

當前犯罪矯治工作面臨之挑戰與因應對策

■吳正坤

第一節 緒言

刑事司法體系中之犯罪矯治工作，是司法功能成敗之重要關鍵，然而在刑法修正後，整個矯治工作環境，隨著產生重大變異；例如我國仿照美國加州之三振法案，長刑期收容人暴增，而近年來，矯正機關收容人超收問題，每況愈下，毒品犯累再犯與日俱增，更使監獄人口擁擠情形，雪上加霜。此外，性侵害犯之強制診療暨愛滋病收容人逐年上昇，監獄人口老化暨矯正局成立的必要性，…等，在矯治工作上，面臨諸多挑戰，而近年來監察院考察矯正機關後，向行政院質疑收容人未納入全民健保，殊有未當…凡此問題，面對矯正新文化，有賴時間與空間去解決，本章擬就扼要部份，加以討論：

第二節 矯正機關收容人納入「全民健康保險」之問題

矯正機關收容人之醫療問題，長期以來，一直困擾著管教運作之正常生活機能，為求治本之道，健保議題遂引發議論，而目前在總收容人高達六萬餘人的情況下，如果從人權的角度切入，他們是應該要納保的，乃收容人亦屬國民之一，憲法增修條文也規定要辦全民健保，為什麼矯正機關收容人排除在全民健康保險之外？從人權的角度來看，這是說不通的；但是在實務上，若是從收容人加入全民健保，是否有實益的觀點來考量，答案可能有待斟酌；乃加入全民健康保險對收容人，現在是不是真的有助益？是不是可以減輕醫療負擔？這是有所爭議。緣此，針對收容人納入全民健康保險所面臨的風險，爰提了十幾點加以說明：（矯正司·民95年）

一、 甄選醫療院所醫師至監所看診誘因不足：

現行矯正機關遴聘之兼任或特約醫師，係以診次(以民國95年計之每診次2,330元~2,660元)或每月固定支領應診費(每月最高不得逾3,9820元)，且多數矯正機關每診次看診人數眾多，若加入健保後按人次計算診察費，雖可提高醫師(醫療院所)所得，惟部分收容人人數較少之機關，平均每日看診人數甚少，若按現行健保以人頭計價方式，恐難延聘健保特約醫療所至矯治機關看診。

二、 收容人質疑矯正機關甄選醫療機構能力不足：

若矯正機關收容人於納保後，原則係由矯正機關以公開評選方式遴選醫療院所至矯正機關開設門診點，經門診處置後，如有轉診之必要者，再採行「戒護外醫」方式辦理，以落實轉診制度，惟健保目前係將醫療院所區分為診所、地區醫院、區域醫院、醫學中心等級，未來如進行公開評選，究應以何等級醫療院所為宜？因涉及醫療能力、看診科別、後備支援及掛號費、就醫部分負擔收取標準，實難取捨，無論結果如何，均會遭部分收容人、家屬及社會大眾質疑。

三、 收容人因未繳保費經暫停給付後，仍須維繫現有公醫制度：

按全民健保係屬強制性保險，並未考慮被保險人之納保意願，故當收容人拒繳或無力繳納保費，需移送強制執行，惟因其身分係屬收容人，按監獄行刑法第58條第1項規定「受刑人現罹疾病，在監內不能為適當之醫治者，得斟酌情形，報請監督機關許可保外醫治，或移送病監或醫院。」羈押法第22條第1項規定「被告現罹重病，在所

內不能為適當之治療，或因疾病請求在外醫治者，應由所檢具診斷資料速轉該管法院裁定，或檢察官處理。」顯見矯正機關收容人罹病者，係以在監所醫治為原則，不能為適當治療者方以戒護外醫或保外醫治方式辦理，而矯正機關組織編制內亦有醫事人員編制，矯正機關應予收容人適當醫療，已屬不載自明事項，是以，收容人因未繳或拒繳保費經暫停給付後，仍須維繫現有特約或兼任醫師制度，易遭外界質疑有資源重複配置之嫌。

四、增加多數收容人經濟負擔：

全民健康保險的實施，旨在保障全體國民接受適當的醫療保健服務，即於被保險人及其眷屬發生生育、疾病、傷害事故時，提供醫療給付，以維護其身心健康，惟現行矯正機關收容人除戒護外醫之醫療費用，原則係由收容人自付外，其於矯正機關看診係由公務預算給付，未來若納入健保後，除每月應繳納之保費外，每次就醫之掛號費、就醫部分負擔，均須由收容人自行負擔，與現行做法相較下，明顯增加收容人之經濟負擔，僅對於少部分罹重病需住院、開刀或領有重大傷殘卡之收容人較有助益。

五、質疑限定收容人就醫處所之公平性：

雖法務部與行政院衛生署對於限定收容人就醫選擇權已有共識，惟不可諱言，若以全民健康保險法，明訂收容人就醫處所選擇權由矯正機關指定之，仍會遭收容人、收容人家屬或部分社會大眾質疑公平性。

六、請託戒送特定醫療院所關說不斷：

各矯正機關戒送收容戒護外醫之醫療院所，多為以長期簽約之特約醫療院所，部分醫療院所內甚至設有戒護病房，若收容人全面納入全民健康保險後，矯正機關因無法以須戒送指定特約醫療院所為理由，復已無醫療費用無著之擔憂，收容人或收容人家屬、親屬委託民意代表請託戒送特定醫療院所時，將造成矯正機關之甚大困擾。另因外醫門診、住院所需大部分費用有健保得以給付，醫師為求醫療院所營運績效，未來同意轉診之醫療院所檢查或住院之比率將大幅增加，屆時各矯正機關戒護住院人力吃緊之情形，將更形窘迫。

七、現職醫事人員及設備處置：

收容人納入全民健康保險後，已大幅減少醫事人對於收容人疾病醫治、藥品調劑之業務負荷，是否會遭人事行政局要求檢討縮編醫事人員編制？現職人員將何去何從？應詳加評估。另醫療設備部份，按健保保險給付係已包含醫療設備成本，若收容人全面納入健保後，各矯正機關現有醫療設備如何處置？若由健保合約醫療院所賡續使用，是否需撥付部分費用給矯正機關？仍須審慎研酌。

八、收容人進出頻繁，機關人力無法負荷加、退保業務：

按依行政院衛生署現行所擬之規劃版本，收容人係統一以矯正機關為投保單位，惟收容人因身分類別、收容期間長短不同，流動量甚大，若均以矯正機關為投保單位，以矯正機關現有人力明顯無法負荷收容人加、退保業務，對人力已呈顯吃緊之矯正機關，不啻為雪上加霜，是以，建議未來於擬定配套措施時，若採衛生署版本以矯正機關為投保單位時，應妥適研訂收容於一定期間以上者（如6個月或一年以上）方轉以矯正機關為投保單位或直接以地區人口方式納保，以減輕矯正

機關業務負荷。

九、夜間、假日醫療資源缺乏問題依舊：

從矯正機關管理之管點，管教人員所擔憂的是；矯正機關夜間及假日無醫師駐診之問題，收容人若全面納入全民健保後，以現行健保給付制度，夜間及假日全天候要求受遴選之醫師，均在監所待命，恐有困難，即加入健保僅係解決矯正機關日間診療問題，多數矯正機關夜間及假日時段之醫療問題仍然依舊存在。

十、健保保費需求大增，匡列困難：

若按健保第六類保費支付方式，被保險人自付百分之六十，政府補助百分之四十計算，目前該類最低保費每月為1007元，即收容人每月須自付604元，政府每月需補助403元。以民國95年底收容人6萬2千人計算，扣除被告、收容少年、觀察勒戒等符合納保資格之收容人約5,000人，尚待納保者約5萬7千人，如此估算需每年法務部需編列收容人健保保費約4億4千1百萬元；而據此依衛生署估算，每年法務部需編列收容人健保保費約6億8千8百萬，此與法務部平常編列收容人年度醫療預算約2億9千萬元相較下，每年至少需增加1億5千萬至4億元，以現行政府財政狀況，暨法務部預算匡列額度，新增此項經費恐會排擠其他預算之匡列。

十一、社會大眾對公平正義之質疑：

矯正機關收容人在一般社會大眾的觀點中，係屬違反法律規範之人，應予適當懲罰以收嚇阻之效，若按行政院衛生署之納保版本，矯正機關收容人保費比照軍人納保方式，部份保費由法務部編列公務預算支應，按一般社會大眾參加全民健保尚需自行繳納部分比率之保費，何以違反法律規範，應受懲罰之人可由政府編列公務預算支應健保費？有違社會公平正義，可預期將有排山倒海之反對聲浪出現。

十二、藥品控管困難，影響戒護安全：

矯正機關二十四小時均須嚴密戒護，收容人屬性特殊，部份藥品（如鎮靜類FM2、含可待因之咳嗽藥水）均為矯正機關禁止或嚴格管制品，倘收容人全面納入全民健康保險後，相關藥品處方，恐非矯正機關能予以干涉或控管，如醫療院所未能配合以替代同效藥品取代，是類藥品流入矯正機關，恐有影響囚情之虞。

十三、健保制度僅救急不救窮：

按全民健康保險係屬強制性之社會保險，一旦列入納保對象，即不再考量被保險人之納保意願，換言之，即須按月繳納保費，一旦未依限繳費，除面臨暫停給付、滯納金之行政罰鍰，雖有紓困貸款之機制，但欠繳之保費並不會因不繳納而讓債權消失，紓困貸款亦須按期償還，是以，收容人於矯正機關收容期間，如因清寒無力繳納保費或蓄意欠繳保費，恐讓收容人不斷累積欠繳保費，讓債權不斷擴大，而遭強制執行，而於出監所欲復歸社會時，形成屏障，此恐非本部積極推動收容人納保之原意。

十四、收容人納保後恐增加健保財務負擔：

依全民健康保險局民國95年10月統計資料顯示，民國95年7月門診，每人平均醫療費用964點，駐診每人平均醫療費用52,150點，每人日平均醫療費用5,329點，每人平均住院9.

