

特稿

# 韓國治療監護制度之介紹

林政佑\*

## 要 目

壹、前 言	三、治療監護的程序
貳、保安處分之體系	四、治療監護之處遇
參、治療監護介紹	五、治療命令
一、法制變遷	六、對治療監護的批評
二、治療監護之對象	肆、結 論

DOI : 10.6460/CPCP.202106\_(28).01

\* 輔仁大學法律學系助理教授，日本京都大學法學博士。

## 摘 要

因應火車殺警案第一審判決以來，精神障礙觸法者的監護處分引起許多的討論，韓國與我國同樣皆具備保安處分與刑罰兩軌體系，本文介紹韓國精神障礙觸法者的保安處分「治療監護」制度。首先，本文介紹韓國的保安處分制度概觀，進而深入討論治療監護制度的形成、程序與處遇方式，以及治療命令。並討論韓國治療監護的不足之處，最後嘗試與我國監護處分制度進行比較，提供可資借鏡的建議與注意事項。本文認為精神障礙觸法者的專門處遇設施固然有建置之必要，相關的人力與物力的投入也必須到位；亦必須重視精神障礙觸法者的分類處遇，相關的法律有進一步整備之必要；精神障礙觸法者的處遇，更是需要從刑事程序的前端即開始注意，提供相關的支援與治療，並且橫向聯繫有關的機關，提供完善的支援網絡。

關鍵詞：治療監護、監護處分、精神障礙觸法者、保安處分、韓國、臺灣

# The South Korean Forensic Psychiatric System

Cheng-Yu Lin<sup>\*</sup>

## Abstract

Recently in Taiwan, a mentally ill individual killed a police officer on a train. The event has triggered a major discussion about whether or not the Taiwanese justice system should treat mentally ill offenders as criminals. Like Taiwan, South Korea has a two-track system consisting of rehabilitative measures and punishment. In this article, I introduce South Korea's forensic psychiatric system, which features prominent rehabilitative measures for mentally ill offenders. First, I present an overview of South Korea's rehabilitative measures, and then I discuss the formation, procedures, and treatment methods of the forensic psychiatric system. I also discuss its shortcomings. Finally, I compare it with Taiwan's custody system for mentally ill offenders. The findings of this article have several policy implications regarding (1) special treatment facilities for mentally ill offenders, (2) sufficient investment in human and material resources, (3) classification and treatment of people

---

\* Assistant professor in the Department of Law at Fu Jen Catholic University; Doctor of Laws, Kyoto University, Japan.

with mental illnesses or mental disorders, and (4) the passing and amending of relevant legislation. Taiwan can learn from the experiences of South Korea. For the treatment of mentally ill offenders, the Taiwanese government should pay attention to the entire spectrum of criminal procedures, should provide mentally ill offenders with proper support, and should connect them horizontally to comprehensively supportive and networked agencies.

**Keywords:** Forensic Psychiatric System, Custody, Offenders with Mental Illness, Rehabilitative Measures, South Korea, Taiwan

## 壹、前言

在東北亞國家中，日本法是臺灣比較法時的重要參考對象。像是因應火車殺警案第一審判決所招致的批評和質疑<sup>1</sup>，法務部嘗試參考日本法，將臺灣的監護處分的期限延長，甚至可以終身監護<sup>2</sup>。但是也必須注意到日本刑法並無保安處分制度，醫療觀察法更非用來防止再犯危險性，這方面的區別不可不慎<sup>3</sup>。如果將視線停留在文化相近的東北亞，轉往韓國的話，則也有可供我國參考之處。主要是因為韓國刑法亦有保安處分體系的規定，特別是其治療監護制度，類似我國監護處分制度。如此以觀，韓國的治療監護制度為何？如何實施？以及有何不足之處？能否提供我國參考？不過，雖然韓國監護處分與我國監護處分有比較可能性，但關於這方面的中文文獻，仍是非常不足，爰此本文不揣淺陋，希望透過探討韓國治療監護，促進我國重新審視監護處分制度的討論。

---

<sup>1</sup> 臺灣嘉義地方法院108年重訴字第6號刑事判決。

<sup>2</sup> 周毓翔、陳志賢，精障者犯罪 修法可終身監護，中國時報，2020年5月7日，<https://www.chinatimes.com/newspapers/20200507000585-260106?chdtv>（最後瀏覽日：2021年5月7日）。

<sup>3</sup> 關於日本醫療觀察法與保安處分的差異，參見：蔡宜家，眾所期待的無限期監護處分？漫談日本醫療觀察法於入院期間的程序與疑義，司法官學院犯罪防治研究資料庫，2020年12月7日，<https://www.cprc.moj.gov.tw/1563/16811/28567/post>（最後瀏覽日：2021年5月7日）；洪士軒，以「復歸社會」取代危險迷思，日本精神障礙觸法者處遇制度如何誕生？報導者，2020年11月23日，<https://www.twreporter.org/a/japan-indiscriminate-homicide-aftermath-medical-treatment-for-criminal-insanity>（最後瀏覽日：2021年5月7日）。

## 貳、保安處分之體系

韓國1953年制訂的刑法典中沒有保安處分的規定。但是在一些特別刑法中有規定保安處分，例如：1958年的少年法有保護處分；1975年朴正熙時期社會安全法也制定保安處分制度，得將該當刑法、軍刑法以及國家保安法特定罪名者，亦即對國事犯罪者，處以保安處分，包含：保護觀察處分、保安監護處分和住宅限制處分等幾種形式<sup>4</sup>。1989年保安觀察法取代社會安全法，規定對國事犯罪者的保安處分制度。社會安全法的保安處分非由司法機關來認定，而由保安處分審議委員會的行政機關為之，此舉也招致違憲之批評<sup>5</sup>。

以司法機關認定的保安處分始於1980年12月18日法律第3268號社會保護法，規定三種保安處分：保護觀察、治療監護與保護監護。該法的規範目的是為了讓慣犯、精神障礙觸法者等進行教育和改善，這一部法律將具備再犯危險性者作為管制對象，但也有將不少流浪漢或乞丐等社會弱勢者送到機構加以收容，發生強制勞動或暴力虐待等事件，都顯示當時對於社會弱勢者的排除，尤其希望將其收容起來，讓一般社會看不到他們存在。施加隱性的暴力與福利之名施加在其等身上，以社

<sup>4</sup> 오영근, 형법총론(刑法總論), 2019年8月, 頁550。

<sup>5</sup> 김성돈, 보안처분의 합목적성과 정당성(保安處分的合目的性與正當性), 성균관법학(成均館法學), 25卷4號, 2015年12月, 頁3。

會淨化為名，掃除流浪漢、慣犯、精神病犯罪人等，以社會保護法將其排除在社會之外，用以維持軍部控制社會的勢力<sup>6</sup>。

如此運作了二十年左右。保護監護因為有二重處罰與人權侵害疑慮，飽受學者和民間團體的批判，所以在2002年盧武炫政府成立後，廢止社會保護法及保護監護制度<sup>7</sup>。2005年8月4日通過法律第7655號治療監護法保留了治療監護觀察制度。針對心神障礙、麻藥或酒精或其他藥物成癮的犯罪者。從而可以看到，治療監護法並非整合在刑法典中，儘管刑法第62條之2有保護觀察、社會服務和受講命令等保安處分制度，搭配刑罰的宣告猶豫與緩刑制度；又需注意的是，保安處分的內容需由法律規定之，此為保安處分法定主義，由韓國憲法第12條第1項可得知確認：「全體國民享有人身自由的權利。任何人非依法不受逮捕、拘捕、押收、搜查和審問，非依法和合法程序不受處罰、保安處分及強制勞役。」

