

實務交流

荷蘭矯正機關參訪及毒品政策考察紀實

The Report of Dutch Correctional Institutions and Dutch Drug Policy

黃建裕

法務部矯正署宜蘭監獄典獄長

彭瑋寧

法務部矯正署臨床心理師

詹惠雅

法務部矯正署桃園女子監獄輔導員

DOI : 10.6905/JC.201907_8(3).0006

摘要

黃建裕、彭瑋寧、詹惠雅

自 2008 年起，臺灣矯正機關收容人數維持在 6 萬人左右，遠超出我國矯正機關核定容額之 57,573 人，超額收容狀況十分嚴重。自由刑雖有其一般威嚇作用，但對受刑人而言，入監服刑不僅無法改善其社會功能，更破壞其既有人際與家庭關係之連結，日後復歸社會愈趨困難。我國刑事司法體系應如何兼顧衡平正義及矯治成效，將矯正機關轉向在處遇而非懲罰，並有效利用轉向政策解決社會治安問題及監所擁擠，係當前刑事政策之重要課題。近年來，全世界的監禁人口平均增加 20%，然而，荷蘭的監禁人口卻在 2011 年至 2015 年間下降 27%，截至 2016 年 9 月底，荷蘭矯正機關約有 10,102 收容人。進一步分析，荷蘭近年的低監禁率與該國犯罪率的下降、寬鬆的毒品政策和判刑趨勢的改變有關，法官多以短刑期或社區服務代替監禁，且著重於犯罪人的復歸及治療。爰此，荷蘭刑事司法體系的分流制度與處遇措施，對於我國矯治及處遇規劃實有重要參考價值，並能作為我國未來矯正發展與革新之基石。本次考察前往荷蘭成人監獄（含性侵處遇）、少年收容機構、毒癮治療中心、TBS 精神治療診所及長期隔離機構，了解荷蘭矯正機關實務運作情形以及特殊收容人之管理與處遇。

關鍵字：荷蘭毒品政策、低監禁率、荷蘭矯正體系、荷蘭監獄、荷蘭 TBS 系統

DOI : 10.6905/JC.201907_8(3).0006

The Report of Dutch Correctional Institutions and Dutch Drug Policy

Abstract

Chien-Yu Huang, Wei-Ning Peng, Hui-Ya Chan

Nowadays, the incarceration population around the world has increased by 20% on average, and Taiwan is no exception. Since 2008, Taiwan has seen its incarceration population around 60,000, and the population is way much more than the capacity of the correctional system. Even though imprisonment is considered to be one of the best ways to decrease the crime rate, it also isolates prisoners from their families and society. Moreover, prisoners encounter more obstacles when leaving correctional institutions, and have difficulties standing on their own feet. Therefore, it is essential for the Taiwanese criminal justice system to find the balance between justice and corrections, and to steer the function of a correctional institution from punishment toward education and treatment. To find more effective ways to solve the problems of the high incarceration rate in Taiwan, the Agency of Corrections sent a delegation to the Netherlands, where the incarceration rate has fallen between 2011 and 2015. Such a rapid change in the Netherlands can be attributed to its low crime rate, liberal drug policy, and alternative sentences. Also, the Dutch government zeroes in on providing effective treatment programs and integration assistance for prisoners to reduce the recidivism rate. Given that the Dutch criminal justice system can offer new insights into crime prevention and corrections, the delegation visited several Dutch correctional institutions, including PI Zwolle (prison), JJI Het Keerpunt, Nijmegen TBS clinic, Zeeland LFPZ, and Terwille, to understand how it works.

Keywords : Dutch drug policy, low incarceration rate, Dutch correctional institution, Dutch prison, TBS system

壹、前言

行政院衛生署於民國 79 年修正《麻醉藥品管制條例》，將施用安非他命者入罪，導致新入監毒品犯人數逐年增加。截至民國 83 年底，監獄內的毒品犯已高達 26,983 人，占在監受刑人 42,816 人之 63%。民國 87 年《毒品危害防制條例》通過，遂將施用毒品犯罪人視為「病犯」，針對初犯或 5 年以上再犯者實施觀察勒戒、強制戒治等保安處分處遇。其中，觀察勒戒為期約 1 個月，毒品施用者若有繼續吸食毒品之傾向，則需接續強制戒治至少 3 個半月。民國 93 年《毒品危害防制條例》修正後，將觀察勒戒期間改為 2 個月，若有繼續吸食傾向者需接續強制戒治至少 6 個月，修法時一併修正司法流程，刪除「撤銷停止戒治」、「三次戒治機會」、「停止戒治需法院裁定」及「停止戒治付保護管束」等規定。民國 95 年我國成立獨立的戒治所（新店、臺中、高雄及臺東戒治所），行政院會議亦拍板確定各縣市成立「毒品危害防制中心」專責社區藥癮者的各項服務。民國 97 年《毒品危害防制條例》第 24 條修正，賦予檢察官運用緩起訴手段來推動戒癮治療方案，並透過醫療機構、毒防中心等防治網絡，共同協助個案戒癮回歸家庭。近十年來，在監之毒品收容人比例仍高達五成，協助毒品犯戒癮並順利復歸社會，成為矯正機關的重要議題。為研議有效毒品犯治療及處遇模式，借鑑荷蘭重視毒品犯治療與復歸之政策，該國監禁人口亦逐年下降，爰此，法務部矯正署於 107 年 9 月 5 日至 18 日派員考察荷蘭矯正機構管理局 (DJI)、Zwolle 成人監獄 (PI Zwolle)、司法精神長期收容機構 (LFPZ)、精神治療診所 (TBS-kliniek)、Het Keerpunt 司法少年收容機構 (JJI Het Keerpunt) 及 Terwille 毒癮治療中心，並與 COSA NL（性侵犯社區治療方案）與 Trimbos 毒品研究中心研討性犯罪處遇及毒品政策走向。

貳、荷蘭毒品現況及政策分析

一、荷蘭毒品相關法令

荷蘭的《鴉片法》（Opium Act）於 1919 年立法，主要是根據 1912 年海牙舉辦的國際鴉片會議而來，新法於 1928 年實行，此法之架構為今

日荷蘭毒品相關法律之基礎。1960 年代末期，荷蘭因國內毒品吸食人口的增加，荷蘭政府遂成立「麻醉管制藥品工作小組」（Working Group on Narcotic Drugs），小組成員包含醫學、藥理學、社會學及心理學等領域之專家，提出的報告中建議應使用風險量表（risk scale）來評估管制藥品。因此，1976 年鴉片法的修訂有兩大關鍵原則：一是將藥品區分成「高風險類藥品」以及「大麻類」；二是區分個人使用及意圖販售，希冀藉此更有效管理藥品。

按荷蘭 1976 年修訂之《鴉片法》，高風險類藥品如海洛因及古柯鹼等，又稱為「硬性毒品」（hard drugs），係對於公共安全及個人健康均有極大危害的藥品。交易硬性毒品屬於非法行為，即使僅持有少量毒品，也可能面臨最高可一年徒刑並附帶高達 6,700 歐元的罰金；若為製造硬性毒品者，將遭受 8 年的刑罰並附帶 67,000 歐元的罰金，累犯將加重三分之一的刑罰。而「大麻類」則又稱為「軟性毒品」（soft drugs），危害的程度相對硬性毒品較低。按荷蘭相關法令規定，為了避免施用毒品者被邊緣化，故單純軟性毒品之施用並非犯罪行為，但如持有大量毒品則屬非法。根據毒品危害社會及個人健康程度之分類方式，使得軟性毒品的施用得以被「包容」，亦即政府在某些情況下容忍軟性毒品的交易及使用，因而衍生出荷蘭特有的大麻咖啡館（coffee shop）。然而，種植大麻（包括預備行為）仍是可罰的，其演進及現況將於後方章節說明。

另一方面，荷蘭的毒癮者進入司法程序後，法院可宣判緩刑附帶戒癮治療，而 2001 年實施《成癮者之刑事照護機構法》（Strafrechtelijke Opvang Verslaafden, SOV）後，法官可命有前科的毒癮者到特殊機構接受治療，療程可長達 2 年。2004 年施行的《累犯機構處遇法》（Plaatsing in een inrichting voor stelselmatige daders, ISD），則將機構處遇的對象擴大適用到累犯，不再僅侷限於《成癮者之刑事照護機構法》中的成癮者。此外，中央政府也授權地方政府（市政廳），以分進合擊的方式處理毒品問題，市政廳除了處理因毒品衍生的滋擾事件，也管理大麻咖啡店的營業執照，如有違反法令規定時亦可命其關閉。近年來，隨著新型毒品的出現，荷蘭政府將迷幻蘑菇、恰特草及芬納西洋（Phenazepam）列入鴉片法的軟性毒品項目，而 Methoxetamine、Methylone 及最新的 4- 氟安非他命則列入硬性毒品項目之中，使得《鴉片法》內的毒品分類項目能夠與時俱進。

