

第六章 焦點議題分析

重刑化對酒後駕車之嚇阻效果－兼論酒癮治療之困境²³

梁語彤、鄭元皓

壹、前言：我國酒後駕車之現況

我國酒後駕車（下稱酒駕）每年造成數千餘人死傷²⁴，因酒駕造成的傷亡人數甚至多於近幾年的重大災難事件，媒體更將我國的公路交通環境形容為無聲的戰場²⁵，政府也無不把酒駕行為視為罪惡昭著的犯罪問題。正因此，我們可以從新聞媒體上的政府官員之公開談話中，明顯見到「酒駕零容忍」的立（執）法態度²⁶。而在嚴懲酒駕的民意驅使之下，受社會矚目的案件往往促使政府將酒駕法令朝向重刑化的修法趨勢前進²⁷。換言之，在如何解決酒駕的視角上，社會大眾已較少關注犯罪者的個別問題，而是樂於將酒駕此一行為，塑造成社會上罪不可赦的失序、犯罪樣態。

當然，酒駕行為除了對不特定個人的安全造成威脅之外，也進一步導致社會成本的增加。為試圖緩解酒駕事件一再發生之情形，

23 本章改寫自法務部司法官學院 112 年發表之「嚴厲刑罰及威嚇性策略對酒駕再犯者之嚇阻作用-兼論新聞框架效果」研究報告。

24 警政署，歷年酒駕肇事受傷及死亡件數、人數統計表，政府資料開放平臺，2024 年 10 月 22 日，<https://data.gov.tw/dataset/9018>

25 林偉妃、李若雯，車禍奪走她的先生和幼子……每年三千人殞落，台灣馬路變無聲戰場，天下雜誌，2021 年 6 月 14 日，<https://www.cw.com.tw/article/5115222>

26 鄭元皓，新聞與閱聽人如何建構社會問題？Facebook 酒駕新聞與留言框架之個案分析，臺灣傳播學會年會，臺灣傳播學會，2024 年 6 月。

27 鄭筑云，在刑罰民粹主義之下酒駕新聞報導模式之觀察—以聯合報為例，國立臺北大學犯罪學研究所碩士論文，2021 年。

政府已進行多次修法，包括提高刑度及罰金金額、降低酒精濃度標準與延長再犯認定期間等，這些修法策略，無疑是朝向嚴刑峻罰化之立法邏輯邁進²⁸。然而，我們從「地方檢察署辦理酒駕案件統計」來看，我國 109 至 112 年的酒駕偵查終結件數仍維持在每年 5 萬件左右（表 2-6-1），且歷年起訴率皆維持在約 7 成，緩起訴處分約 1 萬餘人、比率皆未達 3 成之情況下²⁹，我國的酒駕問題，似乎仍未真正緩解。

其中，酒駕累、再犯的問題尤其需要關注。根據法務部的「酒駕案件統計分析」（表 2-6-2）顯示，98 至 107 年間，執行酒駕案件裁判確定有罪者共有 51 萬餘人，當中有犯罪前科者占 5 成 9，而其中有約 6 成 4 更曾犯下相同之罪³⁰。且值得注意的是，從該統計資料來看，有前科且犯相同罪者之人數與比率有逐年上升之趨勢³¹，無疑凸顯了酒駕再犯的嚴重性。另根據交通部統計，酒駕累犯的情形占整體近 4 成，也有論者指出，我國酒駕犯罪中，有 7 成累犯者患有酒精成癮之問題³²。由此可見，酒駕絕非僅是犯罪問題，而是應從公共衛生與醫療戒治的視角，提出解決之道。

28 詹昀姍等，酒駕重罰下，「喝酒不開車，開車不喝酒」？酒駕政策效果的評估。運輸計劃季刊。51 卷 2 期，2022 年 6 月，頁 117-142。

29 法務統計處，地方檢察署辦理酒駕案件統計。法務統計。

https://www.rjsd.moj.gov.tw/RJSDWeb/common/WebList3_Report.aspx?menu=INF_CO_MMON_P&list_id=1865（最後瀏覽日期：2024 年 11 月 18 日）

30 法務部統計處，酒駕案件統計分析，刑事政策與犯罪防治研究專刊，20 期，2019 年 3 月，頁 52-59。

31 同前註 30。

32 陳燕珩，7 成累犯有酒癮，戒癮治療為何推不動？正視 3 大困境，台灣才能真正解決酒駕，今周刊，1360 期，2023 年 1 月 12 日。

此外也有研究指出，我國 108 年與 111 年針對刑法第 185 條之 3 的修訂，並未對酒駕再犯者產生嚇阻效果³³。該研究也發現，當多次酒駕再犯者未具備酒駕肇事的風險感知，在其一次次的進入刑事司法體系並被剝奪特定權利後，將更難認知到酒駕的社會危害性³⁴，在此情況下，多數酒駕政策都難以發揮效果。因此，刑罰不應只著重於威嚇性，而忽略了確定性、立即性的重要程度。若我國遏止酒駕的修法方向，仍是以強調嚴刑峻罰的威嚇性策略為主，對於嚇阻酒駕的實際效果，將有待商榷。

