

2023. 07
第 12 卷
第 2 期

矯政

矯政期刊 *Journal of Corrections*



法務部矯正署
Agency of Corrections, Ministry of Justice



中華民國
法務部
Ministry Of Justice

ISSN | 2224-1205

DOI | 10.6905/JC

出版年月 | 2023年7月

矯政

矯政期刊 *Journal of Corrections*



Articles

03

我國身心障礙收容人出監轉銜服務需求之
專家與實務工作者訪談研究

An Empirical Study on the Needs of Transition Services for Inmates with Disabilities Released from Prisons in Taiwan

黃翠紋 Tsui-Wen Huang、溫翎佑 Ling-Yu Wen

33

智能障礙性侵犯犯罪特性及處遇需求研究

The characteristics and needs in the treatment of sex offenders with intellectual disabilities

施睿誼 Jui-yi Shy、葉怡伶 Yi-ling Yeh、吳慧菁 Hui-Ching Wu、鍾志宏 Chih-Hung Chung、王葦庭 Wei-Ting Wang

61

藥酒癮與心理疾病共病的評估診斷與處遇——
從盛行率到矯正實務現況

Screening, Assessment and Intervention of Co-Occurring Disorders with Substance Use Disorders: Prevalence and Practices in the Criminal Justice System

蔡震邦 Cheng-Pang Tsai

97

從英國與荷蘭經驗談精神疾病犯罪人處遇與復歸

Discussion on the Treatment and Rehabilitation of Criminals with Mental Illness from the Experiences of the United Kingdom and the Netherlands

鍾志宏 Chih-Hung Chung、朱華君 Hua-Chun Chu

我國身心障礙收容人出監轉銜服務需求 之專家與實務工作者訪談研究

DOI : 10.6905/JC.202307_12(2).0001

An Empirical Study on the Needs of Transition Services for
Inmates with Disabilities Released from Prisons in Taiwan

黃翠紋

中央警察大學行政警察學系暨警察
政策研究所教授

溫翎佑

臺灣警察專科學校助理教授

DOI : 10.6905/JC.202307_12(2).0001

摘要

黃翠紋、溫翎佑

身心障礙者權利公約與禁止酷刑公約，均揭示人權適用於所有人。與其他人一樣，收容人有做為人的基本權利，國家只能剝奪被拘留或監禁者的自由。其中，更生人出獄後，面臨著無數挑戰與障礙，而身心障礙更生人無疑是更為弱勢的一群。參照相關國際公約規定，政府應採取適當措施介入以維護其作為人的基本權利。更生保護工作目標主要是維護公眾安全，避免更生人再次犯罪而遭到傷害，及讓更生人復歸社會。但對於身心障礙的收容人，考量其特殊狀況，在出監之前，應該予以轉銜服務。但出監的身心障礙收容人其需求情況如何？較一般更生人，除了原有的更生保護措施外，是否有其他額外的需求？

本文整理相關文獻，發現身心障礙更生人至少有五項需求：一、出獄前轉銜；二、醫療連續性；三、社交網絡支持；四、就業；及，五、藥酒癮戒治支持等。至於台灣的狀況為何？經以 17 位相關實務工作者與學者專家進行深度訪談，接續並舉辦 2 場次焦點團體座談會，有以下八點研究結論，供相關單位參考：一、我國身心障礙更生人的跨網絡服務模式尚待建立；二、年長更生人增加，挑戰性大，保護措施需求不同以往；三、精神障礙更生人安置上易面臨困難；四、收容期間取得福利身分有助更生人出監轉銜；五、政府應持續推動身心障礙收容人跨網絡合作平台；六、更生保護會應建置更生人資料管理系統以利照護追蹤；七、盤點社政、衛政的服務模式，落實全程照護概念；及，八、政府應對現行更生保護資源進行完整盤點。

關鍵字 | 身心障礙、出監收容人、出監轉銜服務

- * 本文為法務部 110 年委託研究計畫「強化我國更生保護制度建議書」之部分研究成果。
** 作者黃翠紋為本委託研究計畫之協同主持人，現職為中央警察大學行政警察學系暨警察政策研究所教授；溫翎佑為本委託研究計畫之研究助理、現職為臺灣警察專科學校行政警察科助理教授。
- [1] 依據世界衛生組織的定義，「身心障礙」是障礙者與社會環境互動遭遇各種障礙的結果，政府應致力於消除這些障礙，保障身心障礙者在社會、政治、經濟、文化等各方面的參與。至於身心障礙收容人出現身體功能障礙或認知功能障礙的時間，可能在入監前即有障礙存在，也可能陰間禁期間長，因年紀增長而產生的障礙。

An Empirical Study on the Needs of Transition Services for Inmates with Disabilities Released from Prisons in Taiwan

Abstract

Tsui-Wen Huang, Ling-Yu Wen

《The Convention on the Rights of Persons with Disabilities》and 《The United Nations Convention against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment》emphasize that human rights apply to all human. Prisoners have fundamental rights of human beings, like everyone else, and the government can only deprive those who are detained or imprisoned of their liberty. It is worth noting that rehabilitated persons face numerous challenges and obstacles after they are released from prison, and rehabilitated persons with disabilities are undoubtedly a more vulnerable group. Referring to relevant international conventions, the government should take appropriate measures to intervene to safeguard its basic human rights. The goal of rehabilitation protection work is to maintain public safety, prevent rehabilitated persons from re-offending, and allow rehabilitated persons to return to society. But what about the needs of the physically and mentally handicapped detainees released from prison? Compared with ordinary rehabilitated persons, besides the original protection measures for rehabilitated persons, are there any other additional needs?

This article sorts out relevant literature and finds that there are at least five needs for rehabilitated persons with disabilities: 1. Transfer services before leaving prison; 2. Medical treatment must be continuous; 3. Provide social network support; 4. Provide employment opportunities; and, 5. Continuous drug and alcohol addiction treatment. What about current situation in Taiwan? After in-depth interviews with 17 relevant practitioners, scholars and experts, followed by two focus-group-interviews, the research has the following eight research conclusions for reference by relevant government agencies: 1. The cross-network service model for disabled rehabilitated persons in Taiwan has yet to be established; 2. The number of elderly rehabilitated persons is increasing, which is challenging, and the need for protection measures is different from the past; 3. Difficulties in the resettlement of rehabilitated persons with mental disabilities; 4. During detention period, obtaining a welfare status can help rehabilitated persons to leave prison; 5. The government should continue to promote a cross-network cooperation platform for inmates with disabilities; 6. The rehabilitation protection association should establish a data management system for rehabilitated persons to facilitate care tracking; 7. Take stock of the service models of social administration and sanitation, and implement the concept of whole-course care; and, 8. The government should conduct a complete inventory of current rehabilitation protection resources.

Keywords : Mental and Physical Disabilities, Prisoners Released from Prison, Transition Service after Released from Prison.

壹、前言

2006年12月13日聯合國大會制訂通過21世紀第一個人權公約-《身心障礙者權利公約(The Convention on the Rights of Persons with Disabilities, 簡稱CRPD)》,強調身心障礙者與其他群體享有一樣的權利,政府應該積極保障身心障礙者與一般社會大眾同樣平等擁有人權與基本的自由。而「身心障礙」是障礙者與社會環境互動遭遇各種障礙的結果,政府應致力於消除這些障礙,保障身心障礙者在社會、政治、經濟、文化等各方面的參與,能與其他人平等地享有所有人權及基本自由,促進固有尊嚴受到尊重,降低身心障礙者在社會之不利狀態(立法院,2014)。該公約第15條第2項:「締約國應採取所有有效之立法、行政、司法或其他措施,在與其他人平等基礎上,防止身心障礙者遭受酷刑或殘忍、不人道或有辱人格之待遇或處罰。」而其保障對象,適用於在矯正機關的收容人。另依據聯合國《禁止酷刑和其他殘忍、不人道或有辱人格的待遇或處罰公約》(The United Nations Convention against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment, 簡稱《禁止酷刑公約》)要求矯正人員必須提供適當處遇措施,協助障礙者在矯正機關的生活,並發展出監後的生活技能,以利日後轉銜與復歸社會。上述相關國際文件均揭示:人權適用於所有人,與其他任何人一樣,收容人有做為人的基本權利,國家只能剝奪被拘留或監禁者的自由。

而更生保護工作的重要目標主要有兩項,一為維護公眾安全,避免更生人再次犯罪而遭到傷害,二為讓更生人復歸社會。然而對於身心障礙的更生人,則應另外優先考慮為其提供良好醫療保健,以解決身心健康或/和物質濫用問題。儘管有前科紀錄更生人的再犯率非常高,但患有嚴重精神疾病者的再犯罪率高於沒有嚴重精神疾病者,許多精神障礙犯罪人再犯原因之一係中斷治療(曾淑瑜,2006:92)。Torrey、Dailey、Lamb、Sinclair和Snook(2017:2-4)以美國犯下重大罪行的嚴重精神疾病患者進行研究發現,從精神療養院獲釋者,5年內再次被逮捕機率平均約為40%;而從監獄釋放者,其再犯率更高達60%,而這兩個群體再犯者,所犯罪名約有20%是暴力犯罪。該研究也發現,美國大多數州沒有為犯下重大罪行的嚴重精神疾病患提供足夠的社區支持,是導致再次被逮捕和再次被監禁的主因。尤其值得注意者,患有嚴重精神疾病的性犯罪者,比起患有嚴重精神疾病而犯下其他案類的更

生人，在復歸社區時更可能遇到較大的困難。而這類更生人對心理健康醫療機關、性犯罪者治療機關，及負責社區監督的緩刑或假釋官造成更複雜的挑戰 (Cuddeback et.al., 2019: 2158)。

更生人出獄後，面臨著無數挑戰與障礙，身心障礙更生人更為弱勢，參照相關國際公約規定，政府應採取適當措施介入。而為保障其權益，身心障礙的收容人出監前是否需要轉銜服務？需求情況如何？身心障礙更生人較一般更生人，除了原有的更生保護措施外，是否有其他額外的需求？本文除透過綜合國內外文獻，並經由對17位相關實務工作者與學者進行深度訪談，以及舉辦2場次焦點團體座談會方式，探討我國身心障礙收容人出監轉銜服務需求與應改進之處，從而提出建議供政府相關機關施政參考。

貳、相關文獻回顧

讓身心障礙者參與社會生活，提供身心需求相異個體不同的支持，使其能擁有和一般人相同的生活品質，是基本人權而不是國家的恩典。「生活品質」(quality of life) 強調生活的「全面性」，透過對身心障礙者生活品質的瞭解，可以協助服務人員評估需求，評鑑轉銜與相關服務的成果，藉此發展和執行政策，以確保和提升身心障礙者的生活品質 (鈕文英，2016：94-95)。本研究整理相關文獻，發現身心障礙的出監收容人，在轉銜服務上可能有以下幾類處遇需求：

一、出獄前的處遇評估需求

有許多身心障礙收容人在進入矯正機關前，已經接受社福機構的照護，社福機構是矯正機關可能需要與之聯繫合作的單位，而在出監前的轉銜服務時，更需要社福機構的介入。英國獄政監督單位建議矯正機關應該指定一名專業人員來評估需求，以及採取處遇措施來支持智能障礙及精神障礙的收容人，其提出的具體作法之一，就是在釋放前應該要與當地的社福機構聯繫，以確定社區有哪些資源可提供給身心障礙者。而身心障礙收容人在離開矯正機關後，可能需要社區醫療護理評估，矯正人員一旦發現收容人有這樣的需求，應該將相關資料轉給社區衛生主管機關或觀護人。矯正機關有責任與其他機關合作，確保對身心障礙收容人的協助，在離開

矯正機關後仍不會中斷 (Health Services Management Centre , 2007: 10)。1998 年，美國麻薩諸塞州精神衛生部 (DMH) 成立司法過渡小組 (Forensic Transition Team, FTT)，以幫助患有精神疾病的更生人返回社區。FTT 的目標是在釋放前 3 個月協調出獄後的相關服務，例如住房、心理健康和藥物成癮治療。該團隊為有資格接受 DMH 服務的更生人提供服務。針對 FTT 的服務成效研究顯示，司法過渡小組所服務的對象大部分是因輕罪入獄的精神疾病更生人。71% 的人有藥物成癮問題，而 38% 的人在釋放時即會面臨無家可歸的問題。經過 FTT 的服務後，72% 的更生人可以繼續生活在社區，另外 23% 的人因病住院治療，只有不到 5% 的更生人會再次入獄。顯示：復歸計畫在協助更生人在監獄和社區之間的過渡是有效的，可以減少再犯的機率。該研究還顯示了將矯正機關的治療和復歸後持續追蹤服務結合的重要性，當更生人可以留在社區的時間越長，他們再次入獄的可能性就越小 (Salem et.al.,2018 :3488)。

二、醫療連續性需求

對於更生人的照護，醫療連續性的重要也漸受許多先進國家的重視。英國是世界上開始治療精神障礙犯罪者之先驅。有鑑於對精神障礙者治療之必要，英國法院以入院 (保安醫院) 命令取代刑罰。所謂入院命令，是指罹患精神疾病之犯人，因犯罪被處有期徒刑以上之刑罰，法院經 2 位醫師之建議，以強制入院代替刑罰之處分 (曾淑瑜，2006：69)。此外，鑑於許多精神障礙更生人若中斷治療，再犯率將非常高，英國於 2000 年發表白皮書，明確宣示：(一) 雖未犯罪，但有不可能治療之人格障礙潛在危險者，仍應無限期拘禁；(二) 應明文規定強制在社區內生活之精神障礙者服藥之權限；(三) 前開強制服藥權限期間長短應由獨立之法院決定之，且應有獨立之辯護人保障患者之權利；(四) 遭受精神障礙者侵害之犯罪被害人，對該精神障礙者何時回到社會 (包括從精神病院出院及從監獄中假釋或出獄) 有知的權利；(五) 應設立精神保健委員會監督受治療者；(六) 應擴大對精神障礙者之醫療。此外，該國設立的保安醫院分為 3 級，包括高度保安醫院 3 所、中度保安醫院 (地域性保安醫院) 數十所，大多數的則是一般精神病院。英國高度保安醫院的精神障礙收容人平均收容期為 8 年。中度保安醫院患者住院期間上限為 2 年，平均住院期間為 8 個月，但實際上收容期間超過 2 年者所在多有，而安排進入哪間中度保安醫院，通常會考量患者或其家屬的住所附近，以便施以精神治療。至於一般精神病院強調短期化入院，平均住院期間只有幾週 (曾淑瑜，2006：70)。此外，英

國除了對精神障礙犯罪者，為保護公眾安全有特殊的規定外，英國的國民保健署 (National Health Service, NHS) 2020年開始的監後照顧重新連接 (Reconnect, Care After Custody) 服務計畫，於5年內在這個新計畫投入2千萬英鎊的經費，注重更生人出監後的照護，希望這些特殊需求的更生人，在離開矯正機關後仍然能夠持續獲得醫療服務。透過該服務計畫，有特殊健康問題的更生人，在回到社區後也能夠繼續加入健康服務計畫中。這些服務在更生人出獄前就先與之接觸，並以協調聯繫相關機關的方式，支持緩刑服務的社會復歸計畫，以確保更生人可以獲得社區的醫療保健服務 (HM Prisons & Probation Service, 2018: 18)。整體而言，英國政府除投入經費確保弱勢更生人能夠得到醫療照護之外，亦整合相關的單位，使得收容人在入監及出獄，維持健康照護的連續性。

在我國，所幸有全民健康保險，矯正機關的收容人自2013年1月起正式納入健保實施至今，使得我國矯正機關擁有的資源當中，醫療資源是相對較為完整的，縮短收容人與一般民衆所接受的醫療差異，且矯正機關內的醫事人員能藉由查詢健保卡，得知收容人過去的醫療紀錄，對於有需要協助的身心障礙收容人，矯正機關較容易得知 (孟維德等人，2021：234)。然而有精神障礙的更生人於社區處遇上的醫療連續性，及司法精神醫院的設置，目前在我國仍是熱烈討論的議題之一。

三、社交網絡支持需求

社交網絡被定義為由一組參與者 (包括個人、家庭、團體或組織) 之間交互的關係模式組成的結構，這些人際網絡，包括家庭、朋友、工作場所和社區，個人可從中獲得重要支持。社交網絡通過四個相關途徑影響行為：社會支持、社會影響、社會參與以及對資源和物質商品的獲取。社會支持對個人幸福感有直接和間接的影響，強大的社會支持網絡可促進心理的穩定性，並減輕生活中不良經歷 (例如親人的死亡或疾病、失業或其他創傷事件) 所造成的壓力。社會支持提供不同類型的幫助，包括工具性幫助 (例如，物質 / 財務)、情感幫助和資訊幫助。因此，面對不良經歷，充足的社會支持可以減少壓力反應，緩衝不良經歷對心理健康的影響 (Valera&Boyas, 2019:1846)。社會支持是犯罪者成功重返社會的最重要因素，其中常聚焦在家庭支持和家庭依附關係。有研究顯示，有心理健康問題的男性收容人積極的社會支持資源較少，藥物濫用問題較多。此外，有精神健康問題和藥物濫用障礙

的收容人，通常釋放後的社會支持會較少 (Pettus-Davis, 2014: 512)。事實上，社會支持對更生人的重要性不言而喻，更生人從監禁中獲釋往往伴隨著住房、就業和社會關係的壓力和焦慮，許多人會回到他們在被監禁之前的社交網絡及所參與活動，而受到環境觸發則會支配個人動機，並最終回到相同的使用毒品和其他犯罪行為模式 (National Research Council, 2014a: 226-227)。Valera 和 Boyas 針對紐約 225 位男性更生人的研究結果亦表明，增加社會支持、社區支持和精神支持與較低的心理發病率顯著相關。更生人的支持網絡較差可能導致心理健康狀況不佳，而感知到的社會支持的存在對心理健康的影響最為顯著。家庭關係在幫助年長更生人應對眾多挑戰方面發揮著重要作用。例如，安全的家庭關係與精神疾病的康復增加有關，也降低了精神疾病發作的可能性 (Valera & Boyas, 2019: 1854-1855)。有穩定支持服務相關的更生人較有能力實現成功復歸社會，並保持總體幸福感和積極的心理健康狀態。例如，Valera 和 Boyas 的研究藉由對比有和沒有社會支持網絡的更生人出獄後的經歷與獲得的心理健康服務後發現，認為更生人有社會支持性的迫切需求 (Valera & Boyas, 2019:1856)。

除了家庭支持外，其他的社會支持也可以協助更生人復歸社會。以美國為例，該國的犯罪者入獄率是世界上最高的，每年超過 60 萬更生人出獄後重犯社區，其中許多人因為緩刑或假釋，需要受到社區監管人員延長監督一段時間。更生人當中，患有藥物成癮的比例極高，與藥酒癮相關的不當行為是再次入獄的主要原因之一。因此，對於藥物成癮的累犯持續支持是必要的，其中藉由同伴的恢復支持相當有幫助，同伴支持模式旨在解決對重新融入社會的藥物成癮者提供持續康復的支持。所謂同伴支持人員可能是由已康復的藥物成癮者擔任，這些人通常具有支持專家或康復教練等頭銜。由國家認證的同伴康復教練 (peer recovery coach, PRC) 還提供非臨床服務 (例如，指導、支持小組、就業援助和 / 或住房服務) 和以康復為導向的治療計畫，協助其克服藥物成癮障礙。過去 20 年，美國的同伴支持服務在藥物成癮治療領域不斷擴大，也顯示是很有潛力的治療方式。研究顯示，接受同伴支持服務的藥物成癮更生人對治療的遵從性增加，住院率降低 (Ray et al., 2021: 2)。

四、就業需求

調查顯示，68% 的收容人認為「有工作」是對停止再犯是一個重要影響因素。

(Prison Reform Trust, 2014: 67)。以英國為例，在2013至2014年間，只有25%的更生人在出獄後就業。更生人最常申請的福利項目是求職者津貼 (Prison Reform Trust, 2014: 67)。2013年英國司法部將70所監獄轉變成安置監獄 (resettlement prisons)。目的是讓社區更生服務人員可以儘早與準備被釋放的收容人合作，安排其就業和培訓，及解決吸毒和酗酒問題 (Ministry of Justice, 2013)。美國 Project Empowerment 就業輔導計畫發現，在沒有完成6個月的計畫期間的人當中，許多人是缺乏教育、無家可歸、心理健康、監禁和成癮問題等 (Lazere, 2015: 2)。Cuddeback 等人 (2019: 2166) 以美國華盛頓州127名患有嚴重精神疾病的性犯罪者，和2,935名因其他罪行被收容於矯正機關的嚴重精神疾病累犯為研究對象發現，對於因性犯罪而被定罪的患有嚴重精神疾病的犯罪者，從入獄前到釋放後的情況明顯更糟。這類人員屬無家可歸者，入獄前的比率約43%，出獄後增加為57%，失業率更從入獄的46%，釋放後增加到85%。顯然有嚴重精神疾病的性犯罪更生人比一般患有嚴重精神疾病的更生人，在就業與住房等基本需求上更困難，可能與性犯罪者的污名化有關係。在我國，周愷嫻 (2014: 73) 等人針對我國更生人就業狀況調查發現，就業困難的更生人族群明顯偏向年齡高於56歲、低教育程度、身心障礙、刑期介於3-5年者；該調查也發現，年齡愈高或教育程度中低者，若就業經驗成功，多半屬於自行創業者。因此建議若就業困難之更生人已無就業意願與需求，應有社會福利資源的導入，轉介至社會福利或服務系統中，給予照護。

五、持續藥酒癮戒治需求

Maschi 和 Dasarathy (2019: 2125) 檢視44篇與刑事司法體系內年長者心理健康的研究文獻發現，精神分裂症、重度憂鬱症和失智症是最廣泛流行的精神疾病，在矯正機關中，老年收容人以重度憂鬱症比例最高，年輕收容人主要是與創傷相關的心理疾病，如創傷壓力症候群 (PTSD)、憂鬱症、焦慮症及藥物成癮。老年收容人的藥物成癮比率反而不高。另外一項針對瑞典146位被判刑的男性精神障礙性犯罪者24年間再犯率追蹤比較研究發現，無論有無精神障礙，第一次再犯集中在定罪後的5-10年間，其中患有精神障礙者其第一次再犯的時間比無精神障礙者延後，研究者推測是因為在樣本中，患有精神障礙的性犯罪者的物質成癮發生率較低，而物質成癮與財產和毒品犯罪有關 (Baudin et.al, 2020: 1617)。但也有研究發現，與男性不同，女性收容人的特點是有嚴重的創傷史、心理健康狀況不佳和藥物濫用的高發生率。

在過去十年中，女性累犯的比率也呈指數增長，其中與藥物濫用有關的犯罪是最主要的犯罪原因 (Edwards et al.,2022:1)。Edwards 等人檢視相關文獻後發現，減少藥物濫用是對女性累犯的更生人協助項目中，最有效果者。對於女性累犯有效性的計畫，其共同特點是：有過渡性支持、有促進性別平等項目、提供個人化支持、提供藥酒癮相關治療、心理健康和創傷治療服務。因此，Edwards 等人認為，從監獄到社區的連續照護計畫，其中結合了性別敏感的規劃、針對生、心理共病問題和藥酒癮的個人化病例管理，有利於女性更生人的康復 (Edwards et al.,2022:2)。

更生人出獄後持續接受藥酒癮戒治，需要跨網絡的合作。Salem 等人以波士頓犯罪者復歸社區需求計畫 (Boston Offender Needs Delivery Project ,BOND) 中，2014 至 2016 年的服務對象為研究對象，該需求計畫是以有藥物成癮史的精神疾病更生人為服務對象，在其獲釋後立刻給予藥物濫用的治療，並在出獄後的 6 個月內提供各種支持，其發現 50% 的更生人符合藥物濫用的標準，8% 有嚴重的精神疾病，如果沒有持續的監督和支持，返回社區的精神病患者難以獲得所需的治療，並且在獲得社區服務方面面臨限制，從而導致高再犯率 (Salem et al.,2018: 3485)。Salem 等人認為，累犯的再犯因素很多，當收容人復歸至社區時，他們必須適應一個非結構化的環境，並面臨包括包括難以找到住房、無法與家人重新聯繫、就業機會有限、吸毒和酗酒引誘、繼續參與犯罪、缺乏監督釋放計畫和污名化等困境。(Salem et al.,2018: 3486)。英國 2017 年則實施「社區判決治療要求計畫 (Community Sentence Treatment Requirement, CSTR)」，以跨網絡的方式服務更生人，參與的政府網絡單位包括該國司法部 (Ministry of Justice)、衛生福利部 (Department of Health and Social Care)、國民保健署 (NHS England)、公衆健康署 (Public Health England) 及英國皇家矯正機關與緩刑署 (Her Majesty's Prison and Probation Service, HMPPS) 等單位，透過司法與衛生單位的合作與彼此協助，對於監獄收容人及社區中的更生人提供健康與社會照顧服務，以確保更生人進行包括毒品、酒癮等戒治治療，及心理健康治療等政府推動重點項目，以降低公衆風險 (HMPPS, 2020: 16；鄭添成，2012: 16)。CSTR 計畫施行區域涵蓋英格蘭 14 個地方法院，經費則來自於國民保健署，未來將進一步擴大計畫適用的範圍，以涵蓋更多女性、短期刑收容人、智能障礙者和有心理健康需求者，並預計在 2023 年間達到一半以上的心理健康服務覆蓋率，及在藥酒癮治療上有進一步的發展。此外，HMPPS 特別協助有藥物濫用治療和心理健

康治療需求者進入地區醫療服務系統，並嘗試與當地和區域衛生系統建立關係，提供緩刑者專用醫療資源 (HMPPS, 2020: 16)。

參、資料蒐集方法與實施

一、深度訪談法

為瞭解有身心障礙狀況之收容人，出監前的轉銜服務現行狀況及需要修改之處，以建構符合其處遇需求之跨網絡合作模式。本研究以更生保護會人員、觀護人、檢察官、矯正機關處遇人員及縣市社會局資深督導為研究對象，共計訪談17位實務人員。至於抽樣方式，採立意抽樣方法，選取對研究議題有深入瞭解之實務工作者。訪談期間為2022年3月持續至2022年5月；有關受訪者之基本資料如表1所示。

表1 本研究訪談人員基本資料表

編號	性別	職稱	服務機關
A1	女	主任	更生保護會人員
A2	女	桃園市	更生保護會人員
A3	女	主任	更生保護會人員
A4	男	主任委員	更生保護會人員
A5	男	主任	更生保護會人員
A6	男	主任委員	更生保護會人員
A7	女	主任	更生保護會人員
B1	男	主任觀護人	地檢署
B2	男	觀護人	地檢署
B3	女	觀護人	地檢署
B4	女	觀護人	地檢署
C1	男	檢察官	高檢署
C2	男	檢察官	法務部
D1	女	科員	矯正機關人員
D2	女	調查員	矯正機關人員
E1	女	督導	社政機關人員
E2	男	督導	社政機關人員

二、焦點團體座談會

在前述人員訪談後，為聚焦研究議題，讓所得意見能擬聚共識，並就政策方向進行探討，除前述5類實務工作者外，本研究另外蒐集相關研究領域專家學者之意見。再者，為避免討論失焦，本研究舉辦二場次焦點團體座談。辦理時間為2022年6月上旬，參加人員基本資料表，則如表2所示。

表2 本研究焦點團體座談參與人員基本資料表

第一場次			
編號	性別	職稱	專業領域 / 服務單位
F1	男	教授	犯罪學學者
F2	女	副教授	法律學者
F3	男	檢察官	法務部
F4	男	檢察官	高檢署
F5	女	觀護人	地檢署
F6	男	觀護人	地檢署
F7	女	少年調保官	地方法院
F8	男	科長	法務部
第二場次			
編號	性別	職稱	專業領域
F9	男	副教授	心理諮商輔導學者
F10	女	主任	更生保護會人員
F11	女	主任	更生保護會人員
F12	女	主任	更生保護會人員
F13	女	督導	社政機關人員
F14	女	科員	矯正署人員
F15	男	專員	矯正署人員
F5 (參加兩場次)	女	觀護人	地檢署
F8 (參加兩場次)	男	科長	法務部

三、研究工具

本研究期程之規劃，以深度訪談為主，焦點團體座談會舉辦為輔，深度訪談方面採半結構式訪談，經整理相關文獻資料後，編撰本研究訪談題綱整理如表 4。

表 4 本研究深度訪談訪談架構

研究對象類型	訪談題綱
更生保護會人員	<p>對於有身心障礙狀況之更生人，與一般更生人相較，有無比較特殊的需求和服務？就您的瞭解，目前更生保護會對於這類人員在以下幾方面的協助為何？</p> <p>(一) 出獄轉銜：更生保護會對哪些類別更生人會進行出獄轉銜？對年長或有身心障礙狀況之收容人提供何種轉銜服務？流程？您覺得成效如何？應該連結哪些社區資源提供協助？現況或執行上有無其他建議？</p> <p>(二) 醫療協助：就您實務經驗，有身心障礙狀況之更生人有哪些醫療協助需求 (EX. 藥酒癮戒治、精神治療等)？貴分會在醫療方面提供這類更生人何種協助？應該連結哪些社區資源提供協助？有無其他建議？</p> <p>(三) 家庭與社會支持協助：就您實務經驗，有身心障礙狀況之更生人家或社會支持性如何？貴分會在家庭與社會支持方面，是否會提供這類更生人協助？應該連結哪些社區資源提供協助？有無其他建議？</p> <p>(四) 經濟協助：就您實務經驗，有身心障礙狀況之更生人有哪些經濟協助需求 (EX. 就業、津貼等)？貴分會在經濟方面是否提供這類更生人協助？您認為應該連結哪些社區資源提供協助？有無其他建議？</p> <p>(五) 其他：除了上述這些協助外，您認為還有哪些協助是有身心障礙狀況之更生人需要的？目前在服務這類更生人時，您遇到的社區網絡連結上困境為何？有無改善建議？為建構符合年長、有身心障礙狀況更生人之需求處遇，您認為有哪些法規應該修法？</p>
觀護人	<p>對於有身心障礙狀況之更生人，與一般更生人相較，有無比較特殊的需求和服務？就您的瞭解，目前更生保護會對於這類人員在以下幾方面的協助為何？</p> <p>(一) 就您的實務觀察，有身心障礙狀況之出獄人，在出獄轉銜、醫療協助、家庭與社會支持協助以及經濟協助等方面，政府應該提供哪些服務？應由哪些單位提供協助？應如何提供協助以免漏接所需服務地個案？</p> <p>(二) 就您的實務觀察，更生保護會對此類更生人是否提供相關協助？服務效能為何？有哪些應該改進？改進方向為何？</p>

研究對象類型	訪談題綱
檢察人員	<p>(一) 目前檢察官是否會跟更生保護會有所合作？具體合作內容為何？</p> <p>(二) 就您的觀察，更生保護會服務更生人的量能為何？有哪些優點？有哪些缺點應改善？具體之改善方向？</p>
矯正人員	<p>(一) 對於身心障礙狀況之更生人，與一般更生人相較，有無比較特殊的需求和服務？就您的瞭解，目前更生保護會對於這類人員在以下幾方面的協助為何？</p> <ol style="list-style-type: none"> 就您的實務觀察，有身心障礙狀況之出獄人，在出獄轉銜、醫療協助、家庭與社會支持協助以及經濟協助等方面，政府應該提供哪些服務？各應由哪些單位提供協助？應如何提供協助以免漏接所需服務地個案？ 針對前述特殊出獄人，目前矯正機關的做法為何？會跟哪些單位合作？是否有跟更保會合作？有哪些方面的合作經驗？ <p>(二)、矯正機關藥、酒癮收容人於出獄後，若是需要繼續接受戒治？由哪個來負責？您認為更保會在藥、酒癮更生人的處遇上應該扮演什麼角色？</p>
社政人員	<p>(一) 社政機關跟更保會在哪些方面合作？具體的合作內容為何？</p> <p>(二) 更保會是法務部監督的民間團體，但帶有濃厚的社福色彩。您認為更保會在社福網絡中應該扮演什麼樣的角色？</p> <p>(三) 對於有身心障礙狀況之更生人，與一般更生人相較，有無比較特殊的需求和服務？就您的瞭解，目前這類人員在以下幾方面的協助為何？</p> <ol style="list-style-type: none"> 就您的實務觀察，有身心障礙狀況之出獄人，在出獄轉銜、醫療協助、家庭與社會支持協助以及經濟協助等方面，政府應該提供哪些服務？應由哪些單位提供協助？應如何提供協助以免漏接所需服務地個案？ 更生人出監後其實如同一般的國民，大多數的國家都會結合社區的資源，提供所需協助。就您的實務經驗，更生人的扶助需求應該回歸社區的社政系統處理，還是全交由更保會處理？還是共同協力完成？理由為何？

另根據深度訪談資料分析結果，及對照本研究探討議題，編列焦點團體座談會題綱，如表 5。

表5 本研究焦點團體座談會題綱

第一場次
<p>(一) 我國現階段更生保護法採任意保護，未含「法定(強制)保護」(觀護制度)，未來是否應增列法定保護？如增列法定更生保護，如何在現有更生保護法規範下運作？又如何與現行觀護制度(法定保護)區別或合作？</p> <p>(二) 有關更保法含括緩刑及職權不起訴等服務對象是否刪除？又是否應該增加緩起訴為服務對象？再者，服務對象是否增列毒品觀察勒戒執行完畢者？</p> <p>(三) 為落實更生人全程輔導之效果，討論更生保護人員如何與相關網絡單位合作事宜？</p>
第二場次
<p>(一) 在藥、酒癮個案服務中，您認為法務部跟衛生福利部應如何合作與分工？更保會在其中能夠扮演什麼角色？</p> <p>(二) 有關身心障礙等特殊需求的更生人，您認為矯正機關與更生保護會以及社政機關目前有關網絡合作，有哪些方面較為不足？如何引入社政資源？再者，為讓網絡合作更順暢，您認為更保會可以怎麼做？</p> <p>(三) 就您的看法，更生保護會在現行資源明顯較縣市政府來得不足的情況下，更保會有關更生人服務工作的角色定位是什麼？原因為何？</p>

肆、資料分析與討論

重刑化的刑事政策下，讓各國都面臨年長收容人數增加的嚴峻考驗。這些年長收容人，常伴隨著身心障礙的情形，在矯正機關中也常需要特殊的處遇措施。而出監後，應該如何服務這類具有身心障礙情形的更生人？本研究經由深度訪談與焦點團體資料分析發現，精神障礙者的安置與處遇，是目前面臨較為困難的問題，而身心障礙者若能在監所內取得福利身分，將有助於出監後的轉銜。因此，矯正機關應該擴大網絡合作的對象。再者，服務藥酒癮者壓力大，身心障礙更生人網絡合作重要性更高。以下分述之。

一、深度訪談資料分析與討論

(一) 年長更生人增加，保護措施需求不同以往，增加服務的挑戰

重刑化刑事政策下，長期刑人員增加，矯正機關中收容人的年齡上升，連帶地，更保會服務的更生人年齡層亦往上增加。年長更生人面臨的服務問題是，這類

更生人需要的可能不是就業服務，而是安置與疾病的治療。這類更生人所需的更生保護需求是複合性的，經常需要的主要服務是安置，現行我國更生保護措施依賴更保會提供服務，但更保會服務這類更生人有其困難度。而身為矯正人員的受訪者 D2 甚至表示，就其觀察，對這類的收容人，更保會大概只有提供返家車資服務而已。

