

# 減害計畫的省思—毒品替代療法相關問題探討

林健陽

中央警察大學犯罪防治學系教授

呂豐足

中央警察大學通識教育中心助教

**摘要：**近年來，由於毒癮愛滋感染人數的增加，造成社會極大不安與風險，許多國家因毒癮愛滋的新增個案快速增加，而在聯合國愛滋專案(UNAIDS)的協助下進行美沙冬替代療法來降低個案新增情形。我國行政院衛生署也在 2005 年試辦美沙冬替代療法及針具交換計畫等措施，以防止愛滋病毒的傳播與感染，但由於社會大眾對毒品施用者的負面刻板印象及毒品特性的不瞭解，導致許多藥癮者在參與替代療法上有所抗拒或阻礙。而現在被各國廣為使用的美沙冬，其實也是屬於鴉片類藥物，它的藥理作用、成癮性與海洛英相似，因此，毒品施用者會不會認為有替代療法而有恃無恐地去吸食海洛英，或者原來吸食安非他命的藥癮者，因為有了替代療法而對海洛英躍躍欲試，進而助長藥物濫用的危害？這種以小毒換大毒，或是所謂「兩害相權取其輕」的減害做法，值得進一步加以探討。

## 關鍵詞：

愛滋病、愛滋病毒、毒品施用/藥物濫用、靜脈注射毒品施用者、減害計畫、美沙冬替代療法

Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS)、Human Immunodeficiency Virus (HIV)、Drug Abuse、Injection Drug Users (IDUs)、Harm Reduction Program、Methadone substitution treatment

## 綱目：

- 壹、藥物濫用趨勢
- 貳、愛滋病與毒品施用行為的關係
- 參、毒品政策轉變
- 肆、減害計畫理念及方式
- 伍、美沙冬替代療法相關研究
- 陸、減害計畫及替代療法相關問題及建議

## 壹、藥物濫用趨勢

使用藥物是人類生活的一部份，在醫療上，人類使用藥物來減輕痛苦及治療疾病，對生命的維持有正向的貢獻，但不當且過度地使用藥物，對個人及社會都會帶來深遠的負面影響。在已開發和開發中國家，注射毒品的使用，已造成極大的疾病負擔，毒品氾濫不僅戕害吸毒者個人的身心健康，造成家庭的不幸，而且危害社會治安至鉅。而藥物濫用的人口急速擴增，所造成的相關問題也愈來愈加嚴重，愛滋病造成的社會福利需求增加，生產力嚴重下降，影響國力，均顯示藥物濫用不僅是公共衛生問題，更是社會安全和發展的重要議題。藥物的使用除了公共衛生的知識外，更包括了生理學、醫學、法

律學、犯罪學、心理學、社會學等相關領域的知識，也唯有從多方面加以整合、探討，才能克竟其功，減少藥物濫用所造成個人及社會的的傷害。

濫用藥物由來已久，而近年來更爲嚴重，藥物濫用是不當之精神性作用物質的使用，會使藥物使用者產生強迫性的尋求或使用藥物之行爲，亦即藥物成癮，一般來說，藥物成癮的發展模式大致可分爲：接觸藥物暴露機會、開始使用、持續使用，最後因爲社會環境或生理機制存在的正向增強效果、或爲避免負向效果，而持續使用，乃至成癮階段。因此，我們可以說「藥物成癮」本身是一種疾病，一種因物質使用改變神經系統的功能或結構所導致的腦部疾病，藥物成癮者都應儘速尋求醫療專業的協助，讓身體、心理及社會功能等能及早回復正常狀態。

而在藥物濫用行爲中，毒品使用對健康更有著直接與間接的影響，最後通常會導致必須使用昂貴的醫療服務，也可能會罹患 C 型肝炎與愛滋病等疾病。毒癮者對毒品長期的使用，會造成生理性與心理性的依賴。生理依賴意指隨著使用次數與每次使用的劑量逐漸增加，伴隨而來的往往使毒品對身體造成多種副作用與傷害，比如呼吸抑制、噁心、暈眩、血壓降低、情緒不穩、幻聽、失眠等。心理依賴則是指長期使用毒品，除了永難忘懷超快樂的體驗感受外，容易陷入戒了再吸、吸了又想戒的矛盾掙扎循環裡，進而無法自拔。既然毒品使用害處甚多，爲何仍有爲數不少者使用毒品？，其所形成之原因錯綜複雜，許多人使用毒品是基於好奇，或沈溺於享樂的感受，有的是基於同儕的壓力，有的是對生活失去意義感等以此爲轉移目標。長期使用毒品後，若要立即戒斷經常是困難重重的，最主要的原因是「心癮難戒」（衛生署疾病管制局網站，2008）。

藥物濫用成爲我國近年來愛滋病防治面臨之重要且成長快速之危險因子，且藥癮問題，不但涉及愛滋病相關的醫學、社會、經濟、文化、行爲科學等層面，更涉及法律、執法及道德等更複雜之相關層面。愛滋病是一全球性問題，近幾年因爲毒品使用人口共用針具及稀釋液，而使得我國愛滋病疫情受到嚴重挑戰，如何有效控制愛滋病疫情已成爲聯合國和世界衛生組織及許多國家重要的議題。

依據衛生署統計，我國每 3 個新增愛滋病通報個案有 2 個是毒癮者，鑑於國內愛滋病疫情由性行爲傳染轉變爲以毒癮者共用注射針具爲傳播主因，又世界衛生組織也警告，當愛滋病毒散佈到注射毒品病患群體時，疫情將面臨爆炸性成長（WHO,2007）。減害計畫的理念除了提供清潔針具給藥癮者以避免共用針具以及實施替代療法之外，更重要的是對藥癮者進行心理諮商與教育，協助藥癮者解決身心層面的相關問題，使其能歸復社會，讓毒品對國民及社會的傷害降到最低。

2007 年臺灣地方法院檢察署新收毒品偵字案件約 8 萬 6 千件（其中第一級毒品占 60.6%，第二級毒品占 38.2%），較上年增加 13.4%。在新收毒品案件當中，施用行爲者約爲 7 萬 7 千件，占 89.1%（詳表一）（法務部網站，2008），施用毒品行爲已經成爲毒品犯罪中主要的原因，且近九成比例的嚴重程度，不得不讓我們感到憂心。

表一、臺灣地方法院檢察署新收毒品偵字案件  
2004年(民國93年)年至2008年(民國97年)3月

項 目 別	合		第		第		第	第	其
	計	施 (含 兼 施 用)	一 級 毒 品	百分比	二 級 毒 品	百分比			
件	件	件	%	件	%	件	件	件	
93年	68,713	63,281	41,969	61.1	26,202	38.1	306	—	236
94年	85,970	79,076	50,107	58.3	35,355	41.1	308	12	188
95年	76,068	67,944	48,854	64.2	26,393	34.7	490	41	290
96年	86,281	76,838	52,317	60.6	32,953	38.2	678	14	319
96年1-3月	21,715	19,314	13,818	63.6	7,694	35.4	132	5	66
97年1-3月	22,902	20,427	13,673	59.7	8,983	39.2	184	4	58
較上年同期 增減%	5.5	5.8	-1.0	-3.9	16.8	3.8	39.4	-20.0	-12.1

資料來源：法務部網站，法務統計，2008年。

雖然由於政府對於毒品犯罪之重視與加強偵查結果，使得毒品犯罪總人數有下降的趨勢，且「毒品危害防制條例」修正施行後，對於施用毒品者之處遇方式原則改施以觀察勒戒、強制戒治之處分，故起訴與判決有罪人數有明顯下降趨勢。但是，若從定罪角度來看，毒品犯之再犯與累犯比例卻每年一直保持相當高的再犯比例，從2004年至2008年毒品案件有罪及累再犯人數表中顯示可知（詳表二），每年約為六成至六成五之間。統計結果顯示在判決有罪確定毒品犯中，有超過三分之二的比例為累犯或再犯。（法務部網站，2008年）。

表二、臺灣地方法院檢察署執行毒品案件有罪及累再犯人數  
2004年(民國93年)年至2008年(民國97年)3月

項 目 別	毒 品 犯 施 用 毒 品 犯					毒 品 犯 施 用 毒 品 犯				
	合 計 (1)	初 犯	再 累 犯	同 罪 名		合 計 (3)	初 犯	再 累 犯	同 罪 名	
				(2)	(2)/(1)*100				(4)	(4)/(3)*100
93年	14,640	2,536	12,104	9,903	67.6	12,477	1,823	10,654	8,587	68.8
94年	22,540	3,438	19,102	15,873	70.4	19,982	2,730	17,252	14,120	70.7
95年	24,545	3,009	21,536	18,568	75.6	21,324	2,209	19,115	16,606	77.9
96年	27,199	2,668	24,531	21,775	80.1	23,444	1,651	21,793	19,342	82.5
96年1-3月	5,943	576	5,367	4,735	79.7	5,150	378	4,772	4,224	82.0
97年1-3月	9,754	690	9,064	8,316	85.3	8,628	451	8,177	7,521	87.2
較上年同期 增 減 %	64.1	19.8	68.9	75.6	5.6	67.5	19.3	71.4	78.1	5.2

