

從性罪犯治療理論探討我國社區性侵害犯罪加害人之

身心治療及輔導教育制度

吳素霞¹ 林明傑²

壹、前言

性侵害犯罪是一特殊的犯罪類型，此種犯罪行為不僅以暴力行為強行侵害個人最隱私的身體，同時加害人為逞其犯行可能運用各種殘忍手段對付被害人，由於犯行常發生於極隱密處，除被害人自行陳述外，不易有第三者以為證人，在舉證不易下，性侵害犯罪始終是所有犯罪類型最難定罪的犯罪(涂秀蕊 二〇〇一)，其結果產生所謂的「犯罪黑數」，如將「犯罪黑數」定義為：已發生犯罪，但未向警察單位報案之百分比，內政部性侵害防治委員會委託研究案顯示，以調查實務工作者瞭解整體性侵害犯罪黑數平均推估值分別為：強輪姦為百分之四八·七六、猥褻百分之五三·五四、引誘未滿十六歲男女百分之八〇·七六(內政部「台灣地區性侵害犯罪狀況與型態之調查研究」二四頁 一九九九年)，犯罪黑數之產生源於被害人不願報案，據研究被害人不願報案原因首為「覺名譽受損」、依次原因為「怕加害人報復」、「私下和解」、「不想回憶被害經驗」。(見前揭書二九頁)。

由於性侵害犯罪黑數使得加害人常可逍遙法外犯行累累，甚至出獄後繼續再犯，因之，性侵害犯罪防治正本清源之道，應在於減少加害者及預防犯罪，如何預防及減少性侵害加害人之再犯，應為犯罪預防工作最重要的課題，也是保護民眾免於性侵害最具體有效作為，美國性罪犯身心治療已有二十多年發展，相關人員認為性罪犯治療是必要，且可節省許多社會成本(內政部「性侵害加害人身心治療模式之研究」二〇〇一年一-一頁)；我國於八十三年修正刑法第七十七條第三項「犯刑法第十六章妨害風化各條之罪者，非經強制診療，不得假釋」，開創國內性侵害加害人施以治療之先例，此規定治療對象僅限於監獄內之性罪犯，且將治療對象擴及性產業營利者，與美國性罪犯治療大為不同，另監獄行刑法第八十一條第二項規定，犯刑法第二百二十一條至第二百三十條及其特別法之罪，而有精神疾病之受刑人，於假釋前應經輔導或治療，但此僅及於精神病患；八十六年一月二十二日公布「性侵害犯罪防治法」，依本法第二條性侵害犯罪係指刑法第二百二十一條至第二百二十九條及第二百三十三條之犯罪，此種定義除第二百三十三條「引誘容留媒介幼童與人性交猥褻罪」外，已明確將性侵害犯罪界定在與強姦有關之犯罪，實已較符合一般所稱之性罪犯，該法第十八條復規定，性侵害犯罪加害人經判決有罪確定，而有(一)刑及保安處分執行完畢者(二)假釋(三)緩刑(四)免刑(五)赦免等情形之一者，應實施身心治療及輔導教育，內政部依法會同法務部、教育部、行政院衛生署於八十七年十一月十一日發布「性侵害犯罪加害人身心治療及輔導教育辦法」，開創國內對性罪犯施以社區治療之端。

刑法八十八年四月二十一日再次修正公布，第十六章「妨害風化罪章」修訂為「妨害性自主罪章」，強姦罪修正為強制性交罪，將「婦女」改為「男女」，使性侵害被害人不再侷限女性，將原刑法二二一條、二二四條「至使不能抗拒」之犯罪構成要件，修正為「違反其意願之方法」，另依刑法第十條第五款增加「性交」定義，以代替傳統使用「姦淫」之用語，改變過去以性器插

¹ 吳素霞，國立中興大學社會學系畢業，現任職內政部性侵害犯罪防治委員會綜合規劃組組長。

² 林明傑，密西根州立大學刑事司法犯罪學博士暨諮商碩士，現任教國立中正大學犯罪防治學系暨研究所。

入或接合始為姦淫之概念，將「口交」、「肛交」、「異物插入性器或肛門」均明列為「性交」之範疇，此次刑法修正大幅地擴大性侵害犯罪「被害人範圍」及「犯罪樣態」，同時為降低性侵害犯罪所存在的犯罪黑數，增訂刑法第二二九條之一，除夫妻間強制性交及十八歲以下兩小無猜所發生性行為，仍維持告訴乃論外，其餘則自民國九十年一月一日起，全面改為非告訴乃論罪，對於加害人之治療不再視為假釋之要件，將七十七條第三項刪除，增訂條文九十一條之一，將觸犯妨害性自主罪之治療處分，視為保安處分之一種，加害人於判決前應經診斷有無強制治療之必要，經診斷有必要者，應於刑之執行前命其強制治療至治癒為止，期間最長不得逾三年，此種方式與美國監獄治療最早開始於假釋前一或二年實大相逕庭，因為在美國如因性侵害而被判處五至二十年者，則於第四或第三年詢問其參與治療之意願，而開始其治療。

根據內政部性侵害防治委員會資料顯示，台灣地區警察機關受理性侵害案件八十六年強姦案件為一、四七二件，八十七年二、〇三八件，八十八年二、〇六二件、八十九年二、二二四件，其中將有多少案件經由司法定讞進入監獄尚不可知，但加害人對社會治安是否會繼續違害，實與治療是否能有效落實，或出獄後是否能追蹤管制加害人有密切相關，刑前鑑定及治療、監獄中治療輔導、社區身心治療及輔導教育，事涉司法院、法務部、內政部、行政院衛生署等權責，缺乏一貫性之整體制度規劃；本(九十)年八月由於楊姓性侵害受刑人考上台灣大學社會系，大家才突然注目於台灣性罪犯的治療成效，質疑其假釋後對校園安全的影響，目前雖因其假釋案未獲通過，可暫緩面對此問題的衝擊，但未來總須再面臨楊員監獄治療成效，及社區治療及追蹤等問題之探討，對於社會大眾關注此特殊個案所衍生問題時，國內相關機關正可因應此時機，檢視國內性罪犯治療制度，筆者原任內政部性侵害防治委員會教育輔導組組長，曾研擬「性侵害犯罪加害人身心治療及輔導教育辦法」、規劃國內社區性罪犯治療制度，本文將以實務經驗探討國內社區性罪犯身心治療及輔導教育制度之內涵，另邀請甫從美國取得犯罪學博士之林明傑先生，介紹性罪犯治療理論，並從楊姓受刑人之例，探討社區性罪犯身心治療及輔導教育功能。

貳、美加性罪犯心理治療理論

美國及加拿大是世界上性罪犯心理治療最先進的國家。根據美國 Safer Society Foundation 在 1994 之全美性罪犯治療方案調查，其收集 1784 個參與研究調查之監獄、社區、及學校之性罪犯輔導方案中，發現採用「認知行為取向」(cognitive behavioral approach)與「再犯預防取向」(relapse prevention approach)最多，各佔 40% 及 37%(Freeman-Longo, Bird, Stevenson, & Fiske, 1995)。因此可知前二者幾乎是美國性罪犯心理治療技術的主流，其實二者甚為接近，而後者亦是取用前者之理論及技術為基礎而實施之。

