

由臺灣戒毒歷史發展軌跡及亞洲鄰近國家戒毒處遇之作為 談我國未來戒毒處遇策略

李志恒* 馮齡儀**

目次

- 壹、前言
- 貳、我國藥物濫用歷史簡述
- 參、我國藥物濫用防制政策之發展
- 肆、亞洲鄰近國家戒毒處遇之作為
- 伍、我國未來戒毒處遇策略之改善建議
- 陸、結語

摘要

我國深受藥物濫用之危害由來已久，不同時期濫用之毒品種類各有不同，本文略述我國藥物濫用之歷史、各時期主要濫用毒品種類，並探討相關藥物濫用防制政策之演變，並透過亞洲鄰近國家(日本、新加坡、中國及香港)之戒毒處遇作為之初探，藉以為我國擬訂相關政策之參考借鏡。

毒品之戒治應以如何使毒品使用者戒除毒品為主要目標，透過多元方式並考量施用毒品之類型、使用原因及目的、使用者之人格特性和戒治意願等因素，方能發揮效果。然而毒品種類日新月異，各種毒品效果不同，吸毒者使用目的相異，同時伴隨複雜的個人、家庭及社會問題，戒毒方式已不能用單一方式處理，除應確立罪犯及病人之平衡點、提高醫療資源投入、加強追蹤輔導及多元處遇方案之訂定外，更應建立以實證研究(evidence-based)為基礎之戒毒模式，針對目前國內不同戒毒模式進行深入探討分析，並參採世界各國之戒毒經驗與方法，以瞭解不同毒品使用者適合採用之模式為何，並透過實證研究評估其成效。

關鍵字：藥物濫用、戒毒、實證研究、處遇政策

* 李志恒，高雄醫學大學藥學院教授/院長、台灣藥學會理事長，Email: jhlitox@kmu.edu.tw。

** 馮齡儀，高雄醫學大學藥學院毒理學博士學位學程博士候選人

Projection for Future Addiction Treatment Strategy in Taiwan – from the evolving history of addiction treatment in Taiwan and experiences of addiction treatment in neighboring countries in Asia

Jih-Heng Li* Ling-Yi Feng**

Abstract

People in Taiwan have experienced the suffering from drug abuse problems for a long time. There have been different drug types in each period. In this article, we briefly reviewed the history of drug problems and the main types of drug abuse in each period in Taiwan. We also discussed the evolution of the drug addiction treatment policies in neighboring countries in Asia (i.e., Japan, Singapore, China and Hong Kong) for our reference.

The main purpose of drug treatment should aim to help drug users from relapse, and an effective drug treatment protocol should consider simultaneously the type of drug use, the reasons and purpose of use, the user's personality, characteristics and the willingness to receive treatment etc. However, due to the quickly developing new drugs, the effects of these drugs may vary and the purpose of drug use may be different. Furthermore, drug abuse may also be accompanied by complicated personal, family and social problems at the same time. Therefore, it is never easy to deal with the problems of drug abuse. For the balance of illicit drug use behavior as a disease or a criminal offense, it is important to improve the investment in medical resources, to strengthen the follow-up counseling and to develop the diversified treatment programs, and further to establish evidence-based drug treatment model. We should scrutinize and evaluate the different drug treatment models in domestic and to learn the experiences of drug treatments from other countries worldwide. Through the efforts of evidence-based research, the suitable drug treatment model(s) with cost-effectiveness could be adopted.

KeyWords: Drug abuse, drug rehabilitation, evidence-based research, treatment

* Jih-Heng Li, Professor, College of Pharmacy, Kaohsiung Medical University; President, Pharmaceutical Society of Taiwan E-mail: jhlitox@kmu.edu.tw

**Ling-Yi Feng, Ph.D. candidate, Ph.D. Program in Toxicology, College of Pharmacy, Kaohsiung Medical University

process

壹、前言

毒品因為其成癮性(或依賴性)、濫用性及社會危害性而被列管，濫用者往往為了尋求使用後的欣快感，重覆使用產生耐藥性，從而需不斷地增加使用量而致產生生理依賴，且由於戒癮時所產生的戒斷症狀，更使得成癮者因為忍受不了戒斷症狀的痛苦而重蹈覆轍，形成物質濫用者依賴與容易再次復發的惡性循環¹。本文因此由我國及其他國家的經驗與教訓，拋磚引玉，嘗試找出以證據為基礎的戒癮政策。

貳、我國藥物濫用歷史簡述

我國深受藥物濫用之危害自清末迄今，已發生三波大規模的毒品問題，除了第一波的鴉片濫用發生在十九世紀末清末及日據時期外，第二波的(甲基)安非他命及第三波的海洛因暨愷他命等新興毒品均發生在一九九零年之後，顯示每個時期濫用的藥物種類及型態各有不同²。

一、日據時代鴉片吸食問題(1895~1945 年)

鴉片因非醫療用途而大量被吸食濫用約始自十八世紀初的清康熙晚期，初期僅盛行於閩、粵地區，直至約 1820 年(清道光)以後，已流行於整個清王朝³。甲午戰爭後台灣由日本殖民統治，主要濫用之物質亦為鴉片，依當時官方統計資料，1900 年台灣民眾吸食鴉片者高達十六萬九千人，約當時全台人口的 6.3%，濫用狀況相當嚴重^{4,5,6,7,8}。為此，日本殖民政府於 1897 年推行「漸禁」政策，並採用「阿片專賣制度」，「阿片癮者」由公醫(政府指定的醫師)診斷確認後，依繳稅的高低發給紅、藍、黃三級「特許證」並取得配額，向專賣局指定的「阿片煙膏請賣業」(即

¹ Li JH and Lin LF. Genetic toxicology of abused drugs: a brief review. *Mutagenesis* 1998; 13: 557-565.

² 李志恒、游雯淨：我國物質濫用簡史、現況與未來趨勢。李志恒主編：2014 物質濫用。初版。2014；14-37。

³ 馬模貞：毒品在中國，中國百科，1994；No.5：p34-41。

⁴ 許喬木：早期台灣的鴉片政策與台北更生院之戒癮治療。台灣藥學史，2001；p339-350。

⁵ 楊雅雯：假戒毒之名，行斂財之實：日本殖民政府的鴉片政策。中央日報第 19 版，1997 年 10 月 30 日。

⁶ 李志恒：我國藥物濫用簡史及現況。李志恒主編：2003 物質濫用。初版。台北：行政院衛生署管制藥品管理局，2003；6-23。

⁷ 李志恒：從漸禁政策到減害政策-漸減療法 vs. 維持療法。2013 年 8 月 19 日於高雄醫學大學〔杜聰明博士 120 周年誕辰紀念演講會〕，2013a。

