

法務部一〇七年度委託計畫案
(案號：S1070111)

建構公私協力反毒預防策略與模式之研究
A Study on Public-Private Collaborative in Anti-Drug Prevention
Strategies and Models

期末報告

計畫主持人：	中央警察大學犯罪防治系教授	蔡田木
協同主持人：	中央警察大學犯罪防治系副教授	謝文彥
協同主持人：	中華大學行政管理學系助理教授	胡至沛
顧問：	中華大學行政管理學系副教授	張筵儀
顧問：	中華大學餐飲管理學系助理教授	蔡耀旭
研究員：	東海大學行政管理暨政策學系助理教授	李衍儒
研究員：	中央警察大學犯罪防治研究所博士生	陳佳楨
研究助理：	臺北醫學大學生醫材料暨組織工程碩士	蔡文瑜
研究助理：	臺北大學犯罪學研究所碩士生	曾佳怡

中華民國 108 年 06 月 19 日

目錄

表次.....	III
圖次.....	IV
摘要.....	V
Abstract.....	VII
第一章 緒論.....	1
第一節 研究背景與重要性.....	1
第二節 研究動機與研究目的.....	2
第三節 研究問題.....	3
第四節 相關名詞詮釋.....	4
第二章 公私部門協力與相關文獻.....	7
第一節 公私協力之概述.....	7
第二節 公私協力之理論基礎與在我國的相關研究.....	12
第三節 公私協力之建構方式、運作模式與限制.....	16
第三章 研究設計與實施方法.....	23
第一節 研究架構.....	23
第二節 研究方法.....	24
第三節 研究工具.....	29
第四節 資料處理與分析方法.....	31
第四章 國內外公私部門協力反毒預防策略與模式.....	35
第一節 美國公私部門協力反毒預防策略與模式.....	35
第二節 加拿大公私部門協力反毒預防策略與模式.....	41
第三節 德國公私部門協力反毒預防策略與模式.....	50
第四節 香港公私部門協力反毒預防策略與模式.....	57
第五節 澳門公私部門協力反毒預防策略與模式.....	63
第六節 日本公私協力反毒預防策略與模式.....	71
第七節 新加坡公私協力反毒預防策略與模式.....	79
第八節 國際協力反毒工作與成效.....	85
第九節 我國公私協力反毒預防策略與模式.....	91
第十節 小結.....	105

第五章 我國公私部門協力反毒預防運作狀況分析.....	111
第一節 現行公、私部門反毒預防組織及其角色功能分析.....	111
第二節 現行公、私部門反毒預防合作模式與成功和失敗的案例.....	131
第三節 毒癮者接觸公私部門反毒預防資訊經驗與需求.....	148
第四節 改進公私部門協調分工模式.....	153
第五節 建置我國公私協力反毒預防平台之分析.....	159
第六節 小結.....	168
第六章 結論與建議.....	175
第一節 結論.....	175
第二節 建議.....	183
參考書目.....	193
一、中文書目.....	193
二、英文書目.....	204
附錄一 深度訪談大綱（第一線實務工作者）.....	209
附錄二 深度訪談大綱（毒品施用者）.....	211
附錄三 訪談同意書.....	213
附錄四 提供「替代治療」服務醫院名單.....	215
附錄五 提供「替代治療」衛星給藥點名單.....	221
附錄六 108—110 年度衛生福利部指定藥癮戒治機構.....	223
附錄七 專家意見調查問卷.....	235

表次

表 1-1-1	各類毒品分類與品項.....	4
表 2-3-1	十個結果導向的課責問題.....	17
表 2-3-2	非營利組織和政府協力服務輸送的模式及其角色扮演.....	21
表 3-2-1	本研究深度訪談對象分配表.....	25
表 3-2-2	本研究專家問卷對象分配表.....	27
表 3-2-3	焦點團體座談執行概況.....	29
表 3-3-1	本研究深度訪談表綱要（毒品施用者）.....	29
表 3-3-2	本研究深度訪談表綱要（第一線實務工作者）.....	30
表 3-3-3	專家問卷調查問題大綱.....	30
表 4-1-1	美國反毒政策變革.....	36
表 4-2-1	加拿大社區青少年預防指引.....	45
表 4-2-2	加拿大校園青少年預防指引.....	46
表 4-2-3	加拿大家庭預防指引.....	47
表 4-4-1	香港禁毒處合作教育機構.....	58
表 4-4-2	香港 2009-2018 年毒品罪被捕人數.....	63
表 4-5-1	澳門民間毒品預防機構.....	68
表 4-5-2	2012-2017 年自願戒毒求助個案統計.....	69
表 4-5-3	2013-2017 年澳門毒品案件統計.....	70
表 4-5-4	2013-2017 年澳門海關查緝毒品種類與數量.....	70
表 4-6-1	日本警察廳 2011 年至 2015 年藥物濫用種類及取締件數.....	78
表 4-7-1	齊心反毒聯盟成員一覽.....	82
表 4-10-1	國內外各地區政府在毒品防制之組織架構、工作內容與運作模式..	106
表 5-1-1	對於公私協力反毒預防作為困境之看法（依共識程度排序）.....	129
表 5-2-1	對於目前公私協力合作方式之看法（依共識程度排序）.....	139
表 5-5-1	對於公私部門反毒預防平台建構之看法（依共識程度排序）.....	163
表 5-5-2	對於公私協力反毒預防平台運作方式之看法（依共識程度排序）..	166
表 5-6-1	建構公私協力反毒預防平台之整理.....	171
表 6-1-1	我國民間反毒相關團體工作內容.....	178
表 6-1-2	NIDA 無毒社區方案之執行步驟.....	182

圖次

圖 2-1-1	協力的概念圖	7
圖 3-1-1	研究架構圖	23
圖 3-2-1	研究設計流程圖	24
圖 4-1-1	2018 年美國社區聯盟增強撥款對當地毒品危機計劃補助分佈	39
圖 4-2-1	加拿大反毒策略架構	42
圖 4-3-1	德國政府在學校所推動的各項預防措施	54
圖 4-3-2	2005-2016 年德政府毒品預防活動次數	56
圖 4-5-1	澳門特區政府禁毒機制	64
圖 4-5-2	社會工作局組織架構	65
圖 4-6-1	日本青年人毒品與藥物濫用三階段防護模式	74
圖 4-6-2	大麻取締人數與日本中、高中生安非他命濫用者比率	79
圖 4-9-1	我國公部門反毒架構圖	94

摘要

藥物使用成癮原因多元複雜，現行藥物濫用防制多採用全方位整合式方案，藉由多元模式協助反毒或戒癮，並強調有關單位的協調及配合，透過政府與民間組織的合作，結合相關資源在不同場域提昇量能，期在公私部門協力共同運作下，發揮最大的政策執行效益。本研究主要目的在建構公私協力反毒預防策略與模式，具體內容包括：檢視我國反毒民間組織及有關資源，探討非政府組織和公部門間採取何種合作策略及服務輸送模式，並藉由實證研究方法，以社區為核心，建構我國公私協力反毒預防策略與模式或資源整合交流平台，發揮社區多元戒癮模式效能，最後再根據研究發現，提出我國未來公私協力反毒預防策略與模式，研擬具體可行措施，以供相關單位修法及方案規劃參考，本研究在期中報告前已完成國外各地區公私部門協力反毒預防策略與模式之比較，並完成 16 位專家之深度訪談、11 位專家之焦點團體座談、30 位專家之問卷調查，茲就研究發現與建議分述如下：

本研究蒐集分析美國、德國、加拿大、香港、澳門、日本及新加坡等國家在反毒預防的運作，在組織結構、工作內容與服務輸送模式等三大面向具有以下特色：中央政府皆有專責機構，並且在整個運作過程扮演重要的角色；反毒預防工作涉及的利害關係人眾多，民間團體參與的程度不一，可歸納為政府主導模式、公私部門雙元模式、公私部門合作模式及特定議題民間主導模式等四大模式；國外各地區具有不同型態的主要反毒執行模式與特色。在我國目前公部門反毒組織與資源方面，中央政府部分，拒毒預防之主管機關為教育部，毒品戒治之主管機關為衛生福利部，由轄下醫療體系之精神科主責；另外，衛生福利部食藥署增購儀器，針對毒品原料源頭進行查驗與分析，以達到「防毒監控」的目標；緝毒工作由法務部主責，另外，法務部對藥癮者進行緩起訴處分、戒癮監督及觀察戒治。地方政府部分，各縣市毒品危害防制中心多為任務編組，主要由衛生局負責業務之規劃，再與各局處合作與統合，毒危中心設有專責個案管理師來管理毒癮者。目前私部門反毒預防組織包括各宗教團體、民間團體、私立醫療院所、精神科診所、藥局等，主要可分為反毒教育機構團體、醫療處遇機構、非營利組織協助毒癮者資源、私部門協助毒癮者資源等四大類型。目前私部門反毒組織所從事的反毒服務大多以反毒教育宣導為主。反毒民間組織及其資源（非政府組織）與

公部門間部分為雙元模式，部分為共銷模式。民間組織運作困境包括：反毒業務缺乏一條龍式公私部門資源整合平台之建構；投入反毒的民間組織與資源仍不足；目前民間反毒組織與資源多聚焦於反毒宣導、毒品戒治及復歸社會等三個面向，但民間組織因資源有限，僅投入戒毒者基本保障未能連結復歸階段的需求；毒品預防多關注在反毒宣導，而非真正改善社會生活適應狀態及預防；非營利組織過度賴政府專案經費挹注。公私協力運作上，過去公部門彼此間合作機會較多，但缺乏公私部門資源整合平台，公私部門合作較少；地方政府嘗試建構公私協力預防策略，但僅止於一種鬆散的合作（cooperation）關係而已，並未真正達到協調（coordination）或協力（collaboration）的程度。綜合研究發現，本研究針對組織及規範面，建議中央政府成立毒品防制委員會，扮演統籌、整合及規劃打擊毒品犯罪之角色，並建立跨部會網絡合作資源整合與業務溝通的平台，以提高整體反毒預防工作的效能；地方政府則建議毒品危害防制中心應為正式組織編制，扮演資源整合角色。針對公部門反毒預防部分，建議公部門應篩選高危險群，及早介入輔導、協助與監控，強化反毒功效；公部門應減低本位主義，並主動尋找私部門協助，尊重各體制與處理程序差異性，增加跨領域交流。針對私部門反毒預防部分，建議鼓勵民間組織與資源投入反毒業務；民間團體經由公部門認證，強化反毒預防能力與功能。針對公私協力反毒預防部分，建議公部門應多扶植與協助私部門之相關人員獲得認證；公部門應以扶植態度補助私立機構反毒資源，強化公私雙方合作與投入量能；各縣市毒危中心應成立中間型處遇或安置機構，並成立全方位整合型戒毒友善機構；繼續強化學校反毒預防宣導，並以演劇、過來人見證、快閃活動等較生動的方式進行；應運用強化家庭支持與親職教育、提供就業訓練與機會等社會資源方式，幫助毒癮者獲得成就感與建立自信心，並藉以安定其生活。

中文關鍵詞：毒品；藥物濫用；公私協力；反毒

Abstract

The causes of drug addiction are diverse and complex. The current drug abuse prevention and treatment adopts a comprehensive and integrated program to assist anti-drug or addiction through multiple modes and focus on the coordination and cooperation of relevant units. Through the cooperation between the government and civil organizations, resources will increase the amount of energy in different fields, and the maximum policy implementation benefits will be exerted under the joint efforts of the public and private sectors. The main purpose of this study is to construct public-private synergy anti-drug prevention strategies and models. The specific contents include: reviewing our government's anti-drug civil organizations and related resources and exploring the cooperation strategies and service delivery modes between NGOs and the public sector. The empirical research method, with the community as the core, constructs our government's public-private synergy anti-drug prevention strategy and model or resource integration and exchange platform and exerts the effectiveness of the community's multiple addiction modes. Finally, based on the research findings, it proposes our government's future public-private synergy anti-drug prevention strategy and model. To develop specific feasible measures for reference by relevant units for revision of the law and program planning. This study has completed the comparison of public and private sector anti-drug prevention strategies and models in various regions before the interim report and completed in-depth interviews with 16 experts. A focus group discussion of 11 experts and a questionnaire survey of 30 experts, the research findings and recommendations are as follows:

This study collects and analyzes anti-drugs prevention operations in the United States, Germany, Canada, Hong Kong, Macao, Japan, and Singapore. It has the following characteristics in terms of organizational structure, work content, and service delivery model: the central government has specialized agencies. And play an important role in the entire operation process; anti-drug work involves a large number of stakeholders, civil society participation varies, can be summarized into the government-led model, public and private sector dual mode, public-private partnership model and specific issues Four major modes, such as the folk-led model; the major anti-drug implementation models and characteristics of different types in foreign countries. In the current public sector anti-drug organizations and resources in

our government, the central government, the competent authority for drug prevention is the Ministry of Education, and the competent authority for drug treatment is the Ministry of Health and Welfare, which is the responsibility of the psychiatric department of the medical system under its jurisdiction; The Food and Drug Administration of the Ministry of Welfare has purchased additional instruments to conduct inspections and analysis of the source of drug raw materials to achieve the goal of " drug prevention surveillance ". The anti-drug work is under the responsibility of the Ministry of Justice. In addition, the Ministry of Justice has suspended the prosecution of drug addicts. Addiction supervision and observation of treatment. In the local government, the Drug Abuse Prevention Center of various counties and cities are mostly task-oriented. The health bureau is responsible for the planning of the business and then cooperates with the bureaus. The Drug Abuse Prevention Center has a dedicated case manager to manage drug addicts. At present, private anti-drug prevention organizations include religious groups, non-governmental organizations, private medical institutions, psychiatric clinics, pharmacies, etc., which can be mainly divided into anti-drug educational institutions, medical treatment agencies, and non-profit organizations to assist drug addicts. At present, most of the anti-drug services carried out by private sector anti-drug organizations are mainly anti-drug education. The anti-drug civil society organizations and their resources (non-governmental organizations) and the public sector are part of the dual-element model, and some are the common-sale model. The dilemma of the operation of civil organizations includes: the anti-drug business lacks a one-stop construction of public and private integrated resources; the non-governmental organizations and resources invested in anti-drug are still insufficient; at present, civil anti-drug organizations and resources focus on anti-drug advocacy and drug treatment and returning to the society and other three aspects, but the non-governmental organizations only need to invest in the basic guarantee of drug users because of limited resources; drug prevention is more concerned with anti-drug propaganda, rather than really improving the social life adaptability and prevention; For-profit organizations are overly concerned with the government's project funding. In public-private partnerships, there have been many opportunities for cooperation between the public sector in the past, but there is a lack of public-private sector resource integration platforms, and there is less public-private sector cooperation; local governments try to construct public-private partnership prevention strategies, but only in a loose cooperative relationship.

However, it has not really reached a degree of coordination or collaboration. The comprehensive study found that this study aimed at the organization and normative aspects, and recommended that the central government set up a drug control committee to play the role of coordinating, integrating and planning to fight drug crimes, and establish a platform for inter-ministerial network cooperation resource integration and business communication to improve the effectiveness of the overall anti-drug prevention work; local governments suggest that the drug hazard prevention center should be prepared for formal organization and play a resource integration role. For the anti-drug prevention part of the public sector, it is recommended that the public sector should screen high-risk groups, early intervention, assistance, and monitoring, and strengthen anti-drug efficacy; the public sector should reduce the localism and actively seek private sector assistance, respecting the various systems and procedures. For the anti-drug prevention part of the private sector, it is recommended to encourage non-governmental organizations and resources to invest in the anti-drug business; civil society certification through the public sector to strengthen anti-poison prevention capabilities and functions. In view of the anti-drug prevention part of public-private partnership, it is recommended that the public sector should support and assist the relevant personnel of the private sector to obtain certification; the Ministry of Health and Welfare of the Executive Yuan should support the anti-drug resources of private institutions with a fostering attitude, and strengthen the cooperation and input between the public and private parties; All county and city toxic danger centers should set up intermediate-type treatment or resettlement agencies, and establish a comprehensive and integrated drug-detoxification mechanism; continue to strengthen school anti-drug prevention and publicity, and play a more vivid way such as acting, witnessing, flashing activities, etc. Carry out; use social resources such as strengthening family support and parenting education, providing employment training and opportunities, and helping drug addicts to achieve a sense of accomplishment and self-confidence, and to stabilize their lives.

Key Words : Narcotic Drugs, Drug Abuse, Public-Private Partnerships, Anti-drug

第一章 緒論

本研究主要目的係針對現行公部門及私部門的反毒預防組織、策略及作為進行實證性研究，評估公部門及私部門在反毒預防平台之運作狀況，評估其策略支持程度、策略價值程度及策略執行能力。本章主要描述研究背景與重要性、研究動機與研究目的，並對相關名詞作界定與詮釋，茲分述如下：

第一節 研究背景與重要性

藥物濫用是醫療問題同時也是社會問題，成癮原因涉及多元層面，包括生理、心理、社會、經濟等諸多因素，因此現行防制藥物濫用做法多採用全方位整合式方案，藉由多元模式協助反毒或戒癮，並強調有關單位的協調及配合，透過政府與民間組織的合作，結合相關資源在不同場域提升量能，期在公私部門協力共同運作下，發揮最大的政策執行效益。

以社區為基礎的反毒工作，向來是政府反毒工作的重點項目，而「社區聯盟」近年來在國外被視為一種社區健康改善的方式，被定義為一個來自各自不同的組織、單位、團體或群眾，為了實現共同的目標而一起努力工作的群體。不同於其他類型專業團體，社區聯盟的成員通常涵蓋了專業人士及社區民眾，長期共同致力於社區的健康與福利，成員利用各自在社區的不同資源、身分及能力，相互結合，資源共享，並能相互平衡，被認為是具長期性、持續性的合作夥伴關係。以美國為例，近年來聯邦政府即廣泛使用社區聯盟作為推動社區健康問題解決方案的手段，推動活動包括預防教育、政策宣傳、服務提供、能力培養、賦予權力、創新資源、社區行動、系統改變和永續發展等。

從社區層面觀之，我國目前培育之社區反毒人才或志願服務者多半係來自政府部門、學校單位或退休軍公教人員等族群，多需要透過政府舉辦反毒有關活動並邀請或動員；另有部分熱心的宗教團體，則以福音戒治或勸人向善的出發點參與此工作，較缺乏自發性且長期主動關注有關議題的民間反毒力量。反觀如美國社區反毒聯盟（Community Anti-Drug Coalitions of America）等民間反毒組織，協助整合各有關民間團體，做為網絡交流平台，以具整合性的力量與政府立法部

門或行政部門交涉，協商毒品相關政策及經費等議題，並藉由提供網絡社區團體各項教育訓練及技術援助、公共政策及倡導、媒體策略、舉辦會議及特定活動、地方企業合作、培植民間在地自發性之反毒組織、深耕校園培訓反毒社團及青少年反毒志工、發展有關評量工具、機制及方法、協助將理論性知識轉化為實務性資訊，為研究與實務搭起橋樑等，致力於提升社區的安全、健康及無毒環境等做法，相當活躍的參與毒品預防工作，該組織成員除了在當地社區鄰里從事第一線反毒工作，也積極參與毒品相關法案及預算的政治活動，並定期在特定的「國會日」與國會代表進行座談與意見交流，提供民意觀點、社區建議及修法版本，供政府有關單位作為政策擬訂及在地化處遇模式之參考，以活化創新的方式辦理毒品預防教育，結合民間力量，共同推動公部門精進毒品防制工作。這種從民間到政府、由下而上的方式，以公民審議的精神擴大蒐集公民意見，其相關經驗做法值得我國參考。

第二節 研究動機與研究目的

我國自從 2006 年 6 月 2 日舉行第 1 次行政院毒品防制會報以來，藉由結合「防毒」、「拒毒」、「緝毒」及「戒毒」等反毒四大區塊，設置「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，制定及推動反毒政策，並在各縣市政府成立毒品危害防制中心，該中心為地方毒品防制業務跨局處之整合平台及專責組織，以任務編組方式，分設教育宣導、轉介服務、保護扶助及綜合規劃四組辦理毒品防制業務，於各鄉鎮角落推動反毒策略，如在該轄區積極推展無毒社區或無毒營業商圈場所標章、落實社區反毒宣導活動及營業場所自主管理無毒的環境等，期給予民眾一個健康無毒新生活。

多年來政府在反毒工作的投入不遺餘力，惟毒品氾濫問題始終未能獲得有效控制。面對當前毒品現況與困境，行政院於 2017 年 5 月 11 日提出「新世代反毒策略」，期結合中央各部會與地方資源，一方面由各部會持續對個別管轄之對象進行防制宣教，另方面增進政府機關及民間團體通力合作，推展多元反毒宣導，並透過各縣市毒品危害防制中心連結中央到地方之縱向與橫向資源，同時強化三級預防工作及綿密的輔導網絡。

因此，本研究期探討如何藉由廣納民間人員、地方資源與社區意見，強化有關單位之合作聯繫及服務輸送效能，提昇公眾參與，建構我國公私部門協力反毒預防策略與模式，結合全民力量共同參與毒品防制工作，以降低再犯，維護社會治安，創造宜居環境。具體而言，本研究之研究目的如下：

- 一、蒐集彙整國內外有關公私部門協力反毒預防策略與模式之相關研究成果，並列表進行比較。
- 二、盤點我國反毒民間組織及有關資源，探討非政府組織和公部門間採取何種合作策略及服務輸送模式，以協助達成政策目標。
- 三、藉由實證方法，建構我國公私協力反毒預防策略與模式方案設計或資源整合交流平台，以社區為核心，思考如何藉由不同社區組織及成員的力量，發揮社區多元戒癮模式效能。
- 四、就研究結果提出我國未來公私協力反毒預防策略與模式應興革事項，探討運用在政策執行之可能性，並研擬具體可行措施及前瞻建議，以供相關單位修法及方案規劃參考，達到政府良善治理之目的。

第三節 研究問題

根據上述，藥物濫用狀況仍是我國治安重要課題，藥物濫用原因涉及多元，防制層面亦應採取全方位整合式方式，如何透過政府與民間組織的合作，才能結合相關資源，提昇反毒量能，實有進一步研究之必要，茲就相關研究問題分述如下：

- 一、各國有關公私部門協力反毒預防策略與模式之相關研究成果如何？
- 二、我國反毒民間組織及有關資源如何？公私協力反毒預防作為之實施狀況如何？
- 三、應如何建構我國公私協力反毒資源整合交流平台與預防策略，才能發揮社區多元戒癮模式效能？
- 四、針對我國公私協力反毒資源合作策略與模式，相關單位應如何規劃，才能達到全面反毒之目的？

第四節 相關名詞詮釋

一、毒品

國際上對毒品的定義，受到聯合國麻醉品單一公約及精神藥物公約規定管控的麻醉品和精神藥品，像是大麻、海洛因、古柯鹼、安非他命等。世界各國對於毒品相關規範不一，有些國家如荷蘭對於娛樂性大麻予以合法化或除罪化措施，目的在於減少處理吸毒案件的社會成本（吳永達、周柏源，2015）。然而，多數國家仍以禁止手段來進行毒品管理。目前我國對毒品之管制，係以毒品危害防制條例來規範，根據該制條例第 2 條所指稱之毒品，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。毒品依其成癮性、濫用性及對社會危害性分為四級，其品項請參見表 1-1-1：

表 1-1-1 各類毒品分類與品項

分類	品項
第一級毒品	海洛因、嗎啡、鴉片、古柯鹼及其相類製品
第二級毒品	罌粟、古柯、大麻、安非他命、配西汀、潘他唑新及其相類製品
第三級毒品	西可巴比妥、異戊巴比妥、納洛芬及其相類製品
第四級毒品	二丙烯基巴比妥、阿普唑他及其相類製品

綜合上述，本研究有關反毒預防策略與模式中之毒品，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，其品項包括毒品危害防制條例第 2 條所指稱之第一級至第四級各項毒品。

二、反毒預防策略

根據「聯合國毒品控制與犯罪預防辦公室」與「美國藥物濫用研究所」以及我國行政院與教育部對於青少年藥物濫用預防所提出的基本原則與建議，認為反毒預防策略，應該包含家庭、學校與社區層面。

行政院於 2006 年擬定「毒品防制政策整體規劃報告」，拒毒預防係以「多元拒毒」為防制理念，其核心工作項目主要是整合教育、輔導以及早期介入的預防觀念為核心理念（楊士隆、李宗憲，2012）。根據教育部對青少年（含少女）學生藥物濫用防制，乃以「防制學生藥物濫用三級預防實施計畫」為核心（教育

部，2013）。

綜合上述，本研究所謂反毒預防策略，係指針對毒品危害防制條例第2條所規範之毒品所進行之各種預防作為，包括防範一般大眾初次施用毒品之初級預防作為、防阻高危險群施用毒品之次級預防作為及防制已有施用毒品者再次施用之三級預防作為。

三、公私協力策略

公部門反毒預防，係指中央或地方政府所屬之組織部門，針對毒品施用所進行之各種預防作為；私部門反毒預防，係指公部門以外之民間團體、組織（含非營利組織）針對毒品施用所進行之各種預防作為。公私協力亦有稱為「公私合夥關係」、「公私營機構伙伴合作」、「公私聯營」、「公私部門協力關係」等，基本上公私協力包含民營化、委託外包、責任、立法等。

公私協力（public-private partnership, PPP）是政府尋求提升治理能力，改善治理效果的主流思想，其不僅止於合產（corporation）等對價值與利益結合的交易與交換關係，並且強調與重視一種基於相互認同的目標，建立在各個不同行動者之間的互動關係上，此種互動關係包括相對自主、公平參與、明確課責、透明程序的「鑲嵌」（embedded）和認同允諾（identify and commit）的互動連結（Brinkerhoff & Crosby, 2002），強調如何解決社會問題，而經由共同參與、資源互賴、目標共享的過程。

廖俊松（2004）亦認為「公私協力是一種政府與民間社會共同合作，致力於更佳公共服務產出的國家治理行為。對於公共服務的目標具有共識，並在自主、平等的地位之上，資源分享、互利互惠，共同參與決策、互信互重，順遂公共利益目標的達成，共創政府、民間部門與社稷民生三贏的境界」。

據此，公私協力的幾項主要意涵（張筵儀、殷東成，2017）：

- （一）公私協力是一種跨部門的關係；
- （二）公私協力は公部門基於平等地位與私部門的合作關係；

(三) 公私協力要達成的目標可能是公共利益或公共價值；

(四) 公私協力需要互信互賴等合作基礎。

所謂「策略」學者間容有不同見解，通常我們可以簡單地將其界定為如何從現實到願景的具體實踐方針。例如：Mintzberg (1987) 提出策略 5P，將策略界定為是一種計劃，以及未來行動的指導。包括計畫 (plan)、戰略 (ploy)、模式 (pattern)、定位 (position)、視野 (perspective)。Robbins (1990) 認為：「策略是決定及實行基本和長期目標及目的的過程，或是為了實現目標所需資源的配置行為。」吳思華 (2003) 則從算計、執著及命定錯綜等觀點，發展出：價值說、效率說、資源說、結構說、競局說、統治說、互賴說、風險說及生態說等九種策略學說，來思考策略的本旨。湯明哲 (2003) 認為：「策略就是決定組織長期目標，採取行動、分配資源來達成目標的行為」。

綜合上述，本研究所謂公私協力策略係指中央或地方政府所屬之公務部門及民間團體、組織 (含非營利組織) 共同合作，採取具體行動、分配資源來達成致力於反毒預防目標的各種合作方式。

第二章 公私部門協力與相關文獻

本單元主要目的在探討有關公私部門協力進行合作之理論基礎、過去實證研究或案例，以及公私協力的建構進行相關文獻探討，分述如下：

第一節 公私協力之概述

一、公私協力的界定

公私協力的界定，目前學界並無共識，日本學者松下啟一（2002：41-44）根據協力時公私雙方所持之目的與所需負的責任、義務，將其分為「最狹義」、「狹義」、「廣義」與「最廣義」四種類型。根據林淑馨（2009：41-42）的研究，所謂最狹義的協力形式，是指雙方為了直接的利益目的，共同從事協力活動，倘若要變更協力關係需獲得協力關係之中所有成員的同意。而「狹義」與「廣義」的協力，兩者定義之區別在於責任與義務是否可以具體明確的加以區隔，至於「最廣義」的協力僅著眼於雙方形式上的合夥，而不特別強調彼此所需擔負的責任與義務，如下圖2-1-1所示。至於評估公私協力夥伴關係的影響因素，參據Blue-Banning、Summers、Frankl、Nelson 與 Beegle（2004）所提出的公私協力六個內在指標，包括：尊重、溝通、信任、承諾、公平、能力（王光旭、陳筠芳，2015：9-12）。

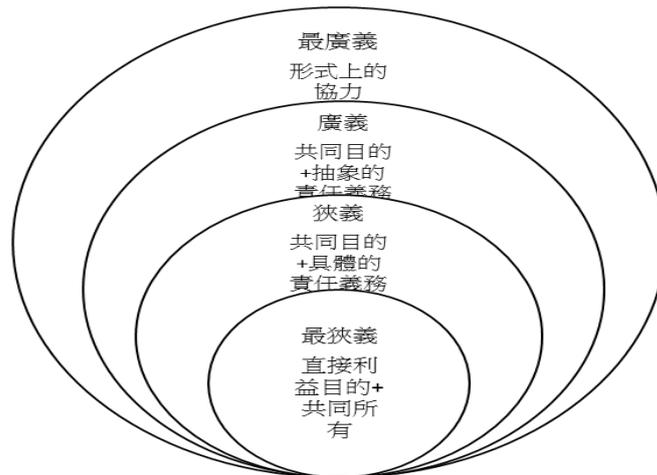


圖 2-1-1 協力的概念圖

資料來源：轉引並修正自林淑馨（2009）

二、公私協力的目的

「公私協力」(public-private partnership) 是近年來政府尋求提昇治理能力、改善治理效果的主流思維，其概念不是單純的僅止於類似「合產」(corporation) 強調對價與利益結合的交易與交換的關係，反而其所強調與凸顯的是一種基於相互認同的目標，進而建立在不同行動者間的「動態關係」(Brinkerhoff, 2002: 20-25; 李宗勳, 2004: 42)。這種動態關係的產生，主要是公私部門之參與者基於共同利益、共同目標、共同問題解決之需要等原因所逐漸產生共同意識的凝聚與集體的行動。

三、公私協力的意涵

公私協力 (**public-private partnership**) 泛指公部門與私部門共同處理事務之情形 (詹鎮榮, 2003: 10)，簡言之就是 2 個或 2 個以上的公私部門之間為執行公共服務輸送事務，所進行的長期合作安排 (Hodge and Greve, 2007; Roehrich, Lewis, and George, 2014)。然而關於公私協力的定義，學者專家間容有不同之見解，並無具體共識。

Harding (1990:110) 認為，公私協力是在公私部門中，經由許多依賴參與者相互同意，所產生足以改善經濟及生活品質的集體行動。Bryson and Crosby (1992) 認為公私協力應從「多元組織的連續體」(multi-organizational continuum) 的系絡來加以理解，並依利害關係人或組織間對權力共享程度之要求及其相互連結關係，將該連續體之層次區分為合作 (co-operation)、協調 (co-ordination) 與協力 (collaboration) 等 3 種。其中「合作」僅表示一起工作，是一種平行的策略性互動；「協調」則涵括資訊分享，計畫之共同訂定與彼此的功能設定；「協力」係指更高層次的相互規劃與管理，以及各自目標、行動、策略、資源的聯合，與風險、義務、資源的分擔 (劉麗雯, 2004: 28; 孫煒, 2008: 88)。

吳英明 (1994: 61) 認為，公私協力係指該公共事務的參與者既不專屬於政府也不專屬於私部門，而是屬於公私部門結合而成的關係，參與者間對該事務之處理具有目標認同、策略一致及功能分工的認知與具體行動。

李宗勳（2004a：52）指出公私協力乃指跨部門的組織間，為了實踐彼此的需求而進行長期的合作與資源分享，並認為公私協力は近年來政府尋求提升治理能力、改善治理效果的觀念，不僅強調對價與利益結合的交易與交換關係，更突顯基於相互認同的目標，而建立行動者之間的關係（Kouwenhoven，1993；李宗勳，2007；陳恆鈞，2008a；李柏諭，2011；許耿銘、林淑娟，2015）。

朱鎮明（2005）則進一步指出，公私協力的主要特色是在各級政府間的協商及合作，並結合民間資源執行政策內容，透過合作機制的協調與執行，來達成政策的目標；並將協力關係巧妙地以婚姻關係來隱喻，指出完善的協力關係，需要長期的經營與醞釀，不能單靠一紙結婚證書。

從相關國際組織的界定來看，美國國家公私協力委員會（The National Council for Public Private Partnerships, NCPPP）將協力關係界定為一種公私部門間的契約關係，透過協議分享彼此的技術與資金以提供公共利益（王千文、陳敦源，2012：100）；OECD 將協力定義為涵蓋正式與非正式的關係，並將此關係視為或基於合法的契約關係，或是非正式的相互理解，進而形成的一種合作系統（systems of formalized cooperation），以利於彼此朝向共同的目的邁進（OECD, 1990: 18）。歐盟委員會也曾指出，如生態環境與資源管理等公共議題，不該僅是政府的職責，公民、社區、企業等均必須建立公私協力的夥伴關係與合作機制（Teisman & Klijn, 2002: 197；許耿銘、林淑娟，2015：76）。附屬於歐洲投資銀行（European Investment Bank, EIB）的歐洲公私協力專業中心（European PPP Expertise Centre, EPEC）則將公私協力關係界定為是公共機構與私部門間的一種合作夥伴機制，旨在藉由長期契約提供公共基礎設施項目及服務輸送。並由私部門承擔主要的風險與管理責任，而由公共部門向私部門之合作夥伴提供基於績效的支付，或授予私部門從其所提供服務獲取收入的權利（EPEC, 2015）

綜言之，公私協力泛指私部門及第三部門共同參與公共服務及公共建設的運作模式，其目的除在於將民間的「企業家精神」及「成本效益」等價值觀導入政府的政策思維之中，更重要的意義是藉由邀集民間組織基於「公民參與」和「共同承擔公共責任」的認知，以及「責任合作網絡」（Network of responsibility）的

建立，使私部門及公民社會與政府共同從事公共事務的執行與公共建設的興辦（Waddock, 1991; Gardner, 1990: 107-109；江明修，1996：62-63）。

四、公私協力的成效與關鍵因素

有關公私協力的成效，視個案之不同而有不同的效果，諸如：括彌補政府資源功能、彈性創新的能力、提供競爭比較的功能、提供多元選擇的價值及合作夥伴的角色（江綺雯，1998；王嘉州、謝旻臻，2014）。在此分述如下：

第一、彌補政府資源功能：由於政府所持有的資源有限，在社會趨於多元化後已無力成為全能的政府，可補強政府行政上的不足；

第二、彈性創新的能力：行政官僚的僵化為民眾所詬病，針對民眾需求採取彈性與創新的方式，可以避免行政官僚體制的限制；

第三、提供競爭比較的功能：可免除政府在社會服務上的獨占，在互為競爭的趨動下，可提昇政府部門的行政效率和品質；

第四、提供多元選擇的價值：不為政府獨占，民眾有所選擇的情形下，提供民眾更多元的選擇自主性；

第五、合作夥伴的角色：政府行政部門對於適宜委由民間組織辦理的事項，委由後不但能突顯政府的重視與經費提供的重要性，更能使民間組織為爭取委辦而更加努力。

然而，公私協力成效並非一蹴可幾，需要適當的制度環境下才能充分展現。對此，Jamali（2004）指出信任、開放、公平和相互尊重等特點，是進行公私協力時的基本前提。另一方面，陳敦源與張世杰（2010）亦認為唯有在平等互惠互信互賴所建構出的「協力式網絡關係」下，公私協力才能運作順暢。對此，林淑馨（2012）亦歸納出四項公私協力的要件，作為協力關係成功的關鍵因素：

第一、清晰之目的：目的清晰有助於任何協力參與者都能清楚分享目的之願景，以及瞭解協力所欲達成之目標。另外，清晰的目的也可使參與者容易共事，進而提昇角色認知與提高績效；

第二、對等之關係：如欲達成兩者間的共通目標，應尊重彼此的立場而以充滿信賴，而且處於「對等」關係為前提；

第三、互信與互敬：由於私部門較具彈性，故對其自主性應予以尊重。同時，信任與敬意也會使溝通、分享資訊與學習更加順暢，以改善雙方的關係並提昇協力的成效；

第四、目的共有：由於公共問題的解決，是以解決不特定多數的第三者之利益為目的。因此，私部門與公部門雙方需共同瞭解合夥的目的究竟為何，否則在協力過程中將容易出現爭議，影響協力的成效。

惟經初步檢索我國之期刊論文、博碩士論文及網路資料等，尚無相關既有文獻，直接探討有關公私協力在反毒個案中之具體成效。本研究有關公私協力反毒之具體成效，於本研究完竣後所提出之相關政策擘畫與執行成果，將可作為未來反毒個案公私協力成效評估之重要參據。

五、公私協力可能產生的問題與困境

藉由公私協力提供公共服務的理念雖立意良善，但在實際運作中，公私部門的聯繫協調過程卻屢因公私部門兩者在本質上的差異，遭遇實際執行上的問題與困境，歸納公私協力可能遭遇的困境主要包括（吳英明，1996；楊信洲，2006）：

- （一）對於公共利益認知的差距：由於公私部門目標、手段、認知皆有差異，故對於公私部門的互動與利益，亦會有不同看法，私部門重視利益，而公部門則是重視民眾權益。
- （二）陷入圖利私部門的疑慮：在公私部門協力參與公共事務的過程，公部門既是公私部門的合夥人，亦是規範的裁量者。公部門球員兼裁判的雙重角色，容易導致公部門無法客觀而公正地評估，更可能被認為有適法性疑慮，可能被冠上圖利私部門。
- （三）資訊公開與橫向交流增加溝通成本：公私協力業務涉及的單位可能非僅有主辦單位，往往由許多不同單位共同負責，這些單位間缺乏橫向溝通與聯

結，造成私部門聯繫的不便；又加上公部門組織疊層架構，不同層級政府的規定亦不一致，導致縱向溝通上的困難。這樣的關係，亦會加重資訊流通的困難度。

(四) 既得利益團體易形成排他的利益：公私協力一旦建立之後，容易造成一個一個的結構。在這樣的結構之下，新的行動者難以加入，加深了排他性。在這樣的結構之下，利益可能為少數團體所獨佔。

(五) 難以課責：公私部門雖然強調平等、利益共享、責任分擔，但在實際運作，可能會發生責任推委的困境，導致課責不容易被落實。

從前述國內本土性相關研究所提出的公私協力的問題與困境，可以作為發展研究假設與命題的依據，在個案研究中進一步進行相關的驗證與檢驗，以做為我國日後發展本土性相關經驗研究的基礎（張筵儀、殷東成，2017：9-10）。

第二節 公私協力之理論基礎與在我國的相關研究

本節主要說明公私協力之理論基礎，以及在我國的相關研究情形。

一、公私協力之理論基礎

關於公私協力之理論基礎，也就是探究公私協立在理論上何以產生的原因，學說容有不同的看法，大抵而言可以歸納如下：

(一) 從協力合作產生的根源來闡釋公私協力關係

Sullivan & Skelcher (2002: 36-41) 從樂觀主義者 (Optimist) 悲觀主義者 (Pessimist) 與現實主義者 (Realist) 等 3 個不同的理論途徑，去瞭解協力合作產生的根源：A. 樂觀主義者觀點：認為協力合作的產生是基於共同願景的達成，主要透過利害關係人的共識與合作或對於衝突的協商而達成。B. 悲觀主義者觀點：組織之間的協力行為並非為了公共利益，而是參與者為了維持或鞏固組織本身的地位以及取得優勢資源而為之。C. 現實主義者觀點：由於環境系絡的變化導致協力合作的產生；著重於行動者如何經由協力合作來達成回應環境變遷的目標（陳恆鈞，2008b：4-5）。

(二) 將公私協力視為新公共管理及新政府運動下的產物

李柏諭 (2005: 62) 認為「新公共管理 (New Public Management) 強調政府的管理職能應擴及政府與社會部門的交融及其互動關係, 經由公私部門夥伴關係的形成, 可以提升並增補政府的職能」。隨著新公共管理主義興起, 公部門的重心在大方向領航而非細部操槳, 且在現今多元化的社會發展下, 公私部門間之互動與協議更加頻繁, 無論政府部門或私人單位都很難獨立於此潮流 (胡滌生, 2004; 李國維、楊啟文, 2012: 13), 以上均是將公私協力視為新公共管理及新政府運動下產物的觀點。

(三) 將公私協力視為新治理浪潮下解決公共問題的重要解決方法

曾冠球 (2017: 67) 認為從 1990 年代中期以來, 在客觀因素上, 伴隨政府財政資源的日益嚴重短缺, 公共管理領域的研究者經常使用「新治理」(new governance) 一詞, 指涉「公私協力」(public-private collaboration), 且已大規模取代傳統層級模式下的運作特徵。陳敦源及張世杰 (2010) 則針對將公私協力夥伴關係視為是「後新公共管理時代」解決公共問題的萬靈丹的觀點, 提出了對公私協力運作弔詭現象的反思。

(四) 公私協力結合了新公共服務的視野與民主治理的學習

李宗勳 (2004a: 45-47) 認為, 公私協力是一種新公共服務的視野, 而且是民主治理的學習與連結。他首先依據 Denhardt 與 Denhardt (2003: 2-3) 的看法指出, 新公共服務理論下的政府機關間、政府與社區間的互動模式中, 應以政府為配角, 而以地方或社區為主角。地方政府或社區居民對於當地所產生的問題與困境, 允宜以共同討論的方式提出解決方案, 如此不但可以凝聚地方或社區意識, 更可提高地方或社區自主性。再者, 政府的主要角色, 不再只是制定公共規章和法令, 也不是建立一個讓人們朝向某一目的方向的規則系統。政府必須扮演另一種角色, 其行動要結合私人、非營利團體和組織, 以尋求社會所面對之問題之解決 (李宗勳, 2004b: 34)。同時, 公私協力可以讓民間學習當家做主, 養塑「公共服務民間化」、「公共管理社會化」的文化謀合與共享治理場域, 以期達致社會

投資國家、社會參與政府的局面（李宗勳，2002：5-8）。

（五）公私協力是多元趨勢匯流的結果

Goldsmith and Eggers 認為（2004: 9-19），公私部門協力網絡的出現，主要是受到「第三者政府」（third-party government）、「協同政府」（jointed-up government）、「數位革命」以及「消費者需求」等趨勢匯流所影響。

綜上可知，關於公私協力的理論基礎，學界見解不一，就連其究竟係屬新公共管理、新治理或新公共服務時代下的產物，也有不同的看法，然而對於學界多元紛歧的論述，本研究並不試圖參與相關論辯，而是採取多元包容的觀點。從實務上來看，公私協力的現象源遠流長，而政府治理機制的型態與運用，無論是官僚體制、市場機制，還是植基於公民參與的公私協力，在當前的政府治理模式中，都有存在的必要且已成常態，所需考量的部分主要在於運用場域的不同，且各有其優缺點存在。例如：官僚組織雖較不具彈性且服務成本較市場為高，但關於涉及公權力行使之重要事項，基於行政專業及事後問責之必要，仍有存在之必要；而市場所提供的服務雖然更能滿足個人選擇需求，惟將公民視為顧客，過度講求成本效益及利潤取向，恐將忽視對於少數及弱勢之人文關懷，以致喪失公共性。而以體現新公共精神的公私協力，既沒有官僚組織的僵化，也不以追求利潤極大化為宗旨，自有其相應存在的地位。

二、公私協力在我國的相關研究

對於公私協力機制運作成效的檢驗，在國外已累積了不少的研究成果（Meier and O'Toole, 2001; Sadao and Robinson, 2002; Barr, 2007；王光旭，2011：72），至於國內有關公私協力的相關研究，謹析論如下：

（一）期刊論文

國內公私協力的研究，多採取個案研究途徑。依研究主題進行歸類，可歸結出：理論探討、教育行政、社會福利、衛政醫療、都市開發或基礎建設、社區發展等 6 個面向，分述如次：

1. 理論探討：此類研究內容主要係聚焦於公私協力之理論探討、推動理由及國外制度介紹與發展概況等（孫本初等，2000；林淑馨，2005、2009；陳敦源、張世杰，2010；曾冠球，2017）。
2. 教育行政：此類研究主要聚焦於探索達成個案之成功要素或效果（李國維、楊啟文，2012；陳盈宏，2017）。
3. 社會福利：此類論文研究重點在於探究長照、兒少等議題與公私協力運作之關係或成效（張建威、曾冠球，2013；林信廷、王舒芸，2015；李柏諭、楊淑雯，2017）。
4. 衛政醫療：此類論文研究重點在於探究所選取之醫療給付制度或個案採行公私協力的態樣與成效（王光旭，2011；王千文、陳敦源，2012）。
5. 都市開發或基礎建設：此類論文研究重點多是基於所探究之個案，提出公私協力成功執行之要件（吳英明，1994；吳濟華，1994；張學聖、黃惠愉，2005）。
6. 社區發展：此類論文研究之重點在於社區發展中公私協力運用之探討，且強調不只在於實質環境之改造，更重要的仍在於建立社區共同體、社區成員參與意識（李柏諭，2005；廖俊松，2006）。

（二）研究生論文

根據全國博碩士生論文網之資料庫顯示，涉及公私協力之研究計有 210 筆，提供電子全文者計 137 筆，經初步檢索後發現，大抵仍聚焦於前述理論探討與應用、教育政策與活動行政、社會福利、衛政醫療、都市開發與建設、社區發展等 6 類，惟尚無公私協力與反毒政策相關之研究論文可資參考。國內研究生的論文，依照其主題類型，主要的特色如下：

1. 理論探討與應用：探討公私協力的理論基礎與相關研究，將其應於實際個案，除此之外並會接和其他理論加以配合檢視，例如：社區治理、組織學習、政策網絡等。另外，就實際應用的對應而言，並沒有侷限於特定領域，例如有社區關懷據點（邱雯琪，2016）、永齡農場（林駿棋，2015）、消防局（胡訓

- 源，2013)、無毒農業政策(張雅玲，2008)，以及黑鮪魚文化觀光季等(賴貞男，2018)。
2. 教育政策與活動：此類的文獻主要是結合教育政策或是特定活動，透過公私協力的觀點，探討當中的互動關係與成效。另外就探討的主題而言，其性質與屬性亦相關多元，例如有非營利幼兒園(呂偉豪，2017)、動物保育(孔姿雅，2016)、原住民教育(林民豐，2016)、特殊教育(吳素芬，2014)，以及環境教育(郭茹甄，2014)等。
 3. 社會福利：此類的文獻有社會福利設計的探討，以及實際應用在推動方式的分析。據此，就當中的屬性與特性而言，例如有設計機制分析(楊鎧瑄，2015)、微笑單車個案探討(簡崧哲，2014)、文化背景因素在公私協力上的角色(鄒騰緯，2013)，以及政府角色扮演探討(陳品榕，2012)。
 4. 衛政醫療：此類的文獻主要是透過公私協力的觀點，以探討醫療衛生政策執行的現況，或是用以檢視推動的成效。因此，當中的近期的研究的主題與焦點而言，大致上有：乳房攝影篩檢執行與成效(林麗娟，2016;陳姿吟，2015)、病患的社會安全網絡(邱少敏，2016)、社會救助的發展(陳明賢，2016)，以及護理人員的角色與功能(李昭瑢，2014)。
 5. 都市發展與建設：此類的文獻的焦點近年來至於都市更新等議題上，主要在探討設計與規劃過程上，透過公私協力的觀點，呈現出當中的問題與不同的觀點。據此，這些研究的重點在於：政府規劃的應用(陳怡安，2013)、更新過程的風險評估(連奎瑛，2013)以及互動分析(曹郁萍，2013)。
 6. 社區發展：此類的文獻近期鎖定的焦點，主要集中在社區總體營造(柳碧慧，2015;張惠涵，2014)、社區發展與協會的角色(王雪玲，2011;張國榮，2017)、社區產業發展上(江詩敏，2011)，以及原住民社區議題上(簡稜亞，2017)。

第三節 公私協力之建構方式、運作模式與限制

本節旨在說明公私協力的理論基礎、政府與非營利組織協力運作的模式，以及公私協力的限制，茲分述如後：

一、公私協力之建構方式

(一) 結果導向的課責制 (Result-Based Accountability)

結果導向的課責制在美國和許多國家正逐漸受到重視，此方式為預防領域帶來重大的變革。例如，在美國預防計畫可以從聯邦、州、非營利組織或基金會來獲得資金。但為了確保資金分配給需要且有效的計畫，許多資助機構都會要求計畫應顯現結果。實際上，在資源有限情況下，課責制不僅是公平且必要的一種方式 (Wandersman, & Florin, 2003)。

Wandersman, Imm, Chinman, and Kaftarian (1999, 2000) 開發了一種採用雙贏的課責方式，稱為 GTO (Getting To Outcomes: Methods and Tools for Planning, Evaluation, and Accountability) 的方法和工具，是基於結果課責制發展出來的，目的在於幫助執行者規劃、實施和評估干預措施的成果 (Wandersman et al., 1999, Wandersman et al., 2000)。GTO 的基礎是回答十個課責問題，藉此增加實現計畫結果的可行性，並同時證明他們對於資源投資者的責任。十個課責制問題列於表 2-3-1 的左欄，而 GTO 中用於幫助回答問題的文獻關鍵字列於同表的右欄。GTO 提供了一個基本框架，幫助計畫執行者系統性檢視每個課責問題，並可找尋文獻獲得問題的解答 (Wandersman, & Florin, 2003)。

表 2-3-1 十個結果導向的課責問題

Accountability question	Literatures for answering the question
1. What are the needs and resources in your organization/school/community/state?	1. Needs assessment, resource assessment
2. What are the goals, target population, and desired outcomes (objectives) for your school/community/state?	2. Goal setting
3. How does the intervention incorporate knowledge of science and best practices in this area?	3. Science and best practices
4. How does the intervention fit with other programs already being offered?	4. Collaboration, cultural competence
5. What capacities do you need to put this intervention into place with quality?	5. Capacity building
6. How will this intervention be carried out?	6. Planning
7. How will the quality of implementation be assessed?	7. Process evaluation
8. How well did the intervention work?	8. Outcome and impact evaluation
9. How will continuous quality improvement strategies be incorporated?	9. Total quality management, continuous quality improvement
10. If the intervention (or components) is successful, how will the intervention be sustained?	10. Sustainability and institutionalization

資料來源：Wandersman, & Florin (2003)

(二) 技術支援系統的建置

除課責制的建立外，第二個是若以社區為中心的策略 (community-cetered strategy)，需要通過政府、基金會或其他資助者建立相關支援系統來協助。技術支援系統是一個中介、協調的組織網絡，會使用廣泛的策略，包括技能開發的訓練計畫 (training programs for skills developmen)、電話和現場諮詢 (telephone and on-site consultation)、資訊和轉介服務 (information and referral services)、建立聯盟之間的聯繫機制 (mechanisms for creating linkages among coalitions)、識別團隊成就的方法 (methods of recognizing group achievement)，以及出版物和大眾教育資料 (publications and other public education materials) 等 (Chavis, Florin, & Felix, 1992; Florin et al., 1993)。

技術支援系統應該側重於發展、實施和評估預防計畫，並致力於建立專業、組織和系統能力 (Crisp, Swerissen, & Duckett, 2000)。美國一些聯邦機構已經建立相關的技術支援系統，例如物質濫用預防中心 (Center for Substance Abuse Prevention, CSAP) 支援州政府發展全面性計畫以協調資金流動、振興預防系統，並增加採用科學導向的計畫。此外，CSAP 建立區域中心，目的便是協助當地社區建立一級干預措施系統。再者如馬薩諸塞州公共衛生部支援該州預防中心，並提供技術上支援與培訓，這些預防中心與聯盟、機構、學校、鄰里委員會和志工合作，每個中心皆有多媒體圖書館和資源中心，並由中央公共衛生部門接收各中心的資料。

然而，全面的技術支援系統需要精心的設計。Mitchell, Florin, and Stevenson (2002) 提出幾項技術支援系統設計會面臨的挑戰，例如：相互競爭的優先事項間如何分配資源 (allocating resources among competing priorities)、分子計畫領域進行協作 (collaborating across categorical program areas)，以及確保技術支援干預措施有足夠的量能 (assuring sufficient dose strength for technical assistance interventions) 等。儘管技術支援系統的實施方法不盡相同，值得注意的例子是德克薩斯州酒精和藥物濫用委員會 (Texas Commission on Alcohol and Drug Abuse) 使用 four-step Prevention Plus III model (Linney, & Wandersman, 1991)，

要求所有資助計畫須利用該模型提交年度報告。最重要的是，報告不僅用於審計，更提出如何改善項目的反饋意見（Wandersman, & Florin, 2003）。

二、政府與非營利組織協力的運作模式

關於非政府（營利）組織和公部門間究竟採取何種合作模式來達成反毒預防的政策目標，可以從非營利組織與政府的關係來加以檢證。

Kramer等（1992）認為非營利組織與政府的關係模式可從兩個層面加以區分，一是「服務的財務與授權」（Financing and Authorizing of Services），二是「實際的服務輸送者」（Actual Delivery of Services），並依此而發展出四種政府與非營利組織的關係模式；其中第一、四是競爭關係，第二、三是合作關係，此合作關係即是本研究所要探究的重點。茲分述如下：

（一）政府主導模式（Government -Dominant Model）

所謂政府主導的模式，意即政府扮演掌握經費與服務提供的雙重角色。也就是非營利組織無法提供的服務輸送項目，必須由政府擔任最終責任者的角色，政府部門可透過財稅體系與政府預算或籌設基金等手段，來輸送服務對象所需要的各種資源與服務。

（二）雙元模式（Dual Model）

所謂雙元模式，即政府與非營利組織各自提供福利服務的需求，兩者間並無經費上的交集，而是處於平行競爭的範圍上，同時由政府及非營利部門進行廣泛的服務輸送，包含資金的提供及實際的服務輸送，但各有其不同的範圍，當然實務上也可能形成各自為政或服務對象重疊競合的情況。

雙元模式具體的運作態樣可以分成兩種不同的形式，其一是由非營利組織來彌補政府所提供服務之不足，也許是輸送相類似的服務，但其服務輸送的對象是政府所未能普及的。此外，非營利組織也可以完全自行設計不同的服務方案提供給服務對象。

(三) 合作模式 (Collaborative Model)

所謂合作模式係指由政府提供資金，第三部門實際負責服務的傳送；但在理論上兩者相反也是可能的。關鍵在於非營利組織是如何與政府部門形成合作，兩者關係為何。就理論上而言，合作模式可以再細分為兩種關係(溫信學, 1997)：

1、 「共銷模式」 (collaborative-vendor model)：

非營利組織承攬政府部門所交付的福利服務，兩者相輔相成共同推動政府的福利政策，政府部門扮演上游的福利決策角色與經費資源的供給，非營利組織則是擔負下游執行者的角色，直接面對服務對象的需求。

2、 「合夥模式」 (collaborative-partnership model)：

第三部門組織不僅參與管理計畫並藉由政治過程去向政府相關部門倡議關於福利服務輸送的具體決策，亦即非營利組織與政府部門可就服務內容、範圍資源配置、服務輸送等層面，共同討論研商，故非營利組織不僅只扮演直接福利服務輸送的角色，且可以發揮其影響力來參與政府對社會福利的決策。

(四) 第三部門主導模式 (Third-Sector Dominant Model)

所謂第三部門主導模式係指志願組織同時扮演資金提供和服務傳送的角色，對抗政府所進行的社會福利供應。此際非營利組織享有足夠的自主性，可以彈性的發展創新服務，並且可針對特殊性服務對象的需求，做出快速的反應與服務的提供。

歸結前述有關非營利組織和公部門間的關係，學者Gidron, Kramer & Salamon (1992:5) 等人提出所謂的「優勢典範」 (dominant paradigm) 或稱「衝突典範」，渠等認為政府與非營利組織兩者各自為取得主導地位，而不可避免地會出現競爭行為。但時至今日已從過去的「衝突典範」演進到「公私協力」的夥伴關係，也就是所謂的「合作典範」，Kuhnle & Selle (1992) 指出在斯堪地那維亞國家中，非營利組織和政府是保持著密切地合作關係。Lipsky & Smith(1990) 更提出由於非營利組織仰賴政府的財務支持，往往超過機構收入的一半以上，進

而增強兩者在財務與技術上的互依關係，使得雙方間的關係界限日趨模糊。亦即非營利組織與政府在反毒業務兩者的密切合作日益重要。關於非營利組織和政府公私協力服務輸送的模式及其角色扮演歸納如下表2-3-2：

表 2-3-2 非營利組織和政府協力服務輸送的模式及其角色扮演

功能 \ 模式	政府主導模式	雙元模式	合作模式	第三部門主導模式
經費提供者	政府	政府 非營利組織	政府	非營利組織
服務提供者	政府	政府 非營利組織	非營利組織	非營利組織

資料來源：轉引修正自 Gidron et al., 1992:18

三、公私協力的限制

公私協力關係之建立，應避免落入新公共管理主義所強調的「企業型政府」及「管理主義至上」的思維，允宜回歸新公共行政中有關「公共性」的考量，也就是說，公私協力關係的建構，應避免一廂情願式的只想吸納私部門的財力、物力及資源，又或者僅著重於績效與成本效益的考量，如此反而容易陷入「目標錯置」、「飲鴆止渴」或「利益輸送」的敗局。

公私協力之精髓乃在於深化「公民參與」的精神，並在此基礎之下，共同整合國家、社會、市場及公民的資源與力量，來協力達成公共服務的目的，實踐國家及全民的整體利益；惟公私協力的成功要件仍取決於成熟的公民社會，高度的社會信任與社會資本，否則仍將淪於口號或成效不佳。

第三章 研究設計與實施方法

為建構公私協力反毒預防策略與模式，本研究採質化與量化並重的研究設計，進行資料蒐集與分析，茲就研究架構、研究方法、研究工具、資料處理與分析方法等單元分述如下：

第一節 研究架構

根據研究需求，本研究目的包括：1.蒐集彙整國內外有關公私部門協力反毒預防策略與模式之相關研究成果。2.盤點我國反毒民間組織及有關資源，探討非政府組織和公部門間採取何種合作策略及服務輸送模式。3.藉由實證方法，以社區為核心，建構我國公私協力反毒預防策略與模式或資源整合交流平台，藉由不同社區組織及成員的力量，發揮社區多元戒癮模式效能。4.提出我國未來公私協力反毒預防策略與模式，研擬具體可行措施，以供相關單位修法及方案規劃參考。

本研究綜合相關研究文獻及研究目的建構研究架構，其中自變項包括公部門及私部門的反毒預防組織、策略及作為；以反毒預防平台為依變項，包括：1.反毒預防資源之組織整合方式及職能需求；2.反毒預防合作之策略及其合作可行性 3.反毒預防執行方式及成員支持程度。本研究之研究架構如圖 3-1-1 所示：

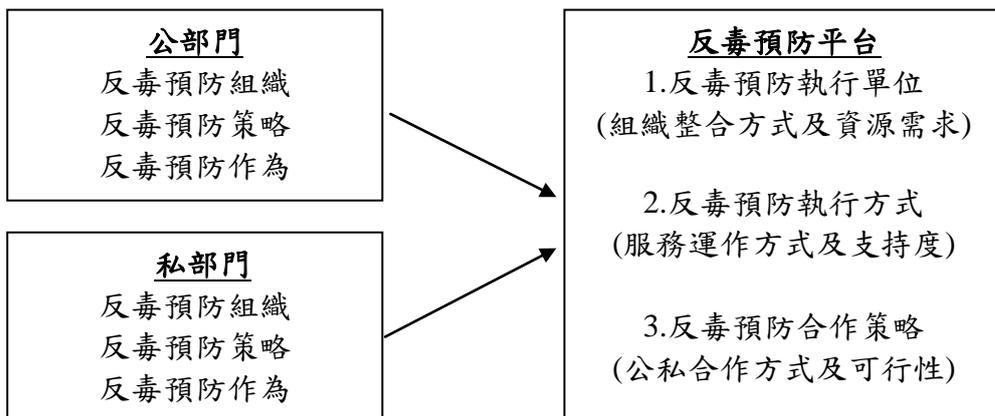


圖 3-1-1 研究架構圖

第二節 研究方法

本研究為達研究目的，本研究兼含質化與量化並重的分析方法，以四種不同的研究方法進行：(一)文獻探討；(二)深度訪談法；(三)專家問卷調查法；(四)焦點團體座談法。以質化及量化並重的研究設計，具體客觀地針對現行公部門及私部門的反毒預防組織、策略及作為進行實證性研究，評估公部門及私部門在反毒預防平台之運作狀況，評估其策略支持程度、策略價值程度及策略執行能力，最後依據研究發現，提出我國未來公私協力反毒預防策略與模式，研擬具體可行措施，以供相關單位修法及方案規劃參考。本研究之研究設計，如圖 3-2-1 所示，並逐次說明。

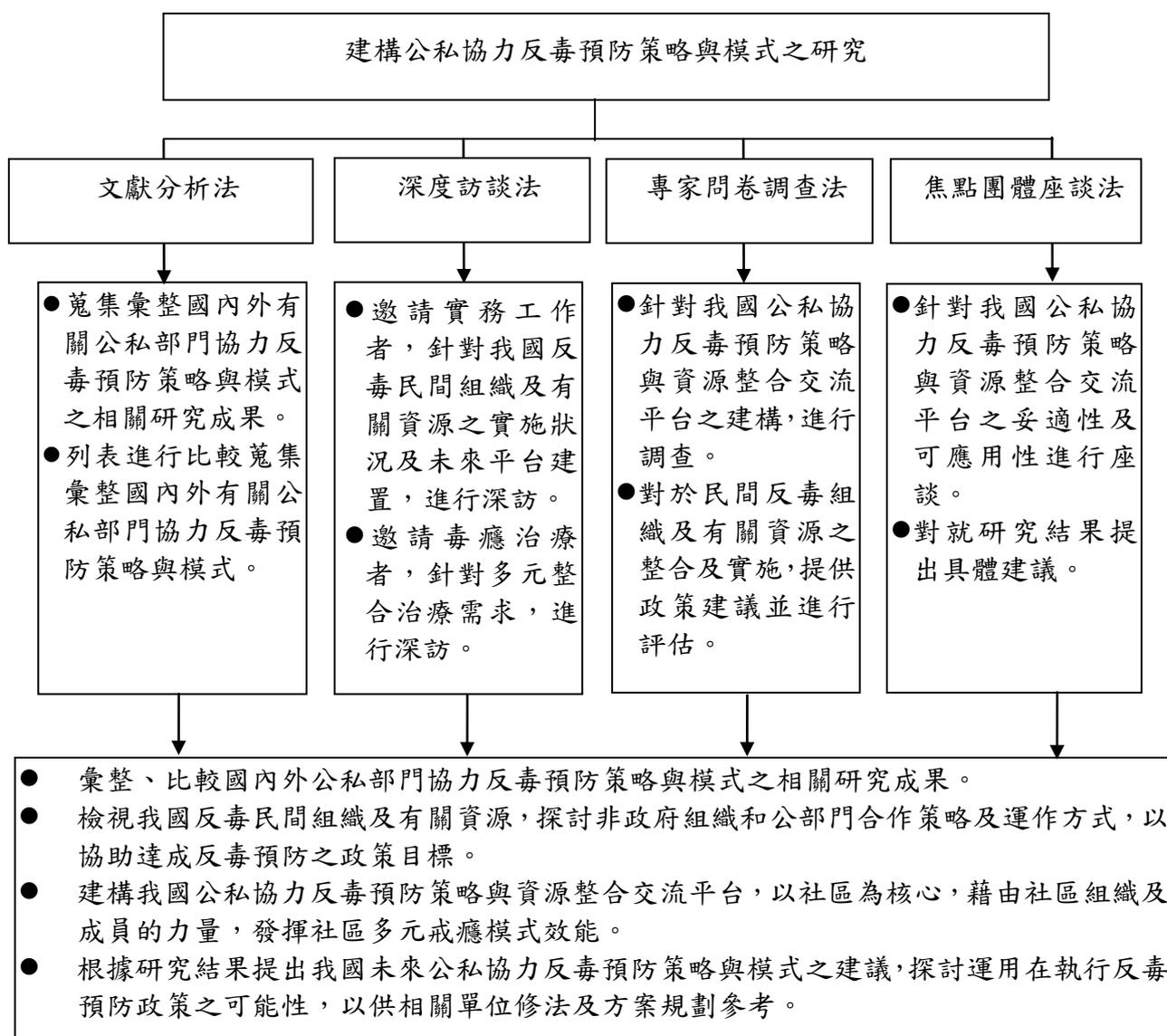


圖 3-2-1 研究設計流程圖

一、文獻分析法

蒐集國內外有關公私部門協力反毒預防策略與模式之代表性案例，就其組織結構、工作內容及服務輸送模式等進行分析比較，以瞭解我國蒐集彙整國內外有關公私部門協力反毒預防策略與模式之相關研究成果，並列表進行比較蒐集彙整國內外有關公私部門協力反毒預防策略與模式。

