

評估各縣市性侵者治療效能之指標建立及如何降低再犯之研究

林明傑、林書慶、葉碧翠、黃健、許福生、葉信昌

壹、前言

一、背景

國立中興大學女生被假釋者姦殺後，我國於1994年通過《刑法》修正案，規定「犯刑法妨礙風化罪者，非經強制診療不得假釋」，開始了監獄的性侵者治療方案。彭婉如命案後，我國於1997年起通過《性侵害犯罪防治法》後，開始各縣市執行的社區性侵者治療方案。但時至今日，均未能建立一套評估縣市執行性侵者治療方案良窳的機制，使國內的婦幼安全能受到更嚴密的保護而加害者能有更有效的心理治療與監督機制以促進心理衛生及行為改善。

二、動機

本研究的治療動機有以下二個。

動機之一是2005年第一作者曾接到一通電話，稱是某中部縣市性侵被害人

弟撥來，其表示其姐被假釋的性侵者性侵並以重物砸頭導致成植物人，找到電話後抱怨為何性侵者沒治好，治療怎麼做的，罵了許久，也打來幾次電話（陳鳳麗，2013）。於是就開始想該怎樣評估全國的治療效能。此即本研究動機之一。

動機之二是2022年某部會主管詢問性侵者治療後再犯率似乎攀高，期待找出對策。第一作者指出應可將各縣市二或四年的每年再犯數除以當年需報到接受治療人數，即可找出哪個縣市的再犯數字出問題，並訊問相關人員找出對策。此即本研究動機之二。

第一個甚為刻苦銘心。期待每位中央與地方的政策者、處遇協調社工、及治療師都能有同理心後，花點時間將每項細節做更精確就可能降低性侵者發生再犯的比率。

三、研究目的

本研究有以下目的。

(一) 找出現行考評縣市性侵者治療方案的做法。

(二) 各縣市的再犯數比例並排序是否是考評縣市性侵者治療方案的較佳做法。

(三) 詢問再犯數比例較高與低之縣市其高或低再犯數比例之可能原因。

(四) 找出各縣市分派性侵者給不同治療師可使再犯降到最低的做法。

(五) 治療師提供的輔導需包含哪些內容可使再犯降到最低的方法？

四、定義

(一) 性侵者：本研究之性侵者是指犯《性侵害犯罪防治法》第二條之性侵害犯罪的加害人，包含犯《性騷擾防治法》第25條之罪者。

(二) 再犯率：美國司法研究院(National Institute of Justice, 2008)定義累犯(recidivism)的衡量標準是在該人獲釋後三年內，有犯罪行為導致再次被捕、重新定罪或返回監獄，無論是否重新判刑。依據我國《刑法》定義，累犯則標準不同，《刑法》第47條第一項「受徒刑之執行完畢，或一部之執行而赦免後，五年以內故意再犯有期徒刑以上之罪者，為累犯，加重本刑至二分之一」。此含括任何罪行。《行刑累進處遇條例施行細則》

第八條稱再犯者，指有犯罪前科，但不合刑法第四十七條之規定者。稱累犯者，指合於《刑法》第47條之規定者。但再犯則多認為再犯相同之罪。教育部重編國語辭典修訂本定義「再犯率」在某特定地區與期限內，再犯罪人數與全體犯罪總人數的比率，可用以評估犯罪矯治機構的效率。綜合以上可知再犯率的測量須為判刑釋放後有一定期間的追蹤的再犯同或不同的案件而再被逮捕、起訴、或判刑的比率。但若沒追蹤而要計算再犯比率以計算某區域的矯正或治療效率則需另闢蹊徑。本研究則提出「再犯數比例」詳見於內文。

貳、文獻分析

一、性侵者之再犯率

再犯率是指某人或某群犯罪者在前案接受處罰或介入後一段特定時間的再犯罪而再被逮捕、起訴、判刑確定的比率(National Institute of Justice, 2008)。

性侵者的再犯率都會是追蹤期間越長而再犯率越高。加拿大法務部Hanson與Thornton(1999)在建立Static-99的性侵者靜態再犯風險評估量表時，以兩萬多名性侵者為樣本追蹤5、10、15年，確認性侵者之再犯性侵犯率各為18%、22%、26%。林明傑與董子毅(1994)建立性侵者靜態量表時，也追蹤1994~1996年期間監獄釋放的性侵者1、3、7年再犯率各為

2.1%、5.0%、11.3%。

但同樣追蹤七年，則1997、1998、1999年釋放之性侵害者追蹤七年再犯率則為6.7%。我國係於1994年開始監獄之性侵害者治療，而社區之性侵害者治療則於1997年開始。顯示社區開始治療後性侵害者追蹤七

年的再犯率也降低約一半。且從表1與表2也可看出不同類型性侵害者的再犯率也不同，其中以家外兒童性侵害者再犯率最高、成人性侵害者其次、家內兒童性侵害者再犯率最低。

第一作者於2018年臺中監獄協助統計

表 1 1994、1995、1996 年釋放之性侵害者追蹤七年再犯率

再犯 類型	無	有	總計
成人強暴犯	171人 (89.1%)	21人 (10.9%)	192人 (45.5%)
家內兒童性侵害犯	37人 (92.5%)	3人 (7.5%)	31人 (9.5%)
家外兒童性侵害犯	168人 (87.4%)	24人 (12.6%)	198人 (45.0%)
總計	374人 (88.7%)	48人 (11.3%)	422人 (100%)