二、毒品種類及使用者狀況

荷蘭 Trimbos 毒品研究中心指出，大麻在荷蘭的施用盛行率最高，2016 年的資料顯示，大麻使用人口約為 8.4%，雖接近歐盟大麻平均使用人口 7%，但在 15-16 歲年齡區間，荷蘭卻是歐洲其他國家平均值的兩倍。搖頭丸與古柯鹼的使用則僅次於大麻，且搖頭丸使用者逐漸增加，超過其他歐洲國家平均值的三倍。海洛因的使用者則逐年減少，目前占 18 歲以上成癮人口的 0.1%，且自 2014 年至 2016 年止之趨勢為持平。液態搖頭丸（GHB）的使用雖不盛行，僅約占整體毒品者的 0.3%，但其使用者的死亡風險及戒癮治療後的復發率皆較其他毒品使用者高。在毒品施用致死率方面，荷蘭每年每百萬人口約有 16.5 人因吸食過量而死亡，相較於歐洲其他 30 個國家，荷蘭的毒品施用致死率排名在中段，遠低於愛沙尼亞的 102.7 人。

從受戒癮治療者的資料來看，施用毒品人口以男性為主，女性僅占一成，平均年齡為 37 歲，其中 25 歲以下的使用者占 17%，55 歲以上的使用者為 7%，超過 7 成為荷蘭本國籍，40% 的受戒癮者有合併酒癮的問題，其次是海洛因及大麻的濫用問題。

三、大麻咖啡館（coffee shop）之演進及其現況

大麻咖啡館可視為荷蘭務實主義（pragmatism）的表現，自 1970 年代開始，有執照的大麻咖啡店可販售顧客適當數量的大麻，但店內不得販售酒精、菸草及硬性毒品，如此一來，便能嚴格區分軟性毒品及硬性毒品的處理方式。

依據荷蘭的法令規定，大麻咖啡店必須遵守以下所謂的 AHOJ-GI 標準：

- （一）不可宣傳、廣告毒品（No Advertising）；
- （二）不得販賣硬性毒品（No sale of hard drugs）；
- （三）不得在咖啡店內及附近滋生事端（Overlast）；

(四) 不得販售給未成年人或事先允諾販售之 (Jong) ；

(五) 對同一顧客不得出售超過 5 克大麻且一間店不得庫存超過 500 克大麻 (Groot) ；

(六) 僅可對荷蘭當地居民販售 (Ingezetenen) 。

咖啡店的數量控管及執照發放之權責在於各地方政府，各市政廳可以上述標準，增加其他管理辦法，如規定咖啡店距離中學校的距離，若店家違反相關規定，市長有權要求店家歇業或停業 3 至 6 個月，情節如嚴重者則勒令永久停業，且店家和顧客都會遭起訴及受罰。

近年來，荷蘭的大麻咖啡店管理政策緊縮，例如：只允許當地居民可以購買，以及關閉邊境城市的大麻咖啡館。已有 69.7% 的市政廳實行零容忍政策，截至 2017 年 3 月為止，全荷蘭共有 567 家大麻咖啡店，44% 的店家位在觀光大城市，如：阿姆斯特丹、鹿特丹及海牙，相較 2006 年的 719 家店已減少許多。即使顧客能在大麻咖啡店合法購買大麻，然而，店家的大麻來源卻始終為灰色地帶。因此，荷蘭政府在 2017 年開始於 6 至 10 個市政廳的管轄城市進行實驗，讓獲得許可的大麻種植者製造大麻產品，以降低黑市所造成的社會問題與風險。

四、務實導向的寬容政策 (tolerance policy)

「寬容」係荷蘭法律的特色之一，亦即法律條文雖有規定，但保留公權力執法時的裁量空間。政府對於軟性毒品的「容忍」，讓執法有了彈性空間，軟性毒品的交易只要符合一定的條件，警方就會睜一隻眼閉一隻眼，然而，荷蘭政府對於毒品並非一開始即採取寬容政策。

1960 年代初期，荷蘭政府曾採取強硬手段取締各式毒品，然而，對於治安改善不如預期。荷蘭檢察機關在 1969 年發佈的《執法指導原則》裡，揭示執法聚焦於危害更大的走私及製造硬性毒品案件，以及大力偵查對社會治安影響較大的案件，至於大麻等軟性毒品的少量施用及持有者，則非優先取締的對象，此舉無異揭槩對軟性毒品執法「寬容」之方針。

此外，《鴉片法》於 1976 年修訂時，除了依危害身心及社會治安之風險高低，將毒品分為硬性毒品及軟性毒品外，荷蘭「衛生福利及運動部」主導之毒品防治策略，係以公共健康及衛生為出發點，採取「減低危害原則」（harm reduction），將毒品施用者視為「身心狀況異常者」，而非犯罪人，改以社會福利及醫療措施優先介入，而非司法手段的強制干預。亦即不再以「道德至上」的原則處理毒品問題，而是正視其存在，並盡可能務實地處理。同時由中央及地方政府相關單位共同制定政策，中央部份由衛生福利及運動部、司法部及外交部合作，地方層級的毒品政策則諮詢當地的市長、警政及檢察長。換言之，毒品防治政策著力於改善毒品施用者的健康，以及降低社會治安及環境風險，內容包括：預防毒品使用、戒癮治療及減害、降低毒品施用者對社會的滋擾，以及打擊毒品製造及運輸。

五、小結

綜上所述，荷蘭的毒品使用以大麻、搖頭丸及古柯鹼為大宗，且超過九成的使用者為男性，而該國毒品防治政策歸納有以下五項特色：

- 一、注重真實性：觀察毒品種類及其使用者的狀況；
- 二、實務取向而非制訂原則：以可實際操作的策略為主；
- 三、維護個體健康及減害取向；
- 四、區分市場：以大麻咖啡店區隔軟性及硬性毒品市場；
- 五、以事實為根據：密集監控及評估政策的實行效果。

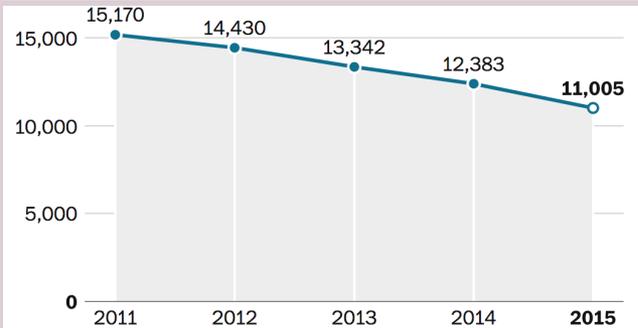
荷蘭政府在制定毒品防治政策時，首先會評估現況及需求後，制訂防治計畫並決定執行方向，另在執行政策期間也會不斷監控及評估，適時地作出革新或調整，以符合實際的需求，希冀毒品政策能更貼近實際狀況，並更務實的解決其所衍生之問題。

肆、荷蘭矯正系統介紹

荷蘭矯正系統負責荷蘭刑罰之執行，其中，國家矯正機構管理局（Dienst Justitiële Inrichtingen, DJI）負責荷蘭矯正機關的管理與收容人的處遇，隸屬於國安全及司法部（Ministerie van Justitie en Veiligheid）。目前荷蘭的矯正機關共有 50 個據點，全部職員約 13,500 名，每年新收收容人約 36,250 名，每日在矯正機關人數約 10,300 人，機構的類別分為：成人看守所、成人監獄、少年收容機構、司法精神疾患收容中心（含長期隔離收容機構）及外國人收容所。其中，司法精神疾患收容中心荷蘭特有的 TBS（Terbeschikkingstelling）制度的一部分，專責收容及治療精神疾患之犯罪者，此制度結合國家的強制監護及專業的醫療護理，TBS 制度一方面用以維護社會安全，另一方面透過專業治療患有精神疾病的犯罪者，使其未來也有機會復歸社會。

一、荷蘭矯正機關概覽

部會主管機關	安全及司法部 Ministry of Security and Justice 現任大臣 Ferdinand Grapperhaus	
監獄主管機關	國家矯正機構管理局 Custodial Institutions Agency	
國家矯正機構管理局局長	總局長 Gerard Bakker	
職員人數	約 13,449 人（66% 男性、34% 女性）	
年度總預算	21 億歐元（2017 年）	
收容人數（包括被告）	10,300 人（2017 年）	
監禁率（每十萬人口數）	51（荷蘭 2018 年全國人口數約 1,704 萬人）	
被告占監禁人口百分比	30%（2016 年 9 月底）	
女性占監禁人口百分比	5.4%（2016 年 9 月底）	
18 歲以下青少年占監禁人口百分比及收容時間	1.2%（2016 年 9 月底） 收容時間平均 3.5 個月	
外國人占監禁人口百分比	19.1%（2016 年 9 月底）	
收容人（成人）國籍	荷蘭籍 58.2%	摩洛哥 4.6%
	荷屬加勒比 6.7%	土耳其 2.4%
	蘇利南 4.7%	其他 23.4%