貳、修法重刑化不足以遏止酒駕

近年來，我國數次修正刑法第 185 條之 3 及道路交通管理處罰條例第 35 條，不斷提高罰款及監禁刑度，雖然有效減少了駕駛人酒駕機率及車禍中的死亡人數³⁵，但受傷人數卻未明顯減少，甚至有上升之趨勢³⁶，亦未減少酒駕再犯率³⁷。此外有研究也指出，酒駕案件偵查終結有犯罪嫌疑者，有 16.7% 為累犯³⁸，可見居高不下的

33 鄭元皓等，嚴厲刑罰及威嚇性策略對酒駕再犯者之嚇阻作用－兼論新聞框架效果，司法官學院犯罪防治研究中心，2023 年 12 月 27 日，
<https://www.cprc.moj.gov.tw/1563/1595/1601/1609/40981/post>

34 同前註 33。

35 詹昀姍等，同前註 28，頁 129-132。

36 李佳玟，治酒駕用重典？－一個實證的考察，載於：月旦法學雜誌，223 期，2013 年 12 月，頁 151-152。

37 張蕙，酒癮者之酒駕再犯防治對策－以社會復歸為中心，國立政治大學法律學研究所碩士論文，2015 年，頁 16-17。吳國清，我國酒駕犯罪大數據採礦分析，臺灣警察專科學校警專學報，7 卷 3 期，2020 年 6 月，頁 31-32。

38 法務部，酒駕案件統計分析，法務統計，2023 年 6 月，

https://www.rjsd.moj.gov.tw/RJSDWeb/common/WebListFile.ashx?list_id=1976

再犯率，實為造成我國酒駕問題之一大原因。

在 1982 年（本章「貳」皆指西元年），加州針對酒後駕車進行一系列立法改革，包括加重處罰、提高量刑統一性及引入違法標準等，獲得一定成效，其成功須歸功於立法前的相關宣傳。該宣傳與當時興起的反醉酒駕駛情緒相關，而該情緒在極大程度上，係因母親防制酒駕浪潮（Mothers Against Drunk Driving, MADD）的形成而流行³⁹。有研究發現，酒後駕車法規的實施與圍繞 MADD 創建的宣傳和社會動態，都與隨後與酒精相關的死亡和傷害事故減少有關，而後者對傷害事故的影響更為明顯⁴⁰。由此可見，非正式社會控制（社會支持、家庭鼓勵⁴¹、輔導、宣傳）較正式社會控制（法定最低科刑）更能有效抑制酒駕的發生⁴²，故酒駕行為應以非正式社會控制處理之較為妥當⁴³。

國外許多實證研究亦顯示，以嚴刑峻罰化之修法方式無法有效解決酒駕問題。如依照澳洲新南威爾斯州嚴懲酒駕的經驗，加重酒駕懲罰政策對於減少酒駕再犯率並無明顯效果⁴⁴；而美國研究發現，

39 Patrice N. Rogers, Steve E. Shoenig, *A time series evaluation of California's 1982 driving-under-the-influence legislative reforms*, 26 ACCID. ANAL. PREV. 63, 63-78 (1994).

40 *Id.* at 68-78.

41 陳筱娟，酒後駕車成因分析及其防治對策之研究-以桃園縣為例，中央警察大學犯罪防治研究所碩士論文（已出版），2013 年，頁 115-116。

42 許明耀，警察人員酒駕行為影響因素與防制對策之研究，國立中正大學犯罪防治研究所博士論文（已出版），2018 年，頁 167。謝坤展，監所戒酒輔導課程對酒駕犯之成效評估，國立臺北大學犯罪學研究所碩士論文（已出版），2016 年，頁 28。