79日。而95年第二季預估醫院部門平均點值為0.9193元，可換算出門診，每人次平均醫療費用886.2元，駐診每人次平均醫療費用47,941.5元，每人日平均醫療費用4,899元。

若依上揭標準健保給付標準計算，估計收容人納保後平均醫療支出為8億7,190萬元，而實際保費收入為7億6,129萬元（以六類保費每月1,007計算，人數為6萬3千人），將不敷約1億1千萬。且收容人納保若以收容人獨立總額方式辦理，每點預估平均點值僅0.8731元，較現行健保點值為低，恐影響醫療院所至監所診療之意願。

十五、醫療利用情形將朝兩極端發展：

因現行規劃之收容人納保方案均強調「使用者付費原則」，是以收容人除須按月繳納保費外，每次就診尚需繳納自行負擔費用，是以，收容人中經濟較為寬裕者，因無經濟考量，且看診係由其自行負擔費用，無法以現行機關內控方式，控制收容人看診次數，輔以「供給的誘發因素」影響，此類收容人平均看診次數恐大幅增加，而經濟較不寬裕之收容人，囿於財力不濟，使用健保看診次數將減少，而轉向公費之特約或兼任醫師看診。若醫療利用情形朝兩極化方向發展，此已非健保制度強調之風險分離、社會互助之理念而形成收容人間另一種不平等。

其實，二代健保將來若立法院通過審議後再納入，上揭衝擊面，將會縮小層次面。因此，針對矯正機關收容人納入全民健康保險之可行性方案，在兼顧人權、社會公平正義、國家財政負擔，並參酌收容人納入全民健康保險之實益的前提下，法務部衡酌推動矯正機關收容人納入全民健康保險時，應特別注意下列之原則：（法務部，民95）

- 一、矯正機關收容人就醫處所，應由所在矯正機關指定，並於全民健康保險法條文中，明確將相關文字修訂於條文中。
- 二、配合全民健康擴大稅基之二代健保規劃，建議矯正機關收容人納保所需保費，由與收容人同戶籍之配偶、親屬納入家戶總所得計算保費，即由配偶或家屬繳納，如無家屬、配偶等可資代為繳納保費者，則由中央健康保險局開單，交由矯正機關轉交收容人按月繳納保費。
- 三、針對矯正機關收容人每次看診所需繳納之掛號費、自行負擔費用，基於使用者付費原則，仍須由收容人自行繳納。
- 四、為應遭健保暫時停止給付收容人之醫療需求，即強化矯正機關夜間、假日醫療服務，現行特約、兼任醫師之公醫制度仍須維持。
- 五、建議收容人納保之醫療支出應採獨立總額方式，以增加醫療院所至矯正機關看診之意願，另醫療點值亦建議予以保障。
- 六、針對清寒收容人，依循現行健保認定經濟困難或經濟特殊困難方式，由矯正機關輔導其辦理紓困貸款。
- 七、健保特約醫療院所遴聘，由矯正機關採公開評選方式遴選，收容人原則先在矯正機關門診，如有進一步檢查、治療之必要者，再進行轉診。
- 八、針對矯正機關收容人納保後之就醫方式，建議於全民健康保險法中落款，再另以法規命令定之。

矯正機關收容人全面納保，影響層面不單僅限於收容人本身，矯正機關亦深受影響，是以除於政策層面上考量人權外，執行層面亦須將收容人納保後是否有

實益及對矯正機關之衝擊進行全盤考量，以避免產生「有保險，無醫療」之情況發生。惟收容人醫療問題，若能全面加以解決，在犯罪矯治管理機能上，將可達到事半功倍之效果。

第三節 矯正機關愛滋病收容人處遇問題

愛滋病俗稱「世紀黑死病」，全國愛滋病感染人口，已發現者，迄民國95年底，已超過一萬三千餘人，而在矯正機關之收容人，更超過二千七百餘人，這些愛滋病人口，分散在各監、所，亦造成管教上之難題。未雨綢繆，宜加注意。

然從民國90年底，愛滋病在監人數僅38名，佔全國愛滋病人數0.97%，至民國91年底，48人佔1.01%，到92年底70人，佔1.24%，93年底419人，佔6.20%，94年底1742人，佔17.15%，至95年12月底，2763人佔21.09%（詳如統計表），監、所愛滋病收容人，呈直線上昇狀況，令人引以為憂。

矯正機關愛滋病人數統計表

項目 年月別	愛滋病在矯正 機關人數	矯正機關愛滋 病篩檢新增人 數	全國愛滋病新 增人數感染者 人數	全國愛滋病感 染者總人數	矯正機關在監愛滋 病人數佔全國愛滋 病人數之百分比
90年底	38				
91年底	48				
9201	46				
9202	47				
9203	51				
9204	52				
9205	54				
9206	61				
9207	58				
9208	66				
9209	62				
9210	64				
9211	66				
9212	70				
9301	69			5283	1.31
9302	82			5390	1.52
9303	97			5503	1.76
9304	98			5565	1.76
9305	111			5683	1.95
9306	123	18	103	5789	2.12
9307	141	23	109	5897	2.39
9308	168	31	113	6015	2.79
9309	220	35	142	6152	3.58
9310	280	85	198	6362	4.40
9311	333	68	181	6552	5.08
9312	419	96	210	6762	6.20
9401	551	151	267	7025	7.84
9402	631	94	196	7219	8.74
9403	745	132	284	7506	9.93
9404	860	136	304	7808	11.01
9405	961	103	249	8056	11.93
9406	1119	153	346	8400	13.32
9407	1227	156	308	8706	14.09
9408	1367	153	333	9037	15.13
9409	1439	125	288	9324	15.43
9410	1539	122	301	9616	16.00
9411	1646	108	257	9872	16.67
9412	1742	145	289	10158	17.15
9501	1844	93	230	10387	17.75
9502	1930	92	214	10603	18.20
9503	2055	150	318	10915	18.83
9504	2201	105	269	11182	19.68
9505	2327	129	309	11486	20.26
9506	2444	85	271	11756	20.79
9507	2532	85	256	12012	21.08
9508	2596	87	248	12255	21.18
9509	2595	63	222	12474	20.80
9510	2634	73	193	12662	20.80
9511	2739	86	264	12922	21.20
9512	2763	59	184	13103	21.09

(資料來源疾病管制局 <http://www.cdc.gov.tw/>)

一、愛滋收容人現況分析：

現在茲就中區矯正機關收容愛滋收容人人數 817 名，為研究探討態樣，就性別、年齡、籍貫、教育程度、婚姻狀況、罪名、刑期、犯次、感染途徑等層面，加以探討分析結果如下：(李太順，民 96 年)

在性別上：以男性居多，占 97.8%。

在年齡上：以 31 至 40 歲為最多，占 44.6%。

在籍貫上：以彰化縣居高，佔 31.3% 雲林縣次之，占 18.2%。

在教育程度上：以國中程度居多，占 60.5%，國小程度占 23%。

在婚姻關係上：以未婚最多，占 62.9%，離異次之，占 22%。

在罪名上：以毒品犯最多，占 68.1%。

在刑期上：三年以下為多數，占 57.4%。

在犯次上：以累犯最多，占 49%。

在感染途徑上：以共用針頭為最普遍，占 40%，稀釋液次之，占 38.3% 足證 HIV 收容人之感染途徑，一改過去之同性戀雞姦行為，大多數為共用針頭或共用稀釋液，為感染途徑中的大宗。茲就各矯正機關對於愛滋收容人之處遇情形，分別就「戒護管理」、「教化輔導」、「作業技訓」、「衛生醫療」等面向，概述其執行現況如下：

(一)、在戒護管理層面

- (1)、各矯正機關成立愛滋病專屬隔離病房，對於愛滋收容人，除予以隔離外，並加強戒護管理，同時，在隔離病房內設置閉路監視器，24 小時監控掌握收容人之動態。
- (2)、對於愛滋收容人之人格與權益，給予應有尊重及保障，在生活作息處遇上，與一般收容人一樣，享有相同之處遇，如正常接見、接受同樣之教誨與輔導等。
- (3)、對於愛滋收容人設置特殊列管收容人管理簿冊，詳細記載其活動、行狀、生活、身體狀況，包括發收書信、接見、戶外活動等狀況。
- (4)、對於性格暴戾具有攻擊性之愛滋收容人，其舍房內物品應儘量精簡，有危險性用品應加強保管，如筷子、原子筆、牙刷等，並管制其使用，以防止其作為攻擊他人之工具。
- (5)、愛滋收容人因其生理、心理因素影響，如不服管教，雖經勸導仍無法改善時，則應依規定懲處。
- (6)、愛滋收容人如有暴行或自傷行為時，管理人員應迅速著全套防護衣，戴全覆式安全帽，並攜帶電擊棒、手梏等裝備前往處理，以免遭受感染。

- (7)、愛滋收容人所使用之腳鐐、手梏、護套等裝備，均加以標示區別，避免與一般收容人混淆使用；在出庭時，中央台值勤人員應通知名籍於相關提單或文件中特別標示註明「注意戒護」等字樣，並主動告知提示戒護人員或法警，注意採取必要之防護措施。
- (8)、在進行安全檢查時，檢查人員應配戴手套以為保護。
- (9)、在愛滋工場內及中央台等處所存放有關防護裝備，以因應防範愛滋收容人發生暴力或滋事等重大事故時之用。

(二)、在教化輔導層面

- (1). 優先安排新發現感染愛滋收容人為輔導對象。
- (2). 實施愛滋衛教宣導，以加強受刑人之心理建設，助其面對疾病，避免發生自戕、自殺、傷人或其他危安事故發生。
- (3). 對於愛滋收容人因病而無法作業者，視其身體健康情形報請「和緩處遇」，以協助其適應在監生活。
- (4). 教誨師、心理師或教誨志工，不定期實施個別教誨、集體教誨、宗教教誨，以穩定其情緒。
- (5). 為培養愛滋收容人尊重生命之理念，例如雲林監獄安排指導愛滋收容人栽種「咖啡樹盆栽」，藉由觀察咖啡樹盆栽幼苗成長過程，使其互相觀摩學習，體認生命之意義，以強化其生存毅力。

(三)、在作業技訓方面

1. 作業習藝部分

以本研究態樣為例，目前設有「愛滋工場」者，計有台北監獄 1 間、台中監獄 2 間、雲林監獄 1 間、雲林第二監獄 1 間，其作業項目均以「輕便手工作業」為主，如摺金紙、蓮花燈等是，以培養其勤勞習慣，輔導其自力更生；其餘機關因受限於場地，故無法設置工場供其作業，充其量僅能在「舍房」內，從事較為簡便之作業或令其從事視同作業工作，使其在作業處遇上，不致影響其權益，展望未來，仍以設法開闢專屬作業工場為宜，茲探討分析其理由如下：

甲、優點：

- (1) 在實務上，除因病需要較長期間治療，而無法參加作業之愛滋收容人，經報部核准其「和緩處遇」外，其為爭取作業成績，仍然希望有機會參加作業，以取得較高之作業成績分數，有助於將來儘早提報假釋。
- (2) 愛滋收容人因其刑期長短不一，如長期未能給予參加工場作業，每日除運動或吸菸時間抑或參加教化活動外，整日困坐舍房，如是，對於短刑期者或可忍受，其影響層面不大，但對於較長刑期之收容人，似乎是一種折磨，如能開闢「專屬作業工場」，

