

第十三章、特殊保護

第三節、物質濫用防治

- 召集人： 國立臺灣師範大學教育學院副院長 郭鐘隆
- 副召集人： 國立中正大學犯罪防治學系特聘教授 楊士隆
- 撰稿成員： 國立東華大學教育與潛能開發學系教授 李明憲
世新大學廣播電視電影學系副教授 林承宇
國立臺灣大學生物產業傳播暨發展學系副教授 邱玉蟬
國立陽明大學公共衛生研究所教授 陳娟瑜
國立臺灣大學流行病學與預防醫學研究所教授 陳為堅
新北市蘆洲區仁愛國民小學陳志哲
國立臺灣大學醫學院護理系副教授 張榮珍
國立臺灣師範大學健康促進與衛生教育學系副教授 張晏蓉
社團法人台灣照護管理協會理事長 張淑慧
國立陽明大學護理系教授 黃久美
馬偕醫護管理專科學校講師 黃素妃
臺北市立聯合醫院松德院區教學研究科及成癮防治科主任 黃名琪
國立臺灣師範大學健康促進與衛生教育學系博士 廖容瑜
- 研議成員： 開南大學養生與健康行銷學系教授 紀雪雲
國民及學前教育署學生事務及校園安全組校園安全防護科科長 孫旻儀
衛生福利部食品藥物管理署管制藥品組組長 蔡文瑛

(依姓氏筆畫排序)

前言

在探討本議題現況時發現，政府負責青少年健康相關單位已有既定政策及作為，且已有可觀的成果，也評價了一些過往公共衛生與學校衛生計畫和研究。然而，有些問題仍然存在，例如電子煙的興起、青少年吸菸率顯示上升趨勢，仍須持續關注。檳榔在特定族群中盛行，需要針對其特定公共衛生發展計畫和研究；酒品基礎研究和計畫與其他子題相比，仍然欠缺，可能與大眾對青少年飲酒有較高的社會容忍度或政府機關較不重視有關；酒品對青少年危害有賴進一步研究。青少年吸毒問題近來引起社會廣泛關注，其相關衛生計畫和研究正如火如荼進行，已逐漸建構以實證為導向的防制策略。

子題一、吸菸

壹、背景

一、菸品種類

菸品是指全部或部分以菸草或其代用品為原料的加工製品。二手菸（secondhand smoke）是指非吸菸者吸入菸品排出的菸霧；三手菸（third-hand smoke）是指菸熄滅後在環境中殘留的污染物，通過直接接觸和經由皮膚吸收或吸入；另外，目前電子煙（Electronic nicotine delivery systems）雖非屬菸害防制法菸品之定義，但電子煙近年來快速發展，不可輕忽，所以在此子題特別提出討論。電子煙是以電能驅動霧化，加熱菸液（彈）內液體為菸霧，該液體可能混有尼古丁、丙二醇或其他香料等，使電子煙產品帶有特殊風味、甜味、薄荷味或其他香味等調味用途。

二、菸造成的身體傷害

菸品暴露危害從母親受孕時就開始，會導致或加劇早產、低出生體重、先天性畸形、死胎、嬰兒猝死。兒童暴露在菸品中，易出現兒童肥胖、行為問題、神經認知缺陷、氣喘、嚴重哮喘、更嚴重的細支氣管炎風險、肺炎、中耳炎、肺功能下降、咳嗽和癌症。最新的數據顯示，二手菸不僅是兒童癌症的風險因素，而且可能增加年輕人癌症倖存者吸菸可能性。二手菸也與青少年降低腎小球濾過率和臨床前期動脈粥狀硬化有關。研究亦指出，接觸菸草煙霧可能導致不使用菸草的兒童依賴症狀。

國人之十大死因大都和吸菸有關，如：癌症、心臟病、中風及慢性肺部疾病等；此外，菸害在臺灣每年造成至少 2 萬 7000 人死亡，每 20 分鐘就有 1 人死於菸害。而 35 歲以上可歸因

於吸菸疾病之經濟成本，總計約 1,441 億元，占全國 GDP 之 1.06%，顯見吸菸對個人、家庭與社會傷害至鉅，因此菸害防制應從小開始。

電子煙部分，衛生福利部食品藥物管理署 2014 年抽驗電子煙時亦發現，100% 含有一級致癌物甲醛，90.3% 含有 2B 級致癌物乙醛。

三、國內外兒少使用菸品情形

美國 2016 年中學生吸菸率 7.2% (男生 8.3%，女生 5.9%)，高中生吸菸率為 20.2% (男生 23.5%，女生 17%)，2013 年有 17.7% 中學生和 46.0% 高中生表示，曾嘗試過菸草製品。衛福部國民健康署進行「全球青少年吸菸行為調查 (Global Youth Tobacco Survey, GYTS)」發現，國中生吸菸率由 2008 年 7.8% (男生 10.3%，女生 4.9%) 降至 2015 年 3.5% (男生 4.9%，女生 2.0%)。高中職學生吸菸率由 2007 年 14.8% (男生 19.3%，女生 9.1%) 降至 2015 年 10.4% (男生 15.6%，女生 4.7%)。整體而言，國中及高中職學生吸菸率有逐步下降趨勢，但高中職學生吸菸率仍高於國中生，衛生及教育相關單位仍須繼續努力。

電子煙部分，青少年比成年人更易受廣告與影片影響。以美國全國青年菸草調查 (the National Youth Tobacco Survey) 報告顯示，從 2011~2014 年，中學生電子煙使用率從 0.6% 上升到 3.9%，高中生使用率自 1.5% 增至 13.4%。而我國「青少年吸菸行為調查」結果亦顯示，國、高中學生電子煙吸食率由 2014 年 2.0% 與 2.1%，竄升至 2016 年 3.7% 與 4.8%，鑑於電子煙在當今世界各國青少年快速發展之趨勢，絕不可輕忽。

貳、現況檢討

世界衛生組織 2003 年提出菸草控制框架公約 (WHO Framework Convention of Tobacco Control)，其中多項策略為限制菸品接近青少年，臺灣地區參考其內容，修訂「菸害防制法」，並自 2009 年 1 月 11 日實施新規定，像擴大禁菸場所、禁止菸品廣告促銷贊助、加強菸品販售管理及調漲菸品健康福利捐有所規範。長期觀察結果顯示，成人吸菸率確實已逐年下降，國中及高中職學生吸菸率雖有逐步下降趨勢，但其吸菸率卻隨年級緩慢增加，年級越高吸菸率越高。

上述青少年吸菸率變化來自於衛生福利部 (簡稱「衛福部」) 國民健康署的調查。在國外，菸害防制行為監測系統已推行多年，其目的為促進各國監測菸品使用情況，並將監測結果應用在國家擬定相關政策上；同時可比較各國間差異。衛福部國民健康署於 2004 年與美國疾病管制局合作，採用「全球青少年吸菸行為調查 (Global Youth Tobacco Survey, GYTS)」問卷。更從 2011 年起，同時蒐集國中、高中職學生吸菸率及其對菸害認知、態度與二手菸暴露等變化趨

勢資料，並將分析資料發表於每年「菸害防制年報」，作為規劃與評價校園菸害防制工作計畫與成效參考，其努力與作為值得肯定。

媒體方面，過去諸多菸品消費與傳播效果相關的實證研究均指出，菸品透過媒體宣傳確實可以刺激菸品銷售正成長；相對地，反菸成效如果透過媒體有效運作，一樣可達到降低吸菸率結果，更可達到降低兒少吸菸風險。研究指出，如果能有效限制菸品廣告，菸品銷售量將可減少4%~16%。菸品廣告既然與菸品流行有直接、間接關聯，自應受法律規範。國內外多已明文禁止菸草公司利用贊助方式為菸品廣告或促銷，根據我國菸害防制相關法規內容，2005年立法院通過「世界衛生組織菸草控制框架公約（The WHO Framework Convention on Tobacco Control, WHO FCTC）」⁸，與現行《菸害防制法》第9條對於菸品廣告的限制，禁止「以菸品贊助或菸商名義掛名贊助任何活動」，全面禁止菸品廣告。另一方面，透過「廣電內容出現吸菸畫面或情節之製播處理原則」，於節目前後加註或提示「吸菸有害健康」等警語，或調整播出時段等，並持續辦理影視媒體暨網路中菸品及電子煙訊息監測。臺灣目前雖非WHO正式公約會員國，但可理解臺灣對規範菸品廣告的重視。

雖然我國「菸害防制法」第13條規定，任何人不得供應菸品予未滿18歲者，國民健康署實地訪查菸害防制執法情形發現，近半數店家違規銷售菸品予青少年，其中，在2017年檳榔攤與傳統商店違規率高6.2%、41%。另外，近年來青少年使用電子煙問題日趨嚴重，世界衛生組織建議各會員國從嚴管制，然而在網購便利的時代，如何有效管理卻是一大挑戰；使用者亦表示，很容易可由網站或夜市購得電子煙，成為限制青少年菸品可近性的瓶頸。據此，我國政府與NCC IWIN防護機構合作，透過色情守門員等軟體防護措施將販售電子菸等有害物質網頁設為黑名單，防杜兒少觸及網站（頁）資訊。雖然電子煙尚未列為煙害防制法之菸品定義，目前我國對電子煙有以下管理方式：如查獲販賣、製造或持有含毒品之電子煙，依毒品危害防制條例處理；若含有尼古丁，則屬偽劣假藥，依藥事法處理電子煙現行法規；「不含尼古丁」的電子煙若宣稱具有「幫助戒菸」等療效，仍依藥事法處理。若未含有尼古丁、電子煙似菸品形狀，則違反菸害防制法第14條「不得製造、輸入或販賣菸品形狀之物品」規定處理。上開規定所稱「菸品形狀」，非指任何具長條形狀外觀之物品即屬之，而係該物品足令未成年人於認知上產生可作為模仿菸品之混淆。故外形雖非與菸品完全一致，卻有類似吸菸情形，仍足令未成年人