43 林潘忠賢，教育預防與部隊管理作為對國軍酒駕防範之研究，國立東華大學國際企業研究碩士論文（已出版），2019 年，頁 15-16。

44 Suzanne Briscoe, *The impact of increased drink-driving penalties on recidivism rates in*

明尼蘇達州因酒駕被判處入獄及非入獄者再犯率無明顯差異，被判處大/小額罰款但未入獄者，與入獄者間的再犯率亦無明顯差異⁴⁵；另一研究則指出，針對酒駕的強制罰款政策在美國部分州有一定成效，但強制監禁政策的效果卻微乎其微⁴⁶，而緩刑、罰款和監禁，對隨機選擇的酒駕風險族群之 3 年內酒駕重犯的制裁效果，也無顯著差異，且酒醉駕車初犯者與有酒醉駕車前科者不再犯同罪的機率會隨時間降低，這表示，刑罰裁決的嚇阻效果會隨時間遞減。而相較於初犯者，刑罰對累犯者的嚇阻效果更差，成效流失速度也更快⁴⁷。綜上可知，強制監禁等嚴懲政策對於抑制酒駕再犯，並無太大效果。

此外，智利於 2012 年頒布零容忍法 (the Zero Tolerance Law)、2014 年頒布艾米利亞法 (Emilia's Law)，前者增加吊銷駕照的處罰力度，後者增加了酒駕致重傷或死亡者需監禁至少 1 年之規定。在零容忍法頒布後，酒駕事故在短期內有所減少，而艾米利亞法對酒駕車禍的發生率與致傷率也有改善效果，但事實上，兩部法令都未實際降低酒駕致死率，且對重度飲酒者的酒精攝取量亦無影響⁴⁸。

NSW, 5 ALCOHOL STUDIES BULLETIN. 1 , 8-9 (2004).

- 45 Susan E. Martin, Sampson Annan, Brian Forst, *The special deterrent effects of a jail sanction on first-time drunk drivers: A quasi-experimental study*, 25 ACCID. ANAL. PREV. 561, 561-68 (1993).
- 46 Alexander C Wagenaar , Mildred M Maldonado-Molina, Darin J Erickson, Linan Ma, Amy L Tobler, Kelli A Komro, *General deterrence effects of U.S. statutory DUI fine and jail penalties: long-term follow-up in 32 states*, 39 ACCID. ANAL. PREV. 982, 982-94 (2007).
- 47 Gerald R. Wheeler, Rodney V. Hissong, *Effects of Criminal Sanctions on Drunk Drivers: Beyond Incarceration*, 34 CRIME DELINQ. 29, 29-42 (1988).
- 48 Andrés García-Echalar, Tomás Rau, *The Effects of Increasing Penalties in Drunk Driving Laws—Evidence from Chile*, 17 INT. J. ENVIRON. RES. PUBLIC HEALTH. 1, 1-16 (2020)..

由此可見，以嚴厲法規制裁酒駕者，雖有一定程度之效果，卻無法真正改善重度飲酒者酒後駕車的行為與再犯情形。

而我國研究也指出，增加有期徒刑刑度只對初犯有效果，反之，對於經常性酒駕者，其威嚇效果便不足，也就是說，對多次酒駕犯罪者來說，監禁政策有邊際效應之問題，在其選擇酒駕行為的當下，刑期帶來的不便已不在考量之中⁴⁹，換言之，一味地加重徒刑刑期，對酒駕累、再犯者並不具嚇阻性。從數據上來看，我國歷經多次嚴刑化的修法，但新入監之受刑人中，不能安全駕駛前科者仍占 77.2%，其中再犯同罪者更高達 79.3%⁵⁰，可見單純的監禁並無法改善酒駕情形，尤其是累犯問題。

據觀察，重複酒駕者多有酒精成癮之問題，美國研究指出，首次酒駕者 78.9% 有酒精成癮現象，第二次酒駕為 89.2%，第三次酒駕者更高達 97.5% 有酒精成癮狀況⁵¹，而我國酒駕初犯者中有酒精成癮現象者亦高達 52.3%⁵²，其中，被檢測出越多次酒駕者，有酒癮問題的比例越高⁵³。研究指出，此類酒精成癮者的自我約束能力較

49 王姿文，酒駕再犯防制策略之研究-警察觀點，中央警察大學警察政策研究所碩士論文（已出版），2020 年，頁 85-86。

50 陳玉書、鄒啟勳，單純酒後駕車者適用刑罰政策的省思，犯罪防治研究專刊，8 期，2016 年 4 月，頁 1。

51 Vivia V. McCutcheon et al., *Alcohol criteria endorsement and psychiatric and drug use disorders among DUI offenders: Greater severity among women and multiple offenders*, 34 ADDICT. BEHAV. 432 , 432-39 (2009).