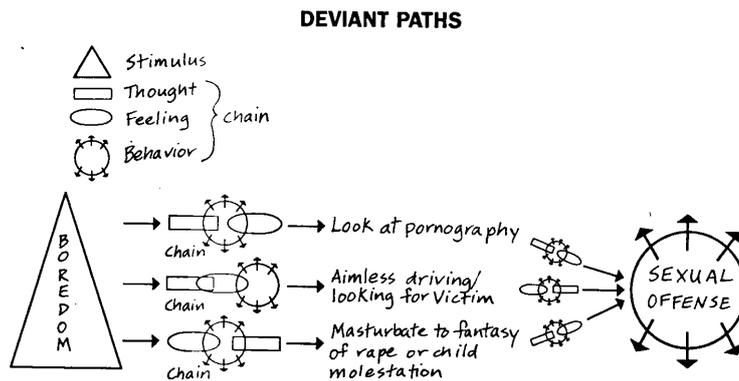
依筆者所知，在 Association for Treatment of Sexual Abuser (ATSA)之大力推薦下，至目前為止(1999)，再犯預防取向應已超前而成為主流。我們實可將此法稱之為「以再犯預防為取向之認知行為療法」(cognitive behavioral therapy with relapse prevention approach, CBT/RP)。因此可知，美加之主流臨床界係以上述之療法作為性罪犯心理病理之了解，也依之作為心理治療的技術。此外，加拿大著名之矯治心理學者 Paul Gendreau (1996) 亦指出「再犯預防技術」為有效罪犯處遇方案(effective intervention with offenders)七原則的其中之一。

如前所述，「再犯預防取向」是取用「認知行為取向」(cognitive behavioral approach)之理論及技術為基礎而實施之。因此先介紹認知行為療法。認知行為療法係由 Meichenbaum (1985)發展而成(更早可溯自 Ellis, 1973 及 Beck, 1963)，其強調「自我內在對話」對影響個人行為之重要。而其主軸是，行為改變之先決條件是案主應先注意到他們自己是怎麼想、怎麼感覺、及怎麼行動之整個過程，以及瞭解到他們的行為所對別人的影響。在如何更有效地增進因應技巧中，其提出三步驟，即(1) 觀念期(conceptual phase)：在建立諮商關係外，亦須提供案主關於問題本質正確客

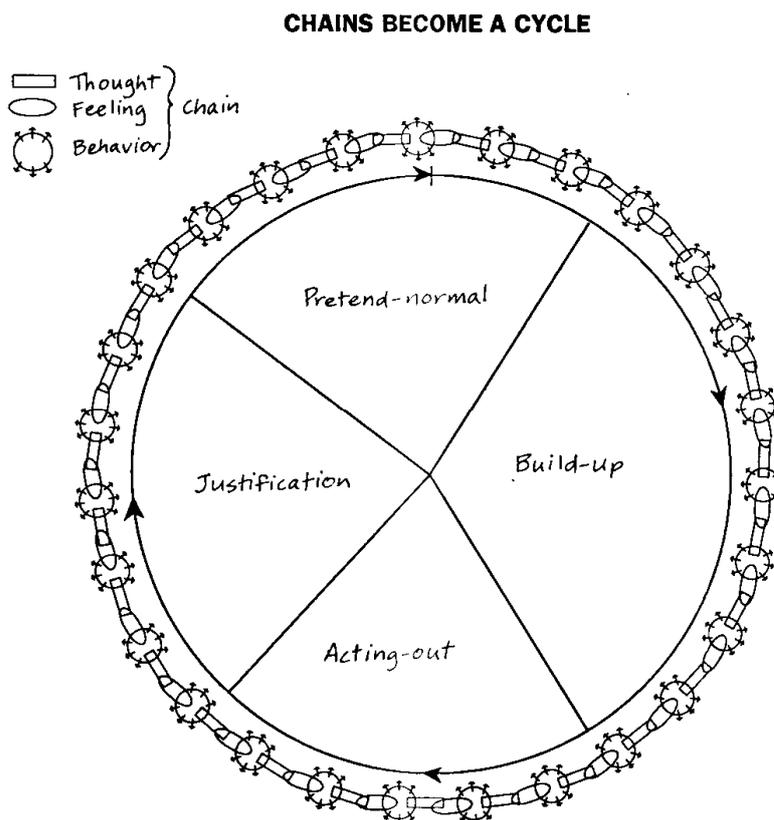
觀的知識及認知行爲技術之原理；(2)技巧獲得及預演期(skill-acquisition and rehearsal phase)：教導案主較好的認知及行爲(如建立內在對話，肌肉放鬆)技巧並預演，以因應壓力及高危險情境，避免及防範問題行爲之發生；(3)應用及追蹤期(application and follow-through phase)：鼓勵案主將習得之認知及行爲技巧應用在實際環境中，並追蹤與檢討並回饋(Meichenbaum, 1985; Corey, 1996)。因此可知提供正確客觀之知識給案主，讓其了解其觀念與正確客觀之知識確有落差，及臨床上對案主情形及症候之研究瞭解，對認知行爲治療相當重要。

而「再犯預防」模式是 Marlatt 於 1980 年代初發展出來，原是用來維持有成癮行爲者之戒癮，其認爲戒癮的成功不在治療時，而是在治療後案主能維持其改善，否則其再犯可能性仍高(Marlatt, 1982; Marlatt, & Gordon, 1985)。所以，雖以「認知行爲療法」(cognitive behavioral therapy, CBT)爲基本原理，然其治療重點係放在如何幫助犯罪者認出及修正自己之認知感受行爲鏈，以「自我內在管理(internal self-management)」及「引進外在監督(external supervision)」之方法，有效阻斷自己潛在之「再犯循環」(relapse cycle)，藉以防止再犯(Pithers, & Cumming, 1995)。所以，治療方案之設計則強調需先有「教育課程階段」(educational module，約五次之課程式教學)使性罪犯瞭解臨床發現可能有的認知感受行爲鏈(見圖一)及再犯循環(如圖二)，然後才是「輔導治療階段」(therapeutic module，約一年至二年每週一次之輔導團體)，其中由每位案主提出自己在犯行前所有的可能前兆(precursors)並視之爲高危險情境，並提出自己如何「自我內在管理(如戀童症者避開小學及兒童遊戲場，成人強暴犯不可再看色情出版物或喝酒)」及「引進外在監督(找到好友或治療師監督其行爲)」避開該高危險情境，並與團體成員討論(林明傑，1998)。

圖一 感受認知行為鍊 (認為每個行為的發生均是如下依序發生，即情境、想法、感受、及行為)
(Bays, Freeman-Longo, & Hildebran, 1996)



圖二 再犯循環 (認為性罪犯之再犯通常包括四步驟，即漸增危險性、行為發生、合理化自己的行為、及假裝正常) (Bays, et al, 1996)



臨床研究 CBT/RP 或 CBT 之療效發現約可減少一半之再犯率 (Steele, 1995)，是目前所發現效果較好者，以下為三個重要研究：

- (1) Hall (1995) 集合自 1989 年後 12 篇較有信效度的性罪犯治療後再犯率研究，作 meta-analysis，最後發現認知行為療法有效，其總合之效果量 (effect size，請詳見 Cohen, 1988) 為 .12，應可視為有 "小效果量" (Cohen 認為大中小效果量之界限各為 .30 以上、.30-.20、及 .20-.10；但 Dush (1987) 認為 .33 以下均應視為假藥效應 (placebo effect)，而中、大、及很大的效果量之界線各

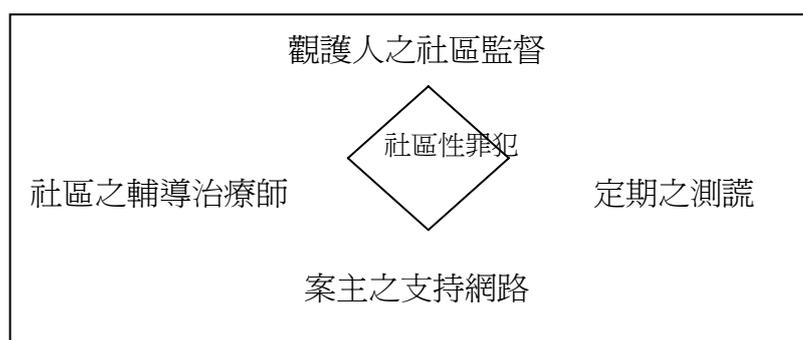
應為.33-1.0、1.0-1.5、及 1.5 及以上)。發現認知行為治療與荷爾蒙治療均為統計上明顯有效，而行為治療則否，且前二者之效果無明顯差異。接受三種治療之性罪犯比未接受治療之性罪犯的再犯率有明顯之差異(19% vs. 27%)。³

