法戒癮者如果另犯他罪判刑逾六個月而須入監執行者，應中止維持療法之治療」此項建議並未獲受試專家支持，專家也指出既已入監，自無身癮戒治的需求，但也有不同意見指出，可在監所內實施丁基原啡因的替代藥物治療。

第六節 網路意見調查

前述研究發現皆係透過對實務工作者、專家與學者訪談或調查而蒐集之資料，為達成研究目標，廣蒐社會各界意見，本研究遂利用行政院研考會所經營之 Face Book「我的 E 政府/公共政策大家談/政策投手板 (<http://thinktank.www.gov.tw>)」粉絲頁進行公共意見調查，以了解一般社會大眾對於毒品施用者除罪化議題之態度。

考量網路調查特性以及網路受試者對於毒品議題的瞭解程度，本研究針對毒品施用者除罪化看法、除罪化影響與除罪化模式擬訂五個調查題目。自 101 年 10 月 24 日調查題目公告，至 101 年 12 月 22 日撰寫研究報告為止，調查期間共計 60 日，所蒐集的民眾態度如下所示。

一、對毒品施用者除罪化看法

在此部分設計有「根據調查資料顯示，毒品施用者再犯率甚高，請問您同不同意毒品施用是個人的選擇與權利」與「毒品施用並無受害者，不應以刑罰制裁」兩項問題，詢問填答民眾是否同意。所得調查結果如下表 6-16 所示：

表 6-16 民眾對毒品施用除罪化之看法

| | 同意 | 不同意 | 無意見 | 總計 |
|------------------------------------------|--------------|---------------|------------|----------------|
| 根據調查資料顯示，毒品施用者再犯率甚高，請問您同不同意毒品施用是個人的選擇與權利 | 26 18.98% | 108 78.83% | 3 2.19% | 137 100.00% |
| 毒品施用並無受害者，不應以刑罰制裁 | 8 12.12% | 57 86.36% | 1 1.52% | 66 100.00% |

毒品施用者處遇及除罪化可行性之研究

由上表 6-16 可見，對於「毒品施用是個人的選擇與權利」，有 78.83% 的民眾不予認同，同意者僅有 18.98%；而在「毒品施用並無受害者，不應以刑罰制裁」上，僅有 12.12% 民眾同意，而不同意者高達 86.36%。顯示一般民眾並不同意毒品施用是個人的選擇與權利，更不同意將毒品施用去刑罰化。

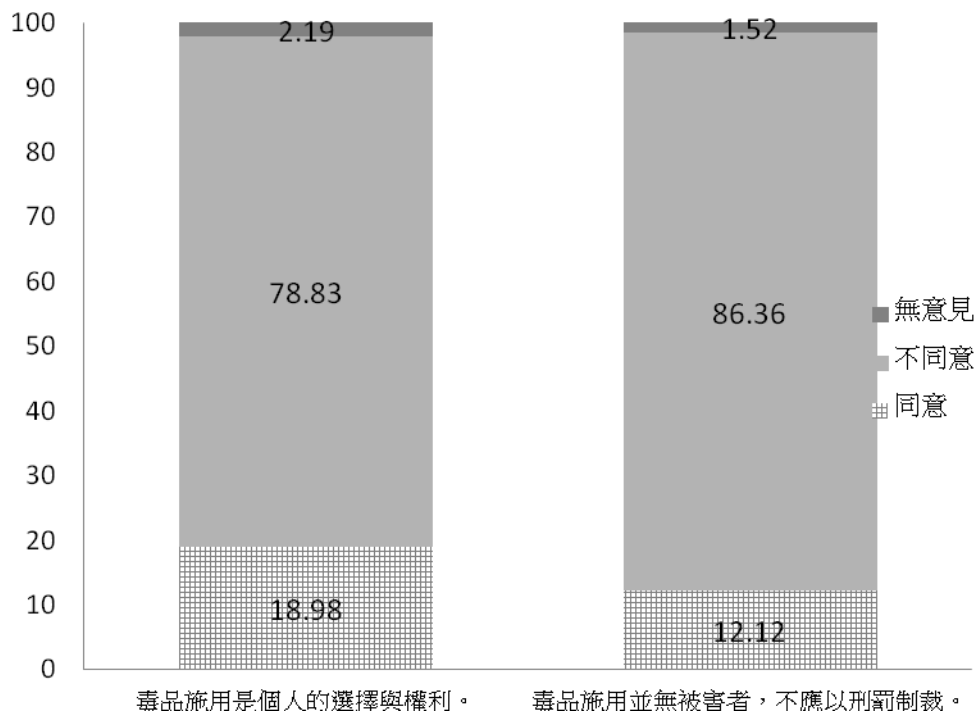


圖 6-1 民眾對毒品施用除罪化之看法

二、對毒品施用者除罪化影響的看法

在毒品施用者除罪化影響部分，本研究設計有正、負向影響題目，包括「毒品施用者常因籌措購買毒品的經費，而犯下其他犯罪行為，若將毒品施用除罪化，將可減少犯其他罪」與「毒品除罪化會使毒品施用者增加」兩項問題，詢問填答民眾是否同意。所得調查結果如下表 6-17 所示：

表 6-17 民眾對毒品施用除罪化影響之看法

| | 同意 | 不同意 | 無意見 | 總計 |
|-----------------------------------------------|--------------|--------------|------------|---------------|
| 毒品施用者常因籌措購買毒品的經費，而犯下其他犯罪行為，若將毒品施用除罪化，將可減少犯其他罪 | 3 5.36% | 53 94.64% | 0 0.00% | 56 100.00% |
| 毒品除罪化會使毒品施用者增加 | 46 86.79% | 5 9.43% | 2 3.77% | 53 100.00% |

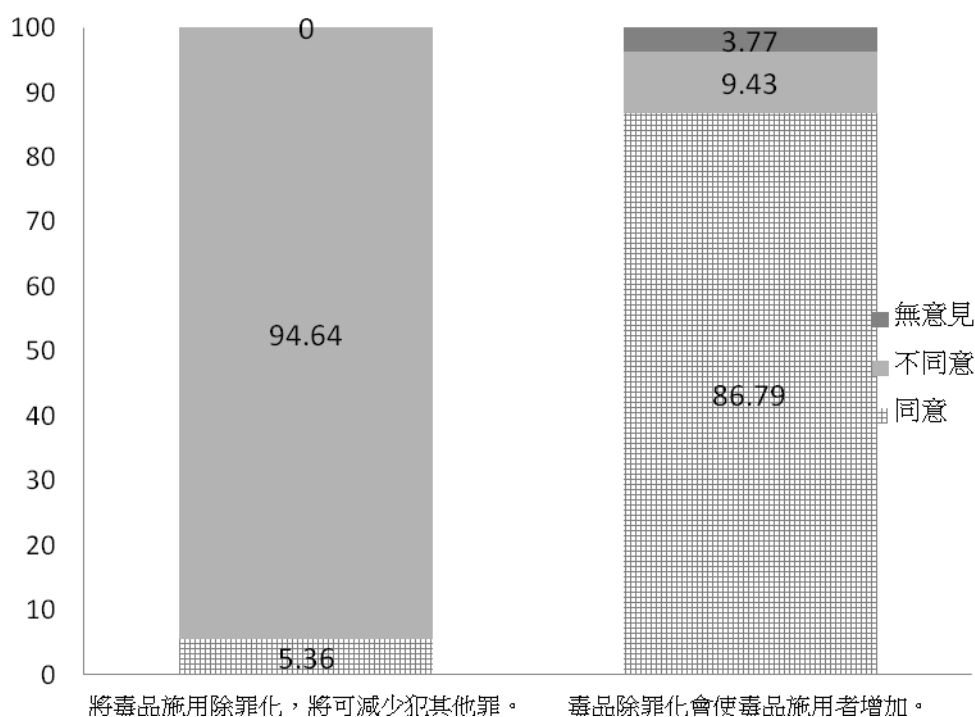


圖 6-2 民眾對毒品施用除罪化影響之看法

毒品施用者處遇及除罪化可行性之研究

由上表 6-17 可見，對於「將毒品施用除罪化，將可減少犯其他罪」，有高達 96.64% 的民眾不予認同，同意者僅有 5.36%；而在「毒品除罪化會使毒品施用者增加」上，有高達 86.79% 民眾表示同意，而不同意者僅有 9.43%。顯示一般民眾並不認為毒品施用除罪化將可減少施用者犯其他犯罪問題，且反而認為一旦毒品除罪化，將會使毒品施用人口增加。

三、對毒品除罪化／犯罪化方式的看法

對於毒品犯罪的除罪化與犯罪化方式，本研究詢問一般民眾若將施用者與製造、運輸、販賣毒品犯罪者區隔處理－對施用者改採治療模式，但對製造、運輸、販賣毒品犯罪者加重刑罰，民眾的態度。結果如表 6-18 所示，雖有 75.00% 的民眾不同意此方式，但表示同意者有二成多（22.73%）。

表 6-18 民眾對毒品除罪化之看法

| | 同意 | 不同意 | 無意見 | 總計 |
|-------------------------------------------|--------|--------|-------|---------|
| 對製造、運輸、販賣毒品犯罪者採取嚴刑峻罰手段，但對於毒品施用者應改以治療方式除罪。 | 10 | 33 | 1 | 44 |
| | 22.73% | 75.00% | 2.27% | 100.00% |

在此網路意見調查，可見一般民眾對於毒品施用除罪化多不表認同，且認為毒品施用除罪化將造成負面之影響；不過若將毒品施用者與製造、運輸、販賣毒品犯罪者區隔處理，對前者除罪化，對後者加重處罰，同意的民眾可達二成。

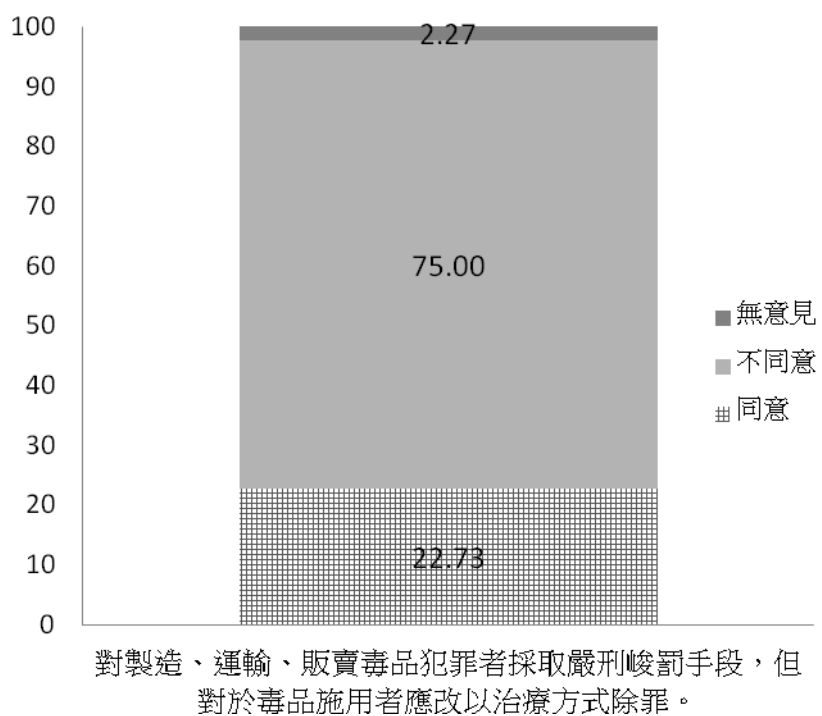


圖 6-3 民眾對毒品除罪化／犯罪化模式之看法

第七章 研究發現與建議

為檢視我國毒品施用者處遇現況及問題，本研究首先透過國內外文獻蒐集與分析，比較先進國家毒品施用者除罪化及其相關配套措施推動情形與成效；其次再針對實務工作者實施深度訪談與焦點座談；最後再透過前述方式所蒐集之資料建構德菲法問卷，對實務工作者與專家學者進行調查，以評估我國目前毒品政策與未來推動毒品施用者除罪化可行性，並建構相關配套措施。以下將各類研究方法所發現之結論與建議分述於本章第一節與第二節。

第一節 研究發現

一、我國毒品施用者處遇現況及問題

我國自 1998 年實施毒品危害防制條例，對毒品初犯採「除刑不除罪」之刑事政策，使毒品犯罪入監人數一度驟降，但毒品施用者對毒品的依賴難以透過觀察勒戒、強制戒治或監禁等方式戒除，毒品施用者往往於監禁釋放後再度染毒，毒品施用問題係當前國內嚴重的犯罪議題。茲就研究發現分述如下：

（一）毒品施用狀況與問題

有關毒品施用狀況與問題分述如下：

1、毒品施用狀況

本研究經深度訪談發現，吸毒者初次吸毒原因主要受朋友影響，施用第一次用海洛因的感覺並不一致，有負面反應，亦有人有輕鬆、輕飄飄的感覺；施用一段時間因大腦受到影響，會成為一種疾病；但有專家表示施用初期可控制，但因違法問題而不敢就醫。而藥頭與毒友為再犯主因，且毒品犯罪黑數仍高；毒品施用者的人際關係會以毒

友為主。第一、二級毒品施用者因自身的需要，會主動尋找販賣者，不同於第三、四級成癮性較低，是由販賣者向下推銷，因此，第一、二級毒品與第三、四級毒品行銷方式不同。現行毒品的販賣與施用者是種連動的網絡關係，因此，毒品施用者與販賣者間之關係錯綜複雜。

2、施用毒品衍生之問題

本研究發現吸毒者施用毒品會衍生之問題包括：造成家庭問題，家人不勝其；在醫療問題方面，毒品吃到後來，身體會有嚴重傷害；會有工作問題，且有人不敷出的經濟問題；另外，三四級毒品管制寬鬆，吃K好像是全民運動，會有新增毒品人口問題，不趕快處理，以後就會像安非他命一樣；毒品通報問題方面，教育體系都比較不願意通報。在毒品類型方面，當前第三、四級毒品施用者年齡逐漸下降、人數迅速增加，且因幫派與中輟生結合，而進入校園。從戒毒、處遇甚至查緝，現在增加幅度最大的是三級。

3、施用毒品與犯罪問題

本研究經焦點團體座談發現，施用者最後大多變成販毒者，因為施用毒品後逐漸成癮，致無法正常工作，在缺乏金錢購買毒品的情況下，進而衍生出竊盜、搶奪等犯罪行為，因此販賣毒品吸毒者與犯罪之關聯性高。另外，毒品再犯仍然偏高。

（二）毒品執法狀況與問題

我國針對毒品施用者之刑事政策變化很大，檢警人員在此背景下面臨毒品執法狀況與問題之研究結果分述如下：

1、檢警人員在毒品執法狀況

本研究深度訪談發現，警察在毒品查緝策略上，基本是從施用者身上著手，向上找販賣者。策略上警方會從毒品施用者的手機通聯紀錄中，追查出販賣者。現行刑事政策仍視毒品施用者為「治安顧慮人口」，並未全然視為「慢性病患」，因此，對於毒品施用者防範嚴密，同時亦加強其監控，針對治安顧慮人口定期訪查驗尿。

2、毒品查緝之困境

本研究經深度訪談發現，現行沒有毒品查緝專責單位，且無分析單位，反而是各單位如多頭馬車，處理自己轄區的案件。現行法律規定，將第三、四級毒品施用者除罪化而採行政罰，抓到施用者無法強制驗尿，增加毒品查緝及定罪上的困難，更使警方不易追查販賣者，造成查緝困難。且由於刑事訴訟法修法，關於證據能力及證明力日趨嚴格，造成販賣毒品等重罪在法庭上定罪較為困難。另外，現行通訊科技進步，會逐步增加警察查緝毒品技術上的困難。

（三）毒品矯治狀況與問題

目前我國針對毒品施用者採取「病犯」觀點之刑事政策，認為毒品施用者乃罹患慢性疾病，需要長期維持治療，故採用替代療法，此種視毒品施用者罹患慢性疾病之觀點，已成為主流思維，惟一開始介入處理之執法者並非醫護人員，仍為傳統刑事司法人員，自 2004 年起，刑事司法體系正式承接毒品犯之觀察勒戒及強制戒治工作，機構內毒品犯之戒治與處遇更顯重要。法務部復於 2011 年 10 月整併勒戒及戒治處所，目前全國有新店、臺中、高雄及臺東等四所獨立戒治所，編列相關戒治醫療費用，以個案管理模式，強化毒品施用者之處遇，同時亦發展適合我國國情之本土化戒治模式。本研究就毒品矯治狀況與問題分述如下：

1、勒戒及戒治之處遇治療成效

本研究發現：觀察勒戒所的「施用傾向評估表」正確性不夠客觀；觀察勒戒與強制戒治等同在監執行、戒治所常因資源多寡及師資的授課品質，而影響戒治處遇成效。

2、監獄相關毒品處遇措施成效

本研究經深度訪談發現，監獄單純施以監禁，增加再犯機率，且由於毒品施用者刑期不長，但監禁比率偏高，對毒品施用者應使用替代方案，使監獄有較多空間關重罪者；現行制度雖將毒品施用者視為

病犯，但治療的機構卻設置在監禁的環境中，多少會增加個案抗拒，進而影響治療的效果。因此，現行結構下應加強監獄毒品犯接受專業處遇的量跟質。監獄應透過專業師資幫助施用者培養謀生技能。

3、專業治療人力及可用資源

人力的問題及資源嚴重不足導致真正被服務的個案是有限的，服務的品質也大受影響。

(四) 毒品施用者戒癮治療狀況與問題

目前各縣市成立毒品危害防制中心之目的，除了增加矯正機關戒毒資源外，也提供毒品施用者、家屬及社會大眾透過相關資訊及管道，瞭解毒品危害及可行解決方法，提高戒癮意願並積極採取行動主動尋求援助，達到全面防制毒品與維護社會治安之目的，茲就毒品施用戒癮治療之研究結果分述如下：

1、美沙冬療法僅維持生活功能

本研究經深度訪談發現，現行的美沙冬替代療法，實際上只能維持施用者的生活功能，並不能完全取代第一級毒品海洛因。

2、現行治療人人有份但份量不足且效果不一

美沙冬維持療法效果不一，但緩起訴附戒癮治療者效果最好，其中以緩起訴個案的遵從性效果最好，留在治療的時間愈久，成效愈好。依現行制度，施用者因緩起訴而使其受到刑事司法的監控，所以會讓他們願意接受替代治療，進而有接觸醫療的機會，增加社會復歸的可能性。

3、醫療資源有限，應提供予有戒癮動機之毒品施用者

替代療法針對嚴重鴉片類藥物成癮者施以治療，若毒品施用者本身無強烈動機，效果不彰，應將有限資源提供予動機強之毒品施用者。

4、替代療法成本高且缺乏海洛因以外毒品的治療方式

醫療院所是否能承擔這麼龐大的醫療需求是個大問題。

(五) 毒品施用者社會復歸處遇現況與問題

有關毒品施用者社會復歸現況與問題研究結果分述如下：

1、加強社會監控，發揮觀護功能，可提高更生機會

本研究深度訪談發現，警察在協助施用者復歸策略上，是將剛出獄的施用者納入治安顧慮人口定期訪查驗尿，加強社會監控。發揮觀護功能，投注更多的陪伴與支持，可提高更生機會，減少復歸社會的困難，進而提高更生成功的機會，衛生醫療社工亦採取同樣之看法。

2、再犯原因多因意志力不夠堅定

毒品案件之累、再犯人數高，主要原因是意志力不夠堅定、心魔難敵。朋友一有邀約即隨之而去，再者則是心存僥倖而施用。

3、遠離現在環境係社會復歸成功重要關鍵

從對毒品施用者評估其順利復歸社會之更生目標分析可知，個案對於「遠離現在環境」的成功，視為個人更生成功的重要依據。

4、提供支持網絡，協助擺脫環境的不良因素

社會要有很好的支持網絡，讓毒品施用者即使不回原生家庭，還是可以在社會生存

5、醫院與毒防中心人力不足是最大困境

現今國內司法醫療資源嚴重不足，且專業人才流動率高、培訓不足，使施用者出機構後與社會銜接有困難。而且在與毒品施用者共同工作的經驗上，無論在醫院或毒防中心等服務，人力不足是最大困境。

6、各縣市政府成立毒品危害防制中心，但執行效果不彰

在法務部強力主導下，各縣市政府依循法務部之規劃與指導，已成立毒品危害防制中心，惟囿於人力與經費，服務品質有限，且毒品施用者追蹤不易，執行效果不彰。

7、毒品施用者處遇社會資源網絡間之合作情形不佳

現行制度與毒品施用者共同工作的單位很多，但彼此合作卻有限，導致許多工作不斷地重複，無形增加工作者的負擔，同時也增加毒品施用者及其家人的困擾，因此建立常規的合作平台是必要的。

8、醫療機構承接藥癮治療之意願與能力不佳

目前替代療法面臨複雜收費之困境，醫療機構有營運成本之考量，導致承接意願與能力不佳

(六) 毒品施用處遇政策狀況與問題

1、治療與刑罰立場不同，致檢警常遭受阻礙施用者復歸社會之誤會

本研究深度訪談發現，替代療法係基於治療慢性疾病之觀點處遇毒品施用者，而檢警乃追緝犯罪之機關，雙方立場即有不同。而警察常需到衛生單位佈線抓毒品販賣者，但易被誤會為阻礙醫療單位幫助毒品施用者復歸社會。

2、現行治療機構設於監禁的環境中，影響治療效果

現行制度雖將毒品施用者視為病犯，但治療的機構卻設在監禁的環境，這多少會增加個案的抗拒，進而影響治療的效果。

3、毒品政策發展快速

1998年公佈施行毒品危害防制條例，迄今修法變動快速，以使觀察勒戒、強制戒治和緩起訴替代療法等處遇措施之推動，尤其是推動緩起訴替代療法後，於2008年毒危條例修正後，初犯才可用替代療法，五年內再犯亦可接受替代治療。目前毒品政策係有條件的除刑不除罪，但有走向刑罰的趨勢。

4、美沙冬替代療法有效，但有爭議

美沙冬替代療法確實有效降低海洛因使用量，但替代療法存在法律邏輯矛盾且有爭議；替代療法應是選項之一而非唯一方法。

二、先進國家毒品施用者除罪化及其相關配套措施推動情形與成效

（一）研究國家毒品施用除罪化與犯罪化模式

本研究所謂的毒品施用除罪化，係針對施用毒品為臺灣之一級或二級毒品而不以刑罰處法者，本研究蒐集臺灣、美國、英國、荷蘭、澳洲、葡萄牙、新加坡和日本等八國，針對施用「一或二級毒品」除罪化或犯罪化有不同政策模式，歸納出四個主要模式為：（1）除罪化模式：如葡萄牙、英國、澳洲首都地區；（2）部份除罪化模式：如荷蘭、澳洲首都以外地區、美國華盛頓州和科羅拉多州；（3）除刑不除罪模式：如臺灣；（4）犯罪化：如美國、日本和新加坡。

（二）影響各國毒品施用除罪化與犯罪化因素

對於毒品施用處法無論是採取何種模式，毒品施用除罪化與犯罪化是長久的政策發展過程，有其深遠的影響因素存在，本研究歸納研究國家毒品施用政策模式之影響因素如下：

就除罪化或部分除罪化國家而言，影響其毒品施用除罪化主要的原因為：（1）對毒品施用的觀點：均採醫療衛生模式，強調人性化處遇；（2）解決毒品施用衍生的疾病問題：葡萄牙 1990 年代毒品與 HIV 感染嚴重問題，1985 年澳洲深受 HIV/AIDS 流行的威脅；（3）成癮物質背後的經濟效益：此為 19 世紀末殖民地時代鴉片氾濫的主要原因，20 世紀後在國際壓力下，多數國家對於一級或硬性毒品大都禁止施用，但對於二級/軟性毒品的大麻，則有部分國家或每美國的少數州，將其視為風險性較低娛樂物質，而採取限制性合法化的政策，如荷蘭、澳洲和美國的華盛頓州等屬之。

就犯罪化國家而言，影響其將毒品施用犯罪化，主要的因素為：（1）：傳統刑事政策取向：美國、日本和新加坡對於毒品施用之政策取向為道德模式，因此，對於毒品施用的刑事政策採犯罪化模式；（2）

毒品氾濫使政策趨嚴：採道德模式國家的美國和新加坡，在面臨嚴重的毒品問題時，在政策上與醫療衛生模式國家迥然不同，其對抗毒品的政策為嚴格取締或將毒品施用刑罰化；（3）國際反毒力量：由 19 世紀末的鴉片和毒品雖然帶來龐大的經濟利益，卻衍生嚴重的成癮問題，透過國際反毒會議，迫使荷蘭、英國和新加坡等國家，通過反壓片法，禁止販賣和施用。

（三）毒品施用規範與除罪化或犯罪化毒品類型

1、毒品施用規範

無論毒品施用採何種除罪化或犯罪化模式，各國均有規範毒品施用相關法律，以禁止或限制管制藥品的使用，如：葡萄牙的 Decree-Law 183/20012、英國的 1971 年藥物濫用法、荷蘭和日本的鴉片法和我國的毒品危害防制條例等。

2、毒品分級

多數國家依藥物成癮性、濫用性及對社會危害性分類或分級，如：（1）分類國家：澳洲分為管制藥品與非法毒品、荷蘭分硬性與軟性毒品；（2）分級國家：英國和新加坡分 A/B/C 三級、我國分 1~4 級、美國分 1~5 級。日本最為特殊，並未將毒品分級／分類，而是一種管制藥品／毒品就有專屬的一法律，例如：覺醒劑取締法，就僅規範覺醒劑使用限制、處罰規定等。

3、除罪化毒品類型

除罪化國家（如葡萄牙、英國等）不以刑罰處罰毒品施用，均建立一套毒品施用除罪化的規範、管理和處遇模式，而非不予規範和管理。部分除罪化國家（如荷蘭、美國華盛頓州和澳洲首都地區以外）其除罪化毒品類行為大麻，亦建立因應除罪化的管制措施。

4、除罪化執行方式

對於違反規定之毒品施用行為改採行政罰（葡萄牙、澳洲首都地區、英國等）。

5、除罪化/部分除罪化管理規範

（1）限制合法持有毒品數量；（2）在有效醫師處方之下可以施用管制毒品；（3）禁止於公共場所施用毒品；（4）限制施用者年齡或對象（如荷蘭排除外國人）；（5）限制大麻濃度；（6）對業者檢驗和抽稅；（7）成癮者戒癮治療；（8）實施減害計畫。

（四）除罪化配套措施

在葡萄牙、英國、荷蘭、澳洲等毒品施用除罪化或部分除罪化國家，除上述毒品施用規範、毒品分級/分類和執法上的作為，仍須有其他配討措施，以處理毒品施用的問題，其主要作為包括：（1）國家毒品政策以衛生醫療為核心，毒品政策由衛生部或內政部主導；（2）健全相關立法與規範；（3）明確規範合法與違法持有毒品規定；（4）成立專責推動毒品政策機構；（5）推動減害計畫；（6）落實戒癮治療；（7）重視成癮照護與重建復歸；（8）推動早期介入和轉介；（9）執行治療監督與毒品檢測；（10）深化和落實毒品預防；（11）複雜家庭或麻煩成癮者照顧計畫等。因此，臺灣如欲推動毒品施用除罪化政策，這些配套措施應列於毒品政策中，並逐步建立。

（五）毒品施用者處遇

1、聯合國毒品與犯罪問題辦公室（UNODC）

聯合國對藥物依賴基本上採取醫療模式，對於施用者處遇以「解毒治療」及「復發預防」兩個主要目標。

2、減害計畫

實施減害計畫，避免毒品傳染 HIV/AIDS 和其他疾病，無論是除罪化或犯罪化國家，對於成癮者戒癮治療為聯合國與多數國家主要政策之一；如：臺灣、美國、英國、荷蘭、澳洲、葡萄牙等國的替代療

法和針具交換計畫；日本毒品問題以安非他命及搖頭丸（MDMA）吸食為主，無因共用針頭而感染愛滋的問題，因此相關減害處遇措施非主要處遇政策。

3、多元化戒癮治療

聯合國 UNODC 主張藥物依賴性治療需要採取綜合/多學科/結合藥理學和社會心理學干預措施，戒癮治療較成熟的英國、澳洲等國家，大都採多元戒癮治療方案，包括：戒毒處遇之建議及資訊、清潔針具交換計畫、諮商輔導、心理治療、結構式之日間照護計畫、社區處方藥箋（含替代療法）、住院式之戒毒處遇、固定居住型之康復處遇。以符合不同特性戒癮者的需求，提高戒癮治療的品質和效果。

4、階段性戒癮治療

為使戒癮資源能夠妥善被運用，同時兼顧戒癮者的需求，經過對戒癮者的評估後，澳洲的戒癮治療採用二階段三層級戒癮治療，英國則有四階段戒癮治療制度。

5、從司法到社區都存在戒癮治療

無論是臺灣或犯罪化國家，仍有部分成癮者被監禁於矯治機構，機構內受刑人的戒癮治療較為不足；而除罪化或部分除罪化國家，則較重視從司法體系到社區的戒癮治療，包括：以社區處遇代替刑罰的戒癮治療和受刑人戒癮治療與復原服務等。

（六）政策效果

1、除罪化/部分除罪化國家政策效果

（1）毒品施用人口獲得控制（葡萄牙、荷蘭、澳洲）；（2）健康與疾病問題減少（澳洲）；（3）施用毒品死亡人數下降（葡萄牙、荷蘭、英國、澳洲）；（4）戒癮治療呈現效果（英國、澳洲）。

2、犯罪化國家政策效果

毒品施用者處遇及除罪化可行性之研究

(1) 毒品施用人口獲得控制（新加坡和日本）；(2) 更生輔導獲得效果（新加坡）；(4) 就業輔導落實（新加坡）；(5) 以支持和治療計畫打斷施用者在司法體系循環（美國）；(6) 將物質施用障礙治療整併入醫療照護體系有顯著進展（美國）；提供戒癮治療（新加坡、美國）或自願者戒癮治療（日本）。

(七) 除罪化/部分除罪化面臨問題

1、除罪化或部分除罪化國家

主要面臨問題包括：(1) 毒品處遇和相關支出經費龐大（英國、澳洲、葡萄牙）；(2) 毒品人口和發現毒品量仍高（英國）；(3) 大麻分級或除罪化仍存在爭議（澳洲、荷蘭）；(4) 大麻持有/施用量和場所管理問題（荷蘭）；(5) 組織犯罪邊境犯罪問題等（荷蘭、葡萄牙）。

2、犯罪化國家主要面臨問題

(1) 毒品施用問題仍然嚴峻（美國）；(2) 毒品施用量刑與人權問題（美國）；(3) 反毒成本昂貴（美國）；(4) 施用者汙名化（美國、日本、新加坡）；(5) 監所缺乏解決 HIV 問題政策（美國）；(6) 新興毒品查緝和治療問題（新加坡）；(7) 年輕毒品施用人口增加（新加坡、日本、美國）；(8) 組織犯罪（日本）；(9) 監禁機構戒癮治療不足（日本）。

三、毒品施用除罪化可行性評估及相關配套措施

(一) 同意除罪化前應考量相關條件

除罪化應有相關條件配合始可進行，依據專家的支持度應考量的相關條件依序有：(1) 司法、衛生與醫療人力的完善程度；(2) 完善的法律制度；(3) 成癮者的社會復健機制；(4) 毒品施用本身對社會、家庭及個人等影響程度；(5) 衛生醫療設施之配合程度；(6) 國際毒品施用之治療趨勢；(7) 總體經費配合程度；以及(8) 民眾對除罪化的接受程度。

（二）毒品施用除罪化可行性評估

有關毒品施用除罪化之可行性，深度訪談研究發現，需要考慮民眾接受程度、社會氛圍與國情文化，其條件首先要評估後續的配套措施、人力是否完善，其次要評估國家是否有進行除罪化的能力。深度訪談研究發現，考量國情文化，目前毒品除罪化應不可行，且除罪化前需先評估配套措施、人力是否完善，另外，亦應評估國家是否有進行除罪化的能力。焦點團體研究發現，現行模式符合臺灣社會需求。仍需以司法強制力作為後盾。緩起訴除刑不除罪已符合除罪功能。要落實現行制度的設計。機構引進社會資源、志工，可複製社會團體成功模式，如花蓮晨曦會。綜合上述研究發現，本研究再透過德菲法與網路意見調查，研究發現支持現行毒品施用者處遇模式，現行的除刑不除罪模式，與保守的刑罰化模式以及開放的部分／完全除罪化模式相較，較為德菲法專家支持(共識程度達 83.10%)，且德菲專家同意現有的緩起訴附命戒癮治療已趨向除罪化精神，因此本研究認為現行模式符合臺灣社會需求。

（三）除罪化所需之配套措施與網絡合作

1、衛生醫療方面

受訪專家高度同意除罪化應有下列措施配合，依支持度依序是：
（1）落實施用者之諮商與心理輔導；（2）建立符合個案需求之治療與處遇措施；（3）增加藥癮醫療的人力與能力，以強化戒毒門診功能。

2、社會復歸方面

受訪專家高度同意除罪化應有(1)毒品施用者家庭支持方案與(2)毒品施用者之職業訓練與就業輔導支配合，以利毒品施用者復歸社會。

3、加強社會教育及宣導

雖將毒品施用除罪化，受訪專家認為仍應加強毒品議題的社會教育與宣導工作，以避免造成毒品施用人口增加。

毒品施用者處遇及除罪化可行性之研究

4、加強強制力與監控機制

雖將毒品施用除罪化，受訪專家認為仍需加強毒品製造、運輸與販賣之查緝，以及提高製造半成品之處罰。並且要將監控機制與驗尿機制予以法制化，以強制力做為毒品施用者治療或其他處遇的後盾。

5、強化毒品業務的合作平台

受訪專家認為毒品業務橫跨不同機關，須強化合作平台，以使工作收事半功倍之效。

（四）除罪化後之監控問題：

- 1、緩起訴處分無法律規定，需法制化取代現行內規。
- 2、除罪化後無法落實驗尿。
- 3、警察監控無法源依據、衛生醫療單位監控無力道。

（五）其他毒品政策建議：

- 1、現行處遇措施需法制化。
- 2、明定初犯與自願治療者可除刑接受治療。
- 3、賦予檢察官處遇裁定權。
- 4、賦予施用者接受治療請求權。
- 5、法制化監控機制：

如果除刑不除罪，要在毒危條例中規定如何監控、治療施用者，這樣才可能讓他接受治療。

6、修改毒品危害防制條例：

才能真正將施用者獨立出來，予以需要的醫療，而罰則要納入是否接受治療的考量，而其他的相關法令亦須一併修改。

- 7、以多元指標徹底評估毒品政策效益。

8、維持療法可以設計的更彈性。

9、機構引進社會資源、志工，複製社會團體成功模式建立治療性社區。

10、毒品犯都是妻離子散，家庭破碎，需推動家庭支持方案。

11、增加中途之家，協助導正觀念，提供支持。

12、中途之家的使用時間要提前：

出監前半年、一年進入中途之家，接受療程，使個案在出獄前接受，可以建構他們的生活能力與觀念，使將要出監之人到另一個環境切換，避免回到原先的朋友圈。

四、推動毒品施用者除罪化須配套調整相關法制

本研究藉由對實務工作者實施深度訪談與焦點座談，再透過前述方式所蒐集之資料建構德菲法問卷，對實務工作者與專家學者進行調查發現，多數受訪者認為醫療模式固係有效解決毒品施用者藥癮問題之方法，但亦強調若欠缺具法律效果之強制力，毒品施用者難以配合，則治療效果有限。亦即，惟有以法律之強制力作為後盾，才能提升治療意願、配合度，進而提高醫療處遇之成效。換言之，受訪者不樂見司法機關全面自毒品防制戰場撤守，而由衛生醫療機關獨扛抗制毒品氾濫之重責大任。

我國若推動毒品施用者除罪化政策，勢必大幅廢除、修改現行法令中以刑罰模式處理施用毒品行為之規定，若未同時設計一套周延之監控制度，恐將減弱法律之強制效果，不僅與專家意見相左，實際上亦窒礙難行。而設計周延之監控制度，必須配套調整相關法制。

另本研究蒐集除罪化和部分除罪化國家毒品政策和規範發現，毒品施用除罪化後更需要建立一套毒品施用除罪化的規範、管理和處遇模式，亦非不予規範和管理。由於對毒品施用採衛生醫療模式，反而更須訂定周密之法令規範，以避免毒品氾濫和過度施用毒品。例如：

(1) 重新釐定嚴謹之毒品分級制度(如英國)或以毒品風險來區分合法管制或非法毒品(如:澳洲首都地區);(2)對於施用毒品改採行政罰(葡萄牙、澳洲首都地區);(3)禁止於公共場所施用毒品;(4)限制合法持有毒品之數量(如葡萄牙、澳洲),俾防範販賣、運輸及轉讓毒品;(5)在有效醫師處方之下可以施用管制毒品(如英國),使醫療模式得以廣泛運用;(6)限制施用者年齡,以避免青少年濫用毒品;(7)基於健康因素之考量,限制毒品(大麻)濃度;(8)對業者(如大麻咖啡店)檢驗和抽稅(如荷蘭、美國華盛頓州);(9)除罪化後毒品戒治主管機關之法制化等。我國若推動毒品施用者除罪化政策,可以上述國外經驗為借鏡,配套調整相關法制,俾有效提高醫療模式之成效。

