



觀護統計

曾信棟、柯嘉惠

壹、近五年觀護案件分析

貳、觀護案件執行績效

參、高再犯危險案件執行成效

壹、近五年觀護案件分析

綜觀本署近五年成年觀護案件數（含終結及未結案件），2012年計6,576件、2013年計7,161件、2014年計7,590件、2015年計7,134件及2016年計7,556件。其中，保護管束案件逐年上升，保護管束案件2016年較2012年案件數約成長30%。

附條件緩刑社區處遇案件2016年較2012年案件數約成長2倍。緩起訴社區處遇案件在2012、2013年度本署結合台北市立聯合醫院辦理毒品緩起訴戒癮治療後大幅增加，於2014年達到高峰，計4,205件，又2015年度開始辦理酒駕公共危險罪緩起訴戒酒治療，故2016年又有增加趨勢。

社會勞動案件於2012年達到高峰，計1,327件，並於2016年降為1,205件。

以罪名分析2016年度保護管束案件數，其中以毒品危害防治條例罪595件最多，占27.8%，其次為其他罪名550件，占25.7%、公共危險罪274件占12.8%及妨害性自主罪197件，占9.2%。

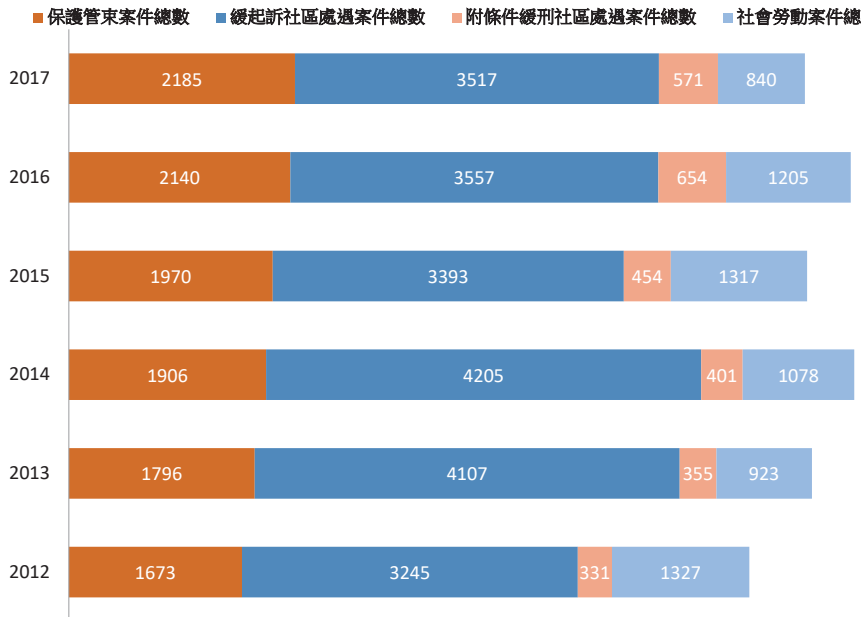
以罪名分析2016年度緩起訴案件數，其中以毒品危害防治條例罪1,841件最多，占52%，其次為公共危險罪1,321件，占37%、其他罪名395件，占11%。

以罪名分析2016年度緩刑附條件案件數，其中以公共危險罪226件最多，占35%，其次為其他罪名161件，占25%、毒品危害防制條例罪名66件，占10%。

1. 本文作者為本署主任觀護人曾信棟及觀護人柯嘉惠。



近 6 年本署各類觀護終結及未結案件量統計



以罪名分析 2016 年度社會勞動案件數，其中以公共危險罪 669 件最多，占 55%；其次為其他罪名 251 件，占 21%；毒品危害防制條例罪名 116 件，占 10%。

本署透過積極辦理毒品、酒駕緩起訴戒癮治療，以及易服社會勞動等制度，大幅減少短期刑入獄人數。

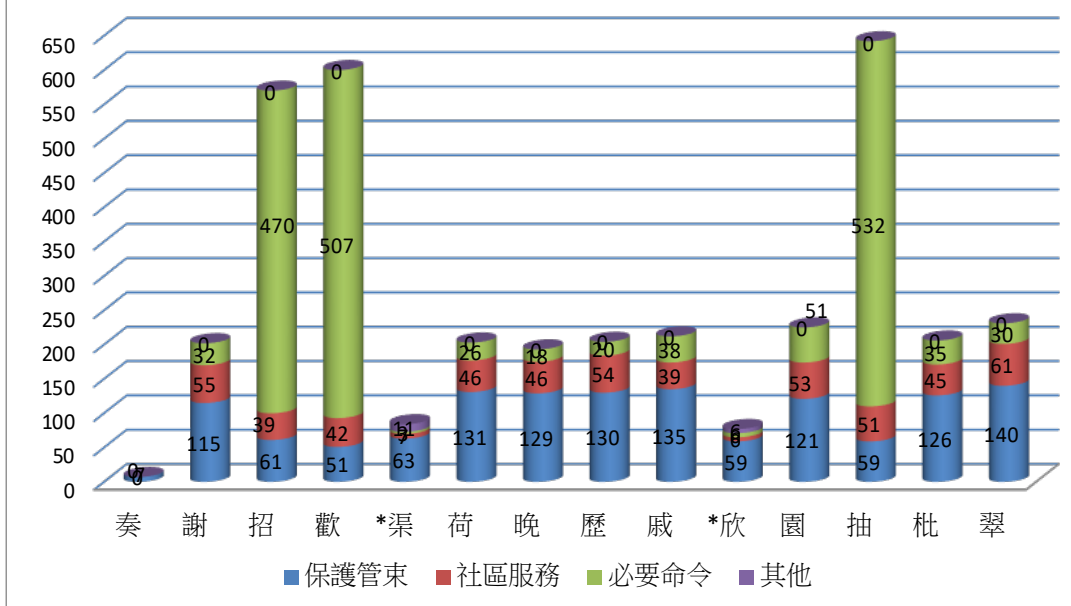
法務部近年來首重毒品危害防治條例案件處遇、公共危險罪案件處遇及妨害性自主罪案件處遇，各類型案件特性不同，處遇方式亦有各種不同網絡，各網絡成員之聯繫、協調、溝通、合作與彼此提供專業意見，成為現行觀護案件執行之重要模式。

本署觀護人員額及觀護案件負荷量 (caseload)：本署現職觀護人 15 人，書記官、錄事各 1 人，觀護助理員 13 人、採尿員 3 人。針對性侵、家暴保護管束及毒品、酒駕緩起訴戒癮治療案件，因涉及專業治療以及防制網絡的連結，故各設專組辦理。2017 年 8 月底觀護案件總計 3,656 件，各股平均案件量 261 件，案件類型以緩刑 / 緩起訴必要命令 (含戒癮治療) 最多，保護管束案件次之，社會勞動 / 義務勞務案件 (社區服務) 再次之。

貳、觀護案件執行績效

觀護人依《保安處分執行法》第 74 條：「緩刑或假釋期內，執行保護管束者，

各股觀護案件負荷量 2017.8

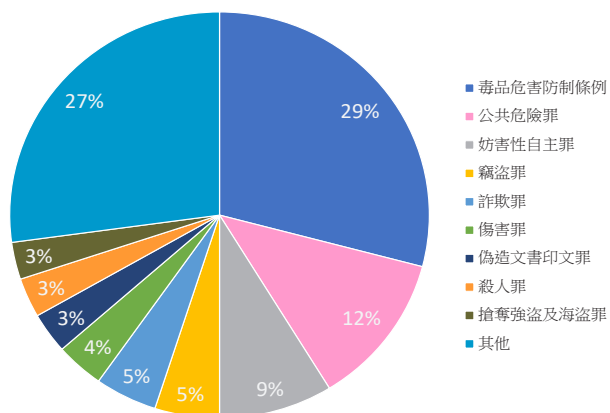


2006-2017 年度本署各類觀護未結案件量趨勢

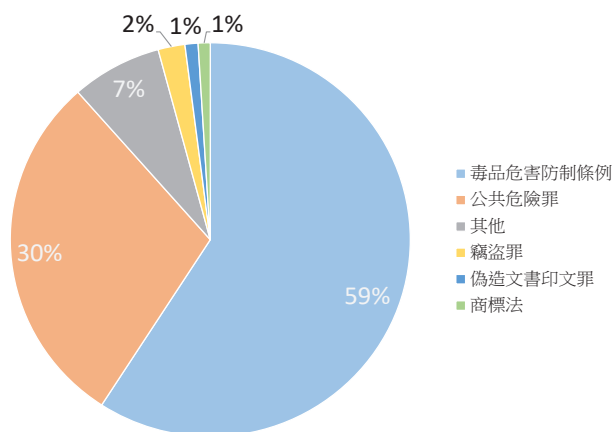
	2006年	2007年	2008年	2009年	2010年	2011年	2012年	2013年	2014年	2015年	2016年	2017年	趨勢圖
保護管束	754	692	713	774	860	924	1003	1070	1149	1356	1352	1293	
緩起訴	236	527	1220	1698	1504	1017	1802	1928	1394	1791	1641	1721	
附條件緩刑	0	22	41	92	145	110	150	144	152	227	269	225	
社會勞動				472	962	694	579	339	539	381	418	282	



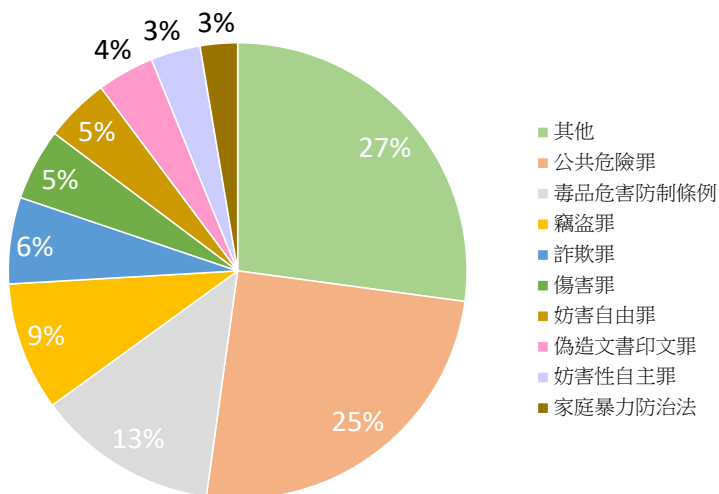
2017 年保護管束案件罪名統計 (終結及未結案件)



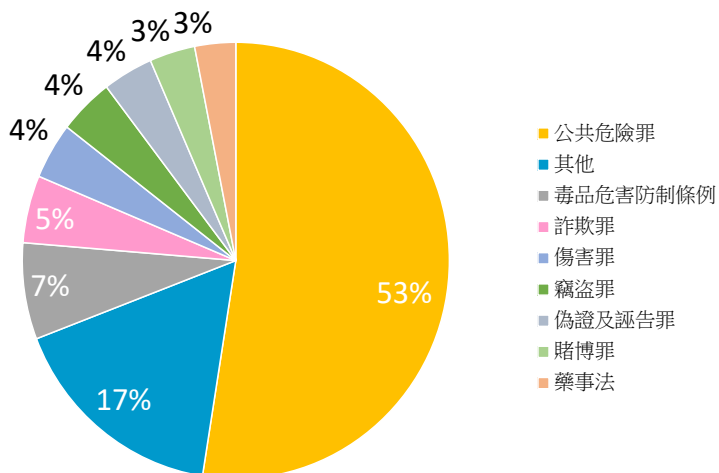
2017 年緩起訴案件罪名統計 (終結及未結案件)



2017 年度緩刑附條件案件罪名統計 (終結及未結案件)

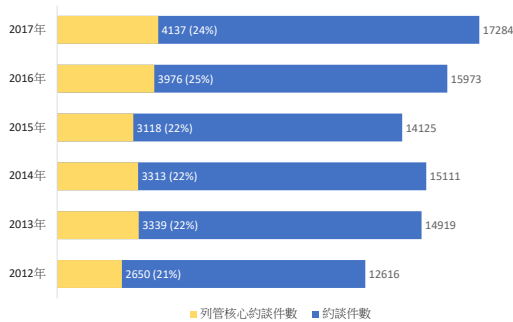


2017 年度社會勞動案件罪名統計 (終結及未結案件)

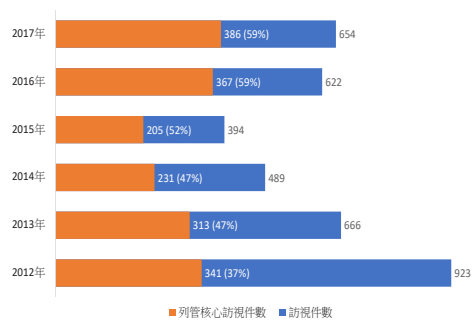




2012-2017 年列管核心案件約談件數



2012-2017 年列管核心案件訪視件數



對於受保護管束人應注意其生活行動及交往之人。」、第 74-2 條：「受保護管束人在保護管束期間內，應遵守左列事項：一、保持善良品行，不得與素行不良之人往還。二、服從檢察官及執行保護管束者之命令。三、不得對被害人、告訴人或告發人尋釁。四、對於身體健康、生活情況及工作環境等，每月至少向執行保護管束者報告一次。五、非經執行保護管束者許可，不得離開受保護管束地；離開在十日以上時，應經檢察官核准。」、第 74-3 條：「受保護管束人違反前條各款情形之一，情節重大者，檢察官得聲請撤銷保護管束或緩刑之宣告。假釋中付保護管束者，如有前項情形時，典獄長得報請撤銷假釋。」等法律相關規定及法務部重要函示執行保護管束。

觀護人對各類型案件依罪名或相關分級分類條件進行分級，若為案情重大或經

評估為中高危險再犯案件，將以列管核心方式進行密集觀護，密集觀護係為觀護人對受保護管束人採行高密度之約談及迅速訪視，掌握受保護管束人生活、工作、交友等狀況，並採行監督輔導手段（2004 年 7 月 14 日法保字第 0931001002 號函），以利更生及復歸社會，達到全面預防再犯之目的。

- 一、觀護人應於受案後二個月內進行初次訪視，儘速掌握受保護管束人家庭、親屬、朋友、僱主、工作同事及鄰里關係等情況。
- 二、觀護人應命受保護管束人於首次報到後六個月期間內，每月至少報到二次，必要時得再增加報到次數，且觀護人應不定期以電話查訪受保護管束人行蹤，或對於報到約談內容，進行查訪及訪談，並得令受保護管束人定期以電話回報生活情況、工作及交友等情形。

2012-2017 年加強電話查訪件數



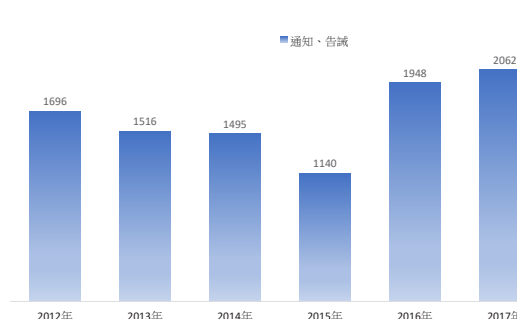
- 三、觀護人對於受保護管束人採行之處遇計畫，應依據受保護管束人報到及案件執行情形，至少每半年檢討一次。處遇計畫內容之調整，應經主任觀護人同意。
- 四、觀護人對受保護管束人違反保護管束期間應遵守事項或無故不按時報到，應立即予以書面告誡，並命受保護管束人加強報到；情節重大者，立即報告執行檢察官處理。

參、高再犯危險案件執行成效

高再犯危險案件列管核心案件，列管率約 13%。各股觀護人每月約執行 250 件觀護案件，故針對高再犯危險個案列管為核心案件，每月約談、訪視 2~4 次，輔以警局查訪複數監督，以密集觀護提高監控密度，預防再犯。

- (一) 加強執行婦幼保護案件：成立性侵、家暴專組觀護人：專職輔導性侵、家暴受保護管束加害人。
2 名性侵專股觀護人，執行約 160 件

2012-2017 年告誡、通知件數



性侵害觀護案件，平均每名觀護人執行 80 件，每二週由主任觀護人召開性侵加害人評估小組會議，每季由主任檢察官邀集社政、警政、衛政、身心治療人員及學者專家等性侵害防治網絡成員召開社區監督輔導小組會議，迄 2017 年 4 月計列管 7 名中高再犯危險性侵害受保護管束人，執行電子監控 7 人。2 名家暴專股，執行約 50 件家暴觀護案件，每月辦理家庭暴力加害人認知團體治療，搭配觀護人約談、訪視，預防再犯。

(二) 加強毒品緩起訴戒癮治療，提升治療成效

本署現執行 665 件毒品緩起訴戒癮治療案件，轉介昆明院區（一、二級毒品）、松德院區（二級毒品）辦理戒癮治療外，另自 2014 年起結合中華民國解癮戒毒協會，辦理正念減壓課程暨戒毒談話會，參考美國醫學教授卡巴金博士創立的正念減壓訓練課程（mindfulness-based stress reduction，簡稱 MBSR），協助施用毒品



者透過靜坐、正念訓練，學習專注，改善身心品質，提升戒癮意志力；同時也參考美國 NA 團體作法，邀請戒癮個案彼此分享戒癮的心路歷程，互相鼓勵加強戒毒動機。另為加強施用毒品者家庭支持力量，2017 年度舉辦 2 次藥癮個案家庭日活動，邀請施用毒品者與家人同遊臺北市立動物園、電影欣賞等，以寓教於樂方式辦理親子反毒宣導。

毒品緩起訴戒癮治療執行情形：本署對於施用毒品案件，經檢察官轉介醫院評估後，得命緩起訴戒癮治療，同時接受觀護人生活輔導及不定期驗尿。其中以二級毒品緩起訴戒癮治療為主，近兩年戒癮治療履行完成比例均達 6 成以上，顯見透過觀護輔導確能提升戒癮治療成效。

（三）辦理家庭暴力受保護管束人再犯預防暨認知團體

透過團體認知治療協助家暴個案了解自己的行為，知道行為造成的後果，進而學習控制自己，預防家暴。

（四）協助受保護管束人解決就業問題

就業為個案再犯的重要指標，為促進個案就業，本署除結合更生保護會台北分會轉介就業外，並辦理二項促進就業計畫：

1. 結合台北就業服務處辦理「待業個案就業團體講座」：針對甫出獄者，結合台北市就業服務處每月於該處辦理受保護

管束人就業輔導與媒合，協助個案順利進入職場或參加職訓，回歸社會

2. 結合台北市榮譽觀護人協進會辦理就業轉銜計畫：由於少數受保護管束人及更生人，因自身工作能力不足如身心障礙，或因年紀較難順利就業等，本署結合清潔隊設計能立即上工、支薪的就業促進計畫，協助甫出監受刑人順利就業，穩定生活。

（五）加強辦理酒駕公共危險案件戒酒治療

2015 年度起結合台北市政府辦理「臺北市酒駕個案醫療介入計畫」，將酒駕個案轉介台北市聯合醫院松德院區辦理戒酒治療，預防酒駕。迄 2017 年 7 月累計轉介 226 人（緩起訴案件 130 件，酒駕易科罰金、易服社會勞動受刑人 96 件）。

（六）辦理宗教及生命教育輔導

為強化個案生命教育，結合佛光山、法鼓山、義光育幼院、創世基金會、弘道基金會等辦理宗教、心六倫生命教育、名人講座以及社區服務生命教育等，每月定期舉辦心靈成長，從心預防再犯。

（七）社會勞動辦理情形

本署執行社會勞動案件約 400 件，遴聘本轄各清潔隊、區公所、創世基金會、義光育幼院等 19 個社會勞動執行機構，辦理環境清潔、弱勢服務等社會服務，履行完成率均達 80% 以上。