二、深度訪談法

為發揮社區多元戒癮模式效能，達成反毒預防之政策目標，本研究邀請毒品施用者及實務工作者共計 16 人，其深度訪談對象分配表見下表 3-2-1。本研究實務工作者以電聯與 email 方式取得研究同意並約定適宜之受訪時間；另外，毒品施用者以公文方式請求戒治所或監所進行，篩選符合條件並願意參與受訪者進行本研究，平均每位受訪者訪談 1-2 次，每次時間約 1-2 小時。

針對我國反毒民間組織及有關資源之實施狀況、未來平台建置及多元整合治療需求進行深訪，以檢視我國反毒民間組織及有關資源，探討非政府組織和公部門合作策略及運作方式。

表 3-2-1 本研究深度訪談對象分配表

分類	代碼 ¹	地區	屬性	訪談機構	身份及條件	執行日期
政府官員 (3 人)	A1I	桃園	司法	桃園地檢署	管理階層 反毒經驗五年以上	2018 年 9 月 7 日
	A2I	新北	社工	新北社會局	管理階層 反毒經驗五年以上	2018 年 9 月 14 日
	A3I	桃園	教育	桃園校外會教育人員	督導階層 反毒經驗五年以上	2018 年 9 月 14 日
公部門 醫療組織 (2 人)	B1I	南投	醫療	草屯療養院	護理師 反毒醫療經驗 五年以上	2018 年 8 月 28 日
	B2I	高雄	醫療	高雄市立凱旋醫院	醫師 反毒醫療經驗 五年以上	2018 年 9 月 7 日

¹ 末尾代碼 I 表示「Interview」對象，並以不同類型單位「政府官員」、「公部門醫療組織」、「民間醫療組織」、「非營利組織」、「毒品施用者」等依序標註為 A 至 E 代號。

分類	代碼 ¹	地區	屬性	訪談機構	身份及條件	執行日期
民間 醫療組織 (2人)	C1I	三重	醫療	安興精神科診所	醫師 反毒醫療經驗 五年以上	2018年9月17日
	C2I	高雄	醫療	長庚醫療財團 法人高雄長庚 紀念醫院	醫師 反毒醫療經驗 五年以上	2018年9月6日
非營利組織 (5人)	D1I	高雄	基金會	高雄毒防基金 會	管理階層 反毒經驗五年以上	2018年9月7日
	D2I	新竹	民營	福將人力工程 行	管理階層 反毒輔導經驗 五年以上	2018年9月12日
	D3I	臺北	NPO	財團法人利伯 他茲教育基金 會	管理階層 反毒輔導經驗 五年以上	2018年9月10日
	D4I	新竹	NPO	山茶花志工隊	志工隊員 反毒輔導經驗 五年以上	2018年9月11日
	D5I	花蓮	NPO	財團法人臺灣 基督教花蓮主 愛之家	部門主任 反毒輔導經驗 五年以上	2018年8月29日
毒品施用者 (4人)	E1I	新店	戒治所	新店戒治所	毒品施用者 戒治處遇後三年內 再次施用	2018年9月6日
	E2I	桃園	監獄	桃園女監	毒品施用者 戒治處遇後三年內 再次施用	2018年9月5日
	E3I	花蓮	主愛之家	花蓮主愛之家	毒品施用者 毒品戒治處遇後三 年內未施用	2018年8月29日
	E4I	臺北	基金會	利伯他茲教育 基金會	毒品施用者 毒品戒治處遇後三 年內未施用	2018年9月10日

三、專家問卷調查法

對於當前我國反毒民間組織及有關資源之整合及實施狀況，本研究規劃專家問卷調查，就毒品犯罪預防方案，邀請長期參與公私協力反毒的學者、專家、政府部門官員及民間團體成員共計 30 名，抽樣方式為北、中、南、東各地挑選具有反毒經驗或公私協力經驗的學者、專家、政府部門官員及民間團體成員進行調

查，問卷調查時間為 2019 年 2 月 1 日至 2019 年 2 月 22 日，其專家問卷對象分配表如下表 3-2-2。專家調查內容將以成效評估及資源整合交流平台之建構，尋找我國公私部門協力反毒預防平台之具體作為及創意做法，以及當前公私部門協力反毒預防的現行運作與缺失進行調查。

表 3-2-2 本研究專家問卷對象分配表

類型	代碼 ²	單位職稱	條件	問卷回收日期
毒危中心 (5 人)	A1Q	臺北市政府 毒品危害防制中心 昆明防制中心管理階層	管理階層、管理經驗五 年以上	2019 年 2 月 14 日
	A2Q	臺中市政府 毒品危害防制中心 督導	管理階層、督導經驗五 年以上	2019 年 2 月 14 日
	A3Q	嘉義縣政府毒防中心 督導	管理階層、督導經驗五 年以上	2019 年 2 月 13 日
	A4Q	臺南政府 毒品危害防制中心 督導	管理階層、個案管理經 驗五年以上	2019 年 2 月 17 日
	A5Q	臺東縣政府 毒品危害防制中心 督導	管理階層、督導經驗五 年以上	2019 年 2 月 14 日
政府官員 (6 人)	B1Q	桃園市刑事警察大隊 警務正	執行階層、緝毒經驗五 年以上	2019 年 2 月 13 日
	B2Q	桃園地檢署觀護人室 觀護人	執行階層、觀護經驗五 年以上	2019 年 2 月 13 日
	B3Q	矯正署臺北監獄 社工師	執行階層、輔導經驗五 年以上	2019 年 2 月 13 日
	B4Q	高檢署 檢察官	執行階層、偵查經驗五 年以上	2019 年 2 月 15 日
	B5Q	臺灣臺中地方檢察署 檢察官	執行階層、偵查經驗五 年以上	2019 年 2 月 13 日
	B6Q	高雄市政府警察局 少年警察隊 偵查佐	執行階層、緝毒經驗五 年以上	2019 年 2 月 13 日
公部門 醫療組織 (6 人)	C1Q	衛生福利部嘉南療養院 管理階層	管理階層、醫療管理經 驗五年以上	2019 年 2 月 13 日
	C2Q	臺北市立聯合醫院 管理階層	管理階層、醫療管理經 驗五年以上	2019 年 2 月 13 日
	C3Q	臺中榮總毒品戒癮門診 個案管理師	執行階層、個案管理經 驗五年以上	2019 年 2 月 13 日
	C4Q	高雄醫學大學附設 中和紀念醫院 醫師	執行階層、醫療經驗五 年以上	2019 年 2 月 13 日
	C5Q	臺中榮民總醫院 醫師	執行階層、醫療經驗五 年以上	2019 年 2 月 13 日

² 末尾代碼 Q 表示「Questionnaire」對象，並以不同類型單位「毒危中心」、「政府官員」、「公部門醫療組織」、「民間醫療組織」、「學者及學輔人員」、「非營利組織」依序標註為 A 至 E 代號。

類型	代碼 ²	單位職稱	條件	問卷回收日期
民間 醫療組織 (3人)	C6Q	衛生福利部心口司 科長	政策規劃階層、政策規 劃經驗五年以上	2019年2月13日
	D1Q	錦昌藥局 藥師	執行階層、藥師經驗五 年以上	2019年2月13日
	D2Q	郭綜合醫院 社工師	執行階層、社工經驗五 年以上	2019年2月13日
	D3Q	財團法人中華民國 無犯罪促進會 管理階層	管理階層、反毒經驗五 年以上	2019年2月13日
學者及 學輔人員 (5人)	D1Q	桃園市桃園高級中學 學務處 生輔組長	執行階層、反毒教育經 驗五年以上	2019年2月13日
	D2Q	臺中市政府教育局 學生事務室 教官	執行階層、反毒教育經 驗五年以上	2019年2月13日
	D3Q	宜蘭縣學生校外會 執行教官	執行階層、反毒教育經 驗五年以上	2019年2月21日
	D4Q	宜蘭縣聯絡處 教官	執行階層、反毒教育經 驗五年以上	2019年2月21日
	D5Q	中央大學 教授	學者、公共行政教育經 驗五年以上	2019年2月18日
非營利 組織 (5人)	E1Q	中國信託 反毒教育基金會 管理階層	管理階層、反毒經驗五 年以上	2019年2月13日
	E2Q	宜蘭縣 榮譽觀護人協進會 管理階層	管理階層、反毒經驗五 年以上	2019年2月13日
	E3Q	社團法人 中華趕路的雁全人關懷 管理階層	管理階層、反毒經驗五 年以上	2019年2月13日
	E4Q	主愛之家輔導中心 輔導員	管理階層、輔導反毒經 驗五年以上	2019年2月13日
	E5Q	社團法人臺灣露德協會管理 階層	管理階層、反毒經驗五 年以上	2019年2月13日

四、焦點團體座談

邀集與本研究相關領域(如公私部門協力反毒預防、社會資源連結運用、非政府組織營運管理、觀護制度與社區處遇、刑事法學、精神醫療、社會工作、公共行政、有關業務主管機關代表或社區領袖等)之具有相關實務反毒教育經驗五年以上學者專家共計11名,舉辦焦點團體座談共兩場,每場進行時間約兩個小時,其執行概況見下表3-2-3。焦點團體座談乃為確立研究產出結果之妥適性及可應用性,並就研究結果提出具體建議,作為政府施政規劃之參考。

表 3-2-3 焦點團體座談執行概況

執行方式	代碼 ³	單位類別	執行日期
第一場焦點團體座談	A1F	毒危中心	2019年2月13日 14:00至16:45
	A2F	毒危中心	
	B1F	教育局	
	E1F	警察局	
	F1F	學者專家	
	G1F	非營利組織	
第二場焦點團體座談	C1F	觀護人	2019年2月15日 13:30至16:00
	D1F	社會局	
	E2F	警察局	
	F2F	學者專家	
	G2F	非營利組織	

第三節 研究工具

一、深度訪談架構

本研究質性深度訪談方面，有關針對實務工作者及毒癮治療者進行深度訪談的內容，如表 3-3-1 所示：

表 3-3-1 本研究深度訪談表綱要（毒品施用者）

訪談項目	訪談內容
基本資料	性別、年齡、工作狀況、婚姻狀況、與配偶之關係以及前科（用毒）經驗
反毒預防政策及戒癮治療之經驗	接收及感知反毒預防政策經驗、何時開始接受戒癮治療、接受戒癮治療之地點、接受戒癮治療的時間持續多久或何時中止、接受戒癮治療期間是否繼續混用毒品或藥物或酒精等經驗。
反毒預防政策之主觀效果	反毒預防政策的感覺或反應為何？接受戒癮治療是否能有效地解癮？
交友情形	朋友類型特性、較要好朋友之關係與互動情形、與異性/同居朋友交往情形？
就業狀況	工作型態有哪些、待遇如何、工作是否滿足生活需要及個人期待、工作環境之氣氛、換工作或被解僱之原因、工作期間是否犯罪，原因為何？
生活型態	生活作息情形與生活習慣、休閒活動、抽菸、嚼檳榔、喝酒、用藥等情形、消費情形？
生活經驗與重要事件	生命中重大事件及影響、意外與疾病、家人偏差與犯罪行為？
治療成功或失敗原因	戒癮治療是否可以解決生活上面臨的問題和困難？接受戒癮治療成功與失敗之成因？
反毒預防的資源	反毒預防教育的品質？醫師的診斷與治療品質？觀護監控程

³ 末尾代碼 F 表示「Focus group」之對象，並依據不同單位類別依序標註為 A 至 G 代號。

訪談項目	訪談內容
連結與整合	度？毒品危害中心所提供的服務？勞動部勞動力發展署的就業服務？社會局的安置服務需求品質？
反毒預防需求與建議	對於命令機關、反毒預防執行機關的看法與建議等。
訪談總結觀察	受訪者合作程度與資料可靠程度。

至於針對長期參與公私協力反毒的學者、專家、政府部門官員及民間團體成員之深度訪談大綱，研擬如表 3-3-2。

表 3-3-2 本研究深度訪談表綱要（第一線實務工作者）

訪談目標	訪談內容
個人基本特性	性別、年齡、教育程度、職稱、工作年資
實務與專業背景	實務與專業背景為何？
立法理由及理論認知	以反毒預防政策之立法理由以及理論認知、毒品施用者能否感知、復歸社會或降低再犯之理念與觀察。
實務工作者扮演角色	在實務運作上，反毒預防實務工作者所扮演的角色、公私協力運作間需配合之規定以及所提供之服務。
撤銷之情形與成因	反毒預防策略之執行情形、成功及失敗之個案或案例。
優缺點評估	反毒預防策略之成效、成效指標為何？優缺點以及面臨之困難與挑戰。
建議與期許	當前反毒預防策是否需要修法以及修訂方針？相關配套措施為何？其他興革建議。

二、專家問卷調查架構

本研究問卷針對研究目的、相關文獻與深度訪談內容擬定專家調查問題，亦即以反毒預防組織與策略及作為、反毒預防執行單位、反毒預防合作策略、反毒預防執行方式等四個構念設計相關題項，初步概念如表 3-3-3 所示。四個構念各設計 20 道題目，共計 80 題。然而，經由前測預試刪除不適宜題目後，正式專家意見調查問卷題項共計 67 題，內容參見附錄七。

表 3-3-3 專家問卷調查問題大綱

問題重點	問題大綱
公私協力反毒預防作為狀況	現有公部門及私部門的反毒預防合作、作為、效果
公私協力反毒預防作為困境	我國目前公私協力反毒預防組織、資源與運作困境
公私協力反毒預防平台建構	公私協力反毒預防平台建構模式、資源、人力運作
公私協力反毒預防平台運作	公私協力反毒預防平台合作方式、內容

三、專家焦點團體座談大綱

本研究進行專家焦點座談的主要目的在邀集相關領域之學者專家進行焦點團體座談，來確立研究產出結果是否具有妥適性。因此，討論的議題包括：

- (一) 關於國外有關公私部門協力反毒預防策略與模式，適合我國參採的制度與模式為何？請討論。
- (二) 就您所知，目前您認為在實務運作上，公、私部門反毒預防實務機構各有哪些？各自扮演何種角色或提供何種服務？
- (三) 現行公部門與私部門協力合作反毒預防策略有哪些？是如何運作？彼此如何合作？並就您所知的成功案例，說明其成功的主要因素？請討論。
- (四) 在以社區為核心的前提下，如何藉由不同社區組織及成員的力量，建構我國公私協力反毒預防策略與模式方案設計或資源整合交流平台？請討論。
- (五) 關於我國未來公私協力反毒預防策略與模式相關應行興革事項與政策建議？請討論。
- (六) 其他有關公、私協力反毒預防策略或作為，請與會專家補充意見。

第四節 資料處理與分析方法

一、質化之料處理與分析

質化資料的分析是一個動態性的資料蒐集與歸納過程，透過分析使研究者可對研究對象有更深入的了解。本研究有關我國反毒民間組織及有關資源之實施狀況、未來平台建置及多元整合治療需求以及當前該制面臨的困境與建議等，包括針對主題發展描述與類化概念，並從收集資料的脈絡中進行對資料的了解。透過系統性的過程可將所有資料做歸納、整合，使其呈現主題、概念和解釋。因此，在整個研究的過程中，從（一）評估資料的確實性與可轉換性、（二）發展描述與類化概念、（三）歸納整合與解釋資料，均將遵循質化研究之基本原則進行。

二、量化資料處理與分析

本研究調查回收之問卷，運用 R 軟體 3.4.1 版本之統計軟體，進行統計分析：

為評估當前我國反毒民間組織及有關資源之整合及實施狀況，並建構資源整合交流平台，本研究問卷調查法，邀請專家進行調查，再以專家所提供之建議彙整而成本研究結果。為使本研究結果更具有實用性，將專家意見以 Likert 綜合尺度衡量專家的示意程度。對於調查問題合適性分成 1 至 5 個層級，分別給予評定分數 1 至 5 分，其中，非常不同意為 1 分、不同意為 2 分、普通為 3 分、同意為 4 分、非常同意為 5 分，分數愈高即表示愈同意、愈支持或符合，分析包含基本描述性統計數—平均數、標準差、共識程度等。

(一) 專家意見支持程度—平均數

本研究以集中趨勢量數求得各項目平均數 (mean)，瞭解資料的集中趨勢，即瞭解專家對各項目重要性的評估情形。平均數 (\bar{x}) 係指所有專家填答之合適性程度總和的平均值，數值越大表示專家對該題項的支持程度越高。至於專家意見支持程度，以高於平均數 3.00 分作為支持與否的門檻值，當平均數超過 3.00 分即可代表該題項獲得專家支持。

(二) 專家間一致性程度—標準差與共識程度

考量各專家間領域的異質性，專家間一致性的計算統計標準為：

1. 標準差 (s)：係指所有專家填答之妥適性程度與平均數的離散程度。當小於 1.00 時，則顯示專家意見在該題項達成共識 (胡幼慧等，1996)。

$$s = \sqrt{\frac{\sum(x_i - \bar{x})^2}{n - 1}}$$

2. 共識程度 (Degree of Consensus，縮寫 D.C)：變異係數 (Coefficient of Variation，縮寫 C.V) 是判定一組資料分散情形的統計方法，亦可作為共識性評判標準，當變異係數越小表示該題項變異越小，專家看法越趨一致。

$$C.V = \frac{s}{\bar{x}} \times 100\%$$

為方便理解專家間的共識性，本研究遂定義以專家共識程度 (D.C) 表示之，當 D.C 越高即表示共識程度越高。

$$D.C = 100\% - C.V$$

因多位專家間意見要達到 100% 共識實屬不可能，故本研究事先擬訂共識程度門檻值，當共識程度達 70% 以上，則認定該題項的專家意見達到共識；反之，若共識程度未達 70%⁴，則認定該項目未達共識程度。

⁴根據文獻顯示 C.V 可接受最大數值為 30% (Brown, 1998)，故 D.C 為 100%-30%=70%。

第四章 國內外公私部門協力反毒預防策略與模式

為瞭解國內外有關公私部門協力反毒預防策略與模式，本研究蒐集分析美國、德國、加拿大、香港、澳門、日本及新加坡等國家在反毒預防的運作，茲就相關研究結果分述如下：

第一節 美國公私部門協力反毒預防策略與模式

一、概述

早在 1914 年美國就制定了第一個全國性的禁毒法哈里森毒品法 (The Harrison Act)，這部法律的制定成為美國禁毒史上的里程碑，美國聯邦政府取得禁毒成就的主要原因是：戒毒的康復措施得力，有效地防止了復吸現象；從預防入手，禁毒工作從青少年抓起；重視國際合作。加強與主要毒品來源地政府的掃毒合作，以減少毒品的供應 (張曉明、尹一博，2007)。

從歷史經驗來看，美國的毒品政策一直在「司法懲治模式」與「醫療模式」兩種途徑之間擺盪，所謂「司法懲治」意指加強查緝毒品製造者 (包括海外製造者) 走私者、交易者與吸食者；至於「醫療模式」，則是治療毒品使用者，透過長達數個月的治療與諮商，協助毒癮者恢復健康，並且透過學校或媒體進行反制毒品的教育宣導，防止吸毒行為發生 (蔡明彥，2010)。

二、專責組織

當前美國聯邦政府負責反毒的主要機構為國家藥物管制政策辦公室 (The Office of National Drug Control Policy, ONDCP)，依據 1988 年反毒品濫用法 (Anti-Drug Abuse Act of 1988) 設立，直屬於總統執行辦公室。ONDCP 負責協調美國 16 個聯邦部門和機構的藥物管制活動和相關資金，每年 ONDCP 制定年度國家毒品管制策略，為減少非法藥物使用、製造和販運，致力於打擊與毒品有關的犯罪和暴力，以及減少與藥物有關的不良健康後果，同時 ONDCP 也負責聯邦藥物管制綜合預算的編籌與制訂⁵，為了繼續強化反毒政策，川普總統於於 2017

⁵ <https://www.whitehouse.gov/ondcp/> 檢索日期：2018/09/16

年 3 月 29 日特別簽署了總統行政命令，設立防制毒癮和鴉片類藥物危機委員會 (the President's Commission on Combating Drug Addiction and the Opioid Crisis)，該委員會的資金與行政支援工作，亦由 ONDCP 負責協助，美國反毒政策變革請參見表 4-1-1。

表 4-1-1 美國反毒政策變革

年代	措施
1950 年代	1951 年博格斯法、1956 年麻醉品控制法案採嚴厲的司法手段懲治毒販。
1962 年	隨著醫療技術的進步與民眾觀念的改變，美國政府開始重視透過「醫療模式」治療毒癮者，並且修正過去「懲治—威懾」的反毒政策。
1965 年	聯邦政府頒布管制毒品濫用修正案，設立毒品濫用管制局。
1966 年	詹森 (LyndonBainesJohnson) 總統簽署麻醉品成癮康復法，規定在毒癮者或親屬的要求下，透過民事程序可為非刑事犯的毒癮者提供醫療，並且決定在未來兩年內提供戒毒研究與醫療機構 1,500 萬美元的補助。
1990 年代	柯林頓政府頒公佈國家毒品管制戰略，試圖從全方位、多層次的角度，處理美國毒品問題。
2002 年	小布希 (GeorgeW.Bush) 提出減少毒品需求以及減少毒品供給等兩個面向，是一種較「平衡」的反毒策略。
2010 年	歐巴馬提出 2010 年國家毒品管制戰略 (NationalDrugsControlStrategy2010)，設定降低毒品的 5 年目標。
2017 年	川普總簽署總統行政命令，成立防制毒癮和鴉片類藥物危機委員會 (thePresident'sCommissiononCombatingDrugAddictionandtheOpioidCrisis)，負責打擊和治療藥物濫用，成癮和鴉片類藥物危機的禍害。

資料來源：整理自蔡明彥 (2010) 與美國國家藥物管制政策辦公室網站⁶

此外，ONDCP 管理兩個主要與反毒有關的聯邦政府撥款計劃：首先、高強度毒品販運區 (The High Intensity Drug Trafficking Areas, HIDTA)：該計畫聯邦、州、地方政府和部落執法部門，在確定為關鍵販毒區域的地區開展實際反毒業務執行，所含涵蓋的範圍包括境內 50 個州、哥倫比亞特區、波多黎各和美屬維爾京群島等地區的執法工作；其次、無毒社區 (Drug-Free Communities, DFC) 計畫，該計畫提供社區聯盟提供補助金，以加強當地合作夥伴的基礎設施，減少在

⁶ <https://www.whitehouse.gov/ondcp/presidents-commission/> 檢索日期：2018/09/16

地青少年濫用藥物的情況的發生，目前全美國共有 731 個由該計畫資助的社區聯盟在運作中。

事實上，ONDCP 仍管理其他多項撥款計畫，以支持和有效實施川普總統的反毒政策工作，除了上述兩項撥款計畫之外，其他包括：

- (一) 社區聯盟增強撥款應對當地毒品危機 (Community-Based Coalition Enhancement Grants to Address Local Drug Crises, CARA) 計畫；
- (二) 藥物法院計畫 (Drug Courts Program)；
- (三) 示範州藥物法律倡議 (Model State Drug Laws Initiative)；
- (四) 反興奮劑活動 (Anti-Doping Activities)；
- (五) 全國青年領袖倡議 (National Youth Leadership Initiative)。

三、協力反毒預防

美國十分重視吸毒的預防教育，法律要求在小學、中學和大學開展普及藥品安全知識的教育，防止學生濫用或沾染毒品，包括家庭中常見的一些使人成癮的麻醉品。有關教育宣傳工作一般由戒毒機構、警察或經過專門培訓的老師承擔。採用多樣靈活的方式，讓學生了解有關毒品知識，認識吸毒的危害，自覺遠離幫派和拒絕毒品。許多學校每年都要推出一個「拒絕毒品」週，每個學生佩帶藍色飄帶；並在「對毒品說不」的巨幅標語上簽字，表示拒絕毒品的決心；此外，每個學校都設有專職心理輔導員，對學生提供心理諮詢和幫助。一旦發現學生吸毒，立即進行干預，實施戒毒治療和康復工作（張曉明與尹一博，2007）。此外，美國政府從 2003 年開始推行的「學生隨機毒品檢測」計畫，也在預防青少年吸毒和及時發現吸毒苗頭方面發揮了重要的作用。美教育部鼓勵學校進行隨機毒品檢測，並每年向有關學校撥款推行這個計畫。

事實上，根據 ONDCP 網站所顯示，美國聯邦政府以社區為主體的反毒活動與計畫，主要有以下：

- (一) 無毒社區計畫

由 1997 年無毒社區法 (Drug-Free Communities Act of 1997) 創立的無毒社區計畫，主要是動員社區防止青少年濫用藥物，並在 ONDCP 的指導下，該計畫向社區聯盟提供贈款，並加強當地合作夥伴之間的基礎設施，以創造和維持當地青少年物質使用的減少。無毒社區計畫由代表 12 個不同與社區相關的部門和團體所組成⁷，這些部門與團體透過適當的組織，以滿足社區青年和家庭在當地對於毒品預防的需求。自從無毒社區計畫啟動以來，在所資助的社區中，30 天內不再使用酒精、煙草、大麻和處方藥濫用率提高到 48%，濫用的情況在中學和高中青少年當中，有著明顯下降的趨勢。

根據 2017 年所公布的年度報告顯示⁸，自 1998 年計畫實施以來，社區聯盟最高獲得每年 125,000 美元，為期 5 到 10 年之久；補助的單位數量，從 1998 年的 50 個，成長到 2016 年的 677 個，當中的 389 個社區 (57%) 有獲得 1-5 年的補助，其餘的 288 個社區 (43%) 則是獲得 6-10 年的補助；最後在 2016 年當中，該計畫實施至今，已經補助超過 2500 個社區。此外，根據 2017 年度報告所顯示的統計數據，無毒社區計畫在美國所影響與涵蓋的範圍非常廣大：有五分之一的美國人住在無毒社區之中 (到 2017 年為止)，以及自 2005 年以來，有 48% 的美國人口是住在無毒社區計畫所資助的地區中。

(二) 社區聯盟增強撥款應對當地毒品危機 (CARA) 計畫

此計畫主要是根據 2016 年綜合成癮和復原法案 (Comprehensive Addiction and Recovery Act of 2016) 所設計，透過對社區聯盟的加強補助，針對年齡在 12-18 歲之間的全美各地社區的青少年，預防和減少濫用鴉片類藥物、甲基苯丙胺與濫用處方藥的情況發生。此外，本計畫主要也是加強現有或是以前曾資助過的無毒社區，作為能夠實現社區層面變革，並且建立社區青年避免藥物濫用的預防聯盟，如圖 4-1-1 所示，2018 年共有 55 個社區聯盟⁹獲得此計畫的補助。

⁷ 青年 (18 歲或以下)、父母、企業、媒體、學校、青年服務組織、執法機關、宗教/兄弟組織、公民/志願者團體、醫護人員、具有藥物濫用領域專業知識的州、地方或部落政府機構，以及參與減少藥物濫用的其他組織。

⁸

<https://www.whitehouse.gov/wp-content/uploads/2018/07/2017-End-Year-Report-June-2018-For-Publishing.pdf> 檢索日期：2018/09/16

⁹ 詳細名單請參閱

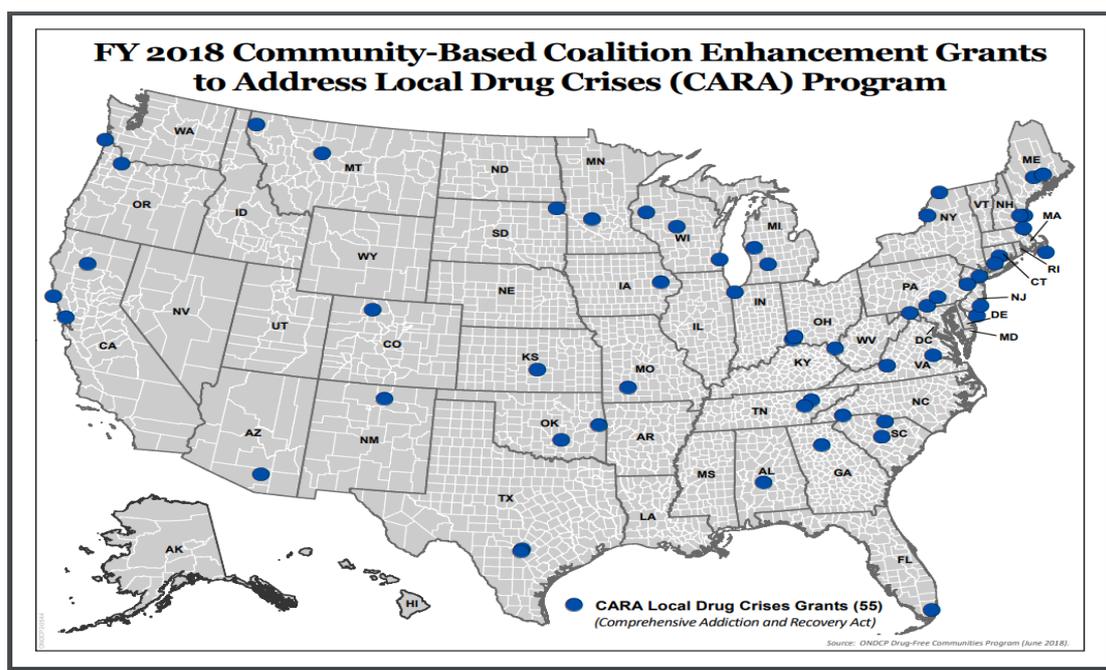


圖 4-1-1 2018 年美國社區聯盟增強撥款對當地毒品危機計劃補助分佈

資料來源：美國國家藥物管制政策辦公室網站¹⁰

(三) 全美社區反毒聯盟

全美社區反毒聯盟（Community Anti-Drug Coalitions of America，CADCA）是一個能代表在美國本土及海外超過 5,000 個社區反毒聯盟的國際型會員制組織，自 1992 年起開始訓練在地草根性團體成立社區反毒聯盟，藉由提供技術援助、公共政策教育及倡導、媒體策略、會議及特殊活動等，協助這些在地反毒聯盟建立並強化量能（法務部，2016）。CADCA 致力於提升社區的安全、健康及無毒環境，其所關切的議題同時也涵蓋酒類、菸草、處方藥物濫用的預防。

該聯盟認為持續不斷的進行醫療照顧，是處理藥物成癮重要一部份，如果從預防開始，我們就可以延遲第一次使用和濫用可能會造成上癮的藥物，也就可以防止我們的青少年進入成癮的循環¹¹。此外，此聯盟的主要工作可分為下列幾項：

第一、 政策立法與遊說：向美國國會不斷進行溝通，強調與藥物反毒相關

<https://www.whitehouse.gov/wp-content/uploads/2018/06/FY-2018-CARA-Grant-Award-Recipients-June-2018-Web.pdf> 檢索日期：2018/09/16

¹⁰ https://www.whitehouse.gov/wp-content/uploads/2018/06/DFC_2018_CARA_8x11.pdf 檢索日期：2018/09/16

¹¹ <https://www.cadca.org/policy/publicpolicy> 檢索日期：2018/09/16

議題，希望能夠納入立法程序當中；

第二、 協助聯邦政府當前反毒政策的推動：聯盟亦投入資源與人力幫助聯邦政府反毒計畫能有效執行，例如綜合成癮和恢復法案（CARA）無毒社區（DFC）計劃等；

第三、 教育訓練與學習¹²：成立論壇、學院與推廣線上學習課程等活動；

第四、 出版刊物與提供資源協助¹³：當中包含定期出版品，舉辦網絡研討會，網路推播訊息、製作電視廣播節目，建立各地社區聯盟訊息平台以及推廣防制工具包等；

第五、 行銷活動：舉辦各種公益募款、頒獎與晚宴、出版年度成果報告等；

第六、 反毒研究與發展：成立專門研究機構，負責調查研究與評估、培訓與支援工作，提供創新方案，以及推廣最近策略與工作等。

四、反毒成效

根據美國聯邦政府國家藥物管制政策辦公室（Office of National Drug Control Policy, ONDCP）所發佈的官方評估報告顯示，2017 年所推動的無毒社區計畫（DFC）具有以下的具體成效¹⁴：

- （一）在 2017 年，有五千八百六十萬的美國人居在該計畫所資助的社區中，包含兩百四十萬的中學生，以及三百三十萬的高中生；
- （二）有 66% 參與計畫的社區聯盟，針對青少年專屬聯盟，透過實務性的方式增加青少年的參與反毒工作；
- （三）在 2016 年會計年度中，有 87% 的社區聯盟將目標鎖定在鴉片類藥物（海洛因、鴉片類的處方藥物，或兩者兼有）；
- （四）總共動員了三萬五千個社區投入於青少年毒品濫用的防制工作上；

¹² <https://www.cadca.org/events> 檢索日期：2018/09/16

¹³ <https://www.cadca.org/resources> 檢索日期：2015/09/16

¹⁴ 網址：

<https://www.whitehouse.gov/wp-content/uploads/2018/08/2017-National-Evaluation-DFC-Infographic.pdf>，檢閱日期：2019/4/2

- (五) 隨著時間的發展，生活在無毒社區中的青少年，30 天內明顯未使用以下藥物：酒精、大麻、煙草，以及濫用處方藥物；
- (六) 自從 2005 年開始，已經有 48% 美國人生活在計畫所資助的社區中；
- (七) 參與計畫的社區聯盟持續投入於多元的預防策略，並且產生一定的成效：例如 100% 社區提供預防資訊服務、有 69% 社區調整服務行為、有 96% 有提供強化生活技能的服務、有 64% 社區修正與改變管理政策、有 83% 社區增加提供治療服務/減少取得治療的障礙、有 61% 社區調整預防工作設計方式、以及有 82% 社區提供的關懷性的支援服務。

第二節 加拿大公私部門協力反毒預防策略與模式

一、概述

自從 1908 年加拿大政府頒佈鴉片法 (the Opium Act) 禁止非醫療上使用鴉片後，已增加相關精神藥物的政策，加拿大的毒品策略 (Canada's Drug Strategy, CDS) 是由聯邦政府依藥物濫用或使用對個人、家庭、社區的傷害結果 (含健康、社會、安全、經濟後果) 而協調各機構制訂這些政策，並且這些機構包括聯邦政府、省政府、區政府、非政府組織、專業協會及國際機構等共同為 CDS 努力 (江振亨，2009)。

回顧加拿大政府對於反毒政策上的努力，可以追溯到 1987 年的國家毒品政策 (the National Drug Strategy)，以及 1992、1998、2003 年等後續的相關修正措施，以及 2006 年所通過的國家禁毒策略 (National Anti-Drug Strategy, NADS)。誠如加拿大政府衛生部 (Ministry of Health) 所述，加拿大政府致力於採取全面、協力合作、富有同理心與循證為基礎的毒品政策方針，透過公開審議和公共衛生的考量下解決毒品與藥物問題¹⁵。

然而，自 1987 年以來，加拿大政府制訂了一連串的反毒策略，主要是通過

15

<https://www.canada.ca/en/health-canada/news/2016/12/new-canadian-drugs-substances-strategy.html>

檢閱日期：2018/09/15

預防、治療、強化執行，與減少傷害的角度，達成公共衛生和公共安全的政策目標。然而，在 2016 年 12 月 12 日，衛生部長宣布了最新的反毒策略：加拿大毒品和藥物策略（The Canadian Drugs and Substances Strategy，CDSS）用來取代之前的國家禁毒策略，主要的原因在於之前的策略當中，減少毒品危害的效果不並顯著。根據，衛生部的說明，2016 年所推動的最反毒策略，其主要重點如下（如圖 4-2-1 所示）：

- 第一、 預防：防止有問題的毒品和有問題的藥物使用方式；
- 第二、 治療：支持治療和康復的創新方法；
- 第三、 減少傷害：支持減少毒品和藥物濫用後所產生的負面後果；
- 第四、 強制執行：解決非法毒品生產，供應和分配問題；
- 第五、 有力的證據基礎支持（evidence-based）：更能識別發展趨勢、確認目標，進行政策監測，並且支援相關決策。

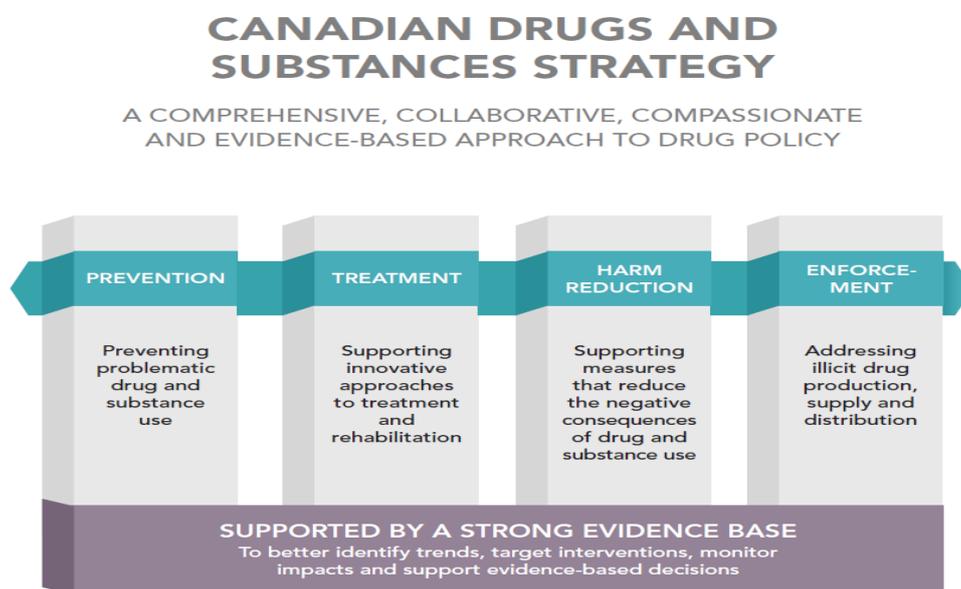


圖 4-2-1 加拿大反毒策略架構

資料來源：加拿大政府衛生部¹⁶

16

<https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/healthy-canadians/migration/publications/healthy-living-vie-saine/drugs-substances-strategy-2016-strategie-drogues-autre-substances/alt/pub-eng.pdf> 檢索日期：2018/09/15

二、專責組織

加拿大政府目前新的反毒策略，其主要目標在於推動一個採取廣泛與全面、協力合作與富有同情心，採取循證作法的反毒政策。它主要由衛生部長負責執行，並且把減少毒品危害，當作加拿大毒品策略的關鍵，繼續維持之前已有的預防，治療和強化執行。為了使減低危毒品所造成的危害，當前的重點策略在於社會大眾對於反毒的支持，以及持續監督毒品的使用情況。

據此，加拿大政府致力於確保其反毒策略，具有強有力的證據基礎，包括掌握相關的正確數據，瞭解掌握趨勢，並且針對各項干預措施、政策監測等活動，在具有明確的依據下進行相關決策。換言之，當前所推動的加拿大反毒和藥物策略，主要在強調國民的健康與證據為基礎，如此才能提供更好的保護，以及促進加拿大人的健康和 safety。

三、協力反毒預防

加拿大政府有關於毒品預防的工作，主要是由加拿大藥物使用和成癮中心（The Canadian Centre on Substance Use and Addiction, CCSA）負責，該中心是由加拿大議會所設立，作為政府重點的領導機構。為了使中心成為值得信賴的諮詢對象，本身不斷透過相關研究，累積知識與彙集不同的觀點，為加拿大政府相關的反毒決策提供服務¹⁷。然而就該中心的資料顯示，當前加拿大政府對於毒品預防的重點，主要置於青少年身上：

（一）加拿大青年的毒品預防策略

2007 年加拿大藥物使用和成癮中心（CCSA）啟動了加拿大青年毒品預防策略（A Drug Prevention Strategy for Canada's Youth）¹⁸，主要目標在於減少 10 至 24 歲之間加拿大的青少年，對於非法藥物使用，此項策略主要是由以下四個小組設計完成：

1. 全國青少年藥物濫用預防諮詢小組（National Advisory Group on Youth

¹⁷ <http://www.ccdus.ca/Eng/About-CCSA/Pages/default.aspx> 檢索日期：2018/09/15

¹⁸ <http://www.ccdus.ca/Resource%20Library//ccsa-011522-2007-e.pdf> 檢索日期:2018/09/15

Substance Abuse Prevention)；

2. 媒體/青年聯合會諮詢委員會 (Media/Youth Consortium Advisory Council)；
3. 加拿大學校標準工作組 (School-based Canadian Standards Task Force)；
4. 社區與家庭為基礎的加拿大標準工作組 (Community- and Family-based Canadian Standards Task Force)。

根據 CCSA 的統計，目前已經有超過 135 個合作夥伴和 730 個相關單位者參與此項策略，並且於 2013 年再次啟動了另一個加拿大青年健康促進和藥物預防策略。

(二) 青年毒品預防資源和舉措

目前加拿大的 CCSA 透過與相關夥伴合作，共同開發了多種預防資源，以持續支持反毒與藥物濫用策略：

- 第一、 與加拿大標準工作組合作，制定了加拿大青少年藥物濫用預防標準 (Canadian Standards for Youth Substance Abuse Prevention)¹⁹；
- 第二、 與安大略省兒童和青少年心理健康卓越中心和國家飲食失調資訊中心 (Ontario Centre of Excellence for Child and Youth Mental Health and the National Eating Disorder Information Centre) 合作，開發了資訊產品，連結了藥物使用與精神健康，藥物使用和飲食失調之間的聯繫，當中包括對預防和治療的影響；
- 第三、 與聯合國毒品和犯罪問題辦公室 (United Nations Office on Drugs and Crime) 合作，代表加拿大參與全球預防中心網絡，並且成立加拿大預防中心 (Prevention Hub Canada)²⁰，它是一個線上會議交流平台，提供在青少年藥物使用預防領域工作的個人、組織以及社區，

¹⁹ <http://www.ccdus.ca/Eng/topics/Children-and-Youth/Drug-Prevention-Standards/Pages/default.aspx>

檢索日期：201/09/15

²⁰ <http://canada.preventionhub.org/en> 檢索日期：2015/09/15

充分了解與分享加拿大最新的預防資源、研究和技術。

(三) 青少年預防標準

有效的預防並不一定要一直盲目的投入資源，通過瞭解社區需求，以及在循證基礎上，將社區中的其他相關措施聯繫起來，就可以有效實踐預防工作。對此，CCSA 與加拿大標準工作小組（Canadian Standards Task Force）合作，制定了加拿大青少年藥物濫用預防標準。此項標準可分為三大部分，分別對社區、校園與家庭中的青少年提供了相關遵循指導：

第一、更加強大：制訂加拿大社區青少年藥物濫用預防標準（Canadian Standards for Community-based Youth Substance Abuse Prevention）²¹，當整個社區的學校、家庭和組織都參與其中時，預防是最成功的，當中共有五大階段，18 個策略（參見表 4-2-1）；

表 4-2-1 加拿大社區青少年預防指引

Phase	Standards
A. ASSESS <i>the situation</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Determine youth substance use patterns and associated harms 2. Learn factors linked to local youth substance use problems 3. Assess current activities, resources and capacity to act
B. ORGANIZE <i>the team and build capacity</i>	<ol style="list-style-type: none"> 4. Engage youth partners in the initiative 5. Develop organizational structure and processes 6. Build and maintain team capacity 7. Clarify members' perceptions and expectations
C. PLAN <i>a logical and sustainable initiative</i>	<ol style="list-style-type: none"> 8. Ensure plan addresses priority concerns and factors, and current capacity 9. Develop logic model showing how initiative will bring desired change 10. Plan for sustainability of the initiative
D. COORDINATE <i>and implement evidence-based activities</i>	<ol style="list-style-type: none"> 11. Promote quality of existing and planned initiatives 12. Strengthen coordination among local initiatives 13. Give attention to community policies and processes 14. Monitor the initiative
E. EVALUATE <i>and revise initiative accordingly</i>	<ol style="list-style-type: none"> 15. Conduct a process evaluation of the initiative 16. Conduct an outcome evaluation of the initiative 17. Account for costs associated with the initiative 18. Revise initiative based on evaluations

資料來源：加拿大社區青少年藥物濫用預防標準，頁 25

²¹ http://www.ccdus.ca/Resource%20Library/2010_CCSA_Community-based_Standards_en.pdf 檢索日期：2018/09/15

第二、建立優勢：制訂了加拿大校園青少年藥物濫用預防標準（Canadian Standards for School-based Youth Substance Abuse Prevention）²²，當融入學校的核心使命並與社區計劃相關聯時，預防是最成功的，共計有 17 個策略（參見表 4-2-2）；

第三、強化的技能：制訂了加拿大青少年藥物濫用預防家庭技能計劃（Canadian Guidelines for Youth Substance Abuse Prevention Family Skills Programs）²³，強調將家庭技能計劃納入預防計劃的重要性，並且提供九項指引（參見表 4-2-3）。

表 4-2-2 加拿大校園青少年預防指引

Phase	Standards
A. ASSESS <i>the situation</i>	1. Account for current activities 2. Determine local substance use patterns and harms 3. Learn relevant protective and risk factors 4. Clarify perceptions and expectations 5. Assess resources and capacity to act
B. PREPARE <i>a plan and build capacity</i>	6. Ensure goals address priority harms and relevant factors 7. Engage students in the initiative 8. Strengthen links with parents and other partners 9. Conduct ongoing professional development and support 10. Address sustainability of the initiative
C. IMPLEMENT <i>a comprehensive initiative</i>	11. Cultivate a positive health-promoting school climate for all 12. Deliver developmentally appropriate classroom instruction at all levels 13. Implement targeted activities within a comprehensive continuum 14. Prepare, implement and maintain relevant policies
D. EVALUATE <i>the initiative</i>	15. Conduct a process evaluation of the initiative 16. Conduct an outcome evaluation of the initiative 17. Account for costs associated with the initiative

資料來源：加拿大校園青少年藥物濫用預防標準，頁 24

²² <http://www.ccdus.ca/Resource%20Library/ccsa-011815-2010.pdf> 檢索日期:2018/09/15

²³ http://www.ccdus.ca/Resource%20Library/2010_CCSA_Family_skill-based_Guidelines_en.pdf 檢索日期：2018/09/15

表 4-2-3 加拿大家庭預防指引

Canadian Guidelines for Youth Substance Abuse Prevention Family Skills Programs	
1.	Build cultural competence into the program.
2.	Clarify needs, resources, targets and aims.
3.	Identify theory to guide design, implementation and evaluation.
4.	Establish a solid organizational and community context for the program.
5.	Pay attention to facilitator selection, training and support.
6.	Ensure active recruitment of participants.
7.	Implement evidence-based programming with fidelity.
8.	Take steps to retain participants.
9.	Monitor, evaluate and revise the program accordingly.

資料來源：加拿大青少年藥物濫用預防家庭技能計劃，頁 23

(四) 伙伴關係與政策網絡

加拿大青少年藥物濫用預防標準（Canadian Standards for Youth Substance Abuse Prevention）主要是根據加拿大青年的藥物預防戰略而來，這是 CCSA 發起的一項為期五年的戰略，針對那些正在考慮或已經在促進青少年物質使用預防倡議、計劃或活動。此外，在 2016 年所出版的工具手冊（Funders' Toolkit）更指出，此項標準主要是由以下單位共同協力完成：

1. 組織效率和資源資助

(1) 有效組織的資助者非營利組織（Grantmakers for Effective Organizations）

該組織在於整合相關的資助者，並且將他們的願望轉化為實現，自 1997 年以來，供了聚集在一起分享知識並激勵彼此採取行動的機會。因此，該組織二十多年來，主要的功能與角色在於做為社區發展的主要撥款與資助者²⁴：

第一、 加強與非營利組織和社區的關係

第二、 提供彈性與靈活的資金

²⁴ 網址：<https://www.geofunders.org/about-us/our-vision-for-smarter-grantmaking>，檢索日期：2019/02/24

第三、 社區能力建立

第四、 提供學習與評估機制

第五、 建立協力伙伴關係

(2) 加拿大慈善基金會 (Philanthropic Foundations Canada) ²⁵

為加拿大資助者所組成的成員協會，當中包括私人和公共基金會，慈善機構和公司，成立於 1999 年並且於 2002 年成為註冊慈善機構。該組織主要是鼓勵慈善事業並且對加拿大人福祉做出貢獻，以及為資助者提供相互學習的機會，鼓勵與支持會員推動相關慈善事業，同時支持政府部門的公共政策。

(3) 回應慈善委員會 (National Committee for Responsive Philanthropy) ²⁶

40 多年來回應慈善事業委員主要為被邊緣化、無法接受政府服務，以及被剝奪公民權的民眾提供更多資助。因此委員會所提供公益事業服務，專門回應貧窮與弱勢民眾與社區的需求，以誠信和開放方式負責推動慈善事業。因此，該組織認為基於公共利益的慈善事業是最好的服務，並且採用撥款與協助實踐的方式，加強民主與公平社會的實現。

2. 社區願景與解決方案

阿默斯特懷爾德基金會 (Amherst Wilder Foundation) 自 1906 年以來，一直致力於改善人們的生活和福祉，並且利用社區的優勢，共同解決問題來實現這一目標。基金會與個人、社區、公司、公民領袖和其他非營利組織合作，努力消除障礙，讓所有人都能成功，該基金會的主要工作包括²⁷：

(1) 貧困者的救濟；

(2) 照顧病人和老人；

(3) 關心和培養兒童；

²⁵ 網址：<https://pfc.ca/about/>，檢索日期：2019/2/24

²⁶ 網址：<https://www.ncrp.org/about-us>，檢索日期：2019/2/24

²⁷ 網址：<https://www.wilder.org/about-us/mission-vision>，檢索日期：2019/2/24

- (4) 幫助弱勢群體和其他有需要的人；
- (5) 促進身心健康；
- (6) 支持康復和矯正；
- (7) 提供住房和社會服務；
- (8) 為老年人、體弱者和需要特殊照顧的人提供住所和設施的運作。

3.安大略省公共衛生伙伴資源清單²⁸

當中包含相關研究報告、工作手冊、建立關係的指引，以及建議的測量方式（包含平衡計分卡與工具），這些資源主要用來評估社區方案的伙伴關係。

4.方案評估

此部分主要是由加拿大政府所屬計劃效績和評估辦公室（Program Performance and Evaluation Office，PPEO）負責。該辦公室主要是採用系統性的計畫評估，當中並包含以下指導文件²⁹：

- (1) 公共衛生計畫評估框架（Framework for Program Evaluation in Public Health，MMWR）；
- (2) 改善健康影響計畫評估結果應用：指南和建議（Improving the Use of Program Evaluation for Maximum Health Impact: Guidelines and Recommendations）；
- (3) 邏輯模型；
- (4) 指標和相關措施。

四、反毒成效

根據 CCSA 所公布的年度報告³⁰，在 2017-2018 年間竭盡全力收集與分享有

²⁸ 網址：
<https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/community-partnership-evaluation.pdf?la=en>，
檢索日期：2019/2/24

²⁹ 網址：<https://www.cdc.gov/eval/approach/index.htm>，檢索日期：2019/2/24

³⁰ 網址：<http://www.ccdus.ca/Eng/About-CCSA/Annual-Report/Pages/default.aspx>，檢閱日期：

關藥物使用的對話，以及相關的觀點。無論這些對話和訊息是來加拿大青年、年長者、研究人員，還是有成癮經歷的人，CCSA 都在傾聽。這些觀點使 CCSA 能夠識別和解決特定需求領域。

- (一) 青少年與大麻議題：致力於了解提倡與青少年對話，使其清楚大麻和其所造成的傷害，特別是對自己本身的傷害；
- (二) 鴉片所帶來的挑戰：加拿大並不是唯一一個面對阿片類藥物成癮的人。為了促進學習和分享應對鴉片類藥物危機的經驗，CCSA 與美國駐渥太華大使館共同主辦了一次專家論壇。匯集了加拿大和美國的預防經驗，藉以討論目前的預防措施，透過經驗教訓的學習，以及增加和美國採取聯合行動的機會。

第三節 德國公私部門協力反毒預防策略與模式

一、概述

德國的禁毒法以特別刑法與行政立法為主，於 1981 年制訂麻醉品法(BtMG)並且於 1982 年生效，之後歷經多次修法。根據該法，德國政府確立了以治療取代刑罰的基礎原則，強調治療與矯正在禁毒過程中的基礎性與根源性（高巍，2006）。換言之，禁毒政策在德國的刑事制裁體系上，逐漸走向一種介於考核刑與應執行之自由刑之中間特殊手段，亦即從法律技術的觀點，其係類似於調整自由刑的考核刑，但走的是另一條解決方式，而以具有執行機關地位的檢察官為核心。德國政府此舉主要是避免對毒品依賴者執行自由刑，目的在密集治療行為人的毒癮，藉此排除其犯罪。相關規定在麻醉品法第 35 條以下，在法律用語及一般性用語均稱之「以治療替代刑罰」(Therapie statt Strafe)，法條本身的用語是「免除刑罰執行」最長二年，因此由矯正機構以外的處遇模式-社區矯治模式，則成為德國針對現行毒品成癮者最主要的刑事政策（馬躍中，2017）。

目前德國政府的反毒政策與策略，主要來自於聯邦內閣於 2012 年所通過的「國家毒品和成癮政策」(National Strategy on Drug and Addiction Policy)，本身

並沒有設定具體的結束日期。該項策略主要在幫助個人避免或減少合法藥物例如：酒精、煙草和精神藥物，以及和非法藥物的使用，甚至是成癮行為。策略本身是具有全面性，可以分為四個主要部分：一是預防；二是在克服成癮方面提供諮詢、治療與幫助；三是減低危害措施；以及四是減少供應。同時，政策本身所含涵蓋藥物與項目，包含：酒精、煙草、處方藥成癮和處方藥濫用、病態賭博、網路/媒體成癮，以及非法毒品³¹。雖然，德國政府至今並沒有對「國家毒品和成癮政策」進行有系統性的評估研究。然而，如同其他歐洲國家一樣，德國政府利用一般性指標進行監測，以及相關的具體研究項目，以用來評估毒品政策和策略所造成的影響。

二、專責組織

就政策的實際運作上而言，德國的聯邦政府、州和市政府，各自分擔了毒品和成癮政策的相關責任，例如：根據德國憲法，聯邦政府擁有麻醉藥品法，刑法和社會福利法的立法權，聯邦政府麻醉藥品專員辦公室（The Office of the Federal Government Commissioner on Narcotic Drugs）隸屬於德國聯邦政府衛生部（the German Federal Ministry of Health），當中麻醉藥品專員主要的工作在於協調聯邦政府的毒品和成癮政策。此外，另設立國家藥物和成癮委員會（The National Board on Drugs and Addiction），負責配合聯邦政府行動，並且評估實際成效諮詢機構。

此外，德國聯邦政府的法律執行，主要由各州負責；對此，推動毒品和成癮政策的實際責任，特別是在預算資金部分，主要還是由各州和市政府負責編籌與制訂。因此，德國聯邦政府與各州之間，主要是透過跨部門會議和工作組中進行協調，在相關法律和共同目標的框架下，進而設定與執行反毒政策中各種方案的優先順序。

當前的「德國聯邦禁毒法」（The German Federal Narcotics Act）規範了各項與麻醉品相關項目與使用方式，以及對於毒品犯罪者的刑事責任，固然當中未提

31

http://www.emcdda.europa.eu/countries/drug-reports/2018/germany/national-drug-strategy-and-coordination_en 檢索日期：22018/09/17

及使用毒品是違法行為，但是未經授權擁有毒品是一種刑事犯罪，最高可判處五年徒刑。此外，當個人使用的少量麻醉藥品時，該法除了起訴以外，也提供了其他處理可能的方式，這些方式主要是依據當事人所涉及藥物的數量和類型、是否具有共犯、個人的犯罪的歷史、是否免於起訴更能符合公共利益等因素加以衡量。

就實務上而言，大部分的州政府都有明確針對大麻的合法持有數量的規定，少數則是對海洛因、可卡因、安非他命和搖頭丸/搖頭丸的數量有明確規範，例如：就安非他命而言，聯邦政府裁決將 5 克為合法的數量。此外，在實際法院判處刑罰時，基於「以治療替代刑罰」的原則，還是允許在某些情況下，毒品罪犯者可以進入治療場所，換來延遲服刑或減輕處罰。最後，對於麻醉藥品的非法供應、種植和製造，最高可以處五年的監禁，在明確的情節下，加重處罰範圍增加到 1 年、2 年或 5 - 15 年³²。

三、協力反毒預防³³

(一) 計畫與策略

預防成癮是國家毒品和成癮政策的四大支柱之一，相關成癮預防措施是聯邦和州、市政當局，聯邦衛生和教育中心（The Federal Centre for Health and Education），以及社會保險機構共同負責，以多元方式資助與實施預防毒品的相關活動。2015 年所通過生效的“德國預防醫療法”（The German Prevention Health Care Act），提供聯邦政府的相關活動的依據與規範，當中規定了保險提供者，政府和任何其他相關機構，都必須在國家預防會議（The National Prevention Conference）的機制下進行合作。

目前德國政府所採取預防措施，本身是多元方法在進行，而且彼此可以互補，例如：環境和一般策略主要針對大多數民眾；選擇性預防主要是針對可能高風險的弱勢群體，而且是特定的風險對象。根據官方統計資料顯示，在 2006 年

³²

http://www.emcdda.europa.eu/countries/drug-reports/2018/germany/drug-laws-and-drug-law-offences_en 檢索日期：2018/09/17

³³ http://www.emcdda.europa.eu/countries/drug-reports/2018/germany/prevention_en 檢索日期：2018/09/17

2016 年之間，德國政府每年平均採取 33000 項成癮預防措施，當中的三分之二採取了普遍性預防措施，其他環境預防措施的重點，主要限制在公共場所吸煙，禁止向未成年人銷售菸草製品和酒精，配合實施臨檢措施，以減少一般非法藥物供應。

另外在校園內，德國政府所推動的預防活動，其對象主要都是以酒精、煙草和大麻為主，除了提供相關資訊外，預防計畫還提高相關生活技能，鼓勵學生批判性地思考吸毒問題，並且發展自己的價值觀³⁴。同時，家庭面向的預防措施，主要在提高反毒技能，發揮家庭保護作用，增強基本生活能力。

最後，德國政府亦發展出特定的預防計畫，主要針對有行為障礙的兒童和青少年，或是受藥物依賴影響家庭與當中所生活的青少年，例如：聯邦政府曾試辦高風險青少年與其家人外診治療計畫（Family Outreach Therapy for Risky Drug Using Adolescents and their Families），針對高風險的青少年及其家庭，幫助吸毒青少年與其父母，透過外診方式促進家庭內部溝通，將青少年轉介到計畫服務中，及早發現和避免成癮。

如同圖 4-3-1 所示，德國政府在校園所推動的預防措施，主要側重在人際與社會技巧、針對男女學童的各種干預活動、針對家長的宣導活動、同儕互助、課堂外的創新活動，以及重點的反毒宣導日。

³⁴ 這些活動包括：反毒專業與社會技巧課程、針對男與女同學的課程、家長、同儕、課外創新活動、毒品驗尿、加強反毒資訊日、參觀戒毒機構、其他校外專家演講，以及認識毒品等。

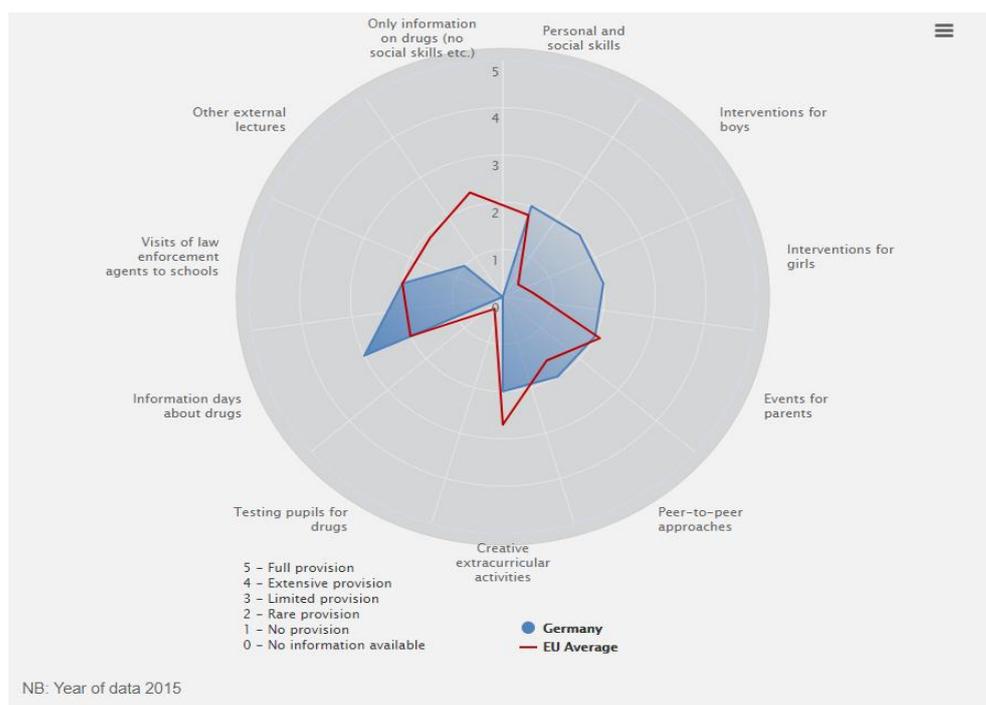


圖 4-3-1 德國政府在學校所推動的各項預防措施

資料來源：歐盟毒品和毒癮監測中心（EMCDDA）網站³⁵

（二）民間伙伴與合作

德國本身內部毒品相關的非政府組織主要有透過鄉鎮性組織（Komunen）、教會（Kirchliche Einrichtungen）以及公益團體（Gemeinnützige Träger），以輔助性原則（Prinzip der Subsidiarität）方式來協助勸導人民拒絕吸食毒品以及毒品成癮者之救助，若是這些非政府組織無法完成目標時，政府在對其進行協助（梁詠翔，2012）。在 1982 年以前德國就已經出現了毒癮戒除團體，即以開始推動吸毒者視為疾病對待，也使得政府當局為了有效的降低毒品使用之數量，因而採取治療之措施以杜絕吸毒者再犯的可能以及避免毒癮所產生其他衍生性犯罪行為（洪麗雯，2000）。因此，德國政府與國內民間機構形成合作關係，有助於德國針對國內毒品防制的行動上，提供民間性的調查與意見，並且加強公民社會在德國毒品防制機制上的主動性與效果。以下的研究中心，在德國政府防制毒品與提供相關資訊扮演重要的角色：

³⁵ http://www.emcdda.europa.eu/countries/drug-reports/2018/germany/prevention_en 檢索日期：201/09/17

1. 慕尼黑治療研究中心 (Münchener Institut für Therapieforschung, IFT)³⁶

該中心是物質使用和相關疾病領域的獨立研究機構，主要的項目是酒精、煙草、非法藥物、藥品和賭博。當中該所進行的研究包含病因學，流行病學，預防，治療和醫療保健研究的基本和應用問題，主要研究活動的資金來自公共基金，包括聯邦政府的官方機構，州政府，協會/聯盟，歐洲毒品和毒癮監測中心以及其他歐洲機構。

2. 煙、酒、藥物、毒品與成癮資訊研究中心 (Informations- und Forschungszentrum für Tabak, Alkohol, Medikamente, Drogen und Sucht)

由不來梅大學的 Heino Stöver 和 Stephan Quensel 於 1987 年創立。自 1998 年以來，與不來梅大學網絡中心 (Zentrum für Netze, ZFN)、應用信息技術中心 (ZAIT) 合作開發了互聯網服務和在線信息服務，並且和德國監獄檔案館密切合作。2004 年該研究中心擴大的任務範圍，並且以附加名稱表示：“煙草、酒精、藥品、毒品和成癮信息和研究中心”。

2010 年被納入法蘭克福應用科學大學成癮研究所 (ISFF)，負責跨學科和系統地收集，記錄，準備和提供多學科研究和工作領域成癮和藥物的出版物。收集區域包括所有精神活性物質，包括非法和合法藥物，以及各種形式的成癮行為，如飲食失調、工作狂或病態賭博。

3. 法蘭克福應用科學大學成癮研究所 (Institut für Suchtforschung (ISFF) der Frankfurt University of Applied Sciences)³⁷

1997 年在應用科學法蘭克福大學的一批教授創立成癮研究法蘭克福研究所，主要研究項目為：刺激對成癮應用研究。例如康復物質的使用、在婦女藥物治療、藥物濫用問題、吸毒者的減低危害措施、治療和康復等。研究所的使命是探索各種成癮表現形式和成癮相關問題，並且促進與區域、政府、歐盟和國際等

³⁶ 網址：<https://www.ift.de/en/institute/about-us.html>，檢索日期：2014/2/24

³⁷ 網址：

<https://www.frankfurt-university.de/de/hochschule/fachbereich-4-soziale-arbeit-gesundheit/forschung/forschungsinstitute/institut-fuer-suchtforschung-isff/>，檢索日期：2019/2/24

層面的合作夥伴，以及發展跨學科關係。

四、反毒成效

根據歐盟藥物與成癮監測中心（The European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, EMCDDA）所公布的 2018 年德國預防工作年度報告³⁸，當中明白指出：預防藥物成癮是德國毒品政策的四大支柱之一，同時也是聯邦與地方政府的職責所在，特別是聯邦的健康與教育中心（Federal Centre for Health Education）、州政府、市政府，以及相關社會保險組織。

2005 年德國政府建置了資訊系統“Dot.sys”，它負責彙整與提供成癮預防措施的相關全方面資訊。在 2016 年，該系統記錄了 34,288 項德國政府成癮預防措施，其中大多數措施都是鎖定特定的成癮群體。該系統整體上最重要的目標是提供相關資訊，並且進而加強和改變成癮的態度，以及提高預防的能力，尤其兒童和青少年是被鎖定的對象，因此大多數成癮預防活動的內容，主要針對特定物質：酒精、煙草以及大麻。同時，在 2005 年至 2016 年期間，此項系統平均每年記錄了 33,000 項政府的預防措施（參見圖 4-3-2）。