說明：本表之「同罪名」係指本次犯罪經與其前科罪名比對為相同罪名者。

資料來源：法務部網站，法務統計，2008年。

## 貳、愛滋病與毒品施用行為的關係

愛滋病毒即是人類免疫缺乏病毒（Human Immunodeficiency Virus, HIV, 俗稱愛滋病毒），而愛滋病是後天免疫缺乏症候群（Acquired Immunodeficiency Syndrome, AIDS）的俗稱，最早來自 1981 年在美國所發現一群原先身體健壯的年輕、男同性戀者，感染了肺囊蟲肺炎腔念珠菌和患有卡波西氏肉瘤等，這些疾病在過去多見於免疫缺乏的患者，而為了和先天免疫缺乏區分，故稱為後天免疫缺乏症候群。愛滋病（AIDS）是感染人類免疫缺乏病毒（HIV）的末期表現，其診斷標準為 HIV 的檢驗（抗體、抗原或病毒培養等）呈陽性反應。愛滋病傳染途徑有三：1、性行為；2、血液交換，例如共用針具或共用稀釋毒品的水；3、母子垂直傳染。

截至 2006 年止，聯合國愛滋病組織估計全球遭受愛滋病毒感染人數已超過 6 千萬人，造成 2 千萬人以上的死亡，其中 2006 年一年即有 490 萬新感染者，造成 300 萬人的死亡，感染者年齡幾乎集中在生產力旺盛的青壯族群。感染愛滋病的主要危險因子為：性接觸的危險行為、藥癮者共用針具的行為、母子垂直感染等。目前全世界約有 5% 至 10% 的愛滋病毒感染是因為注射毒品，且大多數是藉由污染的針具所感染。全球約有 1 千 3 百萬人為注射藥癮者，78% 位於開發中及未開發國家，約有一半左右是位於東南亞及西太平洋地區。在注射藥癮者感染愛滋病的情況，亞洲、中歐及東歐為主要的流行地區（United Nations Office on Drugs and Crime, UNODC, 2008）。

愛滋病的疫情在全球蔓延，而注射藥癮者更成為台灣地區愛滋防治的一項新興迫切的問題。台灣地區從 1984 年通報第 1 例愛滋病感染者，愛滋病傳染途徑一直以來，九成經由性行為傳染，而毒品施用者因共用針具注射行為造成愛滋病的感染個案，每年也一直為個位數，愛滋病感染整體疫情可說是一直在控制之中，2003 年首次突破十位數達

73 人，到了 2004 年，新感染者人數開始急遽攀升，2005 年突破千位數高達 2,461 人，注射藥癮者更取代性行為傳播方式，成為最主要的愛滋病高危險群體。藥癮者佔當年新通報感染個案的比例，從 2002 年的 1.7%，2003 年的 8.6%，到 2004 年突然躍升為 40.8%，2005 年更急遽升高到 72.5%，爆發注射藥癮者感染愛滋疫情，新增加的愛滋感染人數，幾乎是過去二十年的累計通報人數總和，其中，2005 年新增通報人數愛滋病患中有高達 2,461 人為藥癮患者，佔總通報人數之 72.5%，2006 年新增通報人數愛滋病中 1,810 人為藥癮患者，佔總通報人數之 61.6%，至 2007 年 12 月注射藥癮者愛滋感染通報人數總計 5,552 人，佔總通報人數之 39%，總計台灣地區自 1984 年至 2008 年 4 月，共有 5,578 名愛滋病毒感染，其中有 4,613 名已發病，1363 多人死亡，疫情可說相當嚴重。(衛生署疾病管制局，2008)。顯示毒品施用者感染愛滋病毒的疫情正逐漸飆升，面對此一新挑戰，若無適當防治策略，我國愛滋病疫情將面臨從毒品施用者快速擴散到一般大眾群體的嚴重危害。

根據行政院衛生署管制藥品管理局彙整參與「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中，2006 年通報藥物濫用個案件數計 11,967 件，其中，海洛因(Heroin) 計 11,222 件，佔了 93.8%，而藥物濫用者中有相當高比例是以注射方式使用毒品，尤其是海洛因濫用者，更高達六成。(法務部，96 年反毒報告書，2007)。注射藥癮者已在台灣愛滋傳播的途徑上產生嚴重的警訊，藥癮者共用針具感染愛滋病也成了我國愛滋防治上的最大的隱憂，更是立即要面對的嚴峻考驗，因此，愛滋病毒感染防治就成為制訂毒品政策的重要方向。

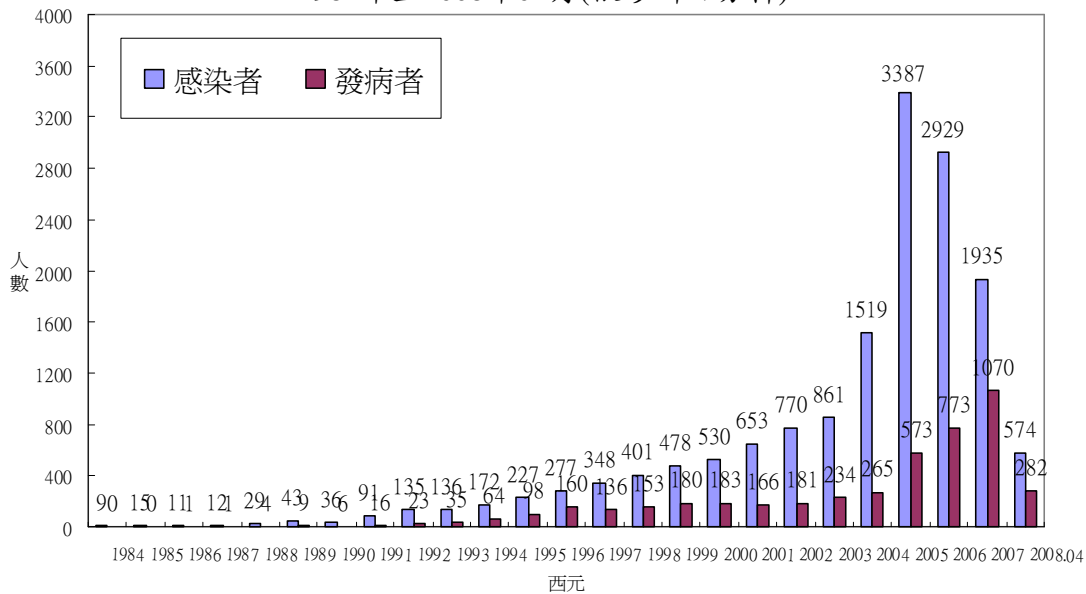
許淑雲、王俊毅和廖宏恩於 2007 年所做「靜脈注射藥癮者對於未來參與減害計畫之意願及需求」研究結果顯示，若注射毒品者認同美沙冬治療藥癮之效能，其主動參加替代療法的意願就愈高(勝算比 4.64 倍)，因此針對注射毒品者之衛生教育可加強宣導美沙冬對治療戒毒的實證效能，增進其對替代療法的認同，有助提高未來參加替代療法的意願，推動減害措施除應有消除靜脈注射藥癮者對執法人員疑慮的配套措施外，更應宣導減害計畫對降低愛滋病感染之成效及美沙冬治療戒毒之效能，透過藥癮者之社會網絡，推動同儕衛教並減輕自費者參加替代療法之負擔。(許淑雲、王俊毅、廖宏恩，2007)。

有許多研究指出注射毒品者共用注射器和針頭(筒)會產生血液型(輸送)病毒感染的風險(Rhodes, Deren, Wood & Shedlin, 1999; Rhodes, Ball, Stimson, Kobysheva, et al., 1999)。在 80 年代後期和 90 年代初期，間接共用別人的燒煮杯皿、濾波器和毒品溶劑，也會被感染愛滋病毒(尤其是 C 型肝炎傳染病)(Hagan, Thiede & Jarlais, 2004)。在許多正值轉型和開發中的國家，注射毒品是傳染愛滋病毒的主要因素(Ball, Rana & Dehne, 1998)。在注射藥癮者感染 HIV 的流行病學方面，根據聯合國世界衛生組織 2008 年 HIV/AIDS 的資料顯示，靜脈注射藥物使用者的愛滋盛行率皆介於 50%-85%之間，目前約有 50%的注射藥癮者有共用針頭的行為(WHO, 2008)。在亞洲許多國家，注射毒品是造成 HIV 流行的主因之一，包含中國、印尼、馬來西亞和越南。藥癮治療的研究結果均顯示治療可減少危險的毒品注射行為以及愛滋病毒的傳播((UNODC/UNAIDS, 2008)。

澳洲藥癮愛滋感染研究專家 Dr. Wodak 與 Dr. Dolan 指出，台灣新增愛滋病毒感染個案當中藥癮者已佔三分之二，顯示台灣愛滋病的流行趨勢與世界上部份亞洲及東歐國