刑罰與保安處分向來有一元論與二元論的爭論。前者是從近代刑法學派所採的特別預防原則的觀點出發，不論是刑罰或保安處分皆須貫徹特別預防原則，所以區分刑罰或保安處分並無意義<sup>8</sup>，二元論則認為保安處分與

---

<sup>6</sup> 오영근, 同前註4, 頁550。

<sup>7</sup> 권수진, 신권철, 정신보건법정 및 사법병동에 관한 연구 (精神保健法院與司法病棟之研究), 2015年12月, 頁47。

<sup>8</sup> 오영근, 同前註4, 頁552。

刑罰於目的、內容等都有本質上的差異。韓國學界通說採取二元論之外，大法院判決同樣支持二元論的想法，刑罰與治療監護處分雖然皆剝奪限制人身自由，但是兩者在其本質、目的和功能上具有不同的意義。刑罰是基於行為人過去的不法行為，因應責任的應報而採取的措施。相對地，保安處分是基於防止行為人的未來再犯危險性的手段，與「責任」較無關係，而是以「預防」為焦點<sup>9</sup>。

保安處分理論上著眼的並非一般預防，而是針對行為人的特別預防，希望就保安處分的對象進行治療和再社會化，亦即所謂的積極特別預防之目的外，也包含隔離保安處分對象，使其無害化的消極特別預防目的<sup>10</sup>。相較於刑罰是著眼於客觀的過去不法行為事實，保安處分是向未來的「預測」，但單純的預測可以說是不客觀的，卻在這種不客觀且模糊的預測中，限制受保安處分者的人身自由等基本權，其正當性可能比刑罰更顯薄弱<sup>11</sup>。為避免造成市民受到侵害，確保社會安全，壟斷暴力的法治國家負有義務來保護市民的安全；但另外一方面，從共同體的角度來思考，基於社會國原則及人性尊嚴，在受保安處分者所限制的基本權範圍內應促進其

<sup>9</sup> 大法院2007. 8. 23. 선고2007도3820. 오영근, 同前註4, 頁552。

<sup>10</sup> 김성돈, 同前註5, 頁5。

<sup>11</sup> 김성돈, 同前註5, 頁7。



社會復歸<sup>12</sup>。不過也要同時注意到不能單以改善之名，過度限制其基本權，必須在其保安處分的目的與限度之內為之。

例如現在韓國保安處分中包含像是個人資料的登錄與公開，因為與治療和改善的目的有所偏離，從而招致批評。憲法裁判所就此認為因為對於犯罪者的個人資料登錄與公開，是有所限制，由法官根據特別之情事來判斷是否公開，如此公開可以達到侵害最小化，不認為違反過剩禁止原則<sup>13</sup>。但是亦有少數憲法裁判所法官認為，此舉難謂達到最小化侵害，而且也不能促成犯罪預防，這項政策是封鎖性犯罪者復歸社會道路，並施以烙印<sup>14</sup>。可以看到保安處分的實際運用也承載了消極的一般預防原則，此舉會不斷地遭受到違憲與否的質疑。

## 參、治療監護介紹

### 一、法制變遷

治療監護是針對精神障礙觸法者以及藥物、酒精藥物成癮者所進行的保安處分，希冀達到社會防衛的目的。主要將受治療監護處分者收容於治療監護設施中，是屬於剝奪人身自由的保安處分。在1980年代時即已出現，可是當時期並沒有治療監護的場所，而是分散在各

---

<sup>12</sup> 김성돈, 同前註5, 頁8。

<sup>13</sup> 憲法裁判所2013. 10. 24. 선고2011헌바106,107 (병합)。

<sup>14</sup> 同前註。

地的監獄，特別是青松第一到第三的保護監護所<sup>15</sup>；1987年於忠清南道公州市設置公州治療監護所，將受治療監護者集中在此處實施收容，但是因為人力與設備資源非常有限，所以收容人數不多，後來隨著人力與設備資源相形充足，收容人數才逐漸增多<sup>16</sup>；1996年，增設藥物病棟，實施藥物成癮治療；2004年，設置了藥物成癮康復中心，其後於2006年更名為國立法務醫院<sup>17</sup>。

依照1980年社會保護法第8條第2項規定，治療監護期間是到受處分人完治，由社會保護委員會下達終了決定為止。1989年時社會保護法修正，第9條第2項明示再犯危險性，並將治療監護期間之結束改成受處分人無治療監護必要性時，需得到社會保護委員會終了決定時為止。相較於1980年社會保護法的治療監護要件，現行治療監護法的要件及治療必要性更為詳細，也需要精神醫學專門醫師的鑑定與診斷，並限制收容期間長短。

原先治療監護針對精神障礙觸法者以及藥物酒精成癮者，且有再犯可能性，需要特殊教育、改善和治療之必要者，實施適當的保護和治療，防止其再犯，促成社會復歸。後來，在2007年時，因為韓國社會發生多起殘

<sup>15</sup> 김선태, 치료감호제도의 개선방안에 관한 연구 (治療監護制度之改善方案研究), 동국대학교대학원법학과 박사학위논문, 2019年, 頁33-34。

<sup>16</sup> 同前註, 頁32。

<sup>17</sup> 법무부 범죄예방정책국, 치료감호소개, <https://www.cppb.go.kr/cppb/586/subview.do> (最後瀏覽日: 2021年5月15日)。

忍的犯罪事件，於是不少輿論將異常性慾者的犯罪精神病理化，由於這樣的主張，擴大保安處分的範圍<sup>18</sup>。2008年修正時，治療監護對象除了原有的藥物成癮者和精神障礙者外，追加了第3款的戀童癖等所引起的性暴力犯罪及性虐待等精神性欲障礙者。2013年再次修法，追加性暴力犯罪等範圍為治療監護對象；以及殺人罪的情形，認為如果有持續治療的必要時，透過法院，可以每次兩年延長，最多達到三次的延長。從這些法制上的變遷以觀，以治療監護為首的保安處分制度可以說是在運用上甚為受到重視。

## 二、治療監護之對象

治療監護法第2條定義治療監護者的對象有三種：

其一，心神障礙而無辨別事物能力，或無意思決定能力者（刑法第10條第1項）或因心神障礙造成事物辨別能力或意思決定能力降低，得減輕其刑者，該當禁錮以上之罪（治療監護法第2條第1項第1款）。

其二，因毒品或酒精或其他藥物成癮，該當禁錮以上之刑者。犯罪行為和毒品等的習性或成癮應存在因果關係，如果兩者不具備因果關係，則不能處以治療監護（治療監護法第2條第1項第2款）。

其三，具有戀童癖等性癖好的精神性欲障礙者

---

<sup>18</sup> 천정환, 선행연구와 다른 측면에서 치료감호제의 개선방안 (與先行研究不同層面看治療監護改善方案), 교정복지연구 (矯正福祉研究), 55期, 2018年8月, 頁101。

(Psycho Sexual Disorder)，該當禁錮以上的性暴力犯罪（第2條第1項第3款）。

從上述對象可知不只包含刑法第10條的心神障礙觸法者外，也包含毒品或酒精成癮以及精神性欲障礙的犯罪者。

除了該當上述要件的對象外，於判決時點為準，仍須具備以下兩個要件：

其一，為治療監護的必要性。如果不具備必要性者，將不能宣告治療監護。

其二，需具備再犯危險性。上述對象具有再次犯罪的相當蓋然性。依據大法院判決中提到再犯危險性的判斷，應該依據：(一)判決宣告當時，被監護請求人的習癖或成癮症狀程度、治療難易程度、心神障礙程度，以及是否具備後續能夠持續接受治療的環境、被治療監護請求人自身有無治療的意願及程度；(二)被治療監護請求人的年齡、個性、家族關係、職業、財產狀況、前科事實、悔改情狀等；(三)呈現被治療監護請求人的習癖或成癮表徵的該監護請求原因之犯罪行為動機、手段和內容；(四)過去實施犯罪的內容以及前次犯罪與本次犯罪之間的時間間隔等，進行綜合評價與客觀判斷<sup>19</sup>。不過這樣的實務基準，將被治療監護請求人自身有無治療的意願及其環境作為考量因子，如此是不是同樣程度的

