

RDEC-RES-097-001

毒品防制政策整體規劃報告

行政院研究發展考核委員會編印
中華民國 97 年 12 月

RDEC-RES-097-001

毒品防制政策整體規劃報告

受委託單位：國立中正大學犯罪研究中心

研究主持人：楊士隆

研 究 員：朱日僑、李宗憲

行政院研究發展考核委員會編印

中華民國 97 年 12 月

目 次

目 次.....	i
摘 要.....	iii
第一章 前言.....	1
第二章 我國毒品問題現況.....	3
第三章 我國毒品防制成效與問題研析.....	11
第四章 國際間毒品防制政策實施概況及發展趨勢.....	25
第五章 國際間毒品防制政策指導原則.....	31
第六章 毒品施用者的身分定位與刑事政策取向.....	43
第七章 我國毒品防制整體政策建議及階段性因應方案.....	51
第八章 毒品與藥品的管制與管理取向.....	69
第九章 毒品防制政策的未來展望.....	73

毒品防制政策整體規劃報告

摘要

一、前言

然隨著社會環境的演變，近年我國毒品問題產生相當變化，例如青少年藥物濫用問題、新興合成毒品之興起、毒癮者傳染愛滋病與其他傳染病問題…等，毒品防制措施亦有重大改變，例如首重降低需求平衡抑制供需的毒品政策轉向、地方毒品危害防制中心之設置、替代性藥物戒癮治療、減害計畫之推行、先驅化學物質與原料藥之管理、緩起訴附帶藥癮戒治命令制度…等。毒品問題情勢瞬息萬變，政策規劃除需因應當前毒品問題之外更需有前瞻性，以標、本併治之策略因應瞬息萬變之毒品情勢，妥善規劃毒品政策之方向後才能以不變應萬變。

二、我國毒品問題現況

我國對毒品問題整體圖像之描繪並不完整，相關的毒品問題調查研究，亦欠缺統整，僅能倚靠官方統計資料約略描繪毒品問題現況。由我國毒品問題現況相關資料可以發現，就「首重降低需求，平衡抑制供需」的毒品防制策略而言，毒品供給問題已逐漸穩定控制，但降低毒品需求仍面臨嚴峻挑戰，包含新生毒品施用者問題、對施用第一、二級毒品成癮者的戒治成效問題，以及青少年施用第三級毒品（主要為 K 他命）情形日漸嚴重，第三、四級毒品施用整體圖像仍難掌握問題，亦即拒毒預防與毒品戒治工作環節法制仍須不斷精進，方得以因應毒品濫用問題。

三、我國毒品防制成效與問題研析

我國於 95 年調整反毒策略為「首重降低需求，平衡抑制供需」，將反毒政策轉向著重降低毒品需求，逐漸調整毒品防制政策方向。並以行政院研究發展考核委員會提出的「毒品防制政策整體規劃報告」為核心，策略目標的指標制定或許不盡理想，但核心工作項目與具體措施乃契合我國毒品問題與國際反毒經驗。

依據 95 年毒品防制政策整體規劃內容，「防毒監控」經由推動國際反毒相關行政協定及刑事司法互助的簽訂，已產生相當正面效益，且達到一定的

改善治安與毒品走私犯罪的境外阻絕效果。

「拒毒預防」所規劃的核心工作項目理念與聯合國毒品控制與犯罪預防辦公室、美國藥物濫用研究所對青少年藥物濫用預防計畫所提出的基本原則與建議核心理念相近。然依據反毒報告書與行政院毒品防制會報指示事項各機關辦理情形彙整資料所載，並未見聯結「學校、家庭、社區、社會」網絡的執行成果，而高危險族群之預防與輔導追蹤竟流於特定人員清查與使用毒品篩檢，對毒品防制政策所規劃的核心工作並未能落實。

「毒品戒治」在核心工作項目中，對於提昇專業毒癮戒治模式、結合民間毒癮戒治體系、建構社區復歸支持網絡等，皆尚難具體呈現實際發展成果，包含發展醫療專業的毒癮戒治模式（目前多侷限於海洛因成癮者的美沙冬替代療法）、毒癮戒治者個別戒治及輔導模式、預防復發課程與配套措施、研議毒癮戒治納入健保給付、結合民間戒毒網絡、輔導民間戒毒機構（目前仍以宗教團體為主）、建構社區輔導機制與戒癮模式、建立社區毒癮戒治教育網絡…等，於反毒報告書或行政院毒品防制會報指示事項各機關辦理情形等資料中皆未見著墨。

「緝毒合作」與拒毒、戒毒工作相較之下，是較易呈現執行成效之毒品防制工作環節。目前由高等法院檢察署成立緝毒督導小組統合各地緝毒執行小組之工作，以統整緝毒工作強化緝毒績效。

整體而言，我國毒品防制政策區分為「首重降低需求，平衡抑制供需」兩大主軸，在平衡抑制供需面向上，包含國際參與、防毒監控與緝毒合作，由於其工作內容明確，權責單位清楚，因此，核心工作項目執行較為順暢，是較具執行成效之毒品防制工作環節。相對而言，在首重降低需求面向上，拒毒預防與毒品戒治工作項目標的對象為人，其核心工作項目內容較屬概念性，且權責單位分散，部會彼此間協調合作較為困難，因而影響「降低毒品需求」策略之落實與成效，拒毒預防與毒品戒治工作環節仍須有效整合精進，方得以改善毒品問題。

四、國際間毒品防制政策實施概況及發展趨勢

行政院研究發展考核委員會於 94 年底提出之「毒品防制政策整體規劃報告」中，已就國際間毒品防制政策歸納出數個要點，近年來各國對毒品防制政策或有調整，整體而言，毒品政策之調整多轉向強化對毒癮者的戒癮治療、社區治療以及減少毒品對個人與社會所造成的傷害。

五、國際間毒品防制政策指導原則

毒品乃全球共通性問題，針對毒品問題之防制，國際間已有政策指導原則可供各國參考，主要包括：國際公約、青少年藥物濫用防制指導原則與毒癮者治療處遇指導原則。

根據聯合國毒品控制與犯罪預防辦公室與美國藥物濫用研究所對青少年藥物濫用預防所提出的基本原則與建議，對於青少年藥物濫用的預防方案，可以包含家庭、學校與社區層面，以共同協助青少年免於藥物濫用問題，除協助青少年健全成長外，應避免對可能陷於藥物濫用的高危險族群產生排擠或標籤，並增進與家庭、學校、社區的社會鍵結。相較於聯合國 UNODCCP 與美國 NIDA 對青少年藥物濫用預防工作的原則與建議，我國對於青少年藥物濫用預防工作卻僅以學校反毒教育宣導為核心，以校園安全的觀點處理有藥物濫用危險的青少年，未能以健全青少年成長的理念，協助青少年身心發展，並將網絡延伸至家庭教育與社區。

對於毒品依賴或成癮者，合適的治療與處遇原則應將將毒癮視為一種慢性疾病，並提供持續性的治療服務。亦即毒癮問題之處遇並非單純的生理、心理或醫療問題，對毒癮者之處遇，除須以促使毒癮者回歸社會為核心，尚須提昇個案抗制毒品誘惑的技能，並且必須預防及避免可能的復發情境，整體涵蓋的層面上，除了司法與戒癮機構外，社區與家庭亦應納入戒癮體系環節中。

六、毒品施用者的身分定位與刑事政策取向

我國刑事政策上雖然視毒癮者為兼具病人與犯人特質之病犯，但在刑事司法中卻未落實，對毒癮者之處遇無法依據毒癮問題的嚴重性給予合適的處遇，雖然刑事政策上確立以疾病治療優先於刑罰處遇之觀點，但在刑事司法

的執行上卻未能體現毒癮問題的疾病特性。刑罰謙抑思想是現代刑事政策基本原則之一，刑罰需謙卑自抑，將刑罰視為維持社會秩序的最後手段，而不應有刑罰萬能之思想，意圖以嚴刑峻罰之手段抑制犯罪。而由刑罰謙抑性之觀點出發，進而衍生兩極化刑事政策，以當前刑事政策之思想考量毒品犯罪問題，其結果自不待言。

七、我國毒品防制整體政策建議及階段性因應方案

評析近年來的毒品政策措施與毒品防制工作發展，我國毒品防制政策措施以「首重降低需求，平衡抑制供需」為核心正符合國際毒品防制思維，惟降低需求之策略成效卻難以彰顯，深究其因，主要是毒品問題現況掌握、反毒工作策略規劃與執行、反毒組織架構與部會權責合作，以及經費資源投注問題。對我國毒品防制整體政策建議如下表 1 與圖 1：

階層面向	政策規劃	建議期程
一、毒品問題現況掌握	1、建立高風險毒品濫用族群之調查體系。 2、設立專責機關收集整合、分析、管理藥物濫用人口資料庫。 3、持續進行各族群藥物濫用調查，特別是青少年族群。 4、設立專責研究機構或委託研究機構負責毒品相關資料之蒐集與統整分析、政策研究、政策成效評估。	短期 中長期 短期 長期
二、反毒工作策略規劃與執行	1、於行政院毒品危害防制會報體制下，由行政院研究發展考核委員會統籌規劃毒品防制工作策略，並監督考核工作落實情形。 2、於毒品防制委員會體制下，由毒品防制委員會統籌規劃毒品防制工作策略，並監督考核工作落實情形。	短期 中長期
三、反毒組織架構與部會權責合	1、由行政院研究發展考核委員會落實毒品政策措施之管考，或委由學術或民間機構進行評鑑。	短期

作	2、行政院設立「毒品防制委員會」，以規劃並落實毒品防制政策。	中長期
四、經費資源 投注	1、毒品防制會報統籌討論毒品防制工作所需資源，由各主管單位編列所需預算。	短期
	2、毒品防制委員會（常設組織）成立後，則可由毒品防制委員會統籌編列毒品防制預算所需。	中長期
	3、行政院設立毒品防制基金。	短期
五、毒品防制 工作降低 需求環節	1、拒毒預防工作	
	(1) 聯結「學校、家庭、社區、社會」網絡，認同健康概念。	短期
	(2) 以輔助青少年健全身心發展為核心，摒棄「反毒宣導」與「尿液篩檢」的迷思。	短期
	(3) 對青少年藥物濫用防治之工作，由校園環境延伸至家庭與社區環境，將權責機關由教育部學生軍訓處拓展至教育部各級教育司、教育部訓育委員會、兒童局、社會局、青輔會等與青少年成長發展有關的教育、輔導、社會福利部門。	短期
	(4) 對初級預防工作，以教育、輔導的方式，強化青少藥物濫用保護因子，減少危險因子。	短期
	(5) 對次級預防工作，應以輔導、關懷、社會福利方式，協助高關懷族群因應其社會適應問題。	短期
	(6) 對三級預防工作，應以青少年利益為最大考量，協助陷入藥物濫用者解決藥物濫用問題與其他偏差行為或社會適應問題。	短期
	(7) 強化對青少年藥物濫用防治資源之投注。	短期
2、毒癮戒治工作		
(1) 發展專業毒癮戒治模式，與毒癮戒治	短期	

	<p>專業人員培訓，以精進實際成效。</p> <p>(2) 發展民間毒癮戒治體系，擴大戒毒服務網絡。</p> <p>(3) 建構社區導向支持網絡，協助回歸社會。</p> <p>(4) 對毒品施用者進行分流，以減輕戒癮機構之負擔並強化戒癮成效。</p> <p>(5) 改善強制戒治處遇措施，並延伸至半機構性與社區戒治、保護管束。</p> <p>3、毒品危害防制中心</p> <p>(1) 地方毒品危害防制中心法制化。</p>	<p>短期</p> <p>短期</p> <p>短期</p> <p>中長期</p> <p>短期</p>
六、毒品防制工作抑制供需環節	<p>1、成立緝毒專責機關。</p> <p>2、強化販毒犯罪所得財產之追查與沒入。</p>	<p>中長期</p> <p>短期</p>
七、毒品防制相關法規檢討修訂	劃相關議題，藉由反毒會議討論毒品防制相關法令取向。	中長期

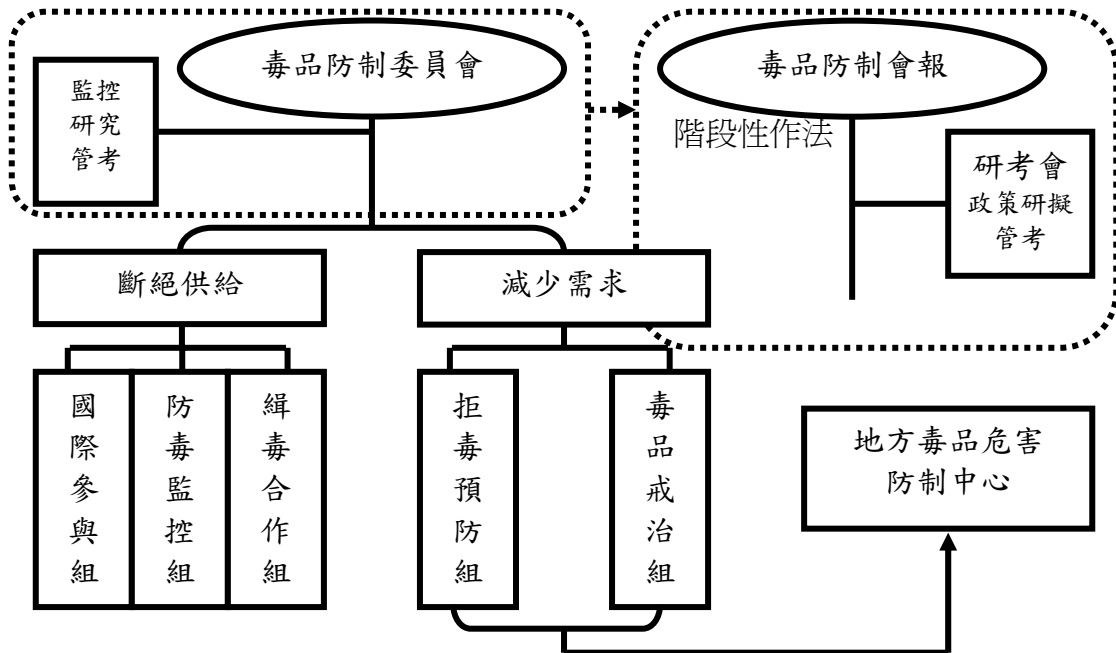


圖 1 反毒策略及組織分工

八、毒品與藥品的管制與管理取向

「毒品」及「管制藥品」二法制間上位性之概念，實可參採先進國家，如美國「管制物質法」(Controlled Substances Act, CSA)的精神，不僅有助於管制新興濫用物質暫時列管之規範，且可配合各界長期以來，整合修正法制名稱的期待，統合司法流向管制、國際轉運，並阻絕合法途徑可能的不當轉讓及流用；我國二元法制的管理，雖各有其歷史沿革，惟新興物質之濫用多屬無醫療用途之新興(毒品)物質濫用問題，均無主動蒐集相關資料之作爲，致國內新興毒品之列管欠缺有效機制。

九、毒品防制政策的未來展望

衡量我國毒品問題發展情勢，以及國際間毒品政策措施作爲，我國毒品防制政策未來展望，可設定在毒品施用者除罪化與刑事政策轉向的思維上。由於目前社會條件尚未完全成熟到足以完全除罪之程度，在有限資源下，爲有效規劃調節刑事司法體系的運作效率，司法機關實應建立專責的毒品政策實證分析制度，同時調節刑事司法「前門」及「後門」轉向策略，逐漸邁向對毒品施用者的實質除罪化。

毒品防制政策整體規劃報告

第一章 前言

毒品與幫派、黑槍，並稱為台灣治安三大毒瘤，我國自民國 82 年 5 月正式向毒品宣戰，即確立以「斷絕供給、減少需求」為策略方針，在政府各部門與社會各界通力合作下，已有相當成效，美國亦自 2000 年起即將我國自「毒品轉運國名單」中除名而未再列入。政府為貫徹反毒決心，更將 2005 年至 2008 年定為「全國反毒作戰年」¹。然依據美國國務院「國際麻醉藥品管制策略報告」²，雖然我國自 2000 年起即連續 8 年未被列入「毒品生產轉運國家」，但 2008 年 3 月公布之報告中，我國已被列為毒品先驅化學物質來源主要國家之一，且近年來我國毒品施用者近九成為再累犯，對社會治安與刑事司法體系影響更不容忽視，當前毒品政策措施並無法跟上毒品問題變化腳步。

隨著社會環境的演變，近年我國毒品問題產生相當變化，例如青少年藥物濫用問題、新興合成毒品之興起、毒癮者傳染愛滋病與其他傳染病問題…等，毒品防制措施亦有重大改變，例如首重降低需求平衡抑制供需的毒品政策轉向、地方毒品危害防制中心之設置、替代性藥物戒癮治療、減害計畫之推行、先驅化學物質與原料藥之管理、緩起訴附帶藥癮戒治命令制度…等。但毒品問題情勢瞬息萬變，政策規劃除需因應當前毒品問題之外更需有前瞻性，以標、本併治之策略因應瞬息萬變之毒品情勢，妥善規劃毒品政策之方向後才能以不變應萬變。

¹ 法務部「反毒新策略」專案報告，2004,11,11.

² United States Department of State (2008), *International Narcotics Control Strategy Report, Volume I Drug and Chemical Control, March 2008.*
<http://www.state.gov/documents/organization/102583.pdf>

毒品防制政策整體規劃報告

第二章 我國毒品問題現況

我國對毒品問題整體圖像之描繪並不完整³，例如對毒品之不法製造、進出口（走私）、分包銷售、轉讓、取得、施用等流通過路線與市場供需活動之現況，及國內毒品濫用之人口數量、社會階層、族群變化趨勢、盛行率等，目前仍缺乏較為精確掌握，尤其是第三、四級毒品施用者之資料更付之闕如，且亦無具體之衡量指標，故無法掌握毒品問題整體面貌並評估毒品防制政策之執行成效，而相關的毒品問題調查研究，亦欠缺統整，並且缺乏持續縱貫性的長期趨勢資料，因此，僅能倚靠官方統計資料約略描繪毒品問題現況，亦為現階段實證基礎分析的限制所在。

一、行政院衛生署藥物濫用案件暨檢驗統計⁴

行政院衛生署藥物濫用案件暨檢驗統計內容包含「台灣地區濫用藥物尿液檢驗檢體統計」、「台灣地區非尿液檢體統計」、「台灣地區精神醫療院所通報藥物濫用個案統計」、「台灣地區精神醫療院所通報 Benzodiazepines 類藥物濫用統計」，以及「台灣地區緝獲毒品統計」（即法務部毒品緝獲量統計）五大區塊。由「台灣地區精神醫療院所通報藥物濫用個案統計」可以發現，至精神醫療院所尋求治療的個案超過九成為施用海洛因者，約有三成有併用安非他命與其他藥物之情形。而由「台灣地區濫用藥物尿液檢驗檢體統計」可以發現，近年來檢驗出使用 K 他命之個案數逐漸呈現增長情形，除針對海洛因與安非他命問題進行防制工作外，對新興合成毒品的濫用問題，仍須投入倍增資源特別關注，以提昇政策實證之預警機制。

³ 行政院研究發展考核委員會 (2005)：毒品防制政策整體規劃報告。

⁴ 行政院衛生署管制藥品管理局：藥物濫用案件暨檢驗統計資料 (97 年 10 月)。
<http://www.nbcd.gov.tw/home/dep/list.aspx?did=20050707115677777777&pid=989>

毒品防制政策整體規劃報告

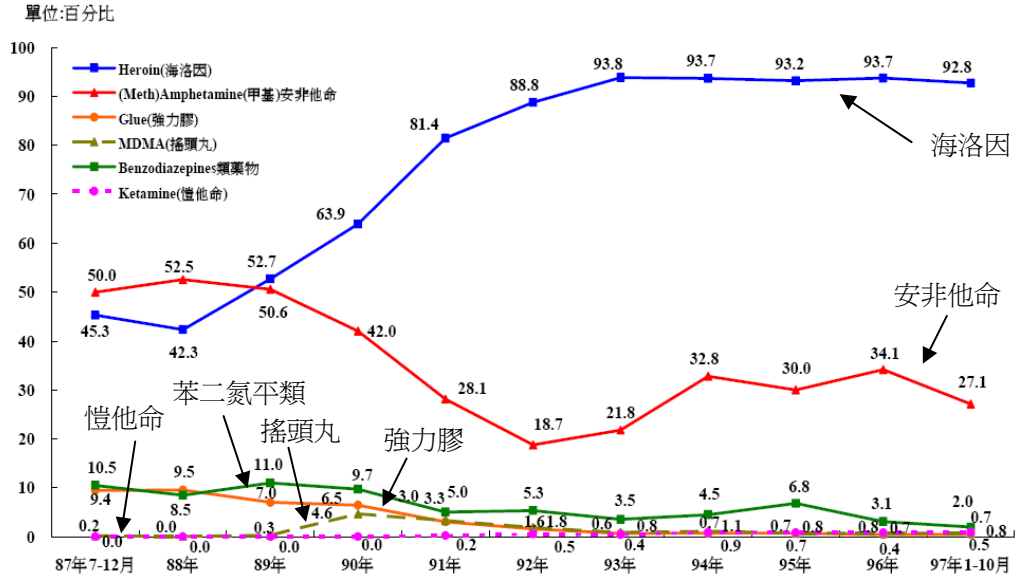


圖 2-1 台灣地區精神醫療院所通報常見藥物濫用種類

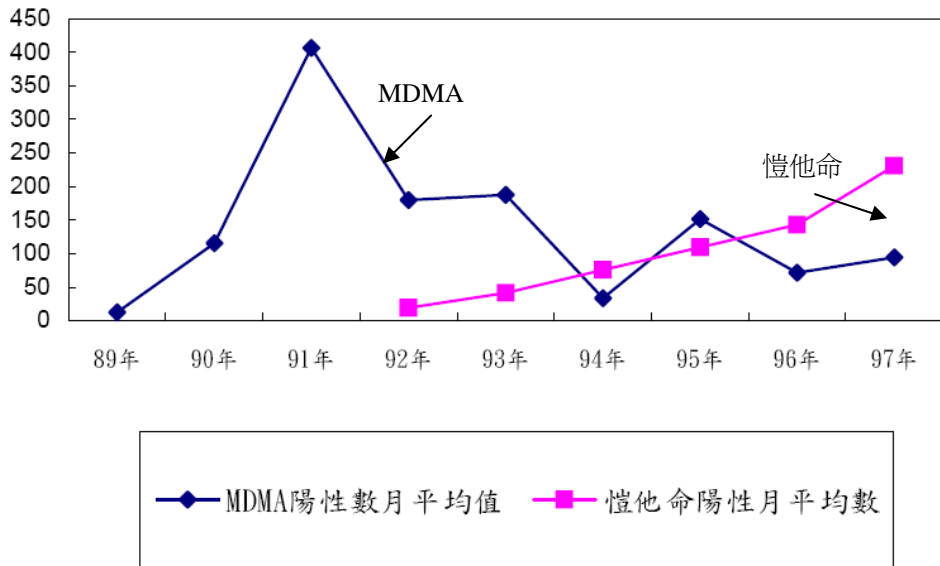


圖 2-2 台灣地區濫用藥物尿液檢驗統計

二、教育部校安中心通報統計⁵

為瞭解學生藥物濫用情形與其流行趨勢，教育部依「防制學生藥物濫用三級預防實施計畫」內容及輔導流程，要求各級學校加強預防清查工作，並將尿液篩檢呈陽性反應學生資料，透過教育部「校安中心通報系統」進行通報。依據該中心通報資料，近年來學生檢出施用毒品人數逐年增加，由 93 年 135 件至 96 年增加為 294 件，其中施用第三級毒品人數呈倍數增加，通報件數由 93 年 39 件增加至 96 年 235 件，其中以施用 K 他命人數占最多達 196 件（66.7%），其次為安非他命 40 件（13.6%）。

