

台灣成癮科學學會林式毅理事長

這次座談會主要的目的是要來訂定衛生署與法務部間未來可行的方向，之前我們已經了解到除罪化是不可能的，但現在我們再也不能只是單純的判刑，我們會進一步來做治療，從犯罪到治療的過程到底該如何進行，是今天座談會的目的。

早期立法院的條例認為毒品使用者是病人也是犯人，直到今年 4 月份的修訂讓我們了解緩起訴的病人包括 1、2 級毒品的使用者，所以目前要探討怎麼提供治療的問題。

現在我們希望立法院能通過健保法中成癮戒治的部份，雖然精神衛生法有規定成癮疾患屬於精神疾患，健保局對精神疾病的治療也有給付，但為何健保法有把精神疾病患者納入給付的對象，卻把成癮患者排除在外？

當然這部份還是要等立法院通過，雖然除罪化仍不可能，但疾病化是否能走向健保給付，當然還有很長的一段路要走。

未來司法單位、醫療單位等主管單位該如何訂定這些緩起訴之後的作業標準、預算、執行單位、人員、如何轉介、撤銷緩起訴等等的施行細節，希望大家可以發表相關的意見。

另外在法規上，醫療法、管制藥品管理法等等其實已經相當完善，過去不符潮流的法律規定我們都已修改完畢，嚴謹度也不亞於其他開發中的國家，只是我們如何在現有的法律規定下去執行，需要大家的腦力激盪。

至於醫療的部份，就我擔任成癮科專業工作人員將近 15 年的經驗來看，台灣真正從事這方面的醫療人員仍然非常少，相關精神科專業醫師大概也不到 10 位，很多人員後來也都離開了，其他的同僚像是社工、心理、復健人員通常都是 part time 的，沒有專業負責的人員。

很高興今年終於成立了台灣第一個成癮學會，這也是由於大環境的變化，讓我們不得不結合起來，現在藉由疾管局所推動的美沙冬計畫，臨床上已成立了將近 100 個治療單位，力量確實增加不少，但我們主要還是希望能有好的訓練，像台灣最近成癮科學學會和國家衛生研究院合作，培養成癮次專科訓練，很高興下個月就是開訓典禮，預計將進行為期 2 年的培訓計畫。第一年有 13 位醫師參加，未來每年希望培養 10 幾位專業的精神醫師從事成癮的救治，經過 5 年之後台灣起碼會有 50~60 位專業的精神科醫師從事成癮的戒治工作，當然我們也要訓練其他醫療同儕，包括精神科和非精神科的專業人才，因為未來要處理不同患者還是要需要很多不同的醫療人才，像是治療單位的認證、未來是否需要社區治療、留院治療等等，我們希望能仿照精神科的治療模式，所謂的生物、社會、精神、心理的介入都是非常重要的。

尤其就是有關司法的部門，未來是不是有可能在監獄裡提供治療，雖然目前法律還不允許，但我想以後是不是起碼可以像英國一樣在服刑期間進行維持療法、解毒計畫等等，以避免有毒癮者出所之後突然死亡的案件發生。

談完施行辦法之後，我們必須進一步探討臨床醫療單位如何跟當地主管機關、檢察署、觀護人體系等作密切的聯繫，我想這將會是台灣創造成癮治療世界性歷史的一個機會。

剛剛 Dr. Walter Ling 有表示在美國也是經過百年的奮鬥才有這樣的成果，回過頭看看台灣的歷史，其實早期杜聰明博士在一百年前就曾提出維持療法，將鴉片提供給鴉片成癮患者，另外像澳洲也有提供海洛英給成癮者注射，這種所謂以毒養毒觀念其實是很好的治療方式，但社會大眾有沒有辦法接受，有沒有辦法推動，還需要進一步討論。

針對以上的議題，我們第一部份先來討論大方向的問題，以及更實際的作法。

學會這裡有 10 項建議的施行方針，我們也可以從這裡來進行討論。

法務部矯正司許國賢編審

第 24 條通過之後對我們的矯正機關有很大的衝擊，首先我們矯正機關在毒品的部分有三個部門，第一個是觀察勒戒所，第二個是戒治所，第三個是監獄，第 24 條通過之後，緩起訴的人要經過戒癮治療，無效之後來到監獄，但既然已經戒癮無效了，來到監獄的目的到底為何，是還要戒癮嗎？醫療機構已經認為無效了，那監獄難道只是給予懲罰的功能嗎，但社會輿論壓力不會只到這裡，大家會問說為何監獄沒有提供治療、沒有教化，當然我們又不能推說醫院已經沒有辦法，我們監獄又有什麼辦法。

第二個問題，進到觀察勒戒跟戒治所的人，是醫療評估認為說已不適合接受治療的人了，才會進入觀察勒戒跟戒治所，但所謂觀察勒戒卻屬於一種以病人的身分接受治療的單位，那這樣觀察勒戒與戒治所存在的目的到底何在，觀察勒戒與戒治所又要做些什麼事？

第三點是談到監獄內是否能提供相關治療的部份，其實監獄內有提供一些宗教方面的治療。在醫療部分，像主席說的，目前衛生單位現有的藥癮專家真的非常少，就算有錢也請不到人，尤其在東部偏遠地區更缺乏相關的人力。所以即使矯正機關被賦予這個神聖的行政使命，希望能把藥癮者治療好，但矯正機關跟醫療界是不同的，醫療界所要求的是延緩再犯或延緩復發的機能就可以了，然而監獄卻是要求他絕對不能再犯，只有這樣才能顯示我們矯正機關的成效。