毒品施用者戒癮處遇

柯嘉惠、施雅桂、沈雅靜

壹、拿淬松拮抗劑戒毒計畫

貳、毒品減害計畫試行方案

參、緩起訴戒癮治療

肆、藥癮個案匿名談話會及正念減壓班

毒品問題一直以來被列為重大社會危害問題，毒品犯罪占在監人數或觀護執行案件數亦均有相當比重。法務部針對毒品施用者戒癮處遇之刑事政策，於 1998 年修正發布《毒品危害防條例》，將毒品成癮者視為兼具「病人」與「犯人」雙重身分的「病犯」¹。

於 2003 年海洛因吸食者的針具共用所引起的血液傳染疾病急速升溫，其中最主要的原因在於靜脈毒癮者的感染人數急遽跳升，在 2004 年成為我國愛滋病感染原因的首位，到 2005 年更呈現爆炸性的大幅成長，行政院於 2005 年核定「毒品病患愛滋減害試辦計畫」，2006 年法務部推行反毒

新策略「首重降低需求平衡，抑制供需」，將反毒政策轉向著重降低毒品需求，即以「拒毒」防止新的毒品人口產生、以「戒毒」減少原有毒品人口；再輔以積極「緝毒」以減少供給，並將反毒戰略警戒線推展至「防毒以達到減少毒品新生人口」²。從 2006 年開始在臺北市、臺北縣、桃園縣及臺南縣試辦清潔針具計畫與替代療法，並於 2006 年 7 月與 8 月擴大辦理，施行範圍逐漸涵蓋全國。此為政府衛生部門與司法部門首次深度合作，在檢察機關及矯正機構中推動減害計畫觀念及作法³。2006 年起，檢察機關對符合相關要件之藥癮被告，經其同意且經醫療機構評估適合戒癮治療者，為緩起訴處分，命被告於一定期間內

1. 法務部保護司副司長黃怡君。毒品危害防制現況與法規講義，衛生福利部衛生福利人員訓練中心研習課程，資料來源：<https://www.hwwtc.mohw.gov.tw/att.php?uid=4706>。

2. 2006 年法務部反毒報告書。

3. 本段整理自顏良恭、林俊宏。(2011 年)《地方毒品危害防治中心的實際運作 - 政策網絡觀點的分析》(資料來源：<http://www2.scu.edu.tw/politics/journal/doc/j292/3.pdf>)。



向指定醫院或機構完成戒癮治療、精神治療、心理輔導或其他適當之處遇措施。此為從「司法強制監督」刑事政策逐漸調整為「在合理的司法監督下結合醫療體系」進行毒品戒治工作⁴。

又2012年法務部函頒「各地方法院檢察署及各縣市毒品危害防制中心推動「防毒金三角」計畫」（2012年5月24日法保字第10105109430號函），計畫目的為有效協助藥癮者戒除毒癮，將毒品危害防制中心列管對象擴及保護管束中及緩起訴之藥癮者，建立地方毒品危害防制中心與檢察機關及社區家庭的支持輔導網絡（防毒（堵）金三角），以司法強制力增強藥癮者戒毒意願，使其不敢施用毒品；另一方面亦應提供其身心戒癮之醫療服務，使其不願施用毒品；並配合完善的支持系統協助其調整生活態度與習慣，進而協助其就學、就業，以復歸社會。

再者，2015年行政院核定法務部「有我無毒，反毒總動員方案」，成為政府部門進行毒品防制工作之重要方略。方案內容含括防毒監控、拒毒預防、緝毒合作、毒品戒治及提升地方毒品防制組織與功能

等五大領域，明列目標及執行策略，其重要內容如下：（一）在防毒監控方面，為增加家長及老師可監督之工具，鼓勵民間廠商申請核准可供民眾使用之毒品快篩試劑；（二）在拒毒預防方面，為避免高危險族群的毒品濫用，編製毒品成癮檢查表供自我或師長使用；（三）在緝毒合作方面，為斷絕毒品供給，由臺灣高等法院檢察署統籌建構毒品施用者及中小盤毒販資料庫；（四）在毒品戒治方面，為提升戒癮及處遇成效，建置毒品分流處遇評量工具，並推動多元戒毒方案；（五）而為提升各地方毒品危害防制中心功能，則置重點於健全毒品危害防制中心個案管理人員體制，全面提供毒品成癮個案追蹤輔導服務。期望藉由「有我無毒，反毒總動員方案」的推動，能凝聚政府與社會各界的能量，有效提昇反毒工作的效能⁵。

本署針對毒品施用者戒癮處遇之特色如下：

壹、拿淬松拮抗劑戒毒計畫⁶

國內戒毒起源甚早，1998年時的戒毒模式有以醫療為主的北市療、草屯、高雄

4.(同註腳1)。

5.2006年法務部反毒報告書。

6.本段整理自《台北市榮譽觀護人協進會成立十周年紀念特刊》。

凱旋、臺南奇美等模式，有以宗教為主的晨曦會、主愛之家等模式，於法務部則有明德戒治分監模式及觀護毒工作。

觀護處遇模式由於：一、煙毒案件數高達一萬多件。二、輔導地區太廣。三、人力最缺乏。其困難可想而知。有鑒於此，法務部自 1995 年初即開始著手推動（受保護管束人試用拿淬松拮抗劑協助戒毒專案），自初步的研議，繼而走訪各專門醫院，接著召開相關的研討會，經多次、反覆研議，於定案後交由臺北、高雄兩地檢察署分別與臺北市立療養院、高雄凱旋醫院合作，開始進行本專案。

拿淬松 (Naltrexone) 是一種針對鴉片類麻醉品具有相當抑制作用的拮抗劑，也是一種合成藥品，其藥理作用可以阻斷海洛因在鴉片 μ 受器之功能，理論上可以用於協助鴉片類藥物成癮的戒毒。再者，拿淬松藥物口服吸收良好，作用時間較長，半衰期約為 4 小時，其活性代謝物 6- β -naltrexone 更可達 12 小時，故理想上可以作為預防鴉片劑成癮復發的藥物。在拿淬松的作用下，當病人再服用或施打鴉片類劑時，不會獲得本來所預期的欣愉效果，亦即海洛因不再發生效果，所以便會停止海洛因的使用；其保護效果可以達到 72 小時。在長期使用下，並不會產生耐受性 (tolerance)；而在停用 naltrexone 時亦不會有戒斷症狀，故不會造成濫用或產生成癮的現象。



拿淬松對人體並沒有嚴重的副作用，一般人使用拿淬松並不會有特別的作用，但在對鴉片類藥物有生理依賴者反而會引發戒斷症狀，所以個案必須先去除對鴉片類藥物的生理依賴後才開始服用；過高劑量的拿淬松對肝臟可能造成可逆性的肝臟指數變化，所以需定期檢驗肝臟功能；萬一服用拿淬松過量時不會造成生命危險，過量之處置以支持性療法即可。另外由於拿淬松的作用在拮抗鴉片受體，所以固定服用期間也會對於鴉片類止痛藥物（如嗎啡）有拮抗作用。

法務部於 1995 年 1 月起與衛生署合作協助煙毒犯受保護管束人有效戒除毒癮，積極推動「受保護管束人試用拿淬松拮抗劑協助戒毒計畫」，本署配合法務部之政策，自 1995 年 3 月起陸續舉辦多場之拿淬松說明會，說明會的對象包括台北、板橋、士林三個檢察署之受保護管束人及其家長、家屬，說明會的人次超過一千人次。最後於 1995 年 9 月 12 日終於確定有 89 人



受保護管束人基本資料	拿淬松試用組	拿淬松對照組
被判決有期徒刑以上之次數	4.2次	3.26次
平均年齡	總平均年齡:41.71歲 再犯者:40.75歲 非再犯者:42.36歲	總平均年齡:38.79歲 再犯者:43.95歲 非再犯者:36.45歲
報到狀況	平均報到:1.4次/月 再犯者:1.11次/月 非再犯者:1.58次/月	平均報到:0.92次/月 再犯者:0.69次/月 非再犯者:1.01次/月
穩定情形分析	試用組明顯比對照組不穩定	

參與拿淬松戒毒實施計畫之受保護管束人基本資料

填寫志願能參加拿淬松協助戒毒具結書為試用組，60人經本署安排為對照組。於是年10月正式開始本計劃之觀察、驗血、評估等工作，同時開始進行團體心理輔導之課程，鼓勵煙毒犯受保護管束人參加。

試用計畫結論及建議如下：

- 一、本計劃是受保護管束人分級分類處遇之先驅計劃：將煙毒犯作特殊之處遇，就觀護之專業發展而言，是分級分類之先驅工作。
- 二、本計劃已經合作完成拿淬松之臨床試用，累積之經驗對日後繼續研究發展有正面之幫助。
- 三、拿淬松戒毒模式因經費不低，健保是否給付，與未來推動拿淬松戒毒能否成功息息相關。
- 四、拿淬松戒毒模式，因僅限於肝功能良好者始可參加，仍有其限制，無法全面推廣。

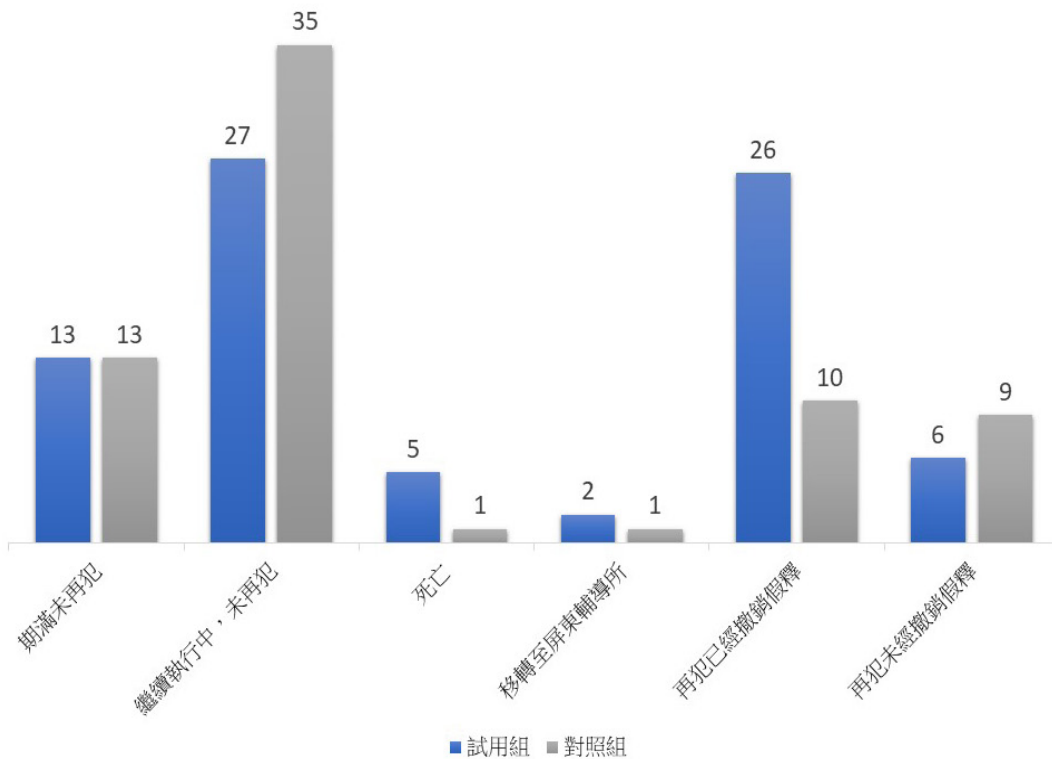
五、觀護人於執行保護管束中，對煙毒犯採尿送驗如沒有驗尿緩和期，觀護之功能、角色盡失，對觀護專業之發展非常不利。

六、本計劃因國內首次實施，參加者範圍太大，致受保護管束人管理、訪視非常困難，日後實施建議縮小範圍、減少人數，採更精緻之模式。

七、本計劃實施後，深感欠缺治療性社區。如能設置治療性社區（戒毒者中途之家），對整體戒毒功能之提昇必有助益。

八、拿淬松可成功的協助部分合乎條件的受保護管束人戒毒：於本計畫第二階段尾聲，有十位原本非常不穩定的受保護管束人明顯地因使用拿淬松而呈現了穩定的現象。

九、協助受保護管束人的行為更成熟：另有十位受保護管束人原本即呈穩定狀態，參與本計畫後情況更為穩定，且在行為



參與拿淬松戒毒實施計畫二年後受保護管束人後續分析

上明顯的表現出更為成熟的現象。

- 十、啟動了受保護管束人向善、向上的動機：在其餘四十位被評為不穩定的受保護管束人中，有因生理情況不適合使用拿淬松，有因心裡害怕不敢使用拿淬松，然均呈現了努力戒毒的動機及行動，執行人員仍繼續觀察、輔導中。
- 十一、開啟了法務、醫療單位密切合作的大門：協調、合作是非常高尚的美德，本計畫使雙方的美德發揮出來，是未來進一步合作的基礎。

貳、毒品減害計畫試行方案⁷

毒品減害初期係為針對施用一級毒品海洛因之對象，因此類對象常發生吸食毒品時與數人共用針具或針具之清潔溶液、或是反覆使用同 1 支針具，導致愛滋病或肝炎患者透過此傳染途徑感染其他人，更進一步造成愛滋病患數量在短期內爆炸性成長。本署於 2006 年至 2009 年間辦理「臺灣臺北地方法院檢察署毒品減害計畫」試行實施方案，以下分為三大項實施對象、實施內容及實施成效進行說明：

7. 本段作者為本署觀護人柯嘉惠。



替代療法給藥



替代療法領藥

(一) 實施對象：

一級毒品海洛因之成癮性較高，除生理癮外，心理癮之戒除尤其困難，毒癮復發機率較其他等級之毒品為高。毒品減害所使用之替代療法，以口服危害較低的替代藥品，取代已知危險較高的靜脈施打毒品方式，並輔以追蹤輔導、教育與轉介戒毒；除改變藥癮者注射毒品的行為之外，更希望藉由此方式，不斷提供藥癮者教育諮商，及其所需生理、心理、社會支持系統的相關協助，給予藥癮者完整且持續性的專業服務，使他們可以維持正常生活，無須過著每天找藥甚至因而犯罪的生活，提供他們一個穩定工作及重新回歸社會的機會，進而戒除藥癮，重新展開新的生活⁸。符合本署一級毒品減害計畫之對象，尚須具備以下條件始能進入計畫：

1. 有吸毒前科，經觀察勒戒或強制戒治無效者，至少二犯吸食海洛因以上者。
2. 限經精神科醫師鑑定，確實長期吸毒成癮，非使用替代療法無法防制其再度吸食之重度毒癮者。
3. 設籍在本署轄區。
4. 年齡在 18 歲（含）以上，並有足夠能力瞭解計畫內容。如為 18-20 歲者必須經過法定代理人同意。
5. 符合《刑事訴訟法》第 253 條之 1 規定。

除了一級毒品海洛因案件進行毒品減害之外，本署為配合政府「降低需求、斷絕供給」反毒新策略，及有效減少原有施用第二級毒品人口，更實施了施用二級毒品之戒癮計畫試行方案，係為全國第一個結合衛生醫療單位實施二級毒品戒癮計畫之檢察機關。藉此，預防施用第二級毒品

8. 整理自法務部 2007 年反毒報告書。

臺北地檢署毒品減害替代療法適用對象簡易檢測表

前來詢問的民眾或是家人朋友(包括自己)是否符合臺北地檢署毒品減害替代療法的資格?想來自首進入替代療法,卻又擔心因資格不符反而直接送觀察勒戒?

讓我們一起跟著以下的問題走一回,你就可以知道自己是是否符合基本條件囉!

	是	否
1、年滿 20 歲(18 歲至 20 歲之人,須得法定代理人同意).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2、最近五年內曾因施用毒品案件送觀察勒戒或強制戒治(或因施用毒品罪經判別執行完畢).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3、目前是否有其他案件在偵查或審理中.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4、目前是否有因案判決確定等待執行.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5、是否有嚴重的精神病症.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6、是否有因病最近必須住院治療的事實.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7、二年內是否有出國工作或留學的計畫.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8、二年內是否有服役的問題.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9、我了解,不論是自首或被警方移送,開庭時同意參加替代療法,但沒有通過醫院評估,還是要依法偵辦.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10、我了解,臺北地檢署的替代療法是一種司法程序,用緩起訴方式來執行,我必須繳交緩起訴處分金.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11、我能夠在緩起訴履行期間,每天到指定醫院服用美沙酮,並依醫師之指示做心理治療,及向觀護人報到並接受採尿.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12、我有意志力,在二年的緩起訴期間,能夠替代成功,遠離海洛因.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13、我願意接受採尿.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

簽名: _____ 年 月 日

臺灣臺北地方法院檢察署毒品減害計畫轉介單 (第 聯)

單位名稱: 臺灣臺北地方法院檢察署		轉介日期: 年 月 日
聯絡人: 專案管理員		
電話: 2314****轉分機 8***		
傳真: 2381****		
單位名稱: 臺北市聯合醫院昆明院區 (藥癮治療門診)		
電話: 23703***		
地址: 臺北市昆明街 100 號		
偵查資料: _____ 處: _____ 年 專 偵 字 第 _____ 號 股		
姓名:	國民身分證統一編號:	生日: 年 月 日
聯絡電話:(家)	(手機)	照片黏貼處
通訊住址:		(請貼與身分證相同 之二吋、彩色照片)
(聯絡方式):		
轉介人告知個案,請備案於 年 月 日 星期 _____		
持本轉介單、身分證、健保卡至臺北市聯合醫院昆明院區「藥癮治療門診」掛號接受毒品減害計畫評估。		
事由: 請協助執行毒品減害計畫評估。		
註 1: 本單計三聯。第一聯由個案自行持往醫療院所;第二聯由專案管理員連同個案資料傳送醫療院所;第三聯由專案管理員附卷退還。		
2: 身分證及健保卡影本附卷。		

者為籌措購毒費用所衍生之刑事犯罪,以透過醫療行為之方式,停止對第二級毒品之渴求與依賴,以及減少為購買及施用第二級毒品而造成社會治安危害,並重建施用第二級毒品者重返健康社會之能力。符合二級毒品吸食案件之對象,尚須具備以下條件始能進入戒癮計畫:

1. 單純一犯施用第二級毒品。
 2. 年齡在 18 歲(含)以上,並有足夠能力瞭解計畫內容。如為 18-20 歲者必須經過法定代理人同意。
 3. 了解戒癮治療內容並同意參加戒癮治療。
 4. 能定期於規定時間到場接受治療及輔導。
- (二) 實施內容

毒品減害計畫主要分為三大階段,分

別為收案階段、執行階段及追蹤三階段,相關執行程序及內容分述如下:

1. 收案階段:
 - (1) 偵訊時,對於符合收案資格之被告,訊問被告是否願意緩起訴處分,並向其詳細告知應遵守事項,及接受替代療法與指定捐款,命其於期限內參加說明會。
 - (2) 定期每月辦理 1 至 2 次說明會,就計畫之內涵、執行方式、藥物介紹及相關法律責任與效力詳細說明,並確定參加者動機與意願。
 - (3) 確定被告接受轉介評估之意願,開立評估轉介單,命被告限期至指定醫院門診時間進行評估。指定評估之醫院收到地檢署通知之轉介評估單,對被



告進行初診評估；並於指定期限內，就被告評估情形回覆地檢署。對於符合收案資格之被告，決定其使用之藥物。

- (4) 通知指定醫院進行評估。
- (5) 經醫院評估符合資格之被告，詢問其接受緩起訴處分意願，並由被告簽名同意具結，為緩起訴處分，命其於一定時間履行及遵守必要命令（參加減害替代療法並向觀護人報到），並得依被告實際情形指定捐款至本計劃。

