

家庭暴力案件 醫療服務之革新研究

林明傑·方韻·王怡婷·劉俊良

摘要

本研究主要是探討臺灣目前家庭暴力防治網絡中，家暴被害者在醫療單位運作的情形，以及家暴加害人的醫療處遇、鑑定評估、及專業人員訓練是否足夠等問題進行分析與探討，主要分為兩部分，第一部分為家暴受害者之醫療需求研究，第二部分為家暴加害者之醫療需求研究。採用質性研究的方法，針對 28 位來自臺中市、嘉義市兩地家暴防治網絡中的社政與衛政人員，以開放式問卷及焦點團體訪談之方式，進行資料蒐集與分析。

最後根據研究結果提出分析現行衛生單位的執行實況，並針對受害者之醫療服務與加害人之醫療輔導兩方面，提出改善家暴防治的效果之策略，亦建議未來研究能擴張至國內其他縣市，以瞭解全國面貌。

關鍵字：家庭暴力、醫療服務

Abstract

This study determined the medical service of domestic violence cases in the current network of domestic violence in Taiwan, such as medical treatment of domestic violence offenders, appraisal assessment and training of professional. It has two parts, the first part is about the victims of domestic violence, and the second is about the offenders of domestic violence.

Data from this study were from a convenience sample of 28 (open questionnaire) and 7 (foucs group) professionals by methods of qualitative. The results provide for analysis of the

medical service's current situation, these findings also give some suggestions to improve the medical system and future research.

Keywords: domestic violence, medical service

壹、前言

近年來，我國家庭暴力問題逐漸受到國人所重視，如何面對家暴案件，除了法院及檢警機關之外，便是第一線與家暴案件有直接關連的醫療服務系統。

在刑事司法體系裡，醫療服務肩負著對加害者與受害者診斷與轉介的前線工作。對受害者的治療、通報等即時的危機處理，以及對加害者的評估、鑑定與後續輔導等；對於能否讓個案成功進入家暴防治網，皆有重大的影響。因此，我們將深入分析醫療體系在家暴案件中的所扮演地位、角色與功能，以及針對現行醫療服務運作之缺失，加以檢討，並提出相關之改進建議。

一、研究源起

本研究分兩部分，茲述如下：

第一部分：家暴受害者之醫療需求

家暴防治網絡若真如法令推行般如此完善，那為何社會上尚有如此多的家暴個案，無法得到適當的處理與救助？故筆者認為有必要針對作為社會第一線的醫療單位，作更深入的了解與探討。

第二部分：家暴加害者之醫療需求

目前加害人的處遇治療包括了戒癮治療、精神治療、心理輔導及認知教育輔導，其目的在於運用一些治療與教育輔導的模式來解決家庭暴力加害人的暴力行為，期望有效的暴力改變方案能達到減少家庭暴力的目標，目前國內對於家庭暴力加害人之研究多專注於加害人之特徵與危險評估，較少著墨於加害人之治療追蹤，因此，有必要瞭解臺灣目前國內家暴加害人處遇計畫執行單位之醫療服務人員其所遭遇的困難，以提升家庭暴力加害人治療業務的品質與效率。

二、研究目的

第一部分：家暴受害者之醫療需求

(一)探討家暴受害者在醫療體制中的需求，並評估其成效。

(二)針對家暴受害者的需求與醫療系統的現況，提出更有效防治家庭暴力的整合性相關建議。

第二部分：家暴加害者之醫療需求

(一)探討家暴加害者在醫療體制中的需求，並評估其成效。

(二)針對家暴加害人的需求與醫療系統的現況，提出更有效防治家庭暴力的整合性相關建議。

三、研究問題

(一)在醫療團隊裡，通報責任的運作到底是如何分工？權責單位是否明確？

(二)面對家暴案件的特殊情況，醫護人員如何作出危機處理？其專業訓練是否足夠？

(三)醫療系統所提供社會資源是否足夠？

(四)在醫療輔導部分，加害人之鑑定、評估、處遇與法官方面應如何配合？專業人員之訓練是否足夠？

(五)整個醫療團隊中，各單位是否皆能各司其職，單位間合作是否有其他漏洞？

貳、文獻探討

一、家暴受害者之近年研究

(一)家暴受害者之外在症狀與特質（張尚文，1996）

1.傷口多處大小不一、新舊併陳的皮肉傷。

2.受傷的種類眾多。

3.詢問病史時，常刻意隱藏受傷真相，態度較為退縮。

(二)家暴案件未通報之原因

1.一般社會對於家庭暴力的迷思

一般社會大眾多半認為家庭暴力只是別人的家務事，只有少數的妻子受到虐待；或認為女性只是男性的附屬品，男性

在家庭中擁有比較高的權利是正常的社會規範，且家庭暴力對婦女不一定有立即的危險，所以受到虐待的婦女並不會立即離開受暴的環境（王麗容，1995）。

2.受虐婦女症候群(Battered Women Syndrome) (Walker, 1988)