以上這些問題想請問衛生機關的先進，到底矯正機關應該怎麼做，我們觀察勒戒戒治所跟監獄的功能何在，我們到底該何去何從？

衛生署醫事處許景鑫科長

對於到底是病人還是犯人的問題，雖然法制上的定位還不是很明確，若純粹當病人看待的話，很簡單，就是以自費處理的方式去做，因為這是一種長期的慢性疾病，它不是法律的問題，而是疾病的問題，至於如果有犯了任何刑法，當然就是以刑法來處理，評估是否曾犯下偷搶等前科，再決定如何處理。

第二個我相信戒治所的存在是有其時代性的任務，但這也不代表醫療是萬能的，醫療在戒治所裡面也絕對不是萬能的，其他如心理、藥物還有一些社會復健都是需要的，所以戒治所主要還是另外一種型態的戒治方式去處理，因此不光只是採用醫療的方式，我認為我們應該從源頭就開始切除到底是病人還是犯人的問題，不應該同時包含病犯這兩個。

台灣成癮科學學會林式毅理事長

就我目前的經驗來說，這大概會是另一次的分流，早期在醫院我們有開立一種戒癮證明書，這種戒癮證明書可以在法院上提出證明，以減輕藥癮者在法律上的刑罰，當然這種證明還是不可能免除刑期的，所以後來戒癮證明書對病人來講用處似乎也不大，因此我們希望未來可以通過相關的法律，以真正發揮戒癮證明書的用處，如此一來就能進一步減少社會成本。當然監獄需要關人還是要關人，但至少可以少關一些人，因為關一個人不只需要政府養他，更會使這個人喪失生產能力，所以我們醫療單位絕對是責無旁貸的，且應該要更努力的去推廣所謂的國民治療計畫，不需要去花費多餘的成本又喪失生產力。

目前藥癮治療的部份，除了勒戒所、戒治所、還有監獄這三個層面外，現在又有緩起訴。雖然緩起訴的人會越來越多，但還是要視醫療人員能否負荷。若以 100% 來算的話，病人都在其中流動，我們認為病人留在前端的話，對社會是最有利的，如果這樣的觀念沒有錯，也就是說能夠以這樣的一個治療計畫方向去施行的話，我們希望在 100 個病人中，緩起訴中的人數最多，其他還沒被警察抓到正在接受

治療的人也很多，但最後進入司法體系中在監獄裡的人是最少的，在戒治所的人可能多一點點，在勒戒所的也還有，但絕大部分的人都會轉而是以自己花錢的方式存在於這個治療的系統之中，當然這樣的目標前提是相關從業人員必須快速的增加才可行，否則會流於空談。

台灣成癮科學學會束連文常務理事

如果緩起訴開始做，很多使用毒品者被逮捕，進入到緩起訴程序，假使緩起訴被撤銷，最後還是要進入某個地方，不是觀察勒戒所戒治就是監獄，那監獄還是有它的角色。

從背景講起，87年毒品危害防制條例剛實施時，當時的設計規劃大部分還是將毒品使用定義為犯罪，但毒品使用者同時也有病人的身分，因此他們會得到像病人一樣的待遇，也就是說他們還是有被治療的機會，所以當時的想法是認為觀察勒戒所應該要帶有強制的意味，去強制藥癮者進入醫療體系，那觀察勒戒所就應該是附設在醫院底下的。

記得計畫還沒執行時，NIDA的Director看到法令就表示如果美國看到這樣的設計一定會很喜歡，因為不但有醫療還有強制醫療的部份，用強制的力量要求藥癮者進入醫療系統，這個在立法上是很先進的，但很顯然的是計畫與執行之間還有相當大的差距。

因此這個觀念是在於，觀察勒戒所可能有其存在的價值，但是觀察勒戒的內容應該還是需要被調整，戒治所也許還有存在的價值，內容同樣也需要被調整，監獄仍然有存在的價值，它的內容同樣也需要被調整。

所以從大方向來看是我們把現在使用毒品的人，不管有沒有被抓到，如果沒有被抓到當然盡量提供醫療；若已經被抓到，在現況之下能不能要求他或促使他進入醫療；至於其他沒辦法進入醫療的，當然還是依照現有法律去處理；而被抓到但沒有進入到醫療的那一些人，能否多參考一些醫療的角度去處理，因為台灣目前所能夠提供治療去幫助這些藥癮者的量是絕對不夠的，所以我們可以改一個方向，並不是說觀察和勒戒處所該怎麼辦，而是說以後的觀察勒戒處所和戒治處所，將是台灣主要的藥癮治療機構，如果觀察勒戒處所或戒治處所中的醫療人員遠比醫院裡的醫療人員更厲害、人力更多，那裡或許可以成為主要的治療單位。

當然目前執行上的困難是法務部能否找到足夠的醫生進入單位中，我想這並不是說要把工作推給誰的問題，應該說這是一個改變的機會，對於毒品使用者的處理上，以目前有的證據來看，提供幫助的方式一定是比較好的，關起來並不是一個好方法，而在現行法律當中又如何將此觀念做轉移，透過幫助這些人的方式去減少他們的問題。