2. 執行階段：

- (1) 指定受處分人接受治療之醫療院所（含心理治療）。
- (2) 監控並了解受處分人執行情形。
- (3) 受處分人應按月至地檢署報到並接受

團體心理治療課程共計 12 次，並得不定期採尿送驗。

- (4) 受處分人有違反緩起訴應遵守事項或不履行緩起訴處分命令或再犯者，予以撤銷緩起訴處分。

本階段指定執行之醫院在 2007 年時需提供以下服務：

- (1) 配合替代療法之療程給藥。
- (2) 醫院於第 9 週對受處分人進行第一次評估，決定是否可終止生理戒癮療程，爾後每隔 12 週進行乙次。但療程至多不逾一年。
- (3) 醫院每週均須向觀護人回傳被告履行情形，被告無故未到達三次以上者，應告知觀護人為必要之處理。

- (4) 受處分人需按時至醫院服藥，若有無故不到或不配合之情形，即檢具事證通知觀護人為撤銷緩起訴之處分。

前揭服務至 2009 年時，更擴展服務內容，分述如下：

- (1) 有關醫療部份之說明。
- (2) 對轉介治療中之被告為檢驗與檢查。
- (3) 進行藥物療法、心理治療、社會復健治療及療效評估。
- (4) 轉介治療中被告之就業服務。
- (5) 將完成戒癮治療之檢驗結果或診斷證明函送該管檢察機關。
- (6) 有停止治療之情事者，立即通知該管檢察機關。

3. 追蹤階段

- (1) 被告完成療程並經觀護人輔導及不定期採尿，即履行完成緩起訴處分命令。
- (2) 緩起訴剩餘期間進行觀察，追蹤被告是否再度施用毒品或犯罪。
- (3) 由指定執行之醫院認為被告已無必要接受替代療法，視為完成藥物戒癮療程，由醫生彙整成果陳報地檢署。

2007-2009 年間，本署戒癮減害計畫參與人數達 375 人。

參、緩起訴戒癮治療⁹

一、緣起：

為有效協助毒品施用者遠離毒品，減



緩監獄人口超收，並防制愛滋病傳染，我國於 2002 年 2 月增訂《刑事訴訟法》第 253 條之 1 及之 2 規定，賦予檢察官得以緩起訴處分方式，要求毒品施用者進行戒癮治療，並預防再犯的法源。

此外，於 2008 年修訂《毒品危害防制條例》第 24 條規定，將附命戒癮治療之緩起訴處分流程，以法律的層級予以具體化，此時毒品施用者處遇已轉向醫療系統，導向醫療救治、身心復健與社會復歸等多元處遇方式。

為因應政府毒品刑事政策之轉變，本署毒品減害計畫試行實施方案後，於 2009 年訂定「臺灣臺北地方法院檢察署辦理毒品戒癮治療作業要點」，積極協助毒品施用者，能藉由緩起訴附加命令完成戒癮治療處分，回歸正常生活，並降低因毒品成

9. 本段作者為本署觀護人施雅桂。



癮所衍生之其他類型犯罪。

二、規劃目標：

為辦理「毒品戒癮治療實施辦法及完成治療認定標準」之相關事宜，並配合政府「降低需求、抑制供需」反毒新策略，採取「公共衛生三級預防模式」，有效減少原有施用毒品人口，避免施用毒品者感染愛滋病並預防施用毒品者為籌措購毒費用所衍生之刑事案件，以及透過醫療行為，幫助有毒癮者戒毒，減少毒癮者為購買及施用毒品而造成社會治安危害，重建毒癮者重返健康社會之能力。

三、適用對象：

- (一) 施用第一級毒品海洛因、嗎啡、鴉片及前開相類製品及第二級毒品者（含一犯及再犯）。
- (二) 必須年滿 18 歲，若未滿 20 歲者須得法定代理人之同意。
- (三) 了解戒癮治療內容並同意參加戒癮治療者。
- (四) 能定期於規定時間到場接受治療及輔導者。

四、合作單位：

有鑒於施用毒品者之毒品成癮問題有其複雜而非單一的原因，且其原有社會網絡及家庭人際關係多已不再健全，因此亟需一專業團隊提供個別諮商、支持陪伴、愛滋防治衛教宣導，愛滋病篩檢、轉介就業等輔導，以深化其心理輔導效能，協助成功戒毒，並配合加強採驗尿液等外在監

督措施，而達到預防再犯的目的。

因此，本署戒癮治療團隊結合台北市榮譽觀護人協進會、臺北市政府毒品危害防制中心、新北市政府毒品危害防制中心、受委託之治療機構（臺北市立聯合醫院松德院區、昆明院區）、行政院勞工委員會職業訓練局北區職業訓練中心暨該局所轄各就業服務中心等單位共同推動，提供各種協助，以期施用毒品者能穩定適應及順利回歸正常生活。

五、本署戒癮治療團隊分工說明：

(一) 本署：

- 1. 選擇適合戒癮治療之案件。
- 2. 向被告說明應遵守之法律規定及事項。
- 3. 轉介治療服務。
- 4. 擇定案件之緩起訴處分。
- 5. 緩起訴處分後之追蹤輔導。

(二) 台北市榮譽觀護人協進會：

- 1. 協助緩起訴處分後被告之追蹤輔導。
- 2. 支持陪伴。

(三) 受委託之治療機構：

- 1. 有關醫療部分之說明。
- 2. 對轉介治療中之被告為檢驗與檢查。
- 3. 進行藥物治療、心理治療、社會復健治療及療效評估。
- 4. 將完成戒癮治療之檢驗結果或診斷證明函送該管檢察機關。
- 5. 有停止治療之情事者，立即通知該管檢察機關。

(四) 臺北市政府毒品危害防制中心及新北

市政府毒品危害防制中心：

1. 提供戒癮治療宣導。
2. 治療機構之協調督導。
3. 轉介治療中被告之追蹤輔導及協助就業。

(五) 行政院勞工委員會職業訓練局北區職業訓練中心暨該局所轄各就業服務中心：

1. 提供職業訓練。
2. 就業輔導。

六、戒癮治療執行流程：

- (一) 治療流程：檢察官為緩起訴處分前，應得參加戒癮治療被告之同意，並向其說明完成戒癮治療應遵守事項後，指定其前往治療機構參加戒癮治療。未滿 20 歲之被告，並應得其法定代理人之同意。接受戒癮治療者於治療前應由治療機構評估後，進行相關身體功能檢驗，確認被告適合參與戒癮治療。
- (二) 治療期限：戒癮治療之期程以連續一年為限。
- (三) 應遵守事項：被告經檢察官依《毒品危害防制條例》第 24 條第 1 項及《刑事訴訟法》第 253 條之 1 第 1 項、第 253 條之 2 之規定，為附命完成戒癮治療之緩起訴處分時，應遵行下列事項：

1. 至指定之治療機構，接受戒癮治療，至完成戒癮治療為止。
2. 遵守治療機構之指定日期，前往接受藥物治療、心理治療或社會復健治療。
3. 其他經檢察官依《刑事訴訟法》第 253 條之 2 第 1 項各款規定命其應遵守或履行之事項。

(四) 完成戒癮治療認定標準：被告完成一年醫療、本署追蹤輔導及不定期之採尿檢驗後，治療機構應依毒品戒癮治療實施辦法及完成治療認定標準第 9 條之規定，完成戒癮治療認定。完成戒癮治療者，觀護人仍應進行預防再犯所為必要命令期間之觀察，查明被告是否有再度施用毒品或其他犯行；若被告未完成戒癮治療者，應簽請檢察官撤銷緩起訴處分。

(五) 使用者付費原則，由接受戒癮治療者自行負擔。

七、結語：

緩起訴制度將原先應進入法律審理程序及監獄執行自由刑之病患，藉由社區處遇的方式替代，可達訴訟經濟目的，且透過戒癮治療之實施，讓施用毒品者得提升自我監督能力，免除刑罰，又可以達到戒絕毒品之目的。係可謂對政府、社會以及施用毒品者本身達到三贏的局面。



2014.7.18 第一次匿名談話會



2016.5.18 中華民國戒癮協會

肆、藥癮個案匿名談話會及正 念減壓班¹⁰

一、匿名談話會

2014年林達檢察官擔任本署執行檢察官，林達檢察官因緝毒績效卓著而聞名，到了執行科後，他為了了解施用毒品者戒毒失敗被撤銷緩起訴的原因，很認真且深度的訪談了數十位緩起訴戒癮治療的被告，甚至調閱上千筆緩起訴戒癮治療案件。為了強化戒毒處遇，參考美國行之有年的「戒酒匿名會」(Alcoholics Anonymous, 簡稱A.A.)、戒毒匿名會(Narcotic Anonymous, 簡稱N.A.)的作法，提出戒毒「匿名談話會」計畫。在本署榮譽觀護人華琳的支持下，2014年7月18日在台北小自由咖啡廳地下室，林達檢察官邀請8位戒毒者，由華琳主持第一次

的戒毒匿名談話會。在歷經數次的試辦與修正後，本署結合台北市榮譽觀護人協進會及新北市好厝邊協會共同擬定「戒癮治療匿名談話會計畫」，採非官方形式，以尊重與心理治療為基礎，邀請戒癮個案參加分享會，彼此分享戒癮的心路歷程，互相鼓勵，以心理諮商與團體輔導的方式，輔助緩起訴處分之戒癮治療處遇，期能提高戒毒成效。

匿名談話會成員包含1. 主持人(即老師): 榮譽觀護人及諮商心理師擔任，或由中華國際智慧光協會推薦經認證合格之講師。每一梯次由一位主持人全程主導，進行八次的團體談話會。主持人須具備團體會談之能力，並具備毒品及藥癮者之相關背景知識，足以有效引導戒癮者有效戒毒。2. 諮詢師: 每一梯次均配置一位隨隊

10. 本段作者為本署觀護人沈雅靜。

諮詢師，協助主持人評估及記錄個案之情況，須具備心理諮詢、心靈引導，及家庭諮商之能力。每一期第3次談話會後，將由諮詢師評估及安排個案進行家庭諮商，協助個案與家人修復關係，增強家庭的支持力量。3. 主要分享者：現場帶頭分享之人，須是資深戒癮者，並且有熱情與分享談話能力之人。人選由本署觀護人室評估及推薦，經專責之執行檢察官確認並納入名單後，由每期之主持人自名單中挑選，邀其出席分享。每場次至少2位主要分享者參與分享，帶動氣氛。4. 分享者：參與聆聽或分享之個案，本署觀護人推薦，以本署毒品案受保護管束人為主，經執行檢察官核准後出席，每場次總人數以不超過7人為佳。5. 以上主要分享者與分享者以同性別、施用毒品種類應予以區別為原則。

2015年匿名談話會共辦四期，報名人數共44人，完成上課人數共27人，學員平均滿意度92.2%。

二、正念減壓班

在上述匿名談話會之外，林達檢察官也以其自身禪修數十年經驗，從禪修、正念的觀點導入戒癮處遇，讓本署有多元的戒癮處遇方案。在中華民國解癮戒毒協會、台北市榮譽觀護人協進會努力下，參考美國醫學教授卡巴金博士創立的正念減壓訓練課程(mindfulness-based stress

reduction, 簡稱MBSR)，提出2015年「正念減壓班」試辦計畫，由該會培訓華琳、康慧貞、蔡秉憲等5位具戒毒專業知識的禪修講師，透過相關課程規劃與實施，以禪修靜坐方式帶領施用毒品者，教導其提升專注力及意志力，並以舒緩腦神經清除體內毒害，改善身心品質，不再受毒品與心癮之控制，進而以持續練習對腦部產生結構功能性之正面影響，最終達到解毒與解除心癮之目的。

正念減壓班，參與的學員主要是本署轉介之二級毒品緩起訴被告，每期共8堂課，每次上課2小時，隔週教學一次，每堂課包含講解與練習，以強化個人意志力為目標，輔以身心清淨解毒的正念靜坐，並且訓練學員持之以恆，返家後長保練習，增強學員對自己解毒之信心與成效，最終達到不靠威嚇、勸說，以自身力量脫離毒品控制的人生。

2015年度正念減壓班報名人數共260人，完成上課人數共172人(66%)，參與學員平均滿意度92.4%。

2016年為撙節經費，將匿名談話會及正念減壓班課程合併，讓學員在課程中透過正念練習、戒毒認知輔導及戒毒經驗分享，得到更完整的戒癮處遇，提供緩起訴處分戒癮治療之外的輔導措施，強化二



級毒品緩起訴個案戒除施用毒品之心癮。2016 年度正念減壓班報名人數共 390 人，完成上課人數共 239 人，參與學員平均滿意度 94.2%。

另有關正念課程運用在二級毒品之戒癮成效，中華民國戒癮解毒協會「靜坐練習提升藥癮者衝動抑制功能之成效研究」¹¹（鄧善娟等，2017），研究對象為 29 名已接受 6 堂靜坐練習的全人康復課程之緩起訴毒品案件，依藥物濫用時長之中位數（4 年）將參與者分為短期藥物濫用組及長期藥物濫用組，分別施以三個階段測驗，

總共約 30 分鐘，包括（一）前測：參與者進行持續性注意力反應作業（sustained attention to response task, SART, Robertson et al, 2007）以測量其衝動抑制功能，約 5 分鐘。（二）靜坐練習期：參與者在專業師資的帶領下，先進行 5 分鐘的動禪練習，接著進行 15 分鐘的專注呼吸靜坐。（三）後測：與前測相同，約 5 分鐘。研究結果指出：第一、經過短暫的靜坐練習後，僅短期藥物濫用組的衝動抑制表現有顯著進步，長期濫用組則無；第二、藥物濫用時長可能是調節正念練習成效的重要因素。

11. 該研究作者為鄧善娟、康慧貞及李欣怡。



2015 年法律智「繪」王高中組第一名紀佳慧



1993 年榮譽觀護人特刊宣導



緩起訴戒癮治療成效探討

王雪芳

- 壹、前言
- 貳、資料範圍
- 參、我國毒品緩起訴戒癮治療簡介
- 肆、資料使用說明與限制
- 伍、分析結果
- 陸、結論與建議

壹、前言

臺灣近年來由於社會結構快速變遷、人際關係日益複雜、低迷的經濟景氣（詳圖 1）及與日俱增的生活壓力，加上新興毒品層出不窮，讓毒品氾濫問題日益嚴重，而吸毒族群年輕化，更危及國家根基，使毒品防制工作面臨極大的挑戰。

施用毒品，足以戕害身心，滋生其他犯罪，惡化治安，嚴重損及公益，為解決快速增加的毒品犯罪問題，行政院於 1994 年召開全國反毒會議，正式「向毒品宣戰」，以「斷絕供給，減少需求」策略，

推展「緝毒」、「拒毒」及「戒毒」目標²，嚴肅面對毒品防制問題，亦重新思考對於毒品施用者的處遇方式，嗣於 1998 年修訂《毒品危害防制條例》，加入施用毒品者為「病患型犯人」³概念，改採除刑不除罪，對初犯者以保安處分替代刑罰；接續以「治療優先於刑罰」理念，於 2008 年修法增列緩起訴戒癮治療，期待推展社區戒癮治療模式，將毒癮戒治由「機構處遇」轉向為「社區處遇」。

實施以來，緩起訴戒癮治療在法制面、執行面、及成效上，都有不少爭議。

1. 本文作者為法務部統計處專門委員。

2. 行政院在 2006 年召開第一次「毒品防制會報」，將反毒策略調整為「首重降低需求，平衡抑制供需」。在中央，毒品防制工作依功能分設「防毒監控」、「毒品戒治」、「拒毒預防」、「緝毒合作」及「國際參與」等五大組。

3. 參考 2010 年 3 月 15 日高等法院 2010 年度第一次刑事庭會議紀錄。

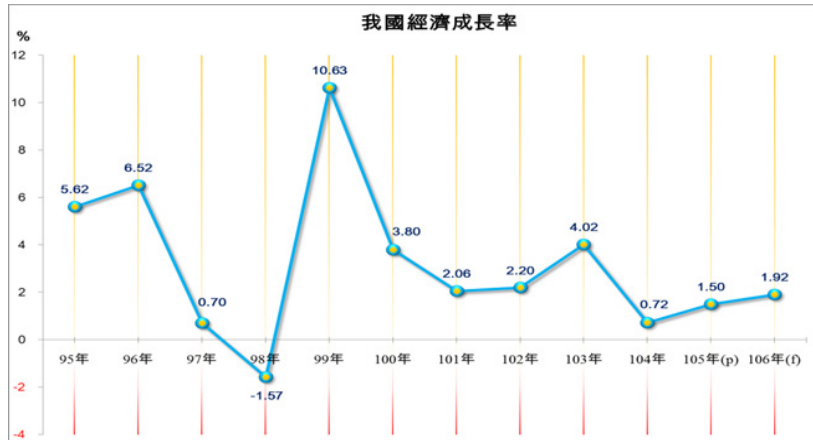


圖 1 我國經濟成長率

例如在法制面，有學者認為緩起訴戒癮治療政策，面臨公共衛生與公共安全的矛盾（楊士隆、李宗憲，2010），林世媛（2008）認為「以戒癮療法為條件之緩起訴處分」並不宜作為被告一而再、再而三逃避刑責之手段。」。在執行面，發現戒癮治療實際執行面臨許多困難，一方面是政府的問題，另一方面則是參與戒癮治療者本身的問題（李宗憲、楊士隆，2010；劉啟崇等，2012）。在緩起訴戒癮治療成效上，目前國內有一些質化與量化的研究，例如史麗珠等（2012）、劉錦淑與陳慈幸（2010）、林俊杰（2012）、陳泉錫等（2012）等。在回顧國內相關文獻後，發現目前相關研究，缺乏我國緩起訴戒癮治療的實施狀況

及成效的客觀資料評估，故嘗試蒐集政府現有的資料⁴，加以分析，提供決策參考。

貳、資料範圍

本文資料範圍以 2006 年至 2016 年⁵地方法院檢察署實施第一、二級毒品緩起訴戒癮治療者為範圍。資料來源取自法務部全國各地方法院檢察署執行職務經過之公務登記資料，選取這 11 年中的法務公務統計資料加以分析。

參、我國毒品緩起訴戒癮治療簡介

4. 本文資料來源除圖 1 外，其餘各圖表資料來源均為「作者自製，數據資料根據法務部統計處」。

5. 《毒品危害防制條例》第 24 條修正前，臺南地檢署於 2006 年即參酌《刑法》第 57 條所列事項，試辦臺南地區毒品減害替代療法。

依 2008 年 4 月 30 日修正之《毒品危害防制條例》第 24 條規定：「本法第二十條第一項及第二十三條第二項之程序，於檢察官先依《刑事訴訟法》第二百五十三條之一第一項、第二百五十三條之二之規定，為附命完成戒癮治療之緩起訴處分時，或於少年法院（地方法院少年法庭）認以依少年事件處理法程序處理為適當時，不適用之。前項緩起訴處分，經撤銷者，檢察官應依法追訴。第一項所適用之戒癮治療之種類、其實施對象、內容、方式與執行之醫療機構及其他應遵行事項之辦法及完成戒癮治療之認定標準，由行政院定之。」

行政院嗣於 2008 年 10 月 30 日發布施行《毒品戒癮治療實施辦法及完成治療認定標準》，針對施用第一級毒品海洛因、嗎啡或鴉片及其相類製品者，由檢察官為緩起訴處分附命戒癮治療，期待以美沙冬等藥物替代療法，使施用海洛因毒品成癮者戒除毒癮。為擴大緩起訴戒癮治療適用對象，經部分檢察機關試辦評估後⁶，於 2013 年 6 月 26 日修正本認定標準第 2 條，增列第二級毒品施用者為戒癮治療實施對象。