- (2) Gallagher, Wilson, Hirschfield, Coggeshall, & MacKenzie (1999) 集合 25 篇性罪犯治療後再犯率之研究，並依之區分七種療法作 meta-analysis，發現整體而言治療比未治療有較低之再犯率，七種療法中六種有正面的效果(平均效果量均為正)，只有行為混合療法(augmented behavioral treatment)反而會有負面效果。其他之中，認知行為混合再犯預防法與一般認知行為法之平均再犯率各為 7% 及 5%，而且平均效果量各為 0.43 及 0.47(二者各有 10 篇及 3 篇研究)；而外科閹割(只有一篇，係於德國之研究)之再犯率不到 1%，是最低者；其他則尚有一般行為療法、化學療法、及社會心理治療法。
- (3) 佛蒙特州(Vermont)之社區方案：McGrath, Hoke, & Vojtisek (1998)從佛蒙特州某郡之 122 位性罪犯從 1984 到 1995 之追蹤研究中，分三組，認知行為治療組(CBT)、一般治療組、及未治療組，其再犯率之研究發現如下：CBT 組在再犯性犯罪之減少上與其他兩組達顯著差異，而違反假釋規定上兩治療組均達顯著之減少，但此兩組未答顯著之差異。但在非性之暴力犯罪及非暴力犯罪上，三組間均未達顯著差異。

另一方面，性罪犯之社區處遇方面，科羅拉多州發展出有名之「抑制模式」(containment model)其認為對較高危險的假釋性罪犯應有較密集的觀護(如每週 3 至 5 次之面對面監督)、每三個月或半年一次到警局之測謊儀測謊(polygraph testing，詢問其有無再接近高危險因子，如有無再看色情出版品、接近小學、酗酒、有無再犯等，題目由輔導治療師與測謊員擬定)、及每半年或一年作一次陰莖體積變化測試儀(penile plethysmography) (English, Pullen, & Jones, 1996)。據麻塞諸塞州觀護局訓練主任 Steve Bocko 表示根據一份研究該模式有極佳之效果，研究顯示參加者之三年內再犯率不到 2%，而未參加者三年內再犯率 27%(個人通訊，June 2, 2000)。佛蒙特州(Vermont)性罪犯處遇方案之行政主任 Georgia Cumming 及臨床主任 Robert McGrath (2000)更提出一新名稱「性罪犯之社區監督鑽石圖」(supervision diamond)，即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、工作之老闆、或輔導中之其他成員)、及定期之測謊。

³ Quinsey, Harris, Rice, & Lalumiere (1993)則提出對療效研究之建議，其中提到臨床療效研究仍應以達「臨床顯著」(clinical significance)，而非只是「統計顯著」(statistical significance)。有關clinical significance，請見Jacobson, & Truax (1991)

圖三 性罪犯之社區監督鑽石圖 (supervision diamond) (Cumming, & McGrath, 2000)



參、我國性侵害犯罪加害人身心治療與輔導教育制度

從上述美國性罪犯治理論，可知其社區性罪犯治療方案係建立在相當之理論基礎，由於治療重點放在幫助犯罪者「內在自我管理」，並藉助於「外在引進監督」，社區治療特重發展社區監督系統，內政部於八十六年五月九日依性侵害犯罪防治法第四條設立性侵害防治委員會，第一年之委員會議中，民間團體代表及學者專家之委員最為關注的問題，就是社區性罪犯身心治療及輔導教育制度應如何規劃，雖然委員建議在規劃制度之初應即派員出國考察，但因事涉之部會內政部、法務部、教育部、行政院衛生署於年度內均無類似出國經費，故並未派員出國，僅賴部分人士從美國帶回密西根州性罪犯治療方案，做為規劃國內制度參考⁴。

從相關資料顯示，性罪犯社區治療最重要在於建立社區監督系統，透過相關單位合作減少性罪犯再犯機率，是一項需要高度整合各專業領域的團隊工作，國內在研擬「性侵害犯罪加害人身心治療及輔導教育辦法草案」時，業務單位體認此項工作務必結合矯正、觀護、精神醫療、臨床心理、警察、社工等相關領域工作人員，建立制度化、專業化、系統化合作模式，因之制度規劃過程，考量重點在於透過制度設計以延續監獄內強制診療之療效、掌握其犯罪及治療之資料、評估其身心狀況、規範其治療期間、加強對加害人追蹤等，對於性罪犯實質上如何進行身心治療或輔導教育，則由於國內缺乏性罪犯特質、手法及犯罪類型之相關研究，從而治療模式亦因缺乏理論基礎而付諸闕如，治療或輔導人員之專業知能有待加強，故研擬辦法時此部分並未加以規範，以待制度實施後再依實務建立適合國內之模式；惟擷取美國理論精神，以預防性罪犯再犯為制度規劃之基本宗旨，由於事涉相關部會故邀集司法院、法務部、教育部、行政院衛生署、內政部警政署等相關機關，各直轄市、縣市政府性侵害防治中心代表及學者專家等共同組成專案小組，從八十六年十一月十五日召開第一次研商草案會議始，至八十七年十一月十一日內政部會同法務部、教育部、行政院衛生署發布「性侵害犯罪加害人身心治療及輔導教育辦法」，制度開始有了雛形，對於屬於程序性、聯繫性之作業流程，則由法務部頒訂「檢察、矯正機關與性侵害防治中心聯繫要點」、內政部函頒「辦理性

⁴ 內政部性侵害防治委員會第二次委員會議決議應速研究加害人治療輔導者之專業培訓計畫，同年八月二十二日召開（研商「性侵害犯罪防治專業人員培訓專案計畫《有關辦理性侵害犯罪加害人身心治療及輔導教育專業人員訓練部分》」會議），決議為使「強暴犯強制診療計畫」推動順利，與法務部簽約進行強制診療之醫院、獄政人員、法務部、衛生署、內政部、警政署等，應派員配合委員陳若璋教授將在Jackson Prison complex of Michigan之專案研究，一起出國考察研習，各部會限於經費均未派員，部分專業人員基於自我專業成長需要自費參與，其成員計包含：原已在監獄進行強制診療之國軍北投八一八醫院精神科專科醫師王家駿、李光輝、李文貴，桃園療養院吳建昌醫師，勵馨基金會心理師陳盈君，及內政部警政署刑事警察局兼性侵害防治委員會暴力防治組之組長王珮玲、科員賴敏慧等人，於美國考察時林明傑博士亦一同參與，渠等帶回密西根州相關方案提供本文第一作者參考。

侵害加害人身心治療及輔導教育作業規定」補充之。

內政部除就制度予以法制化外，另積極委託專家學者從理論及配套措施研究，期以周延制度之建立，並配合法令執行規劃完成包含性罪犯個案資料表等七項表格，本制度從八十八年開始推動至本(九十)年七月止，已有性罪犯四八二人依辦法進行身心治療或輔導教育，其中完成處遇者七十八人，而累計再犯者計二十三人，顯見國內制度已建置完成，本節將從法令規定、配套措施介紹國內性罪犯社區身心治療及輔導教育制度。