五、我國若推動毒品施用者除罪化之社會影響評估

(一) 除罪化可能的負面影響

深度訪談研究發現,施用者家人首當其衝,最先受到影響的將會是施用者的家庭,可能不勝其擾,也可能不知向何處求助。會使毒品問題更加嚴重,使施用者成長。毒品具有進階性,拉K如同全民運動一般,衍生犯罪問題。增加警察在查緝毒品販賣者上的困難,在查察施用毒品的策略上,警察是從吸毒者往上追,可利用刑法減刑使其供出上游,除罪化後警察公權力隨即退出施用者,增加警察在查緝毒品販賣者上的困難。除罪化後,警察喪失對施用者的公權力,亦將從施用者的戒治處遇網絡退出。醫界承接藥癮治療的意願及能力不足。除罪化後,緩起訴接受替代療法者會流失,依照現行制度,因為刑罰還在後頭支撐,所以會讓他們願意接受替代治療。除罪將缺乏強制性,影響治療,醫療可以幫助施用者,但缺少法律的強制力,單就醫療的力量難起作用。焦點座談專家認為毒品除罪化需考量文化差異與民眾支持度、需考量司法制度上差異、需國際趨勢之改變,另躁進毒品除罪化會破壞現有成效。尤其本研究在對於一般民眾實施網路意見調查上發現,有 86.36% 民眾認為應以刑罰制裁毒品施用行為,並有 75%

民眾不同意對製造、運輸、販賣毒品採嚴刑峻罰，而對毒品施用改以治療方式除罪，雖接受調查人數有限，但此結果仍顯示對於毒品施用除罪化議題反對者眾。綜合言之，深度訪談及焦點座談發現毒品除罪化會有下列問題：（1）缺乏監控力；（2）增加查緝困難；（3）行政罰執行率低；（4）毒品施用升級；（5）造成毒品氾濫；（6）醫療無法有效介入；（7）健保無法給付。

雖然認同除罪化有正向影響，但除罪化亦可能有負面影響。依據現有條件，德菲法專家預想除罪化的負面影響支持度依序是：（1）缺乏司法強制力將無法監控毒品施用人口；（2）缺乏司法強制力將增加毒品查緝上困難；（3）缺乏司法強制力施用者接受治療意願下降；（4）僅採行政罰，會使戒毒執行效率降低；（5）缺乏監控與強制治療機制，造成家庭經濟負擔、人際衝突等問題；（6）造成毒品施用升級與氾濫；（7）容易衍生其他犯罪問題；（8）若施用人口增加會造成國家生產力下降；（9）若戒毒人口增加，醫療機構恐無法承受大量戒癮人口。

（二）除罪化可能的正面影響

深度訪談研究發現，司法資源轉向，警察可用於偵查其他犯罪，監獄有較多的空間關重罪者。可紓解監獄超收問題。可降低對毒品施用人口生活的影響。除罪化後由國家提供毒品，可能使與毒品相關犯罪下降。焦點團體座談專家認為除罪之前要有配套，觀念要改變，尤其是刑事司法體系與醫療體系，且衛生署要出面負責，並設置5年以上的緩衝期，以將人員、經費做移撥。另，德菲法專家同意除罪化將有助於紓解目前監獄超額收容之問題，並可降低因監禁處遇而對毒品施用者生活所造成影響，只是一旦成癮即無法正常工作與維持正常生活，即使除罪化也無法改變此情況。

第二節 研究建議

一、立即可行建議

(一) 毒品查緝執法方面，強化檢警合作，以有效查緝毒品（主辦機關：法務部；協辦機關：內政部）

毒品施用除罪化國家（如：英國和葡萄牙等）毒品氾濫仍為重要社會問題，本研究德菲調查結果亦顯示，「毒品施用除罪化會使毒品施用升級、氾濫」可能帶來的負向影響，以及「若除罪化，須加強毒品製造、運輸、販賣之查緝，以及提高製造半成品之處罰」之配套措施，為所有受訪專家高度共識與支持；顯示如果毒品施用除罪化，對於社會對於毒品可能氾濫的憂慮將更為提高，法務與警察機關要有更積極且有效的毒品查緝作為；透過檢警合作加強緝毒，以有效阻斷毒品市場。由於如何有效「強化毒品查緝執法」將成為法務與警察機關所必須面對的問題，亦建議法務與警察機關就相關議題深入研究。

(二) 緩起訴附命戒癮治療

1、建立彈性或多元的戒癮成效指標，賦予檢察官處遇裁定權（主辦機關：法務部；協辦機關：行政院衛生署）

本研究深度訪談與德菲調查結果顯示，對於現行美沙冬替代藥物維持療法的建議，以「除再犯率外，須重新界定評估維持療法成功與否的指標」最為受訪專家支持且達高度共識；由於毒品的高度成癮性，各國對於毒品施用者戒癮效果和機會多採彈性或多元配套措施，如：澳洲對於戒癮者於治療期間如繼續違規使用藥物、未接受安排諮商或尿液檢測等違反規定者，將會遭受一天的監禁刑罰，累積到一定天數後才會入監執行。刑事司法體系需與社會、醫療支援整合，方能對毒癮者產生戒癮成效，因此，可賦予檢察官保有彈性運用的空間，對一再反覆施用毒品者，給予較長時間和多元方案的治療，以助其恢復正

常生活。例如：以毒品施用者延緩施用毒品的努力、觸犯他種犯罪比例、社會功能維持情況等，作為繼續接受替代療法的條件，進而鼓勵其持續戒除毒品的信心。

2、專業戒癮治療人才訓練，以落實處遇效果（主辦機關：行政院衛生署；協辦機關：教育部、法務部）

毒品具有高成癮性，施用後對於個人身心均會產生重大影響。從各國毒品施用者治療與處遇政策中可發現，無論是主張社區處遇的英國和美國，或者是採取監禁的日本，均設有心理或精神科專業人員，對毒品施用者實施心理治療或精神治療的處遇計畫；我國對於毒品施用者之勒戒或戒治毒癮政策，無論是採用治療或隔離監禁模式，均須加入心理與精神醫學專業人力，方能落實處遇效果。

2009年12月3日，荷蘭成癮專科醫師在Radboud University Nijmegen完成成癮醫學專科訓練，包括理論和實務階段，此一專科訓練是歐洲第一個專科訓練。同時，也展開成癮心理師的專業訓練。在2008年建立專業官方網站（www.verslavingskundeplein.nl），為所有毒品預防、治療和照護以及毒品政策專家舉辦虛擬會議（Buisman 2009）。本研究德菲調查結果亦顯示，朝向毒品施用除罪化政策發展，醫療人力專業培訓，為不可或缺的一環。

3、提高維持療法服務之便利性，以符合戒癮者實際需求（主辦機關：行政院衛生署；協辦機關：各縣市衛生局）

各國毒品施用處遇分析發現，除日本因主要毒品為安非他命，鴉片類毒品成癮為多數國家問題，而替代藥物維持療法成為主要治療措施；2010-2012年間我國有18家藥癮戒治核心醫院、79家藥癮戒治診所等共107家醫療院所加入美沙冬維持療法服務，未來如朝向除罪化努力，美沙冬或其他替代藥物維持療法的服務需求量將持續提高，實有必要提高維持療法服務的便利性，無論是服藥時段做適度之調整與增加給藥之地點，讓美沙冬服用者不用再工作地點與醫院之間奔波，以符合戒癮者實際需要。

4、賦予毒品施用者自願接受治療之請求權，強化戒癮意願，降低毒品再犯（主辦機關：法務部）

現行毒品危害防制條例第 24 條第 1 項規定：「本法第 20 條第 1 項及第 23 條第 2 項之程序，於檢察官先依刑事訴訟法第 253 條之 1 第 1 項、第 253 條之 2 之規定，為附命完成戒癮治療之緩起訴處分時，或於少年法院（地方法院少年法庭）認以依少年事件處理法程序處理為適當時，不適用之。」依此規定，無論係初犯施用第一、二級毒品案件抑或 5 年內再犯施用第一、二級毒品案件，檢察官斟酌適當，偵查結果，認為被告具有留置於戒癮體系之高度意願，且案件符合緩起訴要件及「毒品戒癮治療實施辦法及完成治療認定標準」，得不聲請法院為觀察勒戒之裁定或起訴，而採附命完成戒癮治療之緩起訴處分。此項規定，係從檢察官處理案件之角度規定，至於被告是否有請求自願接受戒癮戒癮治療之權，並無明文規定。實務上亦從檢察一體之觀點，下達提高附命完成戒癮治療之緩起訴比例之要求，藉以推廣戒癮治療之實施成效。本研究依據德菲法研究專家之共識，建議透過法律的修正，於毒品危害防制條例中，明定受觀察勒戒或強制戒治之被告「得」請求機構提供戒癮治療，讓毒品施用者在觀察勒戒或是強制戒治的期間，只要當事人有意願接受積極的治療，司法檢察機關可再為緩起訴或經過兩年的監控，就不予處罰。

（三）毒品成癮者機構內處遇

1、修復毒品收容人家庭關係，推動家庭支持方案（主辦機關：法務部）

毒品施用者因高再犯率，其家庭關係往往在進入用毒生涯的歷程中嚴重破壞，除影響個人對家庭的凝聚力，亦間接影響是否會偏向偏差同儕尋求認同與增加接觸毒品的機會，係影響毒品施用者復歸社會的關鍵因素。本研究結果顯示，治本的方式還是要靠家庭親情的力量，因為家人的關懷、接納、支持與協助，是很重要的社會控制因素，目前部分矯正機構推行的家庭支持方案（如：嘉義監獄的家庭日支持方

案、台中女子監獄的家庭支持團體），有助於修復毒品收容人的家庭關係。如果能夠在矯治處遇的過程中，將施用者之家人納入服務範疇，強化家庭關係重建，改善收容人社會連結，提高毒品施用者脫離用毒與犯罪的循環。

2、提升犯罪矯正機關之毒癮戒治專業與人力，以因應毒品戒治工作需求（主辦機關：法務部；協辦機關：行政院衛生署）

當前毒癮戒治仍以司法矯正機關為主，毒品施用者身份定位並非一朝一夕可以決定，且施用毒品者常涉及其他犯罪問題，而需接受刑事執行之司法矯治處遇，故監獄仍須具備毒癮戒治與醫療專業能力。因此，可透過衛生署與法務部之協調，選任專業醫療人員進駐監所，實施毒癮戒治處遇，同時增編矯正機關衛教護理師、心理師與社工師之編制，定期舉辦毒癮戒治研習，提升矯正機關毒癮戒治之專業能力，並且強化司法與醫療專業之相互瞭解，以因應毒癮戒治工作。

3、設置中間處遇機制，執行社會適應期處遇階段（主辦機關：法務部；協辦機關：內政部）

毒癮者大多有社會適應問題，現階段戒治處分亦有社會適應期之階段性課程，但社會適應之目標並無法藉由機構內之處遇達成。因此，當受戒治人在戒治所完成心理輔導期之階段後，可採行類似緩刑制度方式，使受戒治人離開戒治機構，進入中間性處遇機構，以治療性社區（TC）方式，培養受戒治人自律與自主能力，並仿效美國德拉瓦州及新加坡機構內戒癮方案，以日間外出就業、返家居住等階段，使受戒治人逐步融入社會並穩定社會生活狀態，重建家庭與社會關係。

4、運用現有閒置營區或公營機構，設置中間性處遇場所（主辦機關：財政部國有財產局、國防部；協辦機關：法務部、內政部、行政院衛生署）

有鑑於現行矯正機關收容人中 44% 為毒品犯，因此為統一管理國內吸毒犯矯正問題，可由各主管機關透過相互協調的機制，在北、中、南三地尋找現有閒置營區或相關公營機構，進而改建並修繕為收容毒

品犯之中間性處遇場所，此舉不但可間接解決監所超收問題，亦較新建設施更節省公帑。

(四) 毒品施用者社區處遇

1、協助毒品施用者脫離負面環境（主辦機關：各縣市毒品危害防制中心；協辦機關：法務部）

毒品施用者於出獄或治療處遇後，易受周遭環境或因朋友邀約而再次沾染毒品，對其而言，要戒除毒癮是一項困難的挑戰。本研究發現，接觸毒品施用者和有利於接觸毒品的環境，是阻斷戒毒的重要危險因子。因此，無論是治療或處遇，使其遠離原先的朋友與環境，將之隔離於危險情境之外，才能有效減少誘惑。

2、藥癮篩檢與早期介入，降低嚴重成癮人口（主辦機關：行政院衛生署）

美國醫界已發展出藥癮篩檢工具，辨識在各個階段的毒品施用者，並以短期、符合成本效益的介入方式來協助他們不再施用毒品。同時為使低風險成癮者早期拯救生命和減少金錢的支出，美國國家毒品管制政策中的早期介入行動計畫，為找出物質施用障礙者，其主要作為包括：（1）在所有醫療照護機構，擴大和評估物質濫用機制；（2）增加採納和篩選短期介入、轉介和治療；（3）提升健康照護提供者進行篩選短期介入，轉介個案去接受治療的技巧等。這些措施降低毒品人口中嚴重的成癮者。

3、強化符合「地區性」需求的毒品防制資訊整合平台，提升毒品分析與防治效能（主辦機關：法務部；協辦機關：各縣市政府、內政部、行政院衛生署、教育部）

美國近年的毒品防制對策強調預防的系統必須根基於「社區」，因此聯邦政府與各州政府共同合作，自 2011 年起由物質濫用和精神健康局 (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, SAMHSA) 補助 46 項毒品預防策略提升計畫，讓各州評估其毒品預防基

礎建設，並發展一套以資訊為導向的計畫，重新建構和強化預防系統，以及時提供符合地區需求毒品預防策略。

我國的情形為：犯施用毒品罪出監所之個案，其資料由法務部獄政系統匯出至毒品成癮者單一窗口服務系統，各縣市毒品危害防制中心可透過其中案件管理系統之分案作業，分案給專責個案管理師進行列管。另外，毒防中心亦可接受其他機關轉介或自行求助個案，透過自行求助登錄作業，記錄個案相關資料及需求，以便提供後續協助。個案管理師收案以後，對於個案家訪、電訪之相關輔導紀錄，均詳實登載於個案管理作業，俾利追蹤查考。除追蹤輔導之外，個案管理師亦可依照個案需求，透過轉介功能，提供個案戒治服務、就業媒合及社會救助。法務部毒品成癮者單一窗口服務系統及決策支援系統均提供各縣市毒防中心管理使用，各縣市毒防中心針對對於自己列管個案之資料，均可在系統框架下進行統合分析運用已有即時且整合之資訊。

惟上揭系統並無匯出功能，各毒防中心如欲針對區域特性，進行系統架構以外之統計分析，釐訂符合地方需求的防治策略，則必須在確保資訊安全及個人資料保護無虞之前提下，向主管機關法務部提出申請開放原始資料，程序十分繁瑣，此部分仍有改進之空間。

4、建立社區戒毒資源，協助藥癮者復歸社會（主辦機關：行政院衛生署；協辦機關：各縣市政府）

毒品施用者在離開監所後即回歸原先的生活環境，因此相當容易重複施用毒品；如能提供接受社區處遇機會，如：戒毒者中途之家、晨曦會戒毒等；將可使毒品犯在離開矯正機構後有緩衝期間，並可透過社區處遇機構協助就業，重建社會關係，以及建立心理諮商及醫療網絡，建立毒品犯從機構到社會復歸的橋樑，順利找到重新開始的機會。

5、強化就業與復原機制，打斷施用者在司法體系循環（主辦機關：行政院勞委會；協辦機關：法務部、內政部）

當毒品犯出監（所）後無法找到適當的就業機會，往往是再犯的高危險因素，因此戒治所及監獄內可引進社會資源，增加專業師資來幫助單純施用之毒品犯培養未來的謀生技能，如能藉由技能訓練和就業輔導，提升毒品犯工作之能力與意願，抑制毒品再犯之效果則當更加強而有力。

新加坡為毒品施用犯罪化國家中，對於毒品犯就業重建成效最好的國家，1976年新加坡成立復健監獄公司（SCORE），提升「犯罪者的就業能力」；讓受刑人準備好回歸工作崗位的方式來減少再犯機會。新加坡復健監獄公司執行其復健和社會復歸，透過工作計畫、職業訓練和讓他們有強烈的工作倫理等方式讓他們成為社會負責任的議員，並提供他們所需的公作經驗和工作技巧。並拓展產業與服務合作社的活動，納入小型企業和與前成癮者建構夥伴關係。這些有助於毒品施用者提供就業和復歸社會能力的措施，實值得借鏡。

（五）強化青少年毒品預防與治療（主辦機關：教育部；協辦機關：行政院衛生署、內政部）

各國毒品施用處遇資料顯示，無論是除罪化或犯罪化國家，青少年藥物濫用為共同面臨的嚴重問題，雖然青少年毒品施用具潛在性，以及執法部門無法介入的困境，但各國仍將青少年毒品預防和治療列為重要的反毒策略；其主要作為包括：（1）美國：國家青年反毒媒體運動直接與青少年組織合作（美國）、建立強而有力的線上和社群媒體活動，臉書傳達給青少年反毒訊息、動員家長教育青少年拒絕施用毒品計畫、支持大專校園物質濫用計畫等；（2）日本：五年反毒策略目標 1：根除青年人毒品濫用和提升規範意識已拒絕毒品濫用；（3）新加坡：毒品防範教育；（4）澳洲：少年毒品施用者轉介；（5）英國：毒品問題求助專線（如英國 FRANK Helpline）、強化替代方式的品質（利用志工和社區團體的專業，為學校能訂定適用方案在網路上分享學校的成功經驗、相關的教材和課程計畫）等。

(六) 強化毒防中心之各相關機關間橫向聯繫、資料分享及合作機制
(主辦機關：法務部；協辦機關：內政部、行政院衛生署、各縣市政府)

關於強化毒品相關機關合作機制，係依據深度訪談與焦點座談時受訪者之意見所提出，依據本研究德菲調查顯示，「強化毒品相關機關合作平台，相同工作不致重複」受所有受訪專家高度支持。目前中央設有「行政院毒品防制會報」，負責研擬毒品防制之基本方針、議訂統合各機關毒品防制政策、督考各機關毒品防制業務之執行，且協調公私部門毒品防制之分工。後又指示各縣市以任務編組方式，設置「毒品危害防制中心」，以致力於反毒防制工作之推展，健全各縣市毒品危害防制網絡。

各縣市「毒品危害防制中心」接收出監所之戒毒個案、醫療院所評估需由中心轉介服務之個案、地檢署、更生保護會、其他中心或各任務編組通報有意願接受後續服務之個案或自行求助之個案。就強制列管個案言，受刑人於監所內接受心理師輔導，出監前 1 個月復接受毒品危害防制中心之銜接輔導，出監後再接受觀護人、毒防中心及更生保護會之追蹤輔導。法務部所屬各地檢署及縣市毒品防制中心推動之金三角計畫藥癮者輔導網絡建立後，觀護人一律轉介個案至各縣市毒品危害防制中心處理。

由上述流程觀察，毒品施用者之基本資料及曾經接受之處遇或調查，係由各機關依據職權獨立進行，除透過法務部毒品成癮者單一窗口服務系統之子系統一案管理系統中之個案管理作業，可以獲悉列管個案之基本資料、其所接受之追蹤輔導紀錄以及轉介服務紀錄外，其餘橫向機關間，缺乏合作及調查資料之傳遞，致使實務工作者往往重複進行相同工作，例如：觀護中個案處遇內容，並未轉知毒防中心；另監所心理師或社工師對入監之毒品施用者進行過家庭概況與施用歷程之調查資料，亦未隨之移轉。因此，毒防中心個案管理師必須重複調查。此部分除有保密之情形外，似可考慮藉由系統介接之方式，在

系統容量許可之前提下，傳遞相關資料電子檔。透過橫向機關間之相互合作，所蒐集之個案完整資訊，亦可提供檢察官承辦案件參考使用，承辦檢察官透過毒品成癮者單一窗口服務系統，可針對個案需求，提供最佳處遇。

（七）重新檢視第三、四級毒品的防制策略（主辦機關：行政院毒品防制會報；協辦機關：法務部、行政院衛生署）

本研究雖聚焦於第一、二級毒品除罪化之影響，但考量毒品施用之漸進性及戒治之困難性，建議重新檢視第三、四級毒品之防制策略，以建立一套有效的規範、管理和處遇模式。若對三、四級毒品施用者採衛生醫療模式，亦應建立更周密的法令規範，以避免毒品氾濫和過度施用毒品。

再者，若未來第一、二級毒品除罪化，其將使用的處遇模式、防制策略勢必相同或類似於第三、四級毒品的作法，若檢視現行的第三、四級毒品的防制策略，除可瞭解其對三、四級的防制成效，亦可作為未來第一、二級毒品是否可除罪化或其配套是否完善之參考依據。

二、中長期建議

無論在深度訪談或焦點座談中，多數受訪者反對或質疑在目前的社會環境下推動除罪化的可行性。細究其原因，除考量我國的國情與社會文化與歐洲國家差異甚大，民眾對於施用毒品除罪化之接受程度，擔憂毒品施用人口控制，衛生醫療專業人才和空間嚴重不足，衍生的治安和家庭等社會問題，均須於推動除罪化之前做整體的評估，以及有效的配套措施，方有其可行性。除罪化並非一蹴可幾，亦非不可行，除解決上述可能必須面對的問題外，仍須有妥善之規劃、設計、試辦與評估，如將之列為國家長期政策，亦應規劃緩衝期間，逐步達成除罪之最終目的。

（一）除罪化可行性方面

1、確立毒品施用政策觀點（主辦機關：行政院毒品防制會報）

研究國家中毒品施用除罪化或部分除罪化國家，如葡萄牙、英國、荷蘭或澳洲等，對於毒品使用者處遇在政策上均採醫療模式，而其政策觀點的形成均有長久的文化或歷史發展，如英國從 19 世紀迄今，對藥癮者的處遇一直是以醫療與公共衛生觀點為基礎，而葡萄牙採「人性化」觀點，尊重包括毒品施用者尊嚴和人權。我國「除刑不除罪」毒品施用政策，如何擺脫道德模式而採完全醫療模式，應先確立政策觀點，才有可能將毒品施用除罪化。

2、深化社會對施用醫療與人性化處遇認知（主辦機關：教育部；協辦機關：行政院衛生署）

社會或文化上對於毒品施用的態度也是影響毒品除罪化的重要因素，例如：「傳統原始」醫療在荷蘭有其重要性，使荷蘭對於施用軟性毒品採寬容政策；英國對於毒品施用的規範，主要在減少藥物濫用對個人健康的危害；美國華盛頓州和科羅拉多州經過公投使大麻合法化；因此，透過教育和預防宣導，深化社會對於毒品施用行為的認知，以及施用者醫療處遇與重建的必要性，建立對毒品施用的醫療和人性化認知，有助於未來政策的推展。

3、檢視負責毒品施用政策主管部門（主辦機關：行政院毒品防制會報）

1998 年毒品危害防制條例公布施行，為我國毒品政策之一項重大變革，將施用一、二級毒品者視為是需要治療或視為病人，而給予勒戒及戒治之機會，司法處遇實不宜過早干預施用毒品之問題，況毒品勒戒及戒治的實施與評估係屬醫療專業，應由醫療機構負責主導較為適宜；本研究之專家焦點座談結果顯示，無論是精神科醫師或矯正機關人員，均認為毒品施用者應回歸醫療體系，優先由其介入並提供服務，刑罰或保安處分才是最後使用的位置。我國目前毒品施用者立法和處遇，仍以司法體系為主，衛生和內政機關為輔；但在實施毒品施用除罪化或部分除罪化國家，其毒品施用政策主導者為衛生部（負責

醫療)或內政部(負責查緝);如欲推動毒品施用除罪化,在確立毒品施用政策後,重新檢視負責主導毒品施用政策的部門。

(二) 除罪化配套措施之建議

1、健全除罪化後相關法令規範(主辦機關:行政院衛生署;協辦機關:法務部、內政部)

目前處理戒毒事務之政府部門包括衛生署、內政部及法務部,既有現行之戒毒法令體系龐雜,規範之事項眾多,如施用毒品除罪化之後,第一個步驟必須全面性法規檢視。就如同實施兩公約(公民與政治權利國際公約、經濟社會文化權利國際公約)中央及地方各級機關應自「兩公約」施行法施行之日起二年內,積極將不符「兩公約」規定之法規及行政措施,完成制(訂)定、修正、廢止或改進。同樣地,若施用毒品除罪化為既定政策方向,亦應檢討現行法制中與除罪化有關之法規與行政措施,尤以下之事項應予法制化:

(1)重新釐定嚴謹之毒品分級制度(如英國)或以毒品風險來區分合法管制或非法毒品(如:澳洲首都地區):

所謂毒品,依據毒品危害防制條例第2條第1項規定,係指具有成癮性、濫用性及對社會危害性之麻醉藥品與其製品及影響精神物質與其製品。而目前有關毒品分級,係依據其成癮性、濫用性及社會危害性分為四級。現行法制下施用毒品涉及刑罰部分,考量之層面尚及於:若擴大處罰範圍,目前矯正體系是否能負荷之問題。而除罪化之後,各級毒品之成癮性、濫用性及社會危害性均有所不同,應施予何種戒癮治療亦非相同。故檢討毒品之分級,予以最佳之戒治效果,為除罪化後當急之務。

(2)對於施用毒品改採行政罰(葡萄牙、澳洲首都地區):

毒品除罪化,意謂著司法機關在「處理戒毒」區塊全面退出,但不代表國家對於施用毒品之行為、國內毒品氾濫之情況袖手旁觀。目

前毒品危害防制條例第 11 條之 1 第 2 項規定：「無正當理由持有或施用第三級或第四級毒品者，處新臺幣一萬元以上五萬元以下罰鍰，並應限期令其接受四小時以上八小時以下之毒品危害講習。」施用毒品除罪化之後，相關之行政罰設計應更為精緻，並斟酌毒品危害防制條例或社會秩序維護法相關條文配合修正。

(3) 禁止於公共場所施用毒品：

施用毒品之行為除罪化，並不代表國家肯認施用毒品為良好行為，故公開施用毒品仍應予處罰。例如：家中飲酒作樂，法所不罰，但於公共場所酗酒喧鬧，仍可依照社會秩序維護法第 72 條第 1 款處罰。夫妻之間敦倫時觀賞 A 片屬於情趣，但在公共場所播放淫詞、穢劇，仍可依據同法第 82 條第 1 項第 2 款加以處罰。建議於社會秩序維護法增修處罰在公共場所施用毒品行為之規定。

(4) 限制合法持有毒品數量（如葡萄牙、澳洲）：

施用毒品行為固可除罪化，但對於除罪化以後，施用毒品者持有毒品之數量，仍宜加以規範，若查獲超過數量之毒品，仍宜於社會秩序維護法規定行政罰則，若事涉製造、運輸、販賣、轉讓毒品，仍涉及刑責問題。

(5) 在有效醫師處方之下可以施用管制毒品（如英國）：

成癮為一種疾病，成癮物質影響中樞神經系統，為一種原發性而慢性化之疾病，建議於相關醫療法規中規範醫師於何種情形下可以開立准予病患施用毒品之處方箋。

(6) 限制施用者年齡：

縱採毒品除罪化政策，國家仍不宜放縱青少年施用毒品，提供毒品予青少年仍應論以販賣或轉讓毒品刑責。而針對青少年施用毒品，主管機關應主動提供戒癮資源，其處遇方式及內容，應修正現行毒品

毒品施用者處遇及除罪化可行性之研究

危害防制條例第 11 條之 1、第 20 條、第 21 條、第 23 條、第 23 條之 2、第 24 條、第 25 條、第 27 條、第 28 條、第 30 條、第 35 條及少年事件處理法等相關規範。

(7) 限制毒品濃度：

毒品之劑量不同，對於人體之傷害程度有異，因此，施用毒品除罪化後，對於毒品劑量濃度之危害性應有量化研究之依據，並於毒品危害防制條例或社會秩序維護法中加以規範。

(8) 建議製造、運輸、販賣、轉讓毒品，仍維持刑事制裁：

若施用毒品合法化政策擴及連販賣或轉讓特定毒品亦除罪化，則對業者（如大麻咖啡店）必須定期檢驗，依法抽稅（如荷蘭、美國華盛頓州）。

(9) 主責戒毒之主管機關法制化：

就政策推動面言，必須有主責機關始能有效推動相關政策。若施用毒品除罪化，則目前緝毒仍應由法務機關主責，反毒、防毒仍應由教育機關負責，而戒毒事務，必須另覓主管機關。如認為宜由衛生署主責，宜有組織法之依據。

2、治療配套措施（主辦機關：行政院衛生署；協辦機關：各縣市衛生局、內政部）

(1) 完備戒癮治療

戒癮治療為除罪化或部分除罪化毒品政策核心，綜合葡萄牙、英國、荷蘭和澳洲等國戒癮治療經驗和制度，其主要特色為：（1）投入所需經費以健全設配和戒癮相關經費；（2）提供多元化戒癮治療；（3）普及戒癮治療；（4）個別化戒癮治療；（5）政府與民間共同投入戒癮治療等。這些措施可為我國未來朝向除罪化努力的目標。

(2) 建立戒癮評估和階段性戒癮制度

為避免戒癮治療資源浪費，提供符合成癮者需求之戒癮治療；澳洲藥事法庭成員會主動了解及諮詢毒品施用者個別處遇計畫各方面的問題，如：美沙冬治療、就學、就業與經濟、家庭與生活安排、健康等，以妥善安排其二階段 3 層級戒癮處遇計畫。英格蘭則實施四階段治療制度，從轉介一般處遇、轉介至開放式處遇、專業醫師社區服務到住院服務等。未來對成癮者在戒癮前實施治療評估，應依其成癮藥物特性和處遇需求，分階段實施戒癮治療。

(3) 健全多元化治療模式

聯合國 UNODC 主張藥物依賴性治療需要採取綜合／多學科／結合藥理學和社會心理學干預措施，戒癮治療較成熟的英國、澳洲等國家，大都採多元戒癮治療方案，包括：戒毒處遇之建議及資訊、清潔針具交換計畫、諮商輔導、心理治療、結構式之日間照護計畫、社區處方藥箋（含替代療法）、住院式之戒毒處遇、固定居住型之康復處遇，以符合不同特性戒癮者的需求，提高戒癮治療的品質和效果。

(4) 嚴重成癮照護與社會重建

毒品施用者為高再犯率犯罪族群，但毒品施用者中存在麻煩成癮者，這些人不斷重複使用司法與醫療資源，且多半無法得到適當的照護。荷蘭於 1996 年照護機構品質法中，設立有「麻煩照顧機構」，以照顧麻煩的成癮者。提供機會給個案能由一機構轉往下一個機構，後續照護的機構的治療目標與先前治療成果是一致性的；以控制嚴重成癮者的毒品、犯罪和適應問題；未來亦可考量對於嚴重成癮者建立照護機制。

3、犯罪預防（主辦機關：教育部；協辦機關：法務部、內政部兒童局、各縣市社會局）

我國對於青少年之毒品防治工作僅以學校反毒教育宣導為核心，未能以健全青少年成長理念，協助青少年身心發展，並將網絡延伸至家庭教育與社區。因此，在初級預防方面，以教育、輔導的方式，強

毒品施用者處遇及除罪化可行性之研究

化青少年的學識素養，促使青少年瞭解毒品濫用相關議題與對身心健康的認識，協助其因應社會適應問題，增進毒品濫用保護因子，減少危險因子；在次級預防方面，以輔導、關懷、社會福利方式，協助高危險族群因應其社會適應問題，如家庭生活、親子關係、人際互動、交友關係、情緒控制、自我效能等；在三級預防方面，應以青少年利益為最大考量，協助陷入毒品濫用者解決濫用問題與其他偏差行為或社會適應問題，同時避免刑事司法體系對其造成傷害。

第七章 研究發現與建議

參考文獻

- 井田良（2007）日本毒品犯罪的對策。《中國刑事雜誌》第 2000-3 期。
資料來源：日本法在線 (Japanese Law on Line)
[HTTP://www.japanlawinfo.sdu.edu.cn/html/xingfa/20071202/398.html](http://www.japanlawinfo.sdu.edu.cn/html/xingfa/20071202/398.html)。
- 王保進（2006）。英文視窗版 **SPSS 與行為科學研究**（第 3 版）。臺北：心理出版社。
- 立法院國會圖書館，外國法案介紹:毒品危害防制條例:德國、日本、美國。資料來源：<http://npl.ly.gov.tw/do/www/billIntroductionContent?id=38#美國>。
- 江振亨（2007）。2007 全國戒治業務研討會－多元戒治整合模式戒治方案之規劃與實施。臺北：新店戒治所。
- 行政院衛生署疾病管制局（2011）。臺灣地區毒癮者感染 HIV 人數統計。<http://www.cdc.gov.tw/info>。搜尋日期：2012/04/03。
- 李易蓁（2010），高風險用藥少年戒癮防治處遇之實務探討。刑事政策與犯罪研究論文集（13）：119-143。臺北：法務部。
- 李思賢（2008）。減少傷害緣起與思維：以美沙冬療法做為防制愛滋感染、減少犯罪與海洛因戒治之策略。刑事政策與犯罪研究論文集（11）：89-109。臺北：法務部。
- 李思賢、楊士隆、束連文等（2010）。毒品減害措施之研究。行政院研考會委託研究。
- 李素卿譯（1996）。上癮行為導論。Dnnis Thombs 原著。臺北：五南圖書公司。

- 李湧清（1998）。毒品管制的政策討論。**警學叢刊**，28（6）：51-75。桃園：中央警察大學。
- 周輝煌、杜聰典、簡德源（2007）。96年度考察日本網走監獄博物館暨瞭解日本矯正機關（毒品）處遇措施計畫。臺中：臺中戒治所。
- 周輝煌、杜聰典、簡德源（2007）日本網走監獄博物館暨瞭解日本矯正機關（毒品）處遇措施考察報告，資料來源：http://open.nat.gov.tw/OpenFront/report/report_detail.jsp?sysId=C09602639
- 林山田（1999）。**刑法各罪論**。臺北：台大法學院圖書部。
- 林健陽、柯雨瑞（2003）。**毒品犯罪與防治**。桃園：中央警察大學。
- 林健陽、陳玉書（2008）。**毒品施用者替代療法之研究**。財團法人林心正教育基金會委託研究。
- 林健陽、陳玉書、柯雨瑞（2003）。國內外毒品戒治模式分析。**中央大學犯罪防治學報**，4：75-98。桃園：中央警察大學。
- 林健陽、陳玉書等（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、陳玉書等（2009）。**新犯毒品施用者施用行為及毒品取得管道之研究**。法務部委託研究案。
- 林健陽、裘雅恬（2009）。毒品施用者緩起訴接受替代療法現況與效果之研究。**犯罪防治學報**，10：1-41。桃園：中央警察大學。
- 林健陽、謝立功、范國勇、陳玉書、林佳璋、林千苓等（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委託研究。
- 林瑞欽（2006）。成癮者的用藥行為特性與其對違法藥物戒治的啟示。**刑事政策與犯罪研究論文集（9）**：121-144。臺北：法務部。

毒品施用者處遇及除罪化可行性之研究

法務部（2011）。**法務統計月報**。臺北：法務部。

法務部，法治視窗：犯罪問題焦點。資料來源：
<http://www.moj.gov.tw/fp.asp?xItem=29726&ctNode=28261&mp=001>

法務部、衛生署、教育部、外交部（2009）。**98 反毒報告書**。臺北：法務部、衛生署、教育部、外交部。

法務部、衛生署、教育部、外交部（2010）。**98 反毒報告書**。臺北：法務部、衛生署、教育部、外交部。

法務部矯正署（2011）。**100 年 12 月統計資料**。桃園：法務部矯正署。

柯雨瑞（2006）。**百年來臺灣毒品刑事政策變遷之研究**。中央警察大學犯罪防治研究所博士論文。桃園：中央警察大學。

胡幼慧主編（1996）。**質性研究：理論、方法及本土女性研究實例**。臺北：巨流。

國科會駐英科技組（2009）**海洛因及古柯鹼成癮者療法**。資料來源：
<http://mepopedia.com/forum/read.php?127,1072>

張伯宏、黃鈴晃（2011）。**毒品防制學**。臺北：五南。

張伯宏、鄭安凱、洪嘉璣（2007）。**本土化戒治模式成效評估。2007 全國戒治業務研討會**。臺北：新店戒治所。

許春金（2010）。**犯罪學（第六版）**。臺北：三民。

許國賢（2008）。**淺論我國矯正機關之戒毒現況。矯正月刊，190**。桃園：法務部矯正人員訓練所。

陳永慶（2007）。**臺灣臺東戒治所戒治處遇模式。2007 全國戒治業務研討會**。臺北：新店戒治所。

- 陳明印等（2010）。泰國、新加坡防制學生藥物濫用措施。教育部出國報告。資料來源：
<http://report.nat.gov.tw/ReportFront/index.jspx>。
- 陳煥生、劉秉鈞（2011）。**刑法分則實用**。臺北：一品文化。
- 傅雅懌（2007）。團體治療與個別治療於戒治所內之應用。**2007 全國戒治業務研討會**。臺北：新店戒治所。
- 黃富源，曹光文（1996）。**成年觀護新趨勢**。臺北：心理出版公司。
- 黃徵男、賴擁連（2000）。毒品犯罪者戒治處遇模式之探討。**犯罪矯正季刊**，**15**。臺北：中華民國犯罪矯正協會。
- 楊士隆、朱日僑、李宗憲（2008）。**毒品防制政策整體規劃報告**。行政院研考會委託研究。
- 楊士隆、李宗憲、黃靖婷，2007
- 楊士隆、蔡德輝、張伯宏、李宗憲、莊淑婷、黃天鈺（2008）。**戒治機構內成癮性毒品施用者之管理與處遇模式建構**。法務部委託研究。
- 監察院（2011）。**監察院糾正案文**。臺北：監察院。
- 褚劍鴻（1997）。**刑法分則釋論下冊**。臺北：臺灣商務印書館。
- 謝文彥、蔡田木等（2008）。**吸毒行為除罪化之研究**。財團法人林心正教育基金會委託研究。
- 顏良恭、林俊宏（2011）。地方毒品危害防制中心的實際運作－政策網絡觀點的分析。**東吳政治學報**，第**29**卷第**2**期，頁111-180。臺北：東吳大學。
- Agnes Tan Lee Ling, *Curbing Drug Abuse in Singapore: The Role of Central Narcotics Bureau* (B.Soc.Sci. Honours Thesis, Department of Political Science, National University of Singapore, 2000), p. 14.