平均收容天數（成人）	106 天 54% 成人在 1 個月內被釋放 39% 成人收容時間為 1-12 個月 7% 成人收容時間超過 1 年												
機關數	50 個據點（包含成人機構、青少年機構、外國人收容所、司法精神疾患收容中心）												
官方核定容額	15,074 名（2016 年 9 月底）												
收容率	68.1%（2016 年 9 月底）												
監禁人口趨勢 （年度、監禁人口數）	 <table border="1"> <thead> <tr> <th>Year</th> <th>Prison Population</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2011</td> <td>15,170</td> </tr> <tr> <td>2012</td> <td>14,430</td> </tr> <tr> <td>2013</td> <td>13,342</td> </tr> <tr> <td>2014</td> <td>12,383</td> </tr> <tr> <td>2015</td> <td>11,005</td> </tr> </tbody> </table>	Year	Prison Population	2011	15,170	2012	14,430	2013	13,342	2014	12,383	2015	11,005
Year	Prison Population												
2011	15,170												
2012	14,430												
2013	13,342												
2014	12,383												
2015	11,005												

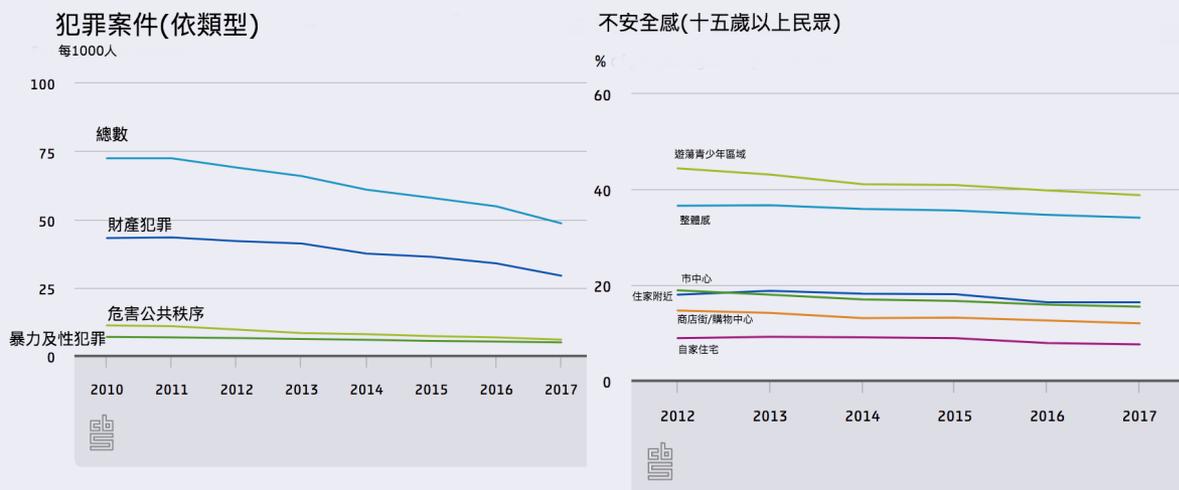
二、矯正機關收容現況

ICPR（The Institute for Criminal Policy Research, 2016）的一份報告指出，在 2000 年至 2015 年間，全世界的監禁人口平均增加 20%，然而荷蘭的監禁率卻逐年下降。根據荷蘭安全及司法部統計，2011 年至 2015 年間，荷蘭的監禁人口已下降 27%，截至 2016 年 9 月底，矯正機關收容約有 10,102 人，監禁率（59 人 / 每十萬人）在歐洲國家中僅次於芬蘭（54 人 / 每十萬人），遠低於臺灣（265 人 / 每十萬人）與美國的高監禁率（693 人 / 每十萬人）。

荷蘭的低監禁率或許與 2005 年起不斷下降的犯罪率有關，根據荷蘭統計局（CBS）的資料¹，2017 年暴力犯罪案件已比 2012 年同時期下降 24%，財產犯罪有關的案件也下降了約 30%，其他破壞公共秩序的案件亦逐年減少（如圖 1）。在 2012 年有 48% 的荷蘭民衆抱持不安全感，到了 2017

¹ Drop in recorded and encountered crime
<https://www.cbs.nl/en-gb/news/2018/09/drop-in-recorded-and-encountered-crime>

年已下降到 34%（如圖 2）。因此，犯罪率並非僅有數字上的變化，社會大眾安全感的上升，代表民衆能感受到治安的好轉。



荷蘭的寬容毒品政策（荷語：gedoogbeleid）和判刑趨勢的改變，亦為低監禁率的主因之一。法官的判刑以數個月到一年不等的短刑期為主，或社區服務（community service sentences）及電子腳鐐監測系統替代監禁，轉向政策注重毒癮者的復歸及治療，使得監禁率顯著下降。特別是 17 歲以下的青少年，有一半以上觸法者不再進入少年矯正機構，另外，18 歲至 22 歲的青年監禁人口亦下降了約 40%。逐年下降的監禁人口造成部分監獄空間閒置，荷蘭司法部長因而向國會表示，若繼續維持收容人數過少的機構會增加營運成本，故政府將 2 間監獄出租給鄰近的比利時及挪威，部分矯正機關則轉為難民或移民收容所，另於 2013 年關閉 19 間矯正機關，預計近年會再關閉 5 所。然而，荷蘭仍有部分學者認為，低監禁率並非代表犯罪人減少，而是警務的改革致使公權力不彰，進而導致犯罪人被逮捕的比例及數量下降，才造成監禁人口的驟減。

三、荷蘭 TBS 系統之簡介

TBS 系統是荷蘭司法體系中對精神病犯進行強制治療及監護的系統。自 1920 年代起，政府針對患有嚴重心理疾病的受刑人施以特殊的治療。二次大戰後，政府為兼顧社會安全與心理疾患受刑人的利益，遂發展出 TBS 處分—針對

患有精神疾病的犯罪人採取強制治療處分。TBS 處分並無故定處分期間，受 TBS 處分者滿 2 年時會進行第一次評估，每 1 至 2 年進行定期評估，由法院 3 名法官對是否延續 1 年或 2 年治療期間作出判決。之後將遵循相同的程序，且每 4 年由法院的委員針對個案進行獨立評估。荷蘭政府視 TBS 處分為治療處遇，而非單純的拘留或懲罰。受 TBS 處分人僅有自由受到限制，其相關權利和責任均明訂於法律中，不可輕易剝奪。TBS 治療系統又可區分為不同類型的治療中心，茲簡述如下：

- (一) 專責人格障礙和精神病的治療、評估及重新社會化的中心（如 Pompekliniek），此類處分人在最後的治療階段，可准許其外出以協助重新社會化。
- (二) 非住院式、以社區門診為主的治療中心：Kairos 係一非住院式的治療機構，每年約有 400 名患者，患者平均治療期間為 1 年，以較年長且患有嚴重的精神病或社會心理問題的病患為對象，如有破壞和暴力的個案。
- (三) 教育中心（The Forum Pompei knowledge centre）：

教育中心將機構的治療經驗，以教學方式推廣到其他專業診所，例如於 2003 年成立的 Pompei，係作為資料庫之一，旨在收集、增加和傳播法醫精神病學經驗、技能和知識。

- (四) 長期強制精神病照護中心：

如個案已接受 6 年的治療，且已至少在 2 個不同的診所接受治療，但經評估仍未顯著降低再犯風險時，個案就會轉往此種長期精神病照護機構。

荷蘭 TBS 系統的茁壯與該國心理衛生醫療的興盛息息相關，而該系統的存在使得法官在審判時能依據精神醫療專業人員的評估，衡量犯罪人的罪責以裁定合適的矯正方式，不但讓犯罪人能夠接受適當的醫療及矯治，更能有效降低其再犯風險，同時也能維護社會大眾的安全。

伍、參訪行程

一、PI Zwolle 成人監獄

(一) 機關簡介：

一所位於 Zwolle 的成人監獄，兼收男性及女性受刑人，目前約收容 400 名受刑人，其中約有 150 名患有精神疾病；機關職員總數約 400 名，包含管教人員、行政人員、臨床心理師及專業醫事人員等。

(二) 機關功能：

負責提供受刑人教化課程、工作技能訓練以及專業精神醫學療程，以利受刑人能學習生活及社交技能，未來能夠適應社會生活與自力更生。

(三) 機構設施：

因 PI Zwolle 兼收男、女性，故設計上採取分區管理，以森嚴門禁及圍牆加以區隔。監獄內除基本的設施，如舍房、工場、公共空間及運動場之外，還有特別的 GHB 部門，負責全天候監控有 GHB（液態搖頭丸）毒癮的收容人。監禁的整體環境開放而明亮。以下針對該監獄的設施進一步介紹：