⁸臺灣批准文雖已遞入聯合國秘書處，礙於公約第34條簽署資格之限制，因此臺灣並非正式公約成員。

產生認知之混淆，爰為避免未成年人提早接觸真正菸品，仍為菸害防制法所禁止。此外，三分之一青少年表示，在家中會吸到二手菸，部分青少年表示第一次嘗試菸品是來自家中，顯示仍需持續加強菸害防制親職教育與社區宣導，以保護青少年免於二手菸危害及降低菸品可近性。

許多國家在限制青少年菸品可近性上採取更積極措施，美國有許多州規範店家販賣菸品需持有販售證照，如加州2003年訂定「菸品販售證照法」(The California Cigarette and Tobacco Products Licensing Act)，規範所有店家販售菸品，需先向公平會取得菸品販售證照，並需每年定期更新證照，店家不得販售菸品予青少年，違規者販賣的員工與店家都要受罰款處分；若累積違規一次次數後，將吊銷店家菸品販售證照。另外，有些國家如澳洲與泰國規範店家不得展示販賣的菸品，需將菸品陳列密閉櫃子中；有些國家則正循修法途徑，提高菸品使用與購買年齡至21歲，並定期提高菸稅與菸價，期藉此降低青少年吸菸率。

至於青少年出入的公共場所及打工場所，如何落實無菸環境？根據菸害防制法第16條第1項第4款公告：「國家公園指定區域及公園綠地為禁菸場所」以及第15條第1款規定：「高級中等學校以下學校及其他供兒童及少年教育或活動為主要目的之場所。」全面禁止吸菸，如高中職以下學校、兒童遊樂區或補習班等。自101年起結合教育局、學校、相關局處及社區資源，推動校園周邊無菸人行道，截至106年全國22縣市公告學校周邊含人行道、校門口、家長接送區禁菸之學校數已達2,608校，約占全國高中職以下學校的7成(70.9%)。此外，菸害防制法第15條第1項第12款規定，三人以上共用之室內工作場所為全面禁菸場所，同時衛生福利部另辦理「成癮物質預防教育宣導整合行銷方案」，依各式場域特性，如娛樂業、運輸業、住宿業等，研擬教育宣導課程內容與教材規劃，並運用企業資源及企業自主性，發展以企業為主的成癮物質預防宣導聯盟，協助推廣無菸打工場所。

無菸家庭也是無菸政策重要的一環，家庭二手菸暴露率方面，國中生自2008年46.8%降至2016年32.6%，高中職生則由2007年45.3%降至2016年32.4%。依據國民健康署調查，雖然家庭二手菸暴露有下降趨勢，但改善空間仍大；政府同時利用社區資源推廣無菸家庭，各健康營造社區於距國中小學一公里範圍內，輔導商店宣導拒售菸品給未成年者；辦理菸酒檳防制踩街或遊行，倡議菸酒危害相關議題；以「我家不吸菸」宣導主軸辦理衛教宣導及推動「無菸家庭」簽署活動，讓無菸概念向下扎根。明確掌握社區資源及民眾健康狀況，整合資源、建立推動組織，推動策略符合健康促進之五大行動綱領。

「全球無菸健康照護服務網絡(Global Network for Tobacco Free Health Care Services)」於

1999 年成立，臺灣 2011 年加入，成為亞太地區第一個網絡，且迅速擴展為亞太地區第一大網絡，至 2017 年全國已有 209 家醫院加入。藉由無菸醫院宗旨：「無菸醫院不僅必須遵守相關禁菸法令，成為一個全面無菸場所，且應善盡減少菸草使用與降低菸害的義務」，輔以無菸醫院國際認證模組之八大標準（管理與承諾、溝通、教育及訓練、吸菸辨識/診斷與戒菸支持、無菸環境、健康職場、社區參與、監測和評估），全面提升防菸行動，建立院區無菸環境自我巡查，及對每位病人皆詢問個人吸菸（及家庭二手菸）狀態，主動勸戒並提供協助等，打造從環境到個人的無菸害行動。

參、 目標

訂定防止兒童及青少年接觸菸品目標如下：

- 一、降低兒少吸菸率。
- 二、降低兒少二手菸暴露率。
- 三、加強兒少戒菸教育。

肆、 策略

參考國內外文獻，包含世界衛生組織（WHO）所訂定的「菸草控制框架公約」（FCTC）、「MPOWER」六大策略，及美國 2012 年 Surgeon General Report 所提出七大策略等，再考量本國現況，提出相對應的策略建議。

一、建立青少年健康與危險行為監測系統

衛生福利部國民健康署與美國疾病管制局合作，蒐集國、高中職學生吸菸率及其對於害相關認知、態度與二手菸暴露等變化趨勢資料。未來除了持續推動「全球青少年吸菸行為調查（Global Youth Tobacco Survey, GYTS）」之外，可推動整合相關資料庫，進行資料庫縱向與橫向連結，持續監測青少年健康與發展，提供相關健康問題探究、介入目標族群界定與政策目標值達成狀況追蹤參考。

二、持續調漲菸捐，以提高菸價

世界衛生組織建議，提高菸價為菸害防制最具成本效益的最佳策略之一。目前我國最新調漲菸稅於 106 年 6 月起菸稅由每千支（每公斤）課徵 590 元調增為 1,590 元，調漲後每包菸稅為 31.8 元，調增的稅課收入將做為長照服務特種基金財源。由於青少年可支配的零用錢有限，對於菸品價格變動較敏感，持續調漲菸價有助於預防青少年吸菸、減少菸量或完全戒菸的社會效益，達到保護青少年健康效果。

三、結合相關傳播理論、概念與實務，設計反菸宣導內容

政府在全面禁止菸品廣告與促銷後，應如何有效進行反菸宣導？傳播首重從「閱聽眾/宣導對象」出發，需先釐清宣導對象特質，瞭解其思維，透過其最常接觸之通路(包含人際傳播)或媒體，溝通宣導訊息，將訊息內容「由下而上」(bottom-up) 宣導策略可能更具成效；亦即反菸宣導宜改變成從消費者角度出發，才能達到各分眾降低吸菸風險的社會效益。

近年臺灣反菸的媒體策略已採取多元通路、整合行銷傳播宣導，並融入輕推(Nudge)概念以潛移默化進行菸害防制溝通。應用以下傳播策略，相信對降低菸害及預防菸害可帶來更大的社會效益。

(一) 訊息宣傳的分眾策略

從傳播有效性的角度而言，針對不同人採取不同方式溝通，是最好宣導策略；反菸宣導首要任務便是先確定目標閱聽眾(target audience)，清楚「定位」(positioning)，才能進一步建構有效訊息傳播。

(二) 敘事性宣傳的運用

近來傳播或行銷領域的跨域論述引進「敘事行銷」概念，如應用在反菸宣導設計上，訊息建構必須思考用什麼方式吸引溝通對象，才能針對對的人產生對的效果。比如相同的反菸概念(concept)與點子(idea)，如能針對不同載體產製不同版本說故事方式，像是例如手機版、網路版、微電影版等，運用不同媒體載具特質建構敘事方法，將可提高訊息有效性，讓宣導事半功倍，反菸議題能見度更高，有助於議題討論與提供社會更多反思機會。

(三) 促成反菸議題成為日常生活重要命題

任何宣傳議題要引起共鳴，從目標閱聽眾的生活經驗著手，最能生效；即以引導方式將目標閱聽人帶入蓄意營造的情境；首先，反菸宣導效果如能以同理角度模式建構訊息，再行解構行為的宣傳模式，將更為有效。例如呈現吸菸者需要幫助時，如何有效獲得幫助？其人事時地物分別為何？可提醒吸菸者尋求協助」。這種積極性訊息反而可以建構出很多好故事，不必然要從對立角度出發。其次，把菸害這件事建構為與大家生活有關的連結，也就是只要有人吸菸，對社會整體就會有影響，不僅是當事人有問題而已。這種「互為主體」的訊息建構，通常可以讓大家更有意願參與設定的議題，類似「公民參與」概念，把大家拉進共同討論空間，形成被看見的議題。反菸宣導在於促成大家討論菸害防制方式、說出生活中因反菸所帶來的感人故事等創意，相信對反菸宣導會產生更大助益。

四、降低青少年菸品可近性

政府對降低青少年菸品可近性的規定應更力求完善，參酌其他國家經驗，建議我國未來可立法持續推動菸品販售證照、提高違規賣菸予青少年罰則、限制菸品販售地點如校園周邊商店禁止販售菸品、禁止販售點菸品展示、提高菸品使用與購買年齡、定期調高菸稅與菸品健康福利捐、持續擴大無菸環境，並強化菸害防制的親職教育，推動無菸家庭與鼓勵家長戒菸，及加強無菸社區營造，強化無菸社會規範，以降低青少年菸品可近性，預防青少年吸菸。

五、建立無菸公共場所及打工場所

根據「菸害防制法」第 15 條第 1 款規定：「高級中等學校以下學校及其他供兒童及少年教育或活動為主要目的之場所。」高中職以下學校、兒童遊樂區或補習班等，全面禁止吸菸。

推展無菸醫院，宜著重門診（初診）及住院病人，尤其是兒童與青少年，應辨識其吸菸（含電子煙）、二手菸（電子煙霧）暴露等相關行為紀錄，並在初診病人評估作業辦法、入院管理程序訂有相關臨床指引，包括評估步驟、內容及相關處置，例如吸菸者轉介戒菸門診等。此外，兒童經常出入之兒童醫院與基層醫療兒科診所附近，亦應打造全面無菸環境。

