

出國報告（出國類別：進修）

國內引進美國藥事法庭(毒品法庭)/
酒後駕駛專責法庭制度可行性再探

服務機關：衛生福利部嘉南療養院

姓名職稱：王作仁醫師

派赴國家：美國

報告日期：107年12月21日

出國期間：107年8月22日至107年12月19日

摘要

職建議於司法改革過程中，借鏡美國藥事法庭(毒品法庭)/酒後駕駛專責法庭近三十年經驗及多國推動經驗，縮減摸索過程，建立本土化模式、適當個案分流、善用科學酒精監測設備，以司法約束力持續將社區中高風險高治療需要藥癮及酒駕、毒駕個案連結於精神醫療系統中，並持續評估於某少年法庭試辦少年藥事法庭(毒品法庭)、某法庭試辦藥事法庭(毒品法庭)、某法庭試辦酒後駕駛專責法庭之實施成效與改進配套措施，將可能逐年降低藥酒癮個案旋轉門現象，減少監獄過度雍塞現況，進一步增進個案與家屬生活品質，並促進社會及道路安全。

目次

摘要 2

本文

1. 目的 4

2. 過程 5

3. 心得 6

4. 建議 14

5. References 19~23

本文

一、目的

改變的時刻即將到了(It' s about time to Change)

在許多國家中如何以政策平台協助增進藥酒癮治療及強化社區再犯預防成效之相關研究是相當重要的課題，需考慮如何結合跨領域專業合作，以較低社會成本且有效率之酒藥癮治療模式協助酒藥癮個案。

職長年瞭解國內酒藥癮治療模式實施現況後，曾獲九十七年度行政院衛生署及所屬醫院醫事人員出國進修計畫，2008年5月到2009年7月於美國南加大攻讀公共政策碩士期間內，於2009年特地到洛杉磯及費城短期去實地學習美國藥事法庭(Drug Treatment Court)及酒後駕駛專責法庭(a driving-under-the-influence court)，如何結合醫療體系與司法體系建立酒藥癮治療模式，針對施用毒品犯及遭公共危險罪起訴酒後駕駛，施以相關酒藥癮治療(Court-Mandated Treatment)等配套措施，進一步瞭解美國加州等地藥事法庭/酒後駕駛專責法庭，如何逐步克服實務面所遭遇困難。

職2009年返國後持續推動相關理念，近年擔任成癮科學會理事，曾於2010年08月21日社團法人台灣成癮科學學會2010年會暨聯合學術研討會中，專題發表『國內引進藥事法庭/酒後駕駛專責法庭---結合醫療與司法體系建立酒藥癮治療模式可行性初探』，並於2010年09月26日「政策和管理辦法--鴉片類藥物依賴與成癮」學術研討會中進行專題報告，與會之國衛院臨床研究專家、精神醫療專家、衛政、法務部代表、馬來西亞及澳洲專家，大家相互交換經驗，大家長期感受到社會的迫切需求，討論後之初步共識為可以現有司法體系與醫療體系--美沙冬療法「緩起訴」措施為基礎，逐步推動創立符合本土所需之酒藥癮治療模式。職先前到洛杉磯及費城短期去實地學習美國毒品法庭及酒駕專責法庭的先驅經驗，獲邀於行政院2017年12月28日研商施用毒品行為多元處遇及立法政策會議中報告，分享國內引進美國毒品法庭可行性初探心得，積極參與努力推動本土化毒品法庭。

2017年3月16日林達檢察官投書蘋果日報分享新設毒品法庭翻轉毒品政策、2017年4月8日職投書蘋果日報分享毒品法庭跨領域防治美國這樣做，倡議引進毒品法庭制度，並在106年司法改革國是會議中由林達檢察官等人提出討論，八月獲得蔡英文總統表示支持及司法院長許宗力表示將再研究，職於2017年12月28日獲邀至行政院「研商施用毒品行為多元處遇及立法政策會議」中，職專題報告分享於97年到美國參與美國藥事法庭/酒駕專責法庭運作模式心得。

希望未來有機會推動本土化藥事法庭(毒品法庭)/酒駕專責法庭，因此職自2018年8月22日起奉派短期出國進修，至美國杜克大學、NADCP(National Association of Drug Court Professionals)等機構進行相關研究及訪談專家；另期間內與林達檢察官等人一起至紐約市藥事法庭(毒品法庭)/酒後駕駛專責法庭、NADCP等機構參訪，希望回國後有機會一起推動本土化藥事法庭(毒品法庭)/酒駕專責法庭。

職獲得法官許可後，至北卡之藥事法庭/酒駕專責法庭實習，深入瞭解藥事法庭/酒駕專責法庭中現行運作模式，參與其中之司法與醫療專業人員如何合作及分工、開庭前如何進行個案討論會議、審理流程中法官等專業人員與個案之互動、專業人員長期共同協助個案所致成效；並參加北卡藥事法庭/酒駕專責法庭專業人員培訓課程，實地瞭解及評估國內未來引進藥事法庭/酒後駕駛專責法庭---結合醫療體系與司法體系建立酒藥癮治療模式。另期間內與

林達檢察官等人一起至紐約市藥事法庭(毒品法庭)/酒後駕駛專責法庭、NADCP 等機構參訪，希望回國後有機會一起推動本土化藥事法庭(毒品法庭)/酒駕專責法庭。

國內目前雖無藥事法庭(毒品法庭)制度，但國內針對施用海洛因毒品犯接受美沙冬療法「緩起訴」措施，即為司法體系與醫療體系初步共識，嘗試以司法公權力要求海洛因施用毒品犯持續接受戒癮治療，增進戒癮成效，此可成為國內未來於原有司法體系內創立藥事法庭制度之根基，由司法體系以公權力要求施用毒品犯持續接受戒癮治療，施以相關成癮治療(Court-Mandated Treatment)等配套措施；在司法體系與醫療體系共同合作下，共同努力防治藥物濫用問題，有效降低毒品犯再犯率。但是近年緩起訴附命戒癮治療成效不彰，此刻正是時候需要於研商施用毒品行為多元處遇及立法政策時，考慮借鏡美國藥事法庭/酒後駕駛專責法庭近三十年經驗及多國推動經驗，縮減摸索過程，建立本土化模式、適當個案分流、善用科學酒精監測設備，以司法約束力持續將社區中高風險高治療需要(High risk、High Need)藥癮個案連結於精神醫療系統。

酒癮長久以來亦為一世界性重要社會議題及精神疾病，雖適量社交性少量飲酒是為社會所允許，但酒癮患者長期失控過量飲酒，不僅可引起病患心理及生理多種合併症狀，並造成嚴重的家庭功能障礙及社會問題，甚至導致病患死亡(Caces et al 1991；Debakley et al 1993)，因此酒癮在國內已成為不容忽視的議題。依據法務部資料顯示，以民國 106 年地方法院檢察署公共危險罪偵查終結為例約 9 萬 4 千多人，其中提起公訴及聲請簡易判決約 6 萬 1 千多人（九成四屬不能安全駕駛），占 65.1%，緩起訴處分約 2 萬 4 千多人，占 25.4%。民國 106 年各地方法院檢察署執行公共危險罪定罪人數 6 萬 1 千多人（男性占九成一），占全部刑案定罪人數的 31.9%，高居犯罪案件之首位，監獄過度雍塞，104 年甚至於台中檢方放寬三犯酒駕被告易科罰金標準，紓解監獄爆滿窘境。

此時刻需要考慮積極建立本土化模式、適當個案分流、善用科學酒精監測設備以紓解監獄爆滿窘境，以司法約束力持續將社區高風險高治療需要(High risk、High Need)之酒駕個案連結於精神醫療系統中，並持續評估於某法庭試辦酒後駕駛專責法庭之實施成效與改進配套措施，將可能逐年降低酒駕癮個案旋轉門現象，減少監獄過度雍塞現況，讓個案可於社區工作但同時能促進社區道路安全。期盼如同藥事法庭一般，以司法公權力要求酒駕者必需接受完整酒癮相關治療(Court-mandated treatment for convicted drinking drivers)及相關配套措施，以獲得公共危險罪「緩起訴」，若能在酒駕專責法庭制度完整監控下完成 12-18 個月的療程則可能有機會降低酒駕再犯率達 20%(Mann et al., 1994)，進一步增進道路及社會安全。

