

## 駕駛人酒癮戒治處遇政策執行之初探

莊弼昌<sup>1</sup>、張朝舜<sup>2</sup>、游登竣<sup>2</sup>

### 摘要

長年以來，事故傷害身亡一直是每年我國國人十大死亡原因之一，政府近年來為了能降低酒後駕車所帶來的負面影響及社會成本，透過防制酒駕政策來提高懲罰條款和相關修法，但酒後駕駛所造成的傷害甚至導致死亡的案件仍時常在報章媒體看見。政府透過酒後駕車防制策略，雖能有效嚇阻酒駕行為，但是有酒癮的駕駛人可能較不易受國家酒駕政策的約制，且於社會中常出現酒後駕車肇事逃逸情事，酒後駕車已然變成公害行為及輿論關注的焦點。目前的國家政策大致透過警察機關加強取締來達到嚇阻目的及執法成效，這樣的作法雖有一定的執行成果，但如果要作為更全面性及長遠性的防制酒駕政策，卻仍稍嫌不足，如能加入其他多元化配套措施，必能使防制酒駕政策更臻完善。本研究針對現行酒癮戒治處遇服務方案之檢討分析，以雲林縣之執行概況為例，進行研究探討，初步發現其相關課程目標及內容設計仍有改善空間，未來可針對相關對象之需求及處遇成效之評估，進行更深入之探討，以提供相關主管及執行機關研擬對策及實施之參考。

**關鍵字：**酒精濃度與肇事率、戒酒治療、酒癮戒治處遇服務方案

### 一、前言

矯治機關內雖有針對犯不能安全駕駛罪駕駛人的一般處遇措施，但不能安全駕駛罪大多判處6個月以下有期徒刑居多，處遇措施期程通常較短，可能無法實際有效改變駕駛人酗酒的習慣或改善避免酒後駕車的認知。如能借助現行處遇治療的機制，追蹤參與社政、醫政及衛政機關戒酒治療的駕駛人，於接受治療後之飲酒行為，探討如何透過處遇治療的系統，來提供日後擬定酒駕政策之參考。

如能透過整合性的國家政策及處遇治療制度並落實執行，以連結更多治療資源為目標，並建立轉介機制，強化酒癮治療服務品質，有效降低有酒癮的駕駛人造成的危害，將可減少交通事故被害人及其家屬身體及精神上的損失，亦可降低社會成本的損失。透過分析接受處遇治療後的駕駛人，個人在其認知行為及各種環境因素下之差異性研究，期能找到有效措施矯正並降低有飲酒習慣的駕駛人發生酒駕行為，藉以提供社政、醫政及衛政機關在執行處遇治療時之具體建議。

### 二、文獻回顧

---

<sup>1</sup> 中央警察大學交通學系暨交通管理研究所副教授(聯絡地址：桃園市龜山區大崗里樹人路56號，電話：03-3282321 分機4603，E-Mail: una050@mail.cpu.edu.tw)。

<sup>2</sup> 中央警察大學交通管理研究所研究生。

本文蒐集以下相關研究之學術論文、研討會所發表之文獻進行回顧與分析。

## 2.1 酒精影響

蔡中志(2000)針對國人所做的研究顯示：國人之酒精代謝速率較西方人慢，若飲酒過量，身體酒精在3小時內仍難下降，酒精是一種中樞神經抑制劑，主要的藥理作用在抑制中樞神經的高階功能，而使人失去自我控制能力，其中，大腦皮質對酒精最為敏感，酒精對網狀活動系統亦有抑制作用。大腦皮質受抑制後就失去統一控制的能力，於是各種動作均無法達成，分辨力、判斷力、注意力等呈現遲鈍，甚至完全喪失。若在高速行駛的情況下，肇事機率自然高出許多，歸納酒精濃度與肇事率的情況，如下表1所示：