- 1、單人舍房：每位受刑人均有個人舍房，房內有衛浴設備及簡單的家具和家電，包括小冰箱、微波爐、電視及熱水壺等。每間房內均裝設有對講機，當受刑人身體不適或發生其他事故時，能隨時與勤務指揮中心聯繫。另為維護受刑人隱私，除了鎮靜室與特殊舍房架設監視器外，其餘一般舍房內均無裝設監視器。
- 2、公共空間：公共空間包含多功能交誼廳及廚房，除了沙發、簡單的用餐區域及烹飪設備外，另設有運動器材和付費的公共電話亭，供受刑人在休息時間使用。
- 3、接見室：接見室的桌子將室內空間分隔成不能互通的內外兩區，家屬和受刑人分別由房間前、後門進出，以利管制出入口。受刑人坐在桌子內側與家屬接見，兩側僅隔著矮短的壓克力板，前後皆有主管桌，

由 2 名戒護人員負責現場管理。

- 4、遠距審訊室：受刑人若具有被告身份時，可在監內接受法官的遠距審訊，此空間設有螢幕及通訊設備、桌椅以及律師袍，律師可至監獄內幫被告辯護。
- 5、勤務指揮中心：戒護人員除了日間勤務點外，其餘皆集中於勤務中心內，監看全機關的監視器畫面及管制各出入口及通道。夜間則全數在勤務中心，每小時由 2 名戒護人員巡視全監，與臺灣現行戒護人員分散在各舍房區域執勤大不相同。
- 6、特殊舍房：該監共有 13 間特殊舍房，作為收容身心障礙、性侵犯及智能不足等相對弱勢的受刑人，且由精神醫師、臨床心理師及其他受過專業訓練的職員負責照護及管理，目的在於避免該類受刑人與一般受刑人產生衝突，亦可提供所需之醫療及照顧，強化其矯正效果。



圖 1：PI Zwolle 監獄內的公共空間



圖 2：PI Zwolle 監獄內的勤務指揮中心



圖 3：PI Zwolle 監獄內的會客室



圖 4：PI Zwolle 監獄內的遠距訊問室



圖 5：PI Zwolle 監獄的單人舍房 - 床及電視



圖 6：PI Zwolle 監獄單人舍房 - 書桌及電器

(四) 工作及特殊處遇方案：

- 1、工作時數與收入：受刑人週間均須至工作室工作，工作項目依其身心狀況以及意願分配，每週勞動 5 天、每日 8 小時，有 4 小時為義務勞動，每周收入 12 歐元。在我們參訪期間，每間工作室的人數不超過 10 個受刑人，配有指導工作的職員以及戒護人員各 1 名，工作室內有另外區隔辦公室，職員可從透明的隔板監看受刑人。
- 2、特殊處遇方案（Plus Program）：荷蘭監獄的處遇方案分為基本處遇（basic program）及特殊處遇（Plus Program），前者適用於一般受刑人，處遇內容包括每週 43 小時的舍房外自由時間、活動參與及每週 1 次的接見時間；後者則是作為獎勵的方式，適用於表現良好且願意參與為期 6 週復歸更生程序的受刑人。特殊處遇方案給予受刑人更優厚的處遇，例如：額外 5 小時的舍房外自由時間及可參與更多樣的活動，包含教育課程、療愈課程及增加 1 小時的接見時間。然而，享有特殊處遇方案的受刑人一旦表現不佳或違反規定，則立即中止寬鬆的待遇，甚至退回最基本的處遇方案。此方式不但可以激勵受刑人遵守規定及有更好的表現，也可確保所費不貲的教化及治療課程，均由有動機的受刑人參與。
- 3、精神疾病受刑人之處遇：監獄內的臨床心理師每 2 週會與管教人員召開會議，以了解收容人生活狀況，平日亦會提供管理建議。此外，也會藉由訪談精神疾病受刑人以了解其需求，並和衛生部門合作治療，

必要時亦會引進外部資源，如聘請外部的治療師進入監獄，並轉介期滿之受刑人至精神醫療診所，使其出監後能接續治療。

（五）監獄 GHB 毒癮監控部門：

荷蘭液態搖頭丸使用者雖不如其他毒品多，但根據過往研究發現，液態搖頭丸使用者致死率相當高，因此，該監特別設置液態搖頭丸部門（GHB Department），專門監控 GHB 毒癮之收容人。此部門共有 4 個床位，最多僅能收容 4 名受刑人，該區的同仁每 8 小時輪班，每班均有 2 名護理師值班，每 3 小時測量 1 次生理指數，醫師每天早上看診，治療方式是注射醫療用的 GHB，逐漸減量直到完全戒癮為止。倘若夜間緊急狀況發生時，立即以救護車送往附近的醫院治療，直到療程結束後，才會被轉往監獄的一般收容區。

（六）復歸社會措施：

- 1、面對面接見：機關每週一、三、六、日共 4 天開放接見，每位受刑人每週可與家屬接見 1 次，每次皆為 1 小時的面對面接見，若特殊處遇方案（Plus Program）的受刑人則享有 2 小時的接見時間。
- 2、更生團體及性侵社區治療（COSA）方案：更生團體在受刑人釋放前會輔導即將出監者，依其意願提供就業及租屋等協助。此外，針對性犯罪者，經評估之後，可加入 COSA 方案，透過志工與專業人士共同組成的支持團體，降低其再犯率。

二、JJI Het Keerpunt 司法少年收容機構

二十世紀初期，荷蘭政府所制定的兒童法 (Kinderwetten) 宣告獨立少年司法體系的成立，並揭示應營造對少年及兒童更友善的司法氛圍，及採取具教育性及治療性的措施。

荷蘭的法律規定，刑法罪責能力的最低年齡是十二歲，原則上，未成年犯罪人在少年司法體系中受審，然而，法官可考量犯行嚴重程度及行為人特性，對未成年犯罪人宣告成人刑法中的刑罰，即使如此，法官所裁定的

刑罰很少會比原本少年體系重，少數嚴重的未成年犯罪人也僅被判處 8 年。由於少年法院多裁定社區服務、安置到行為治療機構以及其他替代刑罰，少年司法收容機構自 2007 年的 15 所機構銳減到今年只剩 7 所機構，其中 3 所由荷蘭矯正機構管理局直接管理，而另外 4 所機構委由私人基金會營運，但預算來自政府，受國家矯正機構管理局管轄及監督，須遵循法律以及當局相關規範。本次參訪的 JJI Het Keerpunt 即是由 Jeugdzorg St. Joseph 基金會負責營運，收容少年法院裁定安置的少年犯罪人，該機構預算全來自政府並受到國家的督導，雖須遵從一定的規範但在運作上保有彈性。

（一）機關簡介：

JJI Het Keerpunt 是一所位於荷蘭南部馬斯垂克（Maastricht）地區的司法少年收容機構，在成立 JJI Het Keerpunt 之前，是一所修道院專門照顧及收容貧困與行為異常的少年。該機構現由 Jeugdzorg St. Joseph 基金會（簡稱 SJSJ）營運，專職協助行為違常的少年，涵蓋精神疾病、問題行為以及犯罪者。除了 JJI Het Keerpunt 之外，基金會也負責營運另外兩個少年收容中心：Icarus Closed Youth Care 和 SJSJ-Almata，收容有問題行為及精神疾患的青少年。

（二）機關功能：

JJI Het Keerpunt 之任務為維護社會安全並協助少年重新適應社會，該機關共有 100 名職員，收容對象為少年法院裁定安置之少年，核定容額為 56 名，目前僅有 36 名少年在機關內。機構以強制住宿環境，暫時隔絕外界影響，藉由團體及個別化之處遇，輔以專業的行為治療，矯正少年觀念與行為，並治療精神疾患之觸法少年。

（三）收容對象：

以 12 歲至 18 歲之觸法少年為主，犯罪類型以偷竊及暴力犯罪最多，收容年齡上限可達 23 歲，針對收容類型說明如下：

- 1、短期收容（1 日至 6 週）：等待裁定及被裁定需以拘留作為懲罰的少年。
- 2、長期收容（2 年至 8 年）：觸犯刑法且被裁定需受強制安置措施（PIJ）

及矯正治療的青少年。若為 16 歲以下的少年，法院每年會評估是否延長期間，16 歲以上的少年則為每 2 年 1 次，若矯治效果不佳者可延長收容期間。此外，需接受心理治療的少年最長收容期間可達 8 年。