二、過程：

(一) 出國前的準備

目前 2018 年美國已設立超過 3000 處專責法庭，並於 2018 年時已進一步推廣至加拿大、澳洲等 22 國；因此職聯繫美國杜克大學，相隔近十年後以「國內引進美國藥事法庭/酒後駕駛專責法庭制度可行性再探」為研究主題，以學習進修最新運作模式。感謝衛生福利部「107 年度醫療藥品基金核定計畫」補助職進修計畫，取得 90 天公假及 23 萬元之經費補助，期間配合醫院評鑑及醫療相關業務數次返院數週。另與林達檢察官等人約定共同參訪行程，期間內一起至紐約市藥事法庭(毒品法庭)/酒後駕駛專責法庭、NADCP(National Association of Drug Court Professionals)等機構參訪，希望回國後有機會一起推動本土化藥事法庭(毒品法庭)/酒駕專責法庭。

感謝院長鄭靜明大力支持、路竹會劉啟群會長為職撰寫推薦函，感謝家人支持、出國期間同仁代理科內業務。

感謝美國杜克大學涂碧桂教授及林倩蓉教授協助事先初步協調相關專家訪談及藥事法庭(毒品法庭)/酒駕專責法庭開庭前會議獲得法官許可實習後，讓職有會到北卡藥事法庭(毒品法庭)/酒駕專責法庭實習。

(二) 研習機構簡介

為瞭解及評估國內未來推動本土化藥事法庭(毒品法庭)/酒駕專責法庭可行性，特別拜訪。

另經由杜克大學涂教授及林教授引薦，職至北卡 Durham County and Mecklenburg County 藥事法庭(毒品法庭)/酒後駕駛等多種專責法庭實習，深入瞭解藥事法庭/酒駕專責法庭中以 S.T.E.P. program 實務運作模式，參與其中之司法與醫療專業人員如何合作及分工、開庭前如何進行個案討論會議、審理流程中法官等專業人員與個案之互動、專業人員如何長期共同協助個案所致成效。

另期間內與林達檢察官等人一起至紐約市藥事法庭(毒品法庭)/酒後駕駛專責法庭、NADCP 等機構參訪，希望回國後有機會一起推動本土化藥事法庭(毒品法庭)/酒駕專責法庭。

感謝多位法官等專家細心指導，深入瞭解藥事法庭/酒駕專責法庭中現行運作模式，參與其中之司法與醫療專業人員如何合作及分工、開庭前如何進行個案討論會議、審理流程中法官等專業人員與個案之互動、專業人員長期共同協助個案所致成效。

職主動參加 2018 年 10 月 29 日至 2018 年 10 月 30 日北卡美國藥事法庭(毒品法庭)/酒駕專責法庭專業人員培訓課程，實地瞭解現行最新運作模式及評估國內未來引進藥事法庭(毒品法庭)/酒後駕駛專責法庭--結合醫療體系與司法體系建立酒藥癮治療模式可行性。

三、心得：

在許多國家中如何以政策平台協助增進藥酒癮治療及強化社區再犯預防成效之相關研究是相當重要的課題，現今已無法依賴各別醫療人員或司法人員的努力即可達成顯著成效，需考慮如何結合跨領域專業合作，以較低社會成本且有效率之酒藥癮治療模式協助酒藥癮個案。

職長年瞭解國內酒藥癮治療模式實施現況後，曾獲九十七年度行政院衛生署及所屬醫院醫事人員出國進修計畫，2008 年 5 月到 2009 年 7 月於美國南加大攻讀公共政策碩士期間內，於 2009 年特地到洛杉磯及費城短期去實地學習美國藥事法庭及酒後駕駛專責法庭，如何結合醫療體系與司法體系建立酒藥癮治療模式，針對施用毒品犯及遭公共危險罪起訴酒後駕駛，施以相關酒藥癮治療(Court-Mandated Treatment)等配套措施，進一步瞭解美國加州等地藥事法庭/酒後駕駛專責法庭，如何逐步克服實務面所遭遇困難。

職 2009 年返國後持續推動相關理念，近年擔任成癮科學會理事，曾於 2010 年 08 月 21 日社團法人台灣成癮科學學會 2010 年會暨聯合學術研討會中，專題發表『國內引進藥事法庭/酒後駕駛專責法庭---結合醫療與司法體系建立酒藥癮治療模式可行性初探』，並於 2010 年 09 月 26 日「政策和管理辦法--鴉片類藥物依賴與成癮」學術研討會中進行專題報告，與會之國衛院臨床研究專家、精神醫療專家、衛政、法務部代表、馬來西亞及澳洲專家，大家相互交換經驗，大家長期感受到社會的迫切需求，討論後之初步共識為可以現有司法體系與醫療體系--美沙冬療法「緩起訴」措施為基礎，逐步推動創立符合本土所需之酒藥癮治療模式。

目前由美國興起的藥事法庭(毒品法庭)/酒後駕駛等專責法庭已實施近三十年，以證據為基礎(Evidence Based)推廣至各州，目前美國已設立超過 3000 處專責法庭，並於 2018 年時已進一步推廣至加拿大、澳洲等 22 國；106 年司法改革國是會議中由林達檢察官等人提出討論，八月獲得蔡英文總統表示支持及司法院長許宗力表示將再研究，職於 2017 年 12 月 28 日獲邀至行政院「研商施用毒品行為多元處遇及立法政策會議」中，專題報告分享於 2009 年到美國參與美國藥事法庭/酒駕專責法庭運作模式心得，積極參與努力推動本土化毒品法庭。

希望未來有機會推動本土化藥事法庭(毒品法庭)/酒駕專責法庭，職相隔近十年後再次自 2018 年 8 月 22 日起奉派出國進修，至美國杜克大學、NADCP(National Association of Drug Court Professionals)等機構進行相關研究及訪談專家；獲得法官許可後，至北卡及紐約之藥事法庭(毒品法庭)/酒駕專責法庭實習，職深入參與其中之司法與醫療專業人員如何合作及分工、以 Eligibility Screening Instrument GAIN-SS 量表來做初步個案篩檢出高風險高治療需要(High risk、High Need)之個案並適當分流、以 ASAM (American Society of Addictions Medicine) Criteria 針對個案需求來整合提供個案適當醫療及社區資源、開庭前如何進行 legal staffing 會議與 Treatment staffing 會議中雙方專業人員針對個案深入且有效率討論、審理流程中法官等專業人員與個案之互動、專業人員如何長期共同協助個案所致成效。職並參加北卡藥事法庭(毒品法庭)/酒駕專責法庭專業人員培訓課程，實地瞭解現行最新運作模式及評估國內未來引進藥事法庭(毒品法庭)/酒後駕駛專責法庭---結合醫療體系與司法體系建立酒藥癮治療模式。台灣近年吸毒後駕駛被抓情形逐年增加，此毒駕議題處理也可以參考美國及加拿大藥事法庭/酒後駕駛專責法庭目前毒駕(drugged driving)處理經驗。

以下為初步研究心得，就教於精神醫療與司法前輩。

A. 藥事法庭(毒品法庭)

1. 旋轉門現象

多年來政府反毒政策持續變革中，不僅將戒治施用毒品犯定位為兼具病人與犯人特性之「病犯」，確立「有條件除刑不除罪」的政策，理念上採取「治療重於處罰」、「醫療先於司法」的原則。對於施用第一、二級毒品者，違反民國 92 年 7 月修正通過之毒品危害防制條例第 10 及 20 條，經檢察官聲請法院裁定令被告入勒戒處所觀察、勒戒後，檢察官則依據勒戒處所之陳報，認受觀察、勒戒人無繼續施用毒品傾向者即釋放，並為不起訴之處分或不付審理之裁定；若勒戒處所之陳報認受觀察、勒戒人有繼續施用毒品傾向者，檢察官則聲請法院裁定令入戒治處所強戒治，其期間為六個月以上，至無繼續強制戒治之必要為止。但最長不得逾一年。

