

酒駕違法行為之醫療處遇

—現有刑事司法制度之因應與未來展望

楊添園*

目 次

- 壹、前言
- 貳、酒精濃度與車禍危險性
- 參、各國對於酒後駕駛之調查研究與防制作為
- 肆、我國酒後駕駛之法規與事故狀況
- 伍、刑事司法與酒駕醫療介入：臺北模式
- 陸、結語與展望

摘 要

酒後駕駛肇事，屢屢成為社會新聞與民眾關切事件。除了嚴刑重罰之外，其實世界各國對於酒駕問題的預防措施，除了制定酒駕法規，嚴格執行路檢酒測之外，近年來更強調，提供為酒駕者復健或醫療介入的計畫。最主要有兩個原因，對於酒後駕駛提供復健或醫療介入，實證上的確降低再次酒駕，改變其行為模式；再者，研究與調查亦一再證實，酒駕初犯有相當比率之酒精使用疾患，而重複酒駕者，具有相當高比率的酒精使用疾患或更為嚴重之酒癮，而需要進一步的醫療處置。

本文首先敘明，國際上對於駕駛人使用酒精所造成之車禍危險性，及酒駕於世界各國之狀況與防制作為，並且回顧酒駕復健或醫療介入在各國執行成效。最後，呈現筆者服務醫院主責的臺北市酒駕醫療介入計畫，酒精篩檢簡短介入與醫療轉介模式之成果，期待我國酒駕醫療介入可以有更為廣泛的推廣與發展。

關鍵字：酒後駕駛、篩檢及簡短介入、酒精使用疾患、酒癮

* 臺北市立聯合醫院松德院區院長，精神科及司法精神醫學專科醫師，臺北大學犯罪學研究所碩士，Email: daf12@tpech.gov.tw。

Medical Treatment for the Offenders of Drink-driving: Countermeasure of the Criminal Justice System and Future Aspects

Yang, Tien-Wei*

Abstract

Drink-driving related crashes have repeatedly become high profile news and public concern. In addition to strict penalties, European countries and the United States have formulated drinking-driving laws and strictly enforced road-check and alcohol testing. In recent years, they have emphasized the provision of rehabilitation or medical intervention programs for people who involve drink-driving. The main reasons have two. For those involved in drink-driving, providing rehabilitation or medical intervention does empirically reduce the behavior of drink-driving reoffending and change their behavior patterns. Moreover, research and investigation have repeatedly confirmed that persons of first-time drink-driving have a considerable proportion of alcohol use disorders. In contrast, those with recurrent drink-driving have a relatively high portion of alcohol use disorders or more severe alcohol dependence and require further medical treatment.

This article first explains the international investigation about the risk of car accidents caused by drink-driving drivers and the status of drink-driving in European countries and the United States, also their preventive measures. It also reviews the implementation effects of drink-driving rehabilitation or medical intervention in those countries. Finally, the author presents the results of the Taipei City Drink-Driving Medical Intervention Program using the brief intervention of alcohol screening and the medical referral (SBIRT) model. It is hoped that the drink-driving medical intervention can be promoted and developed more widely in Taiwan.

Key Words: drink-driving, screen and brief intervention, alcohol use disorder, Alcohol dependence

* Superintendent of Taipei City Hospital, SongDe Branch, M. D. Email: daf12@tpech.gov.tw

壹、前言

酒後駕駛，一向是臺灣民眾與刑事司法體系關切之事。世界各國對於酒駕問題的預防措施，除了制定酒駕法規，嚴格執法路檢酒測之外，近年來更強調，提供酒駕者復健或醫療介入的計畫。

從 1990 年代開始，對於血液酒精濃度與車禍危險性的研究，逐步確立了較高酒精濃度確實提高車禍危險性，因此，形塑了各國酒駕法規的更動，及強化執法酒測的作為。其次，對於酒後駕駛者，提供復健或醫療介入，於實證上明確地降低再次酒駕行為，改變其行為模式。再者，由醫療出發的研究與調查也一再證實，酒駕初犯中有為數不少的酒精使用疾患，相對而言，重複酒駕者，具有相當高比率的酒精使用疾患或更為嚴重之酒精成癮¹。也因此，對於酒精使用疾患，酒精成癮，由於疾病影響所致，其自我控制力較低，對於刑法之感受力較低，容易出現再次交通違規或再次觸犯共危險罪。特別對此種狀況，應該有其他處遇手段來加以預防。

酒駕，為道路安全(road safety)問題的一環，因此，道路基礎建設、道路速限、安全防護(如兒童安全座椅、機車駕駛佩戴安全帽等措施)及其他危險防範作為，都是促進交通安全的策略。而單就駕駛人本身因素而言，酒後駕駛，則是最主要的肇事原因，因此國際上對於駕駛人使用酒精造成車禍危險性的研究、駕駛人酒精血液濃度限制、酒駕肇事死傷在世界各國之狀況，以及醫療介入在各國執行之成效，足以為我國參照借鏡。

貳、酒精濃度與車禍危險性

1964 年，美國密西根州，著名的大急流域(Grand Rapids)研究顯示，血液酒精濃度大於零的駕駛人，車禍的危險性顯著提高，而且隨著濃度提高，危險性也逐步提高。是項研究，促使世界各國對於血液酒精濃度(Blood Alcohol Concentration, BAC)與吐氣酒精濃度²(Breath Alcohol Concentration,

¹ 本文所稱，酒精使用疾患(alcohol use disorder)，係指飲酒無法自控，且已產生有害後果；其中較嚴重者，包括酒精依賴(alcohol dependence)，或酒精成癮(alcoholism)，除已造成心理社會及生理損害外，亦常出現耐受性及戒斷症狀。

² 血液酒精濃度，各國法定單位用法均有所不同，美國與世界衛生組織採用每 100 毫升幾公克(g/dl)，歐洲聯盟則常採用每公升幾公克(g/l)。由於酒精吐氣濃度可用於道路旁採樣檢測，因此，又可以用百分之多少表示。多數國家認為，吐氣酒精濃度約為血液酒精濃度之二千分之一，但也有國家換算值約略不同。本文皆以我國吐氣酒精濃度約為血液

BrAC) 加以設限，限制血液酒精濃度應該在每 100 毫升 0.08 公克 (0.08g/dl，約等於百分之 0.08) (Borkenstein et al., 1964; Peden et al., 2004: 80)。

1994 年 Hurst 等人重新分析大急流域研究數據，低血液酒精濃度所造成的車禍危險，比原本預期還要高出許多，加上根據行為觀察與實驗研究也發現同樣的結果，隨後促使許多國家對於血液酒精濃度的限制，降低到每 100 毫升 0.05 公克 (Hurst et al., 1994; Moskowitz et al., 2000)。