- 3、個別化收容（ITA）：受強制安置措施之少年若無法適應團體，則改以單獨接受治療的方式，直至其狀況穩定後，會再評估是否適於回到一般收容團體中，此機關的 ITA 部門為全荷蘭規模最大。

（四）機構設施：

JJI Het Keerpunt 的外觀看似一座城堡，如果不注意四周高聳的鐵絲圍籬，其氣派的建築和綠意盎然的庭園，宛如一間豪華的飯店，寬敞的空間僅設置 56 間單人舍房，其餘則為少年活動處所及職員辦公室，簡介如下：

- 1、入口安檢設施：機關門口設置如同機場規格的 X 光安檢機及金屬探測門，訪客的手機及通訊器材均需保管在入口的透明置物櫃，並以身份證件換發訪客證。負責維安全的職員及機構內的所有監視器畫面，均集中於安檢設施旁的控制室。
- 2、新收中心：囚車抵達機關後，會先讓少年單獨於等待室等候，隨後進行身體檢查、照片拍攝及指紋捺印，最後前往盥洗室梳洗更衣後，才算完成新收報到程序。
- 3、住宿空間：每位少年均分配有一間個人寢室，房內有基本的傢俱及浴廁，少年可自由佈置，為保有其隱私，房間內部無設置監視器，即使寢室門上有加裝門片的瞻視孔，職員也不會隨意打開觀看。此外，少年需學習家務及利用洗衣間洗滌衣物，藉此培養自主生活的能力，而表現良好的少年則可利用外出時間，自行購入食材並在公用廚房烹飪。
- 4、公共空間：公共空間為客廳、廚房、室內及室外運動場，客廳及餐廳十分明亮且溫馨，輔導員時常與少年在客廳一起活動，每日有 1 小時的運動時間，可以到室外足球場踢球或從事其他運動。

- 5、音樂錄音室：機關設有 1 間音樂錄音室，每日由 1 名職員在現場管理，少年可事先預約使用，藉由音樂的力量療癒心靈，並賦予其自由發揮的空間。
- 6、隔離室：當收容少年情緒不穩且有暴力傾向時，將會暫時獨自監禁於隔離室，此空間遠離其他居住區域，但因獨居監禁恐導致身心的傷害，故僅有在非不得已的情況下才會使用，且會請臨床心理師前來評估身心狀況。



圖 7：JJI Het Keepunt 的新收中心



圖 8：JJI Het Keepunt 的單人房間

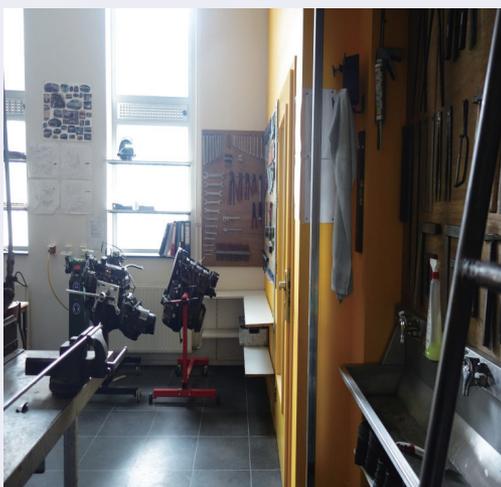


圖 9：工作坊 - 少年技藝訓練



圖 10：音樂錄音室 - 藝術治療

(五) 每日作息及矯治課程：

- 1、小團體學習制度：少年進入機構後，會被分配到小團體中，由 2 位輔導員共同帶領 8-10 位少年。機關目前收容 36 名少年，共分成 2 個短期收容的 10 人團體及 2 個長期收容的 8 人團體。少年在小團體中學習與人相處之道，輔導員可觀察並隨時指導。
- 2、教育課程及技職訓練：少年依程度分班接受教育，機關目前也有限度的開放少年瀏覽部分網站，也可到工作坊學習一技之長，每間工作室由 1 名職員負責管教 4 名少年。
- 3、金錢管理：政府每週發給每位少年 10 歐元的零用金供其自由使用，18 歲以上的少年可購買香菸，若為被允許外出者，可利用外出時間購置其他物品。但若為課堂所需之書籍及其他文具，職員會通知家長另外匯入少年的私人帳戶，而非直接給予其金錢。
- 4、獎勵制度：表現良好的少年可以被允許外出，每次最長可達 76 小時。
- 5、衛生醫療：有專屬醫師駐機關診治，夜間亦可聯繫醫師前來機構，但為緊急情況時，則會由 2 名職員戒護 1 名少年外出就醫。此外，機構內配置有 6 至 7 名的臨床心理師，負責處理少年的心理問題及提供專業的治療。
- 6、宗教輔導：機構內設有宗教輔導室，機關會依少年的宗教信仰邀請基督教、佛教或伊斯蘭教的宗教人員入監，為少年進行宗教輔導，給予其心靈支持。

(六) 復歸社會措施：

- 1、面對面接見：除了因情緒不穩且有暴力傾向而受獨居監禁的少年外，每位少年皆可在週間或週末與家人接見，但接見採預約制，訪客需通過安全檢查，確保沒有夾帶違禁物品（如毒品及武器）至機關，才能到會客室或少年的寢室接見。接見讓家庭支持的力量提升少年的矯治成效，且不因監禁而中斷與家庭的聯繫。

- 2、外出工作：為使少年能夠在釋放前逐步適應社會，JJI Het Keerpunt 會評估個案外出工作的可能性後，向國家矯正機構管理局提出申請，經審核通過之少年，最初會由職員陪同其外出工作，逐步讓其單獨外出工作。

三、TBS Nijmegen 診所

（一）機關簡介：

荷蘭全國目前有 7 個特殊強制精神病治療中心 (TBS) 和 4 個強制精神病診所 (FPK)。據 2017 年統計約有 1,250 名 TBS 個案，7 個診所提供超過 1,300 張床位，大多數診所的臨床病床數量為 120 至 200 張。在 1,250 名臨床個案中，約有 110 名個案在評估後進入 LFPC 接受長期強制治療，荷蘭政府預計再增加 120 張臨床病床以滿足需求。TBS Nijmegen 診所即為其中一間住院式的強制精神病治療中心。

（二）機關功能：

TBS Nijmegen 診所的功能在於維持社會安全，由專業醫療人員對受處分者實施治療，俾利重新社會化及降低再犯風險。

（三）收容對象：

經法院裁定刑期超過 4 年且具有心理疾患及高再犯風險，且被認定須接受強制治療處分之犯罪者。簡言之，受 TBS 處分者須符合兩個要件：（1）犯下暴力犯罪（2）犯罪期間患有精神疾病。犯罪者在被裁定 TBS 處分之前，會接受 6 週的觀察及評估，觀察期結束後，由評估機構提出評估報告，供法官決定其是否進入 TBS 系統。有時精神疾病和犯罪間不一定存有因果關係，但因其精神疾病恐造成社會風險，故法院裁定強制治療，藉此防止該名犯罪人再次造成危害，而當法院認為犯罪者因其精神狀態可完全免其責任或部分責任時，法院可讓其進入 TBS 系統進行治療。

（四）治療方式：

TBS Nijmegen 診所是以藥物治療、心理治療（主要為認知行為治療）、社會療法（分類型讓適合的個案在居住上群居）、創造性 / 表達性治療（如：音樂治療、藝術治療、遊戲治療）、行為訓練、個人治療或團體治療，以及職業訓練。TBS 診所強調藉由環境來影響個案，因此，規劃的活動均有其目的性，例如：參與有興趣的活動小組，使個案以自願的方式，開啓社交生活，活動過程也強調練習表達自己。整體而言，治療的態度是增加其自信與自尊，讓生活更有希望及目標。

（五）機構設施：

TBS 在環境與設施上的考量，係以讓個案能夠展現正常行為、練習自我控制，以及嘗試自由選擇為理念，在硬體及軟體上都朝向培養自主性的方向，促使個案學習自我負責，因此，治療人員或管理人員在與個案互動時，均以其學習承擔責任及自我管理為目標。



圖 11：TBS Nijmegen 建築外圍牆



圖 12：TBS Nijmegen 公共空間

四、LFPC Zeeland 長期收容機構

（一）機關簡介：

針對身心狀況不佳且需要長期或終身的監禁的犯罪者，荷蘭除 TBS 系統外，針對更嚴重的精神病犯，則以長期強制精神病照護（Long term Forensic Psychiatric Care, LFPC）的方式處理。長期精神病照護機構旨在改善精神健康，並降低精神狀態不佳罪犯的再犯風險。荷蘭政府認為大多數具

