

Policies and Regulations for the Management of Opioid Dependence and Drug Addictions

鴉片類藥物替代療法及藥癮醫療政策法規座談會

09:20-09:30 開場 社團法人台灣成癮科學學會 林式毅 理事長

回顧去年，我們也在 9 月 20 日週六早上做了專家座談，邀請兩位分別來自 UCLA 與英國的外賓。這次我們也邀了外賓，耶魯大學 David Fiellin 教授。去年討論了未來的方向，請大家參考議程把各自的專業用 10 分鐘與所有人分享。我們希望就實務面、法規面與醫事面進行討論。我們尚未擴及美國很注重的消費者 (consumer) 的面向。也許過兩年，待我們更成熟，應邀請消費者(成癮者)來進行討論，因為他們才是我們服務的對象。

今天的重點在於討論未來的方向。去年美沙冬替代療法在台灣穩定成型，且成效很好。今年又有新藥丁基原啡因引入。服務的患者(消費者)與管理方法可能都有不同，所以需要國內外進行討論。

毒品除罪化也是重點之一，越開放進步的國家越能面對、處理成癮的問題，而非只把它當成犯罪。如何做好此種轉型，需要各個配套措施，包括法規、醫療與社會觀感，才能達成。

首先疾管局會與我們討論美沙冬的成效。之後鄭科長與李技士會與我們討論法規面，因為丁基原啡因引入，這方面可能需要做一些調整。再來管管局會討論現行管制藥品的申報與管理流程。法務部與醫療體系的整合，是否可在戒治所便開始進行替代療法，以及出所前之維持療法。束主任將討論學會工作報告。最後 David Fiellin 教授會討論美國狀況。一人有 10 分鐘可進行簡報。

第一位請劉科長。很感謝疾管局讓美沙冬可以一次到位。這非常不容易，但因精神醫學界的配合，才能服務大眾。早期衛生署指定 1、200 家成癮治療的專所，但大多虛有其名，患者無法得到真正的服務。美沙冬造就有志精神科醫師的投入。昨天的研討會參與踴躍，許多大老級的精神科醫師也非常支持。讓我們覺得努力沒有白費。首先有請劉科長。

09:30-09:40 替代療法施行後之 HIV/ AIDS 等相關傳染疾病現況
行政院衛生署疾病管制局 劉慧蓉科長

我先就台灣施行替代療法後之 HIV/ AIDS 等相關傳染疾病現況進行報告。

P3：減害計畫共有三大策略，2005 年我們發現通報愛滋病感染病患是藥癮者的危險因子(約 72%左右)，所以參考國外推行減害計畫。減害計畫有三大策略，替代療法大家都耳熟能詳，衛教宣導我們則是與法務部及地方衛生局所合作，在警察查獲時或於監獄裡進行衛教宣導。在社區中亦有檢疫所鼓勵藥癮者接受 HIV 篩檢。

P4：清潔針具計畫在 2005 年 11 月發出第一支針具。設置 1,000 多處衛教諮詢服務站(設於毒癮者購買針具的藥局、衛生所與檢驗所)、418 台針具自動服務機、503 個廢棄針具回收桶。我們在台南縣與全家便利超商合作，做為清潔針具服務站，也改裝電子販賣機做為針具服務機。自 2005 年到現在已發出八百多萬支針具。清潔針具計畫需要社區的接受，影響社區接受度的重點為發出之針具是否會造成污染，小朋友會不會誤拿造成感染，所以回收很重要，回收率從之前的 20% 到現在的 80%。

P5：替代治療於 2006 年完成藥品採購，2006 年 2 月桃療收了第一批病患接受美沙冬替代療法，自此人數穩定成長。截至去年年底共有 25,683 人參加替代治療。但因經費等種種因素，人數自 2008 年底緩降。至 2009 年 8 月，台灣有 75 家醫療院所開始提供替代治療，另有 19 家衛生所做為衛星服藥點。目前(八月)服藥人數為 11,352 人。高峰人數為 13,000~14,000 人，所以人數有下降趨勢，原因為經費與監所治療。目前(八月)服藥人數為 11,352 人當中 84%為男性，16%為女性。85%非 HIV 個案，15%為 HIV 個案。台灣通報存活之愛滋病患 5,600 多位，扣除 1,700 名接受替代治療的患者，還有 2,500 多名個案在監獄中服刑，所以有藥癮的愛滋病患約有 1,300 人在社區中未接受治療，我們會鼓勵他們積極接受治療。

P6：在接受替代治療的 25,000 名病患當中，愛滋感染率約 13%，B 肝感染率約 19%，C 肝的防治對疾管局來說可能有失守的風險，86%參與替代治療的藥癮者都感染 C 肝，梅毒約 10%。

P7：根據本局減刑藥癮更生人愛滋追蹤，2007 年 7 月 16 日有近 9,000 名更生人因減刑條例自獄中釋放，當中 4,357 位與毒品有關，追蹤一年半後，有 10%為愛滋感染者，4,357 名更生人中原本就有 410 為愛滋舊案，至去年年底有 20 名陽轉。根據統計，沒有接受美沙冬替代療法的患者感染愛滋為有接受的 14 倍。

P8：我們亦追蹤 4,357 名減刑更生人的 B 肝與 C 肝表面抗原的狀況，完成檢驗有 1,435 人，HBV 陽性率 23% (329/1435)，HCV 陽性率 86% (1238/1435)，可將此數字與之前接受替代治療的感染率做比較。

P9：死亡率也是替代療法成效的重要指標，我們追蹤 4,357 減刑更生人的資料，再比對全國死亡資料庫，分母為 4,357 減刑更生人，未接受/美沙冬治療出席率 <70%，死亡風險是美沙冬治療中者的 14.1 倍。所以替代治療在愛滋感染與死亡率方面都有一定之成效。

P10：台灣愛滋病通報情況，自 1948 年通報第一例愛滋病毒感染，截至 2008 年底，累計愛滋病毒感染者通報人數為 16,748 人。2005 年愛滋新增人數最多，2006 年因減害計畫有成，通報人數首次出現減少趨勢，顯示愛滋疫情獲得一定之控制。

P11：愛滋病患通報後，衛生局所會調查愛滋感染的來源，橘線為藥癮者感染愛滋情形，2005 年愛滋藥癮人數最多，達到 2,455 人，約佔 72%，所以每 10 位愛滋感染者有 7 位就有藥癮。推動減害計畫後(2005 年)，通報愛滋病藥癮患者顯著下降。通報新增人數從 2005 年的 72% 下降至 2008 年(紅色)的 22%，而 2009 年通報的愛滋病患者中藥癮者降至 11%。所以疾管局在愛滋藥癮方面的防治做了非常多的努力，未來也會持續加強。淡紫色為同性間感染趨勢，所以這會是我們明年的加強重點。

林式毅理事長：這是遲來的好消息，若我們可以更早開始引入替代療法，我們可以更早打贏這場仗。C 肝的爆發可能是 1、20 年後，其 mortality/life span 也是我們很有興趣了解的面向。剛才的資料可供其他國家了解台灣做到的程度，早期只能在教科書上了解維持療法的好處，但現在可以實際在台灣實施並看到成效。有關替代療法的名稱是否該改成維持療法，替代療法當初由涂醒哲前署長命名，替代指的是藥物替代，是否該改掉此名稱。

09:40-09:50 現行替代療法相關法規公告/醫事處研議規劃事項
行政院衛生署醫事處 鄭淑心科長/李炳樟 技士

P14：與替代療法相關之法規有四項，分別為鴉片類物質成癮替代療法作業基準、指定藥癮戒治機構作業要點、針具服務及替代治療實施辦法、以及毒品戒癮治療實施辦法及完成治療認定標準。前兩項由醫事處公告，第三項由疾管局公告，第四項因由毒品危害防治條例授權所定之標準，所以由法務部公告。

P15：藥癮戒治機構乃根據毒品危害防治條例第 21 條規定，需由衛生署指定藥癮戒治機構，因此公告指定藥癮戒治機構作業要點。藥癮戒治機構指定程序，請參考投影片 P15。

P16：96 至 98 年度衛生署指定藥癮戒治機構核心醫院 6 家，戒治醫院 97 家，戒治診所 6 家。

P17：替代療法執行機構指定程序。

P18：替代療法收案及施行原則與程序。

P19：如理事長所說，鴉片成癮的治療不只使用美沙冬。所以替代療法作業基準中涵蓋兩種藥物，一為美沙冬，一為丁基原啡因。

P20：醫事處於 98 年度針對毒品危害防制中心治療補助計畫。補助期間由今年 1 月至 12 月，補助為一年公告一次。其餘請參照投影片 P20。

P21：愛滋與非愛滋藥癮替代療法補助計畫。愛滋病部分目前由 CDC 編列補助預算。非愛滋藥癮部分，法務部的補助到 97 年底止，所以醫事處由 98 年 1 月 1 日開始。但這些補助的條件可能會限制非愛滋的藥癮者進入醫療體系，所以自 7 月 1 日起取消一人一生補助一次以及金額上限的限制。