⁸ 李志恒：綜觀台灣毒癮現況與問題。2013 年 11 月 18 日 第四屆「台灣成癮醫療臨床和研究訓練計畫」，2013b。

鴉片經銷商)購買不同純度等級的鴉片吸食^{5,9,10}。此政策類似我國現今之美沙冬替代治療計畫，然日本殖民政府並非重視成癮者之醫療需求，蔣渭水醫師等籌組的「台灣民眾黨」認為漸禁政策係日本殖民政府持續毒化台灣藉以獲利的政策，抗議未果後於1929年拍發電報告到國際聯盟，日本殖民政府面對國際壓力，旋即於當年改行「禁斷政策」，將無照之鴉片吸食者12,156人送交戒癮治療^{6,7,11,12}。1930年3月1日，國際聯盟遠東鴉片調查團派人來台進行調查，日本殖民政府於1930年頒布「阿片癮矯正所章程」並設置「台北更生院」，由首位台籍醫學博士杜聰明醫師擔任院長，專門對持有吸食鴉片執照的成癮者進行免費醫療，先以嗎啡遞減療法，佐以中藥配方及安眠藥，使減輕戒斷症狀的不適感，並首創「禁藥尿液檢驗法」，從病人的尿液中檢測是否食用鴉片，以近代醫學的方法處理鴉片煙癮問題，鴉片濫用的情勢終以緩解^{4,7,13,14}。

台灣於日本殖民政府統治的1897年至1929年間，對於鴉片煙癮並非著眼於治療，然而由於鴉片吸食者的自然衰減，及杜聰明博士等醫學先進之努力，鴉片癮者於1942年終降至二千餘人⁶。1909年世界主要國家於上海召開「國際鴉片會議」，針對正當醫療使用之鴉片數量及其進口管制措施進行討論，惟未作成決議。中國、美國、日本、英國、德國等國於1912年則簽署「海牙禁止鴉片公約」，要求締約國制定法律管制鴉片的生產、銷售和進口，從而逐漸禁止其製造、販賣和吸食，切實管理嗎啡、海洛因、古柯等麻醉藥品。透過國際聯盟，隨後陸續簽訂1925年「國際鴉片公約」、1931年「限制製造及調節分配麻醉藥品公約」、「遠東管制吸食鴉片協定」和1936年「禁止非法買賣麻醉藥品公約」，1936年公約將非法製造、提煉、調劑、持有、販售、購買麻醉藥品等行為視為國際犯罪行為^{14,15}。

二、甲基安非他命濫用問題(1980s~1990s)

我國因早年深受鴉片問題危害，藥物濫用防制觀念較世界各國先進，對於傳統毒品的相關立法與管理措施亦領先國際社會。國民政府成立後，於1929年訂頒「麻醉藥品管理條例」，該條例列管的項目除鴉片類外，同時也將其他傳統毒品，例如：古柯、大麻及其成分一併列管，1935年並成立「麻醉藥品經理處」(簡稱麻

⁹李展平：日據阿片真是毒。聯合報第17版，1998年2月8日。

¹⁰湖島克弘：杜聰明與阿片試食官。黃蔡玉珠等譯，玉山社出版事業股份有限公司，2001。

¹¹陳永興：台灣醫療發展史。月旦出版公司，1997年10月。

¹²許喬木：早期台灣的鴉片政策與台北更生院之戒癮治療。台灣藥學史，2001；p339-350。

¹³ Li JH, Liu SF and Yu WJ. Patterns and trends of drug abuse in Taiwan: a brief history and report from 2000 through 2004. In "Epidemiologic trends in drug abuse, Vol II, Proceedings of the Community Epidemiology Work Group, 2005 June; Denver, CO." National Institute on Drug Abuse, National Institutes of Health, Department of Health and Human Services, Bethesda, MD, U.S.A.

¹⁴ Li JH. Evolution of the Legislative and Administrative System of Controlled Drugs in Taiwan. Journal of Food and Drug Analysis 2012; 20(4): 778-785.

¹⁵ United Nations Office on Drugs and Crime. A Century of International Drug Control. United Nations. October, 2010.

由台灣戒毒歷史發展軌跡及亞洲鄰近國家戒毒處遇之作為談我國未來戒毒處遇策略(經處)，專責醫療用麻醉藥品之產銷及管理^{14,16}。而聯合國於1936年簽定「禁止非法買賣麻醉藥品公約」，直至1961年才制定「麻醉藥品單一公約」。

第二次世界大戰後，彼時台灣尚無嚴重之藥物濫用問題，直到1960年代開始出現強力膠，1970年代轉為速賜康(Pentazocine)，1980年代則以俗稱「紅中」(Secobarbital)、「青發」(Amobarbital)、「白板」(Methaqualone)的安眠鎮靜劑為主，然而濫用人數仍屬有限。直到1990年以後，由於甲基安非他命(Methamphetamine)價格便宜，且初期未以毒品列管，使用並不違法，開始在青少年間大流行^{17,18}，藥物濫用始成為全國關注的重大社會問題，粗估當時國內吸食者超過20萬人，約佔當時台灣人口的1%^{19,20,21}。

1971年，聯合國頒布「1971年影響精神物質公約」，針對新興毒品如安非他命、搖頭丸(MDMA)、各種迷幻劑及安眠鎮靜劑所作的管制作為，我國因退出聯合國，未能即時進行因應；之後聯合國復頒布「1988年禁止非法販運麻醉藥品和影響精神物質公約」，要求各國對毒品原料(先驅化學品)進行控管，避免流供製造毒品，我國亦未能及時訂定整體性的法律與管理措施。僅能於發生特定物質之濫用問題後，始針對該等特定物質以行政命令方式加強管理或禁用，例如：1982年8月4日公告藥商申請Methaqualone(白板)及Secobarbital(紅中)藥品製劑及原料藥進口需申請核發同意書始可輸入；1983年1月24日公告禁用甲喹酮(Methaqualone)與其鹽類及其製劑；1983年3月10日公告加強Amobarbital(青發)藥品管制；1984年6月25日為防杜將麻黃素(Ephedrine)非法製造成安非他命(Amphetamine)，特公告其原料藥加強管制；1986年7月11日為有效管理「安非他命類」(Amphetamine-like)藥品，與其衍生物之鹽類及製劑，公告禁止使用；1990年10月9日公告「安非他命類」(Amphetamine-like)藥品列入「化學合成類麻醉藥品」管理，並禁止於醫療上使用等²²。

由於我國反毒法規與國際社會不能接軌，導致許多藥物濫用問題日趨嚴重。這種狀況直到1998年毒品危害防制條例暨1999年管制藥品管理條例頒布施行

¹⁶ 麻醉藥品經理處：走過六十年處慶特刊，台北，行政院衛生署麻醉藥品經理處，1998。

¹⁷ 行政院衛生署、法務部、教育部：90年反毒報告書，2001年5月出版。

¹⁸ McKetin R and Li JH. Responding to ATS use in East and Southeast Asia. In: Rahman F, Crofts N, editors. Drug law reform in East and Southeast Asia. New York: Lexington Books; 2013; 151-187(Chapter 11).

