

出國報告（出國類別：考察）

107年度法務部矯正署

「荷蘭矯正機關參訪紀實」

出國報告

服務機關：法務部矯正署

姓名職稱：黃建裕副署長、彭瑋寧臨床心理師及詹惠雅科員

派赴國家：荷蘭

出國期間：107年9月5日至107年9月19日

報告日期：107年12月19日

## 摘要

自2008年起，臺灣矯正機關收容人數維持在6萬人左右，遠超出我國矯正機關核定容額57,573人，超額收容之狀況嚴重。自由刑雖有其一般威嚇作用，但對受刑人而言，入監服刑不僅無法健全其社會功能，更破壞其原本人際與家庭關係的連結，造成日後社會復歸困難。臺灣的刑事司法體系究竟應如何兼顧衡平正義及達到矯治成效，將矯正機關轉向善處遇而非以懲罰為主，並有效利用轉向政策解決監所及社會問題，係目前我國刑事政策之重要課題。近年來，全世界的監禁人口平均增加20%，然而，荷蘭的監禁人口卻在2011年至2015年間下降27%，截至2016年9月底，荷蘭矯正機關約有10,102收容人。進一步分析，荷蘭近年的低監禁率與該國犯罪率的下降、寬鬆的毒品政策和判刑趨勢的改變有關，法官多以短刑期或社區服務替代監禁，更著重犯罪人的復歸及治療。爰此，荷蘭在監禁及社區處遇的分流制度及處遇措施，對於我國矯治及處遇規劃實有重要參考價值，更能作為我國未來矯正發展與革新之基石。本次考察前往荷蘭成人監獄（含性侵處遇）、少年收容機構、毒癮治療中心、TBS精神治療診所及長期隔離機構，了解荷蘭矯正機關實務運作情形以及特殊收容人之管理與處遇。

# 目錄

|   |    |
|---|----|
| 摘要.....                                 | 2  |
| 壹、前言.....                               | 4  |
| 貳、考察目的.....                             | 4  |
| 參、荷蘭毒品現況及政策分析.....                      | 5  |
| 一、荷蘭毒品相關法令.....                         | 5  |
| 二、毒品種類及使用者狀況.....                       | 6  |
| 三、大麻咖啡館 ( coffee shop ) 之演進及其現況.....    | 6  |
| 四、務實導向的寬容政策 ( tolerance policy ) .....  | 7  |
| 五、小結.....                               | 8  |
| 肆、荷蘭矯正系統介紹.....                         | 8  |
| 一、荷蘭矯正機關概覽.....                         | 8  |
| 二、矯正機關收容現況.....                         | 10 |
| 三、荷蘭獨特的TBS系統簡介.....                     | 11 |
| 伍、參訪行程.....                             | 12 |
| 一、PI Zwolle 成人監獄.....                   | 12 |
| 二、JJI Het Keerpunt 司法少年收容機構.....        | 16 |
| 三、TBS Nijmegen TBS診所.....               | 19 |
| 四、LFPC Zeeland 長期收容機構.....              | 21 |
| 五、COSA NL荷蘭性侵害者社區支持方案.....              | 24 |
| 六、Terwille 非營利組織及其戒癮之家Spetse Hoeve..... | 27 |
| 陸、心得及建議.....                            | 29 |

## 壹、前言

行政院衛生署於民國79年修正《麻醉藥品管制條例》，將施用安非他命者入罪導致新入監毒品犯人數逐年增加，截至民國83年底，監獄內的毒品犯已達到26,983人，占在監受刑人42,816人之63%。民國87年《毒品危害防制條例》通過，遂將施用毒品犯罪人視為「病犯」，並針對初犯或5年以上再犯者實施觀察勒戒、強制戒治等保安處分處遇。其中，觀察勒戒為期約1個月，期間若毒品施用者有繼續吸食毒品之傾向，則需接續強制戒治至少3個半月。民國93年《毒品危害防制條例》修正後，觀察勒戒期間改2個月，有繼續吸食傾向者需接續強制戒治至少6個月，修法時一併修正司法流程，刪除「撤銷停止戒治」、「三次戒治機會」、「停止戒治需法院裁定」及「停止戒治付保護管束」等規定。民國95年我國成立獨立的戒治所（新店、臺中、高雄及臺東戒治所），行政院會議亦決定各縣市成立「毒品危害防制中心」辦理社區藥癮者的各項服務。民國97年《毒品危害防制條例》第24條修正，賦予檢察官運用緩起訴之司法強制力，推動戒癮治療方案，透過醫療機構、毒防中心等防治網絡，協助個案戒癮回歸家庭。近十年來，在監之毒品收容人比例高達五成，如何協助毒品犯在矯正機關戒癮並順利復歸社會，成為矯正機關的重要議題。根據美國國家藥物濫用研究所（National Institute On Drug Abuse, NIDA）針對刑事司法人員訂定濫用藥物治療原則，其中提到毒品犯應在監獄中開始接受治療，並在釋放後持續進行治療，以提升戒毒成效、社會公共衛生與安全。此外，各項研究均顯示，將監獄治療結合社區治療，不僅能有效降低毒品犯再犯風險，也能降低毒品有關的犯罪行為。

近年荷蘭的監禁人口逐年下降，該國重視毒品犯的治療與復歸，爰此，法務部矯正署於107年9月5日至18日派員考察荷蘭矯正機構管理局（DJI）、PI Zwolle成人監獄、Langdurige Forensisch Psychiatrische Zorg（LFPZ,英文為Long term Forensic Psychiatric Care( LFPC)（司法精神長期收容機構）、TBS-kliniek（Forensisch psychiatrisch centrum）（精神治療診所）、JJI Het Keerpunt（少年收容機構）、Terwille（毒癮治療中心），並與COSA NL（性侵犯社區治療方案）及Trimbos毒品研究中心。

## 貳、目的

- 一、了解荷蘭矯正機構管理實務。
- 二、了解荷蘭毒品犯的處遇方式。
- 三、了解荷蘭矯正機關內其他類型收容人之處遇及與民間機構合作之戒癮治療。

## 參、荷蘭毒品現況及政策分析

### 一、荷蘭毒品相關法令

荷蘭的《鴉片法》（Opium Act）於1919年立法，主要是根據1912年海牙舉辦的國際鴉片會議而來，新法在1928年實行，此法之架構仍為今日荷蘭毒品相關法律之基礎。1960年代末期，荷蘭因國內的毒品吸食的人口增加，荷蘭政府遂成立「麻醉管制藥品工作小組」（Working Group on Narcotic Drugs），小組成員包含醫學、藥理學、社會學及心理學等領域之專家，提出的報告建議應使用風險量表（risk scale）來評估管制藥品。因此，1976年鴉片法的修訂有兩大關鍵原則：一是將藥品區分成「高風險類藥品」以及「大麻類」；二是區分個人使用及意圖販售藥品，希冀藉此將藥品做更有效的管理。

按荷蘭1976年《鴉片法》，高風險類藥品如海洛因及古柯鹼等，又稱為「硬性毒品」（hard drugs），係對於公共安全及個人健康均有極大危害的藥品。交易硬性毒品屬於非法行為，如僅持有少量，最高可判處一年徒刑並可能附帶高達6,700歐元的罰金；若為製造硬性毒品者，將遭受8年的刑罰並可能附帶67,000歐元的罰金，累犯將加重三分之一刑罰。

而大麻類則又稱為「軟性毒品」（soft drugs），危害的程度相對硬性毒品較低。按荷蘭相關法令規定，為了避免施用毒品者被標籤而在社會上被邊緣化，故單純施用軟性毒品並非犯罪行為，但如持有大量毒品則屬非法。因此，依毒品危害社會及個人健康程度之分類方式，軟性毒品得以被「容忍」，政府容忍在某些情況下軟性毒品的交易及使用，因而衍生出荷蘭特有的大麻咖啡館（coffee shop），但是，種植大麻的預備行為仍是可罰的，其演進及現況將於後方章節說明。另一方面，荷蘭的毒癮者進入司法程序後，法院可宣判緩刑附帶戒癮治療，而2001年開始實施《成癮者之刑事照護機構法》（Strafrechtelijke Opvang Verslaafden, SOV），法官可命有前科的毒癮者到特殊機構接受治療，療程可長達2年。2004年施行的《累犯機構處遇法》（Plaatsing in een inrichting voor stelselmatige daders, ISD），則將機構處遇的對象擴大適用到累犯，不再僅侷限《成癮者之刑事照護機構法》中的成癮者。此外，中央政府也授權地方政府（市政廳），以分進合擊的方式處理毒品問題，市政廳除了處理因毒品衍生的滋擾事件，也管理大麻咖啡店的開店執照，如有違反法令規定時亦可命其關閉。近年來，隨著新型毒品的出現，《鴉片法》內的毒品分類項目亦有新增，荷蘭政府將迷幻蘑菇、恰特草及芬納西洋（Phenazepam