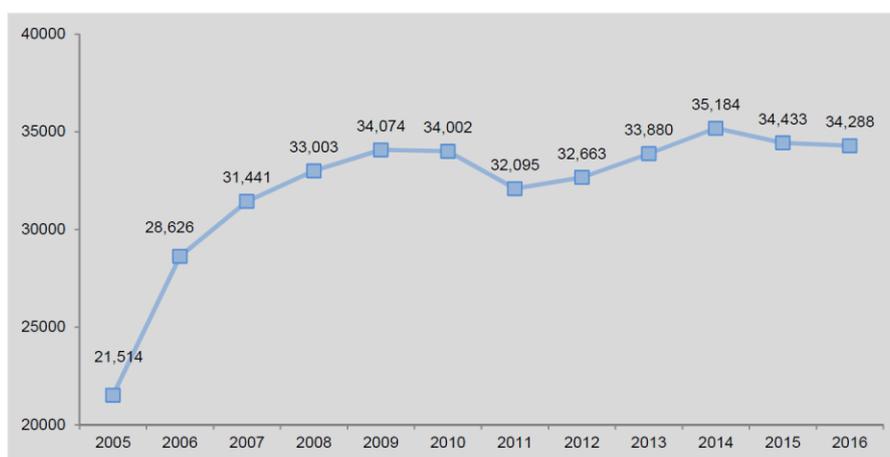


圖 4-3-2 2005-2016 年德政府毒品預防活動次數

資料來源：歐盟藥物與成癮監測中心 2018 年德國預防工作報告

³⁸ 網站：

https://www.dbdd.de/fileadmin/user_upload_dbdd/05_Publikationen/PDFs/REITOX_BERICHT_2018_ENG/04_Prevention_2018_eng.pdf，檢閱日期：2019/4/2

第四節 香港公私部門協力反毒預防策略與模式

一、概述

香港政府特別行政區保安局轄下的禁毒處專責統籌政府各部門、非政府機構以及社會各界為對付吸食毒品問題而推行的政策及措施。禁毒處也協助打擊清洗黑錢及恐怖分子融資活動的工作。禁毒專員統籌禁毒處的工作。禁毒處與禁毒常務委員會攜手合作，從下列五個策略打擊毒品問題：

- 第一、 制訂和檢討法例，以打擊毒品的非法製造、販運和吸食，並由警務處和海關採取執法行動；
- 第二、 由禁毒處與其他政府部門及機構推行的禁毒教育和宣傳活動；
- 第三、 戒毒治療和康復服務；
- 第四、 研究工作以協助制定適當的禁毒策略和計劃；
- 第五、 對外合作，與內地及海外機關聯手採取行動和交換禁毒消息³⁹。

二、專責組織

保安局禁毒處亦有三個下設單位：

(一) 禁毒常設委員會

此為非法定的諮詢機構，主席由非官方人士擔任，委員包括社工界、教育界、醫療界和社區服務方面的傑出和資深人士，同時此委員會下設兩個小組委員會：分別是：

1. 禁毒教育及宣傳小組委員會：負責就禁毒教育和宣傳政策和計劃向禁毒常務委員會提出意見，監察政策和計劃的成效；以及統籌政府在這方面的工作。
2. 戒毒治療及康復小組委員會：負責監察藥物濫用趨勢和藥物倚賴者特性的轉變；檢討由政府撥款舉辦的戒毒治療和康復計劃的進展和成效；以及向

³⁹ https://www.nd.gov.hk/tc/about_us.htm 檢索日期：2018/09/10

禁毒常務委員會提出有關戒毒治療和康復設施發展的意見。

(二) 毒品問題聯絡委員會

1993年成立，旨在促進禁毒處與各志願機構之間的溝通和合作，共有36名成員，代表戒毒治療和康復、預防教育、以及其他相關機構和政府部門。委員會提供有效途徑，讓政府與非政府機構就緩減毒品需求工作及其他毒品問題交換意見。

(三) 研究諮詢小組

負責選定和進行各項與藥物問題有關的研究項目，使政府及禁毒常務委員會對問題有更深入的了解，從而制訂適當的策略。並且根據禁毒處管理的各個相關呈報系統，提供相關的數據收集機制、資訊分析及詮釋角度等方面的專業意見。

三、協力反毒預防

保安局禁毒處在禁毒教育與宣傳部分的工作，主要可以分為兩大部分⁴⁰：

(一) 禁毒宣傳

推動相關禁毒宣傳活動，使得社會大眾認識毒品禍害，遠離毒品之策略有：

1. 禁毒教育活動

(1) 學生抗毒教育：禁毒處委託非政府機構為本地小學生、英基國際學校、國際學校，以及非華語學生舉辦免費抗毒教育，目前共有三個機構參與合作（參見表4-4-1）。

表 4-4-1 香港禁毒處合作教育機構

機構名稱	服務對象
社區藥物教育輔導會	港島及離島區、九龍東、九龍西及新界西本地小學小三至小六年級學生
香港路德會社會服務處	新界東本地小學小三至小六年級學生
啟勵扶青會	英基國際學校、國際學校，以及非華語授課的小三至中六學生（以英文授課）

資料來源：保安局禁毒處網站

⁴⁰ <https://www.nd.gov.hk/tc/preventiveeducation.htm> 檢索日期：2018/09/10

(2) 參觀藥物資訊天地

藥物資訊天地是全港首個以禁毒教育為主題的永久展覽館，展覽館共分兩層，第一層是主要展覽場地，分為人物、藥物及環境三個主題；第二層設有互動影院、科室、資訊站、圖書館及專題展覽區，此外藥物資訊天地所屬圖書館內備有各類視聽教材和宣傳資料，以提供各級學校使用。

禁毒處為學校及團體等提供一個兩小時的導覽服務及禁毒教育活動，內容包括：A. 導覽展覽館：介紹展覽館各項設施，加強毒品的認識及認識毒品的禍害；B. 禁毒教育活動：透過工作紙、遊戲、討論及過來人分享活動，加強禁毒信息及拒絕技巧。

除了禁毒處所推動的宣傳與教育活動外，香港特別行政區政府社會福利署也資助全港十一間濫用精神藥物者輔導中心⁴¹，為中學生提供禁毒教育講座。

2. 香港賽馬會藥物資訊天地

為了加強香港的禁毒教育工作，以免青年人受到毒品的禍害，禁毒常務委員會在1999年12月的會議上通過設立香港賽馬會藥物資訊天地。展覽館得到香港賽馬會慈善信託基金鼎力贊助，撥款五千零五十八萬元資助興建，並得到多個政府部門大力支持參與籌備工作。

除了上述展覽館所設計的內容之外，藥物資訊天地亦提供相關禁毒資源，例如發行刊物、針對家長、教師與志工、醫療人員以及青少年等給予不同的指引⁴²。

(二) 國際禁毒日

1989年聯合國宣布每年的6月2日為國際禁毒日，保安局與會成員國同意通力合作打擊全球吸食毒品及非法販毒，並且於當日前後舉行大型禁毒活動，向社會大眾宣傳毒品禍害。

(三) 禁毒基金的設置

⁴¹ 中心名單請參閱：

<http://www.swd.gov.hk/doc/DrugAbusers/List%20of%20CCPSAs%20-%20132011.doc> 檢索日期：2018/09/10

⁴² 請參閱：<https://www.nd.gov.hk/tc/druginfocentre.htm> 檢閱日期：2018/09/10

香港特別行政區政府於 1996 年以 3.5 億港元資本成立禁毒基金，以推廣及支持有助遏止吸食毒品問題而又值得推行的禁毒計劃，尤其是針對青少年吸食毒品問題計劃，並鼓勵社會各界支持禁毒運動，舉辦各類禁毒計劃。2010 年，政府再向禁毒基金注資 30 億元，資助社會上不同機構推行持續的禁毒工作。基金收入用以資助值得推行的禁毒計劃。同時，禁毒基金涵蓋以下五項撥款計劃：

1. 一般撥款計劃
2. 藥物倚賴者治療康復中心特別撥款計劃
3. 含測檢元素的健康校園計劃
4. 提升社區禁毒意識計劃
5. 「參與體育、拒絕毒品」計劃⁴³

當中有關「提升社區禁毒意識計劃」是支持全香港 18 區分區撲滅罪行委員會連同民政事務總署轄下的各民政事務處推行的地區主導計劃。計劃旨在促進社會上不同界別人士對吸毒隱蔽化問題的了解，並鼓勵他們在預防吸毒、及早辨識和介入方面，發揮更積極作用，至今已進行到第二期計畫（2015-2018）。根據第一期計畫（2013-2015）的成果⁴⁴，主要辦理的活動為：

1. 演講類活動：舉辦研討會、講座、工作坊、分享會等，以增加各界的禁毒意識；
2. 家庭為本的抗毒活動：舉辦家長小組會議、家長活動、家訪、旅遊、日營等，以促進親子關係，達致家庭和諧、共同抗毒的目標；
3. 社區抗毒活動：探訪戒毒院舍、進行義工培訓、話劇培訓、音樂表演、嘉年華會、興趣小組等，以活動形式提升整體抗毒意識；
4. 預防教育展品與宣傳品製作：製作禁毒約章、巡迴展覽、流動街站、宣傳單張、紀念品、微電影、手機應用程式等，以廣泛在區內宣揚禁毒意識。

⁴³ https://www.nd.gov.hk/tc/beat_objectives_and_scope.htm 檢閱日期：2018/09/10

⁴⁴ https://www.nd.gov.hk/pdf/ACAB_booklet_preview.pdf 檢閱日期：2018/09/10

(四) 非政府組織協力禁毒

香港目前在提供禁毒教育服務工作，許多都是透過非政府機構（互稱非營利組織）的協助之下完成，根據香港禁毒及反洗黑錢報告書⁴⁵（2007-2010）所指出，當中參與的組織如下：

1. 社區藥物教育輔導會：

社區藥物教育輔導會是一個專門從事預防吸毒工作的慈善團體，由 2009 年起，該會獲教育局及禁毒處委託，在九龍區的小學推行禁毒教育活動。此外，又為在九龍及新界西的小學及中學任教老師舉辦到校培訓課程。

2. 基督教巴拿巴愛心服務團：

基督教巴拿巴愛心服務團於 2008/2009 學年獲禁毒處委託，為新界區的本地小學四至六年級學生舉辦禁毒教育計劃。該機構設計了禁毒天使——「停停」及「想想」作為吉祥物，以宣揚「停一停，想一想，毒品咪亂試」的信息，並藉着計劃，鼓勵學生思考，作出明智決定。

3. 香港大學專業進修學院：

香港大學專業進修學院開辦禁毒培訓課程，由來已久，該學院自 90 年代初已開辦有關課程。

4. 啟勵扶青會：

啟勵扶青會於 1991 年成立，屬於一個有吸毒及酗酒問題青少年的自助小組，旨在為年輕人注入力量，讓他們活得充實愉快，盡展潛能。該會的活動及服務包括籌辦藝術及多媒體計劃，提供朋輩支援、馬戲技巧及緩減毒害訓練，以及舉辦青少年論壇及其他特別活動。

5. 生活教育活動計劃：

生活教育活動計劃（LEAP）於 1994 年成立，是一個註冊慈善團體，旨在通過提供健康教育及預防吸毒課程，防禦吸毒問題。EAP 為就讀本地學校、國際

⁴⁵ https://www.nd.gov.hk/pdf/report2007-10/full_report.pdf 檢閱日期：2018/09/10

學校及英基學校基金會屬下學校的小學生和初中生，以及有特殊學習需要的學生，舉辦中文及英語禁毒課程。除學校課程外，LEAP 亦定期在社區舉辦和參與禁毒預防教育活動，協助推廣健康生活的重要性，並宣傳有關吸毒禍害的信息。

6. 香港路德會社會服務處：

路德會青欣中心路德會青欣中心於 1998 年成立，是新界東的濫用精神藥物者輔導中心，為受助人提供戒毒治療及康復計劃，包括個別輔導、治療小組及教育工作坊。

7. 香港善導會：

(1) 社區教育服務：香港善導會在 2007 至 2010 年間，將禁毒列為社區教育服務的優先服務目標。該會推行的禁毒教育手法新穎，別具特色。透過由戒毒康復者現身說法、多媒體及創意藝術活動、生命教育、角色扮演劇場表演、「3D 教室」互動學習平台，以及以體驗教學（包括由青衛谷預防犯罪教育中心設計的迷宮及「模擬監倉」）形式進行的有系統的主題式日營，有效發揮教育上的協同效果⁴⁶。

(2) 香港南亞社群禁毒教育服務：自 2006 年 7 月起，香港善導會在禁毒基金的資助，以及該機構位於油麻地自負盈虧的社區健康服務發展中心的支持下，主動向本港的南亞社群提供照顧到其文化差異的禁毒教育。該會為學生、家長、教師、宗教及社區領袖舉辦各式各樣的活動，包括研討會、工作坊、嘉年華會及義工訓練等，提升他們的抗毒能力。

四、反毒成效

2018 年 2 月 22 日香港立法會的會議記錄⁴⁷，保安局整理出過去 10 年香港特別行政區對於反毒的成效與具體數據：

(一) 2009 年至 2018 年，因犯嚴重毒品罪行而被捕的人數（按 21 歲以下及 21 歲或以上的人士劃分）見表 4-4-2，整體數字（尤其是 21 歲以下人士組別）

⁴⁶ 本活動由社署、禁毒基金及優質教育基金等資助。

⁴⁷ 網址：<https://www.info.gov.hk/gia/general/201902/20/P2019022000578.htm>，檢閱日期：2019/4/2

有下跌趨勢。

- (二) 於 2018 年，警方和海關破獲的嚴重毒品案件共有 1621 宗（較 2017 年減少約 7.7%），檢獲毒品的初步統計數量為 2129 公斤（較 2017 年減少約 16%）。執法數字及相關情報沒有顯示集團式販毒或嚴重毒品罪行的規模有所擴大。警方和海關一直致力打擊嚴重毒品罪行，並會密切監察有關罪行趨勢的轉變。
- (三) 警方按情報主導進行執法，並與香港與以外的執法機構緊密合作，打擊販毒集團。視乎案情，警方會以串謀販毒罪起訴販毒集團的主腦；針對利用未成年人進行非法毒品活動的毒販，警方會按危險藥物條例（第 134 章）向法庭尋求加重刑罰。2012 至 2018 年，在共 16 宗案件中，有關罪犯被加刑 1.5 月至三年不等。

表 4-4-2 香港 2009-2018 年毒品罪被捕人數

年份	因干犯嚴重毒品罪行 ^(註) 而被捕的人數		
	21歲以下	21歲或以上	總數
2009	1 130	2 732	3 862
2010	806	2 326	3 132
2011	708	2 305	3 013
2012	633	2 487	3 120
2013	640	2 574	3 214
2014	481	2 209	2 690
2015	428	2 340	2 768
2016	344	2 383	2 727
2017	258	2 149	2 407
2018	241	1 975	2 216

(註) 嚴重毒品罪行包括販毒、製毒及管有大量毒品等。

資料來源：香港立法會的會議記錄

第五節 澳門公私部門協力反毒預防策略與模式

一、概述

對於澳門特區政府而言，禁毒工作涉及之範疇複雜且廣泛，涉及到立法、司法、戒毒和預防等工作，賴政府多個不同部門之合作與協調（參閱圖 4-5-1）。首

先立法事務方面主要透過立法會、行政會與行政法務司之間的配合運作，實際上執法及防制的前線工作，主要由保安司及社會文化司轄下的相關部門負責，分別執行賦予之抗毒職務，再者司法起訴程序方面，則交由檢察院和法院處理；最後，此外，澳門特區政府長期秉持控制供應、減低需求和減低傷害三大禁毒政策方向。在打擊毒品罪行和防制藥物依賴方面採取積極的態度，透過多個禁毒相關機關各自分工、互相協作下，並集結民間力量，貫設施行各項禁毒措施，共創無毒社區為目標。

二、專責組織

為了協助政府訂定及落實以打擊毒品及藥物依賴為目的之政策、策略及計劃，並且藉由整體、跨部門及跨學科的方式協調由澳門特區公共及私人實體所開展的打擊毒品及藥物依賴的行動，於2008年6月16日公佈了澳門特別行政區第179/2008號行政長官批示，設立禁毒委員會⁴⁸，參見下圖4-5-1。

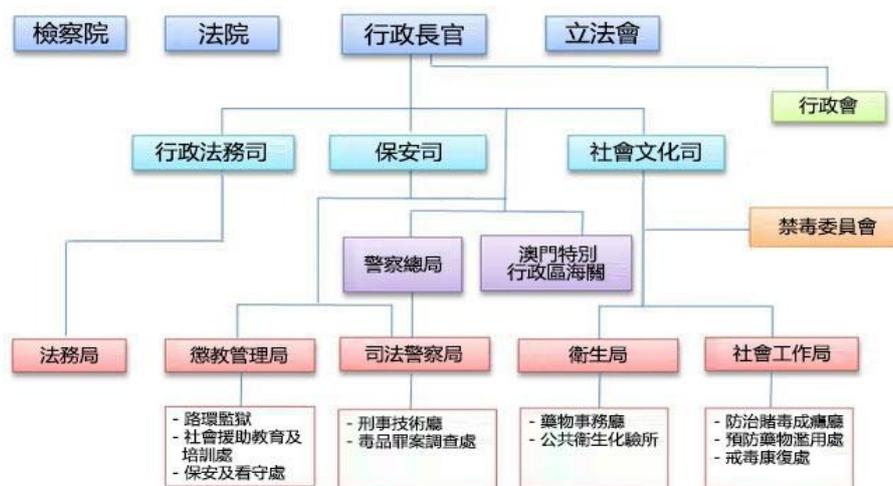


圖 4-5-1 澳門特區政府禁毒機制

資料來源：澳門禁毒網

三、協力反毒預防

澳門特區政府對於毒品防制工作與教育上亦投入不少心力，相關的負責單位，大致上可以分為政府機構與民間資料兩大類：

⁴⁸ 澳門禁毒網：<http://www.antidrugs.gov.mo/anti/web/cn/intro.php> 檢閱日期：2018/9/7

(一) 政府機構：社會工作局防制賭毒成癮廳

社會工作局為配合社會發展及服務的需要，根據第 28/2015 號行政法規，於 2016 年 1 月 1 日進行架構重組，擴大了職能和行政架構，使各社會服務領域的職能分工得以優化和更合理配置。重組後的防制賭毒成癮廳，負責統籌及開展關於藥物依賴及問題賭博防制工作及服務的單位（參見圖 4-5-2）。

關於防制藥物依賴範疇方面的職務重點，包括管理健康生活教育園地，推行預防藥物濫用的教育及宣傳工作，與民間機構合作間接推行及直接提供戒毒治療和康復服務，搜集和分析藥物依賴領域內的重要資料及數據，進行濫藥相關的調查研究工作，參與地區和國際性的禁毒合作，以及支持和配合禁毒委員會的有關工作。

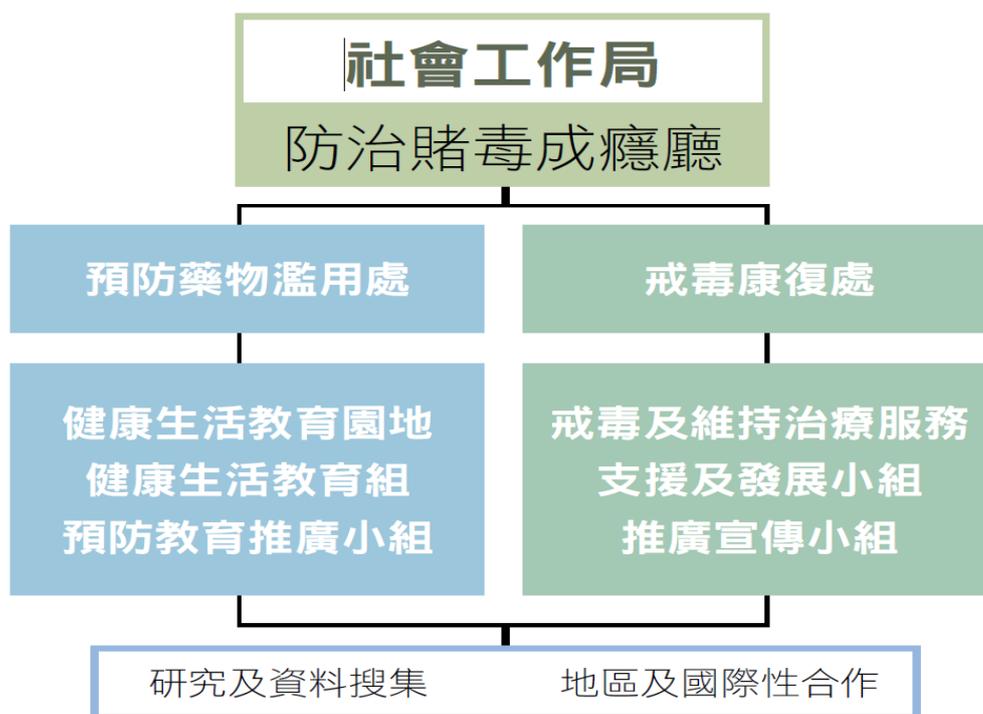


圖 4-5-2 社會工作局組織架構

資料來源：2016 澳門禁毒報告書，頁 22

當中預防藥物濫用處主要負責執行向學校、家庭及社區之預防濫用藥物的教育活動；提供有關預防講座、培訓課程及禁毒宣傳等服務；促進社團及其他群體參與並推行與禁毒相關的活動。其中主要的活動與策略有：

1. 健康生活教育園地：澳門特區政府社會工作局轄下的一所別具規模及設計新穎的預防濫藥教育設施。園地內設有健康生活教育課室、主題體驗區、多功能影院、多媒體工作室、資訊播放區及閱覽區，藉著與民間團體合辦不同的文體藝活動，向全澳居民尤其是兒童、青少年及家長宣揚健康、禁毒訊息，建立無毒社會。
2. 中學藥物教育課程：“智 Cool 攻略”以健康生活教育理念結合流行藥物，課程分別介紹煙草、酒精、大麻、K 仔和冰毒透過短片、遊戲和討論，配合生動有趣和互動的教學方式，一方面增加青少年對常被濫用藥物的認知，同時強化他們解決問題、溝通及分析危機的技巧，從而減低濫藥、酗酒或吸煙的情況。
3. 家長禁毒教育工作：當中舉辦了“哈樂繪本親子共讀計劃”、家長觀課及家長專場，以及各項親子活動。
4. 健康生活教育課程：協助兒童健康成長、預防藥物濫用是健康生活教育的使命，旨在為 5 至 12 歲的學生提供優質的藥物教育課程，建立健康的生活模式及正確的價值觀，從而達到預防藥物濫用的目標。
5. 國際禁毒日系列活動：為響應 6·26 國際禁毒日，本局聯同多個政府部門及民間團體於 6 月至 8 月舉辦一系列禁毒活動，以呼籲全城關注毒品問題，齊心合力投入禁毒行動，主題活動包括：「健康生活教育園地開幕禮」、「健康生活親子同樂日」及「禁毒勁爆劇場大比拼」等。
6. 禁毒義工團：禁毒義工團於 2011 年起籌組及成立，並舉辦了兩屆“禁毒星工廠形象大使選舉”，以挑選對禁毒工作有承擔的年青人加入義務工作的行列，共同推廣預防藥物濫用。
7. 推動民間參與：社工局繼續透過技術及財政資助方式，鼓勵和推動民間社團參與發展社區禁毒活動，以加強社區的預防濫藥工作。持續向澳門基督教青年會青年社區中心、澳門基督教青年會有機青年和澳門戒毒康復協會 Be Cool Project 提供固定及偶發性活動資助，支持其營運和發展各項服務。

8. 宣傳：持續於各口岸、行政公職局政府資訊中心、民政總署北區市民服務中心、巴士車廂內電子及電視屏幕播放禁毒短片及張貼海報，加強社區宣傳。

(二) 民間資源

1. 澳門戒毒康復協會

以院舍式為藥物依賴者及其他成癮者如賭博成癮、酒精成癮等提供康復治療，並結合緩減傷害及精神康健措施。讓成癮者了解他們自身的問題及協助他們發展自我；同時，幫助成癮者重建與家庭的關係及重新融入社會成為社會的一份子。該協會主要以社區治療模式⁴⁹向尋求戒毒、減少鴉片類藥物使用及其他物質成癮者提供脫毒及康復計劃。

此外，協會當中設計有 The Be Cool Project，該計畫以同理、批判、保密性及包容的立場去支援 11-20 歲的青少年。計劃和服務主要側重於預防物質及酒精濫用和其青少年會遇到的問題，同時向家長提供支援及輔導服務⁵⁰，請參見表 4-5-1。

2. 澳門基督教青年會

該會於一九九四年二月九日成立，以奉行基督教教義，養成青年完全人格及服務社會為宗旨，並以非牟利的形式，服務社群。本會主要的服務對象為青少年、兒童及其所屬的家庭，並提供預防性及發展性之社會服務，並以不同形式的服務專案，旨在加強服務對象自我的認識與身份認同、提升個人抗逆力、建立他們的支援網路使他們建立整全的人格及良好的支援系統，以致能夠防禦社會上不良文

⁴⁹ 過康復者組成的社區本身自助和相互支持的方法去促進個人的改變。康復者在職員的協助下克服物質依賴的問題並促進個人改變。ARTM 的康復者（學員）及職員一同參與治療社區的日常運作以提供一個連貫和安全的環境，鼓勵學員對自己負責讓他們了解個人行為對自身和社區帶來的影響。<http://artmmacau.org/zh-hant/%E6%B2%BB%E7%99%82%E8%C2I%88%E5%8A%83/> 檢索日期：2018/9/7

⁵⁰ 活動包括：手工藝類、遊戲類、音樂類（繪畫班和結他班）；體育類活動（籃球和足球）；功課指導；社區服務；體適能活動；技能發展；以青少年為主題的家長工作坊；在學校、企業及社區舉辦預防物質濫用講座。<http://artmmacau.org/zh-hant/%E6%B2%BB%E7%99%82%E8%C2I%88%E5%8A%83/%E6%9C%8D%E5%8B%99/> 檢索日期：2018/9/7

化和不良朋輩的影響，以及培養他們關懷社區，服務人群的精神。

當中下設青年社區中心，該中心秉承青年會宗旨，致力推動預防藥物濫用的工作，培養兒童及青年人建立積極正向的生活目標，以助身心健康成長。另外設有有機青年服務處，及早辨識具有高關懷成長需要的青年人，增強他們抗誘能力及建立健康生活，從而預防他們接觸或濫用藥物的可能性，請參見表 4-5-1。

表 4-5-1 澳門民間毒品預防機構

機構		服務類別性質及對象	地址
澳門戒毒康復協會 (ARTM)	Be Cool Project *	預防服務 男性 女性	澳門氹仔柯維納馬路494至498號凱旋居地下D舖 電郵: becool@macau.ctm.net Facebook: Be cool Project
澳門基督教青年會	澳門基督教青年會*	預防服務 男性 女性	澳門雅廉訪大馬路70號A幸運閣商場一樓(左邊單位) 電郵: secretariat@ymca.org.mo 網址: http://www.ymca.org.mo FACEBOOK: http://facebook.com/ymcaofmacau
	青年社區中心*	社區中心 男性 女性	澳門青洲和樂大馬路281號美居廣場第二期新勝閣4字樓E 電郵: secretariat@ymca.org.mo 網址: http://www.ymca.org.mo FACEBOOK: http://facebook.com/ymcaofmacau
	有機青年*	預防服務 男性 女性	澳門青洲和樂大馬路281號美居廣場第二期新勝閣4字樓C 電郵: organicteen@ymca.org.mo 網址: http://www.ymca.org.mo FACEBOOK: http://facebook.com/ymcaofmacau
*正接受社會工作局財政資助			

資料來源：整理自澳門禁毒網⁵¹

四、反毒成效

根據2017年澳門禁毒局所出版的年度報告⁵²，當中指出澳門特別行政區的

⁵¹ http://www.antidrugs.gov.mo/anti/web/cn/drug_private.php 檢閱日期：2018/9/7

⁵² 網址：http://www.antidrugs.gov.mo/anti/web/cn/publication/downloads/cn_report2017.pdf，檢閱日期：201/4/2

反毒工作主要的成效如下：

首先、藥物濫用者中央登記系統資料顯示，2017年整體呈報的濫藥人數為462人，按人次統計，吸毒者濫用最多的毒品為冰毒，佔35.1%；21歲以下吸毒青少年中，吸食甲基苯丙胺（冰毒）的比例達到52.2%。另外，2017年有460人接受由政府開展的戒毒治療或維持治療服務，當中有51人濫用冰毒佔11%；新增戒毒個案24人中有4人濫用冰毒，佔17%。上述數據可顯示冰毒是本澳最常被濫用的毒品。

其次、司法警察局於2017年緝獲毒品數量以可卡因、氯胺酮、冰毒、和大麻為主，而海洛因及氯胺酮的數量較2016年大幅下降，而常見毒品送檢個案亦以冰毒為主，佔全年總個案數量的44.9%，其次為氯胺酮及可卡因，分別為14.7%及13.8%。自2015年起，冰毒、氯胺酮及可卡因連續三年成為本澳送檢個案數量首三位。

再者、新型毒品方面，2017年司法警察局送檢個案包括咖啡粉、卡西酮的衍生物，以及手卷煙包裝內含合成大麻素類物質。而路環監獄統計資料顯示，2017年入獄時報稱曾濫藥之在囚人士中，以濫用冰毒最多，其中男在囚人士濫用冰毒比例佔40%。

第四、在戒毒工作方面，2017年戒毒及維持治療中心跟進自願戒毒個案總人數為460人，較2016年的573人有所下降，當中有24名為新增個案，佔整體戒毒個案的5.2%。自1991年直至2017年底，門診登記之戒毒個案累計總數共2,086人（參見表4-5-2）。

表 4-5-2 2012-2017 年自願戒毒求助個案統計

年份	2013	2014	2015	2016	2017
總個案	609	616	636	573	460
新個案	122	111	92	69	24

註：自2016年開始，戒毒康復處將部份緩刑戒毒個案轉介至民間戒毒機構跟進，以加強社區戒毒治療效果。

資料來源：2017 澳門禁毒報告書

第五、根據澳門特別行政區檢察院有關毒品案件統計，自 2013 至 2017 年總共立案偵查 1,693 宗，起訴數量為 2,848 項。而於 2017 年，立案偵查的毒品犯罪案件有 248 宗，較 2016 年的 293 宗減少了 15.4%，起訴罪名有 438 項，較往年的 449 項減少了 2.5%（參見表 4-5-3）。

表 4-5-3 2013-2017 年澳門毒品案件統計

年份	2013	2014	2015	2016	2017	總數
立案偵查〈宗〉	465	368	319	293	248	1,693
控訴罪數〈項〉	650	634	677	449	438	2,848

資料來源：2017 澳門禁毒報告書

最後、從澳門海關統計在各口岸檢獲的毒品數據資料顯示，2017 年檢獲最多毒品為大麻草，有大幅上升，其次為甲基苯丙胺（冰毒）、可卡因、氯胺酮、硝甲西洋及海洛因，除甲基苯丙胺（冰毒）外，其餘檢獲毒品數量較 2016 年明顯下降（參見表 4-5-4）。

表 4-5-4 2013-2017 年澳門海關查緝毒品種類與數量

毒品種類	單位	2013	2014	2015	2016	2017
大麻草	克	24.35	11.81	—	—	27.95
海洛因	克	11.85	1.08	0.35	36.00	0.34
可卡因	克	2.89	10.22	—	44.40	16.02
氯胺酮	克	635.8	380.63	59.61	43.15	5.63
硝甲西洋	克	0.48	—	—	—	0.50
阿普唑侖	粒	—	30	—	—	—
麻古	克	1.14	—	7.27	—	—
	粒	—	199	—	—	—
咪達唑侖	克	18.95	—	—	—	—
甲基苯丙胺	克	144.21	258	75.73	26.03	26.10
可待因	毫升	60	1,591.56	—	—	—
	克	630.96	—	—	—	—

資料來源：2017 澳門禁毒報告書

第六節 日本公私協力反毒預防策略與模式

一、概述

日本政府對於毒品與濫用藥物的管理對象主要是指興奮劑。二次大戰後，日本第一次及第二次興奮劑濫用期分別在 1954 年（昭和 29 年）以及 1984 年（昭和 59 年），到了 1997 年（平成九年）違規使用的逮捕人數逼近二萬人大關，到達 19,722 人，濫用興奮劑的情況十分嚴重。對此，在 2003 年（平成十五年）7 月 29 日，日本政府的防制毒品濫用策進本部為了早一日平息第三次興奮劑濫用期，策劃訂定了新戰略，在相關機關緊密的聯手合作下，持續採取綜合性的策略（蘇德昌譯，2005）。

事實上，日本濫用的毒品與藥物來源幾乎全來自海外走私，國內幾乎沒有秘密進行不法藥物的製作（蘇德昌譯'2005；小野寺毅，2007；張伶嘉等，2008），因此警察是政府進行毒品與藥物管理對策的重心，以落實新戰略的立場而言，警察藥物對策的重要方向是「供給的切斷」與「需要的根絕」二大支柱。「日本警察廳藥物對策課（Drug Control Division, National Police Agency, NPA）」為日本緝毒專責指導單位，各都府縣警察本部均設課執行緝毒工作，藥物對策課負責主要工作為綜合企畫，包含緝毒法令、偵查技術之研究、藥物濫用調查與分析；偵查蒐證，包括毒品、藥物非法使用之查緝、非法得利之查緝、毒品情報之蒐集運用以及相關案件偵處之指導、協調、聯繫；國際合作，包括聯繫國外緝毒機構情資交換合作、聯繫日本駐外使領館緝毒聯絡官、跨國毒品情報分析、技術支援國外（行政院研考會，2006；詹中原，2007）。

二、專責組織

2008 年 12 月，在防制毒品濫用策進本部（藥物亂用對策推進本部）之下，設立了防制毒品濫用策進會議（藥物亂用對策推進會議）。防制毒品濫用策進本部位階高於中央部會，直隸於內閣總理大臣，由內閣總理大臣召集相關部會首長（國家公安委員會（警察廳）、總務省、法務省、外務省、文部科學省、厚生勞動省、經濟產業省、國土交通省等擬定，日本全國性之毒品與藥物濫用防制基本

方針（鄭瑞隆，2011）。據此，日本相關的預防組織有（張伶嘉等，2008）：

- （一）防制毒品濫用策進本部：1970年於總理府設立，當時部長為內閣官房長官，因藥物濫用情形惡化，並於1997年將其設置於內閣（井田良，2007），由內閣總理大臣兼任部長，統合各部官員研擬毒品政策，副部長及部員由各部會首長兼任之各部會分別有其職責，如：內閣府負責幕僚工作、政策宣導；法務省負責刑事政策檢察、更生保護等；財務省負責海關緝私、主計；厚生勞動省負責麻醉藥品、興奮劑防制、反毒宣導、反毒合作、所有藥物取締員制度、藥物勒戒政策等；國土交通省負責海上保安；外務省負責國際性非且織犯罪相關之外交政策；經濟產業省負責化學物資管制（詹中原，2007）；
- （二）藥物濫用預防中心⁵³：1987年1月27日中央內閣通過成立日本藥物濫用預防中心，並於同年6月1日創建而成，為非政府組織，藥物預防中心由國家警政單位與厚生勞動省聯合支援並監督，主要負責推廣政府與民間的藥物濫用預防活動，各縣市長是當地藥物濫用預防主導者，鄉鎮市長也需各別研擬藥物濫用預防的策略，重視縣市與鄉鎮間的團隊合作，另外有5個以上的預防藥物濫用的非政府組織（例如：獅子會、扶輪社）一同合作對抗藥物濫用；
- （三）麻醉品監控局：麻醉品監控局（Narcotics Control Department）專門負責麻醉藥品和精神藥品監控，其隸屬於厚生勞動省，對於藥物使用與監督相關的機構除員警、海岸警備隊、海關等機構以外，大量的工作由麻醉品監控局的官員和地方麻醉品監控官員完成（郭棍，2003）。

日本政府鑒於濫用毒品不僅是個人犯罪問題，而會造成整個家族產生問題，故於1997年（平成9年）1月17日內閣會議決議，對於毒品濫用之對策，為確保關係行政機關相互間緊密之聯繫，並採取積極且全面的施策，而於內閣中設立防制毒品濫用對策推進本部。為達成「世界第一安全的國家—日本」之目標，並

⁵³ 相關細節可參閱網址：<http://www.dapc.or.jp/english/establish.htm>，檢閱日期：2018/12/15。

確保各關連行政機關之緊密聯繫，制定有效且適切的綜合對策，而成立犯罪對策閣僚會議，於2003年（平成15年）9月日舉辦第一次集會，下設有槍砲對策推進會議（銃器対策推進會議）、毒品濫用對策推進會議、人口販賣對策推進會議（人身取引対策推進會議）與再犯防止對策推進會議。這些推進本部於2008年（平成20年）12月，整合成立了防制毒品濫用策進會議。

至於實際防制政策執行部分，於1998年（平成10年）5月起，開始制定第一次毒品濫用防制5年戰略⁵⁴，並且規定每五年定期檢討成效。此後，於2003年（平成15年）7月、2008年（平成20年）8月、2013年（平成25年）8月，分別制定了毒品濫用防制新五年戰略，截至目前為止共計有四次五年防制戰略。

綜觀各次戰略計劃之內容，雖然有些許不同，所重視的策略亦有所差異，但可歸類於以下五項目標：「青少年毒品濫用對策」、「對於毒品依存、濫用者之治療與社會復歸之支援」、「對上游毒品組織與下游毒品使用者之取締」、「防止國際毒品輸入國內之對策」與「國際販毒對策之國際協力義務」，並且以五大目標為骨幹。在此，以最新一次的五年戰略為例（2013-2018年），其主要的目標有五⁵⁵：

目標一：加強青年人（18-30歲）、家庭與社區防制意識，預防濫用毒品與藥物；

目標二：透過對濫用者進行治療、重新融入社會，以及家庭支持等方式，防制濫用的再次發生；

目標三：消除非法販毒組織，徹底控制濫用者，並且加強對濫用藥物，進行多樣化的監督；

目標四：通過嚴格邊境控管，阻止非法毒品進入日本；

目標五：促進國際合作以阻止毒品走私。

⁵⁴ 此部分主要參考葉耀群(2017)國際反毒實務及相關法制之研究－以日本毒品犯罪者處遇模式為中心，臺灣臺北地方檢察署出國成果報告

⁵⁵ https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-11120000-Iyakushokuhinkyoku/4_5strategy-e.pdf，檢閱日期：2018/12/17。

根據 2013 年 8 月最新一次的五年戰略，日本政府實際上的進行方式主要⁵⁶：

第一、透過學校等機構實施毒品死藥物濫用預防課程，提高年輕人的規範意識，並且使用大量宣傳和提高認識活動，創造出消除濫用毒品藥物的社會動力；

第二、打擊非法販毒組織，主動利用竊聽等有效調查方法，推動打擊走私、販運等行為；

第三、透過警察局，海關和日本海岸警衛隊之間的合作，防止濫用藥物進入日本；

最後、揭發各種走私路線和技術，分析非法藥物，加強與有關國家和組織的合作，並且根據走私風險難易度，改進與加強毒品與藥物管制制度。

三、協力反毒預防

日本政府對於毒品與藥物濫用防護，主要是採取三階段模式，並且分為四個狀態：第一階段主要為非濫用者，此狀態主要為教育宣導，第二階段主要是因應單純濫用者至輕度成癮之階段，此部分主要由諮商、推廣為手段，第三階段則是重度成癮者，此時側重治療與修復（陳慈幸，2016）。因此，每個階段都有不同的重點與策略（參見圖 4-6-1），在此簡述屬於事先預防部分的策略（鄭瑞隆，2011）：

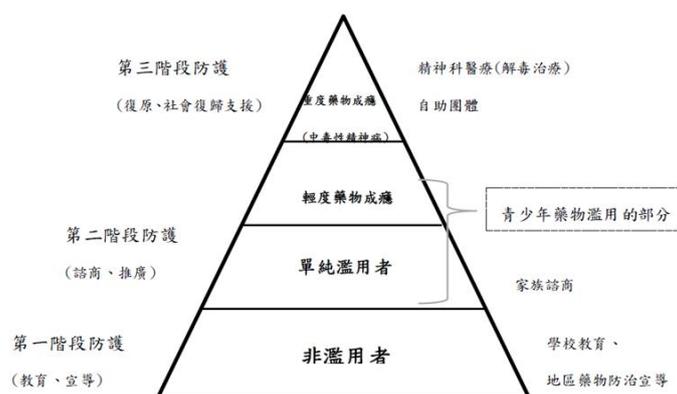


圖 4-6-1 日本青年人毒品與藥物濫用三階段防護模式

資料來源：陳慈幸（2016），頁 9

56

<https://www.criminologysymposium.com/download/18.62fc8fb415c2ea106932ae82/1499781842256/WED11+Shinji+Nakamura.pdf>，檢閱日期：2018/12/17。

(一) 家庭

日本文部科學省透過學校為媒介，對所有學生家庭寄送或導師家庭訪問時，親自提供「抽菸、喝酒、藥物濫用防止相關指導手冊」給家長，以及相關讀物供社區民眾閱讀，其內容有：讓我們健康地過生活、藥物濫用與家庭、學習有關藥物濫用的例子、勇敢說不等主題；

此外，透過家長教師聯合會，成立定期的家長問題諮詢熱線，協助家中發現有子女藥物濫用問題的家長進行第一線的處理，透過懇親會、學校定期校刊或聯絡簿等方式，以及定期召開社區會談，增加少年及其父母交流互動和強化家長注意子女藥物濫用問題，宣導藥物濫用防制相關的訊息情報，最後出版電子報，免費提供給相關組織和機構。

(二) 學校

1. 提昇學校對於預防藥物濫用的指導：在中小學安排輔導教育，輔導教育的內容除了提供有關藥物的資訊，更要建立反毒、拒毒的價值觀及道德觀，如此才能使學童自發性的瞭解藥物濫用的危害並且遠離毒品。此外，學校應加強體育、健康教育、道德教育及特殊活動來維持、促進個人健康；
2. 在國高中安排年度的毒品濫用預防課程：安排培訓的課程提供給老師作學習，搭配上課程教材，如影片、講義等，或是請警方或官方、緝毒人員或藥劑師等相關人員作為講師，使校方與相關機關作連結合作，另外防制毒品濫用推進本部舉辦提昇藥物濫用預防教育的課程供教師參與。

(三) 社區/社會

1. 設立青少年勞工團體：針對青少年勞工階級、勞工團體，推動反毒教育宣導；
2. 加強社區藥物濫用預防之指導：透過社區座談會、街頭宣傳等提供少年及其家人預防藥物濫用的教育，分發相關讀物供社區民眾閱讀，定期召

- 開社區會談，與少年及其父母交流互動。另外與當地志工、遊樂商場及 KTV 業者合作，在發現有人使用或販賣非法藥物時，立即通報；
3. 分發相關讀物：分發 40 萬份的小冊子，內含 36 頁，主題有：讓我們健康地過生活、藥物濫用與家庭、學習有關藥物濫用的例子、勇敢說不等，以及出版電子報，免費提供給相關組織和機構；
 4. 加強立即的（on-the-spot）輔導機制：加強街頭輔導，對於已經受到毒品危害的青少年提供團體諮詢及持續追蹤輔導，監控及教育青少年避免再犯；
 5. 提昇政府組織的效力及志工措施：建立「少年輔導中心」的組織，作一個統籌性的規劃；
 6. 提昇有關機構的諮詢功能：所有有關少年藥物濫用的機構，包括學校、健康機構、警察、少年諮詢機構都要有提供諮詢的功能，並宣傳讓大眾知道遇到藥物濫用的問題時，可以到哪些機構得到協助；
 7. 公共教育與宣傳：藉由電視、報紙及網路等大眾媒體傳播毒品與藥物濫用現況等資訊，建立宣傳口號「不，絕不」來提昇少年及大眾反毒之意識，在不同月份舉辦不同的防制活動，例如：日本將 6/20 至 7/19 定為「不，絕不」宣傳運動，7 月定為「藥物濫用預防和宣導月」，10 到 11 月定為「麻醉品和興奮劑危險減絕月（藥物濫用防制月）。」再者，採用反毒宣傳車，包括在車外貼上宣傳海報，車內提供電腦、遊戲等吸引學童注意，在車內播放宣傳影片。在日本，每年會製作兩部電影，片長約 20 分鐘，以電影製作提高教育效果。最後，藥物亂用推進本部在雜誌、火車或車站刊登廣告，一年四次在 20 本不同的雜誌、主要路線的火車、主要的車站刊登海報宣傳；
 8. 「不，絕不」運動：響應聯合國指定 6/26 為藥物濫用防制日，在 6/20-7/19 定為「不，絕不」宣傳運動，在這段時間發動募款，所募款項作為防制藥物濫用之用，並舉行 J 聯盟（足球）表演賽，請知名藝人或運動員作

為親善大使。

9. 10 到 11 月「麻醉品和興奮劑危險滅絕月」：由教育單位、衛生單位和各縣市單位共同舉辦，提昇大眾對於藥物問題的理解，同樣請藝人或運動員作為親善大使，印製發送宣傳海報、傳單及電話卡。

四、反毒成效

根據陳幸慈（2016）的整理與分析，日本警察廳在 2015 年針對未成年毒品濫用型態與毒品種類最新統計可歸納成以下幾個重點：

- （一）藥物濫用者之人數為 13,524 人，比 2014 年增加 403 人(+3.1%) 其中，安非他命濫用者為 11,022 人，比 2014 年增加 64 人(+0.6%)，大麻濫用者為 2,101 人，比 2014 年增加 340 人(+19.3%)；
- （二）查扣安非他命（粉末）是 394.6 公斤（比 2014 年-53.4kg、-11.9%），逮捕違法攜帶安非他命入境者為 73 件（比 2014 年-77 件、-51.3%），減少原因主要是以人為方式違法攜帶入境（44 件，比 2014 年-71 件）的件數減少；
- （三）危險合成藥物（日語原名：危険ドラッグ）取締人數為 1,196 人（比 2014 年+356 人、+42.4%）。2014 年 7 月因日本實施危險合法藥物商店取締政策，危險合成藥物販售商店遭全面強制停業，此使得疑似使用危險合成藥物致死之死亡率大幅減少，惟危險合成藥物主要潛在流通路線為網路，雖實體店面可用政策方式強制停業，網路販售之狀況未來仍須持續警戒。

針對藥物濫用取締狀況進行主要流通毒品之種類，參照警察廳之資料（參見表 4-6-1），可發現近幾年日本毒品濫用種類與取締件數當中以安非他命、大麻為首。

表 4-6-1 日本警察廳 2011 年至 2015 年藥物濫用種類及取締件數

區分		年別				
		2011年	2012年	2013年	2014年	2015年
安非他命	件數	16,800	16,362	15,232	15,355	15,980
	人數	11,852	11,577	10,909	10,958	11,022
大麻	件數	2,287	2,220	2,086	2,362	2,771
	人數	1,648	1,603	1,555	1,761	2,101
麻藥及向精神藥 (例如MDMA、可迨 因、海洛因、其他)	件數	564	526	862	637	706
	人數	256	280	478	378	398
鴉片	件數	16	8	11	24	6
	人數	12	6	9	24	3

資料來源：轉引自陳幸慈（2016）

從以上統計再針對未成年者使用安非他命與大麻之狀況進行分析，依據警察廳針對 20 歲以下藥物濫用者之統計，參見圖 4-6-2，可查知 2015 年之安非他命及大麻等濫用未成年人數主要為下：

- (一) 安非他命於 20 歲以下之使用者為 119 人，其中中學生 1 人，高中生 14 人，大學生 18 人；
- (二) 大麻於 20 歲以下之使用者為 144 人，其中中學生 3 人，高中生 24 人，大學生 31 人。

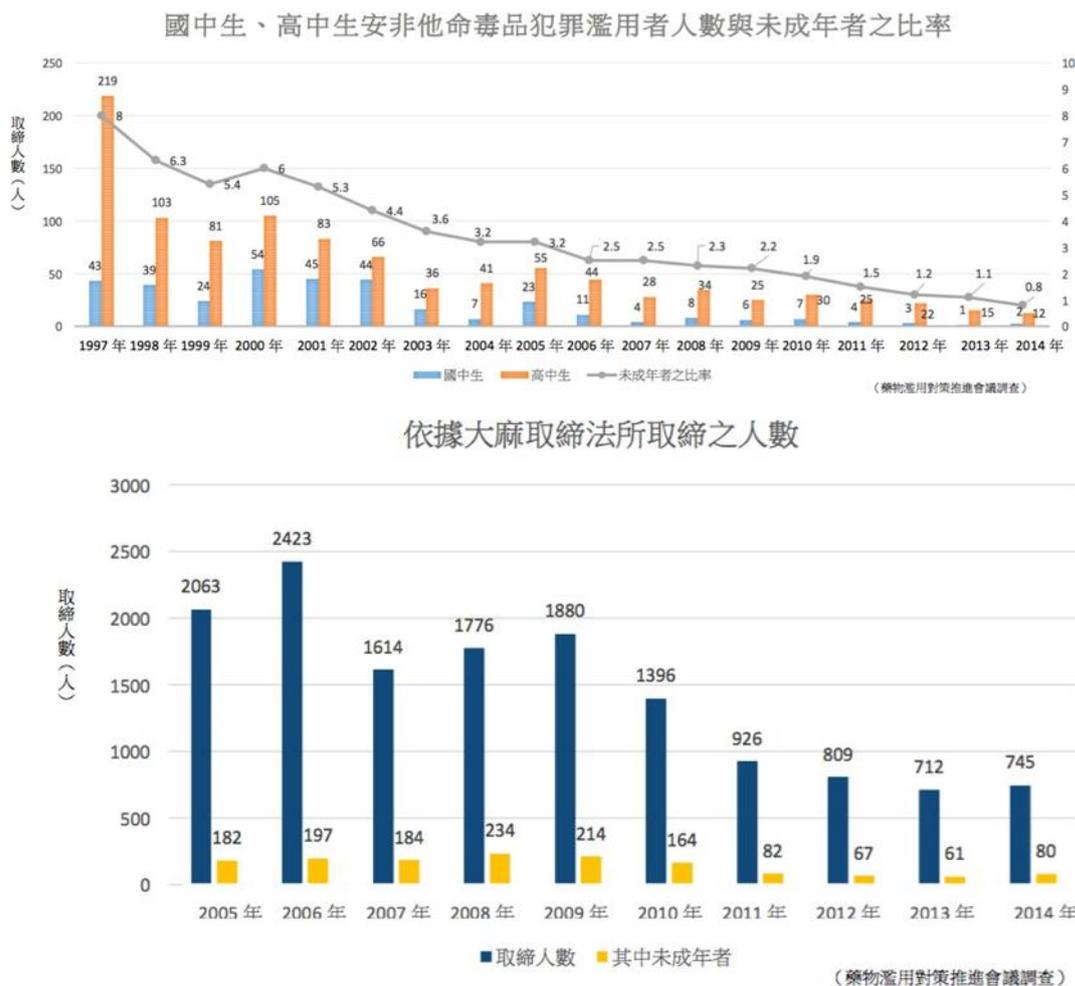


圖 4-6-2 大麻取締人數與日本中、高中生安非他命濫用者比率

資料來源：轉引自陳幸慈 (2016)

第七節 新加坡公私協力反毒預防策略與模式

一、概述

新加坡是「世界上最安全國家」之一，但是也存在毒品相關問題。新加坡曾經面臨較為嚴峻的禁毒形勢，通過採取一系列有效舉措整治，目前新加坡禁毒工作取得了不錯的成績，特別是在毒品預防方面，新加坡積累了豐富的經驗。

回顧上世紀 60 年代，吸毒從西歐蔓延到東南亞，毒品的刺激性引誘了大批的新加坡公民染上毒癮，吸毒人數明顯上升。面對不斷蔓延的毒品形勢，新加坡於 1971 年成立中央禁毒局，專門應對禁毒的問題，在各個警局設立肅毒單位，

肅毒單位的主要工作有兩個：第一收集疑似吸毒者的尿液用於檢驗；第二監視毒販的行蹤。值得注意的是，新加坡中央禁毒局與新加坡員警部隊為並列單位，共同隸屬於新加坡內政部，中央禁毒局的工作人員本身並不具有員警身份，而是負責禁毒工作的專門人員，凡是與禁毒相關的事項，都會統一移交中央禁毒局處理。

1973年新加坡政府頒佈濫用毒品法令，對吸毒、販毒等行為規定了嚴厲的刑罰。根據該法令，吸毒者及毒品擁有者將被判處最多10年監禁、兩萬新元罰款，或是兩者兼施，由此可以看出，在新加坡吸毒行為是犯罪行為，而不是一般的治安違法行為；販賣、製造、出入境15克以上海洛因、30克以上嗎啡和可卡因、500克以上大麻、200克以上大麻或1200克以上鴉片者若被定罪，將被判處死刑。

另外，新加坡政府在毒品犯罪中特別保留了鞭刑，根據法律規定，攜帶鴉片800克至1200克、海洛因10克至15克、大麻330克至500克、嗎啡和古柯鹼20克至30克、大麻脂130克至200克，將被認定為非法交易，判20至30年監禁和15次鞭刑。非法販賣上述指定以外的受控藥品最少被判處2年監禁和2次鞭刑，最多被判處20年監禁和15次鞭刑。

二、專責組織

新加坡政府的反毒工作主要由中央禁毒局（The Central Narcotics Bureau，CNB）負責，該局成立於1971年，是目前主要的藥物執法機構，負責協調與藥物根除有關的所有事項。1994年，新加坡政府成立了「改善新加坡毒品情況委員會」，負責調查毒品情況，建議採取全面綜合辦法處理毒品問題。當中所採取的四項主要策略分別是：第一預防性藥物教育，第二嚴格執法，第三是治療和康復成癮者，最後則是成癮者和持續康復者，讓他們重新融入社會。因此該局除了禁毒執法外，還承擔了預防性藥物教育的責任⁵⁷。

中央禁毒局同時支持政府對毒品與藥物濫用所採取的零容忍政策，以實現無毒品新加坡的目標，致力於嚴格、持續和有效地執行針對吸毒者和販毒者的法

⁵⁷ <https://www.cnb.gov.sg/about-us>，檢索日期：2018/12/17。

律，並且與當地和國際合作夥伴合作，阻止藥物流入新加坡內部。另外，在預防工作上，該局支援學校、高等教育機構和工作場所採取的預防性教育計劃，以建立一個「知情的社區」，也就是在意識到毒品危險的情況下，社區可以幫助我們實現無毒品新加坡。

中央禁毒局設有主任負責指揮，副主任負責協助，下設有相關單位，包括務部門和工作人員司—即情報司、執法司、調查司、業務司、政策、規劃和研究司、公司服務司、通訊司和工作人員發展司等等—以及內部調查辦公室和心理學股，提供額外的工作人員支持。事實上，新加坡政府在禁毒工作上，主要是由十個政府機關合作，所形成的一個堅強的反毒團隊，這些機關包括：

- (一) 內政部總部 (Ministry of Home Affairs Headquarters, MHQ)；
- (二) 新加坡警察部隊 (Singapore Police Force, SPF)；
- (三) 內部安全部門 (Internal Security Department, ISD)；
- (四) 新加坡民防部隊 (Singapore Civil Defence Force, SCDF)；
- (五) 新加坡移民與關防局 (Immigration and Checkpoints Authority of Singapore, ICA)；
- (六) 新加坡監獄管理局 (Singapore Prison Service, SPS)；
- (七) 中央禁毒局 (Central Narcotics Bureau, CNB)；
- (八) 主隊學院 (Home Team Academy, HTA)；
- (九) 賭場監管局 (Casino Regulatory Authority, CRA)；
- (十) 新加坡康復企業公司 (Singapore Corporation of Rehabilitative Enterprises, SCORE)。

三、協力反毒預防

(一) 齊心反毒聯盟

為了更有效預防毒品的氾濫，新加坡政府於 2017 年 4 月 25 日，創設了一個

官民聯手的反毒聯盟：齊心反毒聯盟（United Against Drugs Coalition ,UADC）。由中央禁毒局和全國防制藥物濫用理事會（National Council Against Drug Abuse, NCADA）聯合發起，至今共有 47 個機構加入這個聯盟，請參見表 4-7-1。其中包括政府部門、私人企業、教育機構和社區夥伴，一起與現有和新的反毒夥伴，同心協力抵制毒品活動。齊心反毒聯盟成立目標是建立一個強大的倡導者網絡，通過這個聯盟，通過承諾致力於反毒品事業的組織在其網絡和勢力範圍內傳播禁毒信息，從而實現倍增效應。

表 4-7-1 齊心反毒聯盟成員一覽

政府機構	私人企業	教育機構	社區夥伴
- 健康促進委員會	- 克拉碼頭	- 新加坡國立大學	- 突破任務
- 心理健康研究所	- 肯德基炸雞	- 南洋理工大學	- 格林黑文
- 國防部	- 新加坡郵政	- 新加坡管理大學	- 高點社區服務協會
- 教育部	- PastaMania	- 新加坡理工學院	- HEB-紀念館
- 社會和家庭發展部	- 百事達	- 新加坡科技與設計大學	- Jamiyah
- 國家圖書館委員會	- Tenderfresh	- 新加坡社會科學大學	- Pertapis
	- Gongcha	- 新加坡理工學院	- Selarang 中途之家
	- Central Perk	- 南洋理工學院	- 青少年挑戰
	- 胖爸爸的漢堡	- 義安理工學院	- 幫助之手
	- 我是 ...	- 共和理工學院	- 轉折點
	- Reebonz	- 淡馬錫理工學院	- 社區康復中心
		- ITE 學院（東，西，中）	- 新加坡禁毒協會
		- Eunoia 初級學院	- 穆斯林專業人士協會
		- Innova 初級學院	- 中國發展援助委員會
			- Yayasan Mendaki
			- 新加坡印度發展協會
			- 馬來青年文學協會

資料來源：中央禁毒局網站⁵⁸

(二) 多方聯動開展預防教育⁵⁹

新加坡政府奉行「事前防範勝於事後補救」理念，「小抓起，聯動配合」為常用的預防教育手段，在毒品預防教育上不例外。新加坡的毒品預防教育主要圍繞社會、學校、家庭這三個主體展開，共同實現毒品預防教育的效果：

第一、社區方面：新加坡在全社會強調「毒品零容忍」態度，定期或不定期為公眾講解毒品的危害。這些宣傳活動一方面由中央禁毒局及各肅毒單位主辦，另一方面由民間公益組織舉行。在新加坡還存在許多的民間志願團體和協會，承擔了大量的禁毒宣傳教育工作，增強社會公眾拒毒防毒的意識和能力；

第二、學校方面：新加坡採取了兩種方式，第一是開設禁毒課程，通過禁毒教師的講解使學生瞭解到毒品特徵、危害及相關法律法規；第二是參觀監獄、戒毒所等場所，參觀活動對於學生的震撼作用較大，實踐中確實起到了預防的效果；

第三、家庭方面：由於新加坡整個國家很小，因此未成年人會一直受到父母的關心和監督。如果未成年人凌晨仍在大街上，員警發現後會聯繫其父母，報告此情況，某種程度減少了青少年進入娛樂場所的可能，降低了他們涉毒的風險；

除了上述三者之外，值得一提的是，新加坡政府亦針對新加坡武裝部隊 (Singapore Armed Forces, SAF)，新加坡警察部隊 (Singapore Police Force, SPF) 和新加坡民防部隊 (SCDF)，這三個軍警機關的指揮官提供相關預防教育，使其能正確的發揮領導功能，以及確保部隊的運作準備不會受到毒品與藥物濫用的影響⁶⁰。

(三) 全社區禁毒意識的養成

正當不斷加強政府在禁毒方面的能力的同時，新加坡也不忘全社會的禁毒意識的培養與教育，這些也為新加坡的防毒、禁毒工作增添助力。新加坡境內鮮明的組屋制度為社會治安提供了良好的社區條件，也十分有利於禁毒工作的開展。

⁵⁹ 中央禁毒局針對社區、學校與家庭分別提供了相關教育資源，請參閱網址：

<https://www.cnb.gov.sg/educational-resources>

⁶⁰

<https://www.cnb.gov.sg/educational-resources/for-communities/resource-toolkit/preventive-drug-education-toolkit-for-ns-commanders>，檢閱日期：2018/12/17。

由於新加坡每個組屋區都配備鄰里警崗，經過多年的發展，組屋各項運行體制和資訊傳遞分享機制都很成熟，基於成熟的社區制度，新加坡禁毒工作特別是社區戒毒工作取得了很好的效果。

因此，新加坡全社會倡導形成所謂「消除歧視、幫助關愛的氛圍」，對於吸毒者的管理，必須要做到持續跟蹤，加大戒毒後的關懷與支持。新加坡政府在對吸毒者的後續關懷方面不斷探索，取得了不錯的效果。另外，工作保障方面，新加坡鼓勵戒毒者自主創業，並在資金支持、稅收等方面實施優惠政策。新加坡有許多的公益組織，也為成功戒毒者提供了許多工作機會，並且在全社會倡導形成消除歧視、幫助關愛的氛圍。政府對於聘用類似戒毒者的企業，會在稅收等方面予以優惠。同時，新加坡也會支持戒毒人員再就業。

最後，高素質國民是新加坡政府有效開展禁毒工作的基礎，由於教育資源豐富，教育普及程度高，較高的國民素質也推動了整個社會的治安水平，對禁毒工作的開展十分有利。國民對於毒品的危害性有著較為全面的認識，能夠自覺地做到遠離毒品；由於新加坡吸毒人數少、政府打擊力度大、國民認識全面等，從而未形成易涉毒環境，使得毒品的消費市場一再萎縮，進而毒品犯罪也逐漸減少。

四、反毒成效

根據中央禁毒局所發布的新聞稿⁶¹，政府所採取解決毒品供應和需求的綜合方法使新加坡保持相對不受毒品的侵害。目前新加坡境內的毒品情況有兩個令人注意的發展：第一、2018年被捕的吸毒者中有40%是新濫用者，30歲以下新吸毒者的比例在2018年仍然高達64%；第二、2018年被捕的吸毒者人數同比增加11%，主要是新移民和濫用甲基苯丙胺的人。

因此，為了控制毒品狀況，中央禁毒局在2018年採取較高的執法強度，並與其他政府機構，以及戰略合作夥伴密切合作，針對販毒者和濫用者開展近1,600項行動。同時積極攔截毒品，透過檢查站減少對境內的供應，去年共有26個毒品集團被破獲。

⁶¹網址：[https://www.cnb.gov.sg/newsandevents/reports-\(overview\)/drug-report](https://www.cnb.gov.sg/newsandevents/reports-(overview)/drug-report)，檢閱日期：2019/03/26

此外，除了嚴格執法之外，中央禁毒局也與齊心反毒聯盟和的反毒品倡導社區保持密切合作，當中確保預防藥物教育落實，仍然是讓新加坡成為無毒國度的第一道防線，政府亦建議社區針對濫用藥物議題採取強烈立場，積極傳播禁毒信息。

最後，相關立法上，2019年1月修訂了「藥物濫用法」，加強政府的執法權力，並且致力於推動健全醫療制度。

第八節 國際協力反毒工作與成效

根據聯合國毒品與犯罪問題辦公室（UNODC）2018年所出版的「世界毒品問題報告」⁶²，到2016年全世界大約有2.75億人至少使用過一次毒品，約占全球15至64歲人口的5.6%。大約有3,100萬吸毒者患有吸毒病症，這意味著他們的吸毒危害很大，到了可能需要治療的地步。初步估計表明，全球有1,380萬15至16歲的青年人去年曾使用過大麻，相當於占比5.6%。此外，據世衛組織報告，2015年大約有450,000人因吸毒死亡。在這些死亡病例中，有167,750例與吸毒病症直接相關（主要是吸毒過量）。其餘死亡與吸毒間接相關，包括因不安全注射做法而感染愛滋病毒和丙型肝炎所致死亡。

該報告亦指出，吸毒者的主要數字近年來變化不大，但這種穩定掩蓋了毒品市場正在發生的顯著變化。長期可獲得的海洛因和可卡因等毒品與新型精神活性物質日益共存，處方藥的非醫療使用也日益增加（從合法管道轉用或非法製造）。增加的還有使用來源不明的物質，它們通過非法管道供應，出售時聲稱是藥品，但是註定被用於非醫療用途，吸毒者可以獲得的物質和混合物質範圍之廣前所未有。

一、聯合國禁毒組織與作法

自19世紀中葉以來，濫用麻醉藥品的蔓延，給人類社會造成了巨大的損害。進入20世紀以後除了麻醉藥品被濫用外，又出現各種精神藥物被廣泛濫用的問題，這些問題只靠任何一個國家是不可能加以禁止，於是各國政府透過合作、協商，希望透過逐步限制麻醉品和精神藥物的供應，並且發展出禁毒的國際性機構，以遏止及根絕