一、法令規章

(一)性侵害犯罪加害人身心治療及輔導教育辦法

本辦法由內政部會同法務部、教育部、行政院衛生署於八十七年十一月十一日發布，法案全部共十四條條文，此辦法計有下列特色：

1、基本精神

結合矯正、觀護、精神醫療、臨床心理、社工、警察等相關領域之專業人員，建立彼此聯繫合作模式，加強對加害人治療、輔導，並加以追蹤期有效減低加害人再犯率。

2、實施對象

本辦法所稱性侵害加害人係指性侵害犯罪防治法第二條所指，犯刑法第二百二十一條至第二百二十九條及第二百三十三條之罪，且經判刑確定而有(1)刑及保安處分之執行完畢、(2)假釋、(3)緩刑、(4)免刑、(5)赦免之一之性侵害犯罪者。

3、實施範圍

所稱身心治療及輔導教育範圍包括認知教育、行為矯治、心理治療、精神治療及其他必要之治療及輔導教育；

4、實施期間

性侵害加害人接受身心治療或輔導教育，其期間不得少於一年、最長不得逾兩年，但必要時得延長一年，其中實施身心治療者每週不得少於一個半小時、輔導教育每月不得少於一小時。

5、辦理機關

主辦性侵害犯罪加害人身心治療及輔導教育者為各直轄市及縣市政府性侵害防治中心，其主要工作計包含：建立加害人個案資料、成立性侵害加害人評估小組、負責加害人個案之通知、轉介、管理及相關機關之聯繫，並對加害人實施身心治療及輔導教育，其進行方式可自行聘請精神專科醫師、臨床心理人員及相關之專業人員辦理之；或委託精神醫療機構、依治設立之相關專業團體辦理。

6、性侵害加害人評估小組

各防治中心為評估加害人身心狀況，應成立性侵害加害人評估小組，其成員及任務如下：

(1)成員：防治中心醫療服務組組長擔任召集人，遴聘精神科專科醫師、臨床心理人員、社工人員、觀護人員及專家學者六至八人組成。

(2)任務：依據加害人檔案、個案資料完成加害人身心狀況評量及處遇書、決定加害人應進行之身心治療及輔導教育方式、頻率、期間，於進行期間應每半年進行成效評估，以修正身心狀況評量表及處遇書內容，經小組精神科專科醫師判斷，加害人疑似精神衛生法第五條第二項所稱之嚴重病人時，應由當地衛生主管機依精神衛生法之規定處理。

7、加強機關聯繫管控加害人

為延續監獄內強制診療成效，同時結合現有之觀護、精神醫療、警察治安人口制度，辦法規定矯正機關應於加害人刑期屆滿前兩個月，或奉准假釋後尚未釋放前，將其個人檔案資料提供給防治中心，檔案資料應含原執行強制診療及輔導等相關資料；緩刑或假釋加害人如依法交付保護管束者，於接受身心治療及輔導教育期間，如不依規定接受或接受時數不足時，除由防治中心罰鍰外，應通知法院或檢察機關，並可通知警勤區佐警依相關規定處理，對於嚴重精神病患則如前述聯繫衛生醫療單位處理。

(二) 檢察、矯正機關與性侵害防治中心聯繫要點

內政部專案小組研商「性侵害犯罪加害人身心治療及輔導教育辦法」期間，身為專案小組重要成員之法務部，在草案研商過程確定辦法執行需有賴矯治人員、觀護人員加強聯繫與配合，方能有效延續監獄診療成效，及建立加害人監督管道，故配合辦法內容完成「檢察、矯正機關與性侵害防治中心聯繫要點」，並於八十八年四月三十日法(88)檢字第〇〇一四〇〇號頒佈，本要點計有下列特色：

1、基本精神：

制度化建立檢察、矯正機關人與性侵害防治中心聯繫管道，以迅速、確實、完整掌握性侵害犯罪加害人檔案資料，結合觀護業務對加害人追蹤輔導及身心治療，以貫徹身心治療及輔導教育之成效。

2、機關主動聯繫制度化

- (1) 矯正機關應依辦法提供性侵害犯罪加害人檔案給防治中心，以利掌握加害人出監後之動態，檔案資料包含指紋書、直接間接調查表、心理測驗結果分析表、個別教誨紀錄表、強制診療紀錄報告表及輔導評估報告表。
- (2) 地方法院檢察署應提供保安處分執行完畢、緩刑、免刑或赦免之性侵害加害人檔案資料，及戶籍遷移或保護管束期間屆滿之受保護管束人之資料，給各地方政府性侵害防治中心。
- (3) 性侵害防治中心對於加害人是假釋或緩刑之受保護管束者，應將其身心治療及輔導教育之處遇書、實施日期、不接受或接受時數不足等情形，通知執行保護管束之地方法院檢察署，並得向其借閱加害人受保護管束之資料。

3、加強對加害人監督

為加強假釋或受緩刑宣告之受保護管束人之監督，各防治中心應每月向執行保護管束者報告其接受身心治療或輔導教育之情形，對於不接受或接受時數不足之受保護管束人，地方法院檢察署應依法審查其有無違反保安處分執行法第七十四之二各款所規定之情形，情節輕微者應予以告誡，情節重大者，檢察官得聲請撤銷保護管束或緩刑之宣告，或通知原執行監獄報請撤銷假釋。

(三) 辦理性侵害犯罪加害人身心治療及輔導教育作業規定

1、基本精神

建立制度化作業程序，使各直轄市及縣政府性侵害防治中心據以落實性侵害犯罪加害人身心治療及輔導教育工作，。

2、主動協調相關機關對加害人之追蹤輔導

性侵害防治中心應視其加害人個別狀況，主動協調相關機關予以必要處理：

- (1) 對個案進行晤談、訪視時得請求當地分駐(派出)所警察單位派員陪同。

- (2)對於刑期即將屆滿或即將假釋者，經矯正機關同意得派員持公函前往加害人所在矯正機關進行個案資料建立工作。
- (3)疑似精神衛生法第五條第二項所規定之嚴重病人，應通知衛生局協助其就醫，確屬嚴重病人衛生局應予以追蹤保護。
- (4)假釋或受緩刑宣告之受保護管束人依前述「檢察、矯正機關與性侵害防治中心聯繫要點」，加強與法院或檢察機關聯繫。
- (5)非受保護管束之性罪犯不接受身心治療、輔導教育或接受時數不足時，防治中心得派員或請求警勤區佐警前往瞭解情形。
- (6)加害人戶籍遷移時，得申請將個人資料轉移至遷入地之防治中心繼續身心治療或輔導教育。

3、發揮評估小組功能

- (1)為加強對加害人身心狀況之瞭解，防治中心得徵詢評估小組精神科專科醫師意見，由評估小組之臨床心理人員對加害人施以心理測驗，曾入監服刑者該醫師得決定是否沿用監獄內心理測驗結果。
- (2)執行身心治療及輔導教育之專業人員，應每半年將個案紀錄及評估摘要表提報評估小組，由評估小組成員進行成效評估，如有變更必要時應敘明理由，修正加害人身心狀況評量表及處遇書內容。

4、個案管理

- (1)防治中心為依辦法規定完成加害人個案資料表，除參考檢察或矯正機關移送之資料外，可採以訪視、訪查或晤談加害人方式完成之。
- (2)防治中心對於法院、檢察或矯正機關提供資料應負責妥適保管、保密不得外借，自行建立個案資料應保密不得公開，但法院、檢察機關、警察機關或其他機關基於防治性侵害案件需要時，得申請借閱，少年之加害人各項資料、塗銷及提供應另依法令辦理。
- (3)執行加害人身心治療及輔導教育之專業人員，應按次填繕個案紀錄，對於受保護管束人防治中心應按月將個案紀錄影印彙整後，通知該管法院或檢察機關配合加強輔導。
- (4)受保護管束之加害人不接受身心治療或輔導教育者，防治中心應以書面列舉具體事實通知法院或檢察機關。
- (5)加害人不接受身心治療、輔導教育或接受時數不足時，防治中心應開立罰鍰處分通知書通知加害人繳款。