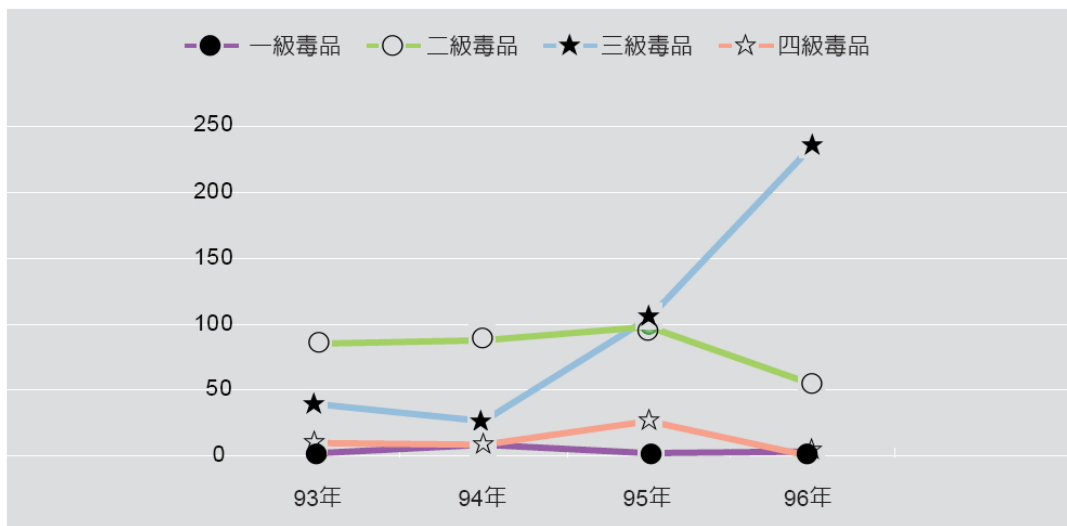


圖 2-3 學生施用各級毒品歷年通報數

由各級學生施用毒品通報資料統計顯示，國、高中學生施用毒品人數明顯高於國小與大專，且自 94 年度起國中施用毒品人數明顯上升，96 年度達通報人數最多層級為 164 人（55.8%），其次為高中職 116 人（39.4%）。

⁵ 法務部、教育部、外交部、行政院衛生署（2008）：97 年反毒報告書，97 年 6 月 3 日。

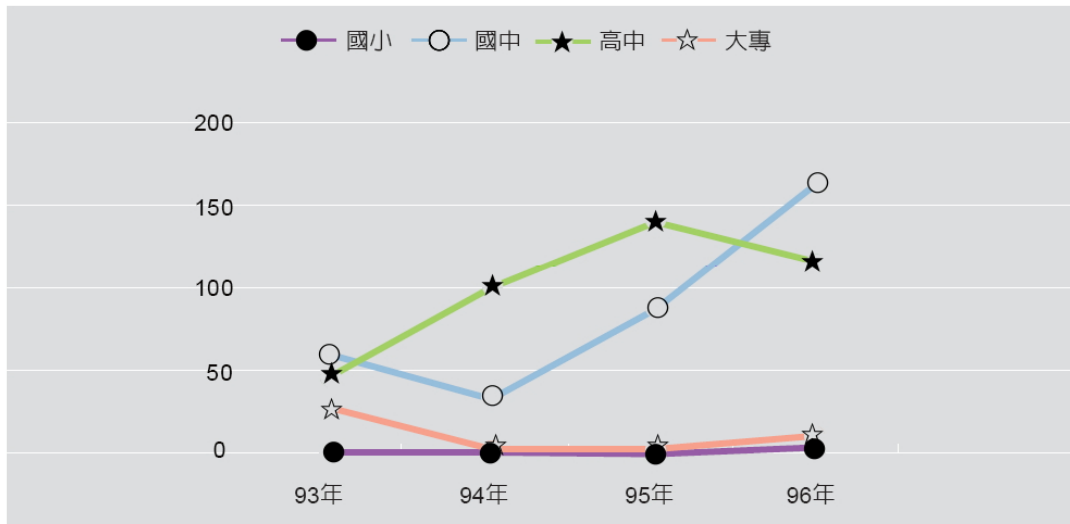


圖 2-4 各級學生施用毒品歷年通報數

三、法務統計⁶

由法務統計可以瞭解歷年來毒品緝獲量與進入刑事司法體系之毒品施用者變化情形。依據法務部毒品緝獲量統計，近兩年，或因製毒工廠的拔根斷源，績效卓著；或因減害替代治療計畫的推動，取代毒品市場需求，海洛因緝獲量與 95 年度相較之下已大幅度減少，近兩年約略持平。安非他命部分亦呈現逐年減少的趨勢，可見「平衡抑制供需」之策略已獲得相當成果，但新興合成毒品如第三級毒品 K 他命的問題亦不可忽視。

⁶ 法務部統計處：法務統計月報 (97 年 10 月)。
<http://www.moj.gov.tw/public/Attachment/812819235044.pdf>、最新統計資料 (毒品案件統計)
<http://www.moj.gov.tw/site/moj/public/MMO/moj/stat/new/newtable5.pdf>

表 2-1 毒品緝獲量統計

	合計	一級毒品	海洛因	二級毒品	安非他命	三級毒品
95 年	1,992.7	204.4	203.5	214.1	181.4	1,046.2
96 年	1,634.7	139.0	137.7	262.3	124.3	810.2
96 年 1-10 月	1,243.3	115.8	114.5	207.4	71.8	541.7
97 年 1-10 月	1,685.8	187.0	122.6	30.9	18.6	699.8

附註：單位為公斤，自 95 年度起毒品緝獲量改以純質淨重計算。

由地方法院檢察署偵查起訴情形與勒戒處所、戒治所收容情形，可以發現我國施用毒品人口仍有相當數量，且呈現成長情形，95 年單純施用毒品而被裁判確定有罪者為 21,324 人，96 年已增長至 23,444，97 年截至 10 月止已達 30,568 人，而這些單純施用毒品被裁判確定有罪者近九成為再累犯，顯見我國毒癮戒治現階段工作仍不足以因應毒品施用者所需，「首重降低需求」減少再施用之策略並未能有效發展。

表 2-3 地方法院檢察署執行裁判確定有罪案件情形

	總計	觸犯毒品危害防制條例			
		人數	單純施用	施用一級毒品	施用二級毒品
94 年	126,978	22,540	19,982	13,009	6,973
95 年	145,741	24,545	21,324	14,756	6,568
96 年	173,711	27,199	23,444	16,631	6,813
97 年 1-10 月	169,069	34,435	30,568	21,763	8,805

我國自民國 82 年向毒品宣戰以來，經歷十餘年反毒作戰之努力，毒品施用者人數仍然居高不下，累再犯人口比率仍未有減緩趨勢。近年來新入監受刑人中，約有 1/3 因觸犯「毒品危害防制條例」而入監服刑，而目前在監受刑人中，觸犯「毒品危害防制條例」者約占 4 成⁷，其中近 9 成⁸比例為再累

⁷ 相關統計資料請參閱法務部法務統計-法務統計指標-矯正統計。
<http://www.moj.gov.tw/np.asp?ctNode=23436&mp=001>。

⁸ 相關統計資料請參閱法務部法務統計-最新統計資料-毒品案件統計。

犯，對刑事司法體系已是沈重負擔，戒治工作未來思考的重點方向，亦應聚焦於核心、習慣性的毒品犯處置。

依據法務部 79 年至 95 年的毒品新生人口統計資料⁹顯示，17 年間吸毒新生人口計 232,717 人（男性占 83.0%，20~40 歲青壯年占 75%，施用第一級毒品者 26.26%，第二級毒品者 73.64%。），統計期間內再犯者共 128,444 人，其再犯比率為 55.19%，再犯率約與國際間毒品施用者再犯率相當，我國對毒癮者的刑事政策或戒治處遇仍有相當成效存在，但每年新增數千名毒品施用人口之問題亦不能忽視，在戒治分級處遇毒品施用者的同時，亦需減少新生毒品施用者之增長情形。由近年的統計資料觀察，新增的施用人口似有逐漸減緩的趨勢（94 年 8,720 人，95 年 6,814 人，96 年 1-7 月 2,674 人），但尚須考量刑事政策與毒品濫用問題趨勢的影響，例如施用 K 他命（第三級毒品）者並未入罪，因此依據法務部之統計分析，僅能認定施用第一、二級毒品的新生人口似乎有減緩趨勢。

<http://www.moj.gov.tw/site/moj/public/MMO/moj/stat/new/newtable5.pdf>

⁹ 法務部-毒品新生人口分析。

http://www.skps.tp.edu.tw/bu1/upload/38330800A00_38330800_ATTCH1.doc, 2008, 10, 8.

所謂吸毒新生人口，是指因吸食毒品第一次被移送檢察機關偵查。偵查終結情形為起訴，簡易判決處刑、緩起訴、職權不起訴，送觀察勒戒或戒治者，均列入統計。但不包括 92 年 7 月 9 日修正公布，93 年 1 月 9 日施行之「毒品危害防制條例」，視 5 年（含）後再犯為初犯的初犯。

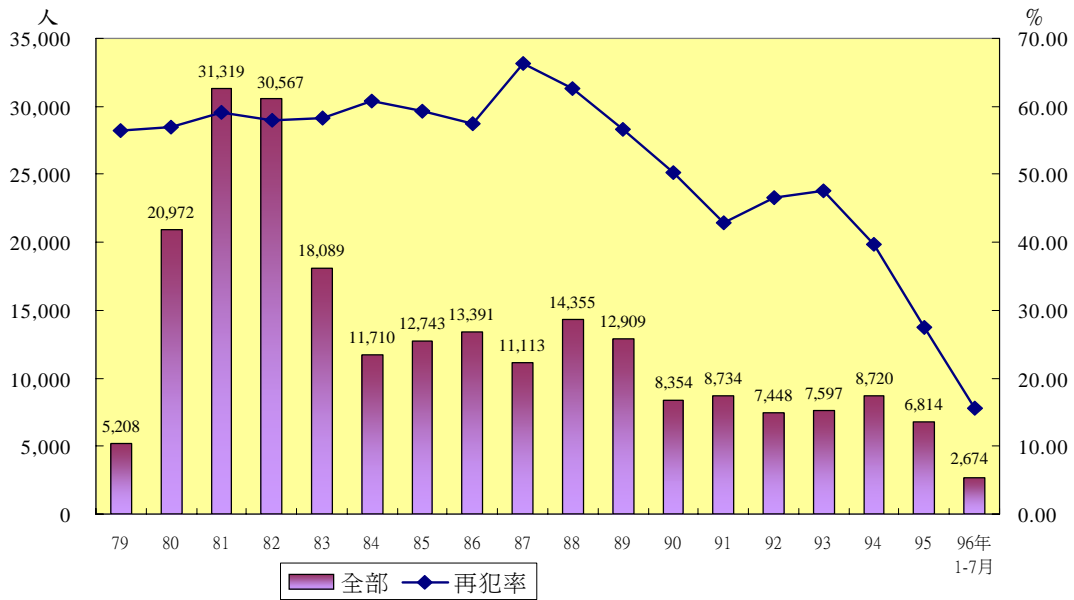


圖 2-5 歷年初次施用毒品者人數與再犯比率

由我國毒品問題現況相關資料可以發現，就「首重降低需求，平衡抑制供需」的毒品防制策略而言，毒品供給問題已逐漸穩定控制，但降低毒品需求仍面臨嚴峻挑戰，包含新生毒品施用者問題、對施用第一、二級毒品成癮者的戒治成效問題，以及青少年施用第三級毒品（主要為 K 他命）情形日漸嚴重，第三、四級毒品施用整體圖像仍難掌握問題，亦即拒毒預防與毒品戒治工作環節法制仍須不斷精進，方得以因應毒品濫用問題。

毒品防制政策整體規劃報告

第三章 我國毒品防制成效與問題研析

我國自民國 82 年 5 月正式向毒品宣戰，即確立以「斷絕供給，降低需求」為策略方針，在政府各部門與社會各界通力合作下，已有一定成效；行政院為貫徹反毒決心，更將 2005 年至 2008 年定為「全國反毒作戰年」；並於 95 年 6 月 2 日召開之「行政院毒品防制會報」中決定，調整反毒策略為「首重降低需求，平衡抑制供需」，將反毒政策轉向著重降低毒品需求，逐漸調整毒品防制政策方向；即以「拒毒」防止新的毒品施用人口產生、以「戒毒」減少原有毒品施用人口；再輔以積極「緝毒」以減少供給，並將反毒戰略警戒線推展至「防毒」，管控原為合法用途之藥品及先驅化學工業原料或製品，避免其被非法轉製成毒品。

在反毒新策略方針下，將反毒工作亦由原「緝毒」、「拒毒」、「戒毒」三分組工作，擴大轉變為「防毒監控」、「國際參與」、「拒毒預防」及「毒品戒治」、「緝毒合作」5 大區塊，將先驅化學工業原料管控及國際反毒策略聯盟等事項納入防制工作，藉由加強藥物濫用的通報、檢驗、分析、毒性評估等重要資訊的蒐集來逐步建構本土的藥物濫用基礎資料庫，輔以健全先驅化學工業原料管控措施，強化毒品源頭的原料藥管理，配合建立國內藥品施用管控與早期預警機制，並加強區域反毒策略聯盟，增進國際反毒情資交流，以加強的反毒基礎資源、與建立區域性的反毒聯盟、交換情資，以發揮新興毒品的預警功能，期確保緊密防制毒品於未然¹⁰。另為落實毒品防制工作，自 95 年起各縣市政府亦陸續成立「毒品危害防制中心」，以期結合地方資源與社政、醫療、警政、勞政、教育、司法保護等政府資源之整合，形成完整的毒品防制體系，並將以往中央毒品政策規劃為主軸的分組策略，陸續於 96 年延伸擴大至地方的配合層面，以統合中央與地方之反毒網絡及資源。

由前述我國毒品問題現況之分析可知，95 年「行政院毒品防制會報」將反毒策略調整為「首重降低需求，平衡抑制供需」後，毒品供給問題已逐漸穩定控制，但降低毒品需求仍面臨嚴峻挑戰，包含減少新生毒品施用者、對

¹⁰ 法務部、教育部、外交部、行政院衛生署 (2008)：97 年反毒報告書，97 年 6 月 3 日。

施用第一、二級毒品成癮者的戒癮治療，以及青少年施用毒品的防制工作，亦即拒毒預防與毒品戒治工作環節仍須不斷精進，始能因應毒品施用問題，突破當前反毒瓶頸。目前我國毒品防制政策乃以行政院研究發展考核委員會提出的「毒品防制政策整體規劃報告」¹¹為核心，依據以往我國毒品防制政策所面臨問題規劃反毒政策策略目標與核心工作項目、具體措施等，策略目標的指標制定或許不盡理想，但核心工作項目與具體措施乃契合我國毒品問題與國際反毒經驗。依據 95 年毒品防制政策整體規劃內容，各毒品防制工作環節執行成效與問題研析如下¹²：

一、防毒監控

依據行政院於 95 年所擬定之「毒品防制政策整體規劃報告」，防毒監控係以「防患未然」為防制理念，策略目標為建置完成防毒監控系統以及加強反毒策略聯盟，並劃分為防毒監控與國際參與兩個工作分組，分別由衛生署與外交部主導。核心工作項目包括¹³：

- (一) 建立國際藥物資訊交換平台：加強跨國藥物濫用流行病學調查研究、管制藥品產銷通路與濫用者取得、施用、藥物供給與反毒相關基礎研究，並建立國際藥物濫用資訊蒐集分析與藥物濫用通報機制、反毒情資交換機制，以作為反毒決策支援，提升反毒決策品質。
- (二) 建立管制藥品施用管控與早期預警機制：加強國際協調合作，積極推動國際藥物管控的相關法令整合，使毒品、藥物管制法令與國際接軌。並建立新興合成藥物施用與擴散的危險評估及早期預警機制、新興合成藥物對人體健康與社會產生的危害評估，以掌握管控毒品問題發展情勢，防患於未然。
- (三) 健全先驅化學工業原料管制系統：建立藥物原料交易行為監控系統，對藥物原料交易行為予以更為嚴格的規範，擴大監控範圍，以管控藥

¹¹ 行政院研究發展考核委員會，毒品防制政策整體規劃報告，民國 94 年 10 月。

¹² 按反毒報告書、行政院毒品防制會報指示事項各機關辦理情形彙整資料，以及相關毒品問題研究對我國毒品政策執行工作進行成效與問題研析。

¹³ 行政院研究發展考核委員會，毒品防制政策整體規劃報告，民國 94 年 10 月。

物原料市場，杜絕「以合法掩護非法」之非法流用行爲。

(四) 加強區域反毒策略聯盟：強化國際反毒與洗錢防制合作，具體措施包括：

- 1、建立國際反毒策略聯盟，擴大參與國際反毒組織、會議及策略聯盟，制定整合性的反毒策略、情資交流與策略合作，建立聯繫管道聯合查緝毒品製造與走私。
- 2、推動區域洗錢聯合防制機制，加強金融機構跨國合作，建立可疑交易之預防、調查及監控機制，以及各國金融機構與相關執法機關的合作管道與模式。
- 3、積極推動鄰近國家警察、關務及司法審判法令之協調整合，填補因各國間法令不一而產生之漏洞。
- 4、以簽訂雙邊或多邊協定方式，加強境外毒品、管制藥品及藥物原料物質輸入管控。
- 5、擴大參與國際性緝毒合作會議、緝毒聯合講習或演習，以瞭解最新跨國性犯罪模式，交換偵查技術，共同防制、打擊毒品犯罪。
- 6、建立兩岸合作緝毒機制，暢通資訊管道及毒犯遣返作業。

經進一步觀察我國防毒執行成果，則不難發現，為加強反毒協定¹⁴建立策略聯盟，配合防毒監控系統，在國際環境的努力上，經由推動國際反毒相關行政協定及刑事司法互助的簽訂，方向正確，已經產生增進形象能見度的

¹⁴按外交部、法務部及內政部等為打擊毒品及洗錢等犯罪，已陸續完成簽署「台菲反毒合作瞭解備忘錄」、「駐菲律賓台北經濟文化辦事處與駐台灣馬尼拉經濟文化辦事處打擊毒品濫用及管制藥品與化學品非法交易合作備忘錄」、「中華民國(台灣)與百慕達金融情報審查中心關於與洗錢及資助恐怖主義相關金融情報交換合作瞭解備忘錄」、「中華民國(台灣)與索羅門群島間關於打擊洗錢及資助恐怖主義情報交換合作協定」、「中華民國(台灣)與庫克群島關於打擊洗錢及資助恐怖主義相關金融情報交換合作瞭解備忘錄」、「中華民國(台灣)與聖克里斯多福間關於打擊洗錢及資助恐怖主義情報交換合作協定」等。
2008,10,8.