對受暴者停留在暴力情境內，作出一個合理化的解釋，即認為受暴婦女在長期遭到受虐的情況下，會產生「習得的無助感(learned helplessness)」，認為自己是家暴加害者的共生者(co-dependence)，不願逃脫暴力環境。

(三)家暴受害者求助醫療單位之需求

研究指出，受虐者到醫院求助的需求以索取驗傷單為最高(83.9%)，其次為治療傷口(48.4%)；其他之需求還包括情緒支持(22.6%)、醫療諮詢(21.2%)與醫療補助(9.7%)（周月清，1997）。

(四)小結

從學者的研究可發現，家暴受害者願意主動尋求協助，除加害者與受害者本身或家庭以外，其中兩個主要原因是受到他人介入與尋求情緒上的支持。另外從上面研究中可以發現，大部分的受虐者對於醫療單位之需求最主要以索取驗傷單為主，在現行的法律運作下，受虐者必須先取得驗傷單後，才能進行進一步的相關程序，包括聲請保護令等。雖然在實務上，大多數的受害者並不一定會進行聲請保護令的程序，但驗傷單對受害者而言是一種另類的護身符，假若家暴防治體系所給予的資

源不足，皆可能會讓每位受害者無法得到足夠的協助及關懷，而選擇繼續忍受，容忍再一次的受暴。故在家暴防治網絡中，各單位應盡力提供可用之社會資源以及足夠的保護處置，協助受害者走出受暴陰影。

二、家暴案件中服務受害者之醫療制度

(一) 衛生單位在家暴案件中的功能

1. 醫療體系在家暴案件中所扮演的角色與功能（黃志中，2007）：

- (1) 驗傷、療傷。
- (2) 詳細的病歷記載。
- (3) 開立驗傷診斷證明書。
- (4) 提供情緒支持。
- (5) 轉介婦女保護團體資源網絡。
- (6) 心理治療。

2. 衛生單位介入家庭暴力的困境：（周月清，1999）

- (1) 醫生不願上法庭，怕額外之負擔。
- (2) 缺乏轉介資源的資訊。
- (3) 求助者自己不願提出告訴。
- (4) 缺乏在職訓練。
- (5) 缺乏學校養成訓練。
- (6) 缺乏相關經費。

(二) 小結

我國醫療系統對介入家暴防治工作的困境，以醫生對於法庭的排斥為最主要因素，所佔比率高達百分之五十，對於此項特點，是由於醫生對於法律的不了解而產生排斥，亦或是另有其他原因，在現行的醫療體系中，成為一值得探討之重點；另外，在養成訓練跟在職訓練方面的缺乏，也可看出專業知識仍有待加強。

(三) 家暴案件通報統計

以下是從家庭暴力防治網所得的統計資料，顯示了各通報單位的通報比例。

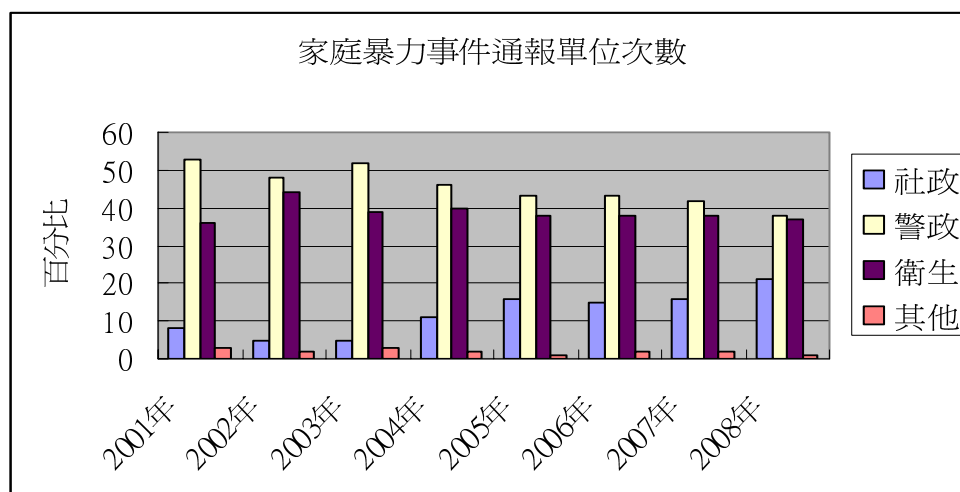


圖 1：家庭暴力案件通報單位統計表

由上之圖 1 可見，從 2001 年至 2008 年間，除警政單位外，衛生單位以及診所、醫院等，一直都是家暴案件通報的第二大來源，故有必要針對這些前線單位的制度和效能，作更深入的了解與探討。