現在我們有法律站在背後，所以會更有力量去強制藥癮者接受幫助，至於實際幫助的內容就是現在必需要努力的地方，我想今天的座談會的確透露了很多的問題，但也找到了大方向。所謂的方向是指將實際可以幫助這些藥癮者的的方式找出來，這個方式不是我們想的，而是他們願意接受的方式，可能是藥物、治療或其他的方法，而如何讓藥癮者不要被關，有時候是一個很大的誘因。

所以緩起訴的部份，用強制藥癮者去配合醫療的方式來代替入監服刑，絕對是很大的一個誘因。至於配套措施如何，當然就是未來我們所要面臨到的挑戰。

另外，從臨床醫療的角度，我相信醫療人員絕對願意做幫助別人的事情，但是一定要給我們空間，如果要求把藥癮者在某個時間範圍之內治療好，對我們來說一定會有困難，可是如果要求藥癮者必須接受我們的治療多久，這件事情我們就可以做。

所以這也許是將來我們在考量配套該如何執行時，可以採取的一個比較彈性的大方向。

法務部檢察司白忠志檢察官

法務部不可能再走回頭路了，我們不可能再把施用毒品者當做完全的罪犯來處罰，其實如果要把施用毒品者當完全罪犯來處罰是很簡單的一件事，頂多只是依施用次數不斷加重刑期而已，但我們不希望以這樣的方式來處理，因為這種人出獄之後還是會再犯，所以想要用處罰來防止藥癮者再犯，基本上是不大可能的。

我想將藥癮者當做病患的處理方式是正確的方向，87年時的修法其實也是基於這樣的原因，爲了促使這些毒品使用者進入醫療體系，但因爲完全除罪是不可能的，所以我們接受在進入監所前執行所謂的醫療，甚至直接去醫療院所做就可以了，不需要在監所內做醫療，當然這部份還是有很多的聲音。

有個問題是，我們都是唸法律的，對醫療這塊的專業性不是很了解，今天如果在監所蓋個像台大這樣的教學大樓，難道醫師們真的都會願意進來嗎？另外像是該用什麼藥物、儀器、治療方法等我們也都不清楚，所以這就是爲什麼醫療和法律在執行上一直存有很大的落差，這部分我們的承辦人員可能比較清楚一點。

基本上我們現在是希望透過司法監控的機制給病人一種壓力，乖乖的去院所接受治療，若不乖乖接受治療，那就回監獄去執行，其實這不單只是一種壓力，而是提供藥癮者一個選擇的機會，當然前提是必須遵守相關的醫療規範。

比較麻煩的是，現實上我們知道毒癮者不可能在短時間內治療完成，所以我們還是要尊重醫生的評估，若醫生評估已經戒斷的人，我們就會繼續監控一年，這是因爲法律規定緩起訴只能監控三年，除非以後大的行政訴訟要在監控期上做修改，但這是不可能的，所以我們才會規定可以再延長監控期，但以一年爲限，因爲我們希望能在有限的緩起訴期限內監控治療的程度，我想所謂的戒癮不能用完全戒斷的標準來看，相反的我們能接受使用替代藥物，或逐步減少用量，也許從一天施用三次，減少到十幾天或一個月，我們也是能接受的，重點就是不要把標準界定的這麼嚴格，說他絕對不再使用，這樣的認知才能真正幫助脫離毒品的環境，當然這部份還要呼應心理上的治療、社會復建、就業輔導等，作用才能真正完全。

至於我們會規定說不限於海洛因，是因爲法律明明就規定不限制，如果在這個部份做限制的話其實是不適當的。

另外我比較擔心的是，剛才統計數字顯示一年大約有一萬多個施用毒品的人進入勒戒處所，如果之後把這些人都放入醫療院所，醫療院是否有辦法負荷？

第二個，剛剛教授提到說希望能補助患者，不要花光他們信用卡的錢，但我想他們可以有個考量，雖然現在的原則是要求自費，但他同樣也可以考慮入監服刑，因爲罰金大概也要 50 幾萬，整個治療的自費療程頂多 1、20 萬，他只要覺得划得來的話，就會接受治療。

所以這是整個司法監控體系設計的好處，讓藥癮者有個選擇的機會，到底要入監還是接受治療，這是我們整個設計的方向。

台灣成癮科學學會林式毅理事長

緩起訴金的運用是個很藝術性的問題，至於能不能使用在醫療的費用，我想可以請立法院來做個釐清。

就我的早期的經驗，我曾經計算過，在以前檢肅煙毒條例時代，只有煙毒才會被判刑，尤其在安非他命流行時，都是易科罰金，我們的政府從這些毒品使用者身上每年收了 2~30 億，那時候一年收了好幾萬人，每一個人 6 個月易科罰金都是 10 幾萬。

另外這個易科罰金又不是緩起訴金，而是進入國庫裡面被政府賺走的，病人放走後，只要錢繳了就沒事，我想這是非常不道德的。

更何況施用安非他命的大多是年輕人，這個罰金最後反而變成父母的負擔，我想這樣的時代已經過去了，我們不能再用易科罰金來處理，應該改成易科緩起訴金、易科治療金，就是罰你先拿出一筆錢出來治療，如果法律能做到這樣應該會比較完善，以上是我對白檢察官的回應。