表1 人體酒精濃度與肇事率(行為表現)之關係

呼氣中酒精濃度 (血液中酒精濃度)	行為表現或狀態	肇事率
0.25mg/l (0.05% ; 50mg/dl)	複雜技巧障礙、駕駛能力變壞	2 倍
0.40mg/l (0.08% ; 80mg/dl)	多話、感覺障礙	6 倍
0.50mg/l (0.10% ; 100mg/dl)	說話含糊、腳步不穩	7 倍
0.55mg/l (0.11% ; 110mg/dl)	平衡感與判斷力障礙度升高	10 倍
0.75mg/l (0.15% ; 150mg/dl)	明顯酒醉、步履蹣跚	25 倍
0.85mg/l (0.17% ; 170mg/dl)	噁心、步履蹣跚	50 倍
1.50mg/l (0.30% ; 300mg/dl)	呆滯木僵、可能昏迷	迷醉
2.00mg/l (0.40% ; 400mg/dl)	呼吸中樞麻痹、漸近死亡	無法開車
2.50mg/l (0.50% ; 500mg/dl)	死亡	

資料來源：蔡中志(2000)

嚴重的酒後駕車事故，往往伴隨著超高的酒測值，所以一般認知為酒測值越高，所造成的交通事故就會愈嚴重，因此，可針對酒後駕車之因果關係進行深入的探討，以作為後續擬定相關配套措施之參考依據。

## 2.2 酒癮定義及治療方式

在國內多數採用美國精神醫學會制訂之精神疾病的診斷準則手冊，將酒精使用患者分為酒精依賴、酒精濫用與酒精中毒(孔繁鍾、孔繁錦，2007)。

### 2.2.1 酒精依賴定義

酒精依賴的定義是一種適應不良的物質使用模式，導致臨床上重大損害或痛苦，在同一年期間內，由於酒精的使用而出現下列三項或三項以上的狀況者：

1. 耐受性，定義為下列兩項中任一項：
  - (1) 需顯著增加酒精使用量以達到中毒或所欲效果。
  - (2) 繼續原有酒精使用量則效果大幅降低。
2. 戒斷，表現出下列兩項中任一項：
  - (1) 有酒精特徵性的戒斷症候群。
  - (2) 必須使用酒精以緩和或避免戒斷症狀。
3. 酒精的攝取，常比此人所意願為更大量或更長時期。

### 2.2.2 酒精濫用定義

指在同一年期間內出現下列各項中一項以上者稱之：

1. 一再地酒精使用，造成無法實踐其工作、學業或家庭的主要角色責任。
2. 在明知酒精使用對身體有害的狀況下，仍繼續使用此物質。
3. 一再捲入與酒精使用關聯的法律糾紛。
4. 縱使由於酒精使用的效應已持續或重複造成加重此人的社會或人際問題，仍繼續使用酒精。

### 2.2.3 酒精中毒定義

近期內有飲酒行為，且酒後或飲酒時發生明顯的適應不良行為或心理變化，並有下列一項或一項以上的症狀：言詞含糊、運動協調障礙、步態不穩、眼球顫動、注意力或記憶力損壞或昏迷(孔繁鍾、孔繁錦譯，2007)。

### 2.2.4 酒癮治療之方式

1. 藥物治療：酒精依賴的治療方式可以藥物治療改善症狀，剛開始使用藥物治療，給予適當的抗焦慮鎮定及抗憂鬱劑，可以降低酒精戒斷所產生的不舒服、紓解鬱悶情緒，嚴重時可以安排短期住院，隔離酒精的來源，處理戒斷的不舒服，利用藥物治療戒斷現象，使對象先維持生理上的平衡，再視情況接受近一步的治療。
2. 精神與心理治療：當處遇對象狀態穩定後，並開始有戒酒癮的動機時，使處遇對象的情緒有發洩管道，教導其建立良好人際關係、增進自我認知及處理平時生活的能力與信心，此類型認知行為治療，可對於戒除酒癮的動機，給予強化肯定，鼓勵以其他方式紓解情緒、安排休閒生活與放鬆，並討論在社交場合拒酒的方法。