後續研究，比如美國加州與佛羅里達州納入近 15000 名駕駛人的研究，運用嚴謹的研究設計與多變項統計分析的結果，更加確立了血液酒精濃度與車禍相對危險性的關係。這項研究不僅強化了過往研究的結論，更進一步指出，當血液酒精濃度高於每 100 毫升 0.04 公克，車禍危險性就呈現統計顯著提升 (Compton et al., 2002; Moskowitz et al., 2002)。

晚近的研究在實驗設計上更為細緻，統計分析也更為精進，不過大致上都證實過往對於血液酒精濃度與車禍的相關性，結論上也一致認為所謂「低血液酒精濃度」的限制，對於車禍預防與交通安全的重要性 (Compton & Berning, 2015)。對於血液酒精濃度與車禍危險性的共識，也讓世界衛生組織與歐盟，敦促世界各國對於血液酒精濃度的限制，採行所謂低濃度的標準 (Peden et al., 2004; Compton & Berning, 2015)。

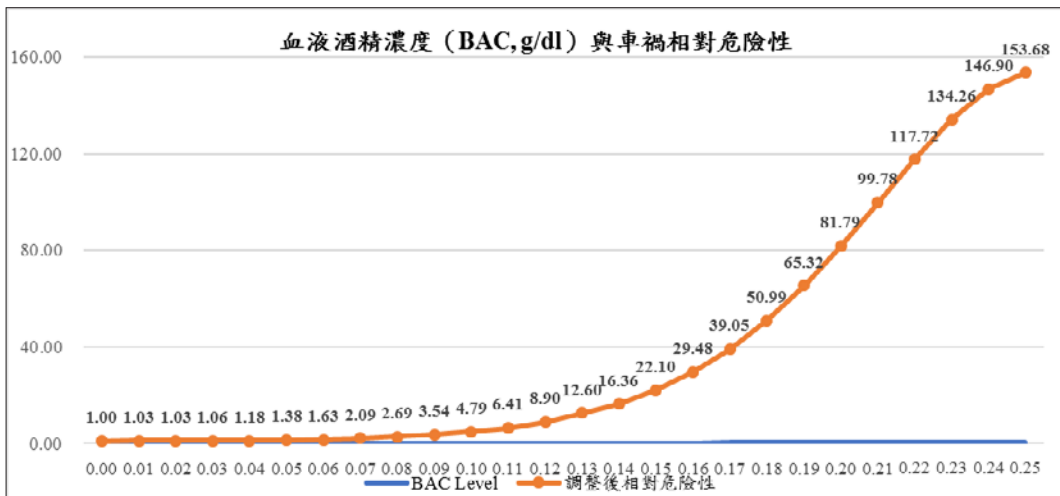


圖 1 駕駛人血液酒精濃度與車禍相對危險性³

酒精濃度之二千分之一換算值計算。依照我國標準，交通裁罰之吐氣酒精濃度為每公升 0.15 毫克，血液酒精濃度為百分之 0.03。以我國標準吐氣酒精濃度為每公升 0.15 毫克，即為血液酒精濃度每 100 毫升 30 毫克，等於每 100 毫升 0.03 公克 (g/dl)，每公升 0.3 公克 (g/l)。

³ 根據 Compton et al., 2002; Moskowitz et al., 2002 研究資料繪製。

參、各國對於酒後駕駛之調查研究與防制作為

正是如此，2004年《對於道路交通傷害的全球報告》(World Report on Road Traffic Injury Prevention)在第五項總體建議裡，特別界定所謂良好執行方法(good practices)，是經過測試或驗證的介入模式，可在多數國家引進且耗用經費較低的策略。這些策略包括，立法規範動力車輛設置兒童安全座椅、要求機車騎士與乘客配戴安全帽、制定低血液酒精濃度限制並且執法、制定時速限制且切實執法、管理現行道路基礎設備以增進安全性(頁XV)。簡言之，設定低血液酒精濃度限制並且切實執法，是相當重要的道路交通安全手段之一(Peden et al., 2004)。報告指出，當時在高收入國家，最常見之血液酒精濃度限制為每100毫升0.05公克(相當於百分之0.05)。美國部分州從0.1g/dl降低到0.08g/dl，瑞典從0.05g/dl降低到0.02g/dl，都明顯降低了車禍死傷人數(Peden et al., 2004: 129)。

2007年《飲酒與駕駛：對於全球決策與執行者的道路安全手冊》(Drinking and Driving: a Road Safety Manual for Decision-Makers and Practitioners.)則指出，在高收入國家，駕駛人車禍死亡案件中，其血液酒精濃度超過法定標準占20%；在中、低收入國家，駕駛人車禍死亡則有33%至69%酒精超標，而駕駛人車禍受傷，則有8%至29%酒精超標(Global Road Safety Partnership, 2007: 4)。該份手冊除了重申2004年的相關建議外，還進一步指出，對於重複酒駕者提供治療，是減少酒駕的有效策略(Global Road Safety Partnership, 2007: 19)。

2006年歐洲聯盟(European Union)，起始了一項涉及至少17個會員國，將近5萬名駕駛人的研究計畫，稱為《毒品、酒精及藥物對駕駛之影響》(Driving Under the Influence of Drug, Alcohol and Medicines，簡稱DRUID)研究，前後進行5年。這項研究計畫發現，駕駛人車禍重傷案件中，將近14.1%到30.2%駕駛人使用酒精，相對於駕駛人車禍死亡的有15.6%到38.9%駕駛人使用酒精。車禍受傷或死亡，駕駛人有七成為嚴重酒精中毒狀態，即血液酒精濃度等於或大於每公升1.2克(每100毫升0.12公克，或約等於百分之0.12)(EMCDDA, 2012: 16)。整體而言，酒測陽性多數發生在大於35歲的男性駕駛人，雖然酒測值未必過高，通常發生在周間晚上和周末。但是發生事故時，則多出現25到34歲年輕男性駕駛人，而且酒測值通常達到嚴重酒精中毒狀態(EMCDDA, 2012: 19)。

該計畫也評估了當時的復健或治療介入成效。在歐洲，酒駕駕駛人復建計畫已有長期的發展與應用，通常是6到12位參與者的團體心理治療，合

併衛教內容。帶領者通常是心理師或其他心理衛生工作人員，執行數周的治療計畫。以再犯率作為標準，分析 36 篇研究與 2 篇回顧文獻的結果，這些計畫平均可以降低 45.5% 再犯率（分布在 15% 到 71% 間不等）（EMCDDA, 2012: 43-4）。

研究建議，對於酒駕駕駛人的復健計畫（介入計畫），應該建立起良好執行準則，並且發展共通標準。駕駛執照發照評估，以及復健計畫，應該訂定明確法律標準，對於酒精成癮與非成癮的駕駛人，應該發展不同治療模式；同時，重複酒駕駕駛人或酒精濃度高度超標者，每公升大於等於 1.6 公克，應該有不同的治療計畫。對於酒精鎖（alcohol interlock）的運用，應該合併復健或治療計畫一併使用，並且嚴密監測（EMCDDA, 2012: 47）。