資料來源：林明傑與董子毅（2005）。

表 2 1997、1998、1999 年釋放之性侵害者追蹤七年再犯率

再犯 類型	無	有	總計
成人強暴犯	139人 (92.7%)	11人 (7.3%)	150人 (36.1%)
侵害未成年 (少男女)	167人 (96.5)	6人 (3.5%)	173人 (41.7%)
家內兒童性侵害犯	24人 (96%)	1人 (4.0%)	25人 (6.0%)
家外兒童性侵害犯	49人 (83.1%)	10人 (16.9%)	59人 (14.2)
其他	8人 (100%)	0 (0%)	8人 (1.2%)
總計	387人 (93.3%)	28人 (6.7%)	415人 (100%)

資料來源：林明傑與董子毅（2005）。

表 3 1997、1998、1999 年釋放之性侵者追蹤七年再犯率

年	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
通報	14,229	13,415	10,610	11,060	11,458	9,183	10,334	8,532	9,234	-
偵查收結	4,735	4,676	4,656	4,617	4,268	4,530	4,820	4,691	5,177	5,426
通報到偵查收結比例	33%	35%	44%	42%	37%	49%	47%	55%	56%	
起訴	2,200	2,065	1,965	1,848	1,726	1,805	1,728	1,723	1,757	1,808
比例	15%	15%	19%	17%	15%	20%	17%	20%	19%	-

資料來源：行政院性平會重要性別統計資料庫 (https://www.gender ey.gov.tw/gecdb/Stat_Statistics_Category.aspx?fs=jw0bIEF46cR1iPSYA35XIQ%40%40)。

2011年性侵者釋放後追蹤七年，發現再犯率已升高到9%。

根據加拿大發展的Static-99將性侵者10題的靜態再犯風險分為低、中低、中高、高四級。其十年再犯率各為0.9%、14%、35%、45%。而有八題的臺灣性罪犯靜態再犯危險評估量表將再犯風險分為低、中、高三級。其七年再犯率各為5.5%、25.5%、41.7%，可以知道性侵者的再犯率有高有低，對治療師而言也因此而有高難度與低難度。許福生等人(2023)的研究報告最後建議如下：

若要降低再犯率則須鼓勵各縣市在分派案件給治療師時，該使分派給資深治療師的案主中酌增中或高風險者的比例，而三或四年以內年資的治療師則只應分派低風險者。如

此才可在分派治療上可使資深治療師治療較中高風險的性侵者，畢竟資深者的治療經驗豐富而可比較能降低中高風險性侵者的再犯可能。

二、性侵害的通報、起訴、判決確定的比例

從表3可看到性侵害案件從通報到移送約少掉一半、而移送起訴又少掉一半故約剩五分之一起訴。

但起訴到判確約幾成呢？以2019～2023年5月計約4年半期間為例，通報性侵害有21,000件，起訴的7,765件，不起訴的有10,729件，起訴率約在通報的三分之一。進入法院審理後，有6572件被定罪科刑，定罪率八成八（法務部，2024；李秉芳，2023）。對照表3來看，起訴率有越來越

高之趨勢。

三、治療模式的效能比較

美國及加拿大是世界上性侵害者治療方案最先進的國家。根據美國Safer Society Foundation在1994年所進行之全美性侵害者治療方案調查，其收集1784個參與研究調查之監獄、社區及學校之性侵害者輔導方案中，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，各占40%及37% (Freeman-Longo et al., 1995)。因此，可知前二者幾乎是美國性侵害者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增加強調認出再犯循環 (relapse cycle或稱復發循環) 並給予截斷而改到良性循環。

再犯預防是Marques引用其華盛頓大學心理學教授Marlatt所推出因酒癮難改而針對酒癮者容易復發的特性所發展的復發預防，其中增加認出與轉換復發循環中的情況、想法、情緒、行為。但試辦十五年後將性侵害者分三組，即自願治療組、自願對照組、非自願對照組，治療組須兩年治療及一年社區監督) 以其他兩個無治療之性侵害者在監對照組追蹤其性侵與其他暴力之再犯率，發現並未達顯著差異 (Marques et al., 2005)。

之後紐西蘭學者Tony Ward於2000年

與2003年先後提出自我規範模式 (Self-Regulation Model, SRM) 與好生活模式 (Good Life Mode, GLM)，後者主張引入正向心理學的要素，如尋找生命目標及結合自己的優點於治療中等。

McGrath等人 (2010) 調查美加性侵害者治療方案之研究，發現當詢問男性成人性侵害者方案的治療師最能描述該單位之「一個治療取向」則前五個為認知行為65%、再犯預防15%、好生活模式5%、多系統3% (指整合多種取向之取向)、RNR3% (指對偏差者的靜態風險、動態風險、及所提供處遇有符合案主的相應性)，另當詢問最能描述單位之「三個治療取向」則前五個為認知行為92%、再犯預防67%、心理教育模式30%、好生活模式29%、自我規範模式22% (指找出偏差路徑而導引之矯正輔導)。

雖美國的性侵害者治療有各學派，但最後仍多以認知行為療法為主。其療效的研究有以下後設研究的支持。

Hall (1995) 集合自1989年之後12篇較有信效度的性罪犯治療後再犯率研究，進行後設分析 (meta analysis)。最後發現認知行為療法有效，其總合之效果量 (effect size) 為 .12，應可視為有「小效果量」，其發現認知行為治療與荷爾蒙治療均統計上明顯有效，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%）。

Gallagher等人（1999）集合25篇性罪犯治療後再犯率之研究，並將之區分為七種療法進行後設分析。發現整體而言，治療比未治療有較低之再犯率，七種療法中有六種具正面效果（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。其他如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.43及.47（二者各有10篇及3篇研究）。