## 2.3 酒駕肇事危害

駕駛人飲用酒精會降低反應力、注意力及分辨力，所以駕駛人酒後駕駛交通工具所產生的肇事機率比未飲酒駕駛人相對高很多，且酒駕肇事所造成的傷亡亦相對嚴重。圖 1 與圖 2 為內政部警政署統計 104 年至 108 年酒駕肇事傷亡人數：

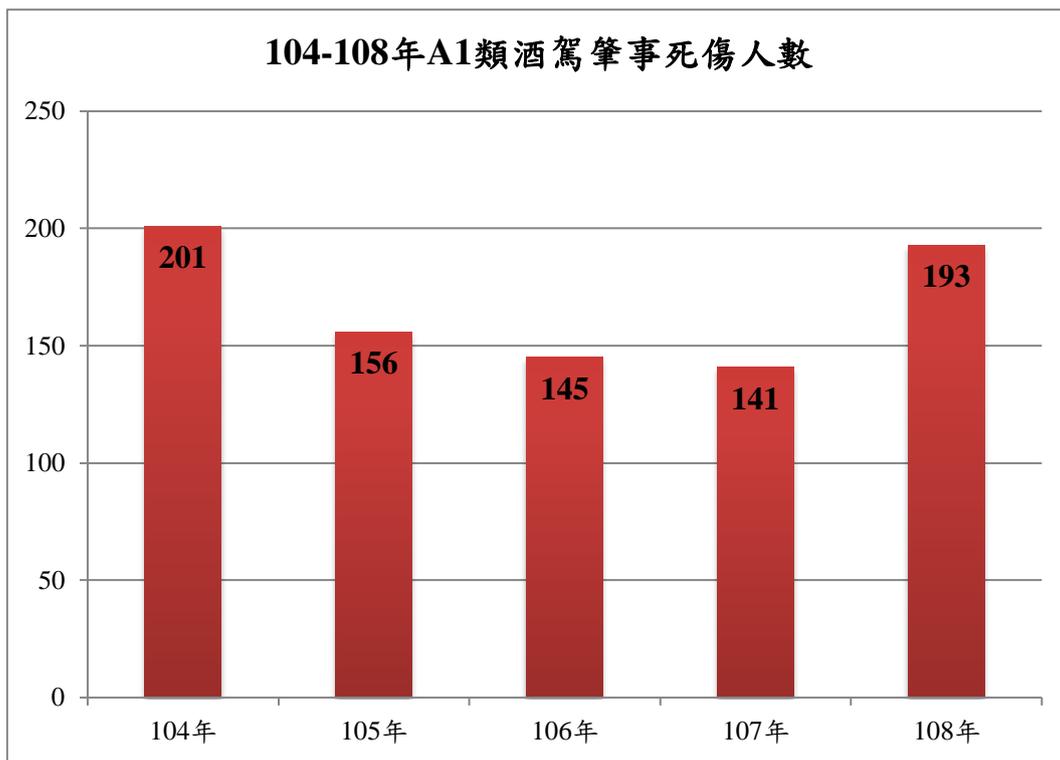


圖 1 A1 類酒駕肇事死傷人數趨勢圖

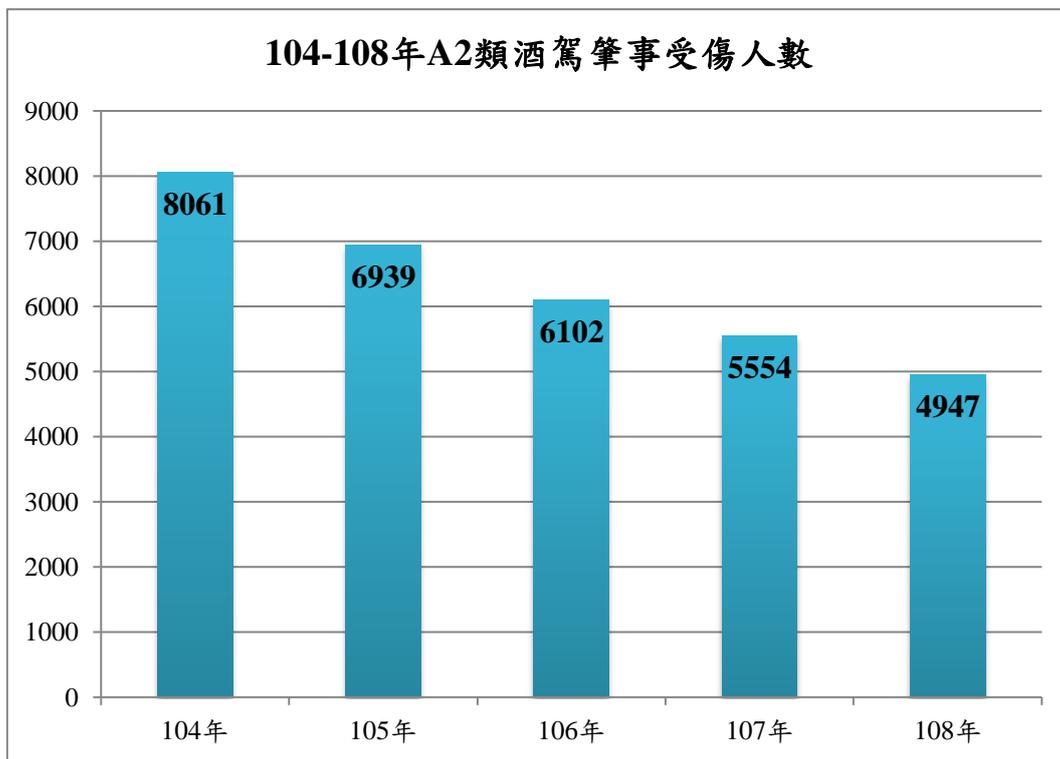


圖 2 A2 類酒駕肇事受傷人數趨勢圖

## 2.4 我國「酒癮戒治處遇服務方案」計畫

2014 年一項國人酒精使用型態與醫療使用行為關係的研究則指出，青壯年(18—39 歲)及中年(40—64 歲)族群每天喝酒的盛行率分別為 1.82%與 4.82%，可能酒癮則分別為 2.4%及 2.27%，顯示有一定比例的人口有酗酒或酒癮問題(林忠穎等，2014)。

酒精成癮，除對個人生理及心理健康造成嚴重損害外，亦將導致其職業、家庭及親職等層面的失能，成癮者因而成為家庭(家屬)嚴重的經濟、情緒與生活負擔，強迫性的物質使用行為，更使成癮者衍生社會問題，為強化酒癮民眾的醫療服務，衛生福利部自 2006 年開辦「酒癮戒治處遇服務方案」，每年依當年度經費預算情形，訂定『酒癮治療費用補助方案』，其計畫內容說明如下：

### 2.4.1 收案標準

- 1.經法院裁定保護令內容律定應執行家庭暴力加害人處遇計畫—戒酒癮治療或戒酒認知教育輔導之相對人。
- 2.經社政機關或民間婦幼團體轉介，兒童及少年保護個案家庭成員中之酒癮對象。
- 3.經衛生局評核之個案：
  - (1)各鄉鎮市衛生所或相關機關(構)等評估後轉介對象。
  - (2)各醫療院所或相關機關(構)等評估後轉介對象。
  - (3)酒精成癮自行求助者。