---

<sup>19</sup> 大法院2003. 4. 11. 宣告 2003삼도8判決。

罪質及精神障礙者之中，若在外部可以接受治療，且具備再犯防止意願，就可以不必宣告治療監護處分？還有在精神障礙狀態下，可以多大程度上信賴其自主的再犯防止意志？這些都成為問題，甚至家境狀況較好的精神障礙觸法者因為有可以接受治療的環境，從而較不必接受治療監護，造成貧富之間的差異。所以有論者主張這兩個因子應排除之<sup>20</sup>。

實務上，有純以心神障礙而認為再犯危險性高，就認為需要治療監護的見解，欠缺討論治療的必要性與否欠缺<sup>21</sup>，使得隔離無害化的目的強於促進受治療監護者的社會復歸目的。但亦有就治療必要性詳細討論，而非只著眼於再犯危險性的實務見解，像是首爾高等法院有一則判決認為被告已經接受四次的治療監護，但仍因疾病的關係而再犯竊盜，治療監護效果似乎有限；又被告的家屬協助與醫師的配合，可以透過在社會中的處遇為之，從而法院駁回原審的治療監護之判斷<sup>22</sup>。

### 三、治療監護的程序

根據治療監護法第5條第1項，檢察官在犯罪搜查之際，如就犯罪嫌疑人的犯罪履歷、心神障礙等情形，認

---

<sup>20</sup> 이용식, 성폭력범죄자에 대한 치료처우의 개선을 위한 법제도적 고찰 (性暴力犯罪者治療處遇改善的法制度考察), 교정연구 (矯正研究), 66期, 2015年3月, 頁22、25。

<sup>21</sup> 例如：大法院2005. 9. 30. 宣告 2005도3940判決。

<sup>22</sup> 首爾高等法院2007. 6. 29. 宣告 2007노550, 2007감노15判決。

為有請求治療監護之必要時，必須調查治療監護所需要之資料。同條第2項規定，司法警察官應在檢察官指揮下為第1項的調查。警察將該等犯罪嫌疑人送檢察廳時，有相當理由認為處治療監護之必要者，必須註明其理由與意見。如是基於治療監護法第2條第1項第3款而認定的治療監護對象，必須接受精神科等專業醫師的診斷或鑑定（治療監護法施行規則第6條第1項）。警察可以向檢察官提出鑑定留置的聲請，再由檢察官向法院聲請處分（刑事訴訟法第221條之3、檢察事件事務規則第84條）。

原則上提起公訴後到審判終結前階段，檢察官認為犯罪嫌疑人或被告有必要接受治療監護時，可以向管轄法院聲請治療監護。但是在個別狀況，檢察官依照治療監護法第7條，於以下該當的情形，可以不提起公訴，請求治療監護：(一)犯罪嫌疑人該當刑法第10條第1項，無法處罰之情形；(二)告訴乃論之罪，無告訴或告發或撤回告訴之情形，或是在違反被害人明示的意思不能處罰的犯罪中，被害人明確表示不希望處罰加害人之情形，或撤回處罰加害人的意思表示；(三)對犯罪嫌疑人因刑事訴訟法第247條規定決定不提起公訴的情形。但是如果後來發現有明顯不該當刑法第10條第1項心神障礙的證據，且有檢察官的請求時，則可以依照刑事訴訟法進入審判程序（治療監護法第10條第1項）。法院在判斷被治療監護請求者的請求事由時，必須具有精神醫學科等專

門醫生的診斷或鑑定。如果檢察官沒有請求治療監護，法院審理時認為有必要進行治療監護，可以要求檢察官聲請治療監護（治療監護法第4條第7項）。

在搜查和審判階段，可以安排由專家對被治療監護請求人進行精神鑑定，於精神鑑定設施中留置一到二個月。像是公州治療監護所即有實施精神鑑定。首先是讓被鑑定人到治療監護所的检查病棟，由監護科調查被鑑定人的履歷和領置金，由一般的精神主治醫師負責。過程中需向被鑑定人說明精神鑑定的內容，以及介紹在所的生活。接著由被鑑定人與主治醫師面談，透過行動觀察，和各種檢查來進行鑑定，包含心理檢查、腦波檢查、臨床病理檢查、放射線檢查等醫療檢查。經由這些過程，醫師撰寫鑑定書初稿，再經過精神鑑定診療審議、檢討鑑定書之後，由負責醫師完成鑑定書送給委託機關。鑑定的費用由精神鑑定委託機關負擔<sup>23</sup>。

檢察官負責治療監護的實施，為了執行治療監護，可以傳喚未受保護拘禁的被治療監護者（治療監護法第21條第1項）。依照同條第2項和第3項，如果被治療監護者不接受傳喚，或者有逃亡事實、逃亡可能、現在住所不明的情形，檢察官得發行治療監護執行狀，實施保護拘提。

依照治療監護法第16條第2項規定，第2條第1項第1

---

<sup>23</sup> 권수진、신권철，同前註7，頁50。

款及第3款該當者，最長收容期間為15年；第2條第1項第2款該當者為2年。同條第3項規定，基於電子裝置附著法（전자장치 부착 등에 관한 법률）第2條3之2款因殺人罪而被宣告治療監護者，認定有再犯殺人罪的危險性，且有必要繼續治療之情形，檢察官基於治療監護設施首長的聲請向法院提出請求，至多3次，每次以2年為限，法院得決定延長第2項各款的期間<sup>24</sup>。

被治療監護者的保護觀察的管理和執行相關事項的審查與決定，由法務部所設置的治療監護審議委員會審議決定（治療監護法第32條、第37條）。治療監護審議委員中，6名來自法官、檢察官、法務部高階公務員或律師，另外3名則需要具備精神醫學專業。委員長由法務部次官擔任。對於這樣的組成，有論者認為從民主概念來看，包含顧客指向性、被監護者的自我決定權、透明性、實質平等性，是否應該調整保守傾向的司法官僚之人數，以維持平衡，不無疑義<sup>25</sup>。委員會就以下事項進行審查和決定：（一）被治療監護者的治療監護期間移送相關事項；（二）被治療監護者的治療委託及暫時終了與解除，以及治療監護終了與否相關事項；（三）保護觀察

<sup>24</sup> 此處的規定在2013年修法時新增，2016年時首次有重度思覺失調症犯下殺人罪的個案適用延長年限，參見：전성훈, 정신분열증 존속살해범 첫 치료감호 연장, 연합뉴스, 2016年1月3日，<https://www.yna.co.kr/view/AKR20160101060200004>（最後瀏覽日：2021年5月1日）。

<sup>25</sup> 전정환, 同前註18, 頁105-106。



的遵守事項一部或全部之課予及追加、變更或刪除；(四)被治療監護者的治療監護期間滿了時保護觀察開始時的事項；(五)其他第1款到第4款有關之情形（治療監護法第37條第3項）。委員會中可以設置諮詢委員，由委員長提名具有專門學識與德高望重者，再由法務部長囑託擔任（治療監護法第37條第4項）。