Schmucker與Lösel（2015）從超過3,000個已發表的和未發表的文件，找出29個符合條件的比較，總共4,939個接受治療和5,448名未治療的性侵犯者。結果顯示認知行為有顯著效果。再犯率有3.6%差異（治療組為10.1%，未治療組為13.7%）也就是再犯率減少26.3%。

至今尚無GLM在性侵犯者療效之研究發表。RP發現無效之後，紐西蘭學者Tony Ward於2000年與2003年先後提出SRM與GLM並與加拿大於1990年即提倡接近RP之危險－需求－相應性模式（Risk-Need-Responsivity, RNR）（Andrews et al, 1990）互相批評筆仗。

第一作者根據30年實務治療經驗，評估此RP、RNR、GLM三模式之優缺點，GLM顧到促發動機而RP、RNR能顧到行為復發的細節。認為應可相互取長補短，

因此仍鼓勵治療師或政策者要能深入了解CBT與RP之差異與優劣，並找出較佳之整合模式以截長補短。RP上雖要求案主詳細認出再犯循環中的高危險情況、想法、情緒、行為，但若案主沒先被培力（empowerment）而增加自信，則可能無法讓案主在更有自信的支持下坦然檢討自己的高再犯情況、想法、情緒、行為。所以提出整合矯正諮商模式，需在治療前期培力案主的自信，如找出兩個優點並對眼說出「我有○○的優點，我有自信」使自信能提升，之後在詢問過去的兩件不舒服經驗，在做EFT療法（林明傑等人，2016）。

四、整合矯正諮商模式與四關鍵評估治療模式

整合矯正諮商模式（林明傑，2018）是第一作者提出給犯罪者的整合諮商模式，整合了現實治療、優勢觀點、復發（再犯）預防、認知行為療法分別整合現實治療、優勢觀點、認知行為療法、營養保健及情緒釋放療法。該模式有「課程四重點」，即是「確定方向、找出優點、找出做法、營養身心」。簡單來說分別是如下。

（一）確定方向：是針對犯罪者對強制諮商的低動機而先以問「向左走或向右走（各被關或自由）」詢問案主想向哪走，這是詢問現實治療選擇理論的選擇怎

樣的理想生活，並詢問怎樣做到。

(二) 找出優點：是針對犯罪者的普遍低自信而發展的，以每人找到兩個優點後，對眼睛說自信，即對手機相機中的自己眼睛或兩人一組對方的眼睛說出「我有○○的優點我有自信」，五次一回合。計算眨眼加飄移數，每次練三、四回合。

(三) 找出做法：對自己的高危險的情況、想法、情緒、行為要能認出與轉換到合宜。這是認知行為療法

(四) 營養身心：診療時可詢問「最不舒服的兩件事，各幾成不舒服？怎麼說？」鼓勵做「情緒釋放療法 (emotional freedom technique, EFT)」

林明傑與陳慧女(2024)提出的「行為四關鍵診療模式」是可給更廣大的心理困擾者或精神障礙者的評估與治療模式。此模式主張任何行為都是由行為四關鍵而起，各占重要性約四分之一，不該偏廢而應包羅在治療之中才能使療效更佳，分述如下。主張行為是悶來的、學來的、想來的、神經營養不足或生理異常來的。從圖1行為四關鍵診療模式完整圖，下半為整合矯正諮商模式。

(一) 悶來的：認為不適應行為多有過去的不舒服經驗。這是來自精神分析學說、依附理論、與童年逆境學說。幼年不舒服經驗、校園中被霸凌、曾被性侵等都會造成心理強大壓力導致日後行為不穩。這可用對眼說自信、EFT快速改善。

(二) 學來的：認為行為多是學來的，包含古典制約、操作制約、社會學習而來的。也就是分別是學到某行為因有外在獎勵下而可做、因做過而自覺有好處而續作、看過別人行為結果而做或不做。輔導中需告知多做適應社會的行為而鼓勵獎勵，有不適應社會的行為而忽略或面臨負面結果如逮捕、入獄。

(三) 想來的：認為行為多有認知的基礎。認為行為前後的想是否支持而成為是否啟動或持續該行為。

(四) 神經營養不足或生理異常來的：從1950年起漸確認所有精神異常都是神經的特定營養不足所致。而表觀遺傳學研究也確認基因在吸收營養上會受到內外環境的影響而導致功能異常。因此補充特定營養與藥品將可使功能回復。2000年後確認所有身心慢性病都由慢性發炎而起，更確認補充抗發炎食物、營養或藥品都可改善發炎而改善慢性病。從中研院的過動症研究中確認補充維生素B、鈣鎂鋅、魚油可改善過動症

林明傑等人(2015)發現軍事監獄性侵害者對於課程後的課程項目重要性前三重要者各為「法律知識」、「行為四因素」、「向左走向右走」，應該以上可以提醒法律規定、認出高危險再犯的情況、想法、情緒、行為、可以具象化自己未來要走的方向。