正面效益，且達到一定的改善治安與毒品走私犯罪的「境外阻絕」效果；簽定協定的內容，多以洗錢、毒品、走私查緝、反恐等緝毒所需情資為主，管制藥品及先驅化學品等為輔，駐外單位執行各協定內容涵蓋範圍不一，且國際境外防毒資訊（如政策、法令等）平台，仍未能整合，似難達防患未然之效。而在設置駐外單位不一，且多線分工的狀態下，防毒資訊的瞭解各部會不同，自然步調未能一致。

此外，新興合成毒品，多介於國際法令管制邊緣，製毒原料在管理分歧的現況下，毒品管理法制系統的周延性，尚有加強空間，且製毒原料藥僅列屬第四級管制，具有本低利高、刑度低等犯罪利誘特性；值得注意的是，K他命自民國91年正式列為第3級毒品後，緝獲量漸增，由91年63公斤增至96年598.7公斤，且已躍居各級毒品之冠，K他命主要來源已由走私入境轉變為國內自製¹⁵；因此，加強管制製造甲基安非他命（管制原料藥主要為鹽酸麻黃素）、K他命（Ketamine 毒品先驅化學原料主要為 hydroxylamine HCL¹⁶等）之原料，以及新興濫用物質、尚未列入管制之偽、禁藥品的輸入查緝為當前持續的重點，以遏阻毒品的製造生產擴散。

二、拒毒預防

依據行政院於95年所擬定之「毒品防制政策整體規劃報告」，拒毒預防係以「多元拒毒」為防制理念，策略目標乃以93年毒品裁判確定案件有罪人數為基準，預定97年「降低毒品裁判確定案件有罪人數比率10%」為策略目標。拒毒工作成效認定，以進入司法機關毒品裁判確定案件有罪結果，作為判定基礎，惟由政策的執行面觀之，此類成效指標全然依賴司法警察機關移送，檢察機關起訴，並由司法判決確定有罪，與拒毒配合機關教育、輔導的及早介入特性，毫無相關，與多元拒毒的努力方向，有所偏離。雖然拒毒預防工作所設立的策略目標並非適宜，但其核心工作項目則能契合教育、輔導、早期介入的預防藥物濫用核心理念，核心工作項目包括¹⁷：

¹⁵ 96年已緝獲K他命製毒工廠9座，詳見97年反毒報告書。

¹⁶ 行政院於96年12月21日院臺法字第0960056026B號函，正式將其列入毒品先驅原料第8項列管。97,8,1。

¹⁷ 行政院研究發展考核委員會，毒品防制政策整體規劃報告，民國94年10月。

- (一) 整合評量、檢驗、通報及輔導體系：包含發展「藥物濫用危險評估工具」；健全藥物濫用檢驗機構檢驗結果公信力；貫徹對中輟生或非法出入娛樂場所之學生立即通報家庭與學校之作業程序，迅速視個案情形施予檢驗及預防教育；加強各級學校教職員、職場、醫療體系、軍隊及矯正機構員工之反毒基本訓練及輔導諮商專業知能，並訂定標準作業流程，使其能具有對藥物濫用者進行諮商輔導及協助戒治轉介之能力。
- (二) 因對象制宜，發展拒毒宣導之多元模式：包括未施用者廣泛落實一般預防教育課程，增進其克服同儕壓力之知能、方法與必要協助管道；針對高危險族群標的對象施予特別預防教育及輔導追蹤，提供多元支持之管道與資源；針對毒品施用成癮者提供戒癮治療與毒癮復發預防教育課程，以協助其戒治毒癮，遠離毒害。
- (三) 聯結「學校、家庭、社區、社會」網絡，認同健康概念：包括推動健康社區觀念，逐步建立「學校、家庭、社區、社會」多元聯繫及通報管道；反毒觀念及行為納入社區健康中心共同推動宣導；強化社區之輔導諮商機制及培訓社區輔導人才。

就拒毒預防工作所規劃的核心工作項目觀之，其理念與聯合國毒品控制與犯罪預防辦公室（UNODCCP，United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention）對青少年藥物濫用預防計畫所提出的基本原則¹⁸，以及美國藥物濫用研究所（NIDA，National Institute on Drug Abuse）對兒童與青少年藥物濫用防制之建議¹⁹核心理念相近，即整合學校、學校、家庭、社區、社會網絡，以健康概念扶助青少年健全身心發展與社會適應。然依據反毒報告書與行政院毒品防制會報指示事項各機關辦理情形彙整資料所載，

¹⁸ *United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention (UNODCCP), 2002. A PARTICIPATORY HANDBOOK FOR YOUTH DRUG PREVENTION PROGRAMS - A Guide for Development and Improvement.*

¹⁹ *National Institute on Drug Abuse, 2003. Preventing Drug Use among Children and Adolescents-A Research-Based Guide for Parents, Educators, and Community Leaders, Second Edition.* <http://www.drugabuse.gov/pdf/prevention/RedBook.pdf>

並未見聯結「學校、家庭、社區、社會」網絡的執行成果，而高危險族群之預防與輔導追蹤竟流於特定人員清查與使用毒品篩檢，對毒品防制政策所規劃的核心工作並未能落實。

依據反毒策略規劃，拒毒預防組乃由教育部主導，由衛生署、青輔會、內政部、新聞局、文建會、勞委會、研考會、經濟部、國防部、海巡署、交通部、退輔會、法務部保護司等共同參與。然由反毒報告書內容可以發現，對於拒毒預防仍以「反毒宣導」及「尿液篩檢」為核心，並未紮根推展至學校、家庭、社區、社會教育的充權（empowerment）與連結網絡，以及高危險族群的特別預防教育及輔導追蹤。

教育部對青少年學生藥物濫用防制乃以「防制學生藥物濫用三級預防實施計畫」為核心，實施概況如下²⁰：

- （一）一級預防：以教育宣導為主，包含反毒種籽教師之培育、各級學校的反毒教育、反毒宣導，以及各類型的反毒活動如晚會、運動競賽、創作設計比賽、藝術表演活動，和反毒宣導教材的編制。
- （二）二級預防：以「特定人員尿液採驗辦法」為依據，對各級學校特定人員進行尿液篩檢清查。並協調警力配合各級學校訓輔人員實施校外聯合巡查，維護學生校外安全，預防學生偏差行為。對深夜在外遊蕩學生加強查緝，將涉足網咖、搖頭俱樂部等場所之學生列為藥物濫用尿液篩檢之對象。推廣「校園學生使用毒品篩檢量表」（大專組），提供各級學校學務人員早期發現藥物濫用學生，進而實施輔導與戒除。
- （三）三級預防：透過特定人員尿液篩檢發現有藥物濫用學生時，即由學校組成「春暉小組」介入輔導，採定期複查檢測掌握學生戒治情形。94年輔導 186 人，輔導戒治成功率為 75.61%；95 年輔導成功人數 160 人，輔導戒治成功率為 82.05%；96 年輔導成功人數 99 人，輔導戒治成功率為 54.09%；97 年上半年輔導成功人數 76 人，輔導戒治成功率

²⁰ 資料來源：行政院毒品防制會報指示事項各機關辦理情形概要表，毒品防制會報彙整資料，97.09.30。

為 67.25%。

事實上，由反毒報告書²¹與行政院毒品防制會報會議資料可以發現，我國青少年藥物濫用防制工作的反毒宣示意義大於預防藥物濫用實質意義。例如：

- (一) 一級預防的反毒教育宣導：以「春暉專案」為核心的反毒教育宣導，96 年度宣導場次共計 7,018 次，宣教人數總計 6,317,037 人次。平均每場次宣導對象 900 人，而 96 年度各級學校(國小至大專)共計 4,055 間，學生人數計 4,787,337 人²²，亦即 96 年度平均每校宣導 1.7 次，每名學生宣導 1.3 次。如扣除大專院校，則平均每校宣導 1.8 次，每名學生宣導 1.8 次。每年不及 2 次，每次高達 900 人的反毒宣導活動，實質上可以獲得的成效勢必有限。
- (二) 二級預防的高危險族群篩檢：二級預防之核心理念在於辨識高危險族群並予以早期介入，但現階段二級預防工作卻以尿液篩檢為核心，每年十餘萬劑的尿液篩檢試劑檢驗出的陽性率約為 0.024% (94 年度為 0.16%，95 年度為 0.071%、96 年度為 0.085%)。事實上青少年的偏差行為有相對性、連鎖性、多元性的特性，其中「連鎖性」即指青少年的偏差行為間常有連鎖的關係，例如不良交友、出入不當場所、逃學逃家、中輟、藥物濫用、暴力攻擊等行為經常連鎖或聚合發生。而「多元性」則指各類問題行為可能來自各類適應困難，例如家庭功能不良、學業挫敗、低自我肯定感等，而同一類適應困難問題可能導致不同的問題行為。亦即對藥物濫用高危險族群的識別與介入，並不需要依靠尿液篩檢，亦不應限於尿液篩檢。
- (三) 三級預防的藥物濫用者輔導介入：對於藥物濫用者的輔導介入乃植基於尿液篩檢的結果，94 年尿液篩檢陽性反應人數共 148 人，輔導人數 93 人 (另有 93 年未戒除持續輔導人數 98 人)；95 年尿液篩檢陽性反應人數共 135 人，輔導人數 100 人 (另有 94 年未戒除持續輔導人數

²¹ 法務部、教育部、外交部、行政院衛生署 (2008)：97 年反毒報告書，97 年 6 月 3 日。

²² 教育部教育統計：http://140.111.34.54/statistics/content.aspx?site_content_sn=8869, 97,11,25.

60 人)；96 年尿液篩檢陽性反應人數共 148 人，輔導人數 64 人(另有 95 年未戒除持續輔導人數 35 人)。輔導戒治成功率在 54.09%~82.05%，但對部分已篩檢出有藥物濫用問題者並未能有效予以輔導介入。此外，對於施用一、二級毒品之青少年，由於「毒品危害防制條例」第 20 條之規定，施用一、二級毒品之青少年，少年法院應先裁定令入勒戒處所觀察、勒戒。亦即對於施用一、二級毒品之青少年，多轉由刑事司法體系接手處理，依據「校安中心通報」統計，違反「毒品危害防制條例」者，95 年即有學生 231 人、96 年 294 人、97 年 1 至 8 月 420 人，與尿液篩檢所發現之個案數量及輔導介入個案數量有相當差距。

- (四) 脫離校園環境之藥物濫用高危險族群介入：脫離校園環境之青少年，依據學者之調查研究，其藥物濫用比例數倍於留在校園環境者。然當前對青少年藥物濫用的防制工作多侷限於校園環境中，除了國中、小學生脫離校園環境有中輟生輔導預防方案予以介入外，各級政府及部會分工協調亦涉及相關法制的落實執行，如兒童及少年福利法的毒品濫用通報，或對於 15 至 20 歲脫離校園教育環境之青少年濫用問題，即可能成為防制工作主政不明的漏網區塊，難有具體的輔導、教育或社會扶助措施的推動，以期預防藥物濫用。

整體而言，我國對於青少年藥物濫用的防制工作仍侷限於意識形態的反毒宣導，視藥物濫用行為為偏差違法行為，較忽略了藥物濫用問題背後所隱含的青少年人格成長、心理發展、家庭問題、校園與社會適應問題，深根學校、家庭、社區、社會教育及教養技能的充權²³(empowerment)與連結網絡，加強高危險族群的特別預防教育及輔導追蹤，甚至擴大發展建構支持社會復歸的「安全社區」理念等計畫，應為未來進一步著力整合資源投入的教育方向。

²³ 充權包含三層次：1) 讓社區增加他們的技巧和資訊的層次、2) 將決策和資源控制權委託由地方負責、3) 從政策的過程與協商進行意識的改變。

三、毒品戒治

毒品戒治工作係以「降低再犯」為理念，並以「降低再犯率 15%」為策略目標，其核心工作項目包括²⁴：

- (一) 提升專業毒癮戒治模式：包含回歸醫療專業與諮商輔導、研擬毒癮戒治者個別戒治及輔導模式、增加醫療體系毒品戒治量能、提升矯正機構之毒癮戒治專業能力、研議毒癮戒治與替代治療等醫療服務納入健保給付、簡化行政作業之可行性、發展毒癮復發預防教育課程與相關配套措施。
- (二) 結合民間毒癮戒治體系，強化服務量能：包括結合醫療機構或民間公益、宗教戒毒機構提供戒治服務；輔導民間戒毒機構之戒治服務，協助發展其戒治模式。
- (三) 建構社區導向支持網絡，協助回歸社會：包括整合社區毒品防制資源，建立社區輔導機制與模式，協助解決其復歸社會之就學、就業及就醫問題；運用社區資源建置社區毒癮戒治資料庫，並建立社區毒癮戒治教育網絡；建構個案追蹤及其家屬教育服務，持續進行毒癮者追蹤輔導工作。
- (四) 推動減害計畫降低危害：包括戒毒者 HIV 監測計畫、健全愛滋防制及戒毒網絡；試辦清潔針具計畫，推廣安全針具衛教宣導；發展替代療法，協助毒癮者回歸社會、改善治安。

毒品戒治工作之核心工作項目可區分為毒癮戒治與減害計畫兩大區塊，減害計畫雖然推動期程尚短，惟在美沙冬 (methadone) 替代治療計畫與清潔針具計畫上已有初步成效展現，安全針具、衛教宣導等對減緩毒品施用者感染愛滋病之情形成效更是顯著。然在毒癮戒治方面，包含專業毒癮戒治模式、民間毒癮戒治體系、社區復歸支持網絡、毒癮更生觀護監管服務等，皆仍有待精進發展，以因應毒癮戒治所需。

²⁴ 行政院研究發展考核委員會，毒品防制政策整體規劃報告，民國 94 年 10 月。

以目前對施用毒品者的刑事政策定位而言，政策上雖將其視為兼具病人與犯罪人身分之病犯，並以戒癮治療優先於刑罰處遇，然於現行法制，實務執行上對施用毒品者之戒癮仍以刑事司法體系為主。司法戒治監禁機構處遇是目前我國承接毒癮者戒癮工作的主要體系，目前我國四所獨立戒治所對毒癮者之戒治處遇，乃以「戒治處分執行條例」為核心，依據毒癮者戒治時期，區分為「調適期」、「心理輔導期」、「社會適應期」三階段給予不同課程，以大班授課方式促使毒癮者參與戒毒，提昇人際關係、協助復歸社會。各戒治所並因地制宜，結合鄰近社區、民間團體與醫療資源，共同參與戒癮工作，並由所內心理師與社工師針對毒癮者問題，開設不同的戒癮團體或輔導方案。

在戒治制度規劃上，調適期、心理輔導期與社會適應期的規劃，亦逐步解決毒癮者成癮性問題與社會適應性問題，但在戒治方案的實施上，以大班授課方式並不能深入處理毒癮者生理、心理與社會適應各層面問題，而由心理師、社工師等專業人員所實施的心理治療及團體治療，則限於人力資源的負擔，無法普及毒癮者，因而戒治成效難以展現。在人力資源受限之情形下，戒治機構努力引進社會資源協助戒癮工作，但目前社會環境中對毒癮戒治之資源相當缺乏，除醫療體系外，不僅社會福利團體並無法有效提供支援，且專業的民間毒癮更生、諮詢、輔導機構，亦相當欠缺。部分毒癮者的毒癮問題在戒治所內已獲得極大改善，但毒癮問題與社會適應問題息息相關，例如居住、家庭接納與經濟問題常是毒癮者離開機構後首先面臨的重大考驗，然而，就業更是回歸社會所需面臨的問題，但毒癮戒治工作，在分組運作的部會統合困境下，對此一區塊已無法有效觸及，在社會資源不足的情況下，毒癮者戒治出所後難以重新融入社會生活。

依據衛生署八里療養院結合新店戒治所發展之社區輔導追蹤機制（如圖3-1），結合矯治系統與社區輔導系統，能對毒癮者提供良好的醫療戒癮服務與社區安置輔導，惟推動合作時程尚短，目前執行成效評估尚難彰顯。

整體而言，在毒癮戒治核心工作項目中，對於提昇專業毒癮戒治模式、結合民間毒癮戒治體系、建構社區復歸支持網絡等，皆尚難具體呈現實際發展成果，包含發展醫療專業的毒癮戒治模式（目前多侷限於海洛因成癮者的美沙冬替代療法）、毒癮戒治者個別戒治及輔導模式、預防復發課程與配套措

施、研議毒癮戒治納入健保給付、結合民間戒毒網絡、輔導民間戒毒機構（目前仍以宗教團體為主）、建構社區輔導機制與戒癮模式、建立社區毒癮戒治教育網絡…等，於反毒報告書或行政院毒品防制會報指示事項各機關辦理情形等資料中皆未見著墨；尤以現階段毒品法制，施用毒品犯於出監所後，並無適法性的強制更生觀護監督的追蹤與轉銜機制，此與否能夠達成降低再犯之前述目標，不無疑問，且受到出所後的更生社會支持環境及獲取毒源的難易影響；因此，仍有待各級政府投入倍增的資源，通力合作精進發展，以因應毒癮司法社區戒治處遇方案多元化需求。

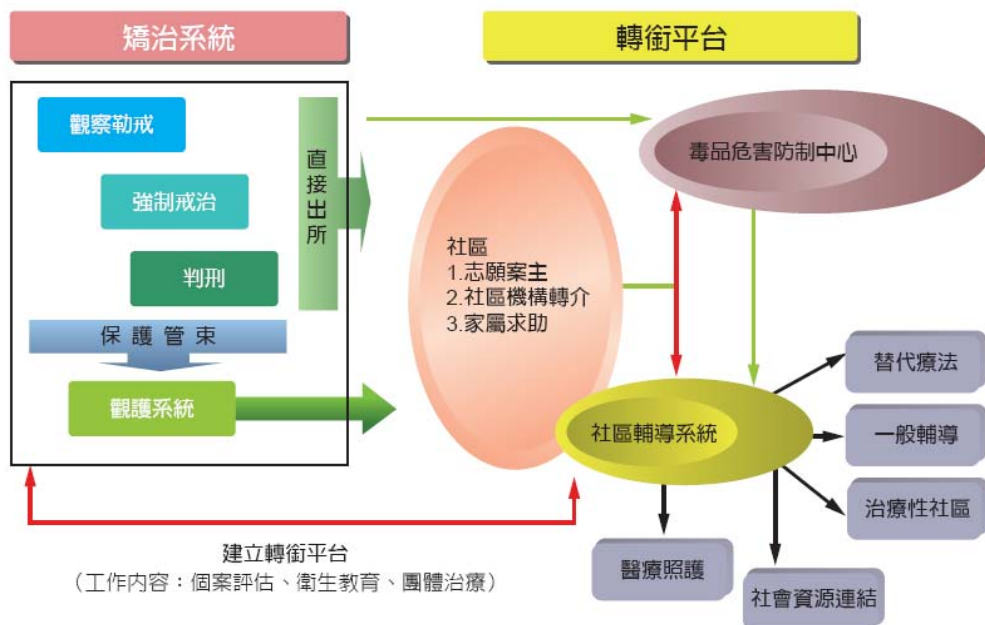


圖 3-1 戒治所個案出所後追蹤輔導機制

四、緝毒合作

緝毒防制工作係以「抑制供給」為理念，並以提高毒品緝獲量為策略目標，核心工作項目包含²⁵：

- (一) 推動聯合緝毒演習：包含加強緝毒機關橫向聯繫，建立資訊與情資交流；整合緝毒資源，加強機關間配合聯繫；加強跨機關緝毒專業訓練與聯合演習。
- (二) 提升毒品查緝技術：包含加強電信監聽技術及設備，並與民營業者通力合作，突破監聽技術瓶頸；建立聯合合作機制，提升監控與緝毒能力。
- (三) 精進緝毒制度法令：包含建立各級施用者資料庫，加強對第 3、4 級毒品施用者整體圖像之掌握；研議軟性毒品除罪化及毒品施用者身分定位議題，確定毒品問題之刑事政策；研修緝毒工作相關法令與配套，包括臥底偵查法規、第 3、4 級毒品大量持有處罰規定、民營電信業者配合監聽配套措施；嚴懲幫派組織或利用青少年製造販賣毒品者；合理設計查緝毒品人員獎懲制度；研議擴大毒品犯罪者財物沒收之範圍並嚴格執行。

與拒毒、戒毒工作相較之下，緝毒工作是較易呈現執行成效之毒品防制工作環節。我國毒品查緝機關包含法務部調查局、行政院海巡署、內政部警政署、國防部憲兵司令部等，以往各機關多以各自蒐集情資、逕行查緝逮捕之競爭方式辦案，形成作業重疊人力資源浪費與錯失緝毒先機之情形。目前由高等法院檢察署成立緝毒督導小組統合各地緝毒執行小組之工作，以統整緝毒工作強化緝毒績效。

為因應緝毒工作實務上所遭遇到的問題，法務部並研擬修訂「毒品危害防制條例」，惟部分內容仍因立法過程意見分歧，尙難整合，包括：

²⁵ 行政院研究發展考核委員會，毒品防制政策整體規劃報告，民國 94 年 10 月。

- (一) 對持有毒品一定數量以上者，以意圖販賣而持有毒品論罪，以遏止毒品之供應。
- (二) 對持有或施用第三、四級毒品科以行政罰並施以毒品危害講習，以遏止持有或施用第三、四級毒品問題。
- (三) 為有效推展斷絕供給之緝毒工作，鼓勵毒販供出毒品來源之上游，對供出毒品上游因而破獲者，應減輕其刑或免除其刑。
- (四) 為加速製造、販賣或運輸毒品案件之刑事訴訟程序，並開啓個案自新之路，鼓勵被告自白認罪，對製造、販賣、運輸毒品罪之被告於偵查及審判中均自白者，增列應減輕其刑之規定，採行寬厚之刑事政策。
- (五) 為有效打擊販毒，剝奪毒販因犯罪所取得之財產，並平衡有效查扣其犯罪所得及保障犯罪者之財產權，毒販財產如係於犯罪時及其前、後6個月內取得，且與其身分、收入顯不相當者，推定為因該犯罪所得，而予以沒收，適度轉換其舉證責任以有效打擊販毒。

緝毒工作目前雖高等法院檢察署成立緝毒督導小組統合各地緝毒機關，但國際間緝毒皆以查緝毒品上游來源、截斷毒品運輸管道、追查與沒入販毒不法所得為核心，皆需相當緝毒專業、長期佈線與洗錢防制，為發展緝毒專業、有效打擊販毒網絡，是否仿照國外經驗成立緝毒專責機關，亦是緝毒工作值得思考之處。