Alcohol, tobacco among riskiest drugs. (2007, March 24). MSNBC News.
Retrieved from
<http://www.msnbc.msn.com/id/17760130/ns/health-addictions>.

Amsterdam Will Ban Tourists from Pot Coffee Shops. *Atlantic Wire*.
(2011, May 27). Retrieved from
<http://www.theatlanticwire.com/global/2011/05/amsterdam-ban-pot-sales-tourists/38248/>

Andrew Phang Boon Leong, *The Development of Singapore Law*
(Singapore: Butterworths, 1990), p. 578, Appendix 4, Table 3.

Anglin, M. D., and Hser, Y. (1990). Treatment of drug abuse. In *Crime and Justice: Drugs and Crime*, edited by M. Tonry and J. Q. Wilson. (pp. 255-275). Chicago, IL: University of Chicago.

Anglin, M.D. (1988). The efficacy of civil commitment in treating narcotic addiction. In C. G. Keukfeld & F. M. Tims (Eds.), *Compulsory treatment of drug abuse: Research and clinical practice*, Vol. 86 (NIDA Research Monograph, pp. 8-34). Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.

Anne Line Bretteville-Jensen, and Jenny Williams (2011)
Decriminalization and Initiation into Cannabis Use. Retrieved from
<http://www.economics.unimelb.edu.au/MicroEco/downloads/decriminalization%20and%20initiation%20into%20cannabis%20use.pdf>

Anti-social Behaviour Act (2003). Retrieved from
<http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2003/38/contents>.

Australian Institute of Health and Welfare. (2010) National Drug Strategy Household Survey Report. July 2011, Drug Statistics Series No. 25. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare.

- Ayres, M. and Murray, L. (2005). 'Arrests for recorded crime (notifiable offences) and the operation of certain police powers under PACE. England and Wales, 2004/05.' *Home Office Statistical Bulletin* 21/05. London: Home Office.
- Barnes, J., Mog, B., Meadows, P., Belsky, J., and the FNP Implementation Research Team (2009), *Nurse-Family Partnership Programme, Second Year Pilot Sites, The Infancy Period*. Institute for the Study of Children, Families and Social Issues, Birkbeck, University of London. Retrieved from http://www.iscfsi.bbk.ac.uk/projects/files/Second_year.pdf.
- Beckett, K. (1995). Fetal rights and "crack moms": Pregnant women in the War on Drugs. *Contemporary Drug Problems*, 22, 587-612.
- Belenko, S. R. (1993). *Crack and the evolution of anti-drug policy*. Westport, CT: Greenwood.
- Berridge, V. (1984). Drugs and social policy: The establishment of drug control in Britain 1900-1930. *British Journal of Addiction*, 79, 17-29.
- Best, D. and Laudet, A.B. (2010). *The Potential of Recovery Capital*, RSA.
- Blumenson, E., Nilsen, E. (1998). Policing for profit: The drug war's hidden economic agenda. *University of Chicago Law Review*, 65, 35-114.
- Borland, Sophie (2010-08-17). "Legalise heroin and cocaine to cut crime and improve health, top doctor says". *Daily Mail* (London). Retrieved from: <http://www.dailymail.co.uk>
- Brench, E. M. (1972). *Licit and illicit drugs*. Boston: Little, Brown.

- Call for end to distinction between soft and hard drugs. Retrieved from http://vorige.nrc.nl/international/article2061261.ece/Call_for_end_to_distinction_between_soft_and_hard_drugs
- Cardoso, Manuel; Santos, Ana Sofia; Duarte, Óscar (2009). New Development, Trends and in-depth information on selected issues. *Portuguese Focal Point report (2008 data) to the EMCDDA*. Lisbon, Portugal: Institute for Drug and Drug Addiction (IDT,I.P.). Retrieved from. http://www.idt.pt/PT/IDT/Documents/Ponto_Focal/2009_NationalReport.pdf.
- Caulkins JP, Dietze P, Ritter A (2007). Dynamic compartmental model of trends in Australian drug use. *Health Care Manage Sci* 10:151–162.
- Central Narcotics Bureau (2011) *More Drug Abusers Arrested and Drugs Seized as CNB Intensified Enforcement Efforts in 2011*. Retrieved from http://www.cnb.gov.sg/Libraries/CNB_MediaLibrary_Files/CNB_Full_Year_2011_Annual_Stats.sflb.ashx
- Chua Sian Chin, “Motion for the Second Reading of the Misuse of Drugs Bill” on February 16, 1973, *Parliamentary Debates, Republic of Singapore, Official Report*, First Session of the Third Parliament, Volume 32 (Singapore: Singapore National Printers, 1974), cols. 414-415.
- Courtwright, D. (1992). A century of American narcotic policy. In *Drug abuse services research series: Extent and adequacy of insurance coverage for substance abuse services. Institute of Medicine report: Treating drug problems, vol. 2*, Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services.

- Courtwright, D. T, Joseph H, Jarlais, D. D. (1989). *Addicts Who Survived: An Oral History of Narcotic Use in America, 1923-1965*. Knoxville, TN: University of Tennessee Press,
- Criminal Code Act 1995*. Retrieved from <http://www.comlaw.gov.au/Series/C2004A04868>
- Crowley, D.W. (1998). Drug testing in the Rehnquist era. In E. L. Jensen, J. Gerber (Eds.), *The new War on Drugs: Symbolic politics and criminal justice policy* (pp. 123-139). Cincinnati, OH: Anderson/Academy of Criminal Justice Sciences.
- Department of Health (2010). Public Health White Paper consultation. Department of Health
- Department of Health. (2010, July). White Paper: Equity and excellence - Liberating the NHS. Department of Health. Retrieved from <http://www.dh.gov.uk>
- Dershowitz, A. M. (1973). Constitutional dimensions of civil commitment. In *Drug use in America: Problem in perspective. The technical papers of the second report of the National Commission on Marihuana and Drug Abuse, Appendix Vol. 4: Treatment and rehabilitation* (pp. 397-449). Washington, DC: Government Printing Office.
- Dershowitz, A. M. (1973). Preventive confinement: A suggested framework for Constitutional analysis. *Texas Law Review*, 51:1277-1324.
- Diehl, F. W. (1993). The Opium Tax Farm on Java, 1813-1914. Paper presented at the conference on Indonesian Economic History in the Dutch colonial period, Canberra.

毒品施用者處遇及除罪化可行性之研究

- Dirk J. Korf (2002). Dutch coffee shops and trends in cannabis use. *Addictive Behaviors* 27: 851–866.
- Dolan, K., Kimber, J., Fry, C., Fitzgerald, J., McDonald, D., Trautmann, F. (2000). Drug consumption facilities in Europe and the establishment of supervised injecting centres in Australia. *Drug and Alcohol Review* 19, 337.346. DOI: 10.1080/713659379.
- Doughty, S. (2008-04-25). Mental illnesses go up after cannabis downgrade. The Daily Mail. Retrieved from <http://www.dailymail.co.uk>
- Drug Abuse Prevention Center. *The Establishment of the Center and the Situation of Drug Abuse in Japan*. Retrieved from <http://www.dapc.or.jp/english/establish.htm>
- Drug law in Australia*. Retrieved from <http://www.druginfo.adf.org.au/topics/drug-law-in-australia>.
- Drugs Misuse Act 1986 of Queensland*. Retrieved from <http://www.legislation.qld.gov.au/LEGISLTN/CURRENT/D/DrugsMisuseA86.pdf>
- Drugs Misuse Regulation 1987 of Queensland*. Retrieved from <http://www.legislation.qld.gov.au/LEGISLTN/CURRENT/D/DrugsMisuseR87.pdf>.
- Drugs of Dependence Act 1989 of Australian Capital Territory*. Retrieved from http://www.legislation.act.gov.au/a/alt_a1989-11co/default.asp.
- Duke, K. (2006). ‘Out of crime and into treatment? The criminalization of contemporary drug policy since Tackling Drugs Together.’ *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 13(5), 409–415.

- Duncan DF, Nicholson T.(1997). Dutch Drug Policy: A Model for America? *J Health Soc Policy*; 8(3):1-15.
- DuPont R., Kall K., Koopmans F., McKeganey N., Pike G., Reece S., et al. (2010) ANALYSIS OF KPMG EVALUATION of the SYDNEY MEDICALLY SUPERVISED INJECTING CENTRE. Retrieved from http://www.drugfree.org.au/fileadmin/library/Policies_Legislation_and_law/DFA_Analysis_Injecting_Room_2010.pdf.
- Dutch cannabis policy challenged. (2006, January 9). *BBC News*. Retrieved from <http://news.bbc.co.uk>.
- Dutch towns close coffee shops in 'drug tourists' crackdown. (2008, Oct 24). ABC News. Retrieved from <http://www.abc.net.au>
- Easton, M. (2009, July 1). How Portugal treats drug addicts. *BBC News*. http://www.bbc.co.uk/blogs/thereporters/markeaston/2009/07/how_portugal_treats_drug_addic.html
- Eaton, G., Morleo, M., Lodwick, A., Bellis, M.A. and McVeigh, J. (2005). *United Kingdom drug situation: Annual report to the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) 2005*. London: Department of Health.
- Edwards, G. (1969). The British approach to the treatment of heroin addiction. *Lancet*, 1, 768-772 EMCDDA. *UNITED KINGDOM New Developments, Trends and In-depth Information on Selected Issues*. Retrieved from www.emcdda.europa.eu/.../att_142584_EN_UK-NR2010.pdf
- EMCDA. (2008, June). *2008 Annual report: the state of the drugs problem in Europe*. Lisbon. Retrieved from <http://www.emcdda.europa.eu>

EMCDA. (2011, June). *EMCDDA: Drug policy profiles, Portugal, June 2011*. Retrieved from <http://www.emcdda.europa.eu/publications/drug-policy-profiles/portugal>

EMCDA. *Drug treatment overview for Portugal*. Retrieved from <http://www.emcdda.europa.eu/data/treatment-overviews/Portugal>

EMCDDA Annual Report 2009, ch 3 page 43". Emcdda.europa.eu. <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index419EN.html>. Retrieved 2012-07-20

EMCDDA. (2011, November). *EMCDDA: Mortality due to drug-related deaths in European countries*. Retrieved from <http://www.emcdda.europa.eu/>.

EMCDDA. *Country overview: Netherlands*. Retrieved from <http://www.emcdda.europa.eu/publications/country-overviews/nl>.

Erskine, C., Cassidy, K. (2010-8-17) *Leading Doctor Professor Sir Ian Gilmore Calls For Drug Decriminalisation In UK*. News.sky.com. <http://news.sky.com/skynews>. Retrieved from:

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2011). *Drug Policy Profile – Portugal*. doi 10.2810/41390. Retrieved from http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_137215_EN_PolicyProfile_Portugal_WEB_Final.pdf

FAZEY, C. *THE UN DRUG POLICIES AND THE PROSPECT FOR CHANGE*. Retrieved from http://www.fuoriluogo.it/arretrati/2003/apr_17_en.htm.

Ferreira MO, Madeira A, Teles A, Matias L, Amaro F. (1996 July) International Conference on AIDS. Int Conf AIDS. 1996 Jul 7-12; 11: 152 (abstract no. We.C.3545).

- Fischer B, Oviedo-Joekes E, Blanken B, Haasen C, Rehm J, et al. (2007). Heroin-assisted Treatment (HAT) a Decade Later: A Brief Update on Science and Politics. *J Urban Health*. 84(4): 552–562. doi: [10.1007/s11524-007-9198-y](https://doi.org/10.1007/s11524-007-9198-y)
- Fletcher, D.R. (2001). ‘Ex-offenders, the labour market and the new public administration.’ *Public Administration*, 79(4), 871–891.
- Friedman, S.R., Cooper, H., Tempalski, B., Keem, M., Friedman, R., Flom, P. and Des Jarlais, D.C. (2006). ‘Relationships of deterrence and law enforcement to drug-related harms among drug injectors in US metropolitan areas.’ *AIDS*, 20(1), 93–99.
- Fuller, E. and Sanchez, M. (2010) Smoking, drinking and drug use among young people in England 2009. NHS Information Centre for Health and Social Care
- G. Hung, A. X D. Sun (1998). The Drug Treatment System in the United States: A Panacea for the Drug War? In Klingemann, Hunt (Eds)(1998) Drug Treatment Systems in an International Perspective. California: Sage Publications, Inc.
- Ganesan, P. (1972). The Drug Problem in Singapore,” *Singapore Police Journal*, Vol. 2, No. 1, p. 84.
- Gerstein, R., Lewin, L. S. (1990). Treating Drug Problems. *N Engl J Med*; 323:844-848. DOI: 10.1056/NEJM199009203231230
- Glanz, A. (1994). The British approach to the treatment of heroin addiction. *Lancet*, 1, 768-772.
- GLOBAL COMMISSION ON DRUG POLICY (2012). The War on Drugs and HIV / AIDS How the Criminalization of Drug Use Fuels the Global Pandemic. Retrieved from

http://globalcommissionondrugs.org/wp-content/themes/gcdp_v1/pdf/GCDP_HIV-AIDS_2012_REFERENCE.pdf

- Government of Singapore. (1961). *Colony of Singapore, Annual Report 1952*. Singapore: Government Printing Office, p. 202
- Green H, McGinnity A, Meltzer H., Ford, t., Goodman, R. (2005). *Mental Health of Children and Young People in Great Britain 2004*. Office for national Statistics.
- Grund, J.-P., Stern, L.S., Kaplan, C., Adriaans, N.F. and Drucker, E. (1992). Drug use contexts and HIV consequences: The effect of drug policy in patterns of everyday use in Rotterdam and the Bronx.' *British Journal of Addiction*, 87, 381–392.
- Hammond, Claudia (2009, June 18). Lisbon's light-touch drugs policy. *BBC News*. Retrieved from http://news.bbc.co.uk/2/hi/programmes/from_our_own_correspondent/8106689.stmHawkins JD, Oesterle S, Brown EC, Arthur MW, Abbott RD, Fagan AA, Catalano RF.
- Hawkins, J. D., Oesterle, S. Brown, E C. Arthur, M. W. Abbott, R. D. Fagan, A. A., Catalano, R. F. (2009). Results of a type 2 translational research trial to prevent adolescent drug use and delinquency: A test of communities that care. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 163(9), 789-798. doi: [10.1001/archpediatrics.2009.141](https://doi.org/10.1001/archpediatrics.2009.141)
- Hay, G., Gannon, M., Casey J., Millar, T. (2010) Estimates of the prevalence of Opiate Use and/or Crack Cocaine Use, 2008/09: Sweep 5 report. National Treatment Agency
- Hibell, B., Guttormsson, U., Ahlström, S., Balakireva, O., Bjarnason, T., Kokkevi, A. and Kraus, L. (2009), The 2007 ESPAD report. *Substance use among students in 35 European*

- countries*. The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs, Stockholm, Sweden.
- Hoare, J. and Moon, D. (2010) Drug Misuse Declared: Findings from the 2009/10 British Crime Survey England and Wales. *Home Office Statistical Bulletin* 13/10.
- Home Office (2005a). *Statistics on race and the criminal justice system – 2004*. London: Home Office. Retrieved from www.justice.gov.uk/
- Home Office (2005b). *Criminal statistics, England and Wales 2004. Supplementary tables*. London: Home Office. Retrieved from www.justice.gov.uk/
- Home Office. (1998). *Tackling Drugs to Build a Better Britain: The Government's 10-Year Strategy for Tackling Drug Misuse April 98* Cm 3845 (ISBN: 0101394527).
- Home Office. (2010). *DRUG STRATEGY 2010 Reducing Demand, Restricting Supply, Building Recovery: Supporting People to Live a Drug Free Life*. Retrieved from <http://www.homeoffice.gov.uk>
- Home Office. *Drugs and the law*. Retrieved from <http://www.homeoffice.gov.uk/drugs/drug-law/>
- House of Commons Home Affairs Committee (2002a) The Government's Drug Policy: Is It Working? *Third Report of Session 2001–2002*. Vol. 1. HC 318-1. Retrieved from <http://www.archive2.official-documents.co.uk/document/cm55/5573/5573.pdf>.
- Hoyle, E. (2010, September 20). Cannabis stance is wrong. *The Guardian* (London). Retrieved from <http://www.guardian.co.uk>.

- Hughes, C, Lodge, M, Ritter, A & McDonald, D (2010). *The Coordination of Australian Illicit Drug Policy: A governance perspective*. National Drug and Alcohol Research Centre, University of New South Wales, Sydney, NSW.
- Hughes, C., Stevens, A. (2007, December). *The Effects of Decriminalization of Drug Use in Portugal*, Briefing Paper 14, Oxford: Beckley Foundation. Retrieved from http://www.beckleyfoundation.org/bib/doc/bf/2007_Caitlin_211672_1.pdf
- Hughes, C., Stevens, A. (2010-7-21), "What can we learn from the Portuguese decriminalization of illicit drugs?", *British Journal of Criminology*. Vol. 50 Issue 6, p999. Oxford University Press.
- Hughes, Caitlin. (2012). *The Australian (illicit) drug policy timeline: 1985-2012*, Drug Policy Modelling Program. Retrieved from: <http://www.dpmp.unsw.edu.au/dpmpweb.nsf/page/Drug+Policy+Timeline> .
- Hughes, Caitlin; Stevens, Alex (2010-7-21), "What can we learn from the Portuguese decriminalization of illicit drugs?", *British Journal of Criminology*. Oxford University Press, pp. 1014, DOI:10.1093/bjc/azq038 http://www.beckleyfoundation.org/bib/doc/bf/2010_Caitlin_211621_1.pdf
- Hunt, G., Sun, A. X D. (1998). The Drug Treatment System in the United States: A Panacea for the Drug War? In Klingemann, Hunt (Eds.). *In Drug Treatment Systems in an International Perspective*. (pp. 3-19). California: Sage Publications, Inc.

- Hyshka E.(2009). Turning failure into success: what does the case of Western Australia tell us about Canadian cannabis policy-making? *Policy Studies*; 30(5):519.
- Ipsos MORI (2002, March 21). Lambeth cannabis policing experiment. Retrieved from:
<http://www.ipsos-mori.com/researchpublications/researcharchive/1056/Lambeth-Cannabis-Policing-Experiment.aspx>
- Jensen, E. L. (2000). The civil forfeiture of assets: Harms inherent within U.S. policy. In A. Springer&A. Uhl (Eds.), *Illicit drugs: Patterns of use—Patterns of response* (pp. 31-45). Innsbruck, Austria: StudienVerlag.
- Jensen, E. L., Gerber, J. and Mosher, C. (2004) Social Consequences of the War on Drugs: the Legacy of Failed Policy. *Criminal Justice Policy Review*. 15: 100. DOI: 10.1177/0887403403255315.
- Johns, R. (2004). *Drug Offences: An Update on Crime Trends, Diversionary Programs and Drug Prisons*. Retrieved from
[http://www.parliament.nsw.gov.au/prod/parlment/publications.nsf/key/drugoffencesanupdateoncrimetrendsddiversionaryprogramsanddrugprisons/\\$file/drug+crimes+and+index.pdf](http://www.parliament.nsw.gov.au/prod/parlment/publications.nsf/key/drugoffencesanupdateoncrimetrendsddiversionaryprogramsanddrugprisons/$file/drug+crimes+and+index.pdf)
- Jose Manuel Gaspar de Almeida, Rosa Encarnacao (1998). Building a Drug Treatment System in Postrevolutionary Portugal in *Drug Treatment Systems in an International Perspective*. (pp. 217-222). California: Sage Publications, Inc.
- Johnson, H. (2004). *Drugs and crime: A study of incarcerated female offenders* (AIC Research and Public Policy Series No. 63). Canberra: Australian Institute of Criminology.

- Johnston, L.D., O'Malley, P.M., Bachman, J.G., & Schulenberg, J.E. (2011). Monitoring the future national results on adolescent drug use: Overview of key findings, 2010. Ann Arbor, MI: Institute for Social Research, The University of Michigan. Retrieved from: <http://monitoringthefuture.org>
- Johnston, L.D., O'Malley, P.M., Bachman, J.G., Schulenberg, J.E. (2011). *Marijuana use continues to rise among U.S. teens, while alcohol use hits historic lows*. University of Michigan News Service: Ann Arbor, MI. Retrieved from <http://www.monitoringthefuture.org>.
- K.C. Powell, *Drinking and Alcohol in Colonial Australia, 1788-1901 for the Eastern Colonies*, Canberra, 1988.
- K.V. Veloo, *Drug Abuse in Singapore—Demand Reduction and Rehabilitation Strategy* (Singapore: Development Division, Ministry of Social Affairs, June 1983), p. 4.
- Kaplan, C.D.: The uneasy consensus: prohibitionist and experimentalist expectancies behind the international narcotic control system *Tijdschrift voor Criminologie* 26:98-109, 1984.
- Kendall, S., Rodger, J. and Palmer, H (2010) Redesigning provision for families with multiple problems: early impact and evidence of local approaches. Research Report DFE-RR046. Department for Education
- Kessler RC, Berglund P, Demler O et al (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 593-602.
- Kim-Cohen J et al (2003) Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder: developmental follow-back of a prospective

- longitudinal cohort. *Archives of General Psychiatry*, 60, 709-717
- Kirkup, James; Edwards, Richard (2008-01-10). "Abuse of cannabis puts 500 a week in hospital". *The Daily Telegraph* (London). Retrieved from <http://www.telegraph.co.uk>
- Klingemann, Hunt (Eds)(1998) *Drug Treatment Systems in an International Perspective*. California: Sage Publications, Inc.
- Konuma, K., Shimuizu, S., Koyanagi, T. (1998). Social Control and the Model of Legal Drug Treatment: A Japanese Success Story? In Klingemann, Hunt (Eds.). In *Drug Treatment Systems in an International Perspective*. (pp. 239-252). California: Sage Publications, Inc.
- Lenton S. (2000). Cannabis policy and the burden of proof: is it now beyond reasonable doubt that cannabis prohibition is not working? *Drug and Alcohol Review* (2000) 19, 95.100.
- Lenton S, Allsop S. (2010). *A tale of CIN – the Cannabis Infringement Notice scheme in Western Australia*. *Addiction*;105:810
- Leong, C. C., *Youth in the Army* (Singapore: Federal Publications, 1978), p. 2
- Leong, J.H.K. “Beating the Gong and Chasing the Dragon in the Lion City,” *Journal of Drug Issues*, Vol. 10 (1980), p. 230.
- Leuw, Ed, Marshall, I. H. (1994). *Between Prohibition and Legalization: The Dutch Experiment in Drug Policy*. Kuger Pubns. The Netherlands.
- M.C. Manby, “Proposed National Narcotics Bureau in the Ministry of Home Affairs” (Singapore, June 20, 1971), p. 2.

Maastricht bans cannabis coffee-shop tourists.

<http://www.bbc.co.uk/news/world-europe-15134669>. Retrieved 2012-07-25.

MacCoun, R. and Reuter, P. (2001). 'Evaluating alternative cannabis regimes.' *British Journal of Psychiatry*, 178, 123–128.

MacDonald, Z. Tinsley, L., Collingwood, J., Jamieson, P. and Pudney, S.(2005) Measuring the harm from illegal drugs using the Drug Harm Index. Home Office Online Report 24/05

MacDonald, Z. Tinsley, L., Collingwood, J., Jamieson, P. and Pudney, S.(2005) Measuring the harm from illegal drugs using the Drug Harm Index. *Home Office Online Report 24/05*. Retrieved from <http://library.npia.police.uk/docs/hordsolr/rdsolr0806.pdf>.

MacGregor, S., Ettore, B., Coomber, R., Crosier, A., & Lodge, H. (1991). *Drugs services in England and the impact of the central funding initiative* (ISDD Research Monograph Series No. 1). London: Institute for the Study of Drug Dependence.

MacGregor, S., Smith, L. (1998). The English Drug Treatment System: Experimentation or Pragmatism? In Klingemann, Hunt (Eds)(1998) *Drug Treatment Systems in an International Perspective*.(pp. 69-79) California: Sage Publications, Inc.

MacIntyre, J. (2007-10-13). Netherlands imposes total ban on 'magic' mushrooms. London: Independent.co.uk. Retrieved from <http://www.independent.co.uk>.

MacKay, R. (2001) *National Drug Policy: Australia*. Ottawa: Library of Parliament, report prepared for the Senate Special Committee on Illegal Drugs, Retrieved from: www.parl.gc.ca/illegaldrugs.asp.

- Makkai. T. (1998) *Drugs Courts: Issues and Prospects*. Retrieved from <http://aic.gov.au/documents/C/F/2/%7BCF289583-4DF9-4689-ACC2-8E6410154589%7Dti95.pdf>
- Margriet van Laar, Guus Cruets, André van Gageldonk, Marianne van Ooyen-Houben, Esther Croes, Ronald Meijer, Toine Ketelaars. *THE NETHERLANDS DRUG SITUATION 2010*.
- MARIJUANA AND ILLEGAL DRUGS IN JAPAN*. Retrieved from <http://factsanddetails.com/japan.php?itemid=664&catid=19&subcatid=125>
- Marijuana Myth Claim: potency has increased substantially
http://www.erowid.org/plants/cannabis/cannabis_myth2.shtml
- May, T., Warburton, H. and Turnbull, P. (2002). *Times they are a changing: Policing of cannabis*. York: Joseph Rowntree Foundation.
- Mental illnesses go up after cannabis downgrade. The Daily Mail - 25 April 2008. Retrieved from:
- Midford R. (2005). “Australia and alcohol: living the legend”, *Addiction*, No. 100, pp. 891-896.
DOI:10.1111/j.1360-0443.2005.01155.x
- Milgate S. (1998). “*Challenging Orthodoxy in Australian Drug Policy*”, In The International Drug Prevention Symposium, University of New South Wales, Sydney, 13-14 July 1998.
- Miller M, Draper G 2001. *Statistics on drug use in Australia 2000*. AIHW cat. no. PHE 30. Canberra: AIHW (Drug Statistics Series no. 8). Retrieved from <http://www.legislation.act.gov.au/a/2002-51/current/pdf/2002-51.pdf>

- Ministerial Council on Drug Strategy (2011). *National Drug Strategy 2010–2015 A framework for action on alcohol, tobacco and other drugs*. Retrieved from [http://www.nationaldrugstrategy.gov.au/internet/drugstrategy/Publicing.nsf/content/DB4076D49F13309FCA257854007BAF30/\\$File/nds2015.pdf](http://www.nationaldrugstrategy.gov.au/internet/drugstrategy/Publicing.nsf/content/DB4076D49F13309FCA257854007BAF30/$File/nds2015.pdf)
- Ministry of Justice (2010) *Breaking the Cycle: Effective Punishment, Rehabilitation and Sentencing of Offenders*. Ministry of Justice. Retrieved from <http://www.justice.gov.uk/consultations/breaking-cycle-071210.htm>
- Molly Moore (2007-06-23). Changing Patterns in Social Fabric Test Netherlands' Liberal Identity. *The Washington Post*. Retrieved from <http://www.washingtonpost.com>
- Moore, M. (2007, June 23). Changing Patterns in Social Fabric Test Netherlands' Liberal Identity. *The Washington post*. Retrieved from <http://www.washingtonpost.com>
- More pressure on cannabis coffee shops
http://vorige.nrc.nl/international/article2055680.ece/More_pressure_on_cannabis_coffee_shops. Retrieved 2012-07-20.
- Musto, D. (1973). *The International disease: Origins of narcotic control*. New Haven, CT and London: Yale University Press.
- Mwenda, L. (2005). 'Drug offenders in England and Wales 2004.' *Home Office Statistical Bulletin 23/05*. London: Home Office.
- Nahas, G. G. (1994, April 21). *Singapore's Drug Policy Cuts Addiction*. The New York Times. Retrieved from <http://www.nytimes.com>

- NatCen/NFER (2006). Drug use, smoking and drinking among young people in England in 2005: Headline figures. London: NHS Health and Social Care Information Centre.
- National Cannabis Prevention and Information Center. *cannabis and the law*. Retrieved from <http://ncpic.org.au/ncpic/publications/factsheets/article/cannabis-and-the-law>
- National Council Against Drug Abuse of Singapore. (1998). *Towards a Drug-Free Singapore: Strategies, Policies and Programmes against Drugs*. p. 9.
- National Drug Treatment Monitoring System (2012). *Statistics for drug treatment activity in England 2010-11*. Retrieved from: <http://www.nta.nhs.uk/ndtms.aspx>.
- National Institute of Drug Abuse (NIDA). (1991). History of NIDA. *NIDA Notes*, 5(5).
- National Treatment Agency (2010) *Substance Misuse among Young People. The data for 2008/09*. Retrieved from http://www.nta.nhs.uk/uploads/nta_substance_misuse_among_yp_0809.pdf
- National Treatment Agency for Substance Misuse. (2010) *Statistics from the National Drug Treatment Monitoring System (NDTMS) 1 April 2009 – 31 March 2010*. Department of Health. Retrieved from <http://www.nta.nhs.uk/uploads/ndtmsannualreport2009-10finalversion.pdf>
- National Treatment Agency. (2009). *Moves to provide greater protection to children living with drug addicts*. (Media Release)

- Netherlands Institute of Mental Health and Addiction. (2010). *The Netherlands drug situation 2010*. Retrieved from http://www.trimbos.nl/webwinkel/productoverzicht-webwinkel/feiten---cijfers---beleid/af/~media/files/inkijkexemplaren/af1036_the_netherlands_drug_situation_2010_web.ashx
- Ng, J. P., "Education and Prevention," in Tai Foong Leong (ed.), *Curbing Drug Abuse: The SAF Experience* (Singapore: Federal Publications, 1981), pp. 73-74.
- Nick, G. (2009, July). Drug Decriminalization in Portugal". *Reason*. Retrieved from <http://reason.com/archives/2009/06/22/drug-decriminalization-in-port>
- Norberry, J. (1997). *Illicit Drugs, Their Use and the Law in Australia*, Background Paper 12 1996-97, Australian Parliamentary Library, Commonwealth of Australia, Canberra.
- NSW Government. (2010) *Further evaluation of the Medically Supervised Injecting Centre during its extended Trial period (2007-2011)*. Retrieved from http://www.health.nsw.gov.au/resources/mhdao/pdf/msic_kpmg.pdf
- Number of people treated for cannabis use soars by 50 per cent since the drug was downgraded". *Daily Mail* (London). 2008-01-11. <http://www.dailymail.co.uk/news/article-507550/Number-people-treated-cannabis-use-soars-50-cent-drug-downgraded.html>
- Nutt, D. J., King, L. A., Phillips, L. D. (2010). Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis. *Lancet*, 376: 1558–65

- Office of National Drug Control Policy. (2010) 2012 NATIONAL DRUG CONTROL STRATEGY. Retrieved from <http://www.whitehouse.gov/ondcp/2012-national-drug-control-strategy>
- Ong Teck Hong, *Drug Abuse in Singapore—A Psychosocial Perspective* (Singapore: Hillview Publications, 1989), p. 13; and Colony of Singapore, *Annual Report of the Customs and Excise 1951* (Singapore: Acting Government Printer, 1952), p. 9.
- Osman, M. M. (2002). Drug and alcohol addiction in Singapore: Issues and challenges in control and treatment strategies. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 2(3), 97. **DOI:** 10.1300/J160v02n03_07.
- Pacula, R., Chriqui, J. and King, J. (2004). *Marijuana decriminalization: What does it mean in the United States?* Santa Monica, CA: RAND.
- Pacula, R., Chriqui, J. and King, J. (2004). *Marijuana decriminalization: What does it mean in the United States?* Santa Monica, CA: RAND.
- Phang (1990), *The Development of Singapore Law*, p. 229.
- Pritchard E., Mugavin J. and Swan A. (2007). *Compulsory treatment in Australia*. Retrieved from http://www.nobars.org.au/downloads/rp14_compulsory_treatment.pdf.
- PRS. (2002). *Evaluation of Lambeth's pilot of warnings for possession of cannabis: Summary of final report*. London: PRS Consultancy Group.
- Queensland Government. (2006). *Queensland Drug Strategy 2006-2010*. Retrieved from <http://www.health.qld.gov.au/atod/documents/31976.pdf>.

毒品施用者處遇及除罪化可行性之研究

Reinarman, C., Cohen, P.D.A. and Kaal, H.L. (2004). 'The limited relevance of drug policy: Cannabis in Amsterdam and San Francisco.' *American Journal of Public Health*, 94, 836–842.

Reinarman, C., Cohen, P.D.A. and Kaal, H.L. (2004). 'The limited relevance of drug policy: Cannabis in Amsterdam and San Francisco.' *American Journal of Public Health*, 94, 836–842.

Report of the Committee to Improve the Drug Situation in Singapore (Singapore: Ministry of Home Affairs, February 1994), p. 2

Report of the Committee to Improve the Drug Situation in Singapore, p. 6

Retrieved from

<https://catalogue.ic.nhs.uk/publications/mental-health/surveys/ment-heal-chil-youn-peop-gb-2004/ment-heal-chil-youn-peop-gb-2004-r ep1.pdf>

Reuter P., Stevens A. (2007). *An Analysis of UK Drug Policy 'Bringing evidence and analysis together to inform UK drug policy.'*

Retrieved from

http://kar.kent.ac.uk/13332/1/analysis_of_UK_drug_policy.pdf.

Reuter, P., Stevens, A. (2010). *An Analysis of UK Drug Policy. UK Drug Policy Commission*. [A Monograph Prepared for the UK Drug Policy Commission].

Ritter, K. Lancaster and K. Grech (2011). *AN ASSESSMENT OF ILLICIT DRUG POLICY IN AUSTRALIA (1985 TO 2010): THEMES AND TRENDS*. Retrieved from

[http://www.dpmp.unsw.edu.au/DPMPWeb.nsf/resources/monograph1.pdf/\\$file/DPMP+MONO+21.pdf](http://www.dpmp.unsw.edu.au/DPMPWeb.nsf/resources/monograph1.pdf/$file/DPMP+MONO+21.pdf).

- Roe, S. (2005). 'Drug misuse declared: Findings from the 2005/06 British Crime Survey. *Home Office Statistical Bulletin 16/05*. London: Home Office.
- Roxburgh, A., and Burns, L. (2012). *Drug-related hospital stays in Australia, 1993-2009*. Sydney: National Drug and Alcohol Research Centre. Retrieved from <http://ndarc.med.unsw.edu.au/sites/ndarc.cms.med.unsw.edu.au/files/ndarc/resources/Drug-related%20hospital%20presentations%20in%20Australia%202009.pdf>
- Rush, J. R. (1977). *Opium farms in Nineteenth century Java: Institutional Continuity and Change in a Colonial society, 1860-1910*. Dissertation. Yale University.
- Sagatun-Edwards, I. J. (1998). Crack babies, moral panic, and the criminalization of behavior during pregnancy. In E. L. Jensen & J. Gerber (Eds.), *The new War on Drugs: symbolic politics and criminal justice policy* (pp. 107-121). Cincinnati, OH: Anderson/Academy of Criminal Justice Sciences.
- Schmidt, L., Weisner, C. (1993). Developments in alcoholism treatment: A ten year review. In M. Galanter (Ed.). *Recent developments in alcoholism*, Vol. 11 (pp. 369-396). New York: Plenum.
- SCORE, *Annual Report 2006* (Singapore: SCORE, 2007), p. 10. See http://www.score.gov.sg/doc/annual_reports/Score_AR06.pdf.
- Scottish Executive (2005c). *Recorded crime in Scotland: 2004/05 statistical bulletin*. Criminal justice series. CrJ2005/10. Edinburgh: Scottish Executive.

- Serious Organised Crime Agency (SOCA)
(<http://www.soca.gov.uk/threats/drugs>)
- Shirbman, S., Billingham, K. (2009). *The Healthy Child Programme: Pregancy and the first five years*. Department of Health. UK.
Retrieved from <http://www.dh.gov.uk/>
- Single, E., Christie, P. and Ali, R. (2000). 'The impact of cannabis decriminalisation in Australia and the United States.' *Journal of Public Health Policy*, 21(2), 157–186.
- Smith, H. (2010, September 13). Give cannabis users licence to take drug' says Prof Roger Pertwee". *Metro news*. Retrieved from:
<http://metro.co.uk/news>. Soh (1951), *Phoenix*, p. 101.
- Solivetti, L.M. (2001). Drug use criminalization v. decriminalization: An analysis in the light of the Italian experience. *Swiss Federal Office of Public Health*. Retrieved from
<http://w3.uniroma1.it/DCNAPS/solivetti/swissho.pdf>
- Spiess, M., Fallow, D. (2000). *Drug-Related Crime*. NCJ-181056.
Washington, D.C.: White House Office of National Drug Control Policy.
- Spoth, R., Redmond, C., Clair, S., Shin, C., Greenberg, M., Feinberg, M. (2011). Preventing substance misuse through community–university partnerships: Randomized controlled trial outcomes 4½ years past baseline. *American Journal of Preventive Medicine*, 40(4), 440-447.
- Sterling, T. (2007-10-13). *Dutch Declare Hallucinogenic Mushrooms Illegal*. Retrieved from
<http://www.washingtonpost.com/wp-dyn/content/article/2007/10/12/AR2007101202239.html>. Retrieved 2012-07-25.