因為更保會量能不足，老實說這方面的協助，也只有提供車資部分。(D2-2-2-2)

年長或有身心障礙狀況之收容人…常面臨更生扶助或安置需求問題。(D1-2-1-1)

身為觀護人的受訪者 B1 與 B4 都觀察到這樣的困境，受訪者 B4 認為，縱然更保會有慰問金可以協助更生人用於醫療或住宿等面向，但這類對象需要的極可能是長期的照護，為將更保服務量能用於刀口上，這類的更生人是否納入尚須考量。而身為社政人員的受訪者 E2 則是提醒，這類需要安置安養服務的個案，應在出監前就提早處理。

通常老人都會帶有疾病…如果已經需要社福措施介入的情況下，不是更保能夠做的事。(B1-12-2-1)

要和社會局或衛生局去進行資源的整合。(B4-12-1-2)

這兩年監獄人口老化，出監轉銜的部分要早做準備…尤其是這種超過十年的。(E2-2-1-1)

如果更生人的年紀超過 65 歲（原住民身分則是 55 歲），受訪者 A1 表示，就會幫他辦理社會局的安置協助，不過也需要取得更生人的同意。受訪者 A1 認為，超過 65 歲者需要的服務與一般更生人不同，比較需要的是社福系統的服務。而受訪者 D1 則表示，其實更保會合作的安置機構多排除 65 歲以上者，在年長收容人服務上量能的確不足。而受訪者 A7 也表示，年長者及精神障礙的更生人是目前更保會最困難提供協助措施的對象。

有些年老更生人應該要媒合給社會局辦理就養。(A1-16-1-2)

目前更保自辦或合作之安置機構多排除 65 歲以上之更生人。(D1-2-1-2)

年長者和精神障礙者的部分。真的是目前越來越複雜，越困難的部分。(A7-15-1-1)

(二) 目前精神障礙者安置較為困難

面對有服務需求的身心障礙更生人，更保會多是透過轉介的方式，由社會局或衛生局給予相關的服務。但許多更生人在進入矯正機關前，或是在監所收容期間，都未取得精神障礙的鑑定身分，即使更保會在服務時覺得服務對象可能有精神障礙情形，需要醫療服務，卻不知道能夠送到什麼單位去。只能協助就醫，以及幫助其取得身心障礙福利身分。受訪者 A1 就坦言，最怕的就是遇到這類的個案，即使有經費也不知如何協助。而身為社政人員的 E2 以他自身的經驗，也認為這類人員可能沒有家屬願意接手，若返回社區在安置確實較為困難。身為矯正人員的受訪者 D1 也深有同感。

有些人沒有病識感，我們會協助就醫，如果拿到證明可以申請到一些補助。(A5-16-1-1)

精神疾病還需要專業的醫療介入…如有福利身分或是裁定進醫療處所都沒問題，最怕就是什麼都不是。(A1-16-5)

比較難的就是精神疾病個案。(E2-2-1-2)

針對精神疾患或重病者…協助個案找尋出監後安置處所，因量能及困難度高，為目前各矯正機關與社政單位及更生保護會合作最具挑戰性之項目。(D1-4-1-2)

而這種隱藏性的精神障礙者，是更保會在安置上最為棘手的情形。受訪者 A7 表示，以該縣市的精神障礙者處遇為例，即有規定一定歲數以上或是精神障礙者非屬更保會安置收容對象。該縣市的衛生局會轉介至適合收容的處所。A7 認為，為統合網絡資源及承辦人員的穩定性，應該由縣市政府相關單位擔任主責機關較為適宜。

我覺得還是要有公部門去主導…像我們的安置處所有規定，幾歲以上的，精神障礙的，我們可能不收的對象，衛生局就會幫忙轉銜到其他單位。(A7-15-3-1)

我覺得現在最頭痛的就是精障這塊…我們現在能做的也只能讓他就醫。(B1-12-1-1)

(三) 在監所內取得福利身分有利於出監後的轉銜

鑑於身心障礙者出監後須轉銜至社福系統，然而社福身分的申請卻需要一段時間。雖然收容人在矯正機關中，相關的福利措施都會暫停，得到社福身分對收容人沒有太多的影響，但是對於其出監後的轉銜安置與相關社會福利資源的取得卻很重要。因此，受訪者多認為，矯正機關如果發現收容人有符合社福的補助身分，應該在收容中就幫其申請，這樣有利於出監後的安置。而本身為社政人員的受訪者 E1 表示，若更保會或者是矯正機關對於申請福利身分有不清楚的地方，社政單位可以提供指導。事實上，包括村里幹事也可以提供協助申請福利身分。而社政單位期待更保會能夠追蹤，或協助有需要的收容個案取得福利身分。

譬如重病、精神病、殘障，你不能等到要出監才在談他福利身分這塊，社會局也跟監所有說過，這種銜接很重要。(A1-15-2-1)

我們還是會請社會局先給他福利身分，然後再幫他。我覺得還是要回歸到縣市政府的資源，他要出監或之前會先召開轉銜會議，還是以社政衛政為主。(A3-16-3-1)

我認為具有福利身分之人，應由社福單位優先照顧，更保會可退居第 2 線。最重要的是，應協助其身分證件的申請 (B3-12-2-1)。

我們終究要讓他取得身分，再去做後續的處遇。(E1-3-1-2)

然而身為矯正人員的受訪者 D2，雖瞭解福利身分對收容人出監的轉銜具有重要性，但並不認為矯正機關需要負責協助收容人取得福利身分。究其原因，可能是許多矯正人員忽視這方面的必要性。

像社會局、衛生局應該就依據這些更生人的福利身分判定，提供他們需要的服務、資源…不具福利身分，出監轉銜時就有困難，像社會局就沒辦法提供服務。(D2-2-4-3)

(四) 矯正機關應擴大轉銜會議參與對象

對於身心障礙者而言，出監的轉銜會議有助於特殊需求的更生人出獄後得到有關單位協助。目前精神障礙者及毒品犯罪者出監前需要做轉銜會議，但並非所有的特殊處遇需求收容人都有召開轉銜會議研商，例如年長收容人、精神障礙以外的身心障礙收容人（如智能障礙）等，因並無法規強制要求，是否邀集各單位召開轉銜會議，由矯正機關自行判斷。

若個案有多重需求，如同時兼具年老、身心障礙或其他狀況之特殊個案，矯正機關會召開轉銜會議，邀請相關單位共同參與，事先研商個案出監後之協助服務。(D1-4-1-1)

受訪者 A1 表示，過去矯正機關認為收容人出監就與其無涉，近年重視收容人的復歸，因此開始指派專人負責轉銜會議。

監獄這幾年他增加很多心理諮商人員，就是在做轉銜這一塊。(A1-15-2-2)

目前轉銜會議比較聚焦在生病、年老，跟有精神疾病的。(B1-4-1-2)

受訪者 C1 認為，轉銜會議中應該包括所有相關的單位，除了更保外，還應該有社政、衛政、勞政、警政，甚至教育機關，就收容人出監後可能面臨的就醫或安置等問題，共同擬訂處遇計畫。在該轉銜會議中，各單位還可以一起檢視，看看該名收容人最急迫的處遇需求為何，而不是在監獄中有狀況，卻因為能夠正常服刑就置之不理，一旦復歸社區惡化後，更保會臨時承接個案就會造成許多的困擾，甚至漏接個案的情況發生。

希望出來之前幫他擬訂出監的處遇計畫，藉由這個轉銜會議，找來的單位，不管是就養、就學、就醫或安全問題，牽涉社會局、勞動、教育、警察都找來，大家一起來討論，這個人出來我們該如何去規劃，這樣子大家，甚至他的家人才知道如何面對。(C1-4-2-15)

若收容人沒有在監所內就制訂出獄轉銜計畫，身為觀護人的受訪者 B4 表示，觀護人在處理個案時，也會視情況轉介給相關單位。其中，就業的部分才會轉介給

更保會，其餘身心障礙會視情況轉介給社政或衛政單位。而身為社政人員的 E1 也表示，身心障礙者的服務非單一的社政單位就可以處理，還需要跟社區其他機關團體進行討論與連結，也同樣認為矯正機關的轉銜會議就可以做分工，為收容人出監後的生活做規劃。同為社政人員的受訪者 E2 也表達類似的意見。

保護管束的觀護人在就業部分就是直接轉介更保，若精神障礙就轉介給衛生局，家暴等會有通報單給社會局或社工單位，我們都有轉銜的窗口，我們都是做轉介。(B4-12-2-1)

身心障礙不是單一個社政或更保就可以去處理，所以前面的轉銜會議很重要…會議現場就可以先做分工。(E1-2-1-1)

就是橫向聯繫的問題。不管是矯正機關還是更保都應該讓我們社政機關知道一下。(E2-2-1-5)

(五) 服務藥酒癮者壓力大

雖然目前更保會服務的個案，以藥酒癮類型的更生人占大宗，但藥酒癮的更生人最需要服務是藥酒癮的戒治，此部分卻非屬醫療專業的更保會所能夠處理的。誠然部分更保會會與戒癮團體合作，提供藥酒癮者安置與戒毒的服務，但因為這類安置處所通常性較為拘束，更生人的意願並不高，在任意保護的前提下，更保會無法強迫更生人入住這類的安置處所。而身為社政人員的 E2 也表示，藥酒癮者在收容安置上也不容易，許多安置機構較會拒絕這類更生人。因此，此類更生人的服務應該搭配法定更生保護，才能發揮保護效果。

可提供資助醫藥費之服務，惟並無提供藥酒癮戒治費用，本會會依其所需轉介社福及衛政單位提供資源服務。(A2-16-1-1)

這邊單純的就是醫療費用的補助，或轉介到社會局、衛生局或是毒防中心。(A5-16-3-1)

轉介到收容的處所限制也多，尤其他們最不喜歡的是吸毒的…目前社政能提供的，就是轉介到民間團體。(E2-3-1-1)

此外，即使更保會給予這類藥酒癮更生人津貼補助，受訪者 B1 表示，這類更生人容易再犯，若其將津貼補助拿去買毒品或酒，社會輿論也會指責相關協助單位，對於更保會而言，服務這類的人員還有社會輿論的壓力。而受訪者 E2 也點出，這類的更生人通常配合度都不高，也影響更生保護執行的成效。

幫忙這個毒品犯也是壓力，你今天幫助他，如果他再犯，社會輿論也會指責我們說為什麼拿錢給他吸毒，任何補助項目都有可能這樣。你幫忙酒駕的人也一樣… 不管吸毒跟酒駕都可能很多次。(B1-6-6-1)

毒品個案是連住哪裡都不告訴你，通常都是社會的弱勢人口，又比較封閉。家裡的關係可能是很疏離或是交惡的。(E2-1-3-1)

(六) 應加強網絡合作

綜上所述，身心障礙更生人所需要的服務往往是複合性，僅由更保會難以負責，需要轉介相關單位做協助。因此，對於這些身心障礙更生人，網絡合作的緊密度是很重要的。受訪者 A7 表示，該會遇到此類個案會召集相關單位一起開會研議，訂定處遇計畫。受訪者 E1 及 E2 則是建議，更保會可以多參與社政的網絡會議，甚至更保會可以主動參與，透過單位的自我介紹，一來可以認識不同的資源，一旦有需要就可以與其他網絡合作、進行資源連結；二來可以加強網絡聯繫的緊密度。

我們會開轉銜會議，像是衛生局，社工阿，等等一起開會研議。(A7-15-2-1)

我們有很多的會議更保可以來，會上可以認識許多資源，有需要就可以連結。(E1-2-1-2)

網絡交流例如聯繫會議，或是各中心也會有督導會議，更保可以去自我介紹。(E2-1-1-2)

二、焦點團體資料分析與討論

(一) 藥癮個案應回歸衛政系統或社區處遇計畫

毒品與酒後駕車的公共危險案件，為目前司法系統佔量最多的犯罪類型之一。這類的犯罪類型，犯罪者不單純被當成罪犯，還被視作病人，處遇方式有別於一般

犯罪類型的更生人。為協助毒癮者的戒治，讓其復歸社會，政府各機關投入大量的資源與人力，甚至在各縣市成立毒防中心，針對毒癮者的處遇需求提供幫助。此外，部分縣市的觀護人室亦有毒品更生人社會復歸的多元處遇計畫。目前毒品更生人為更保會的服務對象，甚至部分更保會還有新增毒品個案管理師，然而在相關人力資源配置上，並無法與衛生福利部所屬機關相較，且從前述更保會的工作負荷量來看，現行的任意性更生保護工作個案負擔，已讓大多數更保分會難以提供精緻化服務，為提升更保會個案服務效能，應考慮將藥癮更生人回歸衛政系統，或相關的社區處遇計畫，排除於更保會的服務對象外。

對於有藥、酒癮的更生人，應該更需要儘早提供出監規劃的協助，因為如果此類更生人在監沒有參與，出監後只能自己安排了。(F9-2-1)

對於有藥、酒癮的人，究竟要定義為病人？還是犯人？因為這類的更生人是很需要醫療資源的協助。(F10-2-1)

目前毒癮個案之追輔，由各縣市的毒防中心個案管理師辦理，而相關經費又高於法務部，雖目前更生保護會有新增毒品個案管理師，但人力與毒防中心相較顯然不足，建議現參加醫院戒癮治療的毒品更生人可由毒防中心負責。(F11-2-1)

(二) 需建置跨網絡資訊整合平台

如要使更生人轉銜順利，機關間資料的傳遞必須即時、完整，尤其是矯正機關蒐集而來的資料，可以讓相關單位瞭解收容人出監後所需的更生服務。惟因為個資法規定，如像犯罪紀錄這類隱私性較高的資料，通常不被允許在未獲當事人的同意下隨意蒐集。

如果可以讓受刑人有團體資源的置入，讓個案瞭解出監後，更保可以進行怎樣資源的協助，以利更保入監進行個案輔導的評估、建立關係。(F14-2-2)

在個案的資料傳遞上，建議可修法並建置個案轉銜網路平台，以避免個案資料的不全。(F11-2-3)

除了法源依據的修正外，在全程照護的概念下，亦可思考建立一個跨網絡的資訊平台，與更生保護工作相關的機關團體都可以利用這個平台，來取得更生人相關的處遇資訊，將可促進服務效能，避免個案服務過程還要再蒐集相關資料。

如果能夠以資訊系統的方式對接資料，這樣不僅可提高行政效率，也可降低紙張的浪費及公文往返的時間。(F15-2-1)

如果可以建立跨網絡平台，讓社政機關跟更保可以有預防性討論，讓彼此就個案保護必要，相互協力，使從前階段就啟動預防機制，非常期待合作。(F13-2-1)

(三) 待身心障礙更生人網絡合作更加成熟後，機關間分工應明確化

所謂「全程照護」指的是：如果能將更生人出監後每個階段的輔導，都有機構可以承接，資料都可順利轉銜，不漏接應輔導個案。目前在矯正機關與社區機構的連結間，更保會容易被外界期待能夠成為橋梁，做好更生人個案管理工作。但若將收容人當成穿著囚衣的國民，則其在矯正機關內的衛生醫療照護，仍應由社區中的醫療衛生機構負責更為適當。以目前社區資源配置而言，更保會似乎是最適合擔任更生人出監後的轉銜協助角色。然而更保會畢竟為民間團體，國外對於更生人的處遇計畫，多採用跨網絡合作的方式，並由權責的政府單位主責，負責協調聯繫工作。自去(2021)年開始，矯正機關開始與衛生福利部所屬機關有更為密切的接觸。當兩者間的合作越來越頻繁，分工的模式則可越顯清楚，待時機成熟後，對於更生保護工作的分工，各單位應有更為明確的責任區分。

因為更保服務的對象，與社政機關、衛政機關有重疊，從矯正機關的角度，希望更保能變成個案管理的角色，確實評估個案需要怎樣的出監服務、保護及資源協助。(F14-2-4)

矯正機關於受刑人出監前充分規劃社福身分的申請，更保可以更早提供更生人保護；出監後，更保負責個案管理、社政機關負責具社會福利身分者，各自分工。(F8-2-1)

建議此類型個案網絡之合作，可由矯正機關主導，於收容人出監前，針對個案需求邀集社政、衛政、更保等相關機關，召開復歸轉銜網絡聯繫會議。(F11-2-4)

更生人轉銜標準採多元化處理…而身心障礙現行是由衛政機關處理，希望跨網絡合作之平台能早日建置。(F15-2-2)

(四) 社政及衛政系統的社區資源應深入矯正機關

針對身心障礙這類特殊收容人，在出監時如果沒有家屬或適當的人可以接回，矯正機關就會連絡社政機關處理。然而依照現行規定，收容人所有福利補助在入監時就會暫停，辦理時間約需2個月才會恢復。因此，有必要在出監前2個月開始辦理，才有可以在出監後恢復福利補助。在實際運作過程，65歲以上年長者若符合社會福利補助對象將可依法申請，而若是領有身心障礙證明者亦可針對其障礙別申請福利補助，這些族群均可順利轉介。但針對年齡不到65歲，又無身心障礙情形者，社政單位將無法介入協助，此時往往需要更保會介入，例如負責找尋短期安置處所。

針對特殊需求個案之安置，社政機關較為專業及有相關之資源，因此社政機關確實有介入之需要。(F11-2-5)

社政跟矯正機關出監前2至3個月，應訂有一套機制，利於更保配合協助。(F9-2-2)

身障這種更生人需要專業單位的協助，更保比較無法勝任，社政、衛政機關因為條件較好、資源較足，可提供更生人長期的協助。(F5-2-2)

因為更保的工作組織規定，可編列更多經費、媒合更多相關機構，提供安置處所、中途之家，或收容非社會福利身分的人員，收容期間協助他們取得福利身分。(F15-2-1)

許多先進國家在服務收容人上，是將社政及衛政系統等社區資源延伸至矯正機關，我國矯正機關現行雖然習慣與更保會合作，但考量更生人復歸社區需要長期的輔導，社政及衛政系統的社區資源，應該可以提前進入矯正機關服務收容人，俾利

出監後的輔導。至於更生會則是補充社政及衛政系統的不足處，如此才能避免更生人出監銜接上產生落差，無法保障這類特殊更生人的權益。

矯正機關習慣找更生會合作，但矯正機關可以走出去，媒合相關機構，取得更多資源，達到更好的效果，監所應該走出社區，因為人們對監所更有印象。(F5-2-1)

伍、研究結論與建議

綜合相關研究文獻，及實證資料分析結果，本文提出下列結論與建議：

一、我國身心障礙更生人的跨網絡服務模式尚待建立

根據聯合國毒品與犯罪問題辦公室 (UNODC) 定義，犯罪者復歸社會協助方案，可以從以社區為基礎的非監禁處遇措施或在監獄提供教化處遇措施，以及出監後提供重返社會和更生保護計畫 (UNODC, 2018:50)。參考國外的更生保護規定，更生保護工作需建構跨網絡合作機制，各機關有需要負責的角色與職責。我國在社區當中，社政機關與衛政機關對於毒品人口、性侵害加害人、家庭暴力相對人或精神障礙者有各種協助方案，但這些社區的更生人處遇方案都未曾提前進入矯正機關，從犯罪者在收容期間就予以輔導協助。更生保護會與矯正機關對於衛生福利部在社區已提供的更生保護工作也多數一無所知，究其原因，一為更生保護會與社政和衛政系統過去彼此間相當陌生，雖然服務對象常有重疊，但在社安網第二期計畫之前，兩者幾乎毫無交集。二為更生保護會資源與量能不足，難以想像可以深化輔導更生人。近年來，為防止再犯和即時提供協助，犯罪者全程照護觀念漸受重視。本研究從深度訪談中可以得知，有身心障礙狀況的特殊更生人，其協助措施通常非更生保護會一力所能為，雖然矯正機關對於這類收容人，有需要時會召開轉銜會議，邀請相關單位討論處理方式，但除了這種個案討論方式外，由於跨網絡的服務模式尚待建立，目前各機關的權責與分工，尚無明確的規定可依。

二、年長更生人增加，挑戰性大，保護措施需求不同以往

重刑化刑事政策下，長期刑人員增加，矯正機關中收容人的年齡上升，連帶

地，更生人年齡層亦往上增加。而年長更生人因老化所帶來的身體狀況變化，服務需求可能不同於一般有工作能力的更生人需要就業服務，反而是安置與疾病治療的長期照護需求居多，且這類需要安置服務的個案，應在出監前就提早處理，出監後就直接由社福系統服務。從深度訪談分析發現，這類更生人的更生保護需求是複合性的，單由更生保護會提供服務有其困難度。

三、精神障礙更生人安置上易面臨困難

在刑事司法系統中，患有嚴重精神疾病的人是對精神衛生和刑事司法當局重大的挑戰。尤其是患有嚴重精神疾病的更生人比沒有精神疾病的更生人有更高的再犯可能性。這些人誠然是更生保護工作者應該特別關照的對象。但是許多更生人在進入矯正機關前，或是在監所收容期間，都未取得精神障礙的鑑定身分。再者，我國對精神障礙之鑑定相當嚴格，導致漏接許多個案。而從深度訪談分析中發現，這種隱藏性的精神障礙者，是更生保護會在安置上最為棘手的情形，不容易找到安置處所。

四、收容期間取得福利身分有助更生人出監轉銜

身分身心障礙者出監後須轉銜至社福系統，然而社福身分的申請卻需要一段時間。雖然收容人在矯正機關中，相關的福利措施都會暫停，但是相關福利對於其出監後的轉銜安置，以及相關社會福利資源的取得卻非常重要。因此，無論是深度訪談還是焦點團體座談會，研究對象多認為，矯正機關如果發現收容人有符合社福的補助身分，應該在收容中就幫其申請，這樣有利於出監後的協助。此外，矯正機關目前對於特殊收容人，會召開轉銜會議，會議中包括個案處遇所需的相關單位，除了更保外，可能還有社政、衛政、勞政、警政，甚至教育機關，一起就收容人出監後可能面臨的就醫或安置等問題，共同擬訂處遇計畫。就身心障礙者而言，出監的轉銜會議有助於特殊需求的更生人出獄後得到有關單位協助。但目前來看，除了精神障礙者及毒品犯罪者出監前需做轉銜會議，卻並非所有的特殊處遇需求收容人都會召開轉銜會議研商，例如年長收容人、精神障礙以外的身心障礙收容人（如智能障礙）等，因並無法規強制要求，是否邀集各單位召開轉銜會議，則由矯正機關自行判斷。

五、政府應持續推動身心障礙收容人跨網絡合作平台

研究者以為，若將收容人當成穿著囚衣的國民，則其在矯正機關內的衛生醫療照護，由負責一般國民醫療的衛生機構負責為宜。而要啟動全程輔導模式，地方政府也必須有相關經費與人力，來協助更生人，尤其應該優先建構司法系統、社會福利與衛生醫療系統以及社區之間訊息共享平台。我國更生保護會現行的角色，似乎是最適合擔任更生人出監後的轉銜協助角色，然而更生保護會畢竟為民間團體，國外對於更生人的處遇計畫，多採用跨網絡合作的方式，並由權責的政府單位主責，負責協調聯繫工作。自去(2021)年，矯正機關及更生保護會開始加入社安網第二期計畫，與衛生福利部所屬機關有更為密切的接觸。本研究認為，當兩者間的合作越來越頻繁，分工的模式則可越顯清楚，待時機成熟後，對於更生保護工作的分工，各單位擔負的責任應該明確，因此需要持續推動身心障礙收容人跨網絡合作平台。

六、更生保護會應建置更生人資料管理系統以利照護追蹤

研究者以為，肩負我國更生人輔導工作的更生保護總會可仿效其他政府部門，建構個案資料庫，再提供給所屬各分會建置個案資料，並跟矯正機關的出監人口進行介接。如此一來，將可對更生保護會所服務之個案，進行更為完整的服務與分析。而為便利個案的追蹤，應該在更生保護法中增加相關規定，讓更生保護會可以直接介接矯正機關的系統，一來在出獄的銜接上可以不漏接個案，二來可以落實全程照護的概念，並持續進行追蹤。整體而言，從個案管理的角度，應該要朝建構個案管理系統的方向努力，尤其不論是矯正機關或是更生保護會都隸屬於法務部，要達成此一目標應該不難。等系統發展成熟，還可以進一步與其他機關的系統資料進行連結，形成跨網絡資訊平台，讓網絡內的成員彼此可以分享資訊。

七、盤點社政、衛政的服務模式，落實全程照護概念

毒品與酒後駕車的公共危險案件，為目前司法系統佔量最多的犯罪類型之一。這類的犯罪類型，犯罪者不單純被當成罪犯，還可能被視作病人，處遇方式有別於一般犯罪類型的更生人。為協助毒癮者的戒治，讓其復歸社會，政府各機關投入大量的資源與人力，甚至在各縣市成立毒防中心，針對毒癮者的處遇需求提供幫助。此外，部分縣市的觀護人室亦有毒品更生人社會復歸的多元處遇計畫。目前毒品更

生人爲更生保護會的服務對象，甚至部分更生保護會還有新增毒品個案管理師。然而在相關資源上，並無法與衛生福利部所屬機關相較，因此應該考慮將藥酒癮的更生人服務，回歸衛政系統爲主。研究者認爲，因資源配置，政府應先行盤點社政及衛政的量能，對於本來就是屬於社政及衛社系統服務對象的收容人，考量更生人復歸社區需要長期的輔導，社政及衛政系統的社區資源，應該可以提前進入矯正機關服務收容人，俾利出監後的輔導。同時，針對家庭支持系統薄弱之更生人，可參考國外社區更生人服務模式，經由招募志工提供更生人復歸社會之陪伴，藉以強化非正式支持系統之力量。

八、政府應對現行更生保護資源進行完整盤點

從現行政府的工作分工上，更生保護工作主要是法務部的業務，然而更生保護工作涉及單位非常多，不是法務部或更生保護會可以獨自完成。綜合本研究所蒐集之資料可以發現，更生輔導工作需採行跨網絡的合作模式，且應考量政府資源配置及全程照護理念，盤點各系統的現行資源能夠負擔的量能，才不會有資源重複，或部分單位負荷量過大，無法精緻化輔導工作，甚或漏接個案的情況。爲制定更生保護政策與措施，研究者以爲政府相關應先進行研究，尤其應就目前公私協力狀況，盤點我國更生保護的資源與網絡運作狀況，方能規劃出更爲完整的更生保護網絡合作架構。尤其是目前司法系統佔量最多的藥酒癮是犯罪類型，因犯罪者不單純被當成罪犯，還可能被視作病人，處遇方式有別於一般犯罪類型的更生人，這類兼具治療與更生輔導的犯罪類型，其服務模式應該爲何、需要結合哪些網絡、如何分工？都應該進一步研究。目前爲協助毒酒癮者的戒治，讓其復歸社會，政府各機關皆投入大量的資源與人力，研究者以爲，因爲各部會關注的焦點有所不同，相關部會都應該針對此議題進行研究。

最後值得一提的是，鑑於本研究經費之限制和關注之焦點，因此，並未以出獄之更生人爲研究對象進行研究，此乃本文之重大研究限制。然鑒於更生人的生活情形與需求調查，是政策規劃上重要參考項目，而且相對而言，需探討的議題也較爲廣泛。建議未來法務部相關單位，可思考定期對更生人進行需求評估，並持續提供所需之支持服務，從而降低其再犯風險。

參考文獻

一、中文參考書目

- 立法院 (2014)。第 8 屆第 5 會期第 9 次會議議案關係文書。
- 周愷嫻、侯崇文、曹光文 (2014)。更生受保護人就業促進資訊蒐集與就業服務模式建構計畫，行政院勞動部勞動力發展署委託研究計畫。
- 孟維德、黃翠紋、蔡田木、溫翎佑、周坤寶 (2021)。矯正機關身心障礙收容人生活適應及特殊需求之實證研究，法務部矯正署委託研究。
- 曾淑瑜 (2006)。精神障礙者犯罪處遇制度之研究，刑事政策與犯罪研究論文集，8，頁 67-93。
- 鈕文英 (2016)。生命無極限—身心障礙者生活品質的意涵與提升，南屏特殊教育，7，頁 95-112。
- 鄭添成 (2012)。英國司法保護制度之研究。行政院所屬機關因公出國人員出國報告。

二、外文參考書目

- Baudin, C., Nilsson, T., Wallinius, M., Sturup, J. & Andiné, P.(2020). A 24-Year Follow-up Study on Recidivism in Male Mentally Disordered Sexual Offenders With and Without Psychotic Disorders. *Journal of Forensic Sciences*, 65(5),1610-1618.
- Berman, G & Dar, A. (2013). *Prison Population Statistics*. U K, Ministry of Justice.
- Cuddeback, G. S., Grady M., Wilson, A. B. Deince, T.V., Morrissey, J.P.(2019). Persons With Severe Mental Illnesses and Sex Offenses: Recidivism After Prison Release. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 63(12) 2157–2170.
- Edwards, L., Jamieson, S. K., Bowman, J., Chang, S., Newton, J. & Sullivan, E.(2022). A systematic review of post-release programs for women exiting prison with substance-use disorders: assessing current programs and weighing the evidence. *Health & Justice*,10(1),1-32.
- Health Services Management Centre (2007). *Adult Social Care in Prisons: A Strategic Framework*. Retrieved from: <https://www.birmingham.ac.uk/Documents/college-social-sciences/social-policy/HSMC/research/prison-adult-social-care.pdf> [Accessed 1 /Nov/2022]
- Her Majesty's Prison and Probation Service (HMPPS) (2020) The Draft Target Operating Model for the Future of Probation Services in England and Wales: Probation Reform Programme. London: HMPPS.
- HM Prisons & Probation Service.(2018).Models for Operational Delivery: Older Prisoners. Retrieved from <https://committees.parliament.uk/publications/1740/documents/16889/default/>[Accessed 1/Nov/2022]

- Lazere, E. (2015). *Making a Good Jobs Program Even Better: How to Strengthen DC's Project Empowerment*. Washington, DC: Fiscal Policy Institute.
- Maschi, T. & Dasarathy, D.(2019). Aging With Mental Disorders in the Criminal Justice System: A Content Analysis of the Empirical Literature. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 63(12), 2103–2137.
- Mitra, S. (2013). A data revolution for disability-inclusive development. *Lancet Global Health*, 1(4), 178-179.
- Morgon Banks, L. & Polack, S. (2014). *The Economic Costs of Exclusion and Gains of Inclusion of People with Disabilities: Evidence from Low and Middle Income Countries*. CBM, International Centre for Evidence in Disability, London School of Hygiene & Tropical Medicine. Retrieved from [http://disabilitycentre.lshtm.ac.uk/files/2014/07/](http://disabilitycentre.lshtm.ac.uk/files/2014/07/Costs-of-Exclusion-and-Gains-of-Inclusion-Report.pdf)Costs-of-Exclusion-and-Gains-of-Inclusion-Report.pdf [Accessed 1 /Nov/2022]
- National Research Council (2014a). *Consequences for Health and Mental Health*. In: *The Growth of Incarceration in the United States: Exploring Causes and Consequences* (PP202-232). Washington, DC: The National Academies Press.
- Pettus-Davis, C. (2014). Social support among releasing men prisoners with lifetime trauma experiences. *International Journal of Law and Psychiatry*, 37, 512-523.
- Prison Reform Trust. (2014). *Bromley Briefings Prison Factfile*. www.prisonreformtrust.org.uk. Retrieved from [file:///C:/Users/user/Downloads/](file:///C:/Users/user/Downloads/Bromley-briefings-prison-factfile-december-2010.pdf) Bromley-briefings-prison-factfile-december-2010.pdf [Accessed 23/December/2021]
- Ray, R., Orrell, B., Bushway, S. et al. (2021). *A Better Path Forward for Criminal Justice: A Report by the Brookings-AEI Working Group on Criminal Justice Reform*. Washington, DC: Brookings Institution.
- Salem, L., Reichert, E., & Siegfriedt, J. (2018). Boston Offender Needs Delivery Project. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 62(11), 3485–3498.
- Torrey, E. F., Dailey, L.Lamb, H. R., Sinclair, E. & Snook, J.(2017). *A State Survey of Serious Mental Illness, Major Crimes and Community Treatment*. Washington, DC: Treatment Advocacy Center.
- Trani, J-F.& Loeb, M. (2012). Poverty and disability: a vicious circle? Evidence from Afghanistan and Zambia. *Journal of International Development*, 24(S1), S19–S52.
- United Nations Office on Drugs and Crime (2018). *Introductory Handbook on the Prevention of Recidivism and the Social Reintegration of Offenders*. United Nations.
- Valera, P. & Boyas, J. F.(2019). Perceived Social Ties and Mental Health Among Formerly Incarcerated Men in New York City. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 63(10), 1843–1860.
- World Health Organization & World Bank. (2011). *World Report on Disability*. Geneva: World Health Organization.

智能障礙性侵犯犯罪特性 及處遇需求研究

DOI : 10.6905/JC.202307_12(2).0002

The characteristics and needs in the treatment
of sex offenders with intellectual disabilities

施睿誼

育達科技大學社會工作系助理教授、
臺灣司法社工學會秘書長

葉怡伶

國立彰化師範大學輔導與諮商學系助理教授
國立彰化師範大學研究倫理審查委員會執行秘書

吳慧菁

國立臺灣大學社會工作系教授兼系主任、
臺灣司法社工學會理事長

鍾志宏

法務部矯正署專門委員、
中央警察大學犯罪防治學系兼任助理教授

王葦庭

法務部矯正署科員

DOI : 10.6905/JC.202307_12(2).0002

摘要

施睿誼、葉怡伶、吳慧菁、鍾志宏、王葦庭

整體社會對於身心障礙者權利的重視，使智能障礙者司法議題漸受關注。臺灣性犯罪者處遇計畫，依性侵害犯罪防治法分為監獄內處遇及刑後處遇；其中智能障礙者性侵犯，其認知功能及精神狀態影響社會適應及行為能力，對犯行的理解及賡續再犯預防，應需有別於一般處遇計畫的介入模式。為瞭解臺灣智能障礙者性侵犯犯罪樣態及現行處遇概況，透過文件分析矯正機關收容、處遇等相關資料，並透過量化分析深入了解犯行特徵。依據分析結果，針對智能障礙者性侵犯執行現況、相關特性及處遇等進行討論，以期理解其處遇服務間的適切性，並依此提出具體建議。

研究方法乃透過分析蒐集受指定矯正機關收治智能障礙概況，了解智能障礙性侵犯之執行現況及社區之分布情形。另搜尋司法院裁判書系統經法院裁判犯行成立，且加害人為智能障礙者之性侵害案件，透過編碼，以敘述性統計及Kolmogorov-Smirnov 檢定分析智能障礙性侵犯人口特性、犯行特性及犯行之被害人特性等變項。另一方面，藉文件分析矯正機關智能障礙性侵犯現行處遇現況，分別從監獄性侵犯處遇機制，及現行矯正機關提供之智能障礙性侵犯處遇方案進行探討。

研究發現，智能障礙者性侵犯罪犯均為男性，有近九成罪犯智能障礙程度集中於輕、中度。分析裁判與執行紀錄則發現智能障礙性侵犯36%具有性犯罪前科，且76.7%刑期在三年以下。另從受害者分析，未滿14歲或65歲以上者被害人佔比率偏高，且加害人和被害人多為熟識，可見矯治體系與社區處遇體系的服務轉銜與接軌應有其必要性與重要性。而矯正機關智能障礙性侵犯現行處遇方案，則包含監獄性侵犯處遇機制及智能障礙性侵犯處遇方案兩部份。

據此，針對智能障礙性侵犯處遇提出具體建議，包括：針對智能障礙性侵犯提供完整的處遇計畫、提供處遇專業工作者充分的培訓與督導機制、研發智能障礙性侵犯處遇課程內容及教材、教具及納入社區式身心障礙照顧單位共同發展社區處遇網絡等，盼提供相關單位作為策進智能障礙性侵犯處遇之參考。

關鍵字 | 智能障礙者、性侵害罪犯、性侵害處遇計畫

The characteristics and needs in the treatment of sex offenders with intellectual disabilities

Abstract

*Jui-yi Shy, Yi-ling Yeh, Hui-Ching Wu,
Chih-Hung Chung, Wei-Ting Wang*

The rights of the person with disabilities has been considering more and more importance, which leads the attention in the field of forensic issues related to intellectual disabilities (ID). According to the “Sexual Assault Crime Prevention Act”, the treatment of sex offenders can be divided into prison-based treatment and community-based treatment in Taiwan. Based on the differences on cognitive function and social adaptation between Individuals with and without ID, the treatment should be distinguished for preventing their re-offending. The aim of this study was to understand the characteristics, types of sex offenses, and the needs in the treatment of sex offenders with ID via the database from the correctional institution in Taiwan. The first part of the study, thirty cases were collected to conduct Kolmogorov-Smirnov test. The second part, the programs of the prison-based treatment of sex offender with ID from six correctional institutions in Taiwan were analyzed and discussed. The findings show that all selected sample is male and over ninety percent of the mental retarded sex offenders is considered mild and moderate retarded. About 36% of the sample was identified as having prior criminal record and which 76.7% samples were punished with imprisonment for not more than three years. In contrast, the age pattern of victims of sex offence among MR sex offenders focus on persons younger than 14 and age 65 or older. The victim-perpetrator relationship is most often familiar. Suggestions and implications for practice in this study were summarized as follows: first, delivering a comprehensive range of treatment to sex offenders with ID is necessary; second, providing adequate training and supervision for professionals; finally, developing the treatment curriculum and community-based treatment program with community care institutions for sex offenders with ID.

