

RDEC-RES-099-025

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

中華民國100年8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-099-025

毒品減害措施之研究

受委託單位：社團法人台灣雀樂協會

研究主持人：李理事長思賢

協同主持人：楊教授士隆、東主任連文、
莊主任萃、張助理教授麗玉、
廖助理教授梨伶

研 究 員：石倩瑜

研 究 助 理：吳藹薇、林春秀
林頡翔、鄭凱寶

行政院研究發展考核委員會委託研究

中華民國100年8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

一、研究緣起

自民國 87 年實施毒品危害防治條例後，我國採取先病人後犯人的措施；加上 93 年起毒品愛滋問題擴大，在民國 95 年推動毒品愛滋減害計畫，民國 97 年 4 月 30 日修訂戒癮治療之緩起訴處分，以及民國 99 年 11 月 24 日將各縣市毒品危害防治中心法制化，加入減少傷害與預防的作為。民國 99 年 2 月 2 日行政院第 4 次毒品防制會報，有委員進一步提出參考國外設置毒品供應站有條件提供吸食毒品，而有研究海洛因療法與安全注射室之設置評估研究誕生。

二、研究方法及流程

本文中採用「毒品」而非「藥物」，並無社會烙印或是歧視的意圖，主要是為了能夠避免治療藥物與毒品用詞上的混淆。本研究分三階段探討海洛因療法與安全注射室兩項新興毒品減害措施：(1) 檢視聯合國、美國、英國、加拿大、瑞士、荷蘭、澳洲與瑞典推動減害措施的背景與影響；(2) 蒐集與整理我國醫療與各學術領域專家、民間組織與利害關係人三方對於安全注射室與海洛因療法之意見；(3) 根據國外經驗與焦點團體匯聚意見研擬題項，進行電話民調，評估新興減害措施的適用性與民眾接收度。

三、重要發現

(一) 國外毒品政策、新興減害措施與評估

1. 聯合國主張毒品成癮為慢性病，並呼籲各會員國提供治療與減害措施，但認為安全注射室違反聯合國《1961 年麻醉藥品單一公約》第 4 條毒品公約，有鼓勵使用毒品之嫌，不應該推動。
2. 推動新興毒品減害計畫主要是加拿大、瑞士、荷蘭、英國與澳洲五個國家。

毒品減害措施之研究

3. 瑞士、荷蘭、英國與澳洲的毒品政策與社會背景是強調基於自我傷害不處罰的立場，單純施用毒品不構成刑事犯罪。
4. 英國、瑞士、荷蘭與澳洲少量持有毒品屬於犯罪，但微罪不起訴。
5. 推動海洛因療法著重於接受美沙冬療法效果不佳病患，基於健康人權與減害而推動。
6. 推動安全注射室是用藥過量死亡率與感染愛滋比率高，以及藥癮者公然在街道、公園與巷道裡注射毒品，並隨意丟棄注射針頭與器具，引發社會安全疑慮。
7. 費用由政府與保險支付，藥癮者使用減害服務不需要付費。
8. 瑞典與台灣對單純施用者與少量持有毒品之政策採醫療與司法併進，有全國毒品犯登錄系統，允許警察強制採尿檢驗，對毒品施用者強制勒戒與戒治；瑞典不推動新興毒品減害措施。
9. 國外初步研究發現，海洛因療法可以減少用藥過量致死、減少公然施打毒品等社會安全問題、減少愛滋新增感染人數與減少城市毒品犯罪。加拿大研究顯示安全注射室減少藥癮者死亡情形、愛滋感染比率有下降、與改善針具丟棄情形，但對於毒品相關犯罪沒有改善；澳洲研究顯示安全注射室有減少愛滋感染比率。

(二) 專家、民間組織人員與藥癮者對我國推動新興毒品減害措施之疑慮

專家、民間組織人員與藥癮者對於海洛因療法與安全注射室的意見，贊同主張認為可以降低死亡率與愛滋感染發生率。有疑慮與持反對意見認為新興措施有鼓勵毒品使用、會持續使用海洛因而無法遠離毒品、醫用海洛因會流入黑市、會增加海洛因使用劑量、政策不一致性與對配套措施沒信心。藥癮者深度訪談顯示贊成這些新興措施，但亦憂慮社會烙印、警察跟蹤查緝與驗尿、與能否遠離毒品。

(三) 我國民眾對於海洛因療法與安全注射室的態度

發現臺灣民眾認為毒品的主要傷害為生理疾病、家庭問題與犯罪。不贊成人民可以合法使用海洛因、安非他命、搖頭丸、K他命、與大麻。有 85% 民眾沒有聽過政府辦理的毒品患者減害計畫。向受訪者介紹減害計畫、醫療監督下安全注射室與醫師提供海洛因療法；有 73.7% 不贊成設置安全注射室；但若能減少死亡與疾病，53.7% 不贊成；若可增加藥癮者與醫療接觸，47.7% 不贊成；若可減少社區與毒品相關犯罪，45.9% 不贊成；若設置在其住家 500 公尺內，75% 不贊成；如果此措施無法協助遠離毒品，82.5% 不贊成。49.5% 不贊成海洛因治療；若可減少感染與死亡，37.3% 不贊成；若可減少社區與毒品相關犯罪，36.1% 不贊成；若使用海洛因療法可減少社會成本，34.6% 不贊成；在提供海洛因治療後，若會讓藥癮者永遠成癮而無法恢復之下，83.9% 不贊成。

四、主要建議事項

(一) 立即可行建議

1. 宣導藥癮為慢性病，藥癮戒治為慢性病治療（主辦單位：衛生署、教育部；協辦單位：法務部、各縣市毒品危害防制中心）
2. 加強全民減少傷害思維的政策宣導（主辦單位：衛生署、教育部；協辦單位：新聞局）
3. 補強現有減害措施不足之處，例如提供心理諮商與健康生活形態之改變（主辦單位：衛生署；協辦單位：各縣市毒品危害防制中心）
4. 增進藥癮治療可近性，延長喝藥時間與持續增設美沙冬喝藥點（主辦單位：衛生署；協辦單位：毒品危害防制中心）
5. 評估我國減害措施之施行成效（主辦單位：國科會、研考會；協辦單位：法務部、衛生署）
6. 活化戒癮治療之緩起訴處分，減少強制戒治與判刑（主辦單位：法務部）
7. 成立藥癮預防與醫療基金會，主導藥癮預防，研發多元藥癮治療，培訓藥癮醫療專業人力，編列特別預算補助藥癮治療與減

毒品減害措施之研究

害措施（主辦單位：行政院毒品防制會報；協辦單位：衛生署、法務部、財政部）

8. 建議政府每隔三至四年進行毒品議題民意調查，做為施政參考（主辦單位：行政院研考會）

（二）中長期建議

1. 取消毒品施用者觀察勒戒與戒治，用醫療替代自由刑（主辦單位：法務部與衛生署）
2. 取消警察訪疑查驗制度（主辦單位：警政署與法務部）
3. 毒品施用者除刑但不除罰（主辦單位：法務部；協辦單位：衛生署、警政署）
4. 提供海洛因處方療法（主辦單位：衛生署；協辦單位：各縣市毒品危害防制中心）
5. 少量持有毒品（微罪）不起訴（主辦單位：法務部；協辦機關：警政署）
6. 安全注射（消費）室設置之推動宜審慎，聯合國麻醉藥品管制局敦促勿繼續開辦安全注射室，我國應依社會民意之變化審慎評估，現階段不宜貿然實施，中長期視宣導成效與民意變化再評估（主辦單位：衛生署；協辦機關：研考會、法務部）

關鍵詞：毒品政策、減少傷害、海洛因處方療法、安全注射室、電話民調

Abstract

一、Study Origin

Since the enactment of the Against Narcotics Act (ANA) in 1998, drug users have been regarded as patients first and then criminals if the treatment fails. During 2004 the number of drug users infected by HIV increased rapidly. To respond to this public health crisis, the harm reduction programs were then initiated in 2006 and the ANA was amended on April 30th, 2008, to allow for slow prosecution with coerced addiction treatment. Another amendment was further attached to the ANA, regarding the establishment of city and county drug prevention and control centers as a part of harm reduction and prevention. At the 4th anti-drug meeting of the Executive Yuan held on February 2nd 2010, a board member suggested that “heroin treatment” and “supervised injection sites” should be considered as harm reduction programs for injection drug users. This study aims to investigate the acceptability of establishing heroin treatment and supervised injection sites among different sectors.

二、Research Methods and Procedures

This study investigates the acceptability of “heroin treatment” and “supervised safer injection sites” through three steps: (1) review drug policies and social-backgrounds of harm reductions in United Nations, United States, United Kingdom, Canada, Swiss, Netherland, Australia, and Sweden; (2) collect opinions about heroin treatment and supervised safer injection sites among healthcare professionals, non-governmental agencies, drug users, and other related stake-holders; and (3) conduct telephone surveys using items developed from the results of the previous steps to examine the general acceptability of our

society.

三、Major Findings

(一) Drug Policy, Newly Harm Reduction Programs, and Evaluation in Foreign Countries.

1. The United Nations considers drug addiction is a chronic illness and thus asks the member countries to provide and promote treatments and harm reduction programs. However, “safer injection sites” is not recommended since it violates the 1961 Single Convention on Narcotic Drugs because it may promote the use of drugs.
2. The countries that provide new harm reduction programs include Canada, Swiss, Netherland, United Kingdom, and Australia.
3. The drug policies and social background for promoting new harm reduction programs emphasize in the idea that self-harm should not be criminalized, i.e. use of drug is not a crime.
4. Possession of small amount of drugs is illegal, but not prosecuted in United Kingdom, Swiss, Netherland, and Australia
5. Based on the rights to health and humanity for everyone, it is necessary to promote heroin treatment since some drug users did not benefit from methadone treatment.
6. The origin of the “safer injection sites” approach is that citizens concerned about the threat posed by high drug overdose mortality and HIV infection to the public safety. Drug users usually injected drugs in public and discarded injection equipment on the streets and alleys.
7. The fee for harm reduction programs were covered by governmental budget or insurance. Drug users did not make out-of-pocket payments for services.
8. Usage and possession of drugs in Sweden and Taiwan are considered

criminal behaviors that necessitate both medical treatment and law enforcement. There are national registry systems and corresponding policies that allowed drug-tests upon the suspected. Drug users are mandated to participate in the abstinence and rehabilitation programs. There is no new harm reduction program in Sweden.

9. Based on research findings from other developed countries, heroin treatment can successfully reduce heroin overdose deaths, HIV infection, public drug injection and other drug-related crimes. Research on the “safer injection sites” program in Canada found that the program has decreased the mortality rate, HIV infection, and improper disposal of used syringes without increasing criminal rates. Research in Australia also suggests that the “safer injection sites” program can significantly reduce the incidents of HIV infection.

(二) Focus groups and in-depth interviews:

Attitudes towards heroin treatment and safer injection sites among professionals, non-governmental agencies, and drug users were overall positive. They supported these programs, citing that the programs can reduce mortality rate and HIV infection. However, some expressed their concern that these programs may encourage drug abuse. Other concerns included: inability of drug users to “fully quit heroin”, heroin diversion, increased dosage of heroin use, inconsistent policies, and a loss of faith in supplemental programs. Interviews with drug users show that they are positive toward initiation of heroin treatment and safer injection sites, but also feel anxious that people may still have stigma against drug use; they are running the risk of being arrested by policemen; and whether they can successfully abstain from heroin.

(三) Telephone Survey:

The survey of citizens’ attitudes reveals that the main harms

associated with drug abuse are physical harms, family problems and crimes. Most people disagree that adults can use heroin, amphetamine, MDMA, K-tamine and marijuana. 85% never heard of harm reduction programs. Moreover, 73.7% disagree about the initiation of the “safer injection sites” program. However, if they are informed that the program can reduce mortality and disease, 53.7% disagree; if can increase drug users’ utilizations of medical services, 47.7% disagree; if can reduce community and drug-related crimes, 45.9% disagree; if these sites established within 500 meters of their home, 75% disagree; and if this program may not help users abstain from drugs, 82.5% disagree. Finally, 49.5% disagree with provision of heroin treatment. However, if they are informed that the heroin treatment can reduce mortality rate, 37.3% disagree; if can reduce community and drug-related crime rates, 36.1% disagree; if can reduce the social cost, 34.6% disagree; and if might render heroin users unable to recover from addiction, 83.9% disagree.

四、Main Recommendations

(一) Immediate Recommendations

1. Educate general population that substance dependence is a chronic, relapsing disease. The treatment for addiction is the same with that for other chronic diseases.
2. Strengthen advocacy efforts for harm reduction policy.
3. Improve harm reduction programs, i.e. providing drug counseling and interventions to promote healthier life-styles.
4. Improve treatment modality and increase accessibility by providing long-term methadone treatment and establishing more methadone clinics.
5. Evaluate cost-effectiveness of harm reduction programs.

6. Ensure the provision of court-mandated treatment for substance abuse as alternatives to prosecution and sentencing.
7. Establish a foundation for addiction prevention and treatment that can direct and manage the research on addiction prevention and treatment, develop multiple treatment regimens, and subsidize medication-assisted therapy for drug dependence, provision of on-job trainings for medical professions, and development of harm reduction programs.
8. Conduct surveys of Taiwan citizens' attitudes toward drug issues every 3-4 years to inform Government policy-making.

(二) Long-term Recommendations

1. Mandate people with substance abuse to undergo medical treatment with probation and repeal of coerced corrective rehabilitation.
2. Cancel urine drug screens for people who fall under police suspicion.
3. Decriminalize substance use.
4. Provide heroin assisted treatment.
5. Advocate for the amendment that possession of small amount of drugs is a crime, but needs not be prosecuted.
6. It is recommended that the establishment of safer injection site in Taiwan has to be very cautious on the basis of drug issues propaganda and citizens' attitudes in the future since the INCB disapprove the establishment of safer injection site.

Key words: Drug Policy, Harm Reduction, Heroin Treatment, Safer Injection Site, Telephone Survey

毒品減害措施之研究

目 次

提 要	I
表 次	XIII
圖 次	XV
第一章 研究緣起	1
第二章 研究背景	3
第一節 政策及法令依據	3
第二節 問題現況	4
第三章 實施方法及進行步驟	9
第一節 研究設計及研究對象	9
第二節 資料收集方法與研究步驟	10
第三節 資料分析方法	15
第四節 研究品質分析	16
第四章 聯合國 UNODC 與各國藥（毒）癮政策與減害計畫害措施	17
第五章 研究發現與討論	69
第一節 焦點團體之辦理與初步分析結果	69
第二節 藥癮者個別訪談結果	78
第三節 民調結果與分析	92
第六章 結論與建議	139
參考書目	153

附錄	165
附錄一 毒品危害防制條例	165
附錄二 各場焦點團體訪談大綱	179
附錄三 藥癮者個別訪談大綱	185
附錄四 民調問卷	187
附錄五 焦點團體座談會會議紀錄-北部專家座談會	195
附錄六 焦點座談會議紀錄-南部專家座談會	245
附錄七 焦點座談會議紀錄-藥癮者座談會	273
附錄八 焦點座談會議紀錄-民間組織座談會	303
附錄九 深度訪談紀錄（藥癮者 A）	341
附錄十 深度訪談紀錄（藥癮者 B）	363
附錄十一 深度訪談紀錄（藥癮者 C）	385
附錄十二 深度訪談紀錄（藥癮者 D）	417
附錄十三 深度訪談紀錄（藥癮者 E）	447
附錄十四 期中報告審查意見回覆表	479
附錄十五 期末報告審查意見回覆表	493
附錄十六 期末報告二次審查意見回覆表	513

表 次

表 3-1	焦點團體座談會與深度訪談辦理細則	11
表 3-2	電話民調訪談辦理細則	14
表 4-1	各國毒品政策與減害措施比較表：施用者毒品政策與減害措施	61
表 4-2	整理加拿大、荷蘭、瑞士與英國施行海洛因療法的成果	63
表 4-3	整理加拿大、澳洲與荷蘭施行安全注射室的成果	66
表 5-1	焦點團體回饋的海洛因療法結果整理	69
表 5-2	焦點團體回饋的安全注射室結果整理	75
表 5-3	本研究調查對象之基本特性分析	95
表 5-4	民眾對於成人合法使用物質、藥癮戒治費用之態度與是否聽過減害計畫	102
表 5-5	聽過毒品病患愛滋減害計畫之民眾對於各項減害措施的支持度	104
表 5-6	對於之態度推動減害措施，是否有縱容毒品使用的態度	105
表 5-7	對於設置安全注射室與提供海洛因療法之態度	106
表 5-8	對於設置安全注射室與提供海洛因療法之贊成態度	107
表 5-9	民眾對於下列五種毒品是否贊成成人合法使用之態度	121
表 5-10	民眾對於藥癮戒治的醫療費用給付	122
表 5-11	民眾對於使用毒品可能造成用藥過量而死亡之概念	123
表 5-12	民眾對於共用針具注射毒品會感染愛滋之概念	124
表 5-13	民眾是否知道政府正在推行「毒品病患愛滋減害計畫」	125

毒品減害措施之研究

表 5-14	有人說，政府推行減害措施反而會縱容毒品使用，民眾贊成嗎？	126
表 5-15	在醫療監控下讓藥癮者進行注射，民眾是否會贊成設置安全注射室？	127
表 5-16	若能減少疾病與死亡的發生，民眾是否會贊成設置安全注射室？	128
表 5-17	若可增加藥癮者與醫療接觸，民眾是否會贊成設置安全注射室？	129
表 5-18	可減少社區與毒品相關犯罪，民眾是否會贊成設置安全注射室？	130
表 5-19	若設置在自家 500 公尺內的醫療院所，民眾是否會贊成設置安全注射室？	131
表 5-20	若藥癮者可能不去治療，民眾是否還會贊成設置安全注射室？	132
表 5-21	若未來准許醫師使用海洛因療法作為藥癮治療，民眾是否會贊成？	133
表 5-22	若海洛因療法可減少感染與死亡的機率，民眾是否會贊成實施此療法？	134
表 5-23	若海洛因療法可減少社區與毒品相關犯罪，民眾是否會贊成實施此療法？	135
表 5-24	若海洛因療法可減少我們的社會成本，民眾是否會贊成實施此療法？	136
表 5-25	若使用海洛因療法可能會讓藥癮者永遠成癮而無法恢復，民眾是否還會贊成實施此療法？	137

圖 次

圖 2-1 研究架構	8
圖 3-1 研究流程及步驟	10
圖 5-1 說到「毒品」時，民眾會想到的三種物質	96
圖 5-2 當談到「毒品」時，民眾會想到毒品造成的主要傷害為何？	97
圖 5-3 民眾認為會直接或間接造成最多人死亡的毒品	99

毒品減害措施之研究

第一章 研究緣起

根據我國法務部的調查資料顯示，我國整體毒品案件數除在 2001 年及 2002 年曾經遞減外，呈現逐年遞增的趨勢；依地方法院檢察署毒品危害條例偵察終結起訴人數，同樣也是呈現逐年遞增。行政院研考會副主任委員宋餘俠博士在 2009 年 5 月的演講時提出，國內目前毒品戒治體系的功效低弱，對於毒品犯或藥物成癮者之戒治治療成效並不理想，此由毒品犯的再犯率高達 86.9%可見一斑。台灣自 2006 年起積極舉辦毒品病患愛滋減害計畫，雖然成功的減低了 HIV 新增感染的比例，然有繼續施用毒品之傾向者高達三成，需要戒治的人口比 2004 年時多了 10%。為抑制台灣毒品氾濫，減少毒品依賴者對社會產生的負面影響，除擴大台灣目前實施的毒品病患愛滋減害措施之外，是否能藉由引進其他新興的毒品減害措施補強台灣在毒品防制方面的不足，尚有待更進一步的研究。本研究採用「毒品」字眼而沒有使用「藥物」，並無社會烙印或是歧視的意圖，主要是為了能夠避免藥物與毒品用詞上的混淆。

本研究主要目的是透過檢視及比較台灣與世界各主要國家之藥癮戒治、減害措施與管理策略，評估目前台灣毒品防制政策之成效，藉以提供毒品政策之建議事項及配套措施。本研究之目的如下：

1. 瞭解國外幾個主要國家之毒品政策、減害計畫及發展趨勢。
2. 研析主要國家之毒品減害措施實施背景、成果與影響。
3. 調查國內醫療專業人員、民間團體及利害關係人對擴大推動毒品減害措施之意見。
4. 基於專業人員、民間團體及利害關係人之意見，針對台灣民眾進行新興減害措施之民調。
5. 透過理論與實務之實證資料整合，針對國內情勢提出毒品減害措施中不同作法之可行性評估、相關政策建議事項及配套措施。

毒品減害措施之研究

第二章 研究背景

第一節 政策及法令依據

根據我國法務部的調查資料顯示，自民國 82 年開始，海洛因已成為台灣藥癮者主要使用藥物，此意涵著國內成癮性日益加深。然而，因海洛因的毒性大，易成癮，且戒斷症狀強，持續用藥兩週以上，若強制戒斷會出現戒斷症狀，常使戒治者在身心無法忍受及外在誘因下易重蹈覆轍。

在毒品病患愛滋減害計畫（疾病管制局，2008）與美沙冬療法引進台灣之前，藥癮者使用海洛因是藥癮者犯罪的一大問題，政府必須投入相當龐大的人力及物力來進行查緝、逮捕、起訴等，對於被逮捕、起訴而判刑的使用者，也需要場所與相關人員來進行戒治、教化與監禁。此外由於海洛因昂貴的價格，讓許多使用者無力負擔，也因此造成許多偷竊與強盜犯罪。有些使用者甚至成為下游毒販，以引誘他人吸毒的手段，提供自己足夠的財源購毒。海洛因的使用造成許多家庭的喪失原有功能，影響甚鉅，而失去家人支持的毒品施用者，從此更難以回到正常的生活型態；同時因為共用注射針頭與稀釋液，導致感染 C 型肝炎及愛滋病等疾病。

愛滋病的疫情在全球持續蔓延中，自發現第一位愛滋感染者至今已經過了廿幾年，全球感染者人數依舊逐年上升。根據世界衛生組織統計(UNAIDS, 2006)，截至 2006 年為止，全球的爱滋感染者有 3950 萬人，其中有 430 萬人是當年新增感染者，主要的感染途徑包括共用針具、危險性行為與母子垂直感染等。人類免疫缺乏病毒（HIV）是造成人類獲得後天免疫缺乏不全症（AIDS）的作用者，世界衛生組織發現靜脈注射藥物者有關的 HIV 感染比率常常在短短幾年內快速擴散。

依據我國行政院衛生署疾病管制局的通報資料顯示，台灣地區

毒品減害措施之研究

自 2004 年開始，因注射毒品而感染愛滋病的人數遽增。國內毒品使用人口之共用針頭與稀釋液已經引發愛滋病毒感染疫情，嚴重衝擊國內之愛滋防治策略。行政院衛生署疾病管制局舉辦專家研討與參考國際藥癮愛滋防治政策之後，於 94 年 8 月在臺北市、臺北縣、桃園縣及台南縣等四個縣市試辦「毒品病患愛滋減害試辦計畫」(疾病管制局，2007b)，提供藥癮者整合性之服務，其內容包括清潔針具計畫、替代療法計畫、教育諮詢及轉介治療等，希望降低注射藥物行為，來減少因共用針具或稀釋液等危險行為而感染愛滋病毒的個案數，從 95 年全國開始擴大辦理，96 年改為「藥癮愛滋減害計畫」，內容包括清潔針具計畫、替代療法計畫、諮詢教育與轉介戒毒。目前實施美沙冬替代療法的醫療院所是依照「毒品病患愛滋減害計畫之鴉片類物質成癮替代療法作業基準」(疾病管制局，2006)為準則來辦理。此外，目前醫療院所實施替代治療係依據衛生署 95 年 11 月 10 日公告之「鴉片類物質成癮替代療法作業基準」辦理，及 97 年 7 月 24 日公布之「針具服務及替代治療實施辦法」；且所使用之替代治療藥物自 95 年 12 月起，陸續在臺取得藥品許可證，並依照管制藥品管理條例相關規定，進行藥品之使用與管理等。

第二節 問題現況

人類免疫缺乏病毒(HIV)是造成人類獲得後天免疫缺乏不全症(AIDS)的作用者，世界衛生組織發現靜脈注射藥物者有關的 HIV 感染比率常常在短短幾年內快速擴散。依據我國行政院衛生署疾病管制局通報資料，台灣地區最近三年也發現有類似其他國家快速成長的趨勢。自發現第一位台灣的愛滋感染者開始，靜脈注射藥癮者感染人類免疫缺乏病毒的個案總數一直維持相當低，到最近兩、三年才快數成長。從民國 73 年累計到民國 91 年 12 月 31 日止，與靜脈注射藥癮者有關的感染總人數只有 71 位，約佔本國籍人類免疫缺乏病毒感染總人數的 1.6%；由於過去因注射藥物而感染 HIV 的個案少，使得藥癮者大都以為使用藥物會感染愛滋的機會低，加上社會

經濟環境與政府掃毒政策影響以及個人缺乏愛滋感染的風險意識下，共用針具的行為逐漸變得普遍，因此在民國 92 年的新感染人數中，新增加 41 位靜脈注射藥癮者，佔 HIV 新感染人數 4.8%，在 93 年靜脈注射藥癮者新感染人數更增加到 491 人，佔 HIV 新感染人數 31.9%，在 94 年，靜脈注射藥癮者新感染人數快速升高到 2,414 人；95 年則有 2,017 位，換句話說，94 年及 95 年的 IDU 新增愛滋感染數約為 92 年時的 60 倍。

疾病管制局針對國內靜脈藥癮者進行的流行病學分析中，指出藥癮者其感染愛滋之來源主要是因為共用針具(蔡淑芬，2005)，因此愛滋防治政策中均是將共用注射針具行為的改善列為藥癮族群的首要防治工作。有學者提出當前針對改變共同注射行為的主要減害策略有三(盧幸馥、李思賢，2008)：

一、清潔針具交換/發放計畫 (Needle Exchange/Provision Programs, NEPPs)：

是針對注射毒品者免費提供無菌空針，促使其在用藥時選擇新針具而捨棄共用針具的念頭，並且將使用過的針具送回，避免其他藥物使用者再重複使用。目前在全球多國正廣泛地試行針筒交換計畫，例如德國(Stark, Ehrhardt, & Bienzle, 2005)在柏林兩監獄中所做的針筒交換研究中，注射藥物者的共用針頭比例從入獄前的 71%降至實施針筒交換計畫後的 11%，針筒交換在此研究中明顯可改善注射藥物者的共用針頭行為；Lum 於上段所述 1997 年的針筒交換計畫研究中，發現單靠針筒交換並無法有效減少女性注射藥物者的危險共用行為，因此針具交換計畫目前呈現的效果不一，仍須嘗試及修正。國內的清潔針具交換計畫於 2006 年 7 月 1 日起 23 縣市全面實施，成效尚待評估，像是在高雄市衛生局針對受刑人進行的「清潔針具交換計畫」研究中，便發現有兩成研究對象表示不會出面領取針具包，三成一採取觀望態度(莊弘毅、劉碧隆、余秀娟、鄭金朋、王美綺，2006)。

二、行為諮商與愛滋衛教：

加強藥癮族群的行爲諮詢與愛滋衛教以提升其共用針頭的愛滋易感性認知，使其了解共用針頭之感染危險，進而欲使其減少共用針頭之行爲。不過在相關研究中亦時常發現知識與態度的增進並不一定能減少危險行爲，例如李思賢在愛滋病知識及危險行爲的研究中便發現，即使研究對象的愛滋病知識及易感性均高，仍呈現高比例的危險行爲，顯然知識、態度與行爲中仍缺乏連貫性(李思賢、趙運植，2003)，作者認爲對愛滋相關知識的瞭解是改變危險行爲的必要條件，但是並非充分條件；其他相關研究中亦可見得知識、態度、行爲表現並不一定達一致性(李媚媚、尹祚芊、郭英調，2000；林昭卿、賴美信、蘇惠珍，2000；林雪蓉、黃翠咪、陳佳伶、黃惠鈞、羅于惠，2006)，可見行爲產生過程當中仍隱含著知識、態度以外的未知因素影響其行爲表現，值得進一步探索。目前疾管局與許多學術機構透過愛滋諮詢服務，請 NGO 等民間團體提供愛滋防治相關訊息給藥癮者，作爲此減害策略一部份。

三、美沙冬替代/維持療法(Methadone Maintenance Treatment, MMT)：

美沙冬替代療法是嘗試投以美沙冬等替代性藥物進行戒癮治療。美沙冬(Methadone)爲合成鴉片類致效劑，類似麻醉藥品嗎啡，惟作用產生較慢，程度較輕，其戒斷症狀較海洛因不劇烈且可以用長時間慢慢減量之方式來改善，因此被當作鴉片戒癮的治療藥物，國外已行之多年，實施成效顯示藥物輔助療法輔以衛教宣導與諮詢，對於減少毒品之傷害有明顯改善，而根據衛生署桃園療養院及嘉南療養院 2006 年試辦成果資料顯示，藥癮者參加美沙冬替代療法計畫後，其就業比及月平均收入均有顯著增加，而海洛因的使用次數及花費方面也有顯著下降(疾病管制局，2007a)，因此替代療法爲當前衛生署大力提倡之藥癮防治政策(楊靖慧，2006)。

相較於國內，國外對於毒品問題之因應，一般皆關注在阻斷毒品供應與減少毒品需求兩個主軸。以查緝毒品方式斷絕主要毒品來源，將涉及毒品製造、運輸及販賣之行爲視爲刑事犯罪，對此，世界各國並無例外。在降低需求部分，以教育及治療來斷絕毒品消費

市場之需求亦為國際共識，亦為聯合國所提倡。

然而過去面對毒品查緝及減少需求的策略，仍無法有效解決毒品問題，減少傷害(Harm Reduction)之策略逐漸在歐美各國興起，成為尋求解決毒品問題之新思維；減少傷害之觀點源自於歐洲，被視為是歐洲國家傳統兩條路線：「道德模式 - 對毒品作戰模式(WAR ON DRUGS) vs. 疾病模式」外的第三條路線即所謂的「中間路線」，其立基於公共衛生與社會安全的原則之上，並被毒品使用者中的基本人權倡護者所倡導。減害的概念是以個別的藥癮者為對象，以務實的角度出發來減少藥癮者因使用毒品而帶來的個人傷害，以及為其所處的家庭和社會所帶來的有害的後果(Marlatt, 1998；李思賢，2008b；李思賢、傅麗安，2007；楊士隆、李宗憲，2006)。

是否將減少傷害納入反毒策略考量與社會成本有極大關係，所謂減少傷害，並非與毒品合法化或除罪化形成等號，而是在政策上認為，吸毒問題在斷絕供應與減少需求兩大策略下仍無法有效解決，必須先以務實態度面對吸毒引發社會、衛生、經濟、社會福利等各方面所產生的問題，如愛滋病與C肝之蔓延、搶奪犯罪、以及因施打毒品過量造成之死亡等。因此減少傷害也自然成為因應毒品問題的一種思維方式。荷蘭、瑞士等國對單純毒品吸食者採取較為自由寬容的態度，是被認為較早採取減少傷害的國家外，目前歐盟國家及紐西蘭、澳大利亞、加拿大、香港等國在毒品問題控制上，已將減少傷害概念納入毒品政策整體考量。美國對毒品問題採取零容忍之政策，但在美國國內亦有如「dance safe」之非營利組織提供安全用藥資訊、毒品塑造成分檢查、毒品知識宣傳品等，以企圖減少毒品帶來的傷害，顯示減少毒品傷害之觀念亦在美國社會中萌芽。

為了因應毒品與藥癮問題，目前國際間所採行之減害計畫主要包括(李志恆，2001)：(一)針具交換計畫、(二)海洛因處方計畫、(三)替代性治療：以美沙酮或丁基原啡因治療海洛因成癮者，估計目前全球每天約有50萬人接受維持療法。(四)安全注射室：包含西班牙、德國及荷蘭等國，於特定地區設置安全注射室，在監督的情

毒品減害措施之研究

形下，除了進行清潔針頭交換外，並可進行注射，以減少藥癮者藥物過量及死亡、減少血液傳播病毒性傳染病、減少大眾暴露於丟棄的針頭。

正當世界各國採取減害計畫的同時，台灣爲了因應快速蔓延的愛滋感染問題，衛生署研討國際政策與做法，於 2005 年起試辦毒品病患愛滋減害計畫，並於 2006 年全面推展。然而，任何公共政策的制訂，最重要的爲是否有妥善的運用現有的資源，並發揮最大的功效，以及是否符合當地的文化與民意。本研究便是針對國外新興減害政策（安全注射室與海洛因處方療法）進行研討，並提出是否符合國情爲研究目標。

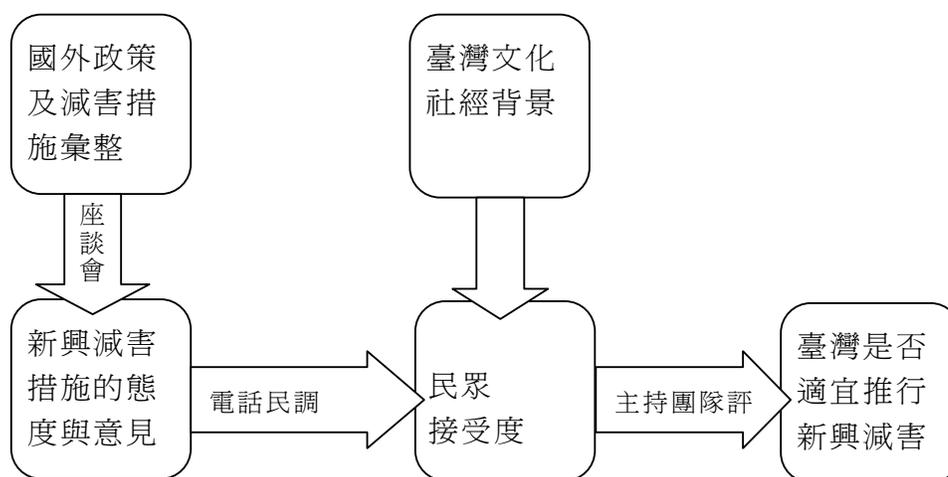


圖 2-1 研究架構

第三章 實施方法及進行步驟

本研究共計包含了四個目的：(1)檢視世界幾個主要國家在毒品防制政策與相關減害措施，並評估其政策的影響；(2)收集並分析國內從醫療專業人員、民間團體及毒品使用者對於毒品減害措施之意見與建議；(3)評估國內對於提供海洛因療法、毒品注射室等新興減害措施的適用性與民眾接受性；(4)根據前述取得之資料，整理並撰寫相關政策建議書與配套措施。

第一節 研究設計及研究對象

爲了瞭解國際間實施毒品防制政策之背景與成效，本研究籌組醫療、心理、社工、衛教及犯罪等領域專家，分別蒐集各國的政府資料、相關研究與文獻，再一起整合與分析各國在不同社經文化背景下，其毒品減害措施之實施方法、成效及影響。本研究蒐集至少30篇文獻，由主持人與共同主持人閱讀後辦理專家論壇與焦點座談會分析。

本研究藉由專家團體瞭解國內辦理美沙冬療法之醫療院所對毒品防制政策及減害措施之意見及回饋，同時邀請相關民間團體與利害關係人（毒品使用者）參加焦點團體座談，瞭解從醫療專家、政策研究、減害措施工作人員、以及毒品使用者等各方對於目前台灣減害措施之看法與實際需求，並探討新興減害措施辦理之可能性。此外，透過電話民調瞭解目前台灣社會對毒品病患愛滋減害計畫之認知程度，匯集一般大眾對於目前台灣減害政策之意見與想法，並評估新興減害措施的意願與接受度。本研究之研究流程及步驟可見下圖 3-1。

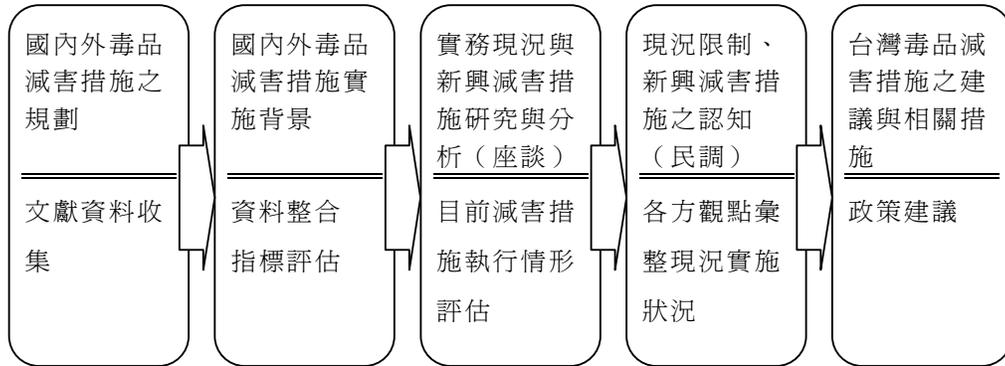


圖 3-1 研究流程及步驟

第二節 資料收集方法與研究步驟

一、國外之毒品減害措施資料收集：

取得目前世界各國最新的政策方針、實施背景與方法、及評估成效相關措施；例如聯合國 UNODC、美國、英國、荷蘭、加拿大、瑞士、澳洲等國家。

二、焦點團體座談會：

透過辦理醫療專業、民間團體、毒品施用者等相關團體及人士之焦點訪談座談會，瞭解新興減害措施如「提供海洛因處方做為治療、毒品注射室等等」的專家看法與民眾觀感；同時也辦理毒品（海洛因）使用者對於國內毒品減害措施之實際反應與需求。團體實施地點在台灣雀樂協會台北分辦事處（台北市青島東路 7 號 2 樓之 6 善導寺捷運站旁）與台灣師範大學健康促進與衛生教育系（台北市和平東路一段 162 號），南區地點在高雄醫學大學藥學系會議室，訪談大綱與場次的內容詳見下表（表 3-1）：

表 3-1 焦點團體座談會與深度訪談辦理細則

場次	目標對象	座談會主題	經費配置 與其他
<p>醫療與司法單位</p>	<p>行政機關與醫療院所</p> <p>例如--</p> <p>台北市立聯合醫院松德院區 署立基隆醫院 桃園療養院 嘉南療養院 八里療養院 衛生署人員 法務部保護司 司法院 檢察官 看守所人員 心理學教授 護理學教授 社工系教授 警察大學犯罪防治系教授 臨床心理師公會</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 目前國內推行毒品減害上之情形與成效 2. 目前國內在毒品減害上有遭遇哪些障礙？有無具體改善建議？ 3. 海洛因療法、毒品注射室等新興減害措施是否適用於本國？若然，司法與檢方在執行有可能遇到的問題為何？ 4. 針對上題所談論的新措施之具體作法與建議為何？ 5. 若擴大推動此措施，其於醫療院所與司法相關單位之可行性及障礙為何？ 6. 針對上述所談論的新措施有無具體可執行之管理模式與建議。 7. 其他 	<p>專家參與人數： 北區 7 人， 南區 5 人， 共 12 人</p> <p>座談會時程： 約 2-3 小時</p>

毒品減害措施之研究

場次	目標對象	座談會主題	經費配置與其他
民間團體	民間團體組織 例如-- 台灣紅絲帶基金會 台灣減害協會 台灣愛之希望協會 台灣露德協會 基督教晨曦會 觀護人協會 慈濟功德會 更生保護會	<ol style="list-style-type: none"> 1. 目前國內在毒品減害的推行中有何需要改進的地方？ 2. 民間團體對於毒品減害的角色定位為何？ 3. 哪些是民間團體可以著手或施力的減害措施？ 4. 透過民間團體向大眾宣傳的方式，能否增加減害措施的成效？ 5. 對於宣導毒品減害措施有哪些可行之方案與方法？ 6. 海洛因療法、毒品注射室等新興減害措施是否適用於本國人？對於擴大推動減害措施的意見與想法？ 7. 針對上題所談論的新措施之具體作法與建議為何？ 8. 其他 	民間團體代表 參與人數：6 人 座談會時程：約 2-3 小時

場次	目標對象	座談會主題	經費配置與其他
藥癮者	藥癮者： 1 場焦點團體 5 位藥癮者深度訪談	<ol style="list-style-type: none"> 1. 國內目前毒品減害政策上，對你們在使用上有造成哪些影響？ 2. 根據上述的影響，有無具體解決方案或建議 3. 目前國外有幾種新措施，這些措施你覺得適合臺灣的環境嗎？ 4. 若擴大推動此措施其可行性及障礙為何？ 5. 其他 	<p>本計畫辦理藥癮者焦點團體一場。藥癮者參與人數為 7 人 座談會時程：約 2-3 小時。</p> <p>另外，藥癮者深度訪談 5 人</p>

三、新興減害措施的適用性與民眾接受性：

藉由電話民調訪談，調查一般民眾對於國內毒品減害措施的瞭解與建議，藉此從中瞭解大家對國內毒品減害的想法與意見（表 3-2）。

表 3-2 電話民調訪談辦理細則

方式	目標對象	設計內容（暫訂）	備註
電話民調訪談	一般大眾	<p>為避免透過網路調查的方式可能造成的取樣誤差，透過市調公司以電話訪談方式徵詢一般大眾對於目前國內外減害措施的瞭解及看法，內容預計包括：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 社會人口學資料：包含性別、年齡、教育程度。 2. 對目前國內減害計畫的想法與意見。 3. 引進新興減害措施之初步介紹。 4. 對於新興減害措施的接受度。 	收取至少 1068 份以上有效問卷

民調是以 2010 年中華電信家用電話為母群體進行隨機抽樣電話民意調查，受訪對象為成年的民眾，隨機抽樣標準主要是依據 Fowler (2002) 對於樣本規模已超過 1000 人，且主要調查項目之可能比率分配，設定 95% 的信心水準之下，其調查結果誤差範圍是 $\pm 3\%$ 以下。本研究實際執行時依照各縣市男女人口比例分配，電訪過程因為考慮到上班族，所以電訪時間從上午十點開始至晚上十點，日期從 2/17 開始，但 2/18 因鄭進一、大炳吸毒事件爆發，主持人會議立即決定暫停施測一週，以免受到時事干擾；等新聞不再報導事件後，於 3/1 重新開始持續至 3/9，總共進行十天。電訪過程中之電訪員共有 21 位，男性 3 位，女性 18 位；由於本研究議題相當敏感，所以事先有進行兩場訪員訓練、一場模擬電訪與各題項回應之溝通，並由研究生石倩瑜、林春秀、陳凱俐輪流負責督導與臨場緊急應變部份，以降低各種民調資料誤差；三位研究生督導在校內上過調查研究課程，也都受過藥物使用專業課程與訪問訓練，因此具

有執行電訪的能力。

第三節 資料分析方法

一、各國減害措施與相關政策的分析：

資料蒐集後，由計畫主持人先閱讀並依據減害措施類別加以分類；然後每個月由主持人、協同主持人、以及助理群共同分析與評論各項減害措施的優缺點、實施的背景與策略、以及是否有相關的成效評估結果。

二、焦點團體資料的分析：

本研究由焦點團體收集的資料包括訪談錄音逐字稿、訪談過程行為紀錄與研究過程札記，然後以主軸譯碼（過去藥癮治療經驗、美沙冬療法、清潔針具發放與回收、提供高純度海洛因、毒品安全注射室等等）做為資料分析的方式。資料分析的步驟為：(1) 將每次錄音內容逐字轉騰成書面文字，並細讀全文以獲得初步概念；(2) 反覆閱讀內容，找出具有意義的單元；(3) 經不斷閱讀，歸納出意義單元間的關連性和共同概念，轉化成更高層次的類目；(4) 尋求合適的文辭，以表達類目代表的意義；(5) 綜合整理以進一步形成研究主題，藉以發現共存於訪談個案間的特性及內涵(余玉眉、田聖芳、蔣欣欣，1994)。

研究過程中將使用以下三個策略來提高外在效度(王文科，2000)：1. 可比較性：適當地描述與界定各研究的要素，包括場所、參與者特徵、分析單位(焦點團體)以及產生的概念；2. 可轉譯性：使用相同或其他類似學科之理論，解釋研究結果的程度；3. 代表性程度：研究結果可以與其他現象有相關的程度或比較的程度，有四個因素會影響代表性程度：(1) 選樣效應：描述所研究之團體的顯著特徵，本研究分為醫療專家、民間團體、與毒品施用者；(2) 情境效應：質性研究相信每一個研究的情境都是獨特的，有某一個情境所發展的概念，因為概念是脈絡與研究者交互作用的結果；(3) 歷史效

毒品減害措施之研究

應：與情境效應類似，團體或個人的歷史可能是獨特的，因此在作跨組比較時，可能會受到限制；(4)學理效應：質性研究必須將他們的研究與先前的研究做比較，本研究在討論時會進一步與之前研究作比較。資料嚴謹度以四個標準(Lincoln, 1985)，作為評量質性資料真實性的標準：(1)真實性：研究者與訪談對象先花一些時間相處，建立具有信任之人際關係。故在團體會談時，參與者能去除陌生尷尬之情緒，而能較忠實、不保留的表達自己的經驗；(2)轉換性：每一位參與者的生命經驗與描述不同，能呈現出個案的思想脈絡與經驗的歷程，結果可應用在類似情境及脈絡的其他對象；(3)可靠性：全部訪談內容皆由研究團隊親自進行訪談與資料整理，並配合情境觀察和非語言資料在不同時間作資料的取得與整理；(4)準確性：全部訪談原始逐字稿資料、錄音帶、過程札記全部妥善編碼後保存，以提供後續資料分析與詮釋之使用。

三、民調資料分析：

將所收集的資料進行分析，「社會人口學變項」以次數分佈、百分率方式作描述性統計；「民眾對新興政策的接受度與配合度」作次數分佈、百分率、平均值、標準差等進行資料分析。之後再用推論統計如卡方檢定等方式，檢定各族群間對新興政策的接受度與配合度之間的差異。

第四節 研究品質分析

本研究將採用標準化的資料收集過程來確定資料的品質。標準化的資料收集程序將包括文獻資料的分類、民調訪談人員的訓練、資料收集的再確認、資料輸入電腦的步驟與輸入錯誤的檢查、資料輸入對照本 (codebook) 等

第四章 聯合國 UNODC 與各國藥（毒）癮政策與減害計畫

本研究的第一個目的是蒐集國外文獻，瞭解毒品防制相關政策與減害措施的實施。目前國際間對施用毒品所抱持的觀點不盡相同，部分國家在刑事政策上將毒品施用視為犯罪，而有刑罰與強制戒治的規定；部分國家則以醫療處遇與自傷處理毒品施用問題。但是不管各國對毒品的政策處理方式與取向為何，目前新興的戒治思想已轉向協助毒品施用者戒除毒品為目標，除了協助戒癮外，也著重於降低死亡率、愛滋感染率以及其他相關血源性疾病感染。另外，新興毒品防制政策著重於成癮者的社會重建功能，使其重新獲得社會生活能力。以下是研究團隊對於聯合國與國外政策的文獻整理與討論。

一、聯合國

（一）藥癮政策背景：

各國毒品與藥癮戒治措施受社會文化因素、刑事政策理念與毒品問題背景之影響甚深，傳統上皆關注在「斷絕供給、減少需求」，前者以查緝毒品方式斷絕毒品供給；後者以藥癮戒治減少藥癮者的毒品需求。聯合國近幾年也推展減少傷害的理念，並強調治療的重要性。

經過多年在藥癮戒治的發展，大致可簡化為兩個思考方向，第一是從「藥癮者」是否需要為本身施用毒品的行為負責來分析，亦即自傷是否有犯罪；第二是從「治療者」的角度來探討其對戒毒成敗有無責任。從這二個思考方向，推導出四個戒毒模式，簡述如下(李思賢，2008b；林健陽、陳玉書、柯雨瑞，2003；黃徵男、賴擁連，2000)：

1. 道德模式 (Moral Model)：

認為藥癮者是因為其意志薄弱、性格惡劣所致，故以嚴厲、強迫的懲罰方式，主要是在機構（監獄、戒治所等）內實施。

2. 疾病/醫療模式（Disease/Medical Model）：

認為藥癮者應視為病人予以醫治，大部分的處遇機構為醫院（如美沙冬替代療法）。

3. 自療模式（Self-Medication Model）：

認為藥癮者係因心理、精神因素，諸如壓力造成吸毒，故強調以心理、精神治療方式，戒除藥癮問題，與醫療模式的透過生理藥物解除不同。

4. 整合/生物心理社會模式（Integrated/Biopsychosocial Model）：

認為藥癮者戒毒無法成功是因其生理病變、心理疾病、社會缺陷（家庭、社區崩解）所致，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。

在戒毒方面主要有兩種取向-依循「道德模式」及「醫療模式」，發展包含「醫療取向」如歐洲（包含英國）、紐澳等地區，而美國、亞洲地區之模式較傾向於「司法處遇傾向」，此外尚有「減少傷害」策略。聯合國毒品與犯罪問題辦公室（UNODC）鑑於毒品戒治之困難，改採世界衛生組織（WHO）建議務實的態度，基於「公共衛生」及「公共安全」角度，增加減少毒品對個人身心健康、社會安全的傷害為主要目標（UNODC, 2010）。

（二）「藥癮戒治」措施與建議：

聯合國為國際組織非國家，在毒品問題與戒癮治療上，仍需各成員國經由簽訂政治協定的方式予以落實，聯合國並無具體的藥癮戒治方案，聯合國毒品與犯罪問題辦公室（UNODC）由各國已實施的戒癮方案做評估，並建議未來各國較佳實施戒癮方案，UNODC 建議方案介紹如下（UNODC, 2011；Crime, 2002）：

1. 醫療模式處遇：

主要包含「解毒治療」及「復發預防」兩個目標，依藥癮依賴及嚴重性程度，可概分成兩個階段，前者為「解毒」及「維持療法」；後者為「復健」及「持續照顧」模式，內容分述如下：

- (1) 解毒 (detoxification)：以藥物（拿萃松 Naltrexone、美沙冬 Methadone 等）治療毒品產生的戒斷症狀，並搭配心理諮商介入協助改善問題。
- (2) 維持療法 (stabilization)：此方式係針對嚴重藥物依賴者，以鴉片或海洛因進行維持療法，並搭配心理諮商介入協助改善問題。
- (3) 復健 (rehabilitation)：幫助藥癮者重新適應回歸社會的過程，例如進入治療性社區等中介單位，藉此像庇護社區提供訓練，讓藥癮者回歸正常生活習性。
- (4) 持續照護 (continuing care)：對完成解毒者及步入正常社會的藥癮者，提供身心健康、法律、就業等諮詢服務以持續照顧藥癮者。

2. 「解毒治療」主要目標在戒除藥癮者對毒品的渴求；藥癮者戒除藥癮後進入「復發預防」階段，主要透過短期的社區庇護（無毒生活習性養成）及長期的持續照護（身心等問題諮詢），以達成以下目標：

- (1) 維持戒斷治療期之後的心理與情緒改善狀態。
- (2) 減少並維持酒精與毒品的使用行為，最終達到完全戒除的目標。
- (3) 透過教育、示範與支持行為，以促進個人健康及社會功能、減少社會安全與衛生之威脅。
- (4) 改變原有的用藥生涯型態。

3. 司法矯正模式：

毒品減害措施之研究

主要是結合刑事司法系統力量，強制藥癮者進入藥癮戒治，在機構內實施，包含：

- (1) 機構內處遇：對機構內（矯正機關如監獄、戒治所等）的藥癮者施以藥癮戒治，主要治療場所在矯正機關內。
- (2) 社區式處遇：對藥癮的犯罪被告、緩刑、假釋者施以密集觀護監督，促使被司法機關約束者進入戒治機構接受治療，主要治療場域為醫院等醫療戒治機構。

4. 最佳的治療模式建議：

由多年各國的實證戒癮比較研究，聯合國對戒癮措施有以下幾點建議：

- (1) 將藥癮視為治療慢性病的持續治療。
- (2) 提升處理這些藥癮復發的風險因子，諸如醫療與精神病症狀、壓力處理、危險行為及社會動盪不安問題的能力。
- (3) 透過監控管道與預防復發，使藥癮者復歸社會。

5. 結合其他資源的合作：

藥癮的戒治，除了司法及戒癮機構外，家庭、工作等社區資源應共同合作，以提高並幫助藥癮者戒除藥癮回歸社會，UNODC 對其他社會資源有以下建議：

- (1) 藥癮者的雇主與社會福利機構共同合作，以促使藥癮者回歸社會。
- (2) 刑事司法機關合作，以達成監督藥癮者預防再犯之目標。
- (3) 家庭成員（以及相關機構如，兒童局、學校）合作，以達成促使毒品施用者勝任家庭角色之目標。

6. 聯合國在處理避免靜脈注射藥物濫用者感染 HIV 議題方面，麻醉藥品管制局（International Narcotics Control Board (INCB)）在其 2004 年的一份年度報告中，重申與下列關於“減少傷害”的措施有

關政策立場：

(1) 針頭/注射器交換或分配方案：

各國政府需要採取各種可能在靜脈注射藥物濫用者中，能減少皮下注射針頭共用行為的措施，以限制愛滋病毒/愛滋病的傳播。與此同時，麻醉藥品管制局還強調指出，任何預防性措施，都不應促進和/或便利藥物濫用。

(2) 替代和維持療法：

替代和維持療法的實施並不構成對條約規定的任何違反，只要此種治療所用的藥物是根據既定的、可靠的醫療實證來使用的。以此原則，提供海洛因處方療法是可以的。

(3) 藥物安全注射室(靜脈注射藥物濫用者可注射其獲得藥物的場所和設施)：

聯合國麻醉藥品管制局(INCB, 2009)在多個場合,包括在 2008 年的年度報告中指出,安全注射室設施的運作仍是一個令人嚴重關切的議題,並重申這類設施違反國際藥物管制條約的規定。聯合國麻醉藥品管制局重申《1961 年麻醉藥品單一公約》第 4 條責成各締約國確保藥物的生產、製造、進出口、經銷、貿易和擁有僅限於醫療和科學目的。因此,從法律觀點來看,這類設施違反了國際藥物管制公約。

(三)「減害措施」的提議：

UNODC 以往針對藥癮處遇多著重於「減少需求」,但隨著毒品問題所造成的危害日益嚴重,如藥癮者感染 HIV/AIDS、B 型肝炎、C 型肝炎之公共衛生問題,以及刑事司法體系對毒品施用者所造成的過度傷害,如監禁傷害、社會成本耗費、污名化、求援與接受治療機會之減少等問題(楊士隆、林瑞欽、鄭昆山, 2005; 楊士隆、李宗憲、黃靖婷, 2007),遂產生減少傷害措施。「減少傷害」最早在 UNODC 提出是在 1973 年世界衛生組織有關於毒品依賴的會議中被提出來,被視為一個有別於毒品監控之外可行的方法。

毒品減害措施之研究

UNODC 在 2002 年進一步提出三大防治策略，上游-拒毒，針對尚未吸毒者加以宣導，以減少毒品施用人口；中游-戒毒，提供戒毒服務治療藥癮者；下游-減害，針對無法戒毒者，實施減害計畫，以減少對個人身心健康及社會安全的傷害（楊士隆、朱日橋、李宗憲，2008）。

澳洲在 1985 年成爲全世界第一個以減害爲原則的全國性毒品政策。1990 年代中期之後，歐洲國家陸續跟進。在 2001 年的聯合國大會上，聯合國呼籲各國在 2005 年時，能全面以「減少傷害」爲藥癮政策的方針。在 2005 年時，聯合國大會也將減害視爲預防愛滋病的必要計畫性行動之一（李思賢，2008b）。世界衛生組織參與聯合國麻醉品委員會（CND）第 54 屆會議提出結合衛生醫療及司法緝毒體系之合作方案（The joint UNODC-WHO programme on drug dependence treatment and care）（UNODC，2009），藉由藥物依賴治療與康復資源中心國際網絡--簡稱「治療網」（Treatnet, the international network of drug dependence treatment and rehabilitation resource centres）--於 2011 年 3 月 21 日至 25 日進行第 2 階段全球性藥物依賴治療服務提升計畫（UNODC，2011），並著重在非洲、中亞、中東、南美及東南亞等地區。另外，聯合國前任秘書長安南等專家呼籲各國重視減害觀點，於 2011 年 6 月 2 日全球毒品政策委員會（The Global Commission on Drug Policy）發布“WAR ON DRUGS”報告，其中對於促進與支持各合約國加強藥物成癮治療可近性，與減少傷害方案實施多有強調。

（四）「減害措施」的實施建議：

1. 預防措施：

- （1）加強藥癮的行爲諮詢與愛滋衛教之服務，提升其避免共用針頭與安全性行爲的愛滋易感性認知。
- （2）擴大藥癮者 HIV 篩檢監測與衛教：以便早期發現 HIV 個案，即時給予治療，防止再傳給其他人。

2. 管理措施：

- (1) 針具交換/發放計畫 (Needle Exchange/Provision Programs)：針對注射毒品者免費提供無菌空針，促使其在用藥時選擇新針具而捨棄共用針具，避免其他藥物使用者再重複使用。
- (2) 提供有效療法：包含以成癮性較低的舒倍生舌下錠 (suboxone，結合丁基原啡因 Buprenorphine 及拿萃松 Naltrexone) 或美沙冬 (Methadone 為合成鴉片類致效劑)，此類藥物戒斷症較海洛因輕，且藥效較長，用以替代鴉片類藥物成癮的治療法。
- (3) 海洛因處方療法：此方式係針對嚴重藥物依賴者，透過醫療單位開立處方，以鴉片或海洛因維持療法，避免藥癮者使用海洛因過度，造成傷害。
- (4) 安全屋計畫：按經濟學市場供需理論，由政府低價直接提供海洛因予藥癮者吸食，藉有效管控毒品需求市場，達成積極管理藥癮者目的。

聯合國自 2002 年已經接受減害計畫是面對毒品問題的重要措施，並針對減害提出相關看法與建議。根據聯合國，針頭/注射器交換或分配方案，以及替代和維持療法（包含採用海洛因進行治療）的實施，並不構成對反毒國際條約規定之違反，與世界衛生組織合作之治療網更進一步強調健康人權，減少就醫障礙與提昇有效治療。但是，有關毒品安全注射室之定位，法律上仍然是屬於違反聯合國《1961 年麻醉藥品單一公約》(Single Convention on Narcotic Drugs, 1961) 第 4 條之規定 (INCB, 2009)。聯合國麻醉藥品管制局敦促西方國家諸如德國、荷蘭、英國、瑞士、加拿大等國，勿繼續開辦安全注射（消費）室，對於藥物濫用者應採取治療、康復和協

助其重返社會之戒毒策略。

一、 美國

(一) 毒品政策背景：

1. 鴉片時期 (1800 年-1909 年)：

美國毒品濫用之始可追溯至 1850 年至 1909 年，隨著大量中國人到舊金山開墾鐵礦建造鐵路，帶有吸食鴉片文化，進而造成全國吸食鴉片盛行，舊金山保守派人士有鑑於鴉片不良影響，努力呼籲並且舊金山議會於 1875 年通過「反鴉片法案」(legislation, 1875)。

2. 古柯鹼、大麻時期 (1910 年-1937 年)：

之後鴉片受到管制，人們轉而吸食沒有受到規範的古柯鹼 (cocaine)，1910 年代美國已有 2 萬名古柯鹼成癮者。因應成癮者眾多，美國針對古柯鹼開始管制，美國於 1914 年通過「哈里森麻醉藥品法」(Harrison Narcotic Act, 1914)，之後為美國經濟大蕭條時期 (the Great Depression, 1930 年代)、並受到 1919 年禁酒令的影響轉而造成大麻濫用，聯邦因而於 1937 年通過大麻稅法 (Marijuana Tax Act, 1937) 限制大麻使用。

3. 反越戰、反政府之藥物濫用盛行 (1960 年-1965 年)：

美國 1960 年開始反越戰風潮，激起反政府與即時享樂的披頭次文化 (Beatnik subculture)，此時全美各種藥物濫用盛行率開始攀升，並於 1965 年通過「藥物濫用控制修正案」(Drug Abuse Control Amendments, 1965) 以處理鎮靜劑、興奮劑等藥物引起問題。

4. 向毒品宣戰 (1968 年-1974 年)：

尼克森 (Nixon) 總統於 1968 年結合食品藥物管理局的藥物濫用控制局 (FDA Bureau of Drug Abuse Control) 和財政部麻醉藥局 (Treasury Department Bureau of Narcotics) 劃歸司法部 (Department of Justice)，成立麻醉藥物和危險藥物局 (Bureau of Narcotics and Dangerous Drugs, BNDD)，藥物濫用問題首次提升

至總統關心議題。1969 至 1971 年陸續發現海洛因成癮問題與犯罪的高度相關性與大量越戰退伍軍人的海洛因成癮問題，專家學者建議以美沙冬維持療法來解決此問題，總統並在 1971 年宣稱毒品濫用是國內頭號問題，並開啓為期 30 年的向毒品宣戰 (War on Drug)，但此時期的毒品防制政策仍重於處遇 (斷絕供應的預算分配 1/3；減少需求的預算分配為 2/3)。

在斷絕供給方面，於 1973 年通過「海洛因非法交易法」(The Heroin Trafficking Act, 1973) 同年成立「緝毒局」(Drug Enforcement Administration, DEA)，之後於 1974 年成立「美國國家藥物濫用研究所」(National Institute on Drug Abuse, NIDA)。1974 年正式在 Rockville 建立 NIDA，致力於毒品「濫用」與「成癮」的研究，從發現與回應現行毒品濫用趨勢，並了解其在大腦與身體的運作情形，到發展與測試新的處遇與預防方法。並在 1992 年成為「美國國家衛生研究院」(the National Institutes of Health, Department of Health and Human Services) 的部門。

5. 宣戰中期 (1975 年-1980 年)：

開始推動大麻除罪化，自由派的卡特 (Carter) 總統於 1976-80 年間開始，陸續有 11 個州除刑 (同意大麻的醫療用途--治療 AIDS 及癌症--使用)，此時亦是非法使用毒品攀向另一高峰之始。之後的福特 (Ford) 總統 (1975 年) 認為美沙冬維持治療計畫不能改善毒品氾濫現象，僅能減害，因此將資源調整為「減少供給、減少需求」各一半預算。

1980 年毒品濫用嚴重程度到達最高峰，雷根 (Reagan) 總統將策略調整為「重緝毒，輕治療處遇」，透過國際合作，強力掃蕩毒品來源及淨化國內毒品供應站。1985 年開始在拒毒工作，通過「向毒品說不」方案，由教育部主导向學童宣導，1986 年通過「反毒品濫用法案」(Anti-Drug Abuse Act)，由於極端者主張處遇就是提供毒品給吸毒者，因此此時期調整預算為 4/5 緝毒、1/5 處遇。

1988 年將反毒層級拉到最高，於美國總統下成立白宮毒品政策

毒品減害措施之研究

管制辦公室(White House Office of National Drug Control Policy, ONDCP)，同時通過白宮毒品政策管制辦公室授權法案(Office of National Drug Control Policy Authorization Act, 1988)，法案期限為5年，期滿後需再次經國會立法授權，至今已經連續經國會授權處理毒品法案。聯邦政府內所有緝毒、拒毒、戒毒工作相關預算，均需依照國家毒品政策編列，各聯邦機關反毒預算送交國會前，ONDCP均有權審核，使毒品政策與相關措施可有充分之經費支持。

1989年(老)布希(Bush)延續「重緝毒，輕治療處遇」(預算分配：2/3緝毒、1/3處遇)政策，並追加預算，提高50%軍方追緝毒品預算，結果1989年至1992年非法使用毒品者有降低。

6. 宣戰後期(1993年-2009年)：

柯林頓(Clinton)總統於1992年間將「美國國家藥物濫用研究所」(National Institute on Drug Abuse, NIDA)、「美國國家精神衛生研究所」(The National Institute of Mental Health, NIMH)、「美國國家防止酒精濫用與酒精中毒研究所」(National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, NIAAA)納入於「美國國家衛生研究院」(the National Institutes of Health, NIH)，並且整併「酒精、毒物成癮及心理衛生署」(Alcohol, Drug Addiction and Mental Health Administration, ADAMHA)為「物質濫用與心理衛生服務署」(Substance Abuse and Mental Health Services Administration, SAMHSA)。

柯林頓(Clinton)並在反毒預算繼續追增，2000年預算為185億美元，增加超過10倍，比起1989年的15億美元(預算分配依然是60%斷絕供給、40%減少需求)，但明確拒絕聯邦政府支持針具交換計畫。2001-2008年，其他新興毒品(Methamphetamine & MDMA)出現，此時期仍然定調持續掃蕩毒品。

2009年-歐巴馬(Obama)上任擔任總統，持續支持毒品法案，承諾在美國國內不起訴藥用大麻，並有14個州通過不起訴藥用大麻政策，但部分州則是部分接受。在預算上，雖然美國經歷金融海嘯，

但歐巴馬政府在毒品防制與藥癮處遇上，仍然增加 15%的預算，目的是提供更多藥癮者戒癮處遇。

(二) 藥癮政策措施與成效：

由於美國向毒品宣戰並投入大量資源於「斷絕供給、減少需求」，不支持針具交換等減少傷害措施，又被稱為毒品零容忍 (Zero Tolerance) 政策。1850 年以前，藥癮者接受醫生的戒治主要有兩種方式，第一是依照用藥史及身體狀況 (主要為體重) 開立適當鴉片避免其吸食過量鴉片暴斃；第二為與歐洲醫療界同步使用試驗階段的嗎啡替代鴉片療法，但後者反而造成嗎啡成癮。

從第二次世界大戰後，毒品快速流行，1960 年中期海洛因相關的死因是 15-35 歲死亡原因的第一位，加上與毒品相關犯罪橫行，美國開始處理藥癮問題。因為美國為聯邦共和體制，在此情形下各州有其獨立的司法權力，也因此藥癮戒治模式顯得多采多姿。

(三)「藥癮治療」處遇方案：

美國並未支持減少傷害的措施，特別是清潔針具交換與發放計畫，在實際執行上，美國主要是以司法及藥癮治療 2 個面向為主。目前美國對藥物濫用者之治療處遇介入型式有下列 7 類型 (楊士隆等，2005)：

1. 美沙冬維持療法 (Agonist Methadone Maintenance Treatment)：採用美沙冬與心理諮商進行鴉片類成癮治療
2. 拿萃松 Naltrexone 拮抗劑治療法 (Narcotic Antagonist Treatment Using Naltrexone)：採用 Naltrexone 拮抗劑治療鴉片類成癮。
3. 門診戒毒治療 (Outpatient Drug-Free Treatment)：除了醫師的治療，利用門診時進行遠離毒品的行為訓練與心理諮商。
4. 長期居住處遇 (Long-Term Residential Treatment)：屬於社區

處遇，讓藥癮者在戒毒社區中居住，除了進行醫療治療，還搭配社會復健的方案，例如職業訓練等。

5. 短期居住處遇 (Short-Term Residential Treatment)：此種短期社區處遇是提供無家可歸、家人不願接納，也沒有其他適當中途之家可前往之藥癮者，在此會採用醫療治療與心理諮商，並提供居住與飲食。
6. 醫療解毒 (Medical Detoxification)：純粹進行生理解毒
7. 與醫療結合的司法處遇 (Treating Criminal Justice-Involved Drug Abusers and Addicts)：包含以監獄為基礎之處遇 (Prison-Based Treatment Programs)，以及以社區為基礎之處遇 (Community-Based Treatment for Criminal Justice Populations)。

(四)「美沙冬治療」措施與成果：

1964 年紐約 Rockefeller 大學 Vincert Dole 及 Marie Nyswander 提出使用藥物濫用屬於慢性易復發的的現象，監禁本身無法改變藥癮者使用藥癮的行為，採醫療模式較能改善藥癮問題。Vincert Dole 研究團隊經由臨床經驗發現，長期口服美沙冬的維持療法提供鴉片類成癮患者很多的效益，包括以下幾點：

1. 足夠的美沙冬劑量不會使患者有欣快感及昏睡，使患者重拾正常的生活。
2. 美沙冬採口服方式減少因注射而感染肝炎及 HIV。
3. 美沙冬藥效長，減少患者尋藥及渴求的欲望。
4. 美沙冬耐藥性機會低，長期不需使用更多劑量來達到相同效果。

5. 美沙冬阻斷欣快感的作用使鴉片類藥物變得令人不快。
6. 適當的使用美沙冬是非常安全、毒性與副作用少。

在 2004 年美國藥物控制政策白宮辦公室(ONDCP)估計，在美國有超過 80 萬名未經治療的慢性海洛因使用者，估計一個藥癮者在紐約費用，若不給予治療，每年所花的社會成本約 42,000 美元，若關在監獄，每年所需花費約 40000 美元，但若接受美沙冬替代療法，每年只需 3,500 美元。

美國國家藥物濫用研究所(NIDA) 指出參加治療者，在非法犯罪活動降至 52%，全職工作者則增加至 24%，個案也獲得比以前更多的收入，相對的提升他們在社會上的價值。加州藥物和酒精治療協會(CALDATA) 針對 15 萬名個案研究發現，每花費 1 元美金在藥癮治療上可獲得 7 元美金的回報，被認定是最便宜的且對鴉片類成癮有效的治療形式，有 700%的效益(Leavitt, 2004; 孟維德, 2010)。不過可惜的是，雖然美國大量投注經費在成癮治療研究，在美沙冬療法的研究已經有相當正面的證據與發現，但美國自從 1986 年通過「反毒品濫用法案」(Anti-Drug Abuse Act)，由於強調道德訴求，政治上主張美沙冬治療就是提供毒品給吸毒者，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。

三、英國

1909 年以前在英國殖民地埃及、土耳其及印度等地有盛產鴉片原料罌粟花。當大家知道鴉片可以作為醫療用途時，英國慢性病患漸漸依賴鴉片，但此時期英國政府對於鴉片的態度呈現曖昧不明，因為 17 世紀鴉片的重量輕，且具有龐大利潤。此時的鴉片如同其他的丁香、茶葉為貿易的主要貨品。伊立莎白一世更於 1600 年授予東印度公司特賣權，特許從他們控制下的領域供應鴉片。即使 1729 年中國已頒布了鴉片禁令，英國本土議員在這些利益團體的支持下，仍不願意將鴉片列為非法。1773-1858 年之間鴉片貿易開始商業化，英國建立鴉片的獨賣權，並強力促銷他們的印度鴉片，更對

毒品減害措施之研究

中國發動兩次鴉片戰爭，迫使中國大量向英國購買鴉片。此時期的英國尚未管制鴉片為非法藥品，仍將鴉片列為醫療用藥，並且流行在貴族之間，如同煙草一般的社交活動之一，但在英國已有鴉片成癮現象出現。

由於英國政府認為吸鴉片者若沒有牽涉其他犯罪行為就不屬於罪犯，反而是需要救助的病人。此外，英國各殖民地的鴉片貿易利潤，使得英國本土議員在這些利益團體的支持下，更不願意將鴉片列為非法，直至 1868 年「藥事法」(Pharmacy Act) 的通過，才將鴉片列為管制藥品，但醫生及藥房仍可以開立處方藥讓人民購買。所以英國其實是最早使用海洛因療法的國家，對於治療成效的思維也是早就採用減少傷害的觀點，但是英國並未將這些措施定義為減害，認為這是對鴉片類成癮者的治療。

英國健康部自 1999 年開始進一步針對鴉片類藥物成癮者規劃臨床管理指導、藥物治療服務，以及心理社會介入，並提供治療上所需的相關工具。有關毒品治療模式，近年英國提供的健康照護方式有重要改變，趨向將責任賦予地方層級。1999 年提出單一分享照護模式 (A single 'shared care' model)，強調主要、次要與特定服務提供者之間的伙伴關係，不過隨著發展，地方的服務提供可以更直接的介入，也隨之建立屬於當地治療系統模式。所以整體而言，英國對藥癮者的處遇充分展現了醫療與公共衛生的觀點，滿足藥癮者的戒治需求，並減少藥物濫用行為對個人所造成的健康損害，以及對社會所造成的危害(蔣平、馬廣惠譯，2008)。

英國馬其賽特郡模式(The U.K. Merseyside Model)：第一個關於減害的國際會議在馬其賽特郡衛生局(Merseyside Health Authority)贊助下於 1990 年在英國利物浦(Liverpool)舉辦(楊士隆等，2005)，英國倡導醫療取向，對毒品濫用者可以如海洛因與古柯鹼等毒品為藥方作維持之用。海洛因處方給成癮者最早可回溯至 1920 年代的洛雷斯頓委員會(The Rolleston Committee)，有一群由著名英國內科醫生組成的團體建議，在一些案例中，成癮者被開具麻醉藥品處方，以減少使用毒品的傷害，並幫助他們恢復生活。

雖然給予處方毒品在接續幾年並未獲得贊同，然該政策在馬其賽特郡(Merseyside County)仍被實行。其他國家亦嘗試跟進，例如瑞士與澳洲計畫嘗試提供海洛因與麻醉藥/鎮定劑給毒品使用者。不過英國並未有學術報告評估海洛因處方的成效。

四、加拿大

(一) 毒品政策背景：

加拿大各省的法律單位對於毒品司法解讀各不相同，以及海岸線範圍廣泛。因此，引起了嚴重的藥物氾濫問題。有鑑於此，加拿大藥物濫用可追溯至 1860 年，隨著大量中國人到溫哥華開墾礦產建造鐵路，其因建設過程十分辛苦，因此，工人靠吸食鴉片提振精神以修築鐵路。

有鑑於道德與國際反鴉片風潮，溫哥華保守派代表史帝芬生(Stevens, H. H.) 在 1920 年代成為關心麻醉藥物議題並推動相關法案的議員，經過史帝芬生極力說服包括渥太華的有力影響人士向英國推動禁止鴉片法案，終於在 1908 年於英國下議院通過「鴉片法案」(Opium Act, 1908)，其中法案規定除了醫療用途之外，一律禁止鴉片進口、製造、販賣(Canada, 2008)。

此後加拿大更有鑑於其他麻醉藥物(例如古柯鹼(cocaine))的濫用，會對藥癮者身心造成不良的影響，因此，於 1911 年通過「鴉片與麻醉藥物法」(the Opium and Narcotic Drug Act, 1911)，但政府對法案沒有設立專門負責的機構，亦無相關的執法單位。於是加拿大政府 1919 年成立衛生部(Department of Health) 麻醉藥物司(the Narcotics Division, 1919)，也就是現今的管制藥品辦公室(Office of Controlled Substances)的前身。

(二) 新興毒品政策起源：

加拿大國內將近有 10 萬位鴉片類藥癮者，其中有三分之一生活於多倫多、蒙特利爾及溫哥華。在這之中，大部份的藥癮者會在街頭進行靜脈藥物注射，並且隨意丟棄注射針具，這些行為對於街頭

毒品減害措施之研究

市容、社會秩序以及市民健康皆產生嚴重的威脅與影響。其中藥癮者常重複使用街頭不乾淨的針具進行藥物注射，此舉會產生注射相關感染或是感染到血源性疾病，如愛滋病。有鑑於此，加拿大政府參考歐洲與澳大利亞藥癮政策經驗，其指出若建立安全注射室將可以提供藥癮者一個安全且在監督的環境下進行藥物注射，可以降低疾病感染率，更同時能還給當地居民一個乾淨的市容。加拿大分別進行了安全注射室與海洛因療法的新興減害措施之試驗計畫。

（三）毒品政策主軸及安全注射室成立：

加拿大政府於 2003 年 9 月 22 日設立安全注射室「INSITE」，「INSITE 安全注射室」是在醫療人員監督下，提供清潔針具，讓藥癮者進行藥物施打；同時提供身心健康、心理諮商及藥物諮詢。加拿大毒品政策主要有四項主軸，包含「教育與預防」、「治療與康復」、「減害」及「司法執法與控制」。以下為加拿大安全注射室設立的五項目標：

1. 增加注射藥癮者（IDU）衛生保健及成癮照護。
2. 降低注射藥癮者（IDU）注射過量死亡的案例。
3. 減少注射藥癮者（IDU）血液相關的疾病感染，例如：HCV、HIV。
4. 減少注射藥癮者（IDU）其他與注射相關的感染，例如：皮膚產生膿胞。
5. 改善總體社會秩序。

另外，安全注射室建立的地點通常位於民眾時常聚集施打毒品的場所，收案標準採低門檻的限制，所謂低門檻的意義為注射藥癮者（IDU）皆可免費利用，同時服務方案範圍包含減害服務、心理諮商、行為改變團體、醫療照護與衛教諮詢等等。

（四）安全注射室服務內容：

加拿大在安全注射室所提供的主要服務與其他地區進行的相類

似，主要的服務內容如下：

1. 監督注射使用毒品過量的情況：透過專業醫療人員監督，可以降低藥癮者因注射過量造成死亡之情況。
2. 提供注射相關的器具與護理服務：藉由安全注射室提供乾淨的注射用品，以避免藥癮者使用針具交換，將可減少血液相關感染以及其他注射可能造成的情形。
3. 評估及轉介其他的醫療服務：安全注射室提供藥癮者享有心理評估及轉介的服務，將可以增加衛生保健、成癮照護及降低注射過量死亡的情況。
4. 減少傷害的教導與諮詢：安全注射室裡的專業醫療人員，教導藥癮者使用藥物過量產生的危害以及相關知識，因此，可降低注射過量死亡的案例產生；再者，透過衛教可以避免因為共用針頭而產生的血液相關感染及其他因注射產生感染所造成的情形；更因為透過安全注射室的設置，降低了藥癮者公開注射的狀況，同時專業醫療人員可教導藥癮者針具亂丟的危險性，進而改善社會秩序。
5. 提供針具交換以及保險套的服務：透過安全注射室提供乾淨的注射針具交換以及提供保險套的服務，可減少藥癮者血液相關的傳染；另外，透過保險套的提供服務，可避免藥癮者在進行性交易時，感染愛滋。此項服務，不但可以同時保護藥癮者本身，也可以同時保護他人，避免不必要的傷害。

(五) 評估與成果

加拿大聯邦政府之毒品政策是整合「教育與預防」、「治療與康復」、「減害」及「執法與控制」的毒品政策，依據 Collin (2006) 所提出之加拿大(Canada)聯邦政府的毒品政策加以分析，海洛因療法(heroin-maintenance therapy) 於 2006 年進行臨床試驗過程，其試驗方案是依北美鴉片醫療議案(The North American Opiate Medication Initiative, NAOMI)來執行，第一批試驗對象在 2005

毒品減害措施之研究

年 2 月於溫哥華(Vancouver)及 2005 年 6 月蒙特婁(Montréal)招募。條件是 25 歲以上、鴉片類成癮需超過五年、每天注射鴉片類至少維持了一年，至少要有 2 次參加為期 30 天以上的美沙冬治療。此計畫預計招收 470 位藥癮者，但最後招募到 251 位受試者，受試者被分成三組，45%的受試者給予口服美沙冬、45%注射海洛因、以及剩下 10%注射 hydromorphone，當中注射組的也都可以參與美沙冬治療，進行為期 15 個月的治療試驗，最後結果發現在治療到 12 個月留置率，口服美沙冬組與注射海洛因組的比例大約為 54%比 88%，且海洛因使用明顯降低 70%，另外，犯罪率也幾乎下降一半以上，從 70%下降至 36%，而最顯著的改變則是參與者的身心狀況皆有改善，最後另一個發現則是注射 hydromorphone 與海洛因的兩組相比，成效及其影響皆無明顯差異 (NAOMI, 2008)。

醫療監護下的毒品安全注射屋 (Insite) 剛開始設於溫哥華市中心東端，一直以來研究都強調安全注射屋可減少毒品過量致死事件，並防止愛滋病毒散播及減少罪案等。透過加拿大安全注射室的建立與資料分析結果，發現在醫療監控下設置安全注射室，可以對藥癮者 IDU 進行預防疾病感染、提供藥癮的相關照護與諮商，研究結果也顯示可以減少生理與疾病傷害、降低死亡，改善整個社會秩序(Canada, 2008; Wood, 2004; Wood et al., 2005)，但對於降低藥物使用及犯罪情形沒有明顯的改善效果(Kerr, Stoltz, Tyndall, Li, Zhang, Montaner, & Wood, 2006)，但也沒有增加犯罪情形。

毒品安全注射屋 (Insite) 自 2003 年運作以來，從未發生有人在注射屋內吸毒過量死亡，2009 年平均每天有 600 人使用設施，一年內有超過 200 起吸毒過量的危險事件，但在員工介入下及時挽救。2011 年四月一份學術報告也顯示 Insite 運作以來，周邊 500 公尺內的吸毒過量致死事件降低 35%，全市降低 9%(Marshall, Milloy, Wood, Montaner, & Kerr, 2011)。作者認為安全注射屋是毒品防治政策四大主軸 (four-pillars) 方案一環，藉由提供清潔、安全、無壓力的環境吸引藥癮者前來，讓他們有機會接觸到戒毒、治療等相關社會服務。2009 年 Insite 轉介超過 5000 人到社服及醫

療機構，包括 458 人參加戒毒課程，參加者的完成課程比率為 43%。一些學術研究顯示安全注射屋不會增加與毒品有關的犯罪事件，並大幅減少在民宅前或後巷注射毒品的機會，避免共用針頭造成的愛滋病及其他傳染病散播。溫歌華市警方也表示，Insite 運作後，街頭任意丟棄針頭的情況已大幅改善(Canada, 2008; Wood, 2004; Wood et al., 2005)，設立之 5 項目標之一「改善總體社會秩序」有其效果。

但反對者認為儘管學術報告支持安全注射屋及其損害降低方法，但政府不該助長吸毒，注射屋無助戒毒，更違反聯邦政府嚴打罪案的工作議程。而且聯合國附屬的國際麻醉品管制局也要求加拿大政府關閉溫哥華的毒品安全注射屋，並停止在多倫多、渥太華和溫哥華島等地發放安全吸毒工具。國際麻醉品管制局(INCB, 2009)認為，加國在若干城市對吸毒者發放吸毒工具，且設立注射屋的作法，都已違反加國參與簽署的聯合國「禁止非法販運麻醉藥品及影響精神藥物公約」。

五、澳洲

(一) 毒品政策背景：

澳洲在藥物防制政策上，以「減少供給、減少需求、減少毒品造成之傷害」為目標，藉由禁止使用有害藥物、降低使用非法藥物對社會之負面影響，期望達到改善民眾健康，並且提高社會安全以及經濟的成長目標。

澳洲在毒品政策方面，大致上可以分為兩種層面，一是法律層面，另一項是政府組織層面。首先以法律層面來說：1980 年代傾向的反毒政策，主要為提高藥癮者犯罪刑期和程度，並且制定由政府沒收藥癮者相關財產的法律條文。1985 年，藥癮者感染愛滋的比率漸漸升高，所以政策取向由刑罰轉變為降低傷害；再者，法律條文規定政府機關必須對藥癮者建立資料庫以供監測應用(Dolan et al., 2000)。

在政府組織層面：透過「藥物政策跨部會會議」(Ministerial

毒品減害措施之研究

Council on Drug Strategy, MCDS)，決議組成以下單位，並針對毒品進行監控或匯報：

1. 府際藥物委員會（Intergovernmental Committee on Drug, IGCD）。
2. 澳洲國家藥物委員會（Australian National Council on Drugs, ANCD）：係由民間專家學者組成。
3. 專家諮詢小組（The National Expert Advisory Panel, NEAP）：提供各種相關專業知識。
4. 國家藥物研究中心（National Drug Research Centers）：彙整資料並將研究產出向藥物政策跨部會會議彙報。

（二）相關藥癮防制措施：

反毒衛生教育：透過衛生教育的宣導，加強民眾相關知識及觀念，期望達到民眾對藥物相關危害之瞭解及降低對藥癮者的恐懼。

藥癮戒治：加強司法體系與醫療體系之聯結，並對藥癮者提供適當藥癮戒治治療以及相關的心理層面輔導及轉介。

緝查：澳洲聯邦警察總署（AFP）近年來積極於境外反藥物工作，將查緝重點擺在藥物進入澳洲前的工作，積極尋求在源頭及運送過程中阻絕毒品。

（三）新興藥癮政策起源的背景：

由於澳洲境內愛滋病感染者數目顯著增加，且感染愛滋與 C 型肝炎者比例也有明顯的上升；在雪梨、墨爾本和首都坎培拉的相關研究也發現到下列社會問題與情況，因而促發新興減害措施的思考與推動：

1. 越來越多的藥癮者公開注射海洛因。
2. 海洛因的價錢降低以及純度有提高情況。
3. 藥癮者數目有增加的現象，尤其是年輕人族群大量增加。

（四）新南威爾州、澳洲首都、維多利亞州「安全注射室」試驗過程：

隨著澳洲藥癮者 IDU 公開注射海洛因的情況增加，對於藥癮者和社區兩方面，都呈現出健康相關危害及其他公共秩序傷害。因此，澳洲國家於 1986 年開始施行藥癮減害政策計畫，目的爲了要減少不斷竄升的藥癮者死亡及感染愛滋與 C 肝數目，同時也急須降低國家內愛滋感染者的比例。澳洲首先在新南威爾州、澳洲首都、維多利亞州進行設立安全注射室試驗，並且擬訂相關立法，以及完整的配套措施建立。各州試驗的過程分別如下：

1. 新南威爾州：

新南威爾州中的社會民間組織、神職人員、研究學者、專業團體、宣傳團體以及聯邦政府都共同參與安全注射中心會議討論。會議進行過程爲：

- （1）1997 年 7 月新南威爾州負責安全注射室委員會成立。委員會建議安全注射室目前不進行試驗，但是需制定出一套強制性的要求。
- （2）1998 年，專業人員決定開一家未經批准的安全注射中心，並命名爲容忍室，分別在 Wayside Chapel、Uniting Church、Kings Cross 都有設立。注射中心在營運幾個禮拜就受到媒體關注。之後遭到警察關閉並且逮捕牧師。但這項控訴不久後就撤銷了。
- （3）1999 年 5 月，新南威爾州舉行了毒品高峰會議。其中有一項提議爲政府不該禁止非政府組織進行安全注射室嚴格試驗計畫，特別在街頭毒品買賣高盛行率的特定區域。

這些試驗計畫包含了提供基層醫療照護、心理輔導和轉介治療，以及來自社區和當地政府的資源協助。另外，新南威爾州會議在進行的過程中，分別有醫院及校園進行安全注射中心試辦營運，

毒品減害措施之研究

例如在雪梨郊區 Kings Cross 附近的宗教性醫院 (The Sister of Charity) 提供安全注射室的運作，此安全注射室原本預估會進行 18 個月的試驗。但剛營運不久，梵蒂岡下令此醫院所試辦營運的安全注射室必須要撤銷。另外，在新南威爾州大學也有校園內進行試運安全注射中心，但後來也撤銷這項服務，原因為教育部部長警告大專院校不該將政府預算花費在這項設施服務上。

關於安全注射室之設置與管理，以下以新南威爾州 Sydney Medically Supervised Injecting Centre (MSIC) 相關設置與管理機制進行說明 (Sydney MSIC, 2010a)：

新南威爾州安全注射室的設置，政府並未編列相關預算，資金來源以犯罪沒收的罰金為主。另外也規定在注射室內不可以有任何買賣毒品的行為，以及禁止一同使用毒品，若有人違反則將予以刪除進入注射室資格。機構內任何時間都至少要有三位護士和三位諮商員，進行相關醫療、諮商或社會福利等轉介服務。安全注射室內分成三個站：

第一站：等候區和評估區

(甲) 先評估個案：

1. 確認個案是藥癮者
2. 年滿 18 歲以上
3. 非孕婦或攜帶孩童
4. 非酒醉者

(乙) 收集基本資料和醫療史：包含先前用藥過量情形和相關治療情形。

第二站：注射區

注射區的環境以隔間方式隔成八小間，每一間可容納兩位藥癮者。在場也會有兩位工作人員，隨時監督每位藥癮者注射情形，而其中一位必須是專業護士，他們會給予藥癮者乾淨的針具並建議合

宜的注射方式。此外，也提供急救與其他臨床服務，所以特別規劃一區為「急救區」，專門替藥物過量的病人或一些緊急事件進行處理。最後，注射完畢的針具，規定需丟棄於針具回收桶中。

第三站：照護區

藥癮者會被留下觀察直到他們可自行離開，而當中工作人員也能替他們進行多元轉介服務，包含心理諮商、住房問題、法律諮詢、社會福利、藥物治療以及職業康復等。

2. 澳洲首都區域：

1999 年澳洲首都提出區域性安全注射室試驗法案，說明「安全注射室只是暫時的運作，目的是為了增加公共衛生效益和降低危害性，以及醫療照護運作的相關問題。」在設置的過程中，有幾項關鍵重要的發展，例如：在 2000 年 6 月，澳洲首都區域政府的年度預算裡，原本包含建立和營運安全注射室試驗的經費，在法規諮詢時被刪減。這項預算最後雖然能夠通過，不過通過的前提是：其他不足經費這項試驗不能募款，因此，使得安全注射中心在澳洲首都營運最後也相對的困難，最後導致安全注射室試辦無法持續。

3. 維多利亞州：

1999 年 9 月維多利亞州選舉前，維多利亞在野黨工黨，宣稱他們的藥癮政策是包含在墨爾本實施安全注射室的多點控制試驗，並給予三年以上 450 萬元美金的預算。其中預備的五個設置地點不具名，設置地區包含在中央商務區的 Springvale、St Kilda、Footscary、Fitzroy、Collingwood 等五個地區。維多利亞工黨同意安全注射室在未經市議會和社區達成協議前是不能建立的，可惜最後各政黨與社區協議無法達成共識，此政策則無疾而終。

（五）小結

透過安全注射室的試驗設立，初步資料顯示公共危害有降低的趨勢；澳洲執行藥癮減害政策與試辦安全注射室後，靜脈注射藥物（IDU）之人口並沒有增加的趨勢，且靜脈注射藥物感染 HIV/AIDS

毒品減害措施之研究

的比率，由 1987 年的 15% 下降至 2%，有效且成功的遏止了藥癮愛滋的擴散。另外，經由血液傳染的傳染性疾病也有減少的狀況，且藥癮者的健康和社會功能夠拓專業的醫療工作人員皆獲得明顯的改善。

澳洲在 2010 年 9 月，新南威爾州議會重新開啓 Kings Cross 醫療監護的安全注射室討論，並由專家在公聽會證實安全注射室的確有強有力的證據，會降低高風險毒品相關的死亡和發病率，該中心已成功地協助藥癮者；同時沒有人在這所房子縱容販毒作為。澳洲當地之所以能順利推行此措施，主要是當地警方願意支持與配合，再加上 2010 年 9 月新南威爾州的將安全注射室進行立法，讓此措施可長久成立，並能更加確立設置的必要性(Sydney MSIC, 2010b; Sikora, 2010)，提供當地的藥癮者一個乾淨、安全的注射場所；透過新南威爾州安全注射室的設立，相對於其他未設立的國家，在未來可以仔細觀察其實施的情況與成效，以作為是否設立安全注射的參考依據。

六、荷蘭

(一) 藥癮政策背景：

對荷蘭來說，並非所有藥物使用都被界定為濫用，而是必須要考量藥物使用的社會風險層面。另外，荷蘭政府抱持著容忍少量使用大麻的態度，主要是避免民眾吸食高成癮性之藥物如海洛因，並且控制大麻吸食人口。

荷蘭的藥物政策之核心乃鴉片法案 (the Opium Act)，該法案立基於兩個主要原則：

1. 根據藥物之危害性將藥物分為：

(1) 硬性毒品 (Hard Drug)：包含海洛因、古柯鹼(cocaine)、安非他命、LSD。

(2) 軟性毒品 (Soft Drug)：包含合理之大麻製成品 (hemp)，

如大麻 (marijuana)、印度大麻 (hashish)。

2. 基於犯罪之性質，區分成：(1) 個人持有藥物 (2) 意圖販賣。

(二) 相關毒品政策

荷蘭將單純藥物使用者視為個人行為，持有硬性毒品量低視為犯罪但不起訴；所以荷蘭 COFFEE SHOP 雖是合法吸食大麻的店面，但是若其商家違反法規有販賣硬性毒品之嫌疑，即立即勒令停業。雖然有許多人士一直憂慮會因為合法使用大麻，而引發更多青少年吸食大麻，但實際上荷蘭 COFFEE SHOP 的數量從 1995 年的 1,200 間銳減至 1999 年的 846 間，荷蘭並未出現更多青少年使用大麻的現象(Blanken, Hendriks, van Ree, & van den Brink, 2010)。

(三)「減害措施」推動背景

在荷蘭負責毒品減害政策計畫部門為荷蘭健康福利和體育部 (Ministry of Health, Welfare and Sports)。另外，荷蘭健康福利和體育部也同時負責國內愛滋病防治策略 (Netherlands AIDS Strategy)。

在 1970 年代，荷蘭發生了嚴重的海洛因交易與運輸問題，促使荷蘭政府建立了毒品政策研擬小組，此小組擬定的藥物政策，主要內容是以毒品減害計畫為主，其中包含：(1) 爲了要減少毒品使用的風險和危機，取代禁絕毒品的方案，擬定減少傷害爲目標；(2) 荷蘭的毒品減害政策主要在醫療和預防上著手，同時也積極致力於打擊組織與毒梟犯罪。

荷蘭毒品減害政策目標，主要是將藥癮者、藥癮者的家人、伴侶及朋友和全體社會視為整體，而保護整體公民的健康。另外，荷蘭的毒品政策是以寬宏 (liberal) 聞名，對荷蘭來說，並非所有毒品使用都被界定爲濫用，而是要考量社會的風險層面。荷蘭認爲毒品問題的起因是來自於國內社會狀況，而非國外引進毒品所引起。所以斷絕毒品供應就不被認爲是一種合理的作法，就荷蘭的貿易經

毒品減害措施之研究

濟運作模式而言亦不可能達成。有關毒品查緝，乃針對不同毒品依據其不同特性採取不同作法，而預防就是透過教育與傳播；治療方面，目標是在完全消除毒品使用行為，但若該目標無法達成，則會設定其他可達成目標，所以目標的設定是依據個別狀況。因此，荷蘭毒品政策的最大特色在於，會將毒品做不同分類，也會將毒品使用者特性分群，而採取的措施主要是在風險降低之目標。

(四)「減害措施」實施與成果：

1. 經費問題：

荷蘭毒品減害計劃開始時，經費處於短缺的情況，透過政府資助、民間團體募款才獲得經費，建設場地提供藥癮者 24 小時棲身場所。在 1997 年，藥癮減害計畫所獲得的預算為三千萬歐元。地方政府為了推動「移動式藥癮治療和照護」機構設立(Institution for Ambulatory Addictions Treatment and Care, IAVs)，也另外提供經費。透過政府以及民間組織團體的合作，荷蘭減害計畫中的照顧場所機構才可以得以施行。

2. 針頭和針具發放和交換：

為了降低愛滋病感染率以及 B、C 型肝炎感染者數目，荷蘭在 1980 年第一個開始實施針具交換計畫，至目前為止，荷蘭大約有 60 個都市在實施。乾淨的針頭及針具服務，可透過各種地點例如：地方醫療服務機構、藥癮治療機構進行發放，另外，針頭和針具可以透過藥房或販賣機進行購買，透過此措施以降低愛滋病感染的機率。再者，荷蘭也提供藥癮者包括戒治中心場地、社會訓練與工作僱用機會，進而促進藥癮者回復到以往的社會功能。

阿姆斯特丹 (Amsterdam) 於 1984 年建立第一個移動式針具交換計畫，是由一個藥癮者組成的民間團體「廢人毒蟲聯盟」(Junkie Union)，開始小規模的分發乾淨針頭和回收廢棄針頭的專案。兩年後，地方公共醫療機構認為廢人毒蟲聯盟移動式提供清潔針具，頗具愛滋防制與減害成效，決定接手進行針頭及針具的交換與發放，方法是透過美沙冬公車(methadone bus)，一方面可以喝美沙冬，又

可以取得清潔針具。整個針頭與針具交換計畫，使得阿姆斯特丹在十年內愛滋感染率下降了，這也促使此由藥癮者本身發起的民間推動計畫引起各國的注意。

3. 美沙冬療法：

在預防 HIV、HBV 和 HCV 方面，約 75% 的荷蘭藥癮者接受照護服務與美沙冬療法後，維持相對正常的生活，因此立法提供藥癮者治療設備與照護服務，並於地方與區域建構多功能醫療與社會服務網路，進而減少對公眾的傷害。

(五) 新興毒品政策起源：

荷蘭是一個人口密度相當高的國家，主要由 Amsterdam、Hague、Utrecht 和鹿特丹所組成的。在 1960 年代，荷蘭社會從一個傳統的社會，轉變成自由思想高以及開放的社會。荷蘭國家有完整而多元的社會安全制度，包括完善的社會津貼措施 (social benefits)，和高度可近性、免費的醫療照顧和教育體系。

但荷蘭國家對於毒品問題的認知為無法抑制與消滅的社會問題。因此，防範的計畫應該是擺在減少傷害策略，而非完全剷除毒品的存在。

(六) 美沙冬療法和海洛因療法：

荷蘭毒品減害計畫中，其中一項政策為鴉片類替代療法，其中有 92% 藥癮者使用口服美沙冬替代療法，而有 1.7% 是使用靜脈注射美沙冬，其餘為使用嗎啡、海洛因處方等等替代療法。在實施這些替代療法中，以美沙冬替代療法為最廣泛推廣。另外，海洛因療法試驗議題的討論，荷蘭也開始跟隨瑞士進行試用一段時間了，政府單位目前也已批准進行一些相關實驗。荷蘭於 1998 年隨機控制試驗，將研究對象分為海洛因吸入組 (375 位) 與注射組 (174 位) 兩大組，之後再細分成 3 小組，分別是控制組 - 單獨使用美沙冬治療；實驗組 - 同時使用美沙冬與海洛因治療；以及對照組，而這些藥癮者都是具有鴉片類成癮以及使用美沙冬效果不佳的患者，追蹤一年的

毒品減害措施之研究

結果顯示對於藥癮者也是有正向的改變，當中也發現若合併使用海洛因與美沙冬的效果是優於單獨只使用美沙冬療法的(Van Den Brink et al., 2003)。

(七) 安全注射室：

荷蘭阿姆斯特丹在 1970 年代，首先設立監督安全注射的地點，作為毒品減害計劃的其中一部份。然而，這個設置地點很快的就被否決了，原因是監督人員人力不足，造成藥癮者在注射地點從事性交易等等其他違法的事件，因此被迫關閉。在 1996 年，阿姆斯特丹受到政府以及民間團體支持再次建立安全注射地點，但是限定了一些規範，例如：必須要有專業的管理、藥癮者使用注射地點必需出示身分證、藥癮者要配合與警方單位合作、藥癮者必須配合與其他減害計畫服務整合等要求。另外，從 1996 年開始，在鹿特丹也正式地支援設施，以作為導正、規範藥物違規的部份。

目前在歐洲國家超過 70 個城市有安全注射室的建立，在荷蘭，政府和執法官員透過監督規範以及相關法規，已經容許大約 16 個正式監督注射地點提供藥癮者進行藥物施打的場所(Blanken, Hendriks, van Ree, & van den Brink, 2010)。

(八) 小結：

荷蘭國家對藥癮者所採取的寬容態度與我國刑事政策有相當大的差距，因此其戒癮政策與方案乃以醫療戒癮、替代療法與社會服務為主。在荷蘭對藥癮者所提供的治療處遇方案中，特殊處遇計畫是相當特別的制度，由員警、自願者組織和市立健康服務聯合管理局共同運作，對重度成癮的吸毒者提供安全注射監控點、護理照護、提供住宿、協助合法工作收入、移動式美沙冬治療與清潔針具交換，以及確保重度成癮者可以有個安全和乾淨的去處，此一制度乃減少毒品傷害理念的完整展現(Korf, 1995)。

七、瑞士

(一) 新興毒品政策起源：

瑞士於 1968 年發生青少年動亂，他們希望追求更多的發展空間和表達自由的思想，於是藐視整個社會，也離開原生家庭和學校，並使用大麻、迷幻劑和安非他命等成癮藥物作為抗議的手段。傳統上對於這群抗議者僅能將他們送至精神科治療或少年法庭為主，但現有的政策已無法解決當前的挑戰，且 1968 年之後，影響層面逐漸擴大需要新的政策來應付首當其衝的問題。所以有些私人中心開始收容這群離家出走和無家可歸的人，並設置首座治療性社區。為了矯正這些海洛因藥癮者，當地醫生也成立第一間美沙冬門診，開始給予這群患者美沙冬處方。

瑞士在 1975 年修改了當地的麻醉藥品法，其中包含以下兩點：（1）施行對非法藥物的制裁；（2）需要更多有執照的醫生從事美沙冬治療。然而 1980 年，蘇黎世產生新的動亂，起因為青少年主張要求成立「自主青年中心」，像是個自我管理地方，不要父母與政府的監督管理，但卻演變成為吸毒和非法交易的場所，加上在瑞士單純使用毒品並不違法，所以有越來越多公開吸毒的場面。瑞士警方這些年不斷的查緝毒梟運輸與販賣之下，原本驅趕使用者的策略有所改變，允許單純使用毒品者留在公園裡，並公開觀察他們，若有藥物過量時也能給予緊急醫療服務。因此，這樣的場景吸引不少藥癮者聚集，相對也產生許多亂丟針頭的情形，而引起媒體記者們的注意前來採訪並報導。因此最後則被要求關閉自主青年中心與公園。

瑞士接著於 1985 年到 1995 年愛滋疫情爆發，儘管同性戀團體學會如何保護自己，但有可能會共用針具與稀釋液，以及藥癮者與非藥癮者發生性行為都算感染 HIV 的高危險群，使得愛滋預防和治療方案成為公共衛生的優先事項。

當時以低門檻標準在私人機構上，設置聯絡中心、針具交換、安全注射室及收容所，此舉引起相當多的政治爭議和司法威脅；而且政府與州之間彼此也未達成共識，所以在推動藥癮政策上都是面臨諸多困難的，於是在 1991 年的藥物研討會上重新審視此問題並研究新的政策方案。

(二) 海洛因療法試驗計畫過程：

1980 年之後，英國精神科醫生 John Marks 在威德尼斯 (Widenes) 利物浦附近，重新恢復早期「英國制度」的海洛因處方，使用吸入性海洛因作為一個更安全的方法來取代注射，然而針具發放也還是有施行。會進行海洛因療法主要因使用美沙冬藥物效果不佳的人數上升，儘管給予足夠的美沙冬劑量和照護，但他們對於美沙冬反應不佳，仍會持續注射海洛因。所以在海洛因處方療法的計畫上，經過多年的懷疑和排斥，此海洛因療法方案是否可作為藥癮者的首選藥物，開始獲得關注與支持。

在 1989 年，一位擔任瑞士藥物專家小組成員 Annie Mino 博士，回顧各國有關海洛因和嗎啡療法的相關文獻，其中包含美國、瑞典、荷蘭和英國的相關經驗，親自前往觀摩英國 John Marks 醫師實施情形，回瑞士後草擬海洛因療法計畫草案，透過瑞士聯邦公共衛生局提交到聯邦政府討論。之後 Mino 博士並開始向各政黨尋求共識，並考量此海洛因療法試驗可能產生的副作用，最後在尊重立法和各地方的意見與態度，其結果在法律層面上是相容的，但各地方與民眾則有不同的意見，相對的也建議不同的作法。

只是就如預期一樣，此計畫一開始討論就有許多反對的聲浪，例如：政黨人員、司法與警務人員、神職人員、家長以及非醫療專業工作者等，他們形成一個非政府組織；但是其實這些反對海洛因療法的群眾，相較於支持新興藥癮減害政策的改變者，反對者只佔少數。

此外，國際麻醉藥品管制局 (INCB) 對於瑞士藥癮政策研究抱持著懷疑的態度，然而也有些國際組織與國家對於瑞士的藥癮減害政策很感興趣，許多國家的政黨和專業代表團參觀了公園、診所、討論政策和參與技術上的議題討論。之後有越來越多的國家同意進行海洛因療法的籌劃（例如：荷蘭、比利時、法國、德國、英國、西班牙和加拿大），而到目前已經進行過海洛因療法試驗的國家是荷蘭、瑞士、西班牙和加拿大。

瑞士在 1991 年和 1995 年國家藥物政策會議中，邀請各個不同領域的專家學者，一起進行討論，其中也包含公開透過媒體公開討論，哪一些是民眾較能接受的藥癮政策方針。並且依據瑞士的公民政治傳統，分別於 1997 年和 1998 年進行兩項議題的公投，最先進行「是否回到只有戒毒政策」的議題，再者進行「藥物使用是否合法化」。而公投結果卻否決掉這兩項，但有超過三分之二的民眾贊成減害政策、傳統預防、治療和司法四大藥物政策(Uchtenhagen, 2010)。

政策討論中，進行計畫評估是個重要且持續的過程，其中評價對象包含擴大針具交換計畫，低門檻的聯絡中心，安全注射室和庇護中心讓這群藥癮者可以獲得照顧。

爲了要讓政策可以更順利推動，在整個試驗中需不斷地進行研究資料蒐集與評估，才能瞭解執行的成效，同時透過聯邦公共衛生局與國內專家委員會監督整個過程，以及額外的科學監測和資料分析小組、安全諮詢小組，與工作人員和主管機關的參與，並在公投之前，藉由以上的評估及結果做爲廣泛討論依據。所以在 1999 年公投之下，有 68% 公民贊成實施海洛因療法。

瑞士以世代研究針對 1969 位藥癮者進行海洛因療法，過程中有 237 位藥癮者完成 18 個月的治療，結果發現對於藥癮者都有正面的影響，主要改善他們的身心健康和社會互動，以及減少非法藥物的使用(Rehm et al., 2001)。但瑞士的研究試驗與評價中，主要的限制是缺乏控制組，健康、社會狀況和成癮行爲的測量只能有單一組前後測的比較。所以瑞士學者研究小組建議之後採「隨機分派試驗」，才可以確認海洛因療法的影響有多少。雖然研究實驗設計不夠完美，不過整體研究的結果，顯示結果摘錄如下：

1. 原本民眾所擔心的負面疑慮，有了以下的發現：
 - (1) 藥癮者使用海洛因治療的劑量在第 2-3 個月後，會趨於穩定的狀況，並沒有產生累積與增加的現象。
 - (2) 藥癮者不會長期依賴海洛因療法，只有大約不到一半的毒

毒品減害措施之研究

癮者使用此療法會長達三年甚至更久。

(3) 當海洛因被作為醫療處方用藥時，並沒有被塑造成正面的形象，而且從 1991 年開始新藥癮者的發生率已經有逐年下降的趨勢。

(4) 其他的治療方法並沒有消失，而是在 1990 年持續增加。

(5) 根據警方資料，海洛因並沒有被轉賣至非法毒品市場。

2. 海洛因療法試驗後，對公共衛生的影響如下：

(1) 自 1991 年以來，已減少 50% 因注射過量而死亡的案例。

(2) 自 1991 年以來，已減少 80% 新藥癮者的發生率。

(3) 自 1991 年以來，減少 65% 愛滋病感染率。

(4) 在城市減少了與藥物有關的犯罪問題。

(5) 減少公然在街頭與公園施打毒品的情形。

(三) 小結：

從瑞士海洛因療法在國家政策的提出討論，到進行試驗的過程中，可以發現各政黨都會以自己的利益為優先考量，此方案也相對的就面臨許多挑戰；然而有各領域的專家學者共同討論與諮詢，相對有一定的共識，並採用學術研究嚴謹蒐集相關證據，廣為討論與傳播這些結果，最後才能說服一般民眾讓他們瞭解海洛因療法的目的。因此最後在 2008 年 11 月 30 日進行公投表決時，全國公投後有個很清楚的結果，可以針對麻醉法進行修訂，鞏固政策的合法性，是個成功的結果。經過這樣長久的評估與討論，民眾對於所提供的新興減害政策也較能支持與認同(Uchtenhagen, 2010)。

八、瑞典

(一) 毒品政策發展與背景

瑞典有 9 百萬人，是個民主政治穩定，且人民富裕的國家，權

力集中在中央政府，過去 75 年執政政黨，施政傾向是走多數人民支持的法案。瑞典雖然在北歐，但是不在主要的毒品運輸路徑上。瑞典的毒品政策，主要經歷了四個階段：

1. 起始階段(1965 年以後)：

1960 年代藥物濫用人數激增，並沒有一個整體或一致的毒品政策，主要的作為是偏重於加強查緝與取締，許多藥物濫用者害怕被抓，因而不敢向醫療體系尋求戒癮治療，導致與毒品相關疾病與死亡日益嚴重，瑞典政府開始重視毒品政策。