肆、資料使用說明與限制

本文主要探討緩起訴戒癮治療個案執行情形、撤銷情形，以及開始執行緩起訴戒癮治療後再犯毒品施用情形。使用人數、百分率描述收集資料，以敘述性統計分析為主。

本文假設透過地方法院檢察署緩起訴戒癮治療確定個案，至醫療機構之給藥制度、中途處遇機制、諮詢輔導制度等變項之影響為固定，而以觀察對象之「施用毒品級別」、「性別」、「初犯、五年內再犯」⁷、「年齡」，並以「再犯」⁸（資料期間：2006 年至 2016 年；再犯觀察截至 2016 年 12 月底）評估緩起訴戒癮治療執行成效。另外，受限資料取得限制，本文以檢察機關偵查收案日作為再犯日，與實際再犯日期或有差異。

資料處理部分，為進一步探討各年度緩起訴戒癮治療個案緩起訴前犯次特性，並觀察不同年度對象選擇是否存有差異，爰以年度為基準，將同一年度多犯次之個案，進行人數計數整併處理，同一年度以一人計數。整併結果，2006 年至 2016

6. 2009 年 4 月 24 日臺北地檢署訂定「臺灣臺北地方法院檢察署試辦第二級毒品戒癮治療作業要點」，試辦第二級毒品戒癮治療。

7. 參考 2011 年 3 月 15 日高等法院 2011 年度第一次刑事庭會議紀錄，「初犯」，經觀察、勒戒或強制戒治後，應為不起訴處分或不付審理之裁定；經觀察、勒戒或強制戒治執行完畢釋放後，「5 年內再犯者」，依法追訴或裁定交付審理。至於經觀察、勒戒或強制戒治執行完畢釋放後，「5 年後再犯」者，仍適用「初犯」規定，先經觀察、勒戒或強制勒戒之程序。

8. 再犯：由統計基準日起算一定期間內，新分偵查案件且至指定觀察日止，偵查終結有犯罪嫌疑者。

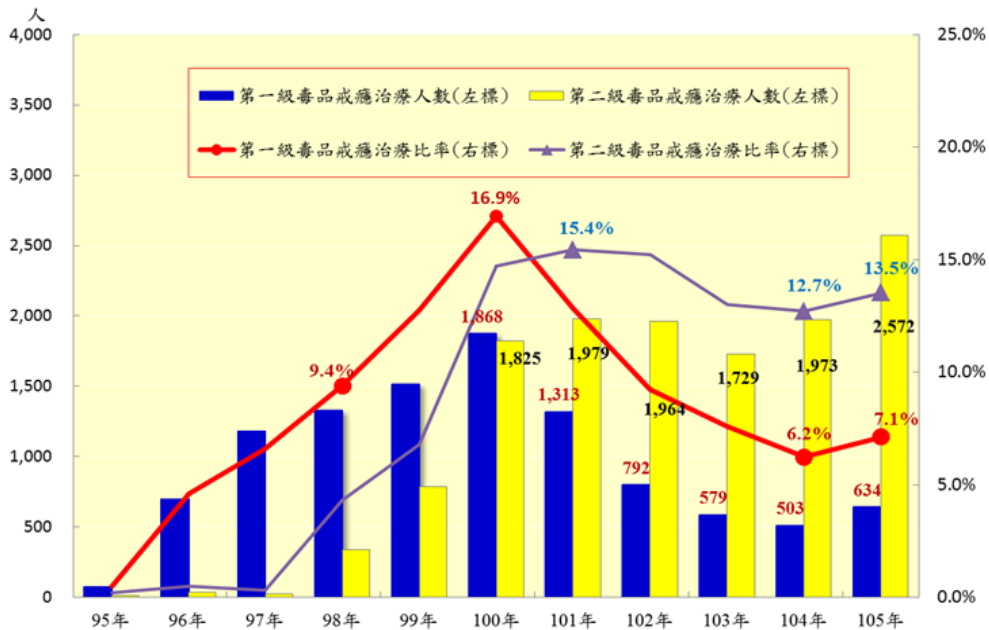


圖 2 地方法院檢察署實施毒品戒癮治療統計

年毒品緩起訴戒癮治療人數總計 23,699 人，其中第一級毒品緩起訴戒癮治療人數 10,463 人；第二級毒品緩起訴戒癮治療人數 13,236 人。

伍、分析結果

一、緩起訴戒癮治療情形

(一) 緩起訴戒癮治療比率 (詳圖 2)

地方法院檢察署第一級毒品施用案件偵查終結起訴及緩起訴人數中，「緩起訴戒癮治療」所占比率，自 2009 年 9.4%，遞增至 2011 年 16.9%，爾後緩步下降，2016 年為 7.1%；第二級毒品「緩起訴戒癮治療」比率，則自 2009 年 4.3%，遞增至 2012 年 15.4%，嗣呈緩步增減，2016 年為

13.5%。觀察第一、二級毒品緩起訴戒癮治療人數結構，以 2012 年為分界點，2012 年之前以第一級毒品為主，之後第二級毒品戒癮治療人數則明顯超越第一級毒品戒癮治療人數。(詳圖 2)

(二) 個案結構 (詳圖 3、圖 4)

2006 年至 2016 年地方法院檢察署，第一級毒品緩起訴戒癮治療人數總計 10,463 人，以「緩起訴前犯次」觀察，「初犯」(含五年後再犯，以下同) 2,839 人(占 27.1%)、「五年內再犯」7,277 人(占 69.6%)；男性 9,125 人(占 87.2%)，女性 1,338 人(占 12.8%)。年齡以「30 歲以上 40 歲未滿」與「40 歲以上 50 歲未滿」二個年齡層最多，合占八成。顯見第

一級緩起訴戒癮治療者，以男性、「五年內再犯」及中壯年為主。

同期間第二級毒品緩起訴戒癮治療人數 13,236 人，「初犯」9,786 人（占 73.9%）、「五年內再犯」3,266 人（占 24.7%）；男性 10,742 人（占 81.2%），女性 2,494 人（占 18.8%）。年齡以「30 歲以上 40 歲未滿」與「20 歲以上 30 歲未滿」最多，二個年齡層合占七成二；且 30 歲以下近三成五。顯見第二級緩起訴戒癮治療者，以「初犯」為主，且相對年輕化。

（三）機關別分析（詳圖 5）

2006 年至 2016 年緩起訴戒癮治療，總計個案數最多的前三名地檢署為新北、臺北與臺中地檢署。其中第一級毒品緩起訴戒癮治療以臺中、臺南與高雄地檢署較多；第二級主要以新北、臺北地檢署較多。

另以各地檢署第一、二級緩起訴戒癮治療人數配置情形觀察，戒癮治療人數 1,500 人以上之地檢署中，臺南、臺中、高雄以第一級毒品為主，臺北、新北則以第二級毒品為主。戒癮治療人數在 1,000 人以上 1,500 人以下之地檢署中，雲林、桃園、彰化以第一級毒品為主；士林、苗栗則以第二級毒品為主。

再由各機關執行採驗尿情形觀察，第一級毒品緩起訴戒癮治療者，平均採驗尿次數為 8 次，陽性驗尿反應比率為 3.7%。

超過 8 次（平均數）的機關有臺中、臺南、雲林及宜蘭地檢署，其中臺中地檢署最多，個案平均採驗尿次數達 15 次；另就驗尿平均次數較高之機關觀察，除臺中地檢撤銷率（34.5%）相對較低外，其餘仍屬偏高。

第二級毒品緩起訴戒癮治療者平均採驗尿次數為 5 次，陽性驗尿反應比率為 5.1%。超過 5 次（平均數）的機關有 10 個，以臺中、臺南地檢署最多，個案平均採驗尿次數達 9 次，惟就撤銷率（平均 41.3%）觀察，雖然臺中（20.9%）相對較低，臺南為 40.3%，仍接近平均值。

二、撤銷緩起訴戒癮治療情形

（一）撤銷比率

2006 年至 2016 年地方法院檢察署第一級毒品緩起訴戒癮治療，遭撤銷者占實施戒癮治療人數之 51.8%，撤銷原因主要為「緩起訴期間內再犯」（占五成二），其次為「違反戒癮治療應遵守事項」（占四成一）。

就年度別資料觀察，第一級毒品施用案件偵查終結起訴及緩起訴人數中，「緩起訴戒癮治療」所占比率，在 2010 年至 2012 年間均超過 12.0%，嗣呈下降之勢；撤銷緩起訴比率，則在 2012 年至 2014 年均超過七成五，2012 年甚至達 83.0%，2016 年則已降至 41.2%。

同期間實施第二級毒品緩起訴戒癮治療，遭撤銷者占實施戒癮治療人數之

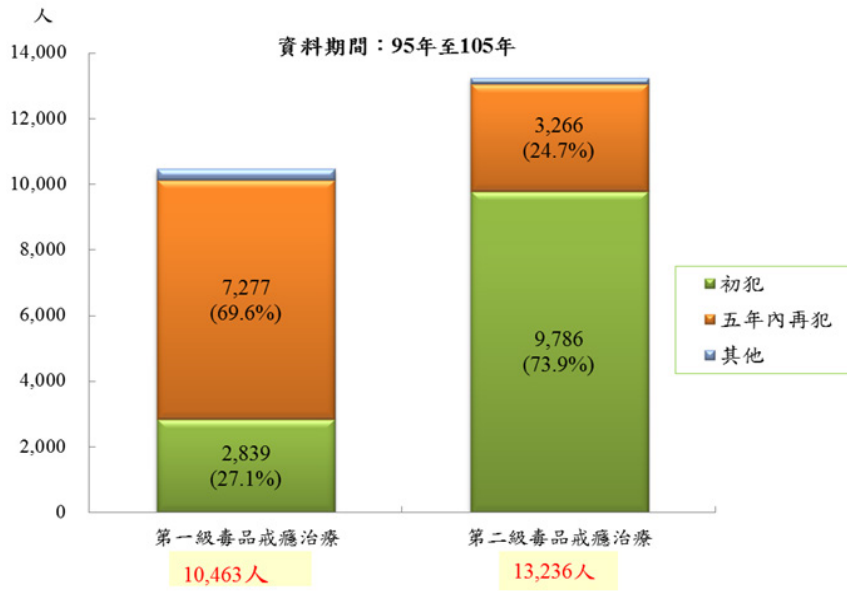


圖 3 地方法院檢察署緩起訴戒癮治療個案結構
資料期間：2006 年至 2016 年

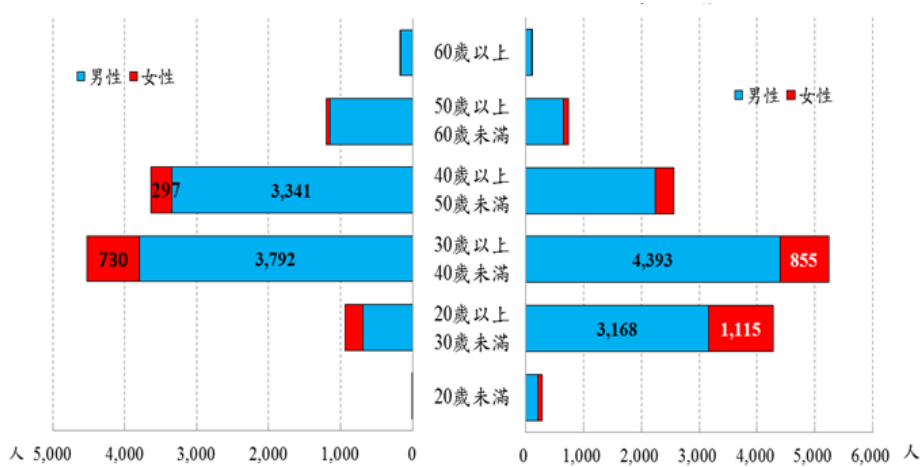


圖 4 地方法院檢察署緩起訴戒癮治療者年齡與性別

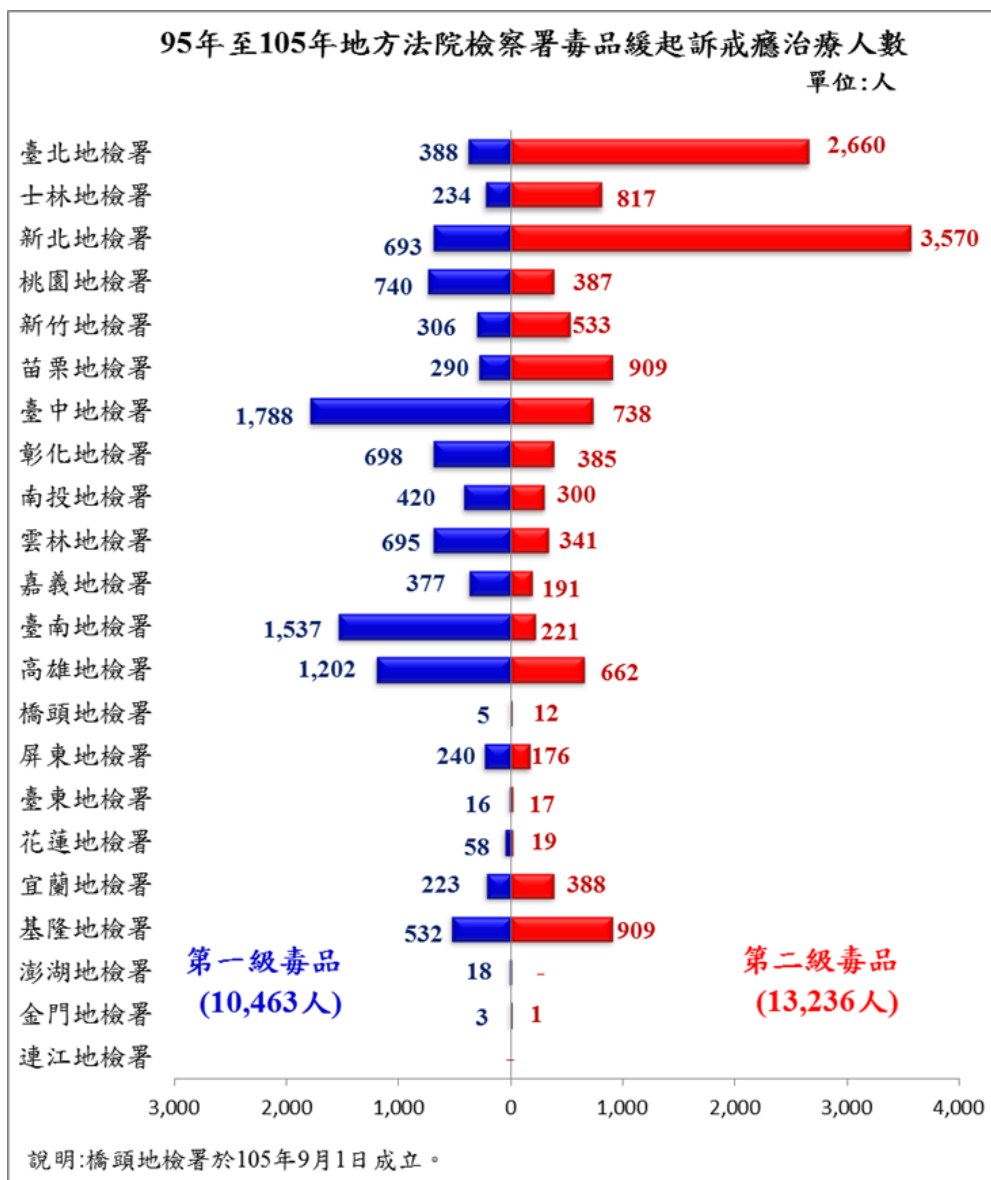


圖 5 地方法院檢察署緩起訴戒癮治療人數機關別



41.3%，撤銷原因主要為「違反戒癮治療應遵守事項」（占六成），其次為緩起訴期間再犯（占三成四）。

就年度別資料觀察，第二級毒品施用案件偵查終結起訴及緩起訴人數中，「緩起訴戒癮治療」所占比率，自 2011 年起均在 12.0% 以上；撤銷緩起訴比率，2012 年以前約為二成，2012 年至 2015 年均超過四成五，2012 年甚至達 51.3%，2016 年則已降至 36.9%。

觀察第一、二級戒癮治療撤銷比率變化情形，均以 2012 年為轉折點，隨著戒癮治療者結構之變化（2006 年至 2011 年以第一級毒品為主，占 68.8%；2012 年至 2016 年以第二級毒品為主，占 72.8%），撤銷比率亦呈穩定下降趨勢，至 2016 年第一級戒癮治療撤銷比率已降至 41.2%，第二級戒癮治療撤銷比率則降至 36.9%，值得續予觀察，慎選個案。

（二）個案結構

2006 年至 2016 年地方法院檢察署第一級毒品緩起訴戒癮治療人數總計 10,463 人，撤銷 5,417 人，撤銷率為 51.8%。撤銷者中，男性 4,733 人（占 87.4%），女

性 684 人（占 12.6%）；「初犯」1,356 人（占 25.0%）、「五年內再犯」3,864 人（占 71.3%）。年齡層中以「30 歲以上 40 歲未滿」（占 46.6%）最多，其次為「40 歲以上 50 歲未滿」（占 32.5%），兩者合占七成九。男性撤銷者，以「30 歲以上 40 歲未滿」（占 44.7%）及「40 歲以上 50 歲未滿」（占 34.8%）較多，兩者合占近八成；女性撤銷者，以「30 歲以上 40 歲未滿」（占 58.2%）最多，其次為「20 歲以上 30 歲未滿」（占 21.9%），兩者合占八成（詳圖 6）。

同期間第二級毒品緩起訴戒癮治療人數總計 13,236 人，撤銷 5,465 人，撤銷率為 41.3%。撤銷者中，男性 4,535 人（占 83.0%），女性 930 人（占 17.0%）；「初犯」3,776 人（占 69.1%）、「五年內再犯」1,598 人（占 29.2%）。年齡層中以「30 歲以上 40 歲未滿」（占 40.7%）最多，其次為「20 歲以上 30 歲未滿」（占 33.3%），兩者合占七成四。男性撤銷者，以「30 歲以上 40 歲未滿」（占 42.0%）最多，其次為「20 歲以上 30 歲未滿」（占 31.2%），兩者合占七成三；女性撤銷者，以「20 歲以上 30 歲未滿」（占 43.3%）最多，其次為「30 歲以上 40 歲未滿」（占 34.5%），兩者合占近七成九。（詳圖 7）

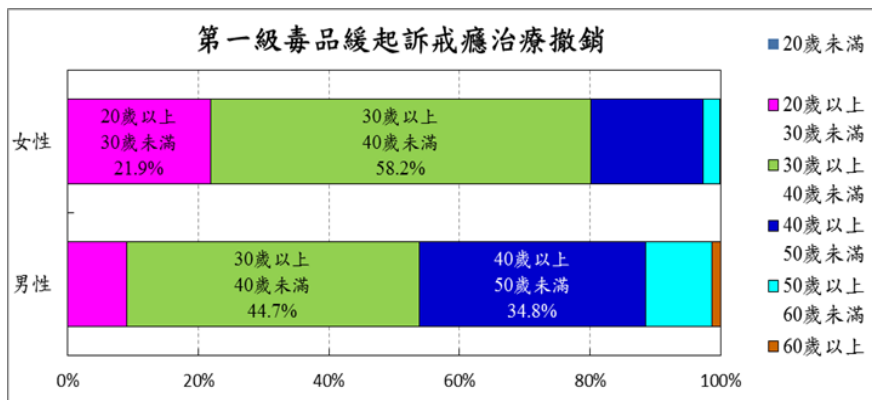


圖 6 第一級毒品緩起訴戒癮治療兩性撤銷者之年齡結構

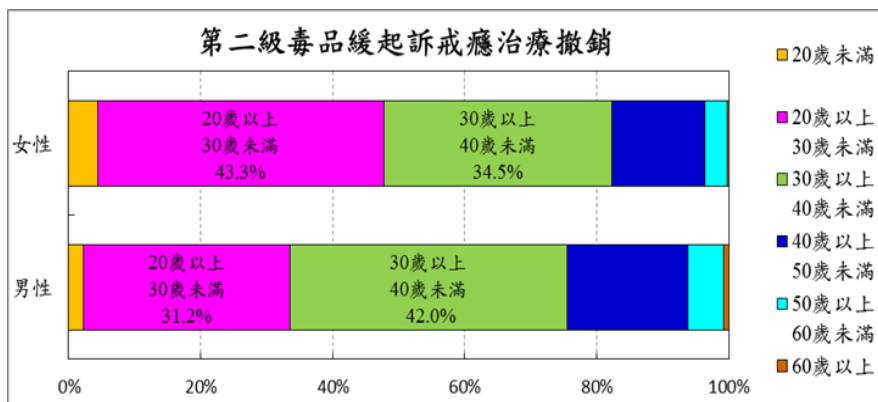


圖 7 第二級毒品緩起訴戒癮治療兩性撤銷者之年齡結構



另以實施緩起訴戒癮治療至撤銷緩起訴處分經過時間觀察，第一級毒品戒癮治療者「6個以內」撤銷者占41.5%，「逾6個至1年未滿」撤銷者占34.2%，合計「一年以內」撤銷者占七成六；第二級毒品戒癮治療者「6個以內」撤銷者占36.0%，「逾6個至1年未滿」撤銷者占38.8%，合計「一年以內」撤銷者占七成五。