後續 2019 年歐洲運輸安全委員會（European Transport Safety Council）報告指出，每公里旅程至少有 1.5% 到 2% 中出現酒精非法超標的情形，而道路死亡案件中，至少有 25% 和酒精有關。該委員會估計，以 2018 年為例，如果沒有酒駕，推估可以避免 5000 人死亡（Lièvre et al., 2019: 11）。報告最後建議，再度強調，對於重複酒駕駕駛人或首次酒精濃度高度超標者，應考慮酒精鎖合併復健或治療計畫，以減少再次酒駕（Lièvre et al., 2019: 25）。

相較於其他國家，美國的血酒精濃度限制屬於濃度較高的規範（0.08g/dl）。在 2015 年，因酒駕引起之車禍死亡高達 10265 人，酒駕造成的車禍死亡約占所有車禍死亡人數的 29%（Richard et al., 2018: 1-1）。雖然每英哩旅程酒駕死亡率從 2006 年到 2015 年間呈現逐漸降低的情形，但是，前述酒駕死亡人數占車禍死亡人數之比率，卻沒有太多改變。2010 年為 31%（National Center for Statistics and Analysis. 2010），2015 年為 29%（National Center for Statistics and Analysis. 2016），直到 2019 年仍占 28%（National Center for Statistics and Analysis. 2020）。換言之，雖然每英哩旅程車禍死亡之總數逐漸下降，但是酒駕造成之死亡，仍為車禍死亡的主要原因，占所有車禍死亡的 3 分之 1。

美國情形和歐洲類似，各州都提供了內容不一的酒精問題評估與治療計畫。由於計畫內容多樣性高，效果部分比較難以進行均一化的衡量。但平均而言，治療計畫可以減少 7% 到 9% 的車禍事件，因此美國運輸部高速公路交通安全署對於酒駕預防措施，特別推薦酒精問題評估與治療，以及美國物質濫用和精神健康署（Substance Abuse and Mental Health Services Administration, SAMHSA）推薦的酒精篩檢與簡短介入（screen and brief intervention）（Richard et al., 2018: 1-42, 1-52），做為未來推廣的主要建議模式。

表 1 各國血液酒精濃度之法定限制⁴

國別	2009	2018-2019	備註(沿革、對特殊類別駕駛之限制)
澳大利亞	0.05	0.05	新手駕駛為 0.00； 職業駕駛為 0.02
奧地利	0.05	0.05	20 歲以下輕型機車、新手(三年經驗以內)，7.5 噸卡車及 9 人座以上巴士駕駛為 0.01
比利時	0.05	0.05	2015 年起，職業駕駛為 0.02
加拿大	0.08	0.08	多數省分限制更低 .004-0.05； 新手及 21 歲以下駕駛為 0.00
中國	0.02	0.02	
捷克共和國	0.00	0.03	過往曾以 0.05 為限制。 依據歐盟資料，目前為 0.00
丹麥		0.05	
芬蘭	0.05	0.05	
法國	0.05	0.05	巴士、新手駕駛為 0.02
德國	0.05	0.05	21 歲以下新手、大眾運輸及載送有害物質職業駕駛為 0.00
希臘	0.05	0.05	職業、新手、機車與輕型機車駕駛為 0.02
愛爾蘭	0.08	0.05	受訓學習、新手與職業駕駛為 0.02
義大利	0.05	0.05	年輕、新手及職業駕駛為 0.00
日本	0.03	0.03	
荷蘭	0.05	0.05	新手(五年內)駕駛為 0.02
紐西蘭	0.08	0.05	20 歲以下年輕駕駛為 0.00
挪威	0.02	0.02	過往曾以 0.05 為限制
波蘭	0.02	0.02	
葡萄牙	0.05	0.05	2014 年起，新手(三年內)與職業駕駛為 0.02
南韓	0.05	0.05	
俄羅斯	0.03	0.03	
南非	0.05	0.05	職業駕駛為 0.02
西班牙	0.05	0.05	職業駕駛為 0.03
瑞典	0.02	0.02	
瑞士	0.05	0.05	過往曾以 0.08 為限制； 新手(三年內)與職業駕駛為 0.00
英國	0.08	0.08	蘇格蘭為 0.05
美國	0.08	0.08	過往曾以 0.10 為限制； 職業駕駛為 0.04； 小於 21 歲駕駛為 0.00 至 0.02

⁴ 2009 年資料取自 World Health Organization, Global Status Report on Road Safety: Time for Action. 2018 年資料取自 Global Status Report on Road Safety 2018. 並參考 OECD/ITF (International Transport Forum), Road Safety Annual Report.

至於美國物質濫用和精神健康署推薦的酒精篩檢與簡短介入，美國運輸部高速公路交通安全署在2013年的報告(Higgins-Biddle & Dilonardo, 2013)指出，經過近30年的發展與應用，大多數的研究都指出此種介入確實有效地將低受戒入對象的飲酒情形及臨床狀態，同時也可能降低車禍死傷人數。但是報告也指出，這些研究多數出自於醫療健康服務提供者，因此對於交通政策執行單位，例如交通警察，刑事司法部門所期待的成效，還有更多發展及互相合作的空間(Higgins-Biddle & Dilonardo, 2013: 23)。

肆、我國酒後駕駛之法規與事故狀況

一、我國對於酒後駕駛之法律規範：行政罰及刑事罰

我國對於酒後駕駛之法律規範，與德國較為類似，分為兩部分，一為行政裁罰，二為刑事處罰，兩者並以血液酒精濃度高低區隔。行政裁罰部分，規範於道路交通管理處罰條例第35條第1項第1款：

汽機車駕駛人，駕駛汽機車經測試檢定有下列情形之一，機車駕駛人處新臺幣一萬五千元以上九萬元以下罰鍰，汽車駕駛人處新臺幣三萬元以上十二萬元以下罰鍰，並均當場移置保管該汽機車及吊扣其駕駛執照一年至二年；附載未滿十二歲兒童或因而肇事致人受傷者，並吊扣其駕駛執照二年至四年；致人重傷或死亡者，吊銷其駕駛執照，並不得再考領：

一、酒精濃度超過規定標準。(下略)

而現行酒精濃度標準，源自於102年6月30日，訂於道路交通安全規則第114條：⁵

⁵ 關於道路交通安全規則第114條，可以簡單回顧歷來修法的沿革，以了解對於駕駛人酒精濃度的規範。民國102年6月11日修正內容(自民國102年6月30日施行)，其實現今規定相同，只是現行條文在108年3月29日為符合法制文字，將「○」修正為「零」：「汽車駕駛人有下列情形之一者，不得駕車：(第一款略)二、飲用酒類或其他類似物後其吐氣所含酒精濃度達每公升○·一五毫克或血液中酒精濃度達百分之○·○三以上」。至於民國101年12月22日修正之道路交通安全規則第114條，特別區分未領有駕駛執照、初次領有駕駛執照未滿二年之駕駛人或職業駕駛人駕駛車輛時，較為嚴格的酒精濃度標準：「汽車駕駛人有下列情形之一者，不得駕車：(第一款略)二、飲用酒類或其他類似物後其吐氣所含酒精濃度超過每公升○·二五毫克或血液中酒精濃度超過百分之○·○五。三、自中華民國一百零二年一月一日起，未領有駕駛執照、初次領有駕駛執照未滿二年之駕駛人或職業駕駛人駕駛車輛時，飲用酒類或其他類似物後其吐氣所