五、總結

整體而言，我國毒品防制政策區分為「首重降低需求，平衡抑制供需」兩大主軸，在平衡抑制供需面向上，包含國際參與、防毒監控與緝毒合作，由於其工作內容明確，權責單位清楚，因此，核心工作項目執行較為順暢，是較具執行成效之毒品防制工作環節。相對而言，在首重降低需求面向上，拒毒預防與毒品戒治工作項目標的對象為人，其核心工作項目內容較屬概念性，且權責單位分散，部會彼此間協調合作較為困難，例如拒毒預防工作以教育部為主管機關，但教育部權責範圍僅及各級學校與國中小中輟生；其他

非在學青少年則屬內政部（包括兒童局、社會司、警政署）、行政院青年輔導委員會權責；即便部會內，不同工作內容亦分屬不同司處權責，例如教育部反毒預防工作以軍訓處為主要權責機構；惟一般預防教育課程卻屬各級教育司所管轄；高危險族群之特別預防與輔導追蹤屬於訓委會所管轄。衛生署對共用針具、靜脈注射施打毒品的危險行為傳染疾病防制或屬疾病管制局的權責；藥物濫用防制之預警監測則屬管制藥品管理局權責；推動支持復歸的健康社區觀念，則較無明確的健康相關業務範疇，抑或為國民健康局的權責歸屬，抑或為行政院統合跨部會新興業務而由內政部提報之「臺灣健康社區六星計畫」²⁶的範疇；在戒癮復健、輔導及藥癮諮詢則屬醫事處業務管轄；「毒品危害防制中心」更屬各縣市地方政府權責；由於欠缺組織設置法源基礎，資源配置極度缺乏，致成效亦難以彰顯，因此，各級政府、部會、機關彼此間之協調合作，或對毒品問題防制之認知與重視程度觀點不同、資源投注差異，且法制分歧，因而影響「降低毒品需求」策略之落實與成效，拒毒預防與毒品戒治工作環節仍須有效整合精進，大幅度調整資源的投入與配置，方得以改善毒品問題，突破當前瓶頸。

²⁶ 按行政院鑒於健全之社區為臺灣社會安定的力量，為宣示政府推動社區發展之決心，遂於94月11日院臺文字第0940084226號函核定內政部彙整提報之「臺灣健康社區六星計畫」，期程為94年至97年，並以產業發展、社福醫療、社區治安、人文教育、環境景觀、環保生態等六大面向作為社區評量指標，今年底亦為成果展現階段。

第四章 國際間毒品防制政策實施概況及發展趨勢

行政院研究發展考核委員會於 94 年底提出之「毒品防制政策整體規劃報告」²⁷中，已就國際間毒品防制政策歸納出數個要點，包括：

一、實施概況

面對毒品問題之嚴重威脅，世界各國政府無不投注可觀之人力、經費及資源，經由嚴密之組織分工與不同的途徑與策略，試圖有效抑制毒品對國家社會之危害。而因各國社會、經濟、歷史、文化及其他主、客觀因素之不同，其反毒組織、政策、法令、執行方式乃至於具體成績，亦呈現高度之多樣化。

二、發展趨勢

觀諸國際間各國所採取之毒品防制政策，各國雖有其特殊考量，但對於海洛因、安非他命等第一、二級毒品之製造、運輸、販賣等行為之禁絕態度是相同的，差別在於對毒品問題之刑事政策與公共衛生安全之考量，發展出迥異的政策取向。各國亦體認到青少年對於毒品問題嚴重性之影響，而積極透過教育、宣導等措施，以預防青少年成為毒品施用族群。此外，各國不論是對毒品採取容忍或禁絕態度，其共同特徵皆為設置專責機構組織，以統一、指揮政府各部門執行反毒工作。經綜合比較前述各國毒品防制政策及具體作為，可發現各國反毒之發展趨勢如下：

（一）以「減輕對社會之危害」為反毒策略之最高指導原則

反毒政策是社會政策的一環，其制定理所當然必須反映社會普遍的道德與價值觀，惟既定的大眾觀點，常不一定有利於問題的解決與整體傷害的降低。毒品問題肆虐多年後，世界各國對此開始進行省思，逐漸以「減輕對社會之危害」為反毒策略訂定之最高指導原則，其出發點在於正視毒品氾濫成為重大社會問題之事實，透過處罰與勒戒機制之協助，儘量降低因毒品問題

²⁷ 行政院研究發展考核委員會，毒品防制政策整體規劃報告，民國 94 年 10 月。

造成之傷害與社會成本，確保毒品施用者能儘快回歸到正常社會，並透過長期的實證研究與宣導，建立社會大眾對此問題的共識，以積極正面的態度，解決毒品問題。

（二）增加反毒戰略縱深，向上游發展

在新興毒品中，「毒」與「藥」常為一體之兩面，drugs 在英文中即兼具「毒」與「藥」之雙重意涵。而我國因慣以「毒」形容遭濫用之「藥」，二者涇渭分明，反使國人常忽略了二者密不可分之關係；由於歷來的鴉片戰爭乃至近代的反毒戰役，以及因循沿革的毒品法制發展脈絡，倘繼續維持主管機關的各自分離為政，則在全球化國際發展趨勢下，恐有重蹈歷史覆轍，突顯合法流用、誤用、轉讓、非法使用，甚至濫用風險的可能，更致使問題治絲益棼。近年各國政府為有效解決毒品問題，已逐步將防制之觸角，延伸至上游之藥品乃至於製造原料，藉以拉長反毒之戰略縱深，拉長警戒防線，由源頭防堵「藥」轉型為「毒」之可能性，結合毒品查緝、醫藥衛生與經貿部門，朝向設置專責組織或提昇層級的方向努力，建立緊密的監控及管制機制，杜絕毒品滋生之根源。

（三）開始注重供給與需求面間之關係，尋求更細緻化之論述

以往各國的反毒政策，僅強調供給與需求量的降低，對於供需間的相對關係，則未予論述。惟近年研究結果顯示，毒品之供給與需求並非個別獨立之問題，其間之變化與消長，涉及複雜之因素，必須同時考量，同步予以抑制，以免因毒品供需關係的劇烈變化，衍生其他嚴重的社會問題。故近年各國之反毒政策，已開始在毒品供需關係間，尋求更為細緻化之論述與操作，藉由毒品問題整體圖像之建立與監控，精確地掌握毒品供需關係，機動調整反毒策略與執行，同步致力於供給與需求量的抑制，尋求更高的整體績效。

（四）由獨重緝毒，轉向注重拒毒與戒毒

由於民意及輿論的壓力，各國政府常將可於短期間內提出「具體成果」之緝毒，列為反毒之首要重點工作，尤以美國政府為代表，甚至不惜勞師動眾，遠至毒品生產國，發動大規模之聯合查緝行動，銷毀大量毒品原料，以

誇示其反毒實績。但多年經驗證實，除非能夠全球法規同步絕對管制，同時斷絕全世界所有毒品的供應鏈，否則大規模的緝毒行動，僅能在應付短期內毒品供給的降低，在需求量不變的情況下，將迫使毒犯尋求其他毒品來源，形成供需循環的市場原理，長期而言仍無法有效抑制毒品泛濫問題。近年以美國為首之西方國家，已逐漸發現其反毒政策過於強調查緝之問題所在，開始調整反毒資源配置，致力於「鴨子划水」的研究獎助與鼓勵發展多元化拒毒與戒毒計畫方案，試圖由提高需求面的資源投入比例，朝向設置專責組織或提昇層級的方向努力，以期改善複雜的毒品泛濫問題。

（五）尋求國際合作，提升反毒整體績效

毒品的產銷與流通，不但不受國界之限制，反常得利於各國制度、國情與法令相異而產生之漏洞，終致坐大難制。是以毒品問題是國際問題，必須要靠密切頻繁的國際合作，從源頭防堵毒品問題坐大，絕非閉門造車或單打獨鬥能夠成功，而合作的層次由國際反毒策略聯盟、預警機制與情資交換、法令整合一直到查緝技術的交流與演習，無所不包。近年歐盟在這方面的著力最深，已逐漸在各成員國間建立起聯合防毒網絡，填補國與國間之漏洞，其成效亦最為顯著。

（六）提升反毒整體績效，有賴跨機關密切合作

毒品問題由來已久，反毒工作之推動，與經貿、關務、警察、海巡、衛生、教育、財政等諸多部門均有密切關連，環環相扣，缺一不可，各國多規劃設置專責機構或提昇層級，以統一、指揮各部門之反毒工作，如美國在白宮下設「國家毒品政策管制政策辦公室」，日本在內閣府設置「藥物濫用對策推進本部」，中國大陸由國務院設「國家禁毒委員會」，英國由內政部「藥物濫用委員會」，荷蘭由衛生福利及運動部主導毒品政策等，即為各國朝向設置專責組織改變，或提昇層級方向努力的實證。我國為提升反毒整體績效，未來尤須注意反毒橫向協調機制之建立與運作，以確保機關間緊密之協調合作關係，使指揮上如身之使臂，臂之使指，莫不流暢而有效率。

近年來各國對毒品防制政策或有調整，例如日本於 2006 年 5 月 24 日「刑事設施及受刑人處遇法」公布實施後，依該法第 82 條規定對「藥物成癮者」必須實施「改善指導」的處遇²⁸。澳門戒毒復康服務處自 2006 年起更著力開展減低傷害之維持治療計畫，引進丁基原啡因（buprenorphine）及美沙冬（methadone）維持治療服務，為受感染者提供特殊情緒輔導及醫療轉介服務²⁹。中國國家禁毒委員會於 2006 年以「禁毒預防、禁吸戒毒、堵源截流、禁毒嚴打、禁毒嚴管」五個戰役為重點，深入展開禁毒作戰³⁰。2007 年底公布之「禁毒法³¹」中更強化對於毒癮者之戒癮與監控、發展社區治療與社區幫教、強化全民反毒的毒品政策，以健全毒癮者處遇與並促使毒癮者回歸社會。丹麥以往毒品政策以寬宏毒品政策聞名，但自 2003 年新的毒品政策制定後，丹麥的毒品政策已有大幅變化³²，新的毒品政策是建立在「零容忍」的觀點，毒品政策的整體面向包含治療、控制、預防與減害。整體而言，毒品政策之調整多轉向強化對毒癮者的戒癮治療、社區治療以及減少毒品對個人與社會所造成的傷害。

對於毒品與藥物濫用者之身分定位，國際間並不一致，採用何種治療模式，自有其社會文化背景、刑事政策與成本效益考量³³。如美國在 60 年代至 80 年代間，將毒品犯視為病人，並採取醫療模式進行戒治，至 90 年代刑事司法體系則結合戒治與觀護追蹤輔導，建立戒毒矯治工作體系³⁴。日本對於藥物濫用者仍予以判刑，但同時規定先予以強制戒治，與我國視為病犯之觀點相近³⁵。香港則繼承英國時代的「醫療模式」，主要以戒毒治療和康復服務

²⁸ 簡德源、杜聰典、周輝煌，2007：96 年度考察日本網走監獄博物館暨瞭解日本矯正機關（毒品）處遇措計畫。公務出國報告施。

²⁹ 澳門禁毒報告書 2006，http://www.ias.gov.mo/web2/big5/rept/dppt_report2006/index.htm。

³⁰ 中國國家禁毒委員會辦公室：2007 年中國禁毒報告。2007 年 6 月。中國海關網站，<http://www.customs.gov.cn/YWStaticPage/7018/32e05b4f.htm>。

³¹ 立法院國會圖書館，中華人民共和國禁毒法：<http://npl.ly.gov.tw/pdf/6292.pdf>。

³² Asmussen, V. 2007, *Recent changes in Danish drug policy: examples from a prison setting*, *The International Society for the Study of Drug Policy*, www.issdp.org.

³³ 楊士隆，2008：戒治機構內成癮性毒品施用者之管理與處遇模式建構，法務部委託研究報告。

³⁴ 賴擁連：台灣地區毒品犯罪者戒治處遇成效之研究，中央警察大學犯罪防制研究所碩士論文。桃園：中央警察大學，2000。

³⁵ 鄧學仁：日本反毒體制運作之概況，「當前亞太地區反毒現況與未來發展」座談會。警察

計畫戒毒，亦有強迫戒毒計畫³⁶。新加坡則以機構式處遇搭配密集性監督觀護，以司法處遇戒除毒癮³⁷。

我國對毒品施用者採兼具病人與犯罪人的身分定位，目前主要由刑事司法體系承接毒癮者的戒治與處遇工作。事實上，目前國際間對毒癮者採機構內戒治或處遇者不在少數，如中國大陸之毒品戒治模式乃以強制戒毒為主體，對吸毒成癮者，一律送到由各級政府統一建立的戒毒所強制戒毒；香港強迫戒毒計畫，則是針對曾犯輕微罪行而經法庭裁定適合接受這種治療的藥物依賴者，目的是協助犯人徹底戒除毒癖，重新投入社會³⁸。而英國亦有專業的毒癮治療監獄對毒癮犯提供治療計畫³⁹。日本對於非法使用藥物者仍予以判刑，但同時亦規定先予以強制戒治⁴⁰。但對於刑事司法體系中之毒癮者皆提供相當的戒癮治療，或在刑事司法體系中增設轉向處遇機制，由醫療與社區戒癮機構實施戒癮治療，並以刑事司法體系之約束力提昇毒癮者戒癮意願。

對毒癮者的司法轉向處遇已是一種趨勢，近年來美國部分州或地方政府已將毒癮犯從監獄處遇轉向為強制治療，如加州 Proposition 36 法案，使得非暴力的毒品持有者得以接受毒品戒治以替代監禁。綜觀美國，由法院監督的毒品戒治方案（通常是聯邦支持的 drug courts）急速擴增，提供被告替代監禁的措施，並讓地方管轄機關節省法院、拘留相關費用。將毒品犯轉向接受治療，使毒癮犯在刑事司法體系管控之下戒治對毒品之濫用與依賴⁴¹。

大學恐怖主義研究中心，<http://trc.cpu.edu.tw/7.pdf>，2005/03/30。

³⁶ 香港特別行政區政府保安局禁毒處網站，戒毒治療和康復服務：
http://www.nd.gov.hk/c_treatment.htm。

³⁷ 賴擁連：台灣地區毒品犯罪者戒治處遇成效之研究，中央警察大學犯罪防制研究所碩士論文。桃園：中央警察大學，2000。

³⁸ 同前揭註：香港特別行政區政府保安局禁毒處網站。

³⁹ 李志恒，1997：赴澳洲參加第七屆減少毒品相關傷害國際研討會暨考察英國、法國、德國麻醉藥品管理及影響精神藥品使用之管理報告。行政院衛生署 85 年因公出國人員報告彙編。台北：行政院衛生署。

⁴⁰ 鄧學仁：日本反毒體制運作之概況，「當前亞太地區反毒現況與未來發展」座談會。警察大學恐怖主義研究中心，<http://trc.cpu.edu.tw/7.pdf>，2005/03/30。

⁴¹ King County Bar Association (2005), "International Trends in Drug Policy: Lessons Learned from Abroad," Report of the Legal Frameworks Group to the King County Bar Association

一些歐洲國家，包括法國、德國、瑞士、挪威、義大利等國，亦將輕微的毒品犯罪（minor drug law violators）者轉向接受強制治療。瑞典允許地方政府對於任何有藥物濫用之嫌疑者施加強制治療，而不論其是否遭受逮捕或判刑。在西澳，被逮捕之毒品施用者，只要是初犯並僅違反毒品犯罪者，即得選擇接受諮商。在一些國家，毒品成癮被視為是健康問題而非犯罪問題，如奈及利亞的 National Drug Law Enforcement Agency（NDLEA）即視毒品成癮者為受害者而非違法者，並以諮商代替司法處遇，若成癮情形被認為已對個人造成傷害，則要求他們接受處遇、更生計畫重返社會。阿拉伯聯合大公國亦思考轉變其毒品政策，將毒品濫用者視為病人而非犯人，並加以治療使其重新整合回歸社會之中。

總結而言，由國際間毒品防制政策實施概況與發展趨勢可以發現，國際間對毒品問題之防制已由以往重緝毒轉而注重拒毒與戒毒，更甚者如荷蘭即認為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為是一種合理的作法，而以減少需求及減少傷害為其主要毒品防制方針⁴²。而對於施用毒品者的戒治治療工作，以往或許以刑罰威嚇的方式遏止施用毒品問題，逐漸則以加強監管、強化戒癮治療與社區復健體系，並結合刑事司法體系的強制力，促使毒癮者戒除毒癮問題並從新回歸社會。而倘若完全戒除毒癮之目標無法達成，則「減少傷害」的思維亦可被接受。

Board of Trustees.

⁴² *Tops, D. (2003) "Sweden and Holland – two drug policy models". In Henrik Tham (red): Research on Swedish Drug Policy. Stockholm: Stockholm University, Department of Criminology.*
http://66.102.1.104/scholar?hl=sv&lr=&q=cache:KPzPDYs0IRAJ:www.crim.su.se/downloads/ResearcherOnSweDrugPolicy_eng.pdf+dolf+tops

第五章 國際間毒品防制政策指導原則

毒品乃全球共通性問題，針對毒品問題之防制，國際間已有政策指導原則可供各國參考，主要包括：

一、國際公約

國際間毒品的管制係以「三減」政策為主要的策略方針，包括「減少供應」(Supply Reduction)、「減少需求」(Demand Reduction)及「減少傷害」(Harm Reduction)。對毒品施用者的治療與處遇，國際毒品公約的精神，均已具體載明，各國應盡一切努力，提供治療、教育、鼓勵個案戒治康復或回歸社會的措施，並以改採替代性刑罰的社區治療。相關的國際公約主要包括：

(一) 1961年「麻醉藥品單一公約」(the Single Convention on Narcotic Drugs)，規範麻醉品在醫藥上之使用，減輕痛苦，防止濫用及成癮危害。第38條(防止濫用麻醉品的措施)更指出各國應對麻醉藥品濫用者進行治療與復健，發展相關的治療措施與訓練。如第1款：「各締約國應特別注意如何防止麻醉品濫用，對關係人早作鑒別、治療、教育、善後護理、復健及使之重新與社會融為一體並採取一切可能措施以求其實現。各締約國並應協力達此目的。」第2款：「在使麻醉品濫用者獲得治療、善後護理、復健及重新與社會融為一體方面，各締約國應盡可能促進有關工作人員的訓練。」

(二) 1971年「精神藥物公約」(the convention on psychotropic substances)，意在確保精神藥物在醫學與科學用途，制止濫用、非法產銷及引起之公共社會問題。第20條(防止濫用精神藥物之措施)亦指出各國應對麻醉藥品濫用者進行治療與復健，發展相關的治療措施與訓練。第1款：「各締約國應採取一切可行措施，以防止精神藥物濫用，並對關係人早期鑒別、治療、教育、善後護理、復健並使之重新與社會融為一體。各締約國並應協力達此目的。」第2款：「在使精神藥物濫用者獲得治療、善後護理、復健及重新與社會融為一體方面，

各締約國應盡可能促進有關工作人員之訓練。」

(三) 1988 年「禁止非法販運麻醉藥品和精神藥物公約」(the convention against illicit traffic in narcotic drugs and psychotropic substances)，旨在關注麻醉藥品和精神藥物的非法生產及販運，排除對人類健康的嚴重威脅，防制對社會、經濟、文化及政治的不利影響，澈底杜絕毒品的危害，並將可能用於非法製造毒品的先驅化學物質列入監測管制項目，亦為國際管制毒品先驅化學物質之主要法源。第 3 條第 4 款 (b)(c)(d) 明訂各締約國可以規定對罪犯採取以作為定罪或懲罰的替代辦法，或作為定罪或懲罰的補充。

- 1、(b) 締約國可規定除進行定罪或懲罰外，對罪犯採取治療、教育、善後護理、康復或回歸社會等措施。
- 2、(c) 在性質輕微的適當案件中，締約國可規定作為定罪或懲罰的替代辦法，採取諸如教育、康復或回歸社會等措施，如罪犯為嗜毒者，還可採取治病和善後護理等措施。
- 3、(d) 締約國可以規定對罪犯採取治療、教育、善後護理、康復或回歸社會的措施，以作為定罪或懲罰的替代辦法，或作為定罪或懲罰的補充。

運用國際三大反毒公約的精神，發展區域策略聯盟，據此，同步建構出反毒政策的三大工作主軸，應包含「減少需求」、「減少傷害」與「減少供給」。「減少傷害」觀點自歐洲開始發展，乃「道德模式（對毒品作戰模式（WAR ON DRUGS）」與「疾病模式」外的第三條路線，亦即所謂的「中間路線」⁴³，其立基於公共衛生的原則之上，並被毒品使用者中的基本倡護者所倡導。國際間之減害計畫措施之觀點，包括轉向處遇、毒品法庭、社區處遇、醫療戒癮等皆蘊含減害之觀點。

⁴³ G. Alan Marlatt. *Harm reduction: come as you are. Addictive Behaviors, Vol.21, No.6, pp.779-788. (1996)*

目前我國「減少傷害」之反毒政策主軸並未明訂，但實務上包含美沙冬替代治療計畫、清潔針具計畫已蘊含減少傷害之理念。惟需注意的是「減少傷害」的思維有其發展背景，乃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，必須以務實態度面對吸毒問題對社會、衛生、經濟、社會福利等各方面所產生的各項問題，因此減少損害也自然成為因應毒品問題的一種思維方式，其本質乃視禁戒為理想的結果，但接受減少傷害的替代方案⁴⁴。