¹⁹ 李志恆、束連文、陳國華、許美嬋，(林進修記錄整理)：少年仔，為何要“搖頭”，民生報，專題講座，2001年9月4日。

²⁰ 法務部、教育部、行政院衛生署：84年反毒報告書。1995年5月出版。

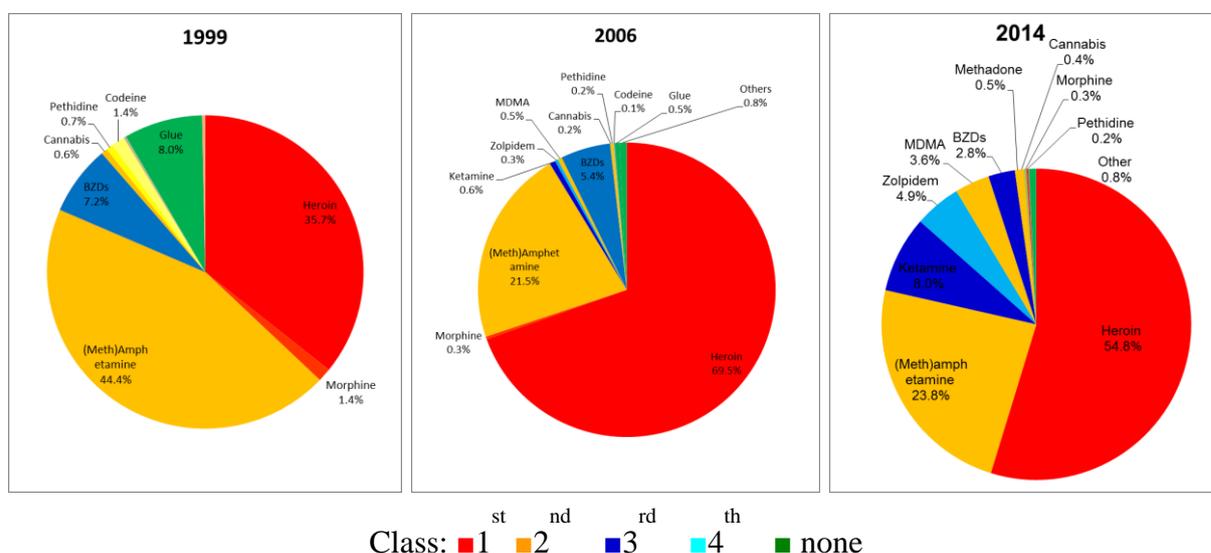
²¹ Li JH. Drug abuse situation and anti-drug programmes in Taiwan, R.O.C. Report of the Asian Multicity Epidemiology Work Group 1997. International Monograph Series 11. Centre for Drug Research, University Sains Malaysia.

²² 李志恆：從鴉片到搖頭丸--臺灣百年物質濫用史。國立歷史博物館館刊，2004；Vol 14(7)：72-77。

後，法制作業始與國際同步。

三、使用海洛因共用針具感染 HIV 等傳染病與新興影響精神物質(新興毒品)濫用問題(2000s~迄今)

行政院於 2001 年 1 月將跨部會的「中央反毒會報」併入「行政院強化社會治安專案會報」運作，恰巧也是我國毒品危害第三波浪潮的開始^{23,24}。由我國濫用藥物監測系統之資料分析(如下圖)，可以看出第三波毒品危機浪潮的特徵為新興毒品的產生，第三、四級管制藥品成為替代毒品，多種毒品的開始混合使用，同時傳統毒品(海洛因)濫用亦相當嚴重，並因共用針具造成傳染病(尤其是 HIV/AIDS)的傳播²⁵。



筆者(李)時任職於衛生署(衛生福利部前身)管制藥品管理局(簡稱管管局，後併入食品藥物管理署)，於 2003 年 12 月 31 日於署務會報針對台灣藥物濫用通報個案藥物使用方式提出報告，並於 2004 年 6 月 30 日署務會報再度進行海洛因成癮者與社會成本問題專案報告。促成衛生署決議：「請疾管局重視因共用針頭注射海洛因造成愛滋感染問題，請管管局邀集專家評估替代療法可行性。」管管局旋即於 2004 年 7 月 13 日召開海洛因成癮替代療法評估會議，與會學者專家咸建議應以成癮性較低、副作用較少的丁基原啡因(Buprenorphine)為優先考量，並注重精神醫療

²³ 謝立功：反毒十年總體檢。《國政評論》。http://old.npf.org.tw/PUBLICATION/CL/092/CL-C-092-137.htm。2000；32 頁。

²⁴ Lee HY, Yang YH, Yu WJ, Su LW, Lin TY, Chiu HJ, Tang HP, Lin CY, Pan RN, Li JH. Essentiality of HIV testing and education for effective HIV control in the national pilot harm reduction program: the Taiwan experience. *Kaohsiung Journal of Medical Sciences* 2012; 28: 79-85.

²⁵ Li JH. The Experience of Drug Policy and Law Reform in Taiwan. In: *Drug Law Reform in East and Southeast Asia*. (eds. Fife Rahman and Nick Crofts), Lexington Books; 2013; 199-209 (Chapter 13).

由台灣戒毒歷史發展軌跡及亞洲鄰近國家戒毒處遇之作為談我國未來戒毒處遇策略及輔導追蹤。惟嗣後政府考量美沙冬(methadone)之成本較低，故未以 Buprenorphine 為第一線藥物。2005 年 10 月 25 日疾管局擬訂「毒品病患愛滋減害試辦清潔針具計畫」，並自 2005 年 11 月開始於台北市、台北縣、桃園縣、台南縣 4 縣市實施試辦計畫，2006 年擴大推廣於全國各縣市實施^{24,25}。

參、我國藥物濫用防制政策之發展

政府播遷來台後，於 1955 年頒行「動員戡亂時期肅清煙毒條例」，以嚴刑峻罰遏止毒品之危害，期望達到反毒及禁毒效果。行政院並於 1956 年 8 月 27 日頒布「肅清煙毒」為法務部調查局法定職掌；同一時期，另有「麻醉藥品管理條例」及同條例之施行細則公布，即為管制鴉片類、大麻類、高根類、化學合成麻醉藥品類及其製劑而訂定的法案²⁵。