三、服務家暴被害人之醫療待革新事項

(一) 醫療單位之通報率占近四成，但未能做危險評估表

根據內政部統計處之統計，97 年家庭暴力通報案件計 7 萬 9,874 件，較 96 年約 7 萬件增加 10.0%，持續呈現逐年增加趨勢；若按通報來源別統計，以醫院通報次數占 36.9% 最多，警政單位占 36.7% 次之，來自 113 全國婦幼保護專線者占 16.8% 居第三。

內政部家防會在 2005 年於嘉義縣市、基隆市、宜蘭縣等四個縣市試辦「家庭暴力危險評估方案」，藉由危險評估與危險分級管理之方式，加強防治網絡的運作，防止婚姻暴力之再發生（林明傑，鄭瑞隆，蔡宗晃，張秀鴛，李文輝，2006）。

(二) 醫療單位內通報之權責單位過忙（權責單位互踢皮球）

在婚姻暴力防治網絡中，專業的護理角色應如何定位，其功能是否能符合受虐婦女照護上的需求，在目前醫療團隊運作模式中，醫師所扮演的是「開立醫囑」的角色，而護士則是扮演「遵照醫囑」的角色（陳予修，黃志中，2009）。

(三) 危機因應反應能力不足

加害人與被害人同時出現之危機因應訓練以及被害人不願通報之反應能力不足家暴案件的發現過程，一般都是由於個案有明顯外傷而求醫，個案並不會主動說出遭受暴力傷害（陳予修，黃志中，2009），如吳靜瑜等撰寫的「一位家庭暴力婦女於急診照護之護理經驗」所提「先生陪同入急診室且表示個案準備晚餐時，不小心菜刀滑落劃傷大腿」，個案也向女兒表示「是自己不小心砍到的，不是爸爸」（吳靜瑜，師慧娟，董道興等，2005）。

(四) 小結

家庭暴力通報案件除了逐年增加外，在通報來源主要以醫療體系佔最大宗，但就目前各醫院施用危險評估量表情況，並不普及。而家庭暴力危險評估試辦方案，目前全台僅剩嘉義縣市持續試辦，未能全面推廣，使得危險分級效果有限。在家暴防治網絡中，醫療體系為第一線人員又占通報來源之最大宗，但在缺少政府政策強力推行下，危險評估未能落實，等於是防治網絡中的一大漏洞。

另外在學者研究中所提到的個案，是由先生陪同進入急診室，個案在進入急診室時，向醫師表示是自己不小心受傷。由此可推知，個案可能因為害怕、恐懼而不敢告知醫護人員事實，此時就有賴醫護人員的細心觀察以及平時相關之專業訓練才有辦法真正協助到個案。由於職權上的受限，護理人員甚少去主動察覺病患的需

求，大多採取遵照醫囑的方式，有交代才有執行，往往使得家暴被害人在進入醫療體系後，容易受到忽略。

參、研究方法

一、研究設計

本研究採用以質性研究法作為研究的方法論，根據本研究所欲研究之問題與目的，設計訪談大綱，進一步蒐集社政、衛政等從事家庭暴力防治之人員其個別看法，將所蒐集之質性資料進行編碼、主題及類別的歸納等，來了解這些資料的真實本質。

研究者進行訪談前，先依據開放式問卷回收之資料訊息，擬定與研究主題相關之訪談大綱，然後對受訪者進行訪談，並隨時以實際的狀況作出訪談內容的調整，以深度地了解受訪者的經驗、想法、意見和感受。

二、研究對象

本研究的研究對象為 28 位臺中市與嘉義市兩地家暴防治網絡中的社政與衛政人員，透過實務工作者自身經驗的分享，以更能了解社政單位在處理家庭暴力案件之現況以及其所遭遇之問題。

三、研究工具

(一) 研究者

本研究中，訪談者本身為大學副教授，致力於研究家庭暴力以及性侵害犯罪

已經十五年，除了從事教育工作外，另於實務上亦擔任家庭暴力加害人認知教育輔導團體帶領人十二年及家庭暴力案件簡易電話訪談評估約六年，具有專業之相關實務與研究經驗。

(二) 開放式問卷

本研究之開放式問卷(附錄 1)分「被害人醫療服務」與「加害人鑑定治療」兩方面。而前者分為驗傷、通報、輔導三部分，詢問各有哪些待改善之事項及改善之建議。後者分為鑑定與治療兩部分，詢問各有哪些待改善之事項及改善之建議。而前之待改善事項將根據第一作者所知之流程或服務中可能之困難再細分各細項。

(三) 訪談大綱

本研究之訪談大綱(見附錄 2)，主要包括：

- 1.基本資料。
- 2.被害人部分，包括驗傷、通報與輔導等方面。
- 3.加害人部分，包括鑑定、危險性、處遇及專業人員之訓練等方面。

四、資料分析

研究者進行訪談前，先依據開放式問卷回收之資料訊息，擬定與研究主題相關之訪談大綱，再對受訪者完成深度訪談之後，便開始進入資料整理與分析的階段。研究者先將訪談錄音資料謄寫成逐字稿，並進行編碼、類別命名，將相近之概念連結，建立適合的次類別，最後找出中心主