因工場空氣流通、採光良好，以符合人性化之管理。

(3) 參加作業可以培養收容人之責任觀念。

- (4) 在工場生活空間較為寬闊，由於專心作業，情緒上較為穩定，可改善其生活機能，紀律上易於維持，有助於戒護管理。
- (5) 凡參加作業者給予勞作金，足以改善其生活所需及家屬之經濟負擔，並養成其勤勞習慣及鍛鍊健全身心，以提升其身體免疫力。
- (6) 避免愛滋收容人因長期困坐舍房，而被標籤化、邊緣化。
- (7) 在工場作業時，有機會參加各項文康活動競賽，可培養其榮譽感，並可適度調劑其身心。
- (8) 收容人各項處遇之考核工作，較易落實。

乙、缺點：

(1) 覓得加工廠商不易：

一般社會大眾對於愛滋感染者之看法，無不心存芥蒂與恐懼，而一般工商企業界或中、小型廠商，咸認為公司產品，如委託矯正機關之愛滋收容人代工，將會影響其公司聲譽或造成產品之滯銷，因委託加工之意願不高，致使尋找委託加工廠商不易。

(2) 不符合經濟效益：

縱使一般廠商對愛滋感染者有所瞭解，且願意將其產品交付委託加工，然矯正機關亦需考量並兼顧作業材料之安全性，如具有危險性之產品加工，不宜假手於該等收容人，故此，所能選定之作業項目相當有限，一般而言，僅以簡易加上或工資低廉者為限，以台北、台中監獄為例，其選擇之作業項目係屬民間常用之「紙錢」、「蓮花燈」摺疊加工，因其工作性質較不具危險性，惟查其作業材料供應欠缺穩定性，且代工工資亦較為微薄，故不符合經濟效益。

(3) 戒護上風險較高：

因愛滋收容人聚集在同一工場，如發生集體鬥毆流血事故時，因擔心被其血液感染，故在事故處理上，則較為棘手。

(4) 戒護人才難選定：

由於愛滋收容人日益增加，各矯正機關為加強管教人員對於愛滋防護措施之基本認知及事故處置等知識，雖排定有相關課程進行施教，惟「知」與「行」之間，確不可等同視之，如戒護人員對於自信心不足，雖「知」却畏於「行」，因為在工場之開放空間裡，如何獨自與一群愛滋收容人長時間相處在一起，已屬不易，況且又需「管」與「教」呢？因此，欲遴選一個適任之工場主管，誠屬不易。

(5) 混合相處較易感染其他病症。

2. 技能訓練部分

愛滋病係法定傳染病，因大部分技訓職類如食品、玻璃工藝等，均因

衛生或需使用銳利工具，故將其排除在外，目前較適合之作業，則以網頁設計、電腦硬體裝修等是，但目前矯正機關尚未辦理該項職類訓練，未來將可視實際情況需要、人數多寡及其意願考慮籌辦，期盼藉由技訓過程之薰陶，俾使其出監後，從事正當職業，以降低再犯率。

(四)、在衛生醫療層面

對於愛滋收容人衛生保健及醫療照護之執行情形如下：

(1) 環境衛生：

愛滋工場、舍房應隨時保持清潔，目前各矯正機關均定期實施消毒。

(2) 一般衛生：

- A. 器皿、衣、被等物品，應隨時洗曬消毒，以重衛生。
- B. 每日沐浴一次，冬季每三天供應熱水一次；每月理髮一次，出監前 60 日及假釋報部後，始准蓄髮，出監前適度修剪。
- C. 接見室「電話」於愛滋收容人使用後，應立即予以消毒，接見時，手部如有傷口，應要求其配戴手套；負責提帶之戒護人員，尤應提高警覺，加強戒護，以防止意外事故發生。

(3) 保健衛生：

- A. 每季辦理健康檢查一次，實施健康檢查時，原則上由監獄醫師為之，必要時，戒護至當地醫療機構檢查，並隨時視收容人之身體及精神狀況辦理臨時檢查。
- B. 定期實施 X 光檢查。
- C. 每日安排 30 分鐘以上之戶外運動時間，以舒展其身心、維持正常體能，增強免疫力。

(4) 疾病醫療：

愛滋病目前無治癒之藥物，須服藥者則以「雞尾酒療法」治療，因愛滋收容人為各縣市衛生局列管之傳染病患者，須接受衛生署指定之 32 家愛滋病指定醫院（如附件三）感染科醫師診治，目前由各監所依收容情形及需求，積極洽請當地愛滋病指定醫院醫師入監診察或以戒護外醫門診方式治療，惟迄 96 年 1 月止尚有宜蘭、苗栗、嘉義及金門等地區，尚未有愛滋病指定醫院，故有戒送外縣市之困擾。

二、愛滋收容人罹病、違規、滋事等處置要領：

(一)、因病緊急戒護外醫時之處置要領：

- (1). 場舍主管發現某收容人突然昏迷，不醒人事，立即呼叫教區科員，協助該收容人送衛生科急診。
- (2). 教區科員電請中央台派員支援後，立即將急診收容人用輪椅戒送衛生科診療。
- (3). 中央台接獲急診通知後，應立即派員支援該教區並通知衛生科準備診療。

(4).衛生科醫師診斷後認為應立即戒護外醫，衛生科立即依外醫程序陳報，並通知戒護科並派救護車待命出發。

(5).戒護科接獲通知後，立即報告戒護科長或督勤官，並通知值班科員派員戒護外醫，內勤人員影印該收容人資料、填寫外醫簿及出門證，準備外醫用之安全裝備及戒具。

(6).儘速戒送醫院就診，戒護人員應隨時回報收容人病情及診療狀況。

(二)、以利器割腕自殺時之處置要領：

(1).場舍主管發現收容人以利器割腕方式自殺時，立即戴上防護手套，將傷者割腕處用毛巾壓住，報告教區科員請求支援，戒送衛生科治療，教區科員以電話向戒護科報告。

(2).中央台立即派員支援並持V 8攝錄機錄影存證、通知衛生科準備急救。

(3).戒護科接獲通知後，立即報告戒護科長或督勤官，並通知值班科員。

(4).衛生科醫師立即給予緊急縫合包紮。

(5).製作談話筆錄存證。

(6).仔細檢查收容人物品、文件等，以深入瞭解其自殺原因。

(7).依規定施用戒具或實施固定保護，並通知管教人員施以心理輔導。

(8).平時對於情緒不穩，有自殺傾向者，應全天候監視與錄影，並將觀察情形詳細記錄，以備查考。

(9).落實安全檢查工作、以杜絕危險物品流入。

(三)、因細故口角繼而互毆時之處置要領：

(1).假設場舍收容人因細故發生口角繼而互毆時。

(2).場舍主管見狀發聲喝止，並令在旁收容人協助架開。

(3).場舍主管立即以無線電對講機向教區科員報告，請求支援。

(4).場舍主管、助勤主管立即穿著「防護衣」、戴「防護手套」進入工場，將違規收容人帶離現場，送違規處分。

(5).製作違規收容人及在場收容人之談話筆錄，以釐清事實。

(6).如有收容人受伤時，應立即戒護診治。

(四)、不服管教時之處置要領：

(1).假設收容人不服場舍主管管教，手持利器欲攻擊主管時。

(2).場舍主管喝令收容人將利器放下，設法使其冷靜下來。

(3).場舍主管立即以「無線電對講機」向教區科員報告，請求支援。

(4).收容人如不從，仍執意上前攻擊主管。

(5).場舍主管在適當時機先行發射「捕繩網」，以利控制收容人行動。

(6).支援人員到達現場持「壓制叉」，壓制收容人後，再施用戒具，並將收容人帶離場舍。

三、預防愛滋病感染之有效策略：

愛滋病毒係經由特定之傳染途徑而感染，在監所之特殊環境及人員管制下，要阻絕在監內傳染，並不困難，目前，尚未發現有收容人在監內被傳染之個案，其最有效預防策略如下：

(一)、全面篩檢：

收容人入監時，應全面實施篩檢工作，以利儘早發現感染者，此外，依規定全年度實施篩檢一次，以防杜「空窗期」發生。

(二)、器血管制：

- (1)、收容人個人衛生用品，如牙刷、刮鬍刀等，應規定寫明收容人刑號或姓名，以免混用，尤應嚴禁互相借用。
- (2)、縫合衣物之用針，收容人如有縫補需求時，則需借用針、線，如使用不當易造成受傷，因此，在借用及收容人使用時，均需注意使用上之安全性。
- (3)、衛生科使用後之針筒、針頭或手術刀片等器具，應嚴加列冊管制，至於使用過之針頭等醫療廢棄物，則應交由合格之合約廠商銷毀，防止流出作為紋身工具，以免再次造成感染，危害其他收容人。
- (4)、在實施安全檢查工作時，對於所查獲違禁品如迴紋針、磨尖之竹筷、塑膠、牙刷柄等物品，因其具有穿刺皮膚能力，應嚴加管制。

(三)、健康管理：

為使愛滋收容人深切瞭解自身之健康狀況，利用衛生宣導教育機會，灌輸其應如何自我保健相關知識？不致過於依賴醫護人員。

(四)、衛教宣導：

為使每位收容人愛滋防治之正確認知及注射毒品易感染愛滋病之認知，應進行密集而有系統實施衛教諮商宣導，因此，有必要安排由衛生科或醫療志工至各場舍實施巡迴宣導，期能達到預期之良好效果，同時，由衛生單位安排「愛滋病種子教官」至矯正機關，加強宣導「毒癮減害替代療法」，期使收容人瞭解到政府為防治愛滋所做的努力，並鼓勵收容人出監後於適當時機，對於仍在施打毒品的親友，勸導其勇於接受並主動尋求戒治機構協助，尋求美沙冬（Methadone）替代療法，不再使用靜脈施打毒品或勇於「向毒品說不」，以有些防杜各種病毒之侵害。因此，若能定期實施篩檢工作，並施以衛教宣導，將可達到預期之防杜感染效果。