家的疫情發展相類似，此一發展趨勢將使一般社區中的愛滋病患迅速增加，對於國人的健康及社會繁榮安全造成威脅。面對這個嚴峻的考驗，應該立即提出有效的防治計畫，來降低威脅與傷害，也就是所謂的減害計畫。Dr. Wodak 同時指出，減害計畫的首要目標即是減少毒品帶來的傷害，尤其是注射毒品造成的愛滋病毒感染，目前每年都有國家開始推行減害計畫，世界上已有近 50 個國家正在實施，其中並沒有國家中斷減害計畫的執行。Dr. Wodak 特別提醒，若要有效控制及預防愛滋病的蔓延，我國已經面臨全面推行減害計畫的關鍵時刻。推行減害計畫固然需要耗費國家相當的資源，但是今日不做，明日勢將付出更大的代價（衛生署疾病管制局，2008）。

台灣地區本國籍感染人類免疫缺乏病毒者趨勢圖  
1984年至2008年04月(依診斷日分析)



圖一：台灣地區本國籍愛滋病毒感染者(HIV/AIDS) 歷年通報人數  
資料來源：衛生署疾病管制局網站資料，2008年5月。

表三：台灣地區本國籍感染人類免疫缺乏病毒者依存活情形統計表  
1984年累積至2008年4月30日

存活情形	感染者數 (含發病數)		發病者數	
	累積個案數	百分比	累積個案數	百分比
死亡	1973	12.67%	1363	29.55%
存活	13574	87.14%	3246	70.37%
離境	31	0.20%	4	0.09%
總計	<b>15,578</b>	100.00%	<b>4,613</b>	100.00%

資料來源：行政院衛生署疾病管制局，HIV/AIDS 統計月報表，2008年5月。

依衛生署疾病管制局的統計，1984年至2008年04月台灣地區本國籍累積通報人數達 15,578 人，其中有 4,613 人是病發者（詳表三）。以性別來看，其中男性佔 91.1%，女性佔 8.9%（詳表四）。以年齡看，30-39 歲佔 38.7%為最大族群（詳表五）。以危險因子

看，毒癮者佔 37%（詳表六）。從國內對於毒品使用與愛滋病感染的相關性研究之有關數據來看，可瞭解此問題的嚴重性，根據衛生署疾病管制局愛滋病監測通報顯示，2004 年 1 至 12 月，國內共通報 3,403 名愛滋病毒新感染個案，其中毒品施用者即有 2,439 人，佔 2004 年所有新感染者 71.7%，也就是每三位愛滋感染者當中，就有二位是毒品施用者，而 1984 年至 2008 年 4 月累計毒品施用者感染愛滋人數達 5,772 人（衛生署疾病管制局，2008）

表四、台灣地區本國籍感染人類免疫缺乏病毒者依性別統計表  
1984 年累積至 2008 年 4 月 30 日

性別	感染者數※1		發病者數		死亡數	
	累積個案數	百分比	累積個案數	百分比	累積案數	百分比
女	1386	8.90%	330	7.15%	170	8.62%
男	14192	<b>91.10%</b>	4283	92.85%	1803	91.38%
總計	15578	100.00%	4613	100.00%	1,973	100.00%

※1：含發病數、死亡數 註1：死亡累積個案數增加 11 例補通報

資料來源：衛生署疾病管制局 HIV/AIDS 統計月報表，2008 年 5 月。

表五、台灣地區本國籍 AIDS 發病者與死亡者依年齡別統計表  
1984 年累積至 2008 年 4 月 30 日

AIDS 診斷年齡	發病者數		死亡年齡	死亡數	
	累積個案數	百分比		累積死亡數	百分比
0-9	9	0.20%	0-9	2	0.10%
10-19	43	0.93%	10-19	12	0.61%
20-29	1047	22.70%	20-29	302	15.31%
<b>30-39</b>	<b>1789</b>	<b>38.78%</b>	<b>30-39</b>	<b>645</b>	<b>32.69%</b>
40-49	1013	21.96%	40-49	504	25.54%
50-59	428	9.28%	50-59	257	13.03%
60-69	191	4.14%	60-69	148	7.50%
70-79	82	1.78%	70-79	85	4.31%
80 以上	11	0.24%	80 以上	18	0.91%
不詳	0	0.00%	不詳	0	0.00%
總計	4613	100.00%	總計	1973	100.00%

資料來源：衛生署疾病管制局 HIV/AIDS 統計月報表，2008 年 5 月。

表六、台灣地區本國籍感染人類免疫缺乏病毒者依危險因子統計表  
1984年累積至2008年4月30日

危險因子	累積個案數					
	女	百分比	男	百分比	總計	百分比
異性戀	579	41.77%	3223	22.71%	3802	24.41%
同性戀	0	0.00%	4588	32.33%	4588	29.45%
雙性戀	2	0.14%	1100	7.75%	1102	7.07%
血友病患	0	0.00%	53	0.37%	53	0.34%
毒癮者	<b>767</b>	<b>55.34%</b>	<b>5005</b>	<b>35.27%</b>	<b>5772</b>	<b>37.05%</b>
接受輸血者	8	0.58%	10	0.07%	18	0.12%
母子垂直感染	12	0.87%	14	0.10%	26	0.17%
不詳	18	1.30%	199	1.40%	217	1.39%
總計	1386	100.00%	14192	100.00%	15578	100.00%

資料來源：衛生署疾病管制局 HIV/AIDS 統計月報表，2008年5月。

研究顯示，愛滋病主要感染源已從不安全的性行為轉變為靜脈注射藥癮者共用針具的危險行為 (Marlatt,1996)。張嫻純 (2006)曾對於矯正機關進行研究，發現成癮藥物使用者與 HIV 感染之關聯，該研究結果顯示：共用稀釋液、共用針具、HIV 知識缺乏或錯誤、性行為等因子是藥癮者感染 HIV 的危險情境。而國內毒品施用感染愛滋個案的來源，近 7 成來自監所新收人的篩檢發現，且個案間常呈群聚，彼此認識且共同使用針具或共用溶液注射毒品。

監獄中注射毒品使用的估計為 11%到 53%之間，在監獄中毒品注射的頻率應該會比社區中要來得低，但是愛滋病毒與 C 型肝炎 (HCV) 的傳染風險會隨著共同使用有限的注射工具而擴大，因此有很大一部分的受刑人不清楚 HIV 與 C 型肝炎的狀態。共用針具是受刑人愛滋病毒與 C 型肝炎的主要傳染途徑。美沙冬維持療法 (methadone maintenance therapy, MMT) 降低了社區中注射毒品者 (injecting drug user, IDUs) 死亡率、以及海洛因消費、犯罪行為、HIV 傳染、與再度入監服刑，但是 MMT 卻很少提供給受刑人。美國實證調查研究證實愛滋病毒在受刑人中始終有很高的比例，因他們過度使用毒品與危險性行為，讓毒品受刑人暴露於 HIV 之下 (Racz,2005)。在國外，美沙冬治療可以降低監獄中毒品使用以及注射 (Dolan, et al.,2003)，愛滋病的流行對全球的公共衛生將造成很大的衝擊，而越來越多的愛滋病毒感染之毒品犯也對矯正機構帶來很大的難題，無論是第一線執法人員面對感染者應採取的防護措施、受刑人的安置、醫療照顧與教育等等，均應儘早研擬適合台灣本土的措施、規範及處遇，才能預防更嚴重的疫情發生。



## 參、毒品政策的轉變

毒癮者究竟是「犯人」或「病人」乃執行反毒策略首應思考的基本問題，全國各界經過這幾年之深思熟慮，已有將吸毒者視為兼具「病人」與「犯人」特性之共識，為賦予毒癮者適當之身分並輔以完善之戒治，藉以有效遏止毒品之氾濫。法務部經邀集相關部會多方研討，於 1998 年修正「肅清煙毒條例」為「毒品危害防制條例」，除依聯合國規定，擴大毒品管制範圍並予以分級管理外，亦依毒癮者之「病犯」特性，予以「有條件除刑而不除罪」，同時輔以長期戒治措施，以落實戒毒效果，顯示我國已漸漸落實將毒癮患者視為「病人」，而不僅是以「犯人」對待，防治的觀念也漸漸以治療病患為導向。