汽車駕駛人有下列情形之一者，不得駕車：

(第一款略)

二、飲用酒類或其他類似物後其吐氣所含酒精濃度達每公升零點一五毫克或血液中酒精濃度達百分之零點零三以上。

(以下各款略)

基於交通裁罰不足以遏止酒醉駕車對社會安全的傷害，民國88年修法將酒醉駕車行為入罪化，民國88年3月30日新增刑法第185條之3(不能安全駕駛罪)(呂秉翰，2017)：

服用毒品、麻醉藥品、酒類或其他相類之物，不能安全駕駛動力交通工具而駕駛者，處一年以下有期徒刑、拘役或三萬元以下罰金。

但是立法通過後，鑑於酒精濃度認定之標準無明文規定，法務部在民國88年5月18日之(88)法檢字第1669號函，以酒精濃度吐氣達每公升0.55毫克或血液濃度達0.11%以上，認已達「不能安全駕駛」標準，應依刑法第185條之3規定移送。⁶

復經民國102年5月31日修法，102年6月11日公告之刑法第185條之3第1項：

駕駛動力交通工具而有下列情形之一者，處二年以下有期徒刑，得併科二十萬元以下罰金：

一、吐氣所含酒精濃度達每公升零點二五毫克或血液中酒精濃度達百分之零點零五以上。

二、有前款以外之其他情事足認服用酒類或其他相類之物，致不能安全駕駛。

三、服用毒品、麻醉藥品或其他相類之物，致不能安全駕駛。⁷

二、酒後駕駛之刑事司法轉向處遇：醫療介入之戒癮治療

我國現行法律規範下，酒駕觸犯刑法不能安全駕駛罪，可能經由三種不

含酒精濃度超過每公升〇·一五毫克或血液中酒精濃度超過百分之〇·〇三(以下各款略)」。早期，如民國95年6月30日之同法第114條則為：「汽車駕駛人有下列情形之一者，不得駕車：(第一款略)二、飲用酒類或其他類似物後其吐氣所含酒精濃度超過每公升〇·二五毫克或血液中酒精濃度超過百分之〇·〇五以上(以下各款略)」。

⁶ 參見法務部公報，1999年，第228期，27-28頁。可下載於<https://mojlaw.moj.gov.tw/LawContentExShow.aspx?type=e&id=FE078737>。

⁷ 本文主題係討論酒駕醫療介入相關法律及治療介入，因此對於相關法條中構成要件，刑罰之加重，或加重結果犯等議題之有關係文，非筆者專長，亦非本文討論主題，因此選擇從略。

同途徑，給予轉向處遇（diversion）進行戒癮治療。一、緩起訴附命戒癮治療：根據刑事訴訟法第 253 之 1 條第 1 項緩起訴並依第 253 之 2 條第 1 項第 6 款附命戒癮治療，無論是涉及酒後駕車不能安全駕駛罪之初犯或再犯，檢察官認為合適者，可予以緩起訴處分附命治療⁸。二、易科罰金或易服社會勞動附命戒癮治療：根據法務部高等檢察署頒有統一酒駕再犯發監標準，由檢察官認定其可依刑法第 41 條易科罰金或易服社會勞動，並且接受戒癮治療⁹。三、緩刑期間附命治療：判決後，依刑法第 74 條第 2 項第 6 款裁判緩刑期間附命戒癮治療。

檢察官為緩起訴處分，或法官裁判後檢察官認定可易科罰金或易服社會勞動，均為地方檢察署認定後，轉介戒癮醫療機構進行戒癮治療，而緩刑期間附命戒癮治療則為法官裁判，交由檢察官執行。

民國 109 年開始，出現新的一類，不屬於刑事司法體系的處遇對象，係由交通監理單位轉介予醫療介入案件，108 年 4 月 17 日修正公布道路交通管理處罰條例，對於酒駕吊銷駕駛執照者，重新考照時，須接受酒癮治療的方案。雖然這類重新考照者，並非刑事司法處遇所統攝管理，但也是醫療介入可協助的對象。

三、我國酒後駕駛案件與死傷情形

酒後駕駛之法律規範為兩類，交通裁罰與刑法不能安全駕駛罪。因此，在討論酒後駕駛案件數及相關狀況時，比較適宜將兩者合併觀察。

若以 102 年 6 月底生效之酒精濃度之交通裁罰與不能安全駕駛之不能安

⁸ 刑事訴訟法第 253 之 1 條第 1 項為「被告所犯為死刑、無期徒刑或最輕本刑三年以上有期徒刑以外之罪，檢察官參酌刑法第五十七條所列事項及公共利益之維護，認以緩起訴為適當者，得定一年以上三年以下之緩起訴期間為緩起訴處分，其期間自緩起訴處分確定之日起算。同法第 253 之 2 條第一項為「檢察官為緩起訴處分者，得命被告於一定期間內遵守或履行下列各款事項：（中略）六、完成戒癮治療、精神治療、心理輔導或其他適當之處遇措施」。

⁹ 為避免各地方法院檢察署就酒駕再犯之發監標準寬嚴不一，造成部分受刑人以遷徙戶籍之方式規避入監服刑，而衍生違反公平原則之疑慮，臺灣高等法院檢察署研議統一酒駕再犯發監標準之原則，並已將研議結果函報法務部備查。依據研議結果，被告 5 年內三犯刑法第 185 條之 3 第 1 項之罪者，原則上即不准予易科罰金，但有下列情形之一者，執行檢察官得斟酌個案情況考量是否准予易科罰金：一、被告係單純食用含有酒精之食物（如：薑母鴨、麻油雞、燒酒雞），而無飲酒之行為。二、吐氣酒精濃度低於 0.55mg/l，且未發生交通事故或異常駕駛行為。三、本案犯罪時間距離前次違反刑法第 185 條之 3 第 1 項之罪之犯罪時間已逾 3 年。四、有事實足認被告已因本案開始接受酒癮戒癮治療。五、有其他事由足認易科罰金已可收矯正之效或維持法秩序者。就上開研議結果法務部已准予備查，並通函臺灣高等法院檢察署及各地方法院檢察署作為是否對於酒駕再犯案件准予易科罰金之標準。新聞發布於 102 年 6 月 19 日。