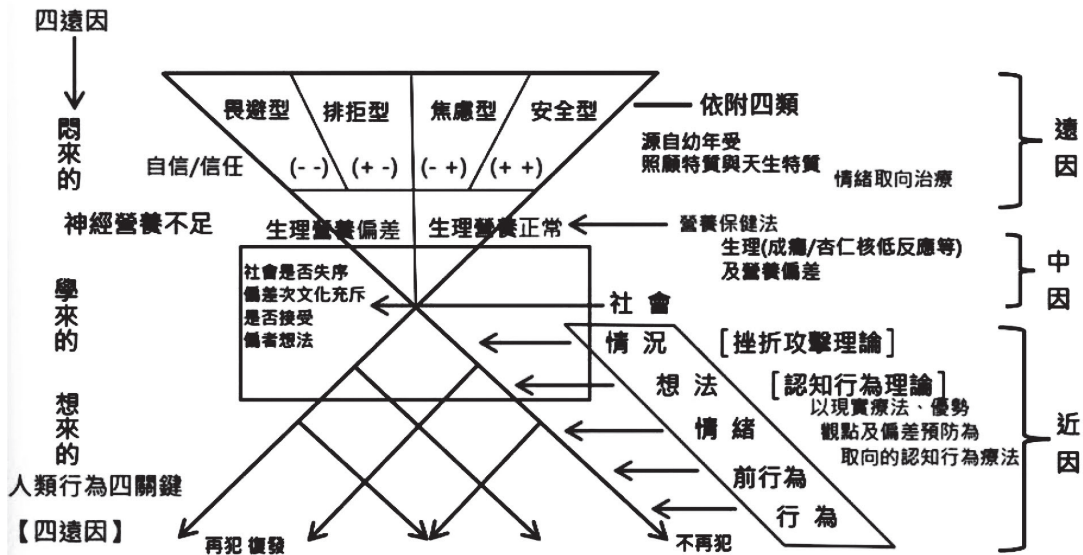


圖 1 行為四關鍵診療模式完整圖，下半為整合矯正諮商模式

資料來源：林明傑與陳慧女（2024）。

五、中央考核縣市執行性侵者治療之指標

據衛生福利部（2024）的2014年地方衛生機關業務考評作業手冊，各縣市性侵者治療業務考評的項目有三項。即如下：

（一）性侵害加害人未依規定執行社區處遇函請個案陳述意見之比率（3分）。

（二）期滿出監中高以上再犯危險及停止強制治療出所之性侵害加害人2週內執行社區處遇之比率（3分）。

（三）家庭暴力與性侵害加害人處遇執行人員專業督導涵蓋率（3分）。

可看出性侵者的縣市考評在前兩項是指行政層面，而第三項是屬於治療專業的

督導層面。對於縣市衛生局執行性侵者治療而使再犯率降低的效率並未著墨，但這是此項業務最核心的關鍵確實20餘年來未能觸及，須速改善才是。

一般而言，行政績效指標可區分為「投入型、過程型、產出型、成果型、影響型、輔助型等六型（莊文忠，2008）。其中以成果型指標最能凸顯機關施政的執行效益，但目前政府機關較多選定屬於「過程型」指標，之所以會造成如此狀況有多重因素，如各機關因各自業務的特殊性與專業性，施政目標多元且分歧，但仍應漸改成果型。

六、小結

綜合以上文獻有以下小結。

(一) 各縣市執行性侵害者治療之效能實該探索其考評標準並設立之，而所有在治療有無效果的研究都以治療後的再犯率來計算。但再犯率的計算需考量特定的追蹤年限如一、三、五、七年等，適合由學術單位研究，而不太適合每年追蹤的行政評比。

(二) 性侵害者治療後再犯多少的執行效率牽涉到治療理論、治療課程內容、治療師年資、有無觀護、警察監督等因素有必要酌予考慮或者該考量發展怎樣的計算考評方式較合宜。目前治療理論仍以認知行為療法最有療效。

參、研究方法

一、設定檢驗各縣市執行效能之公式及期間

如前文獻分析所述，中央對於各縣市性侵害者治療方案執行效能，如再犯比率等，尚未進行考評，需要找出一套公平且能每年評比的指標。

因此，所考評治療效能的指標須符合與再犯數有關聯且能每年評比的一套指標。於是筆者設想出以下：

年度再犯數比率 = 各縣市每年的再犯數 除以 各縣市每年需報到接受治療的性侵害者人數

其中：

各縣市每年的再犯數是指「再被檢察官起訴的案件數」，如於113年算出112年之再被起訴數。注意此是指再犯的案件數，而非指再犯人數，如一性侵害者再犯三性侵害案，則計算3而非1。

各縣市每年需報到接受治療的性侵害者人數是指「依法需報到治療的每月性侵害者人數的一年平均數」如於113年算出112年全年每月需報到接受治療人數的平均數。

一年四個月與四年之期間計算再犯是指再被通報，而非再被起訴。但如文獻中指出應以再被起訴為標準，若以再被通報則可能有約八成未能被檢察官起訴。

二、發文給中央協助轉文給各縣市協助提供

作者請中央衛生福利部協助找出四年與二年之各縣市之再犯件數。並發文衛生福利部請函各縣市協助提供治療師之年資及團體處遇與個別處遇的比例。

肆、研究結果

一、三段期間再犯數比率統計表

由表4、表5、表6可知，沈勝昂等人（2015）在2011~2015年之研究，以及本研究在2019~2022年（四年）所蒐集資

料、2021年6月至2022年9月（一年四月）重大性侵害再犯案例等三個時段的不同再犯數比率研究。

以追蹤一年四月期間發現最高依序是彰化縣、桃園市、花蓮縣、臺中市、高雄市。而一般縣市中再犯數比率最低的是嘉義縣、新竹市、金門縣、連江縣、新竹縣、基隆市。直轄市中最低的是臺南市、新北市。