政府於 1990 年 10 月 9 日將甲基安非他命列為麻醉藥品管理條例中之合成類麻醉藥品管理，於 1992 年 7 月將「動員戡亂時期肅清煙毒條例」更名為「肅清煙毒條例」。有鑑於相關法律未能有效抑制新興毒品或成癮物質濫用的問題，1993 年 5 月 12 日政府訂定「行政院肅清煙毒執行計畫原則」，宣示「向毒品宣戰」，擬訂供給面與需求面並重的反毒策略。1994 年 2 月 1 日行政院提升內政部召集之「中央肅清煙毒協調督導會報」層次，成立「中央反毒會報」，並由法務部擔任幕僚工作，同年 4 月 1 日成立「緝毒中心」，專責辦理毒品查緝、與國外緝毒機關聯繫合作、全國獲案毒品集中管理及處理流程管制事項。6 月召開全國反毒會議，設定之目標與採取之策略，以「斷絕供給（緝毒）」及「減少需求（戒毒）」雙管齊下。當年度「中央反毒會報」第 3 次會議通過「對先驅化學品研擬具體有效措施以防制其用於製造毒品」建議案，由行政院衛生署及經濟部分就職權管轄之藥品原料藥及先驅化學工業原料、溶劑等，積極研擬管制措施，防止流為非法用途。同年教育部亦推動春暉專案，對年輕學子宣導拒絕毒品與辨識的技巧，並在校園中加強吸毒者的篩檢。

為符合聯合國頒布「1961 年麻醉藥品單一公約」、「1971 年影響精神藥品公約」及「1988 年禁止非法販運麻醉藥品和影響精神藥物公約」之精神，法務部與前行政院衛生署於 1998 年 5 月 20 日更名「肅清煙毒條例」為「毒品危害防制條例」，將原本之「煙」、「毒」重新定義為「毒品」，並依其成癮性、濫用性及社會危害性程度分為三級(後修正為四級)，依不同級數而有不同管理之規定，以符合國際法規潮流；對於毒品施用者，認定具有「病患性犯人」之特質，降低施用毒品罪之法定刑，兼以觀察勒戒及強制戒治之處分措施協助戒除毒癮；同時為源頭管理亦將先驅性化學品工業原料列入管制規範，並以經濟部為執掌機關等，均為我

國反毒政策之重大變革。配合「毒品危害防制條例」之公佈實施，經濟部於 1998 年 12 月 23 日正式公告「先驅化學品工業原料之種類及申報檢查辦法」，明訂應申報項目、對象、作業流程及注意事項，正式將 17 項先驅化學品納入管理。行政院衛生署亦於 1999 年 6 月 2 日修正「麻醉藥品管理條例」為「管制藥品管理條例」，將醫藥及科學使用的管制藥品依其習慣性、依賴性、濫用性及社會危害性之程度，分四級管理。同時核發管制藥品管理各項證照，以規範使用管制藥品之機構及人員，建立管制藥品流向資料之申報及勾稽制度，執行一般稽核及重點稽核，並配合檢察、警察及調查機關之司法查緝，為偵測管制藥品濫用情形及辦理預警宣導，應建立監視及預警通報系統；依新修正之「行政院衛生署管制藥品管理局組織條例」，行政院衛生署麻醉藥品經理處於 1999 年 7 月 1 日改制為「行政院衛生署管制藥品管理局」，掌理管制藥品管理政策及法規之研擬，更將物質濫用者之行為納入預防管理，使我國物質濫用相關防制法令與聯合國同步^{26,27}。

隨著時代與科技進步，非法合成化學物質與新興藥物濫用事件日益增加，濫用年齡層亦有下降趨勢，尤其近幾年新興毒品及替代藥物的掘起與氾濫問題日益嚴重，引起政府與社會各界的重視，更使得我國物質濫用防制工作愈來愈具迫切性與挑戰性。

一、中央反毒會報：「斷絕供給、減少需求」

我國自 1993 年向毒品宣戰，迄今已 20 多年，對毒品始終採取「零容忍」政策，凡觸犯毒品相關罪行，均採行嚴刑峻罰²⁸。1993 年 5 月 12 日行政院「向毒品宣戰」，政府即成立「中央反毒會報」，以「斷絕供給」、「減少需求」為反毒策略，並確立「緝毒」、「拒毒」、「戒毒」三大任務分工，分別由法務部、教育部、行政院衛生署主導。民國 90 年 1 月行政院更將「中央反毒會報」提昇至「行政院強化社會治安專案會議」運作，藉以發揮整體統合力量，有效施以規範、查禁、取締、法辦，徹底根絕毒害。然而反毒工作長久以來將重點與資源配置集中於緝毒，致使拒毒工作徒具表面形式而無實質效益，戒毒亦僅著重於 1、2 級毒品施用者之勒戒，未能有效抑制需求，整體反毒成效不彰。因此，行政院 2006 年 6 月 2 日第 1 次「毒品防制會報」將 2005 年至 2008 年定為「全國反毒作戰年」，調整過去「斷絕供給，減少需求」為「首重降低需求，平衡抑制供需」，結合「防毒」、「拒毒」、「緝毒」及「戒毒」等四大方針，設立「防毒監控組」、「拒毒預防組」、「緝毒合作組」及「毒品戒治組」等反毒四大分組，以制定及推動反毒政策，並決議縣市

²⁶李志恒：從鴉片到搖頭丸--臺灣百年物質濫用史。國立歷史博物館館刊，2004；Vol 14(7)：72-77。

²⁷ Li JH. Evolution of the Legislative and Administrative System of Controlled Drugs in Taiwan. *Journal of Food and Drug Analysis* 2012; 20(4): 778-785.

²⁸李品珠、簡希文、蔡文瑛、許華孚、劉育偉：我國物質濫用防制體系與策略。李志恒主編：2014 物質濫用。初版。2014；77-100。

由台灣戒毒歷史發展軌跡及亞洲鄰近國家戒毒處遇之作為談我國未來戒毒處遇策略政府成立毒品危害防制中心，藉由毒品危害防制中心的成立，整合各相關單位的力量，協助中央政府建構相關反毒宣導、毒品戒治及結合醫療衛生與社政或其他民間輔導單位等之統合機制，提供整合性之服務或轉介²⁹。

緝毒工作由法務部主導，以「拒毒於彼岸」、「截毒於關口」、「緝毒於內陸」為查緝原則，統合各緝毒機關力量，結合掃黑工作，嚴密查緝販毒組織，管制先驅化學物質，制定「洗錢防制法」追查販毒不當利益，嚴密查緝替代性毒品，擴大加強國際合作，俾達到「斷絕供給」之目標。拒毒工作由教育部主導，擴大反毒宣導，整合反毒資源，強化反毒教育，加強青少年休閒設施及輔導，減少毒品誘惑，建立高危險群尿液篩檢制度，積極達成「減少需求」之目標。戒毒工作由法務部辦理吸毒犯之觀察勒戒與強制工作；衛生署指定符合藥癮戒治機構原則之醫療院所，以及精神醫療網藥癮核心醫院，建立吸毒犯戒癮體系，藥癮戒治體系，發展戒癮模式，提升戒癮品質，使吸毒者終身脫離毒害^{30,31}。