⁶² 網址:<https://www.unodc.org/wdr2018/en/exsum.html>，檢閱日期:2019/4/1

毒品對全球的危害。

聯合國於1987年在維也納召開麻醉藥品濫用和非法販運問題部長級會議，共有138國、3000多名代表參加，會中並決定將大會日期 6月26日定為「國際禁毒日」，以促使各國對毒品問題的重視，同時號召全球人民共同來解決毒品問題。同年 12月，第42屆聯合國大會並決議，把每年的6月26日定為「反麻醉藥品的濫用和非法販運國際日」(International Day against Drug Abuse and Illicit Trafficking；即「國際禁毒日」)。

另外，有鑑於國際麻醉藥品的濫用和非法販運形勢日益嚴重，1990年聯合國大會決定將原負責麻醉品工作的 3 個機構（聯合國麻醉藥品司、國際麻醉藥品管制局秘書處和聯合國麻醉藥品濫用管制基金）合併為一個麻醉藥品管制機構，並於 1991年1月由聯合國大會決議正式成立「聯合國國際藥物管制規劃署」（United Nations International Drug Control Programme, UNIDCP），簡稱「聯合國禁毒署」。

另外，於1997年11月，成立「聯合國毒品與犯罪問題防制辦公室」（United National Office for Drug Control and Crime , UNODC），在世界各地約有500名工作人員，涵蓋150多個國家，總部設在維也納，另設有20個外地辦事處，並在紐約和布魯塞爾設有聯絡處。毒品和犯罪問題辦公室指導世人瞭解濫用藥物的危害，加強打擊非法藥物生產和販運及相關犯罪活動的國際行動。為實現這些目標，毒品和犯罪問題辦公室開展了一系列舉措，包括非法麻醉品作物種植區的替代作物計畫、非法作物種植監測和實施反洗錢計畫。毒品和犯罪問題辦公室的駐外工作人員通過直接與政府和非政府組織合作，開發並實施適合具體國家特殊需要的藥物管制和預防犯罪方案。

二、國際禁毒公約與立法

（一）國際禁毒公約

國際間為了解決毒品犯罪問題，自20世紀初便陸續召開許多國際會議，並達

成多項公約，其中在聯合國成立前約有下列禁毒公約⁶³

1. 1912年1月23日在荷蘭簽署的「海牙國際鴉片公約」(International Opium Convention of 1912)，並於1915年生效；
2. 國際聯盟於1925年2月11日簽訂「關於熟鴉片之製造、國內貿易及適用之協定 (Agreement concerning manufacture of Internal Trade in and use Prepared Opium)」、1925年2月19日簽訂「日內瓦國際鴉片公約 (International Opium Convention of 1925)」、1931年7月13日簽訂「限制製造及調節分配麻藥品公約 (Convention for Limiting the Manufacture and Regulating the Distribution of Narcotic Drugs of 1931)」；
3. 1931年11月27日在泰國簽署的「遠東管制吸食鴉片協定 (Agreement for Control of Opium Smoking in the Far East)」，反對及禁止鴉片的吸食；
4. 1936年6月26日在日內瓦簽署「禁止非法買賣麻醉藥品公約 (Convention for the Suppressing of the Illicit Traffic in Dangerous Drugs)」，將製造、買賣、運輸、提取、銷售麻醉藥品等行為規定為國際犯罪。

另外，1945年聯合國在美國成立，取代過去的國際聯盟，在聯合國主持及倡導下召開多次禁毒會議，並通過數個禁毒公約與協定。而上述有關毒品的禁止公約多已失效，目前仍有效且具重要性的公約，約有⁶⁴：

1. 1961年「麻醉品單一公約 (The single Convention on Narcotic Drugs)」。
是當今國際禁毒的重要依據。本公約訂立主要目的在防止濫用麻醉品危害人類健康，主張麻醉品僅能供醫療與科學研究使用，非法種植罌粟、大麻及古柯鹼及違反管制條款行為為刑事犯罪；
2. 1971年的「精神藥物公約 (Convention on Psychotropic Substances)」，
主要目的為預防並制止精神藥物的濫用及其非法產銷活動；

⁶³ 崔敏主編，毒品犯罪發展趨勢與遏止對策 (北京：警官教育出版社，1999年6月)，頁138。

⁶⁴ 蔡志明，〈臺灣地區毒品走私問題之研究〉 (國立臺灣海洋大學海洋法律研究所，碩士論文，1997年6月)，頁33-34；謝立功，〈國際抗制毒品犯罪之研究-以臺灣地區之跨境毒品犯罪為核心〉。中央警察大學警學叢刊，第31卷第6期，2001年5月，頁67-68；魏靜芬、徐克銘，國際法洋法與海域執法 (神州出版社，2002年3月)，頁122-123。

3. 1988年的「禁止非法販運麻醉藥品和精神藥物公約（The United Nations Convention Against Illicit in Narcotic Drugs and Psychotropic Substance）」，「禁止非法販運麻醉藥品和精神藥物公約」是1961年「麻醉品單一公約」與1971年的「精神藥物公約」的重要補充，是迄今為止對於非法販運毒品問題的一個全面且有效可行的國際公約。此公約的通過確認了聯合國對管制麻醉藥品及精神藥物的主導地位，對各締約國在打擊非法販運麻醉、精神藥品產生積極推動的作用，亦促進了各締約國在此領域充分合作與交流，更有效打擊跨國毒品犯罪活動。

（二）國際禁毒立法

為了及時、有效的防止毒品犯罪，世界少數國家的禁毒立法採取刑法與單行法規相結合或是頒布禁毒單行法規兩種方式。

1. 刑法與單行法規相結合：許多國家，尤其是大陸法系傳統的國家在其刑法中規定毒品犯罪，同時又通過單行法和特別法加強控制與處罰；
2. 制定禁毒的單行特別法：許多國家依照國際禁毒公約的要求，以單行法規或專門法的形式，制定關於毒品犯罪的特別法。

三、聯合國的反毒行動

「聯合國毒品控制和犯罪問題辦公室」為聯合國推動全球反毒工作的核心機構，該辦公室年度推動全球反毒重要工作項目有：

（一）替代發展計畫（Alternation Development）

主要針對金三角、金新月及銀三角世界毒品重要種植區域，以替代性經濟農作物取代毒品種植，減少全球毒品植物的種植區域，以從源頭將毒品根絕。透過幫助小農進行合法創收活動，以減少他們對鴉片和古柯種植收入的依賴，努力還側重於健康、教育、基礎設施、社區發展和糧食安全⁶⁵。

（二）強化執法機關打擊能力

⁶⁵ 網址：<https://www.unodc.org/unodc/en/alternative-development/making-a-difference.html>，檢閱日期:2019/4/1

有效執法是打擊跨國毒品犯罪重要手段，也是「聯合國毒品控制和犯罪預防辦公室」重要工作項目，聯合國協助各國強化執法能力主要項目包括：建構有能力之執法及司法體系（包括調查、起訴）、技術訓練（包括：資料庫、立法、內部情資整合及境管控制等）。

（三）加強國際合作

1. 協助成立國際合作機構，如；國際刑警組織、歐洲刑警組織及世界關稅組織等。
2. 舉辦反毒會議：
 - (1) 全球性反毒會議：較具代表性的有：聯合國麻醉藥品委員會議、聯合國麻醉藥品濫用和非法販運問題部長級國際會議、聯合國世界市長反毒品日討論會、國際反毒品會議、聯合國關於禁止毒品特別會議、國際掃毒會議、聯合國亞太地區禁毒首腦會議等。
 - (2) 地區性反毒會議：東協五國反毒會議、亞洲地區緝毒研討會、美洲禁毒首腦會議、南美八國內政部長會議、亞太地區內政部長會議，其他尚有針對地區特性或實際需要而舉行非定期及非常態性會議。
3. 各國及國際組織間互派緝毒聯絡官，負責聯絡及傳遞情報，為國際合作重要工作項目之一。
4. 提供經援：援助項目包括：毒品替代種植、加強緝毒裝備、協助人員培訓、改進戒毒設施、提供治療待遇等方面。主要是針對經濟落後、財力不足而禁毒繁重的國家，以有效協助該國政府禁毒。

（四）國家和地區採取反毒措施、有計劃展開掃毒行動及進行國際合作⁶⁶

首先、在聯合國部分，1998年6月，聯合國大會特殊議程通過一項政治性宣言—「降低毒品需求指導原則宣言」(Declaration on Guiding Principles of Drug Demand Reduction)，宣言中確立下列行動計畫：(一)管制安非他命類型的興奮

⁶⁶ 此部分主要是參考朱正聲(2007)所蒐集的資料。

劑及先驅化學物質 (二) 促進司法互助的相關措施 (三) 強化反洗錢活動 (四) 加強國際合作以根絕非法毒品栽種並發展替代農業。

其次、以下幾個毒品問題研究的地區與國家，亦展開相關的反毒活動：

1. 金三角地區

(1) 泰國：2000 年 10 月泰國曼谷召開「2015 年無毒東協(Drug Free ASEAN 2015)」國際會議，會後與會各國並發表「2015 年無毒東協」政治宣言，於 2015 年達成有效降低東南亞毒品生產、走私及吸食，並採取「東協與中國共同合作行動對付危險毒品(ASEAN and China Cooperative Operations in Response to Dangerous Drugs, ACCORD)」行動方案。

(2) 中國：2005 年 10 月在北京召開「第二屆東盟和中國禁毒合作國際會議」，會中通過「北京宣言」、「東盟和中國禁毒合作行動計畫」及「東盟和中國在 2006 年展開打擊苯丙胺類(安非他命)毒品犯罪聯合行動的倡議」，並且簽署國際反毒三項公約，陸續與 25 個國家簽署 30 多個司法互助條約，並參與加入反毒相關組織成員(如東盟對危險麻醉藥品採取合作行動、中亞及美國「六加二」麻醉品管制機制等)。

2. 拉丁美洲地區

多年來美國為了擺脫境外毒品的侵襲，不惜投入巨大的人力、物力，配合拉丁美洲各國進行長期的緝毒戰爭，如在 2000 年美國總統柯林頓正式宣布了一項為期二年、價值 13 億美元的緊急援助計畫，以軍事協助哥倫比亞打擊新生代毒梟販毒潮。實際上拉丁美洲國家本身亦有許多反毒行動與區域合作計畫：

(1) 各國反毒行動：例如玻利維亞：2001 年 3-11 月期間展開「查科(Gran Chaco)行動」，由玻利維亞、阿根廷及巴拉圭參加，為跨國性緝毒和情報行動，目的為控制古柯鹼交易和跨國販毒集團；多明尼加在 2002 年於多明尼加設立加勒比海區域情報中心，供區域組織成員相互交換資料及情報；.墨西哥在於 2001 年展開「翅膀行動」，行動期間針對 409 架飛機、17,722 件行李檢查及約談 1,990 人。「輪子行動」，管制泛美公路、邊界和盲點區域。

(2) 區域合作：例如「平台計畫(Plataforma)」，2001 年由委內瑞拉、哥倫比亞、

秘魯、智利、巴西、巴拿馬及厄多瓜爾參加，針對查緝海洛因毒品及販毒集團；「六大國境行動」，2001 年 12 月由委內瑞拉、哥倫比亞、秘魯、玻利維亞、巴西、巴拿馬及厄多瓜爾參加，目標為辯識、尋找及逮捕從事古柯鹼和其它毒品交易的毒販；2002 年於哥倫比亞波哥大建立安地斯山區域性中央情報中心，供區域組織成員相互交換資料及情報。

第九節 我國公私協力反毒預防策略與模式

一、概述

我國行政院於 2006 年擬定「毒品防制政策整體規劃報告」，拒毒預防係以「多元拒毒」為防制理念，其核心工作項目主要是整合教育、輔導以及早期介入的預防觀念為核心理念，其核心工作項目包括（楊士隆、李宗憲，2012）：

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

另外，根據教育部對青少年（含少女）學生藥物濫用防制乃以「防制學生藥

物濫用三級預防實施計畫」為核心，實施概況如下（教育部，2013）：

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

然而，根據「聯合國毒品控制與犯罪預防辦公室」與「美國藥物濫用研究所」以及我國行政院與教育部對於青少年藥物濫用預防所提出的基本原則與建議，認為藥物濫用的預防策略，應該包含家庭、學校與社區層面，但對於藥物濫用者的特定需求（specific needs）並沒有著墨。

二、我國公部門反毒業務工作執掌與分工

反毒工作涉及中央機關、地方政府與民間組織協力合作，方能有效遏止毒品氾濫，已然形成一種公私協力治理的運作模式。我國公部門反毒工作的歷史脈絡，從相關資料的稽考來看，2006年6月2日行政院召開第1次「毒品防制會報」，由過去「斷絕供給，降低需求」，調整為「首重降低需求，平衡抑制供需」，結合「防毒」、「拒毒」、「緝毒」及「戒毒」等反毒四大區塊，設置「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，制定及推動反毒政策，並決議推動成立各縣、市地方政府毒品危害防制中心，於國內各鄉鎮角落推動反毒策略，以期給予民眾一個健康無毒新生活（法務部，2018）。

俟為因應毒品猖獗之趨勢，前於 2015 年 9 月 21 日修正「行政院毒品防制會報設置要點」，除原有「防毒監控」、「拒毒預防」、「緝毒合作」、「毒品戒治」4 組外，增列「綜合規劃」工作分組，各組分工及工作重點摘述如下(法務部，2018)：

- (一) 拒毒預防組：拒毒預防組之主管機關為教育部，其他相關部會及地方政府包括：法務部、內政部、國防部、經濟部、交通部、衛福部、勞動部、文化部、海巡署、退輔會、國發會、臺北市政府、新北市政府、桃園市政府、臺中市政府、臺南市政府、高雄市政府。主要工作重點為：1. 整合各界資源提升預防宣導成效，營造健康無毒家園；2. 運用在地化反毒網路，強化預防介入機制；3. 綿密跨機關橫向合作功能，完善關懷輔導效能。
- (二) 防毒監控組：防毒監控組之主管機關為衛生福利部，其他相關部會包括：經濟部、內政部、法務部、教育部、外交部、國防部、財政部、海巡署、國發會。主要工作重點為：1. 掌握藥物濫用流行病學資料；2. 管制藥品施用管制；3. 健全先驅化學品管制系統；4. 強化新興濫用藥物監測機制。
- (三) 緝毒合作組：緝毒合作組之主管機關為法務部，其他相關部會包括：內政部、外交部、國防部、財政部、海巡署、陸委會、農委會、金管會、通傳會、國發會。主要工作重點為：1. 國際及兩岸緝毒合作之持續強化；2. 邊境及關區毒品查緝之效能提升；3. 緝毒合作團隊支緊密整合；4. 以司法協助毒癮戒治方案之持續推動。
- (四) 毒品戒治組：毒品戒治組之主管機關為衛生福利部，其他相關部會及地方政府包括：法務部、教育部、國防部、內政部、勞動部、退輔會、22 縣市政府。主要工作重點為：1. 透過橫向跨部會協調，整合中央毒品戒治相關政策；2. 藉由地方政府毒品危害防制中心在地化毒品戒治策略之規劃與執行，以及結合在地民間資源與醫療戒治機構，提供毒癮者可近性治療、職業訓練、就業媒合等服務。
- (五) 綜合規劃組：視毒品防制專案任務之需要，指定權責機關辦理。至於各地方政府所成立之毒品危害防制中心，其主要任務包括：1. 成立專責業務

科(股)，穩健推動在地毒品防制業務。2. 中央及地方政府應共同編列補助預算及人力，並強化督考機制。3. 深化發展在地化毒品防制對策，並滾動式檢討修正。4. 強化社會復健服務，協助毒癮者順利復歸社會。5、強化個案管理人員專業知能，加強辦理相關教育訓練。有關我國公部門反毒架構圖如圖 4-9-1 所示。

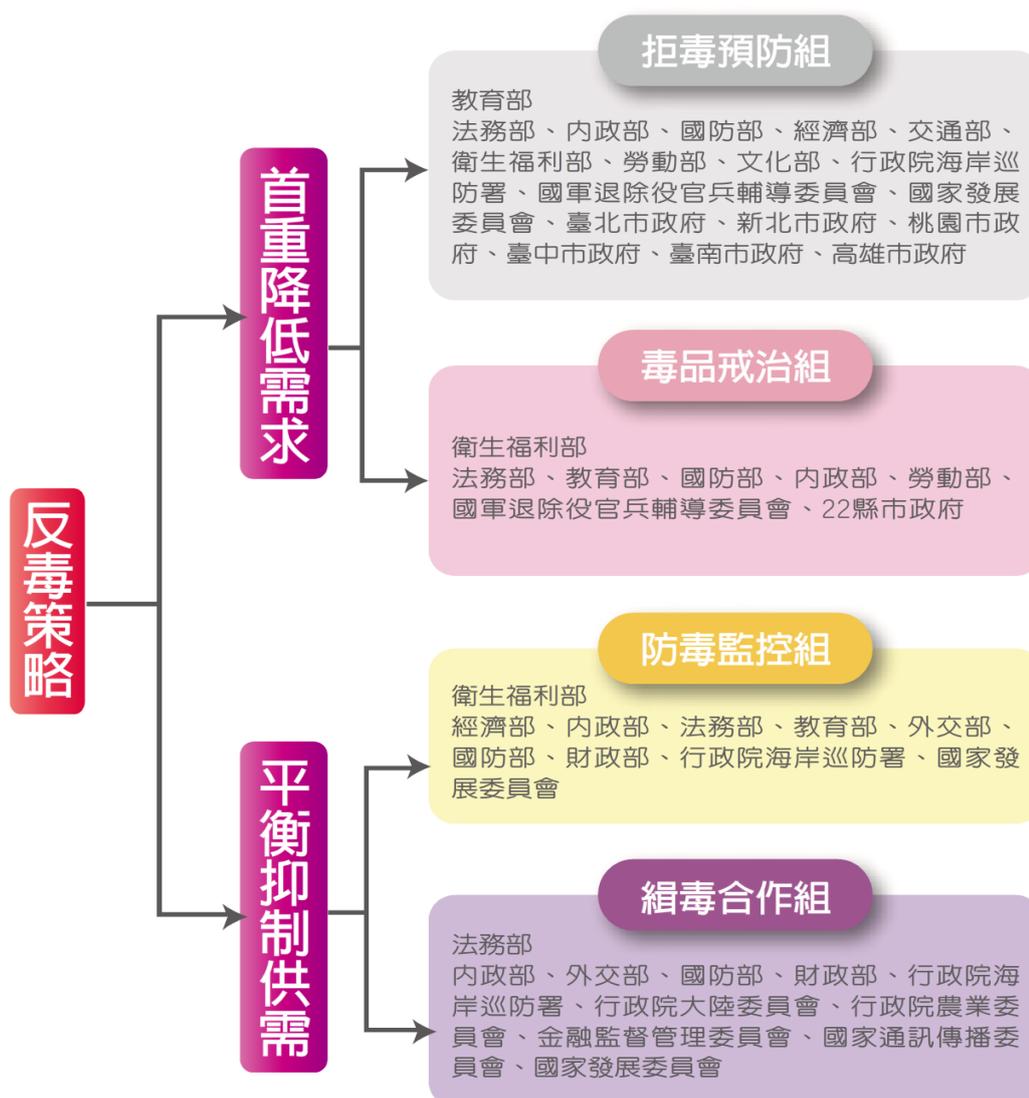


圖 4-9-1 我國公部門反毒架構圖

資料來源：法務部 (2018)

三、公私協力參與反毒相關組織的盤點

建構全面毒品防制網絡，需要各相關機關的協力合作，協力組織或民間組織

的力量更是不可忽略的一環，因為民間組織更接近社會的每一個角落，政府組織的人力與資源也有其侷限性，所以建構民間協力組織乃成為毒品防制工作中非常重要的一個環節。我國目前關於反毒、戒毒之相關民間機關單位與非營利組織，包含醫療組織、福音戒毒，以及部分私部門、非營利組織甚至有就業服務，以及雇用毒癮者等。

關於公私協力參與反毒相關組織的盤點，茲參據臺灣各縣市防毒中心公私協力合作對象、衛生福利部 108—110 年度衛生福利部指定藥癮戒治機構（衛生福利部指定藥癮戒治機構請詳參附錄六）等相關資料，依非營利組織、公私立醫療處遇機構及民間協助毒癮者資源等 3 個類型建構，分別論述如下：

（一）非營利組織

1、參與公私協力反毒非營利組織之地理位置分布

（1）北部地區

包括：社團法人中華趕路的雁全人關懷協會、社團法人臺灣露德協會、財團法人利伯他茲教育基金會、財團法人基督教更生團契、中華民國紅心字會（總會）、社團法人臺灣關愛之家協會、財團法人基督教晨曦會（行政中心）、向上學苑、社團法人臺灣鳳凰婦女關懷協會、社團法人中華民國恩福會。

（2）中部地區

社團法人臺灣露德協會、財團法人基督教臺中更生團契、社團法人臺中市新生命戒癮成長協會。

（3）南部地區

蛻變驛園、社團法人基督教臺灣恩典關懷協會附屬臺南恩典之家、社團法人中華民國牧愛生命協會、財團法人高雄市私立慈暉關懷學園、財團法人高雄市毒品防制事務基金會、財團法人屏東縣私立基督教沐恩之家、向日葵展夢家園、社團法人基督教愛鄰舍全人關懷協會、社團法人屏東縣社會工作者協會、社團法人臺灣世界快樂聯盟。

(4) 東部地區

財團法人臺灣基督教主愛之家輔導中心、社團法人蘆葦營身心靈恢復協會、社團法人臺灣露德協會台東辦公室、社團法人臺灣安心家庭關懷協會、中華毒害覺醒菩提大協會（鹿鳴精舍）。

2、主要參與反毒預防之非營利組織

茲就前述主要參與反毒之非營利組織，擇要說明如下

(1) 中國信託反毒教育基金會

中國信託長期投入社會公益領域，在服務弱勢兒童及家庭等公益活動中，發現毒品濫用的嚴重性，並與許多現有社會治安問題互為因果，因此決定致力投入反毒教育的推動，除整合集團資源投入人力與物力外，更希望透過企業號召與推動，讓毒品危害問題能夠被正視並進而獲得解決，實現臺灣成為無毒家園的願景。緣此，2015年8月中國信託集團正式成立「中國信託反毒教育基金會」，並與法務部調查局、美國司法部緝毒署 DEA 教育基金會（Drug Enforcement Administration Educational Foundation）攜手合作，結合公部門與美國在反毒工作上的經驗與資源，致力成為政府及民間的重要反毒教育平台，宣導反毒理念（中國信託反毒教育基金會，2015）。

(2) 趕路的雁全人關懷協會

趕路的雁全人關懷協會（Flying Life Association of Christ）的使命是透過耶穌基督的恩典福音和其他已具實證經驗之科學立論，幫助受物質濫用問題影響的人更新思維而改變行為，並邀請受助者參與各種形式之反毒行列，以實現終身脫癮的目標。其願景工程主要有三：包括喚醒全民反毒意識、推動反毒教育課綱、建立社會反毒文化（趕路的雁全人關懷協會，2018）。

(3) 財團法人利伯他茲教育基金會

以協助改善教育環境、導正社會風氣、促進全人教育發展之研究、配合政府興辦社會教育活動為宗旨。該基金會成立更生人中途之家等相關中介安置教育機

構，以教育和輔導更生人做為重回社會之準備。財團法人利伯他茲教育基金會相關資源主要為非營利組織長期投入反毒事項。

(4) 中華民國更生少年關懷協會

1991 年起，一群關心青少年問題的基督徒，開始積極地關懷遊走在法律邊緣或是已觸法的青少年，陪伴著這群大孩子走過一段狂飆的歲月。青少年的犯罪預防與矯治是長期的工程，青少年的可塑性來自於人格的持續發展，過去經驗對現在行為的影響，使得他們要耗費更多的心力來走出自己的天空；但是如果現今青少年的問題沒有被解決，必定繼續影響他們的行為表現與社會適應能力。因此，該協會運用社會工作與心理諮商的專業方法，結合福音，透過關係的建立、生命的影響，幫助青少年重新學習人際互動中的信任，及其對自我生命的主控。我們相信若是可以幫助這些少年有更多正向的親身經驗，他們必然能夠更健康地成長。近年更將業務擴及反毒教育宣導，例如：2017「拒絕菸毒酒，健康久久久」街頭宣導大使活動、「拒絕菸毒酒，健康久久久」夏令營等（李承穎，2017）。

(5) 財團法人臺灣基督教花蓮主愛之家

民國 73 年，由鮑得勝牧師、張麗英師母，於臺北新店設立「主愛之家」，結合宗教佈道力量，為吸毒者提供戒癮服務。之後結合傳教、佈道之心靈改革，以及專業社工、心理諮商等服務，協助毒癮者戒除毒癮。主愛之家宣揚基督博愛、感召世人，啟發人之靈性，讓毒癮者發現生命之意義，重新省視自我內在，從「心」改造，遠離毒品，以重獲新生重回社會。財團法人臺灣基督教花蓮主愛之家相關資源主要為基督教支援戒毒模式，我們希望有能力持續設計藥酒癮戒治相關輔導課程，協助尋戒者在踏出回歸社會的過程。

(6) 財團法人基督教晨曦會

晨曦會目前共有 13 個據點：新北市永和行政中心、高雄辦事處、苗栗戒毒輔導一村、苗栗戒毒輔導二村、台東戒毒輔導村、愛輔村、臺南更生晨曦輔導所、高雄旗山嶺口戒毒輔導村、屏東更生晨曦輔導所、姊妹之家、男／女中途之家、晨曦門徒訓練中心，以及晨曦職場門徒訓練中心等。相對於其他戒毒中心，晨曦

會主要以福音戒毒為主，讓毒癮者遠離毒品，以福音治療模式深具意義且富有效果。財團法人基督教晨曦會相關資源主要為基督教支援戒毒模式，用愛與真誠實踐使命。

(7) 財團法人屏東縣私立基督教沐恩之家

沐恩之家成立主旨以羅馬書 1：16 之「福音本是神的大能，要救一切相信的」，沐恩之家本著此一應許，透過福音戒毒全人治療模式，協助藥物濫用者認識耶穌基督信仰，成為新造的人。相關資源主要為基督教支援戒毒模式，目前共有幾處據點，包含酒癮戒治、青少年關懷等。A、伯特利家園（屏東）。B、多加家園（屏東女性戒治）。C、行政中心（高雄）。D、旗輔所（高雄）。E、亞當學園（高雄）。F、安琪兒家園（高雄）。G、陽光家園（高雄）。H、和平家園（高雄）等等。

(8) 財團法人臺灣更生保護會

財團法人臺灣更生保護會，辦理更生保護事業，受法務部之指揮監督。會址設於臺北市，全省各地設 20 個更生保護會分會，結合宗教團體辦理戒毒安置輔導業務，相關資源主要來自法務部及地方檢察署補助款、會產出租收益等。

(9) 社團法人中華民國解癮戒毒協會

社團法人中華民國解癮戒毒協會，係於 2014 年由北檢榮譽觀護人華琳發起，結合律師、老師、心理師與等多位社會熱心人士成立，籌備之初即承辦臺灣臺北地方檢察署轉介之個案輔導，提供多元戒癮課程。協會目前提供非監禁式之社區型戒癮處遇，免費提供自願報名戒毒者、雙北毒防中心、臺北市立聯合醫院松德院區或地檢署轉介之施用毒品者，相關解癮戒毒課程與輔導諮商，目標於幫助有心戒毒者邁向健康自主的人生。與政府合作方向多元，包括：配合司法機關辦理戒毒業務。配合政府機構辦理反毒宣導。配合監所辦理戒毒矯正業務。配合公衛體系辦理追蹤輔導。配合勞動機構輔導更生就業。

(10) 宜蘭縣渡安居女性關懷協會

宜蘭縣渡安居女性關懷協會係由蘭陽地區一群愛心人士為協助社會邊緣人，於 2012 年 12 月 12 日成立，其目的主要係為協助違反毒品危害防制條例施用毒品之女性更生人或經收容之女性，使其暫時獲得安置及戒除心癮，並施予適當之照顧及心理輔導，以獲得身心、人格之健全發展，復歸家庭社會生活，維護社會安全。短期目標係輔導收容人就業及適應正常生活作息，建立自信與自我認同感，以提升戒癮動機，防止問題行為不斷循環。中長期目標則是以戒癮成功並能獨立自主的工作和穩定生活，發揮個人應有之功能，進而能回饋社會。

(11) 那可拿新生活教育中心

在那可拿新生活教育中心，專注致力於一件事：幫助戒毒者永久克服毒癮。該中心全程住宿，且不使用任何藥物的毒品復健教育中心，此中心之設置是為了想要遠離毒品之毒癮者而存在。相關資源主要為毒品復健教育，幫助戒毒者以自然的方式脫離成癮並重建戒毒者的生活。

(12) 社團法人臺灣露德協會

社團法人臺灣露德協會雖以愛滋防制為主要公益使命，但近年來亦投入毒癮戒治者的協助，並成立耀家/毒癮專案，於 2013 年起，在中部地區陪伴毒癮家庭。

(13) 社團法人臺灣鳳凰婦女關懷協會

社團法人臺灣鳳凰婦女關懷協會成立目的在於協助弱勢及特殊境遇婦女(包括：藥酒毒癮婦女)，予以人道關懷及援助，並提供庇護安置；同時提供職業技能教育訓練，協助就業及各項婦女相關福利服務，掃除心霾，復歸社會。扶助其身、心、靈與家庭重建，如『鳳凰』之浴火重生。

(14) 財團法人基督教臺中更生團契

財團法人基督教臺中更生團契提供位在臺中市的 5 個監所：臺中監獄、臺中女子監獄、臺中看守所、臺中戒治所、臺中少年觀護所，收容超過 6,000 名受刑人，結合愛心與相同意念之基督徒志工，以實際行動與作為，定期入監傳揚福音及輔導教化。並針對受刑人 18 歲以下子女之關懷輔導，此外設立女性中途之家，

提供出獄之女性更生人及有意願戒除藥酒癮婦女之安置與輔導。復針對通報的施用毒品兒童及少年、父母、監護人或主要照顧者進行訪視調查，瞭解家庭狀況、兒少施用毒品情形、父母或照顧者管教情形，辦理親職教育輔導服務，加強其家庭支持與功能。

(15) 中華民國紅心字會

中華民國紅心字會（以下簡稱紅心）創立於民國 24 年，初期從事施藥、施棺、放賑的工作。嗣於 1988 年 9 月，在臺灣再度復會，並正式申請立案。紅心自 1988 年正式成立以來，即本著「罪不及妻孥」的理念，從事「受刑人家屬服務」。近兩年則推展至有關長照業務及受刑人家屬關懷據點的設立，以及戒癮復歸等相關服務。

(16) 社團法人臺灣世界快樂聯盟

社團法人臺灣世界快樂聯盟（簡稱快樂聯盟）成立於 2007 年 8 月 25 日，為全國性社團法人全結合學界、醫護、衛政、社政、志工、愛滋相關工作人員、愛滋感染者、以及社會大眾，共同促進與維護臺灣世界愛滋成人、幼兒及大眾的健康。其工作項目包括：職業媒合、家庭關懷、衛教諮詢、福利諮詢、毒癮防制、安置服務、法律諮詢、愛滋篩檢針具交換點、向日葵健康中心-同志服務平台、安置中心-向日葵家園，以及弱勢家庭關懷暨兒童課後輔導。

(17) 葛瑞絲香草田：戒毒工作

臺灣唯一專門雇用戒毒者的庇護農場，創辦人為劉志宏。他從事戒毒工作 12 年之久，前後投入成本已有上千萬之多，他靠教會的協助、家人的支持、甚至把房子拿去貸款，艱辛地走到今日。每年 4 月盛開的薰衣草花，像是在讚頌他多年的經營歷程。該庇護農場為臺灣少數專責戒毒，以及雇用毒癮者之農場。目前，葛瑞絲香草田相關資源主要為戒毒工作，重返社會，非常重視戒毒這一區塊。

(18) 山茶花志工隊

新竹縣山茶花志工隊由新竹縣政府、衛生局，以及毒品危害防制中心推動成

立，主要的功能在於，從陪伴毒癮者、關懷用藥個案，到毒癮者志工深入社區、學校與機構宣導反毒的重要性。此一志工隊更於 105 年度榮獲全國衛生福利部志願服務績優志工團隊獎（張筵儀、殷東成，2016）。相關資源主要為新竹縣政府、衛生局，以及毒品危害防制中心共同支持，由一群對於社會之毒品毒癮者有所關懷之人士所組成。

（19）財團法人高雄市毒品防制事務基金會

臺灣第 1 個整合公、私部門資源的反毒基金會 — 「財團法人高雄市毒品防制事務基金會」在 2017 年正式成立，係以公益為目的，輔導施用毒品者、管理個案及建構家庭支持網絡，同時進行反毒宣導及輔導活動，並成立毒癮者中途之家（金名，2017）。主要辦理事務包括：（1）有關施用毒品者輔導處遇、個案管理及建構家庭支持網絡等社會福利相關事務。（2）反毒宣導及輔導等相關活動。（3）自行或接受政府機關委託辦理毒品防制業務及毒癮者中途之家等相關事務。（4）其他符合基金會設立宗旨之相關事務。

（二）公、私立醫療處遇機構

臺灣毒癮戒治機構，遍佈全台。依據衛生福利部 105—107 年度，指定毒癮戒治機構（共 162 家，包含 22 家毒癮戒治核心醫院，106 家毒癮戒治醫院，34 家毒癮戒治診所）。醫療組織之相關資源主要為門診、替代療法等戒治方式，由醫生或者毒癮者群體治療模式之陪伴的醫療戒治模式。但主要仍以公立醫療院所為主，私立醫療處遇機構仍屬少數。茲就參與反毒藥癮戒治之公、私立醫療機構之盤點情形與其地理分布，說明如下：

1、公立醫療院所

公立醫療院所依地理位置區分為北、中、南、東等 4 個地區之盤點情形如下：

（1）北部地區

臺北市立聯合醫院 KPCC 昆明防制中心、臺北市立聯合醫院、三軍總醫院附設民眾診療服務處、三軍總醫院北投分院附設民眾診療服務處、臺北榮民總醫

院、臺北市立萬芳醫院-委託財團法人臺北醫學大學辦理、國立臺灣大學醫學院附設醫院、臺北市立關渡醫院、衛生福利部樂生療養院、衛生福利部臺北醫院、新北市立聯合醫院、衛生福利部八里療養院、衛生福利部雙和醫院（委託臺北醫學大學興建經營）、佛教慈濟醫療財團法人臺北慈濟醫院、醫療財團法人徐元智先生醫藥基金會亞東紀念醫院、國泰醫療財團法人汐止國泰綜合醫院、安興精神科診所、天主教耕莘醫療財團法人耕莘醫院、衛生福利部基隆醫院、衛生福利部金門醫院、連江縣立醫院、國立陽明大學附設醫院、臺北榮民總醫院員山分院、臺北榮民總醫院蘇澳分院、國立臺灣大學醫學院附設醫院竹東分院、臺北榮民總醫院新竹分院、國立臺灣大學醫學院附設醫院新竹分院、國軍新竹地區醫院附設民眾診療服務處、衛生福利部苗栗醫院。

(2) 中部地區

臺中榮民總醫院、中山醫學大學附設醫院中興分院、中山醫學大學附設醫院、衛生福利部臺中醫院、衛生福利部豐原醫院、國軍臺中總醫院附設民眾診療服務處、臺中榮民總醫院埔里分院、衛生福利部南投醫院、衛生福利部草屯療養院、衛生福利部彰化醫院。

(3) 南部地區

國立臺灣大學醫學院附設醫院雲林分院、國立成功大學醫學院附設醫院斗六分院、臺中榮民總醫院灣橋分院、衛生福利部朴子醫院、衛生福利部嘉義醫院、臺中榮民總醫院嘉義分院、衛生福利部嘉南療養院、國立成功大學醫學院附設醫院、高雄榮民總醫院臺南分院、衛生福利部臺南醫院、衛生福利部新營醫院、臺南市立醫院（委託秀傳醫療社團法人經營）、臺南市立安南醫院-委託中國醫藥大學興建經營、高雄市立凱旋醫院、國軍高雄總醫院附設民眾診療服務處、高雄榮民總醫院、衛生福利部旗山醫院、國軍高雄總醫院左營分院、高雄市立小港醫院（委託財團法人私立高雄醫學大學經營）、高雄市立聯合醫院、高雄市立大同醫院（委託財團法人私立高雄醫學大學經營）、衛生福利部屏東醫院、國軍高雄總醫院附設屏東民眾診療服務處、高雄榮民總醫院屏東分院、衛生福利部澎湖醫院。

(4) 東部地區

衛生福利部台東醫院、臺北榮民總醫院台東分院。

2、私立醫療院所

參與反毒藥癮戒治之私立醫療院所依地理位置分布，則主要分布於北、中、南等3個地區，盤點情形說明如下：

(1) 北部地區

新光醫療財團法人新光吳火獅紀念醫院、基督復臨安息日會醫療財團法人臺安醫院、國泰醫療財團法人國泰綜合醫院、長庚醫療財團法人臺北長庚紀念醫院、中心診所醫療財團法人中心綜合醫院、臺灣基督長老教會馬偕醫療財團法人淡水馬偕紀念醫院、北新醫院、行天宮醫療志業醫療財團法人恩主公醫院、長庚醫療財團法人基隆長庚紀念醫院、維德醫療社團法人基隆維德醫院、南光神經精神科醫院、海天醫療社團法人海天醫院、天主教靈醫會醫療財團法人羅東聖母醫院、醫療財團法人羅許基金會羅東博愛醫院、宜蘭普門醫療財團法人員山馬偕醫院、渡安居中途之家、衛生福利部桃園療養院、臺北榮民總醫院桃園分院、國軍桃園總醫院附設民眾診療服務處、長庚醫療財團法人桃園長庚紀念醫院、長庚醫療財團法人林口長庚紀念醫院、楊延壽診所、敏盛綜合醫院、居善醫院、周孫元診所、新楊梅診所、天主教仁慈醫療財團法人仁慈醫院、陽光精神科診所、林正修診所、大千醫療社團法人南勢醫院、為恭醫療財團法人為恭紀念醫院、李綜合醫療社團法人苑裡李綜合醫院。

(2) 中部地區

中國醫藥大學附設醫院、財團法人臺灣省私立臺中仁愛之家附設靜和醫院、維新醫療社團法人臺中維新醫院、宏恩醫院龍安分院、佛教慈濟醫療財團法人臺中慈濟醫院、光田醫療社團法人光田綜合醫院（大甲院區）、童綜合醫療社團法人童綜合醫院（沙鹿院區）、陽光精神科醫院、清濱醫院、賢德醫院、清海醫院、澄清綜合醫院中港分院、林新醫療社團法人林新醫院、仁愛醫療財團法人大里仁愛醫院、詹東霖心身診所、康誠診所、埔基醫療財團法人埔里基督教醫院、茄苳

山莊、彰化基督教醫療財團法人彰化基督教醫院、彰化基督教醫療財團法人鹿港基督教醫院（長青院區）、秀傳醫療社團法人秀傳紀念醫院、秀傳醫療財團法人彰濱秀傳紀念醫院、明德醫院、修慧診所、彰化基督教醫療財團法人二林基督教醫院。

(3) 南部地區

信安醫療社團法人信安醫院、財團法人天主教若瑟醫院、中國醫藥大學北港附設醫院、廖寶全診所、何正岳診所、佛教慈濟醫療財團法人大林慈濟醫院、天主教中華聖母修女會醫療財團法人天主教聖馬定醫院、戴德森醫療財團法人嘉義基督教醫院、郭綜合醫院、奇美醫療財團法人柳營奇美醫院、奇美醫療財團法人奇美醫院、財團法人臺灣省私立臺南仁愛之家附設精神療養院、仁享診所、心樂活診所、財團法人私立高雄醫學大學附設中和紀念醫院、財團法人臺灣省私立高雄仁愛之家附設慈惠醫院、義大醫療財團法人義大醫院、長庚醫療財團法人高雄長庚紀念醫院、維心診所、阮綜合醫療社團法人阮綜合醫院、靜和醫院、樂安醫院、陽光診所、靜安診所、安泰醫療社團法人安泰醫院、屏安醫療社團法人屏安醫院、瑞興診所、泰祥診所、興安診所、寬心診所、佑青醫療財團法人佑青醫院、迦樂醫療社團法人迦樂醫院。

(三) 私部門協助毒癮者資源

在私部門部分，相關知名且進入獄所進行反毒宣導，以及提供就業需求為福將人力工程行，以及部分個人工作室。

1、福將人力工程行

福將人力工程行目前負責人為廖國泰，本身也曾經因為吸毒而入獄服刑，此工程行員工多半為更生人。因為廖國泰曾經為毒癮者，為鼓勵毒癮更生人自立自強，給予就業環境，經常深入監獄宣導，主要是讓更生人有工作融入社會（張筵儀、殷東成，2016）。該工程行業務橫跨房屋修繕、防水抓漏、油漆粉刷、拆除清運、泥作磁磚、搬家業務、貨物運送、裝潢設計、鐵屋搭建、土木工程、鋼構工程、水電工程、人力派遣等等。福將工程行相關資源主要為讓更生人重返社會，

讓更生人有一技之長，有工作進而遠離毒品。

2、大哥手作蛋捲工作室

「大哥手作蛋捲工作室」負責人劉祐誠，曾經為毒癮者，國中就輟學混幫派、近5分之1人生都在監獄度過。劉祐誠現在受邀至各縣市演講，進行反毒宣導(王駿杰，2017)。相關資源主要為宣傳反毒，販賣蛋捲，並成功研發多種口味手工餅乾及冰淇淋蛋捲，受到消費者喜愛。

綜合言之，私部門是以就業為主的重返社會模式。相關非營利組織，尤其是福音組織，是以宗教戒毒模式從「心」改造，改變心癮狀態。志工隊的組織方式，是全國比較少見的，主要是以「關懷」毒癮者為主體，建立朋友關係，循循善誘的模式。而醫院醫療組織模式，則是借重醫學相關知識讓毒癮者身癮不再依賴毒品，改變身癮依賴。部分福音戒治模式甚至有強調就業，以及重返社會之功能。故對於毒癮者而言，戒除毒品對其心癮、身癮，甚至往後就業之需求，復歸社會。因此，任何環節都是相當重要的。

第十節 小結

本研究蒐集、分析美國、德國、加拿大、香港、澳門、日本與新加坡等國家地區在反毒預防的運作，在組織結構、工作內容與服務輸送模式等三大面向具有以下特色（如表 4-10-1 所示）：

一、中央政府皆有專責機構，並且在整個運作過程扮演重要的角色

為了有效進行反毒預防工作，國外各地區政府在組織設計上雖然有所差異，但是在中央政府內，都設置有專責的反毒專責機構，以決定反毒政策方向和實際執行上的預算、人力資源的安排，更重要的是，也成為與民間團體主要的溝通聯繫窗口。

二、反毒預防工作涉及的利害關係人眾多，民間團體參與的程度不一

國外各地區政府在反毒預防上的工作，大多數都將重點置於青少年、校園與家庭等對象或場域上，在實際上推動上，所涉及的多數都包含政府單位、社福、

警政機關等，但是在美國、香港、澳門等國家中，則是有重點的民間團體參與其中，有些甚至扮演重點的角色。

三、國外各地區反毒預防工作內容都具有特色

基本上反毒預防的對象多半集中在校園、社區，部分國家會強調家庭場域，大多數的活動都會包含常見的教育宣導、反毒知識、生活技能的傳授，以及毒品展示與解說等，但是在特定國家內則是會安排有抽驗（美國），以及民間團體自發性的特殊活動（香港、澳門）。

四、國外各地區具有不同型態的主要反毒執行模式

國外各地區有關主要反毒執行模式，可歸納為下列模式：（一）以重點計畫進行模式：例如德國、加拿大；（二）以整體社區為主體模式：由中央政府補助推動，例如美國；（三）設置專案基金模式：在正常計畫和預算之外，另外設置專案基金，例如香港，藉以集中資源進行重點政策的推動；（四）傳統反毒模式：政府機關以政策與行政命令方式為之，透過足夠預算編列與人員配置，以落實反毒政策與工作，例如國外各地區政府反毒機關。至於我國過去係以行政院毒品防制會報為核心，自 2019 年起則設有專案基金。

表 4-10-1 國內外各地區政府在毒品防制之組織架構、工作內容與運作模式

國家	組織結構	工作內容	服務輸送模式
美國	聯邦政府： A 國家藥物管制政策辦公室 (The Office of National Drug Control Policy, ONDCP) B 防制毒癮和鴉片類藥物危機委員會 (the President's Commission on Combating Drug Addiction and the Opioid Crisis) 司法單位：聯邦與地方政府警政機關 衛生單位：戒毒機構 教育單位：小學、中學、大學、教師 社區聯盟：接受政府計畫補助社區	校園： 1.校園教育宣導： A 藥品安全知識 B 防止學生濫用或沾染毒品 2.校園心理輔導：對學生提供心理諮詢和幫助 3.活動： A 「拒絕毒品」週 B 「學生隨機毒品檢測」計畫 家庭與社區： 1.無毒社區：動員社區防止青少年濫用藥物 2.社區反毒聯盟：提供技術援助、公共政策教育及倡導、媒體策略、會議及特殊活動	政府撥款計畫： 1. 無毒社區 (Drug-Free Communities, DFC) 計畫 2. 社區聯盟增強撥款應對當地毒品危機 (CARA) 計畫 全美社區反毒聯盟 (Community Anti-Drug Coalitions of America, CADCA)

國家	組織結構	工作內容	服務輸送模式
德國	<p>聯邦政府：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 聯邦政府麻醉藥品專員辦公室 (The Office of the Federal Government Commissioner on Narcotic Drugs) 2. 國家藥物和成癮委員會 (The National Board on Drugs and Addiction) 3. 聯邦衛生和教育中心 (the Federal Centre for Health and Education) 4. 社會保險機構 <p>地方政府：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 實際執行 2. 預算編籌 3. 跨部門工作會議 <p>教育單位：小學、中學、大學 社區與家庭</p>	<p>針對標的選擇預防策略：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 環境和一般策略主要針對大多數民眾 2. 選擇性預防主要是針對可能高風險的弱勢群體 <p>校園宣導與活動：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 提供知識與資訊 2. 提高生活技能 <p>家庭：提高反毒技能，發揮家庭保護作用，增強基本生活能力</p>	<p>特定的預防計劃：</p> <p>例如危險藥物戶外衍生治療計畫 (Family Outreach Therapy for Risky Drug Using Adolescents and their Families)</p>
加拿大	<p>聯邦政府：加拿大藥物使用和成癮中心 (The Canadian Centre on Substance Use and Addiction, CCSA)</p> <p>社區、校園與家庭</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 建立全國預防標準：建立加拿大青少年藥物濫用預防標準 2. 呈現藥物資訊：藥物使用與精神健康，藥物使用和飲食失調之間的聯繫 3. 成立加拿大預防中心 (Prevention Hub Canada)：線上會議交流平台 4. 制訂社區、校園等兩種藥物濫用預防標準 5. 強化家庭預防技能 	<p>聯邦政府推動政策與計畫</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 加拿大青年的毒品預防策略 2. 青年毒品預防資源和措施 3. 與聯合國毒品和犯罪問題辦公室合作
香港	<p>特別行政區政府：</p> <p>保安局轄下的禁毒處</p> <p>非政府組織：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 社區藥物教育輔導會 2. 基督教巴拿巴愛心服務團 3. 香港大學專業進修學院 4. 啟勵扶青會 5. 生活教育活動計劃 6. 香港路德會社會服務處 7. 香港善導會 <p>社區、校園與家庭</p>	<p>政府禁毒宣傳：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 禁毒教育活動 2. 香港賽馬會藥物資訊天地 <p>國際禁毒日：</p> <p>配合聯合國進行大型反毒活動</p> <p>非政府組織</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 教育與培訓課程 2. 吸毒及酗酒問題青少年的自助小組 3. 青少年論壇 4. 提供戒毒治療及康復計劃 5. 主題式日營 	<p>禁毒基金的設置</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 一般撥款計劃 2. 藥物倚賴者治療康復中心特別撥款計劃 3. 含測檢元素的健康校園計劃 4. 提升社區禁毒意識計劃 5. 「參與體育、拒絕毒品」計劃
澳門	<p>特別行政區：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 禁毒委員會 2. 社會工作局防制賭毒成癮廳 	<p>政府宣導活動</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 健康生活教育園地 2. 中學藥物教育課程 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 政府行政法規 2. 技術與資源支援 3. 自願性服務

國家	組織結構	工作內容	服務輸送模式
	<p>民間團體：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 澳門戒毒康復協會 2. 澳門基督教青年會 <p>社區、校園與家庭</p>	<ol style="list-style-type: none"> 3. 家長禁毒教育工作 4. 健康生活教育課程 5. 國際禁毒日系列活動 6. 禁毒義工團 7. 推動民間參與 8. 宣傳 <p>民間活動：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 康復治療，並結合緩減傷害及精神康健措施 2. 重建與家庭的關係及重新融入社會 3. 預防物質及酒精濫用和其青少年會遇到的問題，並向家長提供支援及輔導服務 	
日本	<ol style="list-style-type: none"> 1. 日本警察廳藥物對策課 (Drug Control Division, National Police Agency, NPA) 2. 防制毒品濫用策進會議(藥物亂用對策推進黨會議) 3. 藥物濫用預防中心 4. 麻醉品監控局 5. 各都府縣警察本部均設課執行緝毒工作 <p>社區、校園與家庭</p>	<p>1998年(平成10年)5月起，開始制定第一次毒品濫用防制5年戰略，2013年(平成25年)8月為最新的防制新五年戰略，截至目前為止共計有四次五年防制戰略。</p>	<p>三階段的防護模式：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 第一階段主要為非濫用者，此狀態主要為教育宣導 2. 第二階段主要是因應單純濫用者至輕度成癮之階段，此部分主要由諮商、推廣為手段 3. 第三階段則是重度成癮者，此時側重治療與修復
新加坡	<ol style="list-style-type: none"> 1. 1971年成立中央禁毒局 2. 改善新加坡毒品情況委員會 3. 各個警局設立肅毒單位 4. 由十個公部門所組成的合作聯盟 <p>社會、學校、家庭</p>	<p>全面綜合辦法處理毒品問題。四項主要策略分別是：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 預防性藥物教育 2. 嚴格執法 3. 治療和康復成癮者 4. 成癮者和持續康復者，讓他們重新融入社會 <p>多方聯動開展預防教育：圍繞社會、學校、家庭這三個主體展開</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 禁毒局主導，十個政府機關合作聯盟協力 2. 與私人企業、教育機構和社區夥伴組成齊心反毒聯盟 3. 社區反毒意識的養成 <ul style="list-style-type: none"> A 吸毒者關懷 B 協助就業、企業減稅 C 高素質的國民
我國 ⁶⁷	<p>中央政府：</p> <p>行政院毒品防制會報 反毒策略各分組主管權責機關及相關機關</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 「防毒監控」工作分組：衛生福利部。(相關部會包括：經濟部、內政部、法務部、教育部、外交部、國 	<p>校園宣導：</p> <p>教育部督導毒品危害宣傳，學生事務及特殊教育司下，設置防制學生藥物濫用資訊網 各地方毒品危害防制中心：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 認識毒品的危害 	<p>專案基金模式 設置毒品防制基金</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 毒品檢驗、戒癮治療、心理輔導、安置、就醫、就學、教育宣導等項 2. 未來運作將優先以協助施用者成癮治療、復

⁶⁷ 我國部分主要是參考反毒大本營 (<https://antidrug.moj.gov.tw/mp-2.html>)，以及教育部學生事務及特殊教育司所設置防制學生藥物濫用資訊網 (<http://enc.moe.edu.tw/>)，所呈現的相關內容，檢閱日期：2018/10/23

國家	組織結構	工作內容	服務輸送模式
	<p>防部、財政部、海巡署、國發會)</p> <p>2. 「拒毒預防」工作分組：教育部。(相關部會包括：法務部、內政部、國防部、經濟部、交通部、衛福部、勞動部、文化部、海巡署、退輔會、國發會、臺北市政府、新北市政府、桃園市政府、臺中市政府、臺南市政府、高雄市政府)</p> <p>3. 「緝毒合作」工作分組：法務部。(相關部會包括：內政部、外交部、國防部、財政部、海巡署、陸委會、農委會、金管會、通傳會、國發會)</p> <p>4. 「毒品戒治」工作分組：衛生福利部。(相關部會包括：法務部、教育部、國防部、內政部、勞動部、退輔會、22 縣市政府)</p> <p>5. 「綜合規劃」工作分組：視毒品防制專案任務之需要，由召集人指定權責機關。</p> <p>地方政府：</p> <p>1.各地毒品危害防制中心</p> <p>2.預防宣導組：教育單位主辦反毒教育機構</p> <p>1.中國信託反毒教育基金會</p> <p>2.趕路的雁全人關懷協會</p> <p>3.法務部調查局-反毒陳展館</p> <p>4.國立中正大學-防制藥物濫用教育中心</p> <p>5.財團法人利伯他茲教育基金會</p> <p>6.中華民國更生少年關懷協會</p> <p>7.衛福部食藥署-反毒教育資源中心</p> <p>各縣市校外會、學校春暉志工，以及民間團體</p>	<p>2. 電話諮詢</p> <p>3. 心理支持與協助</p> <p>4. 法律諮詢</p> <p>5. 轉介醫療院所或民間團體戒毒</p> <p>6. 協助就業、職業訓練</p> <p>7. 社會福利補助</p> <p>8. 提供愛滋病篩檢</p> <p>9. 參與毒品減害計畫</p> <p>10. 預防犯罪宣導</p> <p>11. 家庭支持功能重建服務等等</p> <p>政府與教育機關</p> <p>1. 毒品陳展</p> <p>2. 藥物濫用教育 (中正大學、食藥署)</p> <p>民間團體：</p> <p>1. 社區、教會、監獄、衛教講習與校園宣導</p> <p>2. 青少年毒品防制教育與諮商</p> <p>3. 少年犯罪預防與處遇</p>	<p>歸社會，以及解決少年毒品問題</p> <p>專案計畫與補助</p>

資料來源：本研究自行整理

第五章 我國公私部門協力反毒預防運作狀況分析

本單元主要目的在探討我國公私部門協力反毒預防運作狀況分析，本研究邀請毒品施用者及實務工作者，針對我國反毒民間組織及有關資源之實施狀況、未來平台建置及多元整合治療需求，進行深訪，檢視我國反毒民間組織及有關資源，探討非政府組織和公部門反毒預防的合作模式，茲就深度訪談、焦點座談與問卷調查之結果綜整，其分述如下：

第一節 現行公、私部門反毒預防組織及其角色功能分析

一、公部門反毒預防組織及其角色功能

我國公部門反毒預防組織呈現跨單位聯合辦理的模式，從中央政府機關的結構來說，依據 2015 年 9 月 21 日修正「行政院毒品防制會報設置要點」規定，拒毒預防組之主管機關為教育部，其他相關部會及地方政府包括：法務部、內政部、國防部、經濟部、交通部、衛福部、勞動部、文化部、海巡署、退輔會、國發會及 6 個直轄市。至於地方政府部分同樣呈現各單位於其主管權責下協力完成反毒預防工作，結合教育局、民政局、產發局、警察局、衛生局、社會局、勞工局、觀傳局、文化局、兵役局、毒品危害防制中心等。誠如與會者 A1F、E1F、E2F 及 F2F 等所言：

「以教育預防宣導來說 新竹縣有民間單位、協會或扶輪社，會串聯在一起，各單位輪流統籌辦活動，毒品防制教育宣導或親子活動，然後明年換單位統籌，然後其他單位協辦，然後輪流。(A1F)」

「以北市為例，公部門反毒預防組織包含教育局（高級中等學校以下師生及補習班業者）、民政局（各區公所、鄰（里）長、民俗節慶及宗教資源）、產發局（八大行業、網咖、電子遊樂場）、警察局、衛生局（民眾及特定場所業者及工作人員）、社會局（高風險與弱勢、結合民間團體）、勞工局（勞工、外勞、外師）、觀傳局（旅宿業者、導遊領隊、節日）、文化局（協助業務宣導）、兵役局（役男）、昆明防制中心（政策規劃、講習、列管個案、更生人）。(E1F)」

「現行我國警察機關在整體反毒策略角色上，以「緝毒」為本，……此外，警察機關就本市毒品危害防制中心任務分工之社會預防宣導，實務運作上，有各分駐（派出）所之警勤區查訪、鄰、里社區預防犯罪宣導、治安座談會，到配合教育局、衛生局至校園、醫院進行預防犯罪宣導，以及針對接獲報案或第一線發現個案（如高風險家庭、弱勢族群）時之轉介處理。（E2F）」

「我國目前反毒的運作上，有總統高度重視毒品氾濫及衍生犯罪之問題嚴重，行政院亦毒品防制會報及「安居專案」之實施，在中央係由法務部（高檢署）統合調查局、憲兵隊、警察機關、海巡機關、海關等執法機關，從海上、港口到陸地上層層大力緝毒，甚至定期發動聯合掃蕩之做法，以期發揮遏阻毒品犯罪，使毒品遠離社區之目的。同時，亦有衛生、教育與警政單位參與執行毒品戒治與拒毒宣導之活動。（F2F）」

目前我國公部門機構在反毒預防上各有其扮演的角色與主責機關：「毒品戒治」與「防毒監控」工作由衛生福利部主責，「拒毒預防」工作由教育部主責，「緝毒合作」工作由法務部主責，「綜合規劃」視毒品防制專案任務需要，由召集人指定權責機關。根據深度訪談資料結果，公部門功能包含處遇、戒治、監控、處罰、教育等，其中衛生福利部轄下公部門醫療院所提供相關戒治處遇，而衛福部食藥署針對源頭進行查驗與防毒監控；教育部則提供反毒宣導與校園防制工作，同時與醫療院所進行合作提供處遇，與警方合作拒毒通報網；法務部戒治單位提供具強制力的戒治或監控，同時與醫院單位合作提供戒毒處遇。最後，各縣市毒品危害防制單位，包括毒品危害防制中心、毒防辦公室、毒品防制局等，由各地依當前毒品政策加以規劃和推動，詳述如下：

（一）衛生福利部主導毒品防制政策、規劃與進行戒治工作

1. 衛福部主導毒品政策之執行與規劃

現行公部門反毒策略的理念主要由刑罰威嚇轉變為醫療導向，包括從重量刑之型態逐漸轉變為偏重醫療之型態，毒危中心本由地檢署主導轉變為由衛生局主導，及毒危中心之工作內容漸屬心理輔導或社會工作。

我們刑事政策從過去肅清煙毒條例、麻醉藥品管理條例那種從嚴，現在慢慢變成……我覺得我們法務部門有慢慢聽進毒品就是一個比較「偏病的型態」。所以憑良心來講，過去我們對這種個案就是「從重量刑」(AII-3-1)。

過去毒危中心是靠法務部的經費補助，它的性質很特殊，它不像個醫療，也不像個社會工作，但是近年來慢慢地它跟地檢署的關係越來越薄弱，而且我記得今年開始它已經歸到衛福部去，所以它跟我們的關係，過去可能還某種程度的尊重，現在關係就比較沒有那麼緊密了(AII-3-2)。

2. 衛生福利部的食藥署也增購儀器，針對毒品原料源頭進行查驗與與分析，以達到「防毒監控」的目標

去年行政院有推新世代反毒策略，就是從防毒，就是衛福部食藥署針對毒品原料的進口、針對新興毒品的查驗，買一些儀器如氣相質譜分析儀，可以對新的管制藥品或毒品有較多的分析，這是在防毒的(A3I-2-1)。

3. 衛福部所轄之各醫院(精神科)或療養院則是毒品戒治的主要實施機構，其主要責任為毒癮戒治工作，例如臺北市聯合醫院松德院區、新北市的幾個大醫院、草屯療養院、嘉南療養院、高雄凱旋醫院。

如果以戒癮這一塊，公部門大概就是以醫院體系為主啦，醫院體系就是大概以精神科醫院為主啦，就不管是精神科、療養院，或是醫學中心或綜合醫院都會有所謂的戒癮治療的服務(C2I-2-1-1)。

其實是分幾個大領域，現在醫療這一塊主軸可能還是在所謂的醫院，或者是這種精神科專科醫院，而且是畫分在這種醫療裡面以精神科為主。像今年其實衛福部在新北市有投入計畫，他其實還是以大醫院為主，他現在好像有要成立六個什麼毒癮戒治...。大部分都是公立醫院，或是所謂的私人醫學中心去甄選，其實就我現在了解到的，以北區去爭取都是公立醫院(CII-2-1)。

很多公部門的醫院也有在做毒品防制這個部分，那高雄當然就是凱旋醫院這邊啦，那其他縣市像臺北也有啊，臺北也是精神科專科的醫院在做

啦，聯合醫院的松德院區，其他像草屯啦，然後還有嘉南療養院啦，這些療養院系統大概都有毒品防制的部門 (B2I-2-1-4)。

4. 醫療單位與衛政機關公部門內彼此的協力合作：衛福部或地方毒防中心提供藥癮者的醫療費用補助給草療等機構，藉以提高藥癮者的戒治意願。

本機構（草屯療養院）與衛政單位合作的部門有衛生福利部及衛生局毒防中心，因毒癮者的醫療費用部分是自費，部分是政府計畫補助的，如中央機關衛福部、疾管署，或地方政府衛生局毒防中心，因此與醫療機構均有合作的補助計畫，醫療機構需提年度的計畫書及執行成果報告來進行核銷 (BII-2-7)。

(二) 教育部主責「拒毒預防」工作

1. 教育部作為前端反毒預防角色，建立反毒宣導講師群，重點在第一級預防之「反毒宣導」，針對老師及學生進行宣導，如舉辦反毒遊覽會、博覽會、園遊會、紫錐花運動、反毒講座等活動。遇有學生碰觸毒品之行為，也會立即展開第二級預防工作，針對該學生進行輔導與協助。

我們在講預防層次概念的時候，其實教育部體系底下也有一些方案在推行的，比如說像那個諮商中心或者是相關的一些單位，對於校園適應不良的小孩的輔助措施 (DII-2-1-3)。

從學生的部分可能就教育局那邊就有在著手 (B2I-2-1-1)。

如果學校預防的話，學校預防就是大家講紫錐花運動，我想也是這樣而已 (C2I-2-1-2)。

針對反毒宣導教育的部分，事實上我們每年、每個學期、每間學校，都會針對老師、行政人員來講這些反毒政策 (A3I-2-6)。我們有一個講師群，裡面有教官有老師有檢察官、藥劑師、醫師，這些人就是學校去跟他聯絡，然後去針對老師進行宣講，另外還有一個是針對學生來宣講 (A3I-2-7)。

其實扮演人師的角色，你要去觀察學生的生活，學生有什麼樣的需求... 生活上的問題處理完之後，在學業上才可以做後續的輔導 (A3I-2-12)。

2. 教育部在政策上也要求各級學校與警方合作，建立拒毒的「通報網絡」。

教育部大概是屬於拒毒的，所以我們教育部的政策，第一個就是綿密校園的通報網路，比如熱點的通報，包含協助把情資提供給警方 (A3I-2-1)。

3. 教育機構也與醫療機構合作，進行「醫起護少」合作計畫，提供青少年完全免費的醫療服務。

再來合作的公部門就是學校，也就是教育部。當學校發現毒癮的案例時，校方會通報給衛生局，並透過衛生局轉介到合作的醫療機構接受治療 (BII-2-11)。目前針對18歲以下的青少年我們有「醫起護少」的合作計畫，毒防中心對於青少年提供了完全免費的醫療服務，鼓勵有需求者免費接受治療 (BII-2-12)。

(三) 法務部主責「緝毒合作」工作，除了與內政部警政署一起努力於毒品查緝工作外，並對藥癮者進行緩起訴處分(附命戒癮治療)、戒治所毒癮者戒毒與戒癮後之監督工作

1. 法務部推動緩起訴處分政策，促使醫療單位與地檢署協力合作，對藥癮者進行強制戒癮治療，以減低徒刑監禁的可能。

本院(草療)第一個合作的單位是地方檢察署，過去施用一二級毒品者，多以入監服刑的方式懲處，施用一級毒品可處6個月以上5年以下的有期徒刑，二級毒品處以3年以下有期徒刑，但因效果不彰，也因監所空間不足，因此近幾年另推了緩起訴處分政策 (BII-2-2)。緩起訴處分就像留校查看一樣，暫時不用進去服刑，但這2年需定期或不定期的到法院找觀護人報到，同時需被強制到醫院接受1年的戒癮治療，開庭審理判決後，經地檢署轉介至鄰近合作的醫療機構就診，療程前面的2、3個月是觀察期，也是緩起訴處分審理的行政作業程序時間，接著是接受轉介醫院1年的強制治療 (BII-2-3)。另外，這期間的1年8個月都要

定期到地檢署觀護人那裡報到，所以我們跟法務部共同監管的部份就是那1年接受強制治療的期間，因此我們會收到緩起訴處分強制治療的個案，也需定期回報個案的治療狀況給觀護人（BII-2-4）。個案是由醫療單位與地檢署共同監督、管理，這提供他們除了徒刑之外的另一個醫療服務，期望大眾能將他們視為病犯來看，因為他們是犯人也是病人，而治療非法務部的專業，因此另邀醫療界來共同管理、合作（BII-2-6）。這些個案可能已經有觸法了，然後才會進入這個系統，假設他只是有用但是沒有被發現的話，就不一定會進到這個系統裡面來，因為沒有人會發現到他用這個東西啊（B2I-2-2-1）。醫療機構應該比較跟法律沒關係啦，但是我們也有接收到法院判來戒毒的，緩起訴的也有（B2I-2-2-2）。