題（如表 1）。

表 1：核心主題表（節錄）

主題	概念分類	關聯意義單元群聚
通報	通報主責者	嘉義 C3：嘉義市還是警政比較多，大概六、七成吧；而衛生單位是三成，現在就是衛政通報進來，沒有 DA 的話，我們會自己去分析。 臺中 E1：晚上是護士，白天的話會通知社工。
	不願通報	嘉義 C4：衛政都不用簽名，還是會通報。 嘉義 B3：表裡面的重點還是會問，填基本資料。 嘉義 A1：建議通報表可以使用欄位註記：被害人不願通報。 嘉義 B2：建議可以用勾選的方式。 臺中 E1：他們都一定還是要通報，有規定。、現行我們臺中市會自己寫上去”被害人不願通報家暴中心，但是因責任制度還是得通報”，他們會再加上這個。但是有表格會比較好，社工在接觸只要打個勾。
	加害者陪同	嘉義 A1：盡量把他調開，跟被害人單獨會談。 嘉義 B3：利用要做檢查理由或告知保全使加害人與被害人分離。 嘉義 B2：有時候他明明就是加害人，他會騙我們說他不是加害人，我們警覺性就要高一點。 臺中 E1：若加害者陪同的話，會將加害者調開，社工會有敏感度。醫院社工隔天會再打電話追蹤。
	危險辨識	嘉義 C4：對於危險個案無法辨識之問題，會通報社會處之後，還會再跟他們做聯繫，然後再聯繫警察局。 臺中 E1：因為沒有填 DA，就看外傷、情緒，當下的判斷。

五、資料可信性檢驗

本研究之可信性檢定藉由「三角檢定」，亦即使用不同的方法，從不同的個人或情境蒐集相關資訊。換句話說，就是使

用多種方法來蒐集資訊，而這種方式乃是為了減少因使用單一特殊方法，而產生的聯想或是系統化偏誤的可能性，並能提昇研究結論的推論性。本研究中，研究者採用「分析者的三角檢定」之方式進行檢驗。

本研究以一次之訪談逐字稿，由兩位編碼員相互分析，經比對兩位編碼員之回應，第一階段之分析重複比率為 80%，其餘未尚達共識之分析部分，經與研究者相互討論達到共識為原則。

肆、研究分析與討論

一、人口學分析

本研究之研究對象主要取樣自臺中市及嘉義市兩地之衛生局、醫院、社會處社工員、民間機構社工員等。填寫問卷者共 28 位，如表 2；而 7 位焦點團體訪談之受試者，則如表 3 所示。

表 2：問卷受試者名單

地區	職稱	數量
臺中市	衛生局人員	1 位
	醫院人員	6 位
	政府社工員	11 位
嘉義市	衛生局人員	1 位
	醫院人員	3 位
	政府社工員	5 位
	民間社工員	1 位

表 3：焦點訪談受試者背景對照表

地	編號	職稱
臺中市 (深度訪談法)	E1	臺中市社會處社工員 資歷： 1 年(綜合業務)/五年(前四年於兒童保護業務)
嘉義市 (共 6 人)	A1	衛生局技士
	B2	聖馬爾定醫院社工員
	B3	醫療社工員
	C1	市政府社工員
	C3	社會處社工員
	C4	社會處社工員

評鑑、提升社工於醫療體系之地位。

二、被害人之醫療服務

(一) 被害人驗傷部分

1. 繳費方面

若被害人的經濟狀況許可下，一般多以正常收費為主；若經濟上有特殊問題或需要特別協助者，則向中心申請補助或採用掛帳之方式。此外，在補助方面，仍為加強之重點，因為問卷分析結果顯示，在嘉義目前仍缺乏公費以及預算進行補助。另有受訪者表示部分行政人員仍會向被害人索取一千元驗傷費，或一再催繳；以及目前只有暑立臺中醫院才可掛帳，其他醫院尚未配合等問題呈現。

2. 日夜間診別

目前驗傷單大部分都由急診室開立為主；日夜間不同診別，日間為家醫科、夜間為急診亦有此情形產生；另亦有由外科開立之情形。此外，在驗傷方面，有部分受訪者表示應建立單一窗口。而在驗傷方面，容易遇到之問題則包括：個案不會在第一時間告知受暴、夜間診科皆無社工進報機制、被害人多對急診感到冷漠、曾有醫院因個案因素而拒絕驗傷。