法務部檢察司白忠志檢察官

剛剛理事長提到錢的問題從哪裡來，18號行政院會已通過毒品防治修正草案，這次修正主要是針對緝毒的部份，有關醫療的部份其實都被拿掉了，其中有一條是要設立一個毒品防治基金，這個基金的來源主要有幾個項目，譬如理事長所說的向毒犯收取的罰金要納進來，另外還有毒犯財產沒收所得的部份，我們也會把它納進這塊以擴充基金的範圍。

很可惜在這個條文上有些意見，所以這條最後就被拿掉了，當然這部分我們還會再努力，因為就法務部的立場來說，是希望成立專屬的基金來從事毒品犯罪防治的工作，而不是只有戒癮治療的部份，其他還有社區的部份，這些部分應該都能幫助整合基金的運作。

至於錢要放去哪邊，當然不可能全部交由法務部，而是要放入一些團體去運用，

我們當時也是配合各縣市政府毒品防治中心，把它法制化，讓它成立正式由政府機構去推動，只可惜有很多部會認為權責不清所以也拿掉了。

另外醫療處所相關條文被拿掉的部份也是比較可惜的地方，所以其實今天討論的議題在草案都有包含在內，但最後還因為一些意見的分歧而被取消，不過這不是指以後就不做，我們未來還是會往這個方向去做努力。

台灣成癮科學學會唐心北常務理事

許國賢編審剛剛提到所謂犯罪或疾病的問題，這個哲理似乎目前還是沒辦法被釐清，但我想成癮事實上是一個會導致犯罪的疾病，**a disease leading to crime**，這或許可以讓我們用一個角度去看待，也就是說如果醫療處遇過程中已產生犯罪行為，司法還是要介入，這樣就不會產生困擾。

另外，因為一般醫療院所處理的過程會有比較多的可能性和議題假設，最後司法也許還是會接受這個可能性，但在醫療上，像許國賢編審所講的，我們用的是延緩再犯，而不是保證他不會再犯，所以我們重點是希望能以科學的方法，讓效果極大化，其中醫療和司法的合作，就是效果極大化的關鍵所在。

記得那時候緩起訴起草時，我和朱朝亮檢察官在推動的過程確實看到了一些效果，我們自己知道其中有一半的人會再犯，但同樣的，也有另一半的人可以完成一整年的治療，這樣我覺得就已經有效了，就算有些完成一整年治療的人之後也還是會再犯，但反過來看他們至少已經有減少再發生，或再被司法逮捕的機會，我想這就是一個很好的效果。

我常常這樣形容，當我們看到一個在學走路的小孩，他會跌倒，難道他跌倒我們就要打屁股嗎，這麼笨連走路都不會，不是的，我們應該要教他、安慰他，或是針對不同的先天差異，去提供更強化的處遇，所以我認為在這樣的觀念上，重點是透過司法讓這些人在得到評估之後可以做分流，剛剛理事長也有特別強調，有些人用一般的處遇是可行的，有些人則要用更強化的處遇，而不是說一再犯就把 **privilege** 拿掉，剛剛 **Walter Ling** 也有提到這樣的意見，希望能透過這樣的過程，讓藥癮者願意跟我們討論困難，我們協助他克服困難，而不是讓藥癮者在司法上永遠用防禦的方式來強調自己都沒有問

題，直到最後被逮到了，社會才又去質疑之中的效果，我想這是一個蠻重要的改變觀點，用矯治而非懲罰的概念。

但剛剛聽下來的重點似乎還是要強調懲罰的想法，如果是這樣我認爲司法和醫療間就永遠有爭議存在。

國家衛生研究院何英剛副院長

我所學是屬於基礎醫學這方面的，跟臨床和法律都沒有相關，因此當我看到這個從犯罪到疾病的議題時，我認爲這是個很值得我們繼續努力去做的事情，因爲藥癮這種疾病跟一般的疾病不同，比如說像肝炎，只要治療後即可恢復，但藥癮還有心理上、精神上的問題，我們希望底下社區治療模式還有一些法規的方面，也可以當做治療的部分，因爲一個人戒斷之後，需要輔導矯正，**social cycle independent**，我想這一點是國內現在都沒有注意到的，而這一點也非常的重要，至於替代療法，不論是 **Methadone**、**Buprenorphine** 或是 **Suboxone** 都是以藥物作爲基礎，但不管是哪一種對我們的身體都有影響，吃藥總是有壞處的，而我們爲什麼又要吃藥，主要是讓這些人可以在戒斷之後不要再回復，當然這一段路程是非常遙遠的，重點是希望我們能 **advocate** 這部份，讓政府也能介入，包括衛生署和內政部，去幫助這批人不要再回去使用這些藥物，尤其是那些才 10 幾歲的藥物成癮者，如果能夠積極治療，將可大大增加生產力。

另一方面，不只是藥物成癮、其他像藥物濫用的，和 **K 他命**、古柯鹼、大麻和安眠藥等，我們都要加進去，這是非常重要的事情，之後就是把這個 **issue and challenge** 往前推，**recovering**，然後看機制怎麼做，是很重要的。