5、專家或專業團體之借重

防治中心為辦理加害人個案資料建立、晤談、訪查、心理測驗及身心治療或輔導教育等工作，得委託依設立之相關團體辦理。

二、配套措施

在制度規劃過程中，內政部鑒於性罪犯之治療或輔導在國內為首創，對於國內性罪犯之類型、治療理論、評估工具、治療或輔導模式均有待建立本土化研究，故除法令之研擬外，亦積極委請學者專家進行研究，與本制度有直接關係者計包含八十七年陳若璋教授之「性侵害加害人身心治療、輔導教育制度與再犯率分析評估」、柯永河教授之「性侵害加害人心理狀況工具編製研究計畫」、彭懷真教授之「性侵害犯罪加害人輔導教育內涵之研究」；八十八年陳若璋教授之「性侵害加害人身心治療模式之研究」；內政部則因應制度推

動需要，完成各項表格以利第一線執行者使用。

(一)相關委託研究

1、「性侵害加害人身心治療、輔導教育制度與再犯率分析評估」

此委託研究案由清華大學執行，計畫主持人為陳若璋教授，主要探討美國性侵害加害人治療制度與再犯率分析評估，研究分為性犯罪之定義及法律、性罪犯之流行率、性罪犯之類型、犯人進入獄政之身心治療系統流程及矯治機構性質、在治療前後使用的心理評估工具及高危險評估、從性罪犯特質探討治療理論及模式、假釋評估流程及出獄後之社區治療方案、美國性犯罪治療計畫的有效性與再犯率、美國身心治療實務人員之資格與訓練、台灣政策之建言等十部分，此為國內第一本將美國性罪犯治療方案系統介紹的研究，書中並介紹美國有關高危險連續性罪犯的新法案 SVP 法案(Sexual Violent Predator Act, 其內容見附錄四)及梅根法案(Megan's Law, 是美國聯邦規定各州對社區之性罪犯要求警局登記與或社區通知之法案)，本研究特色在於除美國相關資料翻譯外，並將之與國內的現行制度予以比較，由於陳教授對國內監獄內強制診療素有瞭解，其個人當時又兼任內政部性侵害防治委員會之委員，對國內於規劃制度時多所建言，書中最後一部分對台灣政策之建言，頗多建設性意見，惜台灣性罪犯治療制度，切割分由法務部、內政部主管，而治療理論基礎又必須有賴行政院衛生署之精神醫療投注心力，多頭馬車下呈現困境重重，其在研究中一一指出，殊值各界參考。

2、性侵害加害人心理狀態評估工具編製研究計畫

本研究計畫執行單位為台灣大學，計畫主持人為柯教授永河，本研究其宗旨在於配合性侵害犯罪加害人身心治療及教育輔導辦法之實施，擬依我國性侵害加害人之特性，編製一套可正確評估加害人心理狀態及與性加害行為有關之心理因素，以做為執行加害人實施心理治療、輔導教育及預防再犯工作有助益之參考資料，計畫編製一套自陳式測驗，藉之測量出性侵害加害人的(1)一般心理健康程度(2)過去嗜酒及使用法定禁藥之程度(3)因嗜酒及使用禁藥而產生性侵害行為之程度(4)性衝動之內外在因素，包含生理、心理社會因素(5)性衝動之強度(6)性衝動壓抑機轉的種類及強度(7)性衝動控制行為有效性或成功率(8)對自己過去所犯性加害行為之倫理評估力(9)對被性侵害受害者之同理程度(10)對自己性衝動之監控能力或敏感度(11)對性加害行為的價值判斷(12)人對自己性加害行為的態度或說法、反應(13)加害犯罪處罰內容的瞭解程度(14)性加害行將發生時對後果的關心程度(15)對性加害罪處罰害怕程度(16)因憤怒或焦慮或寂寞感而犯性加害行為的程度(17)對於異性的態度等十七項，與性侵害加害行為密切關係的生理、心理、情境、社會因素，計畫使用四種不同測驗方法：題量表式測驗、畫人測驗、班達測驗、羅夏氏墨漬測驗，全程測驗約一小時，本研究結果，期對負責衡鑑與診斷加害人心態的工作人員提供客觀有用的判斷基礎，並得據以擬具加害人之輔導方案。

3、「性侵害犯罪加害人輔導教育內涵之研究」

本研究執行機構為中華民國幸福家庭促進協會，計畫主持人為彭教授懷真，研究目的在研擬對性侵害加害人的輔導教育內容，一方面協助相關專業輔導者知道如何輔導加害人，使其獲得具體實用建議與參考資料，一方面使加害人閱讀淺顯易懂的輔導教材，以發展正確的認知與行為模式，將輔導教育內涵分法律、心理、

人際、性等四個領域，再分三十二個單元來撰寫內容，每一單元包含單元目標、給授課者的提醒、講授大綱及內容、心理測驗及解析、相關參考資料等；法律層面主要是要讓加害人瞭解相關法令規定及自己應負的法律責任；心理層面主要協助加害人有效管理情緒，瞭解錯誤信念而造成之偏差行為，促使加害人瞭解自我以建立健康的心理；人際層面則在協助加害人學習良好適當溝通技巧，重建其人際、家庭及婚姻關係；性層面主要讓加害人瞭解性侵害對被害人傷害，協助加害人學習健康的性教育與性關係，使其不再以性侵害行為來滿足自我性需求；另對輔導者的單元，則讓輔導者對加害人進行評估，配合家族診斷、家庭婚姻諮商及同理心等對加害人輔導，結案後並進行追蹤輔導。

4、「性侵害加害人身心治療模式之研究」

本研究甫於本(九十)年七月十四日完成，執行機構為清華大學，計畫主持人為陳教授若璋，本研究主要目的在設計一套適合我國加害人之身心治療具體內涵，以利處遇機構據此進行有效治療，使加害人獲得協助降低再犯可能，研究透過文獻探討社區身心治療之簡介，次論及身心治療之要件、治療理念，介紹「評估」在社區身心治療扮演之角色，並就性罪犯社區身心治療內涵及團體治療在社區身心治療之運用予以說明，本研究對社區推動身心治療模式提出以下建議：假釋前評估應依法確實執行、評估後應立即召開第一次評估會議、以個別或團體治療進行第一階段社區身心治療或輔導教育、召開第二次社區身心治療評估會議並加強社區監控模式、執行進階的社區身心治療或輔導教育加強社區監控、召開第三次社區身心治療評估會議，評估是否可以結案；該研究對於整體制度之體制及工作人員專業能力，亦提出建設性意見(詳該委託研究案 5-3 頁)，殊值未來制度檢討之參考。

(二) 研訂相關表格

依「性侵害犯罪加害人身心治療及輔導教育辦法」規定，執行本法案計有加害人個案資料、加害人身心狀況評量表及處遇書、書面之通知等相關書表格，應由內政部會同法務部、教育部、行政院衛生署及其他相關機關定之，其中尤以前二項表格攸關制度推動成效，由於評估小組毋須與加害人會談，純就加害人檔案、個案資料表做書面評估，故個案資料表格涵蓋內容，須能因應評估者需求將加害人心理、犯罪特質等相關背景資料翔實呈現，故個案資料表計包含個案基本資料、個案家系圖、個案生活史、性犯罪行為及心理狀況、個案現在對所犯性侵害罪行之態度及治療經驗、訪談人員感想等面向，其中個案生活史著重其個人犯罪史、婚姻史、就學與就業史、健康史，由於從美國相關資料顯示，從罪犯之犯罪類型、多重性倒錯、暴力使用程度、偏差之性激起、犯罪史等五個因素，可評估其再犯之可能(林明傑 一九九九年內政部舉辦「推動性侵害加害人身心治療及輔導教育研討會」會議手冊 三一頁)，故個案資料特重相關資料之顯現，而身心狀況評量表則分生理狀況、心理狀況、性罪犯型態及社會人際狀況之分析評量，治療或輔導執行者需按次填繕個案治療、輔導紀錄，並須定期填繕評估摘要表，是類表格設計均以有利評估小組之初次或再次評估作業為考量重點。