Keywords : intellectual disabilities, sex offender, Sex offender treatment program

壹、前言

在過去幾十年中，關注智能障礙領域的司法議題在國際相關研究數量逐漸增加(Lindsay, 2002)。因二十世紀，大眾普遍認為智能障礙可能與罪行、惡習有關，且一些研究人員指出，智能障礙者在性犯罪此一族群的人數有所增加，更有幾位作者指出，智能障礙者的施暴比率更高，而顯得該議題格外重要。例如，在一項針對 461 位智能障礙者的成年性虐待案件的研究中，Furey(1994) 發現 42% 的性虐待施暴者同樣為智能障礙者。Thopson 和 Brown(1997) 也指出大多數受到性虐待的智能障礙者是由另一群智能障礙者所為。

臺灣的性犯罪者處遇計畫，依照《性侵害犯罪防治法》進行治療，可分為監獄內處遇及刑後處遇；智能障礙者本身在認知及精神狀態的特殊性、在社會適應及行為能力上也有一定的限制，其對於犯罪行為的理解及後續再犯預防上，應需要有不同的介入方式。然而，監所內對於智能障礙者的處遇仍多以一般方式進行，其成效相當有限，監所外的刑後處遇又稱社區處遇，包含觀護處遇與社區治療，其主要核心乃在於治療與監督（身心治療與輔導教育）（黃芳誼、林明傑，2012）。國內雖有許多不同的處遇方式，但並沒有針對智能障礙者進行方案的調整，DSM-5 在臨床上智能障礙者定義為智能在 70 分以下，而現今臺灣兵役法也進一步擴大將智能低下者（智能在 80 分以下）視為可免役，視為需特別教導、對待的族群之一，可知智能低下者在社會適應及行為能力上應的限制，但目前並無針對這個族群在性犯罪上相關的研究（林倩如、陸惠文，2017）。

智能障礙的犯罪者為刑事司法系統帶來了複雜的倫理和實務問題。他們經常對法律程序了解有限或根本不了解，並且容易在警察拘留期間做出假的供述（Clare & Gudjonsson, 1995；Gudjonsson 等人，1993），並且較無法適應監獄中的制度和其他罪犯（Murphy & Clare, 1998 年）。幾個世紀以來，與智能障礙犯罪者有關的刑事責任、處置和轉向問題一直在挑戰世界各地的司法系統。智力低下是與犯罪相關的因素之一，儘管智能障礙者的犯罪率是否與一般智力人群的犯罪率不同仍尚有爭議（Farrington 1995；Murphy & Mason 1999）。

儘管專責單位將繼續針對暴力犯罪的人進行處遇，大多數的智能障礙犯罪者，應接受以社區為基礎的服務提供，此為英國的主流觀點。刑事司法系統識別智能障礙犯罪者是否需要轉向的能力，以及在社區環境或安全場所中治療和介入的成效，尚未得到充分研究。治療和介入的評估主要奠基於狹義定義的測量方法。此外，仍舊缺乏智能障礙犯罪者與精神疾病或人格疾患共病相關的資訊 (Barron, Hassiotis & Banes, 2002)。

為瞭解臺灣智能障礙者性侵犯罪犯罪樣態及現行處遇概況，以作為矯正機關、社區處遇單位強化服務之依據。本文透過文件分析矯正機關收容、處遇等相關資料，並透過分析判決書深入了解犯行特徵，為具體呈現，以描述性統計說明樣本分布情形，並由 Kolmogorov-Smirnov 檢定分析各變項之意義。依據分析結果，針對智能障礙者性侵犯罪執行現況、相關特性及處遇等進行討論，以期能夠找尋出監後更有效之社區處遇與安置方式，改善現今成效不彰的困境。

貳、文獻探討

一、智能障礙者常見之性偏差行為特性與相關因素

由於智能障礙者認知發展上的限制，智能障礙性侵犯的性衝動與控制能力及其與性犯罪之間的關係至今仍存在許多爭議。部分研究認為智能障礙者性衝動較一般人高，控制能力也顯著低於一般非智能障礙者，因此，性犯罪的風險較高 (例如：Hayes, 2018; Martí-Agustí, Muñoz García-Largo, Martín-Fumadó, Martí-Amengual, & Gómez-Durán, 2019; Matson & Shoemaker, 2011)，早期 Lindsay、Stephoe 與 Beech(2008) 以及 Keeling、Rose 與 Beech(2006) 的研究也都指出，從自我調控的觀點而言，智能障礙個體在認知上低度的計畫能力與高衝動性，容易導致其自動化地接近犯罪目標 (approach-automatic)，引發性犯罪的產生。

除此之外，欠缺社交技巧，因而導致智能障礙者在人際溝通與互動上的能力受損，也可能會導致智能障礙者產生不適當的性行為 (Lindsay, Michie, Steptoe, Moore, & Haut, 2011)。張小芬 (2011) 曾引述美國國家障礙兒童資訊傳播中心 (National dissemination center for children with disabilities) 指出智能障礙者常見的錯誤社會化行

為包括：「公開與隱私的錯誤」以及「陌生人與朋友的錯誤」，前者指的是對於公眾與私人場所欠缺界線的認知，可能出現公開自慰或暴露生殖器官等行為；後者則是指將陌生人當成家人或朋友對待，出現對其親吻或擁抱的行為等。智能障礙者與大多數人相同，都會對性行為與人際關係感到渴望，然而，智能障礙者在有限的理解能力下，就可能導致他們出現不當的性行為或性犯罪，例如：不當言語、觸摸他人、公然便溺或親吻陌生人等行為 (Lindsay, 2017)。

部分針對青少年智能障礙性侵犯的研究也發現，相較於一般性侵害犯罪者，智能障礙性侵犯更容易違反規定、有更高的衝動行為，社交技巧 (van der Put, Asscher, Stams, & Moonen, 2014)、問題解決能力與認知執行功能也較差 (Miyaguchi & Shirataki, 2014; Vicenzutto, Joyal, Telle, & Pham, 2022)。然而，亦有部分研究者認為沒有智能障礙的性侵害犯罪者與智能障礙性侵害犯，兩者在性衝動的程度上與控制能力並無顯著差異 (Phenix & Sreenivasan, 2009)。

在 1990 年代 Schoem 與 Hoover 就已提出智能障礙者性偏差行為論述的不適用性，認為智能障礙者由於欠缺對於社會規範的認知，因此，在與人互動時經常出現不適當的觸碰行為或於公眾面前進行自慰行為，而被認定為是性偏差行為的展現。然而，若在理解其欠缺認知規範的基礎上，應將這樣的行為歸類為社交技巧的缺乏而非性偏差 (Lindsay, 2017; Brkić-Jovanović, Runjo, Tamaš, Slavković, & Milankov, 2021)。Hayes (2009) 比較了男性智能障礙性侵犯與非智能障礙性侵犯早年經驗發現，兒少時期經歷過虐待的智能障礙性侵犯在性侵時更容易出現性虐待行為。部分研究則將焦點放在智能障礙者所接受的性知識與性教育。Lindsay (2017) 的研究發現，智能障礙性侵犯的性知識反而比非性犯罪的智能障礙犯罪者以及沒有犯罪紀錄的智能障礙者更高，顯示性知識的充足與否，並不會影響智能障礙者性犯罪行為的產生。然而，Vicenzutto 等人 (2022) 的研究卻也認為智能障礙性犯罪者的特徵之一，就是性知識的缺乏，特別是在與社會情境相關的性互動知識上的欠缺。

綜合前述爭議可知，智能障礙者的確可能因其認知功能與社交技巧之缺損，而導致其對於人際界線模糊，亦可能因欠缺自我控制技巧，進而促使其在互動過程產生不適當的接觸或騷擾行為。然而，對於智能障礙性侵害行為人的性衝動是否較一

般性犯罪者高，則仍存有爭議。除此之外，智能障礙者過去的負向經驗對其後續的性侵害行為特徵之影響，也是研究者所需要進一步了解的。

二、國內外智能障礙性侵害處遇取向與觀點

美國佛蒙特州 (Vermont) 早期對於智能障礙性侵犯之社區處遇理念認為：行為人復歸社會後的環境對其是否再犯具有重要的影響，若社會能提供充足的工作機會、藥物治療與家庭支持等綿密的社會資源網絡，個案就能有較低的再犯危險 (McGrath, Livingston, & Falk, 2007)。該方案自 1993 年至 2004 年，分為參與的個案有 83% 為性接觸犯罪者 (contact sex offender)，主要犯下性侵與性騷擾罪刑，亦有 55% 的個案為非接觸性的性犯罪者，大多為露陰障礙者。研究結果顯示，智能障礙者在接受佛蒙特州的社區處遇後，追蹤 5.8 年，整體再犯率為 10.7%，與 1989 至 1997 年之機構處遇相比，降低約 13%，顯示佛蒙特州此一以家庭與專業照顧人員作為監督基礎的智能障礙性侵犯行為人社區處遇方案的治療效果較該州實施認知處遇的機構方案為佳。

另一方面，此一研究結果卻與 Marotta(2017) 曾針對智能障礙者行為健康的處遇效果進行系統性的分析研究結果有所差異，在 Marotta 所回顧的 18 篇研究中，其中 8 篇以認知行為治療 (包括：性幻想、自慰、性衝動之性教育、認知扭曲、受害者同理、人際互動技巧與問題解決能力等) 作為處遇基礎之研究顯示，智能障礙性侵犯行為人在分別追蹤 6 個月至 6 年半後，不僅降低了性侵害的意圖，也已無再出現性犯罪行為。上述兩項大型研究結果亦顯示目前在智能障礙性侵犯處遇的取向上，要以認知行為為基礎亦或是家庭支持監督為核心仍有許多討論的空間。

我國目前針對智能障礙性侵犯的處遇，仍以獄內結合認知行為治療之再犯預防模式為主 (林明傑，2011)。以法務部矯正署嘉義監獄為例，考量智能障礙性侵犯行為人的認知能力，獄內處遇的目標除了以現實治療法為基礎，從認知上加強收容人高危險情境之自我辨識外，亦格外重視藉由練習強化學習遷移的效果，並加入優勢觀點，整合出四項框架結構指標，分別為：確定方向、找出作法、找出優點以及慢慢做到 (法務部矯正署嘉義監獄，2017)。然而，整體而言，國內現階段仍缺乏對於智能障礙性侵犯行為人相關處遇模式與治療需求之探討。

參、執行現況與犯行特性分析

一、執行現況

我國矯正機關為妥予提供性侵犯強制身心治療或輔導教育處遇，指定臺北監獄等 10 所矯正機關為性侵犯處遇執行監獄，本研究為了解矯正機關智能障礙性侵犯執行現況，爰此，蒐集前開 10 所矯正機關智能障礙性侵犯人數、智能障礙程度、處遇類別及戶籍地，俾利探討我國智能障礙性侵犯之執行現況及未來復歸社區之分布情形。

依表 3-1 可知，統計至 112 年 3 月底，10 所執行機關共收容 3,093 名性侵犯，其中以臺北監獄 774 人最多，其次為臺中監獄 627 人，臺中女子監獄收容女性性侵犯，收容人數最少 18 人，另有少年性侵犯 20 人收容於明陽中學。

3,093 名性侵犯中有智能障礙者共有 90 人，依其障礙程度分別為輕度 46 人、中度 38 人、重度 6 人。爰此，我國矯正機關智能障礙性侵犯佔全體性侵犯比例為 2.91%，而智能障礙程度則以中、輕度人數佔絕大數，達 93.33%(84/90)，重度智能障礙性侵犯僅有 6.7%。

性侵犯入監後依刑法第 77 條、監獄行刑法第 115 條及妨害性自主罪與妨害風化罪受刑人強制身心治療及輔導教育實施辦法等規定，除須移至執行監獄集中處遇，亦依前開法規進行篩選，參酌受刑人之犯行、在機關情狀、家庭成長背景、人際互動關係、就學歷程、生理與精神狀態或治療及其他相關資料進行評估，以決定其應予強制身心治療或輔導教育，90 名智能障礙性侵犯，共有 83 人 (83.92%) 須接受強制身心治療，另外 7 人 (7.8%) 則係接受輔導教育。

為了解是類個案未來出監轉銜至社區的分布情形，另分析其戶籍地後發現，新北市有 16 人 (17.78%) 最多，其次依序為桃園市 10 人 (11.1%)、臺中市 9 人 (10.0%)、花蓮縣 8 人 (8.89%)、宜蘭縣及臺東縣均為 6 人 (6.67%)、臺北市、雲林縣及臺南市為 5 人 (5.56%)、屏東縣 4 人 (4.44%)、高雄市、金門縣及彰化縣為 3 人 (3.33%)、苗栗縣、基隆市及新竹縣為 2 人 (2.22%)、南投縣為 1 人 (1.11%)，其他行政區域則無。另

言之，雖然都會區有較高的智能障礙性侵犯，如新北市、桃園市、臺中市，但其他縣亦均有一定人數，因此，布建智能障礙性侵犯出監後轉銜至社區的安置或照護資源，應該是各縣市都應關心的議題。

表 3-1 執行監獄性侵犯智能障礙程度統計

機關別	智能障礙程度				小計
	無	輕度	中度	重度	
臺北監獄	774	12	10	1	797
臺中監獄	627	11	3	1	642
臺中女子監獄	18	1	0	0	19
彰化監獄	133	1	1	0	135
嘉義監獄	181	3	1	0	185
高雄監獄	481	5	2	1	489
屏東監獄	161	2	2	0	165
花蓮監獄	189	6	8	0	203
宜蘭監獄	419	4	10	3	436
明陽中學	20	1	1	0	22
小計 (%)	3003	46	38	6	3093
	97.09%	1.49%	1.23%	0.19%	100.00%

資料來源：法務部矯正署統計資料

二、犯行相關特性分析

為了解智能障礙性侵犯之人口特性、裁判與執行紀錄、犯行及被害人特徵，研究團隊以「智能障礙」及「妨害性自主」為關鍵字，於司法院裁判書系統^[1]蒐集 110 至 112 年間，經法院裁判犯行成立，且加害人為智能障礙者之性侵害案件，共 30 件^[2]。研究者依判決書內容逐一編碼智能障礙性侵犯與犯行相關之各種變項並進行分析，期能從其犯罪特性了解處遇需求，惟不同法官於判決書描述案件或加、被害人特徵之重點或有不同，爰此，部份變項如因法官未予記載時，則記為遺漏值。

[1] 網址：https://judgment.judicial.gov.tw/EJUD/Default_AD.aspx

[2] 符合條件之案例為 112 年及 111 年間全部判決紀錄，然因是類樣本數少，於矯正機關共有 3093 名性侵犯中，僅 90 人為智能障礙者，因此繼續於 110 年蒐集至 30 人。爰此，研究樣本雖僅有 30 人，但於描述近年來智能障礙性侵犯罪之現象，應有代表性。

分析除以百分比統計描述各變項不同水準下樣本分布情形，並以 Kolmogorov-Smirnov 檢定考驗各水準的次數分配差異之顯著性，俾以說明各變項不同水準下次數分配之意義。

(一) 加害人人口特性

分析 110 至 112 年間經判決有罪之智能障礙性侵犯加害人人口特性，如表 3-2，30 名樣本中均為男性；智能障礙程度，則以輕度 15 人 (50.0%) 最多，重度 3 人 (10.0%) 最少；實施犯行時，有 28 人 (93.3%) 已經成年逾 18 歲，僅有 2 位為未成年；研究樣本雖然係智能障礙者，但從教育程度觀之，多數受有教育，其中高中 (職) 13 人 (61.9%) 最多，而教育程度未達國中以上，僅 1 人 (4.8%) 為國小；就業部份則係 14 人 (66.7%) 有工作，另有 7 人 (33.3%) 係仰賴家人扶養；絕大多數都是未婚，有 21 人 (91.3%)，僅 2 人 (8.7%) 已婚。

以 Kolmogorov-Smirnov 檢定考驗加害人人口特性各水準數值的差異發現，智能障礙性侵犯均為男性 (100.0%)，而智能障礙程度則顯著集中於輕度 (50.0%) 及中度 (40.0%)；年齡顯著集中於成年 (93.3%)；教育程度集中於高中 (職) (61.9%)；智能障礙性侵犯有就業營生能力的人數 (66.7%) 達顯著水準，而其婚姻狀態主要為未婚 (91.3%)。

表 3-2 智能障礙性侵犯人口特性分析

變項 (人數)	分類 / 水準	人數	百分比 %	Kolmogorov-Smirnov 檢定
性別 (30)	男	30	100	-[3]
	女	0	0	
智能障礙程度 (30)	輕度	15	50.0	2.739**
	中度	12	40.0	
	重度	3	10.0	
年齡 (30)	未成年	2	6.7	5.112***
	成年	28	93.3	

[3] 性別變項因只有男性，而無法計算變異數，因此未執行 Kolmogorov-Smirnov 檢定。

變項 (人數)	分類 / 水準	人數	百分比 %	Kolmogorov-Smirnov 檢定
教育程度 (21)	國小	1	4.8	1.528*
	國中	6	28.6	
	高中 (職)	13	61.9	
	大學	1	4.8	
就業 (21)	無	7	33.3	3.055***
	有	14	66.7	
婚姻 (23)	未婚	21	91.3	4.379***
	已婚	2	8.7	

註：* p<.05; ** p<.01; *** p<.001。

(二) 裁判與執行紀錄

智能障礙性侵犯的裁判與執行紀錄分析變項包括前科罪質、刑期、緩刑及監護。依表 3-3 可知，研究樣本中，以無前科 12 人最多，其次為有性犯罪前科 9 人 (36.0%)；罪名以強制性交 6 人 (20.0%) 最多，其次是對於十四歲以上未滿十六歲之人為性交，有 5 人 (16.7%)；刑期則以逾一年至三年以下 12 人 (40.0%) 最多，有 8 成樣本的刑期係三年以下，僅 1 人 (3.3%) 逾五年；另有 9 人 (30.0%) 雖然有罪，但獲得法官予以緩刑；並僅有 3 人 (10.0%) 另外裁定監護處分。

以 Kolmogorov-Smirnov 檢定考驗智能障礙性侵犯裁判與執行紀錄各水準數值的差異發現，智能障礙性侵犯的前科罪質顯著集中於無前科 (48.0%) 及性犯罪前科 (36.0%) 二類，但其性犯行則無集中於特定性犯罪類型的情形；刑期顯著集中於一年以下 (36.7%) 及逾一年至三年以下 (40.0%) 等二類；研究樣本中多數未獲得法官緩刑 (70.0%) 及監護 (90.0%)。

犯罪人如果有前科者之再犯率會比無前科者高，而性侵犯之研究亦有類似如此之發現 (Quinsey, Lalumiere, Rice, & Harris, 1995；鍾志宏，2016)。鍾志宏 (2016) 研究指出再犯性犯罪的出監性侵犯，其於入監前的性犯罪紀錄平均數高於出監後未再犯或再犯性犯罪的樣本，而研究樣本中有性犯罪的前科率為 6.5%，然本研究有性犯罪的前科率則達 36.0%，另言之智能障礙性侵犯相較於整體性侵犯，有更高的性侵前

科率。據此及前揭文獻主張，有智能障礙的性侵犯，其亦有較高風險再犯性犯罪。

陳玉書等人 (2011) 蒐集 2007 至 2010 年間各地方法院妨害性自主案件^[4] 有罪判決，共有 5,818 宣告刑次，5,009 人次^[5]。分析前述宣告刑，刑期分布 1 年以下 2,100(36.10%) 刑次最多，其次為逾三年至五年以下 1,602 刑次 (27.53%)，第三係逾一年至三年以下 1,305 刑次 (22.43%)，而五年以上者最少為 811 刑次 (13.94%)^[6]。另言之，刑期在三年以下之刑次為 58.53%，低於前述智能障礙性侵犯 8 成之比率。

此外，於陳玉書等人 (2011) 同一研究中，分析刑法第 221 條第 1 項、第 2 項、第 222 條第 1 項、第 2 項、第 224 條及第 227 條第 1 至 5 項之有罪判決中，在有罪判決的 2,303 人中，有 733 人 (31.8%) 獲得緩刑，此一緩刑比率和智能障礙性侵犯接近。

經法官裁定監護之智能障礙性侵犯則僅 3 位，此因監護依刑法第 19 條及第 87 條規定，須犯行有因精神障礙或其他心智缺陷，致不能辨識其行為違法或欠缺依其辨識而行為之能力者或因前述原因，致其辨識行為違法或依其辨識而行為之能力，顯著減低者等情形，爰此，法官在參考精神醫學鑑定報告，多因報告的內容而聚焦於因思考、情緒、知覺、認知、行為及其他精神狀態引起之精神障礙，對於性侵犯之智能障礙情形較少認有監護之必要，在本研究所蒐集之判決書，亦不乏精神科醫師認為智能障礙無法透過醫療方式改善而建議法院無監護必要。以上情形使得智能障礙性侵犯裁定監護人數並不多。

從以上裁判與執行紀錄分析及相關文獻比較可知，智能障礙性侵犯雖然有較高的性犯罪前科，而可能有較高的性犯罪再犯率，但其刑期主要都是三年以下的短刑期，意謂著其惡性非重，但其獲得緩刑之比率相當於全體性侵犯，未因其智能障礙而有較高的緩刑率，且其裁定監護人數亦不多。

[4] 係指觸犯刑法第 221 條至第 227 條、第 228 條、第 229 條、第 332 條第 2 項第 2 款、第 334 條第 2 款、第 348 條第 2 項第 1 款之罪

[5] 每個性犯罪的宣告刑各計一個宣告刑次，每個加害人則計為 1 個人次。如一個人該次判決有三件性犯罪宣告刑，則計為 1 個人次與 3 個宣告刑次。

[6] 811 人之中包括無期徒刑 7 人，死刑 2 人。

表 3-3 智能障礙性侵犯裁判與執行紀錄分析

變項 (人數)	分類 / 水準	人數	百分比 (%)	Kolmogorov-Smirnov 檢定
前科罪質 (25)	無	12	48.0	2.400***
	非性犯罪	4	16.0	
	性犯罪	9	36.0	
罪名 (30)	加重強制性交	2	6.7	.959
	加重強制猥褻	3	10.0	
	乘機性交	1	3.3	
	乘機猥褻	4	13.3	
	強制性交	6	20.0	
	強制猥褻	4	13.3	
	對於十四歲以上未滿十六歲之人爲性交	5	16.7	
	對於未滿十四歲之人爲性交	4	13.3	
	對於未滿十四歲之人爲猥褻	1	3.3	
刑期 (30)	無罪	1	3.3	1.643**
	一年以下	11	36.7	
	逾一年至三年以下	12	40.0	
	逾三年至五年以下	5	16.7	
	逾五年	1	3.3	
緩刑 (30)	無	21	70.0	3.834***
	有	9	30.0	
監護 (30)	無	27	90.0	4.930***
	有	3	10.0	

(三) 犯行特性

智能障礙性侵犯犯罪行爲之特性分析包括發生時段、侵害程度、侵害類型、侵害處所、強制性、被害人成傷情形及犯行承認情形，分析如表 3-4。首先，發生時段以逾 6 時至 12 時 9 人 (33.3%) 最多，其次爲逾 18 時至 24 時 8 人 (29.6%)，逾 0 時至

6時和逾12時至18時則都為5人(18.5%)；侵害程度則幾乎是既遂，僅2人(6.7%)未遂；侵害類型則以性交比較多，有18人(60.0%)，猥褻行為的為12人(40.0%)；侵害處所以他人住處或收容、住宿處所最多，有9人(30.0%)，其次為戶外空間8人(26.7%)，被害人或加害人家中各有5人(16.7%)，公廁最少為3人(10.0%)。犯行為強制性的性侵犯有15人(50.0%)，其次為合意10人(33.3%)，最少的是乘機5人(16.7%)；至於被害人多數未成傷(76.7%)，僅7人(23.3%)有輕傷，並無被害人因犯行而重傷或死亡；21名(70.0%)智能障礙性侵犯於訴訟中承認犯行，5人(16.7%)部份承認，另有4人(13.3%)否認。

以Kolmogorov-Smirnov檢定考驗犯行特性各水準數值的差異發現，發生時段及侵害處所不同水準下的人數並無明顯差異，而侵害程度則以既遂(93.3%)較多、侵害類型主要為性交(60.0%)、犯行雖然以強制性(50.0%)較多但大多未成傷(76.7%)，且多數(86.7%)犯後全部或部份承認犯行。

表 3-4 智能障礙性侵犯犯行特性分析

變項 (人數)	分類 / 水準	人數	百分比 (%)	Kolmogorov-Smirnov 檢定
發生時段 (27)	逾0時至6時	5	18.5	1.145
	逾6時至12時	9	33.3	
	逾12時至18時	5	18.5	
	逾18時至24時	8	29.6	
侵害程度 (30)	既遂	28	93.3	2.941***
	未遂	2	6.7	
侵害類型 (30)	性交	18	60.0	2.130***
	猥褻	12	40.0	
侵害處所 (30)	被害人家中	5	16.7	.934
	加害人家中	5	16.7	
	他人住處或收容、住宿處所 ^[7]	9	30.0	
	公廁	3	10.0	
	戶外空間	8	26.7	

[7] 包括：友人租屋處、安置機構、汽車旅館、旅館、康復之家、彩券行內、教養院寢室、第三人租屋處、監獄舍房

變項 (人數)	分類 / 水準	人數	百分比 (%)	Kolmogorov-Smirnov 檢定
強制性 (30)	合意	10	33.3	1.429*
	強制	15	50.0	
	乘機	5	16.7	
被害人成傷情形 (30)	未成傷	23	76.7	2.590***
	輕傷	7	23.3	
	重傷或死亡	0	0	
犯行承認情形。(30)	承認	21	70.0	2.323***
	部份承認	5	16.7	
	否認	4	13.3	

註：* p<.05; ** p<.01; *** p<.001。

(四) 被害人特性

有關被害人特性分析變項包括被害人年齡、加、被害人關係、被害人智能障礙情形、被害人性別、被害人數，分析如表 3-5。首先，被害人年齡以 16 歲以上未滿 65 歲最多，有 14 人 (46.7%)，其次為未滿 14 歲 9 人 (30.0%)，第三是 14 歲以上未滿 16 歲 5 人 (16.7%)，最少的是 65 歲以上 2 人 (6.7%)。依衛生福利部保護服務司性侵害案件被害人統計^[8]顯示，2021 年被害人 12 歲以下的比率為 6.83%，而 65 歲以上的比率為 0.43%，爰此，智能障礙性侵犯的被害人雖然係以 16 歲以上未滿 65 歲最多，但未滿 14 歲 (30.0%) 或 65 歲以上 (6.7%) 的被害人所佔比率相較於整體性侵犯之被害人，有更高的現象；加、被害人關係則以朋友最多，有 14 人 (46.7%)，其次為沒有關係，即陌生人，有 10 人 (33.3%)，親友最少，僅 2 人 (6.7%)，另言之，智能障礙性侵犯的犯行中，加害人和被害人多數有認識 (66.7%)，與鍾志宏 (2016) 研究，性犯罪中被害人不是陌生人的比率為 67.07% 相當；被害人有智能障礙診斷者為 9 人 (30.0%)，亦即 21 名 (70.0%) 被害人係智能正常；被害人性別則以女性最多，有 27 人 (90.0%)，被害人為男性則係 3 人 (10.0%)，前揭衛福部保護服務司的統計資料，2021 年性侵害案件被害人統計中，女性被害人比率為 82.58%，男性被害人為 17.42%，在智能障礙性侵犯的犯行中，被害人有更高度集中女性的情形；被害人數則以 1 人為多數，有 29 人 (96.7%)，僅 1 人 (3.3%) 的犯行中被害人有 2 人。

[8] 資料來源：<https://dep.mohw.gov.tw/DOPS/cp-1303-59309-105.html>

以 Kolmogorov-Smirnov 檢定考驗被害人特性各水準數值的差異發現，被害人年齡顯著集中於 16 歲以上未滿 65 歲 (46.7%)，但如前述未滿 14 歲 (30.0%) 或 65 歲以上 (6.7%) 的被害人所佔比率有高於整體性侵犯之被害人相同年齡層之現象；加、被害人關係，則主要顯著集中於朋友 (46.7%) 或沒有關係的陌生人 (33.3%)；被害人中為無智能障礙的人數 (21 人) 顯著高於有智能障礙者 (9 人)；被害人性別則顯著集中於女性 (90.0%)，被害人數則幾乎都是 1 人 (96.7%)。

表 3-5 智能障礙性侵犯犯行之被害人特性分析

變項 (人數)	分類 / 水準	人數	百分比 (%)	Kolmogorov-Smirnov 檢定
被害人年齡 (30)	未滿 14 歲	9	30.0	1.643**
	14 歲以上未滿 16 歲	5	16.7	
	16 歲以上未滿 65 歲	14	46.7	
	65 歲以上	2	6.7	
加、被害人關係 (30)	沒有關係	10	33.3	1.826**
	親友	2	6.7	
	朋友	14	46.7	
	網友	4	13.3	
被害人智能障礙 (30)	無	21	70.0	3.834***
	有	9	30.0	
被害人性別 (30)	男	3	10.0	4.930***
	女	27	90.0	
被害人數 (30)	1	29	96.7	5.295***
	2	1	3.3	

前述運用量化統計結果勾勒出智能障礙性侵害犯罪樣貌，除加害者均為男性外，有近九成罪犯智能障礙程度集中於輕、中度。分析裁判與執行紀錄則發現智能障礙性侵犯 36% 具有性犯罪前科，且 76.7% 刑期在三年以下。另從被害者分析，未滿 14 歲或 65 歲以上者被害人佔比率偏高，且加害人和被害人多為熟識，可見矯治體系與社區處遇體系的服務轉銜與接軌應有其必要性與重要性。

肆、矯正機關智能障礙性侵犯現行處遇方案探討

一、監獄性侵犯處遇機制

法務部為有效運用醫療資源及經費，落實監獄對性侵犯處遇，自1995年起陸續指定臺北、臺中、彰化、嘉義、高雄、屏東、宜蘭、花蓮、臺中女子等監獄與明陽中學等共10所矯正機關^[9]，專責辦理性侵犯之篩選與強制身心治療業務。前開處遇除依刑法、監獄行刑法辦理外，並訂定「妨害性自主罪與妨害風化罪受刑人強制身心治療及輔導教育實施辦法」，規範處遇流程，而處遇對象依刑法第77條第1項第3款規定，係指犯刑法第221條至第227條、第228條、第229條、第230條、第234條、第332條第2項第2款、第334條第2款、第348條第2項第1款及其特別法之罪受刑人(鍾志宏，2022)。

依前開授權辦法，性侵犯須由執行監獄之篩選評估小組，參酌受刑人之犯行、在機關情狀、家庭成長背景、人際互動關係、就學歷程、生理與精神狀態或治療及其他相關資料進行評估，俾以決定性侵犯應受強制身心治療或輔導教育之處遇。如經篩選為須強制身心治療之性侵犯，由監獄聘請領有醫事、社工相關專業證照之人員施予團體或個別等各種心理治療，如篩選為須輔導教育者，則由教誨師或監獄外聘之專業人員實施輔導教育。不論係強制身心治療或輔導教育，每月實施時數不得少於2小時，且每屆滿1年至少評估成效1次，直至性侵犯通過治療或輔導評估會議後，始得陳報假釋。不論性侵犯是否通過治療，在完成治療提送結案評估或期滿出監前，治療師均應按治療情形製作「再犯危險評估報告書」、「身心治療或輔導教育處遇建議書」、「治療成效報告書」及「Static-99(RRASOR)量表」、「明尼蘇達性侵犯篩選評估量表 MnSOST-R」，說明個案治療成效、再犯危險性及後續處遇建議，俾利社區銜接與安排性侵犯出監後之處遇與監控作業。

性侵犯至其刑期屆滿前4個月若仍未通過治療或輔導評估會議之審查，又經鑑定、評估認有再犯之危險，而有施予強制治療必要時，由監獄將入監評估報告書、身心治療紀錄表、再犯危險評估報告書、身心治療或輔導教育處遇建議書、治療成效報告書、再犯危險鑑定報告書送請檢察官向法院聲請出監後強制治療之宣告。

[9] 犯性犯罪之感化教育受處分少年則於誠正中學、敦品中學及勵志中學接受處遇。

假釋，或期滿未經裁定刑後強制治療者，監獄會將性侵犯在監處遇相關資料寄送戶籍所在地之直轄市、縣(市)主管機關，使其銜接社區處遇。依性侵害犯罪防治法第6條規定，地方主管機關應提供加害人身心治療、輔導或教育、辦理加害人登記、報到、查訪及查閱、轉介加害人接受更生輔導及召開加害人再犯預防跨網絡會議等相關加害人處遇，以降低其再犯危險性。

二、智能障礙性侵犯處遇方案

為了解矯正機關對智能障礙性侵犯處遇辦理情形，研究者蒐集前述10所矯正機關對於智能障礙性侵犯之處遇方案，並進行分析比較。蒐集資料顯示，10所機關中計有6所矯正機關針對智能障礙性侵犯開設專門化治療團體，並由固定治療人員協助進行強制身心治療或輔導課程。餘4所矯正機關則採取一般化性侵犯處遇方案。

根據6所矯正機關對智能障礙性侵犯專門化治療處遇方案內涵，分析如下，如表4-1：

(1) 師資

矯正機關聘用治療人員須符合《妨害性自主罪與妨害風化罪受刑人強制身心治療及輔導教育實施辦法》第6條規定，如領有醫事、社工相關專業證照等，且須依中央性侵害犯罪防治主管機關所定之性侵害犯罪加害人身心治療及輔導教育處遇人員訓練課程基準接受相關教育訓練，每年不得少於六小時。