3. 驗傷之主責者

目前驗傷部分之主責者多為社工人員，可能應是服務台或掛號先通知社工員，再轉適當診別；此外亦有日間與夜間由不同主責者負責之情形；而部分醫院則表示主責者為護理師、醫師等。針對此部分，受訪者提出相關之建議包括：衛生局與防治中心應加強聯繫，對各專責醫院作

(二) 被害人通報部分

1. 通報者為誰

通報者以醫療人員以及社工為多數。另有受訪者反應在通報方面之困境包括：夜間無社工陪同，被害人對家暴相關資料不了解、警政對於精神暴力不予受理、衛政之通報資料過於簡單，難以後續處理、應列入診所通報制度，因目前只有大醫院會通報，診所幾乎沒有。

2. 被害人不想通報之處理方式

透過醫療服務人員向被害者告知相關家暴法令之資訊，讓被害者了解自身之權益保護，為最主要的處理方式；若個案程度嚴重則仍會通報，並且會在通報時，註明不願通報。另外，通報社政單位做後續追蹤也是服務人員所可能採取之方式之一。此外，在通報方面可能面臨的問題：社工案件過多，致開案數不足。

3. 加害者在旁之處理問題

當被害者就醫而加害者旁同在旁時，以技巧性將加害人與被害人分隔，陪同並觀察，視情況協助報警，為主要處理方式。而透過社工評估其狀況再決定是否隔離亦為處理方法之一；此外，另有社工表示大多為受害者單獨求醫，因此未遇過類似情形。而針對加害者陪同在旁之處理問題，有受訪者建議，若懷疑其有精神疾病，應強制鑑定。

4. 辨識被害人危險程度之問題

有關被害人危險程度之辨識主要以 DA 量表、CTS 分級做判斷；亦有藉由醫

護人員依據外傷程度加以判斷。此外，有社工表示關於辨識被害人危險程度方面，由於與被害人並未建立信任關係，導致有所保留，難以辨識。

(三) 被害人輔導部分

被害人之醫療服務，關於輔導部分，又可分為主責單位、補助是否足夠、警衛及安全問題、專業度問題、以及開放受試者反應相關問題等五方面，分述如下：

1. 主責單位

在被害人輔導部分，主責單位主要是以社政單位及家暴中心為主，另外在嘉義方面，衛生局及醫療單位亦為輔導之主責單位之一；在臺中方面則另委由善牧基金會辦理。而關於被害人輔導方面，可能由於案件過多、人力不足，因此有分配不均，品質不佳的情形，造成沒有成效的結果。受訪者亦針對此方面提出建議，包括不應侷限於臨床診療，應拓展外展諮商服務、針對加害人類型，給予不同方案。

2. 補助是否足夠

在被害人輔導補助方面，大多仍可接受，但偶有經費補助不足之情況；另有受訪者表示依方案決定再增加預算。而受訪者表示，在補助方面的問題包括：撥款速度太慢，無法提供即時協助、經費不足以支持家暴案件專責人員的經驗累積及技術。關於建議方面，受訪者表示：需加強補助以支持照顧服務網絡化。

3. 警衛及安全問題

關於被害人安全輔導的問題，其實還是欠缺保障的；在嘉義市方面，有兩位社

工員表示在醫院中有警衛保護，所以安全方面較無問題。至於安全問題方面，受訪者建議社工與加害人接觸部分應有安全防護，以加強社工人身安。

4. 專業度問題

專業知識方面主要還是由社工員所提供；另可藉由專人辦理或是委由民間、醫療單位協助，可更加提升輔導之專業度。在提供專業度方面，有受訪者表示由於人員流動太快，專業訓練無法系統化和累積、單位之間的社工合作欠缺默契與經驗導致專業度不足之問題。因此受訪者建議可辦理相關專業訓練和選修課程、或以司法流程途徑協助被害人，以提升輔導方面之專業度。

三、加害人醫療輔導部分

(一) 加害人之鑑定法官轉介太少

根據受訪者表示，關於法官轉介太少方面的問題，應需與法官再多做溝通；在醫院通報方面多未做鑑定可能也會造成轉介太少知問題；為應依法條訂令，使轉介方面有法令依據。

(二) 加害人之鑑定評估

如果沒有鑑定評估的話，大多數以CTS、DA 量表辨識；也有通報人員自行評估者或者是參考移送之資料；關於加害人之鑑定評估，受訪者表示可以提倡鑑定外展服務、或者建立一套簡易評估量表供社工使用、加強警政對 DA 評估之專業及敏感度、增加社工人力，既使加害人沒有鑑

定評估，也可以辨識個案之危險性。

(三) 加害人之處遇

受訪者大多表示需與法官多作聯繫溝通，以達成雙方之共事；另外亦可依法條訂立相關法令，依法行政。加害人處遇部分所面臨的困境，根據受訪者表示處遇計劃需配合諮商師上班時間，而加害者經濟不佳，亦會降低申請意願。