) 列入鴉片法的軟性毒品項目，而Methoxetamine、Methylone及最新的4-氟安非他命則列入硬性毒品項目之中。

## 二、毒品種類及使用者狀況

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

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

## 三、大麻咖啡館（coffee shop）之演進及其現況

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

依據荷蘭的法令規定，大麻咖啡店必須遵守以下所謂的AHOJ-GI標準：

- （一）不可宣傳、廣告毒品（No Advertising）；
- （二）不得販賣硬性毒品（No sale of hard drugs）；
- （三）不得在咖啡店內及附近滋生事端（Overlast）；
- （四）不得販售給未成年人，或事先允諾販售之（Jong）；
- （五）對同一顧客不得出售超過5克大麻且一間店不得庫存超過500克大麻（Groot）；
- （六）僅可對荷蘭當地居民販售（Ingezetenen）。

咖啡店的數量控管及執照發放之權責在於各地方政府，因此市政廳可以此標準，增加其他大麻咖啡館之管理辦法，如規定咖啡店距離中學校的距離，若店家違反規定，市

長有權要求店家歇業或停業，時間可達3至6個月，情節如嚴重者則勒令永久停業，店家和顧客都會遭起訴及受罰。

近年來，荷蘭的大麻咖啡店管理政策朝向緊縮，例如：只允許當地居民可以購買，以及關閉邊境城市的大麻咖啡館，且有69.7%的市政廳已經實行零容忍政策，截至2017年三月為止，全荷蘭共有567家大麻咖啡店，44%的店家位在觀光大城市，如：阿姆斯特丹、鹿特丹及海牙，相較2006年的719家店已減少許多。即使顧客能夠在大麻咖啡店購買到合法的大麻，然而，店家獲取大麻來源的合法性，在政策上卻始終為灰色地帶，因此，荷蘭政府2017年開始在6至10個市政廳的管轄城市進行一項實驗，讓獲得許可的大麻種植者可以製造大麻產品，以降低大麻黑市所造成的社會問題與風險。

#### 四、務實導向的寬容政策（tolerance policy）

「寬容」係荷蘭法律的特色之一，亦即法律條文雖有規定，但執行法律時公權力仍有裁量空間。政府對軟性毒品的「容忍」，讓執法有了彈性空間，軟性毒品的交易只要符合一定的條件，警方就會睜一隻眼閉一隻眼，然而，荷蘭政府對於毒品並非一開始採取寬容政策。

荷蘭政府1960年代初期曾經採取強硬的手段取締各式毒品，然而，荷蘭檢察機關在1969年發佈的《執法指導原則》，揭示將執法聚焦於危害更大的走私及製造硬性毒品案件，及偵查其他對社會治安影響較大的案件，至於大麻等軟性毒品的少量施用及持有者，則非優先取締的對象，此舉無異揭櫫對軟性毒品執法之「寬容」方針。

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

## 五、小結

綜上所述，荷蘭的毒品使用以大麻、搖頭丸及古柯鹼為大宗，且超過九成的使用者為男性，而該國毒品防治政策特色歸納有五：

- 一、注重真實性：控管毒品及毒品使用者的盛行狀況；
- 二、實務取向而非制訂原則：以可實行的策略為主；
- 三、維護個體健康及減害取向；
- 四、區分市場：以大麻咖啡店區隔軟性及硬性毒品市場；
- 五、以事實為根據：密集監控及評估政策的實行效果。

荷蘭政府在制定毒品防治政策時，首先會評估現況及需求後，制訂防治計畫並決定執行方向，另在執行政策期間也會不斷監控及評估，適時地作出政策的革新或調整，以符合實際的需求，目的在希望毒品政策能更貼近實際狀況，所衍伸的問題也有更務實的解決之道。

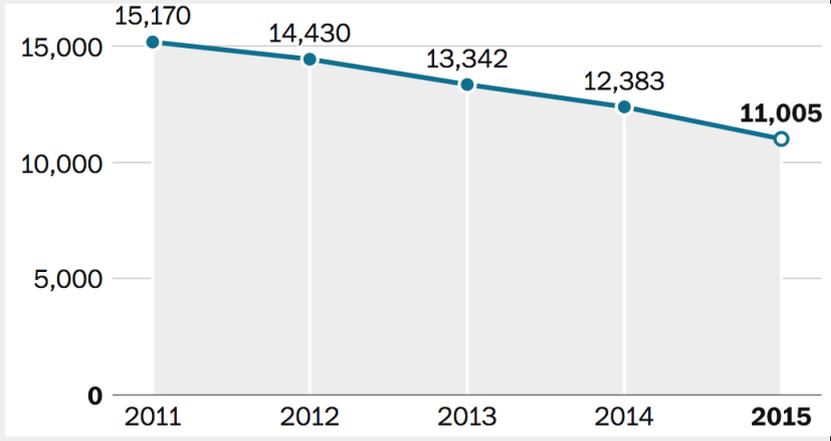
## 肆、荷蘭矯正系統介紹

荷蘭的矯正系統亦如世界各國，負責刑罰的執行，國家矯正機構管理局（Dienst Justitiële Inrichtingen, DJI）隸屬於國安全及司法部（Ministerie van Justitie en Veiligheid），負責荷蘭矯正機關的管理與收容人的復歸課程。目前荷蘭的矯正機關共有50個據點，全部職員約有13,500名，每年新收收容人約為36,250名，每日在矯正機關人數約為10,300人，機構的類別分為：成人看守所、成人監獄、少年收容機構、司法精神疾患收容中心（含長期隔離收容機構）及外國人收容所。其中，司法精神疾患收容中心作為收容精神疾患之犯罪者，為荷蘭特有的TBS（Terbeschikkingstelling）制度，將國家的強制監護結合專業的醫療護理，TBS制度一方面用以維護社會安全，另一方面透過專業治療患有精神疾病的犯罪者，使其未來也有機會復歸社會。

### 一、荷蘭矯正機關概覽

|        |   |
|--------|---|
| 部會主管機關 | 安全及司法部 Ministry of Security and Justice<br>(荷語：Ministerie van Justitie en Veiligheid)<br>現任大臣 Ferdinand Grapperhaus |
|--------|---|

|                       |   |                                  |
|-----------------------|---|----------------------------------|
| 監獄主管機關                | 國家矯正機構管理局 Custodial Institutions Agency<br>(荷語：Dienst Justitiële Inrichtingen, DJI) |                                  |
| 總部地址                  | Turfmarkt 147, 2511 DP Den Haag, the Netherlands                                    |                                  |
| 電話                    | +31 08807-25000   |                                  |
| 網站                    | <a href="https://www.dji.nl/">https://www.dji.nl/</a>                               |                                  |
| 國家矯正機構管理局局長           | 總局長Gerard Bakker  |                                  |
| 職員人數                  | 約13,449人 (66%男性、34%女性)  |                                  |
| 年度總預算                 | 21億歐元 (2017年)   |                                  |
| 收容人數(包括被告)            | 10,300人 (2017年)   |                                  |
| 監禁率(每十萬人口數)           | 51 (荷蘭2018年全國人口數約1,704萬)  |                                  |
| 被告占監禁人口百分比            | 30% (2016年9月底)  |                                  |
| 女性占監禁人口百分比            | 5.4% (2016年9月底)   |                                  |
| 18歲以下青少年占監禁人口百分比及收容時間 | 1.2% (2016年9月底)<br>收容時間平均3.5個月  |                                  |
| 外國人占監禁人口百分比           | 19.1% (2016年9月底)  |                                  |
| 收容人(成人)國籍             | 荷蘭籍 58.2%<br>荷屬加勒比 6.7%<br>蘇利南4.7%  | 摩洛哥 4.6%<br>土耳其 2.4%<br>其他 23.4% |
| 平均收容天數(成人)            | 106天<br>54%成人在1個月內被釋放<br>39%成人收容時間為1-12個月<br>7%成人收容時間超過1年                           |                                  |

| 機關數              | 50個據點（包含成人機構、青少年機構、外國人收容所、司法精神疾患收容中心）   |      |                   |      |        |      |        |      |        |      |        |      |        |
|------------------|---|------|-------------------|------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|
| 官方核定容額           | 15,074名（2016年9月底）   |      |                   |      |        |      |        |      |        |      |        |      |        |
| 收容率              | 68.1%（2016年9月底）   |      |                   |      |        |      |        |      |        |      |        |      |        |
| 監禁人口趨勢（年度、監禁人口數） |  <table border="1"> <thead> <tr> <th>Year</th> <th>Prison Population</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2011</td> <td>15,170</td> </tr> <tr> <td>2012</td> <td>14,430</td> </tr> <tr> <td>2013</td> <td>13,342</td> </tr> <tr> <td>2014</td> <td>12,383</td> </tr> <tr> <td>2015</td> <td>11,005</td> </tr> </tbody> </table> | Year | Prison Population | 2011 | 15,170 | 2012 | 14,430 | 2013 | 13,342 | 2014 | 12,383 | 2015 | 11,005 |
| Year             | Prison Population   |      |                   |      |        |      |        |      |        |      |        |      |        |
| 2011             | 15,170  |      |                   |      |        |      |        |      |        |      |        |      |        |
| 2012             | 14,430  |      |                   |      |        |      |        |      |        |      |        |      |        |
| 2013             | 13,342  |      |                   |      |        |      |        |      |        |      |        |      |        |
| 2014             | 12,383  |      |                   |      |        |      |        |      |        |      |        |      |        |
| 2015             | 11,005  |      |                   |      |        |      |        |      |        |      |        |      |        |