P22：說明補助的金額與頻率，希望藉由 7 月 1 號的做法能讓更多非愛滋的藥癮者進入醫療體系。

P23：最右邊的數字有錯，疾管局與醫事處的初診補助合計應為 4,600 元。複診則為每月 984 元。

P24：民國 97 年年中，接受替代療法的人數達到最高點，約有 14,000 多人，之後人數下降，乃因法務部的補助到 97 年 12 月底結束。醫事處於 98 年 1 月開始之補助款亦有補助上限，造成使用美沙冬的人數無法持續成長，這需要檢討補助原則，或看看醫療單位是否能提供更多誘因讓病人來接受替代療法。我們希望檢討計畫本身，並提升醫療院所的服務品質，並研議擬定醫療單位的服務品質指標。

P25：就醫事處研議規劃的事項，衛生署也在研議醫事處的組織再造，行政院的規劃為要成立衛生福利部，將內政部的一些司處移至醫事處。衛生署也一直在規劃藥癮濫用的防治、宣導、治療與處遇，要有一獨立的司來負責，希望日後有心理健康與藥物濫用防治司。衛生署底下有 CDC、管管局與醫事處同時介入藥癮的防治規劃，希望透過整合機制來整合此三局處的工作。此外，替代療法的成效應予評估。HIV 下降的成效非常明顯，但希望能與法務部戶政資料來共同分析，調查其它方面的成效，例如：治療前後的犯罪率比較，以利日後政策規劃。

林式毅理事長：希望以後衛生署有一位司長帶領幾位科長來參加今天的會議。補助從 CDC 移到法務部，又移到醫事處，但這是國家財政政策，我們應責無旁貸的扛下。目前衛教宣導多由管管局負責，管管局也做藥物通報，所以整合是必要的。

09:50-10:00 鴉片類管制藥品現行管理與申報流程
行政院衛生署管制藥品管理局 劉淑芬組長

衛生署自 95 年起推動替代療法，以美沙冬與丁基原啡因做為替代療法用藥，基於經費等種種考量，目前衛生署免費提供美沙冬，所以今天我要跟各位報告我們在這個部分的管理與申報狀況。

P35：依照管制藥品管理條例規定，管制藥品為具有成癮性的麻醉藥品、影響精神之藥品以及有加強管理必要之藥品，並限供醫藥與科學之用。管制藥品依其依賴性、濫用性與社會危害性分為四級來管理，管管局也參照聯合國管理公約精神，透過證照制度與流向查核，希望達到有效控管。

P36：根據管制藥品管理條例規定，於國內如欲購買第一至第四級之管制藥品，需事先領有管制藥品登記證。若醫師基於診療目的需處方第一至第三級之管制藥品，需領有管制藥品使用執照。根據管制藥品管理條例第 4 與第 20 條規定，第一與第二級管制藥品的輸入、輸出、製造與販賣，需由管管局製藥工廠專責辦理。第三與第四級管制藥品的輸入、輸出、製造與販賣則需逐批向管管局提出申請，取得核准同意書後方可進行。管制藥品登記證尚包括業者名稱、地址與登記業別，左下角並登記管制藥品管理人姓名。可以請領登記證的業別包括醫療機構、藥局、醫藥教育研究試驗機構、獸醫診療機構、西藥之製造業與販賣業。領有登記證之單位需指定醫師、牙醫師、藥師或藥劑生做為管制藥品管理人。但若指定藥劑生做為管制藥品管理人，則不可購買麻醉藥品。

P37：可使用管制藥品之專業人士。依照管制藥品管理條例第 12 條規定，若未通過事先申請核准，不得擅自使用第一與第二級管制藥品來從事藥癮治療業務。醫藥教育研究試驗人員需事先向管管局提出試驗計畫，核准後再依照核准品項來使用管制藥品。

P38：管制藥品使用執照內容應登錄使用人基本資料、生日、專門職業類別與專門職業證書字號。

P39：依管制藥品管理條例第 8 條第 1 項醫師、牙醫師使用第一級至第三級管制藥品，應開立『管制藥品專用處方箋』，內容應包括病人基本資料、疾病名稱、

管制藥品使用執照號碼。病人需憑身分證領取管制藥品。這種處方籤針對第一與第二級管制藥品的調劑僅以一次為限，第四級管制藥品使用一般處方籤即可。

P40：依管制藥品管理條例第 9 條第 1 項管制藥品之調劑，除醫師、牙醫師、藥師或藥劑生外，不得為之。醫師與牙醫師需根據藥事法 102 條進行調劑，藥事法 102 條規定醫師依據診療需求，在有調劑設備情況下可進行管制藥品之調劑，且可親自調劑。但書為：全民健保施行兩年後，在中央或直轄市有公告之偏遠地區或緊急醫療情況下，才可由醫師親自調劑。

P41：依管制藥品管理條例第 28 條領有管制藥品登記證者，應於業務處所設置簿冊，詳實登載管制藥品每日之收支、銷燬、減損及結存情形。上游經營第一到第四級管制藥品之大型製造業者或販賣業者，需於每月 20 日之前將所有藥品品項與收支除詳記於簿冊外，並需向當地縣市衛生局及管管局申報。使用第一到第三級管制藥品之購用機構需於 1 月與 7 月申報，也就是每半年申報一次。使用第四級管制藥品只需於 1 月申報，一年申報一次。

P42：管制藥品之申報為網路申報，因管管局希望儘快掌握管制藥品之使用情形。若使用網路申報就不需準備紙本向當地縣市衛生單位申報。線上申請密碼登入之帳號為管制藥品登記證號，依藥品許可證字號申報管制藥品收支結存情形。

P49：根據管制藥品管理條例第 24 條規定，存放管制藥品應使用專用櫥櫃並加鎖。

P50：稽核時常發現的問題為漏填領受人簽名、疾病名稱、使用執照號碼、總處方量。

P52：目前衛生署提供之美沙冬為糖漿劑型，所以常因分裝或調劑而有減損。

P53：管制藥品若有減損，業者或機構依規定需通報當地衛生主管機關。經查證屬實檢附相關證明應於一週內向管管局申報。但若管制藥品失竊或遺失則視為刑事案件，需檢附報案證明。

P54：進三年來美沙冬的使用量呈倍數成長，此應與衛生署推動替代療法有關。

P55：丁基原啡因(錠劑與注射液)近五年使用量都呈穩定成長。

林式毅理事長：接下來請法務部來談一談法務與醫療的整合。我們最後也會談到除罪化。目前法務系統與醫療系統配合良好，但欲促進社會進步，仍需法規的研

擬配合，參照國外做法進行微調。

10:00-10:10 法務與醫療系統連繫整合度

行政院法務部檢察司 白忠志檢察官

P57：首先說明檢察體系對醫療系統的需求演變過程。早期檢察體系的需求多為醫療資料提供與專業意見諮詢。例如：病歷、診斷證明書、檢驗報告等醫療業務執行上製作資料。案件偵辦若有需求亦會向醫療體系諮詢。案件若有需要也會向專家證人尋求意見(醫療專業意見諮詢)，包括醫師、老師、教授或有相關專業之證人。第三則為鑑定意見，需要客觀判斷時會要求，包括醫事鑑定委員會判斷是否為醫療疏失，或委託醫療院所鑑定等機關鑑定意見。

P58：第四禁戒處分，這通常涉及案件終結之後之執行問題。法定有三大類：**1.** 監護(精神疾病的治療方案)，此多委託醫療院所執行。**2.** 酒癮：法院裁定要求受處分人至醫療院所接受酒癮戒治。**3.** 毒癮：目前由刑法 **87** 條規範，毒品危害防治條例亦規範觀察勒戒、強制戒治以及 **24** 條規定之緩起訴附命戒癮治療。這也需醫療院所協助執行。但目前毒癮戒治執行上尚未與醫療院所直接合作，目前多為戒治處所(機構)戒治。與醫療院所較相關的為緩起訴附命戒癮治療。強制治療分為性傳染病者強制治療處分與性侵害犯罪者強制治療處分。去年原本打算成立專區進行性侵害犯罪者強制治療，但因比鄰效應而無法執行，毒品戒治其實也面臨同樣問題。

P59：早期多為事務協調方面的需求，但因政策調整，法務也做了一些規劃。藥癮醫療政對法務的影響最重要的是毒品危害防制條例的制定，其分為兩項：戡亂時期肅清煙毒條例與肅清煙毒條例。這兩項法律應是相同，只是戡亂時期結束後的名稱上的變動。這部分早期由內政部規劃，但對此的需求與依賴並不高，亦無勒戒所需求，因為早期認定毒癮者為刑事犯罪，不將之視為病患身分。所以法院多採入監服刑處理。