- Stimson, G., & Oppenheim, E. (1982). *Heroin addiction: Treatment and control in Britain*. London: Tavistock.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2011). *Results from the 2010 national survey on drug use and health: National findings*. Office of Applied Studies, NSDUH Series H-41, HHS Publication No.(SMA) 11-4658. Rockville, MD. Retrieved from <http://oas.samhsa.gov/NSDUH/2k10NSDUH/2k10Results.htm>
- Tan Ooi Boon, *Slaying the Dragon: Singapore's Fight Against Drugs* (Singapore: SNP International Publishing, 2006), p. 16.
- Tavares, L.V., Graça, P.M., Martins, O. and Asensio, M. (2005). External and independent evaluation of the 'National Strategy for the Fight Against Drugs' and of the 'National Action Plan for the Fight Against Drugs and Drug Addiction – *Horizon 2004*'. Lisbon: Institute for Drugs and Drug Addiction.
- Taylor, J. (2009-11-11). "Three more members of the ACMD resign". *The Economic Voice*. Retrieved from: <http://www.economicvoice.com/2716/5002716#axzz0aq18tysw>.
- Tee Tua Ba, "Paper for the Proposal of a Day Release Scheme for Ex-Drug Addicts released from the Drug Rehabilitation Centres and Prisons" (Singapore: CNB, May 5, 1979), p. 2.
- Terry, C. T., Pellens, M. (1970). *The opium problem*. Montclair NJ: Patterson CA: Sage.
- The Committee Office, House of Commons. "House of Commons - Science and Technology - Written Evidence". Retrieved from: <http://www.publications.parliament.uk/pa/cm200506/cmselect/cmsctech/1031/1031we07.htm>. Retrieved 2011-02-17.

毒品施用者處遇及除罪化可行性之研究

The King Cross Injecting room. Retrieved from

http://www.drugfree.org.au/fileadmin/Media/Reference/DFA_Injecting_Room_Booklet.pdf.

The NTS Alert Team . *RESPONDING TO TRANSNATIONAL*

ORGANISED CRIME: CASE STUDY OF HUMAN TRAFFICKING AND DRUG TRAFFICKING retrieved from

<http://www.rsis.edu.sg/nts/html-newsletter/alert/NTS-alert-jul-1002.html>.

Tj. T. Mensinga et al. (PDF). *A double-blind, randomized,*

placebo-controlled, cross-over study on the pharmacokinetics and effects of cannabis RIVM report. Bilthoven, Netherlands: RIVM.

<http://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/267002002.pdf>.

Townsend, M. (2010-09-18). Cuts prompt police to call for debate on drugs and redirect resources. *The Guardian* (London). Retrieved from: <http://www.guardian.co.uk>

Tran, M. (2009-10-30). Government drug adviser David Nutt sacked. *The Guardian* (London). Retrieved from:<http://www.guardian.co.uk>.

Travis, Alan (2007-10-26). Cannabis use down since legal change". *The Guardian* (London). <http://www.guardian.co.uk>

UK Drug Policy Commission (2010) *The impact of Drugs on Different Minority Groups: A Review of the UK literature*. London: UKDPC

UKPA. *Expert proposes cannabis 'licences'* retrieved from:

http://web.archive.org/web/20100918045759/http://www.google.com/hostednews/ukpress/article/ALeqM5jFbdDUkLS2Bk0nW11i_-imQOTNng. United Nations Office on Drug and Crime (2012) World Drug Report 2012. Retrieved from

http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2012/WDR_2012_web_small.pdf

United Nations Office on Drugs and Crime. (2009). Confronting unintended consequences: Drug control and the criminal black market. p.174. in *World Drug Report 2009*. Retrieved from http://www.unodc.org/documents/wdr/WDR_2009/WDR2009_eng_web.pdf.

United States Department of State (2012) *International Narcotics Control Strategy Report Volume I Drug and Chemical Control*. Retrieved from <http://www.state.gov/documents/organization/137411.pdf>.

UNODC. (2009). From coercion to cohesion Treating drug dependence through health care, not punishment. Discussion paper based on a scientific workshop UNODC, Vienna October 28-30, 2009. Retrieved from http://www.unodc.org/docs/treatment/Coercion_Ebook.pdf.

UNODC. (2010). Treatment Phase II: International network of drug dependence treatment and rehabilitation resource centres. Retrieved from <http://www.unodc.org/treatment/en/index.html>.

Vanvugt, E. (1985). *Wetting Opium*. Haaarlem: In de Knipscheer.

VAUGHN M. S., FRANK F. HUANG Y., and RAMIREZ C. R. (1995). DRUG ABUSE AND ANTI-DRUG POLICY IN JAPAN Past History and Future Directions. *British Journal of Criminology*, 35(4), Autumn 1995, pp.491-524.

Verdoorn, J.A.: *Het Gezondheidswezen te Amsterdam in de 19e Eeuw*. Nijmegen: Sun, 1981.

毒品施用者處遇及除罪化可行性之研究

- Waldorf, C., Orlick, D., Reinerman, M. (1974). *Morphine maintenance: The Shreveport Clinic, 1919-1923*. Drug Abuse Council Publication No. SS-i. Washington, D.C.: The Drug Abuse Council, Inc.
- Waldorf, D. (1971). Compulsory treatment in New York's candy coated jails. *Drug Forum*, 1, 21-35.
- Wen, CU. (1961). Opium in the Straits Settlements, 1867-1910. *Journal of Southeast Asian History*, Vol. 2, No. 1, pp. 52-75
- WODAK, A. (1995). Harm Reduction: Australia as a Case Study. *Bull N Y Acad Med*. Winter; 72(2):339-47. PMID: PMC2359449
- Wundersitz, J. (2007). *Criminal justice responses to drug and drug-related offending: are they working?* Retrieved from <http://www.aic.gov.au/documents/9/C/F/%7B9CFCC5DC-A6E3-4321-84AB-4B6210862954%7Dtp025.pdf>.
- Young J.(1971). *The drugtakers*. London: Paladin

附錄

附錄一 深訪摘要

毒品施用者 1 深度訪談摘要

訪問員：蔡田木、鄒啓勳

訪談地點：法務部矯正署臺中監獄

訪談時間：101 年 7 月 5 日 9 時 40 分至 11 時 20 分（1 小時 40 分）

一、受訪者基本特性／毒品施用歷程與經驗？

施用者 1 年齡 35 歲，教育程度為國中畢業，未婚，曾從事勞力工作，入監執行前與父母同住，互動關係良好，家庭成員均無犯罪紀錄。初次施用毒品年齡為 19 歲，由朋友所提供，因好奇而施用；係先吸食安非他命後，才再施用海洛因；曾有 1 次勒戒、2 次戒治及 3 次入監執行的紀錄。

二、對於「毒品施用者犯罪化」有何看法？

訪談者：現在政府對吸毒者是採取一種刑事處分的作法？也就是吸毒就處罰，就抓進來關，你覺得這樣的作法好嗎？

施用者 1：不好。

訪談者：為什麼？

施用者 1：比如說我單純吃藥的，和賣藥的關在一起，如果我跟他接觸了，出去之後又再聯絡，是不是越關越嚴重。

三、對於「吸毒與犯罪關聯性」有何經驗與看法？

訪問者：你覺得不會衍生出其他的犯罪問題嗎？

施用者 1：不會。反而對社會治安會更好。

訪問者：怎麼說？

施用者 1：因為設立一個專區給這些吸毒者治療，他們就不會去偷、去搶了。

四、曾經在矯正機關接受處遇或治療之經驗、效果與建議？

訪談者：你進出矯正機關多次，有勒戒、戒治，也有關過（執行徒刑），你在機構內有接受什麼樣戒毒的處遇？你覺得對你

的效果是怎麼樣？

施用者 1：整個政策都不對了！吸毒的都應該視同病人，放在這個矯正機關根本就沒用。看能不能除罪化，不然關這些吸毒者，根本就是浪費國家資源。

五、復歸社會後，接受保護管束之經驗、效果與建議？

訪談者：這次關回去之後會改嗎？你覺得政府或是社會有沒有需要給你什麼樣的幫助？

施用者 1：（觀護人）要多關心啦，打電話多關心吸毒者的近況與生活情形。

六、再次犯罪原因／復歸社會有何困難／須要何種協助？

訪談者：為什麼當兵這段時間你都沒有再吸毒？

施用者 1：因為環境的關係，去到澎湖那邊，比較不會想要去找那些朋友，朋友也不會來邀約。

訪談者：沒有朋友找，就比較不會去亂搞。

施用者 1：對，當兵那段時間都很順。

訪談者：您退伍後的生活可以說一下嗎？

施用者 1：退伍後有再去找工作，做了一段時間，後來又和這些朋友交往，所以又染上毒品。

訪談者：是這些朋友來找您的？還是您主動去找他們？

施用者 1：在外面遇到的，因為之前用過這些東西，所以就和他們在一起了。之所以會繼續用，就要怪自己意志力的問題，是自己心不定才又去沾染。

訪談者：既然你自己有想要改過，你覺得自己最大的困難在哪裡？

施用者 1：找工作也是一個關係啦！

七、對於毒品施用者之矯正處遇有何看法或建議？

訪問者：你本身是毒品施用者，你對現階段的毒品矯正處遇有什麼建議？在監內要給你怎樣的幫助，對你將來期滿出去或是假釋後，對你會比較好？

施用者 1：這我沒什麼意見。嗯，因為那些處遇根本沒什麼作用。

八、對於解決毒品問題有何看法（如減少青少年吸毒、戒毒等）／建議？

訪問者：以你的角度來看，就是以一個資深用毒者的角度來看，如何做才不會讓青少年接觸到毒品，你有什麼建議？

施用者 1：就是要家裡的人給他們找一些適當的休閒活動，不要去接觸到這些東西（毒品）。

訪問者：如果你自己有小孩，你知道你的小孩施用毒品，也不是說打罵就可以解決問題，對不對？

施用者 1：會跟小孩說，吸毒的壞處，因為吸毒的過程自己也體會過，有嘗試過就好了，不要執迷。

九、毒品施用除罪化可行性？

訪問者：毒品施用除罪化，就是不要處罰，你覺得這樣好嗎？

施用者 1：好！因為沒有幫助啊。

訪問者：關沒有幫助？

施用者 1：對，就以我來說，我只是吸個毒，就陸陸續續一直被關，不但浪費青春還浪費金錢，對我們根本沒有幫助，關出去之後會吸的還是會吸，不然你看，回籠率怎麼會這麼高。

十、毒品施用除罪化影響為何？

訪問者：如果不要處罰，也就是不用關的話，會不會造成什麼樣的影響？

施用者 1：如果設立一個專區讓這些吸毒者有個依靠，應該是不會有什麼問題吧！

訪問者：你覺得不會衍生出其他的犯罪問題嗎？

施用者 1：不會。反而對社會治安會更好。

訪問者：怎麼說？

施用者 1：因為設立一個專區給這些吸毒者治療，他們就不會去偷、去搶了。

十一、毒品施用除罪化配套措施為何？

訪問者：如果不要處罰，也就是不用關的話，會不會造成什麼樣的

影響？

施用者 1：如果可以設立一個專區讓這些吸毒者有個依靠，應該是不會有什麼問題吧！

十二、其他有關毒品施用矯治處遇之建議？

施用者 1：無。

毒品施用者 2 深度訪談摘要

訪問員：蔡田木、鄒啓勳

訪談地點：法務部矯正署雲林監獄

訪談時間：101 年 7 月 5 日 14 時 10 分至 16 時 07 分 (1 小時 57 分)

一、受訪者基本特性／毒品施用歷程與經驗？

施用者 2，年齡 49 歲，教育程度為高職畢業，已婚並教養 1 女，曾從事服務業性質之工作，入監執行前與與母、大哥、大嫂及妻同住，互動關係良好，家庭成員除配偶有毒品前科外，餘均無犯罪紀錄。初次施用毒品年齡為 25 歲，由朋友提供並在其慫恿下，加上自己好奇而施用；係先吸食安非他命後，才再施用海洛因；曾有 2 次勒戒、1 次戒治及 3 次入監執行的紀錄。

二、對於「毒品施用者犯罪化」有何看法？

訪談者：你覺得政府將毒品施用者抓起來關，用刑罰來制裁，你有什麼看法？

施用者 2：抓起來關是正常的啊！

訪談者：應該要這樣做的？

施用者 2：對啊！如果沒有抓來關，吸到最後，一定不是去偷就是去搶，不然就是去販賣，所以抓起來關是對的。

三、對於「吸毒與犯罪關聯性」有何經驗與看法？

訪談者：吸毒跟犯其他的罪有關係，對不對？

施用者 2：有啊！

訪談者：跟你一樣在關的，都有這樣的經驗嗎？

施用者 2：吸毒的大部分都會搶啦！偷啦！賣藥啦！大部份都是吸

毒引起的。

訪談者：都有關聯性嗎？

施用者 2：都有關聯性，一些搶奪的、偷的、什麼的，大部份都跟毒品有關。

四、曾經在矯正機關接受處遇或治療之經驗、效果與建議？

訪談者：監所對你有什麼作法嗎？有沒有治療？

施用者 2：其實我們說真的，我的感覺啦，其實勒戒就好像跟關一樣。

訪談者：沒改變嗎？

施用者 2：是都沒改變，也是跟司法的一樣，抓到就在裡面關而已。

訪談者：沒什麼治療嗎？

施用者 2：好像關一個多月，只有一次心理醫師叫我們去問一問這樣而已，也沒什麼。我是覺得勒戒跟關在裡面，是一樣的意思。

訪談者：司法執行跟勒戒的比較，監所對你的治療都一樣，都沒什麼作用嗎？

施用者 2：我是覺得都一樣啦。

五、復歸社會後，接受保護管束之經驗、效果與建議？

訪談者：你覺得保護管束的措施，對你的效果怎麼樣？

施用者 2：效果喔...，多多少少有一個約束力，譬如說，我出去以後要吸毒，但是想想我還要報到耶！還要驗尿耶！另外還有一種就是殘刑比較長的就比較不敢用，如果是殘刑短的，會想說我用了之後還要另外判刑，有的就比較不敢去用。

訪談者：所以照這樣說，5 天驗一次會有效嗎？

施用者 2：如果是要真的用來約束的，至少要 1 個禮拜就要驗一次尿。

六、再次犯罪原因／復歸社會有何困難／須要何種協助？

訪談者：除了固定的驗尿有約束力之外，你覺得還有其他的作法嗎？

讓吃藥的人比較不會去吃。

施用者 2：除非說...讓吃藥的人離開，到新環境去，不然就是說去學個一技之長。對啊！因為只有單純吃的，都關不久，出去如果沒在幹嘛，每天都跟一些毒友接觸，對不對，你說毒品要戒，是很困難的，除非換一個環境。

訪談者：要改變環境？

施用者 2：我覺得最主要的是「心魔」和那個「環境」。

七、對於毒品施用者之矯正處遇有何看法或建議？

訪談者：在矯正機關裡面，你覺得我們現在的做法，有什麼建議？

施用者 2：我覺得很多抓來關的，反而增加家裡的負擔，我是覺得像我們現在的作業，一個月才領 1、2 百塊，有時候 3、4 百塊，買菸都不夠了，看能不能說，讓他有辦法可以自食其力，讓他們可以工作，不用跟家裡開口，用自己的勞作金就夠了。

訪談者：所以政府設一個工場，讓你們可以在裡面工作？

施用者 2：設一個工場在裡面工作也是可以，或是說對於單純吸食毒品者，設一個像監獄這樣的專區，讓這些人在那邊工作，也順便在那邊學功夫、學一些工作技能，等到學成後，指定到固定的哪個地方上班或什麼的。

八、對於解決毒品問題有何看法（如減少青少年吸毒、戒毒等）／建議？

訪談者：目前有很多青少年也會去吸毒！你覺得要怎麼做才能讓這些小孩比較不會碰到毒品？

施用者 2：我覺得以目前來講，社會現在最嚴重的就是 K 他命，現在吃 K 好像是全民運動，現在不趕快處理，以後就會像安非他命一樣，大家都吃，吃到大家都上癮了，政府才說要用刑法處罰，要關要什麼的，但是大家都已經成癮了。

訪談者：所以你覺得 K 他命現在就要處分了？

施用者 2：要快點管一管，不然現在小學生啦！計程車司機啦！大

家都在吃，那時候安非他命學校都還沒有，但是現在K他命反而大家都在吃，而且K他命很傷身體耶！以前還是用大象麻醉劑提煉的，現在都是用什麼化學、化工提煉出來的，那對身體、膀胱是很不好的耶！

九、毒品施用除罪化可行性？

訪談者：你覺得毒品可以開放嗎？

施用者 2：開放的話，真的會死。不是啦！你所謂的開放，是怎樣的開放？

訪談者：不要處罰，對施用毒品者不要用刑罰來處罰，你覺得這樣好不好？

施用者 2：我覺得這樣也不好！假如我繼續施用毒品不要處罰，到最後為了毒品還不是一樣會去搶、去偷，甚至吸毒吸到死，會變成這樣。

十、毒品施用除罪化影響為何？

訪談者：你覺得施用毒品不要處分，你覺得這樣做，好不好？

施用者 2：不好。

訪談者：如果有一天我們的作法是施用毒品的沒有處分，會有什麼後果、什麼影響？

施用者 2：我是覺得醫院的醫療成本會付出很多，因為毒品吃到後來，身體一定都壞光光了，壞光光之後，就要住院什麼有的沒的。

訪談者：那施用毒品的人會變多嗎？

施用者 2：一定的，一定會變比較多的，因為施用毒品不處分啦！等於像是半開放了，大家就是有得拿、有得吃，有的人就會拿來試試看。

十一、毒品施用除罪化配套措施為何？

訪談者：如果推行施用毒品不要處分，除了用毒的人會變多之外，醫療成本的提高，政府要怎麼做會比較好？才不會造成影響？

施用者 2：你說好像是開放給你吸毒這樣，是不是？

訪談者：政府要怎麼做才不會讓情況變遭或是無法收拾？

施用者 2：除非設一個地方！比如說像美沙冬這樣，設一個地方，你們要用毒的就去那邊用，費用要很便宜喔！

十二、其他有關毒品施用矯治處遇之建議？

施用者 2：無。

毒品施用者 3 深度訪談摘要

訪問員：蔡田木、鄒啓勳

訪談地點：法務部矯正署臺北監獄

訪談時間：101 年 7 月 9 日 14 時 10 分至 15 時 36 分（1 小時 26 分）

一、受訪者基本特性／毒品施用歷程與經驗？

施用者 3，年齡 50 歲，教育程度為國中畢業，未婚，曾從事餐廳、外燴等工作，入監執行前與與母親及大哥同住，互動關係良好，家庭成員均無犯罪紀錄。初次施用毒品年齡為 20 歲，由朋友提供，因好奇而施用；一開始即施用海洛因；曾有 1 次勒戒、1 次戒治及 2 次入監執行的紀錄。

二、對於「毒品施用者犯罪化」有何看法？

訪談者：你的意思是說，你有錢的話，就可以去吸毒，你覺得政府的處分是沒有必要的，是嗎？

施用者 3：我是覺得處分這個是什麼意思…政府把你抓進來是要你改，如果硬是關起來，關給你老、關給你死，這樣是要做什麼？…人家說的嚴刑重典，我覺得這沒有效啦！一直關有什麼用？

三、對於「吸毒與犯罪關聯性」有何經驗與看法？

訪談者：你覺得吸毒跟犯罪的關連性如何？

施用者 3：我覺得沒什麼關連性，我吸毒是靠家裡的，我又沒有去偷，沒去搶啊，那又有什麼。

訪談者：將吸毒的人關起來，你覺得這種作法是不對的嗎？

施用者 3：我認為是…他有犯了什麼（罪）？有啦！如果說他有去偷、去搶的，確實是犯罪…但是一個單純吃毒品的，他做錯了什麼事情？

訪談者：現在裡面的同學，有這樣的（偷搶）情形多還是少？

施用者 3：很多，不過也是有一些人只有純粹吸毒而已，也沒有去做其他的（犯罪）。

四、曾經在矯正機關接受處遇或治療之經驗、效果與建議？

訪談者：你有勒戒過嗎？

施用者 3：嗯，一次勒戒，一次戒治

訪談者：你覺得效果怎樣？

施用者 3：我覺得這個勒戒、戒治沒效果，根本就是，就跟關著是一樣的意思，我倒是覺得外面現在辦的那種替代療法，效果反而比較有效

訪談者：有給你們做什麼樣的處遇嗎？

施用者 3：就是上課，上一些法律常識、生活禮儀啦，我覺得沒什麼效果！現在司法的戒毒班反而比較好。

五、復歸社會後，接受保護管束之經驗、效果與建議？

訪談者：你有經歷過舊法和新法兩種不同的觀護，你自己的感受是如何？效果哪一種比較好？

施用者 3：新法的比較有用心，還有的會去家裡給你拜訪，去給你關心，有的時候不是在報到期間，還會打電話到家裡來問一下，或是臨時到家裡來查訪，這樣我們就比較會去注意（自己的行為）。

訪談者：政府要怎麼做，才會對你能夠有所約束？你需要政府給你怎樣的幫助？

施用者 3：我認為他（政府）能夠幫助你什麼東西？是自己的心，政府要做的都是外表的，可以幫助到我什麼？

訪談者：那不然就不要管？

施用者 3：也不是說不管他，比如說像觀護制度一樣，一個月去給

他訪談一下，去問候他一下，去關心他一下，有一個約束在，他就比較不會去吃毒品，如果說每天要他到派出所報到，一定會煩死的，而且看到警察就氣…

訪談者：你覺得觀護人的態度，對你有不一樣的感受？對你的影響也不一樣？

施用者 3：當然啊！

訪談者：你覺得觀護人需要給你比較多的關心？更多的尊重？

施用者 3：憑良心說！這樣的情形，我比較可以接受！

六、再次犯罪原因／復歸社會有何困難／須要何種協助？

訪談者：你這樣一次一次的關，你還繼續吸毒的主要原因是什麼？

施用者 3：環境啦！遇到認識的人（毒友），心理就會癢癢的！

訪談者：你明明知道要驗尿了，你還吸毒？

施用者 3：有時候想到要吸毒，自己會忍不住就去用了。心裡比身體還要那個…毒癮好戒，心癮難戒啦！…每次關回去，又回到那個環境當中，我是覺得這樣又會比較快沾上…。

訪談者：你覺得出去之後，要讓你不會再去吸毒，政府要怎樣幫助你？

施用者 3：找工作是沒有困難的，不過有一個困難就是，你自己心裡和環境的因素，讓你繼續吸毒。

七、對於毒品施用者之矯正處遇有何看法或建議？

訪談者：現在的勒戒、戒治，你覺得這些課程，可以再加強哪方面的東西？對這些吸毒者是比較有效果的？

施用者 3：我是覺得…整天上那個做人處事的，我是覺得沒有效啦！都是老生常談了！現在（監獄）的戒毒班是比我上次來戒治上的課好很多。

訪談者：就現行的矯正處遇？你還有沒有其他的建議？

施用者 3：上面的政策是很好，拿勵志書籍給我們看，鼓勵人心向上…但實際上真正會去看那些書的有幾個，反而是拿一些比較那個的書（甚麼書也沒提到），對社會還比較好，對

不對？

八、對於解決毒品問題有何看法（如減少青少年吸毒、戒毒等）／建議？

訪談者：你覺得現在毒品的問題要怎樣做，讓這些孩子、青少年才不會去碰毒品？你有什麼建議？

施用者 3：家裡的教育比較那個（重要）啦！

九、毒品施用除罪化可行性？

訪談者：現在如果說政府做一項改變，就是說吸毒的人不要處罰，你覺得如何？

施用者 3：本來就是這樣，我是覺得政府根本就是認定是病犯，我用自己的錢買毒來吸，我沒有妨害到其他人，哪有什麼呢！

訪談者：照你這樣說，對這些使用毒品的人不要處分，這樣行的通嗎？

施用者 3：行得通啊！怎麼會行不通，不要處分，你給他一個好樣美沙冬的療程讓他去做，去治療，如果只是給他關喔……

訪談者：你贊成單純使用毒品的不要處分？

施用者 3：嗯，我贊成

十、毒品施用除罪化影響為何？

訪談者：不過不要處分的話，可能會有其他的影響？你覺得會有哪些其他的影響？

施用者 3：要是沒有處分這些使用毒品的，你看監所會減少多少人。

訪談者：不過這樣吸毒的人有可能會變多？

施用者 3：你對吸毒者給他有一個約束，叫他們去喝那個美沙冬，這樣…我是覺得吸毒的人反而會比較少！

十一、毒品施用除罪化配套措施為何？

訪談者：你覺得有沒有比較好的方式？

施用者 3：譬如拿美沙冬給你喝，讓你不會再去想那種東西（毒品）。

訪談者：你覺得在哪裡治療會比較好？

施用者 3：醫院啊，像是我之前在參加替代療法這樣，臺北市有聯合醫院，那個聯合醫院有一些部門有讓你去喝美沙冬的。

十二、其他有關毒品施用矯治處遇之建議？

施用者 3：監所內…有時候上課可以安排一些…一些比較那個的（有意義的），我覺得有時候看一些…認識毒品啦，同樣一個片子一星期看了三、四次，看了也會膩。

深醫 1 深度訪談摘要

訪問員：陳玉書、廖秀娟

訪談地點：基隆醫院醫師辦公室

訪談時間：101 年 9 月 2 日 13 時 00 分至 15 時 00 分（1 小時 30 分）

一、與毒品施用者共同工作的經驗、看法？

訪談者：與毒品施用者共同工作的經驗、看法？

深醫 1：從 96 年 10 月開始有跟基隆地檢署合作緩起訴的方案。也做些分析，結果發現緩起訴的個案實際上在緩起訴治療期間，整體表現比單純接受治療的個案好。我相信有司法監控力會促使個案初期有較好的遵從性。從一開始他們接觸治療時他不相信這個治療對他有效，慢慢的他了解醫療對他的幫助，建立對醫療的信任關係後，若在復發時，知道去哪裡尋求協助。我覺得有些個案他從來沒有接觸過醫療，藉由緩起訴這樣的強制力量，開始接觸醫療體系之後，還是可以讓這些個案得到一些幫助。

二、對「毒品施用者犯罪化」有何看法？

訪談者：你贊成政府把毒品防制施用條例裡面的施用一二級毒品施用除罪化嗎？

深醫 1：不贊成，我覺得醫療可幫忙，但他無法解決所有問題。若除罪化，獲緩起訴接受替代治療者會流失，因為施用者知道這是第二次機會，若不把握就需入監服刑，因此刑罰對施用

者仍具有社會控制的手段。透過施用仍是犯罪行為，法律力量可當成他們接受治療的動機。需考慮毒品除罪化之後可能會使得施用量增加，現行接受替代療法者多會流失，因為缺少替代療法背後的司法監控，沒有動機戒毒的個案可能會衍生出各種犯罪，包括取得買毒所需金錢的竊盜罪，受到毒品影響時可能會出現暴力行為、家暴、人際衝突、醫療院所是否能承擔這麼龐大的醫療需求。

三、毒品施用者的戒癮情況與困難

訪談者：毒品施用者的戒癮情況？

深醫 1：剛開始針對一級毒品緩起訴個案，若第一次違規驗尿呈陽性時，會安排一個團體心理治療，讓這些個案有第二次機會。我們看到個案有第二次機會時其動機和參與度會提升，他們知道若無法參加這樣的團體時，就沒有機會。我們有的資源是，團體的費用是我們跟觀護人和志工協調會寫的一個專案，個案完全免費。用這個計畫的經費給心理師鐘點費。晚上利用地檢署的場地請心理師去帶團體。這樣的團體效果還不錯。個案被查到時有第二次機會，約 7 成個案可完成團體，喝完一年的美沙冬。這些個案有個機會後，知道要把握機會改變。但很重要的一點是，這個模式不會給他們太大的經濟負擔、不影響他們的工作，地點又設在地檢署。對他們來講，多少有點約束力。

四、施用毒品行為除罪化，後續應如何協助戒治？政府應有何配套措施？

訪談者：除了維持治療外，是不是還有其他的？

深醫 1：除了藥物治療外，應該還有其他的。像治療精神科病人一樣，藥物治療到一個階段後，要看個案自己的狀況，有的個案只要症狀好到一個程度，他的整個支持系統、自己原本的能力，就可以有很好的因應技巧來解決問題。但有些個案不行。也許他生病是因為個性特質、家庭因素各方面，後面的

支援要繼續，單純吃藥無法完全改變環境整體引起問題的因素。

五、其他有關我國毒品施用者矯治處遇之建議？

訪談者：對我國施用者矯治的建議？

深醫 1：治療都要有階段性，在第一個階段初期時，當然是藥物為主，後面的那些介入都還要再繼續。目前是什麼都沒有。所以應該要有社會資源、社工的介入、增加中間處遇機制、增加緩起訴的彈性。

深醫 2 深度訪談摘要

訪問員：陳玉書、廖秀娟

訪談地點：署立嘉義療養院美沙冬門診診間

訪談時間：101 年 9 月 3 日 10 時 15 分至 11 時 45 分（1 小時 30 分）

一、與毒品施用者共同工作的經驗、看法？

訪談者：與毒品施用者共同工作的經驗、看法？

深醫 2：在還沒引進美沙冬前沒有替代藥物，頂多是一些症狀治療的藥物，那時開團體，每個星期帶團體。團體的設計是，團體開始前個案要先報到，然後驗尿，驗尿大概 10 分後結果就出來。就可以在團體裡討論為什麼驗出來沒有，那很好，大家給他鼓勵；驗出來有我們也會問他有什麼困難。

二、毒品施用者的戒癮情形與困難

訪談者：目前處遇情形？

深醫 2：我研究比較過不同身份，愛滋帶原者完全免費，他們減害計畫的費用由 3D3 負擔。另一群人要自費，自費可分兩群，一為緩起訴二為否。這樣可分為三群。我們發現，留在計畫裡愈久效果愈好，出席率愈高效果愈好。只要有一天沒來喝藥，他就會全身不舒服，就會再去用毒品。所以要說服大眾，除罪化之後這些狀況要怎麼維持。我們看到緩起訴是這三組

裡，留在計畫的時間和出席率都是三組裡最好的。自費那組是最差的。

三、對「毒品施用者犯罪化」有何看法？

訪談者：你贊成政府把毒品防制施用條例裡面的施用一二級毒品施用除罪化嗎？

深醫 2：除罪化後是否真的就好？我們看到美沙冬替代治療是一個維持治療，讓他維持在這個結構裡。重要的是要定義除罪化到底指的是哪一塊。如果是後面那一塊，應該說不管是前段或後段的除罪，那配套措施是什麼？我覺得可能要這樣講，不然除完刑之後就除罪馬上就會有很多問題。

四、對於毒品施用汗名化之看法

訪談者：除罪之後這個汗名能不能拿掉？如果我們把它除罪化之後，那你對於他的處遇，你覺得怎麼做會比較有效？

深醫 2：當然如果以晨曦會，當然他們也說他們很有效。但是他們的容量很有限。通常會去到那邊的人，像我剛剛說他的動機已經很強，他可以呆在那個體系裡，適應；因為他已經知道自己已經山窮水盡，不改不行了。那些人也不一定需要醫療的協助。他可以靠他信仰的力量或…真的會去那裡的人成功率高，

五、毒品施用者處遇社會資源網絡之合作情形？有何困難？

訪談者：你覺得除罪化後個資源間的合作情形，毒品施用者受到的待遇會較好？

深醫 2：我們有轉介一些去接受職訓，但成功媒合的機率很低。有些雇主不願意聘請有毒品犯罪前科者，另一個是這些人本身的生活型態和生活習慣，畢竟他已經施用毒品一段時間，能否改變他的習慣，轉換新的生活方式，這需要一點時間。雇主願不願意，或我們有無其他配套。還有在毒品治療方面。在醫療機構方面，現行只有替代療法這樣的方式是不足的，只有看門診、驗尿、其他的項心理社會治療、中途之家、或

像康復之家。這些毒品犯剛從監獄出來常是無家可歸，有些安置的治療性社區，目前都不夠。這些資源都很不足。

六、其他有關我國毒品施用者矯治處遇之建議？

訪談者：如果除罪化沒有一些好處嗎？

深醫 2：失去這些社會控制時，施用者會想用毒品，還是要處理。如果沒有錢，他還會犯罪。相對的是其他配套怎麼加強毒品製造、他的來源、毒品的管控。醫療機構有沒有這麼大的能量接納這麼多的病人。這些醫療機構願不願意處理。第三是醫療機構承接藥癮人口的能力，配套都要先想清楚，醫療的配套是什麼？以現在的情況來說，一級毒品我們有替代治療，二級我們沒有一套被認可、有效的治療模式。國外的話，他們推出幾個模式，但成本非常高，需要非常多的人力。國內現有的狀況來看，現有的處遇能力已不足、現在的處遇人力不足，是下個須面對的問題。比較建議的是可在特定地區設立毒品醫院或門診，進行治療的場域是社區。過去台南市衛生局嘗試要找場地設立類似治療社區的機構，但卻遭到地方民眾反彈。然後加強監控、加強治療、加強監控的模式。如果有必要的話，用戒毒村，或者利用些宗教輔導的力量。

七、毒品施用除罪化配套措施

訪談者：如果除罪化需要那些配套措施？

深醫 2：家庭支持方案，可能因為吸毒所以家庭沒有了，家人會覺得他們很困擾，甚至愛滋的個案連家屬都會排斥，社區也不希望他們在社區裡，他們缺乏支持。

深醫 3 深度訪談摘要

訪問員：陳玉書、廖秀娟

訪談地點：南投茄荖山莊會談室 1

訪談時間：101 年 9 月 3 日 14 時 30 分至 15 時 40 分（1 小時 10 分）

一、與毒品施用者共同工作的經驗、看法？

訪談者：你接觸他們的過程中，你覺得他們是一群怎麼樣的人？

深醫 3：其實毒品的種類很多，使用不同毒品的這個族群，他們的特質也不大一樣。以成人來說，台灣目前最常接觸到最主要還是海洛因，一級的最多，其次是二級的安非他命、大麻這一類的，青少年是 k 他命，其實成人也有。毒品對人的影響有別，海洛因這一類極度成癮的這一群最後他們的人格特質大概都明顯的有些改變，他們的防衛機轉，像說謊，合理化、嚴重的人際、社交等，甚至功能的退化。安非他命這一群大體來說各方面的影響沒有一級毒品那麼嚴重，很多人都還有工作，人格特質較能保有原來的人格特質。另一個就是青少年施用 k 他命。照理說這個年紀都在學校念書，我們這邊接觸到的都是較嚴重的個案；目前大概有 6-7 位青少年接受治療，不外乎是家庭有問題，尤其是個人的一種價值觀、人生觀，價值觀其實比較偏差。在青少年這個階段，有這些問題自然讓他們的環境、人際、出入場所等比較有問題，慢慢就走上這一條路。

二、對「毒品施用者犯罪化」有何看法？

訪談者：如果需要治療，有沒有可能像有些國家，在一定的量或甚至不考慮他的量，就把他視為治療，然後不入監，就是在毒品防制條例裡將一級或二級就不處罰施用部分？

深醫 3：把它除罪化，社會控制的手段？不只要從醫療的角度來看，社會一般大眾的想法是什麼。一般大眾會想說，即使除罪化，我的人身安全、疾病疫情的部份是否獲得有效解決。還是要回頭看減害計畫實施時，有很多的水溝蓋、鐵門都被偷了，近年這樣的新聞沒有了。這是在減害計畫實施之後，這個數字就減少。而且要清楚定義除罪化，有明確的國家毒品政策。在第一線覺得沒有明確毒品政策，如果國家很清楚說減害是我們國家最重要的政策，這樣的話，政府宣示就沒關

係，大部分人喝美沙冬。既然減害嘛，毒品用少一點，也不要期待很多人可以去工作，不要為非作歹就好了。除罪的話，法務部會很高興，因為入監的人馬上清空一半。像過去減刑，出獄最大宗的就是這些人。對法務部來說有某些好處。警察的話就可將資源用來做其他治安的工作。吸毒的人他不用進監，他還是可以維持他的生活。經濟的問題，剛說到一定會作奸犯科，不除罪化的話，很可能大家認為說這個沒有關係嘛，大家來用嘛，那誰有這麼多錢可以去用？

三、毒品施用者的戒癮情況與困難

訪談者：目前毒品施用者的處遇政策與問題

深醫 3：目前都是用美沙冬替代療法，反正喝完就回去，所以大部分都不了解他們這個整個細膩的變化、很難改變這樣的一個過程。現行治療碰到的問題，有限的資源要保留給比較有動機、比較會有效果的菸毒犯，不是給所有人，剛剛講美沙冬替代療法也是這樣，政府提供的資源是每個人都有，那就沒有約束力，南投這邊的檢察長觀念不錯，二級我給你緩起訴，但這個治療過程很嚴謹，如果你不遵守，就撤銷緩起訴，你就進去關，所以我們留下來的比例雖然沒有很高，大概五成，一年留下來大概五成，可是留下來的表現都非常好。

四、施用毒品行為除罪化，後續應如何協助戒治？政府應有何配套措施？

訪談者：除了維持治療外，是不是還有其他的？

深醫 3：菸毒犯本身尤其是一級毒品，簡單講他們表現出來的，就是認知和平常人格偏差、防衛機轉偏差等，這些本來讓他們很難在社會上有一個新的人際關係；家庭支持方案：吸毒的人經濟都有問題，家庭當然不用說，就是說，衍生經濟相關的問題，應該這樣講。再來就是就業需求，職業重建，這是大概是最重要的，至於其他的，其實要講這個很難。