目前我國毒癮戒治仍在發展中，美沙冬替代治療現階段乃海洛因藥癮戒治的一環，仍須其他醫療、心理輔導、社會工作等環節配合，以協助毒癮者戒癮，其雖蘊含減少傷害理念，但不可與減害工作等同視之。此外，目前我國刑事政策仍將毒品施用者視為具備病人特性的犯罪人，在毒品政策上若將美沙冬替代治療視為「減少傷害」的反毒策略之一，恐將形成施用一級毒品海洛因者可適用減少傷害策略，但施用二級毒品安非他命者卻必須面臨刑罰之情形，在刑事政策上造成混亂。且美沙冬替代治療亦非解決海洛因毒癮者問題的萬靈丹，在戒癮政策上仍須發展多元戒治工作與相關配套體系環節。因此，依據國際三大反毒公約的精神，現階段應盡力發展藥癮戒治措施與戒癮相關體系，以治療、教育、善後護理、康復或回歸社會的原則，協助毒癮者解決毒癮問題，並將「減少傷害」理念融入戒癮工作中，運用刑事司法轉向措施，促使毒癮者接受戒癮治療處遇，以作為定罪或懲罰的替代方式，解決毒癮問題。

二、青少年藥物濫用防制指導原則

根據聯合國毒品控制與犯罪預防辦公室（UNODCCP，United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention）「青少年藥物濫用預防計畫手冊⁴⁵」對青少年藥物濫用預防計畫所提出的基本原則，制定青少年藥物

⁴⁴ 楊士隆、林瑞欽、鄭昆山，2005：毒品問題與對策，行政院研究發展考核委員會委託研究報告。

⁴⁵ *United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention (UNODCCP), 2002. A PARTICIPATORY HANDBOOK FOR YOUTH DRUG PREVENTION PROGRAMS - A Guide for Development and Improvement.*
http://www.unodc.org/pdf/youthnet/action/planning/handbook_E.pdf

濫用預防計畫應有的基本原則包括：

- 1、藥物濫用預防計畫應以社區為基礎，需含括整個社區。
- 2、藥物濫用防制計畫所包括所有的藥物濫用或物質濫用種類，層面不應太狹隘，因為導致青少年藥物濫用的原因通常都是相互關連的。
- 3、需注意到可能對方案目標族群的生活條件、社會環境等有影響的群體。
- 4、預防重於治療，防制方案除了需對已經有藥物濫用問題的青少年予以介入外，更應注意那些可能有藥物濫用潛在危險的青少年。
- 5、以促進健康為核心，滿足其社會需求和娛樂需求，減少可能會危害身心健康的行為。
- 6、以人為本，鼓勵社會互動。計畫方案應蘊含豐富的社會互動性。
- 7、鼓勵青少年積極參與，促進青少年的社會價值觀，並且尊重其文化傳統。
- 8、鼓勵採取積極的替代性辦法，青少年可能受限於文化、價值觀或家庭、社會、社區環境而有一些不適當的行為表現，應鼓勵其找尋替代性的辦法，而非恫嚇強迫其改變不適當行為。
- 9、從研究和經驗中獲益，防制方案的規劃應植基於研究的證據或經驗，包含確定藥物濫用的相關議題、釐清問題原因、發展預防措施、實施預防方案、評估方案成效。
- 10、以長遠的觀點看待藥物濫用防制問題，包含改變社會風氣、促進健康的價值觀、健康的社會生活方式等，皆非一朝一夕可成。
- 11、需特別重視高危險族群的防制方案，如遊蕩街頭者、有家庭問題、中輟生…的特殊需求予以協助。
- 12、發展社區資源，提供青少年更多的發展機會，例如教育、醫療保健、

社會服務、安置收容、公共衛生、就業發展等。

13、利用大眾媒體和流行的青少年文化影響青少年的信念，促進媒體和社會大眾對青少年健康的關心和貢獻，促進青少年的健康。

亦即對於青少年藥物濫用的預防方案，應該以整體社區為基礎，並注意到青少年的生活環境限制、次級文化脈絡、社會互動狀態，以輔助青少年健全成長為核心，提供青少年身心發展所需要的輔助與社會資源，對弱勢與社會適應不良的青少年族群，更應予以輔助，協助其社會發展與社會適應。

美國藥物濫用研究所（NIDA, National Institute on Drug Abuse）更基於研究結果，對兒童與青少年藥物濫用防制提出建議⁴⁶。對兒童及青少年藥物濫用的防制原則和面向包括：

1、危險因子與保護因子

原則 1：預防方案應能提昇保護因子或降低危險因子。個體成為藥物濫用者的風險是和危險因子、保護因子的數量和關連性有關，而這些保護因子或危險因子會隨著年齡的不同而改變，越早介入這些危險因子越能對個體產生影響。

原則 2：預防方案應該能夠含括所有型式的藥物濫用問題，包含未成年的菸酒使用行為、違法藥物的使用、合法藥物的非法使用。

原則 3：預防方案應該能夠因應該地區的藥物濫用問題，並以能夠改變的危險因子與保護因子為方案的目標。

原則 4：預防方案應該能夠針對個案的人口特性做一些調整如年齡、性別…，以改進計畫的有效性。

2、預防計畫的擬定

⁴⁶ National Institute on Drug Abuse, 2003. *Preventing Drug Use among Children and Adolescents-A Research-Based Guide for Parents, Educators, and Community Leaders, Second Edition*. <http://www.drugabuse.gov/pdf/prevention/RedBook.pdf>

1. 家庭計畫

原則 5：以家庭為基礎的預防方案應該能夠增進家庭成員的連結鍵、家庭成員的關係與親職技能，增進對藥物使用的教育與資訊。

2. 學校計畫

原則 6：預防方案應可改善個體在學前的一些藥物濫用危險因子，例如違規行為、社會技能的不足和學習困難。

原則 7：對國小學童的預防方案應以增進學童的學習能力與社交能力的增進，以改善藥物濫用的危險因子，例如攻擊性、學習的低落、中輟等問題，應增進學童的自我控制能力、對情緒的覺察、人際溝通、社會問題的解決、學習能力。

原則 8：對於國高中學生的預防方案亦以增進學習能力與社交能力為主，包括學習習慣的培養和學業上的支援、人際溝通、同儕關係的培養、自我效能與自信的培養、拒絕藥物濫用的技巧、拒絕藥物濫用的態度與信念。

3. 社區計畫

原則 9：社區的預防方案是以一般人口為主，以產生改變藥物濫用問題的影響力，對處於教育銜接過渡期間的學童、高危險的家庭小孩產生有利的影響，避免對高危險群的標籤，並且增強這些人與學校、社區的連結鍵。

原則 10：能夠結合學校或家庭預防方案的社區計畫，要比單獨的社區計畫更為有效。

原則 11：社區預防方案如果能夠延伸到一些社區團體，例如學校、俱樂部、社團、宗教團體等，能夠產生更大的影響力。

3、預防方案的執行

原則 12：當社區基於其需求、社區規範或文化因素而需要調整預防方案內容時，仍應要保留以研究為基礎而研擬的一些核心要素，包括方案的架構、方案的核心要旨，如傳遞的訊息、技能、策略，以及方案的託付，包含方案的調整、實施和評估。

原則 13：預防方案應該長期地持續、重複實施，並強化原先所設定的預防目標。研究顯示中學時期的預防方案如果在高中階段沒有延續實施的話，所獲得的成效會減半。

原則 14：預防方案應該包含學校教師在良好課堂管理上的一些訓練，對學生良好行為的培養，增強學生的正向行為、學習成就、學習動機和與學校的連結鍵。

原則 15：互動式的學習方案能夠讓個體學習到更多的藥物濫用相關問題與拒絕藥物濫用的技巧，例如透過同儕的討論、親職角色的扮演...等。

原則 16：基於研究的結果，預防方案的成本效益是相當划算的，在預防方案上投注 1 元，可以在酒精或藥物濫用處遇方案上省下超過 10 元的花費。

根據 NIDA 對青少年藥物濫用預防方案的建議，對青少年藥物濫用預防工作首要乃在於鑑別青少年藥物濫用的危險因子與保護因子，並針對可以改變的因子規劃適當的介入方案，包含提昇保護青少年免於藥物濫用的保護因子，降低促使青少年陷入藥物濫用的危險因子⁴⁷。

⁴⁷ NIDA 所指青少年藥物濫用危險因子與保護因子乃可能有強烈藥物濫用可能性或能降低藥物濫用可能性的因子，與目前我國反毒拒毒工作環節所認定的危險因子與保護因子有相當大的差異。藥物濫用危險因子與保護因子可分為個人、家庭、同儕、學校與社區 5 個領域，危險因子例如暴力攻擊行為、缺乏父母關愛或監控、同儕有物質濫用問題、藥物取得容易、貧窮的社會資源...等，保護因子例如衝動控制、良好的親子互動、學術能力、校園輔導措施、良好的鄰里關係...等。而教育部反毒工作規劃中，所指危險因子為出入不當場所、深夜遊蕩、逃學逃家等外顯行為，保護因子為強化反毒宣導與認知，並不同於 NIDA 改變青少年成長與環境限制，健全青少年身心發展與社會適應能力的危險因子與保護因子。

對青少年的藥物濫用預防方案可以包含家庭、學校與社區層面，雖然藥物濫用預防方案的主要對象是青少年，但不能僅限於青少年族群，家長、教師乃至於社區的每一份子都應納入方案之中，以共同協助青少年免於藥物濫用問題，除協助青少年健全成長外，應避免對可能陷於藥物濫用的高危險族群產生排擠或標籤，並增進與家庭、學校、社區的社會鍵結。而且對青少年的藥物濫用預防方案應該長期持續實施，以不斷強化原先所設定的預防目標。

相較於聯合國UNODCCP與美國NIDA對青少年藥物濫用預防工作的原則與建議，我國對於青少年藥物濫用預防工作卻僅以學校反毒教育宣導為核心，以校園安全的觀點處理有藥物濫用危險的青少年，未能以健全青少年成長的理念，協助青少年身心發展，並將網絡延伸至家庭教育與社區。

三、毒癮者治療處遇指導原則

毒癮已是全球性的問題，對於毒癮者的處遇問題，聯合國毒品與犯罪問題辦公室（UNODC）特別指出下列幾點事實⁴⁸：

- 1、毒品依賴之改善並無法單獨透過教育達成，因為毒品的使用並非因為對毒品相關知識不瞭解所導致。
- 2、毒品使用後所衍生之各類負面結果，可以是刺激毒癮者接受治療之動機來源。
- 3、矯正取向幾乎不適合成癮個案，從相關數據中可以看到因施用毒品而被監禁者，其復發率達七成以上。
- 4、成癮不僅是長期穩定的持續使用問題，毒品使用者會因為長期的使用毒品而被社會排擠。

基於上述事實，UNODC 認為，對於毒品依賴或成癮者，合適的治療與處

⁴⁸ *United Nations Office on Drugs and Crime (2002). Investing in Drug Abuse Treatment-A discussion Paper for Policy Maker. http://www.unodc.org/pdf/report_2003-01-31_1.pdf*

遇原則包括：

- 1、將毒癮視為一種慢性疾病，並提供持續性的治療服務。
- 2、辨識出毒癮者在生理、心理與社會等面向導致毒癮復發之風險因子。
- 3、透過監控與復發預防，促使毒癮者重新整合於社會中。

因此，對毒品濫用者的最佳處遇方式是採取「持續門診治療」、「藥物治療」與「監控」三種方式合併使用，並透過這三種處遇形式的進行，使戒毒者能從治療中獲得最大治療效益。

由於聯合國 UNODC 建議將毒癮者視為慢性病患來處遇，因此強調提供戒癮處遇之機構或方案的執行者，對於處理毒癮問題應有下列概念：

- 1、要與毒癮者的雇主及社會福利機構共同合作，以達成促使毒癮者早日復歸社會之目標。
- 2、與刑事司法機關及緩刑/假釋官員合作，以達成監督毒癮者預防再犯之目標。
- 3、與毒癮者之家庭成員和家庭問題相關機構（例如兒童及少年局、學校）合作，以達成促使毒癮者勝任家庭角色之目標，特別是教養兒童之角色。

亦即毒癮問題之處遇並非單純的生理、心理或醫療問題，對毒癮者之處遇，尚須以促使毒癮者回歸社會為核心，因此除了司法與戒癮機構外，社區與家庭亦應納入戒癮體系環節中。

根據聯合國 UNODC 對藥物濫用處遇的實證評估，當代有效的藥物濫用處遇包含「解毒」與「復發預防」兩個階段⁴⁹。解毒是以藥物治療的方式，讓產生戒斷症狀的毒癮者生理功能達最低正常標準，情緒穩定。復發預防則是

⁴⁹ *United Nations Office on Drugs and Crime (2002). Contemporary Drug Abuse Treatment- A Review of the Evidence Base*。 <http://www.ndc.hrb.ie/attached/1681-1586.pdf>

避免已無因毒品而產生急性生理或情緒症狀者避免繼續施用毒品，主要目標在於預防再次使用毒品、協助控制用藥渴求、重獲健康與社會功能。

就毒癮戒治成效而言，「復發預防」階段比「解毒治療」更為重要，復健/復發預防期主要處理的問題包括個案的藥癮治療、公共健康以及社會安全，可界定為 1) 削弱或減少酒精與毒品使用；2) 促進健康與功能；3) 減少公共安全（犯罪）與衛生（傳染病）的威脅三方面。所有復健/復發預防期皆有四個治療目標，包括：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，以對個人健康、社會功能、以及減少社會安全與衛生之威脅；4) 改變原有的用藥生涯型態。

總結來說，如能將病患與治療模式做適當的搭配，戒癮成效會更好，不同特性的毒品使用者對不同的治療模式有不同的反應效果，實務上應依據毒癮者問題的嚴重性做區隔，並就特定問題提供適當服務，以個別化治療概念的概念來提升戒治成效。

美國藥物濫用研究所（NIDA, National Institute on Drug Abuse）更基於研究結果，對刑事司法體系下的毒癮戒治提出了幾個重要的概念⁵⁰：

- 1、毒品成癮是一種腦部的疾病，會影響行為表現：毒品成癮會影響到認知、行為與心理，即使個體已經停止使用，但傷害仍會持續存在。
- 2、從毒癮中復原需要長期性的治療才能獲得成效：毒品成癮是需要加以治療與管理的問題。有效的毒品成癮治療會讓參與治療者投入治療歷程，並且持續性的接受治療，以及協助參與者對自己的戒癮成果能長久持續。
- 3、治療期間必須夠足夠到能夠產生穩定的行為改變：在治療的早期常是針對毒品作為處理目標，但在後其則需要對毒品相關問題進行介入處

⁵⁰ National Institute on Drug Abuse (2006), *Principles of Drug Abuse Treatment for Criminal Justice Populations - A Research-Based Guide*.
http://ncadistore.samhsa.gov/catalognida/Pub_Details.aspx?ItemID=17449

理，使得犯罪人不僅能夠處理自己的毒品使用行爲，也能處理與毒品相關的個人議題。

- 4、治療前首重衡鑑：需對毒品或酒精的使用相關背景有所廣泛性的詢問與調查，有助於界定個體的毒品問題嚴重程度、了解毒品所造成的問題層面為何、需要怎樣的治療計畫等。
- 5、規劃符合個體需求的服務有其重要性：個體需要的治療或服務型態應該針對其需求而設計，才能協助個體順利重回社群中。
- 6、治療期間的毒品使用應該被小心監控：個體在戒癮的過程中會經驗到復發或在使用，而會使個體再次使用毒品的原因也相當多樣，常見的原因包括心理壓力、有用藥的同儕/家庭環境等。若能在復發前即能偵查到，就能及早介入，避免問題更形擴大。
- 7、治療應以與犯罪行爲有相關的因素作為標的：「犯罪思考」是一種態度與信念的結合，也支持犯罪生活形態與犯罪行爲。而這種犯罪思考也常見購毒品使用與犯罪行爲，所以治療應該就該特色進行介入，協助個體重新整合原來的信念，以改變原來導致毒品濫用與犯罪的思考模式。
- 8、刑事司法的監督應合併治療計畫，而治療提供者應該瞭解矯正體系之要求：毒品濫用治療與矯正計畫的合作可以鼓勵犯罪人投入治療中，也可協助治療提供者將矯正目標併入治療計畫中。治療提供者應該與矯正機關人員合作以評估個別治療計畫與保證計畫也能符合矯正機關之需求，同時也是符合犯罪人之需求。這些需求有可能為：住所、孩童照顧、醫療服務、心理治療、社會服務、職業與就業支持等。對於有毒品濫用問題的犯罪人而言，全部的治療與矯正計畫應包括併入銜接社區治療與釋放前的相關服務，用以促進治療的成功與再回歸社會中。
- 9、持續性的照護是毒品濫用者再次回到社區中的不可或缺之因素：持續性的毒品濫用治療可以協助出監的犯罪人處理其毒品相關問題，如適

當面對可能在復發的情境、學習無毒生活、發展無毒同儕支持網絡等。

- 10、籌賞與懲罰分明可以鼓勵 prosocial 行爲與治療的參與度：當治療是由矯正機構轉介時，就顯得增強正向行爲之重要性。
- 11、毒品濫用與心理疾病共病的犯罪人時常需要整合性的治療取向：人格特質、認知與其他嚴重的心理疾病有時可以破壞原訂的毒品治療計畫，是以需要整合毒癮治療計畫與社會心理治療計畫。
- 12、藥物在整個治療歷程中有其重要性：如海洛因成癮者會需要美沙冬或丁基原啡因等藥物治療。其他精神症狀也需要其他藥物進行治療，而在服藥的過程中，個體穩定性較佳，也能有較適當的行爲改變發生。
- 13、對於在社區內或再次回到社區內的毒品濫用犯罪人，其治療計畫應該包括復發預防以及對於如 HIV/AIDS、B 型肝炎、C 型肝炎或其他重大傳染病感染預防等。

整體來說，對於毒品依賴或成癮者，合適的治療與處遇原則應將將毒癮視爲一種慢性疾病，並提供持續性的治療服務。亦即毒癮問題之處遇並非單純的生理、心理或醫療問題，對毒癮者之處遇，除須以促使毒癮者回歸社會爲核心，尚須提昇個案抗制毒品誘惑的技能，並且必須預防及避免可能的復發情境，整體涵蓋的層面上，除了司法與戒癮機構外，社區與家庭亦應納入戒癮體系環節中。

第六章 毒品施用者的身分定位與刑事政策取向

我國對毒品問題之管制主要依據毒品危害防制條例，依「毒品危害防制條例」第 2 條規定：「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」，顯見成癮性與濫用性在毒品問題之重要性。而「毒品危害防制條例」對於施用第一、二級毒品者雖有處罰規定，然亦規定須先經觀察勒戒與強制戒治之程序，以戒除其毒癮，經觀察勒戒後無繼續施用毒品傾向者，即釋放並為不起訴或不付審理之裁定之規定，亦顯現對成癮性及濫用性之重視。

然關注施用毒品之成癮性與濫用性差異之精神，僅能由相關條文窺見，實務運作上一旦發現有施用一、二級毒品者，檢察官即應聲請法院裁定，或少年法院應先裁定，令被告或少年入勒戒處所觀察、勒戒⁵¹，在法令規定與實務運作上並未區分施用毒品與濫用毒品、成癮之差異，即一律進入刑事司法程序處遇。而經觀察勒戒或強制戒治執行完畢釋放後，五年內再施用一、二級毒品者，即依法追訴或審理，亦未區分濫用毒品、成癮與依賴毒品之差異，而一律以刑事司法矯正處遇，未依其需求給予司法處遇或醫療、戒癮處遇。

毒癮問題的本質在濫用與依賴，毒癮的戒治核心亦為濫用與依賴。依據精神疾病診斷的診斷與統計第四版（DSM-IV）之分類，物質的濫用與依賴評估準則分別為：

- （一）物質依賴：個體不顧已有明顯的物質關連問題（認知、行為、生理症狀），仍持續使用該物質，重複性的自我驅使模式而導致耐受性、戒斷、及強迫性使用行為。評估準則包括：
 - 1、耐受性：需大量增加物質使用量以達到效果，或繼續使用原本的物質使用量時效果大幅降低。

⁵¹ 參見毒品危害防制條例第 20 條相關規定。

- 2、戒斷：原先長期且大量使用此物質之個案，在血中或組織中該物質濃度下降時，發生適應不良的行為變化。當戒斷發生後，個案可能使用此物質以緩和或避免此戒斷症狀。
 - 3、使用比原先意願更大量或更長期地使用該物質。
 - 4、有多次不成功的減量或戒除努力。
 - 5、在努力取得此物質、使用此物質或由物質作用恢復等過程耗時甚久。
 - 6、爲了物質使用，放棄或減少重要的社會、職業或休閒活動。
 - 7、即使已經瞭解自己的心理或生理問題是物質使用所造成，仍繼續使用該物質。
- (二) 物質濫用：一種適應不良的物質使用模式，表現於與重複使用此物質相關聯的再發而顯著的不良後果。
- 1、個體一再疏忽其主要角色的責任，對個體有害的狀況下仍繼續使用此物質，一再引起社會與人際問題。
 - 2、在被期許應實踐其工作、學業或家庭的主要角色責任時，卻一再物質中毒或表現其他與此物質關聯的症狀。
 - 3、一再於物質使用對身體有害的情況下使用。
 - 4、一再捲入與物質使用關聯的法律糾紛。
 - 5、縱使過去持續或重複出現此物質帶來不想要的社會或人際不良後果，個案仍繼續使用此物質。

然而，在毒品施用者的刑事政策上，藥物濫用與成癮者的精神疾病特性並未獲重視，並未受到重視⁵²。即便在刑事政策上將施用毒品者視爲病犯，

⁵² 按依據民國 2004 年 1 月 9 日 修正實施之「毒品危害防制條例」施行細則第 2 條：「防

並以戒治處遇優先於刑法處遇之措施，協助毒癮者戒除毒癮。然實際上我國對毒癮者刑事政策之病犯定位未完全落實，刑事司法制度上未能充分反映毒癮者「病患」之特質，對毒癮問題之處遇不足，觀察勒戒與戒治未能跳脫刑罰樣貌，在司法戒治與處遇仍未跳脫獄政教化觀點，未深入處理毒癮者生理、心理、社會問題，且無接續之毒癮戒治服務與支援，以協助毒品施用者解決毒癮問題，政策定位與資源投注上存在相當大的落差。