P60：毒品危害防制條例之主管機關由內政部轉至法務部後，對毒癮者身分的認定做了大幅變更。尤其在 **87** 年 **5** 月 **20** 日之法律建立了觀察勒戒與強制執行之程序，對毒癮者作出清楚之病人身分定位。**97** 年 **4** 月 **30** 日修正公布第 **24** 條條文規定緩起訴附命戒治應與醫療院所搭配接受替代療法，讓法務與醫療的連結度提高。

P61：毒品犯法律上身分定位，早期只入監服刑，所以無法讓毒癮犯減少，且累犯率高。**87** 年 **5** 月 **20** 日之修法，確立施用毒品者具有病患身分，藉由觀察勒戒、強制戒治對施用毒品者施以戒癮治療。但統計並未顯示累犯率的改善，僅是持

平。但因國際趨勢對處理毒品犯的轉向，我們便整合醫療、教育、職訓、社會復健等方式來提供治療模式。

P62：毒品病患愛滋減害計畫，再結合法務體系，有助於毒癮愛滋病的防治。我們發現這樣的整合有助於公共健康政策的執行，亦有助於毒癮者回歸社會。所以於 96 年 7 月全面推動，但當時無法律依據，所以才有 24 條之修法。之後於 97 年 10 月 30 日發布施行毒品戒癮治療實施辦法與完成戒癮治療認定。這就是法務體系針對毒癮者接受治療方面的處理。這些規範讓我們與醫療體系有更密切的配合，不再只是過去單純的業務往來。

P63：96 年開始試辦，接受替代療法人數約有 659 位。97 年有 1,172 人，但因四月份的法規修改，所以 10 月 30 日法規未確定之前有些停擺現象。98 年有 625 位，佔 6%。10 月 30 日辦法剛施行時，法務與醫療仍在磨合，預計所以 10、11、12 月以及今年 1 至 4 月之人數會較少，但 5、6、7 月已有大幅提升(達 6%)。預計今年可達 10%，約有 1,800 人可進入替代療法體系。

P64：

替代療法在毒品政策的論辯

1. 毒品成癮者的法律定位：若毒品使用者身份定位不清，會影響到未來法律規劃與政策的制定。早期視為罪犯，87 年加入病患性質，當時稱為病患性的犯人。但病患與犯人界線劃分不清，導致分工不清，政策走向也不清楚。
2. 政府對於毒品政策態度，影響替代療法的推動：早期對替代療法了解不深，所以政策規劃不同。若政府未來認為替代轉向是可行的，且將毒品犯定位為病人，便可擴大替代療法的施行。若界定不清，則難以推定替代療法。
3. 替代藥物為第二級、第三級毒品：難免受社會質疑是用「以毒攻毒」的做法來治療，此需進一步與社會溝通。
4. 刑事政策對待毒品成癮者之公平性：目前替代療法乃針對一級鴉片類成癮者，對二級毒品成癮者則無具體治療方案，公平性難免遭到質疑。也就是犯行較重者可接受治療，犯行較輕者反而需入監服刑。

替代療法的法律位階

- 1、戒癮治療法規提升法律位階必要性，以及後續之政策執行。
- 2、避免利益導向替代療法產生問題：替代療法對毒癮患者有幫助，但需注意不應以診所利益為出發點。所以才能考量提升法律位階的利益迴避。否則社會大眾會質疑替代療法只是圖利治療單位與藥品廠商。

P65：

經費資源分配

- 1、 替代療法遭國家公共政策預算資源分配忽視：若受重視可讓我們的工作更順利。
- 2、 補助不足也會影響毒品成癮者接受治療意願

海洛因維持療法方案提出(未來問題較大的地方)

- 1、 替代藥物對於治療無法產生效用：過去多用禁斷療法，不用其它藥物來替代。替代療法將遭人質疑為何不直接提供海洛因。不管是替代療法或海洛因維持療法，回歸社會不能只單靠醫療體系。醫療院所未來一定會面臨是否開放海洛因給毒癮患者的問題。
- 2、 降低海洛因黑市需求：如何克服誘因與規劃開放程度也是法務系統會面臨之問題。

P66：希望將藥癮治療回歸醫療體系。若此方案可行，未來法律、政策便會配合制定。若回歸醫療體系，便需要評估數據的支持，所以應儘快完成替代療法的成效評估。建立非鴉片類藥癮戒癮治療模式也是重點。此外應充足戒癮治療經費，補助藥癮戒癮治療費用，否則仍會遇到瓶頸。

林式毅理事長：白檢察官去年也來參加，今年職務交接給張檢，但希望日後也能繼續參與。很多國家已在做海洛因替代療法，但台灣尚未施行。希望能有相關法規政策的規範。昨天研討會討論到出所前給予美沙冬，合乎倫理嗎？

10:10:10:20 戒治所內之醫療戒治模式

行政院法務部矯正司 許國賢編審

P68：我是負責矯正機關的戒毒業務。戒治醫療在目前之矯正機關中是分開的，也就是生理病痛與毒癮戒治是分開的。矯正機關的醫療非常缺乏，所以感謝衛生署提出補助計畫給泰源與桃園監獄。白檢提到性侵害治療處所，刑法 91 條之 1 規定刑後強行治療，也就是服刑後需至另一處所接受治療模式。之前已與台中醫院協調好，但因社會質疑其安全性而中途作罷。目前可能會在台中監獄非戒護區範圍內闢一專區來做，但仍需民意與行政院支持。

P69：刑事政策把毒品者定位為「病犯」(病人性質的犯人)，這對矯正機關造成很大的困擾，也影響到替代療法的提供。毒品危害防治條例剛修法之前，原本希望由醫療機關提供治療給病人，但因戒護上的困難與預算問題，難以執行，而仍由矯正機關執行。矯正機關在毒癮方面的處置歷史悠久，是從 87 年到現在。整合型戒治模式中司法警政只是當中的一環，需其它環節的密切配合。再犯率從 87 年到 97 年的數據約為 7 成，雖無提升，亦未降低。與他國相比，並非特別嚴重。

P70：戒治所的處遇以醫療為優先，因若身心方面未與處理，更談不上其它的教化。戒治所的目標為降低再犯，法務與醫療語言不同，法務討論「再犯」，醫療討論「復發」。

P71：醫療處遇只是戒治所中的一小部分，戒毒最成功的是與宗教結合，例如晨曦會。家庭支持也很重要，此與除罪化相關，病人與犯人的處理不同，犯人無人關心，出獄時家人避之惟恐不及；但面對病人則覺得他們需要幫助，這樣毒品犯才有希望回歸社會。毒癮犯不管在戒治所內外都無法得到足夠之醫療服務，所以我們希望能有更好的醫療模式讓民眾的接受度更高，提升除罪化的可能性。

P72：98年7月的受勒戒人與受戒治人人數不到3,000人，92至93年因歷經修法，所以才有如此的人數分布；96年人數最多約4,500人。戒治所越來越沒有存在之必要因現在戒治人數大幅降低，多以緩起訴處理，這是好消息，因為這代表醫療單位已能承接執行戒治工作。

P73：受觀察勒戒人與受戒治人人數呈下降趨勢，代表緩起訴發揮功效，也可能是初犯人口減少(代表毒品宣導有效)，但個人認為應是緩起訴功效較大。

P74：戒治人為初犯，毒品犯為二次吸毒者，而加總人數其實是一樣的，代表毒品犯總人口不變。初犯減少乃因轉成再犯，所以總人數不變。毒品犯人數即將到達25,000人，而戒治所與監獄的醫療資源都有限，所以目標為降低毒品犯人數。

P75、P76：因前衛生署長的努力與司法體系配合，95年3月4日提出醫療法務配合的計畫，當時設置四個獨立戒治所(新店、台中、高雄與台東戒治所)，今年度欲再設立5所(合署辦公)。台東戒治所目前只有收容20幾個人受戒治人，機關運作維持困難。東部戒治所情況特別，戒治成效特別好。但也許什麼都不做，東部也會是成效最好的地區，也許是因為藥頭取得困難。但要研究成效良好的原因也難以進行，因為中間變項太多。我們不採替代療法，而先做入所評估，再以個別或團體教化，實施個別處遇。出監所前會宣導替代療法，再做生涯規劃評估。醫療與矯正機關仍處磨合、嘗試階段，鼓勵醫療單位來矯正機關進行嘗試。

P77：戒治人多有精神病共病現象，希望能提供良好之精神醫療品質，建立內外模式，而能有所依循。促進受戒治人戒毒及治療動機為最低要求，希望戒治人能有「病識感」，離開戒治所後能繼續尋求醫療幫助。藉由個案管理提升受戒治人出所後持續就醫意願，期待降低出所後再犯率，醫病關係重點在於關係的建立，否則病人出所後難再回來接受幫助。各縣市目前都已在建置地方毒品危害防治中心。