52 張祐銘等，台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 卷 2 期，2019 年 4 月，頁 155。

53 莊弼昌、張朝舜，酒癮駕駛人戒酒課程執行成效相關因素之研究，111 年道路交通安全與執法研討會，中央警察大學，2022 年 9 月，頁 353。

差⁵⁴，對於刑法之感受力較低，若僅仰賴嚴刑峻罰，成效不彰之情形可想而知。反而，採取醫療戒治手段，卻可有效改善個案的危險飲酒型態⁵⁵，並可顯著降低酒駕再犯率⁵⁶。國外研究也顯示，在監禁期間經治療者，兩年內僅有 10.4% 再次因酒駕被捕，相較於未受治療的單純監禁者之 21.5%⁵⁷，確有明顯改善。此外，受緩刑並參與為期 16 週的認知行為治療（Cognitive Behavioral Therapy, CBT）計畫者之再犯率為 11%，未參與者則為 25%⁵⁸。我國研究亦指出，酒精成癮者持續治療 4 個月以上時，其再犯率可降至 8.6%⁵⁹。又或者，在使用酒精成癮醫療資源並經 3 個月治療後，僅剩 4.4% 的個案酒精使用情形仍處於非常危險之程度，其中，45 名個案中於 3 個月內酒駕再犯者僅有 2 人⁶⁰。前述研究都再再指出，適當的醫療介入，將可有效降低酒精成癮導致的再犯問題。

54 莊弼昌、張朝舜，同前註 53，頁 353。

55 Wan-Ju Cheng, Li-Chung Pien, *A Comparison of International Drunk-Driving Policies and the Role of Drinking Patterns*, 55 AM. J. PREV. MED. 263, 263-70, (2018).

56 David J. Deyoung, *An evaluation of the effectiveness of alcohol treatment, driver license actions and jail terms in reducing drunk driving recidivism in California*, 92 ADDICTION. 989, 989-97 (1997).

57 Gregory L. Little, Kenneth D. Robinson, Katherine D. Burnette, *Treating Drunk Drivers with Moral Reconation Therapy: A Two-Year Recidivism Study*, 66 PSYCHOL REP. 1379, 1379–87 (1990).

58 Thomas P. Quinn, Elizabeth L. Quinn, *The Effect of Cognitive-Behavioral Therapy on Driving While Intoxicated Recidivism*, 45 J. DRUG ISSUES. 431, 431–46 (2015).

59 Wan-Ju Cheng et al., *Examining factors associated with postintervention recidivism in DUI repeat offenders after alcohol treatment: One-year follow-up study*, 130 J. SUBST. ABUSE TREAT. 1, 1-7 (2021).

60 陳奕廷、胡敬和、林家華、施寶雯、方俊凱，監理站酒駕者轉銜醫療模式建構計畫，健康促進研究與實務，4 卷 1 期，2021 年 1 月，頁 115-120。

參、我國酒癮戒治醫療處遇之困境

目前在我國制度下，酒駕者可依以下管道給予轉介處遇以進行戒癮治療：緩起訴附命戒癮治療、易科罰金或易服社會勞動附命戒癮治療、緩刑期間附命治療以及 108 年 4 月 17 日修正公布之道路交通管理處罰條例規定，對於酒駕吊銷駕駛執照者，重新考照時須接受酒癮治療之方案。然我國近 5 年內因酒駕受緩起訴處分者有 71,630 人，其中僅有 1,275 人為附命酒精戒癮治療者，占整體約 2%，且履行完成率亦僅有 76.4%⁶¹，可見我國酒癮戒治醫療處遇並不普及，可能原因如下：

一、經費及資源不足

經緩起訴轉介之酒癮患者，其戒癮療程並無健保給付，治療需須全額自費。雖然衛福部每年補助中低收入戶酒癮個案門診、藥費、住院等費用，預算從 111 年編列 2,987 萬 6,000 元⁶²，112 年增加至 3,013 萬 9,000 元⁶³，113 年編列 4,190 萬 9,900 元⁶⁴，呈逐年上升趨勢，但在每人至多可申請 4 萬元之情形下，每年仍只有一、二千人

61 法務部，同前註 38。

62 衛生福利部，111 年度「酒癮治療費用補助方案」說明書，臺南市政府衛生局，<https://health.tainan.gov.tw/lasthealthweb/warehouse/%7B9681923E-62D4-4CC4-B45C-219B99203521%7D/111 年酒癮治療費用補助方案說明書.pdf>（最後瀏覽日期：2024 年 11 月 18 日）

63 衛生福利部，112 年度「酒癮治療費用補助方案」說明書，衛生福利部心理健康司，2022 年 12 月 12 日，<https://www.mohw.gov.tw/dl-81946-191ealf5-fb2c-497aa492-db82c658131c.html>

64 衛生福利部，113 年度「酒癮治療費用補助方案」說明書，衛生福利部心理健康司，2024 年 2 月 6 日，<https://dep.mohw.gov.tw/DOMHAOH/cp-4100-76992-107.html>