2. 麻醉藥品自由處方計畫(1965-1967)：

將藥物濫用者視為病人，可由其自行選擇藥物種類及劑量，向參與計畫的醫師要求處方，基本精神在於減少藥物濫用對於社會以及濫用者個人的傷害，認為透過藥物合法化，濫用者可以接受醫療照護，以改善其社會及醫療狀況，從而避免其因無錢購買藥品而從事犯罪行為。然而計畫實施不久隨即叫停，因為許多參與計畫的病人將「自由處方」取得的麻醉藥品（主要是大麻）持續且廣泛地提供給朋友或同儕使用，造成非醫用流用現象相當嚴重，而其除了使用藥物的行為因合法化而使得毒品犯罪行為消失外，其他所有型態的犯罪在同時期不減反增。

3. 爭議階段--吸食合法 (1968-1970 年代)：

1968 年以後，政府加強管理藥物政策，包括違反藥物管制法令處罰之加重，強化門診及住院藥癮治療中心之建立，多項教育宣導計畫也分別被執行。立法部分修正為可強制要求藥物濫用者接受精神科治療。然而在 1970 年代，醫療專業人員認為藥物政策應著重於減少需求、加強治療及照顧濫用者和改進整體社會，因此瑞典在 1970 年代的反毒作為改變了 60 年代以來的緝毒措施路線，反過來以減少需求與提供照護為優先。但因 1970 年代中期，海洛因開始在瑞典被濫用，許多濫用者因使用過量而死亡，因而爭議再起。

4. 「無毒品社會」政策(1980 年代初期至今)：

這項毒品政策主要是由社會安全政策領導，並由中央政府制訂行動方案，人民主要支持強硬的毒品政策，於 1982 年通過強制治療法案，同時對於持有非法藥物者的起訴標準加重，比照舊法規定只有青少年藥物濫用者如需醫療照顧，可強制其接受治療，增加成年藥物濫用者亦可進行同樣的強制治療。由於此項政策對濫用藥物者開始視為犯人與病人，除了強制治療，在 1993 年開始允許警察對於毒品使用疑犯進行尿液檢驗，也取消過去允許醫師開立大麻處方，做為對毒品的反制強硬措施。

相較於其他歐盟國家，近幾年瑞典毒品成癮者的死亡率相當高（每 1000 人年有 40 位海洛因與 15-20 位安非他命使用者死亡），但是在愛滋感染率上，瑞典成癮者大約是 2%-5%，低於其他歐盟國家；瑞典藥物濫用的人數，從 1967 年 6000 人、1979 年 15000 人、增加到 1998 年 26000 人，占總人口比率分別為每一千位 18-64 歲之 1.2, 3.0, 與 4.8；從使用人口比率增加，以及使用毒品之相關死亡率嚴重，間接證實了對濫用藥物者由病人轉換視為犯人似乎不能解決毒品的問題，但相對的在瑞典只視為病人也無法回應毒品問題。在治療服務方面，藥物治療由地方政府或是非政府組織（NGO）提供，其中社區療法，提供給藥物濫用者與酒精成癮者，藥物治療在監獄中也有提供（不是美沙冬治療），約有 5 成接受監獄中治療。替代療法的提供有限，加上篩選個案的標準非常嚴格，瑞典全國大約只有 800 位接受美沙冬療法，與 1300 位接受丁基原啡因治療。總體上，瑞典藥物成癮者，不到五分之一有接受治療，2000 年以後，政府對於治療服務基金也減少，治療服務越來越少。

九、台灣

（一）毒品政策背景

台灣於清末年間開始有鴉片吸食氾濫情形，所以在日據時代日本政府開始重視到這個問題，起初採用第一任總督華山資紀提出的「嚴禁令」，但後來因執行困難和人道理由，於 1895 年（明治 28 年）改以內務省衛生局長後藤新平提出的「漸禁論」，開始有條件的

放寬限制，將鴉片列為公營事業歸於政府所管，並出示具有公醫診斷的「許可證」之鴉片癮者，才可以購買(楊玉齡，2002)。

1897年1月(昭和30年)公佈「台灣阿片令」，當時調查出全台有50,597位鴉片癮者，1900年(明治33年)藥癮者達169,064，大約占全台6.3%人口，鴉片消耗量一年約20萬公斤，而且1907-1924年之間每年鴉片收入都超過500萬元(杜聰明，1931)。由此可知當時台灣鴉片濫用情形有多嚴重，政府對新生鴉片使用人口幾乎不管制，畢竟可帶來大筆收益。

也由於鴉片在臺灣的氾濫，興起民間一股戒烟運動，由鸞堂發起(又名乩堂或降筆會)，並透過扶鸞的儀式傳達神明的旨意，祈求協助治病，整個戒烟運動靠著宗教醫療進行戒烟，但此運動造成當時台灣總督府專賣鴉片的收入減少，最後政府則以監視和嚴懲方式讓此運動消失(王見川，1998；朱迺欣，2008；李世偉，1998，無日期；杜聰明，1931)。

戒烟運動之後，陸續出現幾位醫師運用鴉片類製劑治療這些鴉片癮者，1904年林清月醫師先以「海洛因」作為主要治療藥物，用以取代鴉片再慢慢減少劑量，以及搭配降低戒斷症狀的「那可汀」，和能提升體力的「乳糖」(朱迺欣，2008)。

1929年台灣第一位醫學博士杜聰明教授也決心向鴉片挑戰。杜聰明教授因為無法忍受國人當前嚴重的藥癮問題，於是首先在乞丐收容中心進行藥癮治療臨床試驗研究，因為當時的患者大多有鴉片癮，透過這樣的臨床試驗，得到一項治療藥癮者的新方法，治療期間約2-3週；做法是以嗎啡治療鴉片癮，為了避免產生嚴重的戒斷症狀，藥物中仍摻有鴉片，但用量會逐漸減少。整個治療方式，類似現今的美沙冬替代療法，若有戒斷症狀產生時就予以藥物緩解(楊玉齡，2002)。

因治療效果佳，1930年1月15日，台灣總督府創設「台北更生院」及「地方總督府醫院」，設立更生科採用強制戒治嚴格管理，避免受到外界的接觸(杜聰明，1989)。但當時採階段性治療，並非

毒品減害措施之研究

全部鴉片藥癮者皆治療，對重度藥癮者和有合併症患者准許繼續吸食，只有對輕度藥癮者進行矯正治療(杜聰明，1989)。然而，從阿片令頒布至成立更生院將近 32 年期間，日本政府採行公賣制度，幾乎不管鴉片對台灣人民所造成的危害，任由成癮者自生自滅；當時可購買鴉片特許者人口的比例，雖然從 1900 年最高的 6.3% 降至 1928 年 0.6%，但這期間政府並無給予任何治療措施，比例降低是因為吸鴉片者吸食過量死亡，加上沒有新增太多新吸食者(杜聰明，1931)。

鴉片治療中心「更生院」成立時，統計全台需要強制除癮者共約 17468 人，根據杜聰明當時對政府專賣的鴉片煙膏內發現，成份中只有 5% 的嗎啡，在吸食過程中又只會吸入 11.2% 的嗎啡，所以進入體內的嗎啡只剩 0.56%，透過治療要戒掉並不困難(杜聰明，1989)。但有多少人真正戒癮成功無法得知，因為成功標準無法判定。不過從 1933 年(昭和 8 年)當時鴉片的消耗量只剩下 19879 公斤，與之前 20 萬公斤相比真的減少許多(杜聰明，1931)。

由上述藥癮治療過程從中得知臺灣在早期鴉片氾濫之下，林清月醫師已運用海洛因作為治療藥物，杜聰明醫師則以嗎啡取代鴉片，所以不管使用哪一種做為鴉片的替代藥物，都可發現鴉片類製劑療法在台灣是從日據時期即有施行。

然而，光復後國人藥物濫用的種類則開始有了改變，從初期的強力膠、速賜康、紅中、青發、白板，到 79 年後以(甲基)安非他命(Amphetamine)、海洛因(Heroin)等為主要毒品；除此之外，開始有新興毒品的崛起，許多在藥物化學結構上做了改變，取而代之原有的形式，進而產生特殊且多樣的效果，例如：搖頭丸(MDMA)、愷他命(Ketamine)、一粒眠、FM2……等，因此，對台灣政府又是另一種新的挑戰，所以需強力阻止及防範新興合成藥物的製造(管制藥品管理局，2007)。

早期中華民國政府面對煙毒與麻醉藥品的處理主要採取嚴刑峻罰之司法處遇，以兩個主要法令管理，於民國 18 年 10 月 26 日訂定「麻醉藥品管理條例」管理輸入的麻醉藥品(麻醉藥品管理條例，

1929)，以及民國 44 年 5 月 27 日所訂定「戡亂時期肅清煙毒條例」，制定目的為「肅清煙毒，防止共匪毒化，貫徹禁政」(戡亂時期肅清煙毒條例，1955)。但於民國 79 年後安非他命使用的人數突然激增，主因可能與隨著經濟繁榮和解除戒嚴有關，而且發生用藥過量與毒品滲透校園的情形逐漸發生，進而引起政府的重視，將安非他命列為「麻醉藥品管理條例」第二條第四款「化學合成類麻醉藥品」管理，並禁止於醫療使用，非法持有、吸食者，依法送辦。」(行政院衛生署、法務部、教育部，1995；法務部，1997)。

民國 82 年開始，毒品氾濫更為嚴重，當年所查獲到的煙毒數量已高達 2362.6 公斤，遠遠超過過去 8 年所查獲的量，而且在台灣各監獄一、二級毒品犯占監所總人數約 21531 人 (54%)，隔年更是攀升到 26983 人 (63%)，可見國內毒品氾濫程度非常嚴重 (管制藥品管理局，2009)。因此，引起政府的憂心，所以當年行政院院長決心要重視與加強反毒工作，並召集相關部門組成「中央肅清煙毒協調督導會報」，共同訂定反毒策略。於民國 83 年為了提升至行政院層級，讓政府高層都能一同參與討論，特別成立跨部會會議「中央反毒會報」，讓高層能得知目前現況，再以「斷絕供給」與「減少需求」為反毒目標，分成「緝毒」、「拒毒」和「戒毒」三組項目。之後連續兩年則將「舉國動員，全民反毒」及「舉國反毒，全民健康」列為主題，並舉辦「全國反毒會議」(行政院衛生署、法務部、教育部，1995)。

之後由於國際上將毒品犯視為病人的呼聲越來越多，我國漸漸發現舊有的條文已不適用現今的社會，於是政府在民國 86 年 10 月 30 日重新修文並三讀通過更名為「毒品危害防制條例」，擴大管制範圍，將影響精神的藥物和製造毒品的原物料列為管理，以利加強管制，往後並持續針對台灣毒品現況做適度修法。民國 87 年 5 月 22 日新修訂頒「毒品危害防制條例」，將藥癮者採「有條件除刑不除罪」的刑事政策，對於毒品使用者採取「治療勝於處罰」、「醫療先於司法」之理念，把他們為視為病人，以觀察勒戒和強制戒治的處分代替刑責，讓他們獲得不起訴處分，所以當時因毒品犯獲不起

毒品減害措施之研究

訴案件從 10%提升到 40%，原本起訴案件也從 63%也降至 22%，倘若接受戒治後五年內又再犯，則移送法辦治罪，法務部以藥癮者是否再犯情形做為觀察勒戒成效的一個重要指標(法務部，2007)。然而毒品危害防制條例因為視藥癮者先病患後罪犯的有條件除刑同時，執行程序由法務部委託於看守所內附設勒戒、或是戒治所之規定，或是由矯正機構進行衛生醫療專業，都有執行上之困難等問題，因此再犯情形嚴重，強制勒戒與戒治效果頗受質疑。

(二)「減害措施」實施背景、成果與趨勢：

在民國 93 年到 94 年之間，有許多針對台灣國人感染愛滋(HIV)的危險因子調查研究發現，因注射藥物與不安全性行為而感染愛滋的藥癮者大幅攀升，疾病管制局愛滋感染人數從 93 年 1521 人上升到 94 年 3381 人。探究原因，大部分的藥癮者並未知道共用針頭、針具與稀釋液，可能會傳播愛滋和 C 肝；再加上垂直感染，與性交行為時未全程正確使用保險套，也可能造成愛滋的散播。

台灣政府瞭解若仍以「減少供應、減少需求」主軸，要解決眼前的問題實在緩不濟急，所以於民國 94 年到 97 年宣佈為「全國反毒作戰年」，並重新修改反毒策略，加強預防的概念，以「首重降低需求，平衡抑制供需」，做為全面性三級預防的反毒新觀念，並把原本「拒毒」、「戒毒」、「緝毒」三項，再新增「防毒」這一項，以強調反毒的決心。而原有放在「緝毒」的重心，則改變為「拒毒」及「戒毒」，政府透過宣導和連結「學校、家庭、社會、社區」網絡提昇大眾對反毒的觀念，再針對高危險族群加以輔導，預防新的藥癮者產生(楊士隆、吳志揚，2009)，另外，透過醫療戒治模式，讓藥癮者回歸社會，來降低原有的藥物人口(江惠民，2007; 疾病管制局，2009)。

政府為了解決藥癮愛滋攀升的問題，透過學者們商討並參考國外的經驗與聯合國及世界衛生組織針對藥癮愛滋防治所提出之政策建議，稱為「減害計畫」(Harm Reduction Program)，此計畫結合四項主要服務：清潔針具交換計畫、替代療法、愛滋治療及照護、

諮詢及教育，主要是其他國家研究發現減害計畫的實施，能降低藥癮者感染愛滋的發生率，降低犯罪比率與注射藥物過量致死的可能性(疾病管制局，2005)。

於民國 94 年 8 月 1 日至隔年 12 月底進行「毒品病患愛滋減害試辦計畫」(疾病管制局，2005)，其中選在台北市、台北縣、桃園縣、台南縣等四縣市設有監所的地方，主要因為監獄附近很可能為藥癮者聚集的地方，選定 6 家醫院開始實施。施行半年初步評估有防制愛滋成效，95 年 8 月衛生署全面實施減害計畫(疾病管制局，2008)，至今經歷 5 年，疾病管制局數據顯示藥癮者感染愛滋的發生率有逐年下降，HIV 陽性的人數則從開始實施 1833 人降至 2009 年的 177 人(疾病管制局，2009)。而且有參與減害計畫的藥癮者在死亡率和犯罪率有下降的趨勢，身心健康狀況、人際關係和生活品質也有改變(李思賢，2008a, 2009, 2010; 衛生署，2009)。

衛生署訂定之「鴉片類物質成癮者替代療法作業基準」中規範替代療法執行機構，應配置精神科專科醫師、藥師、護理人員、臨床心理師、職能治療人員及社會工作人員至少各一名；且執行機構於治療期間，應定期安排個案接受心理治療或輔導，及後天免疫缺乏症候群相關衛教，並將輔導情況及病人配合度，列為下次療程評估參考。另衛生署針對美沙冬替代治療採部分補助方式(約補助治療費用 50%)，補助項目包括藥品費、初診費用(門診診察費、衛教諮詢費、診斷性會談、家庭功能評估、生心理功能檢查、支持性心理會談、Morphine、Amphetamine、BUN、Creatinine、GOT、GPT、r-GT、CBC、W-DC、EKG)、給藥服務費、尿液篩檢費用等。截至 2010 年底為止，台灣每天約有一萬至一萬兩千位藥癮者參與美沙冬替代療法，執行機構有 78 家醫院、22 間衛生所，共計 100 家醫療院所協助給藥(疾病管制局，2010)。由於犯罪比率與愛滋感染人數下降，在醫療院所進行美沙冬療法被認為可能會比強制勒戒與戒治有戒毒更好效果，因此在民國 97 年 4 月 30 日修訂毒品危害防制條例(附錄一)第 24 條戒癮治療之緩起訴處分，加入減少傷害與預防的作為。雖然此處的醫療替代刑罰之規定，是屬於特殊情況下的規定，

但是「治療勝於處罰」、「醫療先於司法」之理念，開始能在刑事執行程序中有個依據。

同時政府爲了避免國人再受到毒品的影響，在各縣市成立「毒品危害防制中心」，進而加強中央與地方的聯繫，其中包括四大組「預防宣導組」、「保護扶助組」、「轉介服務組」、和「綜合規劃組」，當中結合多元的領域包涵社政、勞政、教育、衛生、醫療、警政與司法單位等共同打擊毒品的決心，加強民眾對藥物濫用預防的宣導，提供藥癮者一個求助與溝通的管道，協助藥癮者治療轉介與諮詢服務(管制藥品管理局，2009)。在民國 99 年 11 月 24 日更進一步修訂毒品危害防制條例（附錄一）第 2-1 條，將各縣市毒品危害防治中心法制化，強化毒品個案之宣導、預防、管理、追蹤與轉介醫療及就業資源服務。

由於台灣實施減害措施的時間還不長，相關成效與評估的報告也還不多。美沙冬療法部分，周孫元、陳快樂（2009）在桃園療養院總計收案 400 人，一年後仍持續接受治療及評估的個案僅剩 110 人；其資料發現個案使用海洛因之每日平均次數逐漸減少，個案於治療前之平均收入爲 23,262 元，治療一年後則增至 28,122 元。初診時尿液嗎啡陽性率 99%，治療 8 週後陽性率降至 50%，治療 16 週後大約在 30%、40%。唐心北（2009）報告嘉南療養院民國 95 年到民國 97 年，有超過 250 名個案加入之「緩起訴毒品病犯減害試辦計畫」。兩年的執行經驗發現，具有緩起訴身分之個案的治療留存率與服藥出席率，皆明顯較非緩起訴之個案佳。另依據台南地區衛生與犯罪統計資料，實施替代療法後之竊盜犯較前一年同期下降 11%、搶奪強盜犯下降 27%。不過上述幾項資料並非嚴謹評估的研究數據，主要是針對其個別醫院內個案數據做簡要敘述。在針具交換措施部分，目前民國一百年正由疾病管制局提供相關研究計畫，例如楊靖慧（2011）主持「清潔針具計畫之效益評估研究」，計畫編號：DOH100-DC-2006；以及陳宜民（2011）主持「清潔針具與衛教諮詢服務中心之設立」，計畫編號：DOH100-DC-1002。簡單來說，疾病管制局有公布針具發放數目，並委託評估發放清潔針具對於愛滋防治

與是否增加吸毒人口的相關研究，明年便能有分析針具發放效益的數據。

評估美沙冬治療成效部分，一項（李思賢，2010）採用每 6 個月追蹤一次，共追蹤十八個月之四次縱貫型追蹤設計，追蹤 599 位臺灣北部海洛因成癮者參與美沙冬治療，有 202 位(33.7%)連續 18 個月留在美沙冬療法中未曾退出；在追蹤 18 個月期間，因毒品再犯罪而入監的人數與比率為 181 人與 30.2%。在死亡率的部分，追蹤十八個月後的美沙冬個案死亡人數為 10 人，平均年死亡率約在 0.9% 左右。採用直接成本與機會成本來估算成本效益，在追蹤 18 個月後，平均每投入 1 元在美沙冬治療的成本，初估會有 4.912 元預防犯罪與節省戒治成本的直接效益；另外，如果加上考慮投入社會就業收益，藥癮者每人每年平均收入 276,360 元，除以每人每年 31,495 元美沙冬治療成本，機會成本效益為 8.775 倍。總而言之，直接節省的法務戒治效益，加上就業效益，每花 1 元在美沙冬治療上，可能有 13.687 元的回收效益。從初步經濟與成本分析醫療、戒治、犯罪及就業，本研究實證資料確認美沙冬療法確實符合成本效益。同樣來自此份研究資料（李思賢，2011），發現美沙冬治療費用為政府全額補助，藥癮者會持續待在美沙冬治療的機會大，留置在治療時間顯著較久，因而在治療效果較佳。

李思賢與其同事(2011)發表一項分析 576 位海洛因成癮者接受美沙冬治療研究，發現公費支付美沙冬治療費用、使用美沙冬劑量較高、與愛滋感染者是病患留置在治療中的預測因素。(Huang, et al., 2011) 是針對民國 96 年 7 月時減刑的 4357 位毒品犯，透過衛生署與法務部政府資料分析其在離開監獄後，是否參與美沙冬輔助療法與死亡情形的追蹤。此研究結果發現，總共有 142 位在民國 97 年底時被宣告死亡；有 1982 位離開監所後參與美沙冬治療，接受治療者其死亡率顯著低於沒有參與治療者；同時參與後不久中斷治療的藥癮病患，比起能留在治療中的藥癮者有將近 7 倍高的死亡率。由於此項資料為政府透過法務系統與衛生署醫療系統的通報，加上減刑後離開監所再分成參與治療組與非參與治療組，雖然並非隨機

分配，但此種追蹤資料非常難得，也非常可信，對於實施美沙冬療法在降低死亡率的證實有其重要性，同時也顯示減少傷害計畫的成果。

總結來說，我國以特別法「毒品危害防制條例」規範非法藥物犯罪的問題。戒癮緩起訴規定是依據減害的精神而特殊訂定，然而醫療優於司法的精神在檢察官實際執行並未落實。減害措施的評估部分，根據衛生署桃園療養院與嘉南療養院的研究報告顯示，藥癮者參加美沙冬替代療法計畫後，其就業率及月平均收入均有顯著增加，在使用海洛因次數方面則有顯著下降，生活品質也可以有所提昇。李思賢（2010）進一步估計成本效益，每花一塊錢在治療，可以替政府節省 13.687 元。李思賢等（2011）分析發現公費支付美沙冬治療費用、使用美沙冬劑量較高、與愛滋感染者是病患留置在治療中的預測因素。Huang 等人（2011）證實持續參與美沙冬治療對於死亡率有幫助。這些初步評估顯示美沙冬療法可以有不錯成效。

十、總結

這一章主要是蒐集各國毒品政策，以及提供給注射藥癮者（IDU）的醫療相關處遇與服務，包含新興減少傷害措施，特別是針對海洛因療法與安全注射室。

（一）、各國毒品政策與新興減害計畫

根據蒐集的資料，推動新興毒品減害計畫的國家主要是英國、加拿大、瑞士、荷蘭與澳洲；這些國家的毒品政策與社會背景是強調自由（Liberty）與人權（Humanitarian），基於自我傷害不處罰的立場，單純施用毒品不構成刑事犯罪；同時英國、瑞士、荷蘭與澳洲的政策是少量持有毒品自用屬於微罪不起訴，需要強制戒治也會強調與考慮有效性的前提。澳洲則是第一個以減害為國家毒品政策的國家。美國在毒品政策上，因為民眾強調毒品的道德觀，偏向反毒與緝毒，對於針具交換與新興減害措施較不能接受，不似歐洲國家與澳洲那樣接受減害思維。各國毒品政策與推動之減害措施比較，請參見表 4-1。

現在學術與臨床文獻已經累積相當多的研究結果，證實減害計畫，包含衛教，心理諮商、美沙冬療法與針具交換計畫，對於毒品戒治與傳染病防制有效果。因此聯合國與世界衛生組織對於減害計畫的目的與推動是表贊同的，不過聯合國關於減害具體的措施，則呼籲須視是否有便利或促進毒品之濫用為準，其主張應將藥癮者視為慢性病患是基於健康人權與實證研究結果，來建議各會員國提供減害與給予成癮長期治療，也就是希望各會員國在單純施用毒品的政策思維，能夠改採醫療取代刑罰；但聯合國麻醉藥品管制局(INCB, 2009) 亦認為安全注射室違反聯合國《1961 年麻醉藥品單一公約》第 4 號毒品公約，有促進使用毒品之嫌，不應做為減害計畫推動。

瑞典與台灣在對單純施用者與少量持有毒品之刑事政策上相近，採取醫療與司法併進，有全國毒品犯登錄系統，允許警察有疑慮即可強制採尿檢驗，對使用者強制勒戒與戒治；贊成強制手段有效學說乃基於人性的弱點及成癮者本身的問題，多認為若不利用強制的手段，將無法迫使行為人接受治療，進而無法達成去除或降低行為人危險的目的。反對學說則多從尊重個人自由決定權及醫病關係等角度出發。瑞典目前提供少量替代療法，但不推動新興毒品減害措施。臺灣的毒品危害防制條例已經修訂戒癮治療之緩起訴處分特殊規定，但臺灣毒品政策的思維仍有「施用一、二級毒品與持有自用毒品者屬刑事犯罪」、「強制手段有效學說」以及「藥癮可以治癒」(非慢性病)的前提，設置戒癮治療緩起訴兩年，美沙冬治療一年，採尿檢驗兩年，過程中有發現成癮者尿液嗎啡檢驗陽性則取消其緩起訴，與強調將成癮視為慢性病理念不同。對於新生毒品施用者，不管是否成癮，採取強制勒戒，有繼續施用傾向則強制戒治；同時因為持有毒品(不論量多寡與原因)為刑事犯罪，若要藥癮者自行攜帶自用毒品到毒品注射室，會因為持有毒品可能遭受警察逮捕而不願前往；加拿大反毒條例也視持有毒品為犯罪，所以加拿大安全注射室必須由政府與法院在進行安全注射室試辦三年期間，予以持有微量且自用毒品免起訴處分。

回顧國外在執行毒品成癮治療時，目前最被廣為使用來治療海

毒品減害措施之研究

洛因成癮者的處遇，是同時提供心理諮商與治療、社會資源連結與一種鴉片類抑制劑的藥物（通常是美沙冬）的獨立運作醫療場所。但是除了美沙冬，還有其他藥物也是被醫師使用來進行治療，常見的有丁基原非因舌下錠、長效型拿萃松、注射式美沙冬、注射式海洛因、吸食式海洛因等等；共同服務則是一定會有完整配套的社會心理服務，也就是說，海洛因成癮是個合併生理成癮與心理依賴的慢性病，鴉片類輔助治療藥物合併心理諮商能同時治療生理與心理，比起單純使用美沙冬治療要有效多了。Amoto 等人（2005）在回顧重要醫療文獻後，發現鴉片類藥物合併心理與行為諮商的病患，會停止使用海洛因的比率，比起沒有治療的病患超過兩倍；這些回顧的文獻也發現使用的劑量較高，效果也較好。除了降低海洛因使用，鴉片類藥物治療合併心理諮商與心理治療對於提高就業率、降低傳染性疾病、死亡率與降低犯罪也有幫助。臺灣目前美沙冬門診雖然會伴隨衛生教育與諮詢，也有些醫院有心理諮商，但由於減害計畫提供成癮者之衛教與諮詢是針對愛滋感染行為（Huang, et al., 2011），並沒有改變毒品使用行為的諮商，加上成癮的心理專業教育訓練稀少，因而醫院在提供成癮者之心理諮商，或是改變健康生活形態行為之介入服務少，還有增進與強化的空間。

表 4-1 各國毒品政策與減害措施比較表：施用者毒品政策與減害措施

國家	施用毒品	少量持有毒品	海洛因替代療法	安全注射室	美沙冬療法	針具發放交換計畫
美國	有罪	有罪			√	√
加拿大	有罪，但不起訴	有罪，但不起訴	√	※	※	※
英國	無刑事罪	有罪，但不起訴	√		※	※
荷蘭	無刑事罪	有罪，但不起訴	※	※	※	※
瑞士	無刑事罪	有罪，但不起訴	※	※	※	※
澳洲	無刑事罪	有罪，但不起訴		※	※	※
瑞典	有罪	有罪			√	
台灣	有罪	有罪			※	※

註：※表示有實施該措施；√有提供，但很有限。空白為沒有提供此措施。

1. 目前英國、荷蘭、瑞士、澳洲等回顧國家之毒品政策視使用海洛因為違反規定，如同我國第三、四級毒品，雖有罰鍰與講習，但無刑事責任，及除罪不除罰；相對的，這四個國家人民持有少量海洛因，是毒品犯罪，但因是微罪而不起訴；微罪不起訴內涵是指當罪責內涵輕微，訴追並無公共利益，以及行為人供自用而種植、製造、進出口、運輸、取得、持有少量毒品者，檢察官得為不起訴處分。但何謂少量是有爭議，所以各國會給予不同定義。
2. 加拿大的藥物使用是屬於犯罪，但是由於聯邦法院依據醫療治療之需要，特別免除藥物使用之刑罰。
3. 本文沒有回顧的國家中，到 2010 年底，西班牙、葡萄牙、義大利、巴西、墨西哥、與阿根廷六國是「持有毒品自用為除罪除罰」。

(二) 海洛因處方療法

推動海洛因療法著重於有藥癮者接受美沙冬療法，合併心理諮商後效果不佳，基於健康人權，不能因為一項治療效果不佳就不再予以協助而推動；所以除了口服式美沙冬，有些時候藥癮治療會採用注射式的海洛因或是美沙冬進行治療。在 20 世紀早期，英國就有醫師提供注射式鴉片進行治療，現在稱為英國式海洛因療法，病

毒品減害措施之研究

患是被允許在醫療照護下注射嗎啡或是海洛因（做為止痛、安寧醫療、或是藥癮治療）。在 1990 年期間，瑞士醫師與政府人員決定引進海洛因療法，與英國不同的是，瑞士提供在監控下的全天候服務（每天 24 小時、每週七天）；因為在醫療監控下，避免了類似英國有病患將海洛因攜回並賣到黑市的情形；費用部分，主要由政府與保險支付，藥癮者使用海洛因處方療法不需要付費。

在海洛因處方療法的初步評估，海洛因療法可以減少用藥過量致死、減少公然施打毒品等社會安全問題、減少愛滋新增感染人數與減少城市毒品犯罪。海洛因療法有研究顯示評估的成效，請見表 4-2，並稍做說明如下：

瑞士以世代研究設計針對 1,969 位進行海洛因療法病患分析，過程中有 237 位藥癮者完成 18 個月的治療，比例不算高，不過結果發現對於藥癮者都有正面的影響，主要改善他們的身心健康和社會互動，以及減少非法藥物的使用(Raistrick & Tober, 2004)。之後加拿大與歐洲其他國家跟隨瑞士模式，開始海洛因療法的試驗，試驗對象是長期嘗試其他療法都沒有顯著幫助的海洛因藥癮者，醫師把海洛因療法當作是最後一道防線的治療。在荷蘭與加拿大試驗結果，荷蘭(Van den Brink, Hendriks, & Van Ree, 1999; van der Hoof et al, 2006)發現吸食海洛因合併美沙冬組、與注射海洛因合併美沙冬組分別比起只有用美沙冬組有較好的治療留置率（49.7%, 55.5% vs. 26.9%）；同時發現一旦停止提供海洛因，有 82%病患快速惡化。加拿大的試驗（The NAOMI study team, 2008）發現海洛因療法組的留置率遠高於美沙冬組（87.8% vs. 54.1%），海洛因組在犯罪數的減少也較佳（67% vs. 47.7%）。不過這些試驗都是在美沙冬治療廣泛普遍的國家，同時針對長期成癮、美沙冬合併心理諮商與治療不佳的病患，研究設計也並非隨機分派實驗，所以一項 Cochrane review (Ferri, Davoli, & Perucci, 2005)特別說明海洛因療法的成效並確認的效果，還需要再進一步進行研究做確認。

表 4-2 整理加拿大、荷蘭、瑞士與英國施行海洛因療法的成果

國家 影響 成效	加拿大	荷蘭	瑞士	英國
因注射藥物過量致死的死亡率		0.5% ^b	顯著下降 50% ^e 1994 年~2000 年 ^g 粗死亡率:1.1% (SMR: 9.7 C.I.: 7.3-12.8)	
停留在藥癮治療的比率：海洛因 vs. 美沙冬	88% vs. 54% ^a	4 年:56% ^c 海洛因+美沙冬效果優於單獨使用美沙冬 ⁱ	55.5% vs. 31.2% ^e 海洛因： ^f 1 年 70% 2.5 年 50% 5 年 34%	半年 88% vs. 69% ^h
產生新藥癮者的發生率			顯著下降 80% ^e	
感染愛滋的危險行爲			顯著下降 ^{e、f}	
因藥物有關的犯罪問題	顯著下降 67% ^a	顯著下降 ^d <6 次/月 ^c 1 年：96% 4 年：100%	顯著下降 ^{e、f}	
公然注射	顯著下降 ^a	4 年：顯著下	顯著下降 ^{e、f}	顯著下降

毒品減害措施之研究

毒品的情形		降 86.4% ^c	剛開始：192(82%) ^f 6 個月後：22(9%) 12 個月：10(4%) 18 個月 13(6%)	66% ^h
將海洛因轉賣至非法市場			無 ^a	
使用海洛因療法劑量是否一直增加			治療 2-3 個月後會趨於穩定，劑量無增加情形 ^a	

註：以下是彙整此表格的文獻出處。顯著下降是文章有報告，但是並無確切數字。

- a : Oviedo-Joekes, E., Brissette, S., Marsh, D. C., Lauzon, P., Guh, D., Anis, A., & Schechter, M. T. (2009). Diacetylmorphine versus Methadone for the Treatment of Opioid Addiction. *New England Journal of Medicine*, 361(8),777-786.
- b : Blanken, P., van den Brink, W., Hendriks, V. M., Huijsman, I. A., Klous, M. G., Rook, E. J., & van Ree, J. M. (2010). Heroin-assisted treatment in the Netherlands:History, findings, and international context. *European Neuropsychopharmacology*, 20, S105-S158.
- c : Blanken, P., Hendriks, V. M., Van Ree, J. M., & Van Den Brink, W. (2010). Outcome of long term heroin assisted treatment offered to chronic, treatment resistant heroin addicts in the Netherlands. *Addiction*, 105(2), 300-308.
- d : Van Den Brink, W., Hendriks, V., Blanken, P., Koeter, M., Van Zwieten, B., & Van Ree, J. (2003). Medical prescription of heroin to treatment resistant heroin addicts: two randomised controlled trials. *Bmj*, 327(7410), 310.
- e : Uchtenhagen, A. (2010). Heroin-assisted treatment in Switzerland: a case study in policy change. *Addiction*, 105(1), 29-37.
- f : Rehm, J., Gschwend, P., Steffen, T., Gutzwiller, F., Dobler-Mikola, A., & Uchtenhagen, A. (2001). Feasibility, safety, and efficacy of injectable heroin rescription for refractory opioid addicts: a follow-up study. *The Lancet*, 358(9291), 1417-1420.
- g : Rehm, J., Frick, U., Hartwig, C., Gutzwiller, F., Gschwend, P., &Uchtenhagen, A. (2005). Mortality in heroin-assisted treatment in Switzerland 1994-2000. *Drug and Alcohol Dependence*, 79(2), 137-143.

- h : Strang, J., Metrebian, N., Lintzeris, N., Potts, L., Carnwath, T., Mayet, S., & Forzisi, L. (2010). Supervised injectable heroin or injectable methadone versus optimised oral methadone as treatment for chronic heroin addicts in England after persistent failure in orthodox treatment (RIOTT): a randomised trial. *The Lancet*, 375(9729), 1885-1895.
- i : March, J. C., Oviedo-Joekes, E., Perea-Milla, E., & Carrasco, F. (2006). Controlled trial of prescribed heroin in the treatment of opioid addiction. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 31(2), 203-211.

（三）安全注射（消費）室

推動安全注射室的主因為用藥過量死亡率與感染愛滋比率高，同時藥癮者公然在街道、公園與巷道裡注射毒品，並隨意丟棄注射針頭與器具，引發社會安全疑慮；安全注射室的設立，加拿大研究初步顯示藥癮者減少死亡情形、愛滋感染比率有下降、與改善公共安全，但對於毒品相關犯罪沒有改善；澳洲研究顯示安全注射室有減少愛滋感染比率。

相較於海洛因療法，聯合國麻醉藥品管制局(INCB, 2009)正式聲明其反對設置醫療監護下的注射室。所稱安全注射（消費）室，或是安全消費室也是新興減害措施之一。目前實施國家至少有 12 個，分佈在歐洲（荷蘭、瑞士、德國等）、加拿大與澳洲；回顧文獻發現在這些設定的醫療環境中，藥癮者可以在乾淨、醫療監控與協助的環境中使用（注射）毒品，因而減少傳染病、用藥過量死亡、不會亂丟注射針具、與疾病可以有醫療照護。安全注射（消費）室觀察研究(Wood, Tyndall, Montaner, & Kerr, 2006)發現，主要使用者是高危險行為的藥癮者，以及為了獲得其他心理諮商、醫療轉介與減少毒品注射服務而來，也因此發現對於愛滋感染與用藥過量死亡有相當成效。不過在回顧設置安全注射（消費）室的文獻中，我們也發現這些國家會不顧聯合國麻醉藥品管制局反對，仍然設置安全注射（消費）場所給藥癮者進行注射非法藥物，通常伴隨著當時社會有毒品相關的公共安全與公共衛生的重大威脅，例如加拿大是 IDU 隨意丟棄用過的針具在街道上與巷弄裡，瑞士則是公園裡到處可見廢棄針具，藥癮者還重複使用這些被丟棄在街道的針具注射

毒品，這些治安問題引發居民重大不安；臺灣則無嚴重的亂丟針具或是公然在街上或是公園裡施打毒品等公共安全問題。表 4-3 是整理回顧到的安全注射室成果：

表 4-3 整理加拿大、澳洲與荷蘭施行安全注射室的成果

國家 影響 成效	加拿大	澳洲	荷蘭
藥癮者感染 愛滋的比率 與危險行爲	有 23.06%在使用 安全注射室 24 個 月內，停止注射行 爲 ^b 愛滋感染比率有 顯著下降 ^d	自 1987 年到 2000 年，從 15%下降至 2% ^g	有顯著改善 ^h
對藥癮者身 心健康影響	轉介醫療與諮商 服務共 2171 人次 ^c 主動急性解毒增 加 30% ^b	有改善 ^j	有改善 ^h
對藥癮者社 會功能的影 響		有改善 ^g	有改善 ^h
注射藥物過 量致死之情 形	從 2007 到 2009 年，每年 200 起用 藥過量，但經醫護 搶救 Insite 內藥 癮者，致死率下降	有顯著改善 ^g	有顯著下降 ^h

第四章聯合國 UNODC 與各國藥（毒）癮政策與減害計畫

	到 0%; 同時 Insite 500 公尺內致死率 減少 35% ^a		
	從 2003 到 2006 年, 273 位用藥過 量, 由醫護救回 ^c		
	有顯著下降 ^{e, f}		
社會秩序的影響	有改善 ^f	有改善 ^g	
降低藥物使用情形	無 ^{f, i}		
降低藥癮者犯罪情形	無 ^{f, i}		
成本效益	服務一位 Insite 使用者要花 1,380 加拿大幣, 考慮減 少致死與愛滋感 染, 成本效益為每 花一元, 可得 1.5 元到 4.02 元效益 ^d		

註：以下是彙整此表格的文獻出處。歐洲的安全注射（消費）室行之已久，但成效評估報告少且非以英文撰寫。加拿大發表的英文評估文章較多。

- a : Marshall, B.D.L., Milloy, M.J., Wood, E., Montaner, J.S.G., & Kerr, T. (2011). Reduction in overdose mortality after the opening of North America's first medically supervised safer injecting facility: A retrospective population-based study. *Lancet*. Published online April 18, 2011. DOI: 10.1016/S0140-6736(10)62353-7.
- b : Wood, E., Montaner, J.S., Li, K., Barney, L., Tyndall, M.W., & Kerr, T. (2007). Rate of methadone use among Aboriginal opioid injection drug users. *Canadian Medical Association Journal*, 177, 37.
- c : Tyndall, M., Kerr, T., Zhang, R., King, E., Montaner, J., & Wood, E. (2006). Attendance, drug use patterns, and referrals made from North America's first supervised injection facility. *Drug and Alcohol Dependence*, 83(3), 193-198.

毒品減害措施之研究

- d : Canada, C. M. o. H. G. o. (2008). Final Report of the Expert Advisory Committee on Supervised Injection Site Research. Retrieved May 9 2011 from http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/pubs/_sites-lieux/insite/index-eng.php
- e : DeBeck, Kerr, T., Bird, L., Zhang, R., Marsh, D., Tyndall, M., Montaner, J., & Wood, E. (2011). Injection drug use cessation and use of North America`s first medically supervised safer injecting facility. *Drug and Alcohol Dependence*, 117, 172-176.
- f : Kerr, T., Tyndall, M., Lai, C., Montaner, J., & Wood, E. (2006). Drug-related overdoses within a medically supervised safer injection facility. *International Journal of Drug Policy*, 17(5), 436-441.
- g : 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(3), 337-346.
- h : de Jong, W., & Weber, U. (1999). The professional acceptance of drug use: a closer look at drug consumption rooms in the Netherlands, Germany and Switzerland. *International Journal of Drug Policy*, 10, 99-108.
- i : Wood, E., Tyndall, M. W., Montaner, J. S., & Kerr, T. (2006). Summary of findings from the evaluation of a pilot medically supervised safer injecting facility. *Canadian Medical Association Journal*, 175(11), 1399.

第五章 研究發現與討論

第一節 焦點團體之辦理與初步分析結果

本研究焦點團體會議分別於 99 年 10 月至 11 月完成四場座談，其中包含了南部與北部專家焦點團體會議各一場、民間組織焦點團體會議(NGO、NPO)一場以及藥癮者焦點團體會議一場，我們研究團隊很感謝出席的專家、民間組織代表及藥癮者所傳達的意見，以下為統整結果：

表 5-1 焦點團體回饋的海洛因療法結果整理

議題 提取主軸	一、是否設置海洛因療法
持保留態度，應先確認相關配套措施	<p>專家 01：我們可能會對這樣子的議題，其實會保持一個比較保留的一個態度，…也會牽扯到法律層面問題(附錄五 p197)。</p> <p>專家 12：我覺得還是要從修法的方向是比較可行的(附錄六 p258)。</p> <p>民間 01：是有條件的開放…那個才是真正去解決問題(附錄八 p319)。</p> <p>專家 10：我們可以用示範的方式，用一個區域規模示範的方式…在這個過程，我可以不斷的去修正(附錄六 p250)。</p> <p>民間 06：配套措施的部分，就像當初(特赦)放出來大概一萬多個藥癮犯，最後還是回歸回去，</p>

<p>議題 提取 主軸</p>	<p>一、是否設置海洛因療法（續上頁）</p>
<p>持保留態度，應先確認相關配套措施</p>	<p>…那事實上來講我覺得不但是法律上，也覺得是醫療方面的配套措施沒做好(附錄八 p311)。</p> <p>專家 02：如果今天要提供海洛因去替代的話，它應該是個餌，…應該要有長期的服務，那我們又會很擔心的是，台灣常常政策學半套…第一件有可能需要醫療和法務去合作設置，在每個縣市設置物質濫用的防治中心，這樣或許會有幫助；還有第二個就是…應開設物質濫用防制課程，但是都沒有經費…。(專業訓練不足)(附錄五 p206)。</p> <p>藥癮 03：醫師評估，醫師(人力不足)，也要專業的配套才有辦法(附錄七 p299)。</p>
<p>持反對意見</p>	<p>民間 01：我們這個毒品的問題……，配套不足，為什麼配套不足，是因為無心做為，第二個，為什麼法令不全，因為這個叫無知(附錄八 p314)。</p> <p>專家 06：我認為說，從周邊的國家裡面，在亞洲的國家，連日本、新加坡，這麼先進的國家，都不會用替代療法，且刑法蠻嚴重的，那麼，泰國是犯刑嚴重。……這個替代療法我們現在用海洛因替代，我想社會不能夠接受(附錄五 p222)。</p>

議題 提取主軸	一、是否設置海洛因療法（續上頁）
持反對意見	<p>民間 03：按照我們的立場，我們覺得這樣，如果真的有這一天出來（海洛因療法）的話，那我們的戒毒工作在做些什麼？(附錄八 p327)</p> <p>民間 03：我問了我們藥癮者，這可能會助長更多的毒品氾濫(附錄八 p326)。</p> <p>民間 06：他們其實真正靠心理這樣的輔導，成功的人比較有可能長久性(附錄八 p313)。</p>
持贊同看法	<p>專家 11：如果有一種新的方式，他可以補充任何一種可以對於現實狀況可能造成的傷害，我是覺得為何不可？(附錄六 p248)</p> <p>專家 07：可以試用海洛因的，但是要在醫師，在醫師覺得說這個部份（海洛因療法）給你是最好的…。(附錄五 p202)</p> <p>民間 04：海洛因當然我贊成，我是贊成啦，可是問題就是說，我們的配套必須要連前段配套通通都要有…那最根本的問題應該是說，我們要讓他提供他足夠的緩衝。(附錄八 p307)</p> <p>藥癮 01：如果能通過，…，就很好了啦(附錄七 p300)。</p> <p>藥癮 03：只要能實行，就已經很開心了(附錄七 p300)。</p>

<p>持贊同看法，只要對減害是有幫助的，都應推動</p>	<p>藥癮 03：覺得這些措施都很好，對吃藥的人幫助都很大。……我非常贊成。(附錄七 p276)</p> <p>民間 04：我是贊成啦…….我們自己政府（相較於歐洲國家）也應該在這個領域上嘗試錯誤，所以我們才要多元化的進行所有的可能性(附錄八 p330)。</p> <p>專家 08：在我的想法這個是可行的。國外都在做，我們這邊怎麼不能做。…我們要說服民眾，不要讓人認為說我們這個製造一個毒品，合法使用的一個場所(附錄六 p257)。</p> <p>專家 04：法條的修正為毒品要醫療化，除刑不除罪。…… 修正案基本上是贊成海洛因療法。(附錄五 p215)</p>
<p>帶有疑慮</p>	<p>專家 08：一定要有中央統籌單位，現在沒有，都各搞各的(附錄六 p257)。</p> <p>民間 02：這個療法應該歸在衛生署在管呢？還是法務部要管的？(附錄八 p337)</p> <p>專家 15：我覺得是不是可以不要放這麼明確的東西。(附錄五 p216)</p> <p>專家 07：大家對這個美沙冬或是海洛因……還有一些負面觀念(附錄五 p210)。</p> <p>專家 06：我們可以也替代用合成的給你，這名稱上來用個名稱，可能社會還能夠接受啦。但是直接講用海洛因來治療的話，以毒攻毒的話，我看這個這個…（疑慮）。(附錄五 p223)</p> <p>藥癮 03：海洛因只要一吃，就永遠吃下去的……你自</p>

帶 有 疑 慮	<p>已使用以後，…，警察叫你驗尿，就出事情。 (附錄七 p299)</p> <p>專家 10：我們要去界定適用對象是哪一個條件(附錄六 p250)。</p>
------------------	---

施用毒品仍是犯罪：針對將海洛因療法作為藥癮者的替代療法之一，專家之間彼此皆各有不同的立場，司法與警政的專家、以及部分利害關係人（藥癮者）採保留的態度，認為台灣當初在推行減害政策時並無審慎的評估，特別是在法律面，還是將毒品施用視為病人與犯人，並非完全除罪，在此施用即犯罪的思維下推動海洛因處方進行治療，是非常矛盾。

配套與協調不足：同時認為行政院各部會與地方毒品危害防制中心的聯繫往往都有落差，以及在執行前需要將策略考慮周全，才不會推動時，效果無國外研究發現的顯著。藥癮者談到此海洛因處方療法時，也有相同的擔心與疑慮，因為藥癮者是想要接受治療，不是單純想要每天到醫院喝美沙冬來預防愛滋感染，但似乎全台灣擅於藥癮方面的精神科醫師、護理師、心理師、社工師……等專業人才不夠，大學開設訓練成癮課程不足，大致上只有落於喝美沙冬，卻沒有提供心理諮商、行為改變介入、與職業訓練；因此藥癮者憂慮若提供海洛因治療是否會讓他們越陷越深，使得成癮與心理依賴越來越嚴重，將來戒斷情形更困難。

反對者認為海洛因就是毒品：也有專家持反對海洛因處方進行治療的立場，因為仍有許多國家並未施行此措施，而且站在台灣民情的考量，大家對於「海洛因」的字眼，仍根深蒂固定位成「毒品」，除非先將民眾對與傳統的刻板印象予以改正，不然大家很難接受醫師進行毒品施打的治療方式，畢竟多數國家並未贊成，各國都還是有它的疑慮。

能減少傷害是值得的：只是以醫療的角度來看，醫師與公衛專家認為將藥癮者視為病人，且法律的條文予以適度修法，讓醫師能

藉由他們的專業協助藥癮者減少傷害，海洛因療法是值得推動的。只是在對民眾宣傳上需將整個治療的對象與目的表達清楚，不然很容易造成民眾的誤解，而且未來若在推動此政策時，在宣導上需再多加解釋，並盡量讓藥癮者這群隱密的族群能知道這樣的減害措施，才能讓他們有多種選擇的方案。本研究團隊在聽完焦點團體的討論，整理出本研究主持群與邀請專家主要持保留與反對的論點，以及思考到的配套措施：

一、主要反對的論點為下列八點：

- (一) 臺灣專業人力要培養，才不會因人力訓練不足而失敗。
- (二) 政策推動要有一致性與連慣性。
- (三) 缺乏針對成癮心理諮商、行為改變訓練、與職業重塑等服務，效果不彰。
- (四) 擔心海洛因處方的劑量將會隨治療時間增加持續增加且具有高風險性。
- (五) 擔心藥癮者將會永遠依賴海洛因療法，要復原與遠離毒品變成是不可能的。
- (六) 當海洛因成為處方藥時，民眾相對的會將海洛因的看法轉為正向，可能引起年輕人更傾向去嘗試它。
- (七) 其他治療方法將不再被藥癮者接受，最後將可能被忽略或消失。
- (八) 海洛因處方將被轉賣至非法毒品市場。

但以上 4-7 點，這五點疑慮在上一章國外的海洛因處方療法相關研究與文獻，都沒有發現執行海洛因療法會造成這些疑慮的發生。海洛因處方被轉賣至非法毒品市場是有發生在英國，不過瑞士修正方案為必須由醫師親自向藥癮者注射，不能像英國一樣可以攜帶回家，因此在瑞士並無轉賣非法毒品市場問題。

二、以下為幾點可能的副作用，但被認為是可被採用配套措施預防的：

- (一) 藥癮者到不同診所進行海洛因處方療法的治療。
- (二) 海洛因療法注射過量死亡。
- (三) 轉賣海洛因到非法的毒品市場。
- (四) 個人多次的使用海洛因處方。
- (五) 在施打海洛因的影響下，發生非預期的意外事件。

三、根據上述副作用，主持群擬定配套可採取預防的措施為：

- (一) 在戶籍地指定醫院才能進行海洛因替代療法治療。
- (二) 由醫師控制每天所注射或吸食海洛因的劑量，以避免造成過量死亡。
- (三) 設立中央登記處，統一登記藥癮者每日所使用的海洛因劑量，並加強接受海洛因療法不適宜開車宣導，與保管藥癮者駕照以避免車禍意外產生。
- (四) 成立特別安全小組，針對不同情況進行評估及建議。
- (五) 成立專家研究小組，蒐集資料、分析與發現問題，提出非預期意外事件相對應對策。

表 5-2 焦點團體回饋的安全注射室結果整理

議題 提取主軸	二、是否設置安全注射室
持 反 對 意 見	<p>專家 06：目前聯合國 UNODC 對於此作法還沒有修正國際法法條，不應該辦理(附錄五 p222)。</p> <p>藥癮 05：我是覺得安全注射室，我還是不敢去…因為面對很多人，然後還怕警察(附錄七 p283)。</p>

<p>帶有疑慮</p>	<p>專家 11：我不知道誰會來用欸！…那些人（藥癮者）到底是不是真的需要？(附錄六 p260)</p> <p>專家 14：有評估的必要(附錄六 p270)</p> <p>專家 09：我想如何讓這個地方安全的？要設置在何處？民眾會不會反對設置在他家附近？(附錄六 p253)</p> <p>藥癮 07：我覺得這個安全注射室這個其實會不會跳得有點快？因為現在連除罪化都沒有，就跳到安全注射室會不會……(附錄七 p288)。</p> <p>專家 01：我現在很擔心的是，台灣現在有很多事情是學半套，做半套(附錄五 p227)</p> <p>民間 04：我今天（安全注射室）打完了出來了之後，會不會警察在門口等我？(附錄八 p308)</p> <p>藥癮 02：…你說注射室這些，要來吃藥，（警察）在外面等就好了。(附錄七 p284)</p> <p>藥癮 01：進去就知道要幹嘛（別人會知道是海洛因藥癮者）(附錄七 p284)</p> <p>藥癮 02：自己帶東西（海洛因）這個（來注射），…這樣改的人會越來越少(附錄七 p290)。</p>
<p>帶有疑慮</p>	<p>藥癮 06：我覺得來（安全注射室）打得人不會增加ㄟ。(附錄七 p291)</p>

<p>持贊同看法</p>	<p>專家 07：如果安全注射室，有幫藥癮者提供衛教安全針具的情況下這是 OK 的…如果安全好好管理，我相信是好事，所以我對此議題抱著正面的觀念(附錄五 p203)。</p> <p>專家 06：我個人是一定是支持這麼做的，我們不能因為民眾的恐懼，他們的民主性的開放，或民眾的一個觀感不是那麼多的時候，我們就不做我們該做的事情。(附錄五 p225)</p> <p>民間 02：很好，由民間去做其實是比較可以去做的。(附錄八 p323)</p> <p>藥癮 03：我是覺得都很好，很嚮往。(附錄七 p296)</p>
<p>持贊同看法， 但要有 配套措施</p>	<p>專家 11：我的想法一直都是，如果有一種新的方式他可以補充任何一種可以對於現實狀況可能造成的傷害，我是覺得為何不可？沒有理由不行。因為當初美沙冬進來也引發了很多爭論…可能需要大家的共識跟配套。(附錄六 p248)</p> <p>專家 10：這個新的方法，當然有一些配套，一定會有一些溝通的機制，一定會有一些困難……未來要服務的對象，我想應該要建立出來。(附錄六 p266)</p> <p>專家 02：應該要有個完整的治療機制在裡面。(附錄五 p232)</p>

<p>議題 提取主軸</p>	<p>二、是否設置安全注射室（續上頁）</p>
<p>但 要有 配套 措施， 持 贊 同 看 法，</p>	<p>專家 08：我是覺得說真的有必要，我們先辦理示範與評估。(附錄六 p255) 民間 01：是有條件的開放，…後面有刑責這個有法律伺候的(附錄八 p319)。</p>

針對議題二、是否設置安全注射室，許多藥癮者仍持有疑慮，甚至持反對意見，特別是女性藥癮者；因為設置安全注射場所之後，會不會讓民眾對他們的歧視與烙印更大，反而遭受更多異樣的眼光，而且未來應該在哪設置較佳，都是需要審慎評估。再者，國際公約或是聯合國麻醉藥品管制局是否修正相關法條，加上台灣毒品危害防制條例並未對藥癮者除罪化，自己攜帶毒品從家裡到注射場所，是不是造成警察躲在外面準備抓人的情景，的確是需要審慎思考與政策配套。

但也有部份專家與藥癮者持開放的態度，認為只要有良好的醫療監控環境，也能藉此給予相關衛教與醫療轉介，國外研究發現安全注射室對於這群藥癮者能有正面的影響。

本研究主持群針對焦點訪談中，大家所提出的疑慮、對毒品態度等轉換為民調問卷，在下一節將針對民眾的想法進行調查與分析研究。

第二節 藥癮者個別訪談結果

本研究深度訪談對象為五位，收案標準是（1）過去曾使用海洛因；（2）有成癮與戒斷症狀；（3）曾參加美沙冬療法；與（4）願意

參與本研究深度訪談。

一、受訪者基本特性

藥癮者	HIV	性別	年齡	居住地	教育程度	婚姻狀況	海洛因使用時間
A	+	男	49	南部	碩士肄	離婚	10年以上
B	+	男	50	南部	國中肄	離婚	1年
C	+	女	30	北部	國中肄	離婚	10年
D	-	女	30	北部	國中肄	未婚	10年以上
E	+	男	38	北部	高中肄	未婚	10年

二、深度訪談分析

本次深度訪談的目的是瞭解五位藥癮者對於目前美沙冬療法之看法，是否未來設置安全注射室和海洛因療法之可能性。

(一) 美沙冬療法：

1. 藥癮者起初對美沙冬療法的瞭解：

藥癮者起初剛接觸美沙冬時，大多都是監獄宣導、朋友或醫生推薦來參與藥癮治療，且對於美沙冬的概念皆認為是種「成功戒毒」的方法，認為可以幫助完全遠離毒品。只有一位(C)是瞭解減害之目的，知道這是由二級用藥取代一級毒品。但真正「減害」的用意以及美沙冬其實是種治療慢性病，必須維持長久治療才会有較好的減害成效，並非立即協助遠離毒品的方式，C 並不清楚。未來必須針對藥癮者教育美沙冬療法與宣導減害真正意義，以及針對其生活態度與行為進行心理諮商，與行為改變。

A4：他建議我說如果我的藥癮沒有信心自己戒掉的話，參加 xx 減害計畫或許有幫助。

D32：…他（醫生）會說，現在就是來喝，然後慢慢減量，他不會跟妳說要喝一輩子，我不曾聽過醫生跟我這樣說（搖頭），這句話我沒聽過。

E40：那不喝美沙冬，身體也是一樣難過，還是變成另外一種毒嘛！（強調）

2.美沙冬負面影響：

（1）成癮性高且難戒除：

藥癮者實際參與後漸漸感受到美沙冬的成癮性，認為其影響與海洛因相當，所以縱使想戒除但產生之戒斷症狀會痛苦，因此後來有兩位（A、E）將「美沙冬」視為毒品，甚至後悔來使用。

A6：…我一喝就喝了一個月，當我要不去喝的時候，已經來不及了，已經成癮了。而且他的成癮性和症狀比起嗎啡有過之而無不及。

B16：…不過喝美沙冬成癮性非常強，比吸嗎啡還難戒，成癮性比嗎啡、海洛因還難戒，這是他們大部份共同的心聲，那戒癮還要更痛苦，還要難，更難戒，因為嗎啡會讓人睡又睡不著。

E40：那不喝美沙冬，身體也是一樣難過，還是變成另外一種毒嘛！（強調）

（2）治療過程漫長：

美沙冬整個治療的療程因人而異，但研究證實治療越久療效越好，不過本次受訪者認為美沙冬治療成效在協助斷絕海洛因使用與去除戒斷症狀上並不顯著，再加上大多缺乏持續治療耐心與毅力，所以在最後治療的過程中，能長期留置在美沙冬的藥癮者並不多，當中受訪者（D）則一直想要退出。

D17：一定是慢慢的減，可是那需要一段很長的時間，我覺得這治療講起來也沒甚麼，要怎麼說，因為我覺得它（美沙

冬)的時間很久

D18：不是說妳今天想要戒，妳就可以戒起來，就這樣突然給它切起來就好，為什麼就要這麼麻煩（憤怒），每天都在那…然後又很久的時間，真的很久。

(3) 喝藥時間不彈性：

在喝藥時間上，各家醫院規定不一，對於失業在家者像是藥癮者(A、C、D)，可以很容易配合醫院時間，但有工作者會產生困擾，因為喝美沙冬時間剛好介於上班之間，以至於無法配合；在時間上不彈性，導致讓他們不知如何取捨，顯然參與美沙冬治療使他們可以生活穩定，但卻無法正常工作，對此若未來在時間上可以延長或者增設多點，將對藥癮者更便利，產生的效益較大。

A9：對對對（點頭），沒有彈性，比如說你，七點半，八點之前，上班時間之前，或是下班之後延長那個時間，可以讓我去喝美沙冬，那我既可以喝美沙冬，又可以讓我可以工作賺錢，那不是很好嗎？但問題是醫院沒有辦法配合…。

B3：恩（笑）。一般上班都不可能，老闆也不要，所以我給它建議折衷，喝美沙冬有彈性一點，有的可以早一點，有的可以晚一點，有一個伸展的地方。

C14：恩，如果說工作的話，有時候喝藥時間不是晚上像下班時間來不及喝阿，早上先去喝的話就等於會遲到阿。

(4) 設置地點少：

目前美沙冬設置地點雖達到一百處(Huang, et al., 2011)，但對於藥癮者(A、B、D、E)的需求仍有不足，尤其是南部交通不便或偏遠地區，再加上每天需固定往返喝藥，若距離遠常常使得藥

癮者失去恆心或無法維持而放棄治療的主因，這與李思賢（2010）的研究結果發現距離越遠越容易中斷美沙冬治療相符合。另外，工作上主管們未必認同員工得常常請假就醫，特別是因吸食海洛因而就醫。未來在考量設置地點部份，應以交通便捷且需求性大的地區為主軸，以利藥癮者參與治療的便利性。

D3：…，不是說在妳住家的附近就有醫院。然後很麻煩就是有的甚至比較遠，那妳每天都一定要去喝的情況下，…可是有時候就是有的太遠，還是說怎樣變成不方便就對了，對阿，所以就變成有時候懶得去喝還怎樣，很多原因，變成說有時候會沒去。

E49：喝那個很麻煩啦（厭倦），因為我家住離 XX 醫院有一段距離，每天這樣跑很累。

B2：…像我們現在屏東，只有平安，還有幾個點比較少。…就反正鄉下地方，要喝的，去到那個地方，至少都要一個小時的車程。好不容易找到工作，爲了要喝美沙冬，老闆哪有可能時常給你請假，不可能呀！

3. 美沙冬正面的影響：

（1）治療費用比海洛因低廉，但政府補助不公：

藥癮者（C、D、E）在治療費用雖然需自費，但大多認爲比平常買海洛因的價格便宜許多，不再需要想辦法籌錢買海洛因，因而認爲可以穩定社會治安。另外，政府在補助費用上，感染愛滋者有補助，藥癮者則無，所以站在非感染者的角度想，則會有些許的不平衡。

E247：…我是覺得便宜的太多了嘛（強調）。

C4：…不用去籌錢買藥。

C5：對阿，因為又等於我們如果有去的話還可以補助（HIV 感染者）阿，要不然正常來講要差不多一千多塊。

B20：為什麼 H 的同學就不用（錢），我們就要用錢，…就不平衡。

（2）穩定藥癮者、改善社會治安：

藥癮者（D、E）對於政府實施美沙冬療法之後改善許多社會問題，因為美沙冬費用低廉，所以藥癮者比較不會再去犯罪、去尋找毒品，可見美沙冬藥物使他們藥癮者認知與生活較穩定。

D40：…妳吃藥會發現很多問題，妳想想看，有吃藥的人如果沒錢就會想東想西，造成社會很多問題，那今天有美沙冬來講，是不是減少社會很多問題。

E245：因為至少美沙冬推出以後犯罪率真的降低了不少，真的降低了不少。

綜合上述內容，美沙冬療法雖然對藥癮者產生許多負面的副作用，像是美沙冬的成癮性與相關戒斷症狀，紛紛讓藥癮者想戒掉卻又戒不掉，生理依賴後無法脫離，並加上整個治療過程漫長，所以有部份藥癮者會認為美沙冬治療成效不佳，選擇放棄參與治療。也就是台灣藥癮者因為沒有將戒毒治療視為慢性病治療，以為美沙冬可以幫助短時間內完全戒毒，同時沒有預期美沙冬也會成癮，所以認為美沙冬療法在協助完全戒毒與去除戒斷症狀之成效並不顯著。針對這些問題，國外（Amoto, et al., 2005）是加強對於成癮者的教育，並提供心理治療與行為諮商，一方面透過美沙冬降低生理成癮，另一部份是強化改變動機，並建立規律服藥與管理生活的行為。可是國內目前提供的美沙冬療法，雖合併減少愛滋感染的衛教與諮商，但只有少數有提供針對成癮的心理諮商與行為改變治療，因而

藥癮者除了服用美沙冬減少愛滋新增感染之外，並無內在心理（如衝動、依賴）與外在行爲（如忍耐、克服與管理成癮）的改變。

除此之外，藥癮者有提起其他外在因素的影響，治療地點距離遠，喝藥時間與工作時間衝突，此部份未來在增設美沙冬門診時，應考量滿足距離與時間的需求，才能強化治療順從性與可近性。

整體而言，五位藥癮者以站在藥癮者的立場出發，皆認爲需繼續推行美沙冬療法，雖然推動後至今仍有種種不便，但對於台灣藥癮治療部份，因爲仍屬於剛起步，還可以針對藥癮者的需求進行修正，且設置之後的確也讓藥癮者生活趨於穩定，所以藥癮者普遍對此減害政策屬正面支持。

（二）安全注射室：

1. 藥癮者不贊成設置之看法：不認爲自己會用藥過量致死。

藥癮者（D、E）對於自己的注射技術有高度的信心，認爲不會有用藥致死的可能性發生，甚至覺得設置此措施有多此一舉，一點都不需要有醫護人員在場陪同、監督。

D98：……我要注射就在家裡注射就好了，爲什麼還要去那邊？要人在旁邊看著我，有甚麼好看的……。

D102：（搖頭）我相信一個用藥的人，他應該是不可能我在用藥，妳在旁邊看，監督的這個感覺……。

E157：設置場所…沒有提供藥物或是什麼另外療法的話，單獨一個場所，還有一個專業醫師在那邊進駐在那邊的話，我覺得沒什麼用吧，應該是沒有什麼用啦！

E159：（可行性）不高，沒有人會去啦（搖頭）！

2. 藥癮者贊成設置之看法：

由於藥癮者對於急救的知識都不瞭解，所以常常有人因此注射過量致死，這些並不能說他們注射技術不好，因爲每次買回來的海

洛因並無法確定純度與好壞，只能說身邊少了會急救的人，所以才造成遺憾。

(1) 藥癮者本身急救知識不足

C157：這個會擔心（被警方查緝），可是這個問題比較小，總比有人死掉好嘛！

C158：對，而且又有人在旁邊就是看著，如果你打過量的話，像我自己就被急救很多次，以前啦！

C160：……急救是我們自己，自己隨便，也沒有那個常識，就是大部分就是一個人傳一個講說什麼急救，就是捏阿！讓她痛到醒過來阿。

D92：……就算旁邊有人，有的人不會急救，她也會死掉……。

然而，若能設置一個「安全注射室」讓藥癮者可以在裡面安心使用，且身邊也有醫護人員在旁，也讓藥癮者更有安全感，不僅可以避免感染、避免被抓、最後當然也可以避免死亡，讓過量致死的可能性大幅降低。

(2) 避免注射毒品過量致死

C130：如果自己一個人的話，因為很多人都是自己打藥打到死掉的阿！

C150：最重要還有醫護人員他知道怎麼樣急救。

(3) 在醫療監控下更有安全感

B92：不是我的需求，不過我可以代表南部藥癮者的話，如果可以推行這個安全注射室，……我認為最好，因為這是有了一個保障，第一個保障是不用怕被抓到，第二個是不可能再傳染給第二個，第三點不用煩惱會死掉，第四點有安全

感，政府給我的保障。

D143：不會，不會有這樣的感覺（政府鼓勵用藥），因為我覺得有醫生來看住妳，我的感覺就是有人看著妳，這就是盯著他，所以這就不是所謂妳說的，不是在鼓勵他去用藥。

3.藥癮者的疑慮：

（1）擔心被警方查緝的風險

雖然「安全注射室」看似幫助很大，但在多數藥癮者的心中仍有些顧慮，如果今天實施，警方是否就會在外埋伏？還是他們會默默跟蹤？由於毒品施用仍是犯罪，如此被抓風險的可能性高，實在沒有藥癮者敢上前使用，畢竟需自行帶毒品進去，拿著毒品到處跑還得冒著被抓的風險，這些在藥癮者心中有很深的疑慮。

A47：你那個毒品，你要帶過去，這途中會不會有警察跟蹤？而且，譬如說你帶一包藥去，你用一半沒用完，或是三分之一，有殘餘的話，你再帶出來，…也是會怕說，警察會不會在那邊埋伏。

D142：…我不可能拿一包藥每天在那理跑來跑去，這就是最大的問題了，…我覺得一個人又不是神經病，還拿一包藥跑來跑去。

E154：對呀！還要這個路程，除非說那個地方是提供藥物的，我們去那邊可以直接跟政府購藥對不對，定量，有專業醫師在旁邊這樣子，還有可能，你如果叫我們自己去外面找藥買一買帶去那邊打，那我買一買待在家裡打就好。

（2）輿論和身份曝光的壓力

雖然藥癮者知道這是減害措施的一種，然而一般民眾會怎麼看

待他們使用安全注射室？因為藥癮者擔心自己的身份曝光，且民眾對於他們仍視為罪犯且負面看法居多，所以想說服民眾是件困難的考驗。

A67：當然我剛剛說，立場不一樣，…一般社會大眾的那種…輿論的壓力。

A68：…像 HIV 的感染者…萬丹那邊，要那邊設置一個愛滋機構，一曝光而已…那些村民就那個（反對）了。

E221：對啊！就會看一開始的宣傳嘛！宣導讓民眾的觀念會更改阿，改變民眾的觀念說用藥的人她們是病患不是罪犯。

4. 實施前的建議：

儘管藥癮者表達出對於安全注射室的正反兩面，以及所擔憂的事項，對此而言，他們仍提出一些未來可行的建議，首先，像是日據時代發放的鴉片許可證，讓他們可以攜帶鴉片自由進出，才不會有被抓的疑慮。其次，政府各部會皆要有一致的共識，才能讓此政策落實更完善，以免相互抵觸。再者，需加強對民眾多方的正面宣導，讓他們瞭解設置的用意，以避免不必要的抗爭。最後，可以先以試辦的名義，瞭解藥癮者對此措施的接受度及成效，若成效不錯再擴大實施，藉此才能達到減害之目的。

（1）發放許可證

A55：對（類似保護令），或者說他離開現場被守株待兔被逮，這個很重要的一個關鍵。

D109：對（發一個證明），這樣才是，對對對（認同，笑）

（2）政府跨部會需達成共識

A59：還有那個警政單位那邊也要有，要下公文跟他們要說好，大家有一個共識。

C148：如果說政府有規定不能讓警察在門口的話，這樣子應該也是可以，對啊，就是可以幫助少一點的人用藥過量，這樣當然好阿！

A65：…後來就是，正面的宣導，還有他們跨部會的一些默契，後來有充分配合，就比較少，改善很多，的確這一方面改善很多。

(3) 加強對民眾宣導避免誤解

E221：對啊！就會看一開始的宣傳嘛！宣導讓民眾的觀念會更改阿，改變民眾的觀念說用藥的人他們是病患不是罪犯。

(4) 先試辦、看成效、再推行

C132：（若設置了，你敢進去嗎？）應該敢吧，就像喝美沙冬的意思一樣阿，對啊，已經會有一些人先去打頭陣的，只要試過之後，以後就會有人跟著做阿！

從上述藥癮者對於設置「安全注射室」的相關意見其正反兩面都有，持正面的看法大多認為有醫療的監控之下，對於藥癮者較有保障且有安全感，也能避免用藥過量致死的可能性發生。然而，也有部份藥癮者並不認同此措施存在之必要，因為自認經驗豐富，不需要有人在旁監督，且需自行帶毒品過去的風險極高，根本無須自找麻煩。當中提到被查緝之風險對於多數藥癮者而言，也都有這層擔憂，政府若能將這風險降低，也就是必須考慮攜帶少量非法毒品採用不起訴，或許會有更多藥癮者願意嘗試。此外，民眾輿論的壓力，要如何說服與解釋，這是需要考量的，避面造成更多反彈聲浪。

(三) 海洛因療法：

1. 藥癮者皆贊同設置：

藥癮者認為美沙冬治療的時間太長，想尋找新的治療方式，如今有新的「海洛因療法」，訪談的藥癮者都願意嘗試，主要也因為治療的藥物是用「海洛因」，與大家都熟悉此藥物的特性有關，再加上是由醫生指示，在專業度、信任度與接受度上就大幅提升。

A76: 對藥癮者來講，這個(海洛因療法)是一個天大的福音…。

A96: 我個人是贊成(海洛因療法)，但是站在那個一般社會大眾的立場，我覺得反彈會蠻大的。

C173: 我也不知道ㄟ(呵呵)，我不知道別人的想法，…依我自己的話覺得美沙冬跟那個，我當然選擇海洛因那個替代(點頭)。

若在醫療院所設置「海洛因療法」後，民眾就會發現在此進出的就是藥癮者，可能會投以異樣眼光，對此藥癮者的看法如何？

2. 不在意民眾眼光：

藥癮者表示根本不在意民眾怎麼看待他們，因為他們認為自己已經很有勇氣來接受治療，不需要在乎外人的想法。

D129: 吃藥就吃藥哪有甚麼怕別人看到的。

E208: 這就像喝美沙冬一樣嘛，現在進進出出人家也知道嘛，沒什麼差別了啦！

藥癮者們對此海洛因療法都有極高的興趣，但「海洛因」的治療藥費該由誰支付？若讓一般民眾協助支付的可能性很低，若由政府支付的話，背後所需的準備的經費會十分龐大，對此，若由藥癮者自行支付其意願如何？

3. 自費無所謂：

藥癮者在治療費用上都可以接受自費，因為海洛因本身就屬於高單價的藥品，藥癮者（B、D、E）認為若今天能買到好品質、且對戒癮有幫助的藥物，當然願意自掏腰包購買，不然自行在外購買容易買到品質參差不齊的藥品。

B111：自費他們都還會願意去，照排隊…。

D123：…老實說我一樣要花錢買藥，我寧用花錢去跟醫院買藥，因為如果妳在醫院買的藥，就不會像外面亂加，亂弄，這又減少了一個問題，死亡率，…那如果妳今天是從醫生那邊拿的時候，是不是就更安全了…

D138：我覺得未來可以的話可以試試看，就是以自費的方案…。

E194：對啊！他自費的話，至少有政府來採購這些，會比我們在私下購買來的黑市買來的便宜多嘛。

4. 贊成設置的理由：

(1) 不擔心藥物成癮：

海洛因的成癮性對藥癮者來說並不陌生，大家都曉得它的成癮性與美沙冬相比是類似的，但對於藥癮者（A、D），他們並不擔心長期治療之下會讓成癮加重，因為他們相信醫師能帶給予最好的治療，協助他們戒除藥癮，所以並不擔心此問題。

A88：不會（擔心成癮性）

A87：因為一般社會大眾對醫生是蠻信任的，有他的專業。

D132：這個我不會擔心，我覺得這個一定會越用越少（強調）

(2) 可減少社會犯罪：

藥癮者(C)表示說如果大家都使用海洛因療法的話，對於社會治安與犯罪率皆可能下降，如此一來，民眾也較可能接受政府這項醫療措施。

C190：如果她們（民眾）反對的話，我想應該如果會降低犯罪率的話，也不見得會反對阿！

5. 擔憂外界反彈，實施前的建議：

「海洛因處方療法」對於台灣民眾與藥癮者而言，是新的接觸、新的思維，但要如何落實在台灣醫療上，的確是件不容易的事，因為台灣毒品危害防制條例對於海洛因仍屬於一級毒品，除非有法源依據，准許醫生使用作為醫療的手段，不然難以推行。而且如何向民眾說明，藥癮者為何需改用此海洛因療法？這是需要與民眾好好解釋的，以避免民眾對此減害措施誤解。此外，施行海洛因處方療法，也可以與美沙冬療法初期的作法類似，可先試辦，看對藥癮者的影響為何？以及民眾的反應，再看是否擴大推行，以下則為藥癮者提供對於海洛因療法的一些建議作為參考。

(1) 需有法源依據

A85：那你如果要施行這個，這點的話，勢必就是要除罪化，要不然你在這邊打，不用犯罪，你在外面打是犯罪，哪有一國兩制阿，所以你在立法上就是除罪化才能執行。

(2) 加強對民眾的宣導避免誤解

B113：對（認同，需加強宣導）針對這個安全注射室，這個議題宣導以及海洛因療法宣導，針對這問題對症下藥！

D127：也可以說…因為用藥物的人，然後因為現在感染愛滋病的人很多，然後為了大家好，不讓愛滋再擴大，所以來推廣這個，這樣的一個治療，那最主要也是幫助她們（藥癮

者)，然後減少犯罪，…死亡率…。

E189：…宣導說讓一些社會的民眾說藥癮患者是病患，不要用那個罪犯的眼光去看待他們，讓他們懂這點以後，再來推動說，推動說什麼海洛因療法有沒有，民眾可能就比較接受，如果你一開始就推動海洛因療法的話，民眾觀念還沒改過來嘛！還想說這是罪犯，想說政府怎麼讓犯罪公開了。

(3) 先試辦、再看成效

C225：當然就是她們也會有眼睛看阿，如果說試著推動看看，做下去之後就知道了，知道我們到底對我們台灣是好？還是不好？

綜合上述藥癮者對海洛因療法之相關意見，可以從中感受到他們樂意嘗試新的減害措施，甚至有些不在乎民眾的眼光，但卻擔憂民眾對海洛因處方治療的反彈，因為認為民眾對於「海洛因」的接受程度並不高，大多仍停留它是「毒品」且「會上癮」之負面看法，所以藥癮者表示若要求他們自費支付藥費也都願意。但整個在推行的過程中，藥癮者普遍認為是需要有法源依據的，對醫生及使用者才有保障，不然台灣尚未針對毒品施用除罪化。此外，對民眾的解釋需清楚說明，讓他們瞭解藥癮者為何需要這樣的治療，以免造成不必要的抗爭，但這並非短時間可改變民眾對藥癮者的負面觀念。最後，建議實施之前可先試辦，瞭解大家對此的接受度與成效，若能改善且符合社會期望，再擴大實施。

第三節 民調結果與分析

民調題目由研究團隊參考國外文獻的結果，再統整質性焦點與個別訪談的主題，進行民調题目的編擬；民調题目包含基本變項(性別、年齡、教育程度、居住區域)、民眾對於毒品與毒品引發的傷害

與治療之想法、對於政府推動之毒品病患愛滋減害計畫的瞭解與態度、以及海洛因療法與安全注射室兩項新興減害措施的支持程度。有關海洛因療法與安全注射室的詢問題項，主要是根據國外推行這兩項措施的研究成果；由於安全注射室在加拿大、荷蘭與澳洲研究發現有減少用藥致死比率、減少愛滋感染危險行為與愛滋感染率、增加專介至醫療治療的機會、改善公開注射毒品的社會治安；但是加拿大政府與民眾關心安全注射室是否會使得藥癮者可以打毒品而不去治療，加上鄰避效應，共有 6 題。海洛因療法在瑞士、英國與加拿大研究發現有減少愛滋感染、用藥過量致死比率、減少毒品相關犯罪、增加藥癮者身心健康與生活品質，加上對於此療法是否會帶給民眾錯覺可以使用海洛因，共計 5 題。

本次民調的數據在解讀時有些限制，(1) 因為採用隨機選取家用電話，對於沒有電話，或是沒有納入電話的家庭，則無法抽取到；(2) 本研究採用居住區域與性別比例之配額隨機抽樣，並非完全隨機抽樣；(3) 在海洛因處方療法與安全注射室的提問上，因為採用國外已經有的初步研究成果為前提，這些結果是否能適用於台灣，在推論上要謹慎為之。

本研究總計撥通共 5877 通，成功完成電話訪問有 1069 通，成功受訪率為 18.2%。以下針對受訪者的基本特性進行敘述，從表 4-3 中可顯示出本研究男女性別比例上約略各半，當中男生 526 人 (49.7%)、女生 532 人 (50.3%)。在教育程度上共有 1058 人填答，高中/高職人數占最多 340 人 (32.1%)、其次是大學/研究所以上 319 人 (30.2%)，最少的是小學或以下 119 人 (11.2%)。然而，性別與教育程度之間的關係有達統計上顯著的差異， $\chi^2(4, n=1058)=14.4$, $p<.01$ ，其中男生部份，比例占最多是大學/研究所以上 180 人 (34.2%)，最少則是小學或以下有 50 人 (9.5%)；女生部份，占最多的比例為高中/高職 183 人 (34.4%)，最少是初中/國中有 63 人 (11.8%)。從受訪者在教育程度上的差異，也可推測出彼此間的社經地位可能也會有所不同。

在年齡部份共有 1061 人回答，比例最多是 60 歲以上有 254 人

毒品減害措施之研究

(23.9%)，最少是 20-29 歲有 155 人 (14.6%)。而性別與年齡之間在統計上也達顯著不同， $\chi^2(4, n=1061) = 18.7, p < .001$ ，其中男生占最多是 60 歲以上有 154 人 (29.1%)，女生則是 40-49 歲占 142 人 (26.7%)；男生最少是 30-39 歲有 74 人 (14.0%)，女生則是 20-29 歲有 75 人 (14.1%)。在年齡與性別上的差異，可看出受訪者彼此間有世代的差異。此外，撥打電話的時間也會有影響，因為本研究調查時間為早上十點至晚上十點，白天時段大多以家庭主婦或年長者在家居多，而晚上下班時間過後，才可能遇到學生或上班族之民眾。

在居住分布上共有 1069 人回答，整體北部占最多 477 人 (44.6%)、其次南部 302 人 (28.3%)、中部 263 人 (24.6%)，而東部占最少 27 人 (2.5%)。也因東部人口比例太少，所以之後交叉分析並未納入討論，僅以北、中、南區域為主。而性別與居住地區因採比例分配抽樣，所以在統計上並無顯著的差異。

表 5-3 本研究調查對象之基本特性分析

變項名稱	男生		女生		總和		χ^2
	n	%	n	%	n	%	
教育程度(N=1058)							14.4**
小學或以下	50	9.5	69	13.0	119	11.2	
初中/國中	79	15.0	63	11.8	142	13.4	
高中/高職	157	29.8	183	34.4	340	32.1	
專科	60	11.4	78	14.7	138	13.0	
大學/研究所以上	180	34.2	139	26.1	319	30.2	
年齡(N=1061)							18.7***
20-29 歲	80	15.1	75	14.1	155	14.6	
30-39 歲	74	14.0	90	16.9	164	15.5	
40-49 歲	106	20.0	142	26.7	248	23.4	
50-59 歲	116	21.9	124	23.4	240	22.6	
60 歲以上	154	29.1	100	18.8	254	23.9	
居住分布(N=1069)							0.3
北部	233	43.8	244	45.4	477	44.6	
中部	133	25.0	130	24.2	263	24.6	
南部	152	28.6	150	27.9	302	28.3	
東部	14	2.6	13	2.4	27	2.5	
減害計畫(N=1069)							
知道/聽過但不清楚	77	14.5	81	15.1	158	14.8	0.1
不知道	455	85.5	456	84.9	911	85.2	

註：經卡方檢定後，** $p < .01$. *** $p < .001$.

「毒品」的種類隨著科學的進步與化學原料容易取得，種類變得繁多，其中依據我國法律，有合法的也有非法的物質，這些毒品本身潛藏著對人體危害性，但哪一種才是臺灣民眾眼中的「毒品」呢？從圖 5-1 中即可清楚看出，民眾認為的「毒品」，在腦海中浮現的前三項依序為安非他命（695 人）、海洛因／鴉片（457 人）、與大麻（253 人）。前三項都是屬於毒品危害防治條例定義之第一級與第二級非法物質，然而，其中安非他命的人數占最多，有可能受到調

查時鄭進一新聞時事強調使用安非他命的干擾影響。

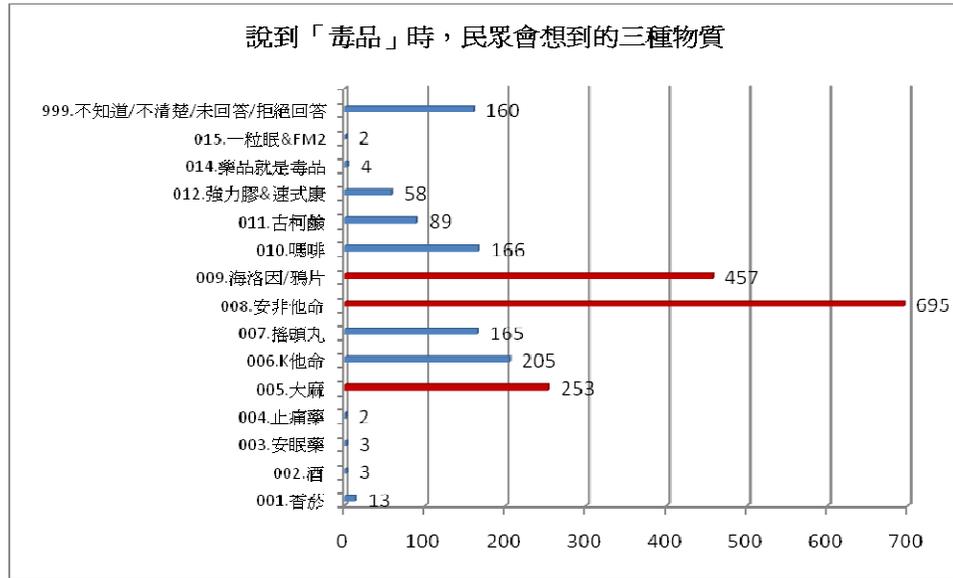


圖 5-1 說到「毒品」時，民眾會想到的三種物質

但從結果上也有另一項顯示，民眾對於香菸、酒、安眠藥、止痛藥等合法物質卻並不視為毒品，所占人數僅只有少數。可能是香菸、酒、安眠藥、止痛藥在台灣仍屬合法商品，可以從合法途徑取得，而且造成身體的危害性並不是廣為傳播與視為違法的，所以在民眾的心目中並不將這些物質聯想為「毒品」，也就是說，民眾認為毒品必須是非法的。反觀安非他命、海洛因/鴉片、大麻等物質在台灣是違法物質，仍需倚賴非法途徑才可能取得，因此，才會造成民眾若談到「毒品」時，會把這些違法物質視為毒品，但其中唯一例外則是醫療上常見的嗎啡，有 166 人將它視為毒品。

從民眾對於「毒品」的認識，大多以法律定義之非法成癮物質為主，接下來是俗稱俱樂部藥物的 K 他命、搖頭丸；這些物質衍生所帶來的危害性，在個人、家庭以及整個社會都會影響，以下就針對民眾詢問其認為毒品可能會帶來的主要傷害為何做初步分析。從圖 5-2 結果顯示，主要傷害的前三項為「產生精神疾病 (468 人)」、

「身體器官衰敗（419人）」、「上癮（145人）」；其次，才是破壞家庭和諧、拖垮家庭經濟、犯罪（偷、搶、盜、暴力）等項目，人數大約介於100到150人之間；其餘像是皮膚病、製造、販賣、運輸及使用毒品本身、無法工作/讀書、用藥過量死亡、違反道德、感染疾病等部份，所占人數皆在100人以下。

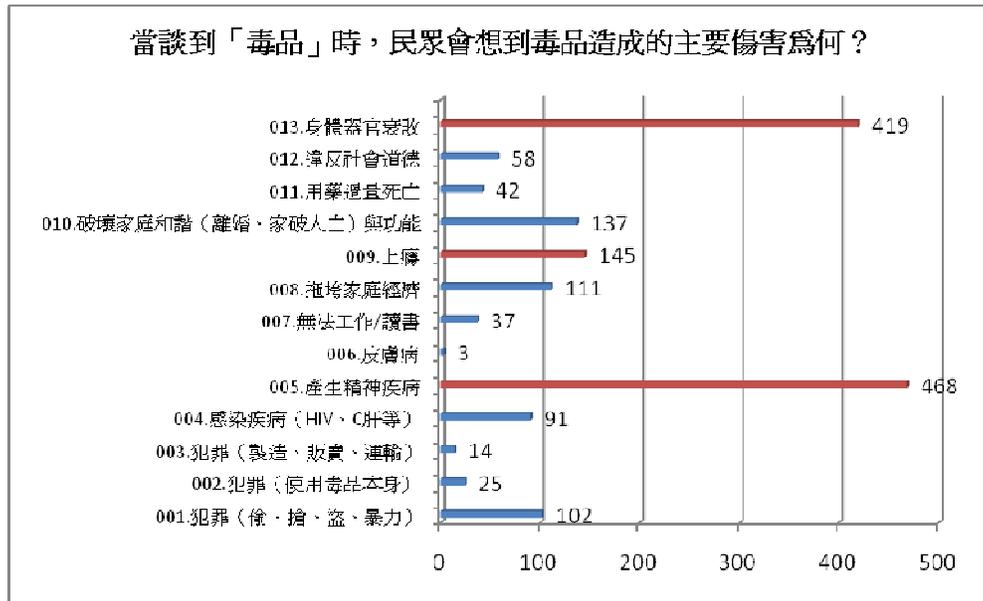


圖 5-2 當談到「毒品」時，民眾會想到毒品造成的主要傷害為何？

由資料可說明大眾對於藥物（毒品）使用的主要傷害是以產生精神疾病、器官衰敗、上癮等個人身心健康影響為首，其次為家庭功能失調，最後才是犯罪對社會治安的影響。民眾會將個人健康的危害放首要，主要可能原因為視吸毒是個人選擇的行為，也因此首當其衝影響最大就是「自己」，因為當使用藥物（毒品）後所產生的各種症狀都是立即性，而且可以馬上感受到，相對的這些危害就顯現了。然而，在家庭功能失調與犯罪這方面，除非家中有親朋好友曾使用非法物質，不然對於一般民眾的感受不深，所以當藥癮者用

藥造成的環境危害就不會太注意。但事實上，相較之下使用毒品所產生的犯罪問題與家庭問題，雖看似與自己無關卻是不容忽視，因為藥物濫用問題若不處理，可能影響的層面會擴大到家人、鄰居、社會甚至整個國家，所以毒品所造成的危害並非只有單一個人必須承受而已。

前述已說明目前民眾對於毒品的認知，大多數都認為是會傷害到個人身心健康、家庭以及社會秩序等多層面影響，但對於藥癮者是否該接受治療？甚至費用該由誰負擔？這些都值得思考之處。此外，政府也積極正在推行的「毒品病患愛滋減害計畫」民眾又是否知道呢？以及未來民眾是否願意贊同設置「海洛因療法」與「安全注射室」的可能性？以下將會從調查結果中進行深入的分析與說明。

一、民眾對於毒品與減害措施的態度

本研究先以各題的整體性進行描述性說明，之後再特別針對受訪者的性別、教育程度、年齡、區域分布、以及是否聽過減害計畫等五項，作為背景變項與本問卷內容進行交叉分析比較。

根據之前所提到的民眾對於「毒品」的概念仍以非法物質為主，非法的概念乃它們所衍生出的危害，著重在產生精神疾病、個人與家庭受損、以及犯罪為主。接下來則詢問民眾的心目中直接或間接造成最多人死亡的毒品為哪三項？其結果由圖 4-3 所示，最多人次前三項為海洛因（569 人）、安非他命（398 人）和大麻（257 人），其次才是 K 他命（254 人）和搖頭丸（211 人）這類俱樂部藥物，但以上皆為非法物質。

被視為合法的酒、香菸、安眠藥、止痛藥等四種物質名列最後，可能在民眾的觀感裡，因為既然物質是合法的，必然是經過國家審查後，對於人體傷害較小，非法物質應是比合法物質更容易造成死亡的可能；加上新聞媒體、報章雜誌、書籍等，每次提到毒品時，大多都以負面報導呈現，偶而加上以死亡的圖文代替。

然而根據 Nutt (2007) 針對 20 種合法與非法物質進行危害風險評估後，發現香菸、酒雖然是合法的物質，但是它們在人體潛藏的

傷害不亞於海洛因。而且 Hall 等人(1999)也分別比較大麻、香菸、海洛因以及酒精的傷害後發現，酒精其實是最危險的一項物質，包含像是交通事故、肝硬化、精神疾病、成癮、影響到胎兒等等。但民眾卻往往低估它們的嚴重性；作者表示是因為政府並未對民眾嚴格規範與管制使用，以及酒與香菸這些物質對於健康的危害性不是立即的，通常需日積月累才會慢慢顯現出來，所以民眾大多輕忽其危害。另外，也有可能因為題目提到「毒品」二字，才讓民眾直覺選擇海洛因、安非他命、大麻等這類屬於第一、二級毒品的項目。

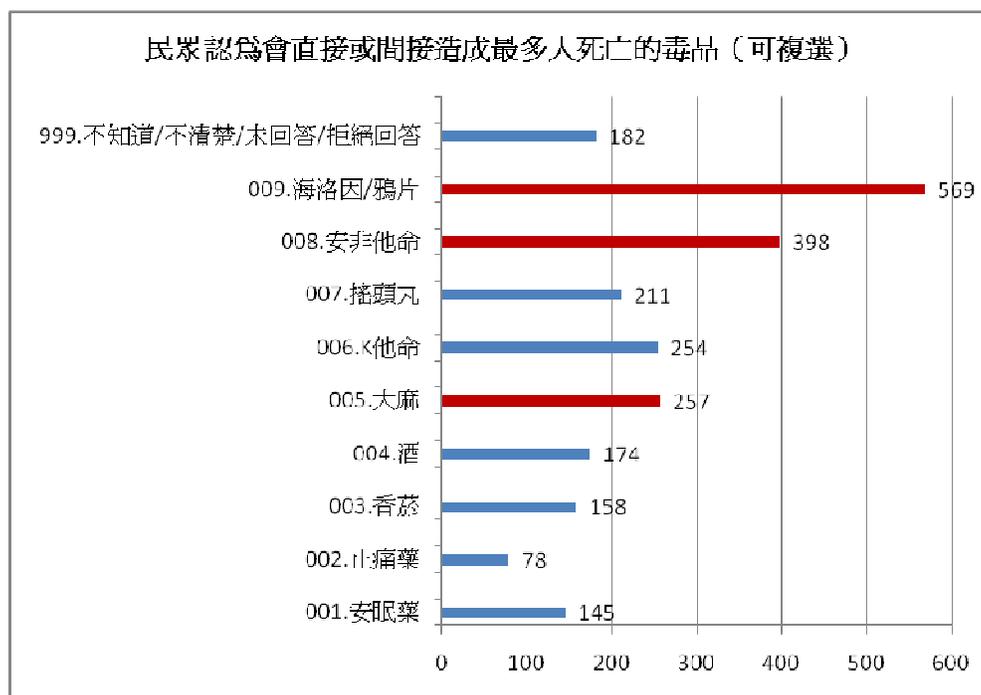


圖 5-3 民眾認為會直接或間接造成最多人死亡的毒品（可複選）

民眾對於毒品的所造成的生理危害性、死亡的可能性、與公共安全危害都曉得，但毒品的問題在國內依舊嚴重，縱使檢調與警方積極的查緝走私，斷絕毒品供貨來源，在醫療上予以藥癮治療，在

毒品減害措施之研究

教育上強調反毒宣導，但民眾對於這些不同的藥物使用，其認為影響有多大？若效法歐洲國家對於毒品採寬鬆的態度看待，台灣民眾的接受度又是如何？以下為詢問台灣民眾對於大麻、K他命、搖頭丸、安非他命、海洛因等五種毒品，他們是否贊成成人合法使用的意見分析。

結果顯示於表 5-4，這五種毒品不贊成的比例都超過九成，其中民眾在 K 他命、搖頭丸、安非他命以及海洛因的部份，反對的人數將近 99%，可能與民眾對於毒品所引發的負面危害有關，像是產生精神疾病、身體器官衰敗、上癮、甚至引發死亡等情形。由此可知，台灣民眾對於毒品使用走向合法化的態度仍趨向保守，僅只有少數民眾持贊同意見。在大麻部份贊成的比例有明顯偏高於其他四項毒品，是否因為國外曾報導荷蘭咖啡屋可以合法使用大麻，以及美國有些州大麻使用合法有關，將來還需要釐清。

藥癮者使用非法物質後，大多同時伴隨有精神疾病、以及對身體健康造成問題的出現，民眾也瞭解這方面的危害，但針對使用毒品會造成生理傷害的疾病觀念，民眾認為藥癮戒治的醫療費用該由誰支付哪？從表 5-4 可以清楚瞭解，整體而言，以認為應該自行給付的占最多 691 人（68%），其次為政府給付 125 人、之後才是個人和政府各半 111 人，贊成健保給付則為最少人支持，僅只有 23 人；將政府與健保給付整合為公家給付，則占 148 人（14.6%），將政府與個人給付各半與視狀況整合為部份給付，占 177 人（17.4%）。由結果可說明，臺灣民眾對於藥癮者藥癮戒治問題，仍偏向毒品使用為個人抉擇，屬個人行為問題，應該由個人負起責任，不應該由大家買單。但也有少部份的人認為，政府是有責任需要負擔他們的支出，這些支持者可能一方面認為每個人都能有追尋健康的權力，就像過度油膩飲食者引發高血壓，仍應該由健保給付，不會因為油膩飲食乃個人抉擇的結果而否定其追尋健康的權力；另一方面認為社會結構性因素也必須納入考慮，亦即貧窮、緝毒與防毒工作能做好，像是若一開始學校反毒預防宣導教育做的好，面對毒品能說「不」；毒品走私若沒有利潤，相對的國民接觸到毒品的情形可能性降低，

後續就不需要解決藥癮的問題。而健保給付部份，在民眾的觀感裡，不應協助支付，可能也與當前健保虧損嚴重，以及擔心又要調漲保費等切身問題相關，所以民眾仍傾向由藥癮者自行給付。

從過去的文獻與現在監禁實況，倘若這些藥癮者不接受治療，繼續使用毒品，其所衍生的公共衛生與社會安全問題會越來越多；像是愛滋與 C 肝病毒的傳播、用藥過量致死、因為要買毒品產生的性交易、偷、搶、盜以及使用毒品後產生的幻想與暴力等問題。世界衛生組織明確表示如未加強治療藥癮與協助藥癮者管理其戒斷與生活，對於民眾與社會是個嚴重的威脅，所以詢問民眾對於藥癮著的危險行為是否有概念，結果發現民眾對於使用毒品可能造成用藥過量死亡的概念有 1033 人（97.8%）都知道，僅 23 人（2.2%）並不清楚，可詳見表 5-4。

此外，民眾對於共用針具是否感染愛滋病毒的知識，整體也有 1011 人（96.7%）知道共用針具會感染愛滋病毒，只有 34 人（3.3%）並不知道（表 5-4）。由此結果說明，只有極少數民眾對於藥癮者的危險行為並不瞭解，有九成六以上的民眾，過去幾年政府宣導愛滋傳染途徑後，是具有這方面的知識。

表 5-4 民眾對於成人合法使用物質、藥癮戒治費用之態度與是否聽過減害計畫

請問下列藥物中，您會贊成成人可以合法使用嗎？	不贊成		不太贊成		還算贊成		贊成	
	n	%	n	%	n	%	n	%
大麻(n=1054)	991	94.0	20	1.9	20	1.9	23	2.2
K 他命(n=1052)	1042	99.0	4	0.4	2	0.2	4	0.4
搖頭丸(n=1058)	1049	99.1	3	0.3	2	0.2	4	0.4
安非他命(n=1061)	1050	99.0	5	0.5	1	0.1	5	0.5
海洛因(n=1060)	1050	99.0	4	0.4	3	0.3	3	0.3
民眾對於藥癮戒治的醫療費用給付(n=1016)	公家給付		自行給付		部份給付			
	n	%	n	%	n	%		
	148	14.6	691	68	177	17.4		
民眾對於使用毒品可能造成用藥過量而死亡之概念(n=1056)	知道				不知道			
	n		%		n		%	
	1033		97.8		23		2.2	
民眾對於共用針具注射毒品會感染愛滋之概念(n=1045)	知道				不知道			
	n		%		n		%	
	1011		96.7		34		3.3	
民眾是否知道政府正在推行「毒品病患愛滋減害計畫」(n=1069)	知道		聽過/但不清楚		不知道/沒聽過			
	n	%	n	%	n	%		
	60	5.6	98	9.2	911	85.2		

從上述結果得知九成民眾對於使用毒品可能造成的危害及影響都有正確的概念，但對於如何防治這些藥癮問題，國內政府已在近幾年大力推行「毒品病患愛滋減害計畫」，目的是為了降低藥癮愛滋

的感染率，但一般民眾對於此政策有超過 85%以上（911 人）的人並未聽過，也有 9%（98 人）的民眾是聽過但不清楚實際內容，表示真正知道的僅只有 5%（60 人）。由此可知，大部分民眾幾乎不清楚政府在毒品病患愛滋減害計畫的各項措施，亦即政府並未向民眾宣導相關計畫與配套措施，如何增進民眾對於政府在此施政之作爲部份需要檢討，是否只針對藥癮者做宣傳，卻忽略對一般民眾，亦或者是醫院中單張、海報不足、曝光率不夠，以至於民眾對於這方面的資訊太缺乏。另外，也有可能民眾本身並無類的需求，相對的也較不會主動去瞭解這部份的訊息，這就得需要靠新聞媒體、報章雜誌多做正向介紹，民眾才有可能瞭解。

然後本研究從「知道或聽過但不清楚」的民眾中，去瞭解他們對於各項減害計畫的支持度，包括美沙冬計畫、清潔針具、衛生教育與諮詢、以及個案管理等四項政策，詳見表 5-5。

在有聽過美沙冬療法的 99 位受訪者中，整體有 35 位不贊成、9 位不太贊成、15 位還算贊成、40 位贊成。當中可看出有 55%的民眾是支持這項措施，但有 45%的民眾是反對的，是否因爲民眾對此療法的並未真正瞭解而反對，這就不得而知，但現在全台灣已經有在各醫療院所增設「美沙冬門診」，未來應加強民眾對此療法的認識，提升他們對此療法的正面看法，慢慢可以重新接納這群藥癮者，讓他們可以接受醫院的藥癮治療，這樣才能真正降低危險行爲之風險、也可提升藥癮者的穩定性，進而促進整個社會秩序安全。

針具交換部份有 141 位聽過，整體有 57 位不贊成、11 位不太贊成、14 位還算贊成、59 位贊成。從結果也可看出有 48%的民眾是反對的，但仍有 52%支持這項政策，雖然有半數的民眾支持這項針具交換，但執行上仍有許多障礙，需要一一克服，例如像之前媒體只要一報導哪邊有針具販賣機，立即引發附近民眾的撻伐，使得當地衛生局被迫予以拆除。其實政府的美意，對於減害的目的確實是有益的，但對於媒體與民眾的再教育，是需要花點心思設法改善他們的觀念，才有可能持續推動各項政策，才能讓整個政策落實的更完整。

另外，衛生教育與諮詢部份共有 147 位聽過，整體有 92%（135 位）的民眾是正面支持的，僅有 8%（12 位）是持反對的態度；個案管理部份有 142 位聽過，民眾對此的支持度與衛教諮詢相當，整體也有 92%（131 位）採支持的看法，僅 8%（11 位）反對。這兩項政策與上述美沙冬療法與針具交換相比，支持的民眾明顯高出許多，因為一般民眾對於平常健康問題也都曾詢問過醫療專業人員，對此在衛生教育諮詢上以及個案管理也較不陌生，且光看字面上也能理解，相對的也就能予以更肯定的態度去支持這項政策。

表 5-5 聽過毒品病患愛滋減害計畫之民眾對於各項減害措施的支持度

變項名稱	不贊成		不太贊成		還算贊成		贊成		總和	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
美沙冬療法(N=99)	35	35.4	9	9.1	15	15.2	40	40.4	99	100
針具交換(N=141)	57	40.4	11	7.8	14	9.9	59	41.8	141	100
衛生教育與諮詢(N=147)	9	6.1	3	2.0	13	8.8	122	83.0	147	100
個案管理(N=142)	7	5.0	4	2.8	12	8.5	119	83.8	142	100

在目前推動的「毒品病患愛滋減害計畫」中，主要的措施有美沙冬療法、清潔針具交換、相關愛滋教育諮詢與服務等，就這些推動的措施而言，美沙冬療法是使用二級管制藥品的美沙冬藥劑來取代一級管制藥品的海洛因，針具發放與交換是直接提供無菌針具讓藥癮者可以注射使用，但這樣的減害措施是否會讓民眾誤會政府有鼓勵民眾使用毒品的觀念？本研究特別調查一般民眾對此減害措施的作法是否會認為有縱容毒品使用的看法，其結果如表 5-6，整體贊成會縱容毒品使用的人數有 407 人（45.4%），還算贊成有 124 人（13.8%），有將近六成的民眾是認為減害計畫是有縱容毒品的傾向。但是，也有四成的民眾對於此政策是持正面看法，其中有 276 人（30.8%）不贊成，90 人（10%）不太贊成。可見政府在宣導上是有改善的空間，畢竟前面題項顯示「知道」減害計畫只有 5%的民眾，其餘皆是不清楚或根本不知道，因而導致對毒品病患愛滋減害計畫

的認知有出入，未來若加強民眾對此作法的宣導，讓他們可以真正瞭解其目的與效益，相信對於正向的支持將會大幅提升，也就能對藥癮者帶來更多的幫助。

表 5-6 對於之態度推動減害措施，是否有縱容毒品使用的態度

民調題目	不同意		不太同意		還算同意		同意	
	n	%	n	%	n	%	n	%
推動減害措施是否有縱容毒品使用(n=897)	276	30.8	90	10.0	124	13.8	407	45.4

二、新興毒品減害措施

對於藥癮者的減害措施中，並非只有上述幾項而已，部份歐洲國家、澳洲、加拿大等近年來也提倡新興減害措施，透過更多元化的醫療戒治服務，來減少藥癮者對於個人、家庭、與社會的傷害。設置「安全注射室」與由醫師提供「海洛因」來治療便是主要的新興毒品減害措施。值得我們提醒的是，提倡新興毒品減害措施的這些國家，其國家毒品政策主要在毒品使用者上採開放的政策，主張使用者是病人。

(一) 安全注射室

安全注射室主要讓藥癮者可以自行帶海洛因、K 他命等藥物進去的一個場所裡，並在醫療人員的監控下，協助使用無菌針具，自行注射藥物（毒品）。這樣的作法在文獻中發現，不但可以降低用藥過量致死的可能性，藥癮者用玩不會隨意丟棄用過針具，而且也能避免愛滋的傳播，進而改善公共衛生與社會安全。所以設置「安全注射室」在台灣民眾的眼中是否得以接受哪？以下就是本研究的調查結果說明。本研究詢問「安全注射室」共計六題，其內部一致性的檢定（Cronbach's α ）值為 0.88，當內部一致性超過 0.8 表示問卷信度極佳(Cronbach, 1951)。

表 5-7 對於設置安全注射室與提供海洛因療法之態度

題目	不贊成		不太贊成		還算贊成		贊成	
	n	%	n	%	n	%	n	%
安全注射室								
1.在醫療監控下，設置「安全注射室」 (n=1027)	686	66.8	71	6.9	66	6.4	204	19.9
2.能減少疾病與死亡的發生，設置「安全注射室」(n=1028)	466	45.3	86	8.4	124	12.1	352	34.2
3.可增加藥癮者與醫療接觸，設置「安全注射室」(n=1020)	413	40.5	74	7.3	133	13	400	39.2
4.可減少社區與毒品相關犯罪，設置「安全注射室」(n=1036)	392	37.8	84	8.1	132	12.7	428	41.3
5.在自家 500 公尺內，設置「安全注射室」(n=1036)	699	67.5	78	7.5	84	8.1	175	16.9
6.藥癮者可能不去醫院治療，設置「安全注射室」(n=1020)	775	76	66	6.5	49	4.8	130	12.7
海洛因療法								
1.未來准許醫生使用醫療用海洛因作為藥癮治療(n=954)	407	42.7	65	6.8	133	13.9	349	36.6
2.若可減少感染與死亡機率，提供海洛因療法(n=1000)	298	29.8	75	7.5	151	15.1	476	47.6
3.若可減少社區與毒品相關犯罪，提供海洛因療法(n=1016)	296	29.1	71	7	149	14.7	500	49.2
4.若使用海洛因療法可減少我們社會成本，提供海洛因療法(n=1014)	281	27.7	70	6.9	131	12.9	532	52.5
5.若使用海洛因療法可能會讓藥癮者永遠成癮而無法恢復之下，提供海洛因療法(n=988)	773	78.2	56	5.7	55	5.6	104	10.5

表 5-8 對於設置安全注射室與提供海洛因療法之贊成態度

安全注射室	不贊成		贊成	
	n	%	n	%
1.在醫療監控下，設置「安全注射室」(n=1027)	757	73.7	270	26.3
2.能減少疾病與死亡的發生，設置「安全注射室」(n=1028)	552	53.7	476	46.3
3.可增加藥癮者與醫療接觸，設置「安全注射室」(n=1020)	487	47.7	533	52.3
4.可減少社區與毒品相關犯罪，設置「安全注射室」(n=1036)	476	45.9	560	54.1
5.在自家 500 公尺內，設置「安全注射室」(n=1036)	777	75.0	259	25.0
6.藥癮者可能不去醫院治療，設置「安全注射室」(n=1020)	841	82.5	179	17.5
海洛因療法	不贊成		贊成	
	n	%	n	%
1.未來准許醫生使用醫療用海洛因作為藥癮治療(n=954)	472	49.5	482	50.5
2.若可減少感染與死亡機率，提供海洛因療法(n=1000)	373	37.3	627	62.7
3.若可減少社區與毒品相關犯罪，提供海洛因療法(n=1016)	367	36.1	649	63.9
4.若使用海洛因療法可減少我們社會成本，提供海洛因療法(n=1014)	351	34.6	663	65.4
5.若使用海洛因療法可能會讓藥癮者永遠成癮而無法恢復之下，提供海洛因療法(n=988)	829	83.9	159	16.1