P78：戒治所內亦有心理師(39 人)、社工(34 人)等專業人員。外部醫療人員與戒治所內部之專業人員應組成團隊，以服務戒治人。此外應建立處遇模式、流程、對象篩選、處遇內容等。戒治所目前缺乏精神科醫師與職能治療師，盼能得到醫療院所的支援。因戒治人共病問題，需要精神科門診的協助。

P79：這次是 98 年 8 月才開始實施，99 年 7 月案子才告一段落，方可評估成效。

P80：戒治所醫療模式效度不易檢驗，因為為非自願式機構內的治療，所以常見陽奉陰違的狀況。所內可達到無毒環境，但出所後是否會繼續使用毒品仍有待觀察，因此需要轉銜機制，來追蹤個案狀況，加以轉介。法務部會把毒癮資料匯聚到單獨窗口之總歸戶，再依此進行轉介，今年 5 月已開始推行。

P81：為法務部目前推動之計畫，希望藉由專線鼓勵隱性毒癮者出來接受服務，法務部一直希望能確切知道社會上成癮者的人數，希望藉此專線而能了解。

P82：每次來開會都是熟面孔，但內政部社福單位也需加入，因為戒治、醫療做好後需要後續的銜接。此外，民眾是否知道我們的工作？是否了解毒癮政策、除罪化以及瑞典直接提供海洛因給毒癮者。所以未來活動也應納入民眾參與。

林式毅理事長：的確是該納入「消費者」，讓更多人了解我們的產品。

10:20-10:30 社團法人台灣成癮科學學會針對鴉片類藥物成癮替代療法各項工作進程報告

社團法人台灣成癮科學學會 束連文常務理事

目前已完成替代療法的文獻回顧，已蒐集醫療行為的基本資料。成癮科學學會有精神科醫師小組就醫療執行的準則整理完畢，困難處在於實務執行面。未來將在北、中、南、東四個區域就實務面的執行困難辦理研討會，之後就可提出執行替代療法的合理準則。

目前我們把替代療法歸屬於醫療或管理，這部分仍有衝突。早期快速推動替代療法多遵循管理原則，但現在漸往醫療偏移，困難在於在準則中需加入修訂，這牽涉到法規與費用兩大因素。早期替代療法有兩種方式，一是按規定執行，另一則是按經費多少來執行。當中便會造成問題，例如：管制藥品管理條例中有關處方籤與調劑仍是大家害怕的問題，一、二級管制藥品的處方只調劑一次，所以每人每天虛開一次處方，而醫療單位可否落實這項規定仍是十分困難。此外誰可以調劑也是很大的困擾。補助經費的來源定位不清，且影響病人是否可接受治療。

替代療法在 psychosocial(社會心理)方面的執行不佳，雖有法規規範，但執行難度高。另外，替代療法也忽略病人的需求，例如，目前 C 肝比例相當高(80%以上)，但目前沒有 C 肝的配套治療，此與經費有關。另一問題在於矯正體系不提供替代療法，所以病人轉入矯正單位後期替代藥物將強迫中斷。我們會把這些問題匯整在準則當中。

林式毅理事長：的確需修訂法規層面以利施行。

11:10-11:20 休息 全體與會人員

林式毅理事長：首先請廖委員提供指導，廖委員是我的大學學弟，他也一直關注成癮問題，行政院欲改組成立衛生福利部，廖委員也一直是委員會成員，盼能為我們提供協助。法律是做事的基礎，我們應成立病人的利益團體在立法院發聲，為成癮者的處遇謀福利，例如精神病患的康復之友。現在請廖委員說幾句話。

廖委員：歡迎 Dr. Fiellin 自美國而來。我與林理事長為大學前後期，我們在很多領域上都是好夥伴，也是因為林理事長我才接觸成癮的事務。我之前走過婦產科與家醫科，現在則是立委，參與公共政策的制定。成癮治療與法務難以切割，責任歸屬不清。過去一直把它當成是 crime(法務)，而醫療介入較晚。五年前立法院司法委員會討論過成癮者除罪化議題，但爭議頗多，社會輿論阻力很大。所以目前政策面仍以法務矯正為主。

前次八八水災，我剛從災區回來，太麻里溪沖毀兩百公頃釋伽園地，因政府當初進行重業重劃，規劃為農地用地來種釋伽，只用防波提擋水。颱風時大水延原本古河道而行，沖毀堤防，淹沒重劃之農業用地。所以應像大禹治水，以疏導代替防堵。面對成癮問題與病友也是如此，應以醫療、社會救助與心理輔導幫他們開路。法務很有力量可以防堵，但需要其它後續協助促成毒癮者回歸社會，以疏導取代防堵。

我剛看了美沙冬的數據，台灣醫療相關事務多由健保控制，醫療團體聲音相對較弱，也許可再開一次公聽會討論「除罪化」，反應社會改變。若未來博奕條款通過，也許會有新的「賭」癮發生，所以社會變遷會造成新的機會。未來我也會與學會一起努力，我是醫師也是立委，所以我願意在這個領域繼續與大家共事合作。

林式毅理事長：感謝委員支持，讓我們覺得努力沒有白費，終極目的希望將藥癮對國家的傷害降到最低。

Professor David Fiellin 來自耶魯大學，他並非精神科醫師，而是內科醫師。美國有成癮醫學，David 在門診看到很多藥酒癮問題，所以跨入這個領域。精神科醫師與戒癮醫師其實也算內科醫師，使用內科療法來處理成癮病患，只是多了 psychosocial 的面向。Fiellin 教授也很對 psychosocial 很在行，美國以醫學、法律與社會經濟角度來切入毒癮問題，美國毒癮問題嚴重，甚至將之視為戰爭，曾經將 Noriega 總統關起來，可見問題嚴重性。

11:20-1 美國鴉片類藥物成癮替代維持療法之施行經驗：法務、醫療與經濟面 美國耶魯大學 Professor David Fiellin

Criminal justice, public health and legislature, addiction treatment, general medicine treatment is exactly the right type of group to address the issue of addiction.

P85: Please refer to page 85 for the agenda of the presentation. You may already understand the background of the issue but this overview helps put policy and treatment efforts in a useful framework. I'll talk about the diagnosis of Opioid dependence (epidemiology and neurobiology) and different treatment options. I'll also talk about the changes that have taken place in the US to increase access to treatment by using medication such as Buprenorphine. I'll also talk about a new type of treatment which is Office-based treatment instead of specialty treatment.

P86: There are formal diagnostic criteria for opioid dependence. It's not just patient receiving pain medications and develop physical dependence by requiring increase of opioid dosage and experiencing withdraw if they stop opioid. It's really the loss of control that relates to the diagnosis of addiction. All of these types of activities that are associated with addictive processes and addictive behaviors and explain why individuals get involved in criminal behaviors, loss of behavior control and perform illegal activities. It really addresses and manifests in lots of biological processes that underline addiction.

P87: In the US, opioid dependence is primarily related to the medication prescribed to the treatment of pain. 1.6 million individuals in the US meet the criteria of opioid dependence. Because of their misuse of pain medication, they are not necessarily prescribed with these medications but due to the increase

amount of effort of GPs to prescribe to treat pain, it means that there is a much greater supply of these medications.

In certain countries of the world where there is no heroin at all, the primary drugs being misused are these pain medications. Approximately 323,000 individuals met criteria for heroin abuse or dependence. So there are more pain medications addictions than heroin addictions. Many people especially young people begin by using/misusing these pain medications which they think are safe as they are made by pharmaceuticals but because they are not easily accessible and are usually expensive, these people later go for heroin which is cheaper and develop heroin addiction.

There are about 2 million opioid dependents in the U.S. In 2005 only 331,000 individuals entered treatment for opioid dependence. It's estimated that there are 500,000 people who are receiving Methadone or Buprenorphine so there is a big disconnect because only 20% to 30% of the people who should receive treatment are receiving treatment.

P88 and P89: A study followed a group of incarcerated individuals (581 people) from 1956 to 1996. This is the outcome of the 581 individuals over the 40-year period of time. Methadone was introduced in the late 60s and early 70s. Many patients transfer to Methadone maintenance. Many had occasionally small amount use and some daily use. The rate of incarceration reduced exactly when Methadone maintenance was introduced. The large mortality is primarily related to OD, HIV infection and hepatitis C. A large percent of them maintain abstinence for a period of time.

P90 and P91: Why does the brain prefer opium to broccoli? The joke is to remind you that this is a biologically neurological disease. The reward system that is present in all individuals that tells us and helps us to be happy is hijacked by all drugs abused including alcohol, meth-, cocaine, marijuana and opioids. They all interact with the reward system which projects from one part of the brain to another part of the brain with neurons that create euphoria or pleasure.