### 2.4.2 計畫內容與補助原則

補助項目及標準：每人每年度累計補助額度以 4 萬元為限，補助時間直至該年度「酒癮治療服務方案」計畫補助經費用罄。具體計畫內容補助說明詳見下表 2：

### 2.4.3 計畫目的

本計畫係為幫助有戒酒癮意願者提供免費門診治療，若其合併有戒斷生理症狀，則協助安排住院進行治療相關事宜；如無戒斷生理症狀，則轉介安排各項認知教育輔導課程。治療過程中提供酒精依賴及酒駕法令常識，減少酒駕行為人不良思想及酒精依賴性，協助其行為改變，持之以恆定能有效達成治療目標，對於有酒癮的民眾，應可發揮一定成效。

## 2.5 我國監所設立之戒酒輔導課程

謝坤展(2016)透過法務部矯正署臺北看守所於 2013 年開設的戒酒輔導課程，以實驗法的方式，探討參與及未參與戒酒輔導課程的酒駕受刑人之戒酒成效，該研究將研究對象分為兩組對照組(未參與課程)及實驗組(參與課程)，流程概述如下：

### 2.5.1 新收評估階段

蒐集彙整酒駕受刑人酒癮史等相關資料，依新收調查資料且有戒癮意願者，安排接受密集輔導。

表 2 衛生福利部 109 年度酒癮治療服務方案

處置項目	單次補助 額度上限 【核實支付】	補助內容說明 (每項補助之申請，均應有臨床處置紀錄)
住院	25,000 元/次	1. 包含住院期間自費之診察費、檢查費、藥費、藥事服務費、治療處置費、護理費等。 2. 不含住院伙食費和健保病房費差額。
酒癮初診	2,600 元/次	1. 含診斷性會談、家庭功能評估、生理或心理功能檢查、支持性心理會談、藥費、藥事服務費等。 2. 不含掛號費。 3. 依個案到院實際接受上述初診項目予以補助，惟每次上限為 2,600 元。
酒癮門診複診	1,000 元/次	1. 含診察費、藥費及處置費、藥事服務費、支持性會談等。 2. 不含掛號費。 3. 個案實際到院複診始予補助。
酒癮個別心理治療	1,444 元/次	1. 單次治療時間需至少 40 分鐘以上。 2. 於個案實際完成治療當次可申請補助本項費用 1 次。
酒癮團體心理治療	420 元/人/次	1. 每個團體心理治療成員以 4~12 人為原則。 2. 每次團體心理治療時間需至少 60 分鐘。 3. 於個案實際完成治療當次可申請補助本項費用 1 次。
酒癮家族治療	1,200 元/次	1. 單次治療時間需至少 60 分鐘。 2. 於個案確實完成治療當次，始得申請補助。
酒癮個案管理服務費	150 元/次	1. 針對接受酒癮治療之個案提供個案管理服務，包括：治療情形之追蹤、簡短介入提升醫囑遵從性、促進預防復發、瞭解生活狀況與需求，並協助資源連結與轉介等。 2. 每位個案每月補助至多 4 次。

資料來源：衛生福利部(2019)

### 2.5.2 在所輔導階段

1. 在所一般輔導：針對全所受刑人實施酒駕宣導課程，每月至少 1 次，為一般受刑人處遇。

- 2.在所密集輔導：即戒酒輔導課程，引進社會資源，針對出所前3個月之酒駕受刑人，篩選有戒癮意願者成立酒駕犯戒酒輔導班，密集實施家庭支持、認知輔導、諮商輔導、宗教輔導、衛生教育、法治教育、品格教育、生命教育及體能訓練等9項課程，每週各實施1次，加強酒駕犯對酒癮的感受及酒駕相關法律知識。

### 2.5.3 出所前輔導階段

酒駕受刑人期滿前1個月，以小班制8-15人實施酒駕警示教育、拒癮策略教導。

謝坤展(2016)經分析結果顯示實驗組在監所戒酒輔導課程的各項目標上均比對照組顯著進步，參加戒酒輔導課程對於酒駕受刑人帶來的正向效果雖然無法直接證明可降低再犯率，惟透過各項戒酒輔導課程與相關理論基礎的連結，應可間接降低再犯行為的發生。