台灣成癮科學學會林式毅理事長

何副院長所談的觀念很重要，這是我們下一步應該做的，當然這也是全世界開發國家所面臨的共同問題，所以我們理所當然也要去承擔這部份的責任。

Professor Walter Ling

在幫助解除成癮的醫學治療領域中，醫藥和哲理都非常的重要。在哲理面來看，治療成癮、社會以及我們可以在何種程度上對待他人如同自己的兄弟般都息息相關。這個社會裡，總會有一群人並沒有如同大多數人一樣好好的生活，他們對於自身的照顧也不盡完善。更甚者，他們也不在乎自身對這個社會所需負的責任。我們該如何對待這類人？把他們當成需要幫助的人？或是對他們避之唯恐不及？從哲理面來看，這些都取決於我們自身的選擇。當我們選擇了自己的立場，我們必須將自己稍微帶離這些病患的所作所爲。因爲所有關於治療的程序，都與“**tricks**”有關。當我們想到成癮，結果會出現兩種。當然目前有醫學上的治療等等，但最基本的，當我們在治療成癮時，我們其實是在改變行爲。你可以用獎勵或是懲罰的方式來改變行爲。但有時候我認爲，應該兩者並行。我們不應該因爲成癮者的行爲而改變我們的哲理觀點，因爲我們身爲人都有能力去作改變。而我們也會因爲改變我們的立場而感到無力。我們沒有任何的控制權。就像一個機構中的資深秘書，不論如何想確認員工是否有將這些錢負責任的使用，一旦決定給他們這些錢，你就可以知道，他們並不會照你所想的使用的方式花掉這些錢，因爲他們現在不需要你的同意，就能使用這些錢。你不見得需要因爲他人改變你的立場。有很多方法和其他的策略，但是它們只是策略，這些策略並不能保證成功。令人驚訝的是，那些最努力嘗試戒癮的人，也不見得能保證成功。當事情沒有像我們希望的那樣進行，我們是否需要改變我們決定，例如哲理？我想我們的哲理觀點不應該有所改變。

法務部資訊處陳泉賜處長

自己本身是學資訊的，可能在這樣的一個座談會角色上會有點奇怪，另外我屬於法務部的輔助單位，所以今天的發言是代表個人而非法務部。

第一點有關病患還是罪犯的問題，我認為替代療法的問題是否能被社會接受是個關鍵，目前來看我們對社會的行銷宣傳是不夠的，像以上這些案例，藥癮者聚集在一起使用美沙冬等新聞，媒體總會採取大篇幅的報導，甚至認為這其實是藥頭做行銷的好機會，其他像是 *overdose* 的問題或死亡，媒體也會報得很大。

另外因為我是法務部的部會，難免會懷疑這些療法到底有沒有問題，當然這是醫療衛生機關的專業，可是當事件發生的時候，又沒有相關單位出面做說明，因此會讓我們有種猶豫的感覺。

我想表達的是，目前不論對社會或對媒體的行銷都做得不夠，所以在這個議題上我認為，所有相關的主管單位一定要強烈行銷，務必想辦法讓民眾能接受。

第二點，24 條緩起訴是避免再犯，*why not one step further*，往前看，從勒戒的時候開始，因為我們知道他曾經再犯，那為什麼不從出獄之後就馬上開始動作，而要等他再犯的時候才動作，這是一個邏輯的思考，*close and watch*。

今天我有把各單位的意見都讀過了，相關單位可能產生的爭議，預算誰來編等等的問題，我認為實在不應該再做不必要的爭執，我們可以參考國外的案例，看看國外是由那個單位在執行，就趕快去做，不要再爭執到底是法務部還是刑法，重點是政府單位可以往前走，否則根本就做不下去，這部分我是非常認真的在討論，

因為如果這塊沒有去做，沒有人去輔導他們、協助他們，再犯率只會不斷升高，無止境的循環。

另外就是 *take home* 的問題，美沙冬的作法，其實從研究的案例上我們可以發現，就業困難是一大問題，因為就業困難的時候一定只有再犯，所以我認為毒品犯除了涉及到沒收防治之外，也要協助他們在工作場所能夠找工作。

過去研究的數據，154 個案例中只有 2 個是矯治成功的，有百分之九十九是不成功的，這之中的改善應該是我們整個政治系統應該去思考的方向。

至於強制性的問題，重點在刑法能否要求他接受這個療法，我想監獄只能矯治，不能治療，治療還是醫療機關的工作，我想我們要分清楚，才不會說未來矯治不了又抓去關。

台灣成癮科學學會林式毅理事長

陳處長資訊掌握的很好，談到了很多關鍵，我必須再重述剛剛陳處長所強調的，第一個就是行銷的部份，*not in my backyard* 的問題在台灣慢慢發生，我們必須慢慢去解決。

第二個就是所謂的 *take home* 的問題，剛剛許國賢編審有談到執行藥療時，一定要在醫療院所服用的部分能否做個修改，因為目前 *take home* 已成為主流，尤其像 *Suboxone* 的藥物其實是蠻安全的，比較不會被誤用。所以這個策略的確是我們應該走的方向，否則只會犧牲掉藥癮者工作的機會。