十多年前我國毒癮愛滋病患曾經急速增加，為儘速控制疫情，參考美國、澳洲等國之減少傷害(Harm Reduction)策略，於 94 年 12 月 6 日通過「毒品病患愛滋減害試辦計畫」，積極推動清潔針具計畫和替代療法，採取替代性戒癮藥物，如美沙冬(Methadone)、丁基原啡因(Buprenorphine)，對於海洛因施用毒品犯採取「減害計畫--美沙冬療法」、「減害計畫—針頭針筒交換」等措施後，毒癮愛滋病患明顯下降，成效卓著；台南地檢署等單位為使海洛因施用毒品犯接受美沙冬療法，減低危害，依「執行毒品減害替代療法緩起訴處分作業要點」，進一步試行施用毒品犯接受美沙冬療法「緩起訴」等措施，要求其至指定之醫療機構按時服用美沙冬(METHADONE)或指定之替代藥品，至無繼續服用之必要為止，期間最長為一年。此美沙冬療法「緩起訴」等措施已在部分縣市獲初步成效。

雖然司法體系近年來採取緩起訴附命戒癮治療、保護管束期間定期藥物檢測、強制戒治等多種方式協助，但施用毒品個案常缺乏動機持續接受治療且再犯率高，存在所謂旋轉門現象 (Revolving Door)；依據法務部資料顯示，以民國 106 年執行毒品案件裁判確定有罪人數為例，以民國 106 年地方法院檢察署毒品案件偵查終結為例約 9 萬 6 千多人，其中提起公訴約 5 萬 1 千多人（其中第一級毒品占 30.8%、第二級毒品占 65.6%、餘為第三級毒品、第四級毒品、種苗等），不起訴處分約 2 萬人，緩起訴處分約 8 千多人，其他原因結案為 1 萬 6 千多人。且毒犯越捉越多，偵案激增，監所人滿為患，民國 106 年底約 6 萬在監受刑人中約有近 3 萬名毒癮者，造成司法體系及監所空間、管理人力及經費上的龐大負荷。

2. 美國藥事法庭(毒品法庭)

同樣情況也發生於美國 1980 年代，許多法官無法接受毒犯出獄後很快即再犯被抓回到監牢，且監所經常人滿為患，1989 年由佛羅里達州幾位法官，於原有司法體系內首先創立藥事法庭，逐步推廣藥事法庭制度，專業人員共同成立專業協會，積極進行推廣活動及專業人員培訓課程；藥事法庭施行成效，經近年來研究顯示，毒品使用犯若能在藥事法庭制度完整監控下完成 12-18 個月的療程，以美國 NADCP 全國統計資料，現今已順利完成藥事專責法庭 12-18 個月的療程的畢業個案，其中 75% 畢業個案可以至少兩年不再因毒品相關犯罪而被逮捕 (75% of Drug Court graduates remain arrest-free at least two years after leaving the program.)，此顯著成效獲得廣泛認同其為有效降低毒品犯再犯率方法之一，此顯著成效獲得廣泛認同其為有效降低毒品犯再犯率方法之一，並於 1994 年獲得國會通過法案 (Biden Crime Bill) 授權，將逐年支付共十億美元無條件的支持藥事法庭補助方案 (Drug Court Discretionary Grant Program)，迄至 2018 年為止，以證據為基礎 (Evidence Based) 推廣至各州，美國為聯邦制，美國依照各州各郡等地需求及實務運作，經由 NADCP (National Association of Drug Court Professionals) 多方協助下已各自發展設立超過 3000 處多元運作模式的專責法庭，並於 2018 年時已進一步推廣至加拿大、澳洲等 22 國。

多元運作模式的藥事法庭(毒品法庭)/酒後駕駛專責法庭中，若以北卡 Mecklenburg County S.T.E.P. program (Supervision Treatment Education Prevention) 目前實務運作模式為例即包含下述六種專責法庭：

- District Court Recovery Court 藥事法庭(毒品法庭)
- DWI (Driving While Intoxicated) Recovery Court 酒後駕駛專責法庭
- Superior Court Recovery Court 高等法院藥事法庭(毒品法庭)
- FIRST (Families In Recovery Stay Together) Program 家庭藥事法庭(毒品法庭)
- Youth Recovery Court 少年藥事法庭(毒品法庭)
- Wellness Court 福祉藥事法庭(部分個案使用毒品共病嚴重精神疾病)

職深入參與其中之司法與醫療專業人員如何合作及分工、以 Eligibility Screening Instrument GAIN-SS 量表來做初步個案篩檢出高風險高治療需要 (High risk、High Need) 之個案並適當分流、以 ASAM (American Society of Addictions Medicine) Criteria 來針對個案需求來提供個案適當醫療及整合社區資源、開庭前如何進行 legal staffing 會議與 Treatment staffing 會議中雙方專業人員針對個案深入且有效率討論、審理流程中法官等專業人員與個案之互動、專業人員如何長期共同協助個案所致成效。

國內目前雖無藥事法庭(毒品法庭)制度，但國內針對施用海洛因毒品犯接受美沙冬療法「緩起訴」措施，即為司法體系與醫療體系初步共識，嘗試以司法公權力要求海洛因施用毒品犯持續接受戒癮治療，增進戒癮成效，此可成為國內未來於原有司法體系內創立藥事法庭制度之根基，由司法體系以公權力要求施用毒品犯持續接受戒癮治療，施以相關戒癮治療

(Court-Mandated Treatment)等配套措施；在司法體系與醫療體系共同合作下，共同努力防治藥物濫用問題，有效降低毒品犯再犯率。但是近年緩起訴附命戒癮治療成效不彰，此刻正是時候需要於研商施用毒品行為多元處遇及立法政策時，考慮借鏡美國藥事法庭/酒後駕駛專責法庭近三十年經驗及多國推動經驗，縮減摸索過程，建立本土化模式、適當個案分流、善用科學酒精監測設備，以司法約束力持續將社區中藥酒癮個案連結於精神醫療系統。

B. 酒駕專責法庭

酒癮長久以來亦為一世界性重要社會議題及精神疾病，雖適量社交性少量飲酒是為社會所允許，但酒癮患者長期失控過量飲酒，不僅可引起病患心理及生理多種合併症狀，並造成嚴重的家庭功能障礙及社會問題，甚至導致病患死亡(Caces et al 1991；Debakley et al 1993)。近年來針對國內酒癮盛行率的研究顯示，國人漢族在都市及鄉鎮的酒精依賴的盛行率約為1.5--3% (Hwu et al,1988； Helzer et al. 1990)，而原住民酒癮盛行率更高達6.4--11.4% (Hwu et al,1990)；因此，酒癮在國內已成為不容忽視的議題。

根據交通部統計，九十五年開始，酒駕已經躍升 A 1 類交通事故（人員當場或二十四小時死亡）發生原因第一名，其所造成的自身及他人人身安全及財物危害，甚至於影響數百個家庭生計，其對社會造成之衝擊，並不小於海洛因等其他物質濫用。雖經政府多年宣導勿酒後駕車，民國八十六年3月道路交通管理處罰條例修正施行，加重酒後駕車處罰，民國八十八年4月起取締酒醉駕車，酒後駕車超過法定數值（駕駛人呼氣酒精含量超過0.25毫克／公升者）即取締告發，以維護駕駛人行車安全。若駕駛人呼氣酒精含量超過0.55毫克／公升，將可以刑法一百捌拾伍條之三的公共危險罪起訴；民國一零二年一月道路交通管理處罰條例修正第三十五條，汽車駕駛人，駕駛汽車經測試檢定有下列情形之一者，處新臺幣一萬五千元以上九萬元以下罰鍰，並當場移置保管該汽車及吊扣其駕駛執照一年；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；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。
- 二、吸食毒品、迷幻藥、麻醉藥品及其相類似之管制藥品。

汽車駕駛人於五年內違反第一項規定二次以上者，處新臺幣九萬元罰鍰，並當場移置保管該汽車及吊銷其駕駛執照；如肇事致人重傷或死亡者，吊銷其駕駛執照，並不得再考領。

汽車駕駛人，駕駛汽車行經警察機關設有告示執行第一項測試檢定之處所，不依指示停車接受稽查，或拒絕接受第一項測試之檢定者，處新臺幣九萬元罰鍰，並當場移置保管該汽車、吊銷該駕駛執照及施以道路交通安全講習；如肇事致人重傷或死亡者，吊銷該駕駛執照，並不得再考領。