因此，「毒品危害防制條例」係認為施用毒品者係兼具「病人」與「犯人」雙重身分之受保安處分人（俗稱「病犯」），依據該條例之立法理念，乃降低施用毒品罪之法定刑，並對於吸毒犯之矯治政策以觀察勒戒及強制戒治方式，戒除身癮及心癮。其處遇措施與一般矯正機關收容人相較，乃在於強調其醫療特性，故該法在吸毒犯的處遇上特別針對其「生理解毒」與「心理戒治」發展成為「觀察勒戒處分」與「戒治處分」。觀察勒戒的任務有二，一是對吸毒犯進行勒戒，也就是生理解毒工作；二是對吸毒犯進行觀察，並判定有無繼續施用毒品傾向。戒治之任務在於對吸毒犯施以多元化之戒治處遇課程，以祛除其對毒品之心理依賴，強化戒毒決心。另並結合出所（獄）輔導及更生保護措施，幫助吸毒犯戒除毒癮，避免再犯。因此，如何加強吸毒犯觀察勒戒及強制戒治處遇以及落實追蹤輔導工作，使其獲得妥適之照護，為當前需重視之議題。毒品危害防制條例不只將使用毒品的人當成罪犯，也把它們以病人的角色看待，所以初次使用第一和第二級毒品者，會先進入勒戒處所接受觀察勒戒，期間不得超過二個月，在期間會由專業人員判斷是否有繼續施用毒品傾向，若沒有繼續施用毒品傾向者即釋放，若有繼續施用毒品傾向者，則繼續移送至戒治處所接受強制戒治，期間為六個月到一年。如果觀察勒戒或強制戒治執行完畢釋放後五年內再次使用第一或第二級毒品，則不再進行觀察勒戒，直接依前述施用毒品的罰則判處徒刑。

從我國毒品處遇策略的變遷來看（表七），可以知道目前毒品政策是將吸毒者視為病患與犯罪者的雙重身份，除具有犯人的身份外，並給予生理戒毒和心理輔導等矯治處遇方式，因此我們對於毒品施用的行為，也應從各個不同層面加以探討。

表七：我國歷年毒品處遇策略的變遷

	1990（民國 79 以前）	民國 79-87 年	民國 87-93 年	民國 93 以後
毒品政策	嚴刑峻法，屬於虞犯及戡亂時期之特別刑法的觀點。吸毒者被視為犯罪者，且重威嚇及從苛從重量刑（施用煙毒判刑 3 年以上，施用麻藥處 3 年以下有期徒刑）。	因安非他命列入管制藥品，使監所毒品犯暴增，吸毒者被視為犯罪者，雖仍重威嚇，但量刑已漸趨合理。	毒品危害防制條例實施，有 2 次觀察勒戒、2 次戒治機會，並依第 10 條施用毒品罪判刑等繁雜現象。吸毒者被視為病患及犯罪者。	新修訂毒品危害防制條例實施，勒戒一次或戒治一次後，5 年內再犯即依第 10 條施用毒品罪判刑，吸毒者視為病患與犯罪者雙重身份。

保護管束執行對象	虞犯少年及保護處分併諭知禁戒者。	虞犯少年及保護處分併諭知禁戒者。	虞犯少年及停止戒治期間付保護管束者。	虞犯少年及假釋期間付保護管束者
主要毒品類型	強力膠、速賜康、海洛英	安非他命、海洛英	安非他命、海洛英、K安非他命、FM2、一粒眠、大麻、迷幻藥等。	安非他命、海洛英、K他命、FM2、一粒眠、大麻、迷幻藥、俱樂部用藥等。
戒治機構	煙毒勒戒所、醫療院所	煙毒勒戒所、醫療院所	觀察勒戒所、戒治所、醫療院所	觀察勒戒所、戒治所、醫療院所
政策實施成效	消極監禁，未施以輔導或治療。	監獄人滿為患，政府開始注意毒品問題。	1.造成戒治所、監獄人滿為患 2.適用法令引發諸多爭議 3.以課程處遇為主  1.已編制專業人員及編列專門經費。 2.觀護系統參與社區處遇行列。 2.定期及不定期尿液篩檢，可以達到部份嚇阻功能。	1.戒治所人數大幅減少，但監所毒品犯人數暴增。 2.民國95年獨立戒治所開始運作。 3. 觀察勒戒所、戒治期間拉長，療程相對充份。
優點	吸毒者與不吸毒者分類很清楚，而且吸毒者人數少，容易控制。	1.吸毒者吸食毒品類型分明，尤其吸食安非他命者有些是無知而吸食，故事後容易治療。 2.政府開始關切毒品，處遇策略較易實施。	1.將吸毒者視為病患，並依所犯次數量刑。 2.設置觀察勒戒所、戒治所。 3.醫療團隊介入戒毒治療。	1.觀察勒戒所、戒治期間拉長，療程相對充份，對投機者有警惕作用。 2.規劃社區的防治中心。
缺點	無具體處遇計劃。	1.處遇計劃多偏嘗試性的性質。 2.毒品專業人員缺乏。	1.過於偏重醫療處遇，導致戒治完畢後缺乏具體可行的心理及教育輔導方案，以延續效果。 2.觀察勒戒所、戒治所設置在監所內，故因陋就簡，專業人員不足、處遇功能不易發揮。	1.仍然過於依賴醫療處遇，導致戒治期間及戒治完畢後，均缺乏具體可行的心理及教育方案，以延續醫療效果。 2.設置專業戒治所，但仍面臨專業人員不足、處遇功能不易發揮的困境。 3.排除觀護功能的積極介入。
配套措施	1.設置煙毒勒戒所。	1.設置煙毒勒戒所。 2.嘗試性尿液篩檢，以發現吸毒者。	1.設置觀察勒戒所、戒治所。 2.由觀護人或少年保護官負責停止戒治期間付保護管束。 3.定期及不定期尿液篩檢。	1.設置專業戒治所。 2.發展本土性處遇計劃。 3 設置社區的防治中心。 4.各縣市設置「毒品危害防制中心」

資料來源：修改自林健陽等，95年度除刑化毒品政策之檢討，法務部研究案，2007。

## 肆、減害計畫理念及實施方式

毒品的使用對某些人會造成問題，即所謂的毒品相關之傷害(drug-related harms)，對公共衛生的傷害，包括死亡、疾病、愛滋病、C型肝炎、服用過量、對公眾利益的傷害，包括犯罪、社會及家庭問題、經濟損失等。藥癮是一種醫學上的狀態，已非標籤為一種缺點或道德淪喪就能解決它所帶來的傷害。在國外，減害(Harm Reduction)政策已行之多年，由於有些人無法或無意願停止有害藥物(毒品)的使用，而為了減少因毒品產生的相關傷害，必須立基於公共衛生目的，跳脫道德以及犯罪的角度而對藥癮者提供的替代方案，以期降低危險性(Decreasing the Risks)。毒品減害計畫就是一種觀念的改變，過去檢警調及海防等單位，由供給面全力查緝毒品，但毒品仍日益氾濫，現在改從需求面去努力，轉變為較安全的藥物使用型態，毒品減害是指對減低成癮藥物的負面影響的概念和完整的實務策略，包含從安全使用、降低藥物使用的劑量與頻率到完成戒毒。

世界各國自 1980 年起陸續推動毒品病患減害計畫(harm reduction)，計畫重點不單是清潔針具交換，更是提供戒毒和愛滋病防治訊息和轉介服務。許多國家亦行之多年且頗具成效，其中澳洲是該項計畫推動非常成功的國家，我國也仿效諸如香港、澳洲政府對於戒毒工作以「替代療法」及「清潔針具交換」等措施來降低毒癮愛滋病患衍生的問題。澳洲於 1986 年開始推行，以減緩不斷竄升的毒癮愛滋病毒感染者數目，澳洲專家 Dr. Alex Wodak 與 Dr. Kate Dolan 曾提出澳洲於執行藥癮者不同治療方式，其每位個案每天所需付出之社會成本，美沙冬替代療法為 9 美元，社區戒治機構進行治療為 72 美元，監所戒治為 142 美元，顯示，美沙冬替代療法是符合成本效益的策略。另，Dr. Alex 表示澳洲每年供應 3,000 萬支清潔針具給約 20 萬毒癮者，以台灣預估約有 6-10 萬名毒癮者，每年供應 1,000 萬支清潔針具是合理的比例。

愛滋減害計畫的理念是在社會可以接受的環境之下，分三階段以達成減少傷害之目標，在上游加強緝毒與拒毒，以減少毒品供應，在中游加強辦理戒毒服務以減少毒品需求，並在下流辦理減害計畫及教育諮商工作，降低毒品對個人、家庭、社會之危害。其中「清潔針具計畫」是防範藥癮者因共用針具而感染血液傳染病的重要措施，希望藥癮者在一時還無法完全戒除藥癮之前，得以接受正確的衛教諮商，懂得注意及保護自己的健康，避免因為與人共用針具、稀釋容器或稀釋液而感染血液傳染病。而「替代療法計畫」則是對於嘗試各種戒毒方式卻無法擺脫毒品的個案提供替代藥品治療，使他們無須過著每天找藥甚至因而犯罪的生活，提供他們一個穩定工作及重新回歸社會的機會，並持續對藥癮者進行篩檢諮商與輔導，不僅能有效遏止愛滋疫情，也可降低犯罪比率，維護社會治安。愛滋減害計畫乃是二害相權取其輕的做法，並非贊成或默許使用毒品的行為，故以「減輕對社會之危害」作為本計畫最高指導原則，期使真正有效防範愛滋傳播，許給我國民眾一個健康無毒的清淨家園(侯勝茂，2006)

面對毒癮愛滋感染者的問題，我國提出之減害計畫是一套減緩毒害的應用策略，以公眾健康利益為前題，以減緩毒品對個人、家庭及社會的傷害。其主要的策略包含清潔針具計畫、替代療法計畫以及諮商教育與轉介戒毒。減害計畫內容：藥癮愛滋減害計畫措施包括：HIV 篩檢監測、清潔針具計畫、美沙冬替代療法計畫及矯正機關愛滋衛教諮