(五)、避免血液接觸：

- (1). 不得共用針頭、稀釋液等容器。
- (2). 不得紋身。
- (3). 避免直接接觸他人之傷口。

- (4). 實施收容人血液篩檢，以利儘早發現個案。
- (5). 管理人員在檢身時，應做好防護措施，避免直接接觸收容人之傷口。
- (6). 愛滋病收容人有暴行或自傷行為時，管理人員應視情況著全套消防衣或隔離衣等裝備前往處理，以免受到感染。
- (7). 避免不必要之輸血、開刀及其他侵入性之醫療行為。
8. 沾有血液之地面或物品，可戴手套用稀釋之漂白水擦拭。
- (六)、宣導避免不安全之性行為：
1. 在進行性行為時，要有固定之性伴侶，並應使用保險套。
2. 嚴禁收容人發生「雞姦」行為。
- (七)、愛滋收容人在治療「牙病」時，應與其他收容人分開處理，以避免被感染之機率。
- (八)、電動理髮器：
- 一般在各工場或舍房均由機關配置 2 至 3 支「電動理髮剪」供收容人修整頭髮，在實務上，欲達到每人各持一組理髮器是不可能，因此，在使用理髮器時，一律需用「理髮套」，避免金屬部分與理髮者頭部相接觸，而戒護主管或助勤人員在旁監看，使用上仍以一人次後，立即以酒精實施消毒，嚴禁連續使用，預防相互感染。
- (九)、指甲剪：
- 為讓收容人修整指甲，各場舍有機關配發指甲剪供收容人借用，在使用上，仍需避免同房收容人共同一支，以防止發生不慎傷及皮膚流血，而受傷者隱瞞不報，造成傳染之機會提高。
- (十)、電動刮鬍刀：
- 如收容人經濟狀況允許，應宣導其自行購置，不宜共同，如無力購置由公家提供者，應嚴格限制每一人次使用後，先進行消毒，始得在次使用

四、在處遇上面臨之困難：

- (一)、愛滋病指定醫院在無法入監協助愛滋病診治時，則需要戒護外醫，如遇看診之愛滋病犯人數較多時，對於地處偏遠之監所，因往返舟車勞頓，無形中造成戒護警力調派之困難。
- (二)、愛滋收容人在違規考核期滿後，仍轉配回原隔離專區繼續療養，易造成戒護管理上之困擾。
- (三)、就管教人員之心態而言，在面對愛滋病受刑人時，難免心存排斥抗拒，因深恐被意外感染，諸如怕被愛滋受刑人咬傷，擔心被尖物刺傷，例如牙刷或其他作業用之工具…等是。
- (四)、在醫療衛生方面，收容人在入監時，應實施篩檢及每年全面性進行抽血複驗，雖抽血檢查是發現愛滋病帶原者唯一之利器，但

因愛滋病之感染有所謂「空窗期」，在感染六個月內，尚無法檢驗出其抗體，因此，仍有「漏網之魚」之情況產生。

- (五)、目前，國內對於愛滋受刑人醫療相關資料之保密，列為醫療重點之一，一則在保障愛滋收容人之隱私，再則可避免其他收容人之恐慌和排斥。依據民國 79 年頒布「後天免疫缺乏症候群防治條例」規定，對於愛滋病患的資料不得無故洩漏，另「法務部所屬各監、院、所 HIV 收容人管理方案」規定，對於所發現之個案以「密件」方式處理，以保障受刑人隱私。然按「監獄行刑法」規定，對於傳染性疾病者，應通知其居住地或戶籍地之衛生主管機關及警察機關，因此，在愛滋感染者出監時，監獄通知所屬之管區，但該管區警察並未盡到保密之責任，致使感染者身分因而曝光。

五、在處遇上之因應對策：

- (一)、在教化輔導方面，目前各矯正機關在教誨師人不足之情況下，為使教化工作發揮預期之效果，應將愛滋收容人列為核心個案，加強實施重點輔導，同時，應將教誨志工妥善運用，安排其加入輔導工作，以彌補教化人力之不足。
- (二)、在戒護管理方面，因愛滋收容人之缺乏自信心，容易自暴自棄而產生輕生念頭，應配合精神病醫生及心理師治療及輔導，以減少意外事故發生，因此，在戒護管理上，應加強管教人員之管教技巧如下：
- (1)、管理人員必須具備愛滋專業常識、不歧視、不懼怕被感染，並保密其個人資料，方能取得愛滋病收容人之信任。
 - (2)、愛滋病收容人數之配房作業，儘量以小單位(例 5-6 人)分散於每一房舍，避免群居、勾串而形成勢力。
 - (3)、對於有同性戀傾向者，應要特別注意配房，並列入觀察重點。
 - (4)、管理愛滋病收容人時，應與衛生醫療人員配合良好、步調一致，以達到「紀律要求從嚴，生活照顧從寬」管理方式。
 - (5)、發病者(AIDS)與未發病者(HIV)應分開隔離，以免互相影響病情及心理。
 - (6)、設法爭取社會資源，以利入監協助輔導工作，如露德之家修女、關愛之家的慈善志工等，提供很多愛滋病最新資訊，對愛滋病收容人能有很大之慰藉作用，建構良好之三向溝通橋樑。
- (三)、在作業技訓方面，各矯正機關在愛滋收容人到達相當人數時，應排除困難設法成立「愛滋工場」，已設置愛滋工場之機關，則應妥善規劃給予適當之作業，或輕便之舍房作業，藉以打發時間及賺取工資，以穩定情緒。

- (四)、在衛生醫療方面，為使愛滋收容人獲得妥善醫療照護，以提升生活品質，期有效控制愛滋病之蔓延，各矯正機關應與指定醫院，對於愛滋收容人進行有計畫之篩檢與醫療照護，以修正其高危險行為，避免感染他人。
- (五)、在管教人員方面，應加強職員教育訓練，利用常年教育機會安排相關愛滋病防治之課程，邀請當地衛生機關派員前來講授有關愛滋病的知識及防治對策，例如愛滋病之感染途徑、預防措施及相關資訊，以增進處置要領，避免無謂之恐慌、漠視及排斥。
- (六)、在受刑人衛教宣導方面，可利用受刑人入監時，配合視聽器材加以衛教宣導，或利用受刑人集體集會時，如於工場或禮堂邀請專家講授有關課程，使受刑人對愛滋病有正確的概念，以達到宣導的目的，期能防患於未然，以提升監內的衛生安全，減少醫療費用及潛在的責任問題。事實上，矯治人員接觸到染有 HIV 血液的機會，與其他行業相較，其機率並不高，因此，提供職員和受刑人有關 HIV 特性的知識，是矯正人員非常重要的課題，不僅要讓職員與受刑人知道愛滋病是如何傳染的，也要讓他們知道在何種情況下不會被傳染，以減少職員與受刑人的恐懼。
- (七)、對於「女性」愛滋收容人，未來回歸社會後，可能依然從事「性工作」或「婚姻」，導致更多傳染或生產「愛滋寶寶」等問題。此一區塊，雖非發生於矯正機關業務範圍，然可能造成之為害甚鉅，面對此一問題，矯正機關似宜針對此部分，列入加強衛教宣導項目，並隨時與相關醫護、社

六、未來努力方向及建議：

- (一)、有鑑於愛滋收容人數日益增多，在愛滋收容人達到相當人數時，為因應有效集中管理兼顧合理處遇，建議是否考慮在「台中監獄」規劃擴編增設「專區」，以收容本部規劃台北、新竹、台中、台南、屏東等監獄為分區集中收容機關「已發病之愛滋收容人」為原則（目前矯正機關截至民國 96 年 1 月底止，收容已發病之愛滋收容人計有 98 名），並兼收中部地區，包括苗栗、台中、南投、彰化、雲林等地區監所愛滋受刑人，截至民國 96 年 1 月底止計有 417 名，以強化醫療效果，其規劃設置之優、缺點分析如下：
 - 甲、優點：
 - (1)、因中部地區位置適中，醫療資源較為充裕，在醫療照護上更為周延。
 - (2)、設置專業監獄，以符合「分監管理」之精神，在處遇上可達到事半功倍之效果。

- (3)、戒護人員之勤務調派運作較為靈活，其值勤態度不致有退縮排斥之現象。
- (4)、設置專監可以集中人力、物力等，避免資源浪費。
- (5)、收容人在生活起居及疾病照護上較為方便。
- (6)、對於機關同仁之專業訓練可更趨專精。
- (7)、收容人之各項處遇較能一致性，效果更能彰顯。
- (8)、避免被「標籤化」，以穩定囚情。
- (9)、可爭取戒護人員「防治費」，藉以鼓勵同仁工作士氣。
- (10)、集中專區管理，對於個案資料之控管可更加完整，同時對於進行研究及處遇改善能更臻完善。

乙、缺點：

- (1)、易引起地方人士反彈。
 - (2)、集中收容如管理不當，將增加戒護風險。
 - (3)、管理人員在「愛滋專區」服務，難免有強烈之排斥心理。
 - (4)、社會醫療資源恐無法充分配合。
 - (5)、原有之舍房需重新規劃改造，增加政府之財政負擔。
- (6)、在目前各矯正機關普通超額收容之情況下，如將原有之舍房重新改造成病房，恐將減少收容人數。
- (二)、為使愛滋收容人能有機會參加技能訓練，習得一技之長，將來重返社會後，不致再犯罪，據悉雲林第二監獄已向「台塑企業股份有限公司」提出「彩虹計劃」，並已爭取「推展收容人醫療扶助處遇暨健康照護補助經費」新台幣 880 萬 2 千 744 元，計畫開辦「電腦訓練班」，訓練科目包括文書設計、美工設計、廣告設計，攝影編輯等，將於 96 年 3 月 1 日正式開辦，訓練期間為期 3 年，每期 6 個月，連續辦理 5 期，每期參訓學員為 30 名，共計 150 名，參訓對象係「愛滋收容人」，使愛滋收容人有機會參加技能訓練，將視該監辦理情形後再評估其成效，以供其他矯正機關仿照參考，開辦適當職類之技能訓練班，使愛滋收容人訓練其謀生技能，不致自暴自棄，以降低再犯率。
- (三)、為防範愛滋收容人擾亂秩序而影響囚情，建議將各矯正機關愛滋收容人在處遇上面臨之困境，及戒護事故之處理要領等相關資料，納入「監院所校戒護事故案例彙編」彙整成冊，分送各矯正機關做為「管理人員常年教育教材」，同時，為使管理人員在處理戒護事故上，更加得心應手起見，建議各機關應自行成立「專責事故處理小組」，定期實施訓練，以增強處理戒護事故之應變能力。

(四)、愛滋收容人重返社會後，可能將面臨無處容身之憂慮，由於愛滋感染者受到社會的歧視與烙印，及對未來產生不確定感，容易自暴自棄，故在生活安置及社會照護方面，更突顯得有其必要性，需要社會性之服務與支持，而目前雖有關愛之家、恩典之家、露德之家及晨曦會等社會福利機構，但因該機構缺乏收容愛滋感染者之經驗，加上經費、人力之不足，愛滋基金會實際上所能提供的服務，仍是相當有限的，急需政府相關資源之補助，及社會各界之愛心，為因應滿足愛滋病犯之需求，建議政府儘早提出因應對策，設置「專屬之收容機構」，收容出監之發病愛滋病犯且無人收容者，施予妥善之醫療照顧，及簡易之技藝訓練，使其自力更生，減少再犯率，在未設置前，宜如何與社會資源相銜接，其運用策略如下：