惟智能障礙者於學習上有其特殊性，包含學習速度與反應遲緩、學習動機薄弱、注意力不集中、對抽象學習材料的學習效果差、概念化與組織能力差、辨認學習能力弱等（洪榮照，2013），故自對照表中可知有部分機關^[10]特此聘用具有特教專業之治療人員帶領智能障礙性侵害受刑人身心治療團體。

(2) 課程頻率、時間與總次數

6所矯正機關中，有4所每月辦理2次團體治療課程，餘2所則是每週安排1次團體治療課程，單次課程則以2小時為主，總課程次數規劃則以24堂至48堂不等。

[10]臺北監獄、宜蘭監獄與屏東監獄等3所矯正機關。

目前尚無相關資料證實針對智能障礙性侵犯，治療頻率與成效是否呈正相關，惟多數機關為因應智能障礙者學習困難，課程內容安排及總堂數皆會隨團體治療進度彈性調整，甚至有機關會視個案情況，必要時輔以個別治療。

(3) 團體成員

鑒於患有智能障礙之性侵犯人數較少，男性成人部分又分布於8所矯正機關，大多數機關會將是類個案與精神疾病、高齡、啞啞、腦傷或其他認知功能較差之收容人混合組成團體。

(4) 處遇模式

對於一般性侵犯的治療模式，多採用再犯預防模式（RP）或認知行為治療模式（CBT），智能障礙性侵犯亦同，再犯預防模式的原則仍然適用，惟施行時，仍需考量智能障礙者的特性和個別化需求：

1. 簡化：團體中主要以簡要、淺顯易懂及重複性的特教模式進行課程。
2. 具象化：為因應智能障礙者其抽象組織能力較差之情形，盡量應用圖卡或呈現圖案的方式，將課程內容具象化以增加團體成員視覺刺激，運用角色扮演及情境演練等，提高其對錯誤行為的認知。
3. 重複性：反複練習及背誦再犯策略，以彌補個案短期記憶不佳的缺陷。
4. 情緒支持：由於能障礙者時常經驗失敗，易因退縮而出現與社會或同儕團體疏離的心態，治療人員需給予較多耐心與協助。

(七) 預期成效

針對智能障礙性侵犯，各執行機關所預期之成效與一般個案無異，皆以降低其再犯風險為最終目的；透過協助個案習得正確性平及法治觀念，並提升其衝動覺察、情緒管理與自我控制，使個案認識再犯高危險情境並發展有效因應策略以降低再犯風險。

表 4-1 矯正機關智能障礙性侵犯處遇方案

機關別	臺北監獄	彰化監獄	嘉義監獄
計畫名稱	特殊團體方案	智能不足性侵害加害人身心治療計畫	特殊班－身心治療團體處遇計畫書
對象	認知功能低下(智能障礙、嚴重精神疾病、腦傷等)	智能障礙	智能障礙、精神疾病
師資	固定師資	固定師資	固定師資
師資	諮商心理師 (社工師執照及特教經驗)	臨床心理師	社工師
時間	每週1次(每次2-3小時), 共48次	每月2次(每次2小時), 共24次	每月2次(每次2小時) 實際次數依團體進度而定
方式	團體 (3至5人)	團體 (6至8人)	團體(6至8人) 必要時輔以個別治療
處遇模式	再犯預防模式	再犯預防模式、特教模式 (輔以美好生活模式、 動機式晤談法)	再犯預防模式
團體特色	1. 將再犯預防策略簡單化。 2. 使個案反覆練習及背誦再犯策略。	1. 簡化課程 2. 具體舉例與示範及實際演練(角色扮演) 3. 過度精熟練習	以「合理合法性滿足課本治療師手冊 MR 版」為主要課程內容循環進行。
預期成效	1. 建立正確性別知識、性態度。 2. 認識及避免犯案危險因子，加強再犯預防之訓練。	1. 修正錯誤認知 2. 認識及避免犯案危險因子，加強再犯預防之訓練。 3. 增進有利社會之行為及思考。	1. 建立正確性別知識、性態度及法律觀念。 2. 強化自我效能(自我肯定、建立自信)。 3. 認識及避免犯案危險因子，加強再犯預防之訓練。

高雄監獄	屏東監獄	宜蘭監獄
進階處遇特殊班治療計畫書	妨害性自主受刑人特殊班處遇	性犯罪加害人身心治療進階團體課程
特殊情狀 (智能障礙、精神疾病、瘖啞等)	認知功能低下(智能障礙、精神疾病、高齡、啞啞等)	智能障礙、高齡、啞啞
固定師資	固定師資	固定師資
臨床心理師	臨床心理師 (曾任特殊教育專業團隊臨床心理師)	諮商心理師 (曾受特教專業職前訓練)
每月2次(每次1.5至2小時),共24次	每月2次(每次2小時),共24次	每週1次(每次40分鐘),共40次
團體 (5至11人,不超過15人)	團體 (10人內)	團體 (10人內)
再犯預防模式	再犯預防模式	再犯預防模式
將再犯預防策略簡單化。	<ol style="list-style-type: none"> 1. 課程內容簡要、重複。 2. 應用圖卡或圖片媒介等方式,增加具象刺激。 3. 結合角色扮演,讓個案認知到錯誤行為的表現。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 以多元媒材及淺顯語言引導其表達及學習核心議題。 2. 對於身心障礙、重大傷病、慢性心血管疾病等因素造成之口語及肢體功能受限者,隨時注意其活動安全及提供情緒支持。
<ol style="list-style-type: none"> 1. 提升個案之病識感。 2. 強化自我效能(自我肯定、建立自信)。 3. 降低再犯風險。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 修正錯誤認知 2. 提升自我控制力。 3. 建立正確性別知識、性態度。 4. 認識及避免犯案危險因子,加強再犯預防之訓練。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 修正認知錯誤,增加衝動及情緒覺察。 2. 提升自我控制力。 3. 建立正確性別知識、性態度。

機關別	臺北監獄	彰化監獄	嘉義監獄
課程內容概要	1-3 化解抗拒、提高動機	1 團體形成與初相識	向左走向右走
	4-8 提高覺察	2 討論團體課程 及探討目前生活困境	我有幾成把握
	9-25 生命史 / 創傷經驗探討	3-6 我的成長史	我要注意行為多久
	26-42 性侵害案件探索	7-8 親密關係、兩性關係的探討	我的兩個優點
	43-46 再犯預防與創傷療癒	9 我的故事 - 犯罪歷程探索	喜歡或夢想的休閒活動
	47-48 結案準備	10-13 討論犯罪歷程和循環	聽到不舒服的話怎麼辦
	-	14 再犯預防模式	法律規定
	-	15 再犯預防技術 - 內在控制	行為有四關
	-	16 再犯預防技術 - 外在控制	高危險情境
	-	17 避免復發的預演	高危險想法
	-	18 犯罪的代價 (嫌惡源)	高危險情緒
	-	19-23 我的學習單 - 學習內容確核	追愛四部曲
	-	24 團體結束 - 回顧團體發展歷程	合理合法性慾紓解方式
	-	-	營養身心要做到
	-	-	-
-	-	-	
-	-	-	

高雄監獄	屏東監獄	宜蘭監獄
團體介紹／ 彼此認識／ 結構化	1-2 法律規範— 妨害性自主法規條例說明	1 形成團體架構 (認識團體成員、主題與目標等)
法律知識	3 正確的性觀念	2 評估治療起點
性幻想及性衝動	4 錯誤的思考習慣	3-6 成長史
病識感	5 我是誰(一) 檢視我的原生家庭	7-10 家庭史
危險情境	6 我是誰(二) 檢視我的異性交往期	11-14 求學史
因應策略	7-8 壓力與情緒調適	15-18 工作史
嫌惡源	9 我的危險情境與因子	19-22 親密關係史
生活適應及問題解決	10 我的警戒線	23-24 個人身心特殊狀況
-	11-14 自我犯行歷程的分析與討論(一)	25-28 案件詳情 & 犯案循環
-	15 停止與打斷偏差想法與行為的循環	29-32 危險因子與危險情境
-	16 閃躲與逃離策略	33-34 嫌惡源 & 支持因子
-	17 正向的自我對話	35-38 再犯預防與演練
-	18 同理心的練習	39-40 重建未來健全生活
-	19 飲酒行為對自我控制力的影響	-
-	20 嫌惡源的覺察	-
-	21-23 預防再犯的演練(一)	-
-	24 未來的生活安排與生涯規劃	-

性犯罪對被害個人傷害之鉅，以及所引發的集體性社會恐慌，遠非其他類型之犯罪所可比擬；故性別教育與性教育皆為重要議題，不但涉及個人身心健康還包含人際互動與社會秩序。

智能障礙者本身認知和適應能力較低弱，對相關法律和觸法後果的認識亦不足，惟人的心智功能 (mentalfunctional) 程度是會改變的，特別是輕度智能障礙者，在經過實施密集的教育方案後，部分個案會進步並改善障礙的程度^[11]。透過實務工作者的付出，掌握智能障礙者的個別化需求並施以治療，期使個案建立正確的法治觀念及性別平等態度，並在銜接社會後，能在所屬社會中，表現適宜的角色行為，順利適應社會生活。

伍、討論與建議

本文藉由分析國內對於智能障礙性侵犯收治情形及犯罪相關特性等資料，了解智能障礙性侵犯之犯罪樣態及特性，並針對矯正機關內所提供的相關處遇現況進行分析討論，嘗試理解及探討其犯罪特性到處遇服務間的適切性。據此，提出以下討論：

一、智能障礙性侵犯具有相當程度再犯率，亟須發展從矯正機構到社區之完善處遇體系。

據前述分析，智能障礙性侵犯 36% 具有性犯罪前科，可見其具有相當程度之再犯率。從處遇面分析，全國專責性侵犯強制治療矯治機關有 6 成提供智能障礙性侵犯治療團體，其團體進行頻次從每週一次到每月二次不等。至於刑後，除依據性侵害犯罪法等相關規定，經鑑定、評估，認有再犯之危險者需接受強制治療外。衛生福利部自 108 年度起透過公益彩券回饋金主軸項目，補助民間團體或身心障礙機構辦理「智能障礙性侵害加害人多元處遇服務試辦方案」辦理單位數從開辦的前兩年(108-109) 四家，至今(112) 年更僅餘一家^[12]。顯見不論從矯治機構或社區處遇，處遇資源尚待開發，為有效降低再犯率，須建立從矯治機構到社區完善處遇體系。

[11] 資料來源：Hallahan, D. P. & Kauffman, J. M. (1997). *Exceptional Learners: Introduction to Special Education* (seventh ed.) Boston: Allyn & Bacon.

[12] 衛生福利部心理健康司網頁 <https://dep.mohw.gov.tw/DOMHAOH/lp-483-107.html>

二、智能障礙性侵害者刑期短，應從入監起建立整體性處遇計畫，並提供充分的治療轉銜機制銜接社區處遇服務

前述分析，智能障礙性侵害者76.7%刑期在三年以下，亦意味著於刑中僅參與期限不長之治療團體。考量治療之完整性，應當再入監後針對其行為特徵及樣態擬定完善處遇計畫，除於刑中執行外，考量其延續性，並依據《妨害性自主罪與妨害風化罪受刑人強制身心治療及輔導教育實施辦法》落實性侵害者出監轉銜機制，亦需提供相關社區處遇方案銜接進行中之治療課程。使其處遇方案不因出監而有影響，確實執行處遇計畫，達成處遇目標。

三、考量犯行特徵與樣態，處遇內容應整體性涵括身心治療與社會復歸取向

本文發現，智能障礙性侵害未滿14歲或65歲以上者的被害人所佔比率略高，且加害人和被害人多數有認識，其犯行特徵有其特殊性。檢視現今國內矯正機關提供智能障礙性侵害者處遇模式，以再犯預防模式輔以認知行為治療模式進行。而從述文獻分析，發現充分的社會支持與完整資源網絡對智能障礙性侵行為人復歸社會的再犯具有重要的影響。為有效預防再犯，智能障礙性侵害處遇內容應整體性涵括身心治療與社會復歸取向，並融入生活情境的案例與演練。也須考量智能障礙者認知能力，使心智障礙者充分理解、學習。

四、智能障礙者性侵害案件發生具有生態性與情境因素，可結合身心障礙組織等社區單位，共同推展社區處遇

前述結果，不論從矯治機關現行統計或從判決書分析，智能障礙者性侵害者之程度多為輕中度，且有七成的行為人承認犯行，顯見其認知情形均有一定程度理解力。近年來《身心障礙者權利公約》強調確保所有身心障礙者充分及平等享有所有人權及基本自由。亦使智能障礙者社區生活朝向多元化、正常化。前述關於智能障礙者性侵害案件發生人、時、地分析，具有生態性與情境因素。除矯正或相關處遇單位外，若能結合各類型身心障礙組織（機構、日間照護單位、小作所、家長團體等）共同推展社區處遇，除充分運用社區資源，亦符合「社會安全網」的精神與價值。

五、因應智能障礙性侵犯從機構到復歸社區需求，應擴充專業處遇專業人力，並提供完善教育訓練及督導機制

為達成針對智能障礙性侵犯整體性處遇計畫及與社區單位共同提供處遇服務，建構智能障礙性侵犯完善處遇體系，除現行矯正單位外，並可納入社區身心障礙單位或相關處遇單位共同合作，跨大處遇專業人力及量能。同時，為使處遇人力提供兼具專業及品質的服務，應當規劃完整培訓課程及督導機制，提升執行處遇人員專業職能。

據此，跟據前述討論提供政府單位推動智能障礙者性侵害犯罪者處遇方式相關建議，以使服務能更臻完善，具體而言，提出以下建議：

- 一、針對智能障礙性侵犯提供完整的處遇計畫：應當以機構銜接社區處遇的整體性觀點，規劃從入監起的處遇計畫，依其個別性需求及參酌相關評估結果，適切納入身心治療與社會復歸等處遇取向，並將延續性的轉銜單位納入執行分工。
- 二、提供處遇專業工作者充分的培訓與督導機制：處遇工作者應當接受針對智能障礙者特性的相關基礎課程及實作演練（包含認知、身心特質，以及溝通方法等），並針對執行處遇過程提供定期的個別性或團體性督導，以提升專業服務量能。
- 三、研發智能障礙性侵犯處遇課程內容及教材、教具：針對智能障礙者特性（如身體界線、人際關係、認知功能、衝動控制等），並考量生態系統與社會支持，研發專屬智能障礙性侵犯處遇課程內容及教材、教具，並針對執行處遇工作者進行教材使用之培訓，以提升執行處遇能力與成效。
- 四、納入社區式身心障礙照顧單位共同發展社區處遇網絡：為發展完善智能障礙性侵犯社區處遇服務，應當以其生活之社區範疇，結合在地身心障礙資源單位，發展處遇網絡，在分工協調並共同研商及執行處遇計畫過程中使智能障礙性侵犯能復歸社區。

另，考量本研究主要藉由矯正署各屬機關及判決書等資料進行次級資料分析，並未實際針對執行處遇之管教人員、精神科醫師、心理師等相關治療與輔導人員之看法進行探究，建議未來研究將進一步辦理焦點團體，邀請參與處遇工作之管教人員、性罪犯處遇專家學者、特殊教育專家、精神科醫師、心理師、社工師等治療與輔導專家提供專業經驗與意見，以期深入瞭解實況及處遇面臨之困難與問題，促進落實執行度。

參考書目

- 林明傑(2011)。矯正社會工作與諮商。臺北市:華都文化。
- 法務部矯正署嘉義監獄(2017)。智能障礙性侵犯刑中治療學習成效之行動研究。法務部:矯正署。
- 張小芬主編(2011)。智能障礙學生性教育教材與教學媒體。臺北市:心理出版社。
- 陳玉書、郭豫珍、呂豐足、鍾志宏(2011)。妨害性自主罪量刑之研究。司法院100年度委託研究計畫。
- 鍾志宏(2016)。性侵犯機構處遇評估指標及再犯預測效度之研究。中央警察大學犯罪防治研究所博士論文。
- 鍾志宏(2022)。性侵犯治療處遇與再犯關聯性分析，載於矯正教育與犯罪防治，台北：臺灣法學領航協會，第七章，197-230。
- Brkić-Jovanović, N., Runjo, V., Tamaš, D., Slavković, S., & Milankov, V. (2021). Persons with intellectual disability: Sexual behaviour, knowledge and assertiveness. *Zdravstveno varstvo*, 60(2), 82-89.
- Hayes, S. (2009). The relationship between childhood abuse, psychological symptoms and subsequent sex offending. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 22, 96-101.
- Hayes, S. (2018). Criminal behavior and intellectual and developmental disabilities: an epidemiological perspective. In Lindsay, W. R. and Taylor, J. L. (eds), *The Wiley Handbook on Offenders with Intellectual and Developmental Disabilities: Research, Training, and Practice* (pp.21-37). Hoboken, NJ: John Wiley and Sons Ltd.
- Keeling, J.A., Rose, J.L., & Beech, A.R. (2006). A comparison of the application of the self-regulation model of the relapse process for mainstream and special needs sexual offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 18, 373-382.
- Lindsay, W. R. (2017). Theoretical approaches for sexual offenders with intellectual and developmental disabilities. In D. P. Boer, A. R. Beech, T. Ward, L. A. Craig, M. Rettenberger, L. E. Marshall, & W. L. Marshall (Eds.), *The Wiley handbook on the theories, assessment, and treatment of sexual offending* (pp. 473-495). Wiley Blackwell.
- Lindsay, W. R., Michie, A. M., Steptoe, L., Moore, F., & Haut, F. (2011). Comparing offenders against women and offenders against children on treatment outcome in offenders with intellectual disability. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 24, 361-369.
- Lindsay, W. R., Steptoe, L., & Beech, A. R. (2008). The Ward and Hudson pathways model of the sexual offense process applied to offenders with intellectual disability. *Sexual abuse: a journal of research and treatment*, 20(4), 379-392.

- Marotta, P. L. (2017). A systematic review of behavioral health interventions for sex offenders with intellectual disabilities. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment, 29*, 148-185.
- Martí-Agustí, G., Muñoz García-Largo, L., Martín-Fumadó, C., Martí-Amengual, G., & Gómez-Durán, E. L. (2019). Intellectual disability: criminality, assessment and forensic issues. *Spanish Journal of Legal Medicine, 45*, 155-162.
- Matson, J. L., & Shoemaker, M. E. (2011). Psychopathology and intellectual disability. *Current Opinion in Psychiatry, 24*(5), 367-437.
- McGrath, R. J., Livingston, J. A., & Falk, G. (2007). A structured method of assessing dynamic risk factors among sexual abusers with intellectual disabilities. *American journal of mental retardation: AJMR, 112*(3), 221-229.
- Miyaguchi, K., & Shirataki, S. (2014). Executive functioning problems of juvenile sex offenders with low levels of measured intelligence. *Journal of Intellectual & Developmental Disability, 39*(3), 253-260.
- Phenix, A., & Sreenivasan, S. (2009). A practical guide for the evaluation of sexual recidivism risk in mentally retarded sex offenders. *Journal of the Academy of Psychiatry Law, 37*(4), 509-524.
- Quinsey, V. L., Lalumière, M. L., Rice, M. E., & Harris, G. T. (1995). Predicting sexual offenses. In J. C. Campbell (Ed.), *Assessing dangerousness: Violence by sexual offenders, batterers, and child abusers* (pp. 114–137). Sage Publications, Inc.
- Van Der Put, C. E., Asscher, J. J., Stams, G. J. J. M., & Moonen, X. M. H. (2014). Differences between juvenile offenders with and without intellectual disabilities in the importance of static and dynamic risk factors for recidivism. *Journal of Intellectual Disability Research, 58*(11), 992-1003.
- Vicenzutto, A., Joyal, C.C., Telle, É., & Pham, T. H. (2022). Risk factors for sexual offenses committed by men with or without a low IQ: An exploratory study. *Frontiers in Psychiatry, 13*, 820249-820266.

藥酒癮與心理疾病共病的評估診斷與處遇

- 從盛行率到矯正實務現況

DOI : 10.6905/JC.202307_12(2).0003

Screening, Assessment and Intervention of
Co-Occurring Disorders with Substance Use Disorders:
Prevalence and Practices in the Criminal Justice System

蔡震邦

明陽中學臨床心理師

DOI : 10.6905/JC.202307_12(2).0003

摘要

蔡震邦

1999年美國藥物濫用研究所 (NIDA) 所出版的有效藥癮治療 13 點原則中，就已經注意到許多藥酒癮者同時也會併有其他身心疾病，對戒癮處遇、個別疾症的治療進程都會彼此影響；當然也會因為某一個特定疾病的惡化，連帶使得其他不同共病疾病（特別是心理疾病）的病情加劇。

因此，本文除了簡要說明國內外藥酒癮相關身心疾病共病的盛行率外，更希望聚焦在心理疾病部分，藉由雙重診斷、多重評估及處遇模式的介紹說明，讓藥酒癮及心理疾病共病的心理衡鑑、心理治療的重要性得以被重視。畢竟，透過清楚明確的評估診斷，在矯正機關中的我們才能進一步考慮究竟如何來提供最優療程、最佳療效或配合不同特定族群的合宜處遇策略，讓藥酒癮患者得以獲益。

關鍵字 | 藥酒癮、共病、心理疾病、評估診斷、處遇

Screening, Assessment and Intervention of Co-Occurring Disorders with Substance Use Disorders: Prevalence and Practices in the Criminal Justice System

Abstract

Cheng-Pang, Tsai

In 1999, National Institute on Drug Abuse published “Principles of Drug Addiction Treatment”, which indicates that drug/alcohol abuse and addiction both of which also have mental disorders, often co-occur with other illnesses. When the problems above co-occur, treatment should take all comorbidity illnesses into consideration, and the effect of designed intervention and treatment for drug/alcohol abusers will be interfered. The reason is that one (or more) disorder may cause abusers to experience one or more symptoms of another illness (especially mental illness), and even exacerbate.

In this paper, the aim is to describe the prevalence of comorbidities related to physical and mental illnesses of drug/alcohol abuse, with focus on mental illnesses in the criminal justice system. The importance of treatment of drug/alcohol abuse and mental comorbidities are stressed by description of dual- and multi- diagnosis. The correct and effective interventions of crisis management, suitable treatment, the strategy for the recovery stage, would be provided in this paper. Finally, we summarize some related research into prognosis, which allows us to make the most of treatment planning.

Keywords : drug/alcohol abuse, co-occurring, mental disorder, screening, assessment, intervention.

壹、前言

當我們面對一位糖尿病患者出現高血壓、視網膜病變、感染截肢等其他病癥或併發症時，除提供患者所需各項相對應之醫療處遇外，亦會同步持續治療糖尿病；或者是當一位躁鬱症患者同時表現出認知功能缺損時，除了提供躁鬱症的相關醫藥及心理治療外，我們也會同時確認個體認知功能低下是否起因於其他身心疾病，並依其實際需求來考慮提供認知功能或神經心理功能的復健治療及訓練。然而，若是酒精或毒品成癮者同時出現憂鬱症狀或強迫想法，甚至成癮者處於物質作用影響下或生理戒斷階段時，光是想要做好鑑別診斷就十分不易（譬如酒癮患者在酒精作用下或無酒精續用的戒斷時期，都可能會出現衝動控制議題），更遑論如何才能提供合宜的適配處遇。

其實，細看 2022 年美國精神疾病診斷準則修訂版 (DSM-5-TR) 就會發現到，除了「物質相關及成癮障礙症」、「醫藥引發的動作障礙症及其他醫藥副作用」這兩類型的疾病之外，其他 20 種類別、287 個主要的精神疾病診斷，多數都會在該類型疾病的診斷準則中特別註明必須排除由物質所引發（如 297.1 的妄想症、296.20-26 的憂鬱症），或排除起因於物質的生理效應（如 300.12-15 的解離症、307.42 的失眠症），有些甚至將此部分整合成一個獨立診斷名（如 281.89 的酒精引發之輕度認知障礙症）；由此可見，藥酒癮患者的多重症狀與現象既常見又複雜，對於臨床工作的挑戰性實難言喻。（張本聖，2022）

美國藥物濫用研究所 (National Institute on Drug Abuse，以下簡稱 NIDA) 所闡述的有效藥癮治療 13 點原則中的第九點就提到許多藥酒癮者也併有其他心理疾病時，會彼此影響個別疾病的治療進程，當然也會因為某一個特定疾病的惡化，連帶使得其他不同共病疾病 (co-occurring disorders，以下簡稱 COD) 的病情加劇 (NIDA，2018)；所以在 NIDA 專為司法系統所撰寫藥癮治療 13 點原則中的第十一點就再次指出，即便司法系統中的藥酒癮者接受相關處遇協助的可近性高於社區，倘若無法給予其他身心共病疾病的整合性治療協助，患者依舊會遭遇困境、難以持續或者成效不彰，最終導致藥酒癮處遇效益受到干擾且明顯下降 (NIDA，2014)。聯合國毒品與犯罪辦公室 (United Nations Office on Drugs and Crime，以下簡稱 UNODC) 在 2018 年度報告中即彙整出以不同年齡層藥物濫用所引發的主要身心症狀與身心疾病，來說明藥酒癮對個體功能的劇烈影響（如表一）。

表一：藥酒癮在不同年齡層的主要濫用物質與身心疾病

Substance	Physical/medical conditions	Mental health/psychiatric disorders
Adolescence		
Alcohol Cannabis Tobacco Inhalants Psychotherapeutic drugs • Amphetamines • Opioids/pain relievers	Accidental injury • Automobile • Accidents Physical/sexual violence Poisoning/overdose Sexually transmitted diseases Respiratory problems • Asthma Pain-related diagnoses	Suicidal ideation/behaviours Internalizing disorders • Depression • Anxiety Externalizing disorders • Oppositional defiant disorder • Attention deficit/hyperactivity disorder • Conduct disorder
Adulthood		
Alcohol Cannabis Tobacco Psychotherapeutic drugs • Opioids/pain relievers • Tranquillizers/benzodiazepines Cocaine/"crack" Heroin Methamphetamine	Poisoning/overdose Sexually transmitted diseases Cancers Heart disease/hypertension/stroke Reproductive morbidity/fetal damage Diabetes Respiratory problems • Asthma • Infection Liver damage/disease	Suicidal ideation/behaviours Mood disorders • Depression • Bipolar I and II Anxiety disorders • Panic disorder • Post-traumatic stress disorder • Social and specific phobias • Generalized anxiety disorder Antisocial personality disorder
Older Adulthood		
Alcohol Psychotherapeutic drugs • Opioids/pain relievers • Sedatives/benzodiazepines • Amphetamines Cannabis Tobacco	Accidental injury Cirrhosis Heart attack/stroke Insomnia Cancers Diabetes	Suicidal ideation/behaviours Depression/bereavement Anxiety disorders • Social and specific phobias • Generalized anxiety disorder Dementia/Wernicke-Korsakoff Syndrome Insomnia

資料來源：UNODC(2018a): Drug and age，第36頁。

在國內，陳坤波 (2006) 利用健保資料庫進行社區民衆次級資料之同期定群研究 (historical cohort study) 發現，2000~2003年曾因酒癮、藥癮、藥酒癮為主訴或次診斷病名就診的18歲以上患者共計276,581人，同時至2003年底仍存活數為245,717人(88.8%留存率)；在控制背景變項如性別、教育程度、年齡層後，發現當身心疾病共病開始之際，不僅醫療使用率出現大幅提升，藥酒癮共病亦會導致死亡率隨之提高；若再與一般社會大眾進行對照研究後則可進一步瞭解到，65.1%的酒癮患者最常見的共病症為消化系統疾病、67.3%的藥癮者常見的是呼吸道疾病、而藥酒癮者常見的精神疾病則有67.6%的共病發生率。同年，另一份以某醫院收治的202位毒品戒治者為對象進行的研究結果也顯示出共病患者有較高的求醫就診現象，而在不同成癮嚴重程度及使用不同毒品的情況下，任一精神疾病共病的盛行率為23.1%~57.8%、感染HIV為9.9%、罹患C型肝炎為48.5%。(陳志根、林式毅、束連文和江淑娟，2006)

簡言之，若能做好藥酒癮共病的鑑別診斷，或許就可以增加患者接受治療的契機。譬如患者若因精神疾病而引發藥物濫用行為，就適合以「次發性藥癮模式」為主要處遇為緩解精神症狀來協助；若患者因濫用藥物而引發精神疾病共病，就適合以「次發性精神疾病模式」為主要處遇為藥癮治療來協助；至於無法釐清的共病患者，則建議先採用「共同因素模式 (common factor model)」來提供臨床共病的治療模式 (陳志根、林式毅、束連文和江淑娟，2006)。

因此，想要做到合理且完整的藥酒癮與其他身心疾病共病之評估診斷、處遇治療，除了要面對在鑑別診斷、診斷衡鑑上的難題之外，亦須克服專業服務量能短缺、共病病程演進複雜性…等不同面向層次的挑戰，所以可以清楚知道，想要提供真正合宜且具有療效的藥酒癮處遇服務，如何來做好診斷評估共病症狀及協同治療處遇，就得變成臨床工作者必然學習及熟練的歷程；近來，諸多研究已指出多重物質濫用、居住環境、使用物質方式、生理疾病的交互影響…等其他因素也會直接影響生理疾病 (physical disease) 共病的現象，譬如 Riley、Vittinghoff、Wu、Coffin、Hsue、Kazi、Wade、Braun 和 Lynch(2020) 的研究顯示居無定所的多重物質濫用女性遊民，其心臟肌鈣蛋白會出現高敏感性反應 (high-sensitivity cardiac troponin I)，進而導致罹患心血管疾病及心肌梗塞的風險將會大幅提高；Colledge, Larney, Bruno, Gibbs, Degenhardt, Yuen, Dietze & Peacock (2020) 以澳洲 902 名藥癮者進行研究後發現，相較於其他物質使用方式 (鼻吸、口服…等)，無共用針具下使用注射方式一樣會增加血栓性靜脈炎、心內膜炎、化膿性關節炎、骨髓炎和敗血症的機率，同時重複使用自己的針具則會大幅提高上述風險值；Baum、Tamargo、Ehman、Sherman、Chen、Liu、Mandler、Teeman、Martinez 和 Campa(2020) 在愛滋病社群研究中亦確認，無論是感染 HIV 病毒或感染 C 肝病毒，都與較高的肝纖維化風險有關，且患者濫用海洛英時更會加速此病程發展。

雖然從各項研究中我們瞭解藥酒癮與身心疾病之間的關聯性 (甚至交互作用) 經常密不可分，惟避免討論議題過度發散 / 模糊焦點，在本文中將暫時把生理疾病或其他因素 (如居住環境) 的影響及探討排除在外，此舉並非視生理疾病、環境因素為可輕忽或可置之不理的共病變因，而是想**聚焦在藥酒癮者心理疾病共病的議題**來進行說明與討論。下面主要向大家介紹 SAMHSA 在 2020 年公開的 Substance Use

Disorder Treatment for People With Co-Occurring Disorders(TIP42)、美國俄亥俄州凱斯西儲大學在2012年出版的 Integrated Dual Disorder Treatment(以下簡稱 IDDT) 模式手冊、以及 NIDA(2020a) 修訂的 Common Comorbidities with Substance Use Disorders Research Report 等三份 COD 工作指引的內容彙整，並依序就藥酒癮與心理疾病共病的評估診斷、臨床處遇模式、特定族群處遇原則來做簡要說明；同時也會另外試著將國內外司法系統中(特別是矯正機關)所進行的各項研究進行摘述，提供大家做為未來深化相關藥酒癮共病處遇的參考。

貳、藥酒癮和心理疾病共病患者的評估診斷

其實，當我們談到藥酒癮與心理疾病「共病(co-occurring)」這樣的概念時，許多時候是涵蓋了雙重疾病(dual disorders)、共存疾病(co-morbidity)、心理不適及化學物質濫用狀態(mentally ill and chemically abusing)、心理不適與物質濫用狀態(mentally ill and substance abusing)、物質濫用及心理疾病(substance abuse and mentally illness)等至少5種常見相近但不同樣態的情況，只是上述的病情病程在臨床工作中原本便不易釐清/區分開來；撇除這些診斷評估上的困境，單就藥酒癮患者的福祉來說，出現任何共病現象卻無法接受適當的協助時，不僅是藥酒癮行為會持續影響身心健康+心理疾病病程持續發展外，還會增加急診使用率/住院率/自殺風險、罹患各種傳染性疾病/慢性疾病/癌症發生率，連帶造成工作不穩定/失業、人際網絡疏離/無固定住所/遊民生活型態、貧困/營養失衡、暴力/被逮捕/受監禁…等困境如海嘯似的接續發生，從而影響了藥酒癮患者接受治療復原的多重契機。

實務上更常見到的現象是，患者經常刻意忽略物質使用行為在生活事件或對其他身心症狀(如失眠)的諸多影響，使得醫療系統無法正確診斷出藥酒癮的問題，因而就錯失了共病的即時診斷/處置，最終導致療效不佳的必然結果；肇因於此，SAMHSA(2020)亦提醒專業人員實施診斷評估時應注意各項共同原則(如表二)來進行藥酒癮與心理疾病的共病篩選衡鑑/評估診斷，同時亦須熟悉篩選(screen)與衡鑑(assess)的基本考量及應用工具，以下將分別來做簡要說明。

表二：專業人員面對藥酒癮和心理疾病共病患者進行篩選或衡鑑的共同原則

項目	要做的 (Dos)	不要做 (Don`ts)
原則	<ul style="list-style-type: none"> • 要先以心理疾病的衡鑑 / 處遇為主來面對 COD 通常是較佳的策略 • 要在衡鑑階段，盡可能取得不同來源資料 (譬如家庭 / 教育) 或與其重要他人聯繫，以利未來準備 • 要熟悉心理疾病診斷標準和可以運用的轉介資源是一樣重要的 • 要清楚自己所處的機構 / 角色對 COD 患者的重要性 / 特定功能，這樣亦有助於協助其他機構 • 最重要的，是要給予 COD 患者同理心和希望感，並持續與團隊 / 其他機構進行合作提供協助 	<ul style="list-style-type: none"> • 不要以單一測驗 / 一次評量就決定 COD 病況病程病史及個案需求 • 不要以先前成癮史來思考 / 干擾現在 COD 的態樣，避免失去對於 SMI 的即時瞭解及協助 • 不要擔心無法做好 COD 的篩選衡鑑，尋求資源且與個案共同努力 • 不要誤認所有 COD 都有一個適配的處遇治療，在不同階段 / 不同時期皆須持續評估處遇適切性 • 不要忽略 COD 病程變化的複雜性，重複篩選 / 重新衡鑑都應持續到 COD 患者穩定之後。

資料來源：SAMHSA(2020): Substance abuse treatment for persons with co-occurring disorders，第33頁。

一、篩選的基本考量與應用工具：

(一)、基本考量

對於 COD 患者進行篩選的目的並非在於提供診斷 (共病病名) 或瞭解疾病態樣 (嚴重程度 / 病程發展)，主要目標應是在於確認有無進一步安排 COD 衡鑑的必要性，以及後續須選用何種類型的衡鑑工具才真正適配；其次，熟悉 COD 衡鑑之後在機構量能之內，會有哪些處遇計畫來提供服務，或可轉由其他合作網絡資源來協助；最後，篩選工具 / 篩選問卷通常設計為「是 - 否」二分法的計分或回應模式，各職類的實務工作者都能在接受訓練後負責 COD 的篩選，若能如此就可得以大幅提高全面篩選的可能性。