可獲得補助，然我國酒精成癮者至少有 30 萬至 80 萬人⁶⁵，需求量仍遠高於政府提供之補助額。有文章指出，根據醫療人員的實務經驗，前述補助額約於半年內便耗盡，然而，一個完整的酒癮療程須持續半年至一年⁶⁶，未能補助之部分仍需由民眾自費，故酒精成癮者若住院一個月以接受戒癮療程，若其本身經濟狀況已不佳，尚需另外負擔數萬元費用，民眾可能因難以負荷而拒絕接受戒癮療程。

再者，我國長期缺乏專業戒除酒癮機構、酒癮者宿舍等轉介安置資源⁶⁷，甚至直到 112 年 11 月，我國才成立首間戒酒中心⁶⁸。而我國戒酒民間自助團體亦不普及，更缺乏酒癮相關協會及團體等資源，常見的宗教性戒癮團體又以戒除毒癮為主、戒酒為輔，可見戒酒的相關服務與資源，仍待補足。目前為止，我國現有戒酒服務多由醫療機構提供，然而，各醫院因所在地區及規模大小，可所提供之戒酒處遇量能不一，也難以全面性及系統性地提供戒癮療程。

二、個案意願不足

中重度酒精成癮者常需住院接受戒癮治療，而我國酒癮戒治服務主要由精神科醫療院所負責。然而，許多醫院並未區隔戒癮病房

65 何柏均、曹馥年，從藥物治療到戒酒互助會，台灣酒癮戒治的漫漫長路，報導者，2022 年 5 月 9 日，<https://www.twreporter.org/a/reducing-harmful-use-of-alcohol-2>

66 陳燕珩，同前註 32。

67 胡淑梅，酒癮患者使用不同酒癮戒治資源後處遇流程之現況探討—以曾自願戒酒之酒癮患者為例，長榮大學人文社會學院社會工作研究所碩士論文（已出版），2009 年，頁 16-26。

68 酒防中心即啟航 戒酒之路伴你行 首家「台灣戒酒暨酒癮防治中心」啟航，酒癮預防與治療邁入新里程碑，衛生福利部，2023 年 11 月 27 日取自：<https://www.mohw.gov.tw/cp-6558-76686-1.html>

與精神疾病病房，使酒精成癮患者與精神疾病患者需共用一間病房，可能使酒癮個案深怕受標籤化，以致降低其接受治療戒治之意願⁶⁹。再者，酒精成癮者往往有無病識感、欠缺戒癮知能、缺乏戒癮動機等問題⁷⁰，以致使用戒癮服務者之數量低落，這些涉及個人認知層面的問題，最終導致酒精成癮的問題無法獲得全面改善。

三、司法轉介率低

在 108 年至 112 年間，我國每年因酒駕受緩起訴處分者約有一至二萬人，但每年附命酒精戒癮治療者，卻僅有數百人，110 年甚至僅有 90 人⁷¹。由此可見，經由司法轉介至醫療體系之酒駕犯罪者，比例甚低。原因在於，現行制度下若欲將酒駕個案由司法系統轉介至醫療體系，需為緩起訴處分，此可能造成積案情形，增加司法行政上之負擔，從而檢察官將個案轉介至醫療院所之比例，始終不高。再者，檢察機關亦會面臨司法與醫療問題間的矛盾，酒駕累再犯因酒精成癮而須接受戒癮治療，才能從根本解決酒駕問題，然為使其可接受治療而需為緩起訴處分，與累犯應從重求刑之邏輯相違背，將產生制度上之矛盾⁷²。

四、醫療資源難以進入矯正機關

受近年酒駕行為嚴刑峻罰化之修法態勢影響，致使許多未剝奪

69 蔡美娟，法務部矯正署高雄第二監獄實施藥癮酒癮戒治醫療服務計畫經驗分享，矯政期刊，6 卷 1 期，2017 年 1 月，頁 173。

70 蔡美娟，同前註 69，頁 175。

71 法務部，同前註 38。

72 陳燕珩，同前註 32。

他人生命之酒駕犯罪者入監服刑，以致監獄人滿為患，更使矯正機關中醫療量能更加不足。再者，監獄中的看診藥物需自費，部分矯正機關擔心藥物轉讓等問題，或是個案不願進藥之情形⁷³，都使醫療資源難以進入監所，應受戒癮治療的酒駕犯罪者，反而無法使用醫療相關資源。而我國矯正機關普遍存在超收情形⁷⁴，在人力不足之狀況下，戒治主力又集中於毒癮戒治，使得監獄內的酒癮戒治作為，受到當前實務政策上之排擠。