## 三、現行政策執行面之評估分析—以雲林縣為例

### 3.1 執行背景與流程

雲林縣問題性飲酒個案以男性居多，年齡座落於21-40歲及51-60歲之間，職業以從事工礦、服務業居高，其中職業為「工」比率最高。雲林縣政府與國立臺灣大學醫學院附設醫院雲林分院、天主教若瑟醫療財團法人若瑟醫院、中國醫藥大學附設醫院北港分院及國立成功大學醫學院附設醫院斗六分院等醫療機構配合，以持續提升自行求助及網絡轉介率，連結更多治療資源為目標，積極宣導讓民眾知曉酒癮是可以治療的，並與網絡單位建立更穩固的轉介機制，強化醫療機構酒癮治療服務品質，以讓更多有飲酒困擾之民眾有接受治療的機會，協助其重返正常生活，經費來源由衛生福利部補助，由雲林縣衛生局代審代付酒癮治療處遇機構執行之費用，服務對象包括下列相關來源及對象：

- 1.經法院裁定或地檢署轉介須接受戒酒治療或戒酒教育者。
- 2.兒童少年保護個案或高風險家庭成員中之酒癮個案，經各直轄市、縣(市)政府社會處(局)或委託民間團體評估及確認有治療意願者。
- 3.其他單位(如監理所、醫院等)轉介之自願戒酒者。
- 4.自願戒酒者。