[資料來源：World Prison Brief (WPB) <http://www.prisonstudies.org/country/netherlands>

Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) <https://www.dji.nl/english/index.aspx>]

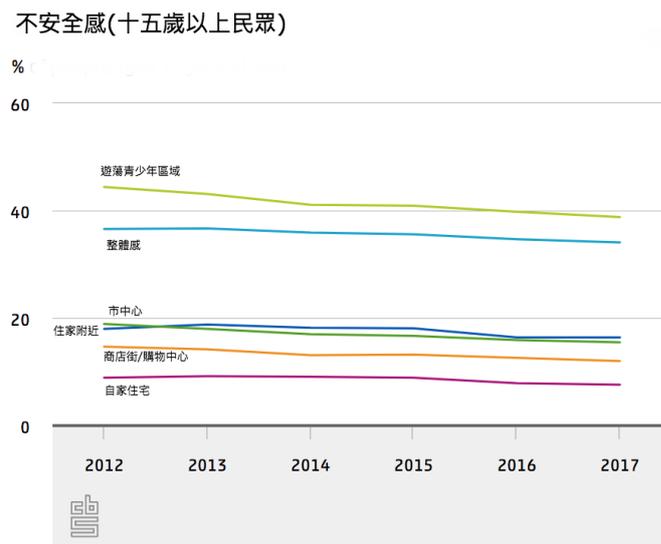
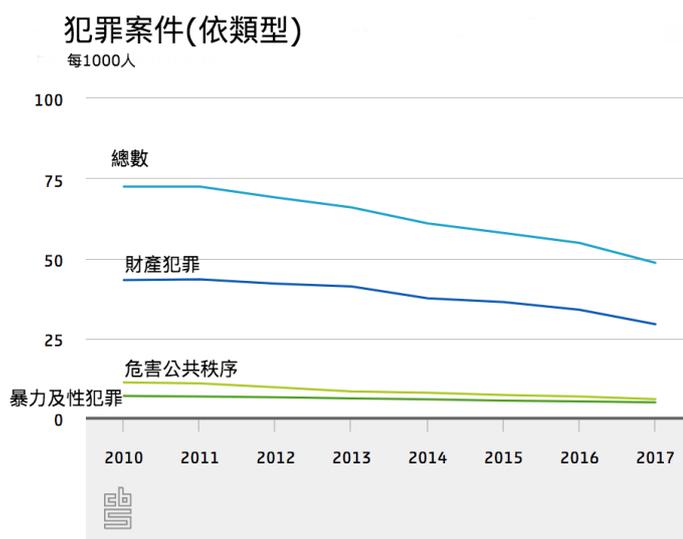
## 二、矯正機關收容現況

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

造成荷蘭的低監禁率，或許與2005年起荷蘭不斷下降的犯罪率有關，根據荷蘭統計局（CBS）的資料<sup>1</sup>，2017年暴力犯罪案件已比2012年同時期下降24%，財產犯罪有關的案件也下降了約30%，其他破壞公共秩序的案件亦逐年減少（如圖1）。在2012年有48%的荷蘭民眾抱持不安全感，到了2017年已下降到34%（如圖2）。因此，犯罪率並非僅有數字上的變化，社會大眾安全感的上升，代表民眾能感受到治安的好轉。

<sup>1</sup>Drop in recorded and encountered crime

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



荷蘭的寬容毒品政策（荷語：gedoogbeleid）和判刑趨勢的改變也為荷蘭低監禁率的另一個主因。法官的判刑以數個月到一年不等的短刑期為主，或以社區服務（community service sentences）及電子腳鐐監測系統替代監禁，政策轉向注重毒癮者的復歸及治療，使得監禁率顯著下降，特別是17歲以下的青少年，有一半以上觸法者不再進入少年矯正機構，另外，18歲至22歲的青年監禁人口亦下降了約40%。逐年下降的監禁人口造成部分監獄空間閒置，荷蘭司法部長因而向國會表示，若繼續維持收容人數過少的機構，會增加營運成本，因此，政府將2間監獄出租給鄰近的比利時及挪威，部分矯正機關則轉為難民或移民收容所，另於2013年關閉19間矯正機關，預計近年會再關閉5所。然而，荷蘭仍有部分學者認為，低監禁率並非代表犯罪人減少，而是警務的改革讓公權力的不彰，進而導致犯罪人被逮捕的比例及數量下降，才造成監禁人口的驟減。

### 三、荷蘭獨特的TBS系統簡介

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受刑人的利益，發展出TBS處分—針對患有精神疾病的犯罪人採取強制治療處分。TBS處分並非如刑期有無固定的處分期間，受TBS處分者滿2年時會進行第一次評估，之後每1至2年進行定期評估，由法院的3名法官對延續治療期間1年或2年作出判決。在此期間之後，將遵循相同的程序，每4年由法院的委員針對個案進行獨立評估。荷蘭政府視TBS處分是一項治療處遇，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。TBS治療系統又可區分為不同類型的治療中心，茲簡述如下：

- (一) 專責人格障礙和精神病的治療、評估及重新社會化的中心（如Pompekliniek），此類處分人在最後的治療階段，因治療的考量與協助其重新社會化，可以被准許外出。
- (二) 非住院式、以社區門診為主的治療中心：以Kairos為例，為提供非住院的治療機構，以較年長且患有嚴重的精神病或社會心理問題的病患為對象。Kairos每年約有400名患者，患者平均治療期間為一年，專責針對以下三個領域進行治療：
  - 1、 侵略的問題：破壞和暴力的個案（暴力及家庭暴力被視為一個單獨的類別）。
  - 2、 積極性問題：例如裸露癖、亂倫、毆打、強姦、跟踪及性侵害行為。
  - 3、 藥物濫用和成癮。
- (三) 教育中心（The Forum Pompei knowledge centre）：教育中心將機構中的治療經驗，以教學方式推廣到其他專業診所，例如於2003年成立的Pompei，係作為資料庫中心之一，旨在收集、增加和傳播法醫精神病學經驗、技能和知識。
- (四) 長期強制精神病照護中心（Long term Forensic Psychiatric Care, LFPC）：如果個案已經接受了6年的治療，但經評估仍認為其再犯風險並未顯著降低，且已經至少兩個不同的診所接受治療後的評估結果均具有高度風險者，個案就會轉往長期精神病照護機構。

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

## 伍、參訪行程

### 一、PI Zwolle 成人監獄

- (一) 機關簡介：PI Zwolle是一所位於Zwolle的成人監獄，收容男性及女性受刑人，目前約收容400名，其中約有150名收容人患有精神疾病；機關職員總數約為400名，包含管教人員、行政人員、臨床心理師及專業醫事人員等。

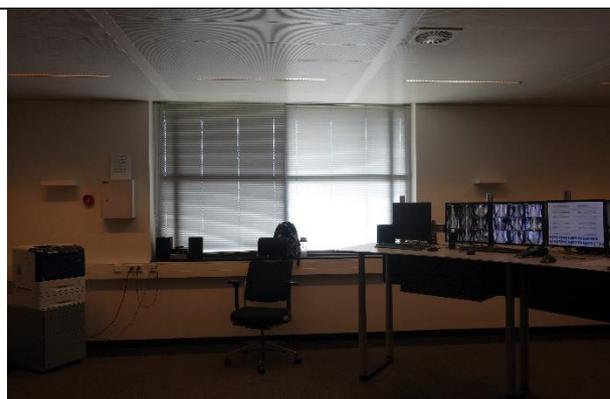
(二) 機關功能：負責提供受刑人教化課程、工作技能訓練以及專業精神醫學療程，以利受刑人能夠學習生活及社交技能，並且接受專業的心理治療，以協助受刑人未來能夠適應社會生活與自力更生。

(三) 機構設施：因PI Zwolle收容對象非單一性別，故設計上採取分區管理，以森嚴門禁及圍牆加以區隔男性與女性收容人。監獄內除基本的設施，包括舍房、工場、公共空間及運動場之外，還有特別的GHB部門，負責全天候有監控GHB（液態搖頭丸）毒癮的收容人。監禁環境與刻板黑暗與封閉的形象相去甚遠，整體的感覺反而是開放與明亮，以下針對該監獄的設施進一步介紹：