以追蹤四年期間發現最高依序是澎湖縣、屏東縣、彰化縣、臺中市、臺南市。而一般縣市中再犯數比率最低的是嘉義縣、基隆市、花蓮縣、新竹縣、南投縣。直轄市中最低的是新北市。

可看出兩個觀察期間再犯數比率前五且重複的是彰化縣與臺中市。花蓮縣從四年的最少五縣市到一年四個月的最高五縣市，可能來自留不住資深治療師。新竹市則進步很快到最少五縣市之一，經訪談後告知原輔導治療的報到只需簽名團體簽到冊，後來增加簽名於個人簽到冊，使性侵害者可知道自己報到幾次而可清楚把握案主改善進程，也促進參加動機。嘉義縣則在兩個研究時段都是零，是全國最低。

二、再犯數比例與治療師年資之相關研究

由表4可知，治療師年資與再犯數比率之關係上發現全國包含外島，平均年資與再犯數比率之相關係數為 $r = -.14$ (p

$< .00$)，達顯著負相關，顯示治療師平均年資越低，性侵害者之再犯數比率越高；當全國排除外島後，平均年資與再犯數比率之相關係數為 $r = -.44$ ($p < .00$)，達更高的顯著負相關，顯示治療師平均年資越低，性侵害者之再犯數比率越高，可知治療師年資低是再犯數比率拉高的關鍵之一。

三、再犯數比例與個別治療比例之相關研究

治療形式與再犯數比率之關係上，當以個別治療占個別及團體總和之比率與再犯數比率做相關性統計，發現追蹤2021年6月～2022年9月間之資料則呈現顯著負相關 ($r = -.007$, $p < .05^*$)。但以個別治療超過二成五的四縣市來做相關分析，則發現追蹤2021年6月～2022年9月間之資料呈現達顯著之負相關 ($r = -.089$, 雙 $p < .05^*$)，而2019～2022年間之資料則呈現達顯著之正相關 ($r = .491$, 雙尾 $p < .05$ 達顯著)，顯示個別治療在追蹤一年四個月之資料達顯著負相關，但在追蹤四年之資料達顯著正相關，顯示在個別治療超過二成五的四縣市，再犯數比率在追蹤四年則發現反而會顯著拉高，所以個別治療的實施須更為謹慎，不是增加個別治療就絕對降低再犯數比率。部分治療師可能會以建議個別治療來增加收入，衛生局當仍該以專業與財政為考量來決議是否同意，這常是實際衡平的現實考慮。

表 4 各縣市性侵害者治療師之人力與支付及再犯數比率對照表

治療師 平均 年資	兩個期間之比較					處遇模式		
	2019年至2022年之再犯數比率					處遇方式 (團體：個別)	團體治療 費用 ⁵	個別治療 費用 ⁶
	2021年6月至 2022年9月之 再犯數比率 ¹ (A)	觀護期間 再犯 ² (B)	治療處遇 期間再犯 ³ (C)	登記報到 期間再犯 ⁴ (D)				
臺北市 13	0.95	0.163	0.996	0.912	89:11	2000	2000	
新北市 10	0.84	0.200	0.525	0.873	98:2	2400	2000	
桃園市 12	2.51 第二高	0.25	0.97	0.773	90:10	2000	1800	
臺中市 10	2.01 第四高	0.695	1.34 第四高	0.776	91.4:8.5	1600	1200	
臺南市 10	0.74	1.03	1.34 第五高	0.449	88:12	1600	1200	
高雄市 12	1.98 第五高	0 橋頭 1.515	1.25	0.706	77:23	2000	1600	
平均	10.3	44.15	0.668	0.895	$\frac{0.768+0.8}{95}=1.66$	平均	10.3	44.15
新竹縣 11	0.47	0	0.467	0.697	97:3	1600	1600	
苗栗縣 7	0.96	未統計	0.496	0.552	92:8	1800	1400	
彰化縣 5.18	3.27 第一高	0	1.634 第三高	1.117	77:23	3000	2000	
南投縣 7	1.13	0	0.476	1.002	94:6	2000	1600	

雲林縣	14	1.38	0.223	0.463	0.519	10:90	1600	1200
嘉義縣	18.5	0	1.923	0	0.478	85:15	1600	1200
屏東縣	7	0.98	未統計	1.924 第二高	0.79	49:51	1500	1350
宜蘭縣	9	0.82	0.294	1.299	0.339	95:5	1800/1000	1600
花蓮縣	8.1	2.14 第三高	0.195	0.269	0.770	60:40	2000	1600
臺東縣	13	1.01	0	0.736	1.440	80:20	1600	1200
澎湖縣	10	0	3.571	3.333 第一高	1.000	100:0	1600	1600
金門縣	8.75	0	0	0	0	70:30	2000	800
連江縣	2	0	未統計	0	0	0:100	0	2000
基隆市	12.8	0.67	1.28	0.195	0.400	99:1	2000	1600
新竹市	12.5	0	0	0.76	0.529	86:14	1600	1600
嘉義市	14	1.19	1.923	0.764	0.490	74:26	2000	1600
平均	10.3	0.98	0.60	0.85	0.662	81:19		