全駕駛規範，整理 102 年以來迄今，我國酒駕交通裁罰與酒駕不能安全駕駛案件之發生件數，確實在 103 年後，呈現逐漸減少的情形（圖 2）。

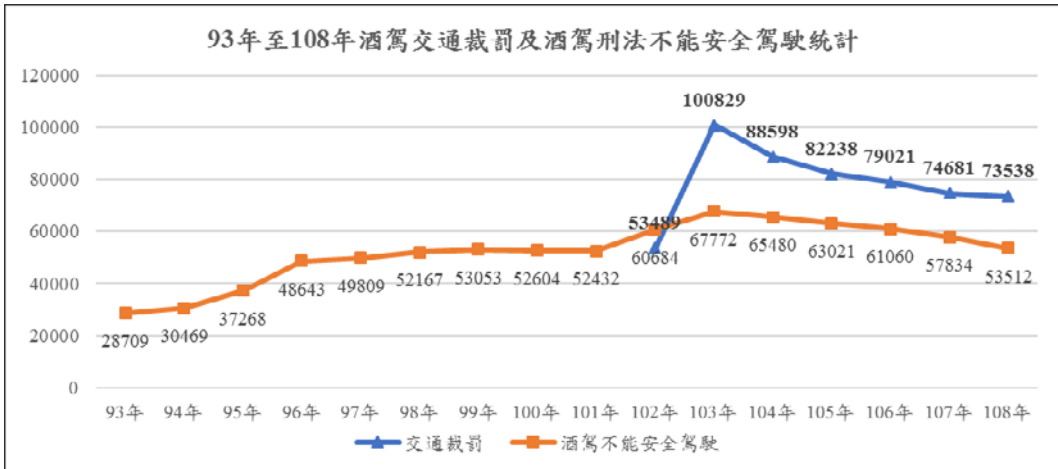


圖 2 93 年至 108 年酒駕交通裁罰及刑法酒駕不能安全駕駛統計 10

但是，如果以交通事故死傷人數來看，就會得到比較值得進一步檢視的數據。交通事故本身，在近年來，還是有微幅上升的情形，值得注意的是，酒駕相關死傷人數，確實有逐漸下降的情形（圖 3）。

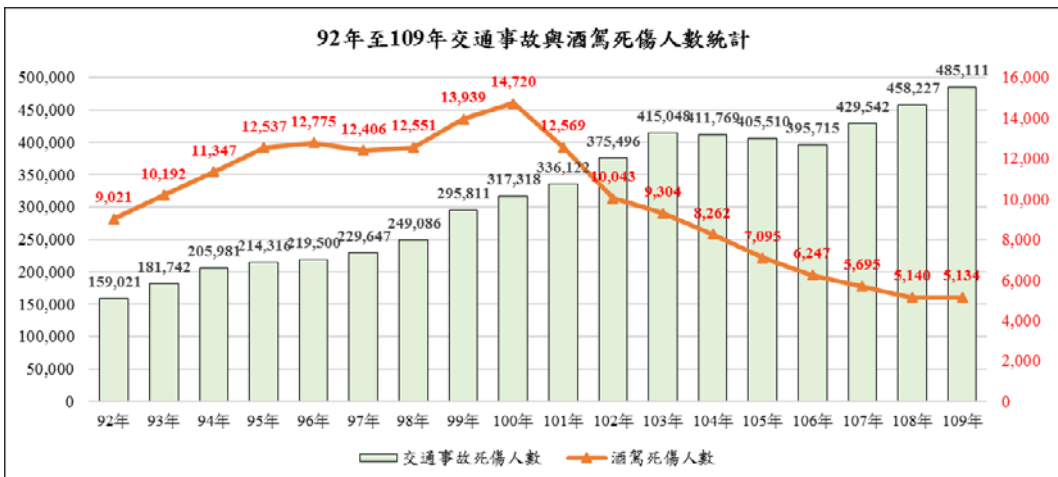


圖 3 92 年至 109 年交通事故與酒駕死傷人數統計 11

¹⁰ 交通裁罰統計來自於警政統計查詢網 <https://ba.npa.gov.tw/npa/stmain.jsp?sys=100>。亦可見於：108 年警政統計年報，表 26。不能安全駕駛罪，酒後駕車統計取自於 108 年犯罪狀況及其分析，表 1-2-6 以及 102 年犯罪狀況及其分析，表 1-2-3。

¹¹ 警政統計查詢網 <https://ba.npa.gov.tw/npa/stmain.jsp?sys=100>。根據道路交通事故處理規範第 2 點第 7 款，交通事故各類如下：1. A1 類：造成人員當場或二十四小時內死亡之交通

酒駕造成之死傷人數，雖然有逐漸下降的情形，但是，如果以酒駕死傷人數，占有所有交通事故死傷人數來統計，卻可以發現，酒駕受傷人數占有所有交通事故受傷人數比率，雖然逐漸微幅下降，但近年來下降比率有趨緩的現象，同時，酒駕死亡人數占有所有交通事故死亡人數比率，不降反而較為升高，是比較值得繼續關注的情形(圖4)。

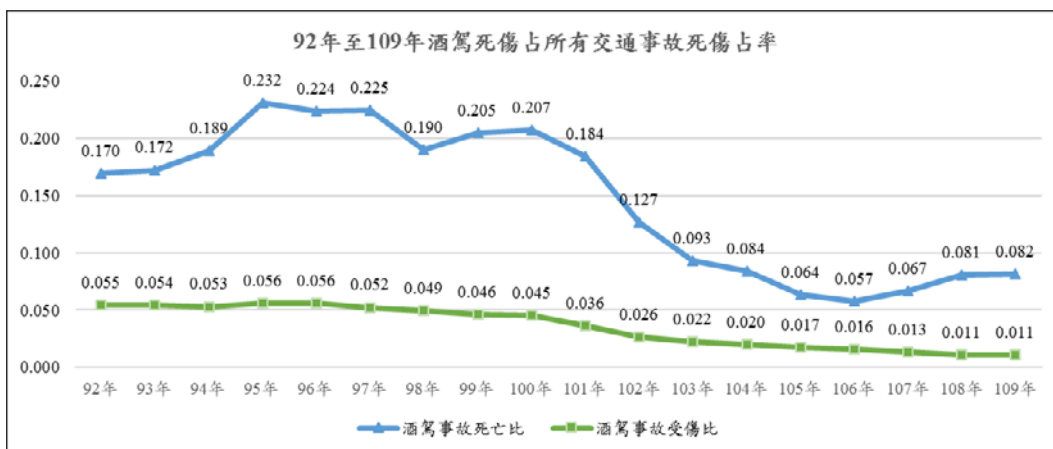


圖4 92年至109年酒駕死傷占有所有交通事故死傷占率

伍、刑事司法與酒駕醫療介入：臺北模式

一、承接刑事司法體系之醫療介入與成效

有鑑於國外對於酒駕醫療已有長期的實踐與成效，104年7月27日柯文哲市長指示，需以醫療角度處理重複酒駕之問題，臺北市立聯合醫院松德院區即組成跨專業飲酒問題介入團隊，參與臺北市政府酒駕防制實施計畫跨局處協調會議，並聯繫協調與臺灣臺北地方檢察署、臺灣士林地方檢察署、財團法人臺灣更生保護會臺北分會確立合作方向，設計依據不同飲酒問題嚴重程度之對象規劃醫療介入模式，預防酒駕再犯。