第一題：民眾對於將「安全注射室」設置在醫療監控下，讓藥

毒品減害措施之研究

癮者進行注射是否贊成的比例如表 5-7 所示，整體來看不贊成有 686 人（66.8%）、不太贊成有 71 人（6.9%）、還算贊成有 66 人（6.4%）、贊成 204 人（19.9%）。由表 5-8 得知，將近 3/4 民眾對於設置安全注射室仍持反對意見，有 1/4 持贊成的意見。雖然反對的民眾達 3/4，但民眾從字面上瞭解的情況下就有 1/4 的支持度，倘若國內政府在實施此計畫前多多宣導，或許民眾就能瞭解設置的目的與效益，就能更有效的推動此政策，因為過去從澳洲的經驗，設置安全注射室前後經過兩年的宣導與衛教後，民眾的支持度會慢慢提升 (Thein, Kimber, Maher, Macdonald, & Kaldor, 2005)。

有關安全注射室調查之第二題至第四題則是分別依據過去研究之發現，告知安全注射室設置後，若可以改善公共衛生與社會秩序，民眾是否會支持哪？

若設置後，確實能減少疾病與死亡的發生，民眾對於安全注射室之看法，其整體贊成的比例有 46.3%趨近於一半(表 5-8)，表 5-7 顯示當中贊成的有 352 人（34.2%）、還算贊成 124 人（12.1%）；而反對的比例為 54%，當中不太贊成 86 人（8.4%）、不贊成 466 人（45.3%）；

設置後，若可以增加藥癮者對於醫療的接觸，民眾是否會贊成設置安全注射室哪？結果如表 5-8，整體贊成的比例已超過半數，有將近 52.3%，表 5-7 顯示其中贊成有 400 人（39.2%）、還算贊成有 133 人（13%）；而反對的比例中，不太贊成有 74 人（7.3%）與不贊成有 413 人（40.5%）。

最後，若可減少社區與毒品相關犯罪情形，其民眾是否贊同設置安全注射室哪？表 5-8 結果顯示整體有 54%的民眾贊成，表 5-7 顯示其中有 428 人（41.3%）贊成、還算贊成 132 人（12.7%）、不贊成 392 人（37.8%），不太贊成 84 人（8.1%）。

這三題除了是依據國外過去研究結果，也都呼應之前民眾談到毒品時，民眾關心毒品使用可能產生的主要傷害為何？從之前圖 5-2 結果，民眾主要認為毒品使用會傷害身體健康之相關問題，其

次就是家庭失調、再者就是犯罪問題。倘若設置後可以增加他們對於醫療的接觸，相對的就可以治療或是減少精神疾病的發生，也伴隨可以降低藥癮者愛滋的傳播與用藥過量死亡的發生，同時降低使用毒品的風險。雖然仍有部份民眾反對設置安全注射室，但其實臺灣民眾有健康人權素養，所以有超過五成民眾在希望藥癮者可以減少疾病，可以增加醫療上的接觸，看是否能因此穩定或協助戒除藥癮。這樣的結果剛好也與行政院在修訂毒品危害防治條例方向相符，將藥癮者視為病人的觀念漸漸融合，藉此也能達到管理這群個案讓他們能受到合適的治療。再加上民眾其實也擔憂藥癮者對於社會所產生的各項犯罪，設置後若能改善社區治安與穩定公共秩序，減少毒品相關犯罪，相信民眾都會樂意配合與支持。改善的相關影響之民眾的態度分析，大致上都採正向的支持，且贊成的比例皆明顯高於第一題。

鄰避效應 (Not in my backyard) 一直是民主國家在嫌惡設施，如垃圾焚化場、核電廠等，經常遭遇的民眾反應；從上述四題有關安全注射室的結果中，超過半數民眾都認為如果可以改善公共衛生與社會安全，會傾向認同設置；但如果「安全注射室」設置在自家 500 公尺以內的醫療院所民眾之看法，又是如何哪？結果如表 5-7 與表 5-8。整體而言，反對的比例增加超過半數達到 75% (777 人)，贊成的比例只剩 1/4 (259 人)；這可能與設置後環境可能會潛藏著民眾主觀感受到生命、財產受到威脅有關，因為多數的民眾對於藥癮者仍存有不信任感，藥癮者也確實因為缺錢買毒品會有偷搶盜與感染疾病，因此整體社會對於他們的負面觀感太深，民眾大多無法接納藥癮者在自家附近注射海洛因，顯現出目前臺灣社會文化適用性上，還需要保守考量。亦即要解決這樣的鄰避效應，是需要多方的宣導、協商與評估，前置作業需瞭解當地居民的接納度，以及整個計畫實施方案對於當地房屋成交價的影響評估等，在民眾、政府、藥癮者三方都應達成共識，才能有效的推動此政策 (Tempalski, Friedman, Keem, Cooper, & Friedman, 2007)。

最後，針對若設置後，是否會使得藥癮者繼續注射海洛因，因

而可能不去醫院接受治療，民眾是否還贊成設置哪？看法如表 5-7 所示，不贊成有 775 (76%)、不太贊成 66 人 (6.5%)，還算贊成 49 人 (4.8%)、贊成 130 人 (12.7%)；由表 5-8 可知，整體有八成的比例，認為會使得藥癮者繼續注射海洛的話會反對設置安全注射室，但也有兩成的民眾採正向的態度。

總結來說，針對安全注射室之設立，在民眾的心態中是認為設置安全注射室後，若能改變藥癮者的身心健康狀況，以及穩定社會秩序之下，民眾半數以上採正面支持的看法，但是如果未能改善藥物（毒品）所造成的傷害時，或是沒有減少與戒除毒品使用時，民眾則傾向反對。同時此議題也有鄰避效應，設在距離自己住家以外的地方較可能被接受。所以未來政府若要推行此措施，應事先加強宣導政策的目的、可能有的正向效果與影響性，並減少負面的猜疑與說辭，讓民眾能對此政策能帶來的效益增加信心，進而鼓勵藥癮者能參與並獲益於政府所推行的減害政策，來改善整個社會。

（二）海洛因療法

另一項新興藥癮減害政策「海洛因療法」的設置，是因為美沙冬維持療法在過去研究中，發現對於海洛因成癮者來說，並非都能產生預期的療效，更精確的說，追蹤研究（李思賢，2010）發現美沙冬維持療法僅能影響約三成的藥癮者持續維持在治療中，所以有七成在接受美沙冬治療後，不管是因為美沙冬副作用無法忍受，或是美沙冬治療無法協助管理戒斷症狀與渴求，似乎美沙冬藥劑無法帶來治療效果；對於美沙冬療法反映不佳的個案，許多國家可改以「海洛因療法」作為新的治療方式，但前提仍是針對美沙冬藥物治療效果不佳的藥癮者，給予「醫療用海洛因合併心理諮商」進行治療。但由於海洛因在台灣仍屬於一級管制藥物，屬於非法藥物，且在一般民眾的心理是否很難想像海洛因也能提煉作為一項醫療治療的藥物，因此本研究詢問民眾對此海洛因療法設置的態度為何？共計詢問五題，內部一致性的檢定（Cronbach's α ）值為 0.87，內部一致性係數超過 0.8 表示極佳（Cronbach, 1951）。

首先詢問民眾，若未來准許醫生使用「海洛因」進行藥癮療法，民眾是否贊成實施此療法之態度，結果如表 5-7 與表 5-8。電訪結果贊成與不贊成反應大約各半，其中有 349 人（36.6%）贊成、133 人（13.9%）還算贊成、65 人（6.8%）不太贊成、407 人（42.7%）不贊成。有些民眾也許對海洛因，治療方式在經過短暫說明，仍未有時間仔細思考與瞭解，依舊視為非法毒品；可能也擔心海洛因本身所帶來的個人健康影響或上癮等問題而傾向不贊成。但也有一半的民眾支持海洛因療法。這樣的結果與加拿大所做的民調結果相比較，加拿大法院特別赦免毒品使用為無罪，同時事前政府皆有向民眾辦理說明會宣導過海洛因療法可帶來的效益，所以支持者的比例比本研究高出 1 至 2 成(Cruz, Patra, Fischer, Rehm, & Kalousek, 2007)，也就是說，加拿大可能一直是由醫護人員把關，且具有醫療藥物成癮的專業性，民眾也就能放心讓藥癮者使用醫療用海洛因。在瑞士，相關文獻研究結果也表示受到海洛因療法的影響，不但在治療的留置率明顯高於美沙冬治療，其對於藥癮者本身的穩定性也有改善；所以如果要實施海洛因療法，為了避免民眾的疑慮與擔憂，應在實施前的說明並解釋清楚是最為重要的，以致讓更多藥癮者與民眾瞭解其目的。

接下來三題則針對未來若實施海洛因療法，說明可能帶來的正面效應與影響，民眾的態度會是如何哪？結果呈現於表 5-7 與表 5-8。

詢問若實施海洛因療法，確實可減少藥癮者之傳染性疾病感染與死亡機率，整體有 63%的民眾表示贊成海洛因療法，有 37%的民眾反對，其中贊成有 476 人（47.6%）、還算贊成 151 人（15.1%）、不太贊成 75 人（7.5%）、不贊成有 298 人（29.8%）。

表 5-7 與表 5-8 中顯示若實施海洛因療法後，可以減少社區與毒品相關犯罪的民眾態度；結果大多也是採支持的看法，贊成的比例是 64%，其中贊成有 500 人（49.2%）、還算贊成 149 人（14.7%），不贊成有 296 人（29.1%）與不太贊成有 71 人（7%）。

下一題則提到，若實施海洛因療法可減少我們的社會成本，民眾之看法，整體贊成比例約 65%，當中贊成 532 人（52.5%）、還算贊成 131 人（12.9%），而不太贊成與不贊成共 351 人（35%）。

由上述這三題的結果得知，整體民眾的態度也與先前詢問安全注射室題項的結果相呼應，民眾相當在乎推行政策時，對於公共衛生議題與社會秩序等部份是否有正向影響。若可藉由「海洛因療法」來降低健康風險的發生率、減少治安問題與家庭衝突，進而減少國人的必須付出的社會成本，民眾會改變原來不贊成的態度，所以若能讓民眾瞭解實施新興毒品減害措施，很可能會為台灣社會帶來更多好處，將有更多的支持者採正面的看法，來鼓勵藥癮者接受治療。

當然，在討論使用海洛因做為治療藥劑時，也會有是否因為給予海洛因治療，而使得藥癮者一生使用海洛因的疑問？本研究針對這樣的想法詢問民眾，若使用海洛因療法之後，很可能讓藥癮者永遠成癮而無法恢復，民眾是否支持海洛因療法哪？結果民眾看法是不贊成海洛因療法的比例約 84%（表 5-8），不贊成約為 16%，當中不贊成 773 人（78.2%）、不太贊成 56 人（5.7%）、而還算贊成 55 人（5.6%）、贊成 104 人（10.5%），可詳見表 5-7。這就與前述一題項，詢問若設置「安全注射室」之後，藥癮者可能不去治療的情形類似，民眾在對於藥癮的態度上，還是希望藥癮者自己會願意負責，並已戒除繼續使用毒品為目標才是。所以當結果可能是繼續使用海洛因時，先前雖然海洛因療法可能產生正面影響，在此會表示反對，顯示民眾還沒有將「藥癮」視為一種大腦的慢性疾病。但這是民眾心目中的疑慮，若政府未來在實施前，需要能妥善想好說服民眾的方式，宣導成癮為大腦慢性疾病，就如同糖尿病、高血壓等，共同特色是無法治癒，治療只能給予病患維持身體功能，再透過心理諮商與行為訓練，建立健康促進生活形態，如此是目前科學研究結果認為對藥癮最好的處置。合併之前幾題結果，多加強調實施的好處與正向影響的話，民眾對海洛因療法的負面觀感可能會因此改變，對於去除社會烙印也會有幫助，導致會有更多的藥癮者前往參加治療，治療的效果就會更顯著，影響的層面就會更廣。

三、交叉推論分析

在針對整體的回應說明之後，本研究進一步以性別、世代、教育程度、以及之前是否聽過毒品愛滋減害計畫做交叉分析，檢視不同族群在新興減害措施的態度是否不同。表 5-9 到表 5-25 是呈現交叉分析後的結果。

（一）性別差異分析：

「性別主流化」是目前世界各地在推行的概念，各項政策的制定都應該加入性別的考量，因為性別的不同，思考與需求也就不同，所以本研究特別將性別納入分析比較，瞭解彼此之間的相關性，結果發現在對毒品的相關知識上並未有顯著的差異；對於藥癮醫療給付部份，男女雙方大多也傾向需自行給付，僅少數認為可以健保給付。另外，在目前國內政府所推行「毒品病患愛滋減害計畫」的瞭解程度上，男女在此部份也未達顯著的不同，其各項減害計畫的支持度上也無任何差異。

在「安全注射室」各項議題中，性別並未有顯著差異，只有鄰避效應一題，當詢問民眾對於將「安全注射室」設置在自家 500 公尺以內的想法，在性別比例上則有明顯的不同， $\chi^2(4, n=1036) = 4.0, p < .05$ ，事後比較得知男性可以接受設置在自家附近的程度明顯高於女性，反之，女性則傾向較不贊成，可詳見表 5-19。對此結果，我們推測是否因為女性對於遇到突發事件，特別是毒品與犯罪情況，女性處理通常較處於弱勢。以及在考量到平時常需單獨在家照顧年長者、孩子，若將「安全注射室」設置在住家附近，相對於女性們較無安全感，無形中也對她們的環境產生了威脅。相比之下，男生先天上危險評估不像女生，也自認為較有能力可以應付外來環境中突發的事件，以及男生本身先天上的特質較勇於冒險且好勝心強，可能導致安全注射室設置在住家附近的醫療院所也較能接受。

最後，民眾在「海洛因療法」所有題項的態度上，男女性別經過卡方檢定後並無顯著的差異。

（二）教育程度：

毒品減害措施之研究

本研究雖未收集到收入部份，但從教育程度的高低，除了反應對於訊息解讀的能力，也間接代表個人的社經地位；因為高學歷的民眾，大多都為白領階級，具有較高收入所得；低學歷的民眾，大多都為勞工階級，收入相對較低。以下把教育程度納入各題中進行分析比較，並將結果達統計顯著的做討論及說明。

在藥癮戒治的給付上，在教育程度上並未達統計顯著的差異。民眾在毒品的相關知識中，對於使用毒品會造成用藥過量致死的概念，在教育程度上並未達統計顯著。

在共用針具會感染愛滋的知識上有達統計顯著差異， $\chi^2(4, n=1034) = 26.8, p < .001$ ，且經 Bonferroni 事後比較發現，知道共用針具會感染愛滋部分，專科的學歷明顯高於初中/國中；大學/研究所以上知道共用針具會感染愛滋的比例也明顯高於初中/國中和國小或以下教育程度的民眾，詳見表 5-12。由此可知，高學歷的民眾對於共用針具會感染愛滋的知識上，是明顯優於低學歷者。對此結果可能因為低學歷者本身對於衛生教育訊息的理解程度較慢，亦或是本身接觸的到這類議題的機會就較少，相較於在愛滋傳染行為的知識獲得上較不足。所以建議未來醫護人員或專業人士在提供衛教知識上，是需要考慮個案的教育程度，以及應主動去提供各項知識給低學歷民眾，而非等待民眾來詢問，因為低學歷者可能理解較慢而採被動的方式去學習。

民眾對於政府目前正在推行的「毒品愛滋減害計畫」、各項減害措施的支持度、以及這些減害措施在民眾的心裡是否會有縱容毒品的看法，經過統計分析，在教育程度交叉分析後未達統計顯著的差異。

在「安全注射室」之題項中，是有三題與教育程度的交叉分析呈現統計顯著的差異。從表 5-17 的結果顯示，民眾對於設置安全注射室後，可增加他們對於醫療接觸的看法上有差異， $\chi^2(12, n=1009) = 14.2, p < .05$ ；進行事後比較後發現，教育程度在大學或研究所以上的學歷，贊成設置安全注射室的比例明顯高於初中/國

中。此外，民眾對於設置安全注射室後，可減少社區與毒品相關犯罪也有達顯著差異， $\chi^2(12, n=1025) = 28.6, p < .01$ ，結果發現初中/國中以及專科學歷的民眾不太贊成的比例明顯高於大學/研究所以上，詳見表 5-18。但從這兩題設置安全注射室後，若可提升效益的部份來看，高學歷的民眾大多傾向贊成，反之，低學歷者卻是反對。

教育程度可能造就考量的觀點不同，因為高學歷者對於自己的生命健康可能越重視，也就對於各種健康相關議題，以及有利於自己的各方影響，會更加關注，而且教育程度高，對於新資訊的接觸與接納也較高，所以他們也就越能瞭解設置安全注射室的目的與可能的效益，因而較不會反對。另外，Cruz 等人（2007）針對加拿大的民眾進行對「安全注射室」的意見調查，結果發現高學歷的民眾也傾向支持此措施，他們表示可能因為有較多機會去接觸這些訊息，再者他們可能也是高收入，所以大多居住於城市裡，相對於看到目前藥物濫用的問題也會有更深的體會，所以就較支持此措施。

反觀，低學歷者對於藥癮者是否可以增加醫療上得接觸或改善社區治安等部份正面效果，對於他們在設置安全注射室的議題沒有影響選擇的態度，這是否可能因為較少接觸，且資訊解讀較慢，所以對於安全注射室措施可能的效益就較不瞭解(Cruz, et al., 2007)，而且也可能認為吸毒即是違法的事，不管是否有正面效益，仍傾向不贊成之意見。

另外，在表 5-19 中民眾對於將「安全注射室」設置在自家 500 公尺內醫療院所之看法，在教育程度上也有顯著的差異， $\chi^2(12, n=1025) = 17.5, p < .01$ 透過事後比較發現，大學/研究所以上贊成的民眾顯著高於小學或以下的部份。由此更加說明了，高學歷者對於接受新資訊、新措施的接納度較高，所以就比較傾向支持的態度。所以未來在推動此政策時，是需要對於低學歷者多加解釋與說明，並強調設置的好處及可能的影響，才會讓民眾可以真正瞭解政府的用意，否則鄰避效應的問題依舊會存在。

最後，教育程度在「海洛因療法」各題的交叉分析中，在允許醫師使用海洛因治療、如果可以減少感染與死亡、以及可以減少犯罪這三題有達到統計顯著差異（分別為 $\chi^2(12, n=945) = 20.2, p < .01$ ； $\chi^2(12, n=989) = 12.7, p < .05$ ； $\chi^2(12, n=1005) = 12.6, p < .05$ ），事後比較顯示皆是大學或研究所以上之高教育程度者，贊成實施的比例高於國中或國小教育程度者，可詳見表 5-21 至表 5-23。此結果顯示高教育程度者，相對的對於健康知識訊息的掌握度偏高，甚至會主動去尋求資訊管道，相較於低教育程度者，對於健康重視的程度則不高，所以平時也較少注重健康或醫療議題。所以若以這樣的觀點來看海洛因療法，高教育程度者比較可以認同這些治療帶來的正面效益，所以縱使使用「海洛因」作為治療的方式，他們也較能接受，且台灣民眾對醫生專業度的信心還蠻高。但對於低教育程度者，平時接受健康醫療方面的訊息就比較缺乏，在健康人權觀念建立上大多也較保守，不太能改變，所以對於海洛因即為「毒品」這個觀念若無法立即轉換為「治療藥品」，則顯現五題幾乎是傾向反對的態度。藉此未來若要實施此政策時，應該先宣導與溝通民眾對「海洛因」的認識，而且要讓他們知道整個治療的流程與可能的影響，並展現治療之成效，將更加能說服民眾對此措施的認同。

（三）年齡（世代）：

本研究在年齡部份是依世代做區分，從最年輕的七年級生（民國 70 年代生）20-29 歲，一直到三年級生（民國 30 年代生）60 歲以上的民眾，皆屬本研究的受訪年齡層；對於年長者來說，在早期較少人使用毒品，且毒品的種類也不多，傳播媒體不發達，所以並非每個人都能接觸或瞭解毒品的危害與影響。反觀現今社會，藥癮的問題被媒體廣泛論述為日益嚴重，六、七年級生對於毒品這個名詞與其影響並不陌生，再加上學校積極推廣反毒宣導教育，所以對於毒品的瞭解程度就會與年齡大者有所差異。有鑑於此，本研究特別將各個世代與各題項進行交叉分析比較，欲瞭解彼此間的相關性。

各世代對於愛滋知識的觀念中，對於共用針具注射毒品會感染

愛滋的情形是有顯著的差異， $\chi^2(5, n=1037) = 28, p < .01$ ，其中 60 歲以上的老年人對於此方面的概念明顯低於 49 歲以下的民眾，而且其中 60 歲不知道的人數為 18 人，49 歲以下者不知道的僅有 4 人，可詳見表 5-12。此結果顯示，三年級生的民眾，在求學的過程中，學校大多並未有講授有關藥癮愛滋的相關課程，而且在當時的年代，使用海洛因的人也不多，所以對此方面預防的知識及概念都不太清楚，建議未來在宣導上，可著重在這群年長者。而年輕的族群，大多對此方面的教育與訊息有接觸過，所以對於毒品與愛滋傳染的關係有較高瞭解。

由於大多年長者對於毒品這方面的知識較為薄弱，因此就目前政府正在推行的「毒品病患愛滋減害計畫」中，仍有 85% (901 人) 的民眾不知道這項政策，其中超過 60 歲以上有 24% (254 人)，所以本研究就繼續詢問，他們是否會認為政府所推行的減害措施是有縱容毒品的看法，結果如表 5-13 與表 5-14 所示，世代在是否聽過減害計畫與認為減害計畫有縱容毒品的嫌疑，並未達到統計顯著差異。

從上述的描述中即可瞭解不同的世代對於毒品治療議題的接受程度有差異，所以接下來將針對「安全注射室」與「海洛因療法」進行交叉分析，結果如下：首先，若設置安全注射室後，能減少疾病與死亡，以及可以增加藥癮者對醫療的接觸（如表 5-16 與表 5-17），統計分析結果達統計顯著的差異， $\chi^2(12, n=1020) = 12.3, p < .05$ 與 $\chi^2(12, n=1012) = 17, p < .01$ ，事後比較發現 40-49 歲與 60 歲以上的民眾，相較於 20-29 歲，對於設置此措施大多持不贊成意見。另外，對於設置安全注射室後，可以減少社區與毒品相關犯罪之看法，在世代分析上也有顯著不同， $\chi^2(12, n=1028) = 21.8, p < .05$ （詳見表 5-18），事後比較顯示七年級生與六年級生的民眾，還算贊成的人數明顯高於四年級生。前述兩題分析結果為年輕人較能接受新事務，想法也多元化，對減害措施的看法會思考，若是對結果有正面影響，他們則傾向應予以支持；相較於老一輩世代的民眾，可能對於毒品議題道德感較重，無法認同設置「安全注射室」的目的，畢竟使用毒品在他們的從前的觀念中就是「違法」之事，

可能還無法接受注射毒品的行為發生，所以縱使設置後可以增加藥癮者對醫療的接觸、或者改善毒品相關犯罪等有利社會之效益，仍無法認同安全注射室的措施，所以採取反對的民眾居多。在鄰避效應題項也達到統計顯著差異， $\chi^2(12, n=1028) = 9.7, p < .05$ ；事後比較發現 40 歲以上的民眾，反對設置在其自家 500 公尺內的比率較高，這可能顯示 40 歲以上已經有置產與房屋，相對比較在乎嫌惡設施的落點，是否會影響其居住環境與及房產價格，因而較為反對將安全注射室設置在其自家附近。

世代在「海洛因療法」的分析結果上，有兩題有達統計顯著差異（表 5-22 與表 5-23）；此兩題為實施海洛因療法後，可減少疾病與死亡、與減少社區與毒品相關犯罪，世代在此兩題有達到統計顯著差異， $\chi^2(12, n=992) = 11.3, p < .05$ ； $\chi^2(12, n=1008) = 18.8, p < .01$ ，當中 50 歲以上的民眾對於實施此療法不贊成的比例明顯高於六、七年級生。此結果可與前述結果相呼應，年長者在他們求學階段與生活周遭較為單純，較少聽過使用毒品相關宣導，是否對於「海洛因」的認識仍停留在過去鴉片害人的印象，或是近幾年從新聞媒體報導得知，但目前新聞中大多都以極負面或烙印報導居多，例如毒蟲犯罪、搶劫、以毒養毒、暴力、犯罪、危害身心等等，使得在他們心中形成負面印象，所以現在若以「海洛因」來治療他們，這樣以毒攻毒的方法，對於年長者來說較無法接受。另一可能是民眾難免多少會擔心是否可以真正戒除藥癮，會不會只有治標不治本，對此年齡大世代的想法都比較傳統，可能較無法接受這樣新的觀念。但從年輕人的角度來看，呈現出來對於這些的顧慮則較少，認為只要可以改善社區與毒品的相關犯罪，可以支持，而且更能保障大家的安全，所以持正向的態度看待。

（四）居住地區在各題項的態度差異：

每個人生長的环境不同、造就生活經驗也不同、想法也會有所不同，所以本研究特別將各縣市區分為北部、中部、南部三個區域進行分析比較，而東部因抽樣人數過少無法有穩定統計分析而不納入，目的欲瞭解不同的居住地區，對於毒品的觀念、減害計畫的支

持度、以及設置安全注射室與海洛因療法的想法是否也會有所不同。

各項分析結果發現，在居住分布的交叉分析後，並未有任何一題達到統計上顯著差異，由此可說明居住在不同分布的台灣民眾對於毒品的相關知識、減害計畫的瞭解及支持、安全注射室、與海洛因療法上，並未因居住分布的不同而有所差異，這也表示未來在推行藥癮政策時，並不需要特別針對哪一區做不同議題的宣導，只需要在民眾的溝通上需多花點心思，讓他們可以理解政府設置的美意與目的。

(五) 是否聽過毒品病患愛滋減害計畫：

從心理學與衛生教育學理論可知，人們對於未知的情事，常常是以恐懼或是排斥為主要反應；以下是根據其對於毒品愛滋減害計畫的回應，增加將此次民調回應分成「知道/聽過」與「不知道/沒聽過」兩組，來分析民眾對於新興毒品減害計畫的態度。亦即，本研究欲瞭解已聽過政府推行之毒品病患愛滋減害計畫的民眾，對於安全注射室與海洛因療法的態度，是否與不知道減害計畫的民眾相比較，會對於新興藥癮政策有較高的認同感，較能接受新的措施介入。

對於已知道或聽過減害計畫之民眾共有 158 位 (14.8%)，不知道毒品病患愛滋減害計畫措施者有 911 人 (85.2%)。聽過減害計畫的民眾，對於藥癮戒治的給付 (表 5-10)，比較傾向於部分給付 (政府與自己各半，或視狀況給予補貼)， $\chi^2(1, n=1016) = 12.5, p < .01$ ，可能由於這些曾聽過毒品病患愛滋減害計畫的民眾，對於減害有初步的概念，所以對於藥癮者的態度願意給予補助看待。聽過減害計畫的民眾，他們對於使用毒品可能造成用藥過量而死亡之概念上，有統計上的顯著差異， $\chi^2(1, n=1056) = 4.1, p < .05$ ；158 位聽過減害計畫者 100%知道用藥過量而死亡這項知識，而不知道減害計畫的民眾中，有 23 人對此概念不清楚 (表 5-11)。

曾聽過毒品病患愛滋減害計畫的民眾，在有醫療監控下、減少疾病與死亡、增加讓藥癮者更多的醫療接觸、改善公共衛生與社會

毒品減害措施之研究

秩序、鄰避效應、以及可能會使得藥癮者不去治療（表 5-15 到表 5-20），設置「安全注射室」之相關議題上，結果顯示全部達統計上顯著差異，而且聽過減害計畫之民眾都較沒通過者傾向於贊成推動。在此也可說明，民眾若瞭解設置的目的與意義之下，對於政策的認同與支持度會提高，所以若我們將這些不曾聽過減害計畫的民眾給予更多機會接觸相關訊息，並主動給予教育，有可能對於這些新興毒品減害政策的議題就可轉為能慢慢接納與改變，也就不在局限於狹窄的視野。

另外，在海洛因療法題項，表 5-25 顯示若使用海洛因療法可能會讓藥癮者永遠成癮而無法恢復之下，民眾是否贊成設置此題項達到統計顯示， $\chi^2(1, n=988) = 9.1, p < .05$ ，從結果上明顯看出已知道或聽過減害計畫之民眾，贊成設置的比例顯著較高，對沒聽過減害的民眾，聽到题目的敘述大多就予以反對；民眾反對的原因，可能會認為既然會永遠成癮而無法恢復，何必浪費國家的醫療資源及人力，應該想更好的方式去治療這群藥癮者，讓他們戒除毒品使用；也就是民眾還沒有將海洛因成癮，視為是一種慢性疾病，而是視為一種可以完全治好的疾病。

表 5-9 民眾對於下列五種毒品是否贊成成人合法使用之態度

變項 名稱	不贊成		不太贊成		還算贊成		贊成		χ^2
	n	%	n	%	n	%	n	%	
大麻(n=1054)									
男生	490	93.3	10	1.9	9	1.7	16	3.0	3.8
女生	501	94.7	10	1.9	11	2.1	7	1.3	
K 他命(n=1052)									
男生	516	98.7	4	0.8	1	0.2	2	0.4	4.1
女生	526	99.4	0	0.0	1	0.2	2	0.4	
搖頭丸(n=1058)									
男生	520	98.9	2	0.4	1	0.2	3	0.6	1.4
女生	529	99.4	1	0.2	1	0.2	1	0.2	
安非他命(n=1061)									
男生	521	98.7	3	0.6	0	0.0	4	0.8	3.0
女生	529	99.2	2	0.4	1	0.2	1	0.2	
海洛因(n=1060)									
男生	520	98.7	3	0.6	2	0.4	2	0.4	1.7
女生	530	99.4	1	0.2	1	0.2	1	0.2	

表 5-10 民眾對於藥癮戒治的醫療費用給付

變項名稱	公家給付		自行給付		部份給付		χ^2
	n	%	n	%	n	%	
性別 (n=1016)							
男生	78	15.4	347	68.6	81	16.0	1.7
女生	70	13.7	344	67.5	96	18.8	
教育程度 (n=1008)							
小學或以下	15	14.9	70	69.3	16	15.8	2.1
初中/國中	18	13.5	92	69.2	23	17.3	
高中/高職	43	13.2	230	70.6	53	16.3	
專科	20	14.8	89	65.9	26	19.3	
大學/研究所	47	15.0	207	66.1	59	18.8	
年齡 (n=1010)							
20-29 歲	23	15.1	93	61.2	36	23.7	14.1
30-39 歲	15	9.3	113	70.2	33	20.5	
40-49 歲	37	15.5	163	68.2	39	16.3	
50-59 歲	32	13.7	160	68.4	42	17.9	
60 歲以上	39	17.4	158	70.5	27	12.1	
居住分布 (n=989)							
北部	63	13.9	312	69.0	77	17.0	0.5
中部	36	14.3	170	67.5	46	18.3	
南部	44	15.4	191	67.0	50	17.5	
減害計畫 (n=1016)							
知道 ¹	15	9.8	97	63.4	41	26.8	12.5**
不知道 ²	133	15.4	594	68.8	136	15.8	
事後比較						2<1 ^a	

註：經卡方檢定後，** $p<.01$.^aBonferroni 事後比較

表 5-11 民眾對於使用毒品可能造成用藥過量而死亡之概念

變項名稱	知道		不知道		χ^2
	N	%	n	%	
性別(n=1056)					
男生	516	98.1	10	1.9	0.4
女生	517	97.5	13	2.5	
教育程度(n=1045)					
小學或以下	105	94.6	6	5.4	8.7
初中/國中	136	96.5	5	3.5	
高中/高職	330	98.2	6	1.8	
專科	137	99.3	1	0.7	
大學/研究所以上	314	98.4	5	1.6	
年齡(n=1048)					
20-29 歲	151	98.1	3	1.9	6.7
30-39 歲	160	97.6	4	2.4	
40-49 歲	246	99.2	2	0.8	
50-59 歲	233	98.3	4	1.7	
60 歲以上	235	95.9	10	4.1	
居住分布(n=1029)					
北部	461	98.3	8	1.7	4
中部	252	96.2	10	3.8	
南部	293	98.3	5	1.7	
減害計畫(n=1056)					
知道	158	15.3	0	0.0	4.1*
不知道	875	97.4	23	2.6	

註：經卡方檢定後，* $p < .05$ 。

表 5-12 民眾對於共用針具注射毒品會感染愛滋之概念

變項名稱	知道		不知道		總和		χ^2
	n	%	n	%	n	%	
性別(n=1045)							
男生	497	95.8	22	4.2	519	49.7	3.2
女生	514	97.7	12	2.3	526	50.3	
教育程度(n=1034)							
小學或以下 ¹	98	92.5	8	7.5	106	10.3	26.8***
初中/國中 ²	128	92.1	11	7.9	139	13.4	
高中/高職 ³	325	97.0	10	3.0	335	32.4	
專科 ⁴	136	99.3	1	0.7	137	13.2	
大學/研究所以上 ⁵	315	99.4	2	0.6	317	30.7	
事後比較	2<4 ^a ; 1,2<5 ^a		5<1 ^a ; 4.5<2 ^a				
年齡(n=1037)							
20-29 歲 ¹	154	99.4	1	0.6	155	14.9	28.0***
30-39 歲 ²	162	99.4	1	0.6	163	15.7	
40-49 歲 ³	244	99.2	2	0.8	246	23.7	
50-59 歲 ⁴	223	94.9	12	5.1	235	22.7	
60 歲以上 ⁵	220	92.4	18	7.6	238	23.0	
事後比較	5<1,2,3 ^b		1,2,3<5 ^b				
居住分布(n=1018)							
北部	449	97.0	14	3.0	463	45.5	0.4
中部	251	96.2	10	3.8	261	25.6	
南部	285	96.9	9	3.1	294	28.9	
減害計畫(n=1045)							
知道/聽過但不清楚	153	98.1	3	1.9	156	14.9	1.0
不知道	858	96.5	31	3.5	889	85.1	

註：實施卡方檢定後，*** $p<.001$.；^{a,b}Bonferroni 事後比較

表 5-13 民眾是否知道政府正在推行「毒品病患愛滋減害計畫」

變項名稱	知道		聽過/ 但不清楚		不知道/ 沒聽過		χ^2
	n	%	n	%	n	%	
性別(n=1069)							
男生	34	6.4	43	8.1	455	85.5	2.5
女生	26	4.8	55	10.2	456	84.9	
教育程度(n=1058)							
小學或以下	6	5.0	9	7.6	104	87.4	6.4
初中/國中	7	4.9	11	7.7	124	87.3	
高中/高職	23	6.8	34	10.0	283	83.2	
專科	11	8.0	15	10.9	112	81.2	
大學/研究所以上	12	3.8	29	9.1	278	87.1	
年齡(n=1061)							
20-29 歲	9	5.8	9	5.8	137	88.4	9.9
30-39 歲	4	2.4	15	9.1	145	88.4	
40-49 歲	20	8.1	23	9.3	205	82.7	
50-59 歲	15	6.2	25	10.4	200	83.3	
60 歲以上	11	4.3	26	10.2	217	85.4	
居住分布(n=1042)							
北部	23	4.8	42	8.8	412	86.4	3.5
中部	15	5.7	29	11.0	219	83.3	
南部	21	7.0	23	7.6	258	85.4	

表 5-14 有人說，政府推行減害措施反而會縱容毒品使用，民眾贊成嗎？

變項名稱	不贊成		贊成		χ^2
	n	%	n	%	
性別(n=897)					
男生	191	42.6	257	57.4	1.2
女生	175	39.0	274	61.0	
教育程度(n=888)					
小學或以下	35	43.8	45	56.2	4.2
初中/國中	47	42.3	64	57.7	
高中/高職	112	38.0	183	62.0	
專科	42	35.0	78	65.0	
大學/研究所以上	124	44.0	158	56.0	
年齡(n=890)					
20-29 歲	68	47.2	76	52.8	8.2
30-39 歲	53	37.1	90	62.9	
40-49 歲	74	34.6	140	65.4	
50-59 歲	82	40.8	119	59.2	
60 歲以上	85	45.2	103	54.8	
居住分布(n=873)					
北部	165	42.1	277	57.9	0.5
中部	89	39.9	134	60.1	
南部	102	39.5	156	60.5	
減害計畫(n=897)					
知道/聽過但不清楚	57	38.5	91	61.5	0.4
不知道	309	41.3	440	58.7	

表 5-15 在醫療監控下讓藥癮者進行注射，民眾是否會贊成設置安全注射室？

變項名稱	不贊成		贊成		χ^2
	n	%	n	%	
性別(n=1027)					
男生	375	73.7	134	26.3	0.0
女生	382	73.7	136	26.3	
教育程度(n=1017)					
小學或以下	82	78.1	23	21.9	3.8
初中/國中	103	76.3	32	23.7	
高中/高職	252	74.8	85	25.2	
專科	92	70.2	39	29.8	
大學/研究所以上	219	70.9	90	29.1	
年齡(n=1019)					
20-29 歲	107	69.9	46	30.1	2.5
30-39 歲	119	74.8	40	25.2	
40-49 歲	184	74.8	62	25.2	
50-59 歲	166	71.6	66	28.4	
60 歲以上	174	76.0	55	24.0	
居住分布(n=1000)					
北部	340	75.1	113	24.9	1.0
中部	182	71.7	72	28.3	
南部	216	73.7	77	26.3	
減害計畫(n=1027)					
知道/聽過但不清楚 ¹	97	64.7	53	35.3	7.4**
不知道 ²	660	75.3	217	24.7	
事後比較	1<2 ^a		2<1 ^a		

註：實施卡方檢定後，** $p < .01$ ；^aBonferroni 事後比較

表 5-16 若能減少疾病與死亡的發生，民眾是否會贊成設置安全注射室？

變項名稱	不贊成		贊成		χ^2
	n	%	n	%	
性別(n=1028)					
男生	275	54.0	234	46.0	0.0
女生	277	53.4	242	46.6	
教育程度(n=1017)					
小學或以下	57	53.3	50	46.7	8.7
初中/國中	84	62.7	50	37.3	
高中/高職	181	54.7	150	45.3	
專科	73	54.5	61	45.5	
大學/研究所以上	149	47.9	162	52.1	
年齡(n=1020)					
20-29 歲 ¹	65	42.2	89	57.8	12.3*
30-39 歲 ²	82	50.9	79	49.1	
40-49 歲 ³	140	59.1	97	40.9	
50-59 歲 ⁴	130	56.8	99	43.2	
60 歲以上 ⁵	129	54.0	110	46.0	
事後比較		1<3 ^a		3<1 ^a	
居住分布(n=1001)					
北部	253	55.8	200	44.2	3.0
中部	140	54.5	117	45.5	
南部	144	49.5	147	50.5	
減害計畫(n=1028)					
知道/聽過但不清楚 ¹	67	43.2	88	56.8	8.0**
不知道 ²	485	55.6	388	44.4	
事後比較		1<2 ^b		2<1 ^b	

註：實施卡方檢定後，* $p < .05$ ，** $p < .01$ ；^{a,b}Bonferroni 事後比較

表 5-17 若可增加藥癮者與醫療接觸，民眾是否會贊成設置安全注射室？

變項名稱	不贊成		贊成		χ^2
	n	%	n	%	
性別(n=1020)					
男生	246	48.7	259	51.3	0.4
女生	241	46.8	274	53.2	
教育程度(n=1009)					
小學或以下 ¹	56	50.5	55	49.5	14.2**
初中/國中 ²	80	59.7	54	40.3	
高中/高職 ³	153	47.2	171	52.8	
專科 ⁴	64	49.6	65	50.4	
大學/研究所以上 ⁵	127	40.8	184	59.2	
事後比較	5<2 ^a		2<5 ^a		
年齡(n=1012)					
20-29 歲 ¹	53	34.6	100	65.4	17.0**
30-39 歲 ²	68	42.8	91	57.2	
40-49 歲 ³	124	52.8	111	47.2	
50-59 歲 ⁴	113	49.1	117	50.9	
60 歲以上 ⁵	124	52.8	111	47.2	
事後比較	1<3 ^b ; 1<5 ^b		3,5<1 ^b		
居住分布(n=993)					
北部	228	50.8	221	49.2	3.3
中部	118	46.5	136	53.5	
南部	128	44.1	162	55.9	
減害計畫(n=1020)					
知道/聽過但不清楚 ¹	53	35.1	98	64.9	11.4***
不知道 ²	434	49.9	435	50.1	
事後比較	1<2 ^c		2<1 ^c		

註：實施卡方檢定後 ** $p<.01$, *** $p<.001$ ；^{a,b,c} Bonferroni 事後比較

表 5-18 可減少社區與毒品相關犯罪，民眾是否會贊成設置安全注射室？

變項名稱	不贊成		贊成		χ^2
	n	%	n	%	
性別(n=1036)					
男生	250	48.1	270	51.9	1.9
女生	226	43.8	290	56.2	
教育程度(n=1025)					
小學或以下 ¹	48	43.2	63	56.8	18.6***
初中/國中 ²	85	61.6	53	38.4	
高中/高職 ³	151	45.5	181	54.5	
專科 ⁴	61	45.9	72	54.1	
大學/研究所以上 ⁵	124	39.9	187	60.1	
事後比較	1,3,5<2 ^a		2 ^a <5,3,1		
年齡(n=1028)					
20-29 歲 ¹	55	35.7	99	64.3	13.1**
30-39 歲 ²	64	39.3	99	60.7	
40-49 歲 ³	120	49.8	121	50.2	
50-59 歲 ⁴	113	49.1	117	50.9	
60 歲以上 ⁵	119	49.6	121	50.4	
事後比較	1 < 3,4,5				
居住分布(n=1009)					
北部 ¹	223	48.9	233	51.1	7.7*
中部 ²	125	48.3	134	51.7	
南部 ³	115	39.1	179	60.9	
事後比較	3<1 ^b		1<3 ^b		
減害計畫(n=1036)					
知道/聽過但不清楚 ¹	55	35.7	99	64.3	7.6**
不知道 ²	421	47.7	461	52.3	
事後比較	1<2 ^c		2<1 ^c		

註：實施卡方檢定後 * $p<.05$, ** $p<.01$, *** $p<.001$ ；^{a,b,c}Bonferroni 事後比較

表 5-19 若設置在自家 500 公尺內的醫療院所，民眾是否會贊成設置安全注射室？

變項名稱	不贊成		贊成		χ^2
	n	%	n	%	
性別 (n=1036)					
男生 ¹	370	72.3	142	27.7	4.0*
女生 ²	407	77.7	117	22.3	
事後比較	1<2 ^a		2<1 ^a		
教育程度 (n=1025)					
小學或以下 ¹	90	81.1	21	18.9	17.5**
初中/國中 ²	113	83.1	23	16.9	
高中/高職 ³	251	74.7	85	25.3	
專科 ⁴	107	78.7	29	21.3	
大學/研究所以上 ⁵	206	67.3	100	32.7	
事後比較	5<2 ^b		2<5 ^b		
年齡 (n=1028)					
20-29 歲 ¹	100	65.8	52	34.2	9.7*
30-39 歲 ²	118	72.4	45	27.6	
40-49 歲 ³	188	77.4	55	22.6	
50-59 歲 ⁴	177	77.0	53	23.0	
60 歲以上 ⁵	187	77.9	53	22.1	
事後比較	1 < 3,4,5				
居住分布 (n=1009)					
北部	342	74.3	118	25.7	0.4
中部	198	75.9	63	24.1	
南部	219	76.0	69	24.0	
減害計畫 (n=1036)					
知道/聽過但不清楚 ¹	98	63.2	57	36.8	13.5***
不知道 ²	679	77.1	202	22.9	
事後比較	1<2 ^c		2<1 ^c		

註：實施卡方檢定後，* $p<.05$ ，** $p<.01$ ，*** $p<.001$ ；^{a,b,c}Bonferroni 事後比較

表 5-20 若藥癮者可能不去治療，民眾是否還會贊成設置安全注射室？

變項名稱	不贊成		贊成		χ^2
	n	%	n	%	
性別 (n=1020)					
男生	413	81.3	95	18.7	0.9
女生	428	83.6	84	16.4	
教育程度 (n=1009)					
小學或以下	90	83.3	18	16.7	2.4
初中/國中	118	86.1	19	13.9	
高中/高職	262	81.4	60	18.6	
專科	112	84.2	21	15.8	
大學/研究所以上	250	80.9	59	19.1	
年齡 (n=1012)					
20-29 歲	115	75.7	37	24.3	6.3
30-39 歲	138	85.7	23	14.3	
40-49 歲	198	82.8	41	17.2	
50-59 歲	187	83.9	36	16.1	
60 歲以上	195	82.3	42	17.7	
居住分布 (n=994)					
北部	373	82.7	78	17.3	1.3
中部	215	84.3	40	15.7	
南部	232	80.6	56	19.4	
減害計畫 (n=1020)					
知道/聽過但不清楚 ¹	109	71.2	44	28.8	15.6***
不知道 ²	732	84.4	135	15.6	
事後比較		1<2 ^a		2<1 ^a	

註：實施卡方檢定後，*** $p<.001$ ；^aBonferroni 事後比較

表 5-21 若未來准許醫師使用海洛因療法作為藥癮治療，民眾是否會贊成？

變項名稱	不贊成		贊成		χ^2
	n	%	n	%	
性別 (n=954)					
男生	243	51.5	229	48.5	1.5
女生	229	47.5	253	52.5	
教育程度 (n=945)					
小學或以下 ¹	48	50.5	47	49.5	20.2***
初中/國中 ²	82	65.6	43	34.4	
高中/高職 ³	155	50.8	150	49.2	
專科 ⁴	51	42.1	70	57.9	
大學/研究所以上 ⁵	130	43.5	169	56.5	
事後比較	4,5<2 ^a		2<4 ^a , 2<5 ^a		
年齡 (n=947)					
20-29 歲	63	42.0	87	58.0	7.4
30-39 歲	70	44.9	86	55.1	
40-49 歲	115	52.0	106	48.0	
50-59 歲	113	54.6	94	45.4	
60 歲以上	105	49.3	108	50.7	
居住分布 (n=927)					
北部	207	49.2	214	50.8	0.1
中部	116	49.4	119	50.6	
南部	137	50.6	134	49.4	
減害計畫 (n=954)					
知道/聽過但不清楚	74	50.3	73	49.7	0.1
不知道	398	49.3	409	50.7	

註：實施卡方檢定後，*** $p<.001$ ；^aBonferroni 事後比較

表 5-22 若海洛因療法可減少感染與死亡的機率，民眾是否會贊成實施此療法？

變項名稱	不贊成		贊成		χ^2
	n	%	n	%	
性別 (n=1000)					
男生	193	38.7	306	61.3	0.8
女生	180	35.9	321	64.1	
教育程度 (n=989)					
小學或以下 ¹	43	42.2	59	57.8	12.7*
初中/國中 ²	63	48.5	67	51.5	
高中/高職 ³	119	37.2	201	62.8	
專科 ⁴	43	32.6	89	67.4	
大學/研究所以上 ⁵	98	32.1	207	67.9	
事後比較	5<2 ^a		2<5 ^a		
年齡 (n=992)					
20-29 歲 ¹	42	27.8	109	72.2	11.3*
30-39 歲 ²	52	32.7	107	67.3	
40-49 歲 ³	87	37.2	147	62.8	
50-59 歲 ⁴	86	39.6	131	60.4	
60 歲以上 ⁵	100	43.3	131	56.7	
事後比較	1<5 ^b		5<1 ^b		
居住分布 (n=973)					
北部	167	38.2	270	61.8	0.8
中部	96	38.1	156	61.9	
南部	100	35.2	184	64.8	
減害計畫 (n=1000)					
知道	48	31.2	106	68.8	2.9
不知道	325	38.4	521	61.6	

註：實施卡方檢定後 * $p<.05$ ；^aBonferroni 事後比較

表 5-23 若海洛因療法可減少社區與毒品相關犯罪，民眾是否會贊成實施此療法？

變項名稱	不贊成		贊成		χ^2
	n	%	n	%	
性別 (n=1016)					
男生	190	37.2	321	62.8	0.5
女生	177	35.0	328	65.0	
教育程度 (n=1005)					
小學或以下 ¹	42	40.8	61	59.2	12.6*
初中/國中 ²	64	47.4	71	52.6	
高中/高職 ³	114	34.9	213	65.1	
專科 ⁴	46	35.1	85	64.9	
大學/研究所以上 ⁵	95	30.7	214	69.3	
事後比較	5<2 ^a		2<5 ^a		
年齡 (n=1008)					
20-29 歲 ¹	37	24.5	114	75.5	18.8***
30-39 歲 ²	46	28.8	114	71.3	
40-49 歲 ³	90	37.7	149	62.3	
50-59 歲 ⁴	87	39.4	134	60.6	
60 歲以上 ⁵	102	43.0	135	57.0	
事後比較	1<4 ^b ; 1,2<5 ^b		4,5<1 ^b ; 5<2 ^b		
居住分布 (n=989)					
北部	168	37.4	281	62.6	0.7
中部	89	35.5	162	64.5	
南部	100	34.6	189	65.4	
減害計畫 (n=1016)					
知道	49	31.4	107	68.6	1.8
不知道	318	37.0	542	63.0	

註：實施卡方檢定後* $p<.05$, *** $p<.001$ ；^aBonferroni 事後比較

表 5-24 若海洛因療法可減少我們的社會成本，民眾是否會贊成實施此療法？

變項名稱	不贊成		贊成		χ^2
	n	%	n	%	
性別 (n=1014)					
男生	183	36.3	321	63.7	1.3
女生	168	32.9	342	67.1	
教育程度 (n=1003)					
小學或以下	39	36.8	67	63.2	8.7
初中/國中	58	43.6	75	56.4	
高中/高職	113	34.5	215	65.5	
專科	46	35.4	84	64.6	
大學/研究所以上	90	29.4	216	70.6	
年齡 (n=1006)					
20-29 歲	41	27.3	109	72.7	5.5
30-39 歲	49	31.4	107	68.6	
40-49 歲	86	36.0	153	64.0	
50-59 歲	82	36.6	142	63.4	
60 歲以上	88	37.1	149	62.9	
居住分布 (n=987)					
北部	155	34.5	294	65.5	1.2
中部	91	36.8	156	63.2	
南部	94	32.3	197	67.7	
減害計畫 (n=1014)					
知道	47	30.1	109	69.9	1.6
不知道	304	35.4	554	64.6	

表 5-25 若使用海洛因療法可能會讓藥癮者永遠成癮而無法恢復，
民眾是否還會贊成實施此療法？

變項名稱	不贊成		贊成		χ^2
	n	%	n	%	
性別 (n=988)					
男生	407	82.9	84	17.1	0.7
女生	422	84.9	75	15.1	
教育程度 (n=978)					
小學或以下	87	84.5	16	15.5	8.5
初中/國中	116	86.6	18	13.4	
高中/高職	278	87.7	39	12.3	
專科	103	80.5	25	19.5	
大學/研究所以上	237	80.1	59	19.9	
年齡 (n=980)					
20-29 歲	117	79.6	30	20.4	3.6
30-39 歲	139	86.9	21	13.1	
40-49 歲	191	82.7	40	17.3	
50-59 歲	183	84.7	33	15.3	
60 歲以上	192	85.0	34	15.0	
居住分布 (n=961)					
北部	363	83.6	71	16.4	2.4
中部	212	86.9	32	13.1	
南部	232	82.0	51	18.0	
減害計畫 (n=988)					
知道/聽過但不清楚 ¹	115	75.7	37	24.3	9.1**
不知道 ²	714	85.4	122	14.6	
事後比較	1<2 ^a		2<1 ^a		

註：實施卡方檢定後** $p<.01$ ；^aBonferroni 事後比較

毒品減害措施之研究

第六章 結論與建議

本研究主要目的是藉由檢視世界幾個主要國家在毒品防制政策與新興減害措施，並評估其政策的影響，做為我國是否提供安全注射室與海洛因療法的政策參考；並藉由蒐集藥癮者、專家、民間團體與一般民眾的意見，評估國內對於提供海洛因療法、毒品注射室等新興減害措施的適用性與民眾接受性。本研究在前面總共回顧了美國、加拿大、英國、瑞士、澳洲、荷蘭與瑞典七個國家，加上聯合國與台灣，共計 9 個不同的毒品政策，根據這些國家當初如何發展出毒品政策的背景，提供與焦點團體的專家、民間組與藥癮者討論對我國政策與文化適用性，本研究將所得資料提供主要發現結論與建議如下：

一、結論

- (一) 聯合國與回顧國家，強調應該將藥癮視為慢性病，並積極提供治療與社會復歸的方案，其中也包含減害措施。
- (二) 我國雖然已經修訂毒品危害防制條例，賦予戒癮緩起訴處分，但是執行上仍以刑事政策為主，並非以慢性病治療與減害思維的基礎進行，醫療先於刑罰尚未落實。
- (三) 有些國家如瑞士、荷蘭與英國，依據其國內政治狀況與社會文化適用性，推動海洛因療法；推動原因主要採健康乃基本人權，並呼應聯合國與世界衛生組織增進藥癮治療可近性，因而針對長期海洛因成癮，且經過美沙冬合併心理諮商後治療效果不佳的病患，提供海洛因處方療法；瑞士與加拿大初步評估結果發現，在治療留置率、非法海洛因使用與犯罪數，對美沙冬治療不佳病患顯示出不錯的成果。
- (四) 雖然有聯合國麻醉藥品管制局正式聲明安全注射室違反聯合國《1961 年麻醉藥品單一公約》第 4 條毒品公約，有鼓勵使用毒品之嫌；但有些國家為了因應毒品施用造成的死亡與針

具丟棄等造成社會治安不佳與公共衛生問題，例如加拿大、荷蘭與澳洲，依據減少傷害原則，特別是減少用藥過量死亡、公然施打毒品與丟棄針具、與愛滋病毒感染擴散，選擇推動醫療監護下之安全注射（消費）室；安全注射（消費）室目前在超過 12 個國家實施，這些國家的共同特性是將毒品使用者視為病人，理念偏向單純施用者並非刑事犯罪。安全注射室的研究結果則發現，在愛滋感染、針具丟棄與用藥過量死亡有其成效。

- (五) 回顧國家的新興減害措施相關費用，是由國家或是研究經費支付；有研究結果發現免付費或是低門檻美沙冬療法，會使得海洛因成癮者有較高比率接受治療，留在治療時間也較長，因此長期治療效果較佳，感染疾病危險行為、用藥過量死亡情形與再犯財產相關犯罪等指標上都有較好結果。
- (六) 目前最被廣為各國使用來治療海洛因成癮者的處遇，是同時提供心理諮商與鴉片類抑制劑的藥物治療。共同都有提供的治療服務是一定會有社會心理介入，文獻如 Amoto 等人（2005），發現鴉片類藥物合併心理與行為諮商的病患，會停止使用海洛因的比率，比起沒有治療的病患超過兩倍；針對「生理-心理-社會-行為」四方面進行減害介入，臺灣減害計畫有提供衛生教育與諮詢，但主要是針對愛滋的減害，並非針對成癮，目前提供針對藥物成癮的諮商與行為改變介入是依賴各醫院原有心理專業人力，加上藥癮治療為自費，導致美沙冬門診提供成癮心理諮商或是改變毒品使用行為改變介入的情形稀少。
- (七) 我國專家、民間社團、與藥癮者之焦點團體，對於安全注射(消費)室設立，一方面認為不符合聯合國麻醉藥品管制局的建議；另一方面是我國毒品危害防制條例規定單純施用海洛因即為刑事犯罪，攜帶海洛因也是犯罪，使用與攜帶皆會被逮捕與起訴，因此自行攜帶海洛因到安全注射室使用毒品實際上並不可行；也有專家與民間團體認為設置安全注射室會有

鼓勵施用毒品之嫌。

- (八) 我國專家、民間社團、與藥癮者之焦點團體，對於推動海洛因處方療法，根據訪談意見雖大多因為減害原則與國際研究的不錯結果傾向贊成，但擔心海洛因仍是毒品，由醫師施打毒品依然不適宜，同時擔心海洛因會流到非法市場。以及成癮者可以有海洛因處方而不願戒毒。
- (九) 藥癮者個別訪談，發現藥癮者對於美沙冬療法之成效確實有讓他們疑慮之處，原因是藥癮者並沒有將治療視為慢性病治療，對於減害思維也不瞭解，使得美沙冬治療能使其完全戒毒的期待有落差；加上美沙冬會成癮並在停用時帶來戒斷症狀，治療有效性在藥癮者認知中打了折扣，或是使藥癮者離開美沙冬治療。但是治療能使藥癮者完全戒除不再使用毒品與美沙冬不應該上癮的認知，是與原本藥癮治療的減少個人、家庭與社會的傷害之目標不同；所以國際上對於美沙冬治療的結果與效益良好，是因為著重於減少愛滋感染、降低危險行為頻率、減低用藥過量死亡比率、減少毒品造成之財產相關犯罪減少與提昇生活（家庭）品質。藥癮慢性病治療的期待與減害思維在藥癮者與治療者間還有鴻溝，需要加強教育與溝通。
- (十) 藥癮者深度訪談發現，對於實施安全注射室與海洛因療法，其意見偏向贊成，但是藥癮者建議實施前應該修法建立法源，對於單純施用毒品可以除去刑事罰則，並且制定好衛生署、法務部與警政署間相關的配套措施，及宣導民眾改變毒品是犯罪的態度。
- (十一) 民調結果發現八成五民眾不知道政府正在推行減害措施。聽過減害措施者，過半數贊成美沙冬療法與針具交換計畫。上述資料顯示大多數民眾並不知道也不是很瞭解減害措施，在這樣的情況下，許多題目的意見結果在推論上是要有所保守的，因為民眾可能不清楚題意。另外對於知道減害措施者，

也僅有過半數支持美沙冬療法與針具交換計畫，顯示民眾對減害措施並非很贊成。

(十二) 三分之二民眾贊成減害措施可能會縱容毒犯使用藥物。有超過七成民眾不贊成在醫療監控下設置「安全注射室」。在減少疾病與死亡的前提下，過半數民眾仍不贊成設置「安全注射室」。半數民眾贊成設置「安全注射室」可增加他們與醫療之接觸。約半數民眾贊成設置「安全注射室」可減少社區與毒品之相關犯罪。超過七成民眾不贊成「安全注射室」設置在居家 500 公尺內。上述資料顯示民眾傾向不贊成「安全注射室」設置，但在可以減少社會成本與社會傷害的情況下，不贊成的比率下降至半數。

(十三) 民調顯示，過半數民眾贊成醫療用海洛因作藥癮治療。在可以減少感染與死亡機率，有超過六成民眾是可以接受海洛因療法。在可以減少毒品相關犯罪前提下，有超過六成民眾是可以接受海洛因療法。在可以減少社會成本的前提下，有近七成民眾是可以接受海洛因療法。上述資料顯示在可以減少社會成本與社會傷害的情況下，過半數的民眾是贊成醫療用海洛因作藥癮治療。

(十四) 聯合國建議將藥癮者視為慢性病患者的治療理念，台灣民眾態度是傾向不贊成。若藥癮者可能不去治療，則八成民眾不贊成設置「安全注射室」；八成五民眾是非常不贊成與不贊成海洛因處方療法讓患者永遠成癮，反映民眾無法接受為何治療不能使藥癮者遠離毒品，顯示不瞭解藥物成癮後持續使用毒品是一種大腦慢性疾患。

二、建議：

本研究依據上述結果，認為我國毒品政策與減害計畫可以有對於施用毒品者基本權保障不足、減害宣導、配套與評估不足、落實醫療取代司法實務執行、強制戒治程序過於僵化、缺乏毒品問題監測與治療評估系統、以及未充分整合相關資源的建議：

(一) 立即可行建議

1. 宣導藥癮為慢性病，藥癮戒治為慢性病治療（主辦單位：衛生署、教育部；協辦單位：法務部、各縣市毒品危害防制中心）

我國已經修訂毒品危害防制條例來推動減害，其中最重要的思維與證據，是在於如聯合國和世界衛生組織依據醫學與成癮科學研究結果，提倡將藥癮視為慢性病來治療；但是我國推動減少傷害與慢性病治療的概念並未廣為宣導與澄清，從焦點訪談與民調中都發現民眾與藥癮者因為對於藥癮治療觀念不正確，而對於美沙冬治療有不符合與不恰當的期待，認為經過醫師採用美沙冬治療後能便能不再使用海洛因；醫學上對於慢性病的治療有其臨床準則，慢性病治療是長期維持療法觀念，藥物同時必須合併健康生活形態的養成，才能稱為慢性病治療，例如醫師治療糖尿病患者，除了必須施打胰導素進行治療，還會要求病患必須建立規律運動與良好健康飲食習慣，才能維持糖尿病治療效果，也會告知胰島素治療與健康生活習慣並不能完全根治好糖尿病，而是維持病患不受糖尿病復發影響健康。當醫事人員（醫師、心理師、護理師與社工師）、藥癮者與民眾都能夠瞭解對於慢性病的治療目標是控制病情與維持不發病，而非治療好疾病，我國對於藥癮戒治成效會有較佳的結果。

2. 加強全民減少傷害思維的政策宣導（主辦單位：衛生署、教育部；協辦單位：新聞局、各縣市毒品危害防制中心）

減少傷害已經是我國政策一部份。由於長期使用毒品會帶來個人、家庭與社會的傷害，對於單純施用海洛因採嚴刑峻罰的效果無法有效解決毒品問題，因而有務實面對毒品問題的減少傷害思維。本研究的民調結果中，有九成民眾對於使用毒品可能造成的危害及影響都具備正確的概念，但對於如何處遇這些藥癮問題，比較沒有接觸或想法。國內政府已在近幾年大力推行「毒品病患愛滋減害計畫」，目的是為了降低藥癮愛滋的感染率，但一般民眾對於此政策有超過 85%以上（911 人）的人並未聽過，也有 9%（98 人）的民眾是聽過但不清楚實際內容，表

示真正知道的僅只有 5% (60 人)。沒有聽過或是不瞭解減害措施的民眾，對於減害措施的正確概念與接納也顯著較佳。由此可知，大部分民眾幾乎不清楚政府在毒品病患愛滋減害計畫的各項措施與推動理念，亦即政府並未向民眾宣導相關計畫與配套措施，所以未來中央與地方在擬定各項藥癮政策前，應規劃完整的宣導流程，多以健康傳播管道（包含運用媒體網路部份）對大眾進行教育與宣導，而不僅只對醫護人員或工作人員訓練而已，也應讓民眾與藥癮者清楚瞭解政府實施之用意和未來實施後所帶來的效益與影響，相對於政府在推動政策之餘，或許能獲得更多民眾與藥癮者的認同，成效則更為顯著。

3. 補強現有減害措施不足之處，例如提供心理諮商與健康生活形態之改變（主辦單位：衛生署；協辦單位：各縣市毒品危害防制中心）

減少傷害的措施有超過十多種，我國現有減害措施則包含替代療法、愛滋衛教與諮詢、與清潔針具交換計畫三項為主，加上各縣市毒品危害防制中心個案管理與轉介的減害措施。衛生署雖然訂定「鴉片類物質成癮者替代療法作業基準」規範替代療法執行機構，應配置精神科專科醫師、藥師、護理人員、臨床心理師、職能治療人員及社會工作人員至少各一名；且執行機構於治療期間，應定期安排個案接受心理治療或輔導，及後天免疫缺乏症候群相關衛教，並將輔導情況及病人配合度，列為下次療程評估參考。然而一方面只有少數機構內臨床心理師能落實對藥癮個案的心理治療與行為改變諮商；另一方面此基準訂定衛教僅限於愛滋病，並沒有針對藥物濫用與成癮進行教育，所以建議應該儘速增加臨床心理師與諮商心理師在藥物成癮領域的專業訓練，同時應該增加心理服務的給付以吸引優秀心理師投入藥癮治療工作；因為藥物成癮是慢性疾病，對於慢性病治療，必須搭配健康生活行為的改變，建議應該增加諮商心理師、健康促進師與衛生教育師，落實對於藥物濫用與成癮者的行為改變。

4. 增進藥癮治療可近性，補助藥癮治療費用、延長喝藥時間與持續增設藥癮治療門診（主辦單位：衛生署；協辦單位：毒品危害防制中心）

聯合國和世界衛生組織分別在 2009 年與 2011 年展開藥物治療新計畫與第二期計畫（TreatNet），推動全球性藥物依賴治療服務提升計畫，並著重在非洲、中亞、中東、南美及東南亞等地區。另外，聯合國前任秘書長安南等專家於 2011 年 6 月 2 日全球毒品政策委員會呼籲各國重視減害觀點，強調促進與支持各合約國加強藥物成癮治療可近性。整體上希望除了透過藥物輔助治療和預防，呼籲各會員國也應提供人性化照護與藥物諮商，落實健全的醫療模式（UNODC, 2009; 2011）。

國外研究與國內李思賢等(2011)分析 576 位美沙冬治療個案研究，發現公費支付美沙冬治療費用，其使用美沙冬劑量較高，病患較高比率留置在治療中。另一項（李思賢，2010）則發現就醫距離越遠，越容易離開治療；加上訪談結果發現藥癮者會因為就醫太遠與喝美沙冬時間不方便就放棄治療；因此，本研究建議增進藥癮治療可近性，減少就醫治療障礙，也就是縮短藥癮者需要就醫喝美沙冬的距離、延長非上班時段喝藥時間、支付非 AIDS 感染者藥癮就醫費用、強化與訓練目前藥癮治療專業人員醫療專業知識等等，將高品質的藥癮治療提供給每一位需要的公民。

5. 評估我國減害措施之施行成效（主辦單位：國科會、研考會；協辦單位：法務部、衛生署）

減害措施自 2006 年實施以來，已經有一些初步研究，但是整體評估與效益證據仍然非常不足。這些初步研究發現減害有顯現其初步效益，特別是 Huang et al. (2011)與李思賢等（2010, 2011）的研究成果發現對於致死率、愛滋發生率與成本效益有成果，但是仍有執行減害與方案配套不足之處，例如藥癮者與民眾並沒有將治療視為慢性病治療，對於減害思維與政府措施也不瞭解，使得減害措施與藥癮者認為美沙冬治療有相當副作

用；特別是藥癮者會認為美沙冬治療效果不佳、民眾對於減害支持度因沒聽過而不高、減害未能提供針對藥癮之心理諮商與健康生活型態之行爲改變、與低門檻減害服務。透過成效評估研究，以提供實證依據支持治療模式之執行。強化以實證研究對政策提出可行建議。

6. 活化戒癮治療之緩起訴處分，減少強制戒治與判刑（主辦單位：法務部；協辦單位：衛生署）

各項研究發現由於美沙冬治療與行爲諮商的介入造成犯罪比率與愛滋感染人數下降，在醫療院所進行治療被認為可能比強制勒戒與戒治有更好效果。同時禁戒處分的發動由於涉及到人身自由的嚴重干預，須以最後手段為要求才是。我國在民國 97 年 4 月 30 日修訂毒品危害防制條例（附錄一）第 24 條戒癮治療之緩起訴處分，強化醫療替代刑罰之規定，雖然這是屬於特殊情況下的規定，但是「治療勝於處罰」、「醫療先於司法」之理念，開始能在刑事執行程序中有個依據。目前我國因為對於治療有效性的判斷是指完全戒除，與藥癮為慢性病維持治療，認為有效性並非完全禁戒毒癮，而是充分地降低施用毒品者再犯的危險，在理念與執行上不同。依據毒品危害防制條例，初犯自行至醫院治療，醫院免通報，僅為單純的病人身分；若初犯沒有到醫院治療被抓到，檢察官可交付治療緩起訴處分，因此初犯至醫院治療屬於緩起訴的被裁定者，若緩起訴未完成便會撤銷緩起訴改為入監，如緩起訴一年執行完成，結案後初犯回復到未曾犯罪的病人身分。以犯人的角度來看，第一次被抓若無緩起訴便直接觀察勒戒，觀察勒戒後進行戒治，如五年後再犯罪需觀察勒戒，若五年內再犯就到監獄執行。由於海洛因成癮是大腦慢性病，如果進行觀察勒戒與戒治，則藥癮者會再使用海洛因機率非常高，最後會導致五年內再犯，進入監獄服刑，這也是造成目前監獄人滿為患的窘境。本研究建議應該善加利用緩起訴進行治療，並將治療有效性依據減害原則訂為定期到院治療，減少再度使用之危險，不要因為一次尿液檢驗

陽性就取消緩起訴；例如減少海洛因施打的頻率與劑量，每天到醫院服用美沙冬，每星期進行一次心理諮商，而非完全馬上斷絕海洛因施用，會更符合減少傷害的治療原則。

7. 成立藥癮預防與醫療基金會，主導藥癮預防，研發多元藥癮治療，培訓藥癮醫療專業人力，編列特別預算補助藥癮治療與減害措施（主辦單位：行政院毒品防制會報；協辦單位：衛生署、法務部、財政部）

已經有越來越強有力的證據說明成癮是一種大腦的慢性疾患，聯合國、世界衛生組織與先進國家也接受這些研究證據，推動多元的藥癮治療與服務。我國目前非 AIDS 個案，如酒癮、藥癮者之治療皆為自費，亦無類似先進國家彙整各部會有關藥癮者資料、蒐集並統整各面向之物質濫用相關研究的機關，僅以行政院毒品防制會報進行。本研究建議我國成立藥癮預防與醫療基金會，落實醫療先於司法，治療優於監禁的理念，以及健康人權平等原則，統籌與開發辦理多元藥癮治療模式的研究與發展、監測國民藥物成癮的趨勢與發展，建立資訊系統以提供部門間合作分享之平台、建置以人為中心之資訊系統，提出各項就醫費用與社會復健之給付與原則、加強教育平台建構以促進培訓藥癮治療專業人力、建立國際合作與交流，引進有效、新研發治療與防毒政策、並且評估國內各項實施方案的成本效益，定期提供實證數據與政策分析，做為修訂我國毒品政策之參考。

8. 建議政府每隔三至四年進行毒品議題民意調查，做為施政參考（主辦單位：行政院研考會）

民意所向是政策能否貫徹實施與產生成效的重要因素之一，在解讀各項數據時，對應到客觀的參照比率與標準是非常重要的；例如本研究發現臺灣民意對於海洛因療法的支持與加拿大居民支持度相近似，有五成到六成；可是對於國內政治與媒體環境來說，任何一項重大爭議政策的施行，如果沒有八成民眾的支持，是否能夠順利推行哪？因此，建議研考會每隔 3-4

年進行毒品政策議題的調查，才能瞭解國內民眾對於毒品議題的態度與社會變遷的影響。

（二）中長期建議

1. 取消毒品施用者觀察勒戒與戒治，用醫療替代自由刑（主辦單位：法務部、衛生署）

刑罰目的是保護法益為出發點，同時增加藥癮者社會復歸的可能性，我國毒品危害防制條例第 20 條對於強制勒戒與戒治的發動門檻過於寬鬆，不管使用量與次數，只要有使用第一、二級毒品即可強制觀察勒戒；強制戒治的發動，只要符合繼續施用毒品的傾向即可。雖然在勒戒與戒治所中有定期評估有無繼續施用毒品傾向的措施，姑且不論施用傾向測量信效度，在勒戒與戒治所進行的處遇與矯正教化是否能有效果，以及評量結果並未以具體治療效果作評估標準；造成受勒戒與受戒治人根本無治療療效的藥癮者，在有施用毒品可能性無法降低的前提下，繼續地被監禁。此舉不但過度耗費法務與監所資源，出所後的高再犯率也讓各界對於強制戒治的效果打上問號，整體呈現出對毒品施用者之強制勒戒與戒治並未達到其目的。研究發現因為矯正機構本身條件的限制，加上受戒治人為強制性並無改變動機，矯正機構並非適合進行全面性治療的處所，若能在特定醫療機構進行治療，能強化動機且較能避免矯正機構因條件欠缺所導致的不良後果。由於成癮疾病的因素，藥癮者能夠在刑罰對其實施前，獲得妥善治療的機會。這樣的作法不只降低了施用毒品致死者數量與傳染病感染情形，對於藥癮者的社會復歸因能維持家庭聯繫與繼續工作而有相當大的貢獻與效益。因此本研究建議中期可採自由刑，也就是雖然沒有除去刑事責任，但可以採第 24 條緩起訴附命戒癮治療，搭配刪除第 20 條醫療治療以一次為限，改為不管是否為主動到醫療院所，只要持續參與治療即可免除起訴，也就較能落實「醫療先於刑

罰」，這也能呼應有許多藥癮者對於美沙冬藥劑並沒有良好反應，加上藥癮是慢性、容易復發的大腦疾病，可以預見的是經過一次的療程，病患還是會五年內復發。不過若不能維持良好醫囑，參與治療與心理諮商，合併連續多次篩檢嗎啡陽性則取消自由刑判定入監。在法務部檢察司尚未全面啟動附命戒癮治療前，本研究建議也可以對於毒品施用者改採平日接受藥癮治療，週末入監服刑，可以免除讓藥癮者失去工作所帶來的個人問題與社會成本。

2. 取消警察訪疑查驗制度（主辦單位：警政署與法務部）

民調結果顯示 99%的民眾不贊成 K 他命、搖頭丸、安非他命、海洛因可合法使用；贊成度較高的大麻，亦只有 6%的民眾贊成大麻可合法使用，故現階段應難以全面推行毒品除罪化政策。但是採用強制手段進行監控，例如警察的訪疑查驗制度與強制戒治等，其實是推動減害措施與人權醫療的障礙。警察的訪疑查驗制度主要是採強制手段有效說，此乃基於人性的弱點及成癮者本身的問題，多認為若不利用強制監控的手段，將無法迫使行為人接受治療，進而無法達成去除或降低行為人危險的目的。雖然過去研究與文獻發現監控與強制機構內禁戒對於毒品戒除無法產生效果，反而藥癮者會為了躲避警察查緝、驗尿與追捕等，不願出現接受治療以減少傷害。但依據本研究焦點團體與民調結果發現我國國情還無法建議毒品施用者完全除去刑事罪罰，所以未修訂單純施用毒品除罪前，為使減害政策一致，本研究建議中期先修訂與減害相矛盾措施，例如取消警察訪疑驗尿能減少警察勤務，促使藥癮者出面接受治療與教育，符合減害目標。

3. 毒品施用者除刑但不除罰（主辦單位：法務部；協辦單位：衛生署、警政署）

已經有七個國家已經完全除去毒品施用者刑罰，也有許多國家對於施用毒品視為自傷，賦予強制治療，亦即除刑不除罰；聯合國與世界衛生組織的治療網也已經進入第二期，協助各會

員國能夠將普遍提昇藥癮治療可近性。不過我國目前的社會觀感短期內還不到可以將毒品施用完全除刑與除罰，一方面民眾對於毒品除罪化後還有所多疑慮，包括是否會引發更多人施用毒品、犯罪率是否會下降、藥癮可以治癒程度、除刑後該如何落實如瑞士的毒品防制紮根教育以防制青少年使用毒品、與使用毒品便是違反道德；另一方面是除罪後，將藥癮視為慢性病患者，醫療是否能承擔治療負荷、醫療支出從何開源、以及是否耗費更多國家資源監督與管制毒品運輸與販賣等都是大問題。民調中也發現我國國民有極高比率反對成人可以使用毒品。所以本研究建議我國在中長期規劃上，可以先除刑但不除罰，也就是除去監禁刑事責任，但是可以對毒品施用者賦予治療或是罰緩與教育等處罰。

4. 提供海洛因處方療法給困難治療個案（主辦單位：衛生署；協辦單位：各縣市毒品危害防制中心）

臺灣目前在藥癮治療選擇上，主要是美沙冬與舒倍生舌下錠兩種，此類藥物戒斷症較海洛因輕，且藥效較長，用以輔助鴉片類藥物成癮的治療法。然而考慮到仍有小部分海洛因成癮者，在嘗試美沙冬或是舒倍生舌下錠的治療後，其效果不佳的困難個案，或是已經罹患如愛滋、肝炎等疾病的末期藥癮者，本研究中期可以考慮給予美沙冬處方做為治療。雖然聯合國也認為海洛因處方療法為一種減害治療，然而國際間對於海洛因療法的採用並不廣泛，其原因與對於我國社會的適用性，也還有下列幾點考量因素，第一是有專家與民間組織仍然認為海洛因為毒品，單純施用毒品尚未除罪前，社會適用性低，不應貿然實施；第二是每位接受海洛因處方治療個案，必須由醫師一天注射三次或以上的治療，治療費用所費不貲，醫療人力的投入會相當龐大；第三是目前在瑞士與加拿大的試驗結果有初步成效，但是因為這些實驗並非隨機分派，實驗對象也並非隨機選取，並無樣本代表性，因此研究結果不能確認海洛因療法確實有減害效果。雖然有上述考量，但是基於聯合國與世界衛生

組織呼籲各會員國應提供人性化照護、藥物成癮治療與藥物諮商，落實健全的醫療模式（UNODC, 2009; 2011），其中包含海洛因處方療法，也就是海洛因處方療法被視為藥物成癮治療的一種可接受治療法，

本研究建議中長期可思考海洛因處方療法是基於聯合國與世界衛生組織呼籲重視人權與醫療的立場。在形成海洛因處方療法政策前，除了本研究已經回顧到的發展背景、執行實況與初步執行效果，必要時相關主管部門宜實地了解，包括其適合對象臨床標準、設置的地點、推動的阻力、衍生的問題、監督的機制、專業管理模式、人力的需求、經費負擔等，透過事前多方的評估與考量及傾聽各方意見，且海納百川並去蕪存菁，較能完整擬定出適合本國的政策。但是其實醫療科技發展迅速，目前也已經有其他治療藥物快速發展中，所以未來在藥癮輔助療法上，可以使用多元治療方式，雖然部份藥物仍屬於試驗階段，並未完全合法使用，但如果經過人體試驗並無傷害性，站在減害與困難治療藥癮者的角度上，還是值得一試，畢竟他們是難以長期接受治療的一群，若治療成效後能提高他們的身心狀況與減少社會成本的支出，相對都是有益於整個社會、家庭、甚至個人。如果將海洛因處方定位為提供給經過美沙冬與舒倍生舌下錠治療後減害效果不佳的困難個案、或是愛滋與癌症末期藥癮者，是中長期可以規劃的目標。

5. 少量持有毒品（微罪）不起訴（主辦單位：法務部；協辦機關：警政署）

已經有七個國家已經完全除去毒品施用者刑罰，也有許多國家對於施用毒品視為自傷，且持有少量毒品視為微罪不起訴。我國緩起訴的部分除了毒品危害防制條例第 24 條附命戒癮治療外，本研究建議在施用毒品犯罪情節輕微的情形時(例如：未成癮的初犯)，可對施用毒品者作出緩起訴的處分(單純的緩起訴處分或附加其他負擔)，給予其自新的機會；對於持有微量毒品，並無販賣、運輸嫌疑時，可以不起訴，即在犯罪情節為輕

微而無訴追之必要者，亦可對施用毒品者作出不起訴處分。本研究建議的思考就是微罪不起訴之概念。不過我國在緩起訴與不起訴處分方面，仍受限於毒品危害防制條例第 20 條的規定，需要修法才能達成。

6. 安全注射（消費）室設置之推動宜審慎，聯合國麻醉藥品管制局敦促勿繼續開辦安全注射室，我國應依社會民意之變化審慎評估，現階段不宜貿然實施，中長期視宣導成效與民意變化再評估（主辦單位：衛生署；協辦機關：研考會、法務部）

國際間採行毒品減害政策以衛生教育與行為諮商、美沙冬治療、以及針具交換計畫最多，至於安全注射（消費）室等新興的毒品減害政策在理念上較具創造力與突破性，能實施國家為少數；能實施前提是國家毒品政策需要修改為單純施用毒品者無刑責，少量持有毒品雖為犯罪（微罪）但不予起訴的司法程序；但有關毒品除罪化議題，專家、民間組織及藥癮者焦點團體與深度訪談，皆表示我國目前毒品施用尚屬違法，安全注射室的推行有困難。相關單位（衛生署、法務部、內政部警政署）與藥癮者對於施用與攜帶毒品未除罪化的前提下，其實也難以推行；何況聯合國麻醉藥品管制局公開表示反對毒品安全注射室的立場，加上我國一方面其實並沒有公然施打毒品、亂丟針具、無法取得乾淨針具等問題，另一方面我國在實施減害計畫後，注射毒品死亡與愛滋感染發生率明顯下降；民眾對安全注射室設置民調的支持度也未達八成，特別是不贊成安全注射室設置在家裡附近的比率較高，因此本研究認為安全注射（消費）室設置之推動宜再三思考，並依社會治安狀況與民意之變化審慎評估，現階段不宜貿然實施，中長期視宣導成效、民意變化與聯合國立場再評估。

參考書目

一、中文資料

- 王文科 (2000)。質的教育研究法。台北：師大書苑。
- 王見川(1998)。光復前台灣客家地區鸞堂出探。台北文獻直字，142，81-101。
- 朱迺欣(2008)。杜聰明與早期民間戒治運動和鴉片癮治療。17(3)，66-73。
- 江惠民(2007)。我國之毒品問題防制及對策。研考雙月刊，36(6)，15-24。
- 行政院衛生署、法務部、教育部(1995)。反毒報告書。2010年11月2日，取自：
http://park.org/Taiwan/Government/Events/September_Event/ant0.htm
- 余玉眉、田聖芳、蔣欣欣(1994)。質性研究—田野研究法於護理學之應用。台北市：巨流。
- 李世偉(1998)。日據時期鸞堂的儒家教化。台北文獻直字，(124)，59-79。
- 李世偉(無日期)。鸞堂。行政院國家文化建設委員會，2010年11月5日，取自：<http://taiwanpedia.culture.tw/web/content?ID=4340>
- 李志恆(2001)。「赴印度參加第十二屆國際減少毒品傷害研討會報告」。台北：行政院衛生署。
- 李思賢(2008a)。台灣北部地區美沙冬替代療法實施背景、成效及成本效益(一)。行政院衛生署管制藥品管理局科技研究發展計畫成果報告。臺北市：台灣師範大學健康促進與衛生教育學系。
- 李思賢(2008b)。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: 法務部。

李思賢 (2009)。台灣北部地區美沙冬替代療法實施背景、成效及成本效益(二)。行政院衛生署管制藥品管理局科技研究發展計畫成果報告。臺北市: 台灣師範大學健康促進與衛生教育學系。

李思賢 (2010)。台灣北部地區美沙冬替代療法實施背景、成效及成本效益(三)。行政院衛生署管制藥品管理局科技研究發展計畫成果報告。臺北市: 台灣師範大學健康促進與衛生教育學系。

李思賢、傅麗安 (2007)。第十四章: 藥癮者行為模式與藥癮愛滋病患諮商。收錄於「愛滋病照護與諮商」, 財團法人護理人員愛滋病防治基金會。

李思賢、趙運植 (2003)。台灣地區某單位軍人愛滋相關知識與高危險性行為之探討。台灣性學學刊, 9 (2), 63-67。

李媚媚、尹祚芊、郭英調 (2000)。嫖客對愛滋病知識、態度與行為之研究。護理研究, 8 (3), 37-47。

杜聰明 (1931)。臺灣ニ於ケル阿片癮者ノ統計的調査第 2 報告。台灣醫學會雜誌, (34), 1-25。

杜聰明 (1989)。回憶錄 (上)。台北市: 龍文出版社。

孟維德 (2010)。跨國毒品販運與國際防制方案。警學叢刊, 40 (5), 55。

林昭卿、賴美信、蘇惠珍 (2000)。社區婦女愛滋病的知識、態度、及衛教需求之調查研究。弘光學報, (34), 1-40。

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。

林雪蓉、黃翠咪、陳佳伶、黃惠鈞、羅于惠 (2006)。國、高中、職、夜校生利用捐血驗愛滋的知識、態度、行為之初探。疫情報導, 22 (8), 531-545。

周孫元、陳快樂 (2009)。美沙冬替代療法在海洛因成癮個案之療效

- 評估-以桃園療養院為例。管制藥品簡訊，14，2-3。
- 法務部（1997）。近二年毒品案件增加原因分析報告。
- 法務部（2007）。「專案報告-八十七法務統計重要指標分析下載」。
2010年11月2日取自於法務部網址：
<http://www.moj.gov.tw/ct.asp?xItem=34307&ctNode=27438>。
- 疾病管制局（2006）。毒品病患愛滋減害計畫之鴉片類物質成癮替代療法作業基準。2011/7/4 取自網址：
http://www.doh.gov.tw/ufile/Doc/library/20060403/200603_%E9%B4%89%E7%89%87%E9%A1%9E%E7%89%A9%E8%B3%AA%E6%88%90%E7%99%AE%E4%B9%8B%E6%9B%BF%E4%BB%A3%E7%99%82%E6%B3%95%E6%96%BD%E8%A1%8C%E8%A6%81%E9%BB%9E.pdf
- 疾病管制局（2008）。毒品病患愛滋減害試辦計畫（核定本）。2011/7/4 取自網址：
<http://www.cdc.gov.tw/ct.asp?xItem=11244&ctNode=1885&mp=1>
- 疾病管制局（2007a）。「疾病介紹/法定傳染病/其他/愛滋病/統計資料下載/960630 統計資料」。網址：<http://www.cdc.gov.tw/file/>。
- 疾病管制局（2007b）。「藥癮愛滋減害計畫」。1997年8月21日取自於疾病管制局網址：<http://www.cdc.gov.tw/>。
- 疾病管制局（2009）。「台灣地區本國籍感染人類免疫缺乏病毒者依危險因子統計表」。2010年11月3日取自於疾病管制局網址：
<http://www.cdc.gov.tw/public/Attachment/01612104271.xls>。
- 疾病管制局（2010）。「替代治療執行進度」。2010年11月3日取自於行政院疾病管制局。網址：
<http://www.cdc.gov.tw/public/Attachment/09149314371.xls>。
- 唐心北（2009）。運用緩起訴處分制度，有效提升美沙冬替代療法之成效。管制藥品簡訊，14，3-4。

毒品減害措施之研究

- 莊弘毅、劉碧隆、余秀娟、鄭金朋、王美綺（2006）。高雄縣政府衛生局「清潔針具交換計畫」受刑人需求及意願調查。**疫情報導**，22（8），546-555。
- 麻醉藥品管理條例（1929.11.11）。**麻醉藥品管理條例(02512)**。立法院法律系統，2010年11月2日，取自：
<http://lis.ly.gov.tw/lghhtml/lawstat/version2/02512/0251218102600.htm>
- 黃富源、曹光文（1996）。**成年觀護新趨勢**。台北：心理出版社。
- 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）。
- 楊士隆、林瑞欽、鄭昆山（2005）。**毒品問題與對策**。行政院研考會。
- 楊士隆、李宗憲（2006）。**我國反毒政策檢討**。行政院研考會。
- 楊士隆、李宗憲、黃靖婷（2007）。**藥癮戒治及減害計畫政策績效指標研究**。
- 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。
- 楊士隆、吳志揚（2009）。**青少年藥物濫用防制策略評析**。行政院研考會。
- 楊玉齡（2002）。**一代醫人杜聰明**。台北市：天下文化出版股份有限公司。
- 楊靖慧（2006）。**台灣愛滋病流行現況與防治政策**，第1卷。
- 戡亂時期肅清煙毒條例（1955.6.3）。**戡亂時期肅清煙毒條例(04547)**。立法院法律系統，2010年11月2日，取自：
<http://lis.ly.gov.tw/lghhtml/lawstat/version2/04547/0454744052700>
- 管制藥品管理局（2009）。**藥物濫用防制宣導教材**。台北市：行政院管制藥品管理局。
- 蔣平、馬廣惠譯（2008）。**搜尋忘卻的記憶：全球毒品 500 年**。大陸：

譯林出版社。

蔡淑芬 (2005)。靜脈藥癮者愛滋病毒感染者之流行病學。愛之關懷季刊，50，7-10。

衛生署 (2009)。98 年反毒報告書。台北市：教育部。

衛生署管制藥品管理局 (2007)。2007 年 7 月 26 日，網址：
<http://www.nbcd.gov.tw/admin/uploads/20070726033246531253342/960726>

盧幸馥、李思賢 (2008)。女性海洛因使用者共用注射針具和稀釋液之行爲表現與愛滋感染之初探。台灣公共衛生雜誌，24 (2)，158-169。

二、英文資料

Abuse, S. Mental Health Services Administration (SAMHSA). (1992). *National Household Survey on Drug Abuse: Public Release Codebook 1991*.

Amato, L., & Davoli, M. (2005). An overview of systematic reviews of the effectiveness of opiate maintenance therapies: available evidence to inform clinical practice and research. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 28(4), 321-329.

Blanken, P., van den Brink, W., Hendriks, V. M., Huijsman, I. A., Klous, M. G., Rook, E. J., & van Ree, J. M. (2010). Heroin-assisted treatment in the Netherlands: History, findings, and international context. *European Neuropsychopharmacology*, 20, S105-S158

Blanken, P., Hendriks, V. M., van Ree, J. M., & van den Brink, W. (2010). Outcome of long-term heroin-assisted treatment offered to chronic, treatment-resistant heroin addicts in the Netherlands. *Addiction*, 105(2): 300-308.

Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests.

毒品減害措施之研究

Psychometrika, 16(3), 297-334.

Canada, C. M. o. H. G. o. (2008). *Final Report of the Expert Advisory Committee on Supervised Injection Site Research*. Retrieved May 9 2011 from http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/pubs/_sites-lieux/insite/index-eng.php

Collin, C. (2006). Substance abuse issues and public policy in Canada: Canada's federal drug strategy. Retrieved May 9 2011 from <http://www.parl.gc.ca/Content/LOP/researchpublications/prb0615-e.html>

Crime, U. N. O. o. D. a. (2002). Investing in Drug Abuse Treatment-A discussion Paper for Policy Maker. Retrieved Oct 17 2010 from http://www.unodc.org/pdf/report_2003-01-31_1.pdf

Cruz, M., Patra, J., Fischer, B., Rehm, J., & Kalousek, K. (2007). Public opinion towards supervised injection facilities and heroin-assisted treatment in Ontario, Canada. *International Journal of Drug Policy*, 18(1), 54-61.

DeBeck, Kerr, T., Bird, L., Zhang, R., Marsh, D., Tyndall, M., Montaner, J., & Wood, E. (2011). Injection drug use cessation and use of North America's first medically supervised safer injecting facility. *Drug and Alcohol Dependence*, 113, 172-176.

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(3): 337-346.

Fang CT, C. Y., Hsu HM, Twu SJ, Chen KT, Lin CC, Huang YL, Chen MY, Hwang JS, Wang JD, Chuang CY. (2007). Life expectancy of patients with newly diagnosed HIV infection in the era of highly active

- antiretroviral therapy. *Oxford Journals Medicine*, 100: 197 - 105.
- Ferri, M.M.F., Davoli, M., and Perucci, C.A.A. (2005). Heroin maintenance for chronic heroin dependents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, issue 2, article number CD003410. DOI: 10.1002/14651858.CD003410.pub2.
- Fowler, F. J. (2002). *Survey research methods*. 3rd Ed. Sage Publications.
- Hall, W. D., Johnston, L. and Donnelly, N. (1999). Epidemiology of cannabis use and its consequences. In Harold Kalant, William Corrigall, Wayne Hall and Reginald Smart (Ed.), *The health effects of cannabis* (pp. 71-125) Toronto, Canada: Centre for Addiction and Mental Health.
- Harrison Narcotic Act (1914). *Harrison Narcotic Act*. Schaffer Library of Drug Policy, Retrieved September,26, 2010, from <http://www.druglibrary.org/schaffer/history/e1910/harrisonact.htm>
- Hunag, Y.F., Kuo, H.S., Lew-Ting, C.Y., Tian, F., Yang, C.H., Tsai, T.I., Gange, S. J., & Nelson, K. E. (2011). Mortality among a cohort of drug users after their release from prison: an evaluation of the effectiveness of a harm reduction program in Taiwan. *Addiction*, doi:10.1111/j.1360-0443.2011.03443.x
- INCB (2009). *Report of the International Narcotics Control Board for 2008*. Retrieved June 14th 2011 from <http://www.incb.org>.
- Kerr T, Stoltz J, Tyndall M, Li K, Zhang R, Montaner J, Wood E. (2006). Impact of a medically supervised safer injection facility on community drug use patterns: a before and after study. *BMJ*, 332, 220-222.
- Korf, D. (1995). *Dutch treat: Formal control and illicit drug use in the Netherlands*: Thesis Publishers.
- Leavitt, S. B. E. (2004). A Community-Centered Solution for Opioid

毒品減害措施之研究

Addiction Methadone Maintenance Treatment (MMT). *Addiction Treatment Forum*.

- Lee, T. S.H., Shen, H. C., Wu, W. H., Huang, C. W., Yen, M. Y., Wang, B. E., Chuang, P., Chih, C. Y., Chou, Y. C., & Liu, Y. L. (2011). Clinical characteristics and risk behavior as a function of HIV status among heroin users enrolled in methadone treatment in northern Taiwan. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 6(1):6.
- legislation, T. a.-o. (1875).A Social History of America' s Most Popular Drugs. Retrieved September,26, 2010, from <http://www.pbs.org/wgbh/pages/frontline/shows/drugs/buyers/socialhistory.html>
- Lincoln, Y. S. (1985).Emerging criteria for quality in qualitative and interpretive research. *Qualitative inquiry*, 1(3), 275
- Lum, P.J., Sears, C., & Guydish, J. (2005).Injection risk behavior among women syringe exchangers in San Francisco.*Substance Use and Misuse*, 40, 1681-1696.
- Marijuana Tax Act (1937).Marijuana Tax Act.*Schaffer Library of Drug Policy*,Retrieved May,13,2011, from <http://www.druglibrary.net/schaffer/hemp/taxact/mjtaxact.htm>
- Manchikanti, L. (2007). National drug control policy and prescription drug abuse: facts and fallacies. *Pain Physician*, 10(3), 399.
- March, J. C., Oviedo-Joekes, E., Perea-Milla, E., & Carrasco, F. (2006). Controlled trial of prescribed heroin in the treatment of opioid addiction. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 31(2), 203-211.
- Marlatt, G. A. E. (1998). *Harm Reduction: Pragmatic Strategies for managing high-Risk Behaviors*. The Guilford Press, New York.
- Marshall, B.D.L., Milloy, M.J., Wood, E., Montaner, J.S.G., and Kerr, T. (2011). Reduction in overdose mortality after the opening of North

- America's first medically supervised safer injecting facility: A retrospective population-based study. *Lancet*. Published online April 18, 2011. DOI: 10.1016/S0140-6736(10)62353-7.
- Nutt, D., King, L. A., Saulsbury, W., & Blakemore, C. (2007). Development of a rational scale to assess the harm of drugs of potential misuse. *The Lancet*, 369(9566), 1047-1053.
- NAOMI(2008) .Summary of the Primary Outcomes of the North American Opiate Medication Initiative(NAOMI). Retrieved May,5, 2011,from <http://www.naomistudy.ca/NAOMI.Summary.doc>
- Opium Act (1908) .Opium Act,*Schaffer Library of Drug Policy*.Retrieved May,5, 2011,from http://www.druglibrary.org/schaffer/library/studies/canadasenate/vol2/chapter12_opium_act_1908.htm
- Oviedo-Joekes, E., Brissette, S., Marsh, D. C., Lauzon, P., Guh, D., Anis, A., & Schechter, M. T. (2009). Diacetylmorphine versus Methadone for the Treatment of Opioid Addiction. *New England Journal of Medicine*, 361(8),777-786.
- Raistrick, D., & Tober, G. (2004). Psychosocial interventions. *Psychiatry*.3(1): 36-39.
- Rehm, J., Frick, U., Hartwig, C., Gutzwiller, F., Gschwend, P., &Uchtenhagen, A. (2005). Mortality in heroin-assisted treatment in Switzerland 1994-2000. *Drug and Alcohol Dependence*, 79(2), 137-143.
- Rehm, J., Gschwend, P., Steffen, T., Gutzwiller, F., Dobler-Mikola, A., & Uchtenhagen, A. (2001). Feasibility, safety, and efficacy of injectable heroin prescription for refractory opioid addicts: a follow-up study. *The Lancet*. 358(9291): 1417-1420.
- Sikora, K. (2010). Drug injection room will stay in Kings Cross. *The Daily*

毒品減害措施之研究

- Telegraph. Retrieved July,28, 2011,from
<http://www.dailytelegraph.com.au/news/sydney-nsw/drug-injection-room-will-stay-in-kings-cross/story-e6freuzi-1225941965002>
- Stark K, H. U., Ehrhardt S, Bienzle U. (2005). A syringe exchange programme in prison as prevention strategy against infection and hepatitis B and C in Berlin, Germany. *Epidemiology of Infection*. 22:21-26.
- Strang, J., Metrebian, N., Lintzeris, N., Potts, L., Carnwath, T., Mayet, S., & Forzisi, L. (2010). Supervised injectable heroin or injectable methadone versus optimised oral methadone as treatment for chronic heroin addicts in England after persistent failure in orthodox treatment (RIOTT): a randomised trial. *The Lancet*, 375(9729), 1885-1895.
- Sydney MSIC (2010a). How the Centre Works. Sydney MSIC. Retrieved July,28, 2011,from
<http://www.sydneymsic.com/how-the-centre-works>
- Sydney MSIC (2010b). Fact sheet--Sydney Medically Supervised Injecting Centre .Sydney MSIC. Retrieved July,28, 2011,from
http://www.sydneymsic.com/images/resources/pdfs/fact%20sheets%20msic_singles%20oct%202010.pdf
- Tober, G., & Raistrick, D. (2007). Psychosocial interventions . *Psychiatry*. 6(1): 1-4.
- Trasov, G. (1961). History of the opium and narcotic drug legislation in Canada. *Crim. LQ*, 4, 274.
- Tempalski, B., Friedman, R., Keem, M., Cooper, H., & Friedman, S. R. (2007). NIMBY localism and national inequitable exclusion alliances: The case of syringe exchange programs in the United States. *Geoforum*, 38(6), 1250-1263.

- Thein, H., Kimber, J., Maher, L., Macdonald, M., & Kaldor, J. (2005). Public opinion towards supervised injecting centres and the Sydney Medically Supervised Injecting Centre. *International Journal of Drug Policy*, 16(4), 275-280.
- The Opium and Narcotic Drug Act (1911) .The Opium and Narcotic Drug Act. *Schaffer Library of Drug Policy*. Retrieved May,5, 2011,from http://www.druglibrary.org/schaffer/library/studies/canadasenate/vol2/chapter12_opium_act_1908.htm
- Tyndall, M., Kerr, T., Zhang, R., King, E., Montaner, J., & Wood, E. (2006).Attendance, drug use patterns, and referrals made from North America's first supervised injection facility. *Drug and Alcohol Dependence*, 83(3), 193-198.
- Uchtenhagen, A. (2010). Heroin-assisted treatment in Switzerland: a case study in policy change. *Addiction*.105(1): 29-37.
- UNAIDS.(2006).Global summary of the AIDS epidemic.Retrieved May,20, 2011,from <http://www.unaids.ru/files/file/data/Global%20summary%20of%20the%20AIDS%20epidemic.pdf>
- UNODC.(2009).UNODC-WHO Joint Programme on drug dependence treatment and care. Retrieved July,2, 2011, from http://www.unodc.org/docs/treatment/09-82847_Ebook_ENGLISH.pdf
- UNODC. (2010). World drug report. Retrieved from http://www.unodc.org/documents/wdr/WDR_2010/World_Drug_Report_2010_lo-res.pdf
- UNODC. (2011). Treatnet Phase II: International network of drug dependence treatment and rehabilitation resource centres. Retrieved from <http://www.unodc.org/treatment/en/index.html>

毒品減害措施之研究

- Van den Brink, W., Hendriks, V., & Van Ree, J. (1999). Medical co-prescription of heroin to chronic, treatment-resistant methadone patients in the Netherlands. *Journal of Drug Issues*, 29:587-608.
- van der Hoof, C., Sturkenboom, M., van Grootheest, K., Kingma, H., & Stricker, B. (2006). Adverse drug reaction-related hospitalisations: a nationwide study in The Netherlands. *Drug safety*, 29(2):161-168.
- Van Den Brink, W., Hendriks, V., Blanken, P., Koeter, M., Van Zwieten, B., & Van Ree, J. (2003). Medical prescription of heroin to treatment resistant heroin addicts: two randomised controlled trials. *British Medical Journal*, 327(7410), 310.
- Wood, E. (2004). Changes in public order after the opening of a medically supervised safer injecting facility for illicit injection drug users. *Canadian Medical Association Journal*, 171(7):731-734.
- Wood, E., Tyndall, M., Li, K., Lloydsmith, E., Small, W., Montaner, J., et al. (2005). Do Supervised Injecting Facilities Attract Higher-Risk Injection Drug Users? *American Journal of Preventive Medicine*, 29(2): 126-130.
- Wood, E., Tyndall, M. W., Montaner, J. S., & Kerr, T. (2006). Summary of findings from the evaluation of a pilot medically supervised safer injecting facility. *Canadian Medical Association Journal*, 175(11):1399-1404.
- Wood, E., Montaner, J.S., Li, K., Barney, L., Tyndall, M.W., Kerr, T. (2007). Rate of methadone use among Aboriginal opioid injection drug users. *Canadian Medical Association Journal*, 177, 37.