P92: If we look at it from a cell's perspective, the binding of drug abused (in this case morphine or heroin) causes changes in the cell receptor and more importantly leads to the changes inside the cell and changes the proteins or

genetic makeup of the cell. The long term complications of drug abuse result from the changes of genetic material. The genes of millions of cells in opioid dependent individuals are different from before they start using drugs. This explains why it's so difficult to stop using drugs and why it's so frequent for them to relapse.

P93: This shows that dose dependent changes that result from repeated exposure to short acting opioids, that there are neuronal cellular and receptor adaptations to the exposure. This creates clinical phenomenon such as tolerance, withdrawal and craving. It explains the chronic and relapsing nature of opioid dependence and why even after going through detoxification or being incarcerated for a period of time(6M, 1Y or 2Ys), patients still want to go back to the environment where they can use drugs. It also forms the basis of pharmacotherapies to treat these addictions.

P95: This shows the pattern of the life of a drug abuser. They wake up in the morning feeling sick because there is no opioid in their system. They feel nausea. They have vomiting or bone ache. The primary task for them to do is to get access to opioid so that they can function on a regular basis. If they're early on in their addiction career (maybe the first year), they may still experience some euphoria or some high. But for most addicts, they need opioid so as to get rid of sickness and function normally.

P96: Treatment of Opioid Dependence (please refer to the slide). These two strategies 85% of the time lead to relapse probably because of the neurobiological and genetic changes in individuals.

P97: Opioid agonist(replacement) treatment is designed to bind these medications to opioid receptor to prevent experiencing withdraw and relieve craving. They also block receptors so if a patient uses heroin and takes medication, they should not feel or get the euphoric effect.

P98: There are unique properties to some of these medications. For a full opioid such as Methadone, as you increase the dose of medication, you get increased activity at opioid receptor but at some point you experience respiratory depression, coma, OD and death. In Contrast, a partial agonist such as Buprenorphine has a ceiling beyond which the dose does not cause these adverse consequences. In some ways Buprenorphine is a safer

medication that has less to do with changes of cognition and respiratory status. Buprenorphine has a lot of unique properties because of its partial agonist makeup.

P99: This is the concept of narcotic blockade I talked about. This is the brainstem of an individual. The green represents binding of heroin and its receptor. As you increase the dose of medication (this case Buprenorphine) from 0 to 16 or 32 mg, the receptor is no longer able to be bound with morphine. The patients no longer feel any euphoria or high feeling. You make the receptors unavailable for this type of activity.

P100: This is the functional status of a person who is opioid dependent but receiving Methadone or Buprenorphine agonist treatment. They no longer have rapid fluctuation in their mental states and ability to function. They're not experiencing a high but a regulation of their mood and attention. Therefore they're able to function normally on a daily basis, take care of ADLs and get benefits from the counseling therapy we provide.

P101: Important. We talked about how we needed to advertise/promote what we do. The slide shows the difference between being on opioid agonist/route replacement treatment and being active in addiction. There is important difference between treatment and active heroin use. The route of administration is a safe route. The medications are taken by mouth avoiding the risk of infections such as hepatitis C, AIDS or bacterial infection that affect patients frequently and increase medical resource use. Each medication is designed to be slow in onset so there is no immediate euphoric effect. The duration of action is long that allows once-a-day dosing. Patients can lose their preoccupation of having to reinforce every 4 to 6 hours. The euphoria or high feeling is absent in medication. Lots of people question the difference between receiving medication and being on active addiction, the slide gives a comprehensive explanation. There are better medications tailored to treat addiction than short-acting medications that have risks related to OD or infections.

P102 and 103: Let's see how patients retained in treatment. This is a 17-week John Hopkins University study. 73% for Methadone, 58% for Buprenorphine and for all the medications that are no longer available, it's 53%. Methadone and Buprenorphine have similar outcome results.

P104: You can see the outcome of Methadone and Buprenorphin in negative urine tests over the period of 17 weeks study.

P105: This looks at drug use over 5-year period of time. Injection rate decreased from 100% to 30% decreasing the likelihood of infection.

P106: If people drop out of the treatment with a 12-month period of time, the relapse rate is 85%. This is why we try so hard to retain patients in treatment so as to prevent relapse or going back to drug use because we know that they have 85% to 90% chance to go back to drug use.

P107: This looks at criminal behavior before and after Methadone maintenance treatment. There were about 240 criminal days per year before treatment. With treatment, criminal activities decrease rapidly over 5-year period of time and stabilize down to 14 criminal days.

P108: CDC's presentation highlights the impact of this type of treatment on the decrease of HIV incidents. Data from the US is very similar. We looked at two groups of patients (out of treatment vs. in treatment) and analyze how many patients convert from HIV negative to HIV positive over 18 months. 22% of patients not receiving treatment go from HIV negative to HIV positive whereas only 3.5% in the Methadone treatment group.

P109: Looks at the impact of Buprenorphine in HIV+ patients. It demonstrates decrease of drug use, stabilization of CD4 cells which are important immune function cells and decrease of viral load or amount of virus that's detectable in their blood improving drug use and HIV outcome as well.

P110 and P111: Medication in itself is not enough so we need to provide counseling services. Counseling in Methadone treatment increases treatment retention rate from 31% to 81%. Urine with no drug use evidence increases from 0% to 55%. Interestingly when we looked at the cost effectiveness, it was the middle of the road treatment got the most cost effectiveness. In terms of outcome, you may want to provide enhanced counseling but it always costs more resources. The most cost-effective strategy is middle-of-the-road strategy.

P112: This slide is from a clinical trial published 3 years ago. It describes self-reported frequency of illicit Opioid use in Opioid-dependent patients receiving Buprenorphine-Naloxone. From 6 days per week down to less than 1 day per week that's maintained for 6 months. The study compares three different counseling strategies. Patients were required to come either once a week or three times a week and they were required to receive 15 min per week or 45 min per week of counseling. We don't see a significant improvement in patients receiving more or additional counseling. There is probably a ceiling/threshold beyond which you no longer need to provide. We also need to identify patients for whom aggressive detailed counseling service is not essential.

P116 This looks at the detox result in patients receiving a non-opioid agonist medications (in this case Clonidine) vs. who receiving Buprenorphine treatment strategy. Many more patients who receive Buprenorphine-based treatment remained in treatment over 14 days.

P118: We compare the result of 60-day detox with ongoing treatment of Buprenorphine. The result was very impressive that the majority patients who received detox were no longer in the treatment after 50 days whereas 85% who receive ongoing treatment remained in the treatment. Because of the neurobiological property changes, detox treatment is a very unsuccessful treatment approach.

P119: There were 4 people died in the detox treatment vs. 0 in the maintenance treatment. Therefore detox treatment is not only unsuccessful but also is related to high mortality.

P120: Because of the problems related to opioid dependence such as HIV, criminal behaviors, limited access to this type of treatment and the new availability of new medication of Buprenorphine, US Congress created a process to allow physicians to provide treatment in an office-based setting. Prior to this, patients could only receive treatment in a large Methadone clinic program where there is a large patient population (around 1,000 patients) locating in a less desirable parts of cities often associated with stigma. People with prominence in society or in work positions where they do not want to be recognized as drug abusers just refused to seek out treatment because of the stigma.

Congress in 2000 published Drug Addiction Treatment Act which allows office-based physicians to use approved schedule III-V narcotic medications. The only schedule III-V narcotic medication that is approved by FDA is Buprenorphine. FDA in 2002 approves Buprenorphine and Buprenorphine/naloxone for treatment of opioid dependence. This medication was on schedule III-V similar to what see in Taiwan.

Prior to 2000, it was illegal for a physician to provide opioid agonist medication to opioid-dependent patients for the treatment of their addiction. It was after the act of Congress that allows physicians to do so.

P121: "Qualifying physician":

- 1 、 A licensed physician who meets one or more of the following:
- 2 、 Board certified in Addiction Psychiatry
- 3 、 Certified in Addiction Medicine by ASAM
- 4 、 Certified in Addiction Medicine by AOA
- 5 、 Investigator in buprenorphine clinical trials
- 6 、 Has completed 8 hours training provided by ASAM, AAAP, AMA, AOA, APA

The physicians need to have some level of proficiency to practice this treatment.

P122: Trained, Registered and Prescribing Physicians

P123: Since it's a new practice of medicine in the US, many physicians didn't learn about it in medical schools or residency and know very little about it. They have no experience providing this treatment. Therefore, aside from the 8-hour training, we work with the federal government to create a support system networking the physicians who are experts in the field to provide guidance.

◆ Target audience:

Primary care, psychiatric, pain physicians

◆ Network:

Medical Director and 5 National Experts

90 mentoring physicians

◆ Services:

On-site, telephone, email support: physicians can do on-site observations. They can get advice through telephone or email regarding dosage and ancillary counseling.