詢宣導。

1、擴大毒品施用者愛滋病毒篩檢監測，以便早期發現個案，及時給予治療，防止其再傳染給他人。

2、辦理清潔針具計畫 (Needle and Syringe Programmes, NSP)：於指定衛生、醫療機構及合作之藥房設立針具點，鼓勵毒癮者前往購買清潔空針並回收使用過之針具，同時接受衛教諮詢。並於毒品施用者購置針具可近性高的地點，以設置巡迴車定期定點、成立服務店面、由社區藥局或醫院等方式提供。由於藥物注射的血液及出血是否有效管理是降低危害(harm reduction)的核心，例如，出血可能會在注射前或後發生，以及在靜脈注射時發生，HIV 及 HCV 會在血液與血液接觸時轉移。藉此提供毒品施用者之輔導追蹤與戒癮諮商，以防止因使用毒品而感染 B、C 型肝炎及愛滋病毒。

3、辦理替代療法：係以第二級毒品美沙冬作為海洛因之抵癮藥物，提供毒癮愛滋病患每日於指定醫院服用。由醫療人員評估是否收案，於監督下提供替代藥物，避免注射毒品。使一時無法戒毒的人，以口服低危害替代品之方式，取代高危險的靜脈施打。衛生署並於 2006 年 9 月 19 日擴大提供替代療法藥品使用對象，除免費提供藥癮愛滋感染者替代療法治療之外，醫院開辦非愛滋感染藥癮者替代療法治療，亦可以向該署疾病管制局申請領取美沙冬藥品，以提升替代療法可行性。

4、進行諮商教育與轉介戒毒，並輔以追蹤輔導等 (Information, Education and Communication)。在做法上，除了進入矯正機關對於毒癮收容人進行衛教諮商、提供預防知識、戒毒轉介資訊、透過觀護人對交付保護管束人進行衛教諮商之外，「清潔針具計畫」及「替代療法」的實施，正是提供一個接觸毒品施用者者的機會，以對他們進行衛教諮商，鼓勵篩檢，並轉介他們到戒毒的機構。

「減害是系列整合性的政策與計畫，主要是試圖減少因毒品使用引起情緒異常所導致對毒品使用者其個人、家庭及社區造成的健康、社會及經濟的不良結果」(International Harm Reduction Association, 2002)。愛滋減害計畫是一個公共衛生綜合性的介入計劃來降低靜脈毒癮者共用污染針具等改進健康及社經地位狀態進而降低愛滋病感染 (WHO, 2005)。透過清潔針具的交換、替代療法、衛教指導、及諮詢轉介等的衛生策略來對於藥物濫用者及其家人以及社區改變其社經地位背景的整個服務計畫。國際間的許多研究發現減害計畫對於降低靜脈毒癮者感染愛滋病散播是一個符合成本效益的計畫 (WHO, 2004; Commonwealth of Australia, 2002)，更在相關研究發現實施減害計劃可降低 19% 的愛滋病傳染 (McDonald, et al., 2003)。

減害計畫開辦初期困難重重，畢竟以台灣保守的民俗風情，老百姓很難接受政府以納稅人的辛苦錢，提供免費清潔針具供毒癮者使用，並認為此風助長毒癮者用毒，而毒癮者深怕警方會以身上有針具為逮捕之理由等等，不敢至「愛滋衛教諮詢服務站」索取免費清潔針具，造成旁觀者反對，當事者觀望之情況。在疾病管制局與地方衛生局大力宣導，藥癮減害計畫初期雖會耗掉政府預算，但在遠景上，除可以減少因共用針具而感染愛滋人數外，毒癮者更因加入美沙冬替代療法計畫，減少對毒品的依賴，可以不用過著每天找毒的生活，因而找到工作加入生產力，減少對家庭、社會的危害。以美國施行替代療法為例，其成本與經濟效益比率為 1：4，即每花費 1 美元於美沙冬治療，便可帶

來 4 美元的經濟利益。

愛滋病患所面臨的社會心理壓力及因疾病帶來的疏離感及汗名，已經使其對疾病的不確定性及長期預後沒有安全感，再加上與各種基本需求有關的壓力，容易使病患感到不安。而一個藥物成癮者可能無法控制他們的藥物使用行爲，藥癮所造成身體或腦部的變異，加上對藥品的耐藥性（即需求會不斷增加，藥品級數愈來愈高以達到藥效），當藥物成癮者停止使用毒品，他們的身體及腦部需要調適，這些調適將導致身體及精神上的不適，即稱爲「戒斷症候群」，一個具有戒斷症候群的人可能需要醫療上的協助來幫助他們減輕不適或預防嚴重情況的發生。

因海洛因成癮極難戒除，對於長期毒品施打無法戒除者，以公共衛生和人權的角度出發，國外已採提供免費清潔針器和使用一次即毀損的安全針具等減少傷害之措施，以避免毒癮者引發更加嚴重的愛滋疫情擴散問題，減少毒癮者所衍生的種種社會問題與健康危害。衛生署疾病管制局經查注射毒品使用者感染愛滋病毒的原因爲共用針具或毒品稀釋液所引起，共用原因包括對愛滋病認知不足，根據疫調，只有 4% 毒癮愛滋感染者自覺感染愛滋病毒的機率很高，只有 37.5% 全部答對愛滋病的知識，因爲沒有自覺加上毒癮發作，無法控制而產生共用行爲（衛生署疾病管制局，2008）。

愛滋病患中有 3 分之 2 因毒品而感染，減害計畫實施後，2005 年愛滋病個案增加有下降趨勢，連續廿多年呈正成長的愛滋新增感染者首度出現負成長，2004 年新增三千三百多人，2005 年下降到兩千九百多人。感染人數下降的原因，應該與施行毒癮愛滋減害計畫成效有相當大的關聯。毒癮減害計畫是來自澳洲及歐洲的治療策略，爲了避免毒癮者進一步感染到愛滋病，有二項措施，一是清潔針具的提供，在全省設有針具的回收點，拿去回收就可換得清潔針具；二是替代療法，這是二害相權取其輕的療法，讓毒癮者每天至指定醫院取美沙冬，規律服用美沙冬長期就不用有毒癮問題，可以回歸正常工作，減少毒品開銷，因爲美沙冬也是管制藥品，必須至指定醫院由專業醫師監督下服用。減害計畫的推行，並不代表社會原諒或默許使用毒品的行爲，而是去面對非法用藥及注射毒品一直存在的事實，並儘可能減少注射毒品所造成的傷害。減害計畫其實有數種不同模式：提供清潔針具、丁基原啡因與美沙冬、稀釋液與稀釋器皿和保險套的提供。因爲美沙冬有跟嗎啡一樣的功效，但其高脂溶性使它可以留在人體內長達 24 小時，更能有效地減輕病人的痛楚。美沙冬治療法是目前治療海洛英毒癮患者較有效的辦法，香港政府在 1970 年代就開始設立美沙冬診所，向吸毒者提供美沙冬，作爲一種毒品代替品，使病人在服用美沙冬後，減輕他們對毒品，主要是海洛英的依賴，但必須確定美沙冬替代療法的替代效果要比海洛英更吸引靜脈注射毒品施用者，否則，靜脈注射毒品施用者仍然可能使用海洛英。而減害計畫實施以來，在各單位努力下也得到不錯的成效，從各地檢署實施毒品減害計畫成效統計中得知，96 年以緩起訴處分實施替代療法人數爲 695 人，97 年 1 月至 3 月爲 435 人（詳表八），而臺北縣政府衛生局藥癮愛滋減害計畫中，2006 年至 2008 年 4 月針具回收數量爲 369,712 支，回收率達 70.76%，相信未來對於毒癮愛滋的防治應可有效控制（詳表九）。

表八、臺灣各地檢署實施毒品減害計畫成效統計表

項目別	96年01月至96年12月			97年01月至97年03月		
	海洛因二犯偵查 查終結之人數	以緩起訴處分人數		海洛因二犯偵查 查終結之人數	以緩起訴處分人數	
			實施替代療法 法人數			實施替代療法 法人數
<b>合計</b>	<b>15019</b>	<b>717</b>	<b>695</b>	<b>5942</b>	<b>436</b>	<b>435</b>
臺北地檢	441	21	21	193	36	36
板橋地檢	1896	18	18	852	43	43
士林地檢	401	11	11	180	11	11
桃園地檢	1396	28	28	460	30	30
新竹地檢	353	25	25	154	9	9
苗栗地檢	351	29	25	90	10	10
臺中地檢	1990	9	8	727	103	103
南投地檢	597	13	13	204	6	6
彰化地檢	1294	33	33	571	32	32
雲林地檢	461	11	11	233	2	2
嘉義地檢	450	37	36	156	20	19
臺南地檢	974	329	326	335	64	64
高雄地檢	2513	59	51	1077	23	23
屏東地檢	682	5	5	254	5	5
臺東地檢	84	7	5	20	0	0
花蓮地檢	135	4	4	40	6	6
宜蘭地檢	276	10	7	65	11	11
基隆地檢	717	67	67	330	24	24
澎湖地檢	5	1	1	1	1	1
金門地檢	3	0	0	0	0	0
連江地檢	0	0	0	0	0	0