肆、我國社區性罪犯身心治療及輔導教育功能之探討與建議

楊姓受刑人考上台大社會系所引發社會的討論與恐慌，據報載八十六年八月，北監邀請當時桃園療養院的精神科醫師為他治療，之後並由國軍北投醫院精神科醫師組成專業團隊進行團體

治療，前後一共進行了九個月。法務部在徵詢各界意見後，駁回他的假釋申請(楊肅民，2001)。但從輿論反應，社會大眾對於性罪犯在其週圍活動，有著深深的恐慌，對於過去監獄治療成效是否足以評估其再犯可能性、未來社區治療輔導或追蹤是否得以善盡監督功能，擬就現行制度相關過程所顯現出制度化問題及困境予以探討如下：

- 一、專業人員需有適當之在職訓練時數：不論在監或在社區之身心治療及輔導教育之專業人員需加強瞭解「以再犯預防為取向之認知行為療法」，並仿倣美國佛蒙特州建立督導區由資深人員每季或每月督導一次，並擴大心理師及社工師之介入，以提高專業人員參與社區輔導教育之意願。
- 二、經裁判確定有治療必要之性罪犯，其治療應於擬假釋提報前二年或前一年為之：八十八年四月新修正之刑法第九十一條之一第一項規定「犯第二百二十一條至第二百二十七條、第二百二十八條、第二百二十九條、第二百三十條、第二百三十四條之罪者，於裁判前應經鑑定有無施以治療之必要。有施以治療之必要者，得令入相當處所，施以治療。」第二項規定「前項處分於刑之執行前為之，其期間至治癒為止。但最長不得逾三年。」實與近年來美加之主流治療法-「再犯預防治療法」之強調「自我內在管理(internal self-management)」及「引進外在監督(external supervision)」有所衝突，因該療法強調性罪犯之治療其最終目的，希望其能在回歸社區後能免於再犯，而此有待獄中治療能有效率地與釋放後之社區治療聯結，因此治療仍以在釋放前為之為佳。而且就刑罰思潮中漸走向調和報應與預防理論的同時，此一立法過度偏向預防取向確有可能無法滿足社會大眾之正義需求，而損害社會大眾的法感情 (personal communication, 黃富源, 4, 13, 1999；林山田, 1987)。期望日後之透過修法能予以調整。
- 三、性罪犯的再犯危險評估量表之建立：加拿大法務省(Solicitor General of Canada)研究員 Hanson 及 Bussiere (1998)以 Meta Analysis(統計型之整合研究)研究發現若以臨床人員之臨床判斷則對日後再犯性犯罪、其他暴力犯罪、及任何之犯罪之預測效度各只有.10, .06, 及.14，而若以統計之再犯預測量表，則各可達.46, .46, 及.42。因此我們可知量表評估之重要性。加拿大及美國對於性罪犯之再犯危險評估量表之建立不遺餘力。重要之性罪犯的再犯危險評估量表如 Minnesota 州之性罪犯評估表(Minnesota Sex Offender Screening Tool- Revised, MnSOST-R, 請見附錄一)、Canada 之快速再犯危險評估表(Rapid Risk Assessment for Sex Offense Recidivism, RRASOR, 見附錄二)、及 Canada 之靜態因素九九再犯危險評估表(Static-99, 見附錄三)。
- 四、對危險性罪犯應立法嚴格限制其解除其監禁：對危險性罪犯之解除監禁應可立法使其更趨嚴格。1990 年美國華盛頓州一小男孩被一假釋之性罪犯姦殺，而通過「危險性罪犯法案」(Sexual Violent Predator Act, SVPA)(其內容見附錄四)，其賦予該州有權將兩名心理專業人員判定之危險性罪犯在法院聽證會中予以裁定civil commitment (可譯為「民事監護」，接近我國之保安處分之強制治療概念，見Inciardi, 1996)而予以不定期監禁 (indefinite confinement) 於精神治療機構直到其被認為對社會不會危害。(Cohen, 1995; Cohen, 1997)。到 2001 年止共約有 17 州通過類似法案。⁵筆者認為若國內能有此一立法將能使危險性罪犯之解除監禁更趨嚴格。
- 五、對性罪犯之假釋條件應協調納入各縣市警察局之測謊員及測謊儀，並就各地觀護人室中設專職性罪犯保護管束的觀護人，且每季(或每半年)舉辦一協調會，由各縣市性侵害防治中心統

⁵ 然其引發之法律爭議則如下：(一) 不溯既往(ex post facto)，(二)一罪不二罰 (double jeopardy)，(三)公平保護原則，(四) 隱私權及移居權，(五)殘忍且不尋常之刑罰，(六) 適正程序。各州與聯邦之各級法院均有贊成與反對不同解釋，聯邦最高法院則於 1997 贊成，其認為這並非刑罰(punishment) (Hendricks v. Kansas, US Sup Ct. 1997)⁵。

籌召集，以強化其假釋之監督。

- 六、從所舉美國之作法，社區監控需有賴觀護制度配合，但目前我國僅假釋或緩刑之受保護管束人，得以有觀護人發揮其強制功能，對刑及保安處分執行完畢、免刑、赦免或保護管束已經結束者，除處以罰鍰外則無強制力，是否應將性罪犯社區治療與現行觀護制度密切結合，對於無觀護制度可資配合者，則僅列登冊追蹤即可，此似可列為未來修法參考。
- 七、現行制度對於具特殊身分之性罪犯如學生、軍人，並無規定可結合學校或軍隊之人員或資源，建立適合其特性之治療、輔導、追蹤制度，從楊姓受刑人之例，可瞭解學校實在有非常充裕之資源可資運用，未來進行具此類身分者社區治療及輔導，應考量運用其現有資源以發揮有效功能。

伍、結語

國內性罪犯治療制度，參究其立法原意，係沿襲美國性罪犯治療方案，但由於未從監獄至社區、法制至措施整體規劃，致使實施以來，上無有效監獄治療可資延續，下無嚴密觀護資源可資結合，且相關評估工具或本土治療或輔導模式又未建立，所以雖各單位對制度之執行有著高度熱誠與配合，但其整體成效仍有待檢討改進，尤其刑法修正後，社區治療與刑前鑑定與治療如何配合、假釋前是否應再經治療評估，均應從結構考量，相關機關如無法共同從理論至實務，從刑前、監獄、建立一貫之評估、治療及輔導模式，則個自為政下將使國內有限之治療及輔導資源，無法發揮有效功能，此實值各界深思，從美國方案經驗可瞭解性罪犯治療從監獄至社區是一體，如何建立制度應由相關機關共商檢討修正，如此才能有效落實性罪犯再犯預防之立法原意。

參考書目

林山田 (1987) 刑罰學 台北市：台灣商務印書館

林明傑(1998) 美國性罪犯心理治療方案之方案及技術暨國內改進之道，社區發展季刊 82 期,頁 175-187

林明傑(2000) 性罪犯之心理評估暨危險評估，社區發展季刊 88 期 頁 316-340

林明傑(2000)臨床人員對性罪犯心理治療方案之看法與建議-- 台灣與密西根的比較研究，中央警察大學學報 37 期 頁 301-330

楊肅民 (2001) 大眾聞「狼」色變。中國時報 90 年 9 月 1 日

涂秀蕊 (2001) 性侵害法律求援 Q&A，永然文化

內政部委託研究

「性侵害加害人身心治療、輔導教育制度與再犯率分析評估」

「台灣地區性侵害犯罪狀況與型態之調查研究」

「性侵害加害人心理狀態評估工具編製研究計畫」

「性侵害犯罪加害人輔導教育內涵之研究」

「性侵害加害人身心治療模式之研究」

Bays, L., Freeman-Longo, R., & Hildebran, D. (1996), Safer Society Foundation/ Press 之四本性罪犯治療手冊如下

Who am I and why am I in treatment: a guided workbook for clients in evaluation and beginning

treatment (series number 1.)