二、「毒品危害防制條例」施行

我國於1998年5月20日公布，經數度修正(最新修正為2016年)之「毒品危害防制條例」，係為我國刑事司法系統處理藥物濫用之主要依據。該條例第二條所稱之「毒品」，係指具有成癮性、濫用性及對社會危害性之麻醉藥品與其製品及影響精神物質與其製品³²，並分成四級管制：第一級：海洛因、嗎啡、鴉片、古柯鹼及其相類製品；第二級：罌粟、古柯、大麻、安非他命、配西汀、潘他唑新及其相類製品；第三級：西可巴比妥、異戊巴比妥、納洛芬及其相類製品；第四級：二丙烯基巴比妥、阿普唑他及其相類製品³³。

對於非法毒品使用者，最初單純視為犯法予以懲處警示，後已增添強制接受藥癮戒治之處遇規定，正式視藥物濫用成癮者為兼具「病人」與「犯人」雙重身份的「病犯」，予以「有條件除刑而不除罪」，並採取「治療勝於處罰」、「醫療先於司法」的措施，包括：「觀察勒戒」、「強制戒治」及「判刑」等三種方式處理。毒品使用初犯者，依法於看守所附設勒戒處所(成年犯)或少年觀護所附設勒戒處所(少年犯)施予「觀察勒戒」1-2個月。再犯者，視情節輕重分別依成年、少年身份在戒治所分界收容施予「觀察勒戒」或長達11個月至1年之「強制戒治」處分。

²⁹ 教育部、法務部、行政院衛生署印行，《反毒報告書》(民國92年)，台北：92.5，第1頁。

³⁰ 楊士隆，《毒品問題與對策》，行政院研究發展考核委員會編印，台北：95年2月，初版，第16-17頁。

³¹ 孔懷瑞，2008，台海兩岸毒品犯罪問題分析—兼論兩岸合作打擊毒品犯罪，台北：國立政治大學國際事務學院國家安全與大陸研究碩士在職專班碩士論文。

³² 毒品危害防制條例，公布日期：1998年5月20日(原名稱：肅清煙毒條例)，2016年6月22日修正。

³³ 法務部：犯罪狀況及其分析(中華民國101年)。台北：法務部；2013。

若為毒品累犯，則由各該管轄法院依刑法、毒品危害防制條例相關罰則判予刑罰之處分³⁴。

三、減害計畫與緩起訴制度

依法務部統計資料顯示³⁵，自民國 90 年起海洛因皆為我國毒品緝獲量之前 5 名；另根據衛生署食品藥物管理局彙整參與「管制藥品濫用通報資訊系統」之辦理藥癮治療業務醫療機構通報資料，海洛因自 2000 年至 2010 年持續位居台灣地區精神醫療院所通報藥物濫用個案第 1 位。而海洛因是成癮性相當強的鴉片類藥物，成癮者多以注射方式使用毒品，常因共用不潔注射器，導致血清性肝炎、梅毒和愛滋病等疾病蔓延，造成社會治安與公共衛生相當大的危害。2003 至 2005 年間為我國愛滋病疫情最嚴峻的時期，每年新增之感染人數均以倍數增加，尤其 2005 年的新增愛滋感染者中有 70% 均是藥癮者，創下歷史新高。

我國藥癮戒治方式依「中央反毒會報」決議以「生理勒戒」、「心理勒戒」，及「追蹤輔導」三階段之戒毒架構發展進行規劃，分別著重於吸毒犯毒癮發作之生理解毒、心理輔導與復健，解除毒品之心理依賴及防止吸毒犯之毒癮復發再犯，並藉由觀護更生輔導協助其重歸社會。衛生署於 2005 年 12 月 6 日正式核定「毒品病患愛滋減害試辦計畫」（現更名為「愛滋防治替代治療補助計畫」），包括試辦清潔針具計畫、對於鴉片類毒品成癮者提供美沙冬替代治療等均為該試辦計畫的重要工作計畫，亦為我國戒毒政策的一大轉變²⁶。

「毒品危害防制條例」規定初次施用毒品者採取先觀察勒戒等戒治措施後處以不起訴處分該類行為人，另對戒治後五年內再犯者再行追訴監禁等刑罰模式；至 2008 年修正毒品危害防制條例，新增檢察官得依毒品危害防制條例及刑事訴訟法對施用第一級毒品者得緩起訴並加以社區處遇。雖然第一級毒品施用者已有成效，但第二級毒品施用者緩起訴附命戒癮尚未法制化，惟在部分地方法院檢察署（以下稱地檢署）有試辦合作計畫。此外，第三、四級毒品施用者非刑罰對象。

肆、亞洲鄰近國家戒毒處遇之作為

藥物濫用問題無疑是世界各國均無法避免且造成嚴重威脅之公共議題，根據 2016 年聯合國世界毒品報告指出³⁶，在 2014 年全球因毒品相關死亡人數估計約有 207,400 人，推估 15 至 64 歲人口的死亡率為百萬人口中有 43.5 人，每 20 位成年人中就有 1 位使用過至少一種毒品，主要使用的毒品為大麻、安非他命類興奮劑

³⁴ 鄧煌發：物質濫用與刑事司法。李志恒主編：2014 物質濫用。初版。2014；101-120。

³⁵ 法務部統計資訊網，<http://www.rjtd.moj.gov.tw/rjtdweb/>。

³⁶ UNODC, 2016: World Drug Report 2016. United Nations, May 2016.

由台灣戒毒歷史發展軌跡及亞洲鄰近國家戒毒處遇之作為談我國未來戒毒處遇策略及鴉片等。這些毒品在亞洲國家亦為主要之濫用物質，然台灣與中國更多了愷他命之問題³⁷。

聯合國三大反毒公約分別為，1961年「麻醉藥品單一公約(Single Convention on Narcotic Drugs, 1961)」³⁸、1971年「影響精神物質公約(Convention on Psychotropic Substances, 1971)」³⁹及1988年「禁止非法販運麻醉藥品和影響精神物質公約(United Nations Convention Against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances, 1988)」⁴⁰，並於1990年通過「全球行動綱領」⁴¹，期能透過各會員國相互合作，共同努力防制毒品氾濫。而世界各國對於藥物濫用防制之作為，不外乎減少供應(Supply reduction)、降低需求(Demand reduction)及減少傷害(Harm reduction)等三大原則⁴²，透過分級管理、滅絕非法毒品之製造生產，阻止走私販毒，同時透過教育宣導，遏阻新藥物濫用者產生，加強對藥癮者的治療與追蹤輔導，以期減少藥物濫用相關犯罪率及傳染疾病之傳播，減少毒品導致之家庭與社會問題。考慮地理位置及國情，本文以我國鄰近之亞洲國家其藥物濫用防制作為進行略述以作為我國制訂政策之參考。

一、日本

日本為聯合國三大反毒公約之締約國，依公約制定符合國情需要之相關法規制度，包括「麻藥及向精神藥取締法」、「大麻取締法」、「鴉片法」、「覺醒劑取締法」及「麻藥特例法」，稱麻藥五法，其兼具特別刑法與行政法之性質以進行管制。日本政府有鑑於藥物濫用問題日益嚴重，於1998年制定「第一次藥物亂用防制五年戰略」，同時於內閣府設立藥物亂用對策推進會，制訂相關防制策略，2013年8月起迄今正實施「第四次藥物亂用防制五年戰略」⁴³。日本政府連續推動近20年之防制戰略，每一時期均因應其藥物濫用之變化而調整其戰略目標。根據日本政

³⁷ Hser Y-I, Liang D, Lan Y-C, Vicknasingam BK, Chakrabarti A. Drug abuse, HIV, and HCV in Asian countries. *J NeuroImmune Pharmacol.* 2016;11:383.