更有甚者，95年7月刑法修正實施後，由於連續犯規定之刪除，毒品施用者施用毒品一次即成一罪，數罪併罰後毒品施用者仍常需面臨多年徒刑，因而對司法體系與制度心存怨懟，難以接受處遇。在司法院對施用毒品應採一罪一罰，或依連續犯或集合犯論以包括的一罪有廣泛討論⁵³，最終裁決認為：「刑法第56條之修正之理由乃認為『對繼續犯同一罪名之罪者，均適用連續犯之規定論處，不無鼓勵犯罪之嫌，亦使國家刑罰權之行使發生不合理之現象。』『基於連續犯原為數罪之本質及刑罰公平原則之考量，爰刪除有關連續犯之規定』等語，即係將本應各自獨立評價之數罪，回歸本來就應賦予複數法律效果之原貌，因此就刑法修正施行後多次施用毒品之犯行，除符合接續犯之要件外，則應採一罪一罰，始符合立法本旨。」

接續犯係指數個在密切接近之時地侵害同一法益之行爲，因各行爲舉動之獨立性極爲薄弱，依社會通念認為無法強行分開，乃將之視為一個行爲之接續進行，而給予單純一罪之刑法評價。毒品施用行爲態樣因個案情節不同，但多具有反覆、延續實行之特徵而具成癮性。然依司法院之裁定，毒品施用行爲需在時空有密接性之情況下方符合接續犯之要件，否則多次施用毒品行爲即需一罪一罰，此即形成成癮問題較高之毒癮者施用行爲可符合接續犯之要件，而成癮問題較低之毒癮者則需一罪一罰，而面臨更高的刑罰，此亦一思維更與毒品濫用及依賴者在精神疾病上的特性相抵觸。

制毒品危害，由行政院統合各相關機關，辦理緝毒、拒毒及戒毒工作。」，惟自2006年1月9日召開之「行政院毒品防制會報」跨部會協調會議，已將反毒組織運作擴展為「緝毒、拒毒、戒毒、防毒」4大區塊分工模式，直至2008年3月17日始召開「行政院第2次毒品防制會報」，迄今該細則法務部仍未及修正。

⁵³ 參見最高法院96年度第9次刑事庭會議記錄中，96年刑議字第5號討論內容，司法院公報第49卷，第11期，2007年11月。

而今年(97年)4月毒品危害防制條例修訂後，第24條規定檢察官得以緩起訴附帶戒治命令之方式，對毒癮者轉向接受戒癮治療。惟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，仍待行政院定之。然緩起訴附帶戒治命令之實施方案規劃中，竟出現施用第一級毒品海洛因者得適用美沙冬替代治療之緩起訴處分，而施用第二級毒品安非他命者，則無緩起訴附帶戒治命令之適用餘地，豈不形成施用成癮性較高之毒品者得接受較為寬容的刑事政策，而施用成癮性相對較低之毒品者，則需接受較為嚴厲的刑事政策。此亦與毒品濫用及依賴者在精神疾病上的特性相違背。

總結而言，我國刑事政策上雖然視毒癮者為兼具病人與犯人特質之病犯，但在刑事司法中卻未落實，對毒癮者的處遇無法依據毒癮問題的嚴重性給予合適的處遇，雖然刑事政策上確立以疾病治療優先於刑罰處遇之觀點，但在刑事司法的執行上卻未能體現毒癮問題的疾病特性。

對施用毒品者之身分定位，必須區分施用毒品、濫用、成癮與依賴之差異，及其身分之定位。此一定位將影響政府與社會對毒品施用者之反應，並據以界定政府部門與學校、社會團體對不同程度施用毒品者之介入程度，以及毒品政策措施各環節之執行方式。

以三級預防之觀點檢視拒毒工作環節，在將施用毒品者視為犯罪人之情形下，對施用毒品者之篩檢與辨識工作成為司法手段與標籤工具，造成青少年對學校之驗尿篩檢與輔導工作產生抗拒，以及學校對驗尿篩檢工作是否侵犯人權之疑慮，致使對潛在吸毒成癮者與濫用毒品者之辨識與輔導干預工作停擺，第二層次預防工作空廢，減少毒品需求之策略僅能依靠第一層次之反毒宣導工作，以及第三層次之毒癮戒除工作。而實務運作上，由於觀察勒戒與強制戒治實質上仍為司法處遇，在缺乏醫療專業與輔導戒癮機制下，第三層次之預防工作成效亦無法彰顯，致使施用毒品者數量不斷成長，施用毒品累再犯比率居高不下，造成「減少毒品需求」之政策方針無法落實，使毒品氾濫與危害情形日益嚴重，未獲有效控制。

施用毒品者之身分定位，影響所及包括毒品對策之擬定與執行⁵⁴。既然毒品問題所關注層面為成癮性、濫用性與社會危害性，則對於施用毒品者亦需有程度上之區分，如毒品施用者、濫用者、成癮者與依賴者，以及施用一、二級成癮性與危害性較高之毒品者，和施用三、四級成癮性與危害性較低之毒品者，並依據不同程度給予不同之處遇措施。由於施用毒品成癮者或濫用者在生理與心理層面之獨特性，對於施用毒品者之成癮性、濫用性與依賴性差異，宜由主管衛生醫療與心理師業務之衛生署研擬分級與鑑定程序，並交由專業醫療機構進行診斷鑑定，依據施用毒品之程度差異，以輔導醫療先於司法處遇之理念，而給予不同之處遇措施。

在毒品施用者身分定位上，若將毒品施用者視為病患，以三級預防之觀點出發，由教育輔導、醫療戒癮、社區輔導與監督等措施為主，以刑事司法體系之強制矯治及威嚇為輔，將可使醫療機構及學校、社區之輔導機構、社會福利機構等有更大的發展空間，從而落實「減少毒品需求」之策略，亦可使刑事司法體系之角色定位更為單純明確，以維持司法體系之威嚴與最後手段性⁵⁵。

刑罰謙抑思想是現代刑事政策基本原則之一，由於刑罰具有負面性，因此需謙卑自抑，將刑罰視為維持社會秩序的最後手段，而不應有刑罰萬能之思想，意圖以嚴刑峻罰之手段抑制犯罪。而由刑罰謙抑性之觀點出發，進而衍生兩極化刑事政策，亦即對於輕微犯罪或有矯治可能性者，以寬鬆之刑事政策對待，以期節省刑事司法資源，發揮刑罰謙抑性。另一方面則針對重大犯罪或矯治困難者，以嚴格之刑事政策對待，並將有限之刑事資源充分利用，以維持社會秩序。以當前刑事政策之思想考量毒品犯罪問題，其結果自不待言。

由前述毒品施用者身分問題之定位延伸，若將毒品施用者視為病患，則

⁵⁴ Eisenbach-Stangl, Irmgard (2004) *Die Drogen, die Fremden und die Polizei: Polizeiliche Proaktivität und Anzeigenentwicklung*. In: Hanak, Gerhard u.a. (Hrsg.): *Phänomen Strafanzeige. Jahrbuch für Rechts- und Kriminalsoziologie 2003*. Baden-Baden, Seite 67-86.

⁵⁵ Bühringer, Gerhard (2003) *Drogenkriminalität und Drogenprävention in Europa*. In: Albrecht, Hans-Jörg u.a. (Hrsg.): *Kriminalität, Ökonomie und Europäischer Sozialstaat*. Heidelberg, Seite 71-96.

刑事政策對於毒品施用者之介入當然需要退縮，俟教育輔導、醫療戒癮、社區輔導與監督等措施皆無成效後，再考慮是否以刑事處罰介入。由於施用毒品與其他犯罪相較之下，施用毒品對社會造成之危險性與危害性皆低，在無衍生其他犯罪之情形下，對施用毒品者，亦當以寬鬆之刑事政策對待，以司法轉向處分促使毒癮者接受戒癮治療。而相較於施用毒品者，製造、運輸或販賣毒品之行爲，對於社會之危害性相當大，應視爲重大犯罪，以嚴格之刑事政策對待。特別是針對幫派組織經營毒品之製造、運輸或販賣之行爲，或利用青少年進行製造、運輸、販賣之行爲，更應以嚴厲之刑事政策對待，並針對其財產獲利予以追查沒收，以使刑罰威嚇效果得以發揮。

對於毒癮者之身分定位國際間並不一致，早期強調絕對觀念、社會公平、罪罰相當爲出發，所持應報、監禁的犯人主張，與近代逐漸轉向爲著重人權、社會福利、個人選擇觀點爲出發，所持教育、治療的病人主張，均有歷史變革的脈絡可循；各國的發展步調雖不盡相同，惟依據國際反毒公約的發展趨勢，採用何種治療模式，除有其社會文化背景、刑事政策與成本效益考量外，在國家條件差異的多元觀點下，亦僅爲制度實施發展的程度、社會的支持、偏重運用的措施比例等不同而已，並非一成不變的運作方向，端視整體環境的變革而定。

國際間之毒癮戒治模式，由各國對施用毒品者之身分定位不同，可區分爲病患、病犯與罪犯三種模式。對於毒品與藥物濫用者之身分定位，國際間並不一致，惟依據國際公約的發展，提供足夠的教育治療處遇模式，以協助復歸社會應爲共同之趨向，惟發展的步調快慢，端視該社會文化背景、全民共識程度、刑事政策與整體防制成本效益考量，國際間逐步漸近的社區照護處遇型態，可區分爲機構式、非機構式，而司法系統則常見司法處遇、社區爲基礎的處遇（community-based treatment）⁵⁶及介於二者之中間性刑罰（intermediate-punishment）⁵⁷，因此，採取較易被社會所接受之病犯轉向處遇輔導模式，仍須依賴所建構的支持環境，整體條件的健全程度而定。

⁵⁶ http://pcs.la.psu.edu/CIP_statutes.pdf,
<http://www.pabulletin.com/secure/data/vol35/35-21/992.html>, 2008.11.20.

⁵⁷ http://pcs.la.psu.edu/CIP_statutes.pdf,
<http://www.pabulletin.com/secure/data/vol35/35-21/992.html>, 2008.11.20.

近年來推動的刑事司法觀念與作法，其中最為人相提並論的修復式正義又稱社區性司法(community justice)或整合性司法(integrated justice)，其與聯合國的「第四號毒品風險管理公約」條文草案⁵⁸觀念極為接近，係一種以社區為機制，透過會議、調解、道歉、寬恕、賠償、服務、社區處遇等方式，回復犯罪所造成的傷害、和平解決犯罪案件的仲裁制度。應優先適用於處理輕微犯罪、惡性不大的非暴力性犯罪、初犯、吸毒案件，主要用於非暴力犯罪或低再犯風險者。修復式正義的核心價值是，治療重於處罰、道德學習、社區參與與照顧(犯罪者等)、有尊嚴的對話、寬恕、責任、道歉與補傷害，對於支持接納施用毒品犯的復歸社會對話過程，亦不失為毒品減少社會傷害措施的作為，極具參考價值。

基於公共衛生預防勝於治療的觀點，未來我國毒品施用者之身分定位理念，實應具體推動納入「減少傷害」的政策，而以醫療或預防教育模式介入，提供選擇機會，嘗試取代刑罰，例如美沙冬(methadone)、丁基原啡因(buprenorphine)等多元化替代藥物治療計畫，在刑事司法矯治體系與社區監督方面，則加強催生以觀護處遇結合追蹤，並發展多元化之司法及社區毒品處遇計畫模式，且以病人模式發展(非)機構式處遇及醫療選擇方案，例如治療性社區、藥物(毒品)治療法庭等輕犯不入監、轉向及中間性刑罰或社區修復再社會化理念。然而為配合整體政策的改變，毒品施用者刑事政策定位，未來轉變的發展方向建議包含：

- (一) 刑事政策觀點:由目前具「病犯」身分、強調所謂「治療勝於懲罰」、「醫療先於司法」的觀點，逐漸轉變為兩極化刑事政策。
- (二) 法令規範觀點:由現行有條件「除刑不除罪」的觀點參照新刑法修正擴大「前門」策略的罰金刑及替代監禁轉向，「後門」策略提前釋放轉銜服務的司法監管及社區觀護處遇策略。
- (三) 機構處遇觀點:以「觀察勒戒」戒除身癮、「強治戒治」戒除心癮的觀

⁵⁸ David, S. (2004). *A FOURTH INTERNATIONAL CONVENTION FOR DRUG POLICY: PROMOTING PUBLIC HEALTH POLICIES*. The British Institute of International & Comparative Law.

點，逐步建立以病人模式為主，並在司法監督下發展毒品犯之多元化醫療選擇方案，建立分級與個別化處遇。

- (四) 矯治措施觀點:由毒品戒治必經過程之調適期、心理輔導期、社會適應期的觀點，轉向為以「教育矯治」之司法關懷保護或社區處遇模式代替原有「刑罰」之矯治措施。

第七章 我國毒品防制整體政策建議及階段性因應方案

在推動發展防毒、拒毒、緝毒及戒毒的全方面反毒策略後，毒品防制工作仍面臨資訊整合、經費需求、組織分工、資源分配、法制規範等層面問題。行政院雖已於 97 年 9 月就「毒品危害防制條例」部分條文修正草案進行修訂討論⁵⁹，對持有毒品犯罪以量論罪、加強對施用毒品者監控措施、沒收毒梟犯罪所得舉證責任轉換、並對持有或施用第三、四級毒品增訂處以 1 萬元以上 5 萬元以下罰鍰，並須接受 4 至 8 小時「毒品危害」講習等已存共識。惟對核心的組織規劃及執掌、預算等問題，各界意見仍然分歧，除須植基於社會安全政策規劃的前提下，重新檢視接納毒品病犯及復歸社會的政策方向，及司法及社區處遇更生觀護的配套問題外，仍有待各界廣泛討論，建立共識，確認我國對毒品施用者之身分定位取向，以及毒品矯治處遇之刑事政策，進而擬定未來施用毒品者刑事政策之取向與工作規劃。

評析近年來的毒品政策措施與毒品防制工作發展，我國毒品防制政策措施以「首重降低需求，平衡抑制供需」為核心正符合國際毒品防制思維，惟降低需求之策略成效卻難以彰顯，深究其因，主要是毒品問題現況掌握、反毒工作策略規劃與執行、反毒組織架構與部會權責合作，以及經費資源投注問題。

一、毒品問題現況掌握

我國對毒品問題整體圖像之描繪並不完整⁶⁰，目前我國對於毒品問題面向之了解，不論是官方資料或學界之調查研究，資料大多片面且零散，難以全面呈現毒品問題，尤其是第三、四級毒品施用者之資料更付之闕如，「防毒

⁵⁹ 按行政院已於 97 年 9 月 11 日完成「毒品危害防制條例」部分條文修正草案會議審查，並已將修正案建議立法院列為下一會期優先審議通過的法案；依據該會議紀錄所載，係以優先處理共識性高、具體有效的政策工具為主，至於涉及中、長程制度規劃，或機關間合作分工，非必然需以法律規範部分，已請法務部循「行政院毒品防制會報」機制提會討論或報告，暫不列入本次修法範圍。

⁶⁰ 楊士隆、黃世龍、江淑娟 (2007)：建立台灣毒品問題整體圖像、趨勢變化指標體系與實際毒品濫用人數推估模式之研究，法務部委託研究結案報告。

監控組」整合國內毒品相關官方資料以建立早期預警機制，然此早期預警機制僅能監控「毒品」的發展趨勢，並不能掌握「毒品施用者」的發展趨勢，特別是施用第三、四級毒品者的發展趨勢⁶¹。除了第三、四級毒品施用者發展趨勢外，其他如毒品市場供給與需求；毒品來源與生產、走私情形；一般大眾之毒品使用型態、盛行率與發生率；年輕族群之毒品使用型態、盛行率與發生率；高風險毒品濫用者族群；毒品問題之服務提供與利用情形；毒品濫用者濫用情形與流動變化；毒品相關聯疾病之情形；毒品關聯之死亡與存活情形；國家與社會資源、成本與負擔等毒品問題圖像指標亦有待釐清。

為有效掌握毒品問題面貌，對毒品問題監控體系環節包括⁶²：(1) 毒品緝獲量統計與市場價格、純度分析；(2) 毒品來源分析機制與國際合作；(3) 各族群藥物濫用盛行率調查，包含一般大眾與青少年族群；(4) 高風險毒品濫用族群調查；(5) 統整並評估毒品問題之服務與利用狀況；(6) 醫療院所毒品與藥物濫用通報機制；(7) 建立毒品與藥物濫用人口資料庫；(8) 毒品問題、毒品政策與國家資源成本效益之評估與研究。其中部分監控體系環節我國已有相當程度之發展，例如毒品市場價格分析、青少年藥物濫用相關調查、醫療院所毒品與藥物濫用通報、毒品問題之相關評估與研究，部分環節則尚未建立或缺乏縱貫性資料，仍有待發展或持續實施。

此外，現階段毒品刑事政策的統計資訊或現正整合發展的「毒品成癮者單一窗口服務」資料庫⁶³，由於牽涉個人保密資訊問題⁶⁴，目前僅由主管機關

⁶¹ 行政院衛生署管制藥品管理局所彙整之「藥物濫用案件暨檢驗統計資料」主要為「台灣地區濫用藥物尿液檢驗檢體」、「台灣地區非尿液檢體」、「台灣地區精神醫療院所通報藥物濫用個案」、「台灣地區緝獲毒品統計」。對「毒品施用者」的統計資料中，「台灣地區濫用藥物尿液檢驗檢體」樣本為刑事司法體系查獲之毒品施用者，為疑似施用第一、二級毒品之個案。而「台灣地區精神醫療院所通報藥物濫用個案」樣本為至醫療院所尋求協助之藥物濫用個案，九成以上為一級毒品海洛因施用者。法務部目前建置之「毒品成癮者單一窗口」個案亦為施用第一、二級毒品之個案。因此我國對於「毒品施用者」發展趨勢僅能掌握第一、二級毒品施用者情形。

⁶² 楊士隆、黃世龍、江淑娟(2007)：建立台灣毒品問題整體圖像、趨勢變化指標體系與實際毒品濫用人數推估模式之研究，法務部委託研究結案報告。

⁶³ 為有效降低毒癮者再犯率，建立跨部會資訊整合平台，廣續推動毒品危害防制工作，法務部已建置「毒品成癮者單一窗口服務」，整合檢、警、矯正、觀護、醫療院所、毒危中心、職業訓練之資訊交換網絡，提供各相關部會及毒危中心，充分掌握毒癮者之各項資訊，並

定時公布相關統計，資料分析方式對毒品防制政策之擬定或成效評估幫助有限，如能仿照全民健康保險「去名化」資料庫的資訊分享模式⁶⁵，委由國內犯罪研究相關機構或學界規劃資料庫共享機制，開放各界申請分析應用，更可共同監控毒品防制資訊，有系統全面分析毒品問題的長期趨勢。

毒品問題監控體系之建置、執行與資料分析不易，現階段毒品問題防制機關皆有特定之本職業務，且未必熟悉研究分析工作，且毒品與藥物濫用資料分析結果應能切合政策需求，其立場亦應公正客觀。因此宜設立研究機構（可於中央毒品問題主管機關下轄），以實施毒品問題監測方案，由專責研究機構負責相關資料之蒐集與分析，統整毒品問題相關資料、分析毒品問題、政策研究、政策成效評估、毒品問題社會成本、政策成本與效益等，或委託研究機構進行研究。可仿照類似澳洲犯罪學研究所或我國國家衛生研究院之機構，專責從事毒品問題之分析，提供分析報告與政策建議。

配合我國當前毒品問題與防治政策實施現況，為有效掌握毒品問題面貌，毒品防制政策可做下列規劃：

- （一）建立高風險毒品濫用族群之調查體系。可仿照美國、澳洲、英國、荷蘭、智利、馬來西亞等國所進行之 ADAM、I-ADAM 與 DUMA 方案⁶⁶，由政府成立專責研究部門或委由研究機關，持續對犯罪嫌疑人族群進行藥物濫用調查，以取得更多的毒品資訊，例如毒品市場之供給與需求、毒品使用種類與趨勢（包含三、四級毒品）、毒品與犯罪問題等資訊。
- （二）設立專責機關收集整合、分析、管理藥物濫用人口資料庫，並提供各界開放申請分析應用。資料庫必須有效運用才能充分展現其價值，並

整合民間資源，讓願意重生的毒癮者，可透過警察、衛生、社政、職訓、毒危中心等輔導機關追蹤輔導與協助，澈底斷絕毒癮，遠離毒害。法務部已於今(97)年底完成系統開發，98年1月進行機關（臺北縣、臺北市、桃園縣、臺南縣及臺東縣毒危中心）試辦作業，98年5月全面推廣。

⁶⁴ 主要為電腦處理個人資料保護法。

⁶⁵ 該資料庫系統乃委由國家衛生研究院規劃，提供開放學術研究資料申請使用

⁶⁶ 詳細內容可參見 楊士隆、黃世龍、江淑娟(2007): 建立台灣毒品問題整體圖像、趨勢變化指標體系與實際毒品濫用人數推估模式之研究，法務部委託研究結案報告。

獲得更多資訊以導引政策或相關方案之運用，因此宜設置專責機關，收集並分析毒品藥物濫用人口資料庫，以有效利用資料庫之資訊。並可仿造「全民健康保險研究資料庫」提供研究分析之使用之作法，由專責機關負責資料庫之管理，以供其他單位或研究分析使用。