- 1、單人舍房：每位受刑人均有個人舍房，房內有衛浴設備及簡單的家具和家電，包括小冰箱、微波爐、電視及熱水壺等，每間房內均裝設有對講機，當受刑人身體不適或發生其他事故等狀況時，能隨時與勤務指揮中心聯繫。另為維護受刑人隱私，除了鎮靜室與特殊舍房需全天候觀察受刑人而架設監視器外，其餘一般舍房內均無裝設監視器。
- 2、公共空間：公共空間包含多功能交誼廳及廚房，除了有沙發、簡單的用餐區域及烹飪設備外，另設有運動器材和付費的公共電話亭，供受刑人在休息時間使用。
- 3、接見室：接見室的整體設計十分明亮，桌子將室內空間分隔成不能互通的內外兩區，家屬和受刑人分別由房間前後門進出，以利出入口的管制。受刑人會坐在桌子內側與家屬接見，兩側僅隔著矮短的壓克力板，接見室前後皆有主管桌，由2名戒護人員負責現場管理。
- 4、遠距訊問室：受刑人若因有另案具有被告身份時，亦可在監內接受法官的遠距訊問，此空間設有螢幕及通訊設備、桌椅以及律師袍，律師可至監獄內幫被告辯護。
- 5、勤務指揮中心：戒護人員除了日間的定點勤務外，皆集中於勤務中心的辦公室內，監看全機關的監視器畫面及管制各出入口及通道。夜間則全數在勤務中心，每小時由兩名戒護人員巡視全監，與臺灣現行戒護人員分散在各舍房區域執勤大不相同。
- 6、特殊舍房：該監共有13間特殊舍房，作為收容身心障礙、性侵犯及智能不足等相對弱勢的受刑人，且由精神醫師、臨床心理師及其他受過專業訓練的職員負責照護及管理，目的在於除避免該類受刑人因其特殊狀況而與一般受刑人產生衝突外，亦可對其提供所需之醫療及照顧，強化其矯正效果。



(圖1PI Zwolle監獄內的公共空間)



(圖2 PI Zwolle監獄內的勤務指揮中心)



(圖3 PI Zwolle監獄內的會客室)



(圖4 PI Zwolle監獄內的遠距訊問室)



(圖5 PI Zwolle監獄的單人舍房-床及電視)



(圖6 PI Zwolle監獄的單人舍房-書桌及電器)

#### (四) 受刑人工作及特殊處遇方案：

- 1、受刑人工作：受刑人週間均須至工作室工作，工作項目依其身心狀況以及意願分配，每週勞動5天、每日8小時，有4小時為義務勞動，每周可收入12歐元。在我們參訪期間，每間工作室的人數不超過10個受刑人，配有指導工作的職員以及戒護人員各1名，在工作室內有另外區隔一間管理人員的辦公室，職員可隨時進出並從透明的隔板監看受刑人的狀況。

- 2、特殊處遇方案（Plus Program）：荷蘭監獄的處遇方案分為基本處遇（basic program）及特殊處遇（Plus Program），前者適用於一般受刑人，處遇內容包括每週43小時的舍房外自由時間及活動參與及每週一次的接見時間；後者則是作為獎勵及鼓勵的方式，適用於表現良好且願意參與為期6週復歸更生程序的受刑人。特殊處遇方案給予受刑人更優厚的處遇，例如：額外5小時的舍房外自由時間及更多樣的活動參與，包含教育課程、療癒課程及額外一小時的接見時間。然而，享有特殊處遇方案的受刑人一旦表現不佳或違反規定，寬鬆的待遇則會終止，甚至會退回最基本的處遇方案。此方式不但可以激勵受刑人遵守規定及有更好的行為表現，也可確保所費不貲的教化及治療課程，都是由自願且有動機的受刑人參與。
- 3、精神疾病受刑人之處遇：監獄內的臨床心理師每兩週會與管教人員召開一次會議，以了解收容人生活狀況，平日亦會以非正式的方式提供管理建議。此外，也會藉由訪談精神疾病受刑人以了解其需求，並和衛生部門合作治療，必要時亦會引進外部資源，如聘請外部的治療師進入監獄，並轉介期滿之受刑人至精神醫療診所，使其出監後能接續治療。

（五）監獄GHB毒癮監控部門：荷蘭液態搖頭丸使用者雖然不如其他毒品多，但根據過往研究發現，液態搖頭丸使用者致死率卻相當高，因此，該監特別設置液態搖頭丸部門（GHB Department），負責專門監控液態搖頭丸毒癮之收容人。此部門共有4個床位，一次最多僅能收容4名受刑人，該區的同儕值勤方式係以8小時一班，每班均有2名護理師值班，醫師每天早上會來看診。此類受刑人的生理指數每3小時會被測量1次，治療方式是以注射醫療用的液態搖頭丸，逐漸減量直到完全戒癮為止，倘若夜間有緊急狀況時，則會立即以救護車送往附近的醫院治療，直到療程結束後，受刑人才會被轉往監獄的一般收容區。

（六）復歸社會措施：

- 1、面對面接見：機關每週一、三、六、日共4天開放接見，每位受刑人每週可與家屬接見一次，每次皆為一小時的面對面接見，若特殊處遇方案（Plus Program）的受刑人則享有兩小時的接見時間。
- 2、更生團體及性侵社區治療（COSA）方案：更生團體在受刑人釋放前會進監獄接觸與輔導即將出監的受刑人，依其意願提供就業及租屋等協助。此外，針對性犯罪者，按其意願與經評估之後，可加入COSA方案，透過志工與專業人士共同組成的支持團體，降低其未來再犯的可能性。

## 二、JJI Het Keerpunt 司法少年收容機構

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

荷蘭的法律規定，刑法罪責能力的最低年齡是十二歲，原則上，未成年的犯罪人在少年司法體系中受審，然而，法官可考量犯行嚴重程度及行為人特性，對未成年犯罪人宣告成人刑法中的刑罰，即使如此，法官所裁定的刑罰很少會比原本少年體系來得高，少數嚴重的未成年犯罪人也僅被判處八年的刑期。由於少年法院對於少年犯多裁定社區服務、安置到行為治療機構以及其他刑罰替代方案，少年司法收容機構自2007年的15所機構銳減到今年只剩7所機構，其中有3所由荷蘭矯正機構管理局直接管理，而另外4所機構則委由私人基金會營運，但仍受國家矯正機構管理局管轄及監督，機關的預算也來自政府，與其他由私人基金會營運的少年收容機構或TBS診所相同，須遵循法律以及當局相關規範。本次參訪的JJI Het Keerpunt 即是由Jeugd zorg St. Joseph基金會負責營運，收容來自少年法院裁定安置的少年犯罪人，該機構預算全來自政府並受到國家矯正機構管理局的督導，雖須遵從一定的規範但在運作上仍保有部分彈性。

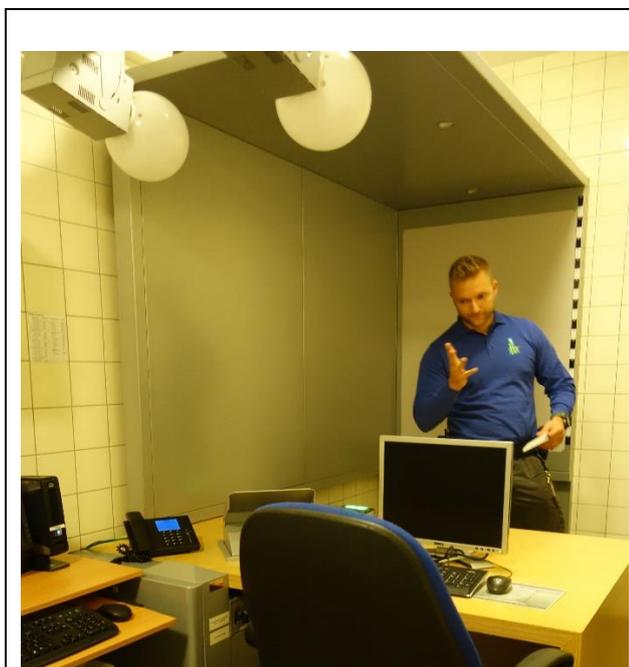
- (一) 機關簡介：JJI Het Keerpunt是一所位於荷蘭南部馬斯垂克（Maastricht）地區的司法少年收容機構，在成立JJI Het Keerpunt之前，該建築昔日是一所修道院，專門照顧及收容貧困與行為異常的少年。該機構現由Jeugd zorg St. Joseph基金會（簡稱SJSJ）營運，該基金會專職協助行為違常的少年，涵蓋精神疾病、問題行為以及犯罪的少年。除了JJI Het Keerpunt之外，基金會也負責營運另外兩個少年收容中心：Icarus Closed Youth Care和SJSJ-Almata，收容有問題行為及精神疾患的青少年。
- (二) 機關功能：JJI Het Keerpunt之任務為維護社會安全並協助少年重新適應社會，該機關共有100名職員，核定容額為56名，收容對象為少年法院裁定安置之少年，目前僅有36名少年在機關內。機構以強制住宿環境，將少年暫時隔絕外界影響，藉由團體及個別化之處遇，輔以專業的行為治療，矯正少年觀念與行為，並對精神疾患之觸法少年治療。
- (三) 收容對象：以12歲至18歲之觸法少年為主，少年收容年齡上限可達23歲，收容對象以偷竊及暴力犯罪為主，針對收容類型說明如下：
  - 1、短期收容（1日至6週）：待裁定及被裁定需以拘留作為懲罰的少年。