被治療監護者欲出所的話，需經治療監護審議委員會的審查與決議，由此決定治療監護或治療委託的終了，或是暫時終了與否（治療監護法第22條）。開啟審查的方式有兩種：其一為職權審查（治療監護法第40條第1項），其二為檢察官或被治療監護者等的申請（治療監護法第43條、第44條）。治療監護審議委員會自治療開始實施，每6個月審查決定治療監護是否終了或暫時終了；暫時終了或治療委託的部分也是每6個月審查（治療監護法第22條）。被治療監護者或其法定代理人申請治療監護終了的情形，需要精神醫學專門醫師的鑑定書或診斷書；治療監護所長亦得向審議委員會提出意見說明（治療監護法施行令第18條）。治療監護終了申請，需要等到治療監護施行過6個月方能提出，如果申請被駁回的話，需要再過6個月才能提出申請（治療監護法第44條第3項）。

治療監護審議委員會的審查，需要具備被治療監護者的動態報告書、判決書、犯罪經歷等書面資料，必要的時候可以要求法務部所屬公務員調查必要事項。或可

以直接傳喚被治療監護者及其他關係人，進行調查詢問；或是向國公立機關及其他公共團體或民間團體進行函詢或請求提出相關資料。被治療監護者及其他關係人必須因應上述的傳喚或調查，國公立機關及其他公共團體或民間團體除非資料的提供有妨害國家機密或公共安寧秩序，不得拒絕提出（治療監護法第40條）。審議委員會在判斷治療監護終了、暫時終了、治療委託等決定時，需要考慮被治療監護者的年齡、健康狀態、成長過程、家庭關係、家庭環境、犯罪經歷、治療經過及遵守事項的履行狀況，以及其他必要考慮事項（治療監護法施行規則第27條）。審議委員會的開會需要現任委員過半數以上的出席，方能成會。以過半數以上贊成者作成決定。如果贊成與反對人數一樣時，由委員長決定之（治療監護法第41條第1項）。委員會在議決時，如認為有必要，得要求治療監護所長或保護觀察官提出意見書（治療監護法第41條第3項）。治療監護所長在提出意見書時，也必須參考被治療監護者的負責醫師就有關被治療監護者的狀態、預後及治療監護妥當性等意見（治療監護法第41條第4項）。

目前治療監護審議委員會的決定中，認定治療監護終了者非常少數，大多數都是暫時終了，而且撤銷暫時終了的案件比例也不低<sup>26</sup>。

---

<sup>26</sup> 법무부, 법무연감 (法務年鑑), 2020年6月, 頁563。

#### 四、治療監護之處遇

治療監護之執行由檢察官指揮，如果同時併科治療監護與刑罰時，先執行治療監護，而已執行的治療監護期間可以折抵刑期（治療監護法第18條），此種執行方式也稱為代替主義的展現<sup>27</sup>。

被宣告治療監護者之執行場所有三種方式實施治療監護：治療監護設施處遇收監、指定法務醫院內處遇、設施外的委託治療處遇。以下將先簡述三種方式，其後進一步深入介紹治療監護設施處遇。

##### （一）治療監護設施處遇收監

司法病棟（forensic psychiatric ward）的定義為因為刑事程序而收容的精神醫院。司法病棟可能分為兩種，一種為一整座醫院都為司法病棟，像韓國公州國立法務醫院（治療監護所）；另外一種為醫院或矯正設施的一部分作為司法病棟，像是釜谷指定法務醫院。司法病棟一方面具備醫療的性質，同時一方面也具備矯正設施的性質，因此司法病棟應結合犯罪矯正與精神醫學，配備醫療人員與戒護人員<sup>28</sup>。

<sup>27</sup> 김중현, 보안처분의 헌법적한계에 관한 연구 (保安處分的憲法限制研究), 2018年8月, 頁32。對於這樣的代替主義，也有論者質疑，保安處分執行算入刑期，其後再執行刑罰，如此對再社會化是否會有幫助，不無疑問，應該考慮採行假釋制度。參見：안성훈, 치료감호제도의 개선방안 연구 (治療監護制度的改善方案研究), 한국형사정책연구원, 2011年12月, 頁17。

<sup>28</sup> 권수진, 신권철, 同前註7, 頁17。

國立法務醫院就新入患者與否、性別、症狀與處分等加以區隔收容。病棟的分類有幾種：檢查病棟、女性病棟、一般病棟（心神障礙者）、藥物治療病棟（主要是麻藥類使用者）、性暴力治療中心（人性治療康復中心，對象像是戀童癖等性犯罪者）、司法病棟（低危險群）。新進被治療監護者或是鑑定留置者，收容在檢查病棟。入所後的狀況有所好轉，以心理療法或社會適應訓練為必要者，則於開放病棟收容（被治療監護者分類處遇的管理準則第12條第2項）。

治療監護所為了能夠防止前科者的精神障礙再發或防止再犯，對於治療監護結束者，依其希望，出設施後10年可以免費提供門診治療（治療監護法施行規則第26條之2與第26條之3）。如此考量到治療監護者通常在進行經濟活動上有所困難，該社區的精神病院與社會復歸設施合作以提供持續性的幫助。

## （二）指定法務醫院內處遇

韓國治療監護所只有一處，2013年治療監護法修正，使得法務部長官可以指定國立的精神醫療機構為指定法務醫院，例如：釜谷精神病院。治療監護法就治療監護所收容者，每6個月由治療監護委員會審議，可以將其移送到指定法務醫院收容處遇。如果在指定法務醫院收容時，有危害收容秩序或病情惡化，在指定法務醫院處遇困難時，依照同法第37條規定，可以再移送至治療監護所。如此使在治療監護所達到一定自律程度者，精

神障礙程度較為和緩，可以轉往指定法務醫院。

### (三)設施外委託治療處遇

根據治療監護法第23條，治療監護委員會就宣告治療監護者於執行後過1年，得定一定期間，委託受宣告者的法定代理人、配偶、直系血親、兄弟姐妹等，於治療監護設施外實施治療，依照受宣告者的病情等，定相當期間實施之。由於治療監護委託處分，像是假釋處分一般，使得責任幾乎落在保護者身上，如果經濟能力狀況欠佳的保護者，則可能無法確實落實治療監護，而只是單純的保護委託，如此將成為治療監護的難題。並且，委託治療以家人的經濟能力是否充足為判斷之點，這樣也可能造成不公平的問題，經濟能力差的精神障礙犯罪者容易進入設施內處遇，經濟能力較佳者則較容易設施外委託治療。從而有論者認為應該擴大範圍到相關的非營利組織，將委託治療社會化<sup>29</sup>。

以下特別針對治療監護所內的處遇更進一步地說明。被治療監護者接受到法院的治療監護命令後，進入到治療監護所後，首先實施分類審查<sup>30</sup>，透過適切的分類以及相應的處遇，有助於促進社會復歸。分類審查主要是透過精神醫學、心理學和社會學及其專門知識與技術為基礎，採取檢查、診察和面談等方法以判斷後，再

<sup>29</sup> 권정환, 同前註18, 頁106。

<sup>30</sup> 分類審查是在剛進入治療監護所或是再審查事由發生時為之，參見被治療監護者分類及處遇管理準則第4條第1項。

經診療審議委員會審議，由所長決定，明確分類級別、收容病棟以及治療處遇計畫（被治療監護者分類及處遇管理準則第3條）。新進人員的分類審查是在入所後1個月內實施；如果該對象因為併發症或其他事由而有分類審查困難，或無法實施分類審查之情形，則可以延後實施分類審查，等到事由消滅後1個月內再行分類審查（被治療監護者分類及處遇管理準則第4條第2項與第3項）。新進人員的分類審查，為了能夠確定被治療監護人的收容病棟，正確地實施專門治療與個別處遇，就被治療監護者的過去病歷、家族史、精神疾病分類、精神狀態、心神障礙的程度，以及藥物、精神藥物或麻藥類或酒精等的使用習慣與成癮程度等，進行精神醫學的檢查和診斷，另外也必須分析被治療監護者的犯罪動機、次數、罪質、年齡、教育、成長經驗、環境、身體狀態、家族關係等（被治療監護者分類及處遇管理準則第5條第1項）。前述的審查對象者原則上以群居收容為主，但得以法定傳染病或是因精神疾病有重大自傷行為或對他人有危險性等為由，獨居收容（被治療監護者分類及處遇管理準則第5條第2項）。