汽車駕駛人肇事拒絕接受或肇事無法實施第一項測試之檢定者，應由交通勤務警察或依法令執行交通稽查任務人員，將其強制移由受委託醫療或檢驗機構對其實施血液或其他檢體之採樣及測試檢定。但酒駕者常以僥倖心態為之，國內現階段酒後駕駛被判罰款、吊扣、駕照、付不出罰款而入監服刑後，仍多次犯案者並不在少數。

依據資料顯示，近年來每年發生酒駕事件近10萬件，而每年酒駕事件傷亡近萬人，顯見酒駕行為對於社會造成極大的傷害。因為酒駕相關的外傷而住院的，目前這些統統都是健保要支出的，由肇事者支出與政府代位求償的比例都非常低的(簡立建、王作仁,106)。另據107年11月15日媒體報導，衛生福利部中央健康保險署署長李伯璋表示，根據健保資料進一步分析發現，凡是涉及酒駕的事故，死亡風險是非酒駕案件的5倍，尤其肇事者死亡相對風險更高達6倍，其他當事人也達一般事故的3倍。除了死亡風險，酒駕肇事的醫療費用也比一般交通事故高，每年用於酒駕車禍事故醫療

費用約新台幣1.7至3.1億，平均每起事故約需花費8到11萬元，明顯高於所有車禍醫療事故平均醫療支出的6到7萬元。李伯璋署長說，酒駕衍伸的醫療費用對健保和社會造成負擔，為了避免社會成本被浪費，健保署近日和多名立法委員討論，希望能透過修改相關法條，取消支付酒駕肇事者車禍事故的醫療費用。

依據法務部資料顯示，以民國 106 年地方法院檢察署公共危險罪偵查終結為例約 9 萬 4 千多人，其中提起公訴及聲請簡易判決約 6 萬 1 千多人（九成四屬不能安全駕駛），占 65.1%，緩起訴處分約 2 萬 4 千多人，占 25.4%。民國 106 年各地方法院檢察署執行公共危險罪定罪人數 6 萬 1 千多人（男性占九成一），占全部刑案定罪人數的 31.9%，高居犯罪案件之首位，監獄過度雍塞，104 年甚至於台中檢方放寬三犯酒駕被告易科罰金標準，紓解監獄爆滿窘境。

依據 105 年 3 月 25 日媒體報導，酒駕犯把監獄塞爆了！法務部擬電子腳鐐「在家坐牢」。為了遏止酒駕歪風，法務部先前訂出酒駕三次累犯，必須直接進監獄的「三振條款」，導致原本就「超收」嚴重的監獄，更人滿為患，以台中監獄為例，狹小 5.3 坪的寢室擠了 10 個受刑人，因此為解決人滿為患，104 年台中地檢署放寬標準，若五年內三犯者，第三犯並未肇事，且三年內未曾再犯，或接受酒癮治療，就給予改過自新易科罰金的機會，104 年 2 月核准通過至 105 年 3 月至少有 300 名被告逃過牢獄之災，但仍有許多酒駕犯因為付不出十幾二十萬的易科罰金，選擇坐牢，法務部因此曾討論研擬對酒駕犯實施「電子腳鐐」，以「在家坐牢」的方式監控。其實酒駕再犯者未致人傷亡者可以考慮司法公權力要求酒駕者必需接受科學酒精監測設備 6-18 個月(例如自費裝設腳踝 24 小時酒精監測設備 SCRAM (Secure Continuous Remote Alcohol Monitoring)及每日多次定時吹氣回傳酒精濃度與照片的酒精監測設備 SMART START' S S.M.A.R.T. MOBILE™ PROGRAM(S.M.A.R.T. Mobile ome Breathalyzer))，只要不喝酒即可、交通部監理機關配合汽機車裝設酒精鎖(Ignition Interlock)等多項相關配套措施，並不需要一定要以「電子腳鐐」「在家坐牢」的方式監控，可減少人身自由行動的限制。

徒法不足以自行，國內目前雖無酒駕專責法庭，但可考慮於原有司法體系內設立酒駕專責法庭(Driving - under -influence court)，適當個案分流、善用科學酒精監測設備，以司法約束力持續將社區高風險高治療需要酒駕個案連結於精神醫療系統中，並持續評估於某法庭試辦酒後駕駛專責法庭之實施成效與改進配套措施，將可能逐年降低酒駕癮個案旋轉門現象，減少監獄過度雍塞現況，讓個案可於社區工作但同時能促進社區道路安全。若能在酒駕專責法庭制度完整監控下完成 12-18 個月的療程 則可能有機會降低酒駕再犯率達 20%(Mann et al., 1994)，進一步增進道路及社會安全。

另外台灣近年吸毒後駕駛被抓情形逐年增加，警政署統計，104 年到 106 年警方依道路交通管理處罰條例舉發毒駕一萬一千一百廿一件，其中，依刑法公共危險罪移送六百五十一人。但毒駕經法院判定有罪似乎有認定上疑義及爭論。107 年 8 月台南市警局接受媒體訪時曾說，警方查獲毒品，除了以毒品危害防制條例移送，還會多辦一條吸毒後不能安全駕駛，但往往都會不起訴，或是判無罪，過去拒絕酒測有一套測驗標準，分別是走直線、畫同心圓、單腳站立數 10 秒，通過檢測及能證明能安全駕駛，不過，毒駕至今沒有法律定義上規範的檢測標準。

目前刑法一百捌拾伍條之三的公共危險罪規定，駕駛動力交通工具而服用毒品、麻醉藥品，致不能安全駕駛，處兩年以下有期徒刑，致人重傷處一年至七年，致人於死處三年至十年。毒駕與酒駕刑責都訂在刑法公共危險罪，早期沒有酒精濃度標準，認定標準採「致不能安全駕駛」，不少酒

駕者遭攔檢時，因通過生理平衡檢測而獲判無罪，引起民眾反彈；後來修法明訂只要駕駛人呼氣酒精含量超過 0.55 毫克／公升，將可以刑法一百捌拾伍條之三的公共危險罪起訴，但其中「致不能安全駕駛」在毒駕中不易定義規範。近來毒駕撞死人案件頻傳，多名立委已提案修法，建議刪除「致不能安全駕駛」。107 年 8 月法務部擬討論在刑法公共危險罪章中修法，對毒駕者課以刑責，初步規畫自當事人身上採樣稽查其尿液或血液中有無毒品的反應，至於是比照酒駕、設訂臨界值才處罰、或採取零容忍政策？雖然尚未定案，此毒駕議題處理也可以參考美國及加拿大藥事法庭/酒後駕駛專責法庭目前處理毒駕(drugged driving)經驗。

美國洛杉磯警局於 1970 年代有感於警方攔下可能受酒精或藥物而影響駕駛人駕駛能力的車輛，雖然酒測沒問題但是駕駛人是否受藥品或毒品影響需如何辨識？因此洛杉磯警局派出警官接受藥品或毒品影響辨識訓練，如此而形成 DRE(Drug Recognition Expert)計畫，逐步推展到美國各州。

警方攔下可能受酒精或藥品或毒品而影響駕駛人駕駛能力的車輛後，接受藥物影響辨識訓練認證的 DRE 警官，會對駕駛人進行以下 12 步驟檢查。

Step 1: Breath Alcohol Test 吐氣酒精濃度測試

The person's breath is tested for the presence of, and concentration of, alcohol.

Step 2: Interview of the Arresting Officer DRE 警官與攔檢警官會談了解可能受藥物影響駕駛人駕駛能力的相關事證

The Drug Recognition Expert interviews the arresting officer about the existence of relevant evidence of drug use.

Step 3: Preliminary Examination and First Pulse DRE 警官初步了解可能受藥物影響駕駛人是否有生病或受傷 是否需要醫療處置 第一次檢查脈搏

The DRE determines whether the subject has an injury or illness that is causing the drug symptoms. Further, the DRE determines if the person needs immediate medical treatment.