五、其他有關毒品施用矯治處遇之建議

訪談者：有可能在醫院裡面可成立專門的戒癮，司法戒癮這種科別，或專門提供他們的服務？

深警 3：我們茄老山莊是臺灣唯一一個治療社區，每年能收容 30-50 人，衛生署給我們大概五六百萬，一年我們醫院至少要貼個兩三百萬。

深警 1 深度訪談摘要

訪問員：許春金老師、白鎮福

訪談地點：內政部警政署刑事警察局

訪談時間：101 年 7 月 5 日 10 時 30 分至 11 時 45 分（1 小時 15 分）

一、轄區內毒品施用之盛行率及人口特徵？

深警 1：吸毒的人比較不像正常人這樣正常的工作、生活，他會在一個全毒品的網絡圈...毒品的供應與施用具有連動關係，且市場的價格或種類與毒品消費者，有相當密切的連動關係的。

二、警察執行毒品施用查緝之態度、策略、技術及困難各為何？

深警 1：國家現行沒有專責單位，沒有分析單位，反而是各單位如多頭馬車，處理自己轄區的案件。

深警 1：要有報情要有分析，分析之後擬定策略，擬定策略要設定目標，目標之害後才交給下層單位去執行...現行只有中央毒品防制會報，主辦單位就是調查局。

深警 1：衛生單位曾經下給我們一個公文說希望我們的員警不要到美沙東醫療院所外面去查緝毒犯...但因為警察看到有一些毒販也在那邊。

深警 1：毒品施用者在毒品的防制工作上是最容易查緝的對象，雖然量不會很多，可是相對上它比較容易。...現在也發現吸毒也越來越不好查.....通訊的工具越來越多樣化，包括網路通訊...相對的造成警方在查緝技術上困難。」另一方面，毒品販賣者在法庭上定罪困難，而造成警察在舉證尚須特別小心，否則常常讓販賣者定罪成施用者。

三、毒品施用者復歸社會所需協助？

深警 1：警察在協助施用者復歸策略上，是將剛出獄的施用者納入治安顧慮人口定期訪查驗尿，加強社會監控。處遇大部分都屬於戒毒層面，警察唯一能做的就是因為毒品人口是治安顧慮人口....要去訪查。

四、毒品施用者處遇社會資源網絡間之合作情形？有何困難？

深警 1：現在處遇的設施還要有一群人來做....那這一群人從哪邊來？這些人力的資源還有這個組織的資源，跟我們原先在講說吸毒犯進到我們的司法體系浪費的司法資源是不是相當。

五、其他有關我國毒品施用者矯治處遇之建議為何？

深警 1：現在當然目前的制度不是不錯，但也是有需要改進的地方....有一些老師來教施用者求生活的專業技能。

六、毒品施用除罪化可行性？

深警 1：除罪化不是不可以，可是那個配套措施要做得很嚴謹....如果現在還沒有除罪化之前，處遇的策略方法就不是很成功了，要怎麼樣擔保將來除罪化後這個處遇策略會很成功。

七、毒品施用除罪化影響為何？

深警 1：除罪化真的是要很多配套措施....那如果除罪化配套措施沒有做好的話，會變成吸毒的人不但沒有威嚇制裁的效果，反而處遇的功能也沒有發揮，反而造成這個社會的毒品更加嚴重...如果施用毒品除罪化後，警察接觸到施用者可能變比較弱....相對也會影響到警察查緝...在處遇的社會資源網絡裡，警察藉由依據施用者是治安顧慮人口查訪的機會，然後去看如何跟處遇的資源做結合....如果除罪化之後就沒有。

八、毒品施用除罪化配套措施為何？

深警 1：家庭訪視反而更可以觀察他接受美沙東療法之後，外在的環境是不是也是配合這一個戒毒的環境。

深度訪談摘要：深警 2

訪問員：許春金老師、白鎮福

訪談地點：高雄市刑事警察局

訪談時間：101年7月6日14時30分至15時45分（1小時15分）

一、轄區內毒品施用之盛行率及人口特徵？

深警 2：吸毒是越吸越窮，沒錢的話，買兩包，賣一包，用一包，於是無形中又增加一個毒販。

深警 2：年輕人喜歡去K T V、P U B、夜店這些高誘因場所，這類環境的特性，需要助興的東西，於是結合在一起...中輟生沒有受正常的教育的學程...可能依附在黑道幫派，他的人脈網絡，就是過去的那些同學，所以就把毒品進校園裡面（深警 1）。從戒毒、處遇甚至查緝，一級毒品都是有下降，二級毒品增加的幅度沒那麼大了，現在增加幅度最大的是三級。

二、警察執行毒品施用查緝之態度、策略、技術及困難各為何？

深警 2：上線監聽監聽到有人去美沙東那邊賣藥...美沙東就是毒品人口，有人就在那邊販賣...不然我們不會去干擾醫療行為。

深警 2：派出所的範圍內很難抓到說販毒的現行犯...是證據上認罪的問題，縱使是兩造雙方一手交錢一手交貨抓到之後，只要不承認的話，也是很難去斷定。

深警 2：現在三級毒品那麼多...是吸食跟通路上的部分斷掉，無法查緝，持有二十公克以下是行政法，那行政法抓到沒有強制採尿權...小朋友在網路上說吃三四級毒品沒罪，警察抓到你不要給他驗，他就不能拿你怎麼樣。

三、毒品施用者復歸社會所需協助？

深警 2：警察的部份大部份都是著重在查緝的部份，那其他矯治都是由社會局、衛生署他們公文負責。

四、毒品施用者處遇社會資源網絡間之合作情形？有何困難？

深警 2：美沙東不等於是海洛英...所以還是不可取代。

深警 2：毒品危害防制中心...我是覺得效果沒有很明顯...比如說你去追蹤這個施用毒品的他出獄以後，去追蹤有沒有工作，結果追蹤追蹤他有去工作了，又不追蹤了，那後續怎麼樣又不曉得了。

深警 2：毒品人口越來越多...經費跟專業專業人員都不夠，那不夠毒防中心雖然成立，但是每年中央都編三百萬，問題是毒品還在成長啊。

五、其他有關我國毒品施用者矯治處遇之建議為何？

深警 2：警方的取締，監獄戒治單位的戒毒，只是能夠遏止他去吸

食，治本還是要靠家庭親情的力量，而且要找一個工作給他，讓他忘記、脫離這些的交往圈。

六、毒品施用除罪化可行性？

深警 2：我們的法制還沒先進國家達到那個標準...所以說除罪化的國家幾乎都是先進國家而不是發展中國家。

七、毒品施用除罪化影響為何？

深警 2：因為除罪化就是行政裁罰都沒有了！三、四級毒品因為沒強制採尿，只行政裁罰它的量就成長那麼多，表示除罪化更沒有效

深警 2：「現在因為要認定販毒上真的是很嚴謹...指證的人證，你沒有一個法給他綁住、有一個籌碼跟他談判，沒有辦法去往上追。

深警 2：其實毒品開放...毒品也不會便宜...便宜的時候施用者會多吸嗎？也不會！等於吃飯一樣！今天吃一碗就飽了，不可能硬要吃兩碗、吃三碗。

八、毒品施用除罪化配套措施為何？

深警 2：可能在走私毒品者可能關個兩、三年可能就出來了，但是他出來他還是會再繼續犯案，所以法律上應將毒品製造、運輸、販賣刑度應加重。

深警 3 深度訪談摘要

訪問員：許春金老師、白鎮福

訪談地點：內政部警政署刑事警察局

訪談時間：101 年 7 月 13 日 10 時 30 分至 11 時 45 分（1 小時 15 分）

一、轄區內毒品施用之盛行率及人口特徵？

深警 3：吸食以後他會缺錢，缺錢會開始販賣，就是這樣的小型通路是很重要的關鍵...國內三級毒品的販賣，它提供一、二級毒品的吸食者的金錢的供應...那所他不需要去做強盜、搶劫。

深警 3：一、二級是吸食者有需求，找得到毒品他死命都會要...只要吸過一次、兩次...他永生難以忘懷...跟 K 他命不同，K

他命是促銷，那所以促銷的話它有固定的促銷點.... 三、四級可能是比較從上面下來這樣子促銷，一、二級可能是比較從下的要求。現在三、四級毒品施用者年齡逐漸下降、人數迅速增加且因幫派與中輟生結合，而進入校園。

深警 3：現在是施用者一直關進去，那可能大概都是六個月、八個月....這些人把監獄塞爆了，反而導致這些重罪的人在外頭遊蕩。

二、警察執行毒品施用查緝之態度、策略、技術及困難各為何？

深警 3：我們國家大概是我看過的國家喔、我看過的任何國家裡頭，唯一沒有緝毒專責組織的。

深警 3：因為其實這些販毒者他也是利用美沙東替代療法附近！因為這邊是毒販聚集的地方，所以會在那邊促銷。...員警，包含司法警察，必須要就是去拿施用者的手機來看撥出跟撥入的前十通電話，並把它記下來那送給地檢署做關聯調查。

深警 3：警方逮捕到一個吸食三、四級毒品或者抓持有二十公克以下毒品，除了對他開罰單之外不能其他的限制。

三、毒品施用者復歸社會所需協助？

深警 3：施用者出獄之後，我們還是必須要去做毒品人口調驗的工作，每三個月要來驗一次尿....那個毒販從戒治、監獄所出來以後，都要通報警察。

四、毒品施用者處遇社會資源網絡間之合作情形？有何困難？

深警 3：法務部就是固定一個檢察官在辦這些案件跟一個調查官，然後每兩年換一次。其實我們的這個政策是沒辦法看到未來的。

深警 3：美沙東替代療法....都把它講成是維持療法....那只能讓施用者撐久一點，撐到他有錢可以買海洛因的時候，就去買海洛因，不會選擇回來使用美沙東。

五、其他有關我國毒品施用者矯治處遇之建議為何？

深警 3：二十公克是完全不合理的重量....持有二十公克絕對是在賣，不要說二十公克，五公克都是在賣的。

深警 3：成立一個緝毒局或緝毒署，那這些單位應該百分之七、八十是設在警察機關裡。

六、毒品施用除罪化可行性？

深警 3：除罪化真的是要很多配套措施...那如果除罪化配套措施沒有做好的話，會變成吸毒的人不但沒有威嚇制裁的效果，反而處遇的功能也沒有發揮，反而造成這個社會的毒品更加嚴重。…輔導的措施其實是很弱，我們國家在這塊的投資是非常低。

七、毒品施用除罪化影響為何？

深警 3：吸食的人，他當初可能就是為了非得要去取得海洛因，所以去做強盜、搶劫，現在國家已經提供給你了，他不需要去做強盜、搶劫。…警察就沒有矯治角色或功能可以扮演，除了抓那個毒販。

八、毒品施用除罪化配套措施為何？

深警 3：監獄真的要空下來關那些重罪，對於施用者是不是還有其他的行政處分像罰金或講習，不見得要用到監獄。

深警 3：無藥可救，就發菸牌...吃到死為止。如果以這種方式，可能我們查獲的毒品可以供給他們使用，因為吸食海洛因的死亡率還蠻高的...也就是走私進口的海洛因的量就會大幅度的減少....且國家已經供給毒品，那你絕對不可以進到製販運。

衛生醫療社工 1 深度訪談摘要

訪問員：楊冀華、洪千涵

訪談地點：醫院心理師辦公室

訪談時間：101 年 7 月 7 日 19 時 00 分至 20 時 15 分（1 小時 15 分）

一、與毒品施用者共同工作的經驗、看法，所遭遇的困難？

訪問者：大致講一下您的工作經驗、工作性質與工作的內容？

深衛 1：我是 78 年入行。臨床心理師的工作是對個案施測，做心理治療。我一直在精神科專科，工作會輪調，之前在藥酒癮病房待了幾年。我從藥酒癮病房開始有接觸毒品使用者。

訪問者：毒品施用者是自行求助還是轉介的？治療過程？所需時間？心理師提供什麼服務？

深衛 1：大部分是被家人送來，因為使用毒品到很痛苦，家人希望他戒毒。我們曾跟法務部討論由法務部出錢，專門開一個

戒毒的病房，後來沒有談成。在健保實施前，病人都住一、兩天，就沒無法繼續，因為很貴。健保之後，很亂（指戒斷症狀）時進來是可暫時用健保給付，可是穩定就沒有辦法…所以住（院）都是短暫的。美沙冬開始後我們醫院有討論要做不做…那時我擔任主任，所以有參與討論，美沙冬進來後我們醫院處理方式，就是對他們做施測、團體治療。進來就先處理他們的急性症狀，剛開始不使用毒品，尤其是四號會非常痛苦，先做生理處理，那時心理師不會介入，比較穩定我們再去跟他們討論，有沒有想戒毒，可以怎麼戒毒，怎麼避開誘惑…就再犯預防的模式做一些討論。不會讓他們（在病房）待太久，大概一個月，有時候一個禮拜就出院，他們會覺得被關在裡面…又沒有脫癮症狀，會迫不及待想要出去這樣子。若他願意之後再過來繼續會談，就會持續比較久，可是通常持續度不好。

訪問者：您覺得在醫療體系裡從事藥癮工作最大的困難是？最需要政府或其他機構的協助是？

深衛 1：我覺得是心有餘力不足，我們不是只有藥酒癮的工作，還有精神科、兒童青少年的病人。也許我專做藥酒癮好了，手上十個個案我可以外出服務，等到一百個時我還能外出服務嗎？人力問題很嚴重，精神科目前接收的業務越來越多，人力都沒有增加，每一個人都要十八般武藝樣樣通，我們會疲勞，有時候個案真的很難我們就放棄了！一個藥酒癮病房有 50 床，配一個心理師、一個社工師、一個住院醫師、一個主治醫師，輪班護士比較多一點。若他們出院繼續追蹤，那又有多少？主動追蹤很重要，但工作八個小時後，晚上再去打電話追蹤，其實很疲累。我們希望他們能夠回診，沒有回來頂多個管師打電話一、兩次，之後也就沒辦法。假設知道他在什麼時間是高危險，最容易受誘惑、意志力比較差，如果有人可打電話陪伴，那慾求就會降低，問題是我們不可能做到這樣。

二、對替代療法的看法？效果評估？

訪問者：您在藥酒癮病房期間所接觸的施用毒品者，重複進來做治療的頻率高不高？是否有成功個案？

深衛 1：長期觀察來看…頻率算蠻高的，當然有人可以做到停止（施

用毒品)。生理的部分比較容易戒斷...我們會做心理治療，有時候社工會做家族(治療)，由家族給他們支持、幫忙，若他們也願意配合的話，這樣才比較有可能停止。就我觀察，吃美沙冬的是有人一直維持，他們的狀況越來越好。

訪問者：您覺得替代療法有效嗎？

深衛 1：應該三分之二是有效的，無效可能因為他喝了帶出去。有些人本來就有一些狀況，譬如兒童期有一些狀況，一直到最後使用毒品，其實你要讓他停止不容易。而有三分之二可維持穩定，他有工作，我不敢說他完全不再使用，但至少他的生活是穩定的，不會對社會、對他自己或對他的家庭造成太大的傷害。

三、毒品施用者最需要之協助為何？

訪問者：您覺得施用毒品者最需要協助是什麼？

深衛 1：應該是建立一個生活目標。使用毒品後，人生的理想都中斷，沒有比較實際的生活目標，生活容易陷入到他習慣的那種...使用毒品，心理學說法是替代性的依附關係。毒品戒掉出去剛開始是 OK，可是工作不見得好找，生活的穩定度(不佳)，如果沒有幫他建立一個很好的生活，陪他規劃生活、面對那些挑戰，那其實很不容易(維持)。

四、毒品施用者處遇社會資源網絡間之合作情形？有何困難？

訪問者：目前毒品處遇之網絡是否有合作的困難？需要改進的部分是？

深衛 1：說實話我覺得還是法律 Hold 住他們最有效。但地檢察署給我們方案，通常最後寫寫報告，有效沒效就 OK 了，後續都沒有追蹤，我覺得應該有一個持續的服務網絡，不一定是正式的。譬如說曾是毒品使用者，現比較少用，也沒有法律、醫療醫護人員在處理，需要找人談，可是都沒了要怎麼辦？我常看到一些狀況是他們的家人不知道用什麼有效的方式去處理這個人，所以後續沒人去提醒他、陪伴他，當他在用或不用中猶豫的時候，都已經結案了！他可以找誰求助？他們需要知道資源在哪？有哪些資源？

五、其他有關我國毒品施用者矯治處遇之建議為何？

訪問者：是否有其他對毒品施用者矯治方面的建議？

深衛 1：矯治中心的治療某些程度而言是有效的，要參與一陣子才

能夠改變，被關是一個重大事件，治療是說服的過程，建立他對自己可以改變的信心。機構內與機構外的治療我覺得都要進行，因為矯治機構是完全隔離的，很多事情都很容易，出來外面生活中會遇到困難需要討論，治療這件事情非常生活化，可能家人覺得我又在用了，可是我沒有我要怎麼跟家人解釋？在外面需要這些討論，這是在矯治機構裡面不會遇到的困難，談的東西會不一樣。機構外不一定要做很密集，可能剛出來的時候比較密集，因為遇到困難比較多，之後如果 OK 了，也許一個月一次或一個月兩次，對他們來說有一個地方一定得去，有一個資源可以去討論他的困難。

衛生醫療社工 2 深度訪談摘要

訪問員：楊冀華、洪千涵

訪談地點：戒治所會議室

訪談時間：101 年 7 月 9 日 10 時 00 分至 11 時 25 分（1 小時 25 分）

一、與毒品施用者共同工作的經驗、看法，所遭遇的困難？

訪問者：大致講一下您的工作經驗、工作性質與工作的內容？

深衛 2：我是 88 年 12 月法務部第一屆開始戒治所裡面有放社工跟心理師時進來的。那時收容的對象跟現在有一些差別，93 年修法前，只要施用毒品無論再犯、初犯都會走觀勒跟戒治，所以戒治人很多，修法後，只有五年內初犯的才會走，所以戒治人數下降，95 年成立獨立戒治所，重新分發我就到這裡。社工在戒治所裡面就是發展，一開始我們兩個社工面對一千多個戒治人，現在獨立戒治所成立，目前社工是六個人，我覺得社工在矯正體系，尤其針對毒品犯，常面對別人對於社工專業的質疑，我們就在這裡面找到一點社工可以做的事情，十多年來一步一步走到現在。一開始我們有法定職掌，但因為大家不知道社工專業，所以會有一些不合乎社工專業的工作，比如說按捺指紋、照相，我們就在那樣的氛圍下去開創社工的工作，找收容人來做會談、開始帶團體，甚至突破監所的規定，邀請收容人家人

來座談，甚至也讓收容人參與家庭團體，也去班級上課，希望可以透過這些方式讓我們理想中的社工專業可以在這領域發展出來。到現在矯正體系知道社工可以做什麼，所以碰到家屬的問題會轉介給我們，我們可以進一步跟他們的家屬做一些聯繫，這是一個很重要的工作，這些人在這邊一段時間，不論是判刑或是戒治，他總會踏出監所的大門回到家裡，所以他跟家庭間的糾葛也許是促成他戒毒，也有可能是拉著他去用藥的因素。社工師進入監所有統一專業訓練跟基礎訓練，此後每一年也會有在職訓練。

訪問者：您在工作上所遭遇的困難是？

深衛 2：當初進來的時候只有兩個社工，資源不足的情況嚴重，那時沒有毒品危害防制中心，醫院還未成立成癮防治科，也還沒開始推行美沙冬治療，這些人總會踏出監所大門，他有一些問題是需要延續去處理的，但可使用的資源非常少，沒有地方可以讓他去。他們的家人跟週遭人對於藥癮的認識又更少，所以他們面對誤解跟不被接納的情況也是很嚴重。那時候工作上最大的困難是，受戒治人那麼多，我們只有兩個社工，能做的真的很少，比如說我們要做團體，可能要維持十至十二次，我們只能挑動機比較強的或是可改變性比較高的，把這些人挑出來，努力的帶著他們做團體或個別輔導；然後其他大部分人在所期間我們可能只能見一次面吼，就是評估他們有沒有立即的一些危險或是立即需要處理的問題，就讓他留在班級上大班的課程。社工編制增加到六個人，每個人要面對的個案數是減少，可以做比較多的個別輔導，或是讓他們有比較密集的團體處遇。但是有一個多年來的共通性問題是，我們一直在喊個別化處遇，可是我們要怎樣做出最貼切他們需要的評估，當你沒有辦法知道他實際上需要的處遇是什麼時，我們所提供的可能都只是處理他們的表面問題，影響他們用藥的內在原因，沒有辦法說每一個人都做到很好的處理。

二、對替代療法的看法？效果評估？

訪問者：請問戒治所有用過替代療法嗎？

深衛 2：有試辦過一年，對象是毒品犯且有 HIV，個案量很少才二十幾個，針對快要出所的人，當時是定位在做出所銜接，用

減害的想法去定義，讓他在出監前知道美沙冬治療模式與治療的感覺，若沒記錯應該是出監前兩個月開始接受治療，希望出監後可以做銜接，以避免又再用海洛因。

訪問者：您個人對替代療法的看法如何？覺得有效或是無效？

深衛 2：對他們來講是多了一項選擇，我有錢時就去用四號，沒錢時就去喝美沙冬，比較糟的狀況，是喝美沙冬以後去找四號，追求快感的感覺；當然也有好的個案，就是真的是替代療法，真的覺得用四號已經沒辦法了，包括經濟、家庭的問題，所以願意用替代療法，每天喝一次，讓工作、生活可以穩定。有沒有效其實真的要看個人，個人有沒有戒毒的動機，我覺得是很重要的，如果完全沒有動機，只是想追求感覺，或當成替代四號的方案，就不會看到所謂替代療法的成效。

三、毒品施用者最需要之協助為何？

訪問者：您認為藥癮者最需要的幫助是什麼？

深衛 2：專業處遇上很大的挑戰，就是要用什麼樣的方式讓他真的體認到對家人造成的傷害，且是他發自內心覺得用藥的問題對於他的生活造成危害，真的可以發自內心的體認到自己的問題。

四、毒品施用者處遇社會資源網絡間之合作情形？有何困難？

訪問者：您對於與各單位網絡聯繫的看法？

深衛 2：現在有一個單一窗口是獄政的，我們在所內做的一些個別或是輔導的一些記錄其實都會登錄在那個系統裡面。單一窗口其實就是開放某部分的獄政資源共享，但我不確定開放到什麼程度。戒治所的社工、心理師需要使用單一窗口，我們現在碰到的一個問題就是很多人都在追他們，戒治所會追蹤，毒防中心、更保會也會追蹤，警局會叫他們來驗尿，所以我們打電話聯繫時，家屬會覺得你們前幾天才打電話過來，為什麼現在又打來？變成我們還要解釋。如果各單位的資源做整合，彼此知道做了什麼內容，追蹤到的個案狀況，就不用再重複進行。可是現在是各做各的，各建置各自的資料，最後就是家屬不勝其擾。

訪問者：您覺得目前處理施用毒品者的專業人員，彼此應如何聯繫與分工？現況是否有缺失？

| |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>深衛 2：我覺得現況是大家各做各的，譬如我們蠻常碰到的一狀況，是家屬會打電話來問說他發現自己的家人又再用藥了，可不可以把家人直接送到戒治所，要我們直接關起來。這是一個大問題，家屬完全不知道當面對家人又再度用藥時，除了把這個人關起來外，還可以有什麼更好的方式，我覺得現況是，也許有一些服務在提供，可是需要服務的人並不清楚這些資源如何獲得跟怎麼獲得，資源的可近性跟被知道其實有很大的落差。</p> <p>訪問者：關於毒癮者出所銜接工作，您是否希望毒癮者送至其它機構或回社會時，接手者能跟你的工作做銜接呢？</p> <p>深衛 2：當然希望，可是現行毒危中心個案量也很大，工作人員不多，對他們而言光把列管的人全部接觸一遍業務就很繁重，所以接觸的深度跟品質是沒有辦法去要求的，這也是現行工作上的困境，出所你只能祝他幸福，看他的造化。</p> <p>五、其他有關我國毒品施用者矯治處遇之建議為何？</p> <p>訪問者：您對毒品的矯治有其它的建議嗎？</p> <p>深衛 2：我覺得，矯治系統是需要被教育的。一直到現在都還是會聽到戒護的管理人員或長官，說出「戒治無用論」，覺得社工根本不需要花那麼多時間，戒治人出去後不是再用藥就是死掉，花這麼多時間根本看不到效果。雖然現在說他們是「病犯」，但是管理人員或長官們的認知是否真能跳脫傳統對毒品施用者的想法，用比較多病人的角色跟態度去看待他們，我覺得這是系統裡的氛圍，這麼多年來雖然好像有點鬆動，但還有一些根深蒂固的想法與氛圍在。</p> |
| <p style="text-align: center;">衛生醫療社工 3 深度訪談摘要</p> <p>訪問員：楊冀華、洪千涵</p> <p>訪談地點：衛生局辦公室</p> <p>訪談時間：101 年 7 月 11 日 9 時 00 分至 10 時 20 分（1 小時 20 分）</p> |
| <p>一、與毒品施用者共同工作的經驗、看法，所遭遇的困難？</p> <p>訪問者：大致講一下您的工作經驗、工作性質與工作的內容？</p> <p>深衛 3：之前學護理中途轉社工，95 年時兼職開始追蹤關懷一些藥</p> |

用者個案，正式到毒防中心是 96 年 11 月開始，先從個案管理師開始，然後 99 年一半做直接服務個管，一半接行政，100 年後就是完全接行政業務。個管主要以個案為主，毒防中心個案來源是監所出來強制轉介的個案，一般是追蹤兩年，還有一些例外，是零星的自行求助個案，以及青少年個案，這部分是追蹤輔導一年。而行政業務部分蠻繁雜的，所有東西都做，教務宣導、各項會議、聯繫會議、社區宣導、校園宣導，甚至家庭支持性服務方案也做，然後還有一些志工的教育訓練、培訓等，包山包海都做。

訪問者：請問個管師平常怎麼在做個案的？

深衛 3：基本流程，就是監所通報，我們有案管系統會去分案，分案後會有主責個管。我們將十三鄉鎮分成三個區域，讓個管師在追個案時，可以落實在地化，然後結合在地資源縮小工作範圍，不會要跑全縣。分案之後，個管師需要在三天內，透過電話或家訪跟案主或案家做第一次聯繫，之後進入追蹤輔導流程，前面一到三個月是高關懷時期，每個月至少一次的電訪或家訪，然後進入中關懷，是四到九個月，九個月以上屬於低關懷，就變成三個月一次。我們縣市比較特別是，法務部希望以電訪為主，但因為有些個案失聯，我們有針對失聯者另外再安排家訪，實際到家裡去看是否住在戶籍地，同時只要符合失聯定義的我們也會請警察協尋。家訪有時候關係維持得還不錯，「見面三分情」，到家裡表示我們的關心這部分還不錯。

訪問者：您在家訪或輔導過程當中，有遇到毒品施用者排拒的情況嗎？

深衛 3：會啊，「我現在很好啊」，這是比較柔性的拒絕，有的時候甚至有家長會說「他不住在這，他死了」，然後大家就會很緊張，去查那個系統。有時候打電話去可能是個案本人，然後他就會說不在、不認識這個人，甚至剛開始中心在推的時候，我們常常會被認為是詐騙集團。我記得印象比較深的是有一個家屬，聯絡半年之後，有一天突然打電話過來，在電話那頭哭著說：「我之前都是騙你的，我孩子其實不好...他最近可能又再用了，該怎麼辦？」，這讓我發現，即便被拒絕好像還是要持續不間斷的聯繫，不然

哪一天發生事情跟問題的時候，他會求助無門。

訪問者：毒危中心的個案，都是依戶籍地嗎？每個月有多少個案需處理？

深衛 3：基本上是以戶籍，如果不是的話，會是所謂的託管個案。個案量大概就是每個月持續追蹤輔導新舊案加起來有三千三百多。

訪問者：請問有多少個管師呢？能否負擔個案量？

深衛 3：目前實際編制，我們有挪一部分的人力過來做追輔，所以我們實際編制應該會有十七個個管，可是目前有缺，只有十四個人在追個案。剛剛講分三個區，所以一個區大概五個個管師。負擔要看做的深度，目前來說一個個管師平均一人要追兩百個案子，真的 loading 很大，如果說要像社工那個保護性個案那樣子，就是一般的那種個案，其實兩百還蠻多的，一百壓力就夠大了。人力應該是永遠都不夠的吧，因為再怎麼樣就是還會有更多的東西可以做啊。

訪問者：目前工作遭遇的最大的困難是什麼？

深衛 3：就是資料沒辦法很準確的馬上找到這個人，本來關係的建立就比較長久，如果前面花比較多的時間，可能我們無法真的很實際地跟這個人一起工作。

二、對替代療法的看法？效果評估？

訪問者：就您觀察藥癮者接受替代療法的成效好嗎？

深衛 3：真的是有好處。引用家屬的說法，「他孩子去用了之後，開始過得像人一樣的生活」，這是最大的回饋。個案的部分，他們會說「現在終於生活可以比較正常了」，我覺得回歸正常的生活是重要的，雖然有些聲音是說可能不好戒，可能終其一生都要持續用藥，但是相較之下，我覺得接受程度是高的，持續使用的人也是高的，只是還是會有人卡在經費，經費是他們沒有辦法持續下去的重要因素。

三、毒品施用者最需要之協助為何？

訪問者：如果個案向您求助，希望轉介戒癮治療，您可以幫他處理嗎？

深衛 3：先看他住哪個轄區，提供他足夠的資訊，討論什麼時段初診、複診，大概需要的一個費用先幫他去了解，目前還沒有希望我們陪同就醫的要求，如果願意是可以去陪同的。

真的透過轉介單，實際操作上是沒有的，因為醫院不會因為轉介單給比較特殊的待遇，還是照一般常規在走，所以實務操作並不是透過轉介表去，如果說真要透過系統轉介以知道績效，是可以操作，只是變得增加一線工作者非必要性的行政文書處理作業。

訪問者：就您的觀察，毒品施用者最需要的幫助是？

深衛 3：不知道耶，其實我自己也有很多的困惑，至少目前就是讓他們先不要去碰毒吧，真的要說需要的幫助，應該是怎麼樣讓他們不要再回去用藥的狀態。

四、毒品施用者處遇社會資源網絡間之合作情形？有何困難？

訪問者：目前您在工作上會和其他單位接觸嗎？

深衛 3：我們有跟監所跟地檢、法院做銜接輔導，連軍區那塊也有做，像家屬支持服務方案有跟地檢合作，在地檢的緩起訴那塊也做一些活動。現在開始金三角了，未來應該互動會更多，因個案而開始一起工作。未來保護管束的毒癮者，會進入毒危中心系統，銜接上的困難還好，我們每個月會做一次銜接輔導，如果個案他最後一次的報到時間是剛好配上的，就會跟我們約聘的承辦人員一對一的面對面訪談，填寫通報表留下聯絡資訊，交給個管師開始進入輔導系統裡。如果說在保護管束期間失聯，資料沒有回歸過來的可能就是會找不到人，保護管束個案還蠻乖的，通常都會找到人，期滿的個案會比較不容易找到。

訪問者：這銜接過程，毒危中心跟監所的互動好嗎？監所是否願意提供足夠資訊？

深衛 3：單就銜接輔導是 OK 的，目前的話我們跟三個成人監所都有一個所謂的對口窗，會幫我們接洽安排相關事宜。不過還是礙於人力的問題，之前我們曾在 0 監做過八次的連續性團體，那還蠻有效的，可是比較龐大跟累，所以我們又回到原本比較簡單的初步建立關係而已。

五、其他有關我國毒品施用者矯治處遇之建議為何？

訪問者：除此之外，您對於毒品矯治有其他建議嗎？

深衛 3：當然還是回到初級預防觀點，該怎樣讓一般社會大眾去接納這些人，以及讓他們知道毒品是什麼的東西，從正確的用藥觀點開始才不會到濫用，才不會到毒品，所以最前端

的去宣導正確用藥觀念，貼近民眾讓他們知道這樣的觀念，之後再到高關懷特殊的環境，甚至於真正在用藥的部分，怎樣去拉長所謂的維持期，去理解跟知道自已的狀態，當然這是比較困難，可是也不能不做。

衛生醫療社工 4 深度訪談摘要

訪問員：陳玉書、洪千涵、白鎮福

訪談地點：衛生署

訪談時間：101 年 11 月 7 日 9 時 30 分至 12 時 20 分 (2 小時 50 分)

一、對於目前毒品施用者的處遇政策與再犯情形有何看法？現行緩起訴替代療法、觀察勒戒、強制戒治、矯治處遇、觀護處遇、社會復歸等面臨哪些困境或問題？有何具體建議？

訪問者：請問在毒品工作上所面臨的情況與困境？

深衛 4：在毒品防制會報，衛生署是毒品戒治組的主責機關。台面上是合作機制，看似完整，但台面下都各自有本位主義。戒治組之後還有個去毒組，但自規劃以來，就沒有機關要當主責。衛生醫療在整個除罪化路途上，並不是終點，而只是個過程而已，最終他還是要回到社區，回到家庭。社區如果沒有好的環境讓他回去，他永遠只在戒治這階段，…戒治的延伸，是延續到不再使用，因此社會環境是很重要的，…希望內政部去承接這一塊。…（去毒組）擔負的責任太大了，研考會在沒有辦法的情況下，把我們的毒品戒治組當作最後一個終點，把去毒的業務併入戒治組來辦裡。可是行政院並沒有給我們相對應的資源，也因沒有主責，所以其實沒有在做。這會往前擠壓毒品戒治的工作？大家會質疑，為什麼再犯率這麼高？是不是毒品戒治做不好？生理上有易施用毒品的危險因子，但所處的家庭跟社會環境也是一危險因子…我們還沒有做好家庭與社會支持，或是整合社會資源，民間有很多機構團體願意協助，譬如在毒品施用者回到家庭前，提供短暫的安置住所，讓

他適應後，再回到家庭。…社會要有很好的支持網絡，讓他即使不回原生家庭，還是可以在社會生存，如果你連這個環境都不給他，他會不會再去使用毒品？

訪問者：關於在機構內的戒癮工作呢？

深衛 4：沒有辦法做到每一個矯正機關都有足夠的醫事人員提供必要的醫療支援，現在矯正機關醫療資源是呈現一個極度缺乏狀態。現在觀察勒戒處所還有監獄，基本上都還是單純地以生理去癮為主，但是心理治療是可以再加強跟充實的。

二、 對於目前毒品施用者的戒癮治療現況有何看法？面臨那些問題？有何具體建議？

深衛 4：沒有給醫療機構好的環境發展毒品戒治，它不是健保給付的項目，不會是第一個要積極推動的業務。再者，毒品吸食者這族群特殊，醫院還要額外花費把就醫動線作區隔。另外醫療機構還必須做聯繫工作，跟警察、地檢署回報，要負法律效果、擔負社會責任，醫院並不願意去做這些。

三、 關於維持療法替代藥物的種類、效果與發展？

深衛 4：古柯鹼沒有替代治療的藥品…一級毒品緩起訴，沒有排除古柯鹼，針對一級毒品跟它相類的製品…的使用者都可以進到緩起訴。但緩起訴的戒癮治療方式有很多種，有藥物治療、心理治療、社會復健，所以不盡然一定要使用藥品替代治療。

四、 目前國際上針對「一或二級毒品施用除罪化」有不同政策模式，在我國何種模式較為可行？以衛生署立場，是否贊成「施用一、二級毒品除罪化」改以醫療模式處理？為什麼？

深衛 4：除罪化完全沒有司法搭配、監控措施，可能戒治的成效會比較差一點。目前台灣吼，是除刑不除罪的模式在運作…，但是漸漸的呢，朝著更多社區處遇的機會移動。

五、 如果將「一級或二級毒品施用除罪化」，則對於施用者本身、

家庭、犯罪、偵查、衛生醫療、教育和經濟將產生哪些正面或負面影響？有何因應對策？

深衛 4：往除罪化發展，一定要重視社會民眾的觀感，因為施用者最終會回到社區，民眾沒有辦法接受的話，就等於是白忙…若民眾接受施用者是生病、會重複復發，這樣民眾慢慢也可以接受這不是犯罪。國家要非常全面的、紮根式的對民眾做宣導。

六、如果將「一級或二級毒品施用除罪化」，則衛生醫療機構須有哪些配套措施？如何與其他機構建立合作網絡？

深衛 4：戒治只是一個過程，臺灣絕對有足夠的能力來做毒品的戒治工作，醫療環境、專業能力是 ok 的，但是沒有充分的挹注資源在醫療這一塊，我們有能力，但沒有財力、沒有物力。…其實網絡間的工作模式大概已經定型、成熟，但還是期待有一個比較高層級的政府部門來主導，不但有權力、有能力、也有人力去執行。行政院裡面應該要有一個這樣的單位，專門在聯繫跟統合，或者是幫政府做這個毒品政策決策。

七、如果將「一級或二級毒品施用除罪化」，在實施替代療法與戒癮治療時，如何建立監控機制以維持其效果？(例如：監控者？監控方式？)

深衛 4：我們要從施用者想要的東西去著手，因為他們控制力較薄弱；第二個你資源要大，因為你要符合他的期待，你要滿足他的需要，他才會跟你建立一個維持的關係，不至於是他自願的，但是至少是一個維持的關係，關係的建立是決定你治療會不會成功的一個最重要的因素，不管是什麼樣的治療，特別是慢性病，如果你相信我，願意跟我保持很好的聯繫關係，其實就成功了一大半。…先不要說修什麼法讓他可以留在社區治療，我們要先突破，讓他在犯他案的過程裡面，保障他的治療不中斷，該關還是要關，但是