有嚴重精神問題的犯罪者(下稱個案)，需要接受長期甚至終生的專業治療，因而設立長期收容機構，個案未來能否離開機構並非最主要的目標，重點是使其在機構內能有自尊的生活。部分個案經過長期治療仍無法降低再犯的風險，根據 LFPC 的分析，自 2010 年至今，約有 44% 的個案因情況好轉在療程結束後回到社會，51% 即使經過一段治療時間，仍需繼續待在 LFPC，而有 5% 的個案在治療期間死亡。經治療回到社會的個案，有 10% 的個案會因其精神疾病問題，再次回到 TBS 治療診所或一般的精神衛生機構或庇護處所等。此外，個案在 TBS 相關機構的時間平均為 8 年，在 LFPC 的時間則為 20 至 30 年。

(二) 機關收容對象：

個案若已在 TBS 相關機構接受 6 年的治療，再經由至少 2 個不同診所接受治療後的評估，再犯風險未能降低時，則會轉往長期精神病照護機構。由於長期收容機構希望營造出不同於監獄的氛圍，因此，病犯在長期收容機構裡被稱為「居民」而非收容人或犯人，以下亦以「居民」指稱機構中的病犯 / 個案。

(三) 機關設施：

長期收容機構中除了提供居民居所外，亦提供休閒設施，例如：健身房、籃球場、運動場或交誼廳等，讓居民彼此可以互動與交流；另有多元的工作坊，如：腳踏車及機車修護的工作站、可種植蔬果或花草的園藝農場、木工教室、環保商品製作工作室；其他設施包括二手商店、禮拜堂與讓居民家屬前來探視或同住的處所，宛如一個小型的社區。



圖 13：LFPC Zeeland 的腳踏車工作坊



圖 14：LFPC Zeeland 的木工工作坊



圖 15：LFPC Zeeland 內的牧場



圖 16：LFPC Zeeland 內的整體環境

（四）機關功能及目標：

治療著重在改善居民心理健康與降低再犯風險。因此，治療和目標的方法是根據個案的狀況而訂定，以協助居民在最短的時間適應環境。LFPC 的治療目標包括三個部分，第一是目標社會安全，藉由暫時隔離居民的方式，讓社會產生相對安全的狀態；第二是穩定居民的身心狀況，藉由精神和心理治療使其能達成穩定的狀態；完全治癒疾病並非首要目標，機構也不會立即降低其再犯的風險。第三是提高居民的生活品質，也就是採取「好生活模式」，根據居民的需要，採取對其最佳的治療模式，讓治療能夠盡可能個別化。在長期收容機構中的治療原則是盡可能與居民合作，然而，居民對任何治療一開始都有極大的反彈或防衛，因此，如何找到適當及有效的治療模式，對機構而言始終是艱鉅的挑戰。

LFPC 認為治療精神病患的重要基石，是讓個案感到「幸福」。因此，不論是對個案的工作、治療或其他教學，希望藉由協助其發揮自主的狀態，並從中學習到對自我負責，而機構確保乾淨的環境、維持尊重個案的氛圍與提供有意義的工作，讓專業的治療人員能不斷提供精神與心理上的支持，藉此讓個案感到幸福，達到最佳治療成效。

（五）治療方式：

針對長期精神病照護與治療，荷蘭政府認為機關的環境與設施攸關治療的成敗，因此，並非拘禁於一般封閉和高壓的場域，反而是打造如同村莊的環境。對待這些病犯的態度，著重在其精神障礙與問題，犯罪人的身份僅

是其次。機構對於個人的權利與責任皆有清楚的規範，採取自我控制及管理的態度，讓個案能夠參與許多決定，從中學習為自己負責，藉由自主性，減少對機構或職員的依賴，提升其生活的品質。此外，機構也提供充足的醫療服務，以解決長期監禁個案的各種需求，包括一般的身心問題，以及隨著長期監禁導致日漸老化的問題。根據研究顯示，55 歲以上或居住在機構超過 10 年的個案，容易罹患行動及感覺障礙，藥物的發病率亦很高，有時個案的問題是混合的狀態，例如：生活品質低落、人格障礙、精神病症狀以及酒精和藥物濫用等。此外，在長期封閉的環境之下，個案由於長期自由受到剝奪，而產生缺乏自我控制感、行動限制和性關係約束等，都可能對身心狀況產生負面的影響，因此，以上的問題及個案的需求都必須特別留意。

(六) 住院式 TBS 診所及 LFPC 長期收容機構之比較：

TBS 及 LFPC 之比較		
	TBS	LFPC
機構 使用 詞彙	舍房 (Cell)	房間 (Room)
	病患 / 個案 (Patient)	居民 (Inhabitant)
	治療師 (Therapist)	員工 (Employee)
	護理人員 (Nursing Staff)	工作者 (Workers)
	治療 (Therapy)	工作 (Work)
目標	1. 維持社會安全 2. 實施治療以降低再犯的風險 3. 讓個案重新社會化到能自我管理的狀態	1. 維持社會安全 2. 穩定個案的精神和臨床現況 3. 提升居民的生活品質，減緩再犯或病情惡化的可能性

五、COSA NL 荷蘭性侵害者社區支持方案

(一) 方案簡介：

COSA 是以社區支持與協助性犯罪者承擔責任的一種接納圈。COSA 源自於一位加拿大神父對一名性侵害更生人所提供的社會支持，當時甫出獄的性侵犯查理，在社會上飽受排斥，甚至教會的職員對其也有防衛，該教會的神父為了幫助教會內的教友接納查理，便邀請大家擔任「查理的天使」，查理在與教友的互動下，逐漸感受到愛與接納，使查理逐漸有安全感並建立信任，「查理

荷蘭矯正機關參訪及毒品政策考察紀實

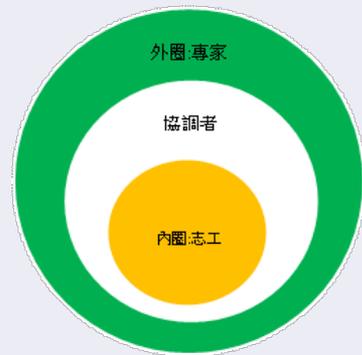
的天使」即是 COSA 方案裡「接納圈」的雛形。1994 在加拿大共有 16 個計畫，推行超過 150 個性犯罪更生人的接納圈，2002 年擴展到美國，至今發展出 11 個計畫，推動建立 80 個接納圈，而 2009 年時擴展到荷蘭，截至目前為止已發展出 5 個計畫，建立 100 個接納圈。此外，因有 Circles4EU 的推廣計畫，2011 年歐洲其他國家也開始對 COSA 感興趣，COSA 逐漸在世界各國發展相關計畫及建立接納圈。

（二）處遇對象：

COSA 方案是一種協助性侵害更生人復歸社會的方案，使其在釋放後繼續得到支持與必要的治療。

（三）執行方式：

以接納圈模式（The Circle Model）進行，性侵犯罪人（核心成員）為中心並由內圈及外圈包圍之。內圈是由自願參加該計畫的志工所組成，其功效在於讓核心成員感到被社會接納，並監督其行為改變及觀察再犯前兆，評估是否有需尋求專業協助的功能。核心成員在改變與學習的過程中，無論是內在或外在都有過渡的空間，此時，協調者負責連結內圈的志工及外圈的專家，使得再犯預防策略能夠順利執行。協調者的主要工作在於選擇、督導及擔任指導。各接納圈的專業人員及其特性簡述如下：



1、內圈（志工）的特性：

- (1) 多樣性：由不同類型職業者擔任；
- (2) 連續性：在社區中持續與核心成員接觸；
- (3) 平衡：內圈組成在性別或年齡等特質盡可能平衡；
- (4) 正向氣氛：與核心成員的相處上採取正向態度。

2、外圈的特性：

- (1) 負責核心成員的專業治療的專家；
- (2) 與核心成員保持專業關係；
- (3) 透過協調者瞭解內圈狀況。

(四) 治療方式：影響接納圈治療的成效，包括：包容、促進改變的程度、降低再犯風險與過程持續的評估，詳細的分析如下：

- 1、核心成員需經篩選：核心成員的篩選需經多方面考量，參與 COSA 方案可由專業人員建議或核心成員自行申請，但關鍵在於核心成員需有參與的意願。在篩選的過程，計畫領導者與協調者均須參與檢視核心成員的狀況，審核的標準包括意願及為犯罪負責的態度，並分析現有的社會支持、資源及參與的動機。一個適合參與的核心成員需有意願面對自己的犯行、揭露性犯罪的行為、覺察犯罪相關的風險訊號與行為，願意將這些資訊向志工分享，並承擔責任，且將預警再犯風險及需求當作優先治療的目標。但並非所有的性侵害犯罪者都適合參與 COSA 治療方案，心理病態者（psychopath）、身心障礙、太年輕或不夠成熟的犯罪者較不適合參與，因此，個別衡鑑與評估對於核心成員的篩選更顯得重要。
- 2、志工的篩選：需多方面考量適合度，挑選的程序是由志工寄出申請信，透過個別的自我介紹與面試，以挑選出合適的擔任者。申請者須參加 2 天的訓練課程，藉此初步評估申請者是否適合，在最後的面試階段，會將志工與適合的接納圈配對。志工須每週與核心成員見面與撰寫評估報告，每 1 至 3 個月，外圈的協調者會與志工訪談以了解其工作狀況。
- 3、監控及督導接納圈的發展：運用監控及督導的機制以確保發展與治療成效。其發展階段可分為：衡鑑階段、建立階段、平衡階段、傳遞階段與失衡階段，因此，接納圈是動態的，需不斷的評估及調整以符合目前的狀況，確保內外圈朝相同的方向進行。
- 4、交換訊息：接納圈的每位成員：核心成員、志工、協調者及專家會持續交換相關訊息，所有人都須保持開放的態度參與此方案。