資料來源：法務部統計處，2008。

表九、臺北縣政府衛生局藥癮愛滋減害計畫 2006年至2008年4月針具回收數量

年度	藥癮者感染 愛滋病人數	發出空針數量	回收空針數量	回收率
95	184	51,259	10,885	21.24%
96	68	455,251	325,031	71.40%
97	19(截至 97.5.14)	15,979(截至 97.4.30)	33,796(截至 97.4.30)	211.50%
總數	271	522,489	369,712	70.76%

資料來源：臺北縣政府衛生局，2008年5月。

## 伍、美沙冬替代療法相關研究

美沙冬維持療法(Methadone Maintenance Treatment Program, MMTP) 是一種鴉片類的類同劑之替代療法(prototypic opioid substitution therapy)，乃1963年紐約洛克斐勒醫學院Dole 與 Nyswander 開創發展出來的藥物維持治療模式，目標為復健而非戒除，採開放而非住院模式。而所謂的毒品減害替代療法，就是使用「美沙冬」等抵癮藥物，減輕海洛因藥癮者對海洛因的依賴程度，且以口服方式取代藥癮者靜脈注射的行為，減少針具共用導致傳染愛滋病的機會，希望讓藥癮者有重生的機會，進而降低犯罪率，改善治安。在過去十年，許多城市已經推廣無菌針頭及其他注射設備，以減少非法毒品使用者的潛在危險，特別是愛滋與肺炎病毒的散佈，大部分的研究都已認為無菌針頭對於減少高風險的注射行為具有效果，也降低愛滋病感染的可能性。以澳洲經驗為例，若自費參與美沙冬替代療法計畫每日需支付 2.5 美元，一年內持續參加者約為 34%，若為免費，則可達 54%之持續率。所以行政院衛生署疾病管制局補助毒癮愛滋感染者免費參加替代療法，而對於毒癮者則補助第一次所有檢查費用及免費美沙冬藥品。

因海洛因成癮極難戒除，其戒毒成功率僅 2 成，對於長期毒品施打無法戒除者，國外於 1964 年初，已發展海洛因成癮者替代（維持）療法，對於長期無法戒毒者，由醫療人員評估是否提供本項服務，收案者在醫護人員監督下提供藥物（常是以美沙冬或丁基原啡因），以口服方式取代注射方式，避免毒品施用者以注射方式使用毒品，如此可以避免經由血液交換如愛滋等傳染性疾病的傳染，使毒癮者可以正常生活、工作，進而改善治安，許多國家亦行之多年且頗具成效。

美沙冬治療目標包括：1、提供一種方便、合法、醫學上安全和有效的藥物以代替非法使用毒品；2、吸毒者無須因購買毒品而作出犯罪或不法的行為，能如正常人般工作和生活；3、減少因注射毒品而共用針頭，以防治愛滋病、B 或 C 型肝炎及破傷風等傳播；4、幫助吸毒者解毒，直至完全無須依賴毒品。替代療法是醫療專業監督、醫生的評估與治療之下，運用口服的合成鴉片類替代藥品，取代毒品施用者靜脈注射海洛因的行為，對於嘗試各種戒毒方式卻無法擺脫毒品的個案而言，可以使他們無須過著每天找藥，甚至因而犯罪的生活，若僅僅提供清潔針具，可能因為毒品施用者仍有注射行為而無法完全避免感染血液傳染病的危險，所以替代療法提供口服美沙冬藥品，除了改變毒品施用者的注射毒品行為之外，更希望藉此不斷提供毒品施用者教育諮商，同時提供其所需要的生理、心理、社會支持系統的相關協助，給予毒品施用者完整且持續性的專業服務，同時提供他們一個穩定工作及重新回歸社會的機會，也可以避免感染血液傳染病。近年來台灣毒癮問題轉為以注射海洛因為大宗，因共用針頭、共用稀釋液、危險的性行為、共用紋身器具等造成愛滋病之傳播，替代療法為減少社會傷害之作為（衛生署管制藥品管理局，2006）。

美沙冬替代療法，其觀念與尼古丁貼片或口嚼錠戒菸法有異曲同工之妙。透過尼古丁貼片或口嚼錠，戒菸者可以透過少量尼古丁的吸收而減緩戒斷症狀的困擾，可以過著較為正常的作息與生活，逐漸脫離菸癮，美沙冬維持療法便是幫助戒毒者逐漸戒除毒癮的方式之一。而美沙冬與海洛因同屬鴉片類，美沙冬替代療法即在服用美沙冬後，美沙

冬會佔據腦中跟鴉片一樣的受體，進而使毒癮者降低對海洛因的依賴。對海洛因成癮者而言，美沙冬替代治療是一種極為有效的治療方法（Kerr, 2005）

替代療法是另一個減少毒品相關危害的一種方法，也是較為務實的策略，其立意並非贊成吸毒行為，只是，因為不管如何推廣「反毒」或「安全用藥教育」，仍會有部份的人注射非法藥物，而任何人（包括毒品病犯）都應該有機會被教育輔導，使其了解所面臨的高危險行為。因此，以整體社會為出發點，兩害相權取其輕，降低毒品對整個社會的傷害。

香港美沙冬計畫的成功經驗為世界所讚揚，其有效的使毒癮愛滋感染人數維持低盛行率被控制住，香港政府除了廣泛設置美沙冬診所以外，並且配合適當的諮詢及教育做為配套措施，因此許多國家都以香港模式做為美沙冬替代療法的標竿。香港在提供戒毒治療和康復服務方面，採用多管齊下的方針，這方面的服務包括懲教署的強迫戒毒計畫、非政府機構(包括福音戒毒團體)的自願住院治療計畫、醫院管理局的物質誤用診所、非政府機構開設的輔導中心、美沙冬計畫，以及提供多種合併服務包括個案發掘、危機介入、戒毒治療和輔導的混合模式診所等（香港衛生署，2000）。根據國外研究指出，執行了 18 個月的替代療法，發現參與治療的靜脈注射藥癮者(injection drug users, IDUs) 僅有 3.5%感染 HIV，而未參與治療的注射毒品者卻有 22%感染了 HIV(Metzger, 1993)。

溫哥華注射毒品使用者研究（The Vancouver Drug Users Study, VIDUS）是一項從 1996 年開始，預期以透過自願或召募溫哥華西區的注射毒品使用者研究。樣本的資格則是在過去一個月中曾經注射過至少一次違法藥物且居住在大溫哥華地區的人。研究採固定樣本研究（panel studies）的縱貫性研究設計，對特定抽樣對象持續追蹤訪問，追蹤的期間長達七年十個月，共有 1587 個樣本，參與時間為 1996 年 5 月 1 日至 2004 年 3 月 30 日。所有參與者就如同先前的研究發現一樣，大多是注射多種藥物的吸毒者。該研究對於美沙冬維持療法（methadone maintenance therapy，以下簡稱 MMT）使用者可能會有反應提供了一個非常有參考價值的探討。在該研究所有參與者中，有 42%使用 MMT，在這些一開始就使用 MMT 的樣本中，有 28%停止並從未再使用，有 61%則是間歇性地使用 MMT。樣本的一些特質經過縱貫研究後，會發現與 MMT 有關，如女性、HIV 陽性反應、吸食快克古柯鹼、以及較年長的樣本都與 MMT 使用有獨立且正相關。而原住民、近期曾入獄服刑、注射海洛因、將注射器借給他人、以及參與性交易等變項則是與 MMT 的使用有獨立且負相關。從整個計畫已顯示：由於美沙冬治療計畫的效果使得美沙冬治療較其他任何型式的治療更能吸引及保留住靜脈注射海洛因者的利用。相關研究說明了 MMT 可以成功地阻斷鴉片製劑的戒斷症狀與類鴉片藥品如海洛因所產生的欣快感。並且可以矯正與穩定鴉片類衍生物的傷害與缺點。因此 MMT 對於降低毒品的傷害與未加以治療而產生的成本是符合成本效率的策略，且可以降低並根絕鴉片製劑的使用，也可以降低犯罪率、失業率以及死亡率。MMT 也可以降低愛滋病毒與病毒性肝炎的傳染率。許多研究也顯示高風險行為如針頭共用、多個性伴侶、未使用保險套的性行為、以及以毒品與金錢從事性交易（Kerr, 2005）。很多研究指出對於毒品使用者提供戒癮治療可以減少愛滋病及 B、C 型肝炎的傳播（Ball et al 1988, Crofts et al 1997），降低違法行為、社會成本及增進社會產值（Helmus et al., 2001；Martin et al., 1990）。