確保在這個過程裡治療是可以延續。

八、 如果將「一級或二級毒品施用除罪化」，對於相關法令和制度調整有何建議？

深衛 4：酒癮、藥癮治療是全民健保法排除的，但基於疾病治療觀點，等它染癮了、有其它疾病才治療，這不符公共衛生初級預防的概念，現行法規裡面只要改個一條、兩條就讓它更齊備一點…有法源的依據才有財源的依據。

九、 對於「一級或二級毒品施用除罪化」，有何其他建議或看法？

深衛 4：政府的總體政策是要把錢花在前段還是後段？如果國家朝除罪化這方向努力，兩個區塊最需要資源投注，第一是戒毒，要讓接受戒毒者是無後顧之憂的，但對於沒有戒癮決心者仍要有配套措施管制；第二是去毒，這個區塊跨很多部會，內政、勞委會、教育等，不能因施用毒品造成一個人生產力的流失。

附錄二 焦點座談摘要

臺北第一場焦點團體座談會紀錄

時間：2012年7月27日（星期五）下午2：00至5：10（3小時10分）

地點：國立臺北大學建國校區力行大樓一樓會議室

主持人：許春金（國立臺北大學犯罪學研究所教授） 紀錄：洪千涵
與會學者專家：

廖定烈（署立醫院成癮防治科主任）、林健陽（警察大學犯罪防治研究所教授）、紀延熹（刑事警察局偵查正）、莊莘（市立醫院行政主任）

座談內容：

一、目前毒品施用者的處遇政策與問題

（一）毒品政策

1. 新增毒品危害防制中心，作為縣市與中央的連接平台：毒防中心負責追蹤、就醫、就業與就學，人力經費始終不足，中央也只是鼓勵卻無法要求，雖各縣市的品質不一，但毒防中心的功能值得肯定（焦學1）

（二）毒品緩起訴

1. 美沙冬替代療法確實有效降低海洛因使用量：替代療法只針對一級毒品，二級衛生署還在研發階段，海洛因使用量確實有降低趨勢，一來是因為積極查緝，但同時也是替代療法產生作用（焦學1）。海洛因使用確實有下降，但替代療法的持續宣導力量也減弱了！（焦衛1）。警察機關查緝上海洛因等一級毒品確實有在下降，查緝量有在減少，重量也比較減少，供給是有相關，顯示吸食確實有減少。三級使用者比較年輕化，也不認為是毒品，反而是警政比較煩惱的地方。（焦警1）。
2. 緩起訴具有強制性可強化醫療功能：雖然毒品犯是非自願案

主，但緩起訴他們非配合不可，有些類似半自願案主，醫療人員可以在其緩起訴期間盡量處理（焦醫 1）。

3. 美沙冬替代療法有爭議：美沙冬是二級毒品，還是有成癮性，反而丁基原啡因沒有成癮性，用美沙冬治療反而讓他們有成癮問題，但是美沙冬要求每天吃藥也意味著一種行為改變，每天固定到醫院就是一種改變（焦醫 1）。
4. 撤銷緩起訴須有彈性：治療過程會復發是正常，主要是看當事人態度，有心要變好，就給予機會，不是用一次的驗尿驗出陽性就終結治療（焦醫 1）。
5. 另犯他案即中斷治療之問題：施用者內部有聲音認為美沙冬比海洛因難戒，彼此告誡不要再使用美沙冬，因美沙冬的戒斷要兩個月，海洛因只要一個禮拜，如果入監可將替代療法帶進去，會較有功效，也讓個案較能接受（焦衛 1）。

（三）毒品犯罪問題

1. 醫療與刑事司法人員合作需要磨合：醫療人員需要時間處理個案，但進到戒治所工作需一次照顧所有人，無法只處理少數個案，人數一多就無法按標準治療進行（焦醫 1）。
2. 年輕人對毒品的認知偏差：三、四級毒品對年輕人而言已不是毒品，甚至現在吸食安非他命被視為是時尚，把安非稱作菸。在第一線看到是相當擔心的，尤其他們很難抓到，要就醫更難，現況相當嚴重，14、15 歲開始施用、得病，一般人、學校與家庭皆不知道，宣導教育也沒有到這麼低的年齡層（焦衛 1）。

二、 毒品施用除罪化可行性

（一）反對毒品除罪化

聯合國的麻管局對藥物管制嚴格，荷蘭政府也承認大麻合法是錯誤政策，若世界各國用刑法約束毒品施用者接受治療，我們何以要這麼先進談除罪化？（焦學 1）

（二）支持現行毒品施用者處遇模式：

要落實現行制度的設計：現行制度已很好，只是不夠落實的問

題，而非效果不好（焦學 1）。現在這樣就很好，檢察系統可以利用緩起訴第八項，可以命其去 TC 或是替代療法，可能就有不同程度的彈性，針對個別個案有細緻的處理效果就會很好（焦醫 1）。

三、 除罪化可能的負面影響

- （一）造成毒品氾濫：因為不犯罪了！會造成心房瓦解，想去嘗試（焦學 1）。若合法，則取得將容易，年輕學子很容易去嘗試，將有很大的危害（焦醫 1）。
- （二）醫療無法有效介入：非緩起訴個案根本不會就醫，假使除罪化沒有強制力讓非自願案主進到醫療院所，我對醫療可以處理施用者是感到悲觀的（焦醫 1）。

四、 除罪化所需之配套措施與網絡合作

（一） 配套措施

1. 丁基原啡因為適當替代藥物：用美沙冬有二個臨床意義，固定每天吃藥是一種行為改變，若對困難個案使用丁基原啡因，就少了行為治療。兩種藥效力幾乎一樣，除非更改法令使丁基原啡因改為二級，就可以固定到醫院使用（焦醫 1）。
2. 強化職業訓練與就業輔導：臺灣的更生事業不會歧視毒品施用者的背景，他們（更生事業）應該都有領一些政府補助（焦警 1）。
3. 維持療法可以設計的更彈性：個案初期可以用美沙冬，藉固定門診提高行為之改變，等個案穩定後再改用丁基原啡因，如此方式個案比較不會再使用海洛因，因為這兩種藥效同時使用會比較痛苦，不過一開始使用丁基原啡因個案很快就會放棄，進階個案較適合（焦醫 1）。
4. 建立治療性社區：我們將緩起訴個案納為我們醫院的同事，結果成功的比例很高，我想向晨曦會那樣的治療性社區確有幫助，幫助他們改變環境（焦衛 1）。全世界各國都同意 TC（晨曦會）的功能，但耗費成本相當高（焦學 1）。
5. 強化精神科醫師人力與能力：現在醫療人力遠遠不足（焦衛 1）。

（二） 網絡合作

1. 建立毒品網絡機關合作平台：毒品人數眾多，依現在科技進步，其實可以更好的平台，（焦衛 1）。建立一套橫縱向聯繫系統（焦警 1）。例如：各精神科通報設置在管管局，但有開放醫療系統進入系統，開放有權限（焦學 1）。
2. 符合個案需求治療和處遇：個案轉介毒危中心，應符合個案需求治療和處遇，否則全部轉介個案會覺得被打擾，個案非常抗拒。（焦衛 1）

五、其他

- (一) 明定初犯與自願治療者可除刑接受治療：毒品施用者觀察勒戒或強制戒治期間，當事人有意願接受較積極的治療，可為緩起訴或類似美國藥事法庭，將此法制化（焦學 1）。
- (二) 賦予檢察官處遇裁定權：對一再反覆吸毒的人說，最可惡者為販毒的人，找出販毒者即可緩起訴，以此遏止和逮捕販毒者。（焦警 1）
- (三) 賦予施用者接受治療請求權：藥癮者應該要有接受治療的請求權，請求接受治療部監禁，研究發現有請求權戒癮意願高（焦學 1）

高雄場焦點團體座談會紀錄

時間：2012 年 8 月 10 日（星期五）下午 2：00 至 5：20（3 小時 20 分）

地點：高雄市政府警察局會議室

主持人：陳玉書（警察大學犯罪防治學系副教授） 紀錄：廖秀娟
與會學者專家：

李志恆（高雄醫學大學藥學院院長）、紀明謀（市刑警大隊大隊長）、鄭博仁（地檢署檢察官）、余青樺（地檢署觀護人）

座談內容：

一、 目前毒品施用者的處遇政策與問題

（一）毒品政策

1. 毒品政策發展快速：1998 年施行毒品危害防制條例後修法變動快速，推動觀察勒戒、強制戒治和緩起訴替代療法等措施，實施緩

起訴替代療法後，於 2008 年毒危條例修正後初犯與五年內再犯可接受替代治療。（焦檢 1）

2. 毒品政策關係到我們治安走向和戒治思維：近年來的犯罪人口率我們可以看出來毒品政策有很大的影響。（焦觀 1）

（二）毒品緩起訴

1. 美沙冬替代療法存在法律邏輯矛盾：美沙冬替代治療悖離立法原則，戒掉一級後用二級去替代。同為犯一級的罪，施用古柯鹼要關，施用海洛因可緩起訴（焦學 2）。101 年才開辦二級（焦檢 1），要有一致的作法。（焦學 2）
2. 撤銷緩起訴須有彈性：吸藥之後他無法控制自己了，因為毒品施用者）反覆；而且也通常不會一次驗尿呈陽性反應就把你撤銷。（觀護人 1）
3. 撤銷緩起訴標準不一：每一個檢察官的撤銷也都不一樣。（焦觀 1）
4. 緩起訴期間相關配套：我們會做職業轉介，有家庭支持方案。（焦觀 1）
5. 另犯他案中斷治療：施用毒品者犯其他案件比率高，若犯他案無法緩起訴；因先前犯了非常多的案件；入監獄服刑就無法給予緩起訴。（焦檢 1）

（三）毒品犯罪問題

1. 毒品再犯仍然偏高：緩起訴撤銷有 3~5 成，緩起訴期間再犯率 5 成。（焦檢 1）高雄市以前強盜搶奪案件多，其中有毒品前科佔 80% 以上。（焦警 2）
2. 藥頭與毒友為再犯主因：接受緩起訴替代治療會去醫院，藥頭在醫院等著。朋友聚在一起都會再犯，只是沒有被警察機關或檢察機關查驗到。（焦檢 1）
3. 毒品衍生其他問題：毒品犯反覆走回頭路，成功者很少；家裡有吸毒就破碎。戒毒成功定有強大支持力協助、遠景和就業。但吸毒的家庭環境都不好（焦警 2）原本家庭好的吸到最後也變不好（焦檢 1）
4. 經濟與就業問題為中止再犯關鍵：若有心治療，可能因經濟因素

或其他案件因素而無法讓其接受緩起訴去接受戒癮治療。(焦檢 1)

5. 毒品犯罪黑數仍高：吸毒者不會認為是吸毒品，從流行病學的角度來看，得到的數據是偏低。(焦學 2)
6. 就業困難：毒品犯很快就會回到原來的狀態。既使家庭、環境、親友支持還有社會接納，雇主若知道他是毒品犯，都不會僱用(焦警 2)
7. 檢警合作查緝毒品中盤可有效阻斷毒品市場：緝毒政策是溯源，追到上游斷源，但斷不了。查緝毒品中小盤使竊盜案和暴力犯罪明顯下降。(焦警 2)
8. 病犯概念須釐清：毒危條例將施用者視為病犯，非法律而是精神上說法。病犯是犯罪未被發現前自動到指定醫療院所治療。如買毒被抓是犯人。(焦學 2)

二、 毒品施用除罪化可行性

(一) 反對毒品除罪化

在台灣要完全除罪化不可行(焦檢 1)站在第一線的警察都反對除罪化。(焦警 2)除罪化對警政業務造成很大負擔；除罪化後緩起訴、強制勒戒無法監控?(觀護人 1)就整體民眾的心態，除罪化不是好作法。(焦學 2)

(二) 支持現行毒品施用者處遇模式：

1. 現行模式符合台灣社會需求：我認為現行政策應該就是種折衷方式，這個還蠻不錯。每個地區有不同模式，整個民族性、民心不同。(焦警 2)
2. 須以司法強制力為後盾：目前用司法的強制力讓他們接受治療，我覺得會是個最好的模式。有這樣的嚇阻力量是不錯。(焦學 2)
3. 緩起訴除刑不除罪符合除罪功能：緩起訴者只要完成緩起訴要件可獲不起訴處份，不會有前科紀錄。兩年內盡完義務，檢察官做出不起訴處份。(焦觀 1)在刑法的理論是不再起訴判刑。(焦檢 1)無累犯和再犯的問題(焦警 2)

三、 除罪化可能的負面影響

(一) 缺乏監控力：除罪後監控很難(焦檢 1)對除罪化有些擔憂，

現在三四級毒品吸食只有行政罰，要如何強制驗尿？三現在沒有強制力（焦警 2）

（二）**毒品施用升級**：吸三級毒品會慢慢升級吸二級一級毒品。（焦警 2）

（三）**行政罰執行率低**：吸食三四級 20 克以下是行政罰，送交警察機關裁罰。現在統一裁罰 20,000 元，講習六個小時。出席率非常低。繳款率大概 50%，今年大剩下 30%，一直在降，101/7 執行率才只有 12%（焦警 2）

（四）**造成毒品氾濫**：三四級毒品無罪，校園、娛樂場淪陷。國中有傳播妹坐檯/陪酒/賣淫，比想像嚴重。如果除罪化，藥頭就會說沒有罪，（焦警 2）

（五）**健保無法給付**：成癮也是精神疾病的一種，但全民健保排除藥癮治療是有問題的，希望法制化後，讓藥癮者接受病人般照護。就法律的精神，讓藥癮患者享有健保照護是該的。（焦警 2）。

四、除罪化所需之配套措施與網絡合作

（一）配套措施

1. 須考量文化差異與民眾支持度：除罪化思維模式不一定適合台灣。（焦警 2）
2. 須考量司法制度上差異：台灣執行機關是檢察署，美國執行監控的是法院，如要緩起訴，義務由檢察官定（焦檢 1）。
3. 須有足夠人力配置：須新增人力，用量表來決定社會復歸。須進行心理衡鑑，依據各個結果來評估。目前人力配置，只能做到表面。（焦觀 1）
4. 治療或處遇須有強制力為後盾：衛生署強烈建議要在地檢署做而不是在醫院，因為他們說在醫院做他們都不會去，在地檢做有強制力。（觀護人 1）
5. 須健保與醫療措施配合：因為毒品人口不能當成慢性病，看我們怎麼治療。但是這些慢性病有些健保、公家機關的補助。（焦警 2）
6. 警察角色定位：如一二級除罪化後，用毒採行政罰，須把毒品級

數和裁罰的高低作調整；但回到行政面監督者一定是最有強制力的警察同仁。（焦觀 1）

7. 強化精神科醫師人力與能力：須要更多的精神科醫師投入，加強自己的專業能力，讓他能照顧這樣的患者（焦學 2）
8. 丁基原啡因為適當替代藥物：丁基原啡因列三級，不需精神科醫師就可開立，可減少醫療人力缺乏問題。但精神科醫師是否有此胸襟（焦學 2）更長效，兩天給藥一次，診察費可降低二分之一；用美沙冬，天天都要喝。（焦學 2）
9. 強化職業訓練與就業輔導：有穩定工作藥癮者再回頭的機率少，若無工作，自己和小孩也要生活，無其他謀生能力（焦警 2）。新加坡做得好因為有職業訓練，由國家職訓局轉介（焦學 2）
10. 落實心理輔導：團體應採封閉式，目前因經費問題採取開放性，團體 LEADER 和 COLEADER 無法形成動力，只能表象的完成 12 次團體。（焦觀 1）
11. 強化毒品門診功能：第一次健康檢查是初評，看適合與否。檢查完再決定藥量。目前門診僅看藥量增減。精神科醫師不作輔導。（焦觀 1）
12. 落實驗尿：不驗尿毒品施用者會施用，如非強制驗尿監控減弱。（焦學 2）

（二）網絡合作

1. 建立毒品網絡機關合作平台：毒品人多，依現在科技，其實可建立很好的平台，（焦觀 1）。建立一個機制，有套橫向聯繫系統（焦警 2）。例如：各精神科通報設置在管管局，但有開放醫療系統進入系統，開放有權限（焦學 2）。
2. 符合個案需求治療和處遇：個案都要轉介毒危中心，勾選所需事項，全部轉介個案會覺得被打擾，因要列管兩年，常受干擾，個案非常抗拒。（焦觀 1）

五、其他

（一）明定初犯與自願治療者可除刑接受治療：毒品施用者觀察勒戒或強制戒治期間，當事人有意願接受較積極的治療，可為緩起訴或類似美國藥事法庭，將此法制化（焦學 2）。施用行為不處罰（焦

| |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>檢 1) 如經過兩年監控不處罰 (焦檢 1)</p> <p>(二) 賦予檢察官處遇裁定權：對一再反覆吸毒的人說，最可惡者為販毒的人，找出販毒者即可緩起訴，以此遏止和逮捕販毒者。(焦警 2)</p> <p>(三) 賦予施用者接受治療請求權：除罪化後給藥癮者請求權，請求接受治療部監禁，有請求權戒癮意願高 (焦檢 1)。如受觀察勒戒或強制戒治之處遇”得”請求接受治療。(焦學 2)</p> <p>(四) 以多元指標徹底評估毒品政策效益：以證據檢視評估政策是否有效，社會影響評估會比較客觀，如在肅清煙毒條例時，將施用者當成犯人，吸食者的社會成本多少；此類研究不易進行，但較為客觀。(焦學 2)</p> |
| <p style="text-align: center;">臺中場焦點團體座談會紀錄</p> <p>時 間：101 年 8 月 10 日 (星期五) 下午 2：00 至 4：05 (2 小時 5 分)</p> <p>地 點：台中市政府警察局刑事警察大隊會議室</p> <p>主持人：蔡田木 (警察大學犯罪防治學系教授) 紀錄：鄒啟勳</p> <p>與會學者專家：</p> <p>謝志遠 (地檢署檢察官)、林書卉 (地檢署觀護人)、洪明強 (市刑警大隊組長)、傅雅憚 (戒治所心理師)</p> |
| <p>座談會內容</p> <p>一、目前毒品施用者的處遇政策與問題</p> <p>(一) 毒品政策</p> <p>1、採取分軌措施：目前對於 3、4 級毒品施用者並無刑責，對 1、2 級毒品施用者採刑罰化方式處裡。1、2 級毒品施用者如係初犯，聲請觀察勒戒，如有施用傾向者，則裁定移送強制戒治；如係再犯，原則是起訴，但現行有一緩起訴制度，因此在符合特定的狀況，也可以緩起訴搭配戒癮治療的方式來加以處遇，根據不同狀況為分別之處理 (檢察 2)。</p> <p>2、重視緝毒工作的執行：毒品政策包括拒毒、戒毒、緝毒三大部分，緝毒為警方所重視 (警察 3)。</p> <p>(二) 毒品再犯比率偏高</p> <p>依據法務部 100 年的統計，毒品累再犯人數，具有毒品前科</p> |

者，占毒品有罪人數的 85.6%，再犯率算蠻高的；另從監獄的受刑人來看，監獄的毒品犯有 2 萬多人，占在監受刑人中的 44%，將近一半（警察 3）。

（三）毒品緩起訴措施

- 1、依案件性質給予不同處理：施用 1、2 級毒品如係初犯，聲請觀察勒戒，有施用傾向，則是強制戒治；如係再犯，就依案件的性質，給予不同的處理，由承辦之專責檢察官依案件性質自行決定，與專責觀護人合作，進行緩起訴並搭配戒癮治療，設定條件，至醫療機構接受治療（檢察 2）。
- 2、以強度較高的司法監督，搭配醫療模式執行緩起訴：我們執行比較嚴格，狀況還不錯，但撤銷率稍微高一點，近 4 年的平均大約是 3 成 5 至 4 成左右，就我們自己來看，成效還不錯，同時搭配檢察官設定的標準，最多 3 次未遵守規定，就撤銷了，我們希望把個案能夠留到緩起訴期滿，只要能夠走完 2 年的時間，就算是治療成功，本措施自己覺得做的很有成就感（觀護 2）。

（四）毒品犯假釋交付保護管束之現況

目前毒品犯的假釋期間都很短，最多不超過半年，受保護管束人大多是在應付，如有復發，觀護人會鼓勵其接受戒癮治療，但受保護管束人配合度與落實度都比較差，因此效果也比較差（觀護 2）。

（五）加強毒品教育與宣導

緩起訴是不錯的制度，牽涉不僅是醫療單位，觀護人才是重要的角色，因為司法人員對個案的概念，會影響個案願意投入多少心力接受醫療的協助，所以我是在做教育的工作（觀護 2）。

警方的預防工作就是不要讓毒品新興人口再增加，目前對於毒品犯每 3 個月會執行 1 次毒品調驗，為期 2 年，另外也對學生加強教育灌輸（警察 3）。

（六）戒癮復發

所謂的戒毒成功，只要可以在短時間內讓身心回復在某程度上，就達到一定的效果（檢察 2）。

緩起訴時間是 2 年，只要期滿就算是治療成功，如有再犯，

則再進行下一個療程（觀護 2）。

戒癮復發並不代表治療的失敗，只要停用的時間拉長，就代表治療是有效的（衛生 2）。

（七）緩起訴的擴大執行

以目前 4 成的撤銷率來講，緩起訴措施算是成功的，可以再擴大，但必須審慎評估，而且要考量醫療資源是可以吸納的，包括預算與人力（檢察 2）。

（八）戒治模式的調整

戒治的對象原本設定為初犯，但初犯不應放在機構內，角色應予以調整；可考慮成立中介機構或緩衝機構，從戒治到出所有一個緩衝，幫忙找工作、心理諮商，在此過渡期間如失敗，將之打回原形送回戒治所，讓表現良好的受戒治人可以從戒治所（機構處遇）到復歸社會有一個過度的緩衝機構；目前是針對初犯實施強制戒治，建議戒治對象可改為再、累犯（含撤銷戒治者），初犯的部分則歸醫療處理（衛生 2）。

二、毒品施用除罪化可行性

（一）支持現行模式

目前我國毒品除刑不除罪的模式是較可行的方法（檢察 2）。除罪化真的會使吸毒人口降低嗎？目前還沒有實證研究可驗證說明，希望維持現狀（警察 3）。

（二）調整內部制度

也就是將戒治與緩起訴的位階加以調整（衛生 2）。

除罪化是一個很遙遠的目標，如果換個角度想，可考慮將程序顛倒，好讓監所人數降低，同時達到社會成本降低之目的（觀護 2）。

（三）反對國家供給毒品之角色

由國家提供毒品，是不適合的（檢察 2）。

三、除罪化可能的負面影響

（一）增加查緝困難

使查緝工作更加困難（警察 3）。

法律有明文規定供出上游者可以減刑，但 3、4 級並未明文規定，無形中將販賣 3、4 級毒品者解套，同時也增加查緝上之困難（檢察 2）。

(二) 造成毒品濫用

除罪化有可能造成濫用，甚至往更高階的毒品去使用（衛生 2）。

(三) 衍生其他問題

除罪化將衍生治安敗壞、造成犯罪增加（警察 3）。
除罪化進而衍生犯罪問題、家庭教育不彰、家庭功能失調、施用者無法認真工作、產生疾病醫療資源耗損、經濟產能下降（衛生 2）。

(四) 觀念如何落實

施用可除罪但販賣不可除罪，此共識如何落實？（檢察 2）

(五) 增加查緝之勞力、時間及費用

施用 1、2 級毒品除罪化，但是販賣毒品還是沒有除罪化，檢警還是負有查緝的責任，只是與現在比較，方法和武器都變少，而且要花更多的時間、人力與物力去處理同一件事（檢察 2）。

(六) 用毒人口增加

除罪化初期，施用毒品人數應該會暴增（警察 3）。

四、除罪化所需之配套措施與網絡合作

(一) 成立專責機構統整

中央機關成立一個專責機構去整合毒品問題，減少用毒人口（警察 3）。

(二) 交付社政跟醫療機構負責

如果真正除罪化了，我們這幾個司法系統根本沒有立場介入這件事了，接下來只剩下社政跟醫療的事（衛生 2）。

(三) 增設觀護醫療地點

在醫療單位中多設置一些觀護點，增加其方便性（觀護 2）。

五、除罪化之監控問題

(一) 警察角色定位

警察要如何監控，事實上是沒有力道的，而且沒有法源依據，未來監控的重責大任會落在衛生醫療單位（警察 3）。

(二) 完備法制落實監控

除罪化後，公權力會失去立場，要如何進行監控（衛生 2）。
除罪化以後，還可以做緩起訴嗎？其立論的依據為何？以現

況來看，觀護人或衛生單位可能是未來有權執行監控者，但還是要透過修法來賦予其一定的職權（觀護 2）。
可以考慮設計一套行政監控的制度，但由誰來監控？如何監控？（檢察 2）

臺北第二場焦點團體座談會紀錄

時 間：2012 年 8 月 14 日（星期二）上午 14：00 至 17：00（3 小時）

地 點：國立臺北大學民生校區教學大樓 8 樓 821 會議

主持人：許春金（國立臺北大學犯罪學研究所教授） 紀錄：白鎮福
與會學者專家：

陳世志（典獄長）、張伯宏（前戒治所所長）、田永琴（地檢署觀護人）、張智全（地檢署檢察官）

座談內容：

一、 目前毒品施用者的處遇政策與問題

（一）毒品政策

1. 毒品政策發展快速：臺灣毒品政策是採部分除刑不除罪，初犯是除刑，再犯則不除刑（焦矯 1）。治療無效後才開始執行徒刑。我們是有條件的除刑（焦矯 2）。
2. 毒品政策有走向刑罰的趨勢：監獄大部分吸毒犯二犯以上，50,000 以上收容人，一半是毒品犯，其實這些人在監獄中未有任何有效戒毒行為，且二犯以上還是有罪，並非是說我國目前走除刑不除罪。微量的軟性毒品可兼採部分除刑不除罪。如何監督施用者，仍需要醫療、司法和社區三塊來協助。（焦矯 1）。在監獄毒品犯，有有效的戒毒相關輔導，卻無適當的醫療（焦矯 2）。

（二）毒品緩起訴

1. 美沙冬替代療法資療不足：最近幾年在王清峰部長，執行緩起訴替代療法。在服刑前先至醫療院所接受替代療法，有療效之後才開始。但僅有生理解毒，無心理癮。（焦矯 2）

2. 撤銷緩起訴須有彈性：戒毒的成效成功有否，因使用多元指標，而非一次在施用就將他關進監獄。（焦矯 1）
3. 衛生署和法務部在這方面仍有歧見：目前衛生署和法務部在這方面仍有歧見。入監前實施、入監實施、出監後的監督，是否能有一段追蹤期。（焦矯 2）
4. 緩起訴期間相關配套：國家要多增加職業轉介的配套及機會，且增加家庭支持方案。（焦觀 3）替代療法目前的做法是緩起訴在監外做，在獄中做者出監後會轉至其他機構，而出監者有意願者再轉到醫療院所做。（焦矯 1）
5. 另犯他案中斷治療：施用毒品者常犯其他案，因先前犯了非常多的案件；入監獄服刑就無法給予緩起訴，因而中斷治療。（焦檢 3）

（三）毒品犯罪問題

1. 毒品再犯仍然偏高：毒癮犯的本質，吸食時間愈久，一日吸毒終身戒毒，出機構半年至一年半是再犯高危險期間，維持成效難，特別是出獄後碰到誘惑難以抵擋。（焦矯 1）但半年到一年半間復發率很高，毒癮是疾病當然是會復發。（焦矯 2）
2. 施用者有一二級毒品並用的問題：部分人還是會同時並用美沙冬和海洛英，增加戒癮上的困難。（焦矯 1）
3. 藥頭與毒友為再犯主因：藥頭常在有替代療法的醫院等著。且毒友聚在一起都會再次吸食。（焦檢 3）
4. 毒品衍生其他問題：毒癮犯的本質，吸食時間愈久，一日吸毒終身戒毒，造成毒品犯反覆走回頭路，成功者很少；家裡有吸毒就破碎。戒毒成功定有強大支持力協助、遠景和就業，尤其是家庭的支持。（焦矯 2）毒品問題最嚴重的問題是因其本身會衍生其他問題（焦檢 3）
5. 經濟與就業問題為中止再犯關鍵：若指有心生理的治療，是不夠的，施用者可能因經濟因素或其他案件因素而再吸食。（焦檢 3）最重要的是要給毒品犯工作及技能訓練培養，無工作是再犯的高危險因素，社會資源需要再投入，毒品犯在外面一定要聯繫（焦矯 2）。

6. 毒品犯罪黑數仍高：毒品吸食犯罪黑數仍然是偏高，抓不勝抓。（焦觀 3）
7. 就業困難：毒品犯通常缺乏家庭、環境、親友支持還有社會接納，尤其是雇主若知道他是毒品犯，通常都不會僱用，出獄期失業（焦觀 3）
8. 出機構後的後續追蹤輔導不足：出所後追蹤輔導少。出監後到底由哪個單位負責追蹤，現實似乎是無。無個案管理師，無專責單位。監獄裡無專業人士，社工員、心理師。在追蹤輔導只能委請更生保護會負責，但能做的仍很欠缺（焦矯 1）。大部分吸毒犯二犯以上，50,000 以上收容人，一半是毒品犯。其實這些人在監獄中未有任何有效戒毒行為。（焦矯 1）

二、 毒品施用除罪化可行性

（一） 支持現行毒品施用者處遇模式：

1. 現行模式符合台灣社會需求：現行的毒品政策反應了我國社會對毒品施用者的看法，符合整個社會的期待及需求。（焦矯 2）
2. 機構引進社會資源、志工，可複製社會團體成功模式，如花蓮晨曦會。（焦矯 2）

三、 除罪化所需之配套措施與網絡合作

（一） 配套措施

1. 須考量文化差異與民眾支持度：台灣本身社會價值觀或許對除罪化思維模式還不夠認同。（焦矯 1）
2. 加強施用者參加戒癮治療的動機：希望加強戒治醫療的動機，動機強才能改變。監所在做的是認知，但成效未加以評估。（焦矯 2）
3. 須考量司法制度上差異：台灣執行機關是檢察署，美國執行監控的是法院，如要緩起訴，義務由檢察官定（焦檢 1）。
4. 須有足夠人力配置：人力是必需要增加，發展量表來決定社會復歸。須進行心理衡鑑，依據各個結果來評估。目前人力配置明顯只能做到表面。（焦觀 3）需有完善的衛生醫療進入到戒治體系，個人經驗認為，衛生署並未深入投入戒治體系（焦矯 1）。在監獄毒品犯，雖有醫療資源，但不足；在監獄區塊，具有效

的戒毒相關輔導，卻無適當的醫療。（焦矯 2）

5. 觀察勒戒應回歸醫療：觀察勒戒應回歸醫療，例如美國監所醫師有很多福利，比外面好。監所的醫師必須在公醫師下才能建置。（焦矯 1）
6. 治療或處遇須有強制力為後盾：沒有司法力量做為毒癮治療的後盾，施用者根本不會想去參加戒癮，他們本身的意願本來就很低。（焦觀 3）
7. 須健保與醫療措施配合：將毒癮治療納入健保，或許可增加施用者參與治療的意願。（焦觀 3）
8. 強化精神科醫師人力與能力：國家必須要更多的精神科醫師及專業的醫療戒癮人員投入，加強專業能力，讓醫療能照顧這些施用者（焦觀 3）現在醫療人力根本無法應付龐大的吸食人口（焦矯 1）。
9. 強化職業訓練與就業輔導：影響施用者在復發的因素中，最重要的就是工作，應提供施用者有穩定工作的機會，若無正常工作，很快就在犯了（焦觀 3）。國家應提供更多有效的職業訓練，由毒危中心轉介（焦矯 2）
10. 建立治療性社區：機構引進社會資源、志工，複製社會團體成功模式，如花蓮晨曦會（焦矯 2）。
11. 推動家庭支持方案：毒品犯都是妻離子散，家庭破碎，沒有個人的家庭，毒品戒治成功可建立一個大家庭讓毒品犯相互幫助，或許這樣成功機率比較好（焦矯 2）。

臺北第三場焦點團體座談會紀錄

時間：2012年8月16日（星期四）下午2：00至5：20（3小時20分）

地點：桃園縣政府衛生局會議室

主持人：許春金（國立臺北大學犯罪學研究所教授） 紀錄：洪千涵
與會學者專家：

林瑞欽（玄奘大學應用心理系教授）、陳快樂（桃園療養院院長）、周孫元（桃園療養院精神科醫師）、黃叔慧（毒防中心股長）、楊文志（毒防中心科長）

座談內容：

一、 目前毒品施用者的處遇政策與問題

(一) 毒品政策

1. 毒品政策發展快速：毒品危害防制條例是特別刑法，目前將施用、製造、販賣與運輸綁在一起，應該要將施用者獨立出來，才能真正將施用者視為病人。（焦學 3）
2. 毒品政策關係到我們治安走向和戒治思維：我國的毒品政策一直對犯罪人口一直對犯罪人口率有很大的影響。（焦學 1）

(二) 毒品緩起訴

1. 撤銷緩起訴須有彈性：撤銷緩起訴的標準應更趨向於多元，不能單以再次用獨與否為標準。（焦學 3）
2. 撤銷緩起訴標準不一：每一個檢察官幾乎都有自己撤銷緩起訴的標準。（焦衛 3）目前緩起訴沒有一致，似乎有公平性的疑慮，因不同檢察官或不同縣市地檢署，個案會接受不同處分，這很不公平。（焦醫 3）
3. 緩起訴期間相關配套：緩起訴期間的相關配套應更符合施用者的需要。（焦衛 4）
4. 另犯他案中斷治療：施用毒品者常應另犯他案，而入監獄服刑中止治療。（焦醫 3）
5. 美沙冬替代療法有爭議：美沙冬替代療法後，使用非法藥物美沙冬人數上升，且復發人數也增高，使用美沙冬後智力衰退、意外猝死、共藥與共病問題須加以注意。（焦學 3）
6. 替代療法應是選項是一而非唯一方法：應要視個案的態度、病識感與克服心癮的程度，否則實務上見過個案是無奈接受替代療法，但仍會使用海洛因，造成有共藥情況（焦衛 4）。

(三) 毒品犯罪問題

1. 毒品再犯仍然偏高：毒品施用者應對毒品本身的強烈的成癮性及對治療的意願低，往往再犯率偏高（焦醫 2）
2. 毒品衍生其他問題：毒品施用本身除了有極大的犯罪可能性外，往往家庭功能不彰，亦找不到正當的工作。（焦醫 3）家庭功能不加及失業是毒品施用者難以維持治療意願最大的問題

(焦醫 2)

3. 毒品犯罪黑數仍高：毒品的相關犯罪種類多樣化，進而影響到相關的犯罪黑數。(焦學 3)
4. 就業困難：毒品施用者出監後往往很難回到原有的家庭中，更別說找到正當的工作(焦醫 2)

二、 毒品施用除罪化可行性

(一) 反對毒品除罪化

實質上毒品處遇上已有一些改變，現在已有醫療進入處理，後來也有緩起訴搭配治療，目前的轉變在實質上已有很大意義，現在突然打出除罪化口號，可能會有很大反彈，倒不如實質的去做，發展多樣的治療模式或是處遇方式，增加中途之家、支持系統等，視個案不同給予不同處遇方式，這樣充實實質的作法，比喊出除罪化來的有效益。(焦醫 3)

(二) 支持現行毒品施用者處遇模式：

1. 現行模式符合台灣社會需求：我相信現有的毒品政策還滿符合國人對毒品問題的期待。(焦衛 3)
2. 須以司法強制力為後盾：不管是什麼樣的治療模式背後一定要有司法的強制介入，才能確保治療成效。(焦衛 4)

三、 除罪化可能的負面影響

(一) 缺乏監控力：一旦失去司法的強制力，如同失去國家對至些毒品施用者的監控(焦衛 4)

(二) 毒品施用升級：往往可以在施用者的身上看到從一級毒品用到二級毒品。(焦醫 2)

(三) 醫療人員與刑事司法人員合作需要磨合：醫療觀點與法律觀點有落差，醫學不會因為一次使用就視為犯罪，而是觀察成癮與否，但法律規定較死；也不會因為參與治療後再使用毒品就認為是失敗，主要是看用量變化與生活改善(焦醫 3)。

(四) 缺乏海洛英以外毒品的治療方式：目前僅處理海洛因，其他藥物成癮並沒有吸引病人的治療方式，但相對而言其他毒品造成的危害漸為明顯，這是目前的困難之處。(焦醫 3)

(五) 缺乏治療經費來源：WHO 將使用毒品視為病，精神衛生也視為

疾病，但健保卻不給付，海洛因還有衛生署補助，安非或 K 他命卻沒有任何補助，既使接受治療他們還是要籌措經費，香港可以用賽馬協助經費補助治療，臺灣是否考慮利用菸捐、公益彩券基金協助治療，缺乏治療費個案很容易會中斷治療（焦醫 2）。

四、除罪化所需之配套措施與網絡合作

（一）配套措施

1. 所有人員，包括醫師、臨床心理師或護理人員等都需要接受調訓，以增加專業知識，甚至精神醫師不夠用，可能需要依賴家醫科進來協助，所以所有人員都要接受相關訓練，未來更要將學校教師納入，才能有正確觀念。（焦學 3）
2. 須健保與醫療措施配合：無健保給付下需另籌經費，個案進入收容、治療單位時，要有生產力以自力救濟，製造販售一些商品，以增加醫療經費。（焦學 3）
3. 強化精神科醫師人力與能力：除罪後若需要以住院方式關起來治療，是非常昂貴的，且目前的人力是不足以應付，但若以門診、社區處遇的方式進行，這幾年成癮防治科的設立、培訓應足以應付。（焦醫 3）

（二）網絡合作

建立毒品網絡機關合作平台：各縣市毒防中心是自己找資源，若中央能統一系列出資源，各縣市可以合作，甚至將個案送至他縣市以有效阻絕環境。由中央提供經費、建置標準與一貫的資源，對全臺灣的毒品問題較有幫助。（焦衛 4）