六、運用社區資源推廣無菸家庭

運用社區資源推廣無菸家庭，未來可持續的具體策略包括：培訓社區志工與義工、補助社區健康營造計畫與衛生局，結合社區、學校等資源，採舉牌站崗或邀請簽署方式，以家長的關愛深入社區向商家宣導禁售菸品予未滿 18 歲青少年，並以實地考評、喬裝測試等方式評估執行成效；或透過網路與電子媒體宣導，辦理青少年菸害防制宣導活動，加強青少年菸害防制觀念，提升青少年拒菸、戒菸意識。其社會效益可降低菸品在家中的危害。

七、推動以學校為基礎的課程

學校與教育部合作推動健康促進學校，國小、國中、高中職全面施行，將菸害防制訂為必選議題之一；共同擬訂校園菸害防制年度實施計畫，進行校園菸害防制抽查作業，辦理青少年場域戒菸教育種子人員培訓計畫，加強學校周邊商家簽訂愛心商店及菸害防制宣導；並將菸害防制納入學校課程，由學校教育建立學生拒菸知識與技能，使學校課程的教學內容能實際應用與落實於生活中。其社會效益可使兒童培養正確觀念，降低未來吸菸率。

此外，印製「無菸的家立體遊戲書」發送全國幼兒園（6,730 家）及 22 縣市衛生局，將菸害防制融入幼托園所幼教資源，讓菸害防制工作能向下扎根。

八、推動青少年多元戒菸服務

青少年可利用的相關菸服務包括戒菸專線（0800-636363）、門診戒菸衛教及縣市戒菸班等管道。未來針對青少年菸害防制擬定相關政策，可持續提供多元且具實證基礎的戒菸有效策略，

例如主動式電話諮詢、戒菸簡訊、戒菸獎勵等具實證效力的策略。結合衛生、教育等單位資源，以青少年吸菸者為中心，推行具實證研究為基礎的有效策略。其健康和經濟效益為可增加戒菸成功率，並節省未來健保菸害相關疾病，如肺癌、慢性阻塞性肺炎的醫療支出。

九、新興產品電子煙管理與防制策略

為防範電子煙氾濫，衛生福利部自 2015 年起召集各部會共同合作，強化各部會分工，從邊境攔檢、溯源追查、流通稽查、監控管理、宣導傳播及戒治輔導等各方面著手，全面防制電子煙之危害，並應研擬「菸害防制法」修法，納入禁止電子煙輸入、製造、販售，禁止供應未滿 18 歲青少年，及禁菸場所禁吸電子煙等。

伍、 衡量指標

一、中程指標（2022）

(一) 參照 WHO 2025 年降低 30% 吸菸盛行率目標，訂定國中生吸菸率 4% 以下。（2010 年 8.0%）

(二) 參照 WHO 2025 年降低 30% 吸菸盛行率目標，訂定高中職生吸菸率 7.4% 以下。（2011 年高中職學生吸菸率 14.7%）

二、長程指標（2030）

(一) 參照 WHO 2025 年降低 30% 吸菸盛行率目標，訂定國中生吸菸率 3% 以下。

(二) 參照 WHO 2025 年降低 30% 吸菸盛行率目標，訂定高中職生吸菸率 6.4% 以下。

子題二、飲酒

壹、背景

酒類使用與相關問題對個人與社會健康的影響，這 30 年來逐漸成為備受關注的公共衛生議題。多項研究證實，酒類使用和超過 200 多種疾病、傷害、健康狀態有關。根據 2014 年世界衛生組織發表的全球酒類與健康報告，每年有將近 300 多萬人因為酒類使用而造成死亡，佔全球死亡人口 5.9% 及全球疾病負擔 5.1%。這類傷害在年輕族群中尤為嚴重。以 2013 為例，酒類使用不僅是全球 15~24 歲年輕族群死亡第一危險因子，也是影響失能調整生命年（Disability adjusted life year，DALY）損失的第一危險因子。

在年輕族群中，酒類是使用率最高的精神作用性物質；以 15~19 歲青少年為例，全球飲酒終生盛行率平均 46.1%，臺灣所在的西太平洋地區平均 51.3%、歐洲地區 84.1%、美洲地區

71%。臺灣地區 12~18 歲青少年族群飲酒盛行率在這十年來逐漸上升。根據 2009 國民健康訪問暨藥物濫用調查，12~14 歲及 15~17 歲的飲酒終生盛行率分別 5.6%與 11.6%；然而在 2014 年全國物質使用調查，相對的數值則增加至少三倍以上，達 20.0%及 37%。值得關注的是，18 歲及以下未成年（因生理、心理及社會關係與認同均在發展中，酒類提早暴露不僅增加短期的社會適應與行為問題風險，如輟學、其他非法物質使用及交通意外事故等，對發展與健康的長期損害如酒癮、失業及犯罪行為等，更不容忽視。

貳、現況檢討

一、現行計畫的盤點及執行狀況

(一)學校提供的成癮物質濫用教育以菸品與非法毒品為主

學校的成癮物質教育多限於毒品知識傳授，九年教育不同版本教科書中，有關酒類多以酗酒為教導重點，而非酒類使用。此外，校園相關衛教與宣導活動受限於經費，亦限於毒品及菸品。

(二)家長/家庭/社區/社會對未成年飲酒傷害意識不足，酒類的可得性高

「兒童及少年福利與權益保障法」第 43 條規範未成年不得飲酒，第 91 條強調不得供應酒類予兒童及少年者。然，目前未成年族群對於在家庭及社區如超商，酒類取得或購買容易，父母或照顧者提供酒類飲品情況普遍。

(三)酒類市場以青少年為潛在目標族群：廣告、促銷、酒類種類

雖然法令已明文規範酒類廣告不得以青少年或兒童為對象，不過，此一敘述抽象、模糊，有些廣告訴求被認為以青少年為對象，但業者否認，主管機關也難以開罰。根據國家通訊傳播委員會（NCC，2015）資料顯示，酒商廣告大多是播出時間與廣告時間超過規定而受罰，或是廣告出現未成年演員買酒而受罰；尚未見到因廣告以青少年為潛在目標族群而違法取締者。

(四)學校與社區層級的輔導諮商/社工人員等專業人員對未成年酒害相關資訊及對應兒少法規的認識，仍有待加強

現今兒少酒害預防工作多附屬在衛福部兒童及少年社區預防性服務方案，主要以非營利組織為服務團隊，並非所有非營利組織都有足夠資源規劃完整的專業工作人員在職訓練，組織人力及經費等培訓資源不足，因此多由政府部門舉辦在職訓練補足。然而，訓練名額有限、甚至無相關受訓管道與資訊，主管也不鼓勵參與在職訓練；即使有機會受訓，

專業人員工作負荷重、業務繁忙，無暇參訓，也導致訓練成效不彰。專業人員對其自身應具備的兒少酒害防治能力缺乏認知，態度嚴重欠缺積極，也影響服務成效。

(五) 青少年族群問題飲酒的篩檢、診斷與治療

大多數健康照護體系，並無適當人力、設備或治療模式，也欠缺良好轉介治療資源。對青少年而言，最完整的治療內容，包括鼓勵完全停酒、參與自助團體、處理社會心理家庭問題、發展新社交網絡、並且去除個案參與治療障礙，確認個案遵從率。父母親參與，可以提高治療有效性。此外，自助團體可能可以對有些個案提供有效治療。然而，臺灣目前仍無類此針對青少年服務的自助團體。

(六) 學校與醫療/社會服務內容欠缺持續與完整性整合

臺灣對於青少年飲酒，不論是篩檢、簡短介入、諮商系統、或轉介治療管道，各方面均呈現不足，即使各單位提供少量點狀服務，並未建立整合式處理機制。

(七) 衛生部門對於孕期酗酒等問題的評量與戒癮治療服務，提供有限

根據世界衛生組織（WHO）建議，懷孕期間應完全禁止飲酒；孕婦飲用含酒類飲料，會經由胎盤進入胎兒體內，影響胎兒器官發育，增加流產、胎死腹中、早產、低出生體重、發展遲緩風險，可能造成許多身體與神經認知異常。在國民健康署雖展開相關宣導，但未見系統介入策略，應除了上述方法外，也可於產檢時例行篩檢孕婦飲酒問題，倡議革除孕期時以酒滋補錯誤概念，對高風險飲酒孕婦給予個案管理服務。此外，針對胎兒酒類症候群也需設計介入處遇，以降低對個人、家庭和社會的衝擊。未來仍需更多本土資料，了解胎兒酒類症候群盛行率，也需評估政策有效性。

參、目標

- 一、 增加兒少族群、家庭、學校、社區及兒少專業對未成年飲酒行為與傷害的瞭解及相關責任意識。
- 二、 評估並調整酒商廣告、促銷、置入行銷、販售點管理規範，以降低兒童與青少年對酒類廣告暴露及對酒類飲品的可近行與可得性。
- 三、 建構未成年飲酒者教育、醫療、警政、法務及社區三段預防服務網絡，發展社區導向之資源平台。

肆、策略

- 一、 提升家庭、學校及兒少專業等對未成年飲酒行為與傷害的責任意識

增強醫療、社工、警察、觀護人員、心理師、老師等對於未成年酒類飲用傷害的認識。教

育、社政、衛政合作，在家庭、學校及社區教育中加入自我保護、飲酒傷害、兒童及少年人權，倡導兒少禁止飲酒行為的正確認知與拒絕方法，推廣預防兒少飲酒的家長親職教育等課程，從正確飲酒價值來根本改變觀念。藉由辨識潛藏的兒少飲酒高風險個人與社會環境因子，提供家庭、學校及社會監督控制功能。社政對家有酗酒成癮家長的兒少應提供高風險家庭服務方案，並引導正確認知，避免產生家庭代間酗酒循環。藉由社政及刑事司法公權力介入，對販售酒類飲料給兒少的商家/個人予以懲戒，並終止再犯。