2. 各勒戒所（戒治所）對藥癮者進行機構式的「毒品戒治」

勒戒處遇係對藥癮者進行一定期間的機構性戒治，引進醫師、心理師、社工師及志工團體進行治療輔導，但心理各方面的處遇可能比較薄弱，勒戒處遇之評估也較著重於前科紀錄，而非依據毒癮強度及其在所之表現來判別其戒治需要性。

戒治所的管理或是給他們這些勒戒的處遇，事實上我覺得並不是很足夠，他們大部分還是以看一些影片，或有外面的志工或一些老師去上課，但是就看每個監所他們自己找的講師，因為很多是志工，可能也是礙於經費跟管理的人力.....，他們覺得跟關監獄差不多，可是也許我們本來的設計並不只是關，我們在裡面還有一些戒癮，或者是說相關的心理各方面的處遇，相對感覺是比較薄弱一點（CII-2-2）。

每一個會接受醫生的評估，因為是在他勒戒期滿前要有一個醫療評估，加上他其他的行為表現，跟前科記錄，去評判，最後給他一個分數，給檢察官一個是不是要從勒戒轉戒治。醫師跟心理師都各有一些負責區塊，那還有他的管理員，跟他過去的前科個管...。每個人評自己的分數，然後最後做加總，所以那個加總有時候...不這麼精確，比如說有的人我

覺得有機會不要在裡面關這麼久，可是他的前科很多，前科的分數沒有上限，那我們這裡不管評幾分，他一定是戒治。這樣也會導致有些人覺得我進去就是被關，我在外面可能就逃，他不願意去接受...被處罰，因為他覺得一定是被關，他們寧願在外面持續再用，用到被抓。(CII-2-3)。

(四)各縣市毒品危害防制中心為地方政府之公部門機構，負責各縣市毒品防制策略與資源的規劃，但多數為任務編組之組織型態。主要由衛生局負責毒品防制「業務規劃」，及與各局處、各相關公部門或其他「資源的合作整合」，並由個案管理師進行「個案管理工作」。目前各縣市毒品危害防制中心之組織型態大致可分為任務編組型態、毒防辦公型態、與毒防局型態等三種型態。

市政府毒防中心也設有專責的個管師，當有治療需求的民眾，撥打0800專線聯絡時，毒防中心的個管師即可依其居住的區域性提供轉介或諮詢服務(BII-2-8)。此外，毒防中心亦供有部份的補助方案，凡是自願加入臺中市政府毒品危害防制中心毒癮治療計畫者，於就診時填妥毒癮者申請毒癮治療補助款切結書，即可接受毒防中心部份的醫療費用補助(BII-2-9)。另外毒防中心還有提供中低收入戶毒癮治療者的毒癮弱勢族群戒治就醫補助，亦設有社福單位，因此當病人有就業、補助款或是中低收入戶補助需求時，個管師就會透過衛生局跟社會局做聯繫並提供服務(BII-2-10)。

1. 任務編組型態：由衛生局負責毒品防制業務之規劃，及與各局處、各相關公部門或其他資源的合作與統合

除了高雄市與新北市外，其他縣市的毒品危害防制中心基本上任務編組啦，就是主要都還是衛生局在負責，只是會邀請其他的一些公部門的相關機構，譬如說教育局啊、警察局，還有包含像勞工局啊，或者社會局這些跟毒品個案處遇有關的公部門機構一起去合作(B2I-2-1-2)。

2. 新北市政府成立「毒防辦公室」，組織上分預防宣導組（教育局主導）、緝毒溯源組（警察局主導）、處遇輔助組（社會局主導），企圖成為各公私部門領航員的角色，建構一個資源整合平台。

以新北反毒防辦來說，主要是分成三個組，第一個部分就是預防宣導組，查緝面有緝毒溯源組，服務支持部分則是成立處遇輔助組。預防宣導組的話主要由教育局主導，其實下面也是包含其他單位像是衛生局、社會局等等，就是關於可以做預防宣導；如果是緝毒溯源組就是新北刑事警察局下面的這個刑事警察大隊，專一做緝毒溯源的部分，然後去年刑大下面成立了緝毒溯源中心；最後，在處遇輔助組的話是由社會局來主導，同樣也包括社會局、衛生局、少輔會等等，然後在學學生由教育局跟勞工局做一些就業協助（A2I-2-1-1）。.....各處室都有各自的法規，有被賦予該做的部分，但很切割，應該說大家本來自己都有在做，我們就是做整合（A2I-2-2-3）。我們的責任則是建構那個平台，讓參與的所有公私部門夥伴知道本身的角色定位，跟別人有什麼關係、什麼影響，而不是只看到本身而已（A2I-2-2-1）。我們比較像一個領航員的角色，但是那個過程很痛苦，你們要說服他們又要告訴他們... 不過帶領跟評估我覺得是實證的一個方法，但是地區差異層次又大，必須要因材施教很麻煩（A2I-2-2-2）。

3. 高雄市特別成立「毒品防制局」的專責機構，協助管理個案戒治與緝毒工作事宜，並整合一些政府的資源，成為政府毒品防制工作的窗口。

高雄市特別有一個毒品防制局，那個是其他縣市沒有的，那其他縣市可能就是毒品危害防制中心，但是那並不是一個具體的一個機構啦，高雄市一個具體的機構會做一些個案管理、緝毒啊這些，可能都會跟毒防局比較有關係（B2I-2-1-3）。

毒防局有自己的負責人嘛，醫院有自己的負責人嘛，然後衛生局有自己的負責人嘛，就是各個局、處，或是各個醫院都有各自的窗口去處理。

但是這個個案不是只有這樣，如果個案又有小朋友，有時候就會再請毒防局去聯繫社會局，做一些高風險家庭的關懷，如果個案需要錢啊、小孩子需要關懷就會去找社會局；如果個案需要工作上的轉介，就去找勞工局，所以那個毒防局勳，它那邊大概可以去整合一些政府的資源，扮演政府的窗口（C2I-3-1-4）。

我國公部門反毒預防組織在中央層級是由已由法務部轉到衛福部，主導整體毒品政策之執行與規劃，以衛生部為主責機構的國家，像是加拿大同樣由衛生部長負責執行目前新的反毒策略，將目標放在全面協力合作，採取循證作法的反毒政策，且將重點放在社會大眾對於反毒的支持，以及持續監督毒品的使用情況。同樣地，德國聯邦政府麻醉藥品專員辦公室同樣隸屬於德國聯邦政府衛生部，專員工作便是協調聯邦政府的毒品和成癮政策，並設立國家藥物和成癮委員會，負責配合聯邦政府行動，並且評估實際成效的諮詢機構。其中也因著工作屬性的不同而由各不同部會負責，「毒品戒治」與「防毒監控」工作由衛生福利部主責，「緝毒合作」工作由法務部主責，「拒毒預防」工作由教育部主責。以拒毒為例，我國的拒毒預防係以「多元拒毒」為防制理念，其核心工作項目主要是整合教育、輔導以及早期介入的預防觀念為核心理念（楊士隆、李宗憲，2012）。

公部門反毒預防組織在地方層級則呈現跨單位聯合辦理的模式，除了新北市毒防辦公室、高雄市毒品防制局的專責機構外，各縣市毒品危害防制中心多數為任務編組，主要由衛生局負責，其他各局處協助配合。經費來源除了中央政府補助外，各地方政府也自行編列預算、增置人力、引進社區各種資源，期能有效推動反毒預防工作。此種模式也如同德國聯邦政府的法律執行、推動毒品和成癮政策的實際責任。尤其是在預算資金部分主要由各州和市政府負責編籌與制訂。德國聯邦政府與各州之間，主要是透過跨部門會議和工作組中進行協調，在相關法律和共同目標的框架下，進而設定與執行反毒政策中各種方案的優先順序。

然而，有些國家將反毒專責組織直接隸屬到總統或內閣之下，例如美國聯邦政府依據 1988 年反毒品濫用法設立負責反毒的主要機構—國家藥物管制政策辦公室（ONDCP），便是直接隸屬於總統執行辦公室。ONDCP 亦負責協助防制毒

癮和鴉片類藥物危機委員會，負責打擊和治療藥物濫用、成癮和鴉片類藥物危機的禍害。再者，日本設立的防制毒品濫用策進本部，其位階亦高於中央各部會，直接隸屬於內閣總理大臣，目標在於設定日本全國性之毒品與藥物濫用防制的基本方針（鄭瑞隆，2011）。

二、私部門反毒預防組織及其角色功能

私部門反毒組織以教育宣導為主要任務與角色扮演，我國私部門反毒組織所從事的反毒服務大多以反毒教育宣導為主。反毒教育宣導呈現資源分配不均現象，越往北部及越都市化的區域呈現資源過剩的現象，反觀中南部及偏鄉則呈現反毒教育宣導不足的情形，允宜就相關資源配置妥慎分配調處。誠如與會者 A1F 及 E2F 等所言：

「私部門中有些社區發展協會、協會等以毒品危害防制為主要推廣活動宗旨，到各學校、社區舉辦各種毒品危害防制教育宣導活動。……私部門頂多以預防進行教育宣導為主。……都以毒品防制教育為主，然後看就是從社區還是走親子推廣。在我的經驗裡是跟私部門合作的預防宣導。但個案關懷與陪伴的部分較少。（A1F）」

「實務運作上，以未成年藥癮者為例，警察機關與教育局、校外會、少年法庭等聯繫合作防制毒品入侵校園活動，配合學校加強落實執行「春暉專案」反毒教育宣導、清查及輔導戒治，協請學校教師、訓輔人員及軍訓教官配合警方進入校園訪查、瞭解學生藥物濫用情形。（E2F）」。

在公私協力參與反毒組織之盤點中，私部分之反毒組織包括私立醫療院所及非營利組織，其中醫療院所（含精神科診所）主要提供毒癮身心戒治工作；而非營利組織其服務宗旨、服務對象與角色功能依其機構之屬性而各有不同，其中宗教組織或團體提供反毒宣導、毒癮者收容、及毒癮戒治或心理諮商，他們也企圖藉由宗教信仰來改變其內在的毒癮依賴；而其他團體或基金會則提供資金或人力進行反毒宣導或協助毒癮戒治工作。

前述相關民間組織及資源，依其投入反毒工作的階段，區分為反毒教育機構團體、醫療處遇機構及民間協助毒癮者資源等 3 部分。

(一) 反毒教育機構團體之角色：協助與填補公部門推動反毒宣導

高雄反毒基金會、中國信託反毒教育基金會等基金會，其主要的任務在協助與填補公部門推動反毒宣導之角色：高雄反毒基金會是高雄市政府與地檢署推動成立的，有公辦民營的型態，其角色似乎是在輔助或填補政府在反毒預防人力上之不足。

我們基金會的屬性，在當時政府推動設立的時候有很明確的定位，以目前的角度是扮演，彈性地填滿毒品防制局欠缺或比較難觸及的面向(DII-2-2)。

其實像我們基金會的話，因為是高雄市政府跟地檢署推動成立，會比較站在公部門這樣的高度去產生毒品政策應該是什麼樣子，然後用系統性、整體性的觀點來看我們應該做什麼事情，公部門有哪些事情該做，然後哪些是私部門該做的，而我們基金會要去填補什麼樣子的空缺。我們看的層次上會比較整體，而是站在說基金會要做什麼樣的事情，才能讓每個人或是危險族群在社會生活中是可以處於一個比較好的狀態，而不會有藥物濫用問題或者是再次吸食的問題 (DII-2-3)。

(二) 醫療處遇機構之角色：協助公部門實施毒癮者之戒治與減害工作

依據衛生福利部 105—107 年度，指定毒癮戒治機構（共 162 家，包含 22 家毒癮戒治核心醫院，106 家毒癮戒治醫院，34 家毒癮戒治診所）。醫療組織之相關資源主要為門診、替代療法等戒治方式，由醫生或者毒癮者群體治療模式之陪伴的醫療戒治模式。這些私部門醫療院所包含私立醫院精神科、或是精神科診所也是協助公部門在毒癮者醫療戒治工作上之不足，他們經由公部門經費的補助，投入成癮藥物替代治療行列，各藥局則提供清潔的針具以減低愛滋傳染。然而，近年來政府補助款項減少，使其參與戒癮治療服務程度降低。

私部門還有一些私人醫院啦，像有一些北中南醫院.....我們醫院有分級嘛，可能像區域醫院，它們其實可能有協助參與像一些替代治療美沙冬這一塊，

像新北的耕莘（醫院），他們精神科成癮科的醫生有投入的話，在早期衛生局政府部門有給予經費補助，所以他們持續有做，但現在說實話，這些私部門的意願慢慢地會都（減少），主要是來自公部門的補助減少，早期真的補助蠻多的。……其實藥局在這十年曾經，大概十多年前，有叫他們協助一個叫做清潔針具，就是說換針具。但是現在慢慢的可能其實說實在的過了十多年，這一塊好像沒有推得那麼多的獎勵方案或重點，所以不知道還有沒有藥局持續在執行，不過藥局的部分私部門參與的較少（CII-2-5）。

（三）民間協助毒癮者資源之角色：協助公部門推動青少年關懷、諮商、外展與庇護或收容之角色

有關民間協助毒癮者資源，包含政府協助或委託設置之機構、部分非營利組織提供就業或中途之家的服務；以及私部門提供就業需求及反毒宣導之組織等，例如利伯他茲教育基金會、花蓮主愛之家、新北市蘆洲少年服務中心。這些機構扮演著協助公部門推動青少年關懷、諮商與庇護之角色，協助政府舉辦生命教育、心理諮商輔導及成長課程，成立更生人中途之家等相關中介安置教育機構，教育、輔導更生人，以為重回社會之準備。新竹的山茶花志工隊著重在反毒宣導，從陪伴、關懷用藥個案，到更生人志工現身說法，深入社區、學校與機構宣導反毒，成員志工具有專業訓練，服務包含電訪、家訪，以及監所與校園宣導。恩典關懷協會」協助、輔導、關懷施用毒品及藥物濫用相關之一般社會民眾、更生人及其家庭，給予適當之教育、陪伴、關懷及照顧。

財團法人利伯他茲教育基金會，有三種主要原則就是他有過來人的嘛，跟心理諮商師跟社工角色，這個單位至少看到的是把這三種人融合在一起，比較少見且多元性也比較高（A2I-2-1-5）。

一個是蘆洲少年服務中心，這個是公辦民營的少年中心，另一個財團法人臺北市基督教教會聯合會，也是公辦民營，母會是善牧基金會，副會是基督教聯合會。都是社區裡面做很紮根的少年預防性社區工作，透過滾雪球

方式掌握社區裡孩子們的動態，犯罪的樣態或不良組織的連結狀態等等 (A2I-2-1-4)。

我們(花蓮主愛之家)會用一些像行動藝術，過來人的現身說法，再來就是用簡單的方法做一些快閃活動，讓別人可以在第一時間看到毒品的危害.....，然後就是環台、環島，像這些活動我們去年有做，效果很好，因為我們利用網路發聲，用影片去宣導 (D5I-3-3)。

(四) 私部門反毒機構的特色與功能

一般而言，私部門某些基金會(如高雄反毒基金會、中國信託反毒教育基金會等基金會)，其主要的任務在協助與填補公部門推動各種公益活動及反毒預防宣導上經費與人力不足之角色。其他私部門反毒機構則以宗教團體機構為多數，其所提供的服務與醫療戒治有所不同。基督教晨曦會、沐恩之家、中華趕路的雁全人關懷協會、臺中更生團契、桃園少年之家、臺灣露德協會、臺灣世界快樂聯盟、鳳凰婦女關懷協會，中華民國紅心字會，社團法人中華民國牧愛生命協會，中信的反毒基金會、獅子會、扶輪社，這些都有參與反毒預防工作。各民間團體所從事的反毒各有不同的重點，沐恩之家、臺中更生團契及晨曦會等三機構偏重福音戒毒，且主要提供關懷輔導與安置。主愛之家、利伯他茲及鳳凰婦女關懷協會提供關懷輔導、安置與社會企劃服務等全方位服務；而世界快樂聯盟及露德協會主要服務對象為愛滋患者。不論是各種基金會或是宗教或慈善團體，這些私部門的組織如同加拿大、香港、澳門的某些非營利組織一樣，成為政府推動反毒預防的最佳夥伴。例如加拿大的有效組織的資助者非營利組織(Grantmakers for Effective Organizations)整合了社區相關的資助者，加強與非營利組織和社區的關係，並提供彈性與靈活的資金。加拿大慈善基金會(Philanthropic Foundations Canada)、回應慈善委員會(National Committee for Responsive Philanthropy)、阿默斯特懷爾德基金會(Amherst Wilder Foundation)等基金會不但鼓勵與支持會員推動相關慈善事業，回應貧窮與弱勢民眾與社區的需求，也為資助者提供相互學習的機會，同時支持政府部門的公共政策。又如香港的社區藥物教育輔導會、基督教巴拿巴愛心服務團、啟勵扶青會、路德會、善導會等慈善機構或宗教

團體，也積極從事預防吸毒工作、禁毒教育活動、及戒毒治療及康復計劃。此外，澳門的澳門戒毒康復協會以社區治療模式向尋求戒毒、減少鴉片類藥物使用及其他物質成癮者提供脫毒及康復計劃。基督教青年會下設青年社區中心，致力推動預防藥物濫用的工作，辨識與預防高風險青年藥物濫用的可能性。

私部門比較多是一些跟宗教有關的，特別是基督教，還有一些像晨曦會、沐恩之家啊，應該說是收容啦，因為他們主要是用宗教的力量希望可以感化他們啦，大概都是以過來人的身分去帶他們，都是一些有實務上自己戒成功的啦，帶領他們希望可以幫忙他們戒除毒品這樣子，所以提供的服務還是有點不太一樣啦 (B2I-2-1-5)。

在私部門，我們比較常聽到就是中信的反毒基金會，然後還有獅子會、扶輪社，也會幫忙推動反毒的宣導，包含桃園的少年之家，屬於宗教機構，還有紙風車，紙風車也是反毒劇團，還有許多宗教性的團體，他們都有來幫忙推動反毒工作 (A3I-2-1)。

其實我大概知道就是晨曦會他在幫我們戒毒跟反毒，就是出蠻大的力。還有更生團契，還有像沐恩之家，好像花蓮那邊有新生活教育中心，還是戒毒的一個機構這樣子 (D2I-2-1)。

反毒私部門方面主要有財團法人屏東縣私立基督教沐恩之家，財團法人基督教臺中更生團契，財團法人基督教晨曦會，財團法人臺灣基督教主愛之家，社團法人臺灣世界快樂聯盟，社團法人臺灣露德協會，社團法人中華趕路的雁全人關懷協會，財團法人高雄市私立慈暉關懷學園，社團法人臺灣安心家庭關懷協會，社團法人臺灣鳳凰婦女關懷協會，中華民國紅心字會，社團法人中華民國牧愛生命協會，財團法人利伯他茲教育基金會。……其中沐恩之家、臺中更生團契及晨曦會等三機構偏重福音戒毒，且主要提供關懷輔導與安置。主愛之家、利伯他茲及鳳凰婦女關懷協會則提供關懷輔導、安置與社會企劃服務等全方位服務；而世界快樂聯盟及露德協會主要服務對象為愛滋患者 (D3I-2-2)。

三、現行公、私部門反毒預防面臨之困境

公部門的毒品預防多關注在反毒宣導或僅關注基本保障，較少關注改善藥癮者的社會生活適應狀態及高層次需求。公部門提供反毒初級預防宣導的頻率高，花費多，但宣導服務的效果未知；而醫療院所提供的大團體課程往往因人數過多而造成戒治效果不佳之情形。此外，各部門的本位主義重，各有自己的立場和熟悉的區塊，造成各做各的情形，就不容易整合在一起。而負責反毒政策的官員也因人事更迭頻繁，反毒政策難以持續。

(一) 公部門反毒預防之困境

1. 毒品預防聚焦於與私部門合作的預防宣導，少數協助轉介。多數僅關注毒癮者的基本保障，而較少考量其較高層次社會生活的需求。

我們整個社會對於毒品這件事情在講預防時候，關注的還是在反毒宣導，而不是去真正去改善一個人的社會生活適應狀態。……像是生理、心理、社會環境等等，這些因素其實都會造成一個人為什麼會出現偏差行為或犯罪的主因。所以如果我們要講預防層次的時候，就是要去改善這些危險因子，所以層次上面就有落差 (DII-2-1-5)。

目前公部門在做的大概只有基本的保障，這樣子比較粗略區分，他可能就是在基本保障，至於比較積極的輔助她成長，校園發展層次上其實就比較少被觸及；而私部門的部分，一些兒童或兒少團體其實也滿多的，可是其實層次上也比較類似公部門的氛圍，比較在基礎生存保障或生活，就是孩子的社會生活在基本層次，但是往上的發展也比較沒有被顧及 (DII-2-1-4)。

「以教育預防宣導來說 新竹縣有民間單位、協會或扶輪社，會串聯在一起，各單位輪流統籌辦活動，毒品防制教育宣導或親子活動，然後明年換單位統籌，然後其他單位協辦，然後輪流。都以毒品防制教育為主，然後看就是從總社區還是走親子推廣。在本縣的經驗裡面是與私部門合作的預防宣導。但對個案關懷與陪伴較少，無接觸個案，除非有就業需媒合才會

有接觸，但轉介個案機率不高，轉介外縣市較多。(A1F)」

2. 聚焦於反毒教育宣導，藉由反毒行動博物館及「反毒『熊』厲害」行動車等交通工具，進行巡迴宣導。

「種子教師的培養也是非常重要的，這個我們比較耳熟能詳的案例，就是像紙風車劇團，他利用一些表演來讓那些小朋友能夠有一些印象，那像我們東部的話，比較有看到的就是利用當地的文化就是布袋戲，……行政院成立反毒宣導工作小組，這部分其實就是很典型與民間單位合作、臺灣公益廣告協會共同製作的宣導短片，放在 youtube，透過網路、社群，或者去通訊軟體去把它推廣出去……我們也跟教育部跟自然科學博物館去結合，還有民間單位向扶輪社跟奉天宮公益團體去結合辦理，這樣子的一個巡迴特展，然後成立了一個反毒行動博物館。……我們也結合中國信託反毒基金會，中國信託基金會獨家研製了模擬器為毒品氣味東西來協助，做了「反毒『熊』厲害」的一個行動車。(C1F)」

3. 學校及部分公部門對於個案與私部門協力之方式以轉介為主。

「教官與私部門的接軌，譬如在花蓮，自己有開設戒毒中心，有介紹家長去試試看。所以公部門能做到的只有轉介的功能。但也有與毒危中心合作，學生離開學校時會通報中心，但充其量只能電話連絡，不見得能面談，故效果有限。年滿 18 歲的離開學校會到毒防中心，18 歲以下因為兒少法，則會轉至社會處接手。(B1F)」

「新北市自己有單獨的通報機制，警察或是任何醫療單位，有接觸到疑似案例，通報後進行尿篩，通知 NGO，確認個案是否為初次使用，或是有多次使用，交友複雜程度或範圍，再轉介至私部門，所以其實他滿快就會進到社福體系的單位，個人認為在此處私部門能發揮的功能是比較大的。(G1F)」

4. 公部門提供一級預防的反毒宣導服務為多，醫療院所所提供的三級毒品戒治課程也是大團體課程為多，但反毒的效果均較有限。

我們現在的反毒模式，所謂的反毒模式有一個很好的效應就是說我們常辦什麼反毒遊覽會、博覽會、園遊會，但是老師教我們的犯罪預防三級，對一般社會大眾宣導反毒，其實那些人不會吸毒阿，你去浪費那些資源。有的時候我們這種公部門在辦這種反毒宣導，頻率很高，也會像有時候一搞就幾百萬，但是那效果有限（A1I-2-2）。

其實我認為無論是施用何種毒品的毒癮者，後端的治療都需投入大量的人力成本且效果均有限，因此仍應預防重於治療，需再加強宣導、篩選高危險群，即早介入處理才是（B1I-2-18）。

醫療院所提供的大團體課程往往因人數過多（兩三百位）而戒治效果不佳。若只是與心理師聊聊談談，而未能解決其就學、就業等問題，就難引發毒品施用者改變的動機。所以說，我只是讓你上課，但是這些個案可能就坐在那邊打瞌睡阿、滑手機阿（A1I-2-4）。

5. 除反毒預防的個案外，公私協力的個案亦有聚焦於提供假釋前復歸社會階段關係建立的相關服務。

「臺北市在與利伯他茲教育基金會合作的方案中，強調假釋前復歸社會重建階段的關係建立，106 年度延續過去與新店戒治所、宜蘭監獄、桃園女子監獄與基隆看守所的合作，持續共同辦理相關的服務與方案：1、划向深處團體輔導課程（21 梯次團體，合計 245 場次）；2、家庭日輔導活動及家庭座談會（家庭維繫活動；11 場次）；3、個別輔導（44 案，141 人次，平均每位個案接受 3.21 次個別輔導服務）。（E1F）」

6. 吸毒衍生如自殺或其他心理問題需轉介或私部門專業人員協力。

「安非他命衍生出自殺問題，所以必須將個案轉介至專業單位。107 年本中心，自殺有 2 位以上，自殺前個案都會透露出很多訊息，需要一定的專業度跟敏銳度才可以處理。但本縣資源不多，但可以依賴這些委外單位，結合外部人力進行協助。一個只有 6 年個案師經驗要輔導施用毒品 20 幾年的個案真的很困難，這是本縣毒防中心目前所遭遇的困難。（C2）」

(二) 私部門反毒預防之困境

私部門反毒預防團體或因經費有限或專業不足而功能難以發揮，常因為經費不足而僅能補助物質基本需求，且缺乏持續性的服務。私立醫療院所所提供的戒治與心理輔導效果也未必有效，若涉及個案生活問題需仰賴公部門協助解決。此外，私立醫療院所也常基於營利考量、害怕藥癮者較會帶來麻煩而較不願意投入藥癮者戒治工作。

1. 民間團體或因經費有限或專業不足而功能難以發揮，僅補助物質基本需求卻缺乏持續性。

他們有出資，他們只想出資出名，但實際上運作的話，他們本身也不懂這一塊，他只知道要宣導這個政府在推行這個毒防的部分，可是，他們想做但又沒有力道使得上，又沒有人力的資源，所以他們只要出個名、出個錢。所以在民間的團體，真的要做到很落實在預防的話，就是像廣告一樣而已，講實在話，只能這樣子講 (D4I-2-5)。其他團體所提供的服務以提供物資為主，民間做的有限，慈濟去也是看說他去看現場然後看一看，他會先帶一批物資，可是隔了一段時間，他不會去補助那些，因為社會局也是拿兩千，差不多補助學雜費兩千七百多塊，民間的就是去，然後拿一些物資，家扶就是把他帶去世界展望會也是用補助的方式，那一般宗教團他就是每一季或每半年，師姐會拿一些生活物資給他們 (D4I-2-14)。

2. 有些私部門醫療機構較擔心藥癮者較會帶來麻煩或較容易產生醫療糾紛。

因為他會衍生一個問題，個案在戒癮治療的時候，那時候兄弟啊那些有的沒有的有時候帶來，他們也很怕這個醫療糾紛到底……。因為他們會怕這些個案啦，因為這些心理師有的很排斥這個，他怕個案對他不利或什麼。……我們現在緩起訴在作的戒癮治療，醫療院所的醫護人員在第一線接觸對這些評價都很低，他都覺得這些人很麻煩，第一個如果政府沒有補助這些作戒癮治療的常常錢都不繳啊；第二個他可能會帶一些兄弟來啊作

一些有的沒有的或恐嚇醫護人員，所以醫護人員……，他有時候會怕 (AII-3-16)。

透過問卷調查量化各領域專家對於目前公私協力反毒預防作為困境之看法，呈現如下表 5-1-1。首先，就專家意見支持度來看，以「目前反毒業務缺乏一條龍式公私部門資源整合平台之建構」之平均數為最高 4.70，顯示目前反毒業務缺乏一條龍式資源整合平台受到高度同意；且標準差亦為最低 0.60，意指不同領域專家間之共識性的離散程度低。

再者，依照專家間一致性程度指標 D.C 數值來看，最高至低的前五名依序為「目前反毒業務缺乏一條龍式公私部門資源整合平台之建構」、「目前毒品預防多關注在反毒宣導，而非真正改善社會生活適應狀態及預防」、「公部門採委外模式，相關法規限制多，核銷經費無彈性，文書作業繁多」、「目前民間組織因資源有限僅投入基本保障，而未能連結高層次的需求」、「私部門則基於營利成本考量，個案管理不易或安全性而降低合作意願」等五項共識度最高，約在八成以上，顯示此五項困境受到專家間的高度同意。

表 5-1-1 對於公私協力反毒預防作為困境之看法（依共識程度排序）

題項	平均數	標準差	C.V	D.C	共識程度排序
1.目前反毒業務缺乏一條龍式公私部門資源整合平台之建構	4.70	0.60	12.68	87.32	1
6.目前毒品預防多關注在反毒宣導，而非真正改善社會生活適應狀態及預防	4.40	0.72	16.45	83.55	2
10.公部門採委外模式，相關法規限制多，核銷經費無彈性，文書作業繁多	4.47	0.78	17.37	82.63	3
3.目前民間組織因資源有限僅投入基本保障，而未能連結高層次的需求	4.13	0.78	18.78	81.22	4
14.私部門則基於營利成本考量，個案管理不易或安全性而降低合作意願	4.03	0.81	20.05	79.95	5
15.二級毒品戒治機構少，且戒治所醫療服務過於陽春	4.00	0.83	20.76	79.24	6
2.民間組織與資源投入反毒業務的比例，與其他非營利組織公益慈善志業相較，仍較不足	4.30	0.92	21.29	78.71	7
4.我國民間反毒組織與資源多聚焦於反	3.97	0.85	21.44	78.56	8

題項	平均數	標準差	C.V	D.C	共識程度排序
毒宣導、毒品戒治及復歸社會等三個面向					
16.矯正機關教化活動課程多，但有刑期限制，無法全面參與	3.87	0.86	22.25	77.75	9
17.矯正機關集中管理的方式更易獲取毒品資訊，提供買賣機會	3.93	0.91	23.06	76.94	10
13.政府人事更迭頻繁，反毒政策難以長久持續	4.23	1.04	24.57	75.43	11
5.非營利組織過度賴政府專案經費挹注，對其自主發展有負面影響	3.93	1.05	26.65	73.35	12
8.私部門團體功能有限，多僅補助個案物質或基本需求卻缺乏服務持續性	3.87	1.04	26.94	73.06	13
11.多數公部門將個案留在自身體系完成，缺乏資源才進行轉介	3.57	1.01	28.21	71.79	14
18.勒戒、緩起訴僅供解癮，而不具真正戒治功效	3.90	1.12	28.84	71.16	15
7.公部門提供反毒宣導服務的效果不彰	3.47	1.07	30.99	69.01	-
12.公部門對於私部門專業性存有疑慮，考量個資問題而不敢與未接觸過機構合作	3.53	1.20	33.84	66.16	-
9.醫療院所戒治與心理輔導效果不彰	2.93	1.20	40.96	59.04	-

註：共識程度依據超過 70% 以上者進行重要性排序

面對當前我國的困境，以建構一條龍式反毒業務之資源整合平台為首要任務，或許可參考美國的全美社區反毒聯盟（Community Anti-Drug Coalitions of America, CADCA）模式。CADCA 自 1992 年起開始訓練在地草根性團體成立社區反毒聯盟，提供技術援助、公共政策教育及倡導、媒體策略、會議及特殊活動等，其目標不僅涵蓋酒類、菸草、處方藥物濫用的預防，更在於提升社區的安全、健康及無毒環境，對於「我國目前毒品預防多關注在反毒宣導，而非真正改善社會生活適應狀態及預防」、「民間組織因資源有限僅投入基本保障，而未能連結高層次的需求」等困境可為之解套。CADCA 主要工作包含：政策立法與遊說、協助聯邦政府當前反毒政策的推動、教育訓練與學習、出版刊物與提供資源協助、行銷活動、反毒研究與發展等內容，無論是作為一條龍式反毒資源整合平台，抑或是協調公私部門彼此資源連結等，皆是可遵行的組織模式。

第二節 現行公、私部門反毒預防合作模式與成功和失敗的案例

近年來反毒預防資源的整合的走向從強化公部門內部的合作到與重視與私部門力量的結合。過去公部門彼此間合作機會較多，整合性亦較高，而公部門與私部門合作較少，但是私部門機構具有在地化、隱私性與便利性，且有更多人力的投入以補公部門人力的不足。整體來說，公部門彼此之間合作機會多、整合性較高；而公、私部門間雖合作相對較少，但私部門具在地化優勢，重視個案隱私且便利性高。反毒預防資源從強化公部門內部的合作到與重視與私部門力量的結合。過去公部門彼此間合作機會較多，整合性亦較高，而公部門與私部門合作較少，但是私部門機構具有在地化的優勢，且重視個案的隱私，而且便利性亦較高。若能仿效現行性侵害社區處遇模式，由主任檢察官來整合醫療、社工、警政、觀護等機構，這樣的一種以公權力為後盾得到的效果會較好。

我覺得我們公部門的結合這方面目前是不錯。……我覺得我們的法務部跟檢察署，已近 20 年的刑事偵查來做一個縱貫性分析，其實法務部的長官比較可以接受國外的資訊。……像我們現在性侵害社區處遇，就是我們是主任檢察官整合這些醫療、社工、警察、觀護，我覺得這是可以。我覺得某種程度就是刑事司法的整合，這個一定要有公權力做後盾，要不然這些個案，你道德勸說他，就像我們犯罪學說的理性思考嘛，我怕你幹嘛，你又不會對我怎麼樣 (AII-3-7)。

我覺得私人醫院有很多的量能，尤其願意去做的，比如說診所，其實我們有做一部分，我覺得診所自己的經驗是說，我們很在地化，其實我們不會服務很遠，我們都是這區的，另外，診所你看我們有隱私性，其實有些人他們為什麼不想去公部門，啊去了，會不會我等一下掛號警察就來找我，然後很多人會看到，怎麼辦，那反而有一些比較基層的，他是有隱私性，另外他不用等很久，不用排隊。像有幾個我之前在醫院看很久，或是說他們直接來找我，那他們可能剛好又牽涉一些案件的時候，比如說他們跟檢察官法官要求說，他們被裁戒癮治療，能不能在信任的醫師或在基層診所，可是檢察官就說，他們上面就已經指示說是在醫院，事實上那些人以前也

是我在協助他們的，只是換個地方，但依體制上，所以他們必須回去，所以這個部分我覺得，其實私部門私人機構有不少量能，他們願意合作（CII-3-2）。

一、現行公部門與私部門反毒預防合作模式

現行公部門與私部門反毒預防的合作模式多元，本研究依焦點團體與深度訪談的結果歸納為下列幾種模式，描述如下：

（一）公部門為主、私部門為輔導合作模式：

在地方層級上，此種以公部門為主私部為輔的協力反毒模式強調公部門內各局處的合作整合，之後再納入私部門民間資源，一起合作來進行反毒預防的作為。公私協力的現象源遠流長，政府治理機制的型態與運用，無論是官僚體制、市場機制，還是植基於公民參與的公私協力，在當前的政府治理模式中，都有存在的必要且已成常態，所需考量的部分主要在於運用場域的不同，且各有其優缺點存在。官僚組織雖較不具彈性且服務成本較市場為高，但關於涉及公權力行使之重要事項，基於行政專業及事後問責之必要，仍有存在之必要。如同李宗勳（2004a：45-47）所述，公私協力是一種新公共服務的視野，而且是民主治理的學習與連結。在新公共服務理論下，政府必須扮演另一種角色，其行動要結合私人、非營利團體和組織，以尋求社會所面對之問題之解決（李宗勳，2004b：34）。不過未來政府機關間、政府與社區間的互動模式中，可朝向「合夥模式」（collaborative-partnership model）進行，即非營利組織與政府部門可就服務內容、範圍資源配置、服務輸送等層面，共同討論研商，故非營利組織不僅只扮演直接福利服務輸送的角色，且可以發揮其影響力來參與政府對社會福利的決策。李宗勳（2002）也認為私協力結合了新公共服務的視野與民主治理的學習或是應以政府為配角，而以地方或社區為主角。地方政府或社區居民對於當地所產生的問題與困境，允宜以共同討論的方式提出解決方案，如此不但可以凝聚地方或社區意識，更可提高地方或社區自主性。同時，公私協力可以讓民間學習當家做主，

養塑「公共服務民間化」、「公共管理社會化」的文化謀合與共享治理場域，以期達致社會投資國家、社會參與政府的局面（李宗勳，2002：5-8）。

1. 高雄市毒品防制局：於 2018 年 1 月 1 日成立，結合跨市府 15 個局處、檢、調、專家學者及民間團體資源，透過多元網絡領域整合規劃「防毒」、「拒毒」、「戒毒」，並結合「緝毒」等四大層面毒品防制政策，提供戒毒課程、經費補助，也與各醫院合作進行藥癮者的治療，結合社會局進行高風險家庭關懷，結合勞工局進行工作訓練與媒合，也與私部門醫院精神科合作進行藥癮者精神疾病的治療。

毒防局那邊也有辦一些活動，比如甚麼螢火蟲啊，像是那種心理團體活動，讓這些個案可以參加。.....在高雄這邊的模式，除了緩起訴以外，如果像一些施用毒品的個案，如果比較嚴重就會先到我們這邊來，因為有些有精神症狀我們就會先處理，處理完後我們就會跟毒防局講說，看他要不要去毒防局參加一些課程（C2I-3-1-2）。而且現在高雄市政府又有一筆錢，就是如果你是高雄市市民的話，如果是自己戒毒的話，他可以一年補助大概兩萬五的住院費用這樣（C2I-3-1-3）。

2. 新北市毒品防制辦公室：於 106 年 7 月 3 日啟用，整合該市警政、社政、衛政、教育、勞政等資源，由副市長擔任主任，下設「預防宣導組」、「緝毒溯源組」、「處遇扶助組」及「秘書組」，分別由教育局、警察局、社會局及衛生局主責。藉由前端預防宣導至末端處遇扶助，加上警力強力查緝，進而減少該市毒品新生人口。同時尋找 NGO 組織協理家長親職教育，透過發文邀請家長來上親職教育課程；結合教育局啟動春暉專案，對學生進行服務需求評估，結合衛生局進行藥癮者治療服務，結合勞工局提供就業輔導、訓練與生涯探索；結合社會局進行多元家庭處遇督導計畫。

我們有一個多元家庭處遇督導計畫，這是有國外的一套理論跟處理方式，但會使用多元的處理策略（A2I-3-1-5）。在兒少家長部分的話，我

們會發文邀請家長去上親職教育課程，目前課程是 13 個小時，一開始會針對家長先一對一跟他們約時間對談，之後會有些團體跟基礎職能的課程，這就會找 NGO 組織來幫忙 (A2I-3-1-2)。

如果是在學學生的話他們就會給教育局，就會啟動春暉專案，接下來就是依據輔導人員對他的個案做一些需求評估，假設有醫療需求就轉介給衛生局去做戒癮服務，或者兒少已經國中畢業可是他沒有繼續升學，但他有就業需求，我們這邊就會和勞工局聯繫，他們有一些就業訓練或職涯探索的課程，而就學需求就是請教育局幫忙 (A2I-3-1-3)。就業的部分.....先在課程裡面慢慢模擬進入職場的狀態，然後讓他固定上下班時間，再把他引入到友善的職場、友善的雇主，他是需要這樣設計的，所以後來新北勞工局就服處就和基督教會聯合會一起合作。(A2I-3-1-4)。

3. 各縣市毒品危害防制中心：各縣市毒品危害防制中心為地方政府之公部門機構，負責各縣市毒品防制策略與資源的規劃，但多數為任務編組之組織型態。主要由衛生局負責毒品防制「業務規劃」，及與各局處、各相關公部門或其他「資源的合作整合」，並由個案管理師進行「個案管理工作」。

除了高雄市與新北市外，其他縣市的毒品危害防制中心基本上任務編組啦，就是主要都還是衛生局在負責，只是會邀請其他的一些公部門的相關機構，譬如說教育局啊、警察局，還有包含像勞工局啊，或者社會局這些跟毒品個案處遇有關的公部門機構一起去合作 (B2I-2-1-2)。

(二) 教育構機為中心的合作模式：

教育局轄下的校外會來規劃反毒預防，並統合公部門各相關局處、及地方之資源，採用三級預防模式包含一級預防宣導、二級尿篩檢查、三級輔導工作，並由市毒危中心透過醫療院所及警察局去掌握個案。第一級宣導合作密度高，除與其他公部門警察局的共同巡邏外，也與扶輪社合作舉辦熱舞大賽，又與私立學校表演藝術科合作的劇團演出，甚至與少年之家合作，運用大改樂團使青

少年從中獲得自信與成就感。第二級措施主要是進行定期與不定期的尿篩，私部門較難實施，.....也進行校外聯巡活動，包括定時的校園週邊熱點巡邏，及與警察局一起對網咖、公園、寺廟等熱點進行巡邏。第三級預防工作較少，若遇有學生施用毒品而需戒治，則會進行諮商與加強反篩，並通報毒危中心進行協助與監控，並請晨曦會幫忙進行戒治工作。

我們在毒防中心裡面所扮演的一個角色就是預防宣導組，也就是說算是任務編組（A3I-3-9）。.....我們也會辦活力健康的活動，比如說漆彈活動、舞蹈活動、爬山，透過活動讓學生了解反毒的意象...；在一級宣導合作的密度比較高，比如說去年暑假，我們跟扶輪社在藝文特區，有舉辦熱舞大賽，透過舞蹈的健康與活力來呈現反毒的工作。.....我們也有跟一些青年事務局，和一些私立學校的表演藝術科，透過劇團的方式去做一些反毒的宣教...（A3I-3-1）。少年之家還有一個大改樂團，希望讓過去處理不好的青少年，可以從樂團中獲得成就感，少年之家也有餐車活動，希望讓孩子獲得自己自足的能量，學生自己賺的錢，就按比例來分配（A3I-3-2）。

二級的部分，我們做尿篩，除了每個月做定期尿篩，每學期擴大針對特定人...；在二級的清查尿篩，私部門可能就比較不好處理...（A3I-3-1）。然後在預防宣導組裡面也有我們自己本身的任務，像是校外聯巡，校外聯巡又有分定時的去學校周邊的熱點區域，跟警察局、跟學務人員一起去巡查網咖、公園、寺廟等等學生比較容易聚集的地方，晚上也會有擴巡（A3I-3-10）

三級的輔導工作，如果被驗出藥物濫用的反應，或收到警局少年偏差行為通知書或自我承認，這三類的學生會有12週的輔導，輔導人員包含老師、輔導人員、教官、心理師、志工，也會做尿篩做進一步的檢驗（A3I-3-15）。毒危中心會透過個案，這些個案從包括醫療院所及警察局去掌握，這些背景資料他們都有（A3I-4-9）。但是第三級的輔導，這可以幫忙協助處理，比如說基督教的晨曦會，就可以幫忙做這些戒毒的工作（A3I-3-1）。

(三) 公立醫療院所為中心的合作模式：

先與公部門之醫院、毒防局等合作來進行戒治，或找地檢署進行緩起訴個案戒治工作的合作，例如高雄凱旋醫院與高雄地檢署、橋頭地檢署及高雄毒防局的合作。甚至找社會局或勞工局共同協助個案獲得生活的適應與改善。與私部門的合作則視個案之不同宗教信仰而定，例如接受基督教者，就轉介到基督教的晨曦會或沐恩之家，然而與私部門機構合作多偏重在復歸社會的部分。

以凱旋醫院來說，高雄大概我們在合作的機構主要就是包含高雄地檢署、橋頭地檢署，主要針對的是緩起訴的部分 (B2I-3-1-4)。.....另外還有毒防局也有在合作啦，他們也會有一些追管的個案，有一些像是出監的，那出監他們可能都會列管一年左右吧，如果覺得還有再碰毒品的或者是高危險群的，他們可能就會轉介到醫院來做治療這樣，我們也會定期跟毒防局那邊開個案討論會，就服務的個案有一些比較大的問題需要更多資源去處理的，比如說他可能有就業問題啊，有一些社會福利的問題啊，那可能就會透過毒防局來找其他的資源，比如說找社會局的幫忙或是到勞工局轉介工作啊，這些大概會定期開一個個案討論會，做一個新增協調資源的部分，所以公部門大概是會有一些合作的部分啦 (B2I-3-1-5)。

至於我們跟私部門的合作有時候就看個案，因為有些個案可能會對宗教會有一些排斥啦，譬如說他不想去基督教的。現在目前知道的私部門的可能都跟宗教有關係啊，可以轉介像什麼晨曦會、沐恩之家，幾乎都是基督教的嘛，那假設他信佛教的他可能就會不想去，那當然有時候也是會跟家屬討論啦，家屬可能會想讓他去比較長期的機構，可能還是得往那邊去處理，要不然就只有草屯的茄老山莊，這個是可以比較久一點的啦 (B2I-3-1-6)。

(四) 公部門提供標案由私部門承接招標的合作模式—公部門編列預算出資、私部門投標實施：

這是一種公部門編列預算出資、私部門投標出力的合作模式。現行的合作主要有公開招標案、公益彩券委託案、衛福部心口司的補助案、私部門進入矯正機構進行受刑人輔導、及法務部保護司毒品更生人自立復歸補助案。

現在所謂的公私部門合作，其實是公部門規劃一些方案，然後私部門來投標承接，這樣狀態底下是合作，但氛圍是怎麼樣？合作做這件事情，是說我們都認可這件事情，但很多時候方案的制定是公部門制定的，框限了你的服務對象、範疇、費用，因為這樣的制度我們防弊的概念遠重於心力，也就是它有很多程序規矩，到最後招標方案出來後，他連你要怎麼運作，做哪些全部規範的清楚，民間單位只需照著執行，所以公部門出錢聘用民間單位做，但很多時候並不是民間單位認同，只是因為很多民間單位的狀態是他知道這個服務網絡是需要的，他需要這個服務網絡的業務、人力、資金等等。理想上應該是計畫書投出去，我私部門提出一個概念，公部門你也可以提出你期待的概念，哪些面向需要調整，我們大家來取得最大平衡點做（DII-3-1-1）。

另外像衛福部有時候也會有一些標案啦，或者說希望有一些人去幫忙做這些反毒的東西，那這個就不限公部門或者私部門去投這些案子啦，他有一些計畫嘛，就希望有人去承接這樣子。所以合作的方式就是像衛福部會有一些案子啦，希望有人去接、去做這樣子（B2I-3-1-2）。

目前有公益彩券委託案，例如藥物濫用兒少預防/毒癮者家庭支持服務、衛福部心口司、各縣市政府社會局一些脆弱家庭方案（內含毒癮者家庭）法務部矯正署毒癮收容人監內輔導（D3I-3-2）。

（五）公私協力反毒預防模式的運作，少數個案呈現第三部門主導的模式：

所謂第三部門主導模式係指志願組織同時扮演資金提供和服務傳送的角色，來進行的社會福利供應。此種非營利組織享有足夠的自主性，可以彈性的發展創新服務，並且可針對特殊性服務對象的需求，做出快速的反應與服務的提供。但此種政府與私部門（或非營利組織）的資源配置，對於整體國家社會無法

達成最適化的分配，容易形成某些區域分配過多，與某些區域分配不足的情形。

「中國信託反毒教育基金會提供經費，結合「趕路的雁」協助製播影片及提供3D設備，連結教育體系於國、高中，進行反毒教育宣導，從經費支出及影片內容等決策層次，均由第三部門主導，公部門（學校）僅提供學生、時段及場域，來進行反毒教育的宣導，但是成效卓著頗受學生好評（B1F）。」

綜上所述，當前公私部門反毒預防平台運作方式，多為鬆散之組合或採取政府出資民間執行的共銷模式，恐未能達成公私協力的目的。當非營利組織承攬政府部門所交付的福利服務，兩者相輔相成共同推動政府的福利政策，政府部門扮演上游的福利決策角色與經費資源的供給，非營利組織則是擔負下游執行者的角色，直接面對服務對象的需求。即為學理上所謂公私協力的共銷模式，然而此際公私協力的關係基礎建構在交易報酬之中，形成鬆散的組合，實際上呈現的是公共服務輸送的委外化而非真正的協力與輔助，誠如與會者F1F、F2F及G2F所言：

「現在的公私協力絕對不是政府已經規劃完畢的，只有執行階段交給民間，然後時間到了，錢用完了，卻又是政府來評估，這樣絕對沒有辦法達到公私協力所欲達成輔助與補助政府反毒政策執行的功能。應從規劃階段，甚至評估的指標來改善，要強調是公私協力應該從問題的認定到方案的規劃，共同的執行乃至於評估階段，公私部門都要有一定程度的參與（F1F）。」

「現行公部門與私部門協力合作反毒預防策略及運作上，效果亦不顯著，此可能因我國私人或非營利組織在參與反毒作為上，與政府機關僅止於一種鬆散的合作（cooperation）關係而已，並未真正達到協調（coordination）或協力（collaboration）的程度，公私部門之間之互賴及互信程度容有待加強（F2F）。」

「本基金會與公部門合作算是很密切，基金會會像公部門申請經費專案補助，若基金會有發現個案須輔導，向社會局通報，社會局都會很配合給予經費或人力。（G1F）」

整體而言，我國現行反毒策略，依據行政院106年5月11日第3548次會議

提出統合防毒、拒毒、緝毒、戒毒及修法配套等 5 大面向之「新世代反毒策略」，前述新世代反毒策略的概念，事實上從 5 大面向開始，簡言之就是兩個主軸，也就是抑制供應及降低需求，透過供需兩個部分來消滅毒品的危害；希望以人為中心來去追緝，以量來作目標，達成消弭毒品。

透過表 5-2-1 調查各領域專家學者們對於目前公私協力合作方式之看法。就專家支持度來看，以「公部門則提供標案供私部門承接，包含公開招標案、公益彩券委託案、補助案、監內輔導等，效果良好」之平均數為最高為 3.53，顯示多數人對於公部門提供標案供私部門承接方式傾向同意；而標準差以「由私部門角色協助戒治效果較公部門佳」最高為 1.20，顯示私部門進行戒治效果較公部門佳在不同領域專家間的共識性的離散程度高，即差異性較大。接著，依照專家間一致性程度指標 D.C 數值來看，由高至低的前五名依序為「新北市成立毒防辦與其他公部門單位合作，提供兒少服務，並成為領航員角色對私部門單位因材施教，效果良好」、「校外會與基督教少年之家合作，進行職涯探索協助就業，效果良好」、「公部門則提供標案供私部門承接，包含公開招標案、公益彩券委託案、補助案、監內輔導等，效果良好」、「公、私部門間雖合作，但次數相對較少」、「校外會採用三級預防模式，規劃不同公私部門合作方式，效果良好」等共識度較高，高於七成五。現行的公私協力方式，受到肯定的有：新北市成立毒防辦與其他公部門單位合作、校外會採用三級預防模式以及與其他單位合作協助就業、公部門提供標案供私部門承接等模式，惟現行公私部門之間的合作次數仍較低。

表 5-2-1 對於目前公私協力合作方式之看法（依共識程度排序）

題項	平均數	標準差	C.V	D.C	共識程度排序
10. 新北市成立毒防辦與其他公部門單位合作，提供兒少服務，並成為領航員角色對私部門單位因材施教，效果良好	3.50	0.68	19.49	80.51	1
11. 校外會與基督教少年之家合作，進行職涯探索協助就業，效果良好	3.30	0.65	19.74	80.26	2
9. 公部門則提供標案供私部門承接，包含公開招標案、公益彩券委託案、補助案、監內輔導等，效果良好	3.53	0.78	21.96	78.04	3

題項	平均數	標準差	C.V	D.C	共識程度排序
2.公、私部門間雖合作，但次數相對較少	3.37	0.76	22.72	77.28	4
5.校外會採用三級預防模式，規劃不同公私部門合作方式，效果良好	3.20	0.76	23.79	76.21	5
4.學校與警方合作，共同建置拒毒通報網絡，效果良好	3.40	0.86	25.15	74.85	6
12.私部門反毒中以晨曦會之全天候陪伴效果最好	3.50	0.97	27.82	72.18	7
6.地檢署以緩起訴處分與醫療單位共同合作，實施強制治療，效果良好	3.33	1.06	31.84	68.16	-
8.各縣市毒品危害防制中心與公部門單位合作，實施個案處遇，效果良好	3.07	1.01	33.09	66.91	-
3.學校與醫療院所合作，共同實施「醫起護少」合作計畫，效果良好	2.80	0.96	34.33	65.67	-
13.由私部門角色協助戒治效果較公部門佳	3.47	1.20	34.49	65.51	-
1.公部門彼此之間合作機會多，整合性較高	3.30	1.15	34.82	65.18	-
7.公立醫療院所與私部門合作，著重在復歸社會部分，效果良好	3.00	1.05	35.02	64.98	-

註：共識程度依據超過 70% 以上者進行重要性排序

我國現行反毒策略以防毒、拒毒、緝毒、戒毒及修法配套等五大面向之「新世代反毒策略」為主，透過毒品檢驗、戒癮治療、心理輔導、安置、就醫、就學、教育宣導等推動相關反毒活動。國內現行模式與國外諸多國家有相同作法，例如新北市成立毒防辦的運作模式受到高度肯定，類似於新加坡以禁毒局主導，透過政府機關協力合作聯盟，與私人企業、教育機構和社區夥伴組成齊心反毒聯盟，強化社區反毒意識的養成。再者，校園的校外會模式採用三級預防模式，亦受到各界支持，與日本推行的三階段防護模式亦類似。

此外，我國公部門目前利用專案計畫經費提供標案供私部門承接，包含公開招標案、公益彩券委託案、補助案、監內輔導等，對於未來若設立設置毒品防制基金，或許可以參照香港禁毒基金的設置，區分一般撥款計畫、藥物倚賴者治療康復中心特別撥款計畫、含測檢元素的健康校園計畫、提升社區禁毒意識計畫、「參與體育、拒絕毒品」計畫等方式。

二、現行公部門與私部門合作反毒預防策略之成功案例

公私部門反毒預防策略是否成功因著各單位理念、目標、優先順序而有所不同，而且藥癮者本身短期成功戒癮未必代表長期不再用毒的成功，因此是否成功需更明確的定義清楚。若從個案藥癮戒治成功的觀點來看，最好的反毒預防策略效果應從個案小時候就開始進行宣導。而要讓已有藥癮者戒癮成功，則需先解決其情緒或精神疾病的問題，並藉此來建立良好的關係，在評估其問題時應如中醫醫療式的全盤考量或了解其生活環境或社會脈絡，緊接著提供一條龍式的多層面服務，並強化家庭支持或親職教育課程，較可提高成癮者戒治成功的機會。目前，校外會與基督教少年之家合作職涯探索協助就業，私部門以晨曦會效果較佳，提供全天候陪伴使成功率較高。

是否成功？每個單位核心理念不同、目標不同、優先順序不同，比如說對民間單位最重要的是穩定獲利讓機構生存，所以財務考量會是很明確，而公部門就比較沒這個問題，因為他是公務預算，這部分很難說成功或不成功（DII-3-2-4）。

短期的成功不代表一定會長期的成功啊，因為他還是有可能受到誘惑再去用啊。所以成癮物質比較麻煩的就是這樣子，因為隨時有可能他遇到誘惑，或者生活上他遇到一些挫折不知道怎麼去處理的時候就有可能再去使用。這需要一些長期的抗戰（B2I-3-2-2）。

毒癮治療如同慢性疾病，為長期的治療過程，因它涵蓋生理、心理、社會等複雜病狀，又因周遭誘惑多、自制力差而易復發，故需漫長的復健與觀察，難以評斷或界定現為戒治成功的案例（BII-3-11）。

（一）公私部門合作提供戒癮個案一條龍式服務的成功案例：包括對毒癮者之心理諮商、家庭支持、就業訓練與媒合，以及對其家人之親職教育

公私部門協力合作，提供個案包括醫療戒治、心理諮商、親職教育與家庭支持、就業訓練與媒合等需求的一條龍式服務，較可提高戒癮成功的機會。其中包括經由心理諮商激發藥癮者的戒癮動機，之後提供親職教育課程，讓家人能多一

些了解、接納及支持個案，加上就業的訓練與媒合，使其生活有目標，並從工作中獲得成就感，同時，個案管師也提供密切的追蹤與監督，此種一條龍式的服務較能確保個案戒癮的成功機率。

個案可能會成功，第一個看他成癮嚴不嚴重，然後看他的家庭支持度、個案的戒癮動機，然後他有沒有工作，再加上毒防局個案管師的密切追蹤，這樣才有辦法整個一條龍式的服務。那如果這些個案又有一些精神上的問題，比如說憂鬱、焦慮啊，他們就會帶來我們門診看。……如果這些處理還OK，毒防局那邊有心理諮商課程，他也願意派你去參加。所以你必須醫療有所謂的一條龍服務，還有互相的轉介聯繫，保持管道暢通，個案成功機率才會變高（C2I-3-2）。

成功的像是親職教育課程，我們現在要求他們從做孩子為主再到家庭，有些家長不願意來，但這個可以利用行政手段去做。因為我們發覺家長的角色能力要先出來，才能支持孩子，……成年人其實也是一樣，成年人的家庭支持團體很重要，因為真正吸毒者一輩子跟社區接軌還是要靠他家人啊……你自己要先改變，改變就是說你要了解少年的發展，不能用傳統方式覺得吸毒就是壞孩子，你要去了解他為什麼吸毒，內在心理因素去支持他、鼓勵他，所以我們發覺家長這一塊是很重要的。（A2I-3-2-1）。

我覺得有了生活的目標，孩子有了自新的力量可以重新站起來，在生活底層的藥物濫用者，都是家裡面有一些狀況，不是家裡面有人藥物濫用，就是生活比較困苦。（A3I-3-3）。

我覺得應該還是要以人為本，讓他在生活中有自信、能量，舉例來說冰島模式⁶⁸，在那裡 1970、80 年代飲酒抽菸盛行，後來有針對幾歲以下青少年

⁶⁸ 「冰島模式」源自於冰島社會研究與分析中心（ICSRA）所推動的冰島青年計畫（Youth in Iceland）。該中心自 1997 起針對 10-20 歲兒童和青少年推動一項全國冰島青年調查計畫，負責蒐集與家庭和青少年福利議題的相關數據和資訊，其目標在於遏制和扭轉當時青少年藥物與毒品濫用問題。冰島政府透過冰島青年計畫，重新正視青少年毒品濫用的問題，採用「從根本做起和證據導向」的發展策略。維克亞維克大學（Reykjavik University）的心理學教授 Harvey Milkman，指出，藥物濫用是一種紓解壓力的方法，青少年會選擇安非他命或海洛因，取決於他們如何處理壓力。冰島模式之所以成功，有賴於五項因素：法律的變化：政府願意貫徹青少年宵禁令與禁購煙酒；父母的承諾：家長願意配合多花時間專心青少年，了解他們的生活；讓青少年沒有空閒時

有宵禁，且在社群設立很多籃球場及辦很多活動，讓青少年去參與、使用，尋求刺激每個人可能都想要，在尋求刺激的過程中，不要透過藥物刺激的面向，運用健康、活力方法去減少這個藥物濫用 (A3I-6-1)。

(二) 公部門毒危中心與私部門反毒策略協力的成功案例

- 1、中央政府的衛福部 (心口司) 提供足夠經費給民間機構的公辦民營合作方式，例如衛福部提供較足夠的經費補助利伯他茲教育基金會，讓該基金會可以做得比較有成效。此種公辦民營方式是最常見的公私部門合作之模式。我覺得最能幫助經費的案子是衛福部心口司的案子，讓毒癮者獲得很多幫助。衛福部心口司的錢多吧，投資較多的錢。○○○科長就比較知道民間單位的情形，所以就較會發包較足額的錢，讓外面的民間可以做得比較有成效。(D3I-3-6)。
- 2、地方政府的桃園市毒危中心、社會局、教育局、勞動局等公部門與各地方民間機構的合作模式，例如桃園毒危中心與少年之家的合作，透過少年之家的大改樂團，讓高關懷少年在音樂、課輔、團體活動、愛與陪伴下走出自我懷疑、陰霾灰暗的關卡，找到目標，恢復正常生活。校外會與少年之家進行學生職涯試探的合作，讓學生做職涯試探，希望他透過職涯試探找到生活的重心和人生的目標。又如新竹縣毒危中心與山茶花志工隊的合作：新竹縣毒品危害防制中心主動幫山茶花志工隊尋找師資訓練志工，且經常派員參加志工隊的各項聚會。再如新北市勞工局 (就業服務站) 與利伯他茲教育基金會的合作，利用考過各種證照的過來人之現身說法，效果頗佳。此外，個案在老人院工作服務老人中修復其家庭關係與內在生命。我們 (桃園毒危中心) 有跟基督教的少年之家，合作讓學生做職涯試探，希望他透過職涯試探找到生活的重心和人生的目標... (A3I-3-2)。他們有

刻：安排多元的才藝與健康的休閒活動，無暇接觸藥物與毒品；循證研究：每年都會收集 14、15 和 16 歲的數據，用來評估該計劃的有效性；政治支持：冰島政府願意支持此一模式，主要是因為它具有強而有力的監督機制，並且以學術與科學理論為基礎，具有一定的論證與說服力 (資料來源：<https://hsszn.com/archives/25324>；<http://volteface.me/publications/iceland-report/>；<http://www.rannsoknir.is/en/youth-in-iceland/>檢索日期：2018/12/5)。

跟社會局申請經費，也有協助少輔院及感化院出來的學生，做一個中間的協助，提供住宿及安排學校就讀（A3I-3-13）。針對個案與他們討論的過程中，他們也會透露想法，我們也會幫助學生就業輔導的部分，曾經就幫忙找過一個自助餐切菜的工作，老闆也很好按照時薪給這位同學（A3I-4-5）。

少年之家還有一個大改樂團，希望讓過去處理不好的青少年，可以從樂團中獲得成就感，少年之家也有餐車活動，希望讓孩子獲得自己自足的能量，學生自己賺的錢，就按比例來分配（A3I-3-2）。

茶花志工隊，就是新竹毒品危害防制中心他所創立的志工隊從零，沒有半個人開始，到現在我們志工隊有受過專業訓練的講師差不多有十個，都是新竹縣毒品危害防制中心去尋找師資那些，然後幫我們培訓上課。所以還是有一些毒品危害防制中心他們很認真在做事（D2I-3-10）。

（利伯他茲）基金會與新北市勞工局就業服務站的合作成效佳，我覺得新北市勞工局就業服務站就做得成效很好，他們知道我們有更生人，處長就來找我們要跟我們合作，我覺得這兩年成效作得非常好。有些吸毒者來這裡一看，原來來幫助他們的人也曾是過來人，他們也是考證照，有七級證照的三張，也有社工。所以成效比國外的報告還來得好，……同學在社會企業工作，在老人院工作，他們是怎樣在修復他們的生命。他們在服務這些老人，而那些老人沒有自己的子女，就把他們當成自己的小孩，他們彼此的關係，或過去破碎的家庭關係就修復了。我們會幫助這些青少年租房子，他們沒有地方住，所以我們先讓他們有地方住、洗洗澡，買衣服，就可住在房子裡了（D3I-3-5）。

- 3、各地檢署（及其所指導的各地方更生保護之分會-半官方性質之私部門）與民間資源的合作模式：例如臺北地檢與中華民國正念協會的合作中，地檢的檢察官給予個案緩起訴處分，讓個案自由選擇晚上可以上課的的時段參加中華戒毒協會的課程。更生保護會苗栗分會提供經費補助晨曦會，幫助

戒毒者學烹飪，並透過本身是過來人的牧師分享其生命經驗故事，戒治的成效佳。

目前比較有名的叫做中華民國正念協會，目前臺北市是這個模式比較新，他有點像AA 戒毒法庭這樣，他是我們臺北地檢的檢察官給他緩起訴處分，然後讓個案去選擇你可以晚上去參加所謂中華戒毒協會的課程。我記得是8次，先打坐，然後那些社團裡面也有一些心理師，然後他們也辦了一些家庭支持的團體（AII-3-12）。

晨曦會在苗栗做的有一個很好的地方就是說，他跟公部門更生保護有結合，更生保護有給他一筆錢，所以他們有個烹飪班什麼的，其實有一些人是蠻熱心的，我那時候跟苗栗的廚藝公會就是類似廚師公會的那個先生是願意帶著他的兒子跟家人來幫那些戒毒者學煮菜的才藝，那錢是更生保護會提供的，那個是我目前看過最成功的（AII-3-10）。

晨曦會的特色就是這些傳道什麼的都是過去吸毒者，說實在只有吸毒者才能了解吸毒者的頻率跟語言，所以我覺得只有他們才是真正的戒毒專家。……所以晨曦會我知道他們戒毒成功率比較高，但好像也只有20%到30%左右。晨曦會這些、或是吸毒者跟他們分享生命經驗的故事，我覺得他們願意聽（AII-3-8）。

三、現行公部門與私部門合作反毒預防策略之失敗原因

公私部門協力反毒之所以陷入困境，從公部門及私部門來看各有不同的解說，從公部門的立場來看合作協力，他們擔心私部門可能產生個資外洩問題，亦擔心私部門專業度不足。從私部門的立場來看合作，他們認為公部門委託私部門的補助經費不足，且限制人事費所佔比例，又不補助勞健保，使得私部門在聘用專業人才上受到很大的限制。公部門在管制藥物之相關法規上限制多，在核銷經費上較無彈性，請款的手續較為麻煩，而且文書作業與要求繳交的表格繁多，造成私部門感受壓力較大，參與意願降低。詳述如下。

(一) 從公部門的立場來看，各部門內部各單位各自的本位主義重，各有自己的立場和熟悉的區塊，造成各做各的情形，就不容易整合在一起，應建立彼此合作的機制。公部門對私部門則是擔心個資外露問題或私部門專業度不足而不敢與未合作過的私部門機構進行合作。

這個難度很高，難在目前公部門的本位主義還是很重，譬如剛剛所講的，少年隊，在 12 歲以下，是不方便進到學校去的，可是婦幼隊又不管這一個，國小學生藥物濫用攸關家庭生活背景，應該歸社會局管，可是社會局對於學校的資源又不是那麼熟悉，所以我們校外會會希望建構起各個單位的能量 (A3I-3-4)。

公部門本身是各做各的，勞工局做就業的那一塊，社會局做社會處遇那一塊，毒品那一部分並不是處遇各區塊可以解決的，他們公部門就應建立合作的機制。.....反毒工作要做得好，政府部門應該像一個 team (團隊) 一樣，要有毒品過來人、心理師、社工師，這樣才有用，但目前他們各單位還是各做各的。不然，他們就應該交給民間單位去做，民間一做就做 20 年，晨曦會一做就做 30 年，他們都是有經驗的。你 (公部門) 要搶這一塊，然後又是做不來，就爛在那裡 (D3I-3-7)。

現在比較大問題是比較有專業能力的醫療院所，比如說比較中階位，他們基於營利的目標或成本的考量，他不一定要接 (A1I-3-15)。有些私部門的這些社團的話，如果沒有他長期的口碑，其實可能有時候也會怕。如果說他要所謂的輔導個案，他也必須要有一定程度的專業性，我們才敢放給他們。.....我有時候在工作的時候我也常接到一些 DM 啊、一些所謂的這樣的私部門的社團或財團法人他來拜訪我說希望我們轉介個案，他弄一個 DM，我們都會懷疑，第一個我們覺得他們的專業性在哪裡? (A1I-3-13)。

因為我們是福將是一家公司，我們沒有那種權力去做那種家訪。因為你直接去跟... 我們也沒有資料。因為那些資料是屬於個資，我們沒辦法取得那些資料 (D2I-3-3)。

(二) 從私部門的立場來看，公部門委託私部門的補助經費不足，且限制人事費所佔比例，又不補助勞健保，使得私部門在聘用專業人才上受到很大的限制。此外，公部門機構在業務委外後，對私部門卻少有扶植與協助，常讓私部門在執行時感到無力與困擾。尤其公部門在管制藥物之相關法規上限制多，在核銷經費上較無彈性，請款的手續較為麻煩，而且文書作業與要求繳交的表格繁多，造成私部門感受壓力較大，參與意願降低。再者，公部門負責反毒政策的官員也因人事更迭頻繁，讓私部門機構的負責人不但覺得反毒政策難以持續，且好不容易與某公部門之長官取得信賴與信任關係後，又得重新建立該種關係。

公部門委託給私部門的補助經費都是一點點，譬如政府有一千萬，就分給十幾個單位，每個單位也沒分到多少錢，而毒品的案子都是比較高風險的，一次不能只有一個人去，都要兩個人以上的去，互相的幫忙。.....補助款都不大，又限制人事費所佔之百分比，不得超過百分比；又限制最高補助額，又要限制專業科系（大都限社工系），又不補助勞健退，所以民間機構根本申請不到，很多很有成效的戒毒機構乾脆不申請。（D3I-3-3）

公部門就有機會把這些單位扶植，資源創造起來。很多民間單位也是不斷往上或往下擴展，然後有些就是安定的做某種業務，所以會有不同（DII-3-2-3）。.....意思是說我認為公部門可以站在一個扶植的立場去做，扶植民間單位、民間資源的觀點來做。現在公部門是用扶植的觀點，還是委外的觀點來做？如果是委外就是你想做什麼，但你沒那麼多人力，所以委託給民間單位去做；扶植的概念就是說你這東西值得公部門投資，所以會產生層次上差異（DII-3-1-2）。

現在醫療在處遇這個的話，我們的一些文書作業算滿多的，還有我們做替代療法，還是有一些電腦要 key，輸到中央，相對這個是可能是必要的規定啦。.....現在他跟公部門請款的手續其實有點麻煩，而且款又逐步減少，所以很多私人醫院，像北部像新北我知道的耕莘啦，他們其實慢慢的就...