肆、修法之外的方法：酒癮治療及綜合性措施的運用

一、酒精戒癮治療

酒精成癮為酒駕再犯率居高不下的一大原因，因此，透過積極治療緩解酒癮問題，為解決我國遏止酒駕行為的根本之道。而目前我國酒精戒癮治療可分為於醫療院所住院治療，與結合民間資源及門診進行社區性處遇措施為主。

(一) 醫療院所治療

我國酒精戒癮治療多以疾病觀點，併入生物心理社會治療模式⁷⁵進行戒治，使酒精戒斷期中之患者於醫療院所監測其健康狀況，

73 林琮恩，醫療跨不進高牆…戒斷治療中斷 癮君子再犯率高，聯合報，2023年9月3日，<https://sdgs.udn.com/sdgs/story/123725/7412703>

74 蔡美娟，同前註 69，頁 173。

75 此模式係用於說明在自然體系中，若以人為中心，人以下的層次為各種生理系統及人以上的層次，包含兩個人以上的關係、家庭、社區、文化、社會、民族等。取自：黃建達，全人照護之醫學教育：以敘事醫學為教學研究的模型，林口總院醫教電子報，105年第9期，2016年9月15日。

https://www1.cgmh.org.tw/intr/intr2/ebmlink/36100/enews/me_epaper_105-09.htm

適時給予藥物輔助，並在戒斷症狀緩解後輔以團體心理治療或衛教⁷⁶。有研究已指出，以那淬松⁷⁷結合認知行為治療進行為期三個月的療程後，可有效維持患者未重度飲酒之效果⁷⁸。

然而，我國現今酒精戒治之經費與資源，遠不及菸害防制及毒癮戒治⁷⁹，若政府單位增加酒精戒癮相關資源與預算，並增加酒精成癮者之治療率，應可有效降低酒駕再犯情形，解決酒駕問題。

(二) 社區性處遇與民間戒癮資源

如前所述，由於我國設有酒癮戒治之醫療院所，多將其歸類為精神治療，也未將酒癮患者與精神疾病患者之收容區域劃分，使有戒癮需求者為避免被標籤化，而降低其住院治療之意願。此外，目前酒癮戒治療程並無健保給付，即使已有部分補助款，有戒酒需求者仍需負擔多數住院費用，此情形也降低了酒精成癮者接受治療的意願。美國研究發現，與住院治療相比，透過門診追蹤護理的戒酒成功率更高⁸⁰。此外，過去文獻也指出，美國只有 13.5% 酒精成癮者是透過住院方式接受治療，86.5% 都是透過門診等模式接受治療，

76 張淑菁，優勢觀點團體工作運用於酒癮患者之研究，國立暨南國際大學社會政策與社會工作研究所碩士論文（已出版），2013 年，頁 19。

77 那淬松係是類嗎啡受體的拮抗劑，透過阻斷大腦類嗎啡受體的效果，減少對於酒精的渴癮現象，以重拾對於飲酒行為的控制力。取自：拒絕酒害-哪種酒癮治療藥物適合我，臺北市立聯合醫院醫病共享決策輔助平台，
<https://sdm.tpech.gov.tw/xcsdm/cont?xsmid=0I344395713692901115&sid=0K322547868686027965>（最後瀏覽日期：2024 年 11 月 18 日）

78 謝兆翔，那淬松合併心理治療對預防酒癮復發的效果討論，國立成功大學行為醫學研究所碩士論文（已出版），2006 年，頁 59-60。

79 何柏均、曹馥年，同前註 65。

80 Nadkarni A, et al., *Community detoxification for alcohol dependence: a systematic review*. 36 DRUG ALCOHOL REV. 389, 389–99 (2017).

使患者仍可保有正常生活，不會與社會脫節，並且多數治療計畫都鼓勵患者參加匿名戒酒互助會（或稱戒酒無名會，Alcoholics Anonymous, AA）等自助團體⁸¹。而研究也指出，長期參與 AA 者可改善酗酒問題，並可有效降低酒駕再犯率。故積極將酒精成癮者轉介並持續參與 AA 之運作，將可改善酒駕問題⁸²。

我國目前提供之戒酒服務門診，仍多集中在大型醫院或身心科診所⁸³，普及度不高。而民間戒治資源，如沐恩之家、晨曦會、歸回團契等，多屬中途之家模式，且多設立於偏遠之處，如花蓮、屏東等⁸⁴，部分民眾較難使用相關資源，而我國無名戒酒會僅在新北、桃園、台中、台南及高雄等地設有據點，其餘縣市民眾如欲參與顯屬不便⁸⁵。可見與美國相較之下，我國在社區戒癮方面的資源較為缺乏，一方面，治療仍停留在醫療院所內；另一方面，社區戒治資源仍有待開發⁸⁶。

81 Richard K. Fuller, Susanne Hiller-Sturmhofel, *Alcoholism Treatment in the United States*, 23 ALCOHOL RES HEALTH. 69, 69-77 (1999).