附錄

附錄一 毒品危害防制條例

民國 99 年 11 月 24 日

第 1 條 為防制毒品危害，維護國民身心健康，制定本條例。

第 2 條 本條例所稱毒品，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。

毒品依其成癮性、濫用性及對社會危害性分為四級，其品項如下：

第一級：海洛因、嗎啡、鴉片、古柯鹼及其相類製品（如附表一）。

第二級：罌粟、古柯、大麻、安非他命、配西汀、潘他啞新及其相類製品（如附表二）。

第三級：西可巴比妥、異戊巴比妥、納洛芬及其相類製品（如附表三）。

第四級：二丙烯基巴比妥、阿普啞他及其相類製品（如附表四）。

前項毒品之分級及品項，由法務部會同行政院衛生署組成審議委員會，每三個月定期檢討，報由行政院公告調整、增減之，並送請立法院查照。

醫藥及科學上需用之麻醉藥品與其製品及影響精神物質與其製品之管理，另以法律定之。

第 2-1 條 直轄市、縣（市）政府為執行毒品防制工作，應由專責組織辦理下列事項：

一、毒品防制教育宣導。

- 二、提供施用毒品者家庭重整及心理輔導等關懷訪視輔導。
- 三、提供或轉介施用毒品者各項社會救助、法律服務、就學服務、保護安置、危機處理服務、職業訓練及就業服務。
- 四、提供或轉介施用毒品者接受戒癮治療及追蹤輔導。
- 五、依法採驗尿液及訪查施用毒品者。
- 六、追蹤及管理轉介服務案件。
- 七、其他毒品防制有關之事項。

直轄市、縣（市）政府應編列預算辦理前項事宜；必要時，得由各中央目的事業主管機關視實際情形酌予補助。

第 3 條 本條例有關法院、檢察官、看守所、監獄之規定，於軍事法院、軍事檢察官、軍事看守所及軍事監獄之規定亦適用之。

第 4 條 製造、運輸、販賣第一級毒品者，處死刑或無期徒刑；處無期徒刑者，得併科新臺幣二千萬元以下罰金。

製造、運輸、販賣第二級毒品者，處無期徒刑或七年以上有期徒刑，得併科新臺幣一千萬元以下罰金。

製造、運輸、販賣第三級毒品者，處五年以上有期徒刑，得併科新臺幣七百萬元以下罰金。

製造、運輸、販賣第四級毒品者，處三年以上十年以下有期徒刑，得併科新臺幣三百萬元以下罰金。

製造、運輸、販賣專供製造或施用毒品之器具者，處一年以上七年以下有期徒刑，得併科新臺幣一百萬元以下罰金。前五項之未遂犯罰之。

第 5 條 意圖販賣而持有第一級毒品者，處無期徒刑或十年以上有期徒刑，得併科新臺幣七百萬元以下罰金。

意圖販賣而持有第二級毒品者，處五年以上有期徒刑，得併科新臺幣五百萬元以下罰金。

意圖販賣而持有第三級毒品者，處三年以上十年以下有期徒刑，得併科新臺幣三百萬元以下罰金。

意圖販賣而持有第四級毒品或專供製造、施用毒品之器具者，處一年以上七年以下有期徒刑，得併科新臺幣一百萬元以下罰金。

- 第 6 條 以強暴、脅迫、欺瞞或其他非法之方法使人施用第一級毒品者，處死刑、無期徒刑或十年以上有期徒刑；處無期徒刑或十年以上有期徒刑者，得併科新臺幣一千萬元以下罰金。
- 以前項方法使人施用第二級毒品者，處無期徒刑或七年以上有期徒刑，得併科新臺幣七百萬元以下罰金。
- 以第一項方法使人施用第三級毒品者，處五年以上有期徒刑，得併科新臺幣五百萬元以下罰金。
- 以第一項方法使人施用第四級毒品者，處三年以上十年以下有期徒刑，得併科新臺幣三百萬元以下罰金。
- 前四項之未遂犯罰之。

- 第 7 條 引誘他人施用第一級毒品者，處三年以上十年以下有期徒刑，得併科新臺幣三百萬元以下罰金。
- 引誘他人施用第二級毒品者，處一年以上七年以下有期徒刑，得併科新臺幣一百萬元以下罰金。
- 引誘他人施用第三級毒品者，處六月以上五年以下有期徒刑，得併科新臺幣七十萬元以下罰金。
- 引誘他人施用第四級毒品者，處三年以下有期徒刑，得併科新臺幣五十萬元以下罰金。
- 前四項之未遂犯罰之。

- 第 8 條 轉讓第一級毒品者，處一年以上七年以下有期徒刑，得併科新臺幣一百萬元以下罰金。

轉讓第二級毒品者，處六月以上五年以下有期徒刑，得併科新臺幣七十萬元以下罰金。

轉讓第三級毒品者，處三年以下有期徒刑，得併科新臺幣三十萬元以下罰金。

轉讓第四級毒品者，處一年以下有期徒刑，得併科新臺幣十萬元以下罰金。

前四項之未遂犯罰之。

轉讓毒品達一定數量者，加重其刑至二分之一，其標準由行政院定之。

第 9 條 成年人對未成年人犯前三條之罪者，依各該條項規定加重其刑至二分之一。

第 10 條 施用第一級毒品者，處六月以上五年以下有期徒刑。

施用第二級毒品者，處三年以下有期徒刑。

第 11 條 持有第一級毒品者，處三年以下有期徒刑、拘役或新臺幣五萬元以下罰金。

持有第二級毒品者，處二年以下有期徒刑、拘役或新臺幣三萬元以下罰金。

持有第一級毒品純質淨重十公克以上者，處一年以上七年以下有期徒刑，得併科新臺幣一百萬元以下罰金。

持有第二級毒品純質淨重二十公克以上者，處六月以上五年以下有期徒刑，得併科新臺幣七十萬元以下罰金。

持有第三級毒品純質淨重二十公克以上者，處三年以下有期徒刑，得併科新臺幣三十萬元以下罰金。

持有第四級毒品純質淨重二十公克以上者，處一年以下有期徒刑，得併科新臺幣十萬元以下罰金。

持有專供製造或施用第一級、第二級毒品之器具者，處一年以下有期徒刑、拘役或新臺幣一萬元以下罰金。

- 第 11-1 條 第三級、第四級毒品及製造或施用毒品之器具，無正當理由，不得擅自持有。
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。
少年施用第三級或第四級毒品者，應依少年事件處理法處理，不適用前項規定。
第二項裁罰之基準及毒品危害講習之方式、內容、時機、時數、執行單位等事項之辦法，由法務部會同內政部、行政院衛生署定之。
- 第 12 條 意圖供製造毒品之用，而栽種罌粟或古柯者，處無期徒刑或七年以上有期徒刑，得併科新臺幣七百萬元以下罰金。
意圖供製造毒品之用，而栽種大麻者，處五年以上有期徒刑，得併科新臺幣五百萬元以下罰金。
前二項之未遂犯罰之。
- 第 13 條 意圖供栽種之用，而運輸或販賣罌粟種子或古柯種子者，處五年以下有期徒刑，得併科新臺幣五十萬元以下罰金。
意圖供栽種之用，而運輸或販賣大麻種子者，處二年以下有期徒刑，得併科新臺幣二十萬元以下罰金。
- 第 14 條 意圖販賣而持有或轉讓罌粟種子、古柯種子者，處三年以下有期徒刑。
意圖販賣而持有或轉讓大麻種子者，處二年以下有期徒刑。
持有罌粟種子、古柯種子者，處二年以下有期徒刑、拘役或新臺幣三萬元以下罰金。
持有大麻種子者，處一年以下有期徒刑、拘役或新臺幣一萬元以下罰金。

毒品減害措施之研究

第 15 條 公務員假借職務上之權力、機會或方法犯第四條第二項或第六條第一項之罪者，處死刑或無期徒刑；處無期徒刑者，得併科新臺幣一千萬元以下罰金。犯第四條第三項至第五項、第五條、第六條第二項至第四項、第七條第一項至第四項、第八條第一項至第四項、第九條至第十四條之罪者，依各該條項規定加重其刑至二分之一。

公務員明知他人犯第四條至第十四條之罪而予以庇護者，處一年以上七年以下有期徒刑。

第 16 條 （刪除）

第 17 條 犯第四條至第八條、第十條或第十一條之罪，供出毒品來源，因而查獲其他正犯或共犯者，減輕或免除其刑。

犯第四條至第八條之罪於偵查及審判中均自白者，減輕其刑。

第 18 條 查獲之第一、二級毒品及專供製造或施用第一、二級毒品之器具，不問屬於犯人與否，均沒收銷燬之；查獲之第三、四級毒品及製造或施用毒品之器具，無正當理由而擅自持有者，均沒入銷燬之。但合於醫藥、研究或訓練之用者，得不予銷燬。

前項合於醫藥、研究或訓練用毒品或器具之管理辦法，由法務部會同行政院衛生署定之。

第 19 條 犯第四條至第九條、第十二條、第十三條或第十四條第一項、第二項之罪者，其供犯罪所用或因犯罪所得之財物，均沒收之，如全部或一部不能沒收時，追徵其價額或以其財產抵償之。

為保全前項價額之追徵或以財產抵償，得於必要範圍內扣押其財產。

犯第四條之罪所使用之水、陸、空交通工具沒收之。

第 20 條 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，令被告或少年入勒戒處所觀察、勒戒，其期間不得逾二月。

觀察、勒戒後，檢察官或少年法院（地方法院少年法庭）依據勒戒處所之陳報，認受觀察、勒戒人無繼續施用毒品傾向者，應即釋放，並為不起訴之處分或不付審理之裁定；認受觀察、勒戒人有繼續施用毒品傾向者，檢察官應聲請法院裁定或由少年法院（地方法院少年法庭）裁定令入戒治處所強制戒治，其期間為六個月以上，至無繼續強制戒治之必要為止。但最長不得逾一年。

依前項規定為觀察、勒戒或強制戒治執行完畢釋放後，五年後再犯第十條之罪者，適用本條前二項之規定。

受觀察、勒戒或強制戒治處分之人，於觀察、勒戒或強制戒治期滿後，由公立就業輔導機構輔導就業。

第 20-1 條 觀察、勒戒及強制戒治之裁定確定後，有下列情形之一，認為應不施以觀察、勒戒或強制戒治者，受觀察、勒戒或強制戒治處分之人，或其法定代理人、配偶，或檢察官得以書狀敘述理由，聲請原裁定確定法院重新審理：

- 一、適用法規顯有錯誤，並足以影響裁定之結果者。
- 二、原裁定所憑之證物已證明為偽造或變造者。
- 三、原裁定所憑之證言、鑑定或通譯已證明其為虛偽者。
- 四、參與原裁定之法官，或參與聲請之檢察官，因該案件犯職務上之罪，已經證明者。
- 五、因發現確實之新證據足認受觀察、勒戒或強制戒治處分之人，應不施以觀察、勒戒或強制戒治者。
- 六、受觀察、勒戒或強制戒治處分之人，已證明其係被誣告者。

聲請重新審理，應於裁定確定後三十日內提起。但聲請之事由，知悉在後者，自知悉之日起算。

聲請重新審理，無停止觀察、勒戒或強制戒治執行之效力。但原裁定確定法院認為有停止執行之必要者，得依職權或依聲請人之聲請，停止執行之。

法院認為無重新審理之理由，或程序不合法者，應以裁定駁回之；認為有理由者，應重新審理，更為裁定。法院認為無理由裁定駁回聲請者，不得更以同一原因，聲請重新審理。

重新審理之聲請，於裁定前得撤回之。撤回重新審理之人，不得更以同一原因，聲請重新審理。

第 21 條 犯第十條之罪者，於犯罪未發覺前，自動向行政院衛生署指定之醫療機構請求治療，醫療機構免將請求治療者送法院或檢察機關。

依前項規定治療中經查獲之被告或少年，應由檢察官為不起訴之處分或由少年法院（地方法院少年法庭）為不付審理之裁定。但以一次為限。

第 22 條 （刪除）

第 23 條 依第二十條第二項強制戒治期滿，應即釋放，由檢察官為不起訴之處分或由少年法院（地方法院少年法庭）為不付審理之裁定。

觀察、勒戒或強制戒治執行完畢釋放後，五年內再犯第十條之罪者，檢察官或少年法院（地方法院少年法庭）應依法追訴或裁定交付審理。

第 23-1 條 被告因拘提或逮捕到場者，檢察官依第二十條第一項規定聲請法院裁定觀察、勒戒，應自拘提或逮捕之時起二十

四小時內為之，並將被告移送該管法院訊問；被告因傳喚、自首或自行到場，經檢察官予以逮捕者，亦同。

刑事訴訟法第九十三條之一之規定，於前項情形準用之。

第 23-2 條 少年經裁定觀察、勒戒或強制戒治者，不適用少年事件處理法第四十五條第二項規定。

少年法院（地方法院少年法庭）依第二十條第二項、第二十三條第一項規定為不付審理之裁定，或依第三十五條第一項第四款規定為不付保護處分之裁定者，得並為下列處分：

- 一、轉介少年福利或教養機構為適當之輔導。
- 二、交付少年之法定代理人或現在保護少年之人嚴加管教。
- 三、告誡。

前項處分，均交由少年調查官執行之。

第 24 條 本法第二十條第一項及第二十三條第二項之程序，於檢察官先依刑事訴訟法第二百五十三條之一第一項、第二百五十三條之二之規定，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。

前項緩起訴處分，經撤銷者，檢察官應依法追訴。

第一項所適用之戒癮治療之種類、其實施對象、內容、方式與執行之醫療機構及其他應遵行事項之辦法及完成戒癮治療之認定標準，由行政院定之。

第 24-1 條 觀察、勒戒或強制戒治處分於受處分人施用毒品罪之追訴權消滅時，不得執行。

第 25 條 犯第十條之罪而付保護管束者，或因施用第一級或第二級毒品經裁定交付保護管束之少年，於保護管束期間，警察機

關或執行保護管束者應定期或於其有事實可疑為施用毒品時，通知其於指定之時間到場採驗尿液，無正當理由不到場，得報請檢察官或少年法院（地方法院少年法庭）許可，強制採驗。到場而拒絕採驗者，得違反其意思強制採驗，於採驗後，應即時報請檢察官或少年法院（地方法院少年法庭）補發許可書。

依第二十條第二項前段、第二十一條第二項、第二十三條第一項規定為不起訴之處分或不付審理之裁定，或依第三十五條第一項第四款規定為免刑之判決或不付保護處分之裁定，或犯第十條之罪經執行刑罰或保護處分完畢後二年內，警察機關得適用前項之規定採驗尿液。

前二項人員採驗尿液實施辦法，由行政院定之。

警察機關或執行保護管束者依第一項規定通知少年到場採驗尿液時，應併為通知少年之法定代理人。

第 26 條 犯第十條之罪者，於送觀察、勒戒或強制戒治期間，其所犯他罪之行刑權時效，停止進行。

第 27 條 勒戒處所，由法務部、國防部於所屬戒治處所、看守所、少年觀護所或所屬醫院內附設，或委託行政院國軍退除役官兵輔導委員會、行政院衛生署、直轄市或縣（市）政府指定之醫院內附設。

受觀察、勒戒人另因他案依法應予羈押、留置或收容者，其觀察、勒戒應於看守所或少年觀護所附設之勒戒處所執行。

戒治處所、看守所或少年觀護所附設之勒戒處所，由國防部、行政院國軍退除役官兵輔導委員會、行政院衛生署或直轄市或縣（市）政府指定之醫療機構負責其醫療業務。

第一項受委託醫院附設之勒戒處所，其戒護業務由法務部及國防部負責，所需相關戒護及醫療經費，由法務部及國防部編列預算支應。

第一項之委託辦法，由法務部會同國防部、行政院國軍退除役官兵輔導委員會、行政院衛生署定之。

- 第 28 條 戒治處所，由法務部及國防部設立。未設立前，得先於監獄或少年矯正機構內設立，並由國防部、行政院衛生署、行政院國軍退除役官兵輔導委員會、直轄市或縣（市）政府指定之醫療機構負責其醫療業務；其所需員額及經費，由法務部及國防部編列預算支應。

戒治處所之組織，另以法律定之。

- 第 29 條 觀察、勒戒及強制戒治之執行，另以法律定之。

- 第 30 條 觀察、勒戒及強制戒治之費用，由勒戒處所及戒治處所填發繳費通知單向受觀察、勒戒或強制戒治處分人或上開受處分少年之扶養義務人收取並解繳國庫。但自首或貧困無力負擔者，得免予繳納。

前項費用經限期繳納，屆期未繳納者，由勒戒處所及戒治處所，依法移送強制執行。

- 第 30-1 條 受觀察、勒戒或強制戒治處分人其原受觀察、勒戒或強制戒治處分之裁定經撤銷確定者，得請求返還原已繳納之觀察、勒戒或強制戒治費用；尚未繳納者，不予以繳納。

受觀察、勒戒或強制戒治處分人其原受觀察、勒戒或強制戒治處分之裁定經撤銷確定者，其觀察、勒戒或強制戒治處分之執行，得準用冤獄賠償法之規定請求賠償。

- 第 31 條 經濟部為防制先驅化學品之工業原料流供製造毒品，得命廠商申報該項工業原料之種類及輸出入、生產、銷售、使用、

貯存之流程、數量，並得檢查其簿冊及場所；廠商不得規避、妨礙或拒絕。

前項工業原料之種類及申報、檢查辦法，由經濟部定之。違反第一項之規定不為申報者，處新臺幣三萬元以上三十萬元以下罰鍰，並通知限期補報，屆期仍未補報者，按日連續處罰。

規避、妨礙或拒絕第一項之檢查者，處新臺幣三萬元以上三十萬元以下罰鍰，並得按次處罰及強制檢查。

依前二項所處之罰鍰，經限期繳納，屆期未繳納者，依法移送強制執行。

第 32 條 防制毒品危害有功人員或檢舉人，應予獎勵，防制不力者，應予懲處；其獎懲辦法，由行政院定之。

第 32-1 條 為偵辦跨國性毒品犯罪，檢察官或刑事訴訟法第二百二十九條之司法警察官，得由其檢察長或其最上級機關首長向最高法院檢察署提出偵查計畫書，並檢附相關文件資料，經最高法院檢察署檢察總長核可後，核發偵查指揮書，由入、出境管制相關機關許可毒品及人員入、出境。

前項毒品、人員及其相關人、貨之入、出境之協調管制作業辦法，由行政院定之。

第 32-2 條 前條之偵查計畫書，應記載下列事項：

- 一、犯罪嫌疑人或被告之年籍資料。
- 二、所犯罪名。
- 三、所涉犯罪事實。
- 四、使用控制下交付調查犯罪之必要性。
- 五、毒品數量及起迄處所。
- 六、毒品及犯罪嫌疑人入境航次、時間及方式。

七、毒品及犯罪嫌疑人入境後，防制毒品散逸及犯罪嫌疑人逃逸之監督作為。

八、偵查犯罪所需期間、方法及其他作為。

九、國際合作情形。

第 33 條 為防制毒品氾濫，主管機關對於所屬或監督之特定人員於必要時，得要求其接受採驗尿液，受要求之人不得拒絕；拒絕接受採驗者，並得拘束其身體行之。

前項特定人員之範圍及採驗尿液實施辦法，由行政院定之。

第 33-1 條 尿液之檢驗，應由下列機關（構）為之：

一、行政院衛生署認可之檢驗及醫療機構。

二、行政院衛生署指定之衛生機關。

三、法務部調查局、內政部警政署刑事警察局、憲兵司令部或其他政府機關依法設置之檢驗機關（構）。

前項第一款檢驗及醫療機構之認可標準、認可與認可之撤銷或廢止及管理等事項之辦法；第二款、第三款檢驗機關（構）之檢驗設置標準，由行政院衛生署定之。

第一項各類機關（構）尿液檢驗作業程序，由行政院衛生署定之。

第 34 條 本條例施行細則，由法務部會同內政部、行政院衛生署擬訂，報請行政院核定之。

第 35 條 於中華民國九十二年六月六日本條例修正施行前繫屬之施用毒品案件，於修正施行後，適用修正後之規定，並依下列方式處理：

一、觀察、勒戒及強制戒治中之案件，適用修正後觀察、勒戒及強制戒治之規定。

二、偵查中之案件，由檢察官依修正後規定處理之。

毒品減害措施之研究

三、審判中之案件，由法院或少年法院（地方法院少年法庭）依修正後規定處理之。

四、審判中之案件，依修正後之規定應為不起訴之處分或不付審理之裁定者，法院或少年法院（地方法院少年法庭）應為免刑之判決或不付保護處分之裁定。

前項情形，依修正前之規定有利於行為人者，適用最有利於行為人之法律。

第 36 條 本條例自公布後六個月施行。

本條例中華民國九十九年十一月五日修正之第二條之一、第二十七條及第二十八條，自公布日施行。

附錄二 各場焦點團體訪談大綱

一、專家學者場

研考會計畫委託背景：

台灣自 2006 年起積極舉辦減害計畫，雖然成功的減低了 HIV 新增感染的比例，然有繼續施用毒品之傾向者高達三成，需要戒治的人口比 2004 年時多了 10%。為抑制台灣毒品氾濫，減少毒品依賴者對社會產生的負面影響，除擴大台灣目前實施的減害措施之外，是否能藉由引進其他新興的減害措施補強台灣在毒品防制方面的不足，尚有待更進一步的研究。

定義：

- 新興毒品減害措施：相較於政府已推動之美沙冬療法、清潔針具交換（發放）計畫、衛生教育、與個案管理計畫；目前國際上將海洛因治療與較安全注射室兩項視為新興減害措施的推動。
- 安全注射室：在醫療監控的環境下，由專業人士提供乾淨的針具、稀釋液與安全注射的衛教予以協助注射；同時提供社會服務轉介、護理服務以及社會心理諮商。
- 海洛因療法：提供注射型或吸入型海洛因給予採用美沙冬治療不佳的藥癮者，一天可使用三次。
- 公共衛生：提供預防、篩檢和治療疾病（三級預防），進而延長壽命、增進身心健康、提高生活品質為主要目的。
- 公共秩序：即社會所支持的或有益社會的正常活動，不危害他人生命與財產，也保障自身及財產安全。

焦點團體：以減少傷害思維為理論基礎，針對專家、民間機構與藥癮者進行焦點團體訪談。

專家訪談大綱

議題一、有關提供海洛因作為治療方法的相關議題（可行性、成本效益、社會安全）

1. 請問在場各位，您是否聽過使用海洛因進行藥癮治療？（自由發言）
2. 請問各位專家，在台灣提供海洛因療法給海洛因成癮者是否可行（經費來源、專業訓練與證照、服務提供者、濫用 diversion）？是否所有的海洛因成癮者都可以接受海洛因治療？（定義海洛因療法，包括接受者的條件、治療的內容）
3. 請問各位專家，在台灣提供海洛因療法是否符合成本效益（用藥過量、疾病、社會心理功能、生活品質、就業、犯罪……等）？
4. 請問各位專家，海洛因療法的方式以吸食型或注射型何者適宜？
5. 請問各位專家，在台灣提供海洛因療法是否需要配套措施？需要那些配套措施（包含司法、衛生、警政、心理諮商、社工服務等）？
6. 設置海洛因療法對一般民眾會有哪些影響或是疑慮？（正面或負面的看法、接受度如何）
7. 請問各位專家，若想減少一般民眾對海洛因療法的疑慮，該如何向民眾解釋或說明？（社會文化脈絡適用性）？

議題二、有關設置安全注射室為減少傷害策略的相關議題：提供安全針具、稀釋液、轉介諮詢、照護服務、行為改變諮商與心理治療。

1. 請問在場各位，您是否聽過設置使用成癮藥物之安全注射室？（自由發言）

2. 請問各位專家，在台灣提供安全注射室是否可行（經費來源、專業訓練與證照、服務提供者）？（定義安全注射室）
3. 請問各位專家，在台灣設置安全注射室是否符合成本效益（公共衛生與公共秩序定義）？
4. 請問各位專家，在台灣設置安全注射室是否需要配套措施（包含司法、衛生、警政等）？
5. 設置此措施對一般民眾會有哪些影響？
6. 請問各位專家該如何向一般民眾解釋設置安全注射室的疑慮（社會文化脈絡適用性）？

二、民間組織場

研考會計畫委託背景：

台灣自 2006 年起積極舉辦減害計畫，雖然成功的減低了 HIV 新增感染的比例，然有繼續施用毒品之傾向者高達三成，需要戒治的人口比 2004 年時多了 10%。為抑制台灣毒品氾濫，減少毒品依賴者對社會產生的負面影響，除擴大台灣目前實施的減害措施之外，是否能藉由引進其他新興的減害措施補強台灣在毒品防制方面的不足，尚有待更進一步的研究。

定義：

- 新興毒品減害措施：相較於政府已推動之美沙冬療法、清潔針具交換（發放）計畫、衛生教育、與個案管理計畫；目前國際上將海洛因治療與較安全注射室兩項視為新興減害措施的推動。
- 安全注射室：在醫療監控的環境下，由專業人士提供乾淨的針具、稀釋液與安全注射的衛教予以協助注射；同時提供社會服務轉介、護理服務以及社會心理諮商。
- 海洛因療法：提供注射型或吸入型海洛因給予採用美沙冬治療

毒品減害措施之研究

不佳的藥癮者，一天可使用三次。

- 公共衛生：提供預防、篩檢和治療疾病（三級預防），進而延長壽命、增進身心健康、提高生活品質為主要目的。
- 公共秩序：即社會所支持的或有益社會的正常活動，不危害他人生命與財產，也保障自身及財產安全。

焦點團體：以減少傷害思維為理論基礎，針對專家、民間機構與藥癮者進行焦點團體訪談。

民間團體組織（NGO、NPO）訪談大綱

議題一、有關設置提供海洛因作為治療方法的相關議題（可行性、成本效益、社會安全）

1. 請問在場各位，您是否聽過使用海洛因進行藥癮治療？（自由發言）
2. 請問大家，在台灣提供海洛因療法是否可行（經費來源、專業訓練與證照、服務提供者、濫用 diversion）？是否應該讓所有的藥癮者都可以接受海洛因治療？（定義海洛因療法）
3. 請問大家，在台灣提供海洛因療法是否符合成本效益（用藥過量、疾病、社會心理功能、生活品質、就業、犯罪……等）？
4. 請問大家，在台灣提供海洛因療法是否需要配套措施？需要那些配套措施（包含司法、衛生、警政、心理輔導、社工等）？
5. 設置海洛因療法對一般民眾會有哪些影響或是疑慮？（正面或負面的看法、接受度如何）？
6. 請問大家，若想減少一般民眾對海洛因療法的疑慮，該如何向民眾解釋或說明？（社會文化脈絡適用性）？

議題二、有關設置安全注射室為減少傷害策略的相關議題

1. 請問在場各位，您是否聽過設置使用成癮藥物之安全注

射室？（自由發言）

2. 請問大家，在台灣設置安全注射室是否可行（經費來源、專業訓練與證照、服務提供者）？（定義安全注射室）
3. 請問大家，在台灣設置安全注射室是否符合成本效益（公共衛生與公共秩序定義）？
4. 請問大家，在台灣設置安全注射室是否需要配套措施（包含司法、衛生、警政等）？
5. 設置此措施對一般民眾會有哪些影響？
6. 請問大家該如何向一般民眾解釋設置安全注射室的疑慮（社會文化脈絡適用性）？

三、藥癮者場

研考會計畫委託背景：

台灣自 2006 年起積極舉辦減害計畫，雖然成功的減低了 HIV 新增感染的比例，然有繼續施用毒品之傾向者高達三成，需要戒治的人口比 2004 年時多了 10%。為抑制台灣毒品氾濫，減少毒品依賴者對社會產生的負面影響，除擴大台灣目前實施的減害措施之外，是否能藉由引進其他新興的減害措施補強台灣在毒品防制方面的不足，尚有待更進一步的研究。

定義：

- 新興毒品減害措施：相較於政府已推動之美沙冬療法、清潔針具交換（發放）計畫、衛生教育、與個案管理計畫；目前國際上將海洛因治療與較安全注射室兩項視為新興減害措施的推動。
- 安全注射室：在醫療監控的環境下，由專業人士提供乾淨的針具、稀釋液與安全注射的衛教予以協助注射；同時提供社會服務轉介、護理服務以及社會心理諮商。
- 海洛因療法：提供注射型或吸入型海洛因給予採用美沙冬治療不佳的藥癮者，一天可使用三次。

毒品減害措施之研究

- 公共衛生：提供預防、篩檢和治療疾病（三級預防），進而延長壽命、增進身心健康、提高生活品質為主要目的。
- 公共秩序：即社會所支持的或有益社會的正常活動，不危害他人生命與財產，也保障自身及財產安全。

焦點團體：以減少傷害思維為理論基礎，針對專家、民間機構與藥癮者進行焦點團體訪談。

名詞解釋：

- 海洛因療法是指「由醫師評估，對於美沙冬與其他藥物療效不佳的病患，採用高純度海洛因在醫院內治療」
- 安全注射室是指「由藥癮者自行攜帶少量自用海洛因等藥物，在醫事專業人員監督下，進行藥物注射之場所」

以下為預計訪談的內容：

1. 國內目前毒品減害政策（替代療法、針具交換、衛教諮詢），對你們的服務有造成哪些影響？有哪些不足之處？
2. 根據上述的影響與不足之處，有無具體解決方案或建議
3. 目前有新措施例如：安全注射室、海洛因療法，你認為能符合你的需求嗎？
4. 這些措施你覺得適合臺灣的環境嗎？
5. 若擴大推動這些措施其可行性及障礙為何？

附錄三 藥癮者個別訪談大綱

名詞解釋：

- 海洛因療法是指「由醫師評估，對於美沙冬與其他藥物療效不佳的病患，採用高純度海洛因在醫院內治療」
- 安全注射室是指「由藥癮者自行攜帶少量自用海洛因等藥物，在醫事專業人員監督下，進行藥物注射之場所」

藥癮者訪談大綱

1. 國內目前毒品減害政策（替代療法、針具交換、衛教諮詢），對你們的服務有造成哪些影響？有哪些不足之處？
2. 根據上述的影響與不足之處，有無具體解決方案或建議。
3. 目前有新措施例如：安全注射室、海洛因療法，你認為能符合你的需求嗎？
4. 這些措施你覺得適合臺灣的環境嗎？
5. 若擴大推動這些措施其可行性及障礙為何？

毒品減害措施之研究

附錄四 民調問卷

毒品減害之新興措施民調問卷

National Telephone Survey on Newly Harm Reduction Strategies

社團法人台灣雀樂協會 李思賢教授與研究團隊

指導語：這裏是展欣科技民調中心，我們接受社團法人臺灣雀樂協會的委託，正在進行一項有關「毒品減害措施之研究」的電話訪問，您的參與對本研究與國家毒品政策有重要貢獻，耽誤您幾分鐘的時間，接受我們的訪問，謝謝！如果您有任何問題，歡迎致電臺灣雀樂協會理事長李思賢教授詢問，電話 02-7734-1701。

1. 請問您這裏是住家，還是公司行號？（公司行號電話不進行訪談）

2. 請問您年滿 20 歲了嗎？（未滿 20 歲不訪談）

3. 當大家說到「毒品」時，請問您會想到哪三種？（由個案自答，複選，至多三項）

- | | | | |
|----------------------|----------|---------|----------|
| (01)香菸 | (02)酒 | (03)安眠藥 | (04)止痛藥 |
| (05)大麻 | (06)K 他命 | (07)搖頭丸 | (08)安非他命 |
| (09)海洛因／鴉片 | (10)嗎啡 | (11)古柯鹼 | |
| (12)其他_____（請說明） | | | |
| (99)不知道、不清楚、未回答、拒絕回答 | | | |

4. 當談到「毒品」時，請問您會想到使用毒品的主要傷害是甚麼？（由個案自答，可複選）

- | | |
|------------------|--------------------|
| (01)犯罪（偷、搶、盜、暴力） | (02)犯罪（使用毒品本身） |
| (03)犯罪（製造、販賣、運輸） | (04)感染疾病（HIV、C 肝等） |

毒品減害措施之研究

- (05)產生精神疾病
(07)無法工作／讀書
(09)上癮
(11)用藥過量死亡
(13)其他_____ (請說明)
(99)不知道、不清楚、未回答、拒絕回答
- (06)皮膚病
(08)拖垮家庭經濟
(10)破壞家庭和諧
 (離婚、家破人亡) 與功能
(12)違反社會道德

5. 您認為哪一種毒品會直接或間接造成最多人死亡？(訪員口語提示 1-9 的選項，可複選)

- (01)安眠藥 (02)止痛藥 (03)香菸 (04)酒
(05)大麻 (06)K 他命 (07)搖頭丸 (08)安非他命
(09)海洛因/鴉片 (99)不知道、不清楚、未回答、拒絕回答

6. 請問下列藥物中，您會贊成成人可以合法使用嗎？

6-1 大麻

- (01)不贊成 (02)不太贊成 (03)還算贊成 (04)贊成
(99)不知道、不清楚、未回答、拒絕回答

6-2 K 他命

- (01)不贊成 (02)不太贊成 (03)還算贊成 (04)贊成
(99)不知道、不清楚、未回答、拒絕回答

6-3 搖頭丸

- (01)不贊成 (02)不太贊成 (03)還算贊成 (04)贊成
(99)不知道、不清楚、未回答、拒絕回答

6-4 安非他命

- (01)不贊成 (02)不太贊成 (03)還算贊成 (04)贊成
(99)不知道、不清楚、未回答、拒絕回答

6-5 海洛因

- (01)不贊成 (02)不太贊成 (03)還算贊成 (04)贊成
(99)不知道、不清楚、未回答、拒絕回答

7. 請問您認為藥癮戒治的醫療費用該由誰給付？

- (01)健保給付 (02)政府給付 (03)自行給付
(04)其他_____ (請說明)
(99)不知道、不清楚、未回答、拒絕回答

8. 請問您是否知道使用毒品可能造成用藥過量而死亡？

- (01)知道 (02)不知道
(99)不知道、不清楚、未回答、拒絕回答

9. 請問您是否知道共用針具注射毒品會感染愛滋病？

- (01)知道 (02)不知道
(99)不知道、不清楚、未回答、拒絕回答

10. 請問您是否知道政府正在推行「毒品病患愛滋減害計畫」？

- (01)知道 (02)聽過/但不清楚 (03)不知道/沒聽過

(回答「知道」者，續答第 11 題；「不知道」者跳第 12 題)

- (99)不知道、不清楚、未回答、拒絕回答

——→ **請問您知道[毒品病患愛滋減害計畫]包涵哪些項目嗎？(由個案自答，可複選)**

- (01)美沙冬替代療法 (02)發放清潔針具 (03)衛生教育與諮詢
(04)個案管理計畫 (05)其他_____ (請說明)

(99)不知道、不清楚、忘記、全部回答錯誤、未回答、拒絕回答

11. 請問下列「毒品病患愛滋減害計畫」項目中，您對於政府所推行的措施是否支持？

11-1 美沙冬療法是使用美沙冬取代海洛因的方法

(01)不贊成 (02)不太贊成 (03)還算贊成 (04)贊成
(99)不知道、不清楚、未回答、拒絕回答

11-2 發放清潔針具

(01)不贊成 (02)不太贊成 (03)還算贊成 (04)贊成
(99)不知道、不清楚、未回答、拒絕回答

11-3 衛生教育與諮詢

(01)不贊成 (02)不太贊成 (03)還算贊成 (04)贊成
(99)不知道、不清楚、未回答、拒絕回答

11-4 個案管理計畫

(01)不贊成 (02)不太贊成 (03)還算贊成 (04)贊成
(99)不知道、不清楚、未回答、拒絕回答

12. 政府為減少毒品對個人、家庭和社會的傷害，正在推動美沙冬療法、發放清潔針具等措施。有人說，這樣的做法反而會縱容毒品使用，請問您同不同意這樣的看法？（第 10 題答不知道，這裡簡介減害措施！）

(01)不同意 (02)不太同意 (03)還算同意 (04)同意
(99)不知道、不清楚、未回答、拒絕回答

我們想瞭解下列情況中，您是否贊成設置「安全注射場所」：

12-1 設置在醫療監控下，讓藥癮者進行注射，您是否贊成？

(01)不贊成 (02)不太贊成 (03)還算贊成 (04)贊成

(99)不知道、不清楚、未回答、拒絕回答

12-2 若設置後，確實能減少疾病與死亡的發生，您是否贊成？

(01)不贊成 (02)不太贊成 (03)還算贊成 (04)贊成

(99)不知道、不清楚、未回答、拒絕回答

12-3 若設置後，可增加他們與醫療的接觸，您是否贊成？

(01)不贊成 (02)不太贊成 (03)還算贊成 (04)贊成

(99)不知道、不清楚、未回答、拒絕回答

12-4 若設置後，可減少社區與毒品相關犯罪，您是否贊成？

(01)不贊成 (02)不太贊成 (03)還算贊成 (04)贊成

(99)不知道、不清楚、未回答、拒絕回答

12-5 若設置在您住家 500 公尺內的醫療院所內，您是否贊成？

(01)不贊成 (02)不太贊成 (03)還算贊成 (04)贊成

(99)不知道、不清楚、未回答、拒絕回答

12-6 若設置後，藥癮者可能不去治療，您還是否贊成設置安全注射室？

(01)不贊成 (02)不太贊成 (03)還算贊成 (04)贊成

(99)不知道、不清楚、未回答、拒絕回答

13. 以下有五小題想瞭解您是否贊成針對治療效果不佳的藥癮者，使用「醫療用海洛因」作為治療

13-1 若未來准許醫生作為藥癮治療，您是否贊成？(若民眾表示他不瞭解由醫師判定即可，則請選贊成)

- (01)不贊成 (02)不太贊成 (03)還算贊成 (04)贊成
(99)不知道、不清楚、未回答、拒絕回答

13-2 若此療法確實可減少感染與死亡機率，您是否贊成？

- (01)不贊成 (02)不太贊成 (03)還算贊成 (04)贊成
(99)不知道、不清楚、未回答、拒絕回答

13-3 若此療法可減少社區與毒品相關犯罪，您是否贊成？

- (01)不贊成 (02)不太贊成 (03)還算贊成 (04)贊成
(99)不知道、不清楚、未回答、拒絕回答

13-4 若此療法可減少我們社會成本，您是否贊成？

- (01)不贊成 (02)不太贊成 (03)還算贊成 (04)贊成
(99)不知道、不清楚、未回答、拒絕回答

13-5 若此療法可能會讓藥癮者永遠成癮而無法恢復，您是否還會贊成使用海洛因療法？

- (01)不贊成 (02)不太贊成 (03)還算贊成 (04)贊成
(99)不知道、不清楚、未回答、拒絕回答

14. 請問您今年大約幾歲？

- (01)20-29 歲 (02)30-39 歲 (03)40-49 歲 (04)50-59 歲
(05)60 歲及以上 (99)不知道、不清楚、未回答、拒絕回答

15. 請問您的教育程度？

- (01)小學或以下 (02)初中、國中 (03)高中或高職 (04)專科

- (05)大學、研究所或以上
- (99)不知道、不清楚、未回答、拒絕回答

16. 請問您目前居住在哪一個縣市？

- (01)台北市 (02)新北市 (03)基隆市 (04)桃園縣
- (05)新竹縣 (06)新竹市 (07)苗栗縣 (08)台中市
- (09)彰化縣 (10)南投縣 (11)雲林縣 (12)嘉義市
- (13)嘉義縣 (14)台南市 (15)高雄市 (16)屏東縣
- (17)宜蘭縣 (18)花蓮縣 (19)台東縣 (20)澎湖縣
- (99)不知道、不清楚、未回答、拒絕回答

17. 性別（訪員自填）

- (01)男性 (02)女性

毒品減害措施之研究

附錄五 焦點團體座談會會議紀錄-北部專家座談會

- 一、會議時間：2010年10月29日（星期五）
上午 10：00 至 12：00
- 二、會議地點：師大衛教系誠大樓五樓 碩班教室
（台北市和平東路一段 162 號）
- 三、主持人：李思賢（臺灣師範大學衛教系教授）
紀錄：石倩瑜、林春秀
- 四、與會人員：
 1. 法務部保護司黃怡君副司長
 2. 士林地檢署曾勁元檢察官
 3. 八里療養院陳怡菁社工師
 4. 國立臺灣師範大學心輔系林家興主任
 5. 中央警察大學犯罪防治研究所林建陽教授
 6. 臨床心理師公會盧美凡秘書長
 7. 涂醒哲立法委員
- 五、訪談逐字稿（以編碼表示）

主持人：那當然今天的主題，大家會有很多不同的見解，我們就是一起學習這樣。那今天我們討論新興的毒品檢害措施，會分兩個部分，第一個部份會先討論如何在醫療上，我們使用高純度的海洛因，來作為療法，大家有一些什麼樣的想法跟意見。那第二部分是討論，如何在台灣設置安全注射室，德國是稱為安全消費室，那就是毒品的消費室，不一定只包括，注射的這一群，在這兩個議題，我想說我們每個議題是一個小時，那今天出席的貴賓有 8 位，所以我們

是不是待會，讓每個人都會有 5 分鐘，去聊每個主題，那所以第一個主題，我們會有五分鐘八個人，大概四十分鐘。我們會在彼此之間作一些交換的討論跟意見的交換，大概有十五分鐘，在進入第二個議題還是一樣這樣的程序。再來的話第三個我想我先稍微釐清一些我們今天的這個界定。第一個界定，針對台灣的藥物使用或藥物成癮其實我們現在也慢慢開放，越來越多元化了。不再像以前只透過勒戒戒，慢慢的越多的服務，當然我想我們還是需要做一些界定。

第一個就是說使用的藥物與成癮情形，藥物其實非常多種，那成癮的狀況差異性也非常大，我想今天第一個主題，我們既然要談說用高純度的海洛因來做為療法，很顯然的我們要談的是海洛因成癮者。第一個議題要談的是海洛因的使用者或成癮者的部分，我們把它縮在一個很小比較窄的範圍，對於某一些比較特定的族群來談而已，不是適用於所有藥物的這個族群。第二個主題是比較開放，剛有說在瑞士基本上是比较偏安全注射室，在德國是安全的消費室，那我們可以比較針對高層面的海洛因，還就是基本上所有的藥物，都希望能夠含括。既然要談到第二個，這個有可能會變得比較寬廣喔，那我想我們就是一個，會有一些我自己的這個開場喔，那大概談的第一個是因為介入，其實有很多的目的或我們講說服務。

主持人：我們剛剛有講到，介入不管是政策還是我們的醫療的服務，其實都有很多不同的目的，在過去這幾年特別是最近這五年，美沙冬這五年，我們有非常多不同意見的交換和討論，那我想我們希望很簡略的去做一些區分。第一個就是藥物使用本身有關的行為。第二個因為這些行為可能會帶來一些傷害，或者是使用的藥物以後帶來一些傷害，有的人希望介入的是傷害的減少來談他的策略，那有的人是希望從藥物本身，我們今天這個討論的一些簡單的界定，所

以有一些新興毒品減害的措施，可以從公共衛生來談，也可以從公共秩序或安全的這部分來談，我們都非常歡迎今天有很多不同的想法來共同來討論。所以我想我們就可以開始來今天的第一個議題，當然希望各位專家就可以跟我們說你打算可以從哪裡切入從哪一個開始談起，原則上都可以接受，那有一些定義，如果有一些的不是很清楚，我在這裡先跟各位說抱歉，因為有各個不同的領域，可能我的知識還是有限，希望我們大家再多提供，讓它變得更完整。

專家 1：早上趕快一大早，進辦公室找我們同仁討論，不過，我們會是一個比較保守的一個想法，我們思考幾個問題，如果憑良心講，美沙冬替代療法，我很不喜歡療這個字，其實並沒有療的部分。

專家 1：其實是一個毒品的替代，我們現在都知道，其實他的主要目的是防愛滋，就是從公共衛生從這個社會治安的層面去考量。其實我第一個想要問的是，常以減少傷害思維為理論基礎，所以我就要問說減少誰的傷害，減少社會的傷害，還是減少這個吸毒的人的傷害？另外的一個就是說，我們現在知道說其實這一些人，要戒他的身癮，其實是，不是太困難的事情，是心癮難戒，他的問題在心癮難戒，那其實我還想要問的就是說，你怎麼判斷，他是一個無可救藥的人，這真是我很大的疑問。現在美沙冬替代療法，常常在問這個問題，事實上我們只看到美沙冬替代療法，我們只看到用二級毒品去替代一級毒品，沒有看到後面的，譬如說，提供社會服務轉介、護理服務。後面的心理諮商以及相關的支持系統。如果我們讓這一群人，就覺得他就無可救藥，一輩子就讓他吸海洛因，也會牽扯到法律層面問題，怎麼樣除罪化，如果整個把他除罪化的話，會不會讓年輕人的價值是混淆的，我們一直不敢輕易的把他完全當作病患，其實還有一點刑法的威嚇，就是說有這一些的擔

心在裡面。我們可能會持比較保留的方向。

專家 1：所以我們可能會持一個比較保留的看法。

專家 1：我先暫時這樣子。

專家 7：因為是專家的焦點團體，所以我想要表達意見還有主要是這兩個大主題，裡面有些小主題，不過對我來講，剛剛沒有講到，就是這個治療方法，就是說是用美沙冬來治療嗎？還是用海洛因來治療啦？美沙冬的確是減害，而且在衛生署的作為之下，已經證明非常成功的減害，減什麼害，減愛滋的危害，不是減毒，所謂藥癮的害啦，那表示這個科學的證據很重要，的確是可以減愛滋的危害，那能不能減毒品的危害，好像不一定可以，我們要思考，法務部多年來，有在做有在減到藥癮的危害嗎？沒有，越減越多，所以，帶著保守的心態，一直不敢動，就是原地踏步繼續維持現狀嘛，所謂的維持現狀就是繼續增加，而不是維持現在的用毒人口而已。

所以，法務部想不出一些好方法來，真的是需要用科學性的方法來思考有什麼東西，這個做下去，這有效的，最重要的，因為我是做預防醫學的，我常常跟醫師開玩笑，我就是要讓你們少工作做，不是讓你們，不可能沒有啦，因為我們跟上帝在拚，但是我就要讓你們少工作做，因為大家都健康，我們就少工作做啦，我們如果大家不用毒或是說用毒的人數減少，大家就少工作做，問題有什麼方法呢？用這種保守的心態處理，這樣十幾年幾十年，不要講十幾年幾十年，有減少嗎？沒有減少，只有一次，我看過的，就是我們的醫學院的院長-杜聰明，他在做家庭的時候的確有減少，他在做鴉片的時候，那時候沒有什麼美沙冬，也沒有什麼其他的替代療法，只有鴉片的，這他還是以鴉片來處理他的問題，所以他那時候，也是這個立點，我是可以贊成的。如果你說這個海洛因他想要繼續用，你就不要交

換針頭，這樣子啦厚，那這個當然有困難，所以也給他第二個，總要讓他盡量不要交換針頭，這個是可以合理的來講，這你第二個就提供他一個安全的問題，就好像吸菸，吸菸跟海洛因不太一樣，吸菸還有二手菸，會影響到別人，所以，就給他一個可以安心吸菸到不要影響別人的地方，這個我們都已經在做了，但對那個這個海洛因的注射要不要給他，這個其實是理論上是不需要，因為他是只有對自己，但是因為你加上衛教，加上給他方便，減少他針頭的交換使用，那這樣的話就有意思。因為很多國家科學證明，台灣也證明過，只給你給他方便的安全針劑就可以減少愛滋病，現在回過頭來，減少愛滋病是已經證實有效，問題是減少愛滋病的前面，減少所謂的這個，中文講說來講，叫做成癮藥物的使用。從法務部的觀點叫做毒品使用，這個部分有沒有減少，你沒有減少，還是上游一直下來，下游一直不要交換針頭，是可以來防止愛滋病二度危害，但是一度的危害在哪裡呢？所以這個部分，我又回到了，長期以來一直的主軸，就是說這個部分唯一的方法，就是讓毒梟無利可圖，厚這樣子，但是讓毒梟無利可圖就要改變那種法務部的一些傳統觀念，法務部傳統觀念，是一直認為說，這是無可救藥的人，那你就一直給他海洛因，有可救藥的人，你就應該想辦法，把他救回來這樣子啦。充滿的救援的這個，這點，還好法務部沒有來管我們，香菸問題，吸菸的問題我們就由衛生署來補救他。吸菸的問題所造成的健康危害比海洛因造成的健康危害多非常多，我可以跟你講，從心臟病到十二指腸潰瘍，從中風都很多，吸菸的問題產生的癌症佔的更多，我們衛生署沒有把他當成犯人抓起來，想要看他是無可救藥還是還可救藥。但是，我們沒有理他，我不知道為什麼海洛因，就這麼認真地理他。當然，我今天沒有辦法去講，這個都是美國跟哥倫比亞他們之間的一種政治上的一個的的衝突所產生的一種，變成跑到全世界來的一個觀念，也就是全世界都接受這種觀

念，因為這個東西是一個成癮用品，我們當然知道跟咖啡跟坦白糖也是一樣啦，你看咖啡，菸草或是很多檳榔，很多非常多的這個藥品，為什麼人有這種需求？但是，海洛因是毒梟，以前的杜聰明沒有做這種事情，他還是把鴉片，弄成自調，他為什麼可以成功為什麼 12 萬個人變成 0 個人，是因為他這樣子做，也就是政府這樣子做，讓這個一些吸食者，不需要在私底下自己去買，自己去弄。就像現在毒品一樣，現在毒品我們海洛因，海洛因，我用過啊，我們很多都是在用，我們醫師在用就是好藥，他不是壞藥，是因為壞人用了，社會上就覺得好像是壞東西，這不是壞東西，好人用的話就是好東西，這只是單純的一種藥而已，所以重點不在海洛因，重點是在毒梟，你不針對毒梟處理，針對海洛因的使用者處理或是針對海洛因管的非常非常嚴，沒有用，坦白講管的非常嚴，以後我們還會探討，很多診所根本不大喜歡用美沙冬，為什麼？

因為利潤不夠高的話，他不太去用，因為麻煩，用海洛因下去，他更慘，規定那麼嚴，每個都要寫，很怕說變得好像販賣毒品一樣，所以這個部分，預防毒品的觀念，如果是要去抓毒梟，我是贊成，這叫做販毒重罪啦，如果你是去抓毒品，我其實不大贊成，因為這是我們醫師在用的控制藥品，簡單講是這樣，如果毒梟繼續有利潤，當然他會去促銷，就不可能減少，那像鴉片。沒有新的個案發生，舊的個案死掉就自然減少，最後都是零，你現在有什麼鴉片嗎？沒有，但是有這種癮頭的人，會轉到吸菸去，現在有的叫他轉到別的地方去，如果一禁下去，就變成壞東西，毒梟馬上就有利潤，毒梟一有利潤就去促銷，果然是越禁越多，這已經不是在毒品的立準，每個禁酒業也很清楚了，一但禁酒下去，社會治安就會不好。因為太貴了，他會偷偷摸摸，偷偷摸摸讓那些黑道就有利可圖，因為偷偷摸摸他們才敢做，別人不敢做，他就有利，所以這個部

分，毒梟能夠沒有論空間那這個才是一個我們解決這個成癮藥物的問題，不然的話，一直在那邊怕他變成壞人，怕他變成無可救藥，是不是一定藥可就要。同樣的問題，也發生在同性戀，同性戀長久以來也一直有人要把它治療好，不過現在已經很少人要去治療同性戀啦，很難治療嘛，你知道嗎？就好像說，你自己喜歡一個男生，你自己喜歡一個女生，結婚以後自己也有可能犯錯，都會離婚，所以你說喜歡這個男生是錯的，爸爸媽媽一直想辦法，一直要強迫他，這個東西好像是你錯的要把你矯正一樣，現在哪裡有用，現在哪裡有爸爸媽媽能夠叫女兒去愛這個不愛那個，這個時代已經過去，一樣的道理，同性戀也是一樣，這不是同樣的問題嗎，你這樣講有什麼用，表示說，我異性正常你不正常而已啊，我就要把你弄成正常一樣，沒有用，一樣的道理，你毒品不對，我要把你矯正成功，可以成功嗎？很困難，如果你真的可以成功，我們也願意，但是沒有辦法成功，反而越來越多，為什麼？因為毒梟會去促銷，這個促銷的這個問題不在我們討論的範圍，但是，這是個基本的觀念，如果這基本觀念不能改的話喔，你們工作就會做不完，這個做不完就一天到晚想盡辦法要救人，但就救不到，所以這個部分，我不認為說，藥癮者或是叫做藥物成癮者不需要治療，因為它的確是心靈比較脆弱。這個需要我們幫忙，那誰來幫忙，今天座談會這樣子，我是認為非常好，因為要從心理，從什麼等等，但是不要讓他，又去產生新的個案，這是要靠我們的觀念改變，把用途的這部分，變成成癮藥物，成癮藥物，這是檢察官，他要考慮的一點點，還有說明這是不對的觀念，這個不對，是因為你心靈脆弱，會變成說，我們應該可以醫療療護，這個是我們可以接受他這個樣子，只要能夠讓毒梟沒有利益，我都可以接收，那把這個東西當作這個壞蛋，當成這個一定要把你治療到好，我看是非常非常困難，而且做不到會製造毒梟太大的利潤空間，簡單講是這樣。所以這個部分

我們要面對這樣的事實，杜聰明就給我們成功的例子，杜聰明以前叫更生院，更生院後來國民政府來用，變成好像這反攻大陸委員會的一個場所，這個有效，但爲什麼沒有減少？因爲我們沒有用杜聰明，我們用說這是壞的，要把你抓起來，抓到現在監獄已經，你跟我講至少一半一上嘛，對不對，60%的監獄都是。

那這是在做什麼事情呢？這是在製造毒梟的利潤啦，那結果就越抓越多越抓越多，結果毒梟有進來嗎？沒有，毒梟是人頭進來，毒梟還在外面吃香喝辣，這個法務部要改變這個觀念啦，才有辦法真正解決這些的問題。

這個觀念如果可以改變成不要給毒梟利潤，不要給毒梟利潤，要怎麼做，當然是你們今天來討論，專家來做，醫師來做，那醫師來做他就沒有利潤，沒有利潤他就不會促銷，那我們這些醫界來做有什麼好處呢？因爲我們從心裡面、從醫療面，替個人來替他存，不會讓他突然包庇，而且他不會偷偷摸摸，他也願意來，你可以跟他衛教，你跟他衛教以後呢，他也許就心情改善，量就會減少，量減少的話，慢慢的說不定他會變成志工，這樣的話是往正面走，你把它推往毒梟那邊是往負面走，所以這個部分，可以用海洛因的，但是要在醫師，醫師覺得說這個部份給你最好的，那醫師就跟他判斷，你海洛因，不然的話我這次就開少一點給你，另外開一些譬如說安眠藥或什麼的，阿你試試看，看你可以慢慢減量，這個，因爲他們也是很想減量，因爲這個依賴其實很累，不是貴而已，依賴其實很累啦，他們也不想這樣，但是偷偷摸摸，就會出現問題。

第二個說安全注射室，剛剛講過，如果是安全注射室，有幫他衛教提供安全針劑的情況下，這是可以的，而不是說變成一個俱樂部場所，這個一樣在修訂個案，就他們在那邊享受，大家約好，搞不好順便性行爲一下，那不就是我們在講的，如果是這個剛好，這就會變成一個美沙冬聚集

在那邊，一直會傳染疾病，而且還有互相學習，如果用這個安全好好管理，我相信是好事。所以我對這兩個題目抱著正面的觀念啦，我很注重這件事情。

主持人：謝謝你，好，感謝。

主持人：這個像心理學說的，我們互相幫忙會越幫越好。

專家 7：我不是說這個，我是說你要重視，這個越來越多的事實，你越把他當成壞人，壞人會越來越多，不過你說美沙冬那個好處。

專家 1：不過我們沒有把他當壞人，我們沒有把他當壞人。

專家 7：好，你們把他當作什麼，有藥可救的好人？

專家 1：我們不是把他當壞人。

主持人：哈哈。

專家 1：但是我們會認為說，事實上現在美沙冬在 run 的過程當中，沒有委員後面講的那段，所以照道理當初在用美沙冬替代療法，我覺得美沙冬應該也只是一個餌，藉由美沙冬的替代，他應該要有後續的心理衛教各方面的質問。

專家 7：為什麼？

專家 1：可是現在沒有。

專家 7：因為你把他當成說，應該把他衛教回來，所以等於就是，我跟你講，你不要把他當成說，你一定要把他救回來，你聽懂嗎？我講那麼久你還聽不懂，你一直想說這要把他救回來。

專家 1：不是，有些人是可以救回來的，有些人是救不回來的，但是現在有一個很重要的點，我怎麼樣去判斷他，哪一些是可以就得回來改變。

專家 7：我跟你講你不知道，大部分都救不回來。

專家 1：但是我想要請教委員的，其實很多的醫生都跟我講，我們
每次查到毒品，

專家 1：對。

專家 1：他就說你就是讓他用美沙冬，你就是讓他用替代藥物，

專家 7：對。

專家 1：他說這些人是救不回來的，

專家 7：對。

專家 1：那我就問他一個問題，可是我們收到很多後來戒毒成功的。

專家 7：我跟你講，就是因為困難，才會給出來，你聽懂嗎？

主持人：我們先讓下面的。

大 家：哈哈。

專家 7：這個是例外。

主持人：講講不同的意見。

大 家：哈哈。

專家 7：這個部份是非常重要的，如果我們帶著這種觀念，因為美沙冬已經證明成功，那你說這是對個人沒有錯，但是其實這是對整個社會，這社會上是有改進的，是沒有錯，當然個人也有改進，但是重點是，我們沒有走，頭腦裡面的藥癮問題有沒有辦法減少，那你這個有辦法減少，我就說你們厲害，事實沒有阿，所以，你在說美沙冬有沒有效，譬如說到減害那裡，是覺得有效，但是美沙冬不是解決藥癮問題，這個問題我們也了解，因為藥癮問題不在美沙冬，也不在海洛因，是在毒梟，還不清楚，是在法務部錯誤的觀念，以為說要把人家治療好，以為這是壞人，是這樣子，才是最大的問題。我想法務部覺得說這些壞人要把他抓起來，壞人是毒梟，不是使用者，你知道嗎？所以如果你不

改變的話，會永遠很辛苦的徒勞無功，

專家 1：不過這個可能。

專家 7：而且我跟你講如果把這些交給醫療單位來處理，所以戒毒成功，會大大的增加，但是如果你現在用這個還是一種什麼，一種犯人不是病人的心態的話，他原來都不讓人家進來，爲什麼？因爲他，他很怕警察，這個沒有的話，他心裡是一個卑微的，他不是覺得自己是病人，他是犯人，你這樣之下呢，你病人的治療成功率就減少，所以這個從這個，個人來講也是要把他除罪化，也就是說不要讓他心裡頭有疙瘩，你知道嗎？所以這是最重要的，這法律上要用什麼共計論，阿這個部分，就我們我們當然是可以接受，但是這基本的觀念啦，不這樣處理的話喔，就會很困難，這要靠教育的啦，吸菸你能夠把用這樣子，跟他處理，你會成功嗎？

主持人：呵呵，沒有，我們謝謝，謝謝**專家 7**跟我們分享他的思維。

大 家：哈哈。

專家 4：我還是來講一下，醫生跟法務部，第三種層面。

主持人：對對對，我們還是稍微輪一下好了。

專家 4：我雖然沒有在現場做這些，但是因爲學諮商和心理治療，其實也多少也有耳聞，這樣子對減害，我們目前的做法，都是以藥物去治療這個藥癮者，用藥去治療藥物的濫用使用者，這個觀念都在醫療場所做這一個事情，那我是在想有沒有更多元的觀念，那就是非藥的方法來幫助，非醫療場所的地方來幫助，因爲我覺得，我們應該是所有的方法來幫助他們，那的確是很難，因爲我也覺得物質濫用，特別是海洛因，這個是很難，大概是機率是會防，治癒這個大概是很難，但是是不是說，我們有窮盡到其他非藥物非醫療的手段，我覺得這應該還有空間去發展，所以我是建

議是不是應該有一些更多的研究，更多的實驗，就是用多元的方法，要在多元的場域去提供這些毒，這些海洛因或者是物質濫用，他是複雜的問題，沒有簡單的解決方法，在我，因為我也是教變態心理學，那所有心裡面，我認為這個毒品是最複雜的，也最困難的，它牽涉到人格牽涉到家庭，牽涉到整個的環境，那個因素造成他用毒厚吸毒成癮是很複雜，那我們現在的都非常簡化的，要用那簡單的方法來治療他，那注定是效果不好。所以我覺得是不是應該考慮用比較複雜或多元的方法，那我會更建議就是說法務部跟衛生所應該去合辦一種類似物質濫用的中心或防制中心，這種中心要有醫師心理師社工師公共衛生護士，大家一起來做，因為我們現在就是說，假設我這個人到醫院或到一個場所，那你給他注射或給他依賴的東西，就結束離開了，都沒有諮商的除癮，沒有社工的除癮，沒有衛教護理的除癮，我覺得有一點可惜，他人都在那裏了，為什麼不再多一點的幫忙，甚至給他根源的問題，大部分我因為看很多研究，都是毒品的犯，他是因為他的生活方式，就是藥癮者的生活方式，他沒有第二種的生活方式啦，那你要整個給他重新換過來的話，大概真的要整個生活方式，包括家庭支持系統，包括他的就業職業，還有他的同材，都要整套都要去做介入，這樣才可以根本去改變它，所以我是建議有可能應該兩個單位要去合作設置，在每個縣市設置物質濫用的防治中心，我想這樣會有幫助啦，還有第二個就是我，常常收到公文，就衛生署還是法務部修給大學說，你們應該開設物質濫用防制課程，但是這都沒有經費，所以應該是用政府獎勵大家去開設這種課程，然後有這種概念，那我們就可以配合來做這個減害的措施，不然我們現在，譬如說我們心輔系訓練出來的人，他都沒有修過這種課程的確也有一點落差啦厚，所以其他恩，我想請大家再多多交換意見。

主持人：那我們接下來請社工。

主持人：他是醫師。

大 家：哈哈。

主持人：他分享醫師的思維。

專家 3：因為我剛剛在聽到，專家 1，提到這個部分，那我在社工界多年。然後，在醫療單位工作，現在又是專家 4 的學生在輔大念書，所以我這個地方就接受到，各種不同的訊息，然後再跟我在那邊交換那個美沙冬的意見，那個交換過的美沙冬，其實我個人經歷到一些，這些衝突的確是我覺得是很可貴的一個歷程，我覺得那個歷程其實包括一個部分就是到底那個美沙冬的使用，它的目的是什麼，當然我們是說美沙冬它可不可以戒除，那個法務部最關心的這個部分，能不能戒除那個海洛因的使用，那另外一部分就是只憑著在醫療觀點或是整個衛生政策體系的觀點，它又是，美沙冬它很重要，它已經在愛滋上面看到很明顯的效益，但是我們也是大家一起都經驗到了，可是我們在在，恩恩，我最近的思維就是說，其實美沙冬的使用，我們有一個很清楚的經驗在實務上，在提供美沙冬的這個過程，我們八里療養院在提供美沙冬的那個，這個過程，其實很第一線的去跟他們不斷的接觸，每天的接觸，一天大概接觸，大概將近一千人次左右，八百到一千人次左右，這樣的一個量，過去啦厚，那這樣子的經驗其實是很，很看到他們直接看到他們的一個實務上的轉變，那這樣個實務上的轉變，我們沒有辦法去探究他毒品是用是不是減少了。

專家七：有這個研究，這個資料。

專家 3：因為我們沒有資料，那個我們只能從文獻資料，國外的資料是有減少。

專家 7：國內也有。

專家 3：那國內資料。

專家 7：減少很多。

專家 3：只有百分之三十。

專家 7：不只一樣減少很多。

專家 3：但是我們沒有辦法針究在實務上臨床上，那個人來使用美沙冬之後，他是不是我們只能聽他自己自述，可能沒有辦法得到司法上面的一個資料，那，但是我們只能從其他層面來評估，我們看到他的那個，本來這樣子很落魄，然後帶著那個一個那個照顧的營養不良的小孩，然後就來每天吃藥，然後後來就開始，漸漸的他就可以開始穿制服，你知道那個制服代表什麼，代表他有工作，然後，每天早上一早的時候，一開門，在八點以前外面排滿了人，衝進來喝完以後趕快走，嘿，就是要為什麼，就去工作，慢慢有些人他沒有工作，除了帶小孩，可以養隻小寵物，那每隻寵物打扮的，那個可以去比賽了。

專家 3：都很漂亮這樣。對，所以它們的生活其實是，透過美沙冬的一個介入，然後看到他們個別上面的，生活上面的安排的一個變化，那這個東西是一個實務經驗，他並沒有做一個實證上面的研究，其實我真的是很想要在這一部分進一部分去做，去做那個，能夠得到夠多實證上的資料。但是，我聽到另外一部分，就是說因為我們有一些同學，監獄做**專家 3**，他們的經驗就很挫敗，挫敗的是說，那個我們近來的全部都是使用過美沙冬。

大 家：呵呵。

專家 3：如果從這個角度看，從這個角度來看的話，的確是，如果我們定位美沙冬的目的，是要把他放在戒毒上面，我們就要去看，說那個所謂的無效，我是認為那個無效的變項要有深度的去控制，什麼叫做無效，無效就是他再犯就是無

效，然後或者說他再犯以後，他那個犯罪類型有變化，然後那個，是不是原來竊盜沒有竊盜，或是怎麼樣，我覺得然後他的那個，再犯之後的那個，搭配的影響因素，有沒有變化，我覺得那個，再犯或是無效後，那個如果進一步去控制的話厚，機會很豐富啦，我很期待的部分，那另外一個部分就是說，專業的那個訓練的部分，我們那個社會工作在修法之後，社工師法案修法之後，我們恩，就已經有那個專科社工師的一個一個一個區隔了。

主持人：五年以上。

專家 3：五年以上，對對對，五年以上，那我們可以有那個五年以上的實務經驗，我們可以再考那個次專科，那 103 年會有一個會開始第一批的那個專科社工師。

主持人：恩。

專家 3：那這個是目前我們專科社工師分的幾大類裡面其實並沒有藥癮這個或者是成癮防治的這個專科，但是我們比較多的訓練是放在心理衛生社會工作師的這個領域裡面，那心理衛生的社會工作師裡面，其實那個思維其實是從那個精神科的社工這邊發展出來的，然後，做比較維四面，的一個生物的工作但是心理衛生社會工作師，這個部分，因為大部分的人，都還是在心理衛生界，所以要涉及司法的主域，其實那個地方，好像最近才有一點聲音，那個是不適會來會有司法社工，其實越來越多人，提到這個這個需求，那我們也很期待這個部分，但是就像剛剛所提到的有一個很重要是說，使用海洛因的個案，他們所答應的問題，真的是錯綜複雜，然後包括就業，他們家庭的師那個，那個失能，還有，那個，他們自己本身疾病的問題，還有疾病之後帶來的社會或社會上面的困境，那現部分在醫療上面的經驗，就是其實我們比較困難去把一個個案他在開立那個，成癮的這樣的一個條件之下，可以納到，可以開立身

心障礙手冊條件，那在社工的實務工作裡面只要沒有納到身心障礙的一個類別裡面的話，對不起，他的服務就會不容易提供，對，嘿，那這個就變成說就是社工無從介入，社工他能夠做目前最能夠提供服務的地方，就是所謂的弱勢，弱勢就是你在工作的年齡範圍，但是你卻沒有工作的，但是你卻失能，對不起，他不是失能的範圍，他毒品是你自己愛用，你喝酒是你自己愛用，你還是應該是工作人口，所以就不能夠提供他的一個服務，那他是不是可以在其他領域或是其他法規上，自動去介入提供服務，恩繞來繞去，這個部分源頭沒有發展的話，源頭還是會回到他為什麼沒有身心障礙手冊，還是會回到這個地方。

主持人：你跟這個。

專家 7：你說這個會再研究。

專家 7：專家 2，我說真的，他講的，我通通都贊同。

專家 7：我利用前至或者釐清兩個觀念，第一個，他的生活改善或者你看到的很多改善，甚至，犯罪減少，不是因為美沙冬比較不毒，海洛因比較毒，不是，美沙冬比較不毒，是因為美沙冬便宜，為什麼便宜，因為免費，是因為這樣子的而已產生的。不是美沙冬比較不毒。我跟你講我們是以毒賣毒，所以千萬不要以為是美沙冬比較不毒，是因為他比較便宜。比較便宜，不要被毒梟剝削，造成這樣子的效果。這是第一個。

第二個，因為大家對這個美沙冬或是海洛因，有一些，很多還有一些，負面的觀念，包括醫師，所以，對事實上，有一些人再犯，什麼東西，是因為美沙冬使用量不足，不是因為美沙冬使用太多，是剛好相反也就是我們，看到這個能夠盡量少用就要少用。就好像是我們在開刀房，以後能夠盡量少用麻醉，就盡量少用。這種心態還在，使得這個治療是不足量，不足量所以使得他繼續，有時候使用海

洛因，雖然減少很多沒有錯，是因為這種心態，所以我在強調一次，這個心態，把美沙冬當成毒品，這種心態，造成有一些醫護同仁，他不大願意，用足量，這種心態，讓自己本身也不太喜歡用足量，想要用意志，想要把它克服，這個過程中間產生失敗的病例。如果，美沙冬用的足量成功率會更高也就是說，你看到的，那種 happy 的那個，情形會更高，這個是一個我再講這個觀念問題。

主持人：我們盡量，第二個社會烙印也造成我們某一部分沒有成功。

專家 7：沒有錯，沒有錯。

主持人：第三個是，有一些人真的對，

專家 7：我剛剛講的社會烙印，就是說，這裡都是壞人，

主持人：對美沙冬真的不會有好的反應。

專家 7：對啦，因為你把它當成毒品，這就是社會烙印，這他就沒有辦法，這社會烙印，烙印在醫師身上，他也不會願意用足量，這個外國來的專家，認為，你這個用量怎麼這麼少，這個怎麼可能呢，是美沙冬，用藥不足喔，不因為，因為美沙冬，也不是因為，美沙冬是比較不毒喔，比較好的毒品喔，不是，是因為比較便宜。

專家 5：我提供一個。

主持人：是。

專家 5：實例給你聽喔，因為我研究的參考，國外在研究裡面他們有分好幾組，其中有的是說，給他這個量越來越少，因為希望不要他，那有的是說這個時間一年就好，不要後面，那有的說，量越來越多然後時間越來越長，這其實在研究裡面，成功率最高是什麼，量越大越好，時間越長越好。

專家 7：減害，是不是。

專家 5：對，是這樣。

專家 7：講的是減害。

專家 5：對，所以到最後他變成說，他量越來越大，這已經超過我們所能夠想像啦，我們希望說到最後能夠戒毒，戒毒是不可能的啦，但是到最後量越來越大，時間越來越長，這個成功率越高啦。

專家 7：專家 4 在講的啦，那個部分，還要不是要醫療。

專家 5：對啦，還有其他的要求。

專家 7：整個醫療是身心，是有時候靈，才叫做醫療，所以他在講只有藥物，那藥物也不是醫療，那個藥物叫做取代來減害，那這個是絕對成功，而且要減害成功量要夠，這是已經被證實了，但是呢，要改變他這個，所謂的吸食行爲，這個東西是非常困難的，這要先把烙印拿掉，就是除罪化，再來才用什麼，才用身心靈的治療，來整體性規劃，所以，這個這個，應該是這個樣子啦，專家 2，這是醫療。

大 家：哈哈。

主持人：多謝。

專家 7：他沒事，都跟我講道理。

大 家：哈哈哈哈哈。

主持人：謝謝。

專家 7：謝謝。

專家 1：我再講一點短短的，我覺得那個，可能我剛剛講到說，我們幾個不同的觀點裡面，我覺得目前經驗最可貴的地方是，我們在做這個介入工作的時候跟司法單位的合作，我覺得那個合作的經驗是非常可貴的，也就是說，今天我，我自己，我們自己醫院的經驗是說，我們到戒治所去做，其實，說實在不太知道那個成效怎麼，但是比較深刻感受的是，這個過渡階段，進戒治所或者是進監獄之前，還有

一個就是出監獄的最初期，那段時間的那個介入，其實我們已經有實證的資料是看的到，那個再犯的比例會下降，所以我覺得他們進那個，是不是要進戒治所之前，或者是說，譬如說用緩起訴的一個歷程，或者是保護法做的一個歷程，其實這個階段，其實會很清楚的經驗到在數字上，延緩再犯的一種可能性，那我覺得那是很可貴的。

主持人：我們請專家 2，因為他提供的另外一個完全。

大 家：呵呵呵呵。

主持人：有可能可以解決，我們剛剛想問的幾個問題。

專家 2：不好意思，我剛才有一份東西，不知道大家有沒有看到，在第二頁，請各位要用到 power point 的話，先簡單的看一下，根據法務部的資料，一級毒品跟二級毒品的有案人口，大概二十三萬人，七成以上是海洛因，海洛因的藥效，大概每針 7、8 個小時，那一人每天大概就要三次，一次大概一千元，每日大概要三千啦，一個月要九萬，一年大概是一百零八萬，那這個三萬人裡面的七成，每個月一百零八萬，大概是一千七百億啦，那如果加上二級毒品的話，大概就是這個毒品的市場大概是兩千億，那這個兩千億是屬於這個消費者給小盤，那如果小盤再給中盤的話，大概就是再減一半，再上去就是再減一半，那就是說如果有一千億，再來是五百萬、兩百五、一百二十五一樣啊，我不知道我們的警政單位，有多少的預算可以跟這些的市場來對抗。

然後再來看，你看消費者的這麼多錢，他是從哪裡來，是賺來的還是去拚來的，大家清楚啦，這是社會成本的問題，監所裡面的，九十八年法務部，有編了一百多億的這個預算，預定的收容人次是五萬四千人。關他一年大概要，預算是十八萬多，當然如果超出九千多人，其中有 42%是施用毒品，一般有 21%是沒有錢買毒品的犯這個財產詐欺阿

強盜搶奪，這些大概將近四萬人，那等於是說這個一百億裡面，大概有六十多億是屬於花在這個跟毒品有關係的，花在這上頭，那如過說這一些人都接近四萬人，如果說都去治療的話，每個人目前大概是大概一年要五萬塊，大概其實全部去治療，也大概二十億左右啦。那你要花這六十億去，花一個人十八萬去關他，還是要花五萬塊去治療，這個我想應是很清楚的這個，如果說全部去治療的話，監所裡面大概會少掉一半的案件，那檢察官的檢查或法官，工作大概是可以少一半，可以投入真正的犯罪裡面，那藥癮醫療的治療，這個世界衛生組織曾經評估過，在 2004 年這美國的一萬塊，美國的一塊錢，可以節省十二塊的美元，在執法醫療，司法方面的支出，其實他還沒有算到剛才講的社會成本，那個更大，那瑞士是由這個政府整個海洛因的實驗室，提供這個乾淨並安全的注射環境啦，那這個海洛因的醫療，實驗結果是可以斷癮啦，就是說十個裡面大概有百分之三十會斷癮，那上面是因為繼續用這個美沙冬減害的這個治療，剩下三分之一還會繼續用這個海洛因，所以你剛才監所看到的是繼續用海洛因的這個族群那肯定，那實施的試辦的十五年，肯定他有降低犯罪率，因為三分之一的人就界於，那當然就是這個，至少沒有毒品的這個，這個犯罪，那提升健康啊改善生活，這個三個目標都受到肯定啦，那後來在 2008 年在 12 月 30 號有公投，就是 68% 的民眾，同意讓政府永遠提供這個海洛因的治療，那當然就是政府提供這個東西的話，那個美沙冬，這個愛滋病，大概會徹底的解決啦，那另外，就是說這個如果說，每年，因為那個監所至少減少了一半的人犯後，那應該可以減類，在六十億裡面減一半，來做這個成立這個基厚，那就可以處理這個處理這個毒品的問題，然後當然可以跟這個國際間，這個是一個簡單的基本資料。

主持人：稍微幫**專家 2**說明一些部分啦，我覺得說他提的這個毒品

醫療基金會，基本上他是幫助解決的幾個其他的問題。第一個是包括心裡跟社工目前健保不給付，或他剛剛沒有被診斷為身心障礙，沒有服務的經費的來源，他可以從這個處遇基金會來這個支出，他就可以某個程度上，不需要碰太複雜的健保要不要給付的問題，跟社工需不需要把他們直接內政部統合轉換成身心障礙的問題，就可以有一個專業，然後可以形成一個團隊，這是一個不同的他想解決的問題。

專家 2：那這一次其實立法院，有幾個案子在審，就所知道大概有七八個，就應該是有十個毒品的修正案在審，那其中有一條，二十四條我覺得在這裡做個說明，是 power point 還沒好，不過我先說，這個法條的修正是說毒品要醫療化，除刑不除罪，除刑不除罪，因為那這個法條範圍，請大家看一下，就是二十四條，，這個是修正動議案，修正案本來不是這樣，不然施用毒品罪者，檢察官或法官，因指定這個藥癮醫療機構評估後，經其評估合格，並促進這個同意給予藥癮醫療處理治療的證明的話後，那正常工作，是不起訴處分啦。

主持人：等它一下。

專家 2：說明內容如附件一。

專家 2：那這個地方，看有什麼問題。

主持人：就是我幫忙再說一下，如果以今天的主題來講，這個修正案，基本上是贊成海洛因療法，醫生有權去選擇這不同治療的種類來進行，如果他醫生認為，這個他在前面的治療基本上，沒有辦法符合他真正的需求啦，然後在前面的一些法條裡面，他只要不違反剛剛講的治療無效，那可以談條件，就是十四天都不來，或者是並沒有真正的治療師或醫生的出據來證明說他已經不行他的醫療要中斷，只要沒有這兩件事，他就可以由醫生選擇要不要採取這個海洛因

治療，所以在這個法條裡面，基本上他有考慮和設計進去這個東西是可以進去裡面的。

共同主持人：如果我只是想談那個事件那件事情，其實真的是非常有風險的一件事情，我覺得是不是可以不要放這麼明確的東西。

主持人：那個，我們等一下討論。

大 家：呵呵呵。

共同主持人：沒有沒有。我的意思是說在這條法律裏頭，如果他的初始原則是要把全部的毒品都包進來，都有可能試用的話，那那個東西就不該是這樣放，我只是說那個東西。

專家 2：這個地方會涉及到一個問題，藥癮者畢竟是，會有暴力的問題有些人比較恐怖嘛，那如果說你應該發生應該中止的事的時候，你醫生敢不敢去中止它。

共同主持人：但它不一定是藥物，因為現在的這個條件是藥物。

專家 2：那個只限於藥物，那其他的就，就沒有規範了。

大 家：呵呵呵呵。

共同主持人：所以其實都有一些問題，呵呵呵。

大 家：哈哈哈哈哈。

專家 2：因為十四天是目前美沙冬它給的那個機制是沿用....當然要把它改成二十八天那個是..

主持人：那個是可以討論的，包括海洛因的療法，如果他願意接受他延十四天也是可以適用，這是比較沒有問題，當然我覺得那個有效無效，當然還是由行政院，他裡面有個細則是由醫師來評估順便證明，我想就會有比較嚴謹的考慮，那我竟量不討論這些考慮，這個讓醫事處去傷腦經，因為時間的關係，所以我想我們就給專家 6 來。

專家 6：到我這邊來，中間還有這麼多人呢。

大 家：呵呵。

專家 6：OK 那我很快提一下，想在討論那個思維之前，先談說我們整個社會再處理這個社會議題，我先用一個例子，叫做家庭暴力防治法，所以有家暴法裡面可以管的事，其實新法都處理掉了，那為什麼我們要一個家庭暴力防治法？就是因為這群人的特殊性，我們要給他機會，所以才特殊化的一個做法。那大家有談到這個資格上的問題，像家防中心他們去年他們也爲了這個家暴的資格做了特殊的訓練甚至是認證，所以有個法出來後，接下來主管單位，他會訓練整個一套系統去做這件事情，在過了十年之後這個運作已經越來越熟練了，所以我想要提的是說，如果我們針對這些使用毒品的人的話，那以我們從醫療角度來看，剛剛我們都會提到所謂說戒斷的症狀，所謂的成癮問題，另外我們在社會觀念或我們一般的觀念認爲他就是意志不堅定嘛，那意志不堅定在我們所謂的精神科這個角度來看，因爲也是一個病，不然憂鬱症也是心病，所以他還是一種病那這樣病的問題，如果我們從醫療的角度來處理的話，對這些人來說是比較有方法讓他們有機會可能去改變，那大家都會提到說，其實包括很多我們醫生都會覺得沒救了，那他就一輩子成癮了。說真的台灣其實有很多精神科的病人真的一輩子沒救了，所以才會我們玉里醫院，像五千人這種慢性精神分類，那就是候送到那裏去了，但是現在這個醫療過程當中，這是最後手段，不得以，但是如果把這些人放在台灣裡面，那是造成社會問題更大的，所以到後來我們談的是這樣的人的管理，就是說如果已經，我們剛剛看到一個比例，就是說大概有三分之一的人，可能一輩子沒救了，就是要吸下去了啦，那我們是把它放到社會去比較好還是說放在醫療的單位比較好，那認爲一定要看到有三分之一的人減少傷害，另外三分之一他可能已經戒掉

了，我們其實看了這兩塊，另外三分之一，我們所謂的沒救了，在我們的管理範圍之內，沒有產生很大的社會成本，所以到後來，也有點像我們在做精神醫療的一個長期照護的概念進去，至少他在我們的控制範圍之內。剛剛副司長有提到說，量是不是一個餌的概念，我覺得非常的贊成，因為我現在本身，在某地檢署的觀護系統，在做這些人藥癮的團體，可是效果沒有辦法太好，因為有罪的問題，每次來要驗尿，而且有罪的問題，他們的開放性程度是非常低的，因為反正他給他講一個事情，基本這是罪嘛，因為你還在吸嘛，還在怎樣，所以他基本上，是防衛性非常高，很不容易做，而且罪越重的，而且他們都在那個緩刑期間或是假釋期間，所以他們在做這個，跟我們在做這個心理治療團體是非常保守的，不容易涉入進去的，但我今天是從醫療的角度來看的話，我相信，因為我們在經驗上，譬如說那個家暴或是性侵害的，已經比較沒有所謂的罪的概念，只是純粹治療概念，他們的開放程度，他們願意接受的可能性會比較高一點，恩，那其實醫療問題一直沒有介入，有一個很大的問題是因為他沒有健保，剛剛那個社工師有提到，這個沒有健保，如果今天你要自費戒毒的話，一個月至少三萬起跳，那本來就已經沒錢，他不如買毒品比較快，對不對。

共同主持人：恩。

專家 6：那我為什麼要去被關在裡面，像瘋子一樣關在裡面。因為那個成本，他是自費的，那也沒有所謂的殘障的手冊概念，他也沒有健保給付，那法院，我不太曉得法院如果裁定他，要做戒毒治療，除了進戒治所之外，醫療部分好像是真的是沒有關係的嘛。

共同主持人：緩起訴處分。

專家 6：恩對。

共同主持人：緩起訴處分只會給醫院。

專家 6：給醫院，那誰去付他的醫療費用呢？

共同主持人：他自己付的處分。

專家 6：喔。

共同主持人：呵呵呵。

專家 1：每個地檢署施辦的方式不一樣，那我必須要補充一下，你那一句就是。

專家 6：恩。

專家 1：如果在受保護管束人，他在做藥癮治療的時候，他有在吸，其實他的撤銷率是低的，因為我們有彈性，我們現在的觀念就是說，如果他真的在戒癮治療，其實我們是容許他慢慢地降低的，現在比較麻煩的是緩起訴，緩起訴他如果被警察抓到，按照法律規定，他就是徹籍，所以緩起訴的撤銷率會高，受保護管束的撤銷率會低，會有這個差異，實務上會有這樣的差異。

專家 6：現在但是是說，這些人其實他們其實抓到的機會，會會有。

大 家：呵呵。

專家 5：因為我下午，一點還有一個研討會要去參加，那當然這個議題裡面有兩個最主要的議題啦，就是一個海洛因的治療還有這個共同使用這個針具。那麼剛我看到這個議題的時候，感覺到很大的衝擊，這有點像有一次我到法務部去參加這個開的毒品的除罪化這方面的討論，還有一次叫廢除死刑，這幾年在社會上是很大爭議的問題，很挑戰性的問題啦，那我個人看這個議題的時候，我那時候想說舉個例子啦，有一次在全國，各監獄**專家 3**，在會議開會的時候啊，他們檢討說我們的對策矯治的成效為什麼這麼差？尤其是毒品犯阿，那簡直沒有辦法矯治，那大家很洩氣。那

我跟他們講些話稍微鼓勵他們，我說，以前跟你們一樣啦，但是呢，我聽幾場研討會，有沒有，那個醫療的單位說，這個不是你們能夠插手的，這個是醫療問題，這是頭腦腦部成癮性，這個腦出了問題，所以是要醫療來解決。這句話一下去後，把大家的心情，就慢慢解除了。但是話說回來，在醫療這個區塊裡面，一個精神科醫師阿，這個成癮性是不是大腦的疾病這個不是大家都能同意的事情，是不是他腦部的問題才，那還有就是我們因此這樣說大腦有問題，所以治療他，所以呢，變成說把所有其他相關的治療方式，通通把它完全就是否定掉了。所以剛剛副司長也講到說，醫療是一部分沒有錯，但是其他配套措施都要配合上去，因為的的確確，我們從其他各方面也了解到說比方說，宗教的治療，各方面在因為有很多成功的例子，所以我們醫療是其中一種不能夠成爲全部，那另外就是，講到替代療法這一部分，我們美沙冬，我記得我在研究，行政院衛生署給我們個研究案，就是研究這個先進國家這個，毒品這方面，我們研究了聯合國還有十四個國家，他們新興毒品這方面一些政策啦還有處遇各方面，當時呢，當初在講替代療法的時候，大家在討論美沙冬的時候，大家都在反對，醫生啦，好幾位醫生，還有取國外的，他們在討論的時候，我們應該採藥性還有危害性比較低的，當然它比較貴，但是它的衝擊力各方面可能沒那麼大，而且它的持續力比較。所以當初大家建議用，而且它是第三級的毒品，阿屬於這個這個，有關於這個最新各方面大家比較能接受，但是呢，當時在用美沙冬的時候，我一直感覺到厚，社會對這方面的容忍性啦，其實很多不能接受。但是現在我們現在更進一步了，從美沙冬進到，從二級變到一級了，用這種方式來解離他心裡，就是用這種東西來治療他，我也感覺到社會，當然涂委員啦，他在立法院只有一票，只有一票，但是呢，能夠群眾，你能夠有辦法說服這方面，我就感到很很大的一個衝擊，而且更何況呢，在什麼，我

不曉得你們大概有看到一份那個蘇醫生，他的一篇裡面阿，就特別講到說這個成本問題。

我念給大家聽，當時這個，他說這份資料是從衛生署出來的，海洛因使用者，有兩萬兩千人，全面性推行美沙冬療法，每一年需要二十七億厚，那麼人事費用佔十九億，美沙冬本身要八億厚，平均一人要花費十二萬，美沙冬的那個，戒斷率很低為什麼呢？只有真正戒斷只有 3% 因為我們知道美沙冬替代本身不在於完全是在戒毒而是指在緩和他滿足他那個讓他過著正常的生活所以只有 3% 香港的立法局也說阿幾乎 50%參與美沙冬阿他的參加這個美沙冬計畫，要持續十五年之久，一定一直下去要十五年之久，所以呢不少人，可能終身就是以這個為他的解決問題厚，那麼呢合理的推算，每一個人至少要花費十年，總共一百二十萬國家預算，這是美沙冬。初犯不一樣，初犯他是七千兩百人不計人事費用阿，美沙冬他必須每年編列 2.6 億的支出，合理的推測十年以後政府每年就要花費 53 億，53 億，這是美沙冬，那海洛因呢？可能更高了，所以呢在費用這方面可能成本這方面也要考量，另外當然因為我剛剛講說用這個美沙冬阿，我研究過因為林新鎮那個基金會比較研究過這個替代療法這部分，當然在我訪問這些所謂的接受替代這方面的這些人啊，當然有成功的例子也有失敗的例子。那麼成功例子裡面呢，他特別講到說，周邊的配套措施，我發覺很重要真的非常重要，尤其家庭還有支持力量，社會支持力量，所以我們常常會用這個治療法，但是我們很少留意說這個療法周邊的配套措施才重要，我們只取這個療法，但是周邊的都沒有，你看我們監所院連個心理師也沒有，這這這，當然戒治所有啦。

大 家：呵呵。

專家 5：其實在監所裡面，在監獄裡面，那個毒品更嚴重，厚，為什麼，因為他是五年內再犯送到那邊去，但是戒治所

有心理師，在監所內沒有心理師，我們根本沒有什麼配套措施，所以一直強調這個醫療，但是呢，其他部分都沒有，所以你說這個療效各方面，當然一定要配合，那另外其實，恩，我等一下就，所以我特別去查聯合國的一個資料厚，那聯合國裡面講我們，就是第四號的毒品公約。第四號毒品公約，第八條就講到，這提供這個針具，就是安全的針具使用，但是我查了半天以後，聯合國的第四號毒品公約還沒有通過，還是維持在 1988 年，沒有通過厚，那麼呢，當時我在這資料裡面，我們在這個這個這個，其實有些國家德國、英國、荷蘭他們幾個國家，都已經在開放就是用啊，提供針具安全的注射，其實聯合國的麻醉藥品管制局阿，在這一方面，他們非常關切，因為他們認為說要提醒這些國家不要違反藥物管制公約的規範，而且他提了一件事情，就是說減害計畫應該是在減少供應的範圍裡面去考慮，而不是用減害計畫來取代減少供應。因為不曉得這句話大家有沒有聽懂，應該是在減少供應的範圍去考量，而不是用減害計畫來取代這個所謂的減少供應，因為減害計畫到最後就你看美沙冬，到現在進一步到海洛因，越來越多了，但是他說要減少供應的範圍裡面去考量，所以我認為說，從周邊的國家裡面，在亞洲的國家裡面，連日本新加坡，這麼先進的國家，他們都不會用替代療法，而且刑法蠻嚴重的，那麼呢，泰國這是犯刑嚴重，在亞洲國家有沒有人說，真的這麼開放使用這個所謂的提供針具各方面的，除非幾個國家先進的，但亞洲國家我們必須要考量阿，所以呢，在聯合國這個公約底下阿，我們在這方面是不是要很謹慎，當然很多時候是能夠做但是不能夠講，那好像說這個替代療法這個我們現在用海洛因給他替代我想社會不能夠接受但是當然有一種是說，你有糖尿病不能吃糖，好，我們給你

sweetenlow，我們可以替代用合成的給你，這名稱上來用個名稱，可能社會還能夠接受啦。但是直接講用海洛因來治療的話，以毒攻毒的話，我看這個這個。

大 家：呵呵。

專家 5：我們很多人就沒辦法接受，所以我想說在這方面，可能要，當然在醫療譬如說麻黃美，的確有看出來，但是在周圍周邊各方面，我們也不能夠忽略，謝謝。

主持人：謝謝。那個所以那個，我也稍微講一點，然後我們進入討論啦厚第一個我想還是，恩，有幾個面向，很感謝大家有提啦，然後，我想最重要當然就是在國際法的部分確實 UNODC 的第幾條，他們目前跟德國還在打官司啦。因為德國很快地跟著瑞士的腳步去設立毒品消費室，那當然德國的毒品消費室是包括在裡面可以進行微量買賣，所以這個 UNODC 很不開心。

大 家：呵呵呵呵。

主持人：那包括國際法目前並不是很開心啦厚，不過我覺得，這個，大家當然就是還有很多討論的空間啦厚。那第二個是這個海洛因的療法其實恩，今天雖然大家沒有花很多的時間去談，不過確實也有很多的爭議，向那個專家 2 提供的瑞士的證據啦，不過澳洲的證據也出來了，包括德國的證據，荷蘭的證據，其實已經都出來了厚，那其實如果有機會的話，彼此在做交換的意見。那在安全注射室的部分，除了我們剛剛專家提到的幾個國家以外，其實加拿大是很早就開始做這件事情的一個很重要的國家，那當然他們也包括經歷了立法，先試驗啦，試驗在溫哥華，以後試驗了一段時間，終於獲得國會給他一些錢，做進一步的討論，那後來，其實他們的國會，有一個想法，想把它完全結束掉。因為他們覺得那個效果非常的不好，那事實上這國會提案通過了，那是由溫哥華當地在主持的，它們把證據全部重

組，分析了以後，把相關有效的證據送給最高法院，最高法院才裁決國會的決議是無效的，所以才變成在，他們叫 SIS 就變成合法 safe injection site。那，當然這中間，我想接下來就是，恩，我會就覺得我們彼此再多交換一些意見，特別是，我覺得有兩個東西，恩，我們剛剛比較沒有用那麼多的時間，談的部分喔。第一個是我想這東西，當然是說如果我們要把它可能的國家的討論跟考慮裡面喔。我想多請教各位專家，有關於我們在社會文化上面的適用，有剛剛林教授，會覺得說只有我們可能還沒準備好用海洛因，來做為總治療的方法厚，那當然包括安全注射室，是不是我們民眾可以接受了，那我想這中間有點落差啦，那這落差有一部分，我覺得提供一些我的想法，就是我自己看很多不同的國家的經驗跟他們實施的過程，最大的落差，大概是民主制度的實施。因為在德國在瑞士，它們的毒品都是除罪的，既除刑也除罪，所以他們可以讓國家公民一起來討論，讓他們來決定要不要公投，然後進行公投已後這些東西是不是我們人民想要的，那其實在我們民主制度的運作裡面，我想，這，包括公投法我問了好幾位委員厚，他們都覺得這個現在公投法自己就有問題了。

大 家：呵呵呵呵。

主持人：所以不要說要不要讓人民討論能不能公投的問題，在很多的制度的運作上，我們有很大的落差，那這個落差會不會是我們在很多的文化適用跟民眾的討論上面，我們能不能夠啟動這一部分。當然有一部分就是說，如果我們還沒有準備好，是不是另外一個思考可能就是，我們可不可以先讓民眾開始來討論這件事情，那我們的民主制度能不能這樣去做，我想討論總是好事阿，能不能運作是另外一回事，所以我想是，今天就開放讓大家自由這樣，美凡如果剛剛有沒有講完的。

專家 6：沒關係，沒關係。

主持人：呵呵呵。

專家 6：我其實對這部分蠻悲觀的，其實在台灣有些事情喔，大概只能做，不用把那個插那個蜜蜂窩，引起更大效應。其實用簡單的事情來說，就是青少年能不能發保險套，這個議題就爭議很大。

主持人：已經在學校設了。

專家 6：我們名義上 18 歲以前禁止，也不希望發生性行爲，可是他們就是發生了，又懷孕了。又有懷孕問題甚至又有疾病問題，那在衛生單位就覺得管理是件非常重要的事情，防止後面更高的社會成本，可是民眾會覺得你在鼓勵性行爲。所以我說我會比較悲觀一點，可是我就做事的角度來看的話，我個人是一定是支持這麼做的，我們不能因爲民眾的恐懼，他們的民主性的開放或民眾的一個觀感不是那麼多的時候，我們就不做我們該做的事情。這是我個人的想法，當然這在操作上有很大的難度，那我剛剛有補充一下就是說，我剛剛想談的就是，其實剛剛我是很贊成，剛剛**專家 2**那邊有一個高職女集體陪酒贖債，其中有句話叫做惡性循環，那法務部也曾經委託那個大愛電視台，拍過兩部影片。

我覺得都是在談一件事情就是說，這些藥癮者，他們本身的藥癮循環，是非常的重，但是我們是從一個罪與罰的角度轉移到治療的這個概念，因爲健保不給付，所以醫療是不碰這一塊的，不是醫療不願意做，是沒有錢沒有人願意做這件事，沒有人要做這件事情，那如果今天我們有專案或是說健保願意給付這塊，治療制度才能被啓動起來，那是一個訓練完整的一個 team 去執行這一個動作，那這樣才能夠把他的這個治療開始被啓動起來，被組織起來，這才是重要的第一點，這才是正規的，而且這個治療應該，我也非常贊成剛剛檢座 show 的這個動議的第三段，恩，治療無效，對不起你回監所去，你回矯正系統去，我這個概念什麼就像學校要有

輔導室一樣，輔導室處理無效怎麼辦，對不起送訓導室，絕對不能說輔導室無效怎麼辦，就送他回去吧，這絕對不行，我們就是這樣的藥癮者的一個管理是非常重要的，輔導室管不動就送訓導室去，那最後我想要提的是，最後有這個基金會的話，我非常的強烈建議，那是個更遠大的理想，我們要建立個 FDA 的這個系統喔，就是那個戒藥癮的那個，我們有 AA 這個戒酒無名會嘛，還有美國其實也有成立 DA，對，那無名會有多麼重要，他基本上也像變成一個宗教了啦，我只用心癮來代替藥癮，就是來這裡就是一個很爽的事情，而且是什麼樣的人來，剛剛檢座那個資料裡面第二頁，有三分之一的人斷了，有三分之一的人減害，還有三分之一的人正在吸。那 DA 是怎麼樣，你三種人通通給我來，你戒掉不代表你以後不用，你現在減害不代表以後你會你就越來越好也不保證，那這個三分之一是不是沒救了，也未必 DA 永遠給他們一個希望就是說，譬如大家每個禮拜都來，我們就來討論這邊有幾個人還在吸，這幾個人已經戒掉了，這幾人還在努力當中，我們繼續努力，一直抱這個訓練，因為那個循環是非常的嚴重的事非常長期的。我們正規的資料或是說我們罪罰解決完之後，這些人其實是非常脆弱，那如果我們基金會真的可以成立這個 DA 的話，那讓這些人一直處在一個被支持的被關照的一個系統裡面來，那像檢查行政觀護系統裡面也有關於那種酒癮的，需要做那種治療，那他們離開了，還是回去繼續喝阿，那有 AA 之後，他們每個禮拜去，他真的可以越喝越少，所以我覺得用正向支持的心理去替代藥癮的看法，謝謝。

專家 1：我想要再補充一下就是說，其實在法務部立場裡面，剛剛專家 6 有提到就是，我們剛剛有兩部片子，就是兩個戒毒成功的片子，其實慈濟還有個片子是「呼叫 223」，它是在講女性吸毒的人。她有更複雜，她會吸毒其實常常會跟性侵犯家暴這個議題脫離不了關係。那其實在我們的思維裡

面，我們其實也是慢慢地朝向，我們其實也一直在倡導一個觀念就是說，他其實不是一個單純的罪人，他同時是一個冰塊，這其實是我們的系統接受的，但是我們現在會很痛苦的一件事情是什麼，我們現在在講醫療，我們是在講什麼，我們是在講美沙冬替代療法，美沙冬替代只給他美沙冬，那像剛剛林主任講的相關的配套，它有沒有其他的心裡的，有沒有其他的支持系統，包括他的家人，包括他的家庭，包括他的本身，這些東西有沒有，我覺得現在有點不負責任作法是，我就是給你喝美沙冬。那我現在會擔心海洛因的這個療法，我就會擔心的是，我美沙冬是不是就這樣的操作了，我用海洛因的操作會更好嗎？我會不會只是給他們海洛因，其他相關支持他改變的支持系統會不會進來？還有就是說，醫界它可不會去研究發展有其他的療法，譬如說我們每次跟醫界談到這個療法的時候，他們就跟我講，一級毒品有藥可治，所謂的藥就是美沙冬，二級毒品，無藥可治，所以他們就拒絕做。

其實我們現在就很辛苦鼓勵地檢署在發展跟醫界合作去發展二、三級，二級毒品的一個療法，我們是希望引進其他心理層面進來厚。那個是我們現在推得很辛苦的部分，所以我覺得很多東西可以討論，那我現在很擔心的是，台灣現在有很多事情是學半套，做半套。這是一件很危險的事情，那如果只是學半套的話，那將來政府就是變成一個大毒梟嘛，我去引進很多毒品來給這些人施用嘛厚。那另外一個，**專家 7** 講到說，他認為應該要緝毒啦，抓毒梟。可是毒品危害防制條例，改變之後，其實它在整個實務操作上呈現一個問題，就是說在警察績效也好，他就是抓施用的人最快，因為施用、觀察、勒戒... 我們的案件就會變成，譬如說這個甲吸毒給 A 的警官辦，乙吸毒給 B 的警官辦，以前我們可能會甲跟乙一起吸毒分給一個警察官辦，但是現在要分給兩個警察官辦，那承辦的檢察官就看不出那個

網絡，就不容易抓那個藥頭，其實這都有些微妙的因素那裏面啦，那我想要補充的是說，我覺得很多東西都可以談，那台灣要談就要談全套，不能夠只有做一半，這個是我最擔心的。

主持人：這個我們。

大 家：呵呵。

專家 1：而且不能夠，

主持人：已經台灣被稱爲 assemble of the policy，我們的台灣的政策都是東湊一塊西湊一塊，原因是因爲我們的立法機制也有關係。

專家 1：對阿，這是我擔心的。

主持人：這個我們台灣的民主制度的運作，立法院的立法。那它不會有一個觀念貫徹到底，它是東湊一塊，因爲每個利益團體進來，所以他就湊這個，湊到最後，有很多的利益團體或者它的那個聲音不夠大的就被剷除了。所以很多後續跟上來的配套措施是會不見了。第二個我覺得當然很多是因爲我們的理解的層次，我剛剛強調那個社會文化背景。就是，我們不管看國外綱章，都有個共同的特點就是，他們國外不管分成什麼樣的實驗組或控制組，它們背後的配套措施確實是完善的，他們唯一的差異是，實驗組用的是海洛因，控制組用的是美沙冬。但是它們每一組都有完整的社會心理治療的系統在後面支持的，那這當然是很很大的落差啦。是很不一樣，當然也是很不一樣的地方啦。

專家 2：這個有關於治療的種類，那很多元啦，但是那如果說它有成熟的配套措施，當然就可以接受，這個法案就可以接受啦，那其實現在桃園療養院跟北投醫院厚，也都有這個心理治療啦。針對二級毒品三級毒品的心理治療的療程，其實也可以包括在這裏面厚，就是說護理面的一些考慮，我

想這個法案應該是都有討論到。

主持人：那另外還有個其實這個治療海洛因，就純粹在一個很窄的範圍來看厚，治療海洛因有很多不同的治療的藥物。其實我比較喜歡的是長效型 natrison，那長效型的 natrison，它被證實其實是很好的治療，只是 patient 不喜歡。因為它基本上不是替代啦，純粹就是治療，但是治療的結果就是讓 patient 完全沒有性快感。

大家：呵呵呵。

專家 2：那這個地方其實在醫療這個基金。

主持人：那這個其實有很多不同的...