恩主公（醫院），他們其實就是減少，甚至有些就不做了，我覺得……最主要都是只有勞務（CII-3-5）。

要求表格超級多，常常臨時就要各式報告，讓民間單位疲於奔命。……核銷規定多，又都屬於舊法規，暨沒彈性又不符實際運作。例：交通費、訪視服務費等（D3I-3-14）。

正在進行的案子，因長官換人，案子說停就停，不管民間單位已經花了多少精神和費用。但是如果行政院長換了，政務委員就可能換掉，所以好的政策就很難繼續維持下去了（D3I-3-10）。有一次甚至把大家從全省各縣市找來，開了兩個多小時的會，說想聽聽我們做的反毒工作，做出什麼成績來，結果呢？三分之二的時間都是長官訓話，令人傻眼，然後他們再坐高鐵回去，這種沒有效率的做法的太多（D3I-3-12）。

第三節 毒癮者接觸公私部門反毒預防資訊經驗與需求

一、毒癮者接觸到公私部門反毒預防資訊的經驗

有的毒癮者為了戒毒而私自往藥局購買解毒藥，但沒有戒毒效果。到戒治所時，勒戒所提供反毒宣導與戒治活動，但也因戒治期間短，未能有效產生警惕作用，勒戒期間過後又開始使用毒品。有的毒癮者進入監所後開始接受到反毒資訊和宗教信仰課程，而產生反省與改變。特別的是，男性在當兵時軍方未有處遇，直到退伍後才開始相關勒戒程序。

（一）入監服刑期間接觸到毒品防制教育課程，得到反毒資訊，而且監內教化活動課程多，但有些訓練課程受到刑期長短的限制而不能參加，監內有不同宗教課程供選擇，但基督教團體的心理支持程度較高。

直到我上一趟在雲二監的時候才有接觸到。對，都有在進行宣導，那時候的電話好像是 0800 多少多少（EII-4-5）。再來就是來到這邊之後，這邊就蠻常宣導的（EII-4-6）。

剛開始是為了消磨時間，大概到第六、七堂。每周上一堂課消磨，是第六七堂課有震撼到我，我才驚覺、反省自己對不起好多人事，才開始尋求原諒，才開始走出去 (E4I-4-1)。

我是這次進來關之後，才有明確反毒什麼，我覺得我家裡的人應該也是這一次進來之後才知道一、二級 (E2I-4-1)。真正有勒戒、服刑的時候開始得到反毒資訊 (E2I-4-27)。..... 在這裡除了像剛剛講的那個課，還有舞蹈班，還有一些什麼指甲彩繪呀，肥皂班呀，然後看護班 (E2I-6-23)。除了基督教之外，也有佛教 (E2I-6-16)。有參加基督教跟佛教，我覺得基督教的戒毒方式比較有效 (E2I-6-18)。他們戒毒的方式就是一直給你力量、鼓勵你、支持你、為你打氣 (E2I-6-19)。

(二) 親人、牧師、弟兄真誠的關懷可強化心理支持與戒毒決心，而且透過信仰與獲得工作更可減低負面情緒並建立自信，達到戒毒成功的效果。

我覺得是親情的因素，因為不管走到哪家庭都跟到哪 (E1I-6-3)。

我覺得還是需要家人的力量比較實際，因為我覺得我這次會覺得自己以後不用了，就是家人給我力量，我會做給他們看，所以我覺得家人力量會占滿大部分 (E2I-6-50)。

另外一個就是宗教的因素，我覺得利伯他茲他們的宣導，他們那邊有開店，有一些工作可以讓我們去上班，不會有異樣的眼光看著我們，我覺得這點真的蠻重要的，因為我們出去之後會被貼標籤，人家異樣的眼光可能就會導致我們又再去吸食 (E1I-6-3)。

信仰是支持我戒毒成功的主要力量，因為我們機構算是福音機構，福音機構就是基督教的信仰，在這邊我是靠信仰讓自己走過來的 (E3I-6-4)。

主愛之家的牧師、師母及弟兄，大家彼此都互相鼓勵，牧師師母他們都會，像我今天假如心情很低落，我會找他們談一談，跟他們談一談之後心情會好一點，在心靈上他們會給我很多幫助，這也是支撐我一直在這邊的動力。我覺得最能提供幫助的就是機構的牧師、師母及弟兄 (E3I-5-4)。

(三) 接觸到反毒機構後，進一步地獲得一個住的地方及工作的機會，因而生活得到安定。

志工宣導一樣是會有一個住的地方給我們，然後如果真的戒掉了，也有一個工作的地方介紹我們去 (E2I-6-9)。

提供就業機會沒有，他只有叫我去另外一個觀護人那邊上班，做日本料理。在那邊上班其實待遇也不錯，一個月四萬多塊。(E1I-6-13)

二、毒癮者戒癮對公私部門協助的需求

有些毒癮者在施用毒品期間從未想尋求戒治上的幫助，而有些毒癮者在施用毒品期間雖有心戒治卻常難以克制。監內教化活動課程多，但有些訓練課程受到刑期長短的限制而不能參加。有的接受醫院的替代療法，喝美沙冬或舌下錠，但醫院僅提供一級毒品者替代療法。

有一名毒癮者認為，在毒癮者本身的成癮性低、且又得到較多社會支持時，才易有戒治的想法，並產生力量與自信。對毒癮者使用監禁或重罰並無成效，但他們需要一個居住及可工作的地方，以安定自己的生活，其中封閉治療性機構的幫助卻是較大，因在該種機構中毒癮者可修復自己、家庭與社會關係。此外，毒癮者在假釋出獄後，需要持續接受保護管束，需要社會監督與外在控制，才能確保戒毒的成功。

(一) 施用毒品當時並不會想尋求幫助或不知協助管道，用藥期間曾私自前往藥局購買解毒藥，但沒有效果。觀察勒戒所的期間短，在接受評估時也避重就輕回答就輕易過關，因此未能產生自我警惕作用。

不知道，那時候只有印象在雲二監宣導的時候，有那支 0800 的專線而已。(E1I-5-3)。戒毒尋求幫助，但是在施用毒品的時候不會想社會什麼幫助 (E2I-5-1)。第一次戒毒的經驗是在勒戒 (E2I-4-7)。勒戒那時候對於反毒的反應比較不以為意，吸毒期間，沒有想要找誰提供怎麼樣的幫助……應該是避重就輕，老師評估沒有再犯可能，然後就覺得很輕易地就勒戒完畢，然後就馬上打給藥頭 (E2I-6-45)。我覺得好像沒有警惕到自己，而

且才兩個月，那時候勒戒才兩個月，就覺得好像沒在怕，才會馬上就打給藥頭 (E2I-6-46)。

那這段期間都沒有再有戒毒的經驗，除了去買那什麼解藥 (E2I-4-65)。不知道藥局這個藥的成分是什麼，我吃過的一包至少有 10 顆藥丸以上 (E2I-4-13)。解藥不是每個藥局都有 (E2I-4-15)。然後你吃了之後全身無力，只能躺在床上，沒有辦法爬起來，會貧血、倒在地上這樣子，吃了就讓自己睡覺而已，沒有戒毒的效果 (E2I-4-67)。

(二) 就算有心戒毒，但仍無法克制毒癮，更何況當吸毒環境佔了他生活圈的大部分時，就更難以戒毒。

當然是會想要戒，但是心裡不知道為什麼會一直想要去找這個毒品，加上那時媽媽過世，我也不需要去醫院顧媽媽 (E1I-5-1)。對，那時候就是有想要戒，但還是會不知不覺去找那些朋友。這也是蠻慶幸的，被抓到然後有進來關，就可以重新再來一次 (E1I-5-2)。

如果說會戒得掉，應該是用得不是很深的，而且那些吸毒圈不佔他生活圈太大一部分，還有其他力量可以支持他，若佔據生活大部分，便很難 (E4I-5-1)。

三、毒癮者對於現行公私部門反毒預防政策之建議

集中管理的方式更易獲取毒品資訊，提供買賣機會，監方需要加強杜絕；另外，勒戒、緩起訴成效僅供解癮。個案會擔心就業問題與住宿生活問題，需要團體與廠商協助。惟目前反毒宣導確實足夠，未來應加強校園毒品查緝工作，讓學生與家長明確知道使用毒品後果及知識，並重視學校介入功能不全家庭的協助。進一步可將毒品危害防制中心為核心建立資源整合平台，成立一條龍式整合型戒毒機構，結合醫療、心理諮商、生活技能培養、家庭關係修復等功能，培養新生存技能以回歸社區。

- (一) 應繼續進入校園及監獄進行反毒宣導，讓學生、家長與受刑人明確知道使用毒品後果及知識；同時也應嚴格查緝毒品，加強校園毒品查緝工作，減低毒品供應。

反毒預防部分像我們主愛之家，我會跟師母去校園或監獄等作反毒教育宣導，我們都會讓他們知道說使用毒品的後果會怎樣，讓他們預防，我覺得說我們政府對毒品預防的措施，也應該要多一點會比較好 (E3I-7-1)。

政府不是在反毒策略上以緝毒為主?減少供應，然後就是真的要緝得兇，如果真有心要解決青年學子這塊，必須有心去抓 (E4I-7-1)。

我覺得讓同學、小朋友有幫助是要讓他們明確的知道使用的後果吧，還有就是家人那些也都要一起有這些知識 (E2I-7-4)。一般的人跟家人都應該知道用毒之後的後果與相關知識 (E2I-7-5)。對政府或是民間的反毒預防政策沒有什麼建議，因為我覺得現在還滿夠的呀，我常常聽收音機、廣告、電視、都有一些反毒的宣導，可是以前沒有這樣子呀，可是現在都有了 (E2I-7-49)。

- (二) 幫助毒癮者在監獄服刑期間訓練毒癮者自我肯定，藉以修復自己、家庭與社會關係，並於其假釋出獄後持續配合保護管束，提供就業機會、社會監督與外在控制力。

我覺得重罰他不會怕，要不要關，也許給他一個封閉式 (非機構性) 的場域，如果是都關進監獄，其實沒什麼成效，獄政問題越來越大，的確需要給他一個治療性的機構，專門給這些人，我覺得必須是封閉的，他們需要外在控制力協助他們度過最搖擺的這段時間，最起碼要一年時間，搭配輔導上課，幫他們重新復歸社會，家庭阿、職業啊。..... 中介輔導類的，..... 假釋前，已確定通過了，就先來這裡做些輔導，最少三月 (E4I-6-1)。

在正式假釋出獄配合保護管束的機制，因為真的需要外控，光靠自己真的不行，失敗率太高。這必須要有強制力，像我當初進去關之前，也是吸個

夠才進去，根本沒想要改，所以真的需要強制力，後來接觸到，一連串效應，我還算特殊，出來後都沒有用 (E4I-6-2)。

進來之後，蠻多外面的團契進來宣導，因為他們有些友善的廠商，可以幫助我們工作 (EII-7-5)。他們這個也有提供住宿，它們這種是一年半，一年半你覺得你還沒有成功戒掉，它可以再延長一年半，可以一直延續下去 (EII-7-7)。

第四節 改進公私部門協調分工模式

目前公私部門反毒協調合作與分工整合上仍有不夠完善之處，以致反毒力道難以完全產生。事實上，公私部門的協力可促進良性競爭，並勸退不合適機構，讓系統呈現活水狀態。

反毒這部分還有很多事情可以去做啦，首先就是你剛剛說的協調分工整合的部分，事實上好像還沒有那麼完整啦，因為就看起來有的時候會公有的部分做公的部分，那私的部分可能就做他自己領域的部分，整合可能還比較欠缺啦。所以這個部分要怎麼樣去做一個整合、交流的一個平台，因為有可能是公有機構或者是私領域工作人員做的事情可能會有一些重疊啦，就事實上可以再協調，做得更完整一點這樣子 (B2I-4-1-1)。

中央討論也是試圖切割，只做三、四級毒品，因為一、二級毒品司法會做，有觀護人阿。但我們在地方政府，發覺其實沒有辦法這樣切割，因為有可能有些孩子是各級毒品混用。因為先建構的是高風險資訊管理平台，公家單位其實要他們去合作，基於自己本位主義，我覺得應該不太容易，整體性的話，有一個資訊整合的架構和數字很重要，但難度也很高 (A2I-4-2-1)。

一、建立公私部門協調與整合平台的組織面

現在毒品防制政策的實施並無一明確的部門統整，衛福部討論一個，法務部討論一個，雖然彼此常有開會，但仍串聯不起來，本研究的受訪實務人員多數覺得需要有一個高層的部門或機構來統合，然後再一條鞭的下來，而且要有法源依據，才容易達到公私部門協力合作的功效。建構公私部門資源整合平台的方式包

括：應由最高層級成立委員會，建立跨領域的資源整合與交流平台，再一條鞭串聯、訂立法規，讓該平台具有法源依據。例如可參考美國於 1997 年透過無毒社區法（Drug-Free Communities Act of 1997）創立的無毒社區計畫，或者是 2016 年綜合成癮和復原法案（Comprehensive Addiction and Recovery Act of 2016）所設計之社區聯盟增強撥款應對當地毒品危機（CARA）計畫，便是以法源為依據，推動相關社區夥伴合作的實例。

另外，整合交流平台應跨縣市適用，中央可建立一定的流程與表格供各縣市參考，如此即可提供家庭或工作遷移個案更貼切的戒癮服務。標準作業流程與表格部分，應可參考加拿大所提出之工具提供工作手冊以及建議的測量方式。各領域有指派代表或窗口可透過該平台產生彼此交流機會，整合層次應明確定義，藉此互相了解彼此的處理流程與合作方式。

交流平台應在行政院之下設置主責機構，主責機構應提供交流平台，負責官員要用心傾聽民間單位的意見，民間單位亦可藉此平台彼此交流。部門受訪人員認為資源整合交流平台宜由中央的衛生福利部來主導，並在北、中、南設置整合性毒癮醫療示範中心，而社政或勞政應擴大投入共同合作。也有受訪人員認為平台的建置可參考加拿大 CCSA 的協力反毒預防模式。此外，也應擴大推展現行醫療院所與地檢署的合作模式，提升控管成效。此一平台也可建立毒癮個案管師人才培育、專業證照制度及權益與福利保障等配套措施。

（一）由最高層級成立委員會，建立跨領域的資源整合與交流平台，再一條鞭串聯、訂立法規，讓該平台具有法源依據。此一交流平台應在行政院之下設置，以提供彼此交流機會。

其實最好要有一個人，要跨兩個領域他都理解，然後願意溝通，因為有時候你這兩個合在一起，一定也會有這種問題，或說不是說，這樣一個人，經過某樣子的訓練，來做一個在地方的主管，只是說他是不是有權力兩邊都可以協調不知道，只是我認為現行體制是一個困難，是一個漏洞，大家各做自己的其實都做很多事，但那個串聯，永遠都很難串，也包含大家彼

此不了解，窗口常常換，主責長官也常常換，然後換人也換一個體制，然後就變來變去 (CII-4-3)。

主責機構應設在行政院院會底下阿，.....公部門所有平台的高級長官都坐在那裡，我們民間單位的都來告訴你們我們都碰到什麼困難，那這些困難你們是如何去應變。.....所有各部分的人可以坐下來談；然後可請民間單位的人來，大家提供意見，民間機構可以提出為什麼這些你們沒有辦法做到，有些是很簡單，只要給多一點時間，民間單位可以做得好。民間單位也很期望有這個平台，大家可以交流交流 (D3I-4-4)。

(二) 若非直接設置在行政院底下，則資源整合交流平台宜由中央的衛生福利部來主導，而社政或勞政應擴大投入共同合作，並由衛生福利部建立北、中、南整合性毒癮醫療示範中心。

我認為這個資源整合交流平台應該由中央主管機關，也就是衛生福利部來主導，另邀其他部門，如警政、衛政、社政及教育等共同合作 (BII-4-1)。

目前的醫療人力有限，毒癮者的矯治期長又需連續，它不像一般的疾病有一定的療程，因此治療穩定之後需要其他專業領域的人接續輔導，以協助維持穩定、恢復角色功能、減少復發的機率，因此我期待社政或社福、職輔等單位也能投入這個領域共同合作 (BII-4-6)。

衛福部也有想說要建立一個平台，主要是資訊的平台，比較有辦法去建構整合機制啦。這個毒癮治療中心主要還是希望依附在機構裡面，不過他可能就會投入一些人力、物力，比如說針對成癮的問題去做治療，或者還會再跟後面像是剛剛講的是沐恩之家或者晨曦會啊，再去討論後面社區轉銜的部分，希望由目前醫療機構現有的人力去做這件事，可以新聘一些人去建構這樣的架構 (B2I-4-2-1)。

衛福部預計於今(2018)年底或明年初將推動一個新計畫，他們預計在北、中、南設立3個「整合性毒癮醫療示範中心」(BII-4-7)。這個毒癮醫療示範中心扮演了整合、分流及轉介的功能，它鼓勵跨縣市、跨機構的合作，

不但能舒緩醫療人力的問題，也可以做為公、私部門合作及整合的平台，這就像社會安全網一樣，彼此緊密連結、分工合作 (BII-4-8)。

二、建立公私部門協調與整合平台的功能面

公私部門協力反毒平台一旦建置，應可發揮其整合公私部門資源的工作，一方面要求醫療人員接受教育訓練來獲得協助認證等方式，來增加私部門機構參與反毒行列的誘因，另一方面能更清楚地進行人力、資源盤點，以及串聯各資源的，甚邀納第三部門加入反毒預防行列，至可能性也可建立標準作業流程及相關表格，最重要的是此一平台可作為公私部門彼此溝通交流的平台。

(一) 交流平台可整合教育訓練、取得認證之機會，增加公私部門參與反毒工作的誘因，一方面可要求醫療人員接受教育訓練來獲得協助認證，另一方面也可提供中央與地方、公部門與私部門共用的標準作業流程與相關表格，並跨縣市適用，不但使反毒預防工作更有效率，也提供家庭或工作遷移個案更貼切的戒癮服務。

我認為公部門可以站在一個扶植的立場去做，扶植民間單位、民間資源的觀點來做。現在公部門是用扶植的觀點，還是委外的觀點來做？如果是委外就是你想做什麼，但你沒那麼多人力，所以委託給民間單位去做；扶植的概念就是說你這東西值得公部門投資，所以會產生層次上差異 (DII-3-1-2)。

其實私部門來講，一個是誘因啦，像我覺得現在的誘因不足。像我們診所是有去申請成為衛福部的指定毒癮戒治機構，那我申請成這個機構是希望我有一個品質。第一個是費用，有的要報名費，我就都幫他們出；第二個，你被這個認證，其實不會增加什麼錢，可是每年衛生局會派員督導，那診所最討厭人家督導，因為很麻煩，很多醫院一聽到督導就說不要申請，因為他們覺得很麻煩，那乾脆不要做，所以其實誘因不足 (CII-3-10)。

有些個案他是遷移的，沒有跨縣市的平台，比如說我在這個地方接受緩起訴，被勒命說要接受戒癮治療，他只能在這裡，可是他們有些是做工的，

老闆現在...本來從桃園到新竹去，我每個禮拜二還要回桃園，其實造成他工作困擾，他追蹤率就斷掉，後來就不回去，所以跨縣市的也是需要.....比如說中央有類似版本，大家就有類似的版本可以依循。我覺得說不定就是法治化，然後訂定好，然後...可給地方政府參考微修（CII-4-4）。

毒癮個管師在戒癮治療領域占有重要的角色功能，但很遺憾的卻未被清楚釐定職業範疇或工作職責，因此期望中央主管機關能建立專業人才的培育計劃、認證機制，或是專業的考照，以提升其專業的技能與形象，同時期能規劃相關專業人員的權益與福利之配套措施（BII-4-10）。

（二）此一交流平台可更清楚地作人力、資源盤點，以及串聯各資源的可能性，甚至納入第三部門（企業家）加入反毒預防的行列。

其實人力的盤點、資源的盤點，是不是可以更清楚，其實都有嘛，是不是可以串聯的更多，.....那我覺得其實各縣市可以去重新的盤點，還有你現行的一個狀況，那當然更進一步去了解，為什麼沒有做，是說動機不足，人力不夠，還是某些因素，除非他們現行有在做，可以再做（CII-4-1）。

其實會有幾個層次的考量，一個是整個服務網絡當中，應該要有哪些環節進來且可以創造出來，再來是區域的問題，他在臺北的話要 PASS 到高雄就沒那麼容易，所以還是要靠鄰近的部分來做發展（DII-3-3-1）。如果可以納入第三者來時，公部門可以很明確做他要做的事，制定政策、監督、輔導，民間單位也可以去做他的理念，不用為了預算經費而煩惱，企業家也可以發揮他的社會責任回饋社會，創造社會形象，或是投資政府改善社會環境，這樣的角色將是非常有趣的。但這件事情對公部門很尷尬的點是，如果你是民間單位，當公部門幫你募款時會不會被認為是政府要求企業家做政治捐款然後藏在民間單位，所以會變成現在社會的氛圍是在防弊而不是興利（DII-3-3-3）。

(三) 為了讓資源更易整合，公私部門彼此的意見得以互相了解，在此一整合平台之下，各領域也應指派代表或窗口可透過該平台彼此有交流機會，藉此互相了解彼此的處理流程與合作方式。

另外就是可能每個單位要有一個窗口，這個窗口其實是可以提供解釋，比如說我可以去詢問，那我有一個，他說是怎樣，有沒有可能，因為他們有時候講也不準。像有時候觀護人也會轉來，那那些人都搞不清楚來看還是幹嘛的，他說我要開診斷書，可是對我們醫生來講，你第一次來要開診斷書？其實是觀護人要他來找誰看，然後看完要開個診斷書讓他可以...但他們有時候沒有溝通好，那我們其實也不知道我們要做什麼，所以有些東西是無效的 (CII-4-5)。.....那我覺得除了專業上的溝通，另外一個還有彼此對彼此體制的一種了解，我覺得醫生裡面很多還是不了解，比如說一個人吸了毒會有什麼流程，比如說他可能是被警察抓到，然後筆錄，然後多久會到檢察官那邊開偵查庭或什麼的。還有檢察官，對於醫療的程序其實也不見得了解，那有時候就會有點雞同鴨講。可是還有這個體制他怎麼弄，因為有時候每個人有自己的本位啦，我覺得這個也可以彼此溝通，更了解之後我們就會知道，原來他進入到這個系統是會這樣跑，我就知道怎麼跟你合作，專業是可以溝通 (CII-3-15)。

今天如果我們公部門中央希望訂出一個策略整合公私部門協力來做事情，那考慮的目標要非常明確，就是說他所考量到的到底是什麼，然後可以怎麼做調配。目前狀態是毒癮者很多，相關網路資源的服務是否順利、順暢，這個順暢的狀態能夠處理龐大的個案量。所以整合的概念是非常多元複雜的，大家理念是否一致，不然對下游廠商來講我在乎的是生產的有沒有人要買，整個概念是非常複雜的 (DII-4-2-1)。

雖然各自都有專業背景或立場，但我們也試圖讓彼此了解，試圖願意合作對話，這件事很重要，至少一定要溝通。我們坐在這裡的對話很重要，如果我做不了什麼，我可以有頭腦、有想法、有資源，包括幫你找經費，幫

你找大家一起訓練，大家一起對話，大家一起開會，大家一起個案分享 (A2I-4-1-2)。

我們建議民間單位跟公部門多一點合作互動，在層次上有些問題，就是公部門和民間部門在想的事情，其實不見得會是一樣的。公部門期待的是做戒癮治療、輔導處遇，我推出的政策一定要能說服社會大眾認同，不然任何一個民間單位來跟我說我們戒癮治療方案很好，我就該給你錢，這對很多社會大眾來講，覺得叫做圖利、亂花錢或亂搞。我們必須要去找出彼此交集的地方，去討論這件事情或許怎麼樣做比較好 (D1I-4-1-2)。

大概會有一個 SOP 的這種流程出來的時候，大家不會說找不到方法。對，因為很多人他想做。為什麼獅子會跟同濟會他們都會來找我們，就是她們說就是我們真的很想去辦反毒，可是我不知道就是要... (D2I-4-3)。

公私部門協力反毒平台的建置可發揮整合資源的工作，除了增加私部門機構參與反毒行列的誘因，另一方面能更清楚地盤點進人力與串聯各方資源，並提供一套標準作業流程及表格，最重要的是成為公私部門間溝通的統一平台。目前最為可行的是美國的全美社區反毒聯盟 (CADCA) 方式，該組織訓練在地草根性團體成立社區反毒聯盟，藉由提供技術援助、公共政策教育及倡導、媒體策略、會議及特殊活動、政策立法與遊說、協助聯邦政府當前反毒政策的推動、教育訓練與學習、出版刊物與提供資源協助、行銷活動、反毒研究與發展等活動，可作為我國建置反毒資源整合平台的典範。

第五節 建置我國公私協力反毒預防平台之分析

一、建構公私協力反毒預防平台之資源需求

(一) 我國公私部門反毒預防平台亟需建構，以使相關資源達致最有效的配置。

由於目前公部門並未建構公私協力資源整合的綜合平台，使民間團體能在當中進行資源交換，導致是資源過度集中、資源重複浪費、城鄉分配不均等問題而未能使有限資源做最有效之配置，誠如與會者 G2F 所言：

「這時候我們在反毒上遇到比較大的問題是，我們發現全臺灣各地反毒是五花八門，反毒戰車，要開到北、中、南地區一部，每個行政區都要做，一個行政區至少有 60-80 場。可是他們負責的校安的教官就曾經跟我講說，我們業務量多了一倍，政府有美意，但是真的是美意嗎，就是我想表達的真實狀況。導致我們這些單位，現在都不太敢去提案反毒宣導，教育局說，今年太多了，明年再來吧。問題就是由於各方太多人在做，沒有平台來整合導致資訊有點亂掉了。(G2F)」

(二) 部分地方政府透過毒危中心資源整合平台，結合反毒講師及民間團體，擴大反毒預防教育及宣導的成效。

部分地方政府運用現有反毒預防平台，結合反毒講師及民間團體進行各項反毒巡迴宣教與宣導活動，誠如與會者 EIF 所言：

「臺北市政府現有反毒預防平台係運用中心反毒講師平台，支持該府單位辦理各項反毒巡迴宣教，並以年度滾動修正確保反毒宣教品質，……，另透過中心資源整合平台強化高關懷學生及藥物濫用個案輔導，加強藥物濫用防制宣導，運用當地資源及媒體規劃多元反毒宣導，並結合民間團體辦理大型反毒宣導活動。(EIF)」

(三) 社區公私協力反毒平台乃至各治安機關緝毒情資整合平台均有建構之必要。

公私協力治理之良窳在於彼此間之互賴與互信程度之良否，若欲藉由社區組織及成員的力量反毒，允宜建構公私協力共同反毒之平台，以及各治安機關緝毒情資整合平台以能避免多頭馬車緝毒所造成互相踩線的問題。誠如與會者 F2F 所言：

「國內陸地上最好由警政署全權負責緝毒之業務，並責由各地方警察機關建構警民共同反毒之平台，……。至於法務部調查局則負責統合蒐集分析海內、外有關毒品之情報，並成立各治安機關之情報資源整合平台，提供給各單位執行查緝工作。如此，才能避免多頭馬車緝毒所造成互相踩線之問題。

(F2F)」

(四) 未來反毒預防模式允宜轉變為全民參與之協作模式，除傳統實體宣導方式外，網路虛擬世界的公私協作平台有其建構之必要。

邇來全球反毒預防之概念，已從公部門採用強制規範的方式，演變為全民參與的協作模式，亦即政府必須與社會、私部門及公民組織結合，發揮一加一大於二之綜效。誠如與會者 E2F 表示：

「在傳播媒體運用上，除透過巡迴宣導、海報、媒體等方式，現今網路社群、新媒體發展日新月異，時下青少年接觸之媒介亦非傳統之電視、報紙、廣播，而是透過手機、電腦之網路社群、通訊軟體、自介媒體等，在網路世界結合公私平台協作亦顯得重要。(E2F)」

二、建構公私協力反毒預防平台之運作分析

(一) 公私協力平台的運作機制，除於反毒預防階段外，戒毒與處遇階段仍有建構相關協力平台的必要。

除本研究所聚焦的反毒預防階段外，戒毒與處遇階段的公私協力平台的建構與運作仍有其必要性，誠如與會者 F1F 所言：

「在戒毒、處遇階段，存在非常多的是民間的非營利組織還是相關的部門可以介入的地方。(F1F)」

(二) 公私協力反毒預防平台之建構與運作，應建立公私互信互賴及協力夥伴關係，以落實「合夥模式」擴大公私協力綜效。

公私部門理想的協力夥伴關係私部門組織不僅參與管理計畫，同時也能政治過程去向政府相關部門進行政策倡議，參與具體決策，亦即公私部門應可就反毒預防的內容、範圍、資源配置、服務輸送等層面，共同討論研商，達成雙贏，誠如與會者 F1F 及 F2F 所言：

「公私協力，絕對不是替代的問題解決方式，不然一定會失敗。公私協力就是要輔助、補助才對。政府握有公權力，有正當性，但很多工作無法做的細

緻且工具不足，所以需要民間機構協助，公私協力是一個互相輔助。絕對不是政府已經規劃完畢的，只有執行階段交給民間，然後時間到了，錢用完了，卻又是政府來評估，這樣絕對沒有辦法達到剛才講的輔助跟補助的功能。公私協力應該從問題的認定到方案的規劃，共同的執行，公私部門都要有一定程度的參與。(F1F)」

「我國私人或非營利組織在參與反毒作為上，與政府機關僅止於一種鬆散的合作關係，並未真正達到協調或協力的程度，公私部門之間之互賴及互信程度有待加強。……未來可強化我國社區警政、問題導向警政及第三造 (Third Party) 警政之作法，進而提升公私協力反毒之效能。(F2F)」

(三) 強調與社區合作的重要，藉由據點建立、宮廟宣導及鄰里協力等方式，強化公私協力反毒預防的成效。誠如與會者 D1F 表示：

「目前與民間合作著重在社區，有三個部分是未來可以加強合作的，第一個是據點的建立，第二個是宮廟的部分，大多涉毒的孩子為逃家或輟學，喜歡去陣頭，故宮廟也是加強宣導的據點。第三個是鄰里守望相助，若發生疑似吸毒的器具或聚集民眾，如何通報或與警政合作都是可行的方式。(D1F)」

(四) 對於公私部門反毒預防平台之建構方式，以建構中間型教育安置或處遇機構為首要優先，接著依序為設立中央與地方特定對話窗口、利用租稅優惠結合社區發展、提供定期專案計畫、培訓相關反毒人才與建立專業證照制度等。

透過問卷調查量化各領域專家對於公私部門反毒預防平台建構之看法，呈現如下表 5-5-1。首先，就專家意見支持度來看，以「應建構中間型教育安置或處遇機構，使毒癮者逐步回歸社會的機會，並須使大眾減低對毒癮者污名化與排斥情況，增加社區接納及私部門機構參與治療意願」之平均數為最高 4.67，顯示建構中間型教育安置或處遇機構，受到多數人的高度同意；且標準差亦為最低 0.55，意指不同領域專家間之共識性的離散程度低。

再者，依照專家間一致性程度指標 D.C 數值來看，最高至低的前五名依序為「應建構中間型教育安置或處遇機構，使毒癮者逐步回歸社會的機會，並須使大眾減低對毒癮者污名化與排斥情況，增加社區接納及私部門機構參與治療意願」、「中央及地方政府均應設有特定窗口，供公私部門互相了解彼此處理流程與合作方式」、「應藉由租稅優惠，結合社區發展協會，鼓勵民間組織與資源投入反毒業務」、「中央政府應透過定期專案計畫，透過輔導，補助等方式，鼓勵民間社會團體參與反毒活動」、「應培訓反毒宣導人才，毒癮個管師人才，並建立專業證照制度」等五項共識度最高，均在八成以上，顯示此五項受到專家間的高度同意，為未來反毒預防平台建構的可行方式。

表 5-5-1 對於公私部門反毒預防平台建構之看法（依共識程度排序）

題項	平均數	標準差	C.V	D.C	共識程度排序
9.應建構中間型教育安置或處遇機構，使毒癮者逐步回歸社會的機會，並須使大眾減低對毒癮者污名化與排斥情況，增加社區接納及私部門機構參與治療意願	4.67	0.55	11.71	88.29	1
7.中央及地方政府均應設有特定窗口，供公私部門互相了解彼此處理流程與合作方式	4.60	0.56	12.24	87.76	2
17.應藉由租稅優惠，結合社區發展協會，鼓勵民間組織與資源投入反毒業務	4.53	0.63	13.87	86.13	3
12.中央政府應透過定期專案計畫，透過輔導，補助等方式，鼓勵民間社會團體參與反毒活動	4.43	0.73	16.42	83.58	4
16.應培訓反毒宣導人才，毒癮個管師人才，並建立專業證照制度	4.37	0.76	17.52	82.48	5
2.反毒預防平台應採取公私部門合作模式	4.30	0.79	18.47	81.53	6
13.公私部門應協力開發多元反毒教材	4.40	0.81	18.49	81.51	7
6.中央政府訂立法規，使公私協力反毒平台具有法源依據	4.30	0.84	19.46	80.54	8
18.公部門應協助私部門運用政府閒置空間，成立戒癮安置機構或中途之家	4.47	0.90	20.14	79.86	9
15.私部門反毒機構應由公部門主管單位督導	4.13	0.90	21.76	78.24	10
8.應以各縣市毒品危害防制中心為核	4.30	0.95	22.15	77.85	11

題項	平均數	標準差	C.V	D.C	共識程度排序
心，建立資源整合平台，成立在地化全方位整合型戒毒機構，結合醫療、心理諮商、生活技能培養、家庭關係修復等功能，培養新生存技能以回歸社區					
5.中央政府應成立毒品防制委員會，扮演統籌，整合及規劃打擊毒品犯罪之角色	4.23	1.17	27.52	72.48	12
14.私部門反毒人員應由公部門取得教育訓練認證	3.93	1.11	28.27	71.73	13
4.中央政府應由衛生福利部主導，建立資源整合交流平台，結合相關合作單位，成立全國整合性毒癮醫療示範中心	4.10	1.18	28.89	71.11	14
10.應由衛生福利部主導，建立毒品犯罪資料庫並進行大數據分析，供公私反毒單位各界瞭解，監控毒品犯罪現況與趨勢	4.00	1.23	30.79	69.21	-
11.應由衛生福利部主導，建立反毒資源資料庫，含人才、機構等資源，供公私反毒單位參考使用	3.80	1.19	31.21	68.79	-
3.反毒預防平台應採取私部門主導模式	2.20	0.81	36.60	63.40	-
1.反毒預防平台應採取公部門主導模式	3.33	1.32	39.65	60.35	-

註：共識程度依據超過 70% 以上者進行重要性排序

首先，對於毒癮者逐步回歸社會以利於大眾減低對毒癮者污名化情況，新加坡政府取得了不錯的效果。該國於全社會倡導形成所謂「消除歧視、幫助關愛的氛圍」，對於吸毒者的管理做到持續跟蹤，加大戒毒後的關懷與支持。因此，建立高素質國民是新加坡政府有效開展禁毒工作的基礎，由於教育資源豐富，教育普及程度高，較高的國民素質也推動了整個社會的治安水平，對禁毒工作的開展十分有利，我國也應該同樣從教育方面逐步提高國民素質。

再者，特定窗口供公私部門互相了解彼此處理流程與合作方式，例如我國新北市成立毒防辦，分為預防宣導組、緝毒溯源組、處遇輔助組，依據法規與其他公部門單位提供兒少服務，並成為領航員角色對私部門單位因材施教，並受到各界人士高度肯定。若需建立一套標準作業流程與表格部分，應可參考加拿大所提出之工具手冊，挑選符合我國風土民情之標準，例如該手冊中的「安大略省公共衛生伙伴資源清單」提供相關研究報告、工作手冊、建立關係的指引，以及建議

的測量方式（如平衡計分卡與工具），可作為評估社區方案的伙伴關係。另外，加拿大政府所屬計劃效績和評估辦公室採用系統性評估提出相關指導文件，如公共衛生計劃評估框架、改善健康影響計畫評估結果應用：指南和建議、邏輯模型、指標和相關措施等，皆是可參考之工具。

最後，結合「定期專案計畫」與「租稅優惠結合社區發展」來看，與我國相近的香港運用禁毒基金挹注撥款計畫方式或許可作為參考。例如 2010 年香港政府再向禁毒基金注資 30 億元，資助社會上不同機構推行持續的禁毒工作，並將基金收入用以資助值得推行的禁毒計畫，該禁毒基金涵蓋以下五項撥款計畫：一般撥款計畫、藥物倚賴者治療康復中心特別撥款計畫、含測檢元素的健康校園計畫、提升社區禁毒意識計畫、「參與體育、拒絕毒品」計畫。

（五）對於公私協力反毒預防平台運作方式之看法，除公部門降低本位主義外，其餘包含：公部門結合私部門提供升學或職訓或就業機會、校園毒品知識講座與時俱進、強化推動家庭支持服務方案以協助功能不全家庭並重建修復其關係。

透過問卷調查受訪者對於公私部門反毒預防平台運作方式之看法，呈現如下表 5-5-2。就專家意見支持度來看，以「公部門應減低本位主義，增加跨領域交流」之平均數為最高 4.73，顯示公部門應減低本位主義以增加跨領域交流，受到多數人的高度同意；且標準差亦為最低 0.45，意指不同領域專家間之共識性的離散程度低。另外，以專家間一致性程度指標 D.C 數值來看，最高至低的前五名依序為「公部門應減低本位主義，增加跨領域交流」、「公部門應結合民間企業，公益團體提供工作機會給毒癮者，協助毒癮者升學，職訓或就業」、「校園毒品知識講座需與時俱進」、「公私部門應協助學校應介入功能不全家庭的協助」、「公私部門應協力結合宗教、社區資源，推動毒癮者家庭支持服務方案，強化當事人心理支持、重建、修復毒癮者與家庭之間的關係」等之五項共識度最高，皆在九成左右。鑒於此分析結果，對於公私協力反毒預防平台的運作，除公部門降低本位主義外，可運作之策略還應該包含：公部門應結合私部門提供升學或職訓或就業機會、校園毒品知識講座需與時俱進、強化推動家庭支持服務方案以協助功能不

全家庭並重建修復其關係。

表 5-5-2 對於公私協力反毒預防平台運作方式之看法（依共識程度排序）

題項	平均數	標準差	C.V	D.C	共識程度排序
3.公部門應減低本位主義，增加跨領域交流	4.73	0.45	9.50	90.5	1
6.公部門應結合民間企業、公益團體提供工作機會給毒癮者，協助毒癮者升學，職訓或就業	4.70	0.47	9.92	90.08	2
17.校園毒品知識講座需與時俱進	4.70	0.47	9.92	90.08	3
15.公私部門應協助學校應介入功能不全家庭的協助	4.60	0.50	10.83	89.17	4
13.公私部門應協力結合宗教、社區資源，推動毒癮者家庭支持服務方案，強化當事人心理支持、重建、修復毒癮者與家庭之間的關係	4.57	0.50	11.04	88.96	5
7.最好的反毒預防策略應於校園中強化學生生活技能與功能不全家庭協助	4.53	0.51	11.19	88.81	6
8.公私部門應協力加強對好奇、誤用、易染毒品兒少之介入服務與輔導	4.60	0.56	12.24	87.76	7
10.公私部門應協力增強學生家長與社區關懷高危險兒少拒毒防毒的能力	4.60	0.56	12.24	87.76	8
12.公私部門應協力提供毒品收容人無縫接軌社會復歸服務	4.60	0.56	12.24	87.76	9
14.公私部門應協力輔導保護管束期滿之用毒者，持續提供社會與外在控制力	4.53	0.57	12.60	87.40	10
9.公私部門應協力建構高風險群，含兒少、成年藥癮者、毒品專業諮詢關懷網絡，結合志工陪伴，提供個案服務，落實社區處遇	4.57	0.63	13.71	86.29	11
4.公部門應尊重各體制與處理程序差異性	4.37	0.61	14.08	85.92	12
11.公私部門應協力運用彈性及多元化方式，辦理毒品危害講習	4.50	0.73	16.25	83.75	13
5.公部門可增加給付項目與額度，提高私部門參與誘因	4.37	0.72	16.45	83.55	14
1.公部門應擴大篩選高危險、好奇、誤用個案，由私部門協助及早介入校園，社區與家庭輔導、協助與監控。除了反毒知識的相關活動宣導外，更有所謂生活技能的傳授與加強，強化反毒功效	4.30	0.75	17.44	82.56	15

題項	平均數	標準差	C.V	D.C	共識程度排序
2.應由中央建立統一流程供各縣市參考	4.30	0.79	18.47	81.53	16
18.地檢署與醫療院所可交叉檢視假釋或緩起訴處分及毒癮治療名單，擴大司法與醫療單位推展戒癮合作模式，提升控管成效	4.23	1.04	24.57	75.43	17
16.公部門對於施用毒品之高危險族群，含高危險學生，應加強尿液篩檢	4.07	1.05	25.78	74.22	18

註：共識程度依據超過 70% 以上者進行重要性排序

首先，公部門應結合民間企業，公益團體提供工作機會給毒癮者，協助毒癮者升學、職訓或就業等，於新加坡可見於其重視性。在工作保障方面，新加坡政府鼓勵戒毒者自主創業，並在資金支持、稅收等方面實施優惠政策，亦有許多公益組織為成功戒毒者提供工作機會，對於聘用類似戒毒者的企業同樣會在稅收等方面予以優惠。

其次，校園毒品教育需與時俱進，並應該強化相關生活技能培養。例如與我國相近的香港，由禁毒處委託非政府機構為本地小學生、英基國際學校、國際學校，以及非華語學生舉辦免費抗毒教育；而藥物資訊天地是全港首個以禁毒教育為主題的永久展覽館，備有各類視聽教材和宣傳資料提供各級學校使用。同樣地，澳門特區政府社會工作局轄下的健康生活教育園地設有健康生活教育課室、主題體驗區、多功能影院、多媒體工作室、資訊播放區及閱覽區，藉著與民間團體合辦不同的文體藝活動，向全澳居民尤其是兒童、青少年及家長宣揚健康、禁毒訊息，建立無毒社會。再者，如新加坡採取了兩種方式：第一是開設禁毒課程，通過禁毒教師的講解使學生瞭解到毒品特徵、危害及相關法律法規；第二是參觀監獄、戒毒所等場所，參觀活動對於學生的震撼作用較大，實踐中確實起到了預防的效果。較為特別的是，德國所推動的預防計畫更強調提高生活技能，鼓勵學生批判性地思考吸毒問題，並且發展自己的價值觀。

最後，強化推動家庭支持服務方案為必要納入之運作模式。例如德國針對家庭面向的預防措施主要在提高反毒技能，發揮家庭保護作用，增強基本生活能力，亦推動特定對象計畫如高風險青少年與其家人外診治療計畫（Family

Outreach Therapy for Risky Drug Using Adolescents and their Families)，針對高風險家庭，透過外診方式促進家庭內部溝通，將青少年轉介到計畫服務中，以利於及早發現和避免成癮。

第六節 小結

針對上述結果，茲就主要研究發現歸納如下：

一、我國公私部門現有反毒預防組織與角色

(一) **公部門機構**：反毒工作區分為「防毒監控」、「拒毒預防」、「緝毒合作」及「毒品戒治」等四大區塊：公部門功能包含處遇、戒治、監控、處罰、教育等，其中衛生福利部轄下公部門醫療院所提供相關戒治處遇，而衛福部食藥署針對源頭進行查驗與防毒監控。教育部提供反毒宣導與校園防制工作，同時與醫療院所進行合作提供處遇，與警方合作拒毒通報網。法務部主責緝毒工作，並推動緩起訴處分，對毒癮者提供具強制力的戒治或監控，各勒戒處所也對藥癮者進行一定期間的機構性戒治。各縣市毒品危害防制單位，包括毒品危害防制中心、毒防辦公室、毒品防制局等，由各地依當前毒品政策加以規劃和推動。主要由衛生局負責業務之規劃與各局處、各相關公部門或其他資源的合作與統合，設有專責個案管理師來管理毒癮者。國外以衛生局或衛生部為主責機構的國家，像是加拿大與德國；亦有些國家將反毒專責組織直接隸屬到總統或內閣之下，例如美國國家藥物管制政策辦公室隸屬於總統執行辦公室，或者日本防制毒品濫用策進本部，其位階亦高於中央各部會，直接隸屬於內閣總理大臣。

(二) **私部門組織**：可區分為反毒教育機構團體、醫療處遇機構及民間協助資源等三部分。其中反毒教育機構團體在協力上的主要角色為協助與填補公部門推動反毒宣導。醫療處遇機構主要角色在協助公部門實施毒癮者之戒治與減害工作臺灣毒癮戒治機構；民間協助毒癮者資源則扮演著協助公部門推動青少年關懷、諮商、外展與庇護或收容之角色。各民間團體所從事的反毒各有不同的重點，沐恩之家、臺中更生團契及晨曦會等三機構偏重福

音戒毒，且主要提供關懷輔導與安置。主愛之家、利伯他茲及鳳凰婦女關懷協會提供關懷輔導、安置與社會企劃服務等全方位服務；而世界快樂聯盟及露德協會主要服務對象為愛滋患者。

二、現有公私部門協力反毒預防策略

現行公部門與私部門反毒預防策略的合作模式多元，包括：

- (一) 公部門為主、私部門為輔的合作模式，即以公部門為主私部為輔的協力反毒模式強調公部門內各局處的合作整合，之後再納入私部門民間之資源，一起合作來進行反毒預防的作為。
- (二) 教育構機為中心的合作模式，即由教育局轄下的校外會來規劃反毒預防，並統合公部門各相關局處及地方資源，採用三級預防模式，包含一級預防宣導、二級尿篩檢查、三級輔導工作，並由市級毒危中心透過醫療院所及警察局去掌握個案。
- (三) 公立醫療院所為中心的合作模式，即先與公部門之醫院、毒防局等合作來進行戒治，或找地檢署進行緩起訴個案戒治工作的合作，例如高雄凱旋醫院與高雄地檢署、橋頭地檢署及高雄毒防局的合作，甚至找社會局或勞工局共同協助個案獲得生活的適應與改善，之後再找民間的醫療資源協助。
- (四) 公部門提供標案由私部門承接招標的合作模式，即是由公部門編列預算出資、私部門投標的合作模式。

我國現行反毒策略以防毒、拒毒、緝毒、戒毒及修法配套等五大面向為主，透過毒品檢驗、戒癮治療、心理輔導、安置、就醫、就學、教育宣導等推動相關反毒活動。國內現行模式與國外諸多國家有相同作法，例如新北市成立毒防辦的運作模式受到高度肯定，類似於新加坡以禁毒局主導透過政府機關協力合作聯盟，與私人企業、教育機構和社區夥伴組成齊心反毒聯盟，強化社區反毒意識的養成。再者，校園的校外會模式採用三級預防模式，亦受到各界支持，與日本推行的三階段防護模式亦類似。最後，我國公部門目前利用專案計畫經費提供標案，對於未來設立毒品防制基金，或許可以參照香港禁毒基金的設置方式。

三、現有公私部門協力反毒預防作為之困境

公私部門協力反毒之所以陷入困境，從公部門及私部門來看各有不同的解說，從公部門的立場來看合作協力，他們擔心私部門可能產生個資外露問題，亦擔心私部門專業度不足。

從私部門的立場來看合作，他們認為公部門委託私部門的補助經費不足，且限制人事費所佔比例，又不補助勞健保，使得私部門在聘用專業人才上受到很大的限制。公部門在管制藥物之相關法規上限制多，在核銷經費上較無彈性，請款的手續較為麻煩，而且文書作業與要求繳交的表格繁多，造成私部門感受壓力較大，參與意願降低。

四、未來公私部門反毒預防平台之合作策略

公私部門資源整合平台的建構方式，在平台的組織面包括：

- (一) 應在行政院之下設置最高層級委員會，建立跨領域的資源整合與交流平台，再一條鞭串聯、訂立法規，讓該平台具有法源依據。
- (二) 若非直接設置在行政院底下，則資源整合交流平台宜由中央的衛生福利部來主導，而社政或勞政應擴大投入共同合作，並由衛生福利部建立北、中、南整合性毒癮醫療示範中心。

另一方面，由平台功能面來看，應包含：

- (一) 交流平台可整合教育訓練、取得認證之機會，增加公私部門參與反毒工作的誘因，一方面可要求醫療人員接受教育訓練來獲得協助認證，另一方面也可提供中央與地方、公部門與私部門共用的標準作業流程與相關表格，並跨縣市適用，不但使反毒預防工作更有效率，也提供家庭或工作遷移個案更貼切的戒癮服務。此一交流平台可更清楚地作人力、資源盤點，以及串聯各資源的可能性，甚至納入第三部門(企業家)加入反毒預防的行列。

(二) 為了讓資源更易整合，公私部門彼此的意見得以互相了解，在此一整合平台之下，各領域也應指派代表或窗口可透過該平台彼此有交流機會，藉此互相了解彼此的處理流程與合作方式。

未來公私部門的反毒預防平台之合作策略，以建構一條龍式反毒業務資源整合平台為首要任務，或許可參考美國的全美社區反毒聯盟（CADCA）模式，該組織訓練在地草根性團體成立社區反毒聯盟，提供技術援助、公共政策教育及倡導、媒體策略、會議及特殊活動等，其目標不僅涵蓋酒類、菸草、處方藥物濫用的預防，更在於提升社區的安全、健康及無毒環境，對於我國目前毒品預防多關注在反毒宣導而未能連結高層次的需求等困境可為之解套。該組織主要工作包含：政策立法與遊說、協助聯邦政府當前反毒政策的推動、教育訓練與學習、出版刊物與提供資源協助、行銷活動、反毒研究與發展等內容，無論是作為一條龍式反毒資源整合平台，抑或是協調公私部門彼此資源連結等，皆是可遵行的策略模式。

五、建置我國公私協力反毒預防平台之分析

根據圖 3-1-1 之研究架構圖與本章節之重點，歸納綜合整理如下表 5-6-1：

表 5-6-1 建構公私協力反毒預防平台之整理

總面向	子面向	具體內容
反毒預防執行單位	組織單位	<ul style="list-style-type: none"> - 由最高層級成立委員會，建立跨領域的資源整合與交流平台，再一條鞭串聯、訂立法規，讓該平台具有法源依據。此一交流平台應在行政院之下設置，以提供彼此交流機會。例如美國聯邦政府依據反毒品濫用法設立國家藥物管制政策辦公室，便是直屬於總統執行辦公室；或者，日本設立的防制毒品濫用策進本部，其位階高於中央部會，直接隸屬於內閣總理大臣。 - 若非直接設置在行政院底下，則資源整合交流平台宜由中央的衛生福利部來主導，而社政或勞政應擴大投入共同合作，並由衛生福利部建立北、中、南整合性毒癮醫療示範中心。例如加拿大由衛生部長負責執行目前新的反毒策略；德國聯邦政府麻醉藥品專員辦公室同樣隸屬於德國聯邦政府衛生部，專員主要工作便是協調聯邦政府的毒品和成癮政策，並另設立國

總面向	子面向	具體內容
	資源需求	<p>家藥物和成癮委員會，負責配合聯邦政府行動，並且評估實際成效諮詢機構。</p> <ul style="list-style-type: none"> - 提供升學、職訓或就業機會。例如新加坡同樣視其重視性，該國政府鼓勵戒毒者自主創業，並在資金支持、稅收等方面實施優惠政策，亦有許多公益組織為成功戒毒者提供工作機會，對於聘用類似戒毒者的企業同樣會在稅收等方面予以優惠。 - 校園毒品知識講座與時俱進，並應強化相關生活技能培養。例如香港由禁毒處委託非政府機構為本地小學生、英基國際學校、國際學校，以及非華語學生舉辦免費抗毒教育，而藥物資訊天地備有各類視聽教材和宣傳資料提供各級學校使用。同樣地，澳門特區政府社會工作局轄下的健康生活教育園地藉著與民間團體合辦不同的文體藝活動，向全澳居民尤其是兒童、青少年及家長宣揚健康、禁毒訊息，建立無毒社會。再者，新加坡開設禁毒課程使學生瞭解到毒品特徵、危害及相關法律法規，並透過參觀監獄、戒毒所等場所給予學生震撼作教育。特別的是，德國所推動的預防計畫更強調提高生活技能，鼓勵學生批判性地思考吸毒問題，並且發展自己的價值觀。 - 推動家庭支持服務方案。例如德國針對家庭面向的預防措施主要在提高反毒技能，發揮家庭保護作用，增強基本生活能力，亦推動特定對象計畫如高風險青少年與其家人外診治療計畫，針對高風險家庭，透過外診方式促進家庭內部溝通，將青少年轉介到計畫服務中，以利用及早發現和避免成癮。 - 清楚盤點人力、資源，以及串聯各方資源，甚至納入第三部門（企業家）加入。例如新加坡以禁毒局主導透過政府機關協力合作聯盟，與私人企業、教育機構和社區夥伴組成齊心反毒聯盟，強化社區反毒意識的養成。
反毒預防執行方式	建構方式	<ul style="list-style-type: none"> - 應建構中間型教育安置或處遇機構，使毒癮者逐步回歸社會的機會，並須使大眾減低對毒癮者污名化與排斥情況，增加社區接納及私部門機構參與治療意願。另外，大眾意識的改變可參考新加坡政府倡導形成所謂「消除歧視、幫助關愛的氛圍」，建立高素質國民，我國也應該同樣從教育方面逐步提高國民素質。 - 中央及地方政府均應設有特定窗口，供公私部

總面向	子面向	具體內容
		<p>門互相了解彼此處理流程與合作方式。例如我國新北市成立毒防辦，分為預防宣導組、緝毒溯源組、處遇輔助組，依據法規與其他公部門單位提供兒少服務，並成為領航員角色對私部門單位因材施教，並受到各界人士高度肯定。</p> <ul style="list-style-type: none"> - 提供中央與地方、公部門與私部門共用的標準作業流程與相關表格，並跨縣市適用。參考加拿大相關手冊中的「安大略省公共衛生伙伴資源清單」與加拿大政府所屬計劃效績和評估辦公室採用系統性評估提出相關指導文件，如公共衛生計劃評估框架、改善健康影響計畫評估結果應用：指南和建議、邏輯模型、指標和相關措施等工具。 - 最為可行策略為美國的全美社區反毒聯盟（CADCA）模式，訓練在地草根性團體成立社區反毒聯盟，藉由提供技術援助、公共政策教育及倡導、媒體策略、會議及特殊活動、政策立法與遊說、協助聯邦政府當前反毒政策的推動、教育訓練與學習、出版刊物與提供資源協助、行銷活動、反毒研究與發展等活動，應可作為我國建置反毒資源整合平台的典範。
	金額補助	<ul style="list-style-type: none"> - 應藉由租稅優惠，結合社區發展協會，鼓勵民間組織與資源投入反毒業務。 - 中央政府應透過定期專案計畫，透過輔導、補助等方式，鼓勵民間社會團體參與反毒活動。 - 結合「定期專案計畫」與「租稅優惠結合社區發展」來看，與我國相近之香港運用禁毒基金挹注撥款計畫方式可作為參考，包含五項撥款計畫：一般撥款計畫、藥物倚賴者治療康復中心特別撥款計畫、含測檢元素的健康校園計畫、提升社區禁毒意識計畫、「參與體育、拒絕毒品」計畫等。
	人才培育	<ul style="list-style-type: none"> - 應培訓反毒宣導人才，毒癮個管師人才，並建立專業證照制度。 - 整合教育訓練、取得認證之機會，增加公私部門參與反毒工作的誘因。

總面向	子面向	具體內容
反毒預防合作策略	公私協力合作策略	<ul style="list-style-type: none">- 新北市成立毒防辦與其他公部門單位合作，受到各界高度肯定，其運作方式類似於新加坡以禁毒局主導，政府機關共同協力合作聯盟。- 校外會採用三級預防模式以及與其他單位合作協助就業亦受到支持，其與日本推行的三階段防護模式亦相似。- 公部門提供標案供私部門承接等模式，目前利用專案經費提供計畫，若未來設立毒品防制基金，可參照香港禁毒基金設置特定計畫方式。

第六章 結論與建議

本章內容主要在於依據研究目的歸納出相關結論與建議，在結論部分將敘明：1、各國/地區公私部門協力反毒預防策略與模式；2、我國民間反毒組織與資源盤點的成果；3、根據實證研究結果，提出以社區為核心的公私協力反毒預防策略與模式與資源整合交流平台。最後，在建議部分，則根據研究發現，提出具體政策建議，謹分述如下：

第一節 結論

本節旨在說明各國/地區公私部門協力反毒預防策略與模式；我國民間反毒組織與資源盤點的成果；以及關於如何建構以社區為核心的公私協力反毒預防策略與模式與資源整合交流平台等研究發現，茲依序說明如下：

一、各國/地區公私部門協力反毒預防策略與模式

本研究蒐集、分析美國、德國、加拿大、香港、澳門、日本、新加坡及我國等國家/地區在反毒預防的運作，在組織結構、工作內容與服務輸送模式等 3 大面向具有以下特色（請詳見第 4 章，表 4-9-1）：

（一）中央政府皆有專責機構，且在整體運作過程均扮演重要角色

為了有效進行反毒預防工作，國外各地區政府在組織設計上雖然有所差異，但是在中央政府內，都設置有專責的反毒專責機構，以決定反毒政策方向和實際執行上的預算、人力資源的安排，更重要的是，也成為與民間團體主要的溝通聯繫窗口。

（二）反毒預防工作涉及的利害關係人眾多，民間團體參與的程度不一

國外各地區政府在反毒預防上的工作，大多數都將重點置於青少年、校園與家庭等對象或場域上，在實際上推動上，所涉及的多數都包含政府單位、社福、警政機關等，但是在美國、香港、澳門等國家中，則是有重點的民間團體參與其中，有些甚至扮演重點的角色。

(三) 各國（地區）反毒預防工作內容，關注層面各有不同

基本上反毒預防的對象多半集中在校園、社區，部分國家會強調家庭場域，大多數的活動都會包含常見的教育宣導、反毒知識、生活技能的傳授，以及毒品展示與解說等，但是在特定國家內則是會安排有抽驗（美國），以及民間團體自發性的特殊活動（香港、澳門）。

(四) 各國（地區）反毒執行模式主要呈現 4 種不同型態

國外各地區有關主要反毒執行模式，可歸納為下列模式：1、以重點計畫進行模式：例如德國、加拿大；2、以整體社區為主體模式：由中央政府補助推動，例如美國；3、設置專案基金模式：在正常計畫和預算之外，另外設置專案基金，例如香港，藉以集中資源進行重點政策的推動；4、傳統反毒模式：政府機關以政策與行政命令方式為之，透過足夠預算編列與人員配置，以落實反毒政策與工作，例如國外各地區政府反毒機關。至於我國過去係以行政院毒品防制會報為核心，自 2019 年起則設有專案基金。

二、我國民間反毒組織與資源的盤點成果

(一) 私部門反毒組織及其角色扮演

私部門的反毒預防組織包括各宗教團體、民間團體、私立醫療院所、精神科診所、藥局等。其服務宗旨、服務對象與角色功能依其機構之屬性而各有不同。

1、私部門以宗教團體機構為多數，其所提供的服務與醫療戒治有所不同。基督教晨曦會、沐恩之家、趕路的雁全人關懷協會、更生少年關懷協會、臺中更生團契、牧愛生命協會、臺灣露德協會、鳳凰婦女關懷協會。其中花蓮主愛之家收容著來自全臺灣有心尋求戒毒協助的民眾，主要提供個案轉介與異地戒毒服務，同時與更生保護會簽約補助更生人戒毒。各民間團體所從事的反毒各有不同的重點，沐恩之家、臺中更生團契及晨曦會等三機構偏重福音戒毒，且主要提供關懷輔導與安置。主愛之家、利伯他茲及鳳凰婦女關懷協會提供關懷輔導、安置與社會企劃服務等全方位服務；而世界快樂聯盟及露德協會主要服務對象為愛滋患者。

- 2、「高雄反毒基金會」類似公辦民營的模式，可彈性填補高雄毒品防制局缺陷，以公部門角度系統性檢視不足處，屬於公部門色彩濃厚的民間機構。
- 3、桃園少年之家、臺灣世界快樂聯盟，中華民國紅心字會，中信的反毒基金會、獅子會、扶輪社，這些都有參與反毒預防工作。「蘆洲少年服務中心」與「臺北市基督教教會聯合會」兩者皆從社區作紮根兒少預防性社區工作，透過滾雪球方式掌握兒少動態。
- 4、「福將人力工程行」提供更生人就業機會，雇請大批更生人，使更生人有份安定之工作，減少再犯率，此團體著重從心理層面去戒毒與宣導，提供更生人聚會場地。福將人力工程行常協同其他民間團體如恩典、山茶花志工隊宣導活動，活動採輪流與分工，透過分享與聊天宣導。其中「山茶花志工隊」著重在反毒宣導，從陪伴、關懷用藥個案，到更生人志工現身說法，深入社區、學校與機構宣導反毒，成員志工具有專業訓練，服務包含電訪、家訪，以及監所與校園宣導。
- 5、私部門醫療院所包含私立醫院精神科、或是精神科診所，經由公部門經費的補助，也都投入成癮藥物替代治療行列，而藥局則提供清潔的針具以減低愛滋傳染。近年來政府補助款項減少，使其參與戒癮治療服務程度降低。