## 陸、減害計畫及替代療法相關問題及建議

由於近幾年來毒品再犯比率都在六成以上，使得各方對於刑事司法體系中毒品戒治成效抱持懷疑態度，最主要的癥結在於在強制的情形下毒品成癮者的戒治是非出於自願的，當離開戒治所後，缺乏強制力的環境，使得他們濫用藥物的行為很快又再度復發。而有關監獄的封閉環境是否會增加愛滋病感染的風險？近年來也不斷引發專家學者憂慮，在收容大量毒品犯罪者且硬體環境封閉、收容人互動頻繁之矯正機構，是否會成為愛滋病毒傳播的風險因素，而其中，危險性行為的傳染也是原因之一，值得關注。後續研究也可進一步探討毒品施用者、家屬與民眾對於減害計畫的觀感為何？並研究讓毒品病患能參與決策，包括提供針具交換的方式、地點選擇等。

使用毒品本身是一種複雜的行為，有生理、心理及社會的因素促成一個人使用毒品行為，也沒有任何單一的治療可適用於每一個人，大部份的毒品使用者需要數次療程，因為毒癮者的復發情形非常普遍，藥癮治療必須同時著重毒癮者的生理及心理層面與精神疾病的交互關係將使治療變得更複雜。

即使減害效果存在，少數的毒癮者仍會繼續注射海洛因或其他毒品，而這種方式還是會容易使具有傳染性的疾病散佈。因此，在不同的地理與社會狀況中，即使無菌針頭的取得已變得更容易，了解這種持續危險行為的原因仍有其必要性。即使新的注射者進入一個罹患愛滋病比率不高的團體中，如果危險行為很多且未感染的個體使用已感染者使用過的針頭的話，其被感染的機率還是非常高(Friedman et al., 2000)。

毒品的防治，除了動用公部門之衛生醫療體系有效治療阻斷通路外，自家庭、學校、社區強力宣導毒害與愛滋教育，而私部門的非營利組織及公益團體，也擁有充沛的人力及物力資源，對社會的公共衛生教育及防護宣教，也有廣泛的效果，社區教育能強化民眾對毒品使用與HIV/AIDS問題的認知度，瞭解吸毒是一社會現象，不只是醫療問題，不只是專業人員，一般社會大眾也需要注意HIV /AIDS防範。公共健康醫療系統也能成為吸毒者的夥伴，降低他們的羞恥感，讓吸毒者瞭解HIV防治策略，保護自己、伴侶與家人免於病毒威脅；並且增加毒品治療場所，提供教育訓練課程、增加服務的廣度並建立監控與評估系統，以達到停止惡化傳染。此外，預防HIV/AIDS的教育，需要各國家之中央政府與地方政府從制度面著手，建立從家庭、學校到社區全面性的愛滋防護教育體系，才能構築縝密的防護體系。因之，公私部門整體力量的統合運用，才能使防治毒害與愛滋病的政策更為落實有效。由於毒品及愛滋病毒是無國界的流行病，任何國家或地區也無能倖免被危害。因之，也應從地理區域到國際間建立合作的機制及國際性組織，相互交換防治策略及有效的心得。

我國實施減害計畫以來，經過不斷的溝通與協調，法務與警政體系已與衛生單位建立共識警政署為配合衛生署實施「毒癮愛滋減害計畫」，亦修正整體緝毒方向，不僅警政署函文要求各警察人員不宜利用清潔針具交換點或替代療法指定醫院，作為漫無標的之埋伏點，以守株待兔方式的埋伏跟監，逮捕前來參加減害計畫的藥癮者之個案。有關轉介個案參加替代療法，亦請各警察機關配合各地方毒品危害防制中心實施之。並要求警察機關於查獲以針具施打毒品者、3人以上同時吸毒、娛樂場所施用毒品者及販毒者

等 4 類嫌疑人時，於不妨害「偵辦、移送時效」及「偵查不公開」前提下，通知衛生單位派員辦理抽血篩檢及相關衛教工作，警政署並於 2007 年協辦毒品減害計畫辦理種子培訓講習，人數共計 307 人。檢察體系也主動提出以緩起訴機制辦理美沙冬替代療法，多元的減害措施已在台灣發展並獲得初步成效。未來有關單位亦應致力於提升針具涵蓋率及回收率，增加替代療法的可近性與安全性，並進一步藉由清潔針具計畫與替代療法醫院的平台，加強與藥癮者的接觸，提供篩檢諮商與轉介戒癮治療，有效防治愛滋。

台灣針具的取得實為相當便利，每一家藥局都可購買，在美國購買針具則需要醫師處方，在台灣並無如此規定，長久以來均認為毒品施用者取得針具容易，故注射毒品者不會共用針具，而無感染 HIV 病毒等傳染病之虞。但依毒品施用而感染 HIV 病毒者表示，警方會至藥局附近跟監，因此擔心去藥房購買或交換針具時會有警方跟監等因素，或因身上被查獲攜帶針具而成為檢警辦案證據之一，因而選擇共用針具行為，也將導致愛滋疫情的快速增加。

WHO 今年特別強調「Leadership」的觀念，強調對抗愛滋每個人可以從自己本身做起，不管來自各個階層，每個人都可以利用自己的力量，擴展至家庭、社區國家、甚至國際。2007 年世界愛滋日延續「停止愛滋，履行承諾（Stop AIDS, Keep the Promise.）」口號，並以「從我做起（Take the Lead）」為主題，呼籲社會大眾防治愛滋應從己身做起，克盡一己之能，並在各自家庭、學校、組織團體內發揮影響力，共同對抗愛滋病。

減害計畫的推行，並不代表社會原諒或默許使用毒品的行為，而是去面對非法用藥及注射毒品一直存在的事實，並儘可能減少注射毒品所造成的傷害。減害計畫其實有數種不同模式：提供清潔針具、丁基原非因與美沙冬、稀釋液與稀釋器皿和保險套的提供。美沙冬(Methadone)在 1937 年由德國人發明，原來的用途是作為止痛藥嗎啡的代替品，因為美沙冬有跟嗎啡一樣的功效，但其高脂溶性使它可以留在人體內長達 24 小時，更能有效地減輕病人的痛楚。美沙冬治療法是目前治療海洛英毒癮患者較有效的辦法，香港政府在 1970 年代就開始設立美沙冬診所，向吸毒者提供美沙冬，作為一種毒品代替品，使病人在服用美沙冬後，減輕他們對毒品，主要是海洛英的依賴，但必須確定美沙冬替代療法的替代效果要比海洛英更吸引靜脈注射毒品施用者，否則，靜脈注射毒品施用者仍然可能使用海洛英。

為了避免毒品氾濫，衝擊社會，並強化對感染者權益保障及權益損害協調機制，立法院已於 2007 年 5 月 14 日三讀通過修正通過「毒品危害防治條例」第 24 條「後天免疫缺乏症候群防治條例」為「人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障條例」，賦予緩起訴處分被告參與毒品減害計畫替代療法之法源。即經檢察官緩起訴，可以前往醫院接受美沙冬替代療法。美沙冬一劑價格約三十到五十元，費用將由毒癮犯自付，比起昂貴的海洛因，不但便宜，還可以暫時抑制毒癮，但只限初犯或是 5 年後再犯的毒癮犯。

此次修法重點在於加強愛滋病患之人權保障，在感染者之人格與合法權益應受尊重及保障方面，此次明文增列感染者之安養、居住等基本人權應予保障。同時增加中央主管機關應邀集感染者促進團體、民間機構等，參與推動人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障事項。醫事機構不得拒絕提供服務；醫事人員應經當事人同意及諮詢程序，始得進行人類免疫缺乏病毒檢驗。修正法案中另一重點為增加執行愛滋減害計畫、

實施高危險群之教育講習與強制檢驗增訂的法源依據。條例中明訂因參與減害計畫而提供及接受清潔針具和替代療法者，不負刑事責任。同時相關人員如不幸於執行相關職務時感染人類免疫缺乏病毒，則由其服務機關（構）給予合理補償，以保障其權益。惟為避免個案標準不一而衍生爭擾，條例中亦授權由中央主管機關獎勵並統一訂定補償辦法，期使提供感染者服務工作或執行本條例相關工作者能受到鼓勵並且無後顧之憂，故此次修改不但符合人權立國之精神，並切合愛滋病防治之需要。但我們應進一步思考如果美沙冬只是一個幫助其復歸社會的手段，周圍的配套措施就不能少，而且也不是每個人都需透過美沙冬來戒毒，把每個施用海洛因的人都去用美沙冬，這並不是解決問題的方法，此會有錯誤的期待。服用美沙冬也會上癮，如何從毒品來源及社會角度根絕氾濫問題，才是治標的方法。

對於在監獄中實施美沙冬替代療法也相當值得深入探討，因為依據法務統計，在監服刑的受刑人中，毒品使用者佔了相當大的比例，而且累犯率也相當高。那麼在其入監服刑期間若能藉此協助其去除毒癮，是否會減少未來這些毒品使用者出獄後再犯的機會。或許美沙冬替代療法並非萬靈丹，在實施上還是有其限制，但是至少對於一定比例的毒品使用者是有效的。衛生署疾病管制局統計之毒品施用愛滋病毒感染者，七成以上來自監所新收容人的愛滋病毒篩檢中發現，矯正機關內收容毒癮人數集中，應以此場所作為毒癮者重要愛滋病防治諮商和宣導場所。