在一般情況下，SAMHSA(2020) 認為關於篩選所需要注意的6個基本考量 (5W1H) 如下：

1. 篩選的目的 (What)：用來決定是否需要進行進一步 COD 衡鑑。
2. 篩選的執行 (Who)：只須接受使用工具 / 問卷的說明訓練即可，不一定需要專業人員來執行。

3. 篩選的時機 (When)：個案自述有 COD 或出現 COD 的症狀，及定期對已經接受藥酒癮處遇 / 心理疾病處遇個案進行。
4. 篩選的地點 (Where)：任何機構 / 機關 / 單位皆可實施。
5. 篩選的緣由 (Why)：篩選是進行任何處遇之前的第一步驟，執行篩選方能接續提供 COD 確切的評估診斷和處遇治療。
6. 篩選的程序 (How)：不同類型的簡短工具 / 問卷都可納入考量，但相似題目或重複面向過多者則應避免重複。

(二)、應用工具 -

1. SAMHSA 建議採用：DAST-10(Drug Abuse Screening Test)、ASSIST(Alcohol, Smoking, and Substance Involvement Screening Test)、AUDIT-C(Alcohol Use Disorders Identification Test-Concise)、MHSF-III(Mental Health Screening Form-III)。
2. IDDT 建議採用：MINI(Mini-International Neuropsychiatric Interview)、WHODAS 2.0(World Health Organization Disability Assessment Schedule)、UNCOPE(Used, Neglected, Cut down, Objected, Preoccupied, Emotional discomfort)、CAGE-AID(Cut down, Annoyed, Guilty, Eyeopener-Adapted to Include Drugs)。
3. 其他特定類群：CRAFFT 青少年風險篩檢量表 (Car, Relax, Alone, Forget, Friends, Trouble)、BJMHS 監所簡短心理健康量表 (Brief Jail Mental Health Screen)、應用於女性的 PCL-R 心理疾病檢核表 (Psychopathy-Checklist-Revised)。

二、衡鑑的基本考量與應用工具：

(一)、基本考量

IDDT(2012) 載明，若從藥酒癮雙重診斷 / 多重診斷的角度來考量如何進行衡鑑時，反而需要分別就心理健康、藥物濫用兩種類型各別來做衡鑑需求確認，這樣即可進一步連結所需的其他衡鑑工具，所以 COD 的心理衡鑑主要目標應是提供診斷

與評估病程發展 / 嚴重程度；其次，是根據所考慮 / 所選用的衡鑑方向來決定採用那些心理衡鑑工具的組合，以獲取重要資訊並藉以安排相關處遇或資源轉介；最後則是配合實際的 COD 處遇計畫進行長期衡鑑的安排規劃，用以瞭解 COD 病程發展與處遇效果進程，方有機會進行量能處遇增減或調整處遇面向。

在一般情況下，IDDT 認為 COD 衡鑑所需注意的基本考量，相同部分包括有 4 個部分：瞭解個案所屬的社會文化背景、瞭解個案的身心病史、瞭解個案服用處方藥物有無顯示出特定副作用、瞭解個案接受相關處遇 / 戒癮治療的經驗感受。相異部分所需注意的 2 個重點考量則分列如下：

1. 心理健康部分：瞭解個案有無顯示出自傷 / 自殺風險的訊息、有無顯示特定精神症狀、有無顯出物質使用的特定症狀、瞭解個案康復過程中的障礙 / 脆弱與資源 / 優勢。
2. 物質濫用部分：瞭解個案的物質使用 / 濫用 / 成癮史、有無多重物質濫用經驗及模式、對物質使用有無過量 / 失控的經驗感受、瞭解個案因為物質使用實際面臨的行為後果、有無節制使用物質的情形 / 階段、有無接受 / 運用自助團體或同儕協助的情形。

(二)、應用工具 -

1. 心理健康部分：專科醫師進行 DSM-5-TR 診斷及 SCI 會談 (Structured Clinical Interview)、自殺行為問卷 SBQ-R (Suicide Behaviors Questionnaire-Revised)、人格評估 PAI (Personality Assessment Inventory)、精神疾病病程評估 ADCEP (Age and Developmental Considerations in Early Psychosis)。
2. 物質濫用部分：專科醫師進行 DSM-5-TR 診斷及 SCI 會談 (Structured Clinical Interview)、成癮嚴重度指標 ASI (Addiction Severity Index)、物質使用障礙症與失能評估 AUDADIS-IV (Substance Use Disorders and Associated Disabilities Interview Schedule-IV)。

由此可知，從篩選 / 衡鑑為起點來建構起藥酒癮的共病臨床專業知能十分重

要，只有更加精準、更有助於患者的評估工具 / 評估模式，我們才能瞭解藥酒癮 / 心理疾病實際共病的心理病理和病程概況，也才能提供切合的診斷結果，方能藉以銜接隨後進行的治療建議或處遇策略；為避免此部分相關內容過於繁瑣冗長，有關蒐集各特定資訊的詳細做法和方向，則請見附錄一。

參、藥酒癮和心理疾病共病患者的協同處遇

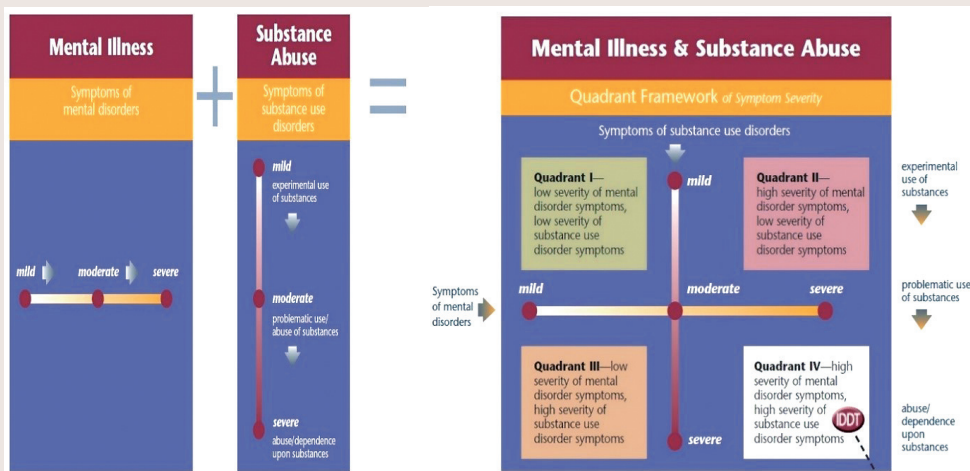
在 NIDA(2020a) 工作手冊關於藥酒癮共病治療的章節中，一開始便說明不可忽視生理檢查 (physical examination) / 藥物治療 (medication) 的重要性，因為許多生理疾病在病程初期是以心理症狀或精神症狀來呈現 (如憂鬱可能是失智症 / 巴金森氏症的初期症狀)，需透過相關檢測來加以確認或排除其他疾病可能性；或者是肇因於物質使用而誘發的副作用 (如濫用海洛英後開始便秘 / 濫用興奮劑物質導致失眠因而就診家醫科) 甚至後遺症 (如濫用 K 他命造成的膀胱纖維化)，這些都需要接受生理檢測或醫藥治療來幫助 COD 患者改善體癥指標以利復原；然而緩解身體不適 / 回復生理功能並不同於藥酒癮患者自然而然地會邁向減少使用或戒除物質，也不代表其心理疾病的共病現象必然得到改善，這些依舊仍有賴於心理處遇 / 心理治療、多元處遇 / 網絡合作的介入才能協助共病患者真正擁有正向改變；更重要的是，當藥酒癮患者出現 (或並存) 嚴重心理疾病 (serious mental illness，以下簡稱 SMI) 時，就會使得臨床工作處於相當程度的複雜困境，究竟應該考慮暫停原有藥酒癮處遇並轉變成以 SMI 為主軸的治療模式，還是應該試著增加 SMI 治療的思維來提供更多的處遇量能以維持特定療效，或者應該揚棄共病雙軸診斷處遇的思維改採融合式 / 統合式的治療設計，這些就仰賴於所有專業人員的訓練、檢視收容機關 / 照護機構 / 社區資源現存的處遇量能來共同決定。下面是幾個不同面向 / 不同角度的處遇原則 (表三)，提供給大家做為參考。

IDDT 模式以物質濫用程度、心理疾病嚴重程度兩個維度提出雙重診斷的建議，在其整合性治療服務模式中，建議進行合宜的篩選評估、診斷衡鑑後，便可依藥酒癮共病患者實際的病情現況提供所需要的協助 (如圖一)。簡單來說，當 COD 患者目前為輕微物質使用 / 輕微心理疾病的相關症狀時，無論是提供戒癮處遇或以心理疾病治療為主 (或僅提供任一面向協助)，都能有助於患者康復；其次當患者目前處於輕微物質使用 / 嚴重心理疾病的狀態時，就要以心理疾病治療為主要 / 優先考

表三：專業人員面對藥酒癮共病患者進行處遇時的基本原則

項目	IDDT(2012)	NIDA(2020a)	SAMHSA(2020)
處遇原則	<ul style="list-style-type: none"> * 使用動機式晤談法的4項原則 <ul style="list-style-type: none"> • 表達同理心 • 創造不一致 • 與抗拒纏鬥 • 增進自我效能感 * 使用動機式晤談法的4個會談技巧 <ul style="list-style-type: none"> • 給予支持肯定 • 使用開放式問句 • 反映式傾聽 • 運用摘要 * 熟悉動機式晤談法各階段的核心概念 (詳見附錄二) 	<ul style="list-style-type: none"> * 6項原則 <ul style="list-style-type: none"> • 運用復原概念工作 • 學習多重疾病觀點 / 視角 • 發展具階段性的處遇策略 • 把實際生活面臨的問題帶入治療進行處遇 • 設計個體功能 / 認知功能缺損相關的處遇計畫 • 運用支持網絡延續 / 擴展療效 	<ul style="list-style-type: none"> * 10項原則 <ul style="list-style-type: none"> • 與個案發展治療性的同盟關係 • 以復原觀點工作 • 給予持續性的照護 • 告知藥酒癮共病處愈常見的臨床議題 • 注意精神病徵變化 • 使用同理與支持性會談的多元觀點 • 開放的多元文化模式 • 運用動機式晤談 • 熟悉復發預防技巧 • 針對功能缺失的部分提供學習與訓練

註：本表為筆者從三份指引手冊資料中自行彙編。



圖一：藥酒癮與心理疾病共病時的雙重疾病診斷概念及治療建議

資料來源：Clinical guide for integrated dual disorder treatment (Case Western Reserve University,2012) , p12-p13.

量再輔以戒癮處遇，這樣才能有利於患者康復；然而當患者目前處於嚴重物質使用 / 輕微心理疾病的狀態時，就要以戒癮處遇為主要 / 優先考量再輔以心理疾病治療，這樣對於患者康復才能具有效益；最後當患者處於嚴重物質使用 / 嚴重心理疾病的

病程發展時，就要兼顧心理疾病治療 / 戒癮處遇，雙管齊下或運用整合性的治療模式，未來患者是否能夠康復或回復功能才可以有所期待。除醫藥治療的協助外，有關心理處遇的部分將以澳洲·新南威爾士州心理健康暨藥酒癮部門2015年出版的Effective models of care for comorbid mental illness and illicit substance use 為例並摘述其中對於處遇模式 / 療效評估的內容來提供臨床工作者做為參考。

一、Assertive community treatment(ACT) 模式：

- (一)、處遇內容：由多種專業人員組成治療團隊，會直接提供服務而非轉介其他資源或機構；以團隊晨會來討論每位 COD 患者的處遇情形並即時予以調整；適用對象為重度成癮與 SMI 患者，以機構性處遇為主亦可提供外展服務。
- (二)、衡鑑工具：簡明精神病評定量表 (Brief psychiatric rating scale，以下簡稱 BPRS)、簡式症狀問卷 (Brief symptom inventory，以下簡稱 BSI)、時光回溯法 (Timeline followback，以下簡稱 TLFB)、生活品質問卷 (Quality of life)、Residential follow-back calendar、Substance abuse treatment scale/Alcohol use scale/Drug use scale、Treatment needed and received scale。
- (三)、實證療效：具有相當高程度的證據支持，並有隨機分派的研究。

二、Integrated Dual Disorder Treatments(IDDT) 模式：

- (一)、處遇內容：由多種專業人員組成團隊並以密集的、階段性治療處遇為主；運用 Matrix 原則，採取個別處遇和團體處遇、心理疾病與物質濫用的治療併行 (可視患者需求增減)；適用對象為遊民、住院患者、刑事司法系統中的累犯者。
- (二)、衡鑑工具：BPRS、TLFB、IDDT fidelity scale and general organizational index、Global assessment scale。
- (三)、實證療效：具有中高程度的證據支持，並有部分隨機分派的研究。

三、Case management/Care coordination/Integrated case management (ICM) 模式：

- (一)、處遇內容：以個案管理為主軸並結合家庭系統資源，著重於協調不同專業人員的治療計劃、各項處遇先後次序及危機分級、服務可近性和治療效益考量；重視治療留存率也會進行定期檢核服務效益；適用對象為刑事司法系統中的收容人、出院病人、社區藥癮者及其家屬。
- (二)、衡鑑工具：個人病史、精神病活性與負性症狀量表(Positive and negative syndrome scale, PANSS)、漢氏憂鬱量表(Hamilton rating scale for depression)、Behavior and symptom identification scale (BASIS-32)。
- (三)、實證療效：具有中等程度的證據支持，並有隨機分派的研究。

四、The combined psychosis and substance use(COMPASS) 計畫：

- (一)、處遇內容：以臨床醫師為主軸，並由多種專業人員(可以是不同機構)組成團隊來共享服務資源/共同進行療程；設計 C-BIT 並將家庭成員/社交網絡成員納入一起進行改變的歷程；適用對象是住院病人、出院病人、執行監護處分安置機構收容人。
- (二)、衡鑑工具：BPRS、Clinician indices of integration and change、Engagement as measured by the substance abuse treatment scale/alcohol use scale/drug use scale、Units of alcohol consumed over 30 days、Amount of cannabis used over past 30 days and substance-related beliefs。
- (三)、實證療效：具有中等程度的證據支持，並有隨機分派的研究。

五、Comprehensive, continuous, integrated system of care(CCISC) 模式：

- (一)、處遇內容：以臨床護理/社區護理為主軸，並運用 IDDT 的雙重診斷、四象限分類模型來做為服務規劃；從檢視資源到提供治療與照護工作，都會考量 COD 患者動機及遵從性以提高整體效益；服務對象無論是個體或家庭、在機構或社區，只要能接受半年以上治療計畫者皆可。

(二)、衡鑑工具：BSI、Residential follow-back calendar、Past month quantity/frequency of use、Comorbidity program audit and self-survey for behavioral health services。

(三)、實證療效：具有中等程度的證據支持，並有隨機分派的研究。

其他像加拿大或澳洲當地進行但無隨機分派或僅有少許實證研究的藥酒癮共病處遇方案還有 Burnaby treatment center for mental health and addiction 模式、Triple care 模式、Collaborative early identification 模式、Substance use and mental illness treatment team(SUMITT) 模式、Co-exist NSW/Multicultural state-wide comorbidity referral 計畫、Hunter New England mental & substance use service 方案、Model for responding to dual diagnosis 模式、Sydney local health district model of care for comorbidity 方案...等，各位讀者倘若有興趣詳細瞭解上述處遇方案/計畫內涵，尚請詳閱該份手冊；同時，如何考慮各種不同狀態來安排進行適切的 COD 處遇，此部分的流程說明與內容亦置於附錄三提供給大家做為參考 (NSW, 2015)。

再次強調的，是 COD 治療模式和實際執行的過程中，重要的關鍵是以團隊工作而非僅由單一專業獨立來進行(專業團隊成員可以包括個案管理師、社會工作師、護理師、精神科醫師、物質濫用諮商師、臨床心理師、保護官、就業輔導員、同儕網絡/家庭網絡/社區網絡等相關人員)，且上述各種治療理論/處遇模式，都載明在網絡合作下才得以發揮最大效益。舉例來說，當藥酒癮者(A君)第一次出現被害妄想同時有躁動不安、衝動焦慮...等狀態長達數週時，除接受醫師門診/醫藥協助外，亦應施予 COD 篩選/衡鑑來確認實際心理病理症狀或生理病程發展情形，此部分可由經過訓練的人員(如個案管師)來進行篩選後，來判斷 A 君有無轉介心理師執行心理疾病/物質濫用的衡鑑需要；接著根據篩選/衡鑑的結果來安排後續所需的處遇及治療。舉例來說，若篩選結果顯示被害妄想僅在物質濫用歷程中出現，待戒除物質或待戒斷症狀緩解後便消失，A 君目前若僅處於焦躁情緒，就可視為嚴重物質使用/輕微心理疾病的個案類別，處遇重點則以戒癮治療為主較符合 A 君實際需求；若為住院病人便可另導入臨床心理師/職能治療師等其他相關處遇量能；若為門診病人則可導入社區中的自助團體/政府機關/民間機構/社會工作師/臨床心理師等網絡單位或專業人員來實施聯合處遇。簡言之，具有良好療效的藥酒癮和心理疾病共病處遇必然是網絡合作模式，絕非單一專業/特定人員可獨立完成。

肆、司法系統中藥酒癮和心理疾病共病收容人之概況

在 1999 年以前，美國政府所屬的物質濫用與心理健康服務部 (Substance Abuse and Mental Health Services Administration，以下簡稱 SAMHSA) 透過大規模的調查發現，各類型司法機關收容人約 3%~ 17% 有藥酒癮與心理疾病共病現象；逾廿年後的此刻，卻發現實際上約有 70% 藥酒癮史 (或當下仍處於成癮或戒斷狀態) 的司法機關收容人出現了各種身心症狀，其中 17%~ 34% 甚至合併有嚴重心理疾病 (SMI)，而少年犯、女性受刑人伴隨創傷及壓力障礙症的比例還可能更高 (SAMHSA, 2020)；Baranyi、Fazel、Langerfeldt 和 Mundt(2022) 利用 15 個資料庫進行後設分析，篩選出 50 個不同國家的研究、共 11,346 筆監獄受刑人樣本來進行藥酒癮 COD 的研究，則發現到藥酒癮與心理疾病共病比例至少在 13.8%~28.5% 之間。由此可見，在矯正機關中的藥酒癮收容人 COD 比例明顯地隨著時間逐步上揚，其嚴重程度的確需要我們好好加以正視。

在國內，最早的研究起源於陳喬琪、胡海國、蔡尚穎、林世光、王守珍與束連文 (1996) 以 260 名海洛英成癮受刑人進行終身盛行率 (lifetime prevalence) 的研究發現，其各類精神疾病共病的終生盛行率是 42.7%，其中前三類依序為酒癮 11.2%、適應障礙症 10.8%、廣泛性焦慮症 4.6% 和其他各種精神疾病；黃道興、蕭意穎、沈勝昂和黃健利用國內健保系統大數據檢視了 2013 年全年曾於監所監禁期間就診後所登載的資料來進行分析，發現在 82,650 人中有 9,344 名收容人 (11.31%) 出現心理疾病診斷的相關紀錄；診斷有心理疾病的收容人中，屬於焦慮、解離與身體化症的診斷比例最多 (佔 49.48%)，若進一步區隔不同性別的比例來看，男性有上述任一診斷者佔有心理疾病男性收容人的 47.55%，女性有上述診斷者佔有心理疾病女性收容人的 59.42%，女性比例顯著高於男性 (卡方考驗)；其次是具有特定症狀 / 特定症候群的非典型心理疾病診斷比例為 38.24%，區隔不同性別的比例來看，男性有此類診斷者佔有心理疾病男性收容人的 39.22%，女性有該診斷者佔有心理疾病女性收容人的 33.20%，男性收容人比例反而顯著高於女性 (卡方考驗)。惟此研究中所呈現的收容人健保資料庫中歸群於藥物濫用診斷比例僅佔全體收容人的 15.41% (Tung、Hsiao、Sheng 和 Huang, 2018)，明顯低於在監收容人的實際態樣 (2013 年施用毒品

收容人佔比應為 38.12%，法務統計，2014），這顯示出藥酒癮者在監所期間，使用健保醫療資源來協助自己成癮問題（這樣才會出現藥物濫用診斷碼）的比例偏低，或肇因於健保不支付成癮治療費用導致數據偏低所致。

最新的研究來自於顧以謙 (2022) 利用矯正署衛生醫療統計數據，分析 2015-2020 年在監所收容且為施用一級 / 施用二級毒品者並顯示有共病精神疾病診斷的比例為 16.10%~24.77%，同時施用二級毒品 COD 比例皆高於施用一級毒品 COD 比例（但未達顯著水準），該研究也說明施用毒品 +COD+ 暴力犯罪紀錄，僅佔整體施用毒品收容人 3%~4.5%，顯示施用毒品共病心理疾病的收容人，與出現暴力犯罪之間並無明顯的關聯性存在。上述結果再次說明，矯正機關收容人罹患心理疾病或出現精神症狀的人口比例 (11.31%~24.77%) 明顯遠高於社區（台灣社區盛行率為 5.30%），然而前項研究更值得我們關注的部分是，女性收容人在監期間就醫精神科後診斷有焦慮、解離或身體化症者的比例接近 60%，不由得令人疑惑其中藥酒癮 COD 患者的比例為何（該研究未分類註明）；於是乎，當搜尋我國政府研究資訊系統 GRB(Government Research Bulletin)、博碩士論文網、期刊論文時，就會發現以針對矯正機關收容人藥酒癮 COD 概況所進行的研究竟如鳳毛麟爪，而即使用 prison+ drug abuse+ co-occurring disorders 為關鍵字進行 google 學術搜尋或在 BMC 醫藥期刊資料、ScienceDirect 資料庫中來進行國外研究搜尋，所得到的研究數量亦十分有限，更遑論限縮於關矯正機關中藥酒癮合併心理疾病共病處遇的相關論述與研究，找不到可供檢索的資料了。

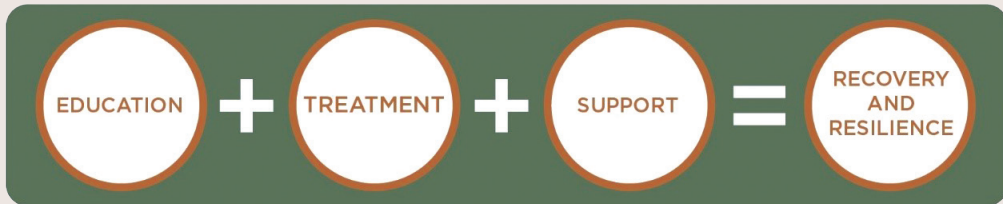
此外，當我們聚焦在藥酒癮者共病的心理疾病時，總是習慣性地和焦慮症、憂鬱症、睡醒障礙症、身體症狀障礙症、思覺失調症來進行連結與討論，不過對於青少年藥酒癮者常見的注意力不足 / 過動症，女性藥酒癮者常見的創傷後壓力症，年長藥酒癮者常見的認知障礙症便甚少關注；特別要提醒讀者注意的是，由於國內外矯正機關實際的樣態並不相同，國內相關研究描述監所中藥酒癮 COD，通常指的是過去的藥酒癮行為 + 現在的心理疾病，而國外同樣本定義的研究，所指的則是藥酒癮行為（無論現在或過去）+ 現在的心理疾病，此部分形成的差異最易見於國內外矯正機關實施替代療法觀點上的迥異。接下來，我們將試著簡要描述青少年、女性及年長者等特定族群在司法系統中藥酒癮 COD 的情形。

一、青少年藥酒癮者 COD 部分：

Beaudry、Yu、Långström 和 Fazel(2021) 以美國 1966-2019 逾五十年間的資料數據進行分析，發現在 19 個城市中曾經遭受檢警拘留或留置於司法機關共 32,787 名青少年 (少男 28,033，少女 4,754)，有鬱症診斷的少男約佔 10.1%、少女 25.8%；有創傷後壓力症的少男約佔 8.6%、少女 18.2%；罹患精神病癥的少男約佔 2.7%、少女 2.9%；Manninen、Koivukangas、Holm 和 Lindgren(2022) 在 1991-2011 年間，每隔 5 年對芬蘭的少年矯正學校 / 少年中途之家前後共計 1,074 名觸法少年進行的縱貫研究、追蹤至 2017 年底發現 (社區對照組 5,313 名)，曾經收容的少年即便回到社區，仍有 639 人 (約佔 59.5%) 曾經就診而有一種以上的心理疾病診斷，前五個依序是行為規範障礙症和注意力不足 / 過動症佔 30.7%(少男 33.9%、少女 24.7%)、物質使用障礙症佔 29.3%(少男 31.5%、少女 25.2%)、情感性障礙症佔 17.9%(少男 14.9%、少女 23.3%)、人格障礙症佔 10.9%(少男 11.4%、少女 10.1%)、思覺失調症類群佔 9.7%(少男 9.8%、少女 9.5%)。這些可能觸法 / 經歷司法收容的青少年能否有機會接受醫療處遇尚不可知，更重要的是這些相關調查無法同步顯示物質濫用的比例和關聯性，導致各項資料缺漏串連而難以進行更多探討。

在國內，陳裕雄、陳牧宏、魏漢庭和陳亮妤針對 2016-2021 年間我國青少年透過少年法庭 (或少年法院) 轉介進入戒癮治療且留置在社區的青少年共 106 名來進行司法後追的問卷調查研究後，發現到這些青少年接觸多重物質使用的比例 (71.7%) 遠高於只使用單一毒品者 (28.3%)，同時最常被混用的毒品有安非他命、K 他命、搖頭丸、笑氣及新興毒品 (new psychoactive substance，以下簡稱 NPS)；多重物質使用的青少年相較於只用一種毒品者，有更高的比例會出現自殺嘗試、過動症、重鬱症的相關診斷註記；而使用新興毒品 (NPS) 的青少年，則有更高的比例會出現自殺嘗試、過動症、因使用物質引發的精神關聯疾患的相關診斷註記 (Chen、Chen、Wei 和 Chen，2022)。因此，面對在司法系統 / 矯正機關中收容的藥酒癮 COD 青少年，有哪些注意事項呢？SAMSA(2016) 針對藥酒癮共病之不同心理疾病分別製作簡要說明來提醒臨床工作者，面對青少年 COD 時，除要對應不同身心疾病所需注意的醫療訊息外，更重要的是要瞭解到，青少年無論是物質濫用或心理疾病，經常是首次發作 / 初發 (first episode) 的狀態，也就是說，我們不宜以成人慢性病觀點來思量處

遇策略和預後，而是宜以疾病初期的角度來介入處理(如圖二)；此外，青少年由於對於物質濫用、心理疾病的欠缺正確認知，所以常見短期高頻率使用、單次高劑量使用、混合物質使用等嚴重影響身心功能/用藥高風險的行為，此部分便需要提供足夠的用藥正確訊息來補充說明。



圖二：青少年藥酒癮與心理疾病共病時的處遇原則

資料來源：Understanding a first episode of psychosis-young adult: Get the facts.(SAMHSA, 2016), p4. Get the facts.(SAMHSA, 2016), p4.

二、女性藥酒癮者 COD 部分：

UNODC(2018b) 的調查報告指出，2016-2017年間全球有 71 萬左右因為犯罪受到監禁的女性收容人，其中約 35%(約 25 萬人) 是毒品相關罪名且多數皆同時為物質濫用者；James 和 Glaze(2006) 則以 2005 年美國約 126 萬曾監禁在不同司法系統中的收容人來進行研究時發現，有近 44.8%~64.2% 的收容人曾經出現心理困擾的問題，進行性別分析後更顯示出，女性收容人出現心理困擾的比例為 61.2%~ 75.4%，遠高於男性收容人；但若僅探討藥酒癮與心理疾病兩者的共病時，Abram、Teplin 和 McClelland(2003) 年針對芝加哥 1,272 名在監執行徒刑的女性收容人進行研究，以此時此刻而非整個監禁期間的醫療紀錄來做分析時發現，在兩周內出現藥酒癮與嚴重心理疾病的 COD 受刑人約有 8%(155 名)。可惜的是，國內尚未見有關司法系統/矯正機關中女性受刑人藥酒癮 COD 患者的相關研究論述可循。

雖然多數共病處遇/共病治療並未因性別而有所差異，然而提供在司法系統/矯正機關中收容的女性藥酒癮 COD 患者共病相關處遇的計畫方案時，仍要注意的特定事項包括：確認有無懷孕及嬰幼兒照顧的服務需求，有無疼痛/慢性疼痛或特定焦慮障礙症的病癥，觀察 COD 病程有無快速發展或劇烈變化的現象(NIDA, 2020b)；現代醫學的實證證據則說明女性藥酒癮 COD 關於創傷、暴力、被害經驗的團體處遇/課程活動若能限縮僅由女性參與進行的話，其處遇效益是優於性別混合的團體處遇療效的(SAMHSA, 2020)。

三、年邁藥酒癮者 COD 部分：

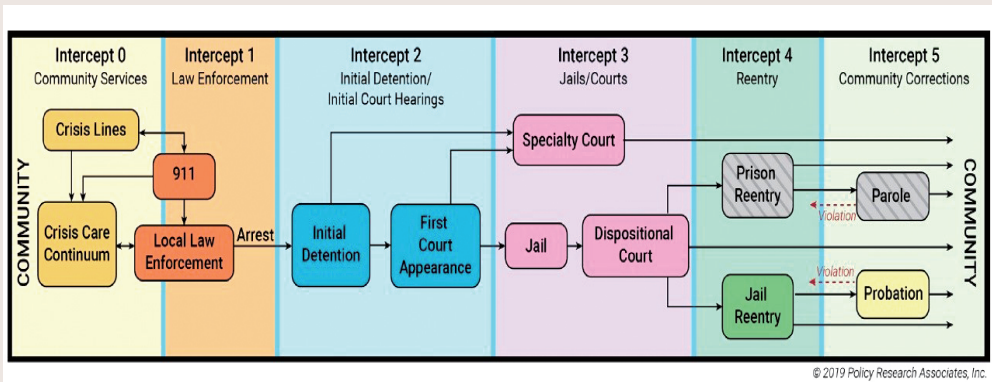
Haesen、Merkt、Imber、Elger 和 Wangmo(2019) 利用 PubMed /MEDLINE、PsycINFO、EMBASE 和 CINAHL 四個期刊資料庫累積至 2017 年 4 月的資料來進行文獻回顧 / 後設分析研究，在 787 筆相關文獻中，萃取出 17 篇 (共 49,855 收容人母群) 以老年收容人為主 (8,081 名樣本，過半研究定義在 60 歲以上)、包含藥酒癮共病探索的隨機對照量化研究；多數研究發現相對於較年輕的收容人，年長收容人罹患心理疾病 / 精神疾病的盛行率是隨著年齡而提高的、年長收容人濫用酒精 / 酒癮嚴重程度也偏高 (年輕收容人則是濫用非法藥物)、年長女性收容人會出現更多疼痛議題 / 情感性疾患也較願意接受相關心理處遇協助；此外，年邁長者盛行率較高的失智症 (dementia)、年邁者長期酗酒與思覺失調症 (schizophrenia) 和憂鬱症 (depression) 的高度相關，當然也一樣會在監禁的環境中浮現。

美國的研究則顯示，2005 年曾監禁在不同司法系統中、55 歲以上的年長收容人則有近 36.1%~ 52.4% 曾經出現心理困擾的問題 (James 和 Glaze, 2006)；而國內的刑事政策與犯罪防治研究專刊 (2018) 有一篇高齡受刑人統計分析中提及，在 2016 年底涉犯毒品相關罪名者有 266 人 (65 歲以上)，佔全體高齡受刑人 (1,092 人) 約佔 24.4%，相較於 2007 年時的情形增幅則為 11.4%。可惜的是，國內外對於司法系統 / 矯正機關中高齡受刑人藥酒癮與心理疾病 COD 患者的專題論述仍付之闕如，導致實際狀態無法真實呈現亦難以瞭解趨勢變化。

因此，面對年邁藥酒癮共病收容人，有哪些注意事項呢：Widlitz 和 Marin(2002) 便指出幾個與不同年齡層藥酒癮 COD、特別是高齡者的重要差異提醒，包括有：酒癮困境通常高於藥癮議題、睡眠困擾高於營養議題、濫用處方藥物現象高於實際需要、出現性格轉變時要優先評估有無輕度認知障礙症 / 失智症或腦部病變的病癥。

最後，由於國內外都缺乏共通且合宜的工具及專業人力來進行完整的藥酒癮者評估篩選、鑑別診斷，所以實際的 COD 比例可能還高於目前已知，其他有關後續治療轉介等處遇服務如何妥適等議題就更不用多談了 (SAMHSA, 2019a)；倘若我們嘗試從另一個角度來思考，或許當藥酒癮共病收容人進出不同司法系統 / 司法處遇

時，其實就是一次又一次可以提供相關處遇的機會（如圖三），當我們能夠真正用改變與協助的角度來正視此議題，而非像過去僅以懲罰不當行為的慣性邏輯來看待這些藥酒癮共病的收容人時，在未來才有機會真正減輕公共安全/公共衛生的負擔。



圖三：在不同司法流程階段皆有機會提供處遇協助以阻斷藥酒癮共病病程發展

資料來源：Screening and assessment of co-occurring disorders in the justice system. (SAMHSA, 2019a, 第 13 頁)。

伍、藥酒癮患者與人格障礙症的共病概況與處遇

每每討論藥酒癮 COD 的各類心理疾病時，最後總會論及目前尚無有效醫藥治療可供協助且預後通常不甚理想的人格障礙症 (personality disorders)，畢竟，人格障礙症患者合併有酒精 / 藥物 / 毒品濫用的情形十分常見 (UNODC, 2018a, 表一)，其中又以 B 類群中的反社會型人格障礙症 (antisocial personality disorder, 以下簡稱 ASPD) 和邊緣型人格障礙症 (borderline personality disorders, 以下簡稱 BPD) 比例最高，而青少年階段則是以行為規範障礙症 (conduct disorder, 以下簡稱 CD) 為最 (NIDA, 2020a)，上述三種診斷準則與注意事項則請見附錄四；此外，不同的研究皆指出，相較於其他藥酒癮 COD 患者，與 ASPD、BPD 共病者的物質使用程度更加嚴重，也會使得其他 SMI 共病發生率大幅提高 (Schmitz、Stotts、Averill、Rothfleisch、Bailey、Bayre 與 Grabowski, 2000；SAMHSA, 2019a)。以下說明藥酒癮共病 CD、ASPD、BPD 的概況，以及獲得 NIDA 所倡議的辯證行為療法 (Dialectical Behavior Therapy, 以下簡稱為 DBT) 這個運用在人格疾患的特殊治療模式。

一、青少年藥酒癮及行為規範障礙症

行為規範障礙症(原稱之品行疾患)係指青少年出現反覆的/持續性的攻擊和違反規範的行為模式,影響了自己學習與社交等個體功能,相較於一般青少年的叛逆或頑皮無知,CD 患者此類行為具備持久性(12個月以上),而行為障礙特徵亦經常是其他精神疾病的前驅症狀之一;換句話說,CD 並非單純青少年時期的發脾氣鬧彆扭而已,患者會呈現與年齡不相符的敵意或反抗模式,並與成年人起爭執或拒絕接受成人所訂立的規則;會把自己的錯誤或不當言行認為是他人過失責怪他人,經常充滿憤怒和怨懟情緒,毀損物品/蓄意縱火毫無愧疚、霸凌同學/虐待動物...等,都是青少年 CD 的特定行為模式。