臺北市立聯合醫院松德院區自105年起進行酒駕醫療介入計畫，原本主要協助對象有三類。一、緩起訴附命戒癮治療。二、易科罰金或易服社會勞動附命戒癮治療。三、緩刑期間附命治療，目前實務上則鮮少使用。

事故。2. A2類：造成人員受傷或超過二十四小時死亡之交通事故。3. A3類：僅有財物損失之交通事故。死亡人數係指A1類死亡人數，受傷人數係指A1及A2類受傷人數。

如前所述，檢察官為緩起訴處分，或法官裁判後檢察官認定可易科罰金或易服社會勞動，均為地方檢察署認定後，轉介戒癮醫療機構進行戒癮治療，而緩刑期間之戒癮治療則為法官裁判，由檢察官執行。

109年開始新的一類，由交通監理單位轉介予醫療介入案件。108年4月17日修正公布道路交通管理處罰條例，對於酒駕吊銷駕駛執照者（規定為曾重複酒駕3次），重新考照的醫療介入方案，並且訂於109年3月1日施行：

道路交通管理處罰條例第67條第5、6項

汽車駕駛人，曾依第三十五條規定吊銷駕駛執照，未依規定完成酒駕防制教育或酒癮治療，不得申請考領駕駛執照。

前項酒駕防制教育及酒癮治療之實施對象、教育或治療實施機構、方式、費用收取、完成酒駕防制教育及酒癮治療之認定標準及其他應遵行事項之辦法，由交通部會商衛生福利部定之。

並且根據109年2月27日公告之酒駕防制教育及酒癮治療實施管理辦法第2條第2項¹²：

汽車駕駛人違反本條例第三十五條第一項第一款、第二項至第五項規定達三次以上者，於重新申請考領駕駛執照前，除依前項規定完成酒駕防制教育訓練外，應至中央衛生主管機關評鑑合格之醫療機構接受十二個月且至少十二次之酒癮評估治療，並取得完成證明書。

整體而言，臺北市立聯合醫院松德院區，接受四類個案轉銜進入醫療介入，分別為：重新申請駕駛執照考照者、酒駕不能安全駕駛緩起訴、易科罰金或易服社會勞動、及緩刑者。統計臺北市立聯合醫院松德院區以上所述四類酒駕醫療介入對象，至110年5月7日止收案550名，由地檢署轉介535人、法院判決緩刑附命戒癮治療1人、再考照者14人。

統計顯示參與酒駕醫療介入計畫者，再度違反交通規則比率，若統計至109年12月31日，對照交通事件裁決所資料，臺北市一年內再違規率為18%。

¹² 衛生福利部，酒駕防制教育及酒癮治療實施管理辦法總說明。

表 2 酒駕醫療介入對象交通違規再度酒駕比率

	結案後一年	結案後兩年
完成治療者(365人)	6.85%(25人)	11.8%(43人)
未完成治療者(80人)	12.5%(10人)	16.3%(13人)

* 資料來源：臺北市立聯合醫院松德院區個案管理中心

相關統計係以酒駕交通違規作為醫療介入成效之指標(稱為再違規率)。如果以酒後駕車不能安全駕駛再犯作為指標，根據法務部臺北地方檢察署發表的資料，自105年4月至108年4月臺灣臺北地方檢查與臺北市立聯合醫院松德院區合作酒駕案件醫療介入計畫，共有322位由地檢署轉介的個案接受治療，其中226位完成治療，52位未完成治療，完成治療者中再犯酒駕案件比率為10%，較未完成治療者中再犯酒駕案件比率為25%來得低(法務部，2019)。

進一步分析合作計畫的重複酒駕者，12個月治療結束後追蹤一年期間，再次交通違規比率和一般酒駕者(不區分初犯或再犯)分別約為5%和18%，換言之，經過治療，降低了70%左右。若是僅追蹤5至6個月的治療，則再違規率為11至12%，降低了30%左右。該試辦計畫的分析發現，治療的期間和治療結束後的一年再犯率有正相關，若治療的時間小於4個月，無法降低再犯率(Cheng et al. 2021)。

二、酒駕醫療介入的醫療觀點

臺北市立聯合醫院松德院區的酒駕醫療介入模式，首先，以酒精使用疾患確認問卷(Alcohol Use Disorder Identification Test, AUDIT)(Saunders et al., 1993; Chen et al., 2004)，進行初步篩檢，並且精神科醫師進行初步評估，評估其精神科診斷，以及其他精神疾病共病狀況(醫療評估)，及時給予適宜之精神科治療。所有個案在追蹤治療期間，以個案管理師以世界衛生組織所編製之簡短介入工作手冊進行簡短介入，以及個案追蹤(簡短介入工具，半年至一年個案管理)。並且於醫療介入結束後，進行一年期的追蹤(結案後一年追蹤)。所謂簡短介入，是指短時間、以同理心為基礎、架構分明、非面質式的會談，目的在於增加個案改變動機。透過會談所收集的資料，包括飲酒習慣、飲酒曾出現的問題、與自己曾經採取降低飲酒風險的措施，提供衛教與個別化的回饋，探討心中的猶豫和阻抗，辨識出錯誤的想法，強化個案思考且規劃在行為上的改變。

國外研究實證研究指出，酒駕族群中酒精使用疾患可能達到33.4%到

91%，酒癮盛行率則為3.3到31.1%。如果區分酒駕初犯與重複酒駕者，美國研究發現酒駕初犯中酒精使用疾患可占40%、54%甚至於79.5%，瑞典的研究則發現酒駕初犯中58%為酒精使用疾患，24%為酒癮。臺北市立聯合醫院松德院區研究則發現，酒駕初犯者，酒精使用疾患占52.3%，酒癮占34.4%（張祐銘等，2019）。

對於重複酒駕者，國外研究則發現，酒精使用疾患可高達93.9%，我國研究發現，酒癮則高達63.2%（張祐銘等，2019；Cheng et al. 2021）。

簡言之，酒駕族群確實有相當高比率的酒精使用疾患，更有超過三分之一屬於更為嚴重的酒癮患者。因此，對於酒駕族群，施予醫療介入，是有相當的合理性與治療意義。如同民國87年我國修法將「肅清煙毒條例」修正為「毒品危害防制條例」，同時兼具犯罪觀及醫療觀點，將犯人視為「病犯」，或稱「病患型犯人」（林健陽等，2007：287，表2-1）。而酒駕醫療介入，也正是將同樣邏輯的醫療觀點引入，對於酒駕違法者施以醫療介入。