(四) 專業人員之訓練

大部分家暴防治網絡之成員均表示，在加害人處遇專業人員訓練方面，呈現出以下之困境：訓練大多位於北部與南部，因處遇人員太忙，不易到其他地區參訓、專業訓練偏重授課，無法就實際運作的經驗作分享、處遇人員專業素質不足，且為少數團體壟斷、無督導機制。

(五) 加害人後追單位之處理

受訪者針對加害者未完成處遇之後追處理提出之建議認為：各單位之整位及合作不足，應加強各單位之聯繫和合作、加強社工人員後續處遇部分、視加害人之配合度，而決定是否申請延長保護令、若未完成處遇，以違反保護令處之、透過嚴罰峻刑，以加強嚇阻力。

伍、研究結論與建議

一、研究結論

(一) 被害者之醫療服務

1. 被害者之驗傷部分

(1) 被害者驗傷費用方面，目前尚無統一之收費標準：各縣市收費標準不一仍有改善之空間。

(2) 關於日夜間診別方面，目前由於各醫院實際運作之模式不同，而有不同之診別，有些醫院則是夜間無專責單位，待白天專責之人員上班，才能提供協助。

(3) 驗傷部分之主責者，由於醫院人力分配問題，各醫院之主責者不一，包括：社工員、護士、醫生等。由於醫院業務眾多也會出現人力不足之情況，難以指定主責者。

2. 被害者通報部分

(1) 在負責被害者之通報方面，醫院內包括：社工員、醫療人員、家暴中心等。

(2) 若被害者出現不想通報之情形，通報者仍會進行通報。

(3) 若被害者在就醫時，出現加害者陪同在旁之情況，則會技巧性的將加害人與被害人分隔，並視情況協助被害人報警，以確保被害人之人身安全。

(4) 關於被害人危險情況之辨識，可透過 DA 量表、CTS 量表分級之協助，了解被害人之危險情況。第一作者（林明傑、陳慈幸、黃志中，2008；林明傑、鄭瑞隆、蔡宗晃、張秀鴛、李文輝，2006）與國內若干學者如張錦麗與王珮玲等（張錦麗、王珮玲、姚淑文、王秋嵐，2007）之試辦與敦促，內政部於 2008 年底徵詢願意開辦「家庭暴力防治安全網計畫」（也就是危險分級方案）之縣市。到 2009 年底止，全國約有臺北市、臺中市、高雄市、基隆市、

宜蘭縣、桃園縣、臺中縣、雲林縣、嘉義縣、嘉義市、臺南市、高雄縣、與屏東縣等 13 個縣市開辦此一方案。而內政部也預計在 2011 年全國實施之。此實值得鼓勵。

3. 被害人輔導部分

(1) 被害人輔導之主責單位，可分為政府單位以及民間機構兩部分。政府單位包括：各縣市政府之社政單位、家暴中心、衛生局及醫療單位等；或是由政府委託民間機構，如：臺中之善牧基金會辦理被害人之輔導。

(2) 被害人輔導之補助方面，目前政府在針對被害人輔導之補助經費，尚無太大經費方面之問題。

(3) 在進行輔導時，社工員安全方面仍有欠缺保障之問題。若醫院設有警衛，則安全較無疑慮，若在無警衛在場中，則社工員本身安全較欠缺保障。

(4) 關於被害人輔導人員之專業度問題，可能由於人員流動快速、缺乏相關訓練等原因，較難建立輔導人員之專業知識。

(二) 加害者之醫療輔導

1. 應與法官再多做溝通以及修訂法令，提高法官對於加害人之轉介及強制處遇。

2. 若沒有加害人鑑定評估的話，則透過 CTS、DA 量表辨識加害人之危險性，或者由通報人員自行評估。

3. 在處遇之專業人員訓練部分，處遇人員之專業訓練仍顯不足。

4. 加害人若未完成處遇，後追單位的處理方面，可透過各單位之聯繫，使後追

處理更為完善。

二、研究建議

(一) 政策方面

1. 被害者之醫療服務

(1) 醫院驗傷費用尚未達統一標準，待能建立一透明公開之收費制度。此外，可依個案之實際情況，若經濟上有困難者，可提供補助或先掛帳之方式，避免個案因經濟方面之疑慮，而無法得到立即之醫療協助。

(2) 在醫院內，負責個案驗傷部分，因醫院之不同或日夜間之服務人員不同，而有不同之服務窗口。建議可設立一家庭暴力受害者驗傷之統一窗口及專責人員，使權責能更為明確，以提供個案最適當之服務。

(3) 在被害者通報方面，若面對不願通報之被害人，醫院方面建議在通報表上增列欄位「被害人表示不願通報」，以勾選顯示之，簡便通報之程序，且仍應進行通報。

(4) 對於被害人危險情況之辨識，建議各醫院可採用 DA 量表，在短時間內對被害人所面臨危險程度做出判斷，以利對被害人做進一步之協助。

(5) 社工員在進行輔導時，建議社工與加害人之接觸部分應有安全防護，除了醫院本身具有警衛之外，若無警衛在場，則可增加警察之巡邏密度，或設置警衛，避免社工員安全上之疑慮。