依照被治療監護對象的精神疾病種類，心神障礙之程度及麻藥等使用的習癖和程度等，被治療監護者會被分為：良好、輕度、重度三種程度。良好程度是在治療經過非常良好，或預測只需透過藥物或是定期回診治療即可以痊癒，未來需要一定期間的精神醫學觀察即可。

輕度是在心神障礙、麻藥類或酒精等使用或成癮狀態較為輕微，只需經過通常治療可以復歸社會，自傷行為或對他人的危險性大幅減少者。重度是心神障礙、麻藥類或酒精等使用或成癮狀態嚴重，必須要精神科專門密集治療，有自傷行為或對他人的危險性者（被治療監護者分類及處遇管理準則第11條第1項）。被治療監護者的收容，原則上男女分離（被治療監護者分類及處遇管理準則第12條第1項）。

針對第一類的被治療監護者，依照其症狀，實施精神科治療、藥物治療、環境淨化、精神復健的認知行動治療、美術治療、作業療法、運動、職業訓練等<sup>31</sup>。精神治療與生物性的藥物治療不同，是透過醫病關係，讓患者對其自身的精神問題產生自覺的方法，像是精神分析、支持性心理治療、認知行動療法、集體精神治療、家族精神治療等。藥物治療則是以精神病患者為對象，投與抗精神病藥物。環境治療則是基於患者的病痛及症狀是因為病態的人際關係或是因為對環境的不適應所造成，透過隔離患者，重構其環境，使其再適應生活。除了這些，還有一些特殊療法，像是精神康復治療與臨床藝術療法。也有分成小群體的治療與大群體的治療：小群體治療的話，例如15人以心理劇場、音樂療法、美術治療、室內運動、作業治療等；大群體治療則像是50人

---

<sup>31</sup> 김선태, 同前註15, 頁114-115。

以上在病棟舉行電影放映、音樂祭、美術大會、運動大會和合唱團等。此外，為了被治療監護者的復歸社會，還有醫療康復與職業訓練等活動<sup>32</sup>。

對於第二類的藥物酒精成癮者，以治療共同體處遇計畫方式為之，藉此強化其戒癮的自主意志。另外搭配認知療法的方式，由此使其改變行為。由於藥物酒精成癮者會因為初期禁斷的症狀產生身心症狀，像是不安，或心血管疾病等，所以在初期會以醫療診斷為主。等到狀況較為穩定後，施以處遇計畫與心理諮商<sup>33</sup>。藥物成癮治療，除了藥物治療之外，還有個人精神療法、集團精神療法、冥想、心理劇場等。

第三類精神性障礙犯罪者的治療處遇方式包含：心理療法的部分，像是認知行動療法、電影治療、心理劇場等；藥物治療的部分，像是精神疾病藥物、性衝動抑制藥等。

為了能夠促進被治療監護者復歸社會，法務部有安排職業訓練，像是：磁磚、電腦、建築改裝、麵包製作、甜點製作等<sup>34</sup>。被治療監護者參與職業技能訓練，可以得到勤勞報償金，用以充當收入和消費。

其中有設置幾個職業訓練課程是以6個月為週期，以取得技術士資格為目標。但是在職業訓練的種類仍有需

<sup>32</sup> 권수진, 신권철, 同前註7, 頁73。

<sup>33</sup> 김선태, 同前註15, 頁115-116。

<sup>34</sup> 김선태, 同前註15, 頁67-68。



要多開發之處。此外，職業訓練的教師人數又非常少，人數的補充之外，亦有需要加強教授技術的提升與教育訓練<sup>35</sup>。並且，理想上，接受職業技能訓練的被治療監護者出所後，由法務保護福祉公團來提供出所者住處，安排就業。可是實際上達到的成效卻是有限<sup>36</sup>。對此，有論者認為應該加強精神健康福祉中心在出所者之後的社會復歸之核心地位<sup>37</sup>。

依據治療監護法第25條，治療監護所所長為保障被治療監護者的健康生活，必須準備舒適且衛生的設備，且提供衣服、寢具及其他因應處遇所需要之用品。被治療監護者的醫療處遇準用精神病院之標準，依從醫師的處置。又，治療監護所所長為了促進被治療監護人的社會復歸，必須因應其治療改善程度提供階段式的開放處遇。

被治療監護者的治療監護暫時終了，或是在治療監護設施外接受治療等委託治療的情形，或是治療監護期間完了，認為有保護觀察之必要時，將開啟保護觀察，期間通常為3年（治療監護法第32條第1項與第2項）。保護觀察者必須配合保護觀察法的規範事由，像是長住在該住居，並且從事工作、改過向善、配合保護觀察官的

---

<sup>35</sup> 김선태, 同前註15, 頁155。

<sup>36</sup> 박상열, 한국법무보호복지공단 갱생보호사업의개선방안 (韓國法務保護福祉公團更生保護事業改善方案), 교정연구 (矯正研究), 73期, 2016年12月, 頁115-138。

<sup>37</sup> 김선태, 同前註15, 頁157。

監督等。至於保護觀察是否結束則由治療監護委員會決定，其結果也有可能是再度接受治療監護而再收容（治療監護法第35條和第36條）。

治療監護處分結束者的追蹤於2013年治療監護法中新設第五章來進行管理，特別是精神健康福祉中心與保護觀察所的相互協力義務，有助於兩者在資料與機能的聯繫。這也會涉及到法務部與保健福祉部之間的緊密溝通。出所後的精神保健服務，為了被保護觀察者的治療，再犯防止以及社會復歸之必要，精神保健中心長與保護觀察所長有相互協力之義務，保護觀察所長可以向精神保健中心長請求被保護觀察者的個案管理與精神保健相關資料；精神保健中心長可以基於與被保護觀察者的共同面談等就被保護觀察者的治療、再犯防止與社會復歸，請求保護觀察所長的相關協力（治療監護法第36條之4）。由此可以看到治療監護處分結束後的受處分人，其後續的更生保護與精神醫療體系之間的合作需要持之以恆。

但是尚值得注意的是，由於是對精神障礙者的保護觀察，相較於一般的保護觀察更需要精神醫療的專業。回到社區之後，則以保護觀察所為中心，連結相關的機關一同來分享資訊，施以相關的處遇。又，出所之後，除了原本治療監護法的相關規定之外，亦可以搭配精神健康增進與精神疾患福祉服務支援法，像是由地方行政首長安排入院（第44條）、緊急入院（第50條）、外來

治療支援（第64條）等方式處遇之。

## 五、治療命令

2015年以前對酒醉、精神障礙觸法者的強制處分手段，只有治療監護制度。當時針對請求治療監護，法院能選擇的方式只有駁回請求與宣告治療監護，實際運作上，連輕微情形都被宣告到治療監護所收容。而治療監護所因為人力和資源的有限，使得治療監護所環境不佳，資源僅能集中在重罪的被治療監護者。但是將非重罪情形者，以罰金刑或是短期自由刑方式處理，而沒有確實地接受治療，這樣的話有可能因為精神障礙的情形持續惡化，陷入到犯罪的惡性循環<sup>38</sup>。

於是在2016年，法務部就輕微犯罪者導入治療命令制度，輕微犯罪的精神障礙者採取定期門診治療的方式，由國家提供治療。2017年時為了管理麻藥類犯罪者，亦將治療命令的對象擴大到藥物酒精等濫用者。治療命令的適用對象為：1.基於刑法第10條第2項而有減輕其刑之心神障礙者，該當禁錮以上之刑；2.有飲用酒精的習癖或成癮者，該當禁錮以上之刑；3.藥物等使用習癖或成癮者，該當禁錮以上之刑。以上三者之一，認為有定期門診治療之必要且具再犯危險性（治療監護法第2條之3）。現行法的治療命令規定的治療期間是在宣告猶