³⁸ UNITED NATIONS, 1961: Single Convention on Narcotic Drugs, 1961. 2017年5月11日，取自 https://www.unodc.org/pdf/convention_1961_en.pdf

³⁹ UNITED NATIONS, 1971: Convention on Psychotropic Substances, 1971. 2017年5月11日，取自 https://www.unodc.org/pdf/convention_1971_en.pdf

⁴⁰ UNITED NATIONS, 1988: United Nations Convention Against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances, 1988. 2017年5月11日，取自 https://www.unodc.org/pdf/convention_1988_en.pdf.

⁴¹ 林健陽、謝立功、范國勇、陳玉書、林佳璋、林千芬、柯雨瑞、江振維、朱柏萱、張鈞盛、林書琪：分析聯合國及各先進國家新興毒品防制之作為。台北，行政院衛生署管制藥品管理局，2005；876p。(94年度科技研究發展計畫研究報告)

⁴² 李志恒，物質濫用：物質濫用之防制、危害、戒治。台北：行政院衛生署管制藥品管理局，2003。

⁴³ 日本內閣府，2013：第四次藥物亂用防止五か年戰略。2017年5月11日，取自 http://www8.cao.go.jp/souki/drug/pdf/know/4_5strategy.pdf

府最新統計，2015 年未成年與青少年吸毒人數驟增至 1,049 人，較 2014 年增加超過 300 人，因此，「第四次藥物亂用防制五年戰略」五大目標分別為 1. 加強青少年、家庭及社會對藥物的認知 2. 藥物濫用者的治療、回歸社會及家庭支援 3. 取締販毒組織及犯罪，及加強藥物監督指導 4. 加強海上防衛，阻止藥物流入國內及 5. 強化國際合作，防止國際藥物販運，其中青少年毒品防制，採加強取締並與教育並進，校園開設藥品濫用防制教室，至 2015 年為止，藥品濫用防制教室普及率已達八成⁴⁴。

日本因海洛因問題較少，未有替代療法之實施，而 90% 以上的藥物濫用均是以吸食為主之安非他命及搖頭丸 (MDMA) 等毒品，亦無因共用針頭而感染 HIV 等傳染病問題，未有相關減害處遇措施⁴⁵。日本政府僅對施用毒品者規定其刑罰，未針對毒品施用者之戒癮處遇有所規定，可由法律、醫療和社會三種模式接受不同治療處遇。法律模式處遇隨著毒品施用者的年齡而有不同，14 歲（法律應負責任年齡）以下之兒童採醫療方式、14-20 歲之青少年給予教育宣導、成人則採矯正處遇；醫療模式則根據 1963 年所修訂之麻醉藥品及精神物質管制法 (Narcotics and Psychotropics Control Law)，各地方政府首長有權要求毒品依賴、有高度繼續施用麻醉藥品和大麻者強制住院；而社會模式則透過庇護所、自助團體或民間教育機構進行收容並提供個別教育及服務⁴⁶，並與公部門合作透過治療和復歸社會的方式同時強化家庭功能，以支持毒品依賴和成癮者以預防毒品濫用復發。

二、新加坡

新加坡於英國殖民時期，受中國移民之影響，當時主要濫用之毒品為鴉片；而獨立之後於 1960 年代末期隨著從西方嬉皮文化之流行，開始出現大麻和甲酮 (methaqualone, MX 即我國的「白板」)⁴⁷。1970 年初起，新加坡毒品使用人口驟增，校園在學學生亦有施用大麻之案件出現，毒品問題成為新加坡全國重大問題⁴⁶。因此，新加坡政府於 1971 年成立中央肅毒局，為新加坡毒品防治之專責機構，訓練具備專業技能之執法人員，其主要任務包括 1. 毒品預防性教育，推動毒品防範教育計畫，積極參與社區活動 2. 毒品取締與執法行動，對於觸犯毒品犯罪相關法令者，採取嚴厲的取締行動 3. 對毒品施用者予以戒治、再教育，並協助其順利重返社會等，並與國內外相關執法機關積極合作對抗毒品犯罪活動，以推廣無毒

⁴⁴ 聯合新聞(2017 年 4 月 5 日)。毒癮悲歌／日本麻煩攀升 體育課規定消毒。2017 年 5 月 12 日，取自 <https://udn.com/news/plus/10173/2383580>

⁴⁵ 周輝煌、杜聰典、簡德源，日本網走監獄博物館暨瞭解日本矯正機關（毒品）處遇措施考察報告，2007。

⁴⁶ 許春金、陳玉書、蔡田木、楊冀華、鄒啟勳、廖秀娟、洪千涵、白鎮福：毒品施用者處遇及除罪化可行性之研究。行政院研究發展考核委員會委託研究，2013。(委託研究報告 RDEC-RES-101-019)

⁴⁷ National Council Against Drug Abuse of Singapore. (1998). Towards a Drug-Free Singapore: Strategies, Policies and Programmes against Drugs. p. 9

由台灣戒毒歷史發展軌跡及亞洲鄰近國家戒毒處遇之作為談我國未來戒毒處遇策略的生活環境^{48,49}。又1994年新加坡毒品濫用防制委員會(Committee to Improve the Drug Situation in Singapore)對於毒品防制設定了四個方向：預防教育、嚴格執法、治療成癮者、治療輔導直至回歸社會⁵⁰。

藥物濫用法(Misuse of Drugs Act, 簡稱 MDA)為新加坡針對毒品犯罪相關案件之主要法規依據,1973年通過並於1975年11月進行修訂,針對運輸毒品及藥物濫用者可分別處以死刑、有期徒刑及鞭刑等。新加坡政府除採嚴格立法、強力執法與高度的反毒教育計畫,對潛在與現實吸毒者產生威嚇,以提高社會大眾的毒品零容忍度,同時對於吸毒者,除給予處罰之外、並給予治療,來隔絕對他人的影響,並透過社區力量共同幫助毒癮者更生,使得以回歸社會。新加坡將毒品吸食者視為病犯,被懷疑使用毒品者皆須接受尿液檢驗。第一次和第二次的吸毒者以病人身分視之送往戒毒所,第三次以上之吸毒者則以犯人視之,處以嚴厲刑罰。毒品成癮者視個案情形移送勒戒處所,時間為6個月以上到3年不等,原則上第一次勒戒時間以6個月為原則,第二次則為1年2個月,第三次以上者移送法院審理。新加坡政府自1998年7月起,針對接受數次治療後仍未能擺脫吸食毒品習慣之嚴重吸毒者處以長期刑⁵¹。