茲依據第四章有關公私協力參與反毒相關組織的盤點結果，本研究依其屬性將之歸納為反毒教育機構團體、醫療處遇機構、非營利組織協助毒癮者資源、私部門協助毒癮者資源等 4 種類型，就我國民間反毒相關團體工作內容整理如表 6-1-1⁶⁹。

⁶⁹我國參與反毒之公、私部門組織、團體眾多，本研究限於時間、經費限制，僅就調查結果進行分類並舉例說明之。

表 6-1-1 我國民間反毒相關團體工作內容

屬性	名稱	反毒工作內容
反毒教育機構 團體	中國信託反毒教育基金會	- 校園反毒宣導 - 反毒 3D 電影車(與趕路的雁全人關懷協會合作)
	趕路的雁全人關懷協會	- 反毒電影車 - 反毒專題宣講(校園、高關懷、社區、監獄、衛教講習)
	財團法人利伯他茲教育基金會	- 成人矯正 - 藥癮更生 - 家庭支持性方案 - 毒品防制校園宣導與高關懷班 - 青少年協談 - 升學就業輔導 - 脆弱家庭服務 - 國際扶輪社反毒及公益園遊會 - 衛福部之委託研究「精進毒品防制與輔導網絡計畫-成人藥癮者家庭支持服務」 - 倡議「中介教育安置機構」、「德慧學校」
	中華民國更生少年關懷協會	- 反毒宣導(少年觀護所、夏令營)
醫療處遇機構	毒癮戒治核心醫院 22 家	- 門診 - 替代療法
	毒癮戒治醫院 106 家	- 門診 - 替代療法
	毒癮戒治診所 34 家	- 門診
民間協助毒癮者資源：非營利組織	財團法人臺灣基督教花蓮主愛之家	- 藥酒癮戒治輔導 - 以斯帖女子輔導所(與更生保護會花蓮分會合作) - 民間戒毒村
	財團法人基督教晨曦會	- 全人重建 - 同儕相扶 - 培育工人 - 服務社會 - 宣教拓展
	財團法人屏東縣私立基督教沐恩之家	- 成人戒癮 - 提供安置場所
	財團法人臺灣更生保護會	- 提供安置處所 - 促進監所矯治與更生保護工作
	社團法人中華民國解癮戒毒	- 全人康復戒癮服務(臺北地檢署合作) - 成癮者心理輔導與家庭支持

屬性	名稱	反毒工作內容
	協會	<ul style="list-style-type: none"> - 親子家庭日 - 校園宣導 - 法務部反毒大本營合作之民間協助毒癮者
	宜蘭縣渡安居女性關懷協會	<ul style="list-style-type: none"> - 女性中途之家（臺灣宜蘭地方檢察署、宜蘭縣政府、臺灣更生保護會宜蘭分會及財團法人臺灣基督教主愛之家輔導中心合作） - 法務部反毒大本營合作之民間協助毒癮者
	愛家反暴力協會	<ul style="list-style-type: none"> - 收容照顧 - 諮商輔導 - 戒癮治療 - 職業訓練 - 轉介服務
	社團法人臺灣露德協會	<ul style="list-style-type: none"> - 耀家專案—用藥者家屬服務（臺中市社會局、毒品危害防制中心及在地的藥癮防制團體合作）
	社團法人臺灣鳳凰婦女關懷協會	<ul style="list-style-type: none"> - 協助弱勢及特殊境遇婦女，予以人道關懷及援助，並提供庇護安置；同時提供職業技能教育訓練，協助就業及各項婦女相關福利服務 - 衛生福利部民間機構（團體）辦理藥酒癮者復歸社會服務之效能提升計畫補助
	財團法人基督教臺中更生團契	<ul style="list-style-type: none"> - 經由臺灣更生保護會、本會志工老師、牧師等人，在臺中地區矯治機關進行關懷宣導，或是其他相關機構轉介 - 欲脫離毒癮環境，或原生環境不適合居住，自請收容者
	中華民國紅心字會	<ul style="list-style-type: none"> - 受刑人家庭重建 - 預防犯罪 - 兒少關懷
	社團法人臺灣世界快樂聯盟	<ul style="list-style-type: none"> - 安置家園
	葛瑞絲香草田	<ul style="list-style-type: none"> - 雇用戒毒者的庇護農場
	山茶花志工隊	<ul style="list-style-type: none"> - 新竹縣毒品防制中心所屬訓練之專業民間志工
	財團法人高雄市毒品防制事務基金會	<ul style="list-style-type: none"> - 政府與基金會合作，整合公私部門資源，共同推動高雄市市毒品防制相關業務與資源發展，以充實預防、輔導、戒癮、復歸的量能
	那可拿新生活教育中心	<ul style="list-style-type: none"> - 臺灣那可拿座落於景色優美的花蓮，為全球專業戒毒中心之一。計畫包含：無毒無藥戒斷、淨化、客觀性練習與生活技能課程等。
民間協助毒癮者資源：私部	福將人力工程行	<ul style="list-style-type: none"> - 更生人就業機會，住宿亦免費

屬性	名稱	反毒工作內容
門	大哥手作蛋捲工作室	- 返監所宣導與分享 - 免費教學助人做蛋捲創業

資料來源：本研究自行整理

(二) 民間參與反毒組織與資源投入的限制

從前述民間參與反毒組織與資源的投入現況來看，呈現以下數點缺失：

1、反毒業務缺乏一條龍式公私部門資源整合平台之建構

服務供給必須環環相扣，一條龍式的統整，回到刑事司法立場上來看，政策面一定要有全觀性的思維。因為政策要處理的公共問題，即是從司法查緝處遇到社會戒癮治療，再到社會復歸，前述連續階段與過程服務體系應該是一條龍式的。從犯罪學的角度來看，古典學派的思維是犯罪者，處遇結束後就完竣了。但從實證學派的觀點來看，犯罪者為何會如此、到底是怎樣，國家應該協助處理，如果沒有協助，犯罪者只會一而再再而三的反覆被關，關到沒辦法犯罪為止。因此不管採取哪一種處遇的觀點，都有資源上的問題，但都是一條龍服務的問題，就是整個反毒體系的機制與進程都是環環相扣的。

2、民間組織與資源投入反毒業務的比例，與其他非營利組織公益慈善志業相較，仍較不足

民間公益團體較少關注毒品防制領域，無論是毒品危害防制的任何階段，均不如其他社福公益志業，如：長照樂齡、家暴、兒少、身障、婦幼權益等，能獲取相關民眾關注，願意成立相關組織，投入慈善資源。

3、我國民間反毒組織與資源多聚焦於反毒宣導、毒品戒治及復歸社會等三個面向，缺乏防毒監控、緝毒合作及國際參與等層面之參與

綜合相關訪談資料與民間反毒組織及資源之盤點後發現，目前我國民間組織與資源，多投入反毒教育宣導、毒品心理依賴之戒斷，以及安置復歸等面向。此外，參與反毒之民間非營利組織多宗教團體機構為主，這些組織未必僅擔負單一使命，有時除從事戒癮業務、復歸協助外，亦從事反毒教育宣導等，以期能有效

抑制及減少毒品人口。

至於防毒監控、緝毒合作及國際參與的部分，囿於參與專業門檻等結構性限制，缺乏民間組織與資源的投入。

4、毒品戒治的醫療處遇仍以公立醫療院所為主，民間私立醫療院所為輔

毒品生理依賴戒治的醫療處遇部分，由於替代藥品仍屬管制用藥，因此主要仍以公立醫療院為主私立醫療院所為輔，至於民間團體及非營利組織在參與反毒的過程中，未必僅擔負單一使命，有時除從事戒癮業務、復歸協助外，亦從事反毒教育宣導等，以期能有效抑制及減少毒品人口。然而私部門醫療院所仍有其優勢，例如：在地化、重視個案的隱私，且便利性較高，因此結合私人醫療院所之量能，共同投入毒品戒治工作，為未來值得思考的方向。

三、建構以社區為核心的公私協力反毒預防策略與模式與資源整合交流平台

關於改進公私部門協調分工模式與建構公私協力資源整合交流平台，於本研究第5章及第6章的實證研究中，可以發現其為多數學者專家的具體共識，經研究團隊審慎研酌後，謹就如何建構以社區為核心的公私協力反毒預防策略與模式與資源整合交流平台，提出具體行動策略建議如下：

- (一) 建議以現行行政院毒品防制會報為總平台，依據「防毒」、「緝毒」、「戒毒」及「復歸」等4個階段，分別建置各子平台。
- (二) 建議以教育部為「防毒」子平台權責機關、法務部為「緝毒」子平台權責機關、衛福部為「戒毒」及「復歸」子平台的權責機關。
- (三) 建議請由教育部提出「反毒社區化計畫」，以落實社區在地反毒的基石—「社區據點服務」。
- (四) 建議請行政院於國家發展重點計畫中，將有關社區工作的重點增列「開發社區人力資源，營造反毒化社區」及「提升社區反毒能量」，並且列為中央對於地方獎（補）助之重點專案。
- (五) 鑑於截至2017年底，全臺共有6,839個社區發展協會，以及截至2019年

3 月，全臺共有 3,230 個社區照顧關懷據點（社區養老單位）。因此建請結合現行行政院為因應長照政策所提出之「臺灣健康六星計畫」，以及既有社區營造成果與「社區照顧關懷據點」政策，由行政院另訂反毒社區化政策方案，針對防毒（社區反毒教育宣導）、緝毒（社區檢舉通報網絡）、戒毒（戒毒醫療處遇社區化）、復歸社會（輔導安置）等不同層面規劃相關方案，以發揮社區多元戒癮的成效。若聚焦於社區反毒預防功能，則建議請以教育部為權責主管機關。

（六）為達成以社區為核心的多元反毒成效，建請參考如下具體作法：1.推動社區毒品預防計畫，加強預防社區內的毒品使用；2.建立社區監控系統，掌握毒癮者情資及社區通報系統；3.建立社區服務中心，提供即時緊急援助及特殊資訊諮詢；4.戒癮治療方案社區化，來處理社區毒品濫用問題；5.提升社區與當地學校及機關（構）的連結。此外，美國國家藥物濫用研究所（National Institute on Drug Abuse, NIDA）所提出之無毒社區方案執行步驟，亦可參酌，謹臚列如下表 6-1-2。

表 6-1-2 NIDA 無毒社區方案之執行步驟

社區狀態		行動步驟
所在階段	態度	
1. 無警覺	對藥物充滿包容接納	1、與社區領導者會面，強化其參與毒品預防的動機。
2. 否認	社區內尚未發生毒品濫用，不用處理	2、運用媒體去辨識與討論相關毒品議題。
3. 不明確的察覺	對毒品開始有認識，但沒有動力瞭解	3、鼓勵社區正視毒品濫用對社會造成的問題。
4. 著手籌備	社區領導者產生動機	4、協助社區籌備方案。
5. 準備就緒	主動積極參與決策過程	與其他參與聯盟之社區團體通力合作，共同制定預防方案。
6. 開始進入方案	利用數據支持預防行動	發展以實證研究為基礎之預防方案
7. 穩定投入	社區普遍支持執行中的方案	評估與改善執行中的方案

社區狀態		行動步驟
所在階段	態度	
8. 決心堅定	透過共同決策，改進或擴展現有方案	制度化，以擴大方案規模，服務更多社區居民
9. 專業化	具備相關毒品問題的知識，期待更有效的防制措施	對所有民眾實施多元化的地方性社區方案

資料來源：NIDA (2007)

第二節 建議

本研究透過文獻探討、深度訪談法、專家問卷調查法，以及焦點團體座談法等四種研究方法，綜合歸納前一節各國/地區公私部門協力反毒預防策略與模式、我國民間反毒組織及資源整合交流平台等三單元之研究發現。本節則是針對上述發現，依照短期立即可行、中程規劃，以及長期願景等三階段，提出以下研究建議，茲依序說明如下：

一、短期立即可行建議

(一) 中央與地方策略層面建議

1. 建議中央政府透過定期專案計畫，透過輔導、補助等方式，鼓勵民間社會團體參與反毒活動

綜觀本研究所分析的國外各地區政府經驗，中央政府除了設置專責機構之外，在反毒預防工作上，為了有效鼓勵民間力量參與，多半都有相關的年度重點施政計畫與專款資源提供申請與補助，甚至有明訂績效標準。有別於當前各部門各自編列預算與設定年度反毒計畫，同時也避免反毒資源集中於特定項目，以及活動計畫出現多頭馬車與重複等現象，因此建議行政院毒品防制會報發揮資源統合功能，邀請衛生福利、教育與法務部等部門，整合年度相關反毒預算，提出跨部會的年度專案計畫，此舉不但使得政府的反毒預防政策有著明確而一致的方向，並且能充分統合各地有意參與此工作的民間力量，更容易清楚瞭解預防政策的實際成效。

2. 建議各縣市政府結合社區資源，規劃反毒預防據點，落實社區反毒預防機制

由各國（地區）的經驗可以看出，以社區為主體的反毒預防策略已經成為當前主流的發展趨勢，特別是針對青少年而言，學校、家庭與社區三者可謂是反毒預防工作的新三角。當前我國中央政府有「行政院毒品防制會報」，各地方政府則是設有「毒品危害防制中心」，但是更基層的社區則是缺乏預防機制的規劃，現行主要是大量依賴毒品危害防制中心所編制的個案輔導師、社會工作人員等夥伴進行個案輔導與家庭訪視等工作，不僅負擔沈重並且當吸毒者不願意配合時，更不容易掌握其流向。因此，地方縣市政府均設有「毒品危害防制中心」、「毒品防制辦公室」，以及「毒品防制局」等機制，**建議由其擔任地方社區反毒資源與資訊的交流平台，召集地方民政、社會、教育等局處，共同協調的既有鄰里資源與民間宗教團體（民政），規劃反毒預防服務據點（衛生），除了負責宣導、通報與轉介諮詢等服務之外，亦可提供技能學習、訓練正向思考等預防工作（教育），關懷高風險群體與深入於家庭之中，以利復歸社會。**

（二）公私部門反毒預防建議

1. 建議公部門職司反毒單位篩選用毒高危險群，及早介入輔導、協助與監控，強化反毒功效

現行公私部門所面臨之困境為毒品預防僅關注在反毒宣導，或者基本保障並非真正改善社會生活適應狀態及高層次個人需求；甚且，醫院之戒治與心理輔導執行效果不佳，生活問題仍需政府協助。公部門提供反毒宣導服務的效果未知，建議公部門職司反毒單位，例如衛生福利部所管轄之醫院、毒危中心，以及法務部所管轄之地檢署、戒治所等，應篩選用毒高危險群，及早介入輔導、協助與監控，才能強化反毒功效。

2. 建議公部門應繼續採取民間團體合作模式，提供工作或教育機會給毒癮者，以利其升學、職訓或就業

公私協力現行主要方式為提供標案給私部門承接，包含公開招標案、公益彩券委託案、補助案、監內輔導等，其效果受到專家高度共識性，值得肯定繼續執行。再者，深度訪談發現多數將個案留在公部門自身體系完成，缺乏資源才進行

轉介個案，但彼此需觀念一致才能合作順暢，建議公部門應減低本位主義，主動尋找私部門協助，尊重各體制與處理程序差異性，增加跨領域交流。

然而，本研究仍建議與反毒預防相關的公部門，例如教育部、衛生福利部與法務部，應採取多方專業機構、民間團體、公益團體等合作模式，並且建議勞動部與教育部能加強提供工作與教育機會給毒癮者，以利其升學、職訓或就業等。具體實例如部分學校的校外會與基督教少年之家合作進行職涯探索協助其就業，或者新北市毒防辦與其他公部門單位、私部門機構合作成效良好，兩者皆受到各領域專家學者們高度推崇。

3. 於校園中強化學生生活技能與功能不全家庭協助，並深化以人為本的公私協力模式

多數訪談者皆認為反毒宣導已足夠，未來應加強校園毒品查緝工作，有實務工作者認為高中職以上有驗尿之必要，但涉及爭議需技巧性處理；國小藥物濫用管轄權模糊，國中藥物濫用事件多靠校外協助處理；而辦理校園毒品講座須多變與時俱進，讓學生與家長明確了解使用毒品後果及相關知識。目前毒品預防多僅關注反毒宣導，而非真正改善社會生活適應狀態及預防，更是受到專家學者們高度一致性認同。因此，本研究建議未來推行反毒策略應該深化以人為本方式，例如受訪者提及的冰島模式，特別是功能不全家庭，校園應該適度介入與協助。

4. 繼續強化學校反毒預防宣導，並以演劇、過來人見證、快閃活動等較生動的方式進行，以達到較佳的宣導效果。

反毒預防應從國小就開始進行，在反毒的宣導上以戲劇演出、過來人現身說法及快閃活動方式進行的效果較佳，讓學生第一時間就看到毒品的危害。

5. 私部門投入反毒預防業務以教育宣導為主，允宜擴大協力範圍，並應注意資源配置的城鄉衡平

我國私部門反毒組織所從事的反毒服務大多以反毒教育宣導為主，有協力範圍有其侷限性。同時反毒教育宣導呈現資源分配不均的現象，越往北部及越都市化的區域呈現資源過剩的現象，反觀中南部及偏鄉則呈現反毒教育宣導不足的情

形，因此在資源配置部分應注意城鄉的分配調處。

(三) 公私協力反毒預防建議

1. 在公部門委託私部門進行反毒防制工作上，除了要求私部門應依契約履行相關要求外，應多扶植與協助私部門之相關人員獲得認證

公私部門的反毒預防工作以委外方式為多，但在委外後對私部門較少有提供扶植與協助。未來公部門宜以扶植與協助的立場幫助民間單位，一方面可要求醫療人員接受教育訓練來獲得協助認證等方式，另一方面宜建立反毒預防制度與執行的標準作業程序，提供標準處理流程與製式表格，以增加私部門機構參與反毒行列的誘因。

2. 公部門應整合社區及地方民間團體現有資源，共同進行社區反毒預防工作

我國目前在地方政府基層上設有村里長，同時在醫療衛生體系下設有社區關懷據點以及巷弄長照站、內政體系下亦有社區發展協會、宗教團體與各種非營利組織，教育體系下亦有各級學校與社區大學，以及警政體系下有轄區派出所、社區巡守隊等。上述這些公私部門的機構與資源都能有助於社區的反毒預防工作但是目前缺乏以系統的盤點與統整，使得反毒預防工作出現事半功倍、多頭馬車的現象，建議盤點當前基層現有資源，整合當前社區及地方民間團體現有資源，共同進行社區反毒預防工作。

二、中程規劃建議

(一) 組織與策略建議

1. 應在行政院下建立一個擁有法源依據的跨部會的網絡合作的資源整合與業務溝通的平台，而各部門也應設立特定溝通窗口來進行彼此的交流，以提高整體反毒預防工作的效能。

公私協力合作仰賴雙方互信、雙向溝通。本研究的受訪實務人員多數覺得需要有一個較高層的機構來統合，並有法源依據，然後再一條鞭式的服務，各領域有指派代表或窗口可透過該平台彼此有交流機會，整合層次應明確定義，藉此互

相了解彼此的處理流程與合作方式，這樣才容易達到公私部門協力合作的功效，也才可提供家庭或工作遷移個案更貼切的戒癮服務。

2. 建議地方政府正式編制毒品危害防制中心，扮演資源整合角色

本研究發現現行實務上公部門機構扮演的角色有處遇、戒毒、監禁、處罰、教育等，但目前各縣市毒品危害防制中心均為任務編組，主要由衛生局負責，雖設有專責個案管理師管理毒癮者，邀請與個案處遇相關之公部門單位合作。但仍力有未逮，毒危中心個案管理師缺乏強制處分權，個案常不理睬使個案管理師有挫折感。另外，毒危中心社工人員專業性不足，多為約聘人員，缺乏犯罪學與犯罪心理學訓練，使得人事流動率高。反觀高雄市成立毒品防制局，協助管理個案戒治與緝毒工作事宜；另外，新北市亦成立毒防辦，分為預防宣導組、緝毒溯源組、處遇輔助組，依據法規與其他公部門單位提供兒少服務，並成為領航員角色對私部門單位因材施教。由高雄市及新北市成立專責單位即可發現，地方政府正式編制毒品危害防制中心的必要性，以扮演整合毒品防制資源角色。

3. 吸納社會能量，擴大毒品防制基金的財務來源

我國所成立的毒品防制基金其設立宗旨為政府於公務預算外，增加資源，協助推動各項毒品防制業務，藉以更有效落實整體性、跨部會間之反毒工作，加強各機關執行措施之銜接與合作，並讓民間資源更易於參與公部門的反毒行列。然而就當前管理方式與財務來源還是以公部門為主體。據此，建議參照香港特別行政區的經驗，並且針對有意協助反毒工作的民間團體給予適當的誘因，例如：減稅、認證、輔導表揚等，共同組成聯合的基金管理委員會，定期公布執行成效與財務狀況，吸納更多西元投入反毒預防工作。

(二) 公私部門反毒預防建議

1. 行政院允宜主導並擴大反毒預防工作的內容、範圍與實際推動方式

從國外各地區的經驗而言，反毒預防的工作的對象大多數是集中在青少年，而實際推動的場域則是在校園、社區與家庭，除了反毒知識的相關活動宣導外，更有所謂生活技能的傳授與加強，相關的活動亦有社區、非營利組織，甚至營利

機構的大力贊助。對此，我國的工作重點大致上也是鎖定在青少年，所從的工作大多是反毒知識與資訊的宣導活動，融入家庭與社區的比例相對較少，同時民間團體除了宣導工作之外，多半是從事輔導、轉介與諮詢等服務。因此，如何強化反毒預防的生活技能，以及擴大到家庭、社區層面，讓更多民間社會機構能夠共同投入反毒預防工作，將是行政院必須思考的方向。

2. 教育部允宜結合網路資訊科技，促進反毒預防工作再轉型

傳統政府反毒預防工作的型態，主要是透過知識與資訊的宣導教育，其形式多半是以演講、主題活動以及影片播放等，然而面對新興毒品樣態的倍增，以及網路資訊的快速傳遞，傳統的預防工作容易顯得緩慢。由於反毒預防工作主要還是以青少年為主體，因此在資訊傳遞快速與取得容易的環境下，建議教育部將反毒預防的工作加以轉型，配合預防標的取得相關資訊的偏好，開發新型態的預防策略。

3. 民間團體經由公部門認證，強化反毒預防能力與功能

本研究訪談發現，現行私部門的民間團體功能有限，僅補助物質基本需求，只知道要宣導政府在推行毒防工作，民間團體想做但沒能力、人力，只要出個名、出個錢，因此私部門機構可經由衛生福利部認證，相關醫療人員接受教育訓練與主管單位督導，同時增加民間團體參與的誘因，特別是增加給付項目與額度。

4. 鼓勵民間組織與資源投入反毒業務

與其他非營利組織公益慈善志業相較，民間公益團體較少關注毒品防制領域，無論是毒品危害防制的任何階段，均不如其他社福公益志業，因此，有必要提供相當的政策誘因，如該組織房屋或土地之租稅優惠、鼓勵並扶助反毒型非營利組織之成立，或結合社區發展協會之功能，以形構基層反毒力量。

(三) 公私協力反毒預防建議

- 1. 建議在行政院衛生福利部主導下，建立全國整合性毒癮醫療示範中心，並融入相關私部門單位之合作機制**

目前衛生福利部於 2018 年 10 月補助 4 家「整合性毒癮醫療示範中心」(松德、桃療、草療、嘉療)扮演整合、分流及轉介的功能，並鼓勵跨縣市、跨機構的合作，並融入相關公私單位合作，現行可參考加拿大 CCSA 的協力反毒預防模式，共同開發預防資源，共同推動反毒與防制藥物濫用策略。

2. 對毒癮者的治療除進行心理諮商與戒治外，更應運用強化家庭支持與親職教育、提供就業訓練與機會等社會資源方式，幫助毒癮者獲得成就感與建立自信心，並藉以安定其生活

醫療院所提供的大團體課程往往因人數過多而使戒治效果不佳。若只是與心理師聊聊談談，而未能解決其就學、就業等問題，就難引發毒品施用者改變的動機。工作與家人對於戒毒者是重要的保護因子，毒癮者需要獲得一個住的地方及工作的地方，以安定自己的生活。因此，若要提高戒癮成效，就需更致力於提供醫療戒治、心理諮商、親職教育與家庭支持、就業訓練與媒合，增強生活技能訓練，增加自己的內在力量，以及進行密切的追蹤與監督等一條龍式的服務。

3. 導入民間資源，推動無毒社區計畫

建議參考美國政府在推動無毒社區計畫的經驗，透過動員社區防止青少年濫用藥物與吸食毒品，同向社區反毒聯盟提供補助，以加強當地合作夥伴之間的基礎設施，以創造和維持當地青少年物質使用的減少。同時，為了有效使該計畫能有效實行，社區亦成立了全國性的社區聯盟組織，聯盟成員內部亦能透過競爭，提出各種預防工作，以爭取更多資源的投入地方的反毒活動。由於社區是民眾日常生活的環境，當中包含了醫療診所與機構、學校、鄰里辦公室、社區發展協會、宗教團體、警政派出所等潛在預防機制。因此，無毒計畫的推動將鼓勵社區積極發揮創意，並且結合所屬反毒能量進而爭取更多的資源，改善所屬的生活環境品質，將毒品危害趕出社區民眾的日常。

三、長期願景建議

(一) 組織與策略層面建議

1. 建議中央政府成立毒品防制委員會，扮演統籌、整合及規劃打擊毒品犯罪之

角色

本研究發現國外各地區政府為了進行反毒預防工作，在組織設計上雖然有所差異，但是在中央政府內，都設置有專責的反毒專責機構，以決定反毒政策方向和實際執行上的預算、人力資源的安排，更重要的是，也成為與民間團體主要的溝通聯繫窗口，反觀我國雖在行政院成立「行政院毒品防制會報」，成立工作分組，但在組織上，仍缺乏專責單位，建議中央政府在行政院層級成立毒品防制委員會，統籌反毒、拒毒、緝毒、戒毒資源，以達到防制毒品犯罪之目標。

2. 成立中間型處遇或安置機構，並成立全方位整合型戒毒友善機構，此舉可以強化賦能概念，發揮社區整合效能」，使毒癮者具逐步回歸社會之機會

深度訪談中，有實務工作者認為應建構中間型處遇機構與中介教育安置機構，可使毒癮者有逐步回歸社會的機會。毒癮者亦提及擔心就業與住宿生活問題，希望有團體與廠商協助提供；亦有毒癮者認為可由毒品危害防制中心為核心成立一條龍式整合型戒毒機構，結合醫療、心理諮商、生活技能培養、家庭關係修復等功能，可培養新生存技能以回歸社區。大多數毒癮者皆認為工作、家人、個案意志力是戒毒關鍵，成立類似庇護工廠機構可給予戒毒者友善環境。因此，本研究建議各縣市毒危中心由公部門或與私部門合作，成立中間型或中介型安置機構，並提供相關就業或安置等功能以逐步銜接社會，可強化賦能概念，使毒癮者進入此種有緩衝性質之機構，有助於毒癮者逐步復歸社會的機會。另外，一般社會大眾可藉中間型社區機構舉辦之相關活動，減低對毒癮者本身的污名化與排斥情狀，更可增加社區接納及其他私部門單位參與毒品治療之意願。建置中間型機構於專家共識程度上更是高於八成，重要性居於首位。

(二) 公私部門反毒預防建議

1. 公部門在反毒預防公私協力上仍扮演主導決策的角色，未來允宜擴大中央、地方政府與公私協力治理的互賴與互信

目前我國私人或非營利組織在參與反毒作為上，與政府機關僅止於一種鬆散的合作關係而已，並未真正達到協調或協力，因此，未來仍需加強中央各機關(如

法務部、衛生福利部、內政部、勞動部、教育部等)之間、中央與地方政府之間，以及政府與私部門或非營利部門之間的網絡合作關係，提昇彼此之互賴及互信程度，才能發揮公私協力治理之效率與效果。

2. 鼓勵民間建立合作聯盟，匯集反毒預防能量

如本研究第四章第九節所述，目前我國民間社會反毒的資源與人力相當豐沛，因此各地方政府的毒危中心應該鼓勵私部門之間能建構出一個資源匯集的勸募機構與交流平台，此舉不但可以讓政府與民間團體具有明確的對應窗口，更可以讓有心願意出錢出力的企業與民間團體快速匯集相關資源，共同投入反毒預防工作。

(三) 公私協力反毒預防建議

1. 定期檢視公私協力不彰之形式因素，基於互信互賴應維持反毒政策持久性

多數訪談者皆提及公私協力不彰多來自於形式上因素，例如公部門透過委外給私部門執行，現行的合作主要有公開招標案、公益彩券委託案、衛福部心口司的補助案、矯正署的監內輔導，但相關法規限制多、核銷經費無彈性、文書作業繁多、營利成本考量，以及公部門基於個資不敢與未接觸機構合作。另一方面，政府人事更迭頻繁，常常使反毒政策難以持續，合作延續性更受限。因此，本研究建議應全面檢視公私協力不彰之因素，簡化相關形式程序減少不必要文書程序，而公私協力更仰賴雙方互信、雙向溝通，不應受到任期限制使反毒政策中斷。

2. 以扶植態度補助私立機構反毒資源，強化公私雙方合作與投入量能

本研究在進行深度訪談時，多位民間單位或醫療單位受訪者皆提到民間力量可彌補公部門之不足。本研究建議應以公部門為核心扶植民間單位的觀點，由公部門主動尋找私部門合作交流並減低本位主義，尊重其體制與處理差異性。公部門在反毒預防資源與預算分配上應多支持與協助私部門機構，提供長期性扶植與補助。在醫療處遇上，大多受訪者皆同意規劃專案補助款，而非完全由健保給付戒癮治療。從私部門角度來看，本研究建議私部門應經由公部門認證程序取得教育訓練與主管單位督導，但需由公部門對有意願合作機構或企業給予具體誘因，

特別是在增加給付項目與經費額度上。

參考書目

一、中文書目

- 小野寺毅 (2007)。日本毒品現況與反制作為。取自：
http://open.nat.gov.tw/OpenFront/report/show_file.jsp?sysId=C09602889&fileNo=001。
- 井田良 (2007)。日本毒品犯罪的對策。取自：
<http://www.japanlawinfo.sdu.edu.cn/html/xingfa/20071202/398.html>。
- 孔姿雅 (2016)。臺灣動物保護教育之公私協力關係研究。逢甲大學公共政策研究所碩士論文，臺中市。取自 <https://hdl.handle.net/11296/8zh6b2>。
- 毛國楠、張鳳琴 (2000)。國家教育研究院藥物濫用。取自：
<http://terms.naer.edu.tw/detail/1315394/>。
- 王千文、陳敦源 (2012)。形式上還是實質上的「公私協力」：全民健康保險總額支付制度個案分析。公共行政學報，42，99-137。
- 王光旭 (2011)。社會網絡影響公私協力運作成效之研究：以臺灣中醫與牙醫健康保險總額支付委員會為例。行政暨政策學報，53，65-114。
- 王光旭、陳筠芳 (2015)。老人福利服務輸送公私夥伴關係之評估：臺南市社區照顧關懷據點的初步調查與反思。民主與治理，2(1)，1-35。
- 王雪芳 (2015)。我國毒品緩起訴戒癮治療效益之探討。國立臺灣大學政治學研究所碩士論文，臺北市。取自 <https://hdl.handle.net/11296/g8px7r>。
- 王雪玲 (2011)。區公所與社區發展協會在社區營造中的公私協力關係研究—以臺南市安定區中沙社區為例。國立成功大學政治經濟學研究所專班碩士論文，臺南市。取自 <https://hdl.handle.net/11296/226s4u>。
- 王嘉州、謝旻臻 (2014)。學甲虱目魚契作之公私協力與政策過程分析。展望與探索，12(6)，49-65。

- 王駿杰 (2017)。黑道大哥賣蛋捲身教點化染毒少年。取自：
<http://news.ltn.com.tw/news/society/breakingnews/2239433>。
- 王儷婷 (2005)。我國女性毒品再犯之實證研究。中央警察大學犯罪防治研究所碩士論文，桃園縣。取自 <https://hdl.handle.net/11296/ghsrd8>。
- 朱正聲 (2007)。全球化下我國緝毒工作之研究。國立政治大學國家安全與大陸研究碩士在職專班碩士論文，臺北市。取自
<https://hdl.handle.net/11296/99kf8f>。
- 朱鎮明 (2005)。政策網絡中協力關係的成效：理論性的探討。公共行政學報，**17**，113-158。
- 江明修 (1996)。公共行政學理論與社會實踐。臺北：五南。
- 江振亨 (2009)。國際毒癮治療模式暨臺灣高雄戒治所專業戒癮處遇理念與手冊。行政院衛生署管制藥品管理局委託計畫 (計畫編號 DOH98-NNB-1038)。臺北市：行政院衛生署管制藥品管理局。
- 江詩敏 (2011)。公私協力下的農村社區產業發展—以宜蘭縣礁溪鄉林美社區為例。國立中興大學景觀與遊憩碩士學位學程碩士論文，臺中市。取自
<https://hdl.handle.net/11296/252cb2>。
- 江綺雯 (1998)。高雄市市社會局無障礙之家委托民間辦理福利服務之探討。社區發展季刊，**80**，26-36。
- 行政院研考會 (2006)。毒品問題與對策。臺北市：行政院研考會。
- 吳永達、周柏源 (2015)。臺灣毒品氾濫情形之比較研究 (一)。法務通訊，**2758**，3-6。
- 吳思華 (2003)。策略九說—策略思考的本質 (三版)。台北：臉譜。
- 吳英明 (1994)。公私部門協力推動都市發展—高雄 21 美國考察報告。空間，**56**，61-67。
- 吳英明 (1996)。公私部門協力關係之研究：兼論都市發展與公私部門聯合開發。

- 高雄：復文。
- 吳素芬 (2014)。論特殊教育的公私協力-以中部地區真善美聯誼會個案為例。東海大學公共事務碩士在職專班碩士論文，臺中市。取自 <https://hdl.handle.net/11296/6879d5>。
- 吳濟華 (1994)。推動民間參與都市發展：公私部門協力策略之探討。臺灣經濟，208，1-15。
- 呂偉豪 (2017)。幼兒教育與照顧之公私協力研究:以非營利幼兒園為中心。國立高雄大學政治法律學系碩士班碩士論文，高雄市。取自 <https://hdl.handle.net/11296/3nftqy>。
- 李宗勳 (2002)。政府業務委外經營的理論與實務。臺北：智勝。
- 李宗勳 (2004a)。公私協力與委外化的效應與價值：一項進行中的治理改造工程。公共行政學報，12，41-77。
- 李宗勳 (2004b)。「安全社區」新視野與社區管理的構聯。公共行政學報，10，25-62。
- 李宗勳 (2007)。政府業務委外經營：理論·策略與經驗。臺北：智勝。
- 李宗憲、楊士隆 (2010)。刑事司法戒治處遇制度之問題與困境研究。犯罪學期刊，13(1)，107-142。
- 李明謹 (2009)。成年犯罪人再犯影響因素之追蹤研究。中央警察大學犯罪防治研究所碩士論文，桃園縣。取自 <https://hdl.handle.net/11296/4e4734>。
- 李昭瑢 (2014)。幼兒園護理人員價值創造：公私協力觀點。嘉南藥理大學醫務管理系碩士論文，臺南市。取自 <https://hdl.handle.net/11296/8da296>。
- 李柏諭 (2005)。公私協力與社區治理的理論與實務：我國社區大學與政府經驗。公共行政學報，16，59-106。
- 李柏諭 (2011)。跨部門治理的理論與實踐：以蓮潭國際文教會館的委外經驗為例。公共行政學報，40，41-76。

- 李柏諭、楊淑雯 (2017)。非營利組織推動臺北市老人長照服務之研究。**政策與人力管理**，8(2)，1-48。
- 李國維、楊啟文 (2012)。公私協力興建運動場館之模式探討。**臺灣體育論壇**，4，11-20。
- 李景美、賴香如、江鎮東 (2002)。臺北縣市高職學生物質濫用之危險因子與保護因子研究。行政院衛生署 89 年至 91 年度科技研究發展計畫 (計畫編號：DOH89-TD-1115)。臺北市：行政院衛生署。
- 李嘉富、張敏、楊聰財 (2001)。臺灣北部地區役男新兵非法用藥盛行率與危險因子探討。行政院衛生署管制藥品管理局科研發展計畫 (計畫編號：DOH90-NNB-1003)。臺北市：行政院衛生署。
- 那可拿新生活教育中心。取自：<http://www.narconon.org.tw/>。
- 松下啓一 (2002)。新しい公共と自治体。東京：信山社。
- 林民豐 (2016)。原住民族教育政策之公私協力研究-以花蓮縣阿美族 Cilangasan 部落學校為例。國立東華大學公共行政學系碩士論文，花蓮縣。取自 <https://hdl.handle.net/11296/7p5zt5>。
- 林宗穎 (2002)。一般化犯罪理論對受保護管束之毒品犯罪者再犯之解釋。靜宜大學青少年兒童福利研究所碩士論文，臺中市。取自 <https://hdl.handle.net/11296/b7qt93>。
- 林信廷、王舒芸 (2015)。公私協力托嬰中心的成就與限制：兒童照顧政策理念的檢視。**臺灣社會福利學刊**，12(2)，15-55。
- 林健陽、張智雄、裘雅恬 (2010)。從海洛因施用者觀點探討緩起訴替代療法成敗之影響因素。**中央警察大學犯罪防治學報**，12，1-29。
- 林健陽、陳玉書、林禎泓、呂豐足 (2014)。初次毒品施用者個人特性與再犯毒品罪之關聯性。**犯罪與刑事政策論文集**，17，139-171。
- 林健陽、陳玉書、張智雄、柯雨瑞、呂豐足 (2007)。我國當前毒品戒治政策之

- 省思與建議。刑事政策與犯罪研究論文集，10，283-321。
- 林健陽、裘雅恬（2009）。毒品施用者緩起訴接受替代療法現況與效果之研究。
中央警察大學犯罪防治學報，10，1-41。
- 林淑馨（2005）。日本型公私協力之析探：以第三部門與 PFI 為例。公共行政學報，16，1-31。
- 林淑馨（2009）。日本公私協力推動經驗之研究：北海道與志木市的個案分析。
公共行政學報，32，33-67
- 林淑馨（2012）。日本地方政府促進非營利組織協力之理想與現實。政治科學論叢，51，91-128。
- 林駿棋（2016）。從垃圾桶決策模式與組織學習理論探討公私協力合作過程中之挑戰：以屏東雁南飛計劃與高雄永齡農場為例。國立中山大學政治學研究所碩士論文，高雄市。取自 <https://hdl.handle.net/11296/e5ya3k>。
- 林麗娟（2016）。宜蘭縣乳房攝影政策執行之研究：公私協力與健康促進的觀點。佛光大學公共事務學系碩士論文，宜蘭縣。取自 <https://hdl.handle.net/11296/mknudm>。
- 武維馨（2012）。緩起訴毒品犯完成美沙冬戒癮治療之因素分析。國立臺北大學犯罪學研究所碩士論文，新北市。取自 <https://hdl.handle.net/11296/2zuhhn>。
- 法務部（2016）。第 26 屆全美社區反毒聯盟領導者會議出國報告。取自：
<https://report.nat.gov.tw/ReportFront/PageSystem/reportFileDownload/C10500522/001>。檢索日期：2018/09/16。
- 法務部（2018）。法務部反毒大本營。取自：<https://antidrug.moj.gov.tw/mp-4.html>。
檢索日期：2018/12/11。
- 法務部統計處（2017）。毒品施用者戒癮治療概況分析。取自：
http://www.rjsd.moj.gov.tw/rjsdweb/common/WebListFile.ashx?list_id=1484。

- 邱少敏 (2016)。從網絡互動模式與公私協力探討臺灣當前精神病患社會安全網絡之連結與疏漏。臺北市立大學人文藝術學院國民小學教師在職進修公民與社會教學碩士學位班碩士論文，臺北市。取自 <https://hdl.handle.net/11296/73cesw>。
- 邱雯琪 (2016)。公私協力與社區治理的理論與實踐-以新北市社區照顧關懷據點為例。臺北市立大學社會暨公共事務學系公共事務學碩士班碩士論文，臺北市。取自 <https://hdl.handle.net/11296/z85s8g>。
- 柯慧貞、黃徵男、林幸勳、廖德富 (2003)。吸毒病犯之戒治處遇成效與再犯之預測因子分析。行政院衛生署管制藥品管理局 92 年度科技研究發展計畫。臺北市：行政院衛生署。
- 柳碧慧 (2015)。公私協力模式推動社區總體營造之研究：以臺中市大安區海墘社區為例。東海大學公共事務碩士在職專班碩士論文，臺中市。取自 <https://hdl.handle.net/11296/kajhn6>。
- 洪麗雯 (2000)。論毒癮戒治程序-我國與德國進行毒癮戒治程序的比較。國立政治大學法律學研究所碩士論文，臺北市。取自 <https://hdl.handle.net/11296/49n4k6>。
- 紀致光 (2015)。緩起訴處分戒癮治療之回顧與展望。犯罪學期刊，17(2)，193-212。
- 胡訓源 (2013)。公私協力夥伴關係之理論應用-以臺中市政府消防局為例。東海大學第三部門碩士在職專班碩士論文，臺臺中市。取自 <https://hdl.handle.net/11296/k8uf56>。
- 胡滌生 (2004)。高雄港自由貿易港區政策論證之研究。國立東華大學公共行政研究所碩士論文，花蓮縣。取自 <https://hdl.handle.net/11296/5b3g47>。
- 香港特別行政區政府保安局禁毒處 (2010)。戒毒治療及康復服務。取自：
<https://www.nd.gov.hk/tc/treatment.htm>。
- 孫本初、郭昇勳 (2000)。公私部門合夥理論與成功要件之探討。考銓季刊，22，

95-108。

孫煒 (2008)。論促進我國非營利組織發展的法治化。載於江明修 (編)，第三部門與政府跨部門治理 (頁 84-100)。臺北：智勝。

財團法人利伯他茲教育基金會，取自：<http://www.libertas.org.tw/>。檢索日期：2018/04/04。

財團法人屏東縣私立基督教沐恩之家，取自：<http://www.hg.org.tw/>。檢索日期：2018/04/01。

財團法人基督教晨曦會，取自：<http://www.dawn.org.tw/index1.asp>。檢索日期：2018/04/04。

財團法人臺灣更生保護會，取自：<http://www.after-care.org.tw/cht/index.php>。檢索日期：2018/04/04。

財團法人臺灣基督教花蓮主愛之家，取自：<http://www.dawn.org.tw/index1.asp>。檢索日期：2018/04/04。

馬躍中 (2017)。毒品成癮者處遇模式之現狀與未來-借鏡德國法。毒品濫用防制，2(4)，63-82。

高巍 (2006)。論德國禁毒法的基礎理念。學術探索，6，66-69。

動腦傳播股份有限公司。政府與 32 家企業團體串聯公私協力、攜手反毒。取自：<http://www.brain.com.tw/news/articlecontent?ID=46281>。檢索日期：2018/04/05。

張伶嘉、張靖姿、徐嘉鄉、黃雅文 (2008)。台日藥物濫用預防策略之比較。健康促進與衛生教育學報，30，1-34。

張建威、曾冠球 (2013)。協力治理觀點下影響臺北市長期照顧管理中心組織運作之因素。法政學報，25，119-149。

- 張國榮 (2017)。公私協力與社區發展之研究—以雲林縣海線社區大學為例。國立中正大學政治系研究所碩士論文，嘉義縣。取自 <https://hdl.handle.net/11296/7dwx27>。
- 張惠涵 (2014)。公私協力與社區總體營造 —以嘉義縣蔦松社區為例。國立中正大學政治學研究所碩士論文，嘉義縣。取自 <https://hdl.handle.net/11296/q2br5k>。
- 張雅玲 (2008)。公私協力暨政策網絡理論的應用與分析—以花蓮縣推動無毒農業政策為例。國立東華大學公共行政研究所碩士論文，花蓮縣。取自 <https://hdl.handle.net/11296/93gkv6>。
- 張聖照 (2007)。假釋受刑人再犯預測研究。中央警察大學犯罪防治研究所博士論文，桃園縣。取自 <https://hdl.handle.net/11296/cqr4d4>。
- 張筵儀、殷東成 (2016)。從毒防政策的願景建構到在地處遇策略地圖的推展—以新竹縣為例。新竹縣政府衛生局委託研究案。新竹縣：新竹縣政府衛生局。
- 張筵儀、殷東成 (2017)。建構在地化與公私協力的毒品防制策略願景—以新竹縣為例。新竹縣政府衛生局委託研究案。新竹縣：新竹縣政府衛生局。
- 張學聖、黃惠愉 (2005)。都市更新公私合夥開發模式與參與認知特性之研究。立德學報，2(2)，59-76。
- 張曉明、尹一博 (2007)。美國怎樣戒毒，取自：
<http://tw.aboluowang.com/2007/0906/55078.html>。檢索日期：2018/09/16。
- 曹郁萍 (2013)。都市更新計畫中的公私協力過程初探—以臺北市內湖區清白里更新案為例。東海大學行政管理暨政策學系碩士論文，臺中市。取自 <https://hdl.handle.net/11296/nr346q>。
- 梁詠翔 (2012)。德國毒品防制之研究：從全球治理角度論析。淡江大學歐洲研究所碩士班碩士論文，新北市。取自 <https://hdl.handle.net/11296/597b87>。

- 許耿銘、林淑娟 (2015)。公私協力推動環境犯罪防治之研究-大臺南環檢警結盟之個案分析。中國行政評論，21(2)，75-105。
- 許福生 (2010)。犯罪學與刑事政策。臺北：元照。
- 連奎瑛 (2013)。臺北市都市更新政策的網絡治理機制之研究：公私協力的風險評估途徑。中國文化大學政治學系碩士論文，臺北市。取自 <https://hdl.handle.net/11296/c5kuk2>。
- 郭茹甄 (2014)。臺中都會公園實施環境教育之研究—公私協力夥伴關係之觀點。南華大學國際事務與企業學系亞太研究碩士班碩士論文，嘉義縣。取自 <https://hdl.handle.net/11296/c363m4>。
- 郭崧 (2003)。日本藥物濫用現狀及相關管理體系，取自：
<http://nidd.bjmu.edu.cn/publish/hr/hr3/3-00.htm>。
- 陳怡安 (2013)。政府運用公私協力治理之研究：以臺北市都市再生前進基地為例。國立臺北大學公共行政暨政策學系碩士論文，新北市。取自 <https://hdl.handle.net/11296/xrq6wv>。
- 陳明賢 (2016)。社會救助與公私協力—慈善與福利的互動成長模式。國立中山大學中國與亞太區域研究所博士論文，高雄市。取自 <https://hdl.handle.net/11296/vew5nt>。
- 陳品榕 (2012)。論公私協力履行社會福利任務—兼論國家擔保責任之理論與實踐。國立臺灣大學法律學研究所碩士論文，臺北市。取自 <https://hdl.handle.net/11296/8te423>。
- 陳姿吟 (2015)。從公私協力角度探討臺中市乳房攝影篩檢執行成效 (未出版之碩士論文)。國立中興大學，臺中市。
- 陳恆鈞 (2008a)。協力網絡治理之優點與單門。研習論壇月刊，92，40-54。
- 陳恆鈞 (2008b)。協力治理模式之初探。T&D 飛訊期刊，69，2-5。
- 陳泉錫、李延平、詹中原 (2012)。臺灣地區出監毒癮者接受美沙酮替代療法 18

- 個月之再犯率追蹤。**臺灣公共衛生雜誌**，**31(5)**，485-497。
- 陳盈宏(2017)。國小課後照顧班公私協力治理議題之探討。**教育行政論壇**，**9(1)**，96-115。
- 陳敦源、張世杰(2010)。公私協力夥伴關係的吊詭。**文官制度季刊**，**2(3)**，17-71。
- 陳慈幸(2016)。中國犯罪學學會第二十五次會議。出國成果報告。
- 陳葵螢(2012)。**海洛因成癮者自美沙冬維持治療流失之預測因子研究**。高雄醫學大學醫學系神經學科碩士班碩士論文，高雄市。取自
<https://hdl.handle.net/11296/bj4vzh>。
- 曾冠球(2017)。良善協力治理下的公共服務民間夥伴關係。**國土及公共治理季刊**，**5(1)**，67-79。
- 湯明哲(2003)。**策略精論：基礎篇**。臺北：天下文化。
- 黃徵男、賴擁連(2015)。**21世紀監獄學(六版)**。臺北：五南。
- 愛家反暴力協會，取自：<http://chiayitc.pixnet.net/blog>。檢索日期：2018/04/02。
- 楊士隆、李思賢、朱日僑(2013)。**藥物濫用、毒品與防制**。臺北：五南。
- 楊信洲(2006)。**公私協力應用於閒置空間再利用之研究—以花蓮縣七星柴魚博物館為例**。國立東華大學環境政策研究所碩士論文，花蓮縣。取自
<https://hdl.handle.net/11296/6cm5c7>。
- 楊鎧瑄(2015)。**公私協力的社會福利機制初探：以新北市幸福保衛站為例**。東海大學行政管理暨政策學系碩士論文，臺中市。取自
<https://hdl.handle.net/11296/jhtf34>。
- 葉耀群(2017)。**國際反毒實務及相關法制之研究—以日本毒品犯罪者處遇模式為中心**。臺灣臺北地方檢察署出國成果報告。
- 葛瑞絲香草田，取自：<http://graceme.com.tw/>。檢索日期：2018/04/02。
- 詹中原(2007)。**從全球治理論我國毒品防制政策之機制建構**，取自：

<http://www.npforg.tw/particle-2528-2.html>。

- 詹鎮榮 (2003)。論民營化類型中之「公私協力」。月旦法學雜誌，102，8-29。
- 鄒騰緯 (2013)。文化差異對社會福利服務公私協力模式之影響。國立中正大學政治學研究所碩士論文，嘉義縣。取自 <https://hdl.handle.net/11296/ebyteq>。
- 廖俊松 (2006)。公私協力：重建區社區總體營造計畫之案例觀察。社區發展季刊，115，324-334。
- 劉麗雯 (2004)。非營利組織協調合作的社會福利服務。臺北：雙葉。
- 歐盟毒品和毒癮監測中心 (2018)，取自 <http://www.emcdda.europa.eu/>。檢索日期：2018/09/16。
- 蔡田木、賴擁連 (2014)。女性之藥物濫用原因、預防與處遇對策之研究。法務部 103 年委託研究期末報告。臺北市：法務部。
- 蔡明彥 (2010)。美國毒品問題與歐巴馬政府反毒戰略走向。載於國立中央警察大學舉辦之「2010 非傳統安全-反洗錢、不正常人口移動、毒品、擴散」學術研討會論文集，頁 21-35。
- 衛生福利部 (2018)。105-107 年度衛生福利部指定毒癮戒治機構名單，取自：<https://www.fda.gov.tw/tc/site.aspx?sid=1194>。檢索日期：2018/04/03。
- 鄭瑞隆 (2011)。藥物濫用預防介入策略及成效之比較研究。行政院衛生署食品藥物管理局委託科技研究計畫。臺北市：行政院衛生署食品藥物管理局。
- 戰寶華、陳惠珍 (2017)。臺灣教育新趨勢：公私協力之現況、規劃與反思。國家文官學院 T&D 飛訊，235，1-24。
- 澳門禁毒網 (2017)。2016 年澳門禁毒報告書，取自：http://www.antidrugs.gov.mo/anti/web/cn/publication/downloads/cn_report2016.pdf。檢索日期：2018/09/16。
- 賴貞男 (2008)。公私協力治理理論與應用—以屏東縣黑鮪魚文化觀光季為例。國立臺灣師範大學政治學研究所碩士論文，臺北市。取自

<https://hdl.handle.net/11296/z84w6e>。

賴擁連、郭佩茶、林健陽、吳永杉、陳超凡、溫敏男、張雲傑、黃家慶 (2016)。

受戒治人再犯毒品罪風險因子之分析與對策。警學叢刊，46(6)，1-28。

謝明鴻 (2012)。海洛因成癮者持續接受美沙冬維持治療之預測因子研究。中山醫學大學醫學研究所博士論文，臺中市。取自

<https://hdl.handle.net/11296/g9j6j4>。

簡崧哲 (2014)。公私協力 (PPPs) 的社會福利之研究：以臺北市微笑單車為例 (未出版之碩士論文)。國立臺灣大學，臺北市。

簡稜亞 (2017)。公私協力、契約外包與原住民族社區參與：南投縣日月潭孔雀園 BOT 爭議個案之研究 (未出版之碩士論文)。國立中正大學，嘉義縣。

蘇德昌 (2005)。日本藥物犯罪的現狀及相關課題。日新，4，76-80。

二、英文書目

Azarnoff, R. S. & Seliger, J. S. (1982). *Delivering Human Services*. NJ: Prentice-Hall.

Barr, D. A. (2007). A Research Protocol to Evaluate the Effectiveness of Public-private Partnerships as a Means to Improve Health and Welfare Systems Worldwide. *American Journal of Public Health*, 97(1), 19-25.

Blue-Banning, M., Summers, J. A., Frankl, H. C., Nelson, L. L., & Beegle, G. (2004). Dimensions of family and professional partnerships: Constructive guidelines for collaboration. *Exceptional Children*, 70(2), 167-184.

Brinkerhoff, D.W., & Crosby B. L. (2002). *Managing Policy Reform: Concepts and Tools for Decision-Makers in Developing and Transitioning Countries*. Bloomfield, CT: Kumarian Press.

Brinkerhoff, J. M. (2002). Public-Nonprofit Partnership: A Defining Framework. *Public Administration and Development*, 22, 19-30.

Brown, C. E. (1998). Coefficient of variation. In *Applied multivariate statistics in*

- geohydrology and related sciences* (pp. 155-157). Springer, Berlin, Heidelberg.
- Chavis, D. M., Florin, P., & Felix, M. R. J. (1992). Nurturing grassroots initiatives for community development: The role of enabling systems. In T. Mizrahi & J. Morrison (Eds.). *Community organization and social administration: Advances, trends and emerging principles*. Binghamton, NY: Haworth Press.
- Chen, Y.-S., Lai, Y.-L., & Lin, C.-Y. (2014). The impact on prison adjustment among women offenders: A Taiwanese perspective. *The Prison Journal*, 94, 7-30.
- Chou, C. P., Hser, Y. I., & Anglin, M. D. (1998). Interaction effects of client and treatment programs characteristics on retention: An exploratory analysis using hierarchical liner models. *Substance Use and Misuse*, 33, 2281-2301.
- Crisp, B. R., Swerissen, H., & Duckett, S. J. (2000). Four approaches to capacity building in health: Consequences for measurement and accountability. *Health Promotion International*, 15, 99-107.
- Deng, F., Vaughn, M. S., & Lee, L.-J. (2003). Imprisoned drug offenders in Taiwan: A gender-based analysis. *Substance Use & Misuse*, 38, 933-964.
- Denhardt, J. V., & Denhardt, R. B. (2003). *The new public service: Serving, not steering*. New York: ME Sharpe.
- EPEC. (2015). What is a PPP? Retrieved from: [http://www.eib.org/epec/\(2018/04/04\)](http://www.eib.org/epec/(2018/04/04)).
- Florin, P., Mitchell, R., & Stevenson, J. (1993). Identifying training and technical assistance needs in coalitions: A developmental approach. *Health Education Research: Theory and Practice*, 8, 417-432.
- Gardner J. W. (1990). *On Leadership*. New York: The Free Press.
- Gidron, B., Kramer, R. M., & Salamon, L. M. (1992). *Government and the third sector: Emerging relationships in welfare states*. Jossey-Bass Inc Pub.

- Goldsmith, S., & Eggers W. D. (2004). *Governing by Network: The New Shape of the Public Sector*. Washington, D.C.: Brookings Institution Press.
- Harding, A. (1990). Public-Private Partnerships in Urban Regenetation. In *Local Economic Policy*. ed. M. Campbell. London: Cassell.
- Hodge, G. A., & Greve. C. (2007). Public-Private Partnerships: An International Performance Review. *Public Administration Review*, 67(3), 545-558.
- Jamali, D. (2004). Success and failure mechanisms of public private partnerships (PPPs) in developing countries: Insights from the Lebanese context. *International Journal of Public Sector Management*, 17(5), 414-430.
- Knapp, M. R. J., Robertson, E., & Thomason, C. (1990). *Public Money, Voluntary Action: Whose Welfare?* (pp. 210-213). *The Third-Sector: Comparative Studies of Nonprofit Organization*, Berlin & New York: Walter de Gruyter.
- Kouwenhoven, V. (1993). Public-Private Partnership: A Model for the Management of Public-Private Cooperation. In *Modern Governance: New Government-Society Interactions*. ed. J. Kooiman. London: Sage.
- Kuhnle, S., & P. Selle. (1992). *Government and Voluntary Organizations: A Relational Perspective*. In S. Kuhnle, & P. Selle (eds.), *Government and Voluntary Organizations*. UK: Ashgate Publishing Limited Press.
- Lang, M.A., & Belenko, S. (2000). Predicting retention in a residential drug treatment alternative to prison program. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 19, 145-160.
- Linney, J. A., & Wandersman, A. (1991). *Prevention Plus III: A four-step guide to useful program assessment*. Rockville, MD: Center for Substance Abuse Prevention.
- Lipsky, M., & Smith, S. R. (1990). Nonprofit organizations, government, and

- the welfare state. *Political Science Quarterly*, 104(4), 625-648.
- Meier, K. J., & O'Toole Jr, L. J. (2001). Managerial strategies and behavior in networks: A model with evidence from US public education. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 11(3), 271-294.
- Mintzberg, H. (1987). The strategy concept II: another look at why organizations need strategies. *California management review*, 30(1), 25-32.
- Mitchell, R., Florin, P., & Stevenson, J. F. (2002). Supporting community-based prevention and health promotion initiatives: Developing effective technical assistance systems. *Health Education & Behavior*, 29, 620-639.
- NIDA (2007). Brains, and Behavior: The Science of Addiction. *Betheda, MD: National Institutes of Health*.
- OECD. (1990). *Partnerships in Rural Development*. Paris: OECD.
- Robbins, S. P. (1990). *Organization theory: Structure, design, and applications*. Englewood Cliffs, N.J: Prentice Hall.
- Roehrich, J. K., Lewis, M. A., & George, G. (2014). Are public-private partnerships a healthy option? A systematic literature review. *Social science & medicine*, 113, 110-119.
- Sadao, K. C., & Robinson, N. B. (2002). Interagency systems development and evaluation in the Pacific Islands: A process model for rural communities. *Infants & Young Children*, 15(1), 69-84.
- Sampson, R., & Laub, J. (1993). *Crime in the making: Pathways and turning points through life*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Strang, J., Babor, T., Caulkins, J., Fischer, B., Foxcroft, D., & Humphreys, K. (2012). Drug policy and the public good: evidence for effective interventions. *The Lancet*, 379(9810), 71-83.

- Sullivan, H. & C. Skelcher. (2002). *Working Across Boundaries: Collaboration in Public Services*. New York: Palgrave Macmillan.
- Teisman, G. R., & Klijn, E. H. (2002). Partnership arrangements: governmental rhetoric or governance scheme?. *Public administration review*, 62(2), 197-205.
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2016). *World Drug Report*. New York: United Nations publication.
- Vaughn, M. S., Deng, F., Lee, L.-J. (2003). Evaluating a prison-based drug treatment program in Taiwan. *Journal of Drug Issues*, 33, 357-384.
- Waddock, S. A. (1991). A Typology of Social Partnership Organization. *Public Administration and Society*, 22(4), 480-515.
- Wandersman, A., & Florin, P. (2003). Community interventions and effective prevention. *American Psychologist*, 58(6-7), 441.
- Wandersman, A., Imm, P., Chinman, M., & Kaftarian, S. (1999). *Getting To Outcomes: Methods and Tools for Planning, Evaluation, and Accountability*. Rockville, MD: Center for Substance Abuse Prevention.
- Wandersman, A., Imm, P., Chinman, M., & Kaftarian, S. (2000). Getting To Outcomes: A results-based approach to accountability. *Evaluation and Program Planning*, 23, 389-395.