Hicks、Krueger、Iacono、McGue 和 Patrick(2004) 在 542 對同卵雙胞胎研究中發現遺傳基因與環境不利等因素對於個體出現濫用物質行為的影響甚鉅,絕大多數的心理疾病/人格障礙症兩位雙胞胎都會擁有類似診斷(但嚴重程度可能不同);此外當雙親有藥酒癮行為時,青少年期的雙胞胎也就同時容易發展出藥酒癮與 CD 共病的行為及診斷;另一份研究更直接指出青少年大腦發展階段正處於易感性/易敏性(vulnerability) 所以容易受到成癮物質的影響,因此,當青少年出現心理失調(psychological dysregulation) 時,會大幅提高其濫用酒精和毒品的風險,而行為規範障礙症是成年後藥酒癮行為的有效預測校標(Thatcher 和 Clark, 2008)。

Manninen、Koivukangas、Holm 和 Lindgren(2022) 除發現曾在少年矯正學校/少年中途之家收容少年回到社區後,CD 和注意力不足/過動症、物質使用障礙症是最常出現的共病診斷外,這份研究亦追蹤過去曾經收容在矯正學校的少年在十多年後藥酒癮共病心理疾病的盛行率,發現到收容少年回歸社區後罹患人格障礙症及思覺失調症類群並無性別差異,但在出現 CD、注意力不足/過動症、神經發展障礙症的部分是男性顯著高於女性,而情感性障礙症的部分則是女性高於男性;另一群曾收容在中途之家的觸法少年雖然成年以後上述各項診斷皆高於一般青少年,但未達顯著水準亦無性別差異性存在。簡言之,當青少年在成長發展階段出現 CD 時,現在或未來都將是演變為藥酒癮的高風險族群。

二、藥酒癮及反社會型人格障礙症

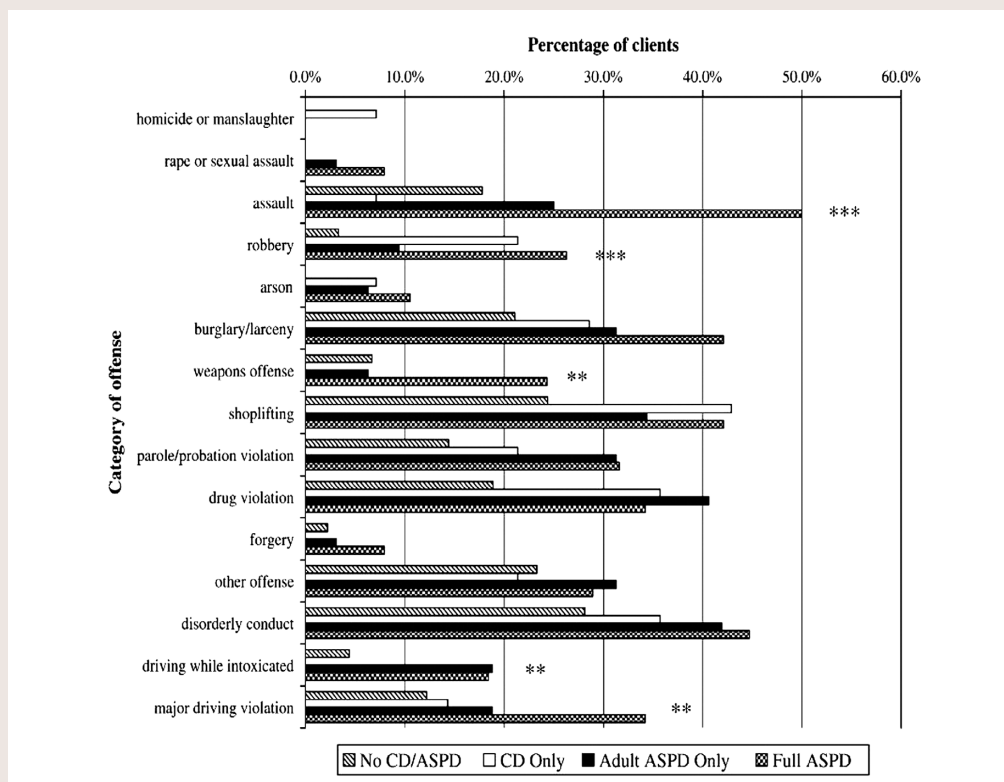
反社會型人格障礙症患者平時與你我看來並無太多差異，甚至有時充滿魅力，不過由於面對事件時缺乏同理心、無悔恨和極少感到羞愧羞恥，故使其衝動行為愈發具有破壞性；同時，說謊並讓他人誤信以為真而後並出現受騙後的憤怒，對 ASPD 患者可能是充滿有趣好玩的經驗感受。當然，ASPD 患者針對配偶或小孩的家內暴力、藥酒癮、竊盜詐欺...等，也都可能是成年期常見的行為。簡而言之，缺乏道德觀、缺乏自我羞愧、缺乏同理感受、自我中心和樂於利用別人、無法維持和諧的 / 親密的人際關係都是 ASPD 的重要表徵。單就 ASPD 來說，在監所中的比例可能 10 倍於社區人口，而監禁中的藥酒癮者則約有 40%~60% 亦可能出現與反社會型人格障礙症共病現象。(SAMHSA, 2019b)

在國內，陳喬琪、胡海國、蔡尚穎、林世光、王守珍與束連文 (1996) 的研究中就已發現到符合藥酒癮 DSM- III -R 合併人格違常疾患的診斷標準者約有 40.8% (總樣本為監獄中的 260 海洛英成癮者)：其中歸屬於 B 型人格疾患即佔 84.9% (ASPD 就有 60.4%)、C 型人格疾患為 10.4%、A 型人格疾患為 4.7% 最少；也就是說，在監禁中藥酒癮與人格疾患共病的 COD 患者，仍以 ASPD 為主，一如其他非藥酒癮的其他罪名受刑人相仿。林瑞欽、陳喬琪與鄭添成 (2010) 以男女性各 300 名受戒治人進行量化研究、並對男女性各 20 名受戒治人進行 Mini 量表的診斷性晤談 / HPH 健康性格習慣量表施測和考驗後發現，約有 57.5%~66.7% 的受戒治人符合 HPH 反社會型性格傾向分量表，除其比例顯著高於一般性社會常模外，多重濫用藥物者亦顯著高於單一毒品濫用者，惟未見藥酒癮共病 ASPD 男性高於女性的現象 (無顯著差異)。

Mueser、Crocker、Frisman、Drake、Covell 和 Essock (2006) 以醫療院所就診的藥酒癮患者來進行回溯訪談研究，4 年內 382 名符合兩年內近常進出急診、入住精神病房、監禁收容的患者樣本為母群，178 人完成所有評估與追蹤，以青少年期有無 CD 診斷 / 成年期有無 ASPD 診斷並將上述樣本分為 4 個類群後發現 (如圖四)，同時具有青少年期 CD 及成年期 ASPD 患者在犯罪行為上，相較於其他三類型，在人身攻擊、搶奪強盜、持械與酒駕肇事這 4 種犯罪行為明顯偏高且達顯著差異 (跟無 CD / 無 ASPD 診斷者差異最大)；從犯罪預防的角度來說，代表的意義是提供 CD / ASPD 藥酒癮 COD 患者 SMI 相關協助是十分重要的再犯防止策略。

三、藥酒癮及邊緣型人格障礙症

另一種與藥酒癮經常成為共病的人格障礙症是邊緣型人格障礙症。BPD 通常被視為療效有限、預後不佳的一種心理疾病，無論是患者自身、家人、親密伴侶、朋友、甚至治療師，都無可避免地會受到其影響與傷害，而 BPD 患者擅長的人際操控及情緒控制問題則是最令他人難以釋懷或無法原諒其行為的重要因素；同時，由於 BPD 患者通常會伴隨相當高的自殺風險與自我傷害行為、被拋棄的強烈恐懼感、憤怒及絕望…等，這些具操控性質的自傷自虐自殺行為常讓治療師及親朋好友疲於奔命，更使得協助 BPD 患者的難度大幅提升。此外，對於青少年藥酒癮者來說其中約有 30%~45% 會出現心理疾病共病現象，BPD 亦為其中常見的心理疾病共病診斷之一 (Child Mind Institute Publication, 2019)。



圖四：不同犯罪行為與有無共病 CD/ 有無共病 ASPD 的 4 組類型 SMI 藥酒癮患者，其流行率與統計考驗結果

資料來源：Mueser 等 (2006): Conduct disorder and antisocial personality disorder in persons with severe psychiatric and substance use disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 32(4), p.632

陳俊合 (2012) 以男女性各 200 名受戒治人實施 HPH 健康性格習慣量表 / 非法藥物使用者自我知覺調查表來進行量化研究，發現到有 16.5% 的受戒治人符合 HPH 邊緣型性格傾向並達重度偏差值，同時與其他不同人格障礙症亦常見有重疊 / 多重呈現的情形 (以反社會型性格傾向最多，佔 86.4%)，惟未見藥酒癮共病 BPD 女性高於男性的現象 (無顯著差異)。在國外研究的部分，隨著調查年代、橫斷研究或縱貫研究、盛行率或終生盛行率、機構樣本或社區樣本… 等的差異，藥酒癮患者共病 BPD 的比例可能從 9.5%~90%(SAMHSA, 2014)；此結果說明藥酒癮和 BPD 共病現象為人所重視，一方面是處遇療效難以顯現，另一方面是容易伴隨自傷 / 傷人的重複行為，因此投入諸多資源希望能看見效果。

SAMHSA(2014) 摘述提供此類型藥酒癮 COD 患者處遇服務時，治療師應注意下列重點：(一)、建立界線清楚的專業關係 / 工作關係，但非過度嚴格，如溫和討論；(二)、提醒並要求個案承諾自我照顧，不宜讓 BPD 患者們同在一處，如等候室或測驗室；(三)、對 BPD 患者各種特定行為模式需有高敏感度，如利用停止聯繫來取得關心 / 利用漫談笑容來逃避討論核心問題；(四)、具有足夠的知能及技巧幫助患者在專業關係中學習，而非因循過往經驗；(五)、對 BPD 患者來說，原則上個別處遇優先於團體處遇，同時前者不因後者而暫停或取消；(六)、治療歷程可能不同於其他類型患者，通常進展緩慢且症狀起伏不定，難有短期效益；(七)、治療團隊需定期共同討論 BPD 患者的整體概況及病程療程，避免各專業之間相互制肘。

四、辯證行為療法的效益

有關藥酒癮共病人格障礙症的處遇 / 治療部分，NIDA 所屬的期刊 (Addiction Science & Clinical Practice) 在十多年前便指出目前有一個具有實證基礎可以增加部分療效的心理治療模式：辯證行為療法 (DBT)；DBT 相信深陷情緒風暴的個案並不具備有解決自我困境及建構有價值人生的技巧與能力，在問題浮現時，個體要不是讓自己停止任何感覺的話，就是讓情緒一直擴大到失控狀態；DBT 的核心議題就是在協助個案學習在「改變現況不再痛苦」和「接受痛苦的普遍性存在」兩種對立的觀點中，找到平衡。此外，DBT 亦鼓勵個案以多角度、多面向的概念來看待生活與整個世界，接納自己或他人的對立想法，然後學習整合矛盾，讓自己更有能力處於不一致與衝突的情境中，透過舊意義來詮釋及發展出新的意義，從而促使個案更貼

近事件或情境本身，並找出不同以往的因應之道。所以，在 DBT 中，個案與治療師最常提及的問題是：「有沒有什麼是我們沒考慮到的或沒想過的？」「互異的觀點與感受綜合起來會是什麼呢？」

Dimeff 與 Linehan(2008) 說明 DBT 實質蘊含的三個主要架構或元素：認知行為療法 (cognitive-behavior therapy)、效能 (validation/acceptance) 及辯證 (dialectics)，分述如下：

- (一)、認知行為療法：認知行為療法常用到的幾個助人技巧也被 DBT 所採用，包括有技能訓練 (skills train)、指派家庭作業 (homework assignments)、症狀紀錄表 (symptom rating scales)、行為分析 (behavior analysis) 等，不過在 DBT 中，行為 (behaviors) 二字係廣泛地將想法、感覺與作為都涵蓋其中，同時也積極地要求患者改變自我，以追求更有價值的生活及人生。一如認知行為療法，DBT 治療師會邀請個案實際執行和參與上述所提及的治療活動，並把成果帶到會談中來檢驗與修正，以及鼓勵患者在生活中實際應用或實驗所學得的新技能，無論是成功經驗或挫敗失落，都應與治療師共同來分享與承擔、擁有與化解。
- (二)、效能：DBT 治療師明白，認知行為療法對 BPD 患者的療效有限並非此治療模式本身的效能不彰，而是個案可能會因為一些標準化的認知治療策略引發內在的挫敗與無力感，導致其開始在定期的個別會談或團體治療中遲到、缺席，然後完全退出治療療程。因此，DBT 治療師除了要移除干擾治療進行的因素外 (如患者的經濟或交通問題、治療場域的方便性與隱密性、患者舊的人際網絡與支持系統等)，治療師本身專業知能若能相對提升，特別是治療策略能否依照個案的情形來調整、是否跟隨治療關係的變化而改變工作模式、有無適切地掌握不同角色間的界線與彈性等，亦是 DBT 療效是否妥適發揮的另一個重要關鍵 (Swales, Heard, & Williams, 2000)。
- (三)、辯證：DBT 所提到的辯證二字，主要是聚焦於「所有現象」及「治療關係」存在的對立本質。前者指的是一種世界觀，辯證論點相信所有事物

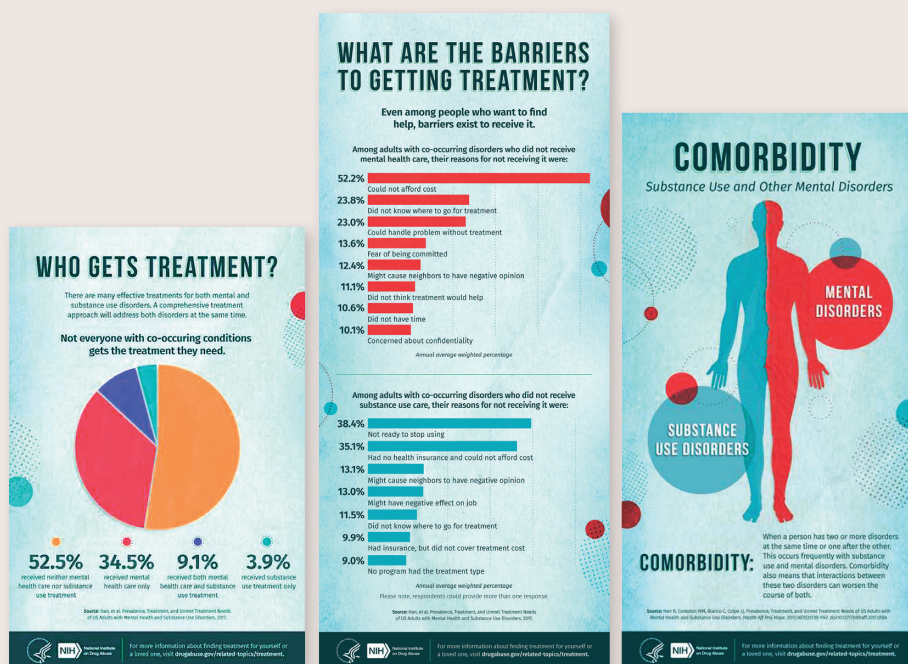
的解釋都是相對的，強調系統與整體的觀點，也相信任何整體都蘊含了各種層次或複雜的細微面向；因此 DBT 堅信事實不可被簡化，也必然有相對或對立性的存在，這樣對立的兩極可稱為「正」、「反」，而正反兩極的「合」就是所謂在治療中習得的改變。透過個體不同系統正反兩種力量（正向與負向、好與壞、孩子與父母、當事人與治療師、個體與環境等）不斷地交互作用，改變是自然且不斷發生，而這種不斷變化的現象就是生命的本質。後者則著重在治療的關係和對話，辯證觀點認為改變是透過遊說 (persuasion) 而不是形式、與人無關的理性思維來發生的；在治療歷程中反應出來的是失落與期待、開始與結束、喜怒哀懼的反覆交錯互動。簡言之，無論是當事人或治療者都在正反兩極中努力找尋平衡點，而無法忽視任何一方獨立存在。(引自潘正德等譯，2004)

Dimeff 與 Linehan(2008) 亦提醒治療師實施 DBT 時要注意的五個核心目標是：(一)、透過辯證的觀點增加個案改變的動機；(二)、提升個案的行為能力擴大其有效的行為模式；(三)、確認習得的新行為模式能夠由治療關係中類化到一般情境；(四)、構建有利於有效行為的環境並改善無效行為的情境因素；(五)、不斷加強治療師本身的動機與能力來強化能提供治療的效能。由此可見，辯證行為療法一如其他行為療法，會針對各個問題行為或個案困境進行分類分級的工作，透過風險評估，將治療目標清楚定義。倘若無其他特殊考量時，DBT 治療師會將影響最久、層面最廣、造成後果最嚴重的行為，設定為會談治療中主要改變的目標（如自我傷害與自殺行為），透過不同的辯證策略、溝通風格策略、COD 患者的自我管理策略、整合因應策略等技巧，並在每次會談中重覆檢視其日常生活/目標行為的改善程度。

那麼藥酒癮與 BPD 共病患者透過 DBT 可以學習到什麼重要的因應技巧呢？一是增加耐受力 (distress tolerance)，提供不同方式減弱對痛苦感受的影響，幫助當事人建立更有能量的復原力；其次是學習正念 (mindfulness)，練習將注意力聚焦當下/此時此刻，而非總是在懊悔過去/擔憂未來之中焦慮不安；接著是提高情緒調節能力 (emotion regulation)，學習辨識確認/釐清理解自己的狀態，並以非破獲性的方式來調整想法或消融感受；最後是提昇人際效能 (interpersonal effectiveness)，協助當事人合宜地表達內在想法和需求，能夠設定界線且尊重他人，藉此來擁有更佳的問題解決能力 (楊淑智譯，2012)。

陸、結語

即便是已經相當重視 COD 議題並投入相當數量 / 許多資源的美國國家健康局 (National Institute of Health, 以下簡稱 NIH), 在 2017 年的官方數據中, 顯示美國藥酒癮與心理疾病 COD 患者中僅有 9.1% 的比例接受了多重診斷和協同治療, 更有超過一半的人 (52.5%) 未曾接受過任何形式的藥酒癮治療或心理疾病治療 (如圖五); Pro、Utter、Haberstroh 和 Baldwin (2020) 針對美國 2014-2017 年間逾 140 萬少數種族 (印地安 / 阿拉斯加) 的社區調查結果, 也發現僅有少於 1/3 的海洛英成癮 COD 患者接受過醫藥治療 / 替代療法的協助 (其中女性佔比更低)。由此可知, 藥酒癮共病處遇實際執行上的難度與困境, 不光是專業人員是否具備足夠的專業知能外, 藥酒癮共病患者對於接受治療的意願和遵從性, 治療服務的可近性和環境文化的標籤作用, 醫療系統的彈性和各系統間的轉銜合作... 等, 任一因素都足以影響患者接受到實際服務多寡的狀態。



圖五：美國藥酒癮與心理疾病共病患者接受治療比例

資料來源：美國國家健康局官方海報 (NIH, 2017)

Mital、Wolff 和 Carroll(2020) 回顧了 18 篇在 2001 年以後發表的研究也得到相似結果，該研究提及對北美地區的收容人來說，有超過一半的收容人同時是藥酒癮者，而過去曾經出現海洛英過量使用情形的藥酒癮收容人（無論是在社區或在監獄），當其釋放離開監禁環境賦歸社會時，通常也是過量致死風險最高的時刻（當然也等同於再犯）；研究亦發現到在上述情況下，後續的處遇服務往往就會專注在生命維護，卻暫緩共病治療甚至忽略了共病所造成的影響，導致無法真正協助患者持續接受有效的治療處遇，因而使得急診 / 醫療量能、消防 / 公共安全的負擔不斷循環加劇。

也就是說，無論國內或國外的研究，當藥酒癮患者合併有心理疾病診斷且從司法機關賦歸社區時，皆有較高的生命安全（過量致死或自殺嘗試）/ 身心健康風險（合併多重疾病發展）的危機。因此，我國矯正機關自 2018 年漸次推動「科學實證毒品犯處遇計畫」開始，便希望持續投入藥酒癮收容人已進行的七大面向（成癮概念與戒癮策略、家庭及人際關係、職涯發展及財務管理、毒品危害及法律常識、衛生教育與愛滋防治、正確用藥及醫療諮詢、戒成人士現身說法）給予處遇，目前對於多重疾病診斷、合併其他心理疾病的共病收容人（特別是 SMI 患者），也已定期於出監前召開聯繫會議 / 復歸轉銜會議來進行衛政、社政、勞政、法政的實際連結，就是希望給予藥酒癮者完整的協助，使其有機會在出監所後仍能邁向健康平安的身心復原旅程。

言及至此，還有哪些是我們面對藥酒癮共病患者時，可以持續精進的部分呢？義大利的學者們把焦點轉移至藥酒癮者家屬 / 藥酒癮家庭的部分。Sarno、Candia、Rancati、Madeddu、Calati 和 Pierro (2021) 利用 PubMed(一種醫藥期刊資料庫) 分析了 3,549 篇文獻後發現，不只藥酒癮患者身心健康受到物質濫用的影響，其家庭成員除了出現我們已知的現象如：降低家庭生活品質、增加家庭負荷 / 家庭壓力升高、汙名化 / 標籤化及社會疏離現象之外，這些藥酒癮者家屬（無藥酒癮行為）亦同時呈現出身心健康問題、升高其口語及非口語攻擊的風險，對於低社經家庭的同居女性家屬更易陷於嚴重的身心功能缺損的現象。故當前無論是法務部矯正署的「毒品施用者家庭支持方案」、法務部保護司的「更生人家庭支持服務方案」、衛福部的「藥癮者家庭支持服務」和「逆境少年家庭支持服務」，都可以說是立基於這些實證研究結果所採取相對應的相關措施。

最後，Wallace 和 Wang(2020) 以藥酒癮 COD 患者接受處遇治療後回到社區所進行的再犯研究則提供給我們不同以往的省思觀點，兩位學者利用美國亞利桑那州 SVORI 刑事系統資料庫且聚焦於在監期間接受身心處遇並有所改善的男性收容人(871人)，來進行出監後3個月、9個月、15個月的追蹤；發現無論是在監期間或出監之後，心理健康有所改善的收容人，追蹤期間的再犯罪入監比率明顯降低；然而對於在監期間或出監之後，身體健康有所改善的收容人，再犯罪入監情況則不減反增(達顯著水準)。在國內，林詩韻、林育聖和余權訓(2019)以30名出監後接續於精神機構執行監護處分的男性精神疾病犯罪者為例，在其結束監護處分/出院後追蹤3年的結果，發現到精神疾病複雜程度、成癮物質使用現象跟再犯與否並無統計上差異存在，此現象說明對於藥酒癮合併 SMI 共病患者的處遇治療及再犯評估，或許應視為一個特定次族群而不該與其他藥酒癮 COD 混為一談。

雖然上述研究涵括的樣本有限以及追蹤期程僅為2-3年，卻也讓我們不由得再次思考，過去我們習以為常/深信不移的想法作法(改善藥酒癮收容人身心健康就必然降低再犯)或處遇策略(對於COD越嚴重的藥酒癮患者提供更複雜更多樣化處遇治療就能改善療效降低再犯)，對於瞬息萬變的現代社會是否依舊適用，實在需要我們定期驗證。因此，如何從「穩定身心健康狀態=在監行狀正常」的角度，擴展到以「回歸社區後如何維持身心健康=穩定生活作息」為基礎的處遇思維，對於想要真正達到延緩藥酒癮復發/再犯預防/犯罪中止的全人生(life span)目標，相信還有許多值得關注的議題或方向值得我們繼續共同努力與深思。

參考資料

- 林瑞欽、陳喬琪與鄭添成(2010)：非法藥物濫用與心理疾病共病之性別差異研究。行政院衛生署食品藥物管理局委託研究案。DOH99-FDA-61208。
- 林詩韻、林育聖與余權訓(2019)：男性精神疾病犯罪者於醫療機構執行監護之效益。醫學與健康期刊，8(2)，27-39。
- 法務統計(2014)：103年1月法務統計摘要。
- 法務部法官學院(2018)：高齡受刑人統計分析。刑事政策與犯罪防治研究專刊，16，51-57。
- 張本聖(2022)：精神疾病診斷準則手冊(DSM-5-TR)的變革與演進。台灣臨床心理師公會全國聯合會繼續教育課程，線上工作坊(無出版品)。

- 陳志根、林式毅、束連文和江淑娟(2006)：台灣藥物濫用者之用藥行為、臨床共病現象與醫療使用。行政院衛生署科技發展計畫委託研究案。DOH95-NNB-1035。
- 陳坤波(2006)：藥酒癮病患共病症之相關研究。行政院衛生署科技發展計畫委託研究案。DOH95-TD-M-113-040
- 陳喬琪、胡海國、蔡尚穎、林世光、王守珍與束連文(1996)：海洛英成癮者之精神病理學研究：共發性精神疾病與人格特質(II)。行政院衛生署委託研究案。DOH85-TD-108。
- 楊淑智譯(2012)：辯證行為治療技巧手冊。台北市：張老師文化。
- 潘正德、吳琇瑩、李鈺華、林繼偉、林淑梨、麥麗蓉、黃麗倩、張世華、譚偉象譯(2004)：心理疾患臨床手冊。台北：心理出版社。
- 顧以謙(2022)：應用爬蟲程式與數據探勘毒品施用行為創新研究先導性計畫。法務部司法官學院自體研究計畫。
- Abram, K. M., Teplin, L. A., & McClelland, G. M.(2003). Comorbidity of severe psychiatric disorders and substance use disorders among women in jail. *American Journal of Psychiatry*, 160(5), 1007-1010.
- Baranyi, G., Fazel, S., Langerfeldt, S. D., & Mundt, A. P. (2022). The prevalence of comorbid serious mental illnesses and substance use disorders in prison populations: A systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health*, 7, 557-568.
- Baum, M. K., Tamargo, J. A., Ehman, R. L., Sherman, K. E., Chen, J., Liu, Q., Mandler, R. N., Teeman, C., Martinez, S. S., & Campa, A. (2020). Heroin use is associated with liver fibrosis in the Miami adult studies on HIV(MASH) cohort. *Drug and Alcohol Dependence*, online. Retrieved 01/15/2023 from: <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2021.108531>
- Beaudry, G., Yu, R., Långström, N., & Fazel, S. (2021). An updated systematic review and meta-regression analysis: Mental disorders among adolescents in juvenile detention and correctional facilities. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 60(1), 46-60.
- Case Western Reserve University Publication. (2012). Clinical guide for integrated dual disorder treatment: The evidence-based practice. Retrieved 01/15/2023 from: <https://www.centerforebp.case.edu/resources/tools/clinical-guide-for-iddt>
- Chen, Y-H., Chen, M-H., Wei, H-T., & Chen, L-Y. (2022). Survey of substance use among adolescent drug offenders referred from juvenile courts in Taiwan: Clinical epidemiology of single versus multiple illicit substance use. *Journal of the Formosan Medical Association*, online. Retrieved 01/15/2023 from: <https://doi.org/10.1016/j.jfma.2022.04.009>
- Child Mind Institute Publication.(2019). Substance Use + Mental Health in Teens and Young Adults. Retrieved 01/15/2023 from: http://centerforchildwelfare.fmhi.usf.edu/kb/subabuse/Substance_Use_Mental_Health_in_Teens_and_Young_Adults.pdf

- Colledge, S., Larney, S., Bruno, R., Gibbs, D., Degenhardt, L., Yuen, Dietze, W. S., & Peacock, A. (2020). Profile and correlates of injecting-related injuries and diseases among people who inject drugs in Australia. *Drug and Alcohol Dependence*, online. Retrieved 01/15/2023 from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32916518/>
- Dimeff, L. A. & Linehan, M. M. (2008). Dialectical behavior therapy for substance abusers. *Addiction Science & Clinical Practice*, 4(2), 39-47. Retrieved 01/15/2023 from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2797106/>
- Haesen, S., Merkt, H., Imber, A., Elger, B., & Wangmo, T. (2019). Substance use and other mental health disorders among older prisoners. *International Journal of Law and Psychiatry*, 62, online. Retrieved 01/15/2023 from: <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2018.10.004>
- Hicks, B. M., Krueger, R. F., Iacono, W. G., McGue, M., & Patrick, C. J. (2004). Family transmission and heritability of externalizing disorders. *Archives of General Psychiatry*, 61, 922-928.
- James, D. J., & Glaze, L. E. (2006). Mental health problems of prison and jail inmates. Bureau of Justice Statistics Special Report (NCJ 213600). Retrieved 01/15/2023 from: <https://bjs.ojp.gov/library/publications/mental-health-problems-prison-and-jail-inmates>
- Manninen, M., Koivukangas, J., Holm, M., & Lindgren, M. (2022). Lifetime psychiatric diagnoses among adolescents with severe conduct problems: A register-based follow-up study. *Child Abuse & Neglect*, 131, online. Retrieved 01/15/2023 from: <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2022.105765>
- Mital, S., Wolff, J., & Carroll, J. (2020). The relationship between incarceration history and overdose in North America: A scoping review of the evidence. *Drug and Alcohol Dependence*, online. Retrieved 01/15/2023 from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32498032/>
- Mueser, K. T., Crocker, A. G., Frisman, L. B., Drake, R. E., Covell, N. H., & Essock, S. M. (2006). Conduct disorder and antisocial personality disorder in persons with severe psychiatric and substance use disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 32(4), 626-636.
- National Institute on Drug Abuse Publication. (2014). Principles of drug addiction treatment for criminal justice populations : A research-based guide (pp. 1-5). Retrieved 01/15/2023 from: <http://www.drugabuse.gov/PODAT/PODATIndex.html>
- National Institute on Drug Abuse Publication. (2018). Principles of drug addiction treatment: A research-based guide (3rd ed., pp. 5-7). Retrieved 01/15/2023 from: <https://www.drugabuse.gov/publications/principles-drug-addiction-treatment-research-based-guide-third-edition/preface>
- National Institute on Drug Abuse Publication. (2020a). Common comorbidities with substance use disorders research report. Retrieved 01/15/2023 from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK571451/>

- National Institute on Drug Abuse Publication. (2020b). Substance use in women. Retrieved 01/15/2023 from: <https://nida.nih.gov/sites/default/files/drugfacts-substance-women.pdf>
- NSW Mental Health and Drug and Alcohol Office Publication. (2015). Effective models of care for comorbid mental illness and illicit substance use. Retrieved 01/15/2023 from: <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2018.10.004>
- Pro \ Utter \ Haberstroh & Baldwin. (2020). Dual mental health diagnoses predict the receipt of medication-assisted opioid treatment: Associations moderated by state Medicaid expansion status, race/ethnicity and gender, and year. *Drug and Alcohol Dependence*, online. Retrieved 01/15/2023 from: <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2020.107952>
- Riley, E. D., Vittinghoff, E., Wu, A. H. B., Coffin, P. O., Hsue, P. Y., Kazi, D. S., Wade, A., Braun, C. & Lynch, K. L. (2020). Impact of polysubstance use on high-sensitivity cardiac troponin I over time in homeless and unstably housed women. *Drug and Alcohol Dependence*, online. Retrieved 01/15/2023 from: <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2020.108252>
- Sarno, M. D., Candia, V. D., Rancati, F., Madeddu, F., Calati, R., & Pierro. (2021). Mental and physical health in family members of substance users: A scoping review. *Drug and Alcohol Dependence*, online. Retrieved 01/15/2023 from: <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2021.108439>
- Schmitz, J. M., Stotts, a. L., Averill, P. M., Rothfleisch, R. M., Bailey, S. E., Sayre, S. L., & Grabowski, J. (2000). Cocaine dependence with and without comorbid depression: A comparison of patient characteristics. *Drug and Alcohol Dependence*, 60, 189-198.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration Publication (2014). An introduction to co-occurring borderline personality disorder and substance use disorders. Retrieved 01/15/2023 from: <https://store.samhsa.gov/product/An-Introduction-to-Co-Occurring-Borderline-Personality-Disorder-and-Substance-Use-Disorders/sma14-4879>
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration Publication (2016). Understanding a first episode of psychosis-young adult: Get the facts. Retrieved 01/15/2023 from: <https://www.samhsa.gov/resource/ebp/understanding-first-episode-psychosis-young-adult-get-facts>
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration Publication (2019a). Screening and assessment of co-occurring disorders in the justice system. Retrieved 01/15/2023 from: <https://www.samhsa.gov/resource/ebp/screening-assessment-co-occurring-disorders-justice-system>
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration Publication (2019b). Substance abuse treatment for adults in the criminal justice system (TIP 44). Retrieved 01/15/2023 from: <https://www.samhsa.gov/resource/ebp/tip-44-substance-abuse-treatment-adults-criminal-justice-system>

附錄二：藥酒癮共病患者治療指引專業人員簡章 (IDDT 海報)

CASE
CASE WESTERN RESERVE UNIVERSITY

Ohio Substance Abuse and Mental Illness
Coordinating Center of Excellence
OHIO SAMI CCOE