82 Christine Timko et al., *Driving While Intoxicated Among Individuals Initially Untreated for Alcohol Use Disorders: One- and Sixteen-Year Follow-Ups*, 72 J STUD ALCOHOL DRUGS. 173, 173-84 (2011).

83 臺北市政府衛生局，酒癮治療服務機構，台北市衛生局社區心理衛生中心，2024 年 9 月 13 日，https://mental-health.gov.taipei/News_Content.aspx?n=91767061C244B797&sms=94292E787570CFED&s=E2BCC5B34E7433EF

84 張淑菁，同前註 76，頁 20。

85 戒酒無名會台灣，<http://www.aataiwan.org/meetings.html>（最後瀏覽日：2024 年 11 月 18 日）

86 胡淑梅，同前註 67，頁 27-28。

二、綜合性措施

許多研究已指出，單純地將法規嚴刑峻罰化並不能有效降低酒駕發生率，要全面抑制酒駕，尚須從醫療及其他政策面著手。職是之故，我國的酒駕政策應多考慮刑罰外之綜合性處遇措施，而非一味提升酒駕刑度。

(一) 增加酒駕檢查站數量

研究指出，對酒駕之懲罰以確定性最具影響力，迅速性次之，最後為嚴厲性。可見對酒駕累犯而言，酒駕行為是否被懲罰的機率，最能反映其是否再次酒駕的可能性，即使法令訂定再嚴厲，倘確定性低，亦容易使酒駕累犯心存僥倖，法律規範形同虛設⁸⁷。因此，執法單位應可提高酒駕檢查站之設立頻率，以提升政策確定性，在特定熱點或道路增加見警率，無疑能提升酒駕犯罪之逮捕率，亦能提升潛在酒駕者被逮捕的感知⁸⁸。有後設研究就發現，酒駕檢查站至少降低了 17% 的酒駕相關車禍，可見其成效顯著⁸⁹。

(二) 酒精鎖

酒精鎖即車輛點火自動鎖定裝置，為安裝於汽機車上，具備測量吐氣酒精濃度之儀器。當駕駛人的吐氣酒精濃度超標時，車輛便無法啟動。有研究表明，裝有酒精鎖者，因酒駕再次被逮捕的人數

87 吳姿瑩，酒駕重罰化對成年累犯之嚇阻效果，國立臺北大學犯罪學研究所碩士論文（已出版），2015 年。

88 鄭元皓等，同前註 33，頁 85。

89 Alena Erke et al., *The effects of drink-driving checkpoints on crashes—A meta-analysis*. 41 (5) ACCID. ANAL. PREV. 914, 914-923 (2009).

比未裝者少了 65%，可見裝設酒精鎖確實能有效減少酒駕再犯⁹⁰。亦有研究指出，酒精鎖規範的實施，對於 24 個月後致死性酒駕肇事案件量降低有所助益⁹¹。故透過裝設酒精鎖實質阻止飲酒者駕車，應可有效降低酒駕發生率。然而，我國汽機車數量眾多，租借容易，若未普設酒精鎖，而僅在有酒駕前科者之車輛上裝設，是否能有效阻止酒後駕車，仍有待深究。

(三) 酒駕生命教育課程

研究發現，酒駕生命教育課程可使酒駕者意識到自身行為所帶來的後果和嚴重性⁹²，進而檢討自身作為。然而，教育課程可能只對於初犯者有其效果，但對於已有酒精成癮徵兆者而言，效果可能不大。

(四) 24/7 清醒計畫⁹³

24/7 清醒計畫為美國南達科他州的酒駕政策，此計畫要求因酒

90 Jeffrey H. Coben, Gregory L. Larkin, *Effectiveness of ignition interlock devices in reducing drunk driving recidivism*, 16 AM. J. PREV. MED. 81, 81-87 (1999).