專家 2：基金它是在那個醫院，做結算啦，那你這個給付可能以後主管機關就給他提高一點，他就可以處理。

主持人：呵呵，但是我覺得這個事。

專家 1：但是我還想要思考的是，因為我們這群人都不吸毒，我們都不瞭解毒品的這個，可是因為我們因為跟大愛的人合作，我們跟戒毒成功的人，是比較有接觸的厚，那你會發現說，他吸毒對他身體的傷害，就他吸毒，自己以前長期吸毒以來，就算他現在戒毒成功他這身體的嚴重損傷喔，那現在又有一個思考就是說，那如果站在政府的立場繼續給他餵食，其實我是在加速他對他身體的損害身體損害誰負責阿。

專家 2：其實他在監獄外面，一直吸一直吸。

專家 1：當然他在監用，但是。

專家 2：他在醫療系統的話，醫生可以做一個評估。

專家 1：我跟你講，這裡面就有一個，現在就有本雜誌，裡面有劉民和劉牧師，我就看到他晨曦會的雜誌，我那天就看到那一篇，結果他給我看他的雜誌，結果我一翻開，他就告訴

我說，他就告訴我說，噢，我是不是拿錯本了，對不起我拿錯本了，就是他就講到說因為政府推的這個美沙冬替代療法以後，在他們實務的觀察上，願意到晨曦會戒毒的人變少了。

主持人：恩。

專家 1：那我們在跟這些吸毒的人接觸，發現說，我常常開玩笑說，他就跟我們減肥一樣，他也常常想戒毒，我們也常常想減肥。我們看到蛋糕會想要吃一口，他看到毒品會想要再吸一口，可是他會有改變的那一天阿，他是不是就下定決心他不吸毒阿，有阿，就是有人阿，那這個怎麼樣藉由醫療的專業去評估，這個是我的懷疑啦，因為醫療評估覺得他要繼續吸，可是他真的可能有一天他就突然頓悟了，他真的是。

主持人：我們提供兩個不同的，算不算思考，這是兩個不同文獻裡，第一個是說在很多的那個，不管是剛剛我們講，在很多的這個藥物治療裡面喔，其實澳洲他們有一個東西，他認為他們執行的很成功啦，那我並不知道是不是，因為我沒有很親眼去看，是讓他們到了那個地點，讓他們決定要使用多少的藥物來治療他自己，那這個使用多少詢問醫師的意見詢問護士的意見，那是由他自己來決定，厚，那他決定說，我現在已經下定決心，我希望可以慢慢地減少，他是可以這樣的執行，那，恩搭配著整個團隊，他那個團隊基本上，有一個醫生有一個護士有一個臨床心理師有一個家庭諮商心理師，有一個社工師，還有一個急救委員。

大 家：呵呵呵。

主持人：只是一個反正他就是，六個人都在那裏。所以我今天我來了我想要今天幫我做這個治療是，譬如說 0.5 公克，那醫生說這個不會造成你 overdose，那 ok，然後護士說你今天，這個有沒有其他的傳染性疾病需要我幫你包扎啦，或

什麼都可以，那他基本上打了那 0.5 後腦筋清楚了，他可以跟心理師跟臨床說 我想改變我的行為，幫我做藥物行為改變的治療，做什麼他就可以這樣做，那他們的這樣的一個新的思考，就納入副司長想要提的就是說，有一些人，他會不會走到某一個程度的時候，他會不會覺得希望來了。

專家 1：對阿。

主持人：我要完全能夠可以改變，那目前國內的精神科醫師是不會這樣想啦，但是他將來說不定可以轉。

專家 1：因為我很悲觀，我們講說其實是一個委託研究案，那幾個監所就，我去任何，八里療養院、醫院也有，那我們就在討論，就問他們這個問題，結果每個醫生就跟我講說，他只能用美沙冬，他無藥可救。

主持人：對啦，他一定同樣也在。

大 家：呵呵呵呵。

專家 1：對阿對阿。

專家 4：我們現在有一些觀念，大家都是認為，所有的問題在醫生，但是這個觀念可能要打破，就是說藥物物質的濫用，基本上，到底是不是疾病啦，可能是不是說腦什麼的問題，現在都沒有定論嘛。因為定義不清楚，我們就假設一定要靠醫生，我覺得這個好像也有問題。因為目前我們的醫生，他是被所以的我們說叫藥商教育過的，是整個教育是藥商在支持的，所以他們的觀點是藥物治療，沒有其他的，其他也沒時間做啦，也沒有那個訓練做，所以對醫生來講，他所能做的是這個為什麼我們不能擴大一點，就是說，可以容許心理師來主治這些事情，可以像那個，好像這裡有講 diversion 嘛，這個藥癮的 diversion，國文就是說，除了醫療的處遇，應該還有其他非醫療的處遇嘛，就是社區的處遇，就是說醫院的處遇還有社區的處遇，應該是

這樣。那現在台灣已經培養很多數千個心理師了啦，那是不是也可以讓心理師經過訓練，來參與這件事，讓這些人可以比較方面就近社區化去，如果用替代療法的話，也可以讓他們做，當然你可以配置相關的，譬如說護士啦，醫生阿或什麼的，他這個跑的，不是說喝一下就跑了這樣子，能夠有一個 program 就是包括各項包括心理諮商阿社工阿或是衛教啦， 這個藥物，就是應該要有個完整的治療機制在裡面，這樣或許有些病人他會選擇， 我減量然後改用其他方式，因為癮這個東西啦厚，我是認為是人格特色的問題， 人格的特色問題，那需要長期的長時間的改善厚，那我們成癮的對象裡說從海洛因到這個美沙冬，那也有可能轉變別的喔，譬如說宗教喔或是社會服務，也是有可能的厚，如果我們現在都是用這個美沙冬厚，或者是用海洛因去注射的話，對海洛因使用者它是增強還是削弱？有可能是增強喔，增強他就一輩子這樣下去了，那我們國家花多少錢去供養他們，那這個社會是不是可以接受，我覺得是有困難厚，那除非說你做他逐漸的確會改善，這樣社會比較會接受厚，基本上我是比較有條件支持啦，用這個替代療法，這樣子，像這邊有提到，像注射一天是要注射三次厚，那我是覺得這個成本很高，那我們現在假設說你海洛因使用者，接受這麼高的成本，那你如何回饋社會？那你不能都不談這件事啊，權利義務是要對等的，我們納稅人花這麼多錢，那你要對社會有什麼貢獻，你可能要有計畫阿， 那這都可能要談話，這在心理諮商裡面去談，怎麼樣重建自己，怎麼樣改變行爲，改變他的物質對象。

專家 6：有啦，台灣好像都有。

專家 4：不過好像台灣好像不是很普遍，是醫院在支持，

專家 3：不是，是自助團體。

專家 6：完全自發的。

專家 4：那一方面訊息，我好像聽得不多，就是不像美國那麼普遍，是自發性的，那這個就是，要有人去協助，那醫生會不會去做這件事，不會阿，那一定要有社工師心理師來輔導他們成立這個 D A 阿，去可能協助他們 run 這個 program，不然也會散掉啦，補充這個樣子。

主持人：謝謝。社工要補充一下嗎？

專家 3：其實我剛剛講到那個，剛剛提到有蠻多部分啦，我剛剛講說是不是心理師主治，其實我們真的要脫離靠醫生主導的這個思維啦，厚，那因為醫生，真的是蠻多的一個，直接評估的觀點就是藥物。那藥物之外的確 相較於其他專業來說，醫師能夠有力氣去花的那個時間，其實是很有限的。那我們的確要很尊重醫師在藥物上面的一個專業，但是其他配套的部分厚，那到底是不是心理師主治，我不曉得，不過我自己覺得還蠻 appreciate 那個法務部主導的 這樣子一個原來的機制阿厚。

專家 1：我們很不想主宰。

大 家：哈哈哈哈哈。

專家 1：但行政院衛生署，在從馬總統在當法務部長的時候，不過他那個機制就是衛生署要做啊，他不做啊，我覺得就把他關到我們監所去啦，我把

主持人：今年的制度要換了。

大 家：呵呵呵呵。

專家 3：我把他講完就是說，這樣一個東西就是說衛生署與法務部的合作是非常重要的，那衛生署進來的角色厚，我不認為說是醫師是一個主導，可是你進到衛生署裡面，就絕對是醫師，在現行制度裡面，他絕對是醫師，他不可能進到其他專業裡面，那這個就是現行的狀況，與其這樣子的話，那我們就必須多挑戰其他專業團體厚，我們應該要有機會

去反映這個部分，那我說那個我們跟法務部合作的一個經驗厚。我覺得團體治療真的是一個非常非常重要的方法，那團體治療像 DA 像剛剛講的那個源頭是 AA 那個東西他的確是一個自助團體，我們在台灣的那個戒酒 AA，他們走得很緩慢，但是蠻持久的，他們有個信念，有個中旨就是他們不接受任何單位的一個支持，他們絕對要用自己的方式自己的資源。

專家 6：像宗教式的。

專家 3：對，他們唯一可以接受的說，你願意提供場地讓我們聚會，那我們就在那個時間那個地方，他們一樣都是用自己的資源來做介入，他們有個信念他們原來是依賴的，但是他們現在決定要獨立，那個是一個很珍貴的過程，但是對我們來說我們沒有本事去支持一個 DA，因為他們不會接受，這是違反他們的信念。但是我們可以去做的團體治療，那團體治療我覺得是非常重要的，美凡他之前在地檢署做團體治療啦，很痛苦。

專家 6：現在也正在做。

專家 3：是是是，很痛苦。

專家 6：然後防衛心很重。

專家 3：對，非常，然後我之前在那個士林地檢署有做過，的確很痛苦，很難做。那我們從那個過程中都會覺得說很困難不會有用，可是，厚，那個是實務上的經驗，可是如果說實證一加進去，我相信地檢署做的那個過程當中，他們也是非自願性的，然後跟工作人員報到只要十分鐘，你參加團體要一個半小時到兩個小時，那個當然他們是很不願意的，不過成效上面是很有用。所以我說為什麼是法務部角色很重要，是因為要把他界定為是一個非自願和所謂的強制性的一個介入，那這個醫院做不到，心理師做不到，社工師做不到，那只有法務系統可以做得好，所以我覺得那

個強制性的處遇的背後的那個法庭依據其實是很重要的。

專家 6：其實我覺得其實剛剛那個，不好意思，那個醫療部分喔，其實厚真的不太敢碰，其實醫師都是好人家出生的，跟那些罪犯打交道，他們其實是怕怕的，所以為什麼今天需要法務系統去，變成現在一個 meaning 這件事情 其實說真的醫師的思維他們大概就是病理化藥物治療化，這樣子，如果這一套整個進去，他其實是醫師的整個觀念要改變，可是如果說，這樣系統的運作，他是需要一個赤的系統去處理他，所以他變成醫療，他變成醫院一定是醫生來帶頭，由醫生來帶頭，在帶整個團隊去進去，那醫生他們只做一部份大部分其實都不適他們在做事，會變成這只有私人的，但是我還是會，我也是非常的同意就是說，在這一個藥癮病人的管理上來說，系統的一個彼此之間的溝通是必要的，幾乎我們個別性的一個投入是效果太差了。

專家 1：那所以這就是法務部為什麼一直不答應把他完全除罪的原因嘛，因為如果你真的把他完全除罪了，其實你不要奢想要做下一步治療，這些人不會去的。

主持人：我有看到不同的文獻跟看到不同的這些人，就是說你越是用非自願的方式，效果越不好。就是說如果他是處在一個非自願的團體治療或個別的深度治療，他不是 on his own willing 是沒有效果的。

共同主持人：我覺得我有一個不同的經驗，其那個東西的源頭是非自願的，但是其實現在在昆陽院區整個運作上是自願的。現在恩，緩起訴那邊他們要參加八次的團體，原本我在蓋，那現在事實上是他們在蓋，我們的個案已經到達他們滿八次每個禮拜都來，他們覺得在這個地方，是可以講話的是可以談話的，那這個東西 其實就是就是剛剛副座可能所謂的配套的東西，那我覺得配套的東西，其實是有一個很重要的，不管是心理師是

醫生或怎樣，那個 leader 是很重要的，那昆明是一個很特別的地方，我們沒有醫師在主治，那我們全部都是護理人在做事，然後我們同仁的立場，我覺得那個是一個 harm reduction 的一個出發點的立場是，包含他每天來喝藥的那件事情，對他們來說都是好事，就是他來的時候，有個人關懷他過得好不好，昨天有沒有發生什麼事情，那整件事情對他們來說是好的，所以我覺得那個，我們假設說，今天一個成癮進到一個所謂的，恩，我們用其他情境來講較中途之家，那這個中途之家裡頭，其實是，家嘛，那他其實是所有東西都要在裡頭，不管我們稱做配套，稱呼他是心理治療，稱呼他是什麼東西，他在這個裡頭，那這個裡頭有醫療，不管那醫療是美沙冬，這裡頭是海洛因注射替代，其實他都是同樣的東西，這東西是一個整合完整的東西。那我覺得這東西是我們我想這部分是大家都是贊成的，那個部分，但是是把這個東西弄好，那把東西弄好就包括很多問題，包括一些恩，法令要修改的問題，包括醫事人力或醫療資源 其實沒有那麼充足的問題，今天也沒有那麼多醫生來管，藥癮這個問題，其實，還是有很多有關於社會烙印的問題存在，其實醫師本身在做這個成癮治療的醫生都是被病人化了嘛。那所以其實，所以那個整件事情，他不是就是，他有太多的這種，我今天在第一線，我站在就是藥癮個案，或是我陪了幾位非常深度在陪陪到他們全家我都熟，他在哪裡買要我全部都知道，這樣的一個過程中間，我當然也看到一些藥癮者的立場，那藥癮者的立場，部分就像剛剛有講到說。我今天突然間有一天想要，就像是我好了，我今天每天吃的我很高興，突然覺得有一天我覺得我好像瘦一點比較好，我好像少吃一點比較好，可是隔了兩天，我同事請我去吃飯，我一定去的阿，我覺得那個東西是一個生活，那他的

生活是，有一個藥在他一輩子有影響的。這樣的一個狀況下，今天不管是香菸，不管是吃，不管是毒品，其實那個東西是他生活裡頭，恩已經是他生命中間的一個部份，那那個東西隨時有可能突然出現影響到他，那我們是如何看待這件事情，如果他今天是除罪的，那他是可以被容忍的，那我其實有一點贊成，其實要加一點法務的立場，是因為，我整體去看到的是說，一開始他願意進來，他願意配合，其實是因為他怕被再去關嘛，那我覺得那個東西是促成他進到這個裡頭來的誘因，但是那個東西在他進來後，其實就可以，就是他在外面，他不在裡面這樣子，那個東西，其實是他進到裏頭來，他是可以被照顧的，那，那個外頭中心，他出去還是會碰到。所以他會願意繼續配合，事實上我所有的個案，他真的把毒品停下來，然後願意配合，像上上禮拜病友會，他們跟我們一起出去玩，那這些穩定人跟家庭關係變好，然後願意停下來的人，那他們前提都是因為有緩起訴嘛，覺得要保住這次的機會，然後你看著他穩下來後，他就開始勸人說，這樣真的很不好你還是要進來我們這裡。

專家 1：我在講一下，就是說其實我們現在各縣市政府都有個毒危中心，毒危中心就是說要關懷什麼人，就是沒有強制力的毒品個案，譬如說保護管束期滿的啦，服刑期滿的。可是你說這群人，我們要追蹤都不容易，你說要再輔導他去做替代療法，都不容易，因為他沒有強制力阿。

共同主持人：因為我在，我負責的毒危個管啦，那其實台北市在毒危個管這部分，的確像副座講的，其實要追到都很難，但是有另外一群人，我倒覺得是不同的，是剛剛提到的，也許三四級毒品的部分，它們在被，恩，毒品菸害防制講習的時候，其實那一部分，其實我倒覺得說是一個可以施力的地方，因為看到了他們身上可能已

經在用三級在用二級在用一級，也許是同時通通都有的狀況下，那有一點非強制來的時候，其實是可以做點什麼的。

主持人：更早期的預防，已經偏離了今天的主題。

大家： 哈哈哈哈哈。

主持人：因為我是主持人，所以我一定要再把你們拉回來。所以我想，嗯，我們先讓這邊講，我們還剩五分鐘，主持人還是要把它結束厚，呵呵呵。

專家 2：除罪當然最好，當然目前是有困難的，只是治療之後沒有效，再去對他厚，其實這是一個折衷方案，暫時可以，不知道大家可不可以接受啦，那怎麼樣治療，可能有很多意見啦。不管是心理治療、藥物治療，還是其他的治療，其實在地理上這個地方厚，這個授權配套涉及條款裡面，其實都可以在這裡訂定啦，我們只要能遊說到行政院同意的話，其實我們可以不用透過修法，實際就直接可以用，那至於說三、四級的東西，像這次修法頁的第二條，第二條有修這個K他命為二級毒品，如果這一條有過的話，那一條應該是不會有這個覆議啦，甚至可以擴張到其他三級毒品看你有哪一種毒品，其實都可以同時修正，我先這樣，謝謝。

主持人：謝謝檢察官。那我想我們，恩，首先當然是真的很謝謝大家撥空來聊這件事。因為我覺得那個，這個事情，平常大家也不太容易聚在一起談。那第二個因為跟這個醫療，大家都能夠做一些對話，有時候在這樣的對話裡面，我們才能澄清，到底怎麼樣做，那些障礙才能比較小。那第三個當然就是說有很多的部分是受限於現使的機制運作啦，譬如說我們確實在現使的機制都是以醫師為主，那我相信將來毒品醫療基金會還是會以醫療為主，所以除非呢，我們在場的所有各位為自己去爭取一席之地。

大 家：呵呵呵。

專家 2：其實現在可能不是醫生，他是結算這方面啦，財務方面，應該是那邊的比較主要，因為對象，編列結算嘛，對象是醫生，那這個應該不是醫生。

共同主持人：醫院還是基金，呵呵呵。

主持人：不過我想那個會計的上面，還是醫生啦。會計還是要問說那這個東西我可不可以給付阿，

共同主持人：不給你。

大 家：哈哈哈哈哈。

主持人：款項裡的項目，還是基本上醫師坐下來。

專家 6：至少要找 open mind 的醫生。

專家 3：open mind。

主持人：open mind 的其實現在已經有很多疲勞快陣亡了。

大 家：哈哈哈哈哈。

專家 6：這到真的是。

主持人：我的意思是，真的說做這件事情，非常辛苦。

專家 6：他們被 abuse 了啦。

主持人：恩，我覺得也不是，是說大家剛剛其實是有提到，精神科醫師很多也不是自願投入這一塊，很多都是署立醫院被強迫的啦，那本來在這邊做得很好，即使都慢慢地，慢慢有了規模，他們希望可以休息一下，呵呵。

專家 4：我們早上講這個，因為**專家 2**，我想這個，如果你對於用的是醫療處遇基金會的話，就會排除社會心理。如果你真的覺得要考慮社會心理的處遇，應該是藥癮醫療及社會心理處遇基金會或許會更周延一點，因為鋪陳後面社工師心理師的介入的空間啦。

專家 2：藥癮醫療。

專家 4、專家 2：社會心理。

專家 4：處遇基金會，這樣就會資源就會進來多一點，不然都是醫師的觀點，這樣子。

專家 6：不會因為我們都是醫事人員啦，護士、心理師。

主持人：反正對於醫療領域裡面我們的設計，就是我剛剛講的那六個通通含在這裡面。

專家 6：我們絕對不會有人忽略你，你放心。(對研考會代表說)

大 家：呵呵呵。

專家 6：壞事情通通丟給你(對研考會代表說)

專家 4：不是不是，我現在牽涉到，你將來要社區處遇的時候啊，我說你到醫院以外去做這件事是有限制。

專家 6：社區處遇，這倒是蠻重要的。

專家 2：當然就是說，這個處遇譬如說治療的種類，被改成處遇的種類。

專家 4：對，這改處遇的，因為你如果這樣一直只有醫療機構，你就排除非醫療機構了嘛。

專家 2：那那這個地方，因為這個，只是一個動議案，現在改還來的及。

專家 4：對，是不是。

專家 1：普遍的什麼藥癮。

主持人：我其實希望，

專家 1：濫用防制研究藥癮，

主持人：可以改成藥癮醫療，

專家 1：對阿。

主持人：與社會處遇基金會。

專家 1：美國有一個那個藥物濫用防制研究，人家已經發展出十幾種的對於那個吸毒者的那個。

共同主持人：物質濫用。

專家 1：治療模式出來啊。

專家 6：那個很好，我覺得應該引進，那應該引進。

專家 1：對阿，應該是要用那一個，黑對阿。

主持人：所以，我們會來做總結了啦。

大 家：呵呵呵。

專家 6：不好意思阿。

主持人：不會不會，有很多觸發是有很多很細節的，像我還只藥癮，這兩個就不要再用毒這個字。

共同主持人：恩。

專家 1：不反對阿。

主持人：不管機制怎麼運作。

專家 6：呵呵。

主持人：因為一般民眾看到這個字，基本上烙印能不能去除。

專家 6：對阿，這個字的使用應該。

主持人：第二的部分我想當然是說是在，研考會委託我們在這個案子裡面，當然恩，我還是要強調說海洛因療法是其中一種啦，那其實針對有某一些真的在各個有不同的分流，他的治療方法都嘗試過了，處遇方法都嘗試過了，對他真的就還是真的不是很有效，那他希望可以進到最後這一個，恩，最小的一個高純度海洛因的時候，我們是不是能接受，是不是真的社會還是可以，真的他其它已經都努力嘗試過

了，那我們真的是不是還就可以提供厚。那第二個部分，當然就是說這次研考會委託我們，其實是安全注射室，那我覺得在整個裡面恩，有一些東西會伴隨著思維在運作跟改變，這一個最大的改變。其實是我稍微有提到，我們希望將來在個案面就是運作，他不是以醫師為主，他是一個 team，這個藥癮者一進到這安全注射室，他就是一個團隊在服務我，而不是這個醫生在服務我厚。那當然這就沒有貢獻了，就沒有說醫師主治還是心理師主治，基本上是這整個團隊，他提供一整套完整的服務，那我不是每次來我所有的服務都要用到，而是我這一次來有我這個當事人來決定，我今天需要也許是社工連檢自願，我今天也許是需要其他不同的服務厚，那我覺得團隊在那裏，提供完整的服務，那所以安全注射室當然第二個部分，也就是牽扯到，一直以來我們沒有辦法做得很好 D A 的部分，是因為我們的藥癮者不是 activeness 的部分。他們不是主動積極在發生，這跟很多我們看到很多有安全注射室的國家，不管是加拿大，不管是歐盟，不管是澳洲，他們都是藥癮者自己站出來爭取權益，他們是社會運動者，我們台灣缺乏，這種社會運動者。

大 家：呵呵呵。

主持人：所以，我們的社會運動者都嘛來自於專家和醫界的，但是總是會有人開始，那當他們開始了以後安全注射式的思維跟運作，就不會是以我們剛剛講的，都是以醫生為主的運作，或司法運作，他應該會有不同的。那我想 D A，從他們身上才有可能發展，那當然安全注射室，我們又回到第二階段，我們是個醫療團隊，我提供所有的服務，這些服務是會治療你的藥癮，或減少你的傷害或提供一個安全，恩，協助、挽救你生命的一個地方，而不是說我們要幫助你解決所有的問題，所有的問題可能藥癮者自己還是要有辦法去走出來的問題。不過，我想最後這些，當然是，恩，

很多跟我們的社會文化還有制度的運作的關係，當然短時間之內，就會恩，希望各位專家還有希望給我們的不只今天討論完的，就不能發聲喔，盡量地給我們意見寫 email 給我也好，跟我們的助理講也好，都很希望還可以再有更多的討論，那今天謝謝大家。

毒品減害措施之研究

附錄六 焦點座談會議紀錄-南部專家座談會

- 一、會議時間：2010年11月12日（星期五）
上午 10：00 至 12：00
- 二、會議地點：高雄醫學大學藥學系會議室
（高雄市三民區十全一路 100 號）
- 三、主持人：李思賢（臺灣師範大學衛教系教授）
共同主持人 1：張麗玉（屏東科技大學助理教授）
共同主持人 2：廖梨伶（義守大學助理教授）
紀錄：石倩瑜
- 四、與會人員：
 1. 高醫醫學社會學與社會社工系陳武宗副教授
 2. 雲林監獄張柏宏
 3. 高雄疾管局分局長林立人醫師
 4. 成大護理系柯乃熒副教授
 5. 刑事局南打中心鄭世興警官
- 五、與談提綱與紀錄摘要（與談人以編碼表示）

主持人：其實我們在台北已經舉辦過一場專家的座談會了。今天這場是南部的專家。我們有這樣兩場的專家的會談。我們就是很感謝今天的這幾位貴賓。那就從我左邊這樣繞一圈來介紹。我想說有一部分，我把議程稍為倒過來一下，今天可能，我比較希望先從第二個來談起，我們講那個安全藥物的使用中心也好，名詞其實有很多，基本上我們是希望說有個地方能夠讓他們安全的用藥。我們怎樣來搭配一些措施，這樣子的一個想法對於我們目前在執法或在很多不同的法令上面，會

不會有一點窒礙難行？如果需要修法，我們要修什麼？如果大家覺得不是很適合，我們不修也是考量的。所以我想聽聽大家的意見。第二個部份，我之所以今天會把他倒過來是因為我們談的第一個主題，用高幅度海洛因做治療，我本來的意思是指針對很少數的某一個族群，因為我們上次專家會議，就比較不好意思，把他寫在第一個，有的專家就誤會了，以為是所有的海洛因使用者都給他海洛因做治療，其實不是這個意思。一定是因為有的人適合美沙冬、有的人適合丁基源非因。我們現在只是說提出方案，我們希望能提供更多不同的服務。讓很多不同需求的人找到適合他需求的這樣子。所以，其實這…海洛因可能只是針對少部份人，可能用美沙冬無效，可能用了丁基原啡因，他也覺得效果不是很好。在很多的前提之下，我們才會用到很少數的這部份的…。所以我也想說今天就把他轉過來，因為第一個部分範圍比較大，包括了海洛因、安非他命、很多的俱樂部藥物，我們有沒有一個可能叫做安全用藥中心或注射藥物中心都可以，我們看看大家的意見。我想今天每個專家的意見都很寶貴，因為我們有兩個議題，所以我想說一開始我們先每個人花個六分鐘，每個人講一下想法，然後我們在花大概二十分鐘來討論一下彼此的意見。然後我們在進入第二個議題，也是差不多每個人六分鐘稍微講一下，然後大家再來彼此交換一下意見。

專家 1：第二點，限制人口，二零零多的百分之十對不對？那我現在有一個問題就是說，因為你現在是提一個減害措施，這裡面你是說，剛有解釋說，這個是比較美沙冬治療之下的，這個比率有多高？

主持人：比率大概百分之一，69 到 70。我最近作了一個美沙冬的追蹤，會一直留在美沙冬裡面的大概百分之三十左右；大概有百分之十到百分之十五進進出出，有的當然是因為法律上的原因，又入監所了，當然有很多其他複雜的原因。在這裡面大

概有百分之四十左右，他們通常用了一個禮拜或在一個月以後，他們就會 drop out，之後就不見了。可能是他在這裡面，美沙冬對他而言不適合。有一部分也是我個人的解讀，因為我對我們國家目前推動減害政策，我覺得是包含四個部份，一個是美沙冬的條款，另外一個是根據清潔針具的發放跟交換，另外一個其實是有做一些衛教以及我們講的行為上的諮詢。雖然在這部份補助的可能很微小，他是有規劃在裡面。第四個其實因為 CDC 沒有，可是在我的定義裡面他還是屬於 CDC 的減害計畫的個管，其實某個程度上他還是。怎麼樣去 Prefer 或怎麼樣去談每一個個案的需求。不過我看是比較少文現把個管納入減害政策。其實個管真的做的好，在社工很多的文獻指出，個管做的好才是減害的一個重要措施。所以我把他當成說，因為我們國家其實也有在做個管，只是目前運作的方式比較不是朝這個方式去運作，所以我覺得可以這樣子來談，就是他已經包含在裡面了。除了這些以外，我們有沒有可以再繼續提出來針對不同需求的人，符合她們的需要來處理。所以第一個當然就是來談安全藥物的使用或是安全注射的部份。

專家 4：恩，好。我記得這應該是從 Vanconver 那邊開始在做，她們來做那個。我覺得應該是 2006 年吧！我先在溫哥華他們的安全注射。他們剛開始做的時候，也是引發社會上很多不同領域的爭議。我記得他們做了一年、兩年效果都很好。可是後來還是在社會的壓力下，也做了一些改變。所以我看她們的 Paper，我記得他們有一些 paper 放在很好、很有名的一些期刊，我上次也跟他們的負責人討論這個話題，因為他們的 supervisor 大部分都是護理師，就是專門在做這一塊的護士，所以我那時候跟他們的護理師和醫師在討論這個事情，因為在那時候提出來是一個很新的概念。我問他的問題是說，其實有些時候可能護理師都找不到血管，可能是病人才找的到血管，你怎麼去 supervise 他。再來就是，其實後來我去他們

那邊看了一下才知道他們還會做一些簡單的傷口的處理。就讓我想到我之前在西雅圖，我在美國唸書的時候，我在針具交換跟發放針具包的地方，那個叫 King county，那是西雅圖很大的毒窟，我在那邊，那時候沒有所謂的 professional supervised injection side。我是去發放針具還有裡面包含一些保險套還有一些資訊。因為我是護理的背景，他們就會發現我會先去看他們的傷口，他們有問題會問我，所以我後來發現他們有很多蜂窩組織炎，甚至有一些潰爛，他們的負責人就問我說我可不可以幫忙消毒那些傷口，我說可以。所以後來我還幫他們做到清創。我問加拿大溫哥華那邊，他們說他們也做同樣的事情，那個安全注射站，他其實是在檢查他血管的安全，順便去評估他注射血管的方式是不是正確，也會去評估他是不是在注射的過程中有任何會造成血流性的感染，他是比較全面性的在告訴他怎麼去注射，既然注射是一個現在改不掉的事情。所以我在溫哥華，我就只有跟負責的醫生談過。那你問我覺得他適不適合在台灣。我的想法一直都是，如果有一種新的方式他可以補充任何一種可以對於現實狀況可能造成的傷害，我是覺得為何不可？沒有理由不行。因為當初美沙冬進來也引發了很多爭論。我一直在思考，國外的思維、方法移植到台灣，可能要去思考在台灣的可行度、做的方式跟策略，而不是一味的就直接這樣的移植過來。我覺得配套。像我那時剛開始做我花了很多時間跟警官聯繫，就是包括台南市各個大隊的大隊長、警察局的局長，包括屏東都去上過課，有很多的討論，其實他們都有很多的壓力，因為這跟他們執法一面是不太一樣的。所以我是覺得新的思維是有他的可行性，只是從國外移植到台灣要怎麼做，可能需要大家的共識跟配套，否則這樣子進來，因為我上次跟他們談的時候，他們就說剛開始的時候就變的很多人會跑過去，會偷偷得在那個地方打，就變的他們在管理上面有很大的困擾，壓力很大。所以他們有很多的 tension。剛開始怎麼跟那個地方的鄰里講，怎麼找一個對地點，不會引發一些

問題。像他們後來就在 shooting galleries 找，就是他們本來就在打壓的地方，在那個地方建下來，比較不會有問題，因為那本來就是比較隱密的地方。就是他把它黑暗的地方變的光亮明顯。後來還變成兩層樓的，包括駐診都進去了，就是針對這個診查，所以我對於新的想法都樂見其成，只是要做，需要一些時間去思考怎麼去配套，這是我的一些淺見。

主持人：好，那我們

專家 3：各位先進，大家早安。基本上，我現在身份，如果我是公部門的，我是臨床醫生來講，可能用這個角度去看或許會更了解這個過程，可能還需要再去鼓勵。因為從 94 年的 11 月的清潔針具交換，從全國四個地方去做示範。後來隔年之後，到民國 95 年的 2 月或 4 月，開始美沙冬的減害替代療法，其實在這過程方面我們都是跨部會，縣市裡面就是跨局處，後續的包括法務系統成立毒品害防治中心要求各縣市政府成立。我想在這個過程裡面，包含我們的矯正機關、檢察長、法務系統、地方的檢證人員以及警政署等等。這些都有經過一些磨合跟溝通，甚至在這執行的過程裡面，就有很多在執行層面不能符合我們的期待。所以都有跨衛生單位、警政單位很多的溝通。在這溝通一路走來，確實，我們也看到初步的一個成效，確實在愛滋的一個發生率，是看到下降的情形。這代表說，其實一個政策，如果我們能從國外的一個經驗裡面，有系統的去搜集人家的經驗裡面有什麼樣的缺點、優點。這樣的優缺點，如果文化上的一個差異，跨領域跨文化上的差異，怎麼樣在台灣去執行，可能我們可以從別人的經驗裡面，去學到這些東西，那這些東西可能需要什麼？比如說我們減害跟清潔針具，這已經到一段落了。已經有執行這幾年，那這幾年我們有沒有哪些區塊在這樣的系統裡面，跨領域、跨部門合作的機制裡面，還覺得不夠的？可以就現況，我們可以在做補強的去做分析。比如說，這些朋友，到底剛才思賢教授所提的，六成不滿意，那六成不買是哪一方面的不滿

意？是不是能夠政府也好，能夠跟 NGO 相關團體，能夠真正系統面看問題所在，是因為她們找不到工作呢？尤其是愛滋跟藥癮的合併，單純的藥癮，我們的業界、企業界有沒有辦法去接納他們，他們有這樣的一個歷史的使用藥物，但目前正在使用美沙冬，他願意接納他成為他的員工嗎？這些問題表示需要包括我們勞政單位一起進來，縣市政府、我們社政單位可能要一起進來才有辦法說，我們就階段執行了三、四年，到底有沒有值得我們在去檢討、補強，在去改善的一個地方，我們可以去這一方面。我會比較保守，可能要就現狀的一個涉略，一個執行過程面有沒有哪些不夠，要再去執行、再去改進，這是第一個點。另外一個，李教授提出來不管第一個題目、第二個題目，我們要一個海洛因的注射的方式，所謂安全注射。那我們就要對我們國內的，我們要去界定適用對象是哪一個條件，比如說，國外的有使用五年以上的海洛因，最近一年有頻繁在使用，或是英國也好，他們就是把他做一些，將來要服務對象的一個定義，所以要界定問題。假設大家蒐集國外的經驗後，他們的目標對象是怎麼樣條件的，那我們再來了解我們國內有多少使用者是符合這樣一個條件的，那我們去做一個掌握可能的、未來的目標族群有多少，在有多少的情況之下，他們的地域的分布，假使一個政策在不完全能夠得到大多數民眾，在經過溝通後沒辦法得到完全的了解並接受。甚至我們自己公部門跟 NGO 的團體裡面，還有不同意見的時候，或許我們建議我們可以用示範的方式，用一個區域規模示範的方式，在這個示範的過程各部門好好的去合作，能夠在這過程裡面，我們去看看他的成效怎麼樣，優缺點是怎麼樣。在這個過程，我可以不斷的去修正。或許示範成功，對某一個我們界定的區塊的使用者，未來在他的健康層面、在社會勞動力能夠有職業的能力，能夠賺錢，他的家庭生活能夠維持穩定和諧的一個機制，犯罪率也能夠降低。假使確實是在這個區塊，我們能夠看到這樣的一個好處，從國外的經驗或許有某部份有這樣的好處，假

使我們在台灣能夠做這樣的小規模的示範，成功之後，或許就值得學過來，在去做一個擴大的辦理。對這個族群的對象，我們去做一個進一步的服務。這是一個想法，所以目前來講，我覺得說別人好的經驗，到底我們有多少人是屬於這樣的一個情況的，我們在檢討說每年政府花在這矯正機關，剛剛我們的專家也講到 85%是屬於藥癮的，那我們花費在人事成本，這個矯正機關的一個房舍的改善，給他們做相關人力成本的一個軟硬體的投入，我們全國的矯正機關對於屬於藥癮的這些朋友，我們花了多少錢。另外我們的衛政單位對於一年花了多少錢，那成效在哪？我們都知道以往的一個不成文的數據是說，再犯率非常高，九成以上的再犯率，既然我們以往打擊犯罪，查緝走私，毒品走私，我們每年的海巡單位、警政單位，不管是進到國內之後或是在海巡裡面直接查到的，我們到底花了多少精力、人力、財力在這一方面，我們成效在哪裡？我們使用毒品的人數有沒有在下降，其實我會建議政府不怕付費的站在高處去看這個問題。不管是法務、內政部、警政，我們的矯正機關、衛生機關、社政單位、醫療單位。我們整體來看看國內有系統的蒐集國外的一些資料，好的參考，不好的我們不要去引用。好的、符合我們文化的我們馬上去引用，不符合我們文化的，我們怎麼樣去溝通去修正，把他弄進來。那這些整體思考之後，我們以平常心，大家放進自己一個專業部門的想法，好好的看這個問題，我們哪些部門需要溝通、需要再努力的。我的想法是比較籠統，但我會覺得說用這樣的高度去看事情，會比較看到問題的所在。我們看到問題所在之後，那我們是不是分年？我們看到問題後，我們沒辦法馬上在半年、一年內把它結束，但是我們大家集思廣益，我們要不要分階段，針對某些階段，比如說美沙冬減害，我覺得這三、四年來還有哪些我們做的不夠的，比如說他們沒有工作、沒有人願意接納他，尤其藥癮、愛滋的，那我們怎麼去衛教大眾去接納他們，怎麼樣去讓企業的大老闆願意接納他們，讓他們在社區裡面有一個合

理的空間去過正常的生活。這些我會覺得說分階段，努力不夠的地方，檢討之後，投入相關資源去改善，包括他剛講的個案管理，這是一個想法，所以我想，大致上我會比較朝向現階段、現況，我們做檢討，做不夠的，趕快用什麼機制去補強，未來新的一個方法，我們服務的目標的界定、定義是怎麼樣，可能要很清楚的告訴我們說，我們有多少這樣的人口群需要去服務的，那這些人口群裡面，我們怎麼樣去定義說，可能不是單一個策略去執行就能把這個人口群做好，或許我們要兩三個策略，這兩三個策略加上我們民眾的接受度，跨部門、跨部位、跨領域的接受度的一個溝通過程裡面，或許我們會用策略一、策略二、策略三，或許策略一可以先做，策略二或許是比較慢，或許在整個執行過程我們可以不斷的去檢討我們的策略，到底有沒有相關缺失可以做改進，我想我用大致上的一個想法，跟大家分享。

主持人：謝謝專家 3。那換專家 1 來…

專家 1：因為我們都在臨床做教學。所以我是覺得說台灣公部門在從國家的角度、政策的角度在做，跟介入的時候，事實上已經有實際操作的經驗，這個經驗背後的一個整理，我想現在國外已經開始，也許有一些東西出來，台灣是一個海島，可是我覺得說台灣好像複製速度很快，從全民健保到任何政策，台灣速度很快。但現在就是說融入的過程，這步驟、過程怎麼樣減少施政上的成本，或是說推動的障礙，是我們比較要去考慮的。我剛講到的問題就是說這個比較新的東西，我是覺得如果這個人口群是很清楚，所以我剛問你那個數據人口群的，過來就是說，我們也界定說要協助這群，從幫忙的角度，從治療的角度的這群人，從臨床的角度，如何讓他在這個環境裡面安全的去實施這個行為，我想這個大家臨床上應該很多人不接受。尤其像現在醫院都在講的病人安全的一個措施，我想這個在應該沒有問題。如果我們前接受的人認為，我們把這些人從犯罪、犯人的角度慢慢衍生為病人的內

涵來看，那他今天又有新進的作法，針對我們特定人口群來操作，我想如何讓這個地方安全的。但是現在倒回來是說，從政府在推動新的東西的施政邏輯、行政邏輯來講，示範完了，有一些成果開始弄，但這個議題是什麼，是付費系統。台灣都很會講問題，但是解決方案，尤其現在付費，我覺得可能是今天台灣在行政的新的推動上一個蠻大的障礙。另外一個集中到這個地方來，承辦的單位，這個讓我想到像台灣在針對家暴，家暴裡面就是一個多重複雜的問題，後來我們引進了，有一次美國司法、警政、社工、心理都集中。所以他們很快就是，然後他們去做這個調查的時候，因為這樣子，然後他們就在推廣。其他國家就注意到日本、到歐盟都在推這個。所以這裡面蠻多不同系統的這些人員，他們怎麼去協調，讓這些使用者在安全的配置裡面執行取代的行為。以目前美沙冬替代療法，到醫院打疫苗，造成這個使用者就會有一些反應這樣。衝突緊張關係。如果這個東西要做，如果從初期來做，可能那個承辦單位的一些資源，我相信台灣對於任何新事物的接受度是很大的很快的，但是萬事起頭難，前面已經有開個頭了，後面如果有一些具體的數字去支撐，我想這在台灣應該是階段性的。是一個階段、一個階段的啦。

主持人：好，謝謝。

專家 2：剛才聆聽了幾位專家的看法，我個人是很認同。因為目前我們法務部確實所屬的一些戒毒的一些單位，包括戒治所，還有我們監獄的所有的通毒犯，一犯、初犯是走戒治，二犯以上就送到監獄。我們全國戒治所大概有 3、4 千個人，毒品犯大概有將近四成左右，全國有 6 萬多個人收容在裡面，將近有一半，大概兩萬八、九千人是毒品犯。像我們監獄，我們收容了大概 85%，1 千 4 百人裡面大概毒品犯占了 1 千 2 百人。剛才我有跟主任報告，我們最憂心的是，這些吸毒者在我們矯正單位裡面，經過矯正後要放出去以後，很多時候功虧一

匱，我們政府花在戒毒這個區塊的一些努力，常常因為放出去以後沒有更好的配套措施，尤其是社區的接納度不夠，包括社區、他的家庭、我們公部門，你只要有吸毒、有前科的，一概不用，那怎麼能夠來要求說這些企業界在這些人出去後能夠接納他們。社會不接納他們，等於是在逼他們再犯罪，他沒有路走，收容的地方也沒有，家庭搞不好也不支持他，他也找不到工作。我剛講說說不定是在監獄這個階段是他最平安的階段。出去之後，三餐都要來打拼。所以今天談到這個主題，我也很感慨，剛才兩位講的，非常對。我們中央單位沒有一個統籌的一個單位，所以很多的業務都跨部，因此，在國外可行的這些制度，人家做的很好，很好可是在我們國家就行不通，為什麼行不通？各自本位主義，像今天疾管局跟我們法務部其實很多的立場觀念都不同。我以前在新店戒治所，我們也是實施美沙冬的試辦計畫，衛生所很希望我們矯正單位這個區塊，美沙冬這個減害計畫，減害計畫裡面的美沙冬，就是好像獨獨缺了我們矯正單位，這些現行的緝毒者在矯正單位裡面，這些人如果說你把他屏除掉了話，那我們前面做的、後面做的好像是你無法去銜接。現在地檢署那部份他們就是用一些緩起訴金。就是你願意來接受美沙冬示範計畫的，就可以緩起訴，成效好像也不錯，那後面的，出去以後，門診的、各各醫療院所指定醫院，美沙冬看門診的也不錯，但是現在變成說，判刑以後送到我們矯正單位裡面來，有些在外面參加美沙冬矯正計畫。甚至說這些人將來要出去以後，既然說再犯率那麼高，那是不是說本土的戒治方法對他們沒有太大的效果。是不是說未來出去以後，在出去前應該是先要有美沙冬的減害。要不然怎麼要有轉介到外面的單位去。這個據我知道是衛生署的一些理念。那法務部的理念，我不知道我的想法對不對，但是他們是這樣堅持的，是認為說，在無毒環境中，進來監所已經經過那麼久了，藥癮也應該消失了，那你為什麼要拿二級毒品去取代一級毒品，他已經沒有毒品反應，你為什麼要讓他在矯正

單位試這些東西。面對說我們的質疑，矯正同仁的質疑和社會大眾也在質疑，你爲什麼要在矯正單位裡面要給他吃這個東西，所以這個理念就是一直造成衛生、矯正單位的一些衝突。所以我們今年衛生署強力的希望說向行政院報告，未來這個評估報告到底要怎麼寫，因爲這樣的合作，當然是要人、要錢、要設備都沒有問題，當然可以做，但是如果說雲林監獄試辦成功，是不是代表說全國的矯正機關配合試辦，就可以推廣到全國，光是雲林監獄跟基隆監獄不具太大的代表性，所以我很懷疑未來怎麼來寫這個評估報告，矯正單位說我們在監禁期間就來示範這個美沙冬。這個是一個很大的幾萬人。那當然在這裡面以一級毒品的人大概一半，現在說六、七成。矯正單位裡面吸一級毒品的比二級毒品的都還多。所以說將來要推廣，問題成敗可能要像剛才兩位專家講，沒有統合的話，那在矯正單位裡面跟衛生署的理念就有一些衝突。那何況說放出去以後。所以這就提到我們第二個議題，在我的想法。現在世界各國裡面，現在減害計畫裡面包括的項目總共有這四個：針頭交換計畫、第二個海洛因處方計畫、第三個替代性療法、第四個安全注射室。事實上我們國內兩個已經都做了。針頭交換還有替代療法都做了。所以這一次他們才會想說，除了這兩個做了以後，爲什麼再犯率還是這麼高？吸毒的，尤其 HIV 的感染，稍微是有壓制，但是我們還是維持 147 個人，好像從去年、前年到現在我來了以後，有放出去的但也有進來的，都是保持在 147 個人。其他各縣所的狀況其實都差不多。但沒有快速的增加，但是也沒有減少。所以是不是他們現在就考量說，我們這個減害計畫這兩項，是不是還不夠？還可以再把這所謂的海洛因處方計畫還有注射室計畫，是不是這兩樣可以來示範。我是覺得說真的有必要，我們來示範。這個用示範的方式都沒有什麼關係。但是就是說示範的地點，這就牽涉到最大的困難點，因爲我們民情、國情，就是說垃圾焚化爐需不需要？需要，電台發射器需不需要？都需要，但是你說設在任何地方有沒有意見？

沒意見，就是不要設在我家的門口。這樣了話，就是不管你海洛因處方計畫，將來給藥、吃藥，誰來處理這個問題？注射是要設在哪裡？剛才教授講說在國外那邊有一個特定的點。但是，我想在我們台灣你要找這個點，是沒有一個社區會支持。那你內政單位也沒辦法強制。如果說從今天討論的子題上來看，我認為說唯一可取的就是設在醫療院所，好像只有這樣，其他地方一概都是，因為你只要有這樣注射室的設立的地方，地方型的設施，他一律是全部刪除，因為那個地方，我們過往的經驗，就會變成毒蟲繼續的地方。任何一個單位、社區、鄉鎮、鄰里，沒有一個單位會同意。所以這個就是我們的民情。在國外，社區處遇是非常重要的。是犯罪防治裡面最好的，因為這些犯人通通都要出來，重新回到社會，他不是永遠監禁。但是我們現在再犯率為什麼這麼高？只有做到圍牆嘛！不能跨出去。跨出去就沒有任何單位接手。所以剛才張教授講的，他們愛滋聯盟嘗試的做，但是想像一下說，我們現有的愛滋病的人那麼多，像你們能夠收容的、能夠貢獻的力量實在是杯水車薪。雖然還是很熱心的做、全力的做。但是政府好像不重視這個地方。而且他也沒有經濟上、人際上的一個支援，各方面都沒有。所以你們是單打獨鬥在這邊做。

專家 2：大概有一些。在這幾年前大概都沒有。所以我會覺得說這兩個立案的實施，如果說在醫療院所，可能的話，可行性比較高。因為這是醫療的行為。這是由醫護人員，這個本身醫療院所就是注射的場所。所以在我的想法上，第二個議題我就簡單在我的看法講一講，如果真要做那一定要修法，要有法令的依據。那要修什麼法，在我想目前防治條例，看看在哪個條文裡面可以加進去。這個以後，我們還要有配套，配套就包括剛才幾位專家講的，這牽涉到警政、司法、衛生單位的，我有一次去台北參加疾管局的開會，那會議紀錄發生剛剛那些問題，當時是減害計畫是示範計畫，澳洲學者他們過來做專題報告。實

在講的都很好，到最後分組討論的時候，警政署就堅決的反對，衛生署那邊揚署長就說可不可以請警政署代表表示意見，他們說反對。爲什麼？那些地方，美沙冬交換針具、供藥的地點就是成爲毒蟲的聚集的地方。所以他們說站在，除非是有法律依據。所以你那些毒蟲來的過程當中，他絕對不能坐視，那是警政署的代表講的。所以這個本位主義了話，那就變成是沒有任何。但是現在在我想法上，我這邊找一個資料，像是注射室這個，這個在英國，英國他們老早就在做了，他說他們在英國就在倡導注射室的。這邊有寫，他說包括西班牙、德國、荷蘭在特定的地區設置安全的注射室，而且在監督的情況之下，進行針頭交換，而且可以來進行注射行爲，減少吸毒者藥物過量，還有傳染一些疾病的傳染。在歐洲國家裡面，他們都在做。所以我想，我們真要做，其實也不是什麼難。就是你的經費、要設置各方面人力啦，醫院裡面不是這樣的醫療行爲，但問題就是要一個法源、要一個設置地點，醫療單位在拒絕，那就是空談啦。沒有任何一個地方能夠說來實施這個安全注射。其他像是政府編預算，把他當作是醫療行爲，由受過專業訓練有證照的專人來幫忙注射、藥量的控制等等。在我的想法這個是可行的。國外都在做，我們這邊怎麼不能做。但是，有關跨部會的時候，一定要有中央統籌單位，現在沒有，各搞各的，大家都本位主義，那就行不通了。再好的政策。你要錢沒有錢、要設立沒有辦法設立，尤其民眾。如果設在醫院，民眾大概比較不會反感，成本效益其實是可以投資的。像剛才局長講，你投資在辦這麼多經費，也沒有什麼不好，而且也可以減少 B 型肝炎，同時最重要還可以減少犯罪。這個在我想，應該是沒什麼大問題。最重要的就是說，我們要說服民眾，不要讓人認爲說我們這個製造一個毒品，合法使用的一個場所。對毒蟲也好、各方面都好。我想說，可以用減害、公共衛生的觀念來做教育宣導，這是很重要的，那這是我的淺見。

主持人：前面幾個專家都談比較多醫療跟衛生。我們今天其實專家 7

是我們很重要的一個貴賓，因為在公共秩序的部份是我們。我也覺得美沙冬真的是要好好檢討。其中裡面很重要的一點就是公共。那請專家 7 給我們一些

專家 5：其實我們之前去。他就是一個犯罪行爲，就好像剛才提到說去抓那些毒蟲，然後，後來警政署就有轉發公文下來你們不可以到附近去抓，那 OK 阿，我們不去附近抓，我們等你走遠一點再去抓，還不是一樣。意思是一樣的。因為追根究底，他就是一個犯罪行爲，你不能阻止我們警察不去執法。而且老實講，每個員警都有績效壓力你要達到，不然就要處分啊。他既然又是犯罪行爲，我們當然就是說叫我們不要，我們遠一點在抓他，還不是一樣。所以我們就常在講說是不是你就去把它毒品防制條例法像剛講的朝這個方向去做。畢竟在台灣他就是一個犯罪的行爲。像我們警察常碰到就是說你要那些毒犯，他們沒有錢吸毒就是去搶阿，不然就是去偷，然後又製造另外一個社會行爲。當然我們都希望說把這些人都讓他，但問題是，這些吸毒的人在我們警察眼裡就是這些人是沒有人格的。那他繼續害別人。所以我覺得吸毒的人是最沒有人格的人。然後你看他又製造那麼多社會問題。像最近，如果說我們警察去緝捕這些毒犯，然後把他開槍打死的，像最近有個案子，然後他活著的時候，把家裡的人搞的亂七八糟阿，然後死了之後他便值錢了，他跟我們警察要三百萬。我們後來就一直透過民意代表，然後他也找民意代表跟我們的長官噓阿。跟鳳山分局長施壓，然後最後就是變成 120 萬和解。他這樣子值錢了。所以說就覺得對我們來講，我們的立場還是要朝修法的方向去琢磨。不然你說像這個地方我們警方一定可以配合我們就去遠一點抓而已。我覺得還是要從修法的方向是比較可行的。

主持人：好，謝謝警官。

專家 1：雖然我們專業正規的一些協助，但是我覺得我聽起來，流程的設計，包括招牌的設計。我舉一個例子，我在台北榮總服務過，醫院裡面一定有服務一群人叫性病的人。很大喇喇的

去醫院掛號，小姐說先生你要掛什麼號，我說我要掛花柳科，講的很大聲。但是我做個暗號，小姐說你要掛什麼，我說我要掛皮膚科特別門診，你知我知，對不對。在那邊掛花柳病、性病、淋病，大家你知我知，大家都坦蕩蕩，我有通關密碼。所以我現在想到說這群人現在社會的處境。甚至我們又想追求在社區的支持，大家就氣色很差。所以說這群近來以後，這是一個環境。他在整個逮捕進監，出來然後到這個地方，整個過程裡面，就是不同地點，從這個建築物移到這個建築物，那我的干預措施在不同的點就開始進行了。而且越早越好。他抓進來了，在這個據點做介入了，那他要在下一個點的時候，我們這裡可以評估嘛，不同階段的一個成效。所以我是說跳出來看到這群人真實系統是最弱的。整個社會是很高的。包括我們公部門、專業人員都需要考慮整個社會處境。

專家 4：我可以分享一下，因為我剛從上海回來，上海在內論他們有兩個專門在做禁毒，上海是第一個示範組。他們最主要是運用社工，就是在出入監所，他們說，出了大壩之後，就是他們要有社工一人大概監管三十到四十人，就是做後續的社區康復計畫，是三整年。那跟我們的毒品危害防治又不太一樣，毒品危害防治是整合性的服務轉介，並沒有做直接性的，就是他們的個管局要看他們的縣市政府做的程度怎麼樣，所以他們在後續的社區康復計畫其實是有三整年的，然後他們的社工其實擔負了他們公安的功能。他們警察系統分女警跟公安。然後最主要是公安的部門，就是說社工她們會，就是說你出大壩後，你要簽一個，你可以簽一個同意書，就是所有的驗毒、驗尿、檢尿這些事情都是願意讓社工來承擔，所以上海他們有註冊，註冊有三萬多個，就很像台灣，他們光是註冊的就有三萬多個使用毒品的人。這三萬多個大概，他們說，我不知道，因為我沒有看到實際的資料，他們說他們的康復率，就是復用率，他說三年完成之後，大概降到了四成到五成左右。所以他說這是他們現在正在推的。所以我在想

剛剛典座說的，出了監所之後才是真正復健的開始，那才是所有的困難。我不知道我們今天剛談的跟我們局長，我覺得局長談的比較全面包括社政、勞委會這邊的就業，我覺得這才是真正的。因為那才是讓他們從新回到社會的方法。然後安全措施他可能還是他的，還在用的人，我覺得很有趣，我在看病人，他們其實很怕美沙冬，他們其實也怕上癮，所以其實他們對於毒是很害怕，可是又脫離不了，所以我覺得是很矛盾的地方。所以說一個安全注射室，我不知道誰會來用欸！就是沒辦法的人才來用，我的病人都跟我講，老師我有辦法，爲什麼我要吃美沙冬，美沙冬是沒錢的人在吃的。就是說他可以在賣阿，他是大盤阿，他幹麻來注射，他自己家裡面就 OK 的，而且越是有錢越大戶的，他們其實很漂亮，我看他們的那個靜脈阿，因爲他們知道嘛，要保護嘛，是誰到後來斷手斷腳，都是小咖的。所以我們要花很多時間去處理小咖。大咖呢，一關就是七、八年以上的那種，可是你看他們在用的時候，你會發現他們其實非常小心，那問題就是說，我們縱使有這樣的一個注射室，是誰會來用？就是我們使用者的 population 其實還是重複性很高，所以我是很贊同就是回去檢視到底我們這五年的 MMT 到底 cover 了哪些人、漏掉了哪些人，那那些人到底是不是真的需要安全注射室，還是他其實是需要其他另外一套方式來幫他。

主持人：好，謝謝。還是要跟大家說抱歉，研討會委託的不是這個議題，當然最重要的議題，還是到底有沒有要做整體的處份。因爲烙印的問題，基本上政府的官方用法，那不是藥物使用者的病患，所以那個官方的定義都已經定好了，除非我們跟官方有個搭配，整個安全毒品的策畫，才能解決。可是現在有很多不同的理解，有的人希望除刑不除罪，也有的人希望又不除刑又不除罪，那我想，因爲這個議題確實是比較大，我們也很難。

專家 1：我是說如果說服務涉及到，整個概念要放進來。

主持人：所以我也稍微做一點補充!那如果我們在把第二個你想要發揚就發揚，接下來比較隨性一點，那第一個就是說，基本上安全注射室，在德國他們稱為安全藥物使用消費室，基本上他的用法，是要他們自己帶自己要吸食毒品進來，大概都是屬於個人行動，不牽扯運輸販賣製造，那他可以自己帶來，然後可以在專業的醫護人員及用具上選擇對自己最安全的方式去使用，那當然這些可以預防 overdose、預防感染、護理的照顧可以幫他處理一些皮膚症，那當然我們台灣牽涉到，雖然適應的很快，但是我們其中有兩個問題，我在這個時後會想跟你們做個互動，是社會文化的適用性，要設在哪裡，別人接不接受，是可以討論的議題，第二個，我們可以看到很多國家，包括德國，包括瑞士，很多很多的動作，都是在彌補政治的不足，除了他們能夠公開的去談這個議題，除了瑞士前兩年，甚至用公投的方式過了，在台灣這個可能就是比較大的問題，現在還有政黨的溝通，還有法制規定，所以這就滅頂了一個族群，安全藥物的注射，安全注射室，在瑞士其實有個小問題，現在德國、瑞士跟 UNODC，在打官司，因為對聯合國的藥用管控法的第十條，是不允許的，從 1998 年開始打到現在，在德國目前上，看起來較有可能會贏，所以會導致，會修掉那一條，那種東西是比較能夠去說服台灣的民眾，能夠去順從這個良好的政策，將來台灣要去做才比較有可能。所以我覺得重新看待這個很重要的一環，我覺得是很重要的，我們台灣在很多政策跟研究裡的理念是沒有辦法結合吧!雖然我們很多的政策很多的專家，但再這五年，我真的沒看到一個，把美沙冬，在政策上去做很好分析的一個研究出來，都是像是在各說各話啦，有些人會說你看我這個計畫多好啊，有包括院長都下來阿，那他那邊就自己重新做一個分析，那一年我們整個 HIV 的感染率有下降，如果看到國外的數據，我們又開始在推動，沒有看到很快的顯現，比如說一年，尤其是只有四縣市試辦，那其他縣市也沒有，那數據還往下降，這就會變的很掉詭，可是我想

其中有一個部份，當然就是說他，很多人並沒有意識到，最後試辦的前二年，很多人都進去做很多衛教，包括行為的改變，都沒有納入考慮啦，那再來就是從一些國外的文獻，那這兩個議題上面喔，現在國際上是說來越走向是一個 team work。因為他主要主持的是護理師，那在很多主持都在社工師，香港其也是醫療社工在做的，那在德國的話，是由心理師來主持，所以他們做到每當有一個 unit 設立的時候，他需要有六個人，醫師、護理師、臨床心理師、家庭治療心理師，然後會有一個社工，在來還會有一個職業訓練的一個，然後把這六個合在一起變成大家平起平坐，當有個個案進來，他說我今天要的是，他要找社工，那他今天進來我們要問他今天身體上的一些，可以比較各式各樣的運作，那我今天才從澳門會來，鑑定他們的美沙冬跟毒品的一些東西，那他們最近走向一個很好的，就是說他們現在對於美沙冬的治療，病人進來，然後找醫師談，他完全不用透漏他的身分，我姓什麼，我姓李，然後你就相信我姓李，就說喔！李先生，然後我們就開始互動，然後會幫你驗血驗尿，依照這樣醫生就會跟你說，那我建議你，你劑量用多少的範圍對你來是安全的，那你可以先使用我估算的劑量，那待會你用了，可以到另一間房間去是諮商室，可以在那邊休息，或是你可以到休息室，如果你覺得美沙冬劑量不足，立刻回來，幾秒鐘之後，就可以在使用一次，有很多爲了藥癮者的設計，是很多要去彼此互相討論的，我也覺得他們這樣做很好，他們這樣做之後，他們那個海洛因都，因爲他所有的東西，都可以不留下認何記錄，所以很多人都跑到澳門去。

專家 4：澳門的移動人口很多，對!非常多。

主持人：對，因爲這些空間，那不過，可能接下來要更聚焦一點，還有兩個問題，可能是容易搞混的，研討會目前比較在思考，確實是我們在反應社會人群，整個不同的部門之間，有沒有可能共同來做這個安全注射室，安全藥物使用的這個制定，

以及在醫療院所有沒有可能剛剛所說的提供高純度海洛因提供一些治療的方法，那我想這些東西，我們來看毒品防治條例的第二十四條，這一條如果可以修，我想警官這一邊，比較沒有管那麼嚴。

專家 5：像我們在實務上，我們外勤同仁會爲了績效，而去查毒品前科，既使身上沒有毒品，還是會爲了績效不則手段

共同主持人 1：只要他不要有績效就可以了。

主持人：只要有點懷疑，他就可以抓你去驗尿了，就可以啦！

專家 5：而且毒品的案件是唯一沒有被害人的，就把筆錄問一問，是很簡單的一個程序。

專家 4：很容易達成一個績效。

專家 1：對對對！我不用說還要審問被害人，也不用要被害人做筆錄，然後就有嘉獎。

專家 3：要有檢測，(笑聲)

專家 5：那這個問題，我們沒有辦法，我們只是在刑事局，再一個案主作一個頻率，其實我現在有再追一個案子就是，應召站，有人用毒品控制小姐，有的小姐很高，但他就是用毒品去控制她，甚至是海洛因，他們都是自費，因爲他們可以大概看這個吸食的部分大都是免稅的，他有說將海洛因磨的更細，去用火燒，用來吸收 80%的。那如果是注射 100%，那如果要注射到你可以吸毒的話，那可能要追溯到。

專家 4：是大量的嗎？

專家 5：對！注射的是 100%，然後我們這段時間保護過很多，我昨天去做了一個筆錄，他說他看到了，檢舉的那個人，拿了四塊海洛因，拿那個相片給他看，因爲他對毒品不熟，就給他照照片，他就說是這一個，那因爲沒有投新聞搞，那其實這段期間，我在外勤隊，很少看到這麼大量的海洛因，海洛因磚

已經不常見了，那就是像說那個搖頭丸，還有 K 他命三四級毒品就是非常多，我們有一個朋友他在高雄做那個，傳播小姐的經紀人，他就是說現在的毒品，K 他命，還有快樂丸，這些旗下有十個傳播小姐，幾乎都有吸食的，一個是他有吸過，但是現在沒有吸了。

專家 4：完全同意，據我的了解也是這樣。

專家 5：因為我們在好奇是，我們在外勤沒有看過那樣大量的海洛因，那為什麼吸食海洛因的人口還是那麼多，但就進有問他說，他說純度有差喔！像他之前跟人家買，他們是以前來算的喔！他說半錢就要六千塊了，他說是純度比較純的，他說最近他有買到更純的，半錢半錢要九千塊，但是我們一直在奇怪，我們外勤隊一直沒有查到那麼大量的海洛因，那為何吸食人口還是那麼多呢？那當然是不會比三四級的人口還多啦。

主持人：其實這件事情是有點麻煩，因為現在是除刑，那現在的刑是比較，那像這些藥品的藥性，有包含這些級的嘛！那全都可以在裡面做安全的使用，那其實我們現在那個毒品防制條例的修法，是在往回走，還有現在有很多案子，是抓到三級的青少年，一次就一批啦，然後有幾個裡面，回家不敢講，因為要罰一萬多塊，罰都是罰一萬多一點啦，一個孩子他就不敢回家講，他又沒有錢，他爲了要繳這個罰款，他就去搶，他去搶他的同學，用搶到的錢來繳這個一萬多塊。第二個，當然我覺得在衛生署上面的，有些運作是可以討論出，那孩子是要去講習嘛，就是說沒有錢，可以針對二百個孩子，然後就來講，講大腦，那那些孩子，全部都睡著，有聽懂了嗎？所以我們觀察到了一個實際現象，這確實是有一些，我們在看到問題，是需要我們去整理的，不過我覺得這個案例，確實是除刑不除罪，還是要去坐牢，因為畢竟去搶錢來繳這個罰款。那安全注射室和海洛因療法，在台灣也很難有一個完整的，我想有很多其他的原因，包括，健保給付的方式，包括藥癮沒有辦法放這個醫院，希望可以有更多的能力，可以

更多，那如果是一定虧錢。

專家 1：所以這個應該是稅收或是健保。

主持人：可是這個應該要用其他的經費補助喔，牽扯到更多的副本。

專家 3：我是覺得說其實他已經實施了這麼多年，大概四年左右的時間，這個是要去檢討的，那我覺得是說，這個研討會，所以我覺得說，或許這個檢討現行的計劃，不是一個接受委託的一個內容之一，但是我會覺得說，或許旁邊可以多一點的一個建議說，政府部門要來檢討一個現刑的策略的執行，有沒有一些是需要改善的，我記得我三年多，來到疾管局，那時後剛好在九十六年二月，那我覺得就是說，當時高雄地區我們才四間醫院在辦這個美沙冬檢害，就是安泰、慈蕙醫院、長庚醫院跟凱旋醫院，這個量是不足的，我們總局收集相關的計劃，實際面的，這個量是不足的，我們收集一些相關的資料，那後續就是會有一些分析的報告出來，那我們就是安排高高屏三個縣市的警察署長、矯正機關，包括屏東縣跟高雄縣，六、七個人，那抱告居留所，那還有我們的那個檢察長，澎湖檢察長，還有包括各地的檢察長，還有局長，我們都去做一個拜會，那當然這一個拜會的過程，我們是結合縣市的衛生局，請他們幫我們連繫，但是是轄區內相關的，首長也好，這個這些主要的主管也好，都有一個機會，那就是要跨獄、跨部門，就要去做溝通，那後來也慢慢跟進說，警察局長也報告說，示範的縣市，譬如說台南縣市，他們都有一個積效的方式要做調整，譬如說，警政人員不是查到一個煙毒犯，把他當成是一個積效，而不是轉介說，我去查到之後，將這個毒犯轉介去這個美沙冬的毒害防治中心醫院去，我就給你記嘉獎，那時後我們三年多前就將我們這樣的一個理念，去向我們警察局局長做一個溝通，那其實那也安排衛生局也會安排他們主管，會報，他們就是會安排衛生局的人在那邊，那我們這些警政機關基層的主管，做一個介紹的簡害，讓我們這些參與者，要瞭解所有的利害關係人，要瞭解

政府部門在推廣這樣一個政策的內涵，那麼我們的警官提到了，那確實我們專業的警政人員，都會覺的這是一個職責，那就是一個犯罪行爲，依照我們規定我們應該先去處理，所以就是未來的修法也是滿重要的，這個可能，我會覺得說，這些安全注射室，這個新的方法，當然有一些配套，一定會有一些溝通的機制，一定會有一些困難，但是這些，一方面比較屬於技術面的，滿重要的是策略，我要不要走這一條路，所以我覺得說，現階段的一個，我覺得很有必要人口群，這些未來要服務的對像，我想應該要建立出來，因為這是最基本工，建立出來之後，我才能去探討說，我可能目標人口群在哪邊，因為有實後要考量，因為 80%、20%，我用最少的經費，希望可以爲 80%的人口群服務，那到底我們是屬於吸食海洛因的這一塊看出，台灣到底是南北哪一個問題最大，那當然還要建立這些政策，大家一起幫忙，要在哪個地方設多少個，那他設多少的一些經驗，你要去看這些經驗的，在加拿大 2005 年提出，回家就像是一個，我不小心的，那是我真的不想。執行可能一年到兩年吧!那這後續的，執行過後的後續的，過去的 outcome，是能夠繼續維持，他們的這個一個跨性別的領域呢?這些部門有沒有其他的運作，那音獄，比方我們有做一個臨床試驗，那這些情況那計畫結束過，有沒有在回來看一下我們的土壤，比如說英國從 2002 年做個試驗，2008 年作一個臨床試驗，要該一下研究目的跟架構，一場時間，作爲一場子開始暖身，後面是怎樣執行的，那這些就是不明顯的，我不是覺得不必道理，這是比較希望說，有一個誇部門的大計劃，法務系統，進到矯正機關，進進出出，那如果我們這邊法務機關可以預設，在過去五年內，有多少人是屬誰可以找我，那這些人出去之後，多久沒去修，大概一年內兩年內，在回籠，他是用什麼原因在回籠的，有沒有在去做相關的犯罪，我們跨部門的，這是需要一個很大的計畫，分幾個不同地位的在做實證，我去做實證分析，我去探討說，我投入了多少資源，那我得到的成效是什麼，效率在哪裡？

那我每年每年都是再投入這些資源，這樣我得到的效果到底是多少，那如果說覺的教學不錯，繼續在這個區塊，有改變一個空間的時後，請大家徇開心胸，這一部份要去檢討，採取不同的策略，這是我比較中心的一個期許，在另外一個領域當中，好!其實政府實施美沙冬，我們 CDC 是個起頭，FDA 食品藥物管理局就是屬於相關這些管制藥品的，所謂美沙冬的一個相關機制，衛生署底下又分三頭的，我們這時後若站在疾管局的立場，我們很難去指揮，就是會說告訴你，醫師說可以撐，我沒有這個例子，但是我們還是需要溝通，但是如果是衛生局的話，好!衛生局下面的三個局處，那一樣行政院的角度來看，你法務部，勞政處，就算當爲你就歲因爲才會跟你警告了，我有沒有轉行產業服務，有沒有企業族願意去捐錢，我們有沒有辦法，請經濟部或勞工經費用，大老闆，想郭台銘先生，那我們營造我們，企業介來幾個用，就用全部買碼，你錢很多阿，協助這樣的一個區塊，那人還有機會看，我說我投入這個錢，不是一個迷霧，不好的一個行爲，那現在來接受，像我們組織有嗎?很可惜，如果今天很可惜，這些朋友如果它繼續在增加，他的行爲沒有改變阿，他一年全部的人，只要不安全使用藥物，就很容易得到 HIV，那 HIV 剛開始到一年以後都要用 30~35 萬的醫療費用，那這是非常可怕的，非常，一萬人就多少，所以我覺得說研考會提出這個問題，不是不可以，而是滿重要的我們的基本功，在基本功那邊，看要用怎樣的方式，去界定我們的族群在那裡，那未來就是服務這個區塊，這個法規怎麼去修政，這是一個滿大的議題，這裡公部門要去接受已經是一個問題了，在來是 NGO 的一個溝通，再來就是群眾，所以我不知道溝通要溝通什麼，就是透過你實證的資料，我才可以去信任這樣的資料，因爲是我們自己的信仰，信仰就是我們本位一樣，就是覺得我相信的，再來就是要有情感，這個情感是有我們這些背景，去說服我們要去執行，我會比較用這樣的一個架構去看待這樣的事情。

專家 3：我們疾管局，就是我聽到這樣的訊息，這個計畫，這個 IDU 的減害計畫，使用者的東西，那發生率一直在下降，或許還有很多其他人的努力，包含剛剛講的，矯正機關的衛教阿，各縣市政府的相關醫療團隊，或許還是有幫忙，或許還是把把它當成是一個，很籠統的把他當成是一個效果，我相信衛生署或疾管局，會初步的一個統計，很快的要在短期內看到一些成果，有時候這是過程後的工具，那我們也針對九十六年減刑的，減刑之後也有做，這是我們是自己做的，他也是大家辛苦做的。何謂感染者，得到 HIV 陽性的感染者，另外死亡率也會下降 13-14 倍，已初步的這樣的一個成果。雖然帳面上看起來，不過很多我們的，包括藥癮發作的器具，很多的轉銜就業服務，都散掉了，我想說奇怪，我們麗玉教授這麼期待在快樂聯盟，要去做這些，但是我們覺得，要有一個跨部會的人出來吧！再把他用力壓下來，要檢討還有哪些需要，做最後的決策阿，這個是比較能夠做系統最佳的情況，但是我會覺得說，我並沒有說我三年要解決這個問題，我是說未來要修法的可能需要多久時間，能夠減輕我們警政人員一個心理上的困擾，很多都會有這樣的情況，那我又是以怎樣的態度看世界。我分期的目標，聊到這裡，或許跟你接受你這個捨不得大家。我是覺得說最後的結論是希望有不一樣的東西，現在政府 NGO 跟我們民間的一些問題，這個問題的所在可能要續探討。我是在用民眾的角色去看事情。

主持人：所以我來做一些說明，其實我們國內有自己的問題，因為你說的那幾個我們都懂。

專家 4：因為我覺得我都很在同大家的想法，我其實想說這也是一種治療，我們現在提出來的策略，走出來，這裡是一個康復，融入或是重建，整合回社區，這一塊是我們要做的，那治療的部份呢？就很像嗎啡，如果誰有這樣的治療資格，我們就給予這樣的治療。

主持人：什麼樣的人可以提供。

專家 4：相對來講是簡單的。

主持人：誰可以尋求這個海洛因高純的人，是誰可以去，這可以上面嗎？

專家 3：適用的對象，在英國他們是界定說大概只有 5-10%，對阿！所以美沙冬也只有 5-10%的界定的一個服務對象。

專家 4：不好意思，各位我要先回去了，要趕下午那一場。

主持人：所以那個部分基本上，我們已經透過立法委員修正第二十四條，那我就將它放進毒品危害防治條例。將來除了那個緩起訴以外，那如果他用過美沙冬以外，除了美沙冬還有海洛因，那他的效果真的不好，那他還是會再復發，那他會去尋求，不是故意要犯的，那爭議比較大就是安全注射室，跟我剛提到那個民情有關係，因為如果我是那個用了很多東西。一般民眾，一個安全注射室在我家旁邊。

專家 3：未來如果說法規上 OK 我們也很清除界定些東西，那適用對象，如果就像他所講的話。他已經用了很多的替代療法，用了很多戒治，也給他矯正機關，也給他做過牢了，就給他解癮，但是這對他來說還是只是暫時的，比較便宜有安全的注射行爲，他也不會得到 HIV 的影響，以後不會用到我們的 35 萬一年，他不會去爲了拿家裡的錢，拿社會的一些不相干人的錢，他就不會有這個犯罪的行爲，水溝蓋、鐵門也比較不會不見，類似這樣的機制，真的是說用我們各個領域的實證，去探討這個問題。矯正機關我們設定了，一千個這些使用者，那我就去分析這一千人，他到底五年內犯了什麼罪，再入矯正機關又關了多久，那出去之後多久有做了什麼事情又在進來了，做各分析就知道我要不要去做這個事情社區的健康嗎？這些人是不是已經沒有其他方法需要幫忙了，爲了社區的健康，爲了社會上犯罪率的減少，爲了家庭社區的和協，爲了他個人不會得到相關的傳染病，等等。以這些理由跟民眾溝通，我需要這樣的一個群體，給他一個安全注射，一天

可能注射個兩次，類似這樣的一個機制，或許全國人有多少人受惠。搞不好哪一天，走私還比較多。價格會下降也不一定阿，或是配套的美沙冬也成功了，因為大家接受，這些人也比較能夠帶來附加的好處，當然我也會覺得說配套衛教心理輔導，其他團體進行之模式本身無去探討。或許這還有補強的空間。若大企業對未來產業的投資，對社工的個案管理工作下，疏導案主，這些都是未來可以進行的策略。那其他安全注射，只要通過美沙冬的各縣市醫院，還有恆春醫院，都是衛星服藥點，所以我們要去說服我們的衛生署。或是一些署立醫院，公部門的醫院先做。那我要先跟典座說拜託啦，我們雲林跟嘉義目前公告說有相關的這些，在監所內施行美沙冬。雲林有多少人在用？

專家 2：需求評估，生理評估，大概 1200 人以上，人數也相當多，最近才剛剛到，剛開始預計實施 100 人啦，結果來了 1200 人以上，用藥是從 11 月，前兩個禮拜，試辦到明年的時候就知道了。在我想法上，最重要的是對民眾的觀感。沒辦法，因為目前來講大家對吸毒者還是有負面的反應，我覺得推政策時，很需要作廣大的宣傳。適量就是藥品，過量就是毒品，海洛因本身是藥品，但，吸食海洛因都是過量的，就變成毒品了。美沙冬沒這個問題，法律上就說他還是毒品阿，吸毒是犯罪，將犯罪轉化為疫苗，是否被民眾接受，牽涉到比較高深的意義。

共同主持人 1：我補充我個人的看法，因為我之前為了在萬丹成立一個安置的家園，那我承受的是 50~60 居民 24 小時的抗爭，再整個過埋，也跟他談到愛滋怎麼傳染，可是要決定，安置的地方，我覺得一個地點的選擇是一個大家要好好考量的。然後還有提倒很多實務面的重點，確實就是說，所以對照上，統籌是很重要的，在未來安全注射室裡，看別國可看出其困難，有評估的必要，那所以我想說在法律上來看，因為吸毒本來就是違

法，那我想也是因為這樣的原因，讓我更了解我這個區塊，也期待說在未來，還是能要邀請專家跟我共同討論，很謝謝各位的意見，如果還有其他問題，很歡迎提出來討論。

共同主持人 2：大家好，其實我在這個領域，所以在今天要來之前，有做一份作業，因為想要多了解，因為在這個領域我算是新手，我對這個議題是不太瞭解，媒體對減害不瞭解，我覺得這個部份到台灣，是一段很長遠的路，對台灣來說是不太能讓民眾說服的。這些東西不會造成社會的負擔，當在使用療法的使用，一個國家要去實施，不一定是幫它，也可能是是害他，我覺得實證非常重要，你走出去，有實證就會比較有說服力，對民眾是無害的，就比較能接受這樣啦，我個人是學教育的，其實我個人會比較贊同用配套的那一邊，讓他們出去是能夠重新去認識這個社會的。配套也是我比較擔心的部份，因為治療，其實民眾的期待是重要的，也讓別人重新認識他們，那這個你要去標籤，你要去污名，甚至連我們都會標籤化，因為我之前在嘉療待過一陣子，只要他們進來拿美沙冬的時後，所有的護士跟行政人員都不敢進入那裡了，因為大家會害怕，因為覺得這一群人就是危險的，所以他們不是重新的去看自己，因為還是會污名，那我覺得是這個議題，需要在討論的空間啦！那謝謝大家給我這樣子的機會。

主持人：謝謝大家，不同的角度有不同的見解，來作這些討論。那今天就很謝謝大家。希望將來報告出來的時後，你們還能幫我作一些調整。

毒品減害措施之研究

附錄七 焦點座談會議紀錄-藥癮者座談會

- 一、會議時間：2010年11月13日（星期六）
下午 14：00 至 16：00
- 二、會議地點：師大衛教系誠大樓五樓 碩班教室
（台北市和平東路一段 162 號）
- 三、主持人：李思賢（臺灣師範大學衛教系教授）
紀錄：石倩瑜
- 四、與會人員：
七位藥癮者
- 五、與談提綱與紀錄摘要（與談人以編碼表示）

主持人：現在是我在幫我們國家做另外兩個減少傷害新的計劃，希望再加兩項，第一項跟你們解釋是說，因為現在大部分我們雖然有緩起訴，雖然有很多計畫，但是到時候如果重覆被抓到，他們還是一樣把你抓去關，阿我們希望目前是跟政府提一個新的計畫是說，我們來設立在所有的這些美沙冬的旁邊設立藥物安全注射室，藥物自己準備。

個案4：藥物自己準備

主持人：藥物自己來準備，但是我如果寫一個東西，比如說你們如果帶0.5公克，或是1公克以下，那個都警察都不能抓，但是你就是，帶這些我如果要用做多就是用一天而已嘛，自己帶進去，我是希望說你如果自己帶，去到那邊，束醫師就在那邊，昆明莊萃莊主任會在那邊，有心理師我們的專家在那邊，還有社工，裡面我們會有簡單的衛浴設備，比如說如果你有時後有需要洗澡或幹嘛，看一下醫生

個案3：很溫馨很好

主持人：希望那一塊裡面的地方，完全就是所有毒品除罪的意思，你如果進去那個空間裡面，對我們這個國家來講，我們就是提出那個地方就是完全無罪

個案3：很令人嚮往

主持人：在裡面會有罪的人只有三種，那一種就是毒品運輸，一種製造，另外一種販賣，或者是引誘你要去當大毒梟，或者是說強制施加在別人身上，我雖然說帶1公克進去，但是我自己用一半，另外一半給別人注射，我希望裡面是一定有醫生、護士、社工師、心理師幫我準備，我希望是一個對一個啦，主要是說，我今天是來打這個，那醫生或是護士幫我準備新的針，打完之後精神不錯，想先洗澡也可以，因為洗完澡出來看有一些傷口或什麼，護士這邊有半訪幫你包紮，看是要怎麼處理，如果沒錢吃飯，可以找社工，社工我現在要出來了，但是沒錢，有沒有什麼補助，或是有什麼申請，或是找工作，可以在那邊做，因為有時候沒打藥什麼都沒想起來，打完藥後要寫履歷都寫比較快，〔大家笑〕所以，這是一個新的我希望大家可以自己攜帶少量的藥物，在一個空間裡面可以做這樣的事情，當然這個某一個程度上法務部立法院那邊我們去說服。

個案3：這個你說美沙冬但是這個有一個問題，你要帶這個東西，你一定要買，跟別人買，那買這個中間就有卡到司法問題。

主持人：如果在外面買，現場被警察抓到，那我不管。

個案3：自己想辦法就是了？

主持人：我是想辦法開創有某一些小地方開創，讓大家不用說，我要打的時候，不用在想說警察不知道在哪邊，那又有一些要處理像昨天割傷了沒有處理，有時候藥物用了過幾天不知道怎麼樣，有時候如果開始恢復，我們主要是為了健

康，希望比較人性。

個案3：外國有實施

主持人：但是像我們現在用美沙冬一樣，立一個法，修一個法，變成下次我們去某一些空間裡面用藥物或安非他命

個案3：要看政府同不同意

主持人：當然是可能**專家3**反對比較厲害，**專家3**減一半也沒幾個，反正我們如果想要做，今天找大家來就是要問大家的意見，裡面要注意什麼，要怎麼做比較有辦法去，大家的需求是什麼，怎麼樣才能滿足？

個案3：你這樣說的這些，我們就已經非常滿足了，我已經幻想說這種情況假如實施多好，很滿足了。

主持人：那我繼續說啦，還有男女不一定一樣，有些人有說，主持人，拜託一下，能不能男生一間女生一間。我也覺得啦，我們待會兒從這邊，每個人講個五分鐘、六分鐘，怎麼樣好或不好，怎麼樣我們可以實施，有沒有什麼東西我們沒想到，會不會警察還是一直跟啊，還是有很多事情都可以講，

個案3：那個裁賊的常在用啦！

主持人：萬一你只有帶0.5公克，他補一公克給你

主持人：還有很多其他問題，因為我就沒有那麼清楚，所以就會需要你們提供一些想法讓我知道，下次寫一寫，那我們等一下從這邊開始。

個案4：像剛剛講的這個，就是一個固定地方注射得這個喔，譬如說，還有一點，現在他採一個戒治，可是他已經服用了美沙冬服用了三四個月了，像教授你應該可以提說，像這種得應該可以減刑，他已經接受美沙冬治療已經治療三四個月了，像這種的應該可以申請除刑，因為他都有記錄嘛，美沙冬都有記

錄嘛，三四個月以上，像這種的應該可以申請除刑啦，都給他關也不一定有效對不對。

主持人：換你了。

個案3：換我，我話很多，我是覺得你剛剛說的這些，措施都很好，對吃藥的人幫助都很大，阿再來就是說，假如說有一個就其他方式吼，像剛剛小姐說的，希望說做一下宣傳方面，因為其實每個人要得到這個訊息，不一定有這個機會，而且你要都沒去接觸這種地方的話，也沒辦法接觸這種消息啦，那訊息也很重要，因為很多人藥物打了，遇罷不能的時候，我該怎麼樣，他自己心裡面很猶豫，不知道要怎麼做，所以經常做出想像不到的動作出來，而且因為這個藥，犯罪率提高很多非常多，真的要想出一個非常好的措施出來，教授你剛剛說我都非常贊成，都非常好。

主持人：我現在跟一個檢察官，和一個涂醒哲立法委員，我已經在立法院有提案了啦，下次如果你採勒戒或戒治的，我現在是完全除刑啦，但是不除法，沒有刑也沒有罪，但是處罰要處罰啦，怎麼處罰呢？處罰你要去參加一個這種醫療戒治，你去找束醫師，然後他開個證明給你說，你真的有來我這邊，真的有進行每天在喝美沙冬

個案3：非常贊成！

個案4：很好！

主持人：那他會給你一個三個月的證件說你其實已經除刑了也除罪了，但是這個處罰沒有辦法停，因為如果沒有這樣，有的時候老實說有的人這樣，你就除刑也除罪了，那我也不要去治療，我要回去，下次如果又出問題，那我對政府對一般的民眾沒辦法交代，但是我們如果已經乖乖去醫療戒治了，有去找束醫師已經在改了，那我們就沒話講，這條是今年年底，我跟你們說，立法委員遇到選舉什麼修法都沒辦法修，因為現在如果修法，有的立委會拿出來做文章說，

又在幫助毒品了，然後又怎麼樣，又挑起一般民眾，像王清峰之前爲了死刑，他只是說不要死刑而已，他就拿來打擊，獲得一般人的選票啦，遇到這個我都盡量避免，我是希望等年底選舉完之後，就把這個案子送過去。

個案3：那我再說一個好不好，勒戒戒治是屬於病犯不是屬於罪犯，可是勒戒跟戒治的這個標準，目前哪，他的標準是以罪犯標準來衡量，這個我覺得不太公平。

主持人：但是就是之前主要是衛生署跟醫生不夠，所以就委託法務部做勒戒跟戒治，那你委託法務部，法務部可以做的就是把你關起來，他也不會做別的。

個案3：但是你現在說勒戒，勒戒兩個月好了，兩個月出來後，前科多或裡面說你還有施用傾向，施用傾向是你有吃了嗎？在裡面就不可能吃的到，那他說你有施用傾向，裡面有前科或看他表現，他是以他可能表現不好，就說他是在戒治，但是你看啦，前科都是戒治。

主持人：我現在是希望這次修法之後，裡面是沒有勒戒或戒治的，你就是選說你就是來昆明院區做治療，你現在給我兩天，我現在去找醫生作門診做檢查，醫生如果說適合，那他就開一張你就來做美沙冬，但是他有一個條件啦，不能超過14天沒去，檢察官說去治療可以，不要給你起訴，那就沒有刑法嘛。

個案3：很好、很好。

個案4：但是只有一次機會啊，你如果這次機會沒有

主持人：沒有，我們是終身的，除非14天都沒去

個案3：不要超過14天！

主持人：你如果沒去找醫生，14天都沒去治療，束醫師那我就不好意思，你就沒來，那他就把這個治療給檢察官撤銷這些緩起訴，那就只好起訴，但是這我們要負擔一個風險啦，你

如果進入醫療後，你如果14天都沒去，就只有刑了，就是只有直接進監獄，下次法務系統就沒有勒戒跟戒治了，所以就變作也會加強大家的責任，你自己要真的要管好，我們一開頭就說我就是除刑又除罪，你不能夠享受之後，後面我也可以14天都不去，什麼都不要，也不要給你看病，當然就不行，當然，就是這些都可以後，我才有辦法說服全國民眾，因為我去修法之後，我會被立法院要求，你要全省走透透去給人家解釋清楚，不然大家錢都拿出來支持大家喝美沙冬，來支持這個事情

個案4：你說報到的地點，是昆民院區，還是全省都有？

主持人：現在是全省都有，現在最少有一百的地方，那美沙冬一定衛生，如果你已經來報到那所有之前得逮捕跟之前的記錄都一筆勾銷，除非你14天不來，或是是你在美沙冬的期間又去做其他的財產犯罪，財產犯罪就去偷去搶或去幹嘛，那原本就是有罪，那就沒有辦法

個案3：很好，做這些真的很好(贊同)

主持人：阿這個我沒寫在上面，是因為已經送立法院做修正案，這樣那你可能是第一個受益者(對個案3)。

個案3：我來不及了，但是我希望未來能有，這樣我就很開心了！

主持人：台灣立法都很久，立法吵個幾個月，我是希望那條如果有辦法吵三四個月讓他過，讓我們馬總統明年建國一百年5 2 0的時候宣布說，我們越來越走向人權化，本來用藥有很多國家，像你們剛才提的荷蘭，很多國家其實都完全除罪，像瑞士也一樣，完全只要你是用藥他們都視為病人，完全你用什麼藥都沒有罪啦。但是我們亞洲台灣可能是第一個。

個案3：新加坡有啊！

主持人：新加坡很重刑的

個案3：我知道他很重刑可是他不是也有一個地方讓你吃。

主持人：對啦，他是有設一個對啦！

個案3：我知道新加坡很重行可是他有設一個讓你，他雖然罪很重

主持人：對啦，我們今天慢慢談，就是要往這邊來處理。

個案2：(激動)我現在要請教你這個你說關於我們自己帶藥的，譬如說你警察現在就沒辦法通過了！

主持人：在外面真的

個案2：沒有，現在法官是公告啦，我們基隆是警察穿便衣去美沙東那邊坐在那邊，當作是病人，坐在那邊看你，就是這樣啊，他又不是病人，對不對。有一個什麼鷹眼專案還什麼專案，就都在認人，阿我們就一點保險都沒有。再來呢，就像這個小姐說的，法令的宣導啦，很多人都不知道，你譬如說，只有我個人啦，我去問檢察官，去問法官，去衛生團隊去問他，你譬如說，今天我們吃藥的人，我們今天要怎麼說，我們在什麼情形下警察不能給我們驗尿，很多人不知道，真的啊，我現在身上沒帶東西，警察說我現在是列管，他說我列管就列管，這不是你說的準繩，這也是我去問檢察官，檢察官說就是要有驗尿單才能去驗尿，不然是違法的，路邊也不能隨便臨檢啊，這都很多人不知道啊，像這個我是覺得

主持人：這個是很複雜啦，這個我們跟警察協調很多次，警政署就是不同意

個案2：沒有，但是你去看，我們報紙看，很多台北醫院，很多警察他們是很遵守說，喝美沙冬100公尺以內不能，但是基隆沒有欸，基隆真的沒有，真的啊，喝美沙冬那邊，你的學生都是我跟她說的，真的你可以問他啊，

主持人：我會去跟基隆的警察局局長說。

個案2：對啊，那當病人過去，去認人那有什麼意思。

毒品減害措施之研究

主持人：現在我們是跟警政署協調說，收美沙冬的100公尺範圍之內他是他不能進去抓啦，也不能跟啦，連跟也不可以，100公尺裡面

個案2：他要跟你也不知道！

主持人：但是他們如果一定要跟，那也沒辦法，我現在是用另一個方法，就是說已經叫警政署發給所有的分局，他如果因為喝美沙冬附近去抓或跟，跟到的吼，他是所有的都不算績效啦，對他來說白抓的啦！現在但是做得最好的其實是台北市，台北市做得很好！

個案3：市療警察都不敢去。

主持人：他的分局長完全下令，你要過去那邊，你去那邊要幹嘛，什麼業績都沒有，回來不管做的多努力，他是真的做得很好，台北市的警察根本就懶得抓，因為抓了半天也沒用，但是基隆我知道有算。

個案2：在美沙冬那個地方一個矮矮的，那個是公關？一個矮矮的

主持人：是個管啦！

個案2：不是個管，另外一個啦，一個矮矮的，戴眼鏡。

個案3：他是醫師啦！

主持人：他也是醫師！

個案2：那個應該是醫師，他每次，我如果跟他說有警察在那邊，都是他去跟警察說的，阿現在他就說最後我就是打電話給督察而已，也只是這樣而已。

主持人：但是那個督察上面的分局長也是有算業績，他還是爲了他的業績，不管什麼專案

主持人：我們現在有辦法，最好是警政署署長有魄力，全國只要你在美沙冬附近的通通沒有業績，我管你各縣市分局要不要算，通通沒業績。警察如果沒業積，抓這個樣做什麼，要

多少按件，一個月要做多少，你如果做多少以後，年終獎金就有多少，那你現在做這些這些都沒算，和我的年終講經都沒關係，那就懶得抓。

個案7:我講兩點，一個是我覺得是，這個社會對這個藥飲者的宣導，就是說對我們藥飲著的認知教育，就是說其實我們吃藥，其實我後來看醫生才知道我們是一種病，我們其實是一種精神上的疾病，那這個社會其實上對我們是非常歧視的啦，所以就是說整個包括我們不知道我們去喝美沙冬，像譬如說，跟國外差很多啦，像有一次我去香港出差，東主任幫我安排到香港那邊去喝，那邊的包括那些小姐還有那邊的服務人員，他們對我們的態度就是非常感覺跟台灣差很多，這個是包括執掌者跟一般社會民眾對，因為好像很少人知道其實我們藥癮者是一種疾病，只有我們自己經歷過，我們才非常深刻體會，然後第二個是像我現在已經轉去吃丁基原啡因，丁基原啡因差不多是兩個禮拜再回去兩個禮拜，因為我的工作是不能常常回去吃嘛，但是它的價格是非常貴的，就一顆就一百，我忘記了，反正一個月要六七千塊吧，就是相較於美沙冬來講，美沙冬有補助，丁基原啡因沒有補助，這個好像我覺得其實

主持人：厚此薄彼

個案7:這是並沒有說哪個效果比較好或是不好，但他都是有心要去戒嘛，要去那個，但是就為什麼選擇這個丁基原啡因就必須付出這麼高的代價，那這樣吃藥經濟已經非常拮据了，很容易就停的話，如果因為沒有錢或就停的話，那剛開始家裡可能會支持你，一久了以後每個月六七千塊可能會是一種非常大的負擔，目前想到的是這樣比較簡單。

主持人：好啊，謝謝。

個案2:主持人，我請教一下，我們美沙冬不是說要改成，譬如說我今天，現在我住甲地在甲地看病領藥，但是我如果去乙地去

工作，也可以去乙地喝，不是要改這樣嗎？

主持人：有啊，現在弄到差不多了，以後台北有中央系統，說你今天還沒喝，你如果需要工作，去工作到台東去了，你昨天在台北喝，今天還沒喝，台東就可以喝

眾：這樣很好！

主持人：這是一部分就是說，他剛剛有說到他的經驗，香港現在澳門也可以了，跟澳門也合作，這禮拜有去澳門，去澳門更好，他們連身分證字號都不問。

個案3：那大陸有嗎？

主持人：大陸沒有啊，大陸禁毒法比我們還要嚴格

個案3：不要超過量就沒事啦，大陸比我們還好，我覺得大陸比台灣還好，不要超過那個數量就可以了。

主持人：對啦，大陸真的和他們的公安比，我們的警察算不錯，真的公安把你帶到一邊，先毒打你一頓，聽很多了。大陸的公安他們都拿很多獎賞，抓到或者怎樣。

個案3：有錢都好說話啦。

主持人：我之前有一個個案在泰國被抓到，叫他回泰國拿錢，用錢來贖這個人，那香港跟澳門比較法治化，他們本來就都是像香港本來就是英國，本來就是採取完全無罪，他們的觀念本來就是病人，澳門本來就是跟著葡萄牙，葡萄牙本來就是通通都是病人，根本也沒有犯罪這種事情，所以他們就很開放，像他們澳門根本要去喝美沙冬，要去所有的身分證都不用，只要進去說我姓李，噢李先生，你跟我們的醫師聊一下狀況，你自己覺得你藥喝幾c c，是給他自己決定，你上次用過了之後覺得用20 c c感覺不錯，就先用20 c c，喝完之後可以先去旁邊洗手或洗澡，感覺還是不夠就跟醫生說再給我20，他會給你，讓你自己去調。

個案3：很人性化很溫馨，我們出去都沒接觸到這種東西，大家看我們都很沒地位，家裡也常常看我們，找工作很不方便，都沒有結果。

個案5：我是覺得如果你說的那個安全注射室，我還是不敢去欸，因為女孩子來講，其實我會去喝美沙冬是我老公他鼓勵我去的，不然我是不敢去的，因為面對很多人，然後還怕警察，我不敢去，是非常非常非常不願意去喝美沙冬的人啦，因為他拉著我去(指她先生)，說一定要戒，我才戒掉的，所以我不可能去那個，那麼多人看著我我不敢，不敢去，連今天來這邊也是我老公鼓勵我才來的，不然我也不敢，叫我來這邊講話被人家看那麼多人的異樣眼光我也不敢，對啊因為我老公鼓勵我，不然可能我還在吃海洛因吧，因為我們已經喝了一年多了，那我們也感謝說你們有這個美沙冬讓我們喝，對啊然後真的很感謝，對啊不然可能我一輩子就在那個地方就這樣子吧，對那個地方我可能還是，我覺得對於每個女孩子都不敢去那個地方啦，對啊，連美沙冬都很多人不敢去喝了，對啊，一定要有人鼓勵或是有人陪你去，對啊。加上上班的話，像我之前是在咖啡廳上班，如果在上班的話，你又要請假去喝美沙冬，那是不太可能的啦，因為還要請假，那因為剛好家裡有在開店的話，你去喝，好一下沒關係，趕快回來上班，那如果是別人在上班的話，在別的公司上班不可能讓你出去的啦，所以這個問題，是想說自己可以帶回去喝，可是他們說不可以，不可能啦，一定要在那邊現喝，對啊，這也是一個問題，不然我是覺得

個案4：那個時間，盡量現在都到八點啦，不然有的人上班六點才下班，或是下班比較晚的，就甲地看診乙地喝啦，這個很好。

個案5：重點是你不能請假出去啊，你就不能上班了，可是你上班人家不要給你這樣子啊。

主持人：這一部分的問題和他一樣啦，因為有的人我希望不要每天

喝藥，所以丁基原啡因是一個辦法，丁基原啡因吃了以後有的人兩天，有的人三天。

主持人：我們回來注射室，剛剛那個小姐（**個案5**）提到其實跟剛剛那個先生（**個案7**）提到的問題很類似，其實我們不太敢去美沙冬，不太敢做，如果你有一個安全注射室這個地方，我們不敢進去其實很多人是怕露面啦，不過最怕的是碰到熟人。

個案5：對啊。

主持人：真的很擔心嘛，如果要去那裡中間有碰到左右鄰居，那又更麻煩。

個案1：進去就知道要幹嘛。

個案2：像你看看你說注射室這些，要來吃藥，（警察）在外面等就好了。

主持人：最後就是說我們全民的觀念都要改變沒錯啦，全民大家都知道這就是一種疾病，本來我有腎病我就去醫院洗腎就是這樣嘛，那洗腎也不可能只洗一次腎就好了，一定是一輩子的事嘛，所以這就是我們一輩子需要醫生來幫我們忙，需要心理師幫忙。

主持人：所以希望以後還是要有更大的機會整個做全民宣導，但是這部分還沒達成以前，我們還有很多其他努力的空間，那個要做到那個程度……

個案3：你要多努力，我們很多人都靠你

主持人：我都靠束主任，我都盡量啦，所以有時候，我們都會盡量說啦，盡量做，所以我和束醫師今年最少要出去說200場的演講，束醫師束主任也一樣，他光是看門診病患那麼多，看他所有的時間，禮拜六禮拜日也四處走，還有演講，去跟人解釋說藥癮不是什麼可怕的惡魔，我們要把他當病人，他就是一個正常的人這樣去做。

個案1：只是心魔的問題而已，其實不是，只是心魔，心魔很重要，要看到心態是怎麼樣，要看得是說你喝美沙冬你就喝美沙冬就不要接觸什麼東西，心魔，是心魔很重要，你心魔沒有調整好，你喝還是再會去用。

主持人：還是要很多人一起幫忙！

個案1：對對對，大家的鼓勵。

主持人：只是靠自己也是很困難，自己靠自己也是要啦，你不能說都靠別人，重點是說要靠自己 自己一定要努力，這樣別人幫忙才有意義啦。

個案6：之前我沒有聽過戒成功的，我沒有聽過，可是有了美沙冬以後，戒成功的

主持人：就有不少！

個案1：很多很多，美沙冬真得很有效！

個案3：我介紹你一個，喝美沙冬戒成功的這裡一個（指個案2）。你自己意志力最重要啦，你雖然說他是幫助你啦，你自己要克制自己……我結果是沒用啦，本來是有用。

個案7：一般民眾宣導本來需要一段時間，但是衛生署那些專業的醫師那些做官的，他們也知道這是一種疾病，那為什麼就那麼難推動呢？這個難道沒有說沒有什麼辦法？因為他們其實是專業人士啊，衛生署那些官啊，但他們為什麼都……

個案2：這沒有辦法推動啊，要推動到時候大家都吃藥，像鴉片戰爭那樣就好啦，沒有辦法推動。

主持人：我沒有辦法為達這著問題啦，不過我可以把我看到的跟你們分享啦，就是說喔，之前我們處理的時候，我們可以瞭解說醫生衛生署他們從他們專業來看，他們比較了解這個是一種大腦的疾病，那也比較了解這個跟精神跟心理有關係，所以剛剛其實你們也提到個人的意志力是心理，你光

是靠藥物幫助其實是不夠的

個案1：沒用，這樣沒用！

主持人：還要搭配你心理上的強度夠，你要會管理自己的生活，所以剛才說要對自己殘忍沒有錯啦，你要讓自己的生活變得很正常

個案1：對，這是重點，要有事情做，你要有事情做！

主持人：你要有工作，要吃三餐，要有適當的睡眠，反正全部要一起改啦，你如果說只有改一項的話

個案1：交往的對象也很重要。

主持人：那以前我們會說她們在這方面比較不了解，因為我們以前交給法務部，你要法務部去了解說這個叫做大腦的疾病，他永遠也不懂，所以他本來學的就是，用這個東西他就是犯罪，犯罪就是會危害他人就是抓起來，他的專業是這樣子啦，所以他的認知就是沒辦法，所以跟警察講他就是說，犯罪抓起來啊，你講什麼其他的沒有用啦。因為他就沒有辦法理解啦，不過衛生署他不是因為沒有辦法理解，衛生署的醫生們跟這些高官們，我的觀察是有兩個東西造成他們很大的障礙啦，第一個是我們現在早期不知道為什麼在行政體系的運作裡面，我們像那個酒癮的藥癮的愛滋病我們都沒有納入健保給付啦，所以醫生為什麼不願意投注是因為，我幫你們做了很多這個疾病的治療，我領不到錢。他如果投入做像你們回去好好問你們的醫院，現在全省一百個所有美沙冬醫院診所，幾乎都賠錢，那你看他上面的院長要不要做，所以下面的精神科主任像束主任他們就很辛苦，他一直說服院長，因為院長管理的是看我醫院有沒有賺錢，他的角色不是醫生是院長，這是第一個。第二個是因為早期這些精神科醫師沒有受過藥癮是一種精神疾病什麼治療，以前的精神科醫師最厲害的是治療憂鬱症，治療精神分裂，治療那些東西，所以以前他們從來都

不知道什麼治療，你藥物吃那麼久了，我要怎麼給你治療，我不知道，所以現在變成是說我們國家目前還沒有足夠的精神科醫師懂得治療這個，所以他們不敢一下子開放說我們都把全民宣導成全部都是疾病，因為你可以想說只要把法務部關的那些三四萬是和藥物有關係的，現在全部都病患，全部都放出來，放三四萬人，你看一個醫生如果可以負擔，像束醫師這麼認真，他可以負責五百個，放三萬人你看需要多少醫生，現在沒這麼多醫生啦，所以他不敢這樣做，所以衛生署沒這些高官，他不是說他不懂，是他沒辦法解決，所以他只好偷偷得編金費，慢慢地一年訓練十幾的醫生，然後多訓練一點多訓練，將來一次有三百到五百個會治療這種的醫生，他就趕比較大聲說通通放出來好不好，你看有五百的醫生，他一個人可以處理五百個，那就可以處理兩萬五千個。

個案7：那民間，比如說民間這種遊說團體會很多嗎？

主持人：很少，非常非常少，講我知道得不會超過一個！

個案3：沒有聽過。

主持人：沒有啦，你如果有機會聽到再參加啦，有一個就是昆明院區的莊萃莊主任有意思要組，但是她如果要不是說他來做，是我們大家吃過藥的人要一起進來，一起出聲，要讓不管是政治人物也好，高官也好，他們才會知道，不然永遠只是醫生再說而已，那醫生他如果每次想到說，後面沒有精神科醫師支持，那他就不做了。

個案3：那現在醫生也少了，那沒人要做。

主持人：因為錢差很多啊，因為今天我如果每天專心做美沙冬治療，我一個月，對一個醫生啦，用精神科主任來算，差不多十五萬到二十萬，一個月的薪水，但是我如果不做這個，做重度憂鬱症的，一個月猜猜多少，三十五萬，所以你看醫生，那我現在如果當精神科醫師也做這個，會差這麼多就

是因為健保不給付。你用美沙冬來治療，用美沙冬本來就是吃藥的人自己出，不然法務部的處分金來，這些錢很少。

個案1： 健保沒有給付的啊！

主持人： 健保沒有給付

個案4： 現在去買藥那邊都要自費了

主持人： 那現在丁基原啡因五六千塊，但是醫生收得錢很少，相較於健保來講啦！那醫生我讀醫學院就室要懸壺濟世的人，他當然也選說我藥來治療憂鬱症。

個案7： 我覺得這個安全注射室這個其實會不會跳得有點快，因為現在連除罪化都沒有，就跳到安全注射是會不會

主持人： 應該是說這個安全注射室，我們現在是希望在美沙冬的旁邊能有一個安全注射是完全除罪的啦，只要你進到那個空間裡面，你所有的藥物使用行為全部通通免罪，這個有一點點在做全面除罪化的先驅啦，因為一次就要跟所有全國民眾說用藥全部沒罪，這條路很長，我跟東主任估計我們這樣繼續下去還要至少十五到二十年，人民才有可能聽得懂我們在講什麼，還沒有除罪啦，只是他們才聽得懂。

個案7： 那這個安全注射室有可能嗎？

主持人： 應該是有可能做得成啦，目前我們是遊說立法委員的部分很多立法委員是可以接受，有一小塊，然後我們現在是看，然後你只要攜帶的量比如說是在一公克以下個人適用，沒有關係，那到了那裡我們至少可以解決幾個問題，第一個是愛滋病的感染不會再擴散，第二個是包括如果你，因為有時候打打打，血管也不知道到哪裡去，那很多東西，你有皮膚病或什麼，那有時後有什麼喔，當場可以有我們的醫療團隊，當然也比較不會過量死亡啦，甚至過量現場有急救人員可以急救，所以這可以減少很多問題。

個案6： 對啊，其實過量那個有急救跟沒急救差很多，有急救真的就

這樣子活過來了，沒急救就這樣子死了。

主持人：對啊，裡面也會搭配有盥洗的設施啊，你可以洗個澡啊，會再設置個兩三個床啊，就在外面沒地方去，你可以在裡面功德無量，你不知道，救幾千個人。那第三個部分就是說，其實那裏面我們還可以提供清潔的針具啦，不再像以前有時候你去藥局拿，很多藥局老闆也是會給臉色看，他有的臉色很壞，所以有一個地方你只要帶藥去，現場也會有水，也會有針，也可以現場做一些心理諮商，你有很多情緒的問題沒地方講，在那邊打完之後，有時間有什麼事情想講，也可以在那邊講，講完之後心理師會當作忘記了，他就可以聽你的情緒，幫你做一些調整，最後一個其實我們也是有考慮到這個安全注射室其實對我們總體的犯罪也會下降，老實說。

個案3：大幅下降，不要說下降，大幅！

主持人：對啦，聽到下降法務部就會說，喔，這樣好喔！

個案3：我跟你說監所病犯都放光光了，他們會沒工作啦！

主持人：那是矯正師反對而已，但是法務部的人會說好。

個案7：美沙冬之後應該犯罪就有下降很多，應該有這樣子。

主持人：目前還沒有這個數字啦

個案3：統計有關應該有吧！他幫助很多人了，大家感覺都一樣。

個案1：吃美沙冬的人好多喔，美沙冬很好。

個案4：這幾年很少聽到路邊給人家偷

主持人：所以當然是因為美沙冬真的付出的金額比藥少很多啦

個案2：對啊，一個月幾千塊跟一個月三萬！

個案1：差很多！

主持人：要努力的去宣導啦，但是現在目前的宣導大概要靠就那麼

幾個人，有這種熱心在宣導的人很少，所以這也是爲什麼我們剛有提到我們就很希望那個莊萃可以趕快做，因爲有時候你有在喝，真的有在改了，應該要出來教人，讓別的人改變對他的想法

個案2：(激動)我在那邊，在基隆署立醫院美沙冬那邊，大家也都知道我有在吃啊，那有用，我跟人說……放在我的身上，我也不會去吃啦。

主持人：我的意思不是說要你們去跟吃藥的人，不要再吃了，我的意思是說，你們要找去跟別人說，一般人跟你的鄰居跟你的朋友講，跟一般人講，講說

個案3：但是一般人不能接受海洛因這種東西(激動)

主持人：說我以前用海洛因情況不好，我現在用了美沙冬以後，真的我被治療得不錯，這真的是一種疾病。

個案3：(憤怒激動)這個大家都覺得很丟臉的事不會說啦，你就想美沙冬被人知道很沒面子

個案2：主持人我跟你說，你說這個問題啦，我現在沒有吃，但是我跟別人說，有的人聽不進去，很多人是聽不進去，他會懷疑說你晚上回去有沒有吃？

主持人：我的意思是說，不要說是你們，我跟東主任出去說，下面也是反對，下面也是會說，主持人，你自己有沒有吃？你有沒有去偷拿過？你不知到他多壞？對不對，他也是會噏你，跟東主任去演講，人們都會這樣說，因爲他們的觀念不想改嘛，我們人都這樣。

個案7：那叫我們站出來更那個啊

個案2：自己帶東西這個，我就想跟你說喔，反正改的人會越來越少。

主持人：這是我們擔心的啊，所以這個你們就可以站出來，我們就是要考慮，這就要考慮

個案2：就是在那邊，你如果說找一個地方可以讓我藥自己戴，那改的人會意願會越來越少。

個案6：我覺得打的人不會增加欸。

個案2：不可能啦。

主持人：增加是不會增加新的人口啦，只是如果說原來有在打的他就會繼續打不想改了，這就是其中一個我們要考慮的。

個案6：吃藥就會做壞事啊！

個案2：沒啊，你有吃藥的人，要吃就是要做啊，本來就是，不然就是你家本身有一個金山在啊。不然你是一定要做的啊。

個案6：就是要做壞事啊！

個案7：主持人，你說這個安全注射室是自己戴東西進去，不是說他發毒品給你。

眾：不是！（笑）

主持人：我跟你說，這樣法務部長跟檢察官會先去抓東主任，東主任你居然公開在這裡主持毒梟，抓起來！

個案7：沒有啊，但是你拿不是比我們便宜很多。

主持人：但是這也是運輸販賣啊，我的意思是現在安全注社是我來主持，我賣你一百塊我還是賣啊我也是賺錢啊。

個案2：剛剛說新加坡有沒有，新加坡是怎樣，他是一個地方，就類似我們現在台灣喝美沙冬的制度一樣，你只要去報名，你什麼名字，他就會給你你今天的份。

個案3：他就是無罪啦！

主持人：有啦，所以我第二個要講的就是海洛因療法，海洛因療法就是說等到醫生評估數主任評估以後，你真的用美沙冬沒用，用丁基原啡因幫助不大，那你已經是很後面很後面的重度成癮者了，那這樣就沒辦法了，我就用低劑量的海洛

因，我醫生就幫你打進去，那是爲什麼要這樣？我們就是把當做癌症末期，我們說安寧病房就是這樣，你就已經到安寧病房，我已經癌症末期，我就剩三個月還六個月，已經痛到要死，也是要打嗎啡嘛，嗎啡也是海洛因。

個案3：打一針五千塊啊！

主持人：那我現在就是想說，這個如果有辦法讓他過，修正衛生署這條可能有辦法用健保給付。

個案1：但是健保給付我覺得很困難

主持人：但是這個爭議很大啦，要是一般民眾聽到，什麼！健保我付的錢給你拿去打海洛因。

主持人：所以第二項就是需要你們建議，我是覺得這個很困難啦，要給醫生開，評估完真的是最末期，每天就到束醫師那裡去打一針。

個案2：主持人，你譬如說，你現在像是老人家差不多六十歲打藥，我遇到的大概五六十歲以上，要叫他改，就很難，因爲他不想改嘛，我去做粗工的機會已經沒了。

個案3：就沒辦法做事了，只吃藥。

主持人：對啦，那我們到時候就可以開始定義說是要符合什麼，符合50歲以上、符合用藥最少20年，符合什麼什麼什麼，符合這麼多條件

個案3：沒工作的人吃藥最多，有工作得痕改改還會過，你沒工作

主持人：因爲你有工作，你還有一個希望

主持人：所以我現在聽起來是，可能現在如果要談海洛因療法，可能還太早了，台灣的環境還有風土民情，還很遙遠。這是說盡量某個部份啦，所有可以幫助的辦法，都可以拿出來講。有的可以做，有的沒辦法做。

個案2：我有一個朋友，很多人是大人喔，還是可以繼續吃要，譬如

說，他們看到小孩在痛苦，爸爸就把錢給媽媽說，教他出去啦，就是默認了嘛，就是看他痛苦叫他出去就是去拿藥嘛。

主持人：這就是減少傷害，跟我們之前提過的觀念一樣，有時候是過去太痛苦，當然海洛因療法對這個是有幫助啦。我相信他有很多的好處所以我才提出來啦，不過要符合台灣的環境，還有一般人能不能接受，有滿多包括你們藥癮的人覺得這是不是個好辦法。

個案2：是不錯啦，這是一個好辦法啦，當然也有很多家庭思想很開通的很多啊。

主持人：那當然也會遇到家庭說，我好不容易希望他改，你現在又給他治療是什麼意思。

個案3：還有一點啦，海洛因只要一吃，就永遠吃下去的，被家裡問要吃多久才能不吃，我家也常常在問，我現在慢慢減少，減到就沒有了，我是常常在想，但是很困難。還有一個問題，就是症狀問題，美沙冬不吃之後也是會有症狀問題，看有沒有辦法發明更好的替代品，不會有後遺症。

個案1：你如果說喝完第一天第二天第三天還沒有關係喔，第三天你就全身無力，好怕好怕。

個案3：你很好，我第二天就不行

個案1：我差不多到第三天很很痛苦這樣，沒有體力，但是我要照顧我公公他在住院，癌症末期我在照顧他。我已經美沙冬喝到快好了，我已經美沙冬要放掉不要用了，就很痛苦很痛苦。後遺症還是會有。

主持人：丁基原啡因的副作用比較少啦，比較貴而已。

個案2：主持人你說這種得是怎樣，副作用比較少是怎樣？

主持人：他的副作用少很多啦，包括成癮性也會降低。

個案1：因為沒有成癮性，有成癮性吼

個案3：那症狀的問題呢？

主持人：都減少很多啦，阿效果也比較持久。

個案3：是每個人都這樣？

主持人：幾乎每個人都這樣。

個案7：爲什麼台灣沒有公立的勒戒所？推動這個應該比海洛因療法更容易一點。

主持人：我們正在推動中啦。

個案7：公立的勒戒所

主持人：比那個還要更大，我現在是在推動希望未來三年台灣會成立一個我們叫藥癮治療基金會，變做是說非政府的公立組織啦，由這個基金會

個案3：民間組成的

主持人：一半官方一半民間啦，一半官方的原因是我們希望一年政府出二十億啦，出這二十億要幹嘛就是所有的喝美沙冬、丁基原啡因或是作什麼治療完全通通免費，全部由這個基金會支出，一年二十億。阿他就是一半的人要由政府，令一半的人像我束主任、還有醫療專業的人員，要治療不要再爲了治療煩惱，有的人每天30元也是很煩惱，去找醫生一次的門診也要四千六，我們希望未來基金會會支出所有這些錢，那他也就是一個半官方的公立組織，或整個

個案7：不是我是說那種譬如說像好萊屋很多那種藝人啊，她們去那種勒戒所，不是去被關，是去公立勒戒所，爲什麼台灣沒有這種，政府沒有辦法

主持人：台灣有了啦，但是我們做了還沒幾天，但是有了啦

個案2：主持人以前是有啊，公立的啊

主持人：沒有啦，現在是說完全在社區裡面，有那個家老山莊有沒

有聽過，家老山莊就是在草屯。

個案1：啊！草屯那間

主持人：那就是你講的，你去那邊，如果早上要去工作就去工作，那如果你沒有工作需要在那邊做職業訓練，那裡也有職業訓練的人幫你做職業訓練，進去一個人，政府補助八十萬。但是他有他很少宣導，主要是他裡面正在試辦，針對十幾個人辦辦看，效果好不好，那基本上就是說白天你就可能去台中市工作，晚上再回來，早上在出去，晚上回來的時候護士會在，你有所有的治療，然後復健工作都在那邊。

個案7：創造一個好環境就對了。

主持人：對，阿你如果說，

個案3：環境很好啊！

主持人：但是環境太好，現在政府會唉，因為算算一年補助八十萬。

個案3：全部政府補助嗎？

主持人：全部政府補助，政府拿出一千六百萬出來，現在先試辦幾個人。

個案3：還有一點，那個花蓮台東那邊有一個替代療法，好像基督教的。

主持人：晨曦會啦！

個案3：我們去報到一年到一年半的時間，去戒毒，就不用免刑，那個一種還有一種得，那這個可以用嗎？

主持人：可以啊。

個案3：這個可以用嗎？那這個算病患。

主持人：那個是說現在是政府開始考慮，有的人他透過基督教宗教他覺得是他想要的，他根本不要用藥來治療，那他可以去晨曦會，那問題如果是治療失敗，回來一樣要面對刑罰，

那老實說靠心靈喔還是有一些人有辦法，但是人數真的是比較少，要真的都不靠美沙冬不靠什麼東西很不容易。

個案3：意志力最重要啦。

個案1：這種還是要意志力啦！

個案3：你沒辦法啦！

個案1：有我有我不是沒有辦法，只是我是工作上環境上，

個案3：跟你說話就能了解。

個案2：看你就知道你沒辦法。

個案3：開玩笑開玩笑。

個案1：沒關係沒關係，這樣說，這樣說自己要讓人激發

主持人：現在講講，還有什麼安全注射啦、海洛因療法啦，的意見都可以盡量說。

個案3：這些措施都很好，但是警察，司法的觀念要改變，現在警察都隨便來，他們是爲了成績，希望不要因爲成績造成

主持人：那不然我做個總結啦，我剛剛聽到哪些，如果有不夠，你們在補充一下，

個案3：我是覺得都很好，很嚮往。

主持人：沒有啦，還是要讓我知道這些真的如果不可行或爲什麼

主持人：安全注射室這個其實，我們在規劃的時候和你們剛剛的回應，我覺得其實是滿正面啦，現在剩下的就是怎麼樣推動，那推動過程裡面是不是會有太多像剛剛有提到的問題，我會露面啊、我會被別人知道，這個看怎麼樣解決，不過我想他如果本來我們本來也有考慮到這個啦，所以才會想和把他和美沙冬就結合在一起，我本來就有在喝美沙冬的人，美沙冬有的，老實說有的醫院設計得很隱密很好，有一些像昆明院區是我親自去跟她們院長規劃的，我

們就有一個進去的，那像有一些醫院他就考慮到成本啦，像基隆醫院我就知道，因為吳主任有來找我規劃路線，是後來他們院長不同意。醫院感覺起來比較想要賺錢，就是獨立進去出來他就不願意。

個案1：有獨立的出口就很好！

個案2：現在不是換院長了嗎？

主持人：一樣啊，還是算錢的，有的醫院不錯，有的醫院院長，像我們去跟板橋醫院的院長講，他原本只開下午三點到六點，現在改十二點到晚上七點半，對，所以現在有一些真的不錯，講得通的我就會去啊，院長主任我就會叫來，所以像那個板橋院區改，他以前只有一個醫生，然後一天只開三個小時，大家在那裏都很不方便，十二點到三點是要怎麼進去。（整段個案1都在附和）