二、 家庭及學校之媒體素養教育

家庭教育對兒童及青少年行為的養成有極重要的影響，除了與孩子討論家庭對未成年喝酒的規範，限制家庭來源的酒類供給外，父母也需減少孩子使用媒體時間，以減少其暴露於酒類使用、飲酒相關畫面及內容機會。更重要的是，藉由和孩子一起看電視、電影的使用媒體機會，可和孩子討論媒體所傳遞酒類使用相關的內容，藉此幫助孩子解析媒體的錯誤或誤導訊息，培養其具備酒類媒體素養基礎。為降低媒體對青少年飲酒問題的影響，媒體教育可謂關鍵策略；藉由培養青少年媒體素養，教導他們學會批判性解讀媒體內容，將能減緩媒體造成的負面影響。

在青少年酒類使用防治策略中，以媒體素養教育介入，包含政府、學校、家長等不同角色都可發揮影響力。我國教育部曾於 2002 年發表「媒體素養教育政策白皮書」，提出媒體素養教育應在基礎教育上融合、統整九年一貫領域與議題，並鼓勵學校開設媒體素養相關通識課程，建立師資培育和支援體系，並透過社教網路及家庭教育網路，推動媒體素養的社會教育；這些概念皆可進一步應用於未成年酒類防治。研究證實，透過酒類媒體素養(Alcohol Media Literacy, AML)教育介入，可有效降低兒童受電視影響而飲酒的可能。媒體素養教育同時具有短期與長期的效果，媒體素養介入研究顯示，接受類媒體素養教育的青少年比起未受過訓練者，對酒類廣告採取更批判的態度，對飲酒呈較負向的期待，對酒類相關商品興趣較低，酒類使用的意圖也較低，拒絕酒類的自我效能較高。

在推動酒類媒體素養教育上，政府應扮演支持性角色，包括立法單位應意識到青少年酒類使用問題重要性，審核預算時支持媒體教育相關經費編列；政府也應持續投入資源在酒類媒體素養教育相關師資培育、教材設計及相關研究上，以瞭解青少年酒類媒體素養現況、影響因子，並評估介入成效。參考過去國內外相關研究結果及建議，未來政府可透過下列方式促進青少年的酒類媒體素養：

(一)將酒類防治及酒類媒體素養議題納入「健康促進學校計畫」範疇。

(二)宣導適度規範孩子使用媒體時間，並鼓勵家長藉由和孩子一起收看媒體的機會教育，培養孩子具備酒類媒體素養基礎。

(三)持續投入資源，以支持酒類媒體素養教育相關增能研習、教材設計及相關研究進行。

三、充實兒少工作者對未成年飲酒行為與傷害的相關法律

兒少飲酒與偏差行為成為關連性概念，容易發生專業認知上的偏頗；兒少工作者在執行未成年飲酒行為輔導與防治上，極可能面對實務經驗落差和飲酒文化的價值困擾，也缺乏兒少飲酒傷害的認識與相關法律認知。「兒童及少年福利與權益保障法」第 8 條規範：主管機關職司兒童及少年福利專業人員訓練之規劃事項。兒童及少年福利機構專業人員資格及訓練辦法第 18 條，規範托育、早期療育教保、保育、生活輔導、心理輔導、社會工作及主管人員之專業訓練課程，至少包括(一)兒童及少年福利與權益保障政策、法規；(二)兒童、少年身心發展；(三)多元文化與親職教育；(四)專業工作倫理。如何將未成年飲酒行為與傷害的認識融入兒童及少年福利與權益保障政策及法規或兒少身心發展兩類課程，應可做為未來發展的兒少福利專業人員訓練內涵。此外，未來亦須將兒少飲酒行為防治知能融入學生輔導與專業責任等面向，形塑教師在各階段應具備的兒少飲酒防治發展能力。

為提升兒少工作者對未成年飲酒行為與傷害的認識與相關法律，可透過醫事、社工、心理諮商等繼續教育課程，由中央各機關依據「兒童及少年福利與權益保障法」規劃相關兒少酒害課程，融入小兒科、家醫科、急診、婦產科、精神科等醫事人員、心理師和社工師的專業課程和專業相關法規課程，以及警察人員的務訓練和專案訓練，讓專業知識與工作技能相輔相成，以補充實務工作知能不足，促進專業知識成長，提供兒童及少年更專業的預防酒害服務。

四、強化兒少工作者對未成年飲酒者的問題服務平台與整合行政資源

2011 年全國兒童少年國是會議大會結論指出，根據「兒童及少年福利與權益保障法」，任何人不得提供兒少菸酒等不當物質，若有這類情形，地方衛生及兒少福利主管機關應勇於介入開罰或課以更重行政責任，方能防止兒少接觸菸酒等不良物質。另一結論則揭示兒少若有藥酒癮情形，即涉及兒少虞犯行為，建議少年法院（庭）可以引用「少年事件處理法」第 3 條對此類兒少進行處理，必要時給予禁戒治療。這兩個結論都強調，對未成年飲酒者的行政資源整合，以跨域合作觀點提供問題處遇平台。

面對兒少族群問題需求，政府與非營利組織常是最被仰賴的機構，也需要跨界合作；然而，囿於政府組織的科層限制，與政策規範的僵固性，常會阻礙政府跨界整合發展，也影響福利有效傳送。兒少工作者應以尊重兒少人權為宗旨，抱持開放、接納的心，建構資源網絡，發展媒

合需求與提供服務的平台，整合行政資源，以有效解決兒少飲酒問題。兒少工作者引進相關單位與資源共同配合，連結資源，嘗試建立以兒少飲酒者為中心的保護服務工作模式，將能達到兒少健全發展目標。

五、酒商廣告/促銷/置入行銷/販售的適當管理

(一) 限制酒類以兒少為目標族群的銷售策略，或以兒少為主要收視族群的廣告

臺灣法令對酒類廣告的規範包括目標對象、時間、內容和警語，但是內容規範過於抽象，模糊空間大，執法單位難以監控，形同虛設。澳洲所推動對酒類廣告設限的「負責任飲酒廣告代碼」(The Voluntary Alcohol Beverages Advertising Code, ABAC) 計畫，對電視廣告設下更嚴格、更具體的規範，可供政府參考。包括對小孩或青少年不能有強烈或明顯的吸引力；出現在廣告的成年人必須大於 25 歲，而且可明顯辨認出是成人；廣告內容不得與交通工具連結；廣告內容不得以個人成就、商業、社交、運動、性的成功做連結；不能顯現出酒類有放鬆或任何治療功能。

(二) 限制酒類贊助以青少年/年輕成年為主的休閒活動

以 14~15 歲青少年為研究對象，發現對酒類贊助的運動注意程度越高，週末時越可能飲酒及喝醉，男生狀況比女生更明顯。其他歐洲研究 6,651 名 13~14 歲學生也發現，越常看酒類贊助的足球比賽，對於酒類有更正向期待，也有更高的機會在接下來一個月飲酒。所以，不少學者和倡議團體都認為，酒商不應贊助體育或文化活動，亦不得贊助某特定球員或比賽。

(三) 限制酒類針對青少年的網路行銷

隨著網路普及，網際網路成為青少年主要媒體；網路和社群媒體使用量也一再增加，酒類廣告會透過社群媒體品牌行銷。檢視社群媒體如 youtube、facebook 及 twitter 發現，未成年仍可以進入 youtube 和 twitter 輕易觀看和取得酒類或酒商相關資訊、影片或廣告；僅有部分品牌在 facebook 上會有過濾設定，須年滿 18 歲才能訂閱或觀看內容。近年來，直播在社群媒體迅速竄紅，尤其名人更常利用該功能與粉絲互動、建立形象，不時出現飲酒畫面。名人直播是屬於使用者產製內容，成年和未成年皆可以看見，並無任何過濾機制；基於言論自由，就算出現飲酒畫面，政府也無法可管。

政府應利用科技及社群媒體的特性，對青少年進行教育或宣導。例如可以根據臉書 (facebook) 上未成年發佈的內容篩選出酒類成癮高危險群，並針對這群人投放警語或教育訊息。研究也發現，青少年喝酒時常會使用 facebook 或 twitter 發佈照片或文章，政府也可透過社群媒體定位系統，投放交通安全及酒類危害相關廣告。

六、發展以兒少為主題的酒類或其他成癮藥物監測資料

為瞭解未成年族群酒類飲用、取得及相關傷害在各族群分布及變化，政府應定期針對家戶、學校、特殊族群如安置機構進行調查。調查內容需包含初次飲酒年齡、飲酒盛行率（終生與近期）、飲酒強度（頻率與量）、酒類取得來源、飲酒所造成的傷害（身體、心理及社會面向）等。此外，針對兒少所處社區環境須有定期環境監測：包括主要販售點抽查及拒售酒類調查（如超商、雜貨店、檳榔攤及娛樂場所）、網路監測等。