---

<sup>38</sup> 김병수, 한국형 치료명령 모델의 개발 (韓國型治療命令模型之開發), 법학연구 (法學研究), 60卷1號, 2019年2月, 頁197。

豫或緩刑期間，在這一段治療期間，必須併科保護觀察。保護觀察期間，於宣告猶豫的情形為1年，於緩刑期間則以該期間為主，但法院得在該範圍內決定保護觀察期間。治療期間不可以超過保護觀察期間（治療監護法第44條之2）。可以看得出來，治療命令不以受處分者之完治為條件，甚至在精神障礙的完治更是不可能的狀況下，對於治療命令結束後，受處分者的事後治療與管理有其必要，只不過並無相關後續追蹤的規定<sup>39</sup>。有論者批評，治療命令施行的國家往往是相關司法精神醫學的基礎建設十分充足，可是韓國在這部分的基礎建設依然有所不足<sup>40</sup>。顯示治療命令立意雖佳，但其之完善不僅需要治療命令結束後的相關追蹤配套措施，亦需要相應的基礎建設。

在治療命令決定之前，根據治療監護法第44條之3與治療監護法律施行令第25條規定，法院認為必要之情形，得向管轄被告的住居或法院所在地的保護觀察所長，要求調查犯罪動機、被告身心特徵及狀態、職業、生長環境、病歷、治療費的負擔能力與再犯危險性等。保護觀察所長應儘速調查，向法院提出書面調查報告。於必要的情形，保護觀察所長得傳喚詢問被告及其關係人，要求所屬保護觀察官調查必要之事項。並且保護觀察所長為了上述調查之必要，得向國公立機關或其他團

---

<sup>39</sup> 同前註，頁198。

<sup>40</sup> 김선태, 同前註15, 頁125。

體調查事實，請求相關資料閱覽的提供。而在治療命令執行前的準備，或是執行計畫的擬定等，都有所規定。保護觀察官透過與受處分者的面談或是訪問治療機關等，確保治療命令的執行狀況（治療監護法施行令第30條第1項）。不過相對於治療監護處分，治療命令後的部分規定是有所不足。治療監護處分終了或是執行中止者（下稱「治療監護出所者」）依照治療監護法第36條之2規定，治療監護出所者得在精神健康福祉中心登錄，接受精神健康福祉中心的諮詢、診療和社會復歸訓練。可是針對治療命令結束者，沒有準用相關之規定，無法如同治療監護出所者接受精神健康福祉中心的服務。

接受治療命令者有幾項事情必須履行：其一，依照保護觀察官的指示確實地接受治療；其二，依照保護觀察官的指示確實地履行認知行動療法等心理療法計畫（治療監護法第44條之5）。並且依照「精神健康增進與精神疾患福祉服務支援法」，由精神健康專門要員執行心理療法計畫，像是精神保健臨床心理師、精神保健社會福祉士等（治療監護法第44條之6第2項精神健康增進與精神疾患福祉服務支援法第17條）。

治療命令基本上無須受命令者的同意，對此，有論者認為這是以去除再犯危險性為目的，所以不需得到同意，不具備違憲的可能<sup>41</sup>。但是也有論者認為，接受治

---

<sup>41</sup> 김혜경, 치료명령제도의 도입에 따른 법적 개선방안 (因應治療命令制度導入的法改善方案), 형사정책 (刑事政策), 28卷2期,

療命令者，以治療為目的而服用藥物，有侵害到患者的自我決定權，而且單純因為再犯危險性的去除，未經患者的同意而強制其服用，侵害其身體完整性，是對憲法保障之身體自由及自我決定權的直接侵害。韓國大法院對於性暴力犯罪者的性衝動藥物治療法中的藥物治療命令，認為不需要當事人同意的原因在於：不只是再犯可能性，必須具備再犯的蓋然可能性，亦即受處分者於未來可能再度犯性暴力犯罪，破壞法的和穩秩序<sup>42</sup>。以超越單純抽象可能性的程度，到達具備確實可能必要性的判斷來取代受處分者的同意。

但是從另外一個觀點來看，如果從大法院見解思考，犯行程度較重的性暴力犯罪者以這樣的程度予以判斷的話，輕微程度的治療命令受處分者難道不需要受處分者的同意？以這樣的標準來看，有違反比例原則。並且以比較法來看，美國的藥物法院或精神保健法院，以及德國治療命令參加者，是否施行治療計畫都是以對象的自發性為要件，其原因在於治療如果沒有受治療對象的同意和意志力，難以達到治療效果<sup>43</sup>。而且從法律上來看，沒有受治療對象的同意，而侵害其身體，適當性亦有問題。再者，治療命令的目的並非是對於酒醉，精

---

2016年9月，頁120-121。

<sup>42</sup> 大法院2014. 2. 27. 宣告 2013도12301判決；大法院2014. 12. 11. 宣告 2014도6930判決。

<sup>43</sup> 김병수, 同前註38, 頁210。

神障礙者或麻藥犯罪者的懲罰，而是透過治療教育改善，促成這些對象的社會復歸，這是第一目標。再犯的防止是被視為第二目標。如果以對象的治療為第一目標的話，則於醫學或於法學而言，都應該以對象的同意為要件。為此，這些對象各自所面對的問題、環境等面向都要加以考慮，實施個別專門處遇。但是另外一方面，國家的資源有限，不管是財政與人力，在這樣的狀況下，要滿足上開對象的各種需求，確實也是有所侷限。為了解決這樣的困境，有必要在社區內部進行各種資源的利用與連結合作。而治療命令則可以在此發揮可能的效果。

治療命令期間的費用由被治療命令者自行負擔。但是如果治療費負擔能力不足者則由國家來負擔（治療監護法第44條之9，治療監護法施行令第32條）。這樣的立法設計受到批評，因為治療命令是由國家所決定，可是費用卻由被治療者來負擔，尤其是現實中精神障礙犯罪者多屬於社會下層，經濟能力非常有限，故應改為由國家負擔治療費為佳<sup>44</sup>。

依照治療監護法第44條之6第1項規定，治療命令的執行由檢察官指示，保護觀察所長依令執行。但是實際上，檢察官因為忙於刑事訴訟的業務，投入治療命令執行的指揮，往往是有所困難。再加上，對於精神障礙觸

---

<sup>44</sup> 김선태, 同前註15, 頁127。

法者的問題，非單只有醫療，往往也涉及到其他像是失業等問題，這些都會影響著他們復歸社會的可能性高低，所以需要醫療機關、精神保健機關、矯正機關等具體的橫向聯繫，如此才有可能解決問題，並且發揮作用。為了達到橫向聯繫，往往需要有一個塔頭（control tower）作為居中協調領導之機制。可是檢察官看起來在擔任塔頭的部分是有些難度存在。至於保護觀察所長的部分，依據施行令第31條規定，保護觀察所長認為有必要時，可以和保護觀察官、精神健康醫學專家、精神保健要員等專家組成治療命令執行的協議組織，透過協議組織希望能夠對受治療命令者進行有效的治療，如此必須有協議組織的運作規則和決定。但是施行令和施行規則對此卻沒有規範前述運作規則和決定。由於治療命令的執行，不僅涉及到中央和地方自治體的人力與物力，也包含結合和擴大社區醫療資源與地方精神保健中心的協力網絡，而即便是以地方的保護觀察所長擔任這整個協力網絡的塔頭，恐怕是力有未逮，因為保護觀察所長主要是在處理不配合治療命令者而施行制裁，但是在整體資源的動員整合上，仍有其侷限。