Step 4: Eye Examination DRE 警官初步檢查可能受藥物影響駕駛人的眼睛是否有震顫現象

The DRE checks the subject's eyes for Vertical Gaze Nystagmus (VGN) and/or Horizontal Gaze Nystagmus (HGN). The DRE also tests for ocular convergence. Results from these tests can help the expert determine the class of drugs that may have been used.

Step 5: Divided Attention Psychophysical Tests DRE 警官初步檢查駕駛人的注意力與運動能力

The expert determines if the subject's motor skills are impaired using four tests: the Romberg balance test, the Walk and Turn test, Finger to Nose test, and one Leg Stand test.

Step 6: Vital Signs and Second Pulse DRE 警官初步檢查駕駛人的生命徵象及第二次檢查脈搏是否受藥物影響

Blood pressure, temperature, and pulse are measured. This is useful to the DRE, because certain vital signs are affected by certain drugs.

Step 7: Dark Room Examinations DRE 警官初步檢查駕駛人不同光線下的瞳孔反應

The dilation and constriction of the subject's pupils are tested under 3 different lighting conditions. The DRE also observes the oral and nasal cavities for evidence of drug use.

Step 8: Examination for Muscle Tone DRE 警官初步檢查駕駛人的肌肉張力

The DRE checks the person's skeletal muscle tone, because certain drugs can effect the firmness or flaccidity of muscle tissue.

Step 9: Check for Injection Sites and Third Pulse DRE 警官初步檢查駕駛人是否有針孔及第三次檢查脈搏

The subject's skin is inspected to determine if there are injection marks where drugs were injected into the body. The pulse is taken for the third time.

Step 10: Subjects Statements and Other Observations DRE 警官說明駕駛人權力和詢問檢查駕駛人是否有使用藥品或毒品

The subject is read Miranda rights and questioned about his or her drug use.

Step 11: Analysis and Opinions of the Evaluator DRE 警官整合評估結果判斷駕駛人是否為受何種藥品或毒品而影響駕駛人駕駛能力

Based on the totality of the evaluation, the DRE determines whether the subject is impaired, and, if so, what class of drugs the subject is impaired by.

Step 12: Toxicological Examination 藥品或毒品檢測報告

Typically the DRE will request a toxicology report on the person's blood, urine, or saliva.

加拿大研究發現警官攔下可能受酒精或藥品或毒品而影響駕駛人，DRE 警官能正確地辨識出有使用藥品或毒品情況達 95.3% (Beirness et al. 2008)。加拿大魁北克研究學者以 1999-2000 年間警方攔下可能受酒精或藥品或毒品而影響駕駛人的近六千筆驗尿資料為例，發現只有 5.1% 酒精吹氣檢測為陽性，11.8% 個案有使用至少一種以上藥物或毒品，其中大麻 cannabis (6.7%)，鎮靜安眠藥 benzodiazepines (3.6%)，鴉片類毒品 opiates (1.2%)，古柯鹼毒品 cocaine (1.1%)，而驗尿有使用至少一種以上藥物或毒品者同時酒精吹氣檢測為陽性者為 5.1% (Dussault et al. 2002)。加拿大也曾經於 2008 年針對 Drug-Impaired Driving Law 修法時立法 2008 Criminal Code amendments，實施後有學者評估發現能夠起訴比率仍低，討論是否如美國目前亞利桑那州等 16 州對某些毒品採取零容忍政策，可能較容易確認毒駕並起訴，未來設定臨界值 (Robert Solomon & Erika Chamberlain, 2014)。今年 2018 年加拿大宣布大麻使用合法化後，吸食大麻後駕車者可能會更明顯增加。

美國經驗值得為本土化模式所借鏡

美國許多法官無法接受毒犯出獄後很快即再犯被抓回到監牢，因此 1989 年由佛羅里達州幾位法官開始特別設立藥事法庭(毒品法庭)後，近年成本效益分析研究發現每投入一美元在毒品法庭可對司法系統產生 2.21 美元直接效益 (Drug Courts produce an average of \$2.21 in direct benefits to the criminal justice system for every \$1.00 invested— a 221% return on investment (Bhati et al., 2008)。在藥事法庭/酒後駕駛專責法庭制度完整監控下，以美國 NADCP 全國統計資料，現今已順利完成藥事專責法庭 12-18 個月的療程的畢業個案，其中 75% 畢業個案可以至少兩年不再因毒品相關犯罪而被逮捕 (75% of Drug Court graduates remain arrest-free at least two years after leaving the program.)，此顯著成效獲得廣泛認同其為有效降低毒品犯

再犯率方法之一，並曾於 1994 年曾獲得國會通過法案(Biden Crime Bill) 授權，將逐年支付共十億美元無條件的支持藥事法庭補助方案(Drug Court Discretionary Grant Program) ，引用當時當時美國總統克林頓支持 Drug Court 能拯救生命的表述如下：

“Drug courts cut crime. More importantly, drug courts save lives. They help people rid themselves of addictions that kill.” President Clinton, July 1998 (引用自 U.S. Department of Justice 資料, ' The Clinton Administration' s Law Enforcement Strategy: Breaking the Cycle of Drugs and Crime)

美國各州陸續推廣迄至 2018 年為止，全美已超過 3,000 處設立或籌設中之藥事法庭、後來衍生之酒駕專責法庭、少年藥事法庭等類型藥事法庭，以證據為基礎(Evidence Based) 成效獲得多方肯定方能由一處推廣至超過 3,000 處，並於 2018 年時已進一步推廣至加拿大、澳洲等 22 國。

職全程參與藥事法庭/酒後駕駛專責法庭運作過程後，了解美國司法與精神醫療專業人員如何分工、開庭前如何進行個案討論會議、審理流程中法官等專業人員與個案之互動、精神醫療與司法專業人員長期共同協助個案等跨領域專業團隊合作，經過將近三十年來共同摸索與努力，方致如此顯著成效。

經實地瞭解及評估美國現行藥事法庭/酒後駕駛專責法庭---結合醫療體系與司法體系建立酒藥癮治療模式可行性後，臺灣若借鏡美國藥事法庭/酒後駕駛專責法庭近三十年經驗，縮減摸索過程，以司法約束力持續將藥酒癮個案連結於精神醫療系統中，並持續評估試辦藥事法庭/酒後駕駛專責法庭實施成效與改進措施，將可能逐年降低藥酒癮個案再犯率。

四、建議事項：由研究心得摘要列出下述重點建議事項

經職實地瞭解及評估美國現行藥事法庭/酒後駕駛專責法庭---結合醫療體系與司法體系建立本土化酒藥癮治療模式可行性後，若國內未來經由政策評估將具體推動，臺灣可借鏡美國藥事法庭/酒後駕駛專責法庭三十年經驗，縮減摸索過程，建議可考慮於原有司法體系內先行”試辦”少年藥事法庭及酒後駕駛專責法庭後，再推動藥事法庭(毒品法庭)。