附錄一 深度訪談大綱（第一線實務工作者）

訪談時間：107年__月__日/____時__分至__時__分

受訪人編號：_____；訪談地點：_____；訪談人：_____

本研究之訪談題綱係採半結構方式，選取研究問題中重要的面向，據以向受訪者請益，訪問中雖含括機動及開放問答的部分，惟仍規劃設計有訪談之焦點問題臚列如下：

- 一、 請您簡單地自我介紹並簡要說明您個人的基本背景，例如：年齡、教育程度、學經歷、實務與專業背景、任職機構屬性、職稱及工作年資。
- 二、 就您所知，目前您認為在實務運作上，反毒預防公、私實務機構各有哪些？各自扮演何種角色或是提供何種服務？
- 三、 就您所知，現行公部門與私部門合作反毒預防策略有哪些？他們是如何運作？彼此如何合作？您知道有無成功案例？若無成功案例，原因是什麼？（包括：組織人力運作與合作、人員教育訓練與合作、分工方式與協調、服務平台與整合、個案服務與管理、經費分擔與支持或支援）
- 四、 在現有的人力、物力、財力下，您認為目前公私部門在反毒預防策略上還可以如何協調、分工與整合，來達到更好的反毒成效？又如何建構資源整合交流平台，發揮社區戒癮效能？
- 五、 您認為未來如何評估公、私協力反毒預防策略之成效？其成效評估的指標為何？
- 六、 其他與本研究相關之興革建議。

附錄二 深度訪談大綱（毒品施用者）

訪談時間：107 年____月____日/____時____分 至 ____時____分

受訪人編號：_____；訪談地點：_____；訪談人：_____

- 一、 請您簡單自我介紹一下：年齡、個人身心特性、學校學習經驗、過去前科（包含毒品與其他罪名）。
- 二、 請你談談你過去與家人互動情形、婚姻狀況及互動、人際交往情形、生活型態（生活作息、休閒活動、生活消費）、就業經驗（就業類型、穩定度、滿意度）。
- 三、 用毒史：請你談談你的用毒經驗：第一次用毒經驗（當時年齡、用毒情境、毒品種類、用毒後感覺）、及之後繼續用毒的情況（吸毒後的反應、跟誰一起吸毒）。
- 四、 戒毒史：請你談談您接觸到反毒預防相關政策的經驗：第一次接觸到反毒資訊的情形如何（何時開始得到反毒資訊、從誰獲得、有何反應或感覺）、各次接受戒癮治療的經驗如何（何時、何地點、何機構、治療期間）、接受戒癮治療期間之用毒情形、讓你繼續用毒最主要的原因為何？戒治成功最主要的原因又是什麼？戒治不成功的原因？
- 五、 需求：在施用毒品期間最想獲得的幫助是什麼（有那些）（身、心與社會的幫助）？你認為你需要什麼樣的幫助？你有去過哪些地方請求幫助？誰最能提供你這些幫助？
- 六、 支援：在戒癮期間最想獲得的幫助是什麼？誰最能提供你這些幫助？您在尋求戒治幫助過程中獲得最多的幫助是什麼機構？是什麼原因讓你對他們提供的幫助比較滿意？在接受戒癮治療過程中遇到最主要的困難是什麼？
- 七、 其他：對於政府或民間的反毒預防政策有何建議（包括反毒宣導、戒毒服務、社會支持、就業服務、觀護監控、政府與民間的資源及其合作）？

附錄三 訪談同意書

為深入瞭解我國公、私部門協力反毒預防策略與模式，並檢討其執行成效，法務部特別委託本研究團隊進行相關調查。本研究至少需要進行 1 次訪談，每次約 60 至 90 分鐘。

研究為妥善進行訪談資料整理與分析，會在取得您同意後使用錄音器材，錄音內容僅作為研究者分析使用，且為保護受訪者，未來報告書中您的姓名與服務機關將予以隱匿，並以代碼取代之。訪談期間您隨時有權利選擇退出，且沒有義務告知原因，我們將立即銷毀錄音檔；若有不想回答之問題，亦可選擇拒絕回答，您有權力隨時中止錄音。因此，訪談過程中希望您能盡量提供真實想法和經驗，以增加研究資料的正確性。

本研究結果將供政府研擬公、私部門協力反毒預防策略與模式之政策參考，誠摯邀請您參與並分享您的看法與經驗。您的回答僅作為整體分析之用，不會針對個人作分析討論，請放心回答。若您對本研究有任何相關意見，亦歡迎隨時提供給研究團隊人員，非常感謝您的協助與合作！

敬祝

健康快樂！

中央警察大學蔡田木教授及全體研究團隊 敬上

2018 年 08 月

同 意 書

經研究者說明後，本人同意參與本項訪談，研究人員對於訪談內容及個人基本資料應負保密責任，以維護受訪者權益，且在研究過程中隨時有權利退出。

受訪者：_____（簽名）

年 月 日

附錄四 提供「替代治療」服務醫院名單

序號	縣市別	醫院名稱	医院地址	醫院電話	備註
1	臺北市	臺北市立聯合醫院 (松德院區)	臺北市信義區松德路 309 號	(02)27263141	
2	臺北市	臺北市立聯合醫院 (昆明院區)	臺北市萬華昆明街 100 號	(02)23754068 (02)23703739	
3	臺北市	臺北市立聯合醫院 (陽明院區)	臺北市士林區雨聲街 105 號	(02)28353456	
4	臺北市	三軍總醫院北投分院 附設民眾診療服務處	臺北市北投區中和街 250 號	(02)28959808	
5	臺北市	三軍總醫院附設民眾 診療服務處	臺北市內湖區成功路 2 段 325 號	(02)87923311	
6	新北市	財團法人天主教耕莘 醫院	新北市新店區中正路 362 號	(02)22193391#6690 8	
7	新北市	衛生福利部八里療養 院土城門診	新北市土城區青雲路 6 號	(02)22745250	(106.06.1 起 更名)
8	新北市	衛生福利部臺北醫院	新北市新莊區思源路 127 號	(02)22765566	
9	新北市	財團法人徐元智先生 醫藥基金會附設亞東 紀念醫院	新北市板橋區南雅南路 二段 21 號	(02)89667000	
10	新北市	行天宮醫療志業醫療 財團法人	新北市三峽區復興路 399 號	(02)26723456	
11	新北市	新北市立聯合醫院 (板橋院區)	新北市板橋區英士路 198 號	(02)22575151	
12	新北市	新北市立聯合醫院 (三重院區)	新北市三重區中山路 2 號	(02)29829111	
13	新北市	樂生療養院	新北市新莊區中正路 794 號	(02)82006600	
14	新北市	財團法人基督教長老 會馬偕紀念醫院淡水 分院	新北市淡水區民生里民 生路 45 號	(02)28094661	僅提供「丁 基原啡因」
15	新北市	衛生福利部雙和醫院 (委託臺北醫學大學興 建經營)	新北市中和區中正路 291 號	(02)22490088	僅提供「丁 基原啡因」
16	新北市	財團法人佛教慈濟綜 合醫院臺北分院	新北市新店區建國路 289 號	(02)66289779	僅提供「丁 基原啡因」
17	基隆市	衛生福利部基隆醫院	基隆市信義區信二路 268 號	(02)24292525	
18	基隆市	長庚醫療財團法人基 隆長庚紀念醫院暨情 人湖院區	基隆市安樂區基金一路 208 巷 200 號	(02)24329292	
19	基隆市	維德醫療社團法人基 隆維德醫院	基隆市中正區調和街 210 號	(02)24696688	僅提供「丁 基原啡因」
20	宜蘭縣	醫療財團法人羅 許基金會羅東博 愛醫院	宜蘭縣羅東鎮南昌街 83 號	(03)9543131	

建構公私協力反毒預防策略與模式之研究

序號	縣市別	醫院名稱	醫院地址	醫院電話	備註
21	宜蘭縣	國立陽明大學附設醫院	宜蘭市新民路 152 號	(03)9325192	
22	宜蘭縣	財團法人天主教靈醫會羅東聖母醫院	宜蘭縣羅東鎮中正南路 160 號	(03)9544106	
23	宜蘭縣	臺北榮民總醫院蘇澳分院	宜蘭縣蘇澳鎮濱海路 301 號	(03)9905106	僅提供「丁基原啡因」
24	宜蘭縣	臺北榮民總醫院員山分院	宜蘭縣員山鄉內城村榮光路 386 號	(03)9222141	僅提供「丁基原啡因」
25	桃園市	衛生福利部桃園療養院	桃園市桃園區龍壽街 71 號	(03)3698553	
26	桃園市	臺北榮民總醫院桃園分院	桃園市桃園區成功路三段 100 號	(03)3384889	
27	桃園市	國軍桃園總醫院	桃園市龍潭區中興路 168 號	(03)4799595	
28	桃園市	長庚醫療財團法人林口長庚紀念醫院	桃園市龜山區復興街 5 號	(03)3281200	僅提供「丁基原啡因」
29	桃園市	居善醫院	桃園市大園區南港村大觀路 910 號	(03)3866511	僅提供「丁基原啡因」
30	新竹市	馬偕紀念醫院新竹院區	新竹市東區光復路二段 690 號	(03)6119595	僅提供「丁基原啡因」
31	新竹市	國立臺灣大學醫學院附設醫院新竹分院	新竹市東區經國路一段 442 巷 25 號	(03)5326151	
32	新竹市	國軍新竹地區醫院附設民眾診療處	新竹市北區武陵路 3 號	(03)5348181	僅提供「丁基原啡因」
33	新竹縣	國立臺灣大學醫學院附設醫院竹東分院	新竹縣竹東鎮至善路 52 號	(03)5943248	
34	新竹縣	臺北榮民總醫院新竹分院	新竹縣竹東鎮中豐路一段 81 號	(03)5962134	僅提供「丁基原啡因」
35	新竹縣	天主教仁慈醫療財團法人仁慈醫院	新竹縣湖口鄉忠孝路 29 號	(03)5993500	僅提供「丁基原啡因」
36	苗栗縣	財團法人為恭紀念醫院	苗栗縣頭份鎮東庄里仁愛路 116 號	(037)685569	
37	苗栗縣	大千綜合醫院南勢分院	苗栗市南勢里南勢 52 號	(037)369936	
38	苗栗縣	衛生福利部苗栗醫院	苗栗市為公路 747 號	(037)261920	
39	臺中市	中國醫藥大學附設醫院	臺中市北區育德路 2 號	(04)22052121	
40	臺中市	維新醫療社團法人臺中維新醫院	臺中市北區育德路 185 號	(04)22038585	
41	臺中市	中山醫學大學附設醫院中興分院	臺中市南區復興路二段 11 號	(04) 22621652	
42	臺中市	行政院國軍退除役官兵輔導委員會臺中榮民總醫院	臺中市西屯區臺灣大道三段 160 號	(04)23592525	
43	臺中市	衛生福利部臺中醫院	臺中市西區三民路一段 199 號	(04)22294411	
44	臺中市	童綜合醫院（沙鹿區）	臺中市沙鹿區成功西街 8 號	(04)26626161	

附錄四 提供「替代治療」服務醫院名單

序號	縣市別	醫院名稱	醫院地址	醫院電話	備註
45	臺中市	衛生福利部豐原醫院	臺中市豐原區安康路 100 號	(04)25271180	
46	臺中市	國軍臺中總醫院	臺中市太平區中山路二段 348 號	(04)23934191	
47	臺中市	陽光精神科醫院	臺中市清水區吳厝里東山路 68-1 號	(04)26202949	
48	臺中市	清海醫院	臺中市石岡區金星村下坑巷 41-2 號	(04)25723332	僅提供「丁基原啡因」
49	臺中市	財團法人佛教慈濟綜合醫院臺中分院	臺中市潭子區豐興路一段 88 號	(04)36060666	
50	臺中市	賢德醫院	臺中市太平市宜昌路 420 號	(04)23939995	
51	臺中市	光田醫療社團法人光田綜合醫院大甲院區	臺中市大甲區經國路 321 號	(04)26888126	
52	臺中市	宏恩醫院龍安分院	臺中市南區德富路 145 巷 2 號	(04)26888126	僅提供「丁基原啡因」
53	臺中市	林新醫療社團法人林新醫院	臺中市南屯區惠中路三段 36 號	(04)22586688	僅提供「丁基原啡因」
54	臺中市	澄清綜合醫院中港分院	臺中市臺灣大道四段 966 號	(04)24632000 53626	轉 僅提供「丁基原啡因」
55	臺中市	財團法人臺灣省私立臺中仁愛之家附設靜和醫院	臺中市西區南屯路 1 段 158 號	(04)23711129	僅提供「丁基原啡因」
56	臺中市	仁愛醫療財團法人大里仁愛醫院	臺中市大里區東榮路 483 號	(04)22511247 12110	轉 僅提供「丁基原啡因」
57	彰化縣	財團法人彰化基督教醫院	彰化縣彰化市南校街 135 號	(04)7238595	
58	彰化縣	衛生福利部彰化醫院	彰化縣埔心鄉中正路二段 80 號	(04)8298686	
59	彰化縣	財團法人彰化基督教醫院鹿東分院	彰化縣鹿港鎮鹿東路二段 888 號	(04)7789595	
60	彰化縣	彰化秀傳紀念醫院	彰化縣彰化市中山路一段 542 號	(04)7256166	
61	彰化縣	財團法人彰化基督教醫院二林分院	彰化縣二林鎮大成路一段 558 號	(04)8952031	
62	彰化縣	頤晴診所	彰化縣彰化市福安里中山路二段 271 號	(04)7288333	僅提供「丁基原啡因」
63	彰化縣	修慧診所	彰化縣彰化市五權里金馬路三段 59 號	(04)7266158	僅提供「丁基原啡因」
64	南投縣	衛生福利部草屯療養院	南投縣草屯鎮玉屏路 161 號	(049)2550800	
65	南投縣	衛生福利部南投醫院	南投縣南投市復興路 478 號	(049)2231150	
66	南投縣	臺中榮民總醫院埔里分院	南投縣埔里鎮榮光路 1 號	(049)2990833	
67	雲林縣	國立臺灣大學醫學院附設醫院雲林分院	雲林縣斗六市雲林路二段 579 號	(05)5323911	
68	雲林縣	天主教若瑟醫療財團法人若瑟醫院	雲林縣虎尾鎮新生路 74 號	(05)6337333	

建構公私協力反毒預防策略與模式之研究

序號	縣市別	醫院名稱	醫院地址	醫院電話	備註
69	雲林縣	中國醫藥大學北港附設醫院	雲林縣北港鎮新街里新德路 123 號	(05)7837901	
70	雲林縣	國立成功大學醫學院附設醫院斗六分院	雲林縣斗六市莊敬路 345 號	(05)5332121	
71	雲林縣	信安醫療社團法人信安醫院	雲林縣斗六市江厝里瓦厝路 159 號	(05)5223788	僅提供「丁基原啡因」
72	嘉義市	臺中榮民總醫院嘉義分院	嘉義市西區世賢路 2 段 600 號	(05)2359630	
73	嘉義市	衛生福利部嘉義醫院	嘉義市西區北港路 312 號	(05)2319090	
74	嘉義縣	衛生福利部朴子醫院	嘉義縣朴子市永和里 42-50 號	(05)3790600	
75	嘉義縣	臺中榮民總醫院灣橋分院	嘉義縣竹崎鄉灣橋村石麻園 38 號	(05)2791072	
76	嘉義縣	財團法人佛教慈濟綜合醫院大林分院	嘉義縣大林鎮民生路 2 號	(05)2648000	
77	臺南市	衛生福利部嘉南療養院	臺南市仁德區中山路 870 巷 80 號	(06)2795019	
77	臺南市	高雄榮民總醫院臺南分院	臺南市永康區復興路 427 號	(06)3125101	
78	臺南市	衛生福利部新營醫院	臺南市新營區信義街 73 號	(06)6351131	
79	臺南市	國立成功大學醫學院附設醫院	臺南市勝利路 138 號	(06)2766188	
80	臺南市	財團法人奇美醫院臺南分院	臺南市樹林街二段 442 號	(06)2228116	
81	臺南市	衛生福利部臺南醫院	臺南市中西區中山路 125 號	(06)2200055	
82	臺南市	臺南市立醫院(委託秀傳醫療社團法人經營)	臺南市東區崇德路 670 號	(06)260-6351	
83	臺南市	奇美醫療財團法人柳營奇美醫院	臺南市柳營區太康里太康 201 號	(06)6226999	僅提供「丁基原啡因」
84	臺南市	臺南市立安南醫院-委託中國醫藥大學興建經營	臺南市安南區長和路二段 66 號	(06)3553111 2212	轉
85	臺南市	奇美醫療財團法人奇美醫院	臺南市永康區中華路 901 號	(06)2812811	僅提供「丁基原啡因」
86	臺南市	郭綜合醫院	臺南市中西區民生路二段 22 號	(06)2221111	僅提供「丁基原啡因」
87	臺南市	財團法人臺灣省私立臺南仁愛之家附設精神療養院	臺南市新化區中山路 20 號	(06)5902336	僅提供「丁基原啡因」
88	高雄市	高雄市立凱旋醫院	高雄市苓雅區凱旋二路 130 號	(07)7513171	
89	高雄市	國軍高雄總醫院	高雄市苓雅區中正一路 2 號	(07)7495985 (07)7496751	
90	高雄市	財團法人私立高雄醫學大學附設中和紀念醫院	高雄市三民區十全一路 100 號	(07)3121101	

附錄四 提供「替代治療」服務醫院名單

序號	縣市別	醫院名稱	醫院地址	醫院電話	備註
91	高雄市	阮綜合醫院	高雄市苓雅區成功一路162號	(07)3351121	
92	高雄市	國軍高雄總醫院左營分院	高雄市左營區軍校路553號	(07)5817121	
93	高雄市	高雄榮民總醫院	高雄市左營區大中一路386號	(07)3422121	
94	高雄市	財團法人臺灣省私立高雄仁愛之家附設慈惠醫院	高雄市大寮區鳳屏一路509號	(07)7030315	
95	高雄市	長庚醫療財團法人高雄長庚紀念醫院	高雄市鳥松區大埤路123號	(07)7317123	
96	高雄市	義大醫療財團法人義大醫院	高雄市燕巢區角宿村義大路1號	(07)6150011	
97	高雄市	衛生福利部旗山醫院	高雄市旗山區中學路60號	(07)6613811	
98	高雄市	靜和醫院	高雄市新興區民族二路178號	(07)2229612	僅提供「丁基原啡因」
99	高雄市	高雄市立聯合醫院	高雄市鼓山區中華一路976號	(07)5552565	僅提供「丁基原啡因」
100	高雄市	樂安醫院	高雄市岡山區通校路300號	(07)6256791	僅提供「丁基原啡因」
101	屏東縣	安泰醫療社團法人安泰醫院	屏東縣東港鎮中正路一段210號	(08)8329966	
102	屏東縣	屏安醫院	屏東縣麟洛鄉中山路160-1號	(08)7211777	
103	屏東縣	衛生福利部屏東醫院	屏東縣屏東市自由路270號	(08)7363011	
104	屏東縣	高雄榮民總醫院屏東分院	屏東縣內埔鄉龍潭村昭勝路安平1巷1號	(08)7704115	
105	花蓮縣	國軍花蓮總醫院	花蓮縣新城鄉嘉里村嘉里路163號	(03)8266694	
106	花蓮縣	衛生福利部花蓮醫院	花蓮縣花蓮市中正路600號	(03)8358141	
107	花蓮縣	衛生福利部玉里醫院	花蓮縣玉里鎮中華路448號	(03)8886141	
108	花蓮縣	財團法人佛教慈濟綜合醫院	花蓮市中山路三段707號	(03)8561825	僅提供「丁基原啡因」
109	臺東縣	衛生福利部臺東醫院	臺東縣臺東市五權街1號	(089)324112	
110	澎湖縣	衛生福利部澎湖醫院	澎湖縣馬公市中正路10號	(06)9261151	
111	金門縣	衛生福利部金門醫院	金門縣金湖鎮新市里復興路2號	(082)332546	

附錄五 提供「替代治療」衛星給藥點名單

序號	縣市別	醫院名稱	地址	備註
1	臺北市	慧祥診所	臺北市信義區松山路 484 之 5 號	僅提供「丁基原啡因」
2	桃園市	新國民醫院	桃園市中壢區復興路 152 號	
3	桃園市	觀音區衛生所	桃園市觀音區觀新路 58 號	
4	桃園市	大溪區衛生所	桃園市大溪區仁愛路 1 號	
5	桃園市	楊延壽診所	桃園市龍潭區中正路 298 號	僅提供「丁基原啡因」
6	桃園市	晨新診所	桃園市蘆竹區中正路 357 號	僅提供「丁基原啡因」
7	桃園市	晨峰診所	桃園市八德區永豐路 576 號	僅提供「丁基原啡因」
8	桃園市	晨暘診所	桃園市蘆竹區寶山街 235 號	僅提供「丁基原啡因」
9	桃園市	周孫元診所	桃園市桃園區龍城五街 62 號	僅提供「丁基原啡因」
10	新竹市	新中興醫院	新竹市北區興南街 43 號	
11	新竹市	林正修診所	新竹市東區新光路 38 號	僅提供「丁基原啡因」
12	新竹縣	陽光精神科診所	新竹縣竹東鎮東榮路 2 號 1 樓	僅提供「丁基原啡因」
13	苗栗縣	大千綜合醫院	苗栗市恭敬路 36 號	
14	苗栗縣	李綜合醫療社團 法人苑裡李綜合 醫院	苗栗縣苑裡鎮和平路 168 號	
15	臺中市	石岡鄉衛生所	臺中市石岡區石岡街 6 號	
16	臺中市	大里市衛生所	臺中市大里區大衛路 82 號	
17	臺中市	和平區衛生所	臺中市和平區南勢里東關路三段 132 號	
18	臺中市	霧峰區衛生所	臺中市霧峰區本堂里民生路 1-9 號	
19	臺中市	和平區梨山衛生 所	臺中市和平區梨山里中正路 68 號	
20	臺中市	新社區衛生所	臺中市新社區興社街四段 1 號	
21	臺中市	新活力診所	臺中市沙鹿區中山路 493 之 2 號 1 樓	僅提供「丁基原啡因」
22	臺中市	劉騰光心身診所	臺中市北區進化路 635 號 1 樓	僅提供「丁基原啡因」
23	臺中市	詹益忠身心醫學 診所	臺中市北區中清路一段 685 號	僅提供「丁基原啡因」
24	臺中市	詹東霖心身診所	臺中市區三民路二段 11 號 1 樓	僅提供「丁基原啡因」
25	臺中市	中山醫學大學附 設醫院	臺中市南區建國北路一段 110 號	
26	臺中市	康誠診所	臺中市南屯區大墩路 705 號 2 樓	僅提供「丁基原啡因」
27	南投縣	水里鄉衛生所	南投縣水里鄉博愛街 125 號	
28	南投縣	竹山鎮衛生所	南投縣竹山鎮公所路 126 號	
29	南投縣	國姓鄉衛生所	南投縣國姓鄉民族街 42 號	
30	南投縣	信義鄉衛生所	南投縣信義鄉玉山路 45 號	
31	南投縣	仁愛鄉衛生所	南投縣仁愛鄉五福巷 17 號	
32	南投縣	鹿谷鄉衛生所	南投縣鹿谷鄉鹿谷村中正路 2 段 20 號	
33	南投縣	中寮鄉衛生所	南投縣中寮鄉永平村永昌街 102 號	
34	南投縣	魚池鄉衛生所	南投縣魚池鄉東池村魚池街 194 號	
35	南投縣	惠元診所	南投縣竹山鎮桂林里中正巷 27 之 99 號	僅提供「丁基原啡因」
36	雲林縣	水林鄉衛生所	雲林縣水林鄉水林路 8 號	
37	雲林縣	麥寮鄉衛生所	雲林縣麥寮鄉光復路 4 號	
38	雲林縣	林內鄉衛生所	雲林縣林內鄉新興路 54 號	
39	雲林縣	大埤鄉衛生所	雲林縣大埤鄉中山路 4 號	
40	雲林縣	二崙鄉衛生所	雲林縣二崙鄉中興路 9 號	
41	雲林縣	廖寶全診所	雲林縣虎尾鎮東明路 182 號	僅提供「丁基原啡因」

序號	縣市別	醫院名稱	地址	備註
42	雲林縣	何政岳診所	雲林縣斗六市建成路 109 號	僅提供「丁基原啡因」
43	嘉義縣	東石鄉衛生所	嘉義縣東石鄉 3 之 7 號	(104.08.25 重啟服務)
44	臺南市	玉井鄉衛生所	臺南市玉井區中正路 5 號	
45	臺南市	佳里鎮衛生所	臺南市佳里區進學路 159 號	
46	臺南市	東山鄉衛生所	臺南市東山區東山里 236 號	
47	臺南市	官田鄉衛生所	臺南市官田區中山路一段 132 號	
48	臺南市	七股鄉衛生所	臺南市七股區大埕里 379 號	
49	臺南市	將軍鄉衛生所	臺南市將軍區忠興里 190	
50	臺南市	關廟鄉衛生所	臺南市關廟區中正路 998 號	
51	臺南市	鹽水區衛生所	臺南市鹽水區中境里武廟路 1 號	
52	臺南市	仁享診所	臺南市永康區永大路 2 段 970 號	僅提供「丁基原啡因」
53	高雄市	幸生診所	高雄市新興區民生一路 240 號 1 樓	僅提供「丁基原啡因」
54	高雄市	維心診所	高雄市岡山區岡山路 314 號	僅提供「丁基原啡因」
55	高雄市	梓安診所	高雄市梓官區中正路 319 號	僅提供「丁基原啡因」
56	高雄市	陽光診所	高雄市左營區自由三路 176 號	僅提供「丁基原啡因」
57	高雄市	靜安診所	高雄市苓雅區大順三路 197 號	僅提供「丁基原啡因」
58	高雄市	高雄市立旗津醫院(委託財團法人私立高雄醫學大學經營)	高雄市旗津區旗港路 33 號	
59	屏東縣	衛生福利部恆春旅遊醫院	屏東縣恆春鎮恆南路 188 號	
60	屏東縣	屏安醫院附設門診部	屏東縣屏東市瑞光路 2 段 250 號	僅提供「丁基原啡因」
61	屏東縣	興安診所	屏東縣屏東市自由路 463 號	僅提供「丁基原啡因」
62	屏東縣	寬心診所	屏東縣屏東市中山路 40 號	僅提供「丁基原啡因」
63	宜蘭縣	冬山鄉衛生所	宜蘭縣冬山鄉中正路 16 號	
64	宜蘭縣	頭城鎮衛生所	宜蘭縣頭城鎮新興路 304 號	
65	宜蘭縣	員山鄉衛生所	宜蘭縣員山鄉復興路 2 號	
66	宜蘭縣	壯圍鄉衛生所	宜蘭縣壯圍鄉吉祥村中央路二段 290 號	
67	宜蘭縣	礁溪鄉衛生所	宜蘭縣礁溪鄉礁溪路四段 126 號	

附錄六 108—110 年度衛生福利部指定藥癮戒治機構

共 157 家(24 家藥癮戒治核心醫院，102 家藥癮戒治醫院，31 家藥癮戒治診所)

資料來源：衛福部心理及口腔健康司；建檔日期：105-10-18；更新時間：108-02-25

分區	縣市	醫療院所	服務項目		地址	聯絡電話	指定類別
			藥癮	酒癮			
臺北區 (37)	臺北市 (12)	臺北市立聯合醫院(松德院區、林森中醫昆明院區、仁愛院區、中興院區、忠孝院區、陽明院區、和平婦幼院區)	松德院區 ：門診、住院、美沙冬及丁基原啡因替代治療 林森中醫昆明院區 ：門診、美沙冬及丁基原啡因替代治療 仁愛院區 ：門診 中興院區 ：門診 忠孝院區 ：門診 陽明院區 ：門診、住院、美沙冬及丁基原啡因替代治療 和平婦幼院區 ：門診	松德院區 ：門診、住院 林森中醫昆明院區 ：無 仁愛院區 ：門診 中興院區 ：門診 忠孝院區 ：無 陽明院區 ：門診 和平婦幼院區 ：門診	松德院區 ：臺北市信義區松德路 309 號 林森中醫昆明院區 ：臺北市萬華區昆明街 100 號 仁愛院區 ：臺北市大安區仁愛路四段 10 號 中興院區 ：臺北市鄭州路 145 號 忠孝院區 ：臺北市南港區同德路 87 號 陽明院區 ：臺北市士林區雨聲街 105 號 和平婦幼院區 ：臺北市中華路二段 33 號	松德院區 ：02-27263141 林森中醫昆明院區 ：02-23703739 仁愛院區 ：02-27093600 中興院區 ：02-25523234 忠孝院區 ：02-27861288 陽明院區 ：02-28353456 和平婦幼院區 ：02-23889595	松德院區 ：藥癮戒治核心醫院 陽明院區 ：藥癮戒治醫院 林森中醫昆明院區、仁愛院區、中興院區、忠孝院區、和平婦幼院區 ：藥癮戒治診所
		三軍總醫院附設民眾診療服務處	門診、住院、美沙冬及丁基原啡因替代治療	門診、住院	臺北市內湖區成功路二段 325 號	02-87923311	藥癮戒治核心醫院
		三軍總醫院北投分院附設民眾診療服務處	門診、住院、美沙冬及丁基原啡因替代治療	門診、住院	臺北市北投區新民路 60 號	02-28959802	藥癮戒治核心醫院
		臺北榮民總醫院	門診、住院	門診、住院	臺北市北投區石牌路二段 201 號	02-28757027	藥癮戒治核心醫院
		新光醫療財團法人新光吳火獅紀念醫院	門診	門診	臺北市士林區文昌路 95 號	02-28332211	藥癮戒治醫院
		基督復臨安息日會醫療財團法人臺安醫院	門診	門診	臺北市松山區八德路二段 424 號	02-27718151	藥癮戒治醫院

	臺北市立萬芳醫院-委託財團法人臺北醫學大學辦理	門診、住院	門診、住院	臺北市文山區興隆路三段 111 號	02-29307930	藥癮戒治醫院
	國泰醫療財團法人國泰綜合醫院	門診	門診	臺北市大安區仁愛路四段 280 號	02-27082121	藥癮戒治醫院
	國立臺灣大學醫學院附設醫院	門診	門診	臺北市中山南路 7 號	02-23133456	藥癮戒治醫院
	臺北市立關渡醫院	門診	門診	臺北市北投區知行路 225 巷 12 號 5 樓	02-28587000	藥癮戒治醫院
	長庚醫療財團法人臺北長庚紀念醫院	門診	無	臺北市松山區敦化北路 199 號	02-27135211	藥癮戒治診所
	中心診所醫療財團法人中心綜合醫院	門診	無	臺北市大安區忠孝東路四段 7 號	02-27510221	藥癮戒治診所
新 北 市 (13)	衛生福利部樂生療養院	門診、美沙冬替代治療	無	新北市新莊區中正路 794 號	02-82006600	藥癮戒治醫院
	衛生福利部臺北醫院	門診、住院、美沙冬替代治療	無	新北市新莊區思源路 127 號	02-22765566	藥癮戒治醫院
	新北市立聯合醫院	門診、美沙冬及丁基原啡因替代治療	門診	三重院區： 新北市三重區中山路 2 號 板橋院區： 新北市板橋區英士路 198 號	02-29829111 02-22575151	藥癮戒治醫院
	臺灣基督長老教會馬偕醫療財團法人淡水馬偕紀念醫院	門診、住院、丁基原啡因替代治療	門診、住院	新北市淡水區民生路 45 號	02-25433535 分機 3674	藥癮戒治醫院
	衛生福利部八里療養院	門診、住院、美沙冬及丁基原啡因替代治療	無	新北市八里區華富山 33 號 替代治療執行地點： 新北市土城區青雲路 6 號	02-26101660	藥癮戒治核心醫院
	北新醫院	門診	門診	新北市淡水區忠寮里演戲埔腳 1 之 2 號	02-26209199	藥癮戒治診所
	行天宮醫療志業醫療財團法人恩主公醫院	門診、美沙冬及丁基原啡因替代治療	門診	新北市三峽區復興路 399 號	02-26723456	藥癮戒治醫院
	衛生福利部雙和醫院(委託臺北醫學大學興建經營)	門診、住院、丁基原啡因替代治療	門診、住院	新北市中和區中正路 291 號	02-22490088	藥癮戒治醫院

附錄六 108-110 年度衛生福利部指定藥癮戒治機構

	佛教慈濟醫療財團法人臺北慈濟醫院	門診、住院、丁基原啡因替代治療	門診、住院	新北市新店區建國路289號	02-66289779	藥癮戒治醫院
	醫療財團法人徐元智先生醫藥基金會亞東紀念醫院	門診、美沙冬及丁基原啡因替代治療	無	新北市板橋區南雅南路二段21號	02-89667000	藥癮戒治醫院
	國泰醫療財團法人汐止國泰綜合醫院	門診、住院、丁基原啡因替代治療	門診、住院	新北市汐止區建成路59巷2號	02-26482121	藥癮戒治醫院
	安興精神科診所	門診	門診	新北市三重區重新路三段132號	02-29743029	藥癮戒治診所
	天主教耕莘醫療財團法人耕莘醫院	門診、住院、美沙冬及丁基原啡因替代治療	門診、住院	新北市新店區中正路362號	02-22193391	藥癮戒治醫院
宜蘭縣 (7)	海天醫療社團法人海天醫院	門診	門診	宜蘭縣壯圍鄉古亭村古亭路23-9號	03-9308010	藥癮戒治醫院
	天主教靈醫會醫療財團法人羅東聖母醫院	門診、美沙冬及丁基原啡因替代治療	門診	宜蘭縣羅東鎮中正南路160號	03-9544106	藥癮戒治醫院
	國立陽明大學附設醫院	門診、美沙冬及丁基原啡因替代治療	門診	宜蘭縣宜蘭市新民路152號	03-9325192	藥癮戒治醫院
	醫療財團法人羅許基金會羅東博愛醫院	門診、美沙冬及丁基原啡因替代治療	門診	宜蘭縣羅東鎮南昌街83號	03-9543131	藥癮戒治醫院
	臺北榮民總醫院員山分院	門診、住院、丁基原啡因替代治療	門診	宜蘭縣員山鄉內城村榮光路386號	03-9222141	藥癮戒治醫院
	臺北榮民總醫院蘇澳分院	門診、住院、丁基原啡因替代治療	門診、住院	宜蘭縣蘇澳鎮蘇濱路一段301號	03-9905106	藥癮戒治醫院
	宜蘭普門醫療財團法人員山馬偕醫院	門診、住院	門診、住院	宜蘭縣員山鄉深溝村尚深路91號	03-9220292	藥癮戒治醫院
基隆市 (3)	衛生福利部基隆醫院	門診、美沙冬及丁基原啡因替代治療	無	基隆市信義區信二路268號	02-24292525	藥癮戒治醫院
	長庚醫療財團法人基隆長庚紀念醫院	門診、住院、美沙冬替代治療	門診、住院、酒癮家暴處遇治療	基隆市安樂區麥金路222號	02-24329292	藥癮戒治醫院

建構公私協力反毒預防策略與模式之研究

		維德醫療社團法人基隆維德醫院	門診、住院、丁基原啡因替代治療	門診	基隆市中正區調和街210號	02-24696688	藥癮戒治醫院
	金門縣(1)	衛生福利部金門醫院	門診、美沙冬替代治療	門診、住院	金門縣金湖鎮新市里復興路2號	082-332546	藥癮戒治醫院
	連江縣(1)	連江縣立醫院	門診	無	連江縣南竿鄉復興村217號	083-623995	藥癮戒治診所
北區(21)	桃園市(10)	衛生福利部桃園療養院	門診、住院、美沙冬替代治療、丁基原啡因替代治療	門診、住院	桃園市龍壽街71號	03-3698553	藥癮戒治核心醫院
		臺北榮民總醫院桃園分院	門診、美沙冬替代治療	無	桃園市成功路三段100號	03-3384889	藥癮戒治醫院
		國軍桃園總醫院附設民眾診療服務處	門診、住院、美沙冬替代治療	無	桃園市龍潭區中興路168號	03-4799595	藥癮戒治醫院
		長庚醫療財團法人桃園長庚紀念醫院	門診	門診	桃園市龜山區舊路村頂湖路123號	03-3281200	藥癮戒治醫院
		長庚醫療財團法人林口長庚紀念醫院	門診、住院、丁基原啡因替代治療	門診、住院	桃園市龜山區復興街5號	03-3281200	藥癮戒治醫院
		楊延壽診所	門診、丁基原啡因替代治療	無	桃園市龍潭區中正路298號	03-4899242	藥癮戒治診所
		敏盛綜合醫院	門診	門診	桃園市經國路168號	03-3179599	藥癮戒治診所
		居善醫院	門診、丁基原啡因替代治療	門診、住院	桃園市大園區南港村大觀路910號	03-3866511	藥癮戒治醫院
		周孫元診所	門診、丁基原啡因替代治療	無	桃園市桃園區龍城五街62號	03-3792260	藥癮戒治診所
		新楊梅診所	門診	無	桃園市楊梅區環東路476號	03-4856530	藥癮戒治診所
	新竹市(3)	國立臺灣大學醫學院附設醫院新竹分院	門診、美沙冬替代治療	門診、住院	新竹市東區經國路一段442巷25號	03-5326151	藥癮戒治核心醫院
		國軍新竹地區醫院附設民眾診療服務處	門診、住院、丁基原啡因替代治療	門診、住院	新竹市北區武陵路3號	03-5348181	藥癮戒治核心醫院
		林正修診所	門診、丁基原啡因替代治療	無	新竹市新光路38號	03-5166746	藥癮戒治診所

新竹縣 (4)	國立臺灣大學醫學院附設醫院竹東分院	門診、住院、美沙冬及丁基原啡因替代治療	門診、住院	新竹縣竹東鎮至善路 52 號	03-5943248	藥癮戒治醫院	
	臺北榮民總醫院新竹分院	門診、住院、丁基原啡因替代治療	門診、住院	新竹縣竹東鎮中豐路一段 81 號	03-5962134	藥癮戒治醫院	
	天主教仁慈醫療財團法人仁慈醫院	門診、住院、丁基原啡因替代治療	門診、住院	新竹縣湖口鄉忠孝路 29 號	03-5993500	藥癮戒治醫院	
	陽光精神科診所	門診、丁基原啡因替代治療	無	新竹縣竹東鎮東榮路 2 號	03-5942371	藥癮戒治診所	
苗栗縣 (4)	大千醫療社團法人南勢醫院	門診、住院、美沙冬替代治療	門診、住院	苗栗縣苗栗市南勢里南勢 52 號	037-369936	藥癮戒治醫院	
	衛生福利部苗栗醫院	門診、住院、美沙冬替代治療	門診、住院	苗栗縣苗栗市為公路 747 號	037-261920	藥癮戒治醫院	
	為恭醫療財團法人為恭紀念醫院	門診、住院、美沙冬及丁基原啡因替代治療	門診、住院	信義院區： 苗栗縣頭份市信義路 128 號 東興院區： 苗栗縣頭份市水源路 417 巷 13 號	037-676811	藥癮戒治醫院	
	李綜合醫療社團法人苑裡李綜合醫院	門診、美沙冬及丁基原啡因替代治療	無	苗栗縣苑裡鎮和平路 168 號	037-862387	藥癮戒治診所	
中區 (34)	臺中市 (22)	臺中榮民總醫院	門診、住院、美沙冬及丁基原啡因替代治療	門診、住院	臺中市西屯區臺灣大道四段 1650 號	04-23592525	藥癮戒治核心醫院
		中國醫藥大學附設醫院	門診、住院、美沙冬及丁基原啡因替代治療	門診、住院	臺中市北區育德路 2 號	04-22052121	藥癮戒治核心醫院
		中山醫學大學附設醫院中興分院	門診、美沙冬及丁基原啡因替代治療	門診	臺中市南區復興路二段 11 號	04-22621652	藥癮戒治醫院
		中山醫學大學附設醫院	門診、住院、美沙冬替代治療(替代治療僅限院內住院患者)	門診、住院	臺中市南區建國北路一段 110 號	04-24739595	藥癮戒治醫院
		衛生福利部臺中醫院	門診、住院、美沙冬替代治療	門診、住院	臺中市西區三民路一段 199 號	04-22294411	藥癮戒治醫院

建構公私協力反毒預防策略與模式之研究

	財團法人臺灣省私立臺中仁愛之家附設靜和醫院	門診、丁基原啡因替代治療	門診、住院	臺中市西區南屯路一段158號	04-23711129	藥癮戒治醫院
	維新醫療社團法人臺中維新醫院	門診、住院、美沙冬替代治療	門診、住院	臺中市北區育德路185、187號	04-22038585	藥癮戒治醫院
	宏恩醫院龍安分院	門診、住院、丁基原啡因替代治療	門診、住院	臺中市南區德富路145巷2號	04-37017188	藥癮戒治醫院
	佛教慈濟醫療財團法人臺中慈濟醫院	門診、住院、美沙冬及丁基原啡因替代治療	門診、住院	臺中市潭子區豐興路一段88號	04-36060666	藥癮戒治醫院
	光田醫療社團法人光田綜合醫院(大甲院區)	門診、住院、美沙冬替代治療	門診、住院	臺中市大甲區經國路321號	04-26888126	藥癮戒治醫院
	童綜合醫療社團法人童綜合醫院(沙鹿院區)	門診、住院、美沙冬及丁基原啡因替代治療	門診、住院	臺中市沙鹿區成功西街8號	04-26626161	藥癮戒治核心醫院
	衛生福利部豐原醫院	門診、住院、美沙冬替代治療	門診、住院	臺中市豐原區安康路100號	04-25271180	藥癮戒治醫院
	國軍臺中總醫院附設民眾診療服務處	門診、住院、美沙冬及丁基原啡因替代治療	門診、住院	臺中市太平區中山路二段348號	04-23934191	藥癮戒治核心醫院
	陽光精神科醫院	門診、住院、美沙冬替代治療	門診、住院	臺中市清水區吳厝里大楊南街98號	04-26202949	藥癮戒治醫院
	清濱醫院	門診	門診、住院	臺中市清水區港埠路四段195號	04-26283995	藥癮戒治醫院
	賢德醫院	門診、住院、美沙冬及丁基原啡因替代治療	門診、住院	臺中市太平區宜昌路420號	04-22732551	藥癮戒治醫院
	清海醫院	門診、丁基原啡因替代治療	門診、住院	臺中市石岡區下坑巷41之2號	04-25721694	藥癮戒治醫院
	澄清綜合醫院中港分院	門診、丁基原啡因替代治療	門診	臺中市臺灣大道四段966號	04-24632000轉55173	藥癮戒治醫院
	林新醫療社團法人林新醫院	門診、丁基原啡因替代治療	無	臺中市南屯區惠中路三段36號	04-22586688	藥癮戒治醫院
	仁愛醫療財團法人大里仁愛醫院	門診、丁基原啡因替代治療	無	臺中市大里區東榮路483號	04-24819900	藥癮戒治醫院

		詹東霖心身診所	門診、丁基原啡因替代治療	門診	臺中市區三民路二段11號1樓	04-22256362	藥癮戒治診所	
		康誠診所	門診、丁基原啡因替代治療	無	臺中市南屯區大墩路705號	04-23103968	藥癮戒治診所	
(4)	南投縣	埔基醫療財團法人埔里基督教醫院	門診	門診	南投縣埔里鎮鐵山路1號	049-2912151 轉 5143	藥癮戒治診所	
		臺中榮民總醫院埔里分院	門診、美沙冬及丁基原啡因替代治療	無	南投縣埔里鎮榮光路1號	049-2990833	藥癮戒治醫院	
		衛生福利部南投醫院	門診、美沙冬替代治療	無	南投縣南投市復興路478號	049-2231150	藥癮戒治醫院	
		衛生福利部草屯療養院	門診、住院、美沙冬及丁基原啡因替代治療、治療性社區	門診、住院	南投縣草屯鎮玉屏路161號	049-2550800	藥癮戒治核心醫院	
(8)	彰化縣	衛生福利部彰化醫院	門診、住院、美沙冬及丁基原啡因替代治療	門診、住院	彰化縣埔心鄉中正路二段80號	04-8298686 轉 1040	藥癮戒治醫院	
		彰化基督教醫療財團法人彰化基督教醫院	門診、住院、美沙冬替代治療	門診、住院	彰化縣彰化市南校街135號	04-7238595	藥癮戒治醫院	
		彰化基督教醫療財團法人鹿港基督教醫院(長青院區)	門診、住院、美沙冬替代治療	門診、住院	彰化縣鹿港鎮鹿東路二段888號	04-7789595	藥癮戒治醫院	
		秀傳醫療社團法人秀傳紀念醫院	門診、美沙冬及丁基原啡因替代治療	門診	彰化縣彰化市中山路一段542號	04-7256166	藥癮戒治醫院	
		秀傳醫療財團法人彰濱秀傳紀念醫院	門診、住院	門診、住院	彰化縣鹿港鎮鹿工路6號	04-7813888	藥癮戒治醫院	
		明德醫院	門診、住院	門診、住院	彰化縣彰化市龍山里中山路二段874巷33號	04-7223138	藥癮戒治醫院	
		修慧診所	門診、丁基原啡因替代治療	無	彰化縣彰化市金馬路三段59號	04-7266158	藥癮戒治診所	
		彰化基督教醫療財團法人二林基督教醫院	門診、替代治療	無	彰化縣二林鎮大成路一段558號	04-8952031	藥癮戒治醫院	
(27)	(7)	雲林縣	國立臺灣大學醫學院附設醫院雲林分院	門診、美沙冬及丁基原啡因替代治療	門診、住院	雲林縣斗六市雲林路2段579號	05-5323911	藥癮戒治核心醫院

建構公私協力反毒預防策略與模式之研究

	國立成功大學醫學院附設醫院斗六分院	門診、美沙冬替代治療	門診	雲林縣斗六市莊敬路345號	05-5332121	藥癮戒治醫院
	信安醫療社團法人信安醫院	門診、丁基原啡因替代治療	門診、住院	雲林縣斗六市江厝里瓦厝路159號	05-5223788	藥癮戒治診所
	財團法人天主教若瑟醫院	門診、美沙冬及丁基原啡因替代治療	門診	雲林縣虎尾鎮新生路74號	05-6337333	藥癮戒治醫院
	中國醫藥大學北港附設醫院	門診、美沙冬及丁基原啡因替代治療	門診	雲林縣北港鎮新德路123號	05-7837901	藥癮戒治醫院
	廖寶全診所	門診、丁基原啡因替代治療	無	雲林縣虎尾鎮東明路182號	05-6322584	藥癮戒治診所
	何正岳診所	門診、丁基原啡因替代治療	無	雲林縣斗六市建成路109號	05-5328680	藥癮戒治診所
嘉義縣 (3)	佛教慈濟醫療財團法人大林慈濟醫院	門診、住院、丁基原啡因替代治療	門診、住院	嘉義縣大林鎮民生路2號	05-2648000	藥癮戒治醫院
	臺中榮民總醫院灣橋分院	門診、住院、美沙冬替代治療	門診、住院	嘉義縣灣橋村石麻園38號	05-2791072	藥癮戒治核心醫院
	衛生福利部朴子醫院	門診、美沙冬替代治療	門診、住院	嘉義縣朴子市永和里42-50號	05-3790600	藥癮戒治醫院
嘉義市 (4)	衛生福利部嘉義醫院	門診、美沙冬替代治療	門診	嘉義市西區北港路312號	05-2319090	藥癮戒治醫院
	臺中榮民總醫院嘉義分院	門診、住院、美沙冬及丁基原啡因替代治療	門診、住院	嘉義市西區世賢路二段600號	05-2359630	藥癮戒治核心醫院
	天主教中華聖母修女會醫療財團法人天主教聖馬定醫院	門診	門診	嘉義市大雅路二段565號	05-2780040	藥癮戒治醫院
	戴德森醫療財團法人嘉義基督教醫院	門診、住院	門診、住院	嘉義市東區忠孝路539號	05-2675041	藥癮戒治醫院
臺南市 (13)	衛生福利部嘉南療養院	門診、住院、美沙冬及丁基原啡因替代治療	門診、住院	臺南市仁德區裕忠路539號	06-2795019	藥癮戒治核心醫院
	國立成功大學醫學院附設醫院	門診、美沙冬及丁基原啡因替代治療	門診、住院	臺南市北區勝利路138號	06-2353535	藥癮戒治醫院

附錄六 108-110 年度衛生福利部指定藥癮戒治機構

		高雄榮民總醫院 臺南分院	門診、美沙冬及丁基原啡因替代治療	無	臺南市永康區復興路427號	06-3125101	藥癮戒治醫院
		衛生福利部臺南醫院	門診、美沙冬替代治療	門診	臺南市中山路125號	06-2200055	藥癮戒治醫院
		衛生福利部新營醫院	門診、美沙冬及丁基原啡因替代治療	無	臺南市新營區信義街73號	06-6351131	藥癮戒治醫院
		臺南市立醫院(委託秀傳醫療社團法人經營)	門診、美沙冬替代治療	無	臺南市東區崇德路670號	06-2609926	藥癮戒治醫院
		郭綜合醫院	門診、丁基原啡因替代治療	門診	臺南市中西區民生路二段22號	06-2221111	藥癮戒治醫院
		臺南市立安南醫院-委託中國醫藥大學興建經營	門診、美沙冬及丁基原啡因替代治療	無	臺南市安南區長和路二段66號	06-3553111	藥癮戒治醫院
		奇美醫療財團法人柳營奇美醫院	門診、丁基原啡因替代治療	門診	臺南市柳營區太康里泰康201號	06-6226999	藥癮戒治醫院
		奇美醫療財團法人奇美醫院	本院 ：門診、丁基原啡因替代治療 樹林院區 ：門診、住院、美沙冬及丁基原啡因替代治療	本院 ：門診、住院 樹林院區 ：門診、住院	本院 ：臺南市永康區中華路901號 樹林院區 ：臺南市樹林街二段442號	本院 ：06-2812811 樹林院區 ：06-2228116	本院 ：藥癮戒治醫院 樹林院區 ：藥癮戒治醫院
		財團法人臺灣省私立臺南仁愛之家附設精神療養院	門診、丁基原啡因替代治療	無	臺南市新化區中山路20號	06-5902336	藥癮戒治醫院
		仁享診所	門診、丁基原啡因替代治療	無	臺南市永康區富強路一段20號	06-2719351	藥癮戒治診所
		心樂活診所	門診、丁基原啡因替代治療	門診	臺南市東區凱旋路39號	06-2383636	藥癮戒治診所
高屏區 (30)	高雄市 (18)	財團法人私立高雄醫學大學附設中和紀念醫院	門診、住院、美沙冬及丁基原啡因替代治療	門診、住院	高雄市三民區自由一路100號	07-3121101	藥癮戒治核心醫院
		高雄市立凱旋醫院	門診、住院、美沙冬及丁基原啡因替代治療	門診、住院	高雄市苓雅區凱旋二路130號	07-7513171	藥癮戒治核心醫院

建構公私協力反毒預防策略與模式之研究

	國軍高雄總醫院 附設民眾診療服 務處	門診、住 院、美沙冬 及丁基原 啡因替代 治療	無	高雄市苓雅 區中正一路 2 號	07-7496779	藥癮戒治核心 醫院
	高雄榮民總醫院	門診、美沙 冬替代治 療	門診	高雄市左營 區大中一路 386 號	07-3422121	藥癮戒治醫院
	財團法人臺灣省 私立高雄仁愛之 家附設慈惠醫院	門診、住 院、美沙冬 及丁基原 啡因替代 治療	門診、住 院	高雄市大寮 區鳳屏一路 509 號	07-7030315	藥癮戒治核心 醫院
	義大醫療財團法 人義大醫院	門診、住 院、美沙冬 及丁基原 啡因替代 治療	門診、住 院	高雄市燕巢 區義大路 1 號	07-6150011	藥癮戒治醫院
	長庚醫療財團法 人高雄長庚紀念 醫院	門診、住 院、美沙冬 及丁基原 啡因替代 治療	門診、住 院	高雄市鳥松 區大埤路 123 號	07-7317123	藥癮戒治核心 醫院
	衛生福利部旗山 醫院	門診、住 院、美沙冬 及丁基原 啡因替代 治療	門診、住 院	高雄市旗山 區中學路 60 號	07-6613811	藥癮戒治醫院
	維心診所	門診、丁基 原啡因替 代治療	無	高雄市岡山 區岡山路 314 號	07-6231829	藥癮戒治診所
	阮綜合醫療社團 法人阮綜合醫院	門診、美沙 冬替代治 療	門診	高雄市苓雅 區成功一路 162 號	07-3351121	藥癮戒治醫院
	國軍高雄總醫院 左營分院	門診、住 院、美沙冬 替代治療	門診、住 院	高雄市左營 區軍校路 553 號	07-5817121	藥癮戒治醫院
	高雄市立小港醫 院(委託財團法人 私立高雄醫學大 學經營)	門診	門診	高雄市小港 區山明路 482 號	07-8036783	藥癮戒治醫院
	高雄市立聯合醫 院	門診、丁基 原啡因替 代治療	門診	高雄市鼓山 區中華一路 976 號	07-5552565	藥癮戒治醫院
	高雄市立大同醫 院(委託財團法人 私立高雄醫學大 學經營)	門診	門診	高雄市前金 區中華三路 68 號	07-2911101	藥癮戒治醫院
	靜和醫院	門診、丁基 原啡因替 代治療	門診、住 院	高雄市新興 區民族二路 178 號	07-2229612	藥癮戒治醫院
	樂安醫院	門診、丁基 原啡因替 代治療	門診、住 院	高雄市岡山 區通校路 300 號	07-6256791	藥癮戒治醫院
	陽光診所	門診、丁基 原啡因替 代治療	門診	高雄市左營 區自由三路 176 號	07-3412598	藥癮戒治診所

		靜安診所	門診、丁基原啡因替代治療	無	高雄市苓雅區大順三路197號	07-2239025	藥癮戒治診所
屏東縣 (11)		衛生福利部屏東醫院	門診、美沙冬及丁基原啡因替代治療	無	屏東縣屏東市自由路270號	08-7363011	藥癮戒治醫院
		安泰醫療社團法人安泰醫院	門診、美沙冬及丁基原啡因替代治療	門診、住院	屏東縣東港鎮中正路1段210號	08-8329966	藥癮戒治醫院
		屏東醫療社團法人屏東醫院	門診、住院、美沙冬及丁基原啡因替代治療	門診	藥癮 ：屏東縣麟洛鄉中山路160-1號 酒癮 ：屏東縣長治鄉榮華村信義路129號	08-7211777	藥癮戒治醫院
		瑞興診所	門診、丁基原啡因替代治療	門診	屏東縣屏東市瑞光路2段250號-1	08-7378888	藥癮戒治診所
		泰祥診所	門診、丁基原啡因替代治療	門診	屏東縣潮州鎮新生路111號	08-7881777	藥癮戒治診所
		興安診所	門診、丁基原啡因替代治療	門診	屏東縣屏東市自由路463號	08-7346666	藥癮戒治診所
		寬心診所	門診、丁基原啡因替代治療	門診	屏東縣屏東市中山路40號	08-7333555	藥癮戒治診所
		佑青醫療財團法人佑青醫院	門診、住院	門診、住院	屏東縣內埔鄉建興村建興路218巷19號	08-7705115	藥癮戒治醫院
		迦樂醫療社團法人迦樂醫院	門診、住院、丁基原啡因替代治療	門診、住院	屏東縣新埤鄉箕湖村進化路12-200號	08-7981511	藥癮戒治醫院
		國軍高雄總醫院附設屏東民眾診療服務處	門診、住院	門診、住院	屏東縣屏東市大湖路58巷22號	08-7560756	藥癮戒治醫院
		高雄榮民總醫院屏東分院	門診、住院、美沙冬替代治療	門診、住院	屏東縣內埔鄉龍潭村昭勝路安平1巷1號	08-7704115	藥癮戒治診所
澎湖縣 (1)		衛生福利部澎湖醫院	門診、美沙冬替代治療	無	澎湖縣馬公市中正路10號	06-9261151	藥癮戒治醫院
東區 (8)	花蓮縣 (6)	衛生福利部玉里醫院	門診、住院、美沙冬及丁基原啡因替代治療	門診、住院	花蓮縣玉里鎮中華路448號	03-8886141	藥癮戒治醫院

建構公私協力反毒預防策略與模式之研究

	衛生福利部花蓮醫院	門診、住院、美沙冬替代治療	門診、住院	花蓮市中正路 600 號	03-8358141	藥癮戒治醫院
	臺北榮民總醫院玉里分院	門診、住院	門診、住院	花蓮縣玉里鎮新興街91號	03-8883141	藥癮戒治醫院
	財團法人佛教慈濟綜合醫院	門診、住院、丁基原啡因替代治療	門診、住院	花蓮市中山路三段 707 號	03-8561825	藥癮戒治核心醫院
	國軍花蓮總醫院附設民眾診療服務處	門診、住院、美沙冬及丁基原啡因替代治療	門診、住院	花蓮縣新城鄉嘉里村嘉里路 163 號	03-8263151	藥癮戒治核心醫院
	臺灣基督教門諾會醫療財團法人門諾醫院壽豐分院	門診、住院	門診、住院	花蓮縣壽豐鄉共和村魚池 52 號	03-8664600	藥癮戒治診所
臺東縣 (2)	衛生福利部臺東醫院	門診、住院、美沙冬及丁基原啡因替代治療	門診、住院	臺東縣臺東市五權街 1 號	089-324112	藥癮戒治醫院
	臺北榮民總醫院台東分院	門診	門診、住院	臺東縣臺東市更生路 1000 號	089-222995	藥癮戒治診所

附錄七 專家意見調查問卷

為瞭解並建構公私協力反毒預防策略與模式，以供相關單位研擬反毒政策之參考，法務部委託本研究團隊進行本項研究，素仰您在反毒專業上學驗俱豐，本研究擬邀請您協助本次問卷調查，希望您能提供個人寶貴的經驗和想法。本項意見調查約10-20分鐘；本研究會在取得您的同意後進行，過程中有不想回答之問題您能選擇拒絕回答，亦有權力隨時中止。若您對本研究有任何意見，亦歡迎隨時提供給研究者。

本問卷共分為五大單元，請您依據各單元及各題目的說明，選出符合自己想法的答案，在該題之答項上畫圈，或是在橫線上、空格內作答即可。您的回答僅作為整體分析之用，不會針對個人作分析討論，請您放心回答。為感謝您的協助，完成本問卷後，本研究將會以匯款方式致上500元問卷調查費（煩請填具領據），非常感謝您的協助與合作！

敬祝 健康快樂！

研究主持人：中央警察大學 蔡田木 教授
共同主持人：謝文彥副教授 胡至沛 助理教授
暨全體研究團隊成員 敬上
2019年元月

同 意 書

經研究者說明後，本人同意參與本項問卷調查，研究人員對於調查內容及個人基本資料應負保密責任，以維護受訪者權益。且在研究過程中受訪者隨時有權利退出。

受訪者：_____（簽名）

年 月 日

一、現有公私協力反毒預防作為狀況

以下是我國公私協力反毒預防作為狀況，請就您個人經驗，針對該題陳述，在該題後方適當的格子內圈選或打勾。

題號	題項	1 非 常 不 同 意	2 不 同 意	3 普 通	4 還 算 同 意	5 非 常 同 意	0 不 知 道	其他意見或理由
1.	公部門彼此之間合作機會多、整合性較高	1	2	3	4	5	0	
2.	公、私部門間雖合作，但次數相對較少	1	2	3	4	5	0	
3.	學校與醫療院所合作，共同實施「醫起護少合作計畫」，效果良好	1	2	3	4	5	0	
4.	學校與警方合作，共同建置拒毒通報網絡，效果良好	1	2	3	4	5	0	
5.	校外會採用三級預防模式，規劃不同公、私部門合作方式，效果良好	1	2	3	4	5	0	
6.	地檢署以緩起訴處分與醫療單位共同合作，實施強制治療，效果良好	1	2	3	4	5	0	
7.	公立醫療院所與私部門合作，著重在復歸社會部分，效果良好	1	2	3	4	5	0	
8.	各縣市毒品危害防制中心與公部門單位合作，實施個案處遇，效果良好	1	2	3	4	5	0	
9.	公部門則提供標案供私部門承接，包含公開招標案、公益彩券委託案、補助案、監內輔導等，效果良好	1	2	3	4	5	0	
10.	新北市成立毒防辦與其他公部門單位合作，提供兒少服務，並成為領航員角色對私部門單位因材施教，效果良好	1	2	3	4	5	0	
11.	校外會與基督教少年之家合作，進行職涯探索協助就業，效果良好	1	2	3	4	5	0	
12.	私部門反毒中以晨曦會之全天候陪伴效果最好	1	2	3	4	5	0	
13.	由私部門角色協助戒治效果較公部門佳	1	2	3	4	5	0	
14.	有關公私協力反毒預防作為，除上述內容外，還有哪些公私協力反毒作為？							

二、現有公私協力反毒預防作為困境

以下是我國目前公私協力反毒預防作為困境，請就您個人經驗，針對該題陳述，在該題後方適當的格子內圈選或打勾。

題號	題項	1 非 常 不 同 意	2 不 同 意	3 普 通	4 還 算 同 意	5 非 常 同 意	0 不 知 道	其他意見或理由
1.	目前反毒業務缺乏一條龍式公私部門資源整合平台之建構	1	2	3	4	5	0	
2.	民間組織與資源投入反毒業務的比例，與其他非營利組織公益慈善志業相較，仍較不足	1	2	3	4	5	0	
3.	目前民間組織因資源有限僅投入基本保障，而未能連結高層次的需求	1	2	3	4	5	0	
4.	我國民間反毒組織與資源多聚焦於反毒宣導、毒品戒治及復歸社會等三個面向	1	2	3	4	5	0	
5.	非營利組織過度賴政府專案經費挹注，對其自主發展有負面影響	1	2	3	4	5	0	
6.	目前毒品預防多關注在反毒宣導，而非真正改善社會生活適應狀態及預防	1	2	3	4	5	0	
7.	公部門提供反毒宣導服務的效果不彰	1	2	3	4	5	0	
8.	私部門團體功能有限，多僅補助個案物質或基本需求卻缺乏服務持續性	1	2	3	4	5	0	
9.	醫療院所戒治與心理輔導效果不彰	1	2	3	4	5	0	
10.	公部門採委外模式，相關法規限制多、核銷經費無彈性、文書作業繁多	1	2	3	4	5	0	
11.	多數公部門將個案留在自身體系完成，缺乏資源才進行轉介	1	2	3	4	5	0	
12.	公部門對於私部門專業性存有疑慮，考量個資問題而不敢與未接觸過機構合作	1	2	3	4	5	0	
13.	政府人事更迭頻繁，反毒政策難以長久持續	1	2	3	4	5	0	

14.	私部門則基於營利成本考量、個案管理不易或安全性而降低合作意願	1	2	3	4	5	0	
15.	二級毒品戒治機構少，且戒治所醫療服務過於陽春	1	2	3	4	5	0	
16.	矯正機關教化活動課程多但有刑期限制，無法全面參與	1	2	3	4	5	0	
17.	矯正機關集中管理的方式更易獲取毒品資訊，提供買賣機會	1	2	3	4	5	0	
18.	勒戒、緩起訴僅供解癮，而不具真正戒治功效	1	2	3	4	5	0	
19.	有關公私協力反毒預防作為，除了上述問題外，還有哪些困境？請說明：							

三、公私協力反毒預防平台之建構

以下是我國目前公私協力反毒預防平台之建構，請就您個人經驗，針對該題陳述，在該題後方適當的格子內圈選或打勾。

題號	題項	1	2	3	4	5	0	其他意見或理由
		非常不同意	不同意	普通	還算同意	非常同意	不知道	
平台建構								
1.	反毒預防平台應採取 <u>公部門</u> 主導模式	1	2	3	4	5	0	
2.	反毒預防平台應採取 <u>公私部門</u> 合作模式	1	2	3	4	5	0	
3.	反毒預防平台應採取 <u>私部門</u> 主導模式	1	2	3	4	5	0	
4.	中央政府應由衛生福利部主導，建立資源整合交流平台，結合相關合作單位，成立全國整合性毒癮醫療示範中心	1	2	3	4	5	0	
5.	中央政府應成立毒品防制委員會，扮演統籌、整合及規劃打擊毒品犯罪之角色	1	2	3	4	5	0	

題號	題項	1 非 常 不 同 意	2 不 同 意	3 普 通	4 還 算 同 意	5 非 常 同 意	0 不 知 道	其他意見或理由
6.	中央政府訂立法規，使公私協力反毒平台具有法源依據	1	2	3	4	5	0	
7.	中央及地方政府均應設有特定窗口，供公私部門互相了解彼此處理流程與合作方式	1	2	3	4	5	0	
8.	應以各縣市毒品危害防制中心為核心，建立資源整合平台，成立在地化全方位整合型戒毒機構，結合醫療、心理諮商、生活技能培養、家庭關係修復等功能，培養新生存技能以回歸社區	1	2	3	4	5	0	
9.	應建構中間型教育安置或處遇機構，使毒癮者逐步回歸社會的機會，並須使大眾減低對毒癮者污名化與排斥情況，增加社區接納及私部門機構參與治療意願	1	2	3	4	5	0	
資源、人力								
10.	應由衛生福利部主導，建立毒品犯罪資料庫並進行大數據分析，供公私反毒單位各界瞭解、監控毒品犯罪現況與趨勢	1	2	3	4	5	0	
11.	應由衛生福利部主導，建立反毒資源資料庫（含人才、機構等資源），供公私反毒單位參考使用	1	2	3	4	5	0	
12.	中央政府應透過定期專案計畫，透過輔導、補助等方式，鼓勵民間社會團體參與反毒活動	1	2	3	4	5	0	
13.	公私部門應協力開發多元反毒教材	1	2	3	4	5	0	
14.	私部門反毒人員應由公部門取得教育訓練認證	1	2	3	4	5	0	

題號	題項	1 非 常 不 同 意	2 不 同 意	3 普 通	4 還 算 同 意	5 非 常 同 意	0 不 知 道	其他意見或理由
15.	私部門反毒機構應由公部門主管單位督導	1	2	3	4	5	0	
16.	應培訓反毒宣導人才、毒癮個管師人才，並建立專業證照制度	1	2	3	4	5	0	
17.	應藉由租稅優惠，結合社區發展協會，鼓勵民間組織與資源投入反毒業務	1	2	3	4	5	0	
18.	公部門應協助私部門運用政府閒置空間，成立戒癮安置機構或中途之家	1	2	3	4	5	0	
19.	針對公私部門反毒預防平台之建構，您有其他建議嗎？請說明：							

四、公私協力反毒預防平台運作方式

以下是我國目前公私協力反毒預防平台運作方式，請就您個人經驗，針對該題陳述，在該題後方適當的格子內圈選或打勾。

題號	題項	1 非 常 不 同 意	2 不 同 意	3 普 通	4 還 算 同 意	5 非 常 同 意	0 不 知 道	其他意見或理由
1.	公部門應擴大篩選高危險、好奇、誤用個案，由私部門協助及早介入校園、社區與家庭輔導、協助與監控，除了反毒知識的相關活動宣導外，更有所謂生活技能的傳授與加強，強化反毒功效	1	2	3	4	5	0	
2.	應由中央建立統一流程供各縣市參考	1	2	3	4	5	0	
3.	公部門應減低本位主義，增加跨領域交流	1	2	3	4	5	0	

題號	題項	1 非 常 不 同 意	2 不 同 意	3 普 通	4 還 算 同 意	5 非 常 同 意	0 不 知 道	其他意見或理由
4.	公部門應尊重各體制與處理程序差異性	1	2	3	4	5	0	
5.	公部門可增加給付項目與額度，提高私部門參與誘因	1	2	3	4	5	0	
6.	公部門應結合民間企業、公益團體提供工作機會給毒癮者，協助毒癮者升學、職訓或就業	1	2	3	4	5	0	
7.	最好的反毒預防策略應於校園中強化學生生活技能與功能不全家庭協助	1	2	3	4	5	0	
8.	公私部門應協力加強對好奇、誤用、易染毒品兒少之介入服務與輔導	1	2	3	4	5	0	
9.	公私部門應協力建構高風險群（含兒少、成年藥癮者）毒品專業諮詢關懷網絡，結合志工陪伴，提供個案服務，落實社區處遇	1	2	3	4	5	0	
10.	公私部門應協力增強學生家長與社區關懷高危險兒少拒毒防毒的能力	1	2	3	4	5	0	
11.	公私部門應協力運用彈性及多元化方式，辦理毒品危害講習	1	2	3	4	5	0	
12.	公私部門應協力提供毒品收容人無縫接軌社會復歸服務	1	2	3	4	5	0	
13.	公私部門應協力結合宗教、社區資源，推動毒癮者家庭支持服務方案，強化當事人心理支持，重建、修復毒癮者與家庭之間的關係	1	2	3	4	5	0	
14.	公私部門應協力輔導保護管束期滿之用毒者，持續提供社會與外在控制力	1	2	3	4	5	0	
15.	公私部門應協助學校應介入功能不全家庭的協助	1	2	3	4	5	0	
16.	公部門對於施用毒品之高危險族群（含高危險學生），應加強尿液篩檢	1	2	3	4	5	0	

題號	題項	1 非 常 不 同 意	2 不 同 意	3 普 通	4 還 算 同 意	5 非 常 同 意	0 不 知 道	其他意見或理由
17.	校園毒品知識講座需與時俱進	1	2	3	4	5	0	
18.	地檢署與醫療院所可交叉檢視假釋或緩起訴處分及毒癮治療名單，擴大司法與醫療單位推展戒癮合作模式，提升控管成效	1	2	3	4	5	0	
19.	針對公私協力反毒預防平台運作方式，您有其他建議嗎？請說明：							

五、基本資料

(一) 您的職業屬性

- 1.檢察官 2.觀護人 3.社工師 4.心理師 5.個管師
6.學者 7.政府官員 8.其他（請說明：_____）

(二) 您所屬機關屬性

- 1.民間組織 2.公部門司法機關 3.公部門醫療組織
4.公部門毒防機關 5.民間醫療組織 6.民間企業
7.非營利組織 8.其他（請說明：_____）

※您的答案非常重要，請從頭到尾檢查一遍，如有漏答請補填答案※

※最後非常感謝您寶貴的意見※