第三個就是有關出監所的準備，目前的判刑並不是很重，像假釋的部份法律本來就有規定，從原本 1/2 的刑期改成 1/3 又改回 1/2，這些都是很彈性的，如果被判刑兩年服刑一年，第二年進入緩起訴治療計畫，你就可以假釋，像這樣的假釋過程一樣類似緩起訴的處遇，我想這些陳處長所提出的觀念都是可行的，或許我們可以請白檢察官在實行的部份再做修訂，因為這些人就是這些人，重點是要把他們放在哪裡，當然對他們來說，放在社會上才是最好的處遇方式。

其他像所謂的 **treat**，醫療界講的是治療，法務部講的則是處遇，另外還有萬聖節所講的 **treat**，所以 **treat** 這個字有時後可以是正向的概念，有時候也可以是負向的概念，關起來是一種 **treat**，藥物治療也是一種 **treat**，所以如果可以把 **treat** 的觀念整合在一起，讓司法和醫療都去 **treat** 他們，這樣的一個觀念其實是非常重要的，感謝陳部長寶貴的建議。

衛生署醫事處許景鑫科長

最近這兩種藥物都在醫務人員的觀察之下服用，是希望將來診斷時做適當修正，再評估是不是可以將 **Buprenorphine** 帶回家服用。

我們一直強調毒品吸食是一種個人的行為，並不是去販賣，販賣是觸法的，所以吸毒是一種慢性病的行為，包括後面治療的過程，可是很不幸的是，社會上對毒品犯的問題還是傾向以醫療的方式處理，但其實這是社會醫療問題，包含人際互動、工作、就業等等，若想以完全醫療化的方式解決絕對是失敗的。

過去反毒政策之所以會失敗，主要就是過度期待把這個社會問題醫療化，這樣其實是倒果為因的作法，好像只是大量的降低需求，找到本卻沒有去做處理的話，再怎麼降都是沒有用的。

比方家暴、性侵、還有打小孩，施暴者並不是天天打小孩的，他的生活挫折、工作環境等影響，促使他打小孩，對於這樣的行為，我們希望去導正他的觀念，但若導正只導正一時，而沒有改變之中關鍵的環境和背景，當然最後很容易再犯。

另外醫療上也有它的盲點，就像精神衛生法雖然會保障吸毒犯，但當吸毒犯有反社會傾向的話卻又將他排除在外，這個時候治療效果就不大了，這等於沒有治療。

當然我是蠻贊成何副院長所說的，要社區化，要做回到當地處理。

最後我想請教兩位專家 **Professor Ling** 和 **Professor Chapleo**，有關於醫療行為做過一段時間之後，對於他們繼續施用的傾向有沒有哪些指標是可以作為評估或參考的。

Professor Walter Ling

事實上，在治療成癮的問題中，預防再犯比治療更為重要。要脫離毒品其實很容易，比較難的是要如何一直保持在脫離毒品的狀態。從以前到現在，有很多 **tricks** 和治療方式來幫助預防再犯。但有一些事情很容易引起，或是提高再犯率。一是暴露在有毒品的狀態下，病患回到戒癮前，毒品很容易得手的环境，而造成他們的再犯。另外一個則是 **cues**，這就是為什麼院內病患比院外病患容易治療。因為環境中的 **cues** 會讓病患想起之前用毒的情況，而引起再犯。以前我們覺得再犯是一種壓力。這種壓力會使病患試圖戒癮的能力降低。這大概介於內心的需求，以及一個人身體要力行戒斷的能力。我想我們都有談過這些基本面，事實上，幫助戒癮是取決於，我們如何幫助這些病患，忘記之前在毒品成癮時的經驗。很多藥癮者在這種情況下都再度開始使用毒品。我想我們也必須要了解，不管我們做什麼，在各方面皆會有不同的用藥，而我們也預期會看到更多的藥物使用。所以當你遇見在接受藥物治療的人，你應該要提出，改變藥癮、改變對毒品的渴望，可以幫助健康。我們應建立比較立即的目標。我們不確定是否可以期望病患們走出毒癮，照顧他們自己，和在他們的日常行為中對社會負起應有的責任，所以法規和醫藥應該成為一體，也需要將這些看似很細微的事情加入考量。有時候是環境造成藥癮者無法脫離。最後，我們認為我們可以改變生活，改變思考，改變行為，但是在其中，其實還有很多其他的方法可以改變行為。我們也有提到它們的差異，有些事情我們是可以做的更好，或是得到更多的協助。

Dr. Chris Chapleo

就再犯率來看，我有一張簡報檔表示，約有百分之 10 到 20 的藥癮者最後完全的脫離毒品。就像 Walter 說的，你必須要改變行爲，你需要考慮到這些 cues，還有因為這些 cues 而被放大的渴望感。當藥癮者看到他的朋友們在注射毒品，這將會使他們很難不再犯。我不覺得鴉片類成癮和其他的煙癮、酒癮的再犯有什麼不同，這些人就是無法停止。所以鴉片類成癮是一種慢性的再犯，而且是需要和其他類型的癮拿來作為同等的考量。由醫療團隊面來看，我去過一個英國的 home office，是由英國的警方相關人員所成立的，他們堅信，就整個世界上來說，監禁藥癮者並不能解決藥物濫用的問題。這些人被監禁的原因是因為要保護社會避免受到傷害。但是在英國的監獄中存在很大的問題，像是各式各樣的物質濫用，鴉片類成癮，走私藥物，藥物注射，甚至 HIV 感染率等等，都常常在英國的監獄中發生。不論你相不相信，在英國大家都說監獄反而是一個可以找到毒品的地方。對於向前走，目前英國開始與醫療專家和社會服務工作者合作，主要是討論如何改變行爲，然後讓藥癮者可以重新回到社會上生活。如果有個人犯罪，將會影響社會上的其他人。對於這樣的人，當然應該施予監禁。我們知道藥癮者有時候會是比較衝動或是強迫性的，而發生闖入民宅、犯罪等行爲，這些人是應該被監禁的。但是如果有個煙癮或是毒癮者再犯，他們傷害的是他們自己本身。這則是產生藥品和鴉片類成癮，而不見得是那種會影響社會的犯罪行爲。所以現在警察對於僅限於傷害個人本身的成癮，將會以一個醫療狀況來處理，由醫療專家以及社工人員來給予協助。這些情況不見得是需要被監禁的狀況，因為他們並沒有對社會帶來其他的傷害。對於英國的警察和其他歐洲國家來說，這都是個非常矛盾的情況。所以監禁對於藥癮者以及其他犯罪者，應該都是最後才使用的策略。