個案3：我有一個問題，現在喝美沙冬是衛什麼變成我自己去，我不是被司法強制去，我自己去改去喝美沙冬要改，也是要每個月要驗尿要做什麼？

個案1：對啊，為什麼要這樣？

主持人：每天要驗尿你可以接受要驗也可以不驗啦，

個案3&個案1：不行啊，他說強制要驗啊！

主持人：強制要驗是那個醫院的規定啦，那個不是法務

個案3：大家經濟上都很拮据

個案1：我們是自己去的我們不是被

主持人：我了解啦，那個是比如說昆明醫院他規定要

個案3：硬性，每個月都要

主持人：那個是醫院的規定啦，昆明是三個月啦，基隆是一個月啦，像XX醫院是要驗不驗隨你便，

個案1：不同醫院就不一樣

主持人：所以他不是統一的規定！

主持人：所以這個安全注射室可能是可以推動啦，不過就是我們會一邊推動一邊看看使用的狀況，那當然一邊會跟警察那邊繼續協調啦，希望一百公尺可以再看看能不能變五百公尺。

個案3：革命尚未成功，同志仍需努力

主持人：一步一步來，步步把他們逼開。

個案6：到加油站看到垃圾桶裡面的針具嚇死了。

主持人：但是有那個安全注射室，我們去那邊打，那就不會在其他的公共場合，我們不會在公園用完怕被抓，就丟在那個草地的角落裡面，所以我剛剛說有一部分安全注射室對很多公共秩序很有幫助啦，你如果需要有一個地方去打的時候就去那邊，你去那邊別人想說你去喝美沙冬，我也是想說弄在一起之後，人家也不知道你是去打針還是去美沙冬。

個案3：反正過去都一樣就都是藥

個案6：不是每個人都看得懂啦，因為藥我們有打過要的才看的懂

個案3：不是大家都知道！

主持人：當然有一兩個疑慮啦，第一個我們卻時也一律說會不會本來我們自己本來已經克服，已經越來越不使用海洛因，又變回來使用。會或不會我們不知道，可能要做我們將來收集一些資料，我們才會知道，但是我在想，我心理諮商心理醫生進來，幫助大家用，本來就有想要減量，本來就想要改，他還是會自己管哩，為什麼，因為本來有工作本來有希望，我喝了美沙冬跟老婆的感情越來越好以後，我幹嘛又回去，所以這個跟個人自己如果把持的住，想要改變，我相信我們這個安全注射室他不會因此進來，但是還沒想清楚的人，我們先給他一個暫緩的空間跟時間，進去

之後我剛剛說裡面有心理師有社工師有醫師有護理師有急救人員，那他也可以跟心理醫師講一講說你覺得我現在開始調整生活好不好，我來改變好不好，那什麼東西我做得到，什麼我做不到，其實也會慢慢的，我相信有些人他用一用想開了，他也會就不在注射了，希望是這樣。

個案1：那以後有機會在去當志工。

主持人：需要，貴鳳姐也會需要有人做志工。那海洛因療法我覺得可能爭議大啦，海洛因療法老實說如果只是行政衛生署的，他是比安全注射室來的簡單，因為我可以都不跟別人說，我直接去衛生署，直接把海洛因調成二級，變二級和美沙冬一樣表示是醫生可以開的藥物，那醫生就可以正當的開海洛因直接注射，他不可能讓你離開他的視線，一定就當場幫你注射。

個案1：對啊，就當場啊，在視線內啊。

個案3：這有一個問題啊，你自己使用以後，四天三天就之內，有毒性啊，警察叫你驗尿，就出事情。

主持人：就是要有配套措施，一定要有醫生的牌，他會有一個說裡面的海洛因都是合法取得的，

個案1：就是有一個證明。

主持人：我們一定會給某一些醫生有特殊的執照。但這個爭議很大我想是因為一般民眾很難接受，因為他們知道，第二個是醫生也不一定會接受，醫生有的美沙冬就不想了，那第三像是海洛因療法怎麼樣去定義誰才可以進入這種療法是很困難的，老實說這個很困難，總不能跟一個人說你先喝美沙冬一個月沒用，你又用丁基原啡因也沒用，那你用納粹頌也沒用，那什麼都沒用你再來用這個，可能已經來不及了。

個案3：醫師評估，醫生也要專業的才有辦法。

主持人：對啦，醫生也要經過很多，所以這個其實目前比較多的障礙啦，那我們本來當初提是比較想把他當做那個癌症末期的治療，他如果已經有愛滋病，愛滋病也已經到末期了，全身有腫瘤潰爛，那你要不要叫他戒毒，那我們是不是看這樣的人，我們是不是要開海洛因讓醫師這樣注射，那有些人已經六十多歲了，他的家人也都不理他，自己一個人

個案1：無依無靠的。

主持人：還是來這邊一天打一針。

主持人：那你們看看我剛剛講的可行性啊、障礙啊，有沒有漏掉什麼？

個案3：只要你剛剛說的能實行，就已經很開心了。

個案1：這幾像如果能通過，不要說全部啦，只要有兩三項能通過，就很好了啦。

主持人：他是額外再賺一條啦，以後還有一條既除刑也除罪啦，以後就沒垃圾也沒戒治，以後就是選說我要去監獄和醫生那邊，我如果去醫生那邊，下次我如果做一個那個重大傷病卡的意思一樣，就是只有你知道和你的醫生知道，警察要捉或要幹嘛你就拿出來給他看，後面有我的醫生的，醫生說那是我的病人，就放走。但是會有一些現制我當當有解釋了，你不能說連續十四天都不去醫生那邊治療，也不能犯其他的罪，那一張只能說讓你合法的使用藥物，那是他（個案3）賺到而已。

個案3：我賺不到

主持人：丁基原啡因補這那個，會啦我會補助啦，我比較是希望，我不敢跟你們說我可以做得到，但是我們東醫師都會推動，那我們目前的規劃，我們有算過那個錢

個案7：主持人你說那個丁基原啡因的可能性不大喔？為什麼？

主持人：不是啦，是那個潛伏期，因為我們去計算那個，像我剛剛講說，就是要由政府出錢，成立一個藥癮治療基金會，那個藥癮醫療基金會我們算，如果要盡量得很廣的所有的海洛因使用者全部都可以以後不要（被個案1的聲音蓋住），一年差不多要二十億，我們希望政府可以跟我們保證可以給我們十年的錢，所以政府要給我們兩百億，然後要去跟企業改變他們的想法，有十年的時間啦，意思是說前面的十年政府出錢，後面的十年我們去跟郭台銘講、跟宏碁講，我們來改變他們的想法，將來張忠謀也許會說，對啊我們怎麼不做這種好事呢？那也許一開口一出手就是十億二十億

個案3：這是說政府他要先錢拿出來

主持人：沒有啦，你一開始就是要政府想要做，所以我的意思是說一開始這十年，可能需要政府一年出二十億啦，政府要出兩百億，要帶頭做。

個案7：美沙冬有補助丁基原啡因沒補助，難道短期沒辦法解決嗎？

主持人：這個短期沒辦法，因為當初做這個是因為要防治愛滋啦，所以像那個美沙冬的補助主要是來自於疾病管制局。下次如果包括藥癮治療的部分，用安非他命二級的，用搖頭丸，沒辦法治療，因為根本沒藥物啊，那如過用二級用三級，其實只有一個有辦法治療，就是心理治療，那個心理治療效果和喝美沙冬對海洛因治療的效果是一樣好。

主持人：吃安非他命的人要用心理治療啦，他治療的效果也是很好，但是沒有人要做，因為我剛剛有跟你們解釋，用藥癮酒癮的做心理治療健保都不附錢，那所以心理師都拿不到錢，你知道做安非他命的心理治療醫院給他多少錢你知道嗎？一個下午四百九十五元，

個案3：我之前去都自費啊，戒斷也是都自費啊。

毒品減害措施之研究

主持人：但是要去買藥就沒錢了，還自費。

個案3：所以有錢的人容易改，沒錢的人沒辦法改。

主持人：對啊，所以以後就希望這個基金會幫這些人出錢，我是把一級二級三級全部都算，差不多一年要二十億，但是其實政府是賺錢，他雖然出二十億，我現在幫他算法務部關吃藥的人，一年花六十億，我現在講說你拿二十億出來，留四十億慢慢關。

附錄八 焦點座談會議紀錄-民間組織座談會

一、會議時間：2010年11月19日（星期五）

上午 10：00 至 12：00

二、會議地點：師大衛教系誠大樓五樓 碩班教室

（台北市和平東路一段 162 號）

三、主持人：李思賢（臺灣師範大學衛教系教授）

紀錄：林春秀、石倩瑜

四、與會人員：

1. 財團法人淨化社會文教基金會釋淨耀法師
2. 社團法人中華民國愛滋感染者權益促進會張正學社工師
3. 財團法人基督教晨曦會申耀斌牧師
4. 中華民國觀護協會程又強理事長
5. 社團法人台灣露德協會徐森杰副主任
6. 更生保護會劉宗慧副執行秘書

五、與談提綱與紀錄摘要（與談人以編碼表示）

主持人：所以我想我們一方面我們開始做一些介紹，那另一方面我們也開始，跟我們今天的主題有關係，我今天的身分是台灣雀樂協會理事長，不是師大的教授，當然有時候因為用民間團體比較沒有負擔，我可以用我們第三方來重新來看這個事情。這個計畫其實研考會委託，研考會主要是受制於行政院毒品危害防制會報，在裡面其實衛生署還有很多的專家一再的要求他們說，已經做了幾年的美沙冬，一再請疾病管制局提出一些成果，看到這些成果是非常棒非常棒的，所以他們覺得說我們應該再往前跨一步，而且要

跨很大的一步（笑），那所以在往前跨一步當然我想在談更新興的減害措施的時候，除了利害關係人藥癮者我們在上個禮拜跟他們做了個訪談以外，很重要在裡面扮演角色其實就是在座的各位，因為很多的民間團體的投入，那所以包括我們就是在場的各位，還有常常在反毒大會見到的人（大家笑），都很需要一起來討論，結束了以後我們應該要有一些很細緻的討論，在第一線可以做什麼，我們面臨的問題，當然行政院研考會的委託其實最主要是希望我們討論一些新興減害的措施啦，會需要討論這個是因為有很多國家已經開始往前邁進，比如說我們今天要討論到的兩個主題，在很多歐盟的國家，在加拿大、在澳洲、在香港、在澳門，其實他們都已經開始開展這個事情，那我們就聊一聊我們需不需要，我們國家的政策需不需要談這些事情，我們應該怎麼做這樣子。那所以我想說我就稍為介紹一下這個的要談的事情，然後我再介紹一下今天來的貴賓，所以我想主要還是說這個，我們在過去這五年來承接這樣的一個案子。這個案子，我們在討論的時候，我們覺得過去五年台灣其實進行叫作減害的措施裡面，我們的定義其實會比衛生署的定義要來的寬一點點，最主要是因為衛生署他基本上是美沙冬替代療法、清潔針具的發放或交換，還有他們認為的衛教的諮詢，他們基本上定義三個是減害措施啦，那不過在我們的討論裡面，其實個管計畫應該也是裡面很重要的一個階段措施，可是比較可惜是C D C沒有把他放進去，但法務部跟衛生署花了很多錢在這上面，但是目前的做法是把個管當作是一個給美沙冬的藥或是維繫個案的追蹤方式，那也沒有真的讓這個case manage個管的整個做為運作的方式在運作，如果運作也是我們看到很多國外的個管是由社工師在中間做完整的運作的時候，他其實這個減少傷害是減得很好的，那這個部分我們就暫時先把他視為我們國家已經在做的減害計畫有這四項，那我們今天不討論這四項，然後我要討論的是新興的

減害措施的這個推動，那第一個呢其實是我們會看到在國外開始有一些我們交換到的經驗是，他們開始設立一些叫做安全注射室，那安全注射室基本上整個理念是說，在整個專業醫療監控的環境下面，提供他們乾淨的針具、提供稀釋液、提供衛教、提供心理諮商的服務、提供社會服務、護理的服務，當然我看到有一些國家他們是連衛浴設備都整套的，例如說經常在外面衛生環境真的不好，包括可以讓民眾做很多衛浴的這個設備，在這樣得一個前提之下，讓他進來到這個環境裡面，他可以去使用藥，那是爲了他的安全，他的生命做著想，那我們可以來聊一聊我們國內可不可以這麼做，能不能這麼做，因爲這牽涉到很多藥癮政策的問題。

第二個部份是在國外有一些地方，特別是在瑞士、德國、英國，這三個國家其實是比較早開始有提供海洛因作爲醫師處方的一部分，可以利用醫師的處方來提供海洛因給這些藥癮者，當然他們也都會有各個國家他們有自己不同的定義，比如說你參加過美沙冬的治療，效果不好，然後你要參加丁基原啡因的治療效果也不好，有的是比較沒有那麼嚴格，像是英國1990年代就開始沒有這麼嚴格的限制，因爲早期也沒有這些藥，所以就每個國家有自己的治療方式，那我們也可以來聊聊我們國內如果要做這件事情，會不會有很多的需要討論的事情這樣，那再來的話就是因爲既然這個計畫委託的時候是以減害計畫爲前提，所以減少傷害的時候除了我們講到的個人以外喔，我基本上是把比較分爲公共衛生的努力跟公共秩序的努力，公共衛生當然就是希望能夠有三級預防的可能，因爲當我們有了這個安全注射室跟海洛因療法鼓勵他跟醫生作接觸，三級的預防都有可能產生，那當然最重要這裡面就我們來談一談有沒有可能這樣的措施可以減少用藥過量死亡啦，或有沒有其他可能會發生的結果，那公共的秩序當然

也是我們是不是實施這兩個以後，對於社會的安全會不會有幫助，對於公共秩序會不會有幫助，對於藥癮者再犯罪得這部分會不會有幫助，那所以希望今天借重各位在你們的實務上，在你們經驗上，看到的一些情形跟我們做一些分享，那在最後我想說，因為所有的這個政策，那我們台灣一像是非常的能夠討論，就都很能夠討論啦，那當然這裡面最我常常覺得落差最大的一部分是我在焦點團體裡面寫到的最後那兩題，通常是最後那兩題很重要，一部分是其實我們常常希望能夠跟一般民眾做解釋，所以其實我們今天可以談一談如果像這些新興減害措施，一般的民眾他會有的疑慮大概是什麼，我們需要怎麼跟他談，他們會不會有很高的接受度，還是他們覺得不在我家旁邊就可以？第二個其實是所有國外這些東西的引進，我想每個國家有他自己的考量，有他自己的背景，所以我們要談一談在我們的社會文化裡面，我們到底適不適用，那這些就非常需要大家給我們一些意見，那我們在這些的前提之下，我在做最後一個說明就是，海洛因療法基本上我們待會兒談得那個對象是非常狹隘的藥癮者，基本上是海洛因已經成癮的，當然有可能是指已經成癮很久的，那對於安全注射室是來講，如果大家覺得可以，那個注射也可以拿掉，安全藥物的使用室，因為開始現在有其他國家針對青少年的DANCE SAFE或DRUG SAFE USE，那主要是因為很多的地方會讓他們去檢測他們的搖頭丸純度夠不夠，會不會有太多雜質，會不會有很多其他的參雜的東西，所以我知道德國國家就成立的覺做安全藥物消費室，他就不是安全注射是，不是只有注射海洛因的人才去，是所有只要使用藥物的人，他希望能安全的使用的時候他都能去，所以安全注射室或安全使用室的範圍可以寬也可以窄，可以由你們來定義，那這個安全注射室的時候就談比較窄，消費室是談比較廣，海洛因療法我們就只談海洛因的使用者，談很窄的這一群人。那我想就先介紹一下我們今天的貴賓……

（介紹貴賓略）那我想待會兒我們會進行大概兩個議題，那我想一個議題是不是先讓各位有五分鐘，稍微講一下你們的想法，然後我們大概再花個二十分鐘大家交換意見，所以我想每一個議題大概進行個四十分鐘到五十分鐘，那我們今天進行兩個議題，那我想是不是我們來討論一下我們是不是由窄到寬，我們先從很窄很窄的這個海洛因的治療來談起，還是你們覺得我們先從比較寬的，從這個安全的消費室來談起，那我想我們就這樣，從法師這邊來做個選擇。

民間1：我想還是先從比較專業的。

主持人：比較專業的，那一定是申牧師啦

民間3：我先聽聽大家

主持人：先聽聽大家，那理事長你就……

民間4：這叫笨鳥先飛嘛……

主持人：這也是有好處的。（笑）

民間4：各位前輩大家好，我想這樣，五分鐘的時間很短，那我就不要廢話，海洛因當然我贊成，我是贊成啦，可是問題就是說，我們的配套必須要連前段配套通通都要有，那我在觀護這麼多年，我覺得最頭痛的就是我們的法跟不上，那現在我不管用緩起訴或是用什麼，都沒有辦法配到這一塊，那最根本的問題應該是說，我們要讓他提供他足夠的緩衝，就是說一旦抓到了之後要讓他嘗試錯誤的期間有多久，要直接用賦予給他，我們現在變成說他不能嘗試錯誤，他只要一被抓到，就又回去，那如果說我們的法能夠先配合的說，抓到了之後給他一到三年的緩衝，例如說緩起訴，類似這樣的緩衝，可是緩起訴的緩衝他沒有嘗試錯誤的機會，我們應該要給他的室嘗試錯誤的機會，就是說這段時間之內我們不抓他，就算抓到還是重來，那如果有這樣一個嘗試錯誤的話，這種配套比

較完整一點，那後面大家顧慮到的例如說第二的議題那個，那個安全注射室後面的那個後遺症就會比較沒有，我今天打完了出來了之後會不會警察在門口等我，等等所有的問題，那我在你這邊打，我身上沒有免死金牌啊，我還是有可能會被抓到，那我抓到了之後怎麼樣，我的理解，二十年前我好像去德國去丹麥、瑞典，他們的是變成說第一次抓到戒，第二次抓到關、第三次抓到才發執照，就是說他們有他們的一個進程在，那他是立法立得很完整，我第一次抓到送你去戒毒，第二次抓到是真的去關，關徒刑，第三次抓到才徵求他的意願，進到這個海洛因的這個，那這樣子的話，會有比較能夠減少那些問題，那再來就是，不管我們怎麼樣設計，一般民眾我的理解，一般民眾是沒有辦法接受，那不要說一般民眾，連他們自己的家眷都沒辦法接受這些問題，所以我是在想說這個是需要長期努力長期的宣導，可是我覺得教授理事長的這個步驟是很重要的，就是說我們可能要花很長一段時間，可是我們現在不宣導，現在不呼籲的話，那會更頭痛，那問題會更嚴重，因為人家已經走了一二十年了，我們現在還沒有跟上，那這個問題會一直惡化，你看我一直談的一個問題是說，我們的毒品到現在為止，我們都還是，我們不願意去面對問題，你今天不管用什麼方式，一直把他往監獄裡面送，或者是我一直在形容那是個高速公路，只有起點跟終點，中間沒有交流道，你下去交流道其實是假的，下去了在轉上去，那這些人永遠在這個地方，那我們過去十年我們改了法之後，把他們進來第一次不算這些，我們只有在數字上把他降下來，那其實他們還是在，可是經過五年十年之後，這個數字已經沒有用，沒有意義了，因為我們只有第一次不算，那第二次第三次的還是照算，所以現在的數字顯示說毒品的嚴重性恢復到十年前，84年我們修毒品危害防制條例之前，會慢慢顯現出來，所以其實那個嚴重性會越來越多，那當然現在我們有了我們現在所謂的這個減害計畫已經做了四五年之後，似乎有降低一些，可是這個降低並沒有完全

解決那個問題，因為也只是在把問題往後延，那唯一的我們所謂維持療法，就是說把這一些人如果算到那個安全注射室、海洛因的範圍以後，就把他通通拉開了對不對，就是說我覺得那個是損害控管的，我一直在那個想損害控管其實就是說，杯子裡的水打翻了之後，我們趕快把他撈起來，那杯子裡面剩下多少水就是多少水對不對吼，我覺得我們這個現在毒品減害就是在做這樣事情，就是損害控管，這些人如果沒救了我們就趕快把它切掉，就是說讓他們在那邊去自生自滅，可是他們不要損影響我們整體，我所謂的整體不只是我們國家的預算的支出直接耗費在他們身上，那整個社會的治安那些副作用等等，我覺得這個是比較實在的，可是要遊說我們的政府官員，願意正視這個問題，願意從長遠的角度去解決問題，我覺得是很困難的，所以呢遊說這個教育，或者是針對社會民眾、政府官員、高官的教育其實是，粗淺的提議，謝謝。

主持人：謝謝理事長給我們的他的想法，我們接下來開放，還沒有開放喔（眾笑），還沒有一輪，開玩笑，當然我們主持人跟共同主持人就少說點話，所以就跳過去。

民間5：就是我自己在看那個病人的時候，如果他是對於那個安全注射室的話，他應該是比較多樣的樣貌去發展，因為現在複合式的使用就是合併，就是藥物的附合使用，多重藥物的使用，其實是一個趨勢，而且不管是更新藥或是傳統新藥其實大家已經混在一起用了，然後海洛因又有分不同的那個LEVEL這樣子的時候，我會覺得如果只有單純窄化那個安全注射室的那個使用的話，我覺得其實好像也沒有辦法回應到整體的需求這樣，所以那個部分。然後對於這個安全注射室是我之前看到影片是他們適用無塵室的概念去推，他們名詞使用是非常中性，那無塵室他是用，就是裡面他是PURE的，就是沒有汙染，那裡面要穿戴一個完全乾淨的環境，讓他們去做所謂的藥物的使用，那諮詢的部分像**主持人**這邊所寫

的，那他們裡面有一個比較大的，我覺得比較大，那是我看到的時候我自己覺得我很欣賞，可是他對於這個藥物的解釋純度的部分，他是有各類型的藥物然後去幫助使用者辨識使用這個東西安不安全，那這個東西我覺得也要回到那個減害的脈絡去維護使用者的健康。我個人是覺得那個部份的，我自己大概現在出現的東西是這樣，然後我其實剛才很贊成理事長的就是那個高速公路one-way，就是他下去交流道也只是繞一圈，然後他最後的終點還是繞回到高速公路上，然後我覺得台灣的戒癮跟所謂的減害其實，我自己個人看其實這應該是兩支啦，我自己個人覺得是兩支，而不是全部都放在一起看，那有一些藥癮他不是成癮性很高的，可是他有愛滋，那他就一定被放在所謂的美沙冬治療的那個脈絡去看的時候，其實在他們的次文化裡面他們也會變成兩支，我覺得他們在他們回到原本那個group裡面以後，也會變成兩派這樣子，然後好像都要選邊站，因為那個資源的那個部分就好像把他們定義成，你就是這個、那就是那個，然後你覺得在那個脈絡之下，那個標籤化會更嚴重，而且那個在他們的group裡面也再次被劃分開來這樣子，那我覺得這些東西是很細緻的影響到他們有沒有辦法回到正常的生活，那這個東西又變成是說，他們有辦法回去的那個助力是什麼，比如說他們的家人一再感受到的，或者是網絡是感受到他們被很多東西標籤或變異，他們會夾雜在整個很多藥癮的那些朋友，也沒有辦法讓他們再回去，尤其愛滋藥癮這一塊，那對於她們社會脈絡的那一塊，好像也，就是我覺得他們是在夾縫中求生存的那一塊，那個會透過這些複雜體制一直把他們推到一個極端化，所以我自己個人會比較選擇，我無解啦(眾笑)，那是我自己個人的感覺，我沒有解釋，我自己經驗跟看到的東西，那如果是在我覺得台灣現在好像沒有太多所謂的戒癮中心只有毒品危害防制中心，他是一個管通報的那個，又是在高速公路某一個交流道的休息站口這樣子，他不是另外一個way，他不是一個可以出去的路這樣子。

主持人：是休息站

民間5：對他是一個休息站，而且那個休息站只會把他分發到不同的一線二線三線，但是其實都是往那個終點站去而已，他們會讓這些朋友會覺得說他們好像是有選擇權，可是其實是沒有的，就是其實我覺得他們會被就是會被決定到很多的線道，可是那個終點其實他們是看不太到的東西，他們也是被決定的，所以他們沒有選擇權的狀況之下，他們看不到另外一個可能，這在我自己的服務經驗跟脈絡，大概初步的分享。

主持人：謝謝，選擇的那個權力某一部分也是這個計畫要做的，就是說以前，當然比較大的選擇要不要除罪，那是比較大的問題，那這個計畫可以幫忙的選擇說，藥癮治療裡面，他現在就是走美沙冬那一條，那接下來可以自費的走丁基原啡因那條，可是還有很多其他的治療的方式，那我們其實不太願意提供給他們有很多的選擇，那當然這裡面如果將來海洛因也是一種不要戒願意自己去買海洛因去安全注射，可以提供更多貼近他的需求的選擇，那個大概都是理想，我們繼續(笑)。我們請那個副執行理事提供我們一些看到的一些狀況。

民間6：其實我是贊成理事長的說法，因為其實不管你用美沙冬或是剛才那個治療法或是說服用海洛因，就像理事長說的其實配套措施，就像當初放出來大概一萬多個藥癮犯，最後還是回歸回去，那一次的警政署就在講說整體的配套措施就是完全沒有做好，然後那其實你們也知道說藥癮戒治是一種我們把他當作是一種疾病，我們覺得說治療一半就把他放出來，那你配套措施沒做好就是把他放回去，回去就是接受到其他的人的引誘，那事實上來講我覺得不但是法律上也覺得是醫療方面的配套措施沒做好，因為他其實藥癮者他其實是，他藥癮傷害他的身體最重要是他的心靈這方面，因為我們剛好前陣子就碰到一個海洛因的吸藥癮者，他最後已經到了中度的

精神障礙了，那今天他其實還再偷偷的吸海洛因，只是不是說今天給他海洛因，他解除他生理上的一個，讓他可以舒緩，可是他的精神上面呢，他還是沒有被其他的一個醫療去幫他去減緩他的精神上面，所以他其實是惡性循環，就是在不斷的運用，他其實已經經過就是觀護過了，然後也藥癮戒治中心，所有方法都使用過了，事實上在觀護過程中我們還認為說，其實觀護人都知道他還在偷偷的使用，既然關護的人都知道，而甚至他有一次使用到他自己都忘記，他觀護人跟他講的日期說今天我們要驗尿，那他就是躲避這個驗尿的時間，他自己會到外面的機構去驗過一次，他竟然精神恍惚到外面驗有的那個東西拿給觀護人看，觀護人一看就嚇到，他自己就等於是自曝已說他自己其實還有在用藥這樣，對，不過問題是他還是過了關護期這樣，就是說其實是給他機會的，並沒有把他報到警察單位去，只是這個觀護期間或了以後，他還是在繼續用藥，那事實上來講，配合這麼多其他措施對他來講是沒有用的，那我們是覺得說如果有一個很好醫療單位，然後配合他的心理上去輔導的話，或許因為像一般來講，就我們知道過程當中就像那個之前不是有那個士林之狼嗎？那大家都覺得他是一個強暴犯，只要去勢那就好了，但是實上錯，大家都知道其實去勢對他來講並沒有什麼，他可以用其他的方式，他是整個那個心理上面那個心理沒辦法戒除掉，過程是沒辦法，所以你今天再用其他東西他可以替代，可是問題那個東西是心理上面的渴望慾望，你要怎麼樣去把他制止掉，才能就是搭配到你的這個方法才是有效，這是我們在輔導的過程中碰到的一些案子，然後我們在更生保護人來講，其實每年花在毒品我們全省大概有十五家，我們的全省大概中途之家大概有三十八家，一半以上都是花在藥癮戒治這上面，我們的金費都是花在這上面，那其實剛才好像有說法務部都有補助錢給我們，事實上法務部只有補助一千萬，那我們更生保護會是財團法人出生，我們自己還要找兩千多萬來去支付這個中途之家的費用，就我所知在九十六

年減刑出來的時候，我們光台南分會爲了這個美沙冬，就花了大概半年而已，就花了大概五百多萬的處分金，花在美沙冬上面，那事實上來講我們全省有十九個分會，那這樣花下去政府的財政還有這個民間要怎麼樣找這個資源來支付，這是一個龐大的金費，就像那個理事長講的，要一般的家人一般的團體都沒辦法去接受這樣的事實，那你要怎麼去說服民眾還有家人，我覺的這是很重要的，還有一個金費上面來講，我一直覺得說，其實應該是說，一般民眾常講一句話，使用者付費，那這是我自己個人的想法，因爲我們現在在監所來講，我們是推行監所的特色，就是監所的受刑在人裡面他們學他們得技藝，那我們幫他們去賣了以後，就錢會分到他們的身上去，那當然就是像戒治所，我們就會鼓勵他們這樣子，因爲你知道戒治所出去他們要去付那個戒毒費用，那一般的家屬來講，他們其實都很困頓，而長期被他們吸毒的人帶垮整個家庭，那個費用對他們來講其實是很龐大的費用，那我們就覺得說你順便輔導他們在監獄上面，除了學技能以外，自己要去自理，有那個能力去負擔，而且我們辦了中途之家，發現我們中途之家的藥癮戒治，我們爲了他特別開放到一年半，因爲我們去坊間巡查了解道說戒毒這個心理介入，最起碼要到一年半才能到達那個有效效果，一般的中途之家大概是三個月到六個月，可是後來我們發現到我們花了這麼多的錢在這個藥癮戒除者，一年半以後出去，比如十位好了，事實上來講，可能六七位又回來我們這邊，所以我們在想那個效果到底，那花了那麼多錢的效果好像都沒有辦法，那我們但是我們還是要強調說，如果能把心理那一塊做好的話，其實他的成功效率會比較高，因爲畢竟我們可以講他們二十五週年以來，他們其實真正靠心理這樣的輔導，成功的人比較有可能長久性，那你靠這種替代療法的話，其實他會一直重複使用，因爲他的依賴會越來越大。

主持人：好，我們也謝謝意見跟想法吼，不過確實身心靈好像只有

解決身，所以我會……

民間6：醫療那上面沒有配合好，真的……

主持人：其實包括心理跟社工也都無法進去，因為健保也都不給付，確實這部分問題也滿大的，我們是不是也請法師也跟我們聊聊。

民間1：好，我們主持人要我講我就先行講，講得不好你們要指導一下喔。對於剛剛不管是我們理事長或是我們陳主任或是我們宗慧小姐所講的，我都認同，但是我是覺得說，我們這個毒品的問題，誠如我們程理事長說的，配套不足，為什麼配套不足，是因為無心做為，第二個，為什麼法令不全，因為這個叫無知，一個是無心一個是無知做為，因為無知所以不懂得怎麼做，因為不懂得怎麼做，人家的建議他又不接受，所以就造成問題在那個地方，然後想要掩蓋，掩蓋沒有辦法消除真正問題，那只是會讓他自己更多，外國人家怎麼做有效的，我們又不做，那我們最不行得最讓人家感覺到痛心的是，我們主管這一塊業務的人，卻是對這一塊相對的無知，我在行政院參加那個毒品防制會報的時候，我跟這個王清峰王部長建議，那麼就是說該怎麼去做，他也有心去能夠從建議當中去做，那我一直等一直等，等了沒有，等了沒有的話呢，後來正好就是他碰到了那個主管官員，他就說這個處長啊我們報過去的公文怎麼樣啊，他說我們還在評估、我們還在評估，他就是不評估，所以因為我們以前是誤會你們法務部不做為，但是因為他這樣子問我我才知道說，問題原來是出在主管官署，那麼主管官署剛剛我們李教授提到說，我們全國反毒會報，全國反毒會議，我們不知道反毒會議開什麼對不對，然後呢好像是這個國家已經沒有毒品問題了，所以甚至還討論說我們以後半天就好，我就覺得說乾脆不要開，對不對，那開那個東西花那個錢做什麼呢，他沒有作為，對不對？為什麼沒有作為，是因為他不懂，那麼不懂，下面的人有心要做，上面的人不支持，你知道嗎我們已經退休了，

我們這個法務部的這個過去叫做這個毒品中心這個緝毒中心，緝毒中心那個主任呢，也是一樣開大會的時候他就在那邊跟我抱怨，他說我們怎麼樣抓、怎麼樣佈線、怎麼樣了解，然後呢怎麼樣跟這個相關的國家怎麼配合，怎到他們寫的洋洋灑灑的一個計畫，送上去，存參，他說存參我要怎麼做呢，所以好啊上面講存參，我們就輕鬆，樂得輕鬆，那麼但是上面的存參也好，想做事的人被存參，對不對，而輕鬆也好，但是受害的就是我們廣大的百姓，這是你我聽一聽以後本來是忍得不想說，那個忍不住也說了。那麼第二個問題啊，我剛剛覺得我們這個宗慧所提到的，戒毒中心花多少錢花多少錢，讓他感覺到他們的費用是這麼高，這個問題要去找尋他真正的問題所在，吸毒，什麼叫作吸毒，這個藥癮這個藥癮呢他本來就是一種大腦的慢性疾病，你要他需要長期的治療，因為成癮之後的話，他的腦細胞，我們去看他們大腦的結構，他本來就，腦細胞他的化學生理的基因，都已經不一樣，都已經受了傷害，如果沒有藥物的時候，成癮者會感到無法忍受的戒斷症狀，他的痛苦，他的痛苦是我們沒辦法想像的，那麼戒斷症狀可以持續幾天，可以幾個月，也可以幾年，完全要看他使用得這個毒品的種類以及他使用的時間的長短而定，你要去就問題來解決問題，而不是我們目前只是一個地方那麼讓你，如果我們每一個都有辦法能夠像什麼，像我們晨曦會，當一個藥癮來的時候，他用關懷，他用宗教關懷，大家陪著你就禱告，讓他本身自己覺得他有希望，讓他有得到關懷、有得到鼓舞、有得到支持，所以他在那種痛苦之下，大家陪著他一起禱告，在心靈的層次上面，在他大腦的受傷害的情況下，他是會有作用的，他是會有作為的，所以呢成癮的人比較容易罹患的這個就是精神的疾病，那麼他會有什麼呢，有憂鬱症啦、有焦慮症啦、恐慌症啦、有精神分裂症啦、有人格的這種疾患，那麼目前這種因為這個藥癮的這個戒治呢他是不能容易的，所以預防絕對勝於治療，在這一點上面我本來是等說下一回到行政院開那個毒品防制

會報的時候我再去放砲，反正你要總是要，不是各部會的首長到那個地方去大家都是去當聽眾，那只有民間的幾個人大家去放砲，我們跟楊教授呢就是說們跟束連文醫師，就有我們幾個人去那邊放砲，那我們也有感到一點點安慰的是，過去的最高行政長官對這個是一張白紙，所以有時候我有一個不好的想法，我就覺得說最好是總統的兒子或者是行政院長的兒子或是他的女兒去吸毒，或是媒體的有權力的人的孩子，讓他去吸毒，讓他去感受一下，那這樣的話，所以上位的人重視這一塊，媒體得這個主事者也身受其害，才會去重視，政策法令能夠訂定完整，媒體能夠去宣導，這個效果就會看得到，所以我有意見的是，交通部他一個交通安全，你去聽聽電台，一天到晚就是怎麼樣、怎麼樣、怎麼樣一直在不停的宣導，我們請問一下毒品的理念、毒品的為害會比交通事件的傷害小嗎？但是，我們在座的諸位請你們聽一聽，那一個電台那一個電視台，有在宣導毒品的壞處，所以要講說預防要怎麼預，我們都是形式上，真正懂得的官員不受重視，過去我們完管局的局長，那個教做李志恆是真的懂的人，但是不被重視，那麼比較會人際關係做得好的人會被重視，但是被重視他不會作為，那所以這個就是我們的共同悲哀，因為毒品的問題是我們共同要去面對的。那麼要了解道說，這種藥癮的傷害，是越吸越多，傷害性就越強，越久就越難治，所以能夠早期治療絕對勝於晚期的治療，那麼把毒品的使用把他當作是犯罪的行為，只會讓吸毒者逃避治療，問題不能解決，這個社會問題太多了，那麼導致這個病情的惡化又是你本身的健保要去給付的問題，對不對，又是他吸毒傷了自己又是我們全國的百姓要來共同挑責任，那是挑那個責任好呢還是你現在想辦法幫他戒治的成本來的高呢，這個有志者自己去想歐，那麼從這個當初裡面呢，他會延伸的，因為他生理上的需要，所以剛剛我們陳主任提到說，這個好小，我因為老了要看一下這寫了什麼東西喔，是剛剛宗慧講的，就是使用者付費得這個問題喔，那麼你本身了解，

他們本身就是沒錢，要去偷要去搶要去騙，那麼如果他有錢，他就想要去吸，對不對，他不會想要去戒，等到他真的沒辦法了他想要去，你不幫他，只有更惡化，所以他會延伸多大的這個犯罪，那在這個地方呢我忍不住，不要用五分鐘，用五分鐘講不完喔，這個我先講，我先講一個就是2009年就是去年墨西哥，墨西哥的話呢，因為藥癮的這個管制，絕對不像槍支，那麼墨西哥的他光是一個什麼毒品戰爭，在毒品戰爭當中裡面呢，就有六千五百人喪生，喪失生命喔，同期在阿富汗的衝突當中裡頭，阿富汗的戰爭裡面，人民平民人數被屠殺的只有兩千四百人，我們從這個數字裡面看到說，軍警假軍警之力，要想能夠抗毒，都還是困難的，那我舉這個例子，然後呢剛剛我們宗慧也提到他共用針頭延伸愛滋的問題，以及感染這個肝炎的問題，這些等等等等的傳染病啦、憂鬱症啦、精神分裂啦等等，嚴重的精神疾病，造成社會更大的負擔，到底是你應該開放給他們去做戒治，來的成本高呢，還是他延伸得整個成本高，第三個容我再講一下，我們可以看得到，我們現在目前全國的監獄大概是六萬將近四千人，那我們就用六萬人來說就好了，六萬人的話監所裡面每關一個人犯，一年要花我們老百姓的稅賦16萬，我想這個主任對這方面很清楚的喔，16萬，那麼在監的人數，六萬人我們以六萬人來講的話呢，現在目前跟吸毒被收容在裡頭的，或者是因毒品而犯罪的，整個的人犯呢，最少最少六成以上，六成以上，那六成以上的話呢，這個就以六萬人來講的話，就有三萬六千，就有三萬六千人，那麼政府呢一年要花多少錢去照顧他們呢？五十七億六千萬的預算，五十七億六千萬的預算，那麼到底是那個大，花費大，還是這個花費大，請想一想喔，那麼毒品呢如果你本身自己能夠把他除罪化，這個除罪化不是現在我們在創造的名詞，這個其實在多年前我們陳聰明陳博士，陳聰明陳博士他已經看到這個問題，知道他這個本來就是一種疾病的問題，所以你應該用治療，所以如果能夠把這樣子的花費，五十七億六

千萬，跟這個所有這個社會成本能夠轉過來，能夠成立一個你加強你的醫療機構，有專職的醫療機構來做治療，那是不是問題可以得到更好的解決，所以這個他們啦，這個吸毒者呢，如果說賣毒的換政府來賣，我們假設是說，那個也不是賣啦，政府提供給他們吃就好了，提供給他們吃也是有條件的提供，那這個就像剛剛我們李教授提到的，不管瑞士、不管荷蘭、不管澳洲、不管加拿大，他們本身呢提供就是讓你來施打，你來施打的話呢，最起碼你來打了你不會去犯罪，你在這裡施打你不會感染愛滋，對不對，不會有這個愛滋的問題，那這個有時候因為你提到說經費從哪來，經費其實可以從這個菸品捐，對不對，可以從菸品捐，可以從什麼監獄的勞作金，也可以能夠考慮撥部分出來，或者是說你這個剛剛我們宗慧提到的緩起訴金，這個緩起訴金，他政府要做，政府絕對有辦法知道哪裡找金費，否則的話，你光你把這些人送到監獄裡面去，變成監獄裡面承受著很大的壓力，同時他一年要花費五十七億六千萬，所以我在這個地方把這問題提出來，就是叫大家也請大家共同去思考，這個是我們現在目前共同存在的問題，那如果你把這個監獄得這個五十六億七千萬，五十七億六千萬呢，把他挪作，逐年挪作成立一個財團法人醫療基金會，專責來做這一塊的話，那這個金費又可以省多少，所以去算一算你就會知道說到底怎麼做才是對的，所以為什麼我會講到說配套措施是無心，那法令不足是無知，這道理是從這個地方而來的，那你看看他們本身就是這個，吸毒得這個藥癮他本身呢這個，吸毒者他本身買毒品，他買毒品呢，一定要錢，一定要錢，這個我們不說其他的啦，因為還有一些話你在這講太多了，就是說，因為我們本身現在目前，一個吸毒海洛因以海洛因來講，海洛因呢一個人一天大概最少要三劑，一劑我們就以一千塊來說，那麼每天他就需要最少要三千塊，要三千塊，那一個月就需要多少？九萬，最少他的消費要九萬，所以一個人一年最少要花一百零八萬在他本身購買毒品上面，那麼以我們現在目前吸

毒者到底有多少，真正講起來他只是一個黑數，有一天王清名院長問我說我們現在毒品的人數多少，我說那就問政府啊，政府抓到的人數看多少啊，但是那個抓到的人數大概只是這個吸毒族群當中的少數，的少數，那麼以法務部現在目前所講的，現在目前大概有二十到三十萬，所以如果在這一塊，我看到這個題目的時候呢，我就看到一線曙光啦，因為研考會願意來面對這個，那我看到一線的曙光，也就是說政府有在關心這一塊，那這一塊的話你看現在目前到底我們全國的吸毒人口有多少？不知道，那麼如果我們今天能夠勇敢的去面對事實，開放，那你開放你，我講的開放不是那種沒有條件的開放，是有條件的開放，所以我的開放是開放，然後後面有刑這個有法律伺候的，那個才是真正去解決問題，那個解決問題譬如說我們開放就是你什麼樣得我開放，由政府開放讓你吸食，那變成納入什麼，整體的管理，那因為整個的管理之後就可以把資料整個建置，你來吸不用那個，那把你這個整個的建置之後，納入管理、納入輔導，那麼也可以納入追蹤，那這個確切能夠了解道說吸毒的族群的情況，你也可以進一步的，因為他在這個地方要弄的時候你還可以有人有社工人去輔導他，有研究的人員去跟他聊聊那個心態他的想法，那這樣子的問題才能真正抓到他問題的核心，那這個要告知他就是說有條件的，我現在目前開放讓你吸、讓你打，是要你戒治，要讓你吸多久由醫生做評斷，由醫生去做評斷，你吸得多久，你大腦的傷害是多久，那我先用以毒攻毒，我先提供讓你吸，我先讓你吸，然後我要再從吸的當中裡面一直幫你減量，幫你一直逐步的減量，大概要多久的時間，這個叫做以毒攻毒，對不對真正懂得毒的，真正懂得藥的人，他本身連砒霜都可以當治療，當這個當要來做治療，那這個就是看你的本身的劑量，所以這個我完全是從這個理論來說的，你要去做治療，要把這個他濫用才產生的傷害，那麼你怎麼樣去用變成治療，這是我的論點，那醫生評斷說你吸得多久，你吸了三年，好那我就開放你吸三年，三

年如果你沒有戒治，沒有戒掉，那對不起，我就用重刑伺候，把你跟社會隔離，對不對也只有沒有辦法的情況下，你要能夠有鼓勵，那麼也要有恫嚇，那麼這個目的就是要幫助真正對所有吸毒者怎麼樣幫助他們去做戒治，這是我的這個論調，那麼……

主持人：先到這裡，待會兒還會有其他

民間1：好的好的好的

主持人：我們謝謝法師，他從無心跟無知跟無所作為，當然提供了很多關於我們可能需要付出的成本，藥癮者本來的本質，那這是講得非常的深入，法師其實很謙虛，那我們接下來是不是請正學跟我們分享一下。

民間2：我自己，因為我自己是社工的工作，所以我想的是我自己在，因為我之前有在希望待過，那時候都在桃園有成立一個工作，一個藥癮者工作站，然後所以我一開始在看到這個題目的時候，我想到得就是跟玟如講的比較像的是說，怎麼樣設立一個工作站，他是可以多元的，或者這樣的功能是可以多元的，因為那時候我在，我們自己在工作站的時候那時候可能有一些規定，譬如說你進來得人你是不能在這邊打藥的，不可以幹嘛的，但是我們事後在回收清潔針具就會覺得奇怪，在我們辦公室的清潔針具為什麼明明沒有這麼多人拿過來，但是我們辦公室的清潔針具不斷的增加（眾笑），對，然後到這邊發現原來會來找我們的人，其實他們都會在我們這邊打藥，或是在廁所打，因為每次進廁所都會去很久都不出來這樣子，那但是我之後想想說，這也未嘗不是一個好的方式，因為他們知道打藥的時候是到我們這邊來，然後我們這邊什麼都有嘛，針具也有、水也有、藥也有、空間也有這樣子，只是可能是在廁所的空間這樣子，那所以我但是我也不太了解說，因為那個清潔針具的交換站，好像在台灣那，時候做到最後好像是，好像沒有民間交換站，這個部份就好像

沒有特別再有什麼民間交換站的成立，都是在醫院跟藥局，然後桃園那個站因為之後就撤掉就沒了，那我那時後的想像是說，我那時候在那邊的經驗的好處不是一個就是，我覺得最主要的部分就是在關係建立的部分，因為就我們社工的立場，然後我們那時後有培養同儕教育員在那邊，那他們會找會打藥的在那邊，那好處是什麼就是，我覺得就因為以前就成立工作站的目的是因為愛滋，愛滋造成的，那打藥的朋友就跟剛剛玟如講的，他們自己會分說誰是有愛滋誰是沒愛滋，沒愛滋可能就比較高尚一點這樣子，但我覺得在工作站有一個好處就是，他來了之後他就會發覺，他對愛滋會變得比較熟悉，那他慢慢會知道可能我們有一些同儕教育員他其實就是一個感染者，他就會知道他其實是我朋友，對那我覺得那個，那個過程是好的，就是他來了這邊之後他對愛滋的了解會增加，然後另外一個部分是他對愛滋的接受度是會增加的，因為他們很多人，我不知道在監獄會不會有這個狀況，就是說他們自己出去也會說，他知道那個人是有愛滋，他就會不要跟他，就不會跟他做朋友，他們知道危險，那個危險是說我就不要跟他在一起了，那個就是等於是在，還是感染者嘛，雖然他們自己知道我是分開用針具的，所以我比較想到得是說怎麼讓，因為我們那時候設立的站就是在一棟比較是商業大樓裡面，然後旁邊就是k t v啊，然後就酒店啊，然後那時候我們在找地點的時候，我同事就講說找這個地方最好，因為就是既混亂，然後管理員伯伯每天看這些人所以他也不覺得奇怪這樣子，所以他就很順利在這邊，然後我覺得那個好處是有的，只是我不知道會不會因為我們那時後在桃園做，那我不知道這個東西跑到雲林去做，或跑到其他鄉鎮去做是怎麼做，只是說我們可以做出一個東西來，另外一個好處是，這些人他們打完，就是早上起來然後想打藥或什麼，他就來辦公室找我們，那找我們他就陪朋友聊，他就在那邊看電視看一整天嘛，就在我們那邊吃泡麵嘛，然後那個泡麵時間過了之後就好了，對，那他可能只是晚上回去

他可能會想打，只是至少從早上到中午到下午這段時間，他全部就是在我們這邊打屁聊天這樣子，那我覺得這個環境是好的，至少因為一方面他討厭，他怕公部門嘛，所以就來我們的這樣的單位是放心的，雖然我們自己遇過警察跑到我們站來抓人，那個抓人是找人去作證據，就是指正那個是藥頭這樣子，對，那但是那個過程我是覺得是，雖然那時後有講說警察不可以接近我們，什麼那裡那裡，但是他們還能找來，但是至少我覺得我們從那個，我覺得主要是警察怎麼對那個法，怎麼定義的問題，但是這個東西如果可以被執行下來，然後這個站可以用民間的方式去成立，但是我覺得可以這其實是可以，因為我們那時候拿的錢是桃園縣衛生局給的錢，對，然後我們那時後就在那邊設一個站，那如果說那個站是可以運作的話，我覺得其實是好的，至少像以前的朋友他們就是去喝美沙酮，美沙酮喝完就會在回來我們辦公室，他們每天的工作就是這樣子，然後他就在我們那邊，從我們之前同儕教育員，就是從開始做那個打掃工作開始，然後做做做他做久他開始會知道說，他有朋友要去喝美沙酮的時候就帶他去，我覺得那個是一個訓練過程，但是要有這個空間去訓練他說其實你是可以做事物的，那那個自信才會產生，否則我覺得很難，因為他們出來他們也不知道要幹麻，只能回去找朋友回去打藥這樣子，那我剛剛在想的東西是這個東西，就是如果這個工作站裡面，他設在一個，因為我覺得在台灣設這個站一定會被住戶抗議嘛，但是像我們那時候設那個站，好像沒有人，沒有人理我們，因為他們都很開心終於有人住在一個混亂的地方，他們那個地方終於有人租了這樣子，那如果說可以這樣做，那我覺得那個關係的聯繫是我們以前做反毒，我們在桃園我們跟桃寮很熟，所以有個案來，我們就是跟桃寮的聯絡，那就是跟醫療單位有合作，因為國外好像是一整棟好像就是可能社工也在裡面，醫生也在裡面，我不知道在台灣能不能這樣做，但是至少在社工的範圍，或者是工作的能力裡面，他是可以去作的，那我們社工

自己會到監所去作訪視嘛，那所以那個監所的訪視跟出所到公作站的連結\捌醫療的那個部分，我覺得是可以連起來的，但是在台灣我覺得好像是連之前在做減害的工作，到最後都沒有人做，好像到最後的工作只剩下發清潔針具跟，就發清潔針具跟喝美沙酮，然後衛教跟後續的這個東西其實是不見的，對，那我自己的想像中其實是比較是放在說，我那時候怎麼做，但是我覺得看不到後面有人繼續做，那我們現在討論這個我覺得跟大部分當初在做我們在做工作站，其實是想法應該是一樣的，那我覺得那個其實是可以去做，由民間去做其實是比較可以去做的，然後，剛剛在講那個前面，那個海洛因療法那個部分，我覺得一個問題是，因為大家過去民眾似乎對減害計畫可以慢慢接受，是因為大家覺得愛滋很可怕，所以就給他另外一種毒品讓他能夠不要再去有愛滋嘛，但是你現在我覺得我們現在要說服的會有一個困難是說，那你再提供海洛因給他，這樣子能夠預防愛滋嗎?或者是說你不是說用希望用其他毒品去抑制他對一級毒品的上癮，那你現在又還是提供他一級毒品，那何必政府還要出錢呢？我覺得那個問題就是會，我覺得會很難解釋啦，就是可能我們要有一套方式，怎麼解釋說讓大家接受說這樣子的療法是有用的，或這樣的療法應該怎麼做，但是我自己會覺得在台灣的做法一定是要，要有一些限制或者是有一些，有一些條件的，因為我覺得好像有條件台灣人比較能夠接受說，這樣是可憐的人，或者是什麼樣的人，我覺得可能是要慢慢的一步一步做這樣子，然後我剛才其實那個安全室的那個部分，我想到一個部分是同儕教育員的部分，因為那時後在愛滋條例裡面有歸定同儕教育員的那個，把那個法條規定進去，但是我一直在問那個同儕教育員叫做什麼，其實好像在實際上都沒有在執行，因為我們那時後最開始在講工作站是說你到我們這邊做工作站，然後我們就給你發一個同儕教育員的牌，然後他好像叫作免死金牌，就是他出去外面的時候可以做相關的事情，但是實際上好像也之後也沒，除了衛生

局好像知道那是特定的，其實在外面並沒有同儕教育員這個東西啊，我那時候去監所跟大家講說你們出去要參加減害計畫，就可以當同儕教育員，結果大家都，最後他還是被抓了就回來罵我說，我為什麼跟他們講說參加減害計畫就不會有事，對，那我覺得那個同儕教育員那個概念，跟那個因為我不太清楚國外到底是怎麼做這個東西，但是那個訓練跟那個跟他能不能有所謂的免死金牌，這東西怎麼去做應該是要有，因為其實他我猜猜還是有很多人他想要出來做，或許同儕教育員是他可以做的一份公作好了，或許，對，但他勢必今天還是要去接觸到他以前接觸到的那些藥飲者，他勢必有可能回去吸毒啊，對啊，那你怎麼去定義他說，但是他如果回去吸毒但是他可以每天因此而建立關係，然後因此而帶一些朋友來工作站，那這些東西到底是好還是不好，對我們怎麼去定義他啦，我覺得同儕教育員的那個法規定在法條裡面，但是從來就只是定在法條裡面，從來沒有人去檢視說現在台灣到底有多少個有牌的同儕教育員，那同儕教育員到底都在做什麼，只有我知道以前衛生署有發一個文說什麼要顧定檢驗，如果驗過幾次就不行了，可是就我所知，我們自己的同儕教育員以前還是照樣在打藥，但是我給他的說法就是你上班的時間來都是正常就好，平常的時間繼續去打藥也沒有什麼，因為你如果給他驗兩次，那我想台灣就沒有同儕教育員，對我覺得衛生署的想法是很奇怪，就是因為可能以前我們希望工作坊發生早上教育晚上賣毒這件事等等上了報，但是我覺得那跟那是實際的狀況嘛，就是他花了那麼多時間在這邊做教育工作有什麼不好？因為這就是以我們的立場去監所其實可能很多不一定會相信我們，有同儕教育員去是好的，但是同儕教育員這個制度從來沒有人去檢視說他做到哪些，那做到是怎樣，其實我不太清楚是國外到底他們實際是怎麼操作的，那個操作方式是怎麼讓他吸引來可以做這個東西，然後有什麼誘因讓他覺得說我樣繼續做同儕教育，因為台灣只有說你發針頭然後給你錢，所以他們到最後

的做法就是大家拿一把針頭去自己打一打，然後全部拿回來收，來領錢嘛，對然後衛生局就跟我講說，因為C D C要看這個數字嘛，所以每個禮拜就告訴我說你的報表多少，他們要比說桃園縣多少台北縣多少隻這樣子，對然後這樣子到最後同儕教育員就是爲了錢每天都然後拿出去自己打，打一打就全部回收來給我們，那個意義在那裡？但是C D C要看那個發針數字，但是同儕教育員他實際可以做的事情很多，但是沒有人想去做這一區，如果那個區塊可以培養，就好像在做同志的那個，同志教育的那個區塊是一樣的嘛，就是如果有同儕在藥癮的那個同儕，我認爲其實他們頭腦都很好啦，對，他們的頭腦好可以想到很多我們想不到的東西，應該善用他們頭腦好的這個區塊，對其實躲警察是一個方式嘛，他可以用其他的方式用在，用在他可以對我們在工作上有利的地方，那我覺得那部分是可以被討論的。

主持人：好，謝謝，那個跟我們分享了他的田野經驗（笑），那好，不過剛好你再這裡結束，我們可以把同儕教育員的問題轉到申牧師的身上，他訓練的同儕教育員可能是最多的。

民間3：沒有，我想，今天我們討論這樣一個議題歐，那個當然毒品的危害大家都很清楚，我也不用多談這方面，那我們牧師剛從美國加拿大回來，因爲他每年都會去兩次到加拿大美國去那邊工作，裡面有戒毒村嘛，那我把這個議題跟他講說我們要討論這個，因爲李教授那天通知我參加這個，我說要討論這個議題海洛因療法，牧師說一句話，這個議題忠於出來了，這樣的意思喔，那我就跟我們輔導部的主任徐怡昌主任，現在調到教育部去，他那天說我們現在美沙冬的這種替代療法，那海洛因也算一個替代療法，另外一個替代療法，那美沙冬療法現在最大的問題是我們的配套措施，幾乎都沒有，當然這是爲了愛滋病當年擴散的問題，今天我們面臨這個問題，我在接到這個，這幾天天我上網找很多資料，我真的找很多資料看，看國外的資料看很多，了解他們在做些什

麼，有一些資料說如果有一天醫師說要開海洛因當處方給你，你要不要接受，他談到的是瑞士，他們當年1980到1990年那年毒品犯的很嚴重，他們就成立了H A P就是要祭罰，瑞士的國民沒有存參是支持這樣的一個，後來通過他們公投，就是支持，支持的原因是什麼，因為發現到這個毒品問題是越來越嚴重沒辦法，那他們也了解，為什麼會支持，因為他們知道這個戒毒是沒辦法成功的，尤其海洛因，你看所以他就支持，那美國跟歐盟就批評他們說助長毒品氾濫，那英國當然也是很早就有這個計畫，英國，所以可以想說台灣我們這個國家今天討論這個問題，終於是面對這個問題，束手無策的問題，當然我們晨曦會的立場，這個我提跟牧師談了很多天，我也跟我們的門訓同學，跟他們談了很多問題，其實我個人，對不起我是覺得這個問題，就像我剛剛跟美沙酮我是不贊成的，就是海洛因。因為戒毒喔，當然我說戒毒是很難的，真的是很難，尤其海洛因，那個很難戒，可是我想大家都知道我們政府做的事情都是已經是虎頭蛇尾的，不要說戒毒工作，什麼都一樣，所以很多事情雷大聲小，然後做了也那些，然後主政的很多也不了解這個計畫，那所以我就問了我們戒毒的弟兄，他們跟我講說，如果開放這個的話，對他們來講是一個福音，社會以後打海洛因，真的可以公然打，真的很過癮（眾笑），我們當然會擔心一天三針夠嗎，結果這個高劑量的人，他們說根本是沒有意義的，他說我沒關係啊，三針如果是免費的還不錯啊，可以減少我毒品的花費，你今天知道他們的心態是什麼，雖然他們已經戒了很多年了，已經戒成功了，那我說如果這樣子你會覺得怎樣？他們講了，我問了我們那個門徒很多，他說這可能會助長更多的毒品氾濫，我說他是以他們這種過來人談的問題，那我說將來的問題，這是滿嚴重的，這問題就是說，我們今天不是要做一個配套措施，我也希望有安全注射室或者希望如果這樣成的話，但是在我個人我不是贊同的這個，就我個人的立場，我問牧師牧師說這問題滿嚴重的，按照我

們晨曦會立場，我們覺得這樣，如果真的有這一天出來的話，那我們的戒毒工作在做些什麼？我們的反毒工作在做些什麼？我們怎麼跟民眾去解釋這塊，當年愛滋病擴散，用這個美沙冬介入療法我們可以跟老百姓一般民眾做解釋，不要說我們晨曦會，要成立一個新的地方新的據點，要成立的時候，我們要花多少時間跟附近的鄰居去做溝通，尤其這個工作，最好不要在我們家附近，我想露德如果說要成立一個安養院，你們都知道嘛，所以今天我說，我們的配套措施如果做得不好，各方面都不行，就像我們這次美沙冬的這個療法，到最後發生的疾病，我們心理輔導這個都沒有，這個跟本沒，所以我覺得我今天來談論起來，我覺得，如果這有天是成立這個樣子的話，我覺得對我們國家是個悲哀，是個悲哀，管你偷搶，你公然可以去使用，管你公然用，所以我們的弟兄說了，那這樣的話，反毒幹什麼？每天開那個會，然後每天宣導做什麼，不要宣導，連宣導都不用了，真的啊，反正你就是要用嘛，我的意見是這樣子，所以今天我們在討論問題，我是覺得，到底有沒有一個結果？對不起我就直說，到底有沒有一個成效？這個值得去商榷的問題，那個晨曦會26年來我們做的工作，像民間6小姐有提到，我們一個戒毒的三個月一期，三個月一期這種人一比一左右，我們是晨曦會剛來台灣做，先是半年，後來一年，再來一年半，一年半還是最基本的，包括兩年，門訓考進門，進來三年，兩年三年五年，五年一個吸毒的人要整個完全改變，我在這邊這麼多年了，我在做這個工作31年，1979年開始工作，勒戒那時候開始的，我發現到至少有五到七年，最基本的，我們晨曦會去年一個弟兄，十八年回去吸毒，十八年，很穩，所以我覺得今天問題，就是我討論問題，我講一句女生說的，這個無解，那個人吸毒得越來越多，你救了一個人要多少年，我就一個人要多少年，又多快就進去了，像現在多少多少拉k的，一樣，所以，今天我聽了各位的，很高興講，我覺得我們今天怎麼樣去好好正視問題，如果真的

有要這樣的話，我們怎麼樣好好的去，不要像美沙冬做得一樣，半調子，你真的要做的話你就去做，怎麼去跟社會大眾，告訴他們，這個的意義是什麼，這個要靠要很大的很長的時間去，要怎麼面對一些吸毒的人，他們講得動嗎，看你怎麼說，那怎麼辦，所以，現在我們同學在講啊，他們在笑，我說要跟他們談，怎麼談，這個是一個夾鏈袋，他要怎麼打，這麼一點是一錢，這一點是一錢，一錢是3.6克，那1克可以打六針，低癮的人，高癮的人不只，一錢約可以用21針，如果對一般人，那如果說那個打得久的人，那打到十五針就用完了，所以一錢台灣的價是台幣大概兩萬四到兩萬六，一錢，一錢這一包，這個夾鏈袋，那你想想看我們台灣這樣每一個人一天這樣打花多少錢，剛才淨耀法師說的我們花了很錢多去做預防，去作這些，五十七億，如果真的好好去面對這個問題，其實反毒早就好了，可以做一個成效，可是我們算是一個馬車制度，我很早就跟X X講一個香港的戒毒委員，好好去做，好好去思考，我們現在戒是不分，好好做嘛，好好做我們晨曦會，我們不分教會，我們相信戒毒可以成功，按照聖經的原理，只要這個人的心改變，心靈改變，真的是可以戒成功的，是可以成功的，你看我們這有很多成功的，走得滿好的，不是不能成功的，只是我們怎麼樣好好去思考，面對問題，謝謝。

主持人：不會，謝謝牧師很重要的經驗，也很重要的思考，所以我們接下來，那我們就開放大家想要再說一點話的，或想要交換一點意見的。

民間5：我想要回應一下正學在講這個同儕教育員地部分，其實我們在的時後有聘兩個藥癮的同儕員，然後其實那個時候是因為我們想要做藥癮減害這件事，那時候可能我們不知道有所謂的同儕教育員金費，所以我們機構很努力去申請了所謂多元就業的方案，去支付這兩個教育員的薪水，那後來這兩個教育員其實都在我手上把他們送回了監所，因為他們就是被抓

到在用，可是後來我發現那陣子從監所出來找我們的比例非常的高，是因為我們的同儕教育員其實到了監所還在做教育的工作(笑)，就是，其實我會覺得他們會在那個，就是一但他們是認為那個東西是有助於他們的健康，或者是一些正常社會的維繫的時候，其實他們會有自己想要再影響別人的那個可能，所以我覺得他們到了監所持續的教育其他藥癮同儕朋友們，然後會，我覺得這些東西會有一些效果，那當然有一個因為是十八年，不知道能不能等到他出來(眾笑)，那有一個是已經出來了，一年八個月，出來之後他其實很，我覺得他告訴我說，我很喜歡你們那邊，可是我再也不會去你們那邊，因為他們怕再遇到之前的人，那他會定期的跟我通話，每次都是在我下班以後七點過後才告訴我說，我上去看你一下，就是他們會來，來看我一下，然後可能就是捐個一千塊給露德然後趕快又跑掉，對，然後我就跟他講說那以後我們約在外面，然後可是他跟我說不要，我約在外面會有一個困難是因為，他會覺得，因為我覺得他的那個心理是很微妙，就是他其實會想來，然後又不敢來這樣子，我覺得那些朋友滿辛苦的，不過我覺得也是因為他那樣子的過程，他其實有一個很大的意義是在於，他的家人看的到他在做這件事情，所以我會覺得那個還是回到這樣子牧師說的那個愛，或是說給他的支持系統，還有他要做給誰看，那個東西如果沒有完整的被創造出來的時候，其實對於他們戒癮是難的，那個已經不是愛滋而已，那我會覺得是說，我剛才聽了滿多的分享，我覺得，我自己我想要回應的是謝謝大家分享經驗給我們，去做更多的參考這樣。

主持人：那謝謝玟如分享

民間4：我也回應申牧師的一點，我提供我個人的感想，就是說，申牧師講的我通通都能感同身受，我也能夠認同說，從戒毒的角度來講，很擔心這一步跨出去，會有一些其他副作用，那我剛剛提到那個所謂嘗試錯誤，所以呢其實我的想法是這

樣，不只我們要給我們的新朋友嘗試錯誤的機會，我們自己政府也應該在這個領域上嘗試錯誤，所以我們才要多元化的進行所有的可能性，所以，戒癮是一個可能性，可是呢這個維持療法或者是海洛因療法，也是一個嘗試錯誤的這樣一個機會，如果我們從這個角度去遊說我們民眾，說不定民眾的接受度比較高，就是說我們剛開始我們不是全面的所有的通通都給他，那我們嘗試錯誤一下，你容許我們政府也嘗試錯誤一下，我們試看看說這個療法對於某些以經長期施用的人，那是不是能夠減少他的副作用，可是對於剛開始的人，我們還是希望能用這樣的方式，所以第一個是嘗試錯誤，第二個我是想說配套喔，配套，其實，我在這邊分享我相信教授應該都知道，我們十幾年前有一個老鼠樂園的實驗出來對不對，那我看paper好像前幾年也有一個教授在做，把那個納粹粹去做賭博成癮者，也發現有用對不對，所以其實環境改造是一個，另外一個我們可以談的問題，所以如果我們在推這個海洛因療法，就是申牧師好像前面幾位大家都在談的就是說，你現在的這個美沙酮純粹是在給藥，其他都沒有，所以那個配套是，那所謂的配套其實是環境改造，所以我的建議是說，如果我們能把環境改造放在我們的海洛因療法的那個整個計畫的推動的裡面，我們要遊說我們的政府，施政的人也要說服一般民眾說，我們這個療法不是完全只是給藥而已，而是我們的配套環境改造在這裡面的話，說不定他們的接受度會比較高。

主持人：謝謝，基本上你們要盡量把我當成我什麼都不知道(眾笑)，因為我想聽的就是打從你們的腦袋裡面到底在想什麼，當然很謝謝大家的分享，所以剛才其實後面從正學那邊大家稍為談到一件事情，確實是在做整個那個心理社會環境的改造啦，不過這件事情當然也有一部分我們剛開始也會談說，有一部份最困難的部分其實是跟一般民眾的怎麼樣來溝通這件事情，因為大部分他們其實如果本來那個烙印

就堅持的在那裡的，有時候我們講再多他很難進到領域裡面去。第二個其實是這個，謝謝申牧師其實剛提到的有一些藥癮者他們的疑慮啦，我們確實在跟藥癮者座談裡面，他們也有很多的疑慮，那這些疑慮當然也都要幫他考慮進來啦，比如說他們真的裡面有很多地人都會擔心說，那會不會將來有更多的人投入海洛因施打，那這個其實是一個疑慮啦，那當然還有很多其他的疑慮，包括各式各樣的，包括這個他們會不會因為這樣子導致更多他週遭環境地人更加強的反對，他們也擔心這種對抗會越來越強，那所以他其實有非常多的疑慮，那不過當然這個有一些在討論的時候我們就可以多花一點，比如說怎麼去界定，那如果不應該做的話，我們真的有的那個疑慮會不會有還更多，我相信還有更多啦，但是會不會有一些好處，那當然這些我們都很難夠過我們的討論確認下來，那我覺得這個牢騷接下來只有發給法師聽，因為我覺得我們台灣不管做什麼政策，都應該要有一個客觀嚴謹的評估啦，像我剛才講做這個減害計畫，其實今年算第五年了，目前為止所有嚴謹的學術評估應該是零，通常都只有cdc自己拿他的資料出來講，那當然他是經過篩選的資料，像正學要cdc每個縣報針具給我啊，他不管你怎麼出來，他只要那個數據。

民間2：我那一次去國際研討會看到就是，他報說那個什麼藥癮者之後就業率七成，然後我就想說是見鬼了嗎，我們自己到底是哪裡就業率，如果就業率這麼高的話，那我們這裡……我覺得那個報告是一件很奇怪的事情

民間6：回應就是說當初用美沙冬其實有有六成已經戒了，三成是回到監獄裡面，那三成算他的費用，就業率其實並不高，因為我們其實，那我是想問說如果使用，那像這樣子，就是說這些回籠到監獄的人沒有辦法使用海洛因療法，那那個東西是中斷的，像這樣子這些配套措施，是不是又浪費一些的錢，那其實我想回應剛才法師講的，事實上來講，其實你在監獄

的時候，如果我們在監獄，那些戒治地人其實第一次戒，就是碰到毒品的人，跟第三次跟累犯，其實是應該分開的，做一些醫療的行為，那這樣法師講的你把那些錢，妳在監所就把他做好，做他這個醫療上面或是心靈上面輔導的話，事實上這些第一次使用的人出來以後，事實上來講，他們是比較不容易接觸到毒品，而且其實晨曦會為什麼我們一直常提到，我們合作當中其實很多室跟晨曦會合作，事實上來講，真的心靈療法是最好的，因為我們發現說真正靠福音介入或是其他方式心靈療法出來的更生人，他在工作上面還有就是說他拒絕毒品的那個持續力會比較高一點，他如果靠藥物療法的話，事實上來講他受到引誘力會比較容易受到誘惑，那我們牧師也知道，我們很多就是用靠心靈療法的人，其實現在很多的那個更生人，他們在他們的領域上面來講，他們就是成功的就業，不但是成功的就業，他甚至像你講的同儕的人員這樣，到監獄去幫處很多人，其實那個效果是非常好的，我就想問一下說，你用了海洛因的藥的話，那以後萬一這些人又回歸了到監獄，那接下去的……

主持人：就是還是要說明一下，我沒有要支持這樣的東西啦，基本上你要把我當成白紙，因為我的責任是蒐集各方不同的訊息做整合，然後在最完整的訊息的前提下給政府知道，不同，可以支持也可以反對也可以有很多不同。

民間6：就像剛才正學社工講的，事實上大家用那個美沙冬，就在那個工作站就是耗費在那邊，那真正去就業以我們輔導來講，真正去就業真的很少很少，真的是沒有，其實這怎麼講根本不可能達到七成，我覺得一成就很了不起，甚至講不好聽一點，他可能在前一個月真的有去工作，可是到第二個月可能就不見了，那更不要講到第三個月。

主持人：你的意思就是，每個不同的接觸的人，你會有不同的感覺，老實說是這樣，沒有什麼意思啦，這我的想法還是說其實像我會一直跟研考會跟行政院的一直在談說，其實應該做

更多的資料的蒐集，然後好好的告訴我們說現在發生的整個樣貌是怎麼樣，比如說我接觸的部分，因為我過去這三年陪伴至少六百個美沙冬的使用者，那我們看到的其實說他大概有30%左右會一直維繫在美沙冬裡面，而這個30%呢，其實幾乎有八九成後來都穩定的在工作，那他們後來我們也同時做了剛剛那個宗慧很在意的心理的部分，所以我也去了每個家庭幫他的配偶拉或者他的父母啦，我們做了很多的教育，告訴他他怎麼樣可以反過頭來支持他這個人，那我們就發覺其中有一部份，當他開始有得到東西的時候，他會非常的珍惜，是他過去這幾年沒發生過的事，那因為他的珍惜所以會產生這個矛盾，他會覺得說那我碰到以前的我應該好好的告訴他我走了這個走出來的路，可是他又不敢跟他見面，然後就會產生一個矛盾，就是既想要回來幫忙，可是又不敢回來幫忙，因為他擔心他回來以後他的意志力不夠，他會重新又回到跟以錢的朋友又在一起，又會陷入了另外的困境，那他會失去一些他現在開始獲得的生活的品質，他獲得的家人的支持，因為他們其實心裡都很清楚家人的支持其實是非常的脆弱，只要再來一次，可能他的家人也受不了，他自己也受不了，他就處在中間的那個情境，那我覺得總體上來講，我們國家其實面臨很多環境的改變，我覺得很需要做環境個改變，第一個最需要改變的那當然是政策上的問題了，那個部份其實我想幾位可能知道我們跟曾勁元檢察官、立法委員其實有在進行修法，那我們將來會把所有東西既除刑，但是不除罪，因為檢察官希望是不要除罪，那我們希望長久一直到最後是既除刑也除罪啦，那這個當然路可能還有很長的一段，因為這跟大家要選舉有關係

民間6：因為，教授其實，我們講的是說現在剛好法務部正在推動這樣子的方案，我們就是從建議的那個新店戒治所開始，事實上來講，第一次辦的時候其實家屬都，我們門診來的家屬都

很多都給這個戒治者支持鼓勵的效果，那其實來講我們就覺得說，其實就像就像那個法師講的，其實法界的人其實一直在做這個反毒然後投入很多，可是一直覺得說真的，回歸到我剛剛講的，真的很希望醫療的這個體系的也能就是投入，像我們國內根本連一個完全就是好像戒毒的這樣子的一個完全這樣的醫療機構，是用把他當作病來做治療的話，是不是應該更多的，不是靠現在的毒品危害防制中心，他其實就是衛生調一些的人，工作人員，他是本身還有他本質的工作，那他其實是兼職，然後做這樣一個毒品危害防制的工作……

主持人：我們現在有四個專職的人了

民間6：那事實上統計畫去，法務部有團隊啊，法務部撥了兩億元，做這樣的工作其實是不夠的，因為其實應該更多給更多的醫療機構。

主持人：對，會要求法務部撥三十億出來，因為三十億撥出來做毒品治療基金會，全部投注在作除了藥物以外的，包括心靈的我們也很鼓勵，包括心理的我們也很鼓勵，包括社工的鼓勵，因為過去這些東西都沒有做，也不期很大的原因是沒有財源，那當然沒有財源最大的原因是在法律上我們還是把他視為犯罪，那如果我們現在可以先把他除，某個形式，法律上先除罪，除罪以後我們在政府那邊可以動用這個資源說，因為那是動用出來幫助那些人，所以這個抱歉，這有一點離開了今天的主題，不過我還是要強調就是說，這個研考會委託的這個計畫只是對於新興措施的一些討論那，並不代表我們必然要走這條路，那有的人當然會贊成，有一些人會有一些疑慮，那有一些人他覺得他會反對，那我們也很希望在大家的討論完了以後，我們接下來會擬一個一般民眾的問卷，可能會進行電話的全國性抽樣的調查，那我的想法也是大概一般民眾會反對的人絕對是非常非常強烈，那不過我想說就是盡量維持在一個中性的立

場，然後我們盡量來詢問更多的人的意見，那怎麼樣來看把事情可以做好，各位還有沒有什麼想要多討論一些？

民間1：對於這個，因為我在監所裡面從事教化工作已經二十五年，那麼接觸的這個就是觀察勒戒、強制勒戒喔，那甚至是是煙毒犯也是很多，那對這一塊的話我倒是覺得說，政府應該是認真的去看待這一塊的問題，那麼把所有的問題給看清楚了就不是問題，那麼應該怎麼樣能夠真正的去加強，怎麼樣去宣導，讓大家知道，那麼你的配套措施要如何做好，要能夠知道是說，他們本身用這個東西以後呢，他產了的一種所謂的生理上的變化，對這個精神疾病的問題，他本身延伸的這個政府的這個金費更多，那只有是說怎麼樣讓那個大家不去碰毒品，那已經用毒品的這一些人你要勇敢的面對，去處理他們，怎麼樣能夠去在生理上能夠去幫他做修補，然後在心理上怎麼樣能夠去幫他來支持他，那麼再來就是說，他本身出了社會之後的話，社會應該怎麼樣能夠去，有什麼地方能夠讓他本身能夠去做的，比如說你可以為他們這些人看有什麼樣子的一概園區，讓他們這些人啊能夠到那個地方去工作，那麼對於就是說假使政府能夠說開放給他們本身去吸食，我剛剛本身也一直強調的是說，那個吸食用治療的方式，是由醫師評斷，對不對，我們本身的這個有人這個會認為說沒有吸毒的人會再來吸，那這個本身來講是你醫生去評斷你有用這個東西的人，才能夠去做這樣的事，對不對，你沒有的人，你醫生已經就你的診斷當中排除了這種不是藥物使用者的話，你根本就不可能去碰到這一塊，那唯有納入管理，納入了管理的話，第一個你才能夠真正掌握到真正的人數有多少，第二個的話你才有辦法能夠進一步的去怎麼樣去輔導他，第三個他才不會說他想來也不敢來，對不對，第四個你才不會說他們本身想要戒的，可是警察又在後面怎麼樣去抓他們，所以你要如何能夠有政府的一個機構，所以我剛提到就是說，如果你弄一個財團法人的醫療機構，那麼專責

的來對這些人怎麼樣去做治療，否則我剛剛給大家報告的，他會延伸的就是憂鬱啦，對不對，這類種種的種種的精神的疾病，這種種的精神疾病的話，你家人的面對的痛苦會更痛苦，社會需要去動用的成本會更高，所以要去遊說的部分是看你本身從哪個角度去遊說，就是已經碰到的問題我們要勇敢的去面對去解決，而不是用這個駝鳥的心態，我沒看到就表示沒有問題，我們今天對這一個問題我們不關心，那我們就不需要去提任何的意見，我們會提任何的意見，表示說我們對這一塊，我們對這個國家，我們愛這個國家，所以我們不希望這個國家受到傷害，我們愛我們全國的同胞，所以我們不希望我們的同胞，因為毒品的問題而受到傷害，所以才會提到說你應該是把問題面對，那麼用醫生的評斷你的戒治時間需要多久，那如果你多少時間你沒有戒治成功的話，那我就考慮用法律還伺候你，那就這個用現在目前的一罪一罰判，那你只要吸一次我就罰你一次，那麼就可以把你的罪擱持個幾十年，讓你這個找個地方比你怎麼樣隔離，那隔離的話他還有一個做為，可以參考的，我們馬總統他也去看過，就是香港的那個石虎州，香港那個石虎洲的話呢，他那個完全也是他們的醫政處跟社會處，他們勞工處，他們整個的結合，他分成了十二個工廠，然後按照你的類別，然後醫院裡面你想要去，他們就會人帶你去，那按照你本身自己的職能或者你想做什麼，給你配到不同的工廠，有那個香港戒毒會來負責，他就是由這個社會處，相當於我們的內政部啦，就是用一塊錢租給你香港戒毒會，那麼他那個地方也有一個醫院，那他本身也很多人過去幫忙去那個的話，我想他三四十歲可以工作嘛，那人家是怎麼做我們是可以參考，針對有心，我相信就不是問題，雖然毒品的問題是很難搞，我們當然也知道，但是只要有心，勇敢的去面對，問題就相對的會減少。

主持人：謝謝法師，那我們就……

民間2：我是比較擔心的是會跟之前那個美沙冬的狀況是一樣，就是大家都出現這個東西叫海洛因療法之後，然後呢大家就會想說，這個療法應該歸在衛生署在管呢？還是法務部要管的？然後到時後大家就推來推去，到最後只有衛生署要做，那但是實際上這個東西明明是很多部會應該要配套，或者是我們自己在講，如果這些藥癮者他們還要繼續一些連結跟支持的話，那其他的部會都不想做事，所以他只聽衛生署講什麼他才願意做什麼，那這個措施做到最後就會跟可能會跟美沙冬是一樣的，就是停留在發藥給藥的狀況，然後沒有後面的東西，因為我覺得這個才是我們，我覺得在做政策的時候的問題啦，就是其他部會都聽到治療聽到愛滋、藥癮，他就反正這都不關他的事情。

主持人：謝謝。大概是這樣啦，這樣說，海洛因療法我剛剛有提用，針對的對象會很狹窄啦，也謝謝大家今天分享的一些經驗，不過我們將來原則是會盡量的把這個範圍縮到非常非常的窄，因為就我們團隊裡面討論，然後也知道的一些經驗喔，因為海洛因療法我們並不會提供給所有使用海洛因的人，這不是這樣子做啦，所以我們其實會經過一個比較鹽井的評估，他有一些條件，那當然這些條件特別是在我們自己的團隊裡面討論，我們其實認為比較適合得對象喔，是比較類似像他已經比如說類似我們的安寧療法，有一些人他已經在末期了，比如說他是藥癮愛滋那也已經在末期了，你要不要讓他去喝美沙冬，要不要告訴他說你其實毒品是可以戒得掉的，他其實是我們有一些已經看走到了後面，走入了一個跳脫不了的困境，是不是有可能用這個方式來協助他啦，那第二個當然就是說，目前對於提供海洛因做為療法其實是還不合法的，原因是因為管制藥品的管制條例是不允許，所以除非將來海洛因他能夠被修正在管正藥品裡面他也掉到第二級，他如果一直在一級，然後有非常嚴格的管制，有很多其他的措施其實是會綁住他

的，那第三個是說，跟大家分享，海洛因療法其實，雖然我們聽起來好像那個英國瑞士是很早就開始做的國家，但是其實在台灣杜聰明博士在很早期1900年初，他也曾經提供嗎啡做為治療的辦法，從那個時候看起來也是滿不錯的法，那第四個當然是說，剛剛法師其實有提到那個海洛因的提供，某一些學者是很支持由政府提供，因為他最主要想要消滅的對象並不是做為藥癮治療，而是想要消滅毒梟的利潤……

民間1：那也是一個很好的方法！

主持人：因為你把這個毒梟的利潤都消除了以後，我們再回過頭來治療藥癮者有很多的措施會變得更方便更有效……

民間1：因為毒梟呢他會想盡辦法去推銷他的毒，那麼像我輔導過的衣對夫妻都是吸毒，那麼他的先生是某個幫派的老大的保鏢，那麼這個老大，過去的黑幫是有兩派不碰，一個是賣人口不做，第二個就是毒品不碰，但是現在目前來看，完全是在利字掛帥之下變了質，現在的黑幫把女生推到火坑裡面去，用毒品逼她去賣淫，那麼甚至於身邊的小弟全部養他們吸毒，有的他們小弟順便開始去賣讀，那甚至於他們吸收什麼中輟生，吸收中輟生呢就把，叫他復學，復學就是到學校裡面去專門去賣毒，那這種情況的話呢，其實都是存在的，那你看前面多久不是高雄有一個高職一班四十個學生裡面有三十個吸毒，那麼學生一下了班就是要到直接要下海去賺錢，外面被剝削，所以這種問題呢應該是我們應該勇敢的去面對問題去解決問題。

主持人：這是一個部份哪，不過卻時要解決毒梟的問題是很大的問題（眾笑）。

民間1：所以我剛剛提說墨西哥跟那個，還有一個研究有出來古巴他們每年大概花了三百億美金去對抗這些集團，結果這些集團更加的龐大（眾笑）

主持人：不過這個大家聊一聊，今天其實非常謝謝各位前來給我們意見，那我們將來這個報告我寫出來以後會給各位一份，也在幫我們看看有些什麼意見，到時候都還是盡量提供，因為我覺得我們在這個給政府這個政策建議當然有是越廣然後越完整越好，謝謝大家。

毒品減害措施之研究

附錄九 深度訪談紀錄（藥癮者 A）

R: 沒有電腦，沒有網路…好，那我們開始囉！那我們先問說，就是目前台灣有施行替代療法、針具交換、衛教諮詢這樣的一個服務，對你來說有哪些影響，或者有哪些不足的地方，等一下就請你稍微做一下你的看法，我們就先從替代療法開始好了。

A1: OK，替代療法，就是我…從 96 年，大概 10 月，恩…我從前面開始講噢！我是 90 年，40 歲的時候接觸到毒品，90 年就曾經有的那個兩次勒戒的經驗，勒戒大概都 20 幾天左右從看守所裡出來，也沒有辦法排進那個戒治，戒治是 1 年，勒戒是大概一個月以內，所以我覺得，當初我個人覺得是勒戒對一個吸毒的人來講沒有什麼成效。監所的強制勒戒沒有什麼成效。20 幾天，我們剛出來那種藥癮…的那種…需求性還算滿高的，心理上還會想要。所以你進去那 20 幾天強制勒戒，那個效果非常小，出來幾乎說走回頭路啦！所以那個回籠率非常高，恩，回籠率很高（強調）。你說要排戒治，一年，幾乎啦，如果你是用靜脈注射的人噢！我現在講嗎啡的部份，靜脈注射的人要強制戒治的話，一年啦，其實他如果在戒治出來之後，一年後他要離開這個毒品的話噢，我覺得也是不太容易。爲什麼呢？就是他的環境因素影響非常的大。也就是說他沒有離開這個群體，但是還在吸毒的環境的話，他還是會走回頭路。根據我的經驗啦！大概 100 啦，100 個以內就是不管勒戒或戒治，出來之後會成功戒毒的，我看大概大概 3%，3%-5% 左右，會比較少，不會變多。這個原因就是，我剛剛講的-環境

R: 環境，就是他出來還是…。

A2: 所以這些朋友，你沒有遠離他的話，你還是會混在一起。所以我個人的看法就是離開這個環境，比如說台南，我們就離開台南，到別的縣市去發展，這樣或許才會遠離這些朋友，一段時間，3 年、5 年甚至 10 年，你就會遠離這個圈圈。如果你還待

毒品減害措施之研究

在這個環境，一樣走回頭路，機會相當相當大，除非說很有心去戒。所以你看，吸毒者一而再，再而三的進進出出非常多，然後我就是，就是因為這樣，我在 92 年，恩，我 90 年勒戒兩次，每次都 20 幾天出來之後，我就…就中間有 90 年的 6 月份到 92 年初，這段時間是真的，我沒有吸毒，沒有碰毒品，就遠離這個環境，我去做生意，有時候去別的縣市。但是在 92 年我又回到台南之後，家裡也是要吃飯的。以毒養毒，賣毒阿，然後來吸毒，變成這樣阿。所以從 92 年底才被判一條販賣。

R: 販賣毒品?

A3: 對阿，10 幾年，從 92 年底開始關到，照理講要實行到 103 或 104 年左右，恩，但是就是因為我有去驗到那個舌癌，法外就醫，申請法外就醫，在 96 年的 10 份申請法外到現在民國 100 年，三年多都在外面，治療我的 HIV 還有舌癌、還有 C 肝，就是滿多疾病的啦！那這段時間，我不諱言啦，我在法外這段時間，我還是有去接觸到毒品，只是沒有以前這麼頻繁。但是在接觸毒品的同時，我一直有在接受替代療法。從我法外之後，第三個月，就是開完刀，癌症開完刀住院出來之後，就一直在…為什麼我會去是用替代療法，恩，就是成大那邊也是有那個美沙冬減害計畫嘛，成大醫院。

R: 對。

A4: 他建議我說如果我的藥癮沒有信心自己戒掉的話，參加成大減害計畫或許有幫助。當初他這樣子告訴我，我在考慮，為什麼會考慮？因為我知道說這個美沙冬也有成癮性嘛！而且它的成癮性也是相當可怕，不比海洛因低。當初如果說，我是吸食海洛因已經成癮了，沒有選擇的餘地，我來選擇美沙冬，使用它來戒掉嗎啡，情有可原。但是我在嗎啡沒有成癮的狀況下，你…成大醫院也好，或別的單位也好，你要勸進一些嗎啡成癮或是非成癮者來使用美沙冬真的要三思，因為他當初沒有告訴我，美沙冬它的成癮性。

R：所以他都沒有講，你就去用，你以為就是純粹可以戒毒這樣子？

A5：對對對，我以為說就是喝個

R：改用口服的

A6：一個禮拜、兩個禮拜就…不喝，嗎啡也沒有成癮，也不會怎樣，結果，錯。我一喝就喝了一個月，當我要不去喝的時候，已經來不及了，已經成癮了。而且他的成癮性和症狀比起嗎啡有過之而無不及。沒辦法不喝了就是了，而且被綁死了，不能外出。比如說，就今年過年，過年過節。我想回去台南找親戚朋友或什麼，也是不行阿，我回去一天，我就要跑回到屏東再喝，除非我轉診，轉回去台南喝，這就是替代療法它的缺點，就綁在這邊。我當初要來這邊屏東工作，我也是經過了深思熟慮，從台南那邊轉這邊喝。

R：只想要遠離當時的朋友這樣子…

A7：對對對（認同），而且這邊剛好…快樂聯盟剛好有一個很好的工作機會，輔導個案，所以美沙冬勢必要轉到這邊來，不可能天天往台南那邊跑，我就下來。但當我搬到這邊之後，像是我過年過節，人總會思鄉阿，說不會就太誇張了，像要過年，沒有辦法回去台南那邊喝，還是要在這邊喝。所以我過年，比如說假期我停 10 天，我…還是要在這邊待。如果說可以啦，可以帶著走，比如說我一個健保卡帶著走。我這邊沒有喝，我去台南別家喝，喝完了 OK，我再那邊喝三天五天都沒關係，這個假期結束，我在回來這邊喝，如果可以做到這樣，那我覺得這個減害計畫就非常完美。

R：對，他們已經有預計未來這…接下來會讓你們有這個便利性，對對對。

A8：嗯嗯（認同）。這個一點，還有一點就是時間性。我覺得，疾管局這個計畫立意良善沒有錯，但是它的時間性，我是覺得不是很喜歡。你又要吸毒者希望說他有正常工作，收入穩定，自己

自足，但是你喝要時間爲什麼說要用上班時間來說，譬如說，有時候我找到一個工作，從八點上班，下班五點半。但是中間，我吃藥的時間也是那段時間，早上八點到下午五點半，那我要用什麼時間可以去喝藥？這樣…也是沒有…

R：時間不彈性這樣子…

A9：對對對（點頭），沒有彈性，比如說你，七點半，八點之前，上班時間之前，或是下班之後延長那個時間，可以讓我去喝美沙冬，那我既可以喝美沙冬，又可以讓我可以工作賺錢，那不是很好嗎？但問題是醫院沒有辦法配合疾病管制局，疾病管制局是站在說一個…可以建議這麼做，但是醫院配不配合，那是醫院的事。

R：對對對，每一家醫院的時間都不一樣。

A10：他有可能有成本的考量啦，約聘人員上下班時間，是不是需要下班啦，可能有時候很多成本考量，所以沒有辦法配合。在這種情況下，我看到很多個案，他們寧願放棄工作，就是很…就配合它。工作…有阿，有找到工作阿，但是沒有辦法喝藥。所以這個情況下，大部份都不了了之，工作很多都放棄了。（台語）就變成早起喝一下藥，下午就休息，這樣子會造成很多的這些…

R：困擾這樣子

A11：經濟壓力也好，家庭困擾、個人的困擾，種種的不便都有。這不是說一個、兩個，幾乎是 80%喝美沙冬的個案都有這樣的困擾。這也是…替代療法的缺點。所以說你要勸導別人喝這個的時候，你要成癮性告知他們告訴你說喝了這個有沒有副作用這樣…我嗎啡成癮，譬如說我喝個三五天，可以減低嗎啡現象，我就不要在喝了。但它不是，它叫你一直喝、一直喝，喝到上癮了，反而不喝不行。很多人到最後怎麼辦？再回去吸毒，用嗎啡去戒美沙冬。

R：本末倒置

A12：嘿呀！！（認同）變成惡性循環，很多人都遇到這種狀況。

R：感覺在浪費醫療資源

A13：要不然當初，當初時他們都沒有跟我們說，全部的人都傻傻不知道就喝了。

R：所以如果當初有跟你講這樣的話，比如告訴說你喝美沙冬會成癮，也未必會解除掉，那你的話，你還會去使用美沙冬嗎？

A14：假如嗎啡我已經成癮了，我會去喝，但是我把嗎啡戒掉了，美沙冬我就喝個五天，一個禮拜，我就不喝了，這樣我就不會被美沙冬綁住了，也不會成癮。這要會比較好，這樣也比較符合減害計畫的原來用意。

R：那像另外一個針具交換一個政策，向你們都有在做針具的包裝，那你覺得這對你們來說有什麼樣的影響，或者目前有什麼不足的地方在提供這個政策上面？

A15：針具現在跟以前，我在就是吸毒的時候，最不一樣的就是，比較普遍，針具的取得管道比較普遍，以前很難買的到，一般藥局，幾乎說比較少有在賣，也不敢賣，怕警察找麻煩有的沒的，現在比較普遍，對，就是要取得清潔針具比較容易，但是另外有一方面就是說，疾病管制局希望說，能夠回收舊針具，不希望舊針具在外面…說這樣子共用，但是要回收有一個…瓶頸的問題就是說，就是警政單位能不能配合，因為警政單位它就是說，你攜帶舊針具才能，舊針具裡面有一些殘留的一些毒品反應，一驗…有殘餘毒品的反應，你就有犯罪的工具，當場逮補你，你身上只要攜帶舊的針具，使用過的，他就可以把你帶回去驗尿。

R：所以說是你拿去回收的時候，他剛好抓你，你就可能因此被抓。

A16：對（強調），這種風險太高，所以一般吸毒者他不願意去換舊針具，對，原因就在這邊，騎著摩托車，剛好專程，因為你是

毒品減害措施之研究

有吃藥的人，大部分都被抓過，那警察認識，看到你知道你是吃藥的，他就把你攔下來，他會先看身分證之後，喔！毒品人口，或者管制人口，或者是協尋人口，他跟你搜，身上，沒有搜到海洛因，但是有搜到針具，使用過的

R：有殘留，去驗尿這樣子。

A17：對，有時候又判一條有期徒刑，所以舊針具就是亂丟，說丟水溝，丟垃圾桶，有時候身體扎到，這種 HIV 這種疾病，甚麼感染疾病，就這樣子擴散開來，或者是說共用針具，以前要買個針具很不容易，你去特定的藥局買，那邊就是有警察在那邊埋伏，所以很多人不敢去藥局買針具，都共用針頭，造成你看，HIV 這樣子擴散，這樣蔓延，造成那個愛滋風暴，就是因為那個事情有那個前車之鑑，後來才有那個減害計畫，針具交換計畫出來，那辦到目前為止，我覺得成效不錯，針具的交換那個點還蠻多的，一般使用靜脈注射的都很容易去取得針具，唯一就是剛剛我講的就是舊針具他不願意帶出門，隨便亂丟，所以這個地方比較，去造成無辜的第三者去扎到或是甚麼感染一些傳染疾病，或許有那種風險存在，所以它如果要改善這一方面的話，勢必那個警政單位是不是說，帶舊針具去換那個新針具，是不是可以把它除罪化，不要在那邊說，使用過的針具就犯罪工具，你把它認定是一個犯罪工具就是一定函送，這樣子大部分的吸毒者會比較有意願去換，要不然針具回收，那種機會真的微乎其微，對一個吸毒者的那個。

R：他不願意冒這個風險，太高了

A18：對阿，誰要？而且曾經有那個衛生局的人員跟我講說，你可以跟他們建議阿～就是累積一定的數量，比如說十支、二十支，不用說一次一支拿去換，累積到三十支、五十支你再拿去換，我說你累積這些，你用過了然後你放在家裡，那不是自找麻煩，你放在家裡面，累積到一定的數量再拿去換，萬一警察到你家去搜，這個也是犯罪，犯罪證據，也是會起訴，判個徒刑。

R：對

A19：那不是自找麻煩嗎？所以你也別說放在家裡面累積到一定的數量再去，它的意思也有夠天真，較你不要每次拿出去，一支就去換一次，累積一定數量再去換這樣比較安全，我說不是這樣（笑）

R：對，其實政府單位他們不了解目前你們使用者的一些困境或困難，他們覺得這樣子就 OK 了，他們想的比較單純

A20：嗯嗯嗯…（點頭）。

R：那如果說，那像你們你們去參加那些替代療法，針具交換的那些點，那會有人提供一些衛教諮詢嗎？

A21：這一方面我覺得比較不足

R：比較不足，怎麼說？

A22：因為去參加替代療法的，一般他去就是為了喝美沙冬，已經成癮了，喝了轉頭他就要走了，上班或是回去家裡，或者是去辦事情，他不可能說待在那邊，就是也有一些有的沒的，其實，一些衛教常識，一些吸毒的人，現在都蠻普遍說已經有

R：有那個知識

A23：對，因為在裡面服刑的期間都有很多的衛教單位，衛生所的人員也好，一些宗教團體那個，他們都有宣導，所以大家基本上的常識都已經夠了，他們也知道說，共用針具會傳染一些疾病甚麼的，所以這一些衛教方面的常識，基本上他們是足夠啦！

R：對疾病的傳染，他們的知識是夠

A24：對，不會去感染別人，也不會去讓別人有感染自己的機會，這方面到不用

R：那你們會想要知道哪一種的衛教資訊或者哪一種的知識需要當時的護理人員再多提供一些嗎？除了你們剛剛講到的那個，傳染病的那一些知識之外，有沒有額外的你會想要了解的其它知識？

毒品減害措施之研究

A25：一般吸毒者對這個比較沒有興趣

R：覺得我是一個健康人，我只是吸毒而已，我沒有病，你不用再跟我說甚麼，這樣子 A26：嗯嗯嗯…。

R：那像心理諮商或者這一部份會需要嗎？來戒除你心理的這個部分。

A27：那他們是，一些的吸毒者，剛講那個一般的衛教常識，對疾病的傳染這方面，我在想是已經，他們擁有的那一些基本常識是夠了，夠用了

R：就是一般的知識

A28：對。

R：那像 C 肝這個部分會想要多了解嗎？還是覺得反正就得病了，也治不好就不理他，會這樣嗎？

A29：C 肝就靜脈注射的人來講，大概有 9 成

R：對，他們都是因為這樣的血液才傳染的

A30：對，不管是共用針具或是共用稀釋水都傳染 C 肝，他們倒不認為 C 肝那樣的可怕。

R：覺得這個嚴重性不高這樣子

A31：對，倒是對這個 HIV 那就特別…特別…（強調），特別害怕去感染 HIV，那其他疾病他們反而比較不怎麼在乎，很奇怪（呵呵）。

R：真的，可能因為愛滋病不斷的宣導，沒有藥醫，然後是一個二十一世紀黑死病這樣子。

A32：最主要是類似一種不名譽的疾病

R：你覺得也被社會烙印的那種情形

A33：嗯嗯嗯（認同），被渲染的很不堪

R：不堪，被歧視的那種感覺這樣子，不然你看像癌症，同樣也是治不好，但是相對的愛滋病這個疾病就會被人家擴大的汙名化貼上一個標籤，你一定有做了甚麼事才這樣子

A34：他們是因爲從是甚麼事或怎麼樣去感染這個疾病，聯想比較多，一般這會大眾也沒辦法接受，大部分都是這樣

R：那所以你會想要有一些衛教上面其它的一些新的資訊嗎？

A35：剛老師有提到那個心理建設

R：心理諮商

A36：對，我覺得這部分就有需要，一般的吸毒者他的心靈蠻空虛的

R：畢竟支持的人也少

A37：對，支持人少，而且他的宗教信仰的那個程度也不夠，所以比較沒有那種動力可以去把這個毒…藥癮去把它根除掉，我覺得…我覺得心理方面的督導是應該蠻重要的

R：可以藉由這心理諮商的治療，然後讓你可以心理依賴的部分可以稍微降低一點，減緩這樣子

A38：對，阿要做這一方面的工作，我覺得在替代療法那個地方不是很適合

R：怎麼說？

A39：一般在社會這樣子，進進出出，去到那個地方就是要喝通海的（美沙冬），戒那個藥癮，只是很純粹的一個東西而已，你要就是說做心理上的建設輔導的話，最適合的地方就是監所，因爲他們的選擇，因爲你在這邊受刑就是一定要，監所怎麼安排什麼人來上課，什麼人來辦什麼教化，你就是無從逃避

R：可是那種不是非自願想要去接受

A40：但是也是有他的那個幫助存在，因爲長期，受刑不是一天、兩天，是一段期間，一段期間你常時間這樣子跟他，不要說洗腦

毒品減害措施之研究

這麼難聽，灌輸他這方面的

R：他自己也是會去想，去思考這樣子

A41：對，會去思考，會去，而且私底下他們會去討論，對阿，他們會去討論，我跟他分享，你跟我分享，比方老師說的有什麼想法，講那些都廢話怎樣的，有的人就比較慎重會去想，大家會去討論，基本上這一方面在監所做會比較好。

R：所以你覺得在醫院

A42：你在醫院，他們沒再聽（搖頭），你要他願意聽阿，他不願意聽又不能強迫他，但是你在服刑就不一樣

R：那如果是你呢？你現在去喝美沙冬，那現在也剛好有空，旁邊有一個，也是一個心理諮商室，你會想要進去接受治療嗎？如果一個禮拜一次，花一點時間

A43：比如說一個禮拜半個小時以內或許我會，但是我可以很坦白告訴你，十個裡面找不到一個。

R：喔，這真的是要很意志堅定想要有戒毒的決心，有心想戒的或，或許這個幫助比較大。

A44：對對對（認同），他會參加，要不然十個我看，講真的，十個找不到一個，願意去參加你說的這個，他喝一喝就離開現場去..