Why did I do it again? Understanding my cycle of problem behaviors: a guided workbook for clients in treatment (series number 2.)

How can I stop? Breaking my deviant cycle: a guided workbook for clients in treatment (series number 3)

Empathy and Compassionate action- issues and exercises: a guided workbook for clients in treatment (series number 4)

Cohen, F. (1997). Sexually Dangerous Persons/Predators Legislation. In B. Schwartz & H. Cellini (Ed.) *The sex offender: new insights, treatment innovations, and legal development.* (pp. 22-1~22-12) NJ: Civil Research Institute.

Cohen, F. (1995). Washington's Sexually Violent Predator Act. In B. Schwartz & H. Cellini (Ed.) *The sex offender: corrections, treatment, and legal practice.* (pp. 23-1~23-11) NJ: Civil Research Institute.

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.)*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Corey, G. (1996). *Theory and practice of counseling and psychotherapy.* (5th ed.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole Publishing Company.

Cumming, G. F., & McGrath, R. J. (2000). *External supervision: How can it increase the effectiveness of relapse prevention?* In R. Laws, S. Hudson, & T. Ward (Eds.) *Remaking relapse prevention with sex offenders: A sourcebook* (pp 236-253). Thousand Oaks, CA: Sage.

Dush, D. (1987). Relinquishing the placebo: Alternative for psychotherapy outcome study. *American Psychologist*, 1129-1130.

English, K., Pullen, S., Jones, L. (1996). *Managing adult sex offenders on probation and parole: A containment approach.* Lexington, KY: American Probation and Parole Association.

Freeman-Longo, R., Bird, S., Stevenson, W. F., & Fiske, J. A. (1995). *1994 Nationwide survey of treatment programs and models: serving abuse-reactive children and adolescent and adult sex offenders.* Brandon, Vermont: Safer Society Program & Press.

Gallagher, C. A., Wilson, D. B., Hirschfield, P., Coggeshall, M. B., & MacKenzie, D. L. (1999). A quantitative review of the effects of sex offender treatment on sexual offending. *Corrections Management Quarterly*, 3(4), 19-29.

Gendreau, P. (1996). The principles of effective intervention with offenders. In A. T. Hartland (Ed.) *Choosing correctional options that work: Defining the demand and evaluating the supply.* (pp.117-130). Thousand Oak, CA: Sage.

Groth, A. N. (1979). *Men who rape: the psychology of the offender.* New York: Plenum.

Hall, G. C. N. (1995). Sexual offender recidivism revisited: A meta-analysis of recent treatment studies. *Journal of counseling and clinical Psychology*, 63(5), 802-809.

Hanson, R. K. & Bussiere, M. T. (1998). Predicting relapse: a meta-analysis of sexual offender recidivism studies. *Journal of consulting and clinical psychology*, 66(2), 348-362

Inciardi, J. A. (1996). *Criminal justice (5th ed.)* Fort Worth, Texas: Harcourt Brace College Publishers.

Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of consulting and clinical psychology*, 59, 12-19.

- Marlatt, G. A. (1982). Relapse prevention: A self-control program for the treatment of addictive behaviors. In R. B. Stuart (Ed.) *Adherence, compliance, and generalization in behavioral medicine* (pp.329-378). New York: Brunner/ Mazel.
- Marlatt, G. A., & Gordon, J. L. (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford Press.
- McGrath, R., Hoke, S., & Vojtisek (1998). Cognitive-behavioral treatment of sex offenders: A treatment comparison and long-term follow-up study. *Criminal Justice and behavior*, 25(2), 203-225.
- Meichenbaum, D. (1985). *Stress inoculation training*. New York: Pergamon Press.
- Steele, N. (1995) Cost effectiveness of treatment. In B. K. Schwartz and H. R. Cellini (ED), *The sex offender: corrections, treatment and legal practice* (pp. 4-1~4-15). Kingston, New Jersey: Civic Research Institute.

（後記：筆者原任內政部性侵害防治委員會教育輔導組組長，研擬「性侵害犯罪加害人身心治療及輔導教育辦法」、規劃首創國內社區性罪犯治療制度，於規劃之初戒慎恐懼不知從何著手，幸賴國內留美學生專攻性罪犯治療之林明傑先生，不時從美國引進相關治療方案，辦法草擬階段對筆者助益甚多，另由於先期規劃之委託研究奠下辦法實施所需基礎，各直轄市及縣市政府性侵害防治中心得於制度實施後推動工作，目前林明傑先生已取得美國密西根州大學犯罪防治學博士，返國任教於中正大學犯罪防治系所，之前其個人雖身在國外但為對國內制度投注心力很多，本篇文章擬對我國社區性罪犯治療制度予以回顧時，特邀請其與筆者合著，借助其個人學養專精以豐富本文之治療理論、並請其從理論及楊姓受刑人案例，檢討國內性罪犯治療制度，筆者則負責前言、制度內涵、結語之撰擬。）

附錄一：明尼蘇達性罪犯篩選評估表 Minnesota Sex Offender Screening Tool-- Revised
(MnSOST-R)

姓名 _____ 出生年月日 _____

<p>A. 經歷/靜態因素(historical/static variables)</p> <p>1. 因性犯罪而判刑確定之次數 (含此次定罪) _____ 一次.....0 二次或以上.....+2</p> <p>2. 性犯罪史之長度 _____ 少於一年.....-1 一年到六年.....+3 超過六年.....0</p> <p>3. 是否曾在保護管束中又犯下性犯罪(遭起訴或定罪) _____ 沒有.....0 有.....+2</p> <p>4. 有無任何性犯罪(遭起訴或定罪)是發生在公共場所 _____ 沒有.....0 有.....+2</p> <p>5. 是否曾有在任何一次性犯行(遭起訴或定罪)中，使用強制力或威脅 _____ 從沒有過.....-3 曾有至少一次過.....0</p> <p>6. 是否曾有在任何一次性犯行(遭起訴或定罪)中，對一個被害人在一次接觸中而有多重之性侵害行爲 _____ 沒有過.....-1 曾有過.....+1</p> <p>7. 性犯行(遭起訴或定罪)中，所有被害人之年齡層爲何？請先將所有符合之項目打勾： <input type="checkbox"/> 六歲或以下 <input type="checkbox"/> 七歲至十二歲 <input type="checkbox"/> 十三歲至十五歲，且加害者比被害人大五歲或以上 <input type="checkbox"/> 十六歲或以上</p> <p>無所謂年齡層，或只有一年齡層.....0 有二個或以上之年齡層.....+3</p>	<p>8. 性犯行(遭起訴或定罪)中曾侵犯 13 至 15 歲之被害人，且加害者比被害人大五歲或以上 _____ 沒有.....0 有.....+2</p> <p>9. 性犯行(遭起訴或定罪)中，被害人是否是陌生人？ _____ 沒有任何一被害人是陌生人.....-1 至少有一被害人是陌生人.....+3 資料不足，無法確定.....0</p> <p>10. 有無任何資料或檔案顯示案主青少年時曾有反社會行爲？ _____ 沒有.....-1 有零星之反社會行爲.....0 有經常且重覆之反社會行爲習性.....+2</p> <p>11. 有無藥物濫用或酒精濫用之習性？(在此次犯行或撤銷緩刑假釋前 12 個月) _____ 沒有.....-1 有.....+1</p> <p>12. 就業史(在此次犯行前之十二個月期間) _____ 在犯行前有穩定的就業情形達一年或以上...-2 照顧家庭、退休、全職學生、或殘障以無法工作.....-2 部分工時、季節性之工作、不穩定工作.....0 失業、或失業有一長段時間.....+1</p> <p style="text-align: right;">經歷/靜態因素之總分 _____</p>
<p>B. 機構/動態因素(institutional/dynamic variables)</p>	