## 六、對治療監護的批評

自2005年的治療監護法制定之後，治療監護法的適用人數可以說是不斷成長：2006年時629人，2015年到達1,180人，人數增加將近兩倍，2019年為1,012人，人數稍降；至於被治療監護者的罪名則以殺人罪為最多，約



30%，接著是性暴行、暴力、放火等罪<sup>45</sup>。而關於精神障礙者作為障礙者，其相關處遇規範中，障礙者歧視禁止與權利救濟法也是重要且具代表性的法規範。該法第1條規定，本法禁止所有生活領域以障礙為由的歧視，提供因障礙為由受到歧視者提供有效的救濟，透過保障障礙者完整的社會參與和平等的實現，具現人性尊嚴與價值為目的。然而，針對精神障礙犯罪者的治療，韓國實務上存在著一些問題：

首先，韓國社會一定程度上也受到刑罰民粹主義的影響，尤其是媒體輿論的風向之下，社會防衛論也遭到濫用，對於精神障礙者的處遇偏向於隔離無害化，而非重視治療的層面<sup>46</sup>。

其次，因為社會偏見與歧視的關係，對於精神疾病患者的認識和關心不足，影響到其無法接受適當的治療之外，也忽略病患自主選擇治療方式的可能。另外，為了避免精神障礙的重症化，早期介入治療是有其必要，相應地需要更多的人力與財力的投入，方能有助於該目標的實現，但也因為對精神障礙者的歧視，造成早期介入治療的難以實現<sup>47</sup>。

第三，在羈押期間與服刑期間，精神障礙犯罪者很難接受到精神治療。在刑事程序各階段時，精神科醫師

---

<sup>45</sup> 법무부, 同前註26, 頁560。

<sup>46</sup> 권수진、신권철, 同前註7, 頁165。

<sup>47</sup> 권수진、신권철, 同前註7, 頁165。

的參與也不夠多。此外，對藥物依存與性犯罪者的專門治療方式仍有待加強。

第四，治療監護設施過少，公州治療監護所的受治療監護者收容業已形成超收的問題。患者再加上設施面以及人才面仍有不足。需要大規模地增加相關預算，以改善這項問題。雖然治療監護所非常有限，有明顯增加之必要。但是跟大多數社會共同的問題一樣，對於矯正設施的鄰避效應，也使得增加治療監護所有所困難之外，預算的增加亦是困難<sup>48</sup>。治療監護所的環境與監獄的環境近似，經營治療監護所的方式也如同監獄，不適於實施治療。實際上治療監護所有隔離、懲罰、保護措置等類似管理受刑人的方式，可是在治療監護法中卻無法源依據。釜谷法務醫院的指定，雖然期許其能成為治療監護所的支所，不過其最大收容人數為50人，且其本身是醫院，醫院院長主要職責仍以治療為主，其他戒護等工作由法務部擔任，可是在現場時，院長是否能夠指揮戒護人員？如果有戒護事故發生時，其是否有責任等都會構成問題。並且醫院中的人員在戒護和治療兩個支系專業化尚有不足，同時有賴於和公州治療監護所的人員進行教育訓練與交流。

第五，治療監護所的處遇雖然需要兼顧戒護與治療兩者，可是運作上似乎過度偏向戒護，韓國國家人權委

---

<sup>48</sup> 김선태, 同前註15, 頁138。

員會於2018年時，即針對公州治療監護所不分理由，過度濫用物理強制力，有收容人四肢皆受到拘束，嚴重影響人身自由一事，要求改善<sup>49</sup>。

第六，被治療監護者在現實中要復歸社會或就職常常遇到困難，因此需要更多的企業發揮社會責任，提供相關的優惠，促使企業能夠僱用被治療監護者，如此讓被治療監護者有一個安身立命的地方，降低未來再犯的可能性。

第七，保護觀察人力不足的問題。韓國在1989年，首先以少年為對象實施保護觀察，1997年刑法修正，保護觀察全面擴展到成年人。並且，保護觀察也不是只限於刑之執行階段，判決前的調查或是緩起訴搭配保護觀察等制度的實施，這些顯示保護觀察業已在刑事程序各階段有著多樣性的適用。但是韓國保護觀察專業人才面臨到不足的窘境，依照2018年的法務年鑑，一名保護觀察從業人員負擔152件數量，相較於日本每人21件或德國50.8件，韓國保護觀察從業者的負擔之大，一目了然<sup>50</sup>。為了能夠對保護觀察者有效率地管理，則必須對保護觀察者的危險性與必要性加以分類，採取不同程度的管

---

<sup>49</sup> 대전인권사무소, 인권위, 공주치료감호소장에 과도한 강박관행 개선 권고, 국가인권위원회보도자료, 2018年11月26日, <https://www.humanrights.go.kr/site/program/board/basicboard/view?boardtypeid=24&boardid=7603552&menuid=001004002001> (最後瀏覽日: 2021年5月7日)。

<sup>50</sup> 법무부, 법무연감(法務年鑑), 2018年10月, 頁196。

理，低風險者，透過自律的方式促成其適應社會，復歸社會；高風險者需要搭配高科技技術，實施較密集地管理<sup>51</sup>。

## 肆、結 論

最後，本文從上述的韓國治療監護制度之運作回過頭來檢視臺灣監護處分制度，以思考未來修法之方向：

第一，對照臺灣的監護處分，吾人可以發現我國對於強制監護的處遇規範，僅只仰賴保安處分執行法與1998年頒布的「檢察機關執行因心神喪失或精神耗弱受監護處分應行注意事項」等，規範的位階和事項極為有限。另外，監護處分期間最長為5年，時間結束後是否能延長，以及回歸社會之後需要如何地追蹤，這方面的規範都仍有不嚴密之處。韓國在這一部分，除了有治療監護法之外，施行令以及施行規則以及處遇規則等都有較為全面的規定，而且因應實際狀況需要多次修法。

第二，韓國有精神障礙觸法者的專門處遇機構，而我國至今仍是有所欠缺。我國保安處分執行法中有關監護處所的執行在第46條，檢察官按照受監護處分者之情形，指定精神病院、醫院、慈善團體及其最近親屬或其他適當處所，由檢察官指定受監護處分者最適合的處遇方式，外觀上可與韓國的委託治療與指定醫院的治療監

---

<sup>51</sup> 同前註。

護相似，可是缺乏更細緻地對受監護處分者之相關治療的規範，例如：慈善團體及最近親屬往往只能消極地監視，無法促其定期回診<sup>52</sup>。而且為了能夠達到治療與社會復歸，又非只是醫院而已，亦需要其他社福等機關的聯繫合作，雖然第16條規定：「保安處分處所，應商請公私機關、團體，或延聘犯罪學、心理學、社會學、教育學等專家，協助策進其業務。」但是此處的發動主體則變成是保安處分處所，而非檢察官，造成權責上的貫徹出現落差。而且結束處分之後則移轉至觀護人處理，亦缺乏相關的聯繫合作<sup>53</sup>。另外，我國保安處分的設施內處遇缺乏社會復歸的視角，像是保安處分執行法第24條規定：「接見每星期不得逾二次，每次以三十分鐘為限」如果監護處分人狀況好轉或是症狀允許的話，為了促進社會復歸，使其能夠二次以上的接見，不是更可以達成其目的？司法院釋字第799號解釋亦言及：「強制治療制度之建構，自應以使受治療者得受有效治療，俾利日後重獲自由為核心指標，截然不同於犯罪之處罰」，顯示治療之設施環境不應與監獄相同。