R：賺錢

A45：對阿，做他的事情。

R：那如果說，這個是我們的第一題的這樣的一個討論，目前的毒品政策，那如果像剛剛我們一開始有介紹的那個一個新的措施，像是那個安全注射室，它這個是可以讓你從，自己帶藥進去，然後有醫事人員在旁邊看，然後你自己再施打毒品，這樣的一個環境如果設置之下，你覺得可以符合你的需求嗎？你覺得這樣子的一個設置環境下好不好這樣子。

A46：這個還是有問題我覺得（質疑）

R：怎麼說？

A47：你那個毒品，你要載過去，這途中會不會有警察跟蹤？而且，譬如說你帶一包藥去，你用一半沒用完，或是三分之一，有殘餘的話你在帶出來，如果有一些不肖的員警，爲了衝業績，在那邊守株待兔，有時候做這個，他會限制在這個範圍一公里裡面不能抓人，但是一公里之外呢？他就跟蹤你跟到一公里，五百公尺之外，再去抓你，現行犯，你身上也有毒品，帶回去，那不是又判一條有期徒刑嗎？少則八個月十個月，多則一兩年、兩三年，誰會帶毒品去那邊，公開的這樣，安全注射室，就等於是說在醫院的那邊的那個，讓你施打毒品，解癮的一個地方，你在那邊出入的一定是吃藥的，要帶藥去那邊打的，那如果，譬如說沒打完還是說，還沒進去裡面打，他知道你身上有藥就抓你了，這種

R：你覺得這個還是有風險存在

A48：對，你說警察人員他會不做業績嗎？很難講，這還是有他的那個漏洞。

R：那你覺得有什麼樣的方式可以避免這樣子的一個情形發生？如果真的要推動，你覺得有什麼的建議去做這部分的改善。

A49：本身這個方式，輿論阿！一般社會大眾也沒有辦法接受

R：你覺得社會大眾沒辦法接受

A50：對（點頭），只要這個施行方法公布開來，一定會遭到媒體的撻伐，這是勢必的，這個都不用想（笑）

R：但是設置在醫院呢？

A51：設置在醫院的話，如果要做到他們願意說，去那邊施打的話，對注射毒品的人幾乎每一個人都會贊同。

R：你覺得你們藥癮者會贊同設置這樣子的一個安全的注射室

毒品減害措施之研究

A52：嗯嗯嗯…對（點頭），因為我，掛牌的像以前在日本時代，可以吃鴉片的人申請牌照

R：對，鴉片牌照，一個證明說你可以來這邊吸毒的一個證明

A53：你也要一個那個牌照可以

R：可以辨認說你是合法來這邊使用的人

A54：對，避免說它在中途被抓

R：就有點類似一個保護令這樣子

A55：對，或者說他離開現場被守株待兔被逮，這個很重要的一個關鍵。

R：如果有一個保護令是最好的

A56：是，大家也比較不會存疑，要不然大家想說這根本就是騙人的，根本就是挖坑洞要給人家跳的（哈哈），但一是般社會，媒體一定會攻擊的，所以這一點，這個要實施我覺得沒有那麼容易。

R：你覺得還是，那你覺得

A57：還有一些相關的配套措施要做得很好

R：像是哪一些的配套措施？你覺得

A58：就我剛說的那個保護令

R：保護令要有

A59：對，還有那個警政單位那邊也要有，要下公文跟他們，要說好，大家有一個共識

R：要說其實這是一個安全的一個場所

A60：嗯嗯嗯。

R：那你覺得除了醫院之外，其它地方可以設置這樣的一個安全注射室嗎？其它場所

A61：其它場所

R：比如說來個快樂聯盟設計一個安全注射室，派一個護士在這邊監督

A62：當然可以，我覺得說你如果說那個點，太少的話，這個成效真的有限，因為，你如果說，他就要跑很遠才能夠去打，倒不如我就在家裡面自己弄就好了，我幹麻要跑那麼遠去那邊，所以那個，就是說它設置點的那個普遍性一定要夠，之前有許多人跟我建議到，說喝美沙冬為什麼不全省都有，每一個鄉鎮，那每一個鄉鎮都有衛生公所，那為什麼不再衛生公所？阿不要跑到別的縣市或者是說大醫院去阿，阿每一個縣市，鄉鎮都有衛生公所，那不是很方便嗎？這個就是他的那個設置點的普遍性，如果說這個安全注射室如果可以在各個衛生公所，我覺得也是會比較好。

R：喔，各個公所，可是會不會有一個問題是剛剛你一開始有說，社會大眾不會接受，就是，誰會希望說這一個場所就設在我家隔壁，會有這樣的抗議。

A63：那你在醫院一樣阿，醫院也是有，旁邊也是有住家，他也是

R：可是醫院對你們來說是一個放心的地方，會嗎？

A64：嗯…不見得，有時候一些基層員警他也是會跑到醫院去做業績，像剛開始，美沙冬剛開始，那時候很多員警也跑到美沙冬喝的地方去那邊守株待兔

R：穿便衣這樣子

A65：對阿！去那邊找人，抓那個吃藥的，後來就是，也是，正面的宣導，還有他們跨部會的一些默契，後來有充分配合，就比較少，改善很多，的確這一方面改善很多。

R：對，所以那你未來覺得安全注射室適合台灣嗎？就是你覺得在設置上，你覺得這個 A66：我覺得不適合

R：不適合，對你們藥癮者來說也不適合嗎？

毒品減害措施之研究

A67：當然我剛剛說，立場不一樣，對藥癮者來講大家非常歡迎，但是畢竟藥癮者是少數，那這個社會是少數要服從多數，所以立場不同，藥癮者一定歡迎，但是一般社會大眾的那種…輿論的壓力。

R：你們也不太敢再進去這樣子

A68：對，而且一些有，像 HIV 的感染者，也是會那個，你像我們聯盟的之前在那個，萬丹那邊，要那邊設置一個愛滋機構，一曝光而已…那些村民就那個了

R：對，就反彈了

A69：到現在…兩三年了，不了了之。

R：其實民眾對於這個的觀念都還是比較負面的

A70：我也是想說我去那邊去掃除，除草，然後那邊要做一個整體的要安置一些弱勢團體，沒想到這樣，我也沒說到 HIV，但是他們不也知道，口耳相傳就知道了，到後面一些民意代表，一些村長、村民就出來抗爭了（無奈）

R：就是爲了選名的選票，然後爲了，就反對

A71：所以到後來聯盟這邊，連踏進去那個地方一步都不敢，很現實。（苦笑）

R：真的，所以未來要設置的時候，其實點也都是還要考量，你周圍的民眾到底贊成還是反對。

A72：所以有公權力介入，譬如我剛說的衛生公所或者管理醫院，有這個公權力，的機構介入的話，會比較可能

R：可行性可能比較高一點

A73：對，執行起來容易一些。

R：對，所以如果是民間的話可能比較難

A74：對，那個幾乎不可能，我敢這樣子講。

R：那如果說，那我們現在談另一個就是，海洛因療法，另一個新的措施，那這個海洛因療法他是主要是有醫生評估後，對於美沙冬跟其他藥物效果不佳的病患，採用高純度的海洛因在醫院治療，由醫師去做評估，然後給予海洛因，給予醫療用的海洛因，那你覺得這樣的一個治療方式，可以符合你的需求嗎？

A75：可以

R：可以，怎麼說？

A76：對藥癮者來講，這個是一個天大的福音，但是實質上可行性我覺得不高，第一，政府的經費預算，這是蠻龐大的一筆經費預算

R：海洛因

A77：對，然後這種要取得這個海洛因，一樣，輿論的壓力，你政府公開的進口海洛因，讓毒品者施打，這算哪門子政策阿？！以一個正常人的這樣子的角度來思考，如果說要用這個方式來降低…疾病的傳染或是降低犯罪率，或者是說解除藥癮者的一些困難的話，國家花這一筆錢，納稅人他願意…

R：願不願意給這樣子

A78：對，認同嗎？（加強語調）立法院那邊，我覺得這個問題還蠻廣泛的，那如果站在吸毒者的角度，當然是

R：非常好

A79：拍案叫絕，那是一大福音

R：對，所以你是覺得那個經費上面，那你們，如果是，藥癮者自費呢？這個部分變成是一個自費藥，然後但是由醫生評估

A80：會配合，而且意願會相當高，變成說以合法掩護非法，平常時在打是犯法的，那現在是有政府，有醫院。

R：它提供這個治療

毒品減害措施之研究

A81：醫生提供，既使我們自費，我們也願意，當然非常願意，非常樂意！

R：但是劑量是醫生來做判斷說你現在可以打多少，這個提供另一種的治療方式

A82：嗯嗯嗯…還是會

R：還是覺得不錯這樣子

A83：對阿，非常不錯的一個（點頭）

R：可是那你覺得他的可行性高嗎？

A84：不高，相當低

R：因為畢竟台灣海洛因還是屬於犯法的一個毒品，抓到就是要被關

A85：那你如果要施行這個，這點的話，勢必就是要除罪化，要不然你在這邊打，不用犯罪，你在外面打是犯罪，那哪有一國兩制阿，所以你在立法上就是除罪化才能執行。

R：除罪化，那如果明定說有點類似像替代療法，你今天來，比如說來做海洛因療法，對，然後就是讓你接受另一種的治療，看你能不能慢慢的戒掉，這樣子的話，但是前提是你接受治療，那另一個就是，你不想接受治療，你持有，就是抓去關，就是可能會兩種不同的，不是完全除罪，但是可以是不同的一個型態的話，你覺得可行性高不高？

A86：可以，可以先設

R：一個特殊條款

A87：嗯嗯嗯，然後試辦，比如說台灣省，北中南個一個點，然後試辦三個月，半年，看看成效怎麼樣，然後也等於說丟一個風向球，試看看那個社會大眾跟輿論，輿論那個水溫，會不會反彈很大，這個是可以試看看（點頭認同）。

R：那你會擔心這個成癮性會越來越高嗎？你們會不會害怕，明明我

要去戒毒，可是你又給我海洛因療法。

A88：不會

R：怎麼說？你那麼肯定

A87：因為一般社會大眾對醫生是蠻信任的，有他的專業。

R：專業還在，你覺得他不管怎麼樣，它既然可以提供這樣的一個療法，就有可能

A89：對，勢必他就是有做過一些臨床或是什麼的經驗的話…就是讓我們慢慢去把藥癮戒除。

R：所以他有點類似另一種的美沙冬替代療法的一個，只是這個是用在那個美沙冬效果不佳的病人。

A90：是是是，那美沙冬之前那個，紅色的那個

R：紅色的藥水

A91：藥水，我覺得那個，不是我啦～幾乎百分之百替代療法參加過的人，一致認同紅色藥水那個效果…比較好，那現在那種透明的那個藥水，成效不佳，那為什麼政府要…

R：要換一家

A92：對，要換那個嗎？我就覺得很納悶，不是沒有人反應喔！幾乎所有喝美沙冬的人都有反應！

R：都覺得怪怪的

A93：對，你一樣是替代療法，紅色藥水它可以…就是持續率比較久，可以讓你就是睡到天亮，那白色藥水那個劑量雖然是double，但是問題就是說你睡眠品質會差很多，會覺得那個藥劑量持續效果比較不好

R：之前我是聽說那個是，我有問過護士，他們說那個藥廠跟他們說只有色素沒有加而已，就是不曉得他是不是有特殊的或是怎麼樣，但是你們是感受，你們是體驗者，你們的講法比較準，畢竟

毒品減害措施之研究

那個是藥廠說，只是這個沒加色素，所已是透明的

A94：那個吃藥的人每個都像神一樣，稍微碰一下就知道說

R：對，因為症狀就會出來

A95：對，不可能說大家都是這個感覺，你如果說純粹是一些色素的問題，不可能啦！（搖頭）

R：所以你未來，你覺得海洛因療法會適合台灣嗎？你覺得，如果是你，你贊不贊成推動這個。

A96：我個人是贊成，但是站在那個一般社會大眾的立場我覺得反彈會蠻大的。

R：恩，所以覺得可行性實在也不高這樣子

A97：嗯呀，那就是立場不同

R：對，少數服從多數，那不然就是試辦看看，看成效，就是要拿出成效民眾才會

A98：嘿呀！嘿呀！，就像之前那個針具交換，還有那個替代療法，美沙冬，試辦，之前也是在桃園，台南，就是辦的蠻成功之後才這樣的推廣，所以不試看看有時候，不曉得它的效果會怎麼樣，有時候還是要試試看

R：而且有時候要聽聽你們建議，然後再做其他的改善的部分

A99：對

R：對，應該差不多了，你有什麼還要補充或者詢問的嗎？對這幾個議題來看的話

A100：沒有，我覺得第一個海洛因療法這個，對這個蠻有興趣的

R：蠻有興趣的)

A101：對，爲了自費…

R：你也願意負擔這樣子

A102：對，會會。

R：可是他們國外也是有用這個部分，然後但是他們也是像我剛說的
搭配心理治療，心理諮商，這個身癮的部分就海洛因慢慢的減低
劑量，那心理諮商來戒除你心理依賴的部分，然後慢慢的降低之
後，才達到，看能不能真正的戒除，不然就是有可能那個癮還是
會有，當然這個部分也是要看那個，政府未來在海洛因這一塊有
沒有辦法，除罪，避免抓到就被關，不然就是醫師才可以使用這
個部分。

A103：我剛才說的，要戒這個，那個離開原先的環境這個很重要

R：最好這樣子

A104：要戒掉的機會比較大

R：那而且都是要室一個全新的環境，沒有其它

A105：嗯嗯嗯…沒有其它的一個誘因，沒有一些，有的人想要戒，
像我也看很多，問題是他在那個環境就沒辦法戒，旁邊的朋友
就會慫恿（呵呵），真的，誘因很多。

R：好，這樣就可以了，謝謝

A106：謝謝

-

追加三分鐘

A107：像海洛因你到時後要推行這個政策，你可以不用海洛因這三
個字。

R：換個名字。

A108：比如說那個英文代碼，海：H，洛：L，因，HL 什麼…計畫。

R：不要讓民眾。

A109：對對對，不要讓他們看到海洛因療法，這個看起來就不是那

毒品減害措施之研究

麼…

R：就是會有一個負面的觀感。

A110：對，沒有錯（點頭）

R：就是名稱上面稍微轉換一下，或是…

A111：就像看到，看到選案計畫，一般大眾不知道所以然，他就反彈不會那麼大。

R：恩，但是如果真的知道了

A112：美沙冬，他也不曉得什麼，反彈不會那麼大，但是知道這個是二級毒品或甚麼問題就出來了。

R：主要可能政府。

A113：關於這個名稱上面。

R：改一下或許。

A114：嗯嗯嗯，換湯不換藥，這樣子我個人認為…

R：這樣說的也是，所以像安全注射室，應該也是要換一個名稱，不要那麼明顯這個就是藥癮者專門出入的地方。

A115：嗯嗯嗯。

R：其實你們也會擔心說我近來這裡，可能會受到別人異樣的眼光，其實我真的很想來接受你們的治療，可是民眾的觀感影響比較大。

A116：對，那種心理面的壓力。

R：對，就像你剛說的，藥癮者他本身，就是比較不太容易，自信心不足。

A117：恩，自卑感很大。

R：也比較重，想接受治療，可是卻不太敢，可能要大家一起來，會不會那個…

A118：比較不敢走出來。

R：對，跟那種同性戀的那種勇氣比較弱一點點，我覺得…

A119：你看他們出來口罩都帶著。

R：對阿，不敢面對。

A120：所以說天助大哥有夠厲害，他勇敢站出來，阿畢竟像他這種人，畢竟非常非常少，就我碰到那麼多的個案，沒五百個也有三百個，他還算是第一個，敢站出來。

R：不然就是要大家都是同樣藥癮者在一起的時後才敢這樣面對面，如果是自己獨自面對一般民眾，然後也跟大家這樣講，其實很難。

A121：不會接受不要說一般人不接受，我自己家裡的人就不接受了，自己的一等親二等親，兄弟姐妹，家裡的長輩，妻子就不接受了，外面的人爲什麼要接受你，這很簡單的道理，而且社會過去怎麼的衛教，怎麼的渲染，怎麼的汙名化貼標籤，你要把這個觀念給他改過來沒有那麼容易，還需要一段歲月

R：對對對，很長的一段路，好，謝謝你。

毒品減害措施之研究

附錄十 深度訪談紀錄（藥癮者 B）

R：那我們就先從第一題開始，目前台灣藥癮政策，對你們來說，像是我從第一個替代療法來看的話，對你來說有甚麼樣的影響，還是有哪些需要補足的地方？

B1：我個人現在目前沒有再喝美沙冬啦，我目前沒在使用，我回來到現在一年左右而已吧！12月7號現在1月…元月十幾號，差不多一年，替代療法我沒用，我不知道，不過我相信剛剛涂博士有跟你說了，因為她本身有喝過，不過我雖然沒有喝過，我有去個案輔導或是親自參加在台北。看他們怎樣去喝，問他們喝的結果怎麼樣。針對替代療法大部分的個案都跟我說，市區內都沒甚麼問題，醫院、喝的地方、地點…

R：比較多。

B2：比較方便，至於他們要上班下班比較沒問題。像我們現在屏東，只有平安，還有幾個點比較少，像是那邊有一個…叫做泰安、枋寮那邊叫泰安。就反正鄉下地方，要喝的去到那個地方，至少都要一個小時的車程。好不容易找到工作，爲了要喝美沙冬，老闆哪有可能時常給你請假，不可能呀！今天我當老闆，你當老闆，都不可能，所以我給她建議說，喝美沙冬要有個伸縮性、時間調配、彈性在啦！

R：你正常人上班八點到下午五點，都一模一樣啊！

B3：恩（笑）。一般上班都不可能，老闆也不要，所以我給她建議折衷，喝美沙冬有彈性一點，有的可以早一點，有的可以晚一點，有一個伸展的地方，這是我給她建議。另外一種，這些人去喝，喝一喝，有的有效，有的沒效，這是個人體質的問題，如果有效的人不要喝，沒效的人怎麼辦?! 就是雙管齊就是一邊痛苦，我現在沒錢就去喝（美沙冬），有錢就打，結果雙管，雙管齊下，叫雙管，雙管會造成…沒錢就去喝美沙冬，有錢就打，結果政

府這麼好的方案，這麼好用，要給這些人有正常的上班，哇...把他抹殺掉了。那研究報告有七成幾乎沒用，就是要解決問題啊!沒用...政府跟我說政府就要用這個替代療法，真好，譬如說正確的醫生評估之後，海洛因就是等於嗎啡一樣，給她注射，另外注射室是指藥癮者攜帶手術藥物，就是爲了我們的性命安全，帶個頭而已，注射式，經過靜脈注射會怎樣，會死掉。差別就在這裡，所以說政府可以爲了這個區塊、爲了我們這裡，特別我們這些社會的邊緣人用心良苦，依在我個人當事者，以及我輔導接觸 500 個案當中，政府確實有用心良苦，爲了最基本的福利，確實有付出很多的心血，不過有一點就是，這麼多的替代療法方案裡面，包括針具交換、衛教諮詢、針具交換，早期的時候警察有在抓，現在沒有了，這有改善了，衛教諮詢、新聞報紙、雜誌包括我去演講前進到第一線，給我個人的淺見「接受度」，接受我們感染者，就是 H 的同學的人，她的學歷並不代表他們接受我們，這是我個人淺見，她的學歷不是代表越高的人就接受我們。我舉一個例子，我去高雄市立社會工作師工會理事長邀請我去演講的時候，當時屏東縣的基督教醫院，感染科沈孟軍醫師，她說了一個個案，醫生旁邊一定有專職的護士，她知道最基本的感染途徑有三種，那爲什麼病患走了之後，他要一次又一次的消毒，要一次又一次的消毒，爲什麼?(憤慨)她也明明知道喔!(激動)她是護理系畢業，她也明明知道不可能感染，她怎麼會這樣做?醫生也其實給她講了再講，不厭其煩跟她講，她也是一直再做一直再消毒...爲什麼?

R: 一直再擦這樣子

B4: 是個人問題，換言之是心態問題，所以我感覺，像我到出去演講我也真正體驗到有的是接受我們、接受我，我們感到真的很窩心，不過在這現實的社會裡面，存在的是殘酷與現實，殘酷的時候是社會接受我們，我估計差不多只有 2 到 3 成，就是 10 個人裡面只有 2 到 3 個人接受度，不接受的有 7 到 8 個人，這是我個人的淺見，「接受度」。

R：比較低。

B5：現在先不要講接受度，先講我個人就好，我個人在 93 年 3 月 16 要去經過抽血檢查驗出來結果是 HIV 的時候，我寫信回家，告訴我的家人，我得到這種病 2 年當中，自從他們知道我得這種病，我寄回家的書信都用夾子…都沒看、沒有看過。

R：沒有打開。

B6：整篇丟到垃圾桶 2 年來就是這樣，我家人是這樣喔！2 年之後，我寫文章…寫文章，剛開始寫了 70 幾篇，全部投稿出去，都在曾文水庫，肉包子打狗，有去無回，意思每個地方都沒消息了！

R：嘿嘛！

B7：2 年之後，第 3 年才慢慢有陸續刊載出來，刊載出來 AC 就有我們的室友要回去，一樣都台南人我說「同學我說拜託一下，這是住址」一樣都是台南市人，我家也很好找，請拿這些資料幫我給我哥哥，我哥哥就將所有刊載我的文章拿來看，原來電視新聞報紙都有報。經過我哥哥，我家裡的人，經過我的文章刊載，才原來知道愛滋病感染途徑有三種：就是血液感染、危險性行爲、母子垂直感染，其他都不會，因為她不是經過口水，她們就會了解，了解就不會怕了，很難找，以前那種

R：恐懼。

B8：恐懼早期被汙名化。

R：不了解真的會這樣。

B9：最早期民國 73 年死亡感染發生頭一例時間，到現在，早期同事去拿藥去拿要雞尾酒療法不要投藥水，爲什麼會這樣？

R：不想讓別人知道。

B10：對呀！但不…不是這樣而已。

R：也害怕別人的眼光。

B11：異樣的眼光，那種的眼光就像是無形刀…一隻無形刀。

R：真的

B12：要去醫院拿藥還要當小偷，像頑皮豹、駝鳥一樣躲起來。所以早期經過這樣，從得病到現在 93 年到現在 100 年，七年了，我感染之後我也問我自己，我能做甚麼，我可以做甚麼事，才不會白白浪費這個生命，這樣沒意思，我想想自己，我開始要做有意義的事情，我才開始用我的心，用我的生命，開始去讀愛滋病，去認識愛滋病，最重要的是，我本身，做好我個人的心態的調整。

R：還去接受這個疾病。

B13：還有身心靈的調適，這樣還不夠，還要把本身自己放空，放下，從零，歸零、從零，開始，重新出發。

R：重新做人。

B14：就是這樣，我一路這樣，這六年當中，我確實用很多心意去讀愛滋病，也去認識，但是對我來說我認為還不夠，我準備六年不夠。

R：那回到這邊，我們的主題談論說，所以像剛剛替代療法這部分你覺得就是時間上，喝藥的彈性不大？

B15：恩，彈性不大、地點太少。

R：可能鄉下屏東這邊太少，那還有沒有其他…你覺得對你來說從旁邊聽到有甚麼影響嗎？

B16：替代療法，我之前聽鄰居說現在各監所有實施願意喝美沙冬，漸漸在推廣，慢慢在推行推廣，不過我接觸的個案當中，有很多認為替代療法，不錯！不夠，喝美沙冬，成癮性非常強，比吸嗎啡還難戒，成癮性比嗎啡、海洛因還難戒，這是他們大部份共同的心聲，那戒癮還要更痛苦，還要難，更難戒，因為嗎啡會讓人睡又睡不著。

R：那會不會大家因為知道很難戒，而不敢去碰？會不會就不去接受這個替代療法？

B17：有人像你說的這樣喝美沙冬喝到上癮無法改，另外也有人喝美沙冬，政府推銷這樣，結果喝美沙冬完了，不是只有上癮，還玩毒，浪費國家這條經費，也有人經濟上有困難，因為 H 的同學不用錢，其他都要自費。

R：都要自費。

B18：我問過自費的部分，從初診開始到全部手續完成，大概要 4 千塊，喝藥的人，如果有正常工作 4 千塊沒關係，如果沒有工作，不要說 4 千塊，40 塊就有問題了。

R：對。

B19：這是最現實的問題，所以就是金錢的問題，如果可以的話政府既然要退而求其次，以替代療法來控制愛滋病，再繼續惡化、傳染下去，既然要做就不管是 H 沒有 H 的藥癮者，一切都是免費的。

R：可是你說要免費的話會不會，造成就是民眾的反彈!?

B20：民眾是其次，因為最主要像局勢管理全部的立場，我把他們統計，他們認為說，同樣都是要去戒毒，為什麼 H 的同學就不用（錢），我們就要用錢，在他們第一個就不平衡，然後最重要的，一個感染者政府一個月要支費 30 萬的醫療費。

R：對。

B21：你看，如果因為這樣，因替代療法、針具交換，而扼阻感染者繼續傳染下去的話，一個就省 30 萬。

R：對。

B22：你看，現在有雞尾酒療法，一個人可以存活十年沒問題，像我就活了七年了。

R：對~我聽到 20 年也都有。

B23：一個人，政府要支付 30 萬，一年一個人要 360 萬，如果你併發症死掉，那不在裡面，關係可能至少要 30 萬元，難怪國家報紙，我都有收集起來，疾病管制局她的編列預算已經透支十億至二十億了，一年的的編制已經超支了。

R：因為愛滋的感染者越來越多。

B24：對啊!現在一個問題是說，藥癮者好不容易，已經控制下來了。

R：恩。

B25：危險性行爲包括同志，又慢慢的生了，這是藥癮的先是這樣。90 年到 96 年，尤其是 90、93 年，最高期，倍數的成長是這樣，這是危險性行爲的，現在慢慢經過替代療法、包括針具交換、衛教諮詢，經過電視新聞，報紙媒體還是見證去說明，讓大眾更多人瞭解這種病，慢慢的好不容易經過這段期間，頭尾算十年，慢慢的平衡起來。現在平衡起來，危險性行爲就是包括同志，感染人數又慢慢升高。

R：同志的人對來越多~

B26：對啊！同志跟我們注射藥癮的是兩個不同的世界喔!同樣是一個感染者，愛滋病患是不一樣，她是交她的，一個是這邊，一個是那邊，背道而馳喔！因為爲什饑會這樣，我把它分析出來，最重要是，藥癮者比較樂觀…比較樂觀，感染期初的時後，他會心理陣痛，是必然的，痛苦是必然的，像我，告訴我知道我得了 HIV 的時候，我連續在社房、寢室，用我的頭撞牆，撞了三天，每天都這樣撞，都想說，爲什麼是我，三天之後我才清醒，沉澱自己，爲什麼是我變本加厲，起初是吸食的，改用靜脈注射共用針具，怎麼會共用針具，得到這種病咧，一般不要說我，光是專業醫師也好，他們也是認爲說，得愛滋病，全世界，不要說我們台灣，全世界醫生都，都認爲愛滋病怎麼會是注射…

R：針頭也是…

B27：就連稀釋水，也莫名其妙，就是這樣！

R：一開始都不知道啊！

B28：對啊！就這樣才會…

R：慢慢的攀升才會發現是稀釋液跟針頭！

B29：尤其是針頭，因為啊！不是每一家西藥房都可以買到針具啊！

R：摠摠…

B30：另外延伸到每一家西藥房都有，警察都在對面，就站在那邊就好了，因為吸食毒品的人，他的五官，用看的就知道了，都變形了，一個吸毒的人怎麼會，那耳朵鼻子，你看電影就知道，一個正常的人，面紅耳赤，容光煥發，吸毒的人，臉都變形了，我哥哥也這樣跟我說，那時候我在吸毒，你現在是在幹嘛，你的臉像鬼呢，人不像人，就這樣。警察就站在那邊看，來一個抓一個，來兩個抓兩個，請問如果你是吸食者…你會去冒那個險嗎？又包括替代療法有針具交換，針具交換也是一樣，也是這樣，你要抓，誰敢拿去換，如果抓到有筆，要驗尿，被驗到是吸食毒品，要被判刑，請問，有幾個會這樣做，所以說很多事情經過很多問題之後，政府才配合警政署、衛生署等等相關單位，匯集…徹底的改變問題，警察不能抓，包括現在，美沙冬在喝的地方一樣，也不能抓，要抓去外面，不能在那邊抓，才有辦法改善這樣，對症下藥就對了！

R：解決問題你們才敢去執行這些措施，去配合這些~

B31：對啊！

R：要讓你們不要有一些顧慮啦！不然政府出了這個美其名，但是沒有意義！

B32：甚麼事情，政府要做，不能站在政府立場，要親自、像你這樣，深入基層~

毒品減害措施之研究

R：要了解你們的需求，我們再做改善。

B33：了解這些感染者、當事者，就是我，我不是代表生活，我接受個案包括經過四個看守所，台南看守所、台南監獄、高二監獄、雲林監獄、四個監獄所，接觸了 500 多個同學，都是 H 的同學，都是隔離在一起的，我個人的問題比較小，因為我吸食用藥比較淺，才一年而已，算是菜鳥，他們那些都 10 幾年了，他們的問題我都給寫下來，每個人有每個人有不同的看法，集思廣益，各有各的看法問題都不一樣，就發表出來。

R：那啊現在目前的針具交換，你覺得，有沒有哪些影響，雖然哪個你們怕被抓的疑慮已經降低了，那你們還有沒有其他要改進的地方!?

B34：地點太少，如果最好的方法，全台灣最方便的 7-11，不然就西藥房。

R：7-11 喔..那現在不是有那個…

B35：投幣式的，你想那有幾個有，你的印象中，看到了幾個?

R：很少看到。

B36：對啊!

R：那如果廣設這樣的點會不會比較方便?

B37：一定會比較方便!

R：因為我怕 7-11，你看你剛剛就講，擔心店員的眼光，會不會?

B38：畢竟我講給你聽 7-11 像他我們聯盟就好了，門口有你有看到嗎?

R：怎麼了?

B39：你沒看到?門口有一個投幣式的捏，針具交換的捏!

R：沒注意看欸!

B40：那妳等一下去看，走廊那邊，走廊旁邊的左手邊進去，四四

方方的。

R：恩恩

B41：7-11 一樣啊，不要放在店面啊 7-11 外面一定都很多人那 7-11 都有電話亭，隨便找個電話亭的旁邊都可以啊!如果有需要就去投幣啊!地點: 7-11 、全家、統一、萊爾富等等。

R：就設置在門口外面，

B42：7-11 也可以、西藥房也都可以，地點太少。

R：會不會造成政府要多一些資訊給民眾說這個就是要給你們用的? 會想讓民眾知道這個部分嗎?

B43：如果可以最好囉!

R：那會不會造成誤解就是…

B44：政府就要加強宣導啊! 等於我今天健康要出來見證說明，加強愛「知」宣導，這個滋不是愛滋的「滋」，是知道的「知」，讓更多人知道這種病，她的感染途徑，所以我站起來就是要加強，愛知宣導，知是知道的「知」，像我去演講一場，有一千多個，也有 3~40 個，也有好幾百個，都有，大小場都有，如果其中的一場，他們有緣聽我演講之後，他們就了解感染途徑，有很多喔!所以說同學，不要說一般民眾，光是學生讀護理系也好，護理系是專業，其他各醫學系也好，他們感染途徑甚至都不知道，真的她們都不知道喔!(強調)

R：他們甚至，我知道有些人會比較誇張就像你剛剛說的，拿甚麼東西要消毒，也不敢碰你，拿個筆。

B45：像我坐過地方她就不坐了，不要說甚麼!

R：對啊!

B46：跟我們感染者根本不可能坐在這裡聊天!

R：(笑)

B47: (像生人迴避=)像包公要審查案情一樣啊!那不可能啊!這是很現實的啊!

R: 不了解的狀況之下都會害怕!

B48: 像你有了解這樣的病，你就接受我，我們就能坐在這裡聊，如果我今天是得 SARS 透過空氣傳染，或者肺結核，就不一樣囉!經過空氣、口沫，我要帶上口罩，不然你就有可能會被傳染!

R: 對啊!

B49: 這就不一樣了!所以說要讓更多人知道，像我就好，我是感染者，經過新聞報紙報出來，那篇壹週刊「母親有交代」像我住在這裡，我房子租在這裡，一棟七樓公寓，管理員看到，說她的女兒看到壹週刊，隔天問我，還把壹周刊拿來說:葉先生這是你嗎?! 葉先生:讓你猜三次管理員還是說，仔細看就是你啊!我說…就是我，但是他也是對這個會害怕!真的會害怕，看他動作…就閃了!沒關係，我也是一次、一次又一次的跟她們說，因為都是 5~60 歲到 6~70 歲到阿桑的，阿伯、阿姨，我都叫大姊大哥，包括有比較年輕的學生，或是住在這棟的住戶，願意聽的我都會說，結果他們經過我一次一次的苦口婆心、費盡口舌，在那邊一次又一次的衛教，他們就知道了!他們知道就不怕我，反過來~接受我啊!

R: 鼓勵你。

B50: 說:欸~大哥!你要出去喔! 葉大哥:對啊!我要去學校。互動~換言之看你要怎樣去做!

R: 讓社會大眾來接納你，自己就要先踏出去。

B51: 對啊!所以我今天站出來，要做愛滋見證，像我說過，我準備六年不夠，我為什麼要見證愛滋病?我認為，像我是感染者，如果今天感染者有更多的人站出來，我相信就有更多的一般百姓，不要說百姓，我們自己的親人，包括父母啊!兄弟姊妹

啊!親朋好友，他們就會接受你，這是最基本的，我也希望我的站出來，能有更多人能像我們一樣同病相憐的…

R：獲得更多的支持?!

B52：朋友，勇敢的站出來，像我站出來經過新聞報章雜誌刊出來，有很多人都寫信給我，她說:欸~大哥看你這麼勇敢，他們也願意站出來!這都是正面的阿!不過喔!我又寫信告訴她:你一定要做最好的準備，以及做最壞的打算!(一再強調)

R：可能一說出來，家人不一定諒解!

B53：有很多個案不要說沒說，衛生所會去監所莫名其妙叫全家人去驗血，家人就會問啊!爲什麼我要去驗血?這就知道了啊!卡到法律!感染者有隱密權，但無形中也造成家庭的破滅，離婚，正常的阿!

R：而且這樣也洩漏你的隱私也沒爭取你的同意!

B54：所以說這個衛教、針具替換、替代療法、是環環相扣的。

R：那妳覺得像衛教諮詢，因爲你沒有參加替代療法嘛!那妳有沒有覺得說從他們，其他人聽到說，他們去喝美沙冬有沒有接受過一些衛教諮詢? 或者一些知識的來源?

B55：大部分這衛教，包括醫學，以我還有眾多的除了在舍內她知道，像我大部分都是去查獲，藥癮者的 10 個最少有 9 個，都是經過查獲、勒戒、抽血檢驗才發現的，這方面大部份都在裡面，從哪裡知道，就是台灣，各相關愛滋團體像我…

R：去裡面來教你們?!

B56：像我 93 年驗到的時候，是經過露德之家謝修女，她創立了露德協會，露德協會每個月都一張通訊，都會詳細解說愛滋的相關病情、訊息等等。

R：新知等等的。這樣還不夠它每個月，甚至一個年度。

R：出一刊?

B57：分爲上半年，下半年，都會出一本相關愛滋新知的資訊手冊，像我們快樂聯盟跟**共同主持人 1**是 96 年認識的，她要準備成立台灣世界快樂聯盟，到南部區七縣市、從雲林嘉義台南高雄屏東，各監所走透透，去宣導，我是在那邊認識的，就結緣下來了，大部分就這樣，衛教資訊、醫學等等。相關於愛滋病等等。都是由這些社會團體機構。

R：接受監所..

B58：進去做衛教，以及寄給同學，每個月都寄到裡面，由裡面的長官影印，如果多的話，都會拷貝影印，不可能每個寢室都一人一張，大寢室 15 個人 2~3 張，小寢室 3 人 1 張，中寢室 8 人兩張，大家輪流看，最新的資訊，他們衛教的最新資訊，就是大部分民間社團，像露德協會啊!快樂聯盟，我們聯盟有很多的資訊!

R:有!每個月，都給我了!

B59：我的文章都有你注意看!

R：大部分都是由這些社會團體來…

B60：如果你不是經過，在裡面抽血、驗到的，在社會就不一樣了喔!(強調)他們是經過醫院的醫師，還有新聞報章雜誌看到，是這樣的，兩個是不同的，在裡面有固定的社會團體，在醫師感染科告知的啊!

R：但是你覺得他們告知的，程度夠不夠?

B70：夠啊!

R：會不會很簡略，還是會很詳細的講?

B71：以我，我寫了一篇叫告知的藝術，要怎麼跟別人說，說到讓別人聽下去有辦法接受，這是一門很重要的藝術。你是專業人員，我是專業人員的話，經過上課，我們的個案包羅萬象，要怎麼跟她說?那個葉先生、葉太太，你先生得到這個?這要

功夫喔!如果最好是我去到屏東，衛生局局長，康局長，特別爲了我邀請屏東縣 33 個鄉鎮，每個鄉鎮都有愛滋窗口的負責人，全部會集在屏東縣的衛生局會議室，還有相關人員，差不多 7~80 個，我在那邊演講順便推廣「海角生命」，這本書那個，那時候還沒誕生，海角生命這本書，我就講告知藝術，你怎樣把個案告知？我就這樣問，我說你這樣等於我去驗血、穩死、又吃官司又沒工作，你是身爲第一前線的相關輔導愛滋個案，爲了要顧本身的利害關係（安全），人家說小心不蝕本（台語），先用白紙寫給你，變成說，你是我太太，這個衛教的窗口給你上課。

R：經過你的同意。

B72：白紙寫給你，經過你先生同意，這是一個保障，

R：不要她突然跟我講我也會..

B73：才不會翻臉，翻臉跟翻書一樣快!

R：連他自己也很難接受這個事實!

B74：因爲這個病目前，在台灣 26 年了，接受度只有 2~3%而已捏，你看 26 年來，所有的電視媒體新聞報章雜誌，這麼多的人，這麼多資訊，明明知道，就我剛才講的這樣，明明知道你是專業人員也是知道，感染途徑，爲甚麼你還要這麼做？這種狀況要怎麼說。

R：避免你們在遭受二度傷害

B75：所以爲了要保障先用白紙寫給你，切結書沒關係我一定把全權交給你，告知的藝術是可以跟我的老婆兒子講。

R：保護他這樣，可是那妳覺得，醫院裡面有沒有提供一些傳染途徑的預防啊性知識啊這一些的..?

B76：這方面，醫院有海報而已。

R：護理人員跟醫師比較少跟你們做這方面的宣導？

毒品減害措施之研究

B77：對啊!一般去醫院看病，感染科啊!不管甚麼科內科外科!都一樣!在外面等一個小時正常~小感冒跟感染科都一個小時!在外面等一個小時!實際看醫生不到三分鐘甚至五分鐘不到~我們政府我去 CDC 給他建議!我們政府要培植更多的種子!像我們這些

R：輔導師這樣子

B78：願意站出來的人，政府給他一個保障，最基本的保障，要經過最基本的考試，面試、口試、筆試也好。

R：看你有沒有具備這樣的常識、知識。

B79：比如說像我們台灣比較成功的紅絲帶基金會，洪媽媽創辦的愛現幫，我也是愛現幫的!

R：真的喔!

B80：我每次都在那邊，洪媽媽都給我安排去那邊。

R：現在還是嗎?

B81：還是啊!我都去那邊上課啊!去給他們上課，給我鐘點費這樣，一個小時一千六，每去的時候都會遇到 CDC 的長官，她也要給他們演講啊!

R：對對對!

B82：洪媽媽對我非常的疼惜，也安排訓練區的各大專院校還有監所，她一路的陪伴我，還有我們聯盟張麗玉理事長這樣，所以我站出來，我取之於社會奉獻於社會，這是我站出來最大的動力啊!

R：對對對!所以你覺得…

B83：我也去向 CDC 的長官建議說!要讓他們有最基本的保障，因為願意站出來，現身說法的少數，全台灣能夠侃侃而談的，演講會一場又一場的都要兩個小時，一個小時是不夠捏!

R：對對對！

B84：像我在…我剛才拿的報章雜誌給你，像我成大，原本是兩個小時的，都是研究所，我演講完之後那個，研究生告訴科教授說，可不可以時間延長我說沒關係，如果時間要延長不是錢的問題！

R：我願意跟大家分享！

B85：兩個小時都奉獻 4 點講到 6 點結束，6 點講講到 8 點，一場演講完 4 個小時，我說後面的兩個小時，我們不要用我演講方式，改用提問式，你提問、我回答，像現在這樣。

R：你想要甚麼～了解你甚麼！

B86：我不知道你想要甚麼，我一直講，講到口沫橫飛，口渴這樣…我也不知知道你想知道甚麼，這樣沒意思…

R：而且一般人也不了解你的生活環境，你們的背景，所以用問的…也可以。

B87：所以我演講差不多，最起碼有 30 場到 50 場，大小包括到老人社區這樣演講…我認為去成功大學那邊最成功，因為那邊都是研究生、護理系的，老師、醫生等等，他們想要了解…

R：你的心聲

B88：包括像你問的，這樣還不夠，還問說你為什麼吸毒？啼藥？還問說為什麼藥（海洛因）這麼難戒，一次吸毒一生戒毒，為什麼還是那麼多人在吸毒，如果這麼好戒為什麼還是那麼多人，不是只有台灣喔！全世界！

R：還是那麼多人。

B89：不簡單，像我大哥拉，30 歲之前，甚麼都有～我 30 歲才誤入歧途！

R：那剛剛講的一些替代療法，針具交換…

B90：因為時間的關係，我拿我經過刊載的一些給你回去看…

R：這不是有了？

B91：這本書才有，書裡有……演講者這邊~~好多好多~~

（個案拿出他的刊物）

R：那問一下說，安全注射室是指「由藥癮者自行攜帶少量海洛因等藥物，在醫療人員監控下，你自己施打，醫護人員在旁邊看的場所」你覺得這個可以符合你的需求嗎？!

B92：不是我的需求，不過我可以代表南部藥癮者的話，如果可以推行這個安全注射室，以我站在藥癮者也好，或是輔導個案的教育關懷員也罷，我認為最好，因為這是有一個保障，第一個保障是他不用怕被抓到，第二個是他不可能再傳染給第二個，第三點他不用煩惱會死掉。

R：因為醫療人員在旁邊隨時看著你，有事我就急救。

B93：第四點他有安全感，政府給我的保障。

R：讓我可以直接在裡面用藥。

B94：這個要哪找？何樂不為？如果我有，我也要趕快去報名，會塞爆！（強調）希望政府經過醫生審慎的評估。

R：那剛剛那個安全注射室，你覺得適合台灣在這邊設置嗎？國外目前有，那你覺得台灣的可行性高不高？

B95：高不高事在人為，看政府做不做，為什麼今天我要站出來做見證，不是我厲害，就是政府就是做得不夠，是我認為感染者這樣做。你相關愛滋區塊，你不是感染者她也不是，台灣以這麼多服務愛滋區塊這麼多人，他們都不是感染者，他們為什麼就願意來為我們服務，願意來奉獻他們的心，我們自己是感染者為什麼不勇敢的站出來呢？捫心自問，所以我站在這個角度上，我才站出來的，我們自己不自救，誰救我們，沒人啊，我們不能指望你們，畢竟，你們是有限，像我感染

者，我一開始也是接受輔導的對象而已，爲什麼我經過這段時間 6 年 7 年之後，變成我幫別人輔導，立場不同…

R：相反了。

B96：這是天差地遠，所以我們政府要加強種子，一而再，再而三的，不停地講培訓更多的種子，你跟我說注射室這點，這是正面的，這一定會塞爆的（強調，希望是要在醫護人員的監督下進行，最重要的還要經過醫師的評估，不然到時候太多人，就會造成醫療浪費的情形。

R：就那邊要安置一個護理人員。

B97：不是只有一個而已捏!要包括醫生，還有護士!

R：安全注射室是自己帶藥…

B98：安全注射室是指「由藥癮者自行攜帶少量海洛因等藥物，在醫療人員監督下，進行藥物注射之場所」，醫療人員包含醫生喔，最少要一個醫生一個護士!就要找那些人啊!人員開銷就要錢啊!再編預算啊!我現在追根究底就是這樣啊!所以說人會爆到，不然到時候就沒人…

R：你會擔心說其他部分就，可能其他醫療人員就被排擠

B99：排擠到..

R：所以她可能在人力的分配上面可能需要考量。

B100：不然政府的這種德政，是正面的，我相信她，如果她要執行，保證..

R：很多人都去

B101：不敢說 100 個，最起碼 7 成，像我就好，我也願意去登記啊!

R：那妳覺得這個未來再推的話，有甚麼障礙，會遇到甚麼困難?

B102：依政府現在編列的預算，就是金錢的問題啊!因爲已經排擠到疾病管制局針對我們愛滋這個區塊，健保局欠 20 億了，如果

毒品減害措施之研究

加上這個，已經會排擠，除非我們國家編列預算足夠啊!第一個是錢的問題，錢的問題解決，再講人事物，人事物沒問題了，感染者絕對沒問題!

R：那如果要你們自費勒!?

B103：自費就有問題囉!

R：如果今天你去那個環境要繳錢!

B104：自費不要說新推廣的這種注射安全室，就替代療法，H 的不用錢，沒有 H 的要錢，大部分就都在抗議了!一般要 40 塊，第一次進去喝美沙冬要四千塊，如果有工作就好，如果沒工作那他哪有錢。

R：所以你還是建議政府補助然後要推行?

B105：政府一定要全額喔!而不是光一部份的人全額補助喔~我保證塞爆!我換言之講，上至國家的醫療浪費資源，你看新聞報章雜誌，作壞事的都相關於毒品，有毒品前科，甚至爲了毒品，提藥去犯罪，沒藥會死，治安問題亮紅燈，第三像我，因爲染上惡習，毒品，我原本的一個溫暖家庭破碎了，甚麼都沒有了，妻離子散，所以我就告訴你，我原本有溫暖的家庭，因爲時間的關係，沒有辦法一一的拿相片等等，我去演講都有我的影帶，從我雙手打天下，30 歲以前甚麼都有，名利雙收，30 以後染上賭與毒，第一個是賭博的賭，第二個是毒品的毒，這樣我人生到現在 50 歲了，甚麼都沒有…

R：那像海洛因療法可以符合你的需求嗎?!就是剛剛講到由醫師評估之後，那她是用在美沙冬這個治療，她有參加美沙冬然後發現效果不好，我來參加海洛因療法，這是由醫師提供的高純度海洛因劑量，在醫院給你做一個治療，由醫師給予的，那妳覺得這樣的治療方式對你來說，需不需要?

B106：對不想戒毒的人事不需要，不過有想要吃藥，喝美沙冬的也好，都沒用，最好的阿，政府要出的哪有不好，反向思考，

這有變相的鼓勵捏!

R：喔!你覺得這是變相的鼓勵?

B107：如果你甚麼事情四面都想到，你到時全面推廣時，一般民眾會想到這變相的推廣!!? 是吸毒。

R：有這個我知道

B108：我是依一個不是吸毒的身分，是依一個公務人員的身分，來講這個問題，如果我是一個吸毒者，我願意啊!我舉雙手、雙腳贊成!ok～這是很貴的耶!

R：那如果是自費呢!?自費讓你來接受醫師的海洛因治療?!

B109：如果是自費的話，可能政府比較不會有負擔，吸毒的人，去那邊比較有安全感，品質也好。

R：純度也比較好。

B110：對…（認同）去外面會買到被滲別的東西，有的放葡萄糖，那一點點…而已就 500、1 千，比金子還貴，像我開始吸食 3～5 千，吃到最後一天就要兩三萬，不只我，我周邊的小弟，一個要一百萬以上，一個月耶，光是花在毒品就 100 萬，這不是誇張其實喔!這不是開玩笑!

R：我知道..那妳覺得這個未來在台灣的推行上可行性高嗎?!

B111：可行性高，如果像以剛才我們，追根究底，都會塞爆啊!如果自費的話，就差不多五成上去了，自費他們都還會願意去，照排隊，不用說不用錢的辣!

R：那妳覺得會有甚麼樣的問題嗎?會有哪些困難?一般民眾會覺得這是種變相的鼓勵，政府是在鼓勵人去吸毒?

R：那妳覺得有甚麼樣的建議措施，避免民眾這樣的一個想法，讓她可以推行?

B112：這樣就要加強宣導啊!

毒品減害措施之研究

R：宣導這個治療？

B113：對…（認同）針對這個安全注射室，這個議題宣導以及海洛因療法宣導，針對這問題對症下藥！

R：讓民眾了解，他們是在接受治療！

B114：她是一個病人不是毒犯！（強調）

R：所以你覺得這兩項未來在台灣！如果其實都有宣導過的是可以，實施的你也不會反對！？

B115：不會反對，反對是說，這樣有變相的鼓勵。一般是站在，教育工作人員，會說政府是再鼓勵別人去吸毒，如果你是自己自費就已經很多了，感染 H 毒品的同學、染上毒品的也好，人已經很多了，就有辦法遏止愛滋病傳染，我不敢說根絕，至少人數不可能再向上爬高，一定會銳減。

R：你覺得即使推動得話，反而一定會降低。

B116：一定會減阿，不可能變成說一年一千人，會減到七百至八百，甚至會減 2~3 百人，每年喔！依每年的成長率來說…

R：你是說感染愛滋的比例還是會下降，但是那你會不會擔心未來藥癮者變多？！

受訪者：我比較擔心的不管，是藥癮者變多也好，危險性行爲，現在的暗處是還沒經過抽血檢查，她不知道的，在暗處傳染者，這是比較恐怖，我在 CDC 做全國視訊會議我就講到這個議題，像我這個是屬於公告人數，台灣已經兩萬人我保守的估計三萬人，這三萬人比較恐怖，這三萬人自己也不知道，暗中傳染，給自己的妻小，傳給朋友呢？這比較恐怖，全台灣統一篩檢的話，就都有結果了，早期的各監所沒有全部篩檢，用抽檢的，結果，經過政府統一各監所開始，全台灣抓到不管是甚麼案子都要抽血，慢慢的都出來了，才會倍數得增加，重點就是在這邊。

R：差不多了，幾個問題談下來，都有聊到重點。

B117：隨時電話連絡。

毒品減害措施之研究

附錄十一 深度訪談紀錄（藥癮者 C）

R：ok，那我們現在就開始就是針對我們等一下會討論的五個題目
然後來做個討論這樣子，那我先問你說目前就是毒品減害措施
像是替代療法對你們有造成什麼樣的影響，然後目前還有什麼
你覺得不足的地方

C1：替代療法有什麼影響，應該是好的吧，

R：好的

C2：有幫助阿，其實有幫助阿幫助很多人啊，其實我有一些朋友也
是真的因為替代療法就戒掉了

R：就戒掉海洛因這樣子

C3：對阿

R：那對你自己勒?你覺得

C4：也是有幫助阿，因為之前也是有試過海洛因要戒也是戒不掉
阿，對阿，也是因為有替代療法美沙冬她可以打下去就跟打海
洛因一樣的意思嘛，喝那個也一樣的意思啊，就不會難過了，
有喝就不會難過了，對阿，所以就等於不用花錢不用去籌錢去
買藥

R：所以那你覺得替代療法在經濟許可上面其實是很不錯的一個治
療方式

C5：對阿，因為又等於我們如果有去的話還可以補助阿，要不然正
常來講要差不多一千多塊，一個禮拜～四個禮拜

R：就是每個月基本上都有補助

C6：對，

R：那你們會擔心成癮性嗎？

毒品減害措施之研究

C7：比較難戒，會他說如果萬一又有用海洛因然後要進去關怎麼樣
的，反正進去在裡面沒有辦法喝，我覺得在監所裡面的話，也
可以推動那個美沙冬阿，因為在裡面等於一下子戒掉會很難過

R：恩，可是那你等於進去之後，又就又開始喝，你是想說可以避
免那些戒斷症狀的發生

C8：對阿，如果監所裡面有提供可以喝美沙冬的話就不會戒斷啦，
那戒斷大概要一個月至兩個月比海洛因還久

R：那你們會想說那我既然都要都等一下都要進去了，那我要不要
就自己先在外面戒掉

C9：先在外面戒掉？可是很難，因為海洛因那麼難戒，那個海洛因
很難戒斷症狀也沒這麼久，啊你美沙冬在外面戒，妳自己要戒
很難啦

R：那你覺得有什麼需要幫助你的話才可以讓他比較….

C10：比較好戒喔？

R：對你有沒有想過這個問題

C11：哀，比較好戒很難，因為有想說要把他戒掉，因為外面喝的
到阿，所以不會有人在外面想說要戒掉

R：所以你覺得即使你喝了一輩子你也沒關係嗎？

C12：那會傷害身體嗎

R：：就是一些些的副作用這樣子

C13：只有副作用，不會傷害自己的身體的話，覺得長久喝比較也
沒有關係阿，對阿！

R：那對你們來說會造成生活上的不方便嗎？

C14：恩，如果說工作的話，有時候喝藥時間不是晚上像下班時間
來不及喝阿，對阿，早上先去喝的話就等於會遲到阿，對阿

R：所以像之前你有工作嘛？

C15：做那個那個紅絲帶的工作可是她給我們比較彈性的就是說可以先去喝再去上班，對阿

R：就等於說那個顧主也知道你們需要喝這個藥，

C16：對

R：才願意讓你們去

C17：可是喝了會變成說，我是不知道別人會不會，可是我會變成想睡覺，就變成工作的時候有時候這樣就會睡著（呵呵），渡辜，然後我朋友還要把我叫起來，對阿

R：因為劑量的關係嗎？

C18：我不知道ㄟ，也許可能太高，可是不喝那麼高的話又會難過，因為之前打的比較大，所以劑量就會相對比較高

R：所以現在幾乎是都現在去的話幾乎都喝幾c.c

C19：我是喝17c.c啦，但是我現在喝我會把它偷偷倒掉，就是不要喝這麼多，因為我自己有想要戒掉了，對，一下子斷掉會沒有辦法忍受那個難過，試過了所以才會那樣子就是倒掉一點，慢慢喝少一點

R：那目前來說，所以你剛才說替代療法它時間上面比較不彈性嘛

C20：對阿！他只有到七點

R：喔~到七點

C21：晚上好像八點開始吧是不是

R：所以這樣對你們來說還是不方便

C22：如果有上班的話，對阿

R：所以你覺得他們因該要開到幾點，對你們來說

C23：開到幾點喔

R：恩

毒品減害措施之研究

C24：恩.....大概是下班不可能超過九點嘛，應該是九點到十點這樣子

R：所以開到九點到十點

C25：而且他假日只有到十一點，早上十一點

R：所以假日是早上一早到中午十一點

C26：假日比較沒差，但是你就是要找那種工作是假日有放假的

R：不然其實比較麻煩這樣子

C26：恩...對

R：ㄟ剛剛你說有朋友已經戒掉是已經真的都沒有在使用了？

C27：他是跟我說他已經戒掉了，恩，就是一個男的啦，對阿，可是後來沒有聯絡了啦，他就是因為喝那個就比較不會難過了，有些人因為難過所以才會打藥阿，就是已經用到海洛因了阿，對阿，不打的話沒辦法啦

R：所以你覺得這個替代療法還要繼續推嘛？

C28：對（點頭），當然阿，因為那麼多人還在喝，突然斷掉的話，監所會爆滿喔

R：對，就可能大家都已經可能都已經有美沙冬成癮了

C29：對

R：所以還是要讓他一直持續的喝下去

C30：對

R：那你們會不會擔心會有戒不掉的一天

C31：戒不掉？不會如果其實真的有心想要戒掉，也是慢慢減量，我想應該戒的掉，對阿，除非自己不想戒，對啊

R：可是那醫生其實有告訴你說這個只是一個維持療法嗎，就是他不能戒掉，但是他只能

C32：就是替代阿！

R：就只是替代的一個方案

C33：就是幫助你一些戒不掉

R：就是不要用海洛因來傷害自己但是我換一個比較輕一點的來幫助你這樣子，所以你們其實也知道這樣的一個道理

C34：都知道啦！對

R：像目前還有一個減害措施是針具交換，那對你們來說你有曾經使用過嘛？這個

C35：針具

R：針具交換政府推廣的

C36：我知道有，但是我沒有試過

R：爲什麼？

C37：交換等於要把針筒留在身邊嘛，對不對，然後且不可能每天一支就拿去換，要積多一點才會拿去換

R：對對對

C38：那你留在身邊變你有在積那個，就等於你有在打藥

R：對

C39：留在身邊就等於是一個危險，如果被警察那個

R：抓到

C40：對阿，他去衝的時候找到針頭他就帶你回去驗尿了

R：所以你沒試過

C41：我沒試過

R：那你平常的針頭怎麼辦？

C42：以前喔，也是都放在自己身邊阿，

毒品減害措施之研究

R：可是你也沒拿去

C43：有時候是用一次就丟掉了，頂多用兩次阿，所以也不會留很久

R：那你們都丟哪裡？

C44：外面阿（呵呵）

R：就把它包一包就把丟到外面的

C45：我們我跟我男朋友會把針頭把它那個弄斷

R：折彎，弄斷這樣子

C46：怕不小心被人家刺到

R：但是你們會把全部的針管就直接丟掉

C47：很直接就先丟掉，留在身邊是危險的，而且那個海洛因的刑期還滿長的ㄟ，而且現在又一條一條這樣子判，對阿

R：所以現在如果真的要被抓到的話要判多久？

C48：恩，最少是差不多八個月吧，對阿，然後再來一年多，那是一條喔，如果連續的話就很多條了，對阿

R：那像現在你們針頭都怎麼取得？如果

C49：去那個藥局買

R：所以你們

C50：有的藥局有賣，有的沒有

R：那你會你會擔心就是被抓嗎？就是去到藥局

C51：也是會有，之前警察有的都會埋伏在藥局門口，對阿，如果你去買的話就會被抓，他就把你搜身

R：他會直接對你搜身這樣

C52：因為我們都是有前科的嘛，對阿，去到那邊他只要查你的身

分證就知道你吃過藥，他就可以給你搜身，他們是這樣子，硬是硬來吧，我不知道能不能搜啦，但是只要給他看到就完啦。

R：可是你身上沒有毒品你只有那盒空針。

C53：有他就把你帶回去了，因為你有前科他就認為那個你有想要去用，他就帶回去驗尿，而且這種東西你只要有用，大概一個禮拜都驗的到阿，一個禮拜前用就驗的到。

R：所以對你們來說其實這樣的話也是有個風險的存在。

C54：對阿！

R：可是如果那是去針具交換那個點，警察現在還會埋伏嘛？

C55：不知道，有的警察就是會

R：有的警察還是

C56：我們不能把這個拿來那個阿

R：冒險

C57：對啊，跟他賭，太那個…，刑期這麼長。

R：也是，所以你們都會有一些固定認識的去幫你們拿

C58：我們去買之前會去看啦，通常警察，大概看的出來哪個是警察，如果說有一些可疑人物，可能我們就換個地方買啊，對啊，也會有一些比較危險的藥局啊，然後有些比較不危險的，就是那個會看啦

R：那你覺得面對這樣的一個問題，你會建議政府有什麼樣的方案或是什麼建議嗎？

C59：這個他們有辦法嗎？就是建議給他們，他們也沒辦法那個，警察真的要去那邊埋伏，他們也不知道，即使希望政府讓他們就是禁止警察在那邊埋伏抓我們的話，他們也不見得會聽好不好…（質疑）

毒品減害措施之研究

R：可是像醫院的美沙冬替代療法…。不是警察就已經

C60：以前沒有，現在是有規定不可以在外面埋伏喔？

R：對對對

C61：以前 現在好像沒有

R：現在你們去喝好像也很少看到警察直接衝上來對你們做搜身

C62：對，可是可是問題是如果他在稍微遠一點的地方呢？不要在門口啊，對啊

R：所以你們還是每天，那你們現在每天去喝的話會有所擔心嗎？

C63：有的會啊

R：還是想說

C64：有再用藥的人或者是有去通緝的人

R：他們這群人多少還是會提心吊膽的

C65：有些人乾脆直接不喝就直接用藥

R：就我就不要來到醫院這樣子

C66：對，就直接還是戒不掉，還是要用藥，用藥反而比去醫院還安全

R：用藥反而比醫院還安全

C67：對，醫院是固定的地方阿，警察知道阿，那如果說你找藥頭，警察不見得知道啊！

R：所以那你們也沒有任何…你們有什麼樣的建議說，比如說就是希望說警察就是不要再那邊出現，你覺得這樣可能嘛？

C68：應該有可能吧，因為我覺得我現在好像去喝藥都沒有看到

R：警察在裡面嘛？

C69：對啊，都沒有看到

R：那所以像針具交換如果也有這樣一個規定的話，你們會更想要去

C70：可能每個人都會去針具交換，就不會去藥局了，因為安全，對啊

R：可是針具交換的點就是在藥局阿，衛生所醫院

C71：對對對，也好啊，在醫院也好啊，去喝藥的時候順便

R：就順便跟他拿這樣子

C72：如果有再用的人，對啊

R：可是像現在醫院不是也是會有針具交換的，醫院

C73：不是每一間都有吧（質疑）

R：所以你去

C74：像我喝的那間好像沒有吧

R：就不提供

C75：他沒有問過，對啊

R：那如果說，現在你們去像你之前都去醫院嘛，那你有沒有聽過一些衛教上面的諮詢？護理人員、醫護人員有提供這樣對你們做一些衛教嘛？

C76：我不知道，因為我們這個都已經很清楚了，也不會去問

R：那像你一開始的時候

C77：只是應該有宣導吧，好像有，就是因為最基本的我們其實都知道，可能會發一些

R：單張，就是

C78：讓我們看啊，然後有時候也會有像這樣子的訪談啊，然後就是我們也是可以問啦，其實自己問也是可以啊，但是我們大部分的人都已經很清楚這分面那個

毒品減害措施之研究

R：知識

C79：對啊，因為在監所的時候都會宣導

R：宣導

C80：對

R：所以等於你們其實在監所裡面已經有陸陸續續很多

C81：很清楚了

R：的知識，反正你一定要去上課

C82：而且有時候台大醫院老師什麼的都會過去，應該知道嘛

R：恩

C83：對啊，都已經很清楚了

R：那你覺得他們這樣子，給你的幫助大嗎？

C84：大啊，但是我覺得應該要跟一些沒有這種病的人…有沒有，多一點的宣導，要不然搞不好他們都會很怕我們，如果萬一不知道還好，如果萬一不小心聽到啊！我這個朋友有這種這種病的話，啊他這樣子講出去也不好聽，但是如果他有充分的知識的話，這樣子我們也比較不會那個

R：所以你希望他們給予的是？藥癮的知識還是愛滋的知識

C85：愛滋

R：是愛滋的地方必須要在加強

C86：對，不是給我們，我們都已經很清楚了

R：就你們覺得說其實就是外人，大部分就還是對這一塊不了解

C87：因為其實那時候我們制止不要讓別人知道沒錯，但其實我們在監所遇到一些沒有的人，那他就會知道我們有啊，那出去他們的嘴巴又那麼的大，對阿沒講的話是不是我們住的地方也不可能換啊，對啊，大家都會知道，所以應該要給他們一

些常識

R：就是給予他們一些，那你會希望說醫院裡面提供一些，除了給予你們一些愛滋上面的防護之外，那像其他疾病或者是心理支持方面，心理諮商

C88：會希望提供那個，我我我這個H這個病後，我已經很久沒有去檢查了，對，醫院啊～大醫院啊～我們檢查的那個醫院昆明街100號，我是擔心有些人那個通緝如果去檢查可能會被警察帶走

R：喔，也還是會擔心這部份

C89：對啊！因為那個好像有連線嘛，是不是？

R：恩

C90：對啊，所以就是會那個不敢去

R：可是不是有那個愛滋匿名篩檢？

C91：我不是說有那種可以檢查身體然後匿名的嘛？

R：你可以自己跟他說你要做健康檢查，但是我自己的資料我自己看的到

C92：可以這樣子嗎？因為我們那個...我不知道～

R：你是擔心這個資料被誰看？

C93：就是我們通常半個月至一年都要去檢查一次，抽血檢查

R：檢查那個CD4的指數嘛

C94：可是就是我如果去檢查的話，你的身份證，一定要拿身分證嘛，或是健保卡嘛，對啊，就是做一些我們身體的資料阿，登記起來，可是如果通緝的話就不行阿，就不敢阿，要不然他們醫院會通報給警察阿

R：對

毒品減害措施之研究

C95：檢查到一半的時候就被帶走啦，對啊，這樣子不是很那個

R：所以你現在目前有被通緝嘛？

C96：恩...（呵呵）就是我是不敢去檢查啦

R：也是會擔心

C97：因為我老公還在裡面...我們沒有婚約嘛，所以變成我想要在外面等他或者沒有家人去看他，我要給他寄錢什麼的阿，我如果在裡面的話就沒有辦法阿

R：對，你就必須要在外面真的要好好的照顧自己

C98：對，我是覺得如果醫院沒有連線的話就好了

R：沒有連線的話你可能會想去

C99：如果沒有通報對我們這種H的，或者是一些小醫院可能就沒有嘛，對不對，衛生所我不知道有沒有

R：可是為什麼

C100：就像你說的可以匿名篩檢就好了

R：愛滋匿名篩檢我記得是可以的

C101：那是檢驗你有沒有得到愛滋

R：所以它裡面不會有CD4指數嘛？我怎麼印象中有

C102：有嘛？

R：有，我之前聽...

C103：在衛生所嘛？

R：聽淑玲老師說是有這個部份，衛生所或是你剛說的那個

C104：我知道有匿名篩檢是檢查有沒有這個病，但是我不知道說可以檢查那個

R：如果他那個有的就是有可以測出你CD4的指數，其實你目前你還

是很希望知道說到底健康狀況怎麼樣？

C105：對

R：那如果可以的話，不然就是在幫你問問看淑玲老師，如果可以的話我建議你其實還是可以去

C106：好好好你可以幫我問嘛

R：對，我可以幫你問到，因為我覺得你們其實還是滿在意自己的

C107：身體

R：身體，如果提早有變化的話，其實趕快做治療。

C108：對啊（點頭），因為我之前最後一次檢查，倒數第二次檢查是建議我要服藥，可是然後最後一次檢查就是有比較好一點，身體狀況可能病毒量減少，然後一些肝功能比較好一點

R：免疫系統

C109：然後他就講說可能可以先試者不要服藥，然後下次檢查看看，就沒檢查了

R：所以已經隔多久了

C110：超過一年了吧

R：所以你可能擔心最近又感冒了，免疫力是不是又下降這樣子

C111：身體差自己會有感覺啦

R：那你會希望就是你每次去喝藥的時候，護理人員給予你們就是什麼樣子的服務？

C112：已經很好了，我覺得我喝藥那個小姐都對我們很好，然後我們要問什麼他都會跟我們講，所以什麼知識他都會給我們知道阿。他知道的都會給我們知道阿，只要我們問的話

R：就是你們要問，但就是你們會希望他主動給你們一些東西嘛？

C113：不會特別ㄟ，因為他其實有時候也會關心，像我沒有去喝藥，

毒品減害措施之研究

她也會打電話給我，我覺得那邊的小姐都很好（呵呵）

R：就是他們其實也都會主動的關心你們，怎麼沒有來了，那你們希望他們再給予你們有哪些幫助會更好？

C114：哪些幫助喔，我還沒有想到～

R：覺得目前為止這樣就夠了，那會想要有一些心理治療上面的一些服務嗎？

C115：有可以，就是如果可以詢問，如果心情不好的話可以

R：對，像有些人喝藥阿！會鬱卒阿！或者是….

C116：有那種的門診當然也好啊

R：你覺得這樣對你們來說還是需要的

C117：也是好的，那種對啊，當然阿（認同）

R：因為我知道有些藥癮者他們本身那個

C118：心情起伏會很大

R：對，自己也就是比較算是比較自卑

C119：需要人家支持啦

R：對

C120：對，如果只有自己一個人的話

R：對像你目前也只有一個人

C121：但是我還好，我有家人支持阿

R：喔，所以你平常也是會有跟家人互動

C122：他們是支持，但是他們要上班阿

R：所以他們也知道你之前有想要慢慢戒掉的一個

C123：他們知道

R：也都鼓勵你這樣子

C124：對啊

R：那很不錯家人基本上都還蠻好

C125：就一個爸爸而已

R：好，那現在這個是目前國內的一些政策，那如果我們有一些新的、未來我們要推的一些新的政策，像是剛剛我們有提到的安全注射室，就是藥癮者他就是自己可以帶少量的海洛因進去一個空間

C126：不違法？

R：在這個空間上面醫護人員在後面看，然後你自己打，然後你有出事的時候，醫護人員可以進來，就是他

C127：喔，如果過量的話....

R：對，就是他直接幫你

C128：很多人死在過量

R：幫你急救，你覺得他這樣的環境符合你的需求嗎

C129：恩...符合一些人，但是也是可以這樣子啦

R：你覺得如果是你妳會進去嗎？

C130：如果我有再打藥的話...會！如果自己一個人的話，因為很多人都是自己打藥打到死掉的啊

R：就是越打劑量越

C131：而且有時候在家裡打不見的比較好，如果在醫院打的話不是比較好嗎？也不會出也不會出事阿

R：所以你，可是因為目前法這個都還沒有推，那你們如果已經真的推了，那你們敢進去那個環境嗎？

C132：應該敢吧，就像喝美沙冬的意思一樣阿，對啊已經會有一些人先去打頭陣的，只要試過之後，以後就會有人跟著做阿。

毒品減害措施之研究

R：所以你還是覺得說…應該要先

C133：也是可以實施阿

R：就是可以先試辦看看

C134：對（認同）

R：試辦看看，看說整個效果怎麼樣

C135：對

R：那你覺得這樣的空間適合我們台灣的環境嗎？

C136：怎麼講適合台灣環境？可是我們台灣也蠻多人吃藥的啊，應該也滿適合的（呵呵）

R：你覺得還滿適合的

C137：要不然，有時後新聞報導死掉這麼多人，都死在廁所，死在公園的廁所什麼的

R：所以如果有人旁邊可以監督你的話

C138：有個地方提供他去那邊打藥的話，應該會比較好

R：你覺得這樣子比較安全

C139：就像我一些朋友，像那個春明你知道嘛

R：我知道

C140：我跟她也認識很久了，二十一歲就認識他了，她也是自己一個人死在房間裡面啊

R：喔，就是因為用藥過量

C141：對，用藥過量，也是比較好啦，我想他如果有那個地方的話，他就不會死掉吧，對啊，很多人都那樣死掉

R：所以，你覺得這樣未來我們再推動的話，會不會面臨什麼樣的問題？

C142：面臨什麼問題？

R：對

C143：恩，就是藥頭啊，就是等於是…也就是等於也是要自己去跟藥頭拿藥嘛，對啊，那等於是那個藥頭也是違法嘛，對不對，也是會怕說…ㄟ警察會不會在那邊埋伏

R：就是你在

C144：埋伏打藥的

R：就是你要進去，那因為你手上帶有海洛因

C145：對啊

R：你怕你進去到醫院你就等於是人贓俱獲

C146：或是搞不好有一些藥頭在門口賣藥

R：就是藥頭搞不好直接在門口跟你喊價

C147：然後警察就在外面這樣子，對啊，都會有一些這種問題啦

R：所以那你覺得這樣可行性高嗎？如果聽你這樣講的話

C148：如果說政府有規定不能讓警察在門口的話，這樣子應該也是可以，對啊，就是可以幫助少一點的人用藥過量，這樣當然好阿

R：你覺得這樣可以降低致死率

C149：對

R：然後去到那邊又有提供針頭給你

C150：最重要還有醫護人員他知道怎麼樣急救，如果說打過量的話，因為很多人在外面打過量了，很多人都不敢報醫院、救護車阿，怕會被抓，因為救護車來

R：因為等於你報了那個

C151：自己就會被抓了，可是如果不報的話那個人就要死掉了

毒品減害措施之研究

R：對，這樣也很掙扎

C152：對啊，所以我有個朋友就是他們也是一群人在打藥，在賓館打藥，然後那個女的就打過量，然後那男的幾個人都不敢報，然後就把她，就棄屍啊

R：喔，就這樣子有可能就看著她死掉

C153：就是多了一條什麼...

R：人命這樣

C154：對啊，那些男的就多了一條案子，那叫什麼案...

R：棄屍

C155：棄屍案，對啊，我也不知道，反正就是沒有救她，因為每個人都怕關阿

R：可是後來也都被抓到那些

C156：被抓了，對啊（呵呵）

R：所以如果未來，恩，會希望說政府因為畢竟妳帶那個藥，你還是會從比如說你自己已經之前買了，或是這次你沒打完帶回家，你從家裡來到醫院的途中，你可能也是會擔心被抓的一個危險

C157：這個會擔心可是這個問題比較小，總比有人死掉好嘛

R：你覺得被抓，但是自己可能不會過量

C158：對，而且又有人在旁邊就是看者，如果你打過量的話，像我自己就被急救很多次，以前啦！

R：所以，～可是以前是你男朋友都還在旁邊

C159：對

R：所以他直接幫你

C160：可是有些真的打的太多的話，過量沒有辦法急救～，急救是

我們自己，自己隨便，也沒有那個常識，就是大部分就是一個人傳一個講說什麼急救，就是捏阿！讓她痛到醒過來阿。對啊

R：就是

C161：那我就想說在醫院可能就是直接用打點滴還是幹嘛，對啊，就不用起來之後就全身痛，這邊瘀青那邊流血，我最後一次被急救那次就是人工呼吸那種方式，壓心臟

R：誰幫你救

C162：現在在關那個，小傑你知道嘛？

R：不知道，所以他就當場幫你救回來這樣

C163：他跟那個櫃檯小姐，他是不錯啦，他有叫救護車，可是救護車人員還沒上來的時候，我就醒過來了，可是他那時候很緊張，他還趕快把藥拿去藏起來，他怕被抓，然後跟救護車那個…警察也會來嘛，說啊我喝酒喝太多了，然後又吃安眠藥，所以就這樣，不敢講啦（搖頭）

R：真的，你們其實多少還是會顧慮這些，那如果說這個是安全注射室這個未來的可行性是算…

C164：可以阿

R：可以，那你覺得推動上會比較困難一點問題是在這個？

C165：困難是…

R：就是剛剛說的嘛

C166：對啊，很少，很小的困難阿

R：很小的困難，所以可行性其實滿高的，那如果我們談那個海洛因療法的話，這個海洛因就是剛…

C167：就是跟剛剛提的一樣

R：提到就是說～我經由醫師評估後

毒品減害措施之研究

C168：醫師評估後，醫師提供這樣

R：醫師提供這個海洛因療法，可是這個人你必須是ㄟ你已經使用過美沙冬了，或是其他治療效果

C169：然後還是想用

R：對對，就是其他效果治療都不是很好的話，醫生才用這個方法，那你覺得這個方法符合你的需求嗎？

C170：當然阿（認同）

R：如果是你你會覺得

C171：因為海洛因如果打下去的話其實比較不會，美沙冬會比較想睡覺，就是差在這裡，海洛因是讓你那個癮，你上癮的那個難過，就是你打下去就是完全好了，跟正常人一樣，對啊，只要不要打過量的話

R：就是你覺得醫師只要慢慢的給予減量，在醫師的一個...

C172：對啊，評估

R：評估之下，其實是可行的，那你覺得這個適合我們台灣的環境嗎？

C173：我也不知道ㄟ（呵呵），我不知道別人的想法，我怎麼講適合，我覺得啦，依我自己的話覺得美沙冬跟那個，我當然選擇海洛因那個替代（點頭）

R：海洛因替代治療，你覺得效果還是不一樣

C174：而且，但是如果用海洛因好像時間性比較比較常用吧，美沙冬好像可以一天喝一次就可以

R：因為海洛因療法可能一天你都要進去個幾次，這樣會不會造成你的不方便？

C175：也是會吼...對啊，我也不知道，這樣我也不知道

R：所以那那你覺得台灣可能會有這樣一個治療環境嗎？

C176：你如果跟我們這種的人講的話，大家應該都是說OK好，當然適合啊，每個人是這樣講啊，

R：你跟藥癮者講，都說是適合

C177：對啊

R：可是你會擔心外界其他的民眾嘛

C178：她們一定會反對

R：她們一定反對

C179：ㄟ也不見得，這樣子也會讓我們那個一些藥癮者…有沒有犯罪率降低

R：就是你覺得我不用再去偷海洛因

C180：不用再去偷什麼，就知道賺錢的方式阿，打藥那種東西又不是很便宜，就變成說不用有些人會去偷拐搶騙這樣子，去賺錢去買藥

R：可是那你有沒有想過我接下來醫療用的海洛因，這個海洛因要誰要去買來？

C181：不然就是自己要負擔一些

R：自費的部份

C182：對啊就變成病費

R：你的藥費

C183：對啊，或者是你的藥…我是不知道搞不好政府拿比較便宜（呵呵），對啊，他們之前抓的那麼多了，然後搜刮那麼多的海洛因了，對不對（哈哈）

R：所以你覺得

C184：然後拿來治療

R：你覺得政府直接補助你們一點還是直接要全

毒品減害措施之研究

C185：恩…應該要補助

R：補助一點

C186：對啊，那些東西也都是銷毀阿

R：因為她們都燒掉阿，與其把那些抓掉燒掉，不如乾脆就便宜賣給你們

C187：然後讓那個醫師評估怎麼樣，但是要慢慢戒掉這個方式，你不能長期啦

R：那你們會擔心這樣子會越用越多嘛？

C188：不會啦！

R：為什麼？

C189：如果越用越多的話就不用醫師評估了阿，醫師評估就是要讓你越用越少啊

R：嗯嗯…也是，所以那像民眾那部份要怎麼解決？你覺得民眾

C190：如果她們反對的話，我想應該如果會降低犯罪率的話，也不見得會反對啊

R：所以如果，你覺得站在犯罪

C191：如果試試看去推動看看的話，如果真的不行的話，再說吧，對啊

R：就是覺得就可以推動看看啊

C192：對啊

R：看說…民眾來看我們是不是犯罪率也跟著下降了，如果

C193:我們搞不好，可以幫助更大

R：可以戒

C194：對啊

R：你是希望可以有這樣子的部份

C195：對啊

R：那可是他這樣子剛剛講到可能有一天，需要來醫院兩三次的部份

C196：那就要看醫生怎麼樣能夠讓夠我們不要 怎麼樣就是如果可以一天一次也有可能啊

R：可是一天一次海洛因他的癮不是比較短，就是他比較短效，一下子效果又沒有了

C197：那不然就是規定我們一天就兩次什麼的，阿不然真的戒不掉的人，讓他自己在外面去拿，然後他自己被抓，我也不知道，就是這樣子阿

R：所以

C198：當然會去這樣子去的人應該都會有想要戒

R：就覺得想戒

C199：想要好好的這樣，正常一點，也許很多人都會這樣想啦

R：你覺得其實去那邊

C200：因為我個人的想法是這樣，我不知道別人的想法是不是跟我一樣，對啊

R：畢竟那邊是醫師評估又安全，然後我又能拿到海洛因又不會被抓

C201：對啊

R：你覺得這樣子可行

C202：對

R：所以看來安全注射室跟海洛因療法都還滿符合你們藥癮者的需求

毒品減害措施之研究

C203：對（認同）

R：可是在推動上面，海洛因會不會比較困難一點點

C204：政府聽到的話，可能會覺得天方夜譚（呵呵）

R：因為畢竟海洛因現在畢竟還算是

C205：禁藥

R：對，所以真的要醫師拿海洛因出來，會不會你覺得這個可行性？

C206：對政府來講這個因該是比較困難阿，對啊，而且外國也都沒有這種方式阿

R：國外已經有了

C207：有嗎？

R：國外有，就是國外她們已經做出來發現就是這個

C208：方式比較好

R：對，就是致死率比較少，然後

C209：對啦，致死率真的

R：然後病人的留在醫院的一個情況也改善許多

C210：是對致死率真的幫助很大，我真的好多朋友都死在那個過量（無奈）

R：過量這樣子

C211：對

R：所以你

C212：一些好朋友阿，死在過量真的很可惜

R：可是你們為什麼會用到過量？

C213：就是自己再用的時候沒有小心，因為這種東西我們自己沒有辦法自己去知道說這個東西有多好，然後你就依你平常的量

或者是就怎麼下去用的話，一用下去過量旁邊沒有人的話就完了，而且很多人都是自己一個人用，比較安全，你如果一整間的人一起用那比較危險，對啊，那是不是自己去拿自己回來用，是最常用的這種現象阿

R：所以你覺得只要可以降低致死率，都ok這樣子，那像海洛因療法未來的費用上面，如果真的純粹是自費的話，你也願意去做嘛？

C214：純粹自費的話

R：因為畢竟海洛因可能會比也許比外面便宜

C215：便宜的話

R：但是你也是每天必須要負擔這樣子一天兩次三次的藥錢，這樣對你

C216：等於一樣意思後

R：對

C217：也是減少致死率，應該多少還是有幫助啦，反正也是要去賺這個錢阿，對那個犯罪率不會下降

R：所以你們會這樣子

C218：如果有補助的話，因為政府不是常常會沒收一些藥，被抓的，補助應該不難啊

R：你覺得一樣或許可以補助

C219：對啊

R：然後試試看這樣的方法對你們有沒有效，這樣子

C220：對

R：你會擔心到最後會有更多人來使用海洛因療法

C221：不可能會有更多人

毒品減害措施之研究

R：就是新的人

C222：不會啦，應該不可能會更多，因為這種東西大家用到都想戒，怎麼還會沒有用的跑過來想用，我是覺得不太可能

R：所以覺得大家，所以你會不會覺得政府在鼓勵你們用毒

C223：幫助我們

R：你覺得是幫助你們

C224：對啊而且我覺得是降低我們致死率這麼高，對，太多朋友這樣子。用藥用到死掉

R：所以你覺得政府應該是幫助你們的一個角度，那民眾上面勒？民眾，你覺得你要怎麼跟人家說？

C225：當然就是她們也會有眼睛看阿，如果說試著推動看看，做下去之後就知道了，知道我們到底對我們台灣是好還是不好，對啊

R：那你會擔心民眾的異樣的眼光嗎？或者是

C226：怎麼會擔心？因為我們自己都有再用藥，民眾也都自己身邊的朋友應該大部分都會知道，她們的異樣眼光是從一些那時候才開始阿，從以前就知道，也不會有異樣眼光啦！如果你自己本身像正常人一樣，而且那個方式推動下去，會讓我們比較對我們比較

R：比較安心

C227：更正常阿！對啊，怎麼會影響到她們對我們的眼光呢

R：你不會擔心說…～她們的想法沒有像你們這樣子想說～政府在幫助你們，他覺得說政府會不會再害你們

C228：我不會去擔心這個～

R：不會擔心這部份，你覺得到時候成效拿出來給你們看，證明說～我們致死率下降犯罪率也下降，你應該相信我們

C229：我如果說叫我去擔心人家的異樣眼光，我只擔心她知道我們有這種病

R：你擔心是H的

C230：對

R：不是擔心其他治療方面

C231：對…因為我覺得我還滿好，我覺得人跟人相處如果你好相處的的話，他應該不會覺得你有什麼不好的地方，就是他也不見得會知道你去用藥什麼的阿，對啊，不會有什麼樣的異樣眼光啦！

R：對，所以你覺得這部份台灣的可行性其實都還好

C232：外國既然都有推動的話

R：那台灣就可以試試看這樣

C233：對

R：好，以上這幾個問題你有沒有哪個地方你想要補充的？

C234：你說這幾點是不是？

R：對啊

R：以上這五點你有沒有覺得需要補充的？就是一些建議阿或是可以政府可以改善的部份，你剛剛沒有提到的，像是替代療法阿、針具阿還是？

C235：那工作呢？

R：工作？

C236：因為我現在工作方面就是紅絲帶的有沒有，像這種她們工作很少啊

R：對

C237：會想要工作，符合我們這些喝藥的，因為喝藥畢竟沒有提供

毒品減害措施之研究

我們長時間的啊

R：對

C238：所以如果可以有些工作可以讓我們就是彈性一點，可以讓我們先喝藥，然後再去工作的那種

R：可是你們會希望雇主她們知道你們再喝藥嘛？

C239：但是就是一定要知道才能那個啊，就是希望政府讓雇主諒解

R：喔，你覺得可以就是要幫你們找一些可以諒解你們的，需要喝美沙冬

C240：比較需要啦

R：對

C241：所以只是希望而已啦

R：所以那是不是也是…相對的等於要對民眾做宣導說，你們其實在喝替代療法是在做就是在幫助你們

C242：還要在宣導在讓那麼多人知道喔？

R：你覺得勒？需要嗎？還是只要…雇主知道就好了

C243：我也不知道這個要怎麼推，怎麼樣才可行

R：因為你會擔心讓更多民眾知道說

C244：要不然就是幫忙提供一些

R：就業方案

C245：對啦，就是雇主如果知道了話其實也沒關係，雇主也能夠接受說其實我們就是再戒藥阿，是個替代療法只是在喝藥阿，應該也是有雇主能夠接受的啦

R：就是你也畢竟想要改過向善，只希望你可以讓我在時間上面工作時間上面可以更彈性

C246：喝藥時間比較能夠…要不然就是喝藥時間長一點（呵呵），

對啊

R：喝藥的時間更...

C247：就提早一點阿，上班之前

R：還要更早，比八點還要更早

C248：因為上班通常都是八點之前阿

R：不然就是比...就是下班之後再開診這樣，中間那段時間你覺得需要開嘛？八點到五點這段你們明明在上班的時間

C249：恩，如果有沒上班的人的話啦

R：可是這樣子變成工作人員醫護人員她們工作的時數

C250：對啊，就要變成兩班制了

R：喔，你覺得不然就是要兩班制

C251：這樣子政府應該是比較不太可能啦，延長一點的話，這個我也不知道怎麼樣才可能，要不然就是要再問多一點人的意見

R：恩，還是你覺得它的點如果在設置在更多，會不會對你比較方便？

C252：會，中午休息的時間就可以喝的話

R：你就是說不用跑這麼遠嗎？就是只要點多，但是只要時間上真的沒有辦法改變的話，那我們就是喝的美沙冬的點多，應該就比較方便一點

C253：因為我們上班都會有休息時間阿

R：對

C254：就可以去喝藥了

R：可是像你剛剛你提到你喝藥喝完藥會想睡覺，那怎麼辦？

C255：就是如果，當然如果可以不要喝的話，所以才會想要戒掉

毒品減害措施之研究

R：才會想戒掉試試看

C256：我真的會渡辜，我之前在那個紅絲帶工作只是包針具而已，就一直睡著，我自己沒有辦法克制ㄟ，就是會很想睡覺，很難過ㄟ

R：那段時間會很久嗎?還是撐過了就好了?

C257：恩，剛喝完的時候會比較嚴重，會一直很想睡覺，但是時間長了就不會了，但是蠻長的這段時間蠻長的，你只要想睡覺那段時間就會影響你作業量，影響你領的錢阿

R：然後老闆可能也會看

C258：對啊，但是他知道阿，我有跟他講，我說我也不知道為什麼會這樣子，就是會渡辜，我想說聽音樂下去做應該會試試看，也沒有辦法

R：那其他人勒?你週遭

C259：對啊，為什麼她們不會呢?我就覺得很奇怪阿，她們有打藥(呵呵)

R：喔，你懷疑她們有打藥

C260：不是懷疑，是她們有，對啊

R：真的，那你們其實會有又使用替代療法又使用海洛因的情形

C261：恩，有些人可能，我不知道別人ㄟ，但是，你的意思是說一打完就喝這樣子?

R：就是有些人可能，之前我是聽說

C262：喔，想說打完之後用喝的就不會難過了

R：對

C263：偶而會去打

R：對

C264：也是會

R：還是有

C265：就是我之前是這樣啦，就是說有些人會想說領了錢以後就去

R：買？

C266：玩一下這樣子，也是會有阿，可是我現在已經完全不會想這樣子（肯定）

R：就是想說下定決心就好好的戒

C267：因為那個錢，我可以拿來寄給我老公

R：還是覺得省下來給他比較好，好，那還有其他的嘛？

C268：我就等你問我阿

R：那你覺得是安全注射室跟海洛因療法這個名稱要改變嗎？

C269：名稱？

R：對，就是這樣的字要寫出來，會不會擔心人家看到你說…～
走進去了，～你就是再使用安全注射室

C270：你覺得呢？你覺得改變

R：你覺得這樣一個環境，因為你畢竟常常進進出出，民眾就會知道～你們這群就是吸毒的人

C271：啊那不然就改一下，都可以啦，我覺得這沒什麼大礙。

R：這沒什麼大礙，即使用安全注射室你也是讓民眾知道，反正我現在是再安全的使用

C272：沒什麼差

R：比較不會太在意這部份，只要可以推動就好了

C273：有推動的話那個名稱根本就沒有什麼差阿

R：好，謝謝你

毒品減害措施之研究

C274：簽名就這樣子，簽一張就可以囉？

R：嗯嗯嗯，等一下喔

附錄十二 深度訪談紀錄（藥癮者 D）

R：OK，那我想請問妳就是，我們先從第一個問題就是目前國內，國內的毒品減害政策，像是替代療法對妳來說妳覺得有沒有造成哪些影響或者有沒有哪些需要？

D1：妳說那個美沙冬的部分就對了拉

R：美沙冬替代療法，對，有沒有哪邊需要補充？

D2：美沙冬的部分我是認為比較不方便就是說。因為不是說妳在附近的醫院就有…我說台語可以嗎？

R：恩恩，可以可以

D3：第一是說在妳醫院，不是說在妳住家的附近就有醫院，然後很麻煩就是有的甚至比較遠，那妳每天都一定要去喝的情況下，像她們現在有的還有實施甚麼，譬如說，妳就要每天都有去，她才有減那個錢，叫政甚麼政府補助還是怎樣，譬如說，她們本來一個月是兩千多塊，兩千三百多塊，妳如果沒有每天去來講，她就一樣那兩千三百多就對了，那如果變成妳每天去，她就可以幫妳減到一千，變一千九百多一個月，變成這樣，妳知道我的意思嗎？可是有時候就是有的太遠還是說怎樣變成不方便就對了，對阿，所以就變成有時候懶得去喝還怎樣，很多原因，變成說有時候會沒去。

R：雖然她，妳常，就是妳如果每天都去，她雖然有減掉那個錢，可是相對的妳覺得也沒有減很多，然後如果又距離很遠的話，妳就會，誘因就比較低這樣子

D4：對阿！ 對阿！

R：所以妳覺得應該要增設一些點嗎？還是？

D5：對阿，譬如說在附近，妳如果說…因為每個地方都有衛生所，

因為我記得以前很像是有在衛生所，現在好像沒有了。

R：美沙冬也是有，衛生所也是有，還是有些撤掉？

D6：好像比較少，然後譬如說中和好了永和，以前中和的南生路好像也有衛生所也有，然後，像我自己出來後就沒有了，對阿，覺得說現在到醫院，然後那個價錢也比較高了，以前好像我記得是，好像幾百塊就可以，差不多兩三百還是就可喝整個禮拜，好像是這個樣子。

R：就剛開始試辦的時候很便宜

D7：對，好像是這樣。現在不是，現在錢還要很多，妳看，一個月，一個禮拜八百多，那是一個禮拜的，妳剛去看是一個禮拜一個禮拜，妳到一個月以後才能固定說，一個月後才可以開一整個月的藥，才變兩千多塊，不然一個禮拜就是八百多塊，如果都沒收入的人，八百多塊要從哪裡來？當然這種的治療法當然是比我們吃海洛因來的便宜，但不過如果要說起來，如果沒收入的人，它也是一個問題，我的感覺，它也是一個問題，然後就是感覺不像以前那麼方便，交幾百塊就可以喝到這樣子，現在又沒講，又這麼遠，西門町，西門町，我知道西門町，XX 醫院、那個我覺得都很遠

R：對妳來說都很遠

D8：對阿，妳看，譬如說這麼冷，每天都要騎摩托車，我每次都騎摩托車，不就很那個。

R：因為她只能規定妳只能在一個點喝嗎？

D9：對阿，不是說規定，因為妳如果在那間喝妳就一定要在那間喝

R：對，妳也不能換別間

D10：對阿，除非妳有…不是不能換別間，譬如說妳有事情，妳如果去南部還是怎樣妳也可以暫時把妳的個案移到南部去，暫時幾天阿…，只是我是感覺是有很多不方便的地方，老實講。

R：所以除了這個不方便之外還有哪些妳覺得不方便嗎？剛講到是地點的遠近。

D11：對，然後…應該是沒有了。

R：時間上呢？

D12：時間上，要是沒在上班，我覺得沒差，有上班的，我應該覺得也沒差，因為它的時間蠻那個的，很恰當，妳看，早上七點半，然後到晚上七點半，那一個正常的上班，朝九晚五，早上七點半去喝，那個都可以，都合時間，那不然如果下班再去喝都來的急，所以我時間上應該是還可以，然後有譬如說它的藥，妳吃起來的感覺，我感覺它的治療也是蠻不錯的，看個人的心，妳看，有的人覺得我吃吃吃怎麼感覺沒有效，她就打一下、打一下，但如果有心的人她就會感覺，它也可以一天都不用打。

R：就只要靠美沙東就可以撐一天。

D13：撐一天、兩天也可以。

R：那妳會擔心它的成癮性嗎？

D14：嗯，蠻擔心的，對，這個也是一個問題（認同），它也是會提藥阿！只是它沒像海洛因的 D 那麼難過，問題是它也是會上癮的，也是會難過啦！

R：那這樣的話，妳們都怎麼辦？就是不敢停？

D15：不敢停，不然就是要慢慢減掉，然後有的是，譬如說要慢慢減掉，妳如果喝到很少的時候，因為妳那個藥停下來的時候，就會沒辦法睡，那妳可能就靠一些

R：安眠藥

D16：對，讓妳睡覺，那是已經到很少，喝到很少的時候，如果妳多的時候停下來，一定是沒辦法的

R：就是一定要慢慢的

毒品減害措施之研究

D17：一定是慢慢的減，可是那需要一段很長的時間，我覺得這治療講起來也沒甚麼，要怎麼說，因為我覺得它的時間，它的時間很久

R：妳是說，治療的時間？

D18：不是說妳今天想要戒，妳就可以戒起來，就這樣突然給它切起來就好，為什麼就要這麼麻煩（憤怒），每天都在那…然後又很久的時間，真的很久

R：對，有些人喝了一年也沒辦法戒掉

D19：對，然後我好像還有聽到還有人是越喝越多的，那是怎樣？是把那個藥當成甚麼？她越喝越多，也有那種人

R：那就成癮了，就變成這個不喝就不行

D20：對，但不過我，只是我查過，一樣是和個人的心思有關係，真的，這有很大的關係。

R：妳覺得還是要靠一下個人的意志力

D21：對（點頭），妳這要邊打邊喝，還有的把它當成藥還是甚麼，越喝越多，應該是我趕緊戒掉越好，一定想說，想辦法越減越那個，當然妳一去的時候，它不可能說馬上喝就馬上把它減掉，一定是一段時間，可是我覺得時間上真的是一個問題，很長，對一個用藥人來講。

R：妳會很想放棄嗎？還是…妳現在還有喝嗎？

D22：現在，沒有

R：現在也沒喝美沙冬了

D23：對，每天想放棄，但是妳喝的時候，對阿，會這樣想，會感覺很麻煩，又覺得這麼長，還不如狠一點乾脆看要買甚麼藥吃一吃，又為什麼要有很大的那個

R：要有很大的決心

D24：對。

R：所以妳之前有試著用過替代療法來戒毒

D25：有，我有用過

R：那妳用的時間多長？

D26：好幾個月

R：然後發現沒有效

D27：也不是沒有效，我都是有時候，像我算起來應該有兩次了，用了替代療法，用過兩次，就是一次是因為進去就是突然抓到，然後就進去了，然後就沒用了，對，然後這次是因為已經喝到就是可以慢慢減到，我自己可以不用吃，就是吃安眠藥這樣而已。

R：所以就沒有再碰了。

D28：還是多少，有時候還是會去玩，只是說可能沒有成癮了，譬如說像別人向別人這樣每天要打，就是把她當成身體上很重要的一部份，現在已經變成說，可能看到會玩一下這樣而已，不會說很刻意去跟她拿，也不是說一定要去跟她拿這樣子

R：就是成癮的依賴性沒有，可是心理的依賴偶爾想到還是會想。

D29：對，不然就是旁邊有，譬如說妳去碰到妳朋友有在用的時候，妳看人家在玩，就玩一下這樣而已，趣味一下，對阿，就是已經沒有那個癮了。

R：覺得沒有那個癮了，可是看到還是會想要試試看這樣子

D30：對，還是會，我覺得這是一個用藥人的那個

R：可是像剛剛講到那個替代療法，那之前去參加的時候醫生有跟妳們提說這個替代療法它可能只是用美沙冬來取代海洛因，但是這可能必須喝一輩子。

D31：她沒有這樣講過呢（震驚）

R：那不然她們怎麼跟妳們說？

D32：她會跟妳說的就像我剛跟妳說的，她會說，現在就是來喝，然後慢慢減量，她不會跟妳說要喝一輩子，我不曾聽過醫生跟我這樣說（搖頭），這句話我沒聽過。

R：就沒有聽過這樣子。

D33：恩，好像沒有醫生這樣對我講過，因為如果這樣跟我講的話，我一定馬上回她說我不要戒，對阿，甚麼叫做喝一輩子，那我不就一輩子在那邊拖就好了，對阿，我一聽到，我一定會馬上反彈的，哪有喝藥喝一輩子的，這很麻煩，每天都要去的（厭惡、皺眉），不是說妳幾天，妳愛就去，是每天必須要報到的，這個變成一個，對阿，所以如果妳馬上就跟我說這樣，我是會跟妳說，那我不要喝了

R：所以妳可能不知道這個是一個維持療法而已，妳覺得這時一個。

D34：短暫，我可能是。

R：妳覺得把這個替代療法想像成是這個是一個戒毒的一個方法

D35：對，有的人可能是覺得，其實我發覺到去喝美沙冬的人很多人有一個心理就是，有的人可能是沒錢，然後沒有藥可打，然後她去喝，喝的時候不會難過，不過她有錢的時候可在拿藥來打，妳懂我意思嗎？但不過這樣就變成它不是真正要去那個，可是我發覺到喝美沙冬的很多人都是這樣子，其實我覺得那種的東西應該是速戰速決的東西，妳要戒就是要速戰速決，不能讓它拖，我的感覺

R：對，妳有感覺嗎？

D36：本來就是了，這種東西怎麼可以說讓妳來拖，妳在那邊拖妳在怎麼還是一直在那邊用，應該像我說的，就是要速戰速決，然後，妳要速戰速決，也是要那個人有沒有心，像我感覺去妳們那邊的人，像我剛講的，那種心理的很多，很多人是因為沒錢了，才去那邊喝，因為她喝那個不會難過，不過她如果有錢

有去工作的時候，她就又拿藥來打了

R：這也是一個問題，拖太久了

D37：那拖太久，真的是很久，拖太久（點頭）

R：所以難怪有些人喝不到一年就想要離開那邊了

D38：恩，妳不覺得以前還沒有美沙冬的時候，很多人她們在吃藥的時候，可能都是有的人被逼一定要，被逼去戒毒，那可能是已經到監獄去了還是怎樣，那種的如果一去的時候就是去診所，所謂的診所，去戒毒，有的一個月都幾萬多塊，不過我覺得那種雖然比較狠了一些，問題就很

R：很快速就戒了

D39：很快，她那個幾個禮拜就戒掉了，回去後又去碰，那就是她個人的問題了，可是我覺得這樣比較快。

R：那妳會贊成她們繼續推這個美沙冬替代療法嗎？

D40：可是我覺得推也是一個，也不是它不好，因為如果妳沒推來講，其實這個關聯到很多問題，妳知道嗎？妳吃藥會發現很多問題，妳想想看，有吃藥的人如果沒錢就會想東想西，造成社會很多問題，那今天有美沙冬來講，是不是減少社會很多問題

R：就讓妳們比較穩定

D41：對，她不會去講說今天如果沒錢的時候她去想東想西，去偷，去搶，做甚麼，甚麼事都會去做，那是不是危害到我們社會的安寧，譬如說，改天不就騎在路被別人搶，那也不一定是用藥的，很多報導不是說，像昨天看那個新聞在還在報，甚麼爲了藥去幹嘛，去偷做甚麼事，我昨天看到忘了，反正就是藥的，好像是因爲用藥去搶錢還甚麼的就是了，所以這個問題很多，那如果妳把那個的時候，是不是變成她如果沒錢，又想東想西了。

R：可能犯罪問題就會增加

毒品減害措施之研究

D42：對，就又多起來了，這也是一個那個

R：一個考慮。

D43：對，妳今天如果說把她停下來，其實我不建議說停下來雖然我覺得它的效果，它的效果也不是沒有，可是我覺得是一半一半，有的事妳說要把它，要把它停下來，如果是我我會覺得這樣也是不妥，就像我剛講的，一定會造成很多問題出來。

R：妳覺得要為那一些經濟也不是很好的人

D44：經濟不好，她又不能不吃，她也不可能放個讓他難過，變成甚麼事情我們不知道，會危害到人家，不是每個吃藥的都很好心，妳自己吃藥難過，難過頂多回家偷錢就好，有的人不是，甚麼事情都做得出來，對阿！

R：那像針具交換這個政策妳之前有使用過嗎？

D45：針具我知道，針具交換的部分，其實我覺得這個也不錯，因為有的去買針筒，也是這樣去買，一支一支10塊這樣買，不過我覺得有針具替換這樣還不錯，她們比較不會濫用，也不會說一支針筒拿著一直用、一直用，用了好幾次，還是說用一用又用別人，跟別人拿來用，因為有得用妳就換一下這樣就好了，所以我覺得針具這個部分不錯

R：但妳有自己去使用過嗎？就是我自己拿我用過的針頭拿去換

D46：對，有

R：那妳之前有很常這樣子嗎？

D47：常這樣子，對

R：那妳覺得這個服務會讓妳有所擔心說被抓或是怎麼樣嗎？

D48：不會，我沒想過這個問題，好像也沒有這著問題發生過，我不會聽過有人去換針具換到被抓到的，不過我聽有些人喝美沙冬，喝到被抓的，好像也是有這樣過，對，妳說換針具我是沒聽過，所以換針具會被警察抓到，我比較不會去擔心這個，只

是之前好像有聽說美沙冬喝一喝，然後警察會在那邊等，因為妳看有的人，她喝美沙冬，還是一樣在吃藥，它如果去在吃，是不是剛好被警察抓到，所以有的警察才會那邊等，這我曾經聽過，但換針具我是不會聽過，何況說那針具是新的，警察要來找妳麻煩也沒辦法，因為針具沒用過，妳說妳抓，只能抓我買針具，我針具裡面又沒甚麼東西，妳要怎樣抓我，把我送去那個，所以我比較不怕。

R：可是針具不是妳必須拿妳的用過的針具再跟她換？

D49：可是這個問題我比較沒想過，對，妳說的這也是個問題，但我沒想過，對，如果妳半路被攔下來的時候，妳拿那些舊的妳這下子就慘了

R：對，然後又那麼多

D50：對，妳說的這個對，可是我沒想過這個。

R：所以妳之前有，就是妳們只有去拿，有拿去還嗎？有拿去跟她換嗎？

D51：有阿，這一定要拿去跟她換，她才會給妳

R：所以換的人，不是妳拿，還是妳是託別人去換，所以妳剛剛沒想過這個問題。

D52：對，之前我都是叫別人去，可是我在近…好幾個月之前，我有去過一次，我是拿去衛生所換的，那個秀楊路那一家，我直接，那個是已經放很久的，我沒拿去丟掉，譬如說在抽屜裡面打開，整盒的，針具，很多然後我想一想，我已經想好幾天，又沒再用，那放在這裡要幹嘛，改天警察如果來搜到，我不就又多一條，我想一想我一直要拿去沒那去就是了，不過那天我突然想到，我拿去給她，結果她知道我有在用東西，她拿整盒的給我，拿回去我也放在家裡，我想說那個也沒用就沒關係了，這樣子，我拿去換過，現在我知道針具還有一個問題，上一次我去紅絲帶，我是次是去跟它們提，因為我是去驗那個。

R：愛滋命名篩檢

D53：對，我去驗那個，所以我去跟他們聊到，我是有一天去買，不是去換，那一家藥局本來就有在換，有在換那個針具，結果，換到後來，去的時候，她說他沒再換，要用買的，她說要跟她買，結果買沒關係，拿回來的針具還是衛生所的，還有貼甚麼不宜轉讓

R：不可以轉售的針具

D54：對，我心想，不對阿，這個怎麼會貼這樣，貼這樣不就代表妳拿政府買給我們的

R：就還要多賺一手這樣子

D55：對，我心情就很差（生氣），想說怎麼會這樣，現在這個換針具又很少，真的很少，譬如說我現在有在用藥好了，我要去換，我也找不到藥局可換

R：真的，現在都收起來了嗎？

D56：我也不知道，就是找不到，不是妳隨便去哪一間藥局就有，不過我記得南部那邊很多，南部有，還是說南部的衛生所，如果妳去可能也有，但現在我們台北的衛生所，我是不知道，因為我現在也沒再用藥，不過我知道好像藥局，現在的藥局不像以前那樣說要換就有了，像那間妳換一換以後，她跟妳說要用買的，結果買來又變這樣，我跟紅絲帶講，結果她叫我把她照相下來，我想一想，管她的，我想說跟她說一下而已，她問我那一代，我就大約跟她講一下，因為我覺得那個舉動很不好，雖然是沒多少錢，可是，我的感覺那是政府撥錢給的，那妳怎麼可以拿去賺那幾塊錢，那一支又沒多少錢，不然妳也做漂亮一點，那個水把她丟掉，留那隻筆就了，妳還那個貼在水上，妳知道嗎，她是貼在那個注射水上面，不可轉售，對阿，那個筆又沒貼，不然妳就賣筆就好了，妳不是阿，妳連水一起賣出去，一看就知道了，有夠那個的，對阿

R：真的，老闆真的太差勁了，那妳之前接受過這一些服務，醫院的一些服務，那妳有沒有聽過就是，裡面的個管師，或者護理人員給妳們做一些衛教？諮詢

D57：甚麼衛教？

R：就是有沒有提供一些，譬如說一些愛滋的知識宣導，藥癮者的知識或者是…

D58：現在 XX 醫院是沒有，我記得以前在中和很久以前，那個不知道幾年，在南山路那裡，我記得我在喝藥的時候還有一個老師，我都是叫老師，因為我覺得她們還蠻關心我的，她都會像妳這樣，就是跟我們上課阿，還是問我們一些資料這樣子

R：問妳有沒有甚麼問題這樣子

D59：對，我覺得那個也不錯，就是感覺上有人在關心妳，然後她會教妳一些妳不懂的，在南山路那邊我有遇過

R：那所以在 XX 醫院妳們現在

D60：現在沒遇過

R：之後喝藥喝藥都沒有

D61：沒有，好像沒有講到這個問題

R：所以譬如說妳有甚麼不懂，像是喝美沙冬有甚麼疑問

D62：都沒有（搖頭））都沒有人可以問。對，我知道的它們喝藥的那個好像是說藥劑師，那天我有聽到我們那個在講，說小鳳妳有看到嗎？那個拿藥給我喝的那些都是藥劑師，說分藥的那個，這樣而已，對，去喝藥的時候她不會問妳甚麼，然後有問題我們好像也沒有問過她，譬如說妳去那邊喝藥的時候，頂多看一次、兩次的醫生，再去的時候都是拿單子給妳，妳就把它放進去，她就簽一簽給妳而已，她也都沒叫妳進去問。

R：都沒有任何。

毒品減害措施之研究

D63：都沒有，醫生也不沒有關心妳說，妳喝得怎樣？還是要再減還是怎樣，都沒有

R：都沒有

D64：對阿，都沒有，妳就在那邊傻傻的喝這樣。

R：那如果妳，那妳都不會想說，我喝那麼久了爲什麼都沒有辦法停藥或是甚麼樣，都沒人可以問這樣子嗎？

D65：沒有，妳就傻傻的喝這樣子，那間 XX 醫院的醫生就是這樣（苦笑），我不會騙妳，不然你去問別人看看是不是這樣，真的，我這樣看下來是第一次掛號，就是一開始一個禮拜一個禮拜掛號的那些，妳會去跟它醫生講話而已，醫生問妳說妳要不要調量，調劑量，還是好像看過一次而已，再來就小姐問妳要不要調量，妳如果說要調量她就直接幫妳寫上去，這樣而已，妳就拿治療看醫生的時候，就把單子拿進去，她就又把單子還回來給我，就這樣而已，這樣就說妳有喝藥了，真的，它們樓下那個倒藥的小姐她自己寫的，妳要加量嗎？妳要降量嗎？她就寫一寫這樣而已，妳就拿上去給醫生，其實像這一部份，我覺得這個它就忽略，真的，她怎麼都沒有問，就像妳講的，她怎麼都沒來問說妳喝得如何，還是妳喝完有便秘還是怎樣，都沒再問

R：都沒有

D66：對，都沒有，我覺得像我如果再看醫生的時候我一定是說，我要吃安眠藥還是怎樣，我沒辦法睡，我才會跟她說，我要看醫生，不然妳跟醫生講一下。

R：不然討論一下說我現在有甚麼樣的症狀，然後我的劑量要怎麼調，完全是變成妳自己說要增加或減少

D67：對，都不是，好像是我自己在做醫生一樣，她都沒再問妳，照理說應該不是這樣子的（搖頭），這種病人不像妳的普通病人，妳知道嗎，不是妳們那個醫生管，感冒還是哪裡不舒服，妳吃藥這樣而已，這需要妳們去關心，然後妳們要去問她，妳

知道嗎？不是說這樣傻傻的喝，傻傻的過就好了，如果我是醫生，妳是病人好了，我怎知道你在吃？還是怎樣？還是說妳是邊喝邊打，妳都不知道，那妳這個人要怎麼戒藥，不然妳問我好了，妳要怎麼戒掉，妳不覺得很誇張嗎？這真的妳沒問到我也沒想到這個問題，這是一個很大的問題，照理說應該像我說的這樣，應該是醫生會去問妳

R：對，因為我們在別間醫院它們還是會問阿！

D68：還是久久問妳，應該是久久問你一下說，妳要喝得如何，還是有甚麼問題，問題是都沒有（加強語氣、搖頭），真的，真的都沒有，像我剛跟妳說的南山路那個醫生，妳看喔，妳看我說的那個老師，她就像我剛跟妳講的那樣子，她會去關心，小鳳小鳳，她會叫妳，妳喝得怎麼樣，還是有甚麼問題，她還跟妳像朋友這樣聊天，對阿，衛生所那邊，對阿，不像醫院

R：所以那邊有個管師來主動問嗎？

D69：妳說的是衛生所那邊嗎？

R：不是像那個 XX 醫院那裡有個管師嗎？美沙冬的個管師

D70：甚麼是個管師？

R：就是裡面的護士會主動打電話去問說妳今天為什麼沒有來喝？

D71：都沒有（搖頭），妳沒去她也不會打給妳說妳怎麼沒來喝，都不會

R：都不會

D72：對，我所知道的好像像剛那個，譬如說，我剛講的那個情形妳應該聽得懂，譬如說它正常的時候是一個月兩千三百八十，可是妳要固定每天都有去，妳如果妳有缺席，它們缺席不知道缺多少，幾次我不知道，可是她們有那個限定，幾天的話，它就可以

R：就把妳剔除了

毒品減害措施之研究

D73：對，它就不給妳補助，它就 2380 這樣下去給妳，可是妳要是每天都有，每天都有去的話來講，她就是減掉，就變成 1980，這就減了好幾百塊了，對大家來說是一個福利，可是它是說妳有沒有去…這樣子再看，可是很奇怪，妳也沒打來問我說我為什麼沒有去，有時候颱風還怎麼樣，雨很大，我懶得出去，我就沒去了，我想說今天沒喝也不會難過，反正可以撐兩天，頂多我第二天再來就好了，可是她都沒打來問，照理說應該要問（皺眉）

R：也是要問一下妳到底怎麼了，譬如說妳三天沒來，妳到底發生了甚麼事。

D74：對阿，衛生所都會問，然後有老師在關心她就會問，不會像她們這樣子。

R：所以妳覺得他們有甚麼需要改進的地方嗎？

D75：改進的地方我是覺得說，不要對喝藥的人這麼冷淡，該關心的還是要賜給關心，妳可能覺得這好像沒甚麼，可是這也是一種鼓勵，不是說妳就喝一喝就好，就回家了，我感覺起來都沒甚麼

R：感覺沒有太多的幫助

D76：對（認同）

R：那妳之前在另一邊喝，為什麼現在又換到 XX 醫院？

D77：之前是因為上班的關係，我之前好像也有在西門町喝，因為上班的關係，我在那個，好像是南京東路，我上班喝，座到西門町，不是西門町，是在土城，對，是在土城，然後我上班，在南京東路，然後去那邊喝要我迷路了，不會走，所以就跟醫生在講，後來我才移去西門町，移去西門町之後，不知道怎樣…才又移去 XX 醫院，好像都是，就是有時候就是遠近的問題這樣而已，才會移。

R：所以是距離得遠近，可能陷在 XX 醫院離妳比較近，所以就在

XX 醫院。

D78：對

R：可是相對它給妳的服務沒有很好這樣子

D79：對，就覺得喝藥這樣而已，沒甚麼，都沒人問妳的，都沒有人再過問的。

R：覺得妳還是她們應該還是要關心妳一下，或者給妳一些其他各方面的知識。

D80：對，現在都是這樣子。

R：那妳覺得會需要有關心理方面的諮詢或者是妳今天去喝藥然後希望可以提供這方面的服務嗎？

D81：多少拉！我覺得這有好處沒壞處

R：妳會願意坐在那邊聽一個小時跟妳個別的諮詢嗎？

D82：我不會反對

R：怎麼說？

D83：有時候我如果跟她們說的時候我比較愉快，然後就覺得有人在關心，然後我可以得到一些我想要的那個，我覺得這樣不錯，反正時間上不會那個，所以我覺得這樣可以

R：就妳覺得妳還是可以願意配合

D84：對

R：然後說不定這樣可以治療妳的心理上面對這個藥的依賴

D85：對阿，譬如說妳今天跟我說話，我今天跟妳說這個，妳跟我說那個，那我會來聽嗎？就是談的話感覺不是說我要聽得我也聽不下去，那還有甚麼好講的，對，那妳今天在跟我講話，妳是純粹在關心我的人，當然我一定會去，妳不覺的用藥的人跟正常人有甚麼不同嗎？她們的心靈

毒品減害措施之研究

R：都其實是一樣的，可是因為可能妳們本身有些人會比較屬於自卑一點點，所以支持性比較少，就是需要別人去關心

D86：對（認同），我覺得這是個蠻大的問題。

R：那這個是目前我們國內的政策，那如果未來國內想要推動譬如說剛剛提到的，一開始跟你介紹「安全注射室」就是提供一個環境，然後由妳們藥癮者可以帶自己少量的毒品在身邊，然後進去到裡面，這個空間，醫護人員會在旁邊監督妳，就是會看著妳打，妳自己打，那妳覺得這樣一個環境下，對妳來說可以符合妳的需求嗎？

D87：不是，這樣對我來講有甚麼差別，我在家裡打跟去醫院打有甚麼差別？（疑問）

R：在那邊有醫護人員在後面，就是可以看著妳會不會突然的致死，或發生甚麼意外，可以馬上給妳急救，對，一個目的在這邊，而且妳來我說不定還可以，妳打完，我還可以給妳一些衛教諮詢或者是一些甚麼心理諮商等等，妳覺得這樣一個環境妳覺得妳會需要嗎？

D88：我是覺得這沒有甚麼，沒有很大的那個，要怎麼說，我感覺沒有很大的差別，在妳那邊打跟在家裡打這樣有甚麼差別？

R：就是說避免發生意外

D89：像這第一點（安全注射室）跟第二點（海洛因療法）有甚麼不一樣？

R：沒有沒有，我們就先講這一個就好了，我們先講”安全注射室”這樣子

D90：”安全注射室”我是覺得沒甚麼差別

R：妳覺得其實妳自己在家裡打也可以打得好好的這樣子

D91：對

R：妳不會擔心過量嗎？

D92：我不會擔心，其實妳現在講到過量這個問題，我也有問題就是說，其實這用過量的人，應該是會死亡的人，其實注射藥物的人，坐著注射，她不會這樣，因為我相信注射藥物的人她們都有注射很多年的經驗了，譬如說我就好了，我可能有二十年，斷斷續續我可能也有二十年，那這樣子的話，我根本不會去煩惱說會過量這個問題，其實會過量的人都是，會死掉的人都是在裡面關，然後剛出來，妳知道嗎，然後貪茫，藥，她也不知道這個藥到底好不好，她一下就注射太多，她就以為她以前用多少，所以我就一樣這樣下去就好了，就用太多，然後旁邊又都沒人，就算旁邊有人，有的人不會急救，她也會死掉，然後不然就是貪茫，藥拿回來還是一樣，因為我跟妳說，很多東西都是因為，她的東西好壞不知道，都打太多，才會死掉的，可是我覺得這樣我們在打，妳固定跟這個人拿，這個人的東西如何，其實都知道，怎麼可能會有像妳說的這個問題，她會死亡我覺得那個都是，要怎麼說，妳說的這個問題，我感覺是沒甚麼差，我不會說，我比較不會我要表達，反正我的感覺是感覺沒甚麼差