(五) COSA NL 有效策略說明簡表：

項目	社會資本形成	人力資本形成	預防復發	效益
角色	內圈	內圈及外圈	內圈及外圈	
接納圈之功能	社會包容	行為改變	降低風險和風險管理	評估及促進核心成員之改變
活動	1. 確保可行性及提供支持 2. 塑造並激發尊重，開放及信任 3. 提供及刺激社會活動 / 親近社會的關係	1. 追究 / 承擔責任 2. 制定目標及合作 3. 提供建議、指導及鼓勵參與	1. 監控及討論風險及問題行為 2. 面對 / 面質核心成員 3. 分享訊息 4. 干預問題行為	1. 評估及支持團體的運作過程 2. 評估及討論核心成員的內在歷程 3. 保障此模式及計畫的完整性
對核心成員的效益	1. 歸屬感 2. 自尊、希望和動機 3. 信任別人	1. 促進參與 2. 改善生活技能及自我調節 3. 促進自我效能	1. 風險覺察 2. 朝向自由的生活	有效的接納圈模式
對社會的效益：避免犯罪及維護公共安全				

六、Terwille 非營利組織及其戒癮之家 Spetse Hoeve

(一) 機關簡介：

Terwille 是荷蘭一個心理健康照護的非營利組織，其設立宗旨在於深信成癮者都有免於成癮問題而重獲自由的一日，1998 年創辦者因有感於 Groningen 市中心的成癮問題嚴重，但成癮者無法被即時轉介或僅能在日間接受戒癮服務，因此，該組織設立緊急戒癮服務熱線，讓成癮者即使在夜間也能得到建議及協助。現在的 Terwille 屬於荷蘭精神衛生醫療體系 (GGZ²) 的一環，提供一般民衆及有成癮問題的受刑人戒癮治療服務。

(二) 機關功能：

- 1、Terwille 除了接洽主動求助者及到街頭接觸有需要協助的群體外，也與 Almere、Leeuwarden、Zwaag、Heerhugowaard 及 Veenhuizen 等城市的監獄合作，讓有毒癮的受刑人可以參與毒癮

2 GGZ Nederland (荷文: Geestelijke Gezondheidszorg) 係指荷蘭精神衛生及成癮治療組織，此組織及其相關機構已超過 100 個，包括精神醫療診所及醫院、戒癮中心、中途之家及臨時庇護所等，提供高品質的諮商、生活型態改變計畫與專業的精神醫療服務。

健康照護的相關課程，Terwille 派專業的工作者及志工到監獄進行戒癮治療，此外，該組織亦提供出監者持續戒癮的場所— Spetse Hoeve，使其可繼續接受至少 6 個月的戒癮治療。

- 2、戒癮之家 Spetse Hoeve 位在荷蘭北部 Veelerveen 小鎮，提供住宿以及農作的空間，不僅可以遠離大城市的誘惑，更可以繼續銜接毒癮的治療。園區有輔導員及社工提供相關協助，讓成癮者可以脫離毒品、學會自主及負責，建立正常生活型態。

(三) 收容對象：

- 1、Terwille 幫助主動求助的成癮者，或是組織到街上及社區接觸的成癮者，以及正在監禁的毒癮收容人。
- 2、Spetse Hoeve 戒癮之家收容出監者及 ISD 處份者（針對慣犯所設計的額外 2 年監禁處分），前者可在監禁期間或是釋放後與 Spetse Hoeve 聯繫，自願至該機構居住及參與治療計劃；而受 ISD 處分者可選擇接受 2 年監禁處分，或是其中一段時間（至少 6 個月）到 Spetse Hoeve 居住並配合課程，倘若 ISD 處分者未能遵守相關規定，則必須回到原機關，且不能再居住相對開放的收容機構。

(四) 機構設施：

- 1、Terwille 在荷蘭全國皆有設立服務中心，專門從事各種戒癮服務及協助非法性工作者自力更生，提供強制住宿的中途之家與一般的住所，需要戒癮服務者可透過網站及電話尋求協助，除了提供一般的戒癮建議及治療外，也轉介較嚴重的成癮者至專業的戒癮機構治療，目前約有 100 多位專業工作者及超過 80 位的志工在此非營利組織服務。
- 2、戒癮之家 Spetse Hoeve 前身為農場，提供 15 個床位給有意願參與戒癮治療的出監者，開闊的園區內有養殖馬匹、火雞等動物及種植蔬菜水果的區域，住宿區域為每人 1 間房間，由 15 名正式及兼職的職員於日間輪流負責中心的營運。



圖 17：Terwille 非營利組織內的整體環境



圖 18：Terwille 非營利組織外觀



圖 19：戒癮之家 Spetse Hoeve 工作環境



圖 20：戒癮之家 Spetse Hoeve 的整體環境

（五）治療課程及方法：

- 1、Terwille 在監獄內所實行的課程，係為期 12 週的短期認知行為治療法及個別化的課程，內容包括建立健康的生活型態、戒除毒癮及酒癮等，以降低受刑人出監後的再犯率。
- 2、戒癮之家 Spetse Hoeve 提供至少 6 個月的治療課程，共分為 4 個階段，每個階段至少為期 4 週，案主能否進入下個階段須視其需求而定。Spetse Hoeve 採用認知行為療法、藝術療法、白馬療法，以及匿名戒酒會（Alcoholics Anonymous, 又稱 AA）發展出的 12 個步驟方案（Twelve Steps Program），來幫助案主戒除酒癮、毒癮以及其他問題行為。此外，職員和案主會一起討論何謂合宜及健康的生活型態，讓案主能夠思考正常及洽當的行為，而非一味強加規定及限制。根據曾經是 Spetse Hoeve 的案主而成功戒癮回任的輔導員表示，太多僵化的規定反而會阻礙案主的思考，因此，為培養

案主的自主性及責任感，正職與兼職之職員僅在日間工作，夜間並無任何職員輪值，希冀讓案主發自內心為行為負起責任，如此才能逐漸獨立自主。

(六) 復歸社會措施：

- 1、Terwille 除了到監獄內服務之外，大部分的戒癮服務盡量在社區施行，也就是以諮詢及門診等方式處理戒癮者的問題，讓有毒癮、酒癮或其他成癮症者與社會維持連結，而非將成癮者置於半封閉或完全封閉的機構治療，減少成癮者被社會邊緣化，亦能降低社會一般民衆對於成癮者的污名化及偏見。
- 2、Spetse Hoeve 園區除了住宿的案主外，鄰近社區的民衆亦可入內與其互動，此中心致力於成為該村莊的一份子而非孤島，儘管成立之初受到社區不少的阻力，但經過 Spetse Hoeve 的職員不斷與附近居民溝通協調下，且以實際行動為社區付出後，終於讓此敦親睦鄰的努力開花結果，在參訪期間，看見鄰近的小孩在園區內騎車和玩耍，讓案主能與社區建立連結，是復歸社會成功與否的關鍵。

陸、心得及建議

一、針對特殊犯罪人挹注充足醫療專業人力之必要與迫切性

我國特殊犯罪人如毒品犯占有所有矯正機關收容人數的一半，另外，性侵犯及家暴犯法定須接受強制治療，故配置足夠之專業人力，發展出因應特殊類型收容人的評估工具及治療方式，實為迫在眉睫。

建議我國可在一般成人矯正機關中，設置如同荷蘭矯正機關的 GHB 部門，針對致死率較高的毒品施用者（如 GHB）或酒癮戒斷者，編制適當的醫護人員或與醫療院所合作，採取全天候密集醫療照護，以維護收容人生命及健康，同時也能減輕戒護人員的壓力。

此外，我國矯正機構應設置特殊處遇的專區、醫療大樓或舍房，以收容

身心障礙、性侵犯及智能不足等較為弱勢或需特殊照護的受刑人，由精神醫師、臨床心理師及其他專業的職員負責照護及管理，以避免其與其他受刑人生活產生衝突。而我國少年機構可按收容比例配置適當的臨床心理師，若青少年無法適應團體、情緒不穩或有暴力傾向時，由臨床心理師提供必要的協助。