職由心得中摘要建議未來需跨部會合作，整合司法院、法務部、行政院衛生福利部與立法院等相關部會討論本土化方案，審慎試行與逐步修訂相關法令後，近年內逐步推動：

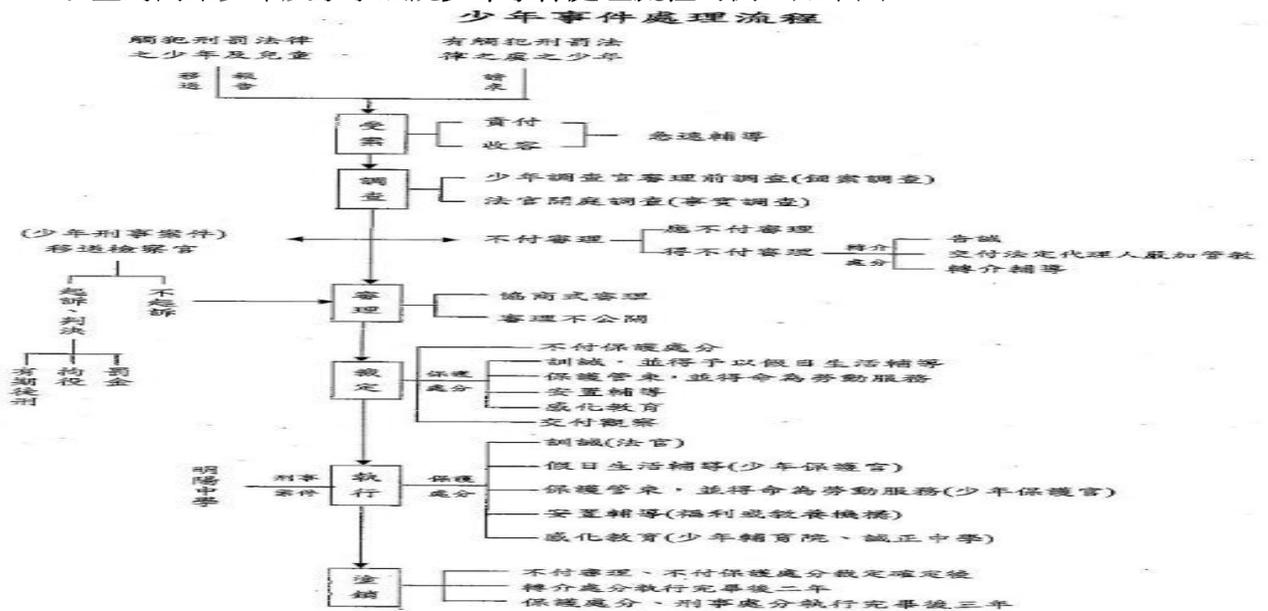
1. 雙向培訓制度逐步建立本土化藥事法庭/酒後駕駛專責法庭：

建議初期以雙向培訓制度逐漸建立本土化藥事法庭/酒後駕駛專責法庭，例如國內研討會邀請美國NADCP(National Association of Drug Court Professionals)等機構協助多國建立藥事法庭/酒後駕駛專責法庭制度專家來台分享經驗及協助未來制度推動中困難解決、另外國內試辦法庭同時派訓法官與檢察官、公設辯護律師、計畫專管師、毒品防制中心派訓個管師、衛生福利部同時派訓精神醫療人員後，由派訓的法官帶領派訓之精神醫療人員與司法人員團隊，以司法約束力持續將藥酒癮個案連結於精神醫療系統中，持續評估試辦藥事法庭/酒後駕駛專責法庭實施成效與改進措施，將可逐年改善藥酒癮個案旋轉門現象。

2. 設立少年藥事專責法庭(毒品法庭)：積極整合資源協助少年回歸復原之路

國內曾於相關會議中討論過考慮以少年藥事專責法庭為藥事專責法庭制度初期試辦計畫；依照少年事件處理法第五條第一款中規定少年法院分設刑事庭、保護庭、調查保護處、公設輔佐人室，並應配置心理測驗員、心理輔導員及佐理員，現行國內少年法庭積極整合資源協助少年配套可考慮調整為少年藥事法庭運作模式後，即可積極協助少年一、二級毒品使用犯與家屬，但對日漸增多的少年三、四級毒品使用者而言(例如第三級毒品FM2、Ketamine (K他命)等，第四級毒品：蝴蝶片、Nimetazepam (一粒眠)、Lorazepam等)，現行法規不科以刑罰，可依少年事件處理法第三條第六款吸食或施打煙毒或麻醉藥品以外之迷幻物品者來協助少年。

以臺灣高雄少年及家事法院少年事件處理流程為例，如下圖



參考來源 臺灣高雄少年及家事法院少年事件處理流程

<http://ksy.judicial.gov.tw/chinese/CP.aspx?s=485&n=10397>

希望設立少年藥事專責法庭(毒品法庭)，能由法官整合相關司法、醫療、社福等體系協助少年，以司法約束力持續將社區中高風險高治療需要少年藥癮個案連結於精神醫療系統中。臺灣若借鏡美國少年藥事法庭多年經驗，可縮減摸索過程，建議未來設立本土化少年藥事(毒品法庭)專責法庭過程中，能參考美國 NADCP 建議運作時十個主要組成原則(10 key components)、少年藥事法庭準則(Juvenile Drug Treatment Court Guidelines)，另可參考藥事(毒品法庭)最佳實施準則(Best Practice Standards)第一版(Volume I)及第二版(Volume II)。

依據法務部 105 年反毒報告書中 104 年台灣地區醫療院所通報各年齡層藥物濫用之用藥類型排序，19 歲以下(含)第一位為 Ketamine，第二位為安非他命，第三位為 MDMA，第四位為不明藥物，此不明藥物可能包含派對中使用混合新興毒品成分之一(例如混合毒品咖啡包)，近年來使用混合新興毒品成分趨勢成長快速，少年藥事專責法庭(毒品法庭)毒品檢測時需考慮新興毒品納入檢測範圍。

3. 設立酒駕專責法庭：個案能在社區工作照顧家庭並兼顧道路及社會安全

職至北卡 Mecklenburg County 酒後駕駛專責法庭實習，深入瞭解酒駕專責法庭中以 S.T.E.P. program 實務運作模式，參與其中之司法與醫療專業人員如何合作及分工、開庭前如何進行個案討論會議、審理流程中法官等專業人員與個案之互動、專業人員如何長期共同協助個案所致成效。法官同時以司法公權力要求酒駕者必需接受醫療及酒精科學監測設備，各地作法稍有不同但均善用酒精科學監測設備，例如自費裝設腳踝 24 小時酒精監測設備 SCRAM (Secure Continuous Remote Alcohol Monitoring) 每半小時回傳酒精濃度至少 3-6 個月、每日多次定時吹氣回傳酒精濃度與吹氣時照片證明的酒精監測設備 SMART START' S S.M.A.R.T. MOBILE™ PROGRAM (S.M.A.R.T. Mobile Home Breathalyzer) 至少 12-18 個月)、監理機關 DMV 配合確認有裝置汽車裝設酒精鎖(Ignition Interlock) 至少 12-24 個月等多項酒精監測設相關配套措施。

為了遏止酒駕歪風，法務部先前訂出酒駕三次累犯，必須直接進監獄的「三振條款」，仍有許多酒駕犯因為付不出十幾二十萬的易科罰金，選擇坐牢，導致原本就「超收」嚴重的監獄，更人滿為患，法務部 105 年曾討論研擬對酒駕犯實施「電子腳鐐」，以「在家坐牢」的方式監控，其實若能實施以裝設腳踝 24 小時酒精監測設備 SCRAM (Secure Continuous Remote Alcohol Monitoring) 每半小時回傳酒精濃度、每日多次定時吹氣回傳酒精濃度與吹氣時照片證明的酒精監測設備 S.M.A.R.T. Mobile Home Breathalyzer，來確認未喝酒，並不需要以「電子腳鐐」「在家坐牢」的方式監控，可減少人身自由行動的限制。

以 Mecklenburg County 酒後駕駛專責法庭為例，個案即使在酒駕專責法庭制度完整多項配套措施監控下完成 12-18 個月的療程中能順利畢業者仍僅約 61%(已較藥事專責法庭(毒品法庭)40%高)，期待改變酒癮酒駕行為需要長時間以司法公權力持續運用鼓勵與懲罰(Incentives and Sanctions)要求下，跨領域整合多元治療與社區資源模式協助個案為主、持續以酒精科學監測設備為輔下，方可能逐步達成；反思若台灣期待僅以提高罰鍰、監禁等措施來期待逐漸降低酒駕再犯，實屬不易，近年來酒駕者心存僥倖而再犯甚至三犯以上者不在少數，甚至於台中檢方 104 年放寬三犯酒駕被告易科罰金標準，以紓解監獄爆滿窘境。職建議同時需考慮如菸害防治法近年逐步推動的成功經驗已逐漸使社交場合中敬