(三) 撤銷原因

依《刑事訴訟法》第253條之3第1項，緩起訴撤銷原因計有「緩起訴期間內再犯」、「緩起訴期間受有期徒刑宣告」、「違反緩起訴戒癮治療應遵守事項」等三款。

2006年至2016年地方法院檢察署第一級毒品緩起訴戒癮治療人數總計10,463人，撤銷人數5,417人，撤銷原因，以「緩起訴期間內再犯」(2,828人)最多，占第一級緩起訴戒癮治療撤銷人數之52.2%，其次為「違反緩起訴戒癮治療應遵守事項」(2,211人)，占40.8%。「緩起訴期間內再犯」撤銷者中，「五年內再犯者」比「初犯者」高4.4個百分點；「違反緩起訴戒癮治療應遵守事項」，則以「初犯者」所占比率較高。(詳圖8)

同期間第二級毒品緩起訴戒癮治療人數13,236人，撤銷人數5,465人，撤銷原因，以「違反緩起訴戒癮治療應遵守事項」

(3,303人)最多，占第二級緩起訴戒癮治療撤銷人數之60.4%，其次為「緩起訴期間內再犯」(1,833人，占33.5%)。「違反緩起訴戒癮治療應遵守事項」撤銷者中，「初犯」比「五年內再犯」高7.0個百分點；「緩起訴期間內再犯」，「五年內再犯」則較「初犯」高5.1個百分點。(詳圖9)

三、緩起訴戒癮治療者再犯情形

(一) 再犯者結構

2006年至2016年地方法院檢察署緩起訴戒癮治療人數總計23,699人，由開始執行緩起訴戒癮治療觀察至2016年12月底止，再犯人數總計12,414人，再犯率為52.4%。再犯者中，男性10,599人(占85.4%)、女性1,815人(占14.6%)。

第一級毒品戒癮治療再犯者6,999人，占第一級毒品戒癮治療者之66.9%，男性與女性再犯率頗為相當；緩起訴前犯次為「五年內再犯」之再犯率(70.6%)較「初犯」再犯率(57.0%)高13.6個百分點。第二級毒品戒癮治療再犯者5,415人，占第二級毒品戒癮治療者之40.9%，男性再犯率較女性高5.3個百分點；緩起訴前犯次為「五年內再犯」之再犯率(54.4%)較「初犯」再犯率(36.2%)高18.2個百分點。顯見第一級毒品戒癮治療再犯率相對較高，而緩起訴前犯次為「五年內再犯」之再犯率在不同毒品級別均高

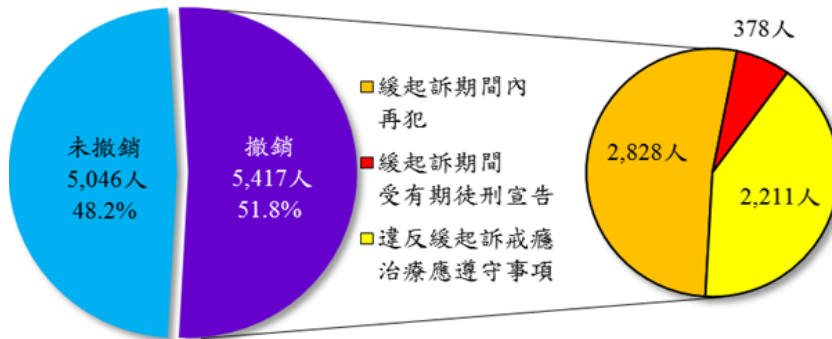


圖 8 第一級毒品緩起訴戒癮治療撤銷原因
資料期間：2006 至 2016 年

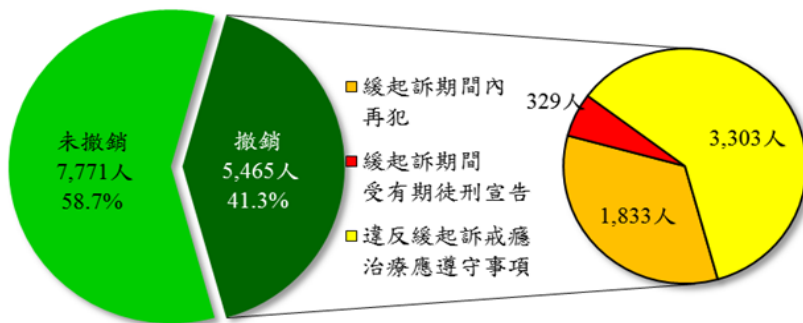


圖 9 第二級毒品緩起訴戒癮治療撤銷原因
資料期間：2006 至 2016 年



(第一級毒品超過七成；第二級毒品超過五成)，可提供實施緩起訴個案篩選參考。

(二) 再犯經過時間 (詳圖 10、圖 11)

2006 年至 2016 年地方法院檢察署緩起訴戒癮治療者，由開始執行緩起訴戒癮治療觀察至 2016 年 12 月底止，再犯經過時間「2 月未滿」占 14.6%；「2 月以上 4 月未滿」占 14.5%；「4 月以上 6 月未滿」占 11.9%；「6 月以上 8 月未滿」占 8.6%；「8 月以上 10 月未滿」占 6.8%；「10 月以上 1 年未滿」占 6.2%；「1 年以上 1 年半未滿」占 12.2%；「1 年半以上 2 年未滿」占 7.0%；「2 年以上」占 18.4%，合計「6 個月以內再犯者」為 41.0%；「1 年以內再犯者」為 62.6%。

進一步依毒品級別及性別結構觀察，「6 個月以內再犯者」所占比率，均頗為相當，其中第一級女性略高 (41.7%)，第二級女性略低 (39.2%)。另外，「2 年以上」再犯者，則以男性第一級毒品緩起訴戒癮治療者較高 (20.5%)。

綜整觀察，再犯者中，「6 個月以內」再犯者，占四成一，且在不同毒品級別及性別結構間，均大致相同。另外，除「6 個月以內」再犯者外，「1 年以上 1 年半未滿」，再犯比率亦相對較高。

陸、結論及建議

一、結論

(一) 參與個案男多於女；第二級相對較年輕；北部地區地檢以第二級為主

2006 年至 2016 年第一級毒品緩起訴戒癮治療總人數為 10,463 人，占第一級毒品起訴及緩起訴處分人數的 8.3%；第二級毒品緩起訴戒癮治療人數 13,236 人，占第二級毒品起訴及緩起訴處分人數之 10.6%。參與個案男多於女 (第一級男性為女性的 6.8 倍；第二級男性為女性的 4.3 倍)；第二級以「初犯」為主，且相對較為年輕。此外，北部地區地檢署緩起訴戒癮治療個案以第二級毒品施用者為主，中南部地區則以第一級毒品施用者為主。

(二) 第一級撤銷原因主要為「緩起訴期間內再犯」；第二級主要為「違反緩起訴戒癮治療應遵守事項」。第一級「一年以內」撤銷者占七成六；第二級「一年以內」撤銷者占七成五。

第一級毒品緩起訴戒癮治療之 10,463 人中，撤銷緩起訴之個案總數為 5,417 人，撤銷率約為 51.8%。第二級毒品緩起訴戒癮治療的 13,236 人中，撤銷緩起訴戒癮治療者為 5,465 人，撤銷率約為 41.3%。第一級撤銷原因，以「緩起訴期間內再犯」最多，超過五成，「一年以內」撤銷者占七成六；第二級撤銷原因，以「違反緩起訴戒癮治療應遵守事項」最多，占六成，「一年以內」撤銷者占七成五。

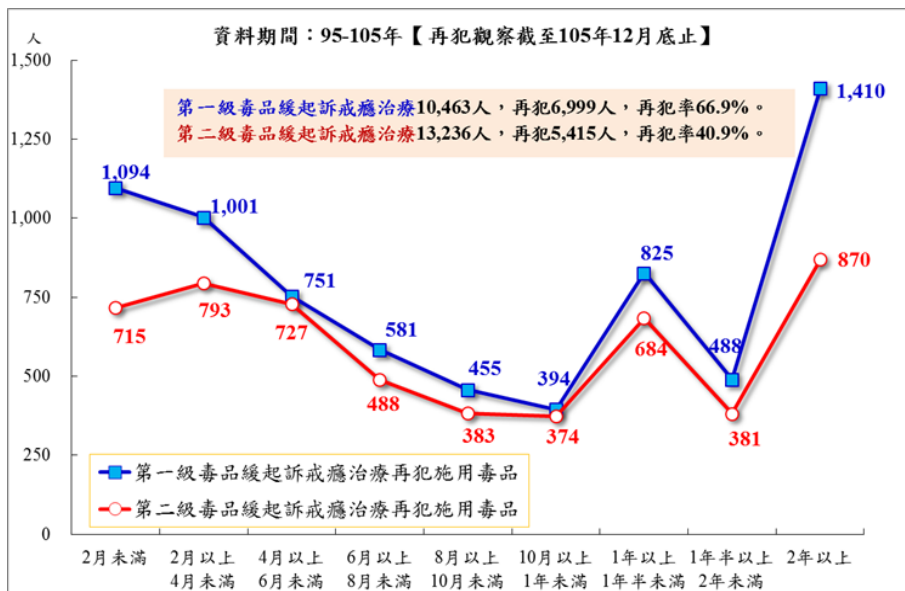


圖 10 緩起訴戒癮治療者再犯毒品施用經過時間（一）

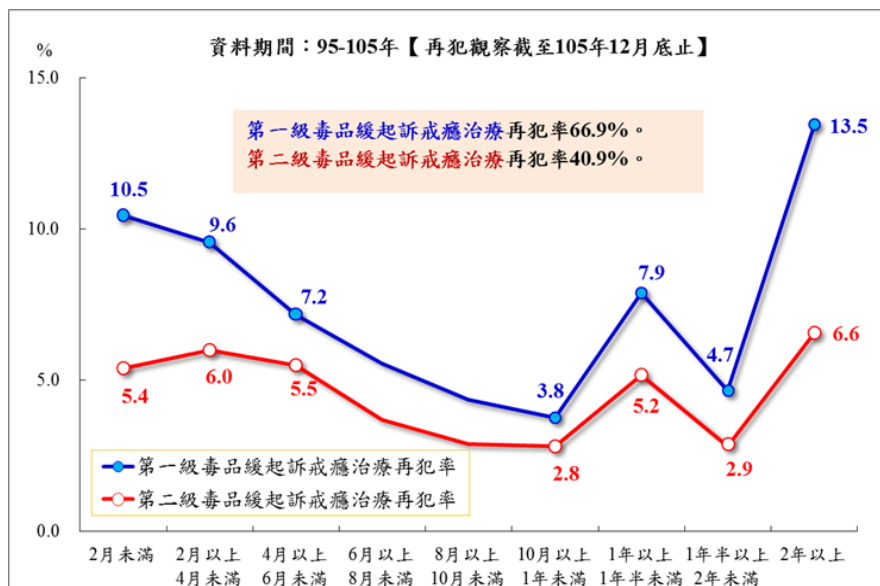


圖 11 緩起訴戒癮治療者再犯毒品施用經過時間（二）



(三) 第一級再犯率 66.9%，第二級再犯率 40.9%；1 年以內再犯者第一、二級均超過六成。第一級相對於第二級，有慣性再犯現象；「五年內再犯」者之再犯率，第一級超過七成；第二級超過五成。

第一級毒品緩起訴戒癮治療者 10,463 人，觀察至 2016 年 12 月底止再犯人數為 6,999 人，再犯率為 66.9%，1 年以內再犯者占 61.1%；第二級毒品緩起訴戒癮治療者 13,236 人，觀察至 2016 年 12 月底止再犯人數為 5,415 人，再犯率為 40.9%，1 年以內再犯者占 64.3%。有 574 人（占 4.6%；其中第一級 375 人，占六成五），再犯次數在 8（含）次以上。依再犯次數綜整觀察，第一級相對於第二級，有慣性再犯現象。

顯見第一級毒品戒癮治療再犯率相對較高，且緩起訴前犯次為「五年內再犯」者之再犯率在不同毒品級別均高（第一級毒品超過七成；第二級毒品超過五成），可提供實施緩起訴戒癮治療個案篩選參考。

(四) 緩起訴戒癮治療執行效益評估

1. 各類機構處遇再犯均以「二年」為關鍵轉折點，以「第一級毒品施用出獄者」再犯率（64.1%）較高；二年後再犯，以「戒治出所」最高。

由圖 12 資料顯示，2007 至 2016 年⁹ 各類機構處遇再犯情形（再犯觀察截至 2016 年 12 月底），「第二級毒品施用出獄者」及「觀察勒戒無繼續施用傾向出所者」均以「六個月未滿」為再犯高峰期，分別為 20.5% 及 12.1%，嗣呈下降，並以「二年」為關鍵轉折點，超過 2 年者，再犯比率呈大幅下降之勢。「第一級毒品施用出獄者」在「2 年之內」均處於再犯高峰，以「一年以上二年未滿」最高，為 16.9%，亦「二年」為關鍵轉折點。「受戒治出所者」雖然「六個月未滿」再犯率（8.0%）相對較低，惟隨經過時間而上升，至「一年以上二年未滿」達高峰，再犯率為 15.7%，雖仍以「二年」為關鍵轉折點，惟二年之後再犯比率，則相對較高。

進一步觀察同期間各類機構處遇二年後再犯情形，並以「各類機構處遇二年後再犯者」占「同類機構處遇再犯者」比率進行比較，發現機構處遇中，二年後再

9. 因緩起訴戒癮治療 2006 年試辦期個案數僅 81 人，進行機構處遇再犯比較，機構處遇資料採計 2007 年至 2016 年資料。

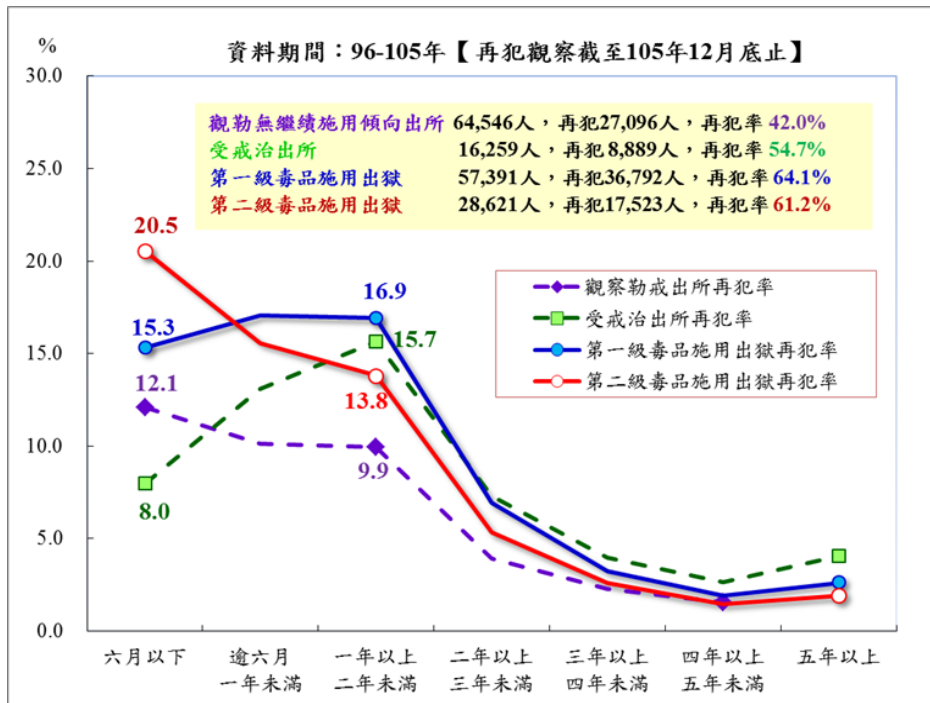


圖 12 機構處遇出獄（所）再犯毒品施用經過時間

犯者所占比率，以「戒治出所」最高（占 32.8%），「第二級毒品施用出獄」相對較低（占 18.5%）；至於「觀察勒戒無繼續施用傾向出所」及「第一級毒品施用出獄」則頗為相當，分占 23.4% 及 23.0%。

2. 第一級緩起訴戒癮治療再犯率（66.9%）高於各類機構處遇再犯率。

相對於前述機構處遇再犯情形，以 2006 年至 2016 年實施毒品緩起訴戒癮治療者，觀察至 2016 年 12 月底止，第一級緩起訴戒癮治療再犯率（66.9%）高於各類機構處遇再犯率，且 2 年後再犯率（13.5%）亦相對較高；第二級緩起訴戒

癮治療再犯率（40.9%）則相對較低，且 2 年後再犯率（6.6%）亦低。

3. 緩起訴前犯次為「五年內再犯」者之再犯率在不同毒品級別均高（第一級超過七成；第二級超過五成）

由緩起訴前犯次觀察再犯情形，發現「五年內再犯」者之再犯率在不同毒品級別均高（第一級毒品超過七成；第二級毒品超過五成）；「初犯」者之再犯率，雖然第一級毒品仍高（再犯率為 57.0%），惟第二級毒品則相對較低（再犯率為 36.2%），顯見參與對象之篩選對實施成效，具關鍵影響力。



4. 「第二級毒品緩起訴戒癮治療」之執行成效較佳；「第一級毒品緩起訴戒癮治療」再犯率高，個案篩選及執行方式值得省思與調整。

進一步「再犯」進行緩起訴戒癮治療綜整評估，評估結果，「第二級毒品緩起訴戒癮治療」之執行成效較佳，參與者緩起訴前犯次為「初犯」之再犯率（36.2%），較「觀察勒戒無繼續施用傾向出所者」再犯率（42.0%）低 5.8 個百分點；「五年內再犯」者之再犯率（54.4%），則與「受戒治出所者」再犯率（54.7%）相當，略可展現緩起訴戒癮治療成效。至於「第一級毒品緩起訴戒癮治療」參與者中，屬「五年內再犯」者之再犯率高達 70.6%，且「初犯」者之再犯率（57.0%）亦高，個案篩選及執行方式值得省思與調整。

二、建議

（一）實務執行面建議 -- 強化輔導機制

1. 與輔導機構緊密聯繫結合，適時調整輔導方向

撤銷原因，第一級主要為「緩起訴期間內再犯」；第二級主要為「違反緩起訴戒癮治療應遵守事項」。值得深思考量強化治療機構專業治療評估資料建置機制，並與輔導機構緊密聯繫結合，適時調整輔導方向，提升戒癮治療成功率。