第三，刑前監護的消極。現行實務通常就被治療監護處分者是先執行刑罰後，再接受監護處分，如此作法

---

<sup>52</sup> 吳忻穎、林晉佑，責任能力調查與監護處分執行現況之探討，矯正期刊，9卷1期，2020年1月，頁94。

<sup>53</sup> 亦有研究指出，我國觀護人的重要性及其人力不足之處，參見：馬躍中，我國刑事監護制度的現狀與未來——德國法的觀點，刑事政策與犯罪防治研究專刊，25期，2020年8月，頁78-79。

有可能導致被監護處分者的病情加重，無益於被監護處分者的再社會化<sup>54</sup>。韓國部分是先執行治療戒護處分，如此作法甚值參考。

第四，我國對於受監護處分人的類型並未多加以區分<sup>55</sup>，這一點韓國的區分或許可以作為我國的參考。

第五，在韓國的部分，醫師等醫療從業人力也因為薪水待遇之誘因不高，造成雖然每年都有徵求人力，但是申請者少的現況。這樣的問題在我國也並不會比較少，因此未來除了制度與設施的擴充整備之外，人力的培養與投入更是當務之急，否則人力不夠的狀況，會造成制度無法確實落實。

第六，社區的銜接部分。韓國於治療監護結束之後，搭配保護觀察的更生保護措施，相較於我國目前欠缺連結機制，著實有參考之處。

第七，精神障礙者的權利。韓國與我國一樣都面臨到身心障礙者權利公約對於內國法的影響，對於精神障礙者的認識和處遇，應更注意到其自主選擇的可能。誠如先行研究指出，部分檢察官對於精神障礙者挾帶著有色眼鏡，對於監護處分及相關刑事政策之意旨有所誤

---

<sup>54</sup> 吳忻穎、林晉佑，同前註52，頁94。

<sup>55</sup> 參見林雅鋒、楊芳婉、王幼玲，監察院調查報告，字號：108司調0019，監察成果查詢，頁13，2019年3月13日，<https://www.cy.gov.tw/CyBsBoxContent.aspx?n=133&s=6478>（最後瀏覽日：2021年5月7日）。

會，造成司法精神鑑定與監護處分的精神無法落實<sup>56</sup>。從司法院釋字第799號解釋可以看出，大法官亦一定程度上重視受治療者之協力：「執行機關除本於個別性與專業性原則，針對受治療者具體情狀進行鑑定、評估，並擬定個別治療計畫，施以適當之治療外，尚應致力於協助與促成受治療者達成再犯危險顯著降低，因而得以重獲自由、復歸社會之治療目標。」

第八，對於韓國現階段治療監護的不足之處，有論者認為應該參考美國制度，導入設置精神保健法院，為治療監護的對象設置專門法院，擔當治療監護與治療命令的審判。並且為了讓具備專業性且能夠進行有機統合管理，由法官、精神健康醫師和社會工作專家共同參審<sup>57</sup>。精神保健法院設置與否，亦值得我國思考面對。

---

<sup>56</sup> 吳忻穎、林晉佑，同前註52，頁91。

<sup>57</sup> 김병수，同前註38，頁207。

## 參考文獻

### 一、中文文獻

- 洪士軒（2020）。以「復歸社會」取代危險迷思，日本精神障礙觸法者處遇制度如何誕生？，報導者。<https://www.twreporter.org/a/japan-indiscriminate-homicide-aftermath-medical-treatment-for-criminal-insanity>
- 吳忻穎、林晉佑（2020）。責任能力調查與監護處分執行現況之探討。*矯政期刊*，9（1），71-107。[http://doi.org/10.6905%2fJC.202001\\_9\(1\).0003](http://doi.org/10.6905%2fJC.202001_9(1).0003)
- 馬躍中（2020）。我國刑事監護制度的現狀與未來——德國法的觀點。*刑事政策與犯罪防治研究專刊*，25，49-83。[http://doi.org/10.6460/CPCP.202008\\_\(25\).02](http://doi.org/10.6460/CPCP.202008_(25).02)
- 蔡宜家（2020）。眾所期待的無限期監護處分？漫談日本醫療觀察法於入院期間的程序與疑義，司法官學院犯罪防治研究資料庫。<https://www.cprc.moj.gov.tw/1563/16811/28567/post>
- 周毓翔、陳志賢（2020）。精障者犯罪 修法可終身監護，中國時報。<https://www.chinatimes.com/newspapers/20200507000585-260106?chdtv>
- 林雅鋒、楊芳婉、王幼玲（2019）。監察院調查報告，字號：108司調0019，監察成果查詢。<https://www.cy.gov.tw/CyBsBoxContent.aspx?n=133&s=6478>

### 二、韓文文獻

- 권수진、신권철（2015）。정신보건법정 및 사법병동에 관한 연구（精神保健法院與司法病棟之研究）。형사정책연구원 연구총서。
- 김병수（2019）。한국형 치료명령 모델의 개발（韓國型治療



- 命令模型之開發)。법학연구(法學研究), 60(1), 195-217。http://doi.org/10.35275/pnulaw.2019.60.1.007
- ▶ 김선태(2019)。치료감호제도의 개선방안에 관한 연구(治療監護制度之改善方案研究)(未出版博士論文)。동국대학교대학원법학과 박사학위논문。
  - ▶ 김성돈(2015)。보안처분의 합목적성과 정당성(保安處分의 합목적性與正當性)。성균관법학(成均館法學), 25(4), 1-34。http://doi.org/10.17008/skklr.2015.27.4.001
  - ▶ 김종현(2018)。보안처분의 헌법적한계에 관한 연구(保安處分의憲法限制研究)。헌법재판소헌법재판연구원。
  - ▶ 김혜경(2016)。치료명령제도의 도입에 따른 법적 개선방안(因應治療命令制度導入的法改善方案)。형사정책(刑事政策), 28(2), 9-137。http://doi.org/10.36999/kjc.2016.28.2.109
  - ▶ 대전인권사무소(2018)。인권위, 공주치료감호소장에 과도한 강박관행 개선 권고, 국가인권위원회보도자료。https://www.humanrights.go.kr/site/program/board/basicboard/view?boardtypeid=24&boardid=7603552 &menuid=001004002001
  - ▶ 박상열(2016)。한국법무보호복지공단 갱생보호사업의 개선방안(韓國法務保護福祉公團更生保護事業改善方案)。교정연구(矯正研究), 73, 115-138。https://doi.org/10.14819/krcs.2016.26.4.5.115
  - ▶ 법무부 범죄예방정책국。치료감호소개。https://www.cppb.go.kr/cppb/586/subview.do
  - ▶ 법무부(2018)。법무연감(法務年鑑)。법무부。
  - ▶ 법무부(2020)。법무연감(法務年鑑)。법무부。
  - ▶ 안성훈(2011)。치료감호제도의 개선방안 연구(治療監護制度的改善方案研究)。한국형사정책연구원。

- ▶오영근 (2019) 。 형법총론 (刑法總論) 。 박영사 。
- ▶이용식 (2015) 。 성폭력범죄자에 대한 치료처우의 개선을 위한 법제도적 고찰 (性暴力犯罪者治療處遇改善的法制度考察) 。 교정연구 (矯正研究) , 66 , 7-32 。 [http://dx.doi.org/66.1,7-32\(2015\)10.14819/krscs.2015.66.1.7](http://dx.doi.org/66.1,7-32(2015)10.14819/krscs.2015.66.1.7)
- ▶전성훈 (2016) 。 정신분열증 존속살해범 첫 치료감호 연장 , 연합뉴스 。 <https://www.yna.co.kr/view/AKR20160101060200004>
- ▶천정환 (2018) 。 선행연구와 다른 측면에서 치료감호제의 개선방안 (與先行研究不同層面看治療監護改善方案) 。 교정복지연구 (矯正福祉研究) , 55 , 99-135 。 <http://doi.org/10.35422/cwsk.2018.55.5>