◆ Content:

Treatment guidelines, patient assessment and selection, dosing, referrals, office logistics

Moving from special settings to office settings needs the federal government to address training and support issues.

P124: Methadone has been available since 1960s and there are more than 1,000 clinics across the country. 4 states still don't have any Methadone treatment services available. Most of the treatment clinics are focused in 3 or 4 major states such as NY, California, Florida and Illinois. They're mostly in urban settings but not much or low penetration in rural areas. Most of the patients need to travel a great distance to get treatment. The daily dispensing is required for the first 9 months and it's not until after a year or two that patients are allowed to get take-home medication and they need to meet certain stability criteria. Counseling is weekly by group and monthly individual. It's estimated that there are 250,000 patients who have received the treatment.

Buprenorphine/naloxone was introduced in late 2002 and is more available in 2003.

- ◆ 8,000 physicians
- ◆ Urban and rural
- ◆ A combination of primary care and psychiatry to offer the treatment
- ◆ Pharmacy dispensing, weekly to monthly: The medication is not dispensed from the physicians' office. Patients can use the prescription and get required medications from pharmacy. Physicians are allowed to write up to 30-day supply so stabilized patients can take a month supply of medications home and administer themselves.
- ◆ Office-based or referrals for counseling: Counseling is offered in the office by either the physician or through referrals to off-site counseling in community, such as self-help groups like AA or Narcotics Anonymous .
- ◆ 250,000 patients

Over the past 6 years, there hasn't been much change in the number of patients receiving Methadone but we doubled the capacity of the treatment

system by introducing office-based treatment and a safer medication. The combination of both treatments results in 500,000 patients receiving treatment. There is still a long way to go as there are about 2 million people who need treatment.

P125: Summary

- ◆ Opioid dependence is a chronic relapsing medical condition
- ◆ Profound neurobiologic changes accompany the transition from opioid abuse to dependence
- ◆ Detoxification strategies of limited long-term efficacy
- ◆ Combined medication and counseling treatments are effective in decreasing illicit opioid use

林式毅理事長：請大家注意 P89，Yih-Ing 是台灣的研究員，台灣缺乏像 P89 這樣的資料，追蹤海洛因成癮者 30 多年來的變化。台灣有許多人才與菁英，在座有國衛院副院長及中正大學校長，所以我們有很好的後盾。P89(在加州追蹤 30 年的研究報告)顯示 maintenance 只有 6%，當然在這麼長的追蹤過程中會有人死亡，但如何 cover 這一塊，才能讓病人易於取得治療。台灣有健保資料庫提供資料，法務部有統歸戶，輸入身分證字號就可以知道每個人的狀況。目前我們也有很多美沙冬的資料，預估台灣約有 50 萬成癮患者(海洛因、安非他命、搖頭丸與 K 他命)，若能將所有數據整合，才有利於未來的方向規劃。

P129：問題與挑戰—邁向毒品除罪化之相關討論

社團法人台灣成癮科學學會 林式毅理事長

P128：Crime vs. Sin。傷害別人是 crime，傷害自己則是 sin。過去有死刑或無期徒刑，法規的演變到目前已非常人性化，但仍有不足，廖委員提到以立法為基礎的重要性。其演進過程為立法通過，法規修訂，可能無法達成完全除罪，不過我們可以達到使用者除罪，但非販賣者除罪，希望將使用者導入醫療模式。剛才 David 討論到毒癮的神經生裡面向，我們了解毒癮不是想戒就可以戒得掉，它已是一種疾病，向毒品說不，向治療說 yes。我個人參與成癮戒治工作有 15 年的經驗，在我之前只有杜聰明博士做的最好。在台灣因將之視為犯罪，所以沒有醫師願意投入。後來勒戒所歸到市療，凱旋醫院之前也做了一些，是由核心醫院(精神科醫院)來處理。何副院長提到成癮放在精神科可能並不適當，精神科醫師專精於心理社會部分，但對神經生理部份則並不那麼清楚，尤其講到其它合併之愛滋病或 C 肝。若欲做醫療整合，衛生署應納入一些非精神科醫師來加入團隊。醫學中心也應站出來，耶魯、哈佛與 Johns Hopkins 治療成癮的團隊都有幾百

人。多倫多大學把部門命名為 **addiction and psychiatry**，將成癮放在前面，也有近百人的治療團隊。未來在醫學中心評鑑上，醫策會應評估該院所是否有成癮戒治的投入。所以應以整體來看成癮戒治。社會福利應介入提供 **after care**，只有 **maintenance** 但 **rehab** 沒做好是不夠的。回歸社會是我們的終極目標。當初在政策角力之下，才由法務部接手，在讓病人就醫，但醫療單位資源不足，衛生署無力承接因此才設立戒治所。或許應再開公聽會，讓大眾了解這個歷程，先除罪再治療。台灣因愛滋病才迅速引入美沙冬，現在還有丁基原啡因，所以應研究除罪化的可能性。日本女星酒井法子使用安非他命的新聞，顯示日本對毒品使用的嚴厲處理，包括會主動追緝毒品使用者。台灣是臨檢才會抓，主動追緝是針對販賣者而非使用者。酒井法子甚至被拘留(非勒戒)40 多日。所以亞洲社會似乎較以「犯罪」的角度來處理。馬來西亞與香港都是英國殖民地，所以處理方式較以治療為導向，香港的美沙冬治療就非常先進。聽說最近中國大陸除罪化的腳步似乎走在台灣前面。西方先進國家多以治療為導向而台灣仍是 **crime** 大於治療。

國衛院：這幾年來看到大家都慢慢往同一方向前進。P128 畫圖總是中規中矩，我認為此圖應融會貫通，加入醫療與生理。剛才 **David** 也提到，諮詢(**counseling**)很重要，不管是提供 **detoxification** 或 **maintenance**，都需要諮詢(**counseling**)，讓成癮者更生，這需要內政部來協助。我們有責任把這樣的 **common sense/knowledge** 也推廣至社會，導正社會大眾對毒癮者就是罪犯的觀念，讓大家知道他們是患者。小時後我有一個精神分裂症的鄰居，他被視為家醜，所以被關起來，現在對成癮似乎也是用這樣的態度。我們也應在此改正這樣的觀念，大家坐下來研擬機治理療他們。藉由醫療、法務與社會各面向做好戒癮、戒治與更生，最後回歸社會。如理事長所說，衛生署與醫事處各單位都只看到精神科醫師，未來應訓練次專科醫師參與。成癮不能只管「**neck and above**」，但藥物作用是全身的，目前 **liver function** 已不給付。**Methadone** 經過多條 **metabolic pathway**，有許多 **active metabolizer**，所以才能持續這麼久，這些對肝臟功能影響很大，所以多年藥物服用對健康影響很大，應追蹤其肝腎與心血管功能。法務部談到戒治效應，這對流行病研究很重要。去年談到衛生署、健保局有相關資料，國衛院負責整合健保局資料。也許未來也應整合健保局與法務部資料，進行串檔，以執行更生輔導諮詢工作。我們用詞方面常有牴觸，法務部同仁討論到「戒治」，醫療討論「維持」與「替代」，這些用語似乎互相矛盾。所以應將病患分成幾類，能戒治就戒治，不能戒治就以「維持」或「替代」。應有分類機制來處理各別面向，而非混為一談。我們需要法政、衛政的配合，不只做醫療研究而需整合資訊提供治療，把管道打通使用資訊。

林式毅理事長：有關患者總歸戶，香港有資料庫，但牽涉到個人資料保護，也許應成立委員會來審核保密議題，例如若為研究用，需經何種審核。這是跨部會的工作，包括醫療、司法與整體社會。或是否應採用獨立第三方。成癮學會也是利

益團體，我們的學會是服務病人，有人或許會質疑醫師都是在創造病人來賺錢。美國有 office-based GP，台灣有很多戒菸門診，以後要把戒毒診所普遍化，讓毒癮者容易取得，這是衛生政策應走的角度。

吳校長：除罪化需要家庭與社會的支持，也需內政部的協助。但有些數據並不完整，例如毒品販賣量，過渡期需要的社工人力等。目前許多社工的工作已很繁忙，無力跨入毒品戒治範疇，需要擴編人力。需先把人力需求規劃出來才能讓內政部參與，這些配套要做好才能達成除罪化。