對於酒精使用疾患而未達酒癮者，提供簡短介入；對於酒癮者或是問題較為複雜的部份酒精使用疾患，除了提供簡短介入外，並由精神科醫師提供精神醫療，是採循世界衛生組織與美國物質濫用和精神健康署都推薦的酒精篩檢簡短介入與醫療轉介（Screen, Brief Intervention and Referral to Treatment, SBIRT）模式（Babor et al., 2017）。此模式，原本就充分具有分流及個別化的處遇核心概念，而臺北模式的特色更在於，篩檢後立即經過精神科醫師診察，進一步確認其精神醫療需求，不只靠篩檢並動態地評估受轉介對象的狀況，發掘受協助對象的精神醫療需求，更可以稱為「精神醫療強化版的酒精篩檢簡短介入與醫療轉介」（Psychiatry-informed SBIRT）模式。

陸、結語與展望

一、跨越警政、司法、醫療領域的整合與成效評估

在美國運輸部高速公路交通安全署在2013年的報告曾指出，對於不同部門，各自的政策目標與關切重點，當然不盡相同。比如，警政、交通與司法部門，主要關切酒駕案件是否可以確實減少，再違規與再犯比率是否降低。又以我國為例，交通裁罰，酒駕不能安全駕駛罪之資料必須整合，才有辦法進一步了解其相關成效與社會成本的影響。加上，這兩年對於吊銷駕照重新考照的制度，又屬於交通監理單位權責，因此，相關資訊如何跨部門彙

整、制定政策目標，將是未來必須克服的問題。

對於精神醫療服務而言，除了再違規與再犯比率是否降低外，精神醫療當然會重視其生理與心理層面是否改善，其社會復歸是否有更好的成接獲後續服務等等。酒精成癮或是酒精使用疾患，都是長期、慢性的精神疾病，因此，持續性的自我管理、疾病追蹤如何建立，也是不得忽視的問題，更是未來主要挑戰。

特別是酒駕本身，由於交通裁罰與刑事罰的權責單位，就涉及交通、警政單位與檢察機關，因此，如何整合各自領域所重視的成效，彼此合作、相互說服、異中求同，正是此等跨領域犯罪防治，相當重要的關鍵與前進的目標。

成效評估以及如何制定政策目標，也直接關係到社會大眾如何看待，酒駕醫療介入的做法。不可否認，民眾對於犯罪者的道德恐慌，更表現在對於酒駕肇事後的輿情反應，也促成刑事司法體系對於酒駕不能安全駕駛的多次修法(李佳玟, 2013)。酒駕防制與防治，絕對是多方努力的責任，不可能僅靠醫療介入，就足以杜絕酒駕行為。酒駕醫療介入的合理性在於，如果我們認識到酒精使用疾患或酒癮的人，因為罹患疾病而具有的低自我控制特質，正如 Gottfredson 與 Hirsch (1990) 所提出的概念，由此推知，僅仰賴嚴刑峻法，對於酒駕者或重複酒駕者，很可能事倍功半、成效不彰。因此，醫療介入提供了另一種強化自我控制與減害(harm reduction)途徑，減少監禁的社會成本，增加自我控制的機會，提供社會復歸的可能性。重點不是對於違規者或犯罪人提供協助，而是減少整體社會的危害。

二、其他醫療服務、社政、勞政的協力與參與

據筆者所知，不僅限於臺北市，最早於臺南市、連江縣以及金門縣，都有過類似計劃執行。實際上，這樣的醫療介入，很有機會如毒品緩起訴戒癮治療一樣，逐步推展到全國各地。當然，由於目前毒品問題嚴重，各地方檢察署以及精神醫療機構的量能限制，是否有餘力再繼續協助酒駕醫療介入，也是亟需克服的問題。

從另一方面來看，所謂篩檢及簡短介入模式，本身就並非由醫療機構專屬，原本設計是為了讓更多非醫療單位、非醫療專業人員，經過簡單的訓練後，可以參與篩檢與簡短介入。實際上在臺北模式中，也是取得地方檢察署的合作，由檢察官先行篩檢。因此，在醫療資源或精神醫療資源較為不普及的地區，可以由合作單位進行篩檢，並且參與簡短介入，對於較需要醫療資源的個案進行轉介，如此一來，因地制宜以推廣更多服務。

正如歐洲對於酒駕介入，習慣稱為復健計畫(rehabilitation program)。實則，精神醫療上常稱為「復健」(rehabilitation)一詞，正是矯正體系所稱的「更生」¹³，只是不同領域的不同說法。其目的都希望所協助對象能夠進入社會，在適當的支持下，可以獨立自主地在社區生活，如更生保護法第1條所稱「為保護出獄人及依本法應受保護之人，使其自立更生，適於社會生活」，又如精神衛生法第1條所稱「支持並協助病人於社區生活」。所以，除了酒駕醫療介入之外，更需要提供社政、勞政等各方資源，讓被協助對象得以克服社區生活可能遭遇的重重問題。

因此，酒駕醫療介入只個開端，筆者期待，如「新世代反毒策略」一樣，除了精神醫療量能的推廣與擴大外，更期待交通警政、刑事司法、社政、勞政單位一起投入，達成減少監禁的社會成本，增加酒駕者自我控制的機會，提供社會復歸的可能性，進而減少整體社會危害的目標。

¹³ 舉例而言，更生保護法，法務部官方英文翻譯為 Rehabilitation Protect Act。請參見 <https://law.moj.gov.tw/ENG/LawClass/LawAll.aspx?pcode=I0050001>。

參考文獻

- 呂秉翰(2017)。刑法不能安全駕駛罪立法變革之探討。交通學報，第17卷，第2期，頁103-20。
- 李佳玟(2013)。治酒駕用重典——一個實證的考察，月旦法學雜誌，第223期，頁147-158。
- 林健陽、陳玉書、柯雨瑞、呂豐足(2007)。我國當前毒品戒治政策之省思與建議。收錄於務部保護司編，刑事政策與犯罪研究論文集(十)。臺北市：法務部，頁283至322。
- 法務部(2013)。統一酒駕再犯發監標準，避免執行不公。2013年6月19日新聞發布，下載於<https://www.moj.gov.tw/2204/2795/2796/56543/>。
- 法務部(2019)。法務部持續推動酒駕防制司法與醫療合作處遇模式。2019年7月10日新聞發布，下載於<https://www.moj.gov.tw/2204/2795/2796/58966/post>。
- 張祐銘、陳亮好、范瓊月、郭彥君、楊添圍、鄭婉汝、黃名琪(2019)。臺北市成年酒駕初犯者的酒精使用型態、酒癮及酒駕行為之相關性，台灣衛誌38(2)：150-62。
- 黃名琪、張祐銘譯(2018)。簡短介入手冊(Thomas F Babor & John C Higgins-Biddle 原著)，臺北市，臺北市立聯合醫院精神醫學部成癮防治科。
- 衛生福利部(2019)。酒駕防制教育及酒癮治療實施管理辦法總說明。下載於https://www.google.com.tw/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKewia1LC8vcXwAhVhKaYKHSXPBfwQFjABegQIAxAD&url=https%3A%2F%2Fwww.mohw.gov.tw%2Fdl-63301-ff65d82b-d01c-48a8-af20-5739868f0a72.html&usg=AOvVaw1Uem9peuuQHi_lkUsUIqLY。
- Babor, T. F., Del Boca, F., & Bray J. W. (2017). Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment: implications of SAMHSA's SBIRT initiative for substance abuse policy and practice. *Addiction*, 112, Suppl 2, 110-117. doi: 10.1111/add.13675.
- Borkenstein, R. F., Crowther, R. F. & Shumate, R.P. (1964). *The Role of the Drinking Driver in Traffic Accidents*. Bloomington, IN, Department of Police Administration, Indiana University.
- Chen C.H., Chen W. J., & Cheng A. T. (2004). Prevalence and identification of alcohol use disorders among nonpsychiatric inpatients in one general