三、中國大陸

中國禁毒政策,1949年至1978年間將重心放在地方而非中央政府,以發揮因地制宜的特性,直到1970年代末期,才開始建立較為統一之全國禁毒法規,其立法體系以刑法為主,而行政法與地方立法為輔。1990年至1998年間,分別成立了「國家禁毒委員會」、「禁毒局」與「禁毒基金會」,支持禁毒工作。於2010年發佈「中國禁毒白皮書」,強調社區戒毒和強制隔離戒毒是目前中國的主要戒毒措施。同時增設強制戒毒所和勞教戒毒所,擴充戒毒醫療設備及加強專業醫療人員技術,完善管理體制,並創建「無毒社區」,透過家庭、學校和基層社區做起,將禁毒列為規劃重點,以小型社區為一單位,建立禁毒管理機制,並將相關責任分散到社區內的各單位和個人落實,加強對國民的禁毒宣傳^{52,53,54,55}。

⁴⁸ Central Narcotics Bureau (2011) More Drug Abusers Arrested and Drugs Seized as CNB Intensified Enforcement Efforts in 2011. Retrieved from http://www.cnb.gov.sg/Libraries/CNB_MediaLibrary_Files/CNB_Full_Year_2011_Annual_Stats.sflb.ashx

⁴⁹ 詹麗雯、李明謹、林學銘、蔡佳容、陳念慈、郭峻榮、呂宗翰：新加坡矯正機關處遇管理模式暨刑事司法體系犯罪處理方式。法務部矯正署，2012。(公務出國報告)

⁵⁰ 吳孟修、游雯淨、蔡文瑛、李志恒：國際物質濫用防制體系。李志恒主編：2014 物質濫用。初版。2014；38-76。

⁵¹ 新加坡禁毒協會(Singapore Anti-Narcotics Association, SANA), <http://www.sana.org.sg/>

⁵² 中國公安部：中國禁毒白皮書。北京：公安部，2000。

中國大陸和多數亞洲國家類似，依舊是以強調刑罰來遏阻吸毒行為，於 2007 年 12 月 29 日通過，2008 年 6 月 1 日起施行《禁毒法》，目的為預防和懲治毒品違法犯罪行為，保護公民身心健康以維護社會秩序。該法所稱毒品，係指鴉片、海洛因、甲基安非他命、嗎啡、大麻、古柯鹼，以及國家規定管制的其他能夠使人成癮的麻醉藥品和精神藥品⁵⁰。《禁毒法》中提及三大戒毒政策，包括社區戒毒、強制隔離戒毒及社區康復，除強制隔離戒毒外，社區戒毒措施為針對首次發現吸毒成癮者、懷孕或哺育嬰兒的婦女吸毒者以及未成年人吸毒者都可以接受社區戒毒，而不需強制隔離。該法第三十三條中提到：「對吸毒成癮人員，公安機關可以責令其接受社區戒毒，同時通知吸毒人員戶籍所在地或者現居住地的城市街道辦事處、鄉鎮人民政府。社區戒毒期限為三年⁵⁶」。而該法第四十八條「對於被解除強制隔離戒毒的人員，強制隔離戒毒的決定機關可以責令其接受不超過三年的社區康復」。社區康復係戒毒後續跟進服務措施，帶有強制性的責令手段進行後續照顧，以期防止復吸，並使戒毒人員身體、精神、心理以及社會功能得到康復，從而回歸社會。根據 2017 年 3 月 23 日中國發佈「2017 中國禁毒報告」指出，2016 年全力推動毒品問題整治工作，打擊毒品犯罪效果明顯增強，並不斷提升禁毒整治資源，並深入實施青少年毒品預防教育工程。報告顯示，2016 年共查處有吸毒者 100.6 萬名，依法強制隔離戒毒 35.7 萬人次，責令社區戒毒 24.5 萬人次、社區康復 5.9 萬人次。截至 2016 年底，吸毒者共 250.5 萬名，戒斷三年未發現復吸人員提高為 141.1 萬人⁵⁷。

四、香港

香港特別行政區政府保安局轄下的禁毒處和禁毒常務委員會，為香港主要藥物濫用防制政策制訂及實施之單位，香港禁毒常務委員會針對藥物濫用防制採取五大策略，包括 1.預防教育及宣傳 2.治療及康復 3.立法和執法 4.對外合作及 5.研究，著重降低危險因子及增強保護因子，關心青少年身心發展，以達預防藥物濫用目標⁵⁸。

⁵³沈洪仕、何英雲、蘇俊義：社區戒毒模式的探討。中國藥物濫用防制雜誌，2008；14；249-250。

⁵⁴馮齡儀、劉民和、釋淨耀、李志恒：無毒社區。李志恒主編：2014 物質濫用。初版。2014；121-131。

⁵⁵鄭瑞隆、黃敏偉、簡美華、張嘉芬：「藥物濫用預防介入策略及成效之比較研究」研究報告。行政院衛生署食品藥物管理局，2011。

⁵⁶中國禁毒網，2008：中華人民共和國禁毒法 http://www.nncc626.com/2014-05/14/c_126500823.htm

⁵⁷中國國家禁毒委員會辦公室：2017 中國禁毒報告。北京；國家禁毒委員會辦公室，2017。

⁵⁸香港保安局禁毒處：禁毒處的工作。2009。檢索日期 2017 年 5 月 10 日，取自 http://www.nd.gov.hk/tc/about_us.htm。

由台灣戒毒歷史發展軌跡及亞洲鄰近國家戒毒處遇之作為談我國未來戒毒處遇策略

香港將吸毒者視為病患，提供多元戒毒治療和康復服務，以符合不同背景吸毒者的需要。由於吸毒模式不斷轉變，加上新興毒品不斷湧現，戒毒治療和康復服務模式亦不斷調整。香港保安局禁毒處已先後於1997、2000、2003、2006、2009及2012年連續制訂戒毒治療和康復服務三年計劃，目前正實施2015至2017年三年計劃，主要為因應現時吸毒者的特性和需要，評估香港戒毒治療和康復服務的現況，找出現有戒毒治療和康復服務可作調整和改善的範疇，並就戒毒治療和康復服務在這三年內的策略性方向提供意見⁵⁹。