- (1) 在愛滋收容人同意之下，於出監後轉介社會志工，繼續「認輔」工作，使其不至於惶恐無助。
- (2) 或轉介給社會公益團體，如露德之家、關愛之家等社會團體，使在個案輔導策略上，加強與社區機構、醫療院所之密切聯繫，期能為社會所「接納與關懷」，而提升其「生存意志力」。
- (3) 轉介時，除應加強公共衛生之防治工作，尚須提高全民對於愛滋病之認知及關愛。
- (4) 為照顧其日後生活，除上述轉介醫療單位外，應加強社會福利照顧，協助職能訓練，使其生活無虞。

(五)、為集中管理愛滋收容人，並提供妥善醫療照顧，對於病毒指數過高且有發病情形之愛滋收容人，本部已於94年4月28日規劃台北、新竹、台中、台南、屏東等監獄為分區集中收容機關，然對於行狀頑劣、難以管教之愛滋收容人，因在違規考核後，仍回原專區，不像一般收容人應重新配業至其他場舍，如是，長此以往，將易造成愛滋收容人依然我行我素，直接影響戒護管理，為此，建議各機關對於上開收容人，依照「監獄受刑人移監作業要點」報部辦理移監，避免成群結黨，期收嚇阻作用，以解決管教上之困擾。

(六)、目前，除戒治所外，各矯正機關欠缺「心理師」及「社工員」之編制，由於愛滋收容人在心理上承受相當大之壓力，常有自卑、悲觀、焦慮、憤世嫉俗等心理反應，故在輔導策略上，需要專業輔導人員對愛滋收容人加強實施相關衛教課程，以減少心理上之恐懼，協助其渡過不安定期，使能勇於接受感染之事實，因此，建議增加心理師及社工員之編制，以彌補教化輔導人力之不足，若現階段無法增加編制，為使輔導工作得以順利進行，各機

關仍應設法妥善運用社會資源，引進相關屬性之教誨志工，藉由教誨輔導志工與愛滋收容人之互動，轉達相關愛滋資訊、關懷與支持，以解決當前輔導人力不足之窘境。

- (七)、為使愛滋收容人得到妥善之醫療照護，各機關應積極擴展結合社會醫療資源，入監支援協助衛生醫療業務，以利妥善醫療照護罹患愛滋收容人。
- (八)、建議邀請愛滋防治之「資深醫師」、「專業醫護人員」入監研究愛滋之危害與防治，期能對愛滋病毒傳染有更進一步瞭解，研發更具體有效之臨床治療方式及預防策略，以利有效控制當前台灣地區毒癮愛滋之氾濫，進而有效改善監所毒癮愛滋暴增之問題。
- (九)、近期，本部與行政院衛生署合作推動「毒品減害計劃」，只要吸毒者願意接受「美沙冬替代療法」，就可獲得「緩起訴」處分，不必坐牢，除使其有自新機會外，並可舒緩矯正機關超額收容之壓力。

七、結語：

民國 96 年之第 63 屆司法節，其主題為「伸張公義、關懷弱勢」，而愛滋收容人係弱勢族群之一，需要社會之關懷與支持，因為愛滋收容人將來總有期滿或假釋出監的一天，對於社會所帶來之危害程度為何？難以預測，但愛滋病犯隔離在矯正機關期間，至少足以有效控制其感染源，根據本研究報告(李太順，民 96 年)結果，發現感染愛滋病之原因，係因共用針頭而感染者，占 40%，顯見，未來各矯正機關在實施衛教宣導時，應以如何加強防止收容人藥物濫用，及預防感染愛滋病為重點，並落實執行「愛滋減害計畫」，期使愛滋收容人重返社會後，敢於站出來「現身說法」，向社會大眾告白自己深受毒品之害，希望大家不要重蹈覆轍，應以堅定無比的決心勇敢「向毒品說不」，不再注射毒品，成為抗愛滋之「種子師資」，將愛滋病防治觀念散播於施用毒品之族群，有效遏止毒品愛滋之迅速蔓延，以減少「毒癮者」感染愛滋之風險。

第四節 性侵害收容人之處遇問題

性侵害收容人在監所人口，亦已超過二千人，這樣的犯罪數字，令人怵目驚心。「性侵害」一詞，本文強調二個面向，一是入獄前之性侵害犯，另一層次是入獄後在服刑期間，收容人對收容人的性侵害「違規行為」(也是法律行為)，前者之矯治處遇，雖然在民國 94 年 10 月 14 日修正「性侵害犯罪加害人身心治療及輔導教育辦法」暨 95 年 6 月 30 日修正之「妨害性自主罪與妨害風化罪受

刑人輔導及治療實施辦法」，但從累再犯的數字不斷攀昇，似無法發揮預期效果。至於後者之服刑中收容人「性侵害」問題，從近年來各矯正機關之「違規案件」數字以觀，亦是層出不窮，防不勝防。事實上，「鐵窗春色」長期以來一直困擾國內外各矯正機關管教人員，因為傳統保守文化，較少人去觸摸這個敏感問題。就以「人類行為科學」發達的美國來說：例如依2004年10月16日，紐約時報報導，德州「奧斯汀鎮」的「歐瑞德監獄」，是美國有名的監獄受刑人同性戀溫床，據報導，曾有一「個案」被廣泛提出討論；據稱在2000年9月入獄的黑人受刑人同性戀者「強森」被暱稱為「可可」小姐，這一位舉止溫和的大男人，不幸在入獄後淪為受刑人的性奴隸。根據該監內各幫派受刑人代表協議結果：同性戀受刑人一律稱呼女人的名字，在將他指派給監內另一個幫派時，要提供「性服務」。而根據本案法律訴狀和被害人「強森」的詳細自述，該監內受刑人「門徒幫」和其他幫派把他（強森）買來賣去，甚至出租。性交易索價五美元或十美元。本案於2004年9月美國「聯邦上訴法院」終於准許強森控告該監疏失戒護人員的民事官司。最後「裁決」承認美國各監獄中同性戀受刑人應受到同等保護權，裁決書中併說：這件案子的事證「駭人聽聞」。(吳正坤，民95)

由上揭知悉美國監獄受刑人之間的「性侵害」案件，已是「冰山一角」。其次以最保守的中共來說，例如中國大陸的江蘇省，早在2003年時代，為防止監獄內不斷發生的「同性戀」戒護事故，開始嘗試對受刑人「性解禁」政策，最明顯的是當時容納三千多名受刑人江蘇省「江寧監獄」，因「性犯罪」身陷囹圄達百分之二十五，而「性壓抑」、「性飢渴」已成了前來參加性心理諮詢受刑人之共同心聲。

據瞭解中共獄政當局，對全國各監獄內層出不窮、傳出「同性戀」行為非常的頭疼，因此由江蘇省社會科學院調查中心主任也是著名的性學專家「儲兆瑞」博士帶領的「性心理」諮詢小組開始服務，首站在江寧監獄展開「性心理諮詢」，與此同時，「繡球拋進高牆內」、「鴛鴦房」、「月末同居」等有關高牆內人犯「性解禁」的人性化政策，先後在江蘇省其他監獄進行。

據大陸「人民網」報紙報導，單單江寧監獄當時即有四百多名犯人代表，接受了儲兆瑞博士「性心理諮詢小組」的心理諮詢，另依其所做統計數據顯示：經開放「性解禁」處遇後，監獄同性戀暨性侵害違規現象，已大大減少。

臺灣遠在1974年即對部分表現優良的受刑人，實施「性解禁」措施。例如除了數座無圍牆的外役監獄，在監獄內蓋有美侖美奐的「懇親宿舍」，讓他們定期與妻「一親芳澤」外，(按：一般與眷同住每月至多不超過一星期係根據外役監獄條例第九條第二項規定：典獄長視受刑人行狀，得許與眷屬在指定區域及期間內居住)。另外作業成績優良者，於假日或紀念日亦得許可讓受刑人「返家探親」以方便解決此「人生重大課題」。(同法第二十條參照)。

為了達到「人性化」之性解禁政策普遍實施，法務部除撥款在各監獄旁建有受刑人「懇親宿舍」外，另據監獄行刑法第七十五條「特別獎賞」之規定，儘量放寬條件，俾讓更多無法配住懇親宿舍者，予以「返家探視」，已達到「親情教育」人倫之樂的效果。

因此，監獄長刑期受刑人之「性處遇」實為當前矯正工作重要且嚴肅課題，基於戒護「零事故」的理想，未來獄政革新，在「性問題」這一方面，似乎尚有改善之空間，決策者應以「人道處遇」及人犯「人權觀點」考量，全力改善，實現人性化之願景，俾早日達成監獄現代化目標。

在觸犯性侵害罪之收容人矯治處遇部份，由於性侵害犯罪者之強制治療是項

專業醫療工作。為使是項業務順利推展，法務部曾於民國83年頒定「妨害風化罪受刑人強制診療實施要點」作為上述監獄治療之依據，另在87年頒布「妨害風化罪受刑人輔導與治療實施辦法」（該辦法於92年4月24日修正名稱爲『妨害性自主罪及妨害風化罪受刑人輔導與治療實施辦法』），以使強制診療業務更爲周延。但是，因爲各地資源不同、診療流程與標準等細部事項並無一致，再加上出獄再犯人數經常受到社會大眾之注目。遂於90年頒定「妨害性自主及妨害風化罪受刑人強制診療流程」，俾監獄有一致性的強制診療流程（目前由法務部擇定台北、台中及高雄三所監獄辦理性侵害受刑人之強制治療業務。）

根據該流程圖，受刑人於上揭三所監獄收容後，即行初步篩選，針對加害人之犯罪動機、手段、對被害人之影響、觸犯罪名、法條歸屬、受刑人晤談報告等，初步判定個案心理及精神狀態，以決定是否進一步鑑定、診斷。有疑似心理異常者，由精神科醫師、臨床心理師、社工員組成之診療小組，針對再犯危險與犯罪史、心理衡鑑與心性史以及精神狀態等方面進行診斷與評估。認定異常者，接受強制診療。