(三) 持續進行各族群藥物濫用調查，特別是青少年族群。我國歷年來有許多青少年學生藥物濫用之調查，但由於連續性調查較少，且各調查使用之問卷設計內容不盡相同，因此所獲得之資訊與 Monitoring the Future (MTF)⁶⁷等連續性調查方案相較之下，其資訊量自然有相當差異。青少年族群是拒毒工作重要一環，正確掌握青少年藥物濫用情形，能夠對拒毒工作導引更明確之方向，並可作為拒毒工作成效之評估依據，其重要性不可忽視。因此統整青少年族群調查研究並持續進行更顯得重要，例如陳為堅教授所進行之「台灣地區青少年藥物濫用調查」已進行數年，所獲得之經驗與資訊相當可貴，更應持續進行。可考慮委託固定機構持續進行，以培養相關之調查、統計與分析研究人員，對青少年族群藥物濫用問題持續進行監控。

(四) 設立研究機構（可於中央毒品問題主管機關下轄），以實施毒品問題監測方案，由專責研究機構負責相關資料之蒐集與分析，統整毒品問題相關資料、分析毒品問題、政策研究、政策成效評估、毒品問題社會成本、政策成本與效益等，或委託研究機構進行研究。

二、反毒工作策略規劃與執行

觀諸國際，各國對反毒工作策略規劃皆有明確之核心工作內容，如歐盟（the European Union）2005 年至 2012 年「反毒策略」(strategy on fighting drugs)⁶⁸，即包括加強新興毒品合成及先驅化學物質之邊境供應、物流管制

⁶⁷ 參見 楊士隆、黃世龍、江淑娟 (2007): 建立台灣毒品問題整體圖像、趨勢變化指標體系與實際毒品濫用人數推估模式之研究，法務部委託研究結案報告。

Johnston, L.D., O'Malley, P.M., Bachman, J.G. & Schulenberg, J.E. (2006, August). *Monitoring the Future-National Survey Results on Drug Use, 1975-2005, Volume I, Secondary School Students*. Retrieved September 1, 2006. <http://monitoringthefuture.org>

⁶⁸ EUROPEAN PARLIAMENT

與司法互助機制，國際毒品監控合作計畫，並建構毒品需求減少交換計畫及資料庫，建立歐盟專責反毒的國家級部門交換資訊的機會，立法強化學校預防教育，發展選擇性特殊族群目標預防計畫，及早介入改善危險因子，提供多元化的復原治療計畫可近性，擴大照護服務的涵蓋範圍與增進戒癮復歸，發展替代監禁毒品濫用者的處遇模式，減少因毒品濫用死亡等核心工作策略；英國 2008 年至 2018 年「毒品策略 (drug strategy)⁶⁹」、2008 年至 2011 年「毒品行動計畫 (Action Plan)⁷⁰」，則規劃掌控毒品供給毒品相關犯罪、反社會行為的前提下保護社區，預防兒童、青年及家庭因毒品誤用而造成的傷害，傳遞毒品治療及社會重整的新方法，並妥善運用社區公共傳媒，其具體的行動方案，除加強邊境走私攔截，推動社區聯合警衛計畫監視毒品的運輸，著重家庭保護預防，提供治療、支持、重建生活與就業、復原及輔導，教育社會大眾，援助地方反毒社團，協助發展家庭毒品介入防制計畫；2008 年至 2011 年「國家社區安全計畫」(National Community Safety Plan)⁷¹，則發展替代監禁的「公共服務協定」(Public Service Agreements, PSAs)。

我國自 82 年行政院向毒品宣戰，確立以「斷絕供給」與「減少需求」為策略方針，以「緝毒」、「拒毒」、「戒毒」為重點工作項目至今，除行政院研究發展考核委員會曾於 94 年提出「毒品防制政策整體規劃報告」曾提出反毒核心工作項目外，對反毒工作策略僅有大方向的「斷絕供給」與「減少需求」為策略方針，工作內容乃由各反毒分工主政機關協商運作，然實務運作上各機關皆有其本職業務，對毒品問題重視程度不同，執行方式與理念相異，因此以往反毒工作乃以刑事司法體系為核心，以查緝毒品、逮捕毒品施用者、觀察勒戒、強制戒治、刑罰處遇等方式因應毒品問題，拒毒工作亦流於反毒

http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_6792_EN_relazione_catania_en.pdf,2008,10,6.

⁶⁹ Home Office- drug strategy. <http://drugs.homeoffice.gov.uk/drug-strategy/>,2008,10,8.

⁷⁰ Home Office- Drugs: protecting families and communities' Action plan 2008-2011. <http://drugs.homeoffice.gov.uk/publication-search/drug-strategy/drug-action-plan-2008-2011>,2008,10,7.

⁷¹ Home Office- National Community Safety Plan 2008-2011. <http://police.homeoffice.gov.uk/national-policing-plan/national-community-safety-0609?view=Standard>,2008,10,6.

宣導與尿液篩檢。

近年來毒品防制政策在行政院研究發展考核委員會 94 年「毒品防制政策整體規劃報告」的基礎上，已有較為明確的工作策略規劃，然毒品問題錯綜複雜，所牽涉之機關體系龐大，各項反毒工作策略皆須其他相關部會配合，如拒毒與戒毒工作，雖由教育部與衛生署主政，但除需協調、統整部、署內各機關之外，尚須與其他部會連結，例如內政部社會司、行政院勞工委員會、行政院青年輔導委員會、地方毒品危害防制中心…等部會機關，需協調、統整各機關對毒品採取一致之步調、整合相關資源，由各反毒工作主政機關法務部（檢察司）、衛生署（醫事處）、教育部（軍訓處）規劃反毒工作策略並指派其他部會執行是否妥適，各部會恐有不同意見，宜由中央主管機關統籌規劃反毒工作策略較為允當，且較能監督考核反毒工作內容的落實情形。

三、反毒組織架構與部會權責合作

毒品問題錯綜複雜，所牽涉之機關體系龐大，毒品政策體系需協調、統整各機關，以對毒品採取一致之步調、整合相關資源為首要目標，並由上而下規劃完整之毒品防制政策。目前緝毒、拒毒、戒毒工作分由法務部、教育部、衛生署主政，三者之上並無整合指導及決策的機制，彼此間同時亦欠缺橫向協調，實務運作上各機關皆有其本職業務，對毒品問題重視程度不同，人力與資源分配投注不一，執行方式與理念相異，致使毒品政策之「首重降低需求，平衡抑制供需」反毒策略，以及「防毒」、「拒毒」、「戒毒」及「緝毒」重點工作之策略，在政策與實務執行上產生落差。而中央與各地方政府亦缺乏聯繫管道，呈現各自為政狀況。對緝毒工作而言，同屬刑事司法體系，藉由高等法院檢察署成立緝毒督導小組統合各地緝毒執行小組之工作，彼此間可相互合作、聯繫協調，得以統整緝毒工作強化緝毒績效。然拒毒預防與毒品戒治涉及機關體系龐大，雖由教育部與衛生署主政，但除需協調、統整部、署內各機關之外，尚須與其他部會連結，例如內政部社會司、行政院勞工委員會、行政院青年輔導委員會、地方毒品危害防制中心…等部會機關，一致性的步調與資源整合尤難形成。

觀諸國際各國所採取之毒品政策，不論是對毒品採取容忍或禁絕態度，

其共同特徵皆為設置專責機構，以統一、指揮政府各部門之毒品政策，並使毒品政策能夠延續，以達成效⁷²，如美國由白宮「毒品政策管制辦公室」主導聯邦政府之毒品政策；荷蘭、澳洲由衛生部主導毒品政策；英國由「內政部毒品政策理事會」研擬、指揮、執行毒品政策；日本在中央內閣府設置藥物濫用對策推進本部，以統合各部官員研擬毒品政策；中國大陸由「國家禁毒委員會」統一領導全國禁毒工作；香港由保安局禁毒處統籌，並有禁毒常務委員會等協助毒品政策諮詢；馬來西亞以「國家毒品理事會」為最高反毒決策機構，並設置國家毒品處專責毒品政策之實施與執法；泰國由「毒品管制委員會」制訂毒品政策，並由毒品管制委員會辦公室執行委員會之決議、協調毒品相關機關部門。為因應我國當前毒品防制政策實施問題，應儘速設立中央專責委員會或機關，以整合中央各部會橫向反毒部分相關執行機關毒品防制組織、預算、人力、資訊、政策、法制等，釐清以往組織橫向及縱向分工之盲點，解決中央機關間反毒權責分工問題，界定機關間反毒權責分工，以及中央與地方「毒品危害防制中心」間的合作關係。

由於設立中央專責委員會或機關造涉及層面廣泛，並非一朝一夕可以完成，然因應我國當前毒品問題與防治政策實施現況，毒品危害防治會報屬於任務編組，並無法統整各反毒相關部會間之資源與分工合作，為有效推展與落實毒品政策措施，反毒組織架構可做下列階段性規劃：

- (一) 由行政院研究發展考核委員會落實毒品政策措施之管考，或委由民間機構進行評鑑。行政院研究發展考核委員會於 94 年擬定之「毒品防制政策整體規劃報告」已規劃各毒品防制工作組核心工作項目，並藉由「行政院毒品防制會報」列管，然毒品防制會報屬任務編組，管考機制難以落實，致使部分 94 年「毒品防制政策整體規劃報告」規劃之毒品防制核心工作項目並未落實。在中央未能設置專責單位之前，可由行政院研究發展考核委員會執行毒品政策之管考，或委由民間機構進行反毒政策措施執行評鑑，以落實毒品防制政策，展現毒品防制政策成效。

⁷² 楊士隆、林瑞欽、鄭昆山，2005：毒品問題與對策，行政院研究發展考核委員會委託研究報告。

(二) 行政院設立「毒品防制委員會」。目前毒品防制工作雖設置「防毒監控」、「拒毒預防」、「毒品戒治」與「緝毒合作」四組，並由衛生署、教育部、法務部等部會主政，但毒品問題錯綜複雜，所牽涉之機關體系龐大，實務運作上各機關皆有其本職業務，對毒品問題重視程度不同，人力與資源分配投注不一，在欠缺整合指導及決策的機制下，難以對毒品採取一致之步調並整合相關資源，因此毒品防制政策最終仍需有中央主管機關專責，以落實毒品防制政策。

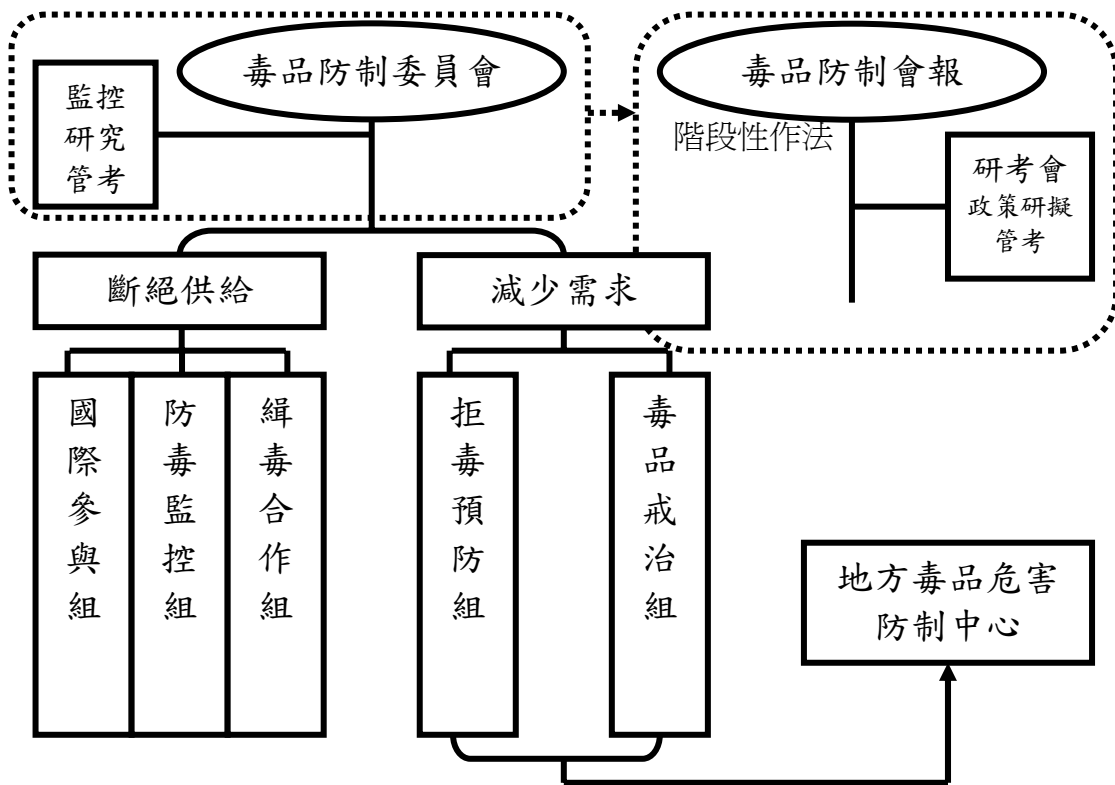


圖 8-1 反毒策略及組織分工建議

四、經費資源投注

毒品防制工作需要挹注充足之經費資源，方得以落實各項反毒工作。目前毒品政策體系分工尙未能有效協調統整，實務運作上各機關皆有其本職業務，對毒品問題重視程度不同，所編列預算是否足以因應毒品防制所需不無疑問，例如戒毒工作所需之醫療專業、強制戒治、戒癮監督、安置輔導、就學就業、安置收容等資源，即包括刑事司法、矯正戒治、更生保護、衛生醫療、社會福利等體系環節，需統籌規劃反毒預算經費資源，以使毒品防制行動步調一致、相關資源體系同步發展。

此外，毒品防制不能單純倚靠政府部門，尙須民間社會團體與地方政府共同參與。目前法令規定各地方毒品危害防制中心由縣市政府編列預算支應，然各地縣市政府資源不一，部分地方政府財政更陷入窘境，地方「毒品危害防制中心」之運作多倚重行政院第二預備金。而民間社會團體多屬非營利機構，亦需政府專款補助、輔導發展。以鄰近的香港為例，我國與香港人口比約為 3.3：1，通報之毒癮人口比為 2.4：1，但香港禁毒基金高達台幣 14 億 7 千萬，2006 至 2007 年民間戒毒團體獲政府補助約 3 億 2 千萬，相較之下我國毒品防制所投注之經費相當稀少。

國家	我 國		香 港		比例
人口	約 2300 萬人		約 700 萬人		3.2
毒品人口	24,300 人 ^{*1}		9738 人 ^{*2}		2.4
政府 經費補助	無	0	香港禁毒 基金	14 億 7000 萬元	34.2%
	毒品危害 防制中心	1 億 1122 萬元 (2006-2007 年)	香港 戒毒會	3 億 2474 萬元 (2006-2007 年)	

^{*1} 97 年 11 月底觀察勒戒、強制戒治、在監毒品犯人數總數

^{*2} 2006 年通報人數

資料來源：法務部提報設立反毒基金資料

目前我國毒品防制經費均由各部會編列，並無專責基金會或專款補助民間反毒組織。應思考統籌編列預算與設置毒品防制基金兩項經費來源，初期可由「行政院毒品防制會報」討論毒品防制工作所需資源，由各主管單位編列所需預算，俟「毒品防制委員會」(常設組織)成立後，則可由毒品防制委員會統籌編列反毒預算所需。另可思考在行政院轄下設立毒品防制基金，除由政府逐年編列一定金額挹注外，尚得向外募集，以充裕毒品防制經費，解決長期以來拒毒及戒毒層面、中央及地方政府推動毒品減害計畫，延宕已久的防制經費不足問題。

五、毒品防制工作降低需求環節

我國自 95 年將反毒策略調整為「首重降低需求，平衡抑制供需」後，毒品供給問題已逐漸穩定控制，但降低毒品需求仍面臨嚴峻挑戰，包含減少新生毒品施用者、對施用第一、二級毒品成癮者的戒癮治療，以及青少年施用毒品的防制工作。因此拒毒預防與毒品戒治工作環節尚須調整精進，以因應毒品施用問題，突破當前反毒瓶頸。

(一) 拒毒預防工作：

根據聯合國「毒品控制與犯罪預防辦公室 (UNODCCP)」對青少年藥物濫用預防計畫所提出的基本原則，以及美國「藥物濫用研究所 (NIDA)」對兒童與青少年藥物濫用防治之建議，對於青少年藥物濫用的防制工作需注重藥物濫用問題背後所隱含的青少年人格成長、心理發展、家庭問題、校園與社會適應問題，應該以整體社區為基礎，以輔助青少年健全成長為核心，提供青少年身心發展所需要的輔助與社會資源，對弱勢與社會適應不良的青少年族群，更應予以輔助，協助其社會發展與社會適應。亦即拒毒預防工作應整合學校、學校、家庭、社區、社會網絡，以健康概念扶助青少年健全身心發展與社會適應。94 年毒品防制政策整體規劃雖有聯結「學校、家庭、社區、社會」網絡的核心工作項目，但卻未能落實，而高危險族群之預防與輔導追蹤亦流於特定人員清查與使用毒品篩檢。

相較於聯合國 UNODCCP 與美國 NIDA 對青少年藥物濫用預防工作的原則與

建議，我國對於青少年藥物濫用預防工作卻僅以學校反毒教育宣導為核心，以校園安全的觀點處理有藥物濫用危險的青少年，未能以健全青少年成長的理念，協助青少年身心發展，並將網絡延伸至家庭教育與社區。

基於聯合國UNODCCP與美國NIDA對青少年藥物濫用預防工作的原則與建議，以及我國目前毒品防制工作現況，對於拒毒預防工作應設定下列核心工作項目：

- 1、聯結「學校、家庭、社區、社會」網絡，認同健康概念。以協助青少年突破認知模糊、缺乏認同及社會適應不良之障礙，並將反毒觀念及行為納入社區健康中心共同推動宣導，著力於防制藥物濫用、協助推動反毒措施，並強化社區之輔導諮商機制及培訓社區輔導人才，增強社區輔導量能。
- 2、以輔助青少年健全身心發展為核心，摒棄「反毒宣導」與「尿液篩檢」的迷思。青少年的藥物濫用行為是身心發展與社會適應不良的問題展現，意識形態的反毒宣導並未能協助青少年因應藥物濫用的危機，或解決其身心發展與社會適應不良的問題，反而他人對陷入藥物濫用問題之青少年造成排擠。而身心發展與社會適應不良的青少年，亦無須透過尿液篩檢方得以識別，應以輔助青少年健全身心發展為核心，減少促使藥物濫用的危險因子，並增進預防藥物濫用的保護因子。
- 3、對青少年藥物濫用防治之工作，由校園環境延伸至家庭與社區環境，將權責機關由教育部學生軍訓處拓展至教育部各級教育司、教育部訓育委員會、兒童局、社會局、青輔會等與青少年成長發展有關的教育、輔導、社會福利部門。
- 4、對初級預防工作，應以教育、輔導的方式，強化青少年的學識素養，促使青少年瞭解藥物濫用相關議題與對身心健康的認識，輔助其身心健康的發展，強化與社會化機構的鍵結，協助其因應社會適應問題，以增進藥物濫用保護因子，減少危險因子。
- 5、對次級預防工作，應以輔導、關懷、社會福利方式，協助高危險族群

因應其社會適應問題，例如課業學習、家庭生活、親子關係、家庭經濟、人際互動、交友關係、情緒控制、自我效能、生涯定向、居住就業…等。

- 6、對三級預防工作，應以青少年利益為最大考量，協助陷入藥物濫用者解決藥物濫用問題與其他偏差行為或社會適應問題，並避免刑事司法體系對其造成傷害。
- 7、強化對青少年藥物濫用防治資源之投注。由於預防工作之成效不如緝毒或拒毒工作般易於評估及顯見，因此長久以來對於青少年藥物濫用之防治工作較為忽視。依據 NIDA 之研究，對青少年的預防方案之成本效益，與日後所需的戒治處遇成本相差逾十倍，因此相當值得投注。

（二）毒癮戒治工作：

我國毒癮戒治核心工作項目中，對於提昇專業毒癮戒治模式、結合民間毒癮戒治體系、建構社區復歸支持網絡等，皆尚難具體呈現實際發展成果，包含發展醫療專業的毒癮戒治模式（目前多侷限於海洛因成癮者的美沙冬替代療法）、毒癮戒治者個別戒治及輔導模式、預防復發課程與配套措施、研議毒癮戒治納入健保給付、結合民間戒毒網絡、輔導民間戒毒機構（目前仍以宗教團體為主）、建構社區輔導機制與戒癮模式、建立社區毒癮戒治教育網絡…等，仍有待各級政府投入倍增的資源，通力合作精進發展，以因應毒癮司法社區戒治處遇方案多元化需求。

我國對毒癮者的戒治最大問題來自專業性資源不足，無法因應龐大的毒癮人口。此專業性資源包括專業性評估、多元化戒癮處遇、衛生醫療、心理輔導、社會資源、家庭輔助、安置收容、就業輔導等面向，大部分環節需仰賴社會資源之支持，方足以有效因應毒癮問題。在毒癮戒治方面，包含專業毒癮戒治模式、民間毒癮戒治體系、社區復歸支持網絡、毒癮更生觀護監管服務等，皆仍有待精進發展，以因應毒癮戒治所需。