91 顧以謙，美國酒測點火自鎖裝置制度防治致命性車禍成效之啟發，刑事政策與犯罪防治研究專刊，19 期，2018 年，頁 74。

92 李俊毅，現行酒駕處遇及替代方案之研究，中華大學行政管理研究所碩士論文（已出版），2018 年，頁 86。

93 24/7 清醒計畫是南達科他州總檢察長拉里·朗（Larry Long）於 2005 年開始實施的酒駕防制政策，為美國第一個強制監控酒駕慣犯的州級計劃。該計畫要求血液酒精濃度（blood alcohol concentration, BAC）達 0.17 以上的酒駕初犯者和酒駕再犯者進行每日兩次的呼氣測試、配戴監控手環、使用藥物貼片等，未參加測試或酒精測試呈陽性者會被撤銷緩刑、假釋或保釋並立即入獄。取自：*24/7 Sobriety Program: Essential Elements and Best Practices*, SCRAM SYSTEMS (Mar, 2016), <https://www.scramsystems.com/wp-content/uploads/2020/06/24-7-sobriety-program-essential-elements-best-practices.pdf>

駕被逮捕者每日進行兩次呼氣測試，若檢測結果為陽性或未檢測者則立即入獄一至兩天⁹⁴。研究發現，南達科他州的 24/7 清醒計畫參與者於 12 個月內再次因酒駕被逮捕或緩刑被撤銷的比例，比未參與者低 49%⁹⁵，可見此計畫的良好成效⁹⁶。

此計畫可減少未致傷酒駕事件即入獄而使監獄超額收容之情形，此外，持續性酒精監測也可達到戒酒效果，減少酒精成癮者再次酒駕的機率。因此，本章認為我國可參考美國的 24/7 清醒計畫，透過頻繁的酒精監測與長期監督，降低酒駕再犯率並解決監獄擁擠問題。

伍、結論：強化酒癮戒治之社區資源

本章認為，單純將酒駕法規重刑化，並無法有效降低酒駕之再犯問題，政府單位應從修法提高刑度以外的視角著手，如各種已具科學實證基礎的綜合性制裁措施。更重要的是，酒駕高再犯率的一大原因為酒精成癮所致，但相較於毒癮戒治，目前我國酒癮戒治的資源仍屬缺乏，在當前政府戒癮政策的取捨下，便可能在無意間剝奪了酒精成癮者獲得完整治療的機會，也使酒駕再犯情形居高不下。

再者，既然一味的將法規嚴刑峻罰化對於嚇阻酒駕再犯無明顯成效，立法單位便不應再舉「民意」之大纛，一次次地將法規再朝

94 RESPONSIBILITY.ORG, 24/7 Programs, <https://www.responsibility.org/wp-content/uploads/2015/03/24-7-Programs-20151.pdf> (last visited Sep.10, 2024)

95 Beau Kilmer, Greg Midgette, *Criminal Deterrence: Evidence from an Individual-Level Analysis of 24/7 Sobriety*, 39 J. POLICY ANAL. MANAGE. 801, 801-34 (2020).

96 Greg Midgette, Beau Kilmer, *Can novel ‘swift-certain-fair’ programs work outside of pioneering jurisdictions? An analysis of 24/7 Sobriety in Montana, USA*, 116 ADDICTION. 3381, 3381-87 (2021).

重刑化的趨勢邁進。為真正解決酒駕問題，我國應強化酒癮戒治醫療資源，尤其是提升酒駕緩起訴附命戒癮治療之比例，並結合民間資源，打造健全之社區性戒癮體系，同時輔以綜合性處遇措施，如增設酒駕檢查站、加裝酒精鎖等，最後，則須提供個案具實益性的多元化戒癮輔導、認知教育方案，如美國 24/7 清醒計畫等，以建立酒駕者監測制度等，才能從根源有效解決酒駕問題。

儘管拒絕與嚇阻酒駕行為已是社會集體共識，但事實上，酒駕政策的最終目的在於對「飲酒後駕駛交通工具之失能行為」的減害作為，而非減少飲酒行為⁹⁷，酒癮戒癮治療也是為了處理酗酒行為，而非飲酒問題，若我們持續把酒駕行為框架成純粹的犯罪問題，且只能透過嚴刑峻罰加以阻止的話，該政策方向便與成癮問題中的「減害」理念，相互背離。

97 鄭元皓等，同前註 33，頁 94。

中華民國一一二年犯罪狀況及其分析

2023 犯罪趨勢關鍵報告

編 者：法務部司法官學院

主 編：蔡宜家

發 行 人：柯麗鈴

出 版 者：法務部司法官學院

地 址：臺北市大安區辛亥路三段 81 號

電 話：(02)2733-1047

傳 真：(02)2377-0171

電子郵件：tsaichia@mail.moj.gov.tw

網 址：<https://www.cprc.moj.gov.tw/1563/1590/1592/43130/post>

出版年月：2024 年 12 月初版

定 價：無

GPN 1011301781

ISBN 978-626-7220-59-7 (PDF)

978-626-7220-60-3 (紙本)

DOI 10.978.6267220/603

電子書播放資訊：

作業格式：Windows OS

檔案格式：PDF

播放軟體：PDF Reader

使用載具：PC