2. 個案驗尿監督，仍屬相對客觀之評估指

標

第一級驗尿監督，對撤銷率之降低有一定的影響；第二級驗尿監督，對撤銷率之影響，仍待進一步觀察。然個案驗尿監督，仍屬相對客觀之評估指標，值得進一步探討。

3. 建議將個案開始參與緩起訴戒癮治療「6 個月以內」，列為高風險關懷期，協助其順利完成戒癮治療

「6 個月以內」再犯者所占比率，第一、二級均超過四成，為高風險再犯期。「2 月未滿」即再犯者 1,809 人，其中六成為第一級毒品施用者，顯見第一級具短期間再犯之特性，建議將個案開始參與緩起訴戒癮治療「6 個月以內」，列為高風險關懷期，協助其順利完成戒癮治療。

（二）政策面建議

1. 落實基礎資料建置，跨域協調整合運用

現行緩起訴戒癮治療制度，主要由法務部及衛生福利部醫療機構共同執行，基礎資料建置部分，偵查終結緩起訴戒癮治療情形、撤銷緩起訴戒癮治療情形等基礎資料建置，頗為完整，惟緩起訴戒癮治療個案之醫療治療基礎資料，或基於個人資料保護考量，尚未整合運用，難以評估實質績效。建議依實務執行情形，落實基礎資料建置，跨域協調整合運用。

2. 成立毒品法庭專責辦理吸毒成癮者案件

處理

建議參考美國毒品法庭之設計，將吸毒成癮者，由毒品法庭專責管理，代替傳統系統案件處理，保有個案治療紀錄，同時密切監督，便於落實控管執行績效。

3. 推展以全民為主的毒品防制政策，化解政策執行離心化困境

目前毒品防制，偏重高危險群防制，致高危險族群，被化歸為非主流文化，背離社會主流價值觀，政策制訂及推動者無法了解目標族群真正需求與困難，造成政策推展離心化現象。依林水波（1996）提出，化解離心化的策略為，轉化為以全民為主的防制政策；積極性預防、宣導與能

力建立；連接政府及社會大眾的努力。建議協助目標族群跳脫負面框架，推展以全民為主的毒品防制政策，化解政策執行離心化困境。

參考文獻：王雪芳、王宏文，2015年，《我國毒品緩起訴戒癮治療效益之探討》，國立臺灣大學政治學系碩士論文。相關參考文獻詳本論文頁 103-107。





酒駕公共危險罪戒酒處遇

黃晴惠、沈品璇

- 壹、 緩起訴酒駕被告戒酒治療計畫及「拒絕酒駕，酒別重逢」戒酒醫療新模式合作記者會
- 貳、 臺灣臺北監獄戒酒班
- 參、 法務部 2017 年度科技計畫 - 開發建置預防酒駕再犯之行動科技支援系統

依據法務部 2014 年 9 月 16 日法檢決字第 10304530260 號函，請檢察官於辦理酒後駕車之公共危險案件時，多以附條件緩起訴處分之方式，要求被告接受戒癮治療，楊治宇檢察長即指示觀護人室著手規劃酒駕緩起訴被告戒酒治療計畫。

經台北市政府衛生局協助邀集戒癮機構召開說明會之後，本署即與台北市立聯合醫院松德院區提出戒酒治療合作計畫，並於 2014 年 12 月 22 日經本署主任檢察官會議通過實施計畫。惟計畫初期檢察官轉介案件僅為少數，經蔡碧玉檢察長指示研議改進作為，於 2016 年 7 月 14 日主任檢察官會議通過訂定本署公共危險戒癮治療為緩起訴處分之試辦相關流程，對於『酒

後駕車公共危險之案件』累再犯者，由主任檢察官輪分辦理，並每月選擇一案件轉介有意願之被告為緩起訴處分附命戒酒治療，透過積極作為，使本署酒駕緩起訴戒酒治療案件大幅增加。

壹、緩起訴酒駕被告戒酒治療計畫及「拒絕酒駕，酒別重逢」戒酒醫療新模式合作記者會¹

(一) 酒駕緩起訴被告戒酒治療計畫

據法務部統計顯示，法務部所屬各矯正機關所轄各監所收容人超收之比率逐年

1. 本段作者為本署觀護人黃晴惠。

升高，其中因酒精濫用成癮而犯罪（特別是指酒駕再犯者）之收容人，亦有日漸增多之現象，然酒駕之累犯相較於其他重大刑事犯罪，係屬刑度較輕之罪，而酒駕再犯者之矯正與防治課題，涉及生理及心理雙重層面，從刑事政策角度觀之，亦認酒駕再犯者絕非單純以入監服刑方式即可解決，是以，若能以其他社區處遇方式矯正酒駕犯罪，將有利於紓解現行矯正機關收容人數超收嚴重之困境。

本署結合台北市立聯合醫院松德院區成癮防治科，於 2014 年規劃辦理「酒駕公共危險緩起訴戒酒治療計畫」，主要內容是運用檢察官緩起訴處分，命令五年內再犯、三犯或五年後三犯之酒駕被告自費接受為期至少一年之戒酒治療，透過醫療介入之治療模式，及觀護人之持續追蹤，達到矯正及預防再犯之目的。

本計畫實施戒酒治療之條件：主要針對（一）單純因酒駕觸犯公共危險罪、且為三犯以內者。（二）有酒癮或酗酒傾向者。（三）其年齡、身分或經濟情形以緩起訴為適當，但僅施以法治暨生命教育課程仍不足者。（四）坦承酒駕過錯、了解戒酒治療內容並同意自費參加戒酒治療。（五）能定期於規定時間到場接受治療及輔導者。戒癮治療內容及條件主要分為至醫院完成一年之戒癮治療及遵守檢察官命令事項二部分，醫院戒癮治療執行項目與內容包括設計酒害衛教課程、問卷使用及藉由 CAGE 篩選問卷以了解酒精濫用與酒精

依賴及了解慢性酒精使用對情緒、認知、睡眠、行為控制、家庭、社會、工作、意外傷害、身體各器官造成的常見病變或後遺症等，另針對已達酒精依賴（酒癮）的個案，則提供專業醫療上的協助；遵守檢察官命令事項則包括繳納緩起訴處分金、書寫悔過書、法治暨生命教育課程及定期至觀護人室進行約談、配合完成尿液採驗等，履行期間則以 1~3 年不等。

（二）臺北市酒駕個案醫療介入計畫及「拒絕酒駕，酒別重逢」戒酒醫療新模式合作記者會

根據國外研究（目前國內無相關資料），酒癮在酒駕個案中之盛行率約 3 成，不是所有酒駕個案皆有酒癮問題，大部份酒駕肇始於「問題性飲酒者 (problem drinker)」。因此針對酒駕個案中的「問題性飲酒者」予以早期介入，則可以有效預防這類個案發展成酒癮者，並間接地降低酒精為個案帶來的危害及相關的可能危

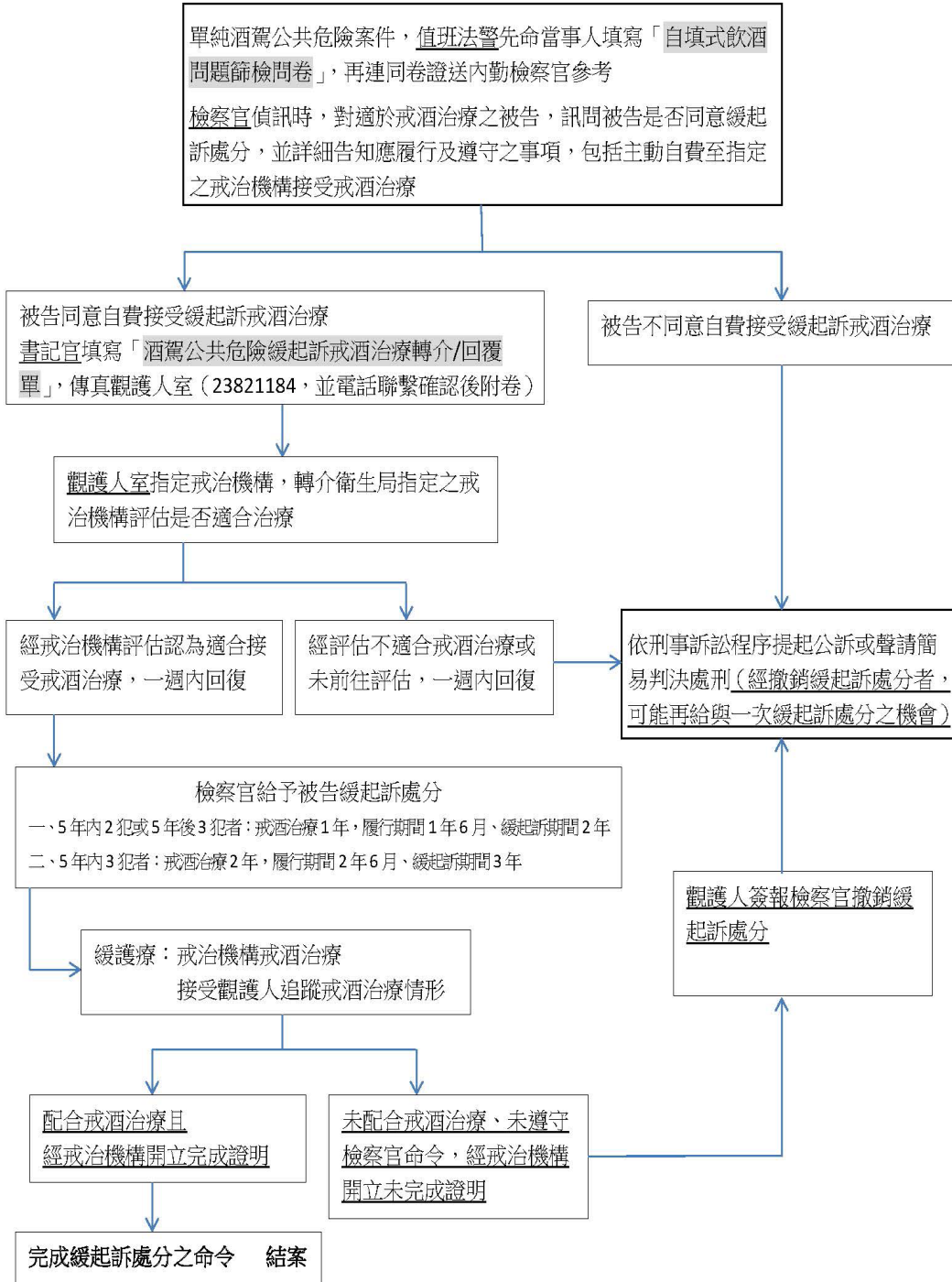


2017.1.5 柯文哲市長與本署檢察長共同簽署合作備忘錄



臺灣臺北地方法院檢察署辦理

酒駕公共危險緩起訴戒酒治療流程圖





「拒絕酒駕，酒別重逢」戒酒醫療新模式合作記者會影音畫面

資料來源：蘋果日報 / 蘋果 LIVE
<https://www.youtube.com/watch?v=nULHGyRjiOI>

險行為（如酒駕、路倒、暴力行為等），針對酒駕公共危險犯罪，本署已與臺北市立聯合醫院松德院區、法務部矯正署臺北監獄、財團法人臺灣更生保護會臺北分會跨單位合作，進行醫療介入模式，辦理戒酒治療以預防酒駕再犯。

本署邢檢察長到任後，極為重視酒駕再犯預防、校園毒品犯罪、醫療暴力防制以及醫療糾紛調解等業務，經與台北市政

府衛生局、社會局、警察局、教育局研議合作備忘錄，於2017年1月5日（星期四）下午2時辦理「拒絕酒毒·關懷醫暴」記者會，當日邀請臺北市柯市長以及相關局處首長與會，由本署檢察長邢泰釗率領主任檢察官共同簽署合作備忘錄，檢方與市府攜手合作，宣示拒絕酒毒、關懷醫暴。

此合作備忘錄主要是希望經由與衛生局、社會局合作，針對酒駕議題達到以下



目標：1. 針對酒駕個案，進行本土研究，包含人口學因子及酒癮嚴重程度以及未來醫療需求之評估。2. 合併法務體系現有資料，分析飲酒行為的變數與模式。3. 針對酒駕個案進行短期介入的治療模式，搭配戒酒治療提升預防再犯效益。4. 針對酒駕個案中具嚴重酒癮問題者，由專業成癮治療機構進行治療追蹤，可與未接受治療之患者進行成果比較，其結果有利其他矯正機構之參考，並有利政策制定。5. 提升並加強個管師專業素養，及資源運用的技巧。

轉介對象由臺北地檢署轉介單純酒駕緩起訴個案、三犯酒駕經檢察官准予易科罰金 / 易服社會勞動個案，接受台北市立聯合醫院松德院區戒酒評估治療，服務人數預估每個月約 10-20 人，每年約共 120-200 人，每人追蹤評估六月至一年（約 14 次），共 1,680-2,800 人次。

此外，並由松德院區設計簡短介入 (Brief Intervention) 工作手冊，提供本署榮譽觀護人、臺灣更生保護會臺北分會更生輔導員使用簡短介入法教育訓練課程，協助接受戒酒治療的酒駕犯解決飲酒相關問題，提升自我覺察，加強戒酒動機，並合作辦理酒駕緩起訴被告法治教育暨酒

害衛教等相關課程。已辦理相關人員專業訓練 1 場次，訓練志工人數達 80 人。

截至 2017 年 10 月止，已轉介 249 人接受治療，另自 2016 年 1 月起辦理的酒害衛教宣導課程已達 18 場次，受益人數達 3,600 人次。

貳、臺灣臺北監獄戒酒班²

酒後駕車已成為我國交通事故首因，依據內政部警政署統計數據顯示，2015 年警方取締酒駕違規 10 萬 7,372 件，移送法辦 6 萬 5,449 件；2016 年取締酒駕違規 10 萬 4,756 件，移送法辦 6 萬 2,959 件³。每天酒駕就超過 300 件，然而，2016 年 1 月 -11 月酒駕傷亡人數總計有 5,879 人，2016 年酒駕肇事死亡人數 102 人⁴。

行政院 2016 年第 6 次治安會報防制酒駕現況與成效係為議題之一，行政院長林全希望各部會應主動思考問題形成的成因，並從源頭解決，才是治安會報要做的事。如何解決問題取捨於一個態度，希望各部會積極處理問題，想出有效的解決方法。

酒駕肇事議題已成為重要公共安全事

2. 本段摘錄自矯正署臺北監獄《2016 年度酒駕收容人處遇成果報告書》。

3. 資料來源：內政部警政署全球資訊網 <https://www.npa.gov.tw/NPAGip/wSite/lp?ctNode=12743&CtUnit=2542&BaseDSD=7>。

4. 資料來源：內政部警政署全球資訊網 <https://www.npa.gov.tw/NPAGip/wSite/ct?xItem=82739&ctNode=12744&mp=1>。

項，酒駕肇事導致人民傷亡是國家社會的危機，行政、司法、立法體系必須跨部會整合，共同預防，全面防制酒駕肇事悲劇。

本署與臺北監獄、臺灣更生保護會臺北分會共同合作北監戒酒班，依據酒駕犯收容現況及蒐集國內外酒癮戒治相關文獻，歸納出酒駕班收容人處遇計畫，將酒駕收容人分為非酒癮及酒癮兩類進行不同處遇。

非酒癮類課程為認知輔導課程，包括醫療衛教、法治教育、生命教育及成癮概念；酒癮類課程除認知輔導課程，並進行身心治療課程，包括成癮和藝術治療團體及音樂治療和身體工作團體，以加強戒酒動機並治療內在創傷，預期達到整合自我及修復內在與人際關係之重建。該項計畫中所稱之酒駕收容人，將會進行三階段處遇：

(一) 新收評估階段：

對新入監者，一個月內由調查分類科篩選評估確認處遇對象，由與北監合作醫院之精神科醫師，以門診的方式進行評估篩選，預計使用酒癮 CAGE 篩選問卷 (CAGE Questionnaire)、酒精使用疾患確認測驗 (AUDIT) 以及酒癮戒斷症狀臨床評估量表 (CIWA-Ar)，篩選區分為酒癮類與非酒癮類。

(二) 在監處遇階段：

1. 非酒癮者：

認知輔導課程，聘請專業的醫療人員、法治人員及臨床實務工作者針對醫療衛教、法治教育、生命教育及成癮概念等四類的認知輔導課程各進行 4 堂課程，每期總共 16 堂的課程，為期 2 個月，1 年 4 期。

由匿名戒酒協會的成員現身說法，分享自己在飲酒至酒癮的生活中是如何轉變為決心戒酒，從逃避內心的創傷，藉酒消愁，到面對自己的問題，重建生活。

2. 酒癮者：

認知輔導課程及身心治療課程，除了認知輔導課程，並安排專業心理治療師及實務工作者，帶領成癮者進行各 19 堂的「戒癮 & 藝術治療團體」與「音樂治療 & 身體工作團體」，總共 38 堂課程，為期 5 個月，1 年 2 期。

(三) 復歸社會階段：

1. 非酒癮者：生涯規劃課程及出監就業轉銜。

2. 酒癮者：除生涯規劃課程及就業宣導活動，並加強復歸社會的轉銜。

(1) 出監醫療轉銜：出監前安排 1 堂課程提供醫療資源轉介訊息。

(2) 財團法人臺灣更生保護會臺北分會協助後續出監追蹤。

酒駕班參與人數為 120 名，但實際參與完成課程及團體者 (中途可能因違規、



生病或移監等因素離開)計有 102 名,在年齡方面,以 40 至 49 歲的人數最多,佔 43%,教育程度方面,以國中畢業的人數最多,佔 25.5%,婚姻狀況方面,以離婚的人數最多,佔 42.4%。

本案為臺北監獄首次辦理酒駕班,計畫預算由臺北市榮譽觀護人協進會及臺北監獄自籌款支付,由 2016 年 1 月開始,預計 9 月底辦理完成。期間遭遇許多困境或臨時狀況,包括須協調出適合酒駕班上課的場地,並依不同課程設計團體教室及採買設備;酒駕成員刑期較短,須經常處理變動的成員名單,並按各成員的刑期及酒癮程度安排課程;針對酒駕班成員對於上課的疑惑及抗拒需協助輔導、協助安排有心上課但身體被酒精傷害而病痛纏身無法持續課程的成員,以提供講義或其他資源的方式學習。經由本次酒駕班辦理所獲得的經驗,將成為未來的基礎,茲將未來努力方向概述如後:

一、精進酒駕班成員的篩選評估機制

本次酒駕班的成員篩選主要以成癮程度為區分,但在實務工作上,發現許多成員對於來上課有著疑惑及抗拒,或是有些未達成癮程度的成員對於團體治療有積極的興趣卻礙於自身並非酒癮者而無法參加團體課程,因此建議可將成員的意願納入課程安排考量。本次團體前後測的問卷分析顯示成員在憂鬱及焦慮情緒上並未有顯

新收評估階段



在監處遇階段



復歸社會階段



音樂治療及身體工作團體學習效果

滿意度 91-100%

醫療衛教課程學習效果滿意度

88-100%

法治教育課程學習效果滿意度

87-100%

成癮概念課程學習效果滿意度

80-94%

生命教育課程學習效果滿意度

79-91%

成癮及藝術治療團體學習效果滿意度

64-100%



藉由練習雅樂舞，進行內向性的深層探索，讓身體中的創傷記憶再放鬆的狀態釋放出來。



藉由心理劇的暖身動作及藝術治療方式（黏土、沙畫、鐵絲、鹽沙畫）探索內在創傷並減少防衛心態。



著變化，可能表示團體處遇的內涵並不是在成員的情緒層面，因此無法藉由貝克憂鬱量表及焦慮量表顯示成員的改變。建議在課程開始前考慮進行直接的面談，了解參與成員的狀態以採用更適用的量表，並讓成員對於酒駕班的參與有更多的了解並提高改變的動機。