說明：

- 本版為 1999.4 之修訂版
- 本評估表之評分與性犯罪之再犯率之相關係數(即預測效度)為 0.45。是近年來之最高者。
- 全表無版權問題，評分細節及研究說明請自以下網站下載
<http://psych-server.iastate.edu> 選擇 faculty, 再選擇 Epperson, 再選擇 MnSOST-R (依指示先下載adobe之閱讀程式，如果已有，則應先打開該程式再下載)
- MnSOST-R 之適用對象為男性成人性罪犯，青少年之版本尚未發展出來。
- 題目中之名詞定義說明：
 - (1) 第四題之「公共場所」的定義為某地方由人們或社區所共同使用或維持的，或開放給特定他人之某地方。如公園、停車場、巷道、酒店、餐廳、或建築物中之樓梯、電梯、走道等。
 - (2) 第六題：「多重之性侵害行為」指以下之行為中有超過一項者(即兩項或以上者)：

- 陰莖插入陰道	- 以外物插入肛門	- 強迫被害人對加害人手淫或愛撫
- 陰莖插入肛門	- 加害人愛撫被害人(fondle)	- 加害人對被害人手淫
- 手指插入陰道	- 強迫被害人對加害人口交	- 強迫被害人自己手淫
- 手指插入肛門	- 加害人對被害人口交	- 加害人暴露自己之陰莖(與強暴區隔)
- 以外物插入陰道	- 親吻	- 其他強迫之性行為，如強迫被害人與他人或動物性交

MnSOST-R 得分與再犯率對照表

危險程度	MnSOST-R 得分	六年內性犯罪再犯率
1 (low/ 低)	3 及以下	16%
2 (moderate/ 中)	4 至 7	45%
3 (high/ 高)	8 及以上	70%
建議轉不定期監禁(civil commitment)(極高危險)	13 及以上	88%

註：(1) 本表之性罪犯再犯基線為 35%。

(2) 建議轉 civil commitment(近強制治療及不定期監禁之義)之組係為高危險組中之其中一小組(subset)。

附錄二：性罪犯再犯危險快速評估表 **Rapid Risk Assessment for Sexual Offense Recidivism (RRASOR)**

姓名 _____ 日期 _____ 評估人員姓名 _____

1. 以前之性犯罪次數(不包括其他犯行；若判刑確定與指控分屬不同分數，則以較高分為準)

	[]
無	0		
一次之判刑確定；一至二次之指控	1		
二至三次之判刑確定；三至五次之指控	2		
四次或以上之判刑確定；六次以上之指控	3		

2. 此次出獄時之年齡 []

超過二十五歲	0
小於二十五歲	1

3. 被害者之性別 []

只有女性	0
曾經有男性被害人	1

4. 與被害人之關係 []

只限有相識之人	0
曾經有不相識之被害人	1

總分 { }

本評估表之各分數的再犯可能性預估

_____ 再 犯 率
(%) _____

_____ 經調整之比
率 _____

RRASOR分數	樣本數	未經調整之比率	五年再犯率	十年再犯率
0	527	5.3	4.4	6.5
1	806	8.8	7.6	11.2
2	742	16.2	16.2	21.1
3	326	26.7	26.7	36.9
4	139	36.7	36.7	48.6
5	52	53.8	53.8	73.1

總數	2592	14.9	14.9	19.5
----	------	------	------	------

說明：

- 本評估表之評分與性犯罪之再犯率之相關係數為 0.27。本表之性罪犯再犯基線設定為 13.2%。
- 全表無版權問題，評分細節及研究說明請自以下網站下載
<http://www.sgc.gc.ca/epub/ecorrlist.htm#1997>
- RRASOR 之適用對象為男性成人性罪犯，青少年之版本尚未發展出來。

9. 所預測的年齡是否低於 25 歲

[]

不是 0

是 1

10. 曾否與所愛過之人同居超過 2 年以上

[]

沒有 1

有 0

總分 { }

Static-99 之再犯評估危險各得分群之再犯率

	危險等級	再犯性犯罪			再犯其他之暴力犯罪		
		5 年	10 年	15 年	5 年	10 年	15 年
0 分	低危險	.05	.11	.13	.06	.12	.15
1 分		.06	.07	.07	.11	.17	.18
2 分	中低危險	.09	.13	.16	.17	.25	.30
3 分		.12	.14	.19	.22	.27	.34
4 分	中高危險	.26	.31	.36	.36	.44	.52
5 分		.33	.38	.40	.42	.48	.52
6 分(及以上)	高危險	.39	.45	.52	.44	.51	.59
(平均 3.2		.18	.22	.26	.25	.32	.37)

註：1. 本評估表之評分與性犯罪之再犯率之相關係數為 0.33。本表之性罪犯再犯基線設定為 5 年 18%，10 年 22%，及 15 年 26%。

2. 全表無版權問題，評分細節及研究說明請自以下網站下載

<http://www.sgc.gc.ca/epub/Corr/e199902/e199902.htm>

附錄四 SVPA 法案(Sexual Violent Predator Act)內容

SVPA 法案賦予該州有權將危險性罪犯轉移至民事庭在聽證下裁定 civil commitment (接近我國刑法保安處分章中對精神病犯人強制監護之概念)而予不定期監禁收容(indefinite confinement)。其收容期限係於收容後由專家每一或二年開會決定之，直到其被認為對社會不會危害，故屬於不定期之強制收容(Cohen, 1995; Cohen, 1997)。以下舉最早立法之 Washington 州之法為例⁶。

- (1) 定義：(a)危險性罪犯(sexually violent predator)是指任何被判刑確定或被起訴性暴力犯罪且其所患之心理異常(mental abnormality)或人格異常(personality disorder)可能會使該人從事性暴力犯罪之人。(b) 性暴力犯罪是指在 1990 年 7 月 1 日當天、以前、或以後犯違反 RCW9A 章之第一或第二級性犯罪行為或其未遂犯或在聯邦及他州之有相當之罪行...(RCW 71.09.020)；
- (2) 釋放前應通知郡檢察官：因刑期屆滿或因精神失常而無罪之釋放前三個月前應以書面知會郡檢察官(RCW 71.09.025)；
- (3) 郡檢察官或接受檢察官請求之檢察總長可以向法院遞交申請書及證據，申請法院認定該人為「危險性罪犯」(RCW 71.09.030)；法官應將該人轉移至特殊機構由專業合格人員作評估以瞭解該人是否是危險性罪犯(RCW 71.09.040)；
- (4) 法官應於 45 天內裁定該人是否是危險性罪犯，且該人有權利接受辯護人之協助，若該人貧窮，則法院應指定辯護人協助之；且該人有權利自己找專業合格人員來評估自己，若該人貧窮，則法院應協助其找到專業合格人員來評估之；該人也有權請求陪審團裁定之(RCW 71.09.050)；
- (5) 被認定是危險性罪犯之人應收容於社會及健康服務局之安全處所以控制、照顧、及治療直到該人之心理異常或人格異常改變到可使其釋放後而能安全(RCW 71.09.060)；
- (6) 被認定是危險性罪犯之人應於每年接受評估一次，評估報告應提供給法院(RCW 71.09.070)；

⁶ SVPA 全文可查閱www.findlaw.com