

以加強聯繫運用。

（三） 法務部為符大法官釋字第 799 號解釋意旨，原收容受刑後強制治療之處分人已有 5 成餘移置刑後強制治療機構，惟機構床位數尚不足支應，允宜積極妥善規劃，以符合憲法強制治療與刑罰執行場所應明顯區隔之要求。

依刑法第 91 條之 1 第 1 項第 1 款規定，犯妨害性自主、妨害風化等罪者，加害人徒刑期滿前，於接受輔導或治療後，經鑑定、評估有再犯危險者，得令入相當處所，施以強制治療至其再犯危險顯著降低為止。法務部為避免經法院裁定之刑後強制治療受處分人無處收容，造成婦幼安全之疑慮，爰自 99 年起將該等受處分人集中收治於臺中監獄附設之培德醫院，然由於該強制治療處所同時提供受刑人醫療服務，且與刑罰執行機關共用同一建築，易使處於同一空間內之受治療者與受刑人受到趨同之處遇，衍生長期強制治療形同長期刑罰執行等違反人權之爭議。嗣司法院 109 年 12 月 31 日公布大法官釋字第 799 號解釋，依解釋文及理由略以：「……按對性犯罪者於刑罰執行完畢後，再施以強制治療，旨在使具高再犯危險之性犯罪者，經由強制治療程序而降低其再犯危險，以保護社會大眾安全，並協助受治療者復歸社會。是強制治療本質上應為一種由專業人員主導實施之治療程序，受強制治療者係立於『病人』之地位接受治療，並以使受治療者有效降低其再犯危險為目的，而非對受治療者之刑事處罰。……強制治療制度於憲法上應符合明顯區隔之要求，就治療處所（包含空間規劃及設施）而言，強制治療應於與執行刑罰之監獄有明顯區隔之處所為之，且一般人可從外觀清楚辨識其非監獄。……現行強制治療制度長年運作結果有趨近於刑罰之可能，而悖離與刑罰之執行應明顯區隔之憲法要求，有關機關應自本解釋公布之日起 3 年內為有效之調整改善，以確保強制治療制度運作之結果，符合憲法明顯區隔要求之意旨。」經查法務部自前開大法官釋字第 799 號解釋公布之後，對於徒刑期滿且首次經裁定受強制治療者，優先安置於臺高檢署所簽訂之刑後強制治療機構，至臺中監獄原收容受刑後強制治療之處分人，則視收容情形陸續移至該機構。據矯正署統計，自 109 年底迄至 111 年底止，業移出 33 名，仍收容於臺中監獄附設培德醫院者計 28 名，惟查機構強制治療病房計 63 床，截至 111 年底止剩餘床位 17 床，顯示該醫院現有可容納床位尚不足支應，且該醫院 110 及 111 年度新收強制治療受處分人分別為 13 人及 18 人，亦有增加趨勢，倘未能有其他治療機構加入，將影響臺中監獄原收容受刑後強制治療之處分人之移出。鑑於上開大法官解釋公布之日起 3 年期限將於 112 年底屆滿，經函請法務部積極妥善規劃，賡續協調其他治療機構，以符合憲法強制治療與刑罰執行之場所應明顯區隔之要求。據復：行政院已多次召開跨部會協商會議，該部並已請各地檢署積極洽詢適於執行刑後強制治療之醫療處所，自 110 年 11 月至 112 年 6 月 16 日間派員親訪 16 間醫療院所 20 次，截至 112 年 6 月 16 日止，臺中監獄附設培德醫院所

收治之刑後強制治療受處分人已減少為 26 名，將賡續積極洽詢適宜之醫療院所安置強制治療受處分人，以符合憲法強制治療與刑罰執行之場所應明顯區隔之要求。

(四) 法務部為回應社會對酒駕零容忍之期待，提出重懲酒駕犯行、嚴審假釋、強力執行裁罰，並審酌酒駕被告者經評估得以緩起訴處分附命戒癮治療等措施，惟緩起訴處分附命酒精戒癮治療比率仍低，或酒駕裁罰案件執行徵起比率僅 1 成餘，允宜研謀改善。

依據 2010 年第 63 屆世界衛生大會 (World Health Assembly, WHA) 通過全球酒害防制策略 (Strategies to reduce the harmful use of alcohol: global strategy) 第 4 項策略重點指出，酒後駕駛的政策和對策為透過立法及行政手段推動安全駕駛、嚴懲酒駕行為。近年來政府為降低酒後駕駛造成之嚴重傷亡，陸續推動包括修正刑法提高罰金及徒刑、加強宣導提供酒後代駕服務、道路臨檢及酒癮治療等多項策略，惟酒駕事故死亡人數仍自 106 年度之 87 人，逐年上升至 110 年度之 163 人，法務部為回應社會對酒駕零容忍之期待，依行政院第 3785 次院會 (111 年 1 月 6 日) 決議，111 年度起嚴懲酒駕，包括重懲酒駕犯行、嚴審假釋、強力執行裁罰，並審酌酒駕被告者經評估得以緩起訴處分附命戒癮治療等措施。經查法務部所屬各地檢署及行政執行署等機關辦理情形，核有下列事項：

1. **緩起訴處分附命酒精戒癮治療比率仍低，允宜研酌訂定酒駕緩起訴處分暨戒癮治療作業指引，供地檢署遵循辦理：**據法務部統計，近 5 年度 (107 至 111 年度) 地檢署偵查案件終結件數計 258 萬餘件，其中不能安全駕駛罪計 31 萬餘件，排列第 4 名，僅低於詐欺罪 (43 萬餘件)、毒品罪 (41 萬餘件) 及傷害罪 (33 萬餘件) 等案件。又前開不能安全駕駛罪中超逾 9 成屬於酒駕案件者，107 至 111 年度地檢署對酒駕案件予以緩起訴處分附命酒精戒癮治療者，自 107 年度之 44 人、0.2%，上升至 111 年度之 374 人、3.2% (表 2)。經抽查臺北、苗栗及基隆等 3 個地檢署辦理酒駕案件緩起訴附命戒癮治療情形發現，係由各地檢署依酒駕個案情節，在既有制度、資源及條件限制下，自行評估運用附命戒癮治療緩起訴制度，經被告同意後，轉由各地檢署合作醫院評估是否成癮及治療採行課程與方式等。惟經分析 111 年度各地檢署酒駕案件緩起訴處分被告應遵守事項情形，主要以「向公庫支付一定金額」居冠，其次為「預防再犯所為之必要命令」，至於「完成戒癮治療、精神治療、心理輔導或其他適當之處遇措施」計 317 人次，僅占 2.07% (表 3)。復據臺北地檢署 110 年 12 月緩起訴附命酒癮治療處遇模式報告指出，該地檢署自 105 年度起將經被告同意自費之易科罰金、易服社會勞動及緩起訴處分附命戒癮治療之

表 2 地檢署酒駕案件緩起訴處分附命酒精戒癮治療情形

單位：人、%

年度	緩起訴處分人數	附命酒精戒癮治療	
		人數	占比
107	20,751	44	0.2
108	19,472	208	1.1
109	17,299	227	1.3
110	11,501	90	0.8
111	11,717	374	3.2

資料來源：整理自法務統計資訊網。