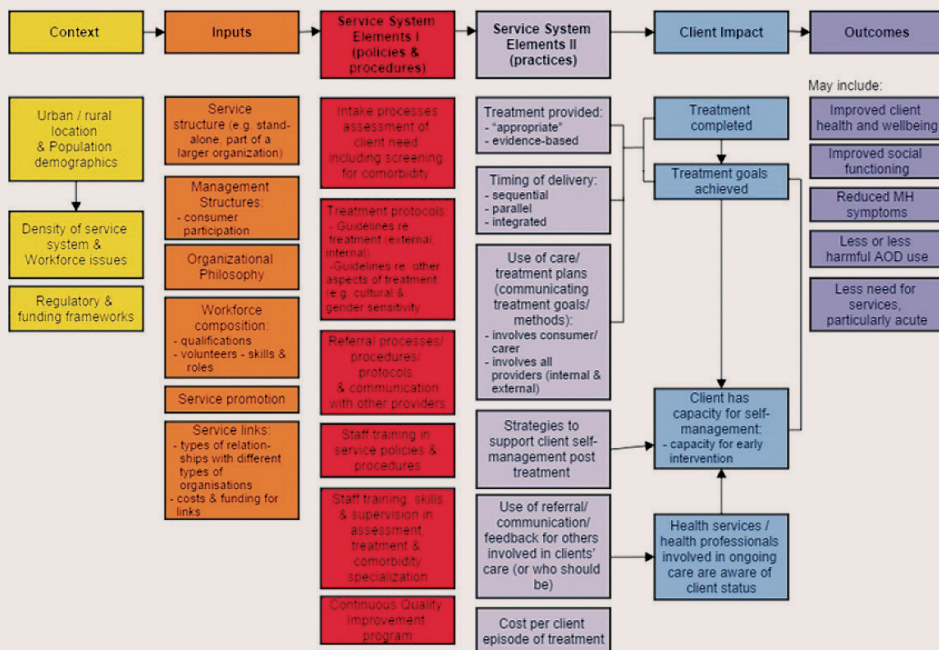
INTEGRATED DUAL DISORDER TREATMENT

The road to recovery

Stages of Change	Stages of Treatment	Clinical Focus
Pre-Contemplation	Engagement	 Outreach <ul style="list-style-type: none"> Provide outreach in community-based settings Building Relationship <ul style="list-style-type: none"> Gain permission from consumers to share in their process of change Ask consumer what is important to them Obtain their respect and priorities Get to know the person for who they are Practical Support <ul style="list-style-type: none"> Provide support for daily living (i.e., food, clothing, housing, medicine, safety, crisis intervention) Assessment <ul style="list-style-type: none"> Assess readiness for consumers' personal histories, goals, and readiness to change
Contemplation & Preparation	Persuasion	 Motivational Interventions <ul style="list-style-type: none"> Current readiness to understanding consumer's goals Help consumers understand the pros and cons of personal change Help consumers establish the discrepancy between their goals and their thoughts, feelings, beliefs, and behaviors Help consumers begin to reduce reliance on and use medications regularly Help consumers recognize and take pride in their own strengths and successes Addressing Stages of Normal <ul style="list-style-type: none"> Assure consumers that ambivalence to change is a normal human response (change may occur slowly over time) Pay Off Matrix <ul style="list-style-type: none"> Use a payoff matrix to help consumers tip their decisions away from ambivalence and toward positive action Education <ul style="list-style-type: none"> Teach consumers about alcohol, drugs, mental illness, and activities that promote health and wellness Offer self-helping opportunities Teach self and provide support to families
Action	Active Treatment	 Skill Building <ul style="list-style-type: none"> Teach illness management skills for both disorders (e.g., refusal skills, managing triggers and cravings, recognizing symptom onset, communication skills, etc.) Social Support <ul style="list-style-type: none"> Encourage positive peer supports (e.g., self-help groups) Cognitive Behavioral Interventions Apply consumers with transforming negative thoughts and behaviors into coping skills for both disorders
Maintenance	Relapse Prevention	 Planning <ul style="list-style-type: none"> Develop a relapse prevention plan Support consumers as they maintain lifestyle changes learned in active treatment Recovery Lifestyle <ul style="list-style-type: none"> Help consumers set new goals for enhancing their quality of life Social Support <ul style="list-style-type: none"> Support for frequency, intensity, and duration of relapses with positive peer relationships and supportive clinical relationships

www.ohiosamiccoe.case.edu
216.398.3933

附錄三：藥酒癮與心理疾病共病處遇的療效評估流程 (NSW, 2015, 23 頁)



附錄四：DSM-5-TR 有關行為規範障礙症、反社會型人格障礙症、邊緣型人格障礙症之簡述
(張本聖, 2022)

項目	行為規範障礙症 (CD)	反社會型人格障礙症 (ASPD)	邊緣型人格障礙症 (BPD)
適用對象	<ul style="list-style-type: none"> * 未滿18歲 * 已滿18歲，未達ASPD 	<ul style="list-style-type: none"> * 滿18歲，15歲以後開始出現症狀 * 滿18歲，15歲以前即有CD診斷 	<ul style="list-style-type: none"> * 未明列年齡界限，亦可見於青少年
基本診斷準則	<p>困擾行為明顯引發各項功能的減損，包括人際社交、學業 / 職業：</p> <ul style="list-style-type: none"> * 攻擊人或動物 <ul style="list-style-type: none"> • 霸凌 / 威脅 / 恐嚇他人，無論是否使用器具或武器 • 經常打架 • 曾對動物或他人實施身體凌虐 • 曾有搶奪強盜、性侵性猥褻紀錄 * 毀壞所有物 <ul style="list-style-type: none"> • 故意縱火、意圖毀壞物品 * 欺騙或偷竊 <ul style="list-style-type: none"> • 經常說謊取得財物 / 逃避責任 • 闖入民宅 / 竊取他人財物、汽車 * 重大違規 <ul style="list-style-type: none"> • 13歲前曾逃學 / 深夜未歸 / 逃家 	<p>若有思覺失調症 / 雙向情感障礙症的患者，在上述病程外亦有下列行為：</p> <ul style="list-style-type: none"> * 無法遵從社會規範/遊走法律邊緣 * 漠視且侵犯他人權益/無動於衷 * 衝動/無法作長遠打算 * 經常不負責任/無法實現承諾 * 魯莽/不在乎自己與他人安全 * 易怒且具攻擊性/經常打架 * 為個人私利或樂趣而說謊/欺騙/哄騙他人 	<p>多數從成年早期開始：</p> <ul style="list-style-type: none"> * 不穩定且強烈的/極端的人際模式 * 控制情緒的困難 * 一再自傷/傷人的威脅/行為/姿態 * 潛在自我傷害的衝動行為(如物質濫用、性虐待等) * 瘋狂逃避被拋棄的可能性(無論真實與否) * 有認同障礙，不穩定的自我意象 * 明顯過度反應的情緒不穩定 * 慢性的空虛感 * 短暫，和壓力相關妄想或嚴重解離
其他	<ul style="list-style-type: none"> * 有4項特別註記，需在多重情境/多重對象上皆顯現時方可註記： <ol style="list-style-type: none"> ① 缺乏懊悔或罪惡感； ② 缺乏同理心冷酷無情； ③ 不在意日常表現歸咎責怪他人； ④ 情感表淺或缺乏行動與情緒矛盾。 	<ul style="list-style-type: none"> * 40歲以後，犯罪行為通常會開始有所下降/緩解 * 須注意與考慮是否起因於所處環境背景、社經地位低下所致 * 男性比例高於女性 	<ul style="list-style-type: none"> * 30歲以後(或40歲以後)，嚴重程度會開始減輕 * 很高比例會與更多心理疾病/或其他人格障礙症出現共病現象 * 女性比例高於男性

從英國與荷蘭經驗談 精神疾病犯罪人處遇與復歸

DOI : 10.6905/JC.202307_12(2).0004

Discussion on the Treatment and Rehabilitation of
Criminals with Mental Illness from the Experiences of
the United Kingdom and the Netherlands

鍾志宏

法務部矯正署專門委員、
中央警察大學犯罪防治學系兼任助理教授

朱華君

法務部檢察司主任檢察官

DOI : 10.6905/JC.202307_12(2).0004

摘要

鍾志宏、朱華君

近年來，由於少數精神疾病患者犯下重大暴力犯罪，致使民衆被害恐懼感高升，因此，政府為回應民衆有效處遇或監控具暴力高風險精神疾病患者之期待，已於2021年7月29日核定之強化社會安全網第二期計畫，規劃設置司法精神醫院及司法精神病房，並建立社區銜接機制，期使精神疾病患者有效分流處遇及復歸社區。此外，亦於2022年2月18日修訂刑事訴訟法、刑法及保安處分執行法，增訂暫行安置規定及修正監護執行方式、時間、處所等，期從法制面建全刑事司法與社會安全網對於具暴力高風險精神疾病患者之犯罪預防與處遇作為。

本文蒐集英國及荷蘭對於精神疾病觸法者於社區、監獄及司法精神醫院 / 鑑定中心等處所之醫療及照護處遇的理念、鑑定、執行處所與復歸等相關具體措施，期能為我國相類處遇或機關(構)推動之參考。

參考英國及荷蘭經驗，提出建議：

- 一、精神醫療處遇原則，以適性醫療處遇取代可治療性。
- 二、建構司法精神醫院，落實醫療模式，完善司法醫療處遇品質。
- 三、我國司法精神醫院收治對象應納入各類醫療型保安處分，健全社會安全網。
- 四、我國精神衛生法精神疾病應思考納入反社會人格違常。
- 五、英國、荷蘭對於犯罪人司法精神照護資源導入方式不同，但都係以於醫療場域實施為主。
- 六、我國現行法制及實務實部分融合英國、荷蘭之法制及實務。

Discussion on the Treatment and Rehabilitation of Criminals with Mental Illness from the Experiences of the United Kingdom and the Netherlands

Abstract

Chih-Hung Chung, Hua-Chun Chu

In recent years, due to a small number of mentally ill patients committing major violent crimes, the public's fear of being victimized has increased. Therefore, in order to respond to the public's expectation of effectively dealing with or monitoring patients with violent high-risk mental illness, the government has approved the second phase of the strengthening social safety net plan on July 29, 2021, planning to set up forensic psychiatric hospitals and forensic psychiatric wards, and establish a community connection mechanism, so that patients with mental illness can be effectively diverted and returned to the community. In addition, on February 18, 2022, Code of Criminal Procedure, Criminal Code of the Republic of China and Rehabilitative Disposition Execution Act were amended to add temporary placement regulations and custody enforcement methods, time, location, etc. were revised, with a view to building a comprehensive criminal justice and social safety net from the perspective of the legal system for crime prevention and treatment of persons with mental illness at high risk of violence.

This article collects the concept, appraisal, place of execution, and rehabilitation of mentally ill offenders in communities, prisons, and forensic psychiatric hospitals/appraisal centers in the United Kingdom and the Netherlands. It is expected that it can serve as a reference for similar treatment or promotion by agencies (institutions) in our country.

With reference to the experience of the UK and the Netherlands, suggestions are made as follows:

1. The principle of psychiatric treatment, replacing treatability with appropriate medical treatment.
2. Construct a forensic psychiatric hospital, implement the medical model, and improve the quality of forensic medical treatment.
3. The subjects admitted to forensic psychiatric hospitals in our country should be included in various medical rehabilitative measures to improve the social safety net.
4. In our country's Mental Health Act, mental illness should be included in antisocial personality disorder.
5. The United Kingdom and the Netherlands have different ways of importing forensic mental care resources for offenders, but they are all mainly implemented in the medical field.
6. The current legal system and practice are partly integrated with the legal system and practice of the United Kingdom and the Netherlands.

壹、前言

我國近來年，因為陸續發生臺鐵嘉義車站刺警命案、玉井佛堂縱火案及桃園弑母斷頭案，引發了社會各界關注犯罪人之精神鑑定、監護制度社會防衛效果及收治處所妥適性的相關議題。在法制上，於2022年2月18日時，刑事訴訟法增訂暫行安置規定，修正刑法第87條將監護執行方式，除令入相當處所外，增加以適當方式，執行期間則從5年以下，修正為5年期間屆滿，第一次可延長3年、第二次以後每次可延長1年，保安處分執行法修正第46條及增訂第46-1至46-3條，以更多元處遇或處所的方式收治或執行監護處所、健全監護執行方式與有無繼續執行的評估機制及完善受監護處分人轉銜社區程序。

此外，在社會安全網中也明確將加強司法精神醫療服務、補強社區精神衛生體系與社區支持服務、持續拓展社福中心與保護服務等納為主要努力目標，希望能減少精神疾病患者或疑似精神疾病者犯罪；另加強司法心理衛生服務，以利處理精神疾病犯罪後之鑑定與處置，並增設司法精神醫院與病房；建置受刑人或受監護處分人之精神疾病患者出獄（院）之轉銜機制；銜接社區心理衛生體系及社會安全網之各種服務體系，以降低再犯率。該計畫規劃於2021年至2025年布建71處社區心理衛生中心、49處精神障礙者協作模式服務據點等措施；設置1處司法精神醫院及6處司法精神病房；整合社政、衛政及、勞政、警政、法務等體系橫向合作，並補助民間團體專業人力辦理各類專精服務方案等^[1]。

本文就審前司法精神鑑定、監獄精神醫療與轉銜、社區心理衛生及司法精神醫院等面向，蒐集英國及荷蘭司法精神醫療法規與實務運作等相關資料進行介紹，俾為我國未來規劃司法精神醫療運作機制或相關處遇參考^[2]。

貳、審前司法精神鑑定 - 司法精神鑑定中心

荷蘭司法精神鑑定有關之機構為Pieter Baan Centrum (PBC)，該中心的介紹如下：

- [1] 強化社會安全網第二期計畫(110-114年)，行政院110年7月29日院臺衛字第1100180390號函核定本。
- [2] 本文有關英國及荷蘭司法精神醫療之制度與執行機構之介紹，係作者依111年度「司法精神醫療處遇政策與實務交流計畫」暨「性侵害犯罪防治政策及實務考察計畫」至英國及荷蘭考察之紀錄及蒐集相關文獻所撰寫。

一、背景

於18世紀，法官常須背負處理犯行嚴重，然行爲看似不正常或弱勢犯人之責任，因而認爲將此類犯人送至監獄執行未必適當，而應送至其他適當處所；於19世紀，荷蘭法官已有權力可做其他處置，惟於監獄或看守所進行調查或評估未必適當，因而於19世紀後期，開始思考應設立其他適當處所並由行爲專家進行評估，嗣後遂於監獄外成立獨立之觀察中心。此後，雖受到世界大戰之影響，司法精神醫療機構之設置有所推遲，然於1950年代，以彼得·班（Pieter Baan）爲主之精神科醫師，即大力推動專業之司法精神鑑定與處遇，該司法鑑定中心即以其爲名，並於1949年成立，再於2018年秋天，自烏得勒支遷移至阿爾梅勒。

二、組織及架構

Pieter Baan Centrum（PBC）爲荷蘭司法安全部司法精神病學與心理學研究所（Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie, NIFP）之一部分，是荷蘭司法精神體系之一員，係針對重大犯罪之行爲人進行裁判前之臨床觀察與調查，其亦爲目前荷蘭國內惟一一間收容罹精神疾患被告之司法精神醫療處所^[3]。

PBC 除尋找犯罪成因外，尚提供個案治療方式之建議。PBC 主要有4個部門，其業務包括負責審前精神鑑定、監所內精神醫療、精神疾病患者住院評估與轉介、實證研究與教育，而實證研究主要係探討精神疾病如何影響行爲，評估面向包含生理（如腫瘤、腦傷等）、心理（成癮行爲、暴力危險性、病態人格等）及社會等，重視以科學實證之方式實施鑑定及處遇。評估成員包括精神科醫師（PBC 有專任及特約之司法精神科醫師）、心理師、環境調查員（forensic environmental investigator）、團體觀察員等，進行爲時6週之治療及活動觀察，而負責撰寫報告之精神科醫師、心理師及律師等，並不參與活動。團隊在6週內共開會4次。

三、收容對象

PBC 會接受法院、檢察官或律師之委託，對精神疾患犯罪者進行精神鑑定，並指派精神科醫師至看守所提供評估診斷服務；其於2021年所服務之個案約200名，於該中心常住精神疾患犯罪者通常係26人至28人。相關經費係由司法安全部提供。

[3] 資料來源：<https://www.nifp.nl/onderwerpen/themas/pieter-baan-centrum>。

收容對象包括患有精神疾患、人格疾患或學習障礙之被告、性侵犯、物質濫用者等 5 大類。PBC 最主要係受法院委託對被告進行精神鑑定，受法院委託之個案才可強制留置於中心觀察，若係其他單位之委託，則不可強制收容。

法官委託 PBC 鑑定之個案，多屬於：(1) 犯行嚴重，如謀殺、綁架、性侵；(2) 犯行複雜，需要詳細分析其犯罪原因；(3) 為社會矚目或引起恐慌案件；(4) 人格疾患者，因而需要較密切之觀察評估。在 PBC 有各種領域之專家可進行合作，對個案之犯行或過去背景進行分析。收容個案中，有 85% 為男性，15% 為女性。另，由於患有精神疾患或人格疾患之女性較少，因而集中收治於二所司法精神醫療處所，以利安排團體生活。

四、設施設備

PBC 設有各分區用以收容及觀察個案，分區空間包括戶外運動處所、室內運動場、工作室、客廳、個人臥室、餐廳、廚房等，個案可自由使用相關處所與設備，甚至於規劃處所使用網路或於戶外之活動空間抽菸，有些分區可互通，PBC 甚至允許個案在餐廳使用不銹鋼叉子等尖銳物品，令人印象深刻，對此，評估人員表示 PBC 就是要提供一個接近社會及日常生活之環境，渠等亦於事先或日常活動中不斷評估個案於此等空間活動之妥適性，若個案之狀態不合適時，會另外安排於安全之環境。而於個人臥室中除了一張單人床外，包括有電視、電話、個人獨立衛浴間等，且不論房間或衛浴間均無 CCTV。PBC 內部所有工作人員及收容個案均穿著便服，無法從衣服判斷身分，僅有 PBC 大門入口處之工作人員穿著制服。就整體收容環境而言，雖管制出入之每道門均相當沉重，然內部氣氛之營造則相當居家、令人放鬆及感到受尊重，PBC 認為只有在使人放鬆之環境下，始能觀察到人之真正行爲或反應。

在安全設施方面，PBC 外圍與監獄相同，設有圍牆與刺網，入口處有更甚於我國監獄之管制設施，警衛人員與參訪人員完全實體隔離，避免外力侵入，如有提供證件查驗時，可透過一交換設施提交予警衛人員登錄或交還訪客，並設有 X 光機用以檢查人員進入之物品。人員出入亦秉持一開一關原則，始能啟閉通道門，門鎖採用感應卡，而非鑰匙，CCTV 監控範圍僅有公共空間、走道及 PBC 周圍等處，個案

至 PBC 住院時，PBC 會運用虹膜辨識確認與記錄身分。此外，在其他安全或管理方面尚未運用 AI 或科技相關設施。

五、觀察、評估

大部份個案在看守所時，PBC 即會派員前往觀察，開始蒐集資料，而個案初到中心時，PBC 會先進行觀察，認為適當時再分配至分區共同生活。每個分區約有 6 名個案生活其中，像是一個小家庭，每個時段會有 3 人 1 組之評估人員進行觀察、評估，此等評估人員會與個案一同從事各項日間活動，包含烹飪、休閒活動、遊戲、運動、工作等，以及處理可能之衝突行為，藉以近距離觀察個案病情及個案對相關活動之反應方式，並增加對個案神經系統之了解，而為有效掌握個案之狀況，每組評估人員非常重視分區內各個案情況之資料交接。另個案可自願從事工作，有參加工作之個案，每週約可收入 12 歐元，讓個案從事工作亦為觀察個案之方式之一。

上開評估人員之專業背景，包含社工、心理師及護理師等，以社工居多，渠等多有心理學背景，而各分區共有 12 名評估人員輪班；另，PBC 自行聘用及訓練安全人員，安全人員主要負責外圍警戒勤務及內部安全檢查工作，原則上不接觸個案。

精神科醫師會每日至各分區與個案會談評估，並進行記錄。鑑定評估團隊會研究被告早期發展經驗、犯罪成因，除了透過在 PBC 對被告的觀察和談話蒐集資料外，亦會訪談個案之父母、兄弟姐妹等重要家人、僱主、朋友、鄰居及警察等人，並對個案進行心理測驗。此外，由於荷蘭是多元文化之國家，對於少數文化背景下之個案，也會請教相關文化背景之專家，以增加對個案之了解，俾以完整資料進行鑑定評估。

PBC 會在觀察期完成後提出鑑定報告提供法官參考，即使是不配合鑑定之個案，PBC 亦會提出報告，而觀察期原則上為 6 週，然於法官同意下，可延長觀察時間。以 2019 年為例，當年約有 35% 之個案會拒絕配合鑑定，拒絕配合之個案會另外集中安排於獨立之分區進行觀察。如個案有不適當行為必須約束或有戒護外醫、奔喪等需求時，則會施用手銬等戒具。

六、鑑定

當法官在審酌被告之罪名是否成立、罪行是否與精神疾患有關，以及被告是否有刑事責任時，PBC 會提供一份完整且一年內有效之個案鑑定評估及治療建議報告，讓法官除用以判定個案是否因精神疾患而犯罪及應負之責任程度外，亦可要求個案於同意配合治療之情形下，予以緩刑或做為釋放之條件，甚至強制個案進行治療。若係有精神疾患但無罪之個案，PBC 也會提供個案治療之建議，鼓勵其接受治療。PBC 之診斷雖係依 DSM 手冊進行評估，然於報告中會說明評估之各種證據或資料，以作為 PBC 診斷之依據，PBC 之評估人員並無法確認個案犯案時之精神狀態，渠等僅能透過蒐集相關資料以瞭解個案之問題，惟若接受評估個案有精神疾病之資料，而此資料對資料提供者有利時，則評估人員就不會參考此資料。

法官委託鑑定時，通常希望鑑定報告可說明個案是否精神正常及犯案時是否受到影響，PBC 則係分析於何種情形下，精神狀態對犯行之可能影響，例如，妄想症患者妄想一定要做某件事，智力障礙者只能做到什麼事等。分析犯行受病況影響之程度，會決定個案在犯行中應負之責任程度，此外，除了討論個案犯行受到精神疾患或人格疾患、學習障礙之影響外，也會提出治療建議以降低再犯風險。

以 PBC 曾評估個案為例：該中心會收容某個個案，該個案整日認為鄰居欲殺害他，而其本身並不認為此為幻覺，數日後，該個案殺害其鄰居；其經法院裁定後至 PBC 進行鑑定，PBC 之評估人員觀察其有許多被害妄想。PBC 不會判斷個案是否殺人或是否有罪，主要是蒐集相關資料，並診斷個案是否有妄想症，而法官收到鑑定評估報告後，由法官判斷精神疾患或相關診斷結果是否對個案之犯行有影響。

參、監獄精神醫療與轉銜

英國監獄暨觀護署 England 和 Wales（Her Majesty's Prison and Probation Service, 簡稱 HMPPS）與衛生部的國民保健署 England（National Health Service, 簡稱 NHS）合作，透過推動「犯罪者人格障礙症處遇聯合計畫」（Joint NHS/HMPPS Offender Personality Disorder Pathway Programme），使受刑人能得到妥善且與一般英國民眾平等之精神醫療照護服務。

一、英國矯正精神醫療照護服務現況與發展

英國目前所收容之受刑人總人數約8萬名，監獄相關人員約4萬名，而受刑人中約95%係男性。過去，在英國，並不易將社會資源投入於獄政，然於1992年間，有報告指出獄中受刑人所受之醫療照護遠不足於一般人，英國政府因而開始重視受刑人之健康照護，將此部分之相關業務自法務部門分離出來，由衛生部下之 NHS 主責，並依平等原則照護受刑人，受刑人之健康照護因而獲得較多之社會資源挹注。

於獄中，對受刑人之健康照護，尤其是精神健康照護，與一般社區之健康照護相似，於必要時，受刑人亦可戒護外醫；對於執行期滿或假釋之精神疾患受刑人，英國亦建有一套電子資料系統，可將此類受刑人轉介至社區，此套電子資料系統運行至今約15年，對於獄政與社區之連結相當重要。此外，精神疾患者如於社區發生危機（crisis）情形，警政單位將依 NHS England 之照會及分流系統，將有就醫需求之精神疾患者分流並提供醫療照護；如進入司法調查，法官將可能針對此等精神疾患者進行鑑定。

二、鑑定、評估與處遇

1. 鑑定及評估

- a. 精神疾患者：具精神疾患之受刑人可能接受相關鑑定之時點有二：(1) 判決前：法官可委請 NHS 之醫療機構對被告進行相關鑑定，並依鑑定結果決定後續之處遇方向；(2) 入獄後：由 NHS 醫師在監內對受刑人進行精神健康照護需求之評估、鑑定。
- b. 人格疾患者：具人格疾患之受刑人於入獄時，並不隨即進行人格疾患之明確診斷，而係由 Probation Manager 及心理師觀察渠等之行爲，以判斷個案究竟適合於司法精神醫院接受治療或於獄中接受後續之處遇。而不於入獄時立即爲診斷，係因不易於此單一時點進行診斷，且於此時進行診斷可能引發更多之偏見；所謂之觀察，將於受刑人入獄後盡快進行，並無一定期間之規定。Probation Manager 及心理師通常係透過受刑人之行爲、過去行爲之歷史、病史等，瞭解渠等可能之需求、發展上或臨床上之困境，如：藥物濫用之困境、過去心理創傷之問題、本身有貧窮或遭受社會歧視之問題等，再決定後續之處遇。

2. 處遇

英國為使受刑人獲得適當之健康照護，不論受刑人之身體健康或精神健康，均由 NHS 負責，而就人格疾患受刑人之照護需求，原則上仍係由 NHS 及 HMPPS 共同負責，若係無健康照護需求之受刑人，則係由 HMPPS 負責執行。

- a. 精神疾患：具精神疾患之受刑人可能於法院審理期間或於入獄後，經 NHS 醫師評估應至醫院接受治療比較合適，即至 NHS 系統下之醫療機構就醫，俟病情穩定始返回監獄服刑；另亦有如我國精神衛生法所規定之強制治療^[4]，精神疾患於社區時，即經認需接受強制治療而收治於醫院。無論何種情形，接受治療之時間長短，均係由承接個案之精神科醫師決定。而具精神疾患之受刑人如經評估需持續住院治療，亦可能住院至刑期期滿。
- b. 人格疾患：受刑人入獄後，將由心理師進行人格疾患之初步篩檢，經過篩檢後，如評估認為其行為確實符合相關條件，而需經人格疾患之相關處遇時，後續即進入人格疾患犯罪者處遇方案（The Offender Personality Disorder Pathway, OPD），該方案有助於識別、評估、風險管理和治療在監獄、司法精神醫院和社區中患有「人格障礙」（診斷碼 F60.0-F60.9）的犯罪人。方案服務內容包括：1. 以社區為基礎的服務，以識別、評估和制定嚴重人格障礙犯罪人的處遇計劃；2. 在監獄和社區為犯罪人提供人格障礙治療服務。由受過專門訓練的臨床醫生和刑事司法人員在安全、支持和尊重的環境中提供數月或數年的治療；3. 治療性社區（Democratic Therapeutic Community, DTC）：包括團體治療或一對一會議和社區生活，社區中的每個人都對社區的日常運作、決策制定和問題解決負責；4. 治療性社區+（Democratic Therapeutic Community, DTC+）：與 DTC 相同，但它適用於有學習困難的犯罪人；5. 心理知情計劃環境（Psychologically Informed Planned Environments, PIPEs）。PIPE 旨在幫助犯罪人以安全、友好和富有成效的方式與他人互動。他們不提供治療，而是專門設計用於幫助犯罪人取得進步；6. 當犯罪人於社區時之風險評估、量刑規劃和個案管理；7. 人員訓練：教育方案的從業人員正確的技能 and 態度，俾利其對犯罪人進行相關處遇^[5]。然而，並非所有受刑人均

[4] 我國精神衛生法第五章強制社區治療及強制住院治療參照。

[5] 資料來源：<http://personalitydisorder.org.uk/the-offender-personality-disorder-pathway/>。

接受上開處遇方案，通常係涉犯重大犯罪之受刑人始進行人格疾患之判定，並經評估是否須進行上開處遇方案。目前英國約有25萬名經有罪判決確定者，其中，約有10萬名受刑人係涉犯重大犯罪者，經進行人格疾患之判定及評估後，約有1/3涉犯重大犯罪之受刑人進入上開處遇方案，此類受刑人約有3萬3,000名男性及3,000名女性。人格疾患受刑人之處遇方式、處遇期間長短，係依病情嚴重度而定，最基礎之治療服務係由 Probation Manager 和臨床心理師、或經過司法精神特殊訓練過之心理師合作，以瞭解此類受刑人於成長過程中曾經歷何種創傷、發展出此等犯罪行為之原因等；進階之處遇方式包含治療性支持社區，於此等社區內，將特別觀察此等受刑人之入際關係，以瞭解渠等成長過程，並協助進行情緒管理、衝動控制。另，尚有心理知情計畫環境（Psychologically Informed Planned Environments, PIPEs），於此等環境中，更強調此等受刑人有何種行為可進行調整，並促進渠等行為合於社會化、減少反社會之情形。

3. 再犯風險之評估

英國目前並無死刑，然有無期徒刑，無期徒刑可分為絕對無期徒刑（不可假釋）及相對無期徒刑（服刑一定期間後可假釋）；法院於判決相對無期徒刑時，會同時決定受刑人應至少執行多久後，始得申請假釋，而於該期限屆至前3年，即會進行評估該等受刑人是否適合假釋。

有期徒刑受刑人之再犯風險係由 Probation Manager 決定，無期徒刑之受刑人則係由司法精神心理師決定；受刑人因假釋出監而經評估為再犯高風險時，將由多專業團隊後續追蹤渠等於假釋期間之行為。

4. 藥物濫用

英國於2021年底，特別提出10年計畫－從傷害至希望計畫（From Harm To Hope），在未來10年投入1200億英鎊之資源於物質成癮者之照護上。目前獄政對於藥物濫用之防治工作，主要有三個重點，第一係藥物管理安全、第二係教育、第三則係復健。物質成癮之受刑人於徒刑執行期間，經常會運用各式方法夾帶成癮藥物入監，有者甚以無人機投遞，因而，藥物管理安全係首要重點；其次，在教育上，如何再教育此等受刑人：渠等為何會持續使用此類藥物、何種人易物質成癮、

如何可使個案不再使用此類藥物，接著再進行後續之復健，使渠等未來不再使用藥物。

在英國，設有問題解決法庭（problem-solving court）處理藥物濫用者之處遇，因該國認為藥物濫用之受刑人進入監獄並非最佳選擇，對此等受刑人進行社區治療及藥物檢測，可能較有助益。至於藥物濫用受刑人應至監獄執行或於社區接受治療，係由問題解決法庭之法官根據藥物濫用受刑人之犯行及風險決定，如受刑人僅係單純使用藥物，則有機會在社區接受治療，惟若尚涉及其他犯罪，例如販毒，因對社會治安影響較大，則可能至監獄執行。

5. 性侵犯

性侵犯在監處遇與其他犯罪類型之受刑人相似，但是會將性侵犯集中於特定監獄收容，而不會與其他犯罪類型之受刑人一同收容。採專監收容之方式最主要係爲了保護性侵犯，從獄政角度而言，係因較易管理，另一方面性侵犯之暴力風險亦相對較低。此外，對於性侵犯亦採化學去勢之治療方式，即對性侵犯使用抗憂鬱或抗睪固酮之藥物，以降低渠等之性慾，惟此等治療方式係採自願性質，並非強制性治療，且此等治療方式目前仍在實驗階段，亦不會延續至徒刑期滿後。過去曾對性侵犯採認知行爲治療，然效果不彰，因而不再進行。

性侵犯出獄後，有一套記錄個案犯行之系統，此等紀錄將依據渠等犯行之輕重而有不同之紀錄期間，亦可能終身紀錄；此等紀錄將限制個案活動範圍、工作性質，如會性侵犯兒童之性侵犯，即不得申請學校工作、童軍團體之帶隊老師、學校之帶隊家長等，或不得從事與被害人相關之工作。

三 . 其他制度重點

1. 監獄中醫事人員之人力比並無一定之規範，各監獄是否配置醫事人員及配置人數，係依各監獄之目標爲長期或短期而有差異。
2. 英國監獄有提供遠距醫療服務，提供面向有二：a. 對於物質成癮之受刑人，若渠等需規律進行相關之社會及心理處遇，目前可採遠距方式進行治療；b. 對於受刑

人因生理疾病而有就醫需求者，因戒護外醫時，受刑人需於公開場合施用戒具，如手銬、腳鐐，將使受刑人有所難堪，因而，透過遠距診斷，可減少此等窘境。

3. 英國司法精神醫院係由 NHS 主責及規劃，其主要特色，以 Broadmoor Hospital 為例，在安全方面，基本上設有如監獄之格局及設備；在治療上，相較於一般精神科醫院不同之處，則係司法精神醫院可對病患強制用藥。此外，如同監獄有不同之保安等級，Broadmoor Hospital 係與最高保安等級之監獄有相同之規範，如病患不得集體行動，須個別行動。
4. 酒駕犯係由一般法庭處理，與藥物濫用者係由問題解決法庭 (problem-solving court) 處理不同。對於酒駕犯之責任評價，端視其犯行之故意程度、其所造成之危害性、嚴重度而定，例如其是否連續喝酒駕車、連續造成傷亡或僅一時不察等，此等均將影響判刑的結果。是以，酒駕犯的刑責可能從無須入監至須入監執行，均有可能。
5. 監獄內並無編制精神科醫師，然有 NHS 之精神科醫師至監獄內開設門診。近來獄政與醫療之合作有較佳之進步，以藥物濫用之受刑人為例，不論其係因濫用藥物而致罹患精神疾患，或因精神疾患而濫用藥物，HMPPS 之人員及 NHS 之醫療人員均一同介入處理。
6. 監獄內司法心理師係隸屬於 HMPPS，精神科醫師則是隸屬於 NHS。
7. 有關受刑人精神醫療處遇，係規定於 MHA 第 37 條、第 41 條、第 47 條、第 48 條、第 49 條，此等條文係依何時發現精神疾患者有精神醫療需求為規定，例如第 37 條規定，於精神疾患被告經 2 位精神科醫師評估認有醫療需求時即送至醫院接受治療，並於 28 日內做出相關鑑定，後續每 6 個月再進行評估。有者於入獄後始發現受刑人有精神醫療需求，則引用不同法條規定以提供處遇，例如第 48 條及第 49 條係規定受刑人至精神科醫院或司法精神醫院接受精神醫療及穩定後返監之相關處遇程序。
8. 英國於獄政醫療轉型由 NHS 負責之過程中，亦遇有部分困境。例如，原本規劃

係將有精神醫療需求之受刑人送至精神科醫院或司法精神醫院住院治療時，醫院原本需於 28 日或病情穩定後，將精神病受刑人轉回監獄執行，然有時會遇到監獄原本床位已收容其他受刑人，致該等受刑人須轉至其他監獄執行，而無法回到熟悉之環境，因而有不易適應或無法銜接原有照護處遇之情形。目前考慮修法，將轉回監獄之相關機制可修正為更具彈性，亦即於轉介治療之過程中，若認定精神疾患受刑人可出院時，即須聯繫原本之獄政單位，使受刑人可早日返回最符合其利益之監所繼續服刑。

肆、社區心理衛生服務

英國 Bridge Central 係一社區心理衛生中心，位於林肯郡。2019 年英國 NHS 的 Long Term Plan 及 Mental Health Implementation Plan 的二個計畫，目標將社區精神衛生服務予以轉型，並發展新的初級及社區精神衛生照護的整合模式。林肯郡是最早被挑選為與初級保健網絡 (Primary Care Networks, PCN)、臨床委託小組 (Clinical Commissioning Group, CCG)、地方當局、志願部門 (the Voluntary Sector)、服務使用者、家庭、護理人員和當地社區本身等以夥伴方式合作，進行社區心理健康服務轉型的 12 個早期的心理衛生中心之一，是一種在地化整合的心理衛生服務模式^[6]。該中心的運作成果也用於在推動新的初級和社區照護整合模式。該中心的理念係透過成長和聯結社區，共同促進心理健康和幸福，訴求以「正確的照護、正確的地點、正確的時間」(Right Care, Right Place, Right Time) 推動心理衛生中心的服務。

Bridge Central 提供像是英國倫敦地鐵中央線般的連續性服務，當地民衆不論是否有心理、精神或情緒問題，都可以到這個心理衛生中心，在這和人聊天抒發情緒、從事一些輕鬆的活動、閱讀書報等，如果是有困擾的求助者，也可以得到專業的協助，或是協助預約醫師。中心可以協助進行精神病早期處理、緊急危機介入、心理衛生、飲食疾患、社區復健、人格或是複雜性創傷問題等之轉介。讓社區民衆的心理衛生需求可以透過這個中心的運作來滿足，是一種以更深入社區的方式進行心理衛生照護模式，不再只是以醫院或以醫療為中心的模式來進行。