- hospital. *General Hospital Psychiatry*, 26, 219-25. doi:10.1016/j.genhosppsy.2004.01.001.
- Cheng, W. J., Chen, L. Y., Fang, S. C., Chang, H. M., Yang, T. W., Chang, R. C., Hsing, T. C., & Huang, M. C. (2021). Examining factors associated with postintervention recidivism in DUI repeat offenders after alcohol treatment: One-year follow-up study. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 130, 108426. doi.org/10.1016/j.jsat.2021.108426.
- Compton, R. P., & Berning, A. (2015). *Drug and Alcohol Crash Risk*. (Traffic Safety Facts Research Note, Report No. DOT HS 812 117). Washington, DC: National Highway Traffic Safety Administration.
- Compton, R. P., Blomberg, R. D., Moskowitz, H., Burns, M., Peck, R. C. & Fiorentino, D. (2002). Crash risk of alcohol impaired driving. In: Mayhew, D. R., & Dussault, C. (eds). *Proceedings of the 16th International Conference on Alcohol, Drugs and Traffic Safety*, Montreal, 4-9 August. Montreal, Société de l'assurance automobile du Québec, 2002:39-44.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). (2012): Driving Under the Influence of Drugs, Alcohol and Medicines in Europe - findings from the DRUID project. Lisbon: EMCDDA. 下載於 https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/743/TDXA12006ENN_402402.pdf.
- Global Road Safety Partnership. (2007). *Drinking and Driving: a Road Safety Manual for Decision-Makers and Practitioners*. Geneva, Global Road Safety Partnership. 下載於 <https://www.who.int/roadsafety/projects/manuals/alcohol/0-Introduction.pdf>.
- Gottfredson, M. R., & Hirschi, T. (1990). *A General Theory of Crime*. Stanford, CA: Stanford University Press.
- Higgins-Biddle, J., & Dilonardo, J. (2013). *Alcohol and Highway Safety: Screening and Brief Intervention for Alcohol Problems as a Community Approach to Improving Traffic Safety*. (DOT HS 811 836). Washington, DC: National Highway Traffic Safety Administration. 下載於 <https://www.nhtsa.gov/sites/nhtsa.gov/files/811836.pdf>.
- Hurst, P.M., Harte, D., & Frith, W. J. (1994). The Grand Rapids dip revisited. *Accident Analysis and Prevention*, 26, 647-654.
- Lièvre, P. L., Adminaité, D., Jost, G., & Podda F. (2019). *Progress in Reducing Drink-Driving and Other Alcohol-Related Road Deaths in Europe*. Brussels:

- European Transport Safety Council. 下載於 https://etsc.eu/wp-content/uploads/reducingdrinkdriving_031219_design_final.pdf.
- Moskowitz, H., & Fiorentino, D. (2000). *A Review of the Literature on the Effects of Low Doses of Alcohol on Driving-related Skills*. Washington, DC, National Highway Traffic Safety Administration (NHTSA Report No. DOT HS-809-028).
- Moskowitz, H., Blomberg, R. Burns, M., Fiorentino, D., & Peck, R. (2002). Methodological issues in epidemiological studies of alcohol crash risk. In: Mayhew, D. R. & Dussault, C. (eds). *Proceedings of the 16th International Conference on Alcohol, Drugs and Traffic Safety*, Montreal, 4-9 August. Montreal, Société de l'assurance automobile du Québec, 2002, 45-50.
- National Center for Statistics and Analysis. (2010). *Alcohol Impaired Driving: 2010 Data*. (Traffic Safety Facts. DOT HS 811 606). Washington, DC: National Highway Traffic Safety Administration. 下載於 <https://crashstats.nhtsa.dot.gov/Api/Public/ViewPublication/811606>.
- National Center for Statistics and Analysis. (2016). *Alcohol Impaired Driving: 2015 Data*. (Traffic Safety Facts. DOT HS 812 350). Washington, DC: National Highway Traffic Safety Administration. 下載於 <https://crashstats.nhtsa.dot.gov/Api/Public/ViewPublication/812350>.
- National Center for Statistics and Analysis. (2020). *Overview of Motor Vehicle Crashes in 2019*. (Traffic Safety Facts Research Note. Report No. DOT HS 813 060). National Highway Traffic Safety Administration. 下載於 <https://crashstats.nhtsa.dot.gov/Api/Public/ViewPublication/813060>.
- OECD/ITF (International Transport Forum). (2020). *Road Safety Annual Report*. Paris: OECD/ITF. 下載於 https://www.itf-oecd.org/sites/default/files/docs/irtad-road-safety-annual-report-2020_0.pdf.
- Peden, M., Scurfield, R., Sleet, D., Mohan, D., Hyder, A. A., Jarawan, E., & Mathers, C. (2004). *World Report on Road Traffic Injury Prevention*. Geneva: World Health Organization. 可下載於 <https://www.who.int/publications/i/item/world-report-on-road-traffic-injury-prevention>.
- Richard, C. M., Magee, K., Bacon-Abdelmoteleb, P., & Brown, J. L. (2018). *Countermeasures that Work: A Highway Safety Countermeasure Guide for State Highway Safety Offices, Ninth edition* (Report No. DOT HS 812 478). Washington, DC: National Highway Traffic Safety Administration. 下載於 <https://www.nhtsa.gov/sites/nhtsa.gov/files/documents/812478>

[countermeasures-that-work-a-highway-safety-countermeasures-guide-.pdf](#).

Saunders, J. B., Aasland, O. G., Babor, T.F., de la Fuente, J. R., & Grant, M. (1993).

Development of the alcohol use disorders identification test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption--II. *Addiction*, 88, 791-804. doi:10.1111/j.1360-0443.1993.tb02093.x.

World Health Organization. (2009). *Global Status Report on Road Safety: Time for Action*. Geneva, World Health Organization. 下載於 2009. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44122/9789241563840_eng.pdf?sequence=1.

World Health Organization. (2018). *Global Status Report on Road Safety 2018*. Geneva: World Health Organization. 下載於 <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1164010/retrieve>.