- 2、長期收容（2年至8年）：觸犯刑法且被裁定需受強制安置措施（PIJ）及矯正治療的青少年。若為16歲以下的少年，法院每年會評估是否延長其收容，16歲以上的少年則為每二年一次，若矯治效果不佳者可以延長收容期間，此外，需接受心理治療的少年最長可達8年。
- 3、個別化收容（ITA）：受強制安置措施之少年若無法適應團體，則改以單獨接受治療的方式，直至其狀況穩定後，會再評估是否適於回到一般收容團體中，JJI Het Keerpunt的ITA部門為荷蘭規模最大。

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

- 1、入口安檢設施：機關門口設置如同機場規格的X光安檢機及金屬探測門，訪客的手機及通訊器材均需保管在入口的透明置物櫃，來賓需以身份證件換發訪客證。負責維護機構安全的職員及機構內的所有監視器畫面，均集中於安檢設施旁的控制室。
- 2、新收中心：少年經判決後將由囚車從新收中心進到矯正機關，抵達機關後，會先讓少年單獨於等待室等候，隨後進行身體檢查、照片拍攝及指紋捺印，最後前往盥洗室梳洗更衣後才算完成新收報到程序。
- 3、住宿空間：每位少年均分配有一間個人寢室，房內有基本的傢俱及浴廁，少年可在房內自由佈置，為保有其隱私，房間內部無設置監視器，即使寢室門上有加裝門片的瞻視孔，職員也不會隨意打開觀看內部。此外，少年需學習家務及利用洗衣間洗滌衣物，藉此培養獨立自主生活的能力，而表現良好的少年則可利用外出時間，自行購入食材並在公用廚房烹飪。
- 4、公共空間：公共空間為客廳、廚房、室內及室外運動場，客廳及餐廳的佈置十分明亮且溫馨，輔導員會時常與少年在客廳一起活動，而每位少年每日有一小時的運動時間，可以到室外足球場踢球或從事其他運動。
- 5、音樂錄音室：機關設有一間音樂錄音室，每日有固定開放時間由一名職員在現場管理，少年可事先預約使用，藉由音樂的力量療癒心靈，並賦予其自由發揮的空間。

6、隔離室：當收容少年情緒不穩且有暴力傾向時，少年將會暫時獨自監禁於隔離室，此空間遠離其他居住區域，但因獨居監禁恐導致身心的傷害，故僅有在非不得已的情況下才會使用，且在使用時也會請臨床心理師前來評估少年的身心狀況。



(圖7 JJI Het Keepunt的新收中心)



(圖8 JJI Het Keepunt的單人房間)



(圖9 JJI Het Keepunt的工作坊-少年技藝訓練)



(圖10 JJI Het Keepunt的音樂錄音室-藝術治療)

(五) 每日作息及矯治課程：

- 1、小團體學習制度：少年進入機構後，會被分配到8至10位的小團體中，由兩位輔導員共同帶領，機關目前有收容36名少年，共分成兩個短期收容組10人團體及兩個長期收容組8人團體。少年在小團體中最主要在學習與人相處之道，輔導員可觀察並隨時指導。
- 2、教育課程及技職訓練：少年依程度分班接受教育，機關目前也有限度的開放少年可瀏覽部分網站，少年也可到工作坊學習一技之長，每間工作室由一名職員負責管教4名少年。
- 3、金錢管理：政府每週發給每位少年10歐元的零用金供其自由使用，18歲以上的少年可購買香菸，若為被允許外出者，可利用外出時間購置其他物品。但若為課堂所需之書籍及其他文具，職員將會通知家長另外匯入少年的私人帳戶，而非直接給予其金錢。
- 4、獎勵制度：表現良好的少年可以被允許外出，每次最長可達76小時。
- 5、衛生醫療：有專屬醫師駐機關診治，夜間亦可聯繫醫師前來機構，但若為緊急情況時，則會由2名職員戒護1名少年外出就醫。此外，機構內配置有6至7名的臨床心理師，負責處理少年的心理問題及提供專業的治療。
- 6、宗教輔導：機構內設有宗教輔導室，機關會依少年的宗教信仰邀請基督教、佛教或伊斯蘭教的宗教人員入監與少年進行宗教輔導，給予其心靈上之支持。

#### （六）復歸社會措施：

- 1、面對面接見：除了因情緒不穩且有暴力傾向而受獨居監禁的少年外，每位少年皆可以在週間或週末與家人接見，但接見是採預約的方式，訪客需通過門衛處的安全檢查，確保沒有夾帶違禁物品（如毒品及武器）至機關，訪客可以到會客室或少年的寢室接見。接見不但可以藉由家庭支持的力量提升少年的矯治成效，更可以讓少年不因受到監禁而中斷與家庭的聯繫。
- 2、外出工作：為使少年能夠在釋放前逐步適應社會及協助少年出監的就業，JJI Het Keerpunt會評估個案外出工作的可能性後，向國家矯正機構管理局提出申請，經審核通過之少年，最初會由職員陪同其外出工作，逐步讓其單獨外出工作。

### 三、TBS Nijmegen 診所

- （一）機關簡介：荷蘭全國目前有7個特殊強制精神病治療中心（FPC為TBS）和4個強制精神病診所（FPK），臨床上TBS目前今（2017）年的統計約有1,250名個案，7個診所提供超過1,300張床位，荷蘭政府預計未來將需再增加120張臨床病床才能滿足需求，大

多數診所的臨床病床數量為120至200張。在1,250名臨床個案中，約有110名個案在評估後進入LFPC接受長期強制治療。TBS Nijmegen診所即為其中一間住院式的強制精神病治療中心。

- (二) 機關功能：TBS Nijmegen診所的功能在於維持社會安全，專業醫療人員對受處分者實施治療以降低再犯的風險，讓個案重新社會化及達到能夠自我管理的狀態。
- (三) 收容對象：TBS系統收容之對象為法院裁定刑期超過4年且具有心理疾患及高再犯風險的犯罪者，須接受強制治療處分。簡言之，受TBS處分者須符合兩個要件：（1）犯下暴力犯罪、（2）犯罪期間患有精神疾病。犯罪者在被裁定TBS處分之前，會在評估機構受6週的觀察及評估，觀察期結束後，由該機構提出評估報告，供法官決定其是否進入TBS系統，有時犯罪者的精神疾病和犯罪間不一定存有因果關係，但因其精神疾病恐造成社會風險，故由法院裁定強制治療，藉此防止該名犯罪人對個人或社會再次造成危害，而當法院認為犯罪者因其精神狀態可完全免其責任或部分責任時，法院可以讓其進入TBS系統進行治療。
- (四) 治療方式：TBS Nijmegen診所是以藥物治療、心理治療（主要是認知行為治療）、社會療法（分類型讓適合的個案在居住上群居）、創造性/表達性治療（如：音樂治療、藝術治療、遊戲治療）、行為訓練、個人治療或團體治療，及工作或職業訓練。TBS診所強調藉由個案所處的環境來影響個案，因此，規劃的活動均有其目的，例如：讓個案參與自己有興趣的活動小組，使個案自願而非受迫的方式，開啟自己的社交生活，而活動過程也會強調讓個案練習表達自己，整體而言，治療的態度是給予個案尊重，並藉此增加其自信與自尊，使其生活更有希望及目標，提升治療的成效。
- (五) 機構設施：TBS在環境與設施上的考量（Considerations on environmental criteria）係以讓個案能夠展現正常行為、練習自我控制，及讓個案嘗試自由選擇為理念，因為，在硬體及軟體（係指治療人員對待個案的態度）上，若都能朝向培養自主性的方向時，這樣的環境則能促使個案學習自我負責，因此，治療人員或管理人員在與個案互動時，均朝向讓個案學習承擔責任及自我管理為目標。



(圖 11 TBS Nijmegen 建築外圍牆)

(圖 11 TBS Nijmegen 公共空間)