建議應包括建立社區愛滋防治計畫，深入接觸躲在暗處、還不知道針具交換和替代療法計畫的靜脈注射毒品施用者，使其有機會改變愛滋感染的危險行為。尤其應積極建立戒治管道，才能降低使用藥物之頻率和行為，靜脈注射毒品施用者才會有預防愛滋感染之動機，且政府與民間機構間應加強整合，包括監所、醫療體系及社區等互相合作，減少傷害、減少需求及減少供應需要跨部會的整合，才能有效達到愛滋防治之目標。

愛滋防治策略之制訂除了有正確的愛滋感染途徑為根基之外，尚須對靜脈注射毒品施用者之次文化、心理與行為有深度瞭解，較能提高愛滋防治及宣導之效果，尤其應發展並建立可深入毒品施用者族群的網絡，提供正確知識與轉介管道。

減害計畫是一個新的觀念，有人擔心這個計畫可能會助長藥品使用，然而一些戒治毒癮成功的過來人表示，購買吸食藥品其實比針具或稀釋液貴太多了，毒品施用者並不會因為多得到了免費針具就增加施打藥品的頻率。此一計畫推行以來，不少人擔心至執行點領取清潔針具時，會被守株待兔的員警逮到，所以許多毒品施用者仍採觀望的態度，毒品施用者擔心被查獲隨身攜帶使用過的針具而入罪，不願意加入回收，降低了針具的回收率。而警察人員執行犯罪偵查工作，係法律所賦予之職權及任務，如將替代療法院所(區)視為「執法禁地」，反而不利院所(區)安全維護，尤有甚者，並可能被毒犯視為「犯罪天堂」，成為毒販聚集場所致衍生其他犯罪。因此，司法、警界與衛生單位需要密切合作，同時以公共衛生防疫之角度來看待減害計畫，而對於警方查獲的毒品施用者，協助灌輸預防疾病的正確觀念，不僅能幫助毒品施用者早期發現疾病，避免傳染他人，並可減少警務人員執勤時的風險。

## 參考文獻

### 一、中文部份：

- 內政部警政署（2005），警政白皮書，台北：內政部警政署。
- 行政院衛生署（2005），〈藥物濫用防制與藥癮戒治國際研討會〉。
- 行政院衛生署疾病管制局（2008），〈防毒品減愛滋大作戰〉，行政院衛生署疾病管制局網站。
- 行政院衛生署疾病管制局（2008），〈毒品病患愛滋減害試辦計畫〉，行政院衛生署疾病管制局網站。
- 行政院衛生署疾病管制局網站（2008），毒癮愛滋減害計畫 96 年執行作業手冊。
- 林健陽、柯雨瑞（2003），《毒品犯罪與防治》，桃園：中央警察大學出版社。
- 林健陽、陳玉書、廖有錄、曹光文（2001），「毒品危害防制條例」施行後毒品犯罪者矯治成效之研究，中央警察大學犯罪防治學報，第 2 期，頁 101-124，桃園：中央警察大學。
- 林健陽等（2007），95 年度除刑化毒品政策之檢討，法務部研究案。
- 法務部（2007），96 年反毒報告書。台北：法務部。
- 法務部（2008），法務部統計重要指標分析。台北：法務部。
- 法務部（2008）最新毒品統計。取自：<http://www.moj.gov.tw/site/moj/public/MMO/moj/stat/new/newtable5.pdf>
- 侯勝茂（2005），愛滋毒癮減害試辦計畫-- 防愛滋戒毒癮，許給民眾一個健康無毒的清淨家園，商業週刊，第 943 期。
- 香港衛生署（2000），「美沙冬治療計劃檢討報告」<http://www.info.gov.hk/aids/pdf/g99/chinese/summary.htm>
- 香港衛生署（2000），「美沙冬治療計劃檢討報告」，<http://www.info.gov.hk/aids/pdf/g99/chinese/summary.htm>
- 徐森杰（2005），減少傷害方案—美沙冬維持療法計劃，社團法人台灣露德協會網站：[http://lourdes.org.tw/Page\\_Show.asp?Page\\_ID=831](http://lourdes.org.tw/Page_Show.asp?Page_ID=831)
- 張嫻純(2006)，成癮藥物使用情境脈絡與 HIV 感染關聯之初探臺灣大學衛生政策與管理研究所碩士。
- 張學鶚、楊士隆（1997），台灣地區少年吸毒行為之研究。中央警察大學學報，第 30 期，頁 199-224。
- 曹光文、唐心北、林健陽（1999），台灣地區毒品犯罪矯治模式及其成效之介紹，矯治月刊。
- 許淑雲 王俊毅 廖宏恩（2007），注射藥癮者對於未來參與減害計畫之意願及需求，台灣衛誌 26 卷第四期，頁 292-302。
- 陳玉書、簡惠露（2001），台灣地區再犯現況與趨勢分析，犯罪矯正，第十七卷，頁 31-43。
- 陳松吟、劉佩伶（2006），赴泰國參加亞太減害技能短期訓練課程，行政院所屬各機關因公出國人員報告書。行政院衛生署疾病管制局。
- 黃徵男（1998），煙毒犯的矯治與預防，觀護人訓練研習會實錄，台北：法務部。
- 楊世仰（2006），〈減害計畫-反毒新策略〉，《刑事雙月刊》，（11）。
- 駱宜安（2000），「毒品危害防制條例」評析，警學叢刊，第 31 卷，第 2 期，頁 1-11。
- 謝菊英、蔡春美、管少彬譯（2006），挑戰成癮觀點—減害治療模式。台北：張老師文化。
- 顏正芳(2006)，毒者的法律問題和專業協助，高醫醫訊月刊，第 27 卷，第 2 期。

### 二、英文部分：

- Ball JC, Myers CP, Friedman SR.(1997) Reducing the risk of AIDS through methadone maintenance treatment. *J Health Soc Behav*,9;214-26
- Bing EG, Hays RD, Jacobson LP et al. (2000) Health-related quality of life among people with HIV disease: result from the multicenter AIDS cohort study. *Qual Life Res* 9;55-63
- Hagan, H., Thiede, H., & Des Jarlais, D. C. (2004). Hepatitis C virus infection among injection drug users: Survival analysis of time to seroconversion. *Epidemiology*, 15(5), 543-549.
- Hall, W., Ross, J., Lynskey, M., Law, M., Degenhardt, L.(2000). How many dependent opioid users are there in Australia? *Sydney: National Drug and Alcohol Research Centre*, onograph,44.
- Helmus TC, Downey KK, Arfken CL et al.(2001) Novelty seeking as a predictor of treatment retention for heroin dependent cocaine users. *Drug Alcohol Depend*,61:287-295.  
<http://www.who.int/hiv/pub/idu/iduguide/en/>
- Jarlais, Don C Des, Semaan, Salaam(2005). Interventions to reduce the sexual risk behaviour of injecting drug users. *International Journal of drug policy*, 16(1),58-66.
- Jarlais, Don C Des, Theresa Perlis, Samuel R Friedman, Sherry Deren (1998) . *American Journal of Public Health*,8, Iss. 12.
- Kerr, Thomas a, David Marsh a,b, Kathy Li a, Julio Montanera,c, Evan Wooda,(2005).Factors associated with methadone maintenance therapy use among a cohort of polysubstance using injection drug users in Vancouver.*Drug and Alcohol Dependence*,80 :329-335.
- Marlatt, GA. (1996) Harm reduction: come as you are. *Addict ehav*,21:779-788.
- Martin GS, Serpelonni G, Galvan U, et al. (1990) Behavioural change in injecting drug users: evaluation of an HIV/AIDS education programme. *AIDS Care*,2:275-9.

- Nair MPN, Mahajan S, Hewitt S, et al 2004: Association of drug abuse inhibition of HIV-1 immune response: studies with long-term HIV-1 non-progressors. *Journal of Neuroimmunology*,47;21-25
- R´acz, J.(2005). Injecting drug use, risk behaviour and risk environment in Hungary: A qualitative analysis. *International Journal of drug policy*, 16(5),353-362.
- Rhodes, F .S Deren, M M Wood, M G Shedlin, et al. (1999).Understanding HIV risks of chronic drug-using men who have sex with men. *AIDS Care*. Abingdon: 11, 6; 629-649.
- UNAIDS(2007) AIDS epidemic update , World Health Organization 。  
[http://data.unaids.org/pub/EPISlides/2007/2007\\_epiupdate\\_en.pdf](http://data.unaids.org/pub/EPISlides/2007/2007_epiupdate_en.pdf)
- United Nations Office on Drugs and Crime, UNODC(2006),*World Drug Report*.  
versus wait list control in an Australian prison system. *Drug and Alcohol Dependence* ,72 59:65
- World Health Organization(2007).TOWARDS UNIVERSAL ACCESS Scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector. *Progress Report* 。