註1：計算方式為再犯數比率為性侵害再犯人數除以每10萬人之人口數之比率【原文「再犯數比率A〔除以_人口數〕十萬分之一〕】。

註2：計算方式為2019~2022年觀護下再犯（是否指再被通報或再被起訴）。

註3：計算方式為2019~2022年每年治療下再犯數的平均。

註4：計算方式為近四年警察報到期間再犯。

註5：計算方式為期間之平均每年再犯人數／社區應報到處遇每年平均數

註6及註7：治療費費用之計算單位為每小時所支付之費用，幣值為新臺幣。

資料來源：沈勝昂等人（2015）、許福生等人（2023）。

表 5 三段期間再犯數比率較高縣市之分析表

再犯數比率最高縣市	2011年至2015年 ¹	2019年至2022年 ²	2021年6月至2022年9月 ³
第1名	澎湖縣 24.4% (2/8.2)	澎湖縣 3.33% (0/26、2/15、0/23、 0/17)	彰化縣 3.27% (5/152.8)
第2名	新竹市 11.5% (5/43.3)	屏東縣 1.92% (6/303、3/294、 11/376、6/339)	桃園市 2.51% (9/359.0)
第3名	苗栗縣 8.5% (6/70.2)	彰化縣 1.63% (2/115、1/121、 3/124、2/129)	花蓮縣 2.14% (5/233.1)
第4名	南投縣 7.1% (7/99)	台中市 1.34% (9/643、6/711、 9/674、12/674)	台中市 2.01% (17/844.3)
第5名	基隆市 6.1% (8/133.3)	台南市 1.34% (9/643、6/711、 9/674、12/674)	高雄市 1.98% (8/404.6)
平均 (不含金馬)	4.5%	0.95%	0.98%

註1：數據來源為沈勝昂等人（2015），不同類型性侵害加害人接受社區處遇後之再犯率與成效評估，計算方式為「2011~2015年接受治療者中往前追蹤12年之再犯數」。

註2：數據來源為許福生等人（2023），由各縣市衛生局所提供，計算方式為以「當年度再犯數/接受治療數」，再計算2019~2022年之平均值，因與傳統再犯率之算法需有追蹤期不同，故此稱之為「再犯數比率」。

註3：數據來源為許福生等人（2023），以「期間再犯數/2019~2022年間接受治療人數之年平均值*1.25」計算，會乘以1.25是因為「2021年6月~2022年9月」期間為一年三個月故乘以1.25年。

資料來源：沈勝昂等人（2015）、許福生等人（2023）。

表 6 三段期間再犯數比率較低縣市之分析表

再犯數比率最低縣市	2011年至2015年 ¹	2019年至2022年 ²	2021年6月至2022年9月 ³
第1名	金門縣、連江縣、高雄 市、臺南市、彰化縣 0%	嘉義縣 0% (0/197、0/200、 0/198、0/183)	嘉義縣、新竹市、澎湖 縣、金門縣、連江縣 0%

第2名	花蓮縣 0.7% (1/133.4)	基隆市 0.195% (1/268、1/246、 0/233、0/213)	基隆市 0.195% (1/268、1/246、0/233、 0/213)
第3名	雲林縣 1.4% (5/43.3)	花蓮縣 0.269% (1/188、1/246、 0/233、0/213)	基隆市 0.67% (2/300)
第4名	嘉義縣 1.5% (2/135.2)	新竹縣 0.467% (1/227、0/169、 2/140、0/152)	宜蘭縣0.82% (2/243.1)
第5名	宜蘭縣0.82% (2/243.1)	南投縣 0.436% (2/239、1/212、 0/228、1/168)	新北市 0.84% (14/1675.9)
平均(不含金馬)	4.5%	1.1%	1.1%

註1、2、3均同表5。

資料來源：沈勝昂等人（2015）、許福生等人（2023）。

四、嘉義縣為何能維持再犯率零

經省思有以下兩點：

（一）治療之實務

嘉義縣性侵者的社區輔導治療仍是區分第一階段與第二階段輔導治療。第一階段是三個月六次的團體教育與評估。之後是第二階段的開放式團體。實務運作上，嘉義縣的治療師有全國平均最高年資18年。表示每位都相當資深，而且在每月招開的性侵害評估小組會議報告新案的評估後要決定分案給誰時，達三十年最資深的林明傑教授會主動將困難個案接走。在治療之每半年報告若有治療變得困難的個案，也會推薦由林教授接手治療。精神不

穩定個案或需由精神科治療則都委由大林慈濟醫院蔡宗晃醫師或嘉義基督教醫院侯育銘醫師診療。故嘉義縣保持四年零再犯確實可以學習。

（二）監督之實務

嘉義縣在性侵害加害人的社區監督上，林明傑於2014年設計出「警察對性侵害加害人社區監督檢索表」（如附表），設計出讓警察人員根據性侵害者之類型而提示管區警察需緊盯性侵害者哪些事項，如有無工作、有無固定回家、親密伴侶現況、性需求之解決方式及頻率、喝酒狀況、藥癮狀況、休假活動、網路交友、有無常換住所等。每半年的治療師報告時需由管

區警員交回此單，並一同報告之。此使治療師及與會專家都能知悉性侵害者在社區的生活實況是否更為改善還是惡化均能快速把握並與治療師所掌握之資料做比對，確實也值得學習。

伍、結論與建議

一、結論

(一) 「年度再犯數比率」確實比「需追蹤幾年之再犯率」容易操作且每年可評。

(二) 經探索年度再犯數比率之可能因素，治療師的年資是很重要的因素之一，兩者達顯著正相關。而若個別治療占治療比率超過25%之縣市，個別治療比率越高再犯數比率越高，可見個別治療不是萬靈丹。

二、建議

(一) 各縣市性侵害者治療之執行效率有必要建立「年度再犯數比率」以考評並排序，並中央每年辦交流會議，供治療師與處遇協調社工交流治療專業與行政事宜，才可能逐年互相學習而進步以使各縣市都能降低再犯數。