(6) 在被害人輔導方面，建議可辦理相關之專業訓練和選修課程，提升輔導人員

之專業程度。

2.加害者之醫療輔導

(1)在家暴加害人轉介部分，法官可能過於強調司法獨立，因法官之個人因素，而影響實際可改變之情形。因此，在法官轉介個案方面，應修改相關法令，避免法官之不同，而呈現不同之轉介結果。

(2)在加害人之鑑定評估方面，若加害人無鑑定評估，則建議應採用 DA、CTS 量表對加害人之危險程度進行評估，而不建議由通報人員自行評估，減少評估錯誤之產生。

(3)在加害人之處遇方面，處遇計畫須配合諮商師上班時間，可能產生加害者因工作或其他個人因素而無法配合進行處遇，因此建議增加夜間或假日時間，以利加害者處遇之進行。

(二)未來研究

本研究僅針對嘉義市、臺中市兩地進行研究，未能廣達一般縣市，如臺北、高雄等大都會；或是臺東、屏東等非大都會之地區，因此，可能無法突顯其他縣市之特別問題，此方面乃未來欲從事相關研究者之努力方向。

此外，對於異常個案之處理，本研究

亦未多著墨。針對此類議題仍有許多探討空間，本研究並未能全面納入，實屬較為遺憾之處。因此，期許未來從事相關研究者，亦可針對此方面加以探討，或許可得出更為獨特之見地，提供家庭暴力防治上更為全面之策略。

三、研究限制

(一)研究地區之限制

由於研究時間以及研究經費之關係，本研究僅針對嘉義市、臺中市兩地進行調查、訪談，故研究結果僅能反映出部分地區之情況，仍有再努力之空間。

(二)研究人員之限制

本研究之研究對象，僅針對有出席家庭暴力防治網絡會議者進行訪談，而未納入未出席家庭暴力防治網絡會議者之意見，故在研究對象方面，仍不夠全面。

(本文作者：林明傑現為國立中正大學犯罪防治學系副教授；方韻現為國立中正大學犯罪防治研究所研究生；王怡婷現為國立中正大學犯罪防治研究所研究生；劉俊良現為國立中正大學犯罪防治研究所博士生)

📖 參考文獻

- 內政部家庭暴力及性侵害防治委員會(2009)。第4屆委員第4次委員會議資料，頁65。
- 內政部家庭暴力及性侵害防治委員會(2007)。家庭暴力相對人鑑定及處遇計畫作業流程說明，頁1-3。
- 周焯智(2002)。性侵害加害人裁定前鑑定、家庭暴力對人審前鑑定與涉案精神病犯精神

- 鑑定之比較。刑事法雜誌，46。
- 林世棋、陳筱萍、孫鳳卿、周煌智(2007)。家庭暴力加害人處遇計畫執行現況，臺灣精神醫學，頁 208-217。
- 林明傑、陳慈幸、黃志中(2008)。家庭暴力防治法之困境及對策：由法律實證之立論建構一個理想新方案兼論美加紐澳之改革呼籲。法學新論，第 4 期，25-52 頁
- 林明傑、鄭瑞隆、蔡宗晃、張秀鴛、李文輝(2006)。家庭暴力案件危險分級管理試辦方案之檢驗，社區發展季刊，第 115 期，頁 290-307。
- 林明傑、沈勝昂(2004)。婚姻暴力加害人分類之研究，中華衛生心理學刊，第十七卷第二期，頁 67-92。
- 林明傑(2000)。美加婚姻暴力犯之治療方案與技術暨其危險評估之探討，社區發展季刊，90 期，頁 197-215。
- 林明傑、黃志中(2003)。他們怎麼了：家庭暴力加害人的評估與輔導。嘉義市：濤石文化。
- 林明傑、黃志中(2008)。家庭暴力加害人認知教育輔導模式之流程與課程以現實療法與再犯預防為取向之認知行為療法，全國家庭暴力加害人認知教育輔導處遇模式觀摩研討會，頁 177。
- 林明傑、沈勝昂(2003)。我國婚姻暴力加害人之危險評估－DA 量表在我國適用之研究。*犯罪學期刊*，6，177-216。
- 林慈玲(2001)。家庭暴力相對人鑑定之功能與流程。家庭暴力相對人鑑定及加害人處遇工作檢討會論文集。臺北：內政部家庭暴力防治委員會。
- 陳殿輝(2002)。家庭暴力犯罪法律規範及其實施現況檢討之研究，成功大學法律學研究所碩士論文，頁 123-124。
- 陳筱萍、周煌智、吳慈恩、黃志中(2004)。裁定前鑑定家庭暴力相對人特徵與施暴的心理社會歸因，中華輔導學報，16，頁 149-181。
- 黃志中、吳慈恩、陳筱萍、周煌智(2005)。家庭暴力加害人處遇之「無酒害教育團體」方案，社區發展季刊，109 期，頁 500-514。
- 黃志中(2003)。家庭暴力相對人裁定前鑑定之評估。內政部委託研究報告（編號：091-000000AU70-004）。臺北：內政部家庭暴力暨性侵害防治委員會。
- 黃志中(2002)。現實治療取向之家庭暴力加害人認知教育輔導團體，中華團體心理治療，第八卷第二期，頁 2-8。
- 張錦麗、王珮玲、姚淑文、王秋嵐(2007)。宜蘭家庭暴力防治安全網的推動與初步成果發表於 96 年度家庭暴力與性侵害學術研討會 2007/11/6 於高雄市長青綜合服務中心舉辦 臺灣家庭暴力暨性犯罪處遇協會主辦