林式毅理事長：很多病人領有殘障手冊，這是內政部社會福利司的範疇，台北市每月也有相關補助。未來若成立衛生處社會福利部，部長就會是我們遊說的對象。

廖委員幕僚辦公室主任：我參與過多次研討會，我認為我們有進步。剛才與其它與會者交換意見，立院很常談的題目是「社會觀感」，這幾年我們有快速進展。若在 5、6 年前，我們都會是弱勢，是不會有人重視的。有些事情大家要有耐心，對政策要堅持，但也不要因進展不如預期而放棄。我認為這是一輩子要努力的事，才能有進步。我有一建議，我們參與過衛生署管管局的計畫，若衛生署認為這是一項好的做法，應開始做一些單一計畫，提供學會資源做試辦計畫。替代療法也是先從試辦開始。「跨部會」並非一定是好事，因為會推諉責任。我無意批評，但往往因職務輪調，政策便難以持續進行，所以政策的持續推動，「跨部會」是很大的挑戰。我們不要放棄，但仍以務實態度來面對。管管局可編列計畫，讓有心做事的人例如成癮協會可以持續推動。事情無法一蹴可及，有使命感的成癮學會所做的貢獻與推動，需要各界的支持。「串資料」一事就是問題，將法務部與健保局的資料串聯，非常困難。對抗成癮是挑戰，但行政協調也是挑戰。HIV 雖已降低，但千萬不要就小看此問題，需要衛生署持續編列預算予以處理。

林式毅理事長：這的確是漫長的路。可否請束主任討論一下一、二級緩起訴的議題。也許可討論二級毒品的緩起訴。

束主任：「除罪化」不是一個目標，「除罪化」是解決成癮問題前置作業的必要條件，無罪化之後才能據此提出措施。但現在法規更改非常困難。我很同意白檢所說法規位階的提升是很必要的。醫療位階的提高也是該做的事，醫療因無法律支持，似乎永遠被放在第二位。經費永遠不夠，但總有方法處理。法規規定使用一級毒品者採可緩起訴。法規限定規範明顯不合理，雖可緩起訴但有許多限制。台北市我們可以醫療原則附帶緩起訴方法交由醫療單位處理，當成研究計畫來處理，與沒有緩起訴進行比較。我們希望可以看到醫療配合地檢署對社會的成效有多大，把它變成可被複製的做法。研究很重要，因為研究可呈現我們的成效。針對法務部戒治所之醫療試辦，當中戒治所角色尷尬，如何判讀戒治所最後的醫療

整合結果也是問題。戒治所最後的報告往往都是正面的，所以戒治所的報告結果是否可做為政策參考？應由外界第三方以科學方法來評估試辦結果。應以 **evidence-based** 做法來得到確實的證據，引導後續的進行方式。資料整合很困難，之前與法務部合作，我們花了半年來串資料，但是是可行的。死亡檔、美沙冬、通報資料，這些資料都在政府體系內，應可互相串聯。之前與國衛院開會，認為應由法務部主導，因法務部的資料防護最嚴密，請 **CDC** 把資料匯入法務部，由法務部設專責人員開一平台，也許可達成資料整合。

林式毅理事長：10 幾年來有 20 幾萬的成癮案件，但有多少使用美沙冬？這些人的健保花費是更多或更少？生命週期(life span)？或這些人有沒有勞保、薪資如何、繳稅狀況等。資料都在政府單位，為何不能整合？行政院毒品防治匯報的召集人是行政院長，也許應請吳院長來討論彙整之事。美國的 **house survey** 需要挨家挨戶去做，台灣只需資料彙整串資料，因為司法體系非常 **powerful/有效**。這不只是關乎學術，這已是時務面的問題。

與會人：為何資料串檔這麼重要？藥物成癮是疾病，但健保不給付，有些病人看醫師是因為吃藥與戒斷症狀，出發點並不是成癮，所以健保資料中找不到成癮資料。所以串檔便易於把檔案叫出。

中正大學犯罪研究中心研究助理：我大學唸的是心理，研究所則與司法相關。「除罪化」分為幾個層次：除罪化、除刑化與除機構化。法務部之緩起訴附帶戒癮命令某種程度上就有除罪化與除機構化的概念在內。除罪化重點在於民意可否接受？減害計畫一開始受到各界極大反彈，但過了兩年，大家漸漸接受替代療法。也需應從除刑化與除機構化開始，讓社會慢慢接受。毒品危害防治條例規定的是第一至四級之毒品，有不同的罰則，但從醫療與心理學觀點而言，這都是成癮問題，例如強力膠對人體的傷害不亞於其它毒品，但毒品危害防治條卻沒有針對強力膠之規定，**K** 他命也是。所以毒品危害防治條本質上應納入醫學觀點，以醫療角度出發而非以物質角度出發。

林式毅理事長：感謝中正大學的協助。除罪化的 **social awareness**，應在報章媒體上加強民眾的知識。

Professor David Fiellin: One of the key issues is payment for treatment. It's always difficult for me to figure out the moves of legislators and what type of evidence they respond to. One thing that can be useful is cost argument. Can you make a not necessarily a cost saving argument but a more efficiency allocation of resources argument. There are many studies indicate it's cost saving to provide treatment: increased productivity, decreased criminal

activities medical complications and medical cost for drug-related infections. Many of the costs are incurred at an institutional level, i.e. cost of health care and cost of department of justice. Their responsibility related to their individual budget may not fit the overall society. You need to make the cost saving argument from a society perspective so as to rearrange budget allocation from a society's perspective to address the payment issue.

院長：I was working in medical centers for so many years so I understand where you come from. 我們可以用別種角度來看，成癮患者以 18 歲到 45 歲最多，正是生產力最高的時候，若能輔導 50%，回歸生產線，我們可以計算生產力能增加多少，增加社會生產力病提升家庭和睦。過去州政府一直要關閉 medical center，因為我們要花 5 億美金開醫學院，只花錢不賺錢，但他們沒想到醫學中心關到後病人得轉到其他鄰州，這些也都是成本，把病人治好也可以節省州政府開支。

林式毅理事長：關在監獄的毒癮受刑人要花多少成本？所以應做成本統計分析。毒癮犯被抓、移送、交保、開庭、通知執行都要花錢。治療好可以節省很大的成本。愛滋病患約有 20% 需要雞尾酒治療，也需不少錢。若能早點引入 Methadone 治療可以節省很多成本。

座談討論 2—鴉片類藥物成癮治療之 access 與 availability

林式毅理事長

P132：第一為馬來西亞，最後為台灣，中間多少有政府或保險提供。健保局即將破產，若要提高保費會造成社會觀感不佳。目前美沙冬的購買由管管局編經費負責，每年約 20 幾萬公升，費用約兩億。管管局已在研發自行製造，或可以 tablet 形式。

管管局：目前美沙冬的供應，分別由醫事處及疾管局編列經費，由管管局設立之製藥工廠負責採購，同時製藥工廠已在研發，期望未來國內所需之美沙冬由藥廠自製充分供應。由於明年管管局將整併為 FDA，目前正在修法希望將製藥工廠未來轉成國營公司型態，讓人事、經費、經營能有更多彈性。管制藥品管理條例規定第一、二級之管制藥品輸入、輸出、製造、販賣由製藥工廠為之，其立法有當時之時空背景，考量現在法律位階問題，替代療法目前由醫事處訂成辦法，就實務而言這的確是問題，所以未來會放入修法考量。

林式毅理事長：舊的法律需要依據時空背景來調整，最近醫師法要修訂，應該速

度會很快。我工作時常在蓋章，其實只需兩個禮拜蓋一次就好，但法規規定要這樣做。台灣是否可做 **take-home Methadone**，美國可以，我們也可試試看。丁基原啡因美國已用 **office-based** 釋出處方藥局領藥，目前健保藥局來領三級管制藥應相當安全。所以丁基原啡因試用一段時間後，也許可藥局領藥。若無全額 **reimbursement**，是否有 **partial reimbursement**？丁基原啡因每月約 4、5,000 元，加上診療費與驗尿費每月約 5、6,000 圓，也許國健局的菸捐可提撥給成癮戒治。

束主任：給付的宣示意義在於給付對象是誰，若此人不喝美沙冬，他就無法得到給付，感覺就好像不是在做治療。給付定位應定於給付成癮治療，底下包含 **psychosocial** 與藥物等。若給付名稱太狹隘，不同檢察官對緩起訴的做法不同，有些檢察官要求緩起訴必須服用美沙冬，有些人經過醫療評估不需服用美沙冬，導致此人不得緩起訴。所以應將補助的名稱範圍擴大，以處理成癮為主，而非只針對某種藥品。

林式毅理事長：美沙冬由政府購買，丁基原啡因由病人買，但診療費應一視同仁。

衛生署醫事處：明年北高兩市會納入補助對象，未來全國 25 縣市都在補助範圍內。有關預算編列，健保法規定藥酒癮不納入健保給付，所以衛生署編列公務預算來補足這一塊。但行政院之預算總額已定，所以我們會去找其它經費，以治療做為補助原則而非以對象。健保法修法才是治本之道，公共預算與健保法修訂是未來的兩大方向。丁基原啡因是否可納入衛生署補助可再研議。明年預算已送，所以也許明年可用試辦計畫先做。