五、其他

（一）修改毒品危害防制條例：毒品、藥品還是管制藥品須要確立名稱，毒品危害防制條例首先須要修法，才能真正將施用者獨立出來，予以需要的醫療，而罰則要納入是否接受治療的考量，而其他的相關法令亦須一併修改（焦學 3）。

（二）增加中途之家：臺灣中途之家的量仍不夠，政府應鼓勵社會團體成立中途之家，協助戒治，讓個案有其他選擇，適合中途之家送中途之家，適合美沙冬者用美沙冬，這樣有不同的方式，中途之家可以協助導正觀念，提供支持，與美沙冬療法有些差異。（焦

衛 4)

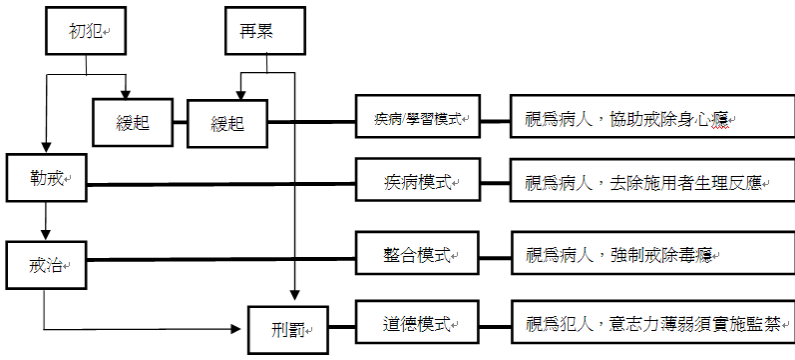
(三)中途之家的使用時間要提前：建議修改為出監前半年、一年進入中途之家，接受療程，使個案在出獄前接受，可以建構他們的生活能力與觀念，否則出監後再進入中途之家就沒有強制性，入住率偏低，等離開中途之家再放到毒防中心的追蹤名單。(焦衛 4)使將要出監之人到另一個環境切換，避免回到原先的朋友圈，當然他們入住要有一些付出，要工作有經濟產值，若此一般民眾也將能接納。(焦衛 3)

附錄三 期中報告審查意見回覆表

| 編號 | 審查意見 | 修正情況說明 |
|------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 一、有關「壹、緒論」部分 | | |
| | 表 1-2 (第 2 頁) 所引用資料係自 2002 年至 2011 年, 惟矯正機關毒品受刑人人數受毒品犯罪之刑事政策影響甚大, 2004 年毒品危害防制條例修法(取消 5 年內第 2 次勒戒及戒治之機會), 及 2007 年施行減刑條例, 皆對毒品在監人數造成影響, 宜增加註解或將資料引用限於 2004 至 2011 之統計資料, 避免誤解。 | 配合表 1-1, 將表 1-2 之統計年別中刪除 2002-2004 年統計資料, 並修正表頭文字。表 1-2 中之 2007 年在監受刑人毒品犯總數減少, 增加註解說明係受 2007 年減刑條例施行之影響所致。另配合前開修正, 將 p.1 部分文字刪除。 |
| 二、有關「貳、相關文獻探討」部分 | | |
| (一) | 「二、我國毒品施用政策及施用者處遇現況」有關「毒品危害防制條例時期」部分(第 11 頁), 請增加歷次修法對毒品施用者角色定位之影響, 俾協助釐清現階段毒品除罪化之政策走向。 | 內容酌作修正如下: 政府為宣示反毒政策, 86 年(1997 年) 10 月 30 日立法院通過將「肅清煙毒條例」名稱修正為「毒品危害防制條例」, 並於 87 年(1998 年) 5 月 20 日由總統公布施行, 「毒品危害防制條例」施行後, 已為目前我國主要抗制毒品犯罪之法律(陳煥生、劉秉鈞, 2011; 林健陽、柯雨瑞, 2003; 柯雨瑞, 2006; 褚劍鴻, 1997)。自 1998 年毒品危害防制條例實施後, 因認施用毒品者具「病理性犯人」之特質, 除降低 |

| 編號 | 審查意見 | 修正情況說明 |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | <p>施用毒品罪之法定刑外，並兼採以觀察勒戒及強制戒治等措施代替刑罰矯正。至2004年，簡化施用毒品犯刑事處遇程序，五年內再犯者不再施以觀察勒戒或強制戒治處分，而直接依法進行追訴。迄2008年，毒品防制刑事政策以「務實、有效」為主要考量，以降低毒品所衍生之整體風險與危害為首要目標，由醫療機關與執行機關密切合作並整合地方資源，對毒癮患者施以適切之毒癮治療。</p> |
| (二) | <p>「二、我國毒品施用政策及施用者處遇現況」有關毒品施用者處遇現況一節（第15-17頁），部分文獻內容已過時，建議更新，例如自100年10月起，勒戒處所亦增附設於戒治所；勒戒評估除醫師介入外，尚有臨床心理師、社工員或護理師等其他醫療成員；各戒治所之處遇模式（表2-3）皆為2007年資料，請洽各戒治所提供更新資料。</p> | <p>一、參酌審查意見酌予文字修正</p> <p>1. 觀察勒戒部分 …惟接受毒品勒戒之受勒戒人，原係收容於看守所附設之觀察勒戒處所，考量看守所附設觀察勒戒處所人力及醫療資源不足，法務部爰積極推動毒品危害防制條例第27條第1項之修法，該法於99年11月24日修正公布後，自100年10月1日起，使觀察勒戒處所得附設於戒治所中，進一步運用戒治所之專業人力與醫療資源，提昇觀察勒戒成效。</p> <p>二、有關各戒治所之處遇模式（表2-3）皆為2007年資</p> |

| 編號 | 審查意見 | 修正情況說明 |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | <p>料部分：</p> <p>經電詢新店、台中、高雄及台東等戒治所後，目前各戒治所現行推動之戒治處遇模式大多仍遵循 2007 年於全國戒治業務研討會中提出之模式辦理，爰未予修正。另台東戒治所新增之戒治處遇措施，則酌予增列（新增『及毒品危害防制中心』等文字）。</p> |
| (三) | <p>「二、我國毒品施用政策及施用者處遇現況」有關毒品施用者處遇現況一節（第 15 頁），毒品施用者附命完成戒癮治療之緩起訴處分係觀察勒戒（初犯）或判處徒刑（再犯）之並行措施，非圖 2-1（第 18 頁）所示惟階段性處遇，又該處分於實務上以美沙冬藥物治療為主，不宜歸類為「毒品施用者緩起訴替代療法」之「學習模式」（第 17 頁）。另監獄對毒品施用者之矯治，於實務運作上已非單純從道德模式，著重監禁處罰，而是給予醫療或學習模式之處遇及服務，以上情形請予參考修正。</p> | <p>圖 2-1 已修改如下</p> |
| | | |

| 編號 | 審查意見 | 修正情況說明 |
|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | <p style="text-align: center;">毒品處遇階段 毒品處遇模式 執法者對待毒品施用者態度</p>  <p style="text-align: center;">圖 2-1 毒品處遇階段與模式圖 (修正版) 註：初犯包含新毒品施用與超過五年再次施用者</p> | |
| (四) | <p>「二、我國毒品施用政策及施用者處遇現況」有關毒品施用者處遇面臨問題一節(第 19 頁), 部分內容例如戒治所專業人力與受戒治人比例懸殊(楊士隆、蔡德輝等, 2008)、戒治 6 個月即給予陳報停止戒治, 對於二戒或三戒毒品犯似乎太短(監察院, 2011)等, 與現況不同, 請予修正。另各國對毒品戒治皆無直接有效之治療藥物或處遇模式, 有關「處遇成效不彰」之論述, 建議補充說明處遇成效指標之定義及相關評估工具或方法之建議, 並與國外經驗比較(如國外如何評估戒毒政策或措施之成效(如醫療、司法、社會等面向之指標), 俾能釐清現行或未來相關政策</p> | <p>一、專業人力不足部分, 依審查意見酌予修正如下: …目前戒治所雖已編制專職心理師、社工員等專業人員, 但人力配置仍嫌不足, 致整體戒治成效難以發揮(楊士隆、蔡德輝等, 2008)。另毒品犯於監獄監禁期間, 所需之專業人力則更不足以提供專業之處遇作為, 為提昇專業矯治處遇品質, 解決毒品犯治療處遇無法遍及或持續之問題, 應於監獄編列臨床心理師及社會工作員職缺, 如此才能讓個案輔導或團體治療能對毒癮戒治產生相當程度影響。 二、戒治 6 個月即給予陳報停止戒治, 對於二戒或三戒毒品犯似乎太短部分:</p> |

| 編號 | 審查意見 | 修正情況說明 |
|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | <p>之得失，找出成效不彰之癥結與改進方法。另有關再犯比率偏高一節（第 21 頁），引用之毒品再累犯比例高，係與現行刑事政策有關，且與受戒治人之再犯比率定義不同，應予說明、比較差異及釐清，以避免誤解。</p> | <p>本段內容引自監察院報告，爰暫不予修正；另新增現行實務做法，可報停止戒治期間雖延長到八至九個月，但其戒治處遇成效亦非有明顯改善。</p> <p>三、有關再犯比率偏高一節（第 21 頁）：</p> <p>係引自法務部矯正署之統計資料，此部分係就現況分析，爰暫不予修正。</p> |
| (五) | <p>「三、毒品除罪化與相關研究」有關各國反毒刑事政策與成果評估部分（第 23-25 頁），針對各國相關政策及其效益予以「成效佳」、「成效尚佳」、「成效不佳」等評價，惟欠缺客觀標準與具體理由，請敘明用以評估之操作性定義與衡量標準；另「肆、初步研究發現」之「一、各國毒品施用者處遇政策及其比較分析」有關各國毒品政策之比較分析之「3. 政策執行效果」一節（第 58-62 頁），亦請補強操作性定義與衡量標準，並參照「1. 毒品施用處罰政策」及「2. 施用毒品者處遇措施」之論述架構，列出不同成效評估項度（如毒品施用人口下降）進行各國比較，俾能進一步分析政策手段與毒品防制成效之可能關聯。</p> | <p>有關各國反毒刑事政策與成果評估部分係根據自謝文彥、蔡田木等於 2008 年「吸毒行為除罪化之研究」之專家訪談結果，已於表 2-6 加註說明。</p> |

毒品施用者處遇及除罪化可行性之研究

| 編號 | 審查意見 | 修正情況說明 |
|----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| (六) | 表 2-6(第 24 頁)請針對「毒品施用者」之刑事政策進行分析，俾聚焦於本研究主題。例如香港「以刑事法抗制毒品犯罪」之對象並不包含毒品施用者，應予釐清。 | 因本研究所探討國家並未列入香港，故將 23-24 頁有關香港描述予以刪除。 |
| 三、有關「肆、初步研究發現」 | | |
| | 「三、焦點團體初步發現」有關因應愛滋問題開始使用替代療法一節(第 89 頁)，衛生署補充說明如下：「為降低藥癮愛滋疫情，我國自 95 年全面實施毒品病患愛滋減害計畫，相關替代治療補助經費原均由疾管局支付，於 97 年衛生政策高峰會議第 122 次會議決議，替代治療業務建議回歸毒品戒治業務替代療法所需經費，愛滋病毒感染者之部分，由疾病管制局編列預算支應；其他一般毒癮者之部分，由醫事處編列預算支應。」以上情形，請納入參考。 | 將衛生署補充說明資料納入期末報告中。 |
| 四、綜合意見 | | |
| (一) | 與我國同屬亞洲國家之日本及新加坡均採較為保守嚴格的毒品政策，其毒品施用人口亦偏低，建議可深入探討其反毒成功原因。 | 探討結果將於期末報告呈現 |
| (二) | 我國第三、四級毒品之施用者不受刑責處分，此一無刑責策略是否有助於毒品施用人口下降，建議可納入評估。 | 三、四級毒品已超出本研究範圍。經查法務統計有關三、四級毒品查緝數量有上升趨勢(如附件)，為潛在 |

| 編號 | 審查意見 | 修正情況說明 |
|--------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | 之社會問題，應加以重視，建議納入未來研究規劃，詳加探討。 |
| (三) | 我國如欲推動毒品施用者除罪化之配套措施之可行性評估、相關法制調整建議及社會影響評估分析等，係本研究之重點，惟本期中報告偏重毒品施用者處遇及刑事政策效果之論述，有關除罪化方面之探討較為不足，後續研究請就有關採行毒品施用行為除罪化國家之實際成效(含政策變遷之背景資料，如製造、販賣、施用毒品之種類及人數等)、未採行毒品施用行為除罪化國家之考量、我國是否有充足條件推動毒品除罪化、應如何推動等加強論述，以作為政策參採之參據。 | 有關除罪化之配套措施之可行性評估、相關法制調整建議及社會影響評估分析等，將於德菲法中進行評估，未來將於期末報告中呈現。各國資料在資料可及範圍內將盡可能提供(惟毒品製造、販賣已非本研究範圍)。 |
| (四) | 有關研究建議部分，培養更多醫療專業人才、研發有效戒毒方法、以及訂定可行之成效評量指標等亦為我政府應努力之方向，請參酌。 | 已納入德菲法問卷調查評估中。 |
| (五) | 本期中報告將各國政策分析與比較、深度訪談與焦點座談等內容置於「肆、初步研究發現」，建議予以分章撰述，研究發現部分應就各章分析結果進行整體性及簡要性之整理。 | 將於期末報告中一併修正報告書結構 |
| 五、誤繕部分 | | |

| 編號 | 審查意見 | 修正情況說明 |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| (一) | 第 45 頁末段：「荷蘭有 72% 是與嚴重組織費最有關，儘管個案數量仍在成長，目前約佔 69% 犯罪調查，..... 荷蘭政府也支持九成以上尋求戒癮的毒品施用者，因此，治療的需求有增加的趨勢。」語意不清，請予修正。 | 修正如下： 荷蘭警方調查組織犯罪時發現，72% 的組織犯罪與毒品有關。儘管與軟性毒品有關的毒品犯罪案件數日益增加，約佔組織犯罪的 69%，大部分的組織犯罪與硬性毒品（特別是與古柯鹼和合成毒品）有關。在毒品相關死亡通報案件占總人口的比率，荷蘭、波蘭、法國、斯洛伐克、匈牙利和捷克共和國是歐盟國家中的比率最低。荷蘭的生理戒癮資源可收容九成左右的戒癮人口；不過目前荷蘭國內對戒癮治療的需求愈來愈大，是荷蘭醫界和政府需正視的問題。 |
| (二) | 第 21 頁第 2 行所指「表 1-1」請修正為「表 1- 2」；第 17 頁之（四）與第 19 頁之（四）標號重複，請予修正。 | 已修正 |
| (三) | 第 22 頁最末段：「並於 2005 年全面實施『毒品病患愛滋減害計畫』」，請修正為：「並於 2006 年全面實施『毒品病患愛滋減害計畫』」。 | 已修正 |

附錄四 二次德菲法調查問卷題目

| 第一次德菲問卷題目 | | 第二次德菲問卷題目 | |
|------------------------------------------------|--------------------------------------|-------------------|----------------------|
| 第一部分 目前毒品施用者緩起訴處分 (一) 有關毒品緩起訴制度，您對下列問題的意見為何 | | | |
| 1. | 對單純毒品施用者，在緩起訴中實施維持療法較監禁有效 | ◎對單純毒品施用者，在緩起訴中實施 | 戒癮治療較監禁有效 |
| 2. | 緩起訴具強制性可強化戒毒成效 | ◎緩起訴具強制性可強化 | 戒癮治療執行及其成效 |
| 3. | 毒品施用者緩起訴措施應依個案性質給予不同處理 | 毒品施用者緩起訴措施應依個案性質 | 給予不同處理 |
| 4. | 有效的戒毒治療，除維持療法外，仍需諮商輔導或方案輔助 | 有效的戒毒治療，除維持療法外，仍 | 需諮商輔導或方案輔助 |
| 5. | 毒癮戒除不易，應給予毒品施用者機會，因再施用毒品而撤銷緩起訴標準可再放寬 | 毒癮戒除不易，應給予毒品施用者機 | 會，因再施用毒品而撤銷緩起訴標準可再放寬 |
| 6. | 各地檢署檢察官在適用或撤銷緩起訴標準不一，應有一致性規範 | 各地檢署檢察官在適用或撤銷緩起訴 | 標準不一，應有一致性規範 |
| 7. | 緩起訴附命完成社區戒癮治療已趨向除罪化精神 | 緩起訴附命完成社區戒癮治療已趨向 | 除罪化精神 |
| 8. | 考量醫療院所可承納情形，可擴大緩起訴適用對象 | 考量醫療院所可承納情形，可擴大緩 | 起訴適用對象 |
| (二) 有關目前毒品施用者之美沙冬維持療法，您對下列問題的意見為何 | | | |
| 1. | 現行維持療法有助於維持戒癮者正常生活 | 現行維持療法有助於維持戒癮者正常 | 生活 |
| 2. | 現行維持療法能有效降低海洛因使用量 | 現行維持療法能有效降低海洛因使用 | 量 |

毒品施用者處遇及除罪化可行性之研究

| | | |
|--------------------------------------------------------|----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| 3. | 現行維持療法之醫療人力不足，應增加醫療人力 | 現行維持療法之醫療人力不足，應增加醫療人力 |
| 4. | 現行維持療法應將資源留給較有動機、可能戒毒者 | ◎現行維持療法 <u>資源不足時</u> ，應將資源留給較有動機、可能戒毒者 |
| 5. | 應強化接受維持療法之毒品施用者的追蹤 | 應強化接受維持療法之毒品施用者的追蹤 |
| 6. | 接受美沙冬維持療法戒癮者如果另犯他罪，應中斷治療，入監服刑 | ◎接受美沙冬維持療法戒癮者如果另犯他罪 <u>判刑逾六個月而須入監執行者</u> ，應中 <u>止維持療法</u> 之治療 |
| 7. | 除再犯率外，須重新界定評估維持療法成功與否的指標 | 除再犯率外，須重新界定評估維持療法成功與否的指標 |
| 8. | 除美沙冬外，可增加丁基原啡因做為鴉片類毒品替代藥物 | ◎除美沙冬外，可 <u>擴大使用</u> 丁基原啡因做為鴉片類毒品替代藥物 |
| 9. | 除鴉片類外，可提供其他一、二級毒品施用者維持療法 | ◎除鴉片類外，可提供其他一、二級毒品施用者戒癮治療 |
| <p>第二部分、目前毒品施用處遇政策</p> <p>有關目前毒品施用處遇政策，您對下列問題的意見為何</p> | | |
| 1. | 現行毒品觀勒、戒治之處遇效果有限 | 現行毒品觀勒、戒治之處遇效果有限 |
| 2. | 戒治所及監獄內應幫助施用者培養未來的謀生技能 | 戒治所及監獄內應幫助施用者培養未來的謀生技能 |
| 3. | 矯正機構可複製社會團體成功戒毒模式（如晨曦會戒毒模式） | ◎矯正機構可 <u>參考</u> 社會團體成功戒毒模式（如晨曦會戒毒模式） |
| 4. | 毒品施用者假釋交付保護管束期間太短，應修法在保護管束結束後，一定期間內實施驗尿，延長監控 | 毒品施用者假釋交付保護管束期間太短，應修法在保護管束結束後，一定期間內實施驗尿，延長監控 |
| 5. | 毒品施用者出監（所）後，應強化 | 毒品施用者出監（所）後，應強化毒 |

| | 毒防中心後續追蹤輔導機制 | 防中心後續追蹤輔導機制 |
|-----|------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| 6. | 可增加治療性社區（如茄荖山莊），以社區做為治療場域 | 可增加治療性社區（如茄荖山莊），以社區做為治療場域 |
| 7. | 可增加單純毒品施用者中間性處遇，協助調適機構外生活 | 可增加單純毒品施用者中間性處遇，協助調適機構外生活 |
| 8. | 現在年輕人認為施用三、四級毒品不罰，但三、四級毒品危害嚴重，政府應有積極政策作為 | ◎現在年輕人認為施用三、四級毒品不罰，但三、四級毒品 <u>施用情況</u> 嚴重，政府應有積極政策作為 |
| 9. | 現行學校毒品教育與宣導仍有待加強 | 現行學校毒品教育與宣導仍有待加強 |
| 10. | 司法醫療資源嚴重不足，應增加戒除毒癮之治療經費 | 司法醫療資源嚴重不足，應增加戒除毒癮之治療經費 |
| 11. | 司法醫療專業人才培訓不足、流動率高，政府應有計畫、積極培養 | 司法醫療專業人才培訓不足、流動率高，政府應有計畫、積極培養 |
| 12. | 醫院應廣設戒癮門診，以增加醫療可近性 | 醫院應廣設戒癮門診，以增加醫療可近性 |
| 13. | 醫療與刑事司法人員對毒品處遇認知有落差，應強化二者對彼此專業之認識 | 醫療與刑事司法人員對毒品處遇認知有落差，應強化二者對彼此專業之認識 |
| 14. | 毒品施用仍應以刑事法加以處罰，但應加強治療 | ◎毒品施用應加強治療， <u>但仍須有刑罰之監控力量</u> |
| 15. | 可賦予單純毒品施用者接受治療請求權，在社區內接受緩起訴維持療法 | ◎可賦予單純毒品施用者接受治療請求權，接受緩起訴 <u>戒癮治療</u> |
| 16. | 應以多元指標徹底評估毒品政策效益 | 應以多元指標徹底評估毒品政策效益 |
| 17. | 政府應成立專責毒品分析研究單位 | 政府應成立專責毒品分析研究單位 |

毒品施用者處遇及除罪化可行性之研究

| 第三部分 毒品施用除罪化可行性 | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| (一) 有關我國若推動毒品施用除罪化應具備之條件，您的意見為何 | | |
| 1. | 若除罪化，應考量民眾對除罪化的接受程度 | ◎除罪化前，應考量民眾對除罪化的接受程度 |
| 2. | 若除罪化，應考量國際毒品施用治療趨勢 | ◎除罪化前，應考量國際毒品施用治療趨勢 |
| 3. | 若除罪化，應考量毒品之成癮性與治療可能性 | ◎除罪化前，應考量毒品之成癮性與治療可能性 |
| 4. | 若除罪化，應考量毒品施用對社會、家庭、個人、治安影響程度 | ◎除罪化前，應考量毒品施用對社會、家庭、個人、治安影響程度 |
| 5. | 若除罪化，應考量總體經費配合程度 | ◎除罪化前，應考量總體經費配合程度 |
| 6. | 若除罪化，應考量司法、衛生與醫療等人力完善程度 | ◎除罪化前，應考量司法、衛生與醫療等人力完善程度 |
| 7. | 若除罪化，應考量衛生醫療設施之配合程度 | ◎除罪化前，應考量衛生醫療設施之配合程度 |
| 8. | 若除罪化，應有完善法律制度 | ◎除罪化前，應有完善法律制度(如： <u>司法、衛生、依療、社政等相關法令建立</u>) |
| 9. | | ◎除罪化前，須強化成癮者的社會復健機制(如：提升就業能力、重建人際關係)，增強其社會適應能力 |
| (二) 有關我國「施用一或二級毒品」政策，您覺得下列何種模式較為適當？ | | |
| 1. | 完全除罪化模式，施用及少量持有毒品不違法。(如葡萄牙) | 完全除罪化模式，施用及少量持有毒品不違法。(如葡萄牙) |
| 2. | 部份除罪化模式，施用軟性毒品(如大麻)限量/限地施用，施用硬性毒品(如古柯鹼、海洛因等)仍不除 | 部份除罪化模式，施用軟性毒品(如大麻)限量/限地施用，施用硬性毒品(如古柯鹼、海洛因等)仍不除罪。 |

| | | |
|-------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| | 罪。(如荷蘭) | (如荷蘭) |
| 3. | 除刑不除罪模式，給予一、二級毒品施用者勒戒、強制戒治和緩起訴機會。(如我國現況) | 除刑不除罪模式，給予一、二級毒品施用者勒戒、強制戒治和緩起訴機會。(如我國現況) |
| 4. | 刑罰化模式，將一、二級毒品施用者監禁處遇。(如新加坡) | 刑罰化模式，將一、二級毒品施用者監禁處遇。(如新加坡) |
| 第四部分 毒品施用除罪化影響 | | |
| 有關毒品施用除罪化影響，您對下列問題的意見為何 | | |
| 1. | 毒品施用除罪化可紓解監獄超收問題 | 毒品施用除罪化可紓解監獄超收問題 |
| 2. | 毒品施用除罪化可降低對施用者生活之影響 | ◎毒品施用除罪化可降低 <u>監禁處遇</u> 對施用者生活之影響 |
| 3. | 毒品施用除罪化後，戒治管道與機會增加，可使與毒品相關之犯罪下降 | ◎毒品施用除罪化後，可使 <u>施用</u> 毒品數量下降 |
| 4. | 毒品施用除罪化後，容易衍生其他犯罪問題 | 毒品施用除罪化後，容易衍生其他犯罪問題 |
| 5. | 毒品施用除罪化會使毒品施用升級、氾濫 | 毒品施用除罪化會使毒品施用升級、氾濫 |
| 6. | 毒品施用除罪化會影響毒品施用者家庭功能 | ◎毒品施用除罪化 <u>缺乏監控、強制治療機制，造成家庭負面影響(經濟負擔、人際衝突等)</u> |
| 7. | 一旦施用即無法認真工作、維持正常生活 | ◎施用 <u>一、二級毒品成癮</u> 即無法認真工作、維持正常生活， <u>即使除罪化亦無法改善</u> |
| 8. | 毒品施用除罪化會使施用人口增加，造成國家生產力下降 | 毒品施用除罪化會使施用人口增加，造成國家生產力下降 |

毒品施用者處遇及除罪化可行性之研究

| | | |
|-------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| 9. | 毒品施用除罪化後，如僅採用行政罰，會使戒毒執行效率降低 | 毒品施用除罪化後，如僅採用行政罰，會使戒毒執行效率降低 |
| 10. | 毒品施用除罪化後，缺乏司法強制力，施用者接受治療意願下降，戒癮成效不佳 | ◎毒品施用除罪化後，缺乏司法強制力，施用者接受治療意願下降 |
| 11. | 毒品施用除罪化後，缺乏司法強制力，無法強制驗尿，以監控毒品施用人口 | 毒品施用除罪化後，缺乏司法強制力，無法強制驗尿，以監控毒品施用人口 |
| 12. | 毒品施用除罪化後，缺乏司法強制力，毒品施用者無配合調查意願，將增加毒品查緝困難 | 毒品施用除罪化後，缺乏司法強制力，毒品施用者無配合調查意願，將增加毒品查緝困難 |
| 13. | 毒品施用除罪化後，醫療機構無法承受大量藥癮治療人口 | ◎毒品施用除罪化後， 戒毒人口增加 ，醫療機構無法承受大量藥癮治療人口 |
| 14. | 毒品施用除罪化後，戒毒人口增加，會影響一般就診民眾，造成醫療體系承接藥癮治療之意願降低 | 毒品施用除罪化後，戒毒人口增加，會影響一般就診民眾，造成醫療體系承接藥癮治療之意願降低 |
| 15. | 毒品施用除罪化後，容易衍生其他疾病，造成醫療資源耗損 | ◎毒品施用除罪化後， 施用人口增加 ，易 造成疾病感染 ，造成醫療資源耗損 |
| 第五部分 若「除罪化」所需之配套措施、網絡合作及監控 有關「除罪化」所需之配套措施、網絡合作及監控，您的看法為何 | | |
| 1. | 若除罪化，施用者治療應有健保與醫療措施配合 | ◎若除罪化，施用者治療應有健保配合 |
| 2. | 若除罪化，須增加精神科醫師人力與能力，強化戒毒門診功能 | ◎若除罪化，須增加 藥癮醫療 人力與能力，強化戒毒門診功能 |
| 3. | 若除罪化，須對於戒毒無效者，由醫師開立處方籤使其維持正常的生活 | ◎若除罪化，對於 鴉片類 戒毒無效者，由醫師開立 慢性病 處方籤 提供替代藥物 使其維持正常的生活 |

附錄

| | | |
|-----|------------------------------------|------------------------------------|
| 4. | 若除罪化，須落實施用者之諮商與心理輔導 | 若除罪化，須落實施用者之諮商與心理輔導 |
| 5. | 若除罪化，須建立符合個案需求治療和處遇措施 | 若除罪化，須建立符合個案需求治療和處遇措施 |
| 6. | 若除罪化，須擴大毒品施用者家庭支持方案，以強化家庭功能 | 若除罪化，須擴大毒品施用者家庭支持方案，以強化家庭功能 |
| 7. | 若除罪化，須強化施用者之職業訓練與就業輔導。 | 若除罪化，須強化施用者之職業訓練與就業輔導。 |
| 8. | 若除罪化，須加強社會教育及宣導，以避免施用毒品人口增加 | 若除罪化，須加強社會教育及宣導，以避免施用毒品人口增加 |
| 9. | 若除罪化，施用者治療或處遇仍須有強制力作為後盾 | 若除罪化，施用者治療或處遇仍須有強制力作為後盾 |
| 10. | 若除罪化，須法制化監控機制 | 若除罪化，須法制化監控機制 |
| 11. | 若除罪化，須立法落實驗尿機制，以強化監控、落實戒癮治療效果 | 若除罪化，須立法落實驗尿機制，以強化監控、落實戒癮治療效果 |
| 12. | 若除罪化，須加強毒品製造、運輸、販賣之查緝，以及提高製造半成品之處罰 | 若除罪化，須加強毒品製造、運輸、販賣之查緝，以及提高製造半成品之處罰 |
| 13. | 若除罪化，須強化毒品相關機關合作平台，相同工作不致重複 | 若除罪化，須強化毒品相關機關合作平台，相同工作不致重複 |

附錄五 期末報告審查會紀錄

一、時間：102 年 1 月 21 日（星期一）上午 10 時

二、地點：行政院研究發展考核委員會 7 樓簡報室

三、主席：廖處長麗娟（莊副處長麗蘭^代） 記錄：吳專員家蕎

四、出（列）席人員：

學者專家：

林教授健陽（中央警察大學犯罪防治研究所）、范副教授國勇（銘傳大學安全管理學系）、陳教授為堅（臺灣大學公共衛生學系）（依姓氏筆劃排列）

機關代表：

邱檢察官鼎文（法務部）、張研究員永呈（內政部警政署刑事警察局）、行政院衛生署（提供書面意見）

研究小組成員：

許教授春金（研究計畫主持人）、蔡教授田木（協同主持人）、洪研究助理千涵、楊研究助理冀華、白研究助理鎮福、廖研究助理秀娟

本會列席人員：

黃專門委員忠真、吳科長怡銘

五、主席致詞：（略）

六、研究小組報告：（略）

七、發言要點：（依發言順序）

（一）陳教授為堅（臺灣大學公共衛生學系）：

1、建議針對毒品施用者處遇配套措施、醫療治療實際投入人力及相關資源進行補充分析，俾益釐清現況問題。

2、本研究文內所提「犯罪化」名詞建議修正為「罪犯化」。

3、我國「管制藥品」與「毒品」採分軌管理，而歐美及日本等工業化國家皆採單軌管理，我國制度實較特殊。爰有關報告第 281 頁「日本最為特殊，將管制藥品／毒品規定於同一法律中」等內容請修正。

4、表 1-2「2005 年-2011 年新入監及在監毒品受刑人再累犯情形統計表」（第 2 頁），對於監獄受刑人歷年統計，請進一步分析闡述：

- (1) 新入監受刑人從 2005 年 33,193 人增至 2011 年 36,459 人，成長 9.8%；同時期新入監毒品犯從 10,988 人增至 11,474 人，成長 4.4%，顯示過去 7 年毒品犯成長率較其他刑事犯罪低。
- (2) 在監受刑人從 2005 年 48,779 人增至 2011 年 57,479 人，成長 17.8%；同時期在監毒品犯從 19,775 人增至 25,257 人，成長 27.7%，顯示毒品犯占在監受刑人比率逐年成長，原因可能是累犯比率高及刑期較長所致。
- (3) 強化初次入監毒品犯機關戒治處遇措施，將有助改善上述現況問題，請研究團隊納入優先政策建議考量。
- (4) 實施替代療法（美沙冬）後，在監毒品累犯比率仍高，此現象值得深入探討。建議就表 1-2 在監毒品再累犯曾接受美沙冬替代療法者進行統計，俾進一步釐清問題。

(二) 林教授健陽（中央警察大學犯罪防治研究所）：

毒品施用者處遇及除罪化可行性之研究

1、考量「中國大陸」與我國國情、文化較為相近，建議補充中國大陸毒品施用者處遇政策相關資料，俾使研究更臻完善。

2、有關毒品施用者處遇措施除觀察勒戒、強制戒治及緩起訴外，尚有：清潔針具計畫、行政院衛生署指定藥癮戒治機構、治療性社區、美沙冬替代療法、民間參與戒癮模式等，第 15-18 頁內容請充實以便資料完整。

3、政策建議部分，「強化緩起訴附命戒癮治療」與「賦予毒品施用者自願接受治療之請求權」似有矛盾之處。另「建立社區戒毒資源」及「強化就業與復原機制」請移列為毒品施用者社區處遇。

4、若欲推動毒品施用者除罪化，社會參與角色必然加重，惟焦點團體座談及德菲意見調查似缺乏民間社福團體代表意見，請補充蒐集。

5、網路意見調查（第 273-277 頁）似偏重毒品施用除罪化相關議題，有關民眾對現行毒品施用者處遇措施看法，有待進一步分析。

（三）范副教授國勇(銘傳大學安全管理學系)：

1、各國毒品類型除罪化論述，美國、澳洲等國家說明較不明確，請補充分析。

2、研究提及毒品施用除罪化將可疏減監獄超額收容問題，惟有關除罪化後治療成本及費用負擔等問題，請進一步研析。

3、毒品施用除罪化可能造成吸食需求增加，毒梟更為猖獗，請就如何加強取締查緝研提建議。

4、政策建議主辦機關，除中央主管機關外，地方主管機關請併同納入考量。另犯罪預防所提主辦機關「青輔會」，考量該會業併入教育部，爰請刪除。

（四）邱檢察官鼎文(法務部)：

1、第 1 頁如表 1-2 統計資料「…如此居高不下的毒品犯再犯率

與收容人數，顯示現行觀察勒戒及強制戒治之司法處遇措施有重新檢視之必要。」惟表 1-2 資料非勒戒或戒治統計數據，似應以適當統計資料說明較為精確（如第 22 頁表 2-5），且考量我國司法處遇措施並非僅有「觀察勒戒」及「強制戒治」，為免誤解，建議於本段文字刪除觀察勒戒及強制戒治等文字說明。

- 2、表 1-2 在監毒品再累犯與第 22 頁表 2-5 出所後再犯情形定義不同，應予說明釐清（前者係指非追蹤處遇後再犯施用毒品之統計資料，有前科者即列入），為避免將個案終身前科比率視為一般理解之再犯率，本部「法務統計摘要」自 101 年 12 月起刪除「再累犯」用語，改採「有前科比率」及「無前科比率」，建議文內避免使用「再累犯」用語，或補充增加追蹤期間限制，俾使數據更為精確。
- 3、第 3 頁提及「近年如瑞士、奧地利、比利時、德國、愛爾蘭及英國等先進國家，…，而將毒品施用者之監所收容費用移作治療費用，…」近來亦有建議將本部矯正機關預算移作戒治醫療費用之意見，惟依我國現況及本報告之文獻資料顯示，毒品施用收容人常另犯有其他刑事案件，爰若我國對毒品施用者除罪化，對紓解矯正機關收容情形及節省收容預算之影響恐有限，國外具體作法或相關成本效益為何，建請補充相關文獻說明，俾作為我國是否推動單純施用毒品者除罪化及建置相關配套參考。

毒品施用者處遇及除罪化可行性之研究

- 4、第 4 頁毒品處遇乙段所指「監禁」係指為何？請補充敘明。
- 5、第 11 頁本研究緣起係鑑於毒品危害防制條例施行至今毒品施用者之處遇成效有限，而認有重新檢視必要，惟有關近 10 多年來毒品危害防制條例對施用者之重要變革僅一段文字說明，建議進一步分析每次修法對於毒品施用者角色定位之影響，俾協助釐清現階段毒品除罪化之政策走向（例如：該條例第 24 條附命戒癮治療及其相關子法之訂定亦為近年來對毒品施用者處遇之重要政策），以與第 12 頁「影響台灣毒品施用者政策變革主要原因」內容相呼應。
- 6、第 20 頁（三）監獄超額收容嚴重乙段呈現矯正機關近年來超收統計，請補充說明監獄超額收容造成毒品施用者處遇之困境，及兩者間關聯。
- 7、第 21 頁毒品施用者社會復歸不易部分，主要原因在於出所後受戒治人未能順利就業之社會性主因，與目前國人對藥癮者具刻板印象及偏見有關，多數雇主因對藥癮者員工較難接受，故不願加入更生保護會協力廠商名單，或與就業服務站進行合作。故建議修改相關內容。
- 8、第 167 頁對毒品施用的觀點乙段提及：「…荷蘭對施用者亦採取醫療社會照護，將毒品分為硬性毒品和軟性毒品，…，硬性毒品仍維持犯罪化…。」惟於第 91 頁毒品施用者處遇乙節又載述：「在荷蘭，毒品施用者不被視為是犯罪人…。」兩段論述似有矛盾，究荷蘭對於「施用」毒品為除罪化亦是部