#### 四、LFPC Zeeland 長期收容機構

- (一) 機關簡介：針對身心狀況不佳且需要長期或終身的監禁的犯罪者，荷蘭除TBS系統外，針對更嚴重的精神病犯，則以長期強制精神病照護（Long term Forensic Psychiatric Care, LFPC）的方式處理。長期精神病照護機構旨在改善精神健康，並降低精神狀態不佳的罪犯再犯的風險。荷蘭政府認為大多數具有嚴重精神問題的犯罪者需要長期甚至終生的專業治療，因而設立長期收容機構，在長期強制治療的機構當中，也是抱持著病犯需要長期治療的態度，讓病犯未來能離開機構與否並非最主要或唯一的目標，反而是希望使其在機構內能有自尊的生活。然而，部分病犯即使經過長期治療仍無法降低再犯的風險，根據LFPC的個案分析，自2010年至今，約有44%的個案因情況好轉在療程結束後回到社會，51%的人即使經過一段治療時間，仍需繼續待在LFPC，而有5%的個案在治療期間死亡。經治療回到社會的個案，有10%的個案會因其精神疾病問題，再次回到TBS治療診所或一般的精神衛生機構或庇護處所等。此外，以個案受治療的期間分析，個案在TBS相關機構的時間平均為8年，在LFPC的時間則為20至30年。
- (二) 機關收容對象：個案若已在TBS相關機構接受6年的治療，但經評估認為其再犯風險並未顯著降低時，再經由至少兩個不同的診所接受治療後的評估，均是再犯風險未降低時，則會轉往長期精神病照護機構。由於長期收容機構希望營造出不同於監獄的氛圍，因此，病犯在長期收容機構裡被稱為「居民」而非收容人或犯人，以下介紹中亦以「居民」指稱機構中的病犯。

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



(圖13 LFPC Zeeland的腳踏車工作坊)



(圖14 LFPC Zeeland的木工工作坊)



(圖15 LFPC Zeeland內的牧場)



(圖16 LFPC Zeeland內的整體環境)

(四) 機關功能及目標：治療著重在改善居民的心理健康與降低其再犯的風險。因此，治療和目標的方法是根據個案的狀況而訂定，以協助居民能在最短的時間適應環境。LFP C的治療目標包括三個部分，第一是目標社會安全，藉由將居民暫時隔離的方式，讓社會產生相對安全的狀態；第二個是穩定居民的身心狀況，藉由精神和心理治療處理個案的狀況，使其能在長期收容的環境中達成穩定的狀態；完全治癒其疾病並非首要的目標，機構也不積極立即降低其再犯的風險。第三個是提高居民的生活品質，也就是採取「好生活模式」，根據居民的需要，採取對其最佳的治療模式，讓治療能夠盡

可能個別化。在長期收容機構中的治療原則是盡可能與居民合作，然而，通常居民會有嚴重的抗拒情況，因此對任何治療一開始都有極大的反彈或防衛，因此，如何找到適當及有效的治療模式，對機構而言始終是艱鉅的挑戰。LFPC認為治療精神病患的重要基石，是讓個案感到「幸福」。因此，不論是對個案的工作、治療或其他教學，希望藉由協助其發揮自主的狀態，並從中學習到對自我負責的態度，而機構也會致力確保乾淨的環境、維持尊重個案的氛圍與提供有意義的工作，讓專業的治療人員能不斷提供個案精神與心理上的支持，藉此讓個案感到幸福，發揮治療最佳的成效。

(五) 治療方式：針對長期精神病照護與治療，荷蘭政府認為機關的環境與設施攸關治療的成敗，因此，對於此類的病犯，不會將其監禁於如同監獄一般封閉和高壓的場域，反而是以如同村狀的方式。對待這些病犯的態度，更著重在其精神障礙與問題，犯罪人的身份僅是其次。機構對於個人的權利與責任皆有清楚的規範，並採取自我控制及自我管理的態度，讓個案能夠參與許多決定，從做決定的過程中學習為自己負責，藉由自主性，減少對機構或職員的依賴，提升其生活的品質。此外，機構也提供充足的醫療服務，以解決長期監禁個案的各種需求，包括一般的身心問題，以及隨著長期監禁導致日漸老化的問題。根據研究顯示，55歲以上或居住在機構超過10年的個案，容易罹患行動及感覺障礙，藥物的發病率亦很高，有時個案的問題常是混合的狀態，例如：生活品質低落、人格障礙、精神病症狀以及酒精和藥物濫用等。此外，在長期封閉的環境之下，個案由於長期自由受到剝奪，而產生缺自我控制感、行動限制和性關係約束等，都可能對個案的身心狀況產生負面的影響，因此，以上的問題及個案的需求都必須列入長期收容機構對個案進行治療時所需特別留意的事項。

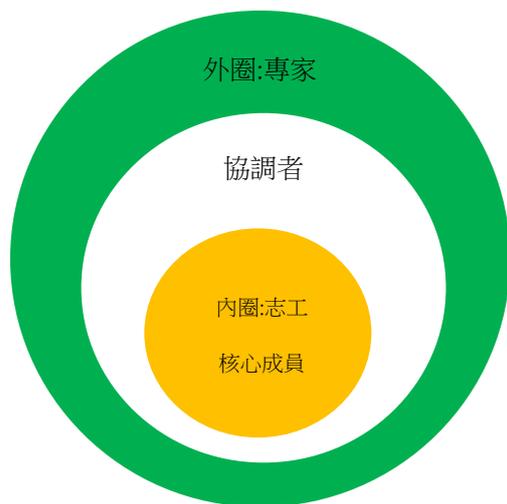
(六) 住院式TBS診所及LFPC長期收容機構之比較：

| TBS及LFPC之比較 |                     |                |
|-------------|---------------------|----------------|
|             | TBS                 | LFPC           |
| 使用詞語        | 舍房(Cell)            | 房間(Room)       |
|             | 病患/個案(Patient)      | 居民(Inhabitant) |
|             | 治療師(Therapist)      | 員工(Employee)   |
|             | 護理人員(Nursing Staff) | 工作者(Workers)   |
|             | 治療(Therapy)         | 工作(Work)       |

|    |   |   |
|----|---|---|
| 目標 | 1.維持社會安全<br>2.實施治療以降低再犯的風險<br>3.讓個案重新社會化到能自我管理的狀態 | 1.維持社會安全<br>2.穩定個案的精神和臨床現況<br>3.提升居民的生活品質，減緩再犯或病情惡化的可能性 |
|----|---|---|

## 五、COSA NL荷蘭性侵犯者社區支持方案

- (一) 方案簡介：COSA是以社區支持與協助性犯罪者對勇於承擔犯罪所需面對的責任所形成對性侵犯更生人的一種接納圈。COSA源自於一位加拿大神父對一名性侵害更生人所提供的社會支持，當時甫出獄的性侵犯查理，在社會上飽受排斥，甚至教會的職員對其也有防衛，該教會的神父為了幫助教會內的教友接納查理，便邀請大家擔任「查理的天使」，查理在與教友的互動下，逐漸感受到愛與接納，使查理逐漸建立安全感，「查理的天使」即是COSA方案裡「接納圈」的雛形。1994在加拿大共有16個計畫，推行超過150個性犯罪更生人的接納圈，2002年擴展到美國，至今發展出11個計畫，推動80個接納圈，而2009年時擴展到荷蘭，截至目前為止已有5個計畫，推動100個接納圈。此外，因有Circles4EU的推廣計畫，2011年歐洲其他國家也開始對COSA也感興趣，逐漸在世界各國發展相關計畫及建立接納圈。
- (二) 處遇對象：COSA方案是一種針對性侵害更生人在釋放後繼續得到支持與必要的治療，以利其能夠順利復歸社會的社區支持方案。
- (三) 執行方式：以接納圈模式（The Circle Model）進行，以性侵犯者（核心成員）為中心由內圈及外圈包圍之，內圈是由自願參加該計畫，提供案主接納的志工所組成，其功效在於讓核心成員感到被社會包容，並擔任監督其行為上的改變及觀察再犯風險，評估個案是否有需尋求專業協助的功能。案主在改變與學習的過程中，無論是內在或外在都有過渡的空間，此時，協調者負責連結內圈的志工及外圈的專家，使得再犯預防策略能夠順利執行。協調者的主要工作在於選擇、督導及擔任指導。各接納圈的專業人員及其特性簡述如下：



### 1、內圈（志工）的特性：

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

### 2、外圈的特性：

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

（四）治療方式：影響接納圈治療的成效，包括：對於案主的包容、促進案主改變的程度、降低案主的再犯風險與過程持續的評估，詳細的分析如下：

- 1、核心成員需經篩選：核心成員的篩選需經多方面的考量，參與COSA方案可由專業人員建議或核心成員自行申請，但不論是經由專家建議或自行申請，關鍵在於核心成員需有參與的意願。在篩選的過程，計畫領導者與協調者均須參與檢視核心成員的狀況，審核的標準包括核心成員的意願、為犯罪負責的態度，並分析性犯罪人現有的社會支持、社會資源及參與的動機。一個適合參與的核心成員需有意願面對自己的犯行、揭露性犯罪的行為、與覺察犯罪相關的風險訊號與行為，願意將這些資訊向志工分享，並承擔犯罪行為的責任，且將預警再犯風險及需求當作優先治療的目標。但並非所有的性侵害犯罪者都適合參與COSA治療方案，心理病態者（psychopath）、身心障礙、太年輕或不夠成熟的犯罪者較不適合參與，因此，個別衡鑑與評估對於核心成員的篩選更顯得重要。