七、提高酒類相關稅與修法

青少年飲酒行為經常是青少年在酒前評值對酒類的正常期待，與預見模糊的酒後代價中的折衝決定，因此，酒後可能出現的後果或代價，不管是健康損害或各類社會問題，飲酒行為發生當下即同時產生。就經濟學理論，這個後果或代價應將外部成本內部化，如課稅，方得使資源達成最適配置，減少衝擊，亦即徵收所謂「皮古稅」(pigouvian taxes)。皮古稅是指使用外在資源必須納稅，以補償使用資源之邊際損失；另一方面，也可籌集資本，供改善外部資源。所以，透過課稅或健康捐，宣導飲酒行為後果要付出代價，可使青少年飲酒時就思考可能後果，找尋平衡點或最佳化決定。也因此，課稅可被視為消費者所掌握的控制盤，協助行為決定方向。增稅（或納入健康捐）除了可以增加個人對飲酒代價的理解外，也可增加公共服務基金，所以整體而言，在酒害防治上是極為重要的策略。一方面可減少花費在其他型式的預防性策略，另一方面也降低了酒類所致健康問題的花費。

伍、衡量指標

一、中程指標（2022）

(一) 減少各年齡層族群飲酒及偶發式大量其負面影響，包含對他人的傷害。

1. 目標：未成年族群提倡飲酒造成健康與社會危害之知識、確保年輕人了解重度偶發式飲酒對健康及社會造成的傷害。
2. 指標：12年國教（國小、國中、高中職五專）提供酒類相關訊息資料、課程及達到（目標）族群百分比；已發展/調整未成年飲酒及相關傷害的課程數量與品質；針對服務年輕族群的專業人員，在養成與繼續教育之學術課程中，發展並整合與酒類相關傷害的資訊；計畫及已訓練之兒少相關專業人員數量；未成年工作職訓內容提供未成年飲酒傷害相關訊息資料；發展提供家庭（父母）有關未成年飲酒及相關傷害資訊/教材數量；發展醫療單位有關未成年飲酒及相關傷害的資訊/教材品質。

(二) 降低青年酒類類飲料可近性與可得性

1. 目標：在可販售酒類的各種場所促進、確保及執行管控，特別是核對是否在场者均已達合法年齡。
2. 指標：採用或已加強的介入措施數量（執法或其他行政單位）；訓練有素的執法人員或其他相關公務人員數量；針對參與銷售和服務酒類性飲料人員，發展並提倡服務人員培訓計畫準則；社區、學校及媒體宣導禁止提供兒少酒類相關法令（，如「兒童及少年福利與權益保障法」方案及提供數量；學校附近青年無酒類休閒場所及無酒類休閒活動數目與地點分布。

(三) 減少年輕族群酒類行銷與廣告的暴露

1. 目標：確保所有行銷與廣告遵守視聽媒體服務守則及國家規範，限制年輕族群暴露於網路與新興媒體的酒類行銷廣告。
2. 指標：討論相關主題數量與品質；研討未成年人網路與非網路酒類廣告暴露視聽媒體服務內容；發展酒商在網路上行銷具體規範。

(四) 支援監測及增加研究

1. 目標：使酒類相關危害數據可用作政策制定基礎。
2. 指標：發展監測未成年飲酒行為與問題、酒類提供環境的統一指標；定期收集統一的監測指標與報告核心指標；強化出生通報系統中孕期酒類、菸品及毒品資料品質。

(五) 減少懷孕期間酒類危害

1. 目標：預防胎兒酒類綜合症與胎兒酒類譜系症候群，並對於受影響的孩童與家庭提供適當照顧
2. 指標：發展孕期酒類飲用篩檢標準臨床程序；建立跨專業的兒少酒類服務資源網

(六) 強化政府部門間未成年酒害防治的協調合作

1. 目標：提升未成年飲酒者的問題服務平台與行政資源整合的完整與連結性
2. 指標：建立跨專業兒少酒類服務資源網並定期舉行跨專業服務會議；跨專業的兒少酒類服務資源網中資源與資訊分享比例、頻率及種類；以維護兒童及少年權益為優先前提下，提升「兒少飲酒行為」服務量；發展未成年親善醫療環境，提供篩檢與輔導兒少酒類問題使用介入服務。

二、長程指標（2030）

(一) 減少各年齡層族群飲酒及偶發式大量及其負面影響，包含對他人的傷害。

1. 目標：於未成年族群提倡飲酒造成健康與社會危害之知識、確保年輕人了解重度偶

發式飲酒對健康及社會造成的傷害。

2. 指標：提升國教教育中酒類相關訊息資料及課程整合與連貫；建立目標族群普及性監測指標；已發展/調整未成年飲酒及相關傷害的課程品質；針對服務年輕族群的專業人員，在養成與繼續教育之學術課程發展並整合與酒類相關傷害資訊及品質；計畫及已訓練之兒少相關專業人員數量與品質；未成年工作職訓內容，提供未成年飲酒傷害相關訊息資料的普率及執行流程；提供家庭（父母）有關未成年飲酒及相關傷害資訊/教材品質。

(二) 降低青年酒類飲料的可近性與可得性

1. 目標：在可販售酒類的各種場所促進、確保及執行適當管控，特別是核對是否已達合法年齡。
2. 指標：已採用或已加強的介入措施數量（執法或其他行政單位）；訓練有素的執法人員或其他相關公務人員數量；針對參與銷售和服務酒類性飲料的人員，培訓計畫準則的推動及執行情況；社區、學校及媒體宣導禁止提供兒少酒類之相關法令，如「兒童及少年福利與權益保障法」方案執行率；社區青年無酒類休閒場所及無酒類休閒活動數目與地點分布。

(三) 減少年輕族群酒類行銷與廣告的暴露

1. 目標：確保所有行銷與廣告遵守視聽媒體服務守則及國家規範，限制年輕族群暴露於網路與新興媒體的酒類行銷廣告。
2. 指標：發展酒類相關媒體教育推動平台，明確主責單位；制定未成年人網路與非網路酒類廣告暴露視聽媒體服務規範；執行酒商網路行銷具體規範，並定期稽核。

(四) 支援監測及增加研究

1. 目標：酒類相關危害數據可用作政策制定基礎。
2. 指標：發展監測未成年飲酒行為與問題、酒類提供環境的統一指標；定期收集統一的監測指標與報告個體及環境核心指標；稽核出生通報系統孕期酒類、菸品及毒品的資料品質。

(五) 減少懷孕期間酒類危害

1. 目標：預防胎兒酒類綜合症與胎兒酒類譜系症候群，對受影響的孩童與家庭提供適當照顧
2. 指標：推動並評估孕期酒類飲用篩檢標準臨床程序；評估跨專業兒少酒類服務資源

網品質與利用率。

(六) 強化政府部門間未成年酒害防治的協調合作

1. 目標：提升未成年飲酒者問題服務平台與行政資源整合的完整與連結性。
2. 指標：建立跨專業的兒少酒類服務資源網並定期舉行跨專業服務會議；跨專業的兒少酒類服務資源網中資源與資訊分享比例、頻率及種類；以維護兒童及少年的權益為優先的前提下，提升「兒少飲酒行為」的服務品質；提供篩檢與輔導兒少酒類問題使用介入服務的醫療院所數目與分布。

(七) 提高酒類相關稅與修改關法律

指標：研討提高酒稅或納入健康捐各種方案及其評估；研討未成年酒類使用傷害的連帶法律問題。

子題三、嚼檳榔

壹、背景

國際癌症研究中心 (IARC) 早在 1987 年即認定嚼食含菸草的檳榔或吸菸及嚼檳榔習慣會致癌，接續於 2003 年認定檳榔子屬第一類致癌物，即對人體有致癌性，表示咀嚼檳榔子就會致癌。不僅如此，國內研究發現，檳榔添加物如荖花、紅灰、白灰也會加重口腔黏膜破壞，因此，嚼食檳榔對健康破壞的嚴重性不容忽視。

口腔癌是臺灣男性罹患的主要癌症中發生和死亡情形增加最快者。依據 2016 年調查結果顯示，以 40~49 歲男性嚼檳率最高 (14.0%)，其次為 30~39 歲 (10.7%)；青少年族群中，全國高中生嚼檳率為 0.6%，高職生嚼檳率為 3.1%，夜校生嚼檳率為 8.9%，為減少未來檳榔消費者且避免學生進入職場後受職場文化影響而嚼食檳榔，須及早展開青少年嚼食檳榔防制計畫。

李琪瑞指出，嚼檳榔比率隨年級增加而上升，11 年級為 4~12 年級學生初次嚼檳榔時間之關鍵年級。研究建議，國小階段即應預防，將男性、有吸菸或嚼檳行為、學業表現不好與家庭支持呈下降趨勢學生納入觀察對象，營造不嚼食檳榔的支持環境。政策上，重視吸菸、嚼檳榔的群聚效應，進行檳榔防制工作。國外研究缺乏以青少年為對象的預防與戒斷研究，Karachi 調查發現巴基斯坦青少年嚼檳榔人數增加，可能因素是青少年喜歡包裝精美及添加物多的檳榔產品，這也是未來在推動防制計畫時須注意的。檳榔廠商可能開發出新產品，吸引青少年好奇，

必須訂定相關法令規範檳榔產品，以保護青少年健康。

貳、現況檢討

現行青少年的檳榔防制主要由教育部與衛生福利部推動，推動方式是配合教育部原來的健康促進學校計畫，鼓勵各校將檳榔防制議題列為學校必辦事項，委託民間團體以輔導團隊方式，協助推動無檳校園計畫。但，目前這些計畫執行仍有許多值得檢討和改善的空間。