二、持續推動酒駕班

本酒駕班處遇的課程效益，經分析顯示大多數的成員都在不同的課程或團體中反映正向的態度與收穫，建議將來可持續推動酒駕班的處遇，協助酒駕收容人在學習知識及內在覺察的兩種向度上都能更上層樓，得以讓個體在面對可能發生酒駕的機會時，有意願有能力在行為決策前展現思考的能力，能運用所學的知識讓自己停下錯誤的決定，減少酒駕行為的發生。

三、深化處遇內涵

本次計畫中，參與團體成員從初期較為排斥，至後期有多位成員表示希望能繼續參加明年的團體，顯示成員想繼續探索與改變的意願，建議明年的團體可考慮將是類成員納入繼續處遇。另外團體中，有些成員遲至後期才開始顯現出積極的探索意願，可能其自身的口語表達能力不足或抗拒較多，而使得在團體中被工作的時間不足，建議可將個別處遇納入將來的計畫中。

參、法務部 2017 年度科技計畫 - 開發建置預防酒駕再犯之行動科技支援系統⁵

一、背景說明：

據法務部統計顯示，法務部所屬各矯正機關長期以來呈現超額收容情形，其中因不能安全駕駛罪之新入監受刑人，由 2011 年 4,774 人，2012 年 5,416 人，2013 年 6,329 人，2014 年 8,667 人，2015 年 8,597 人，逐年攀升，持續惡化監獄擁擠現象。然酒駕之累犯相較於其他重大刑事犯罪，係屬刑度較輕之罪，而酒駕再犯者之矯正與防治課題，涉及生理及心理雙重層面，從刑事政策角度觀之，亦認酒駕再犯者絕非單純以入監服刑方式即可解決，是以，若能以其他更有效之社區處遇方式矯正酒駕犯罪，實毋需責令酒駕累犯入監服刑，此將有利於抒解現行矯正機關所轄各監所超額收容之困境，並使酒駕者飲酒駕車的習慣得以獲得根本性的改善。

二、計畫目標：

開發建置預防酒駕再犯之行動科技支援系統，期藉由科技整合同司法、醫學及資訊工程等專業，研發建置矯正與防阻酒駕再犯之社區處遇模式，提升檢察行政及犯罪防治效能，達到刑事轉向處遇多元化及減少入監人口的緩起訴制度目標。

5. 本段作者為本署觀護人沈品璇。

三、內容摘述：

濫用酒精與施用毒品，具有相似特性，常因當事人之慣習性(habitual)，造成成癮(addicted)行為，終究難以自拔，甚而導致其他違法行為，如公共危險罪或家庭暴力等。面對酒駕再犯之危害，亦應與打擊毒品犯罪一般，投注相當資源加以防制。從而，本計畫之目的，即係希望在司法觀護及成癮防治團隊之運作機制下，應用當前發達之通訊科技，開發一套科技監測設備(行動支援系統)，將酒精檢測裝置(Breathalyzer)與行動電話應用程式相結合，責令酒駕被告安裝在行動電話內並隨身攜帶輕巧、省電且具有藍芽(Bluetooth)連線功能的酒精檢測裝置，經由酒精吹氣檢測來自我監測酒精之使用，於檢測同時，由行動電話應用程式進行臉部辨識以確認其身分，防止他人偽冒測試，司法機關並可藉由「後端電腦平台」，接收足以分析及持續監測之行為模式數據，據以發展建置「監測網站」，提供相關人員參考。

同時運用「自我效能理論」(Self-efficacy theory)、「認知行為治療」(Cognitive Behavior Therapy，簡稱CBT)、「自決理論」(Self-determination theory)等多種「行為理論」，從各方面來影響酒駕前科者之行為。以「自我效能理論」為例，自我管理可以使酒駕前科者

更能夠察覺到有酒後出現風險之狀況及行為，增強酒駕前科者之自我防免能力，並使其能建立避免飲酒後再度駕車之心意，同時也有助於降低飲酒問題或甚而習得戒酒所需技能；然倘無適當輔助，自我管理將效益不彰，難以持續。是此一「行動支援系統」亦需融入認知行為自我覺察之理論應用，蓋此一模組基於「自決理論」，強調再犯觸發點及應對技巧，使酒駕者能夠持續內化其動機、察覺其足以拒絕使用酒精而後駕車之決意，以及在其努力歷程中感受到他人之支持，憑此，均能一定程度達到減少酒駕之狀態。以期使酒駕被告在科技產品外在監測協助下，透過內在自我管理，減少或消弭再次飲酒開車之意圖或行為，藉此防阻再犯。

四、預期效益：

「行動支援系統」介入可協助酒駕前科者避免酒後駕車問題，透過行動監測達成自我管理之目的。依本計畫要求之每日定期吹氣檢測，即一種心理制約作用，對酒癮者而言，需確認其保持滴酒不沾之狀態；對問題性飲酒者而言，係提醒其飲酒宜節制在適當範圍內，其認知需慮及有無酒測超標情形而不宜開車，保持警覺狀態。本計畫實施對象之行為人預計可達下列效果：

- (一) 較少之每日平均飲酒量及最大飲酒量。



- (二) 更少之每月平均飲酒天數。
- (三) 憂鬱與焦慮程度較低。
- (四) 生活品質與生活滿意度較高。

五、適用性測試執行情形

2017年6月19日交付符合功能之原型設備(含軟硬體)雛型及具臉部辨識功能之行動電話應用程式(如圖1)。

自2017年6月22日起開始辦理適用性測試，測試對象係篩選本署緩起訴處分附命戒酒治療個案並徵詢其同意後參與測試，計有實驗組10名、對照組5名，要求個案配合於每天早餐(3:00-9:00)、午餐(9:00-15:00)、晚餐(15:00-21:00)、宵夜(21:00-3:00)4個時段，任意挑選3個時段完成酒測。

酒測流程的介面如圖2。點下開始鍵後，酒測流程即開始，手機應用程式會指引使用者保持臉部在長方形框中，並且透過前鏡頭，捕捉使用者臉部，確認的確是使用者本人，接著會引導使用者準備吹氣5秒鐘，在酒測器偵測出酒精的情況下，手機應用程式會要求使用者提供會觸發喝酒的理由，最後酒測資訊會上傳到伺服器並進行分析。

觀護人和醫師可以自行瀏覽上傳的資訊(如圖3)，瞭解個案的飲酒行為以及容易觸發飲酒行為的情境，醫師在瞭解個案所記錄的資訊後，可以依據情況給予衛

教以及建議。

適用性測試仍進行中，將依據測試過程所獲得之發現與資訊，持續修訂軟硬體設備與系統，期本計畫所建置之行動支援系統，未來能提供觀護人及醫師瞭解酒駕個案在生活中飲酒行為，及早發現個案再犯酒駕之風險，提升觀護與治療的效能，避免個案再酒駕。



圖1、攜帶型酒測器及裝置在智慧型手機中的應用程式



圖 2、酒測流程頁面

NTU-IOX UbiCompLab 幹部轉讓 Logout

SoberMotion																	
觀察編號	研究開始日期	下次觀察日期	下次追蹤日期	最後連線日期	未酒測確認的高危險行動						低佔比例		酒測完成度		人數辨識準本人次數	當日目前連線總數	想看更多
					前月白駕	前月未回駕	前月非白駕	當月白駕	當月未回駕	當月非白駕	前月	當月	一天兩個時段	一天三個時段			
DUI_001	2017-06-22	2017-08-03	2017-07-06	2017-07-06 12:16:56 GMT	--	--	--	15	32	1	--	16.0% (4/25)	20.0%(5/25)	12.0%(3/25)	19.2% (5/26)	500分 430分 70分 定期連線	記錄 退出
DUI_002	2017-06-22	2017-08-03	2017-07-06	2017-07-06 10:48:47 GMT	--	--	--	0	36	4	--	0.0%	8.0%(2/25)	0.0%	18.2% (2/11)	160分 130分 30分 定期連線	記錄 退出
DUI_003	2017-06-22	2017-08-03	2017-07-06	2017-07-06 09:39:38 GMT	--	--	--	12	17	0	--	54.2% (13/24)	20.0%(5/25)	8.0%(2/25)	38.5% (10/26)	460分 410分 50分 定期連線	記錄 退出
DUI_004	2017-06-22	2017-08-03	2017-07-06	2017-07-06 12:49:09 GMT	--	--	--	0	6	0	--	11.6% (5/43)	48.0%(12/25)	36.0%(9/25)	11.6% (5/43)	820分 820分 9分 定期連線	記錄 退出
DUI_005	2017-06-29	2017-08-10	2017-07-13	2017-07-13 10:51:03 GMT	--	--	--	0	1	0	--	0.0%	16.7%(3/18)	0.0%	0.0% (0/18)	320分 320分 9分 定期連線	記錄 退出
DUI_006	2017-06-29	2017-08-10	2017-07-13	2017-07-13 09:53:48 GMT	--	--	--	0	3	2	--	28.0% (21/75)	55.6%(10/18)	33.3%(6/18)	15.4% (12/78)	800分 800分 20分 定期連線	記錄 退出
DUI_007	2017-06-29	2017-08-10	2017-07-06	2017-07-13 10:51:01 GMT	--	--	--	5	2	6	--	12.8% (6/47)	66.7%(12/18)	44.4%(8/18)	6.0% (3/50)	830分 780分 50分 定期連線	記錄 退出

圖 3、提供給觀護人以及精神科醫師的監控服務網頁設計



性侵害加害人處遇

柯嘉惠、林怡君、鄭家秀、張吏韻、黃晴惠

- 壹、性侵害案件入監輔導試行方案暨社區監督輔導小組網絡會議
- 貳、本署科技設備監控暨實施人工監控流程
- 參、本署性侵害案件無縫撤銷案例
- 肆、發展性心智障礙者的犯罪預防處遇
- 伍、結語

《性侵害犯罪防治法》、《家庭暴力防治法》及《性騷擾防治法》係為我國婦女保護三大法案。其中，《性侵害犯罪防治法》於1996年12月31日通過，並於1997年1月22日公布實施。立法目的係以該法為防治性侵害犯罪及保護被害人，該法所稱性侵害犯罪為觸犯《刑法》第221至227條¹、第228條利用權勢性交或猥褻罪、第229條詐術性交罪、第332條第2項第2款強盜罪結合罪、第334條第2項第2款準海盜罪、第348條第2項第1款擄人勒贖罪結合罪及其特別法之罪經判決有罪確定之人。迄今，經歷6次修正，不斷強化加害

人之防治工作，並提升性侵被害人保護，足見我國對性侵害犯罪之重視。

檢察機關是執行性侵害犯罪之加害人防治工作重要之角色，若以關鍵少數法則（The Rule of the Vital Few）觀之，大部分的犯罪均來自於少部分的人反覆實施犯罪行為而來；再者，性侵害犯罪始終是有很高的犯罪黑數及很低的定罪率²，若能預防加害人再犯，即可以減少更多無辜之被害人被害或繼續被害。

2001年本署率先配合法務部政策針對重大性侵害加害人進行入監輔導試行方案，

1. 第221條強制性交罪、第222條加重強制性交罪、第224條強制猥褻罪、第224條之1加重強制猥褻罪、第225條乘機性交猥褻罪、第226條加重結果犯、第226條之1殺人、重傷害之結合犯、第227條與幼童性交、猥褻罪。

2. 許福生《性侵害犯罪及其處遇之探討—以運用科技設備監控為中心》刑事政策與犯罪研究論文集(9)。

以專案小組方式討論該案出監後的相關處遇；復法務部於 2005 年「性侵害犯罪防治法」修正後，參照美國 Vermont 州鑽石監督模式³，訂定「建構以觀護系統為主軸的性侵害案件受保護管束人社區監督輔導網絡實施計畫」，由各地檢署定期召開「社區監督輔導小組會議」，整合警政、社政、醫療、檢察官、觀護、更生團體及專家學者等橫向專業資源，共同討論中、高危險程度之性侵害付保護管束人之處遇措施。

其次，配合性侵害付保護管束加害人科技設備監控，本署首創科技設備監控實施人工流程，另配合法務部所屬檢察、矯正機關強化監控與輔導性侵害及性騷擾案件付保護管束行動方案，本署賡辦科技監控加害人無縫撤銷案例。

壹、性侵害案件入監輔導試行 方案暨社區監督輔導小組 網絡會議⁴

2001 年 9 月本署奉法務部指示針對臺北監獄楊姓受刑人假釋出獄後之相關配套措施成立觀護小組，並首創觀護作業提前接軌，期能預先與楊案建立良好之輔導關係並達成社會網絡之有效連結。

楊案係為 1994-1995 年間先後犯下強



姦強盜等罪 34 件，每次犯案之時間密接，最緊密時每週有兩次紀錄，全案經判處有期徒刑 16 年定讞。因楊案提報假釋，法務部為求慎重，多次召開審查會議，並廣邀各相關單位共同研議假釋後出監之相關配套措施。

本署接獲重任，戰戰兢兢，立即函請臺北監獄將楊案判決書等個案資料影送本署，俾便預先瞭解掌握該員狀況，擬定輔導監督計畫。究其犯行記錄，顯示其已有較為嚴重之性犯罪慣性，使用手法與色情影片內容類似，對兩性關係有誤認及不良之性迷戀與性模仿現象。

本署復於 2001 年 9 月 10 日召開觀護入室務會議，會議決議本科室同仁都是輔導小組一員，每位皆負成敗責任，各股可隨時提供輔導意見作為楊案假釋後更具體詳實之處遇計畫；再者，將擇期拜訪學校、更生團契、北投國軍醫院等單位，並與該校教授、學生自救聯盟、轄區管區警員、生命線

3. 資料來源：<http://www.moj.gov.tw/ct.asp?xItem=48091&ctNode=27518&mp=095>。

4. 本段作者為本署觀護人柯嘉惠，整理自本署相關執行資料。



等建立社會資源網絡。

在案件假釋前先去北監與案主晤談並建立輔導關係。擬定之目標、對策、基本要求及具體作法如下：

- 一、目標：輔導案主改悔向上，樹立重大案件之社會更生良好典範。
- 二、對策：建立綿密的監督機制，預警其危險惡行，在未發生具體危害前，撤銷假釋，維護社會安全。
- 三、基本要求：如不幸發生危害，降低層面，並讓政府對本案所做的努力，足以向社會交代及取得諒解。
- 四、具體作法：
 - (一) 觀護工作提前接軌：觀護人在其尚未出監前，先入監與案主建立初步輔導關係並整合相關社會支持系統網絡，期在案主出監時，即有健全的外控力量足以銜接支持。
 - (二) 成立觀護小組，全力執行：以團隊合作、專人負責之執行方式，成立專案觀護小組。
 - (三) 擬訂具體的輔導、監督計畫：以心理輔導、社會連結、司法監督三個焦點，統合本案觀護工作執行的具體方式如鼎之三足，期使本案達到有系統的全面平衡執行效果。
 - (四) 讓協談內容具體化、專業化：依本案計畫，不但協談時間點提前，而且協談者可能是觀護人、榮譽觀護人、持續接軌輔導的榮譽教誨師、其他社會上專業、適當的諮商人員；來談者也

可能是案主、其親人、同學等，因此應再行設計適當的諮商表格，讓執行過程更具體、專業化。

本案自 2001 年 11 月起由本署主任檢察官劉承武、前觀護人吳永達（現為法務部犯罪預防中心主任）、前榮譽觀護人尹宏地女士（臺北縣生命線組訓主委兼任講師）等人每月一次，前往北監進行約 2 小時之專案輔導，共計入監輔導達 63 次，期間長達約 6 年。

因本案備受婦權團體及社會輿論所關注，本署成立觀護工作小組後，法務部亦召開相關會議，由法務部常務次長任執行督導小組召集人，召開相關會議討論重大性侵害案件出監後相關配套措施，將以本案為例，嗣後類似案件，相關權責單位均應比照本案辦理，以維護社會安全。

本署、桃園地檢署及花蓮地檢署復於 2003 年分別提出對重大性侵害案件執行保護管束專案計畫。其中，本署參採美國佛蒙特州、科羅拉多及加州之「性侵害加害人社區監控模式 - 鑽石圖方案」之精神，提出社區心理治療與觀護輔導層面、社會支持網絡連結層面、警政系統聯繫監督層面之各項分工事項，並針對保護管束輔導重大課題、保護管束銜接方式、保護管束協調合作機制加以探討，以避免保護管束執行上之疏漏或產生空窗，造成社會危害。

本案首創觀護提前接軌，及觀護方式

法部 重大性侵害假釋犯 行蹤列管

離開指定管轄區域須告知警方 再由前往目的地的警察機關接續監管

【記者賴仁中／台北報導】法務部最近與相關單位人員開會作成決議，今後重大性侵害假釋犯，只要離開指定管轄區域，即須主動告知監管他的警方單位，再由警方通知其前往目的地的警察機關，由後者接續執行監管等處遇工作；此外，假釋犯的行程也要同時通知相關檢察機關。

法務部官員說，譬如考取台大的楊姓受刑人日後假釋出獄就學，若由台北地檢署執行其觀護工作，如他想要在寒暑假期間返回花蓮家鄉，就須主動將行程告知台北市警局，台北警方將其行程通報花蓮警方，以延緩保護管束執行，同時也將此事通報北檢，北檢也會函知花蓮檢方。

官員並說，如果個案對象違反所應遵守的事項，會視情節輕重加以處置，情節輕者給予告誡，重者呈報法務部撤銷假釋。

此外，現行法對於性侵害加害人，是以戶籍所在地決定性侵害防治中心的管轄權，惟實務上發覺，相當比率性侵害加害人出獄後，往往在二、三個月即遷移戶籍，藉以逃避法律規範；故法務部決定，主管機關可基於特殊考量，對有必要的個案指定管轄機關，如指定台北市性侵害防治中心為管轄機關，觀護作業就由台北地檢署王其真

而當個案住所變動時，也和離開指定管轄區域的察機關及相關檢察機關通知個案新住處所在的察機關作成決議，還包括對於重大性侵害假釋犯，組成「觀護專案小組」，針對個案情況擬處遇計劃，加入小組的相關單位及人員有性侵害防治中心、相關醫院院所和學校、相關民間團體、警察機關刑偵查員、警勤區員警、里鄰、榮譽觀護人等，然後對假釋人施以密集觀護複數監督。

各相關單位與人員，都要就其主管業務，擬和執行相關的監管等處遇作業，如刑偵查員及警勤區員警，即要負起複數監督工作，協助個案生活適應，遇有前述到指定管轄區外活情形時，執行相關通知作業。

法務部於本月九日邀集相關單位人員與學者家舉行前項會議，原本主題是討論楊姓受刑人釋出獄後的相關配套措施，但會議結論認為，出的決策日後應通過案辦理，也就是今後所有重大性侵害罪犯假釋出獄時，均將採取前項配套方

年度	次數	說明
90	2	1.入監輔導團隊成員包括主任檢察官劉承武、執行檢察官黃兆揚、觀護人林美靜、曹光文、黃金、吳永達、黃志忠、榮譽觀護人尹宏地、學習司法官及大專實習生等多人。
91	10	
92	10	
93	8	
94	12	
95	12	2.期間：自2001年11月1日起至2007年9月17日止。
96	9	
合計	63	

鑽石方案 啓動觀護等四大機制 另施以醫療、警察及社區支援系統 防制性罪犯再犯

【記者賴仁中／台北報導】楊姓受刑人若應准假釋，法務部等相關權單位將仿美國佛蒙特州對性罪犯處遇執行的「鑽石方案」，啓動觀護、醫療、警察及社區（同時包含校方、家人、社工等）支援網絡系統，對楊姓受刑人施以密集觀護與複數監督。