菸等風氣下降，台灣也能考慮逐步推動例如過量飲酒防制條例等，逐漸使社交場合中敬酒等風氣下降，並同時結合酒駕專責法庭推動相關配套措施，以逐漸降低酒駕再犯。

社會中對於酒駕未致人傷亡者大多尚能接受只要能夠不再犯前提下，個案能於社區中穩定工作養家及生活，職建議於原有司法體系內設立酒駕專責法庭(Driving - under - influence court)，如同藥事法庭一般建立本土化模式，適當個案分流並善用科學酒精監測設備於社區中監控不再喝酒，紓解監獄爆滿窘境並得以兼顧道路及社會安全。以民國 106 年地方法院檢察署公共危險罪偵查終結為例其中提起公訴及聲請簡易判決約 6 萬 1 千多人(九成四屬不能安全駕駛)及緩起訴處分約 2 萬 4 千多人，若能經司法體系結合醫療體系審慎評估後再試當分流，酒駕再犯者未致人傷亡者以司法公權力要求酒駕者必需接受科學酒精監測設備 6-18 個月(例如自費裝設腳踝 24 小時酒精監測設備 SCRAM (Secure Continuous Remote Alcohol Monitoring)及每日多次定時吹氣回傳酒精濃度與照片的酒精監測設備 SMART START' S S.M.A.R.T. MOBILE™ PROGRAM(S.M.A.R.T. Mobile Home Breathalyzer))、交通部監理機關配合汽機車裝設酒精鎖(Ignition Interlock)等多項相關配套措施，另酒駕再犯者已達中度以上酒癮者需要自費完整酒癮相關治療(Court-mandated treatment for convicted drinking drivers)及，若能在酒駕專責法庭制度完整監控下完成 12-18 個月的療程後以爭取獲得公共危險罪「緩起訴」，則個案能在社區工作照顧家庭並同時能兼顧道路及社會安全。

4. 設立藥事專責法庭：

雖然美國先有藥事專責法庭後才延伸出少年藥事專責法庭，但國內曾於相關會議中討論過考慮以少年藥事專責法庭為藥事專責法庭制度初期試辦計畫，若以少年藥事專責法庭試辦經驗來整合司法、醫療、社福等體系協助少年所得經驗，再試辦藥事專責法庭，由流程面、結構面、立法層面等逐步調整，建立司法、醫療、社福等體系跨領域合作網絡也是可行模式之一。

希望設立藥事專責法庭(毒品法庭)，能由法官整合相關司法、醫療、社福等體系協助個案，以司法約束力持續將社區中高風險高治療需要之藥癮個案連結於精神醫療系統中。期待由司法體系以公權力要求施用毒品犯持續接受戒癮治療，施以相關戒癮治療(Court-Mandated Treatment)等配套措施，改變藥物成癮行為需要長時間以司法公權力持續運用鼓勵與懲罰(Incentives and Sanctions)要求下，跨領域整合多元治療與社區資源模式協助個案，方可能逐步達成；法官全程以多元方式鼓勵及督促個案持續接受戒癮治療，於社區實際生活中抗拒誘惑、增進自我效能並逐步改變成癮行為，審理流程中法官、檢察官、公設律師及專業人員如何專業地與個案互動，專業人員長期共同協助個案，方能達成目標綜效。在司法體系與醫療體系共同合作下，發展社區多元治療模式，共同努力防治藥物濫用問題，有效降低毒品犯旋轉門現象，減輕監所空間、管理人力及經費的負擔。

個人期待國內新設本土化毒品專責法庭能成為打斷旋轉門現象、惡性循環的契機，由法官來帶領跨領域團隊，以公權力來積極創造良性循環！

以美國 NADCP 全國統計資料，現今已順利完成藥事專責法庭 12-18 個月的療程的畢業個案，其中 75%畢業個案可以至少兩年不再因毒品相關犯罪而被逮捕(75% of Drug Court graduates remain arrest-free at least two years after leaving the program)。

臺灣若借鏡美國藥事法庭/酒後駕駛專責法庭近三十年經驗，可縮減摸索過程，建議未來設立本土化藥事(毒品法庭)等專責法庭過程中，能參考美國 NADCP 建議運作時十個主要組成原則(檢附如下)，另參考最佳實施準則(Best Practice Standards)第一版(Volume I)及第二版(Volume II)。

The nationally accepted guidelines from the National Association of Drug Court Professionals(NADCP) include the following statement: “ 10 Key Components” :

1. Drug courts integrate alcohol and other drug-treatment services with justice system processing.
2. Using a non-adversarial approach, prosecution and defense counsel promote public safety while protecting participants' due process rights.
3. Eligible participants are identified early and promptly placed in the drug court program.
4. Drug courts provide access to a continuum of alcohol, drug, and other related treatment and rehabilitation services.
5. Abstinence and use of alcohol and other drugs are monitored by frequent drug testing.
6. A coordinated strategy governs drug court responses to participants' compliance.
7. Ongoing judicial interaction with each drug court participant is essential.
8. Monitoring and evaluation measure the achievement of program goals and gauge effectiveness.
9. Effective drug court operations require continuing interdisciplinary education.
10. Forging partnerships among drug courts, public agencies, and community-based organizations increases the availability of treatment services, enhances drug court effectiveness, and generates local support

5. 毒駕認定建議目前採取零容忍認定政策；

目前刑法刑法一百捌拾伍條之三的公共危險罪規定，駕駛動力交通工具而服用毒品、麻醉藥品，致不能安全駕駛，處兩年以下有期徒刑，致人重傷處一年至七年，致人於死處三年至十年。但其中「致不能安全駕駛」在毒駕中不易定義規範。近來毒駕撞死人案件頻傳，多名立委已提案修法，建議刪除「致不能安全駕駛」。建議此毒駕議題處理也可以參考美國及加拿大藥事法庭/酒後駕駛專責法庭目前處理毒駕(drugged driving)經驗。

加拿大研究發現受訓後 DRE 警官的能正確地辨識出有使用藥品或毒品情況達 95.3% (Beirness et al. 2008)，職建議培訓某些交通警察能接受正確地辨識出有使用藥品或毒品情況相關訓練，警方攔下可能受酒精或藥品或毒品而影響駕駛人駕駛能力的車輛後，接受藥物影響辨識訓練認證的 DRE 警官，對駕駛人進行以下 12 步驟檢查，必要時可轉介醫

院協助醫療部分。

刑法一百捌拾伍條之三的公共危險罪起訴，但其中「致不能安全駕駛」在毒駕中不易定義規範，近來毒駕撞死人案件頻傳，多名立委已提案修法，建議刪除「致不能安全駕駛」，若能順利立法刪除「致不能安全駕駛」前提下，建議目前採取零容忍認定政策。107年8月法務部擬討論在刑法公共危險罪章中修法，對毒駕者課以刑責，初步規畫自當事人身上採樣稽查其尿液或血液中有無毒品的反應，至於是比照酒駕、設訂臨界值才處罰、或採取零容忍政策？雖然尚未定案，但參考加拿大也曾經於2008年針對Drug-Impaired Driving Law 修法時立法2008 Criminal Code amendments，實施後有學者評估發現能夠起訴比率仍低，討論是否如美國亞利桑那州等16州目前對某些毒品採取零容政策(Zero tolerance for some drugs)，可能較容易確認毒駕並起訴，未來設定臨界值 (Robert Solomon & Erika Chamberlain, 2014)。

今年2018年加拿大宣布大麻使用合法化後，加拿大吸食大麻後駕車者可能會更明顯增加。台灣也面臨除吸食一、二級毒品毒駕外，吸食三級毒品Ketamine、派對中使用混合新興毒品(例如混合毒品咖啡包裝等)增加趨勢，吸食後駕車者可能會明顯增加，建議參考美國亞利桑那州等16州對某些毒品採取零容政策，可能較容易確認毒駕並起訴，否則不易抑止毒駕快速增加趨勢。

References

Adult Drug Court Best Practice Standards Vol. 1 and Vol. 2

<https://www.nadcp.org/standards/>

Betty Tai and Akiva M. Liberman, conference discussion in NIDA on May 27, 2009

Bureau of Justice Assistance , Office of Justice Programs, U.S. Department of Justice(reprint in 2004); Drug Courts Resource Series; Defining the Drug Courts: The Key Components; retrieved on May 12, 2009 from <http://www.ncjrs.gov/pdffiles1/bja/205621.pdf>

California Courts: What is a Drug Court? retrieved on May 12, 2008 from

<http://www.courtinfo.ca.gov/programs/collab/drug.htm>.