依政策法令面及社會生態學模式觀點探討現況，下列事項應予改善：

一、政策法令面：

- (一)「學校衛生法」第 19 條規定，「學校應加強辦理健康促進及建立健康生活行為等活動」，且第 24 條規定：「高級中等以下學校，應全面禁菸；並不得供售菸、酒、檳榔及其他有害身心健康之物質」；兒童及少年福利與權益保障法第 43 條第 1 項第 1 款規定，「兒童及少年不得吸菸、喝酒、嚼檳榔。」，且第 91 條第 2 項規定「供應酒或檳榔予兒童及少年者，處新臺幣 1 萬元以上、5 萬元以下罰鍰」。上述法令執行績效與配套措施需再加強。
- (二)販售檳榔尚無強制徵稅和管制措施，致使檳榔攤四處可見，取得性高。
- (三)衛生福利部國民健康署與教育部在青少年檳榔防制工作上整合不足，雖然均有相關計畫推動，但彼此配合仍有精進空間。
- (四)檳榔防制資源經費不足，宜規劃由菸害防制相關基金支持。
- (五)高嚼檳縣市如花東地區健康促進學校計畫，仍非全縣推動。
- (六)地方公共衛生系統人員欠缺青少年檳榔防制專業訓練，且地方衛生局與教育局合作仍須加強。

二、個人/同儕：

- (一)同儕：同儕是青少年嚼檳行為重要影響因素，包括許多宮廟活動、陣頭等特殊嚼檳文化，易讓青少年為爭取認同而嚼檳；此等文化要介入不易，須另有設計和規劃。
- (二)職校生等族群嚼檳率普遍較高，有家人嚼檳的青少年也常成為重要影響對象。

三、家庭：通常嚼檳的學生，家人多有嚼檳行為；其取得檳榔可近性高，且易受家人影響而採取模仿行為。

四、學校/社區：中央至地方對於此一議題多不熟悉，專業人力不足，使得教育局、社區與學校對此議題防制工作裹足不前；即便該學校位於高嚼檳地區，也不願意推動。學校教職員生、家長及社區民眾對於檳榔防制認知不足，且無直接規範之檳榔防制法，對於推動檳榔

防制多採可有可無態度。

- 五、醫院：醫院戒檳方案並未推動實質或延續政策，使醫院協助戒檳工作意願欠佳，例如無戒檳門診。而且尚未開發出檳榔替代物，使得戒除檳榔不易。相關科別醫師雖多在門診進行個別勸戒，但醫院協助戒檳成效不易體現。
- 六、職場：勞動業與運輸業是高嚼檳職場，青少年進入此一職場打工，可能先受嚼食文化影響。
- 七、媒體：媒體將檳榔西施與嚼食檳榔視為臺灣特色，恐誤導青少年；媒體對檳榔防制宣導甚少，若能結合菸害防制，將事半功倍。
- 八、社會：社會大眾對嚼食檳榔認知有限，對檳榔防制重要性很少體會，焉知每年罹患口腔癌增加一倍，所花費健保醫療資源甚為可觀；有少數縣市甚至還舉辦檳榔祭等活動，部分民眾甚至認為檳榔是地方傳統文化一部分，認為不應汙名化檳榔。
- 九、國際：臺灣青少年檳榔防制推動方式，無論在實務或研究方面，在世界上均首屈一指；但是，並未進行國際交流或輸出推動方式，殊為可惜。

參、目標

目前國外並沒有以學校與社區為基礎的青少年嚼檳預防計畫，臺灣這一方面的推動經驗在全球首屈一指。但是，目前青少年檳榔防制推動成效，仍以國小、國中健康促進學校計畫為主，高中職有待落實，相關法令對於校園嚼食檳榔或青少年嚼食檳榔並未訂定罰則，實有必要改變策略及修訂法令。建議未來推動目標如下：

- 一、降低青少年檳榔嚼食率，以高職、夜校生為重點對象。
- 二、提升青少年對於嚼食檳榔正確認知率。
- 三、修正檳榔防制相關法令，增加罰則，以保護青少年。

肆、策略

- 一、建議修訂嚼食檳榔與傷害的相關法律、落實執行稽查、監測

目前「學校衛生法」、「兒童及少年福利與權益保障法」僅規範不得提供檳榔給兒童及少年嚼食，並未禁止在校園內嚼食，因此，成年人或學生在校嚼食並未觸法，使得檳榔防制網絡出現很大缺口。另外，對於媒體行銷檳榔相關規範也未訂定，諸如此類保護兒少法令皆有缺漏，因必須修法或訂定檳榔防制專法，此策略社會效益可降低兒少接觸檳榔比率。

五顏六色霓虹燈、櫥窗裡穿著暴露的檳榔西施，這些已被視為臺灣文化的一環，甚至在廣告、藝術表演或電影、舞台劇中，也時常可見檳榔文化被當成素材；當檳榔文化跨足媒體、甚

至是流行文化時，不僅前端預防工作容易遭受阻力，更可能讓青少年為了尋求同儕認同，在社交壓力及好奇心驅使下，提前接觸檳榔等致癌物質。

而兒少工作者對於檳榔防制知能不足，這也使得現階段要依法取締販賣兒少嚼食檳榔店家的的工作停擺，因此，有必要進行相關人員教育與訓練，以落實稽查取締。

歸納上述，策略重點如下：

- (一) 檢視、修訂相關法規與執行細則、罰則，並具體落實執行，亦可考慮訂定檳榔防制專法。
- (二) 落實販售檳榔給青少年店家之管理與稽查。

二、整合行政資源，強化兒少工作者對未成年嚼檳者的服務平台

建議創造檳榔防制服務的資源整合、有效利用的社會效益，如訂定「檳榔問題管理方案」，並以各部會負責相關目標，如下：

- (一) 保育水土資源，並兼顧山坡地農民之生計。
- (二) 加強查緝檳榔走私進口。
- (三) 將檳榔業納入公司、行號，依法加強管理，並予課稅。
- (四) 加強取締檳榔攤占用道路及僱用未成年少女穿著暴露服裝販售檳榔之行為。
- (五) 降低與預防兒童、少年嚼食檳榔比例。
- (六) 降低國人嚼食檳榔比例。
- (七) 提升中小學生對檳榔危害之認知率至 80%以上。
- (八) 逐步於軍營中降低官兵嚼食檳榔行為。
- (九) 取締亂吐檳榔汁之行為，以維護公共場所環境衛生及提升國家形象。

政府各部會組織直接或間接與推動兒少嚼檳防制有關聯，因此，建議應持續提出相關計畫進行整合。目前教育部依據中央癌症防治會報第八次會議決議及「學校衛生法」與「兒童及少年福利與權益保障法」等相關規定，為落實校園檳榔防制工作，已由教育部國民及學前教育署持續與衛生福利部國民健康署合作，以健康促進學校平台輔導地方政府辦理健康促進學校計畫檳榔危害防制議題，建立嚼檳縣市健康促進學校檳榔防制輔導模式。

三、發展以兒少為主題的嚼食檳榔監測資料

為瞭解未成年族群的檳榔嚼食、取得及相關傷害分布及變化，政府應定期針對家戶、學校、特殊族群如安置機構進行調查。調查內容需包含初次嚼檳年齡、嚼檳盛行率（終生與近期）、嚼檳強度（頻率與量）、檳榔取得來源、嚼檳所造成的傷害（身體、心理及社會向面）與環境監測等。此外，針對兒少所處社區環境，須有定期環境監測：包括主要販售點抽查及拒售檳榔

調查，如超商、雜貨店、檳榔攤及娛樂場所、網路監測等，其社會效益能更有效地監控相關指標，並作出適當因應措施。

四、探討特殊族群如有親人嚼食檳榔的學童及陣頭、宮廟活動、兒少及職校生嚼檳行為取向及影響因素，進而改善嚼檳率。

職校生、親人嚼食檳榔的青少年其嚼檳盛行率亦較高，社區的宮廟活動也常提供檳榔給青少年嚼食；如何切斷此一途徑，政府必須進行相關研究與探討陣頭、宮廟活動形態、檳榔取得可近性等影響因素，並據以設計介入方案。

五、健康促進學校、無檳校園及無檳社區的整合式推動：

針對高嚼檳縣市全面推動無檳校園與無檳社區，而非如目前僅選定幾所，稱之為「檳榔校群的簡易推動方式」，其社會效益可以創造出更全面的無檳環境。建議重要策略如下：

- (一) 舉辦拒檳相關競賽活動，鼓勵家庭與社區共同參與。
- (二) 針對教育部、地方教育局處、衛生局承辦人員、學校校長、教職員生進行檳榔防制增能。
- (三) 建立各鄉鎮青少年檳榔防制的公共衛生人員訓練。
- (四) 公共衛生人員需對有嚼檳行為的家庭進行訪視、推動無檳社區，讓青少年親人增強對於青少年檳榔防制的責任意識。

六、強化各職場法令教育，建立青少年無檳友善環境，並對嚼檳盛行率高的行業如運輸業、藍領階級等，辦理高嚼檳職場的團體職場健康促進，而嚼檳盛行率較低行業則應做個案管理；加強推動各場域檳榔防制方案，喚起社會大眾對於檳榔防制意識。

七、召開並參與檳榔防制國際會議，加強各國合作及研究，其社會效益可創造更佳的檳榔防制措施。我國教育部的無檳校園模式架構完整，以世界衛生組織健康促進學校六大層面為基礎，由學校衛生組織、健康服務、健康教育課程與推動、學校物質環境、學校精神環境、社區來推動，並具有明確的推動工具與評價方法，此經驗亦值得輸出國際。

伍、衡量指標

一、中程指標（2022）

- (一) 提升青少年檳榔防制正確認知率。
 1. 目標：青少年理解檳榔與口腔癌對個人健康及社會造成的傷害。
 2. 指標：國中檳榔致癌認知率 65.0%以上，高中職檳榔致癌認知率 55.0%以上。12 年國教提供檳榔相關教材、課程數量與品質；針對服務青少年的專業人員，提供檳榔防制