鑽石方案是指鑽石的多個角，前述四大系統各代表一個角，相互結合形成縮密的社會資源網絡，共同監護防制性罪犯再犯。

法務部與各相關單位當初依此架構，對楊姓受刑人防止再犯擬定的配套，在台北監獄方面，將協同楊某將戶籍遷至台北市（就學地），以配合台北市性侵害防治中心及醫院院所的身心治療及輔導教育。

台北地檢署則要邀集性侵害防治中心、台大、醫院院所、更生團體、台北市警局、里鄰長、榮譽觀護人等，共組觀護專案小組，執行密集觀護和複數監督等。性侵害防治中心將成立評估小組，對個案擬出身心狀況評量表與處遇書，及負責通知楊某接受身心治療、輔導教育、衛生諮詢協助指定治療或輔導的醫院院所。市警局方面，依防制被害人及相關規定將個案列管，刑偵查員及警勤區員警採取複數監督，協助了解個案生活適應，遇狀況即通知北檢，或到觀護地轉通知北檢，也應通知相關警察機關，警方再通知北檢。

台大也同意成立專家輔導小組，擬訂校園安全維護措施，安排專業老師給予適度輔導與協助，紓解楊某就學可能產生的不適等情事。更生保護會將就個案情況，了解學費或生活費方面是否需要協助等。

前述共同防制再犯方案，與美國鑽石方案稍有差異之處在於，美方警察系統係執行「預防性測謊」作業，我方則以強化警方監督的作法取代。



採用團隊合作模式，成員包括社工師、教師、醫師、心理諮商員及觀護人等，與傳統的一位觀護人輔導一位受保護管束人的方式，有極大的差別。此方式亦成為現今法務部「法務部所屬檢察、矯正機關強化監控及輔導性侵害付保護管束行動方案」規範之假釋案件出獄前之無縫接軌之濫觴。爾後，法務部命各地方法院檢察署成立社區監督輔導網絡，定期召開會議討論重大性侵案件之處遇，使網絡會議成為各相關單位之業務聯繫溝通平臺。

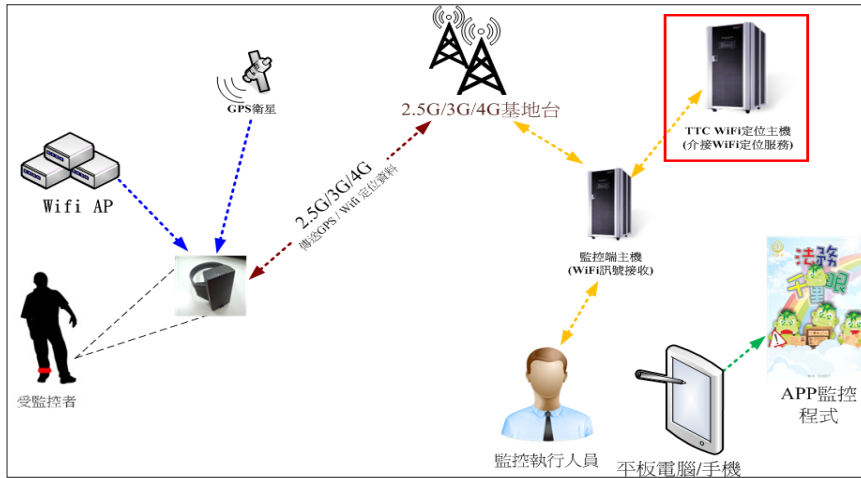
貳、本署科技設備監控暨實施人工監控流程⁵

我國『科技設備監控』主要是對受保護管束性侵害加害人實施以科技方式進行監控，科技設備同時具備『居家監控』及『戶外行蹤監控』功能。個案居家監控時，其所配戴之『隨身發訊器』會直接透過『居家讀取器』或經由『訊號延展器』轉接『居家讀取器』將監控訊號透過行動網路傳送至監控系統主機群；當個案離開住家時，『隨身發訊器』將配合全球定位系統透過『隨身發訊器』內建之行動網路將個案所在位置傳回監控系統主機群。此時，透過『地理資訊系統』或『法務千里眼 APP』，觀護人即可監控個案是否進入或靠近禁制區。

本署設置性侵專股 2 名，專股專辦性侵害付保護管束案件，並設置書記官 1 名，協辦專股性侵害防制相關行政業務及處理科技設備監控設備面向事宜。本署執行科技設備監控由各股觀護人輪值，每人輪值 1 週，以調配人力。如有接獲異常訊息，法警室亦會副知輪值觀護人，避免訊息漏接，達到雙重確認目的。若經值勤觀護人查證受監控者有違規情事且有查訪之必要，電請法警室勤務中心連絡線上警網，由警方派員協助查訪或針對違規事項加以規勸。本署觀護人室與法警室之緊密分工合作模式，執行流程中的網路聯繫回報機制，使科技監控之實施更為完善，俾能發揮其功效。

然而，科技設備有其限制，本署於 2011 年 10 月發生科技設備系統嚴重不穩定，屢次出現異常情形，導致科技監控設備於宵禁時段內完全失效，因此在急迫之下改採人工監控的方式執行監控業務，惟對於如何執行「人工監控」本署原無統一之作業要點，且認為科技監控設備系統若再度出現失效之情況，可以人工監控方式及時補救，因此前述科技設備監控相關規定，實有加以明確規範之必要，因此本署領先全國，訂立「辦理性侵害犯罪付保護管束加害人以人工輔助科技監控設備監控作業要點」（下稱本要點），期彌補科技設備監控相關規定之不

5. 本段作者為本署觀護人林怡君，整理自臺北地檢署辦理性侵害犯罪付保護管束加害人以人工輔助科技監控設備監控作業要點。



我國科技設備監控流程

足，以避免出現監控空窗期，而能持續追蹤監控受監控人。

本要點創新於全國，除讓科技設備監控業務可以落實並在設備無法運作時，以科技加上人工之雙軌制，達到無縫監控重大案件個案，確實掌握受監控人之行蹤，進而預防再犯。

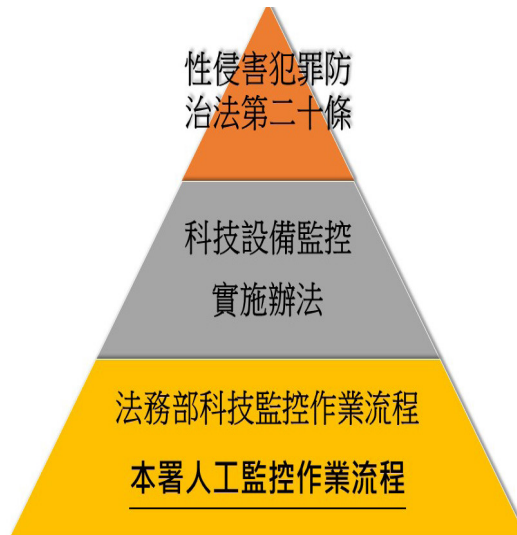
隨著電信公司設備之演進，高檢署也同時與時俱進做科技設備之提升，唯自2016年2G基地台拆台嚴重，導致全國各地GSM附掛定位失效頻繁，此時更可發揮人工監控之輔助性功效，更能即時發揮掌握個案行蹤。

在科技監控設備系統出現失效的情況下，持續追蹤監控受監控人的行蹤，避免出現監控空窗期，進而預防再犯。且對受監控

人持續追蹤監控時，亦考量避免過度頻繁之查訪，合理保障受監控人基本權。同時也協調值勤人員在系統出現完全失效的情況下，值勤人員應如何因應對問題，並遇科技監控設備系統失效之情形，應將系統失效及處理情形，敘明於相關業務簿冊內，說明由於科技監控設備系統失效，致無法完全掌握受監控人行蹤，以明責任歸屬問題。

本要點之法規依據，乃依《科技監控實施辦法》第七條、第十二條之規定訂定，彌補原科技監控作業流程之不足，同屬行政機關內部之行政規則（如圖所示）。

人工監控作業流程之適用範圍，訂定為科技監控設備出現失效，且確定無法及時排除故障時，應即適用人工監控作業流程之規定，待科技監控設備回復正常後，應即回復原有之科技監控作業流程。



在科技監控設備系統出現失效之情形下，在監控時段，其查訪方式，以「電話查訪」為原則，若能以電話查訪方式確認個案在監控處所並無違規時，即不得通報警察進行查訪，以避免干擾個案之生活。而在進行電話查訪時，由值勤觀護人請承辦股觀護人或其他能識別個案聲音之同仁辦理。必要時值勤觀護人亦得請值勤法警辦理之。而值勤觀護人以「電話查訪」方式進行查訪時，其次數及時間點，分為「定時」及「不定時」電話查訪，其次數及時點，由值勤觀護人自行酌定，並定時以「手機簡訊」通知主任觀護人、值勤觀護人、承辦股觀護人。若於監控時段內，認有通報警察對受監控人進行查訪之必要者，由值勤觀護人請值勤法警轉知該管警局派員辦理之，可隨時啟動通

報機制，以達到監控之即時性及有效性。

參、本署性侵害案件無縫撤銷 案例⁶

為維護社會安全，對於中高再犯危險之性侵個案於保護管束期間涉案或違規情節嚴重，例如剪斷腳鐐、破壞監控設備，恐有再犯罪或逃匿之虞，即會啟動無縫撤銷假釋之流程。

無縫撤銷假釋之流程係由法務部訂頒，由最後執行保護管束之地檢署報請撤銷假釋，再由監獄陳報法務部矯正署，矯正署核復撤銷假釋後，同時知會最後執行保護管束及殘刑之地檢署，期間相關單位均同步以電

6. 本段作者為本署觀護人鄭家秀。

話聯繫，以最速件辦理，令被撤銷假釋者當日即入監執行。

本案為一名 20 歲出頭的年輕人，入監前經常打架鬧事，因感情糾紛產生憤怒情緒，而犯下性侵案入監執行後假釋。經評估為中高再犯危險者，故施以科技監控。然案主對於規範遵守度不足，且有心存挑戰規範之傾向，經違規告誡 2 次 (1 次逾時未歸、1 次違規外出)，竟不知悔改，第三次嚴重違反宵禁規定，無視檢察官宵禁命令逾時不歸，更無視值勤觀護人之命令，拒絕返回指定居住處所，經本署值勤中心通報轄區警局查訪仍無效，依據上述無縫撤銷之流程，因該員當日撤銷即須入監執行，恐有抗拒、衝突或逃亡之虞發生，故經觀護人報請檢察官核發傳、拘票後，立即率同本署法警、當地員警均出動協助確保撤銷當日即拘提該員入監執行。另因該員獨自租屋於套房，為保全政府監控設備之財產不受破壞，故當日工程師亦偕同到場拆除設備，經此案例，亦達成督促其他受監控之性侵害付保護管束加害人應遵守檢察官監控命令特別預防成效。

肆、發展性心智障礙者的犯罪預防處遇⁷

在團體中成年的他外貌、言談與實際年齡相比小了許多，他很自在的在團體中聽成員的分享，甚至會開始關心其他成員，對於成員間分享的內容，他顯然一知半解，偶而也會低頭滑手機，有時會用不甚流利的言詞表達自己的想法。

「我剛剛在便利商店上拍了一個女童…我承認我喜歡女童」他帶著點焦慮與天真的描述剛剛來團體時的經驗，也願意分享他剛剛拍的照片。

和許多侵犯女童案件的犯罪者相比，心智發展缺陷的犯罪者，有時相對在面對自己的犯罪行為顯得相當坦誠，「開放的能夠談自己的性偏好」對於性犯罪預防的處遇是相當具有指標性的，但這樣的開放態度與治療關係卻不是一蹴可及。

猶記四年多前的他進入強制社區處遇模式，沈默與「不知道」常常是治療關係的對白，所面臨的處遇阻抗不只是個案本身，還有他的照顧者和障礙本身的限制。

「以前我光想要怎麼讓這個孩子活下來就已經佔滿我所有的精神…哪還有時間會去想孩子有性的需求…」父親在一次的個別治療中感慨地說道，這大概在三年多的治

7. 本文所指的發展性心智障礙者，泛指個案從小有智能或社交方面障礙，其臨床診斷可能包含智能障礙、自閉症光譜疾患等。本段作者為三總北投分院臨床心理師張吏頡。



療後，父親才在治療中坦然的道出。

過去這個家庭為了孩子的生存花盡心思與金錢，孩子則在面對自己生理與認知缺陷長期造成的關係挫折、失落，導致困難在同儕關係中獲得親密關係與性的滿足，網路色情成為孩子獲得性滿足的管道，對女童的固著偏好與認知上的扭曲，某部分填補在關係的失落與自我的挫敗，女童對於心智發展遲滯的他較能夠獲得掌控與滿足。

當父母過去對孩子的細心保護，延續到孩子面臨司法處遇時的擔憂與不安（害怕孩子再度受傷），照顧者勢必會提醒孩子「別說太多」。因此，心智障礙缺陷個案的阻抗常常與主要照顧者形成強烈的連結，因此如何與照顧者建立關係（讓照顧者知道處遇本身不只是處罰）減少阻抗，會影響觀護或處遇成效的關鍵。

「心智障礙缺陷犯罪者監禁與限制足夠矯正對性偏差行為進而達到犯罪預防嗎？」

這是我常常在陪伴心智障礙缺陷的犯罪者會出現的疑惑，改變一個人對「偏好」的修正，就像是要強迫一個人去吃他不喜歡吃的食物一樣困難，發展性心智障礙缺陷的犯罪者的罪行，某些時候是因為在他尋常的生活之中，障礙本身已經監禁原本可以如常滿足的需要，監禁與限制是一種短期治標的

防堵，如何重建個案的系統，如何協助發展，或許才是積極改變的作為。

筆者根據臨床經驗，提供以下心智障礙障礙個案處遇與輔導策略：

一、評估階段

（一）心理衡鑑評估：

主要針對認知功能與衝動控制，有助於了解個案在學習的潛能與特質，以作為對個案學習效果的預測；另一方面，有助於在處遇及輔導過程中使用個案可以理解的語言及學習策略，同時也評估個案精神狀態及衝動控制狀況是否需要精神藥物治療協助。

（二）家庭系統的評估：

評估家庭主要照顧者對個案的教養行為，特別是對個案性需求的態度與處理策略，包括主要照顧者對個案相處與關係上的情緒表露方式、主要照顧者對個案的照顧投入、可使用的社區資源（如宗教團體、社區鄰里）、主要照顧者對個案障礙與能力的理解與期待。

二、關係建立階段

（一）與家屬關係的建立：

和一般社區處遇相比，與家屬建立合作關係相當重要，主要是因為個案在心智能力方面限制，與家屬的關係相當緊密而依賴，但對家屬而言，司法處遇是一種矛盾關係，主要是司法的強制與非自願，可能

讓他們感到不安與疑慮（深怕孩子受傷）；再者照顧者對孩子行為的感到擔心、困惑與無助感，可能會加深在處遇初期關係建立的困難，因此，初期主要照顧者的阻抗是一種理所當然，化解阻抗的關鍵在於能讓主要照顧者能夠相信處遇本身不只是處罰，在關係中給予充分的同理，更重要的是讓家屬對個案認知功能障礙及性心理發展的重新認識，讓家屬理解與接納個案的性需求（包含生理與心理的層面），有助於減少個案在面臨性需求時的過度壓抑與負面評價。

（二）與個案關係的建立：

主要照顧者願意投入處遇關係之後，通常個案的阻抗也能夠獲得緩解，但在關係建立上，需要留意個案在語言溝通與學習能力上的限制，簡化溝通語言及作業，有助於減低個案在關係中的焦慮與挫折，提供具有接納與理解個案障礙與限制的關係，有助於矯正個案過去在關係中的挫敗，重建自我概念，也能提升再犯預防中的保護因子。

三、認知行為改變訓練

認知能力發展障礙者的行為，受限認知神經發展上的限制，計畫執行功能及抑制能力表現較有困難，面對性刺激較缺乏認知的抑制歷程，因此，利用行為治療原理，加強個案在性刺激出現後的抑制的認知行為反應連結。

（一）練習觀察自己的性反應及記錄（例如：

手淫的頻率、看A片的次數），提升對性反應的覺察，有助於評估個案性需求的強度，也能讓個案習慣談論性議題，但需要留意個案的能力是否能夠完成，倘若無法完成，可能需求主要照顧者提供協助。

（二）與個案討論再犯後的行為結果，什麼是個案比較在乎的及害怕的，化約成個案在意的一句話（例如：碰觸女童會被關），讓個案每日能練習抄寫一次，同時討論固定的抄寫時間，倘若可以在個案有性需求前後（例如：只要看完A片就要寫一次），則能夠加強行為與認知的連結。

（三）抑制能力訓練：可採用撲克牌的遊戲或是電腦化認知訓練模組進行，加強個案在面對特定刺激反應與不反應的成功率。強化個案在作業歷程中，能夠覺察對於抑制能力的感受。

四、社會化訓練與回歸階段：

（一）團體治療：利用團體治療的情境，除了可以評估個案在人際能力，同時透過團體成員間的互動，可以充實與矯正個案過去的人際互動經驗，讓個案有機會練習傾聽、表達與關心他人。

（二）社會資源：連結社區或政府資源，如宗教團體、社會福利機構，讓個案能逐漸能回歸社會，同時也能逐漸減少監控。

「你看我最近新買的手機…」他開心



的跟我展示。父親則在一旁笑著說「他跟他媽媽每天晚上都一起去吃宵夜…」。這是在治療後期常在治療室裡出現的對話。

這樣看似平凡的畫面對一個發展性心智障礙者及其家庭而言，都是一種相當不容易的成果，當家屬從照顧障礙者的壓力，走到司法事件的衝擊，重新開始認識照顧有障礙的孩子不只是活著而已，孩子也開始有機會學習認識自己的需要，同時也開始經驗被社會環境的接納，學習了解自己的衝動，到如何合理的滿足自己的需求，如何輕鬆地在關係中自在的互動，這些歷程需要許多跨專業與資源的同時介入。

與一般性侵加害者處遇相比，發展性心智障礙者更需要將家庭及社會支持系統更直接的介入，以補償過去在認知及自我、社會功能上的限制。對發展性心智障礙者而言，性的偏好或是沈溺，可能不只是單純的生理衝動，更多的可能是社會或是家庭環境長期對個案需求的忽略，所造成長期的挫折感、孤單感。因此，介入觀護或心理治療的策略，除了監控之外，更重要的是在於如何協助個案找回除了性以外的正向生活經驗（包含人際互動、休閒生活），引導主要照顧者能接納與重視個案的需求，並協助個案發展因應及替代行為。

伍、結語⁸

透過本署社區監督輔導小組網絡會議平台，已成功輔導一名本署列管之身心障礙性侵個案，經過長時間施以科技設備監控及諮商治療已有成效，考量其保護管束期間即將屆滿，為使其更能融入社會，故轉介臺北市政府「精神或心智障礙等類性侵害犯罪加害人社區處遇銜接平台會議」促進其就業，經本署與北市性侵害防治中心、北市勞動力重建運用處及第一社會福利基金會共同努力下，該員已順利就業，且工作認真，表現良好；另有一名無期徒刑的性侵假釋個案，因積欠債款導致生活與經濟出現困境，本署亦透過此平台通報各單位提高危險預警，加強查訪預防再犯，並協助個案參與本署就業轉銜計畫，減緩其經濟壓力，另轉介更生保護會及就業服務站等單位給予就業協助，積極輔導使其順利轉職，回歸正常生活。本署防制網絡平台，讓社區網絡成員，利用會議訊息交流、意見交換，而達到危險預警及即時調整處遇措施之目的，建構社區安全防護網。

8. 本段作者為本署觀護人黃晴惠。