臺中市政府(2008)。臺中市政府 98 年度推動家庭暴力事件危險評估計畫，1-6 頁。

Healey, K., Smith, C., & O'Sullivan, C. (1998). *Batterer intervention: Program approaches and criminal justice strategies*. Washington D. C.: National Institute of Justice. Online available:

<http://www.ncjrs.org/txtfiles/168638.txt> OR

<http://www.ncjrs.org/pdffiles/168638.pdf> (Adobe file. Open Adobe software first)

附錄 1 開放式問卷

本研究之目的為想了解在家庭暴力案件中被害人醫療與加害人鑑定治療方面之問題與您之建議，一切資料只做學術用途，並根據保密原則不予外洩。若您填寫並交回，表示您願意參與本研究。您也可選擇中途不參與，本問卷非強迫性，請依照您個人意願填寫及繳交。

家庭暴力案件中醫療服務之革新研究問卷

一、被害人部分

(一)在驗傷部分，有哪些待改善之事項、並討論改善之建議？

1.繳費

2.日夜間診別

3.督導者為誰

4.其他

5.其他

(二)在通報部分，有哪些待改善之事項、並討論改善之建議？

1.通報者為誰

2.若受害者不想通報，該如何處理？

3.若加害者陪同在旁，該如何處理？

4.辨識被害人之危險程度上之現況為何？有無需要改進之處？

5.其他

(三)在輔導部分，有哪些待改善之事項、並討論改善之建議？

如以下參考事項：

1.主責單位

2.補助是否足夠

3.有無警衛或安全與否

4.專業度

5.其他

6.其他

二、加害人部分

(一)在醫療輔導部分，有哪些待改善之事項、並討論改善之建議？

如以下參考事項：

1.在鑑定部分，法官轉介太少（約3~10%），該如何改善或因應？

2.在鑑定部分，若無鑑定評估，該如何辨識個案危險性？

3.在處遇部分，若法官裁定太少（約3~10%），該如何改善或因應？

4.在處遇部分之專業人員與訓練是否足夠？

5.加害人若未完成處遇，後續單位是否處理完善？（衛、警、檢、刑庭、民庭）

感謝您寶貴的意見

附錄 2 訪談大綱

被害人部分

- (一)在驗傷部分，有哪些待改善之事項、並討論改善之建議？
 - 1.繳費方面？困境為何？
 - 2.日夜間診別？困境為何？
 - 3.督導者為誰？有何建議？
 - 4.其他
- (二)在通報部分，有哪些待改善之事項、並討論改善之建議？
 - 1.通報者為誰？困境為何？
 - 2.若受害者不想通報，該如何處理？困境為何？
 - 3.若加害者陪同在旁，該如何處理？困境為何？
 - 4.辨識被害人之危險程度上之現況為何？有無需要改進之處？困境為何？
- (三)在輔導部分，有哪些待改善之事項、並討論改善之建議？
 - 1.主責單位？困境為何？有何建議？
 - 2.補助是否足夠？困境為何？有何建議？
 - 3.有無警衛或安全與否？困境為何？有何建議？
 - 4.專業度？困境為何？有何建議？
 - 5.其他

加害人部分

- (一)在醫療輔導部分，有哪些待改善之事項、並討論改善之建議？
 - 1.在鑑定部分，法官轉介太少（約 3~10%），該如何改善或因應？困境為何？有何建議？
 - 2.在鑑定部分，若無鑑定評估，該如何辨識個案危險性？有何建議？
 - 3.在處遇部分，若法官裁定太少（約 3~10%），該如何改善或因應？困境為何？有何建議？
 - 4.在處遇部分之專業人員與訓練是否足夠？困境為何？有何建議？
 - 5.加害人若未完成處遇，後續單位是否處理完善？（衛、警、檢、刑庭、民庭）有何建議？