(二) 建議縣市治療性侵害者的個別治療比率不應超過三成，且須採個別治療的案主應限制於精神病、智障者、聽語障等。對於治療師建議治療費較高的個別治

療之個案，應有所篩選，不該予取予求。建議刑期三年以上、性侵兩人或以上者、性侵男童者、酒藥癮者均由三或四年以上資深治療師治療之。

(三) 各性侵害者治療師之課程設計須包含認知行為治療的必要之部分且衛生局處協調社工應規範治療師需有講義或課程單張。據私下了解全臺有使用單張講義的治療師約只占四或五成。各單位要委託治療師需檢視其治療課程與學習單。

(四) 對治療中的性侵害者警察單位需填出「警察對性侵害加害人社區監督檢索表」，中央已經於2023年頒布實施，仍有縣市仍未實施。此使治療師及與會專家都能知悉性侵害者在社區的生活實況是否更為改善還是惡化均能快速把握並與治療師所掌握之資料做比對，確實也值得學習。

(五) 處遇協調社工可每三月電問案主「課程有無幫助？印象中那些課程有幫助？怎麼說？」實務建議如下：

對加害人的電話訪視或叮囑參加處遇。可用以下四句：(1) 某先生女士好，我是衛生局的社工，是要來關心你去上課的情形及你有沒有需要是我們可以幫忙的；(2) (若沒來上課，就問有沒有收到衛生局發要上課的通知公文？接到上課公文不舒服很正常，我們的輔導老師都會理解也會教導怎樣一關關過) 若有來，則每兩三個月電問：

「請問老師上課的東西，有沒有哪些對你有幫助？怎麼說？」則可聽出治療師上課的內容及案主的反應；（3）老師有沒有要您避開什麼情況還是想法可讓你避開再被判刑？（4）還有哪些需要是我們可以幫忙的？

※本研究整理自許福生、林明傑、黃健、葉碧翠、林書慶（2022）。《111年重大性侵害事件加害人再犯案例檢視計畫》（計畫編號：M1103394）。衛生福利部委託研究案。作者群感謝參與本研究之各縣市警察局、衛生局、社會局與各地方檢

察署及各監獄人員與參與諮詢之治療師能不辭辛勞幫忙完成本研究，也感謝匿名之審查者。回應請寄crmmcl@ccu.edu.tw。

（本文作者：林明傑為國立中正大學犯罪防治學系教授；林書慶為中央警察大學刑事警察學系助理教授；葉碧翠為中央警察大學犯罪防治學系助理教授；黃健為輔仁大學臨床心理學系副教授；許福生為中央警察大學行政警察學系教授；葉信昌為國立中正大學犯罪防治學系碩士生）

關鍵詞：性侵害、性侵害犯罪加害人、強暴、再犯率

📖 參考文獻

- 李秉芳（2023年11月30日）。〈當性侵案走進司法訴訟〉。關鍵評論。<https://www.thenewslens.com/article/164256>
- 法務部（2024）。〈法務統計〉。<https://www.rjtd.moj.gov.tw/rjtdweb/>
- 沈勝昂、黃健、董道興（2015）。《不同類型性侵害加害人接受社區處遇後之再犯率與成效評估》（編號：MOHW104-MHAOH-M-114-112001）。衛生福利部。
- 林明傑、陳慧女（2024）。《精神病理社會工作：社會安全網與精神醫療體系的助人工作者的實務指引》。心理。
- 林明傑、方韻、王怡婷（2015）。〈軍監性侵害加害者對處遇課程各項目之重要性評比研究〉。《犯罪學期刊》，18（1），89-114。
- 林明傑、董子毅（2005）。〈台灣性罪犯靜態再犯危險評估量表（TSOSRAS）之建立及其外在效度之研究〉。《亞洲家庭暴力與性侵害期刊》，1（1），49-110。<https://doi.org/10.29804/AJDVSO.200512.0003>
- 莊文忠（2008）。〈績效衡量與指標設計：方法論上的討論〉。《公共行政學報》，29，61-

- 91。 [https://doi.org/10.30409/JPA.200812_\(29\).0003](https://doi.org/10.30409/JPA.200812_(29).0003)
- 許福生、林明傑、黃健、葉碧翠、林書慶（2023）。《111年度重大性侵害事件加害人再犯案例檢視》（計畫編號：M1103394）。衛生福利部。
- 陳鳳麗（2013年10月18日）。〈惡狼偷車騙幫追賊 載去山區欲性侵〉。自由時報。 <https://news.ltn.com.tw/news/society/paper/722893>
- 衛生福利部（2024）。《113年地方衛生機關業務考評作業手冊》。
- 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*. Safer Society Program.
- Gallagher, C. A., Wilson, D. B., Hirschfield, P., Coggeshall, M. B., & MacKenzie, D. L. (1999). Quantitative review of the effects of sex offender treatment on sexual offending. *Corrections Management Quarterly*, 3(4), 19-29.
- 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. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.63.5.802>
- Hanson, K., & Thornton, D. (1999). *Static 99: Improving actuarial risk assessments for sex offenders*. Department of the Solicitor General Canada. <http://www.sgc.gc.ca/epub/Corr/e199902/e199902.htm>
- Marlatt, G. A., & Gordon, J. R. (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. Guilford.
- Marques, J. K., Wiederanders, M., Day, D. M., Nelson, C., & van Ommeren, A. (2005). Effects of a relapse prevention program on sexual recidivism: Final results from California's sex offender treatment and evaluation project (SOTEP). *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 17(1), 79-107. <https://doi.org/10.1177/107906320501700108>
- McGrath, R. J., Cumming, G. F., Burchard, B. L., Zeoli, S., & Ellerby, L. (2010). *Current practices and emerging trends in sexual abuser management: The safer society 2009 North American survey*. Safer Society.
- National Institute of Justice. (2008, October 2) . *Recidivism*. <https://nij.ojp.gov/topics/corrections/recidivism>
- Schmucker, M., & Lösel, F. (2015). The effects of sexual offender treatment on recidivism: An international meta-analysis of sound quality evaluations. *Journal of Experimental Criminology*, 11(4), 597-630. <https://doi.org/10.1007/s11292-015-9241-z>