強制診療分爲個別治療及團體治療，個別治療以三個月爲一期，團體治療以九個月爲一期。由精神科醫師、臨床心理師及社工員針對犯罪人分別進行個別治療，之後再依實際需要接受團體治療，每週一次，每次90分鐘至120分鐘。此一階段完畢後，根據性犯罪人在此一期間之順從性、相關危險因子之降低及重返社會，適應社會生活之可能性作出高度、中度及低度三種不同程度之再犯可能報告。再犯程度高者，須再繼續診療者，重新治療；再犯程度低者不需繼續治療者，進入加強輔導。

加強輔導分爲團體輔導與個別輔導兩種方式，輔導內容包含法律常識、人際關係、心理衛生、倫理道德以及宣導正確性知識及兩性平等觀念。輔導爲期四個月，團體輔導一至二次，而個別輔導一至七次。四個月後召開輔導會議，進行評估，輔導評估通過者，結案；輔導評估未過者，繼續加強輔導。

例如，民國83年4月至94年12月底強制診療收容總數計有9,339名，實際執行強制診療過者計有2,627人；當時尚在監強制診療人數580名；另外刑前治療者有1,513名。接受過診療後已出監人數2,045人，再犯人數127名，再犯率爲6.2%，當時成效大致良好。另外，由於強制治療處分之性質及定位問題，尙有待釐清之處，且強制治療處所及所需醫療資源等事宜，涉及性侵害犯罪人刑前、刑中及刑後之治療與輔導，目前已由內政部性侵害防治委員會整合相關部會權責與資源，此俟整體配套措施研擬完成後，俾能發揮良好矯治成效。（黃徵男，民95）

另依性侵害犯罪防治法第十八條第二項規定訂定「性侵害犯罪加害人身心治療及輔導教育辦法」（民國87年訂頒），以作為出獄後繼續追蹤輔導與治療依據，俾防止性侵害加害人再犯。另新刑法修正第七十七條性侵害加害人，必須於徒刑執行期間接受輔導或治療後，經評估其再犯危險未顯著降低者不得假釋。另依監獄行刑法第八十一條第四項及第八十二條之一規定，如有再犯之虞或危險不得報請假釋，而有繼續施以強制治療之必要者，監獄應於刑期屆滿前三月，將受刑人應接受強制治療之鑑定評估報告等相關資料，送請該管檢察署檢察官，檢察官至遲應於受刑人期滿前二月向法院聲請強制治療之宣告，以利刑期屆滿後繼續接受社區治療、監督。

性侵害犯之矯治，除了上揭「機構化處遇」外，非機構化處遇最理想的策略就是「社區性犯罪矯正處遇」（Community-based Corrections），因爲英國、美國、

加拿大對性侵害處遇，均以社區處遇作為處遇目標，強調的是結合心理輔導治療師、定期測謊及警察、觀護人的監督處遇來預防性侵害者再犯。特別是，美國佛蒙特州性罪犯處遇方案之行政主任 Georgia Cumming 及臨床主任 Robert McGrath (2000) 提出一各更細緻的名稱叫「性罪犯之社區監督鑽石圖」，來說明這個整合型之性罪犯處遇的「抑制模式」，認為性罪犯之社區監督應有如菱形鑽石之四個角且缺一不可，此四個元素為觀護人之社區監督、社區之輔導治療師、案主之支持網路（如：好友或輔導中之其他成員）及定期之測謊。（劉寬宏，民95）在這個抑制模式當中，比較特別的是佛蒙特州的司法部門將定期測謊的操作納入社區處遇的團隊當中，它的目的主要在協助社區處遇的成員，釐清加害人刻意隱瞞的事實，如：加害人的犯罪模式、過去的性歷史、對於身心治療與觀護約定的遵守，當然更期待加害人能夠因此對自己的過去與現況做更完整、清楚的揭露，尤其也可以用來了解性罪犯如何控制自己不適當的想法與幻想，而此上述性侵害抑制模式措施，在94年性侵害防治法有關社區處遇之修法規定，亦被我國採用。

然而，歐美先進國家對性侵害的社區監控立法措施，雖已在我國對加害處遇加予採用，唯歐美先進國家強調對性侵害的社區處遇必須「終身監控」，但我國現行法令並無此規定，一般性侵害加害者保護管束期滿，觀護人本「依法行政」之原則，無法再依本法第20條規定對其測謊、電子監控、宵禁、命其報到、訪視或進行輔導等相關措施，而此時對性侵害加害者社區處遇只有賴警察機關依性侵害防治法第23條規定，命其報到及相關事宜登記，及警察職權行使法第15條之定期查訪，而在輔導處遇則失之闕如，此時更生保護會之更生輔導措施可在性侵害加害者之處遇發揮一定功效，並建立案主的支持網路（如同前述美國佛蒙特州對性侵害所採菱形鑽石方案「抑制模式」中的支持網路是防止性侵害犯罪四個重要元素之一）來彌補目前之缺失。

緣此，「最好的社會政策即為最好的刑事政策」，避免性侵害再犯是多面性，必須監督輔導處遇並重，方能收事半功倍，特別是「政府資源有限，民間力量無窮」，更生保護輔導員來自各行各業，確實能成為有效防治犯罪的有力尖兵。性侵害犯罪被認為是再犯率高的一種犯罪，確實必須有一套完整有效處遇措施，性侵害防治法自民國94年修正通過後，已能對性侵害加害者建立有效的監督及輔導機制，但是俟假釋、緩刑、保護管束期滿，如何建立有效機制、預防其再犯是當務之急。

第五節 長刑期與重刑犯收容人之處遇問題

前矯正司長黃徵男先生曾建議；為因應長刑期收容人，應設置超高度安全管理監獄（黃徵男，民95），乃自刑法修正案立法院三讀通過並自95年7月1日起施行，為因應施行後部份受刑人刑期延長而衍生之監獄超額收容、戒護警力不足、長刑期受刑人管理處遇及教化、老年受刑人之處遇等相關問題，爰需成立專案小組針對：（一）長刑期受刑人之指揮執行進行。（二）長刑期受刑人之整體收容規劃及課程。（三）將來監獄超額收容及戒護警力不足之因應。（四）長刑期受刑人戒護管理、處遇、作業、教化及更生輔導機制連結。（五）老年受刑人之管理模式、教化輔導及處遇等議題進行研商，並需擬定整體因應對策及規劃收容期程。且為使整體因應對策及規劃收容期程更為縝密可行，本專案小組應由法務部常務次長擔任召集人，且專案小組之組成，除由矯正司司長、副司長、各科科長及相關業務人員參加，並請檢察司、保護司、人事處及會計處指派相關人員參

加；部外人士需邀請行政院人事行政局、主計處及研考會派員代表，並邀請民意代表及法律、犯罪、社會、刑事政策等領域之專家學者共同參與，另外請部份所屬矯正機關首長與會以提供實務上見解；以善其事。

因爲自刑法修正案通過後，矯正機關首先面臨長刑期受刑人收容處遇之問題。按自95年7月1日起刑法修正案施行以外，陳報假釋困難且難以矯治必須長期收容之受刑人，除受無期徒刑者外，尚有「刪除原連續犯及牽連犯規定改以一罪一罰」、「數罪併罰有期徒刑提高至30年」、「重罪三犯及性侵害犯罪受刑人治療無效果者不得假釋」等部份之受刑人，因此將造成監獄內受刑人總人數及長刑期受刑人之人數增加。爲因應施行後部份受刑人刑期延長而衍生之監獄超額收容、戒護警力不足、長刑期受刑人管理處遇及教化、老年受刑人之處遇等相關問題，監所更將面臨空前的衝擊，法務部應及早研擬因應對策及規劃。

根據推算，新刑法修正通過後，估計有3,500位特別累犯（核心犯罪人）以及無期徒刑受刑人在監服刑，且每年將有185位以上符合新刑法條件之長刑期受刑人持續產生，對矯正工作之衝擊甚爲明顯。爲因應此一變革，我國矯正部門應即著手研擬對策，其中設置超高安全管理監獄（Super Maximum Security Prison）是條必須採行的因應方案。

所謂超高度安全管理監獄，根據美國國家矯正所（National Institute of Corrections）設置的要件有三：第一是受刑人居住環境在身體上與其他舍房或建築分隔，第二是強調安全與戒護的控制環境，具體作法是分隔人犯與戒護人員及其他人犯，以及嚴格限制人犯的行動，第三是人犯在其他高度管理的矯正機構被認定有危險性與嚴重的暴力行爲，經行政程序驗證認爲須移送至最高度管理的機構執行（King, 1999）。簡言之，最高度管理監獄是收容一般監獄無法管教的頑劣受刑人，也就是「監獄中的監獄」。

據悉，根據法務部擬定之規劃，未來超高度安全管理監獄將收容長刑期、重大暴力犯罪，且在監服刑行爲乖張、暴戾、難以管教矯治之受刑人。在硬體設備方面，圍牆四周裝設高壓斷電系統、拉力棒、紅外線監視器及架設蛇腹刮刀刺網，崗哨全天候站崗並採密集式巡邏，監獄內規劃數百間嚴格獨居舍房，裝設閉路電視全時監控，初步規劃管理員與受刑人之比例爲一比四，希望以優勢警力因應突發狀況。受刑人入獄後，採取完全軍事化管理模式，首先進行六個月以上嚴格獨居監禁，以收威嚇之效，期間表現良好者，改爲寬和監禁，即夜間及假日二人監禁。白天可以在工場作息，惟一個工場以收容50人爲限，以簡易加工作業爲主，方便監控。各教區嚴格區分，嚴禁串聯情勢發生。倘寬和監禁期間，再有違規情形，回復嚴格獨居懲戒。而管理階層必須精選具備豐富戒護專業素養之幹部擔任，以應付各類突發戒護事故。

以美國爲例，1997年已有34個矯正系統（包含聯邦矯正系統）興建成立超高度安全管理監獄，以及有4個州正在興建超高度安全管理監獄，很多州也計畫跟進中（黃徵男，民95）。而我國爲因應兩極化刑事政策之來臨，據悉目前已規劃東成技能訓練所作爲未來超高度安全管理監獄，專收頑劣難以矯治之人犯，以作爲綠島監獄萬一未來遭裁撤後的替代監獄。另外基於長刑期重刑犯之激增，未來仍須建造一、二所超高度安全管理監獄方足以應付未來需要，實刻不容緩。

除了增建「超高度安全監獄」之籌劃，是法務部當務之急外，超大型安全管理監獄，亦應是因應刑罰「刑事政策」演變之重要指標，乃根據法務部矯正司之推算，新刑法修正通過後，猶上揭所推估計有3,500位特別累犯（核心犯罪