對於毒品依賴或成癮者，合適的治療與處遇原則應將將毒癮視為一種慢性疾病，並提供持續性的治療服務與社會網絡的支持與重建。在改善毒癮戒

治工作上，根據我國目前毒癮戒治工作現況，對於毒癮戒治工作應設定下列核心工作項目：

- 1、發展專業毒癮戒治模式，與毒癮戒治專業人員培訓，以精進實際成效：
毒癮戒治需應導入醫療專業與諮商輔導，結合醫療戒治、社區輔導及監督，發展涵蓋生理、心理、社會層面的整合毒癮戒治模式，提高毒癮戒治成效。並需培養毒癮戒治的相關醫療、心理輔導、社會工作、職能訓練專業人才，已因應毒癮戒治所需。
- 2、發展民間毒癮戒治體系，擴大戒毒服務網絡：結合醫療機構或民間公益、宗教戒毒機構提供戒治服務，增加毒癮戒治環境執行量能。以往對民間毒癮戒治體系多侷限於宗教團體，應扶植非營利組織發展成具備諮詢服務、安置輔導、追蹤輔導等功能之戒癮機構，宜由政府輔導並協助發展，以提升整體戒治量能。
- 3、建構社區導向支持網絡，協助回歸社會：整合社區毒品防制資源，建立社區輔導機制與模式，共同推動毒癮者追蹤輔導、轉戒治療、團體輔導，並協助解決其復歸社會之就學、就業及就醫問題；整合社區警政、教育、心理、諮商、社工、社區組織、醫療、公共衛生等不同領域之毒品防制資源，形成一個以社區為導向的毒癮戒治支持網絡，進而建立社區毒癮戒治之輔導機制與模式，全面發揮並推展毒品防制及毒品戒治之社區功能。
- 4、對毒品施用者進行分流，以減輕戒癮機構之負擔並強化戒癮成效：對毒品施用者進行分類處遇，以逐步解決毒癮問題。並隨著戒癮機構與戒癮專業之發展，逐漸擴展戒癮處遇之對象。對於施用毒品累再犯者需以刑罰處遇，對於初次使用毒品遭查獲者，則仍沿用觀察勒戒與強制戒治之毒癮治療處遇，但對有另案或有殘刑待執行者，則仍予刑罰處遇。
- 5、改善強制戒治處遇措施，並延伸至半機構性與社區戒治、保護管束：機構性戒治處遇可以治療性社區方式實施，在機構性場域之治療性社

區方案，乃刑事司法結合戒癮治療的居住型方案，以社區居住型式採取階段性治療，藉此增加個人與社會責任，並運用多樣的團體歷程所帶來的同儕影響協助個體學習與內化社會規範與發展更多有效的社會技巧，並藉由籌賞機制協助發展自我控制與責任感。在機構內完成生理調適期與心理輔導期後，以半機構方式或社區處遇方式，促使受戒治人逐步適應社會生活，若受戒治人無法達成半機構或社區處遇之要求，則退回戒治所接受機構內處遇。

（三）毒品危害防制中心

為使中央反毒機制得以落實到地方政府，並由地方政府來執行，法務部推動各地方政府成立「毒品危害防制中心」，整合警政、社政、教育、醫療、更生保護等資源，下設預防宣導組、保護扶助組、轉介服務組、綜合規劃組，負責辦理毒品防制宣導、毒品施用者心理輔導及追蹤輔導、轉介戒癮治療服務以及辦理毒品防治教育訓練等。我國毒品防制政策由中央政府主導毒品政策的發展方向，地方政府參與程度不足，隨著地方「毒品危害防制中心」的建立，相當程度落實地方治理的概念，並嘗試連結並整合縣市內的毒品防制資源，可謂邁入毒品防制的另一個里程碑。然該中心毒品防制業務屬於地方自治項目，各縣市毒品防制中心依據其設置要點所採行之組織、目標、經費預算、工作項目不盡相同，且該中心乃中央推動的系絡下，地方各機關進行被動的配合，整體政策結構聯繫呈現弱連結，聯繫強度顯然仍有待加強，再加上各機關因循著既有的業務處理知識與技能，以及業務量的不堪負荷下，整體成效不彰，很多的成果趨於被動應付了事。整個來看，該中心的成立與運作對於原先的地方毒品防治確實有部份幫助，讓原先無網絡的狀態變為初步的政策網絡連結，各機關的聯繫有小幅的提升，但民間資源、機構的聯繫仍為缺乏⁷³。

毒品危害防制工作除中央各機關橫向聯繫外，尚須中央與地方縱向合作，始能有效防制毒品氾濫。然地方政府對毒品危害防制中心之預算編列、

⁷³ 詹中原(2007)：縣市政府毒品危害防制中心推動策略及橫向聯繫之研究。法務部委託研究報告。

人力資源投注不一，為強化地方毒品危害防制中心之運作功能，應仿照「性侵害犯罪防治法」第6條第3項關於各縣市設置之性侵害防治中心之規定，將地方「毒品危害防制中心」組織予以法制化，編列足夠經費預算與設置專業人員，以發揮毒品防制宣導、毒品施用者心理輔導及追蹤輔導、轉介戒癮治療服務以及辦理毒品防治教育訓練等。

六、毒品防制工作抑制供需環節

與拒毒、戒毒工作相較之下，緝毒工作是較易呈現執行成效之毒品防制工作環節，藉由高等法院檢察署成立緝毒督導小組統合各地緝毒執行小組之工作，得以統整緝毒工作強化緝毒績效。整體而言，緝毒是毒品防制工作中執行較為順暢的環節。

對於抑制供需工作環節，現階段可提供之建議為設立緝毒專責機關與強化販毒犯罪所得沒收。國際間對毒品查緝工作皆以查緝毒品上游來源、截斷毒品運輸管道、追查與沒入販毒不法所得為核心，皆需相當緝毒專業、長期佈線與洗錢防制，為發展緝毒專業、有效打擊販毒網絡，可思考仿照國外經驗成立緝毒專責機關，並強化販毒犯罪所得財產之追查與沒入，以抑制毒品供給。

七、毒品防制相關法規檢討修訂

就法規檢討層面而言，為擺脫過往以緝毒工作為主的修法取向問題，可運用每年定期辦理的「全國反毒會議」機制，於會前籌備規劃階段，併入各分組召開的會議中，邀集學者專家納入修法會議。在法規修正的方向上，可思考包括規範全民拒毒預防與毒品戒治的責任；鼓勵地方推行減害計畫的發展方案；確實完成減害政策的法制化；青少年毒品犯罪之具體轉向設計；地方「毒品危害防制中心」之組織設置及預算法源；替代性戒癮治療藥物的引進；檢討毒品與管制藥品的分流法制；毒品先驅化學物質與原料藥之加強管理及刑度比例；新興合成毒品的緊急或暫時列管機制；杜絕貨品邊境轉口及關貿走私的風險管理機制（尤以俗稱境內關外的自由貿易港區、強化緝毒犬的納入協查的規範等為最）；規劃依據緝獲（製、賣、運輸等）毒品數量課予

不同刑度之法制；結合刑事司法體系毒品前科資訊，擴大分進合擊的毒品施用通報之統整，包括家庭、校園、中輟生、社區、兒童及少年福利體系、外籍人士、國防體系、替代役男、法醫體系等；比照美、澳等先進國家建立去名化的開放分享的網路統計資料庫；為有效掌握現階段第三、四級毒品施用整體圖像的問題，加速建立刑事資訊的統合；第三、四級毒品施用增列適當教育處遇、罰鍰或罰金；設置專責之毒品防制基金專責並建立整合性的毒品問題調查相關作業及研究資訊的法制化與交換平台，皆須透過修正「電腦處理個人資料保護法」以建立整體防制運用之相關法源；比照日本等先進國家檢討建立毒品施用個案成癮鑑別評估機制；發展毒品分級處遇方案；規劃出所後的更生觀護追蹤監管與轉銜機制，部分強制性的社區治療；設置社區矯治服務中心；教育及鼓勵個案戒治康復或回歸社會的措施；提昇其復原治療服務的可近性及涵蓋範圍；改採替代性刑罰的社區處遇（如公共勞動服務等）；設置結合司法監督及治療服務，而以毒品司法轉向處遇的專業性（如青少年及成人毒品法庭）「毒品法庭」⁷⁴；確實回歸毒品政策採行「寬嚴併濟」之刑事政策，對於輕微、非暴力、單純施用毒品者定位具「病患性犯人」採行寬厚之刑事政策，慢性習慣犯、連續施用毒品犯則考量其成癮治療方案的適切性，採取個別化監禁或社區處遇的可行性，予以積極治療，並視其康復、增能情形，調整納入「減害計畫」相關模式，加以處理，惟僅對於提供（製、賣、運輸）毒品者，併有暴力傾向或反社會人格者，則應採行嚴厲之刑事政策；足見法規檢討的改善，尚有相當的空間，未來整體修法的涉及層面亦非常廣泛，工程相當複雜並且艱鉅，必須集合各部會先進的共同智慧，戮力開創新局。

⁷⁴ *New Jersey Judiciary: Adult Drug Court Programs*
<http://www.judiciary.state.nj.us/criminal/crdrgct.htm>,
Office of National Drug Control Policy: Drug Courts
<http://www.whitehousedrugpolicy.gov/enforce/drugcourt.html>, 2008.12.20.

表 8-2 我國毒品防制整體政策建議及階段性因應方案		
階層面向	政策規劃	建議期程
一、毒品問題現況掌握	1、建立高風險毒品濫用族群之調查體系。	短期
	2、設立專責機關收集整合、分析、管理藥物濫用人口資料庫。	中長期
	3、持續進行各族群藥物濫用調查，特別是青少年族群。	短期
	4、設立專責研究機構或委託研究機構負責毒品相關資料之蒐集與統整分析、政策研究、政策成效評估。	長期
二、反毒工作策略規劃與執行	1、於行政院毒品危害防制會報體制下，由行政院研究發展考核委員會統籌規劃毒品防制工作策略，並監督考核工作落實情形。	短期
	2、於毒品防制委員會體制下，由毒品防制委員會統籌規劃毒品防制工作策略，並監督考核工作落實情形。	中長期
三、反毒組織架構與部會權責合作	1、由行政院研究發展考核委員會落實毒品政策措施之管考，或委由學術或民間機構進行評鑑。	短期
	2、行政院設立「毒品防制委員會」，以規劃並落實毒品防制政策。	中長期
四、經費資源投注	1、毒品防制會報統籌討論毒品防制工作所需資源，由各主管單位編列所需預算。	短期
	2、毒品防制委員會（常設組織）成立後，則可由毒品防制委員會統籌編列毒品防制預算所需。	中長期
	3、行政院設立毒品防制基金。	短期
五、降低需求環節	1、拒毒預防工作	
	(1) 聯結「學校、家庭、社區、社會」網絡，認同健康概念。	短期
	(2) 以輔助青少年健全身心發展為核心，摒棄「反毒宣導」與「尿液篩檢」的迷思。	短期
	(3) 對青少年藥物濫用防治之工作，由校園	短期

第八章 毒品與藥品的管制與管理取向

我國對於毒品之管制，係以「毒品危害防制條例」(Drug Prevention and Control Act) 來規範，由法制演變觀之，其前身為「肅清煙毒條例」，其中亦隱含特別刑法之一的「麻醉藥品管理條例」之部分條文移轉而來；對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，另以行政罰設計為主之「管制藥品管理條例」來管理，建構出醫療合法「施用」、「持有」、「毒品」之「阻卻違法」事由的行政法制；同時，在另一方面「管制藥品管理條例」亦為「藥事法」的特別法，其「製造」及「輸入」有別於「藥事法」中未經核准擅自輸入之「禁藥」及未經核准擅自製造之「偽藥」⁷⁵，且依據「藥事法」第6條第3款，對於足以影響人類身體結構及生理機能之藥品，係屬「類緣物」⁷⁶ (Analogue) 之範疇，因此，新興濫用物質除部分可經由人體內代謝外，在實驗室中亦極易合成，且時有非預期性的新型態或類似某種毒品結構物質 (Designer drugs) 之出現，甚至為有效打擊不法偽藥、禁藥，已規範足以影響人類身體結構及生理機能之藥品「類緣物」，惟法規意涵及其造成的產業影響範疇，仍有待進一步探討。

考究前述法律屬性，「毒品危害防制條例」應係整體緝毒法制之一環，質屬刑事法律；「藥事法」係為規範整體藥事法制，雖具行政罰的特質，惟仍屬特別刑法之範疇；「管制藥品管理條例」則係針對具有成癮性之麻醉藥品、影響精神藥品及其他認有必要加強管理藥品之管制性法律，屬於行政管制法規。管制藥品的列管審議作業，係依據習慣性、依賴性、濫用性及社會危害性等相關實證資料，作為分級的參考；毒品的審議列管審議作業，係依據成癮性、濫用性及社會危害性等相關實證資料，作為分級的參考；毒品管制之

⁷⁵ 楊士隆、朱日僑、李宗憲，兩岸反毒法制與政策之研究，*展望與探南月刊*，第6卷，第11期，頁78-87, 2008年11月。

⁷⁶ 按行政院衛生署為杜絕市售減肥及壯陽產品，擅自摻加西藥成分，宣稱療效，有效打擊不法偽、禁藥物，於2007年5月11日以衛署藥字第0960303743號函規範偽、禁藥物的認定，並依據藥事法第6條第3款，對於足以影響人類身體結構及生理機能之藥品，均屬「類緣物」；且依其分子主結構與藥品類似，為藥品在合成過程中所產生非天然存在之副產品，該副產品藥理作用皆可顯著影響人體生理功能，應以藥品列管。

權責機關為法務部(檢察司)，毒品先驅化學物質的管理則屬經濟部(工業局)權責執掌事項，管制藥品的權責機關為行政院衛生署(管制藥品管理局)，偽藥、禁藥則為行政院衛生署(藥政處)權責執掌事項，管轄主政相當分歧，此由毒品法制列管時程及認定辨識函詢案件之多，即可略窺端倪。惟此等法制之初始立法意旨甚佳，雖均符合先進國家管制趨勢原則，然以數個性質有別的法律規範進行規制，隨社會變遷的分散式立法型態，即易產生相互混淆與解釋差異，執法機關難以確切認知其適用法律的妥適性，勢必極易滋生疑義。

復以新興毒品的濫用緝毒執法政出多門，毒品先驅化學物質及尚非列管的新興濫用物質未能加強監測，濫用實證資訊的統合，必然更加困難；且受限於以往歷史法制沿革，除分屬「毒品」及「管制藥品」二元法制，分流管理外，由不同政府機關管轄，其分級調整機制，因不同時空、環境的考量，動輒易受濫用刑事司法資源及醫療使用管制嚴格之議，以致羈絆彈性變動的靈活度，為澈底阻絕合法流入非法，因此，該二法制實有重行檢視之必要，並檢討新興濫用物質未列入「毒品」前(如有機溶劑、2-Cl 等)，涉及「社會秩序維護法」⁷⁷的公共秩序罪行適用部分，以與國際毒品法制同步整合。

「毒品」及「管制藥品」二法制間上位性之概念，實可參採先進國家，如美國「管制物質法」⁷⁸(Controlled Substances Act, CSA)的精神，不僅有助於管制新興濫用物質暫時列管之規範，且可配合各界長期以來，整合修正法制名稱的期待，統合司法流向管制、國際轉運，並阻絕合法途徑可能的不當轉讓及流用；我國二元法制的管理，雖各有其歷史沿革，惟新興物質之濫用多屬無醫療用途之新興(毒品)物質濫用問題，均無主動蒐集相關資料之作爲，致國內新興毒品之列管欠缺有效機制。強化新興濫用毒品的監測評估，簡併及整合強化現行二個委員會⁷⁹(毒品審議委員會及管制藥品審

⁷⁷ 參見中華民國「社會秩序維護法」第66條之規定，
<http://law.moj.gov.tw/Scripts/PQuery4B.asp?FullDoc=所有條文&Lcode=D0080067>。
2008,12,19.

⁷⁸ <http://www.usdoj.gov/dea/agency/csa.htm>, 2008,11,19.

⁷⁹ 按毒品審議委員會成立於93年1月9日，毒品列管分級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，委員16至18位，任期2年，毒品品項範圍報由行政院公告調整、增減之。管制藥品審議委員會則成立於87年11月1日，管制藥品之列管分級由

議委員會)的列管運作機制，與國際法制同步接軌。

中央衛生主管機關邀集醫藥學會、消費者人權、公共衛生學界、醫政、藥政、警政、調查、衛生、教育、司法、檢察等政府機關代表組成設置審議委員會，每半年召開一次，委員16至18位，任期2年，管制藥品品項範圍報請行政院核定公告之。2008,11,19.

毒品防制政策整體規劃報告

第九章 毒品防制政策的未來展望

衡量我國毒品問題發展情勢，以及國際間毒品政策措施作為，我國毒品防制政策未來展望，可設定在毒品施用者除罪化與刑事政策轉向的思維上。

聯合國麻醉藥品管制局（Internal Narcotics Control Board, INCB）於 1996 年業已明確指出⁸⁰，對於輕微犯罪者採取處遇與替代處罰的措施，將導致司法行政措施更具效率；且在 1988 年所擬訂的聯合國「禁止非法販運麻醉藥品及精神藥物公約」⁸¹對於毒品罪犯的處置，仍傾向於兩極化刑事政策的觀點，亦即「重罪重罰，輕罪輕罰」的論點，亦尚未公開支持毒品除罪化的見解；現階段我國雖面臨監禁人滿為患的困境，並為因應毒品刑事政策的嘗試轉型（誠如「廢除死刑」刑事政策的爭議），倘司法機關能在逐步取得全民共識的前提下，再賡續研議規劃施用毒品犯「漸近除罪化」的可行性配套，以逐步擊劃國家毒品政策的長程計畫方略。

毒品刑事司法現制，對於毒品矯治機構處遇僅以入監、而無替代選項的單一處遇型態，恐已難解決目前現況監所處遇問題，由於毒品施用者刑事政策定位不明，刑事司法體系的漏斗效應調節失靈，監所大量毒品犯罪入監的持續超額收容擁擠問題，不僅形成有限的矯治教化人力，難以負荷，連帶嚴重影響全體受刑人的收容品質，致再犯居高不下，已經喪失監獄行刑功能及教化受刑人改悔向上的始意。為改善紓解上述瓶頸，國際間整合公共衛生與公共安全策略的藥物濫用處遇與司法監督模式之發展⁸²，對於監獄與醫療及民間戒治機構特約，或以契約委託合作方式（如美國地方民間成立的「Treatment Accountability for Safer Communities, TASC」⁸³）觀護追蹤輔導計畫個案管理單位，屬非營利組織，接受來自於法庭、監獄與州的委託計畫），或仿照地檢署「緩起訴義務勞務服務指定機構」的特約模式，發展

⁸⁰ INCB Report of the Internal Narcotics Control Board 1996, E/INCB/1996, http://wwwwww.incb.org/e/ind_ar.htm, 2008, 12, 23.

⁸¹ http://www.imprensa.macao.gov.mo/bo/i/99/13/decretopr29_cn.asp, 2008, 12, 23.

⁸² <http://www.ncjrs.gov/App/Publications/abstract.aspx?ID=202154>, 2008, 12, 25.

⁸³ <http://www.ncjrs.gov/pdffiles/tasc.pdf>, 2008, 12, 25.

監所矯治特約委託民間戒治機構的服務契約，推廣多元矯治並行的處遇的模式；並在司法管控下執行推展相關處遇配合方案，嘗試改善施用毒品犯出監所後的矯治處遇問題，亦可作為未來政策的參考。

在發展社會安全制度的前提下，基於社會防衛的思維，應系統性建立司法分級篩選鑑別機制，斟酌對少數重大連續累犯、暴力或再犯危險性極高毒品犯之處遇考量排除於司法社區處遇，而仍持續以監禁方式加強治療；另一方面，亦思考如何取法德國法制精神，排除施用毒品輕罪者入監，改以宣告罰金刑，建立社區接納、不同程度加強（觀護）監督的保安處分機制，又如英國視施用毒品者為違反公共秩序罪行，故以替代監禁的「公共服務協定」履行勞務服務，即社區勞動服務（同意）契約，以加強毒癮更生人復歸社會及社區關係的修復，並重建個案的自我認知與信念。改採替代性刑罰的社區處遇（如公共勞動服務等）；設置結合司法監督及治療服務，而以毒品司法轉向處遇的專業性（如青少年及成人毒品法庭）「毒品法庭」⁸⁴；確實回歸毒品政策採行「寬嚴併濟」之刑事政策，對於輕微、非暴力、單純施用毒品者定位具「病患性犯人」採行寬厚之刑事政策，慢性習慣犯、連續施用毒品犯則考量其成癮治療方案的適切性，採取個別化監禁或社區處遇的可行性，予以積極治療，並視其康復、增能情形，調整納入「減害計畫」相關模式，加以處理，惟僅對於提供（製、賣、運輸）毒品者，併有暴力傾向或反社會人格者，則應採行嚴厲之刑事政策；足見法規檢討的改善，尚有相當的空間，未來整體修法的涉及層面亦非常廣泛，工程相當複雜並且艱鉅，必須集合各部會先進的共同智慧，戮力開創新局。

由於目前社會條件尚未完全成熟到足以完全除罪之程度，在有限資源下，為有效規劃調節刑事司法體系的運作效率，司法機關實應建立專責的毒品政策實證分析制度，同時調節刑事司法「前門」及「後門」機動策略，結合「社區警政」制度的規劃，推展「安全社區」與「充權」理念，繼續擴大

⁸⁴<http://www.judiciary.state.nj.us/criminal/crdrgct.htm>,
http://www.ncjrs.gov/spotlight/drug_courts/Summary.html,
<http://www.whitehousedrugpolicy.gov/enforce/drugcourt.html>,
http://www.flcourts18.org/brevard_drug_court.php,2008.12.20.

「臺灣健康社區六星計畫」的推展層面，建構完整的「國家社會安全計畫」，強化更生觀護輔導制度，設置轉銜收容的社區矯治服務中心，設計戒癮療程，大幅提升治療質量，始為符合監禁矯治的法制立意，改變施用行為偏差，減少毒品再犯。在刑事政策與立法上，短期先落實除刑不除罪的政策，以司法監督毒癮者社區治療為主，對不願參與社區治療或社區治療無效之毒癮者，施以機構內治療為輔，達到以社區治療及強制戒治替代刑罰，藉由刑事司法轉向措施，逐漸邁向對毒品施用者的實質除罪化⁸⁵。

⁸⁵ 即法令與刑事政策上仍將毒品施用行為視為犯罪，但由於刑事司法體系藉由轉向制度之運作，在實質上已不對毒品施用者處以刑罰。