分除罪化，建請釐清。

9、第 174 頁表 4-7 將各國毒品施用政策模式區分為除罪化、部分除罪化、除刑不除罪以及犯罪化等 4 類，其中除刑不除罪僅有我國為代表，惟報告中對於部分除罪化之國家亦有使用「有條件除罪化」之用語，若此，除刑不除罪是否也是有條件除罪化之一種？各國政策皆有差異，分類確有其困難，惟本報告對各國毒品施用政策模式之分類基準與原則為何，建請補充說明，或對前述 4 類分類補充定義，俾益政策理解及比較。

10、第 227 頁毒品施用者除罪化配套措施(十)毒品施用者有個人、團體心理治療之需求 2、家庭支持方案部分：自 99 年起，地檢署觀護人、更生保護會、毒品危害防制中心及矯正署各監所皆推動「家庭支持服務方案」，方案內容依各單位業務職掌有細部差異，但皆特別針對藥癮者家屬提供服務。此配套措施確實是辦理藥癮者社區處遇相當重要一環，此建議有執行之必要性及可行性，爰建議刪除「目前的制度卻忽略家屬」文字，以符合現況。

11、第 230 頁毒品政策之發展與變動 5、新增毒品危害防制中心…項下後段：現行制度業由中央統一系列出戒癮資源盤點表(含公私立)提供各毒防中心參考，並另要求各縣市毒防中心針對各轄區戒癮資源進行盤點及分析，使戒癮資源盤點表更加充實細緻。毒防中心可向相關單位提出與各戒癮資源合作方案以申請經費。爰建議修訂文字描述，以符現況。

12、第 234 頁(四)毒品犯假釋交付保護管束期間太短：相較於緩起訴藥癮被告，假釋受保護管束人所受之司法強制力更多，因此依學理及數據資料判斷，其配合度及落實度是較期滿出監及緩起訴藥癮者更佳，本案評估為較差是否有相關資料可資佐證？建議綜合審度各類型藥癮者之執行成效後進行修訂。

13、第 234 頁(五)出機構後的後續追蹤輔導不足：95 年成立毒防中心即為提供藥癮者出監所後之社區追蹤輔導處遇，故藥癮者於監所內接受心理師輔導、出監前一個月接受毒防中心及更生保護會之入監銜接輔導、出監後接受觀護人、毒防中心及更生保護會之追蹤輔導，提供整體性服務。本題標題及內容對照章節標題是應解讀為「政策」或是「問題」？建議依現況進行修訂。

14、第 279 頁研究結論，分依研究方法之不同摘述各研究方法所得結果（即第四至六章之結究結果），建議改依研究目的主題（如研究目的三至五）統整不同研究方法在相同研究目的之結果，以具體說明研究目的三至五之結果與建議。

15、第 300 頁研究建議所提各項建議業管權責單位似有不足建請再予檢視，如（二）之 1.有關建立彈性或多元的戒癮成效指標，因事涉醫療專業，由法務部訂定似有不足，建議宜請衛生署就醫療或社會復健效果，建立合宜指標；又如第 303 頁有關（三）毒品成癮者機構內處遇之第 6 點強化就業與復原機制之建議，宜加請內政部及職訓局或勞委會協助。又根據研究結果，已對施用毒品除罪化之國家之戒癮成效指標為何？有無可供我國參酌使用之處？請補充研析。

16、報告內提及美沙冬治療時用「替代療法」，時用「維持療法」，惟查兩者意涵略有差異，建請釐清並於本報告中採用統一用語為妥。

（五）張研究員永呈(內政部警政署刑事警察局)：

研究建議有關「強化毒品查緝執法」方面，僅說明毒品施用除罪化造成警方查緝困難等負面影響，提出法務及警察

機關應加強毒品查緝作為，請就如何有效查緝毒品研提具體建議。

(六) 行政院衛生署(書面審查意見)：

- 1、有關各國毒品施用者處遇政策分析，建議增列各國毒品人口趨勢圖，包括政策改變時間點等資訊，俾瞭解各國各項策略介入對毒品施用人口之短期及長期影響。
- 2、部分政策建議之業務權責機關有誤，請修正(如：毒品危害防制中心非屬機關，隸屬各直轄市、縣(市)政府)。
- 3、建議針對實施除罪化國家之配套措施內容及概估經費做更細緻化分析，俾作為未來政策研議參考依據。
- 4、建議評估針對各項「立即可行建議」進行成本效益評估之可行性，以供政府部門參考。
- 5、建議補充毒品施用除罪化國家各項政策對毒品施用人口影響分析，俾據以研判毒品施用者除罪化之可行性。

(七) 本會意見：

- 1、表 1-2 與表 2-5，請就毒品受刑人及受戒治人再犯比率落差所呈現意義進行補充分析。
- 2、有關政策內容分析與效果聯結，如美國案例，政策內容相當篇幅在論述歐巴馬政府之反毒政策，惟於問題面(第 62-65 頁)資料呈現，多屬 1980-2000 年資料，具時間聯結落差，請查明修正。
- 3、第二章第四節相關文獻探討小結，分析內容稍嫌簡略，請綜

毒品施用者處遇及除罪化可行性之研究

整第二章各節內容，補充論述。

- 4、第四章各國毒品施用者處遇政策分析，有關各國除罪化或犯罪化 4 大政策模式，第 169-177 頁內容請整併。
- 5、第五章深度訪談與焦點團體研究結果，第 1-4 節與第 5 節引述格式不一，請統一（本文中引述他人文字超過 4 行時，予以獨立並使用不同字體，每行左端縮 4 字編排，上下並加半行空間）。
- 6、第六章德菲法研究發現與分析，惟內容包含網路意見調查，請修正釐清章節名稱。
- 7、德菲法研究調查顯示「強化毒品相關機關合作平台，相同工作不致重複」，目前中央成立「行政院毒品防制會報」，各縣（市）設有毒品危害防治中心進行毒品預防資訊整合，有關機關功能及執行效果，建議進一步深入分析。
- 8、第七章結論與建議，建議修正為「研究發現與建議」，又文內研究發現，細分各國毒品施用者處遇政策、深度訪談、焦點座談、德菲法與網路意見發現，建議上開內容改置各章小結，研究發現請依重點議題歸納分析。
- 9、政策建議事項除說明理由外，應研提細步實施策略，文內有關除罪化配套措施，建議健全除罪化後相關法令規範（第 307 頁），請具體說明相關法制調整建議，俾符應本會建議書徵求文件所列研究預期目標。
- 10、第 57 頁有關美國青少年毒品防制計畫，其中物質施用者是

否等同於毒品施用者，請查明釐清。

- 11、第 76 頁英國政府毒品防制法 FRANK，請補充全銜。另第 78 頁英國毒品地區性預防早期介入獎助金，兩年約 20 億英鎊，數字請再確認。
- 12、第 197 頁施用毒品所衍生家庭問題，請就所摘述深度訪談內容呈現意義，進行補充分析，俾對應該部分所欲呈現之意義。
- 13、第 226 頁（九）由國家發行煙牌所摘述深度訪談內容，從國家政策或人權保障角度是否適當，請納入考量。
- 14、日本、新加坡與美國均屬毒品刑罰化國家，為何日本、新加坡反毒策略成功，而美國毒品施用問題仍然嚴峻，建議探究其反毒成敗原因，以為我國借鏡。
- 15、配合本研究除罪化相關研究發現，對於我國未來在第三、四級毒品之防制策略有何啟示，建議納入評估。
- 16、有關本研究報告格式修正建議：
 - （1）每頁請加註書眉，單頁註明「章名」（置於單頁之右），雙頁註明「研究主題」（置於雙頁之左）。
 - （2）「提要」請置於目次之前。
 - （3）提要「關鍵字」請置於前。
 - （4）提要「主要建議」內容簡略，請修正補充。
 - （5）政策建議請明列主、協辦機關。
 - （6）部分圖表似引用掃描圖檔，文字略顯模糊或過小（如

毒品施用者處遇及除罪化可行性之研究

圖 2-1) ，請全面檢視修正。

(7) 第 3 頁研究目的序號有誤，請修正。

(8) 圖 6-1、6-2、6-3 有關民眾對毒品施用者除毒化看法柱狀圖，請調整不同意見顯示方式（明暗深淺較難識別）。

(9) 第 33 頁，深度訪談人數請查明修正。

(10) 附錄各場次深度訪談及焦點團體座談紀錄，請彙整摘要紀錄重點（非逐字稿）。

(11) 工作會議紀錄毋須納入附錄。

(12) 尚有部分錯(漏)字，請研究團隊全面檢視，並依本會「委託研究計畫作業要點」及委託研究期末報告印製格式相關規定修正之。

八、研究小組說明：

有關資料修訂部分，研究團隊將依據與會學者專家、各主管機關及委託單位所提供建議進行修正，錯漏字及文義不清之處亦將併同更正。

九、主席結論：

非常感謝各位教授、專家及各機關代表撥冗出席本次審查會，與會貴賓所提各項寶貴建議意見，請研究團隊參酌採納，研究報告修正初稿請於 1 個月內送本會，俾便辦理後續事宜。

十、散會（上午 11 時 50 分）

附錄六 期末報告初稿審查意見回覆表

| 編號 | 審查意見 | 修正情況說明 |
|-----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 一、陳教授為堅意見 | | |
| 1. | 建議針對毒品施用者處遇配套措施、醫療治療實際投入人力及相關資源進行補充分析，俾益釐清現況問題。 | 依據建議修正報告 P.23 已增加目前戒治所的醫療、心理與社工人員的比例，以及監所裡相關人員配置情況。 |
| 2. | 本研究文內所提「犯罪化」名詞建議修正為「罪犯化」 | 屬刑事政策用語，宜用犯罪化為佳，且犯罪化考量是行為本身，而非討論是否將人罪犯化。 |
| 3. | 我國「管制藥品」與「毒品」採分軌管理，而歐美及日本等工業化國家皆採單軌管理，我國制度實較特殊。爰有關報告第 281 頁「日本最為特殊，將管制藥品／毒品規定於同一法律中」等內容請修正。 | 日本確實最為特殊。原描述字句造成誤解，已重新修改描述方式，見修正報告 P.305。 |
| 4. | 表 1-2「2005 年-2011 年新入監及在監毒品受刑人再累犯情形統計表」（第 2 頁），對於監獄受刑人歷年統計，請進一步分析闡述： （1）新入監受刑人從 2005 年 33,193 人增至 2011 年 36,459 人，成長 9.8%；同時期新入監 | 針對建議（1）與（2）：因 2005 年至 2011 年在監受刑人數變動係修法與政策影響，2004 年毒品危害防制條例修正觀察勒戒次數、2007 年減刑與 2008 年毒品危害防制條例修法使毒品施用者可接受緩起 |

| 編號 | 審查意見 | 修正情況說明 |
|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | <p>毒品犯從 10,988 人增至 11,474 人，成長 4.4%，顯示過去 7 年毒品犯成長率較其他刑事犯罪低。</p> <p>(2) 在監受刑人從 2005 年 48,779 人增至 2011 年 57,479 人，成長 17.8%；同時期在監毒品犯從 19,775 人增至 25,257 人，成長 27.7%，顯示毒品犯占在監受刑人比率逐年成長，原因可能是累犯比率高及刑期較長所致。</p> <p>(3) 強化初次入監毒品犯機關戒治處遇措施，將有助改善上述現況問題，請研究團隊納入優先政策建議考量。</p> <p>(4) 實施替代療法（美沙冬）後，在監毒品累犯比率仍高，此現象值得深入探討。建議就表 1-2 在監毒品再累犯曾接受美沙冬替代療法者進行統計，俾進一步釐清問題。</p> | <p>訴，惟無論法律如何修訂或是政策如何變化，在監毒品受刑人及再累犯比例仍然偏高。相關說明已於修正報告書中 p.2 補充。</p> <p>針對建議 (3)、(4) 補充於修正報告 p.2 中。</p> |
| <p>二、林教授健陽意見</p> | | |
| <p>1.</p> | <p>考量「中國大陸」與我國國情、文化較為相近，建議補充中國大陸毒品施用者處遇政策相關資料，俾使研究更臻完善。</p> | <p>本研究主要焦點在於除罪化問題，且報告書中探討之國家，係與研考會進行簽約時所商定之國家，因此中國大陸並不在研究範疇內。</p> |
| <p>2.</p> | <p>有關毒品施用者處遇措施除觀</p> | <p>依據建議，該小節體例進行修</p> |

| 編號 | 審查意見 | 修正情況說明 |
|------------|--------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | 察勒戒、強制戒治及緩起訴外，尚有：清潔針具計畫、行政院衛生署指定藥癮戒治機構、治療性社區、美沙冬替代療法、民間參與戒癮模式等，第 15-18 頁內容請充實以便資料完整。 | 正，並於 p.21 增加「 <u>(六) 其他非司法強制性之戒毒處遇措施</u> 」，已補充文字說明於修正報告 P.2。 |
| 3. | 政策建議部分，「強化緩起訴附命戒癮治療」與「賦予毒品施用者自願接受治療之請求權」似有矛盾之處。另「建立社區戒毒資源」及「強化就業與復原機制」請移列為毒品施用者社區處遇。 | 「強化緩起訴附命完成戒癮治療」與「賦予毒品施用者自願接受治療之請求權」並無矛盾或衝突之處，已於修正報告 P.317 補充說明。 至於「建立社區戒毒資源」及「強化就業與復原機制」已依據建議修正於 p.318,319。 |
| 4. | 若欲推動毒品施用者除罪化，社會參與角色必然加重，惟焦點團體座談及德菲意見調查似缺乏民間社福團體代表意見，請補充蒐集。 | 確實需有社會團體參與，惟各項訪談、焦點團體與德菲法受試者名單皆受研考會同意後實施，建議列入未來研究參考。 |
| 5. | 網路意見調查（第 273-277 頁）似偏重毒品施用除罪化相關議題，有關民眾對現行毒品施用者處遇措施看法，有待進一步分析。 | 網路意見主要在調查一般民眾對於毒品施用除罪化之態度，對於毒品處遇措施一般民眾難深入了解，無法回答。此項意見建議列入未來研究參考。 |
| 三、范副教授國勇意見 | | |
| 1. | 各國毒品類型除罪化論述，美國、澳洲等國家說明較不明確， | 依據建議已於報告書中補充，見修正報告 p.323。 |

毒品施用者處遇及除罪化可行性之研究

| 編號 | 審查意見 | 修正情況說明 |
|---------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| | 請補充分析。 | |
| 2. | 研究提及毒品施用除罪化將可疏減監獄超額收容問題，惟有關除罪化後治療成本及費用負擔等問題，請進一步研析。 | 本研究係針對除罪化政策進行評估，整體費用估算非本研究範疇，建議納入未來研究之參考。 |
| 3. | 毒品施用除罪化可能造成吸食需求增加，毒梟更為猖獗，請就如何加強取締查緝研提建議。 | 本研究係針對除罪化政策進行評估，如何強化取締查緝非本研究範疇，建議警政或司法單位納入未來研究議題。 |
| 4. | 政策建議主辦機關，除中央主管機關外，地方主管機關請併同納入考量。另犯罪預防所提主辦機關「青輔會」，考量該會業併入教育部，爰請刪除。 | 依據建議刪除青輔會，並增加地方主管機關，見修正報告 p.314,p.317,p.318,320。 |
| 四、法務部邱檢察官鼎文意見 | | |
| 1. | 第 1 頁如表 1-2 統計資料「…如此居高不下的毒品犯再犯率與收容人數，顯示現行觀察勒戒及強制戒治之司法處遇措施有重新檢視之必要。」惟表 1-2 資料非勒戒或戒治統計數據，似應以適當統計資料說明較為精確（如第 22 頁表 2-5），且考量我國司法處遇措施並非僅有「觀察勒戒」及「強制戒治」，為免誤解，建議於本段文字刪除觀察勒戒及強制戒治等文字說明。 | 依據建議已於修正報告 P.3 中修改。 |
| 2. | 表 1-2 在監毒品再累犯與第 22 | 依據建議改採有前科比率，見 |

| 編號 | 審查意見 | 修正情況說明 |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | <p>頁表 2-5 出所後再犯情形定義不同，應予說明釐清（前者係指非追蹤處遇後再犯施用毒品之統計資料，有前科者即列入），為避免將個案終身前科比率視為一般理解之再犯率，本部「法務統計摘要」自 101 年 12 月起刪除「再累犯」用語，改採「有前科比率」及「無前科比率」，建議文內避免使用「再累犯」用語，或補充增加追蹤期間限制，俾使數據更為精確。</p> | <p>修正報告 p.2。</p> |
| 3. | <p>第 3 頁提及「近年如瑞士、奧地利、比利時、德國、愛爾蘭及英國等先進國家，…，而將毒品施用者之監所收容費用移作治療費用，…」近來亦有建議將本部矯正機關預算移作戒治醫療費用之意見，惟依我國現況及本報告之文獻資料顯示，毒品施用收容人常另犯有其他刑事案件，爰若我國對毒品施用者除罪化，對紓解矯正機關收容情形及節省收容預算之影響恐有限，國外具體作法或相關成本效益為何，建請補充相關文獻說明，俾作為我國是否推動單純施用毒品者除罪化及建置相關配套參考。</p> | <p>為使研究背景文獻更加明確有據，修正報告 P.3 修改為：…經李思賢等(2011)研究發現，除罪化後愛滋感染率、吸毒死亡人數減少，而將毒品施用者之監所收容費用移作治療費用，更有助提高戒毒人數、降低吸毒人數。</p> |
| 4. | <p>第 4 頁毒品處遇乙段所指「監禁」係指為何？請補充敘明。</p> | <p>依毒品施用者之名詞詮釋，本研究所謂毒品施用者，係指涉</p> |

| 編號 | 審查意見 | 修正情況說明 |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | 犯「毒品危害防制條例」第 10 條第 1 項、第 2 項之施用第一級、第二級毒品罪，經檢察官聲請法院裁定觀察勒戒或強制戒治、提起公訴、聲請法院簡易判決處刑或緩起訴處分，或經法院判決有罪確定者。基於上述定義，本研究中所謂毒品處遇，才會有「監禁」一詞出現，惟為避免誤解，爰將「監禁」一詞，修正報告 P.5 修正為「執行徒刑之監禁」。 |
| 5. | 第 11 頁本研究緣起係鑑於毒品危害防制條例施行至今毒品施用者之處遇成效有限，而認有重新檢視必要，惟有關近 10 多年來毒品危害防制條例對施用者之重要變革僅一段文字說明，建議進一步分析每次修法對於毒品施用者角色定位之影響，俾協助釐清現階段毒品除罪化之政策走向（例如：該條例第 24 條附命戒癮治療及其相關子法之訂定亦為近年來對毒品施用者處遇之重要政策），以與第 12 頁「影響台灣毒品施用者政策變革主要原因」內容相呼應。 | 已根據審查意見於修正報告 p.13 修改。 |
| 6. | 第 20 頁（三）監獄超額收容嚴重乙段呈現矯正機關近年來超收統計，請補充說明監獄超額收 | 依據建議於修正報告 P.24 補充說明。 |

| 編號 | 審查意見 | 修正情況說明 |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | 容造成毒品施用者處遇之困境，及兩者間關聯。 | |
| 7. | 第 21 頁毒品施用者社會復歸不易部分，主要原因在於出所後受戒治人未能順利就業之社會性主因，與目前國人對藥癮者具刻板印象及偏見有關，多數雇主因對藥癮者員工較難接受，故不願加入更生保護會協力廠商名單，或與就業服務站進行合作。故建議修改相關內容。 | 依據建議於修正報告 P.25 補充說明。 |
| 8. | 第 167 頁對毒品施用的觀點乙段提及：「…荷蘭對施用者亦採取醫療社會照護，將毒品分為硬性毒品和軟性毒品，…，硬性毒品仍維持犯罪化…。」惟於第 91 頁毒品施用者處遇乙節又載述：「在荷蘭，毒品施用者不被視為是犯罪人…。」兩段論述似有矛盾，究荷蘭對於「施用」毒品為除罪化亦是部分除罪化，建請釐清。 | 在荷蘭硬性毒品施用者仍為違法，但在某種程度下政府會容忍部分違法行為，並未積極取締，詳細內容於相關段落補充說明，見修正報告 p.94。 荷蘭政府採取容忍、不作為政策（如 P94 之內容）。就法律精神面和健康守護角度，將毒品區分為軟性毒品與硬性毒品，單純施用者不會判處有期徒刑，不過有相關強制戒治的規定。認為成癮屬精神疾病，需接受治療。所以，荷蘭政府不視施用毒品者為犯罪人，主要是在避免犯罪人之標籤化，使施用毒品者願意接受治療。 |
| 9. | 第 174 頁表 4-7 將各國毒品施用 | 經查本報告書中並無「有條件 |

| 編號 | 審查意見 | 修正情況說明 |
|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| | <p>政策模式區分為除罪化、部分除罪化、除刑不除罪以及犯罪化等 4 類，其中除刑不除罪僅有我國為代表，惟報告中對於部分除罪化之國家亦有使用「有條件除罪化」之用語，若此，除刑不除罪是否也是有條件除罪化之一種？各國政策皆有差異，分類確有其困難，惟本報告對各國毒品施用政策模式之分類基準與原則為何，建請補充說明，或對前述 4 類分類補充定義，俾益政策理解及比較。</p> | <p>除罪化」之用語，僅在焦點座談中有專家學者提及我國目前毒品政策係「有條件的除刑」；至於對於前述四種除罪化模式之分類，可參閱修正報告 P.178-186。</p> |
| 10. | <p>第 227 頁毒品施用者除罪化配套措施(十)毒品施用者有個人、團體心理治療之需求 2、家庭支持方案部分：自 99 年起，地檢署觀護人、更生保護會、毒品危害防制中心及矯正署各監所皆推動「家庭支持服務方案」，方案內容依各單位業務職掌有細部差異，但皆特別針對藥癮者家屬提供服務。此配套措施確實是辦理藥癮者社區處遇相當重要一環，此建議有執行之必要性及可行性，爰建議刪除「目前的制度卻忽略家屬」文字，以符合現況。</p> | <p>依據建議刪除 p.227「，但目前的制度卻忽略家屬」等文字。</p> |
| 11. | <p>第 230 頁毒品政策之發展與變動 5、新增毒品危害防制中心…</p> | <p>依據受訪者意見與研究建議修改為：</p> |

| 編號 | 審查意見 | 修正情況說明 |
|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| | 項下後段：現行制度業由中央統一列出戒癮資源盤點表(含公私立)提供各毒防中心參考，並另要求各縣市毒防中心針對各轄區戒癮資源進行盤點及分析，使戒癮資源盤點表更加充實細緻。毒防中心可向相關單位提出與各戒癮資源合作方案以申請經費。爰建議修訂文字描述，以符現況。 | 5、強化各毒品危害防制中心合作與資源連結功能，已於修正報告內修改見 p.241 |
| 12. | 第 234 頁(四)毒品犯假釋交付保護管束期間太短：相較於緩起訴藥癮被告，假釋受保護管束人所受之司法強制力更多，因此依學理及數據資料判斷，其配合度及落實度是較期滿出監及緩起訴藥癮者更佳，本案評估為較差是否有相關資料可資佐證？建議綜合審度各類型藥癮者之執行成效後進行修訂。 | 依審查意見修正報告 P.247 修正如下，並補充說明於註腳： (四)有效推動假釋付保護管束期間之戒癮治療： |
| 13. | 第 234 頁(五)出機構後的後續追蹤輔導不足：95 年成立毒防中心即為提供藥癮者出監所後之社區追蹤輔導處遇，故藥癮者於監所內接受心理師輔導、出監前一個月接受毒防中心及更生保護會之入監銜接輔導、出監後接受觀護人、毒防中心及更生保護會之追蹤輔導，提供整體性服務。本題標題及內容對照章節標 | 依審查意見修正報告 P.248 修正如下，並補充說明於註腳： (五)出監所後之後續追蹤輔導仍應強化： |

| 編號 | 審查意見 | 修正情況說明 |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| | 題是應解讀為「政策」或是「問題」？建議依現況進行修訂。 | |
| 14. | 第 279 頁研究結論，分依研究方法之不同摘述各研究方法所得結果（即第四至六章之結究結果），建議改依研究目的主題（如研究目的三至五）統整不同研究方法在相同研究目的之結果，以具體說明研究目的三至五之結果與建議。 | 與研考會意見 8. 一併回覆處理 |
| 15. | 第 300 頁研究建議所提各項建議業管權責單位似有不足建請再予檢視，如（二）之 1. 有關建立彈性或多元的戒癮成效指標，因事涉醫療專業，由法務部訂定似有不足，建議宜請衛生署就醫療或社會復健效果，建立合宜指標；又如第 303 頁有關（三）毒品成癮者機構內處遇之第 6 點強化就業與復原機制之建議，宜加請內政部及職訓局或勞委會協助。又根據研究結果，已對施用毒品除罪化之國家之戒癮成效指標為何？有無可供我國參酌使用之處？請補充研析。 | 依據建議修改於修正報告書本文 p.313,p.316。 |
| 16. | 報告內提及美沙冬治療時用「替代療法」，時用「維持療法」，惟查兩者意涵略有差異，建請釐清並於本報告中採用統一用語為妥。 | 美沙冬戒癮治療之「替代療法」與「維持療法」之意涵與作為確有差異，依據建議於修正報告 P.5 名詞解釋增加「替代療法與維持療法」補充說 |

| 編號 | 審查意見 | 修正情況說明 |
|-----------------------|---------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | 明。 |
| 五、內政部警政署刑事警察局張研究員永呈意見 | | |
| 1. | 研究建議有關「強化毒品查緝執法」方面，僅說明毒品施用除罪化造成警方查緝困難等負面影響，提出法務及警察機關應加強毒品查緝作為，請就如何有效查緝毒品研提具體建議。 | <p>本研究目的之一在「研提我國推動毒品施用者除罪化之社會影響評估分析」，有關毒品施用如除罪化將造成警察在查緝毒品上的困難，此項意見為本研究深度訪談與焦點團體座談中，警察機關代表針對除罪化可能面臨問題所提意見，研究報告中僅呈現影響評估結果。</p> <p>根據研究結果，未來毒品施用政策若朝除罪化發展，如何有效「強化毒品查緝執法」將成為法務與警察機關所必須面對的問題；建議法務與警察機關就相關議題深入研究。</p> |
| 六、行政院衛生署意見 | | |
| 1. | 有關各國毒品施用者處遇政策分析，建議增列各國毒品人口趨勢圖，包括政策改變時間點等資訊，俾瞭解各國各項策略介入對毒品施用人口之短期及長期影響。 | 依可得知文獻補充於修正報告 p.197-p.200。 |
| 2. | 部分政策建議之業務權責機關有誤，請修正(如：毒品危害防制中心非屬機關，隸屬各直轄 | 依建議已於修正報告 p.313-p.328 修改。 |

| 編號 | 審查意見 | 修正情況說明 |
|---------|------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | 市、縣（市）政府）。 | |
| 3. | 建議針對實施除罪化國家之配套措施內容及概估經費做更細緻化分析，俾作為未來政策研議參考依據。 | 非本研究目的與範圍，建議納入未來研究之參考。 |
| 4. | 建議評估針對各項「立即可行建議」進行成本效益評估之可行性，以供政府部門參考。 | 非本研究目的，建議納入未來研究之參考。 |
| 5. | 建議補充毒品施用除罪化國家各項政策對毒品施用人口影響分析，俾據以研判毒品施用者除罪化之可行性。 | 詳見修正報告 p.197 第四章表 4-10，或見 p.297 第七章第一節之總結整理 |
| 七、研考會意見 | | |
| 1. | 表 1-2 與表 2-5，請就毒品受刑人及受戒治人再犯比率落差所呈現意義進行補充分析。 | 表 1-2 毒品受刑人之再犯比率係以其前科來計算，表 2-5 受戒治人之再犯比率則係於其出所後的再犯情形為基準，因計算基準不同再犯比率自有落差。 |
| 2. | 有關政策內容分析與效果聯結，如美國案例，政策內容相當篇幅在論述歐巴馬政府之反毒政策，惟於問題面(第 62-65 頁)資料呈現，多屬 1980-2000 年資料，具時間聯結落差，請查明修正。 | 政策內容分析與效果呈現皆以政府提供資料為主，美國的部分有修訂(依據美國更新資料)，若該國家提供的資訊無更新，或僅有一份文獻的部分(以個人研究者的名義，因無法考據--例如葡萄牙，受限於語言關係)就未更新，以避免受單一研究影響。 |

| 編號 | 審查意見 | 修正情況說明 |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| 3. | 第二章第四節相關文獻探討小結，分析內容稍嫌簡略，請綜整第二章各節內容，補充論述。 | 依據研究建議已於修正報告中 p.33 補充。 |
| 4. | 第四章各國毒品施用者處遇政策分析，有關各國除罪化或犯罪化 4 大政策模式，第 169-177 頁內容請整併。 | 考量閱讀便利及各表完整度，不宜整併。 |
| 5. | 第五章深度訪談與焦點團體研究結果，第 1-4 節與第 5 節引述格式不一，請統一。 | 已於修正報告 p.201-p240 修改。 |
| 6. | 第六章德菲法研究發現與分析，惟內容包含網路意見調查，請修正釐清章節名稱。 | 修正報告 p.265 章節名稱修改為：「德菲法與網路意見調查發現與分析」 |
| 7. | 德菲法研究調查顯示「強化毒品相關機關合作平台，相同工作不致重複」，目前中央成立「行政院毒品防制會報」，各縣（市）設有毒品危害防治中心進行毒品預防資訊整合，有關機關功能及執行效果，建議進一步深入分析。 | 依建議增列於立即可行建議（六）強化毒品相關機關橫向聯繫、資料分享及合作機制，並補充說明於修正報告 P.321。 |
| 8. | 第七章結論與建議，建議修正為「研究發現與建議」，又文內研究發現，細分各國毒品施用者處遇政策、深度訪談、焦點座談、德菲法與網路意見發現，建議上開內容改置各章小結，研究發現請依重點議題歸納分析。 | 依據建議修改 p.297-p.312。 |

| 編號 | 審查意見 | 修正情況說明 |
|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 9. | 政策建議事項除說明理由外，應研提細步實施策略，文內有關除罪化配套措施，建議健全除罪化後相關法令規範（第 307 頁），請具體說明相關法制調整建議，俾符應本會建議書徵求文件所列研究預期目標。 | 依據建議於修正報告 P.323-326 補充說明。 |
| 10. | 第 57 頁有關美國青少年毒品防制計畫，其中物質施用者是否等同於毒品施用者，請查明釐清。 | 文中物質施用者並不同於毒品施用者。成癮物質在學理上分為成癮性強弱，法律亦稱對其成癮特性分類為合法物質和非法物質，但對青少年來說，即使是合法物質也不鼓勵施用（例如吸入劑、抽菸喝酒），因此，此一計畫在於提升青少年整體健康為目標，對各類可能遭到濫用的物質都會加以預防。 |
| 11. | 第 76 頁英國政府毒品防制法 FRANK，請補充全銜。另第 78 頁英國毒品地區性預防早期介入獎助金，兩年約 20 億英鎊，數字請再確認。 | 關於 FRANK 已依據建議於修正報告 P.80 以註解補充說明。 另，兩年約 20 億英鎊的數字經查原文，確認無誤，請參閱 DRUG STRATEGY 2010 Reducing Demand, Restricting Supply, Building Recovery : Supporting People to Live a Drug Free Life 第 11 頁第 14 行，We will simplify funding to local authorities, including the creation of a |

| 編號 | 審查意見 | 修正情況說明 |
|-----|----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | single Early Intervention Grant, worth around £2 billion by 2014-15, billion 一詞於 Oxford dictionary 的解釋為 a thousand and a million, 係為十億。 |
| 12. | 第 197 頁施用毒品所衍生家庭問題，請就所摘述深度訪談內容呈現意義，進行補充分析，俾對應該部分所欲呈現之意義。 | 依據建議於修正報告 p.205 修正。 |
| 13. | 第 226 頁（九）由國家發行煙牌所摘述深度訪談內容，從國家政策或人權保障角度是否適當，請納入考量。 | 第 226 頁有關毒品施用除罪化之配套措施（九）係如實摘述深度訪談內容：由發行煙牌或設立毒品吸食專區，係深警 C 及施用者 A 之個人意見，本研究考量適當性及可行性，在德菲問問卷調查時，將配套措施修正為「若除罪化，對於鴉片類戒毒無效者，由醫師開立慢性病處方籤提供替代藥物使其維持正常的生活」，本項配套措施亦具有專家共識，支持程度亦都高於門檻值。因此，在立即可行建議部份：3、建議提高維持療法服務之便利性（衛生署）：各國毒品施用處遇分析發現，除日本因主要毒品為安非他命，鴉片類毒品成癮為多數國家問題，而替代 |

| 編號 | 審查意見 | 修正情況說明 |
|----|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | <p>藥物維持療法成為主要治療措施；2010-2012 年間我國有 18 家藥癮戒治核心醫院、79 家藥癮戒治診所等共 107 家醫療院所加入美沙冬維持療法服務，未來如朝向除罪化努力，美沙冬或其他替代藥物維持療法的服務需求量將持續提高，實有必要提高維持療法服務的便利性，無論是服藥時段做適度之調整與增加給藥之地點，讓美沙冬服用者不用再工作地點與醫院之間奔波，以符合施用毒品者實際需求。中長期建議部份：有關除罪化配套措施之建議 2、（4）嚴重成癮照護與社會重建：毒品施用者為高再犯率犯罪族群，但毒品施用者中存在麻煩成癮者，這些人不斷重複使用司法與醫療資源，且多半無法得到適當的照護。荷蘭於 1996 年照護機構品質法中，設立有 "麻煩照顧機構"，以照顧麻煩的成癮者。提供機會給個案能由一機構轉往下一個機構，後續照護的機構的治療目標與先前治療成果是一致性的；以控制嚴重成癮者的毒品、犯罪和適應問題；未來亦可考量對於嚴重成癮者建立照護機制。</p> |

| 編號 | 審查意見 | 修正情況說明 |
|-----|---------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | 依據建議修改於修正報告 P.237 (九) <u>可考慮</u> 由國家發行煙牌…。 |
| 14. | 日本、新加坡與美國均屬毒品刑罰化國家，為何日本、新加坡反毒策略成功，而美國毒品施用問題仍然嚴峻，建議探究其反毒成敗原因，以為我國借鏡。 | <p>雖然美國、日本和新加坡毒品施用策均屬刑罰化國家，但其所面對的毒品問題、犯罪化毒品類型與規範、毒品施用者處遇措施以及預防再犯對策均有所不同，因此反毒成功與否，呈現不同結果（詳細內容參見第四章美國、日本與新加坡相關單元）。</p> <p>美國政治制度、主要毒品類型、毒品施用相關規範與我國差異較大，日本將管制藥品或毒品分別規定於各法律中，如鴉片法、覺醒劑取締法等，且主要毒品問題為覺醒劑，減害計畫非主要毒品處遇政策，與我國亦有所差異；新加坡的藥物濫用法（Misuse of Drugs Act）將毒品的分級和施用犯罪化，與我國的除刑不罪政策取向不同。犯罪化國家反毒成敗原因（參見期末報告初稿 283-284頁）。</p> <p>整體而言，新加坡與日本毒品反毒政策成功，係因其毒品問題較為單純，政策規範嚴謹和</p> |

| 編號 | 審查意見 | 修正情況說明 |
|-----|------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | 執行落實，尤其是三級預防做得相當徹底（詳細內容參見第四章日本 p.171-p.174 與 p.157-p.158新加坡單元）。 |
| 15. | 配合本研究除罪化相關研究發現，對於我國未來在第三、四級毒品之防制策略有何啟示，建議納入評估。 | <p>本研究聚焦於第一、二級毒品除罪化之影響，深度訪談研究發現，在除罪化負面影響方面，受訪者多認除罪化以後，缺少法律之強制力，單就醫療之力量難以發揮作用。而德菲法研究結果發現，「除刑不除罪」（即維持現況，施用第一、二級毒品仍為犯罪行為）最受德菲專家支持。總而言之，專家皆認刑事司法之強制力，為有效敦促毒品施用者戒除毒癮之重要條件。</p> <p>配合本研究除罪化相關研究發現，對於我國未來在第三、四級毒品之防制策略之啟示，考量毒品施用之漸進性及戒治之困難性，建議第三、四級毒品之防制策略亦應建立一套規範、管理和處遇模式，修正目前規範和管理策略，對三、四級毒品施用者採衛生醫療模式，建立更周密的法令規範，以避免毒品氾濫和過度施用毒品。</p> <p>建議將目前三、四級毒品政策</p> |

| 編號 | 審查意見 | 修正情況說明 |
|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| | | 與執行效果評估一併列入未來研究建議。 |
| 16. | <p>有關本研究報告格式修正建議：</p> <p>(1) 每頁請加註書眉，單頁註明「章名」(置於單頁之右)，雙頁註明「研究主題」(置於雙頁之左)。(2) 「提要」請置於目次之前。(3) 提要「關鍵字」請置於前。(4) 提要「主要建議」內容簡略，請修正補充。(5) 政策建議請明列主、協辦機關。(6) 部分圖表似引用掃描圖檔，文字略顯模糊或過小(如圖 2-1)，請全面檢視修正。(7) 第 3 頁研究目的序號有誤，請修正。(8) 圖 6-1、6-2、6-3 有關民眾對毒品施用者除毒化看法柱狀圖，請調整不同意見顯示方式(明暗深淺較難識別)。(9) 第 33 頁，深度訪談人數請查明修正。(10) 附錄各場次深度訪談及焦點團體座談紀錄，請彙整摘要紀錄重點(非逐字稿)。(11) 工作會議紀錄毋須納入附錄。(12) 尚有部分錯(漏)字，請研究團隊全面檢視，並依本會「委託研究計畫作業要點」及委託研究期末報告印製格式相關規定修正之。</p> | 相關格式依據建議已於修正報告書中修改。 |