人)以及無期徒刑受刑人在監服刑,而前揭每年將有185位以上長期受刑人(刑期為30年以上)累積增加,再加上現階段假釋條件的嚴苛(核准率僅30%左右),出獄人數銳減,撤銷假釋回籠人數屢創新高(這些人不得再假釋),監獄人口勢必回到十年前擁擠、人滿為患之窘境,對矯正工作之衝擊甚為明顯。因此,法務部為因應緊縮刑事政策之到來,除需規劃「超高度安全管理監獄」來收容各監獄頑劣、難以管教以及重大累再犯外,又需著手進行規劃「超大型安全管理監獄」以因應未來監獄人口之增加。

所謂「超大型安全管理監獄」,據悉,根據法務部之規劃,擬擇地興建可以收容15,000人之監獄,內部規劃各種專業分監。受刑人從一判決確定入獄服刑後,即在此接受調查分類,然後分派到本監各專業分監,例如煙毒專區、竊盜專區、重刑專區、累犯專區、病犯專區與老年犯專區等,以落實分監管理的矯正理念,並讓受刑人在專區內接受符合需求之教化矯治與技能訓練,以滿足其個別需求,具備出獄後適應社會生活之能力。換言之,受刑人入獄服刑後即在此一監獄服刑至期滿或假釋為止,不再受移監、舟車勞頓之苦,也免除受刑人心理焦慮不安之情緒。

規劃超大型安全管理監獄之理由,有以下三點,說明如下:(黃徵男,95)

(一) 因應兩極化刑事政策之到來:

輕罪輕罰,所以輕微犯罪者未來會採取社區性處遇,不再入獄服刑。而監獄,即機構性處遇,即是要處理重罪重罰之受刑人,隨著緊縮刑事政策之到來,再加上經濟不穩定,治安敗壞,是類犯罪人將有越來越多之趨勢。以美國為例,自1994年柯林頓總統於加洲簽署三振出局法案後,迄今已有逾25個州紛紛訂定類似法案,並編列數十億美金興建監獄。而近在咫尺的日本,已有20年未曾興建監獄,惟根據「讀賣新聞」報導,日本法務省為因應嚴格刑事政策之到來,亦已於2005年前新建一座大型管理監獄,以因應日趨增加之犯罪人。另外,東南亞的新加坡,也已著手興建新的「樟宜監獄(Changi Prison)」,計畫容納23,000名受刑人,並預計於2008年完工運作。

(二) 配合政府當前精簡公務人員之需求:

當前政府再造所強調的是人員之精簡與機構之裁併。興建超大型安全管理監獄可以達到上述目標。其作法即把現行矯正機關位於市區、腹地狹小、無發展潛力之監所裁撤,將裁撤機關之同仁集中於此一超大型監獄服務,除把機構裁撤,落實政府組織再造之精神外,並可以精簡如典獄長、副典獄長、祕書以及人事、會計、統計及政風等人員,並將這些缺額裁改為基層管理人員或教誨人員之編制,以強化戒護管理與教化矯治工作,並達到戒護人員與受刑人約1:4以下之比例,符合先進國家的監獄戒護人員與受刑人之比例。

(三) 標準化監獄受刑人服刑流程:

目前各監獄最為人所詬病的是,沒有標準化教化矯治與戒護管理程序,雖然法務部已三申五令,但是仍常發生甲監可以如何如何而移監至乙監後不能如何如何之情況。設置超大型安全管理監獄後,受刑人入獄後從調查、分類、教化矯治及戒護管理等服刑流程完全在此一監獄之中,不會有與其他監獄不同之情形。受刑人間所不同的,是針對不同背景之受刑人所安排之矯治課程與技能訓練,此乃個別化處遇之結果。另外,各專區雖在同一監獄中,但彼此各自獨立運作、嚴為分界,受刑人間絕不允許會有互相干擾、影響服刑情緒之狀況。

總之,設置超大型安全管理之監獄是符合當前刑事政策潮流、配合政府精簡組織與人力目標外,也是矯正業務邁向標準化與專責化必經途徑。法務部對犯罪

矯正工作，既一再強調「教育刑精神」，似應即時予設計、規劃，籌編預算，付諸實施，以善其事。

第六節 由「行政機關之組織再造」看「矯正局」成立之必要性

「中央行政機關組織基準法」早在民國 93 年六月下旬，立法院通過，總統公佈實施。依該法第二條適用範圍之規定；我監、院、所、校暨「矯訓所」等機關，被「準用」在行政院所屬機關之「附屬機構」，(第 16 條參照)，而在「機關規模與建置標準」(第 29 條至 33 條參照)，依同法規定，行政院祇能有 13 個「部」，4 個「委員會」與五個「獨立機關」。且該法在有關「署」與「局」之管制總量，限在 50 個以內，以達到行政機關組織再造之功能。然而在行政院予整編後，過去擁有之 96 個「署」與「局」，需要「化整為零」，將它縮編為 50 個，而此「精簡」政策，依該法之規定，行政院亦需在民國 94 年 6 月底以前，就自行整編後之行政機關建置組織，函送立法院審議。

雖然法務部政策過去曾有「廉政署」欲爭取成立之先例，吾人除了「樂觀其成」外，併極度企盼能在此「整備」陣容時，有鑑於為因應犯罪矯正與刑事司法制度之時代潮流，未來我國需能將法務部「矯正司」納入成為「矯正局」之建制，以善其事。

乃關於欲成立「矯正局」乙案，回溯民國七十三年，前司法行政部曾擬具「法務部矯正局組織條例草案」函報行政院審議，嗣未知何故而自行撤回。迨民國八十三年度法務部獄政研討會，大會中決議：「建議成立矯正局，將監所行政業務一元化，以合乎現代犯罪矯治機構獨立化之需要」，為此法務部爰於八十五年元月十八日於「法務部第 635 次會報」部長指示予研擬成立矯正局之必要性及可行性，迄民國八十五年中，前立委（前行政院長）張俊雄先生等 23 人在立法院聯名大聲疾呼：「為因應監所急速擴張，急需成立矯正局統合監所業務，促進獄政革新，健全受刑人矯正之週邊設備及制度…。」嗣經民國九十三年三月十九日，台灣明德外役監獄，亦曾專案陳報法務部，乃為因應立法院林岱華委員蒞訪時，林委員再提本案，惟經同年 4 月 30 日法務部就本案函覆；再予「緩議」。緣此，本案復四度「胎死腹中」，可說是階段性努力結果之「塵埃落定」。惟從犯罪矯正學術研究立場以觀，「工欲善其事，必先利其器」，這樣的結局，不僅令於從事刑事矯治機構之工作同仁扼腕，更令從事犯罪防治研究學者，覺得惋惜與遺憾。為促使犯罪矯正邁向專業，俾做好獄政矯治犯罪人之艱鉅任務，特再就「矯正司」改制為「矯正局」之必要性加以闡述，並籲請我法務部行政最高當局正視。

依據法務部統計處資訊，以最近之民國 95 年 12 月底為計，矯正機關收容人共計 63226 人，而全國 49 座矯正機關工作同仁，高達七三五三人，但督導全國矯正機關卻只是法務部的一個幕僚司（矯正司），其下又無中間監督機關，目前矯正司裡員額編制僅為四十人（按：另借調 10 人），以四十人之編制，其控制幅度與收容人比例為 1 比 1580，與職員比例為 1 比 185，管理幅度之大，欲期有效監督全國監所，誠有「力有未逮」之苦。尤有甚者，吾人進一步觀察，從民國 41 年起，全國每 10 萬人口中，受刑人數為 36 人，迄民國 95 年，每 10 萬人高達 363 人，若以歷年年底留監收容人數計，從民國 37 年 3537 人開始起跳，迄民國 95 年為 63226 人，此 18 倍數的驚人「成長率」，然而迄今歷經 60 年來，就行政院所屬「法務部」層級來說，60 年前矯正單位是幕僚級的「司」級二級單位，60 年後的今天，歷經漫長歲月(一甲子)的行政革新，矯正界最高領導機關終究還是「原地踏步」的幕僚「司級單位」，而工作同仁全國僅有矯正單位的四分之一

之「消防署」卻早就「脫胎換骨」，自立於「警政署」之外建立專業體系(消防署)了，緣此，法務部「矯正司」行政體系，能夠數十年不變(莊敬自強，處變不驚)，委實令國內外刑事司法學者訝異萬分。

另一項奇特的行政組織「疊床架構」的怪現象；即是監獄、矯治學校、戒治所、少年輔育院、技能訓練所與看守所及少年觀護所，雖同屬矯正體系，但前者直屬法務部管轄，屬行政院所屬之三級機關，主管單位為法務部矯正司，後二者（看守所、少觀所）卻隸屬於「台灣高等法院檢察署」，屬於四級機關。故而矯正機關並無專責獨立的督導機關，係由不同的所屬機關及相關單位共同運作，而就看守所，少年觀護所立場以觀，矯正司可以管轄督導它們，「台高檢」亦可以監督管轄它們，此種「雙頭馬車」之管理型態，長期以來，卻能「司空見慣」，特別是「看守所」「少觀所」常自詡為「一個媳婦，兩位婆婆」，此就行政組織再造功能來說，令人嘖嘖稱奇。當然，若能成立「矯正局」統籌事功，統一納編，自可迎刃而解。

此外，吾人瞭解犯罪矯正在刑事司法體系中，似為長期受到貶抑，乃政府非常重視犯罪偵查、審判工作，唯獨對犯罪矯正體系似未獲同等之重視，此等「頭重腳輕」之刑事政策與資源規劃不平等，學界以為；均極待修正與有效改善。乃今日犯罪矯正工作既已邁入專業化之里程，它需要各類專業人員，如醫師、矯正行政人員、教誨師、臨床心理師、社會工作人員、調查員、諮商輔導員等，運用現代行為科學知識與輔導技術，對人犯進行人性改造，協助其更生。據此犯罪矯正工作環境，應與其他專業機構相同；如法務部調查局、警政署、消防署、海岸巡防總署、環境保護署、役政署等係屬類似同項「專業性」之單位，因而矯正司極待成立矯正局為專業體系，以為業務督導及統籌各項犯罪矯正事宜。試觀日本、韓國之矯正局、美國之聯邦監獄局、香港、新加坡之獄政總局（署）皆已樹立良好典範，對其錯綜複雜矯正行政業務之督導、協調與發展成效宏偉。站在專業領域者立場，我們認為刑事追訴、審判與犯罪矯正三者，工作性質雖有不同，然而其專業價值，卻不容任意予輕視。所以，政府實應等量齊觀作整體規劃，而犯罪矯正部門之獨立設置則為跨出現代化與專業化獄政管理之第一步。進而言之，從犯罪矯正組織層面暨獄政願景宏觀性角度以觀，吾人認為積極建立獨立犯罪矯正行政體系，方向既正確，唯何以消防署、役政署、海巡署，陸續的建制，它們的員額編制都比矯正司同仁少，為何「成立矯正局」這一條路如此漫長呢？實在令人費解？