台灣成癮科學學會林式毅理事長

兩位專家講得很有道理，預防復發是一輩子的事情，剛剛有談到 take home，今天有一份澳洲的丁基原啡因的治療指引，可以讓我們參考澳洲的作法，剛剛許國賢編審談到，的確在前期我們要做 close monitoring，等他穩定之後，可以找到工作，我們就要開始做所謂的 take home dosage，目前嘉南跟市立市療都有 take home 的病人，雖然只有個位數，但只有 close monitoring 的話確實是很好的方式，這樣一來就不用把他們綁在臨床的單位，每天這麼多人喝，擠在一起，不是很好的方式。

台灣成癮科學學會唐心北常務理事

等下會有個資料，是這個月台灣精神醫學會的 newsletter，如何提升美沙冬替代療法成效的短文，大家可以參考一下。

剛剛何院長有提到是不是可以把內政部納進來，過去我很多年都在做有關性罪犯處理的工作，這部份可以當作一個參考，像在性罪犯的處理中，我們有做社區監控，事實上就是醫療、司法、警政一起合作，當一個個案再犯危險性較高，我們就會做適當的評估，其實現有的靜態量表已經是過去式了，最多只能預測 75% 的再犯，剩下就需要社區監督，當社區發現危險性越高，社區監控或檢察官就會處以更嚴格的限制，比方宵禁、電子監控、測謊、驗尿等，當然最後如果無法治療，就要強制治療了，雖然不是在監獄，只是在社區醫院中進行。

我想我們可以從這個角度去思考，將來對成癮犯的作法，當然成癮犯的人數可能是性罪犯的 10 倍，或是根本不止，再加上性罪犯情形在社區的個案來說是比較少的。

所以目前醫療和司法就必須去討論，對於哪一些人，例如有某些前科犯罪紀錄的人，我們就可以用司法的角度去處理，但若單純只是毒品的問題，就用比較醫療的面向去做，其他有些人可能是因經常使用毒品而造成腦部傷害的，變成一種精神疾病的狀態，當然就是要把他放在醫療體系中，但司法可以給予一些強制的力量去促使他接受治療，那我想這樣子的一個合作處理方案，效果會最好，以上是我補充建議以性罪犯的角度來看會是個思考方向。

衛生署管制藥品管理局許炳章組長

剛剛有提到關於替代療法的病人，藥品能否帶回家裡服用的問題，當然如果藥癮者未來去就業，要回到醫院服用確實不方便，就我們管理局單位來說，主要是考量藥品會不會被留用當成毒品去販售。

所以第一點我們要考量藥品性質的問題，這個藥品有沒有被**毒用**的問題。

第二點則是要考慮病人本身的狀態，他會不會去販賣還是只是自行服用。

我想目前美沙冬要帶回去服用應該還不是很適當，因為這個藥品是對病人的，跟鴉片是同樣的，而不是個 **partial** 的，而是一個 **pure** 的致效劑，因此我們會擔憂這個藥被帶回去之後，是否會被病人拿來做販賣。

所以如果要考慮到藥品是否能帶回去服用的問題，還是要評估是否有被留用販賣的可能性。

法務部檢察司白忠志檢察官

有關給藥的問題，剛剛科長說目前有 85 家院所，這部份有沒有可能把給藥的部分，放在地方政府的衛生署，有沒有可能再下放給一般的藥局，當然這都還是要有醫生的處方，因為老實說這 85 家院所，台北就佔了多少家了，像東部偏遠地區，這種醫療院所比較不足的地方，我們該用什麼方法去讓他就近取藥，這可能會是未來要思考的事情，畢竟要做就做到更好，不要只做一半，應付了事。

台灣成癮科學學會林式毅理事長

請 Dr. Chris Chapleo 為我們說明目前在英國的情況，針對美沙冬，什麼樣的醫生能夠處方美沙冬，病人需在哪裡服用，多久需要看一次醫生，針對這部份來為我們說明。