其相關治療流程詳如圖3所示：

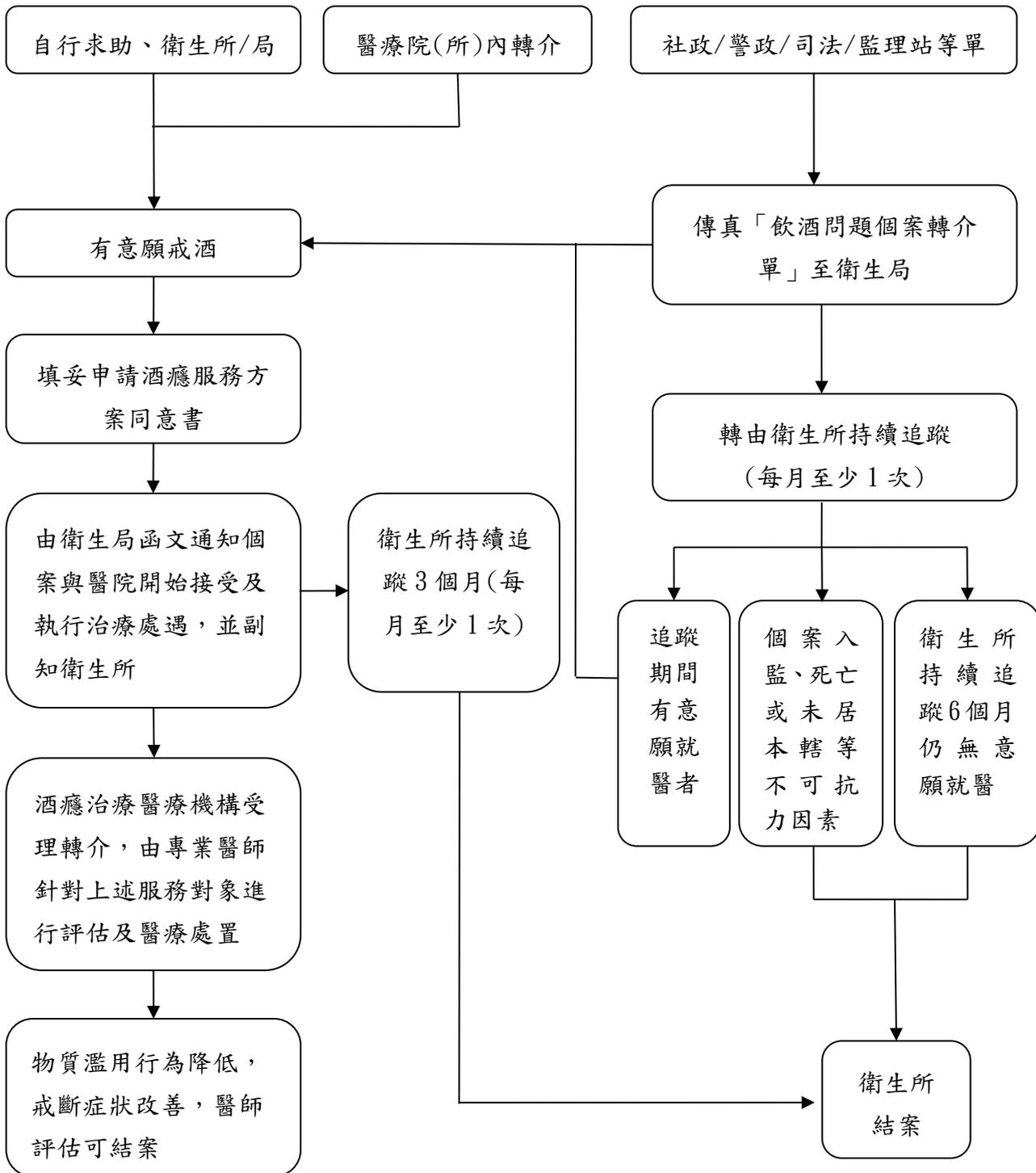


圖 3 雲林縣酒癮治療轉介、追蹤與醫療服務流程圖

資料來源：雲林縣政府(2020)

### 3.2 執行面策進作為

#### 3.2.1 持續加強網絡間與醫療機構之合作關係

透過持續加強網絡間與醫療機構跨科別之合作關係，願意接受衛生所衛教關懷及醫療資源者，即使暫無戒酒意願者亦可轉介給當地衛生所進行追蹤關懷，亦請酒癮治療機

構醫事人員主動了解就醫病人或孕婦是否有酗酒情事，並視個案需求轉介精神科接受諮詢或治療，發掘社區中飲酒高風險族群。

### 3.2.2 強化宣導效益及廣徵酒癮治療機構

結合衛生所進行社區酒癮防治宣導，針對各鄉鎮中年男性及國、高中生辦理衛生教育及治療方案宣導。更善用媒體資源(平面媒體、電視託播及戶外託播)進行宣導，擴大方案的宣傳及衛教效益。為廣增酒癮治療機構，共同守護民眾健康，107 年度為提供雲林縣海線民眾就近接受酒癮治療，邀請中國醫藥大學北港附設醫院加入酒癮治療的行列。108 年度亦邀請成大醫院斗六分院為雲林縣酒癮治療，更增添本縣酒癮戒治資源量能，目前有 4 家酒癮治療機構共同守護民眾的健康。

### 3.2.3 透過關懷追蹤機制並自願接受治療的對象

分析 104 年起至 108 年止雲林縣執行酒癮方案之人數統計，經法院裁定接受強制性處遇計畫之個案歷年來的變動不大，而經衛生所或其他網絡轉介並自願接受治療的比例逐年大幅增加，自願接受治療的人數所占的比例，成長迄今已將近五成之多，其個案來源之比重分析詳如圖 4 所示：