在2012至2014年三年計劃中，香港政府鼓勵相關服務單位作有效的整合及試行更多創新的戒毒治療及康復計劃，由禁毒處統領各相關決策局/部門、公營機構及非政府機構，加強跨領域合作，以回應吸毒者對治療的需要，包括以社區為本的「濫用精神藥物者輔導中心（濫藥者輔導中心）」為吸食危害精神毒品者及邊緣青少年提供輔導服務和協助；「戒毒輔導服務中心」協助吸毒者戒毒，並於康復後重返家庭及重投社會；「物質誤用診所」為吸食危害精神毒品者提供精神科治療；「住院戒毒治療及康復中心（戒毒中心）」，以及中途宿舍為住院者提供一個遠離毒品的環境，以便接受戒毒和治療服務等。

1972年，香港首次以門診方式為鴉片類成癮者提供美沙冬治療，目前已為香港最龐大的戒毒治療計畫。該計畫提供「代用治療」及「戒毒治療」服務，透過「代用治療」，病人每天在監督下服用指定劑量的美沙冬，以減低或遏止對鴉片類毒品的倚賴。另「戒毒治療」，則在一段時間內逐漸減少所服美沙冬的劑量。治療計畫亦針對完成「戒毒治療」者提供續照顧服務，以減低復吸的機會⁵⁹。

伍、我國未來戒毒處遇策略之改善建議

我國目前戒毒模式可分為醫療模式、宗教戒治模式及刑事司法體系毒品戒治模式，惟隨著毒品種類日新月異，各種毒品效果不同，吸毒者使用目的相異，同時伴隨層出不窮的個人、家庭及社會問題，戒毒方式已不能用單一方式處理⁶⁰。

一、尋求罪犯及病人之平衡點

病犯模式與美沙冬替代療法，在我國現行法律上有其扞格之處。興奮劑（安非他命、古柯鹼）成癮者無替代療法，而抑制劑（海洛因）成癮者卻由政府提供合法替代成癮藥品，兩者間戒毒處遇不同。法律為國家執行政策之基礎，吸毒者之身分應及早定調，如以病人視之，則使用替代療法自無疑義，

⁵⁹香港保安局禁毒處：香港戒毒治療和康復服務三年計劃(2015至2017年)。香港：保安局禁毒處，2015。http://www.nd.gov.hk/pdf/typdtrs_full_c.pdf

⁶⁰張伯宏：建立本土化戒毒模式之芻議。警學叢刊，第31卷第1期，頁1-3，2006。

如以病犯視之，則應思考不同之治療處遇，俾名正言順，以求事成。

二、增加醫療資源投入

我國現行法令希望透過觀察勒戒和強制戒治之方法來戒除毒癮及再犯，但成效仍然有限，又所採用之替代療法太強調藥品（美沙冬）的提供而忽視戒毒最大之困難為心癮，低估精神治療及社會復健的重要性及其所需之醫療、社會及人力之龐大資源與成本。觀察勒戒著重醫療戒毒，應加強醫療措施與人員解除生理之癮；而各戒治所除專業臨床心理師、社工員及輔導員外，其餘行政及相關業務由監獄原有人員兼辦。然吸毒者之人格特質與行為有別於一般犯人，兼辦人員之專業能力不足，難以落實戒治處遇之理念。因此，應加強提升監禁場域之醫療資源，包括專屬病房或專業醫護人員之進駐，以提供較佳之戒治環境，並配置專業輔導人員，以協助吸毒者之心癮達到戒除之效果。

三、加強追蹤輔導

戒毒需經勒戒、戒治、追蹤輔導三階段始具成效，吸毒者出監所後易受外界影響而再犯，其更生保護和社會適應非常重要。應強化出監所後各機關間包括觀護、警政、社政及醫療單位間之連結，除應有追蹤聯繫網絡，同時積極實施技能訓練並協助就業輔導，使其具一技之長、穩定就業後自身經濟得以支持以回歸正常社會，以有效維持其戒毒信念。

四、多元處遇方案

對於罪行較輕微之毒品相關犯罪，可施以刑罰之替代性措施，例如緩起訴或其他社區處遇等替代性方案。單純施用毒品者，應可改以治療為主，監禁為輔之處遇方式，若為深度成癮者或本身無戒毒意願之重複使用者，則改以長期監禁為隔離、改變環境因素等協助其戒毒。

五、新興毒品施用之戒毒與中毒處置

我國從 2000 年左右，開始有大量的新興毒品濫用問題，例如愷他命、mephedrone、MDPV 等，這些新興毒品一則尚未得知其確切毒性，再則常有併用情形，導致中毒之後不易解毒治療。如何因應此一新問題，醫藥基礎及臨床治療專家宜集思廣益，尋求有效解毒治療之道。

陸、結語

政策擬訂前宜集思廣益，然後作成政策，據以執行，不宜朝令夕改也不宜首鼠兩端，以毒品政策而言，日本每五年檢討一次，值得我們參考。我國戒毒政策於 2005 年試辦海洛因成癮者之美沙冬替代治療起，由「減少供應、減少需求」的兩減政策邁入「減少供應、減少需求、減少傷害」三減政策的時代。而戒毒採用之模式，因世界各國國情及法令不同而有所相異，我國依毒品危害防制條例，除

由台灣戒毒歷史發展軌跡及亞洲鄰近國家戒毒處遇之作為談我國未來戒毒處遇策略觀察勒戒、強制戒治外，尚有以宗教、民間團體輔導或家庭支持系統等社區處遇模式，新加坡透過社區力量共同幫助毒癮者更生，使得以回歸社會，尤其是職能輔導，值得我們參考。惟毒品之戒治應以如何使毒品使用者戒除毒品為主要目標，需考量施用毒品之類型、使用原因及目的、使用者之人格特性和戒治意願等因素，透過多元方式進行方能發揮效果。同時，應建立以實證研究(evidence-based)為基礎之戒毒模式，針對目前國內不同戒毒模式進行深入探討分析，並參採世界各國之戒毒經驗與方法，以瞭解不同毒品使用者適合採用之模式為何，並透過實證研究評估其成效。

此外，目前我國僅對海洛因成癮者提供參與美沙冬維持治療之緩起訴，但對使用其他一級毒品(如 cocaine)施用者是否公平？二級毒品施用者目前雖已開始有緩起訴試辦並予以治療，但成癮治療政策應考量公共衛生、公共安全與人權間的整體平衡，並應具備社會總成本的概念。另就減害的觀點，物質成癮與菸、酒、檳榔之社會危害可否比擬，而法律與行政的介入是否符合比例原則？HIV 因注射使用毒品者的共用針具所產生傳染風險而有減害計畫，如果使用新興毒品 (如 ketamine, MDMA, BZDs)後進行不安全性行為，同樣有導致 HIV 傳染風險，則國家政策又需如何因應始得公允？諸多問題都在考驗及挑戰我們的傳統思維。

任何政策都有時代的背景與意義，從我國藥物濫用的演進史可以得知，針對不同的毒品應有不同的防治作為，這也正是「法與時轉則治，治與世宜則有功」的真諦。