R：妳覺得大家其實都是經驗老道，這樣子根本不太會

D93：對，不需要給醫生看，有甚麼好看的

D94：對阿，甚至我今天去抽血來講，我去抽血要檢查一個H，那個醫師在那邊抽半天，都抽不到，抽到我很抓狂，我說好了，妳不要抽了，那天去西門町那邊，一樣去喝藥那邊，我叫他幫我抽個血，我要驗個那個，因為有的人，像我們都有固定就是幾個月去

R：驗一次

D95：所以像我可能比較注重吧！有的人是覺得她就這樣打這樣打，她也不會去檢查，妳知道我的意思嗎，有的人是被抓到被抓進去裡面的時候，她們才會去做篩檢，不然像我是比較注重，我覺得甚麼病都沒關係，這可能比較注重，所以我會去抽血，

那天去的時候就一直抽抽不到，我想抽半天抽不到，不要抽好了，我就馬上跟她說不要抽了，我掛號費也浪費了，因為它給我刺好幾次了，都刺不到，我要自己抽、她又不又，像我們去北所進去關還是說在警察局被抓到，她叫別人來抽血的時候，那個人還會跟妳說，小姐，妳自己抽好不好？妳知道妳要抽哪裡，她還會這樣說，她也不會去浪費那個時間一直刺一直刺，她都沒想過人家會痛，妳知道嗎？我那天在台北的西門町那邊去給他抽的時候，她看我在抓狂了，她一直在那邊給妳挑一下挑一下，那個都很痛，那個別人的肉，對不對，也看得很抓狂，我說不要驗好了，不要抽了，我就回去了，所以我那天才突然跑來紅絲帶直接讓他這樣子，直接這樣用，像我們這種的根本就找不到血管，其實我如果說我今天要打藥，其實我也是會麻煩，因為我不知道要打哪裡。

R：所以那妳覺得如果未來台灣在推動這一個”安全注射室”妳覺得這可行性高嗎？

D96：我覺得如果以吃藥的人，我覺得這個像我講的，一定很少人會去說

R：會進去這個場所。

D97：因為它們想說，它們會去配合妳們說的這個這樣走，我就覺得以我是吃藥的人，這一定不太可能成功的

R：為什麼？

D98：像我說的這樣，我要注射就在家裡注射就好了，為什麼還要去那邊，要人在旁邊看著我，有甚麼好看的，不然妳再問看看，應該是我想的這樣子，因為用藥人，我的感覺

R：妳覺得不需要這麼麻煩

D99：對，我覺得這是一個那個，因為其實現在政府已經多很多關心了，妳看，替代的療法，針具交換，其實她已經給用藥人很多方便了，因為今天如果有愛滋來擴大，會害到別人，所以她

們才有這些

R：政策出來

D100：對，不然針筒可以賣十塊，爲什麼要給妳們這些人去用，給妳們去換這樣子，這都是爲了說不要一個感染一個這樣，所以說，我覺得政府給這樣已經很那個了

R：很 OK 了

D101：對

R：所以妳覺得這一個可行性基本上不高

D102：不是很高，（搖頭）我相信一個用藥的人，它應該是不可能我在用藥妳在旁邊看，監督的這個感覺…

R：她也不監督，她就是在旁邊看妳有沒有發生甚麼意外

D103：我知道妳的意思，但是我感覺這個應該是沒甚麼用

R：所以妳覺得不想被人家看到妳現在用藥

D104：對

R：那還有沒有其它的困難點妳覺得在這個推動上面，譬如說，藥物妳要必須自己帶過去

D105：藥物，對阿，自己帶過去也是一個問題，然後這樣打跟我在家裡打有甚麼不一樣？然後那個藥又是要自己帶過去，那有甚麼差別，我覺得都沒差別

R：妳會擔心帶了過去會不會有甚麼風險

D106：對阿，還要帶在身上這樣到處跑，這樣也不對，我覺得這樣也不對（搖頭），對不對，哪有可能拿一包藥在路上跑，我如果騎摩托車，騎去的路上，我如果去遇到，我不就很倒楣又多一條，對阿，這也是一個問題，妳沒講我沒想到，我只有想到行不太通而已，我還沒想到這個問題，這也是一個問題 R：所以這個也是一個

毒品減害措施之研究

D107：有的要去藥的時候就很怕被抓了，更何況我還拿一包藥，還拿去醫院，去那邊給妳看我注射，我如果去遇到的時候我不就很倒楣

R：那是不是政府要設立一個條款

D108：對，還是說政府設立一個條款說，這個人今天拿藥要去那邊打的時候被抓到沒事

R：就可能發一個證明給妳

D109：對，這樣才是，對對對（認同，笑）

R：給妳一個證明就可以光明正大的帶著妳的藥進來醫院了

D110：對

R：那如果這樣子的話妳會願意嗎？

D111：這樣我覺得還可以考慮看看（笑），可是我還是覺得很麻煩，總而言之我還是覺得很麻煩，拿藥去注射，去那邊注射再回來，那這個藥在打的時候又不是，妳一天24小時不可能只注射一次而已，但是美沙冬有辦法維持兩天，都不打也好，一餐四號、一餐海洛因，哪有可能說維持這麼久的時間，那我不就要注射都跑去那邊，我不就要跑來跑去，我一天要跑幾次，這樣哪對，不對阿，所以我說這好像行不太通

R：對，妳覺得這樣子反而造成妳們的困擾

D112：我覺得喝美沙冬就很麻煩了，這樣跑來跑去就很麻煩了，那藥又是一天不知道注射幾次，我還在那邊跑來跑去，我要跑去哪裡還不知道，那個醫院來我家多遠我還不知道，對阿，越說越感覺行不通，不太行得通呢？

R：對，可行性不高，那我們接下來談說，如果是談海洛因療法，就是未來如果我們推行這個海洛因療法的話，妳覺得這個可不可以符合妳的需求？

D113：妳說第一點嗎？

R：第一點，對，然後因為她這主要是由醫師評估，然後主要是妳今天美沙冬治療成效不佳的病人，效果覺得沒有很好或者退出的病人，我再用這個海洛因療法來治療妳，然後有醫生給予一些治療劑量，妳覺得這樣的一個治療法的可行性高嗎？

D114：我覺得應該蠻高的

R：那妳覺得這樣可以符合妳的需求嗎？

D115：應該可以吧！

R：妳覺得如果有這樣一個措施

D116：其實這樣子來講，我想想看…既然用藥下去戒藥，其實這樣會變成說她們在控制了，妳知道嗎，它們在控制，藥劑它們再用，在說，時間上，今天不是說像我們在家裡，妳要打多少就一直打，還是說妳今天拿了一包藥，妳就一直打，一直茫，然後就在那邊一直打，因為這變成有一個時間性，對阿，醫生一定是妳難過的時候才打，然後她的劑量也可以慢慢減

R：這就是由醫師調控。

D117：這樣來說，對這些戒藥的人來講，我覺得這也是一個不錯的，我覺得它成功率的應該蠻高的。

R：對妳們想要戒的話，覺得蠻有效的

D118：蠻有效的，可是這樣子跟美沙冬有甚麼不一樣？這樣也是可以，可是覺得這樣跟美沙冬有甚麼不一樣？（疑問）

R：有可能這個到最後可能海洛因一天要來個一次或兩次，會不會就是打藥的時間會比較多，然後劑量是由醫師決定，不能自己覺得，妳可能就還必須搭配其它的…

D119：是說這個問題，它這個跟這個有甚麼不一樣，有甚麼不同的地方，兩個有甚麼差別的地方，我現在沒辦法講得出來，但不過有問題來說就是，以喝美沙冬的人來講好了，她是不是都邊喝邊打藥，那就乾脆美沙冬不要了，乾脆用這樣來講

R：對

D120：還可以慢慢的來減，以這樣來說，戒藥是會比較快，這個差也差在這裡而已，不然我現在是在想，想這兩項問題，藥和美沙冬這樣兩項都是跑醫院這樣，這樣有甚麼差別？我覺得我現在想不到，所以我感覺起來用藥和用美沙冬這樣差在哪？差我剛說的那個問題，因為現在喝美沙冬的人也有在注射藥物，那乾脆就不用喝了，就乾脆用打的就好了，還可以控制量，然後慢慢的，看能不能用少量的時候把它戒掉，這是一個不錯的方法。

R：但是那這個的海洛因是由醫師提供的，那妳有沒有想過這個海洛因誰要付錢？

D121：對阿，那誰要來付錢

R：如果由政府補助妳們當然全不同意

D122：當然，問題是怎麼可能，不可能

R：那如果未來是用自費的方式，變成妳們自己買藥，但是是由醫生她們給的藥

D123：其實我覺得這樣不錯，要這樣說，老實說我一樣要花錢買藥，我寧用花錢去跟醫院買藥，因為如果妳在醫院買的藥，就不會像外面亂加，亂弄，這又減少了一個問題，死亡率，因為如果是亂加的，像那個不知道，這也可能是死亡的原因，妳懂我意思嗎？那如果妳今天是從醫生那邊拿的時候，是不是就更安全了，那一樣都是花錢，是不是從醫院拿比較好。

R：所以妳覺得如果推行這樣的話

D124：對阿，我覺得推行的時候，然後我的感覺，一樣是在拿藥的時候，這樣也是可以，何況都是花錢，去哪邊拿不是更好，又不用擔心別人亂加，給我加甚麼東西，也沒有販毒這個問題出現。

R：那可以是妳覺得這樣台灣目前這樣環境民眾或者是可以接受這個部分嗎

？

D125：我覺得一定不能接受，還有我跟妳講，妳要像妳講的由政府來付那個費，一個民眾就打斷了，她們一定會抱怨的，然後政府怎麼可能拿藥來為妳們這些用藥者（質疑）

R：所以我剛剛才說如果用自費的方式的話

D126：用自費的比較有可能，但不過我覺得由政府去付，我覺得這個妳們再怎麼去講也講不過，因為政府推廣這個一定講不過去（強調），會被民眾打死，我不騙妳。

R：所以那民眾那邊妳覺得要怎麼跟她們講？她們才可以接受妳們來實行這一個新的治療。

D127：也可以說…因為用藥物的人，然後因為現在感染愛滋病的人很多，然後為了大家好，不讓愛滋再擴大，所以來推廣這個，這樣的一個治療，那最主要也是幫助她們，然後減少犯罪，其實這樣的推廣也很多問題，減少犯罪率，然後減少愛滋那些再擴大，然後死亡率也，其實蠻多的，如果講起來，以這樣子的去跟民眾講，只好這樣講，不然要怎麼講？然後她們的意願那就要看她們了，如果是依這樣下去講，我覺得這樣也是可以。

R：那妳會擔心說我今天進去做這個海洛因療法會擔心被其他民眾看到嗎？妳會不會不敢進去？

D128：不會（強調）

R：怎麼說？

D129：吃藥就吃藥哪有甚麼怕別人看到的

R：妳不會擔心說人家注意妳，妳就是曾經有用藥過，所以妳才來

D130：不會（搖頭），我不會去想到這個問題，如果這樣子的話我喝美沙冬的時候我也會去注意別人的眼光，不會，我個人不會

有這樣的問題，因為我覺我去喝藥的時候，很多人都在旁邊阿，醫院這麼多人，我也不會去注意到別人，不知道是不是我個人比較不在乎別人的眼光（呵呵），所以我比較沒有去想到這個，我不會去在乎別人怎麼想，我的感覺，我可能比較在乎家裡的人，我覺得家裡的人怎麼看我比較重要，別人怎麼看我覺得不重要

R：反正他們也不認識妳

D131：對阿，何況我今天又戒，講難聽一點我是戒藥的，應該妳是要來鼓勵我而不是用異樣的眼光來看我，所以我不覺得有甚麼好見不得人的。

R：所以妳覺得如果今天要推行的話，妳會擔心用那個劑量越來越高嗎？

D132：這個我不會擔心，我覺得這個一定會越用越少（強調）

R：妳就是相信醫生

D133：我相信一定會越用越少，其實我以前在解藥的時候，我也曾想過，我曾想過說，這個很簡單，反正我就每天減少一點、減一點，譬如說，我就藥癮沒發作的時候就不要去注射，發作時我就注射一下，能醒就好了，我不相信這樣戒不起來，一定是戒得起來，問題是如果今天沒有醫生的控制，我一定沒辦法，因為在那邊的時候，她不會一直注射，這個當然是有人來監督，譬如說妳今天是像她說的醫生這樣來講，妳一定是難過的時後才去注射藥物，才去醫院注射，注射的時候妳也不必跟她說一定要打多少，像妳在家裡的量要打多少，因為妳在家裡注射多少都是因為在茫，打到茫為止，妳今天在那邊就只是打一點，妳就能止了，譬如說，今天我是一支筆來講，我是打十痕，其實我跟妳說這時痕是貪茫的，其實如果這個人真正 D 發作的時候，妳只要一點點，她就可以止了，我有給她試過，我曾經是過

R：其實一點點就已經有感覺了，

D134：1 C C 以那個筆一格一格來講，以十痕來講，可是如果我真的 D 發作的話，我如果是想要戒的人，我用五痕就好了，就比較讓它不會這麼難過

R：只要那個過了就好了

D135：妳只要不會那麼難過，我覺得這樣就可以了，如果依這樣來戒難道戒不起來嗎？一定可以，問題是像我說的一定有人在旁邊像醫生這樣幫妳控制，不然妳如果自己在家裡，妳不可能像我講的這樣，這樣注射，如果會這樣注射的會也不會有這麼多人死掉，是不是，那妳說到美沙東的問題，美沙東就像我剛剛講的，美沙東不是它不好，也不是說它不能讓這些人戒，只是說因為這些人去吃藥的時候，去喝藥的時候是甚麼藥的心態去的，像我剛說的，很多人是沒錢，她才去喝美沙東，一有錢就再去注射藥物，很多都是這樣子下去的，所以她根本沒辦法改，有的人還會越喝越重，她會覺得今天我喝的時候我好像哪裡不舒服還是怎樣，我就又一直加量，自己一直在加，所以我覺得這是沒辦法，我覺得喝美沙東，我還沒聽人說過戒藥成功的，好像都沒聽過那個成功的個案，為什麼，像我剛講的，她就越喝越多，她越喝越多沒關係，它又是邊喝邊打，所以我沒聽過戒成功的個案，那如果像我剛講的這個問題，很有可能，絕對有可能，因為妳是難過去打，然後妳的劑量又這樣降下來，因為劑量都是譬如說今天是一天用五六次的人，妳的量都是十痕，那譬如說實施這個方案來講，那她是不是她十個小時難過才會去醫院，那因為醫院是減量的在打，妳這樣會戒不起來嗎？一定會，我相信，至少還有七八十個%，妳覺得我說得有沒有道理。

R：真的，那妳覺得美沙東還要繼續推嗎？

D136：可是現在我剛已經講了，因為妳不可以不推阿，妳不推它會產生很多問題

R：但是推了好像也沒有很多人戒掉，這樣子

D137：對，不可以不推，可是拖了變成說達不到妳們政府想要她們戒掉，沒有見到那個成效，可能所見到的就是可以讓這些人比較穩定，某些方面會比較穩定，不會去產生我剛剛說的那些問題，走在路上被搶，還是怎樣，這些種種的問題，治安比較好一點，那如果說要以這個來戒藥，我覺得這個應該是達不到那個效果，但我覺得如果要把它停下來，我覺得這是萬萬不可的事。

R：所以那個是一方面，那海洛因療法就是未來如果可以的話

D138：我覺得未來如果可以的話可以試試看，就是以自費的方案下去，因為就像我們剛才講的要以妳們這種來出這個錢，那民眾一定看不過去的，可是可以用自費的去推，我相信以自費來說，絕對也一定妳拿的價錢比妳自己在外邊還要那個，因為外面人家是要賺錢，要賺錢不打緊，還會加東西，所以東西又不好

，那政府這樣它不是在賺錢，它是在幫助妳，所以價錢絕對不可能這麼高，東西也不可能這麼差，所以我相信這個應該是可以的，可是我覺得美沙東就千千萬萬不可以停，我覺得停下來會有很多的問題，妳不要說甚麼，現在喝美沙東的人就好了，妳現在把它停下來，那妳以後要叫她怎麼辦，她有錢就好，那她如果沒錢怎麼辦？就算她現在有錢也沒有用，因為我所知道海洛因跟美沙東的提法是不一樣的，妳今天再用美沙東的人發作了，妳拿海洛因給她施打，不見得可以止住，因為兩種東西是不一樣的，對阿，所以這是一個問題，如果今天突然喊停下來，這是一個很大的問題，因為它的成分跟這個海洛因的成分是不一樣的，今天不是說妳美沙東沒喝妳拿藥來止就可以了，妳如說止的幾來就算了，問題止得住的狀況來講，妳如果美沙東停止以後，這個人會有錢去拿藥嗎？不見得，還會產生甚麼問題出來我不知道，所以我說暫時不要說停就停，我覺得這千千萬萬不可以，這邊需要

R：再評估

D139：對

R：所以那妳覺得未來那個”安全注射室”一般藥癮者不太會去

D140：對，我覺得那個比較行不通

R：覺得太麻煩了

D141：太麻煩了

R：然後會擔心說我今天進去人家就知道我就是進去裡面用藥

D142：對，它有很多不方便的地方，妳看，我不可能拿一包藥每天在那裡跑來跑去，這就是最大的問題了，除非像妳說的，我就是有一個證件，我就是要拿藥去醫院戒的，妳們抓到我，我不會有事，我有不會有案件，就另當別論了，不然像妳說的這樣，不太可能，我覺得一個人又不是神經病，還拿一包藥跑來跑去，不可能

R：那妳會覺得這些新的措施，政府在鼓勵妳們用藥嗎？妳會覺得有那樣的感覺嗎？

D143：不會，不會有這樣的感覺，因為我覺得有醫生來看住妳，我的感覺就是有人看著妳，這就是盯著她，所以這就不是所謂妳說的，不是在鼓勵她去用藥。

R：所以妳覺得政府今天如果真的推行就不是這樣的一個想法，好，那針對上面五點妳覺得還有沒有哪些妳想要再補充的部分？有沒有哪些妳覺得剛剛沒有提到，然後現在想要多補充，譬如說替代療法，針具交換還是衛教

D144：就是，替代療法跟針具交換我都希望多設一些點，最好是說，因為我相信每個市都有衛生所，我覺得衛生所它們可不可以以個別去設立一個這樣子，專門在幫忙戒毒，幫忙戒沒甚麼方法，現在先別說有甚麼方法，就是衛生所專門這個地方就對了，譬如說，這是不是衛生所，妳就給它移一點位置出來，爲了。

毒品減害措施之研究

R：藥癮者來服務

D145：對，換針具也好，幹嘛都好。

R：可是這樣子可能會考慮到她們上班時間只有早上八點到五點。

D146：誰的上班時間？

R：就是衛生所護理人員的一個時間。

D147：八點到五點

R：就她們公務人員上班的時間，幾乎也都是這樣子。

D148：時間上她是比較沒有醫院那麼長，可是我覺得這樣總是有比較好。

R：就是點比較多。

D149：時間上先不要講，光先說點就好了，因為這樣變成多很多地方出來，妳光換針具的地方來講就好了，就再衛生所就有了，我不必再跑來跑去說要去找哪一間藥局，一下子就知道衛生所有，我就去那邊換就好了，那何必要爲了換針具還再那邊跑來跑去，跑好幾間，還要問現在要去哪一間換，然後像那個喝藥，我覺得要是每個衛生所都設的話，我覺得一定會方便很多，我覺得這樣比較好。

R：就想到點越多就越方便這樣子。

D150：對，然後像那個錢，喝美沙東的錢，我不知道怎麼講，我怎麼感覺喝美沙東的錢跟以前比起來，爲什麼會差這麼多，爲什麼當時收費是

R：很便宜這樣子

D151：對。

R：因爲剛實施一年的時候是政府完全免費的的補助，它想要試辦看看說這個效果怎麼樣，後來發現不錯，所以才全力的推廣這個部分，那因爲全力推廣的話，點就多了，然後政府也沒辦法

支助。

D152：其實這樣說，我也不能說怪政府，因為這個這個美沙東，醫生的藥，它也是錢，當然說起來，我們不可能說都為自己想，當然也要想到說政府它的能力，講難聽一點，一個台灣還是一個地方多少人吃藥，光一天喝美沙東就不知道要喝幾罐了，那些都是錢，所以這個也是一個問題，然後講難聽一點，就給她想說，妳在注射藥物的時候這麼多錢都在花了，喝這個美沙東常被罵，妳打藥的人，打多少掉了，喝一下會花妳多少，因為我常這樣跟她說，那個藥一個多少多少這樣念，這樣想就好了，沒甚麼事情是十全十美，一定是有一好也有一壞的，哪有甚麼事都有十全十美的，甚麼事都是一樣，對不對，妳就把它想成這樣就好了

R：好，我們今天就到這裡

D153：當時是打藥的人推薦我可以去喝美沙冬，他們說是可以戒藥

毒品減害措施之研究

附錄十三 深度訪談紀錄（藥癮者 E）

R：做個討論，接下來就討論新興的毒品政策

E1：恩

R：那我想問一下，目前國內的替代療法你覺得對你來說有哪些影響，或是哪些不足的地方

E2：替代療法我有接觸到的就是那個海洛因那個美沙冬替代療法，那他美沙冬替代療法對身體好像不太好。

R：怎麼說？

E3：因為他會造成肝硬化，對肝臟負荷，像像一般在注射海洛因的人原本就有肝病嘛！

R：對

E4：那原本他的肝病又因為服用美沙冬以後他變的肝病變的機會會比較大，會肝硬化啦，我看到很多啦，像我我自己就會指數就會飆高阿

R：肝指數嗎

E5：嘿呀！肝指數就會飆高，我看到好幾個人都這樣子，然後，幾乎每個人我看到他們喝了以後，不知道是不是腎臟病的問題？腎臟的問題還是怎樣，每個人都水腫阿！

R：喔，腎水腫，那這有跟醫師反應嗎？

E6：醫師沒有再問這個吧～

R：你們的醫師在喝藥的時候都沒有問

E7：醫師…在喝藥，我記得那時候去連醫師的面都沒有見到勒？

R：喔，你說XX醫院那裡

E8：都形式而已啦，那都一些那什麼精神科的醫生有沒有，形式說

要看，其實都沒有啦！（無奈）

R：所以，所以剛說到醫生都沒有關心你們這個問題

E9：對啊，醫生其實都會講，是講說會…會診，其實都沒有（搖頭）

R：就是他說有會診這樣子

E10：對啊，說是說會診，其實都沒有。

R：那你這部份怎麼辦？

E11：沒有阿，去就是說要喝美沙冬，然後醫生就拿那個我們那個掛號單有沒有、會診單阿！他就蓋個章然後就拿走了，就這樣子就好了

R：所以你們也沒有再吃額外的藥，有嗎？

E12：沒有，如果要服用精神科的藥的話，跟他講一聲就可以阿，跟他講一聲他就給你阿！他也不會問爲什麼

R：也不會問爲什麼

E13：都不會問，那FM2有沒有，也是跟他講一下就有啦！

R：真的喔

E14：呵呵～這樣子我覺得這樣子反而很多人吃那個FM2吃了很多毛病啦！很多問題就出來了，精神錯亂的阿

R：嗯嗯

E15：反而造成很多的問題

R：所以來喝美沙冬又拿了FM2回去

E16：對啊

R：那他們拿FM2的目的是？要給別人還是自己吃

E17：FM2有給別人，也有給自己吃的阿，他們自吃的話，我看到的是吃的這樣渾渾噩噩的，不知道在吃什麼意思的，因爲吃那個FM2好像就是…好像也會暈吧，會茫的樣子嘛，所以他們就感

覺吃那個…就可以過過癮吧！

R：所以醫師也一樣會開給他們這樣子

E18：對啊，醫師也一樣會開

R：反而是你們肝腎這些疾病

E19：對啊，這些藥反而不好拿

R：所以你覺得美沙冬喝久了都會影響到這些器官

E20：對啊！

R：那還有哪些影響的部分嗎？

E21：如果說要整體上的話，他初期開始喝的時候，一開始剛開始喝的時候，我是覺得完全沒有什麼療效啦！因為一開始的時候它的劑量比較少嘛，而且就算劑量有到的話也是不行啊，因為美沙冬和海洛因不太一樣，你止不住他那個癮！

R：喔，你覺得止不住

E22：對（肯定），一開始的時候啦，一開始大約一兩個禮拜的時候，剛開始喝的時候止不住嘛，然後，喝是講好聽一點是有去喝，但是大家私底下還是去買藥來打阿，這段時間阿，差不多一、兩個禮拜這段時間，應該是邊喝邊打藥這樣子，然後，再過了這段時間以後就變成說如果可以…就喝美沙冬就可以克制了話，他就可以就比較不打了，可是心癮還是在阿！

R：嗯嗯

E23：他們久而久之，差不多一段時間想到也是…ㄟ～有錢啊！還是幹嘛，也是會去拿拿藥阿！

R：你覺得心裡面的依賴都沒有解除

E24：我…沒有辦法啦，完全沒有辦法啦

R：只要有錢，其實都還是會想要試試看

毒品減害措施之研究

E25：對啊，我沒有看過沒有的啦

R：嗯嗯嗯，很少

E26：完全沒有看到沒有的

R：頂多久久用一次這樣子

E27：對，然後比較有意志力的是說，就是像我就故意把自己搞的沒有錢就不會去啦（笑），就不會想要用藥啦，當一有錢一定會想要去用藥阿，我自己現在都不敢把握自己說ㄟ…有錢會不會去用藥阿，所以我自己不太敢賺錢（苦笑）

R：錢賺越多越會那個

E28：對啊，尤其像我也叫我女朋友要戒嘛，如果我自己沒有戒的話，要怎麼叫人家戒！（呵呵）

R：對啊，那這個部份的話，還有沒有其他你覺得美沙冬還有沒有不好的地方？不方便？

E29：美沙冬，我們在喝美沙冬的時候也是會想要打藥嘛！可是打藥的用量阿，就比之前變成多很多，因為打美沙冬、那吃美沙冬以後打海洛因，他那個用量如果照以前的用量的話，就會覺得說完全沒有感覺嘛，所以用量就會越來越多，越來越多（強調），甚至例如說一開始可能是十格，現在喝美沙冬變成二十格、二十五格這樣子，一不小心就過量阿！

R：就過量了，而且體內又有兩種在裡面

E30：這樣造成死亡的病例很多案例也是很多阿，對啊

R：這樣其實也還滿危險的，這樣子

E31：對呀！這是我們知道的人的話，我們就會說打下去沒有用的話就好了就算了，阿不知道的人阿，打下去沒有用他就會過量。

R：一直再加

E32：用量一直加一直加，就不小心就走啦

R：所以那個喝美沙冬那個癮…

E33：癮！

R：癮～有解除嗎？我已經喝了，那爲什麼你還想要在去用海洛因？

E34：喝美沙冬只是身體上不會難過，到最後，然後喝喝一段時間差不多一兩個禮拜以後，固定喝嘛，兩個禮拜以後可能身體不會難過

R：對

E35：可是心裡的跟想的那個慾望不會改變啦，不會減少

R：不改變

E36：沒有辦法，如果真的要戒的話，真的是要看個人自己的決心阿，你如果要靠這個美沙冬是要他戒不可能啦

R：真的後

E37：完全不可能（搖頭）

R：那如果給予一些心理治療勒？

E38：對啊，那就是要看那個人他的心理、他的想法阿，他如果覺得說他戒了有意義的話，他就會想戒阿，像我女朋友她一開始也不戒阿

R：恩，不戒美沙冬還是海洛因？

E39：都不戒阿！她一開始在打海洛因嘛，那我是就是我找她一起去喝美沙冬戒海洛因，結果喝美沙冬以後他也是一樣常常說要打阿！那後來到這段時間我們沒有喝了，我就不喝了嘛，我想說這樣喝下去也是沒有用阿，還是會想打。

R：對

E40：那不喝美沙冬身體也是一樣難過，還是變成另外一種毒嘛！（強調）

毒品減害措施之研究

R：對

E41：然後我想一想說不要戒阿，不是不要戒，不要喝啦！

R：不要喝

E42：然後我就跟他講就變成用心理的方式去跟她講說，等於利誘吧，說你看他願不願意爲了我戒阿！如果願意的話都不要用了

R：你們倆一起不要用這樣子

E43：對阿，互相鼓勵嘛，有兩個人這樣比較好，單獨一個人的話，沒有目標戒不起來。

R：對

E44：所以就，現在這段時間比較好一點就是他肯出來，現在就是不要用

R：美沙冬

E45：會因爲我啦

R：嗯嗯（點頭），有一個支持的

E46：當然阿，我如果沒有看到的話，我就不知道她會怎樣了

R：嗯嗯，所以現在你們兩個人美沙冬都沒有再去喝了

E47：對，後來就沒有喝了

R：已經沒喝多久了？

E48：忘了，一段時間了，我差...我是差不多六月喝喝喝到十月吧

R：其實也有一陣子，兩個月沒有再去

E49：喝那個很麻煩啦（厭倦），因爲我家住離XX醫院有一段距離，每天這樣跑很累。

R：所以那現在沒有喝了，那身體會有一些不舒服的感覺嗎？

E50：剛開始也是會啊！症狀比打海洛因那時候症狀更多阿，奇奇

怪怪的症狀，也是，身體上難過是沒有像海洛因那麼難過沒有錯，可是，毛病會很多，會嘔吐阿！像之前我如果海洛因沒有打還不會嘔吐，現在現在美沙冬沒喝會嘔吐阿，會嘔吐阿，然後有時候很暴躁的感覺阿，感覺，感覺很不自在就對了。

R：所以你那段期間怎麼渡過？

E51：還是有打

R：就是用海洛因來協助

E52：對

R：可是剛剛…不曉得是你說不是即使是那個啼藥，海洛因那個感覺也是沒辦法壓住那個戒斷症狀

E53：那是一開始的時候，如果是一開始海洛因，之前我們打海洛因要喝美沙冬的話，一開始壓不住，要差不多一兩個禮拜以後才壓的住，我也不知道為什麼？可能是他那個藥性沒有說馬上可以壓制嘛，所以說要慢慢喝、慢慢喝一兩個禮拜，身體有那個藥性吧？！我也不知道，要一兩個禮拜後才能壓制的住，然後一開始我們美沙冬沒有喝的時候，打海洛因阿，單純打海洛因的話，也是會難過喔，也是變成海洛因壓制不過美沙冬，也是要一段時間以後。

R：慢慢調適

E54：對（點頭）

R：這樣子

E55：其實這兩個東西都是一樣是毒品啦！

R：對

E56：我是覺得

R：所以那你覺得政府還需要再推這個替代療法嘛

E57：某方面來講我是覺得也是可以啦！問題是，如果是要完全要

毒品減害措施之研究

人家戒的話，是不可能啦，這美沙冬是不可能讓人家戒掉毒品的

R：所以你說你有聽過醫生說美沙冬只是一個維持療法，維持你正常的生活，然後他只能取代海洛因的一個傷害的這個部分嗎？你可能必須喝一輩子，但是他是用喝的，不是用打的。

E58：我沒有遇到醫生講過

R：就你從來也沒有醫生跟你講過

E59：對阿（強調），醫生也從來沒有去跟我們講什麼阿

R：初診的時候沒有嘛？也都沒有

E60：有啦，問一句話「爲什麼要來喝美沙冬？喔，不打，好」就走了

R：你是不是也只去過那間醫院？

E61：對阿，那其實我聽過很多人也都差不多啦，那精神科的醫生我不知道對這不了解，還是怎樣我也不知道，反正他們問的跟使用毒品好像不太相干的話。（質疑）

R：就覺得他們因該要再多關心你們一點還是？還是有什麼需要加強的部份？

E62：你是說…

R：醫生

E63：醫生方面阿

R：對

E64：醫生方面的話我是覺得應該…可能要多了解藥癮患者他們的心理，需求是什麼吧？而不是盲目的就說用量多少、用量多少，他只是關心你的用量而已，沒有關心你的…

R：到底實際成效怎麼樣、有沒有改變是什麼，都不知道

E65：對啊，他們都沒有去關心這個

R：恩，所以你覺得醫生這部份除了加強之外，還有沒有哪些醫生應該要告訴你或是在提供什麼樣的服務？

E66：還有我是覺得美沙冬對身體造成的傷害有什麼作用、副作用阿、都沒有講清楚

R：沒有講的很清楚

E67：變成大家每個人都因為喝久了以後才慢慢發現

R：對

E68：才慢慢的發現肝會硬化，然後，我講的腎臟問題是我自己覺得啦，很多人也覺得，因為這沒有實際我們也不知道，可是看到的就是每個喝美沙冬的人，原本都瘦瘦的來講，喝美沙冬以後都腫腫的，一般來講會發生水腫，就腎臟有問題嘛

R：對

E69：對啊，我是覺得腎臟可能也是有造成負擔吧，像這方面醫生都不會講…

R：都沒有講

E70：都沒有講

R：阿裡面的護理人員勒？有跟你們做一些宣導或者是…

E71：哪一方面的宣導？

R：比如說是像剛剛那個問題或者是你們其他的

E72：沒有（搖頭）

R：其他用藥的知識或者取得的知識

E73：沒有（搖頭）

R：也都沒有

E74：他們作業而已，他們只是上班作業

毒品減害措施之研究

R：所以他們的工作就只有發藥給你

E75：對，盯著量（劑量）阿！看你有沒有喝這樣子

R：所以你有沒有覺得說這樣沒有什麼樣的幫助？

E76：真的要戒的話，完全沒有幫助

R：恩，所以你覺得他們可以提供什麼？像護理人員的話？你會希望

E77：提供什麼喔....

R：對，提供什麼諮詢，是你當下或是現在覺得他們應該講但是沒有講的

E78：我是覺得如果可以的話像美沙冬會造成身體什麼傷害的話，他們如果了解的話可以跟我們講一下嘛，讓我們可以知道，心裡有個底，然後使用海洛因會對身體造成什麼傷害？也是可以跟我們講阿，因為大部分的人不知道才會去用海洛因！

R：對

E79：所以他如果說可以就像做宣導一樣，就去兩個比較，用海洛因阿、用美沙冬阿會有什麼影響，讓我們都知道

R：所以那你之前這些知識都從哪裡來的

E80：這些都自己去翻資料、找資料，自己看的。

R：就是自己去找

E81：對啊，他真的醫院不會講

R：醫院都不會多給你們開課或

E82：沒有

R：或辦講座讓你們稍微了解一下

E83：沒有

R：也都沒有，也沒有私底下跟你們溝通或者是

E84：沒有

R：有沒有個案管理師，個管師跟你們做溝通

E85：沒有

R：也都沒有

E86：他唯一的就是一個心理醫生嘛，像那時候是一個月要回診一次，回診的時候就是拿一張回診單，然後連醫生都不用見面啦！（呵呵）就敲敲他的門，單子給他，護士拿進去蓋個章就拿給你阿，頂多會問你一句要不要睡前藥？

R：安眠藥？

E87：對啊（呵呵），他就是問要不要FM2阿？

R：喔

E88：對啊

R：那這個是美沙冬替代療法的部份，那像針具交換你有使用過嘛

E89：針具交換，我朋友有去，去拿來給我過

R：你覺得這個你怎麼不自己去拿

E90：我不知道去哪裡拿

R：就是不知道哪裡有那個點可以設

E91：對呀！因為一般來講他有時候說哪一家醫院、哪一家藥局有

R：藥局有

E92：可是之前我有再打的時候，我有去過阿！他們居然拿那個交換的（憤怒），人家要換的，拿來賣啊

R：是人家用過的來賣給你們

E93：不是啦，人家那個

R：是已經包好的，又賣給你們

毒品減害措施之研究

E94：對包裝好的那種有沒有

R：政府包裝的

E95：對政府包裝那個要給人家交換的針具的，結果他拿來賣

R：這樣子

E96：對啊

R：對呀（呵呵），就等於他們多賺了一筆

E97：對啊，阿他們如果很多藥房，是你要自己拿針具去，你要跟他講說你要換他才會換，你如果都沒說，你如果要買，他就賣你

R：賣你針這樣

E98：對啊，他也不會跟你講說拿來換或是幹嘛

R：恩

E99：對啊（認同），這方面如果不是熟的人跟我們講的話，我們也根本不知道哪個點有阿

R：對，所以希望你希望他們這部份有什麼樣的改進或是建議

E100：這部份改進...

R：對啊

E101：我是覺得

R：因為他既然都要推了，那你覺得要怎麼樣才可以讓你們...

E102：像有，我看到我們中和那邊，有一家藥房，就是拿那個政府在...用來那個替代療法針具交換的居然拿來賣，上面還貼著標籤非賣品，他還敢拿來賣（憤怒），看了就覺得很奇怪。

R：就很生氣這樣

E103：對啊，然後之前我有跟那個他們針具，紅絲帶不是有在包裝嘛

R：對對對

E104：我有問到紅絲帶這個可以賣嗎？他們說不行，那我說我有遇到在賣的怎麼辦，他們又有另外一套說詞，說那個…ㄛ…各個藥局那個有自己的作法怎樣，不予置評，他們也沒有辦法管啦！我是覺得他們怎麼會這樣，這變成很亂了啦！

R：很亂了，那怎樣才可以擴大讓你們去使用這個針具交換的部份，因為政府不就是讓你們避免共用針頭嗎？

E105：恩

R：對，那你覺得該怎麼擴大讓你們可以更知道

E106：擴大.....最主要是點嘛(強調)，他交換的地點，因為都這個也很難說公開宣導，我也不知道怎麼去宣導

R：那要怎麼讓你們怎麼跟你們講

E107：對啊，變成說我們很多人都不知道

R：對

E108：像我們這個還好，我們聯誼會的話，像我們老闆還會還會講一下

R：稍微講，問他什麼他還能幫你查

E109：一般的，一般的要就可能完全沒有資訊了，對啊，要不然就是西藥房門口要貼一個那個…

R：針具交換

E110：就像我們以前健保剛開始推行的時候阿，本診所

R：特約診所

E111：類似這樣子

R：就是貼出來然後再…

E112：就是本藥局實施針具交換阿

毒品減害措施之研究

R：嗯嗯，那如果讓你知道說有這麼多點可以交換的話，那你也知道那個在你家隔壁，那你會願意去做針具交換嗎

E113：會阿

R：可是你必須拿你舊的針具過去，你會願意嗎

E114：安全，沒有問題的話是會（呵呵），安全上沒有疑問的話是會啦！

R：所以只要警察不在旁邊的話你都會去

E115：嗯，對啊，也是要變成說

R：因為你畢竟是帶一大堆

E116：恩，畢竟這不是合法的事嘛

R：對

E117：你帶針具去一定會有出事的阿，警察又最喜歡找這種的，很奇怪，規定是不行，他們也是會管，也是會站在旁邊看阿，很多啦

R：所以如果真的還是要擴大推廣的話，你自己還是會怕怕的這樣

E118：還是會怕，還是會怕（擔心，點頭）

R：恩，很不方便這樣子

E119：恩，當然啦，要是跟以前比起來是有好一點啦，可是當時政府在推動這個的時候，警察單位他們好像都沒有去注意到，變成說政府他們他這個計畫，警察他們還是實施他們的取締，他們還是要抓。

R：對

E120：兩個變成不相干的，對啊，政府他這個美意阿，警察～～這個美意反而是我們方便阿，讓我們知道吃藥的在那出現阿！他們就在那邊盯梢跟著你就好了

R：所以你覺得這樣好嗎？

E121：不方便

R：就是這個政策你覺得對你們的影響到底有沒有用阿？

E122：不能說完全沒有用啦，就是我想前提是要警察如果不干涉的話很好阿

R：可是前提就是

E123：不可能啦（強調）

R：不可能這樣

E124：不可能警察分數少了，他管你規定什麼，警察很會講話，規定是這樣子ㄟ，我沒有怎樣。

R：還是跟你辯這樣

E125：對啊

R：那如果說這是目前政府提供的一些服務嘛，像衛教諮詢，你說都大部分都是自己上網查的嘛，醫院那邊都很少提供

E126：資訊都沒有

R：資訊都沒有這樣子，你會覺得是因為他們太忙了嗎？

E127：我覺得他們可能認為那不是他們的業務範圍吧

R：不是護理人員的業務範圍這樣子

E128：他們的認為可能就是這樣子吧

R：就覺得我只要每天來發藥給你這樣

E129：對啊發藥的人是藥劑師嘛

R：也有護士阿

E130：就藥劑師啊

R：藥劑師跟護士兩人搭配這樣子

毒品減害措施之研究

E131：他們可能覺得他們職責就是配藥嘛！給藥嘛！那給藥就是按那個量給你藥而已阿，他也覺得他的業務範圍就這樣而已阿，那心理醫生精神科醫生他的的職責範圍就是給你蓋章嘛，就這樣子嘛，政府這樣推，一定有好處，可是，也是有壞處阿，沒有落實阿！

R：沒有落實他們真正該做的一些本份這樣子。

E132：對啊，像你說的這個衛教，一些資訊什麼，真的完全都沒有

R：他們都沒有提供這樣子

E133：對啊

R：真的差滿多的，那如果說未來像你去喝藥的時候，直接在旁邊設一個心理諮詢的，部份給你們心理治療，你覺得你會願意在裡面待一個小時嘛？就是可能一個禮拜一次，然後來跟你會談做治療希望來戒除你心癮的部份，再搭配一個藥物的使用上。

E134：如果回診在回診時間的話，可能可以阿！回診剛好因為回診像我們一般回診的過程阿，只是醫生簡略化而已，其實一般回診的話，我們是不是應該跟醫師會談嘛

R：對對對

E135：醫生要了解我們的狀況

R：現在狀況

E136：如果他這個過程有LOSS的話，我是覺得他再加上醫生的輔導，如果較有良心的話，輔導心理方面、輔導諮詢的話還是可以阿

R：還是可以，你會願意坐在那邊做一個小時

E137：那就不是願不願意了，是因為回診要阿

R：沒有沒有，回診歸回診，但是另外心理諮詢是另一個

E138：對啊，另外，一個要讓我們自由選擇要去不去的話，我想大

部分的人不會去阿！（強調）

R：怎麼說

E139：哪有人要坐在那邊聽人說話（質疑）

R：但是就只有你一對一對你做心理諮商

E140：當然如果有問題的話，如果我們心裡有問題的話，哪時候就會去找他講找他談，可是大部分打藥的人

R：都覺得自己沒問題

E141：對啊

R：不會覺得缺乏就是支持或者是

E142：有阿，他們就會覺得那些是很無聊的事情阿

R：對幫助不大

E143：我反而覺得說如果利用回診的時間因為回診是跑不掉的嘛

R：對對對

E144：利用回診時間做這些動作的話，反而可能比較...

R：效果比較大

E145：至少有啦

R：反正你一定要來了，可是時間長短可能會比較拉長

E146：對啊

R：你可能會稍微比較配合這樣

E147：對啊，如果再另外自己....

R：額外跑去

E148：自己去的話因該...除非是規定一定要這樣（強調），不然這樣就不行的話可能就會啦，如果沒有硬性規定的話，打藥的人都很皮啦！（呵呵）

毒品減害措施之研究

R：對，也不會想在裡面聽你講

E149：對（呵呵，認同）

R：好，那這是國內的部份，那你有沒有就是目前我們現在如果是有了一個新興的措施就是安全注射室的部份，他主要是一個空間由你們藥癮者帶少量的海洛因這類的藥物，然後在醫事人員的監督之下，讓你在這個環境下面進行打藥的動作，然後你覺得設置這樣的空間，對你來說有符合你的需求嗎？

E150：空間

R：有這樣一個場所讓你自由進出，你覺得這樣的環境你會需要他嘛？

E151：不需要

R：怎麼說？

E152：因為大部分的人會有僥倖的心理啦！要打個藥還要跑去那邊，對不對？！

R：啊如果就在你家旁邊

E153：除非那邊有提供藥物，還要叫我們帶藥物去那邊打，這好像有點天方夜譚

R：你也怕被抓到這樣

E154：對呀！還要這個路程，除非說那個地方是提供藥物的，我們去那邊可以直接跟政府購藥對不對，定量，有專業醫師在旁邊這樣子，還有可能，你如果叫我們自己去外面找藥買一買帶去那邊打，那我買一買待在家裡打就好。

R：可是政府設置這個是你致死率，就是你今天出事的話醫護人員可以馬上上去幫你急救，然後可以看著你們直接拿清潔的針具給你們，你們也不會共用針頭

E155：打藥的人都會覺得她們自己很厲害阿

R：經驗都很豐富

E156：對啊，她們覺得…她們比那護士都還會打針阿！她們覺得她們不可能出問題阿

R：所以你覺得設置這個適合我們台灣的環境嗎？

E157：設置場所…沒有提供藥物或是什麼另外療法的話，單獨一個場所還有一個專業醫師在那邊進駐在那邊的話，我覺得沒什麼用吧，應該是沒有什麼用啦

R：你覺得效果不大這樣子

E158：對啊

R：可行性勒?你覺得這個政府未來真的再推可行性高嗎

E159：不高，沒有人會去啦（搖頭）

R：藥癮者不會去

E160：不會去啦，除非是那個地方真的有提供藥物，如果他那個地方就只是單純就一個醫生在那邊要等著你來，要自己帶藥來打，來這邊打給他看的話…

R：也不是打給他看，就是坐在後面看你們這樣打

E161：對啊，那這樣子變成提供一個場所而已嘛！

R：對對對，他避免你去外面共用針頭阿、亂丟阿！然後避免你的死亡率阿！你今天在這邊，你也可以很安心的打，你覺得多此一舉

E162：有一點感覺這樣，我是不知道她們的想法是怎樣，如果現在照你的方法講的話我會聽了我會覺得我藥拿了我回家裡打就好了，對不對，我也很會打阿，我怎麼會打死?（呵呵）不會阿，大部分的人都會覺得我打這麼久了，不會有問題啦！怎麼可能。

R：對，所以你覺得未來推動這障礙性除了你們藥癮者不敢來

E163：懶阿

毒品減害措施之研究

R：很懶的來，那還有哪些困難的實施點勒？

E164：困難?像去那邊打的話，有什麼有什麼作用嗎？例如說在法律上沒有法律責任嗎？

R：如果未來真的要推的話，可能就發個證給你，讓你說就是可以自由進出這個部份，你可帶藥，我今天就是被警察看到我的藥，我是自己要來這裡打的，你不要來抓我，如果這樣子的話。

E165：這樣的話會很方便藥癮者阿

R：黑阿

E166：我會去阿（強調）

R：這樣的話...

E167：我會去爲了那張證，我會去阿！（強調）我會去可能去個一、兩次，爲了那張證嗎，我也有了那張證明以後

R：你在路上

E168：我攜帶毒品我有那張證阿！其實我帶著要回家打被攔下來，我說我要去那邊打，變成漏洞了嘛！

R：對

E169：這樣覺得啦（呵呵）

R：你只是覺得對 這也有可能，所以也沒辦法避免這個問題

E170：對啊，你也要不然就是說...妳要想另外那個什麼替代療法

R：你說海洛因療法嘛

E171：對啊

R：這個海洛因療法，他是指說由醫師評估，然後這個病人是使用過美沙冬藥效不好退出了，或是你試用過其他治療然後也發現沒什麼效了，我們就由海洛因療法，然後是由醫師提供一個高純度的海洛因幫你做治療對，讓你慢慢的減量等等的，你覺得

這樣的治療方式符合你現在的需求嗎？

E172：如果依我目前的情形的話我會希望這樣子啦！

R：你會覺得這樣子

E173：對啊

R：可是你會覺得這樣子適合台灣目前的環境嗎？設置這個

E174：這也是跟之前的問題一樣阿！就是制度問題阿！法律上面的！

R：制度是指什麼問題？

E175：制度就是像我們在這邊打，來這邊打！去到外面的話，警察臨檢幹嘛的話，一知道你有毒品前科嘛，大部分就會囉唆阿，就會把你採尿阿，對啊！那也是要有那刑事責任嘛！那如果推行這種方式的話，是說沒有法律責任嗎？

R：恩，如果今天設置這個的方法的話，可能就要考慮到，比如說…恩海洛因現在畢竟它還是犯法的嘛，恩可能就是會設特殊條款，只有某些人才可以使用這個海洛因療法，你覺得這樣可行嗎？

E176：應該比較可行吧！減量藥物減量，用海洛因減量，我反而覺得說比那個喝那個美沙冬阿，還比較直接，這樣子…心理上阿！心理上怎麼講，像我們在喝美沙冬的時候，心理上會覺得說是在喝化學藥品，不是在用那個海洛因，類似在用海洛因一樣，所以感覺就會不自在，我也不會說，然後我覺得用海洛因，用海洛因療法的話應該是大部分的人會比較會接受啦，一些藥癮者會接受，而且如果真的要戒的人阿就直接從海洛因這樣戒下來

R：是還滿直接

E177：慢慢減量、慢慢減量、就不用像美沙冬這樣子又轉了一個程序

毒品減害措施之研究

R：對

E178：而且又傷害自己的身體一次，現在海洛因傷害一次、美沙冬
又一次，戒掉以後沒有用後還要痛苦一次，變成兩種痛苦嘛！

R：而且時間性拖比較長

E179：對

R：那你覺得這樣子海洛因療法台灣的民眾會接受這部份嘛

E180：觀念啦，這就怕台灣民眾觀念沒有辦法接受吧

R：所以要怎麼？

E181：怎麼做？我怎麼會知道！我知道我就很厲害了（呵呵），其實
還是政府要宣導啦！

R：他怎麼宣導讓你

E182：就讓民眾知道說藥癮者並不是犯罪阿，藥癮者真的是病人阿！
我是覺得自己是病人阿，我也很不願意這樣子阿，我也很不願
意去打這個阿，可是沒有辦法阿，那是一種癮嘛！我現在沒有
打…是自己在和自己拔河嘛

R：對抗

E183：對啊，希望說時間拖久了就可以說…ㄟ不要了，老實說我到
現在沒有百分之百的把握說我可以完全戒掉，

R：對

E184：我只能說盡量就是自己克制自己，可以不要打、就不要打（強
調，對啊，然後現在又有一個女朋友，我自己沒有做好他一定
也不會做好，對啊！所以要戒的話還是要…

R：心理上面的

E185：對啦！（認同）心理上面的....

R：意志力阿什麼的，所以你覺得這個海洛因療法恩未來在推動上

面的可行性高嗎

E186：高阿

R：你覺得他高

E187：恩

R：會有障礙嗎？

E188：會阿！會阿！

R：困難嗎

E189：會阿，那這個就要變成說政府願不願意去宣導，宣導說讓一些社會的民眾說藥癮患者是病患，不要用那個罪犯的眼光去看待他們，讓他們懂這點以後，再來推動說，推動說什麼海洛因療法有沒有，民眾可能就比較接受，如果你一開始就推動海洛因療法的話，民眾觀念還沒改過來嘛！還想說這是罪犯，想說政府怎麼讓犯罪公開了。

R：對對對

E190：會變成這樣子嘛，對啊

R：那你會想到說，既然政府要提供給你們海洛因給你們，那這個海洛因誰出錢？

E191：海洛因誰出錢

R：誰要去買這個藥

E192：健保給付阿（呵呵）

R：沒有健保...目前藥癮治療健保都沒有給付了，你要它怎麼給付！

E193：沒有阿！類似像美沙冬這樣子嘛！對不對嘛，美沙冬也是我們要負擔的嘛！

R：對對對...自費

E194：對啊！他自費的話，至少有政府來採購這些，會比我們在社

毒品減害措施之研究

會私下購買來的黑市買來的便宜多嘛！

R：對

E195：那無形中降低那犯罪率阿！對不對，我所知道我們台灣犯罪率有1/3是因為毒品嘛，至少有1/3是因為毒品嘛！

R：對對對，超過

E196：對啊，都是毒品引起的嘛！

R：所以你覺得

E197：如果講難聽一點，政府如果把毒品公開，把它合法化的話，像買香煙一樣合法化的話，犯罪率就不見了，而且大家用久了，就是會覺得沒有什麼作用阿，就像抽菸一樣嘛（呵呵），開始會有人說反菸毒阿！就好像抽菸一樣嘛。

R：所以你覺得這部份如果自費的話你會願意去嗎？

E198：會阿（強調）

R：就會去嘛

E199：會阿（強調），因為至少我們在他如果政府沒有提供的話，我們也是要自費去買嘛！

R：對

E200：而且自費去買的價錢會更高嘛！

R：但是這個要受到醫師劑量的調控喔，他說今天打多少就是多少，慢慢給你減量喔

E201：對啊！那至少…

R：你會遵循這個部份

E202：在醫生的監督下應該跑不掉吧，因為

R：他沒辦法依照你今天想要量很大所以就…

E203：對啊！這就是…例如說有心想要戒的話，他自己就會去找這

個醫生嘛！對，不想戒的人，老實講我不想戒的人，你再怎麼說…再怎麼好…也是沒有用的阿！

R：所以那你覺得這兩樣新興毒品政策，你覺得有沒有政府在鼓勵你們在用毒的感覺

E204：沒有阿

R：安全注射室會有嘛，就是你自己拿藥進去

E205：我是不會這樣認為，因為我知道他們在幹什麼阿（強調），如果是一般民眾的話可能會有這種疑慮吧

R：這樣的心態這樣的想法

E206：對啊，一般民眾可能會有這樣的疑慮，我們以前就有注射的人就知道政府

R：改變你們什麼…

E207：減低犯罪阿，還有用藥習慣阿

R：那可是設置這樣的場所之後，比如說真的再推了，你們會害怕民眾的眼光嗎？因為你可能會進進出出，人家可能會知道，ㄟ這一間就是安全注射室，這一間就是海洛因療法，你會擔心？

E208：這就像喝美沙冬一樣嘛，現在進進出出人家也知道嘛，沒什麼差別了啦

R：就已經不擔心了，就覺得我只是來執行

E209：我是來治療的阿

R：治療的…

E210：有時候我甚至覺得很光榮阿（笑）

R：怎麼的光榮

E211：因為我想戒阿！（強調）對不對，因為我想戒，所以才來這個地方

毒品減害措施之研究

R：對

E212：我不是說，我不是說爲了吃毒才來這邊的阿！

R：對

E213：那是每個人的心理問題吧，民衆可能會想說，ㄟ，那吸毒的，我是會想說我是要來戒的！

R：你的心態是很正向的

E214：對啊

R：所以不會受到干擾

E215：對啊！不會感覺會怎麼樣阿

R：所以剛剛講到這兩個安全注射室可行性比較低一點點

E216：對啊

R：然後海洛因療法可行性比較高還是比較低

E217：我是覺得比較好，比較高

R：比較高，可是現在海洛因還是屬於毒品的其中一級嘛

E218：對啊

R：那等於必須要嘛除罪化，不然就是要設一個特殊條款，你們才能真正的去實施

E219：其實現在的毒品條例也都是特殊條款阿！對，毒品危害特殊條例也都是不是刑法，也不是憲法，只是特別條例而以阿，如果按這個版本的話，它要另外在改變這個版本這個條款

R：比較容易

E220：對啊，應該是可行嘛

R：只是要看民衆接不接受這樣

E221：對啊！就會看一開始的宣傳嘛！宣導讓民衆的觀念會更改

阿，改變民眾的觀念說用藥的人她們是病患不是罪犯。

R：好，那你就是我們討論的這五點阿，你有沒有想要補充的，替代療法、針具交換衛教諮詢等等的部份。

E222：補充的

R：你有沒有覺得剛剛的什麼…你沒有談到，你有什麼樣的建議的地方，比如說替代療法你會覺得說點太少嗎？還是…

E223：喔，對吼，替代療法像現在的美沙冬這個有沒有，像我住在南勢角，他的點不是台北市那個什麼台北市XX所、XX醫院，對我來講都很遠

R：對你剛有說

E224：對啊！阿爲什麼中和沒有？（質疑）中和之前有爲什麼又撤掉？這可能也是啦她們自己搞壞的啦，問題是點太少了

R：點太少

E225：相對的，阿對後，我之前要戒的時候，我去台北那個性防所去了七八次了，都沒有喝到藥

R：爲什麼

E226：那時候我想戒，那去她就說規定時間是禮拜一、禮拜二的早上八點到九點，就一個小時可以醫生會診，一個小時而已，那禮拜四、禮拜五是下午的一點到兩點也是一個小時，啊我去的七八次沒有看成的原因是，因爲我常常會遲到，我遲到五分鐘也是不行阿（無奈）

R：醫生就關了

E227：醫生就不接就是不接受掛號了，那我會覺得說這樣子，我就有心要改了（堅持），你還給我考驗，你就通融一下嘛，至少你就看我有心想戒毒嘛

R：對，你都已經來了

毒品減害措施之研究

E228：我都已經來了四五次了七八次了，你還不讓我看，一定要這麼硬，差五分鐘也不行，想要戒都很困難了，還這樣刁，說實在我在台北那一陣子，我就是因為這樣子想說那乾脆不要改好了，戒的這麼辛苦，所以那一陣子又沒有喝了。（憤怒）

R：所以那個時間你說那個一個小時的時間是喝藥的時間

E229：第一次...

R：還是會診的時間

E230：沒有第一次你要喝藥之前你要接受美沙冬替代療法之前一定要去

R：初診的時候

E231：嘿，初診的時候，它初診時間就只有一個小時

R：喔，那這樣子不會病患很多都這樣子搶著那個時間來

E232：就是只有那個時間，初診者就是只有那個時間而已，阿我是覺得不知道為什麼她們會規定這樣子，這樣子好像好硬ㄟ

R：對

E233：阿叫那些藥癮者要戒的話，已經很難了還出這些的問題給他

R：考驗你

E234：我真的很難相信說...我去了七八次，我不相信還有別人可以像我一樣這麼有心的，我這家去不成我還去XX醫院，真有人這麼有心嘛？別人早就想說這麼麻煩，我不要了，對不對

R：對

E235：而且身上又不是說可以沒有錢就可以拿藥，是變成說

R：我想要...我想要去嘗試你們給予的措施

E236：對啊，政府的一些美意，阿一些好的措施，可是實施到下面以後就亂掉了

R：對

E237：變成說做的不是說很好

R：那時間上你們覺得說比較不妥，就是

E238：什麼的時間

R：喝藥的時間

E：239喝藥的時間阿，不會阿，就禮拜六、禮拜天而已吧，禮拜六、禮拜天都半天嘛，早上，所以我常常禮拜六沒有去喝

R：睡過頭

E240：對啊，那時候就變成會這樣阿，因為那時候我就又上晚班嘛！他就早上七點半到十一點，禮拜六、禮拜天的時候嘛，所以我常常就變成…反而假日我沒有辦法去。

R：那怎麼辦，就要用藥嘛還是

E241：有時候也是會阿，可是如果一天沒有去的話不會怎麼樣

R：但是你六沒喝，那你等於你禮拜天一定要去喝啦

E242：對啊，所以禮拜天不是要打藥的話，就是要難過一點

R：就是要撐到禮拜一

E243：對啊，一定要去

R：也是，太多的不方便的樣子，那你覺得要持續推動嘛，這一些

E244：美沙冬嘛，如果沒有其他比較好的措施的話，這個還是要先保持著比較好…

R：先保持

E245：因為至少美沙冬推出以後犯罪率真的降低了不少，真的降低了不少（認同）

R：可是最近不是都要你們自費了就是…

毒品減害措施之研究

E246：對啊

R：這些藥錢你們還是要自己花錢買

E247：自費，自費我是不知道別人的想法怎樣？！我是覺得便宜的太多了嘛（強調）

R：對，至少比海洛因便宜很多

E248：海洛因你一天要打四五千很多、四五千都跑不掉嘛

R：對

E249：那你現在一個月才兩三千，我是覺得已經…

R：夠划算了

E250：對呀！我是覺得，你真的要比較起來的話夠划算了，雞蛋裡挑骨頭的話，我就沒辦法了

R：只是它可能成癮性比較

E251：他還是會成癮

R：對

E252：他變成也是會成癮，而且我反而說我在打海洛因的時候，身體都不會有什麼毛病，反而在喝美沙冬的時候反而覺得身體很不好，昏睡…

R：一直睡

E253：因為肝肝指數飆高有沒有

R：比較容易疲勞

E254：疲勞

R：所以你有找過醫師談過這部份，也都沒有

E255：沒有機會吧（搖頭）

R：那你會自己去吃一些藥，來補這個部分嗎

E256：肝阿！

R：你會去買保肝丸還是什麼....

E257：蜆精（呵呵）

R：蜆精？

E258：有買蜆精啦

R：所以其他藥癮者也會有相同的問題嗎？你有問過她們怎麼處理嗎？還是...

E259：我看到的其實都擺爛啦～

R：就不理它

E260：他們想太多人了，反正肝壞了就壞了，打藥也是這樣，打到現在沒有感覺就增量打，死掉今年死掉就看到好幾個

R：都是過量這樣

E261：對阿，而且都是因為有喝美沙冬在去打藥

R：就等於他們是有錢打海洛因沒錢才喝美沙冬會是這樣的心態嘛

E262：有錢打海洛因沒錢才喝美沙冬也是會啊，例如說他現在身上有三千塊，一般的藥癮者心理阿！我三千塊我馬上去拿藥可以馬上打，我拿三千塊去醫院要排隊喝美沙冬，第一天去還沒得喝，還要等到明天還是哪時候，對不對，一般藥癮者如果他現在難過的話可以馬上現在解決馬上好，還那麼多時間去那邊等，我三、四千塊拿去買藥比較快，他們藥癮者想法比較短視啦！

R：他只想到眼前我想要

E263：對阿！他想說現在在難過，他想解決現在的難過

R：對，好那其他的你還有想到什麼要補充的嘛？

E264：其他甚麼要補充的嗎？

毒品減害措施之研究

R：沒有了吼

E265：沒有了

R：好，那今天就到這裡

E266：當初是因爲入監時聽裡面的人說可以去喝美沙冬，喝下去不錯，可以幫忙戒毒。

附錄十四 期中報告審查意見回覆表

編號	審查意見	回覆修正情況說明
壹、整體研究建議		
1.	毒品成癮者究為病人或犯人，與我國減害措施如何執行息息相關，亦攸關行政院之政策走向，建議各國文獻探討可先將藥癮者屬性加以定位，俾作為我國政策擬定之參考。本研究內容彙整之文獻資料多屬於歐美國家，亦多將藥癮者單純視為病人，與我國國情及刑事政策明顯不同，宜增加與我國國情相近國家之文獻資料。	<p>非常感謝審委的意見，但由於此文獻分析部份是依據研考會簽約內容所執行，當中指定國家包涵美國、加拿大、英國、荷蘭、瑞士、澳洲等國，所以彙整的文獻皆屬歐美地區，未來若有需要探討其他國情相近之國家，則可作為下次研究主題之範圍。</p> <p>以下則將各國海洛因使用者屬性做定位：</p> <p>美國、加拿大：單純使用與持有毒品屬於犯罪。</p> <p>英國：病人</p> <p>荷蘭：病人</p> <p>瑞士：病人</p> <p>澳洲：病人</p>
2.	有關替代療法之措施，建議納入與我國刑事政策相近國家之實施情形，並分別矯正機關與社區等 2 部份論述，俾作為未來矯正機關及社區是否實施替代	非常感謝審委的意見，但由於本研究目的主要調查新興藥癮政策對於台灣的適用性與民眾之接受度，所以在探討替代療法部份並非本研究目的；衛生署已委託其他研究團隊做矯正機關內替代療

	療法之參考。	法成效調查研究，若未來研考會想要深入瞭解本國替代療法與鄰近國家實施情形，可研擬另一項計畫作為未來研究之主題規劃。本計畫僅以增加與我國刑事政策相近的瑞典。
3.	減害措施需搭配社會心理重建及社區支持力量，考量安全注射室如配合藥癮者住居所在社區或附近設置，取代現行至特定醫療院所之作法，其所產生之鄰避效應（NIMBY, Not in my back yard）問題，建議可透過政策可行性分析方式（包括政治、行政、法律、社會、財政可行性分析方式）析論相關因應對策。	非常感謝審委的意見，減害措施對於藥癮者已知可以減少身心、家庭與社會的危害。而病患復健過程中若能再搭配社會心理重建及社區支持力量成效會更好，但此措施要執行的話，仍需要各方的評估與協助。因為鄰避效應並不容易解決，此問題曾在焦點團體中有專家提出討論，未來也會於民調中增列此題進行調查，之後將在期末成果報告中更完整呈現分析結果。
4.	宜強化各國司法警察機關、檢察機關與法院在毒品減害措施中之功能與角色，俾為我國研議「除刑不除罪」之毒品施用者處遇政策方向，及毒品危害防制條例中關於毒品施用者處遇條文日後修正之參	感謝審委的意見，對於研議「除刑不除罪」之議題屬於非常複雜與多面向的政策研究，非本研究之目的所能回應，也非短期計畫可以完成。所以並未在報告中呈現各國檢調機關、法院在毒品減害措施中的功能與角色，未來若有需要可針對此部份進行研究。

	考。	
5.	國內目前各地檢署新收毒品偵查案件，使用第二級毒品比例有升高之趨勢，建議除鴉片類毒品減害措施外，可針對其他如安非他命、甲基安非他命等毒品，以瞭解各種類型毒品減害政策之全貌，俾評估規劃多元化戒癮治療措施之政策。	感謝審委的意見，目前對於二級毒品的偵查確實有升高的趨勢，也注意到安非他命、甲基安非他命等毒品對國人的嚴重性與危害性，更需加強對二級毒品的因應措施。但由於研考會委託之研究主要以海洛因藥癮者為主要族群，所以才針對「海洛因療法」與「安全注射室」之減害措施進行民意調查，所以未來若需規劃更多元的戒癮治療政策，可將二級毒品作為下次研究之範圍，委託本研究團隊進行研究。
6.	各國推動新興減害措施之過程，如何取得一般民眾共識？如何進行政策宣導？「安全注射室」政策評估、設置地點、相關控管措施、注射藥癮者(IDU)監測及相關法令配套，請一併納入研析。	<p>1.對於新興減害政策如何取得民眾共識與宣導？</p> <p>依各國民情不同則有不同的作法，像瑞士是透過政黨彼此合作協商、利用媒體曝光，以及取得地方警察的認同再加強宣導，當中也提供試辦後的結果及影響讓民眾參考，最後才運用「公民公投」再推動。</p> <p>2.澳洲「安全注射室」的政策評估：集合各界人士像社會組織、神職人員、研究學者、專業團體、民間組織以及聯邦政</p>

		<p>府都共同參與安全注射室的設置與減害政策討論。此外，加拿大則以荷蘭、瑞士和德國的減害政策做參考後，並將「安全注射室」設為低門檻以讓更多人受惠，由公共衛生部門推動，再經由國會認可，並以維護公共安全與秩序及促進公共衛生為主要目的。</p> <p>3. 「安全注射室」設置地點： 主要以藥癮者常聚集的地方，才有利於他們使用。</p> <p>4. 「安全注射室」相關控管措施： 由於加拿大採低門檻的服務，所以藥癮者皆可使用，並提供清潔針具，隨時也有專業醫療人員監督他們注射情形，可降低藥癮者用藥致死的可能性，外加提供身心健康、心理諮商及藥物諮詢。</p> <p>5. 「安全注射室」監測： 澳洲由於不同的司法管轄區域中，立法規定與服務的模式皆有所不同，所以各省各自進行評價，當中包含公害方面、環境、藥物治療、血源性病毒的傳播與用藥過量事件的監測為</p>
--	--	---

		<p>主要項目。</p> <p>6. 相關法令配套： 加拿大在管制物質和藥物管理法上進行適度的修法，並由法院讓安全注射室可以合法執行三年的試驗計畫，以保護工作人員與受試者的權益。</p>
<p>7.</p>	<p>美沙冬療效不足之藥癮者，有無改以海洛因療法之需要？如考量改以海洛因療法，政府所需資源是否充足？其他實施海洛因療法之國家，藥物來源係仰賴進口或國內自產？如何管控避免流於非法？採口服或注射方式？醫師應具備之條件或資格？請一併納入研析。</p>	<p>1. 藥癮者是否需要使用海洛因療法的前提，是需將藥癮者視為病人，才有可能充分實施。藥癮者會使用海洛因療法大多是經醫師判斷使用美沙冬療效不彰的病人。有國外介入研究報告指出，將藥癮者隨機分組，兩組使用海洛因療法（分為吸入型和注射型）、一組使用美沙冬療法，結果為三組皆有改善藥癮者的穩定度，但治療留置率則以海洛因療法兩組較高。然而進行此研究的國家長期將海洛因使用者視為病人，我國則不然，所以未來如果要實施海洛因療法，可能需教導民眾對於藥癮為病患的觀念與宣導，以及政府各部會要有一致的共識，才有可能落實。</p> <p>3. 至於實施海洛因療法之國家，</p>

		<p>大部分是藥廠製造，但確切情形目前無資料可查證。</p> <p>4. 要避免海洛因流於非法的話，政府可能需審慎規劃如何控管海洛因，以及注意查驗登記的過程等，並要考量是否有足夠的人力足以應付與管理。此外，國外是讓藥癮者「只能」在自己的戶籍地進行海洛因替代療法治療，並設立中央登記處，統一登記藥癮者每日所使用的海洛因劑量，就可控管每日使用劑量而避免海洛因流於非法。研究表示這些管理措施執行後，海洛因並無外流情形。</p> <p>5. 國外海洛因療法則採用吸入或注射的方式進行治療，效果都有顯著的改變。</p> <p>6. 國外並未限定醫師的資格，大多只要符合專業的訓練即可替藥癮者進行治療。</p>
貳、研究資料蒐集		
<p>1.</p>	<p>建議於文獻探討強化各國及我國推動藥癮戒治措施之完整方案，並強化分析國內現況，如推動美沙冬療法或海洛因</p>	<p>由於國外文獻發現行為諮商與心理治療確實是有效的，但反觀國內目前給予病患美沙冬與提供有限的心理社會服務，並未落實心理諮商與行為改變的治療，將來一方面要研討</p>

	<p>療法時，配合推動之心理諮商、藥物行為諮商、社會心理復健模式等方案、如何提高替代療法戒毒成效等，俾提供國內戒癮治療及替代療法有效之處遇模式相關政策建議。</p>	<p>國內心理諮商與治療是否對藥癮者有幫助；另一方面應盡快提供社會心理服務，成立相關部門，培養更多專業人士，以利增加戒毒成效。</p>
2.	<p>第 14 至 42 頁主要國家相關毒品防制政策、吸食者管理措施、藥癮政策與減害計畫之文獻搜集中，建請比較分析各國與我國之差異性與優點，及戒治所需之相關經費與來源等，以利進一步瞭解足資我國參採之處。</p>	<p>美國-優勢：美國對於藥癮政策明確，執行架構清楚，經費充足。</p> <p>美國-劣勢：黨派與州別多，各黨意見也略為分歧，如何統合不同的聲浪將是需要加以思考的。</p> <p>美國-機會：美國社會民風較為開放，科學實證研究能力強，對於新的措施較為容易接受。</p> <p>美國-威脅：美國地理位置與各國聯絡便利，且種族較為多樣化。因此，如何對於不同的種族與文化進行政策宣導將是一大挑戰。</p> <p>英國-優勢：英國政府將藥癮者視為病人而非罪犯，並將責任賦予地方層級與醫師提供更直接的介入，隨之建立屬於當地治療系統模式。</p> <p>英國-劣勢：由於英國一直將藥物使用視為病人，其國內有較高比例的人使用過藥物，是否與此因素有關是個</p>

		<p>疑問。</p> <p>英國-機會： 英國是一個重要的貿易實體、經濟強國以及金融中心，是世界第五大經濟體系，因此，對於相關的政策推動有強大資金後盾。</p> <p>英國-威脅： 由於 1868 年「藥事法」(Pharmacy Act) 的通過，將鴉片列為管制藥品，但醫生及藥房仍可以開立處方藥讓人民購買，如何避免民眾濫用，仍需加以控管。</p> <p>加拿大-優勢： 加拿大國會眾議院是國會權力的主要核心，若需要推動新政策或是建立新法案，是較容易被接受推行的。</p> <p>加拿大-劣勢： 加拿大值得長期關注的問題是「人才外流」，專業人才往南到美國，被較高的薪水、較低的稅所吸引。因此，政府在推動新的政策或是宣導新措施時，人才的缺乏是極需要面對的問題。</p> <p>加拿大-機會： 加拿大近年已擺脫殖民統治，同時受到美國強大勢力的牽引也減少，未來可以與美國更均等討論北美毒品與藥物管控政策。</p> <p>加拿大-威脅： 在加拿大境內中的英語區及法語區目前面臨僵局的局面，此狀況極有可能造成聯邦政府的</p>
--	--	--

	<p>分裂，因此，無法統合出對於政策的宣導及擬定相關配套措施，此為目前面臨之最大威脅。</p> <p>瑞士-優勢： 瑞士為多民族國家，文化也因族群的不同而豐富多彩。在深受格鄰國影響的同時，也有自己的特色。另外，瑞士也是全球最富裕、經濟最發達和生活水準最高的國家之一。</p> <p>瑞士-劣勢： 瑞士主要是由各政黨聯盟來管理各個層面，而不是都由執政黨所控制。</p> <p>瑞士-機會： 瑞士實行民主制度，公民的民主權利很大。公民對重大國事與地方事宜擁有表決、創制與否決權，可以成立請願，也可以投票抵制政府政策。十萬名瑞士國籍者連署可以修改憲法，也可以修改國家外交政策，屬於全民參與的體制。</p> <p>瑞士-威脅： 瑞士的政府權力很小，政策制訂的權力也小。</p> <p>澳洲- 優勢： 全民參與之民主體制，可以由公民發動各項政策的制訂，並非由政府官員決定；可以完全凝聚各方意見，符合全民福祉。</p> <p>澳洲- 劣勢： 對於政策的推行，澳洲境內各省有不同的運作方式，因此，</p>
--	---

	<p>對於同一個政策，澳洲各省所採取的作法也不盡相同，因此，常常造成不同的運作情況產生。</p> <p>澳洲-機會：澳洲屬於新興國家，經濟實力逐漸擴大，相關政府措施逐漸完善</p> <p>澳洲-威脅：澳洲目前的政治體制是聯邦制度，設立一個聯邦議會、六個州議會、兩個代表理事會，對於政策的推行，必須要經過很多關卡及最後的聯邦議會同意才可以通過並且施行，因此，通常法案從提案到接受通過通常需要耗費許多時間。</p> <p>荷蘭-優勢：荷蘭經濟繁榮和開放的經濟。</p> <p>荷蘭-劣勢：荷蘭從 1815 年起，荷蘭一直是君主立憲制國家，因此，在政策制訂方面，民眾較無法表達出自己的聲音及意見。</p> <p>荷蘭-機會：荷蘭向來以社會風氣寬容開放著稱，因此，在面對其他國家無法接受的問題時，荷蘭通常會制定相關法令並且加以接受。例如：藥癮問題、墮胎問題等等。</p> <p>荷蘭-威脅：也因荷蘭社會風氣以寬容開放著稱，也較容易引起其他國家的反對評判意見。</p>
--	---

		<p>台灣-優勢：臺灣民風純樸，毒品政策目前「先病人後犯人」，對於製造、運輸與販賣皆視為重罪，所以對於民眾應有嚇阻作用。至於單純使用海洛因則可選擇緩起訴使用美沙冬替代療法，符合先病人後犯人理念。</p> <p>台灣-劣勢：國內在推動各項政策時，會有各政黨給予的壓力，且各部會皆有黨派，由於選舉考量，很難有一致的共識，所以在推動各項政策時，意見容易分歧。</p> <p>台灣-機會：政府會積極參考各國藥癮政策與專家意見，作為我國推動的參考依據。</p> <p>台灣-威脅：台灣民情仍屬於保守的民風，若要推行一項新的政策或是執行新方案，需要廣泛宣導，以及周全的配套措施。</p>
3.	建議可增加邀請對國外及國內政策瞭解之專家學者參加焦點團體，以利提出具體建議。	本研究已舉辦完兩場專家焦點團體，我們廣邀各領域專家（司法、警察、醫師、心理師、社工師、HIV 研究專家、護理、藥學、法律、宗教等等），這些專家以藥癮或醫療服務相關之專家學者為主，但由於獲邀請的學者專家因有事無法前來。總共邀請 30 位專家，有空出席只有 12 位。之後民調結果分析與政策建議上，仍會

		希望邀請上次未能參與討論的專家學者，聽聽他們的想法，以利提出更具體的建議。
4.	有關我國早期毒品減害措施，以海洛因為主要藥物治療鴉片成癮者一節，請補充敘明係因當時海洛因剛合成使用，其藥理性及成癮性不明，故以海洛因為減害療法。以免遭誤解係以海洛因為替代鴉片之療法。	感謝審委的提醒避免造成文字上的誤解，已更正補充說明當時海洛因為剛合成使用，其藥理性與成癮性不明，故將海洛因作為減害療法而非替代療法。
5.	報告內之各種名詞請詳加審酌，如第 18 頁第 2 段所提舒倍生舌下錠，係為 Buprenorphine 加上 Naloxne 而非 Naltrexone。第 40 頁第 2 段「截至目前為止」一語。宜具體敘明統計之時間點，末段「鴉片類藥物」、「其他類藥物」係指何種藥物？研究報告所提「清潔針具交換計畫」相關內容及執行情形，請一併補充敘	<p>1. 感謝審委的細心提醒，已將第 18 頁第 2 段所提的 Naltrexone 改為 Naloxne。</p> <p>2. 第 55 頁第 2 段「截至目前為止」一語，已修正為「從 2010 年 8 月份為止，台灣已有 12116 位藥癮者參與此替代療法，執行機構有 78 家醫院、22 間衛生所，共計 100 家醫療院所協助給藥(行政院疾病管制局，2010)」。</p> <p>3. 末段「鴉片類藥物」是指美沙冬、「其他類藥物」是指丁基原啡因和那囉克松複方的舌下含錠(商品名「舒倍生」suboxone)、注射式美</p>

	<p>明。參考文獻請多補充相關英文期刊。</p>	<p>沙冬、注射式海洛因、吸食式海洛因等等。</p> <p>4.「清潔針具交換計畫」之內容與執行情形並非研考會委託之內容部份，所以在內容中並未作詳細的說明，未來研考會可將此議題納入新的研究範圍。</p> <p>5.未來成果報告中，將會找更多的英文文獻做補充與討論的。</p>
<p>三、研究報告格式</p>		
<p>研究報告格式四點意見部份，皆已依照審委意見修改。</p>		

毒品減害措施之研究

附錄十五 期末報告審查意見回覆表

非常謝謝各位審查委員的寶貴意見，以下是我們進行的修正與回覆：

編號	審查意見	回覆修正情況說明
一、陳院長快樂（行政院衛生署桃園療養院）：		
1.	請審視預期研究目標為更周延適切之綜整與析論，提出具體、特殊之研究發現，進一步研提足資決策參考之政策建議事項。	已經重新整理資料（第 139-142 頁），並提出政策建議。
2.	本研究目的之一為比較我國與主要國家之藥癮戒治、減害措施與管理策略。研究報告僅以 1 頁敘述英國海洛因療法之政策背景，未見相關成效及其他減害計畫之措施及成果，應加以補充。	我們將各國的資料重新整理，並彙整為表格進行補充說明（第四章第 17-68 頁）。
3.	有關我國毒品減害措施僅有政策背景分析，且多為歷史資料之描述，95 年迄今美沙冬替代療法之執行情形、費用來源、成果、減少愛滋及犯罪成效實為本研究重點之一，應加以強化，並蒐集目前減害政策之執行實況及成效，以為政	我國自 95 年實施減害計畫，目前已有幾篇成果的研究，我們補充於台灣的毒品政策中（第 55-58 頁）。

毒品減害措施之研究

	策參考。	
4.	研究報告僅以 5 名藥癮病人口述資料為「唯獨台灣美沙冬替代療法門診，沒有提供心理諮詢、藥物行為諮商」結論之依據，經查目前醫院有提供個別心理治療、團體心理治療、家屬治療、追蹤和職業轉介等。相關費用愛滋藥癮者全免、非愛滋藥癮者部分補助。應充分瞭解國內實施美沙冬替代療法之機構及措施，適度修正相關內容。	確實原來結論有些偏頗；我們修正為目前減害計畫有合併提供衛生教育與心理諮商，但仍有不足，還有進步空間（第 60 頁、第 140 頁）。
5.	施行海洛因治療之國家，多視藥癮個案為病人，係以公費治療，我國視藥癮者為犯人，除愛滋藥癮者全公費外，非愛滋藥癮者治療費用，大部分需自費。目前 Suboxone 藥物需病人自付，因財力負擔不起而較少使用，若使用海洛因，費用將更高，藥癮者應如何負擔，且在現行體制下，藥癮者攜帶海洛因反易成為警方緝捕的對象，相關疑義應一併納入我國引進海洛因療法之可行性分析。	有關費用部分的意見相當重要，國外主要是政府或是保險給付（第 62 頁）；另一方面，訪談之藥癮者普遍認為可以自費負擔（第 89-90 頁）。
6.	研究報告未進行我國引進海洛因療法之可行性分析，即建	此項建議已經刪除。

	<p>議以醫學中心門診化的方式包裝（目前醫學中心 24 家，只有 10 家做美沙冬替代療法），相關醫學中心之意見未充分納入，致是項建議成爲主觀論述，應加以充實修正。</p>	
7.	<p>研究提要應簡略說明研究緣起、研究方法及過程、重要發現及主要建議意見，並於文末加註至多 5 個關鍵詞，各項建議事項應分項條述內容（含做法及理由），並列明各項建議之主、協辦機關。</p>	<p>我們已將研究提要重新撰寫。</p>
8.	<p>期中報告審查回覆修正內容應一併融入研究報告相關章節內容。所提建議事項毋須再論述文獻回顧及民意調查之資料（如第 106、107 頁等），全篇內容有類似情形，請逐一檢視修正調整。</p>	<p>是的，依委員意見修正。</p>
9.	<p>第 22 頁聯合國麻管局敦促西方國家…勿繼續開辦安全注射室，對於藥物濫用應採取治療、康復和協助其重返社會之戒毒策略一節，建議可適當列入摘要及建議事項，以爲政策制定之參考。</p>	<p>是的，請見第 148 頁與第 152 頁。</p>
<p>二、林教授健陽（中央警察大學犯罪防治學系）：</p>		

毒品減害措施之研究

1.	提要部分內容著重在電訪民調分析，未見焦點團體座談及深度訪談發現，各國對安全注射室及海洛因療法的作為亦應一併納入。	我們已將研究提要重新撰寫。
2.	聯合國及世界主要國家資料似可進一步綜整分析，並對照我國現況說明，俾易於閱讀理解。	我們將各國的資料重新整理，並彙整為表格進行補充說明。(請見第 61-68 頁表 4-1 到表 4-3)
3.	建議將各縣市毒品防制中心功能，及其協助推動減害計畫所能扮演角色納入研析，俾提出真正具體可行之建議事項。	我們將各縣市毒品防制中心的法制化納入臺灣的介紹(第 56 頁)，以及納入立即可行建議第一項之主辦單位(第 143 頁)
三、周教授碧瑟(國立陽明大學公共衛生研究所)：		
1.	民調量化資料分析僅作描述性呈現，建議可作多變項統計分析及更深入分析。	非常感謝委員建議；但是因為民調資料是綜合呈現一般民眾對否特定議題的看法，主要是呈現趨勢與比率。
2.	結論內容不夠具體，研究團隊應綜整所蒐集資料，並深入研析，提出具體、落實、精要之結論與建議。	我們重新整理與研析資料(請參見第四章第 17-68 頁)，並重新撰寫主要發現與建議。
3.	建議事項應更具體並聚焦，強化相關論證，以免過於瑣碎，成為泛泛之論。	我們重新撰寫主要發現與建議(請參見第六章第 139-152 頁)。

4.	各國減害措施與相關政策內容應納入研究報告，加以比較分析，並以列表方式呈現。	我們將各國的資料重新整理，並彙整為表格進行補充說明（請見第 61-68 頁表 4-1 到表 4-3）。
四、陳副教授俊明（世新大學行政管理學系）：		
1.	有關民意調查之相關疑義，建議研究小組適度於民調分析之相關章節內容中補充說明，包括：母體清冊之涵蓋率、抽樣是否係以配額抽樣方式進行？是否影響隨機性？中選之樣本是否進行代表性檢定？問卷中所涉較為專門的術語：「針具」、「藥癮」等，如何提示受訪者？如何以閩南語及客語表達等。	民調研究方法與相關限制，已經補充（第 16 頁、第 93-94 頁）
2.	本研究若干建議事項提出有關「宣導」部分尚缺乏較具體之建議措施。報告內容所提國情因素（尤其是政治、社會、文化因素）如果是「安全注射室」、「海洛因療法」等減害措施引進之關鍵，宜於 3 種資料蒐集方法中皆納入相關題目或題綱。	已經補充於第 89-90 頁，以及立即可行建議(一)(二)(第 143-144 頁)
3.	研究內容未見與其他國家進行有效比較，應予以強化充實。	我們將各國的資料重新整理，並彙整為表格進行補充說明（請見第 61-68 頁表 4-1 到表 4-3）。
4.	民意調查或座談會所獲訊息	我們將訪談結果與各國文獻對話

	<p>亦應與各國比較進行聯結，再提出可供參酌之政策建議。</p>	<p>(第 73-75 頁、第 78 頁)；以及將民調結果與文獻對話 (第 98-101 頁、第 105 頁、第 108-110 頁、第 111-112 頁)</p>
<p>五、行政院衛生署 (提供書面意見)：</p>		
<p>1.</p>	<p>有關建議事項 (二) 所提內容，與現行衛生機關推動之方案不盡相符。本署訂定之「鴉片類物質成癮者替代療法作業基準」已規範替代療法執行機構，應配置精神科專科醫師、藥師、護理人員、臨床心理師、職能治療人員及社會工作人員至少各一名；且執行機構於治療期間，應定期安排個案接受心理治療或輔導，及後天免疫缺乏症候群相關教，並將輔導情況及病人配合度，列為下次療程評估參考。另本署針對美沙冬替代治療採部分補助方式 (約補助治療費用 50%)，補項目包括藥品費、初診費用 (門診診察費、衛教諮詢費、診斷性會談、家庭功能評估、生心理功能檢查、支持性心理會談、Morphine、Amphetamine、BUN、Creatinine、GOT、GPT、r-GT、CBC、W-DC、EKG)、</p>	<p>我們已經修改並說明目前有提供衛教與心理諮商 (第 60 頁、第 140 頁)。</p>

	給藥服務費、尿液篩檢費用等，因此，現行我國針對美沙冬替代治療，除提供藥物治療外，尚包括衛教諮詢及心理治療，另亦搭配各縣市毒品危害防制中心提供個案管理、追蹤、轉介安置及就業資源等，已兼顧社會復健功能。	
2.	建議事項（八）以醫學中心門診化的方式包裝，或可降低鄰避效應，現行全國計有 19 家醫學中心，其分布並不均衡，又醫學中心任務係在於急重症及特殊病例之處理，及肩負教學功能，如需推動減害措施須依附設立於大型醫學中心，恐與現行醫學中心任務不符，且服務之可近性亦不足，該建議宜請再酌。	我們已經將此建議移除
六、李技正佳琪（行政院衛生署疾病管制局）：		
1.	5 位深度訪談藥癮者，係如何選取？納入條件為何（第 56 頁）？應加以補充說明。	增加收取條件於第 78 頁。
2.	有關研究背景之第一節政策及法令依據（第 4 頁），目前醫療院所實施替代治療係依據衛生署 95 年 11 月 10 日公告之「鴉片類物質成癮替代療法作業基準」辦理，及 97 年 7	已修正（第 4 頁）。

	<p>月 24 日公布之「針具服務及替代治療實施辦法」；且所使用之替代治療藥物自 95 年 12 月起，陸續在臺取得藥品許可證，並依照管制藥品管理條例相關規定，進行藥品之使用與管理等，並非如報告所述「現行的美沙冬藥品是由疾病管制局專案進口使用，……」，請依據現況修正相關內容。</p>	
3.	<p>按附錄十四針對期中報告審查意見之第 5 點（第 401 頁）回復說明：「清潔針具交換計畫之內容與執行情形非研考會委託之內容部分，所以……」。考量「清潔針具交換計畫」是減害計畫的主要措施之一，也是推行「安全注射室」之前提，建議仍應補充相關內容，俾與所提之政策建議相互聯結。</p>	<p>我們在介紹台灣減害計畫中補充清潔針具交換計畫之委託評估相關說明（第 56-57 頁）。另外，「清潔針具交換計畫」是減害計畫的主要措施之一，但不是推行「安全注射室」之必要前提。</p>
4.	<p>本案研究目標之一係「透過理論與實務之實證資料整合，針對國內情勢提出毒品減害措施中不同作法之可行性評估」，爰請研究團隊強化相關論述，以達成上述研究目標。</p>	<p>已補充相關建議（第 139-152 頁）。</p>
<p>七、吳科長孟修（行政院衛生署食品藥物管理局）：</p>		
1.	<p>本研究蒐集有關聯合國相關</p>	<p>我們新增於第 21-22 頁</p>

	<p>文獻僅止於 2005 年，宜加強以下文獻資料加以研析：世界衛生組織於 2011 年 3 月 21 日至 25 日參與聯合國麻醉品委員會（CND）第 54 屆會議提出結合衛生醫療及司法緝毒體系之合作方案（The joint UNODC-WHO programme on drug dependence treatment and care），及全球毒品政策委員會（The Global Commission on Drug Policy）於 2011 年 6 月 2 日發布”WAR ON DRUGS”報告，由聯合國前任秘書長安南等專家呼籲各國重視減害觀點。</p>	
<p>2.</p>	<p>有關於戶籍地指定醫院，才能進行海洛因療法治療一節，建議對於接受治療之病人就醫可近性納入衡量。另設立中央登記處並保管駕照，是否能有效避免藥癮者無照駕駛情形發生，以上論述是否有充足之論證基礎，宜請研究小組加以補充後再酌。</p>	<p>有關海洛因處方療法就醫可近性，因為注射海洛因後約 4 小時內就會有戒斷症狀，必須再度注射海洛因，因此需要海洛因處方治療病患不會有工作、也不會遠遊，所以規定在戶籍處並不會影響可近性。另外，就如同酒駕，有效杜絕酒駕的最好方式是對當事人教育與宣導；所以在第 75 頁我們增加「加強接受海洛因療法不適宜開車宣導，與保管藥癮者駕照以避免車禍意外產生」。希望當事人能保護自己也保護別人。</p>

3.	<p>有關針對藥癮者訪談論及「安全注射室」，應比照日據時期鴉片許可證核發藥物攜帶許可證一節，經查安全注射室所用係藥癮者自行攜帶之非法藥物，與日據時期鴉片為政府核准製造販賣性質不同。藥癮者雖提出其需求及建議，建議研究小組宜深入綜整析論，俾提出具體政策建議事項。</p>	<p>的確，毒品是由政府核准、或是自行攜帶至安全注射室，是設置安全注射室的重要前提。我們再度整理回顧國家中有設置安全注射室的毒品政策，發現這些國家對於攜帶微量毒品，雖然是犯罪，但不會被起訴；因而藥癮者才能自行攜帶毒品。我國目前法令是攜帶（不論量多寡）都是刑事犯罪，我們中長期建議，說明必須以毒品施用者除罪、攜帶微量毒品不起訴兩項為前提，才有設置安全注射室的討論空間（第148-152頁）。</p>
4.	<p>有關就學貸款，係由教育主管機關編列公務預算補助低率利息，爰以醫療觀點視藥物成癮為慢性疾病，如主管機關僅針對單一疾病提供助戒治貸款，是否合乎公平原則？另如以沒收毒犯犯罪之不法所得，成立基金專戶支應的方式是否可行？請研究小組強化可行性評估之論述，以達成所訂「透過理論與實務之實證資料整合，針對國內情勢提出毒品減害措施中不同作法之可行性評估」之研究目標。</p>	<p>我們已經刪除此建議。</p>
5.	<p>以工代賑方式就業方案，宜納入行政院勞工委員會評估意</p>	<p>我們已經刪除此建議。</p>

	見；另毒品防制工作能否由接受治療之藥癮者參與，協助其他未接受治療之藥癮者進行治療，建議研究小組一併納入考量。	
6.	有關新興毒品減害措施（安全注射室、海洛因療法）之推動，請就所提國家實施情形，提出政府機關、民間機構分工架構及實施前後整體社會成本效益之差異。	我們將各國的資料重新整理，並彙整為表格進行補充說明（請見第 61-68 頁表 4-1 到表 4-3）。
7.	研究報告提出，海洛因療法採用之藥品劑型包括注射針劑、吸入粉劑，建議蒐集供應來源等藥品資料，及藥癮者分級適用海洛因治療相關參考指引。	經由向相關藥廠詢問，因為台灣對於採用海洛因處方療法並未合法化，廠商無法提供相關劑型與報價。
8.	有關民意對安全注射室之看法，研究報告第 104、105 頁所論述結果不同，請予以釐正。	已經改正，謝謝。
八、本會意見：		
1.	本研究之研究方向及預期成果之一為，研析主要國家之毒品減害措施成效與影響（至少包括社會治安、減害措施所需毒品供應來源、公共衛生、醫療體系、國際關係、是否與整體的毒品防制政策間產生衝	我們針對各國補充有關資料，並將回顧文獻與實證資料做成表格呈現，並說明與比較各國的情形（請見第 61-68 頁表 4-1 到表 4-3）。

毒品減害措施之研究

	<p>突等層面)，惟研究報告內容所呈現資料似屬歷史資料回顧，未見各國推動政策之成效，亦缺乏具體實證資料或統計數據，論證研究團隊之主張。爰宜就主要國家近年或現行毒品減害計畫加以補充，政策成效加以具體說明，並強化上述社會系絡層面之析論。另建議以列表方式，就美沙冬療法、安全注射室、海洛因療法等措施於各國執行成果加以比較研析。</p>	
<p>2.</p>	<p>所列聯合國毒品與犯罪問題辦公室 (UNODC) 僅呈現 2002 年資料。經查 UNODC 於 2010 年亦藉由藥物依賴治療與康復資源中心國際網絡-簡稱「治療網」(Treatnet, the international network of drug dependence treatment and rehabilitation resource centres) 進行第 2 階段全球性藥物依賴治療服務提升計畫，並著重在非洲、中亞、中東、南美及東南亞等地區。爰請研究團隊補充該組織之最新毒品減害措施實際推動策略與執行成果，俾符合原研究預期目標，彰顯本研究之前瞻性。</p>	<p>已增加相關說明與引用 (新增於第 22-23 頁與第 150 頁)。</p>

<p>3.</p>	<p>負責執行聯合國國際藥物管制公約之國際麻醉品管制局 (The International Narcotics Control Board, INCB) 之年度報告，並請善加引用。另報告所提《1961 年公約》應為聯合國《1961 年麻醉藥品單一公約》 (Single Convention on Narcotic Drugs, 1961)，請予以更正。</p>	<p>已更正 (第 20-21 頁)。</p>
<p>4.</p>	<p>第 25 頁有關美國藥癮治療處遇方案 7 種類型，宜再進一步補充詳細內容，並研析是否有足資我國參採之處。此外，研究報告第 27 頁就美國實施「美沙冬治療」措施與成果論述中，敘明「美國在美沙冬療法的研究有相當正面發現，實際上卻無法在美國廣為設置美沙冬療法」，其主要理由缺乏明確論述，請研究團隊予以補充說明。</p>	<p>已補充 (第 27-28 頁) 美國無法廣設美沙冬治療是因為國家政策，已補充於內文中說明 (第 29 頁)。</p>
<p>5.</p>	<p>第 28 頁有關加拿大在 2006 年成為全球管制藥物位居要角一節，「…加拿大已經成為全球主要藥物生產商…」、「…尤其透過組織所開發的藥物…」、「…加拿大在世界各地的藥物市場也隨之增加」、「澳洲國內所查獲的藥物…」所稱</p>	<p>我們思考後認為此段落與本研究之關連性低，且會有誤導之虞，因此予以刪除。</p>

	<p>「藥物」係指為何？全段語意似有易引人誤解之處，宜加以潤飾調整。另有部分段落內容似就外文資料直接翻譯，請檢視後調整文字用語，以利閱讀。</p>	
<p>6.</p>	<p>加拿大安全注射室提供注射藥癮者可免費利用，建議補充設置與使用之相關規範及管理機制，並析論為何對「降低藥物使用及犯罪情形沒有明顯改善效果」？是否達成設立之 5 項目標之一「改善總體社會秩序」？其中有無足資我國參採之處。</p>	<p>加拿大安全注射室對降低藥物使用及犯罪情形沒有明顯改善效果，其原因之一是安全注射室設置目的並非減少毒品使用；其二是安全注射室是爲了消滅亂丟針具的現象，而非減少犯罪。但是安全注射室也沒有增加犯罪的情形。設立之 5 項目標之一「改善總體社會秩序」有部分效果是因爲街道與公園內丟棄針具有減少（第 33-35 頁）。</p>
<p>7.</p>	<p>澳洲於新南威爾州、首都區域、維多利亞州等地試驗安全注射室一節，是項措施於上述各州似均無疾而終，且未見相關效益評估，惟小結內容中提出「透過安全注射室的試驗設立，初步資料顯示公共危害有降低的趨勢」等論述，上述論述間之聯結應予補充強化。另 2010 年 9 月新南威爾州既已成立永久之安全注射室，應加以補充相關設置與管理機制，並</p>	<p>雖然「透過安全注射室的試驗設立，初步資料顯示公共危害有降低的趨勢」，但撤銷理由與效益無關；新南威爾州安全注射室梵蒂岡下令必須要撤回；新南威爾州大學也有校園內進行試運安全注射中心，但後來也遭教育部撤銷這項服務。1999 年澳洲首都提出區域安全注射室試驗法案，因爲這項試驗不能募款，導致缺乏財源無疾而終。維多利亞州試驗則因各政黨無法有共識而結束。2010 年是因爲有專家學者奔走，</p>

	析論足資我國參採之處。	並向議會呈現確實能幫助降低死亡與發病率，終於獲得授權設置。(第 37-40 頁)
8.	研究報告第五章第一節所列焦點團體回饋之整理，僅就各受訪者之紀錄進行簡要節錄，無法充分掌握回答者較為完整之思維脈絡。爰建議就表 5-1、5-2 之回饋彙整結果增列附錄五至八之頁數對照，俾還原各回答者之實際回答內容。	已增加簡要節錄說明。(請參見第五章)
9.	研究報告第五章第二節就各藥癮者之深度訪談結果，呈現受訪者普遍認為美沙冬療法成效並不顯著(第 57 頁)，此項研究發現與報告援引過去文獻結果(第 46 頁)有所矛盾，建議研究團隊加以綜整析論，俾突顯本研究價值。	台灣藥癮者因為沒有將戒毒視為慢性病，以為美沙冬可以幫助完全戒毒，同時沒有預期美沙冬也會成癮，所以認為美沙冬療法成效並不顯著。過去美沙冬治療文獻結果是將目標放在減少戒斷症狀、減少毒品使用量與頻率、以及減少愛滋感染等目標，並非完全戒除毒品，因此認為美沙冬治療有效。(第 79-84 頁)
10.	研究報告第六章請依文章結構區分為第一、二節，並將「結論」修正為「研究發現」。而就其該節內容所引學者專家、民間社團、藥癮者對於「安全注射室」、「海洛因療法」之焦點座談意見，僅區分為贊	已將「結論」修正為「研究發現」(第 139 頁);我們將質性團體的立場增加於第 73、74 頁)

毒品減害措施之研究

	成、有疑慮、及反對等三類型。分析結果似嫌簡略，建議研究團隊應就其所持立場之結構性因素進行深入分析。	
11.	研究團隊既已納入毒品犯罪防制領域，顯見該範疇應與本研究報告相關，且本會已完成相關之委託研究，包括：98年度「青少年藥物濫用防制政策研析」、97年度「毒品防制政策整體規劃報告」、94年度「毒品問題與對策」，請研究團隊將與相關內容一併納入補充，並將上述研究報告列為參考書目。	已將上述三本著作引用到內文，並置放於參考書目。
12.	相關法規資料應列為研究報告附錄，如「毒品病患愛滋減害計畫之鴉片類物質成癮替代療法作業基準」等，請逐一檢視研究報告內援引之相關法令，補充納入附錄。有關焦點座談及深度訪談紀錄摘發言要點記錄，毋須以逐字稿呈現，請研究團隊再予調整。	我們在附錄一增加「毒品危害防制條例」(第 165-178 頁)。毒品病患愛滋減害計畫之鴉片類物質成癮替代療法作業基準則(疾病管制局，2006)採列為參考書目(第 4 頁)。
13.	第一章「主旨：」、「目標：」、第 22 頁「小結：」似為冗字，「工作項目」一節似屬進行研究之分工及執行事項，毋須於研究報告中呈現，建議刪除。	已經刪除。

14.	封面及封面裏頁印製年月調整為 100 年 5 月。封面裏頁研究單位及研究人員應置中並靠左對齊。表次中之「表號」、圖次中之「圖號」應以細明體加粗體打印。中英文摘要置於目次前，簡略說明研究緣起、研究方法及過程、重要發現及主要建議意見，並於摘要末加註關鍵詞（至多 5 個）。第五章章名建議調整為研究發現。建議事項應分「立即可行建議」及「中長期建議」兩類，臚列敘述並說明理由，各項建議應明列主辦及協辦機關。附錄次中附錄九至十三標題應修正為「深度訪談紀錄」、附錄十四標題宜修正為「期中報告審查意見回覆表」。	已經依據相關意見修正。
15.	第 17 頁「聯合國 (UNODC)」、第 20 頁「麻管局」、第 22 頁「聯合國麻管局」等語，請補充英文原文及適當之中文翻譯，並於文中為一致之用法，餘研究報告中有類似情形者，應逐一檢視後修正。許多專有名詞有中英文併用及單列英文等不同用法（如第 22 頁「拿萃松 Naltrexone」與第 25 頁「Naltrexone 拮抗劑治療	已經更正

	<p>法」、第 29 頁「安全注射室 INSITE」與「INSITE 安全注射室」、第 29、47 頁「注射藥癮者 (IDU)」、第 32 頁「藥癮者 IDU」與第 33 頁「靜脈注射藥物 (IDU)」、第 34 頁 LSD、COFFEE SHOP、第 36 頁「阿姆斯特丹 Amsterdam」、「在預防 HIV、HBV 和 HCV 方面」、「主要由—Amsterdam、Hague、Utrecht 和鹿特丹所組成的」、第 48 頁「所以一項 Cochrane review」、「加拿大是 IDU」等), 亦有中譯用語不同 (如「美沙冬」、「美沙酮」) 之情形, 請逐一檢視全篇報告內容並調整為一致用法。</p>	
16.	<p>第 5 頁第 1 段引述 Lum 的研究發現、第 13 頁引述 Floyd 之見解等, 參考書目未見相關資料, 請逐一檢視研究報告內容, 如有上述情形, 請一併補充修正。圖 2-1 研究架構「網路調查、市調」一項, 宜配合本研究進行之民意調查為適當修正。</p>	<p>已改正並增加於參考書目。</p>
17.	<p>研究報告內容仍有錯、漏、冗字、標點符號誤繕、語意未明及格式不一致等情形, 如: 第 40 頁「進行計畫評值」、第 42</p>	<p>謝謝指正, 我們已經修正。</p>

<p>頁「逾 1982 年」、「40 為海洛因」、「間接証實」、第 43 頁「只是卻造成當地日本政府」、第 45 頁「…5 月 4 日禁煙節當天」、第 47 頁「注射式鴉片最為治療」、第 48 頁「聯合國麻管局正是聲明其反對設置醫療監護下的注射室」、第 59 頁「身份」、「…考驗，」、第 61 頁「皆以表示」、第 64 頁「皆下來…」、第 103 頁以下各段版面編排不一、第 66 頁「圖 4-3」、第 68 頁「權力」、第 72 頁「用玩」、第 80 頁「收集」、圖 5-1 至 5-3 圖標題與毒品種類名稱直書橫書不一、第 82 頁「對於高教育程度者，平時接受健康醫療方面的訊息就比較缺乏」、第 85 頁「較沒通過者…」，除上述所列舉外，請再詳細檢視全文後修正完妥。</p>	
--	--

毒品減害措施之研究

附錄十六 期末報告二次審查意見回覆表

非常謝謝各位審查委員的寶貴意見，以下是我們進行的修正與回覆：

編號	審查意見	回覆修正情況說明
1.	封面及封面裏頁印製年月配合實際印製時間調整，並刪除「修正本」等字，另封面裏頁協同主持人請合併臚列。	已遵照指示調整。
2.	第 61 頁《1961 年公約》尚未更正；第 22 頁第 2 段末行與第 3 段間語意不明；有關藥癮者治療費用負擔一節，僅回應說明國外情形及略述訪談內容，仍請依期末報告審查意見納入分析並提出建議。	《1961 年麻醉藥品單一公約》已更正（第 21 頁）。第 22 頁第 2 段末行與第 3 段間語意稍做調整。立即可行建議第四項藥癮治療可近性增加「補助藥癮者治療費用」。
3.	第 第 137 頁（九）「…但是完全戒毒…研究證據不同」一節，語意不明，宜再加以潤飾。	已經稍加潤飾，在第 141 頁（九）。
4.	第 138 頁以下所提政策建議事項，應於逐項臚列時即敘明該建議事項之理由及作法，以利相關機關參辦，爰請調整現行論述方式。	已經重新整理，請見第 142-152 頁。

毒品減害措施之研究

5.	海洛因療法屬新興毒品減害措施之環，仍請就引進是項作法之可行性加以分析，另提出適當之政策建議。	已增加可行性分析於中長期建議第 4 項，第 148-152 頁。
6.	期中報告及期末報告審查意見回覆表之回覆修正內容，仍有部分回覆說明內容尚未融入研究報告中，請再檢視充實並於回覆表內註記所在頁次或段落。	是的，我們已經重新檢視期中報告與期末報告審查意見，並將意見融入研究報告，請見前述各項修正與相關頁次。
7.	聯合國麻醉藥品管制局，敦促西方國家勿繼續開辦安全注射室一節，似未見列入摘要及建議事項，宜適度加以補充。	已加入到提要與建議，第 IV 頁、第 142 頁與第 152 頁。
8.	有關各縣市毒品防制中心功能，及其協助推動減害計畫所能扮演角色，尚未完整納入研析，經查該等中心功能非僅宣導工作，其他功能仍請加以關照並納入補充。	增加說明於第 56 頁第一段。
9.	期末報告審查意見回覆內容標註對應之頁碼誤繕，請逐一檢視查對修正。	已重新核對更正。
10.	有關行政院衛生署就「鴉片類物質成癮者替代療法作業基準」所提補充內容，應納入研究報告以充實相關	已經納入 55 頁第二段。

	內容。	
11.	澳洲於新南威爾州等地試驗安全注射室一節，回覆內容尚未融入研究報告，其相關設置及管理機制，請一併補充。	補充於澳洲第 38 -40 頁。
12.	參考文獻各筆資料，版面編排請依本會委託研究計畫作業要點所訂格式調整修正，另亦未見 Floyd 之參考文獻資料，如確有引用該作者文獻資料，仍請予以列明。表次中「表號」、圖次中之「圖號」應以細明體加粗體打印，中英文摘要置於目次前，摘要（二）焦點團體與深度訪談、（三）電話民調之標題及內容，究係屬研究方法與過程，或研究發現，第五章章名未見調整，圖 5-1 至圖 5-3 圖標題與毒品種類名稱直書橫書未見調整一致，以上均請加以釐正。	內文沒有引用 Floyd 之參考文獻；其餘格式已進行調整；摘要內文中（二）焦點團體與深度訪談、（三）電話民調之標題及內容，是屬於研究發現；第五章也更名為研究發現與討論；圖 5-1 至圖 5-3 皆已做標題與格式的調整。
13.	本研究期末報告審查會紀錄及期末報告審查意見回覆表（修正後內容應註記對應頁次，並請依期中報告審查意見回覆表方式呈現）應	審查回覆意見皆已修改為期中報告格式。

毒品減害措施之研究

	一併列入研究報告附錄。	
--	-------------	--