Dr. Chris Chapleo

在英國，治療是非常開放的。一般的藥師可以開立美沙冬處方。美沙冬可以由藥師來經手，通常都是在有藥師的督導下使用。但是也可以帶回家用。如果有新的病例，當一個新的病患去就診，醫生診斷此病患的情況為較複雜的狀況，便會將他轉診給擁有專業精神科醫師，或是藥癮戒治專家的診所或醫院，而病患會接受一連串專門的治療。當病患的情況穩定下來，他們會被轉回給一般的藥師，而藥師可以決定該病患治療所需要使用的劑量和處方。藥師可以開立帶回家使用的處方籤，也可以開立“週處方”，也就是需要在藥師督導下使用的處方籤。目前我想在早期的治療環境，大約有百分之 30 可帶回家使用，而另外的百分之 70 為藥師督導的處方。早期的英國對於治療非常的開放，甚至開放國外的專門醫師治療，但是最近停止了。在倫敦，有注射用的美沙冬，但是絕對不會給予帶回家使用，這種藥劑會是百分之百需要在專業人士的督導下使用。但當病患穩定下來，轉回給一般藥師後，開立處方以及是否可以帶回家使用的決定者，將會是藥師。

Professor Walter Ling

澳洲在這方面是最成功的，美國並不是一個很好的範例。多年來我們嘗試去將藥師帶入治療過程中。在美國無法成功的原因，有一部分歸咎於商業競爭，而澳洲在這方面處理的很好。所以我想澳洲是一個很好的範例。有時候會有人問我為何接受 **neurologist** 和 **psychiatrist** 的訓練，他們會覺得為何我做這

樣的選擇？對於治療成癮患者，我把他們當成某一類型的病患對待。我們對於病患這個詞都會有刻板印象。但是當我們說到藥癮者，結果通常都會讓大家驚訝。你無法預測哪個藥癮者會在治療過程中表現的比較好。有一些很成功戒治毒癮的人，卻是一些一開始我告訴自己“這些人完全沒救了”的病患。但是幾年過後，你再見到他們，卻發現事實上他們表現的非常好。

Dr. Chris Chapleo

在英國大部分建議使用的美沙冬劑型是液狀。我們也有錠狀的美沙冬，但是那些主要是劑量較低的。英國不喜歡錠狀的美沙冬被帶回家使用。所以不論是帶回家或是在督導下使用，都是使用液狀的美沙冬。液狀的美沙冬還是會經由稀釋，讓它變得難以被藥癮者拿來注射。但是我們知道，還是有人會注射，因為這些強迫需要的注射者，會盡可能將任何他們可以拿到的物質拿來注射。在英國由成癮中心建議的法規是使用液狀的美沙冬給所有療程，也包含帶回家使用的療程處方。而丁基原啡因則是錠狀，再來還有 **Subutex** 和 **Suboxone**，所以未來是希望漸漸轉入使用 **Suboxone**，因為在英國目前 **Suboxone** 是比較少被濫用的。

衛生署疾病管制局劉慧蓉科長

白檢察官剛剛有提到愛滋病情蔓延的部份，其實當時我們在開辦替代治療的規劃上面，第一是以精神科醫師為主，然後有第二級的醫療院所做協助，希望推廣到有受過訓練的家醫科，以解決現有精神醫療人力不足的問題。

我們有規劃 380 幾家的衛生所都能夠成為衛星的給藥點，來增加藥癮者領藥的可近性，畢竟這是他們每天要去的地方。

很遺憾的，過去我們經過非常多的溝通，但現在 300 多家衛生所裡面有藥師的不到 1/3，大部份可能都是偏遠地區。

因為在我們所設計的基準裡，衛生所或診所要開藥，必須要有醫師、藥師、護理師各一名。

如果今天我們能補助每個衛生所一名醫師、藥師和護理人員，才可能開辦這個衛生所領藥的服務。

台灣成癮科學學會唐心北常務理事

台南縣目前有 8 個衛生所及 5 家醫院提供美沙冬療法，受限於法律、人事及相關設備，無法再擴增。不知是否可如 X 光巡迴車一樣，每天固定某個時段在某地提供美沙冬療法？這在花東等偏遠地區尤其重要。例如澎湖只有 4 個個案，分散在不同鄉鎮，若為這 4 個人設四個替代療法院所，則相當浪費。

衛生署疾病管制局劉慧蓉科長

由於美沙冬為二級管制藥品，從甲地運送到乙地，需經過層層審核，例如替代療法院所每天要用的美沙冬，即是衛生署疾管局特設專職一人，每天經不同單位蓋十幾個章才能交到醫療院所。巡迴車即為將藥品從甲地運送至乙地之行爲，因受法令限制，目前不可行。

法務部保護司曾信棟科長

我們在提出給行政院的報告中發現，藥癮犯的再犯率第一年是 20%，第五、六年後達到 60~70%，我們認為這樣的反毒結果是失敗的。作為中央衛生單位的角色，衛生署卻老是站在第二線，說法務部如

何訂法，就如何執行。如果現在衛生署說藥癮者是病患，而不是罪犯，那麼就應該跳到第一線。因為我們法務部雖然是制定法律的主管機關，但是緩起訴戒癮成功如何認定，卻是完全尊重醫療專業。

台灣成癮科學學會林式毅理事長

我想今天時間也差不多了，雖然還有很多細節尚待釐清，但今天獲得很多各位寶貴的意見與方向。我想以後我們也可以不只針對替代療法，而是擴及整個成癮治療，再來開類似的座談會。今天非常謝謝 Reckitt Benckiser 的贊助，以及愛德曼公關的協助，也謝謝各位的參與。