- 2、 志工的篩選：需多方面考量核心成員的適合度，挑選的程序是由志工寄出申請信，透過個別的自我介紹與面試，以挑選出合適的擔任者。申請者須參加COSA NL兩天的訓練課程，藉此初步評估申請者是否適合擔任COSA方案的志工，在最後的面試階段，會將志工與適合的接納圈配對。志工須每週與核心成員見面與撰寫評估報告，每1至3個月，外圈的協調者會與志工訪談以了解其工作狀況。
- 3、 監控及督導接納圈的發展：運用監控及督導的機制以確保接納圈的發展與治療成效。其發展階段可分為：衡鑑階段、建立階段、平衡階段、傳遞階段與失衡階段，因此，接納圈是動態的，需不斷的評估及調整以符合目前的狀況，確保內外圈朝相同的方向進行。
- 4、 交換訊息：接納圈的每位成員：核心成員、志工、協調者及專家會持續交換相關訊息，所有人都須保持開放的態度參與此方案。

(五) COSA NL有效策略說明簡表：

| 項目                 | 社會資本形成  | 人力資本形成   | 預防復發  | 效益  |
|--------------------|---|--|---|---|
| 角色                 | 內圈  | 內圈及外圈  | 內圈及外圈   |   |
| 接納圈之功能             | 社會包容  | 行為改變   | 降低風險和風險管理   | 評估及促進核心成員之改變  |
| 活動                 | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 確保可行性及提供支持</li> <li>2. 塑造並激發尊重，開放及信任</li> <li>3. 提供及刺激社會活動/親近社會的關係</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 追究/承擔責任</li> <li>2. 制定目標及合作</li> <li>3. 提供有建議、指導及鼓勵參與</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 監控及討論風險及問題行為</li> <li>2. 面對/面質核心成員</li> <li>3. 分享訊息</li> <li>4. 干預</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 評估及支持團體的運作過程</li> <li>2. 評估及討論核心成員的內在歷程</li> <li>3. 保障此模式及計畫的完整性</li> </ol> |
| 對核心成員的效益           | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 歸屬感</li> <li>2. 自尊、希望和動機</li> <li>3. 信任別人</li> </ol>                          | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 促進參與</li> <li>2. 改善生活技能及自我調節</li> <li>3. 促進自我效能</li> </ol>       | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 風險覺察</li> <li>2. 朝向自由的生</li> </ol> 活  | 有效的接納圈模式  |
| 對社會的效益：避免犯罪及維護公共安全 |   |  |   |   |

## 六、Terwille 非營利組織及其戒癮之家Spetse Hoeve

(一) 機關簡介：Terwille是荷蘭一個心理健康照護的非營利組織，其設立宗旨在於深信成癮者都有免於成癮問題而重獲自由的一日，1998年創辦者因有感於Groningen市中心的成癮問題嚴重，但成癮者無法被即時轉介或僅能在日間接受戒癮服務，因此，該組織設立緊急戒癮服務熱線，讓成癮者即使在夜間也能得到建議及協助。現在的Terwille屬於荷蘭精神衛生醫療體系(GGZ<sup>2</sup>)的一環，提供一般民眾及有成癮問題的受刑人戒癮治療服務。

(二) 機關功能：

- 1、 Terwille非營利組織除了接洽主動求助者及到街頭接觸有需要協助的群體外，也與Almere、Leeuwarden、Zwaag、Heerhugowaard及Veenhuizen等城市的監獄合作，讓有毒癮的受刑人可以參與毒癮健康照護的相關課程，Terwille非營利組織會派專業的工作者及志工到監獄進行戒癮治療，此外，該組織亦提供出監者持續戒癮的場所—Spetse Hoeve，使其可繼續接受至少6個月的戒癮治療。
- 2、 戒癮之家Spetse Hoeve位在荷蘭北部Veelerveen小鎮，提供仍有毒癮的出監者住宿以及農作的空間，不僅可以遠離大城市的誘惑，更可以讓出監者繼續銜接毒癮的治療。園區有輔導員及社工提供相關協助，讓成癮者可以脫離毒品、學會自主及負責，建立正軌的生活型態。

(三) 收容對象：

- 1、 Terwille非營利組織的幫助對象有主動求助的成癮者，或是組織到街上及社區接觸的成癮者，以及正在監禁的毒癮收容人。
- 2、 Spetse Hoeve戒癮之家收容出監者及ISD處份者（針對慣犯所設計特殊封閉性機構的額外兩年監禁處分），前者可在監禁期間或是釋放後與Spetse Hoeve聯繫，自願至該機構居住及參與治療計劃；而受ISD處分者可選擇接受兩年監禁處分，或是其中一段時間（至少6個月）到Spetse Hoeve居住並配合課程，倘若ISD處分者未能遵守相關規定，則必須回到原機關，且不能再居住相對開放的收容機構。

(四) 機構設施：

- 1、 Terwille非營利組織在荷蘭全國皆有設立服務中心，專門從事各種戒癮服務及協助非法性工作者自力更生，提供強制住宿的中途之家與一般的住所，需要戒癮服務者

---

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

可透過網站及電話尋求協助，除了提供一般的戒癮建議及治療外，也轉介較嚴重的成癮者至專業的戒癮機構治療，目前約有100多位專業工作者及超過80位的志工在此非營利組織服務。

- 2、戒癮之家Spetse Hoeve前身為農場，提供15個床位給有意願參與戒癮治療的出監者，開闊的園區內有養殖馬匹、火雞等動物及種植蔬菜水果的區域，住宿區域為每人一間房間，由15名正式及兼職的職員於日間輪流負責中心的營運。



(圖17 Terville 非營利組織內的整體環境)



(圖18 Terville 非營利組織外觀)



(圖19 戒癮之家Spetse Hoeve工作環境)



(圖20 戒癮之家Spetse Hoeve的整體環境)

#### (五) 治療課程及方法：

- 1、 Terville非營利組織在監獄內所實行的課程，是為期12週的短期認知行為治療法及個別化的課程，內容包括建立健康的生活型態、戒除毒癮及酒癮等，以降低受刑人出監後的再犯率。
- 2、 戒癮之家Spetse Hoeve提供至少6個月的治療課程，共可分為4個階段，每個階段至少為期4週，案主是否能進入下個階段須視其需求而定。Spetse Hoeve採用認知行為療法、藝術療法、新引入的白馬療法，以及匿名戒酒會（Alcoholics Anonymous, 又稱A

A) 發展出12個步驟方案 (Twelve Steps Program)，來幫助案主戒除酒癮、毒癮以及其他問題行為。此外，職員和案主會一起討論何謂合宜及健康的生活型態，讓案主能夠思考正常及洽當的行為，而非一味強加規定及限制。根據曾經是Spetse Hoeve的案主，現為Spetse Hoeve的輔導員表示，太多僵化的規定反而會阻礙案主的思考，因此，為培養案主的自主性及責任感，正職與兼職之職員僅在日間工作，夜間並無任何職員在園區輪值，希冀藉此讓案主發自內心為自己的行為負起責任，如此才能逐漸獨立自主。

#### (六) 復歸社會措施：

- 1、 Terwille非營利組織除了到監獄內服務之外，大部分的戒癮服務盡量在社區施行，也就是以諮詢及門診等方式處理戒癮者的問題，讓有毒癮、酒癮或其他成癮症者與社會維持連結，而非將成癮者置於半封閉或完全封閉的機構治療，減少成癮者被社會邊緣化，亦能降低社會一般民眾對於成癮者的污名化及偏見。
- 2、 Spetse Hoeve園區除了住宿的案主外，鄰近社區的民眾亦可入內與其互動，此中心致力於成為該村莊的一份子而非成為孤島，儘管成立之初受到社區不少的阻力，但經過Spetse Hoeve的職員不斷與附近居民溝通協調下，且以實際行動為社區付出後，經過一段時間，終於讓此敦親睦鄰的努力開花結果，在參訪期間，就看見鄰近的小孩在園區內騎車和玩耍，讓案主能與社區建立連結，是復歸社會成功與否的關鍵。

## 陸、心得及建議

### 一、針對特殊犯罪人挹注充足醫療專業人力的必要與迫切性

由於我國矯正機關毒品犯占有所有收容人數的一半，另我國相關法規亦規定針對性侵犯及家暴犯須接受強制治療，故配置足夠之專業人力，發展出因應各種特殊收容人的評估工具及治療方式有其必要與迫切性。