附表 警察對性侵害加害人社區監督檢索表

警察對性侵害加害人社區監督檢索表

縣市性侵害防治中心先填具之資料	個案姓名_____身字號_____住址_____電話_____
	保護管束期間：年 月 日起至 年 月 日 (<input type="checkbox"/> 假釋 <input type="checkbox"/> 緩刑) 觀護人_____
	輔導治療期間：年 月 日起三加一年內
	性侵害類型： <input type="checkbox"/> a.與未滿 16 歲者合意性交 <input type="checkbox"/> b.成人強制性侵(14 歲以上) <input type="checkbox"/> c.家外兒童性侵害(14 歲以下)
	<input type="checkbox"/> d.家內兒童性侵害(14 歲以下) <input type="checkbox"/> e.輪暴
性侵害之地點：(請填具如學校、家中)_____	
轉介者請求警局協助查核事項： <input type="checkbox"/>	

勤區查察員警：_____分局_____所 姓名_____電話_____ 查察日期：年 月 日

所問何人	<input type="checkbox"/> 問到本人	<input type="checkbox"/> 問到家人 姓名：_____
		關係：_____ 電話_____

A.再犯危險情況 [請依上之性侵害類型詢問並打勾] [註：經常或常，以一個月有二次及以上之頻率即屬之]

與未滿 16 歲者合意性交 經常上網找女性聊天 常至不良場所 與未滿 16 歲者交往且有親密行為 (告知交往須問到年齡)

成人強暴或強制猥褻(14 歲以上) 仍經常網路交友 無目的開車騎車 常看 A 片 近與成年婦女起不舒服

家外兒童性侵害(14 歲以下) 仍經常網路交友 常至前犯類似地點留連 找或目前在接近兒童之工作 常看 A 片

家內兒童性侵害(14 歲以下) 仍與子女同住而伴侶不在或生病 常看 A 片 心情不好 與伴侶不舒服

輪暴 仍與素行不良之朋友常接觸 常出入不當場所

補述：_____

B.詢問以下：口訣如下-工家友伴性酒藥娛住

1.有無工作	-問最近半年有沒有穩定工作？ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 退休 (什麼工作？_____) -每月收入約多少？_____
2.有無固定回家	-有無固定回家 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 回家約幾點_____點 -若沒回家時會去哪？_____有無交代去處 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
3.交友現況	-每月較常往來朋友為誰與品行為何、 有無正常工作？-
4.親密伴侶現況	-現有如下嗎 <input type="checkbox"/> 配偶、 <input type="checkbox"/> 同居伴侶、或 <input type="checkbox"/> 交女友/交往伴侶 -姓名_____ -聯絡電話_____
5.看 A 片	<input type="checkbox"/> 一周 <input type="checkbox"/> 一個月看_____次 所看影片有強迫偷窺誘騙的占幾成_____成 (若有，請告知不可看有此之影片，以免持續受負面影響)
6.性滿足之方式及頻率	<input type="checkbox"/> 一周 <input type="checkbox"/> 一個月性交_____次 各幾成伴侶_____成、約泡_____成、嫖妓_____成、手淫_____成 [若超過請告知：性滿足有上限。每周不超過五次，每日不超過兩次]
7.喝酒狀況	<input type="checkbox"/> 一周 <input type="checkbox"/> 一個月喝_____次 近一個月內有無喝酒 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 若有，喝何種_____酒/喝多少 _____罐 <input type="checkbox"/> 瓶 (告知上限男 30 女 20cc 純酒精 <input type="checkbox"/> 超過) 大多是 <input type="checkbox"/> 跟朋友喝 <input type="checkbox"/> 獨自喝
8.吸食毒品狀況	-近 60 天 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 吸食毒品 <input type="checkbox"/> 無法得知 -若有，吸食_____ [請填具]
9.消遣娛樂狀況	周末都做何消遣/娛樂_____ 約 <input type="checkbox"/> 一周 <input type="checkbox"/> 一個月_____次
10.常換住所	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 過去 6 個月換 2 次及以上住所 描述：_____
11.其他(任何有再犯危險之狀況)	請填具_____

C.警察評估摘要	觀察期間：_年_月至_年_月。
(1)可能增加再犯之原因	(依重要性填寫 2 項)
(2)可能減少再犯之原因	(依重要性填寫 2 項)
(3)不良嗜好評估	很好 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 很差 [0-9 請擇一圓選]
(4)接近潛在被害人	很不可能 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 很可能 [0-9 請擇一圓選]
(5)再犯之危險性評估	將不再犯 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 將再犯 [0-9 請擇一圓選] 描述：_____

為一起幫助你改善，請提供可確認所講為真之親友姓名：_____ 關係
_____ 電話_____ 願意提供 不願意提供 若以上所講與治療師定期會報不同，會被檢討未來言行的真實性與再犯的危險性。資料來源：林明傑教授提供。