該中心比較特別的是推動同儕支持工作者 (Peer Support Workers) 的模式。同

[6] 資料來源：<https://wearebridge.org/bridge-central/>。

儕支持工作者模式係藉由訓練曾接受服務的復原者為同儕支持工作者，由於 PSW 有類似的經驗，因此，他們在服務個案時，可以瞭解對方需求，聽到對方的聲音，同理、支持、尊重及相信接受服務的個案，最終達到服務個案的目的。該中心一位職能治療師報告其所服務的個案 Ben 之相關生命經驗，讓大家瞭解中心的運作模式。復原者也自我揭露過去病史，及後續透過學習成為 PSW，並進入其他需要服務者家中，提供服務的歷程。另一位復原者在成為 PSW 後，則協助規劃 PSW 的課程內容，訓練更多的 PSW 進入服務體系，協助社區心理衛生中心的運作。而這樣的訓練也很受復原者的歡迎，曾經 1 個職缺有逾百人前應徵，顯見復原者除了樂於成為助人工作者外，也肯定心理衛生中心的運作成果。

該中心也推動夜光咖啡活動，是林肯郡 10 處有提供這種服務之一的地方，結合在地志工，提供傾聽與陪伴，當地的民衆可以在活動時間進入。夜光咖啡館是安全的空間，提供一個非職業及非診療性的免費支持服務，並有可以傾聽的志工團隊。他們還可以提供一些建議和資訊。國民保健署的林肯郡合作信託基金會 (Lincolnshire Partnership NHS Foundation Trust, LPFT) 發現有 70% 到醫院急診症的病是有心理衛生問題，但沒有精神照護需求，因此推動心理衛生中心是希望有心理衛生需求的求助者可以到這裏來尋求協助，而不是去醫院。

英國推動社區心理衛生中心之理念與相關重點：

1. 英國推動心理衛生中心，係希望去醫療化，不再只以疾病來看待求助者的心理衛生的需求，而是視為健康的需求。亦即不再只以疾病快速分類，而是從心理、情緒、住家或飲食等個人相關的問題去了解，並在從中引入解決的方案。醫療或其他資源都可以成為協助處理個案心理衛生的資源，主要的服務提供者除了是個案管理者，也是資源整合者，協助個案接受不同的社會資源的協助，俾使其心理衛生需求獲得滿足。
2. 心衛中心的費用主要來自於 NHS 及公益團體的捐款，NHS 的費用主要來自稅收，每年都可能有所變動，至於夜光咖啡館 (Night light Café) 運作經費就來自於慈善團體捐款。因此，如果來自於 NHS 的經費或每年捐款的情形有所變動時，中心的工作人員就會對服務的方式進行滾動式討論與修正。

3. 疫情的關係，使得心理健康問題變多，人們變得更願意去討論心理相關議題，因此心理衛生中心這樣的機構有助於提供心理衛生服務，另外也逐漸改變觀念，不再以 mental health 的角度，而是以 wellbeing 的角度看待求助者的需求。此外政府也引導及鼓勵民衆面對問題，並減少民衆排斥是類機構或求助者。
4. 該中心目前未曾服務過司法系統轉介來的個案，如果有的話，中心的工作人員認為應該可以從個案為何開始犯罪進行了解，犯罪對其也可能是一種創傷，經由足夠的了解及讓個案知道行爲的後果，再將其帶入社區中，重新回歸社區，以避免再犯。
5. 積極與大學合作心理相關議題的研究及課程的開設計畫，不只是和當地的林肯大學進行合作，也包括其他都會型大學，讓大家更了解林肯郡及 Bridge Central 的心理衛生服務，而這樣的合作也有助於心理系學生參與處遇。

伍、司法精神醫院

荷蘭 De Rooyse Wissel Forensisch Psychiatrische centra，為該國司法精神醫院，收治個案主要為裁處 TBS (terbeschikkingstelling) 處分之成年男性患者，收治對象包括有：(1) 精神疾患者 (Patients with psychotic disorders)、(2) 人格疾患者 (Patients with personality disorders)、(3) 智能障礙者 (Patients with intellectual disabilities)、(4) 有性侵犯罪紀錄者 (Patients with sexual offense histories)、(5) 物質濫用者 (Patients with substance use disorders)。除具有最高戒護等級的司法精神醫院之住院部門外，亦設有門診，透過司法精神醫療照護團隊提供服務，服務的層面包括住院治療、門診、支持性社區居住及職能復健等協助病人適應及復歸社區^[7]。依前述可知，De Rooyse Wissel 收治五種類型的個案，該院會發展不同的治療模組，例如，性侵害加害人發展基模治療，除整合依附理論、客體關係等。院內專業人員包括精神科醫師、社工師、心理師、職能治療師及教育訓練人員，他們除提供精神疾病治療外，亦希望降低個案再犯風險，促使其自主負責復歸社區。醫院為維護安全，亦自行招聘及訓練安全人員。安全人員通常不介入處遇，平時主要負責機關外圍安全，進入院區時，則主要是進行安全檢查，但如果衝突事件需要支援，則安全人員亦會進入

[7] 資料來源：<https://www.derooysewissel.nl/>

院區，有必要時亦會對病人使用手銬進行約束。

TBS 是荷蘭司法體系對精神病犯進行強制治療的系統。荷蘭自 1920 年代起，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，荷蘭政府為兼顧社會安全與心理疾患犯罪人的利益，發展出 TBS 處分對是類個案採取強制治療處分。荷蘭將 TBS 處分視為是一項治療處遇，而非僅單純的拘留或懲罰。因治療的考量會限制受 TBS 處分人的自由外，其他的限制在法律上是不被允許的，受處分人的相關權利和責任均明訂於相關法律，所以在 De Rooyse Wissel Forensisch Psychiatrische centra 可以發現雖然機關建築外觀上有著嚴密的安全設施（高牆、刺網），且進入的大門也有嚴密的戒護及防護措施，進入的人們並無法直接接觸安全人員，且持有物品需置入保管箱，攜入之物品則需經 X 光機及金屬探測器之檢查方能進入，未通過檢查者則由安全人員再進行查驗。但內部的環境則接近居家的環境，受處分人穿著便服，和其他也穿著便服的工作人員並不易區分，而工作人員和受處分人都是基於平等的地位互動和進行處遇。不過，值得注意的是院區內的每個分區或通道的門均是維持關閉狀態，如果未持有符合通過資格的感應卡片，則難以移動到它區，甚至外部人員進入參觀時，須使用洗手間亦均需有工作人員引導及開門，始能移動。因此，在該院院區之居家、舒適的環境中，仍然可以察覺到其動線管制的嚴密，且也裝設許多監視器，由安全人員統一於勤務中心進行監控。

為使病人可以逐漸適應社區，並為未來回到社區做準備，病人可以經由外出制度，由嚴至寬適應社區生活，外出可以分成陪伴外出、自由外出、社區居住及保釋等四個階段。另言之，為協助病人適應社區，會先由社工或安全人員陪同在院區周圍或附近進行活動，並於當日回院。於觀察病人適應情形後，再逐漸放寬讓病人可以自行外出，甚至過夜，外出時間從幾小時到 6 天。

在這裏將病人依危險性分成四個等級，數字愈高，則危險性愈高，第四級病人平均住院期間為 8 年，幾乎達 TBS 的最高年限，在此之後，可能會移往收治最高風險病人的 TBS 機構，或移至以長期收容而非治療為目的的長期司法精神照護機構 (Longterm Forensic Psychiatric Care/Zorg, LFPC/LFPZ)。

醫院的處遇係以社工師為主要人力，醫師的角色主要在疾病診斷及藥物治療。

每個病人都有個管員，而社工師則會撰寫報告及評估治療成效，並視病人危險性調整危險等級，或啟動社區適應的外出處遇。2021 年外出社區治療的人次為 11,000 人次，因為疫情的關係，遠低於往年約 17,000 人次，去年則有 10 次外出未回的紀錄，該院工作人員表示，雖然大家都肯定外出制度的優點，有助於病人逐漸適應社會，但如果有病人未歸時，他們也會很擔心引來社區或民衆的壓力與抱怨。

病人住院期間如果因疾病需要至其他醫院就醫時，會依其危險性程度安排外醫，必要時會使用手銬等約束身體的器材，並以特殊安全的車輛載送至其他醫院接受治療。

所有的病人皆一人一室，房間亦有戶外之密閉活動空間，門上設有觀察窗及送餐口，每個病區有 8 位病人（病室）。該院之病室除有床鋪外，亦有電話、電視、書桌、椅子及浴室，空間不會感到侷促。如果是加護病房，其床架採固定式，且沒有多餘設備，桌椅則係以硬泡棉外包塑膠皮組成，並設有監視器觀察病人狀況。

陸、建議（代結語）

一、精神醫療處遇原則，以適性醫療處遇取代可治療性

英國 Mental Health Act（以下簡稱 MHA）^[8] 於 2007 年修法時，將 1983 年版 MHA 對於 "mental disorder" 之定義修改為 "any disorder or disability of the mind"，致該定義不再限於 1983 年版 MHA 所規定之 4 種類型^[9]，朝向全面性的考量個案的精神疾病程度以及造成其病症的因素^[10]，大幅修正只能減輕或預防精神狀況的惡化的處遇措

[8] 此處不以「精神衛生法」稱之，係因於中文用語中，「精神」、「心理」所指涉之意涵有所不同，而英文「Mental」是否等同於中文用語中之「精神」或「心理」，抑或包含「精神」及「心理」，尚有疑義，故保留原文。

[9] 1983 年版 MHA 將 "mental disorder" 定義為 "mental illness, arrested or incomplete development of mind, psychopathic disorder and any other disorder or disability of mind" 並分為 4 類：(1) Mental illness (2) Psychopathic disorder (3) Mental impairment (4) Severe mental impairment (https://www.mentalhealthlaw.co.uk/Mental_disorder; https://www.mentalhealthlaw.co.uk/Mental_disorder_no_longer_split_into_separate_classifications)（因此部分涉及醫學專業用語，為期周延，避免歧生誤會，故保留原文）

[10] 2007 年的精神衛生法修正案中，對於精神障礙的類別給予明確的定義，包括學習障礙、學習困難、自閉症譜系障礙、後天性腦損傷、癡呆症、其他心理健康、認知或神經方面的疾病。資料來源：Mental Health Act, legislation.gov.uk, <https://www.legislation.gov.uk> (last visited: Jan. 15, 2021).

施，同時處遇的內容擴大到療養、心理介入治療、心理健康的復原與照護（許華孚、黃光甫，2021）；亦廢除原規定之「可治療性測試（Treatability test）」、增訂「適性醫療處遇（appropriate medical treatment）」，而此「適性醫療測試（Appropriate treatment test）」亦可適用於所有遭長期拘留之病患^[11]，此等修法自2008年3月11日起生效^[12]。

二、建構司法精神醫院，落實醫療模式，完善司法醫療處遇品質

在英國並無類似我國監護處分，對於精神疾患犯罪人於刑罰執行後再另以保安處分方式住院或門診方式，要求持續於醫療機構接受治療，而係於1907年的罪犯保護觀察法、1908年未成年人犯罪法及同年的預防犯罪法，開啟刑罰不再以監獄為主的潮流（許華孚、黃光甫，2021）。爰此，執行刑罰的精神疾病受刑人可能因其治療需要，而移轉至衛生與社會照護部之國民保健署（National Health Service, NHS）所主責的醫院進行治療與執行，甚至執行到期滿。此外，英國於1959年制定MHA，且經1983年、1995年及2007年三次修正對於執行結束、無刑罰適應性、未犯罪但有風險等之精神疾病人則均依MHA收治於醫療機構。

有關英國MHA規範重點包括（許華孚、黃光甫，2021）：

1. 展現對精神病患進行強制治療的公權力。
2. 明確定義精神疾病，包括精神心智上的障礙或失能、學習障礙。
3. 對於精神疾病犯罪人處以監控社區治療，且治療無時間限制。
4. 廢除可治療性與嚴重失能的檢測，以適性醫療處遇措施代之。
5. 處遇內容擴大到療養、心理介入治療、心理健康復原與照護。

[11] Appropriate treatment test replaces treatability test and applies to all patients under long-term detention (https://www.mentalhealthlaw.co.uk/Appropriate_treatment_test_replaces_treatability_test_and_applies_to_all_patients_under_long-term_detention)

[12] https://www.mentalhealthlaw.co.uk/Mental_disorder

6. 執行醫療處遇者視為監護官，透過社區處遇法令，賦權責任醫師與專業精神處遇人員決定醫療院所及治療所需時間。

英國另於 1998 年提案設置收容重症精神障礙者之保安設施，1999 年發布應無限期拘禁危險性人格障礙者。此外，英國於 2000 年發表白皮書明確宣示，雖未犯罪，但有不可能治療之人格障礙潛在危險者，仍應無限期拘禁（曾淑瑜，2005）。由於不論係監獄、法庭或社區中精神疾病犯罪人之醫療需求，均係由該國衛生與社會照護部國民保健署之社區或司法精神醫療機構負責提供，因此，精神疾病犯罪人在住家支持系統、司法社區精神醫療服務與司法精神醫療機構三層次間的精神醫學服務也因而可以獲得良好的移轉及橫向聯繫（JCPMH, 2013）。

荷蘭類似我國監護處分措施為 TBS 處分，其中央主管機關為司法安全部^[13]，其目的是希望透過對精神障礙者之治療使其能回歸社會，保障社會安全，處分之決定主要規範於刑法，但不論係 TBS 處分執行處所或因審前鑑定需求，荷蘭均係另設司法精神醫院（De Rooyse Wissel Forensisch Psychiatrische Centrum）或司法鑑定中心（Pieter baan centrum）予以收治或進行觀察鑑定。以本文介紹荷蘭二所司法精神醫院或司法鑑定中心，其機構外觀雖採取高度安全設計，但其內部收治環境、執行人員專業性、處遇理念與規劃內涵，均係採取醫療或照護模式，與監獄於執行刑罰上，採取兼顧應報正義及矯正教化之思維有著根本性的不同。爰此，對於完成刑罰之執行或無刑罰適應性之具危險性精神疾病犯罪人之刑後治療，不論係採英國 MHA 或荷蘭刑法之法制，其處分決定均採法官保留，並將人格疾患患者納入收治對象，且都係以精神或心理醫療模式進行治療或鑑定。

另德國刑法第 63 條規定，行為人之違法行為係於無罪責能力（第 20 條）或減輕罪責能力（第 21 條）之狀態下實行，而經由整體評價行為人與其行為後得知，依據行為人之身心狀態，可以預見行為人將再度實行重大違法行為，且經由該重大違法行為之實施，可能會對於被害人之心理或身體造成重大之損害或重大之危險，或者造成嚴重之經濟上的損害，從而可以認為行為人對於社會大眾具有危險性

[13] 依荷蘭司法安全部組織法 (<https://wetten.overheid.nl/BWBR0040293/2022-02-26#Hoofdstuk6>) 規定，該部業務包括司法、警政、國安反恐與飛航安全、網絡安全、兒童保護、行政執行、移民和歸化管理、犯罪被害補償、法律保護與刑罰執行等相關業務，與我國中央政府分工差異極大。

者，法院應諭知將違法行為人收容於精神病院之處分。行為人所犯之違法行為並非第1句所稱之重大的違法行為者，法院僅能於根據特別情狀得以預期行為人可能於未來因其身心狀態而犯下此類重大之違法行為時，始得諭知將行為人收容於精神病院之處分(潘怡宏，2021)。德國更於2007年起設置司法精神門診中心(Forensische Ambulanz)，扮演司法精神醫院治療監護出院，需後續接受強制社區心理衛生治療的精神病犯罪者的治療角色，類似假釋的功能(林萬億，2020)。

爰此，參考英國、荷蘭的經驗及德國法制可知，以司法精神醫院為收治處所，並採精神或心理醫療模式治療因精神、心理或人格疾患而對社會安全有危險性之個案，應為目前最可以兼顧社會安全及人權保障的對策(大法官釋字第799及812號解釋參照)，甚至參考英國NHS提供受刑人精神醫療的方式，將不適合於監獄執行或治療的精神疾病受刑人移轉至社區精神醫院或司法精神醫院治療穩定後，再移轉至監獄執行之相關機制。

三、我國司法精神醫院收治對象應納入各類醫療型保安處分，健全社會安全網

荷蘭 De Rooyse Wissel Forensisch Psychiatrische Centrum 收治對象包括精神疾患者、人格疾患者、智能障礙、性侵害加害人及物質濫用者，而 Pieter Baan Centrum 收容對象則亦包括患有精神疾患、人格疾患或學習障礙之被告、性侵犯、物質濫用者等5大類。

另依荷蘭刑法第39條規定，欠缺責任能力者為不罰，基此，無責任能力者，如可能對自己、他人、社會或財產一般性安全有危險性時，依同法第37條第1項規定，法院得判決1年精神病院之收容處分。之後即不再適用刑事訴訟程序，而是依照精神病院收容法(Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen)之規定處理，依該法第19條規定，住院命令可延長1年，在5年內繼續住院者，之後每次延長2年。TBS處分，是指有確保公共安全之必要(刑法第37a條)，由法院為一定命令之處分。其對象不限於限制責任能力人，尚包括無責任能力人。TBS處分係針對法定刑最高處4年以上有期徒刑之犯罪(例如強盜罪、前制性交罪、殺人罪等)或特定重大犯罪，例如因重大精神障礙所引起之不能安全駕駛罪(曾淑瑜，2005)。從荷蘭司法精神醫院、司法鑑定中心及相關法制可知，該國司法精神醫院收治對象主要考量刑期及社會安全，並未限制犯罪或精神疾病類型。

英國的司法精神醫院是依 MHA 診斷進入國民健康服務的一種專門治療精神疾病犯罪人的醫院，其目的是為了促進精神疾病犯罪人的心理健康，減少再犯的風險，是典型的重視精神衛生處置或治療，而非聚焦犯罪處遇（Duke, Furtado, Guo, & Völlm, 2018）。其收治對象大多是複雜的精神疾患，例如嚴重精神疾病、人格違常、神經發展障礙或學習障礙、合併物質濫用與人格違常，且違法或嚴重的不負刑責行為（seriously irresponsible behaviour），然並非學習障礙者都會進入保安醫院治療，而是收治具持續風險的縱火、性侵、暴力等嚴重犯罪行為者（Hamilton, 2015；林萬億，2020）。以英國高度保安司法精神醫院 Rampton Hospital 為例，其主要收治對象即包括學習障礙、思覺失調症及病態人格^[14]。

綜上可知，英國、荷蘭於法制上，並未如我國依犯罪類型之差異，設計不同之保安處分或程序，而係於實際執行治療處遇措施時，針對各犯罪人之身心狀況、犯罪慣行等，予以個別之適性處遇。爰此，二國之司法精神醫院收治對象，係從社會安全角度思考，未予限制收治之犯罪或精神疾病類型，俾求落實社會安全之考量。

我國對於有安全風險之觸法者，依精神疾病或犯罪類型，而區分有不同處分，如監護、強制治療、觀察勒戒、強制戒治、禁戒等，與荷蘭採 TBS 單一處分或精神病院收容法及英國以 MHA 進行規範的方式有別，爰此，依前開荷蘭及英國之相關法規、實際運作情形及相關文獻，我國刻正規劃之司法精神醫院之收治對象應納入各類醫療型保安處分，即監護、強制治療、觀察勒戒、強制戒治、禁戒等，始能健全社會安全網，避免漏接。

四、我國精神衛生法精神疾病應思考納入反社會人格違常

我國精神衛生法於 2007 年 6 月 5 日修訂第 3 條第 1 項第 1 款規定，精神疾病係指思考、情緒、知覺、認知、行為等精神狀態表現異常，致其適應生活之功能發生障礙，需給予醫療及照顧之疾病；其範圍包括精神病、精神官能症、酒癮、藥癮及其他經中央主管機關認定之精神疾病，但不包括反社會人格違常者。爰此，依前開規定，我國精神衛生法於 2007 年修法後，即排除反社會人格違常者。

[14] 資料來源：<https://www.nottinghamshirehealthcare.nhs.uk/rampton-hospital>。111 年 10 月 24 日下載。

英國高度保安司法精神醫院 Rampton Hospital 所收治之對象即包含人格疾患(病態人格或人格違常)者(a psychopathic disorder)，荷蘭司法精神醫院 De Rooyse Wissel 之收治對象亦納入人格疾患者。另於精神疾病診斷與統計手冊(The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM)或國際疾病分類(International Classification of Disease)，均有包括人格疾患^[15]。爰此，我國因精神衛生法未納入反社會人格違常，而使監護、強制治療等醫療型保安處分受處分人如為反社會人格違常診斷時，遭到精神科醫院以此為由拒絕收治，不啻社會安全網之重大破口，尤其人格疾患者與思覺失調相關疾患、躁鬱症、物質濫用等精神疾病相同，都有較高的再犯風險(林萬億，2020)。

爰此，建議宜參考精神疾病診斷與統計手冊、國際疾病分類、及英國等其他國家 MHA 法制，修正我國精神衛生法中有關精神疾病的定義予以修正，納入反社會人格違常，俾使是類病人不致於成為精神醫療體系之人球及社會安全網的破口。

五、英國、荷蘭對於犯罪人司法精神照護資源導入方式不同，但都係以於醫療場域實施為主

英國對於犯罪人施以精神醫療處遇，所依據之法律規定係 Mental Health Act，並於第3章「關於刑事程序中或服刑中之病患(Patients Concerned in Criminal Proceedings or Under Sentence)」，依據發現犯罪人有醫療需求之時點不同，規定不同之相關程序^[16]；而荷蘭所建置之 TBS (Terbeschikkingstelling) 制度，係指於刑法中規定患有 mental disorder 之犯罪人於執行徒刑後須接受相當期間之醫療處遇，TBS 之目的不在於剝奪犯罪人之自由，就短期目標而言，係透過拘留之方式維護社會安全，就長期目標而言，係透過精神醫療處遇降低犯罪人之危險^[17]。英國、荷蘭對於犯罪人施以醫療處遇所依據之法律規定雖有不同，但相均係透過法官保留原則，由法官透過裁判以命犯罪人接受相關之處遇措施。

英國為落實上開 MHA 之規定，並提供犯罪人所需之醫療照護，犯罪人經法院

[15] 除英國、荷蘭外，德國、法國、美國等精神醫療亦納入人格違常(人格疾患、病態人格、反社會人格)。

[16] <https://www.legislation.gov.uk/ukpga/1983/20/part/III>

[17] Hjalmar J.C. van Marle, The Dutch Entrustment Act (TBS): Its Principles and Innovations, International Journal of Forensic Mental Health 2002, Vol. 1, No. 1, pages 83-92.

裁判須至醫療院所接受相關之處遇措施時，相關單位即須將犯罪人送至英國衛生部國民保健署（NHS）所主管之醫療院所接受醫療處遇；另依 TBS 官網所示，荷蘭司法安全部每年與提供司法精神照護之機構就配置數、績效指標等簽訂採購契約，而實際所達成之績效程度將影響司法安全部採購之數量，目前司法精神醫學中心有 7 間、司法精神醫學診所 5 間，其中，除 CTP Veldzicht 與 FPC De Oostvaarderskliniek 為公立機構外，其餘均為私立機構^[18]，De Rooyse Wissel Forensisch Psychiatrisch Centrum（以下簡稱 De Rooyse Wissel）官網亦載明 GGZ Nederland 會代表司法精神醫學中心及診所對於 TBS 患者之司法精神醫學照護之採購條件、績效指標等與司法安全部進行洽商^[19]。

綜上，英國對於犯罪人之司法精神照護，係依據 MHA，並由衛生部國民保健署主責之醫療院所執行相關之處遇措施；而荷蘭對於犯罪人之司法精神照護，雖係規定於刑法，並由司法安全部^[20]執行此等司法措施（a judicial measure），惟司法安全部係與各司司法精神醫學中心（診所）簽立採購契約導入醫療資源。爰此，英國、荷蘭對於犯罪人司法精神照護資源導入方式雖然不同，但都係以於醫療場域實施為主。

六、我國現行法制及實務實部分融合英國、荷蘭之法制及實務

我國刑法關於保安處分之規定，雖有區別監護處分及性侵犯之刑後強制治療，與英國、荷蘭之法制有所不同，然我國刑事訴訟法關於暫行安置之規定，相當於英國 MHA 於刑事程序階段即偵查、審理階段，即可對於犯罪者啟動相關醫療處遇措施之規定及作法；而我國現行暫行安置、監護處分及性侵犯刑後強制治療之處遇處所，均係由法務部及所屬檢察機關與相關醫療院所簽立委託契約，與荷蘭司法安全部之作法相仿。是以，無論於法制上或實務操作上，我國與英國、荷蘭均有相似或相異之處，已難單以大陸法系、海洋法系之法制進行區別及衡量參考價值。

[18] <https://www.tbsnederland.nl/over-ons/>

[19] <https://www.derooysewissel.nl/over-ons/samenwerking/>

[20] 荷蘭司法安全部之主管事項，尚包含警政、國安反恐、飛航安全、網絡安全、兒童保護、移民及歸化管理等事項，與我國法務部之主管範圍差異甚鉅。

參考書目

- 林萬億(2020)。再強化社會安全網：介接司法心理衛生服務。社區發展季刊，第172期，191-224。
- 許華孚、黃光甫(2021)。初探英國司法對監護處分實務作為-精神疾病罪犯之處置策略。刑事政策與犯罪防治研究，第28期，43-94。
- 曾淑瑜(2005)。精神障礙者犯罪處遇制度之研究。刑事政策與犯罪研究論文集，8，67-93。
- 潘怡宏(2021)。刑法監護處分制度之修正芻議-取徑德國、奧地利與瑞士刑法。刑事政策與犯罪防治研究，第28期，95-242。
- Duke, L. H., Furtado, V., Guo, B., B., & Vollm, B. A. (2018). Long-stay in forensic-psychiatric care in the UK, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 53, pp.313-321.
- Hamilton, M. (2015). Risk-needs assessment: Constitutional and ethical challenges. *American Criminal Law Review*, 52, pp. 231-286.
- JCPMH (2013). Guidance for commissioners of forensic mental health services. Joint Commission Panel of Mental Health.

《矯政期刊》稿約

- 一、本刊係以探討各種有關矯正業務專業發展之理論和實務，呈現國內外學者專家之創新研究發現，以及當前矯正政策之重要內容與析論，以促進學術交流，提升專業水準為主旨。
- 二、本刊每年出版 2 期，分別於每年 1 月及 7 月出刊。
- 三、投稿須提供電子檔，請以 Microsoft Word 文書軟體繕打編排；圖表儘量整合於檔案中。文長以五千字以上為原則，最多請勿超出兩萬字。繕打格式為：A4 直向橫書，邊界上下各 2.5cm、左右各 3.17cm，固定行高 20pt，標楷字體 12 號字。
- 四、本刊對稿件有審查權；稿件一經本刊採用，著作權乃屬著作人所有，惟未經本刊同意不得轉載或他投。其未被採用者，概由本刊退回。著作人勿同時一稿兩投，否則不予刊登。
- 五、來稿由本刊編輯委員或送請相關學者專家審查、簽注意見或修改。

稿件內容如需修改者，本刊將再送請作者自行補充修正，作者應於收稿二週內完成修正，如於收稿一個月後仍未將修正稿件寄回者，視同放棄投稿。此外，稿件於確認後付印前，作者應負責校對。
- 六、來稿一經採用，本刊將酌致稿酬（一稿兩投者除外）。
- 七、來稿時填具**投稿者基本資料**，請註明中英文題目、中英文摘要、作者中英文姓名、通訊處、聯絡電話及行動電話，並檢附中英文摘要。書面文稿（附光碟片）請寄：33307 桃園市龜山區宏德新村 180 號矯政期刊編輯委員會收；或以電子檔電郵至 E-mail：acpe@mail.moj.gov.tw。

八、來稿如係譯文，請附授權書，採用節譯、意譯方式譯述，並註明出處及附寄原文。本刊文稿由作者依著作權法之規定自負文責。

九、來稿請依標準格式編排，格式不符者，本刊得拒絕刊登，格式如下：

1. 文獻引用，中文作者顯示全名，英文作者顯示姓氏，年代、日期一律以西元顯示，例如：孫得雄 (1985); Doyle(1988)。
2. 註釋：需說明或引申行文的涵意時，在正文中用阿拉伯數字於注解之詞的右上角，並把詳釋內容列於當頁之最下方，例如：受到人口分佈不均的影響^[5]
on recent arrivals gathered in the 1990 Census^[5]。
3. 中英文單位請用公制之符號，例如：kg、mg、ml、ppm、pH、cm 等，數值請以阿拉伯數字表示之。
4. 章節編號順序：
中文用：壹、一、(一)、1、(1)。
英文用：1、(1)、I、(I)、A、a、(a)
5. 引用文獻：以文內引用的文獻為限，其餘請勿羅列；中文文獻請按作者姓氏筆畫順序排列，英文文獻依作者姓氏字母順序排列於中文文獻之後；體例如：

期刊論文

- Burnett, J. A. 1990 .A new nannofossil zonation scheme for the Boreal Campanian. Int. Mannoplankton Assoc. Nwesi. 12(3); 67-70.

- Crame, J. A. and Luther, A. 1997. The last inoceramid bivalves in Antarctica. *Cretac. Res.* 18:179-195. (2個作者)。
- Crame, J. A., ; Lomas, S. A. ; Pirrie, D. ; and Luther, A. 1996. Late Cretaceous extinction patterns in Antarctica. *J. Geol Soc. Lond.* 153:503-506. (2 個以上作者)

專 書

- Halam, A. 1994. *An outline of Phanerozoic biogeography.* Oxford, Oxford University Press.

合輯專書

- Carme, J. A. 1983. Cretaceous inoceramid bivalves from Antarctica. In
- Oliver, R. L.; James, P. R. ; and Jago, J. B., eds. *Antarctic earth science.* Canberra. Australian Academy of Science; Cambridge, Cambridge University Press, 298-302.

同一作者同一年有兩篇以上之文獻，於年代後加上英文小寫字母

- Olivero, E.B. 1988a. Early Campanian heteromorphy ammonites from James Ross Island, Antarctica. *Natl. Geogr. Res.* 4:259-271.

十、矯政期刊編輯委員會電話：(03)320-6361 轉8545。

十一、矯政期刊經審核通過刊登者，敘獎原則如下：

- (一)文章字數(含參考資料)一萬五千字以上，且經匿名雙審通過者，每篇最多敘獎2名，每名嘉獎2次。
- (二)文章字數(含參考資料)未滿一萬五千字或經匿名單審通過者，每篇最多敘獎2名，每名嘉獎1次。
- (三)非本署及所屬同仁投稿經錄取刊登者，本署將比照上述敘獎規定，具函建議至投稿人之服務單位敘獎。

《矯政期刊》投稿者基本資料

姓名 (請以*標示通訊作者)	中文： 英文：
投稿篇名	中文： 英文：
投稿類別	<input type="checkbox"/> 學術論著 <input type="checkbox"/> 一般論述或譯文 <input type="checkbox"/> 實務交流與報導 <input type="checkbox"/> 其他 _____ (請註明)
稿件字數	全文共 _____ 字 (含中英文摘要、正文、參考書目、附錄、圖表等)
服務單位及職稱	中文： 英文：
最高學歷 (校名與系所， 國外學歷 請附上原文)	
通訊住址	
通訊電話	
電子郵件 Email	

*請依序填寫，此表請與投稿文章分開寄送。

著作財產權授權同意書

本人所作刊載於**矯政期刊**（第 卷第 期）

文章名稱：

同意授與**法務部矯正署**於該文之著作財產權存續期間，享有在任何地點、任何時間以任何方式利用或再授權他人利用該著作之權利，且**法務部矯正署**不需因此支付任何費用。

著作人擔保本著作係著作人之原創性著作，僅投稿**矯政期刊**，且從未出版過。若本著作之內容有使用他人受著作權保護之資料，皆已獲得著作權人（書面）同意，或符合合理使用規定於本著作中註明其來源出處。著作人並擔保本著作未含有誹謗或不法之內容，且未侵害他人之權利。

若本著作為二人以上之共同著作，下列簽署之著作人亦已通知其他共同著作人本同意書之條款，並經各共同著作人全體同意，且獲得授權代為簽署本同意書。

立同意書人（著作權人姓名）： （簽章）

身分證統一編號：

戶籍地址：

聯絡電話：

電子郵件信箱：

中華民國 年 月 日

備註：立同意書人即本文作者，並享有著作財產權者

本刊發行宗旨、編輯準則

一、發行宗旨：

探討各種有關矯正業務專業發展之理論和實務，呈現國內外學者專家之創新研究，以及當前矯正政策之重要內容與析論，以促進學術交流，提升專業水準為主旨。

二、主要內容：

- (一) 編輯室：主編的話。
- (二) 特稿：特邀稿件。
- (三) 學術論著：學術論述。
- (四) 一般論著與譯文：一般論述及譯著。
- (五) 實務交流與報導：工作心得及法規報導。

三、發行對象：

- (一) 內政部、教育部及法務部等有關單位。
- (二) 全國各縣市圖書館。
- (三) 大專院校相關科系。
- (四) 法務部矯正署各組室與所屬各機關。

四、各類文稿審核程序

- (一) 投稿者先自選投稿類別。
- (二) 投稿文章送本署彙整後，由各編輯委員檢閱簽註意見後依下列方式審查：
 1. 特稿：得免審。
 2. 學術論著：由各編輯委員推薦之專家學者二人匿名審查、簽註意見或修改，複審意見仍相左時，由召集人另請專家學者複審，修改完畢通過後由主編核定刊登。

3. 一般論述與譯文：由各編輯委員推薦之專家學者一人匿名審查、簽註意見或修改，修改完畢通過後由主編核定刊登。
4. 實務交流與報導：依來稿性質由召集人決定交由本署相關業務主管審查，修改完畢通過後由主編核定。

(三) 審查後修正稿由原審查人員複審，有爭議時由召集人開會決定。

(四) 所有投稿文章經審稿彙整後，由召集人開會決定刊登內容與順序。

MEMO LIST

矯政

矯政期刊 *Journal of Corrections*

第 12 卷第 2 期

發行人

周輝煌

總編輯兼召集人

林明達

編輯委員

詹益鵬、賴亞欣、倪伯丞、李明謹、闕世峰、郭適維

執行秘書 | 蔡宗典

執行編輯 | 翁欣如

創刊年月 | 2011 年 7 月

出版年月 | 2023 年 7 月

刊期頻率 | (半年刊) 每年 1 月、7 月

出版者 | 法務部矯正署

聯絡地址 | 333222 桃園市龜山區宏德新村 180 號

聯絡電話 | 03-3206361 轉 8545

傳 真 | 03-3188550

網 址 | <http://www.mjac.moj.gov.tw>

設計印刷 | 中茂分色製版印刷事業股份有限公司

電 話 | 02-2225-2627

地 址 | 235 新北市中和區立德街 26 巷 17 弄 5 號 3 樓

定 價 | 每本新臺幣 300 元

統一編號 (GPN) | 2010000680

ISSN | 2224-1205

DOI | 10.6905/JC

◎ 著作權利管理資訊：

著作財產權人保留對本書依法所享有之所有著作權利，欲重製、改作、編輯本書全部或部分內容者，須先徵得著作財產權管理機關之同意或授權。

【請洽法務部矯正署（計畫研考科，電話 03-3206361 轉 8545）】



法務部矯正署

Agency of Corrections, Ministry of Justice



中華民國

法務部

Ministry Of Justice



www.mjac.moj.gov.tw
GPN 2010000680

ISSN 2224-1205



9

7722

120000