專業的評估機制亦是我國目前所缺乏，因此，藉由建置專業的評估機制，俾利衡鑑收容人的成癮藥物種類、成癮嚴重度、精神狀況、智能認知程度、情緒及暴力傾向等，篩選出需即時協助的個案，提供專業的治療與輔導，讓治療與矯治方案更能發揮成效。

二、毒品處遇需連結監禁機構處遇與社區治療

根據美國國家藥物濫用研究所（National Institute On Drug Abuse, NIDA）針對刑事司法人員訂定濫用藥物治療原則，提示毒品犯應在監獄中開始接受治療，並在釋放後持續進行治療，以提升戒毒成效、社會公共衛生與安全。各項研究均顯示，戒癮治療若能延續到社區，不僅能有效降低毒品犯再犯風險，也能降低毒品相關的犯罪行為。

荷蘭對於毒品收容人之矯正政策是讓成癮者與社會保持連結，而非僅將成癮者隔絕在封閉機構內，如此一來能增加治療成效，讓毒品犯順利復歸社會，也可減少毒癮者被邊緣與汙名化。荷蘭大多以類似緩刑的方式，提供毒品犯在社區機構接受多元與個別化的處遇，並增加與社區的互動，例如：Spetse Hoeve 園區開放鄰近社區的民眾入內，每年亦有一天「開放日」，讓需要戒癮者能與社區建立連結，加速其復歸社會。

目前我國毒品轉向策略，係針對施用第一級毒品海洛因、嗎啡、鴉片及前開相類製品與第二級毒品者，檢察官以緩起訴結合附命完成戒癮治療。治療的內容包括：藥物、心理及社會復健治療，讓毒癮者在社區接受專業的醫療服務，亦有監督的機制（如：定期報到與驗尿），讓個案能在社區半監督的機制下，完成戒癮、培養自我負責與減少因機構汙名化與邊緣化。然而，根據法務部歷年數據統計，此類戒癮者遭撤銷緩起訴處分（戒癮失敗）占比

達 47%，顯見我國對於戒癮者的社區處遇量能及種類都明顯不足，相較於荷蘭完善的醫療資源及社區支持，建議我國應加入社區互動共生的概念，協助施用毒品者戒除毒癮，真正達到社區處遇支持下重獲自新的目標。

三、應將精神疾病犯罪人分流以及針對長期監禁者提供專業精神照護

我國歷年來震驚社會的重大刑案中，有些犯罪人被鑑定為在行為時心神喪失及精神耗弱，但這些犯罪人最後卻仍被判決入監，而非安置到專業的精神醫療處所。據統計全國矯正機構約有 2,500 名精神疾患者，即使我國設有精神病分監，惟全國僅共有一百多個床位，無法消化所有具精神疾患之收容人。因此，在分監治療的收容人若被判定痊癒、病情減輕或穩定者，又會被送回矯正機關繼續執行，但原本監獄內的心理及精神醫療資源有限，使得精神疾病收容人又有復發的可能。此外，即使矯正機關在釋放前通報當地衛生及警政單位，但是，仍無法緊密銜接後續精神醫療照護系統。因此，應借鏡荷蘭特有的 TBS (Terbeschikkingstelling) 制度，由法官在審判期間將有需要精神鑑定的犯罪人，送至專業處所進行數週的鑑定，並針對被判定有精神疾患且需隔離治療之犯罪人，送由醫療單位成立的封閉性治療機構。將犯罪人分流之後，一方面減少矯正機關監禁人數及管理戒護上之壓力，另一方面，專業的機構結合強制監護及醫療護理，讓患有精神疾病的犯罪者，未來也能順利復歸社會。

此外，在我國刑事政策重罪重罰的驅使下，我國於 95 年刑法修正將其中第 77 條關於假釋的規定，採納美國「三振法案」精神，提高重罪三犯的假釋門檻，指曾犯最輕本刑五年以上有期徒刑重罪（如殺人、強盜、擄人勒贖等）的「累犯」，於假釋期間、受刑執行完畢或執行期間獲赦免，但又於五年內再犯重罪（即第三度犯案）將不得假釋。面對這些重罪不得假釋的受刑人，在經過多年長期監禁之後，其身心亦有可能產生許多疾病及狀況，受刑人的老化及生病是必然面臨的議題，因此，建議可以學習荷蘭長期收容機構 (LFPC) 的收容機構的環境及管理原則，對這些沒有假釋可能的收容人採取「好生活模式」，在限制人身自由的環境營造減低身心壓力的氛圍，並由專業人員提供受長期監禁者的精神照護需求，以減少受長期監禁所衍伸的相關問題。

四、認識風險評估的概念與建立跨科室專業處遇團隊

荷蘭的監獄中分工明確，提供多樣化的處遇課程，例如：宗教信仰、戒癮課程、諮商輔導、心（生）理治療及技能訓練等課程，並配有臨床心理師等專業人員進行治療及評估，而收容人的生活管理則交由矯正人員負責。為達到良好的管理與成效，荷蘭矯正機關對於利用風險評估機制，篩選出需立即接受治療與協助的個案，並藉由跨科室的整合擬定適當的個別化處遇，此跨領域的專業評估是我國目前所缺乏的。

我國近年來的處遇政策亦著重在矯治，協助收容人自我了解、觀察、改變。然而，以目前矯正機關的組織規劃分析，調查分類科專責收容人身心狀況之測驗、社會資源需求評估及轉介、處遇之研擬、出監後有關更生保護之聯繫，是收容人進出監所的第一道分類處遇的評估站，亦是連結後端社區處遇的橋梁，但調查科的功能在我國矯正機關的功能尚未完全發揮，編制的調查員也十分不足，其重要性也常常被忽視。由荷蘭矯正機關的分工發現，我國應更重視調查科，使其發揮應有的功能。因此，荷蘭矯正機構內的專業跨領域分工制度，值得作為我國未來設計累進處遇或研議修法時之參考。

此外，我國矯正機關應盡速建立風險評估的概念，包含 1、危險原則：找出應被治療的對象，2、需求原則：個案的哪些問題應該被立即處理，3、對應原則：機關應如何針對個案進行適合的處遇並發展出適合的評估工具，協助調查科評估分類的工作。經過調查分類的收容人，可視需求轉介衛生科接受醫療服務，或進入教化科的特殊處遇及作業科的技能訓練，形成跨科室的專業團隊，利用專業發展出的評估工具進行風險分類，俾以提供收容人合適的個別化處遇，讓處遇及管理能真正根基於科學。

柒、結語

本次參訪考察荷蘭政府的毒品政策、TBS 強制精神監護系統以及矯正機關的特殊處遇方式。在毒品政策方面，荷蘭政府將對人體及社會危害性較低的毒品有條件開放交易及吸食，並將單純的毒品施用者視為「需要戒癮者」而非犯罪人，讓成癮者不至於被邊緣化，並以診所、醫院及非營利組織的戒

癮中心承接大部分的毒品戒癮業務，藉由專業的衛生醫療資源以及社區支持，使得成癮者能夠在社區內接受藥物與心理治療，並能得到適當的生活協助，而不因入監服刑而切斷與家庭及社會的連結。此外，荷蘭政府十分重視精神疾患收容人的處遇，以維護社會安全及著重矯治個人為目標，投入相當龐大的人力及資源。相較之下，我國目前對於矯正工作抱持著低投資高報酬的期待，而兩極化的刑事政策讓矯正機關收容人數居高不下，且大部分的毒品施用者仍進入矯正機關內，導致監獄更加擁擠。在戒護及專業人力明顯不足，以及整合政府各部門及民間週邊資源有待強化的窘境下，希冀我國政府能正視此問題，制定政策時能夠由衛生醫療體系承接單純毒品施用者，透過整合有意願參與社區復歸及醫療照護的醫療院所或非營利組織，或是增加現行緩起訴附命戒癮治療制度的彈性空間，讓毒品成癮者在社區接受治療與照護，以增加社會連結並降低其再犯風險。此外，司法體系應聘用專業人員來評估犯罪者，以分流犯罪人的懲罰或矯治執行方式，讓低風險的犯罪者能轉向社區處遇，以居家監禁或輔以電子設施替代機構監禁，加入社會及家庭支持的力量，不僅能協助其改悔向上，更能減少監禁的標籤問題，而對於高風險的犯罪者，如有精神疾患犯罪人、性犯罪加害人、家暴加害人及毒品犯，均需專業的心理輔導與醫療，且長刑期收容人及少年等特殊族群，亦須規劃適性處遇以滿足其特殊的需求，政府部門應儘快評估增加矯正專業人力，讓矯正機關的處遇邁向專業化，或引進外部醫療資源，以提供收容人更有效的處遇內容，同時也能有效降低再犯風險，以建立一個更安全的社會。