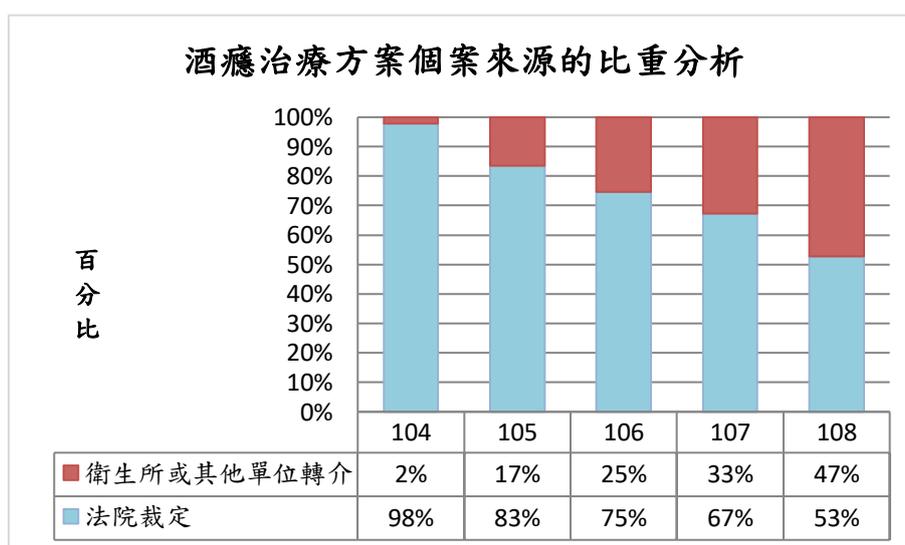


圖 4 雲林縣酒癮治療方案個案來源的比重分析

資料來源：雲林縣政府(2020)

### 3.2.4 透過多元化課程搭配門診治療提高持續接受治療意願

酒癮治療方案個案半數以上為非自願性(酒駕收容人、家暴加害人、社區飲酒滋擾個案等)，是類個案就醫動機常是低落或無動機的狀態，若能透過有效的多元化課程安排，並搭配適當的戒酒癮門診治療方式，關懷追蹤服務對象，定能提高服務對象持續接受酒癮治療的意願。

### 3.2.5 監理站道安講習中提供認識相關課程及宣導

落實與監理站合作，於道安講習中，向飲酒高風險族群提供認識酒癮及治療資源之相關課程及宣導，發掘有戒酒意願者，並視個案需求轉介精神科接受諮詢或治療。

#### 四、結論與建議

酒駕行為對於交通安全的危害性甚是嚴重，不僅造成駕駛人本身及他人之生命財產損失，酒駕肇事延伸的民事及刑事案件訴訟糾紛，抑或偵辦肇事逃逸案件所花費的社會成本，都是在浪費政府及守法公民的納稅款，因此政府多年來一直擬訂各項政策，只為有效防制酒後駕車。

為有效防制酒後駕車，除制定法規提高處罰並加強執法外，尚須其他多元化之配套措施，其中透過戒酒課程、認知輔導課程及戒酒癮門診治療等方式強化教育宣導，讓有飲酒習慣的民眾形成一個不能喝酒或禁止酒後駕車的概念，假以時日應能達成零酒駕之理想道路交通環境。

本研究初步就目前相關酒癮治療處遇機構執行之概況，以雲林縣為例探討戒酒課程政策之研究探討及改進，未來研究除可分析探討監所內研究對象是否符合預期戒酒課程目標，亦可擬定一個期程並觀察研究對象出監所後是否有再犯酒後駕車的行為，作為監所戒酒課程執行成效及後續相關課程編排的參考依據。

#### 參考文獻

- 蔡中志(2000)，血液唾液尿液吐氣酒精濃度檢測方法實用性評估，中央警察大學專題研究。
- 蔡中志(2000)，酒後駕駛對交通安全之影響，警光雜誌第 522 期，頁 21-23。
- 蔡中志(2000)，國人酒精濃度與代謝率及對行為影響之實驗研究，警光雜誌第 538 期，頁 56-57。
- 蔡中志(2010)，酒後駕車肇事防制對策之研究，交通學報，第 10 卷第 1 期，頁 39-58。
- 孔繁鍾、孔繁錦譯(2007)，DSM-IV-TR 精神疾病診斷準則手冊，台北：合記。
- 謝坤展(2016)，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。