誠如前矯正司黃司長徵男先生所云：「乃根據美國學者福克斯（Fox）與（Stinchcomb）的主張，一個機關要發揮良好的經營效能，那必須從計劃、預算與資源分配、決策模式以及組織監督控管四個層次著手。而當前矯正體系是附屬於法務體系下的一部份，矯正司僅是一個幕僚單位，任何矯正政策與方針，則必須受到部長或政務官的支持或同意始可付諸實現，近年來，由於矯正工作在整個刑事司法體系所扮演的角色日益吃重，社會重視與尊重專業。但受限於整個政府體制的規範，在人事主導、預算編列以及政策擬定與執行，仍需透過法務行政首長以及其他部門如檢察、調查等意見整合後始得定案，就執行力的角度而言，確實有落差，就整體法務工作而言，受到排擠效用常有捉襟見肘之窘境。由於犯罪矯正業務係屬高度專業性之事業，其工作重要性應與法務部調查局或是內政部警政署、消防署等專業機構相同。因此，建構專業獨立之矯正體系，發揮矯正一體的行政效能，實乃目前強化矯正體系、發揮矯正效能當務之急，所以法務部實有成立矯正局或矯正署之必要性，俾有效督導所屬 7,353 名工作人員以及統籌 6,3226

名收容人(以民國 95 年底計)之矯正事務。」

前法務部矯訓所「林茂榮所長」暨國立中正大學犯罪防治研究所「楊士隆所長」亦曾云：「隨著犯罪質量的變化，各種犯罪類型之湧現，犯罪矯正明顯的受到強烈衝擊。例如：人犯之逐月增加，已使各矯正機構之收容顯得擁擠不堪，同時業務量大增。其次法務部之接管流氓感訓事項，更使犯罪矯正各項業務日趨複雜繁重。加上為因應犯罪人湧現，而擬新成立之許多矯正機構將使犯罪矯正成為一龐大事業，原屬法務部幕僚單位之監所司極待擴編改製成為獨立之局、署，以因應業務需要。」

黃前司長徵男、林前所長茂榮、楊士隆所長等之專業建言，誠為「高瞻遠矚」。乃記得美國前總統尼克森曾言：「政府的無效能主要癥結不在人與錢，而在於機關，組織的重整，可賦予政府能力，使工作更有效能。」威爾遜於一八八七年所發表之「行政之研究」一文，即以剴切指出，目前文官制度改革，在完成其初步目標之後，必須擴展其改革的努力，不僅改革人事制度而已，更要改進政府機關組織方法。

雖然，近年來「中央行政機關組織基準法」，政府「瘦身」再造工程一再縮編；在此背景因素下，現階段矯正機關欲將「矯正司」改製為「矯正局」，仍面臨諸多困境，矯正同仁雖有「千山萬里我獨行」之堅忍精神，恐怕必須再接受「殘酷事實」的考驗，除非矯正界有突發狀況(如重大戒護事故)，輿論請命，矯正機關必需立即「行政系統再造」，否則期盼藉此成立矯正局，恐怕再度「難產」，從悲觀角度，本案似可說是「拍案定局」了。不過，畢竟政府有心改革，我們竭誠期望能「絕處逢生」，願再度大聲疾呼：獄政改革的實踐，首要在矯正局的成立，此不僅應可將「看守所」「少觀所」納入矯正局範籌，更可考慮將「矯訓所」與「矯正局」併置或納編，如此「管訓合一」，才是真正的達到「行政機關組織再造」之理想，也因為「矯正局」之成立，我國矯正體系與行刑運作，才能算是真正的趕上世界刑事思潮與犯罪矯正之「時代潮流」。因矯正機關發展的前瞻性，需要政府以「專業性」的角度，加以「全方位」之思維，才是真正實踐「行政機關組織再造」。乃未來總有一天，「時間」與「空間」將會證明成立「矯正局」，這樣的明智抉擇，將會是正面而確切的！

第七節 結語

法務部矯正司前司長黃徵男先生曾說：「犯罪矯正環節一直備受忽視與歧視。其與我國傳統以來視監獄為骯髒、不潔、觸霉頭之地，監獄僅是扮演監禁人犯、看守人犯之功能即可。所以，管理人員均被視為素質低劣、操守不佳、兇神惡煞一般，何須專業背景？監獄有如地獄一般，何需花用人民納稅錢，浪費在這些人犯身上，進行一些無關痛癢的教化矯治呢？殊不知這些人犯來自社會，是社會造成這些犯罪人的惡行與偏差態樣，當刑期服畢後，必將回歸社會生活，倘在監獄中仍然消極面對，甚至放棄教化、拒絕矯治，則復歸社會後，依舊故態復萌、危害社會大眾，終究還是社會遭受重大之損失與災害。近年來歷任部長銳意革新以及矯正人員素質逐漸提高的情況下，矯正工作與十年前比較，已有大幅度的進步與改善。在硬體建築上，更新老舊設備，運用先進儀器協助戒護工作，減輕人力負擔；在矯治處遇的內涵上，也有大幅度的改善與精進；在矯正人員素質方面，更是歷年來空前。凡此都是我國矯正業務邁向國際級標準之必備條件。然而，這些軟體設備之改善以及專業人員素質之精進與投入，對於矯正犯罪、預防再犯之目標，是否已發揮成效，則非透過實證研究無以為功。因此，我國犯罪與監獄學

界以及實務工作者，應該仿效歐美先進國家，針對犯罪矯正問題進行廣泛的實證研究，藉由研究，發掘問題、提出對策，供作矯正實務界參考。」(黃徵男，民 95)。

緣此，法務部施茂林部長曾於 95 年 12 月 27 日法務部第 1087 項「部務會報」第 4 項指示：「為提升本部犯罪研究中心之組織功能，強化預防犯罪能力，並建立與學界增加互動保持聯繫之管道，研究中心特成立諮商委員會，延聘相關犯罪學術研究領域具權威之學者專家擔任諮詢委員，依學術專長領域、學校與區域分配、相關犯罪問題與本部主管業務特性等因素，設立『刑事司法制度與政策研究組』、『新興犯罪與對策研究組』、『犯罪矯治政策與諮商輔導研究組』、『犯罪預防與保護研究組』、『毒品與性犯罪政策與戒治處遇研究組』等 5 組，本次遴聘之各位委員均學有專精，具深厚之學理基礎，未來各司處擬定各項政策，希多加聯繫請益，就相關業務發展進行諮詢，亦可借重其專長進行相關研究或論文審查。相關程序希保護司儘速擬訂具體作法供各司處依循，並商請各委員協助。期待犯罪研究中心經由諮詢委員的加入而重新出發，透過專業而長時間的研究，發展出具有本國特色之刑事政策。」

因此，本章所討論的「收容人納入健保問題」、「愛滋病收容人處遇問題」、「性侵害收容人之處遇問題」、「長刑期與重刑犯收容人處遇問題」等當前矯正機關所面臨之硬、軟體困境，誠如施部長所云；均可與學界互動，透過專業研究，實證科學，應用在實務上，止於至善。

所以，國立中正大學犯罪防治研究所所長楊士隆教授，頃於民國 95 年在「刑法新思維研討會」上，特別指出：「國內矯正工作環境與定位，在刑事政策理論及實務上一直存在很大的落差，長期以來，矯正系統低落的幕僚層級定位，還有超額收容擁擠現象、矯正人力短缺的問題，嚴重影響矯正工作之推展，讓矯正人員深刻感受刑事政策理論與實務的重大落差，而這個落差在民國 95 年 7 月 1 日新刑法修正施行後的未來將會更加劇烈，面對新刑法重刑化的方向帶給矯正機關諸多的衝擊，包括長刑期受刑人的逐漸湧現與適應問題、受刑人高齡化現象、擁擠窘境趨於惡化、矯正哲學定位模糊、矯正人員工作負荷與壓力沉重，導致士氣低落等」。楊教授認為國內近年來重刑化趨勢的底層，蘊含著期待矯正機關為嚴重犯罪問題帶來解決之道，面對刑事司法矯正系統因生態環境變遷所帶來更大更多的衝擊，楊教授更嚴肅指出：「在期待矯正機關發揮教化矯治功能的前提，應先思索矯正制度面的改革方向，包括：(一) 矯正系統定位歸屬與專業化方向之檢討；(二) 增加對於犯罪矯正工作之投資，紓解矯正機關擁擠及增加合理矯正教化人力；(三) 監獄行刑法之研修，納入多元化的矯正理念。」

至於上揭收容人問題之「教化實務面的思考」，楊教授則提出：「(一) 教化處遇團隊的重組與專精化；(二) 發展受刑人危險評估量表；(三) 開發暴力犯罪及主要各類犯罪者之可行矯治方案；(四) 加強宗教教誨功能；(五) 建立受刑人家屬及社會支持網絡；(六) 高齡受刑人之輔導照護等六項革新要點」。楊教授同時表示，當社會大眾與執政者真正願意重視並落實矯正制度面的改革，再進一步檢討落實教化處遇實務面的各項改進作法時，才能算是真正體現監獄矯正工作在刑事政策的價值，實值得加以省思！

參考書目：(依筆劃爲序)

- 台中看守所，民國96年元月衛生科撰報告：「H I V收容人之醫療處遇問題」
- 民國85年1月18日法務部「部務會報」第12號案。
- 法務部，民國95年12月26日法務部推動矯正機關收容人納入全民健康保險重要原則草案。
- 法務部第1093次部務會報；民國96年2月7日矯正司李太順視察，「探討愛滋收容人處遇策略」業務報告。
- 吳正坤撰，「獄政趣談——鐵窗春色」，矯正月刊，民國95年3月1日第165期。
- 林茂榮先生、楊士隆教授合著：「監獄學犯罪矯正原理與實務」一書第406頁。
- 施茂林部長講話，法務部「部務會報」民國95年12月27日第1087次摘要第4項。
- 黃徵男著，「21世紀監獄學—理論、實務與對策」，一品文化出版社，民國94年12月三版。
- 黃徵男著，「矯正工作基本理念與未來趨勢」民95年；
<http://www.tcd.moj.gov.tw/public/Attachment/62231126470.pdf>
- 鄭安雄，「矯正機關收容人納入全民健保討論方案」，民國95年12月8日於台中監獄會議室。
- 劉寬宏撰，「性侵害犯罪與更生保護」，矯正月刊，民國95年3月1日第165期。
- 楊士隆教授，民國95年「刑法新思維研討會」新聞稿。