林式毅理事長：美國引入丁基原啡因後服用美沙冬者仍繼續服用，但每個月漸進式的引入丁基原啡因。藥費自己承擔，但其它診療費比照美沙冬做法。

劉淑芬組長：就丁基原啡因之處方釋出，根據管制藥品管理條例，丁基原啡因列為第三級。醫師若有管制藥品使用執照便可處方第三級管制藥品，所以處方不是問題。鴉片類物質成癮替代療法作業基準規定替代療法藥物應由執行替代療法之醫師處方，並在醫事人員的監督下服用。處方釋出只要符合前述兩項要件，便不是問題。管管局每年編列經費徵求藥癮相關(例如減害計畫與替代療法)研究計畫，這是受醫事處委託。我們非常歡迎大家申請此計畫，過去做過替代療法的成效評估，但還有很多可做的部分。我們希望把「戒癮」不只是放在治療，有關社區處遇也是重點，也讓社政與法政可進一步思考。明年的科技計畫應在下個月或 11 月會底定，過去管管局的科技研究計畫瓶頸在於國內藥癮戒治的專業人員較少，願意共同投入這個研究領域的人也少，致使許多重要議題迄今研究成果仍有限，所以歡迎大家共襄盛舉。

吳院長：可否提供更詳細的說明讓外面的投標人知道我們在做什麼。是否可讓計畫由我們主導，投標人爲外包合約廠商，組成團隊有目標的來做。若可以系統之 program project 來做，這樣較有意義。但不知採購法的限制可以如何克服。每個 PI 的 protocol 可能不一樣，所以不能 correlate，因此需要系統化流程才能整合研究結果。

劉淑芬組長：過去我們也希望有整合性研究，但限於採購法無法突破。

廖國棟立委助理塗先生：健保預算、公務預算都是做事的支援來源，但健保目前的財務並不健全，所以現在要通過有困難，可把它當成日後目標。公務預算因總額控制，所以要增加不容易。所以可用持續性公務預算的編列，因爲既有科目，只要無人特意杯葛，應可繼續存在。另外也可編列基金預算，例如菸捐。對病人要治療他，除醫療外應有社福資源，根據晨曦會經驗，許多人是因走投無路又回來與壞朋友在一起，應有多元性的支援來源讓病人不走回頭路。依照管管局計畫的模式，單一計畫不得超過 300 萬？難以成就大型計畫。應參與國科會計畫，國科會針對下一代晶圓 計畫預算都以億計算，這樣就能達成國家級的計畫，號召多人參與。現在的問題與社會變遷有關，許多決策者的思考邏輯未能改變，導致做事的人得不到支持。我們需有耐心，但方法上可以很彈性的來找資源。我們在立法院的經驗是必須主動爭取支援，而非被動等別人協助，若以民調來決定是否可得到預算，我們是少數恐難得支持。過去請偶像明星宣導似乎效果也有限，成本亦高。我們在立法院願意協助大家爭取經費。

唐主任：對毒品與替代療法的名詞應予修正，除罪化則應透過修法，不應以毒品危害防治條例來規範醫療行爲，毒品危害防治條例應針對製造、走私與販賣，醫療則回歸醫療。健保財政困難，若公投恐難得大家支持。菸害防治條例自菸商得到菸捐，也許可比照自毒品所得中收取費用供戒治經費，符合社會公平正義。

校長：多數毒癮患者都抽菸喝酒，所以可以做出連結。公共傳播很重要，電視台這麼多，只要給我們 5 分鐘做宣導，讓大家對物質成癮有正確的認識。老師要教學生，但自己不知道什麼是成癮，也無法查覺學生是否有問題。醫學院中有多少藥物成癮的課程，成癮學會應做調查。衛生署與管管局或許可編列教材，讓各級老師都了解藥物成癮，教導學生把正確資訊帶回家。

廖國棟立委助理塗先生：以國家運作舉例，八八風災中一條河由三個單位管，當然水災治不好。成癮戒治的成效需多個單位介入，我們都是成癮學會的成員，希望成癮學會能更加擴大，領導大家一起持續推動，成癮學會知道不只要與衛生單位交涉，也需與法政、勞工與內政方面協調。若要成事需有協調單位居中，不應

受限於醫療。也應有第三方如成癮學會來呼籲做出進展，也呼籲各單位支持這個第三方。

座談討論 3：未來行動方案之建議

林式毅理事長：去年成立工作小組也開了座談會，今年是第二次座談會。昨天有訓練課程，約 7、80 位精神科醫師參與。美沙冬已有 75 個診所，但有些服藥地方為衛生所，雲林在這裡就做的很好，落實社區治療。有些院所一天有 3、500 人來服用，應 decentralization，八里療養院一天有 5 百多未來服用美沙冬，造仍有人反彈，應該分散化。社區藥師也是醫事人員，澳洲治療準則談到醫師釋出處方，病人於社區服用，所以不應以法規、治療的方便而忽略病人權益。「除罪化」亦應達到減罪化，如精神病有精神衛生法來強制，因有些病人無病識感，所以仍需有法律規範成癮，但就名詞上應有更好的選擇。例如放寬緩起訴條件，公平正義亦需兼顧。此外醫界是否準備好了也是問題。誘因也需考量，現在醫師收入越來越低，有位婦產科醫師提到健保前月收入有十幾萬，健保總額後只剩 6 萬收入。美國有 25,000 名醫師治療成癮患者，台灣應有 2,500 位醫師治療成癮者，但目前離目標仍遠，所以學會應結合各方參與想出誘因。我是第一屆反毒有功人士，與李前總統的合照都還掛在牆上，所以我有一定的使命。除精神科外日後應有更多其它科別介入，包括內政部甚至是教育部。反毒匯報利益良好，學會可做為平台讓大家整合合作，大家努力前進，為台灣創造新的一頁。

白檢察官：就法規修正來說，毒癮只是物質成癮的其中一項，是否可把物質成癮獨立出一個法規出來，醫療也納入其中。所謂除罪並非完全脫離司法體系，若脫離司法體系的監控，那這些人在沒有補助的情況下是否仍會主動回去接受治療？所以司法監控是必要的輔助機制。現有緩起訴機制可否在檢察機關與國外藥物法庭連結？透過緩起訴機制整合醫療、社工、觀護與勞政體系，成立評估小組來工作。另把毒販所得納入基金，之前有就此推動修法，因各部會意見分歧，所以在行政院審查時被拿掉。

林式毅理事長：美國 DEA 非常強勢，針對醫師處方有 DEA 法規規範，法規絕對是必要的。我們現在有家事法庭，以後應推動藥物法庭。下次應邀請司法單位與會，與刑事廳連絡。

David: We have drug court in the US where judicial system gets involved in patients with behaviors clearly related to drug addiction and medical treatment. It's essentially an alternative to incarceration with the contingency that if the patient does not comply with treatment then they need to be incarcerated. I think you have the right players at the table and this is the first job to do. You

have been able to do it repeatedly year to year which is very encouraging. You're also using existing treatment systems around the world as a benchmark to see if you're doing better than some parts of the world. You are also learning other nations' strategies to provide guidance for the implementation in Taiwan and this is very good. It's important to have a broader array of healthcare individuals particularly from special disease at least to expand their horizon in understanding of medical treatment. We need to teach our colleagues and society as a whole. As we improve their sophistication and understanding in different diseases, we are providing everyone a better service including nurses, social workers and etc.

林式毅理事長：台灣的醫學做法大多從美國引進，包括診斷、治療與教科書。如何 merge 醫療與司法是一挑戰。我的第一個個案是美國回來過暑假的使用大麻的學生，因美國法庭要求要繼續在台灣治療。Merge 醫療與司法很重要。

蔡維禎醫師：我與 David 都是內科醫師，所以非常有親切感。當時內科學會要我找有毒品防治專業的內科醫師，我就找到 David，找到他後我終於覺得自己不那麼孤單。我服務於公家體系(台北榮總毒物中心)，做事往往綁手綁腳，但我沒有放棄。我曾與許多反毒人士合作，合作後就上癮了。回台灣之前，我也看過別人所做的系統，包括如何給藥，如何研究資料，但當時好像是離我們很遠的一件事，但台灣後來慢慢引入，學習他人的經驗。就美沙冬來說，我是以內科角度來切入，感覺滿順的。美沙冬進來後，我的病人量掉到 2、3 成，但一、兩年後這些病人又回來了。也許這是很好的機會。如 Dr.東昨天所說，這在美國造成很大的市場，在台灣應更有利基。若能調整價格，提升其 accessibility，我們應想想如何創造三贏的局面，包括成癮者、社會大眾與在座的各位。

林式毅理事長：明年 9 月 19 日我們也應再辦這樣的會議，檢視進展，若有職務調動者一定要交接，讓這樣的效用可以傳承下去，這是學會為社會做出的貢獻。