的職前與在職教育數量與品質；計畫及已訓練之少年檳榔防制相關專業人員數量；青少年打工職訓內容提供檳榔防制相關訊息資料；發展提供檳榔防制親職教育相關資訊/教材數量；發展醫療單位有關青少年嚼檳及戒檳資訊/教材品質。

(二) 降低青少年檳榔嚼食率與提升戒除率

1. 指標：國中嚼檳率下降至 0.8%以下，高中職嚼檳率下降至 2.0%以下；國小、國中、高中職青少年戒除率持續上升。

(三) 降低青少年取得檳榔可近性與可得性

1. 目標：在可販售檳榔的各種場所，取締與管理違法販售青少年行為。
2. 指標：訓練有素的執法人員或其他相關公務人員數量；針對銷售檳榔的廠商制定相關法令教育數量；學校附近無檳榔場所及無檳榔青少年社區活動數目與地點分布，例如無檳宮廟活動。

(四) 減少青少年檳榔行銷與廣告暴露

- 1、目標：確保所有行銷與廣告商遵守視聽媒體服務守則及國家規範。
- 2、指標：各媒體露出檳榔相關主題數量與品質；研討青少年網路與非網路檳榔廣告暴露視聽媒體服務內容；發展檳榔商在網路與媒體行銷的具體規範；社區、學校及媒體宣導禁止提供青少年檳榔相關法令，如「兒童及少年福利與權益保障法」方案及數量。

(五) 建立監測評價系統及增加研究

1. 目標：建立檳榔相關危害數據資料庫，作為政策制定基礎。
2. 指標：發展監測青少年嚼食檳榔行為與問題系統；定期收集與分析監測指標，並提出具體建議。

(六) 強化政府部門間青少年檳榔防制協調合作

1. 目標：提升政府各部門青少年檳榔防制工作連結與完整性。
2. 指標：建立跨專業青少年檳榔防制連結網絡，並定期舉行跨專業服務會議；跨專業青少年檳榔服務資源網中資源與資訊分享比例、頻率及種類。

二、長程指標（2030）

(一) 持續提升青少年檳榔防制正確認知率

1. 目標：青少年理解檳榔與口腔癌對個人健康及社會造成的傷害。
2. 指標：國中檳榔致癌認知率 80.0%以上，高中職檳榔致癌認知率 70.0%以上；12 年國教提供檳榔相關教材、課程數量與品質；針對服務青少年的專業人員，提供檳榔防制

的職前與在職教育數量與品質；計畫及已訓練青少年檳榔防制相關專業人員數量；青少年打工職訓內容提供檳榔防制相關訊息資料；發展提供檳榔防制親職教育相關資訊/教材品質與數量；發展醫療單位有關青少年嚼檳及戒檳的資訊/教材品質與數量。

(二) 持續降低青少年檳榔嚼食率與提升戒除率

1. 指標：國中嚼檳率下降至 0.7%以下；高中職嚼檳率下降至 1.8%以下；國小、國中、高中職青少年戒除率持續上升。

(三) 持續降低青少年取得檳榔的可近性與可得性

1. 目標：在可販售檳榔的各種場所進行管理與取締違法販售給青少年。
2. 指標：訓練有素的執法人員或其他相關公務人員數量；針對參與銷售檳榔的廠商，教育相關法令教育數量；學校附近無檳榔場所及無檳榔青少年社區活動數目與地點分布例如：無檳宮廟活動。

(四) 持續減少青少年檳榔行銷與廣告的暴露

1. 目標：確保所有行銷與廣告商遵守視聽媒體服務守則及國家規範，限制年輕族群暴露於網路與新興媒體的檳榔行銷廣告。
2. 指標：各媒體露出檳榔相關主題之數量與品質；研討青少年網路與非網路檳榔廣告視聽媒體服務內容；發展檳榔商在網路與媒體行銷的具體規範；社區、學校及媒體宣導禁止提供青少年檳榔相關法令，如「兒童及少年福利與權益保障法」方案及數量。

(五) 持續監測及增加研究

1. 目標：建立檳榔相關危害數據資料庫，作為政策制定基礎。
2. 指標：發展監測青少年嚼食檳榔行為與問題的工具；定期收集與分析監測指標，並提出具體建議。

(六) 持續強化政府部門間青少年檳榔防制協調合作

1. 目標：提升政府各部門青少年檳榔防制工作連結與完整性。
2. 指標：建立跨專業青少年檳榔防制連結網絡，並定期舉行跨專業服務會議；跨專業的青少年檳榔服務資源網資源與資訊分享比例、頻率及種類。

子題四、藥物濫用

壹、背景

藥物濫用會降低大腦代謝，干擾腦迴區運作，使得記憶、學習、衝動控制、壓力反應等功

能受影響。而大腦在青春期仍未完全發展成熟，例如主宰人們對周遭情勢評估、做決定及控制情緒與衝動的前額葉皮質 (*prefrontal cortex*)，若受藥物影響，則容易錯估情勢、變得衝動、情緒不穩、行為無法受控。因此，越年輕使用非法藥物，健康危害愈大、成癮風險愈高。研究指出，15 歲前使用非法藥物的成癮風險，是 21 歲後使用的 6.5 倍，若未能早期發現、即早介入，將會提高戒治困難。專家建議，國小五、六年級是藥物濫用防制關鍵期，針對兒童及青少年族群的特性發展相關防制策略，乃是非法藥物防制首要之務。

貳、現況檢討

政府提出「新世代反毒策略」，乃為因應當前新興毒品與新型態販毒行為，以「人」為中心的防制新思維，建構緝毒網；以「量」為目標，溯源斷根、阻絕境外，消弭毒品存在。預自 2017~2020 年度預計投入 100 億元經費，藉由防毒、拒毒、緝毒、戒毒與修法配套等五大面向改革，以期有效降低因涉毒而衍生的犯罪行為及抑制毒品使用之新生人口。

好奇、想嘗試新事物或對冒險躍躍欲試，這是兒少的特質之一，使其容易被同儕壓力所影響，一旦生活環境中有接觸非法藥物情境，為了展現自己獨立而不受父母及社會規範約束，或是被外在情境所激化，使得兒少傾向使用非法藥物。兒少日常活動場域除了家庭，便是學校，雖然國內校安通報藥物濫用人數呈逐年下降趨勢，但學生用毒新聞事件層出不窮，通報人數和人民感受落差大；推測人數下降可能原因為：近期兒少施用毒品多為混合性物質，各品項純質淨重低，施用後不易驗出；新興毒品層出不窮，查驗困難；通報未確實，染毒黑數未能察查，顯示兒少藥物濫用防制上仍有不少挑戰。

近幾年世界各地兒少濫用新興毒品 (New psychoactive substances, NPS) 問題迅速竄升，由於合成毒品技術不再侷限於科學實驗室，透過網際網路便可輕易取得許多合成技術，只要稍微改變現有毒品化學結構，便能製造新的毒品，再加上人類嘗新、好奇心驅使，造就 NPS 快速增加。目前醫學上對 NPS 造成人體的危害所知有限，無法對健康與社會影響準確評估，形成藥物濫用預防、控制與治療上的困境。

為避免 NPS 滲透與危害兒少族群，教育宣導宜針對兒少發展特質來設計藥物濫用防制計畫，並以降低危險因子、提高保護因子作為介入策略依據；然而，危險及保護因子的影響力會隨著年齡而有所改變，例如家庭對於年幼的兒童影響較大，而同儕對兒少影響較大，宣導教材或預防工作需根據目標族群特質加以調整。

美國物質濫用預防中心 (The Center for Substance Abuse Prevention, CSAP) 在 ATOD 防制導入所有族群、高危險族群、早期使用族群 (Universal/Selected/ Indicated Approach) 照護模

式。此模式有別於過去公共衛生三級預防概念，轉為以健康風險等級來設定目標族群，據以擬訂相對應預防策略。至今已有不少具實證基礎的兒少藥物濫用預防計畫，綜觀介入計畫之發展設計不僅分學制，還考量目標學生風險等級，而且在國中與高中階段規劃初階與進階銜接，如：生活技能訓練計畫（LST）、Project ALERT 均有銜接設計；此外，Family-School Partnership 與 Strengthening Families Program 則是將預防工作延伸家庭，這是現今國內兒少介入計畫可借鏡處，納入分齡、分級（風險等級）、跨齡銜接及家庭延伸等考量。

對於藥物濫用高危險及早期使用的兒少族群（selected and indicated population），需要早期介入，以預防兒少發展為使用非法藥物的新生人口，或因為不當使用而產生嚴重健康後果。SBIRT（Screening, brief intervention, and referral to treatment）是美國國家藥物濫用研究所（National Institution on Drug Abuse, NIDA）及聯邦物質濫用暨精神衛生防治局（Substance Abuse and Mental Health Service Administration, SAMHSA）所推薦的防治模式，適合應用於物質使用之高危險或早期使用族群。

SBIRT 為物質使用防治的整合服務系統（integrated services systems），連結初級預防與進階治療，整合篩檢、簡要預防介入、轉介治療等階段，包括：

- 一、篩檢（Screening）：快速評估物質使用者嚴重程度，找出適當治療級別。
- 二、簡要預防介入（Brief intervention）：快速的預防介入，增加病人對於物質使用的警覺性與洞察力，並具有改變行為動機。
- 三、轉介治療（Referral to treatment）：辨識出需要轉介治療的人，給予適當專業照護。

SBIRT 成效評估顯示，參與的高危險群及個案其後進入醫療和法務體系機率降低；從經濟角度來看，約可省下五倍醫療費用支出，因此美國已將 SBIRT 納入醫療保險給付範圍。雖然國外已有成功模式可供借鏡，但如何轉化為適切兒少特質、導入國內組織架構、有效運作各項服務，還需政府擬訂政策原則，進行妥善的規劃與整合。目前政府單位及民間團體在兒少拒毒的宣導教材眾多，但欠缺實證基礎的引導；而且多數預防工作僅限於過程評估，欠缺成效評估與執行成本效益評估，預防效益難以呈現，需要透過實證研究加以評估。