Data from Carson Fox 's presentation, CEO, NADCP,2018

Data from Janeanne Gonzales, CJS Program Manager, Mecklenburg County S.T.E.P. program, North Carolina,2018

Defining Drug Courts: THE KEY COMPONENTS

<https://www.ncjrs.gov/pdffiles1/bja/205621.pdf>

Douglas Marlowe and David Festinger, conference discussion in Treatment Research Institute(TRI), Washington DC, on June 2 ,2009

Drug Impaired Driving

<https://www.ghsa.org/state-laws/issues/drug%20impaired%20driving>

Drug-Impaired Driving ,NHTSA

<https://www.nhtsa.gov/risky-driving/drug-impaired-driving>

“Drugged Driving” and DWI Drug Recognition Experts in North Carolina

<http://www.lawfirms.com/resources/dui-dwi/drugged-driving-dwi-drug-recognition-experts-north-carolina>

Frederick L. Altice ,M.D. ,conference discussion , on June 2 ,2009

Gil Kerlikowske(May 2009). Testimony of Gil Kerlikowske, Director of ONDCP(Office of National Drug Control Policy) on May 19,2009 ; retrieved on May 22, 2009 from

http://www.whitehousedrugpolicy.gov/news/testimony09/051909_dpc_subcommittee.pdf

James E. Lessenger & Glade F. Roper(2007).Drug Courts: A New Approach to Treatment and Rehabilitation.

Jonnes J. Hep-Cats,Narcs and Pipe Dreams: A history of America’s Romance With Illegal Drugs.New York:Scribner;1996.

Juvenile Drug Treatment Court Guidelines

<https://www.ojjdp.gov/Juvenile-Drug-Treatment-Court-Guidelines.html>

Ministry of Justice, Taiwan, R.O.C. retrieved on May 22, 2009 from <http://www.moj.gov.tw/mp001.html>

NADCP 2009 drug court in brief , retrieved on May 12, 2009 from

http://www.nadcp.org/NADCP_Drug_Court_Brief.pdf

NADCP, Drug Court

<http://www.saveoursociety.org/the-issues/treatment-courts/>

NADCP, Drug Court

<https://www.nadcp.org/wp-content/uploads/2018/03/NADCP-Brief.pdf>

National Institute on Drug Abuse (NIDA).retrieved on May 15, 2009 from

<http://www.nida.nih.gov/about/aboutnida.html>

National Institute of Justice(NIJ), Office of Justice Programs, U.S. Department of Justice(June 2006);Special Report-- Drug Courts: The Second Decade

retrieved May 12, 2009 from <http://www.ncjrs.gov/pdffiles1/nij/211081.pdf>

National Police Agency, Ministry of Interior, Taiwan, R.O.C. retrieved on May 22, 2009 from

<http://www.npa.gov.tw/NPAGip/wSite/np?ctNode=11358>

Results from the 2007 National Survey on Drug Use and Health: National Findings, Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), 2008, retrieved on May 22, 2009 from

<http://www.oas.samhsa.gov/nsduhLatest.htm>

Robert Solomon & Erika Chamberlain (2014) Canada's New Drug-Impaired Driving Law: The Need to Consider Other Approaches, Traffic Injury Prevention, 15:7, 685-693,

Steven Belenko(2001), Integrating Research into Drug Courts, in meeting on May 30, 2001,New Orleans, LA ; retrieved May 12, 2008 from <http://www.drugabuse.gov/MeetSum/DrugCourts.html>

The Clinton Administration's Law Enforcement Strategy: Breaking the Cycle of Drugs and Crime, U.S. Department of Justice,1999

https://www.justice.gov/archive/dag/pubdoc/Drug_Final.pdf

Wei Lien-Chung (2008),Poster: Prediction analysis of Patient Adherence to Methadone Maintenance Treatment, retrieved on April 27, 2008 from

<http://www.typh.doh.gov.tw/public/gpi/42d85c022ae855b89517978aa64abcb3.pdf>

Yi-Ping Zeng(2008),Comments on Drunk Driving, Newsletter of Chinese Institute of Transportation ,Issue No.79,p3-5; retrieved on May 24, 2009 from

<http://www.cit.org.tw/publish/%E9%81%8B%E8%BC%B8%E4%BA%BA%E9%80%9A%E8%A8%8A%E7%AC%AC79%E6%9C%9F.pdf>

105 年反毒報告書, 法務部

<http://enc.moe.edu.tw/UploadFile/eBook/20160801110208837427/mobile/index.html#p=1>

106 年法務部統計年報

http://www.rjtd.moj.gov.tw/RJSDWeb/common/WebListFile.ashx?list_id=1578

臺灣高雄少年及家事法院少年事件處理流程

<http://ksy.judicial.gov.tw/chinese/CP.aspx?s=485&n=10397>

酒駕犯把監獄塞爆了！ 法務部擬電子腳鐐「在家坐牢」, 快點 TV 報導, 2016-03-25

<http://gotv.ctitv.com.tw/2016/03/179945.htm>

酒駕年燒健保 3.1 億 未來肇事者恐得自費

<https://news.tvbs.com.tw/life/1030052>

美國毒品法庭不只判刑 更改變生命

<https://tw.news.appledaily.com/forum/realtime/20181203/1477066/>

美國毒品法庭不只判刑 更改變生命

王作仁／嘉南療養院醫師

身為第一線醫療人員，欣見去年司改國是會議關注毒品議題後有多方討論，個人呼應林達檢察官日前於媒體建議，希望國內於研商施用毒品行為多元處遇及立法政策時，能考慮借鏡美國以公權力要求治療的毒品法庭(Drug Treatment Court)多年推廣經驗、縮減摸索過程，未來能有機會建立本土化毒品專責法庭

一般民眾即使想減重都不一定能抗拒美食而順利達成目標，更遑論施用毒品個案常受到外界誘惑、面對壓力缺乏適當因應方式與渴求感驅使等多重吸力與推力影響下，即使第一線醫療人員努力以多元醫療模式來增進個案戒癮動機與成效，但個案缺乏持續改變動機、不易持續接受治療且再使用毒品機率高，存在所謂旋轉門現象。但參考美國毒品法庭專業人員協會 **NADCP** 近年來研究顯示，若能經審慎評估、篩選出戒治動機較高之非暴力、非毒販之高風險高治療需求 (**high risk、high need**) 毒品使用犯，以公權力持續要求在毒品專責法庭制度完整監控下，若能順利完成毒品專責法庭 **12-18** 個月的療程的畢業個案，其中 **75%** 畢業個案可以至少兩年不再因毒品相關犯罪而被逮捕，最長已 **14** 年未被逮捕，如此不只協助改變個案生命、回歸社區，同時能協助家屬脫離噩夢。

我曾到洛杉磯、費城及北卡的毒品專責法庭實習，深入了解個案如何經過完整評估及篩選過程、適當分流，參與其中之司法與醫療專業人員、個管師等夥伴，如何先合作再分工、開庭前進行個案討論會議，持續執行個別化介入方案，法官變成帶領跨領域團隊、以公權力來積極創造良性循環的領導者，不是判刑處分而已。法官全程以多元方式鼓勵及督促個案持續接受戒癮治療，於社區實際生活中抗拒誘惑、增進自我效能並逐步改變成癮行為，審理流程中法官、檢察官、公設律師及專業人員如何專業地與個案互動，專業人員長期共同協助個案，方能達成目標綜效。

雖然美國先有毒品專責法庭後才延伸出少年毒品專責法庭，但國內曾討論過是否初期由少年法庭試辦為少年毒品專責法庭，若先以少年毒品專責法庭試辦經驗來整合司法、醫療、社福等體系協助少年所得經驗，再試辦毒品專責法庭，由流程面、結構面、立法層面等逐步調整，建立司法、醫療、社福等體系跨領域合作網絡也是可行模式之一。個人期待國內新設本土化毒品專責法庭能成為打斷旋轉門現象、惡性循環的契機，由法官來帶領跨領域團隊，以公權力來積極創造良性循環！