本次參訪荷蘭矯正機構的醫療處遇模式，建議我國在一般成人矯正機關中，可以對於致死率較高的毒品施用者（如GHB）或酒癮戒斷者，編制適當的醫護人員或與相關醫療院所合作，採取全天候高度醫療照護，以維護收容人生命及身體健康安全，同時也能減輕戒護人員處理毒癮或酒癮戒斷者的心理壓力。

同時在我國矯正機構應設置特殊處遇的專區、醫療大樓或舍房，用以收容身心障礙、性侵犯及智能不足等較為弱勢及需要照護的受刑人，由精神醫師、臨床心理師及其他受過專業訓練的職員負責照護及管理，以避免這些收容人因其特殊狀況而與其他受刑人生活產生衝突。此外，在我國少年機構應按收容比例配置適當的臨床心理師，若青少年無法適應團體、有情緒不穩定或有暴力傾向時，則可由機構內所配置的臨床心理師提供必要的協助。另外，借鏡荷蘭經驗，藉由專業人力的評估機制也是我國目前所缺乏，因次，藉由建置專業的評估機制，衡鑑收容人的成癮藥物種類、成癮嚴重度、精神狀況、智能認知程度、情緒及暴力傾向等，可篩選出需受及時協助的個案，藉此提供專業的治療與輔導，讓治療與矯治方案更能發揮其效果。

## 二、毒品處遇是連續性的處遇，須連結監禁機構處遇與社區治療

荷蘭毒品收容人之監禁政策是讓有毒癮、酒癮或其他成癮症者不斷與社會保持連結，而非僅係用消極監禁的手段，將成癮者關在封閉機構，剝奪其自由並與社會加以隔絕，其優點不僅可以增加治療成效，讓毒品犯順利復歸社會，也可以減少毒癮者在社會被邊緣與汙名化的情況。荷蘭的毒品犯大多以類似緩刑的方式，提供其在監獄外的社區機構接受多元與個別化的處遇，並增加社區與成癮者的互動，例如：Spetse Hoeve園區除了住宿的案主之外，鄰近社區的民眾亦可入內與之互動，讓案主能與社區建立連結，加速復歸社會的效果。目前我國減少機構監禁的方式，則是針對施用第一級毒品海洛因、嗎啡、鴉片及前開相類製品與第二級毒品者，以緩起訴結合附命完成戒癮治療，治療的內容包括藥物、心理及社會復健治療，讓此類的毒癮者可以在社區接受專業的醫療服務，但亦有監督的機制（如：定期報到與驗尿），讓個案能在社區接受半監督的機制下，完成戒癮，培養自我負責與減少因機構汙名化與邊緣化。然而，根據法務部歷年數據統計，此類戒癮者遭撤銷緩起訴處分（戒癮失敗）占比達47%，顯見我國對於戒癮者的社區處遇量能及種類都明顯不足，相較於荷蘭完善的醫療資源及社區支持，建議我國應加入社區互動共生的概念並強化社區處遇的方式，協助施用毒品者戒除毒癮，以真正達到讓毒品施用者在社區處遇支持下重獲自新的目標。

## 三、應將精神疾病犯罪人分流以及針對長期監禁者提供專業精神照護

我國歷年來震驚社會的重大刑案中，有些犯罪人被鑑定為在行為時心神喪失及精神耗弱，但這些犯罪人最後卻仍被判決入監服刑，而非安置到專業的精神醫療處所，據統計全國矯正機構約有2,500名精神疾患者，即使我國設有精神病分監收治矯正機關內之精神疾病收容人，惟全國的精神病分監的床位僅共有一百多床，無法消化在矯正機構的

所有具精神疾患之收容人，因此，在分監治療一段期間之後的收容人若被判定痊癒、病情減輕或穩定者，又會被送回原本的矯正機關繼續執行，但原本監獄內的心理及精神醫療資源有限，使得有精神疾病的犯罪人又有復發的可能，即使矯正機關會在釋放前與當地衛生及警政單位通報，但是，仍無法與後續精神醫療照護系統緊密銜接。因此，應借鏡荷蘭特有的TBS（Terbeschikkingstelling）制度，由法官在審判期間將有需要精神鑑定的犯罪人，送至專業處所進行數週的鑑定，並針對被判定有精神疾患且需隔離治療之犯罪人，送至由醫療單位成立專業監禁的治療機構，除了將精神疾患犯罪者與一般犯罪者分流，減少矯正機關監禁人數及管理戒護上之壓力，專業的機構可以結合強制監護及醫療護理，一方面維護社會安全，另一方面透過專業的治療，能讓患有精神疾病的犯罪者，未來也能順利復歸社會。

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

#### 四、認識風險評估的概念與建立跨科室專業處遇團隊

荷蘭的監獄中分工明確，提供多樣化的處遇課程，例如：宗教信仰、戒癮課程、諮商輔導、心（生）理治療及技能訓練等課程，並配有臨床心理師等專業人員進行治療及評估，而收容人的生活管理則交由矯正人員負責。此外，為達到良好的管理與成效，荷蘭矯正機關對於利用風險評估機制，篩選出須立即接受治療與協助的個案，並藉由跨科室的整合，對篩選出的個案，共同進行跨領域的專業評估，擬定適當的個別化處遇，是我國目前所缺乏的機制。此外，我國近年來的處遇政策亦強調監禁之目的非僅是對收容人施予懲罰，而是應著重在矯治，協助收容人自我了解、省察、改變。然而，以目前我國矯正機關的組織規劃分析，調查分類科專責收容人身心狀況之測驗、社會資源需求評估及轉介、處遇之研擬、出監後有關更生保護之聯繫，是收容人進出監所的第一道分類處遇的評估站，亦是連結後端社區處遇的橋梁，但調查科的功能在我國矯正機關的功能

尚未完全發揮，編制的調查員也供不應求，相較其他科室，常較不被重視其重要性，由荷蘭矯正機關的分工發現，我國應更重視調查科，發揮其應有的功能。此外，我國矯正機關應盡速建立風險評估的概念，包含1、危險原則：找出應被治療的對象，2、需求原則：個案的哪些問題應該被立即處理，3、對應原則：機關應如何針對個案進行適合的處遇並發展出適合的評估工具，協助調查科的評估分類工作。經過調查分類的收容人，可視需求轉介衛生科接受醫療服務，或進入教化科的特殊處遇及作業科的技能訓練，如此一來能夠形成跨科室的專業團隊，利用專業發展出的評估工具進行風險分類，俾以提供適合收容人的個別化處遇，落實立基於科學方式的處遇及管理。荷蘭矯正機構內的專業跨領域分工制度，值得作為我國未來設計累進處遇或研議修法時之參考。

## 柒、結語

本次參訪了解到荷蘭政府的毒品政策、TBS強制精神監護系統以及矯正機關的特殊處遇方式。在毒品政策方面，荷蘭政府將對人體及社會危害性較低的毒品有條件開放交易及吸食，並將單純的毒品施用者視為「需要戒癮者」而非犯罪人，讓成癮者不至於被邊緣化，並以診所、醫院及非營利組織的戒癮中心承接大部分的毒品戒癮業務，藉由專業的衛生醫療資源以及社區支持，使得毒品成癮者能夠在社區內接受藥物與心理治療，並且能夠得到適當的生活協助，而不是入監服刑而切斷與家庭及社會的連結。此外，荷蘭政府十分重視精神疾患收容人的處遇，以維護社會安全及著重矯治個人為目標，投入相當龐大的人力及資源。相較之下，我國目前對於矯正工作大多仍抱持著低投資高報酬的期待，而兩極化的刑事政策讓矯正機關收容人數居高不下，且大部分的毒品施用者仍進入矯正機關內，造成監獄更加擁擠。在戒護及專業人力明顯不足，以及整合政府各部門及民間週邊資源有待強化的窘境下，希冀我國政府能正視此問題，制定政策時能夠將單純毒品施用者放到衛生醫療體系中治療，透過整合有意願參與社區復歸及醫療照護的醫療院所或非營利組織，或是將現行緩起訴附命戒癮治療制度調整成更加彈性，讓毒品成癮者在社區中接受治療與照護，以降低其再犯風險。此外，司法體系應聘用專業人員來評估犯罪者，以分流犯罪人的懲罰或矯治執行方式，讓低風險的犯罪者能轉向社區處遇，可以居家監禁或輔以電子設施替代機構監禁，加入社會及家庭支持的力量，不僅能協助其改悔向上，更能減少因進入矯正機關所造成的標籤問題，而對於高風險的犯罪者，如有精神疾患犯罪人、性犯罪加害人、家暴加害人及毒品犯，在處遇均需專業的心理輔導與醫療，且長刑期收容人及少年等特殊族群，均須規劃適性處遇以滿足其特殊的需求，政府部門應支持增加矯正專業人力，讓矯正機關的處遇專業化，或引進外

部醫療資源，以提供收容人更有效的處遇內容，讓矯正機關朝向專業化的發展外，同時也能有效降低再犯風險，建立一個更安全的社會。