此外，基層教師及第一線工作人員對於藥物濫用防制相關知能不足，對於辨識學生是否使用非法藥物敏感度不足，目前法令也未強制要求相關教育訓練。；加上多數國中、小缺乏合格健康教育師資，對於教授「健康體育學習領域」的藥物濫用單元往往力有未逮。而在政府與民間資源連結上，目前反毒政策與策略主要由政府主導，民間有基金會與民間協會參與拒毒、驗毒篩檢與戒毒工作；部分民機構組織長期投入毒品防治工作，惟因民間組織侷限於規模、宗教

特質及經費等因素，推動拒毒或戒毒計畫多為零星或片段性操作，無法全面或延續性開展，在整體成效上或因缺乏評價機制較難呈現。

參、 目標

一、針對所有兒少族群：

- (一) 減少非法藥物使用新增個案數。
- (二) 促進兒少對於非法藥物使用的知覺危險性及自我保護意識。

二、針對高危險兒少族群：

- (一) 預防或延遲兒少期間發生首次藥物濫用。
- (二) 降低促使兒少發生藥物濫用的危險因子。

三、針對早期使用兒少族群：

- (一) 縮短兒少使用非法藥物時間。
- (二) 遏止早期使用非法藥物的兒少進展為依賴成癮。
- (三) 減少因使用非法藥物造成的健康與社會危害。

肆、 策略

一、開發適合本土兒少行為樣態的篩選工具，區分其藥物濫用風險等級。

國內已有兒少藥物濫用介入計畫，是否精確掌握目標對象的需求，仍有待評估。發展具信、效度，能簡易操作的篩檢工具，將有助於目標對象的區隔，掌握用藥行為及追蹤行為改變。其社會效益為提高篩選涵蓋面，發現需介入目標族群，其經濟效益為確認目標族群，使服務不致錯置。

二、規劃兒少藥物濫用防制計畫，宜納入分齡、分級（風險等級）、跨齡銜接與家庭延伸等考量。

呼應 Universal/Selected/ Indicated Approach 精神與 SBIRT 操作，設計兒少藥物濫用防制計畫，需有適切性、連續性、延伸性規劃。適切性：選擇適合兒少發展階段的評估工具，評估其使用非法藥物的風險等級。連續性：隨著年齡增長，行為的保護與危險因子的影響力也會不同，運用跨齡銜接的設計，以鞏固反毒意識及態度。延伸性：親子互動與親職教養的型態會影響子女非法藥物使用行為，父母監督有助於減少使用或改變使用型態，鼓勵防制計畫由學校延伸至家庭，其健康影響為減少新增個案數、修正危險因子、減少因使用非法藥物而造成的危害。

三、建構反毒意識的衛教宣導，宜結合後續防制政策推動。

政府舉辦大型宣導活動如：「拉 K 一時，尿布一世」、「深化推動紫錐花運動實施計畫」、「家庭支持服務方案」、「防毒、拒毒、緝毒、戒毒」聯線行動方案等，可讓社會大眾覺察反毒議題，但後續若未結合相關政策推動，易流於表面形式化，主政機關可結合學術機構、與民間團體共同配合當前反毒政策推動，以提升預防宣導深度、廣度與成效，其社會效益為建構支持反毒意識與覺察氛圍及強化反毒行動意願。

四、 建立長期指標監測系統，定期檢視兒少藥物濫用預警及輔導機制成效。

各部會機關所提出的工作計畫宜包含評價機制，擬訂成效評估指標可納入分齡、分級（風險等級）考量。提供研究資源，進行兒少藥物濫用防制預防工作成效評估的實證研究，其健康影響為減少兒少因使用非法藥物造成的健康與社會危害。

五、 改善學校體系反毒訓輔人力限制與人員異動時業務銜接落差。

學校導師是校園反毒的重要角色，但因少子化減班，控管正式教師員額，造成代理教師兼導師比例增加，流動性高，難以有效全面掌握學生生活動態與社區背景。學校教師兼任訓導主任、生活輔導組長，工作負荷極大，導致人員異動頻繁，春暉專案工作執行往往由新進人員擔任，常因不熟稔作業流程，缺乏行政概念，難以有效執行。分析目前人力運用困難、活絡團隊合作機制、檢視相關人力聘任與招募辦法，提供資源與配套措施，以改善現況，其經濟效益為提升業務執行效能。

六、 提供適合兒少特質的輔導及諮商服務，確保求助資源與服務可獲得性。

強化校園教師與第一線工作人員用藥及個案處理知能，提升辨識學生行為樣態的敏感度，具備簡短預防介入的操作能力；建構輔導人力培訓與持續增能的制度，提升輔導專業知能與藥物濫用防制專業素養。結合醫護、社工、諮商輔導、公衛等專業資源，為非法用藥兒少提供整合性藥癮戒治服務。

此外，盤點、蒐集現有藥物濫用防制相關的求助資源與服務，架設即時更新的輔導與服務資源網，並且在校園與社區中加強宣傳，確保可獲得性。服務對象應包含兒少、家長或主要照顧者，共同協助兒少，其健康影響為減少因使用非法藥物而造成的健康與社會危害。

七、 兒少藥物濫用防制需深入社區，補強學校體系的處遇限制，建立追蹤機制，預防用藥兒少再犯率，並須降低其失聯率。

高危險族群的邊緣兒少，缺乏學校約束、規律生活與家庭照顧；學校通常較難觸及高關懷學生的家庭問題。目前學校雖協助轉介通報社政體系，但必須社工積極介入，才能對學生及其家庭提供有效的社會扶助措施；當前尤其欠缺對於中輟生的家庭及社區相關處遇機制。

強化各單位合作連繫，落實篩檢工作，共同建構非法藥物使用防制之通報系統與健全輔導網絡，以提供成癮防治更好的照顧條件，其健康影響為減少兒少使用非法藥物時間，避免進展為更嚴重的後果。

八、 依據分齡、分級（風險等級）來規劃兒少版反毒宣導主軸。

教育部、衛生福利部、法務部皆各有預防毒品相關教育宣導措施，宣導主題雖然多元且具分眾性，可規劃聚焦兒少的主軸架構，融入時事性議題，即時回應社會脈動，以利防制政策之社會溝通。建議依據分齡、分級（風險等級）規劃兒少版反毒宣導主軸，發展合適教材、文宣品及宣教管道，提供地方機關、學校及民間團體運用，其社會效益為建構支持反毒意識與覺察氛圍，提升反毒宣導效果。

九、 強化兒少高危險群的宣導內容、教材設計、推行方式與管道。

目前兒少宣導對象已有分齡與分級（風險等級）概念，但受限於社區、機關、學校推行方式與管道，通常是對低危險群或一般民眾進行宣導，對於藥物濫用的高危險群與成癮者，如遭警查獲的三、四級毒品施用者，宣導資訊的傳遞與接收仍然受限；得應用校外熱點分析與聯巡經驗，開發能觸及兒少高危險族群的宣導方式與管道。

此外，宣導內容與教材設計應融入危險情境，參考教育部「藥物濫用學生輔導追蹤管理系統」（2013年～2016年）分析結果，依據統計顯著的危險因子來設計情境，例如：學習意願低落、經常不到校、曾經中輟、抽菸、交友複雜、出入不良場所、參加不良藝陣、施用原因多為好奇，其次是受同儕影響；家庭方面，則是家庭失功能、親子關係疏離、國小有20%毒品來自親友，其社會效益為提高觸及高危險兒少機會，發揮反毒宣導成效。

十、 強化家庭預防策略，學校與家庭協力，重視親師合作關係，共同關心督導兒少。

建立和諧家庭關係，引進社會關懷資源、校外輔導資源與春暉輔導志工；辦親師座談、親職教育或弱勢家庭關懷機制研討會等，思索不同於中、小學的親師合作模式。有鑑於物質使用治療的汙名化（stigma），有時家長不同意讓未成年兒少接受處遇或轉介治療，過程需強調保護個案隱私，徵得家長與個案同意，其社會效益為建構兒少保護網絡。

十一、 防範新興毒品滲透兒少

以迷思的澄清或公開承諾、積極倡議方式，強化兒少反毒意識的覺察，建構絕不沾染毒品的堅決態度（毒品零容忍）。教導兒少具警覺本能，通常以同儕壓力或情境壓力降低戒心、誘惑使用毒品，如：多種非法藥物混用或混合酒類，效果更強；或以變化口味與口感方式，偽裝成咖啡、果汁、果凍、軟糖等，誘騙不知情者使用毒品。教導兒少覺察高危險情境，提高自我

保護意識，善用拒絕技能，切勿誤判非法藥物的傷害性而輕易嘗試，其社會效益為減少藥物濫用的新生人口。

伍、 衡量指標

依衛生福利部食品藥物管理署「2014年全國物質使用調查結果」，臺灣藥物濫用盛行率為1.29%，反毒教育須從小扎根，應將反毒資源集中在國中、高中職階段。

一、 中程指標（2022）

- （一） 訂定國中階段藥物濫用盛行率 0.2%以下。（2014年 0.3%）
- （二） 訂定高中職階段藥物濫用盛行率 0.5%以下。（2014年 0.7%）

二、長程指標（2030）

- （一） 訂定國中階段藥物濫用盛行率 0.1%以下。（2014年 0.3%）
- （二） 訂定高中職階段藥物濫用盛行